

تفشي  
الرقم

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: \_\_\_\_\_

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

عنوان الإقامة الدائم:

رَبّ المنزل: \_\_\_\_\_ البلد: \_\_\_\_\_ المنطقة: \_\_\_\_\_

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

المهنة:

 عامل رعاية صحية؛ الوظيفة: \_\_\_\_\_ منشأة الرعاية الصحية: \_\_\_\_\_ وظيفة أخرى؛ الرجاء تحديد المهنة: \_\_\_\_\_

الموقع الذي أصبح فيه المصاب مريضاً: \_\_\_\_\_ البلد: \_\_\_\_\_

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

## 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 المرضية:

صعوبة في التنفس	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	الحمى	<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	القيء/الغثيان	<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	الإسهال	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف
التهاب الملتحمة (إحمرار العينين)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	التعب الشديد/الوهن	<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	مرض فقدان الشهية	<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	آلام في البطن	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف
نزف غير مبرر	<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
في حال أجبت بنعم، الرجاء التحديد:		آلام في العضلات	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف
أعراض سريرية أخرى غير نزفية:	<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
في حال أجبت بنعم، الرجاء التحديد:		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

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

في حال أُجبت بنعم، تاريخ الإدخال إلى المستشفى: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة)

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

هل المريض معزول أم يتم وضعه في العزل الآن؟  نعم  لا

في حال أُجبت بنعم، تاريخ الإدخال إلى وحدة علاج الإيبولا: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة)

هل تم إدخال المريض إلى المستشفى أو هل زار/زارت عيادةً صحيةً من قبل بسبب هذا المرض؟  نعم  لا  غير معروف

في حال أُجبت بنعم، تواريخ الإدخال إلى المستشفى: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة)

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

في الشهر السابق قبل بدء الأعراض:

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

في حال أُجبت بنعم، الرجاء إكمال المعلومات الخاصة بكل حالة مصدر مريضة:

اسم مصدر الحالة	العلاقة بالمريض	تاريخ آخر احتكاك (يوم، شهر، سنة)	المنطقة	البلدة/القرية	هل كان الشخص ميتاً أم حياً؟
		____/____/____			<input type="checkbox"/> حياً <input type="checkbox"/> ميتاً، تاريخ الوفاة: ____/____/____ (يوم، شهر، سنة)
		____/____/____			<input type="checkbox"/> حياً <input type="checkbox"/> ميتاً، تاريخ الوفاة: ____/____/____ (يوم، شهر، سنة)

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

في حال أُجبت بنعم، اسم الشخص المتوفي: \_\_\_\_\_ العلاقة بالمريض: \_\_\_\_\_

تاريخ الجنازة: (يوم، شهر، سنة): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ المنطقة: \_\_\_\_\_ البلدة/القرية: \_\_\_\_\_

هل شارك المريض (حمل الجثة أو لمسها)؟  نعم  لا

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

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

هل سبق لهذا المريض أن تقدم بعينة؟  نعم  لا

التقديم للمنشأة الصحية: \_\_\_\_\_ اسم مقدم الملف: \_\_\_\_\_

رقم هاتف مقدم الملف: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني الخاص بمقدم الملف: \_\_\_\_\_

**العيينة 1:**

تاريخ أخذ العينة: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (اليوم، الشهر، العام)

نوع العينة:

دم كامل

دم القلب بعد الوفاة

خزعة الجلد

مسحة لعاب

نوع عينة آخر، الرجاء التحديد: \_\_\_\_\_

**العيينة 2:**

تاريخ أخذ العينة: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (اليوم، الشهر، العام)

نوع العينة:

دم كامل

دم القلب بعد الوفاة

خزعة الجلد

مسحة لعاب

نوع عينة آخر، الرجاء التحديد: \_\_\_\_\_

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

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/تعافى  ميتاً

في حال تعافي المريض وخروجه من المستشفى:

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

في حال تم عزل المريض في وحدة معالجة الإيبولا، تاريخ إخراجه من قسم العزل: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة)

تاريخ الإخراج من المستشفى: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (اليوم، الشهر، العام)

إذا كان المريض ميتاً:

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

محل الوفاة:  المجتمع  المستشفى: \_\_\_\_\_ المنطقة: \_\_\_\_\_

تاريخ الجنازة/الدفن: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (يوم، شهر، سنة) قام بإجراءات الجنازة:  الأسرة/المجتمع  فريق الدفن عند التفشي

محل الجنازة: المنطقة: \_\_\_\_\_ المقاطعة الفرعية: \_\_\_\_\_ البلدة: \_\_\_\_\_