

## فرم خود اظهاری بازگشت به کار شاغلین با سابقه ابتلا به covid 19

نام و نام خانوادگی :	سن :	کد ملی :
نام حوزه دانشگاهی :	عنوان شغلی :	
لطفاً " به پرسشهای زیر با نهایت دقت پاسخ دهید :		
(۱) روند درمان به چه صورت بوده است ؟		
<input type="checkbox"/> بستری	تاریخ بستری :	تاریخ ترخیص :
<input type="checkbox"/> سرپایی	تاریخ شروع علائم :	چند روز پس از شروع علائم ، احساس بهبودی داشته اید ؟
(۲) در سه روز اخیر کدام علامت زیر را همچنان در خود احساس کرده اید ؟		
<input type="checkbox"/> تب	<input type="checkbox"/> لرز	<input type="checkbox"/> سرفه
<input type="checkbox"/> تنگی نفس	<input type="checkbox"/> گلو درد	<input type="checkbox"/> بدن درد
<input type="checkbox"/> احساس خستگی وضعف	<input type="checkbox"/> درد یا احساس سنگینی قفسه سینه	<input type="checkbox"/> هیچکدام
(۳) آخرین روزی که مصرف استامینوفن یا ناپروکسن داشته اید را ذکر کنید :		
(۴) سابقه کدام یک از بیماری های زیر را دارید ؟ علامت بزنید		
<input type="checkbox"/> بد خیمی (انواع سرطان)	<input type="checkbox"/> پیوند اعضا	<input type="checkbox"/> تحت درمان با کورتون خوراکی یا تزریقی (پرد نیزولون ، هیدرو
<input type="checkbox"/> کورتیزون ، بتا متا زون ، دگزا متا زون .....)	<input type="checkbox"/> ایدز	<input type="checkbox"/> شیمی درمانی یا پرتو درمانی در ۶ ماه اخیر
<input type="checkbox"/> بیماری های روماتیسمی یا خود ایمنی تحت درمان	<input type="checkbox"/> کولیت روده تحت درمان	<input type="checkbox"/> پر فشاری خون
<input type="checkbox"/> بیماری قلبی عروقی (سکته قلبی ، آریتمی ، تنگی عروق کرونر و بیماری ایسکمیک قلب )	<input type="checkbox"/> دیابت	<input type="checkbox"/> نارسائی کبد یا کلیه
<input type="checkbox"/> بیماری تنفسی مانند آسم / برونشیت مزمن / آمفیزم:	<input type="checkbox"/> سایر بیماری ها :	<input type="checkbox"/> هیچکدام
اینجانب ..... با کد ملی ..... با آگاهی از اینکه پاسخ نادرست به هر یک از پرسش ها فوق باعث خطر جدی سلامتی برای خود و سایر افراد جامعه خواهد بود ، گواهی می کنم پاسخ کلیه پرسشها را با هوشیاری و دقت و صداقت ثبت نموده ام و عواقب پاسخ نادرست به عهده اینجانب خواهد بود .		
نام و نام خانوادگی :	تاریخ :	امضاء :