اصلاحیه فرم مادران بستری به دنبال آنفلوانزا

|  |  |
| --- | --- |
| **نام شهرستان** |  |
| **نام بیمارستان محل بستری** |  |
| **نام و نام خانوادگی مادر**  (نام و نام خانوادگی مادر باردار و مادری که تا 42 روز پس از زایمان بستری شده) |  |
| **سن مادر** |  |
| **تاریخ بستری مادر در بیمارستان** |  |
| **تاریخ ترخیص مادر از بیمارستان** |  |
| **مقطع بارداری** | □ بارداری  □ زایمان  □ پس از زایمان (تا 42 روز بعد از زایمان) |
| **در صورت باردار بودن مادر بستری، سن بارداری به هفته نوشته شود** | هفته بارداری: ............ هفته |
| **در بارداری فعلی واکسن آنفلوانزا تزریق شده؟** | □ بله □ خیر |
| **داروی تامی فلو تجویز شده؟** | □ بله □ خیر |
| **وجود داروی مورد نیاز برای درمان**  (آیا داروی مورد نیاز برای درمان در دسترس می باشد؟) | □ بله □ خیر |
| **آیا کمبود تجهیزات وجود دارد؟** | □ بله □ خیر |
| **آیا مادر به** ICU **منتقل شده؟** | □ بله □ خیر |
| **تاریخ بستری در** ICU | ...................... |
| **تاریخ ترخیص از** ICU | ...................... |
| **آیا کشت ترشحات حلق انجام شده؟** | □ بله □ خیر |
| **پاسخ کشت آنفلوانزای** H1N1 | □ مثبت □ منفی |
| **تیم درمانی شامل چه تخصص هایی است؟** | □ متخصص داخلی  □ فوق تخصص ریه  □ متخصص عفونی  □ intencivist  □ متخصص زنان و زایمان  □ متخصص اطفال  □ سایر |
| **برنامه ویزیت بیماران چگونه است؟** | □ هر شیفت ویزیت می شوند  □ فقط شیفت صبح و عصر ویزیت می شوند  □ روزانه یکبار ویزیت می شوند |