

إستمارة إبلاغ عن حالة سل رئوي او غير رئوي

٥- تاريخ المرض

هل عولج المريض لمرض السل سابقاً؟ نعم كلا
إذا نعم، ما هي الأدوية الموصوفة؟
تاريخ العلاج: _____
نتيجة العلاج السابق: _____
هل المريض مخالط لمريض سل حالي/سابق؟ نعم كلا

١- المريض

اسم المريض : _____
اسم الأب : _____
الشهرة : _____
تاريخ الولادة : _____
الجنس : ذكر انثى

٦- العوارض السريرية للمريض

العوارض	ضع علامة x
سعال لأكثر من اسبوعين	
سعال مصحوب بدماء	
ارتفاع في الحرارة	
فقدان الشهية	
إنخفاض في الوزن	
تعرق ليلي	
تعب وارهاق	
ضيق في التنفس	
وجع في الصدر	
غيره ، حدد : _____	

٢- عنوان المريض

الجنسية : _____
الإقامة : مقيم زائر
عنوان السكن : _____
المحافظة : _____
القضاء : _____
البلدة : _____
الشارع : _____
بناية : _____
طابق : _____
رقم الهاتف : _____

٧- نوع السل (للمريض المشخص)

رئوي
 غير رئوي : حدد الموقع: _____

٣- المعاينة الأولية للمريض

تاريخ ظهور العوارض : _____
تاريخ المعاينة : _____
اسم الطبيب المعين : _____
رقم الهاتف : _____
دخول مستشفى : نعم كلا
إسم المستشفى : _____
أمراض أخرى : _____

٨- عن الوضع الاجتماعي والمهني

إسم المؤسسة أو رب العمل:	ضع علامة x	
_____		يعمل
_____		ربة منزل
_____		دار حضانة
_____		مدرسة
_____		جامعة / معهد
_____		تكنة عسكرية
_____		عامل صحي
رقم الهاتف: _____		سجن
_____		لا يعمل
_____		غيره ، حدد : _____

٤- طريقة التشخيص

في حال إجراء أي من هذه الفحوصات، يرجى ارسال النتائج مع المريض

الفحص	أجري وضع x	النتيجة
إختبار جلدي		
IGRA		
صورة أشعة		
صورة طبقية (سكانر)		
فحص البلغم المجهرى Smear microscopy		
فحص جين اكسبرت Gene xpert		
فحص الـ PCR		
زرع <input type="checkbox"/> بلغم <input type="checkbox"/> غيره (حدد) _____		
فحص حساسية أدوية السل Antibigram		
فحص الأنسجة		
فحص السيدا		
غيره ، حدد : _____		
غيره ، حدد : _____		

٩- عن أهل المنزل والمخالطين

عدد الأفراد في البيت : _____
هل يوجد أطفال دون 5 سنوات : نعم كلا
إذا نعم، حدد العدد: _____

١٠- عن المبلغ

اسم المبلغ/ المؤسسة : _____
التاريخ : _____
التوقيع : _____

ملاحظات:
