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: | |