**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 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |