

Gestational age:									
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3- Laboratory investigations (the most abnormal value)

Lab test	Result	Date	Lab test	Result	Date
WBC			AsT		
Hemoglobin			AIT		
Hematocrit			AIP		
Platelets			Total bilirubin		
Total protein			LDH		
Albumin			CPK		
PT (INR)			Creatinine		
PTT			Other		

4- Serological and PCR Tests Ordered:

Disease	Sample serial no. (1 st , 2 nd , 3 rd)	Sample lab. no. رقم العينة	Date تاريخ سحب العينة	Results (Positive, Negative, or Not done)					Date of result
				IgM	IgG	Antigen	Culture	PCR	
DENGUE F									
Rift Valley F									
AlKhumra F									
CCHF									
Other Serology (Specify)									

5- Contact with suspected or confirmed case

Contact with a patient who has the same symptoms or disease Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Name:..... Place of contact	The degree of kinship	Date of last contact
---	---	---	-------------------------------

6- Contacts

No.	Name	kinship	Sex	Age	Date of last contact	Type of contact*	Clinical manifestations (define)	Date of onset of clinical manifestations
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

*Health-care-provider / Household contact / Social visit / Burial ceremony

7- Risk factors					
	Y	N	U	Date	Comments
Movement of the patient in the last 3 weeks before symptoms					Mention:
Exposure to animals					Type:
Animals inside home					
Animals beside home					
History of aborting animals					Type:
History of dead animals					Type:
Slaughtering animals					
Consumption of raw milk, liver, or meat					Specify:
Presence of ticks in the immediate surrounding environment					
Exposure to tick bites					
Presence of mosquito at residence					
Exposure to mosquito bites					
Storage of water in exposed containers					

8- Course of illness (To be filled at time of patient discharge or death)									
Complication	Y	N	U	Date	Complication	Y	N	U	Date
Shock					Heart failure				
Severe bleeding					Renal failure				
Encephalitis					Respiratory failure				
Fulminant hepatitis					Loss of vision				
Others					Mention:				

9- Outcome (To be filled at time of patient discharge or death)		
Outcome	Date	Comment
Recovered		
Transferred to another hospital		
Died		

Final Diagnosis			
Diagnosis	Confirmed	Suspected	Date

VHF – TEST REQUEST

Region:-----

Hospital:-----

Hospital NO:-----

Patient Data:

Name:-----

Patient File NO:-----

Age: -----

Laboratory NO:-----

Sex: -----

Tel. NO:-----

Nationality:-----

Fax:-----

Physician In Charge:-----

Tel. NO:-----

Type Of Sample: Two blood samples; one in a plain red-top tube(serum) & a second in EDTA (CBC) tube (plasma) should be sent frozen at -20°C.

Sample Collection: Date:-----

Time:-----

Clinical Comments: -----

The following information should be provided:

Date of fever onset:-----

Is there any hemorrhages, bleeding or rashes? -----

Travel history to affected area: -----

Contact history: -----

Laboratory and PCR Results:

CBC: ----- LFT: -----

Serology Result: -----

Test Requested: (Please request the most likely causative virus/es)

- Rift valley fever - PCR - Serology
- Alkhumra - PCR - Serology
- Dengue fever - PCR - Serology
- Others -----

Requesting Physician

Signature & Stamp

Date

Tel NO

Laboratory Staff Only

-Specimen accepted ()

- Specimen rejected () Reasons:-----

- Specimen pending () Reasons:-----

Name of receiving staff:----- Receiving Date:----- Signature:-----



نموذج التبليغ عن حالة اشتباه حمى فيروسية نزفية

مديرية الشؤون الصحية بمنطقة: المستشفى:

تعباً هذه الاستمارة من قبل الطبيب المشرف على الحميات النزفية بالشؤون الصحية وترسل إلى إدارة الأمراض المعدية بالوكالة المساعدة للطب الوقائي بوزارة الصحة.

١. البيانات الشخصية :

اسم المريض: اسم المستشفى:

العمر-..... الجنس: ذكر أنثى حالة الاجتماعية:

الجنسية: المهنة:

المنطقة: المدينة/ القرية:

هاتف: منزل: عمل:

رقم السجل المدني أو الإقامة:

٢. التاريخ المرضي:

تاريخ بداية الأعراض:

تاريخ العزل (التنويم):

الأعراض والعلامات:

.....

.....

هل تم إرسال عينة دم من المريض للمختبر: نعم لا التاريخ:

المختبر الذي أرسلت له العينات: المركزي أخرى حدد:

الحالة الصحية للمريض:

تحركات المريض خلال فترة ٢١ يوماً التي سبقت بداية الأعراض:

.....

.....

تحركات المريض بعد بداية الأعراض وحتى زيارة المستشفى:

.....

اسم القائم بملء الاستمارة وظيفته

مكان عمله رقم التلفون

تاريخ ملء الاستمارة: