

## فرم خود ارزیابی سلامت

### ۱. تعریف موارد بیماری

بیماری ناشی از کروناویروس (کووید-۱۹) عفونت سیستم تنفسی است که توسط دسته ای از کروناویروس ها SARS-COV-۲ ایجاد می شود و تظاهرات کلینیکی آن از علائم شبیه سرماخوردگی خفیف تا پنومونی وایرال شدید همراه با دیسترس تنفسی حاد، متفاوت است.

#### ۱.۱. مورد مشکوک

- فرد با علائم سرفه خشک یا لرز یا گلودرد همراه با تنگی نفس یا بدون تب که با عامل اتیولوژیک دیگری قابل توجیه نباشد
- بیمار دارای تب و یا علائم تنفسی (با هر شدتی که باشد)
- سابقه تماس نزدیک<sup>۱</sup> با مورد محتمل/قطعی بیمار کووید-۱۹، روز قبل از شروع علائم بیماری را داشته باشد
- کارکنان بهداشتی- درمانی

#### ۱.۲. مورد محتمل

- مورد مشکوکی است که:
- با تظاهرات رادیولوژیک که از نظر رادیولوژیست به شدت مطرح کننده بیماری کووید-۱۹ می باشد نظیر انفیلتراسیون مولتی لوبولر یک یا دو طرفه خصوصاً انفیلتراسیون نواحی محیطی در CT scan ریه یا رادیوگرافی قفسه صدری و ground glass در CT scan ریه (Clinically confirmed)
- فرد مبتلا به پنومونی که علیرغم درمان های مناسب، پاسخ بالینی نامناسب داشته و به شکل غیر معمول و سرعت غیر قابل انتظاری وضعیت بالینی بیمار حادث تر و وخیم تر شده یا فوت شود.
- نتیجه آزمایش PCR فرد معلوم نیست (بعنوان مثبت یا منفی قطعی گزارش نشده است)

#### ۱.۳. مورد قطعی

- فرد با تایید آزمایشگاهی ویروس ناشی از کووید-۱۹، صرف نظر از وجود علائم و نشانه های بالینی و ارتباط نزدیک

<sup>۱</sup> تماس نزدیک چنین تعریف می شود:

- تماس بیمارستانی با بیمار، شامل ارائه مستقیم خدمت بالینی کادر بیمارستانی به بیمار محتمل/قطعی کووید-۱۹، تماس با عضو دیگری از تیم درمانی که خود مبتلا به کووید-۱۹ شده باشد
- فردی از افراد خانواده از بیمار مشکوک/محتمل/قطعی کووید-۱۹ مراقبت مستقیم نموده است
- همکار بودن یا همکلاس بودن با فرد مبتلا به کووید-۱۹ یا هر تماس شغلی با بیمار مبتلا به کووید-۱۹ در فضای بسته ی مشترک (تماس بیش از ۱۵ دقیقه در فاصله کمتر از ۲ متر)
- همسفر بودن با فرد مبتلا به کووید-۱۹ در یک وسیله نقلیه مشترک

## سوالات مربوط به بیماری کووید-۱۹

- ۱- بر اساس تعاریف ذکر شده از انواع ابتلا در کدام دسته قرار دارید؟ سالم  مشکوک  محتمل  بیمار قطعی
  - ۲- آیا در سه روز اخیر علائم زیر را داشته‌اید؟ خیر  بلی  علامت بزنید  
تب  لرز  سرفه  تنگی نفس  گلودرد  بدن درد  احساس خستگی و ضعف  درد یا احساس سنگینی در قفسه سینه  از دست دادن حس بویایی  از دست دادن حس چشایی  علائم گوارشی
  - ۳- آیا سابقه تماس نزدیک (فاصله کمتر از ۲ متر) با فرد مشکوک / محتمل / قطعی به کووید-۱۹ (کرونا ویروس) طبق تعاریف ذکر شده در دو هفته اخیر را داشته‌اید؟ خیر  بلی  ذکر گردد
  - ۴- آیا تاکنون آزمایشات غربالگری بیماری کووید-۱۹ را انجام دادید؟ خیر  بلی
  - ۵- آیا اصول بهداشت فردی در پیشگیری از ابتلا به بیماری را رعایت می‌کنید؟ استفاده از ماسک، فاصله گذاری اجتماعی، شستشوی مرتب دستها و... خیر  بلی
  - ۶- آیا همکارانتان اصول بهداشت فردی در پیشگیری از ابتلا به بیماری را رعایت می‌کنند؟ استفاده از ماسک، فاصله گذاری اجتماعی، شستشوی مرتب دستها و... خیر  بلی
  - ۷- آیا در یک اتاق مشترک با همکارانتان حضور دارید؟ خیر  بلی
  - ۸- اگر پاسخ سوال قبلتان بلی است آیا فاصله استقرار میزهایتان حداقل ۲-۳ متر با یکدیگر فاصله دارد؟ خیر  بلی
  - ۹- آیا پاسخگوی مستقیم به ارباب رجوع (کارمند و دانشجو) دارید؟ خیر  بلی
  - ۱۰- اگر پاسخ سوال قبلتان بلی است آیا تعداد مراجعین شما زیاد می‌باشد؟ خیر  بلی
  - ۱۱- آیا سیستم تهویه طبیعی و مصنوعی در محیط کارتان مناسب می‌باشد؟ (پنجره، هواکش، تهویه مرکزی و...) خیر  بلی
  - ۱۲- اطلاعات سلامت و علائم تنفسی خود را در سامانه [salamat.gov.ir](http://salamat.gov.ir) ثبت کرده‌اید؟ خیر  بلی
  - ۱۳- آیا در گروه بیماران با نقص ایمنی زیر قرار دارید؟ خیر  بلی  علامت بزنید  
تحت درمان با کورتیکواستروئید (بیش از ۲۰ mg/d پردنیزولون بیش از دو هفته یا دوز تجمیعی بیش از ۶۰۰ میلی گرم معادل پردنیزولون<sup>۲</sup>)  شیمی درمانی  پیوند اعضا  بدخیمی‌ها (سرطان)
  - ۱۴- آیا در گروه بیماران با بیماری زمینه‌ای زیر قرار دارید؟ خیر  بلی  علامت بزنید  
پر فشاری خون  دیابت کنترل نشده با  $HbA1c > 7.6\%$   بیماری قلبی - عروقی غیر از فشارخون   $BMI > 40.3$    
بیماری‌های تنفسی مزمن زمینه‌ای  نارسایی کلیوی مزمن
- خواهشمند است در صورت مثبت بودن پاسخ سوالهای ۱۴، ۱۳، ۴، ۳، ۲، ۱ مستندات مربوطه به آدرس الکترونیکی [hseaut99@gmail.com](mailto:hseaut99@gmail.com) ارسال گردد.

<sup>۲</sup> این تأثیر می‌تواند تا یک ماه پس از قطع کورتون نیز ادامه داشته باشد

<sup>۳</sup> Body Mass Index