

**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:**

	<u>Alınma Tarihi</u>	<u>Sonuç</u>
1-Dışkı/Rektal sürüntü:	/ /	.....
2-Dışkı/Rektal sürüntü:	/ /	.....
<u>Temaslılar(Ad, soyad, yaş)</u>		
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: