

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان	
معاونت بهداشتی	
فرم ثبت اطلاعات موارد تب دانگ	
اطلاعات جغرافیایی	
استان:	دانشگاه:
شهرستان:	سال گزارش:
ماه گزارش:	منطقه محل سکونت: شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> سیاری <input type="checkbox"/> عشایری <input type="checkbox"/>
نوع مرکز: شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> شهری روستایی <input type="checkbox"/>	
نام مرکز: نام خانه / پایگاه بهداشتی:	
مرکز تشخیص دهنده: پایگاه دیده ور مرزی <input type="checkbox"/> مرکز خدمات جامع سلامت شهری <input type="checkbox"/> مرکز خدمات جامع سلامت روستایی <input type="checkbox"/> مرکز خدمات جامع سلامت شهری/روستایی <input type="checkbox"/> خانه بهداشت/پایگاه سلامت <input type="checkbox"/> بیمارستان دولتی <input type="checkbox"/> بیمارستان غیر دولتی <input type="checkbox"/> آزمایشگاه <input type="checkbox"/> درمانگاه <input type="checkbox"/> مطب خصوصی <input type="checkbox"/>	
اطلاعات بیمار	
نام بیمار:	نام خانوادگی بیمار:
سن:	جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> شغل:
نام پدر:	کد ملی/شماره پاسپورت/کدامایش اتباع:
ملیت: ایرانی <input type="checkbox"/> افغانی <input type="checkbox"/> پاکستانی <input type="checkbox"/> عراقی <input type="checkbox"/> سایر:	نام خانوادگی بیمار:
کد پستی:	آدرس محل سکونت:
تلفن تماس:	تعداد افراد مبتلا در خانواده بیمار: ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/>
ابتلاء سایر افراد خانواده: * <input type="checkbox"/>	
وضعیت بیمار: سرپایی <input type="checkbox"/> بستری <input type="checkbox"/> بیمارستان محل بستری:	
نام بخش بستری: عفونی <input type="checkbox"/> داخلی <input type="checkbox"/> اطفال <input type="checkbox"/> جراحی <input type="checkbox"/> زنان <input type="checkbox"/> اورژانس <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> CCU <input type="checkbox"/>	
بستری در بخش ایزوله استاندارد: * <input type="checkbox"/>	
سابقه سفر	
سابقه سفر در دو هفته گذشته: <input type="checkbox"/>	نام کشور محل سفر در دو هفته گذشته:
تاریخ شروع سفر:	تاریخ پایان سفر:
نام شهر محل سفر در دو هفته گذشته:	
علائم بالینی:	
تاریخ بروز علائم بالینی:	
تاریخ تشخیص بالینی:	
تب <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> درد بدن <input type="checkbox"/> درد عضلانی <input type="checkbox"/> درد پشت چشم <input type="checkbox"/> تهوع <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> پوست برافروخته <input type="checkbox"/> راش <input type="checkbox"/> درد یا تندر نس شکمی <input type="checkbox"/>	
علائم بالینی تجمع مایعات <input type="checkbox"/> لرز <input type="checkbox"/> بثورات پوستی <input type="checkbox"/> بثورات خارش دار <input type="checkbox"/> قرمزی چشم <input type="checkbox"/> ابریزش بینی <input type="checkbox"/> گلودرد <input type="checkbox"/> درد عضله ساق پا <input type="checkbox"/> اختلال عصبی حسی <input type="checkbox"/> اختلال عصبی حرکتی <input type="checkbox"/> درد و التهاب مفاصل <input type="checkbox"/> خونریزی مخاطی <input type="checkbox"/> درد شدید شکمی (تندر نس) <input type="checkbox"/> تجمع مایعات (آسیت- پلورال افیوژن- پریکارد) <input type="checkbox"/> کاهش فشارخون <input type="checkbox"/> شوک <input type="checkbox"/> کاهش هوشیاری <input type="checkbox"/> دیسترس تنفسی <input type="checkbox"/> تکیکاردی <input type="checkbox"/> هیپاتومگالی <input type="checkbox"/> برادیکاردی <input type="checkbox"/> میوکار دیت <input type="checkbox"/>	
یافته های آزمایشگاهی:	
ترومبوسیتوپنی <input type="checkbox"/> تعداد گلبول سفید:	لکوپنی <input type="checkbox"/> تعداد پلاکت:
افزایش آنزیمهای کبدی <input type="checkbox"/> PT:	PTT:
سایر نتایج آزمایشگاهی:	
هما توکریت:	
اقدامات درمانی	
دارو و مواد تجویز شده:	
نتایج کیت تشخیص سریع	
تاریخ انجام کیت تشخیص سریع:	نتیجه کیت تشخیص سریع: IgM <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> نام آزمایشگاه:
نتایج آزمایش بررسی آلودگی ویروسی (الیزا و مولکولی)	
تاریخ تهیه نمونه:	تاریخ ارسال نمونه:
نتیجه آزمایش مولکولی:	نتیجه آزمایش: IgM <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/>
تشخیص و نتیجه	
تشخیص اولیه:	تشخیص بیمار بر اساس تعریف مورد بیماری: مظنون <input type="checkbox"/> محتمل <input type="checkbox"/> قطعی <input type="checkbox"/>
تشخیص نهایی:	تب دانگ بدون علائم هشدار <input type="checkbox"/> تب دانگ با علائم هشدار <input type="checkbox"/> تب دانگ شدید <input type="checkbox"/>
عاقبت بیماری: بهبودی <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>	در صورت فوت، تاریخ فوت:
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:	تاریخ تکمیل فرم:

*ضربدر در داخل مربع حکم بلی را دارد.