

**اسم البلد****الحمى الفيروسية النزفية  
استمارة التحقيق بالحالة**تفشي الرقم  
التعريف للحالة:الصحة المنشأة  
الرقم التعريف للحالة:

تاريخ تقرير الحالة: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة)

**معلومات المريض****القسم 1-**

لقب المريض: \_\_\_\_\_ الأسماء الأخرى: \_\_\_\_\_ العمر \_\_\_\_\_ سنة □ شهر □

النوع: ذكر □ أنثى □ رقم هاتف المريض/فرد الأسرة: \_\_\_\_\_ صاحب الهاتف: \_\_\_\_\_

حالة المريض في وقت تقرير الحالة هذا: □ على قيد الحياة □ متوفى □ في حال الوفاة، تاريخ الوفاة: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة)

عنوان الإقامة الدائم:

رَبِّ المنزل: \_\_\_\_\_ البلدة/القرية: \_\_\_\_\_ الأبرشية: \_\_\_\_\_

بلد الإقامة: \_\_\_\_\_ المنطقة: \_\_\_\_\_ المقاطعة الفرعية: \_\_\_\_\_

المهنة:

- مزارع □ لحام □ صياد/تاجر لحومصيد □ عامل منجم □ زعيم روحي □ ربة منزل □ تلميذ/طالب □ طفل □  
 □ رجل/سيدة أعمال؛ نوع العمل: \_\_\_\_\_ ناقل؛ نوع النقل: \_\_\_\_\_  
 □ عامل رعاية صحية؛ الوظيفة: \_\_\_\_\_ منشأةالرعاية الصحية: \_\_\_\_\_ معالج تقليدي/روحي □  
 □ وظيفة أخرى؛ الرجاء تحديد المهنة: \_\_\_\_\_

الموقع الذي أصبح فيه المصاب مريضاً:

البلدة/القرية: \_\_\_\_\_ المنطقة: \_\_\_\_\_ المقاطعة الفرعية: \_\_\_\_\_

إحداثيات نظام تحديد المواقع في المنزل: خط العرض: \_\_\_\_\_ خط الطول: \_\_\_\_\_

في حال اختلف عن عنوان الإقامة الدائم، تواريخ الإقامة في هذا العنوان: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة)

**العلامات والأعراض السريرية****القسم 2-**

تاريخ بدء الأعراض الرئيسية: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة)

الرجاء وضع علامة عند الإجابة بشأن الأعراض كلها وقم بتحديد ما إذا حدثت في خلال هذه الإصابة بين بدء الأعراض والتحقق من الحالة:

|  |  |
|--|--|
| نزف غير مبرر من أي مكان<br>في حال أجبت بنعم: | الحمى<br>في حال أجبت بنعم، الحرارة: _____ درجة مئوية المصدر: □ إبطي □ فموي □ في المستقيم |
| نزف اللثة                                    | القيء/الغثيان  |
| نزف من مكان الحقن                            | الإسهال  |
| نزف الأنف (الزغاف)                           | الإرهاق الشديد/ضعف عام   |
| براز مع دم أو أسود (ميلينا)                  | مرض فقدان الشهية   |
| دم طازج/أحمر في القيء (القيء الدموي)         | الآم في البطن  |
| دم مهضوم/"حبيبات قهوة" في القيء              | الآم في الصدر  |
| خروج الدم عند السعال (نفث الدم)              | الآم في العضلات  |
| النزف من المهبل،                             | الآم في المفاصل  |
| غير الدورة الشهرية                           | صداع   |
| نزيف البشرة                                  | سعال   |
| (نمشات/كدمة)                                 | صعوبة في التنفس  |
| دم في البول (البيلة الدموية)                 | صعوبة في البلع   |
| أعراض نزف أخرى                               | احتقان في الحلق  |
| في حال أجبت بنعم، الرجاء التحديد: _____      | اليرقان (اصفرار العين/اللثة/الجلد)   |
| أعراض سريرية أخرى غير نزفية:                 | التهاب الملتحمة (احمرار العينين)   |
| في حال أجبت بنعم، الرجاء التحديد: _____      | الطفح الجلدي   |
|  | الفواق   |
|  | ألم خلف العينين/حساسية للضوء   |
|  | غيبوبة/فقدان الوعي   |
|  | ارتباك أو تشوش   |

يقتَرع عبء إعداد التقارير العامة من جمع المعلومات هذا بمتوسط 20 دقيقة لكل رد، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات، والبحث عن مصادر البيانات الموجودة، وجمع البيانات اللازمة وصيانتها، واستكمال جمع المعلومات ومراجعتها. لا يمكن لأي جهة أن تقوم بجمع معلومات، أو ترعى ذلك، ما لم تقدم رقم مراقبة OMB ساري المفعول حالياً، كما لا يكون أي شخص ملزماً بالاستجابة في حالة غير ذلك. قم بإرسال التعليقات بشأن تقدير العبء هذا أو أي وجه آخر من أوجه جمع المعلومات هذا، بما في ذلك اقتراحات تحويل هذا العبء إلى مسؤول تخليص التقارير، إلى: CDC/ATSDR, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333؛ عنابة: PRA 0920-XXXX.

### القسم 3- معلومات إدخال المريض للمستشفى

في وقت إعداد تقرير الحالة هذا، هل كان المريض في المستشفى أم يتم إدخاله حالياً إلى المستشفى؟ نعم  لا

في حال أجبت بنعم، تاريخ الإدخال إلى المستشفى: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة) اسم المنشأة الصحية:

البلدة/القرية: \_\_\_\_\_ المنطقة: \_\_\_\_\_ المقاطعة الفرعية: \_\_\_\_\_

هل المريض معزول أم يتم وضعه في العزل الآن؟ نعم  لا  في حال أجبت بنعم، تاريخ العزل: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة)

هل تم إدخال المريض إلى المستشفى أو هل زار زارت عيادة صحية من قبل بسبب هذا المرض؟ نعم  لا  غير معروف

في حال أجبت بنعم، الرجاء إكمال المعلومات الخاصة بكل إدخال سابق إلى المستشفى:

| هل كان المريض معزولاً؟                                      | المنطقة | البلدة | اسم المنشأة الصحية | تواريخ الإدخال إلى المستشفى                     |
|---|---------|--------|--------------------|---|
| نعم <input type="checkbox"/><br>لا <input type="checkbox"/> |         |        |                    | ____/____/____ - ____/____/____ (يوم، شهر، سنة) |
| نعم <input type="checkbox"/><br>لا <input type="checkbox"/> |         |        |                    | ____/____/____ - ____/____/____ (يوم، شهر، سنة) |

### القسم 4- عوامل الخطورة الوبائية والتعرض لها

في الشهر السابق قبل بدء الأعراض:

1- هل كان المريض على احتكاك بحالة معروفة أو مشتبه بها أو بشخص مريض قيل أن يُصاب بالمرض؟ نعم  لا  غير معروف

في حال أجبت بنعم، الرجاء إكمال المعلومات الخاصة بكل حالة مصدر مريض:

| اسم مصدر الحالة | العلاقة بالمريض | تواريخ التعرض (يوم، شهر، سنة)   | البلدة | المنطقة | هل كان الشخص ميتاً أم حياً؟                                      | أنواع الاحتكاك**                             |
|-----------------|-----------------|---------------------------------|--------|---------|--|--|
|                 |                 | ____/____/____ - ____/____/____ |        |         | حيّاً <input type="checkbox"/><br>ميتاً <input type="checkbox"/> | تاريخ الوفاة: ____/____/____ (يوم، شهر، سنة) |
|                 |                 | ____/____/____ - ____/____/____ |        |         | حيّاً <input type="checkbox"/><br>ميتاً <input type="checkbox"/> | تاريخ الوفاة: ____/____/____ (يوم، شهر، سنة) |
|                 |                 | ____/____/____ - ____/____/____ |        |         | حيّاً <input type="checkbox"/><br>ميتاً <input type="checkbox"/> | تاريخ الوفاة: ____/____/____ (يوم، شهر، سنة) |

\*\*أنواع الاحتكاك:  
(قم بإبراج كل ما ينطبق)  
1 - لمس سوائل جسد الحالة (الدم، القيء، اللعاب، البول، البراز)  
2 - احتكاك جسدي مباشر بجسم الحالة (حيّاً أو ميتاً)  
3 - لمس أو مشاركة شراشف السرير أو الملابس أو الصحن أو أدوات تناول الطعام مع الحالة  
4 - النوم أو تناول الطعام أو تمضية الوقت في نفس منزل أو غرفة الحالة

2- هل حضر المريض جنازة قيل إصابته بالمرض؟ نعم  لا  غير معروف

في حال أجبت بنعم، الرجاء إكمال المعلومات الخاصة بكل جنازة حضرها:

| اسم الشخص المتوفي | العلاقة بالمريض | تواريخ حضور الجنازة (يوم، شهر، سنة) | البلدة | المنطقة | هل شارك المريض (حمل الجثة أو لمسها)؟                     |
|-------------------|-----------------|-------------------------------------|--------|---------|--|
|                   |                 | ____/____/____ - ____/____/____     |        |         | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |
|                   |                 | ____/____/____ - ____/____/____     |        |         | نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> |

3- هل سافر المريض إلى خارج منزله أو بلدته/قريته قيل أن يُصاب بالمرض؟ نعم  لا  غير معروف

في حال أجبت بنعم، البلدة: \_\_\_\_\_ التاريخ أو التواريخ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة)

4- هل تم إدخال المريض إلى المستشفى أو هل قصد عيادة أو زار أحداً في المستشفى قيل هذا المرض؟ نعم  لا  غير معروف

في حال أجبت بنعم، المريض الذي تمت زيارته: \_\_\_\_\_ التاريخ أو التواريخ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة)

اسم المنشأة الصحية: \_\_\_\_\_ البلدة: \_\_\_\_\_ المنطقة: \_\_\_\_\_

5- هل استشار المريض معالجاً تقليدياً/روحياً قيل أن يُصاب بالمرض؟ نعم  لا  غير معروف

في حال أجبت بنعم، اسم المعالج: \_\_\_\_\_ البلدة: \_\_\_\_\_ المنطقة: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة)

6- هل كان المريض على احتكاك مباشر (صيد، لمس، أكل) بحيوانات أو لحم غير مطبوخ قيل أن يُصاب بالمرض؟ نعم  لا  غير معروف

في حال أجبت بنعم، قم بوضع علامة على كل ما ينطبق:

| الحيوان:   | الوضع (اختر واحدة فقط):       |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> الخفافيش أو براز/بول الخفافيش | <input type="checkbox"/> سليم |
| <input type="checkbox"/> الرنيسبات (الفردة)            | <input type="checkbox"/> سليم |
| <input type="checkbox"/> القوارض أو براز/بول القوارض   | <input type="checkbox"/> سليم |
| <input type="checkbox"/> الخنازير                      | <input type="checkbox"/> سليم |
| <input type="checkbox"/> الدجاج أو الطيور البرية       | <input type="checkbox"/> سليم |
| <input type="checkbox"/> الأبقار أو الماعز أو الأغنام  | <input type="checkbox"/> سليم |
| <input type="checkbox"/> حيوانات أخرى؛ ينبغي التحديد   | <input type="checkbox"/> سليم |

7- هل تعرض المريض للسعة فُرادة في خلال الأسبوعين الأخيرين؟ نعم  لا  غير معروف

## القسم 5- العينات السريرية والفحوصات المخبرية

### العيونة/تعليمات الشحن:

- مَيِّز العينة مع اسم المريض وتاريخ أخذ العينة والرقم التعريفي للحالة
- أرسل العينة باردة مع عبوة ثلج أو عبوة باردة بعد توضعها بشكل مناسب.
- قم بجمع الدم الكامل في أنبوب EDTA بنفسجي - يمكن قبول الأنايب الخضراء أو الحمراء إذا لم يكن اللون البنفسجي متوفراً
- حجم العينة المفضل = 4 ملل (حجم العينة الأدنى = 2 ملل)

هل سبق لهذا المريض أن تقدم بعينة؟  نعم  لا

### العيونة 1:

لا تستكمل  
معهد أوعندا لبحوث الفيروسات فقط

تاريخ أخذ العينة: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة)  
نوع العينة:

### العيونة 2:

لا تستكمل  
معهد أوعندا لبحوث الفيروسات فقط

تاريخ أخذ العينة: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة)  
نوع العينة:

- دم كامل  
 دم القلب بعد الوفاة  
 خزعة الجلد  
 نوع عينة آخر، الرجاء التحديد:

- دم كامل  
 دم القلب بعد الوفاة  
 خزعة الجلد  
 نوع عينة آخر، الرجاء التحديد:

## القسم 6- تم استكمال استمارة تقرير الحالة من قبل:

### الاسم:

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

### الوظيفة:

المنطقة: \_\_\_\_\_ المنشأة الصحية: \_\_\_\_\_

تم توفير المعلومات من قبل:  المريض  وكالة؛ في حال ثمة وكالة، الاسم: \_\_\_\_\_ العلاقة بالمريض: \_\_\_\_\_

### اسم الحالة:

تفشي  
الرقم التعريفي

\*\*في حال توفي المريض أو سبق أن تعافى من المرض، الرجاء استكمال القسم التالي.  
\*\*في حال كان المريض حالياً في المستشفى، اترك القسم التالي فارغاً (سيتم ملؤه عند إخرجه من المستشفى)

## القسم 7- معلومات نتائج المريض

الرجاء استكمال هذا القسم عند تعافي المريض وخروجه من المستشفى أو في وقت وفاة المريض.

تاريخ استكمال معلومات النتائج: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة)

وضع المريض النهائي:  حياً  ميتاً

هل أظهر المريض علامات نزف غير مبرر في أي وقت في خلال مرضه؟  نعم  لا  غير معروف

في حال أجبت بنعم، الرجاء التحديد: \_\_\_\_\_

### في حال تعافي المريض وخروجه من المستشفى:

اسم المستشفى التي خرج المريض منها: \_\_\_\_\_ المنطقة: \_\_\_\_\_

في حال تم عزل المريض، تاريخ إخرجه من قسم العزل: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة)

تاريخ الإخراج من المستشفى: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة)

### إذا كان المريض ميتاً:

تاريخ الوفاة: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة)

محل الوفاة:  المجتمع  المستشفى: \_\_\_\_\_ مكان آخر: \_\_\_\_\_

البلدة: \_\_\_\_\_ المنطقة: \_\_\_\_\_ المقاطعة الفرعية: \_\_\_\_\_

تاريخ الجنازة/الدفن: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة) تمت إقامة الجنازة من قبل:  الأسرة/المجتمع  فريق الدفن عند التفشي

تاريخ الجنازة/الدفن:

البلدة: \_\_\_\_\_ المنطقة: \_\_\_\_\_ المقاطعة الفرعية: \_\_\_\_\_

الرجاء وضع علامة عند الإجابة بشأن الأعراض كلها وقم بتحديد ما إذا حدثت في خلال هذه الإصابة، بما في ذلك التواجد في المستشفى:

|  |                          |     |                          |    |                          |           |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|-----------|
| الحمى  | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| في حال أجبت بنعم، الحرارة: _____ درجة مئوية المصدر: <input type="checkbox"/> إبطي <input type="checkbox"/> فموي <input type="checkbox"/> في المستقيم |                          |     |                          |    |                          |           |
| أقيء/الغثيان   | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| الإسهال  | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| الإرهاق الشديد/ضعف عام   | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| مرض فقدان الشهية   | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| آلام في البطن  | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| آلام في الصدر  | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| آلام في العضلات  | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| آلام في المفاصل  | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| صداع   | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| سعال   | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| صعوبة في التنفس  | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| صعوبة في البلع   | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| احتقان في الحلق  | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| البرقان (اصفرار العينين/اللثة/البشرة)  | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| التهاب الملتحمة (احمرار العينين)   | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| الطفح الجلدي   | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| الفواق   | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| ألم خلف العينين/حساسية للضوء   | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| غيبوبة/فقدان الوعي   | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |
| ارتباك أو تشوش   | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> | لا | <input type="checkbox"/> | غير معروف |

أعراض سريرية أخرى غير نزفية:  نعم  لا  غير معروف

في حال أجبت بنعم، الرجاء التحديد: \_\_\_\_\_