



معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

مرکز بهداشت شهرستان:

کد ۱۴,۰۱

فرم گزارش ماهیانه موارد بیماری های قابل پیشگیری با واکسن رده محیطی ماه: سال:

همکار محترم: خواهشمند است در صورت مشاهده موارد مظنون به بیماری های زیر مراتب را با ذکر مشخصات و نشانی دقیق به مرکز بهداشت شهرستان گزارش نمایید. تلفن شهرستان کاشان ۰۳۱-۵۵۴۴۳۹۳۹-۵۵۴۶۸۲۱۲ و شهرستان آران و بیدگل ۰۳۱-۵۴۷۰۶۸۰۶ در صورت عدم مشاهده مورد ذکر موارد صفر الزامی است.

نام بیمارستان: نام فیزیوتراپی: نام مرکز خدمات جامع سلامت شهری:

نام خانه بهداشت: نام پایگاه سلامت: نام مرکز خدمات جامع سلامت روستایی:

نام مطب پزشک: نام تیم سیار: نام اردگاه مهاجرین:

در صورت بروز موارد				موارد صفر	تعداد موارد	موارد مظنون بیماری
نام و آدرس و تلفن	تاریخ بروز	سن	نام / نام خانوادگی			
						فلج سل حاد
						سندروم سرخجه مادرزادی
						تب و بثورات ماکولوپاپولر
						کزاز نوزادی
						دیفتری
						سیاه سرفه
						مننژیت

نام و نام خانوادگی و امضاء فرد گزارش دهنده: