

نموذج إحالة المختبر لحالة مشتبه بها من الكوليرا GTFCC

يجب على العامل الصحي المُحيل إكمال هذا النموذج وإرسال نسخة منه إلى المختبر مع العينة (نموذج واحد لكل عينة مرسله).

يرجى إرفاق نسخة من نموذج الدخول والفرز .

للحصول على تعليمات محددة حول التعبئة والنقل، يرجى الرجوع إلى دليل تعبئة العينات والنقل المحلي للتأكيد المختبري ل *Vibrio cholerae** O1/O139

طلب مقدم من

اسم المنشأة الصحية (أو الختم أو معرف المنشأة الصحية)

YYYY MM DD

تاريخ الطلب: _____ / _____ / _____

اسم العامل الصحي المُحيل:

العنوان:

الهاتف: البريد الإلكتروني:

الطلب موجه إلى

تحديد هوية الكوليرا في المختبر اختبار حساسية المضادات الحيوية أخرى، حدد:

العينة

معرف العينة: تاريخ ووقت جمع العينة: _____ / _____ / _____ الساعة الدقيقة

مكان جمع العينة:

نوع العينة المأخوذة: براز مسحة مستقيم أخرى، حدد:

ملاحظة دم في البراز: نعم لا

مظهر العينة: متشكل طري مائي مخاطي دموي

تكييف عينة البراز: براز في وعاء (بدون كواشف مضافة) في وسط كاري بلير في ماء البيبتون القلوي (APW) على ورق الترشيح أخرى، حدد:

YYYY MM DD

تاريخ إرسال العينة إلى المختبر المرجعي _____ / _____ / _____

إذا كان تاريخ جمع العينة وتاريخ إرسالها مختلفين، كيف تم تخزين العينة (وسط، درجة حرارة)؟:

هل تم إجراء اختبار تشخيص سريع (RDT) على نفس العينة؟ لا نعم، حدد مُثري RDT مباشر RDT النتيجة: تفاعل إيجابي مع 0139 تفاعل إيجابي مع 0139 تفاعل إيجابي مع 01 و 0139 غير تفاعلي غير صالح

اسم مجموعة اختبار التشخيص السريع المستخدم:

يُرسل في درجة حرارة الغرفة (يفضل أن تكون بين 22 و 25 درجة مئوية) يُمنع تبريده أو تجميده. يُحفظ بعيداً عن أشعة الشمس¹

الاسم الأخير: الاسم الأول:

معرفة المريض: الجنس: ذكر أنثى

YYYY MM DD

العمر: سنوات / أشهر / أيام أو تاريخ الميلاد / / /

YYYY MM DD

تاريخ ظهور المرض: / /

أين شعر المريض بأول أعراض المرض؟ المنطقة/المحافظة المديرية المدينة

حالة المريض عند تقديم الطلب: مُستشفى خرج متوفى خرج ذاتياً مُحال، حدد غير معروف

هل تلقى المريض علاجاً بالمضادات الحيوية قبل جمع العينة؟ * لا نعم

*قد تؤثر أي مضادات حيوية تم تناولها قبل جمع العينة سلباً على النتائج المخبرية

حدد أي مضاد حيوي تم تناوله:

حدد الجرعة:: حدد مدة العلاج (باليوم):

YYYY MM DD

هل تلقى المريض لقاح الكوليرا الفموي (OCV)؟ غير معروف لا نعم، متى؟ / /

اسم اللقاح:

هل للمريض تاريخ سفر مرتبط؟

الأعراض والعلامات

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ضيق تنفس | <input type="checkbox"/> إسهال مائي (عدد الأيام): |
| <input type="checkbox"/> غزور العينين | <input type="checkbox"/> إسهال دموي (عدد الأيام): |
| <input type="checkbox"/> غير قادر على الشرب أو يشرب بشكل سيئ | <input type="checkbox"/> قيء (عدد الأيام): |
| <input type="checkbox"/> عودة الجلد بعد القرص ببطء شديد (< 2 ثانية) | <input type="checkbox"/> حمى (عدد الأيام): |
| أعراض أخرى، حدد: | <input type="checkbox"/> خمول |
| هل للمريض أي اتصال معروف بشخص لديه أعراض مشابهة؟ | <input type="checkbox"/> فقدان الوعي |
| <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم، حدد: | <input type="checkbox"/> نبض غائب أو ضعيف |

يُملأ عند استلام العينة من قبل المختبر المستلم

اسم وعنوان المختبر المستلم (أو الختم):

اسم موظف المختبر المسؤول عن استقبال العينة:

الساعة الدقيقة YYYY MM DD

تاريخ وقت استلام العينة: / /

حالة العينة/التعبئة/التوثيق: مناسبة غير مناسبة

إذا كانت غير مناسبة، حدد المشكلة (مثل تسرب، نقص معلومات، درجة حرارة غير مناسبة):

الإجراءات اللاحقة: طلب عينة ثانية استكمال المعلومات المفقودة أخرى، حدد: