



فهرست مندرجات

1	فهرست مندرجات
3	پیشگفتار
4	سپاسگزاری
5	مخففات
6	رهنمود سریع
1	مقدمه
7	1.1. تعداد واقعات و مشکلات ناشی از CCHF در سراسر جهان
	1.2. شرایط فعلی و مشکلات ناشی از شیوع ناگهانی CCHF/فعالیت های کنترل شیوع ناگهانی آن
8	در افغانستان
10	1.3. اهمیت آمادگی و تدوین یک رهنمود عملیاتی برای پاسخگویی به شیوع ناگهانی CCHF
11	1.4. اهداف رهنمود عملیاتی برای پاسخگویی به شیوع ناگهانی CCHF
12	1.5. ارگانیزم سببی و سرایت CCHF
13	1.6. عوامل خطر که زمینه شیوع ناگهانی CCHF را مساعد میسازند
14	2. استراتیژی ها برای کنترل CCHF
15	3. رهنمود ها برای سرویلانس روتین و عاجل CCHF
15	3.1. تعریف واقعات
16	3.2. جریان ارقام سرویلانس و پاسخگویی در سطوح ولایتی و ساحوی
	3.3. رهنمود مسئولین سرویلانس مراکز عملیاتی و کارمندان کلینیکی/عرضه کنندگان مراقبت های صحی ابتدائی
16	
19	3.4. رهنمود مسئول سرویلانس ولایتی
20	3.5. رهنمود کمیته ولایتی آمادگی و پاسخگویی به حالات اضطراری
20	3.6. رهنمود تیم بررسی شیوع ناگهانی و پاسخگویی مقدم
23	4. تداوی واقعات CCHF
23	4.1. تشخیص کلینیکی
23	4.2. تشخیص لابراتواری
24	4.3. اداره عمومی واقعات CCHF
24	4.4. تداوی CCHF
26	5. جلوگیری از گسترش شیوع ناگهانی CCHF
26	5.1. اقدامات وقایوی بر مبنای شکل سرایت مرض
28	5.2. تعلیمات صحی و تغییر سلوک
29	6. هماهنگی و اداره شیوع ناگهانی CCHF
29	6.1. ساختار های اداره و هماهنگی و حکومتداری
30	6.2. مراحل پاسخگویی به شیوع ناگهانی CCHF
32	7. فعالیت های پس از شیوع ناگهانی
32	7.1. ادامه سرویلانس بهتر و فعالیت های آگاهی دهی صحی
32	7.2. اقداماتی که باید با الهام از درس های آموخته شده اتخاذ گردند

ضمایم:

- 33A. واژه نامه
- 35B. هوشدار دهی، فارمت های گزارش دهی هفته وار و چارت واقعات CCHF
- 38C. ابزار ارزیابی خطر تب خونی ویروسی برای کارمندان کلینیکی
- 39D. جزئیات جدید در مورد مسئول سرویلانس ولایتی
- 40E. نمونه فارم بررسی واقعات
- 45F. روش های مصئون تدفین
- 47G. لایحه وظایف گسترده مراجع نیدخل مختلف برای کنترول شیوع ناگهانی CCHF

پیشگفتار

این سند توسط وزارت صحت عامه جمهوری اسلامی افغانستان، سازمان صحتی جهان و سایر شرکای همکار تدوین گردیده است.

در تدوین این سند از اسناد و معیار های موجوده رهنمودی وزارت صحت عامه جمهوری اسلامی افغانستان و سازمان صحتی جهان برای کنترول شیوع ناگهانی CCHF استفاده بعمل آمده است.

این نشریه رهنمود های موجوده را با هم یکجا نموده، خلاء های موجود در دانش و پروسه عملیاتی را که قبلاً مورد رسیدگی قرار نگرفته اند پر نموده و نیازمندی های معلوماتی و عملیاتی را با خصوصیات مشخص شرایط افغانستان تطابق میدهد. نتیجه نهائی آن تدوین یک رهنمود عملیاتی مورد نیاز، آماده برای استفاده و سهل الاستفاده میباشد.

امیدواریم که این سند با ارایه مأخذ سریع و رهنمائی برای تیم های کنترول شیوع ناگهانی، مانند کارمندان کلینیکی، نرسان، و مسئولین سرویلانس مراکز صحتی و اعضای تیم های ولایتی پاسخگوئی به حالات اضطراری، یک سند با ارزش باشد.

سرانجام، این سند در ارتقای ظرفیت تیم های آمادگی و پاسخگوئی به حالات اضطراری تمام شرکای سکتور صحتی بخاطر منافع مردان، زنان و اطفال افغانستان کمک خواهد کرد.

با احترامات فایقه،

وزیر صحت عامه جمهوری اسلامی افغانستان

سپاسگزاری

از تمام اعضای تیم ها که برای تدوین این رهنمود گرد هم آمده و دانش تخصصی خود را شریک نمودند اظهار سپاس و امتنان مینمایم. بطور اخص، میخوامم از تیم وزارت صحت عامه، سازمان صحتی جهان و سایر شرکای کلستر صحتی که نظریات ارزشمند شانرا در رابطه به پیشنویس این سند ارایه نموده و در تدوین سند نهائی سهم خود را ایفاء نموده اند، اظهار قدردانی نمایم.

برعلاوه، از ریاست آمادگی و پاسخگوئی به حالات اضطراری وزارت صحت عامه و کلستر صحتی سازمان صحتی جهان که پروسه تدوین این سند را آغاز و رهبری نمود، ریاست های عمومی طب وقایوی/کنترول امراض ساری، DEWS، صحت محیطی و تعلیمات صحتی که در جریان این پروسه مساعدت های تخنیکی قابل ملاحظه را فراهم نمودند، سپاسگزاری مینمایم.

همچنان میخوامم مراتب سپاس و امتنان خود را خدمت ادارات تمویل کننده که در مداخلات متعدد در بخش آمادگی و پاسخگوئی به حالات اضطراری صحتی مساعدت نموده اند، ابراز نمایم. از اداره مساعدت های بشری کمیسیون اروپا نیز بخاطر سهمگیری شان در تدوین این رهنمود ها اظهار سپاس و قدردانی مینمایم.

با احترامات فایقه،

رئیس انستتوت ملی صحت عامه افغانستان

مخففات

ARCS	جمعیت هلال احمر افغانی
BPHS	مجموعه خدمات صحی اساسی
CCHF	تب هیموریجیک کرایمین کانگو
CDC	کنترول امراض ساری
DEWS	سیستم هوشدار دهی مقدم امراض
ERP	آمادگی و پاسخگوئی به حالات اضطراری
HF	مراکز صحی
HMIS	سیستم اداره معلومات صحی
HR	منابع بشری
IV	داخل وریدی
MOPH	وزارت صحت عامه
NGOs	سازمان های غیر دولتی
PHD	ریاست صحت عامه ولایتی
RRD	ریاست احیاء و انکشاف دهات
SOP	معیار های طرز العمل ها
TOR	لایحه وظایف
UN	ملل متحد
UNICEF	صندوق وجهی اطفال ملل متحد
WHO	سازمان صحی جهان

رهنمود سریع

در حالیکه این رهنمود را مطالعه مینمایید، اشکال ذیل شما را در اشاره سریع به موضوع مربوط مورد علاقه کمک خواهد کرد.

 = معلومات پس زمینه ای

 = اهداف

 = تعریف

 = هوشدار

 = اخطاریه

 = رهنمود ها و طرز العمل های مداخله در سطح مرکز صحتی

 = رهنمود مسئول ولایتی سرویلانس

 = رهنمود ها و طرز العمل های مداخله برای تیم های مداخله ساحوی

 = ابزار مورد نیاز برای طرز العمل های مداخله

 = رهنمود تیم مدیریت

 = بروید

مقدمه

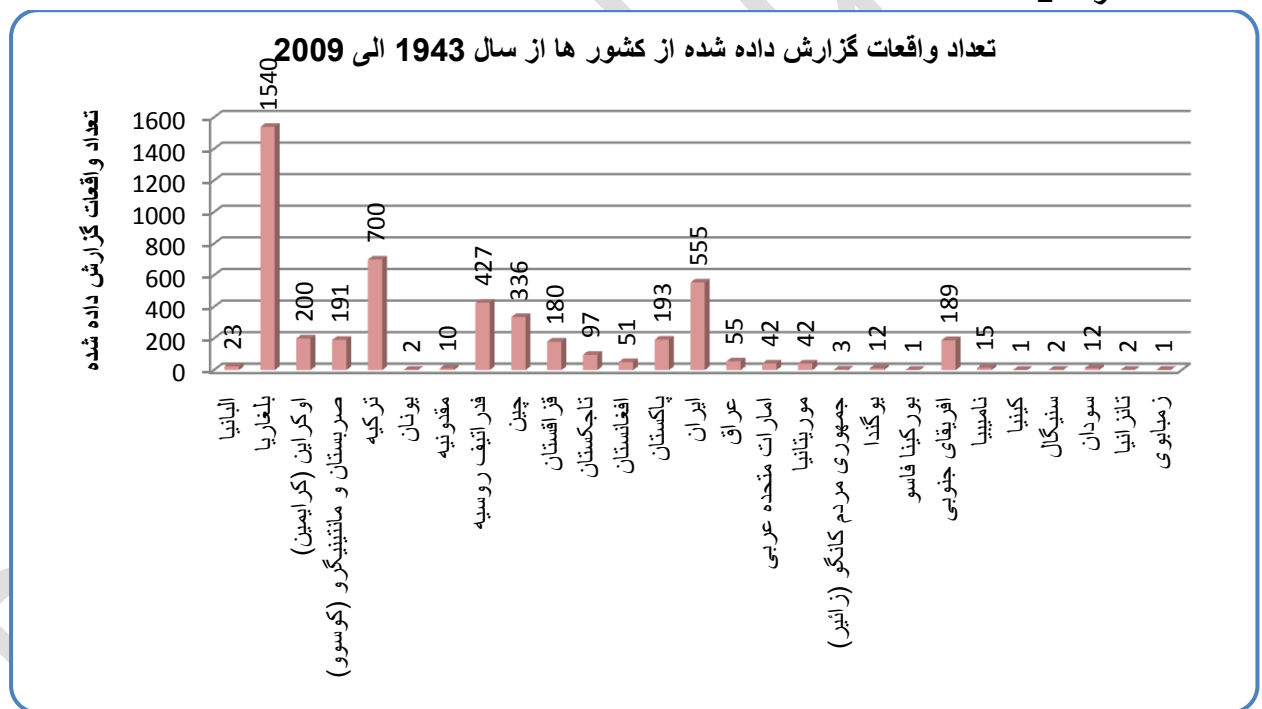


1.1. تعداد واقعات و مشکلات ناشی از در سراسر جهان

تب هیموریجیک کریمین کانگو (CCHF) یک مرض قابل سرایت از حیوان به انسان بوده و هنوز هم در بسیاری کشور ها به مثابه یک مشکل جدی صحت عامه پنداشته میشود. واقعات CCHF در سراسر جهان، در بخش های وسیع قاره آسیا، از منطقه زینگ جاپنگ چین تا شرق میانه و جنوب روسیه و مناطق مرکزی قاره افریقا و بخش هایی از جنوب شرق قاره اروپا گسترش یافته است. بنابراین، ویروس CCHF تا اکنون یکی از عوامل عمده گسترش وسیع تب هیموریجیک شدید شناخته میشود¹. واقعات این مرض از کشور های اوکراین، بلغاریا، البانیا، صربستان و مانتینیگرو (کوسوو)، ترکیه، مقدونیه، فدراسیون روسیه، چین، قزاقستان، تاجکستان، پاکستان، افغانستان، عراق، ایران، امارات متحده عربی، عربستان سعودی و عمان و غیره گزارش گردیده است².

اگرچه در رابطه به شیوع ناگهانی CCHF ارقام مشخص و تعداد مشخص واقعات موجود نیست، گراف شماره 1 از ارقام ارائه شده زیر نام "واقعات تاریخی و شیوع ناگهانی CCHF" در وب سایت HPA (UK)، تهیه گردیده است.

گراف 1



همانند سایر عاملین امراض زونوتیک که از سبب شبش ها به میان میایند، ویروس CCHF نیز در یک دوره انزوتیک شبش ها انتشار می یابد³. این ویروس بیشتر گاو ها، گوسفندان و بز ها (منبع) و انسانها (میزبان) را منتن ساخته و اینکار عمدتاً از طریق تماس مستقیم با خون یا انساج منتن شده مواسی یا از طریق شبشگری صورت میگیرد. بنابراین اجتماعات روستائی بیشتر معروض به خطر این مرض میباشند.

اگرچه واقعات گزارش شده بشکل پراکنده میباشند، میزان مرگ و میر در مریضان داخل بستر از 9 فیصد تا 50 میباشد⁴. شیوع ناگهانی CCHF، بنابر احتمال ایپیدیمی، مشتمل بر تهدید به خدمات صحی، میزان بلند مرگ و میر و احتمال شیوع ناگهانی امراض شفاخانه ای و مشکلات در تدای و وقایه میباشد. اینکار ممکن فشار بیشتر را روی سکتور صحت کشور وارد نموده و نیز سبب بروز موانع قابل ملاحظه اقتصادی شود.

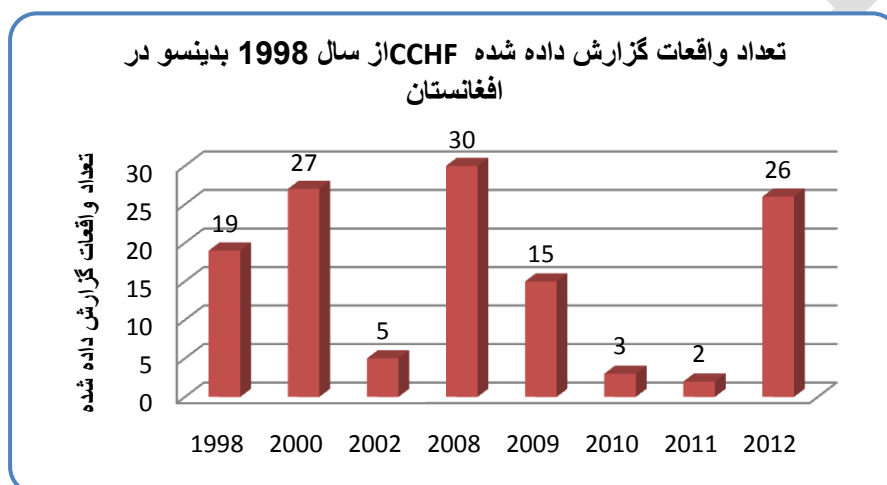


1.2. شرایط فعلی و مشکلات ناشی از شیوع ناگهانی/فعالیت های کنترل شیوع ناگهانی آن در افغانستان

معلومات موجود در مورد شیوع ناگهانی CCHF در افغانستان در رابطه به پیشرفت شیوع ناگهانی این مرض در افغانستان یک مفکوره را ارائه مینماید.

واقعات گزارش داده شده CCHF توسط سیستم هوشدار دهنده مقدم امراض (DEWS) افغانستان و معلومات در مورد امراض ساری در افغانستان⁵ از سال 1998 الی 2012 در گراف ذیل نشان داده شده اند.

گراف 2



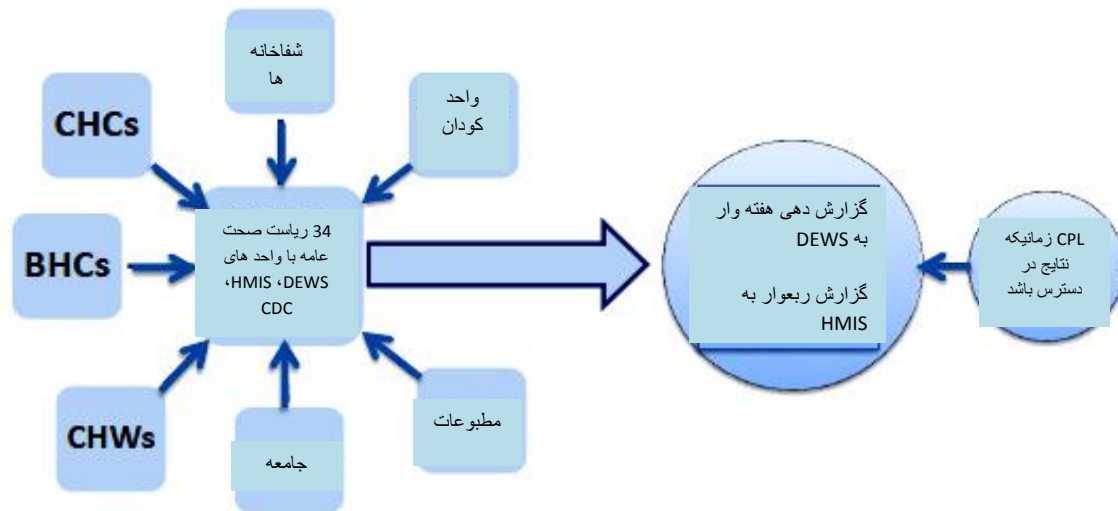
در گذشته یکتعداد محدود واقعات گزارش داده شده موجود بود و گراف بالا یک روند نوسانی CCHF را نشان میدهد، که ممکن بخاطر عدم تشخیص و گزارش دهی ناکافی از مناطق غیر قابل دسترس یا خارج از مراکز عملیاتی باشد. در عین زمان میزان وسطی وفيات این مرض در افغانستان هنوز هم در حدود 30 فیصد میباشد.

اگرچه در مورد CCHF در افغانستان معلومات محدود در دست است، مطالعه که در سال 2009 توسط یک گروه کارمندان مسلکی از افغانستان، مصر، ایالات متحده امریکا و انگلستان در ولایت هرات راه اندازی گردیده بود، نشان میدهد که شیوع CCHF IgG در میان مردم 11.2 فیصد و در میان مواشی شان 75 فیصد میباشد⁶. همزمان با آن آنها دریافتند که شبش هایچدا شده از حیوانات برای ویروس CCHF منفی بودند.

این یافته ها همراه با مشاهدات در ایران نشان میدهد که سرایت ناشی از آلودگی مستقیم خون و مواد فاضله در افغانستان معمول میباشد. بنابراین، خطر این مرض در میان افرادی که با حیوانات سروکار دارند، قصابان، و ترنر ها و کارمندان بخش مراقبت های صحتی، بیشتر میباشد.

در آینده بخاطر بررسی واقعات، خاصاً جهت شناسایی گروه های معروض به خطر، شکل عمده سرایت و منبع انتان، باید تلاش های بیشتر بخرچ داده شوند. بر علاوه، جهت یافتن یک میکانیزم مشخص برای کنترل شیوع ناگهانی این مرض، باید به همکاری دیپارتمنت های مختلف مطالعات مبتنی بر شواهد و تحقیقات راه اندازی شوند.

شکل 1: سیستم فعلی سرویلانس در افغانستان



در مطابقت با سیستم فعلی مراقبت های صحتی در افغانستان، مراکز ابتدائی مراقبت های صحتی (کلینیک های سیار، پوسته های صحتی، مراکز صحتی فرعی، و مراکز صحتی جامع)، شفاخانه های ولسوالی، ولایتی و منطقوی و شفاخانه های خصوصی برای رفع نیازمندی های صحتی اجتماعات وقف گردیده اند.

مراکز صحتی در ولایات تحت اثر ریاست صحت عامه ولایتی و در سطح مرکز تحت اثر وزارت صحت عامه بوده و با مساعدت موسسات ملی و بین المللی که با آنها قرارداد عقد میگردد، کار میکنند. خدمات صحتی معالجوی فعلی با معیار های خدمات صحتی منطقوی مطابقت نداشته و از عدم موجودیت منابع کافی و عدم اطمینان از کیفیت متأثر میشوند.

ریاست های صحت عامه ولایتی دارای یک سیستم مناسب جهت شریک نمودن اطلاعات میباشند که ذیلاً توضیح میشوند:

سیستم هوشدار دهنده مقدم امراض (DEWS)

این سیستم یکی از سیستم های موجوده سرویلانس میباشد که معلومات در مورد بروز هفته وار امراض بسیار منتن را از 330 مرکز عملیاتی (در سال 2012) از سراسر کشور که بیش از 70 فیصد مراکز صحتی ولسوالی را تحت پوشش قرار میدهد، جمع آوری میکند. همچنان هدف این سیستم افزایش حضور سکتور خصوصی و معرفی سرویلانس مبتنی بر جامعه در افغانستان میباشد. درین سیستم ارقام بشکل هفته وار در سطوح منطقوی و مرکزی تجزیه و تحلیل میشود. ارقام هفته وار مصابیت و مرگ و میر و جزئیات تحقیقات در مورد شیوع ناگهانی مرض و گزارش های پاسخگوئی در سطوح ولایتی، منطقوی و مرکزی با ریاست های کنترل امراض ساری، پاسخگوئی به حالت اضطراری و طب وقایوی وزارت صحت عامه و سایر مراجع ذیدخل، منجمله سازمان های غیر دولتی، مراجع تمویل کننده، موسسات ملل متحد، نیرو های ائتلاف و دفاتر منطقوی سازمان صحتی جهان در مدیترانه شرقی شریک ساخته میشود.

سیستم اداره معلومات صحتی (HMIS)

این سیستم گزارش ها در مورد تمام رویداد های مربوط به صحت را از تمام مراکز صحتی جمع آوری و تهیه نموده و به بشکل ماهوار با ریاست صحت عامه ولایتی شریک میسازد. همچنان یک گزارش ربعوار از تمام ولایات به

وزارت صحت عامه فرستاده میشود. اگرچه در رابطه به آگاهی دهی فوری در مورد تب هیموریجیک احکامی وجود دارد، اما در مورد CCHF بشکل جداگانه آگاهی دهی نگردیده است. بنابراین، سیستم گزارش دهی HMIS ممکن در کشف فوری شیوع ناگهانی مرض کمک نخواهد کرد.

کشف شیوع ناگهانی فعلی بر مبنای DEWS رسمی و معلومات غیر رسمی (از جوامع، مطبوعات و سیاستمداران) استوار میباشد. هوشدار دهی ها از منابع توسط کمیته ولایتی آمادگی و پاسخگوئی به حالات اضطراری پس از تحقیقات ابتدائی و یافته های لابراتواری، تأیید میگردد. اقدامات فوری کنترولی توسط تیم های ولایتی بررسی مقدم شیوع ناگهانی و پاسخگوئی انجام داده میشود. اما هنوز هم بعضی موانع، همراه با مشکلات در هماهنگی و افهام و تفهیم، وجود دارند. با وجود اینهمه، تهدید های امنیتی و موانع طبیعی مانع انجام این فعالیت ها میشود. این امر ممکن به منجر بروز وضعیت خطرناک در جریان شیوع ناگهانی مرض و سایر حوادث طبیعی مانند زمستان شدید و سیلاب ها شود.

1.3 اهمیت آمادگی و تدوین یک رهنمود عملیاتی برای پاسخگوئی به شیوع ناگهانی CCHF

در حال حاضر، در افغانستان یک سیستم فعال برای کشف و کنترل شیوع ناگهانی CCHF همراه با یکتعداد اسناد رهنمودی وجود دارد. در عین زمان در رابطه به کنترل شیوع ناگهانی بصورت عموم و شیوع CCHF بطور اخص، یکتعداد موانع شناسائی گردیده اند که میتواند با موارد ذیل مربوط شوند:

- بخاطر کشف میزان حقیقی مرض، ارقام پذیرفته شده نفوس ساحه تحت پوشش مراکز صحتی وجود ندارد.
- عدم موجودیت یک سیستم مناسب رجعت دهی و موجودیت احتمال تکرار واقعات
- پلانگذاری نامناسب بخاطر عدم موجودیت تحلیل ها و ادغام منابع مختلف ارقام اپیدمیالوژیکی
- CCHF بطور گسترده در میان تب های هیموریجیک دسته بندی گردیده و بعضاً واقعات آن ممکن بشکل این تب ها تشخیص درست نشده و یا بالعکس آن واقع شود
- دسترسی محدود کارمندان وزارت صحت عامه به مناطق ناامن
- ظرفیت ناکافی تحقیق در مورد شیوع ناگهانی مرض در میان کارمندان ساحوی
- عدم موجودیت مهارت ها و تسهیلات برای تنظیم واقعات در سطح ساحوی
- آگاهی ناکافی در میان اجتماعات معروض به خطر
- محدودیت و ناهماهنگی در گنجانیدن پلان های پاسخگوئی به شیوع ناگهانی در پلانگذاری BPHS همراه با عدم موجودیت یک استراتژی واضح جهت بسیج نمودن منابع
- هماهنگی فراسکتوری و میان سکتوری ناکافی، خاصاً جهت ایجاد یک سیستم موثر سرویلانس و پاسخگوئی

در حالیکه از کار عالی عرضه کنندگان خدمات صحتی که موارد شیوع محرقه را در گذشته کنترل نموده اند، اظهار قدردانی مینماییم، باید سیستم را مورد ارزیابی قرار داده و آنرا تقویت نماییم.

در سال 2010، ابتکارات برای تقویت سیستم سرویلانس با ارایه "مسیر آینده برای ارتقای ظرفیت این سیستم جهت پاسخگوئی به شیوع ناگهانی امراض" آغاز گردید و تدوین رهنمود های عملیاتی به مثابه یک بخش اساسی این ابتکار به هدف فراهم آوری یک سند رهنمودی عملی برای آمرین و کارکنان صحتی ساحوی در افغانستان، تعریف گردیده بود.

درین رهنمود عملیاتی تلاش بخرچ داده میشود تا سیستم صحتی افغانستان بخاطر تنظیم موثر شیوع ناگهانی CCHF از طریق ارایه رهنمود برنامه ای به آمرین و کارکنان صحتی ساحوی، تقویت گردد.

این امر ممکن ما را در جلوگیری و کنترل شیوع ناگهانی CCHF در آینده کمک کند.

1.4 اهداف رهنمود عملیاتی برای پاسخگویی به شیوع ناگهانی CCHF



- توضیح مختصر حقایق، خطرات، مشکلات و خصوصیت قابلیت وقایه شدن و روند مصابیت و مرگ و میر ناشی از CCHF
- ارایه رهنمائی عملیاتی به تیم های کنترل شیوع ناگهانی مرض جهت آمادگی برای کشف، گزارشدهی، تأیید، شناسائی و کنترل بموقع شیوع ناگهانی CCHF
- ارتقای ظرفیت عرضه کنندگان خدمات صحت جهت تنظیم بهتر شیوع ناگهانی CCHF
- رهنمائی عرضه کنندگان خدمات صحت در رابطه به جلوگیری و کنترل شیوع CCHF و آگاهی دهی در سطح جامعه
- ارتقای ظرفیت تخنیکی کارمندان سطح مدیریت وزارت صحت عامه افغانستان از طریق رهنمائی تخنیکی مورد نیاز بخاطر تنظیم و هماهنگی موثر در رابطه به شیوع ناگهانی CCHF با منابع موجود
- رهنمائی تیم های کنترل شیوع ناگهانی مرض جهت استفاده از درس های آموخته شده از شیوع ناگهانی و بهبود پلان ها و فعالیت های آینده
- رهنمائی تمام مراجع ذیخصل جهت درک واضح مسئولیت های شان در جریان شیوع ناگهانی CCHF و همکاری با مکانیزم ملی هماهنگی کنترل این مرض

حقایق در مورد CCHF

حامل عمومی ویروس CCHF، شبشهاینوع هیالومامیباشد.

ویروس این مرض یا بطور مستقیم از طریق شبشهاینوع هیالومابه انسانها انتقال می یابد و یا با تماس با خون یا مواد فاضله حیوانات منتن خانگی یا گوشت آنها. (در افغانستان شکل دوم سرایت مرض معمول است.)

ویروس CCHF عمدتاً ویروسی است که از حیوان به انسان انتقال می یابد که سرایت عمدتاً از طریق شبش، و حیوانات وحشی یا خانگی صورت میگیرد.

گاو ها، گوسفندان و بز ها پس از منتن شدن مریض نمیشوند اما برای حدود یک هفته در خون شان ویروس موجود میباشد (viraemic) میباشد.

در جریان این مدت ممکن ویروس به انسانهاییکه با این حیوانات تماس نزدیک دارند، مانند زارعین، افرادی که در مسلخ ها کار میکنند، آشپز ها و وترنر ها انتقال نماید.

همچنان این ویروس از طریق مواشی منتن به مناطق جغرافیائی نیز گسترش می یابد. بر علاوه، این ویروس ممکن از طریق خون و مواد غایطه از انسان به انسان نیز انتقال نماید. اینکار شاید عمدتاً در شرایط شفاخانه ها بروز نموده و کارکنان صحتی اکثراً در معرض خطر میباشند.

میزان مرگ و میر در مریضان داخل بستر از 9 فیصد تا 50 فیصد میباشد.



ویروسی که سبب این مرض میشود ویروسی است که از اثر شبش ها به میان آمده و به خانواده ویروس Bunyaviridae, genus Nairovirus متعلق میباشد.

دوره تفریح

دوره تفریح ویروس از 2 الی 9 روز بوده و وابسته به میزبان ویروس، مسیر مواجه شدن با آن و inoculum ویروسی میباشد. مطالعه که در افریقای جنوبی راه اندازی گردیده بود، مدت زمان آغاز مرض را 3.2 بعد از شبشگزیدگی، 5 روز بعد از تماس با خون یا انساج مواشی منتن و 5.6 روز بعد از تماس با خون انسان منتن تخمین نموده است.³

شکل انتقال و سرایت

ویروس مرض یا مستقیماً از طریق شبش های نوع هیالوماو یا از طریق تماس با حیوانات خانگی منتن انتقال مینماید. ویروس CCHF عمدتاً از طریق مریضی که از حیوانات به انسانها سرایت مینماید، خود را در محیط زنده نگهدارند، یعنی سایکل انتقال عمدتاً شامل شبشو حیوانات وحشی و خانگی میباشد. گاو ها، گوسفندان و بز ها بعد از منتن شدن مریض نمیشوند، اما برای حدود یک هفته در خون شان ویروس موجود میباشد (vireamic میباشد). در جریان این مدت ممکن ویروس به انسانهاییکه با این حیوانات در تماس اند، مانند زارعین، کارمندان مسلخ ها و وترنر ها، انتقال کند. یک خصوصیت عمومی مهم بیولوژیکی شبشبه مثابه حامل/منبع arboviruses، قابلیت انتقال arboviruses از طریق تخمدان میباشد.

بر علاوه، ویروس ممکن از طریق مواشی منتن به مناطق جغرافیائی انتشار نماید. انتقال ویروس به انسانها میتواند از طریق شبشگزیدگی یا احتمالاً از طریق پارچه های شبشهای منتن صورت بگیرد. تماس مستقیم با خون یا انساج ملوث با ویروس از حیوانات منتن یا انسانها، منبع دیگر انتقال ویروس بوده و عموماً دارای اعراض کلینیکی شدید و میزان بلند وفيات میباشد. همچنان این ویروس شاید از طریق خون و مواد فاضله از یک انسان به انسان دیگر سرایت نماید که اینگونه سرایت عمدتاً در شفاخانه ها صورت گرفته و کارکنان صحنی بیشتر در معرض خطر آن میباشد.

علائم کلینیکی

انتانات ناشی از ویروس CCHF و با طیف وسیع علائم کلینیکی مانند تب، سردردی، درد عضلات، درد مفاصل، درد بطن، و استقرآغ میباشد. همچنان ممکن گلو دردی، التهاب منضمه، زردی، سینه بغل، امراض مغزی، ترس از نور و تغییرات در حواس و حالت روانی نیز بروز نماید. اندفاعات ناشی از خونریزی زیر پوست که ممکن قبل از خونریزی شدید، که با جراحات بزرگ، خونریزی از محل سوزن زدن و خونریزی از ساحات مختلف بروز مینماید، نیز معمول میباشد. خونریزی یکی از خصوصیات این مرض میباشد، هرچند، انتانات غیر خون دهنده نیز معمول میباشد.

دوره معمول انتانات CCHF در انسانها دارای چهار مرحله مشخص ذیل میباشد: دوره تفریح، دوره قبل از خونریزی، دوره خونریزی و دوره صحت یابی.

دوره قبل از خونریزی

خصوصیات این دوره آغاز ناگهانی تب (39 – 40 درجه حرارت)، سردردی شدید، ترس از نور، فشار پایین خون، ضربان بطی قلب، تنفس سریع، دل بدی و درد بطن میباشد. اکثریت این واقعات با اندفاعات جلدی همراه میباشد.

دوره خونریزی

دوره خونریزی کوتاه بوده معمولاً 2 - 3 روز ادامه یافته و از نقاط مختلف مانند امعاء، طرق تناسلی - بولی، طرق تنفسی و مغز خونریزی صورت میگیرد. همچنان ممکن خونریزی جلدی، غشای مخاطی و منظمه چشم نیز بروز نماید.

دوره صحت یابی

دوره صحت یابی در افراد نجات یافته از این مرض 10 - 20 روز پس از آغاز مریضی بوده و در جریان این مدت ضریان سریع قلب، التهاب عصب، رفتن موقتی تمام موی بدن، خشکی دهن، دید ضعیف، از دست دادن اشتها، کم شنوایی، و از دست دادن حافظه به مشاهده میرسد. در یک سوم مریضان بزرگ شدن جگر و بزرگ شدن طحال نیز گزارش داده شده است. عود انتان صورت نمیگیرد.

ناهنجاری های لابراتواری شاید شامل کاهش حشرات سفید خون، لخته شدن خون و افزایش اسپیدی ترانسفینی و الانین ترانسفیریز، و انزایم های لکتیت دیهایدروجینیاز و کریاتینین فاسفوکینیز باشند. زمان لخته شدن خون توسط پروترومبین و زمان نیمه فعال شدن ترومبوپلاستین طولانی تر شده و فایروجن کاهش می یابد، در حالیکه محصولات کاهش فایبرین افزایش می یابد.



عوامل خطر که زمینه شیوع ناگهانی CCHF را مساعد میسازند

1.6

میزبانان شناخته شده ویروس CCHF که مرض در آنها بروز مینماید، انسانها اند. واقعات CCHF عمدتاً در میان گروپ های سنی که بشکل فعال کار میکنند و با افراد منتن یا شیش هامواجه اند، تقسیم میشوند.

عوامل ذیل ممکن زمینه شیوع ناگهانی CCHF را مساعد بسازند:

- شیوع زیاد در میان حیوانات و موجودیت شبشها (حاملین/منابع) از خانواده Ixodidae و خانواده Argasidae
- مناطقی که گروپ های زارعین در شرایط نامناسب زندگی میکنند
- افرادی که با حیوانات سروکار داشته و روش های محافظتی کافی در اختیار ندارد
- کارمندان مراکز صحتی و لابراتوار ها که از اقدامات احتیاطی جهانی پیروی نمیکند.

بنابراین گروپ های عمده معروض به خطر این مرض عبارت اند از دهقانانیکه در ساحات معروض به شیوع ناگهانی مرض بسر میبرند (تقریباً 90 فیصد واقعات در شیوع ناگهانی این مرض در ترکیه دهقانان بودند)، وترنر ها، کارمندان مسلخ ها، و نیز کارمندان بخش تشخیصیه لابراتوار ها و کارکنان صحتی نیز در جمله گروپ های معروض به خطر قرار دارند⁷.

2. استراتژی ها برای کنترل CCHF

گزارش تخنیکي ورکشاپ مشترک داخلی در رابطه به وقایه و کنترل CCHF (سال 2006) استراتژی های ذیل را ارائه نمود⁷:

- **تقویت فعالیت های ملی و منطقوی سرویلانس** جهت فراهم آوری یک تصویر واضح تر از وضعیت CCHF در تقسیمات جغرافیائی آن
- **ارتقای ظرفیت لابراتواری و مسلکی** مناطق معروض به خطر جهت حصول اطمینان از تشخیص بموقع CCHF، که برای جلوگیری گسترش آن و مدیریت امور کلینیکی مرض ضروری میباشد.
- **حصول اطمینان از موجودیت ریبایرین** در ولایات معروض به خطر CCHF
- **ارایه برنامه آموزش تخصصی به کارکنان صحت** جهت شناسائی اعراض ابتدائی CCHF و شامل نمودن این مرض در تشخیص ابتدائی، که بدین وسیله از کشف بموقع مرض اطمینان حاصل شود.
- **ارایه برنامه آموزشی تخصصی برای کتگوری های شغلی** که بیشتر در معرض این مرض قرار دارند، مانند زارعین، کارمندان مسلخ ها، وترنر ها و کارکنان صحت (در صورت عفونت های شفاخانه ای)، تا آنها بتوانند جهت کاهش خطر مرض اقدامات مناسب را اتخاذ نمایند. همچنان تسهیلات تجرید مریضان باید در شفاخانه ها موجود بوده و کارکنان صحت باید اقدامات مصئونیتی را جداً مراعت نمایند.
- **ارتقای سطح آگاهی جوامع در مورد CCHF** از طریق کمپاین های آموزشی عامه، خاصتاً برای اجتماعات روستائی، تا مردم در مورد خطرات مرض و اقداماتی که میتوانند برای کاهش این خطرات اتخاذ نمایند، آگاهی بیشتر حاصل نمایند.
- **تقویت هماهنگی و همکاری میان سکتور صحت عامه و سایر سکتور های مربوط، منجمله زراعت، مالداري، محیط زیست، معارف و مطبوعات** - در سطوح محلی، ملی و بین المللی - در رابطه به تبادلہ معلومات، تخصص تخنیکو استراتژی های سرویلانس و کنترل، تا یک استراتژی منسجم برای مبارزه با این مرض تطبیق گردد.
- **مدنظر گرفتن پیشرفت های دانش عملی در تدوین استراتژی های جدید سرویلانس و کنترل** - بگونه مثال، تأثیرات تغییر اقلیم در جمعیت شیش هادر رابطه به نمونه گیری پیش بینانه شیوع ناگهانی؛ خصوصیت جینیتیک ویروس CCHF در رابطه به دیزاین واکسین، تشخیص یا مطالعات اپیدیمیالوژی مالیکولی.

3. رهنمود ها برای سرویلانس روتین و عاجل CCHF

کشف بموقع شیوع ناگهانی مرض با یک سیستم موثر سرویلانس بنیاد کنترل شیوع ناگهانی را تشکیل میدهد. سیستم هوشدار دهنده مقدم امراض افغانستان با گزارش دهی منظم از مراکز عملیاتی دارای ظرفیت مناسب جهت کشف شیوع ناگهانی امراض در مراحل ابتدائی آن میباشد. جهت تجزیه و تحلیل ارقام سرویلانس و آغاز ابتکارات پاسخگوئی سریع در سطوح ملی و ولایتی یک ساختار و کارمندان آموزش یافته وجود دارد.

رهنمود ها برای سرویلانس روتین و هوشدار بموقع در رابطه به شیوع ناگهانی CCHF میتواند از طریق مجموعه تعاریفات، معیار ها و طرز العمل ها توضیح گردد. در عناوین فرعی ذیل تلاش بخرچ داده شده تا ما را در درک مراحل فعالیت های سرویلانس، کشف شیوع ناگهانی و اقدامات کنترولی از مرکز صحتی به ریاست صحت عامه ولایتی رهنمائی نماید.

3.1. تعریف واقعات



جهت کشف واقعات، در هر سیستم سرویلانس باید یک تعریف واحد برای واقعه وجود داشته باشد. تعریفی که برای یک واقعه CCHF توسط سیستم هوشدار دهنده مقدم امراض در افغانستان مشخص شده قرار ذیل میباشد⁸:

تعریف یک واقعه CCHF

واقعات مشکوک:

عبارت از مریضانی اند که مرض در آنها بصورت فوری آغاز شده و درجه تب شان برای بیشتر از 72 ساعت و کمتر از 10 روز از 38.5 درجه سانتیگرید بیشتر میباشد، خاصتاً در مناطق اندیمیک CCHF، و در میان افرادی که با گوسفندان یا سایر مواشی سروکار دارند (مانند چوپانان، قصابان و سایر کسانی که با حیوانات سروکار دارند). بخاطر داشته باشید که تب معمولاً با سردردی و درد عضلات همراه بوده و با ادویه انتی بیوتیک یا تداوی ضد ملاریا بهبود نمی یابد.

واقعات احتمالی:

عبارت از واقعاتی اند که با تاریخچه تب 10 روزه یا کمتر از آن همراه بوده و یکی از دو حالت ذیل در مریض وجود میداشته باشد: کاهش صفحات دمویه در خون (thrombocytopenia) کمتر از $50,000 / \text{mm}^3$ ، اندفاعات ناشی از خونریزی جلدی، خون بینی، خون استفراغ نمودن، آمدن خون با آب دهن، موجودیت خون در مواد غایبه، استفراغ نمودن بلغم، سایر اعراض هیموریجیک - و عدم موجودیت عاملین زمینه ساز برای بروز خونریزی

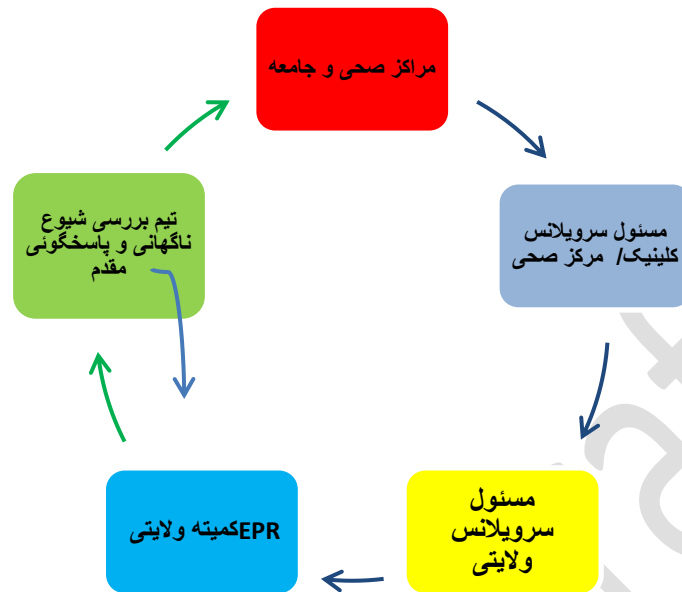
واقعات تأیید شده:

واقعاتی که در آنها ویروس CCHF در نمونه خون که در لابراتوار های دارای مصئونیت بالای بیولوژیکی معاینه میشود، مثبت باشد. تشخیص مثبت شامل موارد ذیل میباشد:

- تأیید موجودیت انتی بادی های IgG و IgM در سیروم با استفاده از ELISA یا سایر روش ها
- کشف اسید نوکلئیک ویروسی در نمونه یا تجزیه ویروس

3.2. جریان ارقام سرویلانس و پاسخگوئی در سطوح ساحوی و ولایتی

شکل 2



رهنمود های ذیل برای کارمندان ساحوی، از مسئولین سرویلانس و کارمندان کلینیکی مراکز صحتی تا کمیته ولایتی آمادگی و پاسخگونی مقدم، رهنمائی های عملیاتی را فراهم میکند.

3.3. رهنمود مسئولین سرویلانس مراکز عملیاتی و کارمندان کلینیکی/عرضه کنندگان مراقبت های صحتی ابتدائی

هدف: حصول اطمینان از اینکه ارقام با کیفیت تهیه گردیده و از طریق مرکز صحتی ب شکل فوری به آگاهی رسانیده شود.

- حصول اطمینان از اینکه شما و تیم تان در مورد کشف واقعات، گزارش دهی و تشخیص CCHF بر مبنای تعریف معیاری واقعات درک واضح داشته باشید.
- حفظ و نگهداری منظم ارقام روزمره (در میان واقعاتیکه به مرکز صحتی آورده شده اند) واقعات جدید CCHF بالای چارت های روزمره واقعات و مشاهدات دقیق که روند واقعات را تغییر میدهند؛ در مورد واقعات گزارش داده شده CCHF آگاهی حاصل نمایید.

سرحد میزان گزارش شده واقعات CCHF که بالاتر از آن تعداد به مثابه شیوع مرض پنداشته میشود یک واقعه احتمالی به مثابه هوشدار بوده و باید بصورت فوری مورد بررسی قرار بگیرد.

سرحد شیوع ناگهانی مرض

یک واقعه تأیید شده به مثابه شیوع ناگهانی مرض پنداشته میشود.

- در مورد اهمیت گزارش دهی واقعات مشکوک CCHF آگاهی داشته باشید.
- با روش های گزارش دهی، فارم های هوشدار دهی و فارم های گزارش دهی هفته وار آشنائی داشته باشید.



ضمیمه B1، B2 و B3: چارت واقعات روزمره CCHF، فارمت گزارش هوشدار ها و فارمت گزارش دهی هفته وار DEWS



برای تشخیص از مسیر ارزیابی تب هیموریجیک در **ضمیمه C** استفاده کنید.

- اگر یکجا شدن واقعات تشخیص شده کلینیکی CCHF را مشاهده میکنید، بزود ترین فرصت ممکن مسئول سرویلانس ولایتی یا مسئول سرویلانس و کنترل شیوع ناگهانی بخش BPHS موسسه تطبیق کننده را در جریان بگذارید.



ضمیمه D: جزئیات جدید از مسئولین سرویلانس ولایتی

- یک نسخه چاپی فارم گزارش دهی باید بزود ترین فرصت ممکن به مسئول سرویلانس ولایتی فرستاده شود.
- همچنان باید بررسی و تأیید کنید که گزارش به مسئول سرویلانس رسیده باشد.
- قبل از دادن هر نوع ادویه انتی بیوتیک نمونه های خون را از تمام واقعات مشکوک جمع آوری و آنها را بشکل مناسب برای آزمایش های تأییدی ویروس شناسی بفرستید.



طرز العمل های معیار های جمع آوری و انتقال نمونه ها

- مقدار 5 میلی لیتر خون را از وریداز مریض گرفته و آنرا سانتریفیوز نموده و سیروم را از ویروس تجزیه شده CCHF جدا کنید.
- از اقدامات احتیاطی جدی تعقیم و مصئونیت پیروی نمایید.
- اگر زمینه سانتریفوز موجود نباشد، نمونه های خون را تا وقت لخته شدن در قسمت پایینی یک یخچال نگهداری کنید. پس از آن سیروم را (با استفاده Pasteur pipette) از آن جدا نموده و در یک تیوب خالی تعقیم شده بیاندازید.
- تیوب را با سرپوش/کارک تعقیم شده محکم بسته کنید.
- نمونه های سیروم را در بسته بندی سه لایه (به شکل 3 مراجعه کنید) در بین پاکت های یخ قرار داده و یا همراه با یخ خشک آنها را منجمد ساخته، لیبل برجسته Bio Hazard را بالای آنها نصب نموده و فارم درخواست را با تاریخچه مختصر مریض خانه پری کنید.





هدف: حصول اطمینان از فعالیت های موثر سرویلانس در ولایت جهت کشف بموقع شیوع ناگهانی

- منحنی مسئول ولایتی سرویلانس، شما باید با طرز العمل ها، روش های کمپیوتری تجزیه و تحلیل و دانش مناسب در رابطه به فعالیت های کنترول امراض ساری مجهز باشید.
- تمام کارمندان کلینیکی و مسئولین سرویلانس مراکز صحتی را در رابطه به تعریف واقعات، شیوه جدید ثبت واقعات در مراکز صحتی، خلاصه سازی روزمره و چارت خلاصه مراقبت از واقعات جدید روزانه و روش های آگاهی دهی، آموزش دهید.
- حصول اطمینان نمایید که تمام ابزار و لوازم (تعریف جدید واقعات، کتاب های رهنمائی، رهنمود ها، فارم ها، چارت ها با منحنی حد اوسط برای هر سال، ریکارد/راجستر ها، جعبه ها برای جمع آوری نمونه خون) برای تشخیص، آگاهی دهی، آزمایش و جمع آوری نمونه ها در هر مرکز صحتی موجود باشد.
- به آنها در برنامه های آموزشی در جریان کار و رهنمائی منظم در جریان بازدید های بررسی معلومات جدید ارایه کنید.
- حصول اطمینان نمایید که از تمام مراکز صحتی ولایت آگاهی دهی منظم دریافت میشود، اگر چنین نباشد، از مراکز صحتی بازدید بعمل آورده و مشکلات مربوط به آگاهی دهی را حل کنید.
- تنظیم ارقام جمع آوری شده از مسئولین سرویلانس یا کارمندان کلینیکی یا عرضه کنندگان مراقبت های صحتی از مراکز صحتی و تجزیه و تحلیل آن (نظر به وقت، محل و شخص) جهت کشف وضعیت هوشدار دهنده در سطح ولایت.
- اگر در جریان تجزیه و تحلیل ارقام، وضعیت هوشدار دهنده قابل ملاحظه کشف میشود، این وضعیت را از منبع ارقام بشکل واضح بررسی کنید.
- ارقام تنظیم شده و گزارش های تحلیلی هفته وار و آگاهی ها در مورد وضعیت هوشدار دهنده را به وقت مناسب با کمیته ولایتی آمادگی و پاسخگوئی شریک بسازید.
- این معلومات را بموقع مناسب بشکل نسخه های نرم افزار و نسخه های چاپی به وزارت صحت عامه بفرستید تا در اداره سرویلانس ولایتی حفظ شود.
- رهبری را بدست گرفته و به تیم بررسی سریع شیوع ناگهانی و پاسخگوئی مقدم کمیته ولایتی آمادگی و پاسخگوئی تحت رهنمائی رئیس صحت عامه ولایتی، رهنمائی های تخنیکی لازم را فراهم نمایید.

3.5

رهنمود کمیته ولایتی آمادگی و پاسخگوئی به حالات اضطراری



هدف: ارزیابی و ارایه رهنمایی در مورد سرویلانس بهتر، بررسی واقعات و پاسخگوئی به شیوع

ناگهانی مرض

زمانیکه مسئول سرویلانس ولایتی جزئیات (وقت، محل و شخص) وضعیت هوشدار دهنده مشکوک یا شیوع ناگهانی را با کمیته ولایتی پاسخگوئی به حالات اضطراری شریک ساخت، این کمیته باید یک مجلس را دایر نموده و فعالیت های خود را در مراحل ذیل پلانگذاری نماید:

- یک تیم قبلاً آموزش یافته بررسی شیوع ناگهانی و پاسخگوئی مقدم را (برای دریافت معلومات در مورد ترکیب این تیم، به فصل 6 مراجعه کنید) با ابزار بررسی و لوازم ضروری مربوط به پاسخگوئی مقدم توظیف نمایید تا از محلات مربوطه (مرکز صحتی، خانواده های اشخاص مریض، و فارم ها یا محلات پرورش مواشیه غیره) بازدید بعمل آورده و جهت تأیید ارقام سرویلانس و یافتن منبع و خصوصیت وضعیت هوشدار دهنده یا شیوع ناگهانی مرض، آن محلات را بررسی نمایند
- از تیم بررسی شیوع ناگهانی و پاسخگوئی مقدم فیدبک هفته وار دریافت نموده و یک تحلیل ایپیدیمیالوژیکی را انجام دهید.
- اگر میزان مصابیت و مرگ و میر در حال افزایش باشد، فعالیت های سرویلانس را از طریق بسیج نمودن سیستم سرویلانس موجوده و فعالیت های کنترولی مربوط به تیم بررسی شیوع ناگهانی و پاسخگوئی مقدم بهبود بخشید.
- در رابطه به پیشرفت ها، معلومات جدید را بشکل منظم در اختیار وزارت صحت عامه قرار دهید.

3.6

رهنمود تیم بررسی شیوع ناگهانی و پاسخگوئی مقدم



هدف: تأیید شیوع ناگهانی، بهبود سرویلانس و کنترول شیوع ناگهانی CCHF

- تیم باید به کمک فارم تأیید وضعیت هوشدار دهنده و مکالمات تیلیفونی، وضعیت هوشدار دهنده را بررسی نموده و ارقام مربوط را از منابع مربوط و کارمندان کلینیکی جمع آوری کند.



ضمیمه E: نمونه فارم بررسی واقعه

قبل از بازدید از محل بخاطر ارزیابی و پاسخگوئی سریع:

- در مورد پیام وضعیت هوشدار دهنده آگاهی حاصل کنید
- در رابطه به تمام افرادی که باید ملاقات شده و مورد بررسی قرار داده شوند، پلانگذاری نموده و معلومات لازم را جمع آوری کنید.
- تمام ترتیبات لوژستیکی لازم، منجمله تسهیلات مناسب ترانسپورتی و مخابراتی، را تنظیم نمایید.
- مواد مورد نیاز برای بررسی (فارم ها، مواد جمع آوری نمونه ها، بسته های آزمایش آب) را آماده ساخته و با خود بگیرید (مواد حفاظت شخصی، مواد کیمیاوی توصیه شده برای جلوگیری و دفع

شبش گزیدگی یک میگافون، مواد مورد ضرورت IEC، ادویه لازم برای مراکز صحتی که قبلاً در آنها ادویه جابجا نشده است).

در جریان بازدید از منبع مشکوک انتانات و خانواده های واقعات مشکوک کلینیکی و مراکز صحتی:

- در مرکز صحتی، واقعات مشکوک را معاینه نموده، معلومات ضروری را از مریضان، پایوازان یا اعضای خانواده، و مردم قریه جمع آوری نمایید.
- شواهد مربوط به امور موآشی و محصولات آنرا در میان واقعات و افرادی که با آنها در تماس اند، جمع آوری کنید.
- نمونه های خون را از تمام واقعات مشکوک جمع آوری نمایید.
- حیوانات و محیط زیست را بخاطر موجودیت شبش هامورد بررسی قرار دهید.
- بخاطر جلوگیری از انتشار و شبش گزیدگی بیشتر، لباس های محافظوی یا DEET را به تمام افرادی که ما مریضان تماس دارند، فراهم نمایید.
- سازمان های محلی را تنظیم و در رابطه به جلوگیری از انتشار مرض آموزش بدهید.
- برای اعضای خانواده ها و همسایه هائیکه از یک محل بودوباش یا فارم استفاده مینمایند، تعلیمات صحتی و لوازم مورد نیاز برای بهبود حفظ الصحهرا فراهم نمایید. (جزئیات در مورد جلوگیری از انتشار مرض در فصل 5 توضیح گردیده است).
- در مراکز صحتی، معیار های تشخیصیه مورد استفاده (تعریف واقعه و طرز العمل های تداوی واقعات) را بررسی نمایید (جزئیات طرز العمل های تداوی واقعات در فصل 3 ذکر گردیده است).
- همچنان در رابطه به کمبود لوازم طبی معلومات دریافت نموده و تیم های کلینیکی را با لوازم مورد نیاز عاجل کمک کنید.

بعد از بازدید، زمانیکه از ساحه بر میگردد:

- نمونه ها را بزود ترین فرصت به لابراتوار فرستاده و مطابق به مدت زمان بندی شده پیشرفت کار را پیگیری نمایید.
- هیچگاهی فعالیت های کنترولی، پاسخگوئی به شیوع ناگهانی را تا زمان دریافت نتایج لابراتواری، به تعویق نیانداخته/منتظر نتایج نباشید.

از یافته های تان، واقعات را مطابق به فارمت معیاری داده شده در ضمیمه B3، لست نموده، یافته های مربوط به محلات و اشخاص را خلاصه ساخته و یکجا شدن (clustering) واقعات و منابع را مشخص بسازید.

- یافته ها را با کمیته (ولایتی) آمادگی و پاسخگوئی به حالات اضطراری مورد بحث قرار داده و تا زمانیکه گزارش لابراتوار را دریافت مینمایید، تصمیم ابتدائی را اتخاذ کنید.
- فیدبک تانرا با هدایات معیاری در رابطه به تداوی واقعات، اقدامات کنترولی و لوازم مورد نیاز، در ظرف 24 ساعت به مرکز صحتی بفرستید.
- با مرکز صحتی در تماس بوده و ارقام جدید مصابیت و مرگ و میر را جمع آوری نمایید. همچنان به کمک مسئولین/سازمان های ساحوی و با جزئیات ضروری برای فهرست بندی، سرویلانس بهتر را تطبیق کنید.

در جریان بازدید دوباره

- مرکز صحتی را در تداوی واقعات کمک کنید.
- مشارکت جامعه، فعالیت های بهبود حفظ الصحه و وظایف قبلاً تفویض شده را مورد ارزیابی قرار دهید.
- یک برنامه جامع بهبود حفظ الصحه جامعه را که در بهبود سرویلانس نیز کمک خواهد کرد، پلانگذاری و تطبیق نمایید.

➤ زمانیکه تأیید لابراتوار در مورد واقعات در دسترس قرار گرفت و هنوز هم واقعات و اختلالات ناشی از آن در حال افزایش بود، وضعیت باید با کمیته ولایتی پاسخگویی به حالات اضطراری مورد بحث قرار گرفته و با تقویت وجوه مالی، منابع بشری (دخیل نمودن متخصصین صحتی و کارشناسان بخش تداوی واقعات) و فراهم آوری لوازم مورد نیاز همراه با مدیریت بهتر و نظارت از کیفیت فعالیت ها، اقدامات کنترولی جامع روی دست گرفته شود.

Reviewed draft

4. تداوی واقعات CCHF

4.1. تشخیص کلینیکی

تشخیص بموقع برای تداوی واقعات و جلوگیری از شیوع ناگهانی امراضی که از حیوانات به انسانها انتقال می یابند، بسیار ضروری است. همچنان تشخیص متمایز در امراضی که از خود اعراض مشابه نشان داده و ممکن باکتریایی یا ویروسی باشند یا سایر امراض غیر ساری، نیز باید مدنظر گرفته شوند. واقعات CCHF، باید در مریضانی که دارای علائم ذیل میباشند، بشکل کلینیکی مدنظر گرفته شوند:

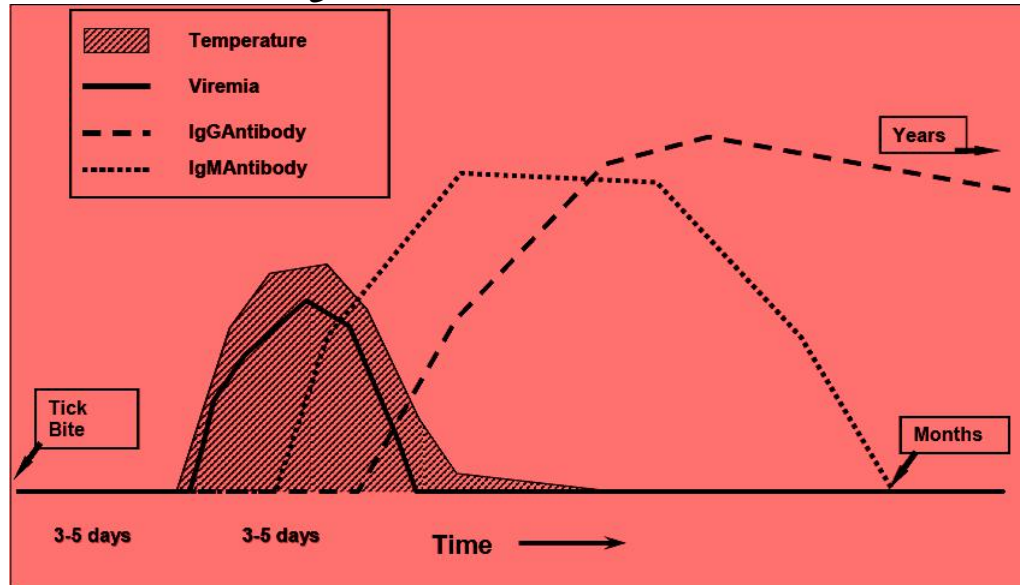
- علائم کلینیکی (مانند تب، درد عضلات و خونریزی)، عوامل خطر ایبیدیمیا لوزیکی، مانند شبش گزیدگی، مواجه شدن با مواشی منتن، فشردن جای زخم میان دو قسمت بدن که با هم مواجه میباشند.
 - تماس با واقعات مشکوک CCHF، فعالیت های خارج از خانه در مناطق شیوع ناگهانی، سفر به آن مناطق و بودوباش در آنها
 - یافته های کلینیکی (مانند پایین بودن صفحات دمویه و مقدار زیاد کرویات سفید خون، سطح بلند امینوترانسفیرز، الاین امینوترانسفیرز، لکتیک دیهیدروجنیز و کریاتینین فاسفوکینیز)
- برای مراحل تشخیصیه VHF به ضمیمه C مراجعه نمایید.



4.2. تشخیص لابراتواری

- تشخیص لابراتواری واقعات احتمالی با استفاده از تعداد صفحات دمویه، مقدار مجموعی کرویات خون و مدت پروترومبین که با اعراض و علائم خونریزی همراه میباشند، صورت میگیرد.
- تأیید واقعات CCHF با استفاده از تجهیزات مخصوص، و لابراتوار های دارای مصئونیت بیولوژیکی بلند صورت میگیرد. روش های تشخیص لابراتواری شامل روش های ذیل میباشند:
- کشف انتی بادی با استفاده از ELISA
 - تجرید ویروس و روش های مالیکولی (PCR)
 - انتی جین های ویروسی ممکن از نمونه های خون یا انساج مریض کشف شوند.

شکل 4: تغییرات دینامیک در جریان انتانات ویروسی CCHF در انسانها⁹



انتهی بادی های IgG و IgM در ظرف 7 روز پس از آغاز مرض با استفاده از ELISA یا EIA کشف میشوند. انتهی بادی IgM در ظرف چهار ماه پس از منتن شدن تا اندازه که غیر قابل کشف میباشد، پایین میشود، در حالیکه انتهی بادی IgG برای سال های متمادی قابل کشف میباشد. ویروس CCHF را میتوان از نمونه های خون یا انساج که در جریان پنج روز اول مریضی در کلچر سلول رشد مینماید، جدا ساخت. بعضاً ممکن انتهی جین های ویروسی در نمونه های انساج با استفاده از immunofluorescence یا EIA نشان داده شوند. روش های جدا سازی ویروس در مریضانی که مصاب به امراض مهلک میباشند مورد استفاده قرار میگیرند زیرا این مریضان در مقابل انتهی بادی های قابل پیمایش پاسخ نمیدهند. روش انتخاب تشخیص لابراتواری سریع عبارت از RT-PCR میباشد که حساس، مشخص و سریع میباشد.

4.3. اداره عمومی واقعات CCHF

تمام واقعات مشکوک باید در شفاخانه بستر شده و اختلالات ناشی از مرض بشکل دقیق مورد بررسی قرار بگیرند. تدای کلینیکی مریضان مصاب به تب هیموریجیک را با ادویه مناسب ضروری و تجهیزات حفاظت شخصی بهبود ببخشید. اقدامات حمایتی ذیل برای تدای CCHF حایز اهمیت میباشد:

- هایدریشن فمی یا داخل وریدی
- استفاده محتاطانه از ادویه
- مراقبت از رژیم غذایی با غذا های نیمه جامد یا مایع بخاطر کاهش اختلالات خونریزی امعاء
- از مریض باید مراقبت درست صورت گرفته و از بروز ضربه روحی به وی جلوگیری بعمل آید
- تمام واقعات کلینیکی مشابه باید با ادویه ضد ویروس تدای شوند
- واقعات جدی ممکن نیاز به انتقال خون یا محصولات خونی داشته باشند

4.4. تدای CCHF

- اگر چه برای CCHF تدای با ادویه ضد ویروس وجود ندارد، در تدای انتانات CCHF از ریبویرین استفاده بعمل آمده و مفید ثابت گردیده است. اشکال فمی و داخل وریدی این دوا موثر میباشد¹⁰.
- زمانی که در شفاخانه یک واقعه کلینیکی به مثابه یک واقعه CCHF تشخیص میشود، تدای با ریبویرین داخل وریدی را میتوان آغاز نمود. دوز توصیه شده آن برای مرحله ابتدائی 30 میلی گرام/کیلوگرام بوده و پس از آن برای 4 روز هر 6 ساعت 15 میلی گرام/کیلوگرام و برای 6 روز هر 8 ساعت 7.5 میلی گرام/کیلوگرام میباشد. مدت مجموعی تدای 10 روز میباشد.

- ریبایرین ممکن برای جنین خطرناک بوده و حتی سبب مرگ آن شود، بنابراین مریضان طبقه اناث که حامله اند و یا ممکن حامله شوند نباید با این دوا تداوی شوند؛ و یا تا زمانیکه آزمایش حاملگی نشان دهد که مریض حامله نیست، نباید تداوی با ریبایرین آغاز شود. زمانیکه یک مریض طبقه اناث در جریان تداوی با ریبایرین میباشد باید از دو نوع کنترل تولدات استفاده نموده و در جریان تداوی در هر ماه و بعد از آن برای 6 ماه دیگر مورد آزمایش حاملگی قرار بگیرد.
- تداوی با ویبایرین داخل وریدی نیاز به زیربنا های شفاخانه ای دارد که ممکن در هر مرکز صحتی یا در ساحه موجود نباشند؛ بنابراین، در صورتیکه تداوی داخل وریدی امکان پذیر نباشد، میتوان از تداوی فمی استفاده نمود.
- در جریان CCHF، مریضان دل بدی، استفراغ، خونریزی امعاء، استفراغ خونی و مواد غایطه مملو از خون یا تیره رنگ میداشته باشند، بنابراین ممکن ریبایرین فمی را بشکل درست گرفته نتوانند.

تداوی فمی¹¹ پیشنهاد شده برای کاهلان:

- دوز ابتدائی 2000 میلی گرام بشکل فمی یکبار
- به تعقیب آن 1000 میلی گرام بشکل فمی برای 4 روز هر 6 ساعت
- به تعقیب آن 500 میلی گرام بشکل فمی برای 6 روز هر 6 ساعت

تداوی اطفال:

- دوز ابتدائی 30 میلی گرام/کیلوگرام بشکل فمی یکبار
- به تعقیب آن 15 میلی گرام/کیلوگرام برای 4 روز هر 6 ساعت
- به تعقیب آن 7 میلی گرام/کیلوگرام برای 6 روز هر 6 ساعت

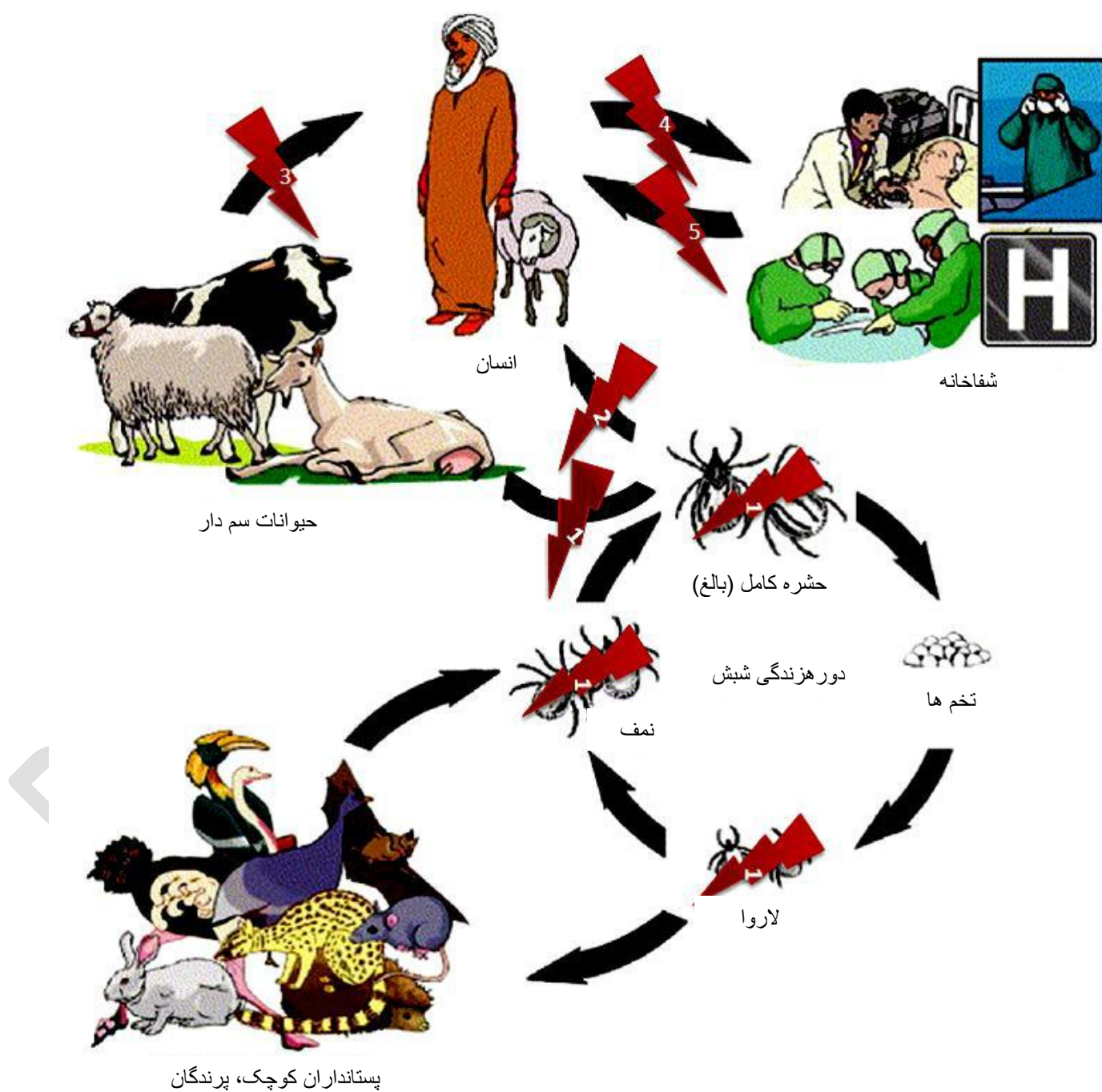
استفاده از ریبایرین فمی وقایوی به افرادی که با مریضان CCHF تماس داشته و در معرض خطر زیاد مرض قرار دارند (با مواد غایطه این افراد تماس مستقیم دارند)، توصیه نمیشود.

- مقدار پلازماي معافیتی مریضان صحت یاب شده به مقاصد تداوی، مشخص ساخته نشده است، هرچند در بسا موارد بکار برده شده است.
- همواره توصیه های تجدید شده را که بر مبنای مطالعات تداوی با ادویه ضد ویروس صورت گرفته، مدنظر بگیرید.
- تأثیرات دراز مدت انتان CCHF هنوز به اندازه کافی در افرادی که از آن صحت یاب شده اند مطالعه نگردیده تا مشخص شود که آیا کدام اختلالات مشخص موجود میباشد یا خیر. هرچند، پروسه صحت یاب شدن ازین مرض بطی میباشد.

5. جلوگیری از گسترش شیوع ناگهانی CCHF

5.1. اقدامات و قیایوی بر مبنای شکل سرایت مرض

شکل 5



گراف تصویری فوق اشکال سرایت ویروس CCHF میان حاملین، میزبانان وسطی (پستانداران کوچک و پرندگان)، میزبانان در حال رشد (حیوانات سم دار) و انسانها را نشان میدهد. ما میتوانیم برای شکستادن سایکل پلان وقایوی و اقدامات کنترولی را ترتیب کنیم.

1. حاملین شیش هابسیار زیاد و گسترده بوده و کنترل آن با آکراساید (مواد کیمیای برای کشتن شیش) یگانه گزینہ عملی برای تنظیم درست محصولات حیوانی میباشد.
2. افرادیکه در مناطق اندیمیک بسر میبرند باید از اقدامات حفاظت شخصی که شامل خودداری از رفتن به مناطقی که حاملین مرض در آنجا بسیار میباشد و زمانیکه فعال میباشد (فصل بهار تا خزان)؛ بررسی لباس ها و جلد بخاطر شیش هاو از بین بردن آنها و استفاده از مواد دفع کننده، استفاده کنند.
3. افرادیکه در مناطق اندیمیک با مواشی سروکار دارند میتوانند بخاطر حفاظت خود اقدامات عملی را روی دست بگیرند. این اقدامات شامل استفاده از مواد دفع کننده مرض بالای جلد (مانند DEET) و لباس ها (permethrin) و پوشیدن دستکش ها یا سایر لباس های محافظوی جهت جلوگیری از تماس جلد با انساج یا خون منتن میباشد.
4. برعلاوه اقدامات محافظوی جهت جلوگیری از شیش گزیدگی، افرادیکه با مواشی و گوشت آنها سروکار دارند (قصابان، آشپزان) باید برای جلوگیری از آلوده شدن با مواد فاضله و خون حیوانات و گوشت آنها، اقدامات احتیاطی را روی دست بگیرند. اینکار را میتوانند با پوشیدن لباس های محافظتی (پیش بند ها/لباس های دراز)، دستکش ها، و ماسک ها برای پوشانیدن دهن و بینی و عینک های محافظتی انجام دهند.
5. زمانیکه مریضان مصاب به CCHF در شفاخانه بستر میشوند، خطر سرایت انتان شفاخانه ای بوجود میاید. در گذشته، موارد جدی شیوع ناگهانی این مرض به همین شکل بروز نموده است و لازم است تا جهت جلوگیری از نتایج فاجعه آمیز آن اقدامات کافی برای کنترل انتان روی دست گرفته شوند.
6. کارکنان صحنی در جریان عملیات جراحی در معرض خطر گرفتن انتانات از اشیای برنده قرار میگیرند و در گذشته این انتان به جراحانیکه جهت مشخص نمودن عامل اعراض بطنی در مراحل ابتدائی بروز انتان (که در آن وقت تشخیص نگردیده اند) بالای مریضان عملیات جراحی را انجام داده اند، سرایت نموده است. کارکنان صحنی که با انساج یا خون مریضان مشکوک یا تأیید شده CCHF تماس دارند باید بعد از مواجه شدن به انتان برای حد اقل 14 روز بشکل روزانه درجه حرارت بدن و اعراض مرض در بدن شان بررسی شود.
7. مریضان مشکوک یا تأیید شده CCHF باید تجرید شده و با استفاده از روش های مخصوص نرسنگ تحت مراقبت قرار داشته باشند. نمونه های خون یا انساج که به مقصد تشخیص گرفته شده اند باید با استفاده از اقدامات احتیاطی جهانی جمع آوری و نگهداری شوند. اشیای برنده (مانند سوزن و سایر تجهیزات برنده جراحی) و مواد فاضله باید با استفاده از طرز العمل های مناسب رفع آلودگی بشکل مصئون دفع شوند.
8. برعلاوه اقدامات وقایوی فوق، در وقت نگهداری اجساد نیز باید اقدامات لازم اتخاذ گردند.



به ضمیمه F مراجعه کنید.

6. با استفاده از مراحل ذیل کمپاین های ارتقای سطح آگاهی، منجمله فعالیت های هدفمند جهت کنترل حاملین مرض، را در رابطه به مواجه شدن با خطرات و اقدامات وقایوی برای مردم عام، سازماندهی نمایید.
- تنظیم منابع جامعه برای تهیه و فراهم آوری معلومات در مورد وقایه و کنترل CCHF در جامعه،
- مشخص نمودن پیام های کلیدی و چینل های افهام و تفهیم،
- ارزیابی فعالیت های افهام و تفهیم و اتخاذ اقدامات جهت بهبود این فعالیت ها طوریکه به آن نیاز است.

یادداشت: تا اکنون کدام واکسین مصئون و موثر که بشکل گسترده برای استفاده انسانها قابل استفاده باشد، وجود ندارد.

5.2. تعلیمات صحی و تغییر سلوک

سلوک عبارت از شیوه ایست که یک شخص در یک وضعیت خاص یا محیط زیست عمل مینماید. سلوک توسط عوامل متعدد تعیین میشود که در میان آنها درک پیشگیرانه وضعیت و حس تجربه بیشتر اثر گذار میباشد. اگر بخواهیم در مورد CCHF و شکل سرایت این مرض آگاهی داشته باشیم، باید از طریق شیوه ها یا مطبوعات ساده و پذیرفته شده از نگاه فرهنگی، این دانش را پخش نماییم.

- اینکار را میتوان از طریق تعلیمات دوره طفولیت یا تعلیمات اجتماعی یا درامه ها، آهنگ ها یا پوستر ها و برنامه ها و اعلانات مطبوعاتی، از منابع قابل اعتماد مانند رهبران جامعه، انجام داد.
 - زمانیکه دانش لازم از طریق مطبوعات در میان جامعه پخش گردید، این پروسه در سلوک جامعه تغییر وارد خواهد کرد.
 - اگر محیط زیست برای عملی نمودن دانش مناسب باشد، این دانش در روش و سلوک جامعه تغییرات را وارد خواهد نمود. (بگونه مثال، شیوع ناگهانی یک مرض و فراهم آوری مقدار کافی مواد محافظتی ممکن عادات حفاظت شخصی را بهبود بخشد).
 - اطفال، زنان و اعضای با احساس جامعه در قدم اول ازین روش ها پیروی خواهند نمود، و سرانجام اکثریت مردم این عادات صحی را تطبیق خواهند نمود.
- جهت تشویق جامعه برای کنترل حاملین مرض و اقدامات حفاظت شخصی، باید پیام های بسیار مهم را در رابطه به پنج مرحله وقایعی انتخاب نموده و آنها را بشکل پیام ها/پوستر ها/آهنگ ها/درامه های جالب تهیه و در وقت مناسب در میان افراد مناسب آنها را پخش نماییم.

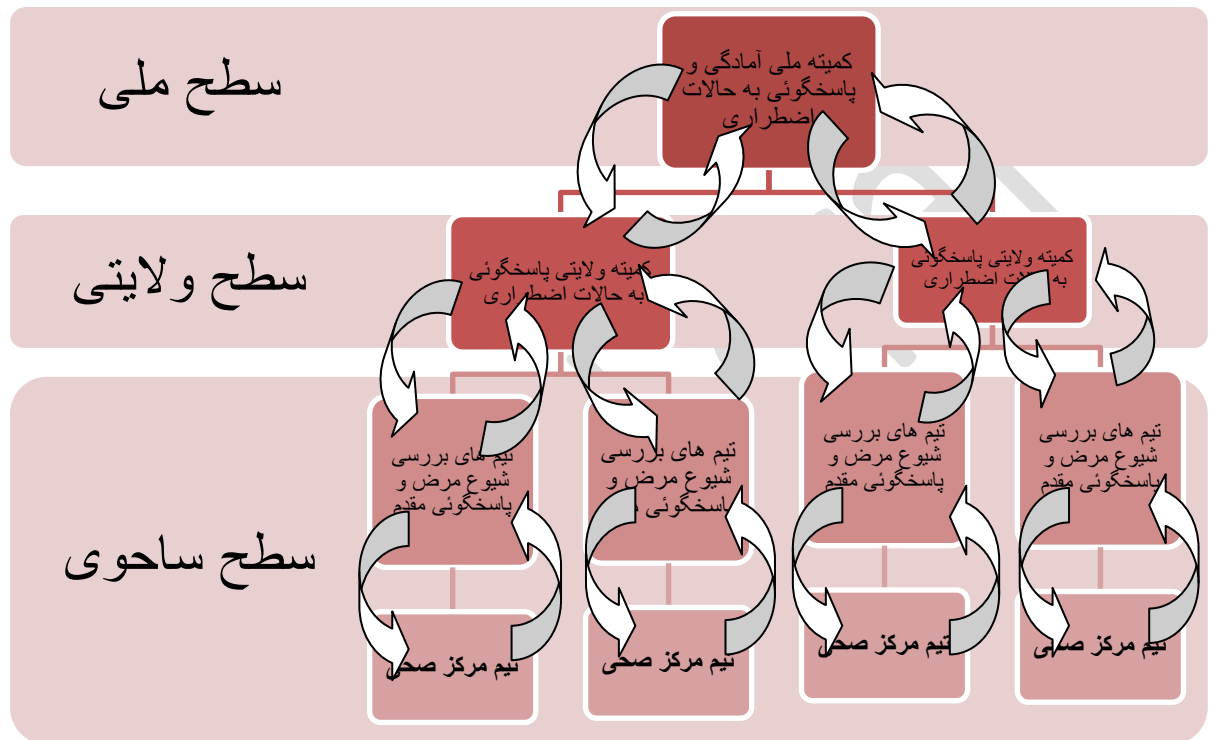
پیام مناسب از طریق مطبوعات مناسب محل مناسب میان افراد مناسب در وقت مناسب تغییرات مناسب سلوکی را وارد خواهند نمود.

6. هماهنگی و اداره شیوع ناگهانی CCHF

6.1. ساختار های اداره و هماهنگی و حکومتداری

در سیستم فعلی هماهنگی فعلی در افغانستان، شیوع ناگهانی CCHF در داخل ولایات میتواند توسط کمیته ولایتی آمادگی و پاسخگوئی به حالات اضطراری کنترول شوند. ساختار تشکیلاتی گروه های کاری کنترول شیوع ناگهانی در سطوح ملی، ولایتی و ساحوی درینجا بشکل چینل های دوجانبه افهام و تفهیم (دستور و بازدهی) توضیح گردیده است. اینکار از تکرار دساتیر و بازدهی ها در جریان شیوع ناگهانی جلوگیری خواهد کرد.

شکل 6



خط افهام و تفهیم

خط دستور =

فهرست علائم:

اعضای کمیته ملی و ولایتی پاسخگوئی به حالات اضطراری و تیم بررسی واقعه و پاسخگوئی مقدم در جدول 4 بطور خلاصه ذکر گردیده اند.

جدول 4

موقف	کمیسیون ملی پاسخگوئی به حالات اضطراری و آمادگی	کمیته ولایتی پاسخگوئی به حالات اضطراری و آمادگی	تیم بررسی شیوع امراض و پاسخگوئی مقدم
رئیس	معین وزارت صحت عامه	رئیس صحت عامه ولایتی	مسئول DEWS/ CDC
	رئیس امراض قابل انتقال از حیوان به انسان/رئیس زراعت و مالداري	مسئول امراض قابل انتقال از حیوان به انسان	وترنر و حشره شناس
اعضای کمیته	ریاست EPR	مسئولین ولایتی DEWS، CDC	یک داکتر طب از مرکز صحتی
	رئیس DEWS	NGO ها (تطبیق کنندگان (BPHS	یک نرس از مرکز صحتی
	ریاست طب وقایوی	UNICEF	یک تکنیشن لابراتوار
	ریاست طب معالجوی	WHO (هماهنگ کننده امور صحتی منطقوی، هماهنگ کننده ملی کلستر صحتی یا مسئول ولایتی پولیو)	
	واحد های مربوط WHO/UNICEF و NGO ها	ARCS	
	وزارت احیاء و انکشاف دهات و سایر وزارت های مربوطه	ریاست احیاء و انکشاف دهات و سایر ریاست های مربوطه	

ضمیمه G- نقش ها و مسئولیت های مراجع مختلف در سطوح مختلف.

6.2. مراحل پاسخگوئی به شیوع ناگهانی CCHF

- ارزیابی و گزارش دهی سریع توسط تیم بررسی واقعه و پاسخگوئی مقدم جهت ارزیابی از ابزار معیاری ارزیابی سریع استفاده نموده و معلومات مورد نیاز را از منابع مناسب جمع آوری نمایند.
- معلومات مربوط در مورد تمام واقعات مشکوک یا تأیید شده CCHF از مرکز صحتی و پس از آن تاریخچه مفصل واقعات و معلومات ارایه شده توسط افرادیکه با مریضان در تماس اند برای کشف افراد، مکان، و زمان آغاز و منبع انتانات، حایز اهمیت زیاد میباشد.
- موانع و کمبودی ها در رابطه به تنظیم واقعات (منجمله حمل و نقل، منابع بشری و ظرفیت های آنان و اجناس و لوازم مورد نیاز) را شناسائی نمایند.
- وضعیت را تحلیل نموده، افراد، محل، زمان و نحوه متأثر شدن از شیوع ناگهانی مرض را شناسائی نموده و اقدامات و مساعدت های فوری مورد نیاز را اولویت بندی نمایند.
- تیم پاسخگوئی را با رهبری مناسب، منابع بشری دارای لایحه وظایف مشخص، فراهم آوری اجناس و لوازم مورد نیاز (جابجائی ریبویرین) و حمایت لوژستیک، تقویت کنید.
- هدف و چوکات زمانی مداخله طبی را مشخص نمایند.
- پلان را با نظارت دقیق تطبیق نمایند.
- مداخلات و نتایج را (ترجیحاً بشکل روزمره جهت کنترول شیوع ناگهانی CCHF) با تجدید جدول پاسخگوئی بشکل منظم مورد بررسی قرار دهید.



نمونه جدول پاسخگویی کمیته پاسخگویی به حالات اضطراری

پیشنهادات ارزیابی سریع	نظریات / اصلاحات ERC	اقداماتیکه باید اتخاذ گردند	شخص/واحد مسئول	منابع مورد نیاز و فراهم شده	چوکات زمانی	وضعیت
پیشنهاد 1						
پیشنهاد 2						

- معلومات جدید و نتایج فعالیت های کنترل شیوع ناگهانی را از طریق چینل های مناسب به آگاهی ادارات بالائی و مردم برسانید.

7. فعالیت های پس از شیوع ناگهانی

7.1. ادامه سرویلانس بهتر و فعالیت های آگاهی دهی صحی

لازم است تا سرویلانس بهتر تا ختم کنترل شیوع ناگهانی مرض ادامه داده شود. تیم های ایجاد آگاهی دهی صحی باید به آگاهی دهی در مورد کنترل سرایت CCHF در میان جامعه ادامه دهند.

7.2. اقداماتیکه باید با الهام از درس های آموخته شده اتخاذ شوند

زمانیکه شیوع ناگهانی تحت کنترل قرار گرفت، باید تمام فعالیت های خود را تحت هر یک از سطوح مدیریت مورد بررسی قرار داده و معلومات در مورد موانعی را که تیم های ما با آنها مواجه گردیده اند و خلاء هائیکه در سطح ساحوی مشاهده نموده اند، جمع آوری نماییم.

این موانع و خلاء ها باید بشکل مکمل توسط تیم های تخنیکي مورد بحث قرار گرفته و ابزار جلوگیری ازین موانع و پر نمودن خلاء ها شناسائی گردیده و به ادارات مربوط که در آینده با شیوع ناگهانی امراض سروکار دارند، پیشنهادات ارائه گردد.

خلاء ها و ضعف های مربوط به منابع باید شناسائی گردیده و بخاطر مقابله موفقانه با شیوع ناگهانی مرض در آینده برنامه های ارتقای ظرفیت اولویت بندی شوند.

جهت ایجاد یک مکانیزم بهتر برای کنترل شیوع ناگهانی در کشور و در سایر کشور هائیکه در عین شرایط قرار دارند، میتوان از درس های آموخته شده استفاده بعمل آورد.

خلاء ها و پیشنهادات شناسائی شده را میتوان بخاطر جلب توجه مراجع تمویل کننده بطرف موانع و خلاء های عملی مورد استفاده قرار داده و یک پلان بهتر کنترل شیوع ناگهانی را برای آینده تهیه نمود.

از درس های آموخته شده باید برای تدوین پلان های دراز مدت، خاصتاً جهت بهبود معیار های صحی زندگی در مناطق معروض به شیوع ناگهانی CCHF با معیار های بهتر آب و حفظ الصحة، استفاده بعمل آید.

جهت تقویت قوانین و مقررات فعلی در مورد تأسیسات/فروشنندگان مواد غذایی باید با یک مکانیزم منظم تطبیقی بر مبنای مسایل عملی حقوقی، پیشنهادات لازم ارائه گردد.

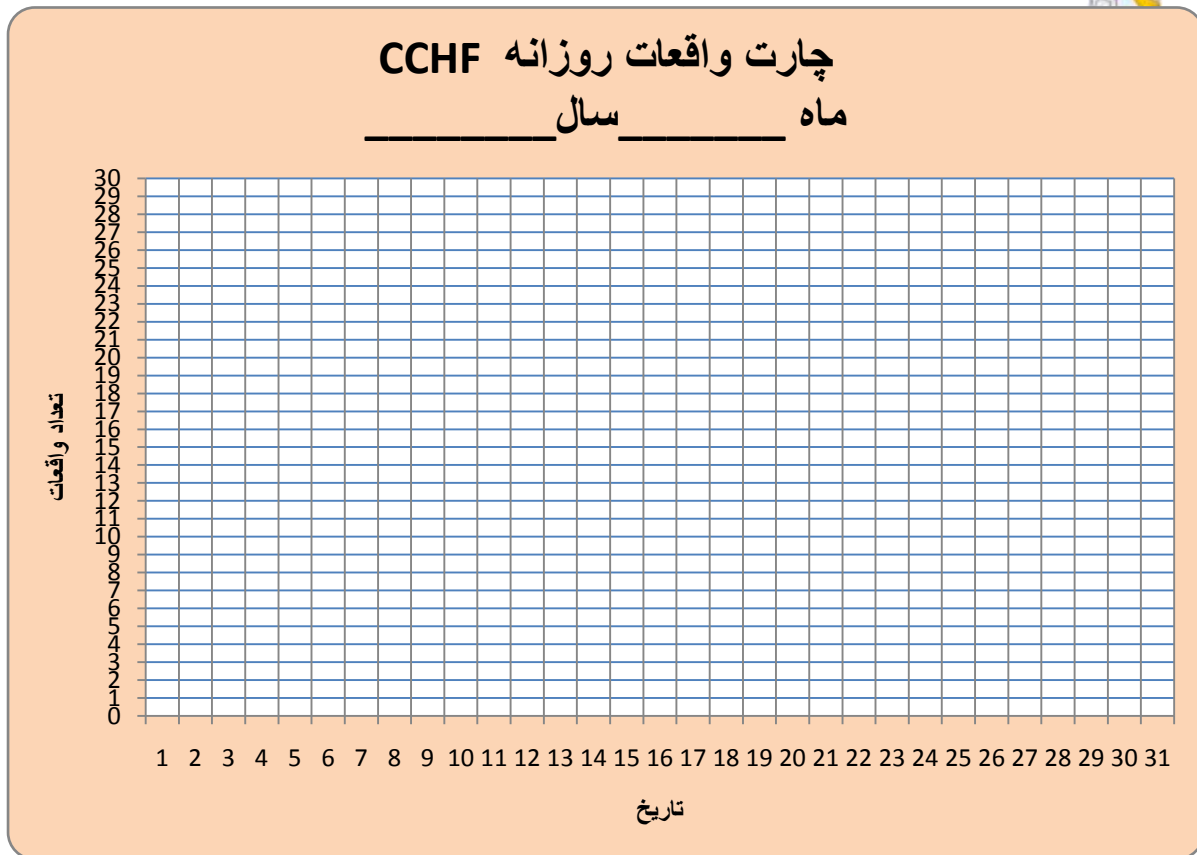
ارزیابی ها باید ادامه یافته و مکانیزم های سرویلانس، وقایه، آمادگی و کنترل تقویت شود.

ضمایم

ضمیمه A: واژه نامه

Alert threshold	تعداد قبلاً تعیین شده و اوقات گزارش داده شده یا میزان گزارش داده شده بروز یک مرض، بیشتر از وضعیتی که ب شکل وضعیت هشدار دهنده تعریف میشود. این تعداد میتواند نظر به شرایط موجودیت مرض در یک منطقه متفاوت باشد.
Attack rate	تناسب یک گروپ که نتایج تحت مطالعه را در یک وقت معین تجربه مینمایند ¹²
Case definition	مجموعه از معیار ها (لزاماً معیار های تشخیصی نمیباشند) که باید جهت شناسائی شخصی که از واقعه یک مرض مشخص نمایندگی میکند، تکمیل شود.
Case fatality rate	تناسب و اوقات یک وضعیت مشخص که در یک وقت معین کشته میباشند $CFR = \frac{\text{تعداد وفیات یک مرض (در یک وقت معین)}}{100} \times (\%)$ تعداد و اوقات تشخیص شده آن مرض (در عین زمان)
Codan unit	یک سیستم مخابراتی بیسیم که در افغانستان بخاطر انتقال روزمره معلومات عاجل صحتی از ولایات به مرکز مورد استفاده قرار میگیرد.
Contracted out	تنظیم کاری که توسط یک سازمان دیگر انجام داده میشود.
Endemic disease	موجودیت متداوم یک مرض یا عامل منتن در یک موقعیت جغرافیائی مشخص یا در میان گروپ مشخصی از افراد
Epidemic	وقوع یک مرض یا و اوقات آن، سلوک مشخص صحتی، یا سایر رویداد های مربوط به صحت در یک جامعه یا منطقه که بیشتر از حد متوقعه آن میباشد.
epidemiology	مطالعه وقوع و تقسیمات حالات یا رویداد های مربوط به صحت در میان افراد مشخص، منجمله مطالعه عوامل تعیین کننده اثر گذار بالای این چنین حالات و بکار برد این دانش جهت کنترل مشکلات صحتی
Incidence	تعداد و اوقات شروع یک مرض یا افرادی که در یک وقت معین و در میان افراد مشخص از اثر آن مریض میشوند.
incidence rate	میزان و اوقات جدیدی که در یک گروپ افراد بروز مینمایند. صورت کسر تعداد و اوقات جدیدی میباشد که در یک وقت مشخص یا در محدوده فزینی دیگر بوقوع می پیوندند
Incubation period	وقفه زمانی میان حمله یک عامل منتن و بروز اولین علایم و اعراض این مرض
Informal information	حقایق بدست آمده از منابع غیر رسمی که بخاطر فراهم آوری مبنای تفسیر آن ترتیب و یا انتقال داده نشده اند.
Morbidity	پیمایش یک مرض نظر به تعداد افراد متأثر شده از آن، مریضی هائیکه افراد به آن مصاب گردیده اند و مدت مریضی
Mortality	تعداد وفیات و یا میزان آن نظر به عمر، جنسیت، اسباب، و بعضاً سایر تفاوت ها
Notifiable diseases	مریضی که از نگاه صحت عامه حایز اهمیت بوده و لازم است از وقوع آن به ادارات صحتی گزارش داده شود.
Outbreak	شیوع یک مرض که افزایش محلی و اوقات آن محدود میباشد، بگونه مثال در یک قریه، شهر یا نهاد بسته

Outbreak investigation	طرز العمل بررسی که توسط کارمندان آموزش دیده جهت کشف اشخاص، وقت، محل و منبع شیوع مرض جهت تطبیق یک مکانیزم کنترولی موثر انجام داده میشود.
outbreak threshold	سرحد شیوع مرض، عبارت از یک تعداد قبلاً تعیین شده واقعات یا میزان گزارش شده یا واقعاتی که بالاتر از آن تعداد به مثابه شیوع مرض پنداشته میشود، میباشد.
Prevalence	پیمایش وقوع مرض: تعداد مجموعی افرادی که در یک وقت مشخص به یک مرض یا علایم مرض مصاب میباشند، (ممکن یک دوره معین باشد) تقسیم تعداد نفوس معروض به خطر مصابیت به مرض یا علایم آن در آن مدت یا در نصف همان مدت
Sentinel surveillance	سرویلانس بر مبنای نمونه های افراد انتخاب شده جهت نشان دادن تجارب مرتبط گروپ های مشخص
Surveillance	جمع آوری، تجزیه و تحلیل و تفسیر سیستماتیک و متداوم ارقام جهت نشر بموقع و هماهنگ نتایج و ارزیابی برای آنهاییکه حق دارند آنرا بدانند تا درین زمینه اقدامی اتخاذ گردد.
Surveillance focal point	شخصی که بخاطر انجام فعالیت سرویلانس در یک منطقه یا یک نهاد توظیف میشود.
Transmission	هر مکانیزمی که توسط آن یک عامل منتن از یک منبع یا ذخیره به یک شخص دیگر انتقال میکند.



