فرم خلاصه اطلاعات تب دنگ

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

مرکز بهداشت شهرستان: ..... **تاریخ گزارش: .....**

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام محل سکونت		ملیت	سن	جنس	شغل	تاریخ اولین علائم بیماری	تاریخ تشخیص	سابقه مسافرت در ۲ هفته گذشته *			تاریخ تهیه سرم	نتیجه آزمایش	عاقبت بیماری		تعداد افراد خانوار	تعداد موارد مثبت خانوار
		شهر	روستا							دارد	ندارد	محل مسافرت			بهبود	تاریخ فوت		

*سابقه مسافرت زیارتی خصوصا سفر به حج حتما سئوال شود.