

فرم بیماریابی مالاریا

بسمی تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی

ویرایش ۰۰۱

نام شهرستان : نام آبادی : شماره آبادی : نام واحد :

نوع مراقبت : اکتیو پاسیو

نوع واحد | مرکز بهداشتی و درمانی روستایی شهری

خانه بهداشت روستای اصلی روستای قمر تیم سیار میز پاسیو بخش خصوصی روز ماه سال

توضیحات	داروی مصرفی		تاریخ بروز علامت	نوع و مراحل انگل	تاریخ آزمایش لام	RDT #	تاریخ تهیه لام / RDT	نوع لام تهیه شده				ملیت	شغل	جنسیت			نام مادر	نام پدر	نام خانوادگی	نام	ردیف
								بیماریابی تشدید یافته	تاریخ واری	تاریخ تهیه	تعداد مشکوک			زن		مرد					
	باردار	غیرباردار																			

* در صورت انجام تست RDT نتیجه مثبت یا منفی نوشته شود و در صورت عدم انجام ستون خالی بماند

نام و امضای تهیه کننده لام : نام و امضای کاردان بهداشتی : تاریخ تحویل به آزمایشگاه : نام و امضای آزمایش کننده لام :