تاریخ: _____ منطقه: _____ ولایت: _____

ولسوالی: _____ مرکز صحي/کمپ _____

نام شخص مسئول _____ شماره تماس _____

شماره	نام	سن	جنسیت	آدرس	شکایات/علائم و اعراض	مرض مشکوک	تاریخ آغاز	نتیجه*
1								
2								
3								
4								

ضمیمه B3: فارم گزارش دهی هفته وار DEWS

فارم گزارش دهی سرویلانس برای مصابیت (امراض) و مرگ و میر (وفیات)

این فارم را هر روز شنبه به دفتر رئیس صحت عامه ولایتی بیاورید

نام/کود ولسوالی:

نام/کود ولایت:

NGO/مرجع تمویل کننده

نام/کود مرکز صحتی:

شهر/قریه/کمپ:

هفته اپیدیمیالوژی _____ از شنبه: _____ / _____ سال 2012 تا جمعه _____ / _____ سال 2012

نام و شماره تلفون:

رویداد های تحت سرویلانس		ذکور/کمتر از پنجساله		اناث/کمتر از پنجساله		ذکور/پنجساله و بالاتر		اناث/پنجساله و بالاتر	
		وفیات	واقعات	وفیات	واقعات	وفیات	واقعات	وفیات	واقعات
1	انتانات حاد طرق تنفسی – سرفه و سرماخوردگی								
2	انتانات حاد طرق تنفسی – سینه بغل								
3	اسهال حاد آبگین								
4	اسهال خونی								
5	AWD w دیهادریشن (ضیاع مایعات بدن)								
6	مننژیت مشکوک (SIC)								
7	هیپتائیتس حاد ویروسی مشکوک								
8	سرخکان مشکوک								
9	سپاه سرفه مشکوک								
10	دفتري احتمالی								
11	تیتانوس/تیتانوس نوزادان								
12	فلج شلحاد								
13	ملاریا مشکوک								
14	تب محرقه مشکوک								

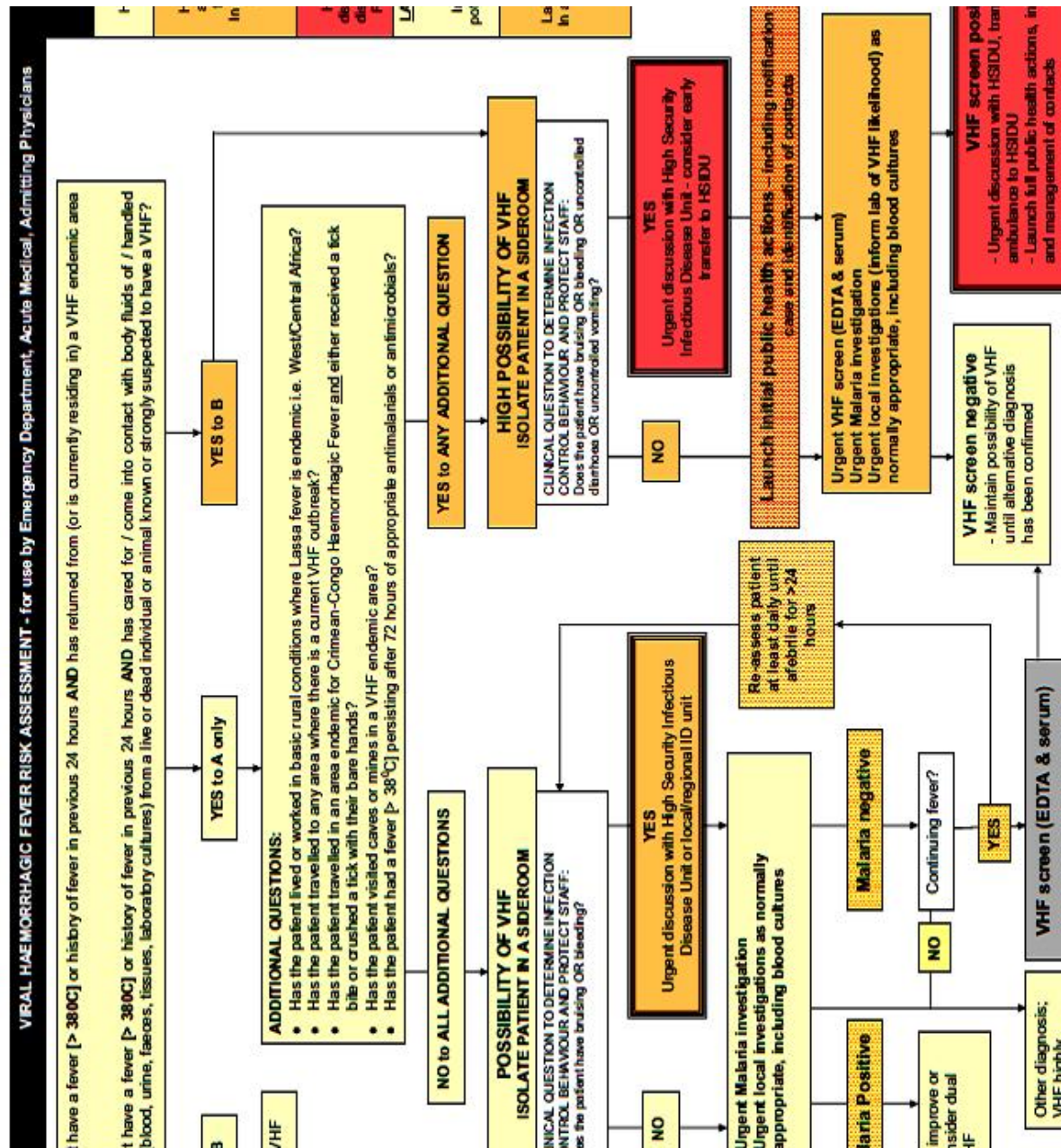
15	تب خونی مشکوک								
16	وفیات ناشی از حاملگی								
	امراض DEWS								
	مجموع مراجعین/وفیات جدید								

- لطفاً صرف آن واقعاتی را که در جریان هفته سرویلانس معاینه/بستر شده اند و وفیاتی را که در جریان هفته سرویلانس صورت گرفته در اینجا بگنجانید. هر واقعه باید صرف یکبار شمار شود.
- در صورتیکه هیچ واقعه یا وفیات رویداد های صحی که در فارم فهرست گردیده اند نداشته باشید، "0" (صفر) بنویسید.
- وفیات باید صرف تحت بخش "وفیات" گزارش داده شود، نه در بخش "واقعات" و لطفاً برای هر یک از وفیات گزارش داده شده، جدول زیر را خانه پری کنید.

شماره مسلسل	نام	سن	جنسیت	سبب	سکونت/آدرس
1					
2					
3					

واقعات انفرادی مشکوک انفلونزای مرغی، CCHF، سرخکان، سیاه سرفه، دفتري، AFP، مننژیت و تب خونی را با گرفتن تاریخچه و نمونه لابراتوری بررسی نموده و سایر واقعات را جستجو کنید. همیگونه، کلستر های سینه بغل، اسهال خونی، هیپاتیتس، ملاریا، CCHF و سیر متزاید AURI و اسهال را مورد بررسی قرار دهید.

ضمیمه C: ابزار ارزیابی خطر تب هیموریجیک ویروسی برای کارمندان کلینیکی



ضمیمه D: مسئولین سرویلانس نظر به مناطق، ولایات و ولسوالی ها (تجدید خواهد شد)

شماره	نام	نام پست	منطقه	شماره تماس	آدرس ایمیل
1	داکتر بشیر نورمل	رئیس عمومی APHI	در سطح ملی	700281134	noormalb@yahoo.com
2	داکتر میر اسلام سعید	رئیس سرویلانس DEWS	در سطح ملی	700290955	km_islam2001@yahoo.com
3	داکتر نقیب الله زیار	معاون ریاست سرویلانس	در سطح ملی	799001491	nziarhaleem@gmail.com
4	داکتر محمد نادر سهاک	مسئول تکنیکی	در سطح ملی	708892177	sahakm@who.int

ghiasia@afg.emro.who.int	700602174	در سطح ملی	مسئول تخریکی	داکتر احمد فرید غیاثی	5
nawidmusarat@gmail.com	799413160	مرکز	مسئول منطقوی DEWS	داکتر نوید مسرت	6
aimal.alkozai@gmail.com	700606303	شرق	مسئول منطقوی DEWS	داکتر ایمل الکوزی	7
dews.northregion@gmail.com	789469627	شمال	مسئول منطقوی DEWS	داکتر نعیم رحیمی	8
sarwarfirozi@gmail.com	703009008	جنوب	مسئول منطقوی DEWS	داکتر محمد سرور فیروزی	9
dews.westregion@gmail.com	783734350	غرب	مسئول منطقوی DEWS	داکتر ظریف احمد اکبریان	10
dews.southeastregion@gmail.com	700933102	جنوب شرق	مسئول منطقوی DEWS	داکتر محمد افضل خوستی	11
dews.northeastregion@gmail.com	797367387	شمال شرق	مسئول منطقوی DEWS	داکتر سلیم سها	12
dews.centralwestregion@gmail.com	783734322	غربی مرکزی	مسئول منطقوی DEWS	داکتر جمال الدین احدی	13

ضمیمه E:  نمونه فارم بررسی واقعات



فارم بررسی واقعه/کلستر



ولایت:	تاریخ/وقت اولین گزارش
--------	-----------------------

کی گزارش داده؟	
قریه/شهر:	ولسوالی:
فاصله از مرکز شهر:	تاریخ بررسی:
نفوس مجموعی منطقه:	نام نزدیکترین مرکز صحت:
تعداد افراد معروض به خطر:	
پوشش DPTH در منطقه:	نام مسئول تیم:
پوشش OPV3:	
پوشش سرخاک در منطقه:	شماره تلفون:

اعراض و علایم (میتوانید چندین بکس را نشانی کنید)	رویداد صحت/مرض مشکوک (صرف یک بکس را نشانی کنید)
---	--

3□ یا اضافه از 3 بار مواد غایطه آبیگین در هر 24 ساعت □ مواد غایطه آبیگین با خون □ تب □ اندفاعات □ سایر زخم های جلدی □ سرفه □ تهوع □ چشم ها/جلد زرد □ شخی گردن □ تشنجات یا حملات ناگهانی □ ضعف عضلات □ افزایش ترشحات (مانند عرق یا افرازات دهن) □ سوبه های متغییر هوشیاری □ و غیره (مشخص بسازید): _____	□ اسهال حاد □ اسهال خونی حاد □ CCHF □ مشکوک □ سرخکان مشکوک □ روبیلا مشکوک □ سیاه سرفه مشکوک □ دفتری مشکوک □ مننژیت مشکوک □ انتانات حاد طرق تنفسی سفلی □ سندروم حاد یرقان □ هیپاتیتس □ سندروم حاد تب خونی □ فلج شل حاد (فلج مشکوک اطفال) □ ملاریا مشکوک □ تیتانوس بزرگسالان □ تب CCHF □ تب مخفی (Unexplained) □ کلستر رویداد های صحی مخفی □ و غیره (مشخص بسازید): _____
GPS Ev: N: L:	_____ _____ _____
مجموع واقعات گزارش داده شده: _____ مجموع واقعات بررسی شده: _____ مجموع تعداد وفیات گزارش داده شده: _____	_____ _____ _____ اعضای تیم: _____
پاسخگونی: _____	
قریه های همجوار _____	

نام	مسیر	نفوس

بدر صورتیکه در شهر باشد لطفاً شماره سرک و خانه را ذکر کنید.

(الف) سن: به حساب روز (برای نوزادان)، ماه (برای اطفال)، و سال

(ب) جنسیت: M برای ذکور؛ F برای اناث

(ج) تاریخ: (روز/ماه/سال)

(د) با استفاده از کود های ذیل ثبت نمایید: I = فعلاً مریض، R = در حال بهبودی یا بهبود یافته، D = فوت شده، L = پیگیری نشده، U = نامعلوم

(ه) با استفاده از کود های ذیل ثبت نمایید: B = خون، S = مواد غایطه، C = مایع نخاعی، U = ادار، R = نمونه طرق تنفسی، O = و غیره

فهرست وقایع مشکوک

ولایت: _____ ولسوالی: _____ قریه: _____

نفوس تخمینی: _____ اطلاع دهنده: _____

نزدیکترین مرکز صحی: _____

شماره	نام مکمل	سن	جنسیت	اعراض و علائم	تاریخ شروع	تداوی انجام شده	تاریخچه تماس با مرض یا سفر یا منبع*	نتیجه**	اگر فوت شده: تاریخ وفات

* = تاریخچه کدام واقعه/تماس/سفر یا کدام منبع مشکوک که اطلاع دهنده به آن اشاره نموده است

** = مریض/بهبود یافته/فوت شده

معلومات جمع آوری شده از کتاب ثبت مرکز صحتی در مورد مرض مشکوک

وفیات	مجموع	
		تعداد واقعات این هفته
		تعداد واقعات هفته گذشته
		تعداد واقعات در همین هفته در سال گذشته (☀)
		حد اوسط تعداد واقعات در سه سال اخیر

🕒لطفاً تذکر دهید که آیا در سال گذشته در همین هفته ها شیوع مرض وجود داشته یا خیر.

بررسی شیوع ناگهانی مرض (معلوماتیکه از بازدید از قبرستان قریه ثبت گردیده است)

مجموع	اناث	ذکور	
			تعداد قبر های جدید اطفال

			تعداد قبر های جدید بزرگسالان
			مجموعه عمومی

وفیات تأیید شده توسط ملا امام قریه در دو هفته گذشته

تعداد وفيات جديد اطفال	ذكور	اناث	مجموع
تعداد وفيات جديد بزرگسالان			
مجموعه عمومی			

نقشه منطقه را در پایین رسم کنید:

N



ضمیمه F

روش های مصنون تدفین¹³

زمانیکه یک مریض CCHF وفات میکند خطر سرایت مرض در مرکز صحت وجود میداشته باشد زیرا اجساد و مایعات بدن مریضان فوت شده بعد از وفات برای چندین روز متعدد منتن باقی میمانند. در صورتیکه روش های تدفین شامل تماس با جسد و شستن آن باشد، یا اعضای خانواده و افراد محل نیز در معرض خطر قرار میگیرند.

1. جسد را بشکل مصنون آماده بسازید

بعد از اینکه جسد در مرکز صحتی برای تدفین آماده شد، باید بزود ترین فرصت ممکن دفن شود. کارمندان مرکز صحتی باید:

- در مورد روش های فرهنگی و عقاید مذهبی خانواده متوفی آگاهی داشته باشند.
- خانواده متوفی را در درک اینکه بعضی روش ها بخاطر قرار گرفتن آنها در معرض خطر مرض انجام داده شده نمیتوانند، کمک کند.
- به خانواده متوفی در مورد اینکه چرا باید بخاطر حفاظت خانواده و جامعه در مقابل مرض اقدامات خاص روی دست گرفته شود، آگاهی بدهند.
- اگر جسد متوفی بدون دادن معلومات و کمک به خانواده و جامعه آماده ساخته شود، ممکن آنها نخواهند در آینده اعضای خانواده خود را به مرکز صحتی بیاورند. آنها ممکن فکر کنند که اگر مریض فوت کند، جسد به آنها داده نمیشود.
- یک عضو خانواده متوفی را که بالای سایر اعضاء نفوذ بیشتر داشته و میتواند اطمینان حاصل کند که اعضای خانواده از روش های خطرناک، مانند شستن یا تماس با جسد، خودداری میکنند، شناسائی کنند.

2. آماده ساختن جسد در مرکز صحتی

- 2.1. لباس های محافظتی را که برای کارکنان صحتی در بخش تجرید مریضان توصیه میشود، بپوشید. از دستکش های رابری ضخیم بشکل جوره دوم دستکش استفاده کنید.
- 2.2. جسد و ساحه اطراف آنرا با محلول بلیچ 1:10 اسپری کنید.
- 2.3. جسد را در بین "پوش جسد" گذاشته و خریطه را خوب محکم بسته کنید. پوش جسد را با محلول بلیچ 1:10 اسپری کنید.
- 2.4. اگر پوش جسد موجود نباشد، جسد را در پارچه نخی دو لایه پیچیده و آنرا با محلول بلیچ 1:10 مرطوب بسازید. بعد از آن جسد را با پارچه پلاستیکی پوشانیده و با رابرتیپ بسته کنید. پوش جسد را در سه مرحله اسپری کنید. بعد از آن اگر تابوت موجود باشد جسد را در آن بگذارید.
- 2.5. جسد را بزود ترین فرصت ممکن به محل تدفین انتقال دهید. بخاطر حصول اطمینان از اجرای اقدامات حفاظتی در جریان سفر، یک مسئول صحتی یا کارمند مرکز صحتی را توظیف کنید تا همراهی جسد باشد.

3. انتقال مصنون جسد

زمانیکه جسد به محل تدفین انتقال داده میشود، اقدامات تجریدی باید انجام داده شوند.

- 3.1. بخاطر مصئونیت از کوتاه ترین راه استفاده نموده و هرگونه امکانات انتقال مرض را از طریق تماس تصادفی با جسد کاهش دهید.
- 3.2. هر کارمند صحتی که باید در جریان انتقال جسد با آن تماس میکند باید لباس های محافظتی را که در ساحه تجرید مریضان پوشیده میشود، بپوشند. یادداشت: در صورتیکه راننده با جسد تماس نمیکند، نیاز به پوشیدن لباس های محافظتی ندارد.
- 3.3. در صورت تماس تصادفی با جسد یا مایعات منتن جسد، یک جعبه سر بسته یا اسپری کننده حاوی محلول بلیچ 1:10 را با خود بگیرید. همچنان بخاطر پاک نمودن واسطه نقلیه نیز از آن استفاده کنید.

4. آماده ساختن محل تدفین

- 4.1. قبر باید حد اقل 2 متر عمیق باشد

4.2. به خانواده متوفی توضیح نمایید که دیدن جسد امکان پذیر نیست. به آنها در درک اینکه چرا مراسم تدفین صرف در محدوده خانواده صورت میگیرد، کمک کنید.

5. واسطه نقلیه را بعد از انتقال جسد تعقیب کنید

- 5.1. شخصی که واسطه نقلیه را تعقیب میکند باید لباس های محافظتی بپوشد.
- 5.2. آن قسمت واسطه نقلیه را که جسد در آن قرار داشته با محلول بلیچ 1:10 پاک کنید.
- 5.3. این محل را برای 10 دقیقه مرطوب نگهدارید.
- 5.4. بعد از آن واسطه نقلیه را با آب پاک شسته و بگذارید در هوای آزاد خشک شود. خود را مطمئن بسازید که محلول بلیچ از واسطه نقلیه پاک شود زیرا سبب پوسیده شدن واسطه نقلیه میشود.

ضمیمه G: لایحه های وظایف گسترده مراجع ذیدخل قبل از شیوع ناگهانی مرض در جریان آن و بعد از آن

مسئولیت			مراجع ذیدخل
قبل از شیوع ناگهانی	در جریان شیوع ناگهانی	بعد از شیوع ناگهانی	

ریاست صحت	1. تدوین پلان آمادگی شیوع ناگهانی و حصول اطمینان از تنظیم تمام منابع (پول، کارمندان، مواد و مدیریت با بررسی قبلی منظم) از سطح جامعه تا سطح ملی 2. حصول اطمینان از فعالیت کامل سیستم سرویلانس روتین (آموزش، تطبیق، نظارت و ارزیابی منظم پروژه آگاهی دهی، تجزیه و تحلیل، بررسی هوشدار دهی و فعالیت های کنترل شیوع ناگهانی مرض) 3. حصول اطمینان از جابجائی قبلی مقدار کافی لوازم ضروری برای شرایط اضطراری در مطابقت با واقعات متوقعه 4. حصول اطمینان از موجودیت و فعال بودن شبکه بررسی معیاری لابراتوار 5. آموزش دادن تمام کارمندان کلینیکی در رابطه به تنظیم معیاری واقعات و مساعدت تخنیکی	1. تنظیم و هماهنگی منابع اختصاص داده شده و بسیج نمودن آنها در مطابقت با اولویت ها 2. حصول اطمینان از موجودیت سرویلانس بهتر و کاملاً فعال در تمام مناطق متأثر شده و مناطق معروض به خطر 3. حصول اطمینان از رسیدن لوازم ضروری و ذخایر احتیاطی به مناطق متأثر شده بموقع مناسب 4. حصول اطمینان از دسترسی سریع به نمونه ها و رسیدن فیدبک از لابراتوار به ساحه در وقت مناسب 5. بررسی مسائل مربوط به تداوی واقعات و تصحیح آنها و بهبود سیستم رجعت دهی	1. تنظیم دوباره منابع و بیرون کشیدن منابع اضافی از مناطق متأثر شده یا استفاده از آنها در راه های حل دراز مدت پایدار 2. ادامه سرویلانس بهتر تا زمانی که کنترل مکمل صورت بگیرد. 3. نگهداری یک ذخیره اضطراری در مناطق معروض به خطر و بیرون کشیدن ذخایر اضافی جهت نگهداری در ذخایر ولایتی 4. داشتن یک دیتابیس بررسی لابراتواری برای رجعت به آن در آینده 5. شناسائی مشکلات عملی که کارمندان کلینیکی در رابطه به تداوی واقعات با آنها مواجه میشوند و پلانگذاری جهت تصحیح آنها در آینده 6. قدردانی از تمام نیروی های کاری و آماده ساختن آنان برای حالات اضطراری در آینده 7. ارزیابی پاسخگوئی به شیوع ناگهانی و شناسائی خلاء ها و استفاده از یافته ها جهت پلانگذاری و آمادگی برای آینده
ریاست معارف	1. اشتراک و سهمگیری در آمادگی ها برای شیوع ناگهانی 2. توسعه دانش در مورد اقدامات وقایعی در مقابل CCHF از طریق سیستم معارف و کمپاین های خاص	1. راه اندازی کمپاین های جلوگیری از گسترش CCHF در مکاتب و محلات همجوار 2. فراهم آوری خدمات داوطلبانه به مراکز صحتی جهت تداوی واقعات و اهدای خون	1. ادامه کمپاین در مورد کنترل حاملین مرض و اقدامات حفاظت شخصی 2. اشتراک و سهمگیری در پلانگذاری و بررسی حالات اضطراری و شیوع ناگهانی
ریاست زراعت و انکشاف امرار معیشت	1. حصول اطمینان از کنترل منظم حاملین مرض در مناطق معروض به خطر از طریق برنامه های کنترل حاملین مرض 2. ارایه خدمات منظم لوژستیکی و فراهم آوری لوازم برای اجتماعات معروض به خطر 3. جلوگیری از خطرات استفاده از مواد کیمیای 4. معرفی روش های مناسب کنترل بیولوژیکی و فزیک 5. تنفیذ تمام قوانین موجود و کنترل بازار ها و تقویت قوانین	1. شناسائی سریع منابع در مناطق معروض به شیوع ناگهانی و جدا ساختن حیواناتیکه حاوی انتانات ویروسی فعال CCHF میباشدند. 2. راه اندازی کمپاین خاص برای کنترل حاملین مرض و پر نمودن خلاء ها در روش های تربیه حیوانات و تهیه محصولات حیوانی در مناطق معروض به شیوع ناگهانی با اقدامات میان مدت و دراز مدت 3. حفظ و آموزش دهی ادارات محلی جهت حصول اطمینان از پیگیری روش های مناسب در ساحه 4. راه اندازی فعالیت های اضافی برای کنترل شیش ها 5. فراهم آوری بسته ها و لوازم محافظت شخصی (دستکش ها، پیش بند ها، موزه ها و مواد کیمیای و غیره)	1. ادامه فعالیت های وقایعین و کنترل حاملین مرض تا وقت ختم شیوع ناگهانی مرض 2. آموزش دهی مناسب ادارات محلی یا جامعه و حصول اطمینان از موجودیت یک میکانیزم پایدار جهت تداوم فعالیت ها 3. نظارت و ارزیابی دقیق پروژه 4. سرمایه گذاری کنترل شیوع ناگهانی و جلب وجوه مالی برای پر نمودن خلاء ها و بهبود اقدامات وقایعی در ساحه
جامعه سکتور خصوصی، ادارات تمویل کننده و مساعدت کنندگان مالی	1. مساعدت به اجتماعات در مناطق معروض به شیوع ناگهانی با وجوه مالی کوچک/دورانی جهت حفظ و نگهداری باغ های شان 2. کمک با باغداران، قصابان، و آشپزان جهت حفظ حد اقل طرز العمل های معیاری تهیه محصولات شان 3. کمک در فعالیت های آموزشی و کنترل حاملین مرض	1. کمک در زمینه فعالیت های کنترل حاملین مرض، تربیه مصئون حیوانات و تهیه محصولات آن از طریق سازمان های ساحوی ایجاد شده	1. شناسائی خلاء ها در فعالیت ها و تدوین پلان های مناسب جهت تصحیح آنها
سازمان های غیر دولتی و موسسات	1. کمک به ادارات مربوطه دولتی در پروژه پلانگذاری، تطبیق و ادامه پروژه های صحتی، زراعتی و بهبود امرار معیشت پروژه های انکشاف	1. کمک به ادارات دولتی با ارایه مشوره های تخنیکی، منابع بشری، لوازم و خدمات لوژستیکی 2. سهیم نمودن تیم های بیشتر کنترل شیوع ناگهانی و تداوی واقعات	1. مشخص نمودن خلاء ها در کنترل شیوع ناگهانی و کمک در یافتن یک راه حل دایمی و پایدار

ملل متحد	(وجوه مالی، منابع بشری، لوازم، مشوره های تخنیکي و مدیریت)	3. کمک در نظارت و ارزیابی شیوع ناگهانی مرض	
سازمان های اجتماعی و عامه	1. درک اولویت های اساسی و ایجاد سازمان های اجتماعی، پلان ها و تیم های تطبیق کننده 2. تنظیم تمام منابع احتمالی از جامعه و دریافت مساعدت از ادارات تمویل کننده وجوه مالی کوچک، سازمان های غیر دولتی و موسسات ملل متحد و اتخاذ اقدامات جهت وقایه CCHF در ساحه 3. ایجاد تیم های فعال ساحوی برای از بین بردن شبش هاو ارتقای سطح آگاهی در رابطه به اشکال مصنون تربیه حیوانات و تهیه محصولات حیوانی	1. کمک به ریاست های صحت و زار عتجهت کنترول شیوع ناگهانیمرض از طریق حمایت از تمام تلاش های آنان 2. پیروی از هدايات ارایه شده توسط ریاست ها	1. کمک به دولت و سایر موسسات جهت شناسائی خلاء ها و اصلاح آنها از طریق اقدامات مناسب 2. رعایت تمام طرز العمل های ضروری جهت جلوگیری از شیوع ناگهانی مرض و خسارات ناشی از آن
ادارات دولتی نظم و قانون	1. تدوین و تطبیق قوانین مورد نیاز عامه در رابطه به مالداری و تهیه محصولات حیوانی 2. آگاهی دهی به مردم در مورد قوانین و پیروی از آنها	1. تطبیق جدی قوانین	1. شناسائی خلاء ها در قوانین و تطبیق و اصلاح آنها

-
- ¹ ویروس (CCHF)، نسخه دوم، انستیتوت بایوانفار ماتیک ورجینیا، سال 2006
 - ² اپیدیمیالوژی جهانی CCHF، HPA, UK، اکتوبر سال 2012
 - ³ CCHF، مرضی که از اثر شیش گزیدگی به میان میاید، اسیمینا زافیتسانو، و سایرین، نشریه علوم طبی، جلد 3، شماره 1 (سال 2009)
 - ⁴ برگه حقایق CCHF، CDC، اکتوبر سال 2012
 - ⁵ پروفایل امراض ساری، افغانستان و کشور های همجوار آن، سازمان صحتی جهان، جنوری سال 2002
 - ⁶ CCHF، افغانستان، سال 2009، میر لیث مصطفی و سایرین، بروز امراض انتانی، www.cdc.gov/eid، جلد 17، شماره 10، اکتوبر سال 2011
 - ⁷ گزارش تخنیکی در مورد ورکشاپ مشترک داخلی در رابطه به وقایه و کنترول CCHF، سازمان صحتی جهان، نومبر سال 2006.
 - ⁸ سیستم هوشدار دهنده مقدم امراض، وزارت صحت عامه افغانستان، سال 2006
 - ⁹ گزارش مجلس غیر پلان شده OIE در رابطه به CCHF، پاریس، 16-17 فبروری سال 2010
 - ¹⁰ برگه حقایق CCHF، N°208، سازمان صحتی جهان، نومبر سال 2011
 - ¹¹ مجموعه ابزار برای تدای امراض ساری در جریان بحران عراق، سازمان صحتی جهان، مارچ سال 2003
 - ¹² واژه نامه اپیدیمیالوژی، چاپ پنجم طبع دانشگاه آکسفورد، سال 2008
 - ¹³ کنترول انتانات برای تب های خونی ویروسی در شرایط مراقبت های صحتی در افریقا، سازمان صحتی جهانی، CDC، سال 1998