معاونت بهداشتي دانشگاه علوم پزشكي قم  
مركز بهداشت شهرستان

فرم بررسي پديكولوزيس

سال .......... ماه.............

**مرکز سلامت جامعه: .......................................................**

**مركز بهداشتي درماني:...................................................   
 خانه بهداشت:............................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگي | تلفن | نوع شپش  سر=1  تن=2  عانه=3 | جنس | | سن ( به سال) | شغل | نام مدرسه و مقطع تحصيلي يا خيابان محل سكونت | ناحيه | تعداد افراد خانوار | تعداد آلودگیهای مشكوك درخانواده | سابقه آلودگي در  3 ماه گذشته | | تعداد شامپوي تحويلي |
| زن | مرد | دارد | ندارد |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*سرجمع آمار ماهيانه پديكولوزيس\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مجموع آلودگي ها | زن | | | | مرد | | | | محل سكونت | | نوع شپش | | | سابقه آلودگي در 3  ماه گذشته | | مجموع شامپوهاي تحويل داده شده |
| < 6 | 10-6 | 17-11 | >17 | <6 | 10-6 | 17-11 | >17 | شهر | روستا | سر | تن | عانه | دارد | ندارد |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **ماهيانه براي كل فرم ها يك سرجمع نيز ثبت گردد. و به صورت ماهيانه به واحد مبارزه با بيماريهاي شهرستان ارسال شود.**
2. **موارد مشکوک در خانواده بررسی شوند و در صورت تایید آلودگی اسامی آنها در لیست خطی وارد شود.**
3. **درصورت نداشتن شامپو ، همه مراحل تشخیص، ثبت و آموزش بیمار انجام شود و جهت تهیه شامپو با نسخه به داروخانه ها ارجاع شود.**

نام و نام خانوادگي تكميل كننده فرم:

...................................................................................................