فرم بيماريابي مالاريا از طريق RDT در راستاي برنامه كشوري حذف مالاريا

**معاونت بهداشتي دانشگا علوم پزشكي قم**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | نام ونام خانوادگي بيمار | سن **به سال** | مليت | نوع بیماریابی | جنس | نتيجه RDT | آدرس و تلفن بيمار |
| مرد | زن | منفي | مثبت |
| **غيرباردار** | **باردار** | **فالسيپاروم** | **ساير موارد** |
| اکتیو | پاسیو |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **فرم فوق هم براي موارد مثبت و هم براي موارد منفيRDT و لام خون محيطي تكميل شود.**
2. **در صورت مثبت شدن RDT لازم است بلافاصله درمان شروع شود (براي شروع درمان فقط نتيجه مثبت يكي از تست هاي RDT يا لام كافي است)**
3. **موارد مثبت RDT نيز (مانند لام خون محيطي) لازم است بلافاصله به صورت تلفني به مركز مالاريا گزارش شوند**
4. **جهت تكميل درمان با مركز مالاريا – مركز بهداشتي درماني امام حسن عسكري (ع) – 36658085 (ساعات اداري)- هماهنگ شود**