

دليل استرشادي مختصر للممارسين الصحيين للتعامل مع حالات جدري القردة (Mpx)

فيروس جدري القردة هو فيروس من نفس عائلة الفيروسات المسببة للجدري (تم القضاء على مرض الجدري في عام ١٩٨٠م). تجدر الإشارة إلى أن جدري القردة ليس له علاقة بالجدري المائي، الذي يسببه فيروس جدري الماء.

طرق الانتقال

الانتقال من إنسان إلى إنسان حيث تنتقل العدوى بشكل أساسي من خلال الاتصال الجسدي مع شخص مصاب بأعراض جدري القردة أو أدواته الشخصية أو ملامسة الأسطح الملوثة. وقد انتقلت معظم الحالات المرتبطة بالتفشي العالمي الأخير من خلال المخالطة الوثيقة مع أشخاص مصابين بأعراض المرض، وخاصة أثناء الممارسة الجنسية. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن ينتقل جدري القردة عبر المشيمة من المرأة الحامل المصابة بالمرض إلى الجنين.

الانتقال من حيوان إلى إنسان واحتمالية الانتقال بهذه الطريقة منخفضة في المملكة العربية السعودية. وقد يحدث من خلال الاتصال المباشر أو غير المباشر مع إفرازات الحيوانات أو الأفات الجلدية أو أغشية الحيوانات المصابة.

تعريف الحالة القياسي للحالات البشرية المصابة بمرض جدري القردة

تعرف الحالة المشتبه كالتالي:

- * طفح جلدي غير معروف المصدر (بقيعي، حطاطي، حويصلي، بثري) وواحد أو أكثر من الأعراض التالية:
- ١. حى (أكثر من ٣٨.٢ درجة مئوية)
- ٢. تورم في الغدد الليمفاوية
- ٣. صداع
- ٤. ألم في الظهر/ ألم بالعضل
- ٥. إعياء عام

* الطفح الجلدي غير معروف المصدر هو الطفح الجلدي الذي لا تفسره الأسباب الشائعة للطفح الجلدي الحاد مثل: الطفح الجلدي الناتج عن تناول دواء، الطفح الجلدي الناتج عن حساسية الطعام، الحماق النطاقي، الهربس النطاقي، الحصبة، الهربس البسيط، التهابات الجلد البكتيرية، عدوى الزهري الأولية أو الثانوية؛ وأي أسباب أخرى شائعة محلية ذات صلة بالطفح الجلدي الحطاطي أو الحويصلي.

بالإضافة إلى ذلك، يشمل الطفح الجلدي غير معروف المصدر الطفح الظاهر في الأعضاء التناسلية أو الشرجية أو الفموية (على سبيل المثال، التقرحات، العقيدات) أو التهاب المستقيم (على سبيل المثال، ألم المستقيم الشرجي، النزيف).

تعرف الحالة المؤكدة كالتالي:

الشخص الذي يستوفي تعريف الحالة المشتبه بها مع تأكيد مختبري لفيروس جدري القردة إيجابياً من خلال فحص تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR) أو عزل فيروس جدري القردة مخبرياً.

ملاحظة: يجب تقييم حالة المصاب للأمراض المنقولة جنسياً الأخرى وفقاً للأدلة الاسترشادية الحالية.

الوقاية من العدوى ومكافحتها

عند التعامل مع الحالات المشتبه بها أو المؤكدة إصابتها بجدري القردة، يجب اتباع الاحتياطات القياسية واحتياطات الوقاية من العدوى المنقولة بالملامسة والرذاذ. كما يجب عزل المرضى المصابين بمرض جدري القردة داخل منشأة رعاية صحية في غرفة عزل ذات دورة مياه مستقلة.

التشخيص المختبري

إن أفضل العينات لتشخيص عدوى جدري القردة هي التي تؤخذ مباشرة من الطفح الجلدي (الجلد أو السائل أو القشور). يجب جمع العينات بواسطة ممارسين صحيين مدربين وارتداء معدات الوقاية الشخصية المناسبة. يجب جمع العينات من ٣ آفات جلدية على الأقل ويفضل أن تكون من مواقع متفرقة في الجسم. يجب إرسال جميع العينات إلى مختبر هيئة الصحة العامة (PHL) وفقاً للوائح التنظيمية.

التطعيم

يتوفر التطعيم كإجراء وقائي قبل التعرض للفيروس للمجموعات المعرضة للإصابة، كما يعطى كإجراء وقائي بعد التعرض للفيروس للمخالطين للحالات المؤكدة. ويتم إعطاؤه تحت الجلد على جرعتين بينهما ٤ أسابيع.

الإبلاغ

يجب على جميع مرافق الرعاية الصحية الإبلاغ عن الحالات المشتبه بها فوراً باستخدام نموذج الإبلاغ إلى:

- النظام الإلكتروني لمراقبة الأمراض والأوبئة (حصن بلس)

- إرسال نموذج الإبلاغ فوراً عبر البريد الإلكتروني إلى:

- برنامج الأمراض المعدية في التجمعات و/أو فروع/مكاتب وزارة الصحة.

- يقوم المنسقون في فروع/مكاتب وزارة الصحة بالإبلاغ إلى إدارة الأمراض المعدية في وزارة الصحة.

ملاحظة: يعد عدم الإبلاغ عن الأمراض المعدية التي يجب الإبلاغ عنها من قبل منشآت الرعاية الصحية و/أو المهنيين أمراً يعاقب عليه القانون.



هذا دليل استرشادي مختصر للممارسين الصحيين للتعامل مع حالات

جدري القردة. لمزيد من التفاصيل راجع أحدث نسخة من الدليل

الاسترشادي للتعامل مع جدري القردة هنا:



نموذج الإبلاغ الفوري لحالة مشتبهة بمرض جدري القردة في المملكة العربية السعودية
Notifiable Form for a Suspected Case of Mpox in Saudi Arabia Immediate

