

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
مرکز بهداشت شهرستان

مراقبت التور (فرم شماره ۲) دفتر ثبت توزیع محیط های کری بلر التور شهرستان

تحویل محیط کری بلر			نام و احد بهداشتی یا درمانی یا بیمارستان	* ردیف
نام تحویل گیرنده	تعداد	تاریخ		

* ردیف برای هر سال شمسی از ابتدا شروع میشود

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....
مرکز بهداشت شهرستان

خانه بهداشت:
مرکز بهداشتی درمانی:
بیمارستان:
مطب خصوصی:

فرم شماره ۳ مراقبت التور) فرم نمونه برداری روزانه بیماری اسهالی و فرم گزارش آزمایشگاه

آزمایشگاه					آدرس کامل وتلفن	محل سکونت		بیمار		وارد از	ملیت	تاریخ		شغل	گروه سنی		جنسیت	نام پدر	نام و نام خانوادگی		
												نمونه برداری	بروز علائم		≤ ۲	> ۲					
نتیجه آزمایش	تاریخ *		کیفیت نمونه		روستا	شهر	سریائی	بستری													
	انجام آزمایش	تحويل به آزمایشگاه	نا مطلوب	مطلوب																	

نام و امضاء مسؤل آزمایشگاه

نام و امضاء مسؤل واحد

نام و نام خانوادگی نمونه بردار

* فقط این ستونهای **زرد رنگ** توسط آزمایشگاه تکمیل و سپس عینا به واحد بیماریهای شهرستان ارسال و بایگانی و پایان ماه آمار آن در پورتال وارد میشود.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

دفتر ثبت آزمایشات التور شهرستان

مراقبت التور (فرم شماره ۴)

آدرس و شماره تلفن	نتیجه	تاریخ				واحد تهیه کننده نمونه	وارد از	ملیت	وضعیت بیماری		گروه سنی		رتبه	پولیس	نام و نام خانوادگی	ردیف
		انجام آزمایش	تحويل به آزمایشگاه	تهیه نمونه	بروز علائم بالینی				بستری	سرپائی	≤ ۲	> ۲				

* ردیف برای هر سال شمسی از ابتدا شروع میشود

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
 مرکز بهداشت شهر سیتن

مراقبت التور (فرم شماره ۵) گزارش ماهیانه موارد نمونه برداری التور

سال: ماه:

تعداد موارد ناگ انسانی	تعداد فوت شدگان در		موارد مثبت		محل سکونت		گروه سنی		جنس		تعداد نمونه های آزمایش شده در			تعداد کل موارد اسهال گزارش شده	ردیف
	موارد منفی	موارد مثبت	بستری	سرپایی	روستا	شهر	≤ 2	≥ 2	زن	مرد	جمع	موارد اسهالی بستری	موارد اسهالی سرپایی		

نام گزارش کننده

تاریخ گزارش

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

مراقبت التور (فرم شماره ۶) لیست خطی (گزارش تلفنی) موارد بیماری وبای التور

شهرستان : دانشگاه : ماه : سال :

ردیف	نام و نام خانوادگی		منطقه		جنس	سن	خانواده	تعداد افراد مبتلا در	تاریخ بروز	تاریخ نمونه برداری	تاریخ انجام آزمایش	ناک	سروتایپ		تاریخ گزارش	وضعیت بالینی	وضعیت درمان	منبع آب آشامیدنی	وضعیت کلر اسیون آب	نتیجه درمان		ملیت	وارد از	آدرس		
	روستایی	شهری	اوتگوا	اینابا									مرگ	بهبود												

وضعیت بالینی - شدید، خفیف، متوسط

وضعیت درمان - سرپایی، بستری

منبع آشامیدنی - رودخانه، چشمه، چاه ، تانکر، لوله کشی، قنات

نتیجه درمان - بهبودی، مرگ (تاریخ مرگ

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

مراقبت التور (فرم شماره ۷)

لیست خطی (گزارش تلفنی) موارد ناگ مثبت

شهرستان دانشگاه : سا ل: ماه.....

آدرس و تلفن	ملیت	تاریخ گزارش	تاریخ انجام آزمایش	تاریخ نمونه برداری	تاریخ بروز	تعداد مبتلا در خانواده	نام پدر	سن	جنس	منطقه		نام و نام خانوادگی	رتبه
										روستایی	شهری		

نام و امضای گزارشگر

مورد جدید:

فرم گزارش تلفنی و بررسی اپیدمیولوژیکی بیماری وبا در ایران

کد مرکز مدیریت*	<input type="text"/>
در این قسمت نام کاربری یا User name شهرستان ثبت گردد.	
سال*	1390 <input type="text"/>
ماه*	<input type="text"/>
نام مرکز بهداشتی درمانی	<input type="text"/> چنانچه فرد تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی می باشد نام آن ثبت شود
نام خانه بهداشت	<input type="text"/> چنانچه فرد تحت پوشش خانه بهداشت می باشد نام آن ثبت شود
نام خانوادگی و نام بیمار*	<input type="text"/> نام خانوادگی را ابتدا و سپس با یک فاصله نام را درج نمایید
نام پدر	<input type="text"/>
کد ملی	<input type="text"/> کد ملی را بدون خط فاصله درج نمایید. البته فعلا اجباری به نوشتن کد ملی نیست (برای آینده طراحی شده است)
تاریخ تولد*	<input type="text"/> تاریخ تولد تاریخ  شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید.
جنس*	<input type="text"/>
منطقه سکونت*	<input type="text"/>
شغل	<input type="text"/>
وضیعت ازدواج	<input type="text"/>
میزان تحصیلات	<input type="text"/>

<p>تاریخ بروز تاریخ <input type="text"/>  شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید. تاریخ ظهور اولین نشانه گوارشی بیماری (از قبیل تهوع - استفراغ - اسهال و...)</p>	<p>تاریخ بروز*</p>
<p>نام واحد تهیه کننده نمونه مدفوع ذک شود <input type="text"/></p>	<p>واحد تهیه کننده نمونه</p>
<p>مربوط به یافته های آزمایشگاهی <input type="text"/></p>	<p>نوع نمونه تهیه شده</p>
<p>تاریخ تهیه نمونه تاریخ <input type="text"/>  شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید. مربوط به یافته های آزمایشگاهی</p>	<p>تاریخ تهیه نمونه*</p>
<p>تاریخ تحویل نمونه به آزمایشگاه تاریخ <input type="text"/>  شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید. مربوط به یافته های آزمایشگاهی</p>	<p>تاریخ تحویل نمونه به آزمایشگاه*</p>
<p>تاریخ اعلام نتیجه آزمایشگاه تاریخ <input type="text"/>  شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید. تاریخ اعلام جواب مثبت آزمایشگاه ذکر شود</p>	<p>تاریخ اعلام نتیجه آزمایشگاه*</p>
<p>تاریخ گزارش شهرستان به استان تاریخ <input type="text"/>  شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید.</p>	<p>تاریخ گزارش شهرستان به استان*</p>
<p>مربوط به یافته های آزمایشگاهی <input type="text"/></p>	<p>سروتایپ*</p>
<p>مربوط به یافته های آزمایشگاهی <input type="text"/> التور</p>	<p>بیوتایپ*</p>
<p>مربوط به یافته های آزمایشگاهی <input type="text"/> O1</p>	<p>سرو گروپ*</p>
<p>ملیت: انتخاب گزینه <input type="text"/> ایرانی  مقدار خودتان را وارد نمایید: <input type="text"/></p>	<p>ملیت*</p>

ملیت بیمار را از گزینه انتخاب نمایید و در صورت داشتن دیگر ملیت ها در قسمت مقدار خودتان را وارد نمایید کلیک نموده و ملیت را تایپ کنید.

وارد از*

وارد از: انتخاب گزینه

مقدار خودتان را وارد نمایید:

نام کشور وارده را از گزینه انتخاب نمایید و در صورت وارد شدن از سایر کشورها، نام کشور را در قسمت مقدار خودتان را وارد نمایید تایپ کنید.

طبقه بندی وضعیت بالینی بیمار*

وضعیت بالین مورد مثبت در هنگام نمونه برداری نوشته شود.

وضعیت درمان*

بیمار در مراجعه سرپایی یا بستری کشف شده است؟

نتیجه درمان بیمار مبتلا به وبا

نتیجه درمان بیمار مبتلا به وبا: انتخاب گزینه

مقدار خودتان را وارد نمایید:

در صورت داشتن عارضه نام عارضه در باکس فوق (مقدار خودتان را وارد کنید) تایپ شود.

تاریخ فوت

تاریخ فوت تاریخ

تعداد اعضاء خانواده بیمار

تعداد افراد مبتلا در خانواده



آدرس دقیق

اسهال آبکی

مربوط به یافته های کلینیکی

اسهال خونی

مربوط به یافته های کلینیکی

<input type="checkbox"/>	مربوط به یافته های کلینیکی	تهوع
<input type="checkbox"/>	مربوط به یافته های کلینیکی	استفراغ
<input type="checkbox"/>	مربوط به یافته های کلینیکی	کرامپ شکمی
<input type="checkbox"/>	مربوط به یافته های کلینیکی	درد عضلانی
<input type="checkbox"/>	مربوط به یافته های کلینیکی	تب
<input type="checkbox"/>	مربوط به یافته های کلینیکی	سر درد
<input type="checkbox"/>	مربوط به یافته های کلینیکی	غرغر شکمی
<input type="text"/>		سایر علائم
 <input type="text"/>	تاریخ بستری تاریخ	تاریخ بستری
 <input type="text"/>	تاریخ ترخیص تاریخ	تاریخ ترخیص
<input type="text"/>		طول مدت بیماری
<input type="checkbox"/>	مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	جراحی معده
<input type="checkbox"/>	مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	دیابت
<input type="checkbox"/>	مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	بیماری قلبی


<input type="checkbox"/> مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	نقص سیستم ایمنی
<input type="checkbox"/> مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	بیماری کبد
<input type="checkbox"/> مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	سرطان
<input type="checkbox"/> مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	پیوند کلیه
<input type="checkbox"/> مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	آنتی اسید
<input type="checkbox"/> مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	شیمی تراپی
<input type="checkbox"/> مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	دارو های تضعیف کننده سیستم ایمنی
<input type="text"/> مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	گروه خونی بیمار
<input type="text"/> اگر بله به سوال بعدی دقیق پاسخ دهید	آیا یک هفته قبل مسافرت داشته است
<input type="text"/>	نام محل های مسافرت و تاریخ ورود و خروج هر محل
<input type="checkbox"/> مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است	مسافرت خارج از کشور
<input type="text"/> ارتباط با اتباع خارجی(نام کشور نوشته شود): انتخاب گزینه <input type="text"/> مقدار خودتان را وارد نمایید:	ارتباط با اتباع خارجی(نام کشور نوشته شود)

<input type="checkbox"/> <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	تهیه غذا از دست فروش ها
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	استفاده از غذای مشترک
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	مصرف غذا از اغذیه فروشی
<input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	مصرف غذا در رستوران
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	مصرف غذا در مراسم ها(عروسی،ختم،سفره نذری...)
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	مصرف غذا در مراکز تجمعی(شبانه روزی،خوبگاهها،پادگانها،و.....)
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	مصرف سبزی خام ضد عفونی نشده
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	مصرف میوه نشسته و ضد عفونی نشده
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	مصرف سالاد و کاهو ضد عفونی نشده
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	مصرف بستنی محلی و سنتی(غیر پاستوریزه)
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	مصرف آب هویج

<input type="checkbox"/> <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	<p>مصرف غذای پخته خارج از یخچال نگهداری شده</p>
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	<p>مصرف ماهی، میگو، صدف نیم پز یا خام</p>
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	<p>تماس با افراد مبتلا به وبا</p>
<p>تماس با فرد مبتلا به اسهال: <input type="checkbox"/> گزینه</p> <p>مقدار خودتان را وارد نمایید:</p> <input type="text"/> <p>در صورت بله آدرس در پاکس فوق نوشته شود</p>	<p>تماس با فرد مبتلا به اسهال</p>
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	<p>نشستن دستها قبل از غذا و بعد از توالیت با آب و صابون</p>
<input type="checkbox"/>	<p>آیا در منطقه همه گیری وبا وجود دارد</p>
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به منابع آب آشامیدنی است</p>	<p>سایر عوامل خطر نیز ذکر شود. ...</p>
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به منابع آب آشامیدنی</p>	<p>مصرف آب شرب از لوله کشی</p>
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به منابع آب آشامیدنی</p>	<p>مصرف آب شرب از رودخانه</p>
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به منابع آب آشامیدنی</p>	<p>مصرف آب شرب از چشمه</p>
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به منابع آب آشامیدنی</p>	<p>مصرف آب شرب از چاه</p>
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به منابع آب آشامیدنی</p>	<p>مصرف آب شرب از قنات</p>

