برنامه کشوری مبارزه با مالاریا

فرم بیماریابی موارد مشکوک

محل بیماریابی:

مرکز بهداشتی درمانی:.....

نام و نام خانوادگی:..... سن:.... جنس: مرد ☐ زن☐ ملیت:ایرانی☐ غیر ایرانی☐
وضعیت تاهل:مجرد ☐ متاهل ☐جدا شده از همسر ☐ همسر مرده ☐ شغل:.....

نشانی کامل و شماره تماس:.....

علت انجام آزمایش:

علائم بالینی و شواهد اپیدمیولوژیک			
تب		لرز های خفیف	
تشنج و یا اختلال هوشیاری		درد در ناحیه کمر	
درد در عضلات		تعریق	
سردرد		تهوع و استفراغ	
سابقه تزریق مشترک یا دریافت خون		سابقه ابتلا به مالاریا در گذشته	
طی دو سال گذشته از افغانستان یاپاکستان یا سایر کشورهای مالاریا خیز به ایران آمده است		سابقه حتی یکبار سفر در دو سال گذشته از کشورهای مذکور به ایران	
سابقه سفر به مناطق مالاریا خیز داخل کشور			

نام و امضاء گیرنده نمونه:.....

نتیجه بررسی لام خون محیطی

نام و نام خانوادگی بیمار:..... نام مرکز ارسال نمونه:.....

تاریخ اعلام نتیجه به مرکز :..... تاریخ وصول نمونه به آزمایشگاه:.....

نام و امضاء آزمایش کننده:.....

تاریخ انجام آزمایش	کیفیت نمونه				نتیجه								مراحل انگل		
	گستره نازک		گستره ضخیم		منفی	ویواکس	مالاریه	اووال	نووالزی	فالسیپاروم	میکس	گامتوسیت	شیزونت	تروفوزوئیت
	مطلوب	نامطلوب	مطلوب	نامطلوب										