

# تصريح بمرض سار أو بوهضة ناجمة عنه

المؤرخ في

القانون عدد 71 لسنة 1992 المؤرخ في 27 جويلية 1992 ولامر عدد ..... لسنة


الاسم واللقب : ..... المرض .....

العنوان ..... تاريخ التصريح .....

<p>الاسم</p> <p>اللقب</p> <p>تاريخ الولادة</p> <p>الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى</p> <p>المهنة</p>		<p>الولاية</p> <p>المستعمدية</p> <p>مكان الإقامة القار</p> <p>العنوان</p> <p>المدينة</p>		<p>المرضى</p> <p>تاريخ بدء المرض</p> <p>المرضى</p> <p>تاريخ بدء المرض</p> <p>المرضى</p> <p>تاريخ بدء المرض</p>	
<p>تاريخ التصريح</p> <p>اليوم   الشهر   السنة</p>		<p>تاريخ الولادة</p> <p>السنة   الشهر   السنة</p>		<p>تاريخ بدء المرض</p> <p>اليوم   الشهر   السنة</p>	
<p>الامضاء والختم</p>		<p>تاريخ التصريح</p> <p>اليوم   الشهر   السنة</p>		<p>تاريخ بدء المرض</p> <p>اليوم   الشهر   السنة</p>	
<p>عدد الملف الطبي</p>		<p>اسم وعنوان المستشفى</p> <p>قسم الإقامة بالمستشفى</p> <p>غير ذلك ( مع التوضيح )</p>		<p>هل وقع قبول المريض بالمستشفى؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>هل توفي؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p>	
<p>اسم وعنوان المخبر</p>		<p>التاريخ</p> <p>المرضى</p> <p>تاريخ بدء المرض</p>		<p>هل وقع تأكيد المرض مخبرا</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>التاريخ</p>	
<p>إذا كان المريض من الأراض المستهدفة للبرنامج القومى للتطعيم بصفة كاملة</p> <p>ماتقا بصفة غير كاملة</p> <p>غير مطق</p> <p>تلقية غير دقيق أو غير معروف</p>		<p>النتائج</p> <p>المرضى</p> <p>تاريخ بدء المرض</p>		<p>تاريخ بدء المرض</p> <p>اليوم   الشهر   السنة</p>	
<p>المرضى</p> <p>تاريخ بدء المرض</p>		<p>المرضى</p> <p>تاريخ بدء المرض</p>		<p>المرضى</p> <p>تاريخ بدء المرض</p>	