

فرم بررسی آزمایشگاهی بیمار مشکوک به عفونت آبله میمونی

فرم را تکمیل کنید و به همراه نمونه به آزمایشگاه ارسال نمایید.

تاریخ تکمیل فرم: _____
محل گزارش (روستا، شهرستان، دانشگاه و استان): _____
مرکز بهداشت/بیمارستان محل گزارش: _____
نام و نام خانوادگی گزارش گیرنده: _____
شماره تماس گزارش گیرنده: _____
نام و شماره تماس پزشک: _____

- نام و نام خانوادگی بیمار: _____ کد ملی: _____
- جنسیت بیمار: مرد زن سن بیمار: _____ سال اگر کمتر از ۱ سال _____ ماه
- ملیت بیمار: _____ محل سکونت بیمار: _____ تاریخ بروز علائم: _____
- آیا بیمار ظرف ۲۱ روز قبل از بروز علائم به کشور خارجی سفر داشته است؟ بله خیر نامشخص اگر بله محل سفر را مشخص کنید _____
- آیا ظرف ۲۱ روز پیش از بروز علائم بیمار تماس نزدیک با فرد بیمار مشکوک به عفونت آبله میمونی داشته است؟ بله خیر نامشخص
- آیا بیمار از کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی (بیمارستان، آزمایشگاه و ...) است؟ بله خیر نامشخص
- آیا بیمار هر یک از این علائم را دارد؟ تب سردرد لنفادنوپاتی درد عضلات راش پوستی علائم دیگر: _____
- آیا بیمار بستری است؟ بله خیر تاریخ بستری: _____ آیا در ICU بستری است؟ بله خیر آیا ایزوله شده است؟ بله خیر
- آیا بیمار فوت کرده است؟ بله خیر اگر بله تاریخ فوت: _____ آیا بیمار مرخص شده است؟ بله خیر اگر بله تاریخ ترخیص: _____
- یافته‌های آزمایشگاهی مهم: _____
- نوع نمونه تهیه شده: _____
- سواب تنفسی سواب ترشحات ضایعات پوستی (vesicular/pustular fluid) ناحیه فوقانی ضایعات پوستی (Lesion Roof)
- پوسته های خشک (دلمه) (Lesion crusts) نمونه های دیگر
- تاریخ تهیه نمونه: _____
- توضیحات: _____