

**Віспа мавп**

# ФОРМА РОЗСЛІДУВАННЯ ВИПАДКУ

# СТРУКТУРА ЦІЄЇ ФОРМИ РОЗСЛІДУВАННЯ ВИПАДКУ

Форма розслідування випадку призначена для збирання даних, отриманих від осіб із підозрюваним, імовірним або підтвердженим інфікуванням віспою мавп. Збирання даних може бути проспективним або ретроспективним. Ця форма містить модулі як щодо випадків, так і щодо подальшого розслідування контактів. Повна форма призначена для використання всередині країни; її дані не потрібно повідомляти ВООЗ. Існує окрема форма повідомлення про випадок захворювання з мінімальним набором даних, що містить підмножину змінних із цієї форми, що її країни-члени повинні заповнити та подати відповідним регіональним бюро ВООЗ; її можна знайти за посиланням <https://www.who.int/publications/m/item/monkeypox-minimum-dataset-case-reporting-form-(crf>).

**ДЛЯ ВИПАДКІВ:**

**Модуль 1**: **Виявлення випадку**

**Модуль 2: Епідеміологічне розслідування**

**Модуль 3: Лабораторне дослідження та результат випадку**

**Модуль 4: Пряме відстеження контактів та спостереження за контактними особами**

**ДЛЯ КОНТАКТІВ**

**Форма A: Форма повідомлення мінімальних даних про контактну особу — для безсимптомних контактних осіб пацієнтів із підозрюваним, імовірним та підтвердженим захворюванням на віспу мавп**

**Форма B: Щоденник симптомів для контактних осіб пацієнтів із підозрюваним, імовірним та підтвердженим захворюванням на віспу мавп**

Зміст цієї форми ґрунтується на отриманих раніше знаннях про віспу мавп, а також на ранніх висновках, зроблених під час поточного спалаху. Країнам рекомендовано адаптувати форму до своїх національних контексту, потреб, мови, моделей поведінки та культурних норм.

## МОДУЛЬ 1. ВИЯВЛЕННЯ ВИПАДКУ

**Унікальний ідентифікаційний номер випадку: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Двобуквений код країни, номер випадку (напр., AB001, AB002) або національний ідентифікаційний номер випадку, якщо його вже призначено.*

**Номер/ідентифікаційний номер кластера (якщо застосовно): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Двобуквений код країни, номер кластера (напр., AB.01.001, AB.02.001) або національний номер/ідентифікаційний номер кластера, якщо його вже призначено.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Інформація про збирача даних** | |
| Ім’я збирача даних |  |
| Роль збирача даних |  |
| Установа збирача даних |  |
| Телефонний номер збирача даних |  |
| Електронна пошта збирача даних |  |
| Дата заповнення форми | [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| Дата повідомлення | [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] |

|  |
| --- |
| **КЛАСИФІКАЦІЯ ВИПАДКУ** |
| ☐ **Підтверджений** ☐ **Імовірний** ☐ **Підозрюваний** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1a. ІДЕНТИФІКАЦІЙНІ ДАНІ ПАЦІЄНТА** | | | | |
| **Ім’я** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Прізвище** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Дата народження:** [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_]  Якщо дата народження невідома, зазначити:  **Вік** [\_][\_][\_] **років** АБО, якщо вік пацієнта менший ніж 2 роки, [\_][\_] **місяців** АБО [\_][\_] **днів**  **Стать при народженні:** ☐Чоловіча ☐Жіноча ☐Невідома ☐Інше (зазначити)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Гендер:** ☐ Чоловік ☐Жінка ☐Небінарна особа ☐Інше (зазначити) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Національний ідентифікаційний номер особи (якщо застосовно):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Країна проживання** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Номер телефону** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Електронна адреса** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Адреса** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Сексуальна орієнтація**  ☐ ЧСЧ (чоловік, який практикує секс із чоловіками) ☐ Лесбійка ☐ Гетеросексуал ☐ Бісексуал ☐ Інше ☐ Невідомо  Якщо ви обрали варіант «Інше», зазначте, яка саме: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Медичний працівник?**  ☐Так ☐Ні ☐Невідомо  Якщо так, заповніть відповідний розділ (2e).  **Вид діяльності пацієнта:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **1b. ПОТОЧНИЙ МЕДИЧНИЙ АНАМНЕЗ** | | | |
| **Супутні інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ)** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо | **Вагітність** | ☐ Так, триместр невідомий  ☐ Так, 1 триместр (1 триместр триває від 1 тижня до кінця 12 тижня)  ☐ Так, 2 триместр (2 триместр триває від 13 тижня до кінця 26 тижня)  ☐ Так, 3 триместр (3 триместр триває від 27 тижня до кінця вагітності)  ☐ Післяпологовий період (< 6 тижнів)  ☐ Ні  ☐ Н/З  ☐ Невідомо |
| **Хламідіоз** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо |
| **Гонорея** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо |
| **Генітальний герпес** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо |
| ***Lymphogranuloma venereum (LGV)*** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо |
| ***Mycoplasma genitalium*** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо |
| **Сифіліс** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо |
| ***Trichomonas vaginalis*** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо |
| **Генітальні бородавки** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо | **Імуносупресія** | ☐Так, спричинена захворюванням  ☐Так, спричинена ліками  ☐Так, причина невідома  ☐Ні ☐Невідомо |
| **Інші ІПСШ** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо | **За наявності імуносупресії зазначити причину**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **За наявності інших ІПСШ зазначити, які саме:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Який противірусний препарат для лікування віспи мавп отримує пацієнт?** | | ☐Тековірімат  ☐Бринцидофовір  ☐Цидофовір  ☐Інший (зазначити) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐Отримує противірусне лікування, але найменування препарату невідоме  ☐Не отримує противірусного лікування  ☐Невідомо | |
| **ВІЛ-статус** | ☐Позитивний  ☐Негативний  ☐Невідомо | **Оцінювання ВІЛ-статусу** | ☐Самостійно повідомлений  ☐Лабораторно підтверджений  ☐Медична карта  ☐Невідомо |

|  |  |
| --- | --- |
| **Якщо пацієнт ВІЛ-позитивний:**  **Останній показник кількості клітин CD4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ☐Невідомо  **Лікування ВІЛ-інфекції:** ☐Так ☐Ні ☐Невідомо | |
| **Чи отримував пацієнт вакцину проти натуральної віспи або віспи мавп?**  *(Оберіть усі застосовні варіанти відповідей)* | ☐Так, попередня вакцинація не пов’язана з поточною подією  ☐Так, доконтактну профілактику поточної події  ☐Так, постконтактну профілактику поточної події  ☐Ні  ☐Невідомо |
| **Дата отримання пацієнтом останньої дози вакцини проти натуральної віспи:**  *(Якщо пацієнт не пам'ятає точної дати вакцинації, зазначте лише рік або приблизну дату)* | [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| **Тип/найменування вакцини, яку отримав пацієнт**  *(Якщо відомо)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **1c. ДАТА ВИНИКНЕННЯ ЗАХВОРЮВАННЯ** *(перші доступні дані при зверненні/госпіталізації)* |
| **Дата встановлення першого клінічного діагнозу** [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] ☐Невідомо  **Чи є/були у пацієнта будь-які симптоми, пов’язані з віспою мавп?**  ☐Так ☐Ні ☐Невідомо  **Якщо так:**  **Дата появи симптомів (дата першого/найбільш раннього симптому)** [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_]  **Дата появи висипу** [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] **☐**Не застосовно |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1d. ОЗНАКИ ТА СИМПТОМИ, ЯКЩО У ПАЦІЄНТА Є/БУЛИ СИМПТОМИ** | | | |
| **Ураження шкіри/слизових оболонок (за винятком ротової порожнини або аногенітальної ділянки)** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо | **Біль у голі** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо |
| **Ураження шкіри/слизових оболонок аногенітальної ділянки** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо | **Кон’юнктивіт** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо |
| **Ураження шкіри/слизових оболонок ротової порожнини** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо | **Озноб або пітливість** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо |
| **Підвищення температури тіла > 38,5°C** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо | **Головний біль** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо |
| **Астенія (виражена слабкість)** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо | **Блювання/нудота** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо |
| **Біль у м’язах (міалгія)** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо | **Кашель/респіраторні симптоми** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо |
| **Біль у спині** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо | **Локалізована лімфаденопатія** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо |
| **Втома** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо | **Генералізована лімфаденопатія** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо |
| **Інші симптоми** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо | **Діарея** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо |
| **За наявності інших симптомів зазначити, які саме:** | | | |

## МОДУЛЬ 2. ЕПІДЕМІОЛОГІЧНЕ РОЗСЛІДУВАННЯ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2a. КОНТАКТ ІЗ ІНШИМ ПАЦІЄНТОМ *(до 3 тижнів до появи симптомів або встановлення діагнозу)***  *Дати початку і закінчення 3 тижнів: від* [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] до [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] | | | | | |
| **Пацієнт мав контакт із будь-якою особою з подібними захворюванням чи симптомами; або з відомим імовірним чи підтвердженим захворюванням?**  ☐Так ☐Ні ☐Невідомо  *Наведені нижче запитання слід ставити тільки якщо пацієнт відповідає «Так» на наведене вище запитання* | | | | | |
| **Як часто відбувався контакт?**  ☐1 раз  ☐ Декілька разів | | **Якою була загальна тривалість зустрічей?**  ☐ < 5 хв  ☐Від 5 до 15 хв  ☐Від 15 хв до 1 год  ☐Від 1 до 4 год  ☐ 4 год+ | | | |
| **Дата першого контакту**  *(протягом останніх трьох тижнів)*  **Дата останнього контакту**  *(протягом останніх трьох тижнів)* | [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_]  [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] | | | | |
| **Детальна інформація про контакт:**  *(Оберіть усі застосовні варіанти відповідей)*  *Примітка: це формат оцінювання контакту, який вимагається у формі повідомлення про випадок ВООЗ* | ☐У побутових умовах  ☐На робочому місці  ☐У школі/дитсадку  ☐У закладі охорони здоров’я (у тому числі в лабораторії)  ☐У нічному клубі/на приватній вечірці/в сауні зі статевим контактом  ☐У барі/ресторані або на іншому невеликому заході без статевого контакту  ☐На великому заході без статевого контакту (напр., на фестивалі або спортивній події)  ☐На великому заході зі статевим контактом  ☐Невідомо  ☐Інше, зазначити:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **Де відбувся контакт?**  *(Оберіть усі застосовні варіанти відповідей)*  *Примітка: це альтернативне формулювання для оцінювання контакту, яке може сприяти більш детальному розумінню за рахунок оцінювання відповідного «місця» у поєднанні з запитанням нижче, яке розкриває «тип контакту»* | | | ☐У побутових умовах  ☐На робочому місці  ☐У школі/дитсадку  ☐У закладі охорони здоров’я (у тому числі в лабораторії)  ☐У барі  ☐У ресторані  ☐У нічному клубі  ☐На приватній вечірці  ☐На фестивалі на відкритому повітрі  ☐На фестивалі в приміщенні  ☐У сауні  ☐На спортивній події на відкритому повітрі  ☐На спортивній події в приміщенні  ☐Невідомо  ☐Інше, зазначити:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Детальна інформація про місце контакту**  **(Найменування та адреса):** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **Тип контакту**  *(Оберіть усі застосовні варіанти відповідей)* | ☐Тісний контакт (відстань < 1 м, але без фізичного контакту)  ☐Фізичний шкірний контакт, але без контакту зі слизовими оболонками та без статевого контакту  ☐Контакт рота зі шкірою (поцілунки чи оральний секс)  ☐Статевий контакт  ☐Контакт із забрудненими матеріалами (біологічними рідинами, предметами, постільною білизною тощо) без безпосереднього контакту з пацієнтом  ☐Контакт медичного працівника з пацієнтом  ☐Невідомо  ☐Інше, зазначити\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **2b. ІСТОРІЯ ПОДОРОЖЕЙ *(до 3 тижнів до появи симптомів або встановлення діагнозу)*** | | | | | |
| **Чи виїжджав пацієнт за межі країни протягом останніх 21 дня?** ☐Так ☐Ні ☐Невідомо  *Наведені нижче запитання слід ставити, тільки якщо пацієнт відповідає «Так»* | | | | | |
| **Країна** | **Регіон** | | | **Дата прибуття** | **Дата відправлення** |
