



استمارة تقصي متلازمة الاسهال الحاد



رقم الاستمارة

الولاية	التاريخ
المحلية :	
الوحدة الادارية :	
القطاع :	
العنوان بالتفصيل : (المدينة \ القرية) :	الحلي :
	المربع :
	المنزل :

حدد المرض المتقصي عنه:		
☐ الاسهال المائي الحاد	☐ تسمم الطعام	☐ الديسنتاريا
☐ التايرويد	اخرى (حدد) :	

التاريخ المرضي:
1. تاريخ الشعور : / /
2. تاريخ الدخول : / /
مكان/ اماكن العلاج _ العزل :
اسم الكادر المعالج :
وظيفته :
3. تاريخ التبليغ : / /
اسم المبلغ :
رقم الهاتف :
4. تاريخ التحري : / /
اسم المتحري :
رقم الهاتف :
5. تاريخ الخروج : / /
6. تاريخ وزمن الوفاة (ان حدث) : / /
7. سبب الوفاة :

البيانات الشخصية :
1. الاسم (رباعي) :
2. العمر :
3. النوع : ذكر ☐ انثى ☐
4. القبيلة :
5. الحالة الاجتماعية : عازب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ ارمل ☐
6. المستوى التعليمي : صغير ☐ امي ☐ خلوة ☐ اساس ☐
ثانوي ☐ جامعي ☐ غير ذلك : حدد
7. المهنة :
8. مكان العمل (بالتفصيل) :
9. رقم الهاتف :

الاعراض :
تاريخ بداية المرض
الساعة :
يوم :
شهر :
سنة :
هل يشكو المريض من اسهال
عدد المرات :
لونه :
نوع الاسهال مائي غير مائي مصفر به دم
يوجد طراش نعم ☐ لا ☐
عدد المرات :
الالام بالطن نعم ☐ لا ☐
مغص وذحار نعم ☐ لا ☐
توجد حمي نعم ☐ لا ☐
مستمرة ام متقطعة :
يوجد فتور نعم ☐ لا ☐
فقدان الشهية نعم ☐ لا ☐
عند وصول المريض للمستشفى هل كان في صدمة نعم ☐ لا ☐

العلامات :
الحالة العامة للمريض : جيدة متوسطة غير جيدة
درجة فقدان السوائل : لا يوجد جفاف بعض الجفاف جفاف شديد
درجة الحرارة : النبض
في حالة وصول المريض في غيبوبة :
هل كان كامل الوعي نعم لا
التشخيص
الأولى

في حالة الاسهال المائي الحاد ، الدسنتاريا ، التيفوئيد

خلال الاسبوع الذي سبق الشعور بالمرض:

سجل الأماكن التي زارها المريض خارج القرية / المدينة التي يعيش فيها خلال الأسبوع السابق

المكان الشخص الذي تم مقابلته.....

متى تمت الزيارة

سجل أماكن التجمعات/ المناسبات :

سجل أماكن سافر إليها المريض :

.....

أماكن تناول الطعام :

نوع الطعام : لبن ☐ فواكه ☐ خضروات ☐ طعام غير مطهي ☐

أخرى : حدد
.....

1. نوع مصدر / مصادر مياه الشرب: شبكة ☐ بئر (دلو) ☐ جمام ☐ بئر

(مضخة يدوية/ كرجاجة) ☐ بئر (مكشوفة / بياور) ☐ دونكي ☐ خور ☐ ترعة ☐

حفر ☐ نهر ☐ أخرى (حدد) :

2. اسم المصدر / المصادر :

3. موقع المصدر:

4. هل مياه المصدر مكلورة: نعم ☐ لا ☐

5. وسيلة نقل المياه من المصدر: ماسورة بالمنزل ☐ كارو ☐ خرج/ جركانة ☐ أخرى

(حدد) :

6. طريق حفظ المياه بالمنزل: زير (مكشوف ☐ مغطى ☐ برميل/مكشوف ☐

مغطى ☐ (جركانة (بغضاء ☐ بدون غطاء ☐) خزان (مقفول ☐ مفتوح ☐)

أخرى (حدد) :

7. أسلوب المعالجة المتبعة عادة للمياه بالمنزل: التخزين (ترويق) ☐ غليان ☐ كلورة ☐

ليمن ☐ تعريضها لاشعة الشمس ☐ بدون معالجة ☐ أخرى (حدد):

في حالة تسمم الطعام

الوجبات الغذائية التي تناولها قبل ظهور المرض

أنواعها.....

مكان تناولها زمن تناولها.....

الزمن بالتقريب بالساعات بين آخر وجبة وظهور الأعراض.....

مصدر مياه الشرب.....

وسيلة نقل مياه الشرب.....

وسيلة حفظ مياه الشرب.....

مصدر اللبن اسم البائع.....

مصدر الخضروات اسم البائع.....

مصدر الفواكه اسم البائع.....

مصدر اللحوم النيئة: اسم البائع.....

عدد الذين تناولوا الطعام مع المريض.....

عدد الذين تناولوا الطعام وظهر عليهم المرض.....

أذكر الاسم..... العمر..... النوع..... المكان.....

عدد الذين تناولوا الطعام ولم يظهر لديهم أعراض

الاسم..... العمر..... النوع..... العنوان.....

المخالطة :

في حالة الاسهال المائي الحاد ، الدسنتاريا ، التيفوئيد

هل خالط المريض شخص/ اشخاص مصابين بالاسهال: نعم ☐ لا ☐

إذا كانت الاجابة بنعم حدد :

1. اسم الشخص:

2. المكان :

3. الزمان :

عدد المخالطين للمريض :

هل ظهرت على اي منهم علامات المرض: نعم ☐ لا ☐

هل هناك اى حالة مشابه حصلت للمخالطين

الاسم..... العمر..... النوع..... السكن.....

الاسم..... العمر..... النوع..... السكن.....

الاسم..... العمر..... النوع..... السكن.....

