

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

نام واحد :

معاونت امور بهداشتی

کد فرم : ۱۰۲-۱۵-۰۲

تاریخ تکمیل : / /

فرم شماره ۲/۱ - مراقبت التور - دفتر ثبت توزیع محیط های کری بلر التور شهرستان

ماه سال

دوره تکمیل فرم : ماهانه

نوع واحد : ستاد

مرکز بهداشتی درمانی شهری

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

خانه بهداشت

تحويل محیط کری بلر			نام و احد بهداشتی یا درمانی یا بیمارستان	ردیف*
نام تحويل گیرنده	تعداد	تاریخ		

* ردیف برای هر سال شمسی از ابتدا شروع میشود .

نام و سمت تکمیل کننده :

امضاء :

نام و امضاء مسئول مرکز :

نام مرکز / شبکه

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

کد فرم: ۱۰۲-۱۵-۰۳

نام واحد:

معاونت امور بهداشتی

تاریخ تکمیل: / /

فرم شماره ۲/۲ - مراقبت التور - لیست واحدهای بهداشتی و درمانی و بیمارستانی شهرستان

ماه

سال

دوره تکمیل فرم: ماهانه

نوع واحد: ستاد

مرکز بهداشتی درمانی شهری

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

خانه بهداشت

نام و واحد بهداشتی یا درمانی و نام بیمارستان و	ردیف *	نام واحد بهداشتی یا درمانی و نام بیمارستان و	ردیف *

* ردیف برای هر سال شمسی از ابتدا شروع میشود .

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز:

نام مرکز / شبکه
نام واحد:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
معاونت امور بهداشتی

کد فرم: ۱۰۲-۱۵-۰۴
تاریخ تکمیل: / /

فرم شماره ۳ مراقبت التور - فرم نمونه برداری روزانه بیماری اسهالی و فرم گزارش آزمایشگاه
دوره تکمیل فرم: ماهانه

نوع واحد: ستاد مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت بیمارستان مطب خصوصی

آزمایشگاه	آدرس کامل و تلفن	محل سکونت		مکان مراجعه بیمار		تماس با		تاریخ	شغل	گروه سنی		سن	جنس	نام پدر	نام و نام خانوادگی				
		روستا	شهر	خارج بیمارستان (نام واحد بهداشتی درمانی یا غیره نوشته شود)	بیمارستان	اتباع خارجی	بیمار و بایی			وارد از	ملیت					نمونه برداری	بروز علائم	۱۸	۷
																		کیفیت نمونه	تاریخ*

* فقط این ستونهای زرد رنگ توسط آزمایشگاه تکمیل و سپس عینا به واحد بیماریهای شهرستان ارسال و بایگانی و پایان ماه آمار آن در پورتال وارد میشود.

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز:

نام مرکز / شبکه: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
 نام واحد: معاونت امور بهداشتی
 ماه: فرم شماره ۴ مراقبت التور - دفتر ثبت آزمایشات التور شهرستان
 سال: دوره تکمیل فرم: روزانه
 نوع واحد: ستاد مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت

کد فرم: ۱۰۲-۱۵-۰۵
 تاریخ تکمیل: / /

آدرس و شماره تلفن	نتیجه	تاریخ				واحد تهیه کننده نمونه	تماس با		وارد از	ملیت	منطقه بیمار		وضعیت بیماری		گروه سنی		سن	جنس	نام و نام خانوادگی	ردیف	
		انجام آزمایش	تحويل به آزمایشگاه	تهیه نمونه	بروز علائم بالینی		اتباع خارجی	بیمار واپی			روستا	شهر	بستری	سرپائی	≤ ۲	> ۲					

* ردیف برای هر سال شمسی از ابتدا شروع میشود .

نام و سمت تکمیل کننده: امضاء: نام و امضاء مسئول مرکز:

نام مرکز / شبکه
نام واحد :

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
معاونت امور بهداشتی

کد فرم: ۱۰۲-۱۵-۰۶
تاریخ تکمیل: / /

فرم شماره ۵ مراقبت التور- گزارش ماهیانه موارد نمونه برداری التور

دوره تکمیل فرم : ماهانه

نوع واحد : ستاد

مرکز بهداشتی درمانی شهری

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

خانه بهداشت

تعداد موارد ناگ انسانی	تعداد فوت شدگان در		موارد مثبت				وارد از				ملیت		محل سکونت		گروه سنی		جنس		تعداد نمونه های آزمایش شده در			تعداد کل موارد اسهال گزارش شده	ردیف	
	موارد منفی	موارد مثبت	تماس با اتباع خارجی	تماس با بیمار وبایی	بستری	سرپایی	سایر	افغانستان	پاکستان	مورد داخلی	خارجی	ایرانی	شهر	روستا	≤۲	≥۲	زن	مرد	جمع	موارد اسهالی بیمارستانی	موارد اسهالی خارج بیمارستانی			

نام و سمت تکمیل کننده :

امضاء :

نام و امضاء مسئول مرکز :

نام مرکز / شبکه

نام واحد :

فرم شماره ۶ مراقبت التور- لیست خطی موارد مثبت ناگ (گزارش تلفنی)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

معاونت امور بهداشتی

فرم شماره ۶ مراقبت التور- لیست خطی موارد مثبت ناگ (گزارش تلفنی)

دوره تکمیل فرم : روزانه

نوع واحد : ستاد

مرکز بهداشتی درمانی شهری

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

خانه بهداشت

کد فرم: ۱۰۲-۱۵-۰۷

تاریخ تکمیل: / /

آدرس و تلفن	تماس با اتباع خارجی	ملیت	تاریخ گزارش	تاریخ انجام آزمایش	تاریخ نمونه برداری	تاریخ بروز	تعداد مبتلا در خانواده	نام پدر	سن	جنس	منطقه		نام و نام خانوادگی	ردیف
											روستایی	شهری		

نام و سمت تکمیل کننده :

امضاء :

نام و امضاء مسئول مرکز :