

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز بهداشت شهرستان

طرح کاهش و کنترل سیلیکوزیس

فرم س - ۱: گزارش دهی از پزشکان عمومی معاینه کننده به مرکز بهداشت شهرستان

سه ماهه سال

تعداد کل افراد معاینه شده: نفر

تعداد کل افراد ارجاع شده: نفر

لیست افراد ارجاع داده شده به پزشکان متخصص				
ردیف	نام و نام خانوادگی	محل کار / نوع شغل یا صنعت	تاریخ ارجاع	نتیجه ارجاع

ابتلا به سیلیکوزیس :	عدم ابتلا به سیلیکوزیس :	موارد نامشخص:	فعلا بدون پاسخ :
----------------------	--------------------------	---------------	------------------

مهر و امضاء .

نام و نام خانوادگی پزشک عمومی معاینه کننده :

تاریخ تکمیل فرم :