

إسم العائلة للمريض	الاسم الأول	الحرف الأول من الاسم الأوسط
رقم الحالة		
المنشأة	الوحدة	

## الموافقة على الإفصاح عن الإصابة بالأمراض المعدية

ملاحظة: هذه ليست الموافقة المناسبة للمعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة (HIV)

### التعليمات: يجب إعطاء نسخة من النموذج للمريض! يجب إعداد نسخة واحدة (1) لسجل حالة المريض

لقد تم إخطاري بضرورة الإبلاغ عن الأمراض المعدية إلى إدارة الصحة بولاية نيويورك (NYSDOH) و/أو إدارة الصحة المحلية في غضون 24 ساعة من التشخيص، على النحو المحدد في قانون ولاية نيويورك الصحي (الباب 10 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك (NYCRR) البند 2.10). لقد أعلمت أيضاً أنه في حالة تحديد إصابتي بمرض معد، لا يجوز لمنشأة العلاج إبلاغ إدارة الصحة و/أو إدارة الصحة المحلية بهذا الأمر دون موافقتي الكتابية.

لذلك، من أجل السماح لمنشأة العلاج بالامتثال لمتطلبات الإبلاغ عن الأمراض المعدية، أوافق بموجب هذه الوثيقة على السماح لمنشأة العلاج المذكورة أعلاه بتزويد إدارة الصحة بولاية نيويورك و/أو إدارة الصحة المحلية بالمعلومات المتعلقة بإصابتي بمرض معد في حالة تم تشخيص إصابتي بمرض معد.

يجب أن يقتصر مدى الإفصاح الذي قد يتم إجراؤه على: اسمي وعنواني وتشخيصي وهوية الأشخاص الذين قد أكون قد عرضتهم للعدوى بالمرض ومصدر مرضي (إذا كان معروفاً) و(يرجى التحديد) أي علاجات مُعدّة وأي معلومات متعلقة بالرعاية الطبية المستمرة.

أفهم أنه يجوز لي سحب هذه الموافقة في أي وقت باستثناء الحالات التي أُتخذت فيها إجراءات اعتماداً عليها، وأعلم أن المعلومات المقدمة بموجب هذه الموافقة إلى إدارة الصحة بولاية نيويورك و/أو إدارة الصحة المحلية لا يمكن إعادة الإفصاح عنها دون الحصول على تفويض كتابي إضافي مني. أفهم أيضاً أن هذه الموافقة تنتهي بعد ستة (6) أشهر من تاريخ خروجي من منشأة العلاج المذكورة أعلاه. أفهم أيضاً أن أي عملية إفصاح تكون مفيدة بالبواب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية الذي تحكم سرية سجلات المرضى الذين يتعاطون الكحول والمخدرات، بالإضافة إلى قانون إخضاع التأمين الصحي لقبولية النقل والمحاسبة لعام 1996 ("HIPAA")\* الجزء 160 والجزء 164 من القسم 45 من قانون اللوائح الفدرالية (C.F.R.); وأن إعادة الإفصاح عن هذه المعلومات لطرف آخر غير الطرف المحدد أعلاه ممنوع دون الحصول على تفويض كتابي إضافي مني

التاريخ

توقيع المريض

ملاحظة: أي معلومات يتم الإفصاح عنها من خلال هذا النموذج ستكون مصحوبة بنموذج حظر إعادة الإفصاح عن المعلومات المتعلقة بمعاقرة الكحوليات/تعاطي المخدرات (TRS-1)

### متطلبات الإبلاغ عن الإصابة بالأمراض المعدية إلى إدارة الصحة بولاية نيويورك

الإبلاغ عن الأمراض المعدية المشتبه بها أو المؤكدة أمر مطلوب بموجب قانون ولاية نيويورك الصحي (الباب 10 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك القسم 2.10، القسم 2.14). يتحمل الطبيب المسؤولية الأساسية عن الإبلاغ؛ بالإضافة إلى المختبرات (قانون الصحة العامة (PHL) القسم 2102)، ومرمضات المدارس (الباب 10 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك القسم 2.12)، ومديرو مركز الرعاية النهارية، ودور رعاية المسنين/المستشفيات (الباب 10 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك القسم 405.3d) ومؤسسات الولاية (الباب 10 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك القسم 2.10a) أو المواقع الأخرى التي تقدم خدمات صحية (الباب 10 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك القسم 2.12) حيث يُطلب منها أيضاً للإبلاغ عن الأمراض المذكورة أعلاه.

الإنتانابلازما	داء خفيات الأبواغ	السيدات الحاملات لفيروس التهاب الكبد الوبائي ب وهُنَّ في فترة الحمل	جدرى القروذ
داء الأمبيبات	داء حلقيّات الأبواغ	عدوى الهريس، الرضع الذين يبلغون من العمر 60 يوماً أو أقل	الثُكَّاف
عضات الحيوانات التي يُعطى لها العلاج الوقائي من داء الكلب <sup>1</sup>	الخنق	حالات العدوى المرتبطة بالمستشفى (على النحو المحدد في الباب 10 من قوانين وقواعد ولوائح نيويورك القسم 2.2) إنفلونزا مؤكدة بالاختبارات المعملية	السعال الديكي الطاعون <sup>2</sup>
الجمرة الخبيثة <sup>2</sup>	العدوى بالإشريكية القولونية H7:0157	داء الفيالقة	شلل الأطفال
عدوى أروبو فيروس <sup>3</sup>	داء إيرلنخ	داء الليستريات	حمى الببغاء
داء البابسيات	التهاب الدماغ	داء لايم	حمى كبرى <sup>2</sup>
التسمم الوشيق <sup>2</sup>	الأمراض المنقولة عن طريق الطعام	الورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً	داء الكلب <sup>1</sup>
داء البروسيلا <sup>2</sup>	داء الجيارديات	المالاريا	حمى الجبال الصخرية المبقعة
داء العطائف	الرعام <sup>2</sup>	عدوى السيلان المُستدمية النزلية <sup>5</sup> (مرض غزوي)	الحصبة الألمانية (بما في ذلك متلازمة الحصبة الألمانية الخلقية)
القرح اللين		مرض فيروس هانتا	عدوى السالمونيلا
عدوى المنثرة الحثرية		متلازمة انحلال الدم اليوريمية	التهاب الكبد الوبائي أ
الكوليرا		التهاب الكبد الوبائي أ عند التعامل مع الطعام	التهاب الكبد الوبائي ب (حدد إذا كان حاداً أو مزمنًا) التهاب الكبد الوبائي ج (حدد إذا كان حاداً أو مزمنًا)
فيروس كورونا (شديد أو مستجد)		التهاب الكبد الوبائي أ عند التعامل مع الطعام	عدوى المستدمية
فيروس كورونا المستجد لعام 2019		التهاب الكبد الوبائي أ عند التعامل مع الطعام	المكورات السحائية
(كوفيد-19)		التهاب الكبد الوبائي ب (حدد إذا كان حاداً أو مزمنًا) التهاب الكبد الوبائي ج (حدد إذا كان حاداً أو مزمنًا)	الأخرى (حدد النوع)
المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة (سارس)			مرض المكورات السحائية
متلازمة الشرق الأوسط التنفسية (سارس)			

## توجيهات وتعقيبات الموافقة على الإبلاغ عن الإصابة بالأمراض المعدية

### ملاحظات خاصة

1. الأمراض التي تمثل مؤشرات محتملة للإرهاب البيولوجي.
2. بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، العدوى التي يسببها فيروس التهاب الدماغ الخيلي الشرقي، وفيروس التهاب الدماغ الخيلي الغربي، وفيروس غرب النيل، وفيروس التهاب الدماغ السانت لويي، وفيروس لأكروس، وفيروس بواسان، وفيروس جيمستاون كانيون، وحمى الذئق، وحمى الصفراء.
3. ينبغي الإبلاغ عن النتائج الإيجابية لاختبار سم الشيفيلا الزحارية كدليل افتراضي على الإصابة بالمرض.
4. أبلغ فقط عن الحالات ذات النتائج الإيجابية لتحليل مزارع الدم أو السائل النخاعي الدماغية (CSF) أو سائل المفاصل أو السائل النخاعي أو السائل الجيني. لا تقم بالإبلاغ عن الحالات ذات النتائج الإيجابية لتحليل مزارع الجلد أو اللعاب أو البلغم أو الحلق.
5. إضافة مقترحة إلى القائمة.
6. ينبغي الإبلاغ هاتفيًا عن نتائج أي اختبارات غير لولبية تبلغ قيمتها  $\leq 1:16$  أو أي اختبار إيجابي قبل الولادة أو خاص بالولادة بغض النظر عن العيار أو أي مرض في المرحلة الأولية أو الثانوية؛ يمكن أن يتم الإبلاغ عن جميع النتائج الأخرى عن طريق البريد.
7. بما في ذلك مرض كروتزفيلد جاكوب. ينبغي الإبلاغ عن الحالات مباشرة إلى إدارة الصحة بولاية نيويورك، وسجل مرض الزهايمر وأمراض الخرف الأخرى على الرقم 473-7817 (518) عند الاشتباه في الإصابة بالمرض. في مدينة نيويورك، ينبغي أيضًا الإبلاغ عن الحالات إلى إدارة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك (NYCDOHMH).
8. الأشخاص المصابون بعدوى الوقس بسبب انتقال العدوى عن طريق اللمس والأشخاص الذين يعانون من المضاعفات التالية الناتجة عن التطعيم؛ التهاب الجلد اللقاحي، الحمى متعددة الأشكال الخطيرة أو متلازمة ستيفنز جونسون، الوقس الجيني، الوقس المعمم، التلقيح غير المتعمد، الوقس العيني، التهاب الدماغ التالي للتطعيم أو التهاب الدماغ والنخاع التالي للتطعيم، وقس مترقي، العدوى الفيجية في موقع العدوى، وأي أحداث ضارة خطيرة أخرى.
9. الأشخاص المصابون بعدوى الوقس بسبب انتقال العدوى عن طريق اللمس والأشخاص الذين يعانون من المضاعفات التالية الناتجة عن التطعيم؛ التهاب الجلد اللقاحي، الحمى متعددة الأشكال الخطيرة أو متلازمة ستيفنز جونسون، الوقس الجيني، الوقس المعمم، التلقيح غير المتعمد، الوقس العيني، التهاب الدماغ التالي للتطعيم أو التهاب الدماغ والنخاع التالي للتطعيم، وقس مترقي، العدوى الفيجية في موقع العدوى، وأي أحداث ضارة خطيرة أخرى.

