فرم آمار فصلی نمونه خلط

سال:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

مرکز بهداشت جنوب تهران

واحد پیشگیری و مبارزه با بیماری ها

فصل: .....

ردیف	نام و نام خانوادگی	علت درخواست		تاریخ نمونه گیری	تعداد نمونه	نتیجه	آدرس و شماره تلفن	نام پایگاه ارجاع دهنده*
		تشخیص	ادامه درمان					

*چنانچه فرد از پایگاههای بهداشتی/مشارکتی به مرکز ارجاع شده است در ستون مربوطه نام پایگاه ذکر گردد.

نام ونام خانوادگی کارشناس

مهرو امضاء سرپرست مرکز بهداشتی درمانی: