|  |
| --- |
| **بسمه تعالی** شماره مورد ........... **مرکز بهداشت استان** ایلام سال ................. **فرم بررسی موارد فلج شل حاد** |
| **1- مشخصات مورد** : نام و نام خانوادگی . شهرستان. استان کد عرضه خدما ت ملیت ------- آدرس کامل: تاریخ تولد / / سن در موقع ابتلاء : ----- سا ل جنس : مذکر **🞏** مونث **🞏** |
| **2**- **گزارش****تاریخ گزارش :** **تاریخ گزارش :** **تاریخ گزارش :**به مرکز بهداشت شهرستان به مرکز بهداشت استان به اداره کل مبارزه با بیماریها ... / ... / .... 13منبع گزارش : خانه بهداشت ............... مرکز بهداشتی درمانی ............ تیم سیار ...... بیمارستان .................... مرکز توانبخشی ...........  مطب ........ سایر منابع (ذکر شود) نام گزارش دهنده شماره تلفن گزارش دهنده  |
| **3- آیا بیمار بستری شده است ؟** بلی **🞏** خیر**🞏** اگر بلی نام بیمارستان و آدرس آن : تاریخ بستری شدن : شماره پرونده: |
| **4- علائم و نشانه های بیماری** **:** تاریخ شروع اولین علامت (دور هر کدام از علائم زیر که وجود داشته است دایره بکشید) **تب یبوست آبریزش بینی درد عضلانی اسهال سر درد تهوع سفتی گردن ضعف گلودرد تحریک پذیری** اختلال حس وجود دارد بلی **🞏** خیر **🞏** (محل و کیفیت آن را توضیح دهید) |
| **5- فلج** **وضعیت فلج :** تاریخ شروع فلج------------- مدت تکمیل فلج :------ روز آیا در موقع شروع فلج تب وجود داشته است ؟ بلی **🞏** خیر **🞏** درجه تب محل فلج : (دور عضله فلج را دایره بکشید) : پای چپ دست چپ پای راست دست راست عضلات تنفسی صورت سایر اعضای کرانیال |
| **6- وضعیت ایمنسازی :** بر حسب : کارت ایمنسازی **🞏** حافظه مادر**🞏** دور هر کدام از نوبت های زیر که دریافت داشته دایره بکشید و زیر آن تاریخ را بنویسید .نوبت : نوبت صفر نوبت اول نوبت دوم نوبت سوم یادآور اول یاد آور دوم روزهای ملی ایمنسازی تاریخ آخرین نوبت تاریخ:  |
| **7- طبقه بندی اولیه بالینی :**  مظنون به پولیو **🞏** گیلن باره **🞏** نوریت تروماتیک **🞏** میلیت عرضی **🞏** سایر**🞏** تاریخ :  |
| **8- سابقه مسافرت با دید و بازدید و تماس با افراد دیگر ظرف 28 روز قبل از بروز علائم : خیر** محل مسافرت یا بازدید فرد یا افراد ملاقات شده تاریخ  .......................................... ..................................... ............................ .......................................... ..................................... ............................ .......................................... ..................................... ........................... |
| **9- آیا بیمار در ظرف 75 روز قبل از بروز علائم با خانوار یا فرد دیگری که به تازگی فلج یا واکسن خوراکی فلج دریافت داشته است تماس داشته است ؟** بلی **🞏** خیر **🞏** اگر بلی ، در کجا وبا چه کسی ؟محل نام افراد تاریخ ...................................... .................................................... ................................ ...................................... .................................................... ................................ |
| **10- نمونه برداری مدفوع از بیمار :** **تاریخ نمونه برداری تاریخ تحویل به آزمایشگاه تاریخ دریافت نتیجه نوع ویروس پولیو جدا شده نوع ویروس های دیگر منفی**نمونه اول / / 13 ... / .../ .. 13 ................... ............... ........نمونه دوم / / 13 ... / .../ .. 13 ................... ............... ........  11- **نمونه برداری مدفوع از موارد تماس** :( اگر کودک زیر 5 سال سن دارد موارد تماس تا زیر 5 سال و اگر بیشتر از پنج سا ل سن دارد ، موارد تماس از همان گروه سنی انتخاب شود) نام و نام خانوادگی مورد تماس تعداد دوزهای واکسن فلج دریافت شده تاریخ آخرین نوبت واکسن آدرس ..................... .......................... ..../..../....13 ........................ ..................... .......................... ..../..../....13 ........................ ..................... .......................... ..../..../....13 ..........................  |
| 12- **اقدامات کنترل :** تاریخ انجام اقدامات ...../...../.....13 تعداد محل های بازدید شده ......... تعداد خانوار بازدید شده ......... تعداد کودکان واکسینه شده ........... تعداد نمونه برداشت شده ....................... |
| 13- پیگیری روز 60 : تاریخ انجام شد **🞏** ............ انجام نشد **🞏** ............. اگر نشد چرا ؟ توضیح دهید ........................فلج باقیمانده ( دور عضو فلج دایره بکشید ) پای راست دست راست پای چپ دست چپ صورت ماهیچه های تنفسی سایر اعصاب کرانیالمعلولیت : نمی تواند راه برود **🞏** با کمک راه می رود **🞏** می لنگد **🞏** طبیعی راه میرود **🞏** ...... سایر معلولیت ها .................................... فوت : در صورت فوت تاریخ آن علت فوت ، جزئیات را توضیح دهید :  ................................................................................................................................................................... |
| 14- تیم بررسی : نام و نام خانوادگی کارشناس مبارزه با بیمارها : امضاء: تاریخ :نام و نام خانوادگی پزشک مسئوول بررسی : شماره نظام پزشکی : امضاء: تاریخ :مراتب فوق مورد تایید است .نام و نام خانوادگی رئیس مرکز بهداشت شهرستان : امضاء : تاریخ : |
| 15- **طبقه بندی نهایی :** پولیو میلیت **🞏** مردود **🞏** پولیو میلیت غیر قابل انکار **🞏** معیار تشخیص :   جدا شدن ویروس از نمونه مدفوع کافی **🞏**  جدا نشدن ویروس از نمونه مدفوع کافی **🞏** نمونه کافی مدفوع گرفته نشده **🞏** فلج باقیمانده روز 60 **🞏** نداشتن فلج باقیمانده روز 60 **🞏** مرگ پیش از غیر قابل رد شدن پولیو **🞏** عدم انجام پیگیری بعلت پیدا نشدن بیمار **🞏**  اگر پولیو میلیت تایید شده است چه نوعی ؟ ( یکی را تیک بزنید ) انتقال محلی **🞏** وارده  **🞏** ناشی از واکسن **🞏** نامعلوم **🞏**تشخیص نهایی : اگر پولیو رد شده است تشخیص را بنویسید : ......................................................................  |
|  **مشخصات اعضاء تیم طبقه بندی :** نام و نام خانوادگی پزشک : نوع تخصص:  نام و نام خانوادگی پزشک : نوع تخصص:  نام و نام خانوادگی پزشک : نوع تخصص:  مراتب فوق مورد تائید است : نام و نام خانوادگی معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی : تاریخ : امضاء :  |