

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

شبکه بهداشت و درمان شهرستان ..... مرکز بهداشت شهرستان .....

فرم شماره ۲- بررسی اپیدمیولوژیک طغیان بیماری های منتقله از غذا

|                       |                |
|-----------------------|----------------|
| ۱- شماره سریال:       |                |
| ۲- تاریخ: (   /   / ) | ۳- نام پرسشگر: |

|                             |         |                                                          |          |
|-----------------------------|---------|----------------------------------------------------------|----------|
| بخش ۱: مشخصات بیمار         |         |                                                          |          |
| ۴- نام بیمار:               |         | ۵- نام خانوادگی بیمار:                                   |          |
| ۶- سن :                     | ۷- جنس: | <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد | ۸- ملیت: |
| ۹- شغل بیمار:               |         | ۱۰- نام مرکز درمانی:                                     |          |
| ۱۱- آدرس کامل و تلفن بیمار: |         |                                                          |          |

|                                                                                                                                                                                         |          |                |           |                                        |                |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------|-----------|----------------------------------------|----------------|--------------|
| بخش ۲: شرح حال و علائم بالینی                                                                                                                                                           |          |                |           |                                        |                |              |
| ۱۲- استفراغ                                                                                                                                                                             | ۱۳- تهوع | ۱۴- بی اشتهایی | ۱۵- تب    | ۱۶- درد شکم                            | ۱۷- مدفوع خونی | علائم بالینی |
| ۲۰- غیره                                                                                                                                                                                |          |                | ۱۸- سردرد |                                        | ۱۹- بیحالی     |              |
| ۲۱- درجه حرارت بیمار: ( بر حسب °C ):                                                                                                                                                    |          |                |           | ۲۲- حداکثر تعداد اجابت مزاج در ۲۴ ساعت |                |              |
| توصیف مدفوع: ۲۳- بدبو <input type="checkbox"/> ۲۴- سیاه <input type="checkbox"/> ۲۵- خونی <input type="checkbox"/> ۲۶- بلغمی <input type="checkbox"/> ۲۷- آبکی <input type="checkbox"/> |          |                |           |                                        |                |              |
| ۲۸- تاریخ شروع اولین علامت بیمار: (   /   / )   ۲۹- ساعت شروع اولین بیمار: am / pm                                                                                                      |          |                |           |                                        |                |              |
| طول مدت بیماری تا به حال: ۳۰- روز :   ۳۱- ساعت:                                                                                                                                         |          |                |           |                                        |                |              |
| درمان فعلی بیمار : ۳۲- آب و الکترولیت خوراکی <input type="checkbox"/> ۳۳- سرم <input type="checkbox"/> ۳۴- آنتی بیوتیک <input type="checkbox"/> ۳۵- غیره <input type="checkbox"/>       |          |                |           |                                        |                |              |
| ۳۶- در صورت مصرف آنتی بیوتیک طول مدت مصرف آن تا به حال: روز:   ۳۷- نوع آنتی بیوتیک مصرفی:                                                                                               |          |                |           |                                        |                |              |

|                                                                                                                                                                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| بخش ۳: اطلاعات مربوط به تماس ها                                                                                                                                                                           |  |
| ۳۸- آیا بیمار با یکی از اعضای خانواده اش که بیماری مشابهی داشته در تماس بوده؟<br>( در صورت مثبت بودن جزئیات را ذکر فرمایید: )<br><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی                |  |
| ۳۹- آیا بیمار با یکی از دوستان یا همکاران یا همکلاسانش که بیماری مشابهی داشتند در تماس بوده؟<br>( در صورت مثبت بودن جزئیات را ذکر فرمایید: )<br><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی |  |
| ۴۰- آیا بیمار در طی یک هفته گذشته مسافرت نموده است؟<br>۴۱- محل مسافرت: .....   ۴۲- تاریخ رفت: (   /   / )   ۴۳- تاریخ برگشت: (   /   / )<br><input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی     |  |
| ۴۴- آیا بیمار قبل از بیماری با حیوانات اهلی یا خانگی در تماس بوده است؟<br>۴۵- در صورت مثبت بودن نوع حیوان را ذکر فرمایید:                                                                                 |  |

|                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| بخش ۴: عوامل محیطی                                                                                                                                                                                    |
| ۴۶- منبع آب آشامیدنی بیمار: - آب لوله کشی ( شهری ) <input type="checkbox"/> - چاه آب <input type="checkbox"/> - چشمه <input type="checkbox"/> - تانکر آب <input type="checkbox"/> - غیره ذکر فرمایید: |
| ۴۷- چه نوع از دفع فاضلاب در منزل مورد استفاده می باشد؟ - چاه فاضلاب <input type="checkbox"/> - سیستم کانال کشی فاضلاب شهری <input type="checkbox"/> - سیستم دفع فاضلاب ندارد ( توضیح دهید):           |

|                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| بخش ۵: منابع غذایی احتمالی ( تاریخچه سه روزه غذا )                                                                                                                                                         |
| ۴۸- صبحانه: ( در همان روز شروع علانم):                                                                                                                                                                     |
| ۴۹- نهار:                                                                                                                                                                                                  |
| ۵۰- شام:                                                                                                                                                                                                   |
| ۵۱- سایر وعده ها و نوشیدنی ها:                                                                                                                                                                             |
| ۵۲- صبحانه: ( در همان روز شروع علانم):                                                                                                                                                                     |
| ۵۳- نهار:                                                                                                                                                                                                  |
| ۵۴- شام:                                                                                                                                                                                                   |
| ۵۵- سایر وعده ها و نوشیدنی ها:                                                                                                                                                                             |
| ۵۶- صبحانه: ( در همان روز شروع علانم):                                                                                                                                                                     |
| ۵۷- نهار:                                                                                                                                                                                                  |
| ۵۸- شام:                                                                                                                                                                                                   |
| ۵۹- سایر وعده ها و نوشیدنی ها:                                                                                                                                                                             |
| ۶۰- صبحانه: ( در همان روز شروع علانم):                                                                                                                                                                     |
| ۶۱- نهار:                                                                                                                                                                                                  |
| ۶۲- شام:                                                                                                                                                                                                   |
| ۶۳- سایر وعده ها و نوشیدنی ها:                                                                                                                                                                             |
| ۶۴- این مراجعه، چندمین مراجعه بیمار فوق به این مرکز به دلیل همین بیماری می باشد؟                                                                                                                           |
| ۶۵- نام رستوران یا غذاخوری که در هفته گذشته در آن غذا خورده اید. ....                                                                                                                                      |
| ۶۶- نام دو فروشگاه یا سوپر مارکت که اغلب مواد غذایی را از آن تهیه می کنید. ....                                                                                                                            |
| ۶۷- آیا در هفته گذشته در مجلس مهمانی - جشن عروسی و تولد یا عزاداری غذا خورده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی آدرس آن را ذکر کنید. .... |

|                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| بخش ۶: تشخیص نهایی بیمار                                  |
| ۶۸- عامل اسهال حاد در بیمار براساس انجام آزمایشات تشخیصی: |
| ملاحظات:                                                  |