

نموذج المرضى قيد التحقيق (PUI) الخاص بفيروس كورونا المسبب لمتلازمة الشرق الأوسط التنفسية (MERS)
Middle East Respiratory Syndrome (MERS) Patient Under Investigation (PUI) Short Form

للمرضى قيد التحقيق، يجب استكمال هذا النموذج وإرساله إلى eocevent90@cdc.gov (سطر الموضوع: نموذج متلازمة الشرق الأوسط التنفسية) أو إرساله عبر الفاكس 770-488-7107.

إذا كان لديك أسئلة، فعليك الاتصال بمركز عمليات الطوارئ (EOC) التابع لمراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (CDC) على الرقم 770-488-7100. For Patients Under Investigation (PUIs), complete and send this form to eocevent90@cdc.gov (subject line: MERS Patient Form) or fax to 770-488-7107. If you have questions, contact the CDC Emergency Operations Center (EOC) at 770-488-7100.

رقم الهوية STATE ID	تاريخ اليوم: يوم/شهر/سنة Today's Date	البلد: County	المدينة: City	الولاية: State
اسم المحاور: Interviewer's name	الهاتف: Phone	البريد الإلكتروني: Email		
اسم الطبيب: Physician's name	الهاتف/الاستدعاء: Phone/pager			

تعريف المرضى قيد التحقيق - هل المريض: PUI Definition—Does the patient have:	يرجى الرجوع إلى الموقع الإلكتروني لمراكز التحكم في الأمراض والوقاية منها على http://www.cdc.gov/coronavirus/mers/case-def.html Please consult CDC website
--	--

- يعاني من عدوى تنفسية حادة مصحوبة بحمى (≤ 38 درجة مئوية، 100.4 درجة فهرنهايت) وسعال؟ نعم لا غير معروف
1. Acute respiratory infection with fever ($\geq 38^{\circ}\text{C}$, 100.4°F) and cough? Yes No Unknown
- لديه دليل إكلينيكي أو إشعاعي على الإصابة بالتهاب رئوي أو متلازمة الضائقة التنفسية الحادة (ARDS)؟ نعم لا غير معروف
2. Clinical or radiographic evidence of pneumonia or acute respiratory distress syndrome (ARDS)? Yes No Unknown
- هل سبق أن سافر من شبه الجزيرة العربية أو البلدان المجاورة قبل ظهور المرض بـ 14 يومًا؟ نعم لا غير معروف
إذا كانت الإجابة نعم، فما تلك البلدان؟ تاريخ السفر إلى/من الشرق الأوسط: يوم/شهر/سنة | يوم/شهر/سنة
3. Travel from the Arabian Peninsula or neighboring countries[†] 14 days before illness onset? Yes No Unknown
If yes, which countries? _____

معلومات المريض الديموغرافية Patient Demographic Information
النوع <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى 2. العمر: _____ سنوات <input type="checkbox"/> شهور 3. الإقامة: <input type="checkbox"/> مقيم في الولايات المتحدة <input type="checkbox"/> غير مقيم في الولايات المتحدة، الدولة: _____ 1. Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 2. Age: _____ yr <input type="checkbox"/> mo 3. Residency: <input type="checkbox"/> US resident <input type="checkbox"/> non US resident, country: _____

عرض إكلينيكي والتاريخ المرضي وعوامل الخطر Clinical Presentation, History and Risk Factors
--

- تاريخ ظهور العرض (عوارض): يوم/شهر/سنة
4. Date of symptom onset:
- عوارض (ضع علامة أمام كل الإجابات الصحيحة): حمى سعال جاف سعال مصحوب ببلغم قشعريرة التهاب حلق صداع آلام في العضلات ضيق تنفس تقيؤ ألم في البطن إسهال غير ذلك
5. Symptoms (Check all that apply): Fever Dry cough Productive cough Chills Sore throat Headache Muscle aches Shortness of breath Vomiting Abdominal pain Diarrhea Other _____

- في غضون 14 يومًا قبل ظهور الأعراض هل كان للمريض احتكاك عن قرب مع مسافر مريض عاد مؤخرًا من شبه الجزيرة العربية أو البلدان المجاورة؟ نعم لا غير معروف إذا كانت الإجابة نعم، فما تلك الدول؟
6. In the 14 days before symptom onset did the patient have close contact with a recent ill traveler from the Arabian Peninsula or neighboring countries[†]? Yes No Unknown If yes, which countries? _____

- هل المريض (ضع علامة أمام كل الإجابات الصحيحة): عامل رعاية صحية (HCW) من أفراد الجيش الأمريكي من أفراد طاقم طيران غير ذلك
7. Is the patient (Check all that apply): Health care worker (HCW) US military Flight crew Other _____

- عوامل الخطر المترافقة مع المرض (ضع علامة أمام كل الإجابات الصحيحة): منقوص المناعة حامل غير معروف
8. Concurrent risk factors (Check all that apply): Immunocompromised Pregnant Unknown Other _____

النتائج السريرية Clinical Outcomes																																																								
<p>9. هل المريض الآن/هل كان المريض:</p> <p>أ. مقيمًا في مستشفى؟ ب. تم إدخاله وحدة عناية مركزة؟ ج. رُكبت له أنابيب؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p> <p>يوم/شهر/سنة</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p>	<p>10. هل يتم/تم تشخيص المريض بأنه مصاب ب:</p> <p>التهاب رئوي؟ متلازمة الضائقة التنفسية الحادة (ARDS)؟ فشل كلوي؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p>																																																							
<p>10. Is/Has patient receiving /received a diagnosis of:</p> <p>Pneumonia? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown</p> <p>ARDS? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown</p> <p>Renal failure? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown</p>	<p>9. Is/Was the patient</p> <p>a. Hospitalized? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If yes, date: MM/DD/YY</p> <p>b. Admitted to ICU? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown</p> <p>c. Intubated? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown</p>																																																							
<p>11. هل يعاني المريض من مرض في الجهاز التنفسي ليس له علاقة بال-MERS ولكن لم يستجب للعلاج المناسب؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p>	<p>11. Does the patient have a non-MERS etiology for their respiratory illness but has not responded to appropriate therapy?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown</p>																																																							
<p>12. هل توفي المريض؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p>																																																								
<p>12. Has the patient died?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown</p>																																																								
السيطرة على العدوى Infection Control																																																								
<p>13. هل يستخدم/استخدم المريض أقنعة جراحية أثناء نقله؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p>	<p>13. عند دخول المريض المستشفى، هل كان في:</p> <p>أ. غرفة الضغط السلبي؟ ب. غرفة خاصة؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p>																																																							
<p>14. Are/Were surgical masks being used by the patient during transport?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown</p>	<p>13. When hospitalized, is/was the patient in a:</p> <p>a. Negative pressure room? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown</p> <p>b. Private room? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown</p>																																																							
<p>15. ما معدات الوقاية الشخصية التي يستخدمها/استخدمها عامل الرعاية الصحية عند الدخول إلى غرفة المريض (ضع علامة أمام كل الإجابات الصحيحة):</p> <p>قفازات <input type="checkbox"/> رداء طبي <input type="checkbox"/> واقيات للعينين (نظارات أو درع للوجه) <input type="checkbox"/> أقنعة N95/غير ذلك من أشكال وقاية الجهاز التنفسي (مثل أقنعة تنقية الهواء التي تعمل بالطاقة (PAPR)) <input type="checkbox"/></p> <p>قناع للوجه <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p>																																																								
<p>15. What personal protective equipment are/were being used by HCW when entering the patient's room (Check all that apply):</p> <p><input type="checkbox"/> Gloves <input type="checkbox"/> Gowns <input type="checkbox"/> Eye protection (goggles or face shield) <input type="checkbox"/> N95/other form of respiratory protection (e.g., PAPR) <input type="checkbox"/></p> <p>Facemask <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/></p>																																																								
الفحوصات المخبرية Laboratory Testing																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>النتائج</th> <th colspan="2">النتائج</th> <th rowspan="2">الفحوصات التي أجريت Tests performed</th> <th colspan="2">النتائج</th> <th rowspan="2">الفحوصات التي أجريت Tests performed</th> </tr> <tr> <th>لم تتم Not done</th> <th>قيد الانتظار Pending (PE)</th> <th>-</th> <th>+</th> <th>لم تتم Not done</th> <th>قيد الانتظار Pending (PE)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>الأنفلونزا أ <input type="checkbox"/> ب <input type="checkbox"/> Influenza A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>الفيروس المخلوي التنفسي RSV</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>فيروس بشري رئوي لاحق Human metapneumovirus</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>نظير الأنفلونزا 1-4 Parainfluenza 1-4</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>فيروس غدي Adenovirus</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>غير ذلك: Other</td> </tr> </tbody> </table>	النتائج	النتائج		الفحوصات التي أجريت Tests performed	النتائج		الفحوصات التي أجريت Tests performed	لم تتم Not done	قيد الانتظار Pending (PE)	-	+	لم تتم Not done	قيد الانتظار Pending (PE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأنفلونزا أ <input type="checkbox"/> ب <input type="checkbox"/> Influenza A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الفيروس المخلوي التنفسي RSV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فيروس بشري رئوي لاحق Human metapneumovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نظير الأنفلونزا 1-4 Parainfluenza 1-4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فيروس غدي Adenovirus							غير ذلك: Other	<p>14. هل يستخدم/استخدم المريض أقنعة جراحية أثناء نقله؟</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/></p>
النتائج	النتائج		الفحوصات التي أجريت Tests performed		النتائج			الفحوصات التي أجريت Tests performed																																																
لم تتم Not done	قيد الانتظار Pending (PE)	-		+	لم تتم Not done	قيد الانتظار Pending (PE)																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الأنفلونزا أ <input type="checkbox"/> ب <input type="checkbox"/> Influenza A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الفيروس المخلوي التنفسي RSV																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فيروس بشري رئوي لاحق Human metapneumovirus																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نظير الأنفلونزا 1-4 Parainfluenza 1-4																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فيروس غدي Adenovirus																																																		
						غير ذلك: Other																																																		

