

فرم بررسی انفرادی بیمار مبتلا به مالاریا

کادر زیر توسط مرکز مدیریت بیماریها تکمیل می گردد
کد بیمار:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شبکه / مرکز بهداشت شهرستان

روز: ماه: سال:

الف) مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: سن: جنس: مرد ☐ زن: ☐ باردار ☐ غیر باردار ☐ شغل:
ملیت: ایرانی ☐ پاکستانی ☐ افغانی ☐ سایر ☐ نوع ملیت: کد ملی:

ب) مشخصات کانون محل سکونت:

۱- نام مرکز بهداشتی درمانی: روستایی ☐ شهری ☐ شهری روستایی ☐
کد مرکز: نام کانون: کد کانون: جمعیت کانون:
تعداد خانوار کانون: تاریخ ورود به کانون:
کانون تحت پوشش: تیم سیار ☐ خانه بهداشت: روستای اصلی ☐ قمر ☐
نام خانه بهداشت:
بیمار ساکن کانون می باشد: بلی ☐ خیر ☐ تاریخ ورود به کانون:

۲- نوع کانون قبل از شناسایی این بیمار:

پاک بدون تبادل جمعیتی ☐ پاک با تبادل جمعیتی* ☐ محتمل جدید ☐
فعال جدید ☐ فعال قدیمی ☐ فعال غیر قدیمی ☐

نوع کانون پس از شناسایی این بیمار:

پاک بدون تبادل جمعیتی ☐ پاک با تبادل جمعیتی* ☐ محتمل جدید ☐
فعال جدید ☐ فعال قدیمی ☐ فعال غیر قدیمی ☐

۳- آدرس کامل محل سکونت بیمار در کانون: تلفن همراه: تلفن ثابت:

۴- آدرس کامل محل کار: تلفن ثابت:

۵- آدرس کامل محل سکونت دائمی بیمار (در صورتیکه ساکن کانون نباشد): تلفن ثابت:

ج) تاریخچه بیماری، سابقه مسافرت، نحوه کشف بیمار و بررسی اطرافیان:

۲- علایم بیماری:

نام کانون	شهرستان/کشور	طبقه بندی کانون	تاریخ ورود	مدت اقامت
.....				
.....				
.....				
.....				
توضیحات:				

۱- نام / نوع واحد تشخیص دهنده:
شهرستان/دانشگاه:
تاریخ شروع علائم بیماری**
بدون علامت:
نام کانون شروع علائم بیماری:
آخرین سابقه قبلی ابتلا به مالاریا: ندارد ☐
دارد در تاریخ: انگل:
محل (کانون) ابتلا به بیماری در گذشته:

۴- نحوه کشف بیمار***:

مراقبت فعال روتین ☐ مراقبت تشدید یافته ☐ مراقبت بررسی کانون ☐ پاسیو ☐
تاریخ تهیه RDT: انگل: فالسیپاروم ☐ غیر فالسیپاروم ☐
تاریخ تهیه لام: انگل: فالسیپاروم ☐ ویواکس ☐ میکس ☐ سایر:
مراحل انگل:
جنسی: گامتوسیت ☐ غیر جنسی: شیزونت ☐ تروفوزوئیت ☐

۵- بررسی افراد آزمایش شده از خانواده و اطرافیان بیمار:

تعداد موارد بررسی از خانواده بیمار:	تعداد موارد بررسی از سایر خانوارهای کانون:
تعداد موارد کشف شده:	تعداد موارد کشف شده:
ویواکس ☐ تعداد: فالسیپارم ☐ تعداد:	ویواکس ☐ تعداد: فالسیپارم ☐ تعداد:
میکس ☐ تعداد: سایر ☐ تعداد:	میکس ☐ تعداد: سایر ☐ تعداد:
توضیحات:	

د) درمان و پیگیری بیمار: تاریخ شروع درمان: تاریخ تهیه اولین لام تعقیب: نتیجه لام تعقیب: منفی ☐ مثبت ☐ شدت بیماری: بدون عارضه ☐ عارضه دار*** ☐

ن) شرایط موثر در میزان قرار گرفتن در معرض گزش پشه:

آیا با توجه به شرایط زندگی، محل سکونت و نوع شغل فرد در معرض گزش پشه می باشد؟ خیر ☐ بلی ☐ توضیح دهید:
دسترسى به برق در کانون: ندارد ☐ دسترسى دارد اما با قطعی مکرر ☐ بطور کامل دسترسى دارد ☐

و) بررسی حشره شناسی# : نتیجه بررسی وفور و حالات شکمی آنوفل بالغ (با ذکر نوع، تعداد و جنس بالغ): نتیجه بررسی وفور لارو آنوفل:

ی) طبقه بندی اپیدمیولوژیک بیماری:

انتقال محلی ☐ وارده از داخل کشور (خارج از شهرستان ولی در محدوده دانشگاه) ☐ نام مرکز بهداشتی درمانی: نام کانون: برگشت (عود) ☐
انتقال از وارده ☐ وارده از داخل کشور (خارج از محدوده دانشگاه) ☐ نام دانشگاه: نام شهرستان: وارده از خارج کشور ☐
توضیحات تکمیلی که در طبقه بندی اپیدمیولوژیک بیماری کمک کننده می باشد:

نام و امضای بررسی کننده (هماهنگ کننده مالاریا شهرستان یا دانشگاه)

نام و امضای مسئول مرکز بهداشت شهرستان

نام، پست سازمانی و امضا تایید کننده در حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه

نام و امضای تایید کننده در سطح ملی تاریخ:

راهنمای تکمیل و ارسال فرم بررسی انفرادی مالاریا

راهنمای تکمیل:

* منظور از کانون پاک با تبادل جمعیتی کانونی است که در آن علیرغم ورود افراد از مناطق پرخطر شرایط انتقال بیماری مالاریا وجود ندارد برای مثال دمای زیر ۱۶ درجه سانتیگراد.

* اگر نوع انگل ویواکس و نوع کانون که در حال حاضر بیمار در آن شناسایی شده است پاک بدون تبادل جمعیتی بود سابقه مسافرت به منطقه مالاریا خیز برای ۱۸ ماه در نظر گرفته شود.

** منظور اولین تاریخ بروز علامت بیماری شامل سردرد، احساس کسالت، علایم سرماخوردگی و می باشد لزوماً ممکن است تب های دوره ای بروز نکند.

*** در رابطه با نحوه کشف بیمار:

۱. منظور از مراقبت فعال روتین انجام مراقبت فعال:

- در کانون های فعال جدید و قدیمی سه بار در ماه در طی فصل انتقال
- در کانون های محتمل جدید، فعال غیرقدیمی، کانونهای پاک دارای تبادل جمعیتی با کانون های فعال و همچنین کانونهای پاک با سابقه انتقال در ۵ سال گذشته، در صورت تیکه در کانون مرکز ارائه کننده خدمات بهداشتی وجود ندارد (مانند مرکز بهداشتی درمانی، خانه بهداشت، آزمایشگاه مالاریا و میز پاسیو کیت) ، انجام بیماریابی ماهی دو بار در طی فصل انتقال الزامی است.

۲. منظور از مراقبت تشدید یافته مراقبت از افرادی است که با پاکستان تبادل جمعیتی دارند همانند اتباع افغانی و یا پاکستانی که در کمتر از ۲ سال اخیر وارد کشور شده اند و یا ایرانیانی که مرتب به پاکستان تردد می کنند. بر طبق برنامه حذف مالاریا در اولین فرصت برای افراد یاد شده یک نوبت بیماریابی صرف نظر از بروز علایم بایستی انجام گیرد. همچنین برای این افراد در ابتدای فصل انتقال در ۲ سال آینده نیز بایستی آزمایش مالاریا صورت گیرد. بدیهی است که به افراد فوق اکیدا" توصیه می گردد در صورت وجود تب یا سایر نشانه های مالاریا جهت تشخیص به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه نمایند.

۳. منظور از مراقبت بررسی کانون بیماریابی از خانواده بیمار و سایر خانوار های کانون (در روستاهایی با جمعیت کمتر از ۷۰ خانوار همه روستا و در شهر و روستاهای بالای ۷۰ خانوار حداقل ۵۰ خانوار در مجاورت مورد مالاریا) در چهار نوبت در کمتر از ۲۴ ساعت، ۷ روز، ۱۴ روز و ۲۱ روز بلافاصله پس از کشف بیمار در کانون انجام می شود. **** بر اساس کتاب راهنمای درمان موارد مالاریا در جمهوری اسلامی ایران فصل پنجم، نشانه های خطر در بیماری مالاریا (بالینی و پاراکلینیک) ویرایش چهاردهم فروردین ۱۳۹۳ ص ۵۳.

تکمیل این بخش بخصوص در مواردی که یک کانون از حالت پاک به محتمل جدید و یا فعال جدید تبدیل می گردد از اهمیت زیادی برخوردار بوده و در طبقه بندی اپیدمیولوژیک کمک کننده خواهد بود.

زمان بندی ارسال فرم بررسی انفرادی مالاریا:

- ۱- طبق برنامه استراتژیک جدید حذف مالاریا و در راستای الزامات اخذ گواهی حذف از سوی سازمان جهانی بهداشت ضرورت دارد فرم بررسی اپیدمیولوژیک تمامی موارد مالاریا در کمتر از ۲۴ ساعت از کشف بیمار با بازدید محل توسط کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان تکمیل گردد و برای تایید ظرف ۴۸ ساعت به معاونت بهداشتی دانشگاه ارسال و پس از تایید محتوی فرم ها و نیز طبقه بندی اپیدمیولوژیک توسط کارشناس محترم آن دانشگاه فرم تکمیل شده بلافاصله به اداره کنترل مالاریا ارسال گردد(ترجیحا در کمتر از ۷۲ ساعت).
- ۲- در تمامی شهرستان ها مسئولیت بازدید محل و تکمیل فرم بررسی اپیدمیولوژیک بر عهده کارشناس مالاریا شهرستان مربوطه می باشد. چنانچه در شهرستان های مناطق پاک کارشناس خبره شهرستان برای بررسی اپیدمیولوژیک موارد وجود ندارد مسئولیت بازدید محل و تکمیل فرم بررسی اپیدمیولوژیک بر عهده کارشناس مالاریا دانشگاه می باشد.
- ۳- اداره کنترل مالاریا نسبت به بررسی فرم های مزبور و اطلاعات داده شده اقدام نموده و طبقه بندی اپیدمیولوژیک بیمار توسط این مرکز نهایی شده و به دانشگاه مربوطه ارسال خواهد شد.
- ۴- ضرورت دارد ترتیبی اتخاذ گردد تا در صورتی که بیمار وارده از یکی از کانونهای تحت پوشش محدوده آن دانشگاه غیر از شهرستانی که بیمار را کشف نموده باشد، مورد بیماری در کمتر از ۲۴ ساعت توسط کارشناسان محترم آن دانشگاه جهت اقدامات پیگیری به صورت تلفنی و مکتوب به شهرستان مبدأ (که تحت پوشش همان دانشگاه است) اطلاع داده شود. اگر چنانچه شهرستان مبدأ تحت پوشش محدوده آن دانشگاه نباشد گزارش آن از طریق اداره مالاریا خواهد بود.
- ۵- توصیه اکید می شود در تکمیل فرم بررسی اپیدمیولوژیک نهایت دقت بعمل آید. شایان ذکر است که رئیس مرکز بهداشت شهرستان بعنوان تایید کننده در سطح اول و فرد مسئول در حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه (هماهنگ کننده مالاریای دانشگاه) بعنوان تایید کننده در سطح دوم بایستی فرم را امضا و نهایی نمایند.
- ۶- سه برگ از تصویر فرم بررسی اپیدمیولوژیک مالاریای تکمیل شده که مورد تایید سطح ملی می باشند بایستی حداقل بمدت ۱۰ سال بترتیب در حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه، مرکز بهداشت شهرستان و مرکز بهداشتی درمانی پوشش دهنده کانون بایگانی شوند.