



الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة
المديرية العامة

رقم المحفوظات: 2/202-1/1
بيروت في 21 حزيران 2007

تعميم رقم 100
يتعلق باعتماد استمارات التقصي عن حالات الشلل الرخو الحاد

في إطار تعزيز ترصد حالات الشلل الرخو الحاد في لبنان والذي يهدف إلى الكشف عن حالات شلل الأطفال ضمن المبادرة العالمية لاستئصال شلل الأطفال، تعدل استمارات التقصي لحالات الشلل الرخو الحاد وتعتمد الاستمارات التالية المرفقة:

الاستمارة	عنوانها	من يعيؤها؟	متى تعبأ؟	ما مضمونها؟
استمارة رقم (1)	المعلومات الطبية الأولية Initial medical information	الطبيب المعالج	عند الإبلاغ	- تحديد المريض - تحديد العوارض السريرية - المباشرة بجمع عينات البراز
استمارة رقم (2)	التقصي الوبائي الأولي Initial epidemiological investigation	وزارة الصحة العامة/ فريق الترصد الوبائي	بغضون 48 ساعة بعد الإبلاغ	- تحديد الوضع التفريقي - الكشف عن نقص في الإبلاغ - الكشف عن حالات أخرى - الكشف عن أشخاص سافروا أو قدموا من بلدان موبوءة بشلل الأطفال
استمارة رقم (3)	جمع العينات Specimen collection	وزارة الصحة العامة/ فريق الترصد الوبائي	بغضون 48 ساعة بعد الإبلاغ	- تحديد العينات وعددها - تحديد تواريخ جمع وارسال ونتيجة العينات
استمارة رقم (4)	التغطية التلقيحية Vaccination coverage	وزارة الصحة العامة/ فريق الترصد الوبائي	بغضون أسبوع من تاريخ الإبلاغ	- تحديد نسبة تغطية الثالث جرعات ضد شلل الأطفال للأطفال من عمر 7 أشهر إلى 5 سنوات
استمارة رقم (5)	متابعة بعد مرور ستين يوم 60-day follow-up	- برنامج الترصد الوبائي: نتيجة العينات - المتابعة السريرية : الطبيب المعالج	بعد مرور ستون يوم على تاريخ بداية الشلل الرخو الحاد	- تحديد تطور العوارض السريرية للطفل ترسل للطبيب المعالج مع نتائج العينات ونسخة من استمارة (1)
استمارة رقم (6)	تصنيف الحالة Case classification	وزارة الصحة العامة/ برنامج الترصد الوبائي / لجنة التصنيف الوطنية	بعد استكمال التقصي.	- تصنيف الحالة - تحديد التشخيص النهائي

مدير عام وزارة الصحة العامة

الدكتور وليد عمّار

بيلغ:
مديرية الوقاية الصحية
مصلحة الطب الوقائي
مصلحة الصحة الاجتماعية
مصلحة الصحة في المحافظات
أقسام الصحة في الاقضية
وحدة الترصد الوبائي
نقائبي الأطباء في لبنان والشمال
نقابة المستشفيات الخاصة
لجنة التصنيف الوطنية
لجنة الإسهاد الوطنية
منظمة الصحة العالمية
المحفوظات
website

الجمهورية اللبنانية - وزارة الصحة العامة

إستمارة (1) تقصي حالة شلل رخو حاد: المعلومات الطبية الأولية
Form (1) for Acute Flaccid Paralysis: initial medical information

حالة رقم																																			
تعباً الاستمارة من قبل الطبيب المعالج والمستشفى																																			
(1) - المريض																																			
اسم وشهرة المريض		اسم الأب																																	
تاريخ الولادة	الجنس	□ ذكر □ أنثى																																	
(2) - العنوان																																			
الجنسية	الإقامة	رقم هاتف العائلة	العنوان																																
المدينة / القرية	□ مقيم □ زائر																																		
القضاء																																			
(3) - الاستشفاء																																			
تاريخ بدء الشلل	اسم المستشفى																																		
تاريخ التشخيص	اسم الطبيب المعالج																																		
تاريخ دخول المستشفى	رقم هاتف الطبيب																																		
(4) - مشاكل صحية سابقة																																			
هل تعرض المريض في السابق لمشاكل صحية في الجهاز العصبي (شلل، اختلاجات، أو غيره)؟ □ نعم □ كلا																																			
إذا نعم، حدد																																			
(5) الوضع التلقيحي																																			
عدد جرعات OPV/IPV	تاريخ آخر جرعة																																		
(6) - نوع الشلل / الضعف العضلي																																			
هل الشلل رخو / flaccid ؟	□ نعم □ كلا	كم يوم مر منذ بداية الشلل حتى أصبح كاملاً؟	□ نعم □ كلا																																
هل الشلل حاد / acute ؟	□ نعم □ كلا	هل يوجد فقدان في العصب الحسي؟	□ نعم □ كلا																																
هل الشلل asymmetric ؟	□ نعم □ كلا	هل أجرى فحص EMG؟	□ نعم □ كلا																																
هل تطور الشلل في اقل من 4 أيام ؟	□ نعم □ كلا	هل أجرى فحص CSF؟	□ نعم □ كلا																																
حدد القوى العضلية (من 0 الى 5):		حدد حالة deep tendon reflexes:																																	
<table border="1"> <tr> <td>R</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td>Extension</td> <td>Extension</td> </tr> <tr> <td>Flexion</td> <td>Flexion</td> </tr> <tr> <td>Extension</td> <td>Extension</td> </tr> <tr> <td>Extension</td> <td>Extension</td> </tr> <tr> <td>Flexion</td> <td>Flexion</td> </tr> <tr> <td>Extension</td> <td>Extension</td> </tr> <tr> <td>Flexion</td> <td>Flexion</td> </tr> <tr> <td>DorsoFlex</td> <td>DorsoFlex</td> </tr> <tr> <td>PlantaFlex</td> <td>PlantaFlex</td> </tr> </table>		R	L	Extension	Extension	Flexion	Flexion	Extension	Extension	Extension	Extension	Flexion	Flexion	Extension	Extension	Flexion	Flexion	DorsoFlex	DorsoFlex	PlantaFlex	PlantaFlex	<table border="1"> <tr> <td>R</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td>Triceps</td> <td>Triceps</td> </tr> <tr> <td>Biceps</td> <td>Biceps</td> </tr> <tr> <td>Supinator</td> <td>Supinator</td> </tr> <tr> <td>Knee</td> <td>Knee</td> </tr> <tr> <td>Ankle</td> <td>Ankle</td> </tr> </table>		R	L	Triceps	Triceps	Biceps	Biceps	Supinator	Supinator	Knee	Knee	Ankle	Ankle
R	L																																		
Extension	Extension																																		
Flexion	Flexion																																		
Extension	Extension																																		
Extension	Extension																																		
Flexion	Flexion																																		
Extension	Extension																																		
Flexion	Flexion																																		
DorsoFlex	DorsoFlex																																		
PlantaFlex	PlantaFlex																																		
R	L																																		
Triceps	Triceps																																		
Biceps	Biceps																																		
Supinator	Supinator																																		
Knee	Knee																																		
Ankle	Ankle																																		
(7) - التشخيص السريري																																			
<input type="checkbox"/> Acute anterior poliomyelitis <input type="checkbox"/> Vaccine associated paralytic polio <input type="checkbox"/> Peripheral neuropathy <input type="checkbox"/> Guillain Barre syndrome <input type="checkbox"/> Acute axonal neuropathy <input type="checkbox"/> Acute myelopathy <input type="checkbox"/> Focal mononeuropathy <input type="checkbox"/> Critical illness neuropathy <input type="checkbox"/> Other neurotropic viruses enteroviruses, herpesviruses <input type="checkbox"/> Neuropathies of infectious diseases: Diphtheria, Lyme disease	<input type="checkbox"/> Trichinosis <input type="checkbox"/> Botulism <input type="checkbox"/> Arthropod bites <input type="checkbox"/> Tick bite paralysis <input type="checkbox"/> Snake bite <input type="checkbox"/> Post-viral myositis <input type="checkbox"/> Muscles disorders <input type="checkbox"/> Polymyositis <input type="checkbox"/> Acute toxic neuropathies: heavy metals, snake toxin <input type="checkbox"/> Insecticide: organophosphate poisoning	<input type="checkbox"/> Dermatomyositis <input type="checkbox"/> Acute myopathy in ICU patients <input type="checkbox"/> Myasthenia gravis <input type="checkbox"/> Periodic paralysis <input type="checkbox"/> Systemic disease <input type="checkbox"/> Acute porphyries <input type="checkbox"/> Transverse myelitis <input type="checkbox"/> Multiple sclerosis <input type="checkbox"/> Other demyelinating diseases: acute disseminated encephalomyelitis... <input type="checkbox"/> Disorders of neuromuscular transmission	<input type="checkbox"/> Mitochondrial diseases (infantile) <input type="checkbox"/> Corticosteroids & blocking agents <input type="checkbox"/> Cord compression: tumor, trauma, paraspinal abs., haematoma, vascular malformation thrombosis/bleeding <input type="checkbox"/> Ischaemic cord damage: Anterior, spinal artery syndrome, peri-operative complication <input type="checkbox"/> Other:																																
(8) - جمع عينات للبراز - يطلب جمع عيني براز في غضون 14 يوم منذ تاريخ بدء العوارض.																																			
تاريخ جمع العينة الثانية		تاريخ جمع العينة الأولى																																	
(9) - المبلغ																																			
اسم المبلغ	تاريخ الإبلاغ	التوقيع																																	

الجمهورية اللبنانية - وزارة الصحة العامة

استمارة (2) تفصي حالة شلل رخو حاد: التفصي الوبائي الأولي
Form (2) for Acute Flaccid Paralysis: initial epidemiological investigation

حالة رقم | | | |

تعباً الاستمارة من قبل وزارة الصحة العامة وفريق الترصد الوبائي

(1) - المريض

اسم وشهرة المريض	هاتف
اسم الاب	العنوان
تاريخ الولادة	
تاريخ بدء الشلل الرخو	
حالة hot case	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا

(2) - الاستشفاء

#	اسم الوحدة المستشفى / العيادة	تاريخ الدخول أو المعاينة	اسم الطبيب	ابلاغ		ترصد نشط		تاريخ اول ابلاغ
				فوري	نقطة	نقطة	بلغ	
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(3) عينات المريض

تاريخ العينة الاولى	تاريخ العينة الثانية	عينات ملائمة	تاريخ ارسالها لبيروت	تاريخ ارسالها لمصر
		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا		

(4) ما هو الوضع التفقيحي للمريض؟

هل يوجد بطاقة تلقح / سجل صحي؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	حدد تواريخ الجرعات التالية:
OPV/IPV (1)	OPV/IPV (2)	OPV/IPV (3)
		Booster (1)
		Booster (2)
		Booster (3)
		NID(s)

(5) هل تنقل المريض خلال 30 يوم قبل بدء لشلل داخل او خارج لبنان؟

وجود تنقل	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا		
#	مكان السفر	تاريخ السفر	تاريخ العودة
1			
2			
3			

(6) هل توافد زوار الى سكن المريض من بلدان موبوءة بشلل الاطفال؟

بلدان شلل الاطفال نيجيريا، الهند، باكستان، افغانستان	وجود زوار	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا			
#	اسم الزائر	هاتف	مكان السفر	تاريخ السفر	تاريخ العودة
1					
2					
3					

(7) عينات من المخالطين

#	الاسم	الصلة	العمر	عدد جرعات OPV/IPV	تاريخ آخر جرعة	تاريخ العينة
C1						
C2						
C3						
C4						
C5						

(8) هل توجد حالات شلل في المحيط؟

وجود حالات	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا	اذا نعم، حدد
------------	---	--------------

(9) تاريخ التفصي

اسم المحقق	تاريخ التفصي	الامضاء
------------	--------------	---------

الجمهورية اللبنانية - وزارة الصحة العامة

استمارة (3) تقصي حالة شلل رخو حاد: جمع العينات
Form (3) for Acute Flaccid Paralysis : specimen collection

حالة رقم

تعباً الاستمارة من قبل وزارة الصحة العامة وفريق الترصد الوبائي

(1) إرشادات

الحالة	حالة اشلل الرخو الحاد: تجمع عينيتين اثنتين: وذلك في غضون 14 يوم منذ تاريخ بدء عوارض الشلل الرخو الحاد. وتجمع العينة الثانية بعد مرور 24 ساعة على الأقل من العينة الأولى. توضع كل عينة في عبوة منفردة.
المخالطين	تجمع عينات من المخالطين في حال : - جمع عينات غير ملائمة لحالة الشلل الرخو الحاد - أو في حال كان الاشتباه بمرض شلل الأطفال شديد. يشمل المخالطين: الإخوة و لجيران من عمر 10 سنوات و ما دون. تجمع عينة واحدة من كل طفل مخالط وتوضع في عبوة منفردة. يحدد عدد المخالطين على الأقل 3 أطفال.
الكمية	الكمية المطلوبة على الأقل : 8 جرام أي ما يوازي ضغرين من الابهم
العبوات	يتم جمع العينة في العبوات التي يتم توفرها من برنامج الترصد الوبائي.
عنونة	يتم عنونة كل عبوة عبر كتابة اسم الطفل وعمره وتاريخ سحب العينة على ورق لاصق، يلصق على العبوة
طريقة الحفظ:	- توضع كل عبوة في كيس منفصل. وتوضع قطعة من القطن داخل الكيس، وذلك من اجل امتصاص أي تسرب. - يغلق الكيس بإحكام لمنع التسرب. - توضع كافة العبوات وأكياسها في كيس كبير. - و يحفظ الكيس الكبير في البراد، حيث تكون درجة الحرارة بين 4 و 8 درجات مئوية.

(2) عينات من المريض

تاريخ بدء عوارض الشلل	تاريخ جمع العينة الأولى	تاريخ جمع العينة الثانية	العينتين في غضون 14 يوم	بين العينتين 24 ساعة على الأقل	الكمية كافية	عينات ملائمة	عنونة كاملة
			نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>
تاريخ إرسالها لبيروت	تاريخ إرسالها لمصر	تاريخ استلام النتيجة	النتيجة				

(3) عينات من المخالطين: تجمع في حال عينات غير ملائمة أو في حال شدة الاشتباه بشلل الأطفال

#	الاسم	الصلة بالمريض	تاريخ الولادة (يوم/شهر/سنة)	تاريخ آخر جرة OPV (يوم/شهر/سنة)	عينات البراز		النتيجة
					تاريخ إرسالها لبيروت	تاريخ إرسالها لمصر	
C1							
C2							
C3							
C4							
C5							
C6							
C7							

تاريخ التقصي

اسم المحقق	تاريخ التقصي	الامضاء
------------	--------------	---------

الجمهورية اللبنانية - وزارة الصحة العامة

استمارة (4) تقصي حالة شلل رخو حاد: التغطية التلقيحية
Form (4) for Acute Flaccid Paralysis : vaccination coverage

حالة رقم | | | |

تعباً الاستمارة من قبل وزارة الصحة العامة وفريق الترصد الوبائي

لائحة الأطفال من عمر 5 سنوات و مادون في محيط الحالة

ملاحظة	6 أشهر و ما فوق		عدد جرعات OPV / IPV		توفر وثيقة تلقيح (✓)	تاريخ الولادة (يوم/شهر/سنة)	الاسم	#
	3 O/IPV (✓)	أكمل 6 أشهر (✓)	NID	routine				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			2
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			6
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			7
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			8
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			10
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			11
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			12
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			13
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			14
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			15
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			16
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			17
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			18
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			19
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			20
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			21
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			22
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			23
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			24
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			25
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			26
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			27
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			28
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			29
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			30
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			31
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			32
	(d)	(c)	المجموع		(b)	المجموع	(a)	مجموع الأطفال
	(d/c)	نسبة تغطية 3PV			(b/a)	نسبة التوثيق		
تاريخ التقصي								
		الامضاء		تاريخ التقصي				اسم المحقق

الجمهورية اللبنانية - وزارة الصحة العامة

إستمارة (5) تفصي حالة شلل رخو حاد: متابعة بعد مرور ستين يوم
Form (5) for Acute Flaccid Paralysis: 60-day follow up

حالة رقم

تعباً من قبل وزارة الصحة العامة - برنامج الترصد الوبائي

(1) - المريض

اسم وشهرة المريض	تاريخ بدء الشلل	
اسم الاب	اسم المستشفى	
تاريخ الولادة	اسم الطبيب المعالج	
الجنس	رقم الهاتف	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
المدينة / القرية	رقم الفاكس	

(2) - التفصي المخبري

تاريخ جمع العينة الاولى	تاريخ ورود النتيجة	
تاريخ جمع العينة الثانية	نتيجة الزرع	
عينات ملائمة		<input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم
عدد عينات من المخالطين		

تعباً من قبل الطبيب المعالج

(3) متابعة المريض بعد مرور 60 يوم على بدء ظهور الشلل الرخو الحاد

تم معاينة المريض	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا
إذا كلا، لماذا؟	<input type="checkbox"/> توفي، <input type="checkbox"/> تاريخ الوفاة
	<input type="checkbox"/> سافر، <input type="checkbox"/> إلى
	<input type="checkbox"/> غيره، <input type="checkbox"/> حدد

