

کاربرگ خوداظهاری بازگشت به کار شاغلین با سابقه ابتلا

نام و نام خانوادگی:	سن:	کدملی:
واحد سازمانی:	شاغل در حوزه:	شماره پرسنلی:
لطفاً به پرسش های زیر با نهایت دقت پاسخ دهید:		
۱. روند درمان به چه صورت بوده است؟		
بستری <input type="checkbox"/>	تاریخ بستری:	تاریخ ترخیص:
سرپایی <input type="checkbox"/>	تاریخ شروع علائم/تشخیص:	چند روز پس از شروع علائم/تشخیص، احساس بهبودی داشته اید؟
۲. در سه روز اخیر کدام علامت زیر را همچنان در خود احساس کرده اید؟		
تب <input type="checkbox"/>	لرز <input type="checkbox"/>	سرفه <input type="checkbox"/>
بدن درد <input type="checkbox"/>	تنگی نفس <input type="checkbox"/>	گلودرد <input type="checkbox"/>
		درد یا احساس سنگینی قفسه سینه <input type="checkbox"/>
		هیچ کدام <input type="checkbox"/>
۳. آخرین روزی که مصرف استامینوفن یا ناپروکسن داشته اید را ذکر کنید.		
۴. سابقه کدام یک از بیماری های زیر را دارید؟		
بدخیمی (انواع سرطان) <input type="checkbox"/>	پیوند اعضا <input type="checkbox"/>	تحت درمان با کورتون خوراکی یا تزریقی <input type="checkbox"/>
ایدز <input type="checkbox"/>	شیمی درمانی یا پرتودرمانی در ۶ ماه اخیر <input type="checkbox"/>	بیماری روماتیسمی یا خودایمنی تحت درمان <input type="checkbox"/>
کولیت روده تحت درمان <input type="checkbox"/>	پرفشاری خون <input type="checkbox"/>	بیماری قلبی-عروقی <input type="checkbox"/>
دیابت <input type="checkbox"/>	نارسایی کبد یا کلیه <input type="checkbox"/>	بیماری تنفسی <input type="checkbox"/>
هیچ کدام <input type="checkbox"/>		
اینجانب به کدملی با آگاهی از اینکه پاسخ نادرست به هر یک از پرسش های فوق باعث خطر جدی سلامتی برای خود و سایر افراد جامعه خواهد بود، گواهی می کنم پاسخ کلیه پرسش ها را با هوشیاری و دقت و صداقت ثبت نموده ام و عواقب پاسخ نادرست به عهده اینجانب خواهد بود.		
نام و نام خانوادگی:	تاریخ:	امضا: