



إدارة المراكز الصحية والطب الوقائي بقطاع .....

المحترم

سعادة\ مساعد مدير الشؤون الصحية للرقابة والطب الوقائي

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

برفقه النماذج/الأسبوعية للتبليغ الخاصة بالأعمال الوقائية وذلك عن الأسبوع رقم ( ) المنتهي بتاريخ : / / ٢٠١٠م الموافق لـ : / / ١٤٣١ هـ

- نموذج رقم (٦) : نموذج الإبلاغ عن حالة مرض معد : ( )
- نموذج رقم (٨) : نموذج الإبلاغ الصفري الأسبوعي للحالات المشتبهة للحصبة والحصبة الألمانية و النكاف .
- نموذج رقم (٩) : نموذج البلاغ الأسبوعي عن عضات الحيوانات .
- نموذج إصابات ووفيات الأمراض السارية المكتشفة بالمركز.
- نموذج رقم(٢) : نموذج الإبلاغ الصفري الأسبوعي لحالات الآثار الضائرة للقاحات.

أمل التفضل بالاطلاع وإكمال اللازم .

والسلام عليكم ،،،،

مدير المراكز الصحية والطب الوقائي بقطاع .....

.....







|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| اسم المركز |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| رقم المركز |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

• عند تفرغ حالات عضات الحيوان الموجودة بإستمارات المراكز الصحية في هذه الاستمارة يلزم تدوين رقم المركز المبلغ لكل حالة .

( نموذج الإبلاغ الأسبوعي عن عضات الحيوانات في الإنسان )

المراكز الصحية والطب الوقائي بقطاع .....

خلال الأسبوع رقم ( ) المنتهي في / ١٤٣١هـ الموافق / ٢٠١٠م

| هل تم إعطاء مصل من أصل حيواني<br>ANIMAL ORIGIN |     | هل تم إعطاء مصل من أصل إنساني<br>HUMAN ORIGIN |     | عدد جرعات اللقاح المعطى | نوع الحيوان العاض | *مكان حدوث العضة | الجنسية | الجنس | العمر | رقم السجل المدني / الإقامة | رقم المركز المبلغ عن العضة | اسم المصاب بالعضة |
|--|-----|---|-----|-------------------------|-------------------|------------------|---------|-------|-------|----------------------------|----------------------------|-------------------|
| لا   | نعم | لا  | نعم |                         |                   |                  |         |       |       |                            |                            |                   |
|  |     |   |     |                         |                   |                  |         |       |       |                            |                            |                   |
|  |     |   |     |                         |                   |                  |         |       |       |                            |                            |                   |
|  |     |   |     |                         |                   |                  |         |       |       |                            |                            |                   |

\* يقصد به الموقع الجغرافي الذي حدثت به العضة

عضات الحيوانات والرؤوس المفحوصة لداء الكلب حسب نوع الحيوان العاض

| أخرى تذكر |  |  |  | عدد العضات حسب نوع الحيوان العاض |      |     |     |      |     |     |     | إجمالي عدد عضات الحيوانات |      |        |  |
|-----------|--|--|--|----------------------------------|------|-----|-----|------|-----|-----|-----|---------------------------|------|--------|--|
|           |  |  |  | أرنب                             | حمار | غنم | بقر | ماعز | جمل | قطة | كلب | ذئب                       | ثعلب | سلبى   | عدد رؤوس الحيوانات المفحوصة لداء الكلب |
|           |  |  |  |                                  |      |     |     |      |     |     |     |                           |      |        |  |
|           |  |  |  |                                  |      |     |     |      |     |     |     |                           |      | إيجابي |  |

مدير المراكز الصحية والطب الوقائي بقطاع .....

معد التقرير  
الاسم :

.....

تقرير الكشف والمور على محلات تداول الأطعمة والوجبات السريعة للأسبوع رقم ( ) المنتهي بتاريخ / / ١٤٣٠ هـ الموافق / / ٢٠١٩ م (نموذج ١ - صحة بيثة)

| تاريخ الزيارة           | اسم المحل | النشاط | موقع المحل بمنطقة عمل المركز | عدد العاملين وحالة الشهادات الصحية  | نسبة فائض الكلور (المياه المستخدمة للشرب) | المهلة المحددة لتلافي الملاحظات والإجراءات المتخذة (يجب العودة للمحل بعد انتهاء المهلة للتأكد من تلافي الملاحظات)   |
|-------------------------|-----------|--------|------------------------------|---|---|---|
| ..... / ..... / ٢٠١٩ هـ | .....     | .....  | .....                        | ( ) لديهم شهادة سارية<br>( ) الشهادة تحت الإجراء<br>ويحملون فحص طبي<br>( ) لديهم شهادة منتهية<br>( ) لا يوجد شهادة صحية.        | .....                                     | ضغ الرقم المناسب أمام كل فقرة على حسب ماتجده في المحل ونشاطه :<br>(١) ممتاز. (٢) مقبول. (٣) سيئ (٤) خطير (٥) يوجد (٦) لا يوجد<br>مصادد الحشرات ( ) - أماكن غسيل أيدي العاملين ( ) - حمامات العاملين ( ) - توفر الماء والصابون عند مكان الغسيل ( ) - توفر القفازات ( ) - نظافة المداخل والصالات ( ) - نظافة مكان تحضير وتقطيع الطعام ( ) - نظافة أدوات التحضير ( ) - نظافة مكان تخزين الطعام ( ) - نظافة مكان الطبخ ( ) - نظافة أدوات الطبخ ( ) - حفظ العصائر الطازجة ( ) - نظافة ملابس العاملين ( ) - تغطية الشعر ( ) - نظافة الأيدي ( ) - قص ونظافة الأظافر ( ) - ( ) - هل يعاني أحد العاملين رشح أو إسهال أو سعال أو لديه دمامل وبثور وجروح بالأيدي .<br>نعم ( ) . حدد (.....) لا ( ) |
| ..... / ..... / ٢٠١٩ هـ | .....     | .....  | .....                        | ( ) لديهم شهادة سارية<br>( ) الشهادة تحت الإجراء<br>ويحملون فحص طبي ( )<br>( ) لديهم شهادة منتهية<br>( ) لا يوجد شهادة صحية.    | .....                                     | ضغ الرقم المناسب أمام كل فقرة على حسب ماتجده في المحل ونشاطه :<br>(١) ممتاز. (٢) مقبول. (٣) سيئ (٤) خطير (٥) يوجد (٦) لا يوجد<br>مصادد الحشرات ( ) - أماكن غسيل أيدي العاملين ( ) - حمامات العاملين ( ) - توفر الماء والصابون عند مكان الغسيل ( ) - توفر القفازات ( ) - نظافة المداخل والصالات ( ) - نظافة مكان تحضير وتقطيع الطعام ( ) - نظافة أدوات التحضير ( ) - نظافة مكان تخزين الطعام ( ) - نظافة مكان الطبخ ( ) - نظافة أدوات الطبخ ( ) - حفظ العصائر الطازجة ( ) - نظافة ملابس العاملين ( ) - تغطية الشعر ( ) - نظافة الأيدي ( ) - قص ونظافة الأظافر ( ) - ( ) - هل يعاني أحد العاملين رشح أو إسهال أو سعال أو لديه دمامل وبثور وجروح بالأيدي .<br>نعم ( ) . حدد (.....) لا ( ) |
| ..... / ..... / ٢٠١٩ هـ | .....     | .....  | .....                        | ( ) لديهم شهادة سارية<br>( ) الشهادة تحت الإجراء<br>ويحملون فحص طبي<br>طبي<br>( ) لديهم شهادة منتهية<br>( ) لا يوجد شهادة صحية. | .....                                     | ضغ الرقم المناسب أمام كل فقرة على حسب ماتجده في المحل ونشاطه :<br>(١) ممتاز. (٢) مقبول. (٣) سيئ (٤) خطير (٥) يوجد (٦) لا يوجد<br>مصادد الحشرات ( ) - أماكن غسيل أيدي العاملين ( ) - حمامات العاملين ( ) - توفر الماء والصابون عند مكان الغسيل ( ) - توفر القفازات ( ) - نظافة المداخل والصالات ( ) - نظافة مكان تحضير وتقطيع الطعام ( ) - نظافة أدوات التحضير ( ) - نظافة مكان تخزين الطعام ( ) - نظافة مكان الطبخ ( ) - نظافة أدوات الطبخ ( ) - حفظ العصائر الطازجة ( ) - نظافة ملابس العاملين ( ) - تغطية الشعر ( ) - نظافة الأيدي ( ) - قص ونظافة الأظافر ( ) - ( ) - هل يعاني أحد العاملين رشح أو إسهال أو سعال أو لديه دمامل وبثور وجروح بالأيدي .<br>نعم ( ) . حدد (.....) لا ( ) |

المراقب الصحي / القائم بالعمل الوقائي:

المشرف الفني بالمركز الصحي:

منسق الرقابة الصحية بالقطاع:

المشرف الفني بالقطاع:

الاسم: .....  
التوقيع: .....

الاسم: .....  
التوقيع: .....

الاسم: .....  
التوقيع: .....

الاسم: .....  
التوقيع: .....

تقرير الكشف والمرور على مصادر المياه للأسبوع رقم ( ) المنتهي بتاريخ / / ١٤٣١هـ الموافق / / ٢٠٢٠م (نموذج ٢ - صحة بيئة)

| المهمة المحددة لتلافي الملاحظات والإجراءات المتخذة (يجب العودة للمصدر بعد انتهاء المهمة للتأكد من تلافي الملاحظات) | ضع الرقم المناسب أمام كل فقرة على حسب ماتجده في المحل ونشاطه:<br>(١) ممتاز، (٢) مقبول، (٣) سيئ، (٤) خطير، (٥) يوجد، (٦) لا يوجد  | غير صالحة                 |            | آخر عينة مياه أخذت للفحص |            |               | نسبة فائض الكلور | عدد العاملين وحالة الشهادات الصحية   | موقع المصدر بمنطقة عمل المركز | اسم المصدر | تاريخ الزيارة |
|--|--|---------------------------|------------|--------------------------|------------|---------------|------------------|--|-------------------------------|------------|---------------|
|  |  | حالة التأكليدية في العينة | تاريخها    | النتيجة                  | نوع الفحص  | تاريخ إرسالها |                  |  |                               |            |               |
|  |  |                           |            |                          |            |               |                  |  |                               |            |               |
| .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....  | النظافة العامة ( ) - نظافة العاملين ( ) - نظافة أنابيب المياه بالمحطة ( ) - نظافة خزان حفظ المياه المحلاة ( ) - نظافة خزان سيارة نقل المياه المحلاة من المحطة للأهالي ( ) - جهاز الكلورة ( ) - غطاء الخزان ( ) .<br>• مصدر تلوث ( ) ، نوعه (.....).<br>• كم يبعد عن مصدر المياه (.....).<br>أخرى ..... | ( ) صالحة                 | ١٤ / / ٢٠م | ( ) صالحة                | ١٤ / / ٢٠م | ( ) جرثومي    | ١٤ / / ٢٠م       | ( ) لديهم شهادة سارية<br>( ) الشهادة تحت الإجراء<br>ويحملون فحص طبي<br>( ) لديهم شهادة منتهية<br>( ) لا يوجد شهادة صحية. | .....                         | .....      | ١٤ / / ٢٠م    |
| .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....  | النظافة العامة ( ) - نظافة العاملين ( ) - نظافة أنابيب المياه بالمحطة ( ) - نظافة خزان حفظ المياه المحلاة ( ) - نظافة خزان سيارة نقل المياه المحلاة من المحطة للأهالي ( ) - جهاز الكلورة ( ) - غطاء الخزان ( ) .<br>• مصدر تلوث ( ) ، نوعه (.....).<br>• كم يبعد عن مصدر المياه (.....).<br>أخرى ..... | ( ) صالحة                 | ١٤ / / ٢٠م | ( ) صالحة                | ١٤ / / ٢٠م | ( ) جرثومي    | ١٤ / / ٢٠م       | ( ) لديهم شهادة سارية<br>( ) الشهادة تحت الإجراء<br>ويحملون فحص طبي<br>( ) لديهم شهادة منتهية<br>( ) لا يوجد شهادة صحية. | .....                         | .....      | ١٤ / / ٢٠م    |
| .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....  | النظافة العامة ( ) - نظافة العاملين ( ) - نظافة أنابيب المياه بالمحطة ( ) - نظافة خزان حفظ المياه المحلاة ( ) - نظافة خزان سيارة نقل المياه المحلاة من المحطة للأهالي ( ) - جهاز الكلورة ( ) - غطاء الخزان ( ) .<br>• مصدر تلوث ( ) ، نوعه (.....).<br>• كم يبعد عن مصدر المياه (.....).<br>أخرى ..... | ( ) صالحة                 | ١٤ / / ٢٠م | ( ) صالحة                | ١٤ / / ٢٠م | ( ) جرثومي    | ١٤ / / ٢٠م       | ( ) لديهم شهادة سارية<br>( ) الشهادة تحت الإجراء<br>ويحملون فحص طبي<br>( ) لديهم شهادة منتهية<br>( ) لا يوجد شهادة صحية. | .....                         | .....      | ١٤ / / ٢٠م    |

المشرف الفني بالقطاع :  
الاسم : .....  
التوقيع : .....

منسق الرقابة الصحية بالقطاع :  
الاسم : .....  
التوقيع : .....

المشرف الفني بالمركز الصحي:  
الاسم : .....  
التوقيع : .....

المراقب الصحي / القائم بالعمل الوقائي:  
الاسم : .....  
التوقيع : .....

تقرير الكشف والمرور على محلات تداول الأغذية للأسبوع رقم ( ) لعام ... ١٤ / هـ ... ٢٠ م (صحة البيئة)

| تاريخ الزيارة       | اسم المحل | التشاط | موقع العمل<br>العنصر | عدد العاملين وحالة<br>الشهادات الصحية<br>عدد العاملين ( )  | النسبة<br>الكحول (المياه<br>المستخدمة<br>للشرب) | ضع الرقم المناسب أمام كل فقرة على حسب ماتجده في المحل ونشاطه :<br>( ١ ) ممتاز. ( ٢ ) مقبول . ( ٣ ) سيئ ( ٤ ) خطير ( ٥ ) يوجد ( ٦ ) لا يوجد   | المهلة المحددة لتلافي الملاحظات<br>والإجراءات المتخذة (يجب العودة للمحل<br>بعد انتهاء المهلة للتأكد من تلافي<br>الملاحظات) |
|---------------------|-----------|--------|----------------------|--|---|--|--|
| ..... / .. / ١٤٠٠ م | .....     | .....  | .....                | ( ) لديهم شهادة سارية<br>( ) الشهادة تحت الإجراء<br>ويحملون فحص طبي<br>( ) لديهم شهادة منتهية<br>( ) لا يوجد شهادة صحية. | .....   | مصائد الحشرات ( ) - حمامات العاملين ( ) - توفر القفازات ( ) - نظافة المداخل والصالات ( ) طريقة<br>تخزين المواد الغذائية ( ) - نظافة ملابس العاملين ( ) - تغطية الشعر ( ) - نظافة الأيدي ( ) - قص ونظافة<br>الأظافر ( ) - نظافة مكان عرض المواد الغذائية ( ) - هل يعاني أحد العاملين رشح أو إسهال أو سعال أو<br>لديه دمامل وبثور وجروح بالأيدي .<br>نعم ( ) . حدد(.....) لا ( ) | .....<br>.....<br>.....<br>.....   |
| ..... / .. / ١٤٠٠ م | .....     | .....  | .....                | ( ) لديهم شهادة سارية<br>( ) الشهادة تحت الإجراء<br>ويحملون فحص طبي<br>( ) لديهم شهادة منتهية<br>( ) لا يوجد شهادة صحية. | .....   | مصائد الحشرات ( ) - حمامات العاملين ( ) - توفر القفازات ( ) - نظافة المداخل والصالات ( ) طريقة<br>تخزين المواد الغذائية ( ) - نظافة ملابس العاملين ( ) - تغطية الشعر ( ) - نظافة الأيدي ( ) - قص ونظافة<br>الأظافر ( ) - نظافة مكان عرض المواد الغذائية ( ) - هل يعاني أحد العاملين رشح أو إسهال أو سعال أو<br>لديه دمامل وبثور وجروح بالأيدي .<br>نعم ( ) . حدد(.....) لا ( ) | .....<br>.....<br>.....<br>.....   |
| ..... / .. / ١٤٠٠ م | .....     | .....  | .....                | ( ) لديهم شهادة سارية<br>( ) الشهادة تحت الإجراء<br>ويحملون فحص طبي<br>( ) لديهم شهادة منتهية<br>( ) لا يوجد شهادة صحية. | .....   | مصائد الحشرات ( ) - حمامات العاملين ( ) - توفر القفازات ( ) - نظافة المداخل والصالات ( ) طريقة<br>تخزين المواد الغذائية ( ) - نظافة ملابس العاملين ( ) - تغطية الشعر ( ) - نظافة الأيدي ( ) - قص ونظافة<br>الأظافر ( ) - نظافة مكان عرض المواد الغذائية ( ) - هل يعاني أحد العاملين رشح أو إسهال أو سعال أو<br>لديه دمامل وبثور وجروح بالأيدي .<br>نعم ( ) . حدد(.....) لا ( ) | .....<br>.....<br>.....<br>.....   |

المراقب الصحي / القائم بالعمل الوقائي:

الاسم : .....  
التوقيع : .....

المشرف الفني بالمركز الصحي:

الاسم : .....  
التوقيع : .....

منسق الرقابة الصحية بالقطاع :

الاسم : .....  
التوقيع : .....

المشرف الفني بالقطاع :

الاسم : .....  
التوقيع : .....

| تاريخ الزيارة | اسم المحل | النشاط | موقع المنطقة عمل المركز | عدد العاملين وحالة الشهادات الصحية<br>عدد العاملين ( )   | النشأت<br>(الكور) المياه المستخدمة | نسبة قائلين |
|---------------|-----------|--------|-------------------------|--|------------------------------------|-------------|
| .....         | .....     | .....  | .....                   | ( ) لديهم شهادة سارية<br>( ) الشهادة تحت الإجراء ويحملون<br>فحص طبي<br>( ) لديهم شهادة منتهية<br>( ) لا يوجد شهادة صحية. | .....                              | .....       |
| .....         | .....     | .....  | .....                   | ( ) لديهم شهادة سارية<br>( ) الشهادة تحت الإجراء ويحملون<br>فحص طبي<br>( ) لديهم شهادة منتهية<br>( ) لا يوجد شهادة صحية. | .....                              | .....       |
| .....         | .....     | .....  | .....                   | ( ) لديهم شهادة سارية<br>( ) الشهادة تحت الإجراء ويحملون<br>فحص طبي<br>( ) لديهم شهادة منتهية<br>( ) لا يوجد شهادة صحية. | .....                              | .....       |

المراقب الصحي / القائم بالعمل الوقائي:  
الاسم: .....  
التوقيع: .....

المشرف الفني بالمركز الصحي:  
الاسم: .....  
التوقيع: .....

منسق الرقابة الصحية بالقطاع:  
الاسم: .....  
التوقيع: .....

المشرف الفني بالقطاع:  
الاسم: .....  
التوقيع: .....