وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی

فرم لیست خطی موارد فوت ناشی از آنفلوانزا سال 1401

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	جنس	تاریخ تولد(به سال)	شهرستان	منطقه		سابقه بیماری زمینه ای		سابقه مسافرت		سابقه تماس با مورد قطعی آنفلوانزا		سابقه واکسیناسیون آنفلوانزا		سابقه واکسیناسیون کرونا		تاریخ بررسی	تاریخ گزارش به معاونت بهداشت استان	تاریخ گزارش به مرکز مدیریت بیماریها	توضیحات
						شهری	روستایی	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد				

امضاء معاون درمان / بهداشت دانشگاه: