

## استمارة عابرة للحدود الدولية لنقل رعاية مرضى السل

شخص مصاب بمرض السل تلقى العلاج في (البلد المرسل): \_\_\_\_\_ ينتقل إلى (البلد المستقبل): \_\_\_\_\_  
تتلخص هذه الاستمارة المعلومات المتاحة عن البيانات الشخصية والسريية الخاصة بالشخص المريض، كما تتضمن أيضًا بيانات الاتصال بالأطباء المعالجين و/أو هيئة الصحة العامة في البلد المرسل. البيانات المُقدَّمة مخصصة حصريًا لاستخدام مقدمي الرعاية السريية (الطبية) ولا ينبغي إعادة إرسالها.

### 1. المعلومات الشخصية

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

### 2. وصف نوبة مرض السل الحالية

<b>موقع (مواقع) المرض:</b> <input type="checkbox"/> الرئة <input type="checkbox"/> خارج الرئة <input type="checkbox"/> مجهول بالنسبة إلى الإصابة بالسل خارج الرئة، يُرجى تحديد الأعضاء المصابة:	<b>تاريخ مرض السل:</b> 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
<b>نتائج الفحوصات التصويرية:</b> 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): _____	
ارتشاحات أحادية الجانب <input type="checkbox"/> تجويف أحادي الجانب <input type="checkbox"/> انصباب جنبي <input type="checkbox"/> ارتشاحات ثنائية الجانب <input type="checkbox"/> تجويف ثنائي الجانب <input type="checkbox"/> عُقيدات <input type="checkbox"/> أخرى (حددها): _____	
<b>تأكيد وجود البكتيريا المسببة للمرض:</b> يُرجى الإشارة إلى أحدث نتائج الفحوصات المخبرية التي أجريت.	
الاختبار الفحص المجهرى <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا المزرعة البكتيرية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا اختبار النمط الوراثي* <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل خضع المريض للاختبار؟ التاريخ (اليوم/الشهر/السنة) إيجابي <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> معلق <input type="checkbox"/> مجهول
مسببات الأمراض التي تم تحديدها: <input type="checkbox"/> المتفطرة السلية <input type="checkbox"/> المتفطرة الإفريقية <input type="checkbox"/> المتفطرة البقرية <input type="checkbox"/> أنواع أخرى (حددها): _____	

\* أي اختبار نمط وراثي يُستخدم للتشخيص وتحديد الأنواع (سواء مع اختبار القابلية للتأثر بالأدوية أو من دونها)، مثل الاختبار القائم على تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR)، أو

اختبار تضخيم الحمض النووي الألي (NAAT) أو التسلسل الجيني للجيل التالي.

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

التاريخ (اليوم/الشهر/السنة) ____ / ____ / ____	العقار	قابل للتأثر به	مقاوم	معلق	مجهول	لم يتم اختباره
	إيزونيازيد (هـ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ريفامبيسين (R))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	إيثامبوتول (E))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	بيرازيناميد (Z))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ليفوفلوكساسين (Lfx))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	موكسيفلوكساسين (M))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	بيداكوليلين (B))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	لينزوليد (L))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	أخرى (حددها):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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:

تاريخ البدء (اليوم/الشهر/السنة): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

أعطى المريض أدوية تكفي \_\_\_\_ من الأيام لاستخدامها خلال السفر.

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

تاريخ انتهاء العلاج المخطط له (اليوم/الشهر/السنة): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### العلاج الحالي:

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

أي معلومات إضافية:

### 4. بيانات الاتصال للهيئة المرسلّة للاستشارة

#### الهيئة المرسلّة

العنوان: \_\_\_\_\_

جهة الاتصال: \_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_

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

جهة الاتصال: \_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

تم استكمال هذه الاستشارة في التاريخ (اليوم/الشهر/السنة): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_