

دانشگاه/دانشکده:

مرکز بهداشت شهرستان:

منطقه: ☐ (۱-شهری ۲-روستایی ۹-نامشخص)منبع گزارش: ☐ (۱-خانه بهداشت ۲-مرکز بهداشتی درمانی ۳-بیمارستان دولتی ۴-بیمارستان خصوصی ۵-مطب

۶-درمانگاه خصوصی ۷-آزمایشگاه ۸-سایر ۹-نامشخص)

تاریخ دریافت گزارش:

تاریخ اعلام به مرکز بهداشت شهرستان:

مشخصات بیمار:

کد شناسایی بیمار:

نام و نام خانوادگی:

کد ملی:

نام پدر:

جنس:

(۱-مذکر ۲-مونث)

تاریخ تولد:

سن بر حسب سال و ماه:

ملیت:

تعداد اعضاء خانوار:

آدرس: تلفن:

تعداد نوبتهای دریافتی واکسن سرخک/سرخچه/ MR/MMR (به تفکیک هر واکسن و تعداد نوبتهای دریافتی و تاریخ آخرین نوبت):

سرخک:

سرخچه:

MMR

MR

تعداد نوبت	تاریخ آخرین نوبت	تعداد نوبت	تاریخ آخرین نوبت	تعداد نوبت	تاریخ آخرین نوبت	دریافت واکسن در بسیج همگانی واکسیناسیون

یافته های بالینی:

تاریخ بررسی: تاریخ شروع بثورات: نوع بثورات: (۱-ماکولوپاپولر ۲-وزیکولر ۳-سایر) بیمار باردار است ۱-بلی ۲-خیر

علامت تب: (۱-دارد ۲-ندارد ۹-نامشخص) تاریخ شروع تب: سرفه بزرگی غدد لنفاوی کدام مناطق بدن

آبریزش از بینی قرمزی ملتحمه چشم درد مفاصل چند مفصل..... مدت..... تورم مفاصل چند مفصل..... مدت.....

اختلالات شنوایی (یک گوش مدت..... دوگوش مدت.....) سایر علائم: شماره پرونده بیمارستانی: علت مرگ:

آیا بیمار بستری شده است: بلی خیر نام بیمارستان: تاریخ فوت: آیا بیمار فوت شده است: بلی خیر

منبع احتمالی عفونت:

(بلی= ۱ خیر= ۲ نامشخص = ۹)

- ۱- آیا در یکماه اخیر تماس با موارد مشکوک به سرخک / سرخچه / تب و بثورات ماکولوپاپولار داشته است؟ ☐
- ۲- آیا مورد تأیید شده سرخک / سرخچه در طی یکماه اخیر دراین منطقه وجود داشته است؟ ☐
- ۳- آیا بیمار در یکماه اخیر مسافرت داشته است؟ ☐ نام محل مسافرت:
- ۴- آیا بیمار با خانم باردار در طی دوران بروز علائم / دوره کمون بیماری تماس داشته است؟ ☐

یافته های آزمایشگاهی:

این قسمت پس از دریافت جواب آزمایشات تکمیل می گردد:

۱- تاریخ نمونه گیری خون: تاریخ ارسال نمونه: نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:

۲- تاریخ نمونه گیری ادرار: تاریخ ارسال نمونه: نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:

۳- تاریخ نمونه گیری حلق: تاریخ ارسال نمونه: نتیجه آزمایش: تاریخ اعلام نتیجه:

نتیجه آزمایش از نظر سرخک ☐ سرخچه ☐ مثبت ۲ منفی ۹-نامشخص

طبقه بندی نهایی:

تاریخ طبقه بندی نهایی:

مردود ☐ **تشخیص نهایی ذکر گردد:تایید شده ☐ (۱-سرخک ۲-سرخچه)تایید شده بوسیله: ☐ (۱-آزمایشگاه ۲-بالینی ۳-اپیدمیولوژیک)منبع بیماری: ☐ (۱-بومی ۲-وارد ۳-مرتبط با وارد ۴-نامشخص)

مشخصات بررسی کننده:

سمت:

تاریخ بررسی:

امضا

نام و نام خانوادگی: