**وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

**مرکز مدیریت بیماریها**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران**

**فرم گزارش تلفنی بیماری سیاه سرفه- مرکز بهداشت جنوب تهران**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی | نام پدر | جنس | ملیت | شهرستان | منطقه | تاریخ تولد | علائم | تاریخ بروز علائم | سابقه واکسن ثلاث | تاریخ آخرین نوبت ثلاث | سابقه تماس | افراد خانواده | منبع گزارش | تاریخ بررسی | تاریخ تهیه نمونه | تاریخ ارسال نمونه | تاریخ گزارش به شهرستان جنوب | تاریخ گزارش به استان |
| شهری | روستایی | صدای ووپ هنگام دم | استفراغ بعد از حمله | سرفه بیش از دو هفته | دارد | ندارد | بلی | خیر | تعداد | بیمار |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |