فرم اطلاعات مادران باردار تا ۴۲ روز پس از زایمان (بیماری کووید– ۱۹)

ردیف	مشخصات مادر					وضعیت مادر			نام رابط پرخطر درمان	تاریخ تماس با رابط پرخطر بهداشتی شهرستان	شهرستان محل سکونت	محل سکونت		نام مرکز خدمات جامع سلامت محل سکونت مادر	نام پایگاه سلامت/ خانه بهداشت محل سکونت مادر
	نام	نام خانوادگی	کد ملی	شماره تماس مادر	شماره تماس همسر	مبتلای ترخیصی	مبتلای سرپایی	تماس داشته با فرد مبتلا				شهر	روستا		

علت مراجعه مادر به بهداشت یا درمان									نحوه مراقبت		نام بیمارستان محل بستری مادر	تعداد روزهای بستری	محل مراقبت در صورت مراقبت سرپایی		آیا پیگیری روزانه برای مادر انجام می شود؟	آیا قبل از ابتلا مادر اطرافیان وی مبتلا به بیماری کووید ۱۹ بوده اند؟	آیا در منزل فرد بالای ۶۰ سال یا دارای بیماری زمینه ای وجود دارد؟	اگر بلی آیا اقدامی برای جداسازی آنها انجام شده است؟	تاریخ و نتیجه پی گیری های رابط پرخطر بهداشتی شهرستان
سرفه خشک	کلو درد	لرز	تب	تنگی نفس	همسر یا اطرافیان با کووید مثبت	اسهال یا استفراغ	کاهش بویایی	یافته های تصویر برداری یا PCR مثبت	بستری	سرپایی			منزل	نقاهتگاه					