



PATIENT'S STUDY IDENTIFICATION

--	--	--	--	--	--	--

101	DATE OF VISIT <i>FORMAT DD/MM/YYYY, UNKN: 99/99/9999</i>	<div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; font-size: 24px; margin: 0 5px;">/</div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; font-size: 24px; margin: 0 5px;">/</div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div>
102	NAME OF STUDY INVESTIGATOR <i>PERSON FILLING THIS FORM</i>
103	NAME OF CONSULTING PHYSICIAN
104	LOCAL PATIENT ID <i>(IF ANY)</i>
105	ENROLLED AS CASE OR CONTROL?	CASE 1 CONTROL 2 CASE WITH TEMPUS 3 CONTROL WITH BLOOD SAMPLING (TEMPUS) 4

[illegible]

FOR CASES CONTINUE TO 205 - FOR CONTROLS, SKIP AND GO TO 301			
205	DOES THE PATIENT PRESENT THE FOLLOWING SIGNS AT CHEST EXAMINATION?	LOWER CHEST WALL INDRAWING A CHEST PAIN B DULLNESS TO PERCUSSION C DIMISHED BREATH SOUNDS D RASPING, PLEURAL RUBS E FINE, HIGH PITCHED CRACKLES/RALES F COARSE, LOW PITCHED CRACKLES/RALES G RONCHI H LOW PITCHED WHEEZES I EXPIRATORY, HIGH PITCHED WHEEZES J OTHER X (DETAIL) NONE OF THOSE SIGNS Y DON'T KNOW Z	
CHECK ALL THAT APPLY			
206	DOES THE PATIENT PRESENT, OR COMPLAIN OF THE FOLLOWING SYMPTOMS?	YES	NO (NOT ASSESSED)
PLEASE ANSWER ALL QUESTIONS		11 UPPER RESPIRATORY TRACT INFECTION (CORYZAL SYMPTOMS, RHINORRHOEA, RHINOPHARYNGITIS, SORE THROAT, OTITIS, CONJUNCTIVITIS) 1 2 9	
		12 SKIN RASH 1 2 9	
		13 LYMPADENOPATHY 1 2 9	
		14 MYALGIA, ARTHRALGIA 1 2 9	
		21 LETHARGY OR UNCONSCIOUSNESS 1 2 9	
		22 CONVULSIONS 1 2 9	
		23 INABILITY TO DRINK 1 2 9	
		24 PERSISTANT VOMITING 1 2 9	
		25 STRIDOR IN A CALM CHILD 1 2 9	
		26 SEVERE MALNUTRITION 1 2 9	
207	HAS THE PATIENT BEEN PRESCRIBED ANTIBIOTICS?	YES 1 NO 2 → GO TO 301 DON'T KNOW 9 → GO TO 301	
208	WHAT ANTIBIOTIC HAS THE PATIENT BEEN PRESCRIBED?	AMOXICILLIN A AMOXICILLIN + CLAVULANIC ACID (AUGMENTIN) B CEFIXIME C CEFUROXIME D CEFTRIAXONE E LEVOFLOXACIN F CIPROFLOXACIN G AZITHROMYCIN H CLARITHROMYCIN I COTRIMOXAZOLE J METRONIDAZOLE +/- SPIRAMYCIN K OTHER X (DETAIL) NAME UNKNOWN Z	
CHECK ALL THAT APPLY			
UNKNOWN: 9999			
UNKNOWN: 99			
DOSAGE		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>MG/DAY</div> </div>	
DURATION		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>DAYS</div> </div>	

3. CLINICAL HISTORY

301 PATIENT'S AGE	YEARS <input type="text"/> <input type="text"/> IF <1 YEAR OLD MONTHS <input type="text"/> <input type="text"/>
302 DATE OF BIRTH FORMAT DD/MM/YYYY, UNKN: 99/99/9999	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
303 SEX	MALE 1 → GO TO 305 FEMALE 2
FOR ADULT PATIENTS, CONTINUE TO 304 - FOR CHILDREN, SKIP AND GO TO 307	
304 Are you pregnant? FOR WOMEN OF CHILDBEARING AGE ONLY	YES 1 NO 2 NOT APPLICABLE 99 DON'T KNOW / DON'T WANT TO SAY 9
305 Are you a smoker?	YES 1 NO 2 → GO TO 311 DON'T KNOW / DON'T WANT TO SAY 9 → GO TO 311
306 How many cigarettes/shisha? NONE: 00 DON'T KNOW: 99	<input type="text"/> <input type="text"/> CIGARETTES PER <input type="text"/> DAY <input type="text"/> WEEK <input type="text"/> SHISHAS PER <input type="text"/> DAY <input type="text"/> WEEK
FOR INFANTS (<1 Y OLD), CONTINUE TO 307 - FOR OLDER CHILDREN AND ADULTS, SKIP AND GO TO 311	
307 Was the baby preterm? PRETERM = LESS THAN 37 WEEKS GA	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 9
308 How much did the baby weight at birth?	<input type="text"/> . <input type="text"/> KG UNKN: 9.9
309 Is the baby exclusively breastfed?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 9
310 IS THE DEVELOPMENT APPROPRIATE FOR AGE? (CLINICAL EVALUATION)	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 9
FOR CONTROLS CONTINUE TO 311 - FOR CASES, SKIP AND GO TO 315	
311 What was the main reason why you came to the health centre? CHECK ONLY ONE OPTION	RESPIRATORY DISEASE 11 GASTROINTESTINAL DISEASE 12 FEVERISH DISEASE 13 SKIN DISEASE 14 BACK OR JOINT DISEASE 15 ACCIDENT, EXTERNAL INJURY 16 IMMUNIZATION 21 PREGNANCY (ANTENATAL VISIT) 22 FOLLOW-UP OF CHRONIC DISEASE (DIABETES, HYPERTENSION, ARYTHMIA, RENAL IMPAIRMENT,...) 23 OTHER 80 (DETAIL) ACCOMPANYING FAMILY MEMBER 91 DON'T KNOW / DON'T WANT TO SAY 99
312 Have you been hospitalized* last 3 months? *in an acute care hospital for ≥2 days within 90 days	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 9
313 Have you received medical wound care last month? WITHIN 30 DAYS	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 9
314 Do you live in a nursing home or long-term care facility?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 9

315	Does someone in your house smoke?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 9
316	Do you currently feel fever or did you have fever last 2 weeks?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 9
317	Did you take antibiotics last month?	YES 1 NO 2 → GO TO 320 NOT APPLICABLE 3 → GO TO 320 DON'T KNOW 9 → GO TO 320
318	What antibiotic did you take?	AMOXICILLIN A AMOXICILLIN + CLAVULANIC ACID (AUGMENTIN) B CEFIXIME C CEFUROXIME D CEFTRIAXONE E LEVOFLOXACIN F CIPROFLOXACIN G AZITHROMYCIN H CLARITHROMYCIN I COTRIMOXAZOLE J METRONIDAZOLE +/- SPIRAMYCIN K OTHER X (DETAIL) DON'T KNOW Z CHECK ALL THAT APPLY
319	When did you take antibiotics for the last time?	<div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>DAYS AGO</div> </div> <div>OR DATE OF LAST INTAKE:</div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>/</div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>/201</div> <div> <div></div> </div> </div> <div> FORMAT DD/MM/YYYY UNKN: 99/99/9999 </div>
320	DID THE PATIENT PRESENT WITH VACCINATION BOOKLET?	YES 1 NO 2 NOT REPORTED 9
321	Have you been vaccinated against Pneumococcus (PCV) ?	YES, 7-VALENT CONJUGATE 1 YES, 13-VALENT CONJUGATE 2 YES, 23-VALENT CONJUGATE 3 YES, DON'T KNOW WHICH ONE 4 NO 5 → GO TO 323 DON'T KNOW 9 → GO TO 323
322	When have you been vaccinated against pneumococcus?	<div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>MONTHS AGO</div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>YEARS AGO</div> <div>OR DATE OF LAST VACCINE DOSE:</div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>/</div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>/</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> FORMAT DD/MM/YYYY UNKN: 99/99/9999 </div>
323	Have you been vaccinated against Diphtheria-Hepatitis B-Haemophilus (DTC-HepB-Hib) ?	YES 1 NO 2 → GO TO 325 DON'T KNOW 9 → GO TO 325
324	When have you been vaccinated against DTC-HepB-Hib?	<div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>MONTHS AGO</div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>YEARS AGO</div> <div>OR DATE OF LAST VACCINE DOSE:</div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>/</div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>/</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> FORMAT DD/MM/YYYY UNKN: 99/99/9999 </div>
325	Have you been vaccinated against flu ?	YES 1 NO 2 → GO TO 401 DON'T KNOW 9 → GO TO 401

326	When have you been vaccinated against flu?	<div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> <div>MONTHS AGO</div> <div>YEARS AGO</div> </div>
OR DATE OF LAST VACCINE DOSE:		<div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div>
FORMAT DD/MM/YYYY DON'T KNOW: 99/99/9999		

4. SOCIODEMOGRAPHIC DATA

401	Where are you currently living? NAME OF VILLAGE/CITY
402	What is your citizenship? CONSIDERED BY INTERVIEWEE AS MAIN OR PRIMARY CITIZENSHIP IF ≥2 CITIZENSHIPS	LEBANESE 1 SYRIAN 2 PALESTINIAN 3 OTHER 8 (DETAIL) DON'T WANT TO SAY 9 DON'T KNOW 99
403	What kind of housing do you live in?	INDEPENDENT HOUSE/APARTMENT NOT SHARED 11 INDEPENDENT HOUSE/APARTMENT SHARED 12 SUBSTANDARD SHELTER (FACTORY, SHOP, GARAGE,...) 21 UNFINISHED OR ABANDONED BUILDING 22 COLLECTIVE SHELTER (≥6 FAMILIES) 31 PREFAB 32 TENT 33 NO SHELTER (HOMELESS) 41 OTHER 81 (DETAIL) DON'T WANT TO SAY 98 DON'T KNOW 99
404	How many rooms do your housing have?	<div> <div></div> <div></div> </div> ROOMS, EXCLUDING TOILETS AND BATHROOMS (COLLECTIVE/SHARED HOUSING: ROOMS OCCUPIED BY HOUSEHOLD)
405	What kind of toilets/latrines are there?	OWN TOILET 1 SHARED TOILET 2 OPEN AIR 3 DON'T WANT TO SAY 7 DON'T KNOW 9
406	What are your most important sources of water in your household?	PIPED 1 PRIVATE VENDOR 2 MUNICIPALITY, INFORMAL 3 UN AGENCY, NGO ASSISTANCE 4 SHOP, MARKET 5 PRIVATE WELL 6 OTHER 8 (DETAIL) DON'T KNOW 9
407	Do you burn oil or coal or wood or waste, which creates smoke in your house?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 9
408	How many people belong to your household?	<div> <div></div> <div></div> </div> PEOPLE DON'T KNOW: 99

And among these people:

409 How many children less than 5 years old are there?

--	--

CHILDREN 0-4 YEARS OLD

NONE: 00 - DON'T KNOW: 99

410 How many children aged more than 5 years are there?

--	--

CHILDREN 5-17 YEARS OLD, INCLUDING

--	--

ATTENDING SCHOOL

LEAVE BLANK IF PREVIOUS ANSWER WAS 00

411 How many adults less than 50 years old are there?

--	--

ADULTS 18-49 YEARS OLD

NONE: 00 - DON'T KNOW: 99

412 How many adults aged 50 or more are there?

--	--

ADULTS ≥50 YEARS OLD

NONE: 00 - DON'T KNOW: 99

5. CLINICAL EXAMINATION & COMPLEMENTARY EXAMS

501 OXYGEN SATURATION (SaO2)? NOT REPORTED: 999	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				% ON ROOM AIR 1 WITH SUPPLEMENTAL O2 2 UNKNOWN 3	
502 TEMPERATURE	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>.</td> <td></td> </tr> </table>			.		°C AXILLARY 1 RECTAL 2 ORAL 3 TYMPANIC 4 OTHER 8 (DETAIL)
		.				
503 WEIGHT (IN CHILDREN)	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				KG NOT REPORTED: 99	
504 HEIGHT (IN CHILDREN)	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				CM NOT REPORTED: 999	
505 HEART RATE	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				CYCLES PER MINUTE NOT REPORTED: 999	

