

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: مرکز بهداشت شهرستان:		فرم پیگیری اطرافیان - ثبت درجه حرارت و بروز علائم در افراد در معرض تماس با فرد مشکوک / قطعی به کورونا ویروس		نام و نام خانوادگی مورد اولیه: کد ملی:																											
				تاریخ اندازه گیری درجه حرارت																											
				روز ۱		روز ۲		روز ۳		روز ۴		روز ۵		روز ۶		روز ۷		روز ۸		روز ۹		روز ۱۰		روز ۱۱		روز ۱۲		روز ۱۳		روز ۱۴	
صبح	عصر	صبح	عصر	صبح	عصر	صبح	عصر	صبح	عصر	صبح	عصر	صبح	عصر	صبح	عصر	صبح	عصر	صبح	عصر	صبح	عصر	صبح	عصر	صبح	عصر	صبح	عصر	صبح	عصر		
ردیف																															
بروز علائم تنفسی/گوارشی																															
نام و نام خانوادگی /کد ملی																															
۱																															
۲																															
۳																															
۴																															
۵																															
۶																															
۷																															
۸																															
۹																															
۱۰																															
هر فردی که دچار تب و علائم شد نام او در فرم لیست خطی موارد مشکوک به کورونا ویروس وارد می گردد و تحت نمونه گیری قرار می گیرد. در صورت بروز علائم تنفسی یا گوارشی یا هر نوع علامت دیگر ، نوع علامت در ستون روز مربوطه ثبت شود.																															
نام و امضاء کنترل کننده درجه حرارت:														نام و امضاء مسئول تیم مراقبت/کارشناس منطقه:																	