گزارش ماهیانه مراقبت مالاریا از شهرستان به معاونت بهداشتی

بسمی تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

شبکه / مرکز بهداشت و درمان شهرستان ..... ماه : ..... سال : .....

ویرایش ۰۰۱

ردیف	نام مرکز بهداشتی و درمانی	جمعیت	ماه	تعداد لام های تهیه شده				جمع موارد مثبت	نوع انگل			تعداد RDT تهیه شده *		گروه سنی			جنسیت			محل سکونت			ملیت				بررسی اپیدمیولوژی								نتیجه درمان			
				اکتیو		پاسیو			ویواکس	فالسیپاروم	میکس	تعداد کل	تعداد مثبت	۰-۴ سال	۵-۱۴ سال	۱۵ سال به بالا	مرد	زن		شهر	روستا	عشایر	ایرانی	پاکستانی	افغانی	سایر	انتقال		وارده		انتقال از خون	عود	تکراری	بهبودی	بستری	مقاوم به دارو	فوت
				لام	مثبت	لام	مثبت											غیر باردار	باردار								از وارده	محلی	داخل کشور	خارج کشور							
			جاری																																	
			قبل																																	
			جمع																																	
			جاری																																	
			قبل																																	
			جمع																																	
			جاری																																	
			قبل																																	
			جمع																																	
			جاری																																	
			قبل																																	
			جمع																																	
			جاری																																	
			قبل																																	
			جمع																																	
			جاری																																	
			قبل																																	
			جمع																																	
			جاری																																	
			قبل																																	
			جمع																																	

تاریخ تکمیل فرم : ..... نام و امضای مسئول واحد آمار : ..... نام وامضای مسئول واحد بیماری ها : ..... نام و امضای مدیر شبکه / رئیس مرکز بهداشت شهرستان : .....