فرم اعلام نتایج غربالگری ژنتیکی زمان ازدواج

از مرکز ارائه خدمات زمان ازدواج : ............. به /از: مرکز بهداشت شهرستان : به/از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی : به/از: ستاد وزارت بهداشت

سه ماهه : ..... سال : ......

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام مرکز ارائه خدمت زمان ازدواج / مرکز بهداشت شهرستان | تعداد زوج غربالگری شده | تعداد نتیجه پرسشنامه به تفکیک | | تعداد نتیجه غربالگری به تفکیک | |
| مثبت | منفی | مثبت | منفی |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| جمع |  |  |  |  |  |

شرح فرم: اعلام نتایج غربالگری زنتیکی زمان ازدواج

این فرم به صورت 3 ماهه توسط مرکز ارائه خدمات زمان ازدواج بر اساس آمار ثبت شده غربلگری زمان ازدواج در دفتر "ثبت نتایج غربالگری ژنتیکی زمان ازدواج" تکمیل و به سطوح بالاتر ارسال می گردد.

نام ونام خانوادگی تکمیل کننده فرم : سمت : تاریخ : امضاء: