

НОВЫЙ КОРОНАВИРУС (нКоВ)

ИНСТРУМЕНТ РЕГИСТРАЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ

СТРУКТУРА ДАННОЙ ФОРМЫ РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЯ (CRF)

Форма состоит из двух частей: ОСНОВНАЯ ФОРМА, а также ЕЖЕДНЕВНАЯ ФОРМА для регистрации ежедневно поступающих лабораторных и клинических данных.

Заполняйте ОСНОВНУЮ ФОРМУ и ЕЖЕДНЕВНУЮ ФОРМУ (в день поступления пациента в стационар, при переводе в отделение интенсивной терапии, а также ежедневно до выписки или смерти).

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- CRF предназначена для сбора данных, получаемых в ходе клинического обследования, сбора анамнеза и анализа больничной документации. Данные могут быть внесены ретроспективно, если пациент зарегистрирован после даты поступления.
- Идентификационный код пациента состоит из 3-значного кода учреждения и 4-значного кода пациента. Вы можете получить код учреждения и зарегистрироваться в системе управления данными, направив сообщение по адресу ncov@isaric.org. Коды пациентов назначают последовательно для каждого учреждения, начиная с 0001. В случае, когда в одном учреждении регистрируются пациенты из разных отделений, или когда возникают иные трудности в использовании сплошной последовательной нумерации, допустимо добавлять групповые коды в виде цифровых или буквенных обозначений. Так, например, пациентам в отделении X будут присвоены коды от 0001 или A001 и далее по порядку, а в отделении Y – от 5001 или B001 и далее. Вносите идентификационный код пациента в соответствующее поле наверху каждой страницы.
- Данные следует вносить в центральную электронную базу данных REDCap по адресу <https://ncov.medsci.ox.ac.uk> или в независимую базу данных вашего учреждения/сети. Распечатанные бумажные формы могут использоваться для последующего ввода данных в электронную базу данных.
- В случае перевода пациента в другое лечебное учреждение желательно сохранять для него тот же идентификационный код. Если это невозможно, отводится место для записи нового кода.
- Заполняйте все строки каждого раздела, за исключением тех мест, где предлагается пропустить раздел при определенных ответах.
- Пункты с квадратными полями (□) предусматривают выбор только одного варианта ответа. Пункты с кружками (○) позволяют выбрать все применимые варианты ответа.
- Выбирайте вариант «Н/Д» (нет данных) для любых лабораторных результатов, которые отсутствуют, неприменимы или неизвестны.
- Старайтесь при записях не заходить за пределы обозначенных полей. Для ввода дополнительной информации предназначены специальные разделы.
- При вводе данных в бумажную форму рекомендуется писать ручкой (не карандашом), используя ЗАГЛАВНЫЕ БУКВЫ.
- Выбранный вариант ответа отмечайте значком (X). Чтобы внести исправления, зачеркните (-----) данные, которые вы хотите удалить, и напишите над ними правильные сведения. Все исправления просьба помечать своими инициалами и ставить дату.
- Храните все экземпляры формы для одного пациента вместе, например сшивая страницы или помещая их в отдельную папку для каждого пациента.

- Переносите все сведения из заполненных бумажных форм в электронную базу данных. Все бумажные формы должны храниться на месте, не отправляйте нам никаких форм с идентифицирующей личностью пациента информацией по электронной или обычной почте. Все данные необходимо вносить в защищенную электронную базу данных.
- Просьба вводить данные в электронную систему сбора данных по адресу <https://redcap.medsci.ox.ac.uk/>. Если ваше учреждение желает собирать данные самостоятельно, мы готовы помочь вам в создании локальных баз данных.
- Если вам понадобится наша помощь в отношении баз данных, а также с любыми замечаниями и для того чтобы подтвердить, что вы используете настоящие формы, просьба направить нам сообщение по адресу ncov@isaric.org.

ОСНОВНАЯ ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЯ

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ВКЛЮЧЕНИЯ

Предполагаемый или подтвержденный случай острой инфекции, вызванной новым коронавирусом (нКоВ), как основная причина госпитализации: ДА НЕТ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Имелись ли у пациента в период 14 дней до начала заболевания какие-либо из следующих признаков:

Поездка в регион с документированными случаями инфекции нКоВ ДА НЕТ Неизвестно

Близкий контакт* с лицом с подтвержденным или вероятным диагнозом инфекции нКоВ при наличии у этого лица клинических проявлений болезни ДА НЕТ Неизвестно

Пребывание в медицинском учреждении, где оказывают помощь пациентам с нКоВ ДА НЕТ Неизвестно

Пребывание в лаборатории, где проводится тестирование образцов от пациентов с подозреваемой или подтвержденной инфекцией нКоВ ДА НЕТ Неизвестно

Непосредственный контакт с животными в странах с подтвержденной циркуляцией нКоВ в популяциях животных или где инфицирование людей произошло в результате предполагаемой зоонозной передачи ДА НЕТ Неизвестно

* «Тесный контакт» определяется следующим образом:

- контакт, связанный с оказанием медицинской помощи, включая непосредственное оказание помощи пациентам с коронавирусной инфекцией (например, совместная деятельность с медицинскими работниками, инфицированными новым коронавирусом; посещение пациентов или пребывание в одном замкнутом пространстве с пациентом с 2019-нКоВ; прямой контакт с биологическими жидкостями или образцами, включая аэрозоли);
- совместная работа в непосредственной близости или учебные занятия в одном помещении с пациентом, инфицированным новым коронавирусом;
- пребывание (поездка) вместе с пациентом, инфицированным новым коронавирусом, в любом виде транспорта;
- проживание в одном жилище с пациентом, инфицированным новым коронавирусом.

ОСНОВНАЯ ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЯ**ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ**

Название медицинского учреждения: _____ Страна: _____

Дата регистрации: [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_]

Этническая группа (отметьте все подходящие варианты): Араб Темнокожий Из Восточной Азии Из Южной Азии
 из Западной Азии из Латинской Америки Белый Абориген / Представитель коренных народов
 Другое: _____ Неизвестно

Является медицинским работником? ДА НЕТ Н/ДРаботает в микробиологической лаборатории? ДА НЕТ Н/ДПол при рождении: Мужской Женский Не указан

Примерный возраст: [_] [_] [_] лет ИЛИ [_] [_] месяцев

Беременность? ДА НЕТ Неизвестно Н/Д Если ДА: гестационный возраст [_] [_] недельПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД? ДА НЕТ Н/Д

(если НЕТ или Н/Д, пропустите этот раздел и перейдите к разделу МЛАДЕНЕЦ)

Исход родоразрешения: Живой ребенок Мертворожденный

Дата родоразрешения: [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_]

Протестирован ли ребенок в связи с ОРИ у матери? ДА НЕТ Н/Д Если ДА: Положительный ОтрицательныйМетод: ПЦР Другой: _____МЛАДЕНЕЦ – до 1 года? ДА НЕТ (если НЕТ, пропустите этот раздел)Масса тела при рождении: [_] [_], [_] кг Н/ДИсход беременности: Срочные роды (≥37 недель) Преждевременные роды (<37 недель) Н/ДГрудное вскармливание? ДА НЕТ Н/Д Если ДА: На грудном вскармливании в настоящее время
 Грудное вскармливание прекращено на [_] [_] неделе Н/ДНормальное развитие в соответствии с возрастом? ДА НЕТ НеизвестноПрививки в соответствии с возрастом/национальным календарем? ДА НЕТ Неизвестно Н/Д



ОСНОВНАЯ ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЯ

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ			
Сопутствующая патология и факторы риска – на стадии анализа для каждого пациента будет рассчитан индекс Чарлсона			
Хроническая патология сердца (например, врожденная аномалия) (исключая артериальную гипертензию)	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Н/Д	Ожирение (по заключению мед. работника)	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Н/Д
Хроническая патология легких (исключая астму)	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Н/Д	Диабет с осложнениями	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Н/Д
Астма (диагностированная врачом)	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Н/Д	Диабет без осложнений	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Н/Д
Хроническая патология почек	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Н/Д	Ревматологические расстройства	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Н/Д
Умеренная или тяжелая степень поражения печени	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Н/Д	Деменция	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Н/Д
Легкая степень поражения печени	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Н/Д	Нарушение питания	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Н/Д
Хронические неврологические расстройства	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Н/Д	Курение	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> Никогда не курил(а) <input type="checkbox"/> Бывший курильщик
Злокачественное новообразование	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Н/Д	Другие факторы риска	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Н/Д
Хроническая патология крови	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Н/Д	Если ДА, укажите: _____	
ВИЧ/СПИД	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Н/Д		



НАЧАЛО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОСТУПЛЕНИЕ В СТАЦИОНАР

Дата появления первых симптомов: [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_]

Дата поступления в данный стационар: [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_]

Время поступления (формат 24 часа): [_] [_] / [_] [_]

Переведен из другого учреждения? ДА – учреждение участвует в исследовании
 ДА – учреждение не участвует в исследовании НЕТ Н/Д

Если ДА: Название предыдущего учреждения: _____ Н/Д

Если ДА: Дата госпитализации в предыдущее учреждение: [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Н/Д

Если ДА – Учреждение участвует: Идентификационный код пациента в предыдущем учреждении: Тот же, что выше
 Другой: [][][]-- [][][][][] Н/Д

Поездка в период 14 дней до возникновения первых симптомов? ДА НЕТ Неизвестно

Если ДА, укажите место и даты: Страна: _____ Город/Регион: _____

Дата возвращения: [_] [_] / [_] [_] / [2] [0] [_] [_] Н/Д
(при необходимости оставить больше места в конце)

Контакт с животными, обращение с сырым мясом или укусы насекомых в период 14 дней до появления симптомов?

ДА НЕТ Неизвестно Н/Д Если ДА, заполните раздел КОНТАКТ С ЖИВОТНЫМИ



ОСНОВНАЯ ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЯ

ОБЪЕКТИВНЫЕ И СУБЪЕКТИВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

(Первые полученные данные при обращении/поступлении в стационар – в течение 24 часов)

Температура: [][] [][] °C

ЧСС: [][] [][] [][] сокр./мин.

ЧД: [][] [][] вдохов/мин.

Систолическое АД: [][] [][] [][] мм. рт. ст. Диастолическое АД: [][] [][] [][] мм рт. ст.

Тяжелое обезвоживание: ДА НЕТ Неизвестно

Время наполнения капилляров в обл. грудины >2 сек. ДА НЕТ Неизвестно

Кислородное насыщение: [][] [][] [][]% При: обычном дыхании оксигенотерапии Н/Д

Клинические проявления при поступлении

(отмеченные при поступлении в стационар и связанные с данным острым заболеванием)

Лихорадка в анамнезе	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Кашель	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
с мокротой	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
кровохарканье	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Симптомы фарингита	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Насморк	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Боль в ухе	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Астмоидное дыхание	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Боль в груди	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Боль в мышцах (миалгия)	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Боль в суставах (артралгия)	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Слабость/Недомогание	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Одышка	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Втяжение нижней части грудной клетки	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Головная боль	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Нарушение/спутанность сознания	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Судороги	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Боль в животе	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Рвота/Тошнота	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Диарея	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Конъюнктивит	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Кожная сыпь	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Кожные язвы	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Лимфаденопатия	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
Кровотечение/Кровоизлияния	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> Неизвестно
При наличии кровотечения/кровоизлияния, укажите локализацию	_____

ЛАБОРАТОРНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ

Проводилось ли в течение данного случая заболевания лабораторное тестирование на наличие возбудителя?

ДА (заполните раздел) НЕТ Н/Д

Грипп: ДА – Подтверждено ДА – Вероятно НЕТ Если ДА: А/Н3N2 А/Н1N1pdm09 А/Н7N9

А/Н5N1 А, подтип не определен В Другой: _____

Коронавирус: ДА – Подтверждено ДА – Вероятно НЕТ Если ДА: Новый КоВ БВРС-КоВ

Другой КоВ: _____

РСВ: ДА – Подтверждено ДА – Вероятно НЕТ

Аденовирус: ДА – Подтверждено ДА – Вероятно НЕТ

Бактерии: ДА – Подтверждено ДА – Вероятно НЕТ

Диагноз другой респираторной инфекции: ДА – Подтверждено ДА – Вероятно НЕТ

Если ДА, уточните: _____

Клинические проявления пневмонии: ДА НЕТ Неизвестно

ЕСЛИ НИ ОДНО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО: подозрение на неинфекционную природу: ДА Н/Д

Дата взятия образца (ДД/ММ/ГГГГ)	Тип образца	Метод лабораторного тестирования	Результат	Дата исследования/ выявления
___/___/20__	<input type="checkbox"/> Назальный/Носоглоточный мазок <input type="checkbox"/> Мазок из зева <input type="checkbox"/> Комбинированный назальный/носоглоточный + мазок из зева <input type="checkbox"/> Мокрота <input type="checkbox"/> БАЛ <input type="checkbox"/> Трахеальный аспират <input type="checkbox"/> Моча <input type="checkbox"/> Стул/ректальный мазок <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Другое, Укажите: _____	<input type="checkbox"/> ПЦР <input type="checkbox"/> Культура <input type="checkbox"/> Другое, Укажите: _____	<input type="checkbox"/> Положительный результат <input type="checkbox"/> Отрицательный результат <input type="checkbox"/> Н/Д	_____
___/___/20__	<input type="checkbox"/> Назальный/Носоглоточный мазок <input type="checkbox"/> Мазок из зева <input type="checkbox"/> Комбинированный назальный/носоглоточный + мазок из зева <input type="checkbox"/> Мокрота <input type="checkbox"/> БАЛ <input type="checkbox"/> Трахеальный аспират <input type="checkbox"/> Моча <input type="checkbox"/> Стул/ректальный мазок <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Другое, Укажите: _____	<input type="checkbox"/> ПЦР <input type="checkbox"/> Культура <input type="checkbox"/> Другое, Укажите: _____	<input type="checkbox"/> Положительный результат <input type="checkbox"/> Отрицательный результат <input type="checkbox"/> Н/Д	_____
___/___/20__	<input type="checkbox"/> Назальный/Носоглоточный мазок <input type="checkbox"/> Мазок из зева <input type="checkbox"/> Комбинированный назальный/носоглоточный + мазок из зева <input type="checkbox"/> Мокрота <input type="checkbox"/> БАЛ <input type="checkbox"/> Трахеальный аспират <input type="checkbox"/> Моча <input type="checkbox"/> Стул/ректальный мазок <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Другое, Укажите: _____	<input type="checkbox"/> ПЦР <input type="checkbox"/> Культура <input type="checkbox"/> Другое, Укажите: _____	<input type="checkbox"/> Положительный результат <input type="checkbox"/> Отрицательный результат <input type="checkbox"/> Н/Д	_____
___/___/20__	<input type="checkbox"/> Назальный/Носоглоточный мазок <input type="checkbox"/> Мазок из зева <input type="checkbox"/> Комбинированный назальный/носоглоточный + мазок из зева <input type="checkbox"/> Мокрота <input type="checkbox"/> БАЛ <input type="checkbox"/> Трахеальный аспират <input type="checkbox"/> Моча <input type="checkbox"/> Стул/ректальный мазок <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Другое, Укажите: _____	<input type="checkbox"/> ПЦР <input type="checkbox"/> Культура <input type="checkbox"/> Другое, Укажите: _____	<input type="checkbox"/> Положительный результат <input type="checkbox"/> Отрицательный результат <input type="checkbox"/> Н/Д	_____

ЕЖЕДНЕВНАЯ ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЯ (заполняется в день поступления пациента в стационар, при переводе в ОРИТ, а также ежедневно в течение 14 дней либо (если происходит раньше) до выписки или смерти)

ФОРМА ЕЖЕДНЕВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ (при поступлении, при любом переводе в ОРИТ, затем ежедневно) –
заполняйте каждую строку

ДАТА ОБСЛЕДОВАНИЯ (ДД/ММ/ГГГГ): [_] [_] / [_] [_] / [_ 2] [_ 0] [_ Y] [_ Y]

Внесите наилучший показатель в период с 00:00 до 24:00 в день обследования (при отсутствии сведений, отмечайте Н/Д):

Пациент находится в отделении интенсивной терапии? ДА НЕТ Н/Д

Внесите наилучший показатель за последние 24 часа (при отсутствии сведений, отметьте Н/Д):

Выполнено ДА НЕТ FiO_2 (0,21-1,0) [_] . [_] [_] или [_] [_] л/мин.

Выполнено ДА НЕТ SaO_2 [_] . [_] [_] %

Выполнено ДА НЕТ одновременно с FiO_2 выше [_] [_] [_] [_] кПа или мм рт. ст.

Выполнено ДА НЕТ PaO_2 тип образца Артериальный Венозный Капиллярный Н/Д

Выполнено ДА НЕТ По данным того же исследования газов крови, как и PaO_2 PCO_2 _____ кПа или мм рт. ст.

Выполнено ДА НЕТ pH _____

Выполнено ДА НЕТ HCO_3^- _____ мэкв/л

Выполнено ДА НЕТ Избыток оснований [_] . [_] [_] ммоль/л

АГБО Активен [_] Реагирует на голос [_] Реагирует на боль [_] Отсутствие реакции [_]

Шкала Глазго для оценки тяжести ком (GCS/15) [_] [_]

Выполнено ДА НЕТ Шкала возбуждения-седации Ричмонда (RASS) [_]

Выполнено ДА НЕТ Шкала возбуждения-седации Райкера (SAS) [_]

Выполнено ДА НЕТ Систолическое АД [_] [_] [_] мм рт. ст.

Выполнено ДА НЕТ Диастолическое АД [_] [_] [_] мм рт. ст.

Выполнено ДА НЕТ Среднее АД [_] [_] [_] мм рт. ст.

Выполнено ДА НЕТ Диурез [_] [_] [_] [_] [_] мл/24 часа Отметьте, если дано приблизительное значение

Проводятся ли пациенту в настоящее время или проводились в период с 00:00 до 24:00 в день обследования
какие-либо из следующих вмешательств (относится ко всем вопросам в данном разделе):

Неинвазивная вентиляция легких (например, ВІРАР, СРАР)? ДА НЕТ Н/Д

Инвазивная вентиляция? ДА НЕТ Н/Д

Экстракорпоральная поддержка функций жизнедеятельности? ДА НЕТ Н/Д

Высокопоточная оксигенотерапия через носовую канюлю? ДА НЕТ Н/Д

Диализ/Гемофильтрация? ДА НЕТ Н/Д

Вазопрессорные/инотропные препараты? ДА НЕТ (если НЕТ, ответьте НЕТ на следующие 3 вопроса) Н/Д

Допамин <5мкг/кг/мин. ИЛИ Добутамина ИЛИ милринона ИЛИ левозимендана: ДА НЕТ

Допамин 5–15мкг/кг/мин. ИЛИ Адреналин/Норадреналин <0,1мкг/кг/мин.
ИЛИ вазопрессин ИЛИ фенилэфрин: ДА НЕТ

Допамин >15мкг/кг/мин. ИЛИ Адреналин/Норадреналин >0,1мкг/кг/мин. ДА НЕТ

Блокаторы нервно-мышечной передачи? ДА НЕТ Н/Д Ингаляция закиси азота? ДА НЕТ Н/Д

Наложена трахеостома? ДА НЕТ Н/Д Положение на животе? ДА НЕТ Н/Д

Другое вмешательство или процедура? ДА НЕТ Н/Д Если ДА, укажите: _____



ЕЖЕДНЕВНАЯ ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЯ (заполняется в день поступления пациента в стационар, при переводе в ОРИТ, а также ежедневно в течение 14 дней либо (если происходит раньше) до выписки или смерти

ЕЖЕДНЕВНЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ (при поступлении, при любом переводе в ОРИТ, затем ежедневно) – заполняйте каждую строку

ДАТА ОБСЛЕДОВАНИЯ (ДД/ММ/ГГГГ): [_D_][_D_]/[_M_][_M_]/[_2_][_0_][_Y_][_Y_]

Внесите наилучший показатель в период с 00:00 до 24:00 в день обследования (при отсутствии сведений, отмечайте Н/Д):

Выполнено ДА НЕТ Гемоглобин _____ г/л или г/дл

Выполнено ДА НЕТ Число лейкоцитов _____ $\times 10^9/л$ или $\times 10^3/мкл$

Выполнено ДА НЕТ Число лимфоцитов _____ клеток/мкл

Выполнено ДА НЕТ Число нейтрофилов _____ клеток/мкл

Выполнено ДА НЕТ Гематокрит [][] %

Выполнено ДА НЕТ Тромбоциты _____ $\times 10^9/л$ или $\times 10^3/мкл$

Выполнено ДА НЕТ АЧТВ (АРТТ/АРТР) _____

Выполнено ДА НЕТ ПТВ _____ сек.

Выполнено ДА НЕТ МНО _____

Выполнено ДА НЕТ АЛТ _____ ед./л

Выполнено ДА НЕТ Общий билирубин _____ мкмоль/л или мг/дл

Выполнено ДА НЕТ АСТ _____ ед./л

Выполнено ДА НЕТ Глюкоза _____ ммоль/л или мг/дл

Выполнено ДА НЕТ Мочевина крови _____ ммоль/л или мг/дл

Выполнено ДА НЕТ Лактат _____ ммоль/л или мг/дл

Выполнено ДА НЕТ Креатинин _____ мкмоль/л или мг/дл

Выполнено ДА НЕТ Натрий [][][][] мэкв/л

Выполнено ДА НЕТ Калий [][][] мэкв/л

Выполнено ДА НЕТ Прокальцитонин [][][], [][][] нг/мл

Выполнено ДА НЕТ СРБ [][][][], [][][] мг/л

Рентгенография грудной клетки? ДА НЕТ Н/Д

Если ДА, были ли обнаружены инфильтраты? ДА НЕТ Н/Д



ОСНОВНАЯ ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЯ

ОСЛОЖНЕНИЯ: были ли выявлены у пациента когда-либо в период госпитализации следующие нарушения?							
Вирусный пневмонит	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д	Остановка сердца	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д
Бактериальная пневмония	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д	Бактериемия	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д
Острый респираторный дистресс-синдром	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д	Нарушение свертываемости крови / Диссеминированное внутрисосудистое свертывание	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д
Если ДА, укажите: <input type="checkbox"/> Легкий <input type="checkbox"/> Умеренный <input type="checkbox"/> Тяжелый <input type="checkbox"/> Неизвестно				Анемия	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д
Пневмоторакс	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д	Рабдомиолиз/Миозит	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д
Плевральный выпот	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д	Острая почечная недостаточность	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д
Криптогенная организирующаяся пневмония (КОП)	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д	Желудочно-кишечное кровотечение	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д
Бронхиолит	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д	Панкреатит	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д
Менингит/Энцефалит	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д	Дисфункция печени	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д
Судороги	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д	Гипергликемия	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д
Инсульт / Острое нарушение мозгового кровообращения	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д	Гипогликемия	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д
Застойная сердечная недостаточность	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д	Другое	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д
Эндокардит/Миокардит/Перикардит	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д	Если ДА, уточните: _____ _____			
Сердечная аритмия	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д				
Ишемия миокарда	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Н/Д				



