Phụ lục 1

BIỂU MẪU GIÁM SÁT VÀ PHÒNG CHỐNG BỆNH SỐT RÉT

(Kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày tháng 10 năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

syt_thainguyen_vt_Sở Y tế Thái Nguyên_25/10/2021 10:47:11

Biểu mẫu 1- Báo cáo trường hợp bệnh và điều tra trường hợp bệnh sốt rét

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP BỆNH VÀ ĐIỀU TRA TRƯỜNG HỢP BỆNH SỐT RÉT

THÔNG TIN CHUNG

Mã bệnh nhân trong hệ thống: □□□□□□□□□□□□

[1] Họ và tên bệnh nhân: …………………………………………

[2] Ngày sinh: …………/…………/……………. (Tuổi: …………)

[3] Giới tính: □ Nam □ Nữ (□ Đang mang thai)

[4] Nghề nghiệp: ……………………………………………………………

[5] Dân tộc: ……………………

[6] Số CMND/CCCD/Hộ chiếu: ………………………………………………

[7] Số điện thoại: ……………………………………………………………

[8] Địa chỉ nơi ở hiện nay:

Thôn/Bản/Ấp: …………Xã/Phường: ………. Huyện: ………..Tỉnh: …..…

[9] Địa chỉ nơi làm việc/học tập:

□ Như trên;

□ Khác: Thôn/Bản/Ấp: … Xã/Phường: ………… Huyện: ………..Tỉnh: .…

THÔNG TIN XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN

[10] Ngày khởi phát bệnh: ..…/..…/20…..

[11] Triệu chứng khi khởi phát bệnh: □ Sốt □ Rét run □ Vã mồ hôi

□ Các dấu hiệu khác (nếu có):

………………………………………………

[12] Phương pháp phát hiện: □ Chủ động □ Thụ động

[13] Ngày khám bệnh/nhập viện:..…/…../20…..

[14] Ngày xét nghiệm: Giờ…../…../ Ngày …../…../20…

[15] Ngày trả lời kết quả : Giờ…../…../ Ngày …../…../20…

[16] Cơ sở xét nghiệm:

□ Y tế thôn bản □ Trạm Y tế xã □ Bệnh viện □ Trung tâm Y tế huyện

□ Trung tâm KSBT □ Y tế tư nhân □ Quân y /Bộ ngành

[17] Phương pháp và kết quả xét nghiệm:

- Soi lam: □ Âm tính □ *P.f* □ *P.v.* □ *P.m* □ *P.o* □ *P.k* □ Phối hợp
  Giao bào: □ Có □ Không
  Mật độ ký sinh trùng:… /µl
- Xét nghiệm chẩn đoán nhanh: □ Âm tính □ *P.f* □ *P.v* □ Phối hợp

[18] Xét nghiệm G6PD : □ Có làm. □ Không làm

- Kết quả định lượng: G6PD:__________
- Phân loại G6PD: □ Bình thường □ Bán thiếu □ Thiếu

[19] Phân loại chẩn đoán:□ Sốt rét thường □ sốt rét ác tính

THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ
[20] Thời gian bắt đầu điều trị: …../…../20…..
[21] Thuốc sốt rét và liều lượng (số lượng, số lần/ngày, số ngày):
 Thuốc
1:………………………………………………………………………
 Thuốc 2:
……………………………………………………………………
 Thuốc 3:
……………………………………………………………………
[22] Uống thuốc dưới sự giám sát của cán bộ y tế: Có Không
[23] Tình trạng hiện tại:
 Điều trị ngoại trú. Điều trị nội trú Ra viện
 Chuyển viện Tử vong Khác…………………
Ngày ra viện/chuyển viện/tử vong: ……/……/20……

syt_thainguyen_vt_So_Y te_Thai Nguyen_25/10/2021 10:17:41

TIỀN SỬ DỊCH TỄ
[24] Bệnh nhân đã từng mắc sốt rét trước đây?
 Đã từng mắc Chưa từng mắc Không nhớ
Nếu đã từng mắc: Lần mắc gần nhất: tháng……/năm……
[25] Trong vòng 14 ngày trước khi xuất hiện triệu chứng, bệnh nhân đã đi những đâu?
- Từ ngày …/…/… Tới ngày…/…/… Địa điểm (nhà, rẫy/nương, rừng, qua lại biên giới, nước khác): ..…Thôn/Bản/Ấp: …Xã/Phường: … Huyện: …Tỉnh: ..
- Trong nhà hoặc xung quanh nhà bệnh nhân có ai có các triệu chứng tương tự trong vòng 30 ngày qua không? Có Không
- Người làm cùng bệnh nhân có ai có các triệu chứng tương tự trong vòng 30 ngày qua không? Có Không

[26] Phân loại trường hợp bệnh (THB):
 THB nội địa THB thứ truyền
 THB ngoại lai xã THB ngoại lai huyện THB ngoại lai tỉnh
 THB ngoại lai nước khác THB tái phát xa

THÔNG TIN NGƯỜI BÁO CÁO
Họ và tên: ……………………..Cơ sở y tế: ………………
Số điện thoại: …………………Email: ……………………………………………

………., ngày….. tháng….. năm 20…..

Người báo cáo (ký và ghi rõ họ tên)	**Lãnh đạo cơ sở y tế** (ký và đóng dấu)