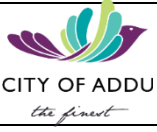




الدولة العربية السعودية
وزارة الصحة
مركز مكافحة الأمراض



نموذج استمارة الإبلاغ عن حالات الإصابة بالتهانوس

1- بيانات المريض:

<input type="checkbox"/>	الجنس	<input type="checkbox"/>	العمر	<input type="checkbox"/>	اللقب والاسم	<input type="checkbox"/>	الرقم القومي	<input type="checkbox"/>	الرقم الوظيفي
العنوان:		الحي / المنطقة / المدينة:		البلد:		المنطقة:		الفرع:	
الرقم الوظيفي:		الوظيفة:		الدرجة:		الدرجة:		الدرجة:	
الرقم الوظيفي:		الوظيفة:		الدرجة:		الدرجة:		الدرجة:	

2- التاريخ المرضي (التهانوس) (غير متأكد)

- تاريخ الإصابة بالتهانوس: ...
- الأعراض: ...
- التاريخ المرضي: ...
- التاريخ المرضي: ...
- التاريخ المرضي: ...
- التاريخ المرضي: ...
- التاريخ المرضي: ...
- التاريخ المرضي: ...

العنوان:		الحي / المنطقة / المدينة:	
الرقم القومي:		الرقم الوظيفي:	
الرقم القومي:		الرقم الوظيفي:	

التاريخ المرضي: ...

3- ملاحظات / ملاحظات

تم الإبلاغ عن حالات الإصابة بالتهانوس في ... 7/2010 (مركز مكافحة الأمراض) ... 148 ...

اسم المريض:	...
العنوان:	...
الرقم القومي:	...
الرقم الوظيفي:	...

