|  |  |
| --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی مادر**  |  |
| **نام بیمارستان محل بستری** |  |
| **سن مادر**  |  |
| **تاریخ بستری مادر در بیمارستان** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 |
| **تاریخ ترخیص مادر از بیمارستان**  |  |
| **سابقه سفر**  | **بله 🗆 خیر 🗆** |
| **در صورتی که سابقه سفر داشته باشد.**  | **داخل کشور 🗆 خارج کشور 🗆** **نام شهرستانی که سفر کرده 🗆 نام کشور 🗆** |
| **بیمار از پرسنل بهداشتی درمانی است؟** | **بله 🗆 خیر 🗆** |
| **مادر در 14 روز گذشته با مورد مشکوک بستری یا مثبت کرونایی ارتباط داشته؟**  | **بله 🗆 خیر 🗆** |
| **مادر در 14 روز گذشته به هر علتی به مرکز بهداشتی درمانی یا دندانپزشکی مراجعه نموده؟**  |  |
| **اقدامات مناسب جهت عدم تماس دیگران با فرد مذکور انجام شده است؟**  | **بله 🗆 خیر 🗆** |
| **علت بستری**  | **آنفولانزا 🗆 کرونا 🗆** |
| **مقطع بارداری / سن بارداری به هفته ......** | **بارداری 🗆 زایمان 🗆پس از زایمان تا 42 روز 🗆** |
| **دارو تجویز شده؟**  | **بله 🗆 خیر 🗆** |
| **وجود داروی مورد نیاز برای درمان** | **بله 🗆 خیر 🗆** |
| **کشت ترشحات حلق انجام شده؟**  | **بله 🗆 خیر 🗆** |
| **بررسی نتیجه PCR:**  | **مثبت 🗆 منفی 🗆** |
| **نتیجه CxR یا CT Scan(انفیلتراسیون ریوی دارد؟)** | **بله 🗆 خیر 🗆** |
| **نتیجه کووید 19 بر اساس بررسی های انجام شده** | **مثبت 🗆 منفی 🗆 مشکوک 🗆** |
| **آیا کمبود تجهیزات وجود دارد؟** | **بله 🗆 خیر 🗆** |
| **آیا مادر به ICU منتقل شده است؟** | **بله 🗆 خیر 🗆** |
| **تاریخ بستری در ICU:**  |  |
| **تاریخ ترخیص از ICU:**  |  |
| **تیم درمانی شامل چه تخصص هایی است؟** | **متخصص داخلی 🗆 فوق تخصص ریه 🗆 متخصص عفونی🗆 متخصص زنان و زایمان 🗆 متخصص اطفال🗆****Intensivist 🗆 سایر 🗆** |
| **برنامه ویزیت بیماران چگونه است؟** | **هر شیفت ویزیت می شود****فقط شیفت صبح و عصر ویزیت می شود****روزانه یکبار ویزیت می شود** |
| **پیشنهادات**  |  |

**فرم مادران بستری بدنبال آنفولانزا و کرونا**