



استمارة إبلاغ عن مرض إنتقالي

**Immediately Reportable Cases/الأمراض التي تبلغ فوراً**

Clinical cases should be reported within 24 hours

- Acute Flaccid Paralysis / الشلل الرخو الحاد:  
Poliomyelitis, Guillain Barre, Myelitis, Myositis, Neuritis ...
- Anthrax / الجمره الخبيثة
- Cholera / الكوليرا
- Diphtheria / الخانوق
- Food Poisoning / تسمم غذائي
- Hemorrhagic Fevers / الحميات النزفية :  
Ebola-Marbrug, Dengue, Crimean Congo HF, Lassa, Yellow fever...
- Influenza new virus subtypes/ أنفلونزا ناجمة عن نميط جديد :  
Avian influenza A(H5N1), A(H7N9) ...
- Invasive Coronavirus infection:  
SARS, MERS/nCoV
- Invasive Meningococcal disease
- Measles / الحصبة
- Meningitis (All agents) / التهاب السحايا  
Including West Nile fever ...
- Mumps / أبو كعب
- Pertussis / الشاهوق
- Plague / الطاعون
- Rabies / الكلب - السعار
- Rubella / الحصبة الألمانية  Congenital Rubella Syndrome
- Smallpox / الجدري
- Tetanus / الكزاز  Neonatal Tetanus/ الكزاز الوليدي
- Unusual or unexpected event / حدث غير عادي أو غير متوقع  
Specify:

**Weekly Reportable Cases/الأمراض التي تبلغ اسبوعياً**

Laboratory-confirmed

- Bilharzia / بهاريسيا
- Brucellosis / الحمى المالطية
- Creutzfeldt-Jacob Disease / كروتسفيلد جاكوب
- Gonorrhoea / السيلان  Gonorrhoeal ophthalmia
- Hepatitis A, B, C, D, E / التهاب الكبد الفيروسي
- Human T-Cell Lymphotropic Virus type 1 - HTLV 1
- Hydatid Cyst / الكيسيات المائية
- Intestinal Infection / التهاب معوي  
Amobiasis, Campylobacter, E. coli, Giardiasis, Rotavirus,  
Salmonellosis, Shigellosis ...
- Legionellosis / داء الغيالققة
- Leishmaniasis/ داء الليشمانيات  Cutaneous  Visceral
- Leprosy / الجذام
- Malaria / الملاريا
- Syphilis / السفلس  Congenital Syphilis
- Typhoid fever / الحميات التيفية

إن حالات السل او التدرن Tuberculosis / تبلغ على وثائق خاصة وترسل إلى البرنامج الوطني لمكافحة التدرن  
إن حالات السيدا HIV / تبلغ على وثائق خاصة وترسل في ظرف مختوم مباشرة إلى البرنامج الوطني لمكافحة السيدا.

اسم المريض (اسم الثلاثي)، اسم الأب، اسم الشهرة:

.....

الجنسية:  مقيم  زائر

تاريخ الولادة: .....

الجنس:  ذكر  أنثى

الوضع التحصيني: (للمرض المبلغ عنه)

غير ملقح  ملقح

عدد الجرعات: .....

البلدة/الحي: .....

المحافظة/القضاء: .....

رقم الهاتف: .....

تاريخ ظهور عوارض المرض: .....

تاريخ تشخيص المرض: .....

هل دخل المريض المستشفى:  نعم  لا

اسم المستشفى: .....

تاريخ دخول المستشفى: .....

هل من تشخيص مخبري:  نعم  لا

إذا نعم، حدد: .....

.....

وجود حالات مماثلة في محيط المريض:  نعم  لا

يمارس المريض مهنة طبية/صحية:  نعم  لا

.....

اسم المستشفى/المركز الصحي/المختبر/عيادة خاصة/غيره:

.....

العنوان: .....

الهاتف: .....

اسم وصفة المبلغ: .....

التاريخ: / / التوقيع

في الحالات التي تبلغ فوراً إضافة إلى ملء الوثيقة يجب الإتصال مباشرة وخلال 24 ساعة ببرنامج الترصد الوبائي في بيروت والمناطق.

هاتف 01/614194 ، فاكس 01/610920