عالمی کووڈ-19 کلینکل پلیٹ فارم

ناول کورونا وائرس (کووڈ-19) - ریپڈ ورژن

CRF کی تکمیل سے متعلق ہدایات

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 اعلی 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 جائزےسے 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 کرکے کوئی سائٹ کوڈ حاصل کر سکتے ہیں اور ڈیٹا مینیجمنٹ 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 حصّہ 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 دیٹا 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 حصّہ 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 (**O**) 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 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 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۔

CRF کی تکمیل سے متعلق ہدایات

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 طر 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 ڈلیوری 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 وینٹوری والو کا استعمال کیا جاتا ہے تو برائے مہربانی آکسیجن کی روانی کی شرح کی بجائے انسپائرڈ آکسیجن کے کسور ریکارڈ کریں (FiO_2)۔

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/ اوروگیسٹرک 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، نیسوگیسٹرک 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۔

بد ترین نتیجہ

'بد ترین 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 آکسیمٹری، 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 اعلی 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 ماڈیول 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 کے 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 ملاحظات کی تفصیلات فراہم کریں جو بھرتی کے وقت کیے گئے ہوں (بشمول اگر ڈیٹا کی ریکارڈنگ بعد میں انجام پاتی ہے)۔ ان ملاحظات 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 ریکارڈز 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 علامات کے ظہور کے بعد 24 گھنٹوں کے ملاحظات مکمل کریں۔

برائے مہربانی یقینی بنائیں کہ تمام پیمائشیں 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 اکلیلی شریانی بیماریوں، دل کی نا کامی، دل کی پیدائشی بیماری، کارڈیومایو پیتھی، دل کی ریومیٹک بیماری شامل کریں۔

پھیپھڑے کی دیرینہ بیماری
برائے مہربانی پھیپھڑے کی کوئی بھی دیرینہ انسدادی بیماری (کرونک برونکائٹس، امفیسیما)، سسٹک فائبروسس، برونکیٹک 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 |__|__|__|--|__|__|__|__|

ماڈیول 1: بھرتی/ اندراج پر مکمل کریں

سائٹ کا نام ____________ ملک ____________

اندراج کی تاریخ [D][D]/[M][M]/[2][0][Y][Y]

طبی شمولیت کا معیار

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

اس بیماری کے دوران ان میں سے ایک یا زیادہ | از خود اطلاع کردہ بخار کی ہسٹری یا ≥ 38°C کا پیمائش شدہ بخار ☐ ہاں ☐ نہیں
| کھانسی ☐ ہاں ☐ نہیں
| ڈسپنویا (دم پھولنا) یا ٹیچپنویا* ☐ ہاں ☐ نہیں
| مذکورہ بالا معیار پر پورا نہ اترنے کے باوجود ARI کا طبی شبہ ☐ ہاں ☐ نہیں

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

آبادیاتی معلومات

پیدائش کے وقت صنف ☐ لڑکا ☐ لڑکی ☐ غیر متعین تاریخ پیدائش [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

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

ہیلتھ کیئر ملازم؟ ☐ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں لیبارٹری ملازم؟ ☐ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

حاملہ؟ ☐ 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 (آمد/بھرتی کے وقت پہلا دستیاب ڈیٹا)

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 [__][__].[__]°C حرکت قلب کی رفتار [__][__][__] دھڑکن/ منٹ

شرح تنفس [__][__] سانس/ منٹ

بی پی [__][__][__] (انقباضی) [__][__][__] (انبساطی) mmHg شدید ڈی ہائڈریشن ☐ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

اسٹرنل کیپلری کے دوبارہ بھرنے کا وقت > 2 سیکنڈ ☐ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

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

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

درمیانی اوپری بازو کی گولائی [__][__][__] 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)	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں	ذیابیطس	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں
بیش فشار خون	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں	سگریٹ نوشی کی موجودہ حالت	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں
سانس کی دیرینہ بیماری	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں	ٹپ دق	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں
دمہ	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں	اسپلینیا	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں
گردے کی دیرینہ بیماری	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں	مہلک نیوپلازم	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں
جگر کی دیرینہ بیماری	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں	دیگر	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں
اعصاب کی دیرینہ خرابی	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں	اگر ہاں، تو ذکر کریں: ____________			
HIV	☐ ہاں - ART پر	☐ ہاں - ART پر نہیں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں			

بھرتی سے قبل اور دیرینہ دوائیں	کیا بھرتی سے 14 دنوں کے اندر مندرجہ ذیل میں سے کچھ لیا گیا؟		
اینجیوٹینسن کنورٹنگ انزائم انہبٹرز (ACE انہبٹرز)؟	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں
اینجیوٹینسن II ریسپٹر بلاکرز (ARBs)؟	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں
نان-اسٹیرائڈل اینٹی انفلیمیٹری (NSAID)	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں

کووڈ-19 کیس ریکارڈ فارم ریپڈ ورژن 24 مارچ 2020 1

ایڈاپٹ شدہ از SPRINT SARI CRF بذریعہ ISARIC، Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 کے تحت لائسنس یافتہ، بذریعہ ISARIC از طرف آکسفورڈ یونیورسٹی

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 گلومیرولر فلٹریشن ریٹ < 60 ملی لیٹر/ فی منٹ/$1.73m^2$، گردے کی پیوندکاری کی ہسٹری

دیرینہ اعصابی اضطراب

برائے مہربانی دماغی فالج، ملٹیپل سلیروسس، موٹر نیورون کی بیماری، مسکولر ڈسٹروفی، میستھینیا گریوس، پارکنسن کی بیماری، فالج، شدید آموزشی دشواری کو شامل کریں

ایچ آئی وی

لیبارٹری سے مصدقہ ایچ آئی وی انفکشن کی ہسٹری۔ (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 پیتا ہو۔ بغیر دھواں والی تمباکو کی مصنوعات، جیسے چبا کر کھائے 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۔

اسپلینیا

برائے مہربانی تلی کو جراحت کے ذریعہ نکالنے کی کسی حالت، ناکارہ تلّی، اور پیدائشی اسپلینیا کو شامل کریں۔

ملگننٹ نیوپلازم

موجودہ ٹھوس عضو یا ہیماٹولوجیکل ملگننسی۔ 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 تئیں رد عمل 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۔

شرکت کنندہ کی آئی ڈی [___][___][___] -- [___][___][___][___]

World Health Organization — ISARIC

ماڈیول 1: بھرتی/ اندراج پر مکمل کریں

سائٹ کا نام ____________ **ملک** ____________

اندراج کی تاریخ [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_]

طبی شمولیت کا معیار			
عوامی صحت کی دلچسپی والے جرثومہ کا مصدقہ یا مشتبہ انفیکشن		☐ ہاں	☐ نہیں
اس بیماری کے دوران ان میں سے ایک یا زیادہ	از خود اطلاع کردہ بخار کی ہسٹری یا ≥ 38°C کا پیمائش شدہ بخار	☐ ہاں	☐ نہیں
	کھانسی	☐ ہاں	☐ نہیں
	ڈسپنویا (دم پھولنا) یا ٹیچپنویا*	☐ ہاں	☐ نہیں
	مذکورہ بالا معیار پر پورا نہ اترنے کے باوجود ARI کا طبی شبہ	☐ ہاں	☐ 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*

آبادیاتی معلومات

پیدائش کے وقت صنف ☐ لڑکا ☐ لڑکی ☐ غیر متعیّن **تاریخ پیدائش** [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_Y_][_Y_][_Y_][_Y_]

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

ہیلتھ کیئر ملازم؟ ☐ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **لیبارٹری ملازم؟** ☐ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

حاملہ؟ ☐ 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 *(آمد/بھرتی کے وقت پہلا دستیاب ڈیٹا)*

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_]

درجۂ حرارت [___][___].[___]°C **حرکت قلب کی رفتار** [___][___][___] دھڑکن/ منٹ

شرح تنفس [___][___]سانس/ منٹ

بی پی [___][___][___] (انقباضی) [___][___][___] (انبساطی) mmHg **شدید ڈی ہائڈریشن** ☐ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

اسٹرنل کیپلری کے دوبارہ بھرنے کا وقت > 2 سیکنڈ ☐ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

آکسیجن کا انجذاب: [___][___][___]% ☐کمرے کی ہوا پر ☐آکسیجن تھراپی ☐معلوم نہیں **A V P U** (ایک کے گرد دائرہ بنائیں)

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

درمیانی اوپری بازو کی گولائی [___][___][___] 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)	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں	ذیابیطس	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں
بیش فشار خون	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں	سگریٹ نوشی کی موجودہ حالت	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں
سانس کی دیرینہ بیماری	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں	تپ دق	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں
دمہ	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں	اسپلینیا	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں
گردے کی دیرینہ بیماری	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں	مہلک نیوپلازم	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں
جگر کی دیرینہ بیماری	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں	دیگر	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں
اعصاب کی دیرینہ خرابی	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں	اگر ہاں، تو ذکر کریں: ____________			
HIV	☐ ہاں - ART پر	☐ ہاں - ART پر نہیں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں			

بھرتی سے قبل اور دیرینہ دوائیں **کیا بھرتی سے 14 دنوں کے اندر مندرجہ ذیل میں سے کچھ لیا گیا؟**			
اینجیوٹینسن کنورٹنگ انزائم انہبٹرز (ACE انہبٹرز)؟	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں
اینجیوٹینسن II ریسپٹر بلاکرز (ARBs)؟	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں
نان-اسٹیرائڈل اینٹی انفلیمیٹری (NSAID)	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں

کووڈ-19 کیس ریکارڈ فارم ریپڈ ورژن 24 مارچ 2020 1

ایڈاپٹ شدہ از SPRINT SARI CRF بذریعہ ISARIC، Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 کے تحت لائسنس یافتہ انٹرنیشنل لائسنس بذریعہ ISARIC از طرف آکسفورڈ یونیورسٹی

6. بھرتی کے وقت نشانیاں اور علامات

برائے مہربانی ان طبی ملاحظات کی تفصیلات فراہم کریں جو بھرتی کے بعد 24 گھنٹوں کے اندر کیے گئے ہوں۔ ایسے ملاحظات 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 ملاحظات 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 جنھوں 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 معالجوں 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 انفکشن 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 تمامتر پیمائشیں مذکورہ یونٹس کا استعمال کرتے ہوئے فراہم کی جاتی ہیں یا اگر دیگر یونٹس کا استعمال کیا جاتا ہے تو استعمال کیے جانے والے یونٹ 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 |__|__|__|__|__|--|__|__|__|__|__|

بھرتی کے وقت نشانات اور علامات (Unk = معلوم نہیں)							
بخار کی سرگزشت	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں	سینے کے نچلے حصہ کی دیوار کا اندر کی طرف کھنچنا	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں
کھانسی	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں	سر درد	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں
بلغم کی افزائش کے ساتھ	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں	تبدیل شدہ شعور / کنفیوژن	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں
بلغم میں خون کے تھوک کے ساتھ	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں	دورہ	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں
حلق میں سوزش	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں	پیٹ میں درد	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں
نزلہ زکام (رینوریا)	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں	قے / متلی	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں
خرخر سانس لینا	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں	اسہال	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں
سینے میں درد	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں	آشوب چشم	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں
پٹھوں میں درد (میالجیا)	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں	جلد پر سرخ دانے	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں
جوڑوں میں درد (ارتھرلجیا)	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں	جلد پر گھاؤ	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں
تھکان/ بے قراری	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں	لمفاڈینوپیتھی	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں
دم پھولنا	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں	خون بہنا (ہیموریج)	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں
چلنے پر عدم قدرت	☐ہاں	☐نہیں	☐ معلوم نہیں	اگر خون بہنے کی حالت ہے تو جگہ (جگہیں) ذکر کریں: ______			
دیگر	☐ ہاں	☐ نہیں	☐ معلوم نہیں	اگر ہاں، تو ذکر کریں: ______			

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

منہ کے راستے لیا جانے والا/ اوروگیسٹرک سیال مواد؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **درون ورید سیال مواد؟** ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

اینٹی وائرل؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں:** ○ ریباویرین ○ لوپیناویر/ ریٹوناویر ○ نیورامنیڈیس انہبٹر ○انٹرفیرون الفا ○ انٹرفیرون بیٹا ○ دیگر، ذکر کریں: ______

کارٹیکو اسٹیرائڈ؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں، تو راستہ:** ○ منہ کے راستے ○ درون ورید ○ بذریعہ سانس

اگر ہاں، برائے مہربانی ایجنٹ اور زیادہ سے زیادہ یومیہ خوراک فراہم کریں: ______

اینٹی بائیوٹک؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اینٹی فنگل ایجنٹ؟** ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

مانع ملیریا ایجنٹ؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** ذکر کریں: ______

تجرباتی ایجنٹ؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** ذکر کریں: ______

نان-اسٹیرائڈل اینٹی انفلیمیٹری (NSAID) ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

اینجیوٹینسن کنورٹنگ انزائم انہبٹرز (ACE انہبٹرز) ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

اینجیوٹینسن 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 اعلی انحصاری یونٹ میں بھرتی؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

آکسیجن تھراپی؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں، تو**درج ذیل سبھی کو مکمل کریں

O_2 فلو: ☐ 1-5 لیٹر/منٹ ☐ 6-10 لیٹر/منٹ ☐ 11-15 لیٹر/منٹ ☐ >15 لیٹر/ منٹ ☐ معلوم نہیں

آکسیجن کا ذریعہ: ☐پائپڈ ☐سلنڈر ☐کانسنٹریٹر ☐معلوم نہیں

انٹرفیس: ☐ناسل پرونگس ☐ HF ناسل کینولا ☐ماسک ☐ماسک مع ریزروائر ☐ CPAP/NIV ماسک ☐معلوم نہیں

نان انویزو وینٹیلیشن؟ *(مثال کے طور پر BIPAP/CPAP)* ☐ ہاں ☐نہیں ☐دستیاب نہیں

انویزو وینٹیلیشن *(کوئی)*؟ ☐ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **انوٹروپس/ویسوپریشرز؟** ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

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

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

پیرامیٹر	قدر*	نہیں کیا گیا	پیرامیٹر	قدر*	نہیں کیا گیا
ہیموگلوبن (گرام/لیٹر)		☐	کریاٹنن (مائکرومول/ 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 بلیروبین (مائکرو مول/ 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)		☐

کووڈ-19 کیس ریکارڈ فارم ریپڈ ورژن 24 مارچ 2020 2

ایڈاپٹ شدہ از SPRINT SARI CRF بذریعہ ISARIC۔ Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 کے تحت لائسنس یافتہ انٹرنیشنل لائسنس بذریعہ ISARIC از طرف آکسفورڈ یونیورسٹی

فالو-اپ کی تاریخ

یہ ماڈیول ICU یا اعلی 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 ماڈیول 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 ہائڈریشن

برائے مہربانی اگر فالو-اپ والے دن کسی بھی وقت شدید ڈی ہائڈریشن کی حالت موجود تھی تو ریکارڈ کریں۔ شدید ڈی ہائڈریشن 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 t، ڈیٹا بیس میں داخل نہیں کیے جا سکتے ہیں۔

شعور کی سطح (AVPU)

الرٹ – 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. معاونتی 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۔

World Health Organization ISARIC

شرکت کنندہ کی آئی ڈی [___][___][___][___][___]--[___][___][___][___]

ماڈیول 2: فالو اپ (دستیاب وسائل کے ذریعہ طے شدہ تکمیل کی کثرت)

فالو اپ کی تاریخ [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_]

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

درجۂ حرارت [___][___].[___]°C **حرکت قلب کی رفتار** [___][___][___]دھڑکن فی منٹ **شرح تنفس** [___][___]سانس/ منٹ

بی پی [___][___][___] (انقباضی) [___][___][___] (انبساطی) mmHg **شدید ڈی ہائڈریشن** ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

اسٹرنل کیپلری کے دوبارہ بھرنے کا وقت > 2 سیکنڈ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **GCS/15** [___][___]

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

یومیہ طبی خصوصیات *(Unk = معلوم نہیں)*

کھانسی	☐ ہاں ☐نہیں ☐ معلوم نہیں	دورہ	☐ ہاں ☐نہیں ☐ معلوم نہیں
اور بلغم کی افزائش	☐ ہاں ☐نہیں ☐ معلوم نہیں	قے/ متلی	☐ ہاں ☐نہیں ☐ معلوم نہیں
حلق میں سوزش	☐ ہاں ☐نہیں ☐ معلوم نہیں	اسہال	☐ ہاں ☐نہیں ☐ معلوم نہیں
سینے میں درد	☐ ہاں ☐نہیں ☐ معلوم نہیں	آشوب چشم	☐ ہاں ☐نہیں ☐ معلوم نہیں
دم پھولنا	☐ ہاں ☐نہیں ☐ معلوم نہیں	میالجیا	☐ ہاں ☐نہیں ☐ معلوم نہیں
کنفیوژن	☐ ہاں ☐نہیں ☐ معلوم نہیں	دیگر، ذکر کریں: ________	☐ ہاں ☐نہیں ☐ معلوم نہیں

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

پیرامیٹر	قدر*	نہیں کیا گیا	پیرامیٹر	قدر*	نہیں کیا گیا
ہیموگلوبن (گرام/لیٹر)		☐	کریاٹنن (مائکرومول/ 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 بلیروبین (مائکرو مول/ 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)		☐

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

منہ کے راستے لیا جانے والا/ اوروگیسٹرک سیال مواد؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **درون ورید سیال مواد؟** ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

اینٹی وائرل؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں:** O ریباویرین O لوپیناویر/ ریٹوناویر O نیورامنیڈیس انہبٹر
O انٹرفیرون الفا O انٹرفیرون بیٹا O دیگر، ذکر کریں: ________

کارٹیکو اسٹیرائڈ؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** راستہ: O منہ کے راستے O درون ورید O بذریعہ سانس
اگر ہاں، برائے مہربانی ایجنٹ اور زیادہ سے زیادہ یومیہ خوراک فراہم کریں: ________

اینٹی بائیوٹک؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اینٹی فنگل ایجنٹ؟** ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

مانع ملیریا ایجنٹ؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** ذکر کریں: ________

تجرباتی ایجنٹ؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** ذکر کریں: ________

نان-اسٹیرائڈل اینٹی انفلیمیٹری (NSAID) ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

اینجیوٹینسن کنورٹنگ انزائم انہبٹرز (ACE انہبٹرز) ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

اینجیوٹینسن II ریسپٹر بلاکرز (ARBs) ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

معاونتی دیکھ بھال اگر مریض فی الحال درج ذیل میں سے کچھ بھی موصول کر رہا ہے؟

ICU یا اعلی انحصاری یونٹ میں بھرتی؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

آکسیجن تھراپی؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں، تو**درج ذیل سبھی کو مکمل کریں

O_2 فلو کی مقدار : ☐ 1-5 لیٹر/منٹ ☐ 6-10 لیٹر/منٹ ☐ 11-15 لیٹر/منٹ ☐>15 لیٹر/ منٹ ☐معلوم نہیں

آکسیجن کا ذریعہ: ☐پائپڈ ☐سلنڈر ☐کانسنٹریٹر ☐معلوم نہیں

انٹرفیس: ☐ناسل پرونگس ☐ HF ناسل کینولا ☐ماسک ☐ماسک مع ریزروائر ☐ CPAP/NIV ماسک ☐معلوم نہیں

نان انویزو وینٹیلیشن؟ *(مثال کے طور پر، BIPAP, CPAP)* ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

انویزو وینٹیلیشن *(کوئی)*؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **انوٹروپس/ویسوپریشرز؟** ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

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

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

ایڈاپٹ شدہ از SPRINT SARI CRF بذریعہ ISARIC، Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 کے تحت لائسنس یافتہ انٹرنیشنل لائسنس بذریعہ ISARIC از طرف آکسفورڈ یونیورسٹی

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

شرکت کنندہ کی آئی ڈی |__||__||__||__||__|--|__||__||__||__||__|

ماڈیول 3 ہسپتال سے چھٹی یا وفات پر مکمل کریں

تشخیصی/ جرثومے کی جانچ

سینے کا ایکسرے / CT انجام دیا گیا؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں اگر ہاں: فی الحال دراندازی کرتا ہے؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

کیا بیماری کے اس واقعہ کے دوران جرثومے کی جانچ انجام دی گئی؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں اگر ہاں تو درج ذیل سبھی کو مکمل کریں:

انفلوئنزا وائرس: ☐مثبت ☐منفی ☐نہیں کیا گیا اگر مثبت، تو ٹائپ کریں ________

کورونا وائرس: ☐مثبت ☐منفی ☐نہیں کیا گیا اگر مثبت: ☐ MERS-CoV ☐ S-CoV-2 ☐ دیگر ______

دیگر سانس سے متعلق جرثومہ: ☐مثبت ☐منفی ☐نہیں کیا گیا اگر مثبت، تو ذکر کریں ________

وائرل ہیموریجک بخار: ☐مثبت ☐منفی ☐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: ☐مثبت ☐منفی ☐نہیں کیا گیا نان-فالسی پروم ملیریا: ☐مثبت ☐منفی ☐نہیں کیا گیا

HIV: ☐مثبت ☐منفی ☐نہیں کیا گیا

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

صدمہ	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	بیکٹریمیا	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
دورہ	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	خون بہنا	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
مینجائٹس/ انسیفلائٹس	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	انڈوکارڈائٹس	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
انیمیا	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	مایوکارڈائٹس/ پیری کارڈائٹس	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
کارڈائک ارتھیما	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	گردے کو شدید ضرر	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
دل کا دورہ	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	پینکریائٹس	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
نمونیا	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	جگر کی خراب کارکردگی	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
برونکیولائٹس	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	کارڈیومایوپیتھی	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
شدید تنفسی دباؤ کا سنڈروم	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	دیگر اگر ہاں، تو ذکر کریں:	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں ________

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/ اوروگیسٹرک سیال مواد؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں درون ورید سیال مواد؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

اینٹی وائرل؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں اگر ہاں: ○ ریباویرین ○ لوپیناویر/ ریٹوناویر ○ نیورامنیڈیس انہبٹر ○ انٹرفیرون الفا ○ انٹرفیرون بیٹا ○ دیگر، ذکر کریں: ________

اینٹی بائیوٹک؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں اگر ہاں، تو ذکر کریں: ________

کارٹیکو اسٹیرائڈ؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں اگر ہاں، تو راستہ: ○ منہ کے راستے ○ درون ورید ○ بذریعہ سانس

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

اینٹی فنگل ایجنٹ؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں اگر ہاں، تو ذکر کریں: ________

مانع ملیریا ایجنٹ؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں اگر ہاں، تو ذکر کریں: ________

تجرباتی ایجنٹ؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں اگر ہاں، تو ذکر کریں: ________

نان-اسٹیرائڈل اینٹی انفلیمیٹری (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 اعلی انحصاری یونٹ میں بھرتی؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں اگر ہاں، تو کل مدت: ________دن

ICU میں بھرتی کی تاریخ: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] ☐دستیاب نہیں

ICU سے ڈسچارج کی تاریخ: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] ☐ICU میں نتیجہ پر ☐دستیاب نہیں

آکسیجن تھراپی؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں اگر ہاں تو سبھی کو مکمل کریں: کل مدت: ________دن

O_2 فلو کی مقدار : ○ 1-5 لیٹر/منٹ ○ 6-10 لیٹر/منٹ ○ 11-15 لیٹر/منٹ ○ >15 لیٹر/ منٹ

آکسیجن کا ذریعہ: ○ پائپڈ ○ سلنڈر ○ کانسنٹریٹر

انٹرفیس: ○ ناسل پرونگس ○ HF ناسل کینولا ○ ماسک ○ ماسک مع ریزروائر ○ CPAP/NIV ماسک

نان انویزو وینٹیلیشن؟ *(مثال کے طور پر، BIPAP, CPAP)* ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں اگر ہاں، تو کل مدت: ________دن

انویزو وینٹیلیشن *(کوئی)*؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں اگر ہاں، تو کل مدت: ________دن

اکسٹرا کارپوریئل (ECMO) سپورٹ؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں اگر ہاں، تو کل مدت: ________دن

پرون پوزیشن؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں اگر ہاں، تو کل مدت: ________دن

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

انوٹروپس/ویسوپریشرز؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں اگر ہاں، تو کل مدت: ________دن

نتیجہ

نتیجہ: ☐زندہ ڈسچارج کیا گیا ☐ہسپتال میں بھرتی کیا گیا ☐دیگر سہولت گاہ میں ٹرانسفر ☐وفات ☐پالینٹو ڈسچارج ☐معلوم نہیں

نتیجہ کی تاریخ: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] ☐معلوم نہیں

اگر زندہ ڈسچارج کیا گیا تو: بیماری سے قبل کے مقابلہ ڈسچارج کے وقت اپنی دیکھ بھال آپ کرنے کی صلاحیت: ☐بالکل بیماری سے پہلے کی طرح ☐ابتر ☐بہتر ☐معلوم نہیں

کووڈ-19 کیس ریکارڈ فارم ریپڈ ورژن 24 مارچ 2020 4

ایڈاپٹ شدہ از SPRINT SARI CRF بذریعہ ISARIC، Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 کے تحت لائسنس یافتہ انٹرنیشنل لائسنس بذریعہ ISARIC از طرف آکسفورڈ یونیورسٹی

اس صفحہ کو مریض کے ڈسچارج یا وفات پر ہسپتال میں ان کی بھرتی اور قیام کے دوران دستیاب تمامتر ڈیٹا کا استعمال کرتے ہوئے مکمل کیا جانا چاہیے۔

15. تشخیصی/ مرض کے حامل جرثومے کی جانچ

سینے کا ایکسرے / CT

برائے مہربانی اگر مریض کے ہسپتال میں قیام کے دوران کسی وقت سینے کا کوئی ایکسرے یا CT انجام دیا گیا تھا تو 'ہاں' منتخب کریں۔

انفلٹریٹس کی موجودگی

برائے مہربانی انفلٹریٹس کی موجودگی پر صحیح کا نشان لگائیں اگر کسی ریڈیولوجسٹ کے ذریعہ ان کی موجودگی کی اطلاع دی گئی ہے۔ آپ 'ہاں' اس صورت میں بھی منتخب کر سکتے ہیں جبکہ آپ امیجز کا جائزہ لینے کے اہل ہوں، یا اگر مریض کی دیکھ بھال کرنے والی طبی ٹیم کے کسی سینئر ممبر نے دستاویز میں ذکر کیا ہو کہ تصویروں میں 'انفلٹریٹس' 'انجماد'، 'کثافتیں' یا 'نمونیا/ نیمونائٹس/ ARDS کی ریڈیولوجیکل نشانیاں' ظاہر تھیں۔

مرض کے حامل جرثومے کی جانچ

مرض کے حامل ہر ایک جرثومے کے لیے، اگر جانچ انجام دی گئی ہے تو منتخب کریں کہ آیا جانچ کا نتیجہ مثبت تھا (مرض کا حامل جرثومہ پایا گیا)، منفی تھا (مرض کا حامل جرثومہ نہیں پایا گیا) یا نا معلوم تھا۔

اس صورت میں جبکہ مرض کے حامل کسی جرثومے کی شناخت کی گئی ہو، برائے مہربانی شناخت شدہ عضویہ کی حتی الامکان دقیق تحدید کریں۔

16. پیچیدگیاں

برائے مہربانی ان تمام چیزوں کو منتخب کریں جن کی ہسپتال میں بھرتی کے دوران کبھی بھی طبی طور پر شناخت کی گئی ہو۔

پہلے سے موجود معلوم بیماریوں کو شامل نہ کریں (مثال کے طور پر، سابقہ ایٹریل فیبریلیشن کو شامل نہیں کیا جانا چاہیے مگر اس بھرتی کے دوران نئی علامات ظاہر ہو جائیں تو شامل کیا جانا چاہیے)۔

صدمہ

خون کے دباؤ میں کمی جس پر درون ورید سیال مواد کا کوئی اثر نہ ہو رہا ہو اور درست روانی قائم رکھنے کے لیے شریان انگیز دواؤں کی ضرورت ہو۔

دورہ

کوئی دورہ، تشنج یا 'فٹ' عضلات کا ایک غیر ارادی شدید اینٹھن ہوتا ہے۔ اسباب سے قطع نظر (مثال کے طور پر بخار یا مرگی کی وجہ سے) کسی دورے کی حالت کے لیے 'ہاں' منتخب کریں

مینجائٹس/ انسیفلائٹس

مینجز یا دماغی پیرنچیما کی سوزش۔ اگر طب، ریڈیالوجی یا مائیکرو بائیولوجی کے لحاظ سے تشخیص ہوئی ہو تو 'ہاں' منتخب کریں۔

انیمیا

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

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

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۔

برونکیولائٹس

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

ایکیوٹ رسپائریٹری ڈسٹریس سنڈروم (ARDS)

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

- معلوم طبی ضرر یا ابتر ہوتی تنفس کی علامات کے 1 ہفتے کے اندر پیش آتا ہے
- دو طرفہ ریڈیولوجیکل کثافتیں جن کی وضاحت کلی طور پر افیوزنس، لوبار/ پھیپھڑے کی ناکامی، یا گلٹیاں کہہ کر ممکن نہ ہو
- تنفس کی نا کامی جس کی دل کی نا کامی 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 کوایگولیز منفی سٹیفلو کوکی یا ڈفتھیرائڈز)۔

جریانِ خون

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

اینڈوکارڈائٹس

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

World Health Organization ISARIC

شرکت کنندہ کی آئی ڈی |__|__|__|__|__|--|__|__|__|__|__|

ماڈیول 3 ہسپتال سے چھٹی یا وفات پر مکمل کریں

تشخیصی/ جرثومے کی جانچ

سینے کا ایکسرے / CT انجام دیا گیا؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں: فی الحال دراندازی کرتا ہے؟** ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

کیا بیماری کے اس واقعہ کے دوران جرثومے کی جانچ انجام دی گئی؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں تو**درج ذیل سبھی کو مکمل کریں:

انفلوئنزا وائرس: ☐مثبت ☐منفی ☐نہیں کیا گیا **اگر مثبت، تو** ٹائپ کریں ______

کورونا وائرس: ☐مثبت ☐منفی ☐نہیں کیا گیا **اگر مثبت:** ☐ MERS-CoV ☐ S-CoV-2 ☐ دیگر ______

دیگر سانس سے متعلق جرثومہ: ☐مثبت ☐منفی ☐نہیں کیا گیا **اگر مثبت، تو** ذکر کریں ______

وائرل ہیموریجک بخار: ☐مثبت ☐منفی ☐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: ☐مثبت ☐منفی ☐نہیں کیا گیا **نان-فالسی پروم ملیریا:** ☐مثبت ☐منفی ☐نہیں کیا گیا

HIV: ☐مثبت ☐منفی ☐نہیں کیا گیا

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

صدمہ	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	بیکٹریمیا	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
دورہ	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	خون بہنا	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
مینجائٹس/ انسیفلائٹس	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	انڈوکارڈائٹس	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
انیمیا	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	مایوکارڈائٹس/ پیری کارڈائٹس	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
کارڈائک ارتھیما	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	گردے کو شدید ضرر	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
دل کا دورہ	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	پینکریاٹئس	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
نمونیا	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	جگر کی خراب کارکردگی	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
برونکیولائٹس	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	کارڈیومایوپیتھی	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
شدید تنفسی دباؤ کا سنڈروم	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	دیگر اگر ہاں، تو ذکر کریں:	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں ______

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/ اوروگیسٹرک سیال مواد؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **درون ورید سیال مواد؟** ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

اینٹی وائرل؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں:** ○ ریباویرین ○ لوپیناویر/ ریٹوناویر ○ نیورامنیڈیس انہبٹر

○ انٹرفیرون الفا ○ انٹرفیرون بیٹا ○ دیگر، ذکر کریں: ______

اینٹی بائیوٹک؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** ذکر کریں: ______

کارٹیکو اسٹیرائڈ؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** راستہ: ○ منہ کے راستے ○ درون ورید ○ بذریعہ سانس

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

اینٹی فنگل ایجنٹ؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** ذکر کریں: ______

مانع ملیریا ایجنٹ؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** ذکر کریں: ______

تجرباتی ایجنٹ؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** ذکر کریں: ______

نان-اسٹیرائڈل اینٹی انفلیمیٹری (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 اعلی انحصاری یونٹ میں بھرتی؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** کل مدت: ______دن

ICU میں بھرتی کی تاریخ: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] ☐دستیاب نہیں

ICU سے ڈسچارج کی تاریخ: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] ☐ICU میں نتیجہ پر ☐دستیاب نہیں

آکسیجن تھراپی؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں تو سبھی کو مکمل کریں: کل مدت:** ______دن

O_2 فلو کی مقدار : ○ 1-5 لیٹر/منٹ ○ 6-10 لیٹر/منٹ ○ 11-15 لیٹر/منٹ ○ >15 لیٹر/ منٹ

آکسیجن کا ذریعہ: ○ پائپڈ ○ سلنڈر ○ کانسنٹریٹر

انٹرفیس: ○ ناسل پرونگس ○ HF ناسل کینولا ○ ماسک ○ ماسک مع ریزرووئر ○ CPAP/NIV ماسک

نان انویزو وینٹیلیشن؟ *(مثال کے طور پر، BIPAP, CPAP)* ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** کل مدت: ______دن

انویزو وینٹیلیشن *(کوئی)*؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** کل مدت: ______دن

اکسٹرا کارپوریئل (ECMO) سپورٹ؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** کل مدت: ______دن

پرون پوزیشن؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** کل مدت: ______دن

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

انوٹروپس/ویسوپریشرز؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** کل مدت: ______دن

نتیجہ

نتیجہ: ☐زندہ ڈسچارج کیا گیا ☐ہسپتال میں بھرتی کیا گیا ☐دیگر سہولت گاہ میں ٹرانسفر ☐وفات ☐پالیئیٹو ڈسچارج ☐معلوم نہیں

نتیجہ کی تاریخ: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] ☐معلوم نہیں

اگر زندہ ڈسچارج کیا گیا تو: بیماری سے قبل کے مقابلہ ڈسچارج کے وقت اپنی دیکھ بھال آپ کرنے کی صلاحیت: ☐بالکل بیماری سے پہلے کی طرح ☐ابتر ☐بہتر ☐معلوم نہیں

ایڈاپٹ شدہ از SPRINT SARI CRF بذریعہ ISARIC. Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 کے تحت لائسنس یافتہ انٹرنیشنل لائسنس بذریعہ ISARIC از طرف آکسفورڈ یونیورسٹی

مایوکارڈائٹس / پیری کارڈائٹس

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

ایکیوٹ رینل انجری

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

- 48 گھنٹوں میں سیرم کریٹینن میں ≥0.3 ملی گرام/ ڈیسی لیٹر (≥26.5 مائکرو مول / لیٹر) کی بڑھوتری
- سیرم کریٹینن میں بیس لائن کے مقابلہ ≥1.5 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، ریڈیولوجیکل یا ہسٹولوجیکل شواہد سے کی گئی ہو۔

جگر کی خراب کارکردگی

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

- طبی یرقان
- ہائپر بلیروبینیمیا (خون میں بلیروبین کی سطح نارمل رینج کی اعلی حد سے دوگنی ہو)
- الانین ٹرانس امینیز یا ایسپریٹ ٹرانس امینیز میں کوئی اضافہ جو کہ نارمل رینج کی اعلی حد سے دوگنا ہو

کارڈیو مایو پیتھی

برائے مہربانی اگر اس بھرتی کے دوران کارڈیو مایو پیتھی 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 اعلی 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۔

شرکت کنندہ کی آئی ڈی |__|__|__|__|__| -- |__|__|__|__|

ماڈیول 3 ہسپتال سے چھٹی یا وفات پر مکمل کریں

تشخیصی/ جرثومے کی جانچ

سینے کا ایکسرے / CT انجام دیا گیا؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں: فی الحال دراندازی کرتا ہے؟** ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

کیا بیماری کے اس واقعہ کے دوران جرثومے کی جانچ انجام دی گئی؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں تو** درج ذیل سبھی کو مکمل کریں:

انفلوئنزا وائرس: ☐مثبت ☐منفی ☐نہیں کیا گیا **اگر مثبت، تو** ٹائپ کریں ________

کورونا وائرس: ☐مثبت ☐منفی ☐نہیں کیا گیا **اگر مثبت:** ☐ MERS-CoV ☐ S-CoV-2 ☐ دیگر ______

دیگر سانس سے متعلق جرثومہ: ☐مثبت ☐منفی ☐نہیں کیا گیا **اگر مثبت، تو** ذکر کریں ________

وائرل ہیموریجک بخار: ☐مثبت ☐منفی ☐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: ☐مثبت ☐منفی ☐نہیں کیا گیا **نان-فالسی پروم ملیریا:** ☐مثبت ☐منفی ☐نہیں کیا گیا

HIV: ☐مثبت ☐منفی ☐نہیں کیا گیا

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

صدمہ	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	بیکٹریمیا	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
دورہ	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	خون بہنا	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
مینجائٹس/ انسیفلائٹس	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	انڈوکارڈائٹس	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
انیمیا	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	مایوکارڈائٹس/ پیری کارڈائٹس	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
کارڈائک ارتھیما	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	گردے کو شدید ضرر	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
دل کا دورہ	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	پینکریاٹٹس	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
نمونیا	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	جگر کی خراب کارکردگی	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
برونکیولائٹس	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	کارڈیومایوپیتھی	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں
شدید تنفسی دباؤ کا سنڈروم	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں	دیگر اگر ہاں، تو ذکر کریں:	☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں ________

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/ اوروگیسٹرک سیال مواد؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **درون ورید سیال مواد؟** ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں

اینٹی وائرل؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں:** ○ ریباویرین ○ لوپیناویر/ ریٹوناویر ○ نیورامنیڈیس انہبٹر ○ انٹرفیرون الفا ○ انٹرفیرون بیٹا ○ دیگر، ذکر کریں: ________

اینٹی بائیوٹک؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** ذکر کریں: ________

کارٹیکو اسٹیرائڈ؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** راستہ: ○ منہ کے راستے ○ درون ورید ○ بذریعہ سانس

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

اینٹی فنگل ایجنٹ؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** ذکر کریں: ________

مانع ملیریا ایجنٹ؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** ذکر کریں: ________

تجرباتی ایجنٹ؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** ذکر کریں: ________

نان-اسٹیرائڈل اینٹی انفلیمیٹری (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 اعلی انحصاری یونٹ میں بھرتی؟ ☐ ہاں ☐نہیں ☐معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** کل مدت: ______ دن

ICU میں بھرتی کی تاریخ: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] ☐دستیاب نہیں

ICU سے ڈسچارج کی تاریخ: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] ☐ICU میں نتیجہ پر ☐دستیاب نہیں

آکسیجن تھراپی؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں تو سبھی کو مکمل کریں:** **کل مدت:** ______ دن

O_2 فلو کی مقدار: ○ 1-5 لیٹر/منٹ ○ 6-10 لیٹر/منٹ ○ 11-15 لیٹر/منٹ ○ >15 لیٹر/ منٹ

آکسیجن کا ذریعہ: ○ پائپڈ ○ سلنڈر ○ کانسنٹریٹر

انٹرفیس: ○ ناسل پرونگس ○ HF ناسل کینولا ○ ماسک ○ ماسک مع ریزروائر ○ CPAP/NIV ماسک

نان انویزو وینٹیلیشن؟ *(مثال کے طور پر، BIPAP, CPAP)* ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** کل مدت: ______ دن

انویزو وینٹیلیشن *(کوئی)*؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** کل مدت: ______ دن

اکسٹرا کارپوریئل (ECMO) سپورٹ؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** کل مدت: ______ دن

پرون پوزیشن؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** کل مدت: ______ دن

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

انوٹروپس/ویسوپریشرز؟ ☐ ہاں ☐ نہیں ☐ معلوم نہیں **اگر ہاں، تو** کل مدت: ______ دن

نتیجہ

نتیجہ: ☐زندہ ڈسچارج کیا گیا ☐ہسپتال میں بھرتی کیا گیا ☐دیگر سہولت گاہ میں ٹرانسفر ☐وفات ☐پالینیٹو ڈسچارج ☐معلوم نہیں

نتیجہ کی تاریخ: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] ☐معلوم نہیں

اگر زندہ ڈسچارج کیا گیا تو: بیماری سے قبل کے مقابلہ ڈسچارج کے وقت اپنی دیکھ بھال آپ کرنے کی صلاحیت: ☐بالکل بیماری سے پہلے کی طرح ☐ابتر ☐بہتر ☐معلوم نہیں

اپڈیٹ شدہ از SPRINT SARI CRF بذریعہ ISARIC. Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 کے تحت لائسنس یافتہ۔ انٹرنیشنل لائسنس بذریعہ ISARIC از طرف آکسفورڈ یونیورسٹی

ماڈیول 3 ہسپتال سے چھٹی یا وفات پر مکمل کریں

تشخیصی/ جرثومے کی جانچ

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

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

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

نتیجہ

نتیجہ: ☐زندہ ڈسچارج کیا گیا ☐ہسپتال میں بھرتی کیا گیا ☐دیگر سہولت گاہ میں ٹرانسفر ☐وفات ☐پالیئیٹو ڈسچارج ☐معلوم نہیں

نتیجہ کی تاریخ: [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_] ☐معلوم نہیں

اگر زندہ ڈسچارج کیا گیا تو: بیماری سے قبل کے مقابلہ ڈسچارج کے وقت اپنی دیکھ بھال آپ کرنے کی صلاحیت: ☐بالکل بیماری سے پہلے کی طرح ☐ابتر ☐بہتر ☐معلوم نہیں

کووڈ-19 کیس ریکارڈ فارم ریپڈ ورژن 24 مارچ 2020

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 شفایاب ہو گئے ہوں اور اس فارم کو اس وقت مکمل کیا گیا ہے جبکہ مریض ہسپتال کے کسی حصّہ 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 مرکز 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۔

پالیئیٹو 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 ہاسپائس 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۔