



اسلاید ۱۱

شماره ۱: سندرم تب و خونریزی  
Fever with hemorrhagic Manifestation

Part ( 11-1 )

این سندرم با وجود **تب +** خونی، حداقل از دو محل در مناطق زیر:



تب: دمای بالاتر از ۳۸ درجه دهانی

**دستگاه تنفس فوقانی:**  
خونریزی از لثه یا بینی

**پوست:**  
بصورت کبودی (اِکیموز) و یا خونریزی نقطه نقطه (پتشی)

دست کبود شده / دست طبیعی

**دستگاه گوارش:**  
استفراغ خونی  
یا مدفوع خونی  
یا مدفوع سیاه

**دستگاه تنفس تحتانی:**  
خلط خونی

**دستگاه تناسلی:**  
خونریزی غیرطبیعی زنانه

**دستگاه ادراری:**  
ادرار خونی

نوع اقدام بهورز در خانه بهداشت برای سندرم تب و خونریزی

Part ( 11-2 )



۴ ارجاع فوری به پزشک خانواده



۳ درمان ساده علامتی



۲ اعلام به کاردان یا کارشناس مرکز بهداشتی درمانی



۱ ثبت در دفتر ثبت بیماران



وظایف پزشک از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم شبه آنفلوآنزا (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)

## Part ( 14-1 )

- ثبت شبه آنفلوآنزا در سامانه در صورت عدم ثبت توسط کارشناس بهداشت
- ارزیابی مورد ILLI از لحاظ شدت بیماری و گروه های پر خطر توسط پزشک معالج / در صورت شک به فرم شدید (SARI) یا پر خطر بودن بیمار ، ارجاع سریع به بیمارستان
- **تذکر:** ارجاع فوری از طریق اورژانس ۱۱۵ یا سایر وسایل نقلیه با رعایت کامل موازین حفاظت فردی و همراهی یکی از پرسنل بهداشتی
- در موارد خفیف (تأیید ILLI) ، توصیه به استراحت در منزل ، مصرف مایعات و تب بر و رعایت آداب تنفسی ، توصیه به استفاده از وسایل حرارتی ایمن
- توصیه به مراجعه مجدد بیمار در صورت عدم بهبودی یا تشدید علائم ظرف ۳ روز
- در صورت مراجعه سرپایی به مراکز خصوصی دیده ور داوطلب ، ثبت سندرم در سامانه توسط پزشک یا منشی (به دستور پزشک)
- رعایت موازین بهداشت فردی خصوصاً اصول حفاظت فردی ، توسط پزشک

وظایف پزشکان از لحاظ برخورد بهداشتی (موازین بهداشتی لازم) در قبال سندرم شبه آنفلوآنزا

## Part ( 14-2 )

- همکاری با تیم مرکز بهداشت شهرستان در زمینه :
  - آموزش تیم سلامت
  - توصیه ( به پرسنل مرکز بهداشتی درمانی ) جهت رعایت موازین حفاظت فردی و موازین کنترل عفونت
  - در بیمارستان ، اطلاع رسانی به همکاران توسط پزشکان متخصص برای رعایت اصول حفاظت فردی و موازین کنترل عفونت
- فعال نمودن تیم بهداشتی مرکز بمنظور اعمال موازین کنترل عفونت و جلب همکاری بین بخشی توصیه به رعایت آداب تنفسی در جامعه ( استفاده از دستمال هنگام عطسه و سرفه ، یا استفاده از ماسک توسط بیماران یا اطرافیان مراقب در تماس نزدیک با وی ، حفظ فاصله مناسب و عدم روبوسی و در آغوش گرفتن)
- توصیه به انتخاب رابطین بهداشتی سلامت توسط تیم بهداشت ( Health Volunteers ) بمنظور آموزش و بکارگیری آنها توسط تیم فنی بالاخص در زمینه آداب تنفسی / بمنظور آموزش مدارس ، شوراهای بهداشتی روستا ، مراکز آموزش عالی و ...
- توصیه به طراحی Sick room در اماکن تجمعی
- توصیه به برقراری تهویه در اماکن تجمعی
- ضدعفونی نمودن سطوح و اشیاء استفاده شده توسط بیمار در موارد لازم و دفع بهداشتی زباله های عفونی بیمار در اماکن تجمعی
- مشارکت با مرکز بهداشت شهرستان در جلب همکاری بین بخشی برای اعمال موازین کنترل عفونت (بهداشت تنفسی) در جامعه
- همکاری با مرکز بهداشت شهرستان در آموزش و اطلاع رسانی عمومی و آموزش تیم بهداشت ، بالاخص در زمینه آداب تنفسی بمنظور آموزش مدارس ، شوراهای بهداشتی روستا ، مراکز آموزش عالی (در حوزه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی) و ...



اسلاید ۱۵

**شماره ۳: سندرم عفونت شدید تنفسی**  
**Severe Acute Respiratory Infections/illness (SARI)**

Part ( 15-1 )

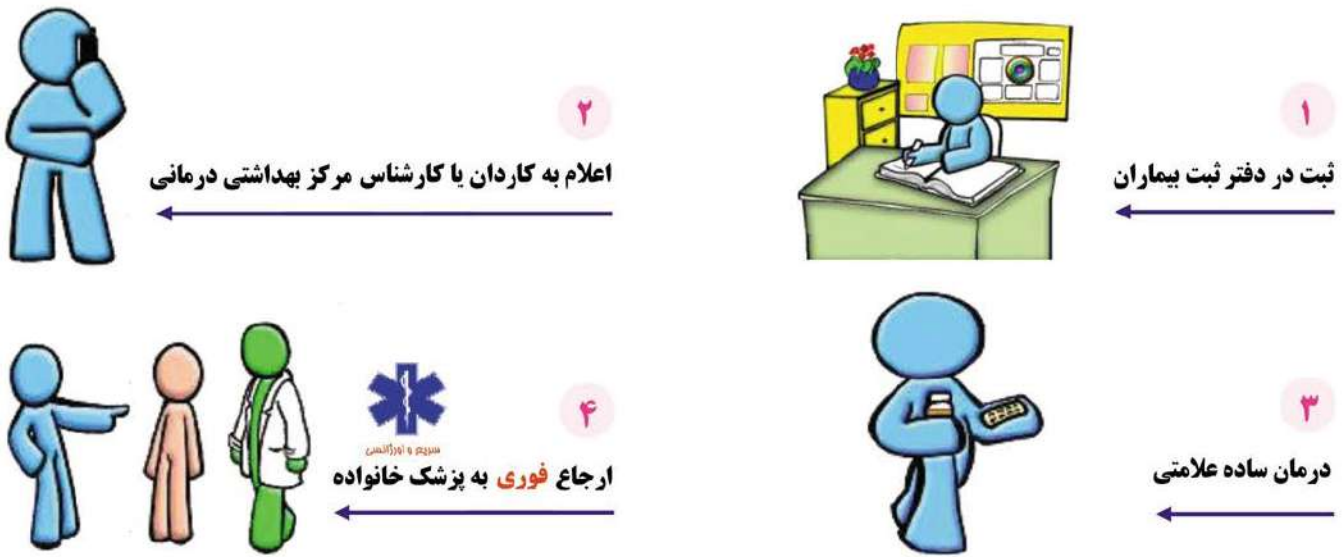
وجود تب + سرفه در یک هفته اخیر و بستری در بیمارستان معمولاً بدلیل یکی

از علائم دال بر وخامت عملکرد یکی از سه سیستم حیاتی بدن شامل: ۱- سیستم تنفسی ۲- سیستم قلبی عروقی ۳- سیستم عصبی



**نوع اقدام بهورز در خانه بهداشت برای سندرم عفونت شدید تنفسی**

Part ( 15-2 )





وظایف پزشک از لحاظ ثبت داده های بالینی و **برخورد بالینی** در مواجهه با سندرم عفونت شدید تنفسی (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)

## Part ( 16-1 )

- ثبت سندرم بیماری شدید تنفسی در سامانه در صورت عدم ثبت توسط کاردان
- در صورت مراجعه مستقیم به بیمارستان ، پس از ویزیت پزشک (درمانگاه یا اورژانس) ثبت سندرم بیماری شدید تنفسی در سامانه توسط دفتر پرستاری یا HIS (در صورت امکان توسط کارشناس بهداشتی شاغل در بیمارستان)
- در صورت مراجعه به مراکز خصوصی سرپایی ، ثبت سندرم در سامانه توسط پزشک یا منشی (به دستور پزشک)
- رعایت موازین بهداشت تنفسی و تماسی خصوصاً اصول حفاظت فردی
- ارزیابی مورد از لحاظ شدت بیماری (علائم اختلال عملکرد ارگانه های حیاتی) و ارجاع فوری بیمار به بیمارستان برای ویزیت توسط پزشک متخصص (فوکال پوینت) در صورت:
- ۱) اطمینان از تطبیق بیمار با فرم شدید/ SARI (تعریف این سندرم)
- ۲) بیمار علیرغم ابتلاء به فرم خفیف (ILI) در یکی از گروه های پر خطر می باشد (زیرنویس را نگاه کنید)
- آغاز درمانهای حمایتی نظیر:
  - اقدامات احیاء بیمار در صورت نیاز
  - رگ گیری IV-Line
  - شروع سرم درمانی
  - شروع آنتی بیوتیک تجربی در صورت شک به پنومونی
- ارجاع فوری بیمار به بیمارستان برای بستری در اطاق ایزوله تنفسی با فشار منفی (در صورت شک به عوامل خطرناک Highly pathogenic) با هماهنگی ستاد بیماریهای شهرستان ، ستاد هدایت بیمار و مترون بیمارستان که از طریق سامانه آگاه شده اند
- (اعزام بوسیله اورژانس ۱۱۵ یا سایر وسایل نقلیه با همراه مناسب و رعایت کامل موازین حفاظت فردی)
- جداسازی بیماران SARI که شک به ابتلاء با عوامل واگیر مانند آبله مرغان و... دارند و نیاز به اطاق ایزوله ندارند از افراد با ضعف ایمنی (گروه های پر خطر) در بیمارستان

وظایف پزشکان از لحاظ **برخورد بهداشتی** (موازین بهداشتی لازم) در قبال سندرم عفونت شدید تنفسی

## Part ( 16-2 )

همکاری با تیم مرکز بهداشت شهرستان در زمینه:

