



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره : ۱۳۹۹/۰۸/۰۵
تاریخ : ۱۳۹۹/۱۲/۰۵
ساعت : ۱۵:۵۹
پیوست : ندارد

مرکز بهداشت استان اصفهان

جناب آقای دکتر کلیدری

معاون محترم درمان

با سلام و احترام،

پس از حمد خدا و درود و صلوات بر حضرت محمد و آل محمد (ص)، همانطور که مستحضر هستید گونه جهش یافته انگلیسی کووید ۱۹ (B117 Variant) در بیشتر کشورها از جمله ایران شیوع پیدا کرده که متأسفانه ۸۰ درصد قدرت سرایت و ۳۰ درصد قدرت بیماریزایی بیشتری دارد.

با توجه به لزوم شناسایی سریع بیماران مبتلا به این گونه خاص جهش یافته ویروس و انجام آزمایش تشخیصی به موقع، خواهشمند است دستور فرمایید هماهنگی لازم در خصوص اجرای اقدامات زیر، در کلیه بیمارستان ها صورت گرفته و پرستاران محترم کنترل عفونت نظارت کافی بر اجرای صحیح و به موقع آن داشته باشند.

شرایط نمونه گیری و ارسال، جهت انجام آزمایش تخصصی تشخیصی گونه انگلیسی کووید ۱۹:

بیماران بستری شده زیر مشمول نمونه گیری جهت انجام آزمایش تخصصی گونه جدید انگلیسی می باشند:

- ۱- اصرار پزشک معالج بیمار مبنی بر ابتلای بیمار با سوش جهش یافته
- ۲- کلیه بیمارانی که به دلیل بیماری شدید تنفسی (SARI) در ICU بستری شده اند. (بخصوص بیماران با سنین پایین)
- ۳- بیماران بد حالی که در ساعات اولیه پذیرش اینتوبه می شوند.
- ۴- بیمارانی که در شرح حال خود، ابتلای تعدادی زیادی از خانواده و اطرافیان خود در یک دوره می اعلام می نمایند.
- ۵- بیمارانی که در شرح حال خود، بازگشت از سفر خارجی یا استان خوزستان و سایر استانهای درگیر طی ۱۴ روز اخیر را داشته اند.

ضروری است بعد از نمونه گیری از این بیماران، جهت تفکیک از نمونه سایر بیماران، بر چسب آبی رنگ بر روی لوله ها درج گردد. مقتضی است از درخواست انجام آزمایش تشخیصی گونه انگلیسی برای بیماران خارج از لیست فوق و یا بیماران سرپایی، جدا خودداری گردد.

شایان ذکر است مفاد نامه شماره ۵۷۵/۶/۸ مورخ ۱۳۹۹/۰۸/۲۱ در خصوص دستورالعمل نمونه گیری تشخیصی آنفلوانزا از بیماران بستری در ICU و الصاق برچسب قرمز رنگ بر روی نمونه ها، به قوت خود باقی می باشد.

دکتر کمال حیدری
معاون بهداشتی و
رئیس مرکز بهداشت استان

رونوشت:

ریاست محترم دانشگاه سرکار خانم دکتر چنگیر: جهت استحضار
رئیس محترم مرکز بهداشت شماره یک و ودو شهرستان اصفهان: جهت اطلاع و هماهنگی لازم

اصفهان - خیابان ابن سینا - جنب بیمارستان امین - حوزه معاونت بهداشتی

تلفن : ۰۳۱-۳۴۴۷۶۰۶۰-۹

<http://phc.mui.ac.ir>

شماره :د/۶/۱۲۴۳۴.....

تاریخ :۱۳۹۹/۱۲/۰۵.....

ساعت :۱۵:۵۹.....

پیوست :ندارد.....

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



مرکز بهداشت استان اصفهان

مدیر محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان ...: جهت اطلاع و هماهنگی لازم
معاون محترم فنی گروه آزمایشگاه های معاونت بهداشتی سرکارخانم مزروعی
کارشناس محترم مراقبت بهداشتی مرزی جناب آقای دکتر فارسی