

Attending Physician: پزشک معالج:	Ward: بخش:	Name: نام:	Family Name: نام خانوادگی:
Date of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father Name: نام پدر:
Date of Discharge: تاریخ ترخیص:	Bed: تخت:		

- شکایات اصلی بیمار: تب  سرفه  دیسترس نفس  تب  گلودرد  کاهش حس بویایی  کاهش چشایی   
 درد عضلانی  کاهش سطح هوشیاری  تشنج  دل درد  تهوع  استفراغ  بی اشتها

تشخیص نهایی: .....

#### اقدامات درمانی:

اینتوباسیون : تاریخ اینتوباسیون: ..... تاریخ اکستوباسیون: ..... مدت اینتوباسیون: ..... روز

روش های کمک تنفسی (CPAP یا BiPAP یا اکسیژن High flow)  تراکستومی  ECMO  دیالیز

#### نتایج آزمایشات پاراکلینیکی:

تست PCR: مثبت  منفی  بدون پاسخ  انجام نشده است

یافته های CT یا رادیولوژی به نفع کرونا: دارد  ندارد  انجام نشده است

بخش بستری: بستری در بخش ویژه : تاریخ ورود به بخش ویژه: ..... تاریخ خروج از بخش ویژه: .....

بستری در بخش عادی  هر دو

وضعیت بیمار هنگام ترخیص: بهبودی کامل  بهبودی نسبی  فوت  اعزام

نام و امضاء تکمیل کننده فرم: ..... تاریخ: ..... ساعت: .....