



الدليل الإرشادي للمراقبة الوبائية

لحالات الطفح الجلدي المصحوب بحمى والحصبة الألمانية الولادية و النكاف

2024م

أولاً: حالات الطفح الجلدي المصحوب بحمى

- 1- الاستمرار بالإبلاغ الفوري عن الحالات المشتبهة (كل حالة طفح جلدي مصحوب بدرجة حرارة أعلى من 37,5 درجة مئوية) وذلك وفق العدد السنوي المستهدف بواقع حالتين على الأقل لكل 100 ألف من السكان كمعدل ابلاغ سنوي (الحد الأدنى لعدد الحالات المستبعدة) من كل منطقة.
- 2- تبلغ الحالات المشتبهة سواء كانت مبلغة من المستشفيات او المراكز او أي من القطاعات الأخرى عن طريق حصن بناءً على تعميم رقم 189406 وتاريخ 1437/7/17هـ.
- 3- ترسل البلاغات للحالات المشتبهة فوراً من المناطق إلى مقام الوزارة
- 4- إلزام جميع المستشفيات الحكومية والخاصة والمراكز الصحية والمستوصفات الحكومية والأهلية والعيادات الخاصة بالإبلاغ، على أن يشمل الإبلاغ كل حالات الطفح الجلدي المصحوبة بدرجة حرارة أعلى من 37,5 درجة مئوية. مع أخذ عينة الدم (سيروم) ومسحة (انف حلقية او حلقية).
- 5- إكمال بيانات وإجراءات التقصي الوبائي عن حالة طفح جلدي مصحوب بحمى كاملة المعلومات وذلك خلال 48 ساعة من الإبلاغ الفوري، على أن تملأ جميع البيانات بدقة وترسل بواسطة منسق البرنامج بالشؤون

الصحية بالإضافة إلى إدخال وإغلاق جميع الحالات على حصن من قبل التجمعات الصحية المبلغة والمنشآت المبلغة.

6- عمل قائمة الكترونية line list على مستوى كل منطقة /محافظة لجميع الحالات المبلغة شاملة كل المعلومات في استمارة التقصي الوبائي.

7- الالتزام بكتابة الرمز لكل حالة باعتباره الرقم المميز للحالة حسب رمز

كل منطقة (كالتالي): SAA /20 / MR/Reg/01

(رقم الحالة) (رمز المنطقة) (السنة) (رمز المملكة)

8- الالتزام بأخذ عينتي الدم والمسحة الحلقية لجميع الحالات مع مراعاة أن تصل للمختبر هيئة الصحة العامة خلال 48 ساعة من أخذ العينة.

ثانياً: الحصبة الألمانية الولادية

Congenital Rubella Syndrome CRS/Infection (CRI)

1- الحالة المشتبهة للحصبة الألمانية الولادية هي:

أ/ أي طفل عمره سنتين أو أقل من ذلك تم تشخيصه بأنه يعاني من علة قلبية أو شك في مقدرته على السمع مع واحد أو أكثر من علامات أمراض العيون (كاتراكت، ضعف الرؤية، عدم تناسق حركة العينين، صغر حجم العين أو كبره).

ب/ يعد أي طفل مولود لأم أصيبت أو اشتبه بإصابتها او مخالطة لحالة إيجابية للحصبة الألمانية أثناء الحمل كحالة حصبة المانية ولادية مشتبهة حتى وإن لم توجد علامات او اعراض.

ج/ أي طفل مولود لأم أكتشف أنه تم تطعيمها بلقاح الثلاثي الفيروسي أثناء فترة الحمل، وفي كلا الحالتين (ب،ج) يجب متابعة حالة الأم والإبلاغ عن حالة اشتباه للحصبة الألمانية الولادية (باسم الام ويتم تغيير الاسم بعد ولادة الطفل) حتى موعد الولادة مع التأكيد على تقييم حالة المولود وحضور عملية الولادة من قبل اختصاصي أطفال وأن يكون المشرفون على الولادة مطعمين بجرعة واحدة على الأقل من لقاح الثلاثي الفيروسي وبخاصة العنصر النسائي.

د/ جميع الحوامل بمعدل قياس (أكثر من 10 IU/ML) للمستضد المناعي للحصبة الألمانية.

2- يتم التقصي عن حالات الحصبة الألمانية الولادية CRS من خلال أقسام التخصصات التالية بالمستشفيات (النساء والتوليد/ الأطفال) وفي أقسام (السمع / الانف والأذن والحنجرة/ المخ والاعصاب / القلب / العيون) وذلك بالقيام بالتقصي بنوعيه النشط وغير النشط وارسال البلاغ الفوري حال الاشتباه في أي حالة حصبة المانية ولادية ويجب اتخاذ التدابير الوقائية اللازمة.

- 3- الالتزام بأخذ عينة الدم للمولود (الحالات المشتبهة) وإرسالها للمختبر مع مراعاة أن تصل خلال 48 ساعة من أخذ العينة.
- 4- في حال ظهرت النتيجة سلبية للعينة الأولى (IgM-ve)، يتم اخذ عينة ثانية بعد مرور شهر من تاريخ اخذ العينة الأولى.
- 5- تعتبر الحالة مستبعدة بعد ظهور نتيجتين سلبيتين متتاليتين لل IgM
- 6- في حال كانت النتيجة الأولى إيجابية تتم متابعة الحالة حتى عمر 12 شهر مع اخذ عينة كل 6 أشهر حتى ظهور عينتين سلبيتين.
- 7- في حال كانت الحامل بمعيار منخفض للمستضد المناعي يتم اخذ عينة من المولود (حتى بدون علامات) وعند ظهور العينة سلبية للمضاد والمستضد، يتم إعادة اخذ عينة عند عمر 6 شهور وتتم مقارنة معيار المستضد. في حال انخفاضه تصنف الحالة إيجابية (CRI) وفي حال ارتفاعه تصنف سلبية.
- 8- الالتزام بكتابة الرمز لكل حالة باعتباره الرقم المميز للحالة حسب رمز كل منطقة (كالتالي):

SAA/ 20/ CRS / Reg/ 01
(رقم الحالة) (رمز المنطقة) (السنة) (رمز المملكة)

ثالثاً: حالات النكاف المشتبهة:

- 1- الالتزام بالنموذج المرفق (نموذج إبلاغ فوري عن حالة اشتباه نكاف) للإبلاغ عن حالات النكاف المشتبهة.
- 2- استخدام النموذج المرفق (استمارة التقصي الوبائي عن حالة نكاف مشتبهة) للتقصي عن حالات النكاف المشتبهة وإكمال البيانات المطلوبة والإجراءات الوقائية خلال 48 ساعة من البلاغ الفوري.
- 3- الالتزام بأخذ عينة الدم لجميع حالات النكاف المشتبهة وإرسالها لمختبر هيئة الصحة العامة مع مراعاة أن تصل خلال 48 ساعة من أخذ العينة.
- 4- الالتزام بكتابة الرمز لكل حالة باعتباره الرقم المميز للحالة حسب رمز كل منطقة (كالتالي):

5- SAA/20/MP / Reg/ 01
(رقم الحالة) (رمز المنطقة) (السنة) (رمز المملكة)

رابعاً: الإجراءات الوقائية المتبعة في حالة الاشتباه:

تتم الاجراءات الوقائية للمخاطين المباشرين وغير المباشرين لحالات الطفح الجلدي المصحوب بحمى (اشتباه حصبة وحصبة المانية) و للمخاطين المباشرين لحالات الاشتباه بالحصبة الألمانية الولادية والنكاف.

1. المخالطين المباشرين وغير المباشرين

- (أ) المخالطين المباشرين ويقصد بهم المخالطون للحالة في محل الإقامة والسكن ومقر العمل أو الدراسة أو أي من المنشآت المجتمعية مثل السجون ودور الرعايا الاجتماعية وكل ما في حكمهم، خلال فترة 4 أيام قبل ظهور الطفح الجلدي وحتى أسبوع من تاريخ ظهور الطفح الجلدي
- (ب) المخالطين غير المباشرين ويقصد بهم سكان المربع السكني الذي به الحالة المشتبهة في دائرة لا تقل عن 2 كم حول منزل الحالة.

(2) مستحقين التطعيم من المخالطين المباشرين وغير المباشرين للحالات

المشتبهة

❖ يتم تطعيم كل الذين ليس لديهم ما يثبت تطعيمهم بجرعتين من لقاح الثلاثي الفيروسي (شهادة تطعيم أو تسجيل على السجل الوطني للتطعيمات).

❖ من تطعم منهم بجرعة واحدة تعطى له جرعة أخرى.

❖ وفي حال لم يكن مطعماً أصلاً أو الحالة التطعيمية غير معروفة فيتم تطعيمه بجرعة بلقاح الثلاثي الفيروسي على ان يتم توجيهه لأقرب مركز صحي لأخذ الجرعة الثانية من لقاح الثلاثي الفيروسي على

ان يكون ذلك بعد شهر من تاريخ الجرعة الأولى وتتم متابعته والتأكد من تلقيه الجرعة الثانية.

- ❖ يتم تطعيم الحوامل من المخالطين بالغلوبيولين المناعي للحصبة (IMIG) خلال 6 أيام من تاريخ ظهور الطفح الجلدي للحالة المشتبهة ولأ يتم إعطاء أي لقاح حي خلال الـ 3 أشهر التالية.
- ❖ يتم الرفع بأسماء المخالطين وتعبئة جميع البيانات وفق الاستمارة المرفقة (استمارة تطعيم المخالطين).

فئات أخرى

- ❖ يتم إلزام جميع المنشآت الصحية الحكومية منها والحكومية الأخرى والأهلية بتطعيم الموظفين لديهم من العنصر الرجالي والنسائي ضد مرض الحصبة بجرعتين من لقاح الثلاثي الفيروسي (مع التنبيه على عدم الحمل بالنسبة للنساء لمدة 3 أشهر).

- ❖ الحرص على ان يكون الطاقم الطبي المباشر لحالات اشتباه حصبة المانية ولادية مطعما وخصوصاً العنصر النسائي، على ان يستبعد الحوامل من مباشرة هذه الحالات.

- ❖ بالسجون ودور الإبعاد يتم تطعيم جميع النزلاء الجدد بناء على الدليل الإرشادي لبروتوكولات الامراض المعدية بالسجون.

3. إدارة الفاشيات

الفاشيات المجتمعية والبور

- يتم تطعيم جميع المخالطين المباشرين وغير المباشرين من مستحقين التطعيم لحالات اشتباه الحصبة والحصبة الألمانية.
- يتم تطعيم المخالطين غير المباشرين في 4 اتجاهات رئيسية وفعرية (5 منازل بكل اتجاه)، حول منزل الحالة المشتبهة ويراعى ان لا تقل التغطية عن دائرة بمساحة 2 كم حول منزل الحالة.
- يتم تحديد الرقعة الجغرافية والفئة العمرية والتوسع بالإجراءات الوقائية بناء على الوضع الوبائي في حينه وحسب ما يقتضيه الامر.

المؤسسات التعليمية

- في حال الإبلاغ عن حالة اشتباه في أي مؤسسة تعليمية فإنه يتم تطعيم جميع الطلاب في فصل الحالة المشتبهة والذين ليس لديهم ما يثبت تطعيمهم بجرعتين من لقاح الثلاثي الفيروسي
- في حال ظهور حالات مشتبهة في أكثر من فصل في المؤسسة التعليمية الواحدة متزامنة فإنه يتم تطعيم جميع طلاب المؤسسة الذين ليس لديهم ما يثبت تلقيهم لجرعتين من لقاح الثلاثي الفيروسي.

المؤسسات الصحية

- في حال خالط الكادر الصحي حالة مشتبهة او مؤكدة يتم مخاطبة المؤسسة المبلغة للإفادة عن الحالة التطعيمية لجميع الكوادر الصحية المخالطة وتطعيم من لم يسبق تطعيمه.

السجون ودور الإبعاد

- في حال البلاغ عن حالة مشتبهة يتم اتباع نفس شروط التطعيم للمخالطين المباشرين وغير المباشرين.
- يتم عزل الحالة المشتبهة والاستمرار بالعزل لمدة 10 أيام من تاريخ الطفح الجلدي حتى في حال ظهور نتيجة سلبية للمريض.

- يتواصل متابعة المخالطين لحالة مؤكدة مخبرياً عبر التقصي النشط بصورة يومية ولمدة 3 أسابيع للتأكد من عدم ظهور أعراض اشتباه عليهم.
 - يتم التحفظ على الحالات المؤكدة ومخالطيها وعدم ترحيلهم داخلياً أو خارجياً ولمدة 21 يوم.
 - يراعى وجود عوامل وسط المخالطين وتطعيمهم بالغلوبيولين المناعي كما سبق ذكره.
 - نقل المصابين الى المستشفى لمتابعة العلاج متى ما استدعى الوضع.
- دور التأهيل الاجتماعي، سكن العمال ومقرات العمل والجامعات والمعاهد وكل ما في حكمهم:**
- يتم اتباع نفس الإجراءات فيما يتعلق بالمخالطين المباشرين وغير المباشرين.

4. العزل

يتم عزل الحالة المشتبهة لأي فئة كانت والاستمرار بالعزل لمدة لا تقل عن 7 أيام ولا تزيد عن 10 أيام حتى في حال ظهور النتيجة سلبية.

خامساً: موانع استعمال لقاح الثلاثي الفيروسي:

- الحساسية للنيومايسين أو أي من مكونات اللقاح
- نقص المناعة الطبيعي أو المكتسب (العدوى بفيروس نقص المناعة المكتسب)
- الأطفال المصابين بالسرطان والذين يتعاطون أدوية خافضة للمناعة.
- المرض الحاد المصحوب بارتفاع في درجة الحرارة.
- من حدثت لهم مضاعفات حادة من جرعات سابقة من نفس اللقاح.

- الأطفال الذين تلقوا أي من مكونات اللقاح خلال أقل من 28 يوماً الماضية من تاريخ التطعيم.
- النساء الحوامل. وتنصح من ترغب في الحمل بتأخيره شهراً على الأقل من تاريخ أخذ الجرعة. وفي حال تلقت إحداهن تطعماً ثم اكتشفت أنها حامل فإنه يجب متابعة الحمل من قبل اختصاصي النساء والتوليد واختصاصي طب الأطفال حتى بعد الولادة
- كل من تلقى عملية نقل دم خلال 3 أشهر السابقة.
- استخدام مثبطات المناعة بجرعات كبيرة لفترة 15 يوماً فأكثر.

موجهات عامة للتطعيم و توضع في الاعتبار في حال وجود حالة مشتبهة

- 1- التأكد من تغطية جميع المستهدفين بالتطعيم من سعوديين و غير سعوديين سواءً في التطعيم الروتيني أو الحملات الاحتوائية او الحملات الوطنية ما لم التوجيه بغير ذلك.
- 2- تطعيم جميع الأطفال من الفئات الأخرى من المقيمين بشكل غير نظامي او فئة البدون لضمان الحفاظ على التغطية وضمان سلامة المجتمع بكل فئاته.
- 3- التأكيد على تحديد الفئات ذات الظروف الاستثنائية مثل فئة غير النظاميين في الأماكن العشوائية / الأماكن صعبة الوصول/ والمجمعات المتحركة مثل البدو الرحل وسكان الهجر والمناطق النائية مع عمل حصر لهذه الفئات في كل منطقة والتأكد من أخذهم للقاح الحصبة المفرد ولقاح الثلاثي الفيروسي والتأكد على أخذهم لكافة التطعيمات الموصى بها حسب جدول التطعيمات الوطني.
- 4- التأكد من التغطية بالجرعة الأولى والجرعة الثانية من لقاح MMR في منطقة عمل المركز الصحي الذي تتبع له الحالة المشتبهة، والتركيز على رفع هذه التغطية إلى 95% فما فوق وذلك بمتابعة المتأخرين والتطعيم الاحتوائي في منطقة عمل المركز.
- 5- في حال وجود مراجع من خارج دائرة عمل المركز في حاجة للتطعيم فإنه يتم تطعيمه مع تبادل المعلومات مع مركزه المرجعي وتوصيته بمراجعة المركز الذي يتبع له مستقبلاً.

- 6- التأكيد على توفر اللقاح للتغطية الروتينية والتطعيم الاحتوائي ومتابعة الكميات المتوفرة بنهاية كل شهر على مستوى المراكز الصحية والتموين الطبي بالمنطقة لتفادي أي نقص مفاجئ.
- 7- يراعى في كل الإجراءات التطعيمية السابقة موانع التطعيم و المتمثلة في حدوث حمل أو حدوث تحسس عالي الخطورة (Anaphylactic shock) من جرعة سابقة أو حدوث مرض حاد (زكام - حمى) و يؤجل التطعيم لحين زوال السبب مع قراءة النشرة المرفقة مع كل لقاح و العمل بما فيها.

موجهات عامة لمتابعة العينات للحالات المشتبهة

تنطبق هذه الموجهات على حالات اشتباه الحصبة، الحصبة الألمانية الولادية والنكاف.

1- يتم تسمية شخص محوري (Focal person) بمختبرات المستشفيات الحكومية ومستشفيات القطاع الخاص ومختبرات المدن الطبية للتواصل مع منسق البرنامج بالمنطقة/ التجمع الصحي ومتابعة إرسال العينات لمختبر الصحة العامة بالرياض.

2- الحرص والمتابعة من قبل منسق البرنامج على وصول العينات إلى مختبر هيئة الصحة العامة خلال يومين من تاريخ اخذ العينات.

3- يتم إرسال صورة من إيصال تسليم الحالة الى الشركة الناقلة،
لمنسق البرنامج بالمنطقة/ المحافظة.

سادساً: التقصي والتوثيق للحالات

1- الالتزام بالقيام بزيارات التقصي النشط للحصبة والألمانية
والنكاف والحصبة الألمانية الولادية ووضع جدول بذلك بحيث تتم زيارة
كل المؤسسات الصحية خلال العام الواحد (يقوم القطاع بزيارة 100%
من الوحدات الصحية التابعة له بينما تقوم إدارة المنطقة أو المحافظة
بزيارة 50% من الوحدات التابعة لكل قطاع على الأقل) ويفضّل زيارة
المؤسسة الصحية الواحدة أكثر من مرة خلال العام الواحد.

2- إرسال الاستمارة الموحدة للتقصي النشط وغير النشط للحصبة
والحصبة الألمانية والنكاف والحصبة الألمانية الولادية يوم الاحد من
كل أسبوع عن الأسبوع الوبائي السابق قبل الساعة 12 ظهرا (مرفق
نموذج الاستمارة الموحدة للتقصي النشط وغير النشط). وهي استمارة
تجميعية للاستمارات التي ترفع من قبل القطاعات (في حال وجود
قطاعات)/ التجمعات (مرفق الاستمارة التجميعية بالقطاعات لاستمارة
التبليغ للحالات الأسبوعية والبلاغ الصفري الواردة من المراكز
الصحية والمستشفيات) والتي تجمع من البلاغات الواردة من المراكز
الصحية والمستشفيات (مرفق استمارة التبليغ للحالات الأسبوعية و
البلاغ الصفري من المراكز الصحية والمستشفيات)

3- الإبلاغ الإلكتروني لجميع حالات الطفح الجلدي المصحوب بحمى وحالات النكاف والحصبة الألمانية الولادية عن طريق برنامج المراقبة الوبائية الإلكترونية (حصن).

سابعاً: طريقة أخذ ونقل عينات الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية الولادية

- ❖ يعتمد تشخيص الأمراض الفيروسية، الحصبة والحصبة الألمانية والنكاف، علي اخذ العينات المناسبة ونقلها وتخزينها بطريقة صحيحة.
- ❖ تنقسم نوع العينات الخاصة بحالات اشتباه الحصبة والحصبة الألمانية الى نوعين:

1. عينة دم سيروم (serum)
2. مسحة حلقيية (throat swab) و مسحة انف بلعومية (nasopharyngeal swab)

❖ عند الاشتباه بمرض الحصبة او النكاف يتم اخذ العينة فوراً عند وصول المريض إلى المستشفى او المركز الصحي.

موجهات عامة لاخذ ونقل للعينات

1. يقوم الموظف المسؤول بملاً نموذج طلب فحص العينة الخاص بالحالة ويتم تعبئة جميع البيانات والمعلومات المطلوبة بطريقة صحيحة.
2. يتم أخذ عينة سيروم لجميع حالات الاشتباه بالحصبة بالإضافة إلى مسحة حلقيية او انف بلعومية

3. يتم أخذ عينة سيروم فقط لفحص فيروس النكاف وحالات اشتباه الحصبة الألمانية الولادية.
4. يقوم الموظف المسؤول بالتواصل مع الشركة الناقلة للعينات فوراً بعد أخذ العينة حتى يتم نقلها إلى مختبر الصحة العامة بالرياض
5. يتم التحقق من عدد العينات و مطابقة ID ، ووضعها في كيس مخصص (auto clave biohazard bag) ووضع نموذج طلب الفحص خارج حاوية نقل العينات و تسلم كتابيا للناقل مع التوثيق بكود الحالات والاسماء.
6. يتم حفظ العينات داخل الثلجة في درجة حرارة 4 - 8 درجة مئوية
7. يتم التأكد من أن حاويات نقل العينات إلى مختبر هيئة الصحة العامة بالرياض مطابقة للمواصفات العالمية و أن بداخلها ثلج عادي (4-8 درجة مئوية) وهو كاف لمدة 4 ساعات، او ثلج جاف (carbon dioxide dry ice) لمدة 24 ساعة ويتم التأكيد على الناقل بإيصال العينات في وقتها المحدد و تسليمها إلى المختبر الصحي الوطني بالرياض وعدم تأخيرها.
8. يجب التأكيد على تجنب تكرار (تجميد - إذابة العينة freezing and thawing) لدرجة حرارة الغرفة بالنسبة (لعينة المسحة) ويجب التأكد من عدم تجميد العينة في (سالب 20 درجة مئوية) و ذلك بسبب تكون البلورات الثلجية و التي تقلل كمية الفيروس المطلوبة.

المعايير القياسية (SOPs) لأخذ عينات السيروم (serum)

- 1- يجب سحب عينة دم كامل (whole blood) بمقدار 5 مل من المريض البالغ أو الأطفال أكثر من 5 سنوات ،أما الأطفال الصغار أقل من 5 سنوات يمكن الاكتفاء بـ 3مل .
- 2- وضع الدم في انبوب خالي من أي مواد مانعة للتجلط
(Plain container serum separator gel tubes-SSGT) ويحمل رقم الكودي (788770036) أو (788770038) ولا توضع في أنابيب (إي دي تا EDTA) أو غيرها من المحتوية على مواد تجلط.
- 3- يجب وضع العينات في رف مخصص للعينات.
- 4- إعطاء العينات رقم كودي متسلسل ووضعها في الرف بالتسلسل، ووضع الرقم أيضا على الاستمارة.
- 5- يجب كتابة رقم كودي متسلسل على العينات (Tubes) وعلى استمارة طلب الفحص.
- 6- يجب إغلاق الأنبوب بإحكام بغطائه الأصلي ولا يمكن الاستغناء عن الغطاء بالبلاستر (شترطون). ويمكن وضع البلاستر لزيادة إحكام الغطاء فقط.
- 7- يجب فصل العينة الى سيروم فقط قبل إرسالها والتأكد إنها ليست متحللة hemolyzed (يجب طلب عينة جديدة إذا كانت متحللة).
- 8- عزل العينات عن الثلج ووضعها في كيس مخصص (autoclave biohazard bag) حتى لا تتسرب رطوبة الثلج إلى داخل العينة.

9- وضع العينات في حاوية محكمة الإغلاق وان يكون الثلج مخصص لنقل العينات منعاً لتسربه عليها.

المعايير القياسية (SOPs) لأخذ عينات المسحة الحلقية / الأنف بلعومية

❖ يجب اخذ مسحة حلقية او أنف بلعومية لجميع حالات اشتباه الحصبة.

❖ العينة المأخوذة لعزل الفيروس (زراعة الخلايا) ولاختبار الحمض النووي هي العينات التي تحتوي على خلايا مصابه بالفيروس (إفرازات الجهاز التنفسي) .

❖ تؤخذ وترسل العينات في وسط ناقل الفيروسات (VTM) محتوية على المسحات و VTM الموجودة بمستودعات التموين الطبي لكل منطقة بالبند رقم (782010362).

أ/المسحة الحلقية:

1. إتباع معايير الحماية الشخصية (PPE).
2. يسأل المريض بفتح فمه واسعاً ويتم الضغط على اللسان إما بواسطة الملاعقة المسطحة (spatula) او خافض اللسان (Tongue depressor) و يتم إدخال مسحة الحلق دون لمس جوانب الفم من الداخل او اللسان
3. توضع المسحة داخل الأنبوبة الحافظة والتي تحتوي علي (2-3مل) من وسط النقل الفيروسي (VTM) ثم تقطع مقدمه المسحة لتستقر داخل الأنبوب .
4. التأكد من غمس العصا داخل الوسط الإسفنجي لحفظ الفيروسات.

ب/المسحة الأنف بلعومية: Nasopharyngeal swabs

1. تدخل مسحة بوليسترين رفيعة ومرنة (15سم) في الأنف حتى تصل إلي الجدار الخلفي للبلعوم (posterior wall of Nasopharynx) وتترك في مكانها لثواني قليلة ثم تؤخذ مسحه ببطء مع حركة دائرية حتى خروجها من الأنف.

2. توضع المسحة داخل الأنبوبه الحافظة (VTM) والتي تحتوي علي (2-3مل) من وسط النقل الفيروسي ثم تقطع مقدمه المسحة لتستقر داخل الأنبوب .

ثامناً: مؤشرات ازالة الحصبة والحصبة الألمانية:

مؤشر القياس	المطلوب	المؤشر
عدد الحالات المؤكدة مخبرياً / إجمالي السكان بالمنطقة *10 ⁶	صفر حالة انتقال محلي خلال السنة	1/ معدل الإصابة
عدد الحالات سلبية العينة من جملة العدد المطلوب إبلاغه (حالات مستبعدة)	إبلاغ حالتين لكل 100 ألف من السكان بحيث يتم فحصها و تثبت سلبيتها للحصبة و الحصبة الالمانية).	2/ معدل الإبلاغ
عدد التقصيات التي تم إكمالها و إرسالها للوزارة خلال 48 ساعة من جملة التقصيات	اكتمال التقصي الوبائي للحالات و وصوله للوزارة خلال 48 ساعة من وقت إرسال البلاغ الفوري للوزارة .	3/ إكتمال التقصي خلال ساعة
عدد الحالات كافية العينات/ عدد العينات المرسلة للمختبر *100	الحالات التي اخذت لها عينات كافية	4/ كفاية العينات
عدد الحالات التي جمعت لها عينات/ جملة الحالات المبلغة*100	أخذ عينات لجميع الحالات المبلغة وإرسالها لمختبر الصحة العامة	5/ نسبة الحالات التي تم أخذ عينات لها
عدد العينات التي وصلت للمختبر خلال يومين من جمعها/ جملة ما أخذت له عينات. *100.	وصول العينة للمختبر الوطني خلال يومين من تاريخ جمع العينة	6/ نسبة وصول العينات للمختبر الوطني في الوقت المحدد
عدد نتائج العينات التي وصلت للمؤسسات الصحية المبلغة خلال 4 أيام من وصولها للمختبر/ جملة العينات المرسلة ومستلمة بالمختبر. *100.	وصول نتيجة العينة للمؤسسة الصحية المبلغة خلال 4 أيام من تاريخ وصول العينة للمختبر	7/ نسبة العينات التي تم فحصها خلال الفترة المحددة
عدد العينات التي تم فحصها جينياً/ جملة الحالات المبلغة أثناء التفشيات الوبائية*100.	أخذ عينات لفحص 80% على الأقل من الحالات للنوع الجيني للحصبة في حالة التفشيات الوبائية	8/ نسبة الحالات المفحوصة جينياً

- 1- التأكيد على المنسقين بالمناطق بمتابعة مؤشرات الأداء لبرنامج الترصد الوبائي والمخبري لمرض الحصبة والحصبة الألمانية على مستوى القطاعات الصحية في المناطق والمحافظات.
- 2- يتم حساب ومتابعة مؤشرات نجاح برنامج التقصي الوبائي للحصبة والحصبة الألمانية على مستوى المنطقة والمحافظات ويرسل تقرير بذلك كل 3 أشهر إلى البرنامج وهي كالتالي:
- 3- التأكيد على وضع جدول زيارات إشرافية والالتزام به على جميع المستويات مع الالتزام بتنفيذه وإرسال تقارير التغذية الراجعة.
- 4- تدريب العاملين الصحيين في مجال المراقبة الوبائية على متطلبات البرنامج الوطني للترصد الوبائي للحصبة، الحصبة الألمانية الولادية والنكاف.

تاسعاً: مؤشرات إزالة الحصبة الألمانية الولادية

المؤشر	المطلوب	مؤشر القياس
1/معدل الإصابة	صفر حالة انتقال محلي خلال السنة	عدد الحالات المؤكدة مخبرياً لكل 1000 من المواليد الاحياء
2/معدل الإبلاغ	حالة مشتبهة لكل 10000 من المواليد الاحياء	عدد الحالات المشتبهة/عدد المواليد الاحياء*10000
3/اكتمال التقصي للحالات المبلغه خلال 72 ساعة	≥80%	عدد التقصيات التي تم إكمالها و إرسالها للوزارة خلال الفترة المحددة / جملة الحالات المبلغه*100
4/كفاية العينات	≥80%	عدد الحالات كافية العينات/ عدد العينات المرسله للمختبر*100
5/نسبة الحالات التي تم اخذ عينات لها	≥80%	عدد الحالات التي جمعت لها عينات/ جملة الحالات المبلغه*100
6/نسبة وصول العينات لمختبر هيئة الصحة العامة الوقت المحدد	≥80%	عدد العينات التي وصلت للمختبر خلال 5ايام من جمعها/ جملة ما أخذت له عينات.*100.
7/نسبة العينات التي تم فحصها خلال الفترة المحددة	≥80%	عدد نتائج العينات التي ظهرت نتائجها خلال 4 أيام من وصولها للمختبر/ جملة العينات المرسله ومستلمة بالمختبر.*100.
8/نسبة الحالات التي اكتملت متابعتها	≥80%	عدد الحالات التي تمت متابعتها / جملة الحالات المبلغه أ*100.

مرفقات:

1. استمارة الإبلاغ الفوري والتقصي الوبائي لحالة طفح جلدي

مصحوب بحمى

2. استمارة الإبلاغ الفوري والتقصي الوبائي لحالة نكاف

3. استمارة الإبلاغ الفوري والتقصي الوبائي لحالة حصبة المانية

ولادية

4. استمارة (قائمة بأسماء المخالطين لحالة طفح جلدي مصحوب

بحمى)

5. الإستمارة التجميعية بالقطاعات/ التجمعات لاستمارة البلاغ الصفري

الواردة من المراكز الصحية والمستشفيات والتقصي النشط وغير النشط

استمارة التقصي الوبائي لحالة طفح جلدي مصحوب بحمى

الأسبوع الدولي رقم () (SAA/20 /MS/.....) ()

للحالة الرقم الكودي

رقم الحالة بحصن.....

1- معلومات عن المريض:

1- الاسم الرباعي.....									
رقم الهوية									

2- تاريخ الميلاد: /-----/----- هـ الموافق /-----/----- م

3- العمر : سنة ----- شهر 4- الجنس: 1- ذكر () 2- أنثى ()

5- الجنسية:

6. عنوان المريض: المدينة: الحي : الشارع رقم المنزل

()

7. للإتصال بالمريض: 1- رقم جوال 2- رقم هاتف ثابت

8. مكان الدراسة أو العمل

2- معلومات الجهة المبلغة:

1. تاريخ الإبلاغ للمنسق بالمنطقة/المحافظة : اليوم ----- الشهر ----- السنة ---

20--- م

2. تاريخ التقصي : / / 14 هـ الموافق: / /

20 م

3. المركز أو المستشفى المبلغ: القطاع:

4. متوسط معدل التغطية بجرعة الحصبة المفرد في المركز الصحي الذي يغطي منطقة سكن

المريض ل 6 اشهر سابقة: ()

5. متوسط معدل التغطية بلقاح الثلاثي الفيروسي ل 6 اشهر سابقة أ- الجرعة الاولى

() ب- الجرعة الثانية ()

3- التطعيم:					
التطعيم بلفاح	لم يبلغ سن التطعيم بعد	مطعم جرعة واحدة	مطعم جرعتين أو اكثر	غير مطعم	غير معروف
الحصبة المفرد					
الثلاثي الفيرو سي					

-معلومات آخر جرعة تم تلقيها من لقاحات الثلاثي الفيروسي أو الحصبة المفرد

1- تاريخ آخر جرعة / / 20 م ب- مكان آخر جرعة

.....

ب- مصدر المعلومات عن التطعيم:

- شهادة التطعيم (أرفق صورة الشهادة) () سجل المريض بالمركز الصحي
(رقم السجل بالمركز) ()السجل الوطني للتطعيمات

4 - الأعراض و العلامات :

- 1- طفح جلدي: أ- نعم () ب- لا () 2- تاريخ بداية الطفح الجلدي: / /
- 20 م 3- نوع الطفح الجلدي
- 4- حمى: أ- نعم () ب- لا () 5- تاريخ بداية الحمى: / /
- 20 م 6- درجة حرارة () درجة مئوية
- 7- سعال: أ- نعم () ب- لا () 8- تاريخ بداية السعال / /
- 20 م 9- التهاب ملتحمة: أ- نعم () ب- لا () 10- تاريخ بداية التهاب الملتحمة / /
- 20 م 11- احتقان بالحلق أ- نعم () ب- لا () 12- زكام أ- نعم () ب- لا ()
- 13- تاريخ بداية الزكام / / 20 م 14- حبيبات كوبليك أ- نعم ()
- ب- لا () 15- ألم في المفاصل أ- نعم () ب- لا () 15- تورم في الغدد الليمفاوية أ- نعم () ب- لا ()
- 16- هل هناك مضاعفات للمرض؟ - أ- نعم () ب- لا () 17- أذكرها:
- 18- تاريخ ظهورها: / 20 م

5 مصدر العدوى:

1. هل كان له صلة بحالة حصابة مؤكدة خلال 7- 21 يوما من بداية الأعراض؟ أ- نعم () ب- لا ()
2. هل كان له صلة بحالة حصابة المانية مؤكدة خلال 7- 21 يوما من بداية الأعراض؟ أ- نعم () ب- لا ()
3. في حالة الإجابة بنعم، متى؟ / / 20 م
4. أين؟ 1- المنزل () 2- المدرسة () 3- الجوار () 4- مكان العمل () 5- أخرى () حدد:.....
5. هل سافر المريض خلال 21 يوما قبل بداية الطفح الجلدي؟ 1- نعم () 2- لا ()
 - إذا كانت الإجابة بنعم اذكر: مكان السفر.....تاريخ السفر / /
 - 20 م تاريخ العودة / / 20 م
6. مصدر العدوى.....

6-الحالة التطعيمية للمخالطين المباشرين و غير المباشرين :

الحالة التطعيمية	العدد الكلي للمخالطين المباشرين ()	العدد الكلي للمخالطين غير المباشرين ()	العدد الكلي لمخالطين الفصل/ العمل ()
مطعم جرعة			
مطعم جرعتين او اكثر			
الأقل من 12 شهر			
غير معروف			

7-الإجراءات الوقائية :

- 1 - تم عزل المصاب () 2- تم تطعيم المخالطين () 3- تمت التوعية الصحية بالمرض () 4- لم يتم اتخاذ أي إجراء ()

8- العينات:

1- في المنطقة:

1. نوع العينات : أ- دم فقط () ب- دم + مسحة حلقيه () 2- تاريخ أخذ العينات /
/ 20 م 3- تاريخ إرسال العينة لمختبر الصحة العامة / / 20 م
5. تاريخ وصل نتيجة العينة للمنطقة / / 20 م

2- في المختبر الوطني:

- 1- رقم العينة في المختبر : 2- تاريخ وصول العينات للمختبر / / 20 م
3- حالة العينة : أ- كافية () ب- غير كافية ()
4- نتيجة عينة الدم للحصبة: أ- ايجابي () ب- سلبي () 5- نتيجة عينة الدم
للحصبة الألمانية : أ- ايجابي () ب- سلبي ()
6- نتيجة عينة المسحة الحلقيه: أ- ايجابي () ب- سلبي () 7- تاريخ نتيجة عينة الدم
/ / 20 م
8- نوع الفيروس المعزول للحصبة 9- نوع الفيروس المعزول للحصبة الألمانية
.....

9- الوضع النهائي للمصاب:

- 1- تعافى () 2- تعافى مع وجود مضاعفات () 3- توفى ()

10- التصنيف النهائي للحالة

- 1- حصبة مؤكدة مخبرياً () 2- حصبة مرتبطة وبائياً () 3- حصبة مؤكدة سريرياً
()
4- حصبة المانية مؤكدة مخبرياً () 5- حصبة المانية مرتبطة وبائياً () 6- حصبة
المانية مؤكدة سريرياً ()
7- حالة ثنائية الإصابة () 8- حالة مرتبطة بالتطعيم () 9- حالة حصبة وافدة ()
()
10- حالة حصبة المانية وافدة () 11- حالة مبعدة ()

اسم المبلغ :

رقم الإتصال التوقيع:

نموذج إبلاغ فوري عن حالة اشتباه نكاف

عاجل ويجب تعبئة جميع البيانات بدقة

الأسبوع الدولي رقم (...../...../MP/SAA/20)

الرقم الكودي للحالة

رقم الحالة بحسن

تاريخ الإبلاغ بالحالة: /---/---/143 هـ الموافق /---/---/20 م

الاسم	
الرباعي.....	
رقم الهوية	

تاريخ الميلاد: /---/---/ هـ الموافق /---/---/ م

العمر: () سنة () شهر

الجنس: () انثى () ذكر الجنسية:-----

عنوان السكن: المدينة-----الحي-----الشارع-----رقم المنزل-----

رقم الإتصال بالمريض : -----

المركز الصحي الذي يغطي منطقة سكن المريض: ----- القطاع -----

رقم الإتصال بالمركز الصحي : -----

تاريخ بداية الغدة النكفية /---/---/143 هـ الموافق /---/---/20 م

تاريخ بداية الحمى /---/---/143 هـ الموافق /---/---/20 م

التشخيص الابتدائي:-----

إسم المبلغ : -----

التوقيع:-----

التاريخ /---/---/143 هـ الموافق /---/---/20 م

استمارة التقصي الوبائي لحالة نكاف

الرقم المكون للحالة (SAA/20 /MP) /..... /.....) الأسبوع الدولي رقم ()
رقم الحالة بحصن

1- معلومات عن المريض:

الاسم الرباعي رقم الهوية

- 2- تاريخ الميلاد: /-----/-----/----- هـ الموافق /-----/----- م
3- العمر : سنة ----- شهر 4- الجنس: 1- ذكر () 2- أنثى ()
5- الجنسية:
6. عنوان المريض: المدينة: الحي : الشارع رقم المنزل ()
7. للإتصال بالمريض: 1- رقم جوال 2- رقم هاتف ثابت
8. مكان الدراسة أو العمل

2- معلومات الجهة المبلغة:

1. تاريخ الإبلاغ للمنسق بالمنطقة/المحافظة : / / 20م
2. تاريخ التقصي : / / 14 هـ الموافق: / / 20م
3. المركز أو المستشفى المبلغ: القطاع:
4. متوسط معدل التغطية بلقاح الثلاثي الفيروسي ل 6 أشهر سابقة أ- الجرعة الاولى () ب- الجرعة الثانية ()

3 - التطعيم بلقاح الثلاثي الفيروسي

لم يبلغ سن التطعيم بعد	مطعم جرعة واحدة أو أكثر	غير مطعم	غير معروف	تاريخ آخر جرعة	مكان آخر جرعة

أ مصدر المعلومات عن التطعيم:

د - - شهادة التطعيم (أرفق صورة الشهادة) () سجل المريض بالمركز الصحي
(رقم السجل بالمركز) السجل الوطني للتطعيمات

4 - الأعراض و العلامات :

1. تورم الغدة النكفية : أ- نعم () ب- لا () 2- تاريخ بداية التورم : / / 20م.
3. هل حدث هذا التورم من قبل؟ أ- نعم () ب- لا ()
4. هل توجد حمى؟ أ- نعم () ب- لا () 5 - تاريخ بداية الحمى: / / 20م
6. وجود مضاعفات: لا () أ- نعم () { -التهاب الخصيتين () -حمى مخية شوكية () -صمم () - أخرى () حدد }
- 7- تاريخ ظهور المضاعفات: / / 14هـ الموافق / / 20م

5-مصدر العدوى:

1. هل سافر المريض خلال 21 يوما قبل بداية تورم الغدة النكفية؟ 1- نعم () 2- لا ()
2. إذا كانت الإجابة بنعم اذكر: أ- مكان السفرب- تاريخ السفر / / 20 م ج- تاريخ العودة / / 20 م
3. هل كان له صلة بحالة نكاف مؤكدة خلال 7-21 يوما من بداية الأعراض؟ 1- نعم () 2- لا ()
4. في حالة الإجابة بنعم، متى؟ / / 20م أين؟ 1- المنزل () 2- المدرسة () 3- الجوار () 4- مكان العمل () 5- أخرى () حدد:.....

6- الحالة التطعيمية للمخالطين المباشرين:

- العدد الكلي المخالطين ()
 - عدد المطعمين بجرعة واحدة من لقاح الثلاثي الفيروسي ()
 - عدد المطعمين بجرعتين أو أكثر من لقاح الثلاثي الفيروسي ()
 - عدد غير المطعمين () كم منهم دون عمر 12 شهر () أطفال

7- الإجراءات الوقائية:

- 1 - تم عزل المصاب () 2- تم تطعيم المخالطين () 3- تمت التوعية الصحية بالمرض () 4- لم يتم اتخاذ أي إجراء ()

8- العينات:

1- في المنطقة:

1. هل أخذت عينة الدم أ- نعم () ب- لا () 2- تاريخ أخذ العينات / / 20 م
 3. تاريخ وصول العينات للمختبر الإقليمي / / 20 م 4- تاريخ إرسال العينة للمختبر الوطني / / 20 م
 5- تاريخ وصل نتيجة العينة للمنطقة / / 20 م

2- في المختبر الوطني:

- 1- رقم العينة في المختبر: 2 - تاريخ وصول العينة للمختبر / / 20 م
 3- حالة العينة: أ- كافية () ب- غير كافية () 4- نتيجة العينة: أ- ايجابي () ب- سلبي ()
 5- تاريخ نتيجة عينة الدم / / 20 م

اسم من قام بالتقصي: رقم الإتصال توقيعه:

استمارة إبلاغ فوري عن حالة حصبة ألمانية ولادية مشتبهة

الرقم الكودي للحالة (SAA/ CRS/20 /...../.....) الأسبوع الدولي رقم ()

تاريخ الإبلاغ

(1) معلومات الام (تعبي البيانات في حال كان الإبلاغ اثناء فترة الحمل)

الاسم الرباعي..... رقم الهوية									
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- العمر..... عمر الحمل بالأسابيع..... عدد مرات الحمل..... عدد الأطفال

(2) معلومات الإبلاغ

- (المستشفى/ المركز الصحي)
- هل طعمت بلقاح محتوي على لقاح الحصبة الألمانية (MMR, MR, R): () نعم () لا
- تاريخ الجرعات: الأولى: / / م الثانية: / / م الثالثة: / / م
- هل تم فحص (TORCH) اثناء الحمل () نعم () لا

(3) التاريخ المرضي للأم أثناء فترة الحمل بالطفل المصاب

- أ- طفق جلدي: () نعم () لا في حال الإجابة بنعم: فترة الحمل بالاسابيع:
- ب- حمى () نعم () لا في حال الإجابة بنعم: فترة الحمل بالاسابيع:
- ج- الم او تورم بالمفاصل () نعم () لا في حال الإجابة بنعم: فترة الحمل بالاسابيع:
- د- تطعيمات أخذت: () نعم () لا في حال الإجابة بنعم: أ- نوع اللقاح..... ب- فترة الحمل بالأسابيع:

هـ- الام مخالطة لحالة إيجابية ----- مشتبهة -----

و- متوسط معدل التغطية بلقاح الثلاثي الفيروسي في المركز الصحي الذي يغطي منطقة

سكن المريض ل 6 اشهر سابقة أ- الجرعة الاولي () ب- الجرعة الثانية ()

- أسم من قام بالتقصي:

جوال..... E-mail.....

(1) معلومات المولود/ الطفل (تعبئ البيانات في حال كان الإشتباه بعد الولادة)

الاسم الرباعي رقم الهوية									
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- الجنس: () ذكر () أنثى. تاريخ الميلاد ---/---/--- هـ الموافق ---/---/--- م 2000
- مكان حدوث الولادة: () منزل () مستشفى
- عنوان السكن: المدينة (القرية).....الحي.....الشارع.....
- هاتف ثابت: جوال:.....

(2) معلومات الإبلاغ

- المستشفى المبلغ: القسم هاتف:.....
- متوسط معدل التغطية بلقاح الثلاثي الفيروسي في المركز الصحي الذي يغطي منطقة سكن المريض ل 6 اشهر سابقة أ- الجرعة الاولي () ب- الجرعة الثانية ()
- أسم من قام بالتقصي:.....
- جوال:..... E-mail:.....

(3) الأعراض والعلامات للحالة:

- المجموعة الأولى: (A)

- 1- أمراض قلب ولادية Congenital heart disease () 2- ضعف في السمع Hearing impairment ()
- 3- إعتلال الشبكية الصباغي Pigmentary retinopathy () 4- قلوكوما Congenital Glaucoma ()
- 5- كاتاراكت Cataracts ()

- المجموعة الثانية: (B)

- 1- طفح دموي Purpura () 2- ضمور المخ Microcephaly () 3- يرقان Jaundice ()
- 4- التهاب سحايا مخية Meningo encephalitis () 5- تضخم الطحال Splenomegaly ()
- 6- تخلف عقلي Mental retardation () 7- أمراض عظام شعاعية Radiolucent bone disease ()
- 8- أخرى () , حددها.....

استمارة التقصي الوبائي لحالة حصبة ألمانية ولادية مشتبهة

الرقم الكودي للحالة (...../...../..... / SAA/ CRS/20) الأسبوع الدولي رقم ()

تاريخ الإبلاغ تاريخ التقصي

(1) معلومات عن الطفل

الاسم الرباعي رقم									
الهوية									

- الجنس: () ذكر () أنثى.
- تاريخ الميلاد: ---/---/--- هـ الموافق ---/---/--- م 2000 مكان حدوث الولادة: () منزل () مستشفى
- عنوان السكن: المنطقة..... المدينة (القرية)..... الحي..... الشارع..... جوال.....

(2) معلومات الإبلاغ

- المستشفى المبلغ: القسم
- عنوان المستشفى المبلغ هاتف
- أسم من قام بالتقصي:
- جوال..... E-mail.....

(3) الأعراض والعلامات للحالة:

ملاحظات	المجموعة (أ)		
	() نعم () لا	Congenital heart disease	أمراض قلب ولادية
	() نعم () لا	Hearing impairment	ضعف في السمع
	() نعم () لا	Cataracts	كاتاراكت
	() نعم () لا	Congenital Glaucoma	قلوكوما
	() نعم () لا	Pigmentary retinopathy	إعتلال الشبكية الصباغي
	المجموع (ب)		
	() نعم () لا	Purpura	طفح دموي
	() نعم () لا	Microcephaly	ضمور المخ
	() نعم () لا	Meningoencephalitis	التهاب سحايا مخية
	() نعم () لا	Jaundice	يرقان
	() نعم () لا	Splenomegaly	تضخم الطحال

6	تخلف عقلي	Mental retardation	() نعم () لا
7	أمراض عظام شعاعية	Radiolucent bone disease	() نعم () لا
8	أخرى:.....		

(4) المولود لام مخالطة لحالة إيجابية المولود لام مخالطة لحالة مشتبهة _____ المولود لام تلقت التطعيم اثناء فترة الحمل

(5) الفحوصات المخبرية للام اثناء الحمل

عينة الدم	تاريخ أخذها	تاريخ إرسالها للمختبر الصحي	نتيجتها
	/ /	/ /	IgM+ ()
	/ /	/ /	IgM- ()
	/ /	/ /	IgG+ ()
	/ /	/ /	IgG- ()

الفحوصات المخبرية للطفل ظهرت عليه اعراض

م	عينة الدم	تاريخ أخذها	تاريخ إرسالها للمختبر	نتيجتها
1	عند اكتشاف الحالة	/ /	/ /	() سلبي () ايجابي () لا ينطبق
2	عند عمر 6 شهور	/ /	/ /	() سلبي () ايجابي () لا ينطبق
3	عند عمر 12 شهر	/ /	/ /	() سلبي () ايجابي () لا ينطبق

الفحوصات المخبرية للطفل لم تظهر عليه أعراض

م	عينة الدم	تاريخ أخذها	تاريخ إرسالها للمختبر	نتيجتها
1	عند الولادة	/ /	/ /	IgM-() IgM+()
2	عند عمر 6 شهور	/ /	/ /	IgM-() IgM+()
3	عند عمر 12 شهر	/ /	/ /	IgM-() IgM+()

التصنيف النهائي للحالة:

- 1- حالة مؤكدة سريريًا: (لا توجد عينة و لكن لها أعراض و علامات مؤكدة علامتين على الأقل إحداهما من المجموعة أ)
- 2- حالة مؤكدة مخبريًا: (عينة الدم أيجابية المضاد IgM للحصبة الألمانية أو عينتين ايجابيتين من المضاد IgG في عمر 6 و 12 شهر
- 3- حالة مرتبطة وبائياً: (وجود علامة واحدة على الأقل من المجموعة أ مع سلبية عينة الدم أو عدم الحصول عليها مع وجود تاريخ مرضي للأم بالحصبة الألمانية أثناء فترة الحمل).
- 4- ليست حالة: (غير الحالات المذكورة أعلاه).

المنطقة ---- المركز الصحي التابع-----

قائمة بأسماء المخالطين لحالة طفح جلدي مصحوب بحمى

الرقم الكودي للحالة (..... / / 20 م SAA/)

م	الإسم	المربع السكني / المدرسة العمل	صلة القرابة	الحالة التطعيمية	الإجراء المتخذ	رقم إتصال	موعد الجرعة القادمة
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

							12
							13

اسم قائد الفريق ----- التاريخ----- التوقيع-----

استمارة التقصي النشط / غير النشط و البلاغ الصغرى من المنشآت الصحية (الحكومية/

حكومية أخرى/خاص)

لحالات الطفح الجلدي المصحوب بحمى و النكاف و الحصبة الألمانية الولادية

ببوع الوبائي رقم () المنتهي في/...../.....م

المؤسسة الصحية:

وع المؤسسة الصحية :

1- مركز الصحية () 2- مستشفى حكومي () 3- مستشفى خاص ()

4- عيادات و مستوصفات ()

: البلاغ الأسبوعي و حالات المبلغة بالتقصي غير النشط (Passive Surveillance)

الحصبة الألمانية الولادية المشتبهة	النكاف	حالات الطفح الجلدي المصحوب بحمى	
			عدد الحالات المبلغة لهذا الأسبوع
			لعدد الكلي المبلغ حتى الآن

ب : عدد الزيارات الإشرافية على البرنامج و التقصي النشط (Active Surveillance) التي
بها فريق الإشراف الزائر من (القطاع, المنطقة/ المحافظة أو الوزارة)

من قبل الوزارة	من قبل المنطقة/المحافظة	من قبل القطاع	
			عدد مرات الزيارات الإشرافية لهذا الأسبوع
			العدد الكلي لعدد مرات الزيارات حتى الآن



وزارة الصحة
Ministry of Health