

کد برگه :

کد برگه :

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

نظام مراقبت سندرمیک - سندرم راش غیر ماکولوپاپولر با یا بدون تب

نام استان : دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شبکه بهداشت و درمان شهرستان

نوع واحد تکمیل کننده فرم: خانه بهداشت ☐ پایگاه بهداشت شهری ☐ مرکز بهداشتی درمانی ☐ مرکز خدمات جامع سلامت ☐ مطب/درمانگاه خصوصی ☐ بیمارستان ☐ جمعیت بزرگ انسانی موقت (زیارتی، سیاحتی، ورزشی) ☐ پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی ☐ مکان تجمعی ☐ نوع مکان تجمعی (مدرسه، سرای سالمندان، مهد کودک، دانشگاه، زندان، پادگان، خوابگاه، کارخانه، اردوگاه، کمپ، مرکز DIC و ...) نام مرکز:

۱- اطلاعات بیمار نام و نام خانوادگی بیمار: کد ملی: تاریخ تولد:/...../..... ۱۳..... سن: سال: ماه: (توسط سیستم محاسبه می شود) جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن نام پدر: تلفن تماس با بیمار: شغل: آدرس دقیق محل سکونت: آدرس محل کار: منطقه مسکونی: <input type="checkbox"/> شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> عشایری <input type="checkbox"/> حاشیه شهر وضعیت بیمار در هنگام نمونه گیری: <input type="checkbox"/> بستری <input type="checkbox"/> سرپایی <input type="checkbox"/> فوت	۲- تاریخ های مهم: تاریخ مراجعه به پزشک:/...../..... ۱۳..... تاریخ تکمیل فرم:/...../..... ۱۳..... تاریخ بستری بیمار:/...../..... ۱۳..... تاریخ نمونه گیری:/...../..... ۱۳..... تاریخ ارسال نمونه:/...../..... ۱۳..... تاریخ شروع تب و راش:/...../..... ۱۳.....			
	۳- نوع نمونه: <input type="checkbox"/> خون <input type="checkbox"/> مایع مغزی نخاعی <input type="checkbox"/> سواب گلو <input type="checkbox"/> سواب رکتال <input type="checkbox"/> سواب سرویکس <input type="checkbox"/> نمونه ضایعه پوستی <input type="checkbox"/> نمونه مغز استخوان <input type="checkbox"/> کشت			
۴- سابقه مسافرت طی ۸ ماه گذشته: در صورت مسافرت داخلی نام استان مقصد را بنویسید: در صورت مسافرت خارجی نام کشور مقصد را بنویسید: تاریخ مسافرت:/...../..... ۱۳.....				
۵- مواجهه با عوامل خطر طی سه هفته قبل: تاریخ مواجهه با عامل خطر: <input type="checkbox"/> تماس با افراد مبتلا به زخم های پوستی مترشح و یا چرکی <input type="checkbox"/> تماس جنسی بدون استفاده از کاندوم <input type="checkbox"/> تماس با بیمار با علائم مشابه <input type="checkbox"/> تماس با حیوانات اهلی یا وحشی/ خون یا بافت و پشم آن ها <input type="checkbox"/> گزش توسط بندپایان مثل / پشه خاکی / کنه <input type="checkbox"/> سابقه بیماری در دام های منطقه (سیاه زخم) <input type="checkbox"/> اقامت در اردوگاه و اماکن بسته و اماکن تجمعی				
۶- علائم بیمار در بدو مراجعه: تاریخ شروع علائم/...../..... ۱۳.....				
فهرست تشخیص های افتراقی تب و راش غیر ماکولوپاپولر ۱. آبله مرغان ۲. آبله ۳. سیاه زخم پوستی ۴. استافیلوکوک ۵. تولا رمی پوستی ۶. جرب <i>Scabies</i> ۷. لیشرمانیوز پوستی ۸. گنوکوک منتشر ۹. سیفلیس ثانویه ۱۰. واکنش های دارویی ۱۱. بیماری های ناشناخته (نوپدید و بازپدید)	علائم عمومی <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> لرز تکان دهنده <input type="checkbox"/> احساس بی حالی/ضعف عمومی <input type="checkbox"/> احساس خستگی <input type="checkbox"/> بیقراری <input type="checkbox"/> تعریق <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> میالژی (کوفتگی عضلات) <input type="checkbox"/> درد عمومی بدن <input type="checkbox"/> آرتрит <input type="checkbox"/> تورم (التهاب) ملتحمه <input type="checkbox"/> Low back pain کمردرد			
	محل بثورات پوستی <input type="checkbox"/> صورت <input type="checkbox"/> سر و گردن <input type="checkbox"/> دست <input type="checkbox"/> ساعد <input type="checkbox"/> تنه <input type="checkbox"/> پا <input type="checkbox"/> ساق <input type="checkbox"/> ران <input type="checkbox"/> تعداد ضایعات: اندازه ضایعه (به سانتیمتر)			
	نوع بثورات پوستی <input type="checkbox"/> وزیکول <input type="checkbox"/> تاول <input type="checkbox"/> کهیر <input type="checkbox"/> ضایعه اولیه ماکولوپاپولر و سپس تاولی شدن <input type="checkbox"/> زخم (Ulcer) غیر تروماتیک <input type="checkbox"/> زخم های بین انگشتان، سطح داخلی مچ و آرنج و قسمت های چین دار بدن <input type="checkbox"/> خارش <input type="checkbox"/> خارش شبانه (شدید) <input type="checkbox"/> تورم اطراف ضایعه			
	<input type="checkbox"/> راش اولیه ماکولوپاپولر سپس تاولی و بعد از ۲ تا ۶ روز به جوشگاه سیاه رنگ تبدیل شود <input type="checkbox"/> زخم پوستی طول کشیده بیش از دو هفته			
	<input type="checkbox"/> راش ماکولوپاپولر با درگیری کف دست و پا که به سمت وزیکول پیشرفت کرده است			

