**ثبت روماتولوژی کوید-۱۹**

**مقدمه**

به نمایندگی از جامعه روماتولوژی جهانی، از موافقت شما برای شرکت در این تلاش مهم سپاس گزاریم. امید ما بر این است که اطلاعات فراهم شده توسط شما و دیگران به ما کمک کند تا درک کنیم چگونه ویروس جدید کوید-۱۹ افراد مبتلا به بیماری های روماتولوژیکی یا افرادی که داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی مصرف میکند را تحت تاثیر قرار می دهد. امید داریم که خطر عفونت این افراد، پیگیری نتایج و استفاده از این داده ها برای درمان را بهتر درک کنیم.

لطفا توجه داشته باشید که این نظر سنجی برای متخصصان مراقبت های بهداشتی برای افراد بزرگسال مبتلا به بیماری های روماتولوژیکی است.

برای متخصان علاقه مند به اعلام گزارشات مربوط به بیماران خردسال، لطفا فرم مربوطه را از طریق لینگ زیر باز کنید:

<https://carragroup.org/research-registry/projects/covid-19-global-pediatric-rheumatology-database>

برای بیماران علاقه مند به گزارش علایم خود ، ‌لطفا از این لینک استفاده نمایید: <https://rheum-covid.org/patient-survey/>

اگر کشور شما در لیست EULAR‌ (لیگ اروپا ضد روماتیسم) ،‌ لطفا از این فرم استفاده نکنید. لینک مربوط به فرم EULAR (GDPR شکایت ( برای هر دو مورد خردسالان و بزرگسالان از طریق لینک زیر دریافت نمایید. <https://www.eular.org/eular_covid19_database.cfm>

تکیمل فرم گزارش نمونه موردی حدود ۷ تا ۱۰ دقیقه طول میکشد. شما میتوانید تمامی داده ها را در یک زمان وارد کنید و یا دوباره به فرم برگردید و آن را تکمیل و یا به روز رسانی نمایید. شناسه های بیمار مانند نام یا تاریخ تولد جمع آوری نمی شود. کلیه اطلاعات به صورت کاملا محرمانه نگهداری می شود و فقط با پژوهشگران گردآوری اطلاعات به اشتراک گذاشته می شود. تمام اطلاعات و به روزرسانی از طریق وب سایت اتحادیه جهانی روماتولوژی کوید-۱۹ (https:// rheum-covid.org.) به اشتراک گذاشته می شود.

موفقیت این تلاش مشترک به مشارکت فعال جامعه روماتولوژی برای به دست آوردن اطلاعات دقیق و قابل اعتماد بستگی دار. ما از شما می خواهیم که این سایت را با همکاران خود به اشتراک بگذارید و آنها را تشویق به گزارش هر گونه بیماری کوید-۱۹ در بیماران روماتولوژی کنید.

به عنوان یادآوری نهایی، لطفا از این فرم برای وارد کردن اطلاعات آزمایشی،‌ اطلاعات در مورد خودتان ( به عنوان بیمار) ، بیماران خردسال و یا از کشورهای عضو EULAR استفاده نکنید

اتحادیه جهانی روماتولوژی کوید-۱۹

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **اطلاعات گزارش دهنده روماتو کوید-۱۹** | | |
| نام خانوادگی گزارش دهنده: ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | |
| نام گزارش دهنده: ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | |
| ایمیل ( ترجیحا ایمیل سازمانی): ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | |
| نقش گزارش دهنده ( پزشک، پرستار، سایر...): ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | |
| حوزه تخصص گزارش دهنده: ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | |
| نام کلینیک و یا بیمارستان : ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | |
| شهر بیمارستان/کیلینیک: ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | |
| استان یا ایالت بیمارستان/کلینیک: ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | |
| کشور بیمارستان/کلینیک: ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ  کشورهای عضو EULAR در این لیست نمی باشند. برای آنها فرم جداگانه می باشد. | | |
|  | |  |
| **اطلاعات بیمار روماتو کوید-۱۹** | |  |
| شناسه بیمار: (به صورت اتوماتیک) ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ  سن بیمار (۱۹-۹۹سال): ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | |
| این فرم فقط برای افراد بزرگسال می باشد. برای فرم مربوط به خردسالان،‌ به لینک زیر مراجعه نمایید. https://carragroup.org/research-registry/projects/covid-19-global-pediatric-  rheumatology-database | | |
| جنسیت بیمار در بدو تولد: | |  |
| 🞏 | | زن |
| 🞏 | | مرد |
| 🞏 | | نا معلوم |
|  | | |
| **اطلاعات کوید-۱۹** | |  |
| تاریخ تشخیص کوید-۱۹: ( اگر تاریخ نامشخص است، ۱۵ را وارد کنید) ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | |
| محل تشخیص کوید-۱۹: | |  |
| 🞏 | | خانه یا تست مستقل ( مثال: محل تست سیار) |
| 🞏 | | خانه سالمندان یا مراکز اقامتی کمکی |
| 🞏 | | مراکز درمان سرپایی |
| 🞏 | | بخش اورژانس |
| 🞏 | | بستری/بیمارستان |
| 🞏 | | نامشخص |
| نحوه تشخیص کوید-۱۹: (چک تمامی موارد مرتبط) | |  |
| 🞏 | | تشخیص فرضی فقط بر اساس علایم |
| 🞏 | | PCR |
| 🞏 | | آنتی بادی |
| 🞏 | | تست متاژنومیک |
| 🞏 | | سی تی اسکن |
| 🞏 | | سنجش آزمایشگاهی ( نوع: نامشخص) |
| 🞏 | | نامشخص |
| 🞏 | | سایر |
| آیا بیمار دارای علایم عفونت کوید-۱۹بوده است؟ | |  |
| 🞏 | | بله |
| 🞏 | | خیر |
| 🞏 | | نامشخص |
| در صورت وجود عفونت، علایم کلینیکی در طول دوره عفونت (چک تمامی موارد مرتبط) | | |
| 🞏 | | تب |
| 🞏 | | سردرد |
| 🞏 | | گلودرد |
| 🞏 | | سرفه |
| 🞏 | | تنگی نفس |
| 🞏 | | درد مفاصل |
| 🞏 | | درد عضلانی |
| 🞏 | | درد قفسه سینه |
| 🞏 | | درد ناحیه شکمی |
| 🞏 | | اسهال، استفراق و یا حالت تهوع |
| 🞏 | | آبریزش بینی |
| 🞏 | | گیجی، کج خلقی |
| 🞏 | | بی قراری |
| 🞏 | | نابویایی |
| 🞏 | | اختلال چشایی |
| 🞏 | | سایر |
| علایم کلینیکی دیگر کوید-۱۹، لطفا مشخص کنید: ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | |
| ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | |
| درمان کوید-۱۹: (فقط شامل داروهایی می باشد که برای درمان این عفونت استفاده شده است. درمان برای بیماری زمینه ای روماتیسمی در بخش بعدی است.) (چک تمامی موارد مرتبط) | | |
| 🞏 | | بدون درمان به جز مراقبت حمایتی |
| 🞏 | | Remdesivir |
| 🞏 | | Lopinavir/ritonavir |
| 🞏 | | ضد مالاریا ( مثال: کلوروکین،‌هیدروکسی کلورین) |
| 🞏 | | IL-6 inhibitors (e.g. tocilizumab, sarilumab, siltuximab) |
| 🞏 | | Bevacizumab |
| 🞏 | | JAK inhibitors (e.g. tofacitinib, baricitinib, upadacitinib) |
| 🞏 | | Serpin inhibitors |
| 🞏 | | Ciclesonide |
| 🞏 | | Glucocorticoids |
| 🞏 | | IVIG |
| 🞏 | | پلاسمای فرد بهبود یافته |
| 🞏 | | سایر |
| یادداشت اضافی، سایر:ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | |
|  | |  |
| آیا بیمار فوت شده است؟ | |  |
| 🞏 | | بله |
| 🞏 | | خیر یا وضعیت حیاتی در این حالت مشخص نیست. |
| در صورت فوت، تعداد روزهای تقریبی از زمان شروع علایم کوید-۱۹ تا زمان فوت،: ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | |
| در صورت حیات،‌ آیا علایم کوید-۱۹ بیمار در زمان این گزارش از بین رفته است؟ | | |
| 🞏 | | بله |
| 🞏 | | خیر |
| 🞏 | | نامعلوم |
| در صورت از بین رفتن علایم بیماری،‌ تعداد روزهای تقریبی از زمان شروع علایم تا از بین رفتن آنها ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ روز | | |
| در صورت فوت یا بهبود بیمار،‌آیا بیمار در طول دوره بیماری در بیمارستان بستری شد؟ | | |
| 🞏 | | بله |
| 🞏 | | خیر |
| 🞏 | | نامعلوم |
| در صورت عدم بستری،‌ آیا بیمار نیازمند مداخله پزشکی بود؟ (مثال: اکسیژن اضافی) | | |
| 🞏 | | بله |
| 🞏 | | خیر |
| 🞏 | | نا معلوم |
| در صورت بستری، چه درجه ای از مراقبت در طول دوره بیماری نیازمند بوده است؟ | | |
| 🞏 | | عدم نیاز به اکسیژن اضافی |
| 🞏 | | نیاز به اکسیژن اضافی |
| 🞏 | | نیاز به تهویه غیر تهاجمی یا دستگاههای با جریان زیاد اکسیژن |
| 🞏 | | نیاز به تهویه مکانیکی تهاجمی یا EMCO |
| 🞏 | | نیاز به تهویه،‌نوع نامشخص |
| 🞏 | | مداخله ی نامعلوم |
| در صورت عدم از بین رفتن علایم،‌تعداد روزهای تقریبی از زمان شروع علایم کوید-۱۹ تا کنون ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ روز | | |
| در صورت عدم از بین رفتن علایم، آیا بیمار در طول دوره بیماری بستری شده است؟ | | |
| 🞏 | بله | |
| 🞏 | خیر | |
| 🞏 | نا معلوم | |
| در صورت عدم از بین رفتن بیماری و عدم بستری، آیا بیمار نیازمند مداخله پزشکی بوده است؟ | | |
| 🞏 | بله | |
| 🞏 | خیر | |
| 🞏 | نا معلوم | |
| در صورت عدم از بین رفتن علایم و بستری شدن،‌ چه درجه ای از مراقبت در طول دوره بیماری تا کنون نیازمند بوده است؟ | | |
| 🞏 | عدم نیاز به اکسیژن اضافی | |
| 🞏 | نیاز به اکسیژن اضافی | |
| 🞏 | نیاز به تهویه غیر تهاجمی یا دستگاههای با جریان زیاد اکسیژن | |
| 🞏 | نیاز به تهویه مکانیکی تهاجمی یا EMCO | |
| 🞏 | نیاز به تهویه،‌نوع نامشخص | |
| 🞏 | مداخله ی نامعلوم | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| عوارض کوید-۱۹ :(چک تمامی موارد مرتبط) | |  | | | | |
| 🞏 | | عوارض شناخته شده ای وجود ندارد | | | | |
| 🞏 | | سندروم مشکل تنفسی حاد (ards) | | | | |
| 🞏 | | Sepsis | | | | |
| 🞏 | | میوکاردیت یا نارسایی جدید قلبی | | | | |
| 🞏 | | عفونت همزمان و یا ثانویه ( آنفولانزا) | | | | |
| 🞏 | | سایر عوارض جدی | | | | |
| عوارض کوید-۱۹: لطفا نوع عفونت همزمان یا ثانویه را مشخص کنید؟ | | | | | | |
| عوارض کوید-۱۹: لطفا نوع سایر عوارض جدی را مشخص کنید؟ | | | | | | |
|  | |  | | | | |
| کسب عفونت: در طول ۱۴ روز قبل از شروع بیماری،‌ آیا بیمار یکی از این علایم را داشت؟ | | | | | | |
| 🞏 | | تاریخچه سفر به منطقه با موارد مستند از عفونت کوید-۱۹ | | | | |
| 🞏 | | ارتباط نزدیک با نمونه احتمالی و یا تایید شده کوید-۱۹ | | | | |
| 🞏 | | حضور در تاسیسات بیمارستانی مربوط به کوید-۱۹ | | | | |
| 🞏 | | هیچ کدام از موارد بالا | | | | |
| 🞏 | | نا معلوم | | | | |
| 🞏 | | سایر | | | | |
| در صورت سایر موارد لطفا مشخص فرمایید: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **روماتیسم یا بیماری خود ایمنی و درمان** | | | | | | |
