

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشت شهرستان

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

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

سر درد = HA تب = F کرامپ شکمی = AC تهوع = N استفراغ = V اسهال خونی = BD اسهال غیر خونی = ND

نام کارشناس تکمیل کننده :

رییس مرکز بهداشت شهرستان: