

نام مرکز / شبکه
نام واحد :

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
معاونت امور بهداشتی

کد فرم: ۰۴-۱۵-۱۰۲
تاریخ تکمیل: / /

فرم شماره ۳ مراقبت التور - فرم نمونه برداری روزانه بیماری اسهالی و فرم گزارش آزمایشگاه
دوره تکمیل فرم: ماهانه

نوع واحد: ستاد مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت بیمارستان مطب خصوصی

آزمایشگاه			محل سکونت		مکان مراجعه بیمار		تماس با		وارد از	ملین	تاریخ		گروه سنی		شغل	سن	جنس	نام پدر	نام و نام خانوادگی
نتیجه آزمایش	تاریخ *		کیفیت نمونه	آدرس کامل و تلفن	خارج بیمارستان (نام و احد بهداشتی درمانی یا غیره نوشته شود)	بیمارستان	اتباع خارجی	بیمار و بستری			نمونه برداری	بروز علائم	≤ ۶	> ۶					
	انجام آزمایش	تحويل به آزمایشگاه							نا مطلوب	مطلوب					روستا	شهر			

* فقط این ستونهای زرد رنگ توسط آزمایشگاه تکمیل و سپس عینا به واحد بیماریهای شهرستان ارسال و بایگانی و پایان ماه آمار آن در پورتال وارد میشود.

امضاء: نام و امضاء مسئول مرکز:

نام و سمت تکمیل کننده