

نام مرکز / شبکه
نام واحد:

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

کد فرم ۱۰۲-۰۳-۰۴
تاریخ تکمیل: / /
ماه

فرم گزارش تعداد گسترده خلط انجام شده برای بیماریابی و پیگیری درمان
دوره تکمیل فرم: سه ماهانه

نوع واحد: مرکز بهداشتی درمانی شهری مرکز بهداشتی درمانی روستایی خانه بهداشت:

تعداد بیماران مشکوک که گستره خلط انجام داده اند:

ایرانی غیر ایرانی

تعداد بیماران مشکوک که برای انجام آزمایش میکروسکوپی مستقیم سل فقط «یک نمونه خلط» ارائه داده اند

ایرانی غیر ایرانی

تعداد بیماران مشکوک که برای انجام آزمایش میکروسکوپی مستقیم سل فقط «دو نمونه خلط» ارائه داده اند:

ایرانی غیر ایرانی

تعداد بیماران مشکوک که برای انجام آزمایش میکروسکوپی مستقیم سل فقط «سه نمونه خلط» ارائه داده اند:

ایرانی غیر ایرانی

تعداد گسترده خلط آزمایش شده برای بیمار یابی:

ایرانی غیر ایرانی

تعداد گسترده خلط «فاقد کیفیت مطلوب» آزمایش شده برای بیمار یابی:

ایرانی غیر ایرانی

تعداد بیماران گسترده خلط مثبت تشخیص داده شده:

ایرانی غیر ایرانی

تعداد بیمارانی که جهت پیگیری درمان، آزمایش اسمیر خلط انجام داده اند:

ایرانی غیر ایرانی

نام و سمت تکمیل کننده:

امضاء:

نام و امضاء مسئول مرکز: