##### وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشكي

##### مركز مديريت بيماريها

##### فرم ارسال نمونه از موارد مشكوك سرخك به آزمايشگاه

##### دانشگاه علوم پزشكي وخدمات بهداشتي درمانی تهران

|  |
| --- |
| كد شناسايي بيمار: تاريخ: نام ونام خانوادگي بيمار:حسنی تورانی كد ملي: كد پستي:نام پدر: جنسيت: مرد زنتاريخ تولد: روز سال سن برحسب ماه:  |
| آدرس محل سكونت:شماره تماس: |
| تعداد دوز هاي دريافتي واكسن سرخك : تزریق واکسن : واكسن MR: تاريخ آخرين واكسن:.. واكسنMMR : تاريخ آخرين دوز دريافتي: |
| تاريخ شروع بثورات:.. تاريخ شروع تب: نوع بثورات: ماكولوپاپولار وزيكولار ساير نامشخص |
| شرح حال باليني (مختصر):بثورات- |
| نوع نمونه | تاريخ جمع آوري نمونه | تاريخ ارسال نمونه | ملاحظات |
| خون |  |  |  |
| ادرار |  |  |  |
| ترشحات گلو |  |  |  |
| امضاء تكميل كننده امضا ریيس مركز بهداشت: تاريخ |
| اين قسمت توسط آزمايشگاه تكميل مي شود.نام آزمايشگاه: دانشکده بهداشت تهران نام تحويل گيرنده: تاريخ وصول به آزمايشگاه:......../....../....وضعيت نمونه دريافت شده: قابل قبول غير قابل قبولنتيجه آزمايش: سرخك سرخجه پارووويروس (B19 ) منفي نامشخصامضاءمسئول آزمايشگاه: |
| اين فرم بايستي در 2برگ تكميل وپس از تحويل نمونه به آزمايشگاه قسمت پايين فرم توسط مسئول آزمايشگاه تكميل ويك نسخه آن به مركز بهداشت استان جهت نگهداري تحويل داده شود. |