



منصة البيانات السريرية العالمية

جدري القردة

استمارة الإبلاغ عن الحالات

مقدمة

صُممت النسخة الأساسية الموجزة لاستمارة الإبلاغ عن الحالات لأغراض جمع البيانات المستمدة من الفحص والمقابلات واستعراض ملاحظات المستشفيات أو العيادات فيما يتعلق بالمرضى المصابين بعدوى جدري القردة المشتبه فيها أو المحتملة أو المؤكدة. ويمكن جمع البيانات استباقًا أو بأثر رجعي. وتُعرف فترة جمع البيانات بأنها الفترة الممتدة بين دخول المستشفى أو الزيارة الأولى للعيادة، ومغادرة مكان الرعاية أو الانتقال منه أو الوفاة أو البقاء في المستشفى دون إمكانية استمرار جمع البيانات.

وتتكون هذه الاستمارة من ثلاث وحدات:

- الوحدة 1:** تُستكمل في اليوم الأول لحضور المريض أو دخوله إلى المركز الصحي (زيارة خط الأساس).
 - الوحدة 2:** تُستكمل يوميًا أثناء الإقامة في المستشفى لأكثر عدد من الأيام تسمح به الموارد، أو عند زيارة المريض للمركز الصحي للمتابعة.
 - الوحدة 3:** تُستكمل في الزيارة الأخيرة، سواءً أكانت عند الخروج من المستشفى أو الانتقال منه أو المتابعة الأخيرة للمرضى الخارجيين أو الوفاة.
- الوحدة الخاصة بالحمل:** تُستكمل في حال وجود حمل في الوقت الحالي أو في الفترة الأخيرة، أي قبل 21 يومًا أو أقل من الدخول.



إرشادات عامة

تتألف أرقام تعريف هوية المشاركين من رمز الموقع والرقم الخاص بالمشارك. يمكنك التسجيل على نظام إدارة البيانات من خلال ملء [استمارة تسجيل حالات جدري القردة](#)، وسيتولى فريق إدارة البيانات الاتصال بك وسيزودك حينئذ بالتعليمات الخاصة بإدخال البيانات ورمز للموقع يتألف من 5 خانات.

يُرجى الاتصال بنا على عنوان البريد الإلكتروني monkeypox_clinicaldatapatform@who.int للحصول على المزيد من المعلومات.

الوحدة 1- تُستكمل عند دخول المستشفى (في غضون 24 ساعة من دخول المستشفى) أو الزيارة الأولى للعيادة الخارجية

اسم المرفق/العيادة _____ البلد _____
 نوع المقابلة: العيادة الخارجية قسم الطوارئ أقسام المرضى الداخليين موقع آخر، حدد _____
 تاريخ التسجيل في منصة البيانات السريرية [ي][ي]/[ش][ش]/[س][س][س][س] [2][0]

1أ- البيانات الديموغرافية	
نوع الجنس عند الميلاد	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> خُنثي <input type="checkbox"/> غير محدد
تاريخ الميلاد	[ي][ي]/[ش][ش]/[س][س][س][س]
في حال عدم معرفة تاريخ الميلاد، سجل:	السن [] [] [] سنة/سنوات أو [] [] شهر/أشهر أو [] [] يوم/أيام
هل المريض عامل في الرعاية الصحية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف
هل المريض عامل مختبر؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف
إذا كانت الإجابة نعم:	<input type="checkbox"/> لا يرتدي جميع معدات الحماية الشخصية الموصى بها <input type="checkbox"/> يرتدي جميع معدات الحماية الشخصية الموصى بها
الشخصية الموصى بها	<input type="checkbox"/> غير ذلك، حدد _____
العنصر/ العرق (ضع علامة على جميع ما ينطبق)	<input type="checkbox"/> أسباني/لاتيني <input type="checkbox"/> عنصر أو عرق آخر <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/> أفريقي/أسود <input type="checkbox"/> قوقازي/أبيض
هل يوجد حمل*؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/> لا ينطبق
إذا كانت الإجابة لا، فهل كانت المرأة حاملاً مؤخرًا: في غضون ≥ 21 يومًا من ظهور الأعراض؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف
إذا كانت الإجابة نعم، فيرجى استكمال الوحدة الخاصة بالحمل أيضًا.	
إذا كانت الإجابة لا، فهل كانت المرأة حاملاً قبل 22-42 يومًا من الدخول إلى المستشفى؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف
سوابق التطعيم المضاد للتيتانوس	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف

1ب- التعرض للعدوى والتاريخ الاجتماعي	
هل هناك أي صلة معروفة بحالة إصابة محتملة أو مؤكدة بجدي القردة في غضون ≥ 21 يومًا قبل ظهور الأعراض؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف
*إذا كانت الإجابة نعم: طبيعة الاتصال:	
هل هناك نشاط جنسي في غضون ≥ 21 يومًا قبل ظهور الأعراض:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف
إذا كانت الإجابة نعم: فحدد جنس الشريك الجنسي (الشركاء الجنسيين):	<input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> خُنثي <input type="checkbox"/> غير معروف
هل تم السفر الدولي في غضون ≥ 21 يومًا قبل ظهور الأعراض؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف
إذا كانت الإجابة نعم: قائمة البلدان التي تمت زيارتها	_____
هل تم الاتصال بمصدر حيواني محتمل في غضون ≥ 21 يومًا قبل ظهور الأعراض؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف
إذا كانت الإجابة نعم: صف	_____

1و- العلامات والأعراض (أول مقابلة)		
التهاب الحلق	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	التهاب المستقيم
آلام العضلات	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	ألم مع البلع
الصداع	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	صعوبة في البلع
أعراض بصرية (ألم، احمرار، فقدان الرؤية)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	ألم عند التبول
التعب/التوكم	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	التهاب الإحليل
ألم بالفم	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	آلام الصدر
الغثيان	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	نقص في النتاج البولي
التقيؤ	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	الدوخة
الإسهال	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	آلام المفاصل
آلام المستقيم	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	اضطرابات نفسية
تضخم العقد اللمفية:	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	
إذا كانت الإجابة نعم،		
الإبطية	<input type="checkbox"/> موجود <input type="checkbox"/> موجود ومؤلم	
العنقية	<input type="checkbox"/> موجود <input type="checkbox"/> موجود ومؤلم	
الأربية	<input type="checkbox"/> موجود <input type="checkbox"/> موجود ومؤلم	
أخرى	<input type="checkbox"/> موجود <input type="checkbox"/> موجود ومؤلم	
حدد غير ذلك:		

1ز- الفحوصات المختبرية عند دخول المرضى إلى المستشفى أو أثناء زيارة خط الأساس (الفحوصات المختبرية للمرضى الخارجيين التي يتم إجراؤها وفقاً للتقدير السريري)					
الفحص	القيم	الفحص	القيم	الفحص	القيم
ناقلة الأمين الألائينية (وحدة/لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه	الغلوكوز (ملغم/ديسيلتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه		<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه
ناقلة أمين الأسبارتات (وحدة/لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه	اللاكتات (مليمول/لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه		<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه
الكرياتينين (ميكرومول/لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه	الهيموغلوبين (غرام/لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه		<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه
البوتاسيوم (ميلي مكافئ/لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه	البيليروبين الكلي (ملغم/ديسيلتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه		<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه
اليوريا (مليمول/لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه	عدد كرات الدم البيضاء (خلايا × 10 ⁹ /لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه		<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه
كيناز الكرياتين (وحدة/لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه	الصفائح الدموية (x10 ⁹ /لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه		<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه
الكالسيوم (ملغم/ديسيلتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه	زمن البروثرومبين (بالثواني)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه		<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه
الصوديوم (ميلي مكافئ/لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه	زمن الثرومبوبلاستين الجزئي المنشط	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه		<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه
بروتين سي التفاعلي (ملغم/ديسيلتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه	غير ذلك، حدد	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه		<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه

1ح- تاريخ التطعيم ضد الجدري أو جدري القردة

هل هناك سابقة تطعيم ضد الجدري قبل عام 1980؟ نعم لا غير معروف

مصدر المعلومات: دليل موثق (بطاقة اللقاح / جواز اللقاح / سجل المرفق / غير ذلك)

ندبة واضحة استدعاء من الذاكرة

تاريخ التطعيم ضد الجدري أو جدري القردة في العام الماضي نعم لا غير معروف

إذا كانت الإجابة نعم، فما عدد الجرعات المتلقاة: 1 2 3 غير معروف

مصدر المعلومات: دليل موثق (بطاقة اللقاح / جواز اللقاح / سجل المرفق / غير ذلك) استدعاء من الذاكرة

الجرعة 1، التاريخ: [ي][ي]/[ش][ش]/[س][س] [2][0] حدد Jynneos IMVANEX Imvamune

ACAM2000 APSV: لقاح الجدري أفينتييس باستور LC16m8 غير ذلك _____

الجرعة 2، التاريخ: [ي][ي]/[ش][ش]/[س][س] [2][0] حدد Jynneos IMVANEX Imvamune

ACAM2000 APSV: لقاح الجدري أفينتييس باستور LC16m8 غير ذلك _____

الجرعة 3، التاريخ: [ي][ي]/[ش][ش]/[س][س] [2][0] حدد Jynneos IMVANEX Imvamune

ACAM2000 APSV: لقاح الجدري أفينتييس باستور LC16m8 غير ذلك _____

الوحدة 3- يُستكمل عند الخروج/ الوفاة/ المتابعة الأخيرة

أ3- الاختبار التشخيصي/ اختبار مسببات الأمراض، اذكر جميع الاختبارات التشخيصية لمسببات الأمراض (إذا أجريت اختبارات متعددة في اليوم نفسه، فقم بإدراج جميع النتائج في سطر منفصل، وأضف استمارة "أ3" الإضافية)			
التاريخ	نوع العينة	الاختبار المُنفذ	النتيجة
__/__/202	<ul style="list-style-type: none"> ○ مسحة الأنف/ البلعوم والأنف ○ مسحة الأنف/ البلعوم والأنف + مسحة الحلق معاً ○ البلغم ○ غسل القَصَبَاتِ والأسنَاخ ○ رشافة من داخل الرغامى ○ الآفة/ القشور ○ البول ○ مسحة البراز/الشرج ○ الدم ○ غير ذلك، حدد: 	<ul style="list-style-type: none"> ○ تفاعل البوليميراز المتسلسل للكشف عن جدري القردة ○ تفاعل البوليميراز المتسلسل للكشف عن الفَيْرُوسَةُ الجُدْرِيَّة ○ المَزْرَعَةُ الفَيْرُوسِيَّةُ للكشف عن جدري القردة ○ التسلسل / التتميط الجيني ○ المَزْرَعَةُ البكتيريَّة غير ذلك _____ 	<ul style="list-style-type: none"> ○ إيجابية، النتيجة: _____ ○ سلبية ○ غير معروفة
__/__/202	<ul style="list-style-type: none"> ○ مسحة الأنف/ البلعوم والأنف ○ مسحة الأنف/ البلعوم والأنف + مسحة الحلق معاً ○ البلغم ○ غسل القَصَبَاتِ والأسنَاخ ○ رشافة من داخل الرغامى ○ الآفة/ القشور ○ البول ○ مسحة البراز/الشرج ○ الدم ○ غير ذلك، حدد: 	<ul style="list-style-type: none"> ○ تفاعل البوليميراز المتسلسل للكشف عن جدري القردة ○ تفاعل البوليميراز المتسلسل للكشف عن الفَيْرُوسَةُ الجُدْرِيَّة ○ المَزْرَعَةُ الفَيْرُوسِيَّةُ للكشف عن جدري القردة ○ التسلسل / التتميط الجيني ○ المَزْرَعَةُ البكتيريَّة غير ذلك _____ 	<ul style="list-style-type: none"> ○ إيجابية، النتيجة: _____ ○ سلبية ○ غير معروفة
__/__/202	<ul style="list-style-type: none"> ○ مسحة الأنف/ البلعوم والأنف ○ مسحة الأنف/ البلعوم والأنف + مسحة الحلق معاً ○ البلغم ○ غسل القَصَبَاتِ والأسنَاخ ○ رشافة من داخل الرغامى ○ الآفة/ القشور ○ البول ○ مسحة البراز/الشرج ○ الدم ○ غير ذلك، حدد: 	<ul style="list-style-type: none"> ○ تفاعل البوليميراز المتسلسل للكشف عن جدري القردة ○ تفاعل البوليميراز المتسلسل للكشف عن الفَيْرُوسَةُ الجُدْرِيَّة ○ المَزْرَعَةُ الفَيْرُوسِيَّةُ للكشف عن جدري القردة ○ التسلسل / التتميط الجيني ○ المَزْرَعَةُ البكتيريَّة غير ذلك _____ 	<ul style="list-style-type: none"> ○ إيجابية، النتيجة: _____ ○ سلبية ○ غير معروفة

استمارة الإبلاغ عن حالات جدري القردة 21 تموز/يوليو 2022

© منظمة الصحة العالمية 2022. هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص المشاع الإبداعي "نسب المُصنَّف - غير تجاري - المشاركة بالمثل 3.0 لفائدة المنظمات الحكومية الدولية"

(CC BY-NC-SA 3.0 IGO). هذا المصنف مقتبس من استمارات تسجيل حالات كوفيد-19 التي نشرها [الاتحاد العالمي المعني بأمراض الجهاز التنفسي الحادة والناشئة](#)، نيابة عن جامعة أوكسفورد.

WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3

13- الاختبار التشخيصي/ اختبار مسببات الأمراض، اذكر جميع الاختبارات التشخيصية لمسببات الأمراض (إذا أُجريت اختبارات متعددة في اليوم نفسه، فقم بإدراج جميع النتائج في سطر منفصل، وأضف استمارة "3" الإضافية)

<p>○ إيجابية، النتيجة: _____ ○ سلبية ○ غير معروفة</p>	<p>○ تفاعل البوليميراز المتسلسل للكشف عن جدري القردة ○ تفاعل البوليميراز المتسلسل للكشف عن الفيروسة الجدرية ○ المزرعة الفيروسية للكشف عن جدري القردة ○ التسلسل / التتميط الجيني ○ المزرعة البكتيرية غير ذلك _____</p>	<p>○ مسحة الأنف/ البلعوم والأنف ○ مسحة الأنف/ البلعوم والأنف + مسحة الحلق معاً ○ البلغم ○ غسل القصبات والانسناخ ○ رشافة من داخل الرغامى ○ مسحة ○ الآفة/ القشور ○ البول ○ مسحة البراز/الشرج ○ الدم ○ غير ذلك، حدد: _____</p>	<p>_____ / _____ / _____ / _____ / _____ 202</p>
<p>○ إيجابية، النتيجة: _____ ○ سلبية ○ غير معروفة</p>	<p>○ تفاعل البوليميراز المتسلسل للكشف عن جدري القردة ○ تفاعل البوليميراز المتسلسل للكشف عن الفيروسة الجدرية ○ المزرعة الفيروسية للكشف عن جدري القردة ○ التسلسل / التتميط الجيني ○ المزرعة البكتيرية غير ذلك _____</p>	<p>○ مسحة الأنف/ البلعوم والأنف ○ مسحة الأنف/ البلعوم والأنف + مسحة الحلق معاً ○ البلغم ○ غسل القصبات والانسناخ ○ رشافة من داخل الرغامى ○ مسحة ○ الآفة/ القشور ○ البول ○ مسحة البراز/الشرج ○ الدم ○ غير ذلك، حدد: _____</p>	<p>_____ / _____ / _____ / _____ / _____ 202</p>
<p>○ إيجابية، النتيجة: _____ ○ سلبية ○ غير معروفة</p>	<p>○ تفاعل البوليميراز المتسلسل للكشف عن جدري القردة ○ تفاعل البوليميراز المتسلسل للكشف عن الفيروسة الجدرية ○ المزرعة الفيروسية للكشف عن جدري القردة ○ التسلسل / التتميط الجيني ○ المزرعة البكتيرية غير ذلك _____</p>	<p>○ مسحة الأنف/ البلعوم والأنف ○ مسحة الأنف/ البلعوم والأنف + مسحة الحلق معاً ○ البلغم ○ غسل القصبات والانسناخ ○ رشافة من داخل الرغامى ○ مسحة ○ الآفة/ القشور ○ البول ○ مسحة البراز/الشرج ○ الدم ○ غير ذلك، حدد: _____</p>	<p>_____ / _____ / _____ / _____ / _____ 202</p>

استمارة الإبلاغ عن حالات جدري القردة 21 تموز/يوليو 2022

© منظمة الصحة العالمية 2022. هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص المشاع الإبداعي "نسب المصنف - غير تجاري - المشاركة بالمثل 3.0 لفائدة المنظمات الحكومية الدولية" (CC BY-NC-SA 3.0 IGO). هذا المصنف مقتبس من استمارات تسجيل حالات كوفيد-19 التي نشرها [الاتحاد العالمي المعني بأمراض الجهاز التنفسي الحادة الوبائية والناشئة](#)، نيابة عن جامعة أكسفورد.

WHO reference number: WHO/MPX/Clinical_CRF/2022.3

3ب- المضاعفات في أي وقت، هل أصيب المريض بأي مما يلي:			
الصدمة	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
النوبة	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
التهاب السحايا/ التهاب الدماغ	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
فقر الدم	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
اضطراب النظم القلبي	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
السكتة القلبية	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
الالتهاب الرئوي	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
إلتهاب النسيج الخلوي	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
متلازمة الضائقة التنفسية الحادة	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
عدوى ناخرة	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
خُزَّاج	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> غير معروف
			غير ذلك: _____

3ج- الفحوصات المختبرية (إذا تم إجراؤها أثناء الزيارة أو عند الدخول إلى المستشفى، فقم بتسجيل القيمة الأكثر شذوذاً)			
الفحص	القيم	الفحص	القيم
ناقلة الأمين الألائينية (وحدة/لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه	الغلوكوز (ملغم/ديسيلتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه
ناقلة أمين الأسبارتات (وحدة/لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه	اللاكتات (مليمول/لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه
الكرياتينين (ميكرومول/لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه	الهيموغلوبين (غرام/لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه
البوتاسيوم (ميلي مكافئ/لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه	البيليروبين الكلي (ملغم/ديسيلتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه
اليوريا (مليمول/لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه	عدد كرات الدم البيضاء (خلايا $\times 10^9$ /لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه
كيناز الكرياتين (وحدة/لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه	10^9 /لتر) x الصفائح الدموية (<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه
الكالسيوم (ملغم/ديسيلتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه	زَمَن البروثرومبين (بالثواني)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه
الصوديوم (ميلي مكافئ/لتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه	زَمَن الثرومبوبلاستين الجُزئي المنشط	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه
بروتين سي التفاعلي (ملغم/ديسيلتر)	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه	غير ذلك، حدد	<input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه

3د- الأدوية في أي وقت، هل أعطي للمريض أي مما يلي:

سؤال فموية/ فموية معدية؟ نعم لا غير معروف سائل وريدية؟ نعم لا غير معروف

الأدوية التجريبية المضادة للفيروسات الجدرية؟ نعم لا غير معروف

نيكوفيرمات: تاريخ أول تناول للدواء: []/[]/[]

الجرعة: التواتر: عن طريق: المدة: بالأيام

برينسيديوفوفير: تاريخ أول تناول للدواء: []/[]/[]

الجرعة: التواتر: عن طريق: المدة: بالأيام

سيدوفوفير: تاريخ أول تناول للدواء: []/[]/[]

الجرعة: التواتر: عن طريق: المدة: بالأيام

عامل تجريبي آخر: تاريخ أول تناول للدواء: []/[]/[]

الجرعة: التواتر: عن طريق: المدة: بالأيام

إذا كانت الإجابة "نعم"، فحدد:

مضاد للجراثيم:	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/>	تاريخ أول تناول للدواء:	التواتر	عن طريق	المدة ____ يوماً/أيام
أموكسيسيلين-كلافولانينك		[]/[]/[]		<input type="checkbox"/> الفم <input type="checkbox"/> الوريد	
سيفترياكسون		[]/[]/[]		<input type="checkbox"/> الفم <input type="checkbox"/> الوريد <input type="checkbox"/> العضل	
دوكسيسيكليين		[]/[]/[]		<input type="checkbox"/> الفم <input type="checkbox"/> الوريد	
غير ذلك: _____		[]/[]/[]		<input type="checkbox"/> الفم <input type="checkbox"/> الوريد <input type="checkbox"/> العضل	

3هـ- الرعاية الداعمة للأشخاص في المستشفيات، هل تلقى المريض في أي وقت ما يلي أثناء إقامته في المستشفى، أو خضع له:

دخول وحدة الرعاية المركزة أو وحدة الاعتماد الفائت؟ نعم لا غير معروف
إذا كانت الإجابة نعم، إجمالي المدة: _____ يوماً/أيام

تاريخ دخول الرعاية المركزة [ي][ي]/[ش][ش]/[س][س][0][2] لا ينطبق

تاريخ الخروج من الرعاية المركزة [ي][ي]/[ش][ش]/[س][س][0][2] في وحدة الرعاية المركزة وقت تسجيل الحويلة
 لا ينطبق

العلاج بالأكسجين؟ نعم لا غير معروف
إذا كانت الإجابة نعم، فاستكمل جميع ما يلي: إجمالي المدة: _____ يوماً/أيام

تدفق الأكسجين: 1-5 لترت/دقيقة 6-10 لترت/دقيقة 11-15 لترت/دقيقة < 15 لترت/دقيقة

الواجهة: شوكة أنفية قنية أنفية عالية التدفق قناع قناع بكيس خزان قناع ضغط المجرى الهوائي
الإيجابي المستمر/ التهوية غير الباضعة

التهوية غير الباضعة؟ (مثل جهاز ضغط المجرى الهوائي الإيجابي الثنائي المستوى/جهاز ضغط المجرى الهوائي الإيجابي المستمر) نعم

إذا كانت الإجابة نعم، إجمالي المدة: _____ يوماً/أيام لا غير معروف

التهوية الباضعة (من أي نوع)؟ نعم لا غير معروف

الدعم بالأكسجة الغشائية خارج الجسم؟ نعم لا غير معروف

مؤثرات في التقلص العضلي/إفراغات التوتّر الوعائي؟ نعم لا غير معروف

الإجابة نعم، إجمالي المدة: _____ يوماً/أيام

العلاج الكلوي البديل أو غسيل الكلى؟ نعم لا غير معروف

3- الحصيلة

تاريخ الحصيلة: [ي][ي]/[ش][ش]/[س][س]_0_2] غير معروف

هل تم إدخال المريض إلى المستشفى في أي وقت مضى؟ إذا كانت الإجابة نعم، فمدة الدخول إلى المستشفى ____ يوماً/أيام

الحصيلة: اختر واحدة خرج من الرعاية حياً تم الإدخال إلى المستشفى النقل إلى مرفق آخر الوفاة

خرج ليتلقى الرعاية الملطّفة غير معروف

إذا خرج المريض حياً:

فهل هو قادر على الاعتناء بنفسه عند الخروج مقارنة بحالته قبل الإصابة بالمرض: حالته مماثلة لما قبل الإصابة بالمرض حالته أسوأ حالته أفضل حالته غير معروفة

هل برأت الآفات؟ نعم لا غير معروف.

إذا كانت الإجابة نعم، فما تاريخ البُرء من الآفات [ي][ي]/[ش][ش]/[س][س]_0_2]، غير معروف

إذا كانت الإجابة لا، فما عدد الآفات على كامل الجسم التي لم تبتأ (تيراً = تعلوها خلبة (قشرة) أو سقطت عنها الخلبة، مع طبقة جديدة من الجلد):

0 1-5 6-25 26-100 >100

اذكر الأعراض المتبقية: _____

3ز - معايير الإدراج السريرية النهائية

حالة مشتبّه فيها	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
محتملة	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
مؤكدة	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا

* انظر التعاريف هنا:

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Surveillance-2022.2>

ح-1هـ- الكحول والمخدرات - عوامل الخطر أثناء هذا الحمل		
تعاطي الكحول	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
تعاطي المخدرات غير المشروعة / الترويحية	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
التدخين	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا

ح-1و- الأدوية المُعطاة للمريضة أثناء هذا الحمل (قبل بداية نوبة المرض الحالية)		
علاج الحمى أو الألم	أسيامينوفين/ باراسيتامول	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف
	مضادات غير ستيرويدية للالتهابات	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف
	أخرى (حدد):	
مضادات الاختلاج	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	إذا كانت الإجابة نعم، فحدد اسم الدواء الجنين:
مضاد للغثيان	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	إذا كانت الإجابة نعم، فحدد اسم الدواء الجنين:
الفيتامينات والمُعذِّيات الزهيدة المُقدَّار في الفترة السابقة للولادة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	إذا كانت الإجابة نعم، فحدد اسم الدواء الجنين:
مضادات الفيروسات	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	إذا كانت الإجابة نعم، فحدد اسم الدواء الجنين:
مضادات حيوية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	إذا كانت الإجابة نعم، فحدد اسم الدواء الجنين:

ح-1ز- معدل ضربات قلب الجنين (البيانات الأولى المتاحة عند حضور/ دخول المريضة)	
معدل ضربات قلب الجنين:	[] [] [] نبضة/دقيقة

يُستكمل عند الخروج/ الوفاة/ أو الولادة المستقبليّة

ح-2أ- خصائص الولادة والحمل والأمومة	
الولادة أثناء الدخول	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
تاريخ الولادة	[] [] [] / [] [] [] / [] [] []
طريقة الولادة	<input type="checkbox"/> ولادة مهبلية <input type="checkbox"/> ولادة قيصرية سبب الولادة القيصرية:
	<input type="checkbox"/> المخاض لفترة طويلة <input type="checkbox"/> وضع غير طبيعية <input type="checkbox"/> ضائقة جنينية
	<input type="checkbox"/> عيوب ولادية <input type="checkbox"/> تكرار الجراحة القيصرية <input type="checkbox"/> حالة مرضية مزمنة
	<input type="checkbox"/> تدلي الحبل السري <input type="checkbox"/> اللاتناسب الرأسي الحوضي <input type="checkbox"/> غير معروف
	<input type="checkbox"/> آفات الأعضاء التناسلية
بدء المخاض	<input type="checkbox"/> تلقائي <input type="checkbox"/> جراحة قيصرية قبل المخاض
	<input type="checkbox"/> مُحَرَّض <input type="checkbox"/> غير معروف
مجيء الجنين عند الوضع	<input type="checkbox"/> رأسي <input type="checkbox"/> مُستعرض <input type="checkbox"/> مقعدي
السائل الأمنيوسي عند الولادة	<input type="checkbox"/> رائق <input type="checkbox"/> ملوث بالعقي <input type="checkbox"/> غير معروف

ح-2ب- حصائل الحمل الأخرى غير المولود الحي عند الخروج	
<p>حصائل الحمل</p> <p><input type="checkbox"/> حمل مستمر/ حمل سليم</p> <p><input type="checkbox"/> إجهاض مُحَرَّض*</p> <p><input type="checkbox"/> إجهاض تلقائي*</p> <p><input type="checkbox"/> إجهاض فائت*</p> <p><input type="checkbox"/> إملاص منقَع*</p> <p><input type="checkbox"/> إملاص غير منقَع*</p> <p><input type="checkbox"/> دخول المستشفى كان بعد الإجهاض/ الولادة*</p> <p>*تاريخ حسيبة الحمل: []/[]/[] - []/[]/[]</p>	
<p>وفاة الأم</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة نعم، فما هو السبب الأساسي للوفاة؟</p> <p><input type="checkbox"/> حسيبة الإجهاض</p> <p><input type="checkbox"/> اضطرابات فرط ضغط الدم في الحمل والولادة والنفاس</p> <p><input type="checkbox"/> النزيف أثناء الولادة</p> <p><input type="checkbox"/> عدوى مرتبطة بالحمل</p> <p><input type="checkbox"/> مضاعفات أخرى للولادة غير مدرجة في الأسباب الواردة أعلاه</p> <p><input type="checkbox"/> مضاعفات غير متوقعة للتدبير العلاجي (مثل المضاعفات الناجمة عن التخدير)</p> <p><input type="checkbox"/> وفاة لأسباب غير مباشرة متعلقة بالأمومة</p> <p><input type="checkbox"/> وفاة ناجمة عن الولادة غير محددة السبب</p> <p><input type="checkbox"/> وفاة ناجمة عن سبب متزامن (حادث سيارة مثلاً)</p>	

ح-2- المضاعفات			
المضاعفات أثناء الحمل	السكري الحلمي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	
	فرط ضغط الدم الحلمي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	
	فقر الدم (الهيموغلوبين أقل من 11 غرامات/ديسيلتر)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	
	عدوى توليدية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	
	ضعف نمو الجنين داخل الرحم	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	
	النزيف	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	
	ما قبل تسمم الحمل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	
	تسمم الحمل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	

المضاعفات الحادة أو في المرحلة الأخيرة من الحمل			
	مشيمة منزاحة/ ملتصقة/ عميقة الانغراس	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	
	ما قبل تسمم الحمل / تسمم الحمل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	
	انفصال المشيمة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	
	تقلصات مبكرة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	
	المخاض المبكر	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	
	تمزق الأغشية المبكر	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	
	إنتان الدم النفاسي أو العدوى الوخيمة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	
	أمراض منقولة جنسيًا غير معالجة (مثل الهريس، الزهري، الكلاميديا، السيلان)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	
	النزيف	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	
	في حالة النزيف، أي نوع:		
	<input type="checkbox"/> ما قبل الولادة / أثناء الولادة	<input type="checkbox"/> نزيف ما بعد الولادة	<input type="checkbox"/> ناجم عن الإجهاض
	مرض صمّي	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	
	مضاعفات التخدير	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	

ح-2د- العلاج أثناء الإقامة في المستشفى أو في العيادة الخارجية، هل تلقت المريضة أو خضعت لأي مما يلي:			
مضادات المخاض	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف		
تحريض المخاض	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف		

ح-2- جمع العينات لاختبار الكشف عن جدري القردة				
هل أخذت أي عينات؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف	<input type="checkbox"/> السائل الأمينوسي	[وصف الاختبار] <input type="checkbox"/> تفاعل البوليميراز المتسلسل <input type="checkbox"/> غير ذلك [حدد]	[تاريخ الجمع] [يـ] [اـ] [شـ] [لـ] [من] [2] [0] [لـ] [من]	[النتيجة] <input type="checkbox"/> إيجابية <input type="checkbox"/> سلبية <input type="checkbox"/> غير محددة
إذا كانت الإجابة نعم، فقم بوصف الاختبارات ونتائجها:	<input type="checkbox"/> المشيمة	[وصف الاختبار] <input type="checkbox"/> تفاعل البوليميراز المتسلسل <input type="checkbox"/> غير ذلك [حدد]	[تاريخ الجمع] [يـ] [اـ] [شـ] [لـ] [من] [2] [0] [لـ] [من]	[النتيجة] <input type="checkbox"/> إيجابية <input type="checkbox"/> سلبية <input type="checkbox"/> غير محددة
	<input type="checkbox"/> دم الحبل السري	[وصف الاختبار] <input type="checkbox"/> تفاعل البوليميراز المتسلسل <input type="checkbox"/> غير ذلك [حدد]	[تاريخ الجمع] [يـ] [اـ] [شـ] [لـ] [من] [2] [0] [لـ] [من]	[النتيجة] <input type="checkbox"/> إيجابية <input type="checkbox"/> سلبية <input type="checkbox"/> غير محددة
	مسحة مهبلية	[وصف الاختبار] <input type="checkbox"/> تفاعل البوليميراز المتسلسل <input type="checkbox"/> غير ذلك [حدد]	[تاريخ الجمع] [يـ] [اـ] [شـ] [لـ] [من] [2] [0] [لـ] [من]	[النتيجة] <input type="checkbox"/> إيجابية <input type="checkbox"/> سلبية <input type="checkbox"/> غير محددة
	<input type="checkbox"/> إبراز/ مسحة شرجية	[وصف الاختبار] <input type="checkbox"/> تفاعل البوليميراز المتسلسل <input type="checkbox"/> غير ذلك [حدد]	[تاريخ الجمع] [يـ] [اـ] [شـ] [لـ] [من] [2] [0] [لـ] [من]	[النتيجة] <input type="checkbox"/> إيجابية <input type="checkbox"/> سلبية <input type="checkbox"/> غير محددة
	<input type="checkbox"/> أنسج حملي في حال موت الجنين/ الإجهاض المحرض	[وصف الاختبار] <input type="checkbox"/> تفاعل البوليميراز المتسلسل <input type="checkbox"/> غير ذلك [حدد]	[تاريخ الجمع] [يـ] [اـ] [شـ] [لـ] [من] [2] [0] [لـ] [من]	[النتيجة] <input type="checkbox"/> إيجابية <input type="checkbox"/> سلبية <input type="checkbox"/> غير محددة
	<input type="checkbox"/> حليب الثدي	[وصف الاختبار] <input type="checkbox"/> تفاعل البوليميراز المتسلسل <input type="checkbox"/> غير ذلك [حدد]	[تاريخ الجمع] [يـ] [اـ] [شـ] [لـ] [من] [2] [0] [لـ] [من]	[النتيجة] <input type="checkbox"/> إيجابية <input type="checkbox"/> سلبية <input type="checkbox"/> غير محددة

ح-2و- الحصائل الخاصة بالمولود	
تاريخ الميلاد [ي/ي/ش/ش/س/س] [:]	توقيت الميلاد [مثل الساعة 14:21]
رقم تعريف هوية المشاركة الأم: []	[]
رقم تعريف هوية المولود المكون من خانة واحدة []	يُرجى ملء استمارة واحدة لكل مولود
التحليل المختبري لعدوى جدي القردة لدى المولود	<input type="checkbox"/> تم إجراؤه <input type="checkbox"/> لم يتم إجراؤه <input type="checkbox"/> غير معروف إذا كانت الإجابة نعم: [العينة المأخوذة] [وصف الاختبار] [تاريخ الجمع] [النتيجة]
حزب أبقار في الدقيقة الخامسة	مجموع الدرجات: []
الوزن عند الميلاد	بالغرامات: []
متلازمة الضائقة التنفسية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف
دخول وحدة الرعاية المركزة لحديثي الولادة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف

الحصيلة الخاصة بالمولود	<input type="checkbox"/> خرج في صحة جيدة <input type="checkbox"/> خرج وهو مصاب بمضاعفات/ عقابيل تفاصيل: [] <input type="checkbox"/> الإحالة السريرية إلى الجناح المتخصص/ مستشفى آخر تفاصيل: [] <input type="checkbox"/> الوفاة تاريخ الوفاة: [ي/ي/ش/ش/س/س] <input type="checkbox"/> غير معروف
-------------------------	---

إذا كان المولود قد توفى، فما هو السبب الأساسي للوفاة	<input type="checkbox"/> الولادة المبكرة/ انخفاض الوزن عند الولادة <input type="checkbox"/> الاختناق الولادي <input type="checkbox"/> العدوى <input type="checkbox"/> رضح الولادة <input type="checkbox"/> العيوب الخلقية/ الولادية <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> غير معروف
أي شذوذات خلقية	<input type="checkbox"/> عيوب الأنبوب العصبي <input type="checkbox"/> صغر الرأس <input type="checkbox"/> التشوهات الخلقية في الأذن <input type="checkbox"/> العيوب الخلقية في القلب <input type="checkbox"/> التشوهات الخلقية في الجهاز الهضمي <input type="checkbox"/> فلولح الوجه والفم <input type="checkbox"/> التشوهات الخلقية في الأعضاء التناسلية <input type="checkbox"/> عيوب جدار البطن <input type="checkbox"/> شذوذات صبيغية <input type="checkbox"/> حنّف قفويّ/ ائوجاج القدم <input type="checkbox"/> عيوب نقصانية في الأطراف العليا والسفلى