الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة

إستمارة إبلاغ عن مرض إنتقالي

إسم المريض (إسم الثلاثي)، إسم الأب، إسم الشهرة:

.....

الجنسية: مقيم ☐ زائر ☐

تاريخ الولادة: .....

الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

الوضع التحصيني: (للمرض المبلغ عنه)

ملقح ☐ غير ملقح ☐

عدد الجرعات: .....

البلدة/الحي: .....

المحافظة/القضاء: .....

رقم الهاتف: .....

تاريخ ظهور عوارض المرض: .....

تاريخ تشخيص المرض: .....

هل دخل المريض المستشفى: نعم ☐ لا ☐

إسم المستشفى: .....

تاريخ دخول المستشفى: .....

هل من تشخيص مخبري: نعم ☐ لا ☐

إذا نعم، حدد: .....

.....

وجود حالات مماثلة في محيط المريض: نعم ☐ لا ☐

يمارس المريض مهنة طبية/صحية: نعم ☐ لا ☐

إسم المستشفى/المركز الصحي/المختبر/عيادة خاصة/غيره:

.....

العنوان: .....

الهاتف: .....

إسم وصفة المبلغ: .....

التاريخ: / / التوقيع

في الحالات التي تبلغ فوراً إضافة إلى ملء الوثيقة يجب الإتصال مباشرة وخلال 24 ساعة ببرنامج الترصد الوبائي في بيروت والمناطق.
هاتف 01/614194 , **فاكس** 01/610920

Immediately Reportable Cases/الأمراض التي تبلغ فورا
Clinical cases should be reported within 24 hours

☐ Acute Flaccid Paralysis / الشلل الرخو الحاد:
Poliomyelitis, Guillain Barre, Myelitis, Myositis, Neuritis …
☐ Anthrax / الجمرة الخبيثة
☐ Cholera / الكوليرا
☐ Diphtheria / الخانوق
☐ Food Poisoning / تسمم غذائي
☐ Hemorrhagic Fevers / الحميات النزفية :
Ebola-Marbrug, Dengue, Crimean Congo HF, Lassa, Yellow fever…
☐ Influenza new virus subtypes/ أنفلونزا ناجمة عن نميط جديد:
Avian influenza A(H5N1), A(H7N9) …
☐ Invasive Coronavirus infection:
SARS, MERS/nCoV
☐ Invasive Meningococcal disease
☐ Measles / الحصبة
☐ Meningitis (All agents) / إلتهاب السحايا
Including West Nile fever …
☐ Mumps / أبو كعب
☐ Pertussis / الشاهوق
☐ Plague / الطاعون
☐ Rabies / الكلب – السعار
☐ Rubella / الحصبة الألمانية ☐ Congenital Rubella Syndrome
☐ Smallpox / الجدري
☐ Tetanus / الكزاز ☐ Neonatal Tetanus/ الكزاز الوليدي
☐ Unusual or unexpected event / حدث غير عادي أو غير متوقع
Specify:

Weekly Reportable Cases/الأمراض التي تبلغ اسبوعيًا
Laboratory-confirmed

☐ Bilharzia / بلهارسيا
☐ Brucellosis / الحمى المالطية
☐ Creutzfeldt-Jacob Disease / كروتسفيلد جاكوب
☐ Gonorrhea / السيلان ☐ Gonorrheal ophthalmia
☐ Hepatitis A, B, C, D, E / إلتهاب الكبد الفيروسي
☐ Human T-Cell Lymphotropic Virus type 1 - HTLV1
☐ Hydatid Cyst / الكيسيات المائية
☐ Intestinal Infection / التهاب معوي
Amobiasis, Campylobacter, E. coli, Giardiasis, Rotavirus, Salmonellosis, Shigellosis …
☐ Legionellosis /داء الفيالقة
☐ Leishmaniasis/داء الليشمانيات ☐ Cutaneous ☐ Visceral
☐ Leprosy / الجذام
☐ Malaria / الملاريا
☐ Syphilis / السفلس ☐ Congenital Syphilis
☐ Typhoid fever / الحميات التيفية

إن حالات السل او التدرن / Tuberculosis تبلغ على وثائق خاصة وترسل إلى البرنامج الوطني لمكافحة التدرن
إن حالات **السيدا** / HIV تبلغ على وثائق خاصة وترسل في ظرف مختوم مباشرة إلى البرنامج الوطني لمكافحة السيدا.