| فرم ارسال لام/نمونه مشکوک به مالاریا | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| نام و نام خانوادگی | شهرستان محل سکونت | شماره تماس فرد یا بستگان نزدیک | سن | تاریخ ارسال لام | نتیجه RDT | تشخیص اولیه | سابقه مسافرت ذکر محل مسافرت | نام مرکز ارسال کننده | نام و نام خانوادگی تهیه کننده لام | نام و شماره تلفن فرد ارسال کننده | علائم بالینی |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |