

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

**AKUT FLASK PARALİZİ
LABORATUVAR İNCELEME FORMU**

Vakanın Tespit Edildiği:

İl : Gönderme Tarihi : ___/___/____
İlçe : Hastanın Kodu :
Mahalle/Köy :

Vakanın Kimliği:

Adı Soyadı : Doğum Tarihi : ___/___/____
Baba Adı :
Ana Adı : Cinsi : E: K:
İkamet Adresi :

Paralizi Başlama Tarihi: ___/___/____

Örneği Gönderenin:

Adı Soyadı :
Görevi :
Görev Yeri :
Telefon No :

Alınan Örnek:

	<u>Alınma Tarihi</u>	<u>Sonuç</u>
1-Dışkı/Rektal sürüntü:	___/___/____
2-Dışkı/Rektal sürüntü:	___/___/____

Temashılar(Ad, soyad, yaş)

1-.....	Dışkı/Rektal sürüntü:	___/___/____
2-.....	Dışkı/Rektal sürüntü:	___/___/____
3-.....	Dışkı/Rektal sürüntü:	___/___/____
4-.....	Dışkı/Rektal sürüntü:	___/___/____
5-.....	Dışkı/Rektal sürüntü:	___/___/____

İl Program Sorumlusu:

Adı Soyadı :
Görevi :
Görev Yeri :
Telefon No :
Tarih : ___/___/____

İmza: