|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **روستا:** | **بخش:** | **شهر:** | **شهرستان:** | **دانشگاه:** | **استان:** |
| **نام گزارش دهنده و تلفن**  | **تاریخ ارسال نمونه ها** | **نوع نمونه های گرفته شده** | **سابقه تماس و رابطه اپیدمیولوژیک** **(توضیح دهید)** | **علایم بیماری** | **سابقه بیماری مشابه در خانواده** | **تاریخ شروع علایم** | **تعداد افراد خانواده** | **آدرس و تلفن** | **شغل** | **جنس** | **سن** | **نام و نام خانوادگی** | **تاریخ گزارش** |
| **بزرگی غدد لنفاوی و محل آن** | **ضایعه پوستی، شکل و تاریخ بروز آن (ماکول، پاپول، وزیکول، پوستول، کراست)** | **بدن درد** | **سردرد** | **تب** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

لیست خطی بیماران مشکوک به آبله میمونی (**Monkey pox)**