شماره نمونه (توسط آزمایشگاه پر می شود)

فرم درخواست آزمایش مدفوع برای تشخیص پولیو

|  |
| --- |
| استان: دانشگاه : شهرستان: |
| نام و نام خانوادگی صاحب نمونه: بیمار 🗖 مورد تماس 🗖 |
| در صورتی که فرد مورد تماس است به سوالات زیر جواب دهید: نام مورد AFP اصلی (بیمار مبتلا به فلج): ارتباط با مورد AFP اصلی: خویشاوند هم خانه 🗖 خویشاوند غیر هم خانه 🗖 هم خانه غیر خویشاوند 🗖 همسایه 🗖 هم بازی/ هم مدرسه ای🗖 سایر .............دوره مواجهه با مورد AFP اصلی : طی 7 روز قبل از شروع فلج 🗖 طی دو هفته پس از شروع فلج 🗖 |
| آدرس و تلفن: |
| تاریخ بروز فلج:  | تاریخ تولد: |
| تشخیص اولیه بالینی: |
| تعداد دفعات واکسیناسیون: تاریخ آخرین نوبت دریافت OPV:  |
| تاریخ جمع آوری نمونه اول : تاریخ جمع آوری نمونه دوم :  |
| تاریخ ارسال نمونه ها:  |
|  نام و امضاء کارشناس فلج اطفال شهرستان : |
| قسمت مربوط به آزمایشگاه |
| وضعیت نمونه ها موقع وصول به آزمایشگاه: خوب 🗖 بد 🗖 توضیح : |
| ساعت و تاریخ وصول نمونه ها به آزمایشگاه :  |
| نام و نام خانوادگی دریافت کننده نمونه ها : امضا: |