[اسم البلد]

استمارة أرقام الاتصال الخاصة بالحمى الفيروسية النزفية

تمت الموافقة على الاستمارة
رقم OMB 0920-XXXX
تاريخ انتهاء الصلاحية: xx/xx/xxxx

معلومات الحالة

الرقم التعريفي للحالة	اللقب	الأسماء الأخرى	ربّ المنزل	البلدة	المقاطعة الفرعية	المنطقة	تاريخ بدء الأعراض	تاريخ الإدخال إلى العزل	تاريخ الوفاة

***للاطلاع على كل المعلومات الخاصة بالموقع، الرجاء إدراج المعلومات بشأن مسكن جهة الاتصال في خلال الشهر المقبل.**

معلومات جهة الاتصال

اللقب	الأسماء الأخرى	النوع (ذكر/أنثى)	العمر (سنة)	صلة القرابة بالحالة	تاريخ الاحتكاك الأخير بالحالة	نوع الاحتكاك (1،2،3،4)* أدرج كل ما ينطبق	ربّ المنزل	البلدة	المنطقة	المقاطعة الفرعية	رئيس البلدة	رقم الهاتف	عامل الرعاية الصحية (نعم/لا) *في حال أجبت بنعم، أي منشأة؟*

***أنواع الاحتكاك:**
1 = لمس سوائل جسد الحالة (الدم، القيء، اللعاب، البول، البراز)
2 = احتكاك جسدي مباشر بجسم الحالة (حياً أو ميتاً)
3 = لمس أو مشاركة شراشف السرير أو الملابس أو الصحون / أدوات تناول الطعام مع الحالة
4 = النوم أو تناول الطعام أو تمضية الوقت في نفس منزل أو غرفة الحالة

قام بتعبئة ورقة جهة الاتصال: **الاسم:** _____ **الوظيفة:** _____ **رقم الهاتف:** _____

يقدّر عبء إعداد التقارير العامة من جمع المعلومات هذا بمتوسط 15 دقيقة لكل ردّ، بما في ذلك الوقت اللازم لمراجعة التعليمات، والبحث عن مصادر البيانات الموجودة، وجمع البيانات اللازمة والحفاظ عليها، 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 أيّ شخص ملزماً بالاستجابة في حالة غير ذلك. قمْ بإرسال التعليقات بشأن تقدير العبء هذا أو أيّ جانب آخر لجمع المعلومات هذا، بما في ذلك اقتراحات تحويل هذا العبء إلى مسؤول تخليص التقارير؛ CDC/ATSDR, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333؛ عناية: PRA 0920-XXXX.