

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشتی مرکز مدیریت بیماری های واگیر فرم ثبت اطلاعات موارد تب کریمه کنگو			
اطلاعات جغرافیایی			
استان:	دانشگاه:	شهرستان:	سال گزارش: ماه گزارش:
منطقه محل سکونت: شهری ☐ روستایی ☐ سیاری ☐ عشایری ☐ نوع مرکز: شهری ☐ روستایی ☐ شهری روستایی ☐			
نام مرکز:		نام خانه / پایگاه بهداشتی:	
اطلاعات بیمار			
نام بیمار:	نام خانوادگی بیمار:	نام پدر:	کد ملی:
سن:	جنس: زن ☐ مرد ☐	ملیت: ایرانی ☐ افغانی ☐ پاکستانی ☐ عراقی ☐ سایر:	
شغل: آزاد ☐ آشپز ☐ پزشک ☐ تکنسین دامپزشکی ☐ چوپان ☐ خانه دار ☐ دامپزشک ☐ دامدار ☐ دامدار- چوبدار ☐ کشاورز ☐ محصل ☐ دباج ☐ راننده ☐ قصاب ☐ کارگر ☐ کارگر کشتارگاه و بسته بندی ☐ کارمند ☐ کارمند آزمایشگاه ☐ کارمند بهداشتی درمانی ☐ کودک ☐ محصل ☐ نظامی ☐ سایر:			
کد پستی:		آدرس محل سکونت:	
مرکز ارجاع کننده بیمار مشکوک: مرکز بهداشتی درمانی ☐ خانه بهداشت ☐ پایگاه بهداشتی ☐ بیمارستان ☐ کلینیک خصوصی ☐ مطب شخصی ☐			
بیمارستان محل بستری:		بستری در بخش ایزوله استاندارد ☐ *	
زنان ☐ اورژانس ☐ ICU ☐ CCU ☐		نام بخش بستری: عفونی ☐ داخلی ☐ اطفال ☐ جراحی ☐	
تاریخ بروز علائم بالینی:		سال بروز:	ماه بروز:
تاریخ تشخیص بالینی:		تاریخ تشخیص بالینی:	
علائم بالینی: شروع ناگهانی علائم ☐ تب ☐ خونریزی ☐ درد عضلات ☐ سردرد ☐ اختلال هوشیاری و یا کما ☐ اسهال ☐ تهوع و استفراغ ☐ درد شکم ☐ سایر علائم بالینی:			
نوع و محل خونریزی: راش های پتشی ☐ محل تزریق سرم ☐ خونریزی بینی ☐ خونریزی لثه ☐ خلط خونی ☐ خونریزی وسیع پوستی ☐ استفراغ خونی ☐ اسهال خونی ☐ ملنا(مدفوع سیاه) ☐ خونریزی حفره شکم ☐ خونریزی واژینال ☐ ادرار خونی ☐ سایر محل های خونریزی:			
ترومبوسیتوپنی: یافته های آزمایشگاهی مهم: لکوپنی ☐ لکوسیتوز ☐ پروتئینوری ☐ افزایش آنزیمهای کبدی ☐ افزایش بیلی روبین توتال ☐ کاهش هموگلوبین ☐ هماتوری ☐			
سابقه اپیدمیولوژیک			
ابتلاء سایر افراد خانواده: ☐ * تعداد افراد مبتلا در خانواده بیمار: ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐ ۴ ☐			
محل اقامت در زمان تماس با عامل بیماری(محل تماس با عامل بیماری(مشخص گردد):			
تماس در محل سکونت ☐ تماس در مسافرت طی دو هفته قبل از بروز علائم بالینی ☐ عدم تماس ☐			
نحوه تماس با عامل بیماری(محل اقامت: وجود کثرت در محل اقامت ☐ نگهداری دام مجاور محل اقامت ☐ تماس با بیمار محتمل یا قطعی ☐			
آدرس محل مسافرت(در صورت تماس در مسافرت طی دو هفته قبل از بروز علائم):			
نوع دام: گوسفند و بز ☐ گاو و گاومیش ☐ شتر ☐ نوع تماس با دام: تماس با لاشه ،ترشحات تازه و امعاء و احشاء ☐ تماس با دام زنده ☐			
نوع تماس با کثرت: گزش کثرت ☐ دستکاری کثرت و له کردن آن ☐ نام بیمار محتمل یا قطعی:			
اقدامات درمانی			
دارو و مواد تجویز شده: آنتی بیوتیک ☐ آدرنالین ☐ ریباویرین ☐ خون ☐ پلاسما ☐ پلاکت ☐ کورتیکواستروئید ☐			
تاریخ شروع درمان ریباویرین: مدت تجویز ریباویرین(به روز): ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐ ۴ ☐ ۵ ☐ ۶ ☐ ۷ ☐ ۸ ☐ ۹ ☐ ۱۰ ☐			
اطلاعات آزمایشگاهی			
نمونه سرم اول: ☐	تاریخ تهیه نمونه:	تاریخ ارسال نمونه:	نتیجه آزمایش: (IgM -) ☐ (IgM +) ☐ (RT-PCR -) ☐ (RT-PCR +) ☐
نمونه سرم دوم: ☐	تاریخ تهیه نمونه:	تاریخ ارسال نمونه:	نتیجه آزمایش: (IgM -) ☐ (IgM +) ☐
نمونه سرم سوم: ☐	تاریخ تهیه نمونه:	تاریخ ارسال نمونه:	نتیجه آزمایش: (IgM -) ☐ (IgM +) ☐
تشخیص و نتیجه			
تشخیص بیمار بر اساس تعریف مورد بیماری: مظنون ☐ محتمل ☐ قطعی ☐			
محتمل ترین تشخیص بغیر از CCHF غیر قطعی: لپتوسپیروز ☐ سپتی سمی ☐ مننگوکوکسمی ☐ پنومونی ☐ هپاتیت ☐ سرطان ☐ مالاریا ☐ نامشخص ☐			
عاقبت بیماری: بهبودی ☐ فوت ☐			
در صورت فوت ، تاریخ فوت:			
همانگی با اداره کل دامپزشکی: ☐ * 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.