الجمهوريـــة اللبنانيـــة
وزارة الصحـــة العامـــة
البرنـامج الوطنـي لمكافحة السيدا

قسيمة إبلاغ حالات السيدا

إسم المريض: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **إسم الأب:** _ _ _ _ _ _ _ _ **الشهرة:** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **إسم الأم:** _ _ _ _ _ _ _ _ _

تاريخ الولادة: _ _ / _ _ / _ _ _ _ الجنس: ☐ ذكر ☐ انثى

الجنسية: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **العنوان:** البلدة _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ القضاء : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

الوضع الإجتماعي: ☐ متزوج ☐ أعزب ☐ مطلق ☐ أرمل

المستوى التعليمي: ☐ إبتدائي ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐ أمي

المهنة: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Reserved to the National Prog. (Reservé au Programme National)	Symptoms Codes	STD Code
Serial No.: _____	_____	_____
File No.: _____	_____	_____

Risk Factors/ (Facteurs de Risques)

a- Sexual behavior / (Comportement Sexuel) : ☐ Homosexual/ (Homosexuel) ☐ Bisexual/ (Bisexuel) ☐ Heterosexual/ (Heterosexuel) ☐ None/ (Aucun)

b- Multiple Partners / (Partenaires Multiples) ☐ Yes / (Oui) ☐ No/ (Non)
If yes, specify _____
(Si oui, spécifier) _____

c- Sexually Transmitted Diseases / (Maladies Sexuellement transmissibles) ☐ Yes / (Oui) ☐ No/ (Non)
If yes, specify _____
(Si oui, spécifier) _____

d- Multiple transfusions / (Transfusions multiples) ☐ Yes / (Oui) ☐ No/ (Non)
If yes, specify reason _____
(Si oui, spécifier cause) _____

Recent Travel / (Voyages Récents) ☐ Yes / (Oui) ☐ No/ (Non) Country/ (Pays) : _____

Probable way of transmission / (Voie de transmission probable)

- Sexual / (Sexuelle) ☐ Yes / (Oui) ☐ No/ (Non)
- IVDU (Drogués par voie IV) ☐ Yes / (Oui) ☐ No/ (Non)
- Contaminated Instruments / (Instruments Contaminés) ☐ Yes / (Oui) ☐ No/ (Non)
- Transfusion / (Transfusion) ☐ Yes / (Oui) ☐ No/ (Non)
If yes, specify / (Si oui, spécifier) year / (Année) – – – – Country / (Pays): _____
- Perinatal Transmission / (Transmission Périnatale) ☐ Yes / (Oui) ☐ No/ (Non)

Clinical Manifestations / (Manifestations cliniques)

☐ Asymptomatic / (Asymptomatique)
☐ Fever (> 1 month, intermittent or constant)/ (Fièvres, >1 mois, intermittente ou constante)
☐ Weight loss (> 10% body weight) / (Perte de Poids, > 10% du poids)
☐ Cryptococcal meningitis / (Meningite à cryptocoques)
☐ Tuberculosis (Pulmonary or extra-pulmonary) / (Tuberculose, pulmonaire ou extra pulmonaire)
☐ Diarrehea (>1 month, constant or intermittent) / (Diarrhée, > 1 mois, constante ou intermittente)
☐ Toxoplasmosis / (Toxoplasmose)
☐ Kaposis Sarcoma / (Sarcome de Kaposi)
☐ Candidiasis of the oesophagus / (Candidose de l'œsophage)
☐ Invasive Cervical cancer / (Cancer invasif du col de l'utérus)
☐ Generalized lymphadenopathy / (Adénopathie généralisée)
☐ Generalized pruritic dermatitifs / (Dermatite prurigineuse généralisée)
☐ Recurrent Pneumonia / (Pneumonies répétées)
☐ Sexually transmitted diseases, Specify/ (Maladies Sexuellement transmissibles, Specifier) : _____

Physician / (Médecin)

Name / (Nom): _____
Address/ (Adresse): _____
Phone / (Tél): _____

Date of Reporting / (Date de declaration)

– – /– – / – – – –

Signature, Stamp