- آموزش تیم سلامت
- توصیه (به پرسنل مرکز بهداشتی درمانی) جهت رعایت موازین حفاظت فردی و موازین کنترل عفونت
- در بیمارستان ، اطلاع رسانی به همکاران توسط پزشکان متخصص برای رعایت اصول حفاظت فردی و موازین کنترل عفونت
- تأکید به پرستار کنترل عفونت جهت پیگیری ملزومات حفاظت فردی و دیپوی دارو با توجه به تشخیص محتمل اعلام شده توسط بیمارستان
- توصیه به رعایت آداب تنفسی و تماسی در جامعه (شستشوی دستها ، استفاده از دستمال هنگام عطسه و سرفه یا استفاده از ماسک توسط بیماران یا اطرافیان مراقب وی در تماس نزدیک ، حفظ فاصله مناسب و عدم روبوسی و در آغوش گرفتن)
- توصیه به جداسازی بیمار در اطاق Sick room در اماکن تجمعی تا زمان اعزام به بیمارستان
- توصیه به برقراری تهویه مناسب در اماکن تجمعی
- مشارکت با مرکز بهداشت شهرستان در جلب همکاری بین بخشی برای اعمال موازین کنترل عفونت (بهداشت تنفسی) در جامعه
- همکاری با مرکز بهداشت شهرستان در آموزش و اطلاع رسانی عمومی و آموزش تیم بهداشت بالاخص در زمینه آداب تنفسی بمنظور آموزش مدارس شوراها ی بهداشتی روستا ، مراکز آموزش عالی (در حوزه تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی)



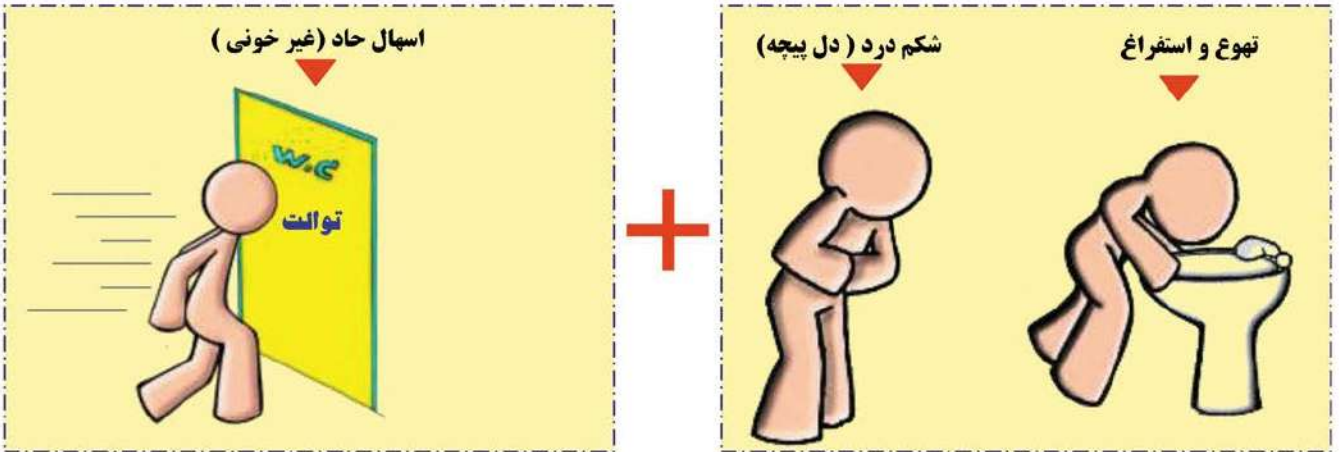
اسلاید ۱۷ 😊

شماره ۴: سندرم اسهال حاد ( غیر خونی )  
Acute (Non-bloody) diarrhea

Part ( 17-1 )

اسهال حاد : دفع حداقل ۳ بار مدفوع شل در ۲۴ ساعت

اسهال حاد ( غیر خونی ):



نوع اقدام بهورز در خانه بهداشت برای سندرم اسهال حاد ( غیر خونی )

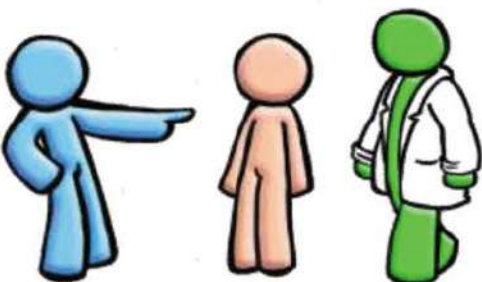
Part ( 17-2 )



۲ اعلام به کار دان یا کارشناس مرکز بهداشتی درمانی :  
( در صورت ابتلاء بیش از دو نفر به اسهال غیر خونی )



۱ ثبت در دفتر ثبت بیماران



سریع و اورژانسی

۳ ارجاع به پزشک خانواده

ارجاع فوری در صورت داشتن علائم خطر زیر:

- علائم کم آبی
- تب بالای ۳۸ درجه سانتی گراد
- وجود خون در اسهال
- بدتر شدن درد شکم



**وظایف پزشک از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم اسهال حاد غیر خونی (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)**

**Part ( 18-1 )**

- ثبت و گزارش موارد سندرم اسهال حاد در صورت عدم ثبت توسط کارشناس
- تأکید بر پیگیری ورود اطلاعات تکمیلی بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیامد بیماری و تاریخ ترخیص بیمار (یا فوت)
- بررسی بیمار از نظر علائم خطر (علائم حیاتی بالاخص افت فشار خون) بمنظور شناسایی شامل:
  - علائم دزهیدراتاسیون شدید نظیر آنوری، شوک
  - علائم عصبی نظیر اختلال هشیاری، تشنج
  - تهوع و استفراغ شدید
- کنترل علائم حیاتی بمنظور انجام درمان حمایتی برای بیمار انجام میشود (گرفتن IV line و تجویز سرم در موارد شدید، یا تجویز ORT در موارد متوسط و توصیه به مایعات خوراکی در موارد خفیف ...)
- در صورت اخطار سامانه و عدم انجام نمونه گیری توسط کارشناس، ارجاع برای نمونه گیری
- مسئولیت پیگیری تهیه نمونه با پزشک است (قبل از شروع درمان همزمان با تکمیل فرم بررسی انفرادی)
- پیگیری بمنظور ارسال سریع نمونه های تهیه شده به آزمایشگاه و پیگیری و دریافت نتیجه آن
- (در بیمارستان درخواست و پیگیری انجام تستهای پاراکلینیکی برای تأیید تشخیص با توجه به تشخیص های افتراقی)
- در صورت کشف علائم خطر ذکر شده (علائم هشدار دهنده)، ارجاع فوری برای بررسی توسط متخصص و بستری (در صورت مراجعه به پزشک خصوصی ارجاع بیمار به مرکز بهداشتی درمانی)
- پیگیری تشخیص بیمار از طریق تماس با پزشک متخصص مسئول بیمار در بیمارستان (از طریق سامانه و HIS یا تماس تلفنی) بمنظور آغاز پروفیلاکسی برای اطرافیان در صورت اخطار سامانه از همه موارد نمونه گیری میشود
- در صورت تعداد زیاد مبتلایان، حداقل از ۱۰ الی ۱۵٪ مبتلایان مراجعه نموده بدلیل اسهال حاد، نمونه گیری میشود
- تجویز مایعات (خوراکی، ORS، وریدی) با توجه به علائم هشدار دهنده
- در صورت بعد مسافت تا ارجاع به متخصص / در صورت عدم تمایل و عدم دسترسی به متخصص، تجویز آنتی بیوتیک توصیه شده
- در صورت لزوم همکاری با کارشناس در تکمیل فرم بررسی انفرادی در صورت اعلام اخطار سامانه (در خصوص سندرم اسهال حاد سامانه)
- توصیه به کارشناس جهت آموزش بیمار و خانواده برای اجرای موازین کنترلی غیر اختصاصی نظیر:
  - توصیه به رعایت بهداشت فردی و شستشوی دستها، استفاده از مواد غذایی و آب آشامیدنی مطمئن
- ارجاع برای بررسی توسط متخصص (در صورت مراجعه به پزشک خصوصی ارجاع بیمار به مرکز بهداشتی درمانی) در صورت کشف علائم هشدار دهنده (طبق جدول ارزیابی اسهال)
- تأکید بر بررسی فعال اطرافیان و موارد تماس با بیمار توسط کارشناس بهداشت
- هماهنگی و پیگیری حسن اجرای اقدامات فهرست شده برای کارشناس (در کلیه سندرمها این مورد مصداق دارد)

**وظایف پزشکان از لحاظ برخورد بهداشتی (موازین بهداشتی لازم) در قبال سندرم اسهال حاد غیر خونی**

**Part ( 18-2 )**

- در صورت اخطار سامانه، توصیه به بهداشت محیط مبنی بر:
  - بررسی مکانهای تهیه، توزیع و ارائه مواد غذایی مشکوک و منابع آب
  - توصیه به تهیه منابع جایگزین آب آشامیدنی در صورت شک به آلودگی آب (با توجه به عوامل شیمیایی و میکروبی آلوده کننده آب)
- همکاری با کارشناس جهت آموزش و اجرای موازین کنترلی غیر اختصاصی به بیمارارن نظیر:
  - (۱) مراجعه فوری در صورت بروز علائم خطر
  - (۲) راه های انتقال و پیشگیری (بهداشت فردی، شستشوی دستها)
  - (۳) استفاده از مواد غذایی سالم
  - (۴) استفاده از آب آشامیدنی سالم
- در صورت اخطار سامانه، فعال نمودن تیم بهداشتی مرکز بمنظور اعمال موازین کنترل اسهال حاد در منطقه طغیان
- نظارت بر تدارک و تأمین (دپوی) دارو و تجهیزات مورد نیاز برای نمونه برداری و درمانهای حمایتی
- در صورت اخطار سامانه و اعزام تیم بهداشت محیط از مرکز بهداشت شهرستان،
- همکاری پزشک با آن تیم در راستای وظایفی که برای آن تیم در قسمت مرکز بهداشت شهرستان ذکر شده است
- همکاری با تیم مرکز بهداشت شهرستان در اطلاع رسانی و آموزش گروه های هدف (اماکن تجمعی بسته و باز) و آموزش اختصاصی رابطین بهداشتی سلامت توسط تیم بهداشت
- تیم بهداشت بالاخص در زمینه موازین بهداشتی فردی با تأکید بر جمعیت های پناهندگان، زندانیان، مراکز آموزش عالی (در حوزه مراکز بهداشتی درمانی)

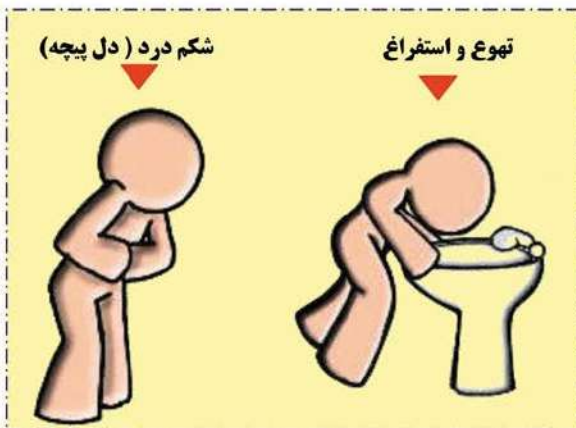


اسلاید ۱۹

شماره ۵: سندرم اسهال خونی  
Acute bloody diarrhea

Part ( 19-1 )

اسهال خونی (وجود خون روشن در مدفوع اسهالی) با یا بدون علائم تهوع/ استفراغ - دل درد



با  
یا  
بدون



نوع اقدام بهورز در خانه بهداشت برای سندرم اسهال خونی

Part ( 19-2 )



۲

اعلام به کاردان یا کارشناس  
مرکز بهداشتی درمانی :  
در صورت ابتلاء بیش از دو نفر به اسهال



۱

ثبت در دفتر ثبت بیماران



۳

ارجاع فوری به پزشک خانواده



وظایف پزشک از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم اسهال خونی (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)

## Part ( 20-1 )

- ثبت موارد سندرم اسهال خونی در سامانه در صورت عدم ثبت توسط کارشناس (گزارش به سطح بالاتر توسط سامانه) در مطب و بیمارستان توسط پزشک یا منشی
- همکاری در تکمیل فرم بررسی انفرادی توسط کارشناس
- رعایت احتیاطات تماسی در حین بررسی بیمار
- ارجاع برای نمونه گیری در صورتی که انجام نشده است
- پیگیری بمنظور ارسال سریع نمونه های تهیه شده به آزمایشگاه و پیگیری و دریافت نتیجه آن
- (در بیمارستان درخواست و پیگیری انجام تستهای پاراکلینیکی برای تأیید تشخیص با توجه به تشخیص های افتراقی)
- بررسی بیمار از نظر علائم خطر (علائم حیاتی) بمنظور شناسایی شامل:
  - علائم دزهیدراتاسیون نظیر آنوری، شوک (افت فشار)
  - علائم عصبی نظیر اختلال هشیاری، تشنج
  - تهوع و استفراغ شدید
- انجام درمانهای حمایتی برای بیمار در مواقع کشف علائم خطر (گرفتن IV line، تجویز سرم و ...)، بررسی صحت درمان ORT
- در صورت کشف علائم خطر ذکر شده (علائم هشدار دهنده) ارجاع فوری برای بررسی توسط متخصص و بستری (در صورت مراجعه به پزشک خصوصی ارجاع بیمار به مرکز بهداشتی درمانی)
- پیگیری تشخیص بیمار از طریق تماس با پزشک متخصص مسئول بیمار در بیمارستان (از طریق سامانه و HIS یا تماس تلفنی) بمنظور آموزش به اطرافیان
- توصیه به کارشناس جهت آموزش بیمار و خانواده برای اجرای موازین کنترلی نظیر: توصیه به رعایت بهداشت فردی و شستشوی دستها، استفاده از مواد غذایی و آب آشامیدنی مطمئن
- تجویز مایع درمانی خوراکی و تجویز آنتی بیوتیک برای کلیه موارد اسهال خونی براساس دستورالعمل کشوری با توجه خاص به دو گروه شیرخواران و سالمندان (در صورت شک قوی به EHEC و EIEC (شیگاتوکسین) از درمان آنتی بیوتیک خودداری شود)
- تأکید به بررسی فعال اطرافیان و موارد تماس با بیمار توسط کارشناس بهداشت
- هماهنگی و پیگیری حسن اجرای اقدامات فهرست شده برای کارشناس
- (در کلیه سندرمها این مورد مصداق دارد ۱۵-۲-۹۲)
- تأکید بر پیگیری ورود اطلاعات تکمیلی بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیامد بیماری و تاریخ ترخیص بیمار (یا فوت)

وظایف پزشکان از لحاظ برخورد بهداشتی (موازین بهداشتی لازم) در قبال سندرم اسهال خونی

## Part ( 20-2 )

- توصیه به بهداشت محیط مبنی بر:
  - بررسی مکانهای تهیه، توزیع و ارائه مواد غذایی مشکوک
  - توصیه به تهیه منابع جایگزین آب آشامیدنی (با توجه به عوامل شیمیایی و میکروبی آلوده کننده آب)
- همکاری با کارشناس جهت آموزش و اجرای موازین کنترلی غیر اختصاصی به بیماران نظیر:
  - (۱) مراجعه فوری در صورت بروز علائم خطر
  - (۲) توجه به راه های انتقال و پیشگیری (بهداشت فردی، شستشوی دستها)
  - (۳) استفاده از مواد غذایی مطمئن
  - (۴) استفاده از آب آشامیدنی مطمئن
- فعال نمودن تیم بهداشتی مرکز بمنظور اعمال موازین کنترل اسهال خونی در منطقه طغیان
- نظارت بر تدارک و تأمین (دپوی) دارو و تجهیزات مورد نیاز برای نمونه برداری و درمانهای حمایتی
- در صورت اخطار سامانه و اعزام تیم بهداشت محیط از مرکز بهداشت شهرستان، همکاری پزشک با آن تیم در راستای وظایفی که برای آن تیم در قسمت مرکز بهداشت شهرستان ذکر شده است
- همکاری با تیم مرکز بهداشت شهرستان در اطلاع رسانی و آموزش گروه های هدف (تجمعات بسته و باز) و آموزش اختصاصی رابطین بهداشتی سلامت توسط تیم بهداشت بالاحص در زمینه موازین بهداشتی فردی با تأکید بر جمعیت های پناهندگان، زندانیان، شوراها بهداشتی روستا، مراکز آموزش عالی (در حوزه مراکز بهداشتی درمانی)





اسلاید ۲۱ 😊

شماره ۶: سندرم مسمومیت غذایی  
Food intoxication

Part ( 21-1 )



نوع اقدام بهورز در خانه بهداشت برای سندرم مسمومیت غذایی

Part (21-2 )



۲  
اعلام به گاردان یا کارشناس مرکز بهداشتی درمانی:  
(در صورت ابتلاء بیش از دو نفر به مسمومیت غذایی)



۱  
ثبت در دفتر ثبت بیماران



۳  
ارجاع به پزشک خانواده  
ارجاع فوری در صورت داشتن علایم خطر زیر:

- علائم کم آبی
- تب بالاتر از ۳۸ درجه سانتی گراد
- وجود خون در اسهال
- بدتر شدن درد شکم



وظایف پزشک از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم مسمومیت غذایی (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)

## Part ( 22-1 )

- گزارش سندرم مسمومیت (ثبت در سامانه) در صورت عدم ثبت توسط کارشناس
- در صورت اخطار سامانه و عدم انجام نمونه گیری توسط کارشناس ، ارجاع برای نمونه گیری
- بررسی بیمار از نظر علائم خطر (علائم حیاتی) بمنظور شناسایی شامل:
  - علائم دزهیدراتاسیون شدید نظیر آنوری ، شوک
  - علائم عصبی نظیر اختلال هشیاری ، تشنج ، دوبینی ، اختلال یا فقدان رفلکس بلع ، اختلال بلع ، فلج شل پائین رونده ، افتادگی پلک ، سیانوز مرکزی (مسمومست با نیتريت)
  - تهوع و استفراغ شدید
- بمنظور انجام درمان حمایتی (علائم حیاتی) برای بیمار (گرفتن IV line ، تجویز سرم ، بررسی صحت درمان برحسب مورد با سرم یا ORT ...)
- ارجاع فوری بیمار به بیمارستان در صورت وجود علائم خطر
- درمان اختصاصی مسمومیت غذایی مربوطه در بیمارستان با توجه به شک بالینی
- تأکید به بررسی فعال اطرافیان و موارد تماس با بیمار توسط کارشناس بهداشت
- همکاری در تکمیل فرم بررسی انفرادی توسط کارشناس در صورت اعلام اخطار سامانه
- تأکید بر پیگیری ورود اطلاعات بستری بیمار (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیامد بیماری و تاریخ ترخیص بیمار (یا فوت)
- پیگیری تشخیص قطعی بیمار از طریق تماس با پزشک متخصص مسئول بیمار در بیمارستان (از طریق سامانه و HIS یا تماس تلفنی)
- بمنظور آغاز بررسی اطرافیان
- در صورت شک به بوتولیسم آستانه هشدار ۱ میباشد
- در صورت اخطار سامانه ، تأکید به بررسی فعال اطرافیان و موارد تماس با بیمار توسط کارشناس بهداشت
- هماهنگی و پیگیری حسن اجرای اقدامات فهرست شده برای کارشناس (در کلیه سندرمها این مورد مصداق دارد)

وظایف پزشکان از لحاظ برخورد بهداشتی (موازین بهداشتی لازم) در قبال مسمومیت غذایی

## Part ( 22-2 )

- در صورت اخطار سامانه ، توصیه به بهداشت محیط مبنی بر :
  - بررسی مکانهای تهیه و عرضه مواد غذایی (توسط بهداشت محیط)
  - توصیه به تهیه منابع جایگزین آب آشامیدنی (با توجه به عوامل شیمیایی و میکروبی آلوده کننده آب)
  - توصیه به کارشناس جهت آموزش و اجرای موازین کنترلی غیر اختصاصی به بیماران نظیر :
    - ۱) مراجعه فوری در صورت بروز علائم خطر
    - ۲) راه های انتقال و پیشگیری (بهداشت فردی ، شستشوی دستها)
    - ۳) استفاده از مواد غذایی مطمئن
    - ۴) استفاده از آب آشامیدنی مطمئن
    - ۵) افزایش آگاهی جامعه
- نظارت بر تدارک و تأمین دارو و تجهیزات مورد نیاز برای نمونه برداری و درمانهای حمایتی
- در صورت اخطار سامانه و اعزام تیم بهداشت محیط از مرکز بهداشت شهرستان ،
- همکاری پزشک با آن تیم در راستای وظایفی که برای آن تیم در قسمت مرکز بهداشت شهرستان ذکر شده است
- همکاری در اجرای برنامه های آموزش عمومی در خصوص مسمومیت های غذایی با تأکید بر استفاده از آب آشامیدنی و غذاهای سالم (با توجه به عوامل شیمیایی و میکروبی آلوده کننده آب)
- آموزش گروه های پرخطر (اماکن تجمعی) در خصوص مسمومیت های غذایی



اسلاید ۲۲ 😊

شماره ۷: سندرم زردی حاد  
Acute Jaundice

Part ( 23-1 )

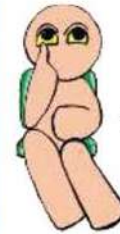
**نکته:** زردی فیزیولوژیک نوزادان شامل این تعریف نمی باشد.

تعریف زردی پاتولوژیک در نوزادان:

تعریف بالینی نظیر بزرگسالان + BLR بالا:

در نوزاد ترم بیش از 15 mg/dl

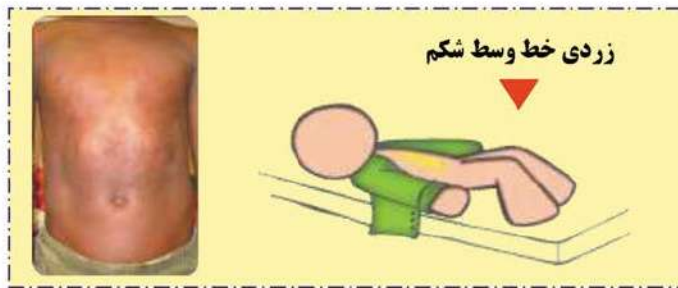
در نوزاد پره ترم بیش از 13 mg/dl



بروز علائم

زردی در سفیدی چشم

بروز حداقل یکی از علائم زیر:



نوع اقدام بهورز در خانه بهداشت برای سندرم زردی حاد

Part ( 23-2 )



۲

اعلام به کاردان و یا کارشناس مرکز بهداشتی درمانی



۱

ثبت در دفتر ثبت بیماران

۳

ارجاع به پزشک خانواده

و در صورت وجود معیارهای زیر **ارجاع فوری**:

( تغییر ناگهانی در رفتار ، کبودی زیر پوست ، حاملگی ، کاهش سطح هوشیاری ، تهوع و استفراغ شدید ، خونریزی )

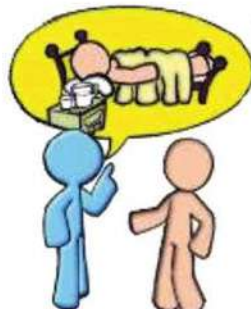


۴

ادامه مراقبت از بیمار در منزل تحت نظر بهورز تا حصول شرایط زیر:

( عادی شدن رنگ بیمار - قطع کامل تهوع و استفراغ - بازگشت اشتها )

و توصیه به **مراجعه فوری** به پزشک خانواده در صورت بدتر شدن حال عمومی بیمار





وظایف پزشک از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم زردی حاد (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)

## Part ( 24-1 )

- ثبت و گزارش گزارش سندرم زردی در صورت عدم ثبت توسط کارشناس (ارجاع برای نمونه گیری در صورتی که انجام نشده است)
- نظارت و همکاری با کارشناس در تکمیل فرم بررسی انفرادی در صورت اعلام اختلال سامانه (در خصوص سندرم زردی توسط سامانه)
- بررسی بیمار از نظر علائم خطر بالینی و آزمایشگاهی (در نزدیک ترین آزمایشگاه در دسترس):
  ۱. وجود علائم خونریزی
  ۲. تهوع و استفراغ پایدار
  ۳. کاهش سطح هشیاری
- ۴. بررسی آزمایشگاهی قند خون CBC، اختلال شدید الکترولیتی در صورت کشف اختلال انعقادی (PT زیر ۶۰٪ یا بیش از ۱۸ ثانیه) یا هیپوگلیسمی و آنمی شدید بمنظور: انجام درمانهای حمایتی در صورت وجود علائم هشدار در بیمار (گرفتن IV line، تجویز سرم، ...)
- سپس ارجاع فوری برای بررسی توسط متخصص و بستری
- ارجاع به مرکز بهداشتی درمانی جهت گرفتن لام خون محیطی
- توصیه به کارشناس جهت آموزش موازین کنترلی غیر اختصاصی توسط بیمار و اطرافیان (در اقدامات کارشناس این موارد ذکر شده است)
- تأکید بر پیگیری ورود اطلاعات تکمیلی بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیامد بیماری و تاریخ ترخیص بیمار (یا فوت)
- در صورت شک بالینی به لپتوسپیروز در اماکن جمعی پروفیلاکسی با داکسی سایکلین (۲۰۰ میلی گرم هفتگی) را آغاز تا زمان دریافت نتیجه آزمایش
- پیگیری تشخیص قطعی بیمار نمونه گیری شده دچار زردی
- تأکید به بررسی فعال اطرافیان و موارد تماس با بیمار توسط کارشناس بهداشت (با توجه به تعدد راه های انتقال تشخیص های مطرح)
- هماهنگی و پیگیری حسن اجرای اقدامات فهرست شده برای کارشناس (در کلیه سندرمها این مورد مصداق دارد ۱۵-۲-۹۲)

وظایف پزشکان از لحاظ برخورد بهداشتی (موازین بهداشتی لازم) در قبال سندرم زردی حاد

## Part ( 24-2 )

- همکاری با کارشناس جهت آموزش و اجرای موازین کنترلی غیر اختصاصی به بیماران نظیر:
  - ۱) مراجعه فوری در صورت بروز علائم خطر
  - ۲) راه های انتقال و پیشگیری (بهداشت فردی، شستشوی دستها)
  - ۳) استفاده از مواد غذایی مطمئن
  - ۴) استفاده از آب آشامیدنی مطمئن
  - ۵) ... (به وظایف کارشناس مراجعه شود)
- فعال نمودن تیم بهداشتی مرکز بمنظور اعمال موازین کنترل زردی در منطقه طغیان و جلب همکاری بین بخشی
- نظارت بر تدارک و تأمین دارو تجهیزات مورد نیاز برای نمونه برداری و درمانهای حمایتی توسط پزشک شاغل در PHC
- در صورت اختلال سامانه و اعزام تیم بهداشت محیط از مرکز بهداشت شهرستان،
- همکاری پزشک با آن تیم در راستای وظایفی که برای آن تیم در قسمت مرکز بهداشت شهرستان ذکر شده است
- همکاری با تیم مرکز بهداشت شهرستان در اطلاع رسانی و آموزش گروه های هدف (تجمعات بسته و باز) و آموزش اختصاصی رابطین بهداشتی سلامت توسط تیم بهداشت (Health Volunteers) بالاخص در زمینه موازین بهداشتی فردی مندرج در وظایف آموزشی کارشناس بهداشت با تأکید بر جمعیت های پناهندگان، زندانیان، شوراهای بهداشتی روستا، مراکز آموزش عالی (در حوزه مراکز بهداشتی درمانی)



اسلاید ۲۵

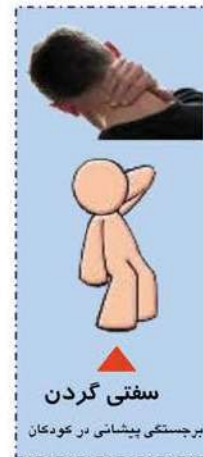
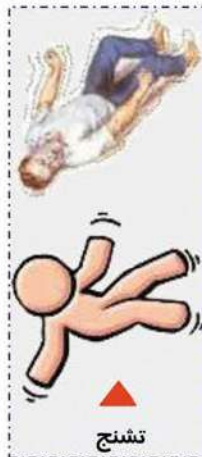
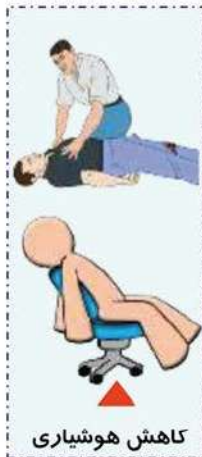
### شماره ۸: سندرم تب و علائم نورولوژیک Fever & Neurological symptoms

Part ( 25-1 )

بالای ۳۸ درجه دهانی ، به همراه حداقل یکی از عائم زیر :

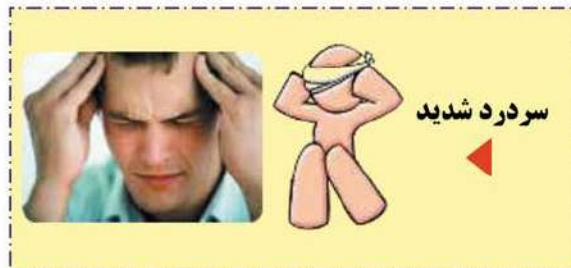


بروز تب ناگهانی



#### علائم عصبی :

- سفتی گردن
- تشنج
- کاهش هوشیاری
- تحریک پذیری



#### علائم کمکی :

### نوع اقدام بهورز در خانه بهداشت برای سندرم تب و علائم نورولوژیک

Part ( 25-2 )



۲

اعلام به کاردان یا کارشناس مرکز بهداشتی درمانی



۱

ثبت در دفتر ثبت بیماران



۴

ارجاع فوری به پزشک خانواده



۳

درمان علامتی تب حین ارجاع



وظایف پزشک از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم تب و علائم نورولوژیک (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)

## Part ( 26-1 )

- ورود سندرم تب و علائم عصبی در سامانه در صورت عدم ثبت توسط کارشناس

نکته:

گزارش (صدور اخطار) به سطوح بالاتر از طریق سامانه انجام میشود

- آغاز درمان های حمایتی نظیر گرفتن IV-Line، شروع سرم درمانی، تجویز سفتریاکسون، اقدامات احیاء بیمار در صورت نیاز بیمار و وجود امکانات

- رعایت موازین بهداشت فردی و خصوصاً رعایت اصول حفاظت فردی

- اعزام فوری بیمار برای بستری و در صورت لزوم در اطاق ایزوله تنفسی با فشار منفی با هماهنگی ستاد بیماریهای شهرستان، ستاد

هدایت بیمار، EMS و مترون بیمارستان که از طریق سامانه اخطار دریافت نموده اند (همگی آموزش دیده در زمینه نظام مراقبت سندرم میک)

- در بیمارستان: درخواست و پیگیری انجام تستهای پاراکلینیکی برای تایید تشخیص با توجه به تشخیص های افتراقی

وظایف پزشکان از لحاظ برخورد بهداشتی (موازین بهداشتی لازم) در قبال سندرم تب و علائم نورولوژیک

## Part ( 26-2 )

- در مرکز بهداشتی درمانی: توصیه به رعایت موازین حفاظت فردی به پرسنل

- در مرکز بیمارستانی: اطلاع رسانی به همکاران توسط پزشکان متخصص برای رعایت اصول حفاظت فردی

- توصیه به رعایت اصول بهداشت فردی توسط اطرافیان (شستشوی دست با آب و صابون، جدا کردن محل اسکان انسان و دام، استفاده از ظروف شخصی، استفاده از وسایل حفاظت شخصی، حفظ فاصله مناسب از بیمار اقدامات لازم جهت

پیشگیری از گزش کهنه، استفاده از آب و غذای سالم) برحسب نوع بیماری محتمل

- توصیه به برقراری تهویه در اماکن بسته

- توصیه به طراحی Sick room (اطاق جداسازی) در اماکن بسته

- پیگیری ملرومات حفاظت فردی و دپوی دارو با توجه به تشخیص محتمل اعلام شده توسط بیمارستان

- آموزش تیم سلامت توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی در ارتباط با بیماری با توجه به تشخیص محتمل اعلام شده توسط بیمارستان

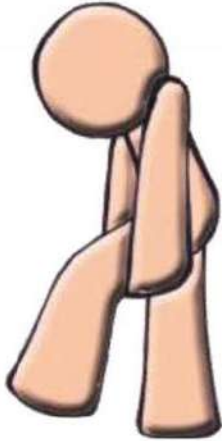
- مشارکت در برنامه های آموزش و اطلاع رسانی عمومی حسب نیاز و صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان



اسلاید ۲۷

شماره ۹: سندرم فلج شل حاد  
Acute Flaccid Paralysis

Part ( 27-1 )



هر مورد فلج شل ناگهانی ( عدم حرکت دست یا پا ) بدون سابقه تروما (ضربه) واضح جسمانی

نوع اقدام بهورز در خانه بهداشت برای سندرم فلج شل حاد

Part ( 27-2 )



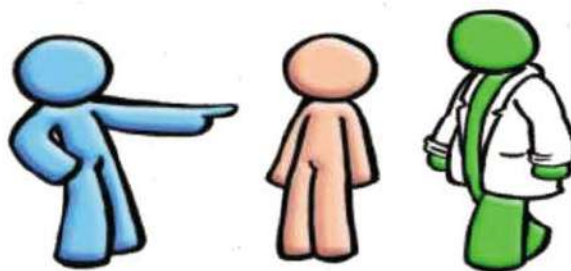
۲

اعلام فوری به کاردان یا کارشناس مرکز بهداشتی درمانی:



۱

ثبت در دفتر ثبت بیماران



۳

ارجاع فوری به پزشک خانواده



وظایف پزشک از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم فلج شل حاد (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)

## Part ( 28-1 )

- ثبت سندرم فلج شل حاد در سامانه در صورت عدم ثبت توسط کارشناس
- انجام اقدامات احیا در صورت نیاز
- همکاری در تکمیل فرم بررسی انفرادی
- تاکید بر نمونه گیری مدفوع (۲ نوبت به فاصله حداقل ۲۴ ساعت) به کارشناس بهداشت یا پرستار بیمارستان (در صورت مراجعه مستقیم بیمار به بیمارستان)
- ارجاع فوری بیمار به بیمارستان و سپس پیگیری روزانه بمنظور تایید پایداری (عدم بهبودی) فلج شل حاد
- نکته در ارجاع فوری: هشدار به خانواده در صورت وجود تنگی نفس در خصوص اورژانس بودن وضعیت بیمار
- آموزش خانواده مبنی بر ضرورت :
  - پیگیری بررسی تشخیصی بیمار برای رد کردن بیماری فلج اطفال
  - تکمیل واکسیناسیون بیمار و اطرافیان
- توصیه به کارشناس جهت آموزش اجرای موازین کنترلی غیر اختصاصی نظیر :
  - رعایت بهداشت فردی و شستشوی دستها توسط بیمار و اطرافیان
- افزایش آگاهی به خانواده و جامعه (اطلاع رسانی)... در صورت لزوم و قطعی شدن بیماریهای خطرناک مندرج در لیست فوق
- تأکید به کارشناس بهداشت مبنی بر بررسی فعال (جستجوی فلج شل حاد) در اطرافیان و موارد تماس با بیمار
- سوال در خصوص سابقه واکسیناسیون با بروز عفونت ویروسی یا مصرف داروهای اخیر (بدلیل اهمیت گیلن باره)
- پرسیدن سابقه تروما
- در صورت شک بالینی به بیماریهای واگیر یا مصرف غذاها و داروهای مندرج در لیست تشخیص افتراقی ، بیماریابی اطرافیان

وظایف پزشکان از لحاظ برخورد بهداشتی (موازین بهداشتی لازم) در قبال سندرم فلج شل حاد

## Part ( 28-2 )

- آموزش جامعه در خصوص رعایت موازین بهداشت فردی / شستشوی دست قبل از تهیه و توزیع غذا و بعد از توالت
- ترغیب همکاران جامعه پزشکی به گزارش موارد فلج شل حاد
- آگاهی دادن به جامعه در زمینه گزارش مشاهده هر نوع فلج شل حاد
- در صورت قطعی شدن پولیو (نیاز به انجام واکسیناسیون تکمیلی) مشارکت در برنامه های آموزش و اطلاع رسانی





اسلاید ۲۹

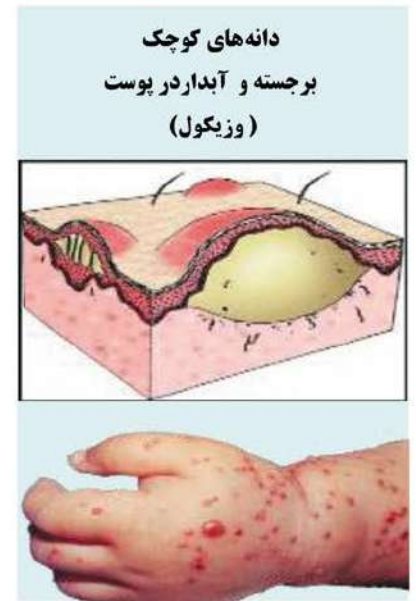
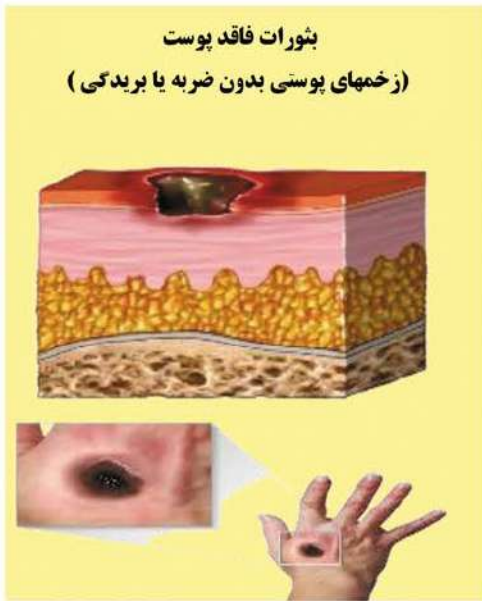
شماره ۱۰: سندرم تب و راش حاد غیر ماکولوپاپولر  
Fever with rash ( Non- maculopapular )

Part ( 29-1 )

بروز علائم تب + حداقل یکی از علامتهای زیر:



تب



نوع اقدام بهوزر در خانه بهداشت برای سندرم تب راش غیر ماکولوپاپولر

Part ( 29-2 )



۲ اعلام به کاردان یا کارشناس مرکز بهداشتی درمانی



۱ ثبت در دفتر ثبت بیماران



۴ ارجاع به پزشک خانواده:  
و در صورت تشدید بثورات یا بدتر شدن  
حال عمومی بیمار ارجاع فوری به پزشک خانواده



۳ درمان علامتی تب و خارش  
(در صورت وجود)



وظایف پزشک از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم تب و راش حاد غیر ماکولوپاپولر (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)

## Part ( 30-1 )

- ثبت سندرم در سامانه در صورت عدم ثبت توسط کارشناس. گزارش به سطوح بالاتر بطور خودکار توسط سامانه صورت می پذیرد
- ارجاع به متخصص در صورت نیاز منجمله:
- حال عمومی بد • شک به بیماری غیر بومی منطقه • بروز عوارض: پنومونی - علائم آنسفالیت - عفونت ثانویه
- تجویز اورژانسی آنتی بیوتیک در صورت شک به بیماریهای باکتریال از جمله آنتراکس یا تولارمی تا ارجاع به متخصص
- همکاری با کارشناس در تکمیل فرم بررسی انفرادی
- ارجاع برای نمونه گیری در صورتی که انجام نشده است
- در صورت اخطار سامانه و در صورت لزوم تأکید به بررسی فعال اطرافیان و موارد تماس با بیمار توسط کارشناس بهداشت
- در صورت اخطار سامانه و در صورت لزوم آموزش بیمار و خانواده در خصوص:
- توصیه به رعایت بهداشت تنفسی و تماسی توسط بیمار (استفاده از دستمال، ماسک، دست ندادن، عدم بوسیدن و در آغوش گرفتن، استفاده از وسایل شخصی)
- وظایف پزشک مرکز بهداشتی درمانی در خصوص بیماران اعزام شده برای بستری
- پیگیری تشخیص احتمالی/قطعی بیمار از طریق تماس با پزشک متخصص مسئول در بیمارستان بمنظور آغاز پروفیلاکسی یا تکمیل واکسیناسیون اطرافیان (از طریق تلفن و در صورت عدم دسترسی از طریق HIS بیمارستان و سامانه میتوان به تشخیص محتمل دست یافت)
- در خصوص بیماران بستری وظایف پزشک بیمارستان عبارتند از:
  - تأکید بر تکمیل فرم بررسی انفرادی
  - جداسازی تنفسی بیمار بستری در بیمارستان و در صورت لزوم
  - رعایت احتیاطات تماسی و تنفسی (اصول حفاظت فردی) و در صورت لزوم
  - نمونه گیری و انجام آزمایشات تخصصی با توجه به شک بالینی طبق دستورالعمل کشوری
  - بررسی بالینی دقیق بیمار بمنظور تشخیص قطعی
  - رعایت احتیاطات تماسی و تنفسی بمنظور پیشگیری از انتقال عفونت در بیمارستان و در صورت لزوم
  - ورود اطلاعات بیمار در HIS بیمارستان (سامانه) همچنین تشخیص محتمل، اطلاعات بستری بیمار (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیامد بیماری و تاریخ ترخیص بیمار (یا فوت)
  - هماهنگی با آزمایشگاه و مطلع نمودن آزمایشگاه در صورت تشخیص احتمالی بعضی بیماریهای لیست فوق بمنظور رعایت ایمنی زیستی

وظایف پزشکان از لحاظ برخورد بهداشتی (موازین بهداشتی لازم) در قبال سندرم تب و راش حاد غیر ماکولوپاپولر

## Part ( 30-2 )

- در صورت اخطار سامانه و صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان در زمینه آموزش، مشارکت در برنامه های آموزشی جامعه
- در صورت اخطار سامانه و در صورت لزوم آموزش تیم بهداشتی مرکز
- در صورت اخطار سامانه و صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان، آموزش پزشکان و تیم سلامت (توسط پزشک مرکز بهداشت شهرستان)
- در صورت مثبت شدن آزمایش بیمار از نظر بیماریهای خطرناک و مسری لیست فوق، توصیه به احتیاطهای لازم و پروفیلاکسی افراد پرخطر دارای تماس
- همکاری و نظارت بر کارشناس در اجرای وظایف محوله
- اطمینان از وجود وسایل حفاظت فردی به اندازه کافی برای تیم مراقبت از بیمار در صورت تشخیص احتمالی بعضی از بیماریهای لیست فوق
- اطلاع رسانی به مسئولین بیمارستان در صورت تشخیص احتمالی بعضی از بیماریهای لیست فوق (بیماریهای خطرناک و مسری)



اسلاید ۳۱ 😊

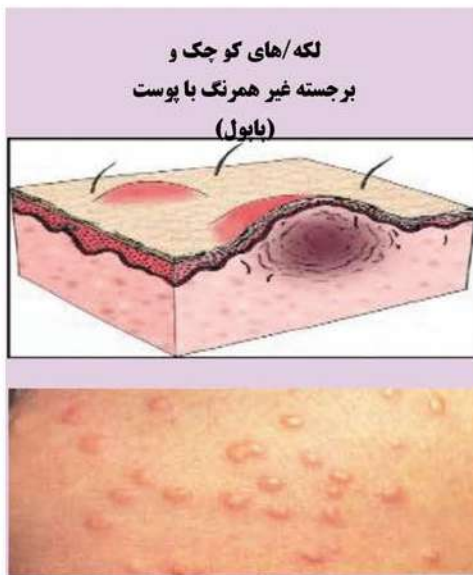
شماره ۱۱: سندرم تب و راش حاد ماکولوپاپولر  
Fever with rash ( Maculopapular )

Part ( 31-1 )

بروز علائم تب + حداقل یکی از علامتهای زیر (معمولا به صورت منتشر):



تب



نوع اقدام بهورز در خانه بهداشت برای سندرم تب و راش حاد ماکولوپاپولر

Part ( 31-2 )



