

بیماران رسمی / غیر رسمی صنعت که در 24 ساعت گذشته با احتمال ابتلا به کرونا در بیمارستان های صنعت نفت / سطح شهر منطقه در ICU / اتاق ایزوله و یا بخش عفونی بستری شده اند

| تاریخ فوت | تاریخ ترخیص | ترخیص | | نتیجه | | | نام بیماری زمینہ ای | نام بیمارستان (معین) | بستری در بخش | | اطلاعات فردی | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------------|---------------------------------------|----------------|-------|----------|---------|---------------------|----------------------|--------------------|-----|--------------|-----------|----------------------------|----|------|------------------|-------------|--------------|-----|------|--------------------|--|--|--|--|
| | | | | قطع | مختل (2) | | | | بخش یا اتاق ایزوله | ICU | محل کار | شرکت اصلی | شماره تماس / موبایل / منزل | سن | نسبت | شماره پرسنلی (1) | تاریخ پذیرش | نام خانوادگی | نام | ردیف | | | | | |
| | | با ادامه درمان در قرنطینه یا نگاهتگاه | با بهبودی کامل | | PCR | CT/Xray | | | | | | | | | | | | | | | علائم بالینی منطبق | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(۱) افراد غیر شرکتی کد ملی یادداشت گردد

(۲) موارد مختل / قطعی بیماری مطابق آخرین الگوریتم وزارت بهداشت و درمان

امضاء تایید کننده

رئیس بهداشت و درمان :

نام و نام خانوادگی تهیه کننده :