

Глобальная платформа регистрации клинических данных по COVID-19. Карта регистрации случаев с подозрением на синдром мультисистемного воспаления (СМВ), ассоциированный по времени с COVID-19, у детей и подростков

Предварительное определение случая

Лихорадка на протяжении трех или более дней у ребенка или подростка в возрасте от 0 до 19 лет;

А ТАКЖЕ два симптома из следующих:

- a) сыпь или двусторонний негнойный конъюнктивит, либо признаки воспалительного поражения кожи и слизистых оболочек (полость рта, кисти рук, стопы);
- b) гипотония или шок;
- c) признаки миокардиальной дисфункции, перикардита, вальвулита или другой патологии сердца (в том числе, признаки на ЭхоКГ либо повышение уровня тропонина или NT-proBNP);
- d) признаки коагулопатии (протромбиновое время, частичное тромбопластиновое время, повышение уровня D-димера);
- e) острые нарушения функции желудочно-кишечного тракта (диарея, рвота или абдоминальная боль);

А ТАКЖЕ

повышение уровня маркеров воспаления, таких как СОЭ, С-реактивный белок или прокальцитонин;

А ТАКЖЕ

отсутствие иных явных причин для возникновения воспаления микробной этиологии, включая бактериальный сепсис, синдром стафилококкового токсического шока, синдром стрептококкового токсического шока;

А ТАКЖЕ

данные, указывающие на COVID-19 (положительный результат ОТ-ПЦР, теста на определение антигенов либо серологического исследования) либо вероятность контакта с заболевшими COVID-19.

Примечание. Возможное наличие указанного патологического состояния необходимо учитывать при возникновении у ребенка классической либо атипичной клинической картины болезни Kawasaki или синдрома токсического шока.

БЛОК 1. Данная форма подлежит заполнению при возникновении подозрений на синдром мультисистемного воспаления у всех детей в возрасте 0–19 лет (даже при отсутствии всех критериев определения случаев, в целях регистрации всего спектра клинических проявления данного патологического состояния). Заполнение формы следует начать сразу после возникновения подозрений на синдром. Заполненный блок 1 вносится в учетные данные после получения результатов всех предварительных исследований, указанных в определении случая.

Наименование ЛПУ _____ Страна _____

Дата заполнения формы [_]

Дата госпитализации [_]

1а. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ТЕКУЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (заполняется при возникновении первых подозрений на СМВ)

| | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| Лихорадка | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Продолжительность лихорадки ___ дней | | | |
| Сыпь | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Двусторонний негнойный конъюнктивит | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Признаки воспалительного поражения слизистых оболочек полости рта | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Признаки кожного воспаления конечностей (кисти рук или стопы) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Гипотония (отн. возрастной нормы) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Тахикардия (отн. возрастной нормы) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Замедление времени капиллярного наполнения | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Бледность/мраморность кожных покровов | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Похолодание рук/стоп | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Количество выделяемой мочи < 2 мл/кг/ч | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Боль в груди | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Тахипноэ (отн. возрастной нормы) | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Угнетение дыхания | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Абдоминальная боль | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Диарея | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Рвота | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет | <input type="checkbox"/> неизвестно |

1b. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ (*заполняется при возникновении первых подозрений на СМВ*)

 Пол при рождении мужской женский не указан. Дата рождения [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_]

 Если дата рождения неизвестна, указать **возраст** [_] [_] лет ИЛИ [_] [_] месяцев

Этническая принадлежность (со слов родственников) (заранее определить основные группы населения и выбрать из списка) _____

 Госпитализация ребенка в анамнезе в течение последних трех месяцев да нет неизвестно

Если да, дата выписки [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_]

 Если да, была ли госпитализация связана с таким же или аналогичным состоянием? да нет неизвестно

1c. ДАТА НАСТУПЛЕНИЯ ТЕКУЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ (*заполняется при первом подозрении на СМВ*)

Дата возникновения первого симптома или признака [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_]

Дата возникновения лихорадки [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_] [_]

Температура [_] [_], [_] °С ЧСС [_] [_] ударов/мин ЧДД [_] [_] вдохов/мин

АД [_] [_] (систолическое) [_] [_] (диастолическое) мм рт.ст.

 Дегидратация тяжелая умеренная нет

 Время капиллярного наполнения > 2 секунды да нет неизвестно

 Сатурация крови кислородом [_] [_] [_] % при вдыхании воздуха в помещении оксигенотерапии неизвестно

 Состояние сознания в сознании реагирует на вербальные стимулы реагирует на болевые стимулы без сознания

Окружность середины плеча [_] [_] [_] мм Длина/рост [_] [_] [_] см Масса тела [_] [_] [_] кг

1d. СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ И СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ (*заполняется при первом подозрении на СМВ*)

| | | | |
|---|--|---|--|
| Воспалительное или ревматологическое заболевание. Если да, указать _____ | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | Аспления | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Гипертония (отн. возрастной нормы) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | Врожденная или приобретенная иммуносупрессия. Если да, указать _____ | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Другое хроническое сердечно-сосудистое заболевание. Если да, указать _____ | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | Хроническое заболевание почек | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Астма | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | Хроническая печеночная недостаточность | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Туберкулез | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | Хроническое неврологическое заболевание | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Другое хроническое заболевание легких. Если да, указать _____ | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | ВИЧ? <input type="checkbox"/> да (на АРВ) <input type="checkbox"/> да (без АРВ) <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> об АРВ неизвестно | |
| Диабет | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | Другие заболевания? Если да, указать _____ | |
| Злокачественное новообразование | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | Болезнь Kawasaki в анамнезе | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Гематологическое заболевание | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | Болезнь Kawasaki в семейном анамнезе | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Респираторная инфекция в течение 4 недель до наступления текущего заболевания | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | Проживание (или другой контакт) с лицом с подтвержденной COVID-19 за последние 4 недели | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| | | Проживание (или другой контакт) с лицом с подтвержденной COVID-19 за последние 4 недели | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |

1е. ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ ДО ПОСТУПЛЕНИЯ В ЛПУ И В СВЯЗИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
 Принимал ли пациент следующие препараты в течение 14 дней до поступления в ЛПУ? (заполняется при первом подозрении на СМВ)

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)? да нет неизвестно
 Если да, указать наименование _____; способ применения перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 ингаляционно местное применение неизвестно

Стероидные препараты? да нет неизвестно
 Если да, указать наименование _____; способ применения перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 ингаляционно местное применение неизвестно

Другие препараты? да нет неизвестно
 Если да, указать наименование _____; способ применения перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 ингаляционно местное применение неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 ингаляционно местное применение неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 ингаляционно местное применение неизвестно

1f. ДРУГИЕ ПРИЗНАКИ И СИМПТОМЫ (помимо клинических признаков на стр. 1) (заполняется при первом подозрении на СМВ)

| | | | |
|-----------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Кашель | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | Вялость/недомогание | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Боль в горле | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | Судороги | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Насморк (ринорея) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | Головная боль | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Бронхо-легочная обструкция | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | Сниженный тонус/вялость мышц | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Отек суставов | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | Паралич | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Боль в суставах (артралгия) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | Гипосмия/аносмия (утрата обоняния) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Боль в мышцах (миалгия) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | Гипогевзия (утрата вкусовых ощущений) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Кожные язвы | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | Кровотечение | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Ригидность мышц шеи | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно | Неспособность пить | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Другие | Указать _____ | Если да, указать локализацию _____ | |

1g. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (заполняется после получения результатов, назначенных при первом подозрении на СМВ)
 (* отметить, если используются другие единицы)

| Показатели | Результат* | Не выполнялось | Показатели | Результат* | Не выполнялось |
|--|------------|--------------------------|------------------------------------|------------|--------------------------|
| Маркеры воспалительных процессов/коагулопатии | | | Маркеры органной дисфункции | | |
| Гемоглобин (г/л) | | <input type="checkbox"/> | Креатинин (мкмоль/л) | | <input type="checkbox"/> |
| Общее количество лейкоцитов (*10 ⁹ /л) | | <input type="checkbox"/> | Натрий (мэкв/л) | | <input type="checkbox"/> |
| Нейтрофилы (*10 ⁹ /л) | | <input type="checkbox"/> | Калий (мэкв/л) | | <input type="checkbox"/> |
| Лимфоциты (*10 ⁹ /л) | | <input type="checkbox"/> | Мочевина (АМК) (ммоль/л) | | <input type="checkbox"/> |
| Гематокрит (%) | | <input type="checkbox"/> | Глюкоза (ммоль/л) | | <input type="checkbox"/> |
| Тромбоциты (*10 ⁹ /л) | | <input type="checkbox"/> | Pro-BNP (пг/мл) | | <input type="checkbox"/> |
| АЧТВ/соотношение АЧТВ | | <input type="checkbox"/> | Тропонин (нг/мл) | | <input type="checkbox"/> |
| ПТВ (с) | | <input type="checkbox"/> | Креатинкиназа (ед/л) | | <input type="checkbox"/> |
| МНО | | <input type="checkbox"/> | ЛДГ (ед/л) | | <input type="checkbox"/> |
| Фибриноген (г/л) | | <input type="checkbox"/> | Триглицериды | | <input type="checkbox"/> |
| Прокальцитонин (нг/мл) | | <input type="checkbox"/> | АлАТ/СГПТ (ед/л) | | <input type="checkbox"/> |
| С-реактивный белок (мг/л) | | <input type="checkbox"/> | Общий билирубин (мкмоль/л) | | <input type="checkbox"/> |
| СОЭ (мм/ч) | | <input type="checkbox"/> | АсАТ/СГОТ (ед/л) | | <input type="checkbox"/> |
| D-димер (мг/л) | | <input type="checkbox"/> | Альбумин (г/дл) | | <input type="checkbox"/> |
| ИЛ-6 (пг/мл) | | <input type="checkbox"/> | Лактат (ммоль/л) | | <input type="checkbox"/> |
| Ферритин (нг/мл) | | <input type="checkbox"/> | | | |

1h. ВИЗУАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ИССЛЕДОВАНИЯ НА ПАТОГЕН

(заполняется после получения результатов, назначенных при первом подозрении на СМВ)

Рентгенография/КТ-исследование грудной клетки да нет неизвестно **Если да, указать результат** _____

ЭхоКГ да нет неизвестно

Если да, имеются ли признаки миокардиальной дисфункции? да нет неизвестно

признаки перикардита? да нет неизвестно

признаки вальвулитита? да нет неизвестно

другие патологии сердца? да нет неизвестно

Другие процедуры визуальной диагностики сердца да нет неизвестно

Если да, указать название процедуры и результат обследования _____

Бактериологическое исследование

Результат бактериологического исследования положительный отрицательный не выполнялось

Если получен положительный результат, указать _____

Исследование на ТОРС-КоВ-2

ОТ-ПЦР положительный отрицательный не выполнялось Вид взятого биоматериала _____

Экспресс-тест на антигены положительный отрицательный не выполнялось Вид взятого биоматериала _____

Экспресс-тест на антитела положительный отрицательный не выполнялось

ИФА положительный отрицательный не выполнялось Если выполнялось, указать титры _____

Реакция нейтрализации положительный отрицательный не выполнялось Если выполнялась, указать титры _____

Другое исследование? Указать исследование _____ Указать результат _____

1i. ЛЕЧЕНИЕ. Получал ли пациент какое-либо из указанных ниже видов лечения на момент заполнения блока 1?

Пероральная/орогастральная регидратация да нет неизвестно

Инфузионная терапия да нет неизвестно

Антивирусные препараты да нет неизвестно

Если да, указать: рибавирин лопинавир/ритонавир ингибитор нейраминидазы тоцилизумаб анакинра
 ивермектин интерферон альфа интерферон бета ремдесивир другое, указать _____

Кортикостероиды да нет неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 ингаляционно местное применение неизвестно

Если да, указать максимальную суточную дозу _____

Имуноглобулин в/в да нет неизвестно

Если да, указать суточную дозу _____; количество дней терапии _____

Иммуномодуляторы? да нет неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 неизвестно

Антибиотик да нет неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 неизвестно

Противогрибковое средство да нет неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 неизвестно

Противомаларийный препарат да нет неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 неизвестно

Экспериментальный препарат да нет неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 неизвестно

Нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП) да нет неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 неизвестно

Системная антикоагулянтная терапия

да нет неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 неизвестно

Другая терапия

да нет неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 неизвестно

1j. ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ. Получал ли пациент какое-либо из указанных ниже видов лечения на момент заполнения блока 1?

Поступление в отделение реанимации и интенсивной терапии

да нет неизвестно

Если да, количество дней в ОИТ _____

Оксигенотерапия

да нет неизвестно

Если да, поток O₂ 1–5 л/мин 6–10 л/мин 11–15 л/мин >15 л/мин неизвестно

Если да, указать устройство ингаляции назальные канюли назальные канюли с высоким потоком газа маска маска с резервуарным мешком маска СИПАП/НИВ неизвестно

Если да, указать продолжительность оксигенотерапии в сутках _____

Неинвазивная вентиляция (напр., БИПАП/СИПАП)

да нет неизвестно

Если да, в прон-позиции?

