

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 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 جائے گا۔

انتظامیہ کے لیے ہدایات

- CRF کا ڈیزائن جانچ، انٹرویو اور ہسپتال میں بھرتی سے لے کر ڈسچارج، ٹرانسفر، وفات، یا ڈیٹا کی جاری جمع آوری کے امکان کے بغیر ہسپتال میں جاری بھرتی تک کی مدت پر محیط ہسپتال کے نوٹس کے جائزے سے حاصل کردہ ڈیٹا کو اکٹھا کرنے کے لیے 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 مینجمنٹ سسٹم میں رجسٹر ہو سکتے ہیں۔ شرکت کنندگان کے نمبر 00001 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 الفبائی حروف شامل کر کے نمبر تفویض کیا جا سکتا ہے (مثال کے طور پر، X وارڈ A0001 تفویض کرے، Y وارڈ B0001 اور اس کے بعد کے نمبر تفویض کرے)۔ 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۔ بعد میں ڈیٹا کو برقی ڈیٹا بیس میں منتقل کرنے کے لیے پرنٹ شدہ کاغذی CRFs استعمال کیے جا سکتے ہیں۔
- اگر کسی شرکت کنندہ کو ایک سائٹ سے دوسری سائٹ پر منتقل کیا جاتا ہے تو بہتر یہ ہے کہ ساری سائٹوں میں وہی شرکت کنندہ شناختی نمبر باقی رکھا جائے۔ جب ایسا کرنا ممکن نہ ہو تو نیا نمبر ریکارڈ کرنے کے لیے خالی جگہ فراہم کی جاتی 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)۔
- جن انتخابات کے ساتھ دائرے (○) دیے گئے ہیں وہ متعدد انتخاب والے جوابات ہیں (زیادہ سے زیادہ ان جوابات کا انتخاب کریں جن کا اطلاق ہوتا ہو)۔
- کسی بھی ایسے ڈیٹا کے لیے جو دستیاب نہ ہو، نا قابل اطلاق یا نا معلوم ہو، 'معلوم نہیں' کو نشان زد کریں۔
- مخصوص جگہوں سے باہر ڈیٹا ریکارڈ کرنے سے اجتناب کریں۔ اضافی معلومات ریکارڈ کرنے کے لیے سیکشنز دستیاب ہیں۔
- اگر کاغذی CRFs استعمال کر رہے ہوں تو ہم روشنائی سے بڑے حروف کا استعمال کرتے ہوئے صاف صاف لکھنے کی سفارش کرتے ہیں۔
- متعلقہ جواب کا انتخاب کرتے وقت 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 تھپی 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 کیپر 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 کے ادارے کو سپورٹ کرنے میں خوشی ہوگی۔
- 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۔

عمومی ہدایات اور تعریفات

کو انفکشنز (Coinfections)

کسی بھی طرح کے کو انفکشنز کو ماڈیول 3 میں 15 کے تحت درج کیا جانا چاہیے۔ تشخیصی/ حامل مرض جرثومے کی جانچ

پہلے سے موجود بیماریاں (Comorbidities)

پہلے سے موجود بیماریاں جو کہ کووڈ-19 کی علامات ظاہر ہونے سے قبل موجود ہوں اور اب بھی ہوں۔ ان بیماریوں کو شامل نہ کریں جو کہ کووڈ-19 کی علامات ظاہر ہونے کے بعد شروع ہوئی ہوں۔ مزید تفصیلی ہدایات فراہم کر دی گئی ہیں۔

ہسپتال میں بھرتی

ایسے مریضوں کے لیے جنہیں کووڈ-19 یا ایسی علامات کے ساتھ ہسپتال میں بھرتی کیا گیا ہو جو کووڈ-19 کے ممکنہ انفکشن سے ہم آہنگ ہوں، برائے مہربانی ہسپتال میں بھرتی کی تاریخ میں تفصیلات درج کریں۔ ایسے مریضوں کے لیے جن کے یہاں کوئی واضح متبادل تشخیص ہو جس کی وجہ سے بھرتی ہوئی ہے مگر وہ بعد میں کووڈ-19 سے متاثر ہو گئے ہوں، بھرتی کی اصل تاریخ ذکر کی جانی چاہیے، مگر بھرتی کے تعلق سے بعد کے سارے حوالوں کو کووڈ-19 کی مشتبہ یا مصدقہ علامات کے آغاز کے پہلے دن کے بعد پہلے 24 گھنٹوں کے حوالے کے طور پر لیا جانا چاہیے۔

ایسی صورت میں جب کہ کسی مریض کو ہسپتال کے متعدد شعبہ جات کے واسطے سے بھرتی کیا گیا ہو، بھرتی کو اس وقت سے شمار کریں جب وہ ملاقات کے دوران اس پہلے شعبہ میں آئے جس نے انہیں بھرتی کر لیا (مثال کے طور پر ایمرجنسی شعبہ میں آمد)۔

آکسیجن تھراپی

تکمیلی آکسیجن کی کسی بھی ایسی شکل کو شامل کریں جس کا استعمال کسی بھی طریقوں کا استعمال کرتے ہوئے کیا گیا ہو۔ پھر دیے جانے کی نوعیت اور مدت کے بارے میں تمام ڈیٹا مکمل کریں۔ اگر بعینہ وہی ڈیویری ڈیوائس فہرست میں ذکر نہ ہو جس کا استعمال کیا گیا تھا تو برائے مہربانی سب سے زیادہ ملتا جلتا اختیار منتخب کریں۔ اگر روانی کی متعدد مختلف شرحیں اور انٹرفیسز استعمال کیے گئے ہوں تو برائے مہربانی اس کو منتخب کریں جس نے سب سے زیادہ آکسیجن کی روانی فراہم کی ہو۔ اگر کسی ویٹوری والو کا استعمال کیا جاتا ہے تو برائے مہربانی آکسیجن کی روانی کی شرح کی بجائے انسپائرڈ آکسیجن کے کسور ریکارڈ کریں (FIO₂)۔

انویزو وینٹیلیشن

برائے مہربانی کوئی میکانیکی وینٹیلیشن شامل کریں جسے ٹیوب لگانے کے بعد یا ٹریکیا سٹومی کے واسطے سے فراہم کیا گیا ہو۔ ایسے مریضوں کو شامل نہ کریں جو کسی ٹریکیا سٹومی کے واسطے سے اپنے طور پر سانس لے رہے ہوں۔

نان انویزو وینٹیلیشن

برائے مہربانی کوئی مثبت-پریشر والا علاج استعمال کریں جو کسی ٹائٹ فٹ ہونے والے ماسک کے واسطے سے دیا گیا ہو۔ یہ جاری مثبت پریشر (CPAP) یا بائی لیول مثبت پریشر (BIPAP) ہو سکتے ہیں۔

منہ کے راستے لیا جانے والا/ اوروگیسٹریک سیال مواد

برائے مہربانی وہ تمام سیال مواد/ مغذیات شامل کریں جنہیں مصنوعی طور پر معدے اور آنت کی نالی میں ڈالا گیا ہو (مثال کے طور پر، نیسوگیسٹریک ٹیوب، نیسو جیجونل ٹیوب، گیسٹرو سٹومی) مگر ایسے مریضوں کو شامل نہ کریں جو معمول کے مطابق منہ کے راستے کھا پی رہے ہوں۔

گردے کی تبدیلی سے علاج یا ڈائلیسس

برائے مہربانی گردے کی تبدیلی سے جاری علاج کی کسی شکل یا وقفے وقفے سے ہیمو ڈائلیسس کو شامل کریں۔

بدترین نتیجہ

'بدترین نتیجہ' کے حوالہ جات نارمل فزیولوجیکل رینج یا لیبارٹری کے نارمل رینج سے جو انتہائی دور ہوں ان کو بتلاتے ہیں۔

ان نتائج کی اطلاع نہیں کی جانی چاہیے جنہیں طبی ٹیم نے مسترد کر دیا ہو (مثال کے طور پر، کمزور ترائی والے بیرونی اعضاء پر پلس آکسمیٹری، ہیمولائزڈ خون کے نمونے، آلودہ مائیکروبایولوجی نتائج)۔

فشار خون: برائے مہربانی کم ترین شریانی دباؤ ملاحظہ کر کے انقباضی و انبساطی فشار خون کی اطلاع کریں (اگر کم سے کم شریانی دباؤ شمار نہیں کیا گیا ہے تو کم ترین انقباضی فشار خون کی پیمائش کی اطلاع کریں)۔

