

استمارة تحويل رعاية مرضى السل الدولية

شخص مصاب بمرض السل تلقى العلاج في (البلد المرسل): _____ ينتقل إلى (البلد المستقبل): _____. تلخص هذه الاستمارة المعلومات المتاحة عن البيانات الشخصية والسريية الخاصة بالشخص المريض، كما تتضمن هذه الاستمارة معلومات عن كيفية الاتصال بالأطباء المعالجين و/أو سلطات الصحة العامة في البلد المرسل. البيانات المُقدّمة مخصصة حصرياً لاستخدام مقدمي الرعاية السريية ولا يجدر نقلها إلى جهات أخرى..

1. المعلومات الشخصية

الرجاء تحديد ما إذا كان الشخص المصاب بالسل قد وافق بالتواصل معه في وجهه الوصول: <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"/> متوفر (يُرجى تعبئة التفاصيل أدناه). <input type="checkbox"/> غير متوفر	
اسم الشارع ورقمه: _____	الشخص الذي يجب الاتصال به على الموقع الجديد:
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

موقع (مواقع) المرض: <input type="checkbox"/> الرئة <input type="checkbox"/> خارج الرئة <input type="checkbox"/> مجهول بالنسبة إلى الإصابة بالسل خارج الرئة، يُرجى تحديد الأعضاء المصابة:	تاريخ مرض السل: تاريخ التشخيص (اليوم/الشهر/السنة): ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> نوبة سل جديدة <input type="checkbox"/> تم التشخيص/الخضوع لعلاج سابقاً إذا تم تشخيص الإصابة بالمرض وعلاجه سابقاً، صف نتيجة العلاج: <input type="checkbox"/> تم الشفاء أو استكمال العلاج <input type="checkbox"/> فشل العلاج <input type="checkbox"/> التوقف عن العلاج <input type="checkbox"/> تم فقدان المتابعة <input type="checkbox"/> السبب غير معروف
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 (حدد): _____ أحدث نتائج الفحوصات التصويرية: <input type="checkbox"/> نتائج طبيعية <input type="checkbox"/> نتائج غير طبيعية (حدد): _____	
<input type="checkbox"/> 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 (حدد): _____	
تحليل جراثيمي: يُرجى الإشارة إلى النتائج الأخيرة للفحوصات المخبرية التي أجريت	
نوع الفحص المخبري	تم إجراء الفحص؟
الفحص المجهرى	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
فحص زرع المختبر	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
اختبار النمط الجيني *	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
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 (حدد): _____	

* أي اختبار للنمط الجيني يُستخدم للتشخيص وتحديد الأنواع (مع أو بدون اختبار القابلية للتأثر بالأدوية)، مثل الاختبار القائم على تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR)، أو اختبار تضخيم الحمض النووي الالبي (NAAT) أو التسلسل الجيني للجيل التالي.

اختبار القابلية للتأثر بالأدوية: **يُرجى الإشارة إلى النتائج الأخيرة للفحوصات المخبرية التي أجريت.

التاريخ (اليوم/الشهر/السنة) ____ / ____ / ____	الدواء	قابل للتأثر به	مقاوم	قيد الانتظار	لا معلومات	لم يتم اختياره
	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"/>

في حالة مقاومة R و H يُرجى 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 تحويل الحالة ، يُرجى تقديم مزيد من المعلومات حول نظام العلاج الحالي وسبب التغيير:

أعطى المريض أدوية تكفي ____ من الأيام لاستخدامها خلال السفر.

إذا تم توفير الدواء، فيُرجى تحديد التاريخ (اليوم/الشهر/السنة): ____ / ____ / ____

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

العلاج الحالي:

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

أي معلومات إضافية:

4. بيانات الاتصال للهيئة المرسلة للاستشارة

الهيئة المرسلة

العنوان:

جهة الاتصال:

البريد الإلكتروني:

رقم الهاتف:

بيانات أخرى للتواصل (طبيب/ مؤسسة صحية/ غيرها):

العنوان:

جهة الاتصال:

البريد الإلكتروني:

رقم الهاتف:

تم استكمال هذه الاستشارة في [التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)]: ____ / ____ / ____