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 епіднагляду 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:

□ Вагітність (триместр:_____)
□ Післяпологовий період (< 6 тижнів)
□ Серцево-судинні захворювання (в т. ч. гіпертонія)
□ Імунодифіцитний стан, в т. ч. ВІЛ
□ Діабет
□ Захворювання нирок
□ Захворювання печінки
□ Хронічні захворювання легень
□ Хронічні неврологічні або нейром'язові захворювання
□ Онкологічні захворювання
□ Інше, будь ласка, зазначте :

Продовження додатку 7

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	□ Невідомо
Штучна вентиляція легень?	□ Ні	□ Так	□ Невідомо
Екстракорпоральна мембранна оксигенація?	□ Ні	□ Так	□ Невідомо
Чи 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:

	Країна	**Місто**	**Дата відправлення з місця**
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: _____

_____

	Номер випадку	**Дата першого контакту**	**Дата останнього контакту**
1.	_____	Дата _____	Дата _____
2.	_____	Дата _____	Дата _____
3	_____	Дата _____	Дата _____
4	_____	Дата _____	Дата _____
5	_____	Дата _____	Дата _____

Найбільш ймовірна країна впливу:_____

Продовження додатку 7

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