

## Основная форма расследования случая (ЭИСНЗ)

Инд № случая (из ЭИСНЗ) \_\_\_\_\_ № экстр. извещения \_\_\_\_\_

Учреждение, передавшее экстренное извещение \_\_\_\_\_ Дата и время передачи \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_ ч \_\_\_\_ мин  
(дд/мм/гггг)

Учреждение, проводящее расследование \_\_\_\_\_ Дата и время начала расследования \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_ ч \_\_\_\_ мин  
(дд/мм/гггг)

### (1) Демографическая информация

ФИО \_\_\_\_\_  
Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_ лет \_\_\_\_ месяцев Пол: Мужской Женский Гражданство \_\_\_\_\_  
(дд/мм/гггг)

Адрес фактического места жительства:

Область/Регион \_\_\_\_\_ Район \_\_\_\_\_ Населенный пункт \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_ Дом/Корпус \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_

Адрес постоянного места жительства:

Область/Регион \_\_\_\_\_ Район \_\_\_\_\_ Населенный пункт \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_ Дом/Корпус \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_

Род деятельности \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Дата последнего посещения места работы, учебы, детского учреждения \_\_\_\_\_

Адрес места работы:

Область/Регион \_\_\_\_\_ Район \_\_\_\_\_ Населенный пункт \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_ Дом/Корпус \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_

### (2) Клиническая информация

Диагноз: \_\_\_\_\_

Начальная классификация случая: Вероятный Отклоненный Подтвержденный Предположительный

Дата появления симптомов: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Предполагаемая дата заражения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(дд/мм/гггг) (дд/мм/гггг)

Учреждение, в которое пациент впервые обратился за помощью: \_\_\_\_\_ Дата первого обращения: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(дд/мм/гггг)

Диагноз, установленный в учреждении, куда впервые обратился пациент: \_\_\_\_\_

Госпитализация Да Нет Неизвестно

Если "Да",

Место госпитализации \_\_\_\_\_ Дата госпитализации: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(дд/мм/гггг)

Лечение антибиотиками/антивирусными препаратами до отбора проб: Да Нет Неизвестно

Если "Да",

Антибиотики/антивирусные препараты

Дата первого назначения  
(дд/мм/гггг)

| Название | Доза | Дата первого назначения<br>(дд/мм/гггг) |
|----------|------|---|
| 1.       |      |   |
| 2.       |      |   |
| 3.       |      |   |

Примечания:

**(3) Прием/регистрация проб:**

Осуществлялся ли отбор проб? *Да Нет Неизвестно* Если “Нет”, укажите причину: \_\_\_\_\_  
 Если “Да”, заполните таблицу:

| № пробы при сборе | Тип пробы | Дата отбора<br>(дд/мм/гггг,<br>чч:мм) | Дата передачи<br>(дд/мм/гггг,<br>чч:мм) | Дата приема<br>(дд/мм/гггг,<br>чч:мм) | Название теста | Результат теста | Дата теста |
|-------------------|-----------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|----------------|-----------------|------------|
|                   |           |                                       |   |                                       |                |                 |            |
|                   |           |                                       |   |                                       |                |                 |            |
|                   |           |                                       |   |                                       |                |                 |            |
|                   |           |                                       |   |                                       |                |                 |            |
|                   |           |                                       |   |                                       |                |                 |            |
|                   |           |                                       |   |                                       |                |                 |            |
|                   |           |                                       |   |                                       |                |                 |            |

**(4) Список контактных лиц**

Для случаев, подозреваемых в передаче заболевания от человека к человеку, укажите всех, с кем контактировал пациент в вероятный период заражения:

Если требуется место для дополнительных контактов, используйте чистый лист бумаги, на котором будет указано имя пациента или идентификатор случая.

|    | ФИО | Тип связи* | Дата последнего контакта<br>(дд/мм/гггг) | Место последнего контакта | Адрес, телефон контактного лица |
|----|-----|------------|--|---------------------------|---------------------------------|
| 1  |     |            |  |                           |                                 |
| 2  |     |            |  |                           |                                 |
| 3  |     |            |  |                           |                                 |
| 4  |     |            |  |                           |                                 |
| 5  |     |            |  |                           |                                 |
| 6  |     |            |  |                           |                                 |
| 7  |     |            |  |                           |                                 |
| 8  |     |            |  |                           |                                 |
| 9  |     |            |  |                           |                                 |
| 10 |     |            |  |                           |                                 |

\*Семья, друзья, соседи, коллеги, одноклассники и т.д.

**(5) Заключительная классификация случая и исход**

Заключительная классификация случая

*Вероятный Отклоненный Подтвержденный Предположительный*

Окончательный диагноз \_\_\_\_\_ Дата окончательного диагноза \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (дд/мм/гггг)

Основание для постановки диагноза

*Клинические признаки Эпидемиологические связи Лабораторные исследования*

Исход

- ☐ Выздоровление Дата выписки (дд/мм/гггг) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
☐ Смерть Дата смерти (дд/мм/гггг) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
☐ Неизвестен

Относится ли случай к вспышке? *Да Нет Неизвестно*

Если “Да”, укажите Инд. № вспышки \_\_\_\_\_

Примечания:

ФИО эпидемиолога \_\_\_\_\_

Подпись эпидемиолога \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (дд/мм/гггг)

**(6) Классификация случая (клинические признаки):** Содержание этой секции зависит от исследуемого диагноза и применяется, используя технологию гибких форм.

**(7) Эпидемиологические связи и факторы риска:** Содержание этой секции зависит от исследуемого диагноза и применяется, используя технологию гибких форм.

**(8) Дополнительные клинические или эпидемиологические пометки:**