**شهرستان دانشگاه علوم پزشكي وخدمات بهداشتي درماني ایلام فرم شماره یک......**

**نام واحد : مرکز بهداشت شهرستان ............. تاريخ تكميل : / /**

**فرم بیماریابی مالاریا**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام و** **نام خانوادگي** | **نام پدر** | **سن** | **شغل** | **جنس** | **ملیت** | **نوع مراقبت** | **نوع لام تهیه شده** | **تاریخ تهیه لام** | **تاریخ آزمایش لام** | **نوع انگل و مراحل آن** | **آدرس و تلفن** |
| **مرد** | **زن** | **تبدار مشکوک** | **تعقیب** | **بررسی** |
| **غیرباردار** | **باردار** |
| **اکتیو** | **پاسیو** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |