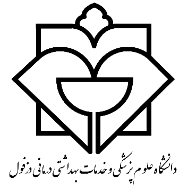
****

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **فرم کودکان 1 تا 59 ماهه مشکوک / محتمل و مبتلا به کووید 19** | | | | | | | | | |
| **نام ونام خانوادگی** | **جنس** | **شماره ملی** | **تاریخ تولد سال/ماه/روز** | **شهر**  **محل سکونت** | | **دانشگاه محل سکونت** | **دانشگاه محل بستری** | **بیمارستان**  **محل بستری** | **تاریخ بستری سال/ماه/روز** |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| **1-تعداد تنفس هنگام بستری:** | | | | | **2-مورد بیماری مشکوک محتمل قطعی** | | | | |
| **3 -درجه حرارت هنگام بستری:** | | | | | **4-بستری دربخش مراقبت های ویژه بله  خیر** | | | | |
| **5-عدد پالس اکسی متری هنگام بستری:** | | | | |
| **6- نتیجه تست کووید19 مثبت منفی**  **انجام نشده** | | | | | **7-نتیجه تست تاییدی مثبت منفی انجام نشده** | | | | |
| **8-وجود ناله هنگام بستری بله خیر** | | | | | **9-پرش پره هی بینی (nazalflaring) بله  خیر** | | | | |
| **10-تهویه مکانیکی  بله خیر** | | | | | **11- تب ولرز بله  خیر** | | | | |
| **12-سرفه  بله خیر** | | | | | **13-قرمزی ملتحمه چشم بله خیر** | | | | |
| **14-تشنج بله  خیر** | | | | | **15-اسهال بله خیر** | | | | |
| **16-دل درد  بله خیر** | | | | | **17-گلودرد بله خیر** | | | | |
| **18-تهوع واستفراغ  بله خیر** | | | | | **19-گیجی بله خیر** | | | | |
| **20-تحریک پذیری بله خیر** | | | | | **21--بیماری زمینه ای تنفسی  بله خیر** | | | | |
| **22-بیماری زمینه ای  بله خیر**  **نامعلوم** | | | | | **23-بیماری زمینه ای بدخیمی بله  خیر** | | | | |
| **24- بیماری زمینه ای قلبی وعروقی بله**  **خیر** | | | | | **25-بیماری زمینه ای نقص ایمنی بله خیر** | | | | |
| **26-بیماری زمینه ای دیابت بله خیر** | | | | | **27- درمان با داروهای ضدویروس  بله خیر** | | | | |
| **28-درمان با آنتی بیوتیک  بله خیر**    **نامعین** | | | | | **29- داروهای مصرفی :**  **-سفوتاکسیم**  **-ازیترومایسین**  **-سفتریاکسون**  **-انتی ویروس**  **-سایر** | | | | |
| **30- پیامد**  **بهبودی وترخیص ترخیص با رضایت شخصی**  **فوت به دلیل کرونا  فوت به دلایل دیگر**  **اعزام** | | | | |
| **32-درصورت اعزام ،نام مرکزاعزام شده:** | | | | | **31 -تاریخ فوت یا ترخیص:** | | | | |
| **33-بخش ترخیص کننده :** | | | | | **34-نام وامضاء تکمیل کننده فرم :** | | | | |