

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

کد فرم: ۱۰۲-۱۵-۰۱

تاریخ تکمیل: / /

فرم شماره ۱- لیست خطی بیماران در طغیان بیماری منتقله از آب و غذا

دوره تکمیل فرم: در موارد وقوع طغیان

ماه سال

نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

خانه بهداشت

بیمارستان

آدرس محل سکونت و تلفن	نام غذای آلوده	تشخیص آزمایشگاهی		علائم و نشانه‌های بالینی شایع								بستری سرپایی H O	تاریخ مرگ	تاریخ بهبودی	تاریخ مراجعه	تاریخ شروع بیماری	شغل	سین به سال F/M	جنس	نام و نام خانوادگی	ردیف
		نمونه غذا	نمونه بالینی	بیاب	HA	F	AC	N	V	BD	ND										

سررد=HA تب=AC کرامپ شکمی=AC تهوع=N استفراغ=V اسهال خونی=BD اسهال غیرخونی=ND

نام و سمت تکمیل کننده: امضاء: نام و امضاء مسئول مرکز