

PHỤ LỤC 1

(Kèm theo Quyết định số 5659/QĐ-BYT ngày 19 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 XOẮN KHUẨN VÀNG DA 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. Tên cơ sở điều trị:

.....

II. TÌNH TRẠNG BỆNH

12. Lý do vào viện:

.....

13. Bệnh sử:

.....

.....

.....

Bệnh kèm

theo:.....

...

14. Triệu chứng:.....

Sốt cao	☐	Đau nhức cơ	☐	Khó thở	☐
---------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------	--------------------------

Đau đầu	☐	Vàng mắt	☐	Ho	☐
---------	--------------------------	----------	--------------------------	----	--------------------------

Mệt mỏi	☐	Vàng da	☐	Tiểu ít	☐
---------	--------------------------	---------	--------------------------	---------	--------------------------

Buồn nôn	☐	Xuất huyết	☐	Tiểu nhiều	☐
----------	--------------------------	------------	--------------------------	------------	--------------------------

Nôn	☐	Đau bụng	☐	Nước tiểu vàng	☐
-----	--------------------------	----------	--------------------------	----------------	--------------------------

Tiêu chảy	☐	Biến chứng tim mạch	☐	Biến chứng phổi	☐
-----------	--------------------------	---------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

Suy thận	☐	Nhiễm trùng máu	☐	Viêm não vô khuẩn	☐
----------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

Suy gan	☐	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 động vật

Có thấy chuột/chất thải của chuột trong nhà

Có ☐

Không ☐

Tiếp xúc với chuột chất thải chuột/ loài gặm nhấm

Có ☐

Không ☐

Tiếp xúc với gia súc trang trại/ vật nuôi

Có ☐

Không ☐

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

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

Tiếp xúc với động vật hoang dã

Có ☐

Không ☐

Nếu có, loại động vật:ở đâu:Ngày

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

18. Tiếp xúc với nước:

Nước máy ☐ Nước sông ☐ Nước ngập/ lụt ☐ Không ☐

Đất ẩm/ướt ☐ Bùn ☐ Nước thải ☐

Nước khác:

.....

Nếu có tiếp xúc, ở đâu:ngày.....
/.../.....

Hình thức tiếp xúc: sinh hoạt, khi làm việc, làm vườn, đi bơi, tắm sông, câu cá, đi dã ngoại, săn bắn, khác (*khoanh tròn mục tương ứng*)

19. Tiếp xúc gần với người được chẩn đoán bị bệnh do xoắn khuẩn vàng da trong vòng 30 ngày

Có ☐ Không ☐ Không rõ ☐

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

20. Môi trường sống tại nơi cư ngụ:

Tình trạng vệ sinh nhà ở:

.....

Tình trạng môi trường/súc vật xung quanh:

.....

Tình trạng chuột: Có nhiều ☐ Có ít ☐ Không có ☐

21. Môi trường sống tại nơi làm việc:

Tình trạng vệ sinh phòng/nơi làm việc:

.....

Tình trạng môi trường/ súc vật xung quanh:

.....

Tình trạng chuột: Có nhiều ☐ Có ít ☐ Không có ☐

V. CHẨN ĐOÁN, RA VIỆN

22. Chẩn đoán vào viện:

.....

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

.....

24. Ngày ra viện/ chuyển viện/ tử vong (*Khoanh tròn mục tương ứng*):

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

25. Tình trạng bệnh nhân khi ra viện:

Khỏi ☐

Đờ/ổn định ☐

Nặng, xin về ☐

Chuyển viện ☐

Di chứng (.....) ☐

Tử vong ☐

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

.....

27. Các ghi nhận khác:

.....

Ngày điều tra://.....

Người điều tra

Ngày tháng..... năm 20...

Lãnh đạo cơ sở Y tế

(Ký tên đóng dấu)