



الجمهورية اللبنانية  
وزارة الصحة العامة

الوزير

رقم المحفوظات : ٤١

بيروت في :

٢٠ آذار ٢٠٢٠

قرار رقم ١/٣٥٩

يتعلق بالتعاطي مع مرض الكورونا المستجد كوفيد ١٩ الذين لا يظهرون عوارض او يعانون من عوارض خفيفة والمرضى المتعافين ولا يزال فحصهم المخبري ايجابي

إن وزير الصحة العامة،

بناءً على المرسوم رقم ٦١٥٧ تاريخ ٢٠٢٠/١/٢١ (تشكيل الحكومة)،

استناداً لوصيات اللجنة الوطنية للأمراض الانتقالية المنعقد بتاريخ ١٤ آذار ٢٠٢٠ ولمداوات اللجنة الوطنية لمواجهة الكورونا بتاريخ ٢٠٢٠/٣/١٧،

وبما ان قدرات القطاع الاستشفائي ما زالت محدودة لمواجهة الوباء،

ولما كانت غرف العزل في مستشفى الحريري الحكومي تشهد تزايداً في أعداد المعزولين بالرغم من زوال العوارض المرضية عنهم، حيث ان الفحص المخبري يبقى إيجابياً لفترة طويلة قد تصل إلى شهر بعد زوال العوارض، ولما كان وجود هؤلاء الأشخاص في المستشفى يؤثر سلباً على وضعهم النفسي، وإفساحاً بالمجال لاستقبال حالات أخرى تستدعي دخول المستشفى،

وبناءً على إقتراح مدير عام الصحة،

يقرر ما يأتي:

**المادة الأولى:** يتوجب على أي طبيب او مؤسسة صحية التقيد بالتعاميم السابقة لإبلاغ وزارة الصحة العامة فور تأكيد التشخيص لمرض الكورونا. كما يتوجب تقييم حالة كل مصاب من الناحيتين السريرية والاجتماعية من قبل فريق يضم نفسي او معايدة اجتماعية إضافة إلى الطبيب واعتماد الاستمارة المرفقة للتقييم (ملحق رقم ١).

**المادة الثانية:** عند التشخيص وفي حال عدم ظهور عوارض مرضية او عندما تكون العوارض خفيفة، وعند اصرار المريض على عدم دخول المستشفى وحيث يتبيّن في التقييم النفسي/الاجتماعي ان المصاب واع تماماً لأهمية العزل المنزلي وبنفس الوقت لديه امكانيات السكن التي تسمح له بذلك دون تعريض صحة عائلته او محیطه للخطر. فقط عند التأكيد من توفر جميع هذه الشروط يمكن للطبيب اخلاء سبيل المصاب وابلاغ رقم هاتفه وعنوانه إلى وزارة الصحة فوراً. كما على الطبيب ابلاغ المريض بأن معلوماته الشخصية سوف تسلم للأجهزة الأمنية التي ستراقب التزامه التام هو وعائلته بالعزل المنزلي.

**المادة الثالثة:** تطبق المادتين اعلاه على مستشفى الحريري الجامعي ويعتمد نفس الآلية المذكورة اعلاه لتسريح الذين لا يعانون من عوارض مرضية ولا يزالون يظهرون فحصا إيجابيا لفيروس الكورونا المستجد كوفيد ١٩ من المستشفى.

**المادة الرابعة:** يتوجب في جميع الحالات الالتزام بما يلي:

- يتعهد المريض بتنفيذ كامل البنود المذكورة في هذا القرار ويوقعولي أمره او احد افراد العائلة على الاستماره (ملحق رقم ٢).

- مغادرة المستشفى بعد التأكد من أمان وسيلة النقل اكانت تابعة للمستشفى او المريض او مؤسسات المجتمع المدني المختصة.

- استكمال تطبيق العزل المنزلي لمدة شهر كامل من تاريخ أخذ أول عينة مخبرية للذين لا يعانون من عوارض مرضية وشهر كامل من تاريخ زوال العوارض للذين عانوا او يعانون من عوارض مرضية.

- وفي حال عدم وجود مكان للعزل الإنفرادي والاضطرار للتواجد مع أشخاص آخرين في نفس المنزل، تطبق إجراءات العزل المنزلي في غرفة خاصة داخل المنزل، ويحجر كذلك جميع الأشخاص المتواجدين في المنزل.

**المادة الخامسة:** تبلغ وزارة الصحة العامة ضابط الاتصال الامني بجميع المعلومات الشخصية لكي يتولى التنسيق مع الاجهة الامنية والبلديات والجمعيات الأهلية غير الحكومية حسب الحاجة وفي مختلف المناطق للتأكد من تنفيذ شروط العزل المنزلي بشكل صحيح.

**المادة السادسة:** يبلغ هذا القرار حيث تدعو الحاجة ويعمل به فور صدوره.



يلغى:

- رئاسة مجلس الوزراء
- اللجنة الوطنية لمكافحة الكورونا
- المديرية العامة للصحة
- مصلحة الطب الوقائي
- برنامج الترصد الوبائي
- منظمة الصحة العالمية
- المستشفيات الحكومية
- نقابة المستشفيات للتعيم على المستشفيات الخاصة
- نقابة الاطباء للتعيم على العيادات الطبية
- دائرة الرعاية الصحية الأولية
- الموقع الإلكتروني للوزارة
- المحفوظات



ملحق رقم ١

تقييم وضع الحجر الصحي المنزلي

- العنوان الكامل بالتفصيل

- |                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| - البلد:                            | - القضاء:  | - المحافظة:                             |
|                                     |  |   |
| - الشارع:                           | - الحي:  |   |
| <input type="checkbox"/> منزل منفرد | <input type="checkbox"/> بناية سكنية                       | - مكان الاقامة:                         |
| <input type="checkbox"/> لا         | <input type="checkbox"/> أكثر من ثلث غرف                   | - عدد الغرف:                            |
| <input type="checkbox"/> نعم        | <input type="checkbox"/> أقل من غرفتين                     |   |
| <input type="checkbox"/> لا         | <input type="checkbox"/> أكثر من حمام                      | - عدد الحمامات:                         |
| <input type="checkbox"/> نعم        | <input type="checkbox"/> واحد (جميع العائلة)               |   |
| <input type="checkbox"/> لا         | <input type="checkbox"/> توفر غرفة فردية مع دورة مياه خاصة | - توفر غرفة فردية مع دورة مياه خاصة:    |
| <input type="checkbox"/> نعم        | <input type="checkbox"/> توفر غرفة فردية مع دورة مياه خاصة |   |
| <input type="checkbox"/> لا         | <input type="checkbox"/> توفر غرفة فردية مع دورة مياه خاصة | - عدد الأفراد في المنزل:                |
| <input type="checkbox"/> نعم        | <input type="checkbox"/> توفر غرفة فردية مع دورة مياه خاصة |   |
| <input type="checkbox"/> لا         | <input type="checkbox"/> توفر غرفة فردية مع دورة مياه خاصة | - عدد الأطفال:                          |
| <input type="checkbox"/> نعم        | <input type="checkbox"/> توفر غرفة فردية مع دورة مياه خاصة |   |
| <input type="checkbox"/> لا         | <input type="checkbox"/> توفر غرفة فردية مع دورة مياه خاصة | - عدد الأشخاص المسنين (أكثر من ٦٥ سنة): |
| <input type="checkbox"/> نعم        | <input type="checkbox"/> توفر غرفة فردية مع دورة مياه خاصة |   |

اللوازم الأساسية:

- |                             |                              |                             |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | - الملابس:                  |
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | - الغذاء:                   |
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | - مستلزمات النظافة اليدوية: |
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | - خدمات الغسيل:             |

الخدمات العامة:

- |                             |                              |                            |
|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | - توفر الماء والكهرباء:    |
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | - توفر الهاتف:             |
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | - توفر جمع القمامة:        |
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | - توفر التدفئة أو التكييف: |
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | - توفر التهوية:            |
| <input type="checkbox"/> لا | <input type="checkbox"/> نعم | - توفر وسائل الترفيه:      |



ملحق رقم ٢  
تعهد لجانيب وزارة الصحة العامة

أنا الموقع (ة) أدناه السيد (ة) .....ولي أمر

(الاسم الثلاثي) المريض (ة) المعافي(ا) ..... المولود (ة) في

رقم ..... تاريخ الولادة ..... رقم

قضاء ..... السجل ..... محافظة

محافظة ..... أتعهد على مسؤوليتي بمتابعة الالتزام التام بتنفيذ العزل الصحي

المنزلي للشخص الذي تعافى سريرياً (مريض فحصه المخبري إيجابياً) وذلك لمدة شهر من

تاریخ ..... كما أقر بأنه قد اطلعت على شروط الحجر المنزلي ووافقت

عليها بكمال إرادتي، وأنا أعلم بأن معلوماتي الشخصية (الاسم، العنوان ورقم الهاتف) ستتم مشاركتها مع القوى

الأمنية وأو البلديات حسب ما تقتضيه المصلحة العامة.

عنوان مكان العزل:

محافظة ..... قضاء ..... القرية ..... أو ..... المدينة/البلدة

شارع ..... القرية ..... أو ..... المدينة/البلدة

..... بالقرب من ..... منزل .....

بيروت في ..... اسم الشاهد (١) ..... وتوقيعه ..... اسم الشاهد (٢) ..... وتوقيعه