


شماره سند: LA-FO-021-00	فرم ارسال نمونه های مشکوک به	
شماره بازنگری: 00	سیاه سرفه	

شماره تلفن:	نام بیمارستان، دانشگاه، آزمایشگاه:	نام استان:
فاکس:		
نام پزشک معالج:	تاریخ اعلام بیماری به مرکز بهداشت استان:	
تاریخ تولد:	جنسیت:	نام و نام خانوادگی بیمار:
روز ماه سال	مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	
تاریخ شروع بیماری:	روز ماه سال	کد رهگیری بیمار:
علائم:		
- سرفه های قطاری و ادامه دار: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>		
- حالت تهوع همراه با سرفه: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>		
- بیمار تب دارد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>		
- آنتی بیوتیک مصرف کرده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
- نام دارو:		
واکسیناسیون قبلی (دیفتری-کزاز-سیاه سرفه) <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
تاریخ آخرین دز: روز ماه سال		
موارد تماس با بیمار مشکوک به سیاه سرفه: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
تاریخ نمونه برداری:	نوع نمونه های ارسالی:	
روز ماه سال	<input type="checkbox"/> از ناحیه نازوفارنکس بیمار روی محیط ترانسپورت سیاه سرفه <input type="checkbox"/> از سرفه نوزادان به روش cough plate	
نام و نام خانوادگی فرد مسئول ارسال کننده نمونه:		
آدرس مرکز:		
شماره تلفن:		
فاکس:		
این قسمت توسط انستیتو پاستور تکمیل می گردد:		
نام و نام خانوادگی فرد دریافت کننده نمونه:	تاریخ دریافت نمونه:	
اشکالات نمونه ارسال شده:	شماره نمونه:	
نشانی: تهران - خیابان پاستور - پلاک ۶۹ - انستیتو پاستور ایران - بخش میکروبیشناسی - آزمایشگاه کشوری سیاه سرفه		
تلفکس: ۶۶۴۰۵۵۳۵ - روزهای تعطیل ۲۰ - ۶۶۹۵۳۳۱۱		