

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند

مرکز بهداشت شهرستان بیرجند

(فرم شماره ۳ مراقبت التور) فرم نمونه برداری روزانه بیماری اسهالی و فرم گزارش آزمایشگاه

تاریخ: .....

خانه بهداشت / پایگاه سلامت: .....

مرکز خدمات جامع سلامت: .....

بیمارستان: .....

مطب خصوصی: .....

سایر با ذکر نام: .....

* آزمایشگاه				آدرس کامل و تلفن	محل سکونت		مکان مراجعه بیمار		تماس با		وارد از	ملیت	تاریخ		گروه سنی		شغل	نام پدر	نام و نام خانوادگی	ردیف			
نتیجه آزمایش	تاریخ		کیفیت نمونه		روستا	شهر	بیمارستان خارج (نام واحد بهداشتی درمانی یا غیره نوشته شود)	بیمارستان	ایم.آر.سی	تلفن			نمونه برداری	روز علائم	۲ سال و بالاتر	زیر ۲ سال					جنس	نام	
	انجام آزمایش	تحویل به آزمایشگاه	مطلوب ن																				مطلوب ب

نام و امضاء مسئول آزمایشگاه

نام و امضاء مسئول واحد

نام و نام خانوادگی نمونه بردار

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