| **1.** |  | | | [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_]. [\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] | [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_]. [\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| **2.** |  | | | [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_]. [\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] | [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_]. [\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| **3.** |  | | | [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_]. [\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] | [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_]. [\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| **4.** |  | | | [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_]. [\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] | [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_]. [\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| **5.** |  | | | [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_]. [\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] | [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_]. [\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2c. СЕКСУАЛЬНА ПОВЕДІНКА *(до 3 тижнів до появи симптомів або встановлення діагнозу)*** | | | |
| **Кількість сексуальних партнерів протягом останніх 3 тижнів**   ☐0  ☐1   ☐2–5  ☐6–10  ☐> 10  ☐Не бажає відповідати  ☐Н/З  *Наведені нижче запитання слід ставити, тільки якщо пацієнт повідомляє про одного або більше сексуальних партнерів.* | | | |
| **Вид сексу, що його практикував пацієнт**  *(Оберіть усі застосовні варіанти відповідей)* | ☐Анальний із проникненням  ☐Анальний рецептивний  ☐Оральний  ☐Вагінальний  ☐Інший (із секс-іграшками тощо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐Не бажає відповідати  ☐Н/З | **Захищений секс**  *(Із використанням презерватива або латексної серветки)* | ☐Так, завжди  ☐Іноді  ☐Ні, ніколи  ☐Невідомо |
| **Сексуальний партнер**  *(Оберіть усі застосовні варіанти відповідей)* | ☐Постійний/основний статевий партнер/и (тобто чоловік чи дружина, партнер або партнер у стосунках «без зобов’язань»)  ☐Відомий випадковий статевий партнер(и)    ☐Анонімний випадковий статевий партнер(и) (контактна інформація недоступна)  ☐Інше (зазначити) | **Якщо сексуальний партнер випадковий (відомий або анонімний), як пацієнт його зустрів?**  *(Оберіть усі застосовні варіанти відповідей)* | ☐Через Grindr  ☐Через Scruff  ☐Через інший мережевий застосунок  ☐У барі/нічному клубі/на комерційній вечірці  ☐У громадському місці («темна кімната», сауна, секс-клуб)  ☐На приватній секс-вечірці  ☐Інше, зазначити:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **2d. ІНШІ КОНТАКТИ *(до 3 тижнів до появи симптомів або встановлення діагнозу)*** | |
| **Контакт пацієнта з тваринами:**  *(Оберіть усі застосовні варіанти відповідей)*  ☐З домашніми тваринами, окрім гризунів    ☐З домашніми гризунами (наприклад, морськими свинками, лучними собачками, піщанками, мишами, щурами, білками...)    ☐З дикими тваринами, окрім гризунів (наприклад, мавпами, живими тваринами або трупами, дичиною/м’ясом диких тварин)    ☐З дикими або міськими гризунами (наприклад, білками, щурами, сонями, живими тваринами, тваринами на фермах або з дичиною чи м’ясом диких тварин)  ☐Інше (зазначити) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Контакт пацієнта з м’ясом диких тварин у країні, в якій встановлено діагноз, незалежно від історії подорожей** | ☐Так ☐Ні ☐Невідомо  Якщо так, зазначити місце \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2e. Контакт у результаті професійної діяльності в закладі охорони здоров’я *