



استمارة إبلاغ عن حالة حصة أو حصة ألمانية

1- اسم وعنوان المريض

الاسم الثلاثي للمريض: العنوان:
 تاريخ الولادة: المدينة / البلدة:
 الجنس: ذكر أنثى القضاء:
 الجنسية: لبناني غير لبناني: رقم الهاتف:
 الإقامة: مقيم زائر تازح/لاجئ

2 - المعطيات الطبية

المرض المشخص: دخول مستشفى: نعم كلا
 تاريخ ظهور الطفح: اسم المستشفى:
 تاريخ المعاينة: تاريخ الدخول:
 نوع الطفح الجلدي: بقعي *Maculopapular*
 مع حويصلات *Vesicular* خلف الأذن *Post-auricular*
 من نوع اخر *Other rash* خلف العنق *Cervical*
 عوارض مختلفة: حرارة $\geq 38^{\circ}C$ خلف الرقبة *Sub-occipital*
 التهاب ملتحمة العين *Conjunctivitis* مضاعفات: التهاب رئوي *Pneumonia*
 نزلة أنفية *Coryza* التهاب معوي *Gastroenteritis*
 سعال *Cough* وجود حمل: نعم كلا
 ألم في المفاصل *Arthralgia/ Arthritis* حدوث وفاة: نعم تاريخ الوفاة:
 غير، حدد:

3 - معطيات التلقيح

نوع اللقاح	عدد الجرعات	تاريخ آخر جرعة	معلومة مدونة
الحصبة / <i>Measles</i>			
الحصبة والحصبة الألمانية / <i>Measles Rubella</i>			
الحصبة والحصبة الألمانية وابو كعب / <i>MMR</i>			
الحصبة الألمانية / <i>Rubella</i>			

4 - عينات للفحص المصلي و عزل الفيروس

نوع العينة	تاريخ جمع العينة	عينة أولى
مسحة لثوية <input type="checkbox"/> <i>Oral fluid</i>	مسحة دم <input type="checkbox"/> <i>Dried blood</i>	مصل <input type="checkbox"/> <i>Serum</i>
مسحة لثوية <input type="checkbox"/> <i>Oral fluid</i>	مسحة دم <input type="checkbox"/> <i>Dried blood</i>	مصل <input type="checkbox"/> <i>Serum</i>
مسحة من الزلعم <input type="checkbox"/> <i>Throat swab</i>	بول <input type="checkbox"/>	عينة لعزل الفروس

5- معلومات اخرى

اسم الطبيب المعالج: التاريخ:
 العنوان: التوقيع والختم:
 رقم الهاتف:

تعريف حالة الحصبة / الحصبة الألمانية المشتبهة:

طفح جلدي بقعي *maculo-papular* + حرارة
 تثبت الحالة مخبريا بفحصي *IgM* للحصبة
 والحصبة الألمانية، عبر جمع:
 - عينة مصل *serum*
 - أو مسحة لثوية *oral fluid*
 - أو مسحة دم *dried blood*
 وذلك في غضون 28 يوم من تاريخ ظهور الطفح.
 وتحفظ العينة بين $4-8^{\circ}C$.

بالإضافة يحدد نمط الفيروس عبر جمع عينة بول
 (*urine*) او مسحة من الزلعم (*throat swab*)
 في غضون اسبوع من الطفح.

لمزيد من المعلومات: هاتف 01-614194
 فاكس 01-610920، موقع www.moph.gov.lb