



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
مرکز بهداشت جنوب تهران
واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریها

ماه سال

تاریخ ارسال به آزمایشگاه:

گزارش از:
مرکز بهداشتی درمانی:
پایگاه مشارکتی/خانه بهداشت:

فرم پیوست لام مالاریا ارسالی به آزمایشگاه

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	سن	شغل	ملیت	تاریخ تهیه لام	تلفن	آدرس
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

نام و نام خانوادگی و امضاء کارشناس / کاردان لام گیرنده:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
مرکز بهداشت جنوب تهران
واحد پیشگیری و مبارزه با بیماریها

ماه سال

تاریخ ارسال به آزمایشگاه:

گزارش از:
مرکز بهداشتی درمانی:
پایگاه مشارکتی/خانه بهداشت:

فرم پیوست لام مالاریا ارسالی به آزمایشگاه

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	سن	شغل	ملیت	تاریخ تهیه لام	تلفن	آدرس
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

نام و نام خانوادگی و امضاء کارشناس / کاردان لام گیرنده: