بسمه تعالی

فرم شماره ۱

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند:

مرکز بهداشت شهرستان: بیرجند

لیست خطی بیماران مبتلا به مننژیت

شهرستان :بیرجند **استان / دانشگاه :**بیرجند **تاریخ:** سال:

| ردیف | نام و نام خانوادگی | سن | جنس | شغل | تاریخ | | علائم بالینی | | | | | تاریخ | | CSF / خون | | | | |