

### فرم گزارش تلفنی بیماران مظنون به کزاز و کزاز نوزادی

علائم بالینی		نتیجه درمان		در صورتیکه بیمار نوزاد باشد							وضع ایمنسازی		تاریخ بروز اولین علامت	نوع ضایعه	تاریخ ایجاد ضایعه	آدرس	ملیت	کد عرضه خدمات	شغل	جنس	تاریخ تولد	نام و نام خانوادگی
سختی عضلات ( اسپاسم )	اشکال در مکیدن	فوت ( علت فوت )	بهبود کامل	وضع ایمنسازی مادر		فرد کمک کننده به زایمان					محل تولد											
				تاریخ آخرین نوبت	شماره دفعات	سایر	ماما	م.د.م	د.د.م	پزشک	سایر یا دیگر نام	بیمارستان	منزل	تاریخ آخرین نوبت	شماره دفعات							
				ملاحظات:							ساعت	گزارش گردید. گیرنده گزارش		از	توسط		در تاریخ					
											ساعت	گزارش گردید. گیرنده گزارش		به	توسط		در تاریخ					
											ساعت	گزارش گردید. گیرنده گزارش		به	توسط		در تاریخ					

علائم بالینی		نتیجه درمان		در صورتیکه بیمار نوزاد باشد							وضع ایمنسازی		تاریخ بروز اولین علامت	نوع ضایعه	تاریخ ایجاد ضایعه	آدرس	ملیت	کد عرضه خدمات	شغل	جنس	تاریخ تولد	نام و نام خانوادگی
سختی عضلات ( اسپاسم )	اشکال در مکیدن	فوت ( علت فوت )	بهبود کامل	وضع ایمنسازی مادر		فرد کمک کننده به زایمان					محل تولد											
				تاریخ آخرین نوبت	شماره دفعات	سایر	ماما	م.د.م	د.د.م	پزشک	سایر یا دیگر نام	بیمارستان	منزل	تاریخ آخرین نوبت	شماره دفعات							
				ملاحظات:							ساعت	گزارش گردید. گیرنده گزارش		از	توسط		در تاریخ					
											ساعت	گزارش گردید. گیرنده گزارش		به	توسط		در تاریخ					
											ساعت	گزارش گردید. گیرنده گزارش		به	توسط		در تاریخ					

کد عرضه خدمات

۱- شهری

۲- جمعیت روستایی تحت پوشش خانه بهداشت

۳- روستایی تحت پوشش تیم سیار