دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی ودرمانی گیلان

شبکه بهداشت ودرمان شهرستان فومن

واحد پیشگیری ومراقبت از بیماریها

فرم بررسی انفرادی اسهال خونی

**استان : شهرستان : نام مرکز خدمات جامع سلامت: نام خانه بهداشت :**

مشخصات بیمار

**نام ونام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: شغل: ملیت: کد ملی:**

**تاریخ بروز علائم: تاریخ مراجعه: تلفن:**

**آدرس:**

اطلاعات بیماری:

**بله خیر نامشخص بله خیر نا مشخص سایرشکایات:**

**آیا کشت مدفوع انجام شده است مشاهده مستقیم / میکروسکوپی خون در مدفوع**

**مشاهده انگل در مدفوع وجود کف و بلغم در مدفوع**

علائم آزمایشگاهی:

**نتیجه آزمایش مدفوع: کشت :مثبت منفی مستقیم**

**نوع میکروب: شیگلا سالمونلا ای.کلی ویبروکلرا نامشخص**

w.B.C:

R.B.C:

**سابقه مسافرت: بله خیر تاریخ مسافرت: محل مسافرت:**

وضعیت بالینی:

**سرپایی بستری نام بیمارستان: تعداد روزهای بستری: طول مدت درمان:**

:

منبع آب آشامیدنی:

**چاه چشمه لوله کشی شهری قنات سایر......................**

دفع فاضلاب: وضع توالت:

**چاه رودخانه سیستم فاضلاب سایر**

**دارد بهداشتی غیر بهداشتی ندارد**

نتیجه درمان:

**بهبودی عود عارضه فوت نوع عارضه:.......**

**نام و نام خانوادگی بررسی کننده: تاریخ و امضاء: مهر و امضاء مسوول مرکز:**