Mẫu 1

TỈNH:_____HUYỆN:_____Mã số:_____/_____/_____

PHIẾU ĐIỀU TRA TRƯỜNG HỢP BỆNH

I. THÔNG TIN CA BỆNH

1. Họ và tên bệnh nhân: 2. Nam, Nữ: ……

3. Ngày, tháng, năm sinh: [_____/_____/_____] Tuổi:

4. Địa chỉ: Số điện thoại: ……

5. Nghề nghiệp:

6. Đang có thai: 1. Có, Tuần thứ:_____ 2. Không

7. Siêu âm thai (nếu là phụ nữ mang thai):

□ Nghi ngờ có đầu nhỏ □ Không có đầu nhỏ Ngày siêu âm _____/_____ /201 ____

8. Ngày khởi bệnh:…… 9. Ngày lấy mẫu xét nghiệm:

10. Người lấy mẫu xét nghiệm:

11. Bệnh viện:

12. Chẩn đoán sơ bộ:

II. CÁC TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG (không được bỏ trống)

13. Sốt: ……°C (thân nhiệt tối đa). Kéo dài: (ngày).

14. Phát ban: □ Có □ Không

15. Đau khớp: □ Có □ Không

16. Đau cơ: □ Có □ Không

17. Viêm kết mạc (xung huyết, không mủ): □ Có □ Không

18. Biểu hiện xuất huyết: □ Có □ Không

19. Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn, nôn: □ Có □ Không

20. Da xung huyết: □ Có □ Không

21. Vật vã, li bì: □ Có □ Không

22. Đau bụng vùng gan hoặc ấn đau vùng gan: □ Có □ Không

23. Các triệu chứng khác:
……

Ngày .... tháng ….. năm 201….
Y. Bác sĩ điều trị
(Ký tên)

Yêu cầu xét nghiệm:

□ Realtime RT-PCR: (mẫu máu lấy từ ngày khởi phát triệu chứng thứ 1 đến 5)

□ Khác (ghi rõ):

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM:……