**دستورالعمل تكميل برگه بيماران شبه آنفلوانزا (I.L.I)**

**نكا ت مهم در خصوص تكميل و ارسال فرم عملياتي ILI:**

* فرم عملياتي ILI را به صورت پشت و رو تكثير و در اختيار پايگاههاي منتخب قرار دهيد زيرا هر برگه شامل اطلاعات دو روزكاري متوالي در پشت و روي فرم ورود اطلاعات مي باشد. اطلاعات هر روز را در يك سمت برگه تكميل نموده و هر دو روز يك بار آن را از مركز بهداشتي درماني (پايگاههاي ديدهور منتخب) شهرستان مربوطه دريافت نمائيد.
* اطلاعات ضرورتاً به صورت روزانه تكميل گردد و از ثبت تجميعي اطلاعات جدا خودداري گردد .
* نسبت به بايگاني هر برگه درمركز بهداشت شهرستان تا دو ماه بعد از تاريخ مندرج در برگه اقدام نمايند.
* درج كامل نام مركز،تاريخ ،نام تكميل كننده و امضاء لازم است و برگه هاي فاقد اين مشخصات معتبر نيستند و مسئوليت آن بعهده مركز بهداشت شهرستان است.
* كارشناسان محترم مراكز بهداشت شهرستان موظف هستند كه درخصوص ثبت و ارسال اين اطلاعات در مراكزبهداشتي درماني معين (پايگاههاي ديده ور ) پيگيري لازم را بعمل آورده و اطلاعات دريافتي را هر دو روز يك بار وارد سامانه نمايند.
* كارشناس مركز بهداشت شهرستان موظف اند كه موارد فوق را به همكاران مراكز بهداشتي درماني يادآوري نموده و در صورت لزوم آموزش بدهند.

\*\*\* قابل توجه همكاران محترم معاونت بهداشتي دانشگاه ،فايل فرم ورود اطلاعات در پرتال وزارت بهداشت موجود ميباشد لطفا پس از مرقوم نمودن نام دانشگاه خود در فايل مربوطه آن را در اختيار كارشناسان مركز بهداشت شهرستان قرار داده و از ايجاد هرگونه تغييري در فرم بدون هماهنگي اين مركز خودداري شود.

**تعداد بيماران ويزيت شده :**

* عبارت است از تعداد بيماراني كه جهت دريافت خدمات درماني طي 24 ساعت يك شبانه روز به مركز شما مراجعه نموده اند.

تذكر :افرادي كه فقط جهت دريافت خدمات بهداشتي مراجعه نموده اند **نبايد** در تعداد بيماران ويزيت شده لحاظ شوند.

**تعداد كل بيماران شبه آنفلو انزا:**

* عبارتست از تعدادبيماراني كه به تشخيص پزشك داراي علامت تب بعلاوه حداقل يكي از دوعلامت گلو درد و سرفه باشند(تعريف ILI)

**جدول سن و جنس**:

* اين جدول فقط براي بيماران شبه آنفلوانزا تكميل ميشود .مثلا اگر در باكس تعداد كل بيماران شبه آنفلوانزا عدد 5 را درج ميكنيد در جدول مذكور در 5 سطر جنسيت را تيك و سن اين پنج نفر را به سال (بدون درج روز و ماه )در جدول و در مقابل جنسيت مربوطه ثبت كنيد.
* تبصره : سن كودكان زير يك سال را صفر درج كنيد

با تشكرازهمكاري شما

**وزرات بهداشت درمان و آموزش پزشكي**

**معاونت بهداشتي دانشگاه علوم پزشكي ------------------------**

**مركز بهداشت شهرستان ---------------------------------------------------**

**فرم ثبت روزانه موارد شبه آنفلو انزا در مراكز بهداشتي درماني- (I.L.I)**

**تاريخ** ....../........./......**13 نام مركز** .......................................................................

**تعداد كل بيماران ويزيت شده**

**تعداد كل بيماران شبه آنفلوانزا**  \*\* لطفاً جدول ذيل را فقط براي بيماران شبه آنفلوانزا تكميل نماييد.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | جنسيت بيمار شبه آنفلوانزا | سن بيمار شبه آنفلوانزا | رديف | جنسيت بيمار  شبه آنفلوانزا | سن بيمار  شبه آنفلوانزا | رديف | جنسيت بيمار شبه آنفلوانزا | سن بيمار  شبه آنفلوانزا |
| 1 | مرد زن |  | 31 | مرد زن |  | 61 | مرد زن |  |
| 2 | مرد زن |  | 32 | مرد زن |  | 62 | مرد زن |  |
| 3 | مرد زن |  | 33 | مرد زن |  | 63 | مرد زن |  |
| 4 | مرد زن |  | 34 | مرد زن |  | 64 | مرد زن |  |
| 5 | مرد زن |  | 35 | مرد زن |  | 65 | مرد زن |  |
| 6 | مرد زن |  | 36 | مرد زن |  | 66 | مرد زن |  |
| 7 | مرد زن |  | 37 | مرد زن |  | 67 | مرد زن |  |
| 8 | مرد زن |  | 38 | مرد زن |  | 68 | مرد زن |  |
| 9 | مرد زن |  | 39 | مرد زن |  | 69 | مرد زن |  |
| 10 | مرد زن |  | 40 | مرد زن |  | 70 | مرد زن |  |
| 11 | مرد زن |  | 41 | مرد زن |  | 71 | مرد زن |  |
| 12 | مرد زن |  | 42 | مرد زن |  | 72 | مرد زن |  |
| 13 | مرد زن |  | 43 | مرد زن |  | 73 | مرد زن |  |
| 14 | مرد زن |  | 44 | مرد زن |  | 74 | مرد زن |  |
| 15 | مرد زن |  | 45 | مرد زن |  | 75 | مرد زن |  |
| 16 | مرد زن |  | 46 | مرد زن |  | 76 | مرد زن |  |
| 17 | مرد زن |  | 47 | مرد زن |  | 77 | مرد زن |  |
| 18 | مرد زن |  | 48 | مرد زن |  | 78 | مرد زن |  |
| 19 | مرد زن |  | 49 | مرد زن |  | 79 | مرد زن |  |
| 20 | مرد زن |  | 50 | مرد زن |  | 80 | مرد زن |  |
| 21 | مرد زن |  | 51 | مرد زن |  | 81 | مرد زن |  |
| 22 | مرد زن |  | 52 | مرد زن |  | 82 | مرد زن |  |
| 23 | مرد زن |  | 53 | مرد زن |  | 83 | مرد زن |  |
| 24 | مرد زن |  | 54 | مرد زن |  | 84 | مرد زن |  |
| 25 | مرد زن |  | 55 | مرد زن |  | 85 | مرد زن |  |
| 26 | مرد زن |  | 56 | مرد زن |  | 86 | مرد زن |  |
| 27 | مرد زن |  | 57 | مرد زن |  | 87 | مرد زن |  |
| 28 | مرد زن |  | 58 | مرد زن |  | 88 | مرد زن |  |
| 29 | مرد زن |  | 59 | مرد زن |  | 89 | مرد زن |  |
| 30 | مرد زن |  | 60 | مرد زن |  | 90 | مرد زن |  |

نام و نام خانوادگي و امضاء تكميل كننده فرم نام و نام خانوادگي كارشناس مركز بهداشتي شهرستان

**تاريخ** ....../........./........**13**

**تعداد كل بيماران ويزيت شده تعداد كل بيماران شبه آنفلوانزا**

لطفاً جدول ذيل را فقط براي بيماران شبه آنفلوانزا تكميل نماييد.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | جنسيت بيمار شبه آنفلوانزا | سن بيمار شبه نفلوانزا | رديف | جنسيت بيمار  شبه آنفلوانزا | سن بيمار  شبه آنفلوانزا | رديف | جنسيت بيمار شبه آنفلوانزا | سن بيمار  شبه آنفلوانزا |
| 1 | مرد زن |  | 31 | مرد زن |  | 61 | مرد زن |  |
| 2 | مرد زن |  | 32 | مرد زن |  | 62 | مرد زن |  |
| 3 | مرد زن |  | 33 | مرد زن |  | 63 | مرد زن |  |
| 4 | مرد زن |  | 34 | مرد زن |  | 64 | مرد زن |  |
| 5 | مرد زن |  | 35 | مرد زن |  | 65 | مرد زن |  |
| 6 | مرد زن |  | 36 | مرد زن |  | 66 | مرد زن |  |
| 7 | مرد زن |  | 37 | مرد زن |  | 67 | مرد زن |  |
| 8 | مرد زن |  | 38 | مرد زن |  | 68 | مرد زن |  |
| 9 | مرد زن |  | 39 | مرد زن |  | 69 | مرد زن |  |
| 10 | مرد زن |  | 40 | مرد زن |  | 70 | مرد زن |  |
| 11 | مرد زن |  | 41 | مرد زن |  | 71 | مرد زن |  |
| 12 | مرد زن |  | 42 | مرد زن |  | 72 | مرد زن |  |
| 13 | مرد زن |  | 43 | مرد زن |  | 73 | مرد زن |  |
| 14 | مرد زن |  | 44 | مرد زن |  | 74 | مرد زن |  |
| 15 | مرد زن |  | 45 | مرد زن |  | 75 | مرد زن |  |
| 16 | مرد زن |  | 46 | مرد زن |  | 76 | مرد زن |  |
| 17 | مرد زن |  | 47 | مرد زن |  | 77 | مرد زن |  |
| 18 | مرد زن |  | 48 | مرد زن |  | 78 | مرد زن |  |
| 19 | مرد زن |  | 49 | مرد زن |  | 79 | مرد زن |  |
| 20 | مرد زن |  | 50 | مرد زن |  | 80 | مرد زن |  |
| 21 | مرد زن |  | 51 | مرد زن |  | 81 | مرد زن |  |
| 22 | مرد زن |  | 52 | مرد زن |  | 82 | مرد زن |  |
| 23 | مرد زن |  | 53 | مرد زن |  | 83 | مرد زن |  |
| 24 | مرد زن |  | 54 | مرد زن |  | 84 | مرد زن |  |
| 25 | مرد زن |  | 55 | مرد زن |  | 85 | مرد زن |  |
| 26 | مرد زن |  | 56 | مرد زن |  | 86 | مرد زن |  |
| 27 | مرد زن |  | 57 | مرد زن |  | 87 | مرد زن |  |
| 28 | مرد زن |  | 58 | مرد زن |  | 88 | مرد زن |  |
| 29 | مرد زن |  | 59 | مرد زن |  | 89 | مرد زن |  |
| 30 | مرد زن |  | 60 | مرد زن |  | 90 | مرد زن |  |

نام و نام خانوادگي و امضاء تكميل كننده فرم نام و نام خانوادگي كارشناس مركز بهداشتي شهرستان