

استمارة تقصي حالة حصبة /حصبة الألمانية

تعباً الاستمارة من قبل وزارة الصحة العامة / فريق الترصد الوبائي

رقم الحالة | _____

1. معلومات عن التقصي						
اسم المحقق	المحافظة	القضاء	تاريخ التقصي	مع من تمّ التقصيّ/الاتصال؟ <input type="checkbox"/> المريض نفسه <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> غيره، حدّد.		
2. المريض وعنوانه						
اسم المريض الثلاثي	الجنس	تاريخ الولادة	الجنسية	الإقامة		
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	العمر:/...../.....	<input type="checkbox"/> لبناني <input type="checkbox"/> غير لبناني، حدّد:	<input type="checkbox"/> مقيم <input type="checkbox"/> زائر <input type="checkbox"/> عامل اجنبي	<input type="checkbox"/> لاجئ من أقلّ من 10 سنوات <input type="checkbox"/> لاجئ منذ 10 سنوات او أكثر	
القضاء	البلدة	العنوان الكامل	رقم الهاتف			
3. العوارض						
هل ظهرت حمى (>38) ؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم						
هل ظهر طفح جلدي ؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، حدّد						
نوع الطفح: <input type="checkbox"/> Maculopapular <input type="checkbox"/> Vesicular <input type="checkbox"/> غير، حدّد:						
تاريخ ظهور الطفح :/...../.....						
هل دخل المريض المستشفى؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، حدّد						
اسم المستشفى:						
تاريخ دخول المستشفى:/...../.....						
هل المريضة حامل؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، حدّد						
شهر الحمل:						
تاريخ الولادة المتوقع:/...../.....						
كيف أصبح المريض؟ <input type="checkbox"/> شفاء <input type="checkbox"/> ما زال مريض <input type="checkbox"/> وفاة، السبب:						
تاريخ الوفاة:/...../.....						
4. الوضع التلقيحي للمريض						
هل المعلومات موثقة في السجل الصحيّ/البطاقة الصحية؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم						
هل أخذ المريض لقاح ؟						
حصبة measles	<input type="checkbox"/> غير معروف	<input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم، حدّد	عدد الجرعات	تاريخ آخر جرعة	المكان
حصبة /حصبة المانية/ابو كعب MMR	<input type="checkbox"/> غير معروف	<input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم، حدّد	/...../...../...../.....
حصبة / حصبة المانية MR	<input type="checkbox"/> غير معروف	<input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم، حدّد	/...../...../...../.....
حصبة المانية / rubella	<input type="checkbox"/> غير معروف	<input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم، حدّد	/...../...../...../.....
في حال عدم التطعيم، اذكر السبب: <input type="checkbox"/> المركز الطبي بعيد <input type="checkbox"/> غير مقتنع بالتلقيح <input type="checkbox"/> توقيت المركز الطبي غير مناسب <input type="checkbox"/> وضع أمني غير مستقر <input type="checkbox"/> لا قدرة مالية <input type="checkbox"/> إهمال <input type="checkbox"/> الطفل دائماً مريض <input type="checkbox"/> غيره، حدّد:						
5. مهنة المريض						
ما وضع/مهنة المريض؟ <input type="checkbox"/> في البيت <input type="checkbox"/> في الحضانة <input type="checkbox"/> طالب <input type="checkbox"/> عامل/موظف <input type="checkbox"/> عامل في مجال الصحة <input type="checkbox"/> عسكري <input type="checkbox"/> غيره:						
اسم الحضانة/المدرسة/ المؤسسة	الصف/القسم	القضاء	البلدة	العنوان	رقم الهاتف	
6. الاختلاط مع حالات في المحيط						
اختلاط مع امرأة حامل؟ <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، حدّد من ؟						
وجود حالات مشابهة في المحيط؟ <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، حدّد أين؟						
هل اختلط المريض في الأسابيع الثلاثة السابقة لظهور الطفح مع شخص يعاني من طفح جلدي أو حرارة ؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، حدّد من ؟						
اسم الشخص	الجنس	تاريخ الولادة	العمر	الصلة	تاريخ ظهور العوارض	تاريخ آخر لقاء مع الحالة
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى						رقم الهاتف
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى						
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى						
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى						
7. السفر الى الخارج خلال الأسابيع الثلاثة قبل ظهور الطفح						
هل سافر المريض ؟ <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، حدّد						
هل اختلط المريض مع أحد العائدين من السفر؟ <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، حدّد						
تاريخ العودة:						
من:						
الهاتف:						