



آزمایشگاه مرجع کشوری اشریشیاکلی

شماره سند:

پرسشنامه

تاریخ:

شماره: تاریخ:

مشخصات:

نام بیمار: سن: جنس: ☐ مذکر ☐ مونث

آدرس بیمار:

شماره تماس بیمار: نام بیمارستان:

نام پزشک معالج: سرپایی ☐ بستری ☐ مدت زمان بستری بودن:

علایم کلینیکی:

تهوع ☐ تب ☐ شکم درد ☐ درد مفاصل ☐ علائم دیگر رانام ببرید:

نوع مدفوع:

آبکی ☐ همراه با خون ☐ تاریخ بروز اسهال: تاریخ نمونه گیری:

علت بیماری:

مصرف مواد غذایی ☐ مسافرت ☐ علل دیگر:

نحوه ابتلا:

در پنج روز قبل از شروع بیماری:

آیا در رستوران غذا خورده اید؟ بلی ☐ خیر ☐

آیا میوه و سبزیجات نشسته مصرف کرده اید؟ بلی ☐ خیر ☐

آیا گوشت گاو، گوساله، گوسفند، مرغ و یا ماهی مصرف کرده اید؟ بلی ☐ خیر ☐

آیا شیر و آبمیوه مصرف کرده اید؟ بلی ☐ خیر ☐

آیا در تماس با حیوانات بوده اید؟ بلی ☐ خیر ☐

در طی پنج روز قبل از شروع بیماری با افرادی که علائم کلینیکی مشابه داشتند تماس داشته اید؟

بلی ☐ خیر ☐

درمان:

قبل از مراجعه به پزشک دارو مصرف کرده اید: بلی ☐ خیر ☐

در صورت بلی، نوع دارو و اسم آن:

نام و نام خانوادگی نمونه گیر: مهر و امضاء: