

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی بیرجند

شبکه بهداشت و درمان شهرستان:.....

فرم شماره یک: لیست خطی بیماران درطغیان بیماری منتقله از غذا (تاریخ تکمیل فرم:...../...../.....)

آدرس محل سکونت و تلفن	نام غذای آلوده	تشخیص آزمایشگاهی		علائم و نشانه های بالینی								بسنری H سرپایی O	تاریخ مرگ	تاریخ بهبودی	تاریخ مراجعه	تاریخ شروع بیماری	شغل	سن به سال	جنس F/M	نام و نام خانوادگی	ردیف
		نمونه غذا	نمونه بالینی	سایر	HA	F	AC	N	V	BD	ND										

سر درد= HA تب = F کرامپ شکمی = AC تهوع = N استفراغ = V اسهال خونی = BD اسهال غیر خونی= ND

نام کارشناس تکمیل کننده:..... رئیس مرکز بهداشت شهرستان:.....