

فرم بررسی انفرادی - فرم گزارش سریع موارد محتمل و قطعی عفونت کوروناویروس خاورمیانه (MERS-CoV)

تاریخ:

۱- اطلاعات مربوط به تکمیل کننده فرم:	
نام و نام خانوادگی _____ نام شبکه شهرستان و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی _____ شماره تلفن _____	تاریخ تکمیل فرم: (روز/ماه/سال) ____/____/____ شهرستان/استان/کشور _____ ایمیل E-mail: _____
۲- اطلاعات مربوط به بیمار:	
کد ملی بیمار: _____ شماره بین المللی (پاسپورت بیمار): _____ وضعیت مورد از نظر تشخیصی: <input type="checkbox"/> مورد قطعی <input type="checkbox"/> مورد محتمل جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> نامعلوم سن بیمار: _____ ناشناخته <input type="checkbox"/> شغل بیمار: _____ ملیت یا قومیت بیمار: _____ تاریخ پذیرش بیمار در بیمارستان (روز/ماه/سال): ____/____/____ <input type="checkbox"/> در بیمارستان پذیرش نشده است: <input type="checkbox"/> تاریخ شروع علائم بیمار (روز/ماه/سال): ____/____/____ <input type="checkbox"/> بیمار بی علامت: <input type="checkbox"/> تاریخ فوت بیمار (روز/ماه/سال): ____/____/____ (در صورت فوت بیمار) تاریخ ترخیص بیمار (روز/ماه/سال): ____/____/____ (در صورت ترخیص)	
۳- اطلاعات جغرافیایی (محل شناسایی مورد و محل بروز علائم)	
کشور: _____ استان: _____ شهرستان: _____	

۴- ابتلاء به بیماریهای زمینه ای (تاریخچه بیماریهای قلبی)

آیا بیمار به بیماریهای زمینه ای ذیل مبتلا می باشد؟

مشخص نیست	خیر	بلی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کanser
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دیابت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS یا سایر موارد نقص ایمنی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیماریهای قلبی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آسم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سایر بیماریهای مزمن ربوی بجز آسم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیماری های مزمن کبدی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیماریهای مزمن خونی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حاملگی ----- ماهه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بیماریهای مزمن کلیوی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اختلالات مزمن عصبی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سایر بیماریهای مزمن (نام بیماری را ذکر نمائید):

۵- تستهای آزمایشگاهی

نتایج تستهای آزمایشگاهی اولیه تاریخ جواب آزمایشگاه (روز/ماه/سال): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**MERS-CoV** نام آزمایشگاه: \_\_\_\_\_

آیا تست اختصاصی MERS-CoV انجام شده است؟ بلی  خیر

تاریخ اولین نمونه گیری: (روز/ماه/سال): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

نتیجه آزمایش انجام شده: مثبت  منفی

نوع آزمایش انجام شده  UpE  Nucleo capsid  ORF1a  ORF1b

در صورتیکه نتیجه آزمایش مثبت بوده است نوع نمونه گیری انجام شده:

شستشوی برونکوالوئولار BAL  سواب گلو  سواب نازوفارنکس  خلط  سایر: \_\_\_\_\_

سایر موارد و توضیحات: \_\_\_\_\_

### Serology سرولوژی

تاریخ اولین نمونه گیری (روز/ماه/سال) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ تیتراژ آنتی بادی \_\_\_\_ این تیتراژ مثبت در نظر گرفته میشود: بلی  خیر

۶- سابقه تماس بیمار:

آیا بیمار از ۱۴ روز پیش از شروع علائم ، سابقه مسافرت در داخل و خارج از کشور را ذکر می نماید ؟

بلی  خیر  نامشخص

مقصد بیمار (کشور، استان، شهرستان):

تاریخ ورود به

کشور (روز/ماه/سال):

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

تاریخ خروج از کشور

(روز/ماه/سال):

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

آیا بیمار در تماس مستقیم یا غیر مستقیم با حیوانات (حیوانات شکارچی نظیر سگ و شاهین) ، خفاش ، دام های اهلی در مزرعه یا بازارهای فروش دام زنده ، حیوانات اهلی ، جوندگان ، حیوانات وحشی از ۱۴ روز پیش از شروع علائم بوده است :

بلی  خیر  نامعلوم

در صورت تماس با حیوان ، نوع حیوان را مشخص نمایید: \_\_\_\_\_

آیا بیمار شیر یا لبنیات غیر پاستوریزه حیوانات (شتر ، گاو ، بز ، گوسفند) از ۱۴ روز پیش از شروع علائم مصرف نموده است؟

بلی  خیر  نامعلوم

جزئیات مربوط به فرآورده مصرف شده: \_\_\_\_\_

آیا بیمار داروی خاص یا داروهای گیاهی از ۱۴ روز پیش از شروع علائم مصرف نموده است؟

بلی  خیر  نامعلوم

جزئیات مربوط به فرآورده مصرف شده: \_\_\_\_\_

آیا بیمار از ۱۴ روز پیش از شروع علائم با بیماری با علائم مشابه تماس داشته است ؟

بلی  خیر  نامعلوم

وضعیت افراد دارای تماس نزدیک با بیمار:

در حال بررسی  مورد محتمل  مورد قطعی عفونت کوروناویروس خاورمیانه

در صورتیکه فرد دارای تماس نزدیک ، مورد قطعی یا محتمل است ، اطلاعات تماس وی (کد ملی ، سن ، جنس ، محل سکونت) را ذکر نمایید:

\_\_\_\_\_

نسبت فرد تماس یافته با بیمار:

خوبشاوند  نوع خوبشاوندی را مشخص نمائید \_\_\_\_\_ دوست  کارگر منزل  سایر موارد (مشخص نمائید)

آیا بیمار از ۱۴ روز قبل از بروز علائم در مراکز بهداشتی یا درمانی شاغل بوده است (بعنوان پزشک، پرستار، دانشجوی پزشکی یا پیراپزشکی، رابط امین سلامت، پیراپزشک، پرسنل پذیرائی از بیماران، نظافتچی، پرسنل آمبولانس، کارشناس یا کاردان بهداشت):

بله  خیر  نامعلوم

در صورتیکه پاسخ مثبت می باشد آیا پرسنل بهداشتی درمانی مستقیماً با بیماران در تماس بوده است؟

بله  خیر  نامعلوم

۷- عوارض پدید آمده در بیمار:

	بله	خیر
پنومونی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سندرم دیسترس حاد تنفسی ARDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نارسائی حاد کلیه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
نارسائی قلبی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اختلالات انعقادی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تاریخ بروز عارضه _____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تاریخ بروز عارضه _____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تاریخ بروز عارضه _____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تاریخ بروز عارضه _____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
تاریخ بروز عارضه _____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

سایر عوارض (نوع عارضه را مشخص نمائید): \_\_\_\_\_

۸- سایر مشاهدات و نکات قابل ذکر (شامل اقدامات کنترلی انجام شده، تعداد موارد تماس، موارد پیگیری شده):