

إستمارة إبلاغ عن حالة سل رئوي أو غير رئوي

١- المريض

إسم المريض : _____
إسم الأب : _____
الشهرة : _____
تاريخ الولادة : _____
الجنس : ☐ ذكر ☐ أنثى

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

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 وإرهاق	
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 حضنة		
مدرسة		
جامعة / معهد		
ثكنة عسكرية		
عامل صحي		
سجن		
لا يعمل		
غيره ، حدد : _____		

٤- طريقة التشخيص

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

الفحص	أجري ضع x	النتيجة
إختبار جلدي		
IGRA		
صورة أشعة		
صورة طبقية (سكانر)		
فحص البلغم المجهرى Smear microscopy		
فحص جين اكسبرت Gene xpert		
فحص الـ PCR		
زرع ☐ بلغم ☐ غيره (حدد) _____		
فحص حساسية الأدوية 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 : _____
التاريخ : _____
التوقيع : _____

ملاحظات:
