

Форма по ОКУД
по ОКПО

Код
0301026

Мраковская центральная районная больница
(наименование организации)

Номер документа	Дата
№198/лр ДД	07.04.2020

«О предоставлении информации при выявлении пациентов с подтвержденными случаями коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19»

Во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 31.03.2020г. № 373, письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2020 г. с целью организации сбора информации о случаях выявления коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19, а также внесения в информационную систему Минздрава России, приказа Министерства здравоохранения Республики Башкортостан №290-А от 07.04.2020., п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить форму донесения о проведенных противоэпидемических мероприятиях по случаю выявления больного с подозрением на инфекцию, вызванную штаммом согласно приложению №1 к настоящему приказу.
2. При выявлении пациентов с лабораторно инфекционным заболеванием, вызванным коронавирусной инфекцией COVID-19 и.о. зам. главного врача Абдуллину Н.Р. обеспечить направление донесения в Центр медицины катастроф Республики Башкортостан по защищенному каналу связи VipNet на адрес: Уфа Станция скорой мед помощи АП2 по форме приложения к настоящему приказу в течение 1 часа с момента получения результатов лабораторных исследований, либо с момента установления диагноза новой коронавирусной инфекции COVID-19.
3. Назначить помощника эпидимиолога Байназарову А.А. должностным лицом, ответственным за предоставление сведений о пациентах с лабораторно подтвержденным инфекционным заболеванием, вызванным коронавирусной инфекцией 2019-nCoV.
4. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

И.о. главного врача



И.А. Рябова

1. Наименование учреждения: _____
2. Дата, время представления донесения: _____
По случаю выявления больного с подозрением на инфекцию COVID-19 и проведенных противоэпидемических мероприятиях сообщая следующее.
Согласно постановлению главного санитарного врача по _____
районам № ____ от ____ в отношении гражданина:
3. Ф.И.О.: _____
_____.
4. Дата рождения: _____ 5. Гражданство: _____
_____.
6. Документы, удостоверяющие личность:
Паспорт РФ/свидетельство о рождении: серия, номер, дата выдачи, кем _____

_____,
Заграничный паспорт _____
_____.
7. Номер СНИЛС пациента _____
_____.
8. Серия и номер полиса ОМС _____
_____.
9. Тип полиса ОМС _____
_____.
10. Страховая компания _____
_____.
11. Адрес места жительства пациента _____
_____.
12. Адрес регистрации пациента _____
_____.
13. Адрес фактического пребывания пациента во время карантина (в режиме самоизоляции) _____
_____.
14. Номер стационарного и мобильного телефона пациента _____
_____.
15. Место работы/должность: _____
_____.
16. Организованы/проведены следующие противоэпидемические мероприятия:

_____.
17. Эпидемиологический анамнез:

прибыл из: _____

Страна/субъект РФ, населенный пункт

во время поездки посещал: _____

Перечислить страны и населенные пункты, время их посещения

дата и время прибытия на территорию РФ: _____

место прибытия на территорию РФ: _____

Город, аэропорт- ж/д вокзал

название авиакомпании, номер рейса: _____

проводился ли осмотр по прибытию : _____

Да/нет, где, когда, объем проведенного осмотра, результат

Дополнительная информация: _____

Информация о проведенных пересадках (номера рейсов, дата и время, длительность нахождения в аэропорту, ж/д вокзале и пр.)

Перемещения на территории РФ: _____

Указать субъекты РФ, населенные пункты и время их посещения за последние 14 дней

18. Контакт с больным инфекцией COVID-19: _____

Да/нет. Если да, то с кем, где, когда и при каких обстоятельствах

19. Дата и время появления первых клинических симптомов заболевания: _____

_____, 20. Дата и время постановки на учет: _____

21. Медицинская организация, взявшая на учет: _____

22. Клинические проявления на момент постановки на учет: _____

23. Место пребывания после постановки на учет: _____

Самоизоляция на дому/ином месте, больница и т.д.

24. Дата, время и место госпитализации: _____

25. В какие МО и когда обращался до госпитализации _____

26. Кем доставлен: _____

_____,
Бригада СМП – название МО /самообращение/ иное\

27. Дата постановки диагноза _____

28. Диагноз (код по МКБ-10) _____

29. Медицинская информация о пациенте

Жалобы: _____

_____, Результаты объективного обследования:

- Дата измерения уровня сатурации кислорода в крови _____,

- Уровень SpO2(%) _____

_____,
Степень тяжести больного на момент госпитализации: _____

_____,
- Беременность _____,

- Вакцинация гриппа _____,

- Вакцинация пневмококковой инфекции _____,

- Противовирусное лечение _____,

- Респираторная поддержка (ИВЛ) _____,

- Хронические заболевания бронхолегочной системы(МКБ-10) _____,

- Хронические заболевания сердечнососудистой системы(МКБ-10) _____,

- Хронические заболевания эндокринной системы(МКБ-10) _____,

- Онкологические заболевания(МКБ-10) _____,

- Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека(МКБ-10) _____,

- Туберкулез(МКБ-10) _____,

- Иные _____,

30. Сведения о проводимом лечении:

- Противовирусное лечение _____

_____,
- Респираторная поддержка (ИВЛ, ЭКМО) _____,

31. Проведен забор биоматериала (нужное подчеркнуть): мазок из зева, мазок из ротоглотки, венозная кровь, моча, иное: _____

_____,
Дата и время забора биоматериала: _____

_____,
Место, дата и время направления биоматериала: _____

_____,
Дата лабораторного исследования на COVID-19: _____

_____,
Медицинская организация, в которой проводилось лабораторное исследование _____

Информация о тест-системе (производитель, метод) _____

_____.
Результат исследования _____

_____.
Результат исследования на иные инфекционные заболевания _____

_____.
Этиология пневмонии (указывается возбудитель) _____
_____.

32. Информация об исходе заболевания _____
_____.

33. Информация о результатах патолого-анатомического вскрытия (в случае смерти) _____
_____.