



فرم گزارش بیماریهای واگیر و بیماری هپاتیت منتقله از راه خون

بخش :

محل چسباندن لیبل بیمار

تاریخ :

نام و نام خانوادگی بیمار:

شماره پرونده بیمارستانی :

نوع هپاتیت :

ارسال نمونه خون : ☐ بلی ☐ خیر

نوع بیماری واگیر :

علائم بالینی:

ارسال نمونه جهت کشت :

نظریه پزشک مبنی بر احتیاط خونی و رعایت ایزولاسیون :

مهر و امضاء مسئول بخش