

فرم خلاصه اطلاعات تب دنگ ، چیکونگونیا و زیکا

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی .....

مرکز بهداشت شهرستان: .....

تاریخ گزارش: .....

تعداد موارد مثبت خانوار	تعداد افراد خانوار	عاقبت بیماری		نتیجه آزمایش	تاریخ تهیه سرم	سابقه مسافرت در 2 هفته گذشته *			تاریخ تشخیص	تاریخ بروز اولین علائم بیماری	شغل	جنس	سن	ملیت	نام محل سکونت		نام و نام خانوادگی	ردیف		
		بهبود	تاریخ فوت			محل مسافرت	ندارد	دارد							روستا	شهر				

\*سابقه مسافرت زیارتی خصوصا سفر به حج حتما سؤال شود.