

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت
مرکز مدیریت بیماری‌ها
فرم بررسی انفرادی بوتولیسم

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی شهرستان سال ماه

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	سن:	جنس:	شغل:
آدرس:	تلفن:		تلفن همراه:		
تاریخ بروز علائم		تاریخ بستری		نام پزشک معالج	
بیمارستان محل بستری		تاریخ ترخیص			
سابقه مسافرت از یک هفته قبل:					
مواد غذایی (به عنوان منابع احتمالی بوتولیسم) مصرفی از ۸ روز قبل از بروز علائم بیماری					
بلی	خیر	بلی	خیر		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱- سبزیجات و حبوبات خانگی (در صورت بلی نوع آن ذکر شود)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲- کنسروهای گیاهی (نخود فرنگی) (در صورت بلی نوع آن ذکر شود)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳- کنسرو ماهی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴- ماهی دودی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵- ماهی شور	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶- سایر غذاهای دریایی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷- اشپل ماهی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸- کمپوت صنعتی میوه‌جات (در صورت بلی نوع آن ذکر شود)	
علائم بالینی: وجود هر یک از علائم بالینی زیر را با زدن علامت ضربدر در خانه مربوط مشخص کنید:					
علائم	دارد	ندارد	علائم	دارد	ندارد
تربسموس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تاری دید	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
فلج اعصاب حرکتی چشم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضعف اندام و عضلات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
خواب آلودگی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پتوز پلک	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هوشیاری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دوبینی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مشکل تنفسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	میدریاز یا عدم پاسخ به نور	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
اختلال حسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دیسفاژی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
سایر علائم ذکر شود	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	دیزارتري	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	رگورژیتاسیون مابعات از بینی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صدای تودماغی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	احتباس ادراری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

نوع نمونه تهیه شده	کشت بوتولیسم		وجود توکسین		تاریخ تحویل به آزمایشگاه	تاریخ ارسال به آزمایشگاه	تاریخ تهیه	
	مثبت	منفی	ندارد	دارد				
مدفوع								
محتویات معده								
مواد غذایی								
خون								
طبقه‌بندی بیماری: مشکوک <input type="checkbox"/> محتمل <input type="checkbox"/> قطعی <input type="checkbox"/>								
آیا افراد دیگری از همان غذای آلوده بیمار مصرف کرده‌اند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورتیکه جواب بلی است تعداد ذکر شود و تحت درمان قرار گرفته (چه علائم داشته باشند و چه نداشته باشند) و فرم بررسی به خلاصه اطلاعات تکمیل گردد.								
تشخیص‌های افتراقی: ۱. ۲. ۳. ۴.								
جدول تجویز آنتی‌توکسین								
روز سوم		روز دوم		روز اول		نوع آنتی‌توکسین		سایر اقدامات درمانی به ترتیب ذکر شود:
I.m	I.v	I.m	I.v	I.m	I.v	آنتی‌توکسین A, B, E		
						A		
						B		
						E		

نتیجه درمان: بهبودی مرگ

- در صورت بهبودی اگر عوارضی بروز نموده است ذکر شود: ۱- ۲- ۳- ۴-
- در صورت بروز واکنش حساسیتی ذکر شود:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم نام و نام خانوادگی مسئول واحد
پست سازمانی تکمیل کننده فرم امضا و تاریخ
امضا و تاریخ تکمیل فرم