

الكزاز الوليدي:
استمارة تقصي
صفحة 2 / 1

رقم الاستمارة:

1. الإبلاغ

تاريخ الإبلاغ	المستشفى	اسم المبلغ	تاريخ التقصي	اسم المحقق

2. هوية الطفل

اسم العائلة	اسم الطفل	اسم الأب	اسم الأم	الجنسية
جنس الطفل	تاريخ الولادة	القضاء	المدينة / القرية	رقم الهاتف
<input type="checkbox"/> صبي <input type="checkbox"/> بنت				
العنوان الكامل				

3. الوضع التلقحي للام ضد الكزاز

هل تلقفت الأم لقاحات ضد الكزاز؟	تاريخ آخر جرعة لقاح ضد الكزاز	هل الوضع التلقحي موثق / مدون؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا

4. العناية بالأم الحامل / قبل ولادة الطفل

عدد المعاینات الطبية خلال الحمل	مكان إجراء المعاینات الطبية	هل أدخلت الأم المستشفى خلال الحمل	تاريخ دخول المستشفى	سبب دخول المستشفى خلال الحمل
	<input type="checkbox"/> مستشفى <input type="checkbox"/> عيادة طبية <input type="checkbox"/> مركز صحي <input type="checkbox"/> مستوصف <input type="checkbox"/> غيره، حدد:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا		

5. ولادة الطفل

حدد مكان الولادة	من قام بعملية التوليد؟	اسم الشخص الذي قام بعملية التوليد
<input type="checkbox"/> مستشفى: <input type="checkbox"/> مركز صحي: <input type="checkbox"/> المنزل <input type="checkbox"/> غيره، حدد:	<input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> قابلة قانونية <input type="checkbox"/> داية <input type="checkbox"/> غيره، حدد	
هل تم التوليد في المنزل؟	هل بدأ المسطح نظيف؟	هل الشخص الذي قام بالتوليد قد غسل يديه؟
<input type="checkbox"/> شرشف <input type="checkbox"/> طاولة غير مغطاة <input type="checkbox"/> أرضية المنزل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا
أي آلة استعملت لقطع حبل الصرة؟	هل تم تنظيف وتعقيم آلات بالمياه الساخنة؟ هل بدت جديدة؟	كيف تم معالجة حبل الصرة؟
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	

الكزاز الوليدي:
استمارة تقصي
صفحة 2 / 2

اسم الطفل:

رقم الاستمارة:

6. العوارض عند الطفل

تاريخ ظهور العوارض	خلال أول يومين بعد الولادة، هل رضع وبكي الطفل بشكل طبيعي؟	إذا نعم ، حدد التفاصيل:
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	
	بعد مرور يومين على الولادة، هل واجه الطفل صعوبة في الرضاعة؟	إذا نعم ، حدد التفاصيل:
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	
	هل ظهرت تشنجات (raideur) عند الطفل؟	إذا نعم ، حدد التفاصيل:
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	
	هل ظهرت اختلاجات (convulsions) عند الطفل؟	إذا نعم ، حدد التفاصيل:
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	
	هل ظهرت اختلاجات انفعالية (convulsions réactionelles) عند الطفل؟	إذا نعم ، حدد التفاصيل:
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	
	هل ظهرت عوارض أخرى عند الطفل؟	إذا نعم ، حدد التفاصيل:
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	

7. معالجة الطفل

هل ادخل الطفل المستشفى	إذا نعم ، اسم المستشفى	تاريخ الاستشفاء
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا		
التشخيص	هل توفي الطفل؟	تاريخ الوفاة
	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	

8. ملاحظات

ملاحظات العائلة	ملاحظات الطبيب المعالج	ملاحظات المحقق