تاریخ : ..................... **دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان**

( فرم شماره 3 مراقبت التور ) خانه بهداشت : .......

**مرکز بهداشت شهرستان بندرانزلی** مرکز بهداشتی درمانی : .......

بیمارستان : ........

فرم نمونه برداری روزانه بیماری اسهالی – فرم گزارش آزمایشگاه مطب خصوصی : .................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و  نام خانوادگی | نام پدر | جنس | سن | گروه سنی | | شغل | تاریخ | | بیمار | | محل سکونت | | آدرس کامل و تلفن | نسبت مورد تماس با بیماری | آزمایشگاه \* | | | |
| زیر 2 سال | بالای 2 سال | بروز علائم | نمونه برداری | بستری | سرپایی | روستا | شهر | تاریخ | | کیفیت : مطلوب / نامطلوب | نتیجه آزمایش |
| تحویل به آزمایشگاه | انجام آزمایش |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و نا خانوادگی نمونه برداری نام و امضاء مسئول واحد نام و امضاء مسئول آزمایشگاه**

**\* تکمیل توسط آزمایشگاه**