

شماره مورد:.....

مرکز بهداشت استان:.....

سال:.....

فرم بررسی موارد فلج شل حاد

1- مشخصات مورد : نام و نام خانوادگی :		شهرستان:		استان:		کد عرضه خدمات:		ملیت:	
ادرس کامل:		تاریخ تولد:...../...../.....		سن درموقع ابتلاء:.....سال		جنس: مذکر ☐ مونث ☐		شماره تلفن:	
2- گزارش									
تاریخ گزارش:...../...../.....									
به مرکز بهداشت شهرستان									
به مرکز بهداشت استان									
به اداره کل مبارزه با بیماریها/...../..... 13									
منبع گزارش: خانه بهداشت:..... مرکز بهداشتی درمانی:..... تیم سیار:..... بیمارستان:..... مرکز توانبخشی:.....									
مطب:..... سایر منابع (ذکر شود) نام گزارش دهنده:..... شماره تلفن گزارش دهنده:.....									
3- آیا بیمار بستری شده است؟ ☐ اگر بلی نام بیمارستان و آدرس آن : تاریخ بستری:...../...../..... شماره پرونده:.....									
4- علائم و نشانه های بیماری: تاریخ شروع اولین علامت:...../...../..... (دور هر کدام از علائم زیر که وجود داشته است دایره بکشید)									
تب ☐ یبوست ☐ آبریزش بینی ☐ درد عضلانی ☐ اسهال ☐ سردرد ☐ تهوع ☐ سفتی گردن ☐ ضعف ☐ گلودرد ☐ تحریک پذیری ☐									
اختلال حس وجود دارد؟ ☐ خ ☐ (محل و کیفیت آن را توضیح دهید)									
5- فلج									
وضعیت فلج: تاریخ شروع فلج:...../...../..... مدت تکمیل فلج:.....روز آیا در موقع شروع فلج تب وجود داشته است؟ بلی ☐ خیر ☐ درجه تب:.....									
محل فلج: (دور عضله فلج را دایره بکشید): پای چپ ☐ دست چپ ☐ پای راست ☐ دست راست ☐ عضلات تنفسی ☐ صورت ☐ سایر اعضای کرانیال ☐									
6- وضعیت ایمن سازی: برحسب: کارت ایمن سا ☐ حافظه ☐ دور هر کدام از نوبت های زیر که دریافت داشته دایره بکشید. وزیر آن تاریخ را بنویسید.									
نوبت: نوبت صفر نوبت اول نوبت دوم نوبت سوم یاد آور اول یاد آور دوم روزهای ملی ایمنسازی تاریخ آخرین نوبت تاریخ:									
7- طبقه بندی اولیه بالینی : مظنون به پول ☐ گیلن بار ☐ نوریت ترو ماتیک ☐ میلیت عرض ☐ سایر ☐ تاریخ:...../...../.....									
8- سابقه مسافرت یا دید و بازدید و تماس با افراد دیگر ظرف 28 روز قبل از بروز علائم:									
محل مسافرت یا بازدید									
فرد یا افراد ملاقات شده									
تاریخ									
...../...../.....									
...../...../.....									
...../...../.....									
9- آیا بیمار در ظرف 75 روز قبل از بروز علائم با خانوار یا فرد دیگری که به تازگی فلج یا واکسن خوراکی فلج دریافت داشته است تماس داشته است؟									
بله ☐ خ ☐ اگر بلی ، در کجا و با چه کسی؟									
محل نام افراد تاریخ									
...../...../.....									
...../...../.....									
10- نمونه برداری مدفوع از بیمار:									
تاریخ نمونه برداری تاریخ تحویل به آزمایشگاه تاریخ دریافت نتیجه نوع ویروس پولیو جدا شده نوع ویروسهای دیگر منفی									
نمونه اول/...../..... 13									
نمونه اول/...../..... 13									

11- نمونه برداری مدفوع از موارد تماس:

(اگر کودک زیر 5 سال سن دارد موارد تماس تا زیر 5 سال واگر بیشتر از 5 سال سن دارد، موارد تماس از همان گروه سنی انتخاب شود)			
نام و نام خانوادگی مورد تماس	تعداد دوزهای واکسن فلج دریافت شده	تاریخ آخرین نوبت واکسن	آدرس
.....		13...../...../.....	
.....		13...../...../.....	
.....		13...../...../.....	

12- اقدامات کنترل:		تاریخ انجام اقدامات: 13...../...../.....	
تعداد محل های بازدید شده:.....	تعداد خانوار بازدید شده:.....	تعداد کودکان واکسینه شده:.....	تعداد نمونه برداشت شده:.....

13- پیگیری روز 60: تاریخ:...../...../..... انجام شد انجام نشد اگر نشد چرا؟ توضیح دهید:.....			
فلج باقیمانده (دور عضو فلج دایره بکشید)	پای راست	دست راست	پای چپ
دست چپ	صورت	ماهیچه های تنفسی	سایر اعصاب کرانیال
معلولیت: نمی تواند راه برود	با کمک راه می رود	می لنگد	طبیعی راه می رود
.....			
فوت: در صورت فوت تاریخ آن :...../...../..... علت فوت، جزئیات را توضیح دهید:			

14- تیم بررسی:			
نام و نام خانوادگی کارشناس مبارزه با بیماریها:	امضاء:	تاریخ:...../...../.....	
نام و نام خانوادگی پزشک مسئول بررسی:	شماره نظام پزشکی:	امضاء:	تاریخ:...../...../.....
مراتب فوق مورد تأیید است.			
نام و نام خانوادگی رئیس مرکز بهداشت شهرستان:	امضاء:	تاریخ:...../...../.....	

15- طبقه بندی نهایی:			
پولیو میلیت	مردود	پولیو میلیت غیر قابل انکار	
معیار تشخیص:			
جداشدن ویروس از نمونه مدفوع کافی	جداشدن ویروس از نمونه مدفوع کافی	نمونه کافی مدفوع گرفته نشده	
فلج باقیمانده روز 60	نداشتن فلج باقیمانده روز 60	مرگ پیش از غیر قابل رد شدن پولیو	
عدم انجام پیگیری بعلت پیدا نشدن بیمار			
اگر پولیو میلیت تأیید شده است چه نوعی؟ (یکی را تیک بزنید)			
انتقال محلی	وارد	ناشی از واکسن	نامعلوم
تشخیص نهایی: اگر پولیو رد شده است تشخیص را بنویسید:.....			

مشخصات اعضاء تیم:			
نام و نام خانوادگی پزشک :	نوع تخصص:		
نام و نام خانوادگی پزشک :	نوع تخصص:		
نام و نام خانوادگی پزشک :	نوع تخصص:		
مراتب فوق مورد تأیید است:			
نام و نام خانوادگی معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی:	تاریخ:...../...../.....	امضاء:	

