فرم خلاصه اطلاعات
بیماری تب خونریزی دهنده:.....

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....
مرکز بهداشت استان:.....

تاریخ گزارش: روز.....ماه.....سال.....

ردیف	نام ونام خانوادگی	نام محل سکونت		ملیت	سن	جنس	شغل	تاریخ بروز اولین علائم بیماری	تاریخ تشخیص	تاریخ تهیه سرم			نتیجه آزمایش			عاقبت بیماری	
		شهری	روستا							نمونه اول	نمونه دوم	نمونه سوم	نمونه اول	نمونه دوم	نمونه سوم	بهبود	تاریخ فوت