الجمهوريـــة اللبنـانيـــة
وزارة الصـحـة العـامـــة
الـوزيـــر

رقم المحفوظات: ٤/٢
بيروت في ٢١ آذار ٢٠٢٠

قرار رقم: ٣٦٩/١

يتعلق بالإبلاغ عن حالات الكوفيد-١٩ المشخصة والمعزولة خارج المستشفيات

إن وزير الصحة العامة،

بناءً على المرسوم رقم ٦١٥٧ تاريخ ٢٠٢٠/١/٢١ (تشكيل الحكومة)،

بناء على المرسوم الاشتراعي رقم ١١٢ تاريخ ١٩٥٩/٦/١٢ وتعديلاته (نظام الموظفين)

بناء على المرسوم رقم ٨٣٧٧ تاريخ ١٩٦١/١٢/٣٠ (تنظيم وزارة الصحة) وتعديلاته،

بناء على المرسوم رقم ١٠٨٨١ تاريخ ١٩٦٢/١٠/١٦ (الخاص بفرض تدابير وقائية تتعلق بالصحة العامة)،

بناء على ضرورات المصلحة العامة وأهمية متابعة الوضع الصحي لحالات الكوفيد-١٩ التي خرجت من المستشفيات لاستكمال العزل في المنزل

بناء على اقتراح مدير عام الصحة العامة

يقرر ما يلي:

المادة الأولى: يجب على جميع الاطباء والمختبرات والمستشفيات التي تستقبل حالات الكوفيد-١٩ وعند اتخاذ القرار بالعزل خارج المستشفى، تعبئة التقييم المرفق (الملحق رقم ١) للتأكد من توفر شروط العزل في المنزل او اي مكان مخصص لذلك.

المادة الثانية: يطبق ذلك على الحالات المشخصة حديثاً او المنوي اخراجها من المستشفى. ترسل الاستمارة إلى وزارة الصحة العامة على البريد الإلكتروني preventivemedicine.lb@gmail.com وعبرتطبيق Whatsapp ٧١٦٣٦٨٣٣ وفقاً للجدول اليومي (الملحق رقم ٢).

المادة الثالثة: يبلغ هذا القرار حيث تدعو الحاجة ويعمل به فور صدوره.

وزير الصحة العامة
د. حمد حسن

يبلـــغ:

- المديرية العامة للصحة
- المستشفيات الحكومية
- المستشفيات الخاصة بنقابة المستشفيات الخاصة
- مصلحة الطب الوقائي
- برنامج الترصد الوبائي
- رؤساء مصالح الصحة في المحافظات
- اقسام الصحة في الاقضية
- المحفوظات
- Web

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة
مصلحة الطب الوقائي

مرفق رقم 1

استبيان لتقييم إمكانية إجراء عزل منزلي للمصابين بفيروس كوفيد19 والذين لا يتطلبون استشفاء

هذا الاستبيان هو جزء من الإجراءات الوقائية التي تقوم بها وزارة الصحة العامة لمكافحة انتشار عدوى فيروس الكورونا المستجد في المجتمع اللبناني. يهدف الى جمع معلومات حول الوضع الإجتماعي والديمغرافي للشخص المصاب ووضع المنزل الذي يقطنه ومدى جهوزية هذا المنزل من حيث المساحة وعدد الغرف والحاجيات الأساسية المتوفرة من مياه وتدفئة واتصال وغيرها أضف إلى وسائل الترفيه. ونشير الى أن المعلومات الواردة في هذا الاستبيان هي لغرض تمكين الوزارة من اتخاذ قرار العزل المنزلي للشخص المصاب وسيتم التعامل معها بسريّة عالية. يتوجب على المصابين تعبئة هذا الاستبيان الذي يتطلب 5 دقائق لاكماله. كما ونشجعهم على الاجابة على الأسئلة بشكل موضوعي.

القسم الأول : معلومات عن المحقق			
1. الإسم الثلاثي		2. المهنة	
3. تاريخ تعبئة الإستمارة		4. مكان تعبئة الإستمارة	
5. رقم هاتف المحقق			

القسم الثاني : معلومات حول الشخص المصاب

1	الإسم الثلاثي				
2	تاريخ الولادة				
3	الجنس	1. ذكر	2. أنثى		
4	الجنسية	1. لبناني	2. سوري	3. فلسطيني	4. غيره، حدد.....
5	الوظيفة	1. طالب	2. عامل/موظف	3. متقاعد	4. عاطل عن العمل 5 . لا ينطبق، السبب.....
6	الوضع الإجتماعي	1. اعزب	2. متزوج	3. أرمل	4. مطلق 5. غيره، حدد.....
7	المستوى التعليمي	1. لا أجيد القراءة أو الكتابة	2. ابتدائي /متوسط	3. ثانوي أو BT	4. جامعي أو TS 5. ماستر أو أكثر
8	الدخل الشهري للاسرة	1. اقل من مليون ليرة	2. 1مليون مليون	3. مليونين - 4ملايين	4. أكثر من 4 ملايين
9	رقم الهاتف				

القسم الثالث: معلومات حول أفراد الأسرة		
10	عدد افراد الاسرة	.....
11	عدد أفراد الأسرة القاطنين حالياً في المنزل	.....
12	عدد الأطفال في المنزل	.....
13	أعمار الأطفال	1- أقل من 5 سنوات العدد:..... 2- 5-10 سنوات العدد:..... 3- 11-18 سنة العدد:..... 4- أكبر من 18 سنة العدد:.....
14	عدد كبار السن (> 65 سنة)	.....

15	هل يعاني أحد أفراد المنزل من أي مرض مزمن؟	1. نعم	2. لا (في حال كانت اللإجابة لا، أجب عن السؤال 18)	
16	عدد الأشخاص الذين يعانون من مرض مزمن	.....		
17	نوع المرض المزمن الذي يعانون منه	1. الشخص الأول 1.1 سكري 1.2 ضغط 1.3 كوليستيرول/تريكليسيريد 1.4 قلب وشرايين 1.5 نقص مناعة 1.6 سرطان 1.7 غيره، حدد.....	2. الشخص الثاني 2.1 سكري 2.2 ضغط 2.3 كوليستيرول/تريكليسيريد 2.4 قلب وشرايين 2.5 نقص مناعة 2.6 سرطان 2.7 غيره، حدد.....	3. الشخص الثالث 3.1 سكري 3.2 ضغط 3.3 كوليستيرول/تريكليسيريد 3.4 قلب وشرايين 3.5 نقص مناعة 3.6 سرطان 3.7 غيره، حدد.....
18	هل يعاني أحد أفراد المنزل من أية إعاقة؟	1. نعم	2. لا (في حال كانت اللإجابة لا، إنتقل إلى السؤال 20)	
19	نوع الإعاقة	1. جسدية 2. بصرية 3.صمم 4. إفراط في الحركة 5. متلازمة داون 6. غير ذلك.....		

القسم الرابع: معلومات حول السكن الحالي				
20	عنوان السكن المزمع اعتماده للعزل	1. المحافظة: ..... 2. القضاء:..... 3. البلدة:.....	4. الحي/الشارع:..... 5. إسم المبنى:..... 6. ملك:.....	
21	مكان السكن	1. شقة سكنية في مبنى سكني	2. منزل منفرد	
22	عدد مداخل المنزل/ المبنى	1. واحد	2. اثنين	3. أكثر من أثنين
23	وجود مصعد	1. نعم	2. لا	
24	عدد الغرف في الشقة/المنزل			
25	عدد الحمامات			
26	توفر غرفة فردية يمكن عزلها عن باقي الغرف	1. نعم	2. لا	
27	في حال وجود غرفة فردية يمكن عزلها، ماذا يتوافر فيها؟	1.حمام 2. شرفة 3. شباك 4. سرير 5. مفروشات أخرى 6. غيره، حدد.....		
28	هل يمكن تنظيم وترتيب الغرفة؟ (إزالة ألأغراض التي لا تحتاج إليها)	1. نعم	2. لا	
29	وسائل الترفيه المتوافرة في الغرفة	1. تلفزيون 2. أنترنت 3. كتب 4. هاتف 5. ألعاب 6. غيره، حدد.....		

القسم الخامس: الخدمات المتوفرة في المنزل					
30	توفر مياه الإستخدام	1. نعم	2. لا		
31	مصدر مياه الإستخدام	1. شبكة مياه الدولة حدد.....	2. بئر ارتوازي	3. شراء	4. غيره،
32	توفر مياه الشرب	1. نعم	2. لا		
33	مصدر مياه الشرب	1. شبكة مياه الدولة	2. بئر ارتوازي	3. شراء مباه معبأة	4. غيره، حدد.....
34	توفر التدفئة	نعم	2. لا		

35	وسائل التدفئة	1. صوبيا 2. مدفأة غاز 3. شوفاج 4. AC 5. غيره، حدد.....
36	توفر تغذية كهربائية	1. نعم 2. لا
37	مصدر التيار الكهربائي	1. كهرباء الدولة 2. اشتراك 3. مولد خاص بالمنزل 4. غيره، حدد.....
38	كيفية التخلص من النفايات	1. البلدية 2. حرق 3. ردم 4. غيره،حدد.....

القسم السادس: مستلزمات النظافة الشخصية			
39	هل لديك كافة مستلزمات النظافة ذات الاستعمال الشخصي فرشاة اسنان،صابون،ليفة استحمام، ادوات حلاقة، مناشف.....	1.نعم	2. كلا
40	هل تضمن عدم استخدام أدواتك الشخصية من قبل اشخاص أخرين	1.نعم	2. كلا
41	هل من الممكن تخصيص أدوات للطعام خاصة بك	1.نعم	2. كلا
42	هل هناك امكانية لتنظيف ثيابك ومستلزماتك بطريقة منفصلة عن باقي افراد الاسرة؟	1.نعم	2. كلا
43	هل معدات الوقاية الشخصية الأساسية متوافرة (كمامة، قفازات) ؟	1.نعم	2. كلا
44	هل مستلزمات التنظيف والتعقيم متوافرة؟	1.نعم	2. كلا
44	هل تعتبر أنه من السهل تعقيم الادوات التي ستستخدمها بسهولة (ميزان الحرارة....)؟	1.نعم	2. كلا
45	هل تجد انه من الممكن التخلص من النفايات الخاصة بك بطريقة لا تعرض أفراد الاسرة لأي خطر؟	1.نعم	2. كلا

القسم السابع: سهولة الوصول إلى مكان العزل			
46	هل من السهل الوصول إلى المنزل الذي يتم فبه العزل؟	1.نعم	2. كلا
47	هل من السهل وصول فريق الإسعاف إلى المنزل الذي يتم فبه العزل؟	1.نعم	2. كلا
48	هل من السهل وصول الطعام (Delivery) إلى المنزل الذي يتم فبه العزل؟	1.نعم	2. كلا
49	هل المنزل الذي يتم فيه العزل قريب لإحدى المستشفيات؟	1.نعم	2. كلا
50	هل هناك إمكانية لتلقي الدعم النفسي في فترة العزل؟	1.نعم	2. كلا

القسم الثامن: الموارد الذاتية والاسرية الداعمة			
51	هل انت مدرك لكافة الإجراءات الوقائية التي عليك اتباعها في بيتك؟	1.نعم	2. كلا
52	هل انت قادر على الإلتزام بكافة الإجراءات الوقائية ومتطلبات العزل المنزلي ؟	1.نعم	2. كلا
53	هل تعتبر نفسك قادر على خدمة نفسك بنفسك أثناء تواجدك في الحجر المنزلي ؟	1.نعم	2. كلا
54	هل لديك من يؤمن لك احتياجاتك الاساسية (مأكل، غسيل، أدوية.....)؟	1.نعم	2. كلا
55	في حال كان الجواب نعم، قم بتسمية هذا الشخص وإعطاء رقم هاتفه؟		

مرفق رقم ٢:

REPUBLIC OF LEBANON
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

Service of preventive medicine

Hospital Name…….....……..Province:……..……District:……

Date of reporting:…… ……..Number of positive cases discharged:…….....

#	Patient full Name	Date of onset	Date of detection	Date of discharge	Date of birth	Address		
						Province	District	Locality
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								