



Пересмотренная форма предоставления данных о подтвержденных случаях инфицирования новым коронавирусом COVID-19 (направляется ВОЗ в течение 48 часов с момента выявления)

Дата передачи данных в национальный орган здравоохранения: [Д][Д]/[М][М]/[Г][Г][Г][Г]

Страна, предоставившая информацию: _____

Причина обследования на предмет наличия COVID-19:

- Контакт с вероятным или подтвержденным случаем инфекции
 Обращение пациента за помощью в связи с подозрением на COVID-19 Выявление в пункте въезда
 Репатриация Плановый эпиднадзор за респираторными заболеваниями (например, гриппом)
 Неизвестно

Если ничто из вышеперечисленного не применимо, укажите:

Раздел 1. Информация о пациенте

Уникальный идентификатор случая (используемый в стране): _____

Возраст (в годах): [][][] если < 1 года, в месяцах: [][] если < 1 месяца, в днях: [][]

Пол при рождении: Мужской Женский

Место постановки диагноза: Страна: _____

Админ. уровень 1 (область): _____

Место постоянного места жительства пациента: Страна: _____

Раздел 2. Клиническая информация

Дата первого лабораторного исследования: [Д][Д]/[М][М]/[Г][Г][Г][Г]

Наблюдались ли какие-либо симптомы* или признаки инфекции на момент забора образцов, на основе которых было произведено первое лабораторное подтверждение?

- Нет (асимптомат. течение) Да Неизвестно

Если да, дата проявления симптомов: [Д][Д]/[М][М]/[Г][Г][Г][Г]

Основные состояния и сочетанные заболевания:

- Имелось ли основное состояние? Нет Да Неизвестно

Если да, отметьте все соответствующие пункты:

- Беременность (триместр: _____)
- Сердечно-сосудистое заболевание, вкл. гипертензию
- Диабет
- Заболевания печени
- Хроническое неврологическое или нервно-мышечное заболевание
- Другое, укажите:
- Послеродовый период (< 6 недель)
- Иммунодефицит, включая ВИЧ
- Заболевания почек
- Хроническая болезнь легких
- Злокачественное новообразование

Состояние здоровья на момент предоставления данных:

Госпитализация: Нет Да Неизвестно

Дата первой госпитализации: [Д][Д]/[М][М]/[Г][Г][Г][Г]

Если да

- Помещался ли пациент в отделение интенсивной терапии? Нет Да Неизвестно
- Подключался ли пациент к искусственной вентиляции легких? Нет Да Неизвестно
- Проводилась ли экстракорпоральная мембранная оксигенация? Нет Да Неизвестно

Изолирован ли пациент с применением мер инфекционного контроля? Нет Да Неизвестно

Дата изоляции: [Д][Д]/[М][М]/[Г][Г][Г][Г]

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

Пациент — работник здравоохранения (любая должность в сфере здравоохранения)? Нет Да Неизвестно

Если да: Страна: _____ Город: _____ Название учреждения: _____

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

Если да, пожалуйста, укажите, куда были совершены поездки и когда пациент покинул соответствующий город:

	Страна	Город	Дата отъезда из города
1.	Страна _____	Город _____	Дата _____
2.	Страна _____	Город _____	Дата _____
3.	Страна _____	Город _____	Дата _____

Посещал ли пациент **какие-либо лечебно-профилактическое учреждения** за последние 14 дней до появления симптомов? Нет Да Неизвестно

Имел ли пациент **тесный контакт** с человеком с подтвержденной инфекцией в течение 14 дней до появления симптомов? Нет Да Неизвестно

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

Если да, в каких условиях осуществлялся контакт: _____



Идентификатор случая	Дата первого контакта	Дата последнего контакта
1. _____	Дата _____	Дата _____
2. _____	Дата _____	Дата _____
3. _____	Дата _____	Дата _____
4. _____	Дата _____	Дата _____
5. _____	Дата _____	Дата _____

Наиболее вероятная страна контакта: _____

Раздел 4. Исход заболевания: заполнить и повторно направить форму в полном объеме при получении сведений об исходе заболевания или через 30 дней после первичного сообщения

Дата повторного направления настоящей формы: [Д][Д]/[М][М]/[Г][Г][Г][Г]

Если на момент забора образцов, на основе которых было произведено первое лабораторное подтверждение, у пациента не наблюдалось симптомов, появились ли какие-либо симптомы или признаки заболевания в какой-либо момент перед выпиской или смертью пациента?

- Нет (т. е. течение по-прежнему бессимптомно)
- Да, после бессимптомного периода (о котором ранее сообщалось) развились симптомы и/или признаки заболевания

Если да, укажите дату появления симптомов/признаков заболевания: [Д][Д]/[М][М]/[Г][Г][Г][Г]

- Неизвестно

Клиническое течение заболевания:

Госпитализация (о которой могло сообщаться ранее): Нет Да Неизвестно

В случае госпитализации:

Дата первой госпитализации: [Д][Д]/[М][М]/[Г][Г][Г][Г]

- Помещался ли пациент в отделение интенсивной терапии? Нет Да Неизвестно
- Подключался ли пациент к искусственной вентиляции легких? Нет Да Неизвестно
- Проводилась ли экстракорпоральная мембранная оксигенация? Нет Да Неизвестно

Состояние здоровья: Выздоровел/здоров Не выздоровел Умер Неизвестно Другое

Если «Другое», укажите: _____

Дата прекращения изоляции/выписки или дата смерти:

[Д][Д]/[М][М]/[Г][Г][Г][Г]

В случае прекращения изоляции/выписки — дата последнего лабораторного исследования:

[Д][Д]/[М][М]/[Г][Г][Г][Г]

Результат теста:

Положительный

Отрицательный

Неизвестно

Общее кол-во наблюдаемых контактировавших лиц: _____

Неизвестно

© Всемирная организация здравоохранения, 2020. Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Originally issued in English by the World Health Organization HQ in Geneva, under the title Revised case report form for confirmed Novel Coronavirus COVID-19 (report to WHO within 48 hours of case identification).

Doc #: WHO/2019-nCoV/SurveillanceCRF/2020.2