

باسمه تعالی

پرسشنامه بررسی اندوکاردیت های ناشی از تب کیو

نام بیمارستان:

نام پزشک:

نام و نام خانوادگی بیمار:

تاریخ: روز ماه سال

آدرس و شماره تماس:

نام پرسشگر:

ردیف	سوالات
۱	فرد کدامیک از شرایط زیر را برای ورود به مطالعه داشته است؟ ۱- ابتلا به اندوکاردیت عفونی کشت منفی (قطعی و یا محتمل) بر اساس معیار تعدیل شده دوک <input type="checkbox"/> ۲- عفونت گرفت های عروقی همراه با کشت خون منفی <input type="checkbox"/> ۳- مراجعه کننده جهت پیگیری پس از جراحی دریچه قلب به علت اندوکاردیت کشت منفی و یا گرفت عروقی با کشت خون منفی <input type="checkbox"/> فرد باید یکی از سه شرط فوق را داشته باشد و همچنین نتیجه سرولوژی آن برای بروسلوز منفی گزارش شده باشد تا وارد مطالعه شود.
۲	سن
۳	جنس
۴	علت مراجعه فعلی به بیمارستان کدام مورد می باشد؟ اندوکاردیت <input type="checkbox"/> تعویض دریچه قلب به علت اندوکاردیت کشت منفی <input type="checkbox"/> پیگیری پس از تعویض دریچه به علت اندوکاردیت کشت منفی <input type="checkbox"/> عفونت گرفت عروقی <input type="checkbox"/> عفونت انوریسم شریانی <input type="checkbox"/>
۵	ملیت: ایرانی <input type="checkbox"/> غیر ایرانی <input type="checkbox"/> در صورت ملیت غیرایرانی، ملیت فرد
۶	شغل فعلی
۷	استان محل سکونت فعلی
۸	شهرستان محل سکونت فعلی
۹	محل اقامت فعلی شهر <input type="checkbox"/> روستا <input type="checkbox"/>
۱۰	بیمار سابقه کدام یک از موارد زیر را در طی ۵ سال اخیر داشته است؟ اندوکاردیت <input type="checkbox"/> نارسایی دریچه قلب <input type="checkbox"/> پنومونی <input type="checkbox"/> هپاتیت <input type="checkbox"/> سقط جنین <input type="checkbox"/> ضایعات شریانی <input type="checkbox"/>
۱۱	آیا بیمار سابقه عمل تعویض / ترمیم دریچه را دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:
۱۲	در صورت داشتن سابقه تعویض دریچه یا ترمیم، کدامیک از دریچه های زیر بوده است؟ دریچه آئورتیک <input type="checkbox"/> دریچه میترال <input type="checkbox"/> دریچه ریوی <input type="checkbox"/> دریچه سه لتی <input type="checkbox"/> تاریخ تعویض یا ترمیم دریچه (ها):
۱۳	در صورت داشتن سابقه تعویض دریچه، نوع دریچه مورد استفاده برای بیمار کدام یک از موارد زیر می باشد؟ فلزی <input type="checkbox"/> خوکی <input type="checkbox"/> گاوی <input type="checkbox"/>
۱۴	آیا بیمار سابقه نگهداری حیوانات اهلی (شامل دام و حیوانات خانگی) را دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۵	در صورت داشتن سابقه نگهداری حیوانات اهلی نوع آن ذکر شود؟

گره و سگ <input type="checkbox"/> گاو <input type="checkbox"/> گوسفند و بز <input type="checkbox"/> پرندگان (کبوتر، مرغ و ...) <input type="checkbox"/> سایر موارد (ذکر شود) <input type="checkbox"/>	
آیا بیمار سابقه مصرف شیر خام و سایر محصولات لبنی غیر پاستوریزه را دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۶
آیا بیمار سابقه ابتلا به نارسایی سیستم ایمنی را در سال های اخیر داشته است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۷
آیا بیمار سابقه مسافرت به مناطق دارای دام و حشرات (از جمله کنه) در چند سال اخیر را داشته است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> توضیحات:.....	۱۸
آیا بیمار سابقه گزش کنه را در طی سال های اخیر دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۹
ایا سابقه ابتلا به Q Fever در خانواده بیمار وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۰
علائم بیماری فعلی از چه زمانی آغاز شده است؟ روز ماه..... سال	۲۱
بیمار از زمان شروع علائم بالینی تا به حال کدامیک از علائم زیر را داشته است؟ تب بالای ۳۸ <input type="checkbox"/> میالژی <input type="checkbox"/> درد رتروبولبر <input type="checkbox"/> درد قفسه سینه <input type="checkbox"/> تعریق شبانه <input type="checkbox"/> خستگی <input type="checkbox"/> راش پوستی <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> اسپلنومگالی <input type="checkbox"/> هیپاتومگالی <input type="checkbox"/> پنومونی مزمن <input type="checkbox"/> هیپاتیت مزمن <input type="checkbox"/> استئومیلیت مزمن <input type="checkbox"/>	۲۲
آیا کشت خون بیمار منفی است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> کشت خون داده نشده است <input type="checkbox"/> .	۲۳
ایا تست های سرولوژی بروسلا در بیمار منفی گزارش شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۴
آیا در اکوکاردیوگرافی بیمار یافته خاصی مشاهده شد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت یافته خاص، نوع و نتیجه اکوکاردیوگرافی: <input type="checkbox"/> oscillating intracardiac mass on valve or supporting structures <input type="checkbox"/> abscess <input type="checkbox"/> New partial dehiscence of prosthetic valve <input type="checkbox"/> New valvular regurgitation سایر موارد	۲۵
بر اساس شرح حال یا اکوکاردیوگرافی بیمار کدامیک از موارد زیر را دارد؟ <input type="checkbox"/> Congenital heart disease <input type="checkbox"/> Rheumatic heart disease <input type="checkbox"/> Aortic bicuspid <input type="checkbox"/> Mitral valve prolapse or flail <input type="checkbox"/> گرافت عروقی <input type="checkbox"/> انوریسم شریانی <input type="checkbox"/> .	۲۶
آیا بیمار در یکماه گذشته آنتی بیوتیک (ها) دریافت نموده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت جواب مثبت نوع و مدت آن (ها) ذکر شود:	

این اطلاعات در انستیتو پاستور ایران و بعد از دریافت نمونه تکمیل خواهد شد:

کد پرسشنامه:

آیا فرد شرایط ورود به مطالعه را داشته است؟

آیا نمونه خون ارسال شده است یا نمونه گیری در انستیتو پاستور ایران بعمل آمده است؟

کیفیت نمونه و پرسشنامه ارسالی:

فرد آزمایشگر:

نوع آزمایش:

تاریخ آزمایش:

جواب آزمایش: