

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 في حال أجبت بنعم:	الحمى في حال أجبت بنعم، الحرارة: _____ درجة مئوية المصدر: □ إبطي □ فموي □ في المستقيم
نزيف اللثة	القيء/الغثيان
نزف من مكان الحقن	الإسهال
نزيف 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 زار 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"/> لا <input type="checkbox"/>				____/____/____ - ____/____/____ (يوم، شهر، سنة)
نعم <input type="checkbox"/> 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"/> ميتاً <input type="checkbox"/> تاريخ الوفاة: ____/____/____ (يوم، شهر، سنة)	
		____/____/____ - ____/____/____			حيّاً <input type="checkbox"/> ميتاً <input type="checkbox"/> تاريخ الوفاة: ____/____/____ (يوم، شهر، سنة)	
		____/____/____ - ____/____/____			حيّاً <input type="checkbox"/> 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 يصاب 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 يصاب 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 يصاب 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"/> الرنسيات (الفرقة)	<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 أوعدا لبحوث الفيروسات فقط

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

العيونة 2:

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

أعراض سريرية أخرى غير نزفية: نعم لا غير معروف

في حال أجبت بنعم، الرجاء التحديد: _____