

Sultanate of Oman  
Ministry of Health  
Directorate General of Health Affairs

سلطنة عُمان  
وزارة الصحة  
المديرية العامة للشئون الصحية

إستمارة تبليغ عن حالة - الأمراض المعدية  
\* Communicable Diseases - Case Notification Form

To : Dept. of Communicable Diseases Surveillance & Control, Fax : 601832 ٦٠١٨٣٢ : فاكس : المؤسسة : إلى : بناية مراقبة ومكافحة الأمراض المعدية ، فاكس :

Institution : المؤسسة : Person Reporting case (Telephonically / Fax) المبلغ للحالة (تليفونيا/فاكس)  
Region : المنطقة : Date of Time التاريخ والوقت

المريض Disease : Suspect / Probable / Confirmed مؤكد / محتمل / مشكوك

Personal Particulars بيانات شخصية عن الحالة

1 st Name : الاسم الاول : 2 nd Name : الاسم الثاني : 3rd Name : الاسم الثالث : Tribe : القبيلة :

Sex : M / F الجنس : ذكر / أنثى Date of Birth : تاريخ الميلاد : Nationality : الجنسية : Marital status : الحالة الاجتماعية :  
Age Yrs. سنين شهر Mths. العمر

Occupation : المهنة : Tel. No رقم الهاتف : House No : رقم المنزل : Village القرية : Wilayat الولاية :

Sheikhs name : اسم الشيخ : Landmark / Contact علامات مميزة للمكان / شخص للاتصال :

Diagnostic History and outcome التشخيص السريري والنتيجة

Date of onset : تاريخ بدء الأعراض : Date of Admission : تاريخ التويم : OPD Number : رقم العيادة الخارجية : IP Number : رقم التويم :

المريض محول الى / من Patient Referred / Transferred to : التاريخ Date :  
النتيجة / غادر دون تصريح طبي / شفى / توفي / تحت العلاج / غير معروف Outcome : LAMA / Recovered / Died / Under treatment / Not known مكان ظهور المرض إن كانت له علاقة : Place where patient become ill (if relevant) :

Clinical information ( Major Signs & Symptoms) المعلومات السريرية (علامات واضحة وأعراض ظاهرة)

Immunization History - date's (If relevant) التحصينات والتواريخ ( إن كانت لها علاقة )

MR-2 Number رقم سجل صحة الطفل : OPV/ HBV-2 شلل الأربعين / كبي ب ٢ DPT/Polio.3/HBV-3 ثلاث / شلل / كبي ب ٣ Others (specify) أخرى (تحدد)  
DPT/Polio - 1 ثلاث / شلل - ١ Measles الحصبة  
BCG/OPV/HBV-1 بي . سي . جي / شلل / كبي ب ١ DPT/Polio - 2 ثلاث / شلل - ٢ Booster ( DPT/Polio ) ثلاث / شلل / منشطة

Laboratory Examination ( If applicable) الفحص المختبري ( إن كان وارداً)

Type of Specimen : نوع العينة : Type of Test(s) : نوع الاختبار :

Date collected : تاريخ الحصول على العينات : / / /200 (Day / month / year) تاريخ النتائج : / / /200 (Day / month / year)  
Date Results Reported : / / /200 (Day / month / year)

Results : النتائج :

Treatment : العلاج :  
(Antibiotics and other drugs used) (المضادات الحيوية والأدوية الأخرى المستخدمة)

Exposure History تاريخ التعرض للعدوى  
(E.g. Travel history, contacts with known case) (مثلا - سفر أو مخالطة مريض ... الخ)

اسم الطبيب Name of Physician : تاريخ الإبلاغ Date of Notification : التوقيع والختم Signature & Stamp

انظر خلف الصفحة لقائمة الأمراض المطلوب الإبلاغ عن كل حالة على حدة  
\*See overleaf for list of diseases to be notified as individual cases.

PR-14

الرمز الدولي للأعراض المعدية ICD Code	المجموعة (أ) من الأمراض (ترسل هذه الاستمارة خلال 24 ساعة بالهاتف أو بالفاكس إلى وحدة الصحة العامة ونسخة إلى مدير الشؤون الصحية بالمنطقة ونسخة إلى دائرة مراقبة ومكافحة الأمراض المعدية) (Group 'A' Disease (immediate case notification within 24 hts by Tel/Fax to PH Unit/Dir. H. Affairs/DCDSC).
A00	الكوليرا
A20	الطاعون
A36	الدفتيريا (الخانوق)
A39	العدوى بالمكورات السحائية
	شلل الرخوي الحاد (AFP)
B05	الحصبة
B06	الحصبة الألمانية
P35.0	التشووهات الخلقية الناتجة عن الحصبة الألمانية
A95	الحمى الصفراء
A82	داء الكلب (السعار)
B20-24	متلازمة العوز المناعي المكتسب
A33	تكزاز / حديثي الولادة
A99	الحميات النزيفية الفيروسية
	متلازمة الإلتهاب التنفسي الحاد الوخيم (SARS)
الرمز الدولي للأعراض المعدية ICD Code	المجموعة (ب) من الأمراض (ترسل هذه الاستمارة خلال إسبوع واحد إلى وحدة الصحة العامة ونسخة إلى مدير الشؤون الصحية بالمنطقة ونسخة إلى دائرة مراقبة ومكافحة الأمراض المعدية) (Group 'B' Disease (case notification within one week to PH Unit/Dir. H. Affairs/DCDSC).
A01.0	الحمى التيفويدة
A01.4	الحمى البار تيفويدة
A02	التسمم الغذائي
A22	الجمرة الخبيثة
A23	البروسيلية (الحمى المتعوجة)
A37	السعال الديكي
A35	التكزاز (غير حديثي الولادة)
A90	حمى الدنج
B15	إلتهاب الكبد الفيروسي - أ
B16	إلتهاب الكبد الفيروسي - ب
B17.1	إلتهاب الكبد الفيروسي - ج
B17.0	إلتهاب الكبد الفيروسي - د
B17.2	إلتهاب الكبد الفيروسي - هـ
B19	إلتهاب الكبد الفيروسي - (غير مصنف)
B55	الليشمانيات (الجلدية/الدوية)
B65	البهارسيا
B74	الفيلاريا
G00.0	إلتهاب السحايا بالمستدميات - النوع ب
G00.1-9	الإلتهاب السحائي (أخرى)
A87	الإلتهاب السحائي الفيروسي
G03	الإلتهاب السحائي (غير مصنف)

#### Action by notifying Doctor

Send individual case notifications form to :

- 1- White copy - Dept. of Communicable Surveillance & Disease Control.
- 2- Green copy - Local Public Health Section
- 3- Pink copy - Epidemiologist / Focal point of Communicable diseases, DGHS.
- 4- Yellow copy - Office file.

#### الاجراءات الواجب اتخاذها من قبل الطبيب المعالج

أرسل نسخة من هذه الاستمارة إلى الجهات التالية :

- 1- البيضاء إلى دائرة مراقبة ومكافحة الأمراض المعدية
- 2- الخضراء إلى وحدة الصحة العامة المحلية
- 3- الوردية إلى دائرة الشؤون الصحية بالمنطقة
- 4- الصفراء تحفظ بالجهة المبلغة

#### Action by Director Superintendent of Health Affairs - Region

- 1- Ensure that Epidemiological case investigation has been initiated
- 2- On receipt of completed Epidemiological investigation and case Notification forms, Scrutinise for completeness and despatch to the Dept. Of Communicable Diseases Surveillance & Control.

#### الاجراءات الواجب إتباعها من قبل مدير الشؤون الصحية بالمنطقة :

- 1- للتأكد أن إجراءات التقصي الوبائي قد تم اتخاذها
- 2- بعد استكمال اجراءات التقصي الوبائي أبعث استمارة التقصي الوبائي مع استمارة التبليغ عن الحالة إلى دائرة مراقبة ومكافحة الأمراض المعدية.



