

**عمال الرعاية الصحية وخطر التعرض لمرض فيروس إيبولا:**  
**استمارة تقديم التقارير التي ينبغي أن تستكملها الحالات المصابة بمرض فيروس إيبولا بين عمال الرعاية الصحية في غرب أفريقيا**

الرقم التعريفي للحالة.....

**1- هوية المريض عامل الرعاية الصحية**

اسم العائلة:..... الاسم الأول:..... الاسم الثاني:.....  
اللقب:.....  
تاريخ الولادة:...../...../..... (يوم/شهر/سنة) العمر (بالسنوات):..... النوع:  ذكر  أنثى  
بلدة/حي الإقامة:...../..... المنطقة:.....  
إحداثيات نظام تحديد المواقع الخاصة بالعنوان: خط العرض:..... خط الطول:.....  
عنوان الإقامة الاعتيادي: رب المنزل (الاسم الأخير والاسم الأول):.....  
العنوان الكامل (إذا كان معروفاً):.....  
الجنسية:..... المجموعة العرقية:.....  
تصنيف الحالة  مشتبه بها  مؤكدة

**2- مهنة المريض** (قم بوضع علامة في الخانة المناسبة وتقديم التفاصيل إذا/متى كان ذلك ضرورياً)

طبيب  ممرض  عامل مكتب  عامل مختبر  عامل نظافة  عامل مشرحة/دفن  قابلة  
 سائق سيارة إسعاف  معالج تقليدي  عامل صحة مجتمع  أخرى (الرجاء التحديد):.....

اسم منشأة الرعاية الصحية:.....

**مقر العمل الرئيسي** عند وقت الإصابة:

مركز معالجة الإيبولا  وحدة رعاية الإيبولا  مركز "الترانزيت"/"الاحتجاز"  مستشفى عام  
 وضع مريض خارج المستشفى  مختبر  أخرى (الرجاء التحديد):.....  
خدمة:  وحدة حالات الإصابة المشتبه بها بفيروس الإيبولا  وحدة حالات الإصابة المؤكدة بفيروس الإيبولا  وحدة الرعاية العامة  
 الأمومة  الطب المختبري  طب الأطفال  الجراحة  الطوارئ  
 نقل الدم  تقديم الدواء  المشرحة  أخرى (الرجاء التحديد):.....

**مقر العمل الإضافي** (المدفوع أو التطوعي) عند وقت الإصابة:

مركز معالجة الإيبولا  وحدة رعاية الإيبولا  مركز "الترانزيت"/"الاحتجاز"  مستشفى عام  
 وضع مريض خارج المستشفى  مختبر  أخرى (الرجاء التحديد):.....  
خدمة:  وحدة حالات الإصابة المشتبه بها بفيروس الإيبولا  وحدة حالات الإصابة المؤكدة بفيروس الإيبولا  وحدة الرعاية العامة  
 الأمومة  الطب المختبري  طب الأطفال  الجراحة الطوارئ  
 نقل الدم  تقديم الدواء  المشرحة  أخرى (الرجاء التحديد):.....  
 لا شيء

**نشاطات قد تكون قد أدت إلى التعرض** (ضع علامة على كل ما ينطبق):

توفير رعاية عامة للمرضى (قياس العلامات الحيوية، معاينة المرضى، نقل المرضى)  
 إطعام المرضى أو إعطاؤهم أدوية عن طريق الفم  
 جعل المرضى يستحمون أو تنظيفهم  نقل المرضى  
 القيام بحقنات  سحب الدم  القيام بوخز الإصبع  الوخز بالإبرة  
 التخلص من الأدوات الحادة  تنظيف الإبرة لإعادة الاستعمال  
 وضع الحقن الوريدي  الاهتمام بالحقن الوريدي (على سبيل المثال، إعطاء أدوية عبر الحقن الوريدي)  الاهتمام بقسطرة البول  
 تنظيف بقع الدم  تنظيف غرف أو قسم المرضى  الاهتمام بالقمامة  
 الاهتمام بالعينات المختبرية  السيطرة على النزف  الاحتكاك بأسطح ملوثة  
 المساعدة على إنجاب الأطفال

الرقم التعريفي للحالة.....

- إجراء جراحة باطنية  إجراء جراحة بسيطة  إجراء جراحة كبيرة  
 نقل الجثث  إجراء التشريح  
 تنظيف أو تعقيم المراحيض  
 الاهتمام بالشراشف أو الملابس أو الفرشات (عمال نظافة)  
 توفير الرعاية لأقرباء المرضى أو أشخاص مقربين آخرين  
 طرق أخرى: (الرجاء التحديد).....

### 3- احتكاك مع مصاب أو مصابين بفيروس الإيبولا:

- هل احتك\* عامل الرعاية الصحية مع أي مصاب مؤكد أو محتمل بفيروس الإيبولا في خلال الأسابيع الثلاثة السابقة بدء الأعراض؟  نعم  لا  لا أعلم
- في حال أجبت بنعم، هل كان الاحتكاك (في حال احتكاكات عدة، قم بتحديد "مؤكد" في حال كان احتكاك واحد على الأقل مع مصاب مؤكد بفيروس الإيبولا):
- حالة مصاب مشتبّه بفيروس الإيبولا  حالة مصاب مؤكد بفيروس الإيبولا
- في حال أجبت بنعم، أين (ضع علامة على كل ما ينطبق):
- في مركز معالجة الإيبولا  وحدة رعاية الإيبولا  في مركز رعاية صحي آخر
- في عيادة خاصة  في المنزل  في المجتمع
- في حال أجبت بنعم، قم بتحديد العلاقة مع عامل الرعاية الصحية (ضع علامة على كل ما ينطبق):
- المريض  عامل رعاية صحي آخر  فرد من الأسرة
- صديق أو قريب آخر  لا يوجد
- في حال تم إدراج عامل رعاية صحي آخر في الرد السابق، هل حدث الاحتكاك:
- في العمل، في منطقة رعاية المرضى
- في العمل، في منطقة ليست لرعاية المرضى (قاعة الاستراحة، المكتب، مركز الرعاية...)
- خارج العمل

هل حضر عامل الرعاية الصحي جنازة شخص قد مات ربما بسبب الإيبولا في خلال الأسابيع الثلاثة السابقة بدء الأعراض؟  نعم  لا

- في حال أجبت بنعم، هل شارك عامل الرعاية الصحي في تحضير الجنازات التي تنطوي على لمس الجثة، بدون معدات حماية شخصية كافية\*\*؟  نعم  لا
- في حال أجبت بنعم، هل وقّر عامل الرعاية الصحي الرعاية لأي مصابين مشتبّه بهم بالإيبولا في منزل خاصة (وليس في منشأة رعاية صحية)؟  نعم  لا

### 4- التعرّض الأكثر ترجيحاً لفيروس الإيبولا

- هل وصف عامل الرعاية الصحي أي حالة تعرّض واحدة أدت إلى الإصابة على الأرجح؟  نعم  لا  لا أعلم
- في حال أجبت بنعم، تخطّ الأسئلة الثلاثة التالية وانتقل إلى القسم 5
- في حال أجبت بلا، قم بتحديد التاريخ:...../...../..... (يوم/شهر/سنة)

تحديد مكان التعرض المشتبه به:

- مركز معالجة الإيبولا  وحدة رعاية الإيبولا  مركز "الترانزيت"/"الاحتجاز"  مستشفى عام
- وضع مريض العيادات الخارجية  مختبر  نوع آخر لمنشأة رعاية صحية (الرجاء التحديد): .....
- المنزل  وضع مجتمعي آخر (الرجاء التحديد): .....

طريقة التعرض:

- رأس الإبرة  جرح بالمبضع  تلطّخ بشرة غير مجروحة بالدم أو سوائل الجسم  تلطّخ بشرة مجروحة بالدم أو سوائل الجسم
- تلطّخ العين بالدم أو سوائل الجسم  تلطّخ الفم/الشفتين بالدم أو سوائل الجسم  طريقة أخرى (الرجاء التحديد): .....

الملوث:

- الدم  أي سائل جسدي مع دم واضح  القيء أو اللعاب  البراز  البول
- سوائل جسدية داخلية (ضع دائرة حوال المناسبة): المخي، الزليلي، الجنينية، الذي يحيط بالجنين، التامور، البريتوني
- الإفرازات المهبلية  السائل المنوي  أخرى (الرجاء التحديد): .....

الرقم التعريفي للحالة.....

**5- الوقاية من الإصابة وأوجه المراقبة في مقرّ العمل الرئيسي**

استعمال معدات الحماية الشخصية والاحتياطات القياسية:

هل تم استخدام أي معدات للحماية الشخصية في وقت التعرض؟  نعم  لا  لا أعلم  
 في حال أجبت بنعم، أيها (قم بوضع علامة على كل ما ينطبق):  قفازان فرديان  قفازان مزدوجان  ثوب لاستخدام واحد  
 بذّة كاملة (مثل تايفك)  واقي للوجه  قناع للوجه  جهاز تنفس N-95 أو ما أحدث منها  
 نظارات واقية  مريل مضاد للمياه  أحذية مقاومة مغلقة  أغطية أحذية  أحذية مطاطية  
 قبعة  قميص بقبة  أغطية القدمين  أخرى (الرجاء التحديد).....

هل وضع عامل الرعاية الصحي شريطاً لاصقاً ليثبت معدات الحماية الشخصية خاصتك؟  نعم  لا  لا أعلم

هل كانت ثمة منتجات خاصة بنظافة اليدين متوفرة عند التعرض؟  نعم  لا  لا أعلم  
 في حال أجبت بنعم، أيها (قم بوضع علامة على كل ما ينطبق):  مياه جارية بالصنبور  مياه معالجة بالكلور من الخزان  
 صابون  مناشف لاستعمال واحد  مطهرات كحولية

هل تم إجراء نظافة الأيدي بشكل مناسب\*\*\*؟  نعم  لا  لا أعلم

هل توفرت أي صناديق عند وقت التعرض؟  نعم  لا  لا أعلم

كحدّ متوسط، ما مدى الساعات التي عملتها وأنت ترتدي معدات الحماية الشخصية\*\* في منطقة العزل؟.....

هل تمّ تدريبك على الوقاية من الإصابات ومراقبتها في سياق تفشي مرض الإيبولا؟  نعم  لا

أي منظمة ترأست هذا التدريب؟

الحكومة الوطنية  منظمة الصحة العالمية  مراكز الحماية والوقاية من الأمراض  أطباء بلا حدود  بعثة الأمم المتحدة للاستجابة الطارئة للإيبولا  
 أخرى (الرجاء التحديد):.....  لا أعلم

\* تمّ تحديد الاحتكاك بقيام عامل الرعاية الصحي بلمس المصاب المؤكد أو المشتبه به بدون معدات الحماية الشخصية أو سوائله الجسدية.  
 \*\* معدات الحماية الشخصية = القفازان، والثوب المضاد للمياه أو البذّة الرسمية، وغطاء الرأس المضاد للمياه مع غطاء للعنق، والأحذية الطويلة المطاطية، وقناع الوجه، وواقي الوجه أو النظارات الواقية.

\*\*\* تعليمات نظافة الأيدي المناسبة: قبل ارتداء القفازات ومعدات الحماية الشخصية؛ قبل أي إجراءات تنظيف أو تعقيم؛ بعد أي خطر تعرّض أو تعرّض فعلي لدم المريض أو سوائله الجسدية؛ بعد لمس أسطح/معدات/أغراض ملوثة (حتى إذا كان ذلك محتملاً)؛ بعد نزع معدات الحماية الشخصية، عند الخروج من منطقة الرعاية.

تفاصيل إضافية عن التعرض أو تعليقات:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....