Time: dd/mm/yyyy Date of notification:	وقت الإبلاغ: / / تاريخ الإبلاغ: يوم /شهر/سنة
Epidemiological week:	الأسبوع الوبائي رقم:
Reporting person:	اسم المبلغ:
Reporting facility:	الجهة المبلغة:
Reporting address:	عنوان المبلغ/الجهة:
Reporting contact number:	رقم التواصل للمبلغ/للجهة:
Suspected case information	معلومات الحالة المشتبهة
Name: Sex:	الاسم: العمر:
Date of birth: dd/mm/yyyy Age:	تاريخ الميلاد: يوم /شهر/سنة
Nationality:	الجنسية:
(specify) ID type: ID number:	رقم الهوية/الجواز: نوع الهوية: (الرجاء التحديد)
Contact number(s):	رقم التواصل:
.....block..... Dist&StAddress: city	العنوان: المدينة الحي والشارع رقم المنزل.....
PHC in patient's resident area	المركز الصحي في منطقة سكن المريض:
Healthcare worker: <input type="checkbox"/> Yes	عامل في الرعاية الصحية: <input type="checkbox"/> نعم
occupation)..... <input type="checkbox"/> No (specify	لا (الرجاء تحديد المهنة)..... <input type="checkbox"/>
Workplace/ study	مكان العمل / الدراسة:
Clinical Data	البيانات الاكلينيكية
Signs and Symptoms	الاعراض والعلامات
Rash? <input type="checkbox"/> Yes, onset: dd/mm/yyyy	طفح جلدي؟ <input type="checkbox"/> نعم، ابتداء من: يوم /شهر/سنة
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> لا
(Please Description of rash provide types):	وصف الطفح الجلدي (الرجاء تحديد نوعه)
<input type="checkbox"/> Papular <input type="checkbox"/> Macular	<input type="checkbox"/> حطاطي <input type="checkbox"/> بقعي
<input type="checkbox"/> Pustular <input type="checkbox"/> Vesicular <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> حويصلي <input type="checkbox"/> بقعي حطاطي
<input type="checkbox"/> Maculopapular <input type="checkbox"/> Vesiculopustular	<input type="checkbox"/> حويصلي صديدي
(Please provide location)	(الرجاء تحديد موقعه):
<input type="checkbox"/> Head <input type="checkbox"/> Mouth <input type="checkbox"/> Face	<input type="checkbox"/> الوجه <input type="checkbox"/> الرأس <input type="checkbox"/> الفم <input type="checkbox"/> الرقبة
<input type="checkbox"/> Neck <input type="checkbox"/> Trunk <input type="checkbox"/> Arms	<input type="checkbox"/> الجذع <input type="checkbox"/> الأطراف العلوية <input type="checkbox"/> الأطراف
<input type="checkbox"/> Legs	<input type="checkbox"/> السفلية <input type="checkbox"/> المناطق التناسلية <input type="checkbox"/> أخرى.....
<input type="checkbox"/> Genitals <input type="checkbox"/> Others.....	
Fever? <input type="checkbox"/> Yes, onset: dd/mm/yyyy	حمى؟ <input type="checkbox"/> نعم، ابتداء من: يوم /شهر/سنة
Temperature c° <input type="checkbox"/> No	درجة الحرارة <input type="checkbox"/> لا
Headache ? <input type="checkbox"/> Yes, onset: dd/mm/yyyy	صداع؟ <input type="checkbox"/> نعم، ابتداء من: يوم /شهر/سنة
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> لا
Back pain? <input type="checkbox"/> Yes, onset: dd/mm/yyyy	الم في الظهر؟ <input type="checkbox"/> نعم، ابتداء من: يوم /شهر/سنة
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> لا
Myalgia? <input type="checkbox"/> Yes, onset: dd/mm/yyyy	آلام في العضلات؟ <input type="checkbox"/> نعم، ابتداء من: يوم /شهر/سنة
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> لا
Exhaustion? <input type="checkbox"/> Yes, onset: dd/mm/yyyy	التعب والارهاق؟ <input type="checkbox"/> نعم، ابتداء من: يوم /شهر/سنة
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> لا
lymphadenopathy? <input type="checkbox"/> Yes, onset: dd/mm/yyyy	انتفاخ في الغدد اللمفاوية؟ <input type="checkbox"/> نعم، ابتداء من: يوم /شهر/سنة
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> لا
Other (Specify)?..... <input type="checkbox"/> Yes, onset: dd/mm/yyyy	أخرى (حدد)؟..... <input type="checkbox"/> نعم، ابتداء من: يوم /شهر/سنة
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> لا
History of Contact with a confirmed or suspected case? <input type="checkbox"/> Yes, last date: / /	مخالطة مع حالة مؤكدة أو مشتبهة بمرض جدري القردة خلال 21 يوم السابقة؟ <input type="checkbox"/> نعم، التاريخ: / /
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> لا
History of international travel in the last 21 days? <input type="checkbox"/> Yes, last date: / /	تاريخ القدوم من خارج المملكة خلال 21 يوم السابقة؟ <input type="checkbox"/> نعم، التاريخ: / /
From: <input type="checkbox"/> No	دولة القدوم: <input type="checkbox"/> لا
History of any activities that contain direct physical contact, such as massage or sexual activity in the last 21 days? <input type="checkbox"/> Yes, last date: / /	هل تمت ممارسة أنشطة كان بها ملامسة جسدية مباشرة كالمساج أو أنشطة جنسية خلال 21 يوم السابقة؟ <input type="checkbox"/> نعم، التاريخ: / /
(place):..... Type <input type="checkbox"/> No	ما هو النشاط وموقعه:..... <input type="checkbox"/> لا
Is the case immunosuppressed <input type="checkbox"/> Yes, Reason:(specify due to disease, or medication or unknown	هل الحالة تعاني من نقص المناعة؟ <input type="checkbox"/> نعم، السبب:(الرجاء التحديد بسبب مرض او ادوية، او غير معروف) <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> لا
an STI? Do you currently have <input type="checkbox"/> Yes :(Please, specify)	هل يعاني المصاب من أحد الأمراض المنقولة جنسياً؟ <input type="checkbox"/> نعم:(الرجاء تحديد نوع المرض) <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> Unknown	غير معروف
Has the case been isolated? <input type="checkbox"/> Yes, place of isolation:(specify location)	هل تم عزل الحالة؟ <input type="checkbox"/> نعم، مكان العزل:(الرجاء التحديد المكان) <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> لا
Was a sample taken? <input type="checkbox"/> Yes, name of a receiving lab:	هل تم أخذ عينة؟ <input type="checkbox"/> نعم، اسم المختبر المرسل له: <input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> لا



هذا دليل استرشادي مختصر للممارسين الصحيين للتعامل مع حالات جدري القردة. لمزيد من التفاصيل راجع أحدث نسخة من الدليل الاسترشادي للتعامل مع جدري القردة هنا:

