

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

فرم ثبت اطلاعات بیماران نمونه گیری شده دچار سندرم بیماری شدید تنفسی

نوع مرکز تکمیل کننده فرم: خانه بهداشت ☐ پایگاه بهداشت شهری ☐ مرکز بهداشتی درمانی ☐ مطب/درمانگاه خصوصی ☐ بیمارستان ☐ جمعیت بزرگ انسانی موقت (زیارتی، سیاحتی، ورزشی) ☐
 پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی ☐ مکان جمعی ☐ نوع مکان جمعی (روستا، مدرسه، دانشگاه، زندان، پادگان، خوابگاه، کارخانه) نام مرکز:

1-اطلاعات بیمار
نام و نام خانوادگی بیمار:
نام پدر:
تاریخ تولد:
سن
جنسیت: ☐ مرد ☐ زن
ملیت:
تلفن تماس با بیمار:
آدرس محل سکونت:
وضعیت بیمار در هنگام نمونه گیری: ☐ بستری ☐ سرپایی

2-تاریخ های مهم:
تاریخ بستری:
تاریخ تکمیل فرم:
تاریخ نمونه گیری:
تاریخ ارسال نمونه:

3-نوع نمونه:
سواب گلو ☐ سواب بینی / غرغره گلو ☐ مایع نخاع ☐ تکرپسی ☐ شستشوی ریه ☐ خلط القا شده ☐ ساکشن لوله تراشه

4-سابقه مسافرت طی هفت روز قبل:

سابقه تماس با پرندگان بیمار(مرده)/ محصولات آنها ☐ سابقه تماس به فرد/بیماری که مسافرت خارج از کشور داشته ☐

5-علائم بیمار در بدو مراجعه:

فهرست تشخیص های افتراقی سندرم بیماری شدید تنفسی:
1. پنومونی آنفلوآنزای فصلی / پاندمیک ☐
2. سل ☐
3. سیاه سرفه / دیفتری ☐
4. سرخک آتیپیک ??? ☐
5. سارس / کوروناویروس جدید ☐
6. لژیونلا ☐
7. سیاه زخم تنفسی / پنومونی طاعون / تولاومی ☐
8. متا پنوموویروس انسانی (فرد نقص ایمنی) ☐
9. RSV / آدنووایروس / پارا آنفلوآنزا ☐
10. چیکونگونیا / دنگ ☐
11. پنومونی آتیپیک / مایکوپلاسما ☐
12. کلامیدیا / Q fever ☐
سایر علل ناشناخته نوپدید ☐

علائم کلیدی شبه آنفلوآنزا	(علامت * یعنی وارد نمودن تاریخ شروع علامت الزامی است)
☐ تب بالای 38 درجه *	☐ گلودرد ☐ سرفه *
علائم دستگاه تنفسی تحتانی	☐ تنگی نفس *
☐ تنگی نفس دشوار	☐ خلط خونی
علائم قلبی عروقی	☐ احساس ناراحتی قفسه سینه
☐ افت فشار خون	
علائم دستگاه عصبی	☐ احساس گیجی/سرگیجه
☐ خواب آلودگی/کما	☐ تشنج ☐ بیقراری (بالغین)
علائم کودکان	☐ بیقراری در آغوش مادر
☐ تحریک پذیری کودک	☐ عدم تحرک و بازی ☐ عدم شیر نوشیدن(تهوع کودک)
علائم کمکی	
☐ دردعضلانی و کوفتگی	☐ بی اشتهایی ☐ لرز ☐ کبودی پوست
☐ درد مفاصل	☐ سردرد ☐ تهوع / استفراغ ☐ گرفتگی بینی
☐ آبریزش بینی /عطسه	☐ قرمزی چشم ☐ اسهال ☐ عود تب و سرفه بعد از بهبود

6- سابقه بیماری قبلی:

☐ بیماری مزمن قلبی	☐ بیماری مزمن ریوی	☐ بیماری مزمن کلیوی	☐ بیماری مزمن کبدی	☐ بیماری مزمن خونی
☐ بیماری مزمن عصبی / تشنج	☐ HIV/AIDS	☐ دیابت	☐ چاقی شدید	☐ حاملگی
☐ سوء تغذیه	☐ بدخیمی	☐ فقدان/برداشت طحال		

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

فرم ثبت اطلاعات بیماران نمونه گیری شده دچار سندرم بیماری شدید تنفسی

نوع مرکز تکمیل کننده فرم: ☐ خانه بهداشت ☐ ایستگاه بهداشت شهری ☐ مرکز بهداشت ☐ درمانگاه / مطب ☐ درمانگاه خصوصی ☐ بیمارستان ☐ جمعیت بزرگ انسانی ☐ موقت (تاریخ، ساعت، روز، شهر) ☐

7- سابقه پروفیلاکسی قبل از شروع علائم (واکسیناسیون آنفلوآنزای فصلی): ☐

8- سابقه مصرف دارو: ☐ مصرف طولانی آسپیرین ☐ مصرف طولانی داروهای ایمنونوساپرسور ☐ شیمی درمانی ☐

"اطلاعات از آیتم 9 تا انتها، در روز ترخیص / فوت بیمار قابل تکمیل می باشد و لازم است پس از تکمیل در سامانه بروزرسانی گردد."

9- Ceftriaxone, Cefepim, Azithromycin, Erythromycin, Clarithromycin, Imipenem, Meropenem, Tazocin,

Teicoplanin, Vancomycin, Cloxacillin, Gentamicin, Amikacin

First Line for TB: Rifampin, INH, Pyrazinamide, Etambutol, Streptomycin

Second line: Ofloxacin, Moxifloxacin, PAS, Cycloserine, Amikacin, Kanamycin, Capreomycin, Rifabutin, Linezolid

نوع دارو	تاریخ آغاز	تاریخ پایان	نوع عارضه	نوع دارو	تاریخ آغاز	تاریخ پایان	نوع عارضه

10- حمایت تنفسی:

تاریخ پایان:

تاریخ آغاز:

11- عوارض ناشی از بیماری آنفلوآنزا:

عوارض ریوی	عوارض قلبی	عوارض سیستم عصبی مرکزی	عوارض کلیوی / خونی
☐ برونشیت	☐ میوکاردیت	☐ مننژیت	
☐ پنومونی اولیه (ویروسی)	☐ پریکاردیت	☐ مننگوآنسفالیت	☐ ATN
☐ پنومونی ثانویه (باکتریایی)	☐ MI	☐ آنسفالیت	☐ اورمی
☐ آمبولی ریه	☐ ایست قلبی	☐ ترومبوز سینوس وریدی	☐ DIC
☐ ARDS	☐ آندوکاردیت	☐ خونریزی داخل جمجمه	☐ خونریزی (بدنبال ترومبوسیتوپنی)
☐ ادم ریه		☐ صرع مقاوم به درمان	☐ پیلونفریت / سیستیت

12- اطلاعات بیمار فوت شده / ترخیص:

☐ فوت در بیمارستان نام بخشی که بیمار در آن فوت شده: ☐ بخش مراقبتهای ویژه (ICU, NICU, PICU, CCU) ☐ سایر بخشها ☐

☐ فوت در خارج از بیمارستان

تاریخ فوت: تاریخ ترخیص:

امضاء:

13- نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: