

استمارة إبلاغ عن التهاب السحايا الحاد

رقم ESU: \_\_\_\_\_ رقم M: \_\_\_\_\_

(5) - العوارض الإكلينيكية للمريض

ضع علامة X	
Fever	
Neck stiffness	
Vomiting	
Bulging fontanel	
Purpura	
Septic choc	
Gangrene	
غيره ، حدد :	

(6) - عن الوضع التفريقي

تاريخ آخر جرعة	عدد الجرعات ونوعه	
		<i>Neisseria meningitidis</i>
		<i>Haemophilus influenzae b</i>
		<i>Pneumococcus</i>

(7) - هل سافر المريض أو أحد المقربين إلى الخارج، مؤخرًا؟

من سافر؟	إلى أي البلد؟	تاريخ العودة الى لبنان؟

(8) - ما هي مهنة المريض؟

المهنة	:	_____
نوع المؤسسة	:	_____
اسم المؤسسة / المدرسة / دار الحضانة / الثكنة :	:	_____
الصف	:	_____
العنوان	:	_____
رقم الهاتف	:	_____

(9) - عن أهل الدار

عدد الأفراد في البيت	:	_____
هل يوجد أطفال دون 5 سنوات : نعم / كلا	:	_____

(10) - عن المبلغ

اسم المبلغ	:	_____
التاريخ	:	_____
التوقيع	:	_____

تبليغ الاستمارة إلى وحدة الترصد الوبائي فور الاشتباه بالحالة لأخذ التدابير اللازمة للمخالطين.

تلفون: 01/614195 فاكس: 01/610920

(1) - المريض

اسم المريض	:	_____
اسم الأب	:	_____
الشهرة	:	_____
تاريخ الولادة	:	_____
الجنس	:	ذكر <input type="checkbox"/> انثى <input type="checkbox"/>

(2) - عنوان المريض

الجنسية	:	_____
العنوان	:	_____
القرية / المدينة	:	_____
القضاء	:	_____
رقم الهاتف	:	_____

(3) - عن الاستشفاء

تاريخ ظهور العوارض	:	_____
تاريخ دخول المستشفى	:	_____
تاريخ التشخيص	:	_____
اسم المستشفى	:	_____
اسم الطبيب المعالج	:	_____
رقم الهاتف	:	_____

(4) - نتائج الفحوصات المخبرية - في حال إجراء الفحوصات المخبرية

، ترفق النتائج.

أجريت، ضع X	مرفقة، ضع X	
		CSF- direct
		CSF - chemical
		CSF - culture
		CSF - antigens
		Blood - CBC
		Blood - culture

هل عولج المريض بالمضادات الحيوية قبل دخوله إلى المستشفى؟

نعم  كلا

إذا نعم، ماذا : \_\_\_\_\_

ومنذ متى : \_\_\_\_\_

الجرثومة المسببة	:	_____
ملاحظات	:	_____