دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشت درماني سبزوار

(معاونت بهداشتی )

گزارش روزانه موارد مشكوك به آنفلوانزا در مراکز تجمعی تحت پوشش

مرکز خدمات جامع سلامت /پایگاه سلامت .............. روز ........... ماه ............ سال ...........

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام مدرسه** | **نام روستا/شهر** | **دخترانه / پسرانه** | **مقطع**  **ابتدائی /دبیرستان** | **تعداد كل دانش آموز** | **تعداد موارد مشکوک به آنفلوانزا** | **تعداد موارد غیبت** | **ملاحظات** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام کلاس** | **تعداد**  **دانش آموز** | **تعداد**  **غایبین** | **ردیف** | **نام کلاس** | **تعداد**  **دانش آموز** | **تعداد**  **غایبین** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

نام و نام خانوادگی گزارش دهنده : تاریخ و امضاء