

## Додаток 2

до Рекомендацій щодо дій державних установ обласних та Київського міського лабораторних (у тому числі на всіх видах транспорту) центрів Міністерства охорони здоров'я України при виявленні особи, яка відповідає визначенню випадку COVID-19

### Форма звіту про випадок підозри на COVID-19 (звіт надається до 4 годин після виявлення випадка)

Дата подання звіту до національного органу охорони здоров'я: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Країна: \_\_\_\_\_

Чому був протестований на COVID-19:

- Контактний випадок  Хворий звернувся за медичною допомогою через підозру на COVID-19  Виявлений на пунктах перетину кордону  Репатріація  Рутинне система епідагляду за ГРВІ (в т. ч. грип)  Невідомо

Якщо жодне з вище наведеного, будь ласка, вкажіть причину: \_\_\_\_\_

#### Розділ 1: Інформація про пацієнта

Прізвище ім'я по батькові \_\_\_\_\_

Вік (роки): [ ][ ][ ] або <1 року, [ ][ ] місяці або якщо < 1 місяця, [ ][ ] днів

Стать при народженні:  Чоловіча  Жіноча

Місце, де було діагностовано випадок: Країна: \_\_\_\_\_

Адміністративний рівень 1 (область): \_\_\_\_\_

Місце проживання: Країна: \_\_\_\_\_

#### Розділ 2: Клінічна картина

Дата першого лабораторного підтвердження: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

**Будь-які симптоми \* або прояви під час збору зразків, які привели до першого лабораторного підтвердження?**

- Відсутні (в т. ч. безсимптомний перебіг)  Так  Невідомо

Якщо так, дата початку симптомів: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

**Основні стани та супутні захворювання:**

Будь які основні стани?  Ні  Так  Невідомо

Якщо так, будь ласка, відмітьте все:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Вагітність (триместр: _____)                         | <input type="checkbox"/> Післяпологовий період (< 6 тижнів) |
| <input type="checkbox"/> Серцево-судинні захворювання (в т. ч. гіпертонія)    | <input type="checkbox"/> Імунодефіцитний стан, в т. ч. ВІЛ  |
| <input type="checkbox"/> Діабет   | <input type="checkbox"/> Захворювання нирок                 |
| <input type="checkbox"/> Захворювання печінки                                 | <input type="checkbox"/> Хронічні захворювання легень       |
| <input type="checkbox"/> Хронічні неврологічні або нейроім'язові захворювання | <input type="checkbox"/> Онкологічні захворювання           |
| <input type="checkbox"/> Інше, будь ласка, зазначте :                         |   |

**Стан здоров'я на момент подання звіту:**Госпіталізація:  Ні  Так  Невідомо

Дата первинної госпіталізації: [D\_][D\_]/[M\_][M\_]/[Y\_][Y\_][Y\_][Y\_]

*Якщо та так*Перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії?  Ні  Так  НевідомоШтучна вентиляція легень?  Ні  Так  НевідомоЕкстракорпоральна мембранна оксигенація?  Ні  Так  НевідомоЧи було проведено ізолювання випадку з дотриманням вимог інфекційного контролю?  Ні  Так  Невідомо

Дата ізоляції: [D\_][D\_]/[M\_][M\_]/[Y\_][Y\_][Y\_][Y\_]

**Розділ 3: Ризик експозиції протягом 14 днів до появи симптомів (до тестування, якщо немає симптомів)**Це медичний працівник? (будь-яка робота у закладі охорони здоров'я):  Ні  Так  Невідомо*Якщо так*, Країна: \_\_\_\_\_ Місто: \_\_\_\_\_ Назва установи: \_\_\_\_\_Чи були подорожі протягом 14 днів перед початком симптомів?  Ні  Так  Невідомо*Якщо так*, Будь ласка відмітьте місце куди подорожував хворий та дату відправлення з цього місця:

	<b>Країна</b>	<b>Місто</b>	<b>Дата відправлення з місця</b>
1.	Країна _____	Місто _____	Дата _____
2.	Країна _____	Місто _____	Дата _____
3.	Країна _____	Місто _____	Дата _____

Відвідував будь-який заклад охорони здоров'я протягом 14 днів до появи симптомів?  Ні  Так Невідомо Контакт із підтвердженим випадком COVID-19 протягом 14 днів до початку симптомів?  Ні Так  Невідомо*Якщо так*, перерахуйте унікальні ідентифікатори всіх ймовірних або підтверджених випадків:*Якщо так*, поясніть, будь ласка, характер контакту: \_\_\_\_\_

	<b>Номер випадку</b>	<b>Дата першого контакту</b>	<b>Дата останнього контакту</b>
1.	_____	Дата _____	Дата _____
2.	_____	Дата _____	Дата _____
3.	_____	Дата _____	Дата _____
4.	_____	Дата _____	Дата _____
5.	_____	Дата _____	Дата _____

Найбільш ймовірна країна впливу: \_\_\_\_\_

**Розділ 4: наслідок : заповніть і надішліть повну форму, як тільки буде відомий результат захворювання або через 30 днів після початкового звіту**

**Дата повторного надання форми:**

[D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Якщо випадок був безсимптомним під час взяття зразка, що призвело до першого лабораторного підтвердження, чи розвинулись у нього/неї симптоми або ознаки в будь-який час до виписки або смерті:

- Ні (тобто, випадок залишається безсимптомним)
- Так, безсимптомний випадок (як повідомлялося раніше) розвинулися симптоми і / або ознаки хвороби

Якщо так, Дата початку симптомів/ознак хвороби: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

- Невідомо

**Клінічний курс:**

Госпіталізація? (можливо, раніше повідомлялося):

- Ні  Так  Невідомо

*У випадку госпіталізації:*

Дата первинної госпіталізації:

[D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії?  Ні  Так  Невідомо

Штучна вентиляція легень?  Ні  Так  Невідомо

Екстракорпоральна мембранна оксигенація?  Ні  Так  Невідомо

**Наслідок захворювання:**

- Одужання/Здоровий  Не одужав  Смерть

Невідомо:  Інше, будь ласка зазначте: \_\_\_\_\_

*Дата закінчення ізоляції/госпіталізації або Дата смерті:*

[D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

**У випадку закінчення госпіталізації/ізоляції, Дата останнього лабораторного тестування:**

[D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Результат тесту:  позитивний  негативний  Невідомо

**Загальна кількість контактів, які відслідковуються із цим випадком:** \_\_\_\_\_  Невідомо