

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی.....	وزارت آموزش و پرورش
دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....	خانه بهداشت / پایگاه بهداشت.....	سازمان آموزش و پرورش استان..... شهرستان..... ناحیه..... منطقه.....
مرکز بهداشت استان..... شهرستان.....	ماه..... فصل..... سال.....	دبستان / مدرسه راهنمایی / دبیرستان.....

ارزیابی مقدماتی (دانش آموزان دوره ابتدایی) فرم آماری (1-109)

پایه تحصیلی و جنس	تعداد دانش آموزان			نتیجه	ارزیابی رشد					سنجنش بینایی	سنجنش شنوایی	جلدی		دهان و دندان				بیماری نیازمند مراقبت ویژه						اختلال رفتاری
	کل	تحت پوشش	معاینه شده		قد به سن		نمایه توده بدنی					رشد و شپش سر	کچلی سر	دندان پوسیده	لثه متورم	دندان کشیده شده	دندان پر شده	دیابت	قلبی عروقی	صرع	آسم	هموفیلی	تالاسمی	
اول ابتدایی		دختر	پسر	سوم ابتدایی		دختر	پسر	موارد نیازمند پیگیری	موارد پیگیری شده															

1/ب/م : در فرم منظور (اختلال / بیماری / مشکوک) می باشد .

تاریخ : نام و امضاء تکمیل کننده : نام و امضاء مسئول واحد :

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز بهداشت استان شهرستان	مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی خانه بهداشت / پایگاه بهداشت ماه فصل سال	وزارت آموزش و پرورش سازمان آموزش و پرورش استان شهرستان ناحیه منطقه دبستان / مدرسه راهنمایی / دبیرستان
--	--	---

نتایج معاینات پزشک عمومی (دانش آموزان دوره ابتدایی) فرم آماری (1-109)

پایه تحصیلی و جنس	تعداد دانش آموزان			نتایج	آمنی	گال	کچلی سر	بزرگی تیروئید	گوش حلق و بینی	چشم	ستون فقرات	اندام	بزرگی طحال	بزرگی کبد	قلب و عروق	قفسه سینه	ریه	ابهام تناسلی	عدم نزول بیضه	کلیوی	سایکولوژی	نورولوژی	روند بلوغ	پرفشاری خون	بیماریها	سایر اختلالات /
	کل	تحت پوشش	معاینه شده																							
اول ابتدایی	دختر			1/ب/م نیازمند ارجاع																						
	پسر			1/ب/م نیازمند ارجاع																						
سوم ابتدایی	دختر			1/ب/م نیازمند ارجاع																						
	پسر			1/ب/م نیازمند ارجاع																						
موارد نیازمند پیگیری																										
موارد پیگیری شده																										

1/ب/م : در فرم منظور (اختلال / بیماری / مشکوک) می باشد .

تاریخ : نام و امضاء تکمیل کننده : نام و امضاء مسئول واحد :

(109-1

پایه تحصیلی و جنس	تعداد دانش آموزان			نتایج	ارزیابی رشد						سنجش بینایی	سنجش شنوایی	جلدی		دهان و دندان				بیماری نیازمند مراقبت ویژه						اختلال رفتاری	
	کل	تحت پوشش	معاینه شده		قد به سن			نمایه توده بدنی					رشد	کشک و شپش سر	کچلی سر	دندان پوسیده	لثه متورم	دندان کشیده شده	دندان پر شده	دیابت	قلبی عروقی	صرع	آسم	هموفیلی		تالاسمی
اول ابتدایی		دختر	پسر	موارد نیازمند پیگیری								موارد پیگیری شده														

1/ب/م: در فرم منظور (اختلال / بیماری / مشکوک) می باشد.

تاریخ : نام و امضاء تکمیل کننده : نام و امضاء مسئول واحد :

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی.....	وزارت آموزش و پرورش
دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....	خانه بهداشت / پایگاه بهداشت.....	سازمان آموزش و پرورش استان..... شهرستان..... ناحیه..... منطقه.....
مرکز بهداشت استان..... شهرستان.....	ماه..... فصل..... سال.....	دبستان / مدرسه راهنمایی / دبیرستان.....

نتایج معاینات پزشک عمومی (دانش آموزان راهنمایی و متوسطه) فرم آماری (1-109)

پایه تحصیلی و جنس	تعداد دانش آموزان			نتایج	آمنی	گال	کچلی سر	بزرگی تیروئید	گوش حلق و بینی	چشم	ستون فقرات	اندام	بزرگی طحال	بزرگی کبد	قلب و عروق	قفسه سینه	ریه	ابهام تناسلی	عدم نزول بیضه	کلیوی	سایکولوژی	نورولوژی	روند بلوغ	پرفشاری خون	بیماریها	سایر اختلالات /
	کل	تحت پوشش	معاینه شده																							
اول ابتدایی	دختر			1/ب/م نیازمند ارجاع																						
	پسر			1/ب/م نیازمند ارجاع																						
سوم ابتدایی	دختر			1/ب/م نیازمند ارجاع																						
	پسر			1/ب/م نیازمند ارجاع																						
موارد نیازمند پیگیری																										
موارد پیگیری شده																										

1/ب/م: در فرم منظور (اختلال / بیماری / مشکوک) می باشد .

تاریخ : نام و امضاء تکمیل کننده : نام و امضاء مسئول واحد :

فرم شماره سه: جدول اطلاعات اعتباری سطح مرکز بهداشت استان در برنامه پزشک خانواده در سه ماهه سال 1386

نام دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی:.....

تاریخ تکمیل فرم:.....

نام و نام خانوادگی و سمت تکمیل کننده فرم:

نام و نام خانوادگی ناظر ملی:

صفحه اول

ردیف	نام دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی	تعداد مرکز بهداشت شهرستان	تعداد مرکز بهداشت درمانی مجری برنامه	مجموع مبالغ قراردادهای شهرستانهای استان با اداره کل بیمه استان (هزار ریال)	تاریخ (ماه) ابلاغ انعقاد قرارداد ازسوی دانشگاه به شهرستانها با:		واریز پول توسط بیمه به حساب دانشگاه				کل پرداختی به پزشکان خانواده/ جانشین تیم سلامت (هزار ریال)	کل پرداختی به ماماها یا پرستاران/جانشین تیم سلامت (هزار ریال)	کل هزینه خدمات پاراکلینیک (هزار ریال)	کل پرداختی به پرسنل ستاد استانی (کارانه):		کل پرداختی به پرسنل حوزه معاونت پشتیبانی (کارانه):		کل برداشت از اعتبارات برنامه توسط رئیس دانشگاه		سایر هزینه ها (هزار ریال)		مبلغ کل کسورات بیمه (هزار ریال)		مبلغ کل درآمدهای برنامه (هزار ریال)
					بیمه استان	پزشکان و ماماها	مبلغ (هزار ریال)	تاریخ (ماه)	مبلغ (هزار ریال)	تاریخ (ماه)				مبلغ (هزار ریال)	تاریخ (ماه)	مبلغ (هزار ریال)	مبلغ (هزار ریال)	تاریخ (ماه)	مبلغ (هزار ریال)	محل تامین	مبلغ (هزار ریال)	تاریخ (ماه)	مبلغ (هزار ریال)	
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								

نام و نام خانوادگی گزارش

سمت گزارش

تاریخ ونوبت

دهنده:.....

دهنده:.....

گزارش:.....

فرم پایش هفتگی مراقبت فعال برای کشف موارد فلج شل حاد و سرخک

از تاریخ لغایت

فرم شماره 1

(8) درصد تحقیق بازدیدها	(7) تعداد بازدید انجام شده	(6) ذکر دلایل عدم گزارش	(5) جمع موارد فلج شل حاد و سرخک				(4) تعداد موارد فلج شل حاد و سرخک درمدارک پزشکی بیماران سرپایی				(3) تعداد موارد فلج شل حاد و سرخک درمدارک پزشکی بیماران بستری				(2) تعداد بخشهای موجود	(1) بخشها
			گزارش نشده		گزارش شده		گزارش نشده		گزارش شده		گزارش نشده		گزارش شده			
			سرخک	فلج شل حاد	سرخک	فلج شل حاد	سرخک	فلج شل حاد	سرخک	فلج شل حاد	سرخک	فلج شل حاد	سرخک	فلج شل حاد		
																عفونی
																توانبخشی
																مدارک پزشکی
																اعصاب
																کودکان
																کلینیک سرپایی بیمارستان واورژانس
																جمع

نام و نام خانوادگی رئیس مرکز بهداشت شهرستان :

* اگر موردی از بیماریهای فوق یافت نشد ، در ستونهای 3 و 4 با عدد صفر منظور گردد .

..... مرکز بهداشت شهرستان

..... ماه سال

سرانجام بیماری		فوت (تاریخ)																					
بهبودی																							
طبقه بندی نهایی																							
تاریخ ارسال نمونه به آزمایشگاه																							
تاریخ تهیه نمونه																							
تاریخ گزارش به				تهران																			
				استان																			
				شهرستان																			
تاریخ بررسی																							
تاریخ شروع بثورات																							
***منبع گزارش																							
افراد خانوار		بیمار																					
		تعداد کل																					
سابقه تماس با مورد مظنون یا قطعی سرخک		خیر																					
		بله																					
تاریخ انجام آخرین نوبت واکسیناسیون																							
*** سابقه واکسیناسیون روئین (سرخک یا MMR)		ندارد																					
		دارد (تعداد نوبتها)																					
تاریخ تولد																							
منطقه		روستایی																					
		شهری																					
شهرستان																							
* ملیت																							
جنس																							
نام پدر																							
نام و نام خانوادگی																							
ردیف (کد شناسایی بیمار)																							

*** - در صورت داشتن سابقه واکسیناسیون تعداد نوبتها ذکر شود (MMR, MR, M). سرانجام بیماری: بهبودی یا فوت (تاریخ فوت)

*** - منبع گزارش شماره 1 الی 9 گذاشته میشود: (1- خانه بهداشت 2- مرکز بهداشتی درمانی 3- بیمارستان دولتی 4- بیمارستان خصوصی 5- مطب 6- درمانگاه خصوصی 7- آزمایشگاه 8- سایر 9- نامشخص).

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد
فرم پایش هفتگی مراقبت فعال برای کشف موارد فلج شل حاد و سرخک
از تاریخ لغایت

(8) درصد تحقیق بازدیدها	(7) تعداد بازدید انجام شده	(6) ذکر دلایل عدم گزارش	(5) جمع موارد فلج شل حاد و سرخک				(4) تعداد موارد فلج شل حاد و سرخک درمدارک پزشکی بیماران سرپایی				(3) تعداد موارد فلج شل حاد و سرخک درمدارک پزشکی بیماران بستری				(2) تعداد بخشهای موجود	(1) شهرستان
			گزارش نشده		گزارش شده		گزارش نشده		گزارش شده		گزارش نشده		گزارش شده			
			سرخک	فلج شل حاد	سرخک	فلج شل حاد	سرخک	فلج شل حاد	سرخک	فلج شل حاد	سرخک	فلج شل حاد	سرخک	فلج شل حاد		
																بردسکن
																تایباد
																تربت جام
																تربت حیدریه
																جاجرم
																چناران
																خواف
																رشتخوار
																درکز
																سرخس
																فریمان
																قوچان
																کاشمر
																کلات
																مشهد 1
																مشهد 2
																مشهد 3
																نیشابور
																جمع

معاون بهداشتی دانشگاه و رئیس مرکز بهداشت استان

گزارش ماهانه موارد بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن بر حسب شهرستان

تاریخ:

شماره:

ماه: سال:

شهرستان: دانشگاه علوم پزشکی مشهد

ردیف	نام واحد	تعداد موجود	تعدادی که گزارش آنها واصل شده است	فلج شل حاد		سرخک		کزاز نوزادی		دیفتري		سیاه سرفه		عوارض جانبی ناشی از واکسن	
				تعداد	صفر	تعداد	صفر	تعداد	صفر	تعداد	صفر	تعداد	صفر	تعداد	صفر
1	بیمارستانهای دولتی و خصوصی														
2	زایشگاهها														
3	فیزیوتراپی														
4	مراکز بهداشتی درمانی شهری														
5	مراکز بهداشتی درمانی روستایی														
6	خانه های بهداشت														
7	تیم سیار														
8	مطب های پزشکان آزاد														
9	پایگاههای بهداشتی														
10	اردوگاههای مهاجرین														

لیست خطی موارد مشکوک سرخک

مرکز بهداشت شهرستان

(حذف)

تاریخ :

ردیف	سرانجام بیماری		طبقه بندی نهایی	تاریخ ارسال نمونه به آزمایشگاه	تاریخ تهیه نمونه	تاریخ گزارش به مرکز مدیریت بیمارها	تاریخ گزارش به مرکز بهداشت استان	موقع شروع به سرسوزش	شهرستان	تاریخ شروع بخورات	تاریخ شروع تب	افراد خانواده		سابقه تماس با مورد مظنون یا قطعی		تاریخ انجام آخرین نوبت واکسناسیون (MMR, MEASLES, MR)	سابقه واکسناسیون رو تین) MMR یا سرخک		تاریخ تولد	منطقه		شهرستان	* ملیت	نام پدر	نام و نام خانوادگی	ردیف(کد شناسایی بیمار)
	تاریخ)	بهبودی										تعداد بیمار	تعدادکل	خبر	بلی		ندارد	دارد		روستایی	شهری					

امضاء مدیر گروه بیماریها / مسئول واحد بیماریها :

امضاء معاون بهداشتی دانشگاه / رئیس مرکز بهداشت شهرستان :

* تاریخ انجام آخرین نوبت واکسیناسیون منظور تاریخ تزریق آخرین ماده بیولوژیکی است که حاوی واکسن سرخک بوده است .

● ملیت: ایرانی - غیر ایرانی (در صورتیکه فرد غیر ایرانی می باشد ملیت فرد مذکور شود: افغانی - پاکستانی - عراقی ...)

کد عرضه خدمات جمعیت تحت پوشش مراکز شهری : 1 جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت : 2 جمعیت تحت پوشش تیم سیار : 3	بسمه تعالی جمهوری اسلامی ایران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اداره کل پیشگیری و و مراقبت بیماریها	سال : ماه :
---	---	----------------------------

فرم خلاصه اطلاعات همه گیر شناسی هپاتیت B, C , و D در دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی – مرکز بهداشت شهرستان.....

تاریخ پیگیری بعدی	نتیجه درمان				نتایج آزمایشگاهی				اعلانم بالینی هنگام مراجعه							سابقه واکسیناسیون هپاتیت		تاریخ بروز علائم	وضعیت تاهل	شغل	جنس	تاریخ تولد	نام پدر	کد عرضه خدمات	آدرس	نام و نام خانوادگی	ردیف
	فوت با ذکر تاریخ	درمان	بهبودی کامل	HBS AB	HCV AB	HBS AB	HBS AG	بی علامت	کم	زردی	بزرگ	تورم جلدی	درجه	خیر	بلی												

نام و امضاء سرپرست شبکه بهداشت و درمان شهرستان

نام و امضاء مسئول واحد

تیر ماه 1387

جمع

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها

لیست خطی برای موارد بالینی دیفتري

استان دانشگاه سال

ردیف	نام و نام خانوادگی	جنس	محل سکونت		کد *	تاریخ (روز - ماه - سال)			مصرف آنتی بیوتیک بلی / خیر	مصرف آنتی توکسین بلی / خیر	تعداد کل دوزهای واکسن (dT یا DPT,DT)	تاریخ (روز - ماه - سال)			منابع		طبقه بندی نهایی ****	عاقبت بیماری ****
			نام شهر	نام روستا		تولد	شروع علائم	اولین درمان				آخرین دوز واکسن دریافتی	نمونه از حلق	نمونه از بینی	نمونه از حلق	نمونه از بینی		

* کد عرضه خدمات : 1= شهری 2= روستایی ، تحت پوشش خانه بهداشت

** 1- کورینه باکتریوم دیفتري سم زا 2= کورینه باکتریوم دیفتري غير سم زا

5- هیچ نمونه ای گرفته نشده است 9= نامشخص

*** 1= تاییدیه آزمایشگاهی 1-1= وجود شواهد اپیدمیولوژیکی

**** 1= زنده 2= فوت شده 3= نامشخص

3= روستایی ، تحت پوشش تیم سیار

3= کورینه باکتریوم دیفتري جدا شده ولی سم زایی نامشخص 4= کورینه باکتریوم دیفتري جدا نشده

2- بالینی (بدون نتیجه آزمایشگاهی با شواهد اپیدمیولوژیک) 3= مردود 9- نامشخص

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها

پیگیری موارد تماس بیمار مبتلا به دیفتری

استان دانشگاه سال

ردیف	نام و نام خانوادگی	جنس	محل سکونت		کد *	تاریخ تولد	نوع تماس (خانواده یا غیره)	تاریخ نمونه گیری از حلق	نتیجه آزمایش مستقیم ترشحات حلق ***	تاریخ نمونه گیری از بینی	نتیجه آزمایش نمونه بینی	تجویز با ارجاع برای آنتی بیوتیک (بلی / خیر)	تعداد دوزهای معتبر واکسن (dT یا DPT,DT)	تجویز یا ارجاع برای دور اول با کمکی (بلی / خیر)	دیفتری مظنون (بلی / خیر)	ارجاع برای درمان (بلی / خیر)
			نام شهر	نام روستا												

* کد عرضه خدمات : 1= شهری 2= روستایی ، تحت پوشش خانه بهداشت 3= روستایی ، تحت پوشش تیم سیار

** 1- کورینه باکتریوم دیفتری سم زا 2= کورینه باکتریوم دیفتری غیر سم زا 3= منفی 9= نامشخص

لیست خطی موارد عوارض ناشی از واکسیناسیون (AEFI) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد

[illegible]

شش ماهه : سال : 138

[illegible]

واحد تسهیلات زایمانی فعال

[illegible]

جمعیت سالمند تحت پوشش

..... جمعیت کل منطقه

[illegible]

نام بیماری	فرم مراقبت و پیگیری بیماران (فرم شماره 2) سال	مرکز بهداشتی درمانی :..... شهری ☐ روستایی ☐ خانه بهداشت / پایگاه بهداشت روستا قمر ☐ اصلي ☐ جمعیت تحت پوشش

ملاحظات	تاریخ خدمات انجام شده																								تاریخ اولین مراجعه	تاریخ تشخیص بیماری	شماره ساختمان	جنس	سال تولد	نام و نام خانوادگی	ردیف
	اسفند		بهمن		دی		آذر		آبان		مهر		شهریور		مرداد		تیر		خرداد		اردیبهشت		فروردین				شماره خانوار				
	*	o	*	o	*	o	*	o	*	o	*	o	*	o	*	o	*	o	*	o	*	o									
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

* که توسط بهورز یا کاردان پایگاه بهداشت برای بیمار انجام می گیرد در این ستون نوشته می شود .

o تاریخ مراقبتی که توسط پرشک انجام می گیرد در این ستون نوشته می شود .

سابقه بیماری دیابت : ☐ دارد ☐ ندارد سابقه خانوادگی بیماری فشار خون بالا : ☐ دارد ☐ ندارد سابقه مصرف دخانیات : ☐ دارد ☐ ندارد نوع دخانیات مصرفی :	فرم مراقبت بیماران مبتلا به بیماری فشار خون بالا	شماره پرونده خانوار : نام و نام خانوادگی : تاریخ تولد : / / تاریخ اولین تشخیص بیماری : / / قد (بر حسب سانتی متر) :
---	--	--

تاریخ مراقبت	مراقبت کننده (1)	خدمات ارائه شده						عوارض فشار خون بالا (2)	دستورات پزشک و نتیجه آزمایشات انجام شده	دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه (3)	ارجاع به (4)	ملاحظات
		مقدار فشار خون بر حسب میلیمتر جیوه	مقدار وزن بر حسب کیلو گرم	مقدار نمایه توده بدنی	بررسی مصرف دخانیات	آموزش	سایر					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

(1) مراقبت کننده : شامل بهورز ، پزشک مرکز ، سایر پزشکان (دولتی و خصوصی) (3) عوارض فشار خون بالا : شامل عوارض مغزی ، قلبی ، چشمی و کلیوی و	(2) دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه : شامل دلایل مهاجرت ، مرگ ، عدم تمایل به همکاری و (4) ارجاع به : شامل پزشک مرکز ، پزشک متخصص و برای بستری در بیمارستان
--	--

سابقه بیماری دیابت : ☐ دارد ☐ ندارد سابقه خانوادگی بیماری فشار خون بالا : ☐ دارد ☐ ندارد سابقه مصرف دخانیات : ☐ دارد ☐ ندارد نوع دخانیات مصرفی :	فرم مراقبت بیماران مبتلا به بیماری فشار خون بالا	شماره پرونده خانوار : نام و نام خانوادگی : تاریخ تولد : / / تاریخ اولین تشخیص بیماری : / / قد (بر حسب سانتی متر) :
---	--	--

تاریخ مراقبت	مراقبت کننده (1)	خدمات ارائه شده						عوارض فشار خون بالا (2)	دستورات پزشک و نتیجه آزمایشات انجام شده	دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه (3)	ارجاع به (4)	ملاحظات
		مقدار فشار خون بر حسب میلیمتر جیوه	مقدار وزن بر حسب کیلو گرم	مقدار نمایه توده بدنی	بررسی مصرف دخانیات	آموزش	سایر					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

(1) مراقبت کننده : شامل بهورز ، پزشک مرکز ، سایر پزشکان (دولتی و خصوصی) (3) عوارض فشار خون بالا : شامل عوارض مغزی ، قلبی ، چشمی و کلیوی و	(2) دلیل عدم مراقبت در صورت قطع برنامه : شامل دلایل مهاجرت ، مرگ ، عدم تمایل به همکاری و (4) ارجاع به : شامل پزشک مرکز ، پزشک متخصص و برای بستری در بیمارستان
--	--

گزارش مراقبت ویژه ی زوج های ناقل تالاسمی / مشکوک نهایی و نوزادان متولد شده و عملکرد استراتژی اول

سه ماهه 13 سال

به : معاونت بهداشتی دانشگاه

از : مرکز بهداشت شهرستان

الف : مراقبت

[illegible]

* استفاده از جدول مهاجرت در صفحه ی بعد : بلی □ خیر □ استفاده از جدول عملکرد استراتژی در صفحه ی بعد : بلی □ خیر □ (توجه : مشخصات و امضاء تکمیل کننده فرم و تاریخ تکمیل در پشت صفحه نیز ثبت شود)

4	3	2		1
نشانی محل سکونت و تلفن تماس	تاریخ مهاجرت	نام و نام خانوادگی		شماره
		مرد	زن	

امضاء :

تاریخ :

نام و نام خانوادگی تکمیل فرم :

بیماری کزاز در شهرستان در ماه		استان سال		جمهوری اسلامی ایران وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی اداره کل مبارزه با بیماریها										شهری جمعیت روستائی تحت پوشش خانه بهداشت روستائی تحت پوشش تیم سیار				
----------------------------------	--	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

وضع ایمنسازی		در صورتیکه بیمار نوزاد باشد																			
تاریخ بروز اولین علامت	شماره دفعات	تاریخ آخرین نوبت	محل تولد			فرد کمک کننده به زایمان				وضع		آزمایش		بهبود کامل	عارضه (عوارضه)	بهبود با عارضه (ذکر نوع)	فوت (ذکر علت فوت)	اشکال در مکیدن	تشنج	سفتی عضلات	
			منزل	بیمارستان		پزشکی	م.د.د	م.د.ن	ماما	سایر	شماره دفعات	نوبت	تاریخ آخرین								سرولوژی مادر	تیتراژ

م. د. د
م. د. ن

مامای دوره دیده
مامی دوره ندیده

تاریخ گزارش / /

نام و نام خانوادگی گزارشگر :
امضاء :.....

نام و نام خانوادگی مسئول :
امضاء :.....

گزارش فعالیت مرکز بهداشتی درمانی ویژه مشاوره ی تالاسمی
سه ماهه سال 13

از : مرکز بهداشت شهرستان :
تعداد کل زوج های مراجعه کننده به آزمایشگاه (S1) :

به : معاونت بهداشتی دانشگاه :

S1: S2: S3: تعداد کل زوج های مراجعه کننده جهت مشاوره ی ویژه ی تالاسمی :

[illegible]

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :

تاریخ :

امضاء :

فرم پیگیری موارد مشکوک و بیمار (برنامه کشوری غربالگری کم کاری مادر زادی تیروئید) مرکز بهداشت شماره 3 شهرستان مشهد

[illegible]

برنامه کشوری غربالگری کم کاری مادر زادی تیروئید
فرم راقبت موارد مشکوک به کم کاری تیروئید
مرکز بهداشت شماره یک شهرستان مشهد - واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریها

ردیف	نام و نام خانوادگی	جنس نوزاد		شماره کاغذ فیلتر	تاریخ تولد	زمان انجام نمونه گیری به روز	زمان دریافت آزمایش به روز	نتیجه آزمایش اول	نتایج آزمایشات دوم و سوم	تشخیص		زمان شروع درمان	آدرس
		پسر	دختر							سالم	بیمار		
1								TSH=	TSH= T4= T3RU=				
2								TSH=	TSH= T4= T3RU=				
3								TSH=	TSH= T4= T3RU=				
4								TSH=	TSH= T4= T3RU=				
5								TSH=	TSH= T4= T3RU=				

نام و نام خانوادگی تهیه کننده :
امضاء :

کد عرضه خدمات 1 2 3			جمعیت شهری روستایی (خانه بهداشت) روستایی (تیم سیار)			جمهوری اسلامی ایران وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی مرکز مدیریت بیماری ها			ضمیمه 7 دانشگاه : استان : شهرستان : ماه : سال :		
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

خلاصه اطلاعات بیماری سیاه سرفه

بهبود			نتیجه آزمایش	تاریخ آزمایش	موارد تماس *			سابقه واکسیناسیون				تاریخ بروز علائم	نام پدر	کد عرضه خدمات	آدرس	نام و نام خانوادگی	ردیف
با ذکر نوع عارضه	بدون عارضه	فوت			موارد حامل **	موارد ابتلا	تعداد	نامشخص	نزده	تاریخ آخرین نوبت (ثلاث)	تعداد دفعات واکسن ثلاث						

* تعداد موارد تماس (خانواده ، مدرسه و محل کار)

** موارد حامل سالم

نام و نام خانوادگی گزارشگر امضاء

نام و نام خانوادگی مسئول

نمودار ثبت دمای یخچال نگهداری واکسن

مرکز بهداشت شهرستان :

مرکز بهداشتی درمانی :

نام واحد واكسيناسيون :

در ماه :

سال :

[illegible]

نمودار دمای یخچال

[illegible]

نمودار دمای یخچال

[illegible]

فرم شماره ی 1

شبکه ی خدمات آزمایشگاهی ژنتیک و تشخیص پیش از تولد (اطلاعات متقاضیان تشخیص پیش از تولد)

نوع استراتژی : 1 □ 2 □

3□

تاریخ نمونه گیری خون : / /

تاریخ ارسال نمونه خون : / /

نام ، نشانی و تلفن محل نمونه گیری خون :

قسمت اول

نام و نام خانوادگی	سن	تاریخ تولد	تحصیلات	محل تولد		مذهب	قومیت	قومیت والدین		مذهب والدین		محل تولد والدین	
				استان	شهر			مادر	پدر	مادر	پدر	مادر	پدر
زن													
مرد													
سال ازدواج : نسبت خویشاوندی : تعداد فرزندان : سالم (ناقل و سایر) : مازور : باردار : بلی □ سن جنین : خیر □													
نشانی محل سکونت زوج :													

نام و نام خانوادگی	CBC			HbA2 به روش کروماتوگرافی	الکتروفورز هموگلوبین			ارجاع جهت سنتز زنجیره های گلوبین		ارجاع جهت بررسی		
		MCV	MCH		RBC (به میلیون)		HbA1	HbA2	HbF	سایر موارد	بلی با ذکر نتیجه	خیر
											بلی با ذکر نتیجه	خیر
											بلی با ذکر نتیجه	خیر
زن												
مرد												

نام و نام خانوادگی	نتایج PND بارداری های قبلی			بار اول		بار دوم		بار سوم	

نام و نام خانوادگی	نوع آزمایشگاه برای ارجاع فعلی : مرجع □ محیطی □ محیطی منتخب □		نام آزمایشگاه :	نحوه ارجاع : شبکه ی بهداشتی □ بخش خصوصی □	نام مرکز ارجاع دهنده : نشانی و تلفن :

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده ی قسمت اول فرم با ذکر تاریخ و امضاء :

فرم شماره یک : لیست خطی موارد عوارض ناشی از واکسیناسیون

1- دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی 2- تاریخ ارسال گزارش : / /

3- نام و نام خانوادگی	4- شهرستان	5- نوع مرکز واکسیناسیون	6- تاریخ تولد	7- تاریخ ایمنسازی	8- نوع واکنش	9- واکسن / واکسن های دریافت شده	10- شماره سریال	11- تاریخ بروز	12- تاریخ مراجعه

نام - نام خانوادگی مسئول AEFI دانشگاه امضاء

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

نام واحد :

شهرستان :.....

کد فرم 110-2

نوع واحد :

مرکز بهداشتی درمانی روستایی ☐

خانه بهداشت ☐

شش ماه اول ☐ دوم ☐ سال سال

بهداشت محیط

موارد	تعداد کل	با دسترسی به آب آشامیدنی (منابع بهسازی + شبکه لوله کشی)	با دسترسی به شبکه عمومی آب آشامیدنی (دارای شبکه آبرسانی)	تامین آب آشامیدنی با استفاده از کلر مادر یا جوشاندن	دارای توالت بهداشتی	با جمع آوری و دفع بهداشتی زباله	با جمع آوری بهداشتی فضولات حیوانی *	مصرف کننده نمک یددار
خانواده های تحت پوشش								
روستاهای تحت پوشش								

* تعداد کل خانوارهاییکه در محل زندگی خود دام نگهداری می نمایند

تاریخ تکمیل فرم : نام و امضاء تکمیل کننده : نام و امضاء مسئول واحد : نام و امضاء مسئول آمار : نام و امضاء معاون بهداشتی :

شش ماهه سال

نام و امضاء معاون بهداشتی

اطلاعات جمعیتی دانش آموزان مرکز بهداشت شهرستان

1- پایگاه بهداشتی □ 2- خانه بهداشت □ 3- تیم سیار □ 4- عشایر □ 5- مرکز روستایی □ 6- مرکز شهری □ سال تحصیلی

واحد	مقطع	جنس	پایه تحصیلی					فاقد مربی بهداشتی	دارای مربی بهداشت	کل دانش آموزان	کل مقطع
			اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	پایه اول	سایر پایه ها		
روزانه	ابتدایی	دختر									
		پسر									
	راهنمایی	دختر									
		پسر									
	متوسطه	دختر									
		پسر									
	پیش دانشگاهی	دختر									
		پسر									
	جمع مقطع										
شبانه روزی	راهنمایی	دختر									
		پسر									
	متوسطه	دختر									
		پسر									
	پیش دانشگاهی	دختر									
		پسر									
	جمع مقاطع										
	جمع کل										

دانش آموزان حوزه علمیه	دختر	
	پسر	
	جمع	

بزرگسالان	دختر	
	پسر	
	جمع	

پیش دبستانی	دختر	
	پسر	
	جمع	

❖ پایگاه بهداشتی شامل کلیه پایگاههای ضمیمه و غیر ضمیمه مراکز بهداشتی درمانی شهری می باشد .

بسمه تعالی

گزارش عملکرد برنامه ادغام بهداشت مواد غذایی در نظام شبکه (روستایی)

معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شش ماهه سال 13

مرکز بهداشت شهرستان □

مرکز بهداشتی درمانی روستایی □

نوع واحد: خانه بهداشت □

اول □ دوم □

11	10	9	8		7		6	5		4	3		2		1
ملاحظات	تعداد موارد متخلف معرفی شده به مراجع قضایی توسط مرکز	تعداد موارد پیشنهاد معرفی متخلف به مراجع قضایی توسط خانه بهداشت	مقدار مواد غذایی خارج شده از مصرف انسانی (Kg)		موارد نمونه برداری از مواد غذایی		تعداد مواردی که بازرس مرکز توقیف مواد غذایی توسط بهورز را تأیید نموده است	مواد غذایی توقیف شده مقدار (Kg)		تعداد موارد بازدید انجام شده از مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی	مادران		دانش آموزان		پیشه وران مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی
			مصدوم شده	مصارف غیر انسانی (صعته و حیوانی)	تعداد با نتیجه قابل مصرف انسانی	تعداد کل					تعداد آموزش دیده	تعداد کل	تعداد آموزش دیده	تعداد آموزش دیده	تعداد کل

کادر A

این قسمت توسط مرکز بهداشتی درمانی مربوطه تکمیل و توسط مرکز بهداشت شهرستان و استان جمع بندی می شود :

تعداد کل خانه های بهداشت :

تعداد خانه های بهداشت مجهز شده به وسایل توقیف مواد غذایی از ابتدای برنامه تا کنون :

کادر B

این قسمت توسط مرکز بهداشت شهرستان و متعاقب آن استان تکمیل می شود :

تعداد کل مراکز بهداشتی درمانی روستایی ، شهری ، پایگاه بهداشت

تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی ، شهری ، پایگاه بهداشت که از ابتدای برنامه تا کنون به وسایل نمونه برداری مجهز شده اند .

بسمه تعالی

فرم شماره یک

شهرستان

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

نام واحد:

نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی روستایی ☐ شهری ☐

خانه بهداشت: روستای اصلی ☐ قمر ☐ تیم سیار ☐ میز پاسیو ☐ بخش خصوصی ☐ شماره آبادی: روز ماه سال

فرم بیمار یابی مالاریا

آدرس کامل بیمار و ملاحظات	نوع انگل و مراحل آن	تاریخ آزمایش لام	تاریخ تهیه لام	نوع لام تهیه شده			نوع مراقبت		مشخصات افرادی که از آنها لام تهیه شده است									
				تعداد مشکوک	بیمار	پررسی	بیمار	پررسی	مرد	سن به سال	نام پدر	نام و نام خانوادگی	شماره خانوار	نام				
															جنس			
															زن			
باردار		غیر باردار																

تاریخ تحویل به آزمایشگاه: نام و امضاء تهیه کننده لام : آزمایش کننده لام : کاردان مرکز بهداشت درمانی :

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
آمار برنامه رابطان بهداشت (جلب مشارکت مردمی)

شهرستان:.....مرکز بهداشتی درمانی:.....ماه:.....سال:.....

ردیف	نام مرکز بهداشتی درمانی پایگاه بهداشتی غیر ضمیمه تحت پوشش برنامه	جمعیت تحت پوشش مرکز / پایگاه	خانوار تحت پوشش برنامه در مرکز / پایگاه	تعداد رابطان در پایان ماه	تعداد رابطانی که در ماه گذشته همکاری خود را قطع کرده اند	تعداد رابطانی که در ماه گذشته همکاری خود را آغاز کرده اند	درصد جمعیت تحت پوشش برنامه در مرکز / پایگاه در پایان ماه	تعداد داوطلبان متخصص	تعداد رابطانی که دوره آموزشی مراقبتهای بهداشتی اولیه را گذرانده اند	تعداد کلاسهای فوق برنامه
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
جمع کل										

- نام واحد جدیدی که در این ماه مجری برنامه شده اند .

- تاریخ نام، سمت و امضاء تکمیل کننده فرم

نام و نام خانوادگی مسئول مرکز بهداشتی درمانی

امضاء

- این فرم در مرکز بهداشتی درمانی تکمیل می شود و در صورتیکه زیر پوشش است برای هر پایگاه یک سطر اختصاص داده می شود.

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	مرکز بهداشت درمانی شهری / روستایی	وزارت آموزش و پرورش
دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی	خانه بهداشت / پایگاه بهداشت	سازمان آموزش و پرورش استان شهرستان ناحیه منطقه
مرکز بهداشت استان شهرستان	ماه فصل سال	دبستان / مدرسه راهنمایی / دبیرستان

ارزیابی مقدماتی دانش آموزان فرم آماری (1-109) (حذف)

پایه تحصیلی و جنس	تعداد ارزیابی شده	نتیجه ارزیابی	ارزیابی رشد						سنجش شنوایی	سنجش بینایی	جلدی		دهان و دندان				بیماری نیازمند مراقبت ویژه						اختلال رفتاری	بستری	جراحی	سرپایی
			نمایه توده بدنی				قد به سن				رشک و شپش سر	کچلی سر	دندان پوسیده	لثه متورم	دندان کشیده شده	دندان پر شده	دیابت	قلبی عروقی	صرع	آسم	هموفیلی	تالاسمی				
			زیر صدی 5	95-85 بین صدی	بالای صدی 95 و	زیر صدی	بالای																			
اول ابتدایی	دختر		ارجاع	م/ب/ا																						
سوم ابتدایی (سایر پایه ها)	دختر		ارجاع	م/ب/ا																						
اول راهنمایی	دختر		ارجاع	م/ب/ا																						
اول متوسطه	دختر		ارجاع	م/ب/ا																						

• ا/ب/م : در فرم منظور (اختلال / بیماری / مشکوک) می باشد .

نام و امضاء تکمیل کننده: تاریخ: نام و امضاء مسئول واحد :

مرکز بهداشت استان

تعداد کل مراکز بهداشتی درمانی روستایی تحت پوشش
تعداد خانه های بهداشت تحت پوشش :.....
تعداد پایگاههای بهداشت تحت پوشش :.....

نام شهرستان :.....

☐ شهری ☐ روستایی

گزارش ماهانه بهداشت روان ماه سال

گروه بیماریها	نوع بیماری	جنس	موارد تحت درمان															موارد قطع پیگیری به دلیل				ارجاع	
			جدید															فوت❖	بهبود	سایر دلایل	مرکز تخصصی	بستری	
			تکراری	عود	جمع	65 و بالا	55-64	45-54	35-46	25-34	24- 15	5-14	1-4	کمتر از یکسال									
روانی – عصبی	روانی	مرد																					
	شدید	زن																					
	روانی	مرد																					
	خفیف	زن																					
	صرع	مرد																					
		زن																					
	عقب ماندگی ذهنی	مرد																					
		زن																					
	سایر	مرد																					
	موارد	زن																					
جمعیت تحت پوشش			مرد	جمعیت تحت پوشش شهری														مرد		.....			
				جمعیت تحت پوشش روستایی															زن				
برنامه بهداشت روان			زن	جمعیت تحت پوشش شهری														مرد		.....			
				جمعیت تحت پوشش روستایی															زن				

نام و نام خانوادگی گزارشگر: تاریخ و محل امضاء

* علت فوت

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم گزارش برنامه داوطلبان متخصص

مرکز بهداشت شهرستان فصل سال

ردیف 1	نام دوره / پروژه 2	مراحل اجرایی دوره / پروژه 3		تعداد داوطلبان تخصصی که در این پروژه / دوره همکاری دارند 4			تعداد کل داوطلبان 5	طرف امضاء موافقت نامه 6		میزان سواد داوطلبان 7				تعداد آموزش گیرندگان 8
		در حال اجرا	اجرا شده	آموزشی	حمایتی	مهارتی		نام سازمان	خصوصی	زیر دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	بالا تر از لیسانس	
جمع کل														

تاریخ :

نام و نام خانوادگی مسئول برنامه داوطلبان سلامت شهرستان:

امضاء

نام و نام خانوادگی رئیس مرکز بهداشت شهرستان :

امضاء

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
آمار برنامه رابطان بهداشت (جلب مشارکت مردمی)

شماره 2

نوع واحد : مرکز بهداشت شهرستان فصل:..... سال :.....

ردیف	نام مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه بهداشت غیر ضمیمه مجری برنامه رابطان بهداشت	جمعیت تحت پوشش مرکز / پایگاه	خانوار تحت پوشش برنامه در مرکز / پایگاه	تعداد رابطان در پایان فصل	تعداد رابطانی که در پایان فصل گذشته همکاری خود را قطع کرده اند	تعداد رابطانی که در پایان فصل گذشته همکاری خود را آغاز کرده اند	درصد جمعیت تحت پوشش برنامه در مرکز / پایگاه	تعداد داوطلبان متخصص در پایان فصل	تعداد رابطانی که دوره آموزش مراقبتهای بهداشتی اولیه را گذرانده اند	تعداد کلاسهای فوق برنامه	تعداد روستاهای دارای رابط	تعداد رابط روستایی
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
جمع کل												

- تعداد کل مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه غیر ضمیمه فعال شهرستان

- تعداد کل روستاهای مجری برنامه رابط روستا

- نام واحد جدیدی که در این فصل مجری برنامه شده اند

- تاریخ نام سمت و امضاء تکمیل کننده فرم

نام و نام خانوادگی مسئول واحد

امضاء

- تعداد مراکز و پایگاهی که در این شهرستان تحت پوشش برنامه قرار ندارند

- تعداد رابط عشایر

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
فرم گزارش برنامه داوطلبان متخصص (ستادی)

مرکز بهداشت دانشگاه / دانشکده خراسان رضوی فصل..... سال

ردیف 1	نام شهرستان 2	تعداد دوره / پروژه 3	مراحل اجرایی دوره / پروژه 4		تعداد داوطلبان تخصصی که در این پروژه / دوره همکاری دارند 5			تعداد کل داوطلبان 6	طرف امضاء موافقتنامه 7		میزان تحصیلات داوطلبان 8				تعداد آموزش گیرندگان 9
			در حال اجرا	اجرا شده	آموزشی	حمایتی	مهارتی		نام سازمان	خصوصی	زیر دیپلم و دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	بالا تر از لیسانس	
1	بردسکن														
2	تایباد														
3	تربت جام														
4	تربت حیدریه														
5	چناران														
6	خواف														
7	خلیل آباد														
8	درگز														
9	رشتخوار														
10	سرخس														
11	فریمان														
12	قوچان														
13	کاشمر														
14	کلات														
15	مشهد یک														
16	مشهد دو														
17	مشهد سه														
18	مه ولات														
19	مرکز ثامن														
20	نیشابور														
جمع کل															

تاریخ :

نام و نام خانوادگی و امضاء مسئول برنامه داوطلبان سلامت دانشگاه / دانشکده : محل امضاء معاون بهداشتی دانشگاه / دانشکده

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

آمار برنامه رابطان بهداشت (جلب مشارکت مردمی) ستادی

مرکز بهداشت دانشگاه / دانشکده خراسان رضوی فصل سال

ردیف	نام شهرستان مجری برنامه	تعداد مرکز / پایگاه غیرضمیمه مجری برنامه رابطان بهداشت شهرستان	تعداد مرکز / پایگاه غیر ضمیمه فعال فاقد رابط بهداشت	جمعیت تحت پوشش برنامه رابطان در شهرستان	تعداد خانوار تحت پوشش برنامه در شهرستان	تعداد رابطان در پایان فصل	تعداد رابطانی که در فصل گذشته همکاری خود را قطع کرده اند	تعداد رابطانی که همکاری را آغاز کرده اند	تعداد داوطلبان متخصص در شهرستان	تعداد رابطانی که دوره مراقبتهای اولیه بهداشتی را گذرانده اند	تعداد روستاهای دارای رابط روستایی	تعداد رابط روستایی در شهرستان	تعداد کلاسهای فوق برنامه
1	بردسکن												
2	تایباد												
3	تربت جام												
4	تربت حیدریه												
5	چناران												
6	خواف												
7	خلیل آباد												
8	درگز												
9	رشتخوار												
10	سرخس												
11	فریمان												
12	قوچان												
13	کاشمر												
14	کلات												
15	مشهد یک												
16	مشهد دو												
17	مشهد سه												
18	مه ولات												
19	مرکز ثامن												
20	نیشابور												
جمع کل													

تعداد کل مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه غیرضمیمه فعال در دانشگاه / دانشکده

تعداد رابط عشایر

سایر رابطان :

نام و نام خانوادگی مسئول برنامه رابطان دانشگاه / دانشکده

محل امضا معاون بهداشتی دانشگاه / دانشکده

تاریخ

مرکز بهداشت شهرستان تاریخ گزارش: ماه سال

[illegible]

نام و نام خانوداگی مسئول واحد : نام و نام خانوداگی معاونت بهداشتی :

امضاء : _____

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم خلاصه اطلاعات همه گیر شناسی ماهانه

بیماری کیست هیداتیک

مرکز بهداشت شهرستان

تاریخ گزارش : ماه

سال

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام محل سکونت		سن	جنس	ملیت	شغل	سابقه تماس با سگ		منبع احتمالی بیماری			تاریخ بروز اولین علائم بیماری	تاریخ تشخیص	عضو مبتلا	تعداد کیست	اقدامات درمانی		نتیجه درمانی	
		شهر	روستا					دارد	ندارد	سگ	سبزیجات	نامشخص					دارویی	جراحی	بهبود	فوت

یک نسخه از این فرم در مرکز بهداشت شهرستان تهیه کننده نگهداری و یک نسخه به مرکز بهداشت استان و از مرکز بهداشت استان به اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها ارسال می گردد .

امضاء :

تاریخ :

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام محل سکونت		سن	جنس	ملیت	شغل	تاریخ بروز علائم	تاریخ تشخیص	نتیجه آزمایشات		منبع احتمالی بیماری		
		شهر	روستا							تیترا رایت	تیترا 2ME ، کومبس، رایت نوبت	تماس مستقیم با دام		استفاده از فرآورده های لبنی غیر پاستوریزه
										نوبت اول	دوم ، کشت مغز استخوان	دارد	ندارد	نام فرآورده

یک نسخه از این فرم در مرکز بهداشت شهرستان تهیه کننده نگهداری و یک نسخه به مرکز بهداشت استان و از مرکز بهداشت استان به مرکز مدیریت بیماریها ارسال می گردد .

امضاء :

تاریخ :

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان - کد فرم 111/3 سالیانه

	مرکز بهداشت استان
	مرکز بهداشت شهرستان
	مرکز بهداشتی درمانی شهری
	مرکز بهداشتی درمانی روستایی
	سایر موارد
نفر	موارد ارجاع شده
نفر	مراجعه مستقیم

شاغلین مرد تحت پوشش معاینات:.....

شاغلین زن تحت پوشش معاینات:.....

بهداشت حرفه ای

بیماریهای محیط کار

سوال:.....

کد بیماری		A-22		C-22		C-30		C-32		C-44		C-45		C-67		C-91		E-59		E-64		D-70		H-26		H-83		J-45		J-60		J-61		J-62		J-63		J-67		J-68		L-23		L-24		M-65		M-70							
گروه		ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج	ق	ج										
18-30	سنی																																																						
	زن																																																						
	مرد																																																						
31-40	زن																																																						
	مرد																																																						
بالای 41	زن																																																						
	مرد																																																						
راهنما :	ق:تقديم	درماتیت تماسی آلرژیک L-23										پنوموکونیوزیس به علت سیلیس J-62										کاهش شنوایی شغلی H-83										مسمومیت با سرب E-59										تنویلاسم بدخیم پوست C-44										آنتراکس (سیاه زخم) A-22 سرطانهای بدخیم کبد و کاتالهای صفراوی C-22 بدخیمی های حفره بینی و گوش میانی C-30 تنویلاسم بدخیم لارنکس C-32			
	ج:جدید	اختلالات اسکلتی عضلانی دکورون و... M-65										سیدروزیس J-63										آسم شغلی J-45										مسمومیت با سیانید E-64										مزوتلیوما C-45													
		کمردرد مرتبط با کار M-70										شرایط خاص تنفسی J-68										پنوموکونیوزیس کارگران زغال سنگ J-60										اگرانولوسیتوزیس D-70										تنویلاسم بدخیم مثانه C-67													
																						پنوموکونیوزیس ناشی از آذبتوزیس J-61										کاناراکت (آب مروارید) H-26										لوکمیا C-91													
تاریخ تکمیل فرم :		نام و نام خانوادگی کارشناس بهداشت حرفه ای :										نام و نام خانوادگی و امضاء پزشک کار :																																											

فرم آماری گزارش شیر مصنوعی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان رضوی

نام شهرستان : سال خرداد ماه ☐ آذر ماه ☐ یکساله ☐ کل کودکان زیر یکسال : نام کارشناس برنامه شیر مادر :

الف : موارد ضرورت پزشکی :

علل تغذیه با شیر مصنوعی سن	چند قلوپی				رشد نامطلوب				فوت مادر				جدایی والدین				فرزند خواندگی				بیماریهای مادر				سایر موارد			
	شهری		روستایی		شهری		روستایی		شهری		روستایی		شهری		روستایی		شهری		روستایی		شهری		روستایی		شهری		روستایی	
	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل
زیر 4 ماه																												
4 تا 6 ماه																												
6 تا 12 ماه																												
بالای یکسال																												

ب : بیماریهای مزمن و صعب العلاج مادر به تشخیص یا تایید پزشک متخصص (با ذکر نام بیماری)

نام بیماری سن	شهری				روستایی				شهری				روستایی				شهری				روستایی				شهری			
	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل
زیر 4 ماه																												
4 تا 6 ماه																												
6 تا 12 ماه																												
بالای یکسال																												

ج : مواردی که مادر مجبور به استفاده از دارو به تشخیص یا تایید پزشک متخصص است (از ذکر نام بیماری در این جدول خودداری نموده و فقط نام دارو را ثبت کنید .)

نام دارو سن	شهری				روستایی				شهری				روستایی				شهری				روستایی				شهری			
	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل
زیر 4 ماه																												
4 تا 6 ماه																												
6 تا 12 ماه																												
بالای یکسال																												

د : سایر موارد : با ذکر نام

سایر سن	شهری				روستایی				شهری				روستایی				شهری				روستایی				شهری			
	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل	کامل	کمکی	کامل	کمکی	کامل
زیر 4 ماه																												
4 تا 6 ماه																												
6 تا 12 ماه																												
بالای یکسال																												

جمع کل مصرف کنندگان : شهری کمکی کامل کامل

کارشناس مسئول سلامت خانواده :

امضاء:

تذکر مهم :

-کلیه کودکانیکه با شیر مصنوعی تغذیه می شوند اطلاعاتشان باید در قسمت الف فرم ثبت شود

-در قسمت بیماریهای مادر اطلاعات قسمت ب و ج و در قسمت سایر موارد اطلاعات قسمت «د» درج گردد

-فرم در سه مقطع زمانی (اول تا آخر خردادماه) و (اول تا آخر آذر ماه) و (یکساله) تکمیل و حداکثر تا یکماه بعد ارسال گردد

**فرم آمار ماهیانه کمیته ترویج تغذیه با شیر مادر
مراکز بهداشتی درمانی روستایی**

شهرستان : نام مرکز بهداشتی درمانی :

تاریخ ارسال فرم :

ردیف	نام و نام خانوادگی * شیر خوار	تاریخ تولد	گروه سنی				شماره پرونده	خانه بهداشت	تاریخ طرح در کمیته	مقدار شیر تعیین شده		تعداد قوطی شیر مورد نیاز	علت تجویز شیر مصنوعی	توضیحات
			کمتر از 4 ماه	4-6 ماه	6-8 ماه	8-12 ماه				کامل	کمکی			
جمع :														
موجودی مرکز			مصرفی مرکز			باقیمانده مرکز		درخواستی	قابل تحویل	توضیحات	در خواست شیر مصنوعی			
موجودی خانه های بهداشت			مصرفی خانه های بهداشت			باقیمانده خانه های بهداشت								

نام و نام خانوادگی تنظیم کننده فرم
امضاء :

نام و نام خانوادگی رییس مرکز :
امضاء :

- لازم است لیست اسامی کلیه کودکانی که شیر مصنوعی دریافت می کنند به ترتیب تاریخ تولد در فرم درج شود.

گزارش آمار مشاوره قبل از ازدواج ماه سال 13 مرکز بهداشت شهرستان

مرکز بهداشتی درمانی

سن زوجین (گروه سنی)												سطح تحصیلات زوجین												موارد راهنمایی و ارجاع جهت مشاوره ژنتیک	نسبت فامیلی زوجین			تعداد زوج آموزش دیده		تاریخ
بالای 36 سال		31-35 سال		26-30 سال		21-25 سال		16-20 سال		زیر 15 سال		بالاتر از دیپلم		دیپلم		دبیرستان		راهنمایی		ابتدایی		بیسواد			ندارد	دور	نزدیک	مرد	زن	
مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن							

رئیس مرکز بهداشت شهرستان

کارشناس مسئول سلامت خانواده

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
معاونت امور بهداشتی خراسان رضوی شهرستان

نام کارگاه یا کارخانه

الف (تولیدی ب) خدماتی ☐

فرم گزارش روزانه حوادث

ردیف		نام و نام خانوادگی		نوع صدمه ایجاد شده										نوع حادثه	علت حادثه			محل وقوع حادثه	عضو حادثه دیده					تاریخ حادثه		نتیجه حادثه		فوت				
				سوختگی				ضرب دیدگی و کوفتگی	شکستگی و دررفتگی	مسمومیت	سوراخ شدن و بریدگی	برق گرفتگی	بی احتیاطی		شرایط نا امن	عمدی	سر و صورت		چشم	انگشتان و دست	ساعد و بازو	پا	ساعت	روز	ماه	تعداد اطلاعات						
				در اثر برق	مواد شیمیایی	حرارت	سری																			پسری						

امضاء :

نام و نام خانوادگی تنظیم کننده :

فرم آموزش بهبود شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی (بالای 60 سال)

نام خانه بهداشت: / مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی: / پایگاه بهداشتی

شماره پرونده خانوار :

نام و نام خانوادگی سالمند :

سن :

جنس : مرد / زن

تنها / با همراه

با سواد / بی سواد

سیگاری / غیر سیگاری

آدرس محل سکونت و شماره تلفن تماس :

[illegible]

فرم جمع آوری اطلاعات و عملکرد آموزشی سالمندان هر شش ماه

نام خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی شهری / پایگاه بهداشتی :

جمعیت تحت پوشش سالمندان :

کل :

مرد :

زن :

جمعیت تحت پوشش برنامه بهبود شیوه زندگی سالم :

کل :

مرد :

زن :

موضوع آموزشی	مطلب آموزشی	سالمندان																			
		مرد										زن									
		بازرسی	*	تغذیه	*	بازرسی	*	تغذیه	*	بازرسی	*	بازرسی	*	تغذیه	*	بازرسی	*	تغذیه	*	بازرسی	*
جلد 1	تغذیه																				
	تمرینات بدنی																				
جلد 2	مفاصل (کمر و زانو)																				
	مراقبت از پاها																				
	پوکی استخوان																				
	سقوط و راههای پیشگیری از حوادث																				
	بهداشت دهان و دندان																				
جلد 3	یبوست و بی اختیاری ادراری																				
	مراقبت از بینایی و شنوایی																				
	دلشوره و نگرانی از خواب																				
جلد 4	تقویت حافظه و مقابله با فراموشی																				
	مضرات و راههای ترک سیگار																				
	سایر																				
هر 4 جلد																					

تذکر : ستونهای ستاره دار مربوط به آمار سالمندانی است که بصورت پایلوت برنامه بهبود شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی برای آنان اجرا می شود .

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم نام و نام خانوادگی مسئول مرکز

امضاء امضاء

بسمه تعالی

کد فرم 108

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد

سه ماه سال

تنظیم خانواده

بستن لوله		آمپولهای تزریقی (ویال)		کاندوم (دانه)	IUD (نفر) گذارن	قرص (بسته)					روش برای توزیع یا اقدام ارائه خدمت
		سه ماه	یکماهه			LNG	LYN	Tph	HD	LD	
مرد	زن										شهری
											روستایی
											بخش خصوصی
											جمع

از مجموع LD تعداد بلیستر برای روش EC استفاده شده است

از مجموع HD تعداد بلیستر برای روش EC استفاده شده است

از مجموع NSV تعداد توسط مربی ارشد وازکتومی انجام شده است .

تاریخ تکمیل فرم :

نام و امضاء مسئول واحد امار :

نام و امضاء مسئول واحد بهداشت خانواده :

نام و امضاء معاون بهداشتی :

بسمه تعالی

کد فرم 108

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی – دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد

شهرستان سه ماه سال

ار تنظیم خانواده

بستن لوله		آمپولهای تزریقی (ویال)		کاندوم (دانه)	IUD (نفر) گذارن	قرص (بسته)					روش برای توزیع یا اقدام ارائه خدمت
						LNG	LYN	Tph	HD	LD	
مرد	زن	سه ماه	یکماهه								شهری
											روستایی
											بخش خصوصی
											جمع

از مجموع LD تعداد بلیستر برای روش EC استفاده شده است

از مجموع HD تعداد بلیستر برای روش EC استفاده شده است

تاریخ تکمیل فرم:

نام و امضاء مسئول واحد امار:

نام و امضاء مسئول واحد بهداشت خانواده:

نام و امضاء معاون بهداشتی:

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی – دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

کد فرم 108

نام واحد:..... ماه سال

نوع واحد: بیمارستان □ مرکز بهداشتی درمانی شهری □ پایگاه بهداشتی □ مرکز بهداشتی درمانی روستایی □ خانه بهداشت □ تیم سیار □ واحد خصوصی ارائه خدمت □

تنظیم خانواده (حذف)

شهرستان

جمعیت تحت پوشش :..... نفر
جمعیت زنان 10-49 ساله همسر دار :..... نفر

نوع وسیله پیشگیری		جمع	قرص (بسته)					IUD (نفر) گذاردن	کاندوم (دانه)	آمپولهای تزریقی (ویال)		بستن لوله	
			LNG	LYN	Tph	HD	LD			یکماهه	سه ماه	زن	مرد
مراجعه جدید													
توزیع با اقدام برای وسیله پیشگیری و گرفتن پاپ اسمیر													
کل مراجعین													

از مجموع LD تعداد بلیستر برای روش EC استفاده شده است
از مجموع HD تعداد بلیستر برای روش EC استفاده شده است

نام و امضاء تکمیل کننده :

نام و امضاء مسئول واحد :

نام و امضاء معاون بهداشتی :

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی – دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

نام واحد:.....

شهرستان.....

نوع واحد: بیمارستان □ مرکز بهداشتی درمانی شهری □ مرکز بهداشتی درمانی روستایی □ عشایر □
تسهیلات زایمانی □ تیم سیار □ خانه بهداشت □ بخش خصوصی □

کد فرم 108

ماه سال

تنظیم خانواده

جمعیت تحت پوشش :..... نفر
جمعیت زنان 10-49 ساله همسر دار :..... نفر

نوع وسیله پیشگیری	جمع	قرص (بسته)				IUD (نفر)			کاندوم (تعداد)	آمپولهای تزریقی (ویال)		بستن لوله (نفر)		مشاوره (نفر)	پاپ اسمیر (نفر)
		ال دی	اچ دی	تری فازیک	پروژسترونی	گذاردن	درآوردن	خود به خود خارج شده		یکماهه	سه ماهه	زن	مرد		
مراجعه جدید															
توزیع با اقدام برای وسيله پیشگیری و گرفتن پاپ اسمیر															
کل مراجعین															

نام و امضاء تکمیل کننده:

نام و امضاء مسئول واحد :

تاریخ تکمیل فرم:

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی – دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شهرستان.....

