

Опитувальник для проведення епідеміологічного розслідування випадків, що підлягають визначенню випадку 2019-nCoV

Дата заповнення форми _____

Область _____

ПІБ епідеміолога _____ Телефон _____ Email _____

ПІБ лікаря _____ Телефон _____ Email _____

Інформація щодо пацієнта із підозрою на захворювання, що спричинено 2019-nCoV:

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Стать: Ч Ж Вік _____ р. _____ міс. Громадянство: Україна Інше, вкажіть країну _____

Чи працює пацієнт медичним працівником? Так Ні Невідомо

Дані щодо місця перебування пацієнта протягом попередніх 14 календарних днів до початку захворювання та можливих контактів із особою з підозрою на захворювання, що спричинено 2019-nCoV:

Перебування певний час у місті Ухань, Китай Так Ні Невідомо
Чи пацієнт проживає в місті Ухань Так Ні Невідомо
Дата подорожі до міста Ухань _____ Дата повернення з міста Ухань _____ Дата повернення в Україну _____

Перебування в закладі охорони здоров'я в місті Ухань, Китай в якості пацієнта, працівника, відвідувача
 Так Ні Невідомо

Мав близький контакт¹ із особою, яка була хворою на момент контакту або перебуває в процесі розслідування щодо 2019-nCoV:
 Так Ні Невідомо

Мав близький контакт¹ із особою, у якій лабораторно підтвердили випадок 2019-nCoV Так Ні Невідомо

Дата початку захворювання _____

Дата первинного звернення _____

Дата госпіталізації _____

Клінічні прояви (оберіть всі, що відмічались): кашель гарячка² біль у горлі задихка

Інші клінічні прояви та симптоми (оберіть усі, що відмічались):

озноб головний біль м'язовий біль блювання біль у животі діарея інше, вкажіть _____

Додаткова інформація про пацієнта

Пневмонія (клінічно чи лабораторно встановлено) так ні

Гострий респіраторний дистрес-синдром так ні

Інший діагноз Так, вкажіть який _____ Ні невідомо

Супутні медичні стани (вкажіть всі, що відмічались):

вагітність діабет серцево-судинні хвороби гіпертензія хронічне захворювання легень порушення імунітету

хронічна хвороба нирок хронічна хвороба печінки інше, вкажіть жоден невідомо

Перебування пацієнта у відділенні інтенсивної терапії та реанімації

так ні

не відомо

Проведення пацієнту наступних процедур: інтубація так ні

екстракорпоральна оксигенація

так ні

Дата смерті _____

Лабораторна частина

Тип зразку матеріалу, що був відібраний у пацієнта для тестування на 2019-nCoV та відправлений до Центру громадського здоров'я

Типи зразку	Відмітьте, який тип/типи зразку було відібрано	Ідентифікаційний номер зразка та дата направлення зразку до Центру	Дата відбору зразку	Відправлення до ВООЗ/CDC ³
Назофарингеальний мазок	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні			
Орофарингеальний мазок	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні			
Харкотиння	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні			
Промивні води бронхіального дерева	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні			
Трахеальний аспірат	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні			
Стул	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні			
Сеча	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні			
Сироватка	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні			
Інше, вкажіть	<input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні			

Лабораторні дослідження, що застосовувалися, для визначення іншого можливого етіологічного чинника та результат таких досліджень

Дослідження	Позитивний	Негативний	В роботі	Не застосовувались
Швидкий тест на грип Ag A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ПЛР на визначення РНК грипу А <input type="checkbox"/> В <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ПЛР на РНК РС-вірусу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ПЛР на РНК H. metapneumovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ПЛР на РНК Парагрип (1-4 типи)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Аденовірус	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Риновірус/ентеровірус	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Коронавірус (OC43, E229, NL63, HKU1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M.pneumoniae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S.pneumoniae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Інше, вкажіть	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Перебування у близькому контакті, означає:

- a) перебування на відстані ближче 2-х метрів або в одній кімнаті, де надається допомога впродовж тривалого періоду часу (наприклад, медичний персонал, члени родини) не маючи на собі відповідного захисного обладнання (наприклад, накидок, рукавичок, респіратор, засобів захисту очей);
- b) прямий контакт із виділеннями хворого, якщо засоби індивідуального захисту не були застосовані;
- c) дані, що інтерпретуються як можливість тісного контакту, є обмеженими. У даний момент часу, коротке перебування біля особи сприймаються як діяльність, що не становить високого ризику, тому не є обмеженою.

² Гарячка $\geq 38^{\circ}\text{C}$. Може не проявитись серед деяких груп пацієнтів, наприклад, осіб молодого віку, старшого віку, з імуносупресією або у тих, хто приймає відповідні ліки. Потрібно використовувати клінічне судження для прийняття рішення про тестування пацієнтів у таких випадках.

³ Заповнюється вірусологічною референс-лабораторією Центру