<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی	مصرف آب شرب از تانکر
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است	مصرف آب شرب از آبهای مزارع و باغات
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است	مصرف یخ غیر بسته بندی یا غیرخانگی
<input type="checkbox"/> بله مربوط به منابع آب آشامیدنی	مصرف آب شرب از شیرهای پارکها
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است	مصرف آب شرب از مخازن آب کنار معابر
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است	سایر منابع آب آشامیدنی....
<input type="checkbox"/>	وضیعت آب آشامیدنی
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است	شنا در استخر ها
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است	شنا در کانالها و رودخانه و برکه ها
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است	شنا کردن در دریا
<input type="checkbox"/>	آیا قبل از بیماری اخیر درمان پیشگیرانه شده است
<input type="checkbox"/> تاریخ شروع مصرف آنتی بیوتیک در ابتلای قبلی	تاریخ شروع مصرف آنتی بیوتیک در ابتلای قبلی
<input type="checkbox"/>	مدت مصرف دارو آنتی بیو تیک در ابتلای قبلی
<input type="checkbox"/> مصرف آنتی بیوتیک برای بیماری فعلی: انتخاب گزینه	مصرف آنتی بیوتیک برای بیماری فعلی

	<p>مقدار خودتان را وارد نمایید: </p> <input data-bbox="1310 156 1451 204" type="text"/>	
	<p>در صورت مصرف نام داروها در باکس فوق نوشته شود</p>	
	<p><input data-bbox="1310 272 1451 320" type="text"/> مربوط به طبقه بندی بالینی و مایع درمانی است</p>	<p>اگر علائم خفیف است مقدار ORS مصرف شده</p>
	<p><input data-bbox="1310 379 1451 427" type="text"/> مربوط به طبقه بندی بالینی و مایع درمانی است</p>	<p>اگر علائم متوسط است مقدار ORS مصرف شده در ۴ ساعت اول</p>
	<p><input data-bbox="1310 486 1451 534" type="text"/> مربوط به طبقه بندی بالینی و مایع درمانی است</p>	<p>اگر علائم شدید است مقدار ORS مصرف شده بر حسب kg/ml در ۴ ساعت اول</p>
	<p><input data-bbox="1310 593 1451 641" type="text"/> مربوط به طبقه بندی بالینی و مایع درمانی است</p>	<p>نوع مایع وریدی مصرفی</p>
	<p> <input data-bbox="1079 699 1220 746" type="text"/> تاریخ تکمیل فرم تاریخ</p>	<p>تاریخ تکمیل فرم</p>
	<p><input data-bbox="1310 769 1451 817" type="text"/> نام و نام خانوادگی بررسی کننده را با یک فاصله تایپ کنید</p>	<p>نام و نام خانوادگی بررسی کننده</p>
		<p>نام خانوادگی و نام گزارشگر</p>
	<p><input data-bbox="1310 928 1451 976" type="text"/> در این قسمت نام کاربری یا User name شهرستان ثبت گردد.</p>	<p>کد مرکز مدیریت*</p>
	<p><input data-bbox="1310 1034 1451 1082" type="text" value="1390"/></p>	<p>سال*</p>
	<p><input data-bbox="1310 1104 1451 1152" type="text"/></p>	<p>ماه*</p>
	<p><input data-bbox="1310 1173 1451 1220" type="text"/> چنانچه فرد تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی می باشد نام آن ثبت شود</p>	<p>نام مرکز بهداشتی درمانی</p>
	<p><input data-bbox="1310 1279 1451 1327" type="text"/> چنانچه فرد تحت پوشش خانه بهداشت می باشد نام آن ثبت شود</p>	<p>نام خانه بهداشت</p>

<input type="text"/> نام خانوادگی را ابتدا و سپس با یک فاصله نام را درج نمایید	نام خانوادگی و نام بیمار*
<input type="text"/>	نام پدر
<input type="text"/> کد ملی را بدون خط فاصله درج نمایید. البته فعلا اجباری به نوشتن کد ملی نیست (برای آینده طراحی شده است)	کد ملی
<input type="text"/>  تاریخ تولد تاریخ شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید.	تاریخ تولد*
<input type="text"/>	جنس*
<input type="text"/>	منطقه سکونت*
<input type="text"/>	شغل
<input type="text"/>	وضیعت ازدواج
<input type="text"/>	میزان تحصیلات
<input type="text"/>  تاریخ بروز تاریخ شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید. تاریخ ظهور اولین نشانه گوارشی بیماری (از قبیل تهوع - استفراغ - اسهال و...)	تاریخ بروز*
<input type="text"/> نام واحد تهیه کننده نمونه مدفوع ذک شود	واحد تهیه کننده نمونه
<input type="text"/> مربوط به یافته های آزمایشگاهی	نوع نمونه تهیه شده
<input type="text"/>  تاریخ تهیه نمونه تاریخ شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید. مربوط به یافته های آزمایشگاهی	تاریخ تهیه نمونه*
<input type="text"/>  تاریخ تحویل نمونه به آزمایشگاه تاریخ شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید. مربوط به یافته های آزمایشگاهی	تاریخ تحویل نمونه به آزمایشگاه*

تاریخ اعلام نتیجه آزمایشگاه*

تاریخ اعلام نتیجه آزمایشگاه تاریخ شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید. تاریخ اعلام جواب مثبت آزمایشگاه ذکر شود

تاریخ گزارش شهرستان به استان*

تاریخ گزارش شهرستان به استان تاریخ شما باید برای این فیلد الزامی یک مقدار وارد نمایید.

سروتایپ*

مربوط به یافته های آزمایشگاهی

بیوتایپ*

مربوط به یافته های آزمایشگاهی

سرو گروپ*

مربوط به یافته های آزمایشگاهی

ملیت*

ملیت: انتخاب گزینه مقدار خودتان را وارد نمایید:

ملیت بیمار را از گزینه انتخاب نمایید و در صورت داشتن دیگر ملیت ها در قسمت مقدار خودتان را وارد نمایید کلیک نموده و ملیت را تایپ کنید.

وارد از*

وارد از: انتخاب گزینه مقدار خودتان را وارد نمایید:

نام کشور وارده را از گزینه انتخاب نمایید و در صورت وارد شدن از سایر کشورها، نام کشور را در قسمت مقدار خودتان را وارد نمایید تایپ کنید.

طبقه بندی وضعیت بالینی بیمار*

وضعیت بالین مورد مثبت در هنگام نمونه برداری نوشته شود.

وضعیت درمان*

بیمار در مراجعه سرپایی یا بستری کشف شده است؟

نتیجه درمان بیمار مبتلا به وبا

نتیجه درمان بیمار مبتلا به وبا: انتخاب گزینه

مقدار خودتان را وارد نمایید:

در صورت داشتن عارضه نام عارضه در باکس فوق (مقدار خودتان را وارد کنید) تایپ شود.

تاریخ فوت

تاریخ فوت تاریخ

تعداد اعضاء خانواده بیمار

تعداد افراد مبتلا در خانواده

آدرس دقیق

اسهال آبکی

مربوط به یافته های کلینیکی

اسهال خونی

مربوط به یافته های کلینیکی

تهوع

مربوط به یافته های کلینیکی

استفراغ

مربوط به یافته های کلینیکی

کرامپ شکمی

مربوط به یافته های کلینیکی

درد عضلانی

مربوط به یافته های کلینیکی

تب

مربوط به یافته های کلینیکی

سر درد

مربوط به یافته های کلینیکی

مربوط به یافته های کلینیکی	
<input type="checkbox"/> مربوط به یافته های کلینیکی	غرغر شکمی
<input type="text"/>	سایر علائم
<input type="text"/> تاریخ بستری تاریخ	تاریخ بستری
<input type="text"/> تاریخ ترخیص تاریخ	تاریخ ترخیص
<input type="text"/>	طول مدت بیماری
<input type="checkbox"/> مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	جراحی معده
<input type="checkbox"/> مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	دیابت
<input type="checkbox"/> مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	بیماری قلبی
<input type="checkbox"/> مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	نقص سیستم ایمنی
<input type="checkbox"/> مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	بیماری کبد
<input type="checkbox"/> مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	سرطان
<input type="checkbox"/> مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	پیوند کلیه
<input type="checkbox"/> مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری	آنتی اسید

<input type="checkbox"/> <p>مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری</p>	<p>شیمی تراپی</p>
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری</p>	<p>دارو های تضعیف کننده سیستم ایمنی</p>
<input type="text"/> <p>مربوط به عوامل مستعد کننده بیماری</p>	<p>گروه خونی بیمار</p>
<input type="text"/> <p>اگر بله به سوال بعدی دقیق پاسخ دهید</p>	<p>آیا یک هفته قبل مسافرت داشته است</p>
<input type="text"/>	<p>نام محل های مسافرت و تاریخ ورود و خروج هر محل</p>
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	<p>مسافرت خارج از کشور</p>
<input type="text"/> <p>ارتباط با اتباع خارجی(نام کشور نوشته شود): انتخاب گزینه</p> <p>مقدار خودتان را وارد نمایید:</p> <input type="text"/>	<p>ارتباط با اتباع خارجی(نام کشور نوشته شود)</p>
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	<p>تهیه غذا از دست فروش ها</p>
<input type="checkbox"/> <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	<p>استفاده از غذای مشترک</p>
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <p>مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است</p>	<p>مصرف غذا از اغذیه فروشی</p>
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<p>مصرف غذا در رستوران</p>

مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است	
<input type="text"/> مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است	مصرف غذا در مراسم ها(عروسی،ختم،سفره نذری...)
<input type="text"/> مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است	مصرف غذا در مراکز تجمعی(شهربانه روزی،خوبگاهها،پادگانها،و.....)
<input type="text"/> مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است	مصرف سبزی خام ضد عفونی نشده
<input type="text"/> مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است	مصرف میوه نشسته و ضد عفونی نشده
<input type="text"/> مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است	مصرف سالاد و کاهو ضد عفونی نشده
<input type="text"/> مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است	مصرف بستنی محلی و سنتی(غیر پاستوریزه)
<input type="text"/> مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است	مصرف آب هویج
<input type="text"/> مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است	مصرف غذای پخته خارج از یخچال نگهداری شده
<input type="text"/> مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است	مصرف ماهی،میگو،صدف نیم پز یا خام
<input type="checkbox"/> مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است	تماس با افراد مبتلا به وبا
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> در صورت بله آدرس در باکس فوق نوشته شود	تماس با فرد مبتلا به اسهال

<input type="checkbox"/> مربوط به سوال آیا هفته قبل با عوامل خطر مواجهه داشته است	نشستن دستها قبل از غذا و بعد از توالت با آب و صابون
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است	آیا در منطقه همه گیری وبا وجود دارد
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است	سایر عوامل خطر نیز ذکر شود....
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است	مصرف آب شرب از لوله کشی
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی	مصرف آب شرب از رودخانه
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی	مصرف آب شرب از چشمه
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی	مصرف آب شرب از چاه
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی	مصرف آب شرب از قنات
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی	مصرف آب شرب از تانکر
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است	مصرف آب شرب از آبهای مزارع و باغات
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است	مصرف یخ غیر بسته بندی یا غیرخانگی
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی	مصرف آب شرب از شیرهای پارکها
<input type="checkbox"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است	مصرف آب شرب از مخازن آب کنار معابر

<input type="text"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است	سایر منابع آب آشامیدنی....
<input type="text"/>	وضیعت آب آشامیدنی
<input type="text"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است	شنا در استخر ها
<input type="text"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است	شنا در کانالها و رودخانه و برکه ها
<input type="text"/> مربوط به منابع آب آشامیدنی است	شنا کردن در دریا
<input type="text"/>	آیا قبل از بیماری اخیر درمان پیشگیرانه شده است
<input type="text"/>	تاریخ شروع مصرف آنتی بیوتیک در ابتلای قبلی
<input type="text"/>	مدت مصرف دارو آنتی بیوتیک در ابتلای قبلی
<input type="text"/>	مصرف آنتی بیوتیک برای بیماری فعلی
<input type="text"/>	اگر علائم خفیف است مقدار ORS مصرف شده
<input type="text"/>	اگر علائم متوسط است مقدار ORS مصرف شده در ۴ ساعت اول
<input type="text"/>	اگر علائم شدید است مقدار ORS مصرف شده بر حسب kg/ml در ۴ ساعت اول
<input type="text"/>	نوع مایع وریدی مصرفی



مصرف آنتی بیوتیک برای بیماری فعلی: انتخاب گزینه

مقدار خودتان را وارد نمایید:

در صورت مصرف نام داروها در باکس فوق نوشته شود

مربوط به طبقه بندی بالینی و مایع درمانی است



تاریخ تکمیل فرم تاریخ

تاریخ تکمیل فرم

نام و نام خانوادگی بررسی کننده را به یک فاصله تایپ کنید

نام و نام خانوادگی بررسی کننده

نام خانوادگی و نام گزارشگر