

فرم شماره 1 (اطلاعات موارد مشکوک به چیکن گونیا و تب دنگی)

(از تمام این موارد، طبق دستورالعمل نمونه ی سرم جهت آزمایشگاه آربوویروس شناسی انستیتو پاستور ارسال شود)

دانشکده/دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام محل سکونت		سن	جنس	کد ملی	 تاریخ شروع علائم بیماری	 تاریخ نمونه گیری	سابقه مسافرت به پاکستان در طی 2 هفته قبل از تاریخ شروع علائم بیماری		وجود فردی با علائم مشابه در منزل	
		نام شهر	نام روستا						دارد	ندارد	دارد	ندارد
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										