

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....  
 دفتر ثبت توزیع محیط های کری بلر التور شهرستان .....

مراقبت التور (فرم شماره ۱)

تحويل محیط کری بلر			نام و احد بهداشتی درمانی نام بیمارستان	ردیف
نام تحويل گیرنده	تعداد	تاریخ		

- ردیف برای هر سال شمسی از ابتدا شروع میشود

تاریخ: .....

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

خانه بهداشت: .....

Ω فرم نمونه برداری روزانه بیماری اسهالی (فرم شماره 2\_مراقبت التور) مرکز بهداشت شهرستان .....

مرکز بهداشتی درمانی: .....

بیمارستان: .....

و

Ω فرم گزارش آزمایشگاه

مطب خصوصی: .....

ردیف

نتیجه آزمایش -	تاریخ -		آدرس کامل و تلفن	کد عرضه	بعد خانوار		نسبت مورد تماس با بیمار	بیمار		تاریخ نمونه برداری	تاریخ بروز علائم	شغل	تلفن	نام پدر	نام و نام خانوادگی	
	تحویل به آزمایشگاه	انجام آزمایش			تعداد	آلوده		سرپائی	بستری							

نام و امضاء مسئول آزمایشگاه

نام و امضاء مسئول واحد

نام و نام خانوادگی نمونه بردار

Ω این فرم با کاربرد دو گانه : برای نمونه برداری توسط واحدهای محیطی و گزارش نتایج آزمایشات توسط آزمایشگاه تکمیل میگردد - فقط این ستونها توسط آزمایشگاه تکمیل و بعد از امضا به واحد بیماریهای شهرستان ارسال میشود

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....  
 دفتر ثبت آزمایشات التور شهرستان .....

مراقبت التور (فرم شماره 3)

آدرس و شماره تلفن	نتیجه	تاریخ				واحد تهیه کننده نمونه	وضعیت بیماری		نام پدر	تاریخ تولد	تاریخ ثبت	نام و نام خانوادگی	شماره ثبت
		انجام آزمایش	تحويل به آزمایشگاه	تهیه نمونه	بروز علائم بالینی		بستری	سرپائی					

- ردیف برای هر سال شمسی از ابتدا شروع میشود

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

مرکز بهداشت شهرستان .....

مراقبت التور (فرم شماره ۴) گزارش ماهیانه موارد نمونه برداری التور سال: ..... ماه:

تعداد موارد ناگ انسانی	تعداد فوت شدگان در		تعداد موارد مثبت		تعداد نمونه های آزمایش شده در			تعداد کل موارد اسهال گزارش شده	شهرستان	ردیف
	موارد منفی	موارد مثبت	بستری	سرپایی	جمع	موارد اسهالی بستری	موارد اسهالی سرپایی			

نام گزارش کننده

تاریخ گزارش

**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**  
**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....**  
**مرکز بهداشت شهرستان.....**

**مراقبت التور ( فرم شماره 5 )**

**س ا ل : ..... ماه : .....**

**لیست خطی ( گزارش تلفنی ) موارد بیماری وبای التور**

ردیف	نام و نام خانوادگی	منطقه		جنس	سن	تعداد افراد مبتلا در خانواده	تاریخ بروز	تاریخ نمونه	تاریخ انجام	ناک	سر و تاپ	تاریخ گزارش	وضعیت بالینی	وضعیت درمان	منبع آب	وضعیت	نتیجه درمان		آدرس	
		شهری	روستایی														میلیت	میرگ		
																				بهبود

وضعیت بالینی - شدید، خفیف، متوسط

وضعیت درمان - سرپایی، بستری

منبع آشامیدنی - رودخانه، چشمه، چاه، تانکر، لوله کشی، قنات

نتیجه درمان - بهبودی، مرگ ( تاریخ مرگ

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....  
 مرکز بهداشت شهرستان .....

مراقبت التور (فرم شماره 6)

سال: ..... ماه: .....

لیست خطی (گزارش تلفنی) موارد ناک مثبت

ردیف	نام و نام خانوادگی	منطقه		جنس	سن	نام پدر	خانواده	تعداد مبتلا در	تاریخ بروز	برداری	تاریخ نمونه	تاریخ انجام آزمایش	تاریخ گزارش	مبیت	آدرس و تلفن
		روستایی	شهری												

نام و امضای گزارشگر

## وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

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

مرکز بهداشت شهرستان.....

فرم بررسی اپیدمیولوژی بیماری وبا : مراقبت التور ( فرم شماره 7 )

منبع خبر :

تاریخ گزارش : ..... نام و نام خانوادگی گزارش دهنده : .....  
نام و مرجع ارائه خدمات : ..... شماره تلفن : .....

### مشخصات بیمار :

نام و نام خانوادگی : ..... تاریخ تولد : ..... شغل : ..... جنس : .....  
وضعیت تأهل : ..... تعداد افراد خانوار : .....  
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 علائم : ..... تاریخ مراجعه : .....  
 شدید  خفیف  بدون علامت  
نحوه ارائه خدمات : بستری  سرپایی

### اطلاعات آزمایشگاهی

نام آزمایشگاه : ..... آدرس آزمایشگاه : .....  
تاریخ آزمایش نمونه : ..... سروتیپ : اوگاوا  اینابا  هیکو جیما  ناک

### بررسی اپیدمیو لوژیکی :

تاریخچه تماس و مسافرت :  
کلیه محلها و شهرهای دیگر خارج از روستا / شهر محل زندگی و یا محل مار بیمار که طی یک هفته 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 :  
1- .....  
2- .....  
3- .....  
4- .....  
5- - .....  
در صورت نیاز از پشت صفت استفاده شود.

**منبع آب آشامیدنی :**

چاه  چشمه  قنات رودخانه  غیره (مشخص شود)

---

**شکل توزیع آب :**

لوله کشی شهری؟  لوله کشی روستایی  شیر آب عمومی  تانکر است  غیره (مشخص شود)

---

**کیفیت آب آشامیدنی :**

آیا کلر زنی می شود؟ بلی  خیر  مقدار کلر باقیمانده : ..... تاریخ : .....  
نتیجه آزمایش باکتریو لوژیک : ..... تاریخ : .....

---

**وضع دفع فاضلاب:**

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

---

**درمان :**

داروی تجویز شده  
نوع آنتی بیوتیک ..... مقدار روزانه ..... مدت درمان .....

---

**نتیجه درمان :**

بهبودی کامل  بهبودی با عارضه  (ذکر شود)  فوت

---

نام بررسی کننده .....  
امضاء : .....  
عنوان : .....  
محل کار : .....  
تلفن : .....  
تاریخ : ..... / ..... / .....