

نام مرکز / شبکه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
 نام واحد: معاونت امور بهداشتی
 کد فرم ۱۰۴-۰۷-۰۴
 تاریخ تکمیل: / / ماه
 فرم آمار لام های خونی تهیه شده در برنامه بیماری یابی تب های بازگرد
 دوره تکمیل: ماهانه
 نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت

ملاحظات	پاسیو		اکتیو		تعداد کل لام	جمعیت	محل تهیه لام	ردیف
	تعداد لام	لام مثبت	تعداد لام	لام مثبت				
								۱
								۲
								۳
								۴
								۵
								۶
								۷
								۸
								۹
								۱۰
								۱۱
								۱۲
								۱۳
								۱۴
								۱۵
								۱۶
								۱۷
								۱۸
								۱۹

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