| تشخیص اولیه روماتیسم و یا بیماری خود ایمنی (لطفا فقط تشخیص اولیه را انتخاب کنید) | | | | | | |
| 🞏 | | ANCA-associated vasculitis (e.g., GPA, EGPA) | | | | |
| 🞏 | | سایر vasculitis شامل بیماری کوازاکی | | | | |
| 🞏 | | سندروم آنتی بادی Anti-phospholipid | | | | |
| 🞏 | | سندروم Autoinflammatory ( از جمله RAPS, CAPS, FMF) | | | | |
| 🞏 | | Axial spondyloarthritis (including ankylosing spondylitis) | | | | |
| 🞏 | | Other spondyloarthritis (including reactive arthritis) | | | | |
| 🞏 | | Behcet's | | | | |
| 🞏 | | Chronic recurrent multifocal osteomyelitis | | | | |
| 🞏 | | Giant cell arteritis | | | | |
| 🞏 | | IgG4-related disease | | | | |
| 🞏 | | Inflammatory myopathy (e.g. dermatomyositis, polymyositis) | | | | |
| 🞏 | | Juvenile idiopathic arthritis, not systemic | | | | |
| 🞏 | | Systemic juvenile idiopathic arthritis | | | | |
| 🞏 | | بیماری بافت همبند (Mixed connective tissue disease) | | | | |
| 🞏 | | Ocular inflammation | | | | |
| 🞏 | | Polymyalgia rheumatic | | | | |
| 🞏 | | Psoriatic arthritis | | | | |
| 🞏 | | Rheumatoid arthritis | | | | |
| 🞏 | | سایر آرتریت التهابی (Other inflammatory arthritis) | | | | |
| 🞏 | | Sarcoidosis | | | | |
| 🞏 | | Sjogren's syndrome | | | | |
| 🞏 | | لوپوس سیستمی (Systemic lupus erythematosus) | | | | |
| 🞏 | | Systemic sclerosis | | | | |
| 🞏 | | بیماری بافت همبند نامشخص(Undifferentiated connective tissue disease) | | | | |
| 🞏 | | Gout | | | | |
| 🞏 | | سایر | | | | |
| تشخیص Inflammatory ocula، لطفا مشخص فرمایید: | | | | | | |
| 🞏 | | Uveitis, Anterior | | | | |
| 🞏 | | Uveitis, Intermediate | | | | |
| 🞏 | | Uveitis, Posterior | | | | |
| 🞏 | | Panuveitis | | | | |
| 🞏 | | Scleritis | | | | |
| 🞏 | | Retinal vasculitis | | | | |
| 🞏 | | سایر | | | | |
| تشخیص سایر بیماریهای روماتولوژیکی ، لطفا مشخص فرمایید: | | ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | | | |
| فعالیت بیماری خود ایمنی، روماتولوژیکی در زمان شروع علایم کوید-۱۹ ( یا کوید-۱۹ اگر بدون علامت باشد) | |  | | | | |
| 🞏 | | خاموش | | | | |
| 🞏 | | مینیمال یا فعالیت بسیار کم | | | | |
| 🞏 | | فعالین بیماری متوسط | | | | |
| 🞏 | | فعالیت شدید یا بالای بیماری | | | | |
| 🞏 | | نامعلوم | | | | |
|  | |  | | | | |
| **درمان بیماری روماتیسمی/ خود ایمنی اولیه** | |  | | | | |
| استروییدها ( شامل پردنیزونه،‌متیل پردینوزوله ) در زمان شروع علایم کوید-۱۹ (یا کوید-۱۹ اگر بدون علامت باشد) | | | | | | |
| 🞏 | | بله | | | | |
| 🞏 | | خیر | | | | |
| 🞏 | | نا معلوم | | | | |
| در صورت استفاده استرویید ها مقدار دوز مصرفی (معادل پردونیزوله) در زمان شروع علایم کوید-۱۹ (یا کوید-۱۹ اگر بدون علامت باشد) ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ میلی گرم در روز | | | | | | |
| آیا استفاده ی استرویید بعد از تشخیص کوید-۱۹قطع شد یاادامه داده شد؟ | | | | | | |
| 🞏 | | متوقف شد | | | | |
| 🞏 | | با همان دوز ادامه داده شد | | | | |
| 🞏 | | دز به صورت تدریجی کاهش داده شد | | | | |
| 🞏 | | دز افزایش داده شد | | | | |
| 🞏 | | نا معلوم | | | | |
| داروهای تعدیل کننده سیستم ایمنی بلافاصله قبل از شروع علایم کوید-۱۹ (یا کوید-۱۹ اگر بدون علامت باشد) | | | | | | |
| تا ۵ دارو میتوانید انتخاب کنید. | |  | | | | |
| 🞏 | | هیچکدام | | | | |
| 🞏 | | Abatacept | | | | |
| 🞏 | | Antifibrotics (pirfenidone, nitedinib) | | | | |
| 🞏 | | Antimalarials (including hydroxychloroquine, chloroquine) | | | | |
| 🞏 | | Apremilast | | | | |
| 🞏 | | Azathioprine / 6-MP | | | | |
| 🞏 | | Belimumab | | | | |
| 🞏 | | CD-20 inhibitors (including rituximab, ofatumumab) | | | | |
| 🞏 | | Cyclophosphamide | | | | |
| 🞏 | | Cyclosporine | | | | |
| 🞏 | | Denosumab | | | | |
| 🞏 | | IL-1 inhibitors (including anakinra, canakinumab, rilonacept) | | | | |
| 🞏 | | IL-6 inhibitors (including tocilizumab, sarilumab) | | | | |
| 🞏 | | IL-12/23 inhibitors (including ustekinemab, guselkumab) | | | | |
| 🞏 | | IL-17 inhibitors (including secukinumab, ixekizumab) | | | | |
| 🞏 | | IVIG | | | | |
| 🞏 | | JAK inhibitors (including tofacitinib, baricitinib, upadacitinib) | | | | |
| 🞏 | | Leflunomide | | | | |
| 🞏 | | Methotrexate | | | | |
| 🞏 | | Mycophenolate mofetil / mycophenolic acid | | | | |
| 🞏 | | Sulfasalazine | | | | |
| 🞏 | | Tacrolimus | | | | |
| 🞏 | | Thalidomide / lenalidomide | | | | |
| 🞏 | | TNF-inhibitors (including infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab, certolizumab, and biosimilars) | | | | |
| 🞏 | | Steroid eye drops | | | | |
| 🞏 | | Colchicine | | | | |
| 🞏 | | Unknown | | | | |
| 🞏 | | سایر ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | | | |
| برای هر دارو لیست شده: بعد از تشخیص کوید، ۱۹آيا دارو متوقف شد یا ادامه داده شد؟ | | | | | | |
| 🞏 | | متوقف شد. | | | | |
| 🞏 | | ادامه داده شد. | | | | |
| 🞏 | | نامعلوم | | | | |
|  | |  | | | | |
| در زمان شروع علایم بیماری کوید-۱۹ (یا کوید-۱۹ اگر بدون علامت باشد) ،‌ آیا بیمار در حال استفاده یکی از داروهای ذیل بوده است؟ | | | | | | |
|  | بله و دارو ادامه داشت | | بله و دارو متوقف شد | | خیر | نامعلوم |
| ACE inhibitor | 🞏 | | 🞏 | | 🞏 | 🞏 |
| Angiotensin receptor blocker | 🞏 | | 🞏 | | 🞏 | 🞏 |
| داروهای غیر استروییدی ضد التهابی | 🞏 | | 🞏 | | 🞏 | 🞏 |
| PD5 inhibitor (e.g., sildenafil) | 🞏 | | 🞏 | | 🞏 | 🞏 |
|  |  | |  | |  |  |
| وجود همزمان دو بیماری و بارداری |  | |  | |  |  |
| (چک تمامی موارد مرتبط) |  | |  | |  |  |
| 🞏 | هیچکدام | | | | | |
| 🞏 | بیماری ریوی بینابینی ( مثال ( NSIP, UIP, IPF | | | | | |
| 🞏 | بیماری ریوی انسدادی (آسم،‌ COPD ) | | | | | |
| 🞏 | سایر بیماری های ریوی | | | | | |
| 🞏 | دیابت | | | | | |
| 🞏 | چاقی مفرط ((BMI +40 | | | | | |
| 🞏 | فشار خون | | | | | |
| 🞏 | بیماری قلبی (بیماری عروق کرونر، نارسایی احتقانی قلب) | | | | | |
| 🞏 | فشار خون ریوی | | | | | |
| 🞏 | نارسایی مزمن کلیه یا بیماری کلیوی مرحله پایانی | | | | | |
| 🞏 | سرطان | | | | | |
| 🞏 | گیرنده پیوند عضو | | | | | |
| 🞏 | نقص ایمنی | | | | | |
| 🞏 | بیماری التهابی روده | | | | | |
| 🞏 | بیماری کبدی | | | | | |
| 🞏 | بیماری عصبی مزمن و یا عصبی عضلانی | | | | | |
| 🞏 | Trisomy 21 | | | | | |
| 🞏 | وضعیت روانپزشکی (مثال شیزوفرنی، اختلال دو قطبی) | | | | | |
| 🞏 | بارداری | | | | | |
| 🞏 | پس از زایمان ( ۶ هفته) | | | | | |
| 🞏 | نامعلوم | | | | | |
|  |  | | | | | |
| در صورت انتخاب ILD،کدام گزینه یهتر شرایط بیماری ریوی بینابینی بیمار را توصیف میکند؟ | | | | | | |
| 🞏 | Idiopathic Pulmonary Fibrosis | | | | | |
| 🞏 | بیماری بافت همبند : نوع ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | | | | |
| 🞏 | Hypersensitivity pneumonitis | | | | | |
| 🞏 | Sarcoidosis | | | | | |
| 🞏 | نامشخص | | | | | |
| 🞏 | سایر ILD ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ | | | | | |
|  |  | | | | | |
| اطلاعات بیمار کوید-۱۹ |  | | | | | |
| نژاد/قوم (چک تمامی موارد مرتبط) |  | | | | | |
| 🞏 | عرب | | | | | |
| 🞏 | سیاه پوست | | | | | |
| 🞏 | آسیای شرقی | | | | | |
| 🞏 | آسیای جنوبی | | | | | |
| 🞏 | آسیای غربی/خاورمیانه | | | | | |
| 🞏 | جزایر پاسیفیک | | | | | |
| 🞏 | آمریکای لاتین | | | | | |
| 🞏 | سفید پوست | | | | | |
| 🞏 | آمریکایی بومی،‌ اب ارجینال، نسل اول | | | | | |
| 🞏 | سایر | | | | | |
| 🞏 | نا معلوم یا ترجیح به جواب ندادن | | | | | |
| 🞏 | نژاد: سایر، لطفا مشخص نماییدــ: | | | | | |
|  |  | | | | | |
| وضعیت مصرف دخانیات |  | | | | | |
| 🞏 | سیگاری | | | | | |
| 🞏 | قبلا سیگاری بوده است | | | | | |
| 🞏 | هیچوقت | | | | | |
| 🞏 | وضعیت نامشخص | | | | | |
| آیا بیمار در حال حاضر از سیگار الکترونیکی و یا vape استفاده میکند؟ | | | | | | |
| 🞏 | بله | | | | | |
| 🞏 | خیر | | | | | |
| 🞏 | نامعلوم | | | | | |
|  |  | | | | | |
| **نتایج تست آزمایشگاهی** | | | | | | |
| آیا نتایج تست آزمایشگاهی مرتبط با عفونت کوید-۱۹ بیماردر دسترس است؟ | | | | | | |
| 🞏 | بله (صفحه بعد را ببینید) | | | | | |
| 🞏 | خیر ( به انتها بروید) | | | | | |
|  |  | | | | | |
| تست های پاتوژن |  | | | | | |
|  | مثبت | | | منفی | ارزیابی نشده | |
| آنفولانزای A | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| آنفولانزای B | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| ویروس کرونای غیر از کوید-۱۹ | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| RSV | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| Adenovirus | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| باکتری | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| سایر عفونت های تنفسی ( از جمله قارچ) | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
|  | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| **سایر نتایج تست های آزمایشگاهی** | | | | | | |
|  | بله | | | خیر | ارزیابی نشده | |
| کم خونی (همگلوبین > ۹.۲ g/dl) | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| D-dimer > upper limit of normal (ULN) | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| Ferritin >2000 ng/ml | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| IL-6 levels >ULN | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| sIL2R>ULN | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| Fibrinogen <250 mg/dL | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| Leukopenia (WBC < 5.000/mm3) | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| AST یا ALT (SGOT یا SGPT)>ULN | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| Absolute Lymphocyte Count < ULN | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| Absolute Lymphocyte Count <1500/mm3 | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| Platelets < 110000/mm3 | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| Triglyceride >133 mg/dL | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
| Known spienomegaly or hepatomegaly | 🞏 | | | 🞏 | 🞏 | |
|  |  | | |  |  | |
| **پیگیری/ یادداشت** | | | | | | |
| آیا میتوانیم باشما جهت اطلاعات بیشتر ارتباط برقرا کنیم؟ |  | | |  |  | |
| 🞏 | بله | | |  |  | |
| 🞏 | خیر | | |  |  | |
|  |  | | |  |  | |
| آیا میخواهید کامنت کوتاهی در مورد موارد یاد گرفته شده و یا جوانب دیگری از این نمونه موردی را به اشتراک بگذارید؟ | | | | | | |
| **از حمایت شما سپاس** | | | | | | |