**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..............**

**مرکز بهداشت شهرستان ..............**

**طرح کاهش وکنترل سیلیکوزیس**

**فرم س – 1 :گزارش دهی از پزشکان عمومی معاینه کننده به مرکز بهداشت شهرستان**

**سه ماهه ............ سال ................**

**تعداد کل افراد معاینه شده :................. نفر**

**تعداد کل افراد ارجاع شده :................. نفر**

|  |
| --- |
| **لیست افراد ارجاع داده شده به پزشکان متخصص** |
| **ردیف** | **نام ونام خانوادگی** | **محل کار / نوع شغل یا صنعت** | **تاریخ ارجاع** | **نتیجه ارجاع** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |
| **ابتلا به سیلیکوزیس :** | **عدم ابتلا به سیلیکوزیس :** | **موارد نامشخص:**  | **فعلا بدون پاسخ :** |

**نام و نام خانوادگی پزشک عمومی معاینه کننده : مهر و امضاء .**

**تاریخ تکمیل فرم :**