

# وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

## مرکز مدیریت بیماری‌ها

فرم ارسال نمونه از موارد مشکوک سرخک به آزمایشگاه

..... مرکز بهداشت شهرستان ..... دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

کد شناسایی بیمار:

نام و نام خانوادگی بیمار:

تاریخ:

کد ملی:

کد پستی:

جنسیت: زن  مرد

سن بر حسب ماه:

نام پدر:

تاریخ تولد: روز ماه سال

آدرس محل سکونت:

تعداد دوزهای دریافتی واکسن سرخک:

واکسن MR: تاریخ آخرین دوز دریافتی:

واکسن MMR: تاریخ آخرین دوز دریافتی:

تاریخ شروع بثورات:

تاریخ شروع تب:

نوع بثورات: ماکولوپاپولار  وزیکولار  سایر  نامشخص

شرح حال بالینی (مختصر):

نوع نمونه	تاریخ جمع آوری نمونه	تاریخ ارسال نمونه	ملاحظات
خون <input type="checkbox"/>			
ادرار <input type="checkbox"/>			
ترشحات گلو <input type="checkbox"/>			

امضاء تکمیل کننده:

امضاء رئیس مرکز بهداشت:

تاریخ:

این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل میشود:

نام آزمایشگاه:

نام تحویل گیرنده:

تاریخ وصول به آزمایشگاه:

وضعیت نمونه دریافت شده: قابل قبول  غیر قابل قبول

نتیجه آزمایش:

سرخک  سرخچه  پاروو ویروس (B 19)  منفی  نامشخص

امضاء مسئول آزمایشگاه:

این فرم بایستی در دوبرگ تکمیل و پس از تحویل نمونه به آزمایشگاه قسمت پایین فرم توسط مسئول آزمایشگاه تکمیل و یک نسخه آن به مرکز بهداشت استان جهت نگهداری تحویل داده شود.