

فرم بررسی انفرادی اسهال خونی

استان : البرز شهرستان : کرج تاریخ گزارش : بعد خانوار : ساکن : شهر □ روستا □

مشخصات بیمار :

نام و نام خانوادگی : نام پدر : سن : شغل : تاریخ بروز علائم :

تاریخ مراجعه : آدرس :

علائم بالینی :

بله	خیر	نامشخص	علائم بالینی :
☐	☐	☐	اسهال خفیف (کمتر از ۳ بار)
☐	☐	☐	اسهال شدید (بیش از ۴ بار)
☐	☐	☐	استفراغ
☐	☐	☐	دلدرد
☐	☐	☐	وجود کف و بلغم در مدفوع
☐	☐	☐	وجود خون در مدفوع
			نوع انگل :
☐	☐	☐	کیست / تروفوزوئید آنتاموبا هیستولیتیکا
☐	☐	☐	کیست / تروفوزوئید ژیا ردیا
☐	☐	☐	کیست / تخم کریپتوسپوردیوم
☐	☐	☐	سایر

علائم آزمایشگاهی :

نام آزمایشگاه : منبع احتمالی آلودگی : تاریخ :

نتیجه آزمایش مدفوع : کشت : مثبت □ منفی □ مستقیم : مثبت □ منفی □

سابقه مسافرت : بله □ خیر □ تاریخ : محل :

نحوه درمان : سرپایی □ بستری □ نام بیمارستان : تعداد روزهای بستری :

نوع داروی تجویز شده : طول مدت درمان :

منبع آب آشامیدنی :

چاه □ چشمه □ لوله کشی شهری □ قنات □ سایر

نتیجه آخرین آزمایش آب : کلر باقیمانده : زمان ماند : نتیجه آزمایش میکروبی : تاریخ آزمایش :

دفع فاضلاب : چاه □ رودخانه □ سیستم فاضلاب □ سایر

وضع توالت : دارد □ (بهداشتی □ غیر بهداشتی □) ندارد □

نتیجه درمان : بهبودی □ عود : □ عارضه : □ فوت : □ نوع عارضه :

نام بررسی کننده : عنوان : امضاء :