

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشتی مرکز مدیریت بیماری های واگیر فرم ثبت اطلاعات موارد بیماری سیاه زخم	
اطلاعات جغرافیایی	
استان:	دانشگاه:
منطقه محل سکونت: شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> سیاری <input type="checkbox"/> عشایری <input type="checkbox"/>	شهرستان:
ماه گزارش:	سال گزارش:
نوع مرکز: شهری <input type="checkbox"/> روستایی <input type="checkbox"/> شهری روستایی <input type="checkbox"/>	
نام مرکز: نام خانه / پایگاه بهداشتی:	
اطلاعات بیمار	
نام بیمار:	نام خانوادگی بیمار:
سن:	جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>
ملیت: ایرانی <input type="checkbox"/> افغانی <input type="checkbox"/> پاکستانی <input type="checkbox"/> عراقی <input type="checkbox"/> سایر: <input type="checkbox"/>	
شغل: پشم ریزی <input type="checkbox"/> تمیزکننده کله و پاچه <input type="checkbox"/> خانه دار <input type="checkbox"/> خرید و فروش پوست و چرم <input type="checkbox"/> دامپزشک و تکنسین دامپزشکی <input type="checkbox"/> دامدار - کشاورز <input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/>	
راننده حمل دام <input type="checkbox"/> کارگر <input type="checkbox"/> کارگر دامداری <input type="checkbox"/> کارگر کشتارگاه - قصاب <input type="checkbox"/> کارگر کارگاه یا کارخانه پوست و چرم <input type="checkbox"/> کارمند <input type="checkbox"/> کارمند آزمایشگاه <input type="checkbox"/>	
کارمند بهداشتی درمانی <input type="checkbox"/> کودک <input type="checkbox"/> محصل <input type="checkbox"/> محصل - دامدار <input type="checkbox"/> محیط بان یا شکارچی <input type="checkbox"/> نظامی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
کد پستی: آدرس محل سکونت:	
اعتیاد تزریقی: <input type="checkbox"/> * تاریخ بروز علائم بیماری: روز ماه سال	
تاریخ تشخیص بالینی:	
نوع بیماری: جلدی <input type="checkbox"/> تنفسی <input type="checkbox"/> گوارشی <input type="checkbox"/> مننژیت <input type="checkbox"/> منتشر <input type="checkbox"/>	
علائم جلدی: ضایعات جلدی همراه نکروز سیاه رنگ <input type="checkbox"/> پاپول <input type="checkbox"/> وزیکول <input type="checkbox"/> تورم اطراف ضایعه <input type="checkbox"/> بزرگی غدد لنفاوی منطقه ای <input type="checkbox"/> خارش محل ضایعه <input type="checkbox"/> درد محل ضایعه <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/>	
عضو مبتلا: اندام فوقانی <input type="checkbox"/> اندام تحتانی <input type="checkbox"/> پا <input type="checkbox"/> صورت <input type="checkbox"/> گردن <input type="checkbox"/> سر <input type="checkbox"/> سینه و شکم <input type="checkbox"/> پشت <input type="checkbox"/>	
اندازه ضایعه: کمتر از ۱ سانتیمتر <input type="checkbox"/> ۲- ۱/۱ سانتیمتر <input type="checkbox"/> ۳- ۲/۱ سانتیمتر <input type="checkbox"/> بیشتر از ۳ سانتیمتر <input type="checkbox"/>	
علائم بالینی در نوع تنفسی: تنگی نفس <input type="checkbox"/> دسترس تنفسی <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> خلط خونی <input type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> درد عضلانی <input type="checkbox"/> تعریق <input type="checkbox"/> ضعف و بیحالی <input type="checkbox"/>	
تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> کاهش فشارخون <input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/> شوک <input type="checkbox"/>	
علائم بالینی در نوع گوارشی: دل درد <input type="checkbox"/> ورم شکم <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ خونی <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> اسهال خونی <input type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/> ورم گردن یا غدد لنفاوی گردن <input type="checkbox"/> سرفه خشک <input type="checkbox"/> تغییر صدا <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> کاهش فشارخون <input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/> شوک <input type="checkbox"/>	
علائم بالینی در نوع مننژیت: سردرد <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> علائم مننژه <input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/> بدن درد <input type="checkbox"/> کاهش فشارخون <input type="checkbox"/> شوک <input type="checkbox"/>	
علائم بالینی در نوع منتشر: تب و لرز <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> کاهش فشارخون <input type="checkbox"/> اختلال هوشیاری <input type="checkbox"/> شوک <input type="checkbox"/>	
ابتلاء سایر افراد خانواده در یکماه اخیر: <input type="checkbox"/>	
اطلاعات اپیدمیولوژیک	
سابقه تماس با دام (سابقه تماس با دام در یک هفته قبل از بروز علائم): <input type="checkbox"/> * نوع تماس با دام: تماس با لاشه و امعاء و احشاء و ترشحات تازه دام <input type="checkbox"/>	
خوردن گوشت و جگر نیم پز یا نپخته <input type="checkbox"/> تماس نزدیک با دام <input type="checkbox"/> پشم ریزی <input type="checkbox"/>	
سابقه مصرف شیر و یا سایر فرآورده های لبنی غیر پاستوریزه: <input type="checkbox"/> *	
سابقه واکسیناسیون دام های منطقه (در صورت شغل دامداری ، آیا دام فرد بیمار سابقه واکسیناسیون در یکسال اخیر دارد؟) <input type="checkbox"/> *	
آیا در یکسال اخیر بیماری در دام های منطقه وجود داشته است؟: <input type="checkbox"/> *	
اطلاعات آزمایشگاهی	
آزمایش های تخصصی: اسمیر: منفی <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> انجام نشده <input type="checkbox"/> سایر آزمایش ها:	
نتیجه سایر آزمایش ها:	
آزمایش های غیر تخصصی: گلبول های سفید: کمتر از ۴۰۰۰ <input type="checkbox"/> ۴۰۰۰-۱۰۰۰۰ <input type="checkbox"/> ۱۰۰۰۰-۴۰۰۰ <input type="checkbox"/> بیش از ۱۰۰۰۰ <input type="checkbox"/>	
پلاکت: کمتر از ۵۰۰۰ <input type="checkbox"/> ۵۰۰۰-۱۰۰۰۰ <input type="checkbox"/> ۱۰۰۰۰-۱۵۰۰۰ <input type="checkbox"/> بیش از ۱۵۰۰۰ <input type="checkbox"/>	
سایر آزمایش های تخصصی: افزایش آنزیم های کبدی <input type="checkbox"/> اختلالات انعقادی <input type="checkbox"/> افزایش PTT و PT <input type="checkbox"/>	
اقدامات درمانی: نوع دارو: پنی سیلین <input type="checkbox"/> آمپی سیلین و آموکسی سیلین <input type="checkbox"/> داکسی سیکلین <input type="checkbox"/> اریترومیسین <input type="checkbox"/> سیپروفلوکساسین <input type="checkbox"/> کلر آمفنیکل <input type="checkbox"/>	
کلیندا مایسین <input type="checkbox"/> ایمی پنم <input type="checkbox"/>	
تشخیص و نتیجه: نتیجه: مظنون <input type="checkbox"/> محتمل <input type="checkbox"/> قطعی <input type="checkbox"/> عاقبت بیماری: بهبودی <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/> تاریخ فوت:	
هماهنگی با اداره کل دامپزشکی: <input type="checkbox"/> * سایر اقدامات انجام شده در جهت کنترل بیماری را بنویسید:	
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:	تاریخ تکمیل فرم:

*ضربدر در داخل مربع حکم بلی را دارد.