المعمل :

في حالة الاسهال المائي الحاد

هل تم أخذ اى فحوصات : نعم ☐ لا ☐

اين ارسلت.....

الفحصة نتيجة الفحص.....

الزراعة والحساسية..... نتيجة الفحص.....

التشخيص

النهائي

في حالة التيفوئيد

تقنية الفحص المحلي التي استخدمت:

زراعة الدم ☐ زراعة الفحصة ☐ قياس تركيز الاجسام المضادة ☐

نتيجة الفحص.....

هل تم أخذ اى فحوصات : نعم ☐ لا ☐

اين ارسلت.....

التشخيص

النهائي

في حال تسمم الطعام

هل تم اخذ عينة

طعام : نعم ☐ لا ☐ مياه : نعم ☐ لا ☐

فسحة : نعم ☐ لا ☐ دم : نعم ☐ لا ☐

نتيجة الفحص.....

التشخيص النهائي.....

في حال الدسنتاريا

فحص مجهري : نعم ☐ لا ☐

نتيجة.....

الزراعة والحساسية: نعم ☐ لا ☐ نتيجة الفحص.....

.....

التشخيص النهائي ☐ اميبا ☐ قارديا ☐ شقيقة ☐

أخرى.....

العلاج ونتائجه :

تاريخ بداية العلاج.....

العلاجات (النوع - الجرعة - المدة)

.....
.....
.....
.....

هل تم تغير العلاج بعد نتيجة الفحص ☐ لا ☐

إذا كانت الإجابة بنعم اذكر العلاجات (النوع - الجرعة - المدة)

.....
.....
.....

هل حدث للمريض مضاعفات ☐ لا ☐

إذا كانت الإجابة بنعم اذكر ذلك

.....

هل شفى المريض ☐ لا ☐

في حالة الوفاة حدد السبب المباشر.....

استمارة بيانات منزلية تملأ في المنزل

في حالة الاسهال المائي الحاد ، الدسنتاريا ، التيفوئيد

عدد أفراد الأسرة الحالة العامة للمنزل

راكوبة / فراندا..... المطبخ

عدد الغرف

معلومات عامة عن المنزل:

1. هل توجد اوساخ او مخلفات في ارجاء المنزل: نعم ☐ لا ☐

2. مكان جمع القمامة : موجود ☐ غير موجود ☐

في حالة وجوده : مكشوف ☐ مغطى ☐

تعليق المتحري على النظافة العامة بالمنزل:

1. المرحاض: موجود ☐ غير موجود ☐

نوعه : حفرة بلدية ☐ سيفون ☐ حفرة مصاص ☐ حفرة سطحية ☐ في العراء ☐

إذا كانت الإجابة في العراء حدد المكان).....

واقرب مصدر مياه اليه (ان وجد) :.....

المرحاض (ان وجد) هل هو مصدر لتوالد الذباب بالمنزل: نعم ☐ لا ☐

2. المطبخ: : موجود ☐ غير موجود ☐

مكان تخزين الطعام : مكشوف ☐ مغطى ☐ غير موجود ☐

الإجراءات الوقائية التي تم اتخاذها

1. في حالة الاسهال المائي الحاد ، الدسنتاريا ،

التيفوئيد

■ جرعة وقائية للمخالطين: نعم ☐ لا ☐

■ رش وتطهير المنزل: نعم ☐ لا ☐

■ كلورة المياه: نعم ☐ لا ☐

■ إصحاح البيئة: نعم ☐ لا ☐

■ الكشف على بائعي الأطعمة: نعم ☐ لا ☐

■ تفعيل القانون: نعم ☐ لا ☐

■ رفع الوعي الصحي: نعم ☐ لا ☐

■ تفعيل المجتمع المحلي: نعم ☐ لا ☐

■ الرصد و التقصى المرضى: نعم ☐ لا ☐

رقم	الاجراءات	المستهدف	المنفذ	ملاحظات
1	التقصي النشط عن حالات جديدة (ان وجدت)	() حالة	() زيارة	
2	جرعة وقائية للمخالطين	منزل المريض	() مخالط	() مخالط
		بالمنازل المجاورة	() مخالط	() مخالط
3	الرش والتطهير	منزل المريض	1	تم ☐ لم يتم ☐
		المنازل المجاورة	() منزل	() منزل
4	كلورة المياه (ان لم تكن مكلورة)			
5	التقفيص الصحي (عدد المنازل)			

الخلاصة

التشخيص:.....

مما سبق اتضح ان مصدر العدوى المتوقع هو :

يوجد احتمال لانتقال المرض لآخرين ، و علاقتههم بالمرض هي :

مكان اقامتهم :

ملاحظات :

2. في حالة تسمم الطعام

3. اخذ عينات لمعرفة المصدر: نعم ☐ لا ☐

4. علاج الحالات المختبئة: نعم ☐ لا ☐

5. تفعيل القانون واللوائح: نعم ☐ لا ☐

6. الكشف الطبي على بائعي الأطعمة وتكثيف رقابة الاطعمة: نعم ☐ لا ☐

7. التنسيق مع الجهات الأخرى مثل وزارة الصناعة ووزارة الزراعة (استعمال الكيماويات) : نعم ☐ لا ☐



استمارة تقصي حالة حمى نزفية



رقم الاستمارة

التاريخ

الولاية

المحلية :

الوحدة الادارية :

القطاع :

العنوان بالتفصيل : (المدينة \ القرية) : الحي :

حدد المرض المنتقصي عنه:

الملاريا () حمى الضنك النزفية () حمى الوادي المتصدع () الحمى الراجعة ()

حمى القرم الكونغولية () الحمى الصفراء () حمى لاسا () حمى الايبولا ()

التاريخ المرضي:

8. تاريخ الشعور: / /

9. تاريخ الدخول: / /

مكان/ اماكن العلاج _ العزل :

اسم الكادر المعالج :

وظيفته :

10. تاريخ التبليغ : / /

اسم المبلغ :

رقم الهاتف:

11. تاريخ التحري : / /

اسم المتحري :

رقم الهاتف:

12. تاريخ الخروج : / /

13. تاريخ وزمن الوفاة (ان حدث) : / /

14. تاريخ الهروب (ان حدث): / /

اجراءات تمت في حالة الهروب.....

البيانات الشخصية :

10. الاسم (رباعي) :

.....

11. العمر :

12. النوع : ذكر ☐ انثى ☐

13. القبيلة :

14. الحالة الاجتماعية : عازب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ ارمل ☐

15. المستوى التعليمي : صغير ☐ امي ☐ خلوة ☐ اساس ☐

ثانوي ☐ جامعي ☐ غير ذلك : حدد

16. المهنة :

17. مكان العمل (بالتفصيل) :

18. رقم الهاتف:

19. اذا كان للمهنة علاقة بالحيوان : نعم لا

a. نوع الحيوان : ضان ☐ ماعز ☐ ابقار ☐ ابل ☐

اخرى : حدد

b. عدد القطيع (اذا وجد) :

- هل خالط المريض شخص/ اشخاص يشكو من حمى ☐ نزيف ☐
- حمى و نزيف ☐

اذكر بيانات الشخص المخالط :

4. اسم الشخص:

5. المكان :

6. الزمان :



إستمارة تقصي متلازمة اليرقان الحاد



رقم الاستمارة

التاريخ

الولاية

المحلية :

الوحدة الادارية :

القطاع :

العنوان بالتفصيل : (المدينة \ القرية) : الحي : المربع :

تلفون :/.....

حدد المرض المنتقضي عنه:

اللولبيات المعوية ()

التهاب الكبد الفيروسي الحاد ()

الحمي الصفراء ()

التاريخ المرضي:

15. تاريخ الشعور : / /

16. تاريخ الدخول : / /

مكان/ اماكن العلاج _ العزل :

اسم الكادر المعالج :

وظيفته :

17. تاريخ التبليغ : / /

اسم المبلغ :

رقم الهاتف:

18. تاريخ التحري : / /

اسم المتحري :

رقم الهاتف:

19. تاريخ الخروج : / /

20. تاريخ وزمن الوفاة (ان حدثت) : / /

.....

البيانات الشخصية :

20. الاسم (رباعي) :

21. اسم الام:

22. العمر :

23. النوع : ذكر ☐ انثى ☐

24. القبيلة :

25. الحالة الاجتماعية : عازب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ ارمل ☐

26. المستوى التعليمي : صغير ☐ امني ☐ خلوة ☐ اساس ☐

ثانوي ☐ جامعي ☐ غير ذلك : حدد

27. المهنة :

28. مكان العمل (بالتفصيل) :

العلامات:

الحالة العامة للمريض

النبض..... درجة الحرارة الضغط درجة فقدان السوائل

يوجد جفاف ☐ نعم ☐ لا شديد.....متوسط.....خفيف.....

يوجد نزيف ☐ نعم ☐ لا

الأنف..... اللثة مكان الحقن.....

يوجد يرقان ☐ نعم ☐ لا

تضخم الكبد ☐ نعم ☐ لا أخرى.....

GLASGOW—COMASCALE	الدرجة
يعي كل شيء وواضح التفكير	
يستجيب للاستئلة في غير وضوح	
متشابه الأفكار وغير ملم بما حول	
فاقد الوعي ولكنه يستجيب للوخز والمس	
فاقد الوعي تماما	

حساب كمية البول.....

. التشخيص الأولى.....

الأعراض:

تاريخ بداية المرض يوم.....شهر.....سنة.....

تاريخ حضور المريض للوحدة الصحية

طعام	نعم	لا	فقدان شهية	نعم	لا
طراش	نعم	لا	آلام المفاصل	نعم	لا
فتور عام	نعم	لا	حمى	نعم	لا
احمرار البول	نعم	لا	الام عضلات	نعم	لا
اصفرار العيون والانسجة	المخاطية(يرقان)				
نعم	لا				
كحة	نعم	لا			
ضيق في التنفس	نعم	لا			
طفح جلدى	نعم	لا			
صداع	نعم	لا			
احمرار في العيون	نعم	لا			
نقص كمية البول	نعم	لا			
هذيان	نعم	لا			
تشنجات	نعم	لا			
دم في اللعاب	نعم	لا			
نزيف	نعم	لا			

صف النزيف.....

أخرى :

الاصابة بيرقان سابقاً ؟ ☐ لا ☐ نعم

متى ؟

معلومات حول المريض :

في حالة الحمى الصفراء

هل تطعم ضد الحمى الصفراء ☐ نعم ☐ لا ☐

متى تطعم؟..... أين تطعم؟.....

هل سافر المرض خلال العشرة ايام السابقة خارج منطقته نعم ☐ لا ☐

إذا كانت الإجابة بنعم حدد.....

هل يوجد حمل ؟ ☐ نعم ☐ لا

في حالة التهاب الكبد الفيروسي

- هل تطعم المريض ضد التهاب الكبد الفيروسي ☐ نعم ☐ لا

- اذا كانت الاجابة : نعم ما نوع المصل؟.....

متى تطعم؟..... أين تطعم؟.....

ولأى الفيروسات تم التطعيم؟.....

في حالة اللولبيات المعوية

هل توجد اصابة حديثة بمرض \ جرح جلدى ☐ نعم ☐ لا

مصدر العدوى: (حالة الحمى الصفراء ، التهاب الكبد الفيروسي ، اللولبيات المعوية)

- هل خالط المريض شخص/ اشخاص مصابين (حالة مؤكدة أو محتملة) في مسافة متر أو اقل: نعم ☐ لا ☐
 - إذا كانت الاجابة بنعم حدد :
 - اسم الشخص:
 - اذكر التاريخ:/...../.....
 - اذكر المنطقة :
 - اذكر اسماء مخالطي المريض
 - الاسم.....العمر.....النوع.....السكن.....
 - الاسم.....العمر.....النوع.....السكن.....
 - الاسم.....العمر.....النوع.....السكن.....
 - هل ظهرت على اي من مخالطي المريض علامات المرض: نعم ☐ لا ☐
 - إذا سافر المريض داخل البلاد خلال الشهر الذين سبقا الشعور بالمرض:
 - جهة القدوم (الولاية / المنطقة):
 - تاريخ المغادرة:/...../.....
 - المناطق التي مر بها أثناء الرحلة
 - : هل خالط المريض اى فئات أخرى (مدرسة أو مؤسسة أخرى) نعم ☐ لا ☐
 - هل يوجد بعوض بالمنطقة؟ نعم ☐ لا ☐
 - في حالة اللولبيات المعوية المصدر المحتمل للتلوث:
1. الأراضي الزراعية
 2. الأرض الموحلة
 3. مصدر آخر متعلق بالمياه (الصرف الصحي ، الري)
 4. تربية الحيوانات والبيطرية
 5. غير ذلك (حد).....
 6. البول أو غيره من سوائل الحيوانات المصابة (باستثناء اللعاب).
 7. الماء أو التربة أو الأغذية الملوثة ببول الحيوانات المصابة.
 8. هل توجد وجود قوارض في السكن / المنطقة ؟ نعم ☐ لا ☐
- حدد:

الفحص المعملي

في حالة الحمى الصفراء

هل تم اخذ عينات نعم ☐ لا ☐

الفحوصات	تاريخ اخذ كل عينة	نتيجة الفحص(+، -)
للملاريا		
فحص ال PCR		
التشخيص المصلي للفيروس		

الدم للبولينا والكرياتينين.....
 البول - البيومين.....
 الدم الكامل.....
 الدم في البول.....

في حالة لتهاب الكبد الفيروسي

صبغة بابل بالبول نعم ☐ لا ☐ تقدير التركيز:.....
 زراعة الدم.....
 وظائف الكبد : يوجد إعتلال نعم ☐ لا ☐
 - الفحص المصلي للفيروس : نوعه :
 النتيجة :

- VHA : ايجابي ☐ سلبي ☐
- VHB : ايجابي ☐ سلبي ☐
- VHC : ايجابي ☐ سلبي ☐
- VHD : ايجابي ☐ سلبي ☐
- VHE : ايجابي ☐ سلبي ☐

في حالة اللولبيات المعوية

هل تم اخذ عينات نعم ☐ لا ☐

إذا نعم:

الفحوصات	الدم	البول	سوائل الجسم الاخرى
الزراعة			

نتيجة الفحص.....

- فحص البول للبروتين (البيومين) نعم ☐ لا ☐
- فحص الدم المصلي نعم ☐ لا ☐

اذكر تاريخ اخذ العينة.....

التشخيص النهائي.....

العلاجات

تاريخ بداية العلاج.....

أنواع العلاجات التي تم أخذها (نوعها / جرعتها/ مدتها)

1.....

2.....

3.....

اذكر اسم الشخص الذى اشرف على العلاج ووظيفته.....

هل تحسن المريض اذكر ذلك.....

هل توفى المريض.....

السبب المباشر للوفاة.....

اذكر اسم الشخص الذى حرر شهادة الوفاة ووظيفته.....

في حالة التهاب الكبد الفيروسي

مصدر مياه الشرب

مواسير داخل البيوت ☐ موسير عامة بالقرية ☐ بئر ☐ ترعة ☐ أخرى (حدد).....

التخلص من فضلات الانسان

مرحاض صحي (كل الانواع) ☐ فى العراء ☐ أخرى.....

هل تم نقل دم اليك سابقاً

نعم ☐ لا ☐ فى حالة (نعم) حدد.....

خلال الستة أشهر السابقة هل تلقيت علاج عند طريق الحقن نعم ☐ لا ☐

كم عدد الحقن

هل الحقن ذات استعمال واحد نعم ☐ لا ☐

هل شاركت استعمال الحقن مع شخص اخر؟ نعم ☐ لا ☐

خلال العامين السابقين هل قمت بعمل

(أ) شلوخ نعم ☐ لا ☐ (ب) فصادة نعم ☐ لا ☐ (ج) وشم نعم ☐ لا ☐ ختان نعم ☐ لا ☐

(د) ممارسات متشابهة أخرى نعم ☐ لا ☐

فى حالة نعم حدد:.....

طريقة حفظ الماء فى المنزل :

طريقة حفظ الطعام بالمنزل :

هل تتناول عادة أطعمه فى الاماكن العامة :

اتصالات جنسيه متعددة نعم ☐ لا ☐

الإجراءات التي تم إتخاذها

عزل المريض نعم ☐ لا ☐

التطعيم نعم ☐ لا ☐

حملات الرش للبعوض نعم ☐ لا ☐

حملات التوعية الصحية نعم ☐ لا ☐

تفعيل المحاجر الصحية بالموانئ والمطارات نعم ☐ لا ☐

التعاون والتنسيق والجهود محلياً وإقليمياً ودولياً نعم ☐ لا ☐

توفير الدعم اللازم نعم ☐ لا ☐

تفعيل نظام الرصد والتقصى المرضى نعم ☐ لا ☐



استمارة تقصي متلازمة الامراض العصبية الحادة



رقم الاستمارة

الولاية	التاريخ
المحلية :	
الوحدة الادارية :	
القطاع :	
العنوان بالتفصيل (المدينة \ القرية) :	الحي :
رقم الهاتف	رقم هاتف اخر

حدد المرض المنتقصي عنه:	
☐ مرض السحائي (الفيروسي-البكتيري- الفطري-السلبي)	☐ داء السعير
☐ تيتانوس الكبار	☐ تيتانوس حديثي الولادة

التاريخ المرضي:	
21. تاريخ الشعور :	/ /
22. تاريخ الدخول :	/ /
مكان/ اماكن العلاج _ العزل :	
اسم الكادر المعالج :	
وظيفته :	
23. تاريخ التبليغ :	/ /
اسم المبلغ :	
رقم الهاتف :	
24. تاريخ التحري :	/ /
اسم المتحري :	
رقم الهاتف :	
25. تاريخ الخروج :	/ /
26. تاريخ وزمن الوفاة (ان حدث) :	/ /
في حالة الشلل الرخو الحاد:	
☐ حدد اذا كان للمريض شلل سابق / تشنجات /خلل عصبي نعم ☐ لا ☐	
☐ وضح هل الشلل حاد نعم ☐ لا ☐ غير معروف	
☐ هل الشلل رخو حاد نعم ☐ لا ☐ غير معروف	
☐ اذا لم يكن شلل رخو اوقف التقصي . حدد التشخيص اذا امكن:	
حدد اي مسببات اخرى واضحة بالاضافة لشلل الاطفال ادت لحدوث الشلل الرخو الحاد	
1.	
2.	
3.	

البيانات الشخصية :	
29. الاسم (رباعي) :	
30. اسم الام:	
31. العمر :	
32. النوع : ذكر ☐ انثى ☐	
33. القبيلة :	
34. الحالة الاجتماعية : عازب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ ارمل ☐	
35. المستوى التعليمي : صغير ☐ امي ☐ خلوة ☐ اساس ☐	
ثانوي ☐ جامعي ☐ غير ذلك : حدد	
36. المهنة :	
37. مكان العمل (بالتفصيل) :	

الحالة التطعيمية

- هل المريض تم تطعيمه ضد التتanos ☐ الشلل الرخو الحاد ☐
- السحائي ☐ لا اعرف ☐
- في حالة الايجاب ما هو عدد الجرعات ؟.....
- عدد الجرعات الاضافية من لقاح شلل الاطفال التى تلقاها اثناء الحملات
جرعة غير معروف
- تاريخ اخر جرعة من شلل الاطفال اليوم..... الشهر.....
السنة.....
- هل هناك اى شخص فى المسكن (بالاضافة للمريض) تلقى جرعة من
لقاح شلل الاطفال خلال 28 يوما قبل اصابة المريض بالشلل: نعم ☐ لا ☐
- غير معروف ☐

في حالة تيتانوس حديثى الولادة

- هل تم تطعيم الام ضد التتanos ؟ نعم ☐ لا ☐
- في حالة الايجابية بنعم
- ما هو عدد الجرعات ؟.....
○ تاريخ آخر جرعة
- هل اطلعت على سجل التطعيم ؟ نعم ☐ لا ☐
- هل تلقت الام رعاية اثناء الحمل ؟ نعم ☐ لا ☐
- في حالة الايجابية بنعم
- اذكر المكان والتواريخ.....
- هل ترددت الام على المرفق الصحي لسبب اخر غير تلقي الرعاية اثناء الحمل ؟
نعم ☐ لا ☐
- في حالة الايجاب وضح اسباب الزيارة

إذا لم يكن هنالك سبب اخر للشلل الرخو استمر في القصص

- هل سافر المريض اكثر من 10 كيلو مترات من المنزل خلال 28 يوما قبل
حدوث الشلل
- نعم لا غير معروف
- إذا كانت الاجابة بنعم حدد
.....السنة.....من اليوم.....الشهر.....
.....السنة.....الى اليوم.....الشهر.....
- حددالمكان.....الولاية.....المحلية.....
- هل هنالك حالات لشلل الرخو الحاد فى مجتمع المريض خلال 60 يوما من
اصابة المريض

☐ غير معروف ☐ نعم ☐ لا

في حالة السعور :

- تاريخ العضة : اليوم الشهرالسنة.....
- نوع الحيوان.....
- هل الحيوان: أليف ☐ ضال ☐
- هل الحيوان مطعم : نعم ☐ لا ☐
- مصير الحيوان : حي ☐ مات او قتل ☐ غير معروف ☐
- هل توجد حالات عضة حيوان أخرى بالمنطقة؟ نعم ☐ لا ☐

في حالة تيتانوس الكبار:

- هل اصيب المريض بجرح سطحي نعم ☐ لا ☐
- هل اصيب المريض بحروق سطحية؟ نعم ☐ لا ☐
- هل تعرض المريض لعضة من حيوان؟ نعم ☐ لا ☐
- هل تم اجراء عملية مفتوحة للمريض نعم ☐ لا ☐
- إذا كانت الاجابة بنعم اذكر اسم وعنوان المؤسسة :
.....
- اذكر الغرض من العملية التي اجراها المريض؟.....
- هل تعرض المريض لوخز بالابر؟ نعم ☐ لا ☐ :
إذا كانت الاجابة بنعم اذكر السبب؟.....

في حالة تيتانوس حديثى الولادة

- اين ولد الطفل؟ المستشفى؟ بالمنزل / امكنة أخرى
.....
- إذا تمت الولادة بإحدى المؤسسات الصحية اذكر اسم وعنوان المؤسسة
.....
- في حالة تمت الولادة بمساعدة قابلة اذكر اسمها وعنوانها
.....

الاعراض

- حمي نعم ☐ لا ☐
- صداع نعم ☐ لا ☐
- هزال بالجسم نعم ☐ لا ☐
- الآم بعضلات البطن نعم ☐ لا ☐
- صعوبة عند البلع نعم ☐ لا ☐
- تشنجات نعم ☐ لا ☐
- شلل نعم ☐ لا ☐
- طمام نعم ☐ لا ☐
- طراش (قي) نعم ☐ لا ☐
- رفض الرضاعة نعم ☐ لا ☐
- تغيرات في الاحساس في مكان العضة (في حالة عضة الحيوان) نعم ☐ لا ☐
- خوف من الماء نعم ☐ لا ☐
- هذيان نعم ☐ لا ☐
- تصلب بالعنق نعم ☐ لا ☐

العلامات

- فقدان السوائل حاد ☐ متوسط ☐ خفيف ☐
- تصلب العنق نعم ☐ لا ☐
- علامة كريبنق ايجابية نعم ☐ لا ☐
- وجود تشنجات نعم ☐ لا ☐
- بروز اليافوخ عند الاطفال نعم ☐ لا ☐
- خروج السائل النخاعي تحت ضغط اعلى عند عمل بزل الظهر نعم ☐ لا ☐
- لون السائل النخاعي عكر أو صديدي نعم ☐ لا ☐

العلامات

- الحالة العامة للمريض: جيدة ☐ متوسطة ☐ غير جيدة ☐
- درجة الحرارة : النبضالضغط
- وجود جرح ملتهب نعم ☐ لا ☐
- صعوبة في فتح الفك نعم ☐ لا ☐
- تيبس الرقبة والظهر نعم ☐ لا ☐
- الخوف من الاضاءة نعم ☐ لا ☐
- الخوف من الضجيج نعم ☐ لا ☐
- وجود بسملة ساردينية في وجه المريض نعم ☐ لا ☐

- يعي كل شئ وواضح التفكير ()
- يستجيب للاستئلة في غير وضوح ()
- متشاكب الأفكار وغير ملم بما حوله ()
- فاقد الوعي ولكنه يستجيب للوخز والمس ()
- فاقد الوعي تماما ()

في حالة تيتانوس حديثي الولادة حدد ايضا

- هل قام الطفل بالرضاعة والصراخ بطريقة طبيعية في أول يومين من ميلاده نعم ☐ لا ☐
- في حالة الاجابة بالنفي وضح السبب :
- هل عانى بعد ذلك الطفل من مشكلة في الرضاعة ؟ نعم ☐ لا ☐
- في حالة الاجاب وضح السبب :

في حالة الشلل الرخو الحاد

- هل الشلل غير متناظر ؟ (ليس بنفس المستوى على الجانبين او الطرفين)
- مكان حدوث الشلل:-

- نعم ☐ لا ☐ الرجل اليسرى
- نعم ☐ لا ☐ الرجل اليمنى
- نعم ☐ لا ☐ الذراع الايسر
- نعم ☐ لا ☐ الذراع الايمن
- نعم ☐ لا ☐ عضلات التنفس
- نعم ☐ لا ☐ عضلات العنق
- نعم ☐ لا ☐ عضلات الوجه

- اين مكان الشلل في الذراعين ؟
- في الجزء الاعلى ☐ في الجزء الاسفل ☐ معا ☐ غير معروف ☐
- اين مكان الشلل في الرجلين ؟
- في الجزء الاعلى ☐ في الجزء الاسفل ☐ معا ☐ غير معروف ☐
- هل يوجد اي تغيرات في الاحساس ؟
- فقدان احساس ☐ تنميل ☐ خدر ☐

التشخيص الأولى :

في حالة التيتانوس بنوعيه

- فحص الدم الابيض؟
- نتيجة.....
- الفحص المصلي للجسام المضادة
- نعم ☐ لا ☐
- نتيجة.....

- تزرع الميكروب
- نعم ☐ لا ☐
- نتيجة.....
- فحوصات اخرى

في حالة السعر

- هل اخذت عينة (من دماغ الحيوان) : نعم ☐ لا ☐
- نتيجة فحص الحيوان : ايجابي ☐ سلبي ☐

التشخيص النهائي للحالة

في حالة التهاب السحايا البائي

- بذل الظهر نعم ☐ لا ☐
- تاريخ الاخذ.....
- تاريخ الارسال.....

النتيجة

- السكر.....
- البروتين.....
- الخلايا البيضاء ونوعها.....
- نتيجة صبغة الجرام.....
- زراعة السائل النخاعي نعم ☐ لا ☐
- متي اخذ.....

سلبي ☐ الفحص ايجابي ☐ نتيجة

الميكروب..... نوع

:السحائية للمكورات المصلية النوع

☐ W135 ☐ A ☐ B ☐ C

- أي مايكروب غير المكورات السحائية.....

الفحوصات

في حالة الشلل الرخو الحاد

جمع عيني براز خلال 14 يوم منذ تاريخ الشعور بالاعراض يفصل بينهما 24 ساعة علي

الأقل

- تاريخ الأولي جمع عينة الفسحة
- تاريخ الثاني جمع عينة الفسحة
- تم جمع العينتين خلال 14 يوم منذ تاريخ الشعور بالاعراض نعم ☐ لا ☐
- بين العينتين 24 ساعة علي الأقل نعم ☐ لا ☐
- الكمية كافية (الكمية المطلوبة على الأقل 8 جرام اي مايعادل صفيرين من الابهام) نعم ☐ لا ☐
- اسم الشخص المسئول عن جمع وارسال العينات
- تاريخ ارسال العينات
- تاريخ استلام العينات
- تاريخ استلام النتيجة
- المتابعة بعد 60 يوم من الشلل الرخو الحاد: تاريخ المتابعة
- توفى ☐ لا يوجد ضعف متبقى ☐ نتيجة المتابعة: ضعف متبقى ☐ سافر ☐

العلاجات

- تاريخ بداية العلاج
- هل تم علاج الحالة بالمستشفى / الوحدة الصحية نعم ☐ لا ☐
- العلاجات التي أعطيت
- نوعها
- جرعتها
- مدتها
- هل حدث للمريض مضاعفات نعم ☐ لا ☐
- إذا كانت الإجابة بنعم
- اذكر ذلك
- بعد المضاعفات اذكر العلاجات التي اخذها المريض

في حالة السعر

- هل تم تنظيف فوري للجرح نعم ☐ لا ☐
- هل اخذ اللقاح نعم ☐ لا ☐
- نوع اللقاح:
- هل اخذ المصل نعم ☐ لا ☐
- نتيجة العلاج توفي ☐ حي ☐

في حالة السحائي

- هل تم تغير العلاج بعد ظهور نتيجة الزراعة والحساسية: نعم ☐ لا ☐
- إذا تم تغيير العلاج اذكر العلاجات التي أعطيت (نوعها/ جرعتها / مدتها)
- درجة استجابة المريض للعلاج: شفى ☐ توفي ☐
- تاريخ الوفاة:
- هل حدث للمريض أي مضاعفات من مرض السحائي نعم ☐ لا ☐
- إذا كانت الإجابة بنعم اذكر المضاعفات

وجود حالات مشابهة

- هل توجد حالات اخري مشابهة بالمنطقة: نعم ☐ لا ☐
- إذا كانت الإجابة بنعم حدد: سجل كل الحالات الموجودة كالآتي:

الاسم	العمر	النوع	الحالة العامة حي/ميت	الحالة التطعيمية	عدد الجرعات		العنوان
					روتين	حملة	
1.							
2.							
3.							

المخالطون

في حالة الشلل

الاسم	الصلة بالمريض	تاريخ الميلاد	عدد جرعات OPV التي تم أخذها	تاريخ آخر جرعة OPV	عينات البراز		
					تاريخ العينة	جمع	تاريخ الإرسال للمعمل
1.							
2.							
3.							

المخالطون

في حالة السعير

- عدد الذين تعرضوا للعب الكلب :
- عدد الذين تعرضوا للعض من المريض :

الاجراءات الوقائية :

- 1/ حملات إبادة للكلاب الضالة .
- 2/ التلقيح الوقائي للكلاب والقطط التي لها اصحاب .
- 3/ تفعيل نظام التقصي المرضي .
- 4/ مراقبة الكلاب والقطط بعد عضها للانسان ومتابعة ظهور المرض عليها لفترة 10 ايام .
- 5/ تطعيم العاملين المعرضين (مثل البيطريين وحرس الصيد وبعض العاملين في المختبرات الطبية) .
- 6/ إبلاغ السلطات المحلية عند تشخيص المرض .
- 7/ التوعية الصحية .
- 8/ عزل المريض .
- 9/ تطعيم المخالطين المباشرين .
- 10/ توفير الامكانيات والدعم اللازم .

مخالطون السحائي والتيتانوس

وجود حالات مشابهة:

هل توجد حالات مشابهة بالمسكن نعم لا اذا كانت الاجابة بنعم

الاسم العمر النوع حالة التطعيم

.....
.....

التشخيص النهائي

ماهي الاجراءات اللازم اتخاذها لتجنب حدوث حالات مشابهة في المستقبل؟

.....
.....
.....
.....
.....



استمارة تفصي متلازمة الامراض التنفسية



رقم الاستمارة

الولاية	التاريخ
البلدية :	
الوحدة الادارية :	
القطاع :	
العنوان بالتفصيل : (المدينة \ القرية) :	الحي :
البريد :	
الهاتف :	

حدد المرض المتفصي عنه:

☐ السعال الديكي	☐ السل (لدرن)	☐ الحصبة	☐ الطاعون الرئوي	☐ سارس	☐ الجذرة الخبيثة
☐ دفتريا	☐ انفلونزا حادة				

التاريخ المرضي: 27. تاريخ الشعور: / / 28. تاريخ الدخول: / / مكان/ اماكن العلاج _ العزل : اسم الكادر المعالج : وظيفته : 29. تاريخ التبليغ: / / اسم المبلغ : رقم الهاتف: 30. تاريخ التحري: / / اسم المتحري : رقم الهاتف: 31. تاريخ الخروج: / / 32. تاريخ وزمن الوفاة (ان حدثت) : / / تاريخ الهروب (ان حدث): / / اجراءات تمت في حالة الهروب	البيانات الشخصية : 38. الاسم (رباعي) : 39. اسم الام: 40. العمر : 41. النوع : ذكر ☐ انثى ☐ 42. القبيلة : 43. الحالة الاجتماعية : عازب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ ارمل ☐ 44. المستوى التعليمي : صغير ☐ امي ☐ خلوة ☐ اساس ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐ غير ذلك : حدد 45. المهنة : 46. مكان العمل (بالتفصيل) :
--	--

الأعراض:

حمى	سعال	ضيق في التنفس	الم بالحلق	عطس	صداع	طمام	استفراغ
الآم بالعضلات	الآم بالمفاصل	تشنجات	اضطراب الوعي	إسهال			
احمرار بالأعين	تقرحات بالجلد	تشنجات ☐	أخرى حدد (.....)				

العلامات:

- درجة الحرارة
- معدل التنفس: / دقيقة
- النبض: / دقيقة
- قياس الضغط:
- وزن المريض
- طفح جلدي ☐ نعم ☐ لا
- تضخم الغدد الليمفاوية ☐ نعم ☐ لا
- تقرح الفم ☐ نعم ☐ لا
- تقرح المرئ ☐ نعم ☐ لا
- تسهم عام ☐ نعم ☐ لا
- وجود دم في التفاف ☐ نعم ☐ لا

مصدر العدوى:

- هل خالط المريض شخص / اشخاص مصابين (حالة مؤكدة أو محتملة) في مسافة متر أو أقل:
- ☐ نعم ☐ لا
- اذا كانت الاجابة بنعم حدد :
- اسم الشخص:
- اذكر التاريخ:/...../.....
- اذكر المنطقة:
- عدد المخالطين:
- هل لدى المريض أعمال مرتبطة بحيوانات ؟ : ☐ نعم ☐ لا
- اذا كانت الاجابة بنعم حدد:

هل توجد حيوانات بالمنزل ☐ نعم ☐ لا

اذا كانت الاجابة بنعم

حدد نوع الحيوان : ☐ ضان ☐ ماعز ☐ ابقار ☐ ابل ☐ طيور ☐ خنزير ☐ اخرى : حدد

عدد القطيع (اذا وجد) :

