

ماه / هفته گزارش :

بسمه تعالی

واحد گزارش دهنده :

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

تاریخ گزارش دهی :

واحد: فعال غیر فعال

معاونت بهداشتی

فرم گزارش بیماریها

به استناد ماده ۱۹ قانون نحوه جلوگیری از بیماریهای آمیزشی و واگیر دار مصوب ۱۳۲۰ و بخشنامه ۱۰۶۰۶ مورخ ۱۳۷۴/۷/۹ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تمامی پزشکان، بیمارستانها و آزمایشگاهها ملزم به گزارش بیماریهای ذیل می باشند:

الف- گزارش فوری (تلفنی) شامل : وبا / فلج شل حاد / سرخک / سندرم سرخجه مادرزادی / سیاه سرفه / دیفتیری / کزاز نوزادان / کم کاری مادرزادی تیروئید نوزادان / مننژیت / طاعون / تیفوس / تب زرد / تب های راجعه / عوارض ایمنسازی

(آبسه ها ، بستری در بیمارستان ، فوت و هرگونه عارضه که موجب تشویش اذهان عمومی شود) / مالاریا / بوتولیسم / سیاه زخم تنفسی / شپش تن / فاسیولازیس / هاری / بیماریهای بثوریتی خونریزی دهنده / آنفلوآنزای انسانی / آنفلوآنزای پرندگان /

سل ریوی اسمیر خلط مثبت / همه گیری و طغیان سایر بیماریها

ب- گزارش غیر فوری شامل : سایر انواع موارد سل (ریوی اسمیر خلط منفی و خارج ریوی) / جذام / کزاز بالغین / ایدز / بیماریهای آمیزشی / هپاتیت ویرال / تیفوئید / شینگلوز / لپتوسپیروز / سیاه زخم جلدی / کالا آزار / سالک / تب مالت /

عفونتهای بیمارستانی / پدیکلوزیس / مار و عقرب گزیدگی / سایر موارد عوارض ایمنسازی

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	سن	جنس	نوع بیماری	تاریخ بروز	علائم آزمایشگاهی	آدرس و شماره تلفن

نام و نام خانوادگی گزارش دهنده :

نام و نام خانوادگی گزارش گیرنده :

امضاء :

امضاء :