

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریها

فرم بررسی اپیدمیولوژیک وبا

..... دانشگاه / دانشکده شهرستان..... روستا تاریخ گزارش

اطلاعات شخصی بیمار

نام و نام خانوادگی نام پدر جنس سن شغل
وضعیت ازدواج میزان تحصیلات آدرس

یافته های کلینیکی

تاریخ بروز تب درجه تهوع استفراغ اسهال آبکی اسهال خونی
گرمپ شکمی درد عضلانی سردرد سایر
سرپایی بستری تاریخ بستری تاریخ ترخیص تاریخ مرگ
طول مدت بیماری.....

عوامل زمینه ای بیماری

جراحی معده دیابت بیماری قلبی نقص سیستم ایمنی گروه خونی
بیماری کبدی سرطان پیوند کلیه آنتی اسید
شیمی درمانی داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی

یافته های آزمایشگاهی

تاریخ تهیه نمونه مدفوع تاریخ ارسال به آزمایشگاه
سروگروپ Non - ۰۱۲۹ Non ۰۱ ۰۱۲۹ ۰۱
بیوتاıp التور کلاسیک سروتایپ اینابا اوگاوا هیکوجیما

اطلاعات اپیدمیولوژیک

آیا طی یک هفته قبل مسافرت داشته ؟ بلی خیر اگر جواب بلی است

۱- محل مسافرت تاریخ ورود تاریخ خروج

۲- محل مسافرت تاریخ ورود تاریخ خروج

۳- محل مسافرت تاریخ ورود تاریخ خروج

آیا هفته قبل با عوامل زیر (عوامل خطر) مواجهه داشته است؟ بلی ☐ خیر ☐ اگر جواب بلی است

مسافرت به کشورهای با شیوع بالا ☐ تهیه غذا از دست فروش ☐ استفاده از غذای مشترک ☐

تماس با افراد مبتلا به ویا ☐ (پاکستان، افغانستان، عراق) (مهمانی، رستوران، مراسم) و یا بیماری اسهالی

مصرف سبزی، سالاد، کاهو ☐ سالم سازی سبزیجات را میداند بلی ☐ خیر ☐

وجود همه گیری در منطقه بلی ☐ خیر ☐ سایر موارد

آب آشامیدنی

منابع آب آشامیدنی

لوله کشی ☐ رودخانه ☐ چشمه ☐ چاه ☐ قنات ☐ تانکر ☐ سایر

وضعیت آب آشامیدنی سالم ☐ ناسالم ☐

درمان دارویی

آیا برای این بیماری آنتی بیوتیک مصرف کرده است؟ بلی ☐ خیر ☐ گر بلی نام آنتی بیوتیک

تاریخ شروع مصرف آنتی بیوتیک آیا قبل از بیماری اخیر درمان پیشگیرانه شده است بلی ☐ خیر ☐

اگر بلی ... تاریخ شروع مصرف آنتی بیوتیک مدت مصرف نام آنتی بیوتیک

مایع درمانی

طبقه بندی بالینی براساس میزان کم آبی خفیف ☐ متوسط ☐ شدید ☐

اگر علائم خفیف است مقدار ORS مصرف شده

اگر علائم متوسط است مقدار ORS مصرف شده در ۴ ساعت اول

اگر علائم شدید است مقدار مایع وریدی مصرف شده بر حسب ml/kg در ساعت نوع مایع وریدی مصرفی

تاریخ تکمیل فرم نام بررسی کننده امضاء