**پایگاه سلامت /مرکز جامع سلامت /آزمایشگاه تاریخ :**

|  |  |
| --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی بیمار** | **صفر** |
| **نام پدر** |  |
| **کد ملی** |  |
| **سن** |  |
| **جنس** |  |
| **وضعیت تاًهل** |  |
| **شغل** |  |
| **تاریخ بروز علائم بالینی** |  |
| **تاریخ انجام آزمایش ( تاریخ تشخیص )** |  |
| **نوع هپاتیت ( B یا ( C** |  |
| **نتیجه آزمایش ) SGOT در صورت انجام )** |  |
| **نتیجه آزمایش SGPT ( در صورت انجام )** |  |
| **وضعیت بیمار**  **( حاد / مزمن /ناقل نیازمند پیگیری /نامشخص )** |  |
| **سابقه واکسن ( دارد / ندارد )** |  |
| **عامل خطر یا راه انتقال**  **(تزریق خون /اعتیاد تزریقی /مادر به فرزند / افراد خانواده بیمار/تماس جنسی /سابقه دیالیز /شاغل در بهداشت و درمان / سایر موارد )** |  |
| **علت بررسی**  **(حاملگی/ داوطلبانه /بروز علائم بالینی / وجود عوامل خطر /سایر موارد** |  |
| **علائم بالینی ( بدون علائم / زردی / درد شکم / تهوع / استفراغ / سایر علائم )** |  |
| **پیامد بیماری**  **(بهبودی / تحت درمان /فوت/عارضه /نامشخص )** |  |
| **منبع گزارش ( خانه بهداشت/ آزمایشگاه / بیمارستان / پزشک بخش خصوصی/ انتقال خون / سایر )** |  |
| **آدرس محل سکونت** |  |
| **شماره تماس** |  |

**تکمیل کننده فرم :**