

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 سٹر 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۔

عمومی ہدایات

- CRF کا خاکہ جانچ، انٹرویو اور ہسپتال کے ملاحظات کے جائزے سے حاصل شدہ ڈیٹا کو اکٹھا کرنے کے لیے تیار 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 ایک ہی سائٹ شرکت کنندگان کو مختلف وارڈز میں بھرتی کر رہی ہے، یا جہاں یہ بصورت دیگر سلسلہ وار نمبر تفویض کرنا مشکل ہو تو آپ نمبر بڑے حروف میں تفویض کر سکتے ہیں یا الفبائی حروف شامل کر سکتے ہیں۔ مثال کے طور پر، X وارڈ 00001 یا A0001 کے بعد کے نمبر تفویض کرے گا جبکہ Y وارڈ 50001 یا B0001 سے آگے 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۔ مطبوعہ کاغذی CRFs کا استعمال کیا جا سکتا ہے اور اس کے بعد ڈیٹا برقی ڈیٹا بیس میں ٹائپ کیا جا سکتا 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 بار انتخاب والے جوابات ہیں (صرف ایک جواب منتخب کریں)۔
- دائری باکسوں (○) والے انتخابات متعدد انتخاب والے جوابات ہیں (ان تمام کو منتخب کریں جن کا اطلاق ہوتا ہو)۔
- کسی بھی ایسے ڈیٹا کے لیے جو دستیاب یا معلوم نہ 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 نشان زد کرنے کے لیے باکسوں میں (X) 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 کیپر سسٹم میں ڈیٹا درج کریں۔ اگر آپ کی سائٹ ڈیٹا علیحدہ اکٹھا کرنا چاہتی ہے تو ہم مقامی طور پر ہوسٹ کیے گئے ڈیٹا بیس سے ادارے کو سپورٹ کر سکتے ہیں۔
- برائے مہربانی ہم سے ncov@isaric.org پر رابطہ کریں۔ اگر ہم ڈیٹا بیس کے تعلق سے مدد کر سکتے ہیں، اگر آپ کے پاس تبصرے ہوں نیز ہمیں یہ بتانے کے لیے کہ آپ فارمز استعمال کر رہے ہیں۔

طبی شمولیت کا معیار	
عوامی صحت کی دلچسپی والے جرثومہ کا مصدقہ یا مشتبہ انفیکشن	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
اس بیماری کے دوران از خود اطلاع کردہ بخار کی ہسٹری یا 38°C کا پیمائش 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 ڈسپنویا (دم پھولنا) یا ٹیچنویا*	<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؛ $20 \leq 13$ سال کے لیے	

آبادیاتی معلومات	
پیدائش کے وقت صنف <input type="checkbox"/> لڑکا <input type="checkbox"/> لڑکی	تاریخ پیدائش [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]
اگر تاریخ پیدائش معلوم نہ ہو تو ریکارڈ کریں: عمر [][] سال یا [][] ماہ	
بیلٹھ کینر ملازم؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	لیبارٹری ملازم؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
حاملہ؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	معلوم نہیں <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
	اگر ہاں: حمل کے ہفتوں کا تخمینہ [][] ہفتے

شروع ہونے کی تاریخ اور بھرتی کے وقت اہم علامات (آمد/بھرتی کے وقت پہلا دستیاب ٹیٹا)	
علامات کی شروعات (پہلی/اولین علامات کی تاریخ)	[D][D]/[M][M]/[2][0][Y][Y]
اس سہولت گاہ میں داخلے کی تاریخ	[D][D]/[M][M]/[2][0][Y][Y]
درجہ حرارت $^{\circ}\text{C}$ [][]	حرکت قلب کی رفتار [][] دھڑکن/منٹ
شرح تنفس [][] سانس/منٹ	
بی [][] (انقباضی) [][] (انبساطی) mmHg	شدید ڈی ہائڈریشن <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
اسٹرنل کیبلری کے دوبارہ بھرنے کا وقت < 2 سیکنڈ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	
آکسیجن کا انجذاب: [][] %	کمروے کی ہوا پر <input type="checkbox"/> آکسیجن تھراپی <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
گلاسگو کوما اسکور (GCS) /15 [][]	سوء تغذیہ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
درمیانی اوپری بازو کی گولانی [][] ملی میٹر	قد: [][] سنٹی میٹر
	وزن: [][] کیلو گرام

دیگر بیماریاں (جو بھرتی سے قبل موجود ہوں) (Unk = معلوم نہیں)	
دل کی دیرینہ بیماری (بیش فشار خون کے علاوہ)	<input type="checkbox"/> 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
سانس کی دیرینہ بیماری	<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
گردے کی دیرینہ بیماری	<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
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	
اینجیوٹینسن کنورٹنگ انزائم انہیڈرز (ACE انہیڈرز)؟	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
اینجیوٹینسن II ریسپٹر بلاکرز (ARBs)؟	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
نان-اسٹیرائڈل اینٹی انفلیمیٹری (NSAID)	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں

بھرتی کے وقت نشانات اور علامات (Unk = معلوم نہیں)			
بخار کی سرگزشت	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	سینے کے نچلے حصہ کی دیوار کا اندر کی طرف کھینچنا	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
کھانسی	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	سردرد	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
بلغم کی افزائش کے ساتھ	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	تبدیل شدہ شعور / کنفیوژن	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
بلغم میں خون کے تھوک کے ساتھ	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	دورہ	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
حلق میں سوزش	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	پیٹ میں درد	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
نزلہ زکام (ریویوریا)	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	قے / متلی	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
خرخر سانس لینا	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	اسہال	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
سینے میں درد	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	اشوب چشم	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
پٹھوں میں درد (میالجیا)	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	جلد پر سرخ دانے	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
جوڑوں میں درد (ارتھریجیا)	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	جلد پر گھاؤ	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
تھکان / بے قراری	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	لمفائٹوسائٹوسیس	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
دم پھولنا	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	خون بہنا (ہیموریج)	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
چلنے پر عدم قدرت	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	اگر خون بہنے کی حالت ہے تو جگہ (جگہیں) ذکر کریں:	
دیگر	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	اگر ہاں، تو ذکر کریں:	

دوا لینا			
منہ کے راستے لیا جانے والا / اوروگیسٹریک سیال مواد؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	درون ورید سیال مواد؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
اینٹی وائرل؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	اگر ہاں: ریباویرین <input type="checkbox"/> لوپیناویر / ریٹوناویر <input type="checkbox"/> نیورامنیڈیس اینٹیپٹر <input type="checkbox"/>	دیگر، ذکر کریں: _____
اینٹروفیرون الفا	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	اینٹروفیرون بیٹا	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
کارٹیکو اسٹیرائڈ؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	اگر ہاں، برائے مہربانی ایجنٹ اور زیادہ سے زیادہ یومیہ خوراک فراہم کریں:	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
اینٹی بائیوٹک؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	اگر ہاں، تو ذکر کریں:	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
مانع ملیریا ایجنٹ؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	اگر ہاں، تو ذکر کریں:	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
تجرباتی ایجنٹ؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	اگر ہاں، تو ذکر کریں:	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
نان-اسٹیرائڈل اینٹی انفلیمیٹری (NSAID)	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	ایجنٹ	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
اینجیوٹینسن کنورٹنگ انزائم اینٹیپٹر (ACE اینٹیپٹر)	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	ایجنٹ	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
اینجیوٹینسن II ریسپٹر بلاکرز (ARBs)	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	ایجنٹ	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>

معاونتی دیکھ بھال			
ICU یا اعلیٰ انحصاری یونٹ میں بھرتی؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	اگر ہاں، تو درج ذیل سبھی کو مکمل کریں	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
آکسیجن تھراپی؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	1-5 لیٹر/منٹ <input type="checkbox"/> 6-10 لیٹر/منٹ <input type="checkbox"/> 11-15 لیٹر/منٹ <input type="checkbox"/> >15 لیٹر/منٹ <input type="checkbox"/>	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
آکسیجن کا ذریعہ:	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	پائپڈ <input type="checkbox"/> سلنڈر <input type="checkbox"/> کانسنٹریٹر <input type="checkbox"/>	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
انٹرفیس:	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	HF ناسل کینولا <input type="checkbox"/> ناسل پرونگس <input type="checkbox"/> CPAP/NIV ماسک <input type="checkbox"/>	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
نان انویزو وینٹیلیشن؟ (مٹل کے طور پر BIPAP/CPAP)	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	انٹروفیس / ویسوپریشرز؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
انویزو وینٹیلیشن (کوئی)؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>	پرون پوزیشن؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>
اکسٹرا کارپوریل (ECMO) سپورٹ؟	ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>		ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں <input type="checkbox"/>

بھرتی کے وقت لیبارٹری نتائج (*اگر یونٹس ان سے مختلف ہوں جو مذکور ہیں تو ریکارڈ کریں)			
پیرامیٹر	قدر *	پیرامیٹر	قدر *
ہیموگلوبن (گرام/لیٹر)		کریاٹین (مانکرومول/لیٹر)	
WBC شمار (x10 ⁹ /لیٹر)		سوڈیم (mEq/لیٹر)	
ہیماٹوکریٹ (%)		پوٹاشیم (mEq/لیٹر)	
پلیٹ لٹس (x10 ⁹ /لیٹر)		پروکیلسٹونن (نینوگرام/ملی لیٹر)	
APTT/APTR		CRP (ملی گرام/لیٹر)	
PT (سیکنڈز)		LDH (یونٹ / لیٹر)	
INR		کریاٹین کینیس (یونٹ/لیٹر)	
ALT/SGPT (یونٹ / لیٹر)		ٹروپونن (نینوگرام/ملی لیٹر)	
کل بلیریوبین (مانکرومول/لیٹر)		ESR (ملی میٹر/گھنٹہ)	
AST/SGOT (یونٹ / لیٹر)		D-dimer (ملی گرام/لیٹر)	
یوریا (BUN) (ملی مول/لیٹر)		فیریٹن (نینوگرام/ملی لیٹر)	
لیکٹیٹ (ملی مول / لیٹر)		IL-6 (پیکوگرام/ملی لیٹر)	

تشخیصی/ جرثومے کی جانچ	
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 واقعے کے دوران جرثومے کی جانچ انجام دی گئی؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اگر ہاں تو درج ذیل سبھی کو مکمل کریں:
انفلونزا وائرس: <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> نہیں کیا گیا	اگر مثبت، تو ثابت کریں _____
کورونا وائرس: <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> نہیں کیا گیا	اگر مثبت: <input type="checkbox"/> S-CoV-2 <input type="checkbox"/> MERS-CoV <input type="checkbox"/> دیگر _____
دیگر سانس سے متعلق جرثومہ: <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> نہیں کیا گیا	اگر مثبت، تو ذکر کریں _____
وائٹل ہیپوریجک 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: _____	
فالسی پروم ملیریا: <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/> نہیں کیا گیا	نان-فالسی پروم ملیریا: <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	

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

صدمہ	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	بیٹریمییا	<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 بہنا	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
مینجائٹس/ انسیفلائٹس	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	انٹوکارڈائٹس	<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	مایوکارڈائٹس/ پیری کارڈائٹس	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
کارڈانک ارتھیمیا	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	گردے کو شدید ضرر	<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	پینکریائٹس	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
نمونیا	<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
برونکیولائٹس	<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
شدید تنفسی دباؤ 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 لینا: ہسپتال میں بھرتی کے دوران یا ڈسچارج کے بعد، کیا درج ذیل میں سے کچھ بھی دیا گیا؟

منہ کے راستے لیا جانے والا/ اوروگیسٹریک سیال مواد؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	درون ورید سیال مواد؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
اینٹی وائرل؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اگر ہاں، تو ذکر کریں: _____
اینٹی بائیوٹک؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اگر ہاں، تو ذکر کریں: _____
کارٹیکو اسٹیرائڈ؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اگر ہاں، تو راستہ: <input type="checkbox"/> منہ کے راستے <input type="checkbox"/> درون ورید <input type="checkbox"/> بذریعہ سانس
اگر ہاں تو برائے مہربانی ایجنٹ اور زیادہ سے زیادہ یومیہ خوراک ذکر کریں: _____	
اینٹی فنگل ایجنٹ؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اگر ہاں، تو ذکر کریں: _____
مانع ملیریا ایجنٹ؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اگر ہاں، تو ذکر کریں: _____
تجرباتی ایجنٹ؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اگر ہاں، تو ذکر کریں: _____
نان-اسٹیرائڈل اینٹی انفلمیٹری (NSAID) <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> 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؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اگر ہاں، تو کل مدت: _____ دن
ICU میں بھرتی کی تاریخ: [D][D]/[M][M]/[2][0][Y][Y]	دستياب نہیں
ICU سے ڈسچارج کی تاریخ: [D][D]/[M][M]/[2][0][Y][Y]	ICU میں نتیجہ پر <input type="checkbox"/> دستیاب نہیں
آکسیجن تھراپی؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اگر ہاں تو سبھی کو مکمل کریں: کل مدت: _____ دن
O ₂ فلو کی مقدار: <input type="checkbox"/> 1-5 لیٹر/منٹ <input type="checkbox"/> 6-10 لیٹر/منٹ <input type="checkbox"/> 11-15 لیٹر/منٹ <input type="checkbox"/> >15 لیٹر/منٹ	
آکسیجن کا ذریعہ: <input type="checkbox"/> پائپٹ <input type="checkbox"/> سلنڈر <input type="checkbox"/> کانسنٹریٹر	
انٹرفیس: <input type="checkbox"/> ناسل پرونگس <input type="checkbox"/> HF ناسل کینولا <input type="checkbox"/> ماسک <input type="checkbox"/> ماسک مع ریزروئر <input type="checkbox"/> CPAP/NIV ماسک	
نان انویزو وینٹیلیشن؟ (مثال کے طور پر، BIPAP, CPAP) <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اگر ہاں، تو کل مدت: _____ دن
انویزو وینٹیلیشن (کوئی)؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اگر ہاں، تو کل مدت: _____ دن
اکسٹرا کارپوریل (ECMO) سپورٹ؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اگر ہاں، تو کل مدت: _____ دن
پروٹوزیشن؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اگر ہاں، تو کل مدت: _____ دن
رینل ری پلیسمنٹ تھراپی (RRT) یا ڈائلیسس؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	
انٹروپس/ویسوپریشرز؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/> معلوم نہیں	اگر ہاں، تو کل مدت: _____ دن

نتیجہ

نتیجہ: <input type="checkbox"/> زندہ ڈسچارج کیا گیا <input type="checkbox"/> ہسپتال میں بھرتی کیا گیا <input type="checkbox"/> دیگر سہولت گاہ میں ٹرانسفر <input type="checkbox"/> وفات <input type="checkbox"/> پالیٹیو ڈسچارج <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
نتیجہ کی تاریخ: [D][D]/[M][M]/[2][0][Y][Y]
اگر زندہ ڈسچارج کیا گیا تو: بیماری سے قبل کے مقابلہ ڈسچارج کے وقت اپنی دیکھ <input type="checkbox"/> بالکل بیماری سے پہلے کی طرح <input type="checkbox"/> ابتر <input type="checkbox"/> بہتر <input type="checkbox"/> معلوم نہیں
بھال آپ کرنے کی صلاحیت: _____