

## التذيل 12: استمارة الإدخال والفرز

### 1- التعريف

اسم المريض \_\_\_\_\_ تاريخ الدخول: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ التوقيت: \_\_\_\_: \_\_\_\_: \_\_\_\_  
 العمر: \_\_\_\_ سنوات/ أشهر نوع الجنس:  ذكر  أنثى إذا كانت أنثى، هل يوجد أي احتمال للحمل؟  لا  نعم  
 تلقى لقاح الكوليرا الفموي:  لا  نعم  لا أعرف في حالة الإيجاب، أين؟ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 العنوان: \_\_\_\_\_ أقرب نقطة مرجعية: \_\_\_\_\_

2- البيانات السريرية - يرجى وضع دائرة إذا كان المريض يعاني من أي مما يلي وبيان المدة الزمنية بالأيام

براز مائي × \_\_\_\_ أيام حمى × \_\_\_\_ أيام برز دموي × \_\_\_\_ أيام  
 قبيء × \_\_\_\_ أيام متى كانت آخر مرة تقيأ فيها المريض؟ منذ \_\_\_\_ ساعة  
 متى بدأ الاعتلال/المرض؟ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ متى كانت آخر مرة تبول فيها المريض؟ منذ \_\_\_\_ ساعة  
 هل هناك أي مخالطين معروفين مع أي شخص آخر لديه أعراض مشابهة؟  لا  نعم من؟ \_\_\_\_\_  
 يرجى ذكر أي أعراض أخرى: \_\_\_\_\_

### 3- الفحص البدني والتشخيص

علامات الخطر	<ul style="list-style-type: none"> <li>• حامل أو غير واع</li> <li>• غياب النبض أو ضعفه</li> <li>• متلازمة الضائقة التنفسية</li> </ul>	<input type="checkbox"/> لا توجد علامات خطر
العلامات	<input type="checkbox"/> غير قادر على الشرب أو يشرب بشكل ضعيف <input type="checkbox"/> تغور العينين <input type="checkbox"/> قرصة الجلد تعود ببطء شديد	<input type="checkbox"/> انفعالي/متوتر أو قلق <input type="checkbox"/> تغور العينين <input type="checkbox"/> سرعة النبض <input type="checkbox"/> ظمآن، يشرب بلهفة <input type="checkbox"/> قرصة الجلد تعود ببطء
خطة العلاج	إذا تم التحقق من علامة خطر واحدة فأكثر أو علامتين فأكثر مما هو مذكور أعلاه تجفاف شديد: (الخطة ج)	إذا لم يتم التحقق من علامات خطر وعلامتين فأكثر مما هو مذكور أعلاه بعض التجفاف: (الخطة ب)

### 4- العلاج

العلاج	<b>تجفاف شديد: (الخطة ج)</b> <input type="checkbox"/> سوائل وريدية: جرعة من محلول لآكتات رينغر أقل من سنة: 30 مل/كجم في مدة 60 دقيقة سنة فأكثر: 30 مل/كجم في مدة 30 دقيقة الكمية: _____ مل على مدار _____ دقيقة <input type="checkbox"/> إعادة التقييم بعد الجرعة في حالة غياب/ضعف النبض تكرر الجرعة الكمية: _____ مل على مدار _____ دقيقة	<b>بعض التجفاف: (الخطة ب)</b> <input type="checkbox"/> محلول إمهاء فموي 75 مل/كجم على مدار 4 ساعات الكمية: _____ مل على مدار 4 ساعات <input type="checkbox"/> مكملات الزنك (20 ملغ/يوم) للأطفال من 6 أشهر إلى 5 سنوات <input type="checkbox"/> إعادة التقييم بعد محلول الإمهاء الفموي -تجفاف شديد: إعطاء سوائل وريدية -بعض التجفاف: تكرر كمية محلول الإمهاء الفموي -لا يوجد تجفاف: التخريج من العلاج مع محلول إمهاء فموي	<b>لا يوجد تجفاف: (الخطة أ)</b> <input type="checkbox"/> بعد كل تبرز رخو، يعطى: <table border="1"> <tr> <th>العمر (بالسنوات)</th> <th>أقل من C1</th> <th>2-9 C2</th> <th>10 فأكثر C3</th> <th>10 فأكثر C4</th> </tr> <tr> <td>محلولة</td> <td>10</td> <td>-200</td> <td>100</td> <td>بالقدر المأثور</td> </tr> <tr> <td>إمهاء فموي (مل)</td> <td>50</td> <td>0</td> <td>50</td> <td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> مكملات الزنك (20 ملغ/يوم) للأطفال من 6 أشهر إلى 5 سنوات	العمر (بالسنوات)	أقل من C1	2-9 C2	10 فأكثر C3	10 فأكثر C4	محلولة	10	-200	100	بالقدر المأثور	إمهاء فموي (مل)	50	0	50	
العمر (بالسنوات)	أقل من C1	2-9 C2	10 فأكثر C3	10 فأكثر C4														
محلولة	10	-200	100	بالقدر المأثور														
إمهاء فموي (مل)	50	0	50															
تعليمات التخريج من العلاج	<input type="checkbox"/> إعادة تقييم الإماهة بعد السوائل الوريدية -تجفاف شديد: تكرر السوائل الوريدية -بعض التجفاف: محلول إمهاء فموي (انظر المربع المعنون بعض التجفاف) <input type="checkbox"/> إعطاء المضادات الحيوية العقار والجرعة _____	<b>يُنظر في التخريج من العلاج إذا:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• لم تكن لديه علامات تجفاف</li> <li>• كان قادراً على تناول محلول إمهاء فموي دون تقيؤ</li> <li>• انعدم البراز المائي لمدة 4 ساعات</li> <li>• كان قادراً على المشي دون مساعدة</li> <li>• أمكنه التبول</li> <li>• أبلغ بموعد العودة إلى المستشفى/مركز علاج الكوليرا</li> <li>• أكمل بث الرسائل الصحية</li> </ul>	قبل التخريج من العلاج، تحقّق مما يلي: <input type="checkbox"/> بث الرسائل الصحية <input type="checkbox"/> إعطاء محلول إماهة فموية للمنزل <input type="checkbox"/> التأكد من أن مقدم الرعاية يمكنه تحضير محلول الإمهاء الفموي بشكل صحيح وإعطائه دون إشراف															

### 1- بيانات المختبر:

هل أُخذت عينة براز؟  لا  نعم تاريخ أخذ العينة: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ نتيجة اختبار التشخيص السريع للكوليرا:  إيجابي -  سلبي  لم يتم إجراؤه  
 تم إرسال عينة براز للاستنبات (الزرع):  لا  نعم تاريخ إرسال عينة البراز للاستنبات (الزرع): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 2- خروج المريض:

تاريخ الخروج: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ تم إخراج المريض  توفي  خرج من تلقاء ذاته  أُحيل (أين: \_\_\_\_\_)  غير معروف  
 اسم طبيب الدخول: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_