

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

فرم ثبت اطلاعات بیماران نمونه گیری شده دچار شبه آنفلوآنزا

نوع مرکز تکمیل کننده فرم: خانه بهداشت پایگاه بهداشت شهری مرکز بهداشتی درمانی مطب/درمانگاه خصوصی بیمارستان تجمعات بزرگ انسانی موقت (زیارتی، سیاحتی، ورزشی)
 پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی مکان تجمعی نوع مکان تجمعی (روستا، مدرسه، دانشگاه، زندان، پادگان، خوابگاه، کارخانه) نام مرکز

1- اطلاعات بیمار

نام و نام خانوادگی بیمار: کد ملی: نام پدر:

تاریخ تولد: سن جنسیت: زن مرد

ملیت: تلفن تماس با بیمار:

آدرس محل سکونت: وضعیت بیمار در هنگام نمونه گیری: سرپایی بستری

2- تاریخ های مهم: تاریخ مراجعه به پزشک: تاریخ تکمیل فرم:

تاریخ نمونه گیری: تاریخ ارسال نمونه:

3- نوع نمونه: سواب گلو سواب بینی / غرغره گلو مایع نخاع نکروپسی

4- سابقه مسافرت طی هفت روز قبل:

سابقه تماس با پرندگان بیمار(مرده)/ محصولات آنها سابقه تماس به فرد/بیماری که مسافرت خارج از کشور داشته

5- علائم بیمار در بدو مراجعه:

علائم کلیدی شبه آنفلوآنزا	(علامت * یعنی وارد نمودن تاریخ شروع علامت الزامی می باشد)
<input type="checkbox"/> تب بالای 38 درجه *	<input type="checkbox"/> گلودرد <input type="checkbox"/> سرفه *
علائم دستگاه تنفسی تحتانی	<input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> تنفس دشوار <input type="checkbox"/> خلط خونی
علائم قلبی عروقی	<input type="checkbox"/> احساس ناراحتی قفسه سینه <input type="checkbox"/> افت فشار خون
علائم دستگاه عصبی	<input type="checkbox"/> احساس گیجی / سرگیجه <input type="checkbox"/> خواب آلودگی / کما <input type="checkbox"/> تشنج <input type="checkbox"/> بیقراری (بالغین)
علائم کودکان	<input type="checkbox"/> بیقراری در آغوش مادر <input type="checkbox"/> تحریک پذیری کودک <input type="checkbox"/> عدم تحرک و بازی <input type="checkbox"/> عدم شیر نوشیدن (تهوع کودک)
علائم کمکی	<input type="checkbox"/> درد عضلانی و کوفتگی <input type="checkbox"/> بی اشتها <input type="checkbox"/> لرز <input type="checkbox"/> کبودی پوست
<input type="checkbox"/> درد مفاصل <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> تهوع / استفراغ <input type="checkbox"/> گرفتگی بینی	<input type="checkbox"/> آبریزش بینی / عطسه <input type="checkbox"/> قرمزی چشم <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> عود تب و سرفه بعد از بهبود

فهرست تشخیص های افتراقی سندرم شبه آنفلوآنزا:

- آنفلوآنزای فصلی / پاندمیک
- ویروس سنسیسیال تنفسی
- آدنوویروس
- آنتروویروس
- پارا آنفلوآنزا
- سارس / کوروناویروس جدید
- متاپنومو ویروس انسانی
- سیاه سرفه
- سایر علل ناشناخته نوپدید

6- سابقه بیماری قبلی:

<input type="checkbox"/> بیماری مزمن قلبی	<input type="checkbox"/> بیماری مزمن کلیوی	<input type="checkbox"/> بیماری مزمن ریوی	<input type="checkbox"/> بیماری مزمن عصبی / تشنج	<input type="checkbox"/> بیماری مزمن خونی
<input type="checkbox"/> سوء تغذیه	<input type="checkbox"/> بدخیمی	<input type="checkbox"/> فقدان/برداشت طحال	<input type="checkbox"/> دیابت	<input type="checkbox"/> حاملگی
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> چاقی شدید	<input type="checkbox"/> بیماری مزمن کبدی	<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/> عود تب و سرفه بعد از بهبود

7- سابقه پروفیلاکسی قبل از شروع علائم (واکسیناسیون آنفلوآنزای فصلی):

8- سابقه مصرف دارو: مصرف طولانی آسپیرین مصرف طولانی داروهای ایمنونوساپرسور شیمی درمانی