۱ تماس با پزشک خانواده و شروع اقدامات با صلاحدید وی (در صورت تشدید بشورات و یا بدتر شدن حال عمومی بیمار ارجاع فوری به پزشک خانواده)



۲ ثبت در دفتر ثبت بیماران

۴

سایر اقدامات:

مشارکت در بررسی اپیدمیولوژیک بیماری ( از نظر برنامه حذف سرخک) به ویژه انجام موارد زیر:

- بررسی سوابق واکسیناسیون بیمار و اطرافیان از نظر سرخک
- تکمیل واکسیناسیون بیمار و اطرافیان طبق دستورالعمل کشوری
- بررسی سابقه تماس با بیماری مشابه طی ۳ هفته گذشته



۳ اعلام فوری به گاردان یا کارشناس مرکز بهداشتی درمانی



وظایف پزشک از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم تب و راش حاد ماکولوپاپولر (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)

Part ( 32-1 )

- ثبت سندرم در سامانه در صورت عدم ثبت توسط کارشناس. گزارش به سطوح بالاتر بطور خودکار توسط سامانه صورت می پذیرد
- ارجاع به متخصص در صورت نیاز منجمله:
  - حال عمومی بد
  - شک به بیماری غیر بومی منطقه
  - بروز عوارض: اوتیت - پنومونی - علائم سیستم عصبی مرکزی
- تجویز اورژانسی آنتی بیوتیک در صورت شک به مننگوکوکسمی (نسل سوم سفالوسپورین + آمینوگلیکوزید یا داروهای آنتی استافیلوکوک یا سایر داروهای آنتی بیوتیک برحسب نیاز) تا ارجاع به متخصص
- همکاری با کارشناس در تکمیل فرم بررسی انفرادی
- ارجاع برای نمونه گیری در صورتی که انجام نشده است
- در صورت اخطار سامانه تأکید به بررسی فعال اطرافیان و موارد تماس با بیمار توسط کارشناس بهداشت
- در صورت اخطار سامانه آموزش بیمار و خانواده در خصوص اهمیت واکسیناسیون
  - توصیه به رعایت بهداشت تنفسی و تماسی توسط بیمار (استفاده از دستمال، ماسک، دست ندادن، عدم بوسیدن و در آغوش گرفتن، استفاده از وسایل شخصی)
- وظایف پزشک مرکز بهداشتی درمانی در خصوص بیماران اعزام شده برای بستری:
  - پیگیری تشخیص احتمالی یا قطعی بیمار از طریق تماس با پزشک متخصص مسئول در بیمارستان بمنظور آغاز پروفیلاکسی یا تکمیل واکسیناسیون اطرافیان (از طریق تلفن و در صورت عدم دسترسی از طریق HIS بیمارستان و سامانه میتوان به تشخیص محتمل دست یافت)
  - در خصوص بیماران بستری وظایف پزشک بیمارستان عبارتند از:
    - تأکید بر تکمیل فرم بررسی انفرادی
    - جداسازی تنفسی بیمار بستری در بیمارستان در صورت لزوم
    - رعایت احتیاطات تماسی و تنفسی (اصول حفاظت فردی) در صورت لزوم
    - نمونه گیری و انجام آزمایشات تخصصی با توجه به شک بالینی طبق دستورالعمل کشوری
    - بررسی بالینی دقیق بیمار بمنظور تشخیص قطعی
    - رعایت احتیاطات تماسی و تنفسی بمنظور پیشگیری از انتقال عفونت در بیمارستان
    - ورود اطلاعات بیمار در HIS بیمارستان (سامانه) منجمله تشخیص محتمل، اطلاعات بستری بیمار (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیامد بیماری و تاریخ ترخیص بیمار (یا فوت)
    - هماهنگی با آزمایشگاه و مطلع نمودن آزمایشگاه در صورت تشخیص احتمالی بعضی بیماریهای لیست فوق بمنظور رعایت ایمنی زیستی در مواقع لازم

وظایف پزشکان از لحاظ برخورد بهداشتی (موازن بهداشتی لازم) در قبال سندرم تب و راش حاد ماکولوپاپولر

Part ( 32-2 )

- در صورت اخطار سامانه و صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان در زمینه آموزش، مشارکت در برنامه های آموزشی جامعه
- در صورت اخطار سامانه و در صورت لزوم آموزش تیم بهداشتی مرکز
- در صورت اخطار سامانه و صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان، آموزش پزشکان و تیم سلامت (توسط پزشک مرکز بهداشت شهرستان)
- در صورت مثبت شدن آزمایش بیمار از نظر بیماریهای خطرناک و مسری لیست فوق، توصیه به احتیاطهای لازم و پروفیلاکسی افراد پرخطر دارای تماس
- همکاری و نظارت بر کارشناس در اجرای وظایف محوله
- اطمینان از وجود وسایل حفاظت فردی به اندازه کافی برای تیم مراقبت از بیمار در صورت تشخیص احتمالی بعضی از بیماریهای لیست فوق
- اطلاع رسانی به مسئولین بیمارستان در صورت تشخیص احتمالی بعضی از بیماریهای لیست فوق (بیماریهای خطرناک و مسری)



اسلاید ۳۳ 😊

شماره ۱۲: سندرم تب و علائم غیر اختصاصی  
Prolonged Fever

Part ( 33-1 )

داشتن تب بیش از سه روز به همراه یکی از علائم غیر اختصاصی زیر:



بیمار شکایت و نشانه های غیر اختصاصی دارد:

- سردرد خفیف
- درد عضلات
- کوفتگی بدن
- حال عمومی بد

بنحوی که نتوان علائم را به ارگانی خاص (سندرمهای تنفسی، عصبی، پوستی و...) نسبت داد.



نوع اقدام بهورز در خانه بهداشت برای سندرم تب و علائم غیر اختصاصی

Part ( 33-2 )



ثبت در دفتر ثبت بیماران

۱

۲

اعلام به کاردان یا کارشناس مرکز بهداشتی درمانی



شروع درمان علامتی تب

۳





وظایف پزشک از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم تب طول کشیده (اقدامات لازم در فیال بیمار و اطرافیان وی)

## Part ( 34-1 )

- ثبت تب طول کشیده در سامانه در صورت عدم ثبت توسط کارشناس
- در صورت اخطار سامانه ارجاع بیمار به کارشناس جهت نمونه گیری (بیماران منتخب در پایگاه دیده ور ، بیمارستان ، طغیانهای اماکن تجمعی)
- در صورت اخطار سامانه ، نظارت و همکاری با کارشناس در تکمیل فرم بررسی انفرادی برای بیماران نمونه گیری شده -درخواست آزمایشات تکمیلی توصیه شده برای بیماریهای مندرج در لیست تشخیص های تب طول کشیده در صورت اخطار سامانه و در صورت تیز ارجاع به سطح بالاتر
- نمونه های توصیه شده برای این سندرم که از ۱۰ الی ۱۵٪ موارد قابل انجام است : نمونه خون ، نمونه مایع نخاع - کشت خون - تست لاتکس (آنتی ژن) - کشت مدفوع - لام خون محیطی - نمونه ادرار (مالاریای بدخیم) - اسمیر خلط - ماده غذایی - بیوپسی لنف نودها - بیوپسی مغز استخوان - بیوپسی کبد - بیوپسی کلیه
- بیوپسی ریه - نمونه لاواز آلوتول - شیره معده - تست سریع مالاریا - تست سریع HIV/AIDS بر حسب شک بالینی
- پروفیلاکسی اطرافیان (در سل ، مننگوکوک)
- دپوی دارو و ملزومات حفاظت فردی
- بررسی بیمار از نظر علائم خطر بالینی و آزمایشگاهی (در نزدیک ترین آزمایشگاه در دسترس) :
  ۱. وجود علائم خونریزی
  ۲. تهوع و استفراغ پایدار
  ۳. کاهش سطح هشیاری
  ۴. بررسی آزمایشگاهی قند خون CBC ، اختلال شدید الکترولیتی در صورت کشف اختلال انعقادی (PT زیر ۶۰٪ یا بیش از ۱۸ ثانیه) یا هیپوگلیسمی و آنمی شدید
- بمنظور: انجام درمانهای حمایتی در صورت وجود علائم هشدار در بیمار (گرفتن IV line ، تجویز سرم ، ...)
- سپس ارجاع فوری برای بررسی توسط متخصص و بستری
- در صورت اخطار سامانه
  - ۱-توصیه به استراحت
  - ۲-در صورت شک به سل و Q fever ، پیگیری اطرافیان بیمار دارای آزمایش مثبت خصوصاً اطرافیان پر خطر ، حفظ فاصله مناسب از بیمار (خودداری از تماس نزدیک با بیمار) یعنی جداسازی نسبی بیمار و استفاده از ماسک جراحی توسط بیمار هنگام تماس نزدیک (در صورت عدم امکان) استفاده از دستمال کاغذی هنگام سرفه
  - تأکید بر پیگیری ورود اطلاعات تکمیلی بیمار بستری (درمانهای تکمیلی بیمارستانی) و پیامد بیماری و تاریخ ترخیص بیمار (یا فوت)
  - در صورت شک بالینی به لپتوسپیروز در اماکن تجمعی پروفیلاکسی با داکسی سایکلین (۲۰۰ میلی گرم هفتگی) را آغاز تا زمان دریافت نتیجه آزمایش
  - پیگیری تشخیص قطعی بیمار نمونه گیری شده دچار تب طول کشیده
  - تأکید به بررسی فعال اطرافیان و موارد تماس با بیمار توسط کارشناس بهداشت (با توجه به تعدد راه های انتقال تشخیص های مطرح)

وظایف پزشکان از لحاظ برخورد بهداشتی (موازین بهداشتی لازم) در فیال سندرم تب طول کشیده

## Part ( 34-2 )

- فعال نمودن تیم بهداشتی مرکز بمنظور اعمال موازین کنترل تب طول کشیده با توجه به بیماریهای بومی منطقه طغیان و جلب همکاری بین بخشی
- آموزش موازین بهداشت فردی به جامعه و مسئولان طبق وسایل کمک آموزشی
- توصیه به برقراری تهویه در اماکن بسته
- توصیه به طراحی Sick room (اطلاق جداسازی) در اماکن بسته در صورت شک به بیماریهای تنفسی نظیر TB و تب Q
- همکاری با کارشناس جهت آموزش و اجرای موازین بهداشتی کنترلی غیر اختصاصی
- نظارت بر تدارک و تأمین دارو تجهیزات مورد نیاز برای نمونه برداری و درمانهای حمایتی توسط پزشک شاغل در PHC
- در صورت اخطار سامانه و اعزام تیم بهداشت از مرکز بهداشت شهرستان ، همکاری پزشک با آن تیم در راستای وظایفی که برای آن تیم در قسمت مرکز بهداشت شهرستان ذکر شده است.
- همکاری با تیم مرکز بهداشت شهرستان در اطلاع رسانی و آموزش گروه های هدف (تجمعات بسته و باز) و آموزش اختصاصی رابطین بهداشتی سلامت توسط تیم بهداشت (Health Volunteers) بالاخص در زمینه موازین بهداشتی فردی مندرج در وظایف آموزشی کارشناس بهداشت با تأکید بر جمعیتهای پناهندگان ، زندانیان ، شوراهای بهداشتی روستا ، مراکز آموزش عالی (در حوزه مراکز بهداشتی درمانی)

شماره ۱۳: سندرم شوک عفونی  
Epidemic Shock Continuum  
( Sepsis - Sepsis Syndrome - Septic Shock )

Part ( 35-1 )

**Septic Shock (سپتیک شوک)**

افت فشار خون در حد شوک:

\* افت فشار خونی که با تأمین مایعات مناسب به میزان کافی قابل برگشت نبوده و نیازمند تجویز داروهای افزایشنده فشار (وازوپرسور) باشد.

نکته: اگر افت فشار خون در septic shock با تجویز داروی وازوپرسور، ظرف یک ساعت برطرف نشود، Septic shock مقاوم نامیده می شود.

SBP= Systolic Blood Pressure

تعاریف افت فشار خون:

\* فشار خون سیستولیک کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه یا

\* ۲۰ میلیمتر جیوه افت در فشار خون سیستولیک نسبت به فشار خون قبلی بیمار



فشار سیستولی کمتر از ۹۰ mmHg

**Severe Sepsis (سپسیس شدید)**

علائم Sepsis به همراه یکی از علائم زیر:

\* اختلال عملکرد ارگانهای دور از محل عفونت: (بدلیل هیپوپرفیوژن و بروز ایسکمی)

\* افت فشار خون:

(قابل برگشت با تجویز مقدار کافی از مایعات مناسب) مایعات مناسب از قبیل نرمال سالین و یا رینگر لاکتات

\* ایسکمی پوست:

پرشدگی خون مویرگی < ۳ ثانیه یا رنگ پریدگی پوست (در کودکان)

\* ایسکمی کلیه (اولیگوری):

طی ۲ ساعت کمتر از وزن بدن به CC ادرار کند

\* ایسکمی مغز:

بی قراری، خواب آلودگی، کما (تغییر سطح هشیاری)

\* ایسکمی ریه:

تنگی نفس، کبودی مخاطها و انتهاها

\* سردی انتهاها:

گاهی (در مراحل پیشرفته) سردی انتهاها

**Sepsis (سپسیس)**

در بیمار بدحال (Severely ill) با شواهد یک عفونت موضعی یا سیستمیک (بعنوان مثال رویت ترشح چرکی) یا احتمال (استعداد) عفونت (مثل نقص ایمنی، سوختگی و...)

به همراه حداقل دو علامت از سه علامت حیاتی زیر:

\* **ناکی پنه** (تنفس تندتر از حد نرمال)

نوزادان زیر دوماه: بیش از 60/min  
شیرخواران زیر یک سال: بیش از 50/min  
کودکان 1-5 سال: بیش از 40/min  
کودکان 5-15 سال: بیش از 30/min  
بالغین بالاتر از ۱۵ سال: بیش از 20/min

\* **ناکی کاردی** (ضربان قلب بیشتر از حد نرمال)

نوزادان زیر یک ماه: بیش از 180/min  
شیرخواران زیر یک سال: بیش از 160/min  
کودکان 1-5 سال: بیش از 130/min  
کودکان 5-15 سال: بیش از 120/min  
بالغین بالاتر از ۱۵ سال: بیش از 100/min

\* **تب بالا یا هیپوترمی** (حرارت پائین تر از حد نرمال)

( $T > 38$  یا  $T < 36$ )

نوع اقدام بهورز در خانه بهداشت برای سندرم شوک عفونی

Part ( 35-2 )

۱- SBP > 90 mmHg  
یا  
۲- 20 mmHg افت نسبت به SBP



اعلام فوری به کاردان یا کارشناس و پزشک خانواده مرکز بهداشتی درمانی

۲



ثبت در دفتر ثبت بیماران

۱



اعزام فوری به مرکز بهداشتی درمانی (پزشک خانواده)

۳



وظایف پزشک از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم شوک عفونی (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)

## Part ( 36-1 )

- ثبت مورد سندرم شوک در سامانه در صورت عدم ثبت توسط کارشناس (گزارش به سطوح بالاتر بطور خودکار از طریق سامانه)
- کنترل علائم حیاتی : نبض - فشار خون - تنفس
- آغاز درمان های حمایتی نظیر گرفتن IV-Line ، شروع سرم درمانی ، اکسیژن درمانی و در صورت نیاز بیمار و وجود امکانات احیاء بیمار ، لوله گذاری
- رعایت موازین بهداشت فردیو رعایت اصول حفاظت فردی
- تجویز اورژانسی آنتی بیوتیک مناسب (مانند نسل سوم سفالوسپورین + آمینوگلیکوزید) تا ارجاع به متخصص در بیمارستان
- اعزام فوری بیمار برای بستری در اتاق ایزوله تنفسی با فشار منفی با هماهنگی ستاد هدایت بیمار در صورت تشخیص بیماریهای واگیر خطرناک با واگیری بالا مثل CCHF و آنفلوآنزای پرندگان (ستاد هدایت بیمار ، EMS ، ستاد بیماریهای شهرستان مترون بیمارستان نیز از طریق سامانه اخطار دریافت نموده اند و همگی از نظر نظام سندرمیک آموزش دیده اند)
- پیگیری تشخیص احتمالی بیمار از طریق تماس با پزشک متخصص مسئول بیمار در بیمارستان بمنظور آغاز پروفیلاکسی برای اطرافیان در صورت لزوم (تشخیص محتمل یا قطعی بیماریهای واگیری که نیاز به پروفیلاکسی دارند مثل مننگوکوک) از طریق سامانه و HIS یا تماس تلفنی
- وظایف پزشک بیمارستان: (۱) نمونه گیری و انجام آزمایشات تخصصی با توجه به شک بالینی طبق دستورالعمل کشوری
- (۲) بررسی دقیق بیمار بمنظور تشخیص قطعی
- (۳) رعایت احتیاطات خاص بمنظور پیشگیری از انتقال بیماری در بیمارستان
- (۴) ورود اطلاعات بیمار در HIS بیمارستان (سامانه)
- (۵) شروع درمان empiric (تجربی) براساس شک بالینی

وظایف پزشکان از لحاظ برخورد بهداشتی (موازین بهداشتی لازم) در قبال سندرم شوک عفونی

## Part ( 36-2 )

- همکاری با تیم مرکز بهداشت شهرستان در زمینه اطلاع رسانی و آموزش به پزشکان و تیم سلامت (تیم بهداشتی مرکز)
- همکاری و نظارت بر با کارشناس در اجرای وظایف محوله
- اطمینان از وجود لوازم حفاظت فردی برای تیم مراقبت از بیمار در موارد لازم و دارو
- اطلاع رسانی به مسئولان بیمارستان (در صورت لزوم و تشخیص احتمالی موارد فوق)
- هماهنگی با آزمایشگاه و مطلع نمودن آزمایشگاه (در صورت لزوم و تشخیص احتمالی موارد فوق) جهت رعایت اصول ایمنی زیستی

sepsis در بعضی بیماران دارای زمینه ، قابل انتظار است منجمله: افراد پیر - دیابتی ها - سرطانی ها - مبتلایان به مشکلات دستگاه ادراری - تناسلی بیماریهای مزمن قلبی - ریوی ، مصرف داروهای ایمنوساپرسیو (ضعیف کننده سیستم ایمنی) ، پیوند اعضا ، نقص ایمنی های ارثی و اکتسابی مثل ایدز منظور از تشخیص های احتمالی همان بیماریهای epidemic-prone است که در بالا ذکر شده اند. در اینجا کل تشخیص های افتراقی sepsis مطرح نیست بلکه تنها بیماریهایی لیست شده اند که توان ایجاد همه گیری راداشته باشند و مشمول احتیاطات بیشتری هستند.





اسلاید ۳۷ 😊

شماره ۱۴: سندرم مرگ ناگهانی یا غیر منتظره  
Sudden and unexpected death

Part ( 37-1 )

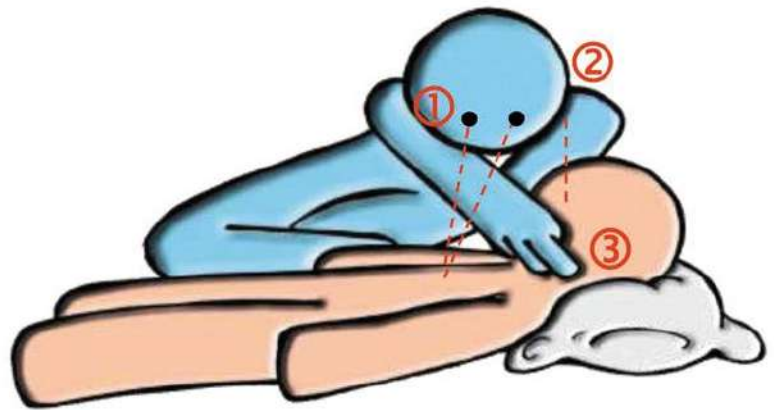
تعریف مرگ:

توقف نبض و تنفس برای بیش از ده دقیقه در فاصله کمتر از ۲۴ ساعت از شروع علائم بیماری

\* **تعریف مرگ ناگهانی:** فاصله بین شروع علائم و وقوع مرگ کمتر از ۲۴ ساعت\* **تعریف غیر منتظره (Unexpected):** مرگ ناگهانی دلایلی نظیر کهولت سن، بیماری مزمن، یا حوادثی نظیر تروماها که مرگ را توجیه نماید، نداشته باشد.

بررسی وجود علائم حیاتی:

- ۱- دیدن حرکت قفسه سینه
- ۲- شنیدن صدای تنفس از دهان یا بینی
- ۳- لمس ضربان از ورید گردن



نوع اقدام بهورز در خانه بهداشت برای سندرم مرگ ناگهانی یا غیر منتظره

Part ( 37-2 )



۲

اعلام **فوری** به کاردان یا کارشناس و  
پزشک خانواده مرکز بهداشتی درمانی



۱

ثبت در دفتر ثبت بیماران



وظایف پزشک از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم مرگ ناگهانی / غیر منتظره (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)

## Part ( 38-1 )

- ثبت مرگ ناگهانی و غیر منتظره در سامانه و خودداری از صدور جواز دفن جهت اعزام به پزشکی قانونی  
- در صورت تأیید تعریف مرگ ناگهانی / غیر منتظره دستور به کارشناس بمنظور درخواست اعزام تیم مرکز بهداشت شهرستان

وظایف پزشکان از لحاظ برخورد بهداشتی (موازی بهداشتی لازم) در قبال سندرم مرگ ناگهانی / غیر منتظره

## Part ( 38-2 )

- همکاری با تیم مرکز بهداشت شهرستان در زمینه فوق در منطق تحت پوشش خود  
- همکاری با تیم مرکز بهداشت شهرستان در زمینه فوق در جامعه تحت پوشش خود حسب نیاز و صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان و استان

## نکته مهم

- دستگاهی به نام GC mass در اختیار سازمان پزشکی قانونی کشور است که بسیاری از ترکیبات شیمیایی صنعتی عامل مسمومیت را شناسایی می نماید ولی در زمینه سموم گیاهی باید امکانات شناسایی را ایجاد نمود (دستگاه GC mass عمدتاً از روش کروماتوگرافی بهره می گیرد یا همان TLC, Thin Layer Chromatography)

- هماهنگی بعدی و توجیه قوه قضائیه و سازمان پزشکی قانونی کشور و ادارات پزشکی قانونی استانها و شهرستانها لازم است تا در چنین مواردی فوراً همکاری نمایند

- در صورتی که پزشکی قانونی احتمال دهد یا به نتیجه برسد که عفونت واگیر علت مرگ ناگهانی و غیر منتظره بیمار بوده است ، همکاری کامل مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه علوم پزشکی مربوطه در ارسال فوری نمونه بیمار متوفی به آزمایشگاه های بهداشتی تعریف شده لازمست (نکته مهم آن است که در صورت شک به مرگ در اثر مواد مخدر ، الکل ، گازهای جنگی مسمومیت ها خود سازمان پزشکی قانونی امکانات لازم را در اختیار دارد اما در صورت شک به عوامل عفونی مندرج در تشخیص های افتراقی این سندرم ، نیاز به همکاری حوزه بهداشتی کشور وجود دارد (نمونه های لازم در صورت شک به عوامل عفونی عبارتند از : سواب حلق و بینی ، کشت خون ، CSF در مواقع شک به مننگو آنسفالیت ، سواب رکتال ، چرک آبه ، بیوپسی ارگانها (کبد ، ریه ، مغز استخوان ، غدد لنفاوی و غیره بسته به تشخیص پزشک قانونی ) ضمناً لازمست یک تفاهم نامه وزارت بهداشت ، قوه قضائیه و سازمان پزشکی قانونی کشور امضاء شود که به محض راه اندازی نظام مراقبت سندرم میک کشور ، این قبیل همکاری ها لازمست زیرا در حال حاضر سازمان پزشکی قانونی کشور طبق قانون مجاز نیست در خصوص ارائه اطلاعات بیماران (منجمله مرگ در اثر مواد مخدر) یا تحویل نمونه های بافتی آنها برای بررسی علل عفونی بدلیل محرمانه بودن اطلاعات بیماران بدون مجوز قوه قضائیه اقدام نماید و این مسأله میتواند در زمان بروز مرگ های ناگهانی غیر منتظره دسترسی به اطلاعات لازم برای کنترل و پیشگیری از گسترش بیماری توسط سیستم بهداشتی کشور را دچار تأخیر نماید.

- لازمست کلیه پزشکان شاغل در شهرها (که ضروری است سندرمها را گزارش نمایند) بخوبی آموزش ببینند که نباید برای بیماران که مشمول تعریف این سندرم هستند گواهی فوت صادر نمایند (در روستاها نیز نیروی انتظامی توجیه گردد که مانع دفن فوری این قبیل اجساد شوند) و پزشکان منجمله پزشکان بخش خصوصی التزام قانونی دارند تا مرکز بهداشت شهرستان مربوطه را فوراً مطلع نمایند. سپس مرکز بهداشت شهرستان موظف است مراتب را فوراً به نیروی انتظامی اطلاع داده و نیروی مذکور فوراً به پزشکی قانونی اطلاع خواهد داد. تنها سازمان پزشکی قانونی کشور مجاز است بعد از تعیین علت مرگ گواهی فوت موارد مشمول این سندرم را صادر نماید. انتقال چنین اجساد به پزشکی قانونی توسط آمبولانس های نعش کش انجام میگردد و استفاده از دستکش ، ماسک و Cover و رعایت احتیاطات تماسی در حمل چنین اجسادی لازم است .)

**تذکر بسیار مهم:** اگر بیمار متوفی قبل از فوت یکی از سندرمهای دیگر ۱۲ گانه را بروز داده باشد که متعاقباً منجر به مرگ شده باشد عبارتی تظاهر اولیه وی سندرم مرگ ناگهانی غیر منتظره نباشد ، دیگر مشمول تعریف این سندرم نیست و نباید پزشکی قانونی را وارد عمل نمود (مگر بیمار متوفی واقعاً مشمول این تعریف بوده و تظاهر اولیه وی مرگ ناگهانی غیر منتظره باشد) . اطلاع به پزشکی قانونی در صورتی که مرکز بهداشت شهرستان صحت این سندرم را تأیید ننماید خلاف قانون است زیرا باعث گسترش بیماریهای واگیر خطرناک از طریق پزشکی قانونی میشود که در امر پیشگیری و کنترل بیماریهای واگیر از تبحر سیستم بهداشتی برخوردار نیست.



اسلاید ۳۹ 😊

شماره ۱۵: سندرم سرفه مزمن  
Chronic cough

Part ( 39-1 )



تعریف سندرم سرفه مزمن:

سرفه پایدار به مدت دو هفته یا بیشتر که معمولاً همراه با خلط می باشد

نوع اقدام بهورز در خانه بهداشت برای سندرم سرفه مزمن

Part ( 39-2 )



۱ ثبت در دفتر ثبت بیماران

۲ تکمیل فرم بیماریابی توسط بهورز در سه نسخه و تهیه سه نمونه از خلط بیمار

(مطابق با مراحل و شرایط اخذ نمونه بیمار مشکوک به سل مندرج در دستورالعمل نظام مراقب سل)

۳ بایگانی یک نسخه از فرم های تکمیل شده در خانه بهداشت

۴ ارسال دو نسخه دیگر فرم تکمیلی شده به همراه سه نمونه خلط تهیه شده از بیمار مشکوک ، به مرکز بهداشتی درمانی



**وظایف پزشک از لحاظ ثبت داده های بالینی و برخورد بالینی در مواجهه با سندرم سرفه مزمن (اقدامات لازم در قبال بیمار و اطرافیان وی)**

**Part ( 40-1 )**

- ثبت سرفه مزمن در سامانه در صورت عدم ثبت توسط کارشناس
- معرفی بیمار به کارشناس در صورتی که نمونه گیری انجام نشده است و در صورت عدم انجام نمونه گیری توسط کارشناس ، مسئولیت پیگیری و تهیه نمونه با پزشک است
- در صورت اخطار سامانه ، همکاری در تکمیل فرم بررسی انفرادی توسط کارشناس برای بیماران منتخب در پایگاه دیده ور ، بیمارستان ، طغیانهای امکان جمعی (صفحه اول فرم ) ( جاهایی که cluster جمعیتی هست)
- توصیه به رعایت موازین بهداشت تنفسی توسط بیمار
- توصیه به قطع مصرف سیگار
- رعایت احتیاطات تماسی و تنفسی توسط پزشک و پرسنل
- در صورت اخطار سامانه ، درخواست سواب و ظرف نمونه گیری خلط شده و سایر آزمایشات تکمیلی توصیه شده برای بیماریهای مندرج در لیست تشخیص های سرفه مزمن درخواست گردد و در صورت نیاز به آزمایشگاه تخصصی سطح بالاتر ارجاع شود
- در صورت وجود علائم دیسترس تنفسی ارجاع فوری به بیمارستان و انجام درمانهای اولیه قبل از اعزام ( منجمله اکسیژن تراپی ، رگ گیری ، کنترل علائم حیاتی و ... ) و سپس اعزام
- تجویز آنتی بیوتیک وسیع الطیف در صورت بعد مسافت تا ارجاع به متخصص در بیمارستان (نسل سوم سفالوسپورین + ماکرولید )
- انجام گرافی قفسه صدری براساس دستورالعمل کشوری کنترل سل با نظر پزشک معالج میباشد
- یادآوری دستورالعمل کشوری سل:
  - در بدو مراجعه بیمار دچار سرفه مزمن اخذ سه نمونه
  - در صورت منفی شدن دو هفته آنتی بیوتیک وسیع الطیف
  - در صورت تداوم سرفه مزمن مجدداً سه نمونه اخذ میشود
  - در صورت منفی شدن مجدد سه نمونه دوم CXR درخواست میگردد
  - در صورت وجود موارد ذیل: ۱. کابیتی در لوب فوقانی ریه در CXR یا ۲. سابقه وجود HIV در بیمار

انجام اقدامات زیر:

- در بیمارستان: ایزولاسون تنفسی تا زمان تشخیص و شروع درمان empiric
- در منزل: تشدید جداسازی بیمار و در تماس های نزدیک استفاده از ماسک جراحی برای بیمار و ماسک N95 توسط مراقبین بیمار تا زمان تشخیص
- سایر وظایف پزشک بیمارستان در قبال بیمار بستری:
  - ۱- بررسی بالینی دقیق بیمار بمظور تشخیص
  - ۲- ۳ نمونه خلط و انجام آزمایشات تخصصی براساس شک بالینی
  - ۳- شروع درمان empiric براساس شک بالینی و تعدیل درمان پس از جواب آزمایش
  - ۴- ورود اطلاعات بیمار در HIS بیمارستان (سامانه)

**وظایف پزشکان از لحاظ برخورد بهداشتی (موازین بهداشتی لازم) در قبال سندرم سرفه مزمن**

**Part ( 40-2 )**

- در صورت اخطار سامانه و صلاحدید مرکز بهداشت شهرستان همکاری در آموزش جامعه در زمینه رعایت اصول بهداشت فردی و تنفسی:
  - شستشوی دست با آب و صابون
  - حفظ فاصله مناسب از بیمار( خودداری از (Close contact
  - استفاده از دستمال در هنگام سرفه
- توصیه به مراجعه سریع به مراکز بهداشتی درمانی در صورت ابتلاء به سرفه مزمن
- در صورت اخطار سامانه نظارت بر عملکرد و همکاری با کارشناس در خصوص برآورد و پیگیری تأمین و توزیع مناسب امکانات و ملزومات تشخیصی و درمانی (منجمله دارو و یال توبرکولین ، تجهیزات نمونه گیری (ظرف نمونه خلط و سواب به تعداد کافی
- در صورت اخطار سامانه همکاری با مرکز بهداشت شهرستان در مراجعه به مراکز جمعی منتخب (زندانها ، آسایشگاه های سالمندان ، اردوگاه های مهاجرین و ... ) جهت آموزش این مراکز و تقویت سندرم یابی فعال موارد سرفه مزمن و آموزش در موارد ذیل:
  - توصیه به طراحی Sick room ( اتاق جداسازی
  - تقویت آموزش در خصوص سرفه مزمن و دستور جداسازی آن موارد تا رسیدن به تشخیص
  - توصیه به برقراری تهویه در اماکن بسته
- اطمینان از وجود وسایل حفاظت فردی به اندازه کافی برای تیم مراقبت از بیمار در صورت تشخیص احتمالی بیماریهای مسری خطرناک مندرج در لیست فوق
- اطلاع رسانی به مسئولان بیمارستان در صورت تشخیص احتمالی بیماریهای مسری خطرناک مندرج در لیست فوق