وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي
فرم بررسي انفرادي بوتوليسم

دانشگاه / دانشكده **شهرستان** **ماه**

نام :	نام خانوادگي:	نام پدر:	سن:	جنس :	شغل :
آدرس:			تلفن:		تلفن همراه :
تاريخ بروز علائم :	تاريخ بستري:	بيمارستان محل بستري:	تاريخ ترخيص:		نام پزشك معالج :

مواد غذائي (بعنوان منابع احتمالي بوتوليسم) مصرفي از۸ روز قبل از بروز علائم بيماري :

	بلي	خير		بلی	خير
۱- سبزيجات و حبوبات خانگي	☐	☐	۹- كمپوت خانگي ميوه جات	☐	☐
(در صورت بلي نوع آن ذكر شود)			(در صورت بلي نوع آن ذكر شود)		
۲- كنسروهاي گياهي (نخود فرنگي)	☐	☐	۱۰- پنير كيسه اي	☐	☐
(در صورت بلي نوع آن ذكر شود)			۱۱-پنير كوزه اي	☐	☐
۳- كنسرو ماهي	☐	☐	۱۳- كشك	☐	☐
۵- ماهي شور	☐	☐	۱٤- دوغ	☐	☐
٦- ساير غذاهاي دريايي	☐	☐	۱۵- ساير مواد غذائي مشكوك ذكر شود		
۷- اشپل ماهي	☐	☐			
۸- كمپوت صنعتي ميوه جات	☐	☐			
(در صورت بلي نوع آن ذكر شود)					

علائم باليني : وجود هر يك از علائم باليني زير را با زدن علامت ضربدر در خانه مربوط مشخص كنيد .

علائم	دارد	ندارد	علائم	دارد	ندارد	علائم	دارد	ندارد
تب	☐	☐	تاري ديد	☐	☐	تريسموس	☐	☐
تهوع	☐	☐	ضعف اندام و عضلات	☐	☐	فلج اعصاب حركتي چشم	☐	☐
استفراغ	☐	☐	پتوزپلك	☐	☐	خواب آلودگي	☐	☐
ضعف و سستي	☐	☐	دوبيني	☐	☐	هوشياري	☐	☐
گيجي	☐	☐	ميدرياز يا عدم پاسخ به نور	☐	☐	مشكل تنفسي	☐	☐
خشكي دهان ، زبان و حلق	☐	☐	ديسفاژي	☐	☐	اختلال حسي	☐	☐
ايلئوس	☐	☐	ديزآرتري	☐	☐	ساير علائم ذكر شود		
يبوست	☐	☐	رگورژيتاسيون مايعات از بيني	☐	☐			
احتباس ادراري	☐	☐	صداي تودماغي	☐	☐			

ادامه فرم بررسی بوتولیسم

نوع نمونه تهیه شده	تاریخ تهیه	تاریخ ارسال به آزمایشگاه	تاریخ تحویل به آزمایشگاه	وجود توکسین		کشت بوتولیسم	
				دارد	ندارد	مثبت	منفي
مدفوع							
محتويات معده							
مواد غذائي							
خون							

طبقه بندي بيماري : مشكوك ☐ محتمل ☐ قطعي ☐

آيا افراد ديگري از همان غذاي آلوده بيمار مصرف كرده اند ؟ بلي ☐ خير ☐
در صورتيكه جواب بلي است تعداد ذكر شود و تحت درمان قرار گرفته (چه علائم داشته باشند و چه نداشته باشند) و فرم بررسي به خلاصه اطلاعات تكميل گردد .

تشخيص هاي افتراقي ١ ٢ ٣ ٤

جدول تجويز آنتي توكسين

نوع آنتي توكسين	روز اول		روز دوم		روز سوم		سایر اقدامات درماني به ترتيب ذكر شود
	I.m	I.V	I.m	I.v	I.m	I.v	
پولي آنتي توكسين							
A							
B							
E							

نتيجه درمان بهبودي : مرگ :

در صورت بهبودي اگر عوارضي بروز نموده است ذكر شود :
١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مرکز مدیریت بیماریها

لیست خطی (گزارش تلفنی) بیماری بوتولیسم **دانشگاه / دانشکده** **سال**

ردیف	نام و نام خانوادگی	سن	جنس	شهرستان	محل سکونت		تاریخ بروز	طبقه بندی بیماری		نمونه تهیه شده				وضعیت بیمار		تاریخ گزارش به مراکز مدیریت بیماریها
					شهری	روستایی		مشکوک	محتمل	مدفوع	محتویات معده	خون	مواد غذایی	تحت درمان	مرگ	