FOR CASES CONTINUE TO 506 - FOR CONTROLS, SKIP AND GO TO END

506 BLOOD PRESSURE	SYSTOLIC <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> mmHg (NOT ASSESSED: 999) DIASTOLIC <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> mmHg (NOT ASSESSED: 999)						
507 HAS A CHEST X-RAY BEEN PERFORMED?	YES 1 NO 2 → GO TO END DON'T KNOW 9 → GO TO END						
508 WHAT WAS THE RESULT? CHECK ALL THAT APPLY	GENERALIZED DENSE HOMOGENOUS OPACIFICATION A INTERSTITIAL SYNDROME B ALVEOLAR INFILTRATE C ABSCESS D PNEUMOTHORAX E PLEURAL EFFUSION WITH PARENCHYMATOUS INFILTRATE F PLEURAL EFFUSION WITHOUT PARENCH. INFILTRATE G OTHER X (DETAIL) NOT REPORTED Z						
509 HAS IT BEEN READ BY A RADIOLOGIST?	YES 1 NO 2 DON'T KNOW 9						
510 WHAT WAS THE PATIENT'S OUTCOME?	RETURNED HOME WITHOUT COMPLEMENTARY EXAMS 1 REFERRED FOR COMPLEMENTARY EXAMS 2 REFERRED FOR HOSPITALIZATION 3 OTHER 8 (DETAIL)						



--	--	--	--	--	--	--

رقم تعريف المريض الذي شملته الدراسة

1. معلومات عامة

101 تاريخ الزيارة اليوم / الشهر / السنة - مثل: 99/99/9999	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
102 اسم محقق الدراسة الشخص الذي يملأ هذه الاستمارة	<input type="text"/>
103 اسم الطبيب المعالج	<input type="text"/>
104 رقم ملف المريض لدى المركز (إذا وجد)	<input type="text"/>
105 مسجل كحالة مرضية أو كحالة غير مرضية للمقارنة	حالة مرضية حالة غير مرضية للمقارنة حالة مرضية مع أنبوب الدم تيمبوس (TEMPUS) حالة غير مرضية للمقارنة مع أنبوب الدم تيمبوس (TEMPUS)

2. التقييم الطبي من قبل الطبيب

201 معدل التنفس	دورة في الدقيقة غير مذكور: 99	<input type="text"/>
202 معدل التنفس (التقييم الثاني عند الأطفال الذين لم يتجاوزوا الخمس سنوات)	دورة في الدقيقة غير مذكور: 99	<input type="text"/>
203 هل من نوع من مرض مزمن يؤثر على المريض؟ حدد بإشارة ما ينطبق عليك	مرض القلب مرض السكري ضغط الدم الفشل الكلوي مرض في الكبد الربو مرض السل فيروس نقص المناعة البشري / الإيدز مرض الروماتيزم مرض عصبي مزمن سكتة دماغية، وشلل نصفي، وشلل نصف سفلي سرطان، سرطان الدم، سرطان الغدد الليمفاوية مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) آخر عدم وجود حالة مزمنة لا أعلم	يمكن تعبئة هذا القسم على أساس ملف المريض، إذا كان متوفرًا وكاملاً 203
204 هل تتم معالجتك بواسطة ادوية كابتة للمناعة؟	لا نعم، استنشاق الستيرويدات القشرية نعم، الستيرويدات القشرية الفموية نعم، العلاج الكيميائي نعم، غيرها لا أعلم	يمكن تعبئة هذا القسم على أساس ملف المريض، إذا كان متوفرًا وكاملاً

للحالات الرجاء الانتقال إلى 205 - و لحالة غير مرضية، الرجاء مراجعة 301	
<p>205 هل أظهر المريض العلامات التالية في فحص الصدر؟</p> <p>A LOWER CHEST WALL INDRAWING حركة الصدر السفلي</p> <p>B ألم في الصدر</p> <p>C DULLNESS TO PERCUSSION أصمية تجاه الإيقاع</p> <p>D DIMISHED BREATH SOUNDS انخفاض أصوات التنفس</p> <p>E RASPING صرير</p> <p>F FINE, HIGH PITCHED CRACKLES خراخر ضارية مرتفعة ناعمة</p> <p>G COARSE, LOW PITCHED CRACKLES خراخر خشنة ضارية منخفضة</p> <p>H RONCHI حسيب غليطي</p> <p>I LOW PITCHED WHEEZES وزيز منخفض الضارية</p> <p>J EXPIRATORY, HIGH PITCHED WHEEZES وزيز زفيري مرتفع الضارية</p> <p>X آخر</p> <p>(التفاصيل)</p> <p>Y لا عوارض</p> <p>Z لا أعلم</p>	205
<p>206 هل يُظهر المريض الأعراض التالية أو يشكو منها؟</p> <p>11 عدوى الجهاز التنفسي العلوي (اعراض زكامية, سيلان الأنف, التهاب البلعوم, التهاب الحلق, التهاب الأذن, التهاب الملتحمة) نعم كلا (لم يتم تقييمه)</p> <p>12 طفح الجلدي 9 2 1</p> <p>13 التهاب الغدد الليمفاوية 9 2 1</p> <p>14 ألم عضلي، ألم مفصلي 9 2 1</p> <p>21 نعاس زائد أو اغماء 9 2 1</p> <p>22 اختلاج 9 2 1</p> <p>23 عدم القدرة على الشرب 9 2 1</p> <p>24 التقئؤ المستمر 9 2 1</p> <p>25 صرير تنفسي أثناء هدوء الطفل 9 2 1</p> <p>26 سوء التغذية الحاد 9 2 1</p>	206
<p>207 هل وصف المعايين للمريض مضادات حيوية؟</p> <p>1 نعم</p> <p>2 كلا</p> <p>9 لا أعلم</p> <p>← مراجعة 301</p> <p>← مراجعة 301</p>	207
<p>208 ما هي المضادات الحيوية التي سوف يتناولها المريض؟</p> <p>A AMOXICILLIN أموكسيسيلين</p> <p>B AMOXI+CLAV (AUGMENTIN) أموكسيسيلين + حمض كلافلانتيك (أوغمنتان)</p> <p>C CEFIXIME سيفيكسيم</p> <p>D CEFUROXIME سيفوروكسيم</p> <p>E CEFTRIAZONE سيفترياكسون</p> <p>F LEVOFLOXACIN ليفوفلوكساسين</p> <p>G CIPROFLOXACIN سيبروفلوكساسين</p> <p>H AZITHROMYCIN أزيثروميسين</p> <p>I CLARITHROMYCIN كلاريثروميسين</p> <p>J COTRIMOXAZOLE كوتريموكسازول</p> <p>K METRONIDAZOLE +/- SPIRAMYCIN ميترونيدازول +/- سبيراميسين</p> <p>X آخر</p> <p>(التفاصيل)</p> <p>Z اسم غير معروف</p> <p>ملع/اليوم</p> <p>الجرعة</p> <p>يوم</p> <p>المدة</p>	208

3. التاريخ الطبى

301	عمر المريض	السنوات	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	إذا أقل من سنة واحدة من العمر:	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	الأشهر
-----	------------	---------	---	-----------------------------------	---	--------

302 تاريخ الولادة
اليوم/ الشهر/ السنة - مثل: 99/99/9999

303	جنس المريض	ذكر	1	← مراجعة	305
		أنثى	2	←	

307 للمرضى البالغين، الرجاء الانتقال الى 304 - للأطفال، الرجاء مراجعة

304 هل أنت حامل؟	نعم 1 كلا 2 غير قابل للتطبيق 3 لا أعرف / لا أريد أن أجيب 9
للنساء في سن الإنجاب فقط	

305	هل أنت مدخن؟	نعم 1	← مراجعة 311
		كلا 2	← مراجعة 311
		لا أعرف / لا أريد أن أجيب 9	← مراجعة 311

306 ما هو عدد السجائر/الشيئة التي تدخنها؟ لا أدخن: 00 لا أعلم: 99	سيجارة شيئة	يومياً أسبوعياً يومياً أسبوعياً
---	----------------	--

للأطفال الرضع أقل من 1 سنة الرجاء الانتقال الى 307 - ، للأطفال الأكبر سناً والبالغين، الرجاء مراجعة 311

307 هل ولد الطفل قبل أوانه؟	نعم 1
طفل مولود قبل أوانه = فترة الحمل أقل من 37 أسبوعاً	كلا 2
	لا أعلم 9

308 ما هو وزن الطفل عند الولادة؟	كيلوغرام
----------------------------------	----------

309 هل يتم فقط إرضاع الطفل؟	نعم 1 كلا 2 لا أعلم 9
-----------------------------	---

310	هل يعتبر نمو الطفل مناسباً لعمره؟	نعم 1 كلا 2 لا أعلم 9
311	(التقييم العيادي)	

