استمارة جمع البيانات على مستوى المتطوع المجتمعي

تاريخ: ...................................................
اسم المريض: ..........................................
الجنس: ذكر انثى
عمر المريض: ...........................................
فترة ظهور الأعراض: ..............................
واحدة شهور سنوات
اسم الموقع: ...........................................
اسم متطوع المجتمع: ..............................
رقم متطوع المجتمع: ..............................
اسم المشرف: ...........................................
رقم المشرف: ...........................................
اسم أقرب مرفق صحي: ..............................
هل يوجد اشتباه انفلونزا: نعم لا
هل يوجد مرض غير اعتيادي: نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، أكتب ما هي الأعراض: ...........................................
هل يعاني الشخص حمى: نعم لا
هل يعاني الشخص من صعوبة في التنفس: نعم لا
هل يعاني الشخص من سعال: نعم لا
هل يعاني الشخص من اعراض أخرى: نعم لا
إذا نعم؟ عددها: ...........................................
هل تم اكتشاف الحالة من خلال البحث بالزيارات المنزلية: نعم لا
هل تم اكتشاف الحالة أثناء الاجتماعات: نعم لا
هل تم اكتشاف الحالة أثناء الصلاة في المسجد: نعم لا
هل تم اكتشاف الحالة في المدرسة: نعم لا
إخرى: ...........................................
هل تم تلبيغ المشرف: نعم لا
هل تم تلبيغ الامناء: نعم لا