من البلدان المعنية في شبه الجزيرة العربية وما يجاورها: البحرين والعراق وإيران وإسرائيل والأردن والكويت ولبنان وسلطنة عمان وفلسطين وقطر والمملكة العربية السعودية وسوريا والإمارات العربية المتحدة واليمن.

NP/OP: المسحة البلعومية الأنفية/البلعومية القموية، BAL، غسل قصبي سنخي، TA، شغطة رغامية، PF، سائل بلوري

هل تم الإرسال إلى مراكز التحكم في الأمراض والوقاية منها؟ Sent to CDC	النتائج: State			تاريخ أخذ العينة Date collected	رقم العينة ID number	العينة [‡] Specimen	هل تم الإرسال إلى مراكز التحكم في الأمراض والوقاية منها؟ Sent to CDC	النتائج: State			تاريخ أخذ العينة Date collected	رقم العينة ID number	العينة [‡] Specimen
	Pe	-	+					Pe	-	+			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			يوم/شهر/سنة MM/DD/YY		PF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			يوم/شهر/سنة MM/DD/YY		NP/OP
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			يوم/شهر/سنة MM/DD/YY		البراز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			يوم/شهر/سنة MM/DD/YY		البلغم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			يوم/شهر/سنة MM/DD/YY		المصل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			يوم/شهر/سنة MM/DD/YY		BAL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			يوم/شهر/سنة MM/DD/YY			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			يوم/شهر/سنة MM/DD/YY		TA

[‡] من البلدان المعنية في شبه الجزيرة العربية وما يجاورها: البحرين والعراق وإيران وإسرائيل والأردن والكويت ولبنان وسلطنة عمان وفلسطين وقطر والمملكة العربية السعودية وسوريا والإمارات العربية المتحدة واليمن.

[‡] NP/OP، المسحة البلعومية الأنفية/البلعومية الفموية، BAL، غسل قصبي سخي، TA، شقطة رغامية، السوائل الرئوية/السوائل الرئوية، سائل بلوري

الإصدار 3، 2013/75.5

Countries in the Arabian Peninsula and neighbouring include Bahrain, Iraq, Iran, Jordan, Kuwait, Oman, Palestinian Territories, Qatar, Saudi Arabia, Syria, the United Arab Emirates (UAE) and Yemen.

NP/OP, Nasopharyngeal/Oropharyngeal swab; BAL, Bronchoalveolar lavage; TA, Traceal aspirate; PF, Pleural fluid.