

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА БОЛЬНОГО
(ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ / ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ СЛУЧАЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗВАННОГО 2019-nCoV)

ИНФОРМАЦИЯ О БОЛЬНОМ	
Идентификационный номер больного	
Учреждение, сообщившее о больном	
Дата заполнения опросника	____ . ____ . ____
Классификация случая	<input type="checkbox"/> - Подтвержденный <input type="checkbox"/> - Предполагаемый
Возраст <i>(для детей до 2 лет также указать число месяцев, для детей до 1 месяца – число дней)</i>	____ лет ____ месяцев ____ дней
Пол	<input type="checkbox"/> - Муж. <input type="checkbox"/> - Жен.
Место проживания <i>(если не РФ, то вместо кода указать страну)</i>	____ / ____ <i>(код субъекта РФ) (город, поселок, село и т.д.)</i>
Профессия пациента	<input type="checkbox"/> - Работа, связанная с животными <input type="checkbox"/> - Мед. работник <input type="checkbox"/> - Сотрудник лаборатории <input type="checkbox"/> - Студент <input type="checkbox"/> - Работник транспорта <input type="checkbox"/> - Другое <input type="checkbox"/> - Неизвестно
Температура	____ . ____ °C
Клинические симптомы	<input type="checkbox"/> - Бессимптомный случай <input type="checkbox"/> - Конъюнктивит <input type="checkbox"/> - Кашель <input type="checkbox"/> - Диарея <input type="checkbox"/> - Лихорадка в анамнезе (>=38) <input type="checkbox"/> - Головная боль <input type="checkbox"/> - Потеря/спутанность сознания <input type="checkbox"/> - Абдоминальная боль <input type="checkbox"/> - Загрудинные боли <input type="checkbox"/> - Суставные боли <input type="checkbox"/> - Другие виды боли <input type="checkbox"/> - Насморк <input type="checkbox"/> - Одышка <input type="checkbox"/> - Затрудненное дыхание <input type="checkbox"/> - Боль в горле <input type="checkbox"/> - Тошнота/рвота <input type="checkbox"/> - Гипоксия <input type="checkbox"/> - Артериальное давление <input type="checkbox"/> - Общее недомогание <input type="checkbox"/> - Другие симптомы _____
Пациент имел тесный контакт с больным ОРВИ в течение 14 дней до появления симптомов	<input type="checkbox"/> - С членами семьи <input type="checkbox"/> - В мед. учреждении <input type="checkbox"/> - На работе <input type="checkbox"/> - Другое _____ <input type="checkbox"/> - Неизвестно
Пациент имел контакт с возможным или подтвержденным случаем заболевания 2019-nCoV	<input type="checkbox"/> - Да <input type="checkbox"/> - Нет <input type="checkbox"/> - Неизвестно
Был ли пациент за границей в течение 14 дней до появления симптомов	<input type="checkbox"/> - Да <input type="checkbox"/> - Нет <input type="checkbox"/> - Неизвестно
Даты поездки	с ____ . ____ . ____ по ____ . ____ . ____
Страна пребывания	
Пациент был выявлен на границе	<input type="checkbox"/> - Нет <input type="checkbox"/> - Да, в аэропорту <input type="checkbox"/> - Да, в порту <input type="checkbox"/> - Да, на ж/д вокзале <input type="checkbox"/> - Да, на автомобильном или пешеходном пункте пропуска <input type="checkbox"/> - Другое _____
Возможное место заражения	
Дата появления симптомов	____ . ____ . ____
Дата изоляции	____ . ____ . ____
Дата госпитализации	____ . ____ . ____
Контактные лица (ФИО - перечислить)	