نام واحد:.....

کد فرم 108

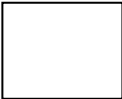
..... ماه سال

☐ نوع واحد: بیمارستان ☐ مرکز بهداشتی درمانی شهری ☐ مرکز بهداشتی درمانی روستایی ☐ تیم سیار ☐ خانه بهداشت ☐ بخش خصوصی ☐ عشار ☐

تنظیم خانواده

جمعیت تحت پوشش :..... نفر
جمعیت زنان 10-49 ساله همسر دار :..... نفر

نوع وسیله پیشگیری	جمع	قرص (بسته)				IUD (نفر)			کاندوم (تعداد)	آمپولهای تزریقی (ویال)		بستن لوله (نفر)		مشاوره (نفر)	پاپ اسمیر (نفر)
		ال دی	اچ دی	تری فازیک	پروژسترونی	گذاردن	درآوردن	خود به خود خارج شده		یکماهه	سه ماه	زن	مرد		
مراجعه جدید															
توزیع با اقدام برای وسيله پیشگیری و گرفتن پاپ اسمیر															
کل مراجعه															



تعداد کل لامهای
دیده شده

از مجموع LD تعداد پلیستر برای روش EC استفاده شده است
از مجموع HDتعداد پلیستر برای روش EC استفاده شده است

نتیجه از نظر سلولهای سرطانی				
طبیعی	نئوپلاسم داخل اپی تلیالی سرویکس CIN			
	I خفیف	II متوسط	شدید / کارسینوم درجه III	

تاریخ تکمیل فرم:

نام و امضاء تکمیل کننده:

نام و امضاء مسئول واحد :

بسمه تعالی

جدول نتایج و دستاوردهای اجرای طرح توسعه و تشدید کنترل بهداشتی مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی
(شش ماهه سال)
شهرستان

ردیف	عنوان	تعداد	ملاحظات
1	تعداد بازدید از مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد غذایی	مورد	
2	تعداد بازدید از اماکن عمومی	مورد	
3	تعداد موارد معرفی متخلف به دادگاه	مورد	
4	تعداد مراکز و اماکن غیربهداشتی تعطیل شده	مورد	
5	تعداد مراکز و اماکن بهسازی شده	مورد	
6	تعداد مراکز و اماکن بهداشتی شده	مورد	
7	تعداد موارد نمونه برداری از مواد غذایی مشکوک به فساد	مورد	
8	مقدار مواد غذایی فاسد ، کشف و معدوم شده	کیلو گرم	
9	برخورد با فروشندگان دوره گرد مواد غذایی	مورد	
10	برخورد با وسایل نقلیه حامل مواد غذایی فاقد شرایط بهداشتی	مورد	

تاریخ تنظیم :

نام و نام خانوادگی و امضاء کارشناس مسئول بهداشت محیط و حرفه ای

جدول فعالیتهای بهداشت محیط (حذف شده)

مرکز بهداشت استان مرکز بهداشت شهرستان مرکز بهداشتی درمانی سال ماه تاریخ تنظیم

ردیف	فعاليتها		ماه اول	ماه دوم	ماه سوم	فصل	ملاحظات
1	آموزش	تعداد جلسات					
		تعداد افراد آموزش دیده					
2	گواهینامه بهداشت عمومی صادره تائید شده						
3	کارت معاینه پزشکی صادر شده						
4	اماکن عمومی و مراکز تولید و تهیه و توزیع مواد خوراکی	معرفی متخلف به مراجع قضایی					
		تعداد کل بازدید انجام شده					
		اماکن و مراکز غیربهداشتی تعطیل شده	بهسازی شده				
			بهداشتی شده				
		مراکز تهیه و تولید و فروش مواد غذایی	بهسازی شده				
			بهداشتی شده				
		اماکن عمومی	بهسازی شده				
			بهداشتی شده				
5	مواد خوراکی و آشامیدنی و بهداشتی و آرایشی	تعداد نمونه					
		تعداد موارد غیر قابل مصرف انسانی					
		تعداد معرفی به دادگاه					
		میزان معدوم شده (کیلوگرم یا لیتر)	خوراکی				
			بهداشتی				
6	مراکز بهداشتی درمانی	کل					
		مطلوب شده					
7	مراکز آموزشی و تربیتی	کل					
		مطلوب شده					
8	کلر سنجی	تعداد مطلوب					
		تعداد نامطلوب	صفر				
			سایر موارد				
9	نمونه برداری آب	تعداد شیمیایی					
		نتایج میکروبی	تعداد مطلوب				
			تعداد نامطلوب				
10	تعداد رسیدگی به شکایات						
11	تعداد خانوارهای روستایی با دسترسی به آب آشامیدنی (شبکه عمومی و منابع بهسازی شده)						
12	تعداد خانوارهای روستایی با دسترسی به شبکه عمومی آب اشامیدنی						
	تعداد خانوارهاییکه از محلول کلر مادر و یا آب جوشیده استفاده می کنند						
13	مستراحهای روستایی	تعداد خانوارهایی که از مستراح بهداشتی استفاده می کنند					
		تعداد مستراحهای موجود					
		تعداد مستراحهای بهداشتی					
14	جمع آوری و دفع زباله	تعداد خانوارهای دارای سیستم جمع آوری و دفع بهداشتی زباله					
		تعداد روستاهای دارای سیستم شبکه جمع آوری و دفع بهداشتی زباله					
15	جمع آوری فضولات حیوانی	تعداد خانوارهایی که فضولات حیوانی خود را بهداشتی جمع آوری می کنند					
		تعداد روستایی که فضولات حیوانی خود را بهداشتی جمع آوری می کنند					

کل مراکز تهیه ، تولید و توزیع تحت پوشش : تعداد کل خانوارهای روستایی :

کل اماکن عمومی تحت پوشش : تعداد کل منابع آب آشامیدنی :

تعداد کل خانوارهای روستایی دارای دام : تعداد روستاهای تحت پوشش : اقماری اصلی

تعداد شاغلین اماکن و مراکز که باید گواهی نامه آموزش بهداشت عمومی و کارت معاینه پزشکی داشته باشند

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده : امضاء نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول برنامه : امضاء

مرکز بهداشت استان

فرم شماره 1: فرم ثبت ایمنی منزل در خانه بهداشت

خانه بهداشت : شش ماهه :

تعداد خانوارهای تحت پوشش خانه بهداشت: سال:

[illegible]

مرکز بهداشت استان

..... مرکز بهداشت شهرستان: شش ماهه:

تعداد خانوارهای تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان: سال:

[illegible]

مرکز بهداشت استان

فرم شماره 3: فرم ثبت ایمنی منزل در مرکز بهداشتی درمانی روستایی

.....: شش ماهه: مرکز بهداشتی درمانی روستایی:

تعداد خانوارهای تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی: سال:

[illegible]

نام مرکز بهداشتی درمانی شهری: نام مرکز بهداشتی درمانی روستایی: نام خانه بهداشت: نام مسئول تیم سیاری: نام شهرستان: نام محل:		وزارت بهداشتی، درمان و آموزش پزشکی سازمان منطقه بهداشت و درمان استان	فرم بررسی اپیدمیولوژیک بیماری سل کد بیماری: تاریخ تهیه فرم:
نام:		نام خانوادگی:	نام پدر:
تاریخ تولد:		شغل:	نام مادر:
جنس:		میزان سواد:	تعداد افراد خانواده:
نحوه کشف مورد:		نشانی محل سکونت:	
نشانی محل کار:		تعداد افراد در تماس شغلی (در یک فضا کار می کنند):	
تعداد با تست جلد مثبت:		نام سمت گزارشگر:	
تاریخ احتمالی شروع علائم:		عضو مبتلا:	
نام پزشک معالج و مرکز درمانی:		تاریخ تشخیص قطعی:	
یافته های بالینی:			
یافته های پاراکلینیکی:			
سابقه مشخص بیمار (اولین بار شناخته شده عود، قطع درمان و سایر مسائل در این زمینه مطرح است)			
اطلاعات همه گیر شناسی (سابقه B.C.C و وجود اسکار نزد بیمار و افراد در تماس با وی همچنین وضع تهویه محل کار بیمار مورد نظر است)			
اقدامات پیگیری:			
وضعیت مسکن و درآمد:		تعداد افرادی که با بیمار در یک اتاق می خوابند:	
میزان درآمد خانواده:		نحوه گرم کردن منزل در زمستان:	
تعداد اتاق مسکونی:			

اقدامات درمانی (نوع ، مقدار و طول درمان مورد نظر است . ضمناً تعیین شود که بیمار تحت درمان استاندارد ، کوتاه مدت و یا درمان مجدد است و بالاخره نتیجه قسمت آنتی بیوگرام مشخص شود)

نتیجه درمان : (در صورت بروز عارضه نوع آن ، در صورت فوت علت مرگ شرح داده شود) :

مستقیم

مستقیم

مستقیم

هشت ماه بعد

دو ماه بعد

نتایج دوره های آزمایش خلط : قبل از درمان

کشت

کشت

کشت

12 ماه بعد مستقیم / کشت در صورتیکه بیش از 12 ماه خلط مثبت است توضیح داده شود :

موارد تماس خانوادگی

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	نام مادر	جنس	تاریخ تولد	نسبت با بیمار	شغل	سابقه تلقیح و وجود B.C.C اسکار	تاریخ تلقیح B.C.C	نتایج آزمایشگاهی			
										خلط مستقیم	کشت خلط	کشت رادیولوژی	قطع توبرکولین

آدرس محل کار افراد خانوار با ذکر شماره ردیف (در مورد شاغلین و یا محصلین):

نظریه اپیدمیولوژیک استان :

امضاء

تاریخ بررسی

نام کارشناس - کاردان بررسی

امضاء و شماره نظام پزشکی

تاریخ بررسی

نام پزشک بررسی کننده

یک نسخه از این فرم در مرکز تهیه کننده نگهداری و نسخ بعدی به مرکز بهداشت شهرستان - استان ارسال می گردد .

مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت نام مسئول تیم سیاری نام شهرستان نام محل		وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات سازمان منطقه ای بهداشت و درمان استان		فرم بررسی انفرادی بیماری سل کد بیماری : تاریخ تهیه فرم :	
نام :		نام خانوادگی :		نام پدر :	
تاریخ تولد :		شغل :		نام مادر :	
مشاغل قبلی :		میزان سواد :		تعداد افراد خانواده :	
				نحوه کشف مورد :	
نشانی محل سکونت:		نشانی محل کار:			
تعداد افراد در تماس شغلی (در یک فضا کار می کنند)		تعداد با تست جلد مثبت :		نام سمت گزارشگر :	
عضو مبتلا :		تاریخ احتمالی شروع علائم:			
تاریخ تشخیص قطعی :		نام پزشک معالج و مرکز درمانی :			
یافته های بالینی :					
یافته های پراکلینیکی :					
سابقه مشخص بیمار (اولین بار شناخته شده ، عود ، قطع درمان و سایر مسائل در این زمینه مطرح است)					
اطلاعات همه گیر شناسی (سابقه B.C.C و وجود اسکار نزد بیمار و افراد در تماس با وی همچنین وضع تهویه محل کار بیمار مورد نظر است)					
اقدامات پیگیری :					
وضعیت مسکن و درآمد :					
میزان درآمد خانواده :		تعداد افرادی که بیمار در یک اطاق می خوابند :			
تعداد اطاقهای مسکونی :		نحوه گرم کردن منزل در زمستان :			

ادامه فرم بررسی انفرادی بیماری سل

اقدامات درمانی (نوع ، مقدار و طول درمان مورد نظر است . ضمناً تعیین شود که بیمار تحت درمان استاندارد ، کوتاه مدت و یا درمان مجدد است و بالاخره نتیجه قسمت آنتی بیوگرام مشخص شود)

نتیجه درمان : (در صورت بروز عارضه نوع آن ، در صورت فوت علت مرگ شرح داده شود) :

مستقیم

مستقیم

مستقیم

نتایج دوره های آزمایش خلط : قبل از درمان

دو ماه بعد

هشت ماه بعد

کشت

کشت

کشت

12 ماه بعد مستقیم / کشت در صورتیکه بیش از 12 ماه خلط مثبت است توضیح داده شود :

موارد تماس خانوادگی

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	نام مادر	جنس	تاریخ تولد	نسبت با بیمار	شغل	سابقه تلقیح و وجود B.C.C اسکار	تاریخ تلقیح B.C.C	نتایج آزمایشگاهی			
										خلط مستقیم	کشت خلط	کشت رادیولوژی	قطع توپر کوبین

آدرس محل کار افراد خانوار با ذکر شماره ردیف (در مورد شاغلین و یا محصلین):

نظریه اپیدمیولوژیک استان :

نام کارشناس - کاردان بررسی

تاریخ بررسی

امضاء

نام پزشک بررسی کننده

تاریخ بررسی

امضاء و شماره نظام پزشکی

فرم شماره 1

جمهوری اسلامی ایران برنامه کشوری مبارزه با سل - فرم بیمار یابی موارد مشکوک

محل بیمار یابی :

مرکز بهداشتی درمانی خانه بهداشت پایگاه بهداشتی تیم سیار
 زندان بیمارستان (بخش تخت شماره پرونده) مطب
 سایر مراکز درمانی ذکر شود

نام و نام خانوادگی : سن : جنس : مرد ☐ زن ☐ ملیت : ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐

وضعیت تأهل : مجرد ☐ متأهل ☐ جدا شده از همسر ☐ همسر مرده ☐ وزن ☐

نشانی کامل:

شماره سل شهرستان (برای بیماران تحت درمان) :

علت انجام آزمایش : تشخیص ☐ ادامه درمان ☐

سابقه	دارد	ندارد
ابتلای قبلی به سل	☐	☐
مصرف داروی ضد سل (بیش از یک ماه)	☐	☐
بیماری سل در خانواده	☐	☐
وجود سرفه در افراد دیگر خانواده	☐	☐

علائم بالینی و شکایات	دارد	ندارد
سرفه (بیش از سه هفته)	☐	☐
خلط	☐	☐
خلط حاوی خون	☐	☐
تب	☐	☐

اسکار تلقیح ب ث ژ : دارد ☐ ندارد ☐ مشکوک ☐

آیا سابقه تلقیح ب ث ژ در کارت واکسن بیمار وجود دارد ؟ بلی ☐ خیر ☐ کارت واکسن ندارد ☐

نام و امضای گیرنده نمونه :

.....

شماره مسلسل نمونه	تاریخ دریافت نمونه از بیمار	تاریخ ارسال نمونه به آزمایشگاه
نمونه 1		
نمونه 2		
نمونه 3		

نتایج آزمایشگاهی میکروشناسی خلط

نمونه	تاریخ انجام آزمایش	کیفیت نمونه *	نتیجه		درجه مثبت بودن نمونه			
			منفی	مثبت	1 تا 9 باسیل (تعداد ذکر شده)	1+	2+	3+
			☐	☐	☐		☐	☐
			☐	☐	☐		☐	☐
			☐	☐	☐		☐	☐

تاریخ وصول نمونه به آزمایشگاه :

شماره دفتر آزمایشگاه :

نام و امضای آزمایش کننده :

ملاحظات :

تاریخ دریافت نتیجه توسط مرکز درمانگر :

* کیفیت نمونه : در این ستون شکل ظاهری نمونه (آب دهان / چرکی مخاطی / خونی) ذکر شود (چنانچه نمونه خشک یا ناکافی بود در همین ستون منعکس گردد)

جمهوری اسلامی ایران

برنامه کشوری مبارزه با سل - فرم انتقال / ارجاع بیمار مبتلا به سل

این فرم با استفاده از کاغذ کاربن در سه نسخه تنظیم می گردد

نام واحد انتقال دهنده / ارجاع دهنده: تلفن: شماره: نامبر:
 نام واحدی که بیمار به آنجا انتقال یا ارجاع می شود:

□ بیمار انتقال یافته است ← شماره سل شهرستان در واحد انتقال دهنده (اولیه): تاریخ شروع درمان:
 □ بیمار ارجاع شده است تاریخ شروع درمان:

نام و نام خانوادگی بیمار: سن: جنس: مرد □ زن □ ملیت: ایرانی □ غیر ایرانی □
 نشانی کامل بیمار در شهرستان انتقال / ارجاع دهنده (اولیه) و شماره تلفن:
 نوع بیمار: ریوی □ خارج ریوی □ محل: نتیجه اسمیر خلط در بدو تشخیص (با ذکر درجه مثبت بودن):
 نوع بیماری: جدید □ عود □ وارد □ درمان بعد از غیبت □ سایر موارد □ ذکر کنید:
 گروه درمانی: Ca1.1 □ Ca1.2 □ سایر □
 داروهایی که بیمار در حال حاضر دریافت می کند و مقدار تجویز روزانه آنها بر حسب میلی گرم: 1- 2-
 3- 4- 5- 6-
 ملاحظات: (نتیجه آزمایشات خلط در طی درمان):
 نشانی کامل بیمار در شهرستان مقصد و شماره تلفن:
 تاریخ انتقال / ارجاع: / / نام فرد انتقال / ارجاع دهنده و سمت: امضاء:

مرکز بهداشت شهرستان انتقال / ارجاع دهنده: شماره تلفن: شماره نمابر:
 معاونت بهداشتی دانشگاه انتقال / ارجاع دهنده: شماره تلفن: شماره نمابر:

(در این قسمت نتیجه درمان در موعد مقرر منعکس و به واحد ارجاع دهنده ارسال گردد.)

نام و نام خانوادگی بیمار: سن: جنس: مرد □ زن □ ملیت: ایرانی □ غیر ایرانی □
 شماره سل شهرستان اولیه (در صورتی که بیمار انتقال یافته بوده است): تاریخ انتقال / ارجاع: / /

نتیجه آزمایشات خلط حین درمان (با ذکر تاریخ آزمایش):		نتیجه درمان:	
نتیجه آزمایش خلط پس از پایان مرحله حمله ای:	مثبت □	منفی □	1- بهبود یافته (با خلط منفی) □
	مثبت □	منفی □	2- تکمیل دوره درمان (بدون آزمایش خلط) □
نتیجه آزمایش خلط پس از پایان ماه چهارم درمان (برای گروه یک) و پس از پایان ماه پنجم (برای گروه دو)	مثبت □	منفی □	3- غیبت □
	مثبت □	منفی □	4- فوت شده □
نتیجه آزمایش خلط در ماه پایانی درمان	مثبت □	منفی □	5- شکست درمان □
	مثبت □	منفی □	6- انتقال یافته □
ملاحظات:			

مرکز بهداشت شهرستان انتقال / ارجاع دهنده: شماره تلفن: شماره نمابر:
 معاونت بهداشتی دانشگاه انتقال / ارجاع دهنده: شماره تلفن: شماره نمابر:

نام خانوادگی بیمار: سن: جنس: مرد □ زن □ ملیت: ایرانی □ غیر ایرانی □
 شماره سل شهرستان اولیه (در صورتی که بیمار انتقال یافته بوده است):
 شماره سل شهرستان جدید (در صورتی که بیمار ارجاع یافته بوده است):
 تاریخ انتقال / ارجاع: / /
 این بیمار در تاریخ ... / ... / ... در این شهرستان ثبت شده است. نام مرکز درمان کننده: نام شهرستان:
 نام تکمیل کننده و سمت: امضاء: تاریخ تکمیل:

فرم معرفی بیماران مبتلا به سل جهت جهت مشاوره تخصصی

به : بیمارستان امام رضا (ع) - درمانگاه عفونی

شهرستان :

از : مرکز بهداشت درمانی

شماره سل :

مشخصات بیمار :

نام و نام خانوادگی : سن : تشخیص بیماری : پزشک معالج : وزن :

تاریخ شروع درمان : گروه درمانی : پروتکل درمانی :

سابقه قبلی ابتلا به سل یا سایر بیماریها با ذکر داروی مصرفی :

.....

.....

علت ارجاع بیمار :

.....

.....

.....

اقدامات پاراکلینیکی تشخیص و پایش درمان

الف) اسمیر مستقیم خلط با توجه به زمان مورد نیاز

شروع درمان	پایان ماه 2	پایان ماه 3	پایان ماه 4	پایان ماه 5	پایان ماه 6	ماه آخر درمان
تاریخ						
نتیجه						

ب) آزمایشات انجام شده بر حسب نیاز (کشت خلط ، تست های کبدي ، کلیوی و ...)

تاریخ													
آزمایش													
نتیجه													

ج) سایر اقدامات تشخیصی :

.....

.....

.....

تذکر : همراه بودن کلیشه های رادیولوژی الزامی است .

تاریخ مهر و امضاء پزشک ارجاع دهنده :

نظریه پزشک مشاور :

.....

.....

.....

تاریخ مهر و امضاء پزشک مشاور

فرم معرفی کودکان مشکوک به T.B جهت مشاوره تخصصی

به : بیمارستان

از : مرکز بهداشت درمانی

مشخصات کودک :

نام و نام خانوادگی : سن : وزن :
تغذیه کودک شیر مادر ☐ شیر مصنوعی ☐

علت ارجاع کودک :

- 1- سابقه بیماری با سل ریوی خلط مثبت ☐ بلی ☐ خیر ☐
- 2- علایم مشکوک در رادیو گرافی قفسه صدری به نفع سل ☐ بلی ☐ خیر ☐
- 3- علایم مشکوک به سل (تب ، سرفه ، بی اشتها ، کج خلقی ، بیش از 4 هفته) ☐ بلی ☐ خیر ☐
- 4- نسبت وزن بیمار بر حسب سن کمتر از 60٪ ☐ بلی ☐ خیر ☐
- 5- وجود سوء تغذیه بدون بهبودی بعد از 4 هفته ☐ بلی ☐ خیر ☐
- 6- زاویه دار شدن ستون مهره ها ☐ بلی ☐ خیر ☐
- 7- وجود لنفادنوپاتی ☐ بلی ☐ خیر ☐
- 8- تورم مفصل یا استخوان ☐ بلی ☐ خیر ☐
- 9- سابقه واکسیناسیون ب. ث. ژ ☐ بلی ☐ خیر ☐
- 10- اندازه تست توبرکولین میلی متر

توضیحات :

.....
.....

تاریخ مهر و امضاء پزشک ارجاع دهنده :

نظریه پزشک محترم مشاور :

.....
.....
.....

تاریخ مهر و امضاء پزشک مشاور

مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت تیم روستایی		وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز بهداشت شهرستان		فرم بررسی انفرادی بیماری سالک تاریخ تهیه فرم :	
نام :		نام خانوادگی :		نام پدر :	
سن :		جنس :		ملیت :	
آدرس محل سکونت فعلی :					
آدرس محل سکونت در یکسال گذشته :					
تعداد افراد خانوار محل سکونت :					
تعداد افرادی که در خانه دارای ضایعات جلدی می باشند .					
مشخصات ساختمان مسکونی محل سکونت : □ نوساز □ قدیمی □ مخروبه □					
علائم بالینی (مشخصات ضایعه) :					
محل ضایعه در بدن :					
تعداد ضایعات :					
تاریخ بروز علائم (ظهور زخم) :					
تاریخ تشخیص :					
منبع گزارش :					
نتیجه آزمایش تشخیصی :					
نوع ، مقدار و مدت داروی تجویز شده :					
نتیجه درمان :					
بررسی همه گیر شناسی : -نوع مخزن مشخص گردد (در صورت وجود سگ در منزل ، وجود ضایعه جلدی آن بررسی شود) : -وجود و نوع ناقل (پشه فلبوتوم): -نوع بیماری(خشک یا مرطوب):					
اقدامات پیگیری :					
نام پزشک بررسی کننده :					
تاریخ بررسی :					
امضاء و شماره نظام پزشکی :					
نظریه اپیدمیولوژیست یا کارشناس مسئول مبارزه با بیماریهای شهرستان :					
امضاء					
یک نسخه از این فرم در مرکز بهداشتی درمانی تهیه کننده نگهداری و یک نسخه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد .					

مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت تیم سیاری		وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز بهداشت شهرستان		فرم بررسی انفرادی بیماری سیاه زخم تاریخ تهیه فرم :	
نام :		نام خانوادگی :		نام پدر :	
سن :		جنس :		ملیت :	
میزان سواد :		شغل :			
آدرس محل سکونت :					
تاریخ بروز علائم:		تاریخ تشخیص :		نوع بیماری :	
محل ضایعه: تعداد ضایعات جلدی :					
علائم بالینی :					
منبع احتمالی آلودگی :					
نتایج آزمایشات تشخیصی با ذکر نوع آزمایش :					
اسمیر کشت IFA					
<u>بررسی همه گیر شناسی :</u> نحوه ابتلا سابقه بیماری در محل کار سابقه بیماری در خانواده وضعیت بیماری در دامهای محل وضعیت ایمن سازی دامهای محل					
<u>اقدامات پیگیری (در دام و انسان) :</u>					
تاریخ اعلام به دامپزشکی :					
نوع ، مقدار و مدت داروی تجویز شده :					
عاقبت بیماری (در صورت فوت ذکر تاریخ آن)					
نام پزشک بررسی کننده :		تاریخ بررسی :			
نظریه اپیدمیولوژیست یا کارشناس مسئول مبارزه با بیماریهای شهرستان : امضاء					

فرم بررسی انفرادی بیماری کیست هیداتیک تاریخ تهیه فرم :		وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز بهداشت شهرستان		مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت تیم روستایی	
نام :	نام خانوادگی :	نام پدر :	سن :	جنس :	
شغل :	میزان سواد :	ملیت :			
آدرس محل سکونت :					
تاریخ بروز علائم:		تاریخ تشخیص :			
اعضاء مبتلا :					
علائم بالینی بیمار :		تعداد کیست :			
نتایج آزمایشات تشخیصی (مقدار آلكالن فسفاتاز مورد نظر است)					
بررسی همه گیر شناسی : سابقه تماس با سگ : سابقه و نحوه مصرف سبزیجات :					
اقدامات پیگیری :					
نتیجه اقدامات درمانی با ذکر درمان دارویی با جراحی :					
نام پزشک بررسی کننده :		تاریخ بررسی :		امضاء و شماره نظام پزشکی :	
نظریه اپیدمیولوژیست یا کارشناس مسئول مبارزه با بیماریهای شهرستان :					
امضاء					
یک نسخه از این فرم در مرکز بهداشتی درمانی تهیه کننده نگهداری و یک نسخه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد .					

مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت تیم سیاری	وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز بهداشت شهرستان	فرم بررسی انفرادی بیماری تب مالت تاریخ تهیه فرم :
نام : نام خانوادگی : نام پدر : تعداد افراد خانوار :		
سن : جنس : شغل : میزان سواد :		
آدرس محل سکونت : منبع گزارش :		
تاریخ بروز علائم : تاریخ تشخیص بیماری :		
مشخصات بالینی بیماری :		
منبع احتمالی بیماری :		
نوع و نتیجه آزمایشات انجام یافته :		
بررسی همه گیر شناسی : 1 - نحوه ابتلا به بیماری : 2 - سابقه بیماری در خانواده : 3 - وضعیت بیماری در دام :		
اقدامات پیگیری بیماری در دام و انسان در محل :		
نوع ، مقدار و مدت داروی تجویز شده :		
نتیجه در مان بیمار :		
نام پزشک بررسی کننده : تاریخ بررسی : امضاء و شماره نظام پزشکی :		
نظریه اپیدمیولوژیست یا کارشناس مسئول مبارزه با بیماریهای شهرستان : انتقال محلی وارد امضاء		
یک نسخه از این فرم در مرکز بهداشتی درمانی تهیه کننده نگهداری و یک نسخه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد .		

بسمه تعالی

وزارت بهداشت ، در مان و آموزش پزشکی – صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل متحد در تهران

پرسشنامه بررسی عوامل موثر بر مرگ و میر نوزادان و مرده زائی

در مناطق روستایی تحت پوشش خانه های بهداشت

پرسشنامه :
مخصوص موارد مرده زایی

تاریخ پرستگری / /

استان شهرستان مرکز بهداشتی درمانی

خانه بهداشت نام پرستگر سمت پرستگر

محل کار پرستگر کد مورد ☐ ☐

مشخصات خانه بهداشت

1	آیا مطابق با آنچه در زیچ حیاتی این خانه بهداشت ثبت شده است در جمعیت تحت پوشش این خانه موردی از مرده زائی یا مرگ نوزادان وجود داشته است ؟ 1- بلی 2- خیر	1 = ☐
	در صورت خیر پرستگری همین جا خاتمه می یابد	
2	در صورت بلی : 1- فقط مرگ نوزاد بوده 2- فقط مرده زائی بوده 3- هر دو هم مرده زایی و هم مرگ نوزاد	2 = ☐
1-2:ب	در زمانیکه مراقبت از این مادر باردار می بایست صورت بگیرد خانه بهداشت در کدامیک از وضعیتهای زیر بوده : 1- حداقل یک بهورز زن فارغ التحصیل داشت 2- حداقل یک بهورز دانش آموز داشت 3- بهورز زن نداشت 4- غیره بنویسید:.....	2-1 = ☐

* برای هر مورد مرده زائی یا مرگ نوزاد به تفکیک یک پرسشنامه تکمیل می شود .

** پاسخ سوالاتی که با حرف (ب) مشخص شده اند فقط از بهورز یا پرونده خانوار بدست آید و پاسخ سوالاتی که با حرف (م) مشخص شده اند از مادر پرسیده

شود .

3- ب	سن مادر در شزوع حاملگی منجر به مرده زائی یا زایمانی که منجر به فوت نوزاد شد چند سال بوده است ؟	3 = ☐
4- ب	این حاملگی مادر چندمین حاملگی وی بوده است ؟	4 = ☐
5- ب	این زایمان چندمین زایمان مادر بوده است ؟	5 = ☐
6- م	فاصله زایمان قبلی این مادر با این زایمان چقدر بوده (بر حسب ماه - برای اولین زایمان کد صفر)	6 = ☐

7 = □	مادر چند مورد سقط قبل از این حاملگی داشته است	7- م
8 = □	در دوران بارداری مادر چند نفر با وی زندگی می کرده اند ؟	8- م
9 = □	مادر در دوران بارداری چه بوده است ؟ 1 - صرفاً خانه داری 2 - علاوه بر خانه داری در منزل هم شاغل بوده است . 3 - کشاورزی / دامداری بصورت همکاری با خانواده علاوه بر خانه داری 4 - کشاورزی / دامداری بصورت مسئولیت فردی علاوه بر خانه داری 5 - سایر بنویسید	9- م
10 = □	محل زندگی مادر در چه روستایی بوده است ؟ 1- بلی 2- خیر	10- ب
11 = □	آیا حاملگی مادر در پرونده خانوار ثبت شده است ؟ 1- بلی 2- خیر	11- ب

در صورت بلی ادامه دهید در صورت خیر 39 مراجعه شود .

12 = □	در شروع مراقبتها مادر از چند ماهگی تحت مراقبت قرار گرفته ؟	12- ب
13 = □□	در طول دوره بارداری چند بار مراقبت صورت گرفته ؟	13- ب
14 = □	آیا در شروع مراقبتها جزء گروه در معرض خطر طبقه بندی شد ؟ 1- بلی 2- خیر	14- ب
15 = □	آیا در طول مراقبتهای دوران بارداری وارد گروه در معرض خطر شد ؟ 1- بلی 2- خیر	15- ب
16 = □	مادر در چه گروه حاملگیهای در معرض خطر طبقه بندی شده بود ؟ از نظر سن 1- بلی 2- خیر	16- ب
17 = □	از نظر قد 1- بلی 2- خیر	17- ب
18 = □	از نظر تعداد حاملگیهای قبلی 1- بلی 2- خیر	18- ب
19 = □	از نظر سقط در آخرین حاملگی 1- بلی 2- خیر	19- ب
20 = □	از نظر مرده زایی در آخرین حاملگی 1- بلی 2- خیر	20- ب
21 = □	از نظر غش در حاملگیهای قبلی 1- بلی 2- خیر	21- ب
22 = □	از نظر ادم در حاملگیهای قبلی 1- بلی 2- خیر	22- ب
23 = □	زایمان غیرطبیعی در حاملگیهای قبلی 1- بلی 2- خیر	23- ب
24 = □	خونریزی در دوران حاملگیهای قبلی 1- بلی 2- خیر	24- ب
25 = □	خونریزی بیش از حد طبیعی در بعد از زایمان 1- بلی 2- خیر	25- ب
26 = □	از نظر مدت زایمان پس از 24 ساعت 1- بلی 2- خیر	26- ب
27 = □	وزن نوزاد کمتر از 2500 گرم 1- بلی 2- خیر	27- ب
28 = □	مرگ نوزاد در هفته اول 1- بلی 2- خیر	28- ب

در طول مراقبتها با کدام یک از علائم زیر جزء حاملگیهای پر خطر قرار بود .

29 = □	رنگ پریدگی شدید	1- بلی	2- خیر
30 = □		1- بلی	2- خیر
31 = □	خونریزی	1- بلی	2- خیر
32 = □	لاغری مفرط	1- بلی	2- خیر
33 = □	شکم بسیار بزرگ	1- بلی	2- خیر
34 = □	نمایش غیر طبیعی جنین	1- بلی	2- خیر
35 = □	نشیدن صدای قلب جنین	1- بلی	2- خیر
36 = □	فشار خون بالای 140.90	1- بلی	2- خیر
37 = □	هموگلوبین کمتر از 10	1- بلی	2- خیر
38 = □	آلبومین در ادرار	1- بلی	2- خیر
39 = □	مادر واکسیناسیون تولم یا کزاز را قبل از حاملگی را در طول حاملگی داشته ؟	1- بلی	2- خیر
40 = □	در صورت بلی زمان تزریق هر یک از نوبتها را بنویسید . 1- نوبت اول مادر در چه سنی بوده است 2- نوبت دوم مادر در چه سنی بوده است 3- نوبت سوم مادر در چه سنی بوده است 4- نوبت چهارم مادر در چه سنی بوده است 5- نوبت پنجم مادر در چه سنی بوده است		
41 = □	آیا مادر در دوران بارداری از داروهای خاصی بطور مستمر استفاده می کرده ؟	1- بلی	2- خیر
42 = □	در صورت بلی نام آنها را بنویسید . اگر از مادر بخواهید که بسته بندی آن را ارائه دهد و سپس نام دارو را ثبت کنید بهتر است . 1- 2- 3- 4- 5- اساساً نام دارو و یا نسخه و یا بسته بندی از آن در اختیار ندارد .		
43 = □	آیا مادر در دوران بارداری از دخانیات استفاده میکرده است ؟ 1- خیر 2- بلی سیگار روزانه کمتر از 3 عدد 3- بلی سیگار روزانه بیش از 3 عدد 4- قلیان روزانه یکبار 5- قلیان روزانه بیش از یکبار 6- چپق 7- سایر بنویسید		

44 = □	44- م آیا سابقه مرده زائی داشته است ؟ 3- اولین باری است که وی زایمان کرده است . 1- بلی 2- خیر
45 = □	45- م اگر بلی چند بار
46 = □	46- م آیا سابقه فوت فرزندان در قبل از یکسالگی را داشته است ؟ 3- اولین باری است که وی زایمان کرده است . 1- بلی 2- خیر
47 = □	47- م اگر فرزندی از وی در زیر یکسالگی فوت کرده اند چند نفر بوده ؟
48 = □	به چه علت هایی مرگ اتفاق افتاده بود - علت مرگ کودک اول - علت مرگ کودک دوم - علت مرگ کودک سوم - علت مرگ کودک چهارم 48- م
49 = □	این حاملگی به یک مرده زایی منجر شد یا یک نوزاد زنده ؟ 1- مرده زائی 2- نوزاد زنده 3- مادر به درستی نمی تواند قضاوت کند 49- م
50 = □	این حاملگی دقیقاً در چه ماهی خاتمه یافت ؟ 1- مادر نمی داند 2- مادر می داند 50- م
40 = □	در صورت بلی زمان تزریق هر یک از نوبتها را بنویسید . 1- نوبت اول مادر در چه سنی بوده است 2- نوبت دوم مادر در چه سنی بوده است 3- نوبت سوم مادر در چه سنی بوده است 4- نوبت چهارم مادر در چه سنی بوده است 5- نوبت پنجم مادر در چه سنی بوده است 40- ب
41 = □	آیا مادر در دوران بارداری از داروهای خاصی بطور مستمر استفاده می کرده ؟ 1- بلی 2- خیر 41- م
42 = □	در صورت بلی نام آنها را بنویسید . اگر از مادر بخواهید که بسته بندی آن را ارائه دهد و سپس نام دارو را ثبت کنید بهتر است . 1- 2- 3- 4- 5- اساساً نام دارو و یا نسخه و یا بسته بندی از آن در اختیار ندارد . 42- م
43 = □	آیا مادر در دوران بارداری از دخانیات استفاده می کرده است ؟ 1- خیر 2- بلی سیگار روزانه کمتر از 3 عدد 3- بلی روزانه بیش از 3 عدد 4- قلیان روزانه یکبار 5- قلیان روزانه بیش از یکبار 6- چپق 7- سایر بنویسید 43- م

44 = □	1- بلی 2- خیر	44- م آیا سابقه مرده زائی داشته است ؟ 3- اولین باری که وی زایمان کرده است .
45 = □		45- م اگر بلی چند بار
46 = □	1- بلی 2- خیر	46- م آیا سابقه فوت فرزندان در قبل از یکسالگی را داشته است ؟ 3- اولین باری که وی زایمان کرده است .
47 = □		47- م اگر فرزندانی از وی در زیر یکسالگی فوت کرده اند چند نفر بوده ؟
48 = □		48- م به چه علت هایی مرگ اتفاق افتاده بود - علت مرگ کودک اول - علت مرگ کودک دوم - علت مرگ کودک سوم - علت مرگ کودک چهارم
49 = □		49- م این حاملگی به یک مرده زایی منجر شد یا یک نوزاد زنده ؟ 1- مرده زایی 2- نوزاد زنده 3- مادر به درستی نمی تواند قضاوت کند
50 = □	1- مادر نمی داند 2- مادر می داند	50- م این حاملگی دقیقاً در چه ماهی خاتمه یافت ؟
51 = □		51- م در صورتیکه مادر ماه خاتمه حاملگی خود را میداند در چه ماهی بوده است ؟
52 = □	1- بلی 2- خیر	52- م آیا در شروع زایمان مادر می دانسته که جنین در شکم وی مرده است ؟
53 = □□		53- م زایمان در چه ماهی از سال انجام گرفت

در صورتیکه در شروع زایمان مادر می دانسته که جنین وی مرده پرسشگری در همین جا خاتمه می یابد در غیر اینصورت پرسشگری ادامه می یابد .

54 = □	1- در روستا 2- در جاده 3- در تسهیلات 4- در بیمارستان شهرستان بنویسید	54- م زایمان در کجا شروع شد (منظور از دردهای شدید با فاصله کوتاه زایمانی) 5- در بیمارستان استان 6- غیره
55 = □	1- در روستا 2- در جاده 3- در تسهیلات 4- در بیمارستان شهرستان بنویسید	55- م زایمان در کجا خاتمه یافت . 5- در بیمارستان استان 6- غیره
56 = □□		56- م از شروع زایمان (دردهای شدید با فاصله کوتاه) تا خاتمه زایمان چند ساعت طول کشید .
57 = □	1- مامای تحصیل کرده 2- پزشک عمومی یا متخصص 3- مامای محلی دوره دیده 4- مامای محلی دوره ندیده 5- زنان دیگر فامیل یا همسایه 6- هیچکس 7- غیره بنویسید	57- م در صورتیکه زایمان در بیمارستان با تسهیلات خاتمه نیافته است چه کسی به زایمان شما کمک کرد . 1- مامای تحصیل کرده 2- پزشک عمومی یا متخصص 3- مامای محلی دوره دیده 4- مامای محلی دوره ندیده 5- زنان دیگر فامیل یا همسایه 6- هیچکس 7- غیره بنویسید
58 = □	1- زایمان طبیعی بدون هیچ اقدام خاصی 2- زایمان با استفاده از سزارین 3- زایمان با استفاده از واکيوم 4- زایمان با استفاده از اپی زیاتومی 5- زایمان با استفاده از فورسپس 6- نمی داند	58- م با کدامیک از روشهای زیر زایمان خاتمه یافت . 1- زایمان طبیعی بدون هیچ اقدام خاصی 2- زایمان با استفاده از سزارین 3- زایمان با استفاده از واکيوم 4- زایمان با استفاده از اپی زیاتومی 5- زایمان با استفاده از فورسپس 6- نمی داند
59 = □	1- بلی 2- خیر	59- م آیا بعد از خاتمه زایمان نوزاد شما زنده بود ؟

60- م	در صورت خیر کسانی که به زایمان شما کمک کرده بودند علت مرگ جنین را چه گفتند . بنویسید :	60 = □
-------	---	--------

در صورتیکه مرگ در حین زایمان در بیمارستان شهرستان یا استان اتفاق افتاده به سوال 61 مراجعه شود .

61- م	در مراجعه به بیمارستان شهرستان یا استان : 1- پرونده در دسترس قرار گرفت 2- پرونده علیرغم همه تلاشهای ممکن در دسترس قرار نگرفت .	61 = □
62- م	علت مرگ بر اساس آنچه که در پرونده ثبت شده است . در صورتیکه پرونده استنباط درستی از علت مرگ را به شما نمی دهد با پزشک بخش مشورت و سپس علت را بنویسید . علت مرگ جنین بر اساس پرونده زائو	

در صورتیکه زایمان به یک نوزاد زنده منجر نشده است پرستگری در همین جا خاتمه می یابد در غیر اینصورت پرستگری را ادامه دهید .

63- م	نوزاد شما چند روز پس از زایمان فوت کرد ؟	63 = □□
64- م	آیا نوزاد در بعد از تولد وزن شده بود ؟	64 = □
65- م	در صورت پاسخ بلی وزن نوزاد در بعد از تولد (به گرم)	65 = □□□□

در صورتیکه نوزاد 24 ساعت پس از زایمان زنده مانده است به سوال 69 مراجعه شود .

66- م	اگر نوزاد در روز اول بعد از زایمان (تا 24 ساعت بعد از خاتمه زایمان) فوت کرده است کسانی که به زایمان مادر کمک کرده بودند علت را چه گفته اند(همانگونه که مادر می گوید آنرا بنویسید) علت مرگ در روز اول	
-------	--	--

در صورتیکه مرگ در بیمارستان شهرستان یا استان اتفاق افتاده به سوال 67 مراجعه شود و در غیر اینصورت پرستگری در همین جا خاتمه می یابد .

67- م	در مراجعه به بیمارستان شهرستان یا استان 1- پرونده در دسترس قرار گرفت 2- پرونده علیرغم همه تلاشهای ممکن در دسترس قرار نگرفت .	67 = □
68- م	علت مرگ بر اساس آنچه که در پرونده ثبت شده است در صورتیکه پرونده استنباط درستی از علت مرگ را به شما نمی دهد با پزشک بخش مشورت و سپس علت را بنویسید . علت مرگ جنین بر اساس پرونده نوزاد	

در صورتیکه مرگ نوزاد در روز اول بعد از زایمان اتفاق افتاده پرستگری در همین جا خاتمه می یابد .

در صورتیکه مرگ در فاصله روز دوم تا هفتم اتفاق افتاده این بخش تکمیل شود در غیر اینصورت به سوال 70 مراجعه شود.

69- م	مرگ در کجا اتفاق افتاده ؟ 1- روستا 2- بیمارستان شهرستان 3- بیمارستان استان 4- غیره بنویسید	69 = □
-------	---	--------

در صورتیکه مرگ در بیمارستان شهرستان یا استان اتفاق افتاده به سوال 70 مراجعه در غیر اینصورت به سوال 73 مراجعه شود.

70 = □	70- م در مراجعه به بیمارستان شهرستان یا استان 1- پرونده در دسترس قرار گرفت 2- پرونده علیرغم همه تلاشهای ممکن در دسترس قرار نگرفت.
71 = □	71- م علت مرگ بر اساس آنچه که در پرونده ثبت شده است در صورتیکه پرونده استنباط درستی از علت مرگ را به شما نمی دهد با پزشک بخش مشورت و سپس علت را بنویسید. علت مرگ جنین بر اساس پرونده نوزاد
72 = □	72- م در صورتیکه مرگ تا هفت روزگی در منزل اتفاق افتاده از مادر بخواهید که ماجرا را بعد از زایمان خود تا هنگام مرگ نوزاد، تعریف کند و سپس تقریباً با همان کلمات مادر جزئیات را بنویسید.

در صورتیکه مرگ در فاصله روز هفتم پس از تولد تا 28 روز پس از زایمان اتفاق افتاده پرسشگری ادامه می یابد.

73 = □	73- م آیا نوزاد در روز دهم وزن شده ؟ 1- بلی 2- خیر
74 = □	74- م در صورت خیر دلیل آن را بنویسید.
75 = □□□□	75- م در صورت پاسخ بلی وزن نوزاد در ده روزگی
76 = □	76- م نوزاد در کجا فوت کرد. 1- روستا 2- بیمارستان شهرستان 3- بیمارستان استان 4- غیره بنویسید

در صورتیکه نوزاد در بیمارستان شهرستان یا استان فوت کرده به بیمارستان مراجعه و پرونده نوزاد را درخواست فرمایید.

77 = □	77- م در زمان مراجعه 1- پرونده در دسترس قرار گرفت 2- پرونده علیرغم همه تلاشهای ممکن در دسترس قرار نگرفت.
	78- م با استفاده از پرونده نوزاد فوت شده علت مرگ را استخراج و ثبت فرمایید (در صورتیکه در این زمینه مشکل دارید با پزشک بخش مشورت فرمائید.) علت مرگ بر اساس پرونده بیمارستان
	79- م در صورتیکه مرگ در منزل اتفاق افتاده از مادر بخواهید جزئیات شروع بیماری و چگونگی وقوع مرگ را شرح دهد و

	با همان کلمات مادر جزئیات را بنویسید .	
--	--	--

ضمیمه پرسشنامه مرده زایی :

- 1-نام و نام خانوادگی مادر جنین (نوزاد) :
- 2-نام و نام خانوادگی پدر :
- 3-تاریخ انجام زایمان (مرده زایی)
- 4-بیمارستان محل زایمان :

بسمه تعالی

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

شهرستان دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کد فرم 106

نام واحد:.....

نوع واحد : بیمارستان ☐ مرکز بهداشتی درمانی شهری ☐ ماه سال13

خانه بهداشت ☐ پایگاه بهداشتی ☐ عشایر ☐

« مراقبت مادران » (حذف)

تعداد زنان باردار مراقبت شده	جدید در این ماه	تکراری در این ماه
تعداد زنان بارداری که نیاز به مراقبتهای ویژه دارند		

تعداد زنان نیازمند به مراقبت ویژه														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
سن بالای 25 سال	سن زیر 18 سال	آلبومین ادرار	اختلال در فشار خون	ادم	هموگلوبین کمتر از 11 گرم	اختلال در افزایش وزن	خونریزی و لکه بینی	پر خطر بودن حاملگی با زایمانهای قبلی	ابتلا با سابقه بیماریهای مهم	تعداد حاملگی پیش از 2بار	حاملگی اول	سابقه سقط	مرده زایی	سایر علل

اطلاعات مربوط به زایمان																
1				2			3			4						
محل زایمان بر حسب نوع زایمان و فرد کمک کننده به زایمان				سن مادر در این تولد زنده			نوزادان مرده متولد شده			نوزادان زنده متولد شده						
بیمارستان یا زایشگاه		تسهیلات زایمانی	منزل		مهای تحصیلی	مهای روستایی	مهای سستی	زیر 18 سال	18 تا 35 سال	بالای 35 سال	نامعلوم	2000 گرم بالای	2500 گرم و بیشتر	زیر 2500 گرم	نامعلوم	
سزارین	طبیعی															

محل زایمان		نوبت مراجعه		بار اول	بار دوم
منزل	تعداد مادرانی که پس از زایمان مراجعه کرده اند				
	تعداد مادرانی که پس از زایمان دچار عارضه بوده اند				
زایشگاه یا بیمارستان	تعداد مادرانی که پس از زایمان مراجعه کرده اند				
	تعداد مادرانی که پس از زایمان دچار عارضه بوده اند				
مرکز تسهیلات زایمانی	تعداد مادرانی که پس از زایمان مراجعه کرده اند				
	تعداد مادرانی که پس از زایمان دچار عارضه بوده اند				

تاریخ تکمیل فرم نام و امضاء تکمیل کننده نام و امضاء مسئول واحد

فرم فعالیتهای ماهانه خانه های بهداشت کارگری شهرستان

« این فرم باید توسط مرکز بهداشت تکمیل شود »

1- مشخصات عمومی :

(مربوط به ماه سال 13.....)

- مجموع خانه های تحت پوشش : (صنعت) (معدن) (سایر) - تعداد خانه های گزارش شده
- تعداد کارگران تحت پوشش : ثابت (مرد زن) - موقت (مرد زن) - جمع کل نفر

2- فعالیتهای انجام شده :

- جلسات آموزش بهداشت : جلسه - تعداد شرکت کننده : نفر

- آموزش چهره به چهره : جلسه - تعداد نشریات توزیع شده : جلد

- دفعات شرکت بهداشتیاران کار در « کمیته حفاظت و ایمنی یا بهداشتی بار

- دفعات بازدید بهداشتی از کارگاهها توسط بهداشتیاران کار : بار

- مجموع پرونده های بهداشتی تشکیل شده : پرونده

- مجموع افراد معرفی شده جهت صدور کارت بهداشتی : نفر

- همکاری در کنترل و دفع حشرات موذی : بار

- همکاری در انجام اقدامات سالم سازی محیط کار : بار

- مجموع مراجعین برای دریافت کمکهای اولیه : نفر

- مجموع مراجعین برای دریافت داروهای اولیه : نفر

- ارجاع فوری به مراکز بهداشتی - درمانی : نفر

- ارجاع غیر فوری به مرکز بهداشتی - درمانی : نفر

الف : قبل از استخدام نفر

- مجموع معاینات انجام شده توسط پزشک نفر شامل : ب: دوره ای نفر

ج : اختصاصی نفر

3- وضعیت بهداشتی کارگاهها

- آب آشامیدنی : بهداشتی مورد غیر بهداشتی مورد

- سیستم دفع فاضلاب : بهداشتی مورد غیر بهداشتی مورد

- سیستم دفع زباله : بهداشتی مورد غیر بهداشتی مورد

- تاسیسات و تسهیلات بهداشتی :

نوع تاسیسات بهداشتی	جمع	بهداشتی	غیر بهداشتی
حمام			
توالت			
دستشویی			
رختکن (کمد لباس)			
آشپزخانه			
سالن غذاخوری			
محل نگهداری کودکان			

4- بیماریها و عوامل زیان آور و سوانح :

- مجموع کل حوادث و سوانح :..... مورد

- بیماریهای عمده شغلی که توسط پزشکان تشخیص داده شده است :..... مورد

- وضعیت حفاظت و ایمنی در کارگاهها : (خوب مورد) - (متوسط مورد) - (بد مورد)

- استفاده از وسایل حفاظت فردی : (بلی مورد) - (خیر مورد)

- مجموع بازدیدهای کارشناسان بهداشت حرفه ای از خانه های بهداشتی کارگری :..... مورد

- عوامل عمده زیان آور محیط کار به تشخیص کارشناسان بهداشت حرفه ای :..... مورد

5- فعالیتهای مصون سازی :

- توأم بالغین : نوبت اول :..... نفر نوبت دوم :..... نفر نوبت سوم :..... نفر

نوبت چهارم:..... نفر نوبت پنجم:..... نفر

6- فعالیتهای تنظیم خانواده :

- تعداد مراجعین جهت دریافت قرص :..... نفر - تعداد مراجعین جهت دریافت کاندوم :..... نفر

7- سایر موارد (فعالیتهای بهداشتی - مشکلات - پیشنهادات)

- نام و نام خانوادگی مسئول واحد آمار :..... تاریخ تنظیم امضاء

- نام و نام خانوادگی مسئول واحد بهداشت حرفه ای :..... امضاء

فرم فعالیتهای ماهانه خانه بهداشت کارگری
« این فرم باید توسط مرکز بهداشت تکمیل شود »

1- مشخصات عمومی : (مربوط به ماه سال 13)

- نام خانه بهداشت کارگری : (صنعت □) (معدن □) (سایر □)
- تعداد کارگران تحت پوشش : ثابت (مرد زن) - موقت (مرد زن) - جمع کل نفر

2- فعالیتهای انجام شده :

- تعداد جلسات آموزش بهداشت در این ماه جلسه
- تعداد شرکت کننده : نفر
- تعداد آموزش چهره به چهره در این ماه نفر
- تعداد نشریات توزیع شده در این ماه جلد
- دفعات شرکت بهداشتیار کار در کمیته های حفاظت و ایمنی یا بهداشتی در این ماه بار
- دفعات بازدید بهداشتی از کارگاهها توسط بهداشتیار کار در این ماه بار
- تعداد پرونده های بهداشتی تشکیل شده در این ماه پرونده
- تعداد افراد معرفی شده جهت صدور کارت بهداشتی در این ماه نفر
- دفعات همکاری در کنترل و دفع حشرات موذی در این ماه بار
- دفعات همکاری در انجام اقدامات سالم سازی محیط کار در این ماه بار
- تعداد مراجعین جهت دریافت کمکهای اولیه در این ماه نفر
- تعداد مراجعین جهت دریافت داروهای اولیه در این ماه نفر
- تعداد ارجاعات فوری به مراکز بهداشتی - درمانی در این ماه نفر
- تعداد ارجاعات غیر فوری به مرکز بهداشتی - درمانی در این ماه نفر
- تعداد معاینات قبل از استخدام در این ماه نفر
- تعداد معاینات دوره ای در این ماه نفر
- تعداد معاینات اختصاصی در این ماه نفر
- مجموع معاینات انجام شده در این ماه نفر

3- وضعیت بهداشتی کارگاهها

- آب آشامیدنی : بهداشتی مورد	- غیر بهداشتی مورد
- سیستم دفع فاضلاب : بهداشتی مورد	- غیر بهداشتی مورد
- سیستم دفع زباله : بهداشتی مورد	- غیر بهداشتی مورد

آمارها باید حتماً تا قبل از پنجم هر ماه به مرکز بهداشت برسند و آماری که بعد از تاریخ فوق ارسال گردد فاقد ارزش می باشد ضمناً در هر ماه باید صرفاً آمار همان ماه ارسال گردد و به آمار ماههای قبل، ترتیب اثر داده نشده و جزء آمارهای ارسال شده به حساب می آید.

پرسشنامه بررسی علل مرگ و میر نوزادان													
تاریخ تکمیل پرسشنامه :			نام خانوادگی پرسرگر :			کد شناسایی :							
نام و نام خانوادگی نوزاد :			تاریخ تولد :			نام بیمارستان محل تولد :							
نام و نام خانوادگی مادر :			تاریخ فوت :			نام بیمارستان و بخش محل فوت :							
نام و نام خانوادگی پدر :			نام مرکز :			نظریه کمیته در مورد علت فوت : امضاء مسئول کمیته :							
نام پدر بزرگ مادری نوزاد :			نام خانه بهداشت :										
مشخصات و سابقه مادر :			سابقه سقط :							بلی خیر			
باسواد :		بیسواد :		سابقه مرده زائی :						بلی خیر			
شاغل :		خانه دار :		سابقه فوت نوزاد :						بلی خیر			
ارهاش مثبت :		ارهاش منفی :		سابقه ناهنجاری در نوزادان قبلی :						بلی خیر			
مشخصات مادر طی حاملگی :			سابقه تولد نوزاد نارس :							بلی خیر			
کمتر از 18 سال			سابقه تولد نوزاد کم وزن :							بلی خیر			
سن :			18 تا 35 سال			نحوه مصرف مکمل های تغذیه ای کامل							
			بالای 35 سال			دوران بارداری : مصرف کرده است							
فاصله با تولد قبلی :			رتبه حاملگی :		حاملگی ناخواسته :		حاملگی خواسته :						
استفاده از دخانیات ، مواد مخدر ، الکل :			بلی خیر		پارگی کیسه آب :		بلی خیر						
ویزیت توسط پزشک :			بلی خیر		فشار خون بالا :		بلی خیر						
وجود پس خوراند ارجاع :			بلی خیر		سابقه دیابت :		بلی خیر						
عفونت :			بلی خیر		پره اکلامپسی :		بلی خیر						
کم خونی :			بلی خیر		اکلامپسی :		بلی خیر						
وزن گیری نامطلوب :			بلی خیر		سابقه بیماری قلبی :		بلی خیر						
خونریزی :			بلی خیر		سابقه بیماری کلیوی :		بلی خیر						
بزرگی یا کوچکی رحم :			بلی خیر		استفاده از دارو یکماه یا بیشتر :		بلی خیر						
مشخصات نوزاد :			سن :		جنس :		پسر دختر						
نوع زایمان :		طبیعی		وضعیت تولد :		کمتر از 34 هفته		عامل زایمان :					
		سزارین اکتیو											
		سزارین اورژانسی											
		بیمارستان											
محل تولد :		منزل		وزن تولد :		کمتر از 1000 گرم		نظر مادر در مورد علت فوت نوزاد :					
		سایر											
محل فوت :		بیمارستان				1000 تا 1499 گرم				1500 تا 2499 گرم		نظر پزشک مرکز در مورد علت فوت نوزاد :	
		منزل				2500 تا 3999 گرم				4000 گرم و بیشتر			
		سایر											
مشخصات نوزاد قبل از فوت :													
گریه بعد از مرگ :			بلی خیر		ویزیت توسط ماما یا بهورز :			بلی خیر					
نیاز به دریافت کمک تنفسی :			بلی خیر		ویزیت توسط پزشک :			بلی خیر					
قادر به شیر خوردن :			بلی خیر		ارجاع توسط بهورز :			بلی خیر					
ناهنجاری آشکار :			بلی خیر		ارجاع به بیمارستان :			بلی خیر					
بیماری یا هر مشکل دیگر :			بلی خیر		بستری در بیمارستان :			بلی خیر					
علت مرگ نوزاد :		علت زمینه ای مرگ :		نارسی		ناهنجاری		کم وزنی					
		علت واسطه ای مرگ :		عفونت		مننژیت		آسیفکسی					
								صددمات زایمانی					
								خونریزی					
								دیسترس تنفسی					

جمهوری اسلامی ایران

برنامه کشوری مبارزه با سل - فرم درخواست انجام کشت یا تست حساسیت برای نمونه خلط

نام خانوادگی: سن: جنس: مرد ☐ زن ☐ ملیت: ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐
نشانی کامل:

نام شهرستان:

واحد ارسال کننده نمونه

مرکز بهداشتی درمانی خانه بهداشت پایگاه بهداشتی تیم سیار
زندان بیمارستان (بخش تخت شماره پرونده) مطب
سایر مراکز درمانی ذکر شود

بیمار تحت درمان با گروه درمانی 1 است ☐ شماره سل شهرستان (برای بیماران تحت درمان):
بیمار تحت درمان با گروه درمانی 2 است ☐ تاریخ شروع درمان
سایر موارد ☐ ذکر شود:

داروهای مصرف شده	از تاریخ	تا تاریخ
ایزونیازید		
ریفامپین		
پیرازینامید		
اتامبوتول		
استرپتومايسين		

نمونه گیری در چه زمانی از دوره درمانی انجام شده است ؟

☐ نمونه خلط در ماه صفر

☐ نمونه خلط در پایان ماه دوم تاریخ جمع آوری نمونه:/...../.....

☐ نمونه خلط در پایان ماه چهارم پنجم

☐ نمونه خلط در ماه پایانی درمان

نام تکمیل کننده و سمت: امضاء:

نتایج آزمایشگاهی میکروشناسی خلط

(این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل شود)

نمونه	تاریخ انجام آزمایش	کیفیت نمونه *	نتیجه		درجه مثبت بودن نمونه			
			منفی	مثبت	1 تا 9 باسیل (تعداد ذکر شده)	1+	2+	3+
1			☐	☐	 ☐	☐	☐	☐
2			☐	☐	 ☐	☐	☐	☐
3			☐	☐	 ☐	☐	☐	☐

تاریخ وصول نمونه به آزمایشگاه:

شماره دفتر آزمایشگاه:

نام و امضای آزمایش کننده:

ملاحظات:

.....

داروهای مصرف شده	حساس	مقاوم	ملاحظات
ایزونیازید			
ریفامپین			
پیرازینامید			
اتامبوتول			
استرپتومايسين			

نتیجه کشت: مثبت ☐ منفی ☐

تاریخ گزارش نتیجه:

نام و آدرس آزمایشگاه:

نام مسئول آزمایشگاه:

* کیفیت نمونه: در این ستون شکل ظاهری نمونه (آب دهان / چرکی مخاطی / خونی) ذکر شود (چنانچه نمونه خشک یا ناکافی بود در همین ستون منعکس گردد). (

فرم جمع بندی اطلاعات مانا در کودکان کمتر از 2 ماه

دوره جمع آوری اطلاعات :..... مرکز بهداشتی درمانی :..... خانه بهداشت :

تعداد کودکان زیر 2 سال :..... تعداد فرمهای تکمیل شده :.....

علائم	نام طبقه بندی	تعداد طبقه بندی	پسخوراند ارجاع یا پیگیری		
			نامعلوم	بهبتر نشده	بهبتر شده
عفونتهای موضعی	احتمال عفونت باکتریال شدید				
	عفونت شدید چشم				
	ماستیت				
	عفونت شدید ناف				
	عفونت خفیف ناف				
	خونریزی بند ناف				
	عفونت شدید پوست				
	عفونت خفیف پوست				
اسهال	کم آبی شدید				
	کم آبی ندارد				
	اسهال پایدار شدید				
	اسهال خونی				
کنترل مشکل شیر خوردن	کم وزنی شدید				
	مشکل شیر خوردن دارد				
	مشکل شیر خوردن ندارد				
	سایر مشکلات				
کنترل دفتر دارویی	قطره سولفاستامید 10٪				
	نیستاتین				
ارجاع	مرکز درمانی (بیمارستان)				
	مرکز بهداشتی - درمانی				
پسخوراند ارجاع	مرکز درمانی (بیمارستان)				
	مرکز بهداشتی - درمانی				

نام و نام خانوادگی و امضاء تکمیل کننده فرم : نام و نام خانوادگی و امضاء مسئول مرکز :

فرم جمع بندی اطلاعات مانا در کودکان 2 ماه تا 5 سال

دوره جمع آوری اطلاعات :..... مرکز بهداشتی درمانی :..... خانه بهداشت :

تعداد کودکان زیر 5 سال :..... تعداد فرمهای تکمیل شده :.....

علائم	نام طبقه بندی	تعداد طبقه بندی	پسخوراند ارجاع یا پیگیری			پیگیری نشده
			بهبتر شده	بهبتر نشده	نامعلوم	
سرفه	پنومونی شدید					
	پنومونی					
	پنومونی ندارد					
اسهال	کم آبی شدید					
	کم آبی نسبی					
	کم آبی ندارد					
	اسهال پایدار شدید					
	اسهال پایدار					
	اسهال خونی					
ناراحتی گوش	عفونت مزمن گوش					
	عفونت حاد گوش					
	عفونت گوش ندارد					
گلودرد	گلو درد استرپتوکوکی					
	گلو درد استرپتوکوکی					
	ندارد					
تب	بیماری خیلی شدید تبدار					
	بیماری تبدار					
	بیماری خفیف تبدار					
	تب طولانی مدت					
کنترل کم وزنی	سوء تغذیه شدید					
	اختلال رشد دارد					
	اختلال رشد ندارد					
مشکلات تغذیه ای	مشکل تغذیه دارد					
	مشکل تغذیه ندارد					
	سایر مشکلات					
کنترل دفتر دارویی	آموکسی سیلین 125 و 250					
	پنی سیلین 125 و 250					
	شربت کوتوبیموکارول					
ارجاع	مرکز درمانی					
	مرکز بهداشتی - درمانی					
پسخوراند ارجاع	مرکز درمانی					
	مرکز بهداشتی - درمانی					

نام و نام خانوادگی و امضاء تکمیل کننده فرم : نام و نام خانوادگی و امضاء مسئول مرکز :

فرم سه ماهه جمع آوری اطلاعات مراقبتهای ادغام یافته سالمند

دانشگاه: نام شهرستان: فصل: سال:
 مرکز بهداشتی درمانی روستایی / خانه بهداشت مرکز بهداشتی درمانی شهری / پایگاه بهداشتی

موضوع	ارجاع فوری		ارجاع غیر فوری		پیگیری		فاقد پیگیری	
	غیر پزشک	پزشک	غیر پزشک	پزشک	غیر پزشک	پزشک	غیر پزشک	پزشک
آنژین صدری - سکته قلبی								
احتمال خطر ابتلا به بیماریهای قلبی - عروقی								
اختلالات فشار خون								
سوء تغذیه لاغری								
سوء تغذیه چاقی								
دیابت								
سقوط و عدم تعادل								
سرطان و کولورکتال								
پوکی استخوان								
آرتروز								
بی اختیاری ادراری								
سل								
دمانس								
افسردگی								
اضطراب								
اختلال خواب								
بینایی و شنوایی								
دهان و دندان								
ایمن سازی								

اطلاعات عمومی

جنس	سیگاری	تنها	بی سواد	تعداد کل سالمندان مراقبت شده	تعداد کل سالمندان تحت پوشش
مرد					
زن					
جمع کل					

نام و نام خانوادگی و امضاء تکمیل کننده فرم: نام و نام خانوادگی و امضاء مسئول مرکز:

فرم آمار و چوب خط اطلاعات مراقبت های ادغام یافته کودک سالم

تعداد مراقبت به تفکیک گروه سنی	نام واحد بهداشتی درمانی : جمعیت کودکان کمتر از 8 سال :			
	نام طبقه بندی	تعداد طبقه بندی	بهر شده	بهر نشده
کمتر از 2 ماهه	احتمال عفونت باکتریال شدید			
	مشکل جدی احتمالی			
	زردی شدید			
	زردی خفیف			
2 ماهه تا یک ساله	زردی طولانی مدت			
	سوء تغذیه یا کم وزنی شدید			
	اختلال رشد دارد			
	اختلال رشد ندارد			
یک تا 2 سال	رشد نامعلوم			
	کوتاه قدی شدید			
	رشد قدی نامطلوب			
	رشد قدی نامعلوم			
2 تا 4 سال	دور سر غیر طبیعی			
	دور سر نامطلوب			
	دور سر نامعلوم			
	مشکلات تغذیه ای دارد			
4 تا 6 سال	مشکل دندانی شدید			
	مشکل دندانی دارد			
	مشکل بینایی دارد			
	مشکل تکاملی شدید			
6 تا 8 سال	مشکل تکاملی نامعلوم			
	آزمایش غیر طبیعی			
	مصرف ناقص مکمل ها			

نام و امضاء مهر سرپرست مرکز :

نام و امضاء تکمیل کننده فرم :

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان رضوی

مرکز بهداشت شهرستان

نام مرکز بهداشتی درمانی : خانه بهداشت : پایگاه : نام سایر واحد ها : تاریخ :

تعداد مصرف کنندگان وسایل						تعداد مراقبت شده در این ماه		جمعیت			
کل جمعیت :											
زنان باردار											
ملاحظات :									کودکان کمتر از یک سال		
									کودکان یک تا 2 سال		
									واجدین شرایط تنظیم خانواده		
ردیف	کد	نام دارو	موجودی ماه اول	دریافتی	تاریخ دریافت	تاریخ صفر شدن دارو	مصرفی	مصرفی*بخش خصوصی	باقیمانده	درخواستی	قابل تحویل
1	3066	قرص اچ دی									
2	3067	قرص ال دی									
3	3070	قرص تری فازیک									
4	3092	قرص مینی پیل									
5	2992	قرص فروس سولفات									
6	3016	قرص اسید فولیک									
7	3796	کپسول مولتی مینرال									
8	3795	کپسول مولتی تراپوتیک									
9	1414	آمپول مگسترون									
10	3620	قطره فروس سولفات									
11	3625	قطره مولتی ویتامین									
12	3630	قطره آ + د									
13	7515	شیر خشک									
14	7910	آی . یو . دی									
15	7908	کاندوم									
16	2204	او. آر . اس									
17	4429	سرتگ 2 سی .سی									
18	2454	شربت مولتی ویتامین									
19	3626	قطره مولتی ویتامین + آهن									
20	4518	دستکش استریل									

نام و نام خانوادگی و امضاء تنظیم کننده فرم : نام و نام خانوادگی و امضاء مسئول مرکز بهداشتی درمانی :

نام و نام خانوادگی و امضاء مسئول دارویی مرکز : مهر مرکز :

منظور از مصرفی بخش خصوصی اقلام دارویی است که فرد مورد مراقبت از بخش خصوصی (داروخانه و ...) دریافت نموده است . *

شهرستان:..... دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کد فرم: 111 ص 1

نوع واحد: م . ب. شهرستان □ م . ب. استان □

نام واحد:

ششماهه:..... سال:.....

1 - ت
و
ز

یع کارگاهها و شاغلین آنها در منطقه

عنوان		کارگاه			شاغلین		
		موجود	شناسایی شده	تحت پوشش بازدید	موجود	شناسایی شده	تحت پوشش بازدید
خانگی							
غیر خانگی	< 20						
	20-49 نفر						
	50-499 نفر						
	>500 نفر						

2 - واحد های فعال در زمینه بهداشت حرفه ای در شبکه

نوع واحد	تعداد	خانه بهداشت	م . ب. د. روستایی	پایگاه بهداشت	م . ب. د. شهری	م . ب. شهرستان
کل						
کارگاههای تحت پوشش						
شاغلین تحت پوشش						

3 - واحد های فعال در زمینه بهداشت حرفه ای خارج از شبکه

نوع واحد	تعداد	ایستگاه بهگر	خانه بهداشت کارگری	مرکز بهداشتکار	کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار	سازمان تامین اجتماعی	شرکتهای خصوصی دارای مجوز طب کار	شرکتهای خصوصی دارای مجوز بهداشت حرفه ای	شرکتهای خصوصی دارای مجوز توام	سایر
کل										
کارگاههای تحت پوشش										
شاغلین تحت پوشش										

4- توزیع کارگاههای بازدید شده دارای عوامل زیان آور و شاغلین در معرض خطر به تفکیک نوع عامل زیان آور و بعد کارکنان

نوع عامل زیان آور		مشخصات														
		صد	ارتعاش	کار در ارتفاع	روشنایی	اشعه های مضر	رطوبت و گرما و	سرما	تماس پوستی با مواد شیمیایی	گردوغبار	گاز و بخار	دود و مه	حین کار	نامناسب بدن	وضعیت نامناسب	ابزار کار
کارگاه	خانگی	< 20														
		20-49														
		50-499														
		>500														
شاغلین	خانگی	< 20														
		20-49														
		50-499														
		>500														

تاریخ تکمیل فرم:..... نام و امضای تکمیل کننده:..... نام و امضای مسئول واحد:..... نام و امضاءمسئول واحد آمار:.....

شهرستان: دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: کد فرم: 111 ص 2		
نوع واحد: م. ب. شهرستان □ م. ب. استان □	نام واحد:	شماره: سال:

5 - توزیع کارگاههای دارای تاسیسات و تسهیلات بهداشتی مناسب و شاغلینی که به آن دسترسی دارند به تفکیک تسهیلات و بعد کارکنان

تاسیسات و تسهیلات															
مشخصات															
ساختمان	فضای کارگاه	تهویه عمومی	آب آشامیدنی	دستشویی	توالت	دوش / حمام	غذاخوری	سالن	آشپزخانه	کمد و رختکن	گرمایش و سرمایش و گرمایش	وسایل	دفع فاضلاب	دفع زباله	
کارگاه	خانگی														
	ممبر خانگی	< 20													
		20-49													
		50-499													
		>500													
شاغلین	خانگی														
	ممبر خانگی	< 20													
		20-49													
		50-499													
		>500													

6- تعداد کارگاههایی که حداقل یک عامل زیان آور در آنها کنترل یا حذف گردیده / تعداد کارگاههایی که حداقل یک نوع تاسیسات یا تسهیلات جنبی غیر بهداشتی آن بهسازی گردیده .

گروه عوامل		عوامل فیزیکی	عوامل شیمیایی	عوامل ارگونومیک	تاسیسات کارگاهی	تاسیسات جنبی	آب آشامیدنی	دفع زباله و فاضلاب
نوع کارگاه								
خانگی								
< 20		غیر خانگی						
20-49								
50-499								
>500								

7 - تعداد کارگاههای دارای حداقل یک عامل زیان آور / تعداد کارگاههایی که حداقل یک نوع تاسیسات و تسهیلات جنبی غیر بهداشتی دارند .

گروه عوامل		عوامل فیزیکی	عوامل شیمیایی	عوامل ارگونومیک	تاسیسات کارگاهی	تاسیسات جنبی	آب آشامیدنی	دفع زباله و فاضلاب
نوع کارگاه								
خانگی								
غیر خانگی		< 20						
		20-49						
		50-499						
		>500						

8 - توزیع کارگران در ارتباط با وسایل حفاظت فردی

غیر خانگی (نفر)				خانگی	نوع کارگاه
500 > نفر	499-50 نفر	49-20 نفر	20 < نفر		تعداد
					کارگرانی نیازمند وسیله حفاظت فردی
					کارگرانی که از وسیله حفاظت فردی استفاده میکنند

تاریخ تکمیل فرم: نام و امضای تکمیل کننده: نام و امضای مسئول واحد:

شهرستان :..... دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی		
فرم شماره یک		
نوع واحد : خانه بهداشت	نام واحد :	ششماهه :..... سال :.....

1- توزیع کارگاهها و شاغلین آنها در منطقه

عنوان	کارگاه			شاغلین		
	نوع کارگاه	موجود	شناسایی شده	تحت پوشش	موجود	شناسایی شده
				تحت پوشش	تحت پوشش	تحت پوشش
				معاينات	بازديد	معاينات
	خانگی					
	غير خانگی <20 نفر					

2- توزیع کارگاههای بازدید شده دارای عوامل زیان آور و شاغلین در معرض خطر به تفکیک نوع عامل زیان آور و بعد کارکنان

مشخصات	نوع عامل زیان آور										
	کارگاه	خانگی	غير خانگی <20 نفر	شاغلین	غير خانگی <20 نفر	خانگی	صدا	ارتعاش	کار در ارتفاع	روشنایی	اشعه های مضر
							گرما و رطوبت	سرما	مواد شیمیایی تماس پوستی با	گردوغبار	گاز و بخار
							دوده و مه	وضعیت نامناسب بدن حین کار	نامناسب ابزار کار		

3 - توزیع کارگاههای دارای تاسیسات و تهیلات بهداشتی مناسب و شاغلینی که به آن دسترسی دارند به تفکیک تهیلات و بعد کارکنان

مشخصات	تاسیسات و تهیلات											
	کارگاه	خانگی	غير خانگی	شاغلین	غير خانگی	خانگی	ساختمان	فضای کارگاه	تهویه عمومی	آب آشامیدنی	دستویی	توالت
							دوش / حمام	سالن غذاخوری	آشپز خانه	کمد و رختکن	وسایل سرمایش و گرمایش	دفع فاضلاب
							دفع زباله					

4--تعداد کارگاههایی که حداقل یک عامل زیان آور در آنها کنترل یا حذف گردیده / تعداد

5- تعداد کارگاههای دارای حداقل یک/ عامل زیان آور / تعداد کارگاهایی که حداقل

کارگاههایی که حداقل یک نوع تاسیسات یا تهیلات جنبی غیر بهداشتی آن بهسازی گردیده .

یک نوع تاسیسات یا تهیلات جنبی غیر بهداشتی دارند .

گروه عوامل						
نوع کارگاه						
عوامل فیزیکی	عوامل شیمیایی	عوامل ارگونومیک	تاسیسات کارگاهی	تاسیسات جنبی	آب آشامیدنی	دفع زباله و فاضلاب
خانگی						
غير خانگی <20 نفر						

گروه عوامل						
نوع کارگاه						
عوامل فیزیکی	عوامل شیمیایی	عوامل ارگونومیک	تاسیسات کارگاهی	تاسیسات جنبی	آب آشامیدنی	دفع زباله و فاضلاب
خانگی						
غير خانگی <20 نفر						

6- توزیع کارگر ان در ارتباط با وسایل حفاظت فردی

تعداد	نوع کارگاه	
	خانگی	غير خانگی <20 نفر
کارگرانی نیازمند وسیله حفاظت فردی		
کارگرانی که از وسیله حفاظت فردی استفاده میکنند		

تاریخ تکمیل فرم :..... نام و امضای تکمیل کننده :..... نام و امضای مسئول واحد :.....

5- تعداد کارگاههایی که حداقل یک عامل زیان آور در آنها کنترل یا حذف گردیده / تعداد کارگاههایی که حداقل یک نوع تاسیسات یا تسهیلات جنبی غیر بهداشتی آن بهسازی گردیده .

گروه عوامل							نوع کارگاه
عوامل فیزیکی	عوامل شیمیایی	عوامل ارگونومیک	تاسیسات کارگاهی	تاسیسات جنبی	آب آشامیدنی	دفع زباله و فاضلاب	
							خانگی
							غیر خانگی
							20-49
							<20

6- تعداد کارگاههای دارای حداقل یک عامل زیان آور / تعداد کارگاههایی که حداقل یک نوع تاسیسات یا تسهیلات جنبی غیر بهداشتی دارند .

گروه عوامل							نوع کارگاه
عوامل فیزیکی	عوامل شیمیایی	عوامل ارگونومیک	تاسیسات کارگاهی	تاسیسات جنبی	آب آشامیدنی	دفع زباله و فاضلاب	
							خانگی
							غیر خانگی
							20-49
							<20

7- توزیع کارگران در ارتباط با وسایل حفاظت فردی

نوع کارگاه		خانگی	تعداد
غیر خانگی			
20-49	<20		
			کارگرانی نیازمند وسیله حفاظت فردی
			کارگرانی که از وسیله حفاظت فردی استفاده میکنند

تاریخ تکمیل فرم: نام و امضای تکمیل کننده: نام و امضای مسئول واحد:

نام و امضاء معاون واحد آمار: نام و امضاء معاون بهداشتی:

فصل سال

کد اصلی	کد فرعی	اماکن عمومی مشمول اصلاح ماده 13	کل	بیمازی	بهداشتی
5	1	هتل			
	2	متل			
	3	مسافر خانه			
	4	مهمان پذیر			
	5	مهمان سرا، زائر سرا			
	6	پانسیون، خوابگاه دانشجویی			
	7	آسایشگاه سالمندان و معلولین			
	8	مهد کودک			
	9	باشگاهها و سالنهای ورزشی			
	10	استخر و سونا			
	11	پایانه های مسافری			
	12	تماشاخانه ها و سینماها و تئاتر			
	13	استادبوم ها و ورزشگاهها			

6	1	حمام			
---	---	------	--	--	--

7	1	آرایشگاه مردانه و موسسات آموزشی مربوطه			
	2	آرایشگاه زنانه و موسسات آموزشی مربوطه			
کد اصلی	کد فرعی	اماکن بهداشتی درمانی	کل	بیمازی	بهداشتی
8	1	بیمارستانها			
	2	مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت			
	3	مطب ، تزیینات و پانسمان			
	4	آزمایشگاههای تشخیص طبی			
	5	رادیولوژی ها و مراکز کار با پرتوها			
	6	دندانپزشکی			
	7	فیزیوتراپی ها			
	8	درمانگاهها و کلینیک ها			
کد اصلی	کد فرعی	مراکز آموزشی پرورشی تربیتی	کل	بیمازی	بهداشتی
9	1	آمادگی			
	2	مدارس (دبستان، راهنمایی، دبیرستان)			
	3	آموزشگاهها و هنرستانها			
	4	مراکز آموزشی و تربیتی شبانه روزی			
	5	پرورشگاه			
	6	دانشکده ها و دانشگاهها			
	7	حوزه های علمی			
	8	پادگانها، مراکز نظامی و انتظامی			
کد اصلی	کد فرعی	اماکن عمومی مشمول اصلاح ماده 13	کل	بیمازی	بهداشتی
10	1	مساجد ، اماکن متبرکه ، نمازخانه			
	2	زندان			
	3	غسالخانه			
	4	گورستان			
	5	پارکها و تفریحگاهها			
	6	پمپ بنزین			
	7	توالتهای عمومی			
	8	پایانه های باربری			
	9	کارخانجات غیر مواد غذایی ، آرایشی و بهداشت			
	10	مرکز فرهنگی هنری			
	11	میادین میوه و تره بار			
	12	وسایط نقلیه حمل و نقل مواد غذایی			

کد اصلی	کد فرعی	مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی	کل	بیمازی	بهداشتی
1	1	عطاری . برنج فروشی و ...			
	2	خواروبار و سوپر مارکت			
	3	فروشگاه مواد غذایی (کلی)			
	4	پخش عرضه مواد غذایی در فروشگاههای بزرگ تعاونی ها			
	5	گوشت فروشی ها (قصابها)			
	6	مرغ فروشی			
	7	ماهی و میگو فروشی			
	8	مواد پروتئینی (محصولات گوشتی)			
	9	میوه و سبزی فروشی			
	10	لبنیات فروشی			
	11	حلو و سوهان فروشی			
	12	خشکبار و آجیل فروشی			
	13	شیرینی فروشی			
	14	سردخانه های صنفی			
	15	انبار بزرگ مواد غذایی			

2	1	چایخانه			
	2	کله پزی و سیرابی فروشی			
	3	کبابی			
	4	جگر کی			
	5	حلیم پزی و آشپزی و لوبیا پزی			
	6	کنه کباب			
	7	آبگوشت پزی (دیزی پزی)			
	8	چلو کبابی			
	9	ساندویچ ، پیتزا، اغذیه فروشی و کتتاک			
	10	آبمیوه و بستنی فروشی			
	11	تالار پذیرایی			
	12	سلف سرویس و رستوران			
	13	قنادی ، کافه قنادی ، تریا			
	14	کرایه ظروف			
	15	آشپزخانه			
3	1	کارگاه فرآورده های لبنی			
	2	کارگاه حلو ، سوهان و گزپزی			
	3	کارگاه قند و نبات ربزی			
	4	کارگاه شیرینی پزی			
	5	کارگاه خشکبار			
	6	کارگاه بستنی سازی			
	7	کارگاه عصاره گیری (آبلیمو، آبنمور، گلاب، ترشحات)			
	8	کارخانجات تولید مواد غذایی بهداشتی آرایشی، کشتارگاهها			
4	1	آسیاب و کارخانه ارد			
	2	نانوایی سنتی			
	3	نان فانتزی و ساندویچی			
	1	شیر مال پزی			

جمع کل مراکز تهیه توزیع و فروش مواد غذایی					
جمع کل اماکن عمومی مشمول کدهای 5 و 6 و 7					

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده :

تاریخ : امضاء

فرم بررسی آماری نتایج آزمایشات و معاینات انجام شده جهت صدور کارت معاینات پزشکی شاغلین
مراکز تهیه و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی در ماه سال
مرکز بهداشت شهرستان

تعداد موارد مثبت			تعداد موارد انجام شده	نوع آزمایش انجام شده	
				کودک	آنتامباهیستولیکا
					ژیاردیا
					آسکاریس
					اکسیور
					سایر انگل ها
					کشت سالمونلا
					کشت شینگلا
					کشت آنتروباکتریاسه های پاتوژن
10 >mm	5-10 mm	0- 5mm		P.P.D	
تعداد موارد مشکوک به TB				رادیو گرافی قفسه صدری	
				مو	
				پوست	
				ناخن	
				معاینات از نظر قارچ	

نام و امضاء
سرپرست مرکز بهداشت
شهرستان

نام و امضاء
کارشناس مسئول بهداشت محیط و حرفه ای

فرم سنجش نمکهای مصرفی اماکن عمومی و مراکز عرضه مواد
غذایی توسط کیت ید سنج (حذف شده)

نام دانشگاه / دانشکده

انجام بررسی

تاریخ تنظیم

اماکن	کل موارد آزمایش شده	مواردی که نمک ید دار بوده	مواردی که نمک ید دار نبوده
بیمارستان			
رستوران			
اغذیه فروشی			
سرباز خانه			
کارگاه یا کارخانه			
مهد کودک			
دبستانها			
مدارس راهنمایی			
دبیرستانها			

نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول بهداشت محیط استان / شهرستان
امضاء

نام و نام خانوادگی مسئول تنظیم فرم
امضاء

شبکہ لولہ کشی	1- جمع کلر سنجی	کلر مادر	1- جمع کلر سنجی
	2- جمع موارد نامطلوب		2- جمع موارد نامطلوب

به : تاریخ :

از : بیمارستان / مرکز بهداشتی درمانی

سلام علیکم :

با توجه به اینکه آقای / خانم مبتلا به هپاتیت B و دارای آزمایش HBSAG + میباشد ، لذا افراد مشروحه ذیل که در معرض تماس با بیمار می باشند جهت واکسیناسیون هپاتیت B معرفی میگردند .

آدرس محل سکونت بیمار :

« جدول اسامی افراد در معرض تماس »

ردیف	نام و نام خانوادگی	سن	جنس	نسبت
1				
2				
3				
4				
5				

تعداد نفر مورد تأیید است نام نام خانوادگی سرپرست مرکز : امضاء و مهر

آدرس مرکز بهداشتی درمانی

(حذف)

به : تاریخ :

از : بیمارستان / مرکز بهداشتی درمانی

سلام علیکم ؛

با توجه به اینکه آقای / خانم مبتلا به هپاتیت I B و دارای آزمایش + HBSAG میباشد ، لذا افراد مشروحه ذیل که در معرض تماس با بیمار می باشند جهت واکسیناسیون هپاتیت B معرفی میگرددند .

آدرس محل سکونت بیمار :

« جدول اسامی افراد در معرض تماس »

ردیف	نام و نام خانوادگی	سن	جنس	نسبت
1				
2				
3				
4				
5				

تعداد نفر مورد تأیید است نام نام خانوادگی سرپرست مرکز :

امضاء و مهر

آدرس مرکز بهداشتی درمانی

اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها

فرم بررسی هپاتیت

..... سال ماه دانشگاه

منبع خبر :

..... / / تاریخ گزارش

..... شماره تلفن نام مرکز گزارش دهنده

..... نام و نام خانوادگی گزارش دهنده

مشخصات بیمار :

..... تاریخ تولد / / شغل جنس

..... وضعیت تأهل وضعیت تحصیلی تعداد افراد خانوار تعداد فرزند

..... ماه حاملگی آیا بیمار حامله است

..... بله ☐ خیر ☐

..... آدرس محل سکونت

..... ساکن شهر شهرستان استان

..... ساکن روستای تحت پوشش خانه بهداشت ☐ روستای قمر ☐ تیم سیار ☐

..... نام پدر نام مادر

..... آدرس محل کار و شماره تلفن

وضعیت بستری

..... آیا بستری شده است بله ☐ خیر ☐ نام بیمارستان

..... شماره پرونده پزشکی

..... تاریخ بستری شدن / / داروهای تجویز شده

..... نام پزشک معالج

تماس در 6 ماه اخیر با عوامل خطر :

..... سابقه تزریق خون و فرآورده های خونی ☐ دیالیز ☐ تزریق کرده ☐

..... خالکوبی ☐ جراحی ☐ جراحی جنسی مشکوک ☐

..... دندانپزشکی ☐ اعتیاد وریدی ☐ غیره

وضعیت بالینی

1- فرم تظاهر بیماری

..... حاد ☐ مزمن (بیش از 6 ماه بیمار) علامتدار بوده ☐ ناقل سالم ☐

2- تاریخ بروز علائم :

..... - سابقه : دارد ☐ ندارد ☐

بله	خیر	نامشخص	بله	خیر	نامشخص	تب
☐	☐	☐	☐	☐	☐	سهولت تهوع متناوب
☐	☐	☐	☐	☐	☐	استفراغ
☐	☐	☐	☐	☐	☐	کبیر
☐	☐	☐	☐	☐	☐	درد یا تورم مفاصل
☐	☐	☐	☐	☐	☐	خواب آلودگی
☐	☐	☐	☐	☐	☐	تغییر شخصیت
☐	☐	☐	☐	☐	☐	بی‌اشتهایی
☐	☐	☐	☐	☐	☐	درد شکم
☐	☐	☐	☐	☐	☐	تیرگی ادرار
☐	☐	☐	☐	☐	☐	کوفتگی
☐	☐	☐	☐	☐	☐	شعف و خستگی

اطلاعات آزمایشگاهی :

نام آزمایشگاه : آدرس آزمایشگاه :

تاریخ آزمایش :/...../.....

