**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 روستاییکد مرکز: ................... نام کانون: ................... کدکانون: ............. جمعیت کانون: .............تعداد خانوار کانون: ................. تاریخ ورود به کانون: ........................کانون تحت پوشش: تیم سیار خانه بهداشت: روستای اصلی قمرنام 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:** ندارددارد 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 بلیدسترسی 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 ............................ |