



Временная форма предоставления данных о подтвержденных и вероятных случаях инфицирования новым коронавирусом (2019-nCoV)

Форма ВОЗ для предоставления минимального набора данных

Дата передачи данных в национальный орган здравоохранения:

[D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y] Учреждение, предоставившее информацию:

Страна, предоставившая информацию: \_\_\_\_\_

Классификация случая:  Подтвержденный  Вероятный

Выявлен в пункте въезда  Нет  Да  Неизвестно Если да, дата [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Раздел 1: Информация о пациенте

Уникальный идентификатор случая (используемый в стране): \_\_\_\_

Дата рождения: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y] или предполагаемый возраст: [ ][ ] в годах, если < 1 года, [ ][ ] в месяцах или, если < 1 месяца, [ ][ ] в днях

Пол при рождении:  Мужской  Женский

Место постановки диагноза: страна: \_\_\_\_\_

Административный уровень 1 (область): \_\_\_\_\_ Административный уровень 2 (район): \_\_\_\_

Место постоянного места жительства пациента: Страна: \_\_\_\_\_

Административный \_\_\_\_\_ Административный уровень 2 (район): \_\_\_\_\_
уровень 1 (область):

Раздел 2: Клиническая информация

Клиническое течение заболевания

Дата появления симптомов: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]  Асимптомат. течение  Неизвестно

Госпитализация:  Нет  Да  Неизвестно

Дата первой госпитализации: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Наименование больницы: \_\_\_\_\_

Дата изоляции: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Подключался ли пациент к искусственной вентиляции легких:  Нет  Да  Неизвестно

Состояние здоровья (обведите) на момент предоставления данных: Выздоровел / Не выздоровел / Умер / Неизвестно

Дата смерти, если применимо: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Симптомы, наблюдаемые у пациента (выберите все подходящие варианты):

- Лихорадка/озноб  Отдышка Боль (укаж. все подходящие ответы)
 Общая слабость  Диарея ( ) Мышечная ( ) В груди
 Кашель  Тошнота/рвота ( ) В животе ( ) В суставах
 Боль в горле  Головная боль
 Насморк  Раздраженность/Спутан. сознания
 Другое, укажите \_\_\_\_\_

Признаки:

Температура: [ ][ ][ ] °C /  F

Отметьте все наблюдаемые признаки:

- Фарингеальный экссудат  Кома  Пат. изм. в лег. на рентгене
 Конъюнктив. инъекция  Одышка / тахипноэ
 Судороги  Патологические дыхат. шумы

Другое, укажите: \_\_\_\_\_

**Основные состояния и сочетанные заболевания** (отметьте все соответствующие пункты):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Беременность (триместр: _____)                              | <input type="checkbox"/> Послеродовый период (< 6 недель) |
| <input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистое заболевание, вкл. гипертензию           | <input type="checkbox"/> Иммунодефицит, включая ВИЧ       |
| <input type="checkbox"/> Диабет  | <input type="checkbox"/> Заболевания почек                |
| <input type="checkbox"/> Заболевания печени  | <input type="checkbox"/> Хроническая болезнь легких       |
| <input type="checkbox"/> Хроническое неврологическое или нервно-мышечное заболевание | <input type="checkbox"/> Злокачественное новообразование  |
- Другое, укажите: \_\_\_\_\_

**Раздел 3: Контакт с источником инфекции и совершенные поездки за 14 дней до появления симптомов (до предоставления информации, при отсутствии симптомов)**

**Профессия:** (отметьте любой подходящий вариант)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Студент            | <input type="checkbox"/> Медработник                           | <input type="checkbox"/> Другое, укажите: _____ |
| <input type="checkbox"/> Работа с животными | <input type="checkbox"/> Сотрудник лаборатории здравоохранения |   |

Совершал ли пациент **поездки** в течение 14 дней до появления симптомов?  Нет  Да  Неизвестно

Если да, пожалуйста, укажите, куда были совершены поездки:

	Страна	Город
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____

**Посещал ли пациент какое-либо (какие-либо) лечебно-профилактическое учреждение(я)** за последние 14 дней до появления симптомов?  Нет  Да  Неизвестно

Имел ли пациент **тесный контакт**<sup>1</sup> с человеком с острой респираторной инфекцией в течение 14 дней до появления симптомов?

Если да, в каких условиях осуществлялся контакт (отметьте все подходящие варианты):

- В ЛПУ  В семье  На рабочем месте  Неизвестно  Другое, укажите: \_\_\_\_\_

Имел ли пациент **контакт с подтвержденным или вероятным случаем инфекции** за последние 14 дней до появления симптомов?

- Нет  Да  Неизвестно

Если да, пожалуйста, укажите уникальные идентификаторы случаев всех вероятных или подтвержденных случаев:

Случай 1 идентификатор \_\_\_\_\_ Случай 2 идентификатор \_\_\_\_\_ Случай 3 идентификатор \_\_\_\_\_

Если да, в каких условиях осуществлялся контакт (отметьте все подходящие варианты):

- В ЛПУ  В семье  На рабочем месте  Неизвестно  Другое, укажите: \_\_\_\_\_

Если да, место/город/страна контакта: \_\_\_\_\_

Посещали ли вы **рынок продажи животных** в течение 14 дней до появления симптомов?  Нет  Да  Неизвестно

Если да, место/город/страна контакта: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Тесный контакт определяется как: 1. Контакт, связанный с оказанием медицинской помощи, включая оказание помощи непосредственно пациентам с инфекцией, вызванной nCoV, совместной работой с медицинским работником, инфицированным новым коронавирусом, посещение пациентов или пребыванием в одном замкнутом пространстве с заболевшим nCoV. 2. Совместная работа в тесной близости или нахождение в одном замкнутом пространстве с заболевшим nCoV. 3. Совершение совместных поездок с заболевшим nCoV любым видом транспорта. 4. Проживание в одном домохозяйстве с больным nCoV



Наименование лаборатории, в которой был проведен тест:

Укажите тип используемого исследования:

Проводилось ли секвенирование?  Да  Нет  Неизвестно

Дата лабораторного подтверждения: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]