

راهنمای کشوری نظام مراقبت بیماریهای منتقله از غذا

پیوست شماره ۲:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان مرکز بهداشت شهرستان

فرم شماره ۲ - بررسی اپیدمیولوژیک طغیان بیماری های منتقله از غذا

۱- شماره سریال:

۳- نام پرسشگر:

۲- تاریخ (/ /)

بخش ۱: مشخصات بیمار

۴- نام بیمار:	۵- نام خانوادگی بیمار:
۶- سن:	۷- جنس: زن: () مرد: ()
۸- ملیت:	۹- شغل بیمار:
۱۰- نام مرکز درمانی:	۱۱- آدرس کامل و تلفن بیمار:

بخش ۲: شرح حال و علائم بالینی

۱۲- استفراغ	۱۳- تهوع	۱۴- بی اشتهایی	۱۵- تب	۱۶- درد شکم	۱۷- مدفوع خونی	علائم بالینی
۲۰- غیره	۲۱- درجه حرارت بیمار: (بر حسب C):	۲۲- حداکثر تعداد اجابت مزاج در ۲۴ ساعت	۲۳- بدبو:	۲۴- سیاه:	۲۵- خونی:	۲۶- بلغمی:
۲۷- آبکی:	۲۸- تاریخ شروع اولین علامت بیمار: (/ /)	۲۹- ساعت شروع اولین علامت بیمار: am / pm	۳۰- روز:	۳۱- ساعت:	۳۲- آب و الکترولیت خوراکی ()	۳۳- سرم ()
۳۴- آنتی بیوتیک ()	۳۵- غیره ()	۳۶- در صورت مصرف آنتی بیوتیک طول مدت مصرف آن تا به حال: روز	۳۷- نوع آنتی بیوتیک مصرفی:	۳۸- آیا بیمار با یکی از اعضای خانواده اش که بیماری مشابهی داشته در تماس بوده؟ () بلی () خیر	۳۹- آیا بیمار با یکی از دوستان، همکاران یا همکلاسانش که بیماری مشابهی داشتند در تماس بوده؟ () بلی () خیر	۴۰- آیا بیمار در طی یک هفته گذشته مسافرت نموده است؟ () بلی () خیر
۴۱- محل مسافرت:	۴۲- تاریخ رفت: (/ /)	۴۳- تاریخ برگشت: (/ /)	۴۴- آیا بیمار قبل از بیماری با حیوانات اهلی یا خانگی در تماس بوده است؟ () بلی () خیر	۴۵- در صورت مثبت بودن نوع حیوان را ذکر فرمائید:	۴۶- تاریخ (/ /)	۴۷- تاریخ (/ /)

بخش ۳: اطلاعات مربوط به تماس ها

۳۸- آیا بیمار با یکی از اعضای خانواده اش که بیماری مشابهی داشته در تماس بوده؟ () بلی () خیر	در صورت مثبت بودن جزئیات را ذکر فرمائید:
۳۹- آیا بیمار با یکی از دوستان، همکاران یا همکلاسانش که بیماری مشابهی داشتند در تماس بوده؟ () بلی () خیر	در صورت مثبت بودن جزئیات را ذکر فرمائید:
۴۰- آیا بیمار در طی یک هفته گذشته مسافرت نموده است؟ () بلی () خیر	در صورت مثبت بودن جزئیات را ذکر فرمائید:
۴۱- محل مسافرت:	۴۲- تاریخ رفت: (/ /)
۴۳- تاریخ برگشت: (/ /)	۴۴- آیا بیمار قبل از بیماری با حیوانات اهلی یا خانگی در تماس بوده است؟ () بلی () خیر
۴۵- در صورت مثبت بودن نوع حیوان را ذکر فرمائید:	۴۶- تاریخ (/ /)
۴۷- تاریخ (/ /)	۴۸- تاریخ (/ /)

بخش ۴: عوامل محیطی

- ۴۶- منبع آب آشامیدنی بیمار : ۱- لوکشی (شهری): () ۲- چاه آب: () ۳- چشمه () ۴- تانکر آب ()
غیره ذکر فرمائید:
- ۴۷- چه نوع از دفع فاضلاب در منزل مورد استفاده می باشد؟ چاه فاضلاب () سیستم کانال کشی فاضلاب شهری ()
سیستم دفع فاضلاب ندارد توضیح دهید:

بخش ۵ : منابع غذایی احتمالی (تاریخچه سه روزه غذا)

۴۸- صبحانه: (در همان روز شروع علائم)

۴۹- ناهار :

۵۰- شام :

۵۱- سایر وعده ها و نوشیدنی ها :

۵۲- صبحانه : (یک روز قبل از شروع علائم)

۵۳: ناهار

۵۴- شام :

۵۵- سایر وعده ها و نوشیدنی ها :

۵۶- صبحانه دو روز قبل از شروع علائم):

۵۷: ناهار :

۵۸: شام :

۵۹- سایر وعده ها و نوشیدنی ها :

۶۰- صبحانه سه روز قبل از شروع علائم):

۶۱: ناهار :

۶۲: شام :

۶۳: سایر وعده ها و نوشیدنی ها :

۶۴- این مراجعه چندمین مراجعه بیمار فوق به این مرکز به دلیل همین بیماری می باشد ؟

۶۵- نام رستوران یا غذاخوری که در هفته گذشته در آن غذا خورده اید ؟

۶۶- نام دو فروشگاه یا سوپرمارکت که اغلب مواد غذایی را از آن تهیه می کنید:

۶۷- آیا در هفته گذشته در مجلس مهمانی ، جشن عروسی و تولد یا عزاداری غذا خورده اید ؟ بلی () خیر ()

بخش ۶: تشخیص نهایی بیمار

۶۸- اسهال انجام آزمایشات تشخیص :

ملاحظات :