**نموذج تبليغ عن حالات الإسهالات اسبوعي/ شهري**

**مديرية الصحة....................................**

**المركز الصحي................................... رقم الأسبوع..............**

**عدد أطباء المركز................................ الشهر....................**

**هل يوجد مختبر في المركز نعم/لا........... التاريخ من الى**

**عدد المرضى الإجمالي المراجعين للمركز..................... تاريخ التبليغ : / / 201**

**اولا: عدد الحالات**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الفئة العمرية** | **اقل من سنه** | | **1-4** | | **5-9** | | **10-14** | | **15-19** | | **20وأكثر** | | **المجموع** | | **المجموع الكلي** |
| **الجنس**  **العدد** | **ذكور** | **اناث** | **ذكور** | **اناث** | **ذكور** | **اناث** | **ذكور** | **اناث** | **ذكور** | **اناث** | **ذكور** | **اناث** | **ذكور** | **اناث** |  |
| **حالات الإسهال المائي watery diarrhea** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **حالات الإسهال المدممbloody diarrhea** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ادخالات للمستشفى** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **الوفيات من الإسهال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**عدد أكياس الكواسال المصروفة اسبوعيا فعليا ( ) شهريا( )**

**جدول رقم (2) عدد العينات البرازية المفحوصه مخبريا لمرضى الإسهالات (MICROSCOPIC):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **عددالعينات الإجابية** | **مرضى الإسهالات** | | |
| **قطاع عام** | **قطاع خاص** | |
| **الأميبا** |  | |  |
| **الجيارديا** |  | |  |
| **غير ذلك** |  | |  |

**جدول رقم (3)عدد العينات المفحوصة للزراعة لمرضى الإسهالات (CULTURE):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **عدد العينات الإيجابية للسالمونيلا** | **عدد العينات الإيجابية للشيجيلا** | **غير ذلك** |
|  |  |  |

**جدول رقم (4)**

|  |  |
| --- | --- |
| **عدد العينات المفحوصة للتحري عن جرثومة الكوليرا لمرضى الإسهالات** | **عدد العينات الإيجابية** |
|  |  |

اسم منظم الجدول وتوقيعه.................................... اسم طبيب المركز وتوقيعه...................

**المملكة الأردنية الهاشمية**

**وزارة الصحة**

**مديرية رقابة الأمراض/ برنامج مكافحة الإسهال**

**نموذج تبليغ عن حالات الإسهال من المراكز الصحية والمستشفيات**

**أسبوعيا / شهريا**

**مديرية الصحة..................................**

**المركز الصحي................................... رقم الأسبوع : ..............**

**عدد أطباء المركز................................ الشهر : ....................**

**هل يوجد مختبر في المركز: نعم/لا........... التاريخ : من الى**

**عدد المرضى الإجمالي المراجعين للمركز..................... تاريخ التبليغ : / / 201**

**اولا: عدد الحالات**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الفئة العمرية** | **اقل من سنه** | | **1-4** | | **5-9** | | **10-14** | | **15-19** | | **20وأكثر** | | **المجموع** | | **المجموع الكلي** |
| **الجنس**  **العدد** | **ذكور** | **اناث** | **ذكور** | **اناث** | **ذكور** | **اناث** | **ذكور** | **اناث** | **ذكور** | **اناث** | **ذكور** | **اناث** | **ذكور** | **اناث** |  |
| **حالات الإسهال المائي** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **حالات الإسهال المدممbloody diarrhea** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **الحالات المحولة للمستشفى** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **الوفيات من الإسهال** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ثانيا: نتائج العينات البرازية الروتينية المفحوصة مخبريا (Microscopic):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **عدد العينات البرازيه المفحوصة** | **مرضى الإسهالات** | **العاملين في المواد الغذائية** |
| **عدد العينات السلبية** |  |  |
| **أميبا** |  |  |
| **جيارديا** |  |  |
| **غير ذلك حدد** |  |  |

**ثالثا: نتائج العينات البرازية المرسلة للزراعة و الكوليرا(Culture):**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **السالمونيلا** | | **شيجلا** | | **كوليرا** | |
| **عدد العينات المفحوصة** | **ايجابية** | **عدد العينات المفحوصة** | **ايجابية** | **عدد العينات المفحوصة** | **ايجابية** |
|  |  |  |  |  |  |

**اسم منظم الجدول وتوقيعه.......................... اسم طبيب المركز و توقيعه....................**

التقرير الخاص بالنفايات الطبية في مركز صحي .................... عن شهر..............

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **المادة** | **الكمية** | **مكان الإستهلاك** | **كيفية التخلص منها** | **ملاحظات** |
| **أ- قطن** |  |  |  |  |
| **شاش** |  |  |  |  |
| **اسرنج** |  |  |  |  |
| **شفرات جراحية** |  |  |  |  |
| **كفوف جراحية** |  |  |  |  |
| **كفوف مستهلكة** |  |  |  |  |
| **كفوف جراحية معقمة** |  |  |  |  |
| **إبر وريدية** |  |  |  |  |
| **بلاستر** |  |  |  |  |
| **خافض لسان** |  |  |  |  |
| **خيوط جراحية** |  |  |  |  |
| **ب- المحاليل والسوائل** |  |  |  |  |
| **Normal Saline** |  |  |  |  |
| **محلول رنجر** |  |  |  |  |
| **محلول جلوكوز** |  |  |  |  |
| **السوائل** |  |  |  |  |
| **كحول** |  |  |  |  |
| **يود** |  |  |  |  |
| **هيدروجين** |  |  |  |  |
| **ستافلون** |  |  |  |  |
| **ج- حشوات الأسنان** |  |  |  |  |
| **حشوة فضة** |  |  |  |  |
| **حشوة عصب** |  |  |  |  |
| **البنج** |  |  |  |  |
| **د- عبوات زجاجية** |  |  |  |  |
| **الأدوية،المطاعيم والأمصال** |  |  |  |  |
| **مواد أخرى** |  |  |  |  |

**اسم منظم الجدول.....................................** **رئيس المركز**