نوع آزمایش :

.....	HBsAb	.....	Arypic lymph	.....	SGOT
.....	Lgm anti HBC	.....	Rebic	.....	SGPT
.....	HBeag	.....	PT	.....	ALK Phospbate
.....	HBeAD	.....	اورویلوژن در ادرار	.....	Bill(tctal)
.....	Anti HCV	.....	بیمرویین در ادرار	.....	Bill(drecl)
.....	Anti HEV	.....	کومین	.....	Hgb
.....	Anti HDV	.....	گمولین	.....	HCT
.....		.....	LgM Asu HAV	.....	RBC
.....		.....	HBsag	.....	WBC

بررسی اپیدمیولوژیکی

و مسافرت :

شهرهای دیگر ، خارج از روستا ، شهر محل زندگی و محل کار بیتوته و هفته پیش به کجا مسافرت نموده است .

محل	تاریخ مسافرت
.....	 تا/...../.....
.....	 تا/...../.....
.....	 تا/...../.....

اقدامات انجام شده برای افراد در معرض تماس :

نام و نام خانوادگی	سن	جنس	نسبت	اقدامات انجام شده
1				
2				
3				
4				
5				

منبع آب آشامیدنی :

چاه ☐ چشمه ☐ لوله کشی شهری ☐ لوله کشی روستایی ☐

شکل توزیع آب :

شیر آب عمومی ☐ تانکر آب ☐ غیره (مشخص شود)

کیفیت آب آشامیدنی :

آیا کلر زنی می شود ؟ ☐ بلی ☐ خیر ☐

زمان ماند آب

مقدار کلر باقیمانده : تاریخ/...../.....

آیا آزمایشات میکروبیولوژی انجام می شود ☐ بله ☐ خیر ☐ تاریخ آخرین آزمایش/...../.....

نتیجه آخرین آزمایش میکروبیولوژی:

وضع دفع فاضلاب

دفع در رودخانه دفع در چاه سیستم دفع فاضلاب سایر (مشخص شود)

وضع توالت : ☐ دارد ☐ بهداشتی ☐ غیر بهداشتی ☐

☐ ندارد

تاریخ تشخیص:/...../.....

نوع تشخیص :

هپاتیت ویروسی	بلی	خیر
هپاتیت ویروسی A	☐	☐
هپاتیت ویروسی B	☐	☐
هپاتیت ویروسی C	☐	☐
هپاتیت ویروسی E	☐	☐
هپاتیت ویروسی D	☐	☐

سایر

تاریخ بررسی مجدد :

نتیجه درمان :

تحت درمان بهبودی ☐ کامل ☐ فوت ☐ تاریخ/...../.....

ر صورت بیماری مزمن نوعه بیماری ذکر شود

نام و امضاء بررسی کننده :

عنوان مجری : تاریخ :

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان

فرم گزارش ماهیانه فعالیت‌های مبارزه با سل ماه سال خانه بهداشت

نام خانه بهداشت:

تاریخ گزارش:

[illegible]

مرکز بهداشت شهرستان

آمار فعالیتهای واز کتومی مرکز بهداشت درمانی / بیمارستان ماه سال 13

[illegible]

فرم گزارش دهی طرح رابط روستایی

..... استان

شهرستان مرکز بهداشتی درمانی ماه سال

[illegible]

نام و نام خانوادگی و امضاء تکمیل کننده فرم:

فرم گزارش دهی طرح رابط روستایی استان خراسان

مرکز بهداشت دانشگاه / دانشکده خراسان رضوی فصل سال

ردیف	شهرستان	جمعیت تحت پوشش		خانوار تحت پوشش		درصد جمعیت تحت پوشش برنامه	تعداد رابطان روستایی		تعداد روستاهای دارای رابط	
		خانه های بهداشت مجری برنامه	رابطان روستایی	خانه های بهداشت مجری برنامه	رابطان روستایی		روستاهای اصلی	روستاهای اقماری	اصلی	اقماری
1	بردسکن									
2	تایباد									
3	ترت جام									
4	ترت حیدریه									
5	چناران									
6	خواف									
7	خلیل آباد									
8	درگز									
9	رشتخوار									
10	سرخس									
11	فریمان									
12	قوچان									
13	کاشمر									
14	کلات									
15	مشهد یک									
16	مشهد دو									
17	مشهد سه									
18	مه ولات									
19	مرکز ناهن									
20	نیشابور									
21	جمع کل									

نام و نام خانوادگی و امضاء تکمیل کننده فرم:

شهرستان:..... دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کد فرم : 109-2		
نوع واحد : خانه بهداشت ☐ م . ب . د روستایی ☐	نام واحد :	فصل :..... ششماهه :..... سال :.....
پایگاه بهداشت ☐ م . ب . د شهری ☐		

بهداشت محیط مدارس

تعداد	مقطع تحصیلی		ابتدایی	راهنمایی	دیپستان
مدارس تحت پوشش	ساختمان				
	شیفت				
دانش آموزان تحت پوشش					
آبخوری	تعداد				
	بهداشتی				
	مورد نیاز				
دستشویی	تعداد				
	بهداشتی				
	مورد نیاز				
مستراح	تعداد				
	بهداشتی				
	مورد نیاز				
بوفه	تعداد				
	بهداشتی				
مدارس دارای	آب آشامیدنی سالم				
	وضعیت مطلوب کلاسها				
	وضعیت حفاظتی و ایمنی مطلوب				
	دفع بهداشتی فاضلاب				
	جمع آوری و دفع بهداشتی زباله				

تاریخ تکمیل فرم :..... نام و امضای تکمیل کننده :..... نام و امضای مسئول واحد :.....
نام و امضاء مسئول آمار :..... نام و امضاء معاون بهداشتی :.....

مرکز بهداشت شهرستان

13 ماه سال

آمار فعالیتهای توبکتومی بیمارستان

[illegible]

نام و امضاء مسئول واحد:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

اطلاعات تعداد آموزشگاههای شهرستان سال تحصیلی

نام واحد 1- پایگاه بهداشتی □ 2- خانه بهداشت □ 3- تیم سیار □ 4- عشایر □ 5- مرکز روستایی □ 6- مرکز شهری □

مقطع	جنس	مدارس تحت پوشش روستایی						مدارس تحت پوشش شهری			کل شهری و روستایی	جمع کل مقطع
		خانه بهداشت	تیم سیار	عشایر	کل	فاقد مربی بهداشت	دارای مربی بهداشت	فاقد مربی بهداشت	دارای مربی بهداشت	کل		
روزانه	ابتدایی	دخترانه										
		پسرانه										
		مختلط										
	راهنمایی	دخترانه										
		پسرانه										
		مختلط										
	متوسطه	دخترانه										
		پسرانه										
	پیش دانشگاهی	دخترانه										
پسرانه												
	جمع											
شبانه روزی	متوسطه و پیش دانشگاهی	دخترانه										
		پسرانه										
	جمع											
جمع کل												

روستایی	شهری		
		دخترانه	مدارس حوزه علمیه
		پسرانه	
		جمع	

روستایی	شهری		
		دخترانه	بزرگسالان
		پسرانه	
		جمع	

روستایی	شهری		
		دخترانه	پیش دبستانی
		پسرانه	
		مختلط	
		جمع	

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

تاریخ تکمیل فرم:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان خراسان
مرکز بهداشت شهرستان مرکز بهداشتی و درمانی

فرم درخواست دارویی خانه بهداشت در سه ماهه سال 13

جمعیت خانه بهداشت زنان باردار کودکان 1-0 سال

کودکان 1-2 زنان واجد شرایط تنظیم خانواده

ردیف	کد دارو	نام دارو	موجودی اولیه	دریافتی	مصرفی سه ماهه	باقیمانده	تاریخ انقضاء	درخواستی	مورد تأیید
1	0100332 5	قرص استامینوفن 325 میلی گرمی							
2	-26 01024	قرص جویدنی آلومینیوم ام . جی یا ام . جی . اس							
3	0105732 5	قرص آ . اس . آ 325 میلی گرمی							
4	01096	قرص برم هگزین							
5	01183	قرص کنتراستپتو اچ . دی							
6	01184	قرص کنتراستپتو ال . دی							
7	01185	قرص تری فازیک							
8	011871	قرص کوتریموکسازول اطفال							
9	01305	قرص فروس سولفات							
10	01319	قرص فولیک اسید							
11	01441	قرص لاینسترونول							
12	01447	قرص جویدنی مبندازول							
13	0155450 0	قرص پنی سیلین وی 500 میلی گرم							
14	01515	قرص جویدنی نیکلوزاماید							
15	025011	کپسول مولتی ویتامین مینرال							
16	025012	کپسول مولتی ویتامین تراپوتیک							
17	030031	الکزیتر استامینوفن							
18	0304112 5	سوسپانسیون آموکسی سیلین 125 میلی گرم							
19	0304125 0	سوسپانسیون آموکسی سیلین 250 میلی گرم							
20	03142	سوسپانسیون کلرامفنیکل							

ردیف	کد دارو	نام دارو	موجودی اولیه	دریافتی	مصرفی سه ماهه	باقیمانده	تاریخ انقضاء	درخواستی	مورد تأیید
21	03187	سوسپانسیون کوتریموکسازول							
22	03554200	سوسپانسیون پنی سیلین وی 200 هزار واحدی							
23	03554400	سوسپانسیون پنی سیلین وی 400 هزار واحدی							
24	03576	شربت پپرازین							
25	03245	شربت دیفن هیدرامین							
26	11003	قطره خوراکی استامینوفن							
27	04449	ویال مدروکسی پروژسترون							
28	045731	آمپول ویتامین کابک میلی گرمی							
29	045385-10	آمپول اکسی توسین 5 یا 10 میلی گرمی							
30	05482	پماد جلدی متیل سالیسیلات							
31	05170	پماد جلدی کالاندولا							
32	05701	پماد جلدی تتراسیکلین 3٪							
33	05101	پماد سوختگی							
34	06701	پماد تتراسیکلین چشمی 1٪							
35	08189	کرم کروتامیتون							
36	08106	کرم کالامین دی							
37	08521	کرم نیتروفلورازون							
38	11528	قطره نیستاتین							
39	114991	قطره مولتی ویتامین							
40	11305	قطره فروس سولفات							
41	11757	قطره ویتامین آ+ د							
42	1068410	قطره چشمی سولفاستامید 10٪							
43	13003120	شیاف استامینوفن							
44	14135250	محلول ستریمیدسی							
45	145891250	محلول بویدون ایودین							
46	14657	محلول سرم نمکی جهت شستشو							

ردیف	کد دارو	نام دارو	موجودی اولیه	دریافتی	مصرفی سه ماهه	باقیمانده	تاریخ انقضاء	درخواستی	مورد تأیید
47	16433	لوسیون گاما بنزن							
48	140151-2	محلول الکل اتبلیک رنگی و سفید							
49	37557	شامپو پرمترین 1٪							
50	1753127	پودر او آر اس							
51	34128100	پنبه							
52	31327	گاز ساده							
53	30419	لوکوپلاست							
54	3306710	باند							
55	44900	چوب زبان							
56	25502-3	شیر خشک							
57	216942	سرتگ 2 سی سی							
58	216945	سرتگ 5 سی سی							
59	44910	بند ناف							
60	44918	سوپ							
61	29114	کاندوم							
62	16106	لوسیون جلدی کالامین دی							

نام و امضاء بهورز خانه بهداشت

نام و امضاء تکنسین دارویی

نام و امضای مسئول مرکز بهداشتی درمانی

- در ستون تاریخ انقضاء منظور نزدیکترین تاریخ انقضاء دارو می باشد .

ثبت خدمات بهداشت دهان و دندان تعداد افراد تحت پوشش

جمعیت تحت پوشش

زنان باردار :

کودکان 2 تا 6 سال :

کودکان 6 تا 12 سال :

سایرین :

سایرین	زنان باردار	کودکان 6 تا 12 سال	کودکان 2 تا 6 سال	گروههای هدف
				نوع خدمت
				مراقبت شده
				ارجاع شده

تاریخ تکمیل فرم نام و امضاء تکمیل کننده نام و امضاء مسئول واحد

فرم گزارش خدمات بهداشت دهان و دندان

جمعیت تحت پوشش

تعداد کودکان 6 تا 12 سال:

تعداد زنان باردار:

سایرین:

تعداد کودکان زیر 6 سال:

جمع	13 سال به بالا	6 تا 12 سال	زیر 6 سال	گروه سنی	خدمات بهداشتی درمانی
	سایرین	زنان باردار			معاینه
					کشیدن دندان
				آمالکام	ترمیمی
				کامپوزیت	
				کلاس آیونومر	
					جرمگیری و بروساژ
					رادیوگرافی
					پالپوتومی
					فلوراید تراپی
					فیشرسیلانت
					ارجاع از خانه بهداشت / پایگاه بهداشت
					تعداد دفعات مراجعه

تعداد خانه بهداشت (.....) / تعداد پایگاه بهداشت: (.....). تعداد دفعات نظارت - دندانپزشک بر پایگاه بهداشت

تعداد دفعات نظارت - بهداشت کار بر خانه بهداشت

1- تعداد دفعات نظارت کارشناس بهداشت دهان و دندان شهرستان بر خانه بهداشت / پایگاه بهداشت تحت پوشش

2- تعداد دفعات نظارت کارشناس بهداشت دهان و دندان استان 3- تعداد نفر روز کارکرد در واحد

4- تعداد مراکز بهداشتی درمانی دارای واحد دندانپزشکی تعداد دندانپزشک تعداد بهداشتکار

تاریخ تکمیل فرم نام و امضاء تکمیل کننده نام و امضاء مسئول واحد

کد فرم 105

بسمه تعالی

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

نوع واحد : نام واحد :

ماه فصل سال

☐ زایشگاه ☐ مرکز بهداشتی درمانی شهری ☐ خانه بهداشت ☐ تیم سیار
☐ پایگاه بهداشت ☐ عشایر ☐ متفرقه

1-آمار ایمن سازی

گروه سنی آنتی ژن	زیر یکسال	یکساله 12-23 ماه	2 سال به بالا	جمع	گروه سنی آنتی ژن	زیر یکسال	یکساله 12-23 ماه	2 سال به بالا	جمع
ب ب ژ					MMR1				
پولیو 0					MMR2				
پولیو 1					هپاتیت 1				
پولیو 2					هپاتیت 2				
پولیو 3					هپاتیت 3				
یادآور 1					مننژیت				
یادآور 2									
ثلاث 1									
ثلاث 2									
ثلاث 3									

2-آمار واکسیناسیون کزاز با توام بزرگسالان

جنس و سن آنتی ژن	زنان غیرباردار 15-39 سال	زنان باردار	دانش آموزان	سایر گروههای جنسی و سنی	جمع	جنس و سن آنتی ژن	زنان غیرباردار 15-39 سال	زنان باردار	دانش آموزان	سایر گروههای جنسی و سنی	جمع
کزاز یا توام 1						کزاز یا توام 1					
کزاز یا توام 2						کزاز یا توام 2					
توام خردسال 1						کزاز یا توام 2					
توام خردسال 2						کزاز یا توام 4					
توام خردسال 3						کزاز یا توام 5					
یادآور 1						یادآور					
یادآور 2						(هر 10 سال یکبار)					

تاریخ تکمیل فرم نام و امضاء تکمیل کننده نام و امضاء مسئول واحد نام و امضاء معاون بهداشتی

کد فرم 112

بسمه تعالی

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شهرستان :

نوع واحد :

☐ مرکز بهداشتی درمانی شهری☐ مرکز بهداشتی درمانی روستایی

ماه سال

مراجعات سرپایی

روز	مراجعات	تعداد	رشته فعالیت
کارکرد		پیراپزشک	
			مامایی
			بهداشتکار دهان و دندان
			شنوایی سنجی
			بینایی سنجی
			گفتار درمانی
			فیزیوتراپی
			کاردرمانی
			روانکاوی
			جمع کل

مراجعات	پزشک				تعداد
	روز کارکرد	متخصص	روز کارکرد	عمومی	نوع تخصص
					عمومی
					داخلی
					اطفال
					زنان و زایمان
					دندانپزشکی
					چشم پزشکی
					گوش ، حلق ، بینی
					ارتوپدی
					پوست و آمیزی
					اعصاب و روان
					قلب و عروق
					ارولوژی
					جراحی
					جمع کل

روز کارکرد	تعداد	نوع خدمت	
		مراجعات	آزمایشگاه
		آزمایش	
		مراجعات	رادیولوژی
		کلیشه مصرفی	
		تزریقات	
		پانسمان	
		داروخانه (تعداد نسخ دارویی)	
		مراجعات	رادیولوژی
		کلیشه مصرفی	دندانپزشکی

تعداد پزشک شاغل در مرکز		
عمومی	متخصص	کل

تاریخ تکمیل فرم نام و امضاء تکمیل کننده نام و امضاء مسئول واحد

نام و امضاء مسئول آمار : نام و امضاء معاون بهداشتی :

فرم استخراجی ثبت بیماریهای نمونه ای در مراکز بهداشتی درمانی شهری □ روستایی □

کد بیماری	نام بیماری	مرد	زن	کل
گروه بیماریهای دستگاه گوارش				
29	بیماریهای دهان و انساج نگهدارنده آن			
30	زخم معده و دئودنوم			
31	التهاب معده و دئودنوم			
32	بیماری آپاندیس			
33	هرنی اینگوینال			
34	بیماریهای کبدی و کیسه صفرا			
35	سایر انواع بیماریهای دستگاه گوارش			
گروه بیماریهای پوست و بافتهای زیر جلدی				
36	بیماریهای پوستی و بافتهای زیر جلدی			
گروه بیماریهای دستگاه عضلات، اسکلت، نسج رابط				
37	روماتیسم و سایر عفونتهای آرتریتی			
38	سایر بیماریهای سیستم استخوانی و بافتهای همبند			
گروه بیماریهای دستگاه تناسلی و ادراری				
39	سندرم نفريت			
40	سنگهای ادراری			
41	هیپرپلازی پروستات			
42	سایر بیماریهای دستگاه تناسلی و ادراری			
گروه عوارض حاملگی، ازیمان و نفاس				
43	سقط جنین			
44	سایر عوارض حاملگی وضع حمل و تولد			
علل و بیماریهای قبل و هنگام تولد(نوزادان)				
45	عوارض و اختلالات و صدمات هنگام تولد			
46	سایر عوارض و حالات مربوط به دوران قبل از تولد			
گروه ناهنجاریهای مادرزادی، بیماریهای کروموزومی				
47	سایر انواع ناهنجاریهای سیستم دستگاه گردش خون			
سایر انواع ناهنجاریها				
48	بیماریهای کروموزومی			
گروه علائم، نشانه های کلینیکی غیر نرمال و یافته های آزمایشگاهی				
49	پیری			
50	سایر علائم، نشانه ها یافته های کلینیکی غیر نرمال و یافته های آزمایشگاهی			
آسیبها، مسمومیتهای ناشی از علل خارجی				
51	آسیبهای ناشی از آتش سوزی و سوختگیها			
52	آسیبهای ناشی از تصادفات با وسایل نقلیه موتوری			
53	سایر آسیبهای ناشی از عوامل طبیعی و محیطی			
54	مسمومیتهای اتفاقی(داروها، مواد شیمیایی)			
55	آسیبهای ناشی از خفگی و غرق شدن و اجسام خارجی در راههای هوایی			
56	آسیبهای ناشی از ماشین آلات صنعتی			
57	آسیبهای ناشی از ضرب و جرح و سایر حوادث			

کد بیماری	نام بیماری	مرد	زن	کل
گروه بیماریهای عفونی و انگلی				
1	سایر انواع بیماریهای عفونی و روده ای			
2	سایر انواع بیماریهای باکتریایی			
3	سایر انواع بیماریهای ویروسی			
4	سایر انواع عفونتهای انگلی			
گروه بیماریهای خون و اندامهای خونساز				
5	آنمی			
6	سایر انواع بیماریهای خون و اعضاء خونساز			
گروه بیماریهای غدد داخلی، تغذیه و سوخت و ساز				
7	اختلالات تیروئید			
8	دیابت			
9	سایر انواع اختلالات غدد داخلی و سوخت و ساز			
گروه ناراحتیهای روانی				
10	بیماریهای روانی شدید			
11	بیماریهای روانی خفیف			
12	سایر بیماریهای روانی با حالات مشخص			
گروه بیماریهای سیستم اعصاب				
13	سایر انواع بیماریهای سیستم اعصاب			
گروه بیماریهای چشم و ضمائم آن				
14	کاتاراکت			
15	آب سیاه			
16	سایر انواع بیماریهای چشم و ضمائم آن			
گروه بیماریهای گوش و ماستوئید				
17	انواع بیماریهای گوش و ماستوئید			
گروه بیماریهای دستگاه گردش خون				
18	روماتیسم قلبی			
19	بیماری فشارخون			
20	سکته قلبی			
21	بیماری ایسکمیک قلبی			
22	آمبولیسم و ترومبوز			
23	سایر انواع بیماریهای قلبی و گردش خون			
گروه بیماریهای دستگاه تنفس				
24	فارنژیت و تورم لوزه ها			
25	پنومونی			
26	عفونتهای فوقانی دستگاه تنفس			
27	آسم			
28	سایر انواع بیماریهای دستگاه تنفس			

بسمه تعالی

کد فرم 102-2/2

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

نام واحد:

ماه سال

شهرستان

فرم استخراجی ثبت بیماریهای کامل (موارد جدید در مراکز بهداشتی درمانی شهری □ روستایی □)

کد بیماری	نام بیماری	مرد	زن	کل
گروه سرطانها (نئوپلاسمها)				
34	نئوپلاسم بدخیم دستگاه گوارشی			
35	نئوپلاسم بدخیم حنجره			
36	نئوپلاسم بدخیم تراشه ، برنش، نای			
37	نئوپلاسم بدخیم استخوان و غضروف			
38	ملانوم بدخیم پوست			
39	نئوپلاسم بدخیم پستان (بافتهای نرم)			
40	نئوپلاسم بدخیم دهانه رحم			
41	سایر انواع نئوپلاسمهای بدخیم رحم			
42	نئوپلاسم بدخیم پروستات			
43	لوسمی			
44	سایر انواع نئوپلاسمهای بدخیم محلهای دیگر			
45	نئوپلاسمهای خوش خیم محلهای دیگر			
گروه ناراحتیهای روانی				
46	عقب افتادگی فکری			
گروه بیماریهای سیستم اعصاب				
47	بیماریهای التهابی دستگاه مرکزی اعصاب			
48	صرع			
گروه بیماریهای چشم و ضمایم آن				
49	تراخم			
گروه بیماریهای دستگاه عضلات ، اسکلت ، نسوج رابط				
50	استئومیلیت			
گروه ناهنجاریهای مادرزادی				
51	اسپانیایفیدا			
گروه آسیبها ، مسمومیتها ناشی از علل خارجی				
52	صدمات ناشی از خودزنی و اقدام به خودکشی			
53	سقوط			

کد بیماری	نام بیماری	مرد	زن	کل
گروه بیماریهای عفونی و انگلی				
1	وبا			
2	حصه و شبه حصه			
3	آبله مرغان			
4	طاعون			
5	تب مالت			
6	سل ریوی			
7	سل خارج ریوی			
8	جدام			
9	کزاز نوزادان			
10	سایر انواع کزاز			
11	دیفتری			
12	سیاه سرفه			
13	عفونتهای مننکو کوکی			
14	سیفلیس			
15	عفونتهای مننکو کوکی			
16	سیاه زخم			
17	تب راجعه			
18	فلج شل حاد			
19	سایر انواع فلج			
20	سالم			
21	کالا آزار			
22	هپاتیت ویرال			
23	سایر انواع هپاتیت			
24	هاری			
25	تب زرد			
26	سرخک			
27	اوریون			
28	کچلی			
29	ایدز			
30	سرخجه			
31	مالاریا			
32	سایر عفونتهای قارچی			
33	عفونتهای ناشی از بند پایان			

تاریخ تکمیل فرم نام و امضاء تکمیل کننده نام و امضاء مسئول واحد

مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت تیم سیاری	وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مرکز بهداشت شهرستان	فرم بررسی انفرادی بیماری کالآزار تاریخ تهیه فرم :.....
نام : نام خانوادگی : نام پدر: سن : جنس : ملیت :		
آدرس محل سکونت فعلی: آدرس محل سکونت در یکسال گذشته :		
مشخصات ساختمان مسکونی محل سکونت : نوساز ☐ قدیمی ☐ مخروبه ☐		
علائم بالینی:		
تاریخ بروز علائم: تاریخ تشخیص : منبع گزارش :		
نتیجه آزمایش تشخیصی :		
نوع ، مقدار و مدت داروی تجویز شده :		
نتیجه درمان :		
بررسی همه گیر شناسی : -نوع مخزن مشخص -وجود و نوع ناقل (پشه فلبوتوم) :		
اقدامات پیگیری :		
نام پزشک بررسی کننده: تاریخ بررسی :		
نظریه اپیدمیولوژیست یا کارشناس مسئول مبارزه با بیماریهای شهرستان : امضاء		
یک نسخه از این فرم در مرکز بهداشتی درمانی تهیه کننده نگهداری و یک نسخه به مرکز بهداشت شهرستان ارسال گردد .		

****وجود آلودگی در طی 3 ماه گذشته**

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
مرکز مدیریت بیماریها
دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

فرم شماره 3
فرم بررسی اپیدمیولوژی شپش تن

نام استان :
نام شهرستان :
نام روستا :
تاریخ تهیه فرم

نام و نام خانوادگی :..... نام پدر :..... جنس : ☐ زن ☐ مرد	
شغل :	وضعیت تاهل : میزان سواد :
تعداد افراد خانوار :	
تعداد افراد آلوده در خانوار :	
تعداد افراد در تماس شغلی :	
تعداد افراد آلوده در تماس شغلی :	
آدرس محل زندگی :	
آدرس محل کار	
ملاک تشخیص (براساس مشاهده شپش تن ، رشک و یا ضایعه اختصاصی) :	
اطلاعات همه گیر شناسی	
اقدامات پیگیری و مبارزه :	
نتیجه پیگیری 14 روز پس از درمان :	

توجه : منظور از تماس شغلی در مورد مدرسه همکلاسی ها و در مورد زندان افراد مقیم در یک بند ، در مورد پادگان افراد مقیم در یک آسایشگاه و در خوابگاهها افراد مقیم در یک اتاق و در محل کار افراد شاغل در یک واحد شغلی

نام کارشناس بررسی کننده :

نام استان :
نام شهرستان :
نام روستا :
تاریخ تهیه فرم

فرم خلاصہ اطلاعات اپیدمیولوژی شیش تن

[illegible]

نام و امضاء گزارش دهنده :

فرم شماره 7: گزارش دهی عملکرد دانشگاهی در خصوص خدمات مربوط به HIV/AIDS، کاهش آسیب و بیماریهای آمیزشی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
 تعداد مراکز مشاوره فعال در مراقبت HIV: سه ماهه:
 تعداد کل مراجعات به مرکز مشاوره در سه ماه گذشته:

1- موارد مشاوره و آزمایش تشخیصی

تعداد موارد مثبت WB		تعداد موارد دارای حداقل یک پاسخ آزمایش آلاز (مثبت یا منفی)		تعداد موارد مشاوره شده		بر حسب سابقه افراد
تجمعی	جدید	تجمعی	جدید	تجمعی	جدید	
						سابقه زندان
						مصرف کننده تزریقی مواد
						رفتار جنسی پر خطر
						دریافت انواع فراورده های خونی
						اهداء کننده خون
						فرزند مادر آلوده
						همسر فرد در خطر یا آلوده به HIV
						آلوده به HIV
						با علائم نشانگر ایدز
						ابتلا به بیماری آمیزشی اثبات شده
						ابتلا به سل
						مراجعه برای کسب اطلاعات بیشتر
						سایر سوابق خطر
						داوطلب اختیاری
						جمع کل موارد
						ارجاع یا سایر موارد

2- موارد تحت مراقبت HIV

جمع		تعداد موارد HIV دارای فرم بررسی بالینی		تعداد موارد HIV گزارش شده		
تجمعی	جدید	تجمعی	جدید	تجمعی	جدید	
						مرد
						زن
						جمع کل

3- مشاوره و پذیرش

درمان نگهدارنده متادون		تحويل كاندوم		تحويل سرنك		تعداد جمعيت		
كل موارد	جدید	تعداد كاندوم	تعداد نفر	تعداد سرنك	تعداد نفر			
							مصرف كندگان تزريquiry	خدمات درون مركز برای
							گروههای در خطر جنسی	
							مصرف كندگان تزريquiry	خدمات خارج مركز برای
							گروههای در خطر جنسی	
							جمع كل	

4- پذیرش و پزشك

تعداد موارد مثبت WB		تعداد آزمایش الایزا (HIV) در میان بیماران آمیژی •		تعداد موارد مثبت VDRL/RPR		تعداد آزمایش VDRL/RPR		جنسیت مراجعه كندگان		
مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	جمع كل	مرد	زن

5- پذیرش و ماما

تعداد نمونه های كشت مثبت از نظر گونوكك		تعداد نمونه برای كشت گونوكك		تعداد نمونه اسمیر مثبت از نظر گونوكك		تعداد نمونه های دریافت شده برای اسمیر گونوكك (رنگ آمیزی گرم)		تعداد بیماران		
تجمعی	جدید	تجمعی	جدید	تجمعی	جدید	تجمعی	جدید	*تجمعی	جدید	
										ترشح مجرا
										ترشح سرويكس

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :..... تاریخ تکمیل فرم :.....

درخصوص ستون تعداد جمعیت هدف در جمعیت خارج مركز مورد كافی است

- Sex worker (maie or female)
- Out reach program

آزمایش HIV تنها از موارد كشت شده بیماریهای آمیژی و پس از مشاوره لازم درخواست شود
* تعریف تجمعی در مورد بیماران آمیژی با موارد آلوده به HIV متفاوت است به دستورالعمل توجه شود

پوشش واکسیناسیون

توام (نوبت سوم)	آفتولانزا (نوبت سوم)	پنوموкок (نوبت سوم)	هپاتیت (نوبت سوم)

تعداد افرادی که از بدون تاسیس مرکز تا پایان همین فصل واجد شرایط شروع پروفیلاکسی سل بوده اند	
تعداد افراد HIV+ که از بدون تاسیس مرکز تا پایان همین فصل PPD مثبت داشته اند	
تعداد افراد HIV+ که از دوم تاسیس مرکز تا پایان همین فصل بیماری سل در آنها تشخیص داده شده است	
تعداد افرادی که در فصل مربوطه پروفیلاکسی سل شروع شده است	
تعداد افرادی که از بدو تاسیس مرکز تا پایان همین فصل پروفیلاکسی سل را کامل کرده اند	
تعداد افرادی که در حال حاضر تحت پروفیلاکسی PCP قرار دارند	

-3

تعداد زنان باردار HIV+ از بدون تاسیس مرکز تا پایان همین فصل	
تعداد زنان باردار HIV+ که از بدو تاسیس تا پایان همین فصل تحت پروفیلاکسی ضد رتروویروسی قرار گرفته اند	
تعداد کودکانی که از بدو تاسیس تا پایان همین فصل در 18 ماهگی در بررسی سرولوژیک از نظر HIV مثبت بوده اند	

4-موارد تحت درمان ضد رتروویروسی

تعداد موارد ایدز	تعداد موارد واجد شرایط	تعداد موارد تحت درمان
جدید		زن
تجمعی		مرد
جدید		جمع کل
تجمعی		از جمع موارد فوق چه تعداد مصرف کننده تزریقی مواد مخدر هستند ؟

توجه : لطفاً نام و نام خانوادگی و نام پدر و نیز تاریخ ورود به مرحله ایدز کلیه افراد HIV مثبت که در این فصل وارد مرحله ایدز شده اند را به پیوست ارسال نمایید .

تعریف مربوط به جدول PPD مثبت براساس دستورالعمل کشوری است

فرم آمار سه ماهه مراجعین مشاوره شده و آزمایشات انجام شده در مرکز مشاوره

سه ماهه سال

ردیف	نام مرکز ارجاع دهنده	تعداد کل	جنسیت		موارد آزمایش شده	تعداد موارد الیزا مثبت	تعداد موارد تایید شده
			مرد	زن			
1	گذری خواجه ربیع						
2	گذری نوده						
3	گذری دروی						
4	گذری ساختمان						
5	گذری آب و برق						
6	شهرستانها(مراکز بهداشت)						
7	هلال احمر						
8	کلینیک های ترک اعتیاد						
9	زندانشا						
10	بیمارستانها						
11	معرفی فرد توسط بیماران دیگر						
12	نیروی انتظامی						
13	انتقال خون						
14	کودکان کانون اصلاح						
15	کارکنان بهداشتی (نیدل استیک)						
16	خانه سبز						
17	افراد HIV+						
18	داوطلب اختیاری						
19	مشهد دو						
20	قرنطینه بهزیستی						
21	مقاصد اجتماعی						
22	الهییه						
23	مراجعین روزانه						
24	سیدی گذری						
25	مرکز بهداشت ثامن	-	-	-	-	-	-
جمع کل							

کلینیک مثلثی

وابسته به

1-تاریخ شروع فعالیت :.....

2-موقعیت جغرافیایی مرکز

استان	شهر	شهرستان

3-تعداد پرسنل به تفکیک مشاغل

پزشک	روانپزشک	کارمند	غیره

4-نحوه پذیرش :

ارجاع	مسقیم

5-مراکز ارجاع دهنده :

زندانها	بیمارستانها	کلینیکهای خصوصی	سایر مراکز

6-میزان پذیرش ماهیانه :

سقف پذیرش	تعداد مراجعه

7- تفکیک هزینه های درمان :

مشاوره	دارو	آزمایش	متفرقه

8-میانگین طول مدت درمان و پیگیری :

9-مشحصات آماری و اپیدمیولوژیک :

جنس	تعداد	میانگین سن	شغل دولتی	شغل آزاد	تحصیلات زیر دیپلم	تحصیلات بالای دیپلم	بومی	غیر بومی
مذکر								
مونث								

10- آزمایشات قابل انجام در کلینیک مثلثی مربوطه :

HIV	HCV	HBC	STD	سایر

11- ارجاع جهت تکمیل آزمایشات ذیل به سایر مراکز :

HIV	HCV	HBC	STD	سایر

12- درصد موارد مثبت :

HIV+	ایدز	هپاتیت C	هپاتیت B	بیماریهای مقاربتی STD

13- درصد موارد مثبت تحت درمان :

HIV	HCV	HBV	STD

14- انواع خدمات آموزشی مختلف ارائه شده :

مشاوره	آموزش	مشاوره خانوادگی	حمایتهای خانوادگی اجتماعی	آموزش کارکنان	دارو
		سرتک	کاندوم	ضد عفونی کننده ها	دیگر موارد

توضیحات :



گزارش شیر مدرسه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد

مرکز بهداشت استان خراسان رضوی

سه ماهه سال

عنوان		تعداد
موارد بازدید از شیر مدرسه ¹	کل بازدید	
	حداقل شرایط بهداشتی ²	
موارد نمونه برداری از شیر مدرسه		
موارد مشکوک به فساد و غیر قابل مصرف	طبق نظریه کارشناسی	
	طبق نظریه آزمایشگاه	
تعداد جلسات تشکیل شده		
موارد معرفی واحدهای تولیدی متخلف به مراجع قضایی		

1 - بازدید، کنترل و نظارت بر توزیع شیر در مدرسه

2 - حداقل شرایط بهداشتی منظور رعایت کامل دستورالعمل حداقل شرایط نگهداری و حمل و نقل شیر مدرسه

ردیف	نام مرکز بهداشتی درمانی	تعداد مراکز و اماکن مسیر راه	وضعیت	
			تعداد بهسازی	تعداد بهداشتی
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

فرم شماره 4/13

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
اداره کل پیشگیری و مراقبت بیماریها

فرم بررسی سیاه سرفه

منبع خبر :

تاریخ گزارش فرد گزارش دهنده

نام و آدرس موسسه:..... شماره تلفن:.....

مشخصات بیمار :

نام و نام خانوادگی:..... تاریخ تولد جنس شغل

وضعیت تحصیلی تعداد افراد خانواده نام پدر

آدرس:.....

ساکن شهر شهرستان استان

روستای تحت پوشش خانه بهداشت ☐ / تیم سیار ☐

وضعیت بستری

بیمار بستری شده : بله ☐ خیر ☐

نام بیمارستان شماره پرونده پزشکی تاریخ بستری

داروی تجویز شده

نام پزشک معالج

علائم و نشانه ها

تاریخ بروز علائم

تاریخ شروع سرفه مدت سرفه به هفته

آیا دوره باروکسیمال وجود دارد ؟

بله ☐ خیر ☐

آیا هوپ بعد از سرفه وجود دارد ؟

بله ☐ خیر ☐

پرخونی ملتحمه چشم ؟

بله ☐ خیر ☐

آیا تشنج دارد ؟

بله ☐ خیر ☐

آیا تنگی نفس دارد ؟

بله ☐ خیر ☐

آیا همراه سرفه استفراغ وجود دارد ؟

بله ☐ خیر ☐

آیا هنوز سرفه دارد ؟

بله ☐ خیر ☐

آیا سیانوزیس در هنگام سرفه است ؟

بله ☐ خیر ☐

در مورد هر کدام از جوابهای بالا در صورت مثبت بودن توضیح دهید ؟

اطلاعات آزمایشگاهی :

جمع BC درصد لنفوسیت

نتیجه سو آب نازوفارنگس

مثبت ☐ منفی ☐

نامشخص ☐

نتیجه کشت

مثبت ☐ منفی ☐

نامشخص ☐

تاریخچه ایمنسازی

تعداد واکسن DPT انجام شده

آیا سابقه ایمن سازی بصورت مکتوب وجود دارد ؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ نامشخص

آیا سابقه ایمن سازی بصورت تلقیح وجود دارد ؟ تلقیح اول (.....) دوم (.....) سوم (.....) چهارم (.....)

در صورت منفی بودن ذکر دلیل آن

محل ایمنسازی :

دولتی ☐ خانه بهداشت ☐ تیم سیار ☐ مرکز بهداشتی درمانی ☐

خصوصی ☐

خیریه ☐

درمان :

آیا بیمار تحت مراقبت درمان قرار گرفته است ؟ ☐ بله ☐ خیر

در صورت مثبت بودن وضعیت آن بستری ☐ سرپایی ☐

علت بستری شدن

نام پزشک معالج بیمارستان

تشخیص :

برونشیت ☐ بله ☐ خیر

پنومونی ☐ بله ☐ خیر

تاریخ عکسبرداری ☐ بله ☐ خیر

نظریه پزشک معالج :

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

شبکه بهداشت و درمان شهرستان:.....

فرم گزارش وضعیت پروژه های عمرانی واحدهای بهداشتی درمانی

سه ماهه : اول ☐ دوم ☐ سوم ☐ چهارم ☐

ردیف	نام واحد بهداشتی درمانی	محل تامین اعتبار	مبلغ اعتبار (ریال)	درصد پیشرفت فیزیکی پروژه	توضیحات

تاریخ تکمیل فرم :

نام و نام خانوادگی و امضاء
معاون بهداشتی و رئیس مرکز بهداشت شهرستان

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

شبکه بهداشت و درمان شهرستان:.....

مرکز بهداشت شهرستان:.....

فرم گزارش راه اندازی واحدهای بهداشتی درمانی

سه ماهه : اول ☐ دوم ☐ سوم ☐ چهارم ☐

ردیف	نام واحد بهداشتی درمانی	تاریخ شروع فعالیت	آدرس واحد بهداشتی و درمانی

تاریخ تکمیل فرم :

نام و نام خانوادگی و امضاء
معاون بهداشتی و رئیس مرکز بهداشت شهرستان

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

ردیف	رشته شغلی	تعداد پست ها		پرسنل موجود				جمع کل نیروهای موجود	تعداد پست های بلاتصدی	ملاحظات	
		مصوب	طرح گسترش	رسمی پیمانی	طرح لایحه	پیام آور	قراردادی				
							192				سایر
1	پزشک										
2	دندانپزشک										
3	داروساز										
4	کارشناس بهداشتی زن										
5	کارشناس بهداشتی مرد										
6	بهداشتکار دهان ودندان										
7	کاردان بهداشتی زن										
8	کاردان بهداشتی مرد										
9	کاردان و کارشناس آزمایشگاه										
10	کاردان و کارشناس رادیولوژی										
11	بهیار یا پرستار										
12	ماما										
13	تکنسین بهداشتی مرد										
14	تکنسین بهداشتی زن										
15	تکنسین و دارویار										
16	کمک بهیار										
17	متصدی پذیرش آمار و مدارک پزشکی										
18	بهورز مرد										
19	بهورز زن										
20	امور اداری										
21	امور مالی										

امور اداری شامل کلیه نیروهای شاغل در بخش های اداری ، کارگزینی ، خدماتی ، نقلیه و فنی ...

امور مالی شامل نیروهای حسابداری ، تدارکات ، امین اموال و...

تائید نهایی / مدیر شبکه

امضاء سرپرست / رئیس مرکز بهداشت

امضاء تهیه کننده / گسترش شبکه

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

فرم شماره : پنج

شهرستان

فرم عملیات سمپاشی

تاریخ شروع سمپاشی :
تاریخ خاتمه سمپاشی :

ردیف	شماره ساختمان	شماره خانوار	نام سرپرست خانوار	جمعیت	اماکن تحت سمپاشی				
					مکان ثابت		مکان موقت		تعداد کل
					سمپاشی شده		تعداد کل		
					کامل	ناقص		کامل		ناقص
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
					جمع				

برابر آخرین آمار گیری فرم اولین ویزیت	تعداد کل ساختمان	تعداد کل خانوار	جمعیت	کل اماکن				سم مصرفی	
				ثابت		موقت		نوع	مقدار به کیلوگرم
				کامل	ناقص	کامل	ناقص		
نتیجه	سمپاشی شده								
سمپاشی	سمپاشی نشده								

تاریخ تکمیل فرم : نام و امضا: مسئول گروه مسئول فنی مرکز بهداشتی درمانی : مسئول آمار شهرستان :

بِسْمِہِ تَعَالٰی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

..... دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شہرستان

فرم بررسی انفرادی بیمار مبتلا به مالاریا

الف (مشخصات بیمار :

نام و نام خانوادگی : نام پدر : سن : جنس : مرد ☐ زن : غیر باردار ☐ باردار ☐
 وزن : شغل : سطح سواد : وضعیت تاهل : مجرد ☐ متاهل ☐
 آدرس کامل محل سکونت : ملیت : ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐
 آدرس کامل محل کار :

ب (تاریخچه بیماری :

واحد تشخیص دهنده : تاریخ بروز علائم بیماری : محل شروع بیماری :
 علائم و نشانه های بیماری : 1- تب ☐ 2- لرز ☐ 3- عرق ☐ 4- درد مفاصل ☐ 5- سایر علائم با ذکر نام :
 نوع لام تهیه شده : اکتیو ☐ پاسیو ☐ تاریخ تهیه لام : تاریخ آزمایش : نوع انگل : مراحل انگل :
 تاریخ سابقه قبلی ابتلا به بیماری مالاریا و نوع انگل : سابقه مسافرت از یکماه قبل تا کنون دارد ☐ ندارد ☐
 محل های مسافرت با ذکر تاریخ : مدت اقامت : تاریخ دریافت خون : تاریخ اهداخون :

ج (درمان :

تاریخ شروع درمان : آیا درمان برابر دستور العمل کشوری انجام گرفته است ؟ بلی ☐ خیر ☐ توضیح دهید .
 نتیجه بیماری : بهبودی ☐ بستری ☐ فوت ☐
 تاریخ تهیه لام های تعقیب و نتیجه آن : بیماریهای زمینه ای و داروهای مصرفی :

د) عادات و شرایط محیط زندگی

از پشه بندی استفاده می کند بلی ☐ خیر ☐ به در و پنجره های اماکن محل زندگی بیماری توری نصب می باشد بلی ☐ خیر ☐
 طی شبانه روز از وسایل خنک کننده استفاده می کند بلی ☐ خیر ☐ سایر روشهای حفاظت فردی را نام ببرید .

د) بررسی کانون آلودگی

الف (نتایج بررسی حشره شناسی کانون آلودگی : تاریخ بررسی : جمعیت :
 نتیجه بررسی ژیت های لاروی : میانگین دما :
 نتیجه وفور گیری آنوفل بالغ : میانگین رطوبت :
 سابقه عملیات مبارزه با ناقل در کانون آلودگی با ذکر تاریخ و مدت انجام آن (سمپاشی ابقایی ، لاروکشی شیمیایی ، مه پاشی ...)
 ب) نتیجه بررسی سابقه بیماری

منابع جمع آوری لام	تعداد لام تهیه شده	تعداد مثبت	نوع انگل با ذکر تاریخ
از خانواده بیمار			
از کانون آلودگی			
از کانون های مجاور			

و) طبقه بندی اپیدمیولوژیک

انتقال محلی ☐ وارد ☐ انتقال از خون ☐ انتقال از وارد ☐ برگشت بیماری :عود ☐ ظهور مجدد ☐ عفونت مجدد ☐

در صورت وجود امکان انتقال توصیه شما چیست ؟

نام و امضا: بررسی کننده کاردان مرکز بهداشتی درمانی : اپیدمیولوژیست شهرستان :

بسمه تعالی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

کد فرم : 3-104 و 4-

نوع واحد : مرکز بهداشت استان

نام واحد : ماه : سال :

خلاصه فعالیت ماهیانه حشره شناسی

ردیف	شهرستان	موقعیت جغرافیایی		میانگین دما	میانگین رطوبت	نوبت اول و دوم بررسی لارو و بالغ آنوفل در ماه	نوع و وفور لارو و بالغ آنوفل				
		کوهستان	دشت				آنوفل	آنوفل	آنوفل	آنوفل	آنوفل
						اول					
						دوم					
						اول					
						دوم					
						اول					
						دوم					
						اول					
						دوم					
						اول					
						دوم					
						اول					
						دوم					
						اول					
						دوم					
						اول					
						دوم					
						اول					
						دوم					
						اول					
						دوم					
						اول					
						دوم					
						اول					
						دوم					
						اول					
						دوم					
						اول					
						دوم					

تاریخ تکمیل فرم: نام و امضا: حشره شناس کارشناس مسئول مبارزه با بیماریها معاون بهداشتی دانشگاه / دانشکده:

نوع بیماری		جنسیت	موارد تحت درمان و مراقبت												موارد قطع مراقبت و درمان			
			0-9		10-24		25-60 به بالا		جمع		انواع از درمان	بهبود	فوت	مهاجرت				
			پیدا	تکراری	پیدا	تکراری	پیدا	تکراری	پیدا	تکراری				موقت	دائم			
روانی شدید		زن																
		مرد																
روانی متوسط		زن																
		مرد																
		زن																
		مرد																
		زن																
		مرد																
اضطراب		زن																
		مرد																
وسواس		زن																
		مرد																
سایر اختلالات روانی خفیف		زن																
		مرد																
عقب مانده ذهنی		زن																
		مرد																
اختلالات روانپزشکی کودکان		زن																
		مرد																
صرع		زن																
		مرد																
دمانس		زن																
		مرد																
پارکینسون		زن																
		مرد																
سکته مغزی		زن																
		مرد																
جمع کل																		
اقدام به خودکشی		زن																
		مرد																
آب		زن																
		مرد																
		زن																
		مرد																
		زن																
		مرد																
مواد روانگردان و اکستازی		زن																
		مرد																
حشیش ، بنگ ، گراس ، ماری جوانا و ...		زن																
		مرد																
جمعیت تحت پوشش		زن																
		مرد																

تایید بالاترین مقام مسئول :

نام خانوادگی گزارشگر :

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

م / 1 / ب

کد فردی

فرم مشاوره اختصاصی

اطلاعات مربوط به اولین تجربه مواد مخدر

سن اولین تجربه :.....				
نوع ماده یا دارو : ☐ تریاک ☐ هروئین ☐ حشیش ☐ روانگردانها ☐ سایر موارد :.....				
- علت مصرف :				
سابقه استعمال مواد مخدر در اعضای خانواده : ☐ بلی ☐ خیر				
سن اولین تزریق مواد :..... علت تزریق :				
وضعیت کنونی از لحاظ مصرف مواد : ☐ مصرف مواد ☐ قطع مصرف				
نوع ماده یا داروی روانگردان یا مخدر : ☐ تریاک ☐ هروئین ☐ حشیش ☐ روانگردانها ☐ سایر موارد :.....				
مقدار : دفعات مصرف :				
نحوه مصرف :				
روش : ☐ خوراکی ☐ دودکردن ☐ تزریقی ☐ استنشاقی ☐ سایر موارد :.....				
مدت زمان نوع مصرف فعلی :				
توضیحات :.....				
سابقه ترک مواد (مشخصات 3 بار اخیر را در جدول درج کنید)				
	تاریخ	متولی ترک	مدت دوری از مواد	علت شکست
1				
2				
3				
سابقه تزریق مشترک (سرنگ یا پمپ یا هر وسیله ای) : ☐ ندارد ☐ دارد (در صورت جواب مثبت جدول پر شود)				
مکان تزریق مشترک		اولین :/...../..... آخرین :/...../.....		
مشخصات افراد خانواده که سابقه تزریق مواد دارند				
	نسبت	انجام مشاوره		
		بله (با ذکر محل)	نامشخص	ملاحظات
1				
2				
3				
4				

☐ غیر زندانی

جمهوری اسلامی ایران

☐ زندانی

برنامه کشوری مبارزه با سل

فرم شماره 7

☐ مجموع

فرم گزارش بیماران ثبت شده در سه ماهه سال 13

☐ غیر ایرانی

☐ ملیت : ایرانی

نام دانشگاه:	13	/	/	تاریخ تکمیل فرم:
نام شهرستان:	نام هماهنگ کننده سل شهرستان:			
امضاء:				

جدول شماره 1: موارد جدید و عود بیماری سل

جمع (5)			سل خارج ریوی (4)			سل ریوی								
						گسترده خلط منفی (3)			گسترده خلط مثبت					
									عود (2)			موارد جدید (1)		
جمع	زن	مرد	جمع	زن	مرد	جمع	زن	مرد	جمع	زن	مرد	جمع	زن	مرد
			ط	ح	ز	و	ه	د				ج	ب	الف

جداول بررسی موارد جدید ابتلا به سل ریوی و خارج ریوی به تفکیک سن و جنس

جدول شماره 2: موارد جدید ابتلا به سل ریوی با گسترده خلط مثبت

سن	4-0	9-5	10-14	24-15	34-25	44-35	54-45	64-55	65 >	جمع
مرد										الف
زن										ب
جمع										ج

جدول شماره 3: موارد جدید ابتلا به سل ریوی با گسترده خلط منفی

سن	4-0	9-5	10-14	24-15	34-25	44-35	54-45	64-55	65 >	جمع
مرد										د
زن										ه
جمع										و

جدول شماره 4: موارد جدید ابتلا به سل خارج ریوی

سن	4-0	9-5	10-14	24-15	34-25	44-35	54-45	64-55	65 >	جمع
مرد										ز
زن										ح
جمع										ط

نام دانشگاه:	13 / /	ملیت: ایرانی ☐ غیر ایرانی ☐	تاریخ تکمیل فرم:
نام شهرستان:	نام هماهنگ کننده سل شهرستان:		
امضاء:			

	1- تعداد بیماران مشکوک که گسترده خلط انجام داده اند :
	2- تعداد گسترده خلط آزمایش شده برای بیمار یابی :
	تعداد متوسط گسترده خلط آزمایش شده برای هر بیمار مشکوک (حاصل تقسیم بند 2 به بند 1)
	3- تعداد بیماران گسترده مثبت تشخیص داده شده :
	نسبت بیماران با گسترده خلط مثبت به کل موارد مشکوک به درصد (حاصل تقسیم بند 3 به بند 1)
	4- تعداد بیمارانی که جهت پیگیری درمان ، گسترده خلط انجام داده اند :

توجه : این گزارش که حاصل همکاری مسئول آزمایشگاه سل شهرستان و هماهنگ کننده سل شهرستان میباشد به صورت سه ماهه و از روی دفتر آزمایشگاه سل تکمیل میگردد .

کد فرم 120/1 ماه سال جمعیت تحت پوشش : تعداد آزمایشگاه فعال :	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان مرکز بهداشت شهرستان	فرم آمار ماهیانه آزمایشگاه
---	---	----------------------------

تعداد	ادامه سرولوژی	تعداد	هماتولوژی	تعداد	بیوشیمی خون	تعداد	بیوشیمی خون
-------	---------------	-------	-----------	-------	-------------	-------	-------------

	مثبت	ASO		CBC			نرمال	CPK		نرمال	قند
	منفی			نرمال	HB		غیر نرمال			غیر نرمال	
	مثبت	RPR		غیر نرمال		HT		نرمال	آهن		نرمال	تست تحمل گلوکز
	منفی			نرمال			غیر نرمال			غیر نرمال	
	مثبت	VDRL		غیر نرمال			نرمال	TIBC		نرمال	اوره
	منفی			شمارش گلبول سفید		غیر نرمال			غیر نرمال		
		جمع کل		شمارش افتراقی گلبول سفید			نرمال	پروتئین توتال		نرمال	کراتی نین
				شمارش گلبول قرمز		غیر نرمال			غیر نرمال		
	انگل شناسی			مرفولوژی گلبول قرمز			نرمال	آلبومین خون		نرمال	اسید اوریک
	آسکاریس	نوع انگل (1)		نرمال	MCV		غیر نرمال	آمیلاز		غیر نرمال	کلسترو
	اکسیور			غیر نرمال			نرمال			نرمال	
	هیمنولیس نانا			شمارش رتیکولوسیت			غیر نرمال	HBF		غیر نرمال	HDL
	تیناسازیناتا			شمارش پلاکت			نرمال			نرمال	
	آمیب هیستولیتیکا	نوع (2) آمیب و پروتوزن		ESR			غیر نرمال	HBA2		غیر نرمال	LDL.C
	ژیاردیا			زمان سیلان			نرمال			نرمال	
	تریکوموناس واژینالیس			زمان انعقاد			غیر نرمال	HbsAg		غیر نرمال	VLDL.C
	سایر موارد			PT			مثبت			نرمال	
	موارد منفی 1 و 2			PTT			منفی			غیر نرمال	
	مثبت	تست گایاک		تجسس LE						نرمال	تری گلیسیرید
				گروه خون						غیر نرمال	
	سارکوپت اسکاییه			کومیس مستقیم			جمع			نرمال	سدیم
	مثبت	سالک		کومیس غیر مستقیم		تعداد	بیوشیمی ادرار			غیر نرمال	
	منفی			نرمال	تست شکنندگی گلبول قرمز			تجزیه کامل ادرار			نرمال	پتاسیم
	فالسیپاروم	مالاریا	غیر نرمال				کراتینین ادرار			غیر نرمال	
	اواله			جمع			اسید اوریک ادرار			نرمال	کلسیم
	میکس			تعداد	سرولوژی			کلسیم ادرار				غیر نرمال
	موارد منفی			مثبت	رایت			پروتئین 24 ساعته ادرار			نرمال	فسفر
	جمع		منفی				تست حاملگی			غیر نرمال	
	میکروشناسی			Ha	ویدال		اسپر موگرام			نرمال	بیلی روبین توتال
	کشت ادرار و آنتی بیوگرام			Oa			مثبت	تست مرفین		غیر نرمال	
	کشت مدفوع و آنتی بیو گرام			Hb			منفی			نرمال	بیلی روبین مستقیم
	کشت گلو و آنتی بیوگرام			Ob			جمع کل			غیر نرمال	
	کشت زخم و آنتی بیوگرام			Hd		تعداد	قارچ شناسی			نرمال	SGOT
	کشت خون و آنتی بیوگرام			Od			مثبت	جلدی		غیر نرمال	
	کشت از نظر قارچ			مواردمنفی			منفی			نرمال	SGPT
	کشت مایعات بی هوازی (سیت و ...)			مثبت	کومیس رایت	موی سر			غیر نرمال	اسید فسفاتاز	
	تهیه اسمیر مستقیم جهت بررسی			منفی			آندوتریکس				نرمال
	مثبت	آزمایش BK مستقیم		مثبت	2ME		فاووس		غیر نرمال	آلکالن فسفاتاز	
	منفی			منفی			مثبت	ناخن			نرمال
	کشت BK و آنتی بیو گرام			مثبت	CRP		منفی			غیر نرمال	LDH
	پاپ اسمیر	سیتولوژی		منفی			جمع کل			نرمال	
	یو کال اسمیر			مثبت	RA					غیر نرمال	
	جمع کل			منفی							

تعداد کل آزمایش انجام شده تعداد کل مراجعین نام و امضاء مسئول آزمایشگاه نام و امضاء مسئول مرکز بهداشت شهرستان

فرم درخواست دارویی خانه بهداشت

تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی

3 ماهه سال

تعداد مصرف کنندگان قرص LNG نفر

[illegible]

