

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики  
Башкортостан Раевская центральная районная больница  
(ГБУЗ РБ Раевская ЦРБ)

ПРИКАЗ

от «13» 04 2020г.

№ 227-П

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

Во исполнение Постановления Правительства Российской Федерации от 31.03.2020 года № 373, письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.03.2020 г. № 18-3/И/2-3711, с целью организации сбора информации о случаях выявления коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19, а также внесения сведений в информационную систему Минздрава России, приказа МЗ РБ от 07.04.2020 г. № 290-А «О предоставлении информации при выявлении пациентов с подтвержденными случаями коронавирусной инфекции»,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить форму донесения о проведенных противоэпидемических мероприятиях по случаю выявления больного с подозрением на инфекцию, вызванную штаммом новой коронавирусной инфекции COVID-19. (приложение № 1 к настоящему приказу).

2. Ответственными за сбор и формирование донесения о пациентах с лабораторно подтвержденным инфекционным заболеванием, вызванным коронавирусной инфекцией 2019-nCoV, назначить врача эпидемиолога – Зиангирову Р.В., совместно с врачами: инфекционистом – Абдрахмановой Н.Г. и терапевтом Ханановой Р.Р.

3. Специалисту ГОЧС - Воинцевой Л.Ю. донесения направлять в Центр медицины катастроф РБ по защищенному каналу связи VipNet на адрес: Уфа Станция скорой мед помощи АП2 в течение 1 часа от момента получения информации о подтверждении случая коронавирусной инфекции COVID-19 через Центр медицины катастроф РБ.

Главный врач ГБУЗ РБ  
Раевская ЦРБ

С

Саяпов Р.С.

1. Наименование учреждения: \_\_\_\_\_

2. Дата, время представления донесения: \_\_\_\_\_

По случаю выявления больного с подозрением на инфекцию COVID-19 и проведенных противоэпидемических мероприятий сообщая следующее.

Согласно постановлению главного санитарного врача по Альшеевскому, Бижбулякскому, Ермакеевскому, Миякинскому, Белебеевскому 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 проводились 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) \_\_\_\_\_

34. Перечень лиц, контактировавших с пациентом:

п/п №	Ф.И.О.	Дата рождения	Пол	Место Адрес места жительства (нахождения)	Место регистрации/ фактического проживания	Гражданство	Контактный абонентский номер	Дата, время контакта	Место контакта	Кем приходился заболевшему (муж, жена, сын, отец, сосед, коллега по работе, друг и пр.)	Клинические проявления (здоров/симпт. ОРВИ)	Принятые меры (находится на карантине дома, отстранен от занятий, госпитализирован, и т.д.)	Дата, время забора биоматериала на COVID-19

ИТОГО: \_\_\_\_\_ чел.

35. Перечень медицинских сотрудников контактировавших с пациентом:

п/п №	Ф.И.О.	Дата рождения	Пол	Место Адрес места жительства (нахождения)	Место регистрации/ фактического проживания	Гражданство	Контактный абонентский номер	Дата, время контакта	Место контакта	Место работы, должность	Клинические проявления (здоров/симпт. ОРВИ)	Принятые меры (находится на карантине дома, отстранен от занятий, госпитализирован, и т.д.)	Дата, время забора биоматериала на COVID-19

ИТОГО: \_\_\_\_\_ чел.

Донесение представил:

\_\_\_\_\_ (Должность)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата, время)

