

فرم بیماریابی مالاریا

بسمی تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی

ویرایش ۰۰۱

نام شهرستان : نام آبادی : شماره آبادی : نام واحد :

نوع مراقبت : اکتیو پاسیو

نوع واحد | مرکز بهداشتی و درمانی روستایی شهری

خانه بهداشت روستای اصلی روستای قمر تیم سیار میز پاسیو بخش خصوصی

روز ماه سال

| توضیحات | داروی مصرفی | | تاریخ بروز علامت | نوع و مراحل انگل | تاریخ آزمایش لام | RDT # | تاریخ تهیه لام / RDT | نوع لام تهیه شده | | | | ملیت | شغل | جنسیت | | | نام مادر | نام پدر | نام خانوادگی | نام | ردیف |
|---------|-------------|-----------|------------------|------------------|------------------|-------|----------------------|-----------------------|------------|------------|-------------|------|-----|-------|--|-----|----------|---------|--------------|-----|------|
| | | | | | | | | بیماریابی تشدید یافته | تاریخ واری | تاریخ تهیه | تعداد مشکوک | | | زن | | مرد | | | | | |
| | باردار | غیرباردار | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* در صورت انجام تست RDT نتیجه مثبت یا منفی نوشته شود و در صورت عدم انجام ستون خالی بماند

نام و امضای تهیه کننده لام : نام و امضای کاردان بهداشتی : تاریخ تحویل به آزمایشگاه : نام و امضای آزمایش کننده لام :