# پرسشنامه بیماریابی کوید ۱۹

**نام صنعت/ سازمان** **محصول تولیدی/خدماتی:**

**نام و نام خانوادگی** **کد ملی**

**تاریخ تولد** **شغل:**

۱. آیا در یک ماه گذشته، شما با احتمال ابتلا به بیماری کرونا تحت قرنطینه یا درمان بوده اید ؟
□بلی □خیر

۲. اگر بلی آیا در سه روز اخیر بدون دریافت دارو بعضا تب و سرفه داشته اید؟
□بلی □خیر

۳. آیا در یک ماه گذشته، افراد هم منزل شما با احتمال ابتلا به بیماری کرونا تحت قرنطینه یا درمان بوده اند ؟
□بلی □خیر

۴. آیا در دو هفته گذشته، با فردی که مبتلا به کرونا بوده تماس نزدیک داشته اید؟ (تماس نزدیک یعنی برای بیشتر از دو ساعت در یک اتاق، بیشتر از ۱۵ دقیقه تماس چهره به چهره در فاصله کمتر از ۲ متر، مسافرت در یک وسیله نقلیه و تماسهای مشابه)
□بلی □خیر

۵. اگردر دوهفته اخیر هر یک از علایم زیر را داشته اید علامت بزنید:

□تب / □لرز/ □ سرفه / □ تنگی نفس / □بدن درد/ □گلودرد یا خشکی گلو

۶. آیا در همکارانتان علایم فوق را مشاهده کرده اید
□بلی □خیر

۷. اگر در دوهفته اخیر هریک از علایم زیر را داشته اید علامت بزنید:
□آبریزش بینی /□ گرفتگی بینی/ □عطسه / □ضعف و بیحالی/ □اسهال / □تهوع و استفراغ / □سوزش گلو

۸. اگر سابقه هریک از بیماریهای زیر را دارید علامت بزنید

- بدخیمی (انواع سرطان)
- پیوند اعضاء
- تحت درمان با کورتون خوراکی یا تزریقی (پردنیزولون، هیدروکورتیزو، بتامتازون، دگزامتازون....)
- ایدز
- شیمی درمانی یا پرتودرمانی در ۶ ماه اخیر
- بیماریهای روماتیسمی یا خودایمنی تحت درمان
کولیت روده تحت درمان

۹. اگر سابقه هر یک از بیماری های زیررا دارید علامت بزنید
- پرفشاری خون
- بیماری قلبی عروقی ( سکته قلبی، آریتمی، تنگی عروق کرونر و بیماری ایسکمیک قلب)
- دیابت
- نارسایی کبد یا کلیه
- بیماری تنفسی مانند آسم /برونشیت مزمن/ آمفیزم/

## راهنمای عمل

پاسخ مثبت به سوالات ۱ تا ۵ عدم مجوز حضور در محل کار

پاسخ مثبت به سوال ۱ و پاسخ منفی به سوال ۲ ارجاع به مرکز تخصصی طب کار (اگر شاغل، مبتلا به کرونا بوده یا احتمال آن مطرح بوده و در سه روز اخیر همچنان تحت درمان دارویی است یا علایم تب و سرفه را داشته است هنوز مجاز به بازگشت به کارنیست و نباید برای ارزیابی بازگشت به کار به مرکز تخصصی ارجاع گردد)

پاسخ مثبت به سوال ۶ بررسی واخذ جزییات توسط واحد HSE

پاسخ مثبت به سوال ۷ همراه با پاسخ مثبت به هریک از سوالهای ۸ و ۹ عدم مجوز حضور در محل کار

پاسخ مثبت به سوال ۵ یا پاسخ مثبت به سوال ۷ همراه با پاسخ مثبت به هریک از سوالهای ۸ و ۹ ارجاع به مراکز جامع سلامت منطقه

**تدوین: دکتر مرجان غروی / متخصص طب کار**