

عالمی کووڈ-19 کلینکل پلیٹ فارم

ناول کورونا وائرس (کووڈ-19) - ریپڈ ورژن

اس کیس ریکارڈ فارم (CRF) کا ڈیزائن

اس CRF کے تین ماڈیولز ہیں:

ماڈیول 1 ہیلتھ سنٹر میں بھرتی کے پہلے دن مکمل کیا جائے گا۔

ماڈیول 2 کو ICU یا اعلیٰ انحصاری یونٹ میں بھرتی کے پہلے دن مکمل کیا جائے گا۔ ماڈیول 2 کو اس کے علاوہ روزانہ جس قدر زیادہ وسائل اجازت دیں اتنے دنوں کے لئے مکمل کیا جانا چاہیے۔ ان مریضوں کو فالو اپ کرنا جاری رکھیں جو ایک وارڈ سے دوسرے وارڈ میں منتقل ہوتے ہیں۔

ماڈیول 3 ہسپتال سے چھٹی یا وفات پر مکمل کیا جانا چاہئے۔

عمومی ہدایات

- یہ CRF جانچ، انٹرویو اور ہسپتال کے نوٹس کے جائزے سے حاصل کردہ ڈیٹا کو اکٹھا کرنے کے لیے ڈیزائن کیا گیا ہے۔ اگر مریض کا اندراج بھرتی کے تاریخ کے بعد ہوا ہے تو ڈیٹا سابقہ تاریخ سے اکٹھا کیا جا سکتا ہے۔
- شرکت کنندہ کے شناختی نمبروں میں سائٹ کوڈ اور شرکت کنندہ نمبر ہوتا ہے۔
- آپ ncov@isaric.org سے رابطہ کر کے کوئی سائٹ کوڈ حاصل کر سکتے ہیں اور ڈیٹا مینیجمنٹ سسٹم میں رجسٹر ہو سکتے ہیں۔ شرکت کنندگان کے نمبر 0001 سے شروع کرتے ہوئے ہر ایک سائٹ کے لیے سلسلہ وار تفویض کیے جانے چاہئیں۔ اگر کوئی واحد سائٹ شرکت کنندگان کو مختلف وارڈز میں بھرتی کر رہی ہے، یا جہاں یہ بصورت دیگر تسلسل کے ساتھ نمبروں کو تفویض کرنا مشکل ہو تو آپ بلاک میں نمبر تفویض کر سکتے ہیں یا الفبائی حروف شامل کر سکتے ہیں۔ مثال کے طور پر، X وارڈ 0001 سے یا A001 کے بعد کے نمبر تفویض کرے گا اور Y وارڈ 5001 سے یا B001 کے بعد کے نمبر تفویض کرے گا۔ ہر صفحہ کے اوپری حصہ میں شرکت کنندہ کا شناختی نمبر درج کریں۔
- ڈیٹا <https://ncov.medsci.ox.ac.uk> پر مرکزی برقی REDCap ڈیٹا بیس میں یا آپ کی سائٹ / نیٹورک کے علیحدہ ڈیٹا بیس میں درج ہوتا ہے۔ پرنٹ شدہ کاغذی CRFs استعمال کیے جا سکتے ہیں اور بعد میں ڈیٹا کو برقی ڈیٹا بیس میں ٹائپ کیا جاسکتا ہے۔
- ہر حصہ مکمل کریں۔ وہ سوالات جنہیں "اگر ہاں، ..." مارک کیا گیا ہے اگر ان کا اطلاق نہ ہوتا ہو تو خالی چھوڑ دیا جانا چاہیے (یعنی جب جواب ہاں نہ ہو)۔
- مربع باکسوں (□) والے انتخابات ایک انتخاب والے جوابات ہیں (صرف ایک جواب منتخب کریں)۔
- دائروی باکسوں (○) والے انتخابات متعدد انتخاب والے جوابات ہیں (تمام قابل اطلاق کو منتخب کریں)۔
- کسی بھی ایسے ڈیٹا کے لیے جو دستیاب نہ ہو، یا نا معلوم ہو، 'معلوم نہیں' کو نشان زد کریں۔
- مخصوص جگہوں سے باہر ڈیٹا ریکارڈ کرنے سے اجتناب کریں۔
- اگر کاغذی CRFs استعمال کر رہے ہوں تو ہم روشنائی سے بڑے حروف کا استعمال کرتے ہوئے صاف صاف لکھنے کی سفارش کرتے ہیں۔
- جواب کو مارک کرنے کے لئے باکسوں میں (X) کا نشان بنائیں۔ تصحیح کے لیے، جس ڈیٹا کو آپ حذف کرنا چاہتے ہیں اس کو قلم زد (-----) کر دیں اور اس کے اوپر درست ڈیٹا تحریر کریں۔ برائے مہربانی تمام تصحیحات کے لیے مختصر دستخط کر کے تاریخ ڈالیں۔
- کسی ایک شرکت کنندہ کی تمام شیٹس ایک ساتھ رکھیں، مثال کے طور پر نتھی کر کے یا شرکت کنندہ کے انفرادی فولڈر میں۔
- برائے مہربانی تمام کاغذی CRF ڈیٹا برقی ڈیٹا بیس میں منتقل کر دیں۔ تمام کاغذی CRFs ان کے لیے ذمہ دار ادارے کے ذریعہ ذخیرہ کیے جا سکتے ہیں۔ تمام ڈیٹا محفوظ برقی ڈیٹا بیس میں منتقل کیا جانا چاہیے۔
- برائے مہربانی <https://ncov.medsci.ox.ac.uk> پر برقی ڈیٹا کیپچر سسٹم میں ڈیٹا درج کریں۔ اگر آپ کی سائٹ ڈیٹا علیحدہ اکٹھا کرنا چاہتی ہے تو ہمیں مقامی طور پر ہوسٹ کیے گئے ڈیٹا بیس کی تنصیب کو سپورٹ کر سکتے ہیں۔
- برائے مہربانی ہم سے اس پتے پر رابطہ کریں ncov@isaric.org۔ اگر ہم ڈیٹا بیس کے تعلق سے مدد کر سکتے ہیں، اگر آپ کے پاس تبصرے ہوں اور ہمیں یہ بتانے کے لیے کہ آپ فارمز استعمال کر رہے ہیں۔

ملک

سائٹ کا نام

اندراج کی تاریخ []/[]/[] 0 [] 2 [] []/[]/[]/[]

طبی شمولیت کا معیار

عوامی صحت کی دلچسپی والے حامل مرض جرثومے کا مصدقہ یا مشتبہ انفیکشن ہاں نہیں

اس بیماری کے ہاں نہیں | از خود رپورٹ کردہ بخار یا پیمائش شدہ بخار $\leq 38^{\circ}\text{C}$ کی ہسٹری ہاں نہیں

دوران ان میں ہاں نہیں | کھانسی

سے ایک ہاں نہیں | سانس پھولنا (سانس کی کمی) یا غیر معمولی تیز سانس * ہاں نہیں

یا زیادہ ہاں نہیں | مذکورہ بالا معیار پورا نہ کرنے کے باوجود ARI کا طبی شبہ ہاں نہیں

* تنفس کی شرح ≤ 50 سانس / فی منٹ > 1 سال کے لیے؛ ≤ 40 1-4 سال کے لیے؛ ≤ 30 5-12 سال کے لیے؛ ≤ 20 ≤ 13 سال کے لیے

کیا کووڈ-19 ہسپتال میں داخلے کی وجہ ہے؟

ہاں، کووڈ-19 ہسپتال میں داخلے کی وجہ ہے

نہیں، مریض کو ہسپتال میں کووڈ-19 کے بجائے کسی اور وجہ سے داخل کروایا گیا تھا

آبادیاتی معلومات

پیدائش کے وقت جنس مرد عورت غیر صراحت شدہ تاریخ پیدائش []/[]/[]

اگر تاریخ پیدائش معلوم نہیں ہے: عمر [] [] [] سال یا [] [] مہینے

صحت نگہداشت کارکن؟ ہاں ہاں معلوم نہیں لیبارٹری کارکن؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

حاملہ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں ناقابل اطلاق اگر ہاں: حمل والے ہفتوں کا جائزہ [] [] ہفتے

Covid-19 کی گزشتہ انفیکشن

کیا اس مریض کو پہلے Covid-19 ہو چکا ہے؟

نہیں ہاں - ایک بار پہلے ہاں - دو بار پہلے ہاں - تین بار پہلے

(eCRF میں اسے دکھانے کے لئے مزید جگہ ہے)

COVID-19 پہلی کی انفیکشن:

COVID-19 کی پہلی انفیکشن کب ہوئی؟ (ماہ/سال)

کیا ان کی پہلی COVID-19 کی انفیکشن کی تصدیق بذریعہ ٹیسٹ ہوئی تھی؟

ہاں، ٹیسٹ سے تصدیق ہوئی تھی نہیں، ٹیسٹ سے تصدیق نہیں ہوئی تھی

کیا انہیں COVID کی پہلی انفیکشن کی وجہ سے ہسپتال میں داخل کروایا گیا تھا؟

ہاں نہیں

COVID-19 کی دوسری انفیکشن:

COVID-19 کی دوسری انفیکشن کب ہوئی؟ (ماہ/سال)

کیا ان کی دوسری COVID-19 کی انفیکشن کی تصدیق بذریعہ ٹیسٹ ہوئی تھی؟

ہاں، ٹیسٹ سے تصدیق ہوئی تھی نہیں، ٹیسٹ سے تصدیق نہیں ہوئی تھی

کیا انہیں COVID کی دوسری انفیکشن کی وجہ سے ہسپتال میں داخل کروایا گیا تھا؟

ہاں نہیں

اگر اس مریض کا ڈیٹا اس تحقیق میں پہلے ریکارڈ کیا گیا ہے تو پارٹیسپینٹ آئی ڈینٹیفیکیشن پن (PIN) ڈالیں جو کہ پہلے مندرجہ ذیل سیکشن میں استعمال کی گئی تھی

دوبارہ داخلہ اور پچھلی پن

کیا بیماری کے اس دورانیے میں مریض کو داخل کیا گیا تھا یا کسی دوسری جگہ سے اس جگہ منتقل کیا گیا تھا؟

ہاں - اس جگہ پہلے داخل کیا گیا تھا ہاں - دوسری جگہ سے ٹرانسفر کیا گیا تھا نہیں معلوم نہیں

اس انفیکشن کے لیے پچھلے داخلوں کی تعداد:

کیا اس مریض کا ڈیٹا پہلے کسی دوسرے پیشینت نمبر کے تحت جمع کیا گیا تھا؟

اگر ہاں، تو پھر پارٹیسپینٹ آئی ڈینٹیفیکیشن نمبر (پن)

ماڈیول 1: داخلہ/اندراج پر مکمل کریں

علامات کے ظہور کی تاریخ اور بھرتی کے وقت اہم علامات (دیکھا/بھرتی کر کے وقت ابتدائی دستیاب ڈیٹا)

علامات کا ظہور (پہلی /شروعاتی علامات کی تاریخ) Y][Y][0][2D][D][/][M][M][/][]

اس سہولت گاہ میں بھرتی کی تاریخ Y][Y][0][2D][D][/][M][M][/][]

درجہ حرارت [] [] [] [] °C قلب کی شرح [] [] [] [] دھڑکن / منٹ

شرح تنفس [] [] [] [] سانس / منٹ

فشار خون [] [] [] [] (انقباضی) [] [] [] [] (انبساطی) mmHg شدید ڈی ہائڈریشن [] ہاں [] نہیں [] معلوم نہیں

اسٹرنل کیپری ریفل ٹائم < 2 سیکنڈز [] ہاں [] نہیں [] معلوم نہیں

آکسیجن سچوریشن: [] [] [] [] % کمرے کی ہوا [] پر [] آکسیجن تھراپی معلوم نہیں A V P U (ایک کے گرد دائرہ بنائیں)

گلاسگو کوما اسکور [] [] [] [] (GCS / 15) ناقص تغذیہ [] ہاں [] نہیں [] معلوم نہیں

درمیانی اوپری بازو کی گولائی [] [] [] [] ملی میٹر قد: [] [] [] [] سینٹی میٹر وزن: [] [] [] [] کلوگرام

ایک ساتھ کئی بیماریاں (بھرتی کے پہلے سے موجود) (= معلوم نہیں)

دل کی دیرینہ بیماری (ہائپرٹینشن کے علاوہ)	[] ہاں [] نہیں [] معلوم	ذیابیطس	[] ہاں [] نہیں [] معلوم
ہائپرٹینشن	[] ہاں [] نہیں [] معلوم	موجودہ سگریٹ نوشی	[] ہاں [] نہیں [] معلوم
پھیپھڑے کی دیرینہ بیماری	[] ہاں [] نہیں [] معلوم	تپ دق	[] ہاں [] نہیں [] معلوم
دمہ	[] ہاں [] نہیں [] معلوم	اسپلینیا	[] ہاں [] نہیں [] معلوم
گردے کی دیرینہ بیماری	[] ہاں [] نہیں [] معلوم	ملگنٹ نیوپلازم	[] ہاں [] نہیں [] معلوم
جگر کی دیرینہ بیماری	[] ہاں [] نہیں [] معلوم	دیگر	[] ہاں [] نہیں [] معلوم
دیرینہ اعصابی اضطراب	[] ہاں [] نہیں [] معلوم	اگر ہاں، تو صراحت کریں: _____	
ایچ آئی وی	[] ہاں [] آئی پر [] ہاں [] آئی پر نہیں [] معلوم نہیں		

بھرتی سے قبل اور دیرینہ دوائیاں کیا درج ذیل میں سے کوئی بھرتی سے 14 دنوں کے اندر لی گئی تھی؟

اینجیوٹنسن کنورٹنگ انزائم انہیٹرز (ACE انہیٹرز)؟ [] ہاں [] نہیں [] معلوم نہیں

اینجیوٹنسن II رسپٹر بلاکرز ((ARBs)؟ [] ہاں [] نہیں [] معلوم نہیں

نان اسٹیرائڈل اینٹی انفلیمیٹری ((NSAID)؟ [] ہاں [] نہیں [] معلوم نہیں

بھرتی کے وقت نشانیاں اور علامات (Unk = معلوم نہیں)

بخار کی ہستری	[] ہاں [] نہیں [] معلوم	سینے کے نچلے حصے کی دیوار کا اندر کی طرف کھینچنا	[] ہاں [] نہیں [] معلوم
کھانسی	[] ہاں [] نہیں [] معلوم	سر درد۔	[] ہاں [] نہیں [] معلوم
بلغم بننے کے ساتھ	[] ہاں [] نہیں [] معلوم	بدلا ہوا شعور / کنفیوژن	[] ہاں [] نہیں [] معلوم
خون کے ساتھ (ہیموٹائسس کے ساتھ)	[] ہاں [] نہیں [] معلوم	دورہ	[] ہاں [] نہیں [] معلوم
گلے کی سوزش	[] ہاں [] نہیں [] معلوم	شکم درد	[] ہاں [] نہیں [] معلوم

شرکت کنندہ کی آئی ڈی _____

ناک بہنا (رینوریا)۔	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	قے/متلی	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
سانس کی گھبرگھراہٹ	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اسہال	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
سینے میں درد۔	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	آشوب چشم	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
عضلاتی درد (عضلات میں درد)	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	جلدی چکتہ	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
جوڑوں میں درد (ارتھرالجیا)۔	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	جلدی السر	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
تھکان/ بے چینی	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	لمف نوڈ کا مرض	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
سانس کا پھولنا۔	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	خون نکلنا (جریان خون)۔	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
چلنے کی عدم صلاحیت	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اگر خون نکل رہا ہے: جگہ (جگہوں) کی صراحت کریں:	
دیگر <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں اگر ہاں، صراحت کریں:			

ماڈیول 1: داخلہ/اندراج پر مکمل کریں

ٹیکہ کاریاں
<p>Covid-19 ٹیکہ کاری</p> <p><input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں</p> <p>پہلی ویکسین کی تاریخ: [D][D]/[M][M]/[2][0][Y][Y] تاریخ: <input type="checkbox"/> اصل <input type="checkbox"/> اندازاً</p> <p>پہلی ویکسین کی قسم: <input type="checkbox"/> فائزر/بائیوٹک <input type="checkbox"/> ایسٹرا زینیکا/یونیورسٹی آف آکسفورڈ (انڈیا میں کووی شیلڈ) موڈرنا</p> <p><input type="checkbox"/> نووا ویکس <input type="checkbox"/> جینسن (جانسن اینڈ جانسن) <input type="checkbox"/> سائٹوفارم <input type="checkbox"/> سائٹو ویک <input type="checkbox"/> سپوٹنک وی</p> <p><input type="checkbox"/> کوویکسن <input type="checkbox"/> چین سائٹو بائیو <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> دیگر، براہ مہربانی واضح کریں _____</p> <p>دوسری ویکسین کی تاریخ: [D][D]/[M][M]/[2][0][Y][Y] تاریخ: <input type="checkbox"/> اصل <input type="checkbox"/> اندازاً</p> <p>دوسری ویکسین کی قسم: <input type="checkbox"/> فائزر/بائیوٹک <input type="checkbox"/> ایسٹرا زینیکا/یونیورسٹی آف آکسفورڈ (انڈیا میں کووی شیلڈ) موڈرنا</p> <p><input type="checkbox"/> نووا ویکس <input type="checkbox"/> جینسن (جانسن اینڈ جانسن) <input type="checkbox"/> سائٹوفارم <input type="checkbox"/> سائٹو ویک <input type="checkbox"/> سپوٹنک وی</p> <p><input type="checkbox"/> کوویکسن <input type="checkbox"/> چین سائٹو بائیو <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> دیگر، براہ مہربانی واضح کریں _____</p> <p>تیسری ویکسین کی تاریخ: [D][D]/[M][M]/[2][0][Y][Y] تاریخ: <input type="checkbox"/> اصل <input type="checkbox"/> اندازاً</p> <p>تیسری ویکسین کی قسم: <input type="checkbox"/> فائزر/بائیوٹک <input type="checkbox"/> ایسٹرا زینیکا/یونیورسٹی آف آکسفورڈ (انڈیا میں کووی شیلڈ) موڈرنا</p> <p><input type="checkbox"/> نووا ویکس <input type="checkbox"/> جینسن (جانسن اینڈ جانسن) <input type="checkbox"/> سائٹوفارم <input type="checkbox"/> سائٹو ویک <input type="checkbox"/> سپوٹنک وی</p> <p><input type="checkbox"/> کوویکسن <input type="checkbox"/> چین سائٹو بائیو <input type="checkbox"/> نامعلوم <input type="checkbox"/> دیگر، براہ مہربانی واضح کریں _____</p>
گزشتہ 6 ماہ کے اندر انفلونزا کے ٹیکے: ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں

دوائی کیا مریض کو فی الحال درج ذیل میں سے کوئی بھی موصول ہو رہی ہے؟

منہ کے راستے لیا جانے والا/ اوروگیسٹریک سیال مواد؟ ہاں نہیں معلوم نہیں درون ورید سیال مواد؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

اینٹی وائرل؟ ہاں نہیں معلوم نہیں اگر ہاں: ریباویرن لوپیناویر/ ریٹوناویر نیورا مینڈیس اینہیٹر انٹرفیرون الفا انٹرفیرون بیٹا دیگر، صراحت کریں: _____

کورٹیکوسٹیرائیڈ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں اگر ہاں، روٹ: منہ کے راستے درون ورید بذریعہ سانس اگر ہاں، تو براہ کرم عامل اور روزانہ کی زیادہ سے زیادہ خوراک فراہم کریں: _____

اینٹی بائیوٹک؟ ہاں نہیں معلوم نہیں ہاں نہیں مخالف عامل؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

ملیریا مخالف عامل؟ ہاں نہیں معلوم نہیں اگر ہاں، صراحت کریں: _____

تجرباتی عامل؟ ہاں نہیں معلوم نہیں اگر ہاں، صراحت کریں: _____

نان اسٹیرائڈل اینٹی انفلیمیٹری (NSAID) ہاں نہیں معلوم نہیں

اینجیوٹنسن کنورٹنگ انزائم اینہیٹرز (ACE اینہیٹرز) ہاں نہیں معلوم نہیں

اینجیوٹنسن II رسپٹر بلاکرز (ARBs) ہاں نہیں معلوم نہیں

معاون نگہداشت کیا مریض کو فی الحال درج ذیل میں سے کوئی بھی موصول ہو رہی ہے؟

ICU یا اعلیٰ انحصاری یونٹ میں بھرتی؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

آکسیجن تھراپی؟ ہاں نہیں معلوم نہیں اگر ہاں، درج ذیل سہی کو مکمل کریں

2O فلو: 1-5 لیٹر/منٹ 6-10 لیٹر/منٹ 11-15 لیٹر/منٹ <15 لیٹر/منٹ معلوم نہیں

آکسیجن کا ماخذ: ہائپڈ سلنڈر کانسنٹریٹر معلوم نہیں

انٹرفیس: ناک کے پرونگس HF ناک کی کینولا ماسک ریزروائر کے ساتھ ماسک CPAP/NIV ماسک معلوم نہیں

نان انویزو وینٹیلیشن؟ (مثلاً BIPAP/CPAP ہاں نہیں ناقابل اطلاق

انویزو وینٹیلیشن (کوئی بھی)؟ ہاں نہیں معلوم نہیں ہاں نہیں معلوم نہیں ویسو پریسرز؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

اکسٹرا کارپوریٹل (ECMO) سپورٹ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں ہاں نہیں معلوم نہیں ہاں نہیں معلوم نہیں پرون پوزیشن؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

داخلے کے وقت لیبارٹری کے نتائج (*یونٹس ریکارڈ کریں اگر وہ درج کردہ سے مختلف ہوں)

یہاں کیا	ویلیو*	یہاں کیا	ویلیو*
<input type="checkbox"/>	ہیموگلوبین (گرام/لیٹر)	<input type="checkbox"/>	کریاٹین (مانکرو مول/لیٹر)
<input type="checkbox"/>	WBC کی گنتی (x10 ⁹ /لیٹر)	<input type="checkbox"/>	سوڈیم (mEq/لیٹر)
<input type="checkbox"/>	ہیماتو کرٹ (خون میں سرخ ذرات کی شرح) (%)	<input type="checkbox"/>	پوٹاشیم (mEq/لیٹر)
<input type="checkbox"/>	پلیٹلیٹس (x10 ⁹ /لیٹر)	<input type="checkbox"/>	پروکیلسیٹونن (نینو گرام/ملی لیٹر)
<input type="checkbox"/>	APTT/APTR	<input type="checkbox"/>	CRP (ملی گرام/لیٹر)
<input type="checkbox"/>	PT (سیکنڈز)	<input type="checkbox"/>	LDH (یونٹ/لیٹر)
<input type="checkbox"/>	INR	<input type="checkbox"/>	کریٹین کینیس (یونٹ/لیٹر)
<input type="checkbox"/>	ALT/SGPT (یونٹ/لیٹر)	<input type="checkbox"/>	ٹروپونن (نینو گرام/ملی لیٹر)
<input type="checkbox"/>	کل بلیریوین (مانکرو مول/لیٹر)	<input type="checkbox"/>	ESR (ملی میٹر/گھنٹہ)
<input type="checkbox"/>	AST/SGOT (یونٹ/لیٹر)	<input type="checkbox"/>	D-dimer (ملی گرام/لیٹر)
<input type="checkbox"/>	یوریا (BUN) (ملی مول/لیٹر)	<input type="checkbox"/>	فریٹن (نینو گرام/ملی لیٹر)
<input type="checkbox"/>	لیکٹیت (ملی مول/لیٹر)	<input type="checkbox"/>	IL-6 (پیکو گرام/ملی لیٹر)

ماڈیول 2: فالو-اپ (تکمیل کی کثرت جو دستیاب ذرائع سے طے ہوتے ہوں)

فالو-اپ کی تاریخ [Y]_[M]_[D]/[M]_[M]_[D]/[D]_[D]_[D]

علامات حیات (00:00 تا 24:00 کے درمیان سب سے زیادہ خلاف معمول قدر کو ریکارڈ کریں)

COVID-19 کیس ریکارڈ فارم ریپڈ ورژن 5 جولائی 2021

ISARIC نے SPRINT SARI CRF سے آسفورڈ یونیورسٹی کی جانب سے ISARIC کے ذریعہ Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 انٹرنیشنل لائسنس کے تحت اخذ کیا۔

درجہ حرارت [] [] [] °C شرح قلب [] [] [] فی منٹ دھڑکن شرح تنفس [] [] [] سانس/منٹ
 فشار خون [] [] [] (انقباضی) [] [] [] (انبساطی) mmHg شدید ڈی ہائڈریشن [] ہاں [] نہیں [] معلوم نہیں
 اسٹرنل کیپلری ریفل ٹائم < 2 سیکنڈز [] ہاں [] نہیں [] معلوم نہیں
 آکسیجن سچوریشن [] [] [] % کمرے کی ہوا پر [] آکسیجن تھراپی [] معلوم نہیں
A V P U (ایک کے گرد دائرہ بنائیں)

روزمرہ کی طبی خصوصیات (Unk = معلوم نہیں)

کھانسی اور بلغم بننا گلے کی سوزش - سینے میں درد سانس کا پھولنا کنفیوژن	ہاں [] نہیں [] معلوم [] ہاں [] نہیں [] معلوم [] ہاں [] نہیں [] معلوم [] ہاں [] نہیں [] معلوم [] ہاں [] نہیں [] معلوم [] ہاں [] نہیں [] معلوم [] ہاں [] نہیں [] معلوم [] ہاں [] نہیں [] معلوم []	دورہ قے/متلی اسہال آشوب چشم عضلات میں درد دیگر، صراحت کریں: _____
---	--	--

مادیوں 1: داخلہ/اندراج پر مکمل کریں

لیبارٹری کے نتائج (*ریکارڈ یونٹس اگر وہ درج کردہ سے مختلف ہوں)

پیرامیٹر	ویلیو*	پیرامیٹر	ویلیو*	پیرامیٹر	ویلیو*
ہیموگلوبین (گرام/لیٹر)	[]	کریٹینین (مائیکرو مول/لیٹر)	[]	WBC کی گنتی (x10 ⁹ /لیٹر)	[]
LDH (یونٹ/لیٹر)	[]	سوڈیم (mEq/لیٹر)	[]	ہیماٹوکریٹ (خون میں سرخ ذرات کی شرح) (%)	[]
پروٹین (گرام/لیٹر)	[]	پوٹاشیم (mEq/لیٹر)	[]	پلیٹلیٹس (x10 ⁹ /لیٹر)	[]
APTT/APTR	[]	پروٹین (گرام/لیٹر)	[]	CRP (ملی گرام/لیٹر)	[]
PT (سیکنڈز)	[]	ٹیوبیون (یونٹ/لیٹر)	[]	LDH (یونٹ/لیٹر)	[]
INR	[]	کریٹینین (یونٹ/لیٹر)	[]	کریٹینین (یونٹ/لیٹر)	[]
ALT/SGPT (یونٹ/لیٹر)	[]	ٹیوبیون (نینو گرام/لیٹر)	[]	ٹیوبیون (نینو گرام/لیٹر)	[]
کل بلیوین (مائیکرو مول/لیٹر)	[]	ESR (ملی میٹر/گھنٹہ)	[]	ESR (ملی میٹر/گھنٹہ)	[]
AST/SGOT (یونٹ/لیٹر)	[]	D-dimer (ملی گرام/لیٹر)	[]	D-dimer (ملی گرام/لیٹر)	[]
یوریا (BUN) (ملی مول/لیٹر)	[]	فیریٹن (نینو گرام/لیٹر)	[]	فیریٹن (نینو گرام/لیٹر)	[]
لیکٹیٹ (ملی مول/لیٹر)	[]	IL-6 (بیگو گرام/لیٹر)	[]	IL-6 (بیگو گرام/لیٹر)	[]

دوائی کیا مریض کو فی الحال درج ذیل میں سے کوئی بھی موصول ہو رہی ہے؟

منہ کے راستے لیا جانے والا/اوروگیسٹریک سیال مواد؟ [] ہاں [] نہیں [] معلوم نہیں
 اینٹی وائرل؟ [] ہاں [] نہیں [] معلوم نہیں اگر ہاں: [] ریباویرن [] لوپیناویر/ریٹوناویر [] نیورا مینیڈیس اینٹی
 [] انٹرفیرون الفا [] انٹرفیرون بیٹا [] دیگر، صراحت کریں: _____
 کورٹیکوسٹیروئید؟ [] ہاں [] نہیں [] معلوم نہیں اگر ہاں، روٹ: [] منہ کے راستے [] درون ورید [] بذریعہ سانس
 اگر ہاں، تو براہ کرم عامل اور روزانہ کی زیادہ سے زیادہ خوراک فراہم کریں: _____
 اینٹی بائیوٹک؟ [] ہاں [] نہیں [] معلوم نہیں پھپھوندی مخالف عامل؟ [] ہاں [] نہیں [] معلوم نہیں
 ملیریا مخالف عامل؟ [] ہاں [] نہیں [] معلوم نہیں اگر ہاں، صراحت کریں: _____
 تجرباتی عامل؟ [] ہاں [] نہیں [] معلوم نہیں اگر ہاں، صراحت کریں: _____
 نان اسٹیرائڈل اینٹی انفلیمیٹری (NSAID) [] ہاں [] نہیں [] معلوم نہیں
 اینجیوٹنسن کنورٹنگ انزائم اینہیٹرز (ACE اینہیٹرز) [] ہاں [] نہیں [] معلوم نہیں
 اینجیوٹنسن II رسپٹر بلاکرز (ARBs) [] ہاں [] نہیں [] معلوم نہیں
 معاون نگہداشت کیا مریض کو فی الحال درج ذیل میں سے کوئی بھی موصول ہو رہی ہے؟

ICU یا اعلیٰ انحصاری یونٹ میں بھرتی؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

آکسیجن تھراپی؟ ہاں نہیں معلوم نہیں اگر ہاں، درج ذیل سبھی کو مکمل کریں:

20 فلو والیوم: 1-5 لیٹر/منٹ 6-10 لیٹر/منٹ 11-15 لیٹر/منٹ <15 لیٹر/منٹ معلوم نہیں

آکسیجن کا ماخذ: ہائیڈ سلنڈر کانسنٹریٹر معلوم نہیں

انٹرفیس: ناک کے پرونگس HF ناک کا کینولا ماسک ریزروائر کے ساتھ ماسک CPAP/NIV ماسک معلوم نہیں

