



استمارة إبلاغ عن حالة حصة أو حصة ألمانية

1- اسم وعنوان المريض

الاسم الثلاثي للمريض:
 العنوان:
 تاريخ الولادة:
 الجنس: ذكر أنثى
 الجنسية: لبناني غير لبناني
 الإقامة: مقيم زائر نازح/لاجئ
 المدينة / البلدة:
 القضاء:
 رقم الهاتف:

2 - المعطيات الطبية

المرض المشخص:
 تاريخ ظهور الطفح:
 تاريخ المعاينة:
 دخول مستشفى: نعم كلا
 اسم المستشفى:
 تاريخ الدخول:
 نوع الطفح الجلدي: بقعي *Maculopapular*
 مع حويصلات *Vesicular*
 من نوع اخر *Other rash*
 تضخم العقد: خلف الأذن *Post-auricular*
 خلف العنق *Cervical*
 خلف الرقبة *Sub-occipital*
 عوارض مختلفة: حرارة $\geq 38^{\circ}C$
 التهاب ملتحمة العين *Conjunctivitis*
 نزلة أنفية *Coryza*
 سعال *Cough*
 ألم في المفاصل *Arthralgia/ Arthritis*
 مضاعفات: التهاب رئوي *Pneumonia*
 التهاب معوي *Gastroenteritis*
 وجود حمل: نعم كلا
 حدوث وفاة: نعم تاريخ الوفاة:
 غير، حدد:

3 - معطيات التلقيح

معلومة مدونة	تاريخ آخر جرعة	عدد الجرعات	نوع اللقاح
			الحصبة / <i>Measles</i>
			الحصبة والحصبة الألمانية / <i>Measles Rubella</i>
			الحصبة والحصبة الألمانية وابو كعب / <i>MMR</i>
			الحصبة الألمانية / <i>Rubella</i>

4 - عينات للفحص المصلي و عزل الفيروس

نوع العينة	تاريخ جمع العينة	عينات
مسحة دم <input type="checkbox"/> <i>Dried blood</i>	مسحة لثوية <input type="checkbox"/> <i>Oral fluid</i>	مصل <input type="checkbox"/> <i>Serum</i>
مسحة دم <input type="checkbox"/> <i>Dried blood</i>	مسحة لثوية <input type="checkbox"/> <i>Oral fluid</i>	مصل <input type="checkbox"/> <i>Serum</i>
مسحة من الزلعم <input type="checkbox"/> <i>Throat swab</i>		بول <input type="checkbox"/>

5- معلومات اخرى

اسم الطبيب المعالج:
 التاريخ:
 العنوان:
 رقم الهاتف:
 التوقيع والختم:

تعريف حالة الحصبة / الحصبة الألمانية المشتبهة:

طفح جلدي بقعي *maculo-papular* + حرارة
 تثبت الحالة مخبريا بفحصي *IgM* للحصبة
 والحصبة الألمانية، عبر جمع:
 - عينة مصل *serum*
 - أو مسحة لثوية *oral fluid*
 - أو مسحة دم *dried blood*
 وذلك في غضون 28 يوم من تاريخ ظهور الطفح.
 وتحفظ العينة بين $4-8^{\circ}C$.

بالإضافة يحدد نمط الفيروس عبر جمع عينة بول
 (*urine*) او مسحة من الزلعم (*throat swab*)
 في غضون اسبوع من الطفح.

لمزيد من المعلومات: هاتف 01-614194
 فاكس 01-610920، موقع www.moph.gov.lb