### معلومات إضافية

للحصول على المزيد من المعلومات حول الإبلاغ عن الأمراض، اتصل بإدارة الصحة المحلية التابع لها أو:

إدارة الصحة في ولاية نيويورك  
مكتب السيطرة على الأمراض المعدية على:  
518 473-4439 أو  
866-881-2809 بعد ساعات العمل.

في مدينة نيويورك، 1 866 NYC-DOH1

للحصول على نماذج الإبلاغ (DOH-389)، اتصل بالرقم 518 474-0548

### من الذي ينبغي له الإبلاغ؟

الأطباء، الممرضات، مديرو المختبرات، ممارسو مكافحة العدوى، منشآت الرعاية الصحية، مؤسسات الولاية، المدارس.

### أين ينبغي الإبلاغ؟

إبلاغ إدارة الصحة المحلية في منطقة إقامة المريض.

جهة الاتصال: \_\_\_\_\_  
الاسم: \_\_\_\_\_  
العنوان: \_\_\_\_\_  
الهاتف: \_\_\_\_\_  
الفاكس: \_\_\_\_\_

### متى ينبغي الإبلاغ؟

خلال 24 ساعة من التشخيص:

- الأمراض التي يجب الإبلاغ عنها هاتفيًا مكتوبة بخط عريض.
- يجب إرسال البلاغ الخاص بالحالة، نموذج DOH-389، بريديًا بالنسبة لجميع الأمراض الأخرى.
- في مدينة نيويورك، استخدم النموذج PD-16.

### ملاحظات خاصة

- تتطلب الأمراض المكتوبة بخط عريض اتخاذ إجراءات فورية وينبغي الإبلاغ عنها هاتفيًا على الفور إلى إدارات الصحة المحلية ويتبع ذلك تقديم نموذج "الإبلاغ السري عن الحالة" (DOH-389). في مدينة نيويورك، استخدم نموذج الإبلاغ عن الحالة PD-16.
- بالإضافة إلى الأمراض المذكورة أعلاه، يجب الإبلاغ عن أي مرض غير عادي (يُعرف بأنه مرض أو متلازمة ظهرت أو نشأت حديثًا يمكن أن يكون سببها عامل عدوى أو سم ميكروبي معد).
- حالات التفشي: في حين أن الحالات الفردية أو بعض الأمراض (على سبيل المثال، التهاب الحلق بالمكورات العنقودية وقمل الرأس والقوباء والجرب والتهاب الرئوي) لا يتم الإبلاغ عنها، فإن مجموعات أو حالات تفشي أي أمراض معدية هو حدث يجب الإبلاغ عنه.
- يمكن الإبلاغ عن حالات الإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة والأمراض المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة والإيدز في النموذج DOH-4189 الذي يمكن الحصول عليه عن طريق التواصل مع:

قسم علم الأوبئة والتقييم والبحث  
صندوق بريد 2073  
ESP Station, 2073  
Albany, NY 12220-2073  
(518) 474-4284

في مدينة نيويورك: إدارة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك  
للإبلاغ عن حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية  
المكتسبة/الإيدز، اتصل على:  
(212) 442-3388