مراقبت حشره شناسی بیماری دانگ، چیکونگونیا و ویروس زیکا

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

فرم شماره ۲- خلاصه اطلاعات پشه‌های جمع آوری شده در هر کانون در طی یک نوبت بررسی

استان:	**سال گزارش:**	**تاریخ بررسی :**
شهرستان:	**ماه گزارش:**	**تاریخ تکمیل و ارسال فرم:**

بررسی تخم گذاری(اویتراپ)				**بررسی لاروی**				**بررسی بالغ**							
تعداد کل تخم	تخم آئدس اجیپتی	تخم آئدس البوپیکتوس	سایر	تعداد کل لارو	لارو آئدس اجیپتی	لارو آئدس البوپیکتوس	سایر	تعداد کل بالغ	بالغ آئدس اجیپتی		بالغ آئدس البوپیکتوس		سایر	
			نوع / تعداد				نوع / تعداد		نر	ماده	نر	ماده	نوع	تعداد
در صورت بررسی تخم گذاری تکمیل شود: تعداد کل اویتراپ های حاوی آب: تعداد کل اویتراپ های واجد تخم: میانگین تخم به اویتراپ در طی ۲۴ ساعت:				**در صورت بررسی لاروی تکمیل شود:** تعداد کل اماکن بررسی شده: تعداد کل اماکنی که لارو آئدس اجیپتی یا البوپیکتوس در آن ها یافت شده: تعداد کل ظروف بررسی شده: تعداد کل ظروفی که لارو آئدس اجیپتی یا البوپیکتوس در آن ها یافت شده: شاخص مکان: شاخص ظرف: شاخص برتو:				**در صورت بررسی بالغ تکمیل شود:** میانگین گزش آئدس اجیپتی به فرد و به زمان جمع آوری (ساعت): میانگین گزش آئدس البوپیکتوس به فرد و به زمان جمع آوری (ساعت): میانگین جمعیت آئدس اجیپتی در حال استراحت به مکان و به زمان جمع آوری: میانگین جمعیت آئدس البوپیکتوس در حال استراحت به مکان و به زمان جمع آوری:					

***این فرم هردو هفته یکبار تکمیل و به معاونت بهداشتی ارسال می گردد.**

نام و نام خانوادگی و امضاء کارشناس تکمیل کننده در معاونت امور بهداشتی:

نام و نام خانوادگی و امضاء رئیس گروه بیماریهای واگیر معاونت امور بهداشتی: