



آزمایشگاه کشوری تشخیص هاری و مرکز رفرانس WHO
فرم ارسال نمونه مشکوک به هاری در انسان

شماره سند:

تاریخ:

مشخصات موسسه فرستنده

انستیتو پاستور ایران

موسسه فرستنده*: مرکز بهداشت شهرستان

نام فرستنده (برداشت کننده نمونه) :

تاریخ ارسال :

آدرس : استان

شهرستان

خیابان

Email:

فاکس :

تلفن :

مشخصات نمونه ارسالی

نوع نمونه	نام و نام خانوادگی	نام پدر	سن	جنس (مذکر/مونث)	محل سکونت (استان/شهرستان/روستا)	محل حادثه (استان/شهرستان/روستا)
☐ 1- مغز ☐ 2- پوست گردن ☐ 3- قرنیه ☐ 4- سرم ☐ 5- بزاق ☐ 6- CSF 7-						

تاریخ حادثه (گزش)	تاریخ مراجعه به پزشک (ظهور علائم)	محل جراحی در بدن و نوع جراحی (سطحی/متوسط/عمیق)	محل بستری	اقدامات انجام شده	تاریخ فوت								
				<table border="1"> <tr> <th>تاریخ تزریق واکسن هاری</th> <th>تاریخ تزریق سرم هاری</th> <th>تاریخ تزریق گزاز</th> <th>دفعات تزریق واکسن</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	تاریخ تزریق واکسن هاری	تاریخ تزریق سرم هاری	تاریخ تزریق گزاز	دفعات تزریق واکسن					
تاریخ تزریق واکسن هاری	تاریخ تزریق سرم هاری	تاریخ تزریق گزاز	دفعات تزریق واکسن										

مشخصات حیوان گزنده

نوع حیوان	مشخصات
ولگرد / خانگی	متواری / کشته شده / تحت نظر

شرح واقعه :

نام و نام خانوادگی مسئول :

این قسمت در بخش هاری انستیتو پاستور ایران تکمیل می شود			
تاریخ وصول :	تاریخ ارسال جواب مقدماتی :	تاریخ تزریق به حیوانات حساس آزمایشگاهی :	تاریخ ارسال جواب نهایی :
نتیجه آزمایش مستقیم (ایمونوفلوروسانس):	نتیجه آزمایش تزریق به حیوانات حساس آزمایشگاهی :	نام آزمایش کننده ایمونوفلوروسانس :	نام تایید کننده : امضاء :
توضیحات :			

امضاء :

فاکس: 64112813

نشانی: تهران - خیابان پاستور - پلاک 75 کد پستی: 1316943551 تلفن: 66403496

بخش تحقیقات هاری و مرکز همکاری با سازمان WHO

پست الکترونیکی: office@institute.pasteur.ac.ir صفحه الکترونیکی: http://www.pasteur.ac.ir

*مسئولیت دریافت پاسخ از طریق فاکس به عهده مرکز ارسال کننده نمونه می باشد.