فرم اطلاعات مادران باردار تا 42 روز پس از زایمان (بیماری کووید- 19)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 قبل از ابتلا مادر اطرافیان وی مبتلا به بیماری کووید 19 بوده اند؟ | آیا در منزل فرد بالای 60 سال یا دارای بیماری زمینه ای وجود دارد؟ | اگر بلی آیا اقدامی برای جداسازی آنها انجام شده است؟ | آیا پیگیری روزانه توسط رابط پرخطر بهداشت برای مادر انجام می شود؟ | تاریخ و نتیجه پی گیری های رابط پرخطر بهداشت شهرستان |
| سرفه خشک | گلو درد | لرز | تب | تنگی نفس | بستری | سرپایی | منزل | نقاهتگاه |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |