



بسمه تعالی

فرم پیگیری مبتلایان به کووید در بیمارستان
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی هلالی کرمانشاه

مشخصات بیمار:

نام: نام خانوادگی: سن: کد ملی:

تاریخ مراجعه به اورژانس کووید: مستند ابتلاء به کووید:
☐ CT ☐ PCR

وضعیت بیمار در بدو مراجعه: RR : BP : Spo2 :

رژیم درمانی آنترویرال سرپایی: رژیم درمانی کورتون سرپایی:

مهر و امضاء پزشک

جدول مراجعات به درمانگاه سرپایی کووید

تاریخ مراجعات	Spo2	BP	RR	وضعیت عمومی	تصمیم پزشک		مهر و امضاء پزشک
					ادامه درمان سرپایی	بستری	

علائم خطر بیماری کووید به اینجانب توضیح داده شد. لذا متعهد می گردم در صورت بروز علائم خطر و نیز برطبق جدول فوق به درمانگاه سرپایی کووید مراجعه نمایم.

امضاء



بسمه تعالی

فرم پیگیری مبتلایان به کووید در بیمارستان
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی هلالی کرمانشاه

مشخصات بیمار:

نام: نام خانوادگی: سن: کد ملی:

تاریخ مراجعه به اورژانس کووید: مستند ابتلاء به کووید:
☐ CT ☐ PCR

وضعیت بیمار در بدو مراجعه: RR : BP : Spo2 :

رژیم درمانی آنترویرال سرپایی: رژیم درمانی کورتون سرپایی:

مهر و امضاء پزشک

جدول مراجعات به درمانگاه سرپایی کووید

تاریخ مراجعات	Spo2	BP	RR	وضعیت عمومی	تصمیم پزشک		مهر و امضاء پزشک
					ادامه درمان سرپایی	بستری	

علائم خطر بیماری کووید به اینجانب توضیح داده شد. لذا متعهد می گردم در صورت بروز علائم خطر و نیز برطبق جدول فوق به درمانگاه سرپایی کووید مراجعه نمایم.

امضاء