

پیوست ۴:

" فرم گزارش فوری طغیان بیماریهای منتقله از آب و غذا "

معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

توضیحات	درصد دسترسی به توالیت بهداشتی	تعداد نمونه برداری انجام شده	درصد موارد مطلوب کلیفرم گرم پای یا اشرشیاکلی در آب آشامیدنی در سه ماهه اخیر	درصد موارد مطلوب کلرسنجی آب آشامیدنی در سه ماهه اخیر	کلر زنی توسط	کلر زنی آب آشامیدنی	وضعیت لوله کشی آب آشامیدنی	تعداد منابع آب آشامیدنی	نوع منبع آب آشامیدنی	شبکه آبرسانی تحت پوشش	تعداد	نام بیماری یا علائم آن	تاریخ شروع طغیان	محل وقوع *	جمعیت در معرض (نفر)	روستا	شهر	شهرستان
		آب																

تاریخ تکمیل:

نام و نام خانوادگی تایید کننده فرم

امضاء

نام و نام خانوادگی تنظیم کننده

امضاء

* توضیحات: