

تاریخ تکمیل:/...../.....

ساعت ارسال:

نام منطقه:

FO-A۲-COV-۰

بیماران شرکتی/غیر شرکتی که براساس تظاهرات بالینی / نتیجه آزمایش PCR مثبت / تظاهرات رادیولوژیک سی تی اسکن ریه کاندید قرنطینه در منزل و درمان دارویی می باشند(بجز موارد بستری) که در دو نوبت تکمیل می گردد

بخش دوم				بخش اول															
نتیجه درمان در طی 14 روز از شروع قرنطینه				پاراکلینیک مثبت		قرنطینه		اطلاعات فردی											
فوت	ارجاع به بیمارستان	بهبود یافته	تاریخ	CT	PCR	نام بیمه ای	محل کار	محل کار	تلفن اداره	تلفن همراه	محل کار	شرکت اصلی	سن	نسبت	شماره پرسنلی (* *)	نام خانوادگی	نام	نام مرکز	

موارد مشکوک تحت درمان دارویی / محتمل / قطعی بیماری مطابق فلوجارت وزارت بهداشت و درمان - اسفند 98

نش اول: توسط مراقب سلامت جهت افراد قرنطینه در منزل /محل کار در اولین روز مراجعه تکمیل و به ستاد ارسال می گردد

نش دوم: 14 روز پس از قرنطینه برای همان افراد تکمیل و مجدداً به ستاد ارسال می گردد

و نام خانوادگی تهیه کننده:

امضاء / نام و نام خانوادگی تایید کننده: