

مقاله اصیل

اعتبار سنجی نسخه فارسی فرم ثبت موردی بیماران مبتلا به کرونا ویروس جدید (کوید ۱۹) ارائه شده توسط مرکز جهانی کنترل و پیشگیری از بیماری

سمانه عبیری^۱، ناصر حاتمی^۲، نوید کلانی^{۳*}

^۱ گروه طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

^۲ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

^۳ مرکز تحقیقات مولفه های اجتماعی نظام سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

* نویسنده مسول: نوید کلانی؛ مرکز تحقیقات مولفه های اجتماعی نظام سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران. navidkalani@gmail.com

دریافت: شهریور ۱۴۰۱؛ پذیرش: ۱۴۰۱ مهر

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع بیماری ویروس کرونا جدید در جهان و در ایران، دسترسی به اطلاعات قابل اطمینان در مورد بیماران و روند تغییرات دوره های شیوع بیماری برای کنترل بیماری در سطح جامعه ضروری است که این مهم با به کار گیری سیستم های منظم ثبت اطلاعات بیماران در قالب رجیستری ممکن خواهد بود. در مطالعه حاضر نیز به ترجمان و اعتبار سنجی فرم ثبت موردی بیماران مبتلا به کرونا ویروس جدید (کوید ۱۹) ارائه شده توسط مرکز جهانی کنترل و پیشگیری از بیماری پرداخته شد. **روش مطالعه:** در مطالعه حاضر که یک مطالعه توسعه سیستم علمی اجرایی می باشد، پس از ترجمه فرم ثبت موردی بیماران مبتلا به کرونا ویروس جدید (کوید ۱۹) برای بررسی پایایی آن در نمونه ۲۴ تایی از بیماران مبتلا به کرونا ویروس جدید روش های آلفای کرونباخ، کودر ریچاردسون و تست همبستگی زوج و فرد مورد استفاده قرار گرفت. تعیین CVI و CVR برای تعیین روایی محتوایی فرم ثبت بیماران بر اساس نظر پنل متخصصان مورد استفاده قرار گرفت. **یافته ها:** اطلاعات تعداد ۲۴ نفر از بیماران بستری در بخش کرونای بیمارستان پیمانیه جهرم با استفاده از فرم ثبت موردی بیماران مبتلا به کرونا ویروس جدید ثبت شد. در سوالاتی که به صورت چند گزینه ای بودند، میزان آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ و برابر ۰/۷۲۵ بود که مناسب بود. ضرایب همبستگی نیز مقادیر بالا و متناسبی را نشان می دادند. آزمون کودر ریچاردسون نیز پایایی را با آماره برابر ۰/۷۱۸ تایید کرد. تمام سوالات وضعیت مناسبی از نظر روایی طبق نظر پنل متخصصان داشتند. بجز در مورد ۴ سوال که CVR برابر ۰/۲۰ داشتند و طبق نظر متخصصان حذف گردیدند. CVI کلی نیز برابر ۰/۸۲۸ محاسبه شد که قابل قبول و مناسب است. **نتیجه گیری:** در مطالعه حاضر فرم بومی سازی شده ثبت موردی بیماران کرونا ویروس جدید ارائه گردید که می تواند به ایجاد انسجام در سیستم ثبت اطلاعات بیماران، کمک کند.

کلمات کلیدی: کرونا ویروس جدید، کووید ۱۹، کنترل، پیشگیری

۱. مقدمه

برای نظارت بر شناسایی و تشخیص افراد مبتلا به کرونا ویروس و ارزیابی سلامت آنها است (۶). همچنین به عنوان ابزاری اساسی برای برنامه ریزی جهت جلوگیری از گسترش بیماری و تعیین اولویت برای تخصیص منابع مراقبت های بهداشتی عمل می کند. هنگامی که یک سازمان بیمار به داده های موجود در یک رجیستری دسترسی دارد، دارای قدرت استراتژیک برای برنامه ریزی است (۷). داشتن یک سیستم ثبت بیمار به معنای توانایی پاسخگویی به سوالات اساسی در مورد روند همه گیری کرونا ویروس جدید در هر کشوری است. برای مثال سیستم رجیستری HOPE یکی از این سیستم های بین المللی چندمرکزی ثبت بیماران مبتلا به کرونا است. (<https://www.hopeprojectmd.com>) که مطالعات علمی زیادی بر پایه دیتابیس فراهم شده توسط این سیستم منتشر شده است (۸). در مطالعه حاضر نیز با توجه به ضرورت ثبت اطلاعات بیماران مبتلا به کرونا، به ترجمه و بومی سازی فرم ثبت موارد کرونا ویروس جدید که توسط CDC ارائه شده است پرداختیم.

در دسامبر ۲۰۱۹، برای اولین بار در شهر ووهان چین، مردم بدون علت مشخصی دچار پنومونیایی شدید می شدند که درمان های موجود برای آن مؤثر نبود. پس از انجام تحقیقات مشخص شد نوع جدیدی از کرونا ویروس ها باعث این همه گیری در انسان شده است (۱،۲). تا ۱۹ فوریه ۲۰۲۰، این کرونا ویروس جدید، جان بیش از ۲۷۰۹ نفر را در سراسر دنیا گرفت و بیش از ۷۳۳۳۲ نفر در ۸۰ کشور مختلف از جمله در تایلند، کره جنوبی، ژاپن، تایوان، استرالیا، سنگاپور، نپال، ویتنام، اندونزی، آلمان، روسیه، فیجی، فرانسه، ایران و آمریکا مبتلا شدند (۳). با عبور تعداد قربانیان ویروس کرونا از مرز ۱۰۰۰ نفر سازمان جهانی بهداشت برای بیماری ناشی آن نام رسمی انتخاب کرده است. کووید ۱۹ که اشاره ای دارد به «کرونا»، «ویروس»، «بیماری» و سال ۲۰۱۹. این نوع کرونا ویروس قبل از این همه گیری در انسان دیده نشده بود. برآوردهای نخستین نشان می دهد که درصد مرگ و میر این ویروس بین ۲ تا ۳ درصد مبتلا شدگان است (۴). علایم بیماری شامل تب و گاهی مشکلات تنفسی مانند تنگی نفس و گلودرد است (۵). در شرایط همه گیری، ثبت ملی بیماران ابزاری مهم

قابلیت اطمینان زوج و فرد یک مورد خاص از قابلیت اطمینان تقسیم نیمه است. تعیین CVI و CVR برای تعیین روایی محتوایی فرم ثبت بیماران بر اساس نظر پنل متخصصان مورد استفاده قرار گرفت. این مطالعه مصوب شورای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی جهرم با کد اخلاق IR.JUMS.REC.1399.025 می باشد.

۳. یافته ها

در مطالعه حاضر اطلاعات تعداد ۲۴ نفر از بیماران بستری در بخش کرونای بیمارستان پیمانیه جهرم با استفاده از فرم ثبت موردی بیماران مبتلا به کروناویروس جدید ثبت شد. در سوالاتی که به صورت چند گزینه ای بودند، میزان آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ و برابر ۰/۷۳۵ بود که مناسب بود. ضرایب همبستگی نیز مقادیر بالا و متناسبی را نشان می دادند (جدول ۱). آزمون کودر ریچاردسون نیز پایایی را با آماره برابر ۰/۷۱۸ تایید کرد.

در بخش بعدی به بررسی روایی محتوایی فرم پرداخته شد. طبق نظر پنل متخصصان که شامل ۵ متخصص ای حوزه بود، ضرایب CVI و CVR همانطور که در نمودار ۱ برای هر آیتم نشان داده شده است، محاسبه گردید.

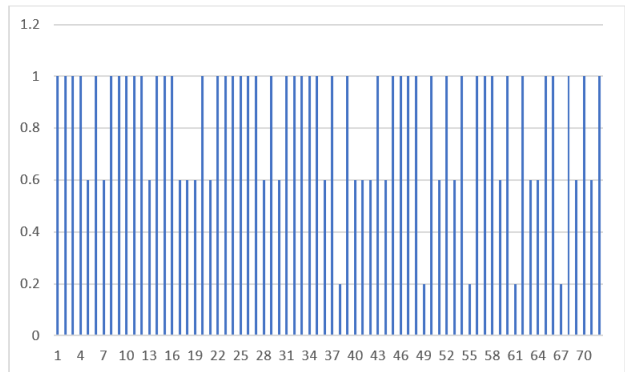
بر این اساس تمام سوالات وضعیت مناسبی داشتند بجز در مورد ۴ سوال که CVR برابر ۰/۲۰ داشتند و طبق نظر متخصصان حذف گردیدند. CVI کلی نیز برابر ۰/۸۲۸ محاسبه شد که قابل قبول و مناسب است. در نهایت چک لیست نهایی به صورت ذیل تهیه و تنظیم گردید (پیوست ۱).

۴. بحث

در زمینه بهداشت، تعاریف مختلفی از اصطلاح ثبت یا رجیستری بیماران ارائه شده است. در سال ۱۹۴۹، Bellows (۹) رجیستری را به عنوان "سیستم ضبط مکرر در زمینه بهداشت عمومی را به عنوان وسیله ای برای اداره برنامه های مربوط به مراقبت طولانی مدت، پیگیری یا مشاهده موارد منفرد" تعریف کرد. در سال ۱۹۷۴، WHO (۱۰) رجیستری را به عنوان "اسنادی حاوی اطلاعات یکنواخت درباره افراد منفرد، جمع آوری شده به روشی منظم و جامع، جهت تأمین هدف از پیش تعیین شده" تعریف کرد. به منظور توجه نگهداری داده های شخصی بیماران، ایجاد یک رجیستری ابتدا به یک هدف مشخص نیاز دارد. هدف از رجیستری بیماران مبتلا به کروناویروس جدید نیز در حله اول شناسایی بیماران، ویژگی های دموگرافیک و وضعیت بیماری آنهاست (۱۱). از این اطلاعات می توان برای به کارگیری روند درمانی مناسب و جلوگیری از شیوع بیشتر بیماری در جامعه استفاده کرد. در ابتدا برای ایجاد یک سیستم رجیستری باید از مدیریت صحیح اسناد و مدارک حمایت شود، به این معنی که اهداف رجیستری، طراحی آن، جمعیت هدف، تمام رویه های مربوط به داده ها (روش های جمع آوری داده ها، عناصر داده ها و موارد مشخص، مدیریت داده ها، داده های مناسب تجزیه و تحلیل و گزارش روش های عملی)، و چگونگی محافظت از داده ها (حریم خصوصی و قانونی افراد) مستند شود (۱۲). یکی دیگر از ویژگی های نزدیک مرتبط با مدیریت اسناد، سازگاری کلی رجیستری است، زیرا چارچوب های فنی، نظارتی و اخلاقی رجیستری باید به صورت دوره ای بررسی شود تا مسائل احتمالی تازه بروز

آلفای کرونباخ	0.735
Split-Half (odd-even) Correlation	0.710
Split-Half with Spearman-Brown Adjustment	0.830
کودر ریچاردسون	0.718

جدول ۱. پایایی فرم ثبت موردی



هر میله از نمودار نمایانگر یکی از آیتم ها می باشد.

شکل ۱. مقادیر CVR برای هر یک از آیتم ها

۲. روش مطالعه

در مطالعه حاضر به بومی سازی فرم ثبت موردی بیماران مبتلا به کرونا ویروس جدید (کوید ۲۰۱۹)، ارائه شده در مرکز جهانی کنترل و پیشگیری از بیماری (CDC) با هدف راهاندازی یک سیستم علمی- اجرایی جهت ثبت اطلاعات بیماران مبتلا به کرونا ویروس جدید پرداخته شد. پرسشنامه در ابتدا به فارسی ترجمه شد و دوباره متن فارسی ترجمه شده در اختیار مترجم دیگر قرار گرفت، تا دوباره از فارسی به انگلیسی ترجمه گردد. متن ترجمه شده در اختیار متخصصین مربوطه قرار گرفت تا از لحاظ محتوا بررسی گردد. پس از ترجمه چک لیست ارائه شده توسط CDC به بررسی روایی و پایایی آن پرداخته شد. در ابتدا در یک آزمایش پایلوت سیستم ثبت بیماران با استفاده از این چک لیست، نمونه گیری آسان از نمونه های در دسترس با حجم نمونه ۳۰ نفری برای بررسی پایایی انجام شد. اطلاعات ۶ بیمار به صورت ناقص تکمیل شده بود و از مطالعه خارج شدند. معیار ورود به این آزمون بیماران مبتلا به کوید ۱۹ بستری در بیمارستان پیمانیه جهرم در سال ۱۳۹۹ بود. معیار خروج نیز عدم همکاری بیماران بود. روش کودر ریچاردسون برای ارزیابی پایایی آزمون مورد استفاده قرار گرفت. بر اساس این آزمون که مقادیر آن از ۰ تا ۱ است، یک مقدار بالا نشان دهنده قابلیت اطمینان است، در حالی که مقدار بیش از حد بالا (بیش از ۰/۹) نشان دهنده همگی سوالات است. همچنین آلفای کرونباخ نیز برای بررسی پایایی تست مورد استفاده قرار گرفت. همچنین تست همبستگی زوج و فرد

(Split-Half (odd-even) Correlation) به عنوان روشی برای ارزیابی قابلیت اطمینان و پایایی آزمون از طریق همبستگی نمرات آیتم های عدد فرد با نمرات آیتم های زوج مورد استفاده قرار گرفت. ضریب همبستگی بین دو نیمه با استفاده از فرمول اسپیرمن- براون تعیین شد.

همکاری در اجرای این مطالعه سپاسگزاری می شود.

۷. سهم نویسندگان

تمامی نویسندگان معیارهای استاندارد نویسندگی براساس پیشنهادات کمیته بین المللی ناشران مجلات پزشکی را دارا بودند.

۸. تضاد منافع

نویسندگان تصریح می نمایند که هیچگونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

۹. منابع مالی

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد.

۱۰. ملاحظات اخلاقی

نویسندگان این مقاله تمام اصول مربوط به رعایت ملاحظات اخلاقی هلسینکی را اجرا نمودند. این مطالعه با کد اخلاق IR.JUMS.REC.1399.025 در دانشگاه علوم پزشکی جهرم تصویب گردید.

مراجع

- Hu B, Guo H, Zhou P, Shi ZL. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature Reviews Microbiology*. 2021 Mar;19(3):141-54.
- Singhal T. A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19) *The indian journal of pediatrics*. 2020; 87 (4): 281–286. Apr.[Europe PMC free article][Abstract][Google Scholar].
- Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19): a review. *Jama*. 2020 Aug 25;324(8):782-93.
- Jiang F, Deng L, Zhang L, Cai Y, Cheung CW, Xia Z. Review of the clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of general internal medicine*. 2020 May;35(5):1545-9.
- Wang L, Wang Y, Ye D, Liu Q. Review of the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) based on current evidence. *International journal of antimicrobial agents*. 2020 Jun 1;55(6):105948.
- Fang Z, Yi F, Wu K, Lai K, Sun X, Zhong N, Liu Z. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19): an updated systematic review. *MedRxiv*. 2020 Jan 1.
- Bellgard MI, Render L, Radochonski M, Hunter A. Second generation registry framework. Source

شده را برطرف کند. رجیستری حاوی اطلاعات مهمی است که می تواند برای محافظت و نگهداری از بودجه و منابع مالی و دارویی مراکز درمانی استفاده شود.

رجیستری یک پایگاه داده یا مجموعه ای از سوابق افرادی است که به کروناویروس جدید مبتلا یافته اند. به طور کلی، این داده ها در رایانه نگهداری می شوند. پایگاه داده ثبت ملی این داده ها را برای کل کشور متمرکز می کند تا از تکرار نام ها جلوگیری کند. ثبت ملی مزایای بسیاری به همراه دارد. این هدف اصلی از ایجاد چنین رجیستری است - برای کمک به فرد از طریق افزایش آگاهی از شیوع بیماری، مشخص کردن نیازهای جامعه در برابر بیماری، شناسایی نواقص در سیستم مراقبت های بهداشتی، پیش بینی نیازهای آینده و زمینه های نگرانی، و توانمند سازی رفتار مردم در برابر بیماری. یکی از اولین گام ها در ایجاد یک برنامه پیشگیری از شیوع موثر، ایجاد یک رجیستری ملی برای بیماران است (۱۳). در برخی موارد، این کار اساسی نادیده گرفته می شود زیرا ممکن است موارد دیگر مانند سازمان مراقبت، تأمین مالی مراقبت و نیاز به محصولات درمانی مهمتر به نظر برسد. با این حال، برنامه ریزی لازم برای پرداختن به این مسائل دیگر باید مبتنی بر درک تعداد بیماران، سطح مراقبت از آنها، محل زندگی آنها و نیازهای پزشکی برآورده نشده آنها باشد؛ در واقع، تمام اطلاعاتی که توسط ثبت ملی بیمار ارائه می شود. هنگامی که اطلاعات بیماران رجیستری می شود، نظام سلامت دارای قدرت استراتژیک برای تعیین برنامه های موثر خواهد بود. همه کشورها منابع محدودی برای صرف بهداشت و درمان در اختیار دارند که در شرایط همه گیری و با مواجهه بیمارستان ها با بار سنگینی از بیماران مبتلا به کروناویروس، این محدودیت ها تشدید می یابد. مراکز درمانی منابع را بر اساس آنچه که بالاترین اولویت را برای آن متصور شده اند اختصاص می دهند. داشتن پایگاه های داده از بیماران مبتلا به کرونا به ما کمک خواهد کرد تا اولویت ها را بر اساس شرایط بیماران و ویژگی های دموگرافیک و بالینی آنها تعیین کنیم (۱۴).

۵. نتیجه گیری

نیازهای پزشکی بیماران کروناویروس در یک کشور بسیار متفاوت خواهد بود. باید از منابع موجود برای دستیابی به نتایج قابل مشاهده استفاده شود. این به دو دلیل اهمیت دارد. اول، نتایج موفقیت آمیز مراقبت های بهداشتی (مانند کاهش روزهای بستری شدن در بیمارستان و تعداد کل بیماران بستری در بیمارستان) کنترل موج های همه گیری بعدی را ساده تر می کند، و ثانیاً موفقیت ها مفید بودن این برنامه را به مقامات تصمیم گیرنده بهداشتی نشان می دهد. یکی از اصلی ترین مشکلات در همه گیری کرونا مسئله تاخیر چند هفته ای در بروز نتایج قابل مشاهده از برنامه های اجرا شده جمعیتی است. در مطالعه حاضر فرم بومی سازی شده ثبت موردی بیماران کروناویروس جدید ارائه گردید که می تواند به ایجاد انسجام در سیستم ثبت اطلاعات بیماران، کمک کند. در مطالعه حاضر فرم بومی سازی شده ثبت موردی بیماران کروناویروس جدید ارائه گردید که می تواند به ایجاد انسجام در سیستم ثبت اطلاعات بیماران، کمک کند.

۶. تقدیر و تشکر

از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان پیمانیه شهرستان جهرم بابت

- code for biology and medicine. 2014 Dec;9(1):1-6.
8. Uribarri A, Núñez-Gil IJ, Aparisi A, Becerra-Muñoz VM, Feltes G, Trabattoni D, Fernández-Rozas I, Viana-Llamas MC, Pepe M, Cerrato E, Capel-Astrua T. Impact of renal function on admission in COVID-19 patients: an analysis of the international HOPE COVID-19 (Health Outcome Predictive Evaluation for COVID 19) Registry. *Journal of nephrology*. 2020 Aug;33(4):737-45.
9. Lindörfer D, Mansmann U. A comprehensive assessment tool for patient registry software systems: the CIPROS checklist. *Methods of Information in Medicine*. 2015;54(05):447-54.
10. Schmidt M, Schmidt SA, Sandegaard JL, Ehrenstein V, Pedersen L, Sørensen HT. The Danish National Patient Registry: a review of content, data quality, and research potential. *Clinical epidemiology*. 2015;7:449.
11. Nelson EC, Eftimovska E, Lind C, Hager A, Wasson JH, Lindblad S. Patient reported outcome measures in practice. *Bmj*. 2015 Feb 10;350.
12. Sacchi L, Lanzola G, Viani N, Quaglini S. Personalization and patient involvement in decision support systems: current trends. *Yearbook of medical informatics*. 2015;24(01):106-18.
13. Somanath M, Nair A, Mohanty R, Barick U, Gowda A, Patil A. Good practices in the conduct of a patient registry. *Int J Med Res Health Sci*. 2016 Jan 1;5(4):22-6.
14. Fraser H, Biondich P, Moodley D, Choi S, Mamlin B, Szolovits P. Implementing electronic medical record systems in developing countries. *Journal of Innovation in Health Informatics*. 2005;13(2):83-95.

پیوست ۱:

فرم ثبت موردی بیماران مبتلا به کرونا ویروس جدید (کوید ۱۹)

اطلاعات مصاحبه کننده

نام مصاحبه کننده: _____

نام خانوادگی: _____ نام: _____

سازمان: _____

تلفن _____ ایمیل _____

تاریخ مصاحبه: _____ تاریخ انتزاع نمودار پزشکی: _____

اطلاعات اصلی

نام بیمار: _____ کد پرونده: _____

تاریخ تنظیم گزارش: ____ / ____ / ____

شکل ۲. پیوست ۱

آیا بیمار سابقه بستری در بیمارستان دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر اگر بلی: تاریخ پذیرش: ____ / ____ / ____ تاریخ ترخیص: ____ / ____ / ____ آیا بیمار در بخش مراقبت های ویژه (ICU) بستری شده بود؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر آیا بیمار تهویه مکانیکی دریافت کرده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر اگر بلی تعداد کل روز های تهویه مکانیکی: ____ روز لوله گذاری و ونتیلاسیون با ماسک؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر اگر بلی تعداد کل روز های لوله گذاری و ونتیلاسیون با ماسک: ____ روز آیا بیمار در نتیجه این بیماری فوت کرد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر تاریخ فوت نامشخص <input type="checkbox"/> تاریخ درگذشت: ____ / ____ / ____	قومیت: _____ تاریخ تولد: ____ / ____ / ____ سن: ____ جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	اطلاعات اصلی آیا ابتلا به CoV-2019 از نظر آزمایشگاهی تایید شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
	در صورت بیمار هنوز علامت دار است؟ <input type="checkbox"/> علامت بیمار از بین رفته است؟ <input type="checkbox"/> در صورت از بین رفتن علامت، تاریخ از بین رفتن علامت: ____ / ____ / ____ نامشخص <input type="checkbox"/>	تاریخ ثبت اولین نمونه مثبت مجموعه: ____ / ____ / ____ نامشخص <input type="checkbox"/> وضعیت علامت: علامت دار <input type="checkbox"/> بدون علامت <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/> نامشخص <input type="checkbox"/>
مشخص کنید که آیا در ۱۴ روز قبل از شروع بیماری، بیمار کدام یک از کار های زیر را انجام داده است. (تمام موارد اعمال شده را بررسی کنید): سفر به شهر های دیگر <input type="checkbox"/> سفر به خارج از کشور <input type="checkbox"/> سفر به چین <input type="checkbox"/> سفر به سایر کشور ها <input type="checkbox"/> تماس در محل کار، خانه، محیط بیرون و سایر اماکن با یکی دیگر از بیماران تایید شده با آزمایش 2019 nCoV <input type="checkbox"/> تماس مراقب بهداشتی با بیمار 2019 nCoV <input type="checkbox"/> تماس با حیوانات <input type="checkbox"/> مشخصه ای دیگر: _____		

شکل ۲. ادامه پیوست ۱

۱. چه کسی اطلاعات این فرم را ارائه می دهد؟

بیمار همبستگان بیمار (رابطه با بیمار شرح گردد): _____

۲. زبان اصلی بیمار: ____

۳. آیا این فرم از طریق مترجم ارائه می شود؟ بله خیر

اطلاعات دموگرافیک مورد بیمار

۴. آیا این مورد قبل از تأیید آزمایشگاهی بیمار شناخته شده بود؟ بله خیر

۵. در چه روندی پرونده شناسایی شد؟ (همه موارد را بررسی کنید): مراجعه بیمار بیماریابی فعال

۶. استان محل اقامت: _____ شهرستان محل اقامت: _____ ۷. وضعیت فعلی: بستری در بیمارستان ایزوله در

بیمارستان ایزوله در منزل

۸. شغل: _____ ۹. تحصیلات: _____ اگر بیمار کودک است، آیا مراقبت های روزانه را دریافت می کند؟ بله خیر

شکل ۲. ادامه پیوست ۱

۱۰. در طول بیماری، کدام یک از علائم زیر را تجربه کرده اید؟

علائم:	
میشیمیکا:	
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	تب (دمای بدن بالاتر از ۳۸)
بالاترین دمای بدن _____	
تاریخ بروز اولین تب: ___ / ___ / ___	
طول مدت تب: ___	
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	احساس تب
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	لرز
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	کم آبی
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	خستگی
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	دردهای عضلانی (میالژی)
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	راش پوستی
سر، گوش، چشم، بینی، گلو	
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سردرد
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	قرمزی چشم (ملتحمه)
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بینی آبریزش (رینوره)
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	گلو درد
وضعیت تنفسی	
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سرفه (شروع جدید یا بدتر شدن سرفه مزمن)
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	خشک
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	خلطی
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	خلط خونین (هموپتیزی)
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	تنگی نفس (تنگی نفس)
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	خس خس سینه
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آپنه / مکث طولانی مدت تنفس
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سرفه (شروع جدید یا بدتر شدن سرفه مزمن)
قلبی عروقی	

شکل ۲. ادامه پیوست ۱

<input type="checkbox"/> بدنه <input type="checkbox"/> خیر	درد قفسه سینه
وضعیت گوارشی	
<input type="checkbox"/> بدنه <input type="checkbox"/> خیر	درد شکم
<input type="checkbox"/> بدنه <input type="checkbox"/> خیر	استفراغ
<input type="checkbox"/> بدنه <input type="checkbox"/> خیر	حالت تهوع
<input type="checkbox"/> بدنه <input type="checkbox"/> خیر	قلبی عروقی
<input type="checkbox"/> بدنه <input type="checkbox"/> خیر	درد قفسه سینه
<input type="checkbox"/> بدنه <input type="checkbox"/> خیر	اسهال
<input type="checkbox"/> بدنه <input type="checkbox"/> خیر	تغذیه ضعیف / اشتهای ضعیف
وضعیت سیستم عصبی	
<input type="checkbox"/> بدنه <input type="checkbox"/> خیر	تنج
<input type="checkbox"/> بدنه <input type="checkbox"/> خیر	سر درد
<input type="checkbox"/> بدنه <input type="checkbox"/> خیر	مشخصه ای دیگر

شکل ۲. ادامه پیوست ۱

۱۱. آیا بیمار به دلیل بیماری خود مجبور به ترک کار یا مدرسه شده است؟ بلی خیر
اگر بلی، چند روز؟ _____
۱۲. آیا بیمار این احساس را دارد که به حالت عادی برگشته است؟ بلی خیر
۱۳. آیا برای این بیماری مراقبت پزشکی انجام داده اید؟ بلی خیر
۱۴. آیا به دلیل بیماری در بیمارستان بستری شدید؟ بلی خیر
۱۵. آیا به خاطر بروز علائم به مراکز درمانی جهت ویزیت و معاینه مراجعه کرده اید؟ بلی خیر
۱۶. در چه تاریخی و به کجا مراجعه کرده اید؟
مراجعه به مطب پزشک: _____ تاریخ ویزیت: ____/____/____
مراجعه به به درمانگاه: _____ تاریخ ویزیت: ____/____/____
مراجعه به اورژانس: _____ تاریخ ویزیت: ____/____/____
مراجعه به پزشک خانواده: _____ تاریخ ویزیت: ____/____/____
- تاریخچه پزشکی:
۱۷. آیا شما از قبل مشکل زمینه ای داشته اید؟ بلی خیر (اگر بلی فرم زیر را تکمیل کنید)

وضعیت	سابقه	وضعیت	سابقه
بیماری مزمن ریه	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	دیالیز	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آسم / بیماری واکنشی هوایی	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری کبد	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

شکل ۲. ادامه پیوست ۱

بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	هیپاتیت الکلی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آمفیزم / COPD
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری مزمن کبد	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری مزمن ریه دیگر
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	میروز / بیماری مرحله کبدی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سل فعال
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	هیپاتیت B مزمن	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	دیابت قندی
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	هیپاتیت C مزمن	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	دیابت نوع ۱
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری کبد چرب غیر الکلی (NALFD) / NASH	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	دیابت نوع ۲
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	دیگر	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری قلب و عروقی
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	AIDS یا $CD4 < 200$	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	فشار خون
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	عفونت HIV	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری عروق کرونر
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	پیوند عضو	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نارسایی قلبی / نارسایی احتشانی قلب
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	پیوند سلولهای بنیادی (به عنوان مثال ، مغز استخوان)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سکته مغزی
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سرطان: در حال حاضر / در ۱۲ ماه گذشته	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری قلبی مادرزادی
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	اختلال عصبی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	دیگر
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سایر بیماریهای مزمن	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری کلیوی
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نارسایی کلیه مرحله آخر	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری مزمن کلیه / نارسایی

شکل ۲. ادامه پیوست ۱

سابقه اجتماعی:

۱۸. قد فعلی: _____ (سانتی متر)
۱۹. وزن فعلی: _____ (کیلوگرم)
۲۰. در حال حاضر باردار هستید؟ بله خیر هفته های باردار از آغاز _____
۲۱. اگر زن هستید، آیا شیرده هستید؟ بله خیر
۲۲. اگر کودک باشد، آیا شیر مادر تغذیه می شود؟ بله خیر
۲۳. آیا شما در حال حاضر سیگار می کشید؟
اگر بله، چند بسته سیگار در روز؟ _____ چند سال؟ _____
۲۴. آیا شما در حال حاضر از سیگار الکترونیکی استفاده می کنید؟ بله خیر
۲۵. در یک سال گذشته، چند بار نوشیدنی حاوی الکل نوشیده اید؟
مصرف نکرده ام دو ماه یکبار مصرف میکنم هر از دو هفته مصرف میکنم هر روز مصرف میکنم
- تاریخچه قرار گرفتن در معرض ویروس (اکسپوزر) و اماکن پرخطر:
۲۶. در ۱۴ روز قبل از بیماری، آیا با بیمار دیگری که تست ۲۰۱۹-nCoV داده بود، ارتباط نزدیکی داشتید؟ بله خیر
- (اگر بله، لطفاً فرم تحقیق و تفحص از خانه یا تماس با ما را پر کنید.)
۲۷. ارتباط با مورد منبع (۲۰۱۹-nCoV):
همسر والدین فرزندان دوست همکار همکلاسی هم اتاقی
۲۸. در ۱۴ روز قبل از شروع بیماری، آیا...

شکل ۲. ادامه پیوست ۱

بازه زمانی	پاسخ	اکسپوزر
	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	... در اعضای خانواده، دوستان، آشنایان یا همکاران کسی علائمی شبیه شما داشت؟
	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	... با افراد بیمار ارتباط نزدیکی دارید (به عنوان مثال صحبت کردن یا تماس با آنها)؟
	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	... در یک گردهمایی دسته جمعی شرکت کرده بودید (به عنوان مثال، مراسم مذهبی، عروسی، مهمانی) کنسرت، ضیافت، جشنواره، رویداد ورزشی یا رویداد دیگری)؟
	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	... آیا با شخصی که اخیراً مسافرت کرده است، ارتباط نزدیکی دارید؟
	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	... یک عضو خانواده دارید که در مدرسه یا مهدکودک شرکت کرده است؟

۲۹. آیا در طول ۱۴ روز قبل از شروع بیماری، با هر نوع حیواناتی از جمله دام، حیوانات اهلی یا حیوانات وحشی در منزل یا دور از خانه تماس مستقیم داشتید؟ (لیست تمامی فرار گرفتن در معرض حیوانات از جمله دام، حیوانات اهلی و حیوانات وحشی) را ذکر کنید.

محل که در آن تماس رخ داده	نوع حیوانی که با آن تماس داشته اید.	تاریخ تماس	وضعیت تماس
			باغ وحش <input type="checkbox"/> محل کار <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> مزرعه <input type="checkbox"/> فروشگاه حیوانات <input type="checkbox"/> محل دیگر

شکل ۲. ادامه پیوست ۱

تاریخ	مکان یا وسیله		اکسپوزر
	<input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز فوریت اورژانس <input type="checkbox"/> مطب / درمانگاه پزشک <input type="checkbox"/> دیگر	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	سابقه کار در زمینه مراقبت های بهداشتی داشته اید؛ اگر بلی، لطفا موقعیت شغلی خود را ذکر کنید _____
	<input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز فوریت اورژانس <input type="checkbox"/> مطب / درمانگاه پزشک <input type="checkbox"/> دیگر	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	با بیمار یا فرد مشکوک به ۲۰۱۹-CoV-2 تماس داشته اید؟
	<input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز فوریت اورژانس <input type="checkbox"/> مطب / درمانگاه پزشک <input type="checkbox"/> دیگر	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	فعالیت داوطلبانه در مراکز درمانی
	<input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز فوریت اورژانس <input type="checkbox"/> مطب / درمانگاه پزشک <input type="checkbox"/> دیگر	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	به مراکز درمانی و بهداشتی به عنوان یک مراجعه کننده مراجعه کرده اید؟
	<input type="checkbox"/> بیمارستان <input type="checkbox"/> مرکز فوریت اورژانس <input type="checkbox"/> مطب / درمانگاه پزشک <input type="checkbox"/> خانه <input type="checkbox"/> دیگر	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	تماس مستقیم با بیمار داشته اید؟

شکل ۲. ادامه پیوست ۱

۳۱. آیا این بیمار جهت درمان سرپایی به مرکز درمانی مراجعه کرده است؟ بله خیر
- اگر بله، آیا بیمار داروهای زیر را دریافت کرده یا برای او تجویز شده است؟
۳۲. ضد ویروسی؟ بله خیر اگر بله، مشخص کنید _____
۳۳. آنتی بیوتیک ها؟ بله خیر اگر بله، مشخص کنید _____
۳۴. برونکودیلاتورها؟ بله خیر اگر بله، مشخص کنید _____
۳۵. استروئیدهای IV / IM؟ بله خیر اگر بله، مشخص کنید _____
۳۶. استروئیدهای استنشاقی؟ بله خیر اگر بله، مشخص کنید _____
۳۷. اگر بیش از یک بار در بیمارستان بستری شده اید، لطفاً تاریخ بستری و ترخیص بیمارستان در بار دوم را وارد کنید:
۳۸. تاریخ پذیرش دوم _____ / _____ / _____ تاریخ ترخیص دوم _____ / _____ / _____
۳۹. اولین علائم حیاتی ثبت شده: Temp _____ فشار خون: _____ ضربان قلب: _____ نبض: _____
۴۰. آیا بیمار در طول بستری اکسیژن دریافت کرده است؟ بله خیر
۴۱. آیا بیمار در بخش مراقبت های ویژه (ICU) بستری شده بود؟ بله خیر
- تاریخ اولین پذیرش در ICU _____ / _____ / _____ تاریخ ترخیص ICU 1 _____ / _____ / _____
- تاریخ پذیرش دوم ICU 2 _____ / _____ / _____ تاریخ ترخیص ICU 2 _____ / _____ / _____
۴۲. آیا بیمار مورد تهویه غیر تهاجمی قرار گرفت (BiPAP / CPAP) بله خیر
۴۳. آیا بیمار از تهویه مکانیکی M/V یا لوله گذاری استفاده کرد؟ بله خیر
- اگر بله، تاریخ شروع اینتوباسیون _____ / _____ / _____ کل روزها با اینتوباسیون _____
- تاریخ آخرین کارگذاری مجدد _____ / _____ / _____
۴۶. آیا بیمار هنگام ترخیص ناهنجاری جدیدی داشت؟ بله خیر اشعه ایکس سینه یا سی تی اسکن تایید کرد
۴۷. آیا بیمار هنگام ترخیص با پنومونیا مرخص شد؟ بله خیر
۴۸. آیا بیمار با تشخیص سندرم پریشانی حاد تنفسی (ARDS) مرخص شد؟ بله خیر

شکل ۲. ادامه پیوست ۱

کد ICD-10 بیماری	ناهنجاری یا مشکل بالینی بیمار هنگام ترخیص
	۱.
	۲.
	۳.
	۴.
	۵.

۴۹. آیا بیمار در طول بستری داروهای زیر را دریافت کرده است؟

۵۰. آنتی ویروس؟ بله خیر اگر بله، دوز دارو و نام را ذکر کنید _____

۵۱. آنتی بیوتیک ها؟ بله خیر اگر بله، دوز دارو و نام را ذکر کنید _____

۵۲. برونکودیلاتور ها؟ بله خیر اگر بله، دوز دارو و نام را ذکر کنید _____

۵۳. استروئیدها IM / IV؟ بله خیر اگر بله، دوز دارو و نام را ذکر کنید _____

۵۴. استروئیدهای استنشاقی؟ بله خیر اگر بله، دوز دارو و نام را ذکر کنید _____

۵۵. آیا بیمار بر اثر Coronavirus درگذشت؟ بله خیر

تاریخ فوت: ____ / ____ / ____

(اگر اطلاعات زیر در دسترس نیست، لطفاً بعداً آن را در پرونده بیمارستان با استفاده از گواهی فوت به

۵۶. آیا کالبد شکافی انجام شد؟ بله خیر

علت اصلی مرگ را شرح دهید: _____

تست های آزمایشگاهی

شکل ۲. ادامه پیوست ۱

۵۷. برای موارد زیر، لطفاً نمونه ای از پاتوژن تنفسی را تکمیل کنید. در صورت لزوم ورق های اضافی را وارد کنید.

انواع نمونه: سواب نازوفارنکس (NP)، آسپیراسیون نازوفارنکس (NPA)، ترشحات بینی، سواب بینی، خلط، سواب
 oropharyngeal (OP)، ترشحات تراشه، مایع قفسه سینه، Bronchoalveolar (BAL)، سرم، مدفوع، ادرار، و غیره (لطفاً
 مشخص کنید).

نوع تست: واکنش زنجیره ای معکوس رونویسی-پلیمرز (RT-PCR)، کشت ویروسی / باکتریایی، تست سریع آنتی ژن، تست
 آنتی بادی فلورسنت (FA)، موارد دیگر (لطفاً مشخص کنید).

نتیجه: مثبت، منفی، در انتظار نتیجه، نامشخص

تاریخ نمونه گیری	نوع نمونه	نوع تست	نوع پاتوژن	نتیجه	ارسال به CDC	در صورت ارسال به CDC، شناسه ارسال
					<input checked="" type="checkbox"/>	

شکل ۲. ادامه پیوست ۱

ORIGINAL ARTICLE

Validation of Human Infection with 2019 Novel Coronavirus (covid-19) Case Report Form of Centers for Disease Control and Prevention

Samaneh Abiri¹, Naser Hatami², Navid Kalani^{3*}

¹Department of Emergency medicine, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

²Student Research Committee, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

³Research Center for Social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.

*Corresponding author: Navid Kalani. Research Center for Social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran. navidkalani@ymail.com.

Received Date: September 2022; Accept Date: October 2022

Abstract

Introduction: Due to the prevalence of new coronavirus in the world and Iran, access to reliable information about patients and the trend of disease outbreaks are necessary to control the disease at the community level, which is important by using systems Regular registration of patient information in the form of a register will be possible. In the present study, the translation and validation of the case registration form of patients with the new coronavirus (COVID-19) provided by the World Center for Disease Control and Prevention were performed. **Methods:** In the present study, which is a study on the development of the executive scientific system, after translating the case registration form of patients with new coronavirus (COVID-19) to evaluate its reliability in a sample of 24 patients with new coronavirus methods Cronbach's alpha, Richardson's code and paired and individual correlation test were used. CVI and CVR determination was used to determine the content validity of the patient registration form based on the opinion of the panel of experts. **Results:** In the present study, the information of 24 patients admitted to the coronary ward of Peymanieh Hospital in Jahrom was recorded using the case registration form of patients with new coronavirus. In multiple-choice questions, Cronbach's alpha was higher than 0.7 and 0.735, which was appropriate. Correlation coefficients also showed high and proportional values. Richardson's Koder test also confirmed the reliability with a statistic of 0.718. All questions were in good validity according to the panel of experts, except for 4 questions that had a CVR of 0.2 and were removed according to the experts. The overall CVI was calculated to be 0.828, which is acceptable and appropriate. **Conclusion:** In the present study, a localized form of case registration of new coronavirus patients was presented, which can help to create coherence in the patient information registration system.

Key words: New Coronavirus, Covid 19, Control, Prevention