الحالة غير مرضية الرجاء الانتقال إلى 311 - وللحالات، الرجاء مراجعة 315

311	ما هو السبب الرئيسي (العارض) الذي جعلك تأتي إلى المركز الصحي؟
11	امراض الجهاز التنفسي
12	امراض الجهاز الهضمي
13	مرض حموي
14	مرض جلدي
15	مرض بالظهر او بالمفاصل
16	حادث, اصابة خارجية
21	التلقيح
22	الحمل (زيارة ما قبل الولادة)
23	مراجعة الأمراض المزمنة (مرض السكري، وضغط الدم، اضطراب في ضربات القلب، الفشل الكلوي ...)
80	آخر
	(الاسم)
91	مرافقة أحد أفراد الأسرة
99	لا أعرف / لا أريد أن أجيب

312 هل تم إدخالك المستشفى في الأشهر الثلاثة الماضية ؟	نعم 1 كلا 2 لا أعلم 9
313 لا يقل عن 2 يوما، في غضون 90 يوما	

313 هل تم رعاية طبية أي جروح خلال الشهر الماضي؟	نعم 1 كلا 2 لا أعلم 9
---	---

314	هل تعيش في دار للمسنين أو مركز للرعاية على المدى الطويل؟	نعم 1 كلا 2 لا أعلم 9
-----	--	---

315	هل يدخن أحدًا في منزلك؟	نعم 1 كلا 2 لا أعلم 9
316	هل تشعر حاليًا بالحمى أو هل شعرت بالحمى في الأسبوعين الماضيين؟	نعم 1 كلا 2 لا أعلم 9
317	هل تم معالجتك بالمضادات الحيوية خلال الشهر الماضي؟	نعم 1 كلا 2 غير قابل للتطبيق 3 لا أعلم 9
318	ما هو المضاد الحيوي الذي تناولته؟	A AMOXICILLIN أموكسيسيلين B AMOXI+CLAV (AUGMENTIN) أموكسيسيلين + حمض كلافولانيك (أوغمنتان) C CEFIXIME سيفيكسيم D CEFUROXIME سيفوروكسيم E CEFTRIAXONE سيفترياكسون F LEVOFLOXACIN ليفوفلوكساسين G CIPROFLOXACIN سيبروفلوكساسين H AZITHROMYCIN أزيثروميسين I CLARITHROMYCIN كلاريثروميسين J COTRIMOXAZOLE كوتريموكسازول K METRONIDAZOLE +/- SPIRAMYCIN ميترونيدازول +/- سبيراميسين X آخر (التفاصيل) Z لا أعلم
319	متى تناولت المضادات الحيوية للمرة الأخيرة؟	منذ يوم أو تاريخ آخر مرة: / / اليوم / الشهر / السنة مثل: 99/99/9999
320	هل أحضر المريض كتيب التلقيح؟	نعم 1 كلا 2 غير مذكور 9
321	هل تم تلقيحك ضد <i>Streptococcus pneumoniae</i> (PCV)؟	نعم، (PCV7) 1 نعم، (PCV13) 2 نعم، (PCV23) 3 نعم، لا أعلم اسم اللقاح 4 كلا 5 لا أعلم 9
322	متى تم تلقيحك ضد المكورات الرئوية؟	منذ أشهر أو تاريخ آخر جرعة تلقيح: / / اليوم / الشهر / السنة مثل: 99/99/9999
323	هل تم تلقيحك ضد الخناق والتهاب الكبد الوبائي والهيمنوفيلوس نوع ب (DTC-HepB-Hib)؟	نعم 1 كلا 2 لا أعلم 9
324	متى تم تلقيحك ضد DTC-HepB-Hib؟	منذ أشهر أو تاريخ آخر جرعة تلقيح: / / اليوم / الشهر / السنة مثل: 99/99/9999
325	هل تم تلقيحك ضد الأنفلونزا؟	نعم 1 كلا 2 لا أعلم 9

منذ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> أشهر سنة <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>							متى تم تلقيحك ضد الأنفلونزا؟		
أو تاريخ آخر جرعة تلقيح:									
<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> / <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> / <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>									اليوم / الشهر / السنة مثل: 99/99/9999

