



استمارة إبلاغ عن مرض إنتقالي

الأمراض التي تبلغ فوراً/Immediately Reportable Cases

Clinical cases should be reported within 24 hours

- ☐ Acute Flaccid Paralysis / الشلل الرخو الحاد:
Poliomyelitis, Guillain Barre, Myelitis, Myositis, Neuritis ...
- ☐ Anthrax / الجمرة الخبيثة
- ☐ Cholera / الكوليرا
- ☐ Diphtheria / الخانوق
- ☐ Food Poisoning / تسمم غذائي
- ☐ Hemorrhagic Fevers / الحميات النزفية:
Ebola-Marburg, Dengue, Crimean Congo HF, Lassa, Yellow fever...
- ☐ Influenza new virus subtypes/ أنفلونزا ناجمة عن نميط جديد:
Avian influenza A(H5N1), A(H7N9) ...
- ☐ Invasive Coronavirus infection:
SARS, MERS/nCoV
- ☐ Invasive Meningococcal disease
- ☐ Measles / الحصبة
- ☐ Meningitis (All agents) / التهاب السحايا
Including West Nile fever ...
- ☐ Mumps / أبو كعب
- ☐ Pertussis / الشاهوق
- ☐ Plague / الطاعون
- ☐ Rabies / الكلب - السعار
- ☐ Rubella / الحصبة الألمانية ☐ Congenital Rubella Syndrome
- ☐ Smallpox / الجدري
- ☐ Tetanus / الكزاز ☐ Neonatal Tetanus/ الكزاز الوليدي
- ☐ Unusual or unexpected event / حدث غير عادي أو غير متوقع
Specify:

الأمراض التي تبلغ أسبوعياً/Weekly Reportable Cases

Laboratory-confirmed

- ☐ Bilharzia / بلهارسيا
- ☐ Brucellosis / الحمى المالطية
- ☐ Creutzfeldt-Jacob Disease / كروتسفيلد جاكوب
- ☐ Gonorrhea / السيلان ☐ Gonorrheal ophthalmia
- ☐ Hepatitis A, B, C, D, E / التهاب الكبد الفيروسي
- ☐ Human T-Cell Lymphotropic Virus type 1 - HTLV 1
- ☐ Hydatid Cyst / الكيسيات المائية
- ☐ Intestinal Infection / التهاب معوي
Amobiasis, Campylobacter, E. coli, Giardiasis, Rotavirus,
Salmonellosis, Shigellosis ...
- ☐ Legionellosis / داء الغيالة
- ☐ Leishmaniasis/ داء الليشمانيات ☐ Cutaneous ☐ Visceral
- ☐ Leprosy / الجذام
- ☐ Malaria / الملاريا
- ☐ Syphilis / السفلس ☐ Congenital Syphilis
- ☐ Typhoid fever / الحميات التيفية
- إن حالات السل أو التدرن Tuberculosis / تبلغ على وثائق خاصة وترسل إلى البرنامج الوطني لمكافحة التدرن
- إن حالات السيدا HIV / تبلغ على وثائق خاصة وترسل في ظرف مختوم مباشرة إلى البرنامج الوطني لمكافحة السيدا.

اسم المريض (اسم الثلاثي)، اسم الأب، اسم الشهرة:

.....

الجنسية:

☐ مقيم ☐ زائر

تاريخ الولادة:

.....

الجنس:

☐ ذكر ☐ أنثى

الوضع التحصيني: (للمرض المبلغ عنه)

☐ ملقح ☐ غير ملقح

عدد الجرعات:

.....

البلدة/الحي:

.....

المحافظة/القضاء:

.....

رقم الهاتف:

.....

تاريخ ظهور عوارض المرض:

.....

تاريخ تشخيص المرض:

.....

هل دخل المريض المستشفى:

☐ لا ☐ نعم

اسم المستشفى:

.....

تاريخ دخول المستشفى:

.....

هل من تشخيص مخبري:

☐ لا ☐ نعم

إذا نعم، حدد:

.....

وجود حالات مماثلة في محيط المريض:

☐ لا ☐ نعم

يمارس المريض مهنة طبية/صحية:

☐ لا ☐ نعم

اسم المستشفى/المركز الصحي/المختبر/عيادة خاصة/غيره:

.....

العنوان:

.....

الهاتف:

.....

اسم وصفة المبلغ:

.....

التاريخ: / / التوقيع

في الحالات التي تبلغ فوراً إضافة إلى ملء الوثيقة يجب الإتصال مباشرة وخلال 24 ساعة ببرنامج الترصد الوبائي في بيروت والمناطق.

هاتف 01/614194, فاكس 01/610920