بسمه تعالی

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

بیمارستان مرکز بهداشت جنوب

فرم پایش هفتگی مراقبت فعال برای کشف موارد شل حاد و سرخک

از تاریخ لغایت

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بخشها** | **تعداد بخشهای موجود** | **تعداد موارد فلج شل حاد و سرخک در مدارک پزشکی بیماران بستری** | | | | **تعداد موارد فلج شل حاد و سرخک در مدارک پزشکی بیماران سرپایی** | | | | **جمع موارد فلج شل حاد و سرخک** | | | | **ذکر دلایل عدم گزارش** |
| **گزارش شده** | | **گزارش نشده** | | **گزارش شده** | | **گزارش نشده** | | **گزارش شده** | | **گزارش نشده** | |
| **فلج شل حاد** | **سرخک** | **فلج شل حاد** | **سرخک** | **فلج شل حاد** | **سرخک** | **فلج شل حاد** | **سرخک** | **فلج شل حاد** | **سرخک** | **فلج شل حاد** | **سرخک** |
| **عفونی** |  | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |  |
| **توانبخشی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **مدارک پزشکی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **اعصاب** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **کودکان** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **کلینیک سرپایی بیمارستان و اورژانس** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** |  | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** |  |

**موردی گزارش نشد**

**کارشناس بیماریها :**

**سرپرست مرکز :**

اگر موردی از بیماریهای فوق یافت نشد در ستون های 3 و 4 و 5 عدد صفر منظور گردد