الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة
المديرية العامة

رقم الصادر: ١/١
بيروت في ١٦ تشرين الأول ٢٠١٤

تعميم رقم ١٥٨
يتعلق باستمارة التقصي لحالات العدوى بفيروسات الحميات النزفية

تعتمد الاستمارة المرفقة لتقصي الحالات المشتبهة / المحتملة / المثبتة بالعدوى بفيروسات الحميات النزفية بما في ذلك فيروس الايبولا.

يتم ملء الاستمارة من قبل فرق الترصد الوبائي التابعة لوزارة الصحة العامة.

مدير عام وزارة الصحة العامة

الدكتور وليد عمّار

يبلغ:
مديرية الوقاية الصحية
مصالح الصحة في المحافظات
أقسام الصحة في الاقضية / المستشفيات
دائرة مكافحة الامراض الانتقالية
وحدة الترصد الوبائي
نقابتي الاطباء في بيروت والشمال
نقابة المستشفيات الخاصة
المحفوظات

LB-HF-Year _ _ _ _ -Nb _ _

Hemorrhagic fever
Investigation form

A. Case notification

**

Case ID .....
Health facility .....
Treating physician .....
Phone .....
Contact person .....
Phone .....

Suspected disease .....
Date of case detection .....
Date of notification .....
Date of investigation .....
Date filling the form .....
Form filled in by .....

**

B. Patient identity

**

Name .....
Gender .....
I residence: Country .....
Governorate .....
City/village .....

Contact details .....

Date of birth .....
Nationality .....
II residence: Country .....
Governorate .....
City/village .....

Contact details .....

**

C. Patient profession

**

I occupation: Country .....
Occupation .....
Institution name .....
Institution address .....

II occupation: Country .....
Occupation .....
Institution name .....
Institution address .....

Specific profession:

Health care worker ☐DK ☐No ☐Yes, specify: .....
Laboratory worker ☐DK ☐No ☐Yes, specify: .....
Hunter ☐DK ☐No ☐Yes, specify: .....
Mineworker ☐DK ☐No ☐Yes, specify: .....

**

D. Vital status

**

Status at reporting ☐ Alive ☐ Dead
If death: Date of death .....
Country of death .....
Place of death ☐ House ☐ Other: .....
Place of burial .....

**

E. Onset of signs

**

Date of onset .....
Date of fever onset .....
Country of onset .....

			Specify if yes
GENERAL:	Fever	☐DK ☐No ☐Yes	
	Headaches	☐DK ☐No ☐Yes	
	Lethargy	☐DK ☐No ☐Yes	
	Anorexia	☐DK ☐No ☐Yes	
	Muscular pain	☐DK ☐No ☐Yes	
	Arthralgia	☐DK ☐No ☐Yes	
	Skin rash	☐DK ☐No ☐Yes	
DIGESTIVE:	Diarrhea	☐DK ☐No ☐Yes	
	Stomach pain	☐DK ☐No ☐Yes	
	Vomiting	☐DK ☐No ☐Yes	
	Difficulty swallowing	☐DK ☐No ☐Yes	
RESP:	Difficulty breathing	☐DK ☐No ☐Yes	
	Intense coughing	☐DK ☐No ☐Yes	
	Pulmonary lesions	☐DK ☐No ☐Yes	
CNS:	Meningitis	☐DK ☐No ☐Yes	
	Encephalitis	☐DK ☐No ☐Yes	
BLEEDING:	Purpuric rash	☐DK ☐No ☐Yes	
	Bleeding at injection	☐DK ☐No ☐Yes	
	Bleeding gums	☐DK ☐No ☐Yes	
	Conjunctival injection	☐DK ☐No ☐Yes	
	Dark or bloody stool	☐DK ☐No ☐Yes	
	Vomiting of blood	☐DK ☐No ☐Yes	
	Nose bleed (epistaxis)	☐DK ☐No ☐Yes	
	Unusual vaginal bleeding	☐DK ☐No ☐Yes	
	Other bleeding	☐DK ☐No ☐Yes	
OTHER:		☐DK ☐No ☐Yes	

**

F. Exposure risk in the 3 weeks preceding the onset of symptoms

**

Contact with:		*If yes, specify when, where, who, what disease*
	Suspected HFV	☐DK ☐No ☐Yes
	Probable HFV	☐DK ☐No ☐Yes
	Confirmed HFV	☐DK ☐No ☐Yes
Contact with:		*If yes, specify when and where*
	Funerals	☐DK ☐No ☐Yes
	Animals pets	☐DK ☐No ☐Yes
	Animals in zoo	☐DK ☐No ☐Yes
	Wild animals reserve	☐DK ☐No ☐Yes
	Cave/mine bats	☐DK ☐No ☐Yes
Health care contact:		*If yes, specify when and where*
	Admitted to hospital	☐DK ☐No ☐Yes
	Visited hospital	☐DK ☐No ☐Yes
	Traditional healer	☐DK ☐No ☐Yes

**

G. Medical history

**

Chronic diseases .....
Infectious diseases .....
Chronic treatment .....
Other .....

**

H. Travel history 3 weeks before onset: outside country/city/village

**

#	Country	Citie(s)	Means (company)	Airports	Dates (from, to)	Symptoms
1						
2						
3						
4						

**

I. Travel history after onset

**

#	Country	Citie(s)	Means (company)	Airports	Dates (from, to)	Symptoms
1						
2						
3						
4						

**

J. Case management from onset

**

#	Health facility	Physician	Date consultation /admission	Date discharge	Infection control	Notes
1						
2						
3						
4						
5						

**

K. Patient transportation to hospital

**

#	Date	Means	From	To	Infection control
1					
2					
3					
4					

**

L. Laboratory results

**

#	Date and results
Malaria test	
Platelets count	
Other:	
Other :	
Other:	

**

M. Specimen collection

**

#	Type (nb)	Date of collection	Place of collection	Conservation
1				
2				
3				
4				

N. Specimen shipment

**

Reference laboratory _____ Category ☐A (UN2814) ☐B (UN373)

Courier _____ Ice ☐Dry ice ☐Ice pack

Date of packaging _____ Date of shipment _____

Ref _____ Date of arrival _____

Problems _____

**

O. Laboratory results

**

#	Test	Laboratory	Date	Results

**

P. Final classification

**

Date	Classification	Final diagnosis	Evolution	Notes

**