

دستور العمل

کشوری

فلج اطفال

دستور العمل کشوری فلج اطفال

تعریف فلج اطفال

فلج اطفال یک عفونت حاد ویروسی با دامنه ای متغیر از عفونت بدون علامت تا مننژیت آسیتیک ، فلج و مرگ است .
(نمودار شماره ۱ صفحه ۱ پیوست)

عامل بیماریزا :

ویروس وحشی بولیو است که در سه تیپ (۱ و ۲ و ۳) می تواند سبب ایجاد بیماری شود . از بیماران فلجی در اکثر اوقات نوع ۱ و ویروس جدا می شود . نوع ۳ کمتر از نوع ۱ شایع بوده و نوع ۲ از حداقل موارد جدا می شود . نوع ۱ مسئول اغلب اپیدمی هاست و اغلب موارد بولیوناشی از واکسن را نوع ۲ و ۳ باعث می شوند .

اپیدمیولوژی :

وقوع : بیش از برنامه گسترش ایمنسازی در سراسر جهان اتفاق می افتاد . با پیشرفت برنامه EPI و بویژه آغاز برنامه ریشه کنی پولیو در حال حاضر به ۷ کشور پولیو آندمیک محدود شده است .
موارد تک گیر و اپیدمی ها اکثراً در تابستان و پائیز رخ می دهند . فلج اطفال در هر سنی ممکن است اتفاق افتد ولی بیشتر بیماری کودکان و نوجوانان است . بهبود استانداردهای زندگی می تواند موجب بروز بیماری در سنین بالاتر در افرادی شود ، که در کودکی به ایمنی ناشی از عفونت دست نیافته اند . در جاهایی که ویروس پولیو شایع است ، پادن علیه سه نوع ویروس ، از طریق بیماری خفیف یا عفونت بدون علامت در سنین زیر ۵ سال بوجود می آید .
متعاقب ابتلاء به یک نوع ویروس فلج اطفال ، ایمنی نسبت به آن نوع برای تمام عمر کسب میشود ولی مصونیت متقاطع بین سه نوع ویروس فلج اطفال وجود ندارد و بهمین علت فرد مبتلاء به فلج اطفال را بهنگام ابتلاء به بیماری باید واکسینه نمود .

مخزن :

تنها مخزن ویروس ، انسان است . در محیط غیرزنده در مدت کوتاهی از بین می رود .

راههای انتقال :

در مناطقی که وضعیت بهداشتی آنها در سطح پائینی است ویروس معمولاً از طریق مدفوعی - دهانی سرایت می کند . در جاهایی که وضعیت بهداشتی مطلوبی دارند . فشار از طریق تنفسی است . ویروس در مدفوع آسانتر و طی مدت زمان طولانی تری نسبت به حلق قابل جداسازی است .

دوره نهفتگی :

عموماً ۱۴-۷ روز در موارد فلجی است ولی از ۳-۳۵ روز نیز گزارش شده است .

دوره سرایت :

دقیقاً شناخته شده نیست در هر دو فرم فلجی و بدون علامت ، وجود ویروس فلج اطفال را می توان ظرف ۳۶ ساعت پس از بروز عفونت ، در حلق و یا پس از ۷۲ ساعت ، در مدفوع اثبات نمود . ویروس حدود ۱ هفته از حلق و ۳-۶ هفته همراه با مدفوع دفع می شود . مبتلایان از حدود یک هفته پیش از بروز علائم عامل آلودگی هستند .

بیماری‌زائی :

تمامی افراد مستعد ابتلاء هستند ، ولی موارد فلجی نادر است . عفونت بدون علامت سبب ایجاد ایمنی طبیعی علیه همان نوع ویروس فلج اطفال می شود . حمله ثانویه نادر بوده و ناشی از آلودگی به نوع دیگر ویروس پولیو است . نوزادان ، دارای ایمنی غیرفعال مادری هستند . تزریق های عضلانی در خلال دوره نهفتگی ممکن است موجب بروز فلج در همان عضو یا سایر اعضا شود .

تظاهرات بالینی :

در عفونتهای بدون علامت ، فرد آلوده علائمی از بیماری نشان نمی دهد و برای درمان مراجعه نمی کند ولی می تواند ویروس پولیو را به دیگران انتقال دهد . پولیو میلیت فلجی دارای ۲ فاز مینور و ماژور است . در فاز مینور (فلج اطفال خفیف) ، تب ، بیحالی ، سردرد ، آبریزش از بینی و استفراغ وجود دارد که در صورت تبدیل آن به فاز ماژور (فلج اطفال شدید) ، درد شدید عضلانی ، سفتی گردن با یا بدون فلج شل نیز به آن اضافه می شود ضمن اینکه فلج عضلات تنفسی و بلع نیز زندگی بیمار را تهدید می کند .

موضوع فلج شده به ناحیه سلول های عصبی آسیب دیده در نخاع یا مغز بستگی دارد . بروز عفونت بدون علامت و موارد خفیف بیماری معمولاً متجاوز از صد برابر موارد فلجی است . بخصوص اگر آلودگی در اوایل عمر باشد . فلج اطفال را می توان بصورت بالینی تشخیص داد ولی امکان اشتباه با عفونتهای عصبی دیگر و سایر حالات فلجی نیز وجود دارد .

انتر و ویروس های دیگر (نوع ۷۰ و ۷۱) و ویروسهای کوکاکی (گروه A نوع ۷) نیز ممکن است سبب عفونتهای مشابه فلج اطفال شوند که البته معمولاً خفیف تر و همراه با علائم عمومی کمتر ، فلج باقیمانده جزئی و ناچیز هستند .

سندرم گیلن باره نیز ممکن است شبیه فلج اطفال باشد ولی معمولاً با تب ، سردرد ، آبریزش بینی و استفراغ همراه نیست .

تشخیص افتراقی :

ارزیابی اولیه بالینی به پزشک اجازه می دهد تا سایر علل فلج بویژه مننژیت باکتریال ، ضربه و فلج مغزی را حذف نماید . فلج اطفال دربدو امر ممکن است با سندرم گیلن باره ، میلیت عرضی و نوریت ضربه ای اشتباه شود . جدول ذیل بیانگر برخی از تفاوتهای عمده فلج اطفال با سایر عفونتهای فلج دهنده است .

علائم	پولیو میلیت	گیلن باره	نوریت ضربه ای	میلیت عرضی
استقرار فلج	یک تا دو روز	از یک روز تا یک ماه	چند ساعت تا ۴ روز	چند ساعت تا ۴ روز
تب در شروع بیماری	وجود دارد	وجود ندارد	معمولاً وجود ندارد	اغلب وجود دارد
وضعیت فلج در اندام ها	غیر متقارن	متقارن	غیر متقارن	متقارن
الکترومیوگرافی	غیر عادی	عادی	عادی	عادی

تعریف مورد پر خطریا Hot Case :

در صورتی که بیمار مبتلا به فلج شل حاد بطور همزمان واجد شرایط الف و ب و یکی از حالات تعریف شده در قسمت ج (مندرج در ذیل) باشد ، مورد پر خطر محسوب می گردد :

الف - سن کمتر از ۵ سال

ب - وجود علائم تیپیک پولیو (وجود تب در زمان بروز فلج ، تکامل فلج طی مدت کوتاه تر از ۴ روز ، وجود فلج غیرقرینه)

ج - سابقه واکسیناسیون ناکامل یا تعلق داشتن به گروههای جمعیتی پرخطر نظیر مهاجرین ، پناهندگان و... یا سابقه تماس با افرادی از کشورهای پولیوآندمیک

فقط در این صورت باید از ۵ نفر از موارد تماس بیمار یک نمونه مدفوع جمع آوری شود (از هر نفر یک نمونه) ، و نیز بر روی ظروف حمل نمونه بیمار عبارت Hot Case ذکر شود . همچنین لازم است بر روی فرم تحویل نمونه آزمایشگاه مهری به رنگ قرمز و با ابعاد ۳×۵ سانتی متر با مضمون Hot Case درج گردد تا توجه آزمایشگاه ویروس شناسی جهت اولویت دادن به آزمایش نمونه واصل شده ، جلب گردد .

تشخیص آزمایشگاهی :

بر اساس توصیه سازمان جهانی بهداشت ، تشخیص آزمایشگاهی با جدا کردن ویروس از مدفوع بیمار انجام می پذیرد . چون دفع ویروس در مدفوع متغیر است باید ۲ نمونه مدفوع بفاصله حداقل ۲۴ ساعت از یکدیگر گرفته شود . ویروس وحشی پولیو تنها علت بروز فلج اطفال نیست . بندرت فلج اطفال در اثر ویروس زنده موجود در واکسن خوراکی پولیو (OPV) نیز ایجاد می شود . در چنین حالتی ، سابقه دریافت واکسن خوراکی فلج اطفال تا ۲۸ روز قبل از فلج و یا تماس نزدیک با فردی که تا ۷۵ روز قبل از شروع فلج واکسن دریافت کرده است دیده می شود . در صورت عدم امکان کشت و جداسازی ویروس ، از تشخیص سرولوژیک و افزایش تیتراستی بادی سرمی در دو مرحله حاد و نقاهت استفاده می شود که البته امکان افتراق بین عفونت ویروس وحشی پولیو و عفونت ویروس واکسن وجود نخواهد داشت .

ایمنسازی :

واکسن فلج اطفال باعث حفاظت با درصد بالا در برابر ویروس می شود و به ۲ شکل در دسترس است .

۱- واکسن خوراکی پولیو (OPV) : از راه دهان خورانده می شود ، تجویز آن آسان است ، ارزان می باشد ، ایجاد مصونیت روده ای کرده و باعث قطع انتقال ویروس وحشی به کودکان دیگر می شود . در هر ۱۰ میلیون در تجویز شده سبب بروز ۳ مورد فلج واکسینال می گردد .

۲- واکسن تزریقی پولیو (IPV) : با ایجاد مقدار کافی پادتن در سرم ، از بروز فلج واکسینال جلوگیری می کند . مصونیت روده ای بسیار کمی ایجاد کرده در نتیجه کودک ایمن شده با IPV می تواند ویروس وحشی را به دیگران منتقل کند . گران است نیاز به آموزش کارکنان و تجهیزات تزریق دارد .

۳- در ایران واکسن خوراکی فلج اطفال OPV بصورت روتین در بدو تولد ، ۱/۵ ماهگی ، ۳ ماهگی ، ۴/۵ ماهگی ۱۵ ماهگی و ۶-۴ سالگی به کودک خورانده می شود . (برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص نگهداری واکسن و زمان ایمنسازی در کودکانی که بموقع مراجعه نکرده اند ، به دفترچه برنامه و راهنمای ایمنسازی مراجعه شود)

شاخص ویال واکسن یا VVM

برای کاهش میزان ضایعات ، شاخص های ویال واکسن بر روی ویالهای واکسن خوراکی فلج اطفال قرارداد شده اند. این شاخص ، کارکنان بهداشتی را قادر می سازد تا هرچه بهتر و بیشتر و با اطمینان از سلامت و تاثیر واکسن به تجویز آن اقدام نموده و از مصرف واکسنهایی که بر اثر حرارت صدمه دیده اند ، خودداری نمایند .

بدین ترتیب ویالهای واکسن OPV باز شده را می توان در جلسات بعدی واکسیناسیون نیز مورد استفاده قرارداد ، مشروط بر آنکه تاریخ انقضاء واکسن نگذشته و در شرایط زنجیره سرما و استریل نگهداری شده باشد . این شاخصها بصورت یک مربع که در داخل یک دایره قرار گرفته ، بر روی برچسب واکسن نقش بسته است . در صورت سلامت واکسن ، رنگ مربع روشن تر از دایره است . بنابراین اگر تاریخ انقضاء واکسن نگذشته باشد و مربع روشن تر از دایره باشد می توان با اطمینان نسبت به مصرف آن ویال اقدام نمود . در صورتیکه مربع و دایره همرنگ شده و یا مربع تیره تر از دایره شده باشد . علیرغم اینکه زمان انقضاء واکسن نرسیده باشد ، باید از مصرف آن ویال خودداری نمود .

درمان :

تاکنون داروی اختصاصی مناسبی برای درمان فلج اطفال پیدا نشده است . لذا :

الف - بیمارانی که تابلوی عفونت غیر فلجی دارند باید تحت درمان علامتی با مسکن ها قرار گرفته ، در صورت لزوم تا قطع تب در رختخواب استراحت کرده و از ورزش سخت یا چندهفته و هرگونه تزریق عضلانی اجتناب نمایند .

ب - بیمارانی که دچار فلج شل حاد شده اند باید توسط پزشکی که در بیماریهای عصبی تجربه دارد ارزیابی شود . بدلیل خطرووقفه تنفسی ، بیمارانی که اشکال دربلع ، ضعف عضلات سر ، گردن یا تنه دارند باید در بیمارستان مجهز بستری شوند .

پیش آگهی :

میزان کشندگی فلج اطفال فرم فلجی معمولاً کمتر از ۵ روز است . مرگ غالباً در اثر وقفه تنفسی اتفاق می افتد . بهبودی به وسعت عضلات درگیر بستگی دارد . تا شش هفته پس از بروز فلج آسیب های قابل برگشت بهبود پیدا کرده و عضلاتی که پس از ۶ هفته هنوز فلج هستند برای همیشه فلج باقی می مانند .

هرگونه بهبودی که پس از آن حاصل شود جزئی بوده و بیشتر به اصلاح مجدد عضلات بستگی دارد تا بهبود عصب.

ریشه کنی فلج اطفال :

۱- تعریف :

یعنی زمانی که هیچ موردی از فلج اطفال بروز نکند و عامل بیماری (ویروس وحشی فلج اطفال) بطور کامل از محیط حذف شود .

۲- فواید :

- صرفه جویی هزینه های ایمنسازی جاری علیه فلج اطفال
- عدم ابتلاء به فلج اطفال در نتیجه از بین رفتن احتمال خطر مرگ و معلولیت ناشی از بروز فلج اطفال
- کاهش هزینه های توانبخشی و درمان و نیز ضایعات روانی ناشی از وجود فرد معلول در خانواده
- تقویت دیگر برنامه های مراقبتهای بهداشتی اولیه

راهکارهای حصول به ریشه کنی فلج اطفال :

• ایمنسازی جاری (Routine Immunization) :

واکسن خوراکی فلج اطفال . واکسن انتخابی سازمان جهانی بهداشت بوده که اثربخشی ۳ در آن حدوداً ۸۵٪ می باشد. هم اکنون این واکسن بصورت جاری در کشورما بکار می رود . ولی حتی اگر پوشش ایمنسازی جاری ۱۰۰٪ هم باشد نمی توان بیماری را در جامعه ریشه کن نمود و باید از روش های دیگر ایمنسازی بهره گرفت .

• ایمنسازی تکمیلی (Supplementary Immunization) :

الف - روزهای ملی ایمنسازی (NIDS) :

یعنی روزهایی که در آن کلیه کودکان سنین زیر ۵ سال بدون توجه به سابقه ایمنسازی قبلی ، واکسن خوراکی فلج اطفال دریافت می کنند که موجب قطع انتقال ویروس وحشی و جایگزین آن با ویروس واکسن و دستیابی سریعتر به پوشش بالای واکسیناسیون در کشور می شود . این ایمنسازی باید ۶-۴ هفته بعد تکرار شود . زمان این ایمنسازی باید هنگامی باشد که انتقال بیماری به پائین ترین حد خود رسیده باشد (زمستان و بهار) این فعالیت گاهی در قسمتهایی از یک کشور به اجرا در می آید که در این حالت SNID نامیده می شود .

ب - ایمنسازی پاک سازی (Mopping - up) :

یکی دیگر از راهکارهای دستیابی به ریشه کنی فلج اطفال بوده و در نواحی پرخطر صورت می گیرد . در این روش همه کودکان زیر ۵ سال را بدون توجه به سابقه ایمنسازی قبلی به روش خانه به خانه و فاصله یکماه با OPV واکسینه می کنند . در ضمن بروز هرگونه فلج شل حاد طی ۲ سال گذشته سوال می شود .

• مراقبت (Surveillance)

بطور خلاصه : مراقبت یعنی جمع آوری اطلاعات برای اقدام و مداخله

مراقبت یعنی جمع آوری منظم و مستمر ، پردازش ، تجزیه و تحلیل و تفسیر داده های بهداشتی در جریان توصیف و پایش یک واقعه بهداشتی ، با این هدف که از اطلاعات حاصله جهت برنامه ریزی ، اجرا و ارزیابی مداخله ای بهداشت عمومی و برنامه ها بتوان استفاده نمود . مراقبت موجب تعیین جمعیت های در معرض خطر و محل های پرخطر می گردد.

مراقبت فلج شل حاد :

بدین معنا که همه موارد مظنون به فلج اطفال در کلیه سنین و افراد مبتلاء به فلج شل حاد از جمله گیلن باره در سنین زیر ۱۵ سال باید مورد جستجو و بررسی قرار گیرند که از این طریق می توان جمعیت های در معرض خطر ، مناطق پرخطر و جاهایی را که ویروس وحشی کماکان وجود دارد شناسایی ، و برای مقابله با آن برنامه ریزی نمود . در شبکه های کارآمد باید :

الف - هر مورد فلج شل حاد ، حداکثر ظرف مدت ۷ روز کشف و گزارش شود .

ب - تمام موارد AFP گزارش شده ، حداکثر در عرض ۴۸ ساعت بررسی شده و وقوع فلج شل حاد مورد تأیید قرار گیرد .

ج - ۲ نمونه مدفوع مناسب ** حداکثر طی ۱۴ روز پس از بروز فلج جمع آوری گردد .

د - نمونه ها حداکثر طی ۳ روز به آزمایشگاه واصل شود .

هـ - باتوجه به ارسال جواب آزمایشگاه به واحد مراقبت فلج شل حاد طی ۲۸ روز ، نتیجه آزمایش درمورد مقرر معین باشد .

ز - پیگیری بیمار مبتلا به فلج شل حاد پس از ۶۰ روز بعد از بروز فلج صورت پذیرد .

ح - تمام موارد مبتلا به فلج شل حاد حداکثر ظرف ۷۰ روز پس از بروز فلج طبقه بندی شده و تشخیص نهایی آن مشخص گردد .

ح - تمام موارد فوق باید به دقت در فرم بررسی *** بیمار در ۳ نسخه تایپ شده و در مرکز بهداشت شهرستان استان و مرکز مدیریت بیماریها نگهداری شوند .

مراقبت فعال :

مراقبت فعال یک استراتژی برای جمع آوری فعال اطلاعات و از طریق انجام بازدیدهای منظم و برنامه ریزی شده از مکانهایی است که بیشترین احتمال مراجعه بیمار مبتلا به فلج شل حاد به آنها می رود . این کار باید بطور کامل ، بهنگام ، دقیق و آینده نگر صورت پذیرد .

این مراقبت بایستی با مراجعه منظم (هفتگی) کارمندان نظام بهداشتی به بیمارستانها و مراکزی که احتمال مراجعه یک بیمار مبتلا به فلج شل حاد به آنها بیشتر است ، انجام شود . بهمین دلیل باید در سطح مراکز بهداشت شهرستانها ، افرادی با ابلاغ رسمی وجهت انجام این بازدیدها و با تعیین دقیق محلهای مورد بازدید ، تعیین گردند . همچنین باید فهرست کلیه بیمارستانهای شهرستان که دارای بخشهای ذیربط می باشند . جهت برنامه ریزی این بازدیدها ، موجود باشد .

بخشهای مورد نظر در این بازدیدها عبارتند از بخشهای اطفال ، اعصاب ، اورژانس ، عفونی ، فیزیوتراپی و مدارک پزشکی لازم است این مراقبت فعال علاوه بر بیمارستانها ، تمامی واحدهای فیزیوتراپی شهرستان (اعم از دولتی ، بخش خصوصی بهزیستی و ...) را نیز شامل شود .

در همین راستا باید یک نفر از پرسنل هر بخش بیمارستان (نظیر سرپرستار) بعنوان گزارش دهنده تعیین گردد و همکارانی که از طرف معاونت بهداشتی برای دریافت گزارش از موارد احتمالی فلج شل حاد در طی هفته گذشته به ایشان مراجعه می نمایند . در روزهای ثابتی از هفته به این کار اقدام نموده و از دفاتر ثبت بیماران بخشها نیز بازدید نمایند . نکته ای که در این مورد واجد اهمیت زیادی می باشد ، برآورد دقیق تعداد بازدیدهایی است که باید هر هفته صورت گیرد و مقایسه آن با بازدیدهای انجام شده است . نکته قابل تاکید دیگر ، مستندسازی این بازدیدهاست . بدین معنی که در پایان هر یک از این بازدیدها ، فرد بازدید کننده از واحد ، باید انجام بازدید را در دفتر بخش بطور خلاصه گزارش و امضاء نماید تا در بازدیدهایی که توسط مسئولین ستادی دانشگاه یا وزارت بهداشت انجام می گیرد ، بتوان از انجام بازدیدها ، اطمینان حاصل نمود .

روش دیگر ثبت امضای مسئولین بخش در پائین گزارش فرد بازدید کننده و در دفتری مستقل از دفتر بخش می باشد .

فرم شماره ۱* : به منظور اطمینان از انجام مراقبت فعال بصورت هفتگی ، نتیجه این فعالیتهای در قالب فرم شماره ۱ ، ثبت و به معاونت بهداشتی دانشگاه ارسال می گردد . با توجه به توصیه سازمان جهانی بهداشت در مورد انجام برنامه حذف

بیماری سرخک در کشورهای که بیماری فلج اطفال در آنها حذف شده است ، پایش هفتگی سرخک نیز در این فرم ادغام گردیده است .

نحوه پر کردن فرم شماره ۱ :

- این فرم بصورت هفتگی توسط کارشناس مسئول مبارزه با بیماریهای شهرستان تنظیم و به معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده مربوطه ارسال خواهد شد .
- درستون ۲ ، تعداد بخشهای فعال و موجود شهرستان قید می گردد .
- درستونهای ۳ و ۴ تعداد موارد فلج شل حاد و سرخک ثبت شده در مدارک پزشکی بیماران بستری و سرپایی ، و به تفکیک موارد گزارش شده و گزارش نشده در بخشهای مختلف درج می گردند .
- درستون ۵ ، جمع موارد ثبت شده درستونهای ۳ و ۴ ذکر می گردند .
- درستون ۶ ، در صورت عدم گزارش موارد کشف شده طی مراقبت فعال ، دلائل عدم گزارش قید می گردند .
- درستون ۷ ، تعداد بازدیدهای انجام شده طی همان هفته قید می گردد .
- درستون ۸ ، نتیجه تقسیم ارقام ستون ۷ بر ارقام ستون ۲ ، به صورت درصد بیان می شود که بیانگر درصد تحقق بازدیدهای برنامه ریزی شده در ابتدای هفته است .

فرم شماره ۲ * :

این فرم وضعیت اقدامات انجام شده در زمینه مراقبت فعال فلج شل حاد و سرخک در سطح دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی مربوطه را بطور هفتگی به مرکز مدیریت بیماریها انعکاس می دهد و باید هر هفته اول وقت اداری روز شنبه به دفتر ریاست دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تحویل گردد و یک نسخه از آن نیز به مرکز مدیریت بیماریها نمایر شود .

نحوه پر کردن فرم شماره ۲ :

- فرم شماره ۲ بصورت هفتگی توسط کارشناس مسئول مبارزه با بیماریهای دانشگاه / دانشکده براساس جمع بندی فرمهای شماره ۱ دریافتی از سطح شهرستانها ، تنظیم می شود .
- درستون ۱ ، نام شهرستانهای تحت پوشش دانشکده / دانشگاه ذکر می گردد .
- درستون ۲ مجموع تعداد بخشهای موجود در شهرستان که مراقبت فعال در آنها صورت می پذیرد قید می گردد .
- درستونهای ۳-۸ نظیر ستونهای مشابه در فرم شماره ۱ تکمیل می گردند .

فرم گزارش ماهانه موارد بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن

این فرم علاوه بر گزارش موارد فلج شل حاد ، گزارش برخی از بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن شامل سرخک ، کزاز نوزادی ، دیفتی ، سیاه سرفه و همچنین عوارض جانبی ناشی از واکسن را نیز در بر می گیرد .

گزارش صفر :

گزارش صفر نیز بعنوان بخشی از نظام مراقبت فلج شل حاد ، دارای اهمیت و حساسیت ویژه ای می باشد . در واقع در این قسمت ، آن دسته از واحدهای ارائه کننده خدمات درمانی ، تحت پوشش قرار می گیرند که عملاً امکان جستجوی فعال به منظور کشف موارد فلج شل حاد در یک یک آنها وجود ندارد . لذا انتظار می رود که این واحدها ماهانه موارد خود یا گزارش صفر خود را اعلام کنند . واحدهای مورد نظراین قسمت عبارتند از : مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستائی ، پایگاههای بهداشتی و خانه های بهداشت و تیم های سیار ارائه کننده خدمات و اردوگاههای مهاجرین خارجی و همچنین کلیه مطبهای بخش خصوصی که اقدام به ارسال گزارش تعداد موارد فلج شل حاد و در صورت عدم مشاهده مورد ، نسبت به ارسال گزارش صفر اقدام خواهند نمود .

لازم به ذکر است که آندسته از مطبهای خصوصی مشمول این گزارشدهی خواهند بود که احتمال مراجعه بیمار مبتلا به AFP به آنها وجود دارد . لذا هدف ، مطبهای پزشکان عمومی ، پزشکان متخصص بیماریهای اطفال ، اعصاب ، عفونی و طب فیزیکی و توانبخشی خواهد بود .

گزارشدهی صفر باید بصورت ماهیانه انجام گیرد . ولی چون در حال حاضر تضمینی در مورد وصول گزارش صفر مطبهای بخش خصوصی وجود ندارد ، بهتر است که نماینده ای از طرف مرکز بهداشت شهرستان بطور ماهانه به مطبهای فوق الذکر مراجعه و گزارش صفر را دریافت نماید .

نحوه پر کردن فرم گزارش ماهانه :

- این فرم بصورت ماهانه و توسط کارشناس مسئول واحد ایمنسازی دانشکده / دانشگاه تکمیل می گردد و در آن مجموع واحدهای ارائه کننده گزارش صفر به تفکیک نوع واحد ذکر می گردد .
- درستون تعداد موجود ، تعداد واحدهای فعال در حوزه دانشکده / دانشگاه ذکر می شود .
- درستون « تعدادی که گزارش آنها واصل شده است » نیز تعداد گزارشات واصل شده قید می گردد .
- بدیهی است که درستون فلج شل حاد نیازی به درج گزارش از بیمارستانها و زایشگاهها نمی باشد .

