

PHỤ LỤC 1

CÁC BIỂU MẪU BÁO CÁO

(Kèm theo Quyết định số 5703/QĐ-BYT ngày 20 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Mẫu 1

Cơ sở y tế điều tra ca bệnh:

Ngày điều tra:/...../.....

PHIẾU ĐIỀU TRA TRƯỜNG HỢP BỆNH THAN TRÊN NGƯỜI

I. THÔNG TIN CÁ NHÂN

1. Họ và tên bệnh nhân:

.....

2. Ngày/tháng/năm sinh:/...../..... Tuổi: 3. Giới: Nam Nữ

4. Dân tộc: 5. Điện thoại:

.....

6. Nghề nghiệp (ghi rõ)

.....

7. Địa chỉ nơi cư ngụ:

8. Địa chỉ nơi làm việc:

.....

9. Ngày khởi bệnh:/...../.....

...../...../.....

10. Ngày vào viện:

11. Cơ sở điều trị:

II. TÌNH TRẠNG BỆNH

12. Lý do vào viện:

.....

13. Tiền sử dịch tễ:

Bệnh kèm theo:

14. Triệu chứng:

Thể da: lúc đầu ngứa, sau đó nổi phỏng nước, loét màu đen thường không đau, hay gặp ở cánh tay và bàn tay ☐ Khác

Thể phổi: triệu chứng tương tự như viêm đường hô hấp trên thông thường nhưng diễn tiến nhanh chóng gây ra khó thở nặng và sốc ☐ Khác

.....

Thể ruột (hiếm gặp): đau bụng dữ dội kèm theo sốt, nhiễm khuẩn huyết ☐ Khác

.....

15. Xét nghiệm:

Loại mẫu:

Cơ sở lấy mẫu:

Ngày lấy mẫu:/...../..... Ngày có kết quả:/...../.....

Kết quả xét nghiệm:

Phương pháp xét nghiệm:

Cơ sở xét nghiệm:

X- quang: (ngày...../...../.....)

.....

Kết quả khám nghiệm tử thi:

.....

III. YẾU TỐ DỊCH TỄ

Tiền sử tiếp xúc: (trong vòng 30 ngày trước khi mắc bệnh)

16. Đi đâu trong vòng 30 ngày gần đây

Có ☐ Không

☐

Địa chỉ (nếu có đi):

.....

17. Tiếp xúc với gia súc

Lò mổ gia súc

Có ☐ Không ☐

☐

Trại chăn nuôi gia súc/ vật nuôi

Có ☐ Không ☐

☐

Động vật hoang dã

Có ☐ Không ☐

☐

Nơi tập trung, phân phối, sản xuất các sản phẩm từ các nguyên liệu có nguồn gốc động vật: da, xương, sừng, lông, len ...

Có ☐ Không ☐

Trực tiếp giết mổ gia súc

Có ☐ Không ☐

☐

Ăn thịt gia súc chết không rõ nguyên nhân

Có ☐

Không ☐

Nếu có, loại gia súc/ vật nuôi: ở đâu:

Ngày tiếp xúc / ... / ...

18. Tiếp xúc gần với người được chẩn đoán bị bệnh than trong vòng 30 ngày hoặc 43 ngày (bệnh than thể phổi)

Có ☐ Không ☐ Không rõ ☐

Địa chỉ (nếu có): ngày: ... / ... / ...

V. CHẨN ĐOÁN, RA VIỆN

19. Chẩn đoán vào viện:

20. Chẩn đoán khi ra viện/chuyển viện/tử vong:

.....

21. Ngày ra viện .../.../... chuyển viện .../.../... tử vong: .../.../...

22. Tình trạng bệnh nhân khi ra viện:

Khỏi ☐

Đỡ/ổn định ☐

Nặng, xin về ☐

Chuyển viện ☐

Di chứng (.....)☐

Tử vong ☐

23. Nếu chuyển viện, tên bệnh viện chuyển đến:

.....

24. Các ghi nhận khác:

Ngày điều tra: .../.../...

Người điều tra

Ngày ... tháng ... năm 20...

Lãnh đạo cơ sở Y tế

(Ký tên đóng dấu)