

**Глобальна платформа клінічних даних**

**Тяжкий гострий гепатит невідомої етіології у дітей**

**ФОРМА ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ВИПАДОК**

**ВСТУП**

Багато країн у декількох регіонах світу повідомляють про випадки тяжкого гострого гепатиту невідомої етіології у дітей. ВООЗ розробила цю форму повідомлення про клінічний випадок із метою підтримки та спрощення процесу повідомлення анонімізованих даних щодо гострого гепатиту невідомої етіології на рівні пацієнта. Ця форма призначена для підтримки стандартизованого збирання даних з метою досягнення таких цілей:

* Розуміння клінічних характеристик захворювання, його перебігу і ступеню тяжкості.
* Розуміння факторів ризику тяжкого перебігу захворювання, у тому числі того, які діти можуть належати до групи найвищого ризику розвитку захворювання та тяжких наслідків.
* Висування гіпотез щодо етіології захворювання.
* Забезпечення кращої характеристики зазначеної загрози для громадського здоров’я для скерування заходів із реагування у сфері громадського здоров’я та розробки настанов щодо клінічного ведення випадків, у тому числі підходів до досліджень і втручань для профілактики інфекції та інфекційного контролю.

**ЯК ЗДІЙСНЮВАТИ ПОВІДОМЛЕННЯ**

Усім державам-членам або установам рекомендовано використовувати цю форму для повідомлення анонімізованих клінічних даних про пацієнтів із тяжким гострим гепатитом невідомої етіології, що відповідає робочому визначенню випадку ВООЗ (відповідає поточному визначенню випадку Європейського центру з профілактики та контролю захворювань). Дані можна передавати та завантажувати на [**Глобальну клінічну платформу ВООЗ**](https://www.who.int/tools/global-clinical-platform/severe-acute-hepatitis-of-unknown-aetiology-in-children)

Держави-члени також можуть повідомляти про випадки тяжкого гострого гепатиту за допомогою інших механізмів епіднагляду, наприклад ММСП або платформи TESSy в Європейському регіоні.

**РОБОЧЕ ВИЗНАЧЕННЯ ВИПАДКУ ВООЗ (опубліковано 23 квітня 2022 року)**

|  |
| --- |
| **Підтверджений випадок:** Наразі не застосовується.  **Імовірний випадок:** Особа з гострим гепатитом (що не є гепатитом A–E\*) із рівнем сироваткових трансаміназ > 500 МО/л — аспартатамінотрасферази (АСТ) або аланінамінотрансферази (АЛТ), віком 16 років або менше, після 1 жовтня 2021 року  **Епідеміологічно пов’язаний випадок:** Особа з гострим гепатитом (що не є гепатитом A–E\*) будь-якого віку, яка мала тісний контакт із ймовірним випадком, після 1 жовтня 2021 року.  \* Не слід повідомляти про випадки гепатиту з відомою етіологією, наприклад про випадки, спричинені конкретними інфекціями, токсичною дією лікарських засобів, метаболічними спадковими/генетичними, автоімунними захворюваннями або загостренням хронічного гепатиту. |

**ЯК ВИКОРИСТОВУВАТИ ЦЮ ФОРМУ ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ВИПАДОК**

Ця форма призначена для збирання даних, отриманих під час обстеження, інтерв’ю з батьками/опікунами та перегляду клінічних і лікарняних записів. Збирання даних може бути проспективним або ретроспективним. Форма включає два модулі, які охоплюють різні періоди клінічного перебігу захворювання та перебування пацієнта в лікарні:

|  |  |
| --- | --- |
| **Модуль 1.** | **Охоплює період від появи перших симптомів до моменту госпіталізації**  **1a** клінічні критерії включення; **1b** демографічні дані; **1c** дата появи симптомів/ознак; **1d**показники життєдіяльності при госпіталізації; **1e** симптоми/ознаки при госпіталізації; ознаки; **1f** наявні медичні стани; **1g** статус інфікування COVID-19; **1h** статус вакцинації проти COVID-19; **1i** статус вакцинації в дитинстві; **1j** вплив лікарських засобів; **1k** інші впливи |
| **Модуль 2.** | **Заповнюють при виписці з лікарні або в разі смерті**  **2a** рутинні лабораторні тести; **2b** діагностичні тести; **2c** патологічні знахідки за результатами дослідження тканин печінки; **2d** лікарські засоби; **2e** отримана підтримувальна допомога; **2f** результати |

ВООЗ рекомендує використовувати цю форму для збирання даних про випадки, що відповідають визначенню випадку ВООЗ, навіть якщо її неможливо заповнити повністю.

**МІРКУВАННЯ, ЩО ВИЗНАЧАЮТЬ ПРІОРИТЕТНІСТЬ КЛІНІЧНИХ ДІАГНОСТИЧНИХ ОБСТЕЖЕНЬ В УМОВАХ ІЗ ОБМЕЖЕНИМИ РЕСУРСАМИ**

ВООЗ розуміє, що у деяких випадках зібрати всі дані, зазначені у цій формі, може бути неможливо. Обстеження дитини з гепатитом невідомої етіології може потребувати значної кількості досліджень, які можуть бути недоступними в умовах із обмеженими ресурсами. У наведеному нижче переліку зазначено деякі з відомих причин, які слід враховувати під час клінічних діагностичних обстежень, але їх **не слід вважати критеріями виключення для цілей повідомлення про випадки**.

|  |
| --- |
| **Розгляньте доцільність проведення досліджень для виявлення відомих причин гострого гепатиту у дітей, що не належить до гепатиту A–E:**  *Див. розділ 1f (наявні медичні стани) та розділи 1j і 1k (анамнез впливу) модуля 1 форми.*   * **Автоімунний гепатит** (загальний IgG, антинуклеарні антитіла [ANA], антитіла до гладких м’язів [ASMA], антитіла до мікросомальних антигенів печінки та нирок [LKM-1], антитіла до розчинного антигену печінки, антинейтрофільні цитоплазматичні антитіла [ANCA]). *Перелік діагностичних тестів для виявлення автоімунного захворювання див. у розділі 2b модуля 2.* * **Метаболічні захворювання печінки внаслідок генетичних/спадкових розладів**, наприклад **хвороба Вільсона** (церулоплазмін у сироватці крові та мідь у добовій сечі), **дефіцит** альфа-1-антитрипсину (рівень альфа-1-антитрипсину). Інформація в анамнезі, що дає підстави підозрювати таке захворювання (напр., метаболічні розлади в сімейному анамнезі, незрозуміла смерть немовлят, викидні, порушення розвитку нервової системи та судоми). * **Застосування лікарських засобів/вплив токсинів** (рівень парацетамолу в сироватці крові, скринінговий аналіз сечі на токсини/лікарські засоби). * **Індукований хіміотерапією гепатит з активним злоякісним новоутворенням.** * **Інші вірусні інфекції, наприклад герпес (ВПГ), вірус Епштейна-Барр (ВЕБ), цитомегаловірус (ЦМВ).** *Перелік діагностичних тестів для розслідування інфекційної та неінфекційної етіологій захворювання див. у розділі 2b модуля 2.* |
| **Лабораторне тестування**  *Перелік діагностичних тестів, які потрібно розглянути для розслідування інфекційної та неінфекційної етіологій захворювання, див. у розділі 2b Модуля 2.*  Релевантність і можливість проведення таких тестів залежатиме від спроможностей в регіоні та країні, а також від прогресу розслідування.  *Зазначений перелік охоплює, зокрема, вірусні інфекції (SARS-CoV-2, ВЕБ, аденовірус, парвовірус, вірус простого герпесу, ВГЛ6 і 7, цитомегаловірус, ентеровірус, краснуху, параміксовіруси), бактеріальні інфекції (види сальмонели), а також інфекції, які спостерігаються лише в певних регіонах (малярію, денге, лептоспіроз, жовту гарячку).*  Якщо лабораторні спроможності обмежені, заклади повинні збирати та зберігати зразки для подальшого та/або референс-тестування.  ВООЗ розробляє тимчасові настанови та створює мережу регіональних і глобальних референс-лабораторій для підтримки проведення лабораторних тестів державами-членами (процес триває). |

|  |
| --- |
| **МОДУЛЬ 1. Заповнюють у разі госпіталізації (протягом 24 годин із моменту госпіталізації)** |

**Назва закладу Область/регіон:**  **Країна**

**Пацієнта перевели до цього закладу з іншого закладу?**□ Так □ Ні □ Невідомо

Якщо так, зазначте назву закладу

**Якщо так, зазначте дату госпіталізації до першого закладу** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]

**Дата повідомлення** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1a. КЛІНІЧНІ КРИТЕРІЇ ВИКЛЮЧЕННЯ ДЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ФОРМИ** | | | | |
| **Зверніть увагу, що випадки, які не відповідають визначенню випадку ВООЗ, не класифікуватимуть як імовірні:**   * **Вік пацієнта ≤ 16 років?** □ Так □ Ні □ **Невідомо** * **Рівень АЛТ або АСТ у пацієнта становить > 500 МО/л?** □ Так □ Ні □ **Невідомо** * **Пацієнт був госпіталізований після жовтня 2021 року?** □ Так □ Ні □ **Невідомо** * **Пацієнта обстежили й отримали негативні результати тестів на:** | | | | |
| a. **Вірус гепатиту А** | □ Так | □ Ні | □ **Результати очікуються** | □ **Не тестували** |
| b. **Вірус гепатиту B** | □ Так | □ Ні | □ **Результати очікуються** | □ **Не тестували** |
| с. **Вірус гепатиту C** | □ Так | □ Ні | □ **Результати очікуються** | □ **Не тестували** |
| d. **Вірус гепатиту Е** | □ Так | □ Ні | □ **Результати очікуються** | □ **Не тестували** |
| **Заповніть дані в розділі 2b.** | | | | |

|  |
| --- |
| **1b. ДЕМОГРАФІЧНІ ДАНІ** |
| **Стать при народженні** □ Чоловіча □ Жіноча □ Трансгендер □ Невідомо  **Дата народження** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_]  Якщо дата народження невідома, вкажіть: **Вік** [\_\_\_\_\_\_[\_\_\_\_\_\_]**років**АБО [\_\_ ][ \_\_] **місяців**АБО [ ][ ] **днів**  **Раса/етнічна приналежність (відмітьте усе застосовне)**  □Азійська □Африканська/негроїдна □Європеоїдна □Латиноамериканська □Інша, зазначте\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □Невідомо |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1c. ДАТА ПОЯВИ ПЕРШИХ СИМПТОМІВ** | | | |
| **Поява симптомів** (дата появи першого/найбільш раннього симптому) [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | | | |
|  | Гарячка □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так, (макс. т.) °C  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | Пожовтіння склер □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] |  |
| Зниження апетиту/анорексія □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | Жовтяниця □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| Утомлюваність □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | Нудота □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| Ринорея □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | Блювання □ Так □ Ні □ Невідомо  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| Біль у горлі □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | Діарея □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| Кон’юнктивіт (почервоніння очей) □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | Біль у животі □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| Задишка □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | Темний колір сечі □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| Хрипіння □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | Світлі фекалії □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| Кашель □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | Судоми □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| Біль у суглобах (артралгія) □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | Надмірна сонливість □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| Біль у м’язах (міалгія) □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | □ Інше  Якщо так,  **Поява** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1d. КЛІНІЧНЕ ОЦІНЮВАННЯ ПРИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ: КЛІНІЧНІ СИМПТОМИ/ОЗНАКИ ПРИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ** | | | | | | | | | | | | | |
| Зниження апетиту/анорексія | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Пожовтіння склер | | □ Так | | □ Ні | | □ Невідомо |
| Гарячка/озноб в анамнезі | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Жовтяниця шкіри | | □ Так | | □ Ні | | □ Невідомо |
| Невгамовний плач | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Нудота | | □ Так | | □ Ні | | □ Невідомо |
| Утомлюваність | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Блювання | | □ Так | | □ Ні | | □ Невідомо |
| Неспроможність ходити | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Діарея | | □ Так | | □ Ні | | □ Невідомо |
| Нежить (ринорея) □ Так □ Ні | | | | | □ Невідомо | | Біль у животі | | □ Так | | □ Ні | | □ Невідомо |
| Біль у горлі | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Периферичні набряки | | □ Так | | □ Ні | | □ Невідомо |
| Кон’юнктивіт | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Гепатомегалія | | □ Так | | □ Ні | | □ Невідомо |
| Задишка | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Спленомегалія | | □ Так | | □ Ні | | □ Невідомо |
| Хрипіння | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Асцит | | □ Так | | □ Ні | | □ Невідомо |
| Кашель | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Петехії/ гематоми | □ Так | | □ Ні □ Невідомо | | | |
| Біль у м’язах (міалгія) | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Долонна еритема | | □ Так | | □ Ні | | □ Невідомо |
| Біль у суглобах (артралгія) | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | «Голова медузи» | | □ Так | | □ Ні | | □ Невідомо |
| Лімфаденопатія | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Світлі фекалії | | □ Так | | □ Ні | | □ Невідомо |
| Висипання на шкірі | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Темний колір сечі | | □ Так | | □ Ні | | □ Невідомо |
| Якщо так, опишіть | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Судоми | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Астериксис  («пташиний» тремор кистей)  □ Так  □ Ні | | | | | | □ Невідомо |
| **Характерні ознаки гострої печінкової недостатності** | | | | | | | | | | | | | |
| Гостре порушення функції печінки (МНВ > 1,5), що не відповідає на застосування вітаміну К,  з енцефалопатією або без неї (> 2) □ Так □ Ні □ Невідомо | | | | | | | | | | | | | |
| Дата появи [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Інші ознаки/симптоми печінкової недостатності: | | | | | | | | | | | | | |
| * Гарячка □ Так □ Ні □ Невідомо * Наявність зневоднення □ Так □ Ні □ Невідомо; якщо так, □ тяжке □ помірне □ легке * Неспроможність підтримувати пероральну гідратацію □ Так □ Ні □ Невідомо * Відсутність сечовипускання □ Так □ Ні □ Невідомо * Сильні або постійні нудота та блювання □ Так □ Ні □ Невідомо * Повторювані епізоди гіпоглікемії □ Так □ Ні □ Невідомо * Спонтанна кровотеча (з носа, рота, піхви, криваві діарея та блювання) □ Так □ Ні □ Невідомо * Кровотеча з варикозно розширених вен □ Так □ Ні □ Невідомо * Зміни психічного стану/ознаки енцефалопатії: наприклад, надмірна сонливість, дратівливість, збудження, дезорієнтація, сплутаність свідомості, ненормальна поведінка або зниження рівня свідомості: □ Так □ Ні □ Невідомо | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
| Якщо так, зазначте ступінь енцефалопатії: оберіть один застосовний варіант | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ступінь 1 | У пацієнта спостерігається дратівливість, апатія, порушення поведінки та сну | | | | | | | | | |  | |
|  | Ступінь 2 | Пацієнт має сонливість і сплутаність свідомості, але відповідає на команди | | | | | | | | | |  | |
|  | Ступінь 3 | У пацієнта спостерігається тяжка сплутаність свідомості або збудження, але збережена реакція на біль | | | | | | | | | |  | |
|  | Ступінь 4 | Пацієнт не прокидається, реакція на біль відсутня | | | | | | | | | |  | |
| Мультисистемне ураження | | |  | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | |  | |  |  |  |
| Якщо так, зазначте, яких саме систем | | | |  |  |  | | |  | |  |  |  |
| Ниркова недостатність | | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | |  | |  |  |  |
| Зміни гемодинаміки | | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | |  | |  |  |  |
| Легеневі ускладнення | | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | |  | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **1e. ПОКАЗНИКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ** *(при госпіталізації)* | |
| **Поява симптомів** (дата появи першого/найбільш раннього симптому)  [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  **Дата госпіталізації до цього закладу [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]**  **Температура** [\_\_ ][\_\_ ]**.**[\_\_ ]°C **Частота серцевих скорочень** [\_\_\_\_\_\_][\_\_\_\_\_\_][\_\_ ]уд/хв  **Частота дихання** [\_\_ ][\_\_\_\_\_\_]вдихів/хв  **Сатурація O2** [\_\_ ][\_\_\_\_\_\_]% при □ Кімнатному повітрі □ Оксигенотерапії  **АТ** [\_\_ ] [\_\_ ] [\_\_ ](систолічний) [\_\_ ] [\_\_ ] [\_\_ ](діастолічний) мм рт. ст.  **Тяжке зневоднення** □ Так □ Ні □ Невідомо  **Час наповнення стернальних капілярів > 2 секунди**□ Так □ Ні □ Невідомо  **Жовтяниця:**□ Склера □ Шкіра □ Невідомо | |
| **AVPU** (обведіть один варіант)  **Недоїдання**□Так □ Ні □ Невідомо  **Зріст** [\_\_\_\_] [\_\_\_\_] [\_\_\_\_]см | **Оцінка за Шкалою ком Глазго** (ШКГ/15) [\_\_ ][\_\_ ]  **Окружність середньої частини плеча** [\_\_ ][\_\_ ][\_\_\_\_]мм  **Маса тіла** [\_\_ ][\_\_ ][\_\_\_\_]кг |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1f. НАЯВНІ МЕДИЧНІ СТАНИ** *(наявні при госпіталізації)* | | | | | | | |
| **Гестаційний вік при народженні < 37 тижнів?**  **Якщо так, вік при народженні** [\_\_\_\_][\_\_] тижнів | | □ Так □ Ні □ Невідомо | | |  | | |
| Хронічна хвороба серця | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Цукровий діабет | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| (у тому числі вроджений) | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Якщо так, □ Тип 1 □ Тип 2 |  |  |  |
| Автоімунне захворювання | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Туберкульоз (*активний*) Якщо так, □ активний □ в анамнезі | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Якщо так, зазначте, яке саме: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |  |  |
| Хронічне захворювання легень або астма | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | ВІЛ  Якщо так,  □ на АРТ □ не на АРТ | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Якщо так, зазначте, яке саме: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |  |  |
| Гостре або хронічне захворювання нирок | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Аспленія | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Якщо так, зазначте, яке саме: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |  |  |
| Хронічне захворювання печінки | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Злоякісні новоутворення (лімфома, лейкоз/ хіміотерапія) | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Якщо так, зазначте, яке саме: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |  |  |
| Метаболічне захворювання  Якщо так, зазначте, яке саме:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Інші імуносупресивні стани  (у тому числі первинні імуносупресивні захворювання)  Якщо так, зазначте, який саме: | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Мітохондріальне захворювання | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Будь-яка трансплантація в анамнезі  Якщо так, зазначте, яке саме: | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Якщо так, зазначте, яке саме: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |  |  |
| Хронічне гематологічне захворювання | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Гемохроматоз (GALD) — неонатальний | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Порушення розвитку | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Серповидноклітинна анемія | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Якщо так, зазначте, яке саме: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |  |  |
| Хронічне неврологічне порушення | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |  | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| (у тому числі вроджене) | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |  |  |  |  |
| Ревматологічне захворювання | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Дефіцит G6P | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |

|  |
| --- |
| **1g. СТАТУС ІНФІКУВАННЯ COVID-19** |
| **Наявність ознак або симптомів, що свідчать про COVID-19 протягом останніх 3 місяців** □ Так □ Ні □ Невідомо  Дата появи симптомів: [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Якщо так, зазначте клінічні прояви: |
| **Це були прояви МІС-Д (мультисистемного запального синдрому в дітей), зумовленого COVID-19?**  (передбачає наявність гарячки, підвищених рівнів маркерів запалення, принаймні двох ознак мультисистемного ураження, ознак інфікування або впливу SARS-CoV-2 та виключення інших потенційних причин)  Якщо так, зазначте клінічні прояви: |
| **Лабораторне підтвердження COVID-19 (тест на антиген або молекулярний тест)**  Тест на антиген □ Так □ Ні □ Невідомо  Молекулярний тест □ Так □ Ні □ Невідомо |
| Якщо результат тесту позитивний, зазначте дату останнього тестування [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| **Попередні лабораторні тести на COVID-19 (тест на антиген або молекулярний тест)**□ Так □ Ні □ Невідомо  Дата попереднього тестування [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] **Результат**□ Поз □ Нег  Дата попереднього тестування [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] **Результат**□ Поз □ Нег  Дата попереднього тестування [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] **Результат**□ Поз □ Нег |
| **Серологічне дослідження на антитіла до COVID-19**□ Так □ Ні □ Невідомо  Дата тестування [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Антитіла до нуклеокапсиду SARS-CoV-2 □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо  Антитіла до спайкового білка SARS-CoV-2 □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо  Інше, зазначте результат:  **Вплив COVID-19 або контакт із** **особою з високим рівнем ризику COVID-19 у сім’ї або громаді** □ Так □ Ні □ Невідомо  Дата впливу [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] |

|  |
| --- |
| **1h. СТАТУС ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ COVID-19** |
| **Пацієнт отримав вакцину проти COVID-19?**□ Так □ Ні □ Невідомо |
| **Джерело інформації** □ Задокументовані докази (картка вакцинації/паспорт вакцинації/записи закладу/інше) □ Зі слів |
| **Якщо так, кількість введених доз**□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ > 4 □ Невідомо |
| **Доза 1, дата** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_], **зазначте** □Pfizer □Moderna □Janssen □AZ □Sinovac □Sinopharm □Bharat (Covaxin) □Sputnik □Інші □Невідомо |
| **Доза 2, дата** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_], **зазначте** □Pfizer □Moderna □Janssen □AZ □Sinovac □Sinopharm □Bharat (Covaxin) □Sputnik □Інші □Невідомо |
| **Доза 3, дата** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_], **зазначте** □Pfizer □Moderna □Janssen □AZ □Sinovac □Sinopharm □Bharat (Covaxin) □Sputnik □Інші □Невідомо |
| **Доза 4, дата** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_], **зазначте** □Pfizer □Moderna □Janssen □AZ □Sinovac □Sinopharm □Bharat (Covaxin) □Sputnik □Інші □Невідомо |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1i. СТАТУС ВАКЦИНАЦІЇ В ДИТИНСТВІ** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | **Вакцинація** | **Дата введення дози 1 (дд/мм/рррр)** | **Дата введення дози 2 (дд/мм/рррр)** | **Дата введення дози 3 (дд/мм/рррр)** | **Дата введення дози 4 (дд/мм/рррр)** |  |
| **Вірус гепатиту А** |  |  |  |  |
| **Вірус гепатиту B** |  |  |  |  |
| **Ротавірус** |  |  |  |  |
| **АКДП/АаКДП** |  |  |  |  |
| **Hib** |  |  |  |  |
| **ІПВ** |  |  |  |  |
| **КПК** |  |  |  |  |
| **Вітряна віспа** |  |  |  |  |
| **Грип** |  |  |  |  |
| **БЦЖ** |  |  |  |  |
| **Жовта гарячка** |  |  |  |  |
| **КПВ 13** |  |  |  |  |
| **Менінгококова інфекція групи B** |  |  |  |  |
| **ВПЛ** |  |  |  |  |
|  | | | | | | |

|  |
| --- |
| **1j. ВПЛИВ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ за 2 місяці до появи симптомів** |
| **Парацетамол/ацетамінофен**□ Так □ Ні □ Невідомо Дата першого застосування: [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Доза: Періодичність: Спосіб застосування: Загальна тривалість: у днях |
| **Протиалергійні лікарські засоби**□ Так □ Ні □ Невідомо Дата першого застосування: [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Якщо так, зазначте, які саме:  Доза: Періодичність: Спосіб застосування: Тривалість: у днях\_\_\_\_\_ |
| **Аспірин**□ Так □ Ні □ Невідомо Дата першого застосування: [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Доза: Періодичність: Спосіб застосування: Тривалість: у днях\_\_\_\_\_ |
| **Препарати проти кашлю**□ Так □ Ні □ Невідомо Дата першого застосування: [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Якщо так, зазначте, які саме:  Доза: Періодичність: Спосіб застосування: Тривалість: у днях\_\_\_\_\_ |
| **Ібупрофен**□ Так □ Ні □ Невідомо Дата першого застосування: [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Доза: Періодичність: Спосіб застосування: Тривалість: у днях\_\_\_\_\_ |
| **Антибіотики**□ Так □ Ні □ Невідомо Дата першого застосування: [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Якщо так, зазначте, які саме:  Доза: Періодичність: Спосіб застосування: Тривалість: у днях\_\_\_\_\_ |
| **Симетикон у краплях**□ Так □ Ні □ Невідомо Дата першого застосування: [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Доза: Періодичність: Спосіб застосування: Тривалість: у днях\_\_\_\_\_ |
| **Протиепілептичні лікарські засоби**□ Так □ Ні □ Невідомо Дата першого застосування: [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Якщо так, зазначте, які саме:  Доза: Періодичність: Спосіб застосування: Тривалість: у днях\_\_\_\_\_ |
| **Рослинні лікарські засоби/натуропатичні/гомеопатичні лікарські засоби**  □ Так □ Ні □ Невідомо Дата першого застосування: [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Якщо так, зазначте, які саме:  Доза: Періодичність: Спосіб застосування: Тривалість: |
| **Інші лікарські засоби**□ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так, зазначте, які саме:  Дата першого застосування: [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Доза: Періодичність: Спосіб застосування: Тривалість: |
| **Інші лікарські засоби**□ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так, зазначте, які саме:  Дата першого застосування: [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Доза: Періодичність: Спосіб застосування: Тривалість: |
| **Інші лікарські засоби**□ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так, зазначте, які саме:  Дата першого застосування: [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Доза: Періодичність: Спосіб застосування: Тривалість: |

|  |
| --- |
| **1k. ІНШІ ВПЛИВИ за 2 місяці до появи симптомів** |
| 1a. Відвідування очних занять **у школі або закладів дошкільної освіти** за 2 місяці до появи симптомів □ Так □ Ні □ Невідомо  Останнє відвідування: [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Назва школи або закладу дошкільної освіти: |
| 1b. Будь-які спалахи, зареєстровані у школі або закладі дошкільної освіти за 2 місяці до появи симптомів □ Так □ Ні □ Невідомо  Дата [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] Якщо так, зазначте докладну інформацію: |
| 2. Будь-які нові **захворювання або інфекції серед членів домогосподарства** або інших близьких контактів пацієнта за 2 місяці до появи симптомів  □ Так □ Ні □ Невідомо Дата [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Якщо так, зазначте, які саме: |
| 3a. Будь-які внутрішні або закордонні **подорожі** за 2 місяці до появи симптомів □ Так □ Ні □ Невідомо  Дата [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Якщо так, зазначте місце: |
| 3b. Чи хворіла дитина під час подорожі? □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так, вкажіть симптоми: |
| 4. Будь-які **контакти з дикими тваринами, домашніми тваринами чи тваринами, які живуть** із пацієнтом чи будь-яким другом/родичем під час захворювання □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так, зазначте, які саме: |
| 5. Будь-які **укуси або реакції на контакт із комахою чи твариною** за 2 місяці до появи симптомів □ Так □ Ні □ Невідомо Дата [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Якщо так, зазначте, які саме: |
| 6. Будь-які проблеми з водою або вплив іншої **води** за 2 місяці до появи симптомів □ Так □ Ні □ Невідомо  Дата [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Якщо так, зазначте, які саме: |
| 7**.** Будь-які проблеми з харчовими продуктами або вплив інших **харчових продуктів** за 2 місяці до появи симптомів □ Так □ Ні □ Невідомо  Дата [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Якщо так, зазначте, які саме: |
| 8. Дитина або член її домогосподарства починала використовувати **будь-які нові засоби особистої гігієни** (напр., мило, лосьйони) за 2 місяці до появи симптомів? □ Так □ Ні □ Непевні  Якщо так, зазначте, які саме: |
| Інші впливи:  9. Для немовлят віком < 6 місяців, дитина:  □ Цілковито на грудному вигодовуванні □ На змішаному вигодовуванні □ На штучному вигодовуванні (дитяча суміш)  Яка торгова марка суміші застосовується в разі змішаного/штучного вигодовування?  9b. Для немовлят і дітей віком 6–59 місяців:  Дитину все ще годують грудним молоком? □ Так □ Ні □ Непевні  Дитину все ще годують дитячою сумішшю? □ Так □ Ні Якщо так, яка торгова марка суміші:  З якого віку дитині почали вводити прикорм, окрім грудного молока/дитячої суміші? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ Не починали  У якому віці припинили грудне вигодовування? □ Невідомо  У якому віці припинили давати дитячу суміш? □ Невідомо  Дитячу суміш якої торгової марки використовували? |

|  |
| --- |
| **МОДУЛЬ 2. Заповнюють під час виписування з лікарні/в разі смерті** |

**2a. ЛАБОРАТОРНЕ ТЕСТУВАННЯ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Назва тесту** | **Показник при госпіталізації** | **Дата**  [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/ [\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | **Показник, який найбільше відхилявся від норми** | **Дата**  [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/ [\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| **ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ (зазначте, якщо відрізняються одиниці вимірювання)** | | | | |
| **Лейкоцити (клітин x 109/л)** |  |  |  |  |
| **Загальна кількість лімфоцитів (103/мкл)** |  |  |  |  |
| **Абсолютна кількість нейтрофілів (клітин на мм3)** |  |  |  |  |
| **Гематокрит (%)** |  |  |  |  |
| **Тромбоцити (х 109/л)** |  |  |  |  |
| **ШОЕ (мм/год)** |  |  |  |  |
| **СРБ (мг/дл)** |  |  |  |  |
| **Феритин (мкг/л)** |  |  |  |  |
| **D-димер (Од/л)** |  |  |  |  |
| **БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ І АНАЛІЗ НА ЕЛЕКТРОЛІТИ (зазначте, якщо відрізняються одиниці вимірювання)** | | | | |
| **АЛТ (Од/л)** |  |  |  |  |
| **АСТ (Од/л)** |  |  |  |  |
| **Загальний білірубін (мг/дл)** |  |  |  |  |
| **Лужна фосфатаза (Од/л)** |  |  |  |  |
| **Натрій (мекв/л)** |  |  |  |  |
| **Хлорид (ммоль/л)** |  |  |  |  |
| **Калій (мекв/л)** |  |  |  |  |
| **Кальцій (мг/дл)** |  |  |  |  |
| **Глюкоза (мг/дл)** |  |  |  |  |
| **Креатинін (мг/дл)** |  |  |  |  |
| **Азот сечовини крові (мг/дл)** |  |  |  |  |
| **Альбумін (г/дл)** |  |  |  |  |
| **Сечова кислота (мг/дл)** |  |  |  |  |
| **Аміак (мкмоль/л)** |  |  |  |  |
| **Лактат (ммоль/л)** |  |  |  |  |
| **ГАЗОВИЙ СКЛАД КРОВІ** | | | | |
| **Діоксид вуглецю (ммоль/л)** |  |  |  |  |
| **Бікарбонат (ммоль/л)** |  |  |  |  |
| **pH** |  |  |  |  |
| **КОАГУЛОГРАМА** | | | | |
| **МНВ (міжнародне нормалізоване відношення)** |  |  |  |  |
| **Протромбіновий час** |  |  |  |  |
| **Активований частковий тромбопластиновий час (АЧТЧ)** |  |  |  |  |
| **Фібриноген (мг/дл)** |  |  |  |  |

**2b. ДІАГНОСТИЧНІ ТЕСТИ** *(для встановлення етіології)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **АВТОІМУННІ МАРКЕРИ (зазначте одиниці вимірювання)** | | | | |
| **Загальний рівень імуноглобулінів (IgG), г/л** |  |  |  |  |
| **Антитіла до гладких м’язів (SMA)** |  |  |  |  |
| **Антитіла до мікросомальних антигенів печінки та нирок (LKM)** |  |  |  |  |
| **Антинуклеарні антитіла (ANA) (титр)** |  |  |  |  |
| **МЕТАБОЛІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ** | | | | |
| **Церулоплазмін в сироватці крові** |  |  |  |  |
| **Мідь у добовій сечі, рівень феритину в сироватці** |  |  |  |  |
| **Насичення трансферину в сироватці** |  |  |  |  |
| **СКРИНІНГ НА ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ/ТОКСИНИ** | | | | |
| **Рівень парацетамолу в сироватці крові** |  |  |  |  |
| **Скринінговий аналіз сечі на токсини/лікарські засоби** |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **МІКРОБІОЛОГІЧНІ АНАЛІЗИ** | | **Дата** |
| **Гепатит A**□ Так □ Ні □ Невідомо | |  |
| IgM до ВГА | □ Не тестували □ Лабораторний ІФА-тест, ШДТ □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо |  |
| IgG до ВГА | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Результати очікуються □ Невідомо |  |
| Загальний рівень антитіл до ВГА | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо |  |
| **Гепатит В** | | |
| HBsAg | □ Не тестували □ Лабораторний ІФА-тест, ШДТ □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо |  |
| IgM до HBc | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо |  |
| Загальний рівень антитіл до HBc | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо |  |
| HBeAg | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо |  |
| Антитіла до HBeAg | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо |  |
| ДНК ВГВ | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо |  |
| **Гепатит С** | | |
| Антитіла до ВГС | □ Не тестували □ Лабораторний ІФА-тест, ШДТ □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо |  |
| РНК ВГС | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо |  |
| **Гепатит D** | | |
| Антитіла до ВГD | □ Не тестували □ Лабораторний ІФА-тест, ШДТ □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо |  |
| РНК ВГD | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо |  |
| **Гепатит E** | | |
| IgM до ВГЕ | □ Не тестували □ Лабораторний ІФА-тест, ШДТ □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо |  |
| IgG до ВГЕ | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо |  |
| РНК ВГЕ | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ІНШІ МІКРОБІОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ**□ Так □ Ні □ Невідомо | | | |
| Тест | Результат | Тип тесту та зразка | Дата |
| **SARS-CoV-2** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |
| **Аденовірус** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |
| **Грип** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому**  Зазначте підтип (A, B або H1N1): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |
| **Парагрип** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |
| **ВЕБ** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |
| **ЦМВ** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |
| **Вітряна віспа** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ВІЛ** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |
| **ВГЛ-6** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |
| **ВГЛ-7** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |
| **РСВ** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |
| **Парвовірус B19** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |
| **ВПГ-1** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |
| **ВПГ-2** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |
| **Кишкові віруси: норовірус, ентеровірус, ротавірус, астровірус, саповірус** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Бокавірус** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |
| **Пареховірус людини** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |
| **Лептоспіроз** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |
| **Мікоплазма** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ ПЛР □Серологічне дослідження □Посів  □Інше місце:  □ Цільна кров □Сироватка □Фекалії □ Респіраторні зразки □Зразки з носоглотки □ Сеча □ СМР □ Тканина печінки □ Інше |  |
| **Посів крові** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ Бактерії  □ Збудники грибкових інфекцій: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **Посів мазка з горла** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ Бактеріальна панель, у тому числі  патогенний стрептокок групи A:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **Посів фекалій** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ Бактеріальна панель, у тому числі патогенні види сальмонел:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **Посів сечі** | □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат  □ Результати очікуються □ Невідомо  □ **Зразки зберігають для потенційного тестування в майбутньому** | □ Бактерії □ Збудники грибкових інфекцій:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **РАДІОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ**□ Так □ Ні □ Невідомо | | | | | |
| **Візуалізаційне дослідження** | **Проведення** | | | **Дата (мм/дд/рррр)** | **Основні знахідки** |
| УЗД органів черевної порожнини з ехо-доплером | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |  |  |
| Фіброскан | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |  |  |
| КТ органів черевної порожнини | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |  |  |
| МРТ органів черевної порожнини | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |  |  |
| Магнітно-резонансна холангіопанкреатографія (МРХПГ) | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |  |  |
| Рентген органів грудної клітки | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |  |  |
| Ендоскопія (гастроскопія) | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |  |  |

|  |
| --- |
| **2c. ПАТОЛОГІЧНІ ЗНАХІДКИ В ТКАНИНІ ПЕЧІНКИ** |
| **БІОПСІЯ ПЕЧІНКИ**  **Узято зразок**□ Так □ Ні □ Невідомо **Дата:** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  **Якщо так, які виявлено знахідки?**  □ Гострий/активний гепатит □ Фіброз  □ Макровезикулярний стеатоз □ Гранульома  □ Автоімунний гепатит □ Гемофагоцитоз □ Портальне запалення/гепатит  □ Пошкодження/запалення жовчної протоки □ Пограничний гепатит □ Тіні Гумпрехта  □ Хронічний гепатит □ Мікровезикулярний стеатоз □ Вірусні/внутрішньоядерні включення  Чи спостерігається некроз клітин печінки □ Так □ Ні □ Невідомо  Виберіть тип (відмітьте усе застосовне) □ Окремі клітини □ Зливний □ Частковий □ Дифузний/масивний  **Імунохімічні дослідження**□ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так, зазначте результати:  **Електронна мікроскопія**□ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так, зазначте результати:  **Мікробіологічні дослідження**□ Так □ Ні □ Невідомо  **Віруси** □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо  □ ПЛР □ Серологічне дослідження □ Посів □ Інше **Результат \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Бактерії** □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо  □ ПЛР □ Серологічне дослідження □ Посів □ Інше **Результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Грибкові інфекції**□ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо  □ ПЛР □ Серологічне дослідження □ Посів □ Інше **Результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Паразити**□ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо  □ ПЛР □ Серологічне дослідження □ Посів □ Інше **Результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Інше: |
| **ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ПЕЧІНКИ**  **Проведено трансплантацію печінки** □ Так □ Ні □ Невідомо **Дата** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  **Чи аналізували тканину експлантованої печінки пацієнта за допомогою патологоанатомічного дослідження?** □ Так □ Ні □ Невідомо  **Якщо так, які виявлено знахідки?**  □ Гострий/активний гепатит □ Фіброз □ Макровезикулярний стеатоз  □ Автоімунний гепатит □ Гемофагоцитоз □ Портальне запалення/гепатит  □ Пошкодження/запалення жовчної протоки □ Пограничний гепатит □ Тіні Гумпрехта  □ Хронічний гепатит □ Мікровезикулярний стеатоз □ Вірусні/внутрішньоядерні включення  Чи спостерігається некроз клітин печінки □ Так □ Ні □ Невідомо  Виберіть тип (відмітьте усе, що стосується) □ Окремі клітини □ Зливний □ Частковий □ Дифузний/масивний  **Імунохімічні дослідження** □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так, зазначте результати:  **Електронна мікроскопія** □ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так, зазначте результати:  **Мікробіологічні дослідження** □ Так □ Ні □ Невідомо |
| **Віруси** □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо  □ ПЛР □ Серологічне дослідження □ Посів □ Інше **Результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Бактерії** □ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо  □ ПЛР □ Серологічне дослідження □ Посів □ Інше **Результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Грибкові інфекції**□ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо  □ ПЛР □ Серологічне дослідження □ Посів □ Інше **Результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Паразити**□ Не тестували □ Поз □ Нег □ Невизначений результат □ Результати очікуються □ Невідомо  □ ПЛР □ Серологічне дослідження □ Посів □ Інше **Результат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Інше: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2d. ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ. Пацієнт отримував у будь-який час протягом госпіталізації** | | | | | |
| **Групи лікарських засобів**  В/м — внутрішньом’язово, інг. — інгаляційно, в/в — внутрішньовенно, п/о — перорально, рект. — ректально, п/ш — підшкірно | **Лікарський засіб** | **Дата початку** | **Доза** | **Періодич-ність** | **Тривалість (дні)** |
| **Противірусні** □п/о □ в/в |  |  |  |  |  |
| **Антибіотики** □п/о □в/в □в/м |  |  |  |  |  |
| **Протигрибкові** □п/о □в/в |  |  |  |  |  |
| **Протималярійні** □п/о □в/в □в/м |  |  |  |  |  |
| **Кортикостероїди** □п/о □ в/в □інг. |  |  |  |  |  |
| **N-ацетилцистеїн** □п/о □ в/в |  |  |  |  |  |
| **Лактулоза** □п/о □рект. |  |  |  |  |  |
| **Рифаксимін** □в/в |  |  |  |  |  |
| **Протиепілептичні препарати**  □ п/о □в/в □в/м □рект. |  |  |  |  |  |
| **Маніт** □в/в |  |  |  |  |  |
| **Гіпертонічний розчин хлориду натрію (3%)** □в/в |  |  |  |  |  |
| **Пентоксифілін** □в/в |  |  |  |  |  |
| **Норадреналін** □в/в □в/м |  |  |  |  |  |
| **Альбумін** □в/в |  |  |  |  |  |
| **Вазопресин** □в/в |  |  |  |  |  |
| **Терліпресин** □в/в |  |  |  |  |  |
| **Мідодрин** □в/в |  |  |  |  |  |
| **Октреотид** □в/в |  |  |  |  |  |
| **Вітамін К** □п/о □в/в |  |  |  |  |  |
| **Глюкоза** □п/о □в/в |  |  |  |  |  |
| **Гепарин** □п/о □п/ш □в/в |  |  |  |  |  |
| **Інші лікарські засоби:** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **2e. ПІДТРИМУВАЛЬНА ДОПОМОГА. Пацієнт отримував у будь-який час протягом цієї госпіталізації:** |
| **Допомогу у ВІТ або відділенні реанімації?** □ Так □ Ні □ Невідомо **Дата** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  **Дата виписки** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  **Кисневу терапію?** □ Так □ Ні □ Невідомо **Дата** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  **Якщо так**, заповніть усі параметри нижче:  **Потік O2:** □ 1–5 л/хв □ 6–10 л/хв □ 11–15 л/хв □ > 15 л/хв □ Невідомо  **Неінвазивна вентиляція?** □ Так □ Ні □ Невідомо **Зазначте** □ BiPAP □ CPAP □ HFNO  **Інвазивна вентиляція (будь-яка)?** □ Так □ Ні □ Невідомо **Дата** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  **Екстракорпоральна підтримка функції печінки/екстракорпоральна підтримка (EКMO)?**□ Так □ Ні  □ Невідомо **Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  **Гемодіаліз/перитонеальний діаліз?**□ Так □ Ні □ Невідомо **Дата** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  **Високооб’ємний плазмаферез?** □ Так □ Ні □ Невідомо  **Дата** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  **Інотропні/вазопресорні препарати?** □ Так □ Ні □ Невідомо  **Дата** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  Трансплантація печінки □ Так □ Ні □ Невідомо **Дата** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  **Інше** |

|  |
| --- |
| **2f. ДІАГНОСТИЧНА КАТЕГОРІЯ ТА РЕЗУЛЬТАТ** |
| □ Гострий гепатит без печінкової недостатності при госпіталізації або під час клінічного перебігу  □ Гострий гепатит без печінкової недостатності при госпіталізації з розвитком печінкової недостатності під час перебігу захворювання, без трансплантації  □ Гострий гепатит без печінкової недостатності при госпіталізації з розвитком печінкової недостатності під час перебігу захворювання, без трансплантації  □ Гострий гепатит із печінковою недостатністю при госпіталізації, без трансплантації  □ Гострий гепатит із печінковою недостатністю при госпіталізації, з трансплантацією  **Результат**□ Виписано живим □ Госпіталізовано □ Переведено в інший заклад □ Смерть □ Виписано, рекомендовано паліативну допомогу □ Невідомо  **Дата реєстрації результату** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] □ Невідомо  **Якщо пацієнта виписано живим, спроможність до самодопомоги на момент виписки у порівнянні з періодом до хвороби:**  □ Така сама, які до хвороби □ Гірша □ Краща □ Невідомо |