

اسم المنشأة الصحية: _____ الحرف الأول من اسم وشهرة مجري المقابلة: _____

[اسم البلد] تقييم المنشأة الصحية واستبيان تحديد الحالة

التعليمات: اطلب إجراء مقابلة مع عامل الرعاية الصحية المشرف الحاضر في وقت زيارتك. أَدْعَى _____ وأنا هنا بالنيابة عن [وزارة الصحة]. نحن نعمل لفهم قدرة منشآت الرعاية الصحية واحتياجاتها في ما يتعلق بمواجهة الإيبولا. سأطرح عليك بعض الأسئلة بشأن منشآتك الصحية وعن تفاصيل بشأن أي حالات إيبولا مشتبه بها أو محتملة أو مؤكدة في منشآتك في الأسابيع الثلاثة الأخيرة. ستستغرق المقابلة حوالي 30 دقيقة ولديك مطلق الحرية في تخطي بعض الأسئلة التي لا تعرف الإجابة عليها. هل لديك أسئلة؟

تاريخ المقابلة: _____
اليوم XX الشهر XXX من العام XX

معلومات جغرافية للمنشأة الصحية

المقاطعة / المنطقة / الولاية: _____

المجتمع / البلدة / المنطقة: _____

معلومات جغرافية أخرى: _____

معلومات المنشأة

اسم مقدم الرعاية الصحية الذي تجري المقابلة معه: _____ رقم الهاتف: _____

وظيفة مقدم الرعاية الصحية: _____

العدد التقريبي للعاملين الطبيين (ممرضون، أطباء، إلخ): _____

العدد التقريبي للعاملين غير الطبيين (عمال نظافة، عمال أمن، إلخ): _____

العدد التقريبي للأسرة (في حال المرضى داخل المستشفى): _____

العدد التقريبي للزيارات في كل شهر (في حالة العيادات الخارجية): _____

العدد التقريبي للمرضى المدخلين إلى المستشفى في كل شهر (في حال كان القسم للمرضى): _____

التدريب

متى تم آخر تدريب خاص بالإيبولا في منشآتكم؟ _____

من نفذ هذا التدريب؟ _____

خطة المنشأة للاستجابة للإيبولا

في حال تمّ عرض شخص مريض جداً على منشآتكم اليوم وشكّ العاملون كثيراً في أنه مصاب بالإيبولا، كيف ستكون إجراءات منشآتكم؟ سأطرح بعض الأسئلة المحددة:

بمن ستتصلون للإبلاغ عن الحالة؟ (كن محدداً؛ يمكن لعامل الرعاية الصحية إعطاء إجابات عدة)

أين ستضعون المريض في المنشأة؟ (كن محدداً)

هل سيكون للعاملين معدات حماية شخصية مناسبة برأيك؟
نعم _____ لا _____ في حال أجبت بلا: ما الذي
ينقص؟: _____

هل تلقى العاملون برأيك تدريباً مناسباً لاستخدام معدات الحماية الصحية بشكل صحيح؟
نعم _____ لا _____ في حال أجبت بلا: ما الذي
ينقص؟: _____

هل توفر عيادتكم برأيك معدات مناسبة للتعقيم والتنظيف؟
نعم _____ لا _____ في حال أجبت بلا، ما الذي ينقص؟: _____

هل سيقوم أحد من المنشأة بأخذ عينة مخبرية من المريض؟
نعم _____ في حال أجبت بنعم، هل تلقى هذا الشخص تدريباً خاصاً بالإيبولا؟ نعم _____ لا _____
لا _____ في حال أجبت بلا، كيف سيتم أخذ عينة مخبرية؟

هل ستقومون بنقل المريض إلى منشأة أخرى؟
نعم، بمجرد أن يتم ترتيب ذلك _____
نعم، في حال كانت نتائج الاختبار إيجابية _____
لا _____
إجابة أخرى: _____

في حال كنتم ستنقلون المريض، إلى أين/أي منشأة ستنقلونه؟

الإمدادات

هل تلقت المنشأة معدات حماية شخصية إضافية لمعالجة المصابين المحتملين بالإيبولا؟ نعم _____ لا _____
في حال أجبت بنعم، ممن: _____

هلا تريني كيف سترتدي المعدات وتخلعها لترى مريضاً يشتبه بإصابته بالإيبولا؟ (قم بوصف ذلك)

في الوقت الحالي، هل يتوفر للمنشأة:

لا	نعم	ميزان حرارة يمكن استعماله مع مريض يشتبه في أنه مصاب بالإيبولا ثم التخلص منه	لا	نعم	القفازات
لا	نعم	سماعة طبيب يمكن استعمالها مع مريض يشتبه في أنه مصاب بالإيبولا ثم التخلص منها	لا	نعم	أردية لاستخدام واحد
لا	نعم	سوائل وأدوية للحقن الوريدي	لا	نعم	أجهزة تنفس/أقنعة
لا	نعم	الكلور	لا	نعم	واقية (لحماية العينين)
لا	نعم	دلو سعة 20 لتراً	لا	نعم	أحذية طويلة الرقبة أو حماية القدمين
لا	نعم	أحذية مطاطية طويلة الرقبة	لا	نعم	أردية لاستعمال واحد
لا	نعم	قناع لاستخدام واحد	لا	نعم	مريضة بلاستيكية
لا	نعم	غطاء للرأس	لا	نعم	نظارات واقية
لا	نعم	حوض بلاستيكي لغسل اليدين بعد المعاينة	لا	نعم	أكياس قمامة بلاستيكية
لا	نعم	نشر إيضاحات الحالة	لا	نعم	كيس للجلث
لا	نعم	معدات إرشادية وللتوعية	لا	نعم	مرشحة كلور سعة لتر واحد
لا	نعم	علبة للأدوات الحادة (أو علبة أدوية تم تغيير استخدامها)	لا	نعم	إسفنجة
			لا	نعم	تركيبية مكتوبة أو محددة لتحضير محلول الكلور

البيانات والتواصل

هل يتوفر للمنشأة كمبيوتر؟ نعم _____ لا _____

هل يتوفر للمنشأة اتصال بالإنترنت؟ نعم _____ لا _____

هل ثمة تغطية جيدة للهواتف الخليوية في المنشأة عادة؟ نعم _____ لا _____

حالات الإيبولا في المنشأة

هل شهدت هذه المنشأة على أي حالات إصابة مشتبهة أو محتملة أو مؤكدة بالإيبولا في خلال الأسابيع الثلاثة الأخيرة؟ (استخدم رزنامة لتحديد الإطار الزمني لعامل الرعاية الصحية)

نعم: _____
لا: _____ ← في حال أجبت بلا، انتقل إلى الصفحة التالية

اسم المريض: _____		الأصل: المجتمع / البلدة / الناحية: _____		المقاطعة / المنطقة / القسم: _____	
تاريخ الولادة:		العمر:		النوع:	ذكر / أنثى
(اليوم XX الشهر XXX من العام XX) (بالسنوات)					
تاريخ بدء الأعراض:		تاريخ العرض على المنشأة الصحية:			
(اليوم XX الشهر XXX من العام XX) (اليوم XX الشهر XXX من العام XX)					
تاريخ إخطار الوزارة بالحالة:		طريقة الإخطار بالحالة/بمن اتصلتم:			
(اليوم XX الشهر XXX السنة XX)					
النتائج المخبرية (ضع دائرة حول إجابة واحدة):					
إيجابية	سلبية	لم يتم أخذ عينة مخبرية*	تم أخذ عينة مخبرية، ولكن لم يتم التبليغ عن أي نتائج		
*إذا لم يكن قد تم أخذ أي عينة مخبرية، لم لا؟					
كل الإجابات التي تنطبق):	تلقينا اتصالاً	تلقينا رسالة بريد إلكتروني	تلقينا رسالة نصية	تلقينا تقريراً مكتوباً	طريقة تلقي النتائج المخبرية (ضع دائرة حول كل الإجابات التي تنطبق):
نتائج المريض:					
تم الإدخال إلى المستشفى:	نعم	لا	في حال أجبت بنعم، أين: _____		
تم نقل المريض:	نعم	لا	في حال أجبت بنعم، إلى أين: _____ ومن نقل المريض؟ _____		
توفي المريض:	نعم	لا	في حال أجبت بنعم، تاريخ الوفاة: _____ وتاريخ الدفن: _____		
في حال أجبت بنعم وتوفي، من قام بالدفن؟ _____					
إجابة أخرى:	(اشرح): _____				
هل حصل تتبع للاحتكاكات لهذه الحالة (بحسب معرفتك): _____					
تعليقات: _____					