

فرم ارسال نمونه سرمی خون بیماران مبتلا به تب خونریزی دهنده کریمه کنگو (CCHF)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

مرکز بهداشت شهرستان .....

عاقبت بیماری		راه ابتلا (با علامت ضربدر مشخص نمایید)			علائم بیماری (با علامت ضربدر مشخص نمایید)			تاریخ تهیه نمونه سرم خون			تاریخ تشخیص	تاریخ بروز اولین علائم بیماری	شغل	جنس	سن	ملیت	نام محل سکونت		نام و نام خانوادگی	ردیف		
		تماس با موارد مبتلا	تماس با کنه	تماس با حیوان	ترمبوسیتوپنی	خونریزی	تب (بیشتر از ۳۸ درجه)	اول	دوم	سوم							شهر	روستا				

مورد گزارش شده باید طبق تعریف محتمل بیماری دارای علائم تب، درد عضلانی، خونریزی و یکی از علائم ایپیدمیولوژیک با ترمبوسیتوپنی باشد.

این فرم بایستی به همراه نمونه های سرم خون که بر روی آن تاریخ نمونه گیری، نام و نام خانوادگی بیمار، شماره نمونه درج شده است، ارسال گردد.