

شماره سند: LA-FO-201-00	فرم ارسال نمونه های مشکوک به سیاه سرفه	
شماره بازنگری: 00		

نام استان:	نام بیمارستان، دانشگاه، آزمایشگاه:	شماره تلفن:
تاریخ اعلام بیماری به مرکز بهداشت استان:		نام پزشک معالج:
نام و نام خانوادگی بیمار:	جنسیت:	تاریخ تولد:
	☐ زن ☐ مرد	روز ماه سال
کد رهگیری بیمار:	تاریخ شروع بیماری:	روز ماه سال
علائم:		
- سرفه های قطاری و ادامه دار: ☐ بله ☐ خیر ☐ نامشخص		
- حالت تهوع همراه با سرفه: ☐ بله ☐ خیر ☐ نامشخص		
- بیمار تب دارد: ☐ بله ☐ خیر ☐ نامشخص		
- آنتی بیوتیک مصرف کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر		
- نام دارو:		
واکسیناسیون قبلی (دیفتری-کزاز-سیاه سرفه) ☐ بله ☐ خیر		
تاریخ آخرین دز: روز ماه سال		
موارد تماس با بیمار مشکوک به سیاه سرفه: ☐ بله ☐ خیر		
نوع نمونه های ارسالی:	تاریخ نمونه برداری:	روز ماه سال
☐ از ناحیه نازوفارنکس بیمار روی محیط ترانسپورت سیاه سرفه		
☐ 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:		
☐ تأخیر در ارسال به موقع به آزمایشگاه	☐ عدم رعایت زنجیره سرد	☐ ارسال یک عدد محیط ترانسپورت
☐ نقص در اطلاعات مربوط به بیمار	☐ استفاده از محیط تاریخ گذشته	☐ استفاده از سوآب پنبه ای در نمونه گیری
☐ استفاده از محیط متفرقه	☐ نمونه گیری از بینی و یا حلق	
نشانی: تهران - خیابان پاستور - پلاک ۶۹ - انستیتو پاستور ایران - بخش میکروبیشناسی - آزمایشگاه کشوری سیاه سرفه		
تلفکس: ۶۶۴۰۵۵۳۵ - روزهای تعطیل ۲۰ - ۶۶۹۵۳۳۱۱		