

مرکز بهداشتی درمانی شهری.....	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....	فرم بررسی انفرادی بیماری تب خونریزی دهنده ویروسی تاریخ تهیه فرم:
مرکز بهداشتی درمانی روستایی.....	مرکز بهداشت شهرستان.....	
نام پدر:	نام خانوادگی:	نام:
شغل:	جنس:	سن:
تعداد افراد خانوار:	آدرس و تلفن محل سکونت:	
آدرس محل کار:		
تاریخ تشخیص بالینی:		تاریخ بروز علائم بیماری:
یافته های بالینی: درد عضلات: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد تب: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد راش های پتشی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد خونریزی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد سایر یافته های بالینی: تشخیص تقریبی: نام عضو خونریزی دهنده:		
اندازه فشار خون:		
یافته های آزمایشگاهی: لکوپنی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد ترومبوسیتوپنی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد پروتئینوری: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد سایر یافته های آزمایشگاهی:		
سابقه مسافرت در دو هفته گذشته: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد نام محل مسافرت:		
سابقه گزش کنه بر روی بدن: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد		
در محل سکونت بیمار کنه وجود دارد: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		

آیا محل سکونت بیمار مجاور محل نگهداری دام می باشد؟			بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
آیا سابقه تماس با دام در دو هفته گذشته وجود داشته است؟ در صورت بلی کدامیک از موارد زیر بوده است (تاریخ تقریبی ذکر شود) - ذبح دام <input type="checkbox"/> - بریدن یا قطع گوش دام <input type="checkbox"/> - پشم چینی دام <input type="checkbox"/> - بریدن دم دام <input type="checkbox"/> - غیره با ذکر نام.....			بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
آیا بیمار جزو پرسنل بیمارستان است؟			بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
آیا بیمار با فرد مشکوک به تب خونریزی دهنده تماس داشته است؟ در صورت بلی تاریخ تقریبی ذکر شود.....			بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
سابقه بیماری در اطرافیان:				
محل بستری (بیمارستان):			منبع گزارش:	
تاریخ تهیه نمونه اول سرم:		تاریخ تهیه نمونه دوم سرم:		تاریخ تهیه نمونه سوم سرم:
تاریخ ارسال نمونه اول سرم:		تاریخ ارسال نمونه دوم سرم:		تاریخ ارسال نمونه سوم سرم:
اقدامات درمانی: نوع ، مقدار و مدت دارو و دیگر مواد بیولوژیک تجویز شده:				
نتیجه آزمایش تشخیصی سرم اول: نتیجه آزمایش تشخیصی سرم دوم: نتیجه آزمایش تشخیصی سرم سوم:				
عاقبت بیمار:		بهبود <input type="checkbox"/>	فوت <input type="checkbox"/>	در صورت فوت تاریخ فوت:
پزشک بررسی کننده:			تاریخ بررسی:	

- سرم خون بیمار سه بار تهیه و به انستیتو پاستور ایران ، آزمایشگاه آربوویروس ها و تب های هموراژیک ویروسی (آزمایشگاه مرجع کشوری) ارسال می گردد.
- بار اول بلافاصله پس از تشخیص بالینی بیمار، بار دوم ۱۰-۵ روز پس از بروز اولین علائم بالینی بیمار، بار سوم ۱۵-۱۰ روز پس از بروز اولین علائم بالینی بیمار