

استماراة تحويل رعاية مرضى السل الدولي



شخص مصاب بمرض السل ثالقي العلاج في (البلد المرسل): ينتقل إلى (البلد المستقبل): . تلخص هذه الاستماراة المعلومات المتاحة عن البيانات الشخصية والسريرية الخاصة بالشخص المريض. كما تتضمن هذه الاستماراة معلومات عن كيفية الاتصال بالأطباء المعالجين وأو سلطات الصحة العامة في البلد المرسل. البيانات المقدمة مخصصة حصرياً لاستخدام مقدمي الرعاية السريرية ولا يجدر نقلها إلى جهات أخرى..

1. المعلومات الشخصية

الرجاء تحديد ما إذا كان الشخص المصاب بالسل قد وافق بالتوصل معه في في وجهة الوصول: <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	تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة): ____ / ____ / ____
اللغة (اللغات) التي يتحدث بها:	الجنسية:
البريد الإلكتروني:	رقم الهاتف:
عنوان الانتقال: <input type="checkbox"/> متوفّر (يرجى تعبئة التفاصيل أدناه). <input type="checkbox"/> غير متوفّر	
الشخص الذي يجب الاتصال به على الموقع الجديد:	اسم الشارع ورقم:
الاسم: •	الرمز البريدي:
رقم الهاتف: •	المدينة/القرية:
البريد الإلكتروني: •	المنطقة/المقاطعة:
تاريخ النقل المتوقع (اليوم/الشهر/السنة): ____ / ____ / ____	البلد:
أي معلومات إضافية حول الانتقال:	

2. وصف نوبة مرض السل الحالية

موقع (موقع) المرض:	خارج الرئة <input type="checkbox"/> مجهول <input type="checkbox"/>
تاريخ التشخيص (اليوم/الشهر/السنة): ____ / ____ / ____	نوبة سل جديدة <input type="checkbox"/> تم التشخيص/الخصوص لعلاج سابقاً
إذا تم تشخيص الإصابة بالمرض وعلاجه سابقاً، صِف نتائجة العلاج:	
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	<input type="checkbox"/>

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): _____	بالنسبة إلى الإصابة بالسل خارج الرئة، يرجى تحديد الأعضاء المصابة:
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"/> عُقيدات	<input type="checkbox"/> تجويف ثانوية الجانب
<input type="checkbox"/> ارتشاحات ثنائية الجانب	
<input type="checkbox"/> أخرى (حدد): _____	

تحليل جريثومي : يرجى الإشارة إلى النتائج الأخيرة للفحوصات المخبرية التي أجريت

نوع الفحص المخبري	تم / جراء الفحص؟	التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)	النتائج
الفحص المجهري	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> إيجابي <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> قيد الانتظار
فحص زرع المختبر	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> إيجابي <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> قيد الانتظار
اختبار النفط الجنبي *	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> إيجابي <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> قيد الانتظار
مسببات الأمراض التي تم تحديدها: <input type="checkbox"/> المتفطرة السلية <input type="checkbox"/> المتفطرة الإفريقيّة <input type="checkbox"/> المتفطرة البقرية <input type="checkbox"/> أنواع أخرى (حدد): _____			

* أي اختبار للنفط الجنبي يستخدم للتشخيص وتحديد الأنواع (مع أو بدون اختبار القابلية للتاثير بالأدوية)، مثل الاختبار القائم على تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR)، أو اختبار تضخيم الحمض النووي الالبي (NAAT) أو التسلسل الجنبي للجبل التالي.

اختبار القابلية للتاثير بالأدوية: *يرجى الإشارة إلى النتائج الأخيرة للفحوصات المخبرية التي أجريت.

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

الدواء	قابل للتاثير به	مقاوم	قيد الانتظار	لا معلومات	لم يتم اختباره
إيزونيازيد (H)	<input type="checkbox"/>				
Rيفامبيسين (R))	<input type="checkbox"/>				
إيثامبيوتول (E))	<input type="checkbox"/>				
Z)) بيرازيناميد (Z))	<input type="checkbox"/>				
ليفوفلوكساسين (Lfx))	<input type="checkbox"/>				
موكسيفلوكساسين (M))	<input type="checkbox"/>				
بيداكوبيلين (B))	<input type="checkbox"/>				
L)) لينزوليد (L))	<input type="checkbox"/>				
أخرى (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 تحويل الحالة ، يرجى تقديم مزيد من المعلومات حول نظام العلاج الحالي وسبب التغيير:

أعطي المريض أدوية تكفي _____ من الأيام لاستخدامها خلال السفر.

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

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

العلاج الحالي:

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

أي معلومات إضافية:

4. بيانات الاتصال للهيئة المرسلة للاستماراة

الهيئة المرسلة:

العنوان:

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

العنوان:

جهة الاتصال:

جهة الاتصال:

البريد الإلكتروني:

البريد الإلكتروني:

رقم الهاتف:

رقم الهاتف:

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