

فرم اعلام موارد مراقبت ژنتیک کاهش معلولیت

از مرکز بهداشت شهرستان ..... به/ از معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ... ستاد وزارت بهداشت

سه ماهه .... سال .....

۶				۵	۴	۳	۲	۱
تعداد موارد نتیجه بررسی علت غیبت از درمان				تعداد موارد اعلام غیبت از درمان در سه ماه گذشته	تعداد موارد تشکیل پرونده مشاوره ژنتیک	تعداد موارد بیماری	نام بیماری تحت مراقبت	ردیف
سایر	مهاجرت	فوت بیمار	عدم همکاری والدین					