

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها

کد عرضه خدمات
 جمعیت تحت پوشش مراکز شهری ۱
 جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت ۲
 جمعیت تحت پوشش تیم سیار ۳
 بیمارستان ۴

خلاصه اطلاعات بیماری تیفوئید در شهرستان استان
 سال ماه

ردیف	نام و نام خانوادگی	محل سکونت		کد عرضه خدمات	نام پدر	تاریخ تولد	جنس	شغل	تاریخ بروز	وضعیت خانوار		وضعیت بالینی	علائم بالینی			نتیجه آزمایشگاه				توالث		منبع آب	توزیع آب	نتیجه درمان					
		نام شهر	نام روستا							تعداد	وضعیت خانواده		تب	بثورات جلدی	طحال بزرگ	کشت خون	کشت مدفوع	کشت مغز استخوان	تیترویدال		ندارد			دارد		بهداشتی غیر	بهداشتی	فوت با تاریخ	بهبودی
																			OH	OD				بهداشتی غیر	بهداشتی				

* ب = بستری س = سرپایی ح = حامل
 ** چ = چشمه ر = رودخانه ق = قنات
 *** ل = لوله کشی ش = شیر آب عمومی ت = تانکر آب

تاریخ گزارش :/...../..... نام و نام خانوادگی گزارشگر نام و نام خانوادگی مسئول
 امضاء امضاء

بسمه تعالی
جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها

فرم بررسی تیفوئید:

منبع خبر:

نام و نام خانوادگی گزارش دهنده تاریخ گزارش / /
نام و مرجع ارائه خدمات شماره تلفن

مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی تاریخ تولد / / شغل جنس
وضعیت تاهل
آدرس محل سکونت و شماره تلفن
ساکن شهر شهرستان استان
ساکن روستای تحت پوشش خانه بهداشت ☐ روستای قمر ☐ تیم سیار ☐
نام پدر نام مادر
آدرس محل کار و شماره تلفن

وضعیت بالینی

تاریخ شروع بیماری / / تاریخ مراجعه / /
بیمار ☐ حامل ☐
در صورت بیمار بودن: بستری ☐ سرپایی ☐

علائم بالینی

شکایات

بله	خیر	نامشخص	شکایات
☐	☐	☐	تب درجه تب بثورات جلدی تعداد نبض بزرگی طحال سایر علائم

اطلاعات آزمایشگاهی

نام آزمایشگاه آدرس آزمایشگاه

مثبت	منفی	نامشخص	مثبت	منفی	نامشخص
☐	☐	☐	۱- کشت خون	☐	۲- کشت مغز و استخوان
☐	☐	☐	۳- کشت ادرار	☐	۴- کشت مدفوع
۵- نتایج CBC					

تست سرولوژی

نوبت اول /..... /..... O H..... V₁ تاریخ /..... /.....

نوبت دوم /..... /..... O H..... V₁ تاریخ /..... /.....

سایر آزمایشها بر حسب نیاز:**بررسی اپیدمیولوژیکی**

تاریخچه تماس و مسافرت:

کلیه محلها و شهرهای دیگر خارج از روستا/ شهر محل زندگی و محل کار بیمار که از ۲۱ روز پیش به آنجا مسافرت نموده است:

محل	تاریخ مسافرت
.....	 /..... /..... تا /..... /.....
.....	 /..... /..... تا /..... /.....

کشت مدفوع انجام شده برای افراد در معرض تماس:

نام و نام خانوادگی	سن	جنس	نسبت با بیمار	نتیجه کشت
۱-				
۲-				
۳-				
۴-				
۵-				

در صورت نیاز از پشت صفحه استفاده شود.

منبع آب آشامیدنی:

چاه ☐ چشمه ☐ قنات ☐ رودخانه ☐ غیره (مشخص شود) (☐)

شکل توزیع آب:

لوله کشی شهری ☐ لوله کشی روستایی ☐ شیرآب عمومی ☐ تانکر آب ☐ غیره (مشخص شود).....

کیفیت آب آشامیدنی:

آیا کلر زنی می شود؟ بلی خیر مقدار کلر باقیمانده: تاریخ /..... /.....

نتیجه آزمایش باکتریولوژیک:

وضع دفع فاضلاب

دفع در رودخانه دفع در چاه سیستم دفع فاضلاب سایر (مشخص شود)
وضع توالت: ☐ دارد ☐ بهداشتی ☐ غیر بهداشتی ☐
☐ ندارد

درمان :

داروی تجویز شده

نوع آنتی بیوتیک مقدار روزانه مدت زمان

نتیجه درمان:

☐ بهبودی کامل ☐ بهبودی با عارضه ☐ فوت

عوارض:

بله	خیر	نامشخص
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
سایر (مشخص شود)		

عود
خونریزی
پرفوراسیون

نام بررسی کننده:

امضاء

عنوان

محل کار

تاریخ / /