

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

نام شهرستان بیمار شهرستان دانشگاه سال
مرکز گزارش دهنده کد □□□□ □□ □□ □□ □□

فرم بررسی موارد هیپاتیت‌های ویروسی منتقله از راه خون

نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنس: شغل:
سن □□ = کمتر از یکسال محل سکونت: شهرستان شهر روستا عشایر
نشانی:
۹۹ = نامشخص

واکسیناسیون: انجام شده □ انجام نشده □
نوبت دوز دریافت شده (صفر تا ۳) □ کارت □ حافظه □
تاریخ دریافت آخرین نوبت:

علت بررسی (کلیه موارد مرتبط علامت گذاری شود):

- ۱- بروز علائم هیپاتیت حاد □ ۲- افزایش آنزیمهای کبدی □ ۳- سابقه اعتیاد تزریقی □ ۴- حاملگی □ ۵- نوزاد مادر آلوده □
۶- تماس جنسی مشکوک □ ۷- افراد خانوار فرد آلوده □ ۸- تزریق خون و یا فرآورده‌های خونی □ ۹- دیالیز □ ۱۰- شاغلین بهداشت و درمان □ ۱۱- دریافت خدمات دندانپزشکی □
۱۲- پیگیری به علت آلودگی شناخته شده قبلی □ ۱۳- اهداء خون یا عضو □ ۱۴- بررسی داوطلبانه □ ۱۵- بررسی فرد بدون علامت با عوامل زمینه‌ساز □ ۱۶- سایر □

اطلاعات بالینی فرد آلوده به هیپاتیت

یافته‌های آزمایشگاهی	نامشخص	منفی	مثبت	اطلاعات بالینی فرد آلوده به هیپاتیت
HBs Ag	نامشخص	منفی	مثبت	آیا دارای علامت بالینی است: خیر □ بلی □ تبوع و استفراغ □ درد شکم □ تب □ زردی □ سایر علائم □
HBe Ag	نامشخص	منفی	مثبت	تاریخ بروز اولین علائم:
IgM anti HBc	نامشخص	منفی	مثبت	تاریخ تشخیص:
IgM anti HAV	نامشخص	منفی	مثبت	آیا بیمار به علت هیپاتیت بستری شده؟ خیر □ بلی □
anti HCV Elisa	نامشخص	منفی	مثبت	آیا بیمار در اثر هیپاتیت فوت نموده؟ خیر □ بلی □ تاریخ فوت:
anti HCV RIBA	نامشخص	منفی	مثبت	آیا بیمار حامله بوده؟ خیر □ بلی □ سن حاملگی:
anti HDV Ab	نامشخص	منفی	مثبت	آیا علائم بالینی سیروز دارد؟ خیر □ بلی □

SGOT..... SGPT..... Bilirubin..... U/A..... CBC
Others:

تشخیص نهایی:

هیپاتیت B □ حاد □ مزمن □ هیپاتیت C □ حاد □ مزمن □ هیپاتیت حاد D □ هیپاتیت حاد G □ سایر هیپاتیت‌ها □
آلودگی مزمن HBV بدون علامت و فعال □ آلودگی HCV بدون علامت و فعال □ ناقل غیر فعال B □ C □ سیروز □ سایر.....

این قسمت در صورت تشخیص بالینی هپاتیت حاد طی ۴ هفته تا ۶ ماه بعد از تماس آلوده و در صورت مزمن بودن آلودگی بر اساس سابقه قبلی تکمیل می گردد

۱- آیا بیمار در تماس با مورد مشکوک یا قطعی هپاتیت B یا C، بوده است؟ بلی خیر نامشخص

در صورت بلی نوع تماس تماس جنسی تماس غیرجنسی در خانواده سایر نام و نام خانوادگی مورد شناخته شده هپاتیت که بیمار با وی در تماس بوده است آدرس تلفن

۲- آیا بیمار تزریق خون یا فرآورده خونی داشته است؟ بلی خیر نامشخص
در صورت بلی نوع فرآورده و تعداد واحد دریافتی..... نام مرکز تزریق خون و فرآورده های خون.....

۳- آیا تماس تصادفی شغلی (پاشیدن خون، فرورفتن سوزن و) داشته است؟ نام و آدرس مرکز مورد نظر بلی خیر نامشخص

۴- سابقه کدامیک از موارد ذیل را داشته است؟

- ۵- دیالیز ۱۲- دندانپزشکی ۱۵- خالکوبی ۱۸- ازدواج (دائم یا موقت)
۱۰- جراحی ۱۳- تزریق داروی غیرمخدر ۱۶- سوراخ کردن گوش یا بینی ۱۹- اقامت در زندان یا مرکز بازپروری
۱۱- اندوسکوپی ۱۴- تزریق مواد مخدر ۱۷- حجامت ۲۰- ختنه ۲۱- سایر.....

در صورتی که هر یک از موارد ۹-۲۰ مثبت است تاریخ تماس و آدرس محل ذکر شود.

در صورتی که فرد باردار است تاریخ تقریبی زایمان:..... نام و محل مرکز انجام مراقبت های بارداری که به آن مراجعه می کند:

آیا بیمار بستری است؟ بلی خیر نام محل و بیمارستان

پیگیری موارد آلوده به HBV شش ماه بعد از تماس آلوده

ملاحظات	نتایج آزمایشات مورد نیاز										تاریخ بررسی	تاریخ تشخیص
	سایر	سونوگرافی کبد	αFP	PT	PLT	Alb	ALT	AST	antiHBc	HBs-Ag		

در صورتی که HBsAg منفی باشد anti HBc انجام می گردد. در صورتی که هر دوی این تست ها منفی باشد یک سال بعد معاینه و آزمایش مجدد از سوی پزشک انجام می گردد.
* در موارد آلودگی در مردان بالای ۴۰ سال بالاخص با سابقه خانوادگی HCC انجام آزمایش αFP و سو نوگرافی هر شش ماه در سایر موارد به فاصله شش تا دوازده ماه توصیه می شود.

نام و سمت گزارشگر تاریخ گزارش: امضاء:

فرم بررسی اطرافیان فرد آلوده

نیاز به پیگیری بعدی	مشاوره	آموزش	تاریخ تزریق واکسن			انجام واکسیناسیون HBV	نتایج آزمایشات مورد نیاز				تاریخ بررسی	نام خانوادگی	نام	
			پنجم شماره	چهارم شماره	سوم شماره		سایر	HCVAb ¹	antiHBC	HBs-Ag				

۱. نوع آزمایش انجام شده (Elisa یا RIBA) مشخص شود.