

الأدلة والأدوات

استمارة عابرة للحدود الدولية لنقل رعاية مرضى السل

أداة لضمان استمرارية الرعاية والتعاون عبر الحدود

المقدمة

السل: تهديد صحي عالمي مستمر

لا يزال مرض السل (TB) أحد الأسباب الرئيسية للوفيات الناجمة عن عامل معدٍ واحد في جميع أنحاء العالم [1]. وعلى الرغم من أن العبء العالمي يتركز في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، فإن البلدان ذات الدخل المرتفع ومعدلات الإصابة المنخفضة تواجه تحديات في إدارة حالات السل بين الفئات السكانية الضعيفة، ولا سيما المهاجرين والمجموعات المهمشة اجتماعيًا.

تفيد معظم بلدان الاتحاد الأوروبي والمنطقة الاقتصادية الأوروبية (EU/EEA) بانخفاض معدل الإصابة بالسل، ويُعرف المعدل المنخفض بأنه أقل من 10 حالات لكل 100000 نسمة [2]. وفي عام 2023، كان ما يقرب من ثلث إجمالي حالات السل المبلغ بها في الاتحاد الأوروبي/المنطقة الاقتصادية الأوروبية بين أفراد ولدوا في بلد آخر غير البلد المبلغ أو الذين يحملون جنسيته [2].

تتحدى الفئات السكانية المهاجرة والمتنقلة (بما في ذلك المهاجرون غير النظاميين واللاجئون وطالبو اللجوء) من تأثيرات أكبر لمرض السل نتيجة التعرض للمخاطر عبر كل مراحل الهجرة: قبل الرحيل، وأثناء المرور ببلدان أخرى، والوصول إلى البلد المضيف والاندماج فيه، والسفر العودة إلى بلدهم الأصلي [4،3]. وغالبًا ما تواجه هذه الفئات السكانية عقبات أمام التشخيص والعلاج في الوقت المناسب، بما في ذلك التحديات القانونية واللغوية والإدارية [8-4].

كما أن التنقل عبر الحدود يزيد من تعقيد استمرارية العلاج، خاصة للأفراد الذين يسافرون أو يتم ترحيلهم في فترة العلاج [9،4]. والانقطاع عن علاج السل نتيجة الانتقال قد يؤدي إلى تدهور الحالة الصحية وزيادة خطر انتقال العدوى وظهور سلالات مقاومة للأدوية. وغالبًا ما يعاني المهاجرون في أوروبا من أنواع أكثر حدة من مرض السل ونتائج صحية أسوأ مقارنة بالسكان الأصليين. وهم أكثر عرضة للإصابة بالسل خارج الرئة، والعدوى المزودة بالسل وفيرس نقص المناعة البشرية (الإيدز)، ومرض السل المقاوم للأدوية المتعددة [11،10]. كما أنهم أكثر عرضة للانقطاع عن العلاج لأسباب غير طبية أو فقدان المتابعة [10].

استمرارية الرعاية والتعاون عبر الحدود

تمثل استمرارية الرعاية -التي تُعرّف هنا بأنها خدمات صحية متواصلة ومنسقة ومركزة على المريض [5،4]- ضرورة لمكافحة مرض السل بشكل فعال، لا سيما في ظل زيادة التنقل عبر الحدود داخل الاتحاد الأوروبي/المنطقة الاقتصادية الأوروبية وخارجها. وضمان الرعاية السلسلة للأفراد الذين تم تشخيص إصابتهم بالسل ويتنقلون بين البلدان أمر حاسم لتحقيق أهداف القضاء على السل على المستويين الإقليمي والعالمي [12،6-8،4].

ومع ذلك، لا تزال هناك كثير من التحديات القائمة. وفي بعض البلدان، لا تقدم الرعاية الصحية لمرضى السل مجانًا في جميع أنحاء العالم، وقد يُستبعد المهاجرون غير النظاميين أو الأفراد غير المؤهلين عليهم من النظم الصحية الوطنية [4]. وحتى عندما تكون الخدمات متاحة، فإن الوصم والتمييز والخوف من الترحيل يمكن أن يمنع الأفراد من التماس الرعاية، لا سيما بين المهاجرين غير النظاميين [10،8-4].

يؤدي عدم ترابط الرعاية الصحية عبر الحدود إلى تعقيد أكبر في استمرارية العلاج. قد يبدأ المهاجرون العلاج في بلد ما ثم ينتقلون قبل إكمال العلاج، ما يؤدي إلى فقدان المتابعة وزيادة خطر انتقال العدوى. كما أن تضارب السياسات المتعلقة بصحة المهاجرين، والنقص في نظم البيانات القابلة للتشغيل المتبادل، ومحدودية آليات الإحالة عبر الحدود، تقوض الجهود المبذولة لضمان استمرارية العلاج [10،8-4].

يتطلب القضاء على السل اتباع نهج متعدد القطاعات قائم على الحقوق يضمن المساواة في الوصول إلى رعاية صحية عالية الجودة. وبالنسبة إلى المهاجرين، يشمل ذلك الوصول إلى الخدمات التي تراعي الاعتبارات الثقافية بغض النظر عن الوضع القانوني، وإنشاء نظم إحالة عابرة للحدود، وإدماج رعاية السل في الخدمات الصحية العامة [10،8-4].

يدرك المركز الأوروبي للوقاية من الأمراض ومكافحتها (ECDC) أن التعاون عبر الحدود يمثل فرصة رئيسية للتحسين. ولدعم ذلك، يقترح المركز الأوروبي للوقاية من الأمراض ومكافحتها استخدام استمارة عابرة للحدود الدولية لنقل رعاية مرضى السل (الملحق 1) كأداة تواصل بين مقدمي الرعاية الصحية وهيئات الصحة العامة في مختلف البلدان. وتهدف هذه الاستمارة إلى ضمان نقل المعلومات الأساسية المتعلقة بتشخيص السل وحالة العلاج واحتياجات الرعاية للمصابين بالسل بطريقة آمنة وفعالة، ما يقلل من فترات الانتظار ويحد من خطر انقطاع العلاج. ويوضح هذا الدليل عملية صياغة الاستمارة ويقدم تعليمات إلى المستخدمين لتطبيق الاستمارة العابرة للحدود الدولية لنقل رعاية مرضى السل (سيُشار إليها لاحقًا باسم "استمارة النقل").

النطاق والغرض

تم تصميم استمارة النقل لتعزيز استمرارية رعاية مرضى السل للأفراد المصابين به وينقلون من بلد إلى آخر. وهي أداة طوعية وعامة تلخص المعلومات الأساسية عن عملية إدارة السل، بما في ذلك التشخيص والعلاج، ما يمكن مقدمي الخدمات الصحية وهيئات الصحة العامة في البلد المستقبل من الحصول على البيانات اللازمة لضمان تقديم الدعم والرعاية المناسبة في الوقت المناسب.

على الرغم من صياغة استمارة النقل هذه من منظور يخص بلدان الاتحاد الأوروبي/المنطقة الاقتصادية الأوروبية، فإنها لا تقتصر جغرافيًا على هذه المنطقة ويمكن استخدامها في سياقات أخرى. وهي بمنزلة أداة تواصل بين مقدمي الرعاية الصحية وهيئات الصحة العامة في مختلف البيئات.

تهدف استمارة النقل إلى توفير الحد الأدنى من المعلومات عن الشخص المصاب بالسل الذي لم يستكمل العلاج قبل انتقاله، لذا فهي لا تتضمن معلومات تخص فحوصات أو تتبعات المخلطين التي تمت سابقًا أو التي ما تزال قيد التنفيذ.

الجمهور المستهدف

الجمهور المستهدف بهذه الاستمارة هم الكوادر الصحية وهيئات الصحة العامة التي تشارك بشكل مباشر في إدارة مرض السل.

الأساليب المستخدمة في صياغة استمارة النقل

في عام 2024، شُكل المركز الأوروبي للوقاية من الأمراض ومكافحتها فريق عمل معنيًا بمرض السل وصحة المهاجرين، وسيشار إليه لاحقًا باسم "فريق العمل". ويقدم فريق العمل هذا إرشادات لبلدان الاتحاد الأوروبي/المنطقة الاقتصادية الأوروبية حول الممارسات الجيدة التي تعزز استمرارية الرعاية للأفراد الذين تم تشخيصهم بمرض السل وينقلون بين بلدان المنطقة. ويلخص الملحق 2 أهداف فريق العمل المحددة وتكوين أعضائه.

تمثل أحد الأنشطة الرئيسية لفريق العمل في تعزيز نقل بيانات مرض السل عبر الحدود بطريقة موحدة بين بلدان الاتحاد الأوروبي/المنطقة الاقتصادية الأوروبية. ولدعم هذا الهدف، اقترح الأعضاء صياغة استمارة موحدة، وذلك بالاستفادة من مبادرات وتجارب مماثلة في عدد من البلدان الأوروبية.

تمت صياغة استمارة النقل باستخدام نهجين أساسيين: مراجعة الوثائق ذات الصلة ودمج آراء الخبراء من الأطباء السريريين واختصاصيي الصحة العامة. وتولى مهمة صياغة استمارة النقل مجموعة كتابية أساسية تضم أربعة أعضاء من فريق العمل من ذوي الخبرة السريرية في تشخيص مرض السل وعلاجه وإدارته. وتمت مراجعة النسخة النهائية من الاستمارة واعتمادها من قبل جميع أعضاء فريق العمل.

مراجعة الوثائق

وكجزء من عملية الصياغة، أجرت مجموعة الكتابة الأساسية مراجعة مستهدفة للوثائق ذات الصلة لتحديد الممارسات والأدوات الحالية التي تدعم تبادل بيانات مرض السل عبر الحدود. وشملت هذه المراجعة المبادئ التوجيهية الوطنية والدولية وبروتوكولات إدارة الحالات من بلدان الاتحاد الأوروبي/المنطقة الاقتصادية الأوروبية والمنظمات الصحية العالمية. ساعدت هذه المراجعة على ضمان توافق استمارة النقل مع المعايير الحالية لتشخيص مرض السل وعلاجه ومتابعته ضمن منظومة الصحة العامة، إضافة إلى تدارك أوجه القصور في استمرارية الرعاية للفئات السكانية المتنقلة.

يعود أصل الاستمارة الواردة في هذا الدليل إلى "استمارة مرضى السل"، التي أعدت من خلال مشروع تعاوني مشترك بين ألمانيا وبولندا، بتمويل من وزارة الصحة الاتحادية الألمانية ضمن البرنامج العالمي لحماية الصحة [13]. وفي عام 2023، قام الأطباء والمتخصصون في الصحة العامة من معهد روبرت كوخ (برلين، ألمانيا) ومعهد السل وأمراض الرئة (وارسو، بولندا) بصياغة الاستمارة وإرساء آلية اتصال منهجية لنقل المعلومات المتعلقة بمرضى السل عبر الحدود بين البلدين.

استنادًا إلى الاستمارة الألمانية البولندية وغيرها من الاستثمارات والوثائق الإرشادية الموجودة، تمت صياغة نسخة موحدة. واستعرضت مجموعة الكتابة الأساسية استمارات مماثلة مستخدمة في بلدان أخرى، بما في ذلك البرتغال [14] وأوكرانيا [15] ورومانيا [16] وألمانيا [17] والولايات المتحدة [18]. ووجهت هذه الأمثلة عملية مواصلة صياغة استمارة النقل، ما ساعد على تنقيح هيكلها ومضمونها استنادًا إلى التجارب الوطنية المتنوعة.

آراء الخبراء

أسهمت الخبرات السريرية والصحية العامة في تصميم استمارة النقل ووضع محتواها لضمان قابليتها للتطبيق العملي. وقد جمع فريق العمل معلومات معقدة من خلال دراسة استقصائية موجهة إلى المتخصصين في الصحة العامة في جميع أنحاء بلدان الاتحاد الأوروبي/المنطقة الاقتصادية الأوروبية. وركزت الدراسة الاستقصائية على الممارسات الحالية والعوامل الميسرة والتحديات التي تواجه تنسيق رعاية مرضى السل عبر الحدود في أثناء تقديم الرعاية إلى الفئات السكانية المتنقلة من المهاجرين (أي اللاجئين وطالبي اللجوء والمهاجرين غير النظاميين). وتم استخدام هذه المعلومات لتحسين تصميم استمارة النقل.

تم إجراء مناقشات متكررة بين الأطباء السريريين ضمن مجموعة الكتابة الأساسية، ما أتاح تنقيح الاستمارة بناءً على الخبرة العملية والأهمية السريرية. ويضمن هذا النهج التعاوني أن تعكس الاستمارة أولويات الصحة العامة والاحتياجات السريرية للعاملين في الميدان على حد سواء.

معايير الصياغة

صاغت مجموعة الكتابة الأساسية استمارة النقل على المعايير الآتية:

- الإيجاز: يجب أن تكون الاستمارة قصيرة ولكن غنية بالمعلومات.
- سهولة الاستخدام: يجب أن تكون الاستمارة واضحة وسهلة التعبئة.
- الملاءمة لاستمرارية الرعاية: يجب أن تحتوي الاستمارة على الحد الأدنى من المعلومات اللازمة لضمان تقديم رعاية عالية الجودة إلى مرضى السل، مع التأكيد على عدم كونها بديلاً عن الملف السجل الشامل.

استخدام استمارة النقل

يقدم هذا القسم إرشادات بشأن الحالات التي يجب استخدام الاستمارة فيها، ومن المسؤول عن تعبئتها، وكيفية تعبئتها، والأساليب الموصى بها لإرسالها بأمان.

الحالات التي تُستخدم فيها استمارة النقل

يجب استخدام استمارة النقل في الحالات الآتية:

- انتقال شخص تم تشخيص إصابته بمرض السل إلى بلد آخر قبل استكمال العلاج.
- عندما يكون هناك حاجة إلى مشاركة المعلومات السريرية وبيانات العلاج مع الهيئات الصحية في البلد المستقبل.

- عندما يمنح الفرد موافقته على نقل معلوماته الصحية لتعزيز استمرارية الرعاية.

المسؤول عن تعبئة استمارة النقل

تجب تعبئة استمارة النقل من قبل اختصاصي الرعاية الصحية المسؤول عن علاج الشخص المصاب بالسل، أو من قبل هيئة الصحة العامة في البلد الذي تم فيه تشخيص و/أو معالجة الشخص المصاب بالسل. ومن الأفضل أن تتم تعبئة الاستمارة قبل الانتقال بفترة وجيزة أو في وقت الانتقال نفسه، بعد التأكد من أن الشخص سينتقل إلى بلد آخر.

كيفية تعبئة استمارة النقل

تتوفر استمارة النقل بتنسيق ملف Word قابل للتعديل يمكن طباعته لتعبئته يدوياً، وأيضاً بتنسيق ملف PDF يمكن تعبئته إلكترونياً من خلال الرابط الآتي: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/international-tuberculosis-care-transfer-form>

تنقسم استمارة النقل إلى أربعة أقسام، كما هو موضح أدناه:

1. **المعلومات الشخصية:** يحتوي هذا القسم على بيانات الشخص المصاب بالسل إضافة إلى مكان إقامته المقصود (إذا كان معروفاً)، كما هو موضح في الشكل 1. ويجب تعبئة كل المعلومات المعروفة في الحقول المخصصة لها.

الشكل 1. قسم المعلومات الشخصية

| 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 | |
| الاسم الأول: | اسم العائلة: |
| 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"/> متاح (يُرجى تعبئة التفاصيل أدناه). <input type="checkbox"/> غير متاح | |
| الشخص الذي يمكن الاتصال به في وجهة الانتقال: | اسم الشارع ورقمه: _____ |
| الاسم: _____ | الرمز البريدي: _____ |
| رقم الهاتف: _____ | المدينة/القريّة: _____ |
| البريد الإلكتروني: _____ | المنطقة/المقاطعة: _____ |
| تاريخ النقل المتوقع (اليوم/الشهر/السنة): ____ / ____ / ____ | البلد: _____ |
| أي معلومات إضافية حول الانتقال: | |

2. وصف نوبة السل الحالية: يتضمن هذا القسم معلومات عن التشخيص الحالي لمرض السل، ونتائج اختبارات القابلية للتأثر بالأدوية، وتاريخ المرض (الشكل 2). عند تقديم معلومات عن تأكيد وجود البكتيريا المسببة للمرض واختبار القابلية للتأثر بالأدوية:

- أ. حدد كلمة "جار" إذا كانت الاختبارات المخبرية جارية والنتائج غير متوفرة بعد.
 ب. حدد كلمة "مجهول" إذا تم إجراء الاختبارات ولكن النتائج غير متوفرة.
 اترك الحقل فارغاً إذا لم يتم إجراء اختبارات.

الشكل 2. قسم يصف نوبة السل الحالية

| 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، صنف 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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): _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ارتشاحات أحادية الجانب</td> <td><input type="checkbox"/> تجويف أحادي الجانب</td> <td><input type="checkbox"/> انصباب جنبي</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ارتشاحات ثنائية الجانب</td> <td><input type="checkbox"/> تجويف ثنائي الجانب</td> <td><input type="checkbox"/> عقيدات</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> أخرى (حدد): _____</td> </tr> </table> | | <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"/> عقيدات | <input type="checkbox"/> أخرى (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"/> عقيدات | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> أخرى (حدد): _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تأكيد وجود البكتيريا المسببة للمرض: يُرجى الإشارة إلى أحدث نتائج الفحوصات المخبرية التي أجريت. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>الاختبار</th> <th>هل خضع المريض للاختبار؟</th> <th>التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)</th> <th>النتائج</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>الفحص المجهرى</td> <td><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</td> <td>____ / ____ / ____</td> <td><input type="checkbox"/> إيجابي <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> معلق <input type="checkbox"/> مجهول</td> </tr> <tr> <td>الزرعة البكتيرية</td> <td><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</td> <td>____ / ____ / ____</td> <td><input type="checkbox"/> إيجابي <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> معلق <input type="checkbox"/> مجهول</td> </tr> <tr> <td>اختبار النمط الوراثي*</td> <td><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</td> <td>____ / ____ / ____</td> <td><input type="checkbox"/> إيجابي <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> معلق <input type="checkbox"/> مجهول</td> </tr> </tbody> </table> | | الاختبار | هل خضع المريض للاختبار؟ | التاريخ (اليوم/الشهر/السنة) | النتائج | الفحص المجهرى | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> إيجابي <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> معلق <input type="checkbox"/> مجهول | الزرعة البكتيرية | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> إيجابي <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> معلق <input type="checkbox"/> مجهول | اختبار النمط الوراثي* | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> إيجابي <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> معلق <input type="checkbox"/> مجهول | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الاختبار | هل خضع المريض للاختبار؟ | التاريخ (اليوم/الشهر/السنة) | النتائج | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الفحص المجهرى | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> إيجابي <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> معلق <input type="checkbox"/> مجهول | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الزرعة البكتيرية | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> إيجابي <input type="checkbox"/> سلبي <input type="checkbox"/> معلق <input type="checkbox"/> مجهول | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اختبار النمط الوراثي* | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> 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 (حدد): _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 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 الأسي (NAAT) أو التسلسل الجيني للجين التالي. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اختبار القابلية للتأثر بالأدوية: ** يُرجى الإشارة إلى أحدث نتائج الفحوصات المخبرية التي أجريت. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| التاريخ (اليوم/الشهر/السنة) ____ / ____ / ____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>العقار</th> <th>قابل للتأثر به</th> <th>مقاوم</th> <th>معلق</th> <th>مجهول</th> <th>لم يتم اختبار</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>إيزونيازيد (H)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ريفامبيسين (R)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>إيثامبوتول (E)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>بيرازيناميد (Z)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ليفوفلوكساسين (Lfx)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>موكسيفلوكساسين (M)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>بيداكوولين (B)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>لينزوليد (L)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>أخرى (حدد):</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | العقار | قابل للتأثر به | مقاوم | معلق | مجهول | لم يتم اختبار | إيزونيازيد (H) | <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"/> | بيداكوولين (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 (حدد): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| العقار | قابل للتأثر به | مقاوم | معلق | مجهول | لم يتم اختبار | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| إيزونيازيد (H) | <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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| بيداكوولين (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 (حدد): | <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: يوثق هذا القسم نظام العلاج الذي بدأ به المريض، بما في ذلك تاريخ البدء وأي ملاحظات ذات صلة (الشكل 3).

الشكل 3. قسم علاج السل

3. علاج السمل

العلاج الأولي:

تاريخ البدء (اليوم/الشهر/السنة): ____ / ____ / ____

إذا كان هناك تغيير في وقت النقل، 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): ____ / ____ / ____

تاريخ العلاج:

الالتزام بالعلاج: ☐ مناسب ☐ ضعيف (حدد):

الأحداث الضائرة للعلاج: ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فيُرجى التحديد:

انقطاع العلاج ☐ نعم ☐ لا
إذا كانت الإجابة بنعم، فيُرجى تقديم مزيد من المعلومات:

العلاج الحالي:

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

أي معلومات إضافية:

4. **بيانات التواصل:** يوفر هذا القسم معلومات الاتصال بهيئة الصحة العامة التي ترسل الاستثمار، وإن أمكن، معلومات اتصال إضافية (مثل مقدمي الرعاية الصحية الآخرين) كما هو موضح في الشكل 4. وهذا يمكن الهيئة التي تتلقى الاستثمار من متابعة الحالة عند الحاجة.

الشكل 4. القسم تفاصيل الاتصال

| | |
|---|--|
| <p>4. بيانات الاتصال للهيئة المرملة للاستثمار</p> | |
| <p>الهيئة المرملة</p> <p>العنوان: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>جهة اتصال إضافية (طبيب/مرفق صحي/غير ذلك):</p> <p>العنوان: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <p>تم استكمال هذه الاستثمار في [التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)]: ____ / ____ / ____</p> | |

كيفية مشاركة استمارة النقل

هناك أربع طرق يمكن من خلالها مشاركة استثمار النقل المكتملة:

1. **من الطبيب المعالج إلى الشخص المصاب بالسل**
يمكن للطبيب المعالج تقديم نسخة مطبوعة من استمارة النقل المكتملة إلى الشخص المصاب قبل مغادرته. وينبغي أن يُرفق ذلك بتقديم المشورة المناسبة للتأكيد على أهمية مواصلة العلاج بعد الانتقال. وإذا أمكن، فيجب أن يتلقى الشخص معلومات حول كيفية الوصول إلى رعاية مرضى السل في البلد الوجهة.
2. **من الطبيب المعالج/هيئة الصحة العامة في بلد المغادرة إلى الطبيب المعالج في البلد المستقبل**، إذا كانت هذه المعلومات متاحة.
3. **من هيئة الصحة العامة المرسلة إلى هيئة الصحة العامة في البلد المستقبل**
يمكن إرسال الاستمارة المكتملة بشكل آمن إلى نقطة الاتصال المعنية في البلد المستقبل، مثل منسق برنامج السل أو هيئة الصحة العامة أو الفريق السريري. ويجب أن تتمثل كل عمليات نقل المعلومات الصحية الشخصية للوائح حماية البيانات الوطنية والدولية.
في سياق الاتحاد الأوروبي/المنطقة الاقتصادية الأوروبية، يُعد نظام الإنذار المبكر والاستجابة [(19EWRS)] منصة اتصالات مقيّدة يمكن استخدامها لهذا الغرض.
4. **من هيئة الصحة العامة المستقبلية إلى سلطة الصحة العامة المرسلة**
يمكن لهيئات الصحة العامة في البلد المستقبل استخدام الاستمارة لطلب معلومات من الهيئات النظيرة في بلد المغادرة. يمكن استخدام نظام الإنذار المبكر والاستجابة كقناة اتصال.

شكر وتقدير

تمت كتابة هذا الدليل الصادر عن المركز الأوروبي للوقاية من الأمراض ومكافحتها وتنسيقه بواسطة سينا روز اليس كلينتز.

أسماء المؤلفين المشاركين (بالترتيب الأبجدي):

أعضاء فريق العمل التابع للمركز الأوروبي لمكافحة الأمراض والوقاية منها المعني بمرض السل وصحة المهاجرين: خوسيه أنطونيو كامينيرو لونا، وتيريزا دوماشيفسكا، وراكيل دوارتي، وبريت هاجر، وجيركو يونسون، وفيديلي كالامباي، ولويك كاسيني، وأجيليكي لوكيري، وكريستيان موربرغ فايزي، وأدم نوينسكي، وأدريان سانشيز مونتالفا، وصوفيا سوزا، وإينيكي سيروبيت، وبيرت والترز.

نود أن نشكر المسؤولين عن صياغة الاستمارة الألمانية البولندية الدولية لمرضى السل: الفريق المعني بمرض السل من معهد روبرت كوخ، وخاصة فرانكا كونراديس-جانسن وستيفان كروجر، وماريا كورزينيفسكا-كوسيللا وأدم نوينسكي من المعهد الوطني البولندي للسل وأمراض الرئة، للسماح لنا بالاستفادة من عملهم القيم.

إخلاء المسؤولية: استُخدمت أداة ذكاء اصطناعي -Microsoft Copilot (GPT-4, August 2025 version)- لتحسين وضوح المسودة الأولية لهذا الدليل وسهولة قراءتها. وتمت كتابة المحتوى ومراجعته من قبل مؤلفين بشريين يتحملون المسؤولية الكاملة عن المحتوى النهائي.

المراجع

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2024. Geneva: WHO; 2024. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240101531>
2. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)/WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2025 – 2023 data. Stockholm: ECDC/WHO Regional Office for Europe; 2025. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2025-2023-data>
3. Dhavan P, Dias HM, Creswell J, Weil D. An overview of tuberculosis and migration. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2017;21(6):610-23. Available at: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85018870874&doi=10.5588%2fijtld.16.0917&partnerID=40&md5=299d39e4671092ab44f05ac11a7b98fc>
4. Lönnroth K, Migliori GB, Abubakar I, D'Ambrosio L, De Vries G, Diel R, et al. Towards tuberculosis elimination: An action framework for low-incidence countries. European Respiratory Journal. 2015;45(4):928-52. Available at: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84922970030&doi=10.1183%2f09031936.00214014&partnerID=40&md5=f5eb75ae2b8409e20f4a609ab11613f1>
5. Dara M, Sulis G, Centis R, D'Ambrosio L, de Vries G, Douglas P, et al. Cross-border collaboration for improved tuberculosis prevention and care: policies, tools and experiences. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2017 Jul 1;21(7):727-36.
6. Hargreaves S, Rustage K, Nellums LB, Powis J, Milburn J, Severoni S, et al. What Constitutes an Effective and Efficient Package of Services for the Prevention, Diagnosis, Treatment and Care of Tuberculosis among Refugees and Migrants in the WHO European Region? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519087/>
7. Spruijt I, Erkens C, Greenaway C, Mulder C, Raviglione M, Villa S, et al. Reducing the burden of TB among migrants to low TB incidence countries. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2023 Mar 1;27(3):182-8.
8. Fagundo-Rivera J, García-Lozano MS, Portero-Prados FJ, Romero-Castillo R, Badillo-Sánchez N, Fernández-León P. Barriers to healthcare access for irregular immigrants after their arrival in Spain: a systematic review. Eur J Public Health. 2025 Jun 1;35(3):407-22.
9. Lönnroth K, Mor Z, Erkens C, Bruchfeld J, Nathavitharana RR, Van Der Werf MJ, et al. Tuberculosis in migrants in low-incidence countries: Epidemiology and intervention entry points. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2017;21(6):624-36. Available at: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85018917857&doi=10.5588%2fijtld.16.0845&partnerID=40&md5=010ce4e96310da01e25841c730b6f81f>
10. Kunst H, Lange B, Hovardovska O, Bockey A, Zenner D, Andersen AB, et al. Tuberculosis in adult migrants in Europe: a TBnet consensus statement. The European Respiratory Journal. 2025 Mar;65(3)
11. Vasiliu A, Cristea V, Stoycheva K, Rosales-Klitz S, Lange C, Zenner D, et al. Shifting tuberculosis dynamics in the EU/EEA: geographical and drug resistance trends among people of foreign origin, 2019 to 2023. Euro surveillance: bulletin Européen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin. 2025 Mar;30(11)
12. D'Ambrosio L, Centis R, Dara M, Solovic I, Sulis G, Zumla A, et al. European policies in the management of tuberculosis among migrants. International Journal of Infectious Diseases: IJID: official publication of the International Society for Infectious Diseases. 2017 Mar;56:85-9.
13. Robert Koch Institute. Tuberculosis Patient Form. International form for TB patients transferring between countries. Berlin: RKI; 2023. Available at: https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/T/Tuberkulose/international/TB_Patient-Form.pdf?__blob=publicationFile&v=3
14. Programa Nacional De Luta Contra A Tuberculose. Formulário Transfronteiriço Lisbon: Direção-Geral da Saúde; 2025. Available at: <https://www.dgs.pt/tuberculose/normas-e-orientacoes.aspx>
15. Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine, Department for TB Management and Control. Request for health status and treatment information. Kyiv: Ministry of Health; 2022.
16. Institutul Național de Sănătate Publică - Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile. Anexa 11B. Fișa de anunțare a cazului de tuberculoză rezident în altă țară. 2022. În: Anexa la Ordinul ministrului sănătății nr 956/2022 privind modificarea Ordinului ministrului sănătății nr 1171/2015 pentru aprobarea unor reglementări privind controlul tuberculozei Bucharest: Monitorul Oficial Al României. Available at: <https://marius-nasta.ro/wp-content/uploads/2022/05/GHID-METODOLOGIC-DE-IMPLEMENTARE-A-PROGRAMULUI-NATIONAL-DE-PREVENIRE-SUPRAVEGHERE-SI-CONTROL-AL-TUBERCULOZEI-SI-ALTOR-MICOBACTERIOZE.pdf>
17. Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK). Therapiepass/Therapy Log. Berlin: DZK; 2025. Available at: https://cdn.prod.website-files.com/66f123cd1882005b684a1c26/672b978cb60e0314aeac5fb1_DZK-Therapiekarte.pdf
18. US Centers for Disease Control and Prevention (US CDC), Division of Tuberculosis Elimination. International Tuberculosis Notification Form. Atlanta: U.S. CDC; 2011. Available at: https://www.cdc.gov/tb/media/pdfs/International_Tuberculosis_Notification_Form.pdf
19. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Early Warning and Response System of the European Union (EWRS). Stockholm: ECDC; 2025. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/early-warning-and-response-system-european-union-ewrs>

الملحق 1. استمارة عابرة للحدود الدولية لنقل رعاية مرضى السل

استمارة عابرة للحدود الدولية لنقل رعاية مرضى السل



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 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: ☐ نعم ☐ لا

اسم العائلة: _____ الاسم الأول: _____

تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة): ____ / ____ / ____ الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ آخر

الجنسية: _____ اللغة (اللغات) التي يتحدث بها: _____

رقم الهاتف: _____ البريد الإلكتروني: _____

عنوان الانتقال: ☐ متاح (يُرجى تعبئة التفاصيل أدناه). ☐ غير متاح

الشخص الذي يمكن الاتصال به في وجهة الانتقال:

- الاسم: _____
- رقم الهاتف: _____
- البريد الإلكتروني: _____

تاريخ النقل المتوقع (اليوم/الشهر/السنة): ____ / ____ / ____

اسم الشارع ورقمه: _____

الرمز البريدي: _____

المدينة/القرية: _____

المنطقة/المقاطعة: _____

البلد: _____

أي معلومات إضافية حول الانتقال:

2. وصف نوبة مرض السل الحالية

موقع (مواقع) المرض:

☐ الرئة ☐ خارج الرئة ☐ مجهول

بالنسبة إلى الإصابة بالسل خارج الرئة، يُرجى تحديد الأعضاء المصابة:

تاريخ مرض السل: _____ تاريخ التشخيص (اليوم/الشهر/السنة): ____ / ____ / ____

- ☐ نوبة سل جديدة ☐ تم التشخيص/الخضوع لعلاج سابقًا
- إذا تم تشخيص الإصابة بالمرض وعلاجه سابقًا، صف نتيجة العلاج:
- ☐ تم الشفاء أو استكمال العلاج
- ☐ فشل العلاج
- ☐ انقطاع العلاج
- ☐ فقدان المتابعة
- ☐ مجهول

نتائج الفحوصات التصويرية:

أحدث الفحوصات التصويرية التي أجريت: ☐ تصوير الصدر بالأشعة السينية ☐ التصوير المقطعي المحوسب ☐ أخرى (حددها): _____

أحدث نتائج الفحوصات التصويرية: ☐ نتائج طبيعية ☐ نتائج غير طبيعية (حددها): _____

☐ انصباب جنبي

☐ عقيدات

☐ تجويف أحادي الجانب

☐ تجويف ثنائي الجانب

☐ ارتشاحات أحادية الجانب

☐ ارتشاحات ثنائية الجانب

☐ أخرى (حددها): _____

تأكيد وجود البكتيريا المسببة للمرض: يُرجى الإشارة إلى أحدث نتائج الفحوصات المخبرية التي أجريت.

| الاختبار | هل خضع المريض للاختبار؟ | التاريخ (اليوم/الشهر/السنة) | النتائج |
|-----------------------|--|-----------------------------|--|
| الفحص المجهرى | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> سلبى <input type="checkbox"/> معلق <input type="checkbox"/> مجهول |
| المزرعة البكتيرية | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> سلبى <input type="checkbox"/> معلق <input type="checkbox"/> مجهول |
| اختبار النمط الوراثي* | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | ____ / ____ / ____ | <input type="checkbox"/> سلبى <input type="checkbox"/> معلق <input type="checkbox"/> مجهول |