ОСНОВНАЯ ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЯ

ЛЕЧЕНИЕ: Получал ли пациент КОГДА-ЛИБО в период госпитализации следующие виды лечения?

Перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии? ДА НЕТ Н/Д

Если ДА, длительность пребывания: _____ дней

Если ДА, дата поступления в ОРИТ: [_Д_] [_Д_] / [_М_] [_М_] / [_2_] [_0_] [_Г_] [_Г_] Н/Д

Дата перевода из ОРИТ в обычное отделение: [_Д_] [_Д_] / [_М_] [_М_] / [_2_] [_0_] [_Г_] [_Г_] Н/Д

Оксигенотерапия? ДА НЕТ Н/Д

Неинвазивная вентиляция легких? (например, ВІРАР, СРАР) ДА НЕТ Н/Д

Инвазивная вентиляция (любой тип)? ДА НЕТ Н/Д Если ДА, общая длительность: _____ дней

Вентиляция в положении на животе? ДА НЕТ Н/Д

Ингаляция закиси азота? ДА НЕТ Н/Д

Трахеостомия ДА НЕТ Н/Д

Экстракорпоральная поддержка? ДА НЕТ Н/Д

Замещение функции почек или гемодиализ? ДА НЕТ Н/Д

Применение инотропных/вазопрессорных препаратов? ДА НЕТ Н/Д

Если ДА, дата начала: [_Д_] [_Д_] / [_М_] [_М_] / [_2_] [_0_] [_Г_] [_Г_] Н/Д

Дата завершения: [_Д_] [_Д_] / [_М_] [_М_] / [_2_] [_0_] [_Г_] [_Г_] Н/Д

ДРУГОЕ вмешательство или процедура (укажите): _____

ФАРМАКОТЕРАПИЯ: Назначались ли в стационаре или при выписке какие-либо из следующих препаратов?

Противовирусные препараты? ДА НЕТ Н/Д

Если ДА: Рибавирин Лопинавир/Ритонавир

Интерферон альфа Интерферон бета Ингибиторы нейраминидазы

Другие _____

Антибиотики? ДА НЕТ Н/Д

Кортикостероиды? ДА НЕТ Н/Д

Если ДА, путь введения: Пероральный Внутривенный Ингаляционный

Если ДА, укажите тип и дозировку: _____

Противогрибковые препараты? ДА НЕТ Н/Д

ОСНОВНАЯ ФОРМА РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЯ

ИСХОД

Исход: Выписан Госпитализирован Переведен в другое учреждение Умер
 Выписан, нуждается в паллиативной помощи Неизвестно

Дата определения исхода: [][][][]/[][][][]/[2][][0][][][][]

Если выписан:

Возможности для самообслуживания в сравнении с ситуацией до заболевания:

Такие же, как до заболевания Хуже Лучше Н/д

Если выписан: Последующее лечение:

Оксигенотерапия? ДА НЕТ Н/д

Диализ / Лечение патологии почек? ДА НЕТ Н/д

Другие вмешательства или процедуры? ДА НЕТ Н/д

Если ДА, укажите (можно вносить многочисленные пункты): _____

Если пациент переведен: Название учреждения: _____ Н/д

Если пациент переведен: Участвует ли учреждение в исследовании? ДА НЕТ Н/д

Если ДА – Учреждение участвует: Идентификационный код пациента в этом учреждении:

Тот же, что выше Другой: [][][][]-- [][][][][] Н/д

