شهرستان: .....

نوع واحد: مرکز بهداشتی و درمانی روستایی ☐ شهری ☐

خانه بهداشت ☐ روستای اصلی ☐ قمر ☐ تیم سیار ☐

میز پاسیو ☐ بخش خصوصی ☐ شماره آبادی.....

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مرکز بهداشت شهرستان .....

نام واحد:.....

فرم شماره یک .....

روز .....ماه.....سال.....

فرم بیماریابی مالاریا

ردیف	شماره خانوار	نام و نام خانوادگی	نام پدر	سن به سال	جنس			شغل	ملیت	نوع مراقبت		نوع لام تهیه شده			تاریخ تهیه لام	تاریخ آزمایش لام	نوع انگل و مراحل آن	آدرس کامل
					مرد	زن				اکتیو	پاسیو	تبدار مشکوک	تعقیب	بررسی				
						غیر باردار	باردار											

تاریخ تحویل به آزمایشگاه:.....نام و امضاء تهیه کننده لام:.....آزمایش کننده لام:.....کاردان مرکز بهداشتی درمانی:.....

۰۱/۳۱/ف ر/ب و