

Нова коронавірусна інфекція (включаючи підозрювані випадки) Основна інформація/Форма опитування з клінічною інформацією

Основна інформація*

ID

1	Опитування, проведене Центром громадського здоров'я	Прізвище слідчого:
	Дата та час опитування:	метод: <input type="checkbox"/> Інтерв'ю <input type="checkbox"/> Телефон <input type="checkbox"/> Інший ()
2	Відповідач: <input type="checkbox"/> Пацієнт <input type="checkbox"/> Не пацієнт → Ім'я () зв'язок ()	
	Контактна інформація респондента: Домашній телефон: - - Мобільний:--	
3	Діагностична категорія: Нова коронавірусна інфекція (пацієнт (підтверджений випадок) / безсимптомний носій / підозрюваний випадок)	
4	Реєстраційний ідентифікатор NESID:	5
6	Назва медичного закладу:	7
8	Адреса установи:	9
10	Звіт отримано (дата):	11
12	Звіт отримав: Центр громадського здоров'я	13
14	Дата першого звернення пацієнта до медичного закладу:	15
16	Орієнтовна дата зараження:	17

* Записи до 3-17 слід записати з форми звіту про спалах. (Колонка 4 вводиться після реєстрації справи в NESID)

18	Ім'я пацієнта:	19	Чоловічий жіночий	20	Дата народження: ,років і місяців
21	національність:	22	Адреса пацієнта		
23	Номер телефону пацієнта: Домашній - - , Мобільний - -				
	Адреса електронної пошти пацієнта: @				
24	При обстеженні хворий перебував переважно в: <input type="checkbox"/> медичний заклад <input type="checkbox"/> дома <input type="checkbox"/> робоче місце/школа <input type="checkbox"/> інші () <input type="checkbox"/> невідомий				
	Контактна адреса: номер телефону: - -				
25	Професія / вид бізнесу / школа (включаючи дитячий садок, ясла тощо): Востаннє відвідував (Дата): Назва компанії/школи: Адреса компанії/школи: Номер телефону компанії/школи:				
26	Інша контактна інформація (опікуна тощо) Ім'я: Відносини з пацієнтом: Адреса: Номер телефону Домашній: - - Мобільний: - -				
	Вагітність	ні / так	(й тиждень вагітності)		
	Куріння	ні / так	(розпочато у віці , сигарети/день)		
	цукровий діабет	ні / так			
	Захворювання органів дихання (астма, ХОЗЛ, інші)	ні / так	(детальніше:)		
	Хвороба печінки	ні / так	(якщо так, то гемодіаліз? так/ні)		
	Хвороба печінки	ні / так	(детальніше:)		
	Хвороба серця	ні / так	(детальніше:)		
	Нервово-м'язові захворювання	ні / так	(детальніше:)		
	Хвороби крові (анемія та інші)	ні / так	(детальніше:)		
	Імунодефіцит (ВІЛ, застосування імунодепресантів)	ні / так	(детальніше:)		
	Злоякісна пухлина (рак)	ні / так	(детальніше:)		
	інші ()				

Клінічні Симптоми

ID

Симптоми		* за потреби введіть іншу інформацію, включаючи наявність симптомів, температуру тіла, час тощо						
Симптоми		Дата	/	/	/	/	/	/
макс. температура тіла. (°C)								
Відп. симптом.	кашель	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	утруднення дихання	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	виділення/закладеність носа	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	біль у горлі	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
інші	нудота/блювота	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	гіперемія кон'юнктиви	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	головний біль	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	загальне нездужання	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	артралгія/міалгія	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	діарея	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	порушена свідомість	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	судоми	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	інші ()	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
		ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
Симптоми		Дата	/	/	/	/	/	/
макс. температура тіла. (°C)								
Відп. симптом.	кашель	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	утруднення дихання	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	виділення/закладеність носа	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	біль у горлі	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
інші	нудота/блювота	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	гіперемія кон'юнктиви	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	головний біль	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	загальне нездужання	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	артралгія/міалгія	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	діарея	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	порушена свідомість	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	судоми	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
	інші ()	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
		ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так	ні / так
29	Час і дата початку (через співбесіду):							
30	Виявлено, оскільки цей випадок був: <input type="checkbox"/> зареєстрований випадок нової коронавірусної інфекції (категорія: пацієнт (підтверджений випадок), безсимптомний носій, підозрюваний випадок, інші) <input type="checkbox"/> контактна особа під наглядом (підтверджений ідентифікатор випадку: ПІБ:) <input type="checkbox"/> інші ()							
31	Клінічний курс або лікування, отримані до встановлення діагнозу або інші важливі речі:							

32	Госпіталізація: <input type="checkbox"/> ні <input type="checkbox"/> так (якщо так, період госпіталізації: з до)		
	Назва медичного закладу:	відділ:	Ім'я лікаря:
	Призначений медичний заклад для повідомлення про тяжкі інфекційні захворювання невідомої етіології? Так ні		
	Адреса медичного закладу:	Контакти:	
33	Рентген грудної клітки: Ні / Так (результати:)		
34	КТ грудної клітки: Ні / Так (результати:)		
35	Використання апарату штучної вентиляції легенів: Ні / Так		
36	Лікування після першого відвідування		
	Дата	мед. ін-т ім'я	Примітки (результати тестів/лікування тощо)
	/		
	/		
37	Результат: виписка (дата), смерть (дата)		
38	Інші примітки в клінічному курсі:		

Результати тесту

39	Тести на новий коронавірус				
	Тип зразка	та відбору про	Результати	етод випробуванн	обувальна уста
			- / + / інші ()		
			- / + / інші ()		
			- / + / інші ()		
			- / + / інші ()		
40	Інші тести				
	Збудник	Тип зразка	Дата відбору проби	Результати	Метод випробування установа
	●Культуральний тест: Ні / Так / невідомо				
	Якщо так			/ + (бактерія:)	
				/ + (бактерія:)	
				/ + (бактерія:)	
				/ + (бактерія:)	
	●Тест на антитіла: Ні / Так / невідомо				
	Вірус грипу			- / +	
	RS вірус			- / +	
	Аденовірус			- / +	
	Пневмокок			- / +	
	легіонелла			- / +	
	●Інші методи тестування				
Збудник ()			- / + / інші ()		
Збудник ()			- / + / інші ()		
Збудник ()			- / + / інші ()		
Будь-які додаткові коментарі					