

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشتی مرکز مدیریت بیماری های واگیر فرم ثبت اطلاعات موارد تب کریمه کنگو			
اطلاعات جغرافیایی			
استان:	دانشگاه:	شهرستان:	سال گزارش:
منطقه محل سکونت: شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> سیاری <input type="checkbox"/> عشایری <input type="checkbox"/> نوع مرکز: شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> شهری روستایی <input type="checkbox"/>			
نام مرکز: نام خانه / پایگاه بهداشتی:			
اطلاعات بیمار			
نام بیمار:	نام خانوادگی بیمار:	نام پدر:	کد ملی:
سن:	جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	ملیت: ایرانی <input type="checkbox"/> افغانی <input type="checkbox"/> پاکستانی <input type="checkbox"/> عراقی <input type="checkbox"/> سایر: <input type="checkbox"/>	
شغل: آزاد <input type="checkbox"/> آشپز <input type="checkbox"/> پزشک <input type="checkbox"/> تکنسین دامپزشکی <input type="checkbox"/> چوپان <input type="checkbox"/> خانه دار <input type="checkbox"/> دامپزشک <input type="checkbox"/> دامدار <input type="checkbox"/> دامدار-چوپان <input type="checkbox"/> کشاورز <input type="checkbox"/> محصل <input type="checkbox"/> دیباغ <input type="checkbox"/> راننده <input type="checkbox"/> قصاب <input type="checkbox"/> کارگر <input type="checkbox"/> کارگر کشتارگاه و بسته بندی <input type="checkbox"/> کارمند <input type="checkbox"/> کارمند آزمایشگاه <input type="checkbox"/> کارمند بهداشتی درمانی <input type="checkbox"/> کودک <input type="checkbox"/> محصل <input type="checkbox"/> نظامی <input type="checkbox"/> سایر: <input type="checkbox"/>			
کد پستی: آدرس محل سکونت:			
مرکز ارجاع کننده بیمار مشکوک: مرکز بهداشتی درمانی <input type="checkbox"/> خانه بهداشت <input type="checkbox"/> پایگاه بهداشتی <input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> کلینیک خصوصی <input type="checkbox"/> مطب شخصی <input type="checkbox"/>			
بیمارستان محل بستری: بستری در بخش ایزوله استاندارد <input type="checkbox"/> * نام بخش بستری: عفونی <input type="checkbox"/> داخلی <input type="checkbox"/> اطفال <input type="checkbox"/> جراحی <input type="checkbox"/> زنان <input type="checkbox"/> اورژانس <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> CCU <input type="checkbox"/>			
تاریخ بروز علائم بالینی: سال بروز: ماه بروز: تاریخ تشخیص بالینی:			
علائم بالینی: شروع ناگهانی علائم <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> درد عضلات <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری و یا کما <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> سایر علائم بالینی:			
نوع و محل خونریزی: راش های پششی <input type="checkbox"/> محل تزریق سرم <input type="checkbox"/> خونریزی بینی <input type="checkbox"/> خونریزی لثه <input type="checkbox"/> خلط خونی <input type="checkbox"/> خونریزی وسیع پوستی <input type="checkbox"/> استفراغ خونی <input type="checkbox"/> اسهال خونی <input type="checkbox"/> ملنا(مدفوع سیاه) <input type="checkbox"/> خونریزی حفره شکم <input type="checkbox"/> خونریزی واژینال <input type="checkbox"/> ادرار خونی <input type="checkbox"/> سایر محل های خونریزی:			
ترمیموسیتوپنی: <input type="checkbox"/> یافته های آزمایشگاهی مهم: لکوپنی <input type="checkbox"/> لکوسیتوز <input type="checkbox"/> پروتئینوری <input type="checkbox"/> افزایش آنزیمهای کبدی <input type="checkbox"/> افزایش بیلی روبین توتال <input type="checkbox"/> کاهش هموگلوبین <input type="checkbox"/> هماتوری <input type="checkbox"/>			
سابقه اپیدمیولوژیک			
ابتلاء سایر افراد خانواده: <input type="checkbox"/> * تعداد افراد مبتلا در خانواده بیمار: ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/>			
محل اقامت در زمان تماس با عامل بیماریزا(محل تماس با عامل بیماریزا مشخص گردد): تماس در محل سکونت یا محل کار <input type="checkbox"/> تماس در مسافرت طی دو هفته قبل از بروز علائم بالینی <input type="checkbox"/> عدم تماس <input type="checkbox"/>			
آدرس محل مسافرت(در صورت تماس در مسافرت طی دو هفته قبل از بروز علائم): نحوه تماس با عامل بیماریزا دو هفته قبل از بروز علائم: کنه <input type="checkbox"/> دام <input type="checkbox"/> بیمار محتمل یا قطعی <input type="checkbox"/>			
نوع دام: گوسفند و بز <input type="checkbox"/> گاو و گاومیش <input type="checkbox"/> شتر <input type="checkbox"/> نوع تماس با دام: تماس با لاشه، ترشحات تازه و امعاء و احشاء <input type="checkbox"/> تماس با دام زنده <input type="checkbox"/>			
نوع تماس با کنه: گزش کنه یا وجود کنه بر روی بدن فرد مبتلا <input type="checkbox"/> دستکاری کنه و له کردن آن <input type="checkbox"/> نام بیمار محتمل یا قطعی:			
اقدامات درمانی			
دارو و مواد تجویز شده: آنتی بیوتیک <input type="checkbox"/> آدرنالین <input type="checkbox"/> ریباورین <input type="checkbox"/> خون <input type="checkbox"/> پلاسما <input type="checkbox"/> پلاکت <input type="checkbox"/> کورتیکواستروئید <input type="checkbox"/>			
تاریخ شروع درمان ریباورین: مدت تجویز ریباورین(به روز): ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۶ <input type="checkbox"/> ۷ <input type="checkbox"/> ۸ <input type="checkbox"/> ۹ <input type="checkbox"/> ۱۰ <input type="checkbox"/>			
اطلاعات آزمایشگاهی			
نمونه سرم اول: تاریخ تهیه نمونه: تاریخ ارسال نمونه: نتیجه آزمایش: (IgM -) <input type="checkbox"/> (IgM +) <input type="checkbox"/> (RT-PCR -) <input type="checkbox"/> (RT-PCR +) <input type="checkbox"/>			
نمونه سرم دوم: تاریخ تهیه نمونه: تاریخ ارسال نمونه: نتیجه آزمایش: (IgM -) <input type="checkbox"/> (IgM +) <input type="checkbox"/>			
نمونه سرم سوم: تاریخ تهیه نمونه: تاریخ ارسال نمونه: نتیجه آزمایش: (IgM -) <input type="checkbox"/> (IgM +) <input type="checkbox"/>			
تشخیص و نتیجه			
تشخیص بیمار بر اساس تعریف مورد بیماری: مظنون <input type="checkbox"/> محتمل <input type="checkbox"/> قطعی <input type="checkbox"/>			
محتمل ترین تشخیص بغیر از CCHF غیر قطعی: لپتوسپیروز <input type="checkbox"/> سپتی سمی <input type="checkbox"/> مننگوکوکسمی <input type="checkbox"/> پنومونی <input type="checkbox"/> هپاتیت <input type="checkbox"/> سرطان <input type="checkbox"/> مالاریا <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>			
عاقبت بیماری: بهبودی <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/> در صورت فوت ، تاریخ فوت:			
هماهنگی با اداره کل دامپزشکی: <input type="checkbox"/> * سایر اقدامات انجام شده در جهت کنترل بیماری را بنویسید:			
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: تاریخ تکمیل فرم:			

\*ضربدر در داخل مربع حکم بلی را دارد.