**پایگاه سلامت /مرکز جامع سلامت /: سال : ماه :**

**(موردی نبوده)**

|  |  |
| --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی بیمار :** |  |
| **نام پدر :** |  |
| **کد ملی :** |  |
| **سن :** |  |
| **جنس :** |  |
| **ملیت :** |  |
| **شغل :** |  |
| **آدرس محل سکونت و تلفن :** |  |
| **آزمایشهای تخصصی تشخیصی : ( رایت / 2ME)به عدد نوشته شود ....** |  |
| **مورد بیماری : (جدید/شکست درمان-عود/نامشخص)** |  |
| **نوع تماس با دام :** |  |
| **سابقه مصرف فراورده های لبنی غیر پاستوریزه : (شیر/ پنیر / خامه سرشیر** |  |
| **سال بروز علائم بالینی :** |  |
| **ماه بروز علائم بالینی :** |  |
| **سال تشخیص بالینی :** |  |
| **ماه تشخیص بالینی :** |  |
| **علائم بالینی :** |  |
| **مدت بستری در بیمارستان : (در صورت بستری بودن )** |  |
| **در صورت شکست درمان یا عود (سال درمان قبلی و مدت زمان درمان قبلی )** |  |
| **در صورت وجود عوارض بیماری،نوع عارضه : (آرتریت/اسپوندیلیت/آنسفالیت/ارکید/اندوکاردیت/اختلال روانی)** |  |
| **نام دارو**  **مدت مصرف داروها:** |  |

**تکمیل کننده فرم :**