**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه مرکزبهداشت شهرستان سلماس**

 **نام خانه /پایگاه:**

**مراقبت التور: (فرم شماره3) فرم نمونه برداری روزانه بیماری اسهالی و فرم گزارش آزمایشگاه مرکزخدمات جامع سلامت : .........**

 **بیمارستان:** .................................

 **مطب خصوصی :** ......................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی** | **نام پدر** | **جنس** | **سن** | **گروه سنی** | **شغل****شغل** | **تاریخ** | **سابقه مصرف****آنتی بیوتیک****بعد از بروز علائم اسهال** | **ملیت** | **وارده از** | **بیمار** | **محل سکونت** | **آدرس** | **شماره تماس** |  **آزمایشگاه** |
| **بروز علائم** | **نمونه برداری** |
| **2≥** | **2<** |
| **بستری** | **سرپائی** | **شهر** | **روستا** | **کیفیت نمونه** | **تاریخ🟏** | **نتیجه** **آزمایش** |
| دارد | ندارد | **مطلوب** | **نا مطلوب** | **تحویل به آزمایشگاه** | **انجام آزمایش** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگی نمونه بردار: نام و امضا مسئول واحد: نام و امضا مسئول آزمایشگاه :**