کد برگه :

کد برگه :

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

نظام مراقبت سندرمیک - سندرم راش غیر ماکولوپاپولر یا بدون تب

نام استان : دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شبکه بهداشت و درمان شهرستان

نوع واحد تکمیل کننده فرم: خانه بهداشت ☐ پایگاه بهداشت شهری ☐ مرکز بهداشتی درمانی ☐ مرکز خدمات جامع سلامت ☐ مطب/درمانگاه خصوصی ☐ بیمارستان ☐ جمعیت بزرگ انسانی موقت (زیارتی، سیاحتی، ورزشی) ☐

پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی ☐ مکان تجمعی ☐ نوع مکان تجمعی (مدرسه، سرای سالمندان، مهد کودک، دانشگاه، زندان، پادگان، خوابگاه، کارخانه، اردوگاه، کمپ، مرکز DIC و ...) نام مرکز:

<input type="checkbox"/> ضایعه در اطراف جوشگاه سالک (عود)		<input type="checkbox"/> اسپیروتریکوئید	
تورم غدد لنفاوی			
<input type="checkbox"/> گردنی خلفی	<input type="checkbox"/> گردنی قدامی	<input type="checkbox"/> آگزیلری	
<input type="checkbox"/> کشاله ران	<input type="checkbox"/> ژنرالیزه		
علائم تنفسی			
<input type="checkbox"/> سرفه	<input type="checkbox"/> تنگی نفس		
علائم گوارشی فوقانی و تحتانی			
<input type="checkbox"/> تهوع	<input type="checkbox"/> بی اشتها	<input type="checkbox"/> استفراغ	<input type="checkbox"/> دل درد
<input type="checkbox"/> اسهال			

۷- سابقه بیماری قبلی :			
<input type="checkbox"/> بیماری مزمن قلبی	<input type="checkbox"/> بیماری مزمن کبدی	<input type="checkbox"/> بیماری مزمن کلیوی	<input type="checkbox"/> دیابت
<input type="checkbox"/> فقدان/برداشت	<input type="checkbox"/> سوء تغذیه	<input type="checkbox"/> سرطان	<input type="checkbox"/> دریافت پیوند
طحال			
<input type="checkbox"/> نقص سیستم ایمنی	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS		

۸- سابقه پروفیلاکسی قبل از شروع علائم (داروی آنتی بیوتیک و یا داروی ضد ویروسی): <input type="checkbox"/>		۹- سابقه مصرف اخیر یا مداوم دارو :	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

اطلاعات گزینه ۱۰ به بعد برای بیماران بستری در بیمارستان تکمیل شود

توجه : در قسمت آنتی بیوتیک داروهای توصیه شده ذیل
Rifampin, Penicillin, Ceftriaxone, Streptomycin, Cefazolin, Cloxacillin, Vancomycin, Doxycycline, Azithromycin, Targocid, Glucantime, Gamabenzene Hydrochloride (GBH,Lindane), Ivermectin, Permethrin, Dimeticone, Amphotericin

را میتوانید وارد نمایید

۱۰- مصرف داروهای آنتی بیوتیک فعلی و قبلی برای این بیماری :				۱۱- مصرف داروی ضد ویروس <input type="checkbox"/> Acyclovir			
نوع دارو	تاریخ آغاز	تاریخ پایان	نوع عارضه	نوع دارو	تاریخ آغاز	تاریخ پایان	نوع عارضه
<input type="checkbox"/>	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳...../...../.....	۱۳...../...../.....	<input type="checkbox"/>