4. البيانات الاجتماعية والديموغرافية

401	أين تعيش حالياً؟ اسم القرية / المدينة	
402	ما هي جنسيتك؟ تعتمد الجنسية التي يعتبرها المريض جنسيته الرئيسية	لبناني 1 سوري 2 فلسطيني 3 جنسية أخرى 8 (تفاصيل) لا أريد الإجابة 9 لا أعلم 99
403	ما هو نوع السكن الذي تعيش فيه؟	منزل مستقل / شقة غير مشتركة 11 منزل مستقل / شقة مشتركة 12 مأوى دون المستوى المطلوب (مصنع، متجر، مرآب) 21 مبنى غير مكتمل أو مهجور 22 مأوى جماعي (ست عائلات أو أكثر) 31 منزل جاهز 32 خيمة 33 من دون مأوى 41 آخر 81 (تفاصيل) لا أريد الإجابة 98 لا أعلم 99
404	ما هو عدد غرف مسكنك؟	غرفة، باستثناء المراحيض والحمامات (مسكن جماعي / مشترك: يقيم أهل البيت في الغرف)
405	ما هو نوع المراحيض؟	مرحاض خاص 1 مرحاض مشترك 2 في الهواء الطلق 3 لا أريد الإجابة 7 لا أعلم 9
406	ما هي أهم مصادر المياه في المنزل؟	مياه الشقة الرسمية 1 بائع خاص 2 بلدية غير رسمية 3 وكالة تابعة للأمم المتحدة، أو مساعدة من المنظمات غير الحكومية 4 متجر أو سوق 5 بئر خاص 6 آخر 8 (تفاصيل) لا أعلم 9
407	هل تشعل زيوت، فحم، حطب، أو النفايات مما ينتج الدخان في منزلك؟	نعم 1 كلا 2 لا أعلم 9
408	ما هو عدد الأشخاص الذين ينتمون إلى منزلك؟	شخصاً لا أعلم: 99

لنصف هؤلاء الأشخاص أكثر: 409 ما هو عدد الأطفال الذين هم ما دون 5 سنوات؟	طفل 0-4 سنوات من العمر لا أحد: 00 لا أعلم: 99	<input type="text"/> <input type="text"/>
410 ما هو عدد الأطفال الذين هم أكبر من 5 سنوات؟	طفل 5 - 17 سنة، منهم لا أحد: 00 لا أعلم: 99	<input type="text"/> <input type="text"/>
411 ما هو عدد البالغين الذين هم ما دون 50 عامًا؟	بالغًا 18 - 49 سنة لا أحد: 00 لا أعلم: 99	<input type="text"/> <input type="text"/>
412 ما هو عدد البالغين الذين هم أكثر من 50 عامًا؟	بالغًا ما فوق الـ 50 سنة لا أحد: 00 لا أعلم: 99	<input type="text"/> <input type="text"/>

5. فحص سريري وفحوصات تكميلية

501 تشبع الأكسجين 1 هواء الغرفة % 2 مع الأكسجين الإضافي 3 غير معروف غير مذكور: 999	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
502 درجة حرارة الجسم 1 إبطيني 2 شرجي 3 فموي 4 أذني 8 آخر (تفاصيل)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
503 الوزن للأطفال كغ غير مذكور: 999	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
504 الطول للأطفال سم غير مذكور: 999	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
505 معدل ضربات القلب ضربية في الدقيقة غير مذكور: 999	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

للحالات الرجاء الانتقال إلى 506 - و لحالة غير مرضية، الرجاء توجه النهاية

506 ضغط الدم انقباضي (لم يتم تقييمه: 999) انبساطي (لم يتم تقييمه: 999)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
507 هل قمت بتصوير الصدر بالأشعة السينية؟ نعم 1 كلا 2 لا أعلم 9 ← مراجعة 510	
508 ما هي النتيجة؟ عتامة القرنية المتجانسة الكثيفة والعمامة A GENERALIZED DENSE HOMOGENOUS OPACIFICATION متلازمة الخلاي B INTERSTITIAL SYNDROME تسلسل السنخية C ALVEOLAR INFILTRATE خراج D ABSCESS الاسترواح الصدري E PNEUMOTHORAX الانصباب الجنبى مع التسلسل المتني F PLEURAL EFFUSION WITH PARENCHYMATOUS INFILTRATE الانصباب الجنبى من دون التسلسل المتني G PLEURAL EFFUSION WITHOUT PARENCHYMATOUS INFILTRATE آخر X (تفاصيل) Z غير مذكور	أشير إلى كل ما ينطبق عليك
509 هل قرأ طبيب الأشعة النتيجة؟ نعم 1 كلا 2 لا أعلم 9	
510 ما هي نتيجة المريض؟ العودة إلى المنزل بلا المزيد من الفحوصات 1 الإحالة إلى المزيد من الفحوصات 2 الإحالة إلى دخول المستشفى للعلاج 3 آخر 8 (تفاصيل)	