

Case Investigation Report

تقرير الحالة الخاضعة للاستقصاء الوبائي

Form 9

نموذج 9

Name of investigation organization اسم المنظمة القائمة بالاستقصاء	(YYYY/MM/DD) ____/____/____ :Time (يوم/ شهر/ سنة) ____/____/____ الوقت:	Date of investigation تاريخ الاستقصاء
Contact number of Investigator رقم التواصل مع القائم بالاستقصاء	Name of investigator اسم القائم بالاستقصاء	
____/____/____ (YYYY/MM/DD) ____/____/____ (يوم/ شهر/ سنة)	Date of report تاريخ التقرير	
Contact number of reporting medical institution رقم التواصل مع المؤسسة الطبية المسؤولة عن التقرير	Reporting medical institution المؤسسة الطبية المسؤولة عن التقرير	

Enter the personal information of the case subject to this case investigation and fill in the blank

أدخل المعلومات الشخصية المتعلقة بالحالة الخاضعة للتحقيق وأملأ الفراغات

1. Personal Information

1. المعلومات الشخصية

1.2 Nationality (based on the passport) الجنسية (طبقاً لجواز السفر)	1.1 Name الاسم	
Male Female (Age) ذكر أنثى (العمر)	1.4 Gender and age 1.4 الجنس والعمر (For foreign nationals, enter passport number) (بالنسبة للأجانب، أدخل رقم جواز السفر)	1.3 Date of birth تاريخ الميلاد

	1.6 Contact number 1.6 رقم الاتصال	1.5 Occupation 1.5 المهنة
	1.8 Contact number (guardian) 1.8 رقم الاتصال (الوصي)	1.7 Name of workplace(School) 1.7 محل العمل (المدرسة)
Address (as shown on the resident registration card): العنوان (كما هو مبين في بطاقة تسجيل المواطن / الأجانب):		1.9 Address 1.9 العنوان
Current address: العنوان الحالي:		

☐ Choose any relevant clinical signs and symptoms manifested from the initial onset until the time of investigation

☐ اختر العلامات والأعراض السريرية ذات الصلة منذ ظهور الأعراض حتى وقت التحقيق

2. Current illness الأعراض الحالية

Onset Date of initial symptoms: ____/____/____(YYYY/MM/DD) / symptoms: تاريخ ظهور الأعراض الأولية: ____/____/____ (يوم/شهر/سنة)		2.1 Initial symptoms and date of onset 2.1 الأعراض الأولية وتاريخ ظهورها
<input type="checkbox"/> Fever(°C) <input type="checkbox"/> Chills <input type="checkbox"/> Sweats <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Lymphadenopathy (<input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Axillary <input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> Other) <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Muscle pain(Myalgia) <input type="checkbox"/> Back pain <input type="checkbox"/> Asthenia(weakness) <input type="checkbox"/> Fatigue/Malaise <input type="checkbox"/> Itchiness <input type="checkbox"/> Keratitis/Conjunctivitis <input type="checkbox"/> Nausea and Vomiting <input type="checkbox"/> Other() <input type="checkbox"/> حمى (°C) <input type="checkbox"/> قشعريرة <input type="checkbox"/> عرق <input type="checkbox"/> التهاب حلقي <input type="checkbox"/> سعال <input type="checkbox"/> اعتلال عقد لمفية (<input type="checkbox"/> عنق الرحم <input type="checkbox"/> إبط <input type="checkbox"/> أربي <input type="checkbox"/> آخر) <input type="checkbox"/> صداع <input type="checkbox"/> ألم عضلي (Myalgia) <input type="checkbox"/> ألم في الظهر <input type="checkbox"/> وهن (ضعف) <input type="checkbox"/> تعب / توعك <input type="checkbox"/> حكة <input type="checkbox"/> التهاب القرنية / التهاب الملتحمة <input type="checkbox"/> غثيان وقيء <input type="checkbox"/> أخرى ()	<input type="checkbox"/> General symptoms <input type="checkbox"/> الأعراض العامة	2.2 Current signs and symptoms (Choose all relevant condition) 2.2 العلامات والأعراض الحالية (اختر جميع الأعراض ذات الصلة)
Onset of symptom: ____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: ____/____/____ (يوم/شهر/سنة) بداية ظهور الأعراض: ____/____/____ (يوم/شهر/سنة)	Date التاريخ	<input type="checkbox"/> Skin Lesions (rashes) <input type="checkbox"/> الأفات الجلدية (الطفح الجلدي)
<input type="checkbox"/> Macules <input type="checkbox"/> Papules <input type="checkbox"/> Vesicles <input type="checkbox"/> Pustules <input type="checkbox"/> Scabs <input type="checkbox"/> لطخات <input type="checkbox"/> حطاطات <input type="checkbox"/> حويصلات <input type="checkbox"/> بثرات <input type="checkbox"/> قشور	Stage المرحلة	
<input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Trunk <input type="checkbox"/> Limbs <input type="checkbox"/> Palms of hands <input type="checkbox"/> Soles of the feet <input type="checkbox"/> genitals <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> Other () <input type="checkbox"/> الوجه <input type="checkbox"/> الجذع <input type="checkbox"/> الأطراف <input type="checkbox"/> راحتا اليدين <input type="checkbox"/> باطن القدمين <input type="checkbox"/> الأعضاء التناسلية <input type="checkbox"/> الشرج <input type="checkbox"/> أخرى ()	Area الجزء المصاب	
first area of lesion: (), area spread () منطقة ظهور الآفة: (), منطقة الانتشار ()		
<input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Itchiness	Characte ristic	

<input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> خدمة المرضى الخارجيين <input type="radio"/> غرفة الطوارئ <input type="radio"/> مريض داخلي
<input type="radio"/> Yes (=Date of vaccination:) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> نعم (= تاريخ التطعيم:) <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> غير معروف	2.6 History of smallpox vaccination 2.6 سجل التطعيم ضد الجدري
<input type="radio"/> Yes (=Specify:) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> نعم (= حدد المرض:) <input type="radio"/> لا	2.7 Underlying disease 2.7 الأمراض الكامنة
<input type="radio"/> Yes (Date of initial diagnosis: ____/____/____ (YYYY/MM/DD), name of disorder:) <input type="radio"/> None <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> نعم (تاريخ التشخيص الأولي: ____/____/____ (يوم/شهر/سنة)، اسم الاضطراب:) <input type="radio"/> لا يوجد <input type="radio"/> غير معروف	2.8 Immunocompromising condition (innate or acquired) 2.8 الحالة المناعية (فطرية أو مكتسبة)
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No (If yes, gestational age: ____ weeks / Estimated date of delivery: ____/____/____ (YYYY/MM/DD)) <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا (إذا كانت الإجابة نعم، مدة الحمل: ____ أسابيع / التاريخ المتوقع للولادة: ____/____/____ (يوم/شهر/سنة))	2.9 Pregnancy status 2.9 حالة الحمل
If any differential diagnosis was made or tests undergone, specify: _____ (e.g. chickenpox, shingles, measles, scabies, syphilis, malaria, and so on) في حالة الخضوع لأي تشخيص تفريقي أو اختبارات، يرجى تحديدها: _____ (مثل: جدري الماء، والقوباء المنطقية، والحصبة، والجرب، والزهرى، والملاريا وما إلى ذلك)	2.10 Differential diagnosis 2.10 التشخيصات التفريقية

Choose or fill out any relevant travel history within 21 days prior to symptom onset

اختر أو املأ أي سجل سفر ذي صلة في غضون 21 يوماً قبل ظهور الأعراض

3. Travel history 3. سجل السفر

<input type="checkbox"/> Yes (If yes, please follow through all questions below in Section 3. Travel history) <input type="checkbox"/> None (Move to Section 4. Risk Exposure) <input type="checkbox"/> نعم (إذا كانت الإجابة نعم، يرجى متابعة جميع الأسئلة أدناه في القسم 3. معلومات السفر) <input type="checkbox"/> لا شيء (الانتقال إلى القسم 4. التعرض لخطر العدوى)	3.1 Travel history (within the past 21 days) 3.1 يوجد سجل سفر (خلال الـ 21 يوماً الماضية)
____/____/____ (YYYY/MM/DD) Date of Departure (يوم/شهر/سنة) (from South Korea) موعد المغادرة (من جمهورية كوريا)	3.2 Immigration information (to and from South Korea) 3.2 معلومات السفر (من وإلى جمهورية كوريا)
____/____/____ (YYYY/MM/DD) Time (يوم/شهر/سنة) التاريخ Date of Arrival (To South Korea) موعد الوصول (إلى جمهورية كوريا)	
<input type="checkbox"/> Air (Flight number: Airline: Seat number:) <input type="checkbox"/> Vessel/ship (Ship number: Name of company:) Location where most time you remained:) <input type="checkbox"/> نقل جوي (رقم الرحلة: شركة الطيران: رقم المقعد:) <input type="checkbox"/> بحري/ سفينة (رقم السفينة: اسم الشركة: الموقع الذي بقيت فيه معظم الوقت:)	Modes of transportation وسائل النقل
Was it monkeypox endemic or non-endemic county? هل كانت منطقة متوطنة بها جدري القردة متوطنة أم لا؟	3.3 Visited Countries or cities /period of visit 3.3 البلدان أو المدن التي تمت زيارتها / فترة الزيارات

<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	~		
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	~		
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	~		
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	~		
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	~		
3.4 Accompanying persons 3.4 المرافقون Solo travel/visit Accompanying two or more persons (family members, co-workers, and so on; the number of accompanying persons:) سفر/زيارة فردية مرافقة شخصين أو أكثر (أفراد الأسرة، وزملاء العمل، وما إلى ذلك؛ عدد الأشخاص المرافقين:)				
3.5 Purpose of Visit 3.5 الغرض من الزيارة Fellowship/social/hobbies Travel/tourism Business Missionary activities Medical volunteering and relief activities Work/Residence زمالة بحثية/اجتماعيات/هوايات سفر/سياحة عمل أنشطة تيسيرية التطوع الطبي وأنشطة الإغاثة العمل / الإقامة Other () أخرى ()				

Choose any relevant history of risk exposure within 21 days prior to symptom onset اختر أي تاريخ ذي صلة بالتعرض لخطر العدوى في غضون 21 يوماً قبل ظهور الأعراض		4. Risk Exposure التعرض لخطر العدوى
Do you have any known contact with suspected or confirmed monkeypox case? هل لديك أي اتصال معروف بحالة مشتببه بإصابتها أو مؤكد إصابتها بجذري القروء؟ <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا <input type="radio"/> غير معروف		4.1 History of contact to suspected or confirmed monkeypox case 4.1 سجل المتصلين بحالة جذري القروء المشتبه بها أو المؤكدة
Relationship: Location of contact: Exposure setting: <input type="radio"/> household contact <input type="radio"/> a stay in the same place <input type="radio"/> physical contact <input type="radio"/> Other () () أخرى () ()	Date and time of contact: If yes, إذا كانت الإجابة نعم، العلاقة: موقع الاتصال: ظروف التعرض: تاريخ ووقت الاتصال: زيارة منزلية الإقامة في نفس المكان الاتصال الجسدي	4.2 Any known experience of
Specify below بالتفصيل أدناه		

Date and time التاريخ والوقت	Place/area مكان / منطقة	Details of exposure تفاصيل التعرض	risk environment 4.2 التواجد في بيئة موبوءة من قبل
		<input type="checkbox"/> Participation in large events <input type="checkbox"/> المشاركة في فعاليات ضخمة	
		<input type="checkbox"/> Laboratory exposures (work or temporary visit) <input type="checkbox"/> التعرض في المختبر (خلال العمل أو الزيارات المؤقتة)	
		<input type="checkbox"/> Specimens handling (incl. collection, transport) <input type="checkbox"/> التعامل مع العينات (بما في ذلك الجمع والنقل)	
		<input type="checkbox"/> Other () <input type="checkbox"/> أخرى ()	
Have you ever had a contact with livestock or wild animals? هل سبق لك الاتصال بالماشية أو الحيوانات البرية؟ <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> نعم لا <input type="radio"/> غير معروف			4.3 Animal exposure 4.3 التعرض للحيوانات
Animal (specific): Place of contact: Source of contact: <input type="checkbox"/> Pet (rodents, etc.) <input type="checkbox"/> Wild animal carcass <input type="checkbox"/> Wild animal تاريخ الاتصال: (يرجى تحديد الحيوان): مكان الاتصال: مصدر الاتصال: <input type="checkbox"/> حيوانات الأليفة (القوارض، إلخ) <input type="checkbox"/> جثث حيوانات برية <input type="checkbox"/> Other () <input type="checkbox"/> حيوان بري () <input type="checkbox"/> أخرى ()		<input checked="" type="checkbox"/> If yes, إذا كانت الإجابة نعم،	
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> Refuse to respond <input type="radio"/> نعم لا <input type="radio"/> غير معروف <input type="radio"/> أمتنع عن الإجابة	Have you had a sexual contact within 21 days prior to symptom onset? هل سبق لك الاتصال الجنسي في غضون الـ 21 يومًا السابقة لظهور الأعراض؟ <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> نعم لا		4.4 Sexual contact (within the last 3 weeks) 4.4 الاتصال الجنسي (خلال الأسابيع الثلاثة الماضية)
Number of partners: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 or more <input type="radio"/> Refuse to respond Relationship with partner(s): <input type="radio"/> Spouse <input type="radio"/> Acquaintances <input type="radio"/> by chance <input type="radio"/> Refuse to respond عدد الشركاء: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 أو أكثر <input type="radio"/> أمتنع عن الإجابة العلاقة مع الشريك (الشركاء): <input type="radio"/> الزوج <input type="radio"/> معارف <input type="radio"/> صدفة <input type="radio"/> أمتنع عن الإجابة		<input checked="" type="checkbox"/> If yes, إذا كانت الإجابة نعم	
Have you ever donated blood or received blood transfusion within 21 days prior symptom onset? هل سبق لك التبرع بالدم أو تلقيت نقل دم خلال 21 يومًا قبل ظهور الأعراض؟ <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> نعم لا			4.5 Blood transfusion donation history 4.5 تاريخ التبرع بنقل الدم
<input type="checkbox"/> Donated Place: <input type="checkbox"/> Received	Date: ____/____/____ (YYYY/MM/DD) التاريخ: ____/____/____ (يوم/شهر/سنة) المكان: _____ تبرعت: _____ التاريخ: ____/____/____ (يوم/شهر/سنة) المكان: _____ تلقيت: _____		<input checked="" type="checkbox"/> If yes, إذا كانت الإجابة نعم

Secify	يرجى التحديد	4.6 Other suspected exposures 4.6 حالات التعرض الأخرى المشتبه بها
--------	--------------	--

Choose or fill out any relevant items		5. Case classification and Management 5. تصنيف الحالة وإدارتها																
5.1 Date of notification received 5.1. تاريخ استلام الإخطار ____/____/____ (YYYY/MM/DD) Time: (يوم/شهر/سنة) ____/____/____																		
<input type="radio"/> Yes (visits to outbreak countries or confirmation of risks exposure) <input type="radio"/> No (no history of visit to an outbreak country) <input type="radio"/> نعم (القيام بزيارات إلى البلدان التي تفشى فيها الوباء أو تأكيد خطر التعرض للعدوى) <input type="radio"/> لا (لا يوجد سجل زيارة لأي من البلدان التي تفشى فيها الوباء)	Epidemiological links الصلات الوبائية	5.2 Outcome of case classification 5.2 نتيجة تصنيف الحالة																
<input type="radio"/> Meet the suspected or confirmed case definition <input type="radio"/> Fail to meet the suspected or confirmed case definitions <input type="radio"/> استيفاء تعريف الحالة المشتبه بها أو المؤكدة <input type="radio"/> عدم استيفاء تعريفات الحالة المشتبه بها أو المؤكدة	Clinical signs and symptoms العلامات والأعراض السريرية																	
<input type="radio"/> Suspected case <input type="radio"/> Not a case <input type="radio"/> حالة اشتباه <input type="radio"/> ليست حالة	Outcome of case classification نتيجة تصنيف الحالة																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Monkeypox clinical signs and symptoms العلامات والأعراض السريرية لجذري القرد</th> <th colspan="2">Classification التصنيف</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fail to meet clinical criteria (Atypical symptoms) عدم استيفاء المعايير السريرية (أعراض غير نموذجية)</td> <td>Meet clinical criteria استيفاء المعايير السريرية</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Not applicable لا ينطبق</td> <td>Suspected case حالة اشتباه</td> <td>Presence يوجد</td> <td rowspan="2">Epidemiological links (Risk level) الصلات الوبائية (مستوى الخطر)</td> </tr> <tr> <td>Not applicable لا ينطبق</td> <td>Not applicable لا ينطبق</td> <td>Absence لا يوجد</td> </tr> </tbody> </table>		Monkeypox clinical signs and symptoms العلامات والأعراض السريرية لجذري القرد		Classification التصنيف		Fail to meet clinical criteria (Atypical symptoms) عدم استيفاء المعايير السريرية (أعراض غير نموذجية)	Meet clinical criteria استيفاء المعايير السريرية			Not applicable لا ينطبق	Suspected case حالة اشتباه	Presence يوجد	Epidemiological links (Risk level) الصلات الوبائية (مستوى الخطر)	Not applicable لا ينطبق	Not applicable لا ينطبق	Absence لا يوجد	<Note on case classification> <ملاحظة حول تصنيف الحالة> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>★ Admitted in the isolation ward and subject to testing قبل في العنبر المعزول ويخضع للاختبار</p> </div>	
Monkeypox clinical signs and symptoms العلامات والأعراض السريرية لجذري القرد		Classification التصنيف																
Fail to meet clinical criteria (Atypical symptoms) عدم استيفاء المعايير السريرية (أعراض غير نموذجية)	Meet clinical criteria استيفاء المعايير السريرية																	
Not applicable لا ينطبق	Suspected case حالة اشتباه	Presence يوجد	Epidemiological links (Risk level) الصلات الوبائية (مستوى الخطر)															
Not applicable لا ينطبق	Not applicable لا ينطبق	Absence لا يوجد																
※ The case is considered probable upon diagnosis by medical professionals in infectious disease, proctology, urology and dermatology, even though a monkeypox case doesn't have any epidemiological link. However, the case should be reconfirmed by epidemiological investigation officers from regional governments and regional Centers for Disease Control and prevention Agency to identify whether the case meets the case investigation criteria including epidemiological links and exclusive diagnosis. ※ تعتبر الحالة محتملة بناءً على التشخيص من قبل المهنيين الطبيين في الأمراض المعدية وأمراض المستقيم والمسالك البولية والأمراض الجلدية، على الرغم من أن حالة جذري القرد ليست لها أي صلة وبائية. ومع ذلك، يجب إعادة تأكيد الحالة من قبل مسؤولي الاستقصاء الوبائي من الحكومات الإقليمية ومراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها الإقليمية، وذلك لتحديد ما إذا كانت الحالة تفي بمعايير الاستقصاء بما في ذلك الصلات الوبائية والتشخيص الحصري.																		
<input type="radio"/> Transfer <input type="radio"/> NOT necessary (because the medical institution has isolation bed units) <input type="radio"/> NOT eligible(not a case)	Patient transfer تحويل المريض	5.3 Patient transfer 5.3 تحويل المريض																
<input type="radio"/> Public Health Center <input type="radio"/> Quarantine Station <input type="radio"/> 119 Ambulance <input type="radio"/> مركز الصحة العامة <input type="radio"/> محطة الحجر الصحي <input type="radio"/> 119 إسعاف <input type="radio"/> Other: _____	Means of transport وسيلة النقل																	

<input type="radio"/> أخرى	Location of isolation موقع العزل	5.4 Quarantine 5.4 الحجر الصحي
<input type="radio"/> Government-designated inpatient treatment beds <input type="radio"/> Negative pressure isolation beds in general hospitals <input type="radio"/> Other (specify:)		
<input type="radio"/> أسرة علاج المرضى الداخليين المعينة من قبل الحكومة <input type="radio"/> أسرة عزل الضغط السلبي بالمستشفيات العامة <input type="radio"/> أخرى (يرجى التحديد:)		
	Name of Medical Institution اسم المؤسسة الطبية	
____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: التاريخ: ____ / ____ / ____ (يوم / شهر / سنة)	Start date of Isolation تاريخ بدء العزل	

Choose any relevant items below

اختر البنود ذات الصلة أدناه

6. Laboratory test 6. الاختبار المعمل

<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> لا <input type="radio"/> نعم	6.1 Diagnostic tests 6.1 الاختبارات التشخيصية
Test result نتيجة الاختبار	Name of agency conducting laboratory test اسم الجهة التي تجري الاختبار المعمل	Date of specimen collected (YYYY/MM/DD) تاريخ جمع العينة (يوم / شهر / سنة)
<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> إيجابي <input type="radio"/> سلبي <input type="radio"/> معلق <input type="radio"/> قيد التقدم <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> أخرى ()	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> الوكالة الكورية للسيطرة على الأمراض والوقاية منها <input type="radio"/> معهد بحوث الصحة العامة والبيئة	<input type="radio"/> Skin lesion fluid <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> سائل الآفة الجلدية <input type="radio"/> لم يتم
<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> إيجابي <input type="radio"/> سلبي <input type="radio"/> معلق <input type="radio"/> قيد التقدم <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> أخرى ()	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> الوكالة الكورية للسيطرة على الأمراض والوقاية منها <input type="radio"/> معهد بحوث الصحة العامة والبيئة	<input type="radio"/> Skin lesion tissue <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> أنسجة جلدية متضررة <input type="radio"/> لم يتم
<input type="radio"/> Positive	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency	<input type="radio"/> Scab

Type of specimen
نوع العينة

<input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> إيجابي <input type="radio"/> سلبي <input type="radio"/> معلق <input type="radio"/> قيد التقدم <input type="radio"/> أخرى ()	<input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> الوكالة الكورية للسيطرة على الأمراض والوقاية منها <input type="radio"/> معهد بحوث الصحة العامة والبيئة	(YYYY/MM/DD) : ____ / ____ / ____ (يوم/ شهر/ سنة)	<input type="radio"/> جرب <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> لم يتم
<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> إيجابي <input type="radio"/> سلبي <input type="radio"/> معلق <input type="radio"/> قيد التقدم <input type="radio"/> أخرى ()	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> الوكالة الكورية للسيطرة على الأمراض والوقاية منها <input type="radio"/> معهد بحوث الصحة العامة والبيئة	____/____/____ (YYYY/MM/DD) : ____ / ____ / ____ (يوم/ شهر/ سنة)	<input type="radio"/> Oropharyngeal smear <input type="radio"/> مسحة بلعومية <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> لم يتم
<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> إيجابي <input type="radio"/> سلبي <input type="radio"/> معلق <input type="radio"/> قيد التقدم <input type="radio"/> أخرى ()	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> الوكالة الكورية للسيطرة على الأمراض والوقاية منها <input type="radio"/> معهد بحوث الصحة العامة والبيئة	____/____/____ (YYYY/MM/DD) : ____ / ____ / ____ (يوم/ شهر/ سنة)	<input type="radio"/> Blood <input type="radio"/> دم <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> لم يتم
<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> إيجابي <input type="radio"/> سلبي <input type="radio"/> معلق <input type="radio"/> قيد التقدم <input type="radio"/> أخرى ()	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> الوكالة الكورية للسيطرة على الأمراض والوقاية منها <input type="radio"/> معهد بحوث الصحة العامة والبيئة	____/____/____ (YYYY/MM/DD) : ____ / ____ / ____ (يوم/ شهر/ سنة)	<input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> أخرى () <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> لم يتم

☐ Choose or fill out any relevant items below

☐ اختر أو املأ العناصر ذات صلة أدناه

7. Contact Status

7. المتصلون بالحالة

<input type="radio"/> Yes (If yes, please follow through all questions below in Section 7. Contacts Status) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> نعم (إذا كانت الإجابة نعم، يرجى متابعة جميع الأسئلة أدناه في القسم 7. المتصلون بالحالة) <input type="radio"/> لا	7.1 Contacts (Have you had contact with anyone after the onset of symptoms?) 7.1 الأشخاص الذي كنت على اتصال بهم (هل اتصلت بأي شخص بعد ظهور الأعراض؟)
☐ Total person(s) How many contacts the case has had since the onset of symptoms? ☐ المجموع شخص (أشخاص) كم عدد المخالطين للحالة منذ ظهور الأعراض؟	
☐ Family members and live-in person(s) ☐ أفراد الأسرة والمرافقين في المنزل	

شخص (أشخاص)		
•Those from medical institution(s) (Institution(s) person(s) Name: شخص (أشخاص)) • أولئك من المؤسسة (المؤسسات) الطبية (اسم المؤسسة أو المؤسسات:)		
•People commuted/traveled via the same transport person(s) شخص (أشخاص) (Specify:) • أشخاص تنقلوا/ سافروا عبر نفس وسيلة النقل (يرجى التحديد:)		
•Other person(s) شخص (أشخاص) () أخرى ()		
* For contacts investigation and relevant details, use a separate 'Contact and Exposure Survey Form' * Please refer to the 'monkeypox response guideline' for registering contacts on the web system * للتحقيق في الاتصال والتفاصيل ذات الصلة، استخدم "نموذج استطلاع الاتصال والتعرض" المنفصل. * يرجى الرجوع إلى "إرشادات التعامل مع جذري القروء" لتسجيل الأشخاص المتصلين بالحالة على نظام الويب.		

Choose or fill out any relevant items below اختر أو املا العناصر ذات صلة أدناه	8. Final decision 8. القرار النهائي
Under treatment Discharged after recovery (/ / (YYYY/MM/DD) Died (/ / (YYYY/MM/DD) تحت العلاج خرج من المستشفى بعد الشفاء (يوم/شهر/سنة) توفي (يوم/شهر/سنة)	8.1 case management result 8.1 نتائج إدارة الحالة
Confirmed case Suspected case Not a patient (Diagnosis:) حالة إصابة مؤكدة حالة اشتباه ليس مريضاً (التشخيص:)	8.2 Final result
If case is confirmed as 'monkeypox patient', indicate clinical characteristics في حالة "الإصابة المؤكدة بجذري القروء"، يرجى تحديد الخصائص السريرية:	8.2 النتيجة النهائية

Choose or fill out any relevant items below اختر أو املا العناصر ذات صلة أدناه	9. Contact tracing 9. تتبع المتصلين بالحالة
Ongoing Finished جاري انتهى	9.1 Contact tracing results 9.1 نتائج تتبع الأشخاص المتصلين بالحالة
Patient: person (name: Number of Contacts: Total person/s) عدد المتصلين بالحالة: إجمالي شخص/أشخاص المريض الذي أصيبوا: الشخص (الاسم:)	

<input type="radio"/> Yes Number of contacts other than live-in family <input type="radio"/> No (incl. health care workers) نعم <input type="radio"/> لا عدد المتصلين بالحالة بخلاف الأسرة المرافقين بالمنزل (أشخاص) لا <input type="radio"/> لا (بما في ذلك العاملين في مجال الرعاية الصحية)	<input type="radio"/> Yes (person/s) Number of contacts in the family <input type="radio"/> No live-in family يوجد (شخص/ أشخاص) لا يوجد <input type="radio"/> لا يوجد عدد المتصلين بالحالة في الأسرة المرافقين بالمنزل
--	---

9.2 List of contacts
9.2 قائمة المتصلين بالحالة

Smallpox vaccination	Quarantine status	Risk exposure level	Symptoms	Name of work place	Occupation	Nationality	Mobile number	Address (city, county, gu)	Date of the latest contact	Relationship	Gender	Day of Birth	Name (+)
لقاح الجدري	حالة الحجر الصحي	مستوى خطر التعرض للعدوى	الأعراض	محل العمل	الوظيفة	الجنسية	رقم الهاتف	العنوان (غو، غون، مي)	تاريخ آخر اتصال	العلاقة	الجنس	تاريخ الميلاد	الاسم (+)
<input type="radio"/> Non-vaccinated <input type="radio"/> Vaccinated (year)	<input type="radio"/> Not quarantined <input type="radio"/> Release of quarantine <input type="radio"/> Self-quarantine <input type="radio"/> Hospital quarantine <input type="radio"/> Cohort quarantine	<input type="radio"/> High risk <input type="radio"/> Medium risk <input type="radio"/> Low risk	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> () <input type="radio"/> unemployed		<input type="radio"/> Korean <input type="radio"/> Foreigner <input type="radio"/> Nationals:()			yr. mo. day	<input type="radio"/> Medical staff <input type="radio"/> Medical institution workers <input type="radio"/> Family <input type="radio"/> Colleague <input type="radio"/> Friend <input type="radio"/> Others	<input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female <input type="radio"/> ذكر <input type="radio"/> أنثى		
<input type="radio"/> غير مُلقح <input type="radio"/> مُلقح (السنة)	<input type="radio"/> غير معزول <input type="radio"/> الإفراج من الحجر الصحي <input type="radio"/> الحجر الصحي <input type="radio"/> الحجر الصحي بالمستشفى <input type="radio"/> الحجر الصحي الجماعي	<input type="radio"/> عالية <input type="radio"/> متوسطة <input type="radio"/> منخفضة		<input type="radio"/> () <input type="radio"/> عاطل		<input type="radio"/> كوري <input type="radio"/> أجنبي <input type="radio"/> المواطنون: ()			يوم/ شهر/ سنة	<input type="radio"/> الطاقم الطبي <input type="radio"/> العاملون في المؤسسات الطبية <input type="radio"/> العائلة <input type="radio"/> زميل <input type="radio"/> صديق <input type="radio"/> آخرون			