

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شبکه بهداشت و درمان شهرستان

فرم شماره یک- لیست خطی بیماران در طغیان بمیاری منتقله از غذا

تاریخ تکمیل فرم (/ /)

ردیف	نام و نام خانوادگی	جنس F/M	سن به سال	شغل	تاریخ شروع بیماری	تاریخ مراجعه	تاریخ بهبودی	تاریخ مرگ	بستری سرپایی H O	علائم و نشانه های بالینی شایع							تشخیص آزمایشگاهی		نام غذای آلوده	آدرس محل سکونت و تلفن
										ND	BD	V	N	AC	F	HA	سایر	نمونه بالینی		

ND = اسهال غیر خونی

BD = اسهال خونی

V = استفراغ

N = تهوع

AC = کرامپ شکمی

F = تب HA = سردرد

رئیس مرکز بهداشت شهرستان:

نام کارشناس تکمیل کننده: