

مرکز بهداشت شهرستان .....

مبارزه با بیماریها

# فرم گزارش ماهیانه موارد HIV/AIDS

ماه ..... سال .....

نشانی و شماره تلفن	نام پدر	نام خانوادگی	نام	مرحله بیماری در زمان تشخیص			تاریخ مثبت شدن WB	کد سابقه	شغل	کد وضعیت تأهل	سال تولد	جنسیت		ردیف
				نامشخص	ایدز	بدون علامت						زن	مرد	

نام و نام خانوادگی تکمیل فرم :

تاریخ تکمیل فرم :

مرکز بهداشت شهرستان .....

مبارزه با بیماریها

# فرم گزارش ماهیانه موارد فوت از HIV/AIDS

ماه ..... سال .....

نشانی و شماره تلفن	نام پدر	نام خانوادگی	نام	مرحله بیماری در زمان تشخیص			منبع گزارش فوت	علت فوت	تاریخ فوت	تاریخ مثبت شدن WB	کد سابقه	شغل	کد وضعیت تأهل	سال تولد	جنسیت		ردیف
				نامشخص	ایدز	بدون علامت									زن	مرد	

نام و نام خانوادگی تکمیل فرم:

تاریخ تکمیل فرم: