

"فرم بررسی موارد مشکوک به عفونت های آربوویروسی"

بخش آربوویروس ها و تب های خونریزی دهنده ویروسی، انستیتو پاستور ایران
(آزمایشگاه مرجع کشوری)

نام و نام خانوادگی مسئول پرکننده فرم:	شماره تماس:
مرکز ارسال کننده نمونه:	تاریخ تکمیل فرم:
بیماری های آربوویروسی مورد بررسی (با علامت / مشخص کنید)	
<input type="checkbox"/> زیکا	<input type="checkbox"/> دنگی
<input type="checkbox"/> چیکنگونیا	<input type="checkbox"/> دیگر آربوویروس ها
نوع نمونه: <input type="checkbox"/> خون <input type="checkbox"/> سرم <input type="checkbox"/> پلاسما <input type="checkbox"/> مایع آمنیوتیک <input type="checkbox"/> بافت جنین <input type="checkbox"/> مایع مغزی نخاعی <input type="checkbox"/> ادرار	
<input type="checkbox"/> دیگر نمونه ها	تاریخ تهیه نمونه
اطلاعات بیمار	
نام و نام خانوادگی: جنس: سن: شغل: ملیت:	
آدرس محل سکونت: آدرس محل کار:	
تاریخ پذیرش: نام بیمارستان: نام پزشک: شماره تماس پزشک:	
آیا بیمار باردار است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
تعداد هفته بارداری:	
آیا بیمار در دوران شیردهی است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
اگر نمونه بافت جنینی است، آیا جنین دچار هرگونه ناهنجاری می باشد یا خیر؟	
اگر بله نوع اختلال را ذکر کنید:	
اگر بیمار نوزاد است، آیا مبتلا به ناهنجاری مادرزادی می باشد یا خیر؟	
اگر بله نوع ناهنجاری را ذکر کنید:	
توضیحات:	
علامت بالینی: (با علامت / مشخص کنید)	
تاریخ بروز علائم روز ماه سال و یا مدت زمان بیماری روز	
<input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> بی قراری <input type="checkbox"/> معده درد <input type="checkbox"/> تهوع <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> لرز <input type="checkbox"/> زردی <input type="checkbox"/> عدم هوشیاری <input type="checkbox"/> درد عضلات	
<input type="checkbox"/> تب بالاترین درجه سانتیگراد <input type="checkbox"/> دوفازی <input type="checkbox"/> ثابت <input type="checkbox"/> مدت زمان تب روز	
خونریزی	
<input type="checkbox"/> خونریزی از بینی <input type="checkbox"/> استفراغ خونی <input type="checkbox"/> مدفوع خونی <input type="checkbox"/> همچوری <input type="checkbox"/> پنتشی <input type="checkbox"/> پورپورا <input type="checkbox"/> خونریزی از لثه	
<input type="checkbox"/> خونریزی واژینال <input type="checkbox"/> منوراژی <input type="checkbox"/> دیگر خونریزی ها	
راش	
<input type="checkbox"/> محل <input type="checkbox"/> صورت <input type="checkbox"/> بازو <input type="checkbox"/> کف دست <input type="checkbox"/> تنه <input type="checkbox"/> کف پا <input type="checkbox"/> دیگر نقاط	
<input type="checkbox"/> ظاهر <input type="checkbox"/> ماکولار <input type="checkbox"/> پاپولار <input type="checkbox"/> پنتشی <input type="checkbox"/> کهبیری <input type="checkbox"/> خارش	
التهاب مفاصل	
<input type="checkbox"/> محل <input type="checkbox"/> دست <input type="checkbox"/> پا <input type="checkbox"/> زانو <input type="checkbox"/> پشت	
<input type="checkbox"/> ورم ملتحمه: <input type="checkbox"/> چرکی <input type="checkbox"/> غیر چرکی <input type="checkbox"/> درد پشت حدقه چشم	
عوارض:	
<input type="checkbox"/> فوت (تاریخ فوت)	
<input type="checkbox"/> سندرم گیلن باره <input type="checkbox"/> اختلالات عصبی <input type="checkbox"/> بیماری اتوایمیون	
<input type="checkbox"/> نقص سیستم ایمنی <input type="checkbox"/> بیماری مزمن	
توضیحات:	
درمان های دریافتی:	
<input type="checkbox"/> ریباویرین (تاریخ شروع)	
<input type="checkbox"/> آنتی بیوتیک (نوع آنتی بیوتیک / تاریخ شروع)	
<input type="checkbox"/> درمان حمایتی (<input type="checkbox"/> پلاکت <input type="checkbox"/> پلاسما <input type="checkbox"/> خون <input type="checkbox"/> موارد دیگر)	

"فرم بررسی موارد مشکوک به عفونت های آربوویروسی"

بخش آربوویروس ها و تب های خونریزی دهنده ویروسی، انستیتو پاستور ایران
(آزمایشگاه مرجع کشوری)

<p><input type="checkbox"/> مسکن (نوع مسکن..... / تاریخ شروع)</p> <p>توضیحات:</p>
<p>یافته های آزمایشگاهی: (با علامت ✓ پر کنید-نتایج آزمایشگاهی ضمیمه شود)</p> <p>تشخیص افتراقی: <input type="checkbox"/> مالاریا <input type="checkbox"/> لپتوسپیروزیس <input type="checkbox"/> ریکتزیا <input type="checkbox"/> روبلا <input type="checkbox"/> سرخک <input type="checkbox"/> دیگر موارد</p> <p><input type="checkbox"/> لکونی (کمترین مقدار WBC.....) <input type="checkbox"/> ترومبوسیتوپنی (کمترین مقدار پلاکت..... آخرین مقدار پلاکت.....)</p> <p><input type="checkbox"/> لکوسیتوز <input type="checkbox"/> پروتئینوری <input type="checkbox"/> هماتوکریت (%):</p> <p><input type="checkbox"/> افزایش آنزیمهای کبدی: AST (بالاترین میزان): (U/L) ALT (بالاترین میزان): (U/L)</p> <p><input type="checkbox"/> PT غیر طبیعی: (بالاترین میزان)</p> <p><input type="checkbox"/> PTT غیر طبیعی: (بالاترین میزان)</p> <p>دیگر یافته های مهم آزمایشگاهی.....</p>
<p>سوابق اپیدمیولوژیک (در صورت مثبت بودن جواب گزینه را با علامت ✓ مشخص نمایید)</p> <p><input type="checkbox"/> ابتلا به تب دنگی (دانگ) (تاریخ ابتلا..... طول دوره بیماری.....)</p> <p><input type="checkbox"/> دریافت واکسن تب زرد (تاریخ واکسیناسیون..... محل واکسیناسیون.....)</p> <p><input type="checkbox"/> دریافت واکسن انسفالیت منتقله از طریق کنه (TBE)(تاریخ واکسیناسیون..... محل واکسیناسیون.....)</p> <p><input type="checkbox"/> دریافت واکسن انسفالیت ژاپنی (تاریخ واکسیناسیون..... محل واکسیناسیون.....)</p> <p><input type="checkbox"/> سابقه بیماری زمینه ای.....</p>
<p>آیا در طی یک ماه گذشته بیمار سابقه سفر داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>از تاریخ تا تاریخ</p> <p>محل: نام کشور..... شهر..... منطقه.....</p> <p>نوع مسافرت: <input type="checkbox"/> تفریحی <input type="checkbox"/> تجاری <input type="checkbox"/> دیگر موارد.....</p> <p>نوع محل مسافرت: <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی</p> <p>نوع محل اقامت: <input type="checkbox"/> هتل <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> دیگر موارد.....</p>
<p>آیا در طی دو هفته گذشته بیمار سابقه تجربه موارد ذیل را داشته است؟</p> <p><input type="checkbox"/> گزش پشه <input type="checkbox"/> گزش کنه <input type="checkbox"/> له کردن کنه با دست <input type="checkbox"/> تاریخ.....</p> <p><input type="checkbox"/> تماس جنسی غیر محافظت شده تاریخ.....</p> <p><input type="checkbox"/> تماس با جوندگان (ادرا، گزش، راه رفتن در آب) تاریخ.....</p> <p><input type="checkbox"/> تماس با میمون یا دیگر پرماتها تاریخ.....</p> <p><input type="checkbox"/> تماس با ادرا یا مدفوع حیوانات تاریخ.....</p> <p><input type="checkbox"/> تماس با خون یا بافت حیوانات تاریخ.....</p> <p><input type="checkbox"/> مصرف گوشت خام تاریخ.....</p> <p><input type="checkbox"/> مصرف شیر و یا لبنیات غیر پاستوریزه تاریخ.....</p> <p><input type="checkbox"/> دریافت خون یا سایر فرآورده های خونی تاریخ.....</p> <p>دیگر موارد.....</p> <p>توضیحات:</p>
<p>خواهشمند است فرم ۲ صفحه ای تکمیل شده ی فوق را به همراه نمونه و نامه درخواست آزمایش به آدرس: تهران، خیابان پاستور، بخش آربوویروس ها و تب های خونریزی دهنده ویروسی انستیتو پاستور ایران (آزمایشگاه مرجع کشوری)، کد پستی ۱۳۱۶۹۴۳۵۵۱ (تلفکس: ۰۲۱۶۴۱۱۲۸۲۱) ارسال/ فکس بفرمایید.</p>