

EPIDEMIOLOŠKA ANKETA - OŠPICE

Primer prijavljen <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ni podatka	Datum prijave __ / __ / ____	Evidenčna številka (SUR) _____
Ustanova, ki je prijavila primer _____	Tel: _____	Fax: _____
Kontaktna oseba za epidemiološko poizvedovanje: _____	Tel: _____	E-mail: _____
Oseba, ki je opravila anketo _____	Datum anketiranja __ / __ / ____	

SPLOŠNI PODATKI O BOLNIKU

Ime in priimek bolnika _____

Datum rojstva __ / __ / ____ **Spol:** M Ž

Stalno prebivališče: _____ **Telefon:** _____

Začasno prebivališče: _____ **Telefon:** _____

Zaposlitev (naslov): _____ **Delo, ki ga opravlja:** _____

KOLEKTIV

jasli vrtec osnovna šola poklicna ali srednja šola visoka šola ali fakulteta

internat ali študentski dom dom starejših občanov drugo _____

Naslov kolektiva, razred, skupina: _____

CEPILNI STATUS

Cepljen proti bolezni, za katero je zbolel? DA NE

Število odmerkov _____ **Datumi cepljenja** __ / __ / ____ ; __ / __ / ____ ; __ / __ / ____

KLINIČNI PODATKI

Datum pojava prvih bolezenskih znakov __ / __ / ____

Klinična slika in potek bolezni

izpuščaj Začetek __ / __ / ____ Trajanje _____ dni

generaliziran izpuščaj

temperatura _____ °C

kašelj

nahod

konjunktivitis

Kopljkove pege

drugi simptomi: _____

Komplikacije: pljučnica encefalitis druge komplikacije _____

Trajanje bolezenskih težav _____ dni

Hospitalizacija **Trajanje hospitalizacije** _____ dni

DA NE

Izid bolezni **Datum smrti** __ / __ / ____

1 ozdravel **2** umrl **9** ni podatka

EPIDEMIOLOŠKI PODATKI

Ali je imel bolnik v mesecu pred začetkom simptomov kontakt z znanim ali sumljivim primerom ošpic?

DA NE ni podatka

Če DA, kje je prišlo do prenosa okužbe?

- vrtec šola doma
 delovno mesto dijaški, študentski dom vojašnica
 zdravstveni zavod mednarodno potovanje drugo _____

Ali je bolnik v mesecu pred začetkom simptomov potoval ali bival v tuji državi?

DA, _____ (ime države) NE ni podatka

Kontakti

Ime in priimek	Razmerje*	Datum rojstva	Cepljen	Zbolel
_____	_____	__/__/____	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ni podatka	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ni podatka
_____	_____	__/__/____	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ni podatka	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ni podatka
_____	_____	__/__/____	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ni podatka	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ni podatka
_____	_____	__/__/____	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ni podatka	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ni podatka
_____	_____	__/__/____	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ni podatka	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ni podatka
_____	_____	__/__/____	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ni podatka	<input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ni podatka

*Razmerje: 1- družinski član; 2- kolektiv; 3- zdravstveno osebje; 4- drugo _____

LABORATORIJSKI PODATKI

Laboratorijska potrditev DA NE ni podatka

Datum odvzema vzorca __/__/____; __/__/____

Serologija Ig M Rezultat: _____
 Ig G Rezultat: _____
 Ig G (parni) Rezultat: _____

Interpretacija serologije: pozitivna negativna vmesna

Dokaz virusa ošpic (PCR ali izolacija) DA NE ni podatka

Klasifikacija primera

1 potrjen 2 verjeten 3 možen 4 ni primer