

فرم ارسال نمونه سرمی خون بیماران مبتلا به تب خونریزی دهنده کریمه کنگو (CCHF)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

مرکز بهداشت شهرستان .....

عاقبت بیماری		راه ابتلا ( با علامت ضربدر مشخص نمایید)			علائم بیماری ( با علامت ضربدر مشخص نمایید)			تاریخ تهیه نمونه سرم خون			تاریخ تشخیص	تاریخ بروز اولین علائم بیماری	شغل	جنس	سن	ملیت	نام محل سکونت		نام و نام خانوادگی	شماره		
تاریخ فوت	بهبودی	تماس با موارد مبتلا	تماس با گنجه	تماس با حیوان	ترمبوسیتوپنی	خونریزی	تب ( بیشتر از ۳۸ درجه)	سوم	دوم	اول							روستا	شهر				

مورد گزارش شده باید طبق تعریف محتمل بیماری دارای علائم تب، درد عضلانی، خونریزی و یکی از علائم اپیدمیولوژیک با ترمبوسیتوپنی باشد.

این فرم بایستی به همراه نمونه های سرم خون که بر روی آن تاریخ نمونه گیری، نام و نام خانوادگی بیمار، شماره نمونه درج شده است، ارسال گردد.