

الجمهورية اللبنانية - وزارة الصحة العامة - مديرية الوقاية الصحية - برنامج الترصد الوبائي

استمارة تفصي لحالات التهاب الكبد الفيروسي الالفي / VHA / HVA

تعباً الاستمارة من قبل وزارة الصحة العامة / فريق الترصد الوبائي

1) التفصي			
اسم المحقق	تاريخ التفصي	رقم استمارة Esu	رقم استمارة التفصي
2) المريض			
الاسم الثلاثي عند الولادة	اسم الزوج	الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	الجنسية
عنوان السكن: المحافظة	القضاء	البلدة	رقم الهاتف
إذا لاجي، حدد السكن:	<input type="checkbox"/> منزل	<input type="checkbox"/> مخيم، حدد:	<input type="checkbox"/> غيره، حدد:
3) المرض			
تاريخ ظهور العواض:	معانة طبية: <input type="checkbox"/> مستشفى <input type="checkbox"/> مستشفى ميداني <input type="checkbox"/>	مستشفى <input type="checkbox"/> عيادة خاصة <input type="checkbox"/> عيادة ميدانية <input type="checkbox"/>	مركز/مستوصف <input type="checkbox"/> غيره: <input type="checkbox"/>
دخل المستشفى: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	اسم المستشفى:	اشتركات:	Hepatitis fulminante
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	وفاة: <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	تاريخ الوفاة:
4) الفحوصات المخبرية			
إجراء الفحص	VHA-IgM	VHB-AgHbs	VHC
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/>
نتيجة الفحص	<input type="checkbox"/> ايجابي <input type="checkbox"/> سلبي	<input type="checkbox"/> ايجابي <input type="checkbox"/> سلبي	<input type="checkbox"/> ايجابي <input type="checkbox"/> سلبي
5) المهنة			
مهنة المريض	يعمل أو يتردد:	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	إذا نعم، حدد عنوان العمل:
في مؤسسة تربية			البلدة
في دار حضانة			القضاء
في مؤسسة صحية			
في بيع/تحضير المواد الغذائية			
6) مصدر مياه الشرب			
مكان:	شبكة مياه الدولة	بئر خاص	بئر/عين عامة
السكن	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>
الدراسة/العمل	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>
7) الصرف الصحي			
شبكة مجاري	مكان السكن:	مكان الدراسة/العمل:	شبكة مجاري
<input type="checkbox"/> شبكة مجاري صحية <input type="checkbox"/> لا يعلم	<input type="checkbox"/> حفرة صحية <input type="checkbox"/> لا يعلم	<input type="checkbox"/> حفرة صحية <input type="checkbox"/> لا يعلم	<input type="checkbox"/> شبكة مجاري <input type="checkbox"/> لا يعلم
8) المحيط			
السكن	العمل	الدراسة	الاقرباء الزوار
الحي	الحي	الحي	الحي
عدد، <input type="checkbox"/>	عدد، <input type="checkbox"/>	عدد، <input type="checkbox"/>	عدد، <input type="checkbox"/>
عدد، <input type="checkbox"/>	عدد، <input type="checkbox"/>	عدد، <input type="checkbox"/>	عدد، <input type="checkbox"/>
عدد، <input type="checkbox"/>	عدد، <input type="checkbox"/>	عدد، <input type="checkbox"/>	عدد، <input type="checkbox"/>
عدد، <input type="checkbox"/>	عدد، <input type="checkbox"/>	عدد، <input type="checkbox"/>	عدد، <input type="checkbox"/>
9) خلاصة			
تصنيف الحالة:	تفصي المرض:	بلدة/الحي	غيره:
<input type="checkbox"/> مثبتة مخبريا <input type="checkbox"/> مشتبهة	<input type="checkbox"/> فردية <input type="checkbox"/> مؤسسة تربية	<input type="checkbox"/> مؤسسة صحية <input type="checkbox"/> مخيم لللاجئين	<input type="checkbox"/> غيره: