**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 :**