

فرم خلاصه اطلاعات تب دنگ

مرکز گزارش دهنده :

تاریخ گزارش:

تعداد موارد مثبت خانوار	تعداد افراد خانوار	عاقبت بیماری		نتیجه آزمایش	تاریخ تهیه سرم	سابقه مسافرت در ۲ هفته گذشته *			تاریخ تشخیص	تاریخ بروز اولین علائم بیماری	شغل	جنس	سن	ملیت	نام محل سکونت		نام و نام خانوادگی	ردیف	
		بهبود	تاریخ فوت			دارد	ندارد	محل مسافرت							روستا	شهر			

*سابقه مسافرت زیارتی خصوصا سفر به حج حتما سؤال شود.