да нет неизвестно

Если да, указать продолжительность вентиляции в сутках _____

Инвазивная ИВЛ (любого вида)

да нет неизвестно

Если да, максимальное значение РЕЕР (см вод. ст.) _____; FiO₂ (%) _____; давление плато (см.) _____; P_aCO₂ _____; P_aO₂ _____

Если да, указать продолжительность вентиляции в сутках _____

Инотропы/вазопрессоры

да нет неизвестно

Если да, указать наименование _____

Экстракорпоральная оксигенация (ЭКМО)

да нет неизвестно

Ковидная плазма

да нет неизвестно

Вентиляция высокочастотными колебаниями

да нет неизвестно

Переливание крови

да нет неизвестно

БЛОК 3. Заполняется и заносится в учетные данные при выписке или в случае смерти
3а. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКАХ ТЕКУЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (указать все признаки, отмеченные в любое время после поступления пациента и до выписки/смерти)

| | |
|--|--|
| Лихорадка Продолжительность лихорадки: ___ суток | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Сыпь | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Двусторонний негнойный конъюнктивит | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Признаки воспалительного поражения слизистых оболочек полости рта | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Признаки кожного воспаления конечностей (кисти рук или стопы) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Гипотония (отн. возрастной нормы) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Тахикардия (отн. возрастной нормы) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Замедление времени капиллярного наполнения | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Бледность/мраморность кожных покровов | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Похолодание рук/стоп | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Количество выделяемой мочи < 2 мл/кг/ч | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Боль в груди | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Тахипноз (отн. возрастной нормы) | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Угнетение дыхания | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Абдоминальная боль | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Диарея | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |
| Рвота | <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> неизвестно |

3б. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (указать результат с наибольшим отклонением от нормы за период от госпитализации до выписки/смерти) (* отметить, если используются другие единицы)

| Показатели | Результат* | Не выполнялось | Показатели | Результат* | Не выполнялось |
|--|------------|--------------------------|------------------------------------|------------|--------------------------|
| Маркеры воспалительных процессов/коагулопатии | | | Маркеры органной дисфункции | | |
| Гемоглобин (г/л) | | <input type="checkbox"/> | Креатинин (мкмоль/л) | | <input type="checkbox"/> |
| Общее количество лейкоцитов (*10 ⁹ /л) | | <input type="checkbox"/> | Натрий (мэкв/л) | | <input type="checkbox"/> |
| Нейтрофилы (*10 ⁹ /л) | | <input type="checkbox"/> | Калий (мэкв/л) | | <input type="checkbox"/> |
| Лимфоциты (*10 ⁹ /л) | | <input type="checkbox"/> | Мочевина (АМК) (ммоль/л) | | <input type="checkbox"/> |
| Гематокрит (%) | | <input type="checkbox"/> | Глюкоза (ммоль/л) | | <input type="checkbox"/> |
| Тромбоциты (*10 ⁹ /л) | | <input type="checkbox"/> | Pro-BNP (пг/мл) | | <input type="checkbox"/> |
| АЧТВ/соотношение АЧТВ | | <input type="checkbox"/> | Тропонин (нг/мл) | | <input type="checkbox"/> |
| ПТВ (с) | | <input type="checkbox"/> | Креатинкиназа (ед/л) | | <input type="checkbox"/> |
| МНО | | <input type="checkbox"/> | ЛДГ (ед/л) | | <input type="checkbox"/> |
| Фибриноген (г/л) | | <input type="checkbox"/> | Триглицериды | | <input type="checkbox"/> |
| Прокальцитонин (нг/мл) | | <input type="checkbox"/> | АлАТ/СГПТ (ед/л) | | <input type="checkbox"/> |
| С-реактивный белок (мг/л) | | <input type="checkbox"/> | Общий билирубин (мкмоль/л) | | <input type="checkbox"/> |
| СОЭ (мм/ч) | | <input type="checkbox"/> | АсАТ/СГОТ (ед/л) | | <input type="checkbox"/> |
| D-димер (мг/л) | | <input type="checkbox"/> | Альбумин (г/дл) | | <input type="checkbox"/> |
| ИЛ-6 (пг/мл) | | <input type="checkbox"/> | Лактат (ммоль/л) | | <input type="checkbox"/> |
| Ферритин (нг/мл) | | <input type="checkbox"/> | | | |

3с. ВИЗУАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ИССЛЕДОВАНИЯ НА ПАТОГЕН (указать результат с наибольшим отклонением от нормы за период от госпитализации до выписки/смерти)

Рентгенография/КТ-исследование грудной клетки

да нет неизвестно **Если да, указать результат**

ЭхоКГ

да нет неизвестно

Если да, имеются ли признаки миокардиальной дисфункции?
признаки перикардита?
признаки вальвулита?
другие патологии сердца?

да нет неизвестно
 да нет неизвестно
 да нет неизвестно
 да нет неизвестно

Другие процедуры визуальной диагностики сердца

да нет неизвестно

Если да, указать название процедуры и результат обследования _____

Бактериологическое исследование

Результат бактериологического исследования

положительный отрицательный не выполнялось

Если получен положительный результат, указать _____

Исследование на ТОРС-КоВ-2

ОТ-ПЦР положительный отрицательный не выполнялось Вид взятого биоматериала _____

Экспресс-тест на антигены положительный отрицательный не выполнялось Вид взятого биоматериала _____

Экспресс-тест на антитела положительный отрицательный не выполнялось

ИФА положительный отрицательный не выполнялось

Если выполнялось, указать титры _____

Реакция нейтрализации положительный отрицательный не выполнялось

Если выполнялась, указать титры _____

Другое исследование? Указать исследование _____ Указать результат _____

3д. ЛЕЧЕНИЕ. Получал ли пациент какое-либо из указанных ниже видов лечения в период госпитализации?

Пероральная/орогастральная регидратация? да нет неизвестно

Инфузионная терапия? да нет неизвестно

Антивирусные препараты да нет неизвестно

Если да, указать: рибавирин лопинавир/ритонавир ингибитор нейраминидазы тоцилизумаб анакинар
 ивермектин интерферон альфа интерферон бета ремдесивир другое, указать _____

Кортикостероиды да нет неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)

ингаляционно местное применение неизвестно

Если да, указать максимальную суточную дозу _____

Имуноглобулин в/в да нет неизвестно

Если да, указать суточную дозу _____; количество дней терапии _____

Иммуномодуляторы? да нет неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)

неизвестно

Антибиотик да нет неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)

неизвестно

Противогрибковое средство да нет неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)

неизвестно

Противомалярийный препарат да нет неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)

неизвестно

Экспериментальный препарат да нет неизвестно
 Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 неизвестно

Нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП) да нет неизвестно
 Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 неизвестно

Системная антикоагулянтная терапия да нет неизвестно
 Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 неизвестно

Другая терапия да нет неизвестно
 Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 неизвестно

Если да, указать наименование _____; способ применения: перорально/ректально парентерально (в/м, в/в)
 неизвестно

3е. ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ. Получал ли пациент какое-либо из указанных ниже видов лечения в период госпитализации?

Поступление в отделение реанимации и интенсивной терапии да нет неизвестно
 Если да, количество дней в ОИТ _____

Оксигенотерапия да нет неизвестно
 Если да, поток O₂ 1–5 л/мин 6–10 л/мин 11–15 л/мин >15 л/мин неизвестно
 Если да, указать устройство ингаляции назальные канюли назальные канюли с высоким потоком газа маска маска с резервуарным мешком маска СИПАП/НИВ неизвестно
 Если да, указать продолжительность оксигенотерапии в сутках _____

Неинвазивная вентиляция (напр., БИПАП/СИПАП) да нет неизвестно
 Если да, в прон-позиции? да нет неизвестно
 Если да, указать продолжительность вентиляции в сутках _____

Инвазивная ИВЛ (любого вида) да нет неизвестно
 Если да, максимальное значение РЕЕР (см.) _____; FiO₂ (%) _____; давление плато (см.) _____; P_aCO₂ _____; P_aO₂ _____
 Если да, указать продолжительность вентиляции в сутках _____

Инотропы/вазопрессоры да нет неизвестно
 Если да, указать наименование _____

Экстракорпоральная оксигенация (ЭКМО) да нет неизвестно

Ковидная плазма да нет неизвестно

Вентиляция высокочастотными колебаниями да нет неизвестно

Переливание крови да нет неизвестно

3ф. ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ (заполняется при выписке или в случае смерти)

Исход жив, выписан находится в стационаре переведен в другое ЛПУ умер
 покинул ЛПУ вопреки медицинским рекомендациям неизвестно

Дата регистрации исхода [_] [_] / [_] [_] / [_] [_] [_] [_] [_] [_] Неизвестно

Если пациент жив и выписан

Потребность в помощи на момент выписки по сравнению с периодом до заболевания без изменений в большей степени
 в меньшей степени неизвестно

Окончательный диагноз, поставленный лечащим врачом

Синдром мультисистемного воспаления да нет неизвестно

Болезнь Kawasaki да нет неизвестно

Атипичная болезнь Kawasaki да нет неизвестно

Другое, указать _____

Наличие остаточных явлений на этапе выписки. Если да, указать _____