****

**تاریخ روز....... ماه ..... سال ........**

 **شماره فرم ارجاع :..............................**

**دانشگاه علوم پزشکی اصفهان**

**مرکز بهداشت شهرستان...............**

**نام مکان..................**

**فرم شماره 3الف- فرم ارجاع جهت انجام مشاوره و تست HIV**

**به مرکز/ پایگاه سلامت ...........**

با سلام،

احتراما جناب آقای /سرکار خانم ....................................جهت انجام مشاوره و سایر اقدامات مقتضی معرفی می گردند.

نام و امضا فرد ارجاع دهنده :..............................

****

**تاریخ روز....... ماه ..... سال ....**

**دانشگاه علوم پزشکی اصفهان**

**مرکز بهداشت شهرستان...............**

**مرکز/ پایگاه سلامت.................**

**به : .................**

با سلام،

احتراما جناب آقای /سرکار خانم ........... معرفی شده از آن مرکز مورد مشاوره قرار گرفت و خدمات لازم به وی ارائه گردید.

**تام و امضاء فرد انجام دهنده تست:.................................**



**دانشگاه علوم پزشکی اصفهان**

**مرکز بهداشت شهرستان...............**

**نام مکان ..................**

**فرم شماره 3 ب- فرم ارجاع به مرکز مشاوره پس از آزمایش**

**تاریخ روز....... ماه ..... سال ........**

 **شماره فرم ارجاع :..............................**

**به مرکز/ پایگاه مشاوره ...........**

با سلام،

احتراما جناب آقای / سرکار خانم ......................که در این مرکز با تست تشخیصی سریع تحت ارزیابی قرار گرفته است. جهت انجام مشاوره و سایر اقدامات مقتضی معرفی می گردند.

**نام و امضا فرد ارجاع دهنده :..............................**

**تاریخ روز....... ماه ..... سال ........**

**به : .................**

با سلام،

احتراما جناب آقای /سرکار خانم.................................... معرفی شده از آن مرکز مورد مشاوره قرار گرفت و خدمات زیر به وی ارائه گردید :

1. از نامبرده نمونه خون جهت آزمایش های تکمیلی گرفته شد . شماره پرونده.......................
2. سایر خدمات ذکر شود ...............

**مهر و امضای مسئول مرکز مشاوره بیماری های رفتاری**