

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۰۲-۰۷-۰۱

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

فرم شماره ۳ گزارش ماهانه ی سندروم ها و اتیولوژی های آمیزشی به مرکز مدیریت بیماری ها

ماه

دوره تکمیل فرم: ماهانه

خانه بهداشت:

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

مرکز بهداشتی درمانی شهری

نوع واحد: ستاد

کل تعداد موارد گزارش شده:

| سن(سال) | | | | | | | | | | |
|---|--------------------|--------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------|-------|-------|-------|-------------|-------|
| مجموع | ۴۵ و بالاتر | ۴۰-۴۴ | ۳۵-۳۹ | ۳۰-۳۴ | ۲۵-۲۹ | ۲۰-۲۴ | ۱۸-۱۹ | ۱۵-۱۷ | کم تر از ۱۵ | جنس |
| اولسر غیر وزیکولی ژنیتال | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | زن |
| | | | | | | | | | | مرد |
| | | | | | | | | | | مجموع |
| ترشح مجرا در مردان | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | مرد |
| گنوره (قطعی) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | زن |
| | | | | | | | | | | مرد |
| | | | | | | | | | | مجموع |
| سیفلیس اولیه و ثانویه (مشکوک) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | زن |
| | | | | | | | | | | مرد |
| | | | | | | | | | | مجموع |
| سیفلیس اولیه و ثانویه (قطعی) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | زن |
| | | | | | | | | | | مرد |
| | | | | | | | | | | مجموع |
| کلامیدیا (قطعی) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | زن |
| | | | | | | | | | | مرد |
| | | | | | | | | | | مجموع |
| ۲- شهرستانهایی با تغییر ۱۵٪ یا بیشتر نسبت به ماه قبل در هر یک از موارد: | | | | | | | | | | |
| اولسر غیر وزیکولی ژنیتال | ترشح مجرا در مردان | گنوره (قطعی) | سیفلیس اولیه و ثانویه (مشکوک) | سیفلیس اولیه و ثانویه (قطعی) | کلامیدیا (قطعی) | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز: