

فرم گزارش مادران بستری به دنبال آنفلوآنزا و کرونا

نام شهرستان	
	نام بیمارستان محل بستری
	نام و نام خانوادگی مادر (نام و نام خانوادگی مادر باردار و مادری که تا ۴۲ روز پس از زایمان بستری شده)
	سن مادر
	کد ملی مادر
	تلفن همراه یا ثابت
	تاریخ بستری مادر در بیمارستان
	تاریخ ترخیص مادر از بیمارستان
	سابقه سفر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
	بیمار از پرسنل یا تیم بهداشتی درمانی است <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
	آیا مادر در ۱۴ روز گذشته با مورد مشکوک بستری یا مثبت کرونا ارتباط داشته است <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
	آیا مادر در ۱۴ روز گذشته به هر علتی به مراکز بهداشتی درمانی یا دندانپزشکی مراجعه داشته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
	انجام اقدامات مناسب جهت عدم تماس دیگران با فرد مذکور <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
	علت بستری <input type="checkbox"/> آنفلوآنزا <input type="checkbox"/> کرونا
	مقطع بارداری <input type="checkbox"/> بارداری <input type="checkbox"/> زایمان <input type="checkbox"/> پس از زایمان (تا ۴۲ روز بعد از زایمان)
	در صورت باردار بودن مادر بستری، سن بارداری به هفته نوشته شود هفته بارداری:
در صورت بستری به دلیل کرونا (مشکوک یا مبتلا):	
دارو تجویز شده؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
کشت ترشحات انجام شده؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
بررسی نتیجه PCR: <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی	
نتیجه CXR یا CT Scan (انفلتراسیون ریوی دارد؟) <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
نتیجه تست کووید ۱۹ بر اساس بررسی های انجام شده: <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> مشکوک	
در صورت بستری به دلیل آنفلوآنزا (مشکوک یا مبتلا):	
در بارداری فعلی واکسن آنفلوآنزا تزریق شده؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
داروی تامی فلو تجویز شده؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
پاسخ کشت آنفلوآنزای H1N1: <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی	
آیا کشت ترشحات حلق انجام شده؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
	وجود داروی مورد نیاز برای درمان (آیا داروی مورد نیاز برای درمان در دسترس می باشد؟) <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
	آیا کمبود تجهیزات وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
	آیا مادر به ICU منتقل شده؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
	آیا مادر اینتوبه شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
	تاریخ بستری در ICU
	تاریخ ترخیص از ICU
	تیم درمانی شامل چه تخصص هایی است؟ <input type="checkbox"/> متخصص داخلی <input type="checkbox"/> فوق تخصص ریه <input type="checkbox"/> متخصص عفونی <input type="checkbox"/> intensivist <input type="checkbox"/> متخصص زنان و زایمان <input type="checkbox"/> متخصص اطفال <input type="checkbox"/> سایر
	برنامه ویزیت بیماران چگونه است؟ <input type="checkbox"/> هر شیفت ویزیت می شوند <input type="checkbox"/> فقط شیفت صبح و عصر ویزیت می شوند <input type="checkbox"/> روزانه یکبار ویزیت می شوند
	پیشنهادات