**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:**

 Alınma Tarihi Sonuç

 1-Dışkı/Rektal Sürüntü: / / .............................

 2-Dışkı/Rektal Sürüntü: / / .............................

Temaslılar(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: