

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
مرکز مدیریت بیماریها

نام استان :

نام شهرستان :

فرم شماره ۳:

فرم بررسی اپیدمیولوژیک شپش

تاریخ تهیه فرم :

نام و نام خانوادگی	جنس	مرد	زن
شغل : خانه دار	<input type="checkbox"/>	دانش آموز	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	دانشجو	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	کارمند	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	آزاد	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	کارگر	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	کشاورز	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	دامدار	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	بیکار	<input type="checkbox"/>
وضعیت تاهل : مجرد	<input type="checkbox"/>	متاهل	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	میزان سواد : بیسواد	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	ابتدایی	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	سیکل	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	دیپلم	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	بالای دیپلم	<input type="checkbox"/>
تعداد افراد خانوار	تعداد افراد آلوده در خانوار:		
تعداد افراد در تماس شغلی :	تعداد افراد الوده در تماس شغلی :		
آدرس و شماره تماس محل زندگی :			
آدرس و شماره تماس محل کار :			
ملاک تشخیص (براساس مشاهده شپش تن ، رشک و یا ضایعه اختصاصی) :			
اطلاعات همه گیر شناسی			
اقدامات پیگیری و مبارزه :			

توجه : منظور از تماس شغلی در مورد مدرسه همکلاسی ها و در مورد زندان افراد مقیم در یک بند ، در مورد پادگان افراد مقیم در یک آسایشگاه و در خوابگاهها افراد مقیم در یک اطاق و در محل کار افراد شاغل در یک واحد شغلی

نام کارشناس بررسی کننده :