

## فرم شماره ۱ (اطلاعات موارد مشکوک به چیکن گونیا و تب دنگی)

(از تمام این موارد، طبق دستورالعمل نمونه ی سرم جهت آزمایشگاه آربوویروس شناسی انستیتو پاستور ارسال شود)

**دانشکده/دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....**

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام محل سکونت		سن	جنس	کد ملی	تاریخ شروع علائم بیماری	تاریخ نمونه گیری	سابقه مسافرت به منطقه پرخطر در طی ۲ هفته قبل از تاریخ شروع علائم بیماری		وجود فردی با علائم مشابه در منزل	
		نام شهر	نام روستا						دارد	ندارد	دارد	ندارد
۱							...../...../.....	...../...../.....				
۲							...../...../.....	...../...../.....				
۳							...../...../.....	...../...../.....				
۴							...../...../.....	...../...../.....				
۵							...../...../.....	...../...../.....				
۶							...../...../.....	...../...../.....				
۷							...../...../.....	...../...../.....				
۸							...../...../.....	...../...../.....				
۹							...../...../.....	...../...../.....				
۱۰							...../...../.....	...../...../.....				

مهر و امضا پزشک گزارش دهنده:

نام و نام خانوادگی کارشناس مسوول گزارش دهنده:

تاریخ تکمیل فرم: ...../...../.....  
تاریخ ارسال نمونه: ...../...../.....