گزارش ماهیانه مراقبت مالاریا ازمرکز بهداشتی درمانی به شهرستان

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 آبادی	شماره آبادی	جمعیت	ماه	تعداد لام های تهیه شده				RDT*	جمع موارد مثبت	نوع انگل			گروه سنی			جنسیت		محل سکونت			ملیت				بررسی اپیدمیولوژی						نتیجه درمان			
					اکتیو		پاسیو				ویواکس	فالسیپاروم	میکس	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 / رییس مرکز بهداشت شهرستان : .....