**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام**

**مرکز بهداشت شهرستان ...................**

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

**از تاریخ................. لغایت....................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بخش** | **تعداد بخشهای موجود** | **تعداد مواردفلج شل حاد و سرخک در مدارک پزشکی بیماران بستری** | | | | **تعداد مواردفلج شل حاد و سرخک درمدارک پزشکی بیماران سرپایی** | | | | **جمع موارد فلج شل حاد و سرخک** | | | | **ذکر دلایل عدم گزارش** | **تعداد بازدید انجام شده** | **درصد بازدید** |
| **گزارش نشده** | | **گزارش نشده** | | **گزارش شده** | | **گزارش نشده** | | **گزارش نشده** | | **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** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **توانبخشی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **مدارک پزشکی** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **اعصاب** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **کودکان** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **اورژانس** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **جمع** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**تکمیل کننده فرم : سرپرست مرکز بهداشت شهرستان ...................**

**امضاء......................**