- اذكر التاريخ:/...../.....
- اذكر المنطقة:
- هل يوجد نفوق وسط الحيوانات :
- ☐ نعم ☐ كم عددها :
- هل يوجد اجهاض وسط الحيوانات :
- ☐ نعم ☐ كم عددها :
- هل قام المريض بالتعامل مع حيوان مريض او ميت ؟ ☐ نعم ☐ لا
- هل قام المريض بذبح او سلخ حيوان؟ ☐ نعم ☐ لا
- هل تناول المريض اي لحوم لحيوان ذبح لانه مريض ؟ ☐ نعم ☐ لا
- هل تعامل المريض مع حيوان لدية حمرة خبيثة: ☐ نعم ☐ لا
- اذا كانت الاجابة بنعم حدد :
- التاريخ:/...../.....
- المنطقة:

خلال الثلاث اشهر التي سبقت الشعور بالمرض هل تناول المريض منتجات حيوانية نية؟

نعم ☐ لا ☐ لا اعرف

اذا كانت الاجابة بنعم اذكرها (لبن, لحم, ...)

الحالة التطعيمية

- هل يوجد كرت تطعيم : نعم () لا ()
- اذا كانت الاجابة نعم حدد عدد جرعات اللقاح للثلاثي / الخماسي التي تم اخذها.....
- هل المريض تم تطعيمه ضد السل ؟ ☐ نعم ☐ لا
- لا اعرف ☐
- هل المريض تم تطعيمه ضد الحصبة ؟ ☐ نعم ☐ لا
- لا اعرف ☐
- هل المريض تم تطعيمه ضد اللانفلونزا ؟
- نعم ☐ لا ☐ لا اعرف

تاريخ السفر

إذا سافر المريض خارج البلاد خلال الأسبوعين الذين سبقا الشعور بالمرض:

ملاحظات	وسيلة السفر	هل توجد إصابات في المنطقة أو الدولة التي أتى منها أو مر خلالها بين:						تاريخ الوصول	دولة الوصول	تاريخ العبور	الدول التي عبرها خلال الرحلة	تاريخ المغادرة	دولة القدوم
		الطيور		الحيوانات		البشر							
		لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم						

بيانات الرحلة:

اسم الشركة الناقلة:

رقم الرحلة:

رقم المقعد:

إذا سافر المريض داخل البلاد خلال الأسبوعين الذين سبقا الشعور بالمرض:

- جهة القدوم (الولاية / المنطقة):
- تاريخ المغادرة:/...../.....
- المناطق التي مر بها أثناء الرحلة:

.....

الفحوصات المعملية

تاريخ اخذ العينة:

نوع العينة

مسحة الأنف / مسحة الحلق / البلعوم
مسحة الأنف / البلعوم عينة من اللعاب
عينة من الدم عينة من البول
عينة من البراز عينة من الغدد الليمفاوية

نوع الفحص

فحص مجهري للدم
النتيجة:

فحص مجهري للغدد الليمفاوية
النتيجة:

فحص مجهري لللعاب
النتيجة:

تحديد النوع المصلي للفيروس
النتيجة: إيجابي سلبي

النوع المصلي للفيروس:

الفحص المصلي للأجسام المضادة
النتيجة:

توزيع الدم
النتيجة:

توزيع اللعاب
النتيجة:

المخالطين

هل خالط المريض شخص / اشخاص مسافة متر أو اقل: نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم حدد:

اسم الشخص:

أذكر التاريخ:/...../.....

أذكر المنطقة:

عدد المخالطين:

هل ظهرت على أي منهم علامات المرض: نعم لا

هل هناك أي حالة مشابه حدثت للمخالطين

الاسم: العمر: النوع: السكن:

الاسم: العمر: النوع: السكن:

الاسم: العمر: النوع: السكن:

هل عمل المريض في تقديم الخدمات الصحية للمصابين: نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم حدد

• نوع الخدمات الصحية:

خدمات علاج خدمات تشخيص معملية

تقصي □ أخرى حدد (.....)

• أذكر التاريخ:/...../.....

• أذكر المنطقة:

هل لدى المريض أعمال مرتبطة بحيوانات معرضة لخطر الإصابة بالمرض: نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم حدد

• أذكر التاريخ:/...../.....

• أذكر المنطقة:

التشخيص الأولي

.....

الفحوصات

فحص PCR :

اليجابي سلبي
هل تم عزل الفيروس ؟ نعم لا
اذكر نوع الفيروس:
هل تم اجراء فحص السيلين الجلدي ؟ نعم لا

فحوصات الانفلونزا

فحص تحديد المجموعة A للأنفلونزا : ايجابي سلبي
فحص تحديد النوع المصلي ؟ ايجابي سلبي
النوع المصلي لفيروس.....
فحص تحديد النوع المصلي الفرعي ؟ ايجابي سلبي
النوع المصلي الفرعي.....
لفيروس.....

TWBCs

هل تم اخذ صورة أشعة للصدر؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم صف الموجودات:.....
التشخيص النهائي.....

العلاجات:

- أكسجين الجرعة:.....
- تنفس صناعي نعم لا
- خافض حرارة الجرعة:.....
- مضادات فيروسية:.....

• مضادات حيوية :

معلومات عامة عن المنزل:

- هل توجد اوساخ او مخلفات في ارجاء المنزل: نعم لا
- هل توجد فقران في المنزل؟ نعم لا
- مكان لجمع القمامة : موجود غير موجود
- في حالة وجوده : مكشوف مغطى
- عدد أفراد الأسرة
- الحالة العامة للمنزل
- جيدة متوسطة غير جيدة
- مساحة المنزل.....
- عدد الغرف
- حالة التهوية بالمنزل جيدة متوسطة غير جيدة

■ ماهي الاجراءات التي اتخذت لاحتواء المرض

.....
.....

■ التشخيص النهائي

■ ماهي الاجراءات اللازم اتخاذها لتجنب حدوث حالات مشابهة في المستقبل؟

.....
.....
.....