



## 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:

	<b>Страна</b>	<b>Город</b>	<b>Дата отъезда из города</b>
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