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) |  |
| **تاریخ بستری مادر در 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 کشت ترشحات حلق انجام شده؟** | □ بله □ خیر |
| **پاسخ کشت آنفلوانزای** H1N1 | □ مثبت □ منفی |