



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**¹ 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: _____

¹ 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]