

استماراة عابرة للحدود الدولية لنقل رعاية مرضى السل



شخص مصاب بمرض السل تلقى العلاج في (البلد المرسل): ينتقل إلى (البلد المستقبل):
تلخص هذه الاستماراة المعلومات المتاحة عن البيانات الشخصية والسريرية الخاصة بالشخص المريض، كما تتضمن أيضًا بيانات الاتصال بالأطباء المعالجين وأو هيئة الصحة العامة في البلد المرسل. البيانات المقدمة حصرياً لاستخدام مقدمي الرعاية السريرية (الطبية) ولا ينبغي إعادة إرسالها.

1. المعلومات الشخصية

يرجى الإشارة إلى ما إذا كان الشخص المصاب بالسل قد سمح بالتواصل معه في وجهة الجديدة: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	اسم العائلة:
الاسم الاول:	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> آخر
اللغة (اللغات) التي يتحدث بها:	تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة): ____ / ____ / ____
البريد الإلكتروني:	الجنسية:
عنوان الانتقال: <input type="checkbox"/> متاح (يرجى تعبئة التفاصيل أدناه). <input type="checkbox"/> غير متاح	رقم الهاتف:
الشخص الذي يمكن الاتصال به في وجهة الانتقال: الاسم: _____ رقم الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____	اسم الشارع ورقمه: _____ رمز البريدي: _____ المدينة/القرية: _____ المنطقة/المقاطعة: _____ البلد: _____
تاريخ النقل المتوقع (اليوم/الشهر/السنة): ____ / ____ / ____	أي معلومات إضافية حول الانتقال:

2. وصف نوبة مرض السل الحالية

تاريخ مرض السل: تاريخ التشخيص (اليوم/الشهر/السنة): ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> نوبة سل جديدة <input type="checkbox"/> تم التشخيص/الخضوع لعلاج سابقًا إذا تم تشخيص الإصابة بالمرض وعلاجه سابقًا، صِف نتيجة العلاج: <input type="checkbox"/> تم الشفاء أو استكمال العلاج <input type="checkbox"/> فشل العلاج <input type="checkbox"/> انقطاع العلاج <input type="checkbox"/> فقدان المتابعة <input type="checkbox"/> مجهول	موقع (موقع) المرض: <input type="checkbox"/> الرئة <input type="checkbox"/> خارج الرئة <input type="checkbox"/> مجهول بالنسبة إلى الإصابة بالسل خارج الرئة، يرجى تحديد الأعضاء المصابة:
نتائج الفحوصات التصويرية: أحدث الفحوصات التصويرية التي أجريت: <input type="checkbox"/> تصوير الصدر بالأشعة السينية <input type="checkbox"/> التصوير المقطعي المحوسب <input type="checkbox"/> أخرى (حددها): _____ أحدث نتائج الفحوصات التصويرية: <input type="checkbox"/> نتائج طبيعية <input type="checkbox"/> نتائج غير طبيعية (حددها): _____	
<input type="checkbox"/> انصباب جنبي <input type="checkbox"/> انصباب جانبي <input type="checkbox"/> تجويف أحادي الجانب <input type="checkbox"/> عقيادات <input type="checkbox"/> تجويف ثانوي الجانب <input type="checkbox"/> ارتشاحات أحادية الجانب <input type="checkbox"/> مجهول <input type="checkbox"/> ارتشاحات ثنائية الجانب <input type="checkbox"/> ارتشاحات أخرى (حددها): _____	
تأكيد وجود البكتيريا المسببة للمرض: يرجى الإشارة إلى أحدث نتائج الفحوصات المخبرية التي أجريت.	
النتائج	هل خضع المريض للاختبار؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
الاختبار	التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)
الفحص المجهري	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
المزرعة البكتيرية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
اختبار النمط الوراثي*	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
أسباب الأمراض التي تم تحديدها: <input type="checkbox"/> المتفطرة السلبية <input type="checkbox"/> المتفطرة الإفريقية <input type="checkbox"/> المتفطرة البقرية <input type="checkbox"/> أنواع أخرى (حددها): _____	

* أي اختبار نمط وراثي يستخدم للتشخيص وتحديد الأنواع (سواء مع اختبار الفايروس للتأثير بالأدوية أو من دونه)، مثل الاختبار القائم على تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR)، أو اختبار تضخيم الحمض النووي الآلي (NAAT) أو التسلسل الجيني للجيني للجيني للجيني.

اختبار القابلية للتأثير بالأدوية: *يرجى الإشارة إلى أحدث نتائج الفحوصات المخبرية التي أجريت.

التاريخ (اليوم/الشهر/السنة) _____ / _____ / _____

العقار	قابل للتاثير به	مقاومة	معقم	محبول	لم يتم اختباره
إيزونيازيد (هـ)	<input type="checkbox"/>				
ريفامبيسين (R))	<input type="checkbox"/>				
إيثامبتوول (E))	<input type="checkbox"/>				
بيرازيناميد (Z))	<input type="checkbox"/>				
ليفوكلوكساسين (Lfx))	<input type="checkbox"/>				
موكسيفلوكساسين (M))	<input type="checkbox"/>				
بيداكوليدين (B))	<input type="checkbox"/>				
ليززوليد (L)	<input type="checkbox"/>				
آخر (حددها):	<input type="checkbox"/>				

في حالة مقاومة R و H يرجى تقديم المزيد من المعلومات:

** إما نتائج اختبار نمط ظاهري أو نمط وراثي.

3. علاج السل

العلاج الأولي:

التاريخ البدء (اليوم/الشهر/السنة): _____ / _____ / _____

إذا كان هناك تغيير في وقت النقل، يرجى تقديم مزيد من المعلومات حول نظام العلاج الحالي
وسبب التغيير:

أعطي المريض أدوية تكفي _____ من الأيام لاستخدامها خلال السفر.

إذا تم توفير الدواء، فيرجى تحديد التاريخ (اليوم/الشهر/السنة): _____ / _____ / _____

التاريخ انتهاء العلاج المخطط له (اليوم/الشهر/السنة): _____ / _____ / _____

العلاج الحالي:

الدواء (الاسم العام)	التركيزية (ملغ/قرص)	الكمية	التكرار	أي ملاحظات

أي معلومات إضافية:

4. بيانات الاتصال للهيئة المرسلة للاستمارة

الهيئة المرسلة

العنوان:

جهة اتصال إضافية (طبيب/مرفق صحي/غير ذلك):
العنوان:

جهة الاتصال:

البريد الإلكتروني:

جهة الاتصال:
البريد الإلكتروني:
رقم الهاتف:

الهاتف:

تم استكمال هذه الاستمارة في [التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)]: _____ / _____ / _____