**فرم نمونه برداری روزانه بیماری اسهالی وفرم گزارش آزمایشگاه خانه بهداشت : ......... مرکزبهداشتی درمانی : ...... بیمارستان: ........ مطب خصوصی : ......**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی** | **نام**  **پدر** | **جنس** | **سن** | **گروه سنی** | | **شغل** | **تاریخ** | | **ملیت** | **وارده از** | **تماس با** | | **مکان مراجعه بیمار** | | **محل سکونت** | | **آدرس کامل**  **وتلفن** |
| **بروز علائم** | **نمونه برداری** |
| **زیر 2 سال** | **2 سال و بالاتر** |
| **بیمار وبایی** | **اتباع خارجی** | **بیمارستان** | **خارج بیمارستان (نام و احد بهداشتی درمانییا غیره نوشته شود)** | **شهر** | **روستا** |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگی نمونه بردار نام و امضاء مسئول واحد نام و امضاء مسئول آزمایشگاه**