

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشت درمان شهرستان

فرم بررسی موارد محتمل / قطعی تب دنگی، چیکن گونیا، زیکاویروس تاریخ تکمیل فرم: / /

مشخصات بیمار	
نام و نام خانوادگی بیمار:	کد ملی:
جنس: مذکر □ مونث □ (باردار □ شیرده □) سن: سال و ماه	عرض جغرافیایی محل سکونت بیمار (تا 4 رقم اعشار): / /
آدرس بیمار: شهر/روستا:	طول جغرافیایی محل سکونت بیمار (تا 4 رقم اعشار): / /

سابقه بالینی	
سابقه بیماری زمینه ای: (مثال در پایین فرم ▲)	تاریخ شروع علائم: (روز/ ماه/ سال) / /
دارد □ ندارد □	توضیحات:
*طول بستری در ICU (در صورت بستری در ICU): روز	اولین مراجعه به پزشک: / /
در سیر بیماری کدام داروها را مصرف نموده است؟ کورتیکواستروئید □ ضدالتهاب خانواده NSAID (مانند بروفن و ...): □ آنتی بیوتیک □	*در صورت سابقه بستری: تاریخ بهبودی کامل (در پایان ماه 1 و 3 از شروع علائم پیگیری شود): / /
در سیر بیماری کدام یک از عوارض بیماری رخ داده است؟ درد/التهاب تحت حاد □ درد/التهاب مزمن □ عوارض چشمی □ انسفالیت □ علائم عصبی شبیه گیلن باره □	علائم بیماری: تب □ لرز □ درد مفصل/ مفاصل □ درد عضلات □ التهاب مفصل (گرمی، قرمزی، تورم مفصل) □ بثورات پوستی □ بثورات خارشدار □ سردرد □ قرمزی چشم (غیرچرکی) □ درد پشت چشم □ تهوع/استفراغ □ اسهال □ سرفه □ آبریزش بینی □ گلو درد □ درد عضله ساق پا □ اختلال عصبی: حسی □ (نوروپاتی محیطی) □ حرکتی □ (شبه گیلن باره □) خونریزی خفیف (پتشی، خونریزی از لثه، خونریزی از بینی، کبودی شدید، ...) □ خونریزی شدید (استفراغ خونی، سرفه خونی، مدفوع خونی، تشدید خونریزی ماهیانه زنانه، ...) □
معیارهای آزمایشگاهی کمک کننده در تشخیص: لکوپنی □ (شمارش WBC: تعداد لمفوسیت: تعداد نوتروفیل:)	افزایش هماتوکریت □ (شمارش هماتوکریت:)
کاهش پلاکت □ (شمارش پلاکت:)	افزایش آنزیم های کبد □ (ALT: AST:)
سایر آزمایشات مهم بیمار:	

سابقه اپیدمیولوژیک	
سابقه سفر به منطقه پرخطر بیماری (گردش فعال ویروس) در 3 ماه گذشته؟ خارج از استان: بلی □ نام استان مقصد: خیر □ خارج از کشور: بلی □ خیر □ نام کشور مقصد: طول اقامت: روز تاریخ بازگشت به ایران: / /	وضعیت بیمار محتمل/قطعی چیکن گونیا 3 ماه بعد از آغاز علائم: بهبود □ تداوم علائم مفصلی □ فوت □
نام کشور مقصد: طول اقامت: روز تاریخ بازگشت به ایران: / /	*سرانجام جنین در صورتی که بیمار باردار بوده است: تولد نوزاد زنده ترم □ تولد نوزاد زنده پره ترم □ زایمان جنین مرده □ وضعیت سلامت نوزاد: سالم □ ناسالم □
آیا بیمار جزو پرسنل مراکز بهداشتی-درمانی است؟ بلی □ خیر □ آیا سابقه نیدل استیک شدن طی 2 هفته اخیر داشته است؟ بلی □ خیر □ آیا طی 2 هفته گذشته دریافت خون و یا دریافت پیوند عضو داشته است؟ بلی □ خیر □ توضیحات (اگر پاسخ مثبت است):	* (در موارد محتمل/قطعی زیکاویروس) آیا بیمار سابقه تماس جنسی با مورد قطعی/محتمل بیماری زیکاویروس در طی 6 ماه گذشته داشته است؟ بلی □ خیر □

نمونه ارسالی	تاریخ تهیه نمونه اول سرم: / / نتیجه: مثبت □ منفی □	تاریخ تهیه نمونه دوم سرم: / / نتیجه: مثبت □ منفی □
--------------	---	---

▲ بیماری های زمینه ای مانند: دیابت، فشار خون بالا، بیماری قلبی، کلسترول بالا، چربی خون بالا، سکنه قلبی، سکنه مغزی، بیماری کلیوی، بیماری کبدی، بیماری تیروئید، آسم یا سایر بیماری های ریوی، بیماری زمینه ای مفاصل، سرطان

نام کارداران/کارشناس پیگیری کننده:
نام پزشک تکمیل کننده فرم: (به همراه مهر و امضاء)