شرح تنفس: اگر کم اور زیادہ دونوں خلاف معمول شرحیں ملاحظہ کی جاتی ہیں تو خلاف معمول اعلیٰ شرح ریکارڈ کریں۔

عالمی کووڈ-19 کلینکل پلیٹ فارم | ریپڈ ورژن CRF کی تکمیل سے متعلق ہدایات

ہر ایک صفحہ پر شرکت کنندہ کی آئی ڈی درج کریں۔

1. طبی شمولیت کا معیار

عوامی صحت کی دلچسپی والے حامل مرض جرثومے کا مصدقہ یا مشتبہ انفیکشن
اگر مریض طبی طور پر مشتبہ یا لیبارٹری جانچ کے ذریعہ مصدقہ SARS-CoV-2 / کووڈ-19 انفیکشن سے متاثر ہے تو
'ہاں' منتخب کریں۔

2. آبادیاتی معلومات

اگر تاریخ پیدائش نا معلوم ہو تو برائے مہربانی سالوں میں عمر تحریر کریں، یا اگر عمر 1 سال سے کم ہو تو عمر مہینوں
میں تحریر کریں۔

اگر حاملہ ہیں یا حالیہ دنوں میں علامات کے شروع سے 14 دنوں کے اندر بچے کو جنم دیا ہے تو برائے مہربانی اختیاری
حمل کا مائیول CRF مکمل کریں۔

3. علامات کے ظہور کی تاریخ اور بھرتی کے وقت اہم علامات

برائے مہربانی مریض کے ذریعہ رپورٹ کردہ اس پہلی علامت کے ظہور کی تاریخ ذکر کریں جس کے بارے میں آپ کو
طبی طور پر یقین ہو کہ وہ کووڈ-19 انفیکشن کے اس واقعہ سے مربوط تھی۔ برائے مہربانی طبی ملاحظیات کی تفصیلات
فراہم کریں جو بھرتی کے وقت کیے گئے ہوں (بشمول اگر ڈیٹا کی ریکارڈنگ بعد میں انجام پاتی ہے)۔ ان ملاحظیات کے لیے
جو بھرتی کے وقت نہ کیے گئے ہوں، برائے مہربانی بھرتی کے بعد 24 گھنٹوں کے اندر ناپا گیا پہلا دستیاب ڈیٹا (جسے
مریض نے رپورٹ کیا ہو اور / یا طبی ریکارڈ سے) ریکارڈ کریں۔

ایسے مریضوں کے لیے جن کے یہاں واضح متبادل تشخیص ہو جس کی وجہ سے انہیں بھرتی کیا گیا ہو مگر بعد میں ان
کے یہاں کووڈ-19 فروغ پا گیا ہو، ان کے پیش آنے کی تاریخیں فراہم کریں مگر مشتبہ یا مصدقہ کووڈ-19 انفیکشن کی
علامت کے ظہور کے بعد 24 گھنٹوں کے ملاحظیات مکمل کریں۔

برائے مہربانی یقینی بنائیں کہ تمام پیمانائیں مقررہ یونٹس کا استعمال کرتے ہوئے فراہم کی جاتی ہیں۔

4. پہلے سے موجود بیماریاں

برائے مہربانی تحریر کریں اگر ان میں سے کوئی بھی بیماریاں بھرتی کے پہلے سے موجود تھیں۔

ماضی کی ان بیماریوں کو شامل نہ کریں جو ٹھیک ہو چکی ہیں۔ اضافی تفصیلات ذیل میں درج ہیں۔ جہاں مثال کے لیے
حالتیں ذکر کی گئی ہیں وہ مکمل فہرست نہیں ہیں۔ دیگر پہلے سے موجود ان اہم بیماریوں اور خطرے کے عوامل کو 'دیگر'
کے طور پر ذکر کیا جانا چاہیے جو فہرست میں نہیں ہیں۔

دل کی دیرینہ بیماری (ہائپرٹینشن کے علاوہ)

برائے مہربانی کسی بھی اکیلی شریانی بیماریوں، دل کی ناکامی، دل کی پیدائشی بیماری، کارڈیومیوپاتی، دل کی
ریومیٹک بیماری شامل کریں۔

پھیپھڑے کی دیرینہ بیماری

برائے مہربانی پھیپھڑے کی کوئی بھی دیرینہ انسدادی بیماری (کرونک برونکائٹس، امفیسیمیا)، سسٹک فائبروسس، برونکینک
ٹیسس، شگافی پھیپھڑے کی بیماری، طویل مدتی آکسیجن تھراپی کی پہلے سے موجود ضرورت کو شامل کریں۔

دمہ کو شامل نہ کریں۔

شرکت کنندہ کی آئی ڈی _____

مائیول 1: بھرتی/ اندراج پر مکمل کریں
سانٹ کا نام _____ ملک _____

اندراج کی تاریخ []/[]/[]

طبی شمولیت کا معیار

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

اس بیماری کے دوران | از خود اطلاع کردہ بخار کی بھرتی یا 38°C کا پیمانہ شدہ بخار ہاں نہیں

ان میں سے ایک یا | کھانسی ہاں نہیں

زیادہ | ڈسپنیا (دم پھرنا) یا ٹھنڈی ہاں نہیں

| مذکورہ بالا معیار پر پورا نہ اترنے کے باوجود ARI کا طبی شبہ ہاں نہیں

* شرح تنفس $50 \leq$ سانس/منٹ > 1 سال کے لیے؛ $40 \leq$ سانس/منٹ $> 12-30$ سال کے لیے؛ $20 \leq$ سانس/منٹ > 13 سال کے لیے

آبادیاتی معلومات

پیدائش کے وقت صنف لڑکا لڑکی غیر متعین تاریخ پیدائش []/[]/[]

اگر تاریخ پیدائش معلوم نہ ہو تو ریکارڈ کریں: عمر [] سال یا [] سال ہاں نہیں

پیدائش کی جگہ ہاں نہیں معلوم نہیں لیبارٹری ملازم؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

حاملہ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں ہاں: حمل کے ہفتوں کا تخمینہ [] ہفتے

شروع ہونے کی تاریخ اور بھرتی کے وقت اہم علامات (مہربانی کے وقت پہلا دستیاب ڈیٹا)

علامت کی شروعات (پہلی/اولین علامت کی تاریخ) []/[]/[]

اس سوبلت گاہ میں داخلے کی تاریخ []/[]/[]

درجہ حرارت []/°C حرکت قلب کی رفتار [] دھکن/منٹ

شرح تنفس []/سنٹس/منٹ

سی [] (انتقاسی) [] (انتقاسی) mmHg شدید ڈی بائریٹن ہاں نہیں معلوم نہیں

اسٹریٹ کیلبر کی دوبارہ پھرنے کا وقت < 2 سیکنڈ ہاں نہیں معلوم نہیں

آکسیجن کا انجذاب: []% کم سے کم ہاں معلوم نہیں آکسیجن تھراپی ہاں معلوم نہیں

گلاسگو کوما اسکور (GCS /15) [] سوئے تغنیہ ہاں نہیں معلوم نہیں

درمیانی اوپری باؤ کی گولائی []/مٹی میٹر ہاں نہیں معلوم نہیں

وزن: []/کیلو گرام ہاں نہیں معلوم نہیں

دیگر بیماریاں (جو بھرتی سے قبل موجود ہوں) (Unk = معلوم نہیں)

دل کی دیرینہ بیماری (بیش فشار خون کے ہاں نہیں معلوم نہیں)

بیش فشار خون ہاں نہیں معلوم نہیں

سائٹن کی دیرینہ بیماری ہاں نہیں معلوم نہیں

سائٹن کی دیرینہ بیماری ہاں نہیں معلوم نہیں

سائٹن کی دیرینہ بیماری ہاں نہیں معلوم نہیں

سائٹن کی دیرینہ بیماری ہاں نہیں معلوم نہیں

سائٹن کی دیرینہ بیماری ہاں نہیں معلوم نہیں

سائٹن کی دیرینہ بیماری ہاں نہیں معلوم نہیں

سائٹن کی دیرینہ بیماری ہاں نہیں معلوم نہیں

HIV ہاں نہیں معلوم نہیں

بھرتی سے قبل اور دیرینہ بیماریاں

کیا بھرتی سے 14 دنوں کے اندر مندرجہ ذیل میں سے کچھ لیا گیا؟

اینجیوٹینسن کنورٹنگ انزائم اینہیٹرز (ACE اینہیٹرز)؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

اینجیوٹینسن II ریسیپٹر بلاکرز (ARBs)؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

نان-اسٹریٹائل ایٹی انفلمیٹری (NSAID) ہاں نہیں معلوم نہیں

شرکت کنندہ کی آئی ڈی _____

ملک _____

مڈیول 1: بھرتی/ اندراج پر مکمل کریں

سانٹ کا نام _____

اندراج کی تاریخ []/[]/[]

طبی شمولیت کا معیار	
عمومی صحت کی دلچسپی والے جزوئہ کا مصدقہ یا مشتبہ انفیکشن	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
اس بیماری کے دوران از خود اطلاع کردہ بخار کی بستی یا $\leq 38^{\circ}\text{C}$ کا پیمانہ شدہ بخار	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
ان میں سے ایک یا کھانسی	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
زیادہ ڈسپنیا (دم پھرنا) یا ٹیچپنیا*	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
مذکورہ بالا معیار پر پورا نہ اترنے کے باوجود ARI کا طبی شبہ	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
* شرح تنفس ≤ 50 سانس/منٹ > 1 سال کے لیے؛ ≤ 40 1-4 سال کے لیے؛ ≤ 30 5-12 سال کے لیے؛ ≤ 20 13 سال کے لیے	

ایدیاتی معلومات

پیدائش کے وقت صنف لڑکا لڑکی غیر متعین

تاریخ پیدائش []/[]/[]

اگر تاریخ پیدائش معلوم نہ ہو تو ریکارڈ کریں: عمر [] سال یا [] ماہ

بیتھ کیئر ملازم؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

لیبارٹری ملازم؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

حملہ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں نا قابل اطلاق اگر ہاں: حمل کے ہفتوں کا تخمینہ [] ہفتے

شروع ہونے کی تاریخ اور بھرتی کے وقت اہم علامات (مڈبھرتی کے وقت پہلا دستیاب ڈیٹا)

علامات کی شروعات (پہلی/اولین علامات کی تاریخ) []/[]/[]

اس سہولت گاہ میں داخلے کی تاریخ []/[]/[]

درجہ حرارت []/°C حرکت قلب کی رفتار [] دھکن/ منٹ

شرح تنفس [] سانس/ منٹ

بی [] (انتفاشی) [] (انسیمی) mmHg شدید ڈی بائٹریشن ہاں نہیں معلوم نہیں

اسٹریٹ کیلبرے کے دوبارہ بھرنے کا وقت < 2 سیکنڈ ہاں نہیں معلوم نہیں

اکسیجن کا انجذاب: []% کم سے کم ہوا پر آکسیجن تھریپی معلوم نہیں

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

درمیانی اوپری بازو کی گولائی [] ملی میٹر قد: [] سنتی میٹر وزن: [] کلو گرام

دیگر بیماریاں (جو بھرتی سے قبل موجود ہوں) (Unk = معلوم نہیں)

ذیابیطس	دل کی دیرینہ بیماری (بیش فشار خون کے <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں)	ذیابیطس	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
بیش فشار خون	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	سگریٹ نوشی کی موجودہ حالت	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
سانئوں کی دیرینہ بیماری	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	تپ دق	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
دمہ	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اسپلیٹیا	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
گردے کی دیرینہ بیماری	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	مہلک نیوپلازم	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
جگر کی دیرینہ بیماری	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	دیگر	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
اعصاب کی دیرینہ خرابی	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اگر ہاں، تو ذکر کریں: _____	
HIV	<input type="checkbox"/> ہاں - ART پر <input type="checkbox"/> ہاں - ART پر نہیں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں		

بھرتی سے قبل اور دیرینہ دوائیں

کیا بھرتی سے 14 دنوں کے اندر مندرجہ ذیل میں سے کچھ لیا گیا؟

اینٹیویٹنس کنورٹنگ انزائم اینٹیٹرز (ACE اینٹیٹرز)؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

اینٹیویٹنس II ریسیپٹر بلاکرز (ARBs)؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

نان-اسٹروئڈل اینٹی انفلمیٹری (NSAID) ہاں نہیں معلوم نہیں

4. پہلے سے موجود بیماریاں (جاری)

دمہ
معالج کے ذریعہ تشخیص شدہ دمہ۔

گردے کی دیرینہ بیماری
برائے مہربانی معالج کے ذریعہ تشخیص کردہ گردے کی کوئی دیرینہ بیماری، دیرینہ متوقعہ گلو میرو ولر فلٹریشن ریٹ > 60 ملی لیٹر / فی منٹ / 1.73m^2 ، گردے کی پیوندکاری کی بستری

دیرینہ اعصابی اضطراب
برائے مہربانی دماغی فالج، ملٹیپل سلیروسس، موثر نیورون کی بیماری، مسکولر ڈسٹروفی، میسٹھینیا گریوس، پارکنسن کی بیماری، فالج، شدید آموزشی دشواری کو شامل کریں

ایچ آئی وی
لیبارٹری سے مصدقہ ایچ آئی وی انفیکشن کی بستی۔ (نوٹ، ART: اینٹی ریٹرو وائرل تھراپی)۔

ذیابیطس
ٹائپ 1 یا ٹائپ 2 ذیابیطس میلیٹس، جس کے لیے منہ کے راستے یا زیر جلد معالجہ درکار ہو۔

موجودہ سگریٹ نوشی
موجودہ بیماری کی علامات کے ظہور سے قبل روزانہ کم از کم ایک سگریٹ، سگار، پائپ یا اس جیسی کوئی چیز بیٹا ہو۔
بغیر دھواں والی تمباکو کی مصنوعات، جیسے چبا کر کھانے جانے والے تمباکو یا برقی نیکوٹن ڈلیوری کے آلات، شامل نہ کریں۔

تپ دق
وہ مریض جو فی الحال تپ دق کے لیے علاج موصول کر رہے ہوں۔ خوابیدہ تپ دق کو شامل نہ کریں۔

اسپلیٹیا
برائے مہربانی تلی کو جراحت کے ذریعہ نکلانے کی کسی حالت، ناکارہ تلی، اور پیدائشی اسپلیٹیا کو شامل کریں۔

ملگنیت نیوپلازم
موجودہ ٹھوس عضو یا ہیماٹولوجیکل ملگنیتسی۔ برائے مہربانی ایسی مہلک حالتوں کو شامل نہ کریں جن سے متعلق ≤ 5 سال قبل 'شفا یاب' ہونے کا اعلان کر دیا گیا ہو اور مرض کے جاری رہنے کا کوئی ثبوت نہ ہو۔ نان-میلانوما جلد کے کینسرز کو شامل نہ کریں۔ غیر مضر افزائش کی حالتوں یا ڈسپلیزیا کو شامل نہ کریں۔

دیگر
برائے مہربانی دیگر پہلے سے موجود ان بیماریوں کو شامل کریں جس کے بارے میں طبی ٹیم کا خیال ہے کہ وہ مریض کی فزیولوجیکل ریزرو یا اس بیماری یا علاج کے نتائج کو متاثر کر سکتی ہیں۔ برائے مہربانی پہلے سے موجود ان دیگر بیماریوں کی تحدید کریں۔

5. بھرتی سے قبل اور دیرینہ دوائیاں

برائے مہربانی بیان کریں کہ آیا ان میں سے کوئی دوائیاں کسی بھی وجہ سے بھرتی سے قبل 14 دنوں کے اندر لی گئی تھیں۔

عالمی کووڈ-19 کلینکل پلیٹ فارم | ریپڈ ورژن CRF کی تکمیل سے متعلق ہدایات

6. بھرتی کے وقت نشانات اور علامات

برائے مہربانی ان طبی ملاحظیات کی تفصیلات فراہم کریں جو بھرتی کے بعد 24 گھنٹوں کے اندر کیے گئے ہوں۔ ایسے ملاحظیات کے لیے جو بھرتی کے وقت فوراً نہ کیے گئے ہوں، برائے مہربانی بھرتی سے 24 گھنٹوں کے اندر پہلا دستیاب ڈیٹا (مریض کے ذریعہ اطلاع کردہ اور / یا طبی ریکارڈز سے ماخوذ) ریکارڈ کریں۔

ایسے مریض جن کے یہاں بھرتی کا باعث بننے والی واضح متبادل تشخیص ہو اور جو بعد میں کووڈ-19 سے متاثر ہو گئے ہوں، ان کے پیش آنے کی تاریخیں ذکر کریں مگر مشتبہ یا مصدقہ کووڈ-19 انفیکشن کی علامات کے ظہور کے بعد سے 24 گھنٹوں تک کے ملاحظیات مکمل کریں۔

7. بھرتی کے وقت دوائیاں

برائے مہربانی اگر مریض کو بھرتی کے وقت یا بھرتی کے بعد 24 گھنٹوں کے اندر ان میں سے کوئی دوائیاں دی گئی ہوں تو ریکارڈ کریں۔ ایسے مریضوں کے لیے جنہوں کسی اور سبب سے بھرتی کیا گیا ہو اور بعد میں ان کے یہاں کووڈ-19 فروغ پا گیا ہو تو پہلی بار کووڈ-19 کا شبہ ہونے کے بعد سے 24 گھنٹوں تک کی تفصیلات مکمل کریں۔

برائے مہربانی تمام عنصر کی تحدید کریں۔ برقی CRF میں ڈیٹا درج کرتے وقت، مختلف عناصر کی ایک ڈراپ-ڈاؤن فہرست فراہم کی جائے گی۔

8. بھرتی کے بعد معاونتی دیکھ بھال

برائے مہربانی بھرتی والے دن یا بھرتی کے بعد سے پہلے 24 گھنٹوں کے اندر حاصل کردہ تمام معالجون کو ریکارڈ کریں۔

9. بھرتی کے وقت لیبارٹری نتائج

برائے مہربانی ان نتائج کو شامل کریں جو دکھاتے وقت، بھرتی کے وقت یا بھرتی کے بعد پہلے 24 گھنٹوں کے اندر یا مشتبہ یا مصدقہ کووڈ-19 انفیکشن کی علامات کے پہلے دن یا 24 گھنٹوں کے اندر اندرونی مریض کی حیثیت سے موجودگی کے دوران لیے گئے ہوں۔

برائے مہربانی یقینی بنائیں کہ تمام تر پیمانائیں مذکورہ یونٹس کا استعمال کرتے ہوئے فراہم کی جاتی ہیں یا اگر دیگر یونٹس کا استعمال کیا جاتا ہے تو استعمال کیے جانے والے یونٹس کی تحدید کریں۔ برقی ڈیٹا بیس میں ڈیٹا منتقل کرتے وقت اس میں عالمی سطح پر استعمال ہونے والی مختلف یونٹوں کی ایک ڈراپ-ڈاؤن فہرست دی رہے گی۔

شرکت کنندہ کی آئی ڈی _____

ISARIC World Health Organization

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

بخار کی سرگشت	ہاں	نہیں	معلوم نہیں
کھانسی	ہاں	نہیں	معلوم نہیں
بلغم کی افزائش کے ساتھ	ہاں	نہیں	معلوم نہیں
بلغم میں خون کے تھوک کے ساتھ	ہاں	نہیں	معلوم نہیں
حلق میں سوزش	ہاں	نہیں	معلوم نہیں
زلزلہ زکام (ریوریا)	ہاں	نہیں	معلوم نہیں
خرخر سانس لینا	ہاں	نہیں	معلوم نہیں
سینے میں درد	ہاں	نہیں	معلوم نہیں
پشیموں میں درد (میالجیا)	ہاں	نہیں	معلوم نہیں
جوڑوں میں درد (آرٹھریٹس)	ہاں	نہیں	معلوم نہیں
تھکان / بے قراری	ہاں	نہیں	معلوم نہیں
دم پھولنا	ہاں	نہیں	معلوم نہیں
چلنے پر عدم قدرت	ہاں	نہیں	معلوم نہیں
دیگر	ہاں	نہیں	معلوم نہیں

کیا مریض فی الحال درج ذیل میں سے کچھ موصول کر رہا ہے؟

متہ کے راستے لیا جانے والا اور گیسٹرک سیال مواد؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

ایٹھی وائرل؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

انٹرفیرون بیٹا ہاں نہیں معلوم نہیں

کارتیکو اسٹیرائڈ ہاں نہیں معلوم نہیں

ایٹھی بائیوٹک؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

مائع ملیریا ایجنٹ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

تجزیاتی ایجنٹ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

نان-انسٹیرائڈ ایٹھی انٹلیمیٹری (NSAID) ہاں نہیں معلوم نہیں

اینٹی بیوٹکس کنورٹنگ انزائم اینٹی بیوٹکس (ACE اینہیٹر) ہاں نہیں معلوم نہیں

ایٹیوٹیوٹکس II ریسپٹر بلاکرز (ARBs) ہاں نہیں معلوم نہیں

معاونتی دیکھ بھال

کیا مریض فی الحال درج ذیل میں سے کچھ بھی موصول کر رہا ہے؟

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

اکسیجن تھراپی؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

و فلو: 1-5 لیٹر/منٹ 6-10 لیٹر/منٹ 11-15 لیٹر/منٹ >15 لیٹر/منٹ معلوم نہیں

اکسیجن کا ذریعہ: ہائیڈ نائلز کانسٹریٹر معلوم نہیں

انٹرفیو: نائلز پر نگیں HF نائلز کینولا ماسک ماسک مع ریزروئرز CPAP/NIV ماسک معلوم نہیں

نان انویرو وینٹیلیشن؟ (مثال کے طور پر BIPAP/CPAP) ہاں نہیں معلوم نہیں

انویرو وینٹیلیشن (کنرس)؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

اکسٹرا کارپوریئل سپورٹ (ECMO) ہاں نہیں معلوم نہیں

بھرتی کے وقت لیبارٹری نتائج (*اگر یونٹس ان سے مختلف ہوں جو مذکور ہیں تو ریکارڈ کریں)

پیرامیٹر	نہیں کیا گیا	پیرامیٹر	نہیں کیا گیا
ہیموگلوبن (گرام/لیٹر)	<input type="checkbox"/>	کریٹینن (مائیکرومول/لیٹر)	<input type="checkbox"/>
WBC شمار (x10 ⁹ /لیٹر)	<input type="checkbox"/>	سورٹیم (mEq/لیٹر)	<input type="checkbox"/>
ہیماٹوکریٹ (%)	<input type="checkbox"/>	پوٹاشیم (mEq/لیٹر)	<input type="checkbox"/>
پلیٹ لیٹس (x10 ⁹ /لیٹر)	<input type="checkbox"/>	پروٹیمین (میلی گرام/لیٹر)	<input type="checkbox"/>
APTT/APTR	<input type="checkbox"/>	CRP (میلی گرام/لیٹر)	<input type="checkbox"/>
PT (سیکنڈز)	<input type="checkbox"/>	LDH (یونٹ / لیٹر)	<input type="checkbox"/>
INR	<input type="checkbox"/>	کریٹینن کیفین (یونٹ/لیٹر)	<input type="checkbox"/>
ALT/SGPT (یونٹ / لیٹر)	<input type="checkbox"/>	ٹریوین (میلی گرام/لیٹر)	<input type="checkbox"/>
کل بلیوین (مائیکرو مول/لیٹر)	<input type="checkbox"/>	ESR (میلی میٹر/گھنٹہ)	<input type="checkbox"/>
AST/SGOT (یونٹ / لیٹر)	<input type="checkbox"/>	D-dimer (میلی گرام/لیٹر)	<input type="checkbox"/>
یوریا (BUN) (میلی مول/لیٹر)	<input type="checkbox"/>	فیرین (میلی گرام/لیٹر)	<input type="checkbox"/>
لیکٹکٹ (میلی مول / لیٹر)	<input type="checkbox"/>	IL-6 (پیکو گرام/لیٹر)	<input type="checkbox"/>

عالمی کووڈ-19 کلینکل پلٹ فارم | ریپڈ ورژن CRF کی تکمیل سے متعلق ہدایات

شرکت کنندہ کی آئی ڈی _____
مذکورہ 2: فالو اپ (دستیاب وسائل کے ذریعہ طے شدہ تکمیل کی کثرت)
فالو اپ کی تاریخ _____

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

درجہ حرارت (°C) _____ حرکت قلب کی رفتار _____ شرح تنفس _____
 ہی بی _____ (انقباضی) _____ (انقباضی) mmHg _____ شدید ڈی بائریشن _____
 اسٹریٹ کیلبرے کے دوبارہ پھرنے کا وقت < 2 سیکنڈ _____
 اکسیجن کا انجاب: _____ % _____ کمرے کی ہوا پر _____ اکسیجن تھراپی _____
AVPU (ایک کے گرد دائرہ بدلتی)

یومیہ طبی خصوصیات (Unk = معلوم نہیں)

کھانسی	<input type="checkbox"/>	بل	<input type="checkbox"/>	ہجس	<input type="checkbox"/>	دورہ	<input type="checkbox"/>	معلوم نہیں	<input type="checkbox"/>
اور بلغم کی افزائش	<input type="checkbox"/>	بل	<input type="checkbox"/>	ہجس	<input type="checkbox"/>	قے / مٹی	<input type="checkbox"/>	معلوم نہیں	<input type="checkbox"/>
حلق میں سوزش	<input type="checkbox"/>	بل	<input type="checkbox"/>	ہجس	<input type="checkbox"/>	اسہال	<input type="checkbox"/>	معلوم نہیں	<input type="checkbox"/>
سینے میں درد	<input type="checkbox"/>	بل	<input type="checkbox"/>	ہجس	<input type="checkbox"/>	اشوب چشم	<input type="checkbox"/>	معلوم نہیں	<input type="checkbox"/>
دم پھولنا	<input type="checkbox"/>	بل	<input type="checkbox"/>	ہجس	<input type="checkbox"/>	مہالجا	<input type="checkbox"/>	معلوم نہیں	<input type="checkbox"/>
گٹھوڑن	<input type="checkbox"/>	بل	<input type="checkbox"/>	ہجس	<input type="checkbox"/>	دیگر، ذکر کریں:			

لیبارٹری نتائج (اگر رپورٹس ان سے مختلف ہوں جو مذکور ہیں تو ریکارڈ کریں)

پیرامیٹر	قدر*	یونٹیں کیا گیا	پیرامیٹر	قدر*	یونٹیں کیا گیا
ہیموگلوبن (گرام/لیٹر)	<input type="checkbox"/>		کریٹینین (میکرومول/لیٹر)	<input type="checkbox"/>	
WBC شمار (x10 ⁹ /لیٹر)	<input type="checkbox"/>		سولفیم (mEq/لیٹر)	<input type="checkbox"/>	
ہیماٹوکریٹ (%)	<input type="checkbox"/>		پوٹاشیم (mEq/لیٹر)	<input type="checkbox"/>	
پلیٹ لفٹس (x10 ⁹ /لیٹر)	<input type="checkbox"/>		پروٹین (گرم/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"/>		کریٹینین کیلبرے (یونٹ/لیٹر)	<input type="checkbox"/>	
ALT/SGPT (یونٹ / لیٹر)	<input type="checkbox"/>		ٹریپروٹین (پیکوگرام/لیٹر)	<input type="checkbox"/>	
کل بلیوین (میکرو 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"/>		فیبرینن (پیکوگرام/لیٹر)	<input type="checkbox"/>	
لیکٹیٹ (ملی مول / لیٹر)	<input type="checkbox"/>		IL-6 (پیکوگرام/لیٹر)	<input type="checkbox"/>	

جو ایسا

منہ کے راستے لیا جائے والا اور ویکسٹرک سیال مواد؟ بل ہجس معلوم نہیں درون رید سیال مواد؟ بل ہجس معلوم نہیں ایٹھی وانڈا؟ بل ہجس معلوم نہیں ریوائریں لوبیناریز/ریٹروڈاریز فورامیڈیمز اینٹیپٹر انٹرفیرون الفا بل ہجس معلوم نہیں دیگر، ذکر کریں: _____

کارتیکو اسٹیروائڈ؟ بل ہجس معلوم نہیں اگر ہاں، تو راستہ: _____ منہ کے راستے درون رید بذریعہ سائفن اگر ہاں، برائے مہربانی ایجنٹ اور زیادہ سے زیادہ یومیہ خوراک فرام کریں: _____

اینٹی بائیوٹک؟ بل ہجس معلوم نہیں ایٹھی فنکٹل ایجنٹ؟ بل ہجس معلوم نہیں مائع ملیریا ایجنٹ؟ بل ہجس معلوم نہیں اگر ہاں، تو ذکر کریں: _____

تجرباتی ایجنٹ؟ بل ہجس معلوم نہیں اگر ہاں، تو ذکر کریں: _____

ٹان-اسٹیرائڈ ایٹھی انفلیمیٹری (NSAID) بل ہجس معلوم نہیں اینٹی بیوٹکس کنورٹنگ انزائم اینہیٹرز (ACE اینہیٹرز) بل ہجس معلوم نہیں اینٹی بیوٹکس II ریسپنڈر بلاکرز (ARBs) بل ہجس معلوم نہیں

معاورتی دیکھ بھال

اگر مریض فی الحال درج ذیل میں سے کچھ بھی موصول کر رہا ہے؟ بل ہجس معلوم نہیں

ICU یا اعلیٰ انحصاری یونٹ میں بھرتی؟ بل ہجس معلوم نہیں

اکسیجن تھراپی؟ بل ہجس معلوم نہیں

O₂ فلو کی مقدار: _____ لیٹر/منٹ _____ 6-10 لیٹر/منٹ _____ 11-15 لیٹر/منٹ _____ < 15 لیٹر/منٹ _____ معلوم نہیں _____

اکسیجن کا ذریعہ: _____ ہائپ _____ ہائپ _____ کانسٹنٹ _____

انٹرفیوژن: _____ ہائپ _____ ہائپ _____ ہائپ _____ ہائپ _____

ٹان اوپو ویٹیلیشن؟ (مٹل کے طور پر، _____ BIPAP, CPAP) _____ بل ہجس معلوم نہیں

انٹروویٹیلیشن (کرنی)؟ _____ بل ہجس معلوم نہیں

اکسٹرا کارپوریل (ECMO) سپورٹ؟ _____ بل ہجس معلوم نہیں

ریٹل ری پلیسمنٹ تھراپی (RRT) یا ڈالیسز؟ _____ بل ہجس معلوم نہیں

فالو-اپ کی تاریخ

یہ مادیول ICU یا اعلیٰ انحصاری یونٹ (HDU) میں بھرتی کے پہلے دن اور پھر روزانہ جتنے زیادہ دنوں تک وسائل اجازت دیں مکمل کیا جائے گا۔ ایسے مریضوں کے لیے جنہیں ICU/HDU یا دیگر انتہائی نگہداشت یونٹ میں بھرتی کیا گیا ہو، برائے مہربانی انتہائی نگہداشت والا مادیول بھی مکمل کریں۔ برائے مہربانی اس فارم کے لیے فالو-اپ کی تاریخ بیان کریں۔ تمام ڈیٹا میں اس کیلنڈر کی تاریخ کا حوالہ نصف شب سے نصف شب تک ہونا چاہیے۔

10. اہم علامات

برائے مہربانی عمومی ہدایات اور تعریفات ملاحظہ کریں۔

شدید ڈی بائریشن

برائے مہربانی اگر فالو-اپ والے دن کسی بھی وقت شدید ڈی بائریشن کی حالت موجود تھی تو ریکارڈ کریں۔ شدید ڈی بائریشن کی نشانیوں میں پیاس، غشائے مخاطی کا خشک ہونا، کم مقدار میں گہرے رنگ کا پیشاب ہونا، دھنسی ہوئی آنکھیں، جلد کی لچک میں کمی شامل ہیں۔

گلاسگو کوما اسکیل (GCS)

برائے مہربانی ریکارڈ کردہ کمترین GCS بیان کریں۔ ایسے مریضوں کے لیے جنہیں نلکیاں لگی ہوئی ہوں اور ان مریضوں کے لیے جن کے یہاں نان-فینسٹریٹڈ ٹریکیاسٹومی ہو، آواز کے عنصر کے لیے 1 پوائنٹ دیں اور حسب معمول مجموع نکالیں۔ ٹریکیاسٹومی کے لیے لواحق، جیسے †، ڈیٹا بیس میں داخل نہیں کیے جا سکتے ہیں۔

شعور کی سطح (AVPU)

الرتھ – آواز کا جواب دے رہا ہو – درد کا جواب دے رہا ہو – بے حس: برائے مہربانی کیلنڈر والے دن کے دوران مریض کی کم از کم احساس کی حالت بیان کریں (نارمل سونے کی حالت کو شمار نہ کریں)۔

11. روزمرہ کی طبی خصوصیات

فارم میں بیان کردہ فالو-اپ کی تاریخ میں کسی بھی وقت موجود تمام چیزوں کے لیے "ہاں" ریکارڈ کریں۔

12. لیبارٹری کے نتائج

برائے مہربانی فالو اپ کے دن سے لیبارٹری کے تمام نتائج ذکر کریں۔ اس فارم کے لیے فالو-اپ کا دن نمونہ اکٹھا کرنے کی تاریخ کے مطابق ہونا چاہیے، نہ کہ وہ تاریخ جس میں لیبارٹری نے نتیجے کی اطلاع کی ہو۔ برائے مہربانی ہر ایک پیمائش کے لیے فراہم شدہ یونٹیں نوٹ کریں۔ اگر آپ کی لیبارٹری ان نتائج کی رپورٹ مختلف یونٹوں میں کرتی ہے تو برائے مہربانی ویلیو کے کالم میں استعمال کیا گیا یونٹ بیان کریں۔ استعمال شدہ کسی بھی یونٹ کو ریکارڈ کرنے کے لیے برقی ڈیٹا بیس میں ایک ڈراپ-ڈاؤن فہرست دستیاب ہے۔

13. دوائیاں

برائے مہربانی اگر مریض نے فالو-اپ فارم میں بیان کردہ تاریخ میں ان میں سے کوئی دوائیاں لی ہوں تو ریکارڈ کریں۔ برائے مہربانی زیادہ سے زیادہ جتنے معالجے قابل اطلاق ہوں انہیں منتخب کریں۔ برائے مہربانی دیے گئے مواد کے جنرک نام ریکارڈ کریں۔ استعمال شدہ کسی بھی یونٹ کو ریکارڈ کرنے کے لیے برقی ڈیٹا بیس میں ایک ڈراپ-ڈاؤن فہرست دستیاب ہے۔

14. معاورتی دیکھ بھال

برائے مہربانی فالو-اپ کے اس دن میں موصول کیے گئے تمام معالجے (نصف شب تا نصف شب) ریکارڈ کریں، اس سے قطع نظر کہ کتنی مدت تک انہیں استعمال کیا گیا ہو۔

عالمی کووڈ-19 کلینکل پلیٹ فارم | ریپڈ ورژن CRF کی تکمیل سے متعلق ہدایات

انیمیا

اگر ہیموگلوبین کی سطحیں ذیل میں ذکر کردہ عمر اور صنف کے لیے مخصوص حدوں سے کم ہوں تو 'ہاں' منتخب کریں۔

بیموگلوبین کی حد	گرام / لیٹر	ملی مول / لیٹر	عمر
	110	6.8	عمر 6 ماہ تا 5 سال
	115	7.1	عمر 5 تا 12 سال
	120	7.4	عمر 12 تا 15 سال
	120	7.4	عمر < 15 سال، غیر حاملہ خواتین
	110	6.8	حاملہ خواتین
	130	8.1	عمر < 15 سال، مرد

حرکت قلب کا بے ترتیب ہونا

اگر حرکت قلب کے بے ترتیب ہونے (کارڈیک ارتھمیا) کی شناخت کی جاتی ہے اور پہلے سے اس کا کوئی ریکارڈ نہیں ہے تو 'ہاں' منتخب کریں۔

نمونیا

اگر ریڈیالوجی کے تحت تشخیص شدہ نمونیا ہو یا اگر مریض کے ڈسچارج کی تشخیص نمونیا کے طور پر ریکارڈ کی جاتی ہے تو 'ہاں' منتخب کریں۔

برونکھائیٹس

یہ ایک طبی تشخیص ہے، جو کہ عام طور پر 2 سال سے کم عمر کے بچوں میں ہوتی ہے۔

ایکیوٹ ریسپائری ڈسٹریس سنڈروم (ARDS)

جس کی تعریف برلین اصولوں کے مطابق حسب ذیل کی گئی ہے:

- معلوم طبی ضرر یا ابترا ہوتی تنفس کی علامات کے 1 ہفتے کے اندر پیش آتا ہے
- دو طرفہ ریڈیولوجیکل کثافتیں جن کی وضاحت کلی طور پر ایویژنس، لو بار/پھیپھڑے کی ناکامی، یا گلٹیاں کہہ کر ممکن نہ ہو
- تنفس کی ناکامی جس کی دل کی ناکامی یا سیال مواد کا بہت بوجھ کے تحت مکمل وضاحت ممکن نہ ہو

بیکٹیریمیا

کسی بلڈ کلچر میں بیکٹیریا کی افزائش اگر افزودہ واحد بیکٹیریا کے بارے میں یہ سمجھا گیا تھا کہ وہ جلد کی آلودگیوں کی وجہ سے تھا تو 'نہیں' منتخب کریں (مثال کے طور پر کویگولیز منفی سٹیفلو کوکی یا ڈفتھیرائٹر)۔

جریان خون

برائے مہربانی کسی بھی جگہ سے جریان خون (ہیموریج) کے لیے 'ہاں' ریکارڈ کریں۔

اینڈوکارڈائٹس

دل کے اندرونی غلاف، مقامی والوز یا پروزٹیٹک والوز پر جراثیم سے متعلق یا جراثیم سے پاک سوزش اور ویجیٹیشن کی تشکیل۔

شرکت کنندہ کی آئی ڈی _____

معدول 3 ہسپتال سے چھٹی یا وفات پر مکمل کریں

تشیخیصی / جرثومے کی چارج	سینے کا ایکسرے / CT انجام دیا گیا؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اگر ہاں: فی الحال دراندازی کرتا ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
	کیا بیماری کے اس واقعہ کے دوران جرثومے کی چارج انجام دی گئی؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اگر ہاں: توجرتجربہ ذیل سپی کی مکمل کریں:
	انفلونزا وائرس: <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> نہیں کیا گیا	اگر مثبت، تو ٹائپ کریں _____
	کورونا وائرس: <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> نہیں کیا گیا	اگر مثبت: MERS-CoV <input type="checkbox"/> S-CoV-2 <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/>
	دیگر سانس سے متعلق جرثومہ: <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> نہیں کیا گیا	اگر مثبت، تو ذکر کریں _____
	وائرس ہیموریجک بخار: <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> نہیں کیا گیا	اگر مثبت، تو وائرس کی تحدید کریں _____
	عوامی صحت کی دلچسپی والا دریافت شدہ جرثومہ: اگر ہاں، تو ذکر کریں:	
	قلبی پیرومیٹریا: <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> نہیں کیا گیا	تھائیسس پیرومیٹریا: <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> نہیں کیا گیا
	HIV: <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> نہیں کیا گیا	

بیچیدگیوں: ہسپتال میں بہتری کے دوران کبھی بھی کیا مریض نے درج ذیل کا سامنا کیا:

صدغمہ	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اینکڑیمیا	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
دورہ	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	خون پینا	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
منجھلتیں / انسیدانٹس	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	انکڑ کارڈائٹس	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
انیمیا	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	سپروکارڈائٹس / پیری کارڈائٹس	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
کارڈیو آرٹھیٹا	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	گردے کر شدید مشور	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
دل کا دورہ	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	پینڈیکرڈائٹس	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
ضمونیا	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	جگر کی خراب کارکردگی	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
برونکھائیٹس	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	کارڈیومیو پینٹی	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
شدید تنفسی دیوار کا سنڈروم	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	دیگر	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں

دوا لینا: ہسپتال میں بہتری کے دوران یا ڈسچارج کے بعد، کیا درج ذیل میں سے کچھ بھی دیا گیا؟

مدہ کے راستے لیا جانے والا / اورگیکسٹرک سیال مواد؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

اینٹی وائرل؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

اگر ہاں تو برائے مہربانی ایجنٹ اور زیادہ سے زیادہ ہومہ خوراک ذکر کریں:

اینٹی فنگل ایجنٹ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

مخاع ملیریا ایجنٹ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

تجرباتی ایجنٹ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

ٹان-اسٹیرائڈ ایجنٹ (NSAID) ہاں نہیں معلوم نہیں

معاونتی دیکھ بھال: ہسپتال میں بہتری کے دوران کبھی بھی کیا مریض نے درج ذیل لیا / کرایا:

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

ICU میں بہرتی کی تاریخ: [_____] / [_____] / [_____] ہاں نہیں معلوم نہیں

ICU سے ڈسچارج کی تاریخ: [_____] / [_____] / [_____] ہاں نہیں معلوم نہیں

اکسیجن تھراپی؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

کل مدت: _____ دن

○ کلر کی مقدار: 1-5 لیٹر / منٹ 6-10 لیٹر / منٹ 11-15 لیٹر / منٹ > 15 لیٹر / منٹ

اکسیجن کا ذریعہ: ہائیٹ سنڈر کانسنٹریٹر

انٹرفیوژن: نسل پرنڈیکٹ HF نسل کنٹرول ماسک ماسک مع ریزروئرز CPAP/NIV

ٹان اوپریو وینٹییشن (رٹال کے ممبر پر، BiPAP، CPAP) ہاں نہیں معلوم نہیں

انویرو وینٹییشن (کنری)؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

اکسٹرا کارپوریئل (ECMO) سپورٹ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

پرون پوزیشن؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

ریٹل ری پلیسمنٹ تھراپی (RRT) یا ڈائلیسس؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

انٹروسیویوسپریشوز؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

نتیجہ: زندہ ڈسچارج کیا گیا ہسپتال میں بہرتی کیا گیا دیگر سہولت گاہ میں ٹرانسفر وفات ہائپوٹرمک ڈسچارج معلوم نہیں

نتیجہ کی تاریخ: [_____] / [_____] / [_____] ہاں نہیں معلوم نہیں

اگر زندہ ڈسچارج کیا گیا تو: بیماری سے قبل کے مقابلہ ڈسچارج کے وقت اپنی دیکھ بالکل ہماری سے پہلے کی طرح ابتر بہتر معلوم نہیں

بہال آپ کرتے کی صلاحیت: _____

عالمی کووڈ-19 کلینکل پلٹ فارم | ریپڈ ورژن CRF کی تکمیل سے متعلق ہدایات

مایوکارڈائٹس / پیری کارڈائٹس

دل یا غلاف قلب (دل کے باہری پردہ) کی سوزش۔ تشخیص طبی، بائیو کیمیکل (دل کے انزائم) یا ریڈیالوجیکل ہو سکتی ہے۔

ایکیویٹ رینل انجری

ایکیویٹ رینل انجری (گردے کی شدید انجری) کی تعریف ذیل میں سے کسی ایک کے طور پر کی جاتی ہے:

- 48 گھنٹوں میں سیرم کریئٹینین میں $0.3 \leq$ ملی گرام/ ڈیسی لیٹر (≤ 26.5 مائیکرو مول / لیٹر) کی بڑھوتری
- سیرم کریئٹینین میں بیس لائن کے مقابلہ $1.5 \leq$ گنا اضافہ، جس کے بارے میں معلوم ہو یا سمجھا جائے کہ وہ پچھلے 7 دنوں کے اندر پیش آئے ہیں
- پیشاب کی مقدار > 0.5 ملی لیٹر/ کیلو گرام/ فی گھنٹہ 6 گھنٹوں کے لیے

لبلبہ کی سوزش

لبلبہ کی سوزش، جس کی تشخیص طبی، بائیو کیمیکل، ریڈیالوجیکل یا بسٹولوجیکل شواہد سے کی گئی ہو۔

جگر کی خراب کارکردگی

جس کی تعریف ذیل میں سے کسی ایک کے ذریعہ کی جاتی ہے:

- طبی پرقان
- ہائپر بلیریوینیمیا (خون میں بلیریوبین کی سطح نارمل رینج کی اعلی حد سے دوگنی ہو)
- الانین ٹرانس امینیز یا ایسپرٹ ٹرانس امینیز میں کوئی اضافہ جو کہ نارمل رینج کی اعلی حد سے دوگنا ہو

کارڈیو مایو پیٹھی

برائے مہربانی اگر اس بھرتی کے دوران کارڈیو مایو پیٹھی کی تشخیص ہوئی ہو تو 'ہاں' ریکارڈ کریں۔

دیگر

برائے مہربانی اس مریض کے ہسپتال میں قیام کے دوران کسی دیگر سنگین پیچیدگیوں کی رپورٹ کریں۔

17. دوائیاں

اگر مریض نے ڈسچارج تک، بشمول ڈسچارج والے دن کے، ہسپتال میں اپنے قیام کے دوران درج ذیل میں سے کوئی دوائیاں موصول کی ہوں تو برائے مہربانی ریکارڈ کریں۔

18. معاونتی دیکھ بھال

مدت سے متعلق تمام سوالوں کے لیے، برائے مہربانی ان کیلنڈر دنوں کی تعداد شمار کریں جن میں مریض نے علاج موصول کیا ہو۔ ایسے معالجوں کے لیے جنہیں موقوف کر کے پھر سے شروع کر دیا گیا ہو، ان دنوں کو شمار کریں جن میں علاج دیا گیا تھا اور کسی ایسے کیلنڈر دن کو شمار نہ کریں جس میں علاج نہ دیا گیا ہو۔

ICU یا اعلیٰ انحصاری یونٹ میں بھرتی

اگر وہ ICU/HDU میں وفات پا گئے ہوں یا انہیں آپ کی سائٹ کے ICU/HDU سے دیگر ہسپتال کے ICU/HDU میں منتقل کیا گیا ہو تو برائے مہربانی 'نتیجہ کے وقت ICU میں' منتخب کریں وگرنہ برائے مہربانی وہ تاریخ ریکارڈ کریں جس میں انہیں ICU/HDU سے ڈسچارج کیا گیا تھا۔

معدیوں 3 ہسپتال سے چھٹی یا وفات پر مکمل کریں

تشخیصی / جراثیم کی جانچ

سب سے کم ایسے/ CT انجام دیا گیا؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

کیا بیماری کے اس واقعہ کے دوران جراثیم کی جانچ انجام دی گئی؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

انفلونزا وائرس: مثبت منفی معلوم نہیں

کورونا وائرس: مثبت منفی معلوم نہیں

دیگر سانس سے متعلق جراثیم: مثبت منفی معلوم نہیں

وائرس ہیورجک باغز: مثبت منفی معلوم نہیں

عوامی صحت کی دلچسپی والا دریافت شدہ جراثیم: اگر ہاں، تو ذکر کریں: _____

قلسی پروم ملیریا: مثبت منفی معلوم نہیں

HIV: مثبت منفی معلوم نہیں

پیچیدگیاں: ہسپتال میں بھرتی کے دوران کبھی بھی کیا مریض نے درج ذیل کا سامنا کیا:

مدمہ	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	ایکٹرمیا	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
دورہ	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	خون پیٹا	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
منجھلتیں/ انسفالٹس	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	انٹر کارڈائٹس	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
لیمیا	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	مایوکارڈائٹس/ پیری کارڈائٹس	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
کارڈائک آرتھیما	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	گردے کے شدید مشرور	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
دل کا دورہ	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	ایڈکریٹائٹس	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
ضمونیا	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	جگر کی خراب کارکردگی	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
برونکھائٹس	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	کارڈیو مایو پیٹھی	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
شدید تنفسی دیوار کا سنڈروم	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	دیگر	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں

اگر ہاں، تو ذکر کریں: _____

دوا لیتا: ہسپتال میں بھرتی کے دوران یا ڈسچارج کے بعد، کیا درج ذیل میں سے کچھ بھی دیا گیا؟

مدہ کے راستے لیا جانے والا/ اوروگیسٹریک سیال مواد؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

ایٹمی وائرل؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

انٹرفیرون الفا ہاں نہیں معلوم نہیں

ایٹمی بائیوٹک؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

کارڈیو اسپیرائڈ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

ایٹمی شکل ایجنٹ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

مائع ملیریا ایجنٹ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

تجزیاتی ایجنٹ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

ٹان-اسٹیرائڈ ایٹمی انٹلیمیٹری (NSAID) ہاں نہیں معلوم نہیں

معاونتی دیکھ بھال: ہسپتال میں بھرتی کے دوران کبھی بھی کیا مریض نے درج ذیل لیا / کرایا:

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

ICU میں بھرتی کی تاریخ: []/[]/[]

ICU سے ڈسچارج کی تاریخ: []/[]/[]

اکسیجن تھراپی؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

کل مدت: _____ دن

اکسیجن کا ذریعہ: ہائپٹ سنڈر کانسنٹریٹر

انٹرفیون: نسل پروٹگن HF نسل کیٹولا ماسک

ٹان اوپیو ویٹیلیشن (رٹل کے مگر برہ، BIPAP, CPAP) ہاں نہیں معلوم نہیں

اگرا باں، تو کل مدت: _____ دن

اگرا باں، تو کل مدت: _____ دن

اکسٹرا کارپوریل (ECMO) سپورٹ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

اگرا باں، تو کل مدت: _____ دن

پروٹ بوزیشن؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

اگرا باں، تو کل مدت: _____ دن

ریٹل ری پلیسمنٹ تھراپی (RRT) یا ڈائلیسس؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

اگرا باں، تو کل مدت: _____ دن

اوتروویس/ویسوپریٹور؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

نتیجہ: زنده ڈسچارج کیا گیا ہسپتال میں بھرتی کیا گیا دیگر سہولت گاہ میں ٹرانسفر ہائپٹ ڈسچارج معلوم نہیں

نتیجہ کی تاریخ: []/[]/[]

اگر زنده ڈسچارج کیا گیا تو: بیماری سے قبل کے مقابلہ ڈسچارج کے وقت اپنی دیکھ بالکل بھاری سے پہلے کی طرح ایٹر ایٹر معلوم نہیں

بھال آپ کرنے کی صلاحیت: _____

19. نتیجہ

نتیجہ

برائے مہربانی صرف ایک نتیجہ منتخب کریں۔

زندہ ڈسچارج کیا گیا کا مطلب ان کی بیماری سے قبل ان کے معمول کی رہائشی جگہ کے لیے، کسی رشتہ دار یا دوست کے گھر کے لیے، یا کسی سوشل کیئر سہولت گاہ کے لیے ڈسچارج ہو سکتا ہے کیوں کہ ان کی بیماری اب اتنی زیادہ سنگین نہ رہ گئی ہو کہ کسی طبی سہولت گاہ میں علاج لازمی ہو۔

ہسپتال میں بھرتی کا مطلب یہ ہے کہ وہ اب بھی ہسپتال میں ہوں لیکن وہ کووڈ-19 انفیکشن سے شفا یاب ہو گئے ہوں اور اس فارم کو اس وقت مکمل کیا گیا ہے جبکہ مریض ہسپتال کے کسی حصہ میں دیگر حالتوں کی دیکھ بھال کے لیے موجود ہے اور اس صورت میں فارم بعد کی کسی تاریخ میں مکمل نہیں کیا جائے گا۔

دیگر سہولت گاہ میں ٹرانسفر کا مطلب یہ ہے کہ انہیں کسی دیگر سہولت گاہ میں ٹرانسفر کر دیا گیا ہو جو کہ طبی نگہداشت فراہم کرتی ہے۔ یہ مزید مرگزر علاج کے لیے کوئی اسپیشلسٹ سنٹر یا صحت کی بحالی کے لیے کوئی اسٹیپ-ڈاؤن ہو سکتا ہے۔ اس میں وہ سہولت گاہیں شامل نہیں ہیں جو صرف اور صرف سماجی نگہداشت فراہم کرتی ہیں (ان مریضوں کی فہرست بندی زندہ ڈسچارج کیا گیا کی حیثیت سے ہونی چاہیے)۔

وفات کا مطلب ہے کہ مریض کا ہسپتال میں انتقال ہو گیا۔

پالینٹیو ڈسچارج کا مطلب ہے کہ مریض کو اس اندازے کے ساتھ ڈسچارج کر دیا گیا ہے کہ وہ اس بیماری سے یا اس کے ساتھ موجود دوسری بیماریوں سے صحت یاب نہیں ہو سکیں گے۔ یہ متوقعہ زندگی کے اختتام کی دواؤں کے ساتھ کوئی خصوصی باسپائنس سہولت گاہ یا ان کے معمول کے گھر کا پتہ ہو سکتا ہے۔

نتیجے کی تاریخ

برائے مہربانی مذکورہ بالا نتیجے کی تاریخ ذکر کریں۔

شرکت کنندہ کی آئی ڈی _____ ISARIC World Health Organization

مادیول 3 ہسپتال سے چھٹی یا وفات پر مکمل کریں

تشخیصی / جرثومے کی جانچ

سینے کا ایکس رے / CT انجام دیا گیا؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

کیا بیماری سے اس واقعہ کے دوران جرثومے کی جانچ انجام دی گئی؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

انفلونزا وائرس: مثبت منفی نہیں کیا گیا

کورونا وائرس: مثبت منفی نہیں کیا گیا

دیگر سانس سے متعلق جرثومے: مثبت منفی نہیں کیا گیا

وائرس/بیموریجک بخار: مثبت منفی نہیں کیا گیا

عوامی صحت کی نلجسی والا دریافت شدہ جرثومہ: اگر ہاں، تو ذکر کریں: _____

قلبی پروم ملیریا: مثبت منفی نہیں کیا گیا

HIV: مثبت منفی نہیں کیا گیا

نان-قلبی پروم ملیریا: مثبت منفی نہیں کیا گیا

پیدیدگیوں: ہسپتال میں بھرتی کے دوران کبھی بھی کیا مریض نے درج ذیل کا سامنا کیا:

مدمدہ دورہ	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	ایکٹرمیا	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
منجھلتن/انسیدلانتن	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	خون بیٹا	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
فیما	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	انٹر کارڈائٹس	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
کارڈائٹ آرٹیمیا	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	سائیکوزائٹس/ پیری کارڈائٹس	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
دل کا دورہ	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	گردے کو شدید مشرور	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
شمرنیا	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	پینڈیکریٹائٹس	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
برونکھلائٹس	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	جگر کی خراب کارکردگی	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
شدید تنفسی دیار کا سنٹروم	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	کارڈیومیوپیتھی	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	دیگر	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں

اگر ہاں، تو ذکر کریں: _____

دوا لینا: ہسپتال میں بھرتی کے دوران یا ڈسچارج کے بعد، کیا درج ذیل میں سے کچھ بھی دیا گیا؟

مدمدہ کے راستے لیا جانے والا/ اوروگیسٹریک سیال مواد؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

اینٹی وائرل؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

انٹرفیرون الفا ہاں نہیں معلوم نہیں

انٹرفیرون بیٹا ہاں نہیں معلوم نہیں

اینٹی بائیوٹک؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

کارڈیو اسپیرائڈ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

اگر ہاں تو برائے مہربانی ایجنٹ اور زیادہ سے زیادہ یومیہ خوراک ذکر کریں: _____

اینٹی فنگل ایجنٹ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

مائع ملیریا ایجنٹ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

تجویزی ایجنٹ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

ٹان-اسپیرائڈل اینٹی انٹلیمیٹری (NSAID) ہاں نہیں معلوم نہیں

اگر ہاں، تو ذکر کریں: _____

معاونتی دیکھ بھال: ہسپتال میں بھرتی کے دوران کبھی بھی کیا مریض نے درج ذیل لیا / کرایا:

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

ICU میں بھرتی کی تاریخ: []/[]/[] سے ڈسچارج کی تاریخ: []/[]/[]

ICU سے ڈسچارج کی تاریخ: []/[]/[]

اکسیجن تھراپی؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

کل مدت: _____ دن

○ ظفر کی مقدار: ○ 1-5 لیٹر/منٹ ○ 6-10 لیٹر/منٹ ○ 11-15 لیٹر/منٹ ○ >15 لیٹر/منٹ

اکسیجن کا ذریعہ: ○ ہاتھی ○ سنلٹر ○ کانسٹریٹر

انٹرفیو: ○ نسل پروٹکس ○ HF نسل کیولا ○ ماسک ○ ماسک مع ریزروئر ○ CPAP/NIV ماسک

ٹان اوویو ویٹیلیشن؟ (رٹل کے ممر برہ، BIPAP, CPAP) ہاں نہیں معلوم نہیں

ٹان اوویو ویٹیلیشن (کرنس)؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

اکسٹرا کارپوریل (ECMO) سپورٹ؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

پرون پوزیشن؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

ریٹل ری پلیسمنٹ تھراپی (RRT) یا ڈائلیسس؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

انٹروویس ویسوپریشرز؟ ہاں نہیں معلوم نہیں

اگر ہاں، تو کل مدت: _____ دن

نتیجہ: زندہ ڈسچارج کیا گیا ہسپتال میں بھرتی کیا گیا دیگر سہولت گاہ میں ٹرانسفر پالینٹیو ڈسچارج معلوم نہیں

نتیجہ کی تاریخ: []/[]/[]

اگر زندہ ڈسچارج کیا گیا تو: بیماری سے قبل کے مقابلہ ڈسچارج کے وقت اپنی دیکھ بھال کی صلاحیت: بہتر ابتر بہتر معلوم نہیں