

Дата регистрации: / / (дд/мм/гггг)		Дата опроса: / /	
NCIMS* ID:		Опрос проводил: _____	
1 Контактные данные пациента	Фамилия:	Имя:	
	Улица:		
	Район/ Город:	Область:	Почтовый индекс:
	Страна:		
	Домашний телефон:	Мобильный телефон:	
	Рабочий телефон:	Электронная почта:	
2 Тип адреса	<input type="checkbox"/> Дом <input type="checkbox"/> Дом для престар <input type="checkbox"/> Образовательное учр <input type="checkbox"/> Проживание с уходом <input type="checkbox"/> Военная часть <input type="checkbox"/> Тюрьма <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Неизвестно		
	Другое (описать):		
3 Пользовались ли услугами переводчика?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите имя переводчика и языковую пару		
4 Причина опроса (отметьте галочкой всё, что подходит)	<ul style="list-style-type: none"> • Контакт с подтв. случаем <input type="checkbox"/> Поездка за границу • Подверженность на раб. м. <input type="checkbox"/> Обращение, в связи с недавним риском подв./контакта • Симптомы заболевания <input type="checkbox"/> Другое 		
	Другое (описать):		
5 Пол	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Неизвестно		
6 Дата рождения	Дата: / / (дд/мм/гггг)		
7 Страна, где родился			
8 Происхождение	<ul style="list-style-type: none"> • Коренной житель • Житель островов Торресова Провида • Коренной и житель островов Торресова Провида • Не коренной и не житель островов Торресова Провида • Не указано / Неизвестно 		
ОБСТОЯТЕЛЬСТВА ПОДВЕРЖЕННОСТИ РИСКУ – последние 14 дней			
9 Путешествия в период риска	Выезжал ли человек из страны/области/региона за 14 дней до возникновения симптомов? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		

заражения	Неизвестно
	Страна:
	Город/область:

* Система управления информацией о болезнях, подлежащих обязательной регистрации

Последний раз обновлено: 23 March 2020

		ИНФОРМАЦИЯ О ПОЛЁТЕ: (обратный рейс)		
		Номер рейса:	Место:	
		Дата прибытия: / / (дд/мм/гггг)	Дата вылета: / /	
		Была ли поездка организована бюро путешествий? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно		
		Проживание: <input type="checkbox"/> Частный дом <input type="checkbox"/> Отель <input type="checkbox"/> Палатка <input type="checkbox"/> Хостел <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Неизвестно		
		- Другое (описать):		
		Есть ли возможность оставить данные о полёте (тип транспорта, номер рейса, и т.д.) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет		
		Если да, вид транспорта (отметьте всё, что подходит): <input type="checkbox"/> Самолёт <input type="checkbox"/> Корабль/лодка/паром <input type="checkbox"/> Автобус <input type="checkbox"/> Поезд <input type="checkbox"/> Другое		
		Был ли транзит / остановка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно		
10	Другая информация о путешествии	1. Дата: / / (дд/мм/гггг)	Перевозчик:	Рейс # / судно #:
		Место / каюта:	Отправка из:	Прибытие в:
		2. Дата: / / (дд/мм/гггг)	Перевозчик:	Рейс # / судно #:
		Место / каюта:	Отправка из:	Прибытие в:
		3. Дата: / / (дд/мм/гггг)	Перевозчик:	Рейс # / судно #:
		Место / каюта:	Отправка из:	Прибытие в:
		Доп. Информация о путешествии:		
11	Контакт с людьми с подтв. диагнозом или с подозрением (за 14 дней)	Был ли контакт с людьми с подтверждённым диагнозом COVID -19 или с людьми с подозрением? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО		
		Если Да, описать:		
		Дата последнего контакта: / / (дд/мм/гггг)		

		Нет		
		Головная боль Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Неизв
		Недомогание Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Неизв
		Миалгия Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Неизв
		Тошнота Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Неизв
		Пневмония Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Неизв Подтверждено на рент.? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизв
		Пневмонит Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Неизв
		Ринорея Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Неизв
		Одышка Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Неизв
		Болит горло Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Неизв
		Рвота Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Неизв
		Другие симптомы? Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Неизв
		- Если да, опишите:		
		Клинические заметки:		
1 5	Клинически й исход	Был ли госпитализирован?		<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизв
		- Название больницы:		
		- Телефон больницы:		

	- Дата поступления: / / Дата выписки: / / (дд/мм/гггг)
	Направлен в реанимацию/отделение интенсивной терапии? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизв
	- Кол-во дней в реанимации/отделении интенсивной терапии: (дней)
	Проводилась оксигенотерапия? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизв

		Проводилась интубация? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизв
		Проводилась ИВЛ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизв
		Номер медицинской книжки/карты в больнице:
16	Скончался ли?	Какой был исход болезни? <input type="checkbox"/> Жив <input type="checkbox"/> Скончался
		- Если скончался, укажите дату: / / (дд/мм/гггг)
		- Смерть в результате инфекции COVID-19? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизв
		- Если причина смерти другая, укажите:
17	Информация о враче приёмного отделения	Является ли врач приёмного отделения также лечащим врачом? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизв
		<i>Если да, заполните, при необходимости, форму о лечащем враче ниже.</i>
		Если нет, укажите имя врача приёмного отделения: - Номер телефона / пейджер
18	Информация о лечащем враче	Имя лечащего врача:
		Место работы (если есть):
		Адрес:
		Область: Почтовый индекс:
		Телефон / номер пейджера: Номер факса:
		Электронная почта:
19	Исход болезни	Какой исход болезни? <input type="checkbox"/> Жив <input type="checkbox"/> Скончался
		- Если скончался, укажите дату: / / (дд/мм/гггг)
		- Смерть в результате инфекции COVID-19? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> НЕИЗВЕСТНО
		- Если причина смерти другая, укажите:
20	Хронические заболевания и анамнез болезни	Заболевание, не представляющее риск <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
		Заболевание сердца (не лёгкая гипертония) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
		Хроническое заболевание лёгких <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
		Диабет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно

	- Если да, проводится ли диализ? Неизв [ручной ввод]	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
--	---	---

		Гемоглинопатия	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Неизвестно
		Заболевание, угнетающее иммунитет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Неизвестно
		Заболевание печени	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Неизвестно
		Нарушение обмена веществ	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Неизвестно
		Неврологическое расстройство	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Неизвестно
		Ожирение	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Неизвестно
		Заболевание почек	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Неизвестно
		Другие заболевания, представляющие риск?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Неизвестно
		- Если да, опишите:	
		Заметки о принимаемых препаратах и других болезнях:	
2 1	Другие факторы риска	Пациентка беременна сейчас или беременна во время болезни?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизв
		- Если да, сколько недель гестации на момент проявления симптомов:	(недель)
		Курение сейчас?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Неизвестно
		- Если да, укажите индекс пачка/лет:	(пачка/лет)
		Употребление алкоголя?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Неизвестно
		- Если да, укажите среднее кол-во стандартных напитков в неделю: (СН/неделя)	
МЕСТА ПОДВЕРЖЕННОСТИ ЗАРАЖЕНИЮ			
2 2	Обращение в мед. учреждение больницы	Обратился в больницу в течение 14 дней до появления симптомов COVID-19?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
		Если да, дата обращения в больницу:	/ (дд/мм/гггг)
		Если да, опишите, с какими жалобами, с какой болезнью обратился:	
		Обратился в больницу в течение 14 дней до начала с другими симптомами?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
		Если да, дата обращения в больницу:	/ (дд/мм/гггг)
		Если да, опишите, с какими жалобами, с какой болезнью обратился:	
		Обращался ли в другое мед. учреждение за 14 дней до проявления	

	симптомов COVID- 19 (напр. к врачу общей практики)?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
		<input type="checkbox"/> Неизвестно	
	Если да, дата обращения в больницу:	/	(дд/мм/гггг)
	Если да, опишите, с какими жалобами, с какой болезнью обратился:		

ВОЗМОЖНЫЕ КОНТАКТЫ – За 24 часа до проявления симптомов и до сегодняшнего дня			
23	Работа с высоким риском	В данный период работал ли в следующих сферах высокого риска?	
		• Здравоохранение	<input type="checkbox"/> Дом престарелых <input type="checkbox"/> Образовательное учреждение
		• Уход	<input type="checkbox"/> Военное учреждение <input type="checkbox"/> Исправительное учреждение
		• Работа без высокого риска	<input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> Неизвестно
		Если другое, опишите:	
		Дата последнего выхода на работу: /	(дд/мм/гггг)
		Есть ли вероятность заражения на рабочем месте?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизв
		Описание должности:	
		Информация о работодателе/учреждении:	
		Адрес:	
		Область:	Почтовый индекс:
		Номер телефона:	Номер факса:
		Имя начальника, с которым можно связаться:	
		Номер телефона и электронная почта:	
24	Места с высоким риском	Посещали какие-то нижеперечисленные места, будучи инфицированным?	
		Ординат. / клин. отд / отд неотл. пом.	<input type="checkbox"/> Д <input type="checkbox"/> Н <input type="checkbox"/> Неизв
		Школы / университеты / курсы	<input type="checkbox"/> Д <input type="checkbox"/> Н <input type="checkbox"/> Неизв
		Дома престарелых / учр. по уходу	<input type="checkbox"/> Д <input type="checkbox"/> Н <input type="checkbox"/> Неизв
		Транспорт (самолёт / поезд / автобус / корабль)	<input type="checkbox"/> Д <input type="checkbox"/> Н <input type="checkbox"/> Неизв
		Концертные площ./ театры / конференции	<input type="checkbox"/> Д <input type="checkbox"/> Н <input type="checkbox"/> Неизв
		Офис /рабочее пространство	<input type="checkbox"/> Д <input type="checkbox"/> Н <input type="checkbox"/> Неизв
		Другие общественные места /собрания	<input type="checkbox"/> Д <input type="checkbox"/> Н <input type="checkbox"/> Неизв
		Если да, опишите:	

25	Бликие контакты	<p>Был ли у инфицированного близкий контакт с:</p> <p><input type="checkbox"/> членами семьи <input type="checkbox"/> соседями <input type="checkbox"/> друзьями</p> <p>Если да, опишите (дайте полные имена, номера телефонов, электронную почту):</p>

--	--	--