

فرم A1- بخش بیمارستانی گزارش روزانه موارد بستری ابتلا به کووید ۱۹ (ارسال روزانه به ستاد)

FO-A1-HOS-cov-4

تاریخ تکمیل: .....

نام بهداشت و درمان: .....

بیمارستان معین								بیمارستان نفت								وضعیت شغلی	شرکت
تشخیص فعلی		تعداد فوتی		تعداد ترخیص		تعداد بستری		تشخیص فعلی		تعداد فوتی		تعداد ترخیص		تعداد بستری			
محتمل*	PCR مثبت	فعلی	کل	فعلی	کل	فعلی	کل	محتمل*	PCR مثبت	فعلی	کل	فعلی	کل	فعلی	کل		
																شاغل رسمی	نفت
																شاغل غیر رسمی	
																خانواده	
																شاغل رسمی	پالایش و پخش
																شاغل غیر رسمی	
																خانواده	
																شاغل رسمی	گاز
																شاغل غیر رسمی	
																خانواده	
																شاغل رسمی	پتروشیمی
																شاغل غیر رسمی	
																خانواده	
																شاغل	بهداشت و درمان
																شاغل غیر رسمی	
																خانواده	
																	بازنشستگی
																	بومی

توجه گردد: نظر به اهمیت اطلاعات ارسالی لطفا در خوانا بودن اعداد دقت کافی به عمل آید و یا تایپ گردد

\* مطابق فلوجارت ابلاغی وزارت بهداشت و درمان

رئیس بهداشت و درمان:

امضاء تایید کننده

نام و نام خانوادگی تهیه کننده: