**گزارش هفتگی موارد مشکوک و محتمل بيماريهاي واگیر**

**دانشگاه علوم پزشكي شيراز**

**مركز بهداشت شهرستان : مرکز خدمات جامع سلامت شهری/روستایی:**

**سال: ماه: هفته.......... از تاریخ.....تا......**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام واحد** | **تعداد واحد موجود** | **تعداد واحدهايي كه گزارش آنها واصل شده است** | **موارد فلج**  **شل حاد** | **موارد تب و بثورات (ماکولر و پاپولر)** | **موارد سرخجه مادرزادي** | **موارد كزاز نوزادي** | **موارد سياه سرفه** | **تب مالت** | **سالک** | **هپاتیت**  **(a,b,c)** | **مالاریا** | **سل** |
| **تعداد** | **تعداد** | **تعداد** | **تعداد** | **تعداد** | **تعداد** | **تعداد** | **تعداد** | **تعداد** | **تعداد** |
| 1 | خانه بهداشت |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | مطب پزشك |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | پايگاه بهداشتي |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | مطب پزشک خانواده شهری |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | بیمارستان |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | آزمایشگاه |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | سایر |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگي کارشناس بیماریهای مرکز: امضاء**