



فرم بررسی موارد هپاتیت های ویروسی منتقله از راه خون

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

نام و نام خانوادگی: سن = کمتر از یکسال
نام پدر: محل سکونت: شهرستان..... شهر..... روستا..... وضعیت تاهل:
جنس: شغل: وضعیت تاهل:
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 م تبط علامت گذاری شود):

- بروز علائم هپاتیت حاد - افزایش آنزیمهای کبدی - سابقه اعتیاد تزریقی - حاملگی - نوزاد مادر آلوده - تماس جنسی مشکوک - افراد خانوار فرد آلوده
- تزریق خون و یا فرآوردهای خونی - دیالیز - شاغلین بهداشت و درمان ۱ - دریافت خدمات دندانپزشکی ۲ - پیگیری به علت آلودگی شناخته شده قبلی
- ۳ - اهداء خون یا عضو ۱۴ - بررسی داوطلبانه ۵ - بررسی فرد بدون علامت با عوامل زمینه ساز ۶ - سایر

یافته های آزمایشگاهی			اطلاعات بالینی فرد آلوده به هپاتیت:
HBs Ag	مثبت	نامشخص منفی	آیا دارای علامت بالینی است: خیر <input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> زردی <input type="checkbox"/> سایر علائم <input type="checkbox"/>
HB e Ag	مثبت	نامشخص منفی	تاریخ بروز اولین علائم:...../...../.....
IgM anti HB c	مثبت	نامشخص منفی	تاریخ تشخیص:...../...../.....
IgM anti HB V	مثبت	نامشخص منفی	آیا بیمار به علت هپاتیت بستری شده؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
anti HCV Elisa	مثبت	نامشخص منفی	آیا بیمار در اثر هپاتیت فوت نموده؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> تاریخ فوت:.....
anit HCV RIBA	مثبت	نامشخص منفی	آیا بیمار حامله بوده؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سن حاملگی:.....
anit HDV Ab	مثبت	نامشخص منفی	آیا علائم بالینی سیروز دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
SGOT.....SGPT.....Bilinbin.....U/A.....CBC.....			
Others:			

تشخیص نهایی:

- هپاتیت 3 حاد مزمن هپاتیت 3 حاد مزمن هپاتیت حاد مزمن سایر هپاتیت ها
آلودگی مزمن HBV بدون علامت و فعال آلودگی HBV بدون علامت و فعال ناقل غیر فعال B سیروز سایر

این قسمت در صورت تشخیص بالینی هپاتیت حاد طی ۴ هفته تا ۶ ماه بعد از تماس آلوده و در صورت مزمن بودن آلودگی بر اساس سابقه قبلی تکمیل می گردد.

- آیا بیمار در تماس با مورد مشکوک یا قطعی هپاتیت 3 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:

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

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

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

- سابقه کدامیک از موارد ذیل را داشته است؟

- ۱ - آندوسکوپ
- ۲ - داندانپزشکی
- ۳ - تزریق داروی غیر مخدر
- ۴ - تزریق مواد مخدر
- ۵ - خالکوبی
- ۶ - سوراخ کردن گوش یا بینی
- ۷ - حجامت
- ۸ - ازدواج (دائم یا موقت)
- ۹ - اقامت در زندان یا مرکز بازپروری
- ۱۰ - ختنه
- ۲۱ - سایر:

در صورتی که هر یک از موارد ۱ تا ۹ مثبت است تاریخ تماس و آدرس محل ذکر شود.

در صورتی که فرد باردار است تاریخ تقریبی زایمان نام و محل مرکز انجام مراقبت های 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

ملاحظات	نتایج آزمایشات مورد نیاز									تاریخ بررسی	تاریخ تشخیص
	سایر	سونوگرافی کبد	FP	PT	PLT	Alb	AST	antiHBc	HBs-Ag		

در صورتی که HBs-Ag منفی باشد antiHBc انجام می گردد. در صورتی که هر دوی این تست ها منفی باشد یک سال بعد معاینه و آزمایش مجدد از سوی پزشک انجام می گردد* در موارد آلودگی در مردان بالای ۴۰ سال بالاخص با سابقه خانوادگی HCC انجام آزمایش 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: