وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت-مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی: مرکز بهداشت شهرستان:

فرم شماره ۱: لیست خطی بیماران مشکوک به کورونا ویروس

ردیف /کد رهگیری	نام و نام خانوادگی	کد ملی	جنس	سن	شغل	شهر محل سکونت	ملیت	تاریخ شروع علایم	تاریخ مراجعه	تاریخ نمونه گیری / نوع نمونه			تاریخ بستری/ نام بیمارستان	سابقه مسافرت به خارج طی ۲ هفته اخیر درصورت بلی نام کشور ذکر شود	سابقه تماس با مورد بیمار /بلی/خیر (در طی ۲ هفته اخیر)	فاکتورهای همزمان				تاریخ ونتیجه ازمایش	وضعیت نهایی	
										نمونه اول	نمونه دوم	نمونه سوم				حاملگی	بیماری مزمن زمینه ای /نامبرده شود	نقص یا کمبود ایمنی /نامبرده شود	سایر		بهبودی	فوت /تاریخ