**فرم بررسی انفرادی بیمار مبتلا به مالاریا**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**  روز: ماه: سال:  **دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ............**  **شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان: ....................** | | | | | | | | | | | |
| **الف) مشخصات بیمار:**  نام و نام خانوادگی: ................................. نام پدر: ................ سن: ................ جنس: مرد زن باردار غیر باردار شغل: ............................  ملیت: ایرانی پاکستانی افغانی سایر نوع ملیت: ................................. کد ملی: ................................................ | | | | | | | | | | | |
| **ب) مشخصات کانون محل سکونت:** | | | | | | | | | | | |
| **1-نام مرکز بهداشتی درمانی:** ........................ روستایی شهری شهری روستایی  کد مرکز: ................... نام کانون: ................... کدکانون: ............. جمعیت کانون: .............  تعداد خانوار کانون: ................. تاریخ ورود به کانون: ........................  کانون تحت پوشش: تیم سیار خانه بهداشت: روستای اصلی قمر  نام خانه بهداشت: ................................  بیمار ساکن کانون می باشد: بلی خیر تاریخ ورود به کانون: ..................... | | | | **2-نوع کانون قبل از شناسایی این بیمار:**  پاک بدون تبادل جمعیتی پاک با تبادل جمعیتی\*\*\* محتمل جدید  فعال جدید فعال قدیم فعال غیر قدیمی  **نوع کانون پس از شناسایی این بیمار:**  پاک بدون تبادل جمعیتی پاک با تبادل جمعیتی\*\*\* محتمل جدید  فعال جدید فعال قدیم فعال غیر قدیمی | | | | | | | |
| **3-آدرس کامل محل سکونت بیمار در کانون:** ........................................................................................................................ تلفن همراه: ................................. تلفن ثابت: .....................  **4-آدرس کامل محل کار:** ................................................................................................................................................................................................................ تلفن ثابت: .....................  **5-آدرس کامل محل سکونت دائمی بیمار** (در صورتیکه ساکن کانون نباشد): .............................................................................................................................. تلفن ثابت: ..................... | | | | | | | | | | | |
| **ج) تاریخچه بیماری، سابقه مسافرت، نحوه کشف بیمار و بررسی اطرافیان:** | | | | | | | | | | | |
| 1-نام/ نوع واحد تشخیص دهنده: ...........................................  **شهرستان/ دانشگاه:** ............................................................  تاریخ شروع علائم بیماری\*\*: ...............................................  بدون علامت:  نام کانون شروع علایم بیماری: ...............................................  **آخرین سابقه قبلی ابتلا به مالاریا:** ندارد  دارد در تاریخ: ........................ نوع انگل: ..............................  محل (کانون) ابتلا به بیماری در گذشته: ................................. | | **2- علایم بیماری:**  1-تب  2-لرز  3-تعریق  4-درد بدن  5-تهوع و استفراغ  6-سردرد  7-سایر علایم با ذکر نام: | **3-سابقه مسافرت طی 2 ماه گذشته\*:** ندارد دارد | | | | | | | | |
| نام کانون | | | شهرستان/ کشور | طبقه بندی کانون | | | تاریخ ورود | مدت اقامت |
|  | | |  |  | | |  |  |
|  | | |  |  | | |  |  |
|  | | |  |  | | |  |  |
| توضیحات: | | | | | | | | |
| تاریخ دریافت خون: ........................... تاریخ اهدا خون: ...................................... | | | | | | | | |
| **4-نحوه کشف بیمار\*\*\*:**  مراقب فعال روتین مراقب تشدید یافته مراقب بررسی کانون پاسیو  **تاریخ تهیه RDT** .................. نوع انگل: فالسیپاروم غیر فالسیپاروم  **تاریخ تهیه لام** ..................... نوع انگل: فالسیپاروم ویواکس میکس سایر ..........  **مراحل انگل:**  جنسی: گامتوسیت غیر جنسی: شیزونت تروفوزوئیت | | | **5- بررسی افراد آزمایش شده از خانواده و اطرافیان بیمار:** | | | | | | | | |
| تعداد موارد بررسی از خانواده بیمار: ................. | | | | | تعاد موارد بررسی از سایر خانوارهای کانون: ............. | | | |
| تعداد موارد کشف شده: ......................... | | | | | تعداد موارد کشف شده: ........................ | | | |
| ویواکس تعداد: ............ فالسیپاروم تعداد: ...........  میکس  تعداد:.... ........ سایر:  تعداد: .................. | | | | | ویواکس تعداد: ............ فالسیپاروم تعداد: ...........  میکس  تعداد:.... ........ سایر:  تعداد: .................. | | | |
| توضیحات: | | | | | | | | |
| **د) درمان و پیگیری بیمار:** تاریخ شروع درمان: .................. تاریخ تهیه اولین لام تعقیب: .................... نتیجه لام تعقیب: منفی مثبت شدت بیماری: بدون عارضه عارضه دار\*\*\*\* | | | | | | | | | | | |
| **ن) شرایط موثر در میزان قرار گرفتن در معرض گزش پشه:**  آیا با توجه به شرایط زندگی، محل سکونت و نوع شغل فرد در معرض گزش پشه می باشد؟ خیر بلی  دسترسی به برق در کانون: ندارد دسترسی دارد اما با قطعی مکرر بطور کامل دسترسی دارد توضیح دهید: ..................................................................... | | | | | | | | | | | |
| **و) بررسی حشره شناسی#:**  نتیجه بررسی وفور و حالات شکمی آنوفل بالغ (با ذکر نوع، تعداد و جنس بالغ): .......................................................... نتیجه بررسی وفور لارو آنوفل: ......................... | | | | | | | | | | | |
| **ی) طبقه بندی اپیدمیولوژیک بیماری:**  انتقال محلی  وارده از داخل کشور (خارج از شهرستان ولی در محدوده دانشگاه)  نام مرکز بهداشتی درمانی: ............................ نام کانون: .....................................  انتقال از وارده  وارده از داخل کشور (خارج از محدوده دانشگاه)  نام دانشگاه: ................................................. نام شهرستان: .................................  برگشت (عود)  وارده از داخل کشور  **توضیحات تکمیلی که در طبقه بندی اپیدمیولوژیک بیماری کمک کننده می باشد:** | | | | | | | | | | | |
| نام و امضای بررسی کننده (هماهنگ کننده مالاریا شهرستان یا دانشگاه) .............................. | نام و امضای مسئول مرکز بهداشت شهرستان ......................................................................... | | | | نام، پست سازمانی و امضا تایید کننده، در حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه ....................................... | | | | نام و امضای تایید کننده در سطح ملی ................................ تاریخ ............................ | | |