

مرکز بهداشتی درمانی:

وضعیت

ثبت در فرم A1:

مشکوک  محتمل

منطقه:

فعلی فرد

ثبت در فرم A1 و گزارش فوری به ستاد:  تأیید شده  فوت شده؛ تاریخ فوت:

محل فوت:

۱- اطلاعات فرد بیمار

نام خانوادگی:	نام:
شماره پرسنلی:	کد ملی:
سن:	سال تاریخ تولد:
سابقه کار:	پست / فعالیت سازمانی:
شماره منزل:	شماره موبایل:
جنسیت:	نسبت:
رسمی / غیر رسمی:	شاغل / بازنشسته:
شرکت اصلی:	شاغل / بازنشسته:
رئیس مستقیم شاغل (در موارد تأیید شده/ فوتی):	
محل سکونت:	

۲- علائم بیمار (از ابتدای بیماری)

تاریخ شروع اولین علامت: ___ / ___ / ___	در حال حاضر کدام یک از علائم را دارد؟
تب بالای 37.3 درجه سانتیگراد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	تنگی نفس: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
گلو درد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	سرفه: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
درد عضلانی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	

۳- منبع آلودگی / تماس با سایر افراد در طی ۱۴ روز قبل از بیماری

سابقه سفر/اقامت در استان هایی که انتقال محلی ویروس گزارش شده باشد، در عرض 14 روز قبل از شروع علائم بالینی <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	تعداد افراد:
سابقه تماس نزدیک با مورد محتمل/قطعی بیماری COVID-19، در عرض 14 روز قبل از شروع علائم بالینی <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	
آیا بیماری که با وی در ارتباط بوده اید در مکانهای تجمع گسترده حضور داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	مکان را مشخص کنید:
آیا فرد از کارکنان بهداشتی درمانی و در تماس با بیماران مشکوک / محتمل کووید-19 می باشد؟ (صرف نظر از شدت علائم در فرد) <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	

۴- جمع آوری نمونه اولیه تنفس

چه نوع نمونه تنفسی جمع آوری شد؟	نام مرکز جمع آوری نمونه:
<input type="checkbox"/> سواپ بینی <input type="checkbox"/> سواپ گلو <input type="checkbox"/> سواپ نازوفارنکس <input type="checkbox"/> انجام نشده است	تاریخ ___ / ___ / ___

۵- بیماری های زمینه ای و عوارض بالینی

سابقه کدامیک از موارد زیر را دارید؟	بیماری ریوی مزمن <input type="checkbox"/> اختلال کبدی
<input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> فشارخون بالا	<input type="checkbox"/> اختلال هماتولوژیک مزمن
<input type="checkbox"/> نقص ایمنی <input type="checkbox"/> بیماری قلبی	<input type="checkbox"/> بارداری <input type="checkbox"/> شیردهی
پنومونی توسط Chest X-Ray: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	پنومونی توسط CT SCAN: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
انجام نشده است	انجام نشده است
تست PCR مثبت: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه	انجام نشده است
	لنفوسیت کمتر از 1100: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> نه
	انجام نشده است

۶- شرح اقدامات انجام شده

بیماری فرد مشکوک است	توصیه:	<input type="checkbox"/> درمان دارویی <input type="checkbox"/> قرنطینه در منزل <input type="checkbox"/> قرنطینه در محل کار
بیماری فرد محتمل است	توصیه:	<input type="checkbox"/> درمان دارویی <input type="checkbox"/> قرنطینه در منزل <input type="checkbox"/> اعزام
بیماری فرد قطعی است	توصیه:	<input type="checkbox"/> درمان دارویی <input type="checkbox"/> قرنطینه در منزل <input type="checkbox"/> اعزام

در صورت نیاز به اعزام یکی از دلایل زیر را انتخاب نمایید:

- انجام سی تی اسکن ریه:
- سایر ارزیابی های پاراکلینیک:
- اختلال همودینامیک:
- کاهش سطح هوشیاری:
- تنگی نفس و هیپوکسمی (SpO2 < 93%) یا RR > 30:
- انفیلتراسیون ریه:
- ظن بالینی پزشک متخصص:

۷- مشخصات گردآورنده اطلاعات

نام و نام خانوادگی (تکمیل کننده فرم):	شماره تلفن ثابت و همراه:
سمت سازمانی:	تاریخ تکمیل فرم / تشخیص قطعی:

این فرم صرفاً در مرکز تکمیل می گردد و در موارد گزارش فوری (بیماری کووید 19 تأیید شده یا تست PCR یا فوت ناشی از آن) جایگزین فرم «گزارش فوری حوادث مهم بهداشتی»

ایمنی و محیط زیست HSE در موارد ابتلای قطعی و یا فوت ناشی از کووید-19 «نیز بوده که حداکثر بایستی طی 2 ساعت از دریافت اطلاعات به نامبر ستاد EOC

سازمان بهداشت و درمان به شماره **88909867** ارسال گردد.