گروه	ردیف	نام دارو	موجودی ابتدای 3 ماهه قبل	ورودی		خروجی		باقیمانده		درخواستی	تعداد مورد تایید
				از انبار دارویی مرکز	تاریخ دریافت	مصرفی	مرجوعی	تعداد	تاریخ انقضاء		
بچه دارو	30	قرص استامینوفن 325									
	31	قرص آلومینیوم ام جی اس									
	32	قرص آلومینیوم ام جی									
	33	قرص اسپرین 325									
	34	قرص مبندازول									
	35	قرص پنی سیلین 500									
	36	قرص کوتریموکسازول									
	37	الگزیر استامینوفن									
	38	شربت دیفن هیدرامین									
	39	شربت دیفن هیدرامین کامپاند									
	40	آمپول فیتونادیون ام									
	41	پماد کدلیور (برن)									
	42	پماد کالاندولا									
	43	پماد متیل سالیسیلات									
	44	پماد متول سالیسیلات									
	45	کرم کالامین دی									
	46	پماد کروتامیون									
	47	پماد نیتروفرآزون									
	48	شیاف استامینوفن اطفال									
	49	الکل سفید									
	50	پویدین آیو دین 250 م									
	51	ستریمیدسی 250 م									
	52	سدیم کلراید 500 شستشو									
	53	شامپو پرمترین									
	54	شیر مصنوعی									
	55	باند 10 سانتیمتری									
	56	سرنگ 1 سی سی انسولین									
	57	سرنگ 2 سی سی									
	58	سرنگ 5 سی سی									
	59	گاز ساده 500 گرمی									
	60	لکوپلاست 5 سانتی									
	61	پنبه 100 گرمی									
	62	چسب ضد حساسیت 2/5									
	63	دستکش جراحی 7/5									
	64	دستکش نایلونی									

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده : (بهورز)

تائید کنندگان :

1- مسؤول بهداشت خانواده مرکز

2- تکنسین دارویی (دارویار)

3- مسؤول مرکز (پزشک)

تاریخ تکمیل :

فرم درخواست تجهیزات یک بار مصرفی

شهرستان : مرکز بهداشتی درمانی از تاریخ : تا تاریخ :

ردیف	نام تجهیزات	موجودی اولیه	تحویلی	مصرفی	باقیمانده	درخواستی
1	پنبه 100 گرمی					تعداد پانسمان :
2	گاز کیلیویی					
3	باند ساده 5 سانتی					تعداد بخیه:
4	باند ساده 5 و 7 سانتی					
5	باند ساده 10 سانتی					تعداد نوار قلب :
6	چسب اوکی					
7	چسب لکوپلاست 5 سانتی					تعداد تزریقات :
8	چسب ضد حساسیت					
9	دستکش یکبار مصرف					
10	دستکش جراحی					تعارفه به فروش رسیده در تزریقات :
11	تیغ بیستوری					
12	نخ بخیه سیلک 3-0					تعداد کل مراجعین به واحد تزریقات :
13	نخ بخیه سیلک 2-0					
14	نخ بخیه سیلک صفر					
15	نخ بخیه نایلون صفر					
16	نخ بخیه نایلون 4-0					
17	نخ بخیه نایلون 3-0					
18	نخ بخیه نایلون 2-0					
19	نخ بخیه کرومیک 2-0					
20	آبسلانگ					نام و نام خانوادگی و امضاء مسؤول واحد
21	اسپاچولا					تزریقات و پانسمان :
22	قرص فرمول (پارافرمالیدید)					
23	بتادین گالنی					
24	سوآپ					
25	اسپری فیکساتور					
26	لام اسمیر					
27	سرسوزن					
28	سرنگ انسولین					نام و نام خانوادگی و امضاء دارویار :
29	اتانول 96 درجه (الکل)					
30	سترمید گالنی (ساوان)					
31	نایلون دارو					
32	آی یو دی					
33	کلامپ بند ناف					مهر و امضاء مسؤول مرکز :
34	ژل الکتروکاردیوگراف					
35	نوار الکتروکاردیوگراف					
36	آمپول اکسی توسین					
37	آمپول فیتونادیون K -					
38	آمپول مگسترون					
39	ویال لیدوکائین 2 %					
40	سرم شستشوی لیتر					

فرم درخواست تجهیزات از مرکز بهداشتی درمانی

ردیف	نام تجهیزات	بهداشت خانواده					تسهیلات زایمانی				
		موجودی اولیه	تحویلی	مصرفی	مانده	درخواست	موجودی اولیه	تحویلی	مصرفی	مانده	درخواست
1	پنبه 100 گرمی										
2	گاز ساده										
3	بتادین گالنی										
4	ساولن گالنی										
5	اتانول - الکل 96 درجه										
6	دستکش یکبار مصرف										
7	دستکش جراحی										
8	تیغ بیستوری										
9	نخ بخیه سیلک 3-0										
10	آبسلانگ										
11	اسپاچولا										
12	اسپری فیکساتور										
13	لام اسمیر										
14	آی یو دی										
15	سوآپ										
16	آمپول مگسترون										
17	آمپول فیتونادیون										
18	سرسوزن										
19	سرنج انسولین										
20	کلامپ بند ناف										
21	ژل الکتروکاردیوگراف										
22	آمپول اکسی توسین										
23	نخ بخیه کرومیک 2-0										

										تعداد کل مراجعین:
										مبلغ تعرفه فروخته شده :
										تعداد مراجعین رایگان :

نام و نام تنظیم کننده : نام و امضاء مسؤول واحد :

نام و نام خانوادگی مسؤول مرکز بهداشتی درمانی :

دانشگاه علوم پزشکی
مرکز بهداشت شهرستان

نام مرکز بهداشتی درمانی : تاریخ تنظیم فرم :
شماره درخواست : تاریخ تحویل به امور دارو :

* مسئولیت منقضی شدن داروها بعد از درخواست کنندگان می باشد و داروهای درخواستی مسترد نخواهد شد .

ردیف	نام دارو	باقیمانده	قیمت هر عدد	درخواست
1	قرص استامینوفن 325 میلی			
2	قرص استامینوفن کدئین			
3	قرص استازولامید			
4	قرص سرماخوردگی بزرگسالان			
5	قرص آلومینیوم ام جی اس			
6	قرص آسیکلوویر 400 میلی			
7	قرص آلپرازولام 0/5			
8	قرص آلپورینول 100 میلی			
9	قرص آمیلو دیپین			
10	قرص آمی تربیتیلین 10 میلی			
11	قرص آمی تربیپ تیلین 25 میلی			
12	قرص آنتی هیستامین دکونژستانت			
13	قرص آسپیرین 80 میلی			
14	قرص آسپیرین 100 میلی			
15	قرص آسپیرین ام . سی			
16	قرص آتنولول 100 میلی			
17	قرص آتنولول 50 میلی			
18	قرص باکلوفن 10 میلی			
19	قرص بیزاکودیل			
20	قرص کلسیم جوشان			
21	قرص برم هگزین			
22	قرص کلسیم - د			
23	قرص کاربامازپین			
24	قرص سرماخوردگی کودکان			
25	قرص کلردیازپوکساید 5 میلی			
26	قرص کلرفنیرامین 4 میلی			
27	قرص کاپتوپریل 25			
28	قرص کاپتوپریل 50			
29	قرص سیپروفلوکساسین 250			
30	قرص سیپروفلوکساسین 500			

تکنسین دارویی (دارویار مرکز) : امضاء مسؤول مرکز بهداشتی درمانی پزشک : امضاء

ردیف	نام دارو	باقیمانده	قیمت هر عدد	درخواست
31	قرص کلماستین			
32	قرص کلیدنیوم سی			
33	قرص کلومیپرامین 10			
34	قرص کلومیپرامین 25			
35	قرص کلونازپام 1 میلی			
36	قرص کتوتیفن			
37	قرص کوتریموکسازول بالغ			
38	قرص کتوکونازول			
39	قرص کوآموکسی کلاو 375			
40	قرص کوآموکسی کلاو 625			
41	قرص سیپروترون کامپاند			
42	قرص سوکرافیت			
43	قرص سفیکسیم 200			
44	قرص سفیکسیم 400			
45	قرص سولفاسالازین			
46	قرص سیلاکس			
47	قرص دیازپام 2 میلی			
48	قرص دیازپام 5 میلی			
49	قرص دیکلوفناک سدیم 25			
50	قرص دی سیکلومین			
51	قرص دایجستيو			
52	قرص دیگوگسین			
53	قرص دیلتیازم 60			
54	قرص دیمن هیدرینات			
55	قرص دایمیتیکون			
56	قرص دی پیریدامول 25			
57	قرص دی پیریدامول 75			
58	قرص انالاپریل 5 میلی			
59	قرص ارگوتا مین سی			
60	قرص اریتروماکسین 400 میلی			
61	قرص فاموتیدین 20 میلی			
62	قرص فاموتیدین 40 میلی			
63	قرص فوروزماید 40 میلی			
64	قرص گلی بنکلامید 5 میلی			
65	قرص هالوپریدول نیم			
66	قرص هیدروکلروتیازید			
67	قرص هیدروکسی زین 10 میلی			

تکنسین دارویی (دارویار مرکز) : امضاء مسؤول مرکز بهداشتی درمانی پزشک : امضاء

ردیف	نام دارو	باقیمانده	قیمت هر عدد	درخواست
68	قرص هیوسین			
69	قرص ایوپروفن 200 میلی			
70	قرص ایوپروفن 400 میلی			
71	قرص ایمی پرامی 10 میلی			
72	قرص ایمی پرامین 25 میلی			
73	قرص یدوکتینول			
74	قرص ایزوسورباید 10 میلی			
75	قرص لیتیم کربنات			
76	قرص لووستاتین			
77	قرص لووتیروکسین			
78	قرص لورازپام 1			
79	قرص لوپرامید			
80	قرص مبندازول			
81	قرص مدروکسی پروژسترون			
82	قرص متفورمین 500 میلی			
83	قرص متی مازول			
84	قرص متوکاربامول			
85	قرص متیل دوپا			
86	قرص متوکلپرامید			
87	قرص مترونیدازول			
88	قرص نالیدیسیک اسید			
89	قرص نیکلوزامايد			
90	قرص نیتروگلیسرین ریتارد 2/6			
91	قرص نیتروگلیسرین ریتارد 6/4			
92	قرص نورتریپیلین 10			
93	قرص نورتریپیلین 25			
94	قرص اکسازپام			
95	قرص اکسی بوتینین			
96	قرص پنی سیلین وی			
97	قرص فنازوپیریدین			
98	قرص فنوباربیتال 15 میلی			
99	قرص فنوباربیتال 100 میلی			
100	قرص پردنیزولون			
101	قرص پروپرانولول 10 میلی			
102	قرص پروپرانولول 40 میلی			
103	قرص پردوافدرین			
104	قرص رانی تیدین			

تکنسین دارویی (دارویار مرکز) : امضاء مسؤول مرکز بهداشتی درمانی پزشک : امضاء

ردیف	نام دارو	باقیمانده	قیمت هر عدد	درخواست
105	قرص تنوفیلین رتارد			
106	قرص تیوریدازین 10 میلی			
107	قرص تیوریدازین 100 میلی			
108	قرص تریامترن اچ			
109	قرص تری فلوپرازین 1 میلی			
110	قرص تری هگزافیتندیل			
111	قرص والپروات سدیم			
112	قرص وراپامیل			
113	قرص ویتامین B1 300			
114	قرص ویتامین B6			
115	قرص فورازولیدون			
116	قرص کلوتریمازول واژینال			
117	قرص مترونیدازول واژینال			
118	کپسول آزیترومایسین			
119	کپسول آموکسی سیلین 250			
120	کپسول آموکسی سیلین 500			
121	کپسول آمپی سیلین 500			
122	کپسول امپرازول			
123	کپسول سفالکسین 250			
124	کپسول سفالکسین 500			
125	کپسول داکسی سیکلین			
126	کپسول فلوکستین 10			
127	کپسول فلوکستین 20			
128	کپسول همتانیک			
129	کپسول فلوکونازول 50			
130	کپسول ایندومتاسین			
131	کپسول متنامیک اسید			
132	کپسول نیفیدپین			
133	پرل نیتروگلیسرین			
134	کپسول فنی توئین			
135	کپسول پیروکسیکام			
136	کپسول جم فیروزیل			
137	کپسول کلوزاسیلین 500			
138	الگزیر استامینوفن			
139	شربت آلومینیوم MGS			
140	سوسپانسیون آموکسی سیلین 125			
141	سوسپانسیون آموکسی سیلین 250			

تکنسین دارویی (دارویار مرکز) : امضاء مسؤول مرکز بهداشتی درمانی پزشک : امضاء

ردیف	نام دارو	باقیمانده	قیمت هر عدد	درخواست
142	سوسپانسیون کوآموکسی کلاو 156			
143	سوسپانسیون کوآموکسی کلاو 312			
144	سوسپانسیون آمپی سیلین 250			
145	شربت برم هگزین			
146	سوسپانسیون سفالکسین 125			
147	سوسپانسیون سفالکسین 250			
148	سوسپانسیون سفیکسیم			
149	سوسپانسیون کوتریموکسازول			
150	شربت دکسترومتورفان			
151	شربت دکسترومتورفان P			
152	شربت دی سیکلومین			
153	شربت دیفن هیدرامین			
154	شربت دیفن هیدرامین کامپوند			
155	شربت اریترومايسين 200			
156	شربت اکسپکتورانت			
157	شربت اکسپکتورانت کدئین			
158	شربت فورازولیدون			
159	شربت فروس سولفات			
160	شربت گایا فنزین			
161	شربت هیدروکسی زین			
162	شربت ایوپروفن			
163	سوسپانسیون هیدروکساید منیزیم			
164	شربت مترونیدازول			
165	سوسپانسیون نالیدیکسیک اسید			
166	شربت سرماخوردگی کودکان			
167	شربت پنی سیلین وی			
168	شربت پی پرازین			
169	شربت پرومتازین			
170	شربت پیرونیوم پاموات			
171	شربت سالبوتامول			
172	شربت تنوفیلین جی			
173	شربت کتوتیفن			
174	شربت پزدوافدرین			
175	آمپول آمینوفیلین			
176	آمپول آتروپین			
177	آمپول بتامتازون			
178	آمپول بتامتازون ال . آ			

تکنسین دارویی (دارویار مرکز) : امضاء مسؤول مرکز بهداشتی درمانی پزشک : امضاء

ردیف	نام دارو	باقیمانده	قیمت هر عدد	درخواست
179	آمپول بی پریدین			
180	آمپول کلماستین			
181	آمپول دکزامتازون			
182	ویال دکستروز 50٪			
183	آمپول دیازپام			
184	آمپول دی سیکلومین			
185	آمپول آب مقطر			
186	آمپول اپی نفرین			
187	آمپول فوروزماید			
188	آمپول جنتامایسین 80 میلی			
189	ویال هیدروکورتیزون			
190	آمپول هیوسین			
191	ویال انسولین NPH			
192	ویال انسولین رگولار			
193	ویال لیدوکائین 2٪			
194	آمپول متوکاربامول			
195	آمپول متیل پردنیزولون			
196	آمپول متوکلوپرامید			
197	آمپول نالوکسان			
198	ویال پنی سیلین 3-3-6			
199	ویال پنی سیلین 400000			
200	ویال پنی سیلین 800			
201	ویال پنی سیلین 1/200			
202	آمپول فیتونادپون 1 میلی k1			
203	آمپول پروژسترون 25			
204	آمپول پرومتازین			
205	آمپول پیروکسیکام			
206	آپول رانیتیدین			
207	آمپول تری فلوپرازین			
208	آمپول ویتامین B6 300			
209	آمپول ویتامین د. ث			
210	آمپول تتابولین			
211	پماد آنتی هموروئید			
212	پماد سوختگی			
213	پماد کلونیتازول			
214	پماد هیدروکورتیزون			
215	پماد متول سالیسیلات			

تکنسین دارویی (دارویار مرکز) : امضاء مسؤول مرکز بهداشتی درمانی پزشک : امضاء

ردیف	نام دارو	باقیمانده	قیمت هر عدد	درخواست
216	پماد سیلور 50 میلی			
217	پماد تتراسایکلین 3٪			
218	پماد تریامسینولون NN			
219	پماد ویتامین آ . د			
220	پماد زینک اکساید			
221	پماد جنتامایسین چشمی			
222	پماد اریترومایسین چشمی			
223	پماد تتراسایکلین 1٪			
224	پماد ویتامین آ چشمی			
225	کرم کلوتریمازول واژینال			
226	ژل بتادین واژینال			
227	کرم تربیل سولفاواژینال			
228	کرم موضعی اسیکلوویر			
229	کرم کالامین			
230	کرم کلوتریمازول			
231	کرم نیتروفورازون			
232	ژل دیکلوفناک سدیم			
233	ژل اریترومایسین			
234	قطره بتامتازون			
235	قطره کلرامفنیکل			
236	قطره سیپروفلوکساسین چشمی			
237	قطره دکزامتازون			
238	قطره جنتامایسین			
239	قطره اشک مصنوعی چشمی			
240	قطره نفازولین 1٪ چشمی			
241	قطره نفازولین 5٪ بینی			
242	قطره نفازولین + آنتازولین چشمی			
243	قطره فنیل افرین 0/25 بینی			
244	قطره فنیل افرین 0/5 بینی			
245	قطره سدیم کلراید بینی			
246	قطره سولفاستامید 10٪ چشمی			
247	قطره سولفاستامید 20٪ چشمی			
248	قطره تیمولول چشمی			
249	قطره گلیسرین فنیکه گوش			
250	قطره استامینوفن خوراکی			
251	قطره دایمتیکون خوراکی (دایمتین)			
252	قطره متوکلوپرامید خوراکی			

تکنسین دارویی (دارویار مرکز) : امضاء مسؤول مرکز بهداشتی درمانی پزشک : امضاء

ردیف	نام دارو	باقیمانده	قیمت هر عدد	درخواست
253	قطره مولتی ویتامین			
254	قطره فروس سولفات			
255	قطره مولتی ویتامین + آهن			
256	قطره A + D			
257	قطره نیستاتین خوراکی			
258	سرم دکستروز 5% 0/5 لیتر			
259	سرم دکستروز 5% یک لیتر			
260	سرم رینگر 0/5 لیتر			
261	سرم رینگر یک لیتر			
262	سرم سدیم کلراید تزریق 0/5 لیتر			
263	سرم سدیم کلراید تزریقی یک لیتر			
264	شیاف استامینوفن اطفال			
265	شیاف استامینوفن بزرگسالان			
266	شیاف آنتی هموروئید			
267	شیاف بیزاکودیل اطفال			
268	شیاف بیزاکودیل بزرگسالان			
269	شیاف دیکلوفناک 100			
270	شیاف ایندومتاسین 50			
271	لوسیون کلوتریمازول			
272	محلول بتادین 250 سی سی			
273	سرم سدیم کلراید شستشو 1 لیتر			
274	سرم سدیم کلراید شستشو 0/5 لیتر			
275	اسپری اتروونت			
276	اسپری بینی کرومولین سدیم			
277	اسپری سالبوتامول			
278	اسپری بکلومتازون			
279	دهانشویه کلرهگزیدین			
280	پودر ORS			
281	اسکالپ وین			
282	آنژیوکت صورتی			
283	ست سرم			
284	سرنگ 1 سی سی			
285	سرنگ 2 سی سی			
286	سرنگ 5 سی سی			
287	سرنگ 10 سی سی			
288	پلاستیک دارو			

تکنسین دارویی (دارویار مرکز) : امضاء مسؤول مرکز بهداشتی درمانی پزشک : امضاء

« لیست تجهیزات پزشکی »

ردیف	نام دارو	تعداد درخواستی	ملاحظات	توضیحات
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

« فرم درخواست داروهای مراقبتی » - (غیرریالی)

مرکز بهداشتی درمانی خانه بهداشت فصل سال

ردیف	نام دارو	باقیمانده	درخواست	توضیحات
1	قرص فروس سولفات			
2	قطره فروس سولفات			
3	قرص فولیک اسید			
4	کنتراستپو اچ . دی			
5	کنتراستپو ال . دی			
6	کنتراستپو تری فازیک			
7	کنتراستپو لاینسترونول			
8	مدرکسی پروژسترون استات 150			
9	قطره مولتی ویتامین			
10	قرص مولتی ویتامین			
11	کپسول مولتی ویتامین مینرال			
12	قطره ویتامین آ 0 د			
13	پودر ORS			
14	قطره ویتامین آ . د			
15	قرص L.N.G			
16	آمپول سیکلوفوم			

« فهرست داروهای پروتکلی » - (غیرریالی)

ردیف	نام دارو	باقیمانده	درخواست	توضیحات
1	قطره ریفاپین			
2	کپسول ریفاپین 150			
3	کپسول ریفاپین 300			
4	قرص ایزونیاژید 100			
5	قرص ایزونیاژید 300			
6	قرص اتامبوتول			
7	قرص پیرازینامید			
8	ویال استرپتوماکسین			
9	آمپول گلوکانتیم			
10	قرص داپسون			
11	قرص سولفادیاژین			
12	قرص پریمتامین			
13	قرص پریماکین			
14	قرص کلروکین			
15	قرص کینین			
16	کپسول کلوفازیمین 50			
17	کپسول کلوفازیمین 100			
18	قرص فنتیدار			
19	قرص آلبندازول 400			
20	آمپول کینین			
21	آمپول کلروکین			
22	شامپو پرمتین			
23	لوسیون پرمتین			

ردیف	نام دارو	باقیمانده	درخواست	توضیحات
24	سوسپانسیون آموکسی سیلین 125			
25	سوسپانسیون آموکسی سیلین 250			
26	سوسپانسیون کوتریموکسازول			
27	سوسپانسیون پنی سیلین وی 250			
28	پماد تتراسایکلین 1 درصد			
29	پماد تتراسایکلین 3 درصد			
30	قطره استامینوفن			
31	قطره سولفاستامید 10			
32	قطره سولفاستامید 20			
33	قطره نیستاتین			
34	پودر او - آر - اس 28 گرمی			
35	قرص استامینوفن 325			
36	قرص آلومینیوم ام جی اس			
37	قرص آلومینیوم ام جی			
38	قرص آسپرین 325			
40	قرص میندازول			
41	قرص پنی سیلین 500			
42	قرص کوتریموکسازول			
43	الگزیر استامینوفن			
44	شریت دیفن هیدرامین			
45	شریت دیفن هیدرامین کامپاند			
46	آپول فیتونادیون ام			
47	پماد کدلیور (برن)			
48	پماد کالاندولا			
49	پماد متیل سالیسیلات			
50	پماد منتول سالیسیلات			
51	کرم کالامین دی			
52	پماد کروتامیون			
53	پماد نیتروفرآزون			
54	شیاف استامینوفن اطفال			
55	سترمیدسی 250 م			
56	شامپو پرمترین			
57	پنبه 100 گرمی			
58	گاز کیلیویی			
59	باند ساده 5 سانتی			
60	باند ساده 5 و 7 سانتی			
61	باند ساده 10 سانتی			
62	چسب اوکی			
63	چسب لکوپلاست 5 سانتی			
64	چسب ضد حساسیت			

ردیف	نام دارو	باقیمانده	درخواست	توضیحات
65	دستکش یکبار مصرف			
66	دستکش جراحی			
67	تیغ بیستوری			
68	نخ بخیه سیلک 3-0			
69	نخ بخیه سیلک 2-0			
70	نخ بخیه سیلک صفر			
71	نخ بخیه نایلون صفر			
72	نخ بخیه نایلون 4-0			
73	نخ بخیه نایلون 3-0			
74	نخ بخیه نایلون 2-0			
75	نخ بخیه کرومیک 2-0			
76	آبسلانگ			
77	اسپاجولا			
78	قرص فرمول (پارافرمالیدید)			
79	بتادین گالنی			
80	سوآپ			
81	اسپری فیکساتور			
82	لام اسمیر			
83	سرسوزن			
84	سرنگ انسولین			
85	اتانول 96 درجه (الکل)			
86	سترمید گالنی (ساوان)			
87	نایلون دارو			
88	آی یو دی			
89	کلامپ بند ناف			
90	ژل الکتروکاردیوگراف			
91	نوار الکتروکاردیوگراف			
92	آمپول اکسی توسین			
93	آمپول فیتونادیون K -			
94	آمپول مگسترون			
95	ویال لیدوکائین 2 %			
96	سرم شستشوی لیتر			
97	ساوین گالنی			

تکنسین دارویی (دارویار) مسئول مرکز بهداشتی درمانی (پزشک)

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

نام شهرستان بیمار شهرستان دانشگاه سال
مرکز گزارش دهنده کد □□□□ □□ □□ □□

فرم بررسی موارد هپاتیت های ویروسی منتقله از راه خون

نام و نام خانوادگی :		نام پدر:		جنس :		شغل :	
سن □□		00 = کمتر از یکسال		محل سکونت : شهرستان		شهر روستا عشایر	
99 = نامشخص		نشانی.....					
واکسیناسیون : انجام شده □ انجام نشده □							
نوبت دوز دریافت شده (صفر تا 3) □ کارت □ حافظه □ تاریخ دریافت آخرین نوبت :.....							
علت بررسی (کلیه موارد مرتبط علامت گذاری شود) :							
1-بروز علائم هپاتیت حاد □ 2-افزایش آنزیمهای کبدی □ 3-سابقه اعتیاد تزریقی □ 4-حاملگی □ 5-نوزاد مادر آلوده □							
6-تماس جنسی مشکوک □ 7-افراد خانوار فرد آلوده □ 8-تزریق خون و یا فرآورده های خونی □ 9-دیالیز □							
10-شاغلین بهداشت و درمان □ 11-دریافت خدمات دندانپزشکی □ 12-پیگیری به علت آلودگی شناخته شده قبلی □							
13-اهداء خون یا عضو □ 14-بررسی داوطلبانه □ 15-بررسی فرد بدون علامت با عوامل زمینه ساز □ 16-سایر □							
اطلاعات بالینی فرد آلوده به هپاتیت				یافته های آزمایشگاهی			
آیا دارای علامت بالینی است : خیر □ بلی □ تهوع و استفراغ □				HBs Ag نامشخص □ منفی □ مثبت □			
درد شکم □ تب □ زردی □ سایر علائم □				HBe Ag نامشخص □ منفی □ مثبت □			
تاریخ بروز اولین علائم/...../.....				IgM anti HBc نامشخص □ منفی □ مثبت □			
تاریخ تشخیص/...../.....				IgM anti HAV نامشخص □ منفی □ مثبت □			
آیا بیمار به علت هپاتیت بستری شده ؟ خیر □ بلی □				anti HCV Elisa نامشخص □ منفی □ مثبت □			
آیا بیمار بر اثر هپاتیت فوت نموده ؟ خیر □ بلی □ تاریخ فوت				anti HCV RIBA نامشخص □ منفی □ مثبت □			
آیا بیمار حامله بوده ؟ خیر □ بلی □ سن حاملگی				anti HDV Ab نامشخص □ منفی □ مثبت □			
آیا علائم بالینی سیروز دارد ؟ خیر □ بلی □				SGOT SGPT Bilirubin U/A..... CBC others:			
تشخیص نهایی :							
هپاتیت B □ حاد □ مزمن □ هپاتیت C □ حاد □ مزمن □ هپاتیت حاد D □ هپاتیت حاد G □ سایر هپاتیت ها □							
آلودگی مزمن HBV بدون علامت و فعال □ آلودگی HCV بدون علامت و فعال □ ناقل غیرفعال □ B □ C □ سیروز □ سایر							

این قسمت در صورت تشخیص بالینی هپاتیت حاد طی 4 هفته تا 6 ماه بعد از تماس آلوده و در صورت مزمن بودن آلودگی براساس سابقه قبلی تکمیل می گردد

1- آیا بیمار در تماس با موارد مشکوک یا قطعی هپاتیت B یا C بوده است ؟ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص ☐

در صورت بلی نوع تماس : تماس جنسی ☐ تماس غیر جنسی در خانواده ☐ سایر ☐

نام و نام خانوادگی مورد شناخته شده هپاتیت که بیمار با وی در تماس بوده است آدرس:
تلفن:

2- آیا بیمار تزریق خون یا فرآورده های خونی داشته است ؟ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص ☐

در صورت بلی : نوع فرآورده و تعداد واحد دریافتی نام مرکز تزریق خون و فرآورده های خون

3- آیا تماس تصادفی شغلی (پاشیدن خون ، فرورفتن سوزن و...) داشته است ؟ نام و آدرس مرکز مورد نظر ☐ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص ☐

4- سابقه کدامیک از موارد ذیل را داشته است ؟

5- دیالیز ☐ 12- دندانپزشکی ☐ 15 خالکوبی ☐ 18 ازدواج (دائم یا موقت) ☐

10- جراحی ☐ 13- تزریق داروی غیرمخدر ☐ 16- سوراخ کردن گوش یا بینی ☐ 19- اقامت در زندان یا مرکز بازپروری ☐

11- اندوسکوپی ☐ 12- تزریق مواد مخدر ☐ 17- حجامت ☐ 20- ختنه ☐ 21- سایر.....

در صورتی که هر یک از موارد 20-9 مثبت است تاریخ تماس و آدرس محل ذکر شود .

در صورتی که فرد باردار است تاریخ تقریبی زایمان: نام و محل مرکز انجام مراقبتهای بارداری که به آن مراجعه می کند:

آیا بیمار بستری است ؟ بلی ☐ خیر ☐ نام محل و بیمارستان:

پیگیری موارد آلوده به HBV شش ماه بعد از تماس آلوده

تاریخ تشخیص	تاریخ بررسی	نتایج آزمایشات مورد نیاز									ملاحظات
		HBs- Ag	anti HBC	AST	ALT	Alb	PLT	PT	*αFP	سونوگرافی کبد		سایر

در صورتی که HBsAg منفی باشد anti HBC انجام می گردد در صورتی که هر دوی این تستها منفی باشد یک سال بعد معاینه و آزمایش مجدد از سوی پزشک انجام می گردد .

* در موارد آلودگی در مردان بالای 40 سال بالاخص با سابقه خانوادگی HCC انجام آزمایش α FP و سونوگرافی هر شش ماه در سایر موارد به فاصله شش تا دوازده ماه توصیه می شود .

نام و سمت گزارشگر: تاریخ گزارش:/...../..... امضاء