مرفق (6 أ)

وزارة الصحة والسكان
محافظة:.............
إدارة:.................
مستشفى :.......................

نموذج معملى لعينات اشتباه فيروس الزيكا

نوع الاشتباه:	☐ فيروس الزيكا ☐ ميكرو سيفالى ☐ متلازمه الجليان باريه ☐ اخرى

1. اسم المستشفى:	2. تليفون/ فاكس المستشفى:	
3. تاريخ تحرير الاستمارة:............		
البيانات الديموجرافية		
4. اسم الحالة:	5. العمر: ☐ سنوات ☐ شهور	
6. النوع: ☐ ذكر ☐ أنثى	7. الحالة الاجتماعية:	
8. الوظيفة :	9. الجنسية:	10. رقم التليفون:
11. العنوان بالتفصيل:		
12. محافظة السكن:	13. ادارة السكن:	14. الوحدة الصحية/مكتب الصحة:
البيانات الاكلينيكية		
15. الحجز بالمستشفى: ☐ نعم☐ لا ☐ غير معروف في حالة نعم، تاريخ الحجز:...............................تاريخ الخروج:.................... اذكر إذا تم تحويله من مستشفى أخرى.....................		
16. تاريخ ظهور الأعراض:		
17. الأعراض: ☐ حمى☐ طفح جلدى ☐ التهاب ملتحمه العين ☐ الام بالعضلات والمفاصل ☐ صداع ☐أخرى تذكر...........		
18. عوامل الخطورة هل يوجد حمل (السيدات) : .... عدد شهور الحمل :		
بيانات التعرض		
19. تاريخ سفر للخارج خلال اسبوعين قبل ظهور الأعراض: ☐ نعم ☐ لا ☐ غير معروف اسم الدولة: ....سبب السفر:................... تاريخ العودة:		
20. الحالة عند الخروج :☐شفاء☐تحويل☐هروب☐وفاة		
البيانات المعملية		

21. تملىء بمعرفة المستشفى

نوع العينة	رقم العينة	تاريخ سحب العينة	تاريخ ارسال العينه

22. تملىء بمعرفة المعامل المركزية/ الإقليمية

تاريخ اختبار العينة	نتيجة التحليل المعملي

23. القائم بأخذ العينة: الاسم: التوقيع: رقم التليفون:	24. الطبيب المسئول: الاسم: التوقيع: رقم التليفون:	25. يعتمد مدير المستشفى: الاسم: التوقيع: رقم التليفون:

- **ضرورة ملئ جميع البيانات بدقة علماً بأن جميع البيانات الواردة تحت مسئولية الموقعين على هذا النموذج.**
- **العينات المطلوبة (عينه سيرم – عينه لعاب – عينه بول).**
- **يتم اتباع اخذ العينات حسب الاجراءات المعمليه المرفقه .**