

الجمهورية اللبنانية – وزارة الصحة العامة

إستمارة رقم (1) لتقصي حالة شلل رخو حاد: المعلومات الطبية الأولية
Form no. (1) for Acute Flaccid Paralysis: initial medical information

حالة رقم _____

تعباً الاستمارة من قبل الطبيب المعالج

1- المريض والعنوان			
رقم هاتف العائلة	اسم وشهرة المريض		
المدينة / القرية	اسم الاب		
القضاء	تاريخ الولادة		
العنوان	الجنس		
	الجنسية		
	الإقامة <input type="checkbox"/> مقيم <input type="checkbox"/> لاجئ <input type="checkbox"/> زائر		
2- العناية الطبية والاستشفاء			
اسم المستشفى	تاريخ بدء الشلل		
اسم الطبيب المعالج	تاريخ التشخيص		
رقم هاتف الطبيب	تاريخ دخول المستشفى		
3 الوضعية التلقحي / مشاكل صحية سابقة			
وجود مرض عصبي <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	عدد جرعات OPV/IPV		
حدد:	تاريخ آخر جرعة		
4- نوع الشلل / الضعف			
هل توجد حمى / fever ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	هل الشلل رخو / flaccid ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>		
هل يوجد فقدان في العصب الحسي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	هل الشلل حاد / acute ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>		
هل اجري فحص CSF؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	هل الشلل assymmetric ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>		
هل اجري فحص EMG؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	هل تطور الشلل في اقل من 4 أيام ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>		
هل اجري فحص RMI/Scanner؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>			
5- التشخيص الطبي / السريري			
<input type="checkbox"/> Acute anterior poliomyelitis	<input type="checkbox"/> Trichinosis	<input type="checkbox"/> Dermatomyositis	<input type="checkbox"/> Mitochondrial diseases (infantile)
<input type="checkbox"/> Vaccine associated paralytic polio	<input type="checkbox"/> Botulism	<input type="checkbox"/> Acute myopathy in ICU patients	<input type="checkbox"/> Corticosteroids & blocking agents
<input type="checkbox"/> Peripheral neuropathy	<input type="checkbox"/> Arthropod bites	<input type="checkbox"/> Myasthenia gravis	<input type="checkbox"/> Cord compression: tumor, trauma, paraspinal abs., haematoma, vascular malformation thrombosis/bleeding
<input type="checkbox"/> Guillain Barre syndrome	<input type="checkbox"/> Tick bite paralysis	<input type="checkbox"/> Periodic paralysis	<input type="checkbox"/> Ischaemic cord damage: Anterior, spinal artery syndrome, peri-operative complication
<input type="checkbox"/> Acute axonal neuropathy	<input type="checkbox"/> Snake bite	<input type="checkbox"/> Systemic disease	<input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> Acute myelopathy	<input type="checkbox"/> Post-viral myositis	<input type="checkbox"/> Acute porphyries	
<input type="checkbox"/> Focal mononeuropathy	<input type="checkbox"/> Muscles disorders	<input type="checkbox"/> Transverse myelitis	
<input type="checkbox"/> Critical illness neuropathy	<input type="checkbox"/> Polymyositis	<input type="checkbox"/> Multiple sclerosis	
<input type="checkbox"/> Other neurotropic viruses enteroviruses, herpesviruses	<input type="checkbox"/> Acute toxic neuropathies: heavy metals, snake toxin	<input type="checkbox"/> Other demyelinating diseases: acute disseminated encephalomyelitis...	
<input type="checkbox"/> Neuropathies of infectious diseases: Diphtheria, Lyme disease	<input type="checkbox"/> Insecticide: organophosphate poisoning	<input type="checkbox"/> Disorders of neuromuscular transmission	
6 – جمع عينات للبراز – يطلب جمع عيني براز في غضون 14 يوم منذ تاريخ بدء العوارض، وبين العينتين على الاقل 24 ساعة.			
تاريخ جمع العينة الاولى	تاريخ جمع العينة الثانية		
7- المبلغ			
اسم المبلغ وتوقعه	تاريخ الإبلاغ		