



	<input type="checkbox"/> درخواست شخصی / / <input type="checkbox"/> به درخواست پزشک / <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود)		
نام بیمار:	نام پدر:	تاریخ تولد:	شماره ملی:
شماره پاسپورت:	تلفن ثابت:	تلفن همراه:	
آدرس:	احراز هویت: انجام شد: <input type="checkbox"/>		
علائم بیماری:			
<input type="checkbox"/> تب <input type="checkbox"/> لرز <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> گلودرد <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> دردهای عضلانی <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> اشکال در بویایی و چشایی <input type="checkbox"/> علائم گوارشی <input type="checkbox"/> سایر علائم (ذکر شود)			
زمان شروع علائم:			
وجود بیماری زمینه ای:			
<input type="checkbox"/> قلبی و عروقی <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> بیماری های مزمن <input type="checkbox"/> آسم <input type="checkbox"/> فشارخون <input type="checkbox"/> بیماری کلیوی <input type="checkbox"/> بیماری کبدی <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> پیوند اعضا <input type="checkbox"/> نقص سیستم ایمنی <input type="checkbox"/> بدخیمی <input type="checkbox"/> چاقی <input type="checkbox"/> سایر (ذکر شود)			
سابقه بستری در چندماه اخیر <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> چه زمانی؟			
سابقه تماس نزدیک با بیمار مبتلا یا مشکوک به کرونا <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چه زمانی؟			
امضاء			
این بخش توسط آزمایشگاه کامل شود:			
آزمایش Covid-19 PCR برای متقاضی انجام شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
منفی <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> مشکوک <input type="checkbox"/> زمان انجام آزمایش / / نوع نمونه: سواب بینی <input type="checkbox"/> سواب حلق <input type="checkbox"/>			
آزمایش Covid-19 Ab برای متقاضی انجام شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
Covid-19 Ab(IgG) زمان انجام / / نتیجه آزمایش:			
Covid-19 Ab(IgM) زمان انجام / / نتیجه آزمایش:			
امضاء	تاریخ:		