

فرم بررسی انفرادی بیماری جذام

بیمار:

☐ مورد جدید^۱

☐ مورد عود^۲

دانشگاه / دانشکده:

شهرستان:

شهر:

روستا:

نام: نام خانوادگی: نام پدر: سن: شغل:

تعداد افراد هم منزل: آدرس محل سکونت: تلفن ثابت و همراه:

جنس: ☐ زن ☐ مرد

ملیت: ☐ ایرانی ☐ غیر ایرانی

در صورت غیر ایرانی بودن: ☐ افغانی ☐ سایر (ذکر شود:

وضعیت تاهل: ☐ مجرد ☐ متاهل

☐ همسر فوت شده ☐ جدا شده از همسر

در صورت جدایی از همسر، آیا جذام دلیل جدایی بوده است؟ ☐ خیر ☐ بلی

آدرس محل تشخیص: نام پزشک تشخیص دهنده:

نحوه کشف بیمار: ☐ مراجعه خود بیمار ☐ طی بررسی افراد در تماس نزدیک کشف گردیده است

در صورت ارجاع به متخصص نام و تخصص پزشک تشخیص دهنده:

کشف بیمار در طی عملیات بیماریابی فعال در شرایط خاص ☐

تاریخ اولین مراجعه بیمار: / / ۱۳..... تاریخ تشخیص بیماری: / / ۱۳.....

زمان تاخیر در تشخیص: ☐ کمتر از یکسال ☐ بیشتر از یکسال

نوع آزمایش	نتیجه آزمایش		نوع آزمایش	تاریخ آزمایش
	مثبت	منفی		
☐ پرباسیل ☐ کم باسیل			آزمایش باکتریولوژی	
			بیوپسی پوست	
			بیوپسی عصب	

سابقه پزشکی بیمار:

☐ دیابت ☐ سرطان ☐ حاملگی ☐ سل ☐ هیپاتیت ☐ ایدز ☐ سایر بیماریها

مصرف سایر داروها ☐ (ذکر شود:

^۱ مورد جدید به بیماری اطلاق می شود که برای اولین بار با تشخیص جذام شناسایی گردیده است.

^۲ مورد عود به بیماری اطلاق می شود که پس از تکمیل دوره درمانی، نشانه های بالینی جذام در بیمار مجددا ظاهر شده است.

رژیم درمانی :

سه دارویی (ریفامپیسین ، کلوفازیمین و داپسون) به مدت شش ماه ☐
سه دارویی (ریفامپیسین ، کلوفازیمین و داپسون) به مدت یکسال ☐

نام داروی های جایگزین (در صورت وجود حساسیت به داروهای ضد جذام) :

روش تحویل دارو :

درمان ماهانه ☐ درمان یکباره (A- MDT) ☐

نام محل دریافت نوبتهای بعدی دارو در شرایط خاص :

استان : شهرستان : مرکز بهداشتی درمانی :

سابقه تماس :

آیا بیمار سابقه تماس طولانی، نزدیک و مستمر با فرد مبتلا به جذام / جذام بهبود یافته (قبل از شروع درمان) را داشته است ؟

خیر ☐ بلی ☐

اگر بلی ، جدول ذیل را برای این فرد تکمیل نمایید:

وضعیت فعلی مورد تماس مثبت					نسبت با بیمار	نام و نام خانوادگی مورد تماس مثبت
عود	غایب از درمان	فوت شده (با ذکر علت)	بهبود یافته	تحت درمان		

شروع بیماری جذام با علائم واکنش ها همراه بوده است؟ خیر ☐ بلی ☐

بروز واکنش در حین درمان بوده است؟ خیر ☐ بلی ☐

تیپ واکنش از کدام نوع است؟ واکنش بازگشتی ☐ واکنش ENI ☐

رژیم دارویی واکنش های جذام :

نام دارو/ داروها :

دوز دارو :

مدت زمان مصرف :

(وضعیت معلولیت در زمان تشخیص و خاتمه درمان : (درجه بندی معلولیت شامل علائم بدن و صورت بیمار نیست)

درجه بندی معلولیت براساس نشانه های بالینی

درجه معلولیت	نشانه بالینی	خیر	بلی	محل دقیق ضایعه
درجه صفر (شامل دست ، پا و چشم)	لکه پوستی پاپول یا ندول با تغییر رنگ (هیپوپیگمانته یا هیپرپیگمانته) و بدون اختلال حس در دست یا پا			
	خشکی بیش از حد پوست (ایکتیوز)			
	ریزش مو در ضایعات پوستی دست یا پا			
	قرمزی و التهاب ملتحمه به دلیل جذام			
درجه یک (شامل دست ، پا و چشم)	لکه پوستی پاپول یا ندول با تغییر رنگ (هیپوپیگمانته یا هیپرپیگمانته) همراه با اختلال حس اعم از کاهش حس در لمس و دما)			
	زخم سطحی پوست در دست یا پا (بافت های زیرین پوست مثل چربی و عضله درگیر نیست)			
	درد و حساسیت در لمس اعصاب محیطی دست یا پا			
	تورم تنه های اعصاب محیطی در دست یا پا			
	ضعف عضلانی در دست یا پا			
	کاهش اندک میزان دید بیمار به دلیل جذام (قادر به شمارش انگشتان از فاصله ۶ متری)			
درجه دو (شامل دست ، پا و چشم)	آتروفی عضلانی دست یا پا			
	فلج عضلانی دست یا پا			
	دفورمیتی در دست یا پا			
	چنگ شدگی انگشتان دست یا پا			
	افتادگی مچ دست یا پا			
	قطع و کوتاه شدگی انگشتان دست یا پا			
	زخم نکروتیک ، عمیق و یا عفونی در دست یا پا (بافت های زیرین پوست مثل چربی ، عضله و استخوان درگیر است)			
	کاهش شدید دید به دلیل جذام (ناتوانی در شمردن انگشتان از فاصله ۶ متری)			
	ایریدوسیکلیت (التهاب عنبیه و اجسام مژگانی)			
	یوئیت			
	کدورت قرنیه			
	زخم قرنیه			
	ناتوانی در پلک زدن و فلج پلکی (لاگوپتالمی)			
کوری				
تعیین درجه کلی معلولیت : درجه صفر ☐ درجه یک ☐ درجه دو ☐				

در صورتی که بیمار سایر علائم درگیری ارگانها از جمله اورکیت را دارد این قسمت تکمیل شود :

توضیحات :
.....
.....
.....

نام و سمت پزشک تکمیل کننده فرم :

امضاء :

این قسمت توسط مرکز مدیریت بیماریهای واگیر تکمیل می گردد :

تاریخ گزارش به مرکز مدیریت بیماریهای واگیر : / / ۱۳.....

☐ فرم ناقص است

☐ فرم کامل است