شماره ثبت:
تاریخ تکمیل فرم :

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل

مرکز بهداشت شهرستان اردبیل – واحد مبارزه با بیماریها

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 ☐☐ ۰۰= کمتر از یکسال **محل سکونت :** شهرستان..... شهر..... روستا..... عشایر .....

۹۹ = نا مشخص

نشانی : .....تلفن تماس :.....

واکسیناسیون : انجام شده ☐ انجام نشده ☐

نوبت دوز دریافت شده (صفر تا ۳) ☐ کارت ☐ حافظه ☐ تاریخ دریافت آخرین نوبت .....

علت بررسی : (کلیه موارد مرتبط علامت گزاری شود) :

۱- بروز علائم هپاتیت حاد ☐ ۲ – افزایش آنزیمهای کبدی ☐ ۳ – سابقه اعتیاد تزریقی ☐ ٤- نوزاد مادر آلوده ☐

۵ – تماس جنسی مشکوک ☐ ٦ – افراد خانوار فرد آلوده ☐ ۷ – تزریق خون و یا فرآورده های خونی ☐ ۸ – حاملگی ☐

۹ – شاغلین بهداشت و درمان ☐ ۱۰ – دریافت خدمات دندانپزشکی ☐ ۱۱ – پیگیری بعلت آلودگی شناخته شده قبلی ☐ ۱۲– دیالیز ☐

۱۳ – بررسی داوطلبانه ☐ ١٤- اهداء خون یا عضو ☐ ۱۵- بررسی فرد بدون علامت با عوامل زمینه ساز ☐ ١٦ – سایر ☐

اطلاعات بالینی فرد آلوده هپاتیت

آیا دارای علامت بالینی است : خیر ☐ بلی ☐

تهوع و استفراغ ☐ درد شکم ☐ تب ☐

تاریخ بروز اولین علائم ...../...../.....

زردی ☐ سایر علائم ☐

تاریخ تشخیص ...../...../.....

آیا بیمار بعلت هپاتیت بستری شده ؟ بلی ☐ خیر ☐

آیا بیمار در اثر هپاتیت فوت نموده ؟ بلی ☐ خیر ☐

تاریخ فوت .....

آیا بیمار حامله بوده ؟ بلی ☐ خیر ☐

سن حاملگی.....

آیا علائم بالینی سیروز دارد ؟ بلی ☐ خیر ☐

یافته های آزمایشگاهی

HBsAg	مثبت ☐	منفی ☐	نامشخص ☐
HBeAg	مثبت ☐	منفی ☐	نامشخص ☐
IgMantiHBc	مثبت ☐	منفی ☐	نامشخص ☐
IgMantiHAV	مثبت ☐	منفی ☐	نامشخص ☐
antiHCVEIisa	مثبت ☐	منفی ☐	نامشخص ☐
antiHCVRIBA	مثبت ☐	منفی ☐	نامشخص ☐
antiHDVriba	مثبت ☐	منفی ☐	نامشخص ☐

SGOT……..SGGPT……BiIirubin……

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 HBV بدون علامت و فعال ☐ ناقل غیر فعال B☐ C☐ سیروز ☐

سایر .....

این قسمت در صورت تشخیص بالینی هپاتیت حاد طی ٤ تا ٦ ماه بعد از تماس+آلودگی و در صورت آلودگی مزمن براساس سابقه قبلی تکمیل می گردد.

۱ – آیا بیمار در تماس با مورد مشکوک یا قطعی هاتیت B یا C ..... بوده است ؟ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص ☐

در صورت بلی ، نوع تماس : تماس جنسی ☐ غیر جنسی در خانواده ☐ سایر ☐ تاریخ تماس .....

نام ونام خانوادگی مورد شناخته شده هپاتیت که بیمار با وی در تماس بوده است.....

آدرس :..... تلفن : .....

۲ – آیا بیمار تزریق خون یا فرآورده خونی داشته است ؟ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص ☐ در صورت بلی ، نوع فرآورده و تعداد واحد دریافتی : .....

تاریخ دریافت : ..... نام مرکز تزریق خون و فرآورده های خونی.....

۳ – آیا تماس تصادفی شغلی (پاشیدن خون ، فرو رفتن سوزن و .....) داشته است ؟ بلی ☐ خیر ☐ نامشخص ☐ تاریخ تماس : .....

نام و آدرس مرکز مورد نظر :.....

۴ – سابقه کدامیک از موارد ذیل را داشته است ؟

دیالیز ☐ داندانپزشکی ☐ خالکوبی ☐ ازدواج (دائم یا موقت) ☐ جراحی ☐ تزریق داروی غیر مخدر ☐ سوراخ کردن گوش یا بینی ☐

اقامت در زندان یا مرکز بازپروری ☐ اندوسکوپی ☐ تزریق مواد مخدر ☐ حجامت ☐ ختنه ☐ سایر .....

در صورت که هر یک از موارد فوق مثبت است تاریخ تماس و آدرس محل ذکر شود.

.....

۵ – در صورتی که فرد باردار است تاریخ تقریبی زایمان :.....

نام و محل مرکز انجام مراقبت های بارداری که به آن مراجعه می کند :.....

۶ – آیا بیمار بستری است ؟ بلی ☐ خیر ☐ نام مرکز بستری .....

پیگیری موارد آلوده به HBV شش ماه بعد از تماس آلوده

تاریخ تشخیص	تاریخ بررسی	نتایج آزمایشات مورد نیاز										ملاحظات
		HBs-Ag	antiHBs	AST	ALT	Alb	plt	pt	*aFP	سونوگرافی کبد	سایر	

در صورتی که HBs-Ag منفی باشد antiHBs انجام می گردد. در صورتی که هر دوی این تست ها منفی باشدیک سال بعد معاینه و آزمایش مجدد از سوی پزشک می گردد.

- در موارد آلودگی در مردان بالای ۴۰ سال بالاخص با سابقه خانوادگی HCC انجام آزمایش aFP و سونوگرافی هر شش ماه در سایر موارد به فاصله ش تا دوازده ماه توصیه می شود.

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

امضاء : .....

شماره ثبت:

تاریخ تکمیل فرم :

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل

مرکز بهداشت شهرستان اردبیل – واحد مبارزه با بیماریها

فرم بررسی موارد هپاتیت های ویروسی منتقله از راه خون

فرم بررسی اطرافیان فرد آلوده

نام ونام خانوادگی	تاریخ بررسی	نتایج آزمایشات مورد نیاز				انجام واکسیناسیون HBV	تاریخ تزریق واکسن			آموزش	مشاوره	نیاز به پیگیری بعدی
		HBs-Ag	**Ant iHBc**	**HCV. Ab***	سایر		نوبت اول	نوبت دوم	نوبت سوم			

نوع آزمایش انجام شده (Elisa یا RIBA) شود .

مرکز بهداشت شهرستان اردبیل