

فرم شماره ۱ (اطلاعات موارد مشکوک به چیکن گونیا و تب دنگی)

(از تمام این موارد، طبق دستورالعمل نمونه ی سرم جهت آزمایشگاه آربوویروس شناسی انستیتو پاستور ارسال شود)

دانشکده/دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام محل سکونت		سن	جنس	کد ملی	تاریخ شروع علائم بیماری	تاریخ نمونه گیری	سابقه مسافرت به منطقه پرخطر در طی ۲ هفته قبل از تاریخ شروع علائم بیماری		وجود فردی با علائم مشابه در منزل	
		نام شهر	نام روستا						دارد	ندارد	دارد	ندارد
۱						/...../...../...../.....				
۲						/...../...../...../.....				
۳						/...../...../...../.....				
۴						/...../...../...../.....				
۵						/...../...../...../.....				
۶						/...../...../...../.....				
۷						/...../...../...../.....				
۸						/...../...../...../.....				
۹						/...../...../...../.....				
۱۰						/...../...../...../.....				

مهر و امضا پزشک گزارش دهنده:

نام و نام خانوادگی کارشناس مسوول گزارش دهنده:

تاریخ تکمیل فرم:/...../.....
تاریخ ارسال نمونه:/...../.....