نان انویزو وینٹیلیشن؟ (مثلاً BIPAP, CPAP) ہاں نہیں معلوم نہیں

انویزو وینٹیلیشن (کوئی بھی)؟ ہاں نہیں معلوم نہیں ایسوپریسز؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

اکسٹرا کارپوریئل (ECMO) سپورٹ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں پرون پوزیشن؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

گردے کی تبدیلی کا علاج (RRT) یا ڈائلیسس؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

ماڈیول 3: ہسپتال سے ڈسچارج ہونے یا وفات پر مکمل کریں

نتیجہ	
کیا اس مریض کو انفیکشن کسی ویرینٹس آف کنسرن (VOC) کی وجہ سے ہوئی تھی؟	
<input type="checkbox"/> نامعلوم	
<input type="checkbox"/> نہیں: ویرینٹ معلوم ہے اور کسی وی او سی (VOC) کی شناخت نہیں ہوئی ہے	
<input type="checkbox"/> ہاں: ڈیلٹا B.1.617.2 اکتوبر 2020 میں پایا گیا	
<input type="checkbox"/> ہاں: اومیکرون B.1.617.2 نومبر 2021 میں شناخت ہوئی	
<input type="checkbox"/> ہاں: ایلفا - B.1.1.1 - یو کے میں ستمبر 2020 میں پایا گیا	
<input type="checkbox"/> ہاں: بیٹا - B.1.351 جنوبی افریقہ میں مئی 2020 میں پایا گیا	
<input type="checkbox"/> ہاں: گیما - P.1 برازیل میں نومبر 2020 میں پایا گیا	
<input type="checkbox"/> ہاں: ایپسین - B.1.427/B.1.429 امریکہ میں مارچ 2020 میں پایا گیا	
<input type="checkbox"/> ہاں: زیٹا - P.2 برازیل میں اپریل 2020 میں پایا گیا	
<input type="checkbox"/> ہاں: ایٹا - متفرق ممالک میں دسمبر 2020 میں پایا گیا	
<input type="checkbox"/> ہاں: تھیٹا - P.3 فلپائن میں جنوری 2021 میں پایا گیا	
<input type="checkbox"/> ہاں: ایوٹا - B.1.526 امریکہ میں نومبر 2020 میں پایا گیا	
<input type="checkbox"/> ہاں: کیٹا - B.1.617.1 انڈیا میں اکتوبر 2020 میں پایا گیا	
<input type="checkbox"/> ہاں: لمبڈا - C.37 پیرو میں دسمبر 2020 میں پایا گیا	
<input type="checkbox"/> ہاں: مو - B.1.621، 2021 میں کولمبیا میں پایا گیا	
<input type="checkbox"/> ہاں: ویرینٹ اوپر فہرست میں نہیں دیا گیا ہے	
براہ مہربانی اوپر نہ بیان کردہ اقسام بعین ویرینٹس کے لے (REDCAP) کا ڈیٹا بیس چیک کریں۔ جیسے ہی نئے ویرینٹس ملیں گے تو انہیں ڈیٹا بیس میں شامل کر لیا جائے گا	
اگر اومیکرون قسم کی شناخت ہوئی تھی تو اس کی شناخت کرنے کے لیے کون سا طریقہ استعمال ہوا تھا؟	
<input type="checkbox"/> جینومک سیکونسنگ <input type="checkbox"/> ایس-جین ٹارگٹ فیلڈر (ایس جی ٹی ایف) ٹیسٹنگ <input type="checkbox"/> پی سی آر جینو ٹائپنگ <input type="checkbox"/> نامعلوم یا ٹیسٹ نہیں ہوا	
نتیجہ: <input type="checkbox"/> زندہ خارج شد <input type="checkbox"/> ہسپتال میں داخل <input type="checkbox"/> دوسرے شفاخانے منتقل <input type="checkbox"/> موت <input type="checkbox"/> پالی ایٹیو ڈسچارج <input type="checkbox"/> نامعلوم	
نتیجہ کی تاریخ: <input type="checkbox"/> [D][D]/[M][M]/[2][0][Y][Y] <input type="checkbox"/> نامعلوم	
اگر زندہ ڈسچارج کیا گیا ہے: بیمار پڑنے سے پہلے کے مقابلے میں اپنی کیئر کرنے کی قابلیت: <input type="checkbox"/> پہلے جیسی <input type="checkbox"/> بدتر <input type="checkbox"/> بہتر <input type="checkbox"/> نامعلوم	