

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
مرکز مدیریت بیماریها
فرم ارسال نمونه از موارد مشکوک سرخک به آزمایشگاه
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

کد شناسایی بیمار:		تاریخ:	
نام و نام خانوادگی بیمار:	کد ملی:	کد پستی:	
ام پدر: اسماعیل	جنسیت: مرد	زن	
تاریخ تولد:	روز	سال	سن برحسب ماه:
آدرس محل سکونت:			
تعداد دوز های دریافتی واکسن سرخک : تزریق واکسن :			
واکسن MR: تاریخ آخرین واکسن...		واکسن MMR: تاریخ آخرین دوز دریافتی:	
تاریخ شروع بثورات...: تاریخ شروع تب:			
نوع بثورات: ماکولوپاپولار ☐ وریکولار ☐ سایر ☐ نامشخص ☐			
شرح حال بالینی (مختصر):			
بثورات-			
نوع نمونه	تاریخ جمع آوری نمونه	تاریخ ارسال نمونه	ملاحظات
خون			
ادرار			
ترشحات گلو			
امضاء تکمیل کننده		امضاء رئیس مرکز بهداشت: تاریخ	
این قسمت توسط آزمایشگاه تکمیل می شود.			
نام آزمایشگاه: دانشگاه بهداشت تهران		نام تحویل گیرنده: تاریخ وصول به	
آزمایشگاه:/...../.....			
وضعیت نمونه دریافت شده:		قابل قبول ☐ غیر قابل قبول ☐	
نتیجه آزمایش: سرخک ☐ سرخجه ☐ پاروویروس (B19) ☐ منفی ☐ نامشخص ☐			
امضاء مسئول آزمایشگاه:			
این فرم بایستی در 2 برگ تکمیل و پس از تحویل نمونه به آزمایشگاه قسمت پایین فرم توسط مسئول آزمایشگاه تکمیل و یک نسخه آن به مرکز بهداشت استان جهت نگهداری تحویل داده شود.			