**وزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشکی**

**معاونت بهداشت**

**مرکز مدیریت بیماریهای واگیر**

**فرم ورود اطلاعات موارد بیماری هپاتیت**

 **اطلاعات جغرافیایی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **استان گزارش** | **دانشگاه گزارش** | **شهرستان گزارش** | **سال** | **ماه** | **منطقه** | **نام مرکز** | **نام خانه/ پایگاه بهداشتی** |
|  |  |  |  |  | **شهری** | **روستایی** | **سیاری** | **عشایری** |  |  |
|  |  |  |  |

 **اطلاعات بیمار**

 **نام بیمار نام خانوادگی بیمار نام پدر سن جنس**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  **ملیت کد ملی وضعیت تاهل شغل شماره تماس** |
|  |  | متاهل | مجرد | همسر مرده | مطلقه | نامشخص |  |  |
|  |  |  |  |  |

 **آیا شهرستان سکونت با گزارش یکی است؟ شهرستان محل سکونت آدرس محل سکونت**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **بلی خیر**  |  |  |

 **اطلاعات تکمیلی بیمار**

 **تاریخ بروز اولین علایم تاریخ تشخیص بیماری سابقه واکسیناسیون HBV: SGPT-AST SGPT-ALT وضعیت بالینی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | دارد کامل | دارد ناقص | ندارد |  |  | حاد | مزمن | ناقل | نامشخص | سایر |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **عوامل خطر:** **اعتیاد تزریقی****نوزاد مادر آلوده****تماس جنسی مشکوک****افراد خانواده فرد آلوده****تزریق خون و یا فراورده های خونی****بیماران خاص(دیالیزی-همووفیلی-تالاسمی)****شاغلین بهداشت و درمان****تماسهای اتفاقی شغلی و غیر شغلی****مراجعه به دندانپزشکی****اقامت در زندان و مراکز بازپروری****خالکوبی و تاتو****حجامت****جراحی****هبچکدام-نامشخص** | **علایم بالينی:** **زردی****تب****تهوع و استفراغ****درد شکم****ضعف، بی حالی و خستگی****بی اشتهایی****ادم****بدون علائم** | **علائم آزمايشگاهی :****HBsAg****Anti HBc IgM****HBeAg****Anti HCV****HCV-RNA****HDV-Ab****Anti HBc total****ندارد** |
| **نوع دارو را ثبت کنید**SofosbuvirDaclatasvirVelpatasvirLedipasvirTenofovir-DPF(TDF)Tenofovir-Alfenamide(TAF)سایر............................... |
| **علت بررسی:****تشخیص****نام پزشک معالج :****مرکز محل درمان:  دولتی  خصوصی** |