مشروح اقداماتی که باید پس از کشف هر بیمار مبتلا به فلج شل حاد در شبکه بهداشت و درمان کشور صورت گیرد بصورت ذیل است

❖ پس از دریافت گزارش کشف مورد فلج شل حاد توسط مرکز بهداشتی درمانی ، صحت گزارش ، بررسی شده و پس از تأیید ، بلافاصله مشخصات و آدرس بیمار بصورت (تلفنی - دورنگار) به مرکز بهداشت شهرستان گزارش شود و اقدام به تکمیل فرم بررسی گردد .

❖ مرکز بهداشت شهرستان پس از دریافت گزارش ، باید در کوتاهترین زمان ممکن (حداکثر ۱۸ ساعت) به بیمار مراجعه و در صورت تأیید فلج شل حاد :

- ۱- فرم بررسی را تکمیل کند .
- ۲- اطرافیان بیمار را بمنظور یافتن موارد فلج احتمالی دیگر بررسی نماید .

۳- دونمونه مدفوع مناسب **از بیمار تهیه کند (بمنظور حصول اطمینان از ارسال بموقع نمونه ها ، مرکز بهداشت شهرستان می تواند راساً نسبت به ارسال نمونه ها اقدام کرده واز آزمایشگاه رسید دریافت نماید) .

۴- فرم درخواست آزمایش نمونه را بصورت تایپ شده تکمیل وبه دانشگاه بهداشت دانشگاه علوم پزشکی هرات ارسال نماید .

۵- در صورتی که بدلایلی (نظیر کشف دیر هنگام بیمار) امکان تهیه ۲ نمونه مدفوع مناسب از بیمار در طی ۱۴ روز از بروز فلج وجود نداشته باشد ، بایستی فوراً و ترجیحاً با همکاری پزشکان متخصص اطفال یا اعصاب ، نسبت به تکمیل فرم AFP Detailed Case Review اقدام شود . (این فرم به همراه راهنمای تکمیل آن بطور جداگانه ارسال شده است)

۶- در صورتیکه بیمار Hot Case باشد از اطرافیان بیمار نیز ۵ نمونه جمع آوری و ارسال کند .

۷- گزارش فوری به مرکز بهداشت استان . (در قالب فرم خلاصه اطلاعات)

۸- پیگیری روز ۶۰ بمنظور آگاهی از چگونگی وضعیت فلج باقیمانده را انجام دهد .

۹- به مرکز بهداشتی درمانی پس خوراند بدهد .

❖ فرم خلاصه اطلاعات موارد فلج شل حاد ، شامل لیست خطی این بیماران بوده و در مرکز بهداشت شهرستان و مرکز بهداشت استان بر روی دیوار نصب می شود این فرمها به صورت سالانه نگهداری می شوند .

❖ مرکز بهداشت استان مورد فلج شل حاد را به ریاست دانشگاه ونیز مرکز مدیریت بیماریها بصورت تلفنی اعلام نماید .

❖ مرکز مدیریت بیماریها از وصول نتیجه آزمایش نمونه ها از آزمایشگاه ملی فلج اطفال ، بلافاصله نتیجه را به دانشگاهها اعلام نماید .

چگونگی تکمیل و ارسال فرم بررسی موارد فلج شل حاد

تکمیل فرم بررسی ظرف ۶۰ روز حاصل می شود و حداکثر تا ۱۰ روز بعد از آن باید طبقه بندی نهایی در کمیته طبقه بندی دانشگاه صورت گرفته و آنگاه فرم تکمیل شده به مرکز مدیریت بیماریها ارسال گردد . عبارت دیگر فرم بررسی شامل نتیجه گیری روز ۶۰ و طبقه بندی نهایی و ذکر تشخیص نهایی حداکثر باید در مدت ۷۵ روز به مرکز مدیریت بیماریها واصل گردد .

طبقه بندی موارد :

باید در هیک از دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کمیته ای مرکب از اعضای هیئت علمی آن دانشگاه و تحت عنوان کمیته طبقه بندی موارد فلج شل حاد تشکیل و نسبت به بررسی و اعلام طبقه بندی و تشخیص نهایی بیماران AFP حوزه آن دانشگاه اقدام نماید .

ترکیب اعضای این کمیته باید شامل تخصصهای زیر باشد:

۱- متخصص بیماریهای اعصاب کودکان

۲- متخصص بیماریهای مغز و اعصاب

۳- متخصص بیماریهای اطفال

۴- متخصص بیماریهای عفونی

۵- متخصص اپیدمیولوژی

۶- متخصص ویروس شناسی

حداقل اعضای این کمیته (که ممکن است ترکیب تخصصی آن براساس امکانات دانشگاههای مختلف تا حدی متغیر باشد) ۴ نفر خواهند بود و هیچکدام از اعضاء نباید دارای سمت اجرایی در برنامه ریشه کنی پولیو باشند . بهمین دلیل افرادی نظیر معاونت بهداشتی و یا مدیر گروه مبارزه با بیماریها ، بعنوان عضو در جلسات کمیته شرکت نخواهند نمود .

مهمترین وظیفه اعضای این کمیته بررسی موارد فلج شل حاد حوزه آن دانشگاه و اعلام طبقه بندی و تشخیص نهایی بیماران در موعد مقرر (حداکثر ۷۰ روز پس از بروز فلج) می باشد . لازم به ذکر است که زمان اقدام برای بررسی بیماران ، الزاماً ۶۰ روز پس از بروز فلج نبوده و اعضای کمیته باید در اولین فرصت ممکن (مثلاً پس از دریافت نتیجه آزمایش ویروس شناسی مورد ویا پس از بهبودی کامل فلج که می تواند در برخی اوقات قبل از روز ۶۰ رخ دهد) نسبت به بررسی بیمار اقدام نمایند .

لازم به ذکر است که با توجه به نزدیک شدن به سالهای آخر برنامه ریشه کنی پولیو و لزوم تشدید اقدامات مراقبتی فلج شل حاد ، اعلام بموقع تشخیص نهایی بیماران واجد اهمیت روزافزونی گردیده است .

کمیته های طبقه بندی به عنوان هیئت علمی دانشگاه می توانند ضمن اطلاع رسانی و آموزش گسترده به اقشار مختلف جامعه و گروه پزشکی و بهداشتی در زمینه معرفی برنامه ریشه کنی پولیو و استراتژیهای آن ، در صورت لزوم رهنمودهای مورد نظر خود را در مورد نحوه بکارگیری استراتژیهای این برنامه به معاونت بهداشتی آن دانشگاه ارائه نمایند .

البته یک کمیته با ترکیب مشابه نیز در سطح کشوری در این زمینه فعال بوده و با توجه به نحوه تقسیم کار ارائه شده در ذیل نسبت به بررسی بیماران و سایر موارد فوق الذکر اقدام می نمایند .

تقسیم کار طبقه بندی بیماران بین کمیته های کشوری و دانشگاهی :

بیمارانی که فاقد ۲ نمونه مدفوع مناسب بوده و همچنین در روز ۶۰ از بروز فلج ، فوت نموده یا گمشده ویا دارای فلج باقیمانده می باشند ، توسط کمیته کشوری بررسی و طبقه بندی خواهند شد . بهمین دلیل لازم است که معاونت بهداشتی دانشگاه ، ضمن پیگیری دقیق وضعیت بالینی بیمار ، نسبت به ارسال هرچه سریعتر یک نسخه از مدارک پزشکی بالینی و سرپایی بیماران و فرمهای بررسی موارد و نتیجه پیگیری روز ۶۰ بیمار به مرکز مدیریت بیماریها اقدام نمایند .

بیمارانی که دارای ۲ نمونه کافی و نتیجه آزمایش منفی از نظر ویروس وحشی پولیو بوده ویا در پیگیری روز ۶۰ ، کاملاً سالم باشند . توسط کمیته طبقه بندی دانشگاهی بررسی می شوند و اعلام تشخیص نهایی در این موارد الزامی می باشد .

ده شاخص نشانگر کیفیت استاندارد مراقبت بیماری و انجام کار آزمایشگاه

۱- میزان بروز AFP غیر پولیوئی در کودکان زیر ۱۵ سال (هدف حداقل یک درصد هزار)

$$\frac{\text{تعداد موارد AFP غیر پولیوئی گزارش شده در کودکان زیر ۱۵ سال}}{\text{تعداد کل کودکان زیر ۱۵ سال}} \times 100000$$

میزان بروز AFP غیر پولیوئی شاخصی است که حساسیت مراقبتی را تعیین می کند و به عبارت دیگر مشخص می کند که یک نظام مراقبت چگونه توانسته است موارد AFP را به دست آورد. اگر میزان AFP غیر پولیوئی حداقل به یک درصد هزار نرسیده باشد احتمالاً تعدادی از موارد پولیو را از دست داده است.

۲- کامل بودن گزارش دهی ماهیانه (۹۰٪ > هدف) :

$$\frac{\text{تعداد گزارش های ماهانه رسیده} = \text{کامل بودن}}{\text{تعداد گزارش های مورد انتظار}} \times 100$$

۳- بهنگام بودن گزارش دهی ماهانه (۸۰٪ > هدف) :

$$\frac{\text{تعداد گزارش های رسیده در مهلت مقرر} = \text{بهنگام بودن}}{\text{تعداد گزارش های مورد انتظار در همان مدت}} \times 100$$

۴- شاخص کشف موارد (۸۰٪ > هدف) :

موارد AFP که در ظرف ۷ روز از بروز فلج کشف و گزارش شده اند.

