

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی  
 معاونت بهداشتی  
 مرکز مدیریت بیماری های واگیر  
 فرم ورود اطلاعات موارد بیماری تب مالت

اطلاعات جغرافیایی گزارش

استان: \_\_\_\_\_ دانشگاه: \_\_\_\_\_ شهرستان: \_\_\_\_\_  
 سال گزارش: \_\_\_\_\_ ماه گزارش: \_\_\_\_\_

منطقه محل سکونت: شهری  روستایی  سیاری  عشایری  نامشخص

نام مرکز: \_\_\_\_\_ نام خانه / پایگاه بهداشتی: \_\_\_\_\_

اطلاعات فردی بیمار

نام بیمار: \_\_\_\_\_ نام خانوادگی بیمار: \_\_\_\_\_ نام پدر: \_\_\_\_\_ کد ملی: \_\_\_\_\_

سن: \_\_\_\_\_ جنس: زن  مرد  بارداری:

ملیت: ایرانی  عراقی  افغانی  پاکستانی  سایر: \_\_\_\_\_

شغل: دامدار  دامدار - کشاورز  کشاورز  قصاب  کارمند  خانه دار  خانه دار - دامدار  کارگر   
 کشتارگاه  کارگر دامداری  دانش آموز  آزاد  دانشجو  نظامی  راننده  کودک  بیکار   
 کارگر  نامشخص  سایر: \_\_\_\_\_

آدرس محل سکونت: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_

یافته های آزمایشگاهی

آزمایش های تخصصی تشخیصی:

رایت:  $\frac{1}{40}$    $\frac{1}{80}$    $\frac{1}{160}$    $\frac{1}{320}$    $\frac{1}{640}$    $\frac{1}{1280}$

کومبس رایت:  $\frac{1}{4}$    $\frac{1}{80}$    $\frac{1}{160}$    $\frac{1}{320}$    $\frac{1}{640}$    $\frac{1}{1280}$

2ME:  $\frac{1}{20}$    $\frac{1}{40}$    $\frac{1}{80}$    $\frac{1}{160}$    $\frac{1}{320}$    $\frac{1}{640}$    $\frac{1}{1280}$

سایر آزمایش های تخصصی: \_\_\_\_\_

طبقه بندی

مورد بیماری: جدید  شکست درمان - عود  نامشخص و فاقد اطلاعات تکمیلی

یافته های بالینی

بروز علائم بالینی: سال: \_\_\_\_\_ ماه: \_\_\_\_\_ تشخیص: سال: \_\_\_\_\_ ماه: \_\_\_\_\_

علائم بالینی: تب  بی اشتهایی  کاهش وزن  درد عضلانی و استخوانی  کمردرد  آدنوپاتی   
 بزرگی طحال و یا کبد  ضعف و بیحالی  نامشخص

بستری در بیمارستان: دارد  ندارد  نامشخص

مدت بستری: ۱ هفته و کمتر  ۸-۱۴ روز  ۱۵ روز تا یکماه  بیش از یکماه

عوارض بیماری: دارد  ندارد  نامشخص  نوع عارضه: آرتريت  اسپوندیلیت   
 آنسفالیت  ارکیت  اندوکاردیت  اختلال روانی  سایر: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>در صورت شکست درمان یا عود ، سال درمان قبلی:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |
| <input type="checkbox"/> مدت درمان قبلی: ۲ هفته و کمتر <input type="checkbox"/> ۳-۴ هفته <input type="checkbox"/> ۵-۶ هفته <input type="checkbox"/> ۷-۸ هفته <input type="checkbox"/> بیش از ۸ هفته                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |
| <b>یافته های اپیدمیولوژیک</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |
| <b>تماس با دام: دارد</b> <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نامشخص                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |
| <b>نوع تماس با دام:</b> نگهداری دام در محل سکونت <input type="checkbox"/> ذبح دام ، تماس با خون و ترشحات <input type="checkbox"/> تماس با دام زنده<br>حضور در محل نگهداری دام و کود حیوانی <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |
| <b>واکسیناسیون دام ( در صورت شغل دامداری ، آیا دام فرد بیمار سابقه واکسیناسیون دارد؟):</b> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |
| <b>سابقه مصرف فرآورده های لبنی غیر پاستوریزه: دارد</b> <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |
| <b>نوع فرآورده:</b> شیر <input type="checkbox"/> پنیر <input type="checkbox"/> خامه <input type="checkbox"/> کره <input type="checkbox"/> آغوز <input type="checkbox"/> سرشیر <input type="checkbox"/> بستنی <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
| <b>ابتلای سایر افراد خانواده در یکسال گذشته:</b> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |
| <b>اقدامات درمانی</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
| <b>مدت مصرف دارو ها در درمان جدید:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |
| تتراسیکلین: ۱۴ روز و کمتر <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۲۸ روز <input type="checkbox"/> ۲۹ تا ۵۶ روز <input type="checkbox"/> بیش از ۵۶ روز <input type="checkbox"/><br>داکسی سیکلین: ۱۴ روز و کمتر <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۲۸ روز <input type="checkbox"/> ۲۹ تا ۵۶ روز <input type="checkbox"/> بیش از ۵۶ روز <input type="checkbox"/><br>استرپتومایسین : ۱ هفته و کمتر <input type="checkbox"/> ۸ تا ۱۴ روز <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۲۱ روز <input type="checkbox"/><br>جنتامایسین: ۱ هفته و کمتر <input type="checkbox"/> ۸ تا ۱۴ روز <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۲۱ روز <input type="checkbox"/><br>کوتریموکسازول: ۱۴ روز و کمتر <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۲۸ روز <input type="checkbox"/> ۲۹ تا ۵۶ روز <input type="checkbox"/> بیش از ۵۶ روز <input type="checkbox"/><br>ریفامپین: ۱۴ روز و کمتر <input type="checkbox"/> ۱۵ تا ۲۸ روز <input type="checkbox"/> ۲۹ تا ۵۶ روز <input type="checkbox"/> بیش از ۵۶ روز <input type="checkbox"/> |                  |
| سایر داروها:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |
| <b>سایر اقدامات</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |
| <b>هماهنگی با اداره کل دامپزشکی:</b> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> منطقه فاقد دام <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |
| <b>سایر اقدامات انجام شده در جهت کنترل بیماری را بنویسید:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |
| نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | تاریخ تکمیل فرم: |

۱- در صورتیکه نام پدر نامشخص است کلمه نامشخص ثبت گردد.

۲- در صورت دریافت نتایج آزمایش تب مالت از آزمایشگاه و عدم دسترسی به بیمار در قسمت مورد بیماری گزینه " نامشخص و فاقد اطلاعات تکمیلی " انتخاب گردد.

۳- اگر بیمار دچار شکست درمان یا عود بیماری شده است بایستی کلیه اطلاعات فرم مطابق مورد جدید بیماری تکمیل گردد .