(4) - معطيات المتابعة

نتيجة الفحص	تاريخ الفحص																																
<input type="checkbox"/> لا يوجد ضعف متبق <input type="checkbox"/> ضعف متبق	حدد القوي العضلية (من 0 إلى 5)																																
<p>حدد حالة deep tendon reflexes</p> <table border="1"> <tr> <td>R</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td>Triceps</td> <td>Triceps</td> </tr> <tr> <td>Biceps</td> <td>Biceps</td> </tr> <tr> <td>Supinator</td> <td>Supinator</td> </tr> <tr> <td>Knee</td> <td>Knee</td> </tr> <tr> <td>Ankle</td> <td>Ankle</td> </tr> </table>	R	L	Triceps	Triceps	Biceps	Biceps	Supinator	Supinator	Knee	Knee	Ankle	Ankle	<table border="1"> <tr> <td>R</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td>Extension</td> <td>Extension</td> </tr> <tr> <td>Flexion</td> <td>Flexion</td> </tr> <tr> <td>Extension</td> <td>Extension</td> </tr> <tr> <td>Extension</td> <td>Extension</td> </tr> <tr> <td>Flexion</td> <td>Flexion</td> </tr> <tr> <td>Extension</td> <td>Extension</td> </tr> <tr> <td>Flexion</td> <td>Flexion</td> </tr> <tr> <td>DorsoFlex</td> <td>DorsoFlex</td> </tr> <tr> <td>PlantaFlex</td> <td>PlantaFlex</td> </tr> </table>	R	L	Extension	Extension	Flexion	Flexion	Extension	Extension	Extension	Extension	Flexion	Flexion	Extension	Extension	Flexion	Flexion	DorsoFlex	DorsoFlex	PlantaFlex	PlantaFlex
R	L																																
Triceps	Triceps																																
Biceps	Biceps																																
Supinator	Supinator																																
Knee	Knee																																
Ankle	Ankle																																
R	L																																
Extension	Extension																																
Flexion	Flexion																																
Extension	Extension																																
Extension	Extension																																
Flexion	Flexion																																
Extension	Extension																																
Flexion	Flexion																																
DorsoFlex	DorsoFlex																																
PlantaFlex	PlantaFlex																																

(5) - التشخيص النهائي

<input type="checkbox"/> Acute anterior poliomyelitis	<input type="checkbox"/> Trichinosis	<input type="checkbox"/> Dermatomyositis	<input type="checkbox"/> Mitochondrial diseases (infantile)
<input type="checkbox"/> Vaccine associated paralytic polio	<input type="checkbox"/> Botulism	<input type="checkbox"/> Acute myopathy in ICU patients	<input type="checkbox"/> Corticosteroids & blocking agents
<input type="checkbox"/> Peripheral neuropathy	<input type="checkbox"/> Arthropod bites	<input type="checkbox"/> Myasthenia gravis	<input type="checkbox"/> Cord compression: tumor, trauma, paraspinal abs., haematoma, vascular malformation thrombosis/bleeding
<input type="checkbox"/> Guillain Barre syndrome	<input type="checkbox"/> Tick bite paralysis	<input type="checkbox"/> Periodic paralysis	<input type="checkbox"/> Ischaemic cord damage: Anterior, spinal artery syndrome, peri-operative complication
<input type="checkbox"/> Acute axonal neuropathy	<input type="checkbox"/> Snake bite	<input type="checkbox"/> Systemic disease	<input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> Acute myelopathy	<input type="checkbox"/> Post-viral myositis	<input type="checkbox"/> Acute porphyries	
<input type="checkbox"/> Focal mononeuropathy	<input type="checkbox"/> Muscles disorders	<input type="checkbox"/> Transverse myelitis	
<input type="checkbox"/> Critical illness neuropathy	<input type="checkbox"/> Polymyositis	<input type="checkbox"/> Multiple sclerosis	
<input type="checkbox"/> Other neurotropic viruses enteroviruses, herpesviruses	<input type="checkbox"/> Acute toxic neuropathies: heavy metals, snake toxin	<input type="checkbox"/> Other demyelinating diseases: acute disseminated encephalomyelitis...	
<input type="checkbox"/> Neuropathies of infectious diseases: Diphtheria, Lyme disease	<input type="checkbox"/> Insecticide: organophosphate poisoning	<input type="checkbox"/> Disorders of neuromuscular transmission	

(6) - الطبيب المعالج

الامضاء	اسم الطبيب
	التاريخ

الجمهورية اللبنانية – وزارة الصحة العامة

إستمارة (6) تقصي حالة شلل رخو حاد: تصنيف الحالة
Form (6) for Acute Flaccid Paralysis: case classification

حالة رقم | | |

تعباً من قبل وزارة الصحة العامة ولجنة التصنيف الوطنية

(1) - المريض

اسم وشهرة المريض	تاريخ الولادة	عينات ملائمة	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	كلا <input type="checkbox"/>
اسم الطبيب المعالج	تاريخ بدء الشلل	نتيجة الزرع	ضعف متبق	لا ضعف متبق	توفى <input type="checkbox"/>
تاريخ المتابعة 60 يوم	اذا كلا، عدد عينات للمخالطين	نتيجة المتابعة 60 يوم	ضعف متبق	لا ضعف متبق	سافر <input type="checkbox"/>

(2) احالة الملف الى لجنة التصنيف

سبب إحالة	عينات غير ملائمة <input type="checkbox"/>	لا يوجد عينة براز <input type="checkbox"/>	Hot case <input type="checkbox"/>	VAPP / VDPV <input type="checkbox"/>
تاريخ الاجتماع				
الحاضرون				
المستندات	ملف المستشفى <input type="checkbox"/>	EMG <input type="checkbox"/>	CSF <input type="checkbox"/>	غيره، حدد: <input type="checkbox"/>

تم فحص المريض	نعم <input type="checkbox"/>	كلا <input type="checkbox"/>
نتيجة الفحص	ضعف متبق <input type="checkbox"/>	لا يوجد ضعف متبق <input type="checkbox"/>

حدد حالة deep tendon reflexes

R	L
Triceps	Triceps
Biceps	Biceps
Supinator	Supinator
Knee	Knee
Ankle	Ankle

حدد القوى العضلية

R	L
Extension	Extension
Flexion	Flexion
Extension	Extension
Extension	Extension
Flexion	Flexion
Extension	Extension
Flexion	Flexion
DorsoFlex	DorsoFlex
PlantaFlex	PlantaFlex

(3) - التشخيص النهائي

<input type="checkbox"/> Acute anterior poliomyelitis	<input type="checkbox"/> Trichinosis	<input type="checkbox"/> Dermatomyositis	<input type="checkbox"/> Mitochondrial diseases (infantile)
<input type="checkbox"/> Vaccine associated paralytic polio	<input type="checkbox"/> Botulism	<input type="checkbox"/> Acute myopathy in ICU patients	<input type="checkbox"/> Corticosteroids & blocking agents
<input type="checkbox"/> Peripheral neuropathy	<input type="checkbox"/> Arthropod bites	<input type="checkbox"/> Myasthenia gravis	<input type="checkbox"/> Cord compression: tumor, trauma, paraspinal abs., haematoma, vascular malformation thrombosis/bleeding
<input type="checkbox"/> Guillain Barre syndrome	<input type="checkbox"/> Tick bite paralysis	<input type="checkbox"/> Periodic paralysis	<input type="checkbox"/> Ischaemic cord damage: Anterior, spinal artery syndrome, peri-operative complication
<input type="checkbox"/> Acute axonal neuropathy	<input type="checkbox"/> Snake bite	<input type="checkbox"/> Systemic disease	<input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> Acute myelopathy	<input type="checkbox"/> Post-viral myositis	<input type="checkbox"/> Acute porphyries	
<input type="checkbox"/> Focal mononeuropathy	<input type="checkbox"/> Muscles disorders	<input type="checkbox"/> Transverse myelitis	
<input type="checkbox"/> Critical illness neuropathy	<input type="checkbox"/> Polymyositis	<input type="checkbox"/> Multiple sclerosis	
<input type="checkbox"/> Other neurotropic viruses enteroviruses, herpesviruses	<input type="checkbox"/> Acute toxic neuropathies: heavy metals, snake toxin	<input type="checkbox"/> Other demyelinating diseases: acute disseminated encephalomyelitis...	
<input type="checkbox"/> Neuropathies of infectious diseases: Diphtheria, Lyme disease	<input type="checkbox"/> Insecticide: organophosphate poisoning	<input type="checkbox"/> Disorders of neuromuscular transmission	

(4) - التصنيف النهائي

discarded / مستبعدة كشلل أطفال <input type="checkbox"/>	Compatible / مطابقة لشلل الأطفال <input type="checkbox"/>	Confirmed / مؤكدة شلل أطفال <input type="checkbox"/>	التصنيف النهائي
			التاريخ
			الامضاء