

استمارة تقصي تسمم غذائي

تعبئ من قبل وزارة الصحة العامة / فريق الترصد الوبائي

(1) عن المجموعة :

عدد المصابين	عدد أفراد المجموعة	تاريخ الاتصال	البلدة	القضاء	رقم الهاتف	مع من تم الاتصال؟	المجموعة
							<input type="checkbox"/> عائلة <input type="checkbox"/> غيره، حدد:

(2) عن الأشخاص المعرضين والمصابين

#	الاسم	الجنس	سنة الولادة	هل تناول الوجبة المشتركة؟	هل مرض؟	تاريخ وساعة تناول الوجبة المشتركة	تاريخ وساعة ظهور العوارض	فترة الحضانة (بالساعات)	العوارض	نوع العناية الطبية	تم زرع براز	نتيجة زرع البراز	أرسال السلالة إلى مختبر مرجعي؟	تطور الحالة
				<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم	تاريخ: _____ ساعة: _____	تاريخ: _____ ساعة: _____		<input type="checkbox"/> حمى <input type="checkbox"/> اسهال مائي <input type="checkbox"/> اسهال دموي <input type="checkbox"/> غير: _____	<input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> مستوصف/مركز طبيبي: <input type="checkbox"/> طوارئ: <input type="checkbox"/> استشفاء:	<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> ايجابي: _____ رقم: _____	<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، رقم: _____	<input type="checkbox"/> حي <input type="checkbox"/> توفي
				<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم	تاريخ: _____ ساعة: _____	تاريخ: _____ ساعة: _____		<input type="checkbox"/> حمى <input type="checkbox"/> اسهال مائي <input type="checkbox"/> اسهال دموي <input type="checkbox"/> غير: _____	<input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> مستوصف/مركز طبيبي: <input type="checkbox"/> طوارئ: <input type="checkbox"/> استشفاء:	<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> ايجابي: _____ رقم: _____	<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، رقم: _____	<input type="checkbox"/> حي <input type="checkbox"/> توفي
				<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم	تاريخ: _____ ساعة: _____	تاريخ: _____ ساعة: _____		<input type="checkbox"/> حمى <input type="checkbox"/> اسهال مائي <input type="checkbox"/> اسهال دموي <input type="checkbox"/> غير: _____	<input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> مستوصف/مركز طبيبي: <input type="checkbox"/> طوارئ: <input type="checkbox"/> استشفاء:	<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> ايجابي: _____ رقم: _____	<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، رقم: _____	<input type="checkbox"/> حي <input type="checkbox"/> توفي
				<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم	تاريخ: _____ ساعة: _____	تاريخ: _____ ساعة: _____		<input type="checkbox"/> حمى <input type="checkbox"/> اسهال مائي <input type="checkbox"/> اسهال دموي <input type="checkbox"/> غير: _____	<input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> مستوصف/مركز طبيبي: <input type="checkbox"/> طوارئ: <input type="checkbox"/> استشفاء:	<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> ايجابي: _____ رقم: _____	<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم، رقم: _____	<input type="checkbox"/> حي <input type="checkbox"/> توفي

(3) عن الوجبات المشتركة

#	الاطباق	مصدرها	تاريخ شرائها	تاريخ تحضيرها	طريقة حفظها	وجود عينة في المنزل	ارسال عينة الى مختبر مرجعي	نتيجة الزرع	ارسال السلالة الى مختبر مرجعي

اسم المحقق و توقيعہ: