الجمهورية اللبنانية

وزارة الصحة العامة

استمارة إبلاغ عن التهاب السحايا الحاد

رقم ESU: _ _ _ _ _ _ _ _ رقم M: _ _ _ _

1)- المريض

اسم المريض	: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
اسم الأب	: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
الشهرة	: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
تاريخ الولادة	: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
الجنس	: ☐ ذكر ☐ انثى

2)- عنوان المريض

الجنسية	: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ ☐ مقيم ☐ زائر
العنوان	: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _