

فرم غربالگری اولیه بیماران مراجعه کننده به مراکز درمان ناباروری

تاریخ مراجعه:

نام و نام خانوادگی :

تلفن : آدرس:

لطفا پاسخ مربوط به هر گزینه را در مقابل آن علامت بزنید		
سابقه تماس رو در رو با فرد کرونا مثبت طی ۲ هفته قبل از شروع علائم	بلی	خیر
سابقه مسافرت طی ۱۴ روز قبل	بلی	خیر
تب دهانی بیش از ۳۷,۸ یا معادل آن	بلی	خیر
احساس لرز	بلی	خیر
سردرد	بلی	خیر
گلو درد یا احساس خشکی گلو	بلی	خیر
آبریزش بینی واضح یا عطسه های مکرر	بلی	خیر
سرفه خشک	بلی	خیر
تنگی نفس یا دیسترس تنفسی	بلی	خیر
درد منتشر عضلانی	بلی	خیر
تهوع و استفراغ	بلی	خیر
اسهال	بلی	خیر
درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه	بلی	خیر
از دست دادن حس چشایی یا بویایی	بلی	خیر
سابقه بیماری مزمن کلیوی، دیابت و یا تنفسی و فشارخون	بلی	خیر
چاقی مفرط	بلی	خیر
مصرف سیگار و مواد مخدر	بلی	خیر
کورتون یا سایر داروهای تضعیف ایمنی	بلی	خیر
ابتلا قبلی به کرونا	بلی	خیر

• در صورت ابتلای قبلی به بیماری کرونا تاییدیه بهبودی از پزشک ارائه گردد.

علائم بالینی روز مراجعه :

پالس اکسیمتری (O ₂ Sat)	نبض	درجه حرارت

امضا بیمار