مسببات الأمراض التي تم تحديدها: ☐ المتفطرة السلية ☐ المتفطرة الإفريقية ☐ المتفطرة البقريّة ☐ أنواع أخرى (حددها):

* أي اختبار نمط وراثي يُستخدم للتشخيص وتحديد الأنواع (سواء مع اختبار القابلية للتأثر بالأدوية أو من دونه)، مثل الاختبار القائم على تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR)، أو اختبار تضخيم الحمض النووي الألي (NAAT) أو التسلسل الجيني للجيل التالي.

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

| التاريخ (اليوم/الشهر/السنة) | العقار | قابل للتأثر به | مقاوم | معلق | مجهول | لم يتم اختباره |
|-----------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ____ / ____ / ____ | إيزونيازيد (H) | <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"/> |
| | بيداكولين (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 النقل، 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 | التكرار | أي ملاحظات |
|----------------------|---------------------|--------|---------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

أي معلومات إضافية:

4. بيانات الاتصال للهيئة المرسلة للاستمارة

الهيئة المرسلة

العنوان: _____

جهة الاتصال: _____

البريد الإلكتروني: _____

رقم الهاتف: _____

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

العنوان: _____

جهة الاتصال: _____

البريد الإلكتروني: _____

رقم الهاتف: _____

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

الملحق 2. فريق العمل المعني بمرض السل وصحة المهاجرين معلومات أساسية

في مارس/أذار 2024، أنشأ المركز الأوروبي للوقاية من الأمراض ومكافحتها فريق عمل معنيًا بمرض السل وصحة المهاجرين لتسهيل تبادل الممارسات والتحديات الحالية بين بلدان الاتحاد الأوروبي والمنطقة الاقتصادية الأوروبية (EU/EEA). ويسعى فريق العمل إلى دعم بلدان الاتحاد الأوروبي/المنطقة الاقتصادية الأوروبية من خلال تقديم إرشادات حول الممارسات الجيدة التي تعزز استمرارية الرعاية للأفراد الذين تم تشخيصهم بمرض السل وينتقلون من بلد إلى آخر.

أهداف محددة

- تحديد الممارسات الجيدة التي تعزز استمرارية الرعاية للأفراد المصابين بالسل -لا سيما بين فئات المهاجرين- ووصفها من خلال التعاون العابر للحدود داخل الاتحاد الأوروبي/المنطقة الاقتصادية الأوروبية.
- تحديد التحديات التي يواجهها الأطباء المعالجون عند نقل الأفراد المصابين بالسل الذين يهاجرون من بلد في الاتحاد الأوروبي إلى بلد آخر.
- تقديم مقترح لنموذج معلومات أساسية لتعزيز توحيد إجراءات إدارة السل عبر الحدود بين بلدان الاتحاد الأوروبي/المنطقة الاقتصادية الأوروبية.

العضوية

يتألف فريق العمل من 14 خبيرًا من الاتحاد الأوروبي/المنطقة الاقتصادية الأوروبية من ذوي الخبرة في أنشطة الوقاية من مرض السل ورعاية المصابين به. وجرّت عملية تعيين الأعضاء بناءً على نظام ترشيح استند إلى طلبات إبداء الاهتمام الواردة من شبكة مكافحة السل، وكذلك إلى التوصيات الصادرة عن المنسقين الوطنيين في بلدان الاتحاد الأوروبي/المنطقة الاقتصادية الأوروبية. وتم تعيين الخبراء من قبل مركز المرض الأوروبي للوقاية من الأمراض ومكافحتها بصفتهم الفردية والمستقلة، بناءً على خبراتهم المهنية وبعد مراجعة إقراراتهم المتعلقة بتضارب المصالح.

| الاسم | جهة الانتماء | البلد |
|-------|-----------------------------|----------|
| 1 | تيريزا دوماشيفسكا (الرئيس) | ألمانيا |
| 2 | جيركر يونسون (نائب الرئيس) | السويد |
| 3 | آدم نوينسكي | بولندا |
| 4 | أدريان سانشيز مونتالفا | إسبانيا |
| 5 | أجيليكي لوكيري | اليونان |
| 6 | آنا صوفيا سوزا | البرتغال |
| 7 | بيرت والترز | هولندا |
| 8 | بريت هاجر | ألمانيا |
| 9 | كريستيان موربرغ فايزي | الدنمارك |
| 10 | فيديلي كالامباي | رومانيا |
| 11 | إينيكي سبروييت | هولندا |
| 12 | خوسيه أنطونيو كامينيرو لونا | إسبانيا |
| 13 | لويك كاسيني | فرنسا |
| 14 | راكيل دوارتي | البرتغال |