۵- شاخص بهنگام بودن نمونه گیری (۸۰٪ > هدف) :

موارد AFP که ظرف ۱۴ روز پس از بروز فلج ۲ نمونه بفاصله حداقل ۲۴ ساعت از آنها برداشت شده است.

۶- شاخص پی گیری روز ۶۰ (۹۰٪ > هدف)

نسبت بیماران AFP که پس از ۶۰ روز از آغاز فلج، برای تعیین فلج باقیمانده پیگیری شده اند.

۷- شاخص ارسال به هنگام نمونه ها به آزمایشگاه (۸۰٪ > هدف) :

نسبت نمونه های مدفوع که ظرف ۳ روز پس از نمونه برداری به آزمایشگاه واصل شده است.

۸- شاخص وصول نمونه ها در شرایط « خوب » به آزمایشگاه :

- نمونه ها در موقع حمل در مجاورت یخ بوده و درجه حرارت آن بهنگام ورود به آزمایشگاه کمتر از ۸ درجه سانتی گراد بوده باشند .

- مقدار مدفوع کافی باشد (بیشتر از ۸ گرم به اندازه دو برابر ناخن انگشت یک انسان بالغ)

- نشت مدفوع وجود نداشته باشد .

۹- شاخص فعالیت آزمایشگاه ($80\% >$ هدف) :

نسبت نتایج آزمایش مدفوع که در کمتر از ۲۸ روز از تاریخ وصول نمونه به آزمایشگاه به مرکز مدیریت بیماریها اعلام شده باشد .

۱۰- شاخص دقت آزمایشگاه :

نسبت نمونه های مدفوعی که از آنها آنتروویروس های غیر پولیوی جدا شده است ($10\% >$ هدف) . این شاخص توانایی آزمایشگاه در جداسازی روتین آنتروویروسها را می سنجد .

پیوست

فهرست

صفحه

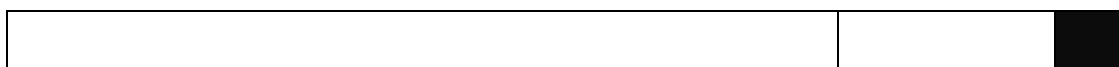
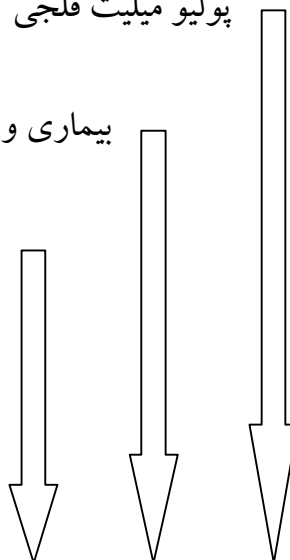
۱	۱- نمودار ابتلا به عفونت
۲	۲- دیاگرام گزارش موارد
۳-۴	۳- فرم بررسی
۵-۹	۴- راهنمای تکمیل فرم بررسی
۱۰-۱۱	۵- فرم های شماره ۱ و ۲
۱۲	۶- فرم های گزارش صفر
۱۳	۷- فرم درخواست آزمایش
۱۴	۸- فرم خلاصه اطلاعات
۱۵	۹- نمودار طبقه بندی موارد فلج شل حاد
۱۶	۱۰- تعاریف موارد فلج شل حاد

وضعیت بالینی ابتلا به عفونت ویروس فلج اطفال

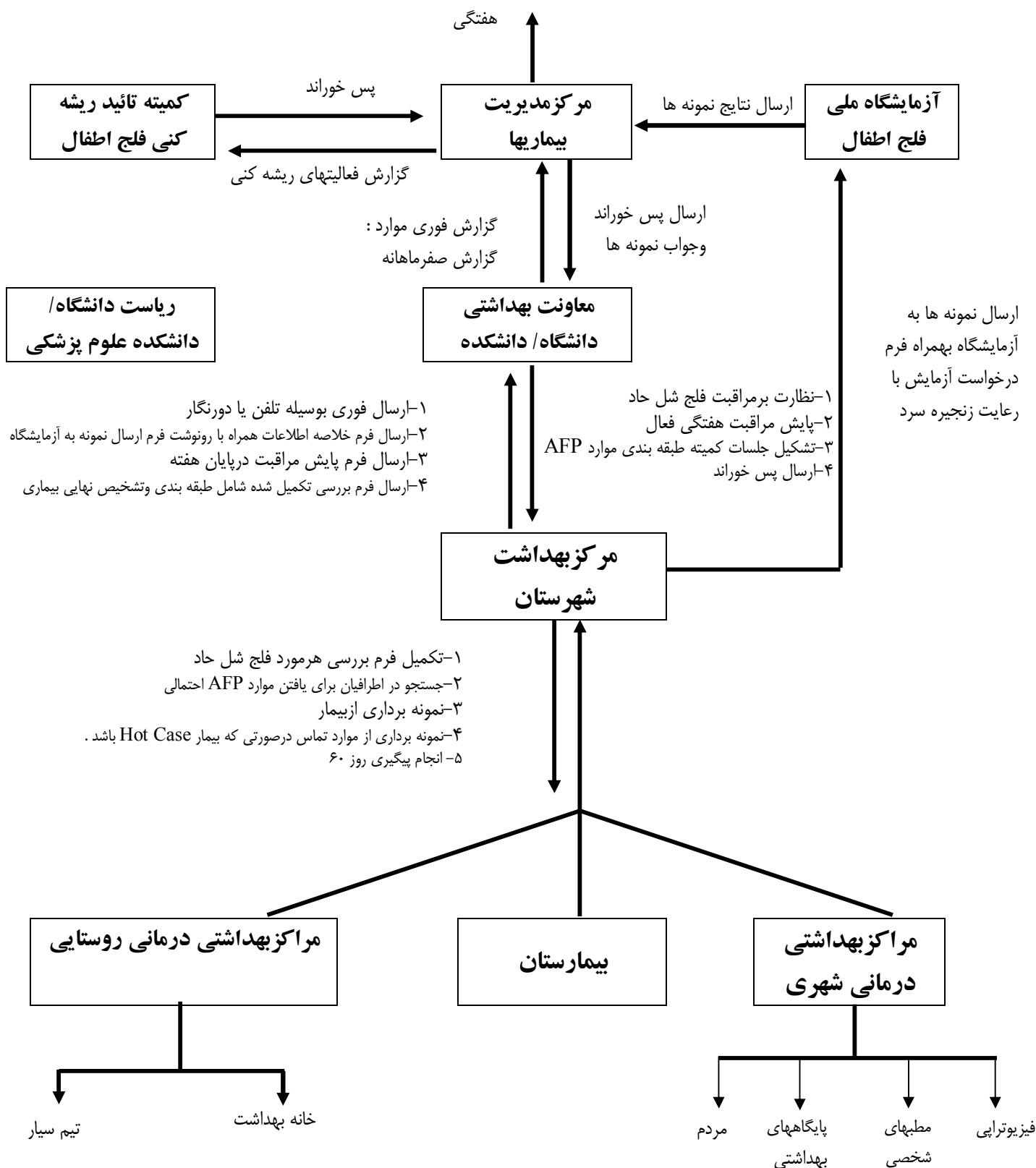
پولیو میلیت فلجی

بیماری واضح، بدون فلج

عفونت بدون علامت



دفتر منطقه ای سازمان جهانی بهداشت



بسمه تعالی

مرکز بهداشت شهرستان
فرم بررسی موارد فلج شل حاد

شماره مورد
سال

۱- مشخصات مورد : شهرستان _____ استان _____ که عرضه خدمات _____ ملیت _____ آدرس کامل _____		
نام و نام خانوادگی بیمار _____ نام پدر _____ تاریخ تولد _____ / _____ / ۱۳ _____ سن درموقع ابتلا _____ جنس: مذکر ☐ مونث ☐		
۲- گزارش		
تاریخ گزارش	تاریخ گزارش	تاریخ گزارش
به مرکز بهداشت شهرستان _____ / _____ / ۱۳	به مرکز بهداشت استان _____ / _____ / ۱۳	به مرکز مدیریت بیماریها _____ / _____ / ۱۳
منبع گزارش: خانه بهداشت _____ مرکز بهداشتی درمانی _____ تیم سیار _____ بیمارستان _____ مرکز توانبخشی _____		
مطب _____	سایر منابع (ذکر شود) _____	نام گزارش دهنده _____ شماره تلفن گزارش دهنده _____
۳- آیا بیمار بستری شده است؟ بلی ☐ خیر ☐ اگر بلی نام بیمارستان و آدرس آن _____ تاریخ بستری شدن _____ شماره پرونده _____		
۴- علائم و نشانه های بیماری: تاریخ شروع اولین علامت _____ / _____ / ۱۳ (دور هر کدام از علائم زیر که وجود داشته است دایره بکشید) تب ☐ یبوست ☐ آبریزش بینی ☐ درد عضلانی ☐ اسهال ☐ سردرد ☐ تهوع ☐ سفتی گردن ☐ ضعف ☐ گلودرد ☐ تحریک پذیری ☐		
۵- فلج		
وضعیت فلج: تاریخ شروع فلج _____ / _____ / ۱۳ آیا درموقع شروع فلج تب وجود داشته است؟ بلی ☐ خیر ☐ درجه تب _____		
محل فلج: (دور عضو فلج دایره بکشید): پای چپ دست چپ پای راست دست راست عضلات تنفسی صورت سایر اعصاب کرانیال		
۶- وضعیت ایمنسازی: بر حسب کارت ایمنسازی ☐ حافظه مادر ☐ دور هر کدام از نوبتهای زیر که دریافت داشته دایره بکشید و زیر آن تاریخ را بنویسید.		
نوبت	نوبت	نوبت
نوبت صفر	نوبت اول	نوبت دوم
نوبت سوم	یادآور اول	یادآور دوم
روزهای ملی ایمنسازی	تاریخ آخرین نوبت	
_____	_____	_____
_____	_____	_____
۷- طبقه بندی اولیه بالینی: مظنون به پولیو ☐ گیلن باره ☐ نوریت تروماتیک ☐ میلیت عرضی ☐ سایر _____ تاریخ _____ / _____ / ۱۳		
۸- سابقه مسافرت، بازدید یا تماس با افراد دیگر ظرف ۲۸ روز قبل از بروز علائم:		
محل مسافرت یا بازدید	فرد یا افراد ملاقات شده	تاریخ
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
۹- آیا بیمار در ظرف ۷۵ روز قبل از بروز علائم با خانوار یا فرد دیگری که بتازگی فلج شده یا واکسن خوراکی فلج دریافت داشته، تماس داشته است؟		
بلی ☐ خیر ☐	اگر بلی، در کجا و با چه کسی؟	تاریخ
_____	_____	_____
_____	_____	_____

نمونه برداری مدفوع از بیمار:					
تاریخ نمونه برداری	تاریخ تحویل به آزمایشگاه	تاریخ دریافت نسخه	نوع ویروس پولیو جدا شده	نوع ویروس های دیگر	منفی
نمونه اول ۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	— — — —	— — — —	—
نمونه دوم ۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	— — — —	— — — —	—

۱۱- نمونه برداری مدفوع از موارد تماس :

(اگر کودک زیر ۵ سال دارد موارد تماس از زیر ۵ سال واگربیشتر از پنج سال سن دارد ، موارد تماس از همان گروه سنی انتخاب شوند)

نام ونام خانوادگی مورد تماس	تعداد دوزهای واکسن فلج دریافت شده	تاریخ آخرین نوبت واکسن	آدرس
_____	_____	۱۳...../...../.....	_____
_____	_____	۱۳...../...../.....	_____
_____	_____	۱۳...../...../.....	_____
_____	_____	۱۳...../...../.....	_____

۱۲- اقدامات کنترل :

تاریخ انجام اقدامات ۱۳...../...../.....

تعداد محل های بازدید شده : _____ تعداد خانوار بازدید شده _____ تعداد نمونه برداشت شده _____

۱۳- پیگیری روز ۶۰ : تاریخ انجام شده ☐ انجام نشد ☐ اگر نشد چرا ؟ توضیح دهید _____

فلج باقیمانده : دورعضوفلج دایره بکشید (پای راست دست راست پای چپ دست چپ صورت ماهیچه های تنفسی سایر اعصاب کرانیال معلولیت : نمی تواند راه برود ☐ باکمک راه می رود ☐ می لنگد ☐ طبیعی راه می رود ☐ سایر معلولیتها : _____

فوت : در صورت فوت تاریخ آن/...../..... ۱۳ علت فوت ، جزئیات را توضیح دهید ؟

۱۴- تیم بررسی :

نام ونام خانوادگی کاردان مبارزه با بیماریها	امضاء	تاریخ :
نام ونام خانوادگی کارشناس مبارزه با بیماریها	امضاء	تاریخ :
نام ونام خانوادگی پزشک مسئول بررسی	امضاء	تاریخ :
مراتب فوق مورد تأیید است		
نام ونام خانوادگی معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی	امضاء	تاریخ :

۱۵- طبقه بندی نهایی :

پولیومیلیت ☐ مردود ☐

معیار تشخیص :

جداشدن ویروس از نمونه مدفوع ☐ جداشدن ویروس از نمونه مدفوع کافی یا نداشتن فلج باقیمانده روز ۶۰ ☐

تشخیص نهایی : اگر پولیو رد شده است تشخیص آن را بنویسید ؟

مشخصات اعضای تیم طبقه بندی :		
نام ونام خانوادگی پزشک	نوع تخصص :	شماره نظام پزشکی :
تاریخ :	مهر و امضاء :	
نام ونام خانوادگی پزشک	نوع تخصص :	شماره نظام پزشکی :
تاریخ :	مهر و امضاء :	
نام ونام خانوادگی پزشک	نوع تخصص :	شماره نظام پزشکی :
تاریخ :	مهر و امضاء :	
نام ونام خانوادگی پزشک	نوع تخصص :	شماره نظام پزشکی :
تاریخ :	مهر و امضاء :	
نام ونام خانوادگی پزشک	نوع تخصص :	شماره نظام پزشکی :
تاریخ :	مهر و امضاء :	

مراتب فوق مورد تأیید است : نام ونام خانوادگی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی : تاریخ : امضاء :

راهنمای تکمیل فرم بررسی موارد فلج شل حاد (AFP)

این فرم چه اهمیتی دارد ؟

- فرم بررسی موارد یا یکی از مستندات است که کارشناسان سازمان جهانی بهداشت با مطالعه آن به درجه دقت و توجه مسئولین بهداشتی محل در اجرای برنامه ریشه کنی فلج اطفال پی می برند .
- این فرم کارنامه ای است از همه فعالیتها و اقدامات مراقبتی که سطوح مختلف شبکه های بهداشتی درمانی کشور در برابر بروز هر مورد فلج شل حاد انجام داده اند .
- با مطالعه این فرم و استخراج اطلاعات آن به نقاط قوت و ضعفی که در مجموعه واحدهای مسئول اجرای فعالیتهای ریشه کنی وجود دارد پی برده میشود که بالطبع بهترین راهنما برای بهبود وضعیت مراقبت خواهد بود .

مسئول تکمیل فرم :

رئیس مرکز بهداشت شهرستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیتهای نظام مراقبت در سطح شهرستان مسئولیت تکمیل این فرم را نیز بعهده دارد .

چه کسانی در تکمیل فرم دخالت دارند ؟

- خانواده بیمار
- پزشک و کارکنان واحدی که بیمار در آنجا تحت درمان قرار دارد

اجزاء فرم : این فرم از ۱۶ قسمت تشکیل شده و تکمیل هر قسمت آن زمان خاصی دارد که در موقع خود توضیح داده می شود توجه داشته باشید که در قسمت بالای فرم نام شهرستان را تکمیل کنید .
شماره مورد و سال وقوع آن را قید فرمایید .

مدت تکمیل فرم : تکمیل این فرم ۷۰ روز از آغاز فلج طول می کشد . به عبارت دیگر لازم است برای این مدت طولانی با خانواده بیمار در تماس باشید . لذا با برقراری ارتباط صمیمانه شماره تلفن خود را در اختیار آنها قرار دهید تا چنانچه محل سکونت و آدرس آنان تغییر کرد به شما اطلاع دهند تا برای تکمیل قسمتهای دیگر فرم دچار مشکل نشوید .

قسمت اول : نشان دهنده مورد فلج شل حاد می باشد که به محض دریافت گزارش باید به فرم منتقل گردد و به گونه ای تکمیل شود که تیم بررسی بتواند با استفاده از آن آدرس بیمار را پیدا نماید ، به خانواده بیمار تاکید کنید که اگر محل سکونت خود را تغییر دادند به شما اطلاع دهند تا بتوانید قسمت سیزدهم را در موقع انجام آن تکمیل نمایید .

قسمت دوم: وضعیت گزارش را روشن می نماید و شامل دونکته است:

الف - تاریخ گزارش به سطوح مختلف شهرستان، استان و مرکز مدیریت بیماریها:

ازمقایسه تاریخ گزارش با تاریخ شروع فلج که در قسمت پنجم فرم قید میشود می توان دریافت که کیفیت نظام گزارش دهی چگونه است. هرچقدر این فاصله زمانی طولانی تر باشد باید برای جلب همکاری مردم و واحدهای بهداشتی درمانی کوشش بیشتری نمود تا این فاصله تصحیح گردد.

ب - منبع گزارش: نام اولین شخص یا اولین واحدی که مورد بیمار را گزارش داده است باید نوشته شود تا تیم بررسی بتواند با اخذ تماس و جلب همکاری آن هرچه سریع تر بررسی لازم را شروع نماید.

قسمت سوم: وضعیت بستری یا عدم بستری را بیان می کند که در صورت بستری شدن نام بیمارستان و آدرس آن قید می شود تا بتوان در صورت لزوم به پرونده بیمار مراجعه و با کمک پزشک و پزشکان معالج اطلاعات لازم را کسب نمود.

قسمت چهارم: مربوط به علائم و نشانه های بیماری است. تاریخ شروع اولین علامت را از بیمار و یا خانواده او پرسید و دوره هر کدام از علائمی که وجود داشته اند دایره بکشید.

قسمت پنجم: در این قسمت وضعیت فلج را مشخص کنید: تاریخ شروع فلج را سوال کرده در محل مربوطه یادداشت کنید و وجود تب از نظر تشخیصی اهمیت دارد و با مراجعه به پرونده بیمار و یا سوال از خانواده بیمار مشخص میشود. سپس محل فلج را با کشیدن دایره دور عضو یا اعضاء فلج شده نشان دهید تا با استفاده از آن بتوانید سیر بیماری را تعیین کنید.

قسمت ششم: وضعیت ایمنسازی: کارت ایمنسازی بیمار را بخواهید و از روی آن دوره هر کدام از نوبت هایی را که دریافت کرده دایره بکشید و تاریخ آن را در محلی که پیش بینی شده قید نمایید. اگر کارت در دسترس نبود و یا گم شده بود از حافظه مادر استفاده کنید و در هر صورت در مربع مقابل آن علامت بزنید اگر واکسیناسیون انجام نشده بود و یا ناقص بود علت را جويا شوید.

قسمت هفتم: طبقه بندی اولیه بالینی: این قسمت را باید با کمک پزشکان معالج تکمیل کنید و تشخیص اولیه او را در این جا ذکر کنید. توجه داشته باشید تشخیص اولیه هرچه باشد تکمیل بقیه قسمت های فرم را باید ادامه دهید.

قسمت هشتم: سابقه مسافرت، بازدیدها و یا تماس با افراد دیگر: مشخص کننده هرگونه بازدید و تماس بیمار در ۲۸ روز اخیر یعنی حداکثر دوره کمون بیماری است. این بازدیدها ممکن است در داخل یا خارج از شهر و یا روستای محل سکونت باشد و حدود فعالیت شما را برای نمونه برداری احتمالی از موارد تماس و همچنین تکمیل اقدامات ذکر شده در قسمت های ۱۱ و ۱۲ معین می کند.

قسمت نهم: می تواند محلی را که باعث سرایت ویروس وحشی یا ویروس واکسن به فرد مظنون شده است به شما نشان دهد و در تشخیص نهائی بیماری نیز کمک نماید. لذا باید برای تکمیل این قسمت حوصله بیشتری به خرج داده و پیگیری ویژه ای انجام دهید و حتی اگر لازم باشد از مراکز بهداشت شهرستان های دیگر که خانواده ذکر می کنند کمک بگیرید.

قسمت دهم: حتماً باید از هر بیمار دو نمونه مدفوع تهیه کنید.

نمونه اول: را همان روز اول بررسی و **نمونه دوم** را حداقل ۲۴ ساعت بعد بگیرید و تاریخ آن را قید نمایید. برای ۲ نمونه یک فرم درخواست آزمایش تکمیل و به آزمایشگاه ارسال نمایید. اگر فاصله بین ۲ نمونه برداری از ۴۸ ساعت بیشتر است، نمونه اول را با فرم جداگانه ای ارسال کنید. مقدار مدفوعی را که به عنوان نمونه برمی دارید باید کافی (۸-۱۰ گرم یا به اندازه ناخن شست دست انسان بالغ) باشد. (برای آنکه جایی را آلوده نکند در ظرف در پیچ دار قرار دهید)

قسمت یازدهم: نمونه برداری مدفوع از موارد تماس فقط هنگامی صورت می گیرد که مورد فلج شل حاد، Hot Case باشد: با استفاده از قسمت های ۸، ۹ فرم که قبلاً تکمیل نموده اید موارد تماس را تعیین کنید و دست کم از ۵ نفر آنان از هر کدام یک نمونه مدفوع در همان اولین روز بررسی تهیه نمایید. سن موارد تماس را با توجه به سن مورد مظنون تعیین کنید. اگر سن مورد مظنون بیشتر از ۵ سال است سن موارد تماس را نیز تا سن مورد مظنون بالا برید. (توجه نمایید که برای هر کدام از موارد تماس یک فرم درخواست آزمایش جداگانه تکمیل و همراه با نمونه به آزمایشگاه تحویل نمایید)

در این قسمت نیز نام و نام خانوادگی موارد تماس و تعداد دوزهای واکسن دریافتی و تاریخ آخرین نوبت آن را قید نمایید و آدرس آنان را دقیقاً یادداشت کنید.

اقدامات کنترل: این قسمت نشان دهنده همه فعالیتهای شما در زمان بررسی بوده و باید به درستی تکمیل شود. تاریخ انجام اقدامات را بنویسید تعداد محل های بازدید شده، تعداد همه محل هائی است که در مجاورت محل سکونت مورد مظنون و قسمتهای ۸ و ۹ فرم، مورد بازدید شما برای کشف موارد مظنون دیگر و احتمالاً تهیه نمونه مدفوع از موارد تماس واقع شده است. تعداد این محل ها را دقیقاً ذکر کنید. تعداد خانوارهای بازدید شده و تعداد نمونه های برداشت شده را در محل پیش بینی شده قید نمایید. مطالعه این قسمت نشان می دهد که شما در چه وسعتی نسبت به کنترل بیماری اقدام نموده اید. لذا اهمیت زیادی برای آن قائل شده و با نهایت حوصله برای تکمیل آن اقدام نمایید.

گاه لازم است چندین مرتبه به محل های مختلف مراجعه کنید تا بتوانید اطلاعات کافی را بدست آورید.

قسمت سیزدهم: انجام پیگیری ونتیجه آن برای طبقه بندی نهائی بیماری نهایت لزوم را دارد ، اگر به هر علت پیگیری انجام نشد دلیل آن را بنویسید . ممکن است محل سکونت مورد فلج شل حاد تغییر کرده باشد . سعی کنید با کمک همسایگان یا منبع گزارش محل سکونت مورد را پیدا و این قسمت را تکمیل نمایید . بدانید که اگر بیمار را نتوانستید پیدا کنید احتمال دارد این مورد بعنوان سازگار طبقه بندی شود . این قسمت بطوری که ملاحظه می کنید دارای سه قسمت دیگر است .

(الف) **فلج باقیمانده:** بیمار باید توسط پزشک معاینه و با توجه به قسمت ۵ فرم دور هر عضوی که فلج آن باقیمانده است دایره بکشید .

(ب) **معلولیت:** به روشنی در مربع جلوی هر کدام از انواع معلولیت های باقیمانده ضربدار بنزید .

(ج) **فوت:** اگر بیمار فوت نموده است ، تاریخ ، علت و جزئیات آن را ذکر کنید . از خانواده بیمار سوال کنید که آیا در هنگام فوت هنوز فلج عضویا اعضاء مبتلا باقی بوده است یا نه وقید نمایید .

قسمت چهاردهم: مشخصات تیم بررسی و تاریخ بررسی در فرم نوشته شود .

قسمت پانزدهم: با استفاده از پاسخ آزمایشگاه ونتیجه پیگیری روز ۶۰ می توانید به یکی از شخصیتهای زیر برسید .

(الف) فلج اطفال قطعی که با جدا شدن ویروس پولیو از نمونه مدفوع مشخص می شود .

(ب) مردود که با معیار جدا نشدن ویروس پولیو از نمونه مدفوع کافی یا نداشتن فلج باقیمانده در روز ۶۰ مشخص می شود .

تشخیص نهایی: اگر پولیو میلیت رد شده است تشخیص نهائی را با استفاده از جواب آزمایشگاه و قسمت ۷ با مشورت کمیته دانشگاهی و مرکز مدیریت بیماریها ذکر نمایید .

قسمت شانزدهم: اعضای کمیته طبقه بندی دانشگاهی باید پس از طبقه بندی مورد AFP وقید تشخیص نهایی ، فرم بررسی را امضاء نموده و مهنر نمایند . در نتیجه با توجه به موارد فوق تکمیل فرم بررسی ۷۰ روز بطول انجامیده و در آخر کار تنها یکبار به مرکز مدیریت بیماریها ارسال شود .

بدین معنی که ارسال فرم بررسی ناقص مثلاً به همراه نتیجه پیگیری روز ۶۰ یا بهنگام انجام اقدامات کنترل یا بهنگام کشف مورد بهیچ وجه جایز نمی باشد .

هر بیمار AFP باید پرونده مستقل در پوشه جداگانه داشته باشد که محتوی فرم بررسی ، جواب آزمایشگاه ، نتیجه معاینه روز ۶۰ ، هر گونه اقدامات دیگر شامل پرونده پزشکی ، معاینات و آزمایشات انجام شده مانند EMG , NCV و ... است .

بسمه تعالی

فرم شماره ۱

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشت شهرستان

فرم پایش هفتگی مراقبت فعال برای کشف موارد فلج شل حاد و سرخک

از تاریخ لغایت

(۸) درصد بازدیدها	(۷) تعداد بازدید انجام شده	(۶) ذکر دلایل عدم گزارش	(۵) جمع موارد فلج شل حاد و سرخک				(۴) تعداد موارد فلج شل حاد و سرخک درمدا رک پزشکی بیماران سرپائی				(۳) تعداد موارد فلج شل حاد و سرخک درمدا رک پزشکی بیماران بستری				(۲) تعداد بخشهای موجود	(۱) بخشها
			گزارش نشده		گزارش شده		گزارش نشده		گزارش شده		گزارش نشده		گزارش شده			
			سر حک	فلج شل حاد	سر حک	فلج شل حاد	سر حک	فلج شل حاد	سر حک	فلج شل حاد	سر حک	فلج شل حاد	سر حک	فلج شل حاد		

نام و نام خانوادگی رئیس مرکز بهداشت شهرستان.....

اگر موردی از بیماریهای فوق یافت نشد ، درستونهای ۳ و ۴ یا ۵ عدد صفر منظور گردد .

امضاء

بسمه تعالی

فرم شماره ۲

دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم پایش هفتگی مراقبت فعال برای کشف موارد فلج شل حاد و سرخک

از تاریخ لغایت

(۸) درصد بازدیدها	(۷) تعداد بازدید انجام شده	(۶) ذکر دلایل عدم گزارش	(۵) جمع موارد فلج شل حاد و سرخک				(۴) تعداد موارد فلج شل حاد و سرخک درمدا رک پزشکی بیماران سرپائی				(۳) تعداد موارد فلج شل حاد و سرخک درمدا رک پزشکی بیماران بستری				(۲) تعداد بخشهای موجود	(۱) شهرستان
			گزارش نشده		گزارش شده		گزارش نشده		گزارش شده		گزارش نشده		گزارش شده			
			سر حک	فلج شل حاد	سر حک	فلج شل حاد	سر حک	فلج شل حاد	سر حک	فلج شل حاد	سر حک	فلج شل حاد	سر حک	فلج شل حاد		

نام و نام خانوادگی معاون بهداشتی دانشکده / دانشگاه

اگر موردی از بیماریهای فوق یافت نشد ، در ستونهای ۳ و ۴ یا ۵ عدد صفر منظور گردد .

امضاء

گزارش ماهانه موارد بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن بر حسب شهرستان

تاریخ :

ماه :

ماه :/...../..... سال :

شهرستان : دانشگاه / دانشکده

ردیف	نام واحد	تعداد موجود	تعدادی که گزارش آنها واصل شده است	فلج شل حاد		سرخک		کزازنوزادی		دیفتری		سیاه سرفه		عوارض جانبی ناشی از واکسن	
				تعداد	صفر	تعداد	صفر	تعداد	صفر	تعداد	صفر	تعداد	صفر	تعداد	صفر
۱	بیمارستانهای دولتی و خصوصی														
۲	زایشگاهها														
۳	فیزیوتراپی														
۴	مراکز بهداشتی درمانی شهری														
۵	مراکز بهداشتی درمانی روستایی														
۶	خانه های بهداشت														
۷	تیم سیار														
۸	مطب های پزشکان آزاد														
۹	پایگاههای بهداشتی														
۱۰	اردوگاههای مهاجرین														

امضاء :

نام و نام خانوادگی مسئول :

تاریخ گزارش :

« بسمه تعالی »

مرکز بهداشت شهرستان

فرم درخواست آزمایش مدفوع برای تشخیص پولیو

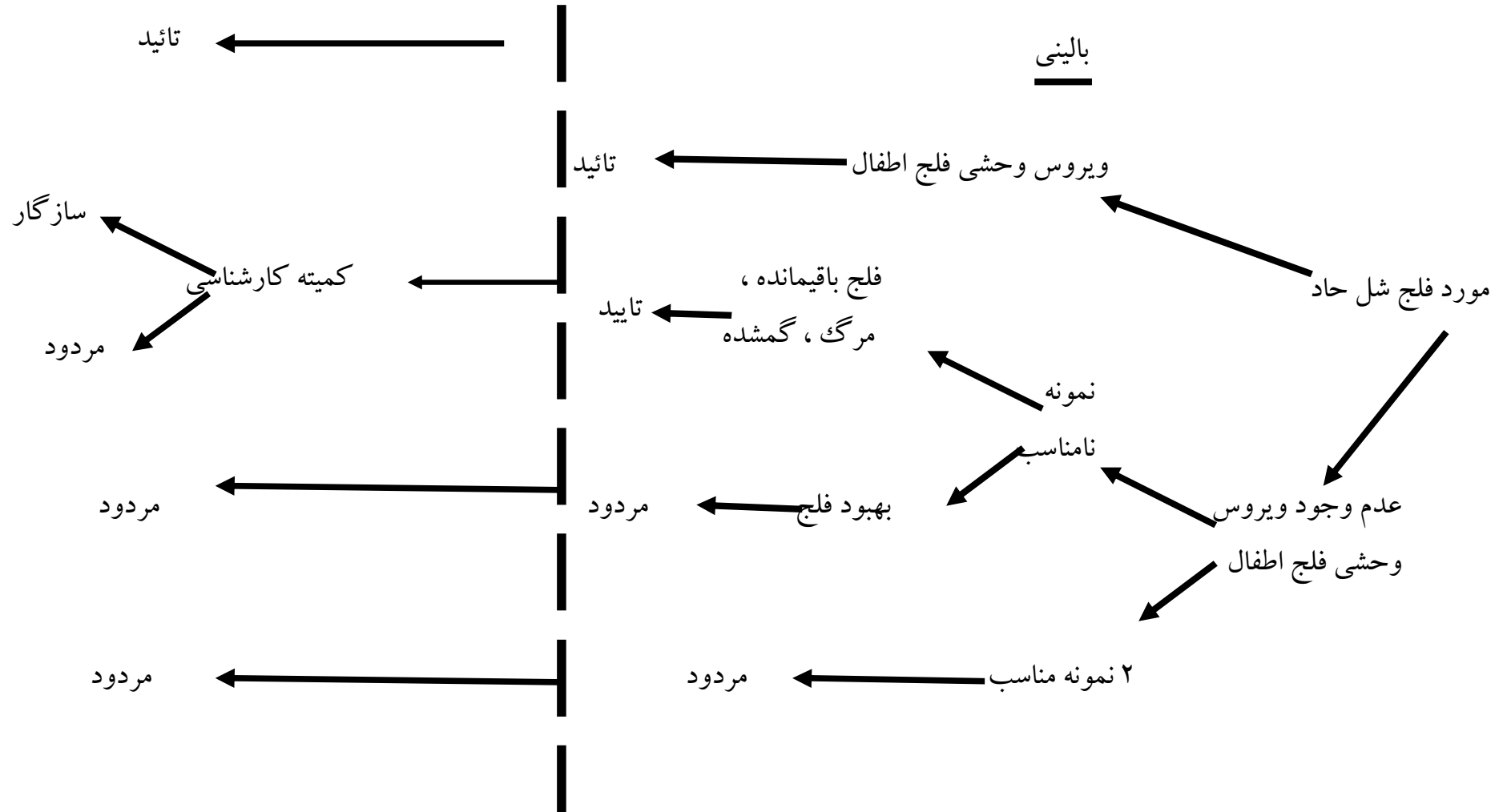
استان :	شهرستان :
نام و نام خانوادگی صاحب نمونه : بیمار مورد تماس	
آدرس : روستا : شهر : خیابان : کوی : پلاک : تلفن :	
تاریخ تولد : روز ماه سال اگر تاریخ تولد نامشخص است سن را بر حسب ماه ذکر نمایید .	
تاریخ جمع آوری نمونه اول : روز ماه سال روز ماه سال	
تعداد دفعات واکسیناسیون و تاریخ آخرین نوبت دریافت OPV روز ماه سال	
تشخیص اولیه بالینی :	
تاریخ ارسال نمونه ها :	نام و نام خانوادگی : رئیس مرکز بهداشت شهرستان امضاء
این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می شود . تاریخ وصول نمونه ها به آزمایشگاه : روز ماه سال نام و نام خانوادگی دریافت کننده نمونه ها وضعیت نمونه ها موقع وصول به آزمایشگاه : خوب ☐ بد ☐	
نتیجه آزمایش : P1 ☐ P2 ☐ P3 ☐ E.V. ☐ باذکرنوع ☐ منفی ☐ تاریخ : روز ماه سال	
رئیس آزمایشگاه	
* نمونه دوم فقط از موارد بیمار جمع آوری شود ، از موارد تماس فقط یک نمونه کافی است .	

لیست خطی موارد فلج شل حاد

..... سال دانشکده / دانشگاه علوم پزشکی

[illegible]

نمودار طبقه بندی موارد فلج شل حاد



تعریف استاندارد مورد فلج شل حاد :

هر بیمار مبتلا به فلج شل ناگهانی بدون سابقه قبلی یا ضربه از جمله

هر کودک زیر ۱۵ سال با تشخیص گیلن باره یا هر مورد مظنون

به فلج اطفال در هر سنی

تعریف عامیانه : شروع هر فلج ناگهانی