۱۲- درمان های حمایتی:			
اکسین تراپی:		آنتی هیستامین:	
مایع وریدی/ مقدار مصرف		کرایوتراپی:	

کد برگه :

کد برگه :

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

نظام مراقبت سندرمیک - سندرم راش غیر ماکولوپاپولر یا بدون تب

نام استان : دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شبکه بهداشت و درمان شهرستان

نوع واحد تکمیل کننده فرم: خانه بهداشت ☐ پایگاه بهداشت شهری ☐ مرکز بهداشتی درمانی ☐ مرکز خدمات جامع سلامت ☐ مطب/درمانگاه خصوصی ☐ بیمارستان ☐ جمعیت بزرگ انسانی موقت (زیارتی، سیاحتی، ورزشی) ☐

پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی ☐ مکان جمعیتی ☐ نوع مکان جمعیتی (مدرسه، سرای سالمندان، مهد کودک، دانشگاه، زندان، پادگان، خوابگاه، کارخانه، اردوگاه، کمپ، مرکز DIC و ...) نام مرکز:

تعریف سندرم راش غیر ماکولوپاپولر یا بدون تب : به راهنمای آموزش نظام مراقبت سندرمیک برای بهورز، کارشناس بهداشت و پزشکان مراجعه شود

مشاغل مهم (در معرض خطر) در سندرم راش غیر ماکولوپاپولر یا بدون تب : خانم خانه دار، پزشک، پیراپزشک، دامپزشک، کارکنان بهداشتی درمانی، قصاب، دامدار، کشاورز، محیط بانان / جنگلبان، شکارچی، محصل، نظامی، راننده، کارگر، کارمند، بیکار، سایر مشاغل

در قسمت تماس با دام / حیوان اهلی / صاحب دار نام حیوانات ذیل در کومبویاکس لحاظ شود: گاو، گوسفند، بز، گاو میش، گربه، سگ، شتر، اسب، الاغ

در قسمت تماس با حیوان وحشی / مهاجم نام حیوانات ذیل در کومبویاکس لحاظ گردد: شغال، روباه، گرگ، گراز، خرس، پلنگ، خفاش، میمون

در قسمت تماس/گزیدگی توسط جوندگان نام جوندگان در کومبویاکس درج گردد: موش خانگی، موش صحرایی، خرگوش، موش خرما، همستر، راسو،

۱۳- عوارض ناشی از بیماری های ایجاد کننده راش غیر ماکولوپاپولر یا بدون تب

عوارض قلبی عروقی	عوارض سیستم عصبی مرکزی	عوارض خونی	عوارض گوارشی / اسکلتی	سایر عوارض
<input type="checkbox"/> اندوکاردیت	<input type="checkbox"/> آنسفالیت	<input type="checkbox"/> سپتی سمی	<input type="checkbox"/> التهاب چرکی مفاصل	<input type="checkbox"/> عفونت ثانویه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مننگوآنسفالیت	<input type="checkbox"/> خونریزی	<input type="checkbox"/> استئومیلیت	<input type="checkbox"/> پنومونی ویروسی و یا باکتریایی
				<input type="checkbox"/> لنفانزیت

۱۴- سرانجام بیمار

بهبودی	فوت در بیمارستان	تاریخ فوت :	فوت در خارج از بیمارستان	تاریخ فوت :
<input type="checkbox"/> بهبود یافته <input type="checkbox"/> بهبود نسبی (همراه با عارضه) <input type="checkbox"/> تحت درمان سرپایی <input type="checkbox"/> تحت درمان بستری <input type="checkbox"/> تداوم درمان پس از ترخیص	نام بخشی که بیمار در آن فوت شده: <input type="checkbox"/> بخش مراقبتهای ویژه (ICU, NICU, PICU, CCU) <input type="checkbox"/> عفونی <input type="checkbox"/> داخلی <input type="checkbox"/> اطفال <input type="checkbox"/> گوارش <input type="checkbox"/> اورژانس <input type="checkbox"/> سایر بخش ها			

۱۷- نام و نام خانوادگی گزارشگر : سمت : امضاء :

۱۸- نام و نام خانوادگی بررسی کننده اصلی : سمت : امضاء :

براساس نتایج آزمایشات روتین و اختصاصی و سوابق اپیدمیولوژیک، مورد سندرم که مورد مظنون به یکی از بیماریهای مندرج در فهرست میباشد تبدیل به مورد محتمل یا قطعی یکی از آن بیماریها خواهد شد.

یافته های (نتایج) آزمایشات اختصاصی که بعداً توسط آزمایشگاه باید به اطلاعات فرم بیمار افزوده شود موارد ذیل میباشد :

اسمیر : ☐ مثبت ☐ منفی کشت : ☐ مثبت ☐ منفی PCR : ☐ مثبت ☐ منفی

سایر آزمایشات تخصصی :