

Mẫu số 1**PHIẾU ĐIỀU TRA TRƯỜNG HỢP NGHI SỞI/ RUBELLA****TỈNH:** **HUYỆN:** **XÃ:**

1. SỔ XÁC ĐỊNH CA BỆNH		☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Năm mắc bệnh:..... Mã số của tỉnh:..... Số thứ tự trong số:.....		CÓ TRONG Ồ DỊCH: Có • Không •
Ngày nhận thông tin:/...../..... Ngày điều tra/...../.....		Ồ dịch: Sởi • Rubella • Khác • Số thứ tự ổ dịch:
Nguồn thông báo: <i>Y tế • Phòng khám tư • Cộng đồng •</i>		
<i>Tìm kiếm • Khác •</i>		
2. THÔNG TIN CÁ NHÂN		
Họ và tên bệnh nhân: Giới: <i>Nam • Nữ •</i>		
Ngày sinh:/...../..... hoặc tuổi:..... Trẻ dưới 5 tuổi ghi tháng tuổi:.....		
Họ và tên mẹ (hoặc bố)		
Địa chỉ: Số nhà Đường	NẾU LÀ NỮ, TÌNH TRẠNG MANG THAI	
Địa chỉ nơi học tập/công tác :.....	Có • Không •	
Điện thoại liên hệ:	Nếu có, tuổi thai khi mắc (tháng):	
3. TIỀN SỬ		
• Tiền sử tiêm vắc xin: Sởi: <i>Có • Không • Không rõ •</i> Nếu có, số liều: Ngày tiêm liều cuối : .../ .../		
Rubella: <i>Có • Không • Không rõ •</i> Nếu có, số liều: Ngày tiêm liều cuối : .../ .../		
• TRONG VÒNG 3 TUẦN TRƯỚC KHI PHÁT BAN:		
Bệnh nhân có đi nơi khác không ? <i>Không rõ •</i>		<i>Có • Không •</i>
Đi đâu:		
Bệnh nhân có tiếp xúc với trường hợp mắc sởi/rubella xác định nào không? Sởi • Rubella • <i>Không • Không rõ •</i>		
Là ai?		
Ở đâu?		
Xung quanh có trường hợp sốt, phát ban nào không ? <i>Không rõ •</i>		<i>Có • Không •</i>
Nếu có: <i>Sởi • Rubella •</i>		
Có tiếp xúc với phụ nữ có thai không ? <i>Không rõ •</i>		<i>Có • Không •</i>
Nếu có:Là ai:		Địa chỉ:

• NƠI ĐIỀU TRỊ: Bệnh viện • Trạm Y tế • Y tế tư nhân • Tại nhà • • BỆNH NHÂN CHẾT: Có • Không • Ngày chết (nếu có):.../.../.....	
4. TRIỆU CHỨNG VÀ BIẾN CHỨNG • Sốt: Có • Không • Ngày bắt đầu sốt:...../...../..... • Ban: Có • Không • Ngày xuất hiện ban:...../...../..... • Ho: Có • Không • • Hội chứng màng não: Có • Không • • Chảy nước mũi: Có • Không • • Viêm não: Có • Không • • Viêm kết mạc (Mắt đỏ): Có • Không • • Viêm phổi: Có • Không • • Nốt Loplik: Có • Không • • Viêm tai: Có • Không • • Sưng hạch Có • Không • • Tiêu chảy: Có • Không • (sau tai, cổ, dưới cằm) • Sảy thai, thai chết lưu: Có • Không • • Đau khớp: Có • Không • • Phá thai theo chỉ định: Có • Không •	
5. MẪU XÉT NGHIỆM Xét nghiệm kháng thể IgM Ngày lấy mẫu Ngày gửi • Huyết thanh 1: Có • Không •/...../...../...../..... • Huyết thanh 2 (nếu yêu cầu): Có • Không •/...../...../...../..... Xét nghiệm vi rút (nếu yêu cầu) Dịch ngoáy họng: Có • Không •/...../...../...../..... Mẫu máu: Có • Không •/...../...../...../.....	
6. CHẨN ĐOÁN CA BỆNH A. CHẨN ĐOÁN SỞI: A1. Xác định sởi phòng xét nghiệm A2. Liên quan DTH với trường hợp sởi xác định khác • A3. Sởi lâm sàng •	B. CHẨN ĐOÁN RUBELLA B1. Xác định rubella phòng xét nghiệm • B2. Liên quan DTH với trường hợp rubella xác định khác B3. Rubella lâm sàng •

**C. KHÔNG PHẢI SỞI -
RUBELLA •**

Điều tra viên
(Ký, ghi rõ họ tên)

Ngày tháng năm 20
THỦ TRƯỞNG CƠ QUAN
(Ký tên, đóng dấu)

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Tên phòng xét nghiệm:

7. KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Xét nghiệm IgM	Ngày PTN nhận mẫu	Ngày xét nghiệm	Kết quả
Sởi Kết quả			

Rubella

			+ - +/-
--	--	--	--------------------

● Huyết thanh 1:	/...../.....	/...../.....	• • •
• • •			

● Huyết thanh 2:	/...../.....	/...../.....	• • •
• • •			

Xét nghiệm chủng vi rút

Dịch ngoáy họng:	/...../.....	/...../.....
Chủng:.....		