

(COVID-19) مجموعه سوالات پرسنلی در رابطه با ویروس کرونا

هدف از این پرسشنامه به حداقل رساندن ابتلا پرسنل به بیماری ویروس کرونا میباشد . با توجه به اینکه این اپیدمی شایع شده و ریسک ابتلا به آن در افراد با بیماری های خاص بیشتر میباشد پر کردن این فرم در شناخت افراد حامل بیماری های ذیل کمک شایانی در کاهش ریسک ابتلا پرسنل به ویروس کرونا خواهد نمود .

تاریخ تولد	جنسیت : مرد زن
نام	نام خانوادگی
تلفن منزل تلفن محل کار موبایل آدرس ایمیل بهترین راه تماس کدام است ؟	آدرس منزل
نام محل کار	عنوان شغلی بخش محل کار
لطفا مشخص نمایید به کدام گروه تعلق دارید ؟	پرستاری پزشکان عمومی پزشکان متخصص پیراپزشکی شامل رادیولوژی ، مامایی گروه خدمات آزمایشگاهی گروه پذیرش گروه کمک کاران و خدمات بیمار بران گروه مهندسين و خدمات تعمیراتی گروه نگهداری و حفاظت بیمارستان گروه باغبانی و خدمات شامل انبارداران

انواع بیماری ها	بله	خیر	جزئیات بیماری
<p>۱_ بیماری ریوی</p> <p>آیا مبتلا به آسم هستین ؟</p> <p>در صورت جواب مثبت به سوال فوق:</p> <p>آیا از استروئید های تنفسی استفاده میکنید؟ آیا تا به حال از استروئید های خوراکی استفاده کرده اید ؟ آیا تا به حال در اثر داشتن مشکل جدی آسم به بیمارستان مراجعه کرده اید ؟</p> <p>آیا مشکلات دیگر ریوی دارید ؟ مثلا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • COPD • Bronchitis or Emphysema • Bronchiectasis • Cystic Fibrosis • Interstitial Lung Fibrosis • Pneumoconiosis • Bronchopulmonary dysplasia • و یا مشکلات ریوی دیگر 			
<p>بیماری قلبی</p> <p>آیا مشکل قلبی دارید ؟ مثلا،</p> <ul style="list-style-type: none"> • Congenital heart disease • Hypertension with cardiac complications • Heart failure • Ischaemic heart disease (eg angina) • Do you take regular heart drugs 			

<p>بیماری کلیوی آیا هر گونه مشکل کلیوی دارید ؟ مثلا ،</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nephrotic syndrome • Chronic renal failure • Renal transplantation 			
<p>مشکل کبدی آیا مشکل جدی کبدی دارید ؟ مثلا،</p> <ul style="list-style-type: none"> • سیروز کبدی • پیوند کبد 			
<p>دیابت آیا مبتلا به دیابت هستید ؟ مثلا ،</p> <ul style="list-style-type: none"> • کنترل رژیم • مستقل از انسولین • وابسته به انسولین • دیابت پیشرفته 			
<p>سرطان آیا تا بحال مبتلا به سرطان شده اید و یا مبتلا می باشید ؟</p>			
<p>آیا در شش ماه اخیر شیمی درمانی جهت جهت بیماری بدخیم یا خوش خیم سرطانی داشته اید ؟ و یا پیوند عضو دریافت کرده اید ؟ و در صورتی که در ۱۲ ماه گذشته تراپی بیولوژیکی مانند</p> <p>anti-TNF therapy such as alemtuzumab, ofatumumab and rituximab)</p> <p>یا در ۳ ماه گذشته موارد ذیل مصرف شده است؟</p> <ul style="list-style-type: none"> • High-dose corticosteroids (>40mg prednisolone per day)برای بیشتر از یک هفته 			

<p>Lower dose corticosteroids • (>20mg prednisolone per day) برای بیشتر از ۱۴ روز</p> <p>Non-biological oral immune modulating drugs e.g. methotrexate, azathioprine, 6-mercaptopurine •</p> <p>آیا طحال در طی عمل جراحی برداشته و یا دچار نقص مادر زادی طحال می باشید ؟</p> <p>آیا تابحال دچار عفونت اچ آی وی شده اید ؟</p> <p>اگر تحت درمان بوده اید آیا تابحال در شش ماه گذشته از مشکل ویروسی نامشخص و شمارش بالای CD4 داشته اید ؟ (U=U)?</p>			
---	--	--	--

امضا	تاریخ
------	-------

فرم فوق را به سوپروایزرو یا رئیس بخش تحویل دهید .

فرم فوق از مجموعه دستورالعمل های وزارت بهداشت انگلستان ترجمه شده است.