الجمهورية العربية السورية

 وزارة الصحة

مديرية الأمراض السارية والمزمنة

**مديرية صحة .................**

**سجل مرضى هرمون النمو لمشفى................................شهر ..............................2016م**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الرقم** | **رقم الإضبارة** | **الاسم الثلاثي للمريض** | **الرقم الوطني** | **تاريخ الولادة** | **الجنس** | **الوزن** | **التشخيص** | **تاريخ بدء العلاج** | **عدد الوحدات من هرمون النمو** | **تاريخ الصرف** | **ملاحظات** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

في / / 2016م منسق الاستمارة: طبيب اللجنة: