

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

بیمارستان / کلینیک : دکتر شریعتی

مرکز بهداشت غرب شهرستان کرج

تاریخ گزارش :

آدرس :

منبع گزارش دهنده :

فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد مننژیت

۱- مشخصات بیمار :

نام و نام خانوادگی : نام پدر : جنس : .. سن (تاریخ تولد) :

شغل : وضعیت تأهل : ملیت :

تلفن :

۲- آدرس کامل :

۳- وضعیت بستری

شماره پذیرش : تاریخ بستری : تاریخ شروع بیماری : تاریخ شروع داروهای تجویز شده :

۴- شکایات و علائم بیماری:

تب : ☐ بله ☐ خیر	علائم عصبی : ☐ بله ☐ خیر	تشنج : ☐ بله ☐ خیر	فونتانل برجسته : ☐ بله ☐ خیر
سردرد : ☐ بله ☐ خیر	تهوع و استفراغ : ☐ بله ☐ خیر	بثورات جلدی : ☐ بله ☐ خیر	کاهش هوشیاری : ☐ بله ☐ خیر
سفتی گردن : ☐ بله ☐ خیر	کرنیک : ☐ بله ☐ خیر	برودزینسکی : ☐ بله ☐ خیر	

۵- اطلاعات آزمایشگاهی:

الف : تاریخ انجام آزمایش (مایع نخاع) LP

فشار مایع نخاع : بالا ☐ طبیعی ☐ ظاهر مایع نخاع : شفاف ☐ کدر ☐ خونی ☐ تعداد سلول : درصد لنفوسیت :
درصد پلی مورفونوکلئز : مقدار قند : مقدار پروتئین : رنگ آمیزی گرم : مثبت ☐ منفی ☐ انجام نشده ☐
لاتکس : مثبت ☐ منفی ☐ انجام نشده ☐ کشت : مثبت ☐ منفی ☐ انجام نشده ☐

ب : آزمایش خون CBC : مقدار HB : تعداد WBC : در صد پلی مورفونوکلئز : درصد لنفوسیت :

رنگ آمیزی گرم : مثبت ☐ منفی ☐ انجام نشده ☐ کشت : مثبت ☐ منفی ☐ انجام نشده ☐
مقدار قند : مقدار پروتئین :

۶- سوابق واکسیناسیون :

۷- رادیو گرافی:

ریه : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐ سینوسهای پاراناژال : طبیعی ☐ غیر طبیعی ☐

۸- سوابق بیمار :

اوتیت میانی ☐ بله ☐ خیر ☐ ضربه به سر ☐ بله ☐ خیر ☐ ماستوئیدیت ☐ بله ☐ خیر ☐
 برداشتن طحال ☐ بله ☐ خیر ☐ سینوزیت ☐ بله ☐ خیر ☐ پنومونی ☐ بله ☐ خیر ☐
 اندوکاردیت ☐ بله ☐ خیر ☐ سابقه مسافرت ☐ بله ☐ خیر ☐ عمل جراحی روی سر ☐ بله ☐ خیر ☐

۹- نوع مننژیت :

مننژوکوک ☐ پنوموکوک ☐ هموفیلوس آنفلوانزا ☐ سایر موارد باکتریال ☐ ویروسی : ☐ نامشخص : ☐

۱۰- درمان آنتی بیوتیکی انجام شده قبل از LP :

☐ بله ☐ خیر ☐ نوع آنتی بیوتیک

۱۱- درمان آنتی بیوتیکی انجام شده بعد از LP :

۱- سفتریاکسون ☐ ۲- سفوتاکسیم ☐ ۳- آمیکاسین ☐ ۴- آمپی سیلین ☐ ۵- سفتازیدیم ☐ ۶- سفتی زوکسیم ☐ ۷- کلرامفنیکل ☐
 ۸- پنی سیلین ☐ ۹- وانکومايسن ☐ ۱۰- جنتامایسین ☐ ۱۱- ریفامپین ☐ ۱۲- ایمی پنم ☐ ۱۳- مرو پنم ☐ ۱۴- سایر.....

۱۲- نتیجه درمان : بهبودی با عارضه ☐ بهبودی بدون عارضه ☐ فوت ☐

۱۳- عوارض بیماری :

اختلال عصب مغزی با ذکر شماره عصب کری : دائم ☐ موقت ☐ علائم عصبی موضعی دارد : بلی ☐ خیر ☐ پریکاردیت چرکی : بلی ☐ خیر ☐
 ادم مغزی : بلی ☐ خیر ☐ هیدروسفالی : بلی ☐ خیر ☐ آبسه مغزی : بلی ☐ خیر ☐ ونتریکولیت : بلی ☐ خیر ☐ سایر عوارض :

۱۴- افرادی که با بیمار تماس داشته اند : نام و نام خانوادگی : تاریخ تماس :/...../..... محل تماس :

۱۵- آیا بیمار دیگری در خانواده وجود دارد :

نام جنس سن تاریخ بروز علائم :/...../.....

۱۶- اقدامات انجام شده برای افراد در معرض تماس :

نام و نام خانوادگی : جنس : سن : اقدامات انجام شده :

۱۷- نام بررسی کننده : سمت : محل کار : تاریخ :

تاریخ و امضاء : مهر و امضاء، پزشک یا مرکز درمانی :