

فرم بررسی بیمار مشکوک به عفونت کورونا ویروس چین ۲۰۱۹ (n-CoV 2019)

تاریخ امروز: ----- محل گزارش (روستا، شهرستان و استان) ----- مرکز بهداشت/بیمارستان محل گزارش -----
نام و نام خانوادگی گزارش گیرنده: ----- شماره تماس گزارش گیرنده: ----- نام و شماره تماس پزشک: -----

۱. نام و نام خانوادگی بیمار: ----- جنسیت بیمار: مرد زن سن بیمار: ----- سال یا اگر < ۱ سال ----- ماه
۲. ملیت بیمار: ----- محل سکونت بیمار: ----- تاریخ بروز علائم: -----
۳. آیا بیمار در ۱۴ روز پیش از بروز علائم به کشور چین سفر داشته است؟ بله خیر نامشخص اگر بله محل سفر را مشخص کنید -----
۴. آیا بیمار در ۱۴ روز پیش سابقه سفر خارجی به جز کشور چین دارد؟ بله خیر نامشخص اگر بله کشور را مشخص کنید -----
۵. آیا بیمار در کشور چین زندگی می کند؟ بله خیر نامشخص اگر بله محل زندگی را مشخص کنید -----
۶. تاریخ سفر به کشور چین ----- تاریخ خروج از کشور چین ----- تاریخ ورود به ایران -----
۷. آیا در ۱۴ روز پیش بیمار تماس نزدیک با فرد بیمار مشکوک به عفونت کروناویروس جدید (n-CoV 2019) داشته است؟ بله خیر نامشخص
۸. آیا در ۱۴ روز پیش بیمار تماس نزدیک با بیمار قطعی کروناویروس جدید (n-CoV 2019) (تأیید شده توسط آزمایش) داشته است؟ بله خیر نامشخص
۹. آیا بیمار از کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی (بیمارستان، آزمایشگاه و ...) است؟ بله خیر نامشخص
۱۰. آیا بیمار اخیراً به مراکز بهداشتی یا بیمارستان ها در کشور چین مراجعه کرده است؟ (به عنوان بیمار، ملاقات کننده یا انجام کار) بله خیر نامشخص
۱۱. آیا بیمار هر یک از این علائم را دارد؟ تب سرفه گلودرد تنگی نفس لرز سردرد درد عضلات تهوع درد شکم اسهال علائم دیگر -----
۱۲. آیا بیمار دارای مشکل تنفسی شدید (مانند پنومونی که منجر به بستری شدن بیمار شده باشد) با علت نامشخص است؟ بله خیر نامشخص
۱۳. آیا بیمار هر یک از بیماری های زمینه ای را دارد؟ نامشخص آسم یا تنگی نفس بارداری دوران پس از زایمان دیابت مشکل قلبی فشارخون مشکل کلیوی مشکل کبدی نقص سیستم ایمنی سرطان یا بدخیمی سایر -----
۱۴. آیا بیمار بستری است؟ بله خیر تاریخ بستری ----- آیا در ICU بستری است؟ بله خیر آیا ایزوله شده است؟ بله خیر
۱۵. آیا بیمار درمان دریافت کرده است؟ درمان حمایتی آنتی بیوتیک (نوع آنتی بیوتیک: -----) داروهای ضد ویروسی (نوع دارو: -----)
۱۶. آیا بیمار فوت کرده است؟ بله خیر اگر بله تاریخ فوت: ----- آیا بیمار مرخص شده است؟ بله خیر اگر بله تاریخ ترخیص: -----
۱۷. آیا تشخیص قطعی آزمایشگاهی عفونت های ویروسی تنفسی دیگر صورت گرفته است؟ بله خیر
- اگر بله، نوع عفونت را مشخص نمایید: Influenza RSV H. Metapneumovirus Adenovirus Rhinovirus/enterovirus
 Coronavirus (OC43, 229E, HKU1, NL63) عوامل دیگر
۱۸. یافته های آزمایشگاهی مهم: -----
۱۹. نوع نمونه تهیه شده: سوآب بینی سوآب حلق BAL نمونه های دیگر تاریخ تهیه نمونه -----
۲۰. آیا نمونه بیمار برای تشخیص عفونت کروناویروس جدید (n-CoV2019) به آزمایشگاه(های) دیگر ارسال شده است؟ بله خیر اگر بله، نام آزمایشگاه -----