**فرم کووید 19 جدید**

|  |  |
| --- | --- |
| **نام پدر** |  |
| **سن** |  |
| **موبایل** |  |
| **تطابق سکونت با گزارش** |  |
| **شهرستان سکونت** |  |

**1-اطلاعات دموگرافیک**

|  |  |
| --- | --- |
| **نام** |  |
| **ملیت** |  |
| **جنسیت** |  |
| **شغل** |  |
| **استان سکونت** |  |
| **ادرس** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **نام خانوادگی** |  |
| **کد ملی** |  |
| **تلفن** |  |
| **دانشگاه سکونت** |  |

**2-اطلاعات بالینی**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تاریخ شروع علایم** | **تاریخ پذیرش بیمار** | **نام بیمارستان محل پذیزش** |
|  |  |  |

**بستری در ICU استفاده از ونتیلاتور**

**بلی خیر بلی خیر**

#### 3-علایم

**تب درجه حرارت بدن لرز سرفه تنگی نفس درد بدن**

**گلودرد اسهال سردرد حاملگی اختلال بویایی اختلال چشایی**

#### 4-بیماری زمینه ای

#### بیماری ضعف ایمنی قلبی عروقی دیابت بیماری کبدی بیماری کلیوی

#### بیماری مزمن ریوی بدخیمی یافته های غیرطبیعی رادیولوژی سایر بیماریها

#### 

#### 5- اطلاعات نمونه گیری اول

#### شماره ردیف دفتری نمونه تاریخ تهیه نمونه نوع نمونه تاریخ ارسال نمونه

#### سواپ بینی سواپ حلق

#### خلط بال