

جغرافیایی داشته است؟ آیا در مناطقی که تحت واکسیناسیون قرار گرفته‌اند، میزان ابتلاء کاهش یافته است؟ آیا گروه هدف سنی مورد نظر از بین مردم، مناسب انتخاب شده است؟

- انطباق مرگ و میر موارد با منطقه جغرافیایی: آیا چاره‌جویی‌های انجام شده مناسب بوده است یا آنکه به درمان دارویی اضافی نیاز است؟ زیاد بودن میزان مرگ و میر (بیش از ۲٪)، اشکالاتی در درمان موارد را نشان می‌دهد و نیازمند بازبینی سیستم درمان است.
 - آنتی‌بیوتیکها و وسایل تزریق: آیا افزایش آنها لازم است؟
 - کمک‌رسانی در زمینه واکسن: آیا به افزایش واکسن و وسایل تزریق نیاز می‌باشد؟
 - نیازهای حمل و نقل: آیا ماشین‌ها و وسایل حمل و نقل کافی هستند؟
- هنگامی پایان اپیدمی اعلام می‌گردد که میزان موارد هفتگی بیماری کاهش یابد تا حدی که به سطح عادی آندمیک برسد و حداقل یک ماه در این سطح، باقی بماند. انتهای اپیدمی باید به‌صورت رسمی اعلام شود در آن صورت می‌توان تمام عملیات اضطراری را پایان داد. در هر حال نظام مراقبت تقویت نشده پس از اپیدمی باید ادامه پیدا کند زیرا ممکن است اپیدمی به‌صورت افزایش بروز موارد بیماری مجدداً ظهور پیدا کرده و به مناطقی که قبلاً تحت تأثیر اپیدمی نبوده‌اند، نیز سرایت نماید.

به‌دنبال رویداد اپیدمی بهتر است ارزیابی‌های زیر صورت گیرد:

- کنترل و ارزیابی پوشش واکسیناسیون (در محلها و گروه‌های سنی مختلف)؛
- ارزیابی عملیات اضطراری مثل: درمان موارد، واکسیناسیون و مشکلات کمک‌رسانی؛
- ارزیابی اثر اپیدمی بر فعالیت‌های سیستم بهداشتی و جامعه؛
- چنانچه موارد جدیدی در مناطق واکسینه شده بروز نماید، می‌توان مطالعه‌ای را در زمینه کارایی واکسن انجام داد.

۵- مستندسازی اپیدمی¹

پس از اپیدمی، باید گزارش مختصری برای استفادهٔ مسئولین و کارکنان مراکز بهداشتی در مورد بیماری و عملیات اضطراری به‌منظور مقابله با آن (Feed back)، تهیه کرد و توسط

1. Documentation of the epidemic



CDC برای سازمانهای جهانی همچون سازمان جهانی بهداشت و سایر سازمانهایی که از جهات مختلف به این مسئله می‌پردازند، ارسال گردد. این مسئله در زمینه آموزش و برنامه‌ریزی مناسبی که پاسخگوی مشکلات آینده باشد، بسیار مهم است به‌طوری‌که اگر به بهترین شکل ممکن، پاسخ داده نشود، باید ارزیابی دقیقی از موانعی که سبب ایجاد اختلال در اجرای برنامه شده است انجام گیرد تا پاسخهای آینده، کارآتر باشند.

۴- پیشگیری در دوره‌های بین اپیدمی

۴-۱ جداسازی بیمار منگوکوکی در شرایط غیر اپیدمی

قرنطینه بیمار، بررسی ترشحات نازوفارنکس اطرافیان بیمار از نظر وجود منگوکوک، تعطیلی مدارس یا مؤسسات تحت تأثیر بیماری و جلوگیری از حضور اطرافیان بیمار در مدرسه، ضرورتی ندارد و نباید ترویج شود. اگر مورد منگوکوکی یافت شود، در صورت امکان (از نظر هزینه و موجود بودن دارو)، می‌توان کمپروپیلاکسی انجام داد اما باید تنها در مورد افرادی انجام شود که یا ارتباط بسیار نزدیکی با بیمار دارند یا اینکه با فرد بیمار، در یک ظرف غذا می‌خورند و در یک محل می‌خوابند. کارکنان بهداشتی حتی افرادی که در بیمارستان کار می‌کنند، چنانچه ارتباط تنگاتنگ (تنفس دهان به دهان) با بیمار نداشته باشند، در معرض خطر محسوب نمی‌گردند.

برای آنکه کمپروپیلاکسی، کارآ باشد باید به‌سرعت مورد استفاده قرار گیرد. کمپروپیلاکسی همگانی توصیه نمی‌شود و ادغام آن که در برنامه‌های روتین ایمنسازی عمومی، لازم نیست زیرا به اندازه هزینه و نیروی صرف شده مفید نخواهد بود.

در بین بعضی از گروه‌های در معرض خطر برای دوره‌های محدودی، می‌توان واکسیناسیون روتین را توصیه کرد. در جمهوری اسلامی ایران و بعضی کشورهای دیگر برای سربازان، حجاج و مسافرانی که به کشورهای آندمیک سفر می‌کنند، واکسیناسیون روتین انجام می‌شود و در این مورد از واکسن دوگانه پلی‌ساکراید A,C استفاده می‌شود (غیر از حجاج که برای آنها از واکسن ۴ گانه استفاده می‌شود). کارشناسانی که با نمونه‌های حاوی منگوکوک کار می‌کنند نیز باید به شکل روتین، واکسینه شوند.

در صورت وجود واکسن‌های جدید **Conjugate**، در مناطقی که بیماری هیپراندمیک است، می‌توان فرضیه واکسیناسیون روتین علیه مننگوکوک را مورد ملاحظه قرار داد. ممکنست این مسئله در ارتباط با ایمنی ضد هموفیلوس آنفلوانزا نیز صادق باشد و این واکسن نیز در جدول واکسیناسیون همگانی درج شود.

از آنجائیکه پس از گذشت ۸ الی ۱۰ روز پس از واکسیناسیون، آنتی‌بادی‌های ایمن‌کننده در بدن ایجاد می‌شوند و همچنین خطر سرایت ثانویه در مدت یک هفته پس از تماس با بیمار، وجود دارد، کمپروویلاکسی یک راه اساسی برای جلوگیری از ایجاد موارد ثانویه بیماری مننگوکوکی در ابتلاء اسپورادیک محسوب می‌شود (واکسیناسیون چنین اثری را ندارد).

۲-۶ واکسیناسیون روتین

معمولاً واکسیناسیون روتین شیرخواران حتی در مناطقی که در معرض خطر بالای بروز اپیدمی قرار دارند به دلایل زیر توصیه نمی‌شود:

واکسن‌های مننگوکوکی آماده در حال حاضر (پلی ساکاریدهای W135, Y, C, A) چنانچه به کودکان ۱۸ تا ۲۴ ماهه داده شود، قدرت ایجاد ایمنی طولانی‌مدت را ندارد (مخصوصاً سروگروپ C) و اگر در سه ماهگی واکسن تزریق شود، باید دوزهای دیگری نیز در ماه‌های بعد به او داده شود.

فایده اینگونه واکسیناسیون، جای سؤال دارد و با توجه به کارایی محدود آن در اطفال، نمی‌توان واکسن پلی‌ساکاریدی مننگوکوکی را در جدول واکسیناسیون همگانی درج کرد.

۳-۶ توصیه به مسافران

به مسافرانی که بالای ۱۸ ماه سن دارند و قصد مسافرت به مناطق دارای اپیدمی مننگوکوکی یا مناطق دارای ریسک زیاد ابتلاء به بیماری مننگوکوکی آندمیک را دارند توصیه می‌شود که دوز واحدی از واکسن پلی‌ساکاریدی C, A، دریافت کنند. در هنگام بروز اپیدمی مننگوکوکی در موسم حج ۱۹۸۷، سازمان‌های سعودی از حجاج و افراد مسن خواستند که در هنگام ورود به عربستان، گواهی واکسینه شدن علیه مننگوکوک را نشان دهند.



ضَمِيمَةٌ



شاخص‌ها و معیارهای ارزیابی کیفیت مراقبت مننژیت

بررسی کمی و کیفی اجرای برنامه در مراحل مختلف از طریق نظارت و پایش دقیق آن از سطوح زیر مجموعه، طبق برنامه زمانبندی شده، یکی از مهمترین اصول مراقبت است. انجام پایش و ارزشیابی به همراه تنظیم چک لیست برنامه، با توجه به موارد ذیل ضروری است :

۱. در صورتیکه کمتر از ۱۰٪ نتایج بررسی نمونه‌های CSF، دارای عامل باکتریایی باشد، لازم است بررسی‌های ذیل انجام گردد :

- توانایی همه آزمایشگاه‌ها برای شناسایی هموفیلوس آنفلوانزا و سایر باکتریها ؛
- معیارهای برداشتن نمونه CSF (با توجه به علائم بالینی بیمار) ؛
- نحوه استفاده از آنتی‌بیوتیک و نوع آن ؛
- احتمال وجود اپیدمی سایر بیماریهای غیر باکتریال که ممکنست به افزایش انجام LP منجر شود مثل تب دانگ، مالاریا، لیتوسیروز و

۲. در صورتیکه کمتر از ۲۵٪ موارد تأیید شده مننژیت باکتریال، ناشی از هموفیلوس آنفلوانزا باشد، بررسی موارد ذیل الزامی است :

- توانایی همه آزمایشگاه‌ها برای شناسایی هموفیلوس آنفلوانزا و سایر گونه‌های باکتریایی؛
- احتمال یک پیشروی اپیدمیک عفونت مننژیتهی یا سلی ؛

۳. میزان بروز مننژیت باکتریال در کودکان کمتر از ۵ سال، در حدود ۲۰۰ مورد در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر در شرایط بدون اپیدمی است.

۴. تعداد قابل قبول نمونه CSF برداشت شده، ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ مورد برای هر ۱۰۰/۰۰۰ کودک زیر ۵ سال است (برآورد می‌شود که بیش از ۱۰٪ آنها باکتریال باشد).

۵. حداقل از ۹۰٪ موارد محتمل در همه سنین باید نمونه CSF یا خون برای ارزیابی، گرفته شود.

۶. تعداد قابل قبول کشت خون، حداقل ۵ برابر کشت CSF در کلیه سنین است. (در جاهائیکه امکان انجام آن وجود دارد).

۷. درصد موارد محتمل که در آن باکتری پاتوژن در خون یا CSF قطعاً تشخیص داده شده است :

- در CSF با تعداد ۱۰ لکوسیت یا بیشتر در میلی‌لیتر مکعب بیش از ۲۵٪ باشد.
- در CSF با تعداد ۱۰۰ لکوسیت یا بیشتر در میلی‌لیتر مکعب بیش از ۴۰٪ باشد.

۸. درصد CSF با Hib جدا شده بیش از ۲۰٪ کل موارد CSF است.

برخی از معیارهای قابل اندازه‌گیری در زیر آورده شده است :

۱. میزان بروز موارد قطعی مننژیت باکتریال :

$$\frac{\text{تعداد موارد کشت مایع نخاع مثبت گزارش شده در یک زمان معین}}{\text{جمعیت وسط سال}} \times 100/1000$$

۲. میزان کشندگی :

$$\frac{\text{تعداد موارد فوت از مننژیت با کشت مثبت در یک زمان معین}}{\text{تعداد کل موارد تشخیص داده شده با کشت مثبت در همان زمان}} \times 100$$

۳. درصد کموپروفیلاکسی اطرافیان :

$$\frac{\text{تعداد کل اطرافیان فرد مبتلا که در یک زمان معین (به‌موقع) دارو دریافت نموده‌اند.}}{\text{تعداد کل اطرافیان فرد مبتلا در همان زمان}} \times 100$$



۴. درصد افراد مظنون LP شده :

$$\frac{\text{تعداد افراد مظنون که LP شده‌اند}}{\text{کل افراد مظنون به مننژیت}} \times 100$$

۵. درصد موارد قطعی شده :

$$\frac{\text{تعداد موارد قطعی}}{\text{موارد مظنون}} \times 100$$

۶. درصد مننژیت مننگو کوکی :

$$\frac{\text{تعداد موارد مننژیت مننگو کوکی}}{\text{کل موارد قطعی شده باکتریال}} \times 100$$

۷. میزان بروز مننژیت مننگو کوکی :

$$\frac{\text{تعداد موارد مننژیت مننگو کوکی}}{\text{جمعیت وسط سال}} \times 100 / \dots$$

۸. درصد موارد مننژیت هموفیلوس آنفلوانزا :

$$\frac{\text{تعداد موارد مننژیت هموفیلوس آنفلوانزا}}{\text{کل موارد قطعی شده باکتریال}} \times 100$$

۹. میزان بروز مننژیت پنومو کوکی :

$$\frac{\text{تعداد موارد مننژیت پنومو کوکی}}{\text{جمعیت وسط سال}} \times 100 / \dots$$

۱۰. میزان بروز مننژیت هموفیلوس آنفلوانزا:

$$\frac{\text{تعداد موارد مننژیت هموفیلوس آنفلوانزا}}{\text{جمعیت کودکان کمتر از ۵ سال}} \times 100/000$$

۱۱. میزان مرگ و میر مننژیت مننگوکوکی:

$$\frac{\text{تعداد موارد مرگ از مننژیت مننگوکوکی}}{\text{جمعیت وسط سال}} \times 100/000$$

۱۲. میزان مرگ و میر مننژیت پنوموکوکی:

$$\frac{\text{تعداد موارد مرگ از مننژیت پنوموکوکی}}{\text{جمعیت وسط سال}} \times 100/000$$

۱۳. میزان مرگ و میر مننژیت هموفیلوس آنفلوانزا:

$$\frac{\text{تعداد موارد مرگ از مننژیت هموفیلوس آنفلوانزا}}{\text{جمعیت وسط سال}} \times 100/000$$

۱۴. میزان کشندگی مننژیت مننگوکوکی:

$$\frac{\text{تعداد موارد مرگ از مننژیت مننگوکوکی}}{\text{تعداد موارد قطعی مننژیت مننگوکوکی}} \times 100$$

۱۵. میزان کشندگی مننژیت پنوموکوکی:

$$\frac{\text{تعداد موارد مرگ از مننژیت پنوموکوکی}}{\text{تعداد موارد قطعی مننژیت پنوموکوکی}} \times 100$$



۱۶. میزان کنشندگی مننژیت هموفیلوس آنفلوانزا :

$$\frac{\text{تعداد موارد مرگ مننژیت هموفیلوس آنفلوانزا}}{\text{تعداد موارد قطعی مننژیت هموفیلوس آنفلوانزا}} \times 100$$

۱۷. درصد پزشکان عمومی آموزش دیده :

$$\frac{\text{تعداد پزشکان عمومی آموزش دیده در طول یک سال}}{\text{کل پزشکان عمومی در سطح کشور}} \times 100$$

۱۸. درصد پرسنل آزمایشگاهی آموزش دیده :

$$\frac{\text{تعداد پرسنل آزمایشگاهی آموزش دیده}}{\text{کل پرسنل آزمایشگاهی (مسئول انجام آزمایشات مننژیت)}} \times 100$$

۱۹. درصد آزمایشگاه‌های فعال

$$\frac{\text{تعداد آزمایشگاه‌های فعال در انجام آزمایشات مننژیت}}{\text{کل آزمایشگاه‌های موجود (در شهرستان و استان)}} \times 100$$

دستورالعمل تکمیل لیست خطی موارد مبتلا به منتزیت (فرم شماره ۱)

این فرم در پایان هر ماه در مرکز بهداشت شهرستان براساس گزارشات رسیده در آن ماه از بیمارستانها و براساس گزارشات هفتگی ارسال شده (موجود در شهرستان) و همچنین مواردیکه تشخیص آنها در این ماه تأیید شده و یا به هر دلیل در ماه قبل ثبت نشده است؛ تکمیل شده و تا پنجم هر ماه به واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریهای معاونت بهداشتی هر دانشگاه ارسال می‌گردد.

۱. ردیف: به هر مورد مبتلا به منتزیت، شماره ردیفی اختصاص می‌یابد و این شماره در هر ماه از ۱ شروع می‌شود.

۲. نام: ثبت نام و نام خانوادگی دقیق بیمار (شناسنامه‌ای) الزامی است، بدیهی است در غیر اینصورت پیگیری بیمار و خانواده وی با مشکل مواجه می‌شود و موارد تکراری نیز قابل تشخیص نخواهند بود.

۳. سن: در مورد شیرخواران کمتر از یک‌ماه به روز، در مورد کودکان زیر ۲ سال به ماه و در مورد کودکان بالای ۲ سال و بالغین به سال، ثبت گردد.

۴. جنس: شامل: زن، مرد، نامعلوم، بوده و در ستون مربوطه مشخص شود.

۵. شغل: محل اشتغال بیمار در زمان بیماری نوشته شود. بدیهی است با توجه به اهمیت زندگی در مراکز تجمعی نظیر خوابگاه یا محل‌های نگهداری، باید به مواردی نظیر دانشجو، سرباز، محصل یا حضور در مهد کودک نیز اشاره گردد.

۶. تاریخ: اولین علائم بیماری، پذیرش در بیمارستان و انجام LP بیمار، به روز/ ماه ثبت شود.

۷. علائم بالینی: علائمی که بیمار با آن مراجعه کرده، در صورت وجود با علامت (+) و در صورت عدم وجود با علامت (-)، نشان داده شود.



۸. تاریخ گزارش : تاریخ گزارش به استان و انجام LP، به روز / ماه ثبت گردد.
در صورتیکه LP انجام نشده است این ستون خالی گذاشته شود.

۹. مشخصات مربوط به نمونه CSF / خون :

ظاهر نمونه : شامل کدر، شفاف یا خونی بودن نمونه باید در ستون مربوطه، نوشته شود.
شمارش سلول: در این ستون، درصد لنفوسیت و پلی مورفونوکلوئر (به صورت عددی) نوشته شده و تعداد کل سلولها در ستون مربوطه ذکر گردد.

پروتئین و قند : به صورت عددی و براساس میلی گرم در دسی لیتر، ثبت گردد.
کشت : در صورت انجام کشت در هر یک از نمونه های CSF یا خون، مثبت بودن نتیجه با علامت (+) منفی بودن نتیجه با علامت (-)، نشان داده شود و در صورتیکه کشت انجام نشده باشد، این ستون خالی گذاشته شود.

لاتکس : در صورت انجام شدن، نتیجه مثبت آن با علامت (+) و نتیجه منفی آن با علامت (-)، نشان داده شود و در صورتیکه انجام نشده باشد، این ستون خالی گذاشته شود.
(نوع جرم تشخیص داده شده در هر یک از آزمایشات فوق، در ستون نوع مننژیت مشخص خواهد گردید).

رنگ آمیزی گرم : در صورتیکه انجام شده و نتیجه آن، مثبت باشد با علامت (+) و اگر نتیجه آن منفی باشد با علامت (-) مشخص شود و در صورت عدم انجام رنگ آمیزی گرم، این ستون خالی گذاشته شود.

۱۰. نوع مننژیت : مننژیت باکتریال، براساس تکنیک آزمایشگاهی انجام شده به تفکیک جرم و مننژیت ویرال، با توجه به علائم کلینیکی و نتیجه آزمایشات CSF یا خون، مشخص شده و با علامت (✓) در ستون مربوطه ثبت شود. سایر انواع مننژیت (قارچ، میکوباکتریوم توبرکلوزیس و ...)، در ستون سایر موارد، ثبت شود.

۱۱. آنتی بیوتیک: اگر قبل از انجام LP، آنتی بیوتیکی مصرف شده باشد، با علامت (✓) نشان داده شود و بعد از تشخیص، نوع آنتی بیوتیک دریافتی براساس کد ثبت شده در ذیل فرم خلاصه اطلاعات، نوشته شود.

۱۲. پیامد: نتیجه سیر بیماری اعم از زنده ماندن، بهبودی و یا فوت بیمار، ثبت گردد. در صورت عدم وجود اطلاعات، علیرغم پیگیری انجام شده، در ستون نامعلوم با علامت (√) مشخص گردد.

۱۳. واکسیناسیون: در صورتیکه بیمار سابقه انجام واکسیناسیون Hib یا N.m را دارد و این موضوع به وسیله بیان بیمار و حافظه وی یا ثبت در کارت واکسیناسیون با تاریخ، اثبات شده باشد، در ستون مربوطه با علامت (√)، مشخص شود و در صورتیکه واکسینه نشده است، هیچگونه علامتی در این ستون درج نشود.

۱۴. آدرس: شامل: نام شهر و روستا/ خیابان یا محله و پلاک محل سکونت است که در پشت صفحه، نوشته می شود. بدیهی است در صورتی که بیمار سرباز، دانشجو و ... باشد، لازم است آدرس محل اقامت وی در زمان بیماری نیز ثبت گردد.

۱۵. ملاحظات: هر گونه اطلاعات در مورد بیمار که لازم است توضیح داده شود (اعم از انتقال به شهر یا استان دیگر و)، در این قسمت در پشت صفحه ثبت گردد.

دستورالعمل تکمیل فرم خلاصه اطلاعات بیماران مبتلا به مننژیت (فرم شماره ۲)

این فرم در پایان هر ماه در مرکز بهداشت استان بر اساس گزارشات رسیده از مراکز بهداشت شهرستانها در آن ماه، پس از کنترل، پیگیری و تصحیح داده‌ها تکمیل شده و تا تاریخ پانزدهم ماه بعد به مرکز مدیریت بیماریها ارسال می‌گردد. لازم است در صحت تکمیل این فرم دقت نظر لازم اعمال گردد.

۱. ردیف : به هر مورد مبتلا به مننژیت، شماره ردیفی اختصاص می‌یابد و این شماره در هر ماه از ۱ شروع می‌شود.

۲. نام : ثبت نام و نام خانوادگی دقیق بیمار (شناسنامه‌ای) الزامی است، بدیهی است در غیر اینصورت پیگیری بیمار و خانواده وی با مشکل، مواجه می‌شود و موارد تکراری نیز قابل تشخیص نخواهند بود.

۳. سن : در مورد شیرخواران کمتر از یک‌ماه به روز، در مورد کودکان زیر ۲ سال به ماه و در مورد کودکان بالای ۲ سال و بالغین به سال، ثبت گردد.

۴. جنس : شامل : زن، مرد، نامعلوم بوده و در ستون مربوطه مشخص شود.

۵. شغل : محل اشتغال بیمار در زمان بیماری نوشته شود. بدیهی است با توجه به اهمیت زندگی در مراکز تجمعی نظیر خوابگاه یا محل‌های نگهداری، باید به مواردی نظیر دانشجو، سرباز، محصل یا نگهداری در مهد کودک نیز اشاره گردد.

۶. تاریخ : اولین علائم بیماری، پذیرش در بیمارستان و انجام LP بیمار، به روز / ماه ثبت شود.



۷. مشخصات مربوط به مایع CSF / خون :

ظاهر نمونه : شامل کدر، شفاف یا خونی بودن نمونه باید در ستون مربوطه، نوشته شود.

شمارش سلول: در این ستون، درصد لنفوسیت و پلی‌مورفونوکلوئر (به صورت عددی) نوشته می‌شود و در صورتیکه diff نشده باشد، تعداد کل سلولها نوشته شود.

پروتئین و قند : به صورت عددی و براساس میلی‌گرم در دسی‌لیتر، ثبت گردد.

کشت : در صورت انجام کشت در هر یک از نمونه‌های CSF یا خون، مثبت بودن نتیجه با علامت (+) منفی بودن نتیجه با علامت (-)، نشان داده شود و در صورتیکه کشت انجام نشده باشد، این ستون خالی نگهداشته شود.

لاتکس : در صورت انجام شدن، نتیجه مثبت آن با علامت (+) و نتیجه منفی آن با علامت (-)، نشان داده شود و در صورتیکه انجام نشده باشد، این ستون خالی گذاشته شود.

(نوع جرم تشخیص داده شده در هر یک از آزمایشات فوق، در ستون نوع مننژیت مشخص خواهد گردید).

رنگ آمیزی گرم در صورتیکه انجام شده و نتیجه آن، مثبت باشد با علامت (+) و اگر نتیجه آن منفی باشد با علامت (-) مشخص شود و در صورت عدم انجام رنگ‌آمیزی گرم، این ستون خالی نگهداشته شود.

۸. نوع مننژیت : مننژیت باکتریال، براساس تکنیک آزمایشگاهی انجام شده به تفکیک جرم و مننژیت ویرال، با توجه به علائم کلینیکی و نتیجه آزمایشات CSF یا خون، مشخص می‌گردد و با علامت (✓) در ستون مربوطه ثبت می‌شود. سایر انواع مننژیت (قارچ، میکوباکتریوم توبرکلوزیس و ...)، در ستون سایر موارد، ثبت شود.

۹. آنتی‌بیوتیک: اگر قبل از انجام LP، آنتی‌بیوتیکی مصرف شده باشد، با علامت (✓) نشان داده شود و بعد از تشخیص نیز، نوع آنتی‌بیوتیک دریافتی براساس کد ثبت شده در ذیل فرم خلاصه اطلاعات، نوشته شود.

۱۰. پیامد: نتیجه سیر بیماری (زنده ماندن و بهبودی و یا فوت بیمار)، ثبت گردد. در صورت عدم وجود اطلاعات، علیرغم پیگیری انجام شده، در ستون نامعلوم با علامت (√) مشخص گردد.

۱۱. واکسیناسیون: در صورتیکه بیمار سابقه انجام واکسیناسیون Hib یا N.m را دارد و این موضوع یا با بیان بیمار و حافظه وی یا ثبت در کارت واکسیناسیون با تاریخ، اثبات شده باشد، در ستون مربوطه با علامت (√)، مشخص شود و در صورتیکه واکسینه نشده است، هیچگونه علامتی در این ستون درج نشود.

۱۲. آدرس: شامل: نام شهر یا روستا می باشد.

دستورالعمل تکمیل لیست خطی گزارش تلفنی موارد مظنون بیماری مننژیت (فرم شماره ۳)

این فرم بصورت روزانه در سطح شهرستان تکمیل شده و گزارش هر مورد به ستاد پیگیری بیماریها در استان بصورت تلفنی اعلام می‌گردد. در پایان هر روز نیز گزارشات مربوط به هر استان / دانشگاه به ستاد پیگیری مرکز مدیریت بیماریها اعلام می‌گردد. لازم است در هر مورد گزارش شده پیگیری دقیق و کامل از نظر ثبت اطلاعات بمنظور انجام اقدام لازم در سطح شهرستان و سطوح بالاتر صورت گرفته و داده‌های گزارش شده در مورد بیماریها تصحیح و تکمیل گردد.

۱. ردیف : به هر مورد مبتلا یا مظنون به مننژیت شماره ردیفی اختصاص می‌یابد و این شماره در هر روز از ۱ شروع می‌شود.

۲. نام : ثبت نام و نام‌خانوادگی دقیق بیمار (شناسنامه‌ای) الزامی است، بدیهی است در غیر این صورت پیگیری بیمار و خانواده وی با مشکل، مواجه می‌شود و موارد تکراری نیز قابل تشخیص نخواهند بود.

۳. سن : در مورد شیرخواران کمتر از یک‌ماه به روز، در مورد کودکان زیر ۲ سال به ماه و در مورد کودکان بالای ۲ سال و بالغین به سال، باید ثبت گردد.

۴. جنس : شامل : زن، مرد، نامعلوم بوده و در ستون مربوطه مشخص شود.

۵. شغل : محل اشتغال بیمار در زمان بیماری نوشته شود. بدیهی است با توجه به اهمیت زندگی در مراکز تجمعی نظیر خوابگاه یا محله‌های نگهداری باید به مواردی نظیر دانشجو، سرباز، محصل یا حضور در مهد کودک نیز اشاره گردد.



۶. تاریخ: اولین علائم بیماری، گزارش به ستاد پیگیری شهرستان استان یا مرکز مدیریت بیماریها، به روز، ماه ثبت گردد. بدیهی است در صورتیکه این فرم در سطح شهرستان تکمیل می‌گردد. تاریخ گزارش به شهرستان و در صورت تکمیل شدن در ستاد استان یا مرکزی تاریخ گزارش به استان یا مرکز مدیریت بیماریها ثبت گردد.

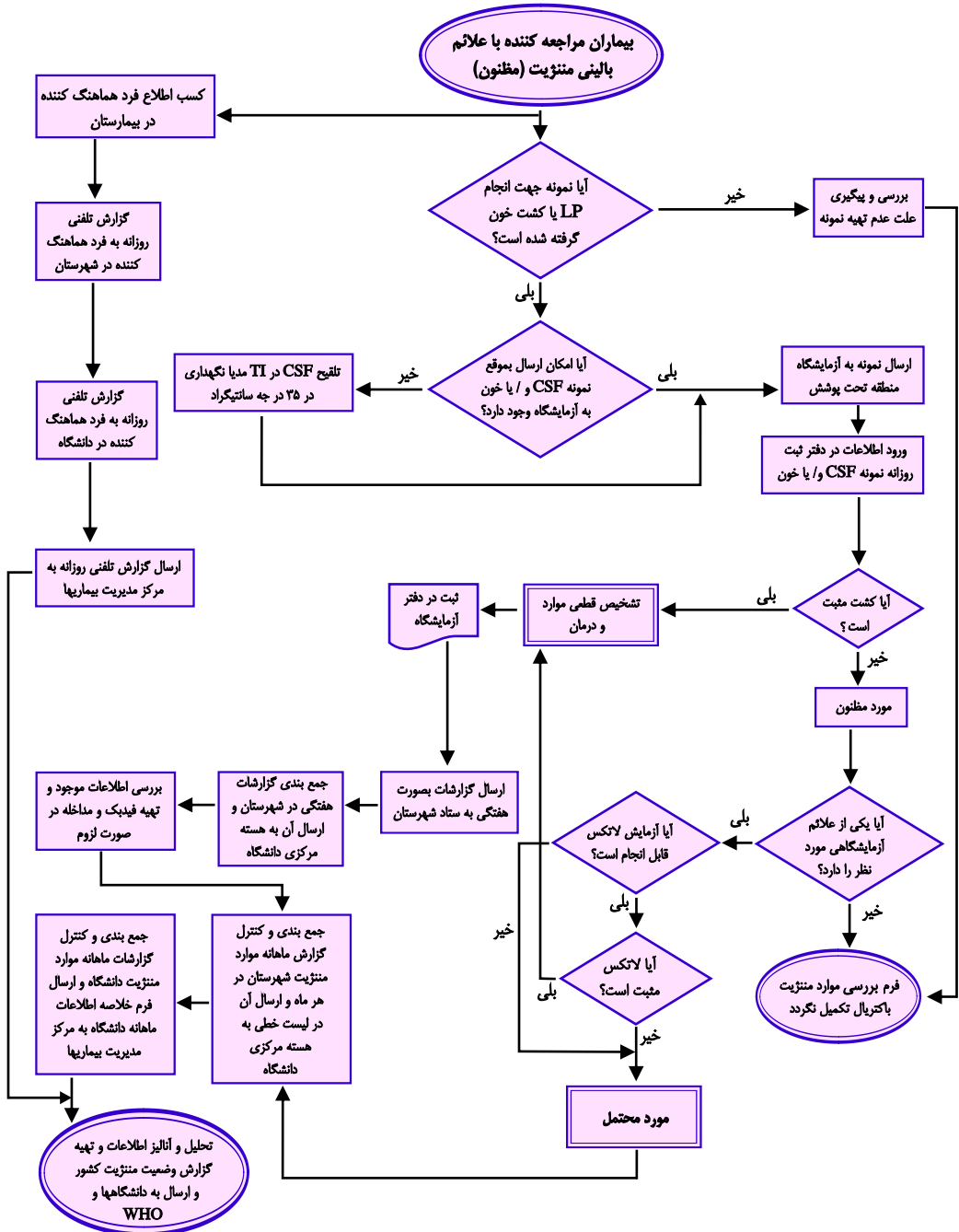
۷. انجام LP: اگر در زمان گرفتن گزارش LP انجام شده است با علامت (✓) در قسمت بلی مشخص گردد.

۸. مژگون به مننژیت مننگوکوکی: در صورتیکه بر اساس علائم بالینی مثل وجود پتشی، پورپورا، شوک، کاهش فشار خون، پیشرفت سریع بیماری، بدی حال عمومی و یا یافته‌های آزمایشگاهی (در صورت انجام آزمایشات مربوطه) شک به مننژیت مننگوکوکی وجود دارد، در ستون بلی با علامت (✓) مشخص گردد.

۹. پیامد: نتیجه سیر بیماری (در حال درمان یا فوت یا نامعلوم بودن) در ستونهای مربوط با علامت (✓) مشخص گردند.

۱۰. آدرس: شامل: نام شهر و روستا/ خیابان یا محله و پلاک محل سکونت است بدیهی است در صورتی که بیمار سرباز، دانشجو، محصل یا در مهد کودک و ... باشد، لازم است آدرس محل اقامت وی در زمان بیماری نیز ثبت گردد.

گردش کار برنامه کشوری «مراقبت مننژیت» (جمع آوری، ثبت، ضبط و گزارش دهی موارد مننژیت)



منابع :

- 1.Mandell,Douglas and Bennett – Principles and Practice of Infectious Diseases – Fifth Edition –2000**
- 2.R.E.Behrman – R.M.Kliegman – H.B.Jenson –Nelson Text book of Pediatrics – 17th Edition – 2004**
- 3.World Health Organization – Bacterial Meningitis surveillance in the EMR – Second Draft – May – 2004**
- 4.World Health Organization – Control Of epidemic Meningococcal disease. WHO practical guidelines. 2nd edition – EMC/BAC/98.3**
- 5.World Health Organization – Laboratory Methods for the Diagnosis of Meningitis CDS /CSR /EDC/99.7**
- 6.World Health Organization – Vaccines and Biologicals Haemophilus Influenza typeb – V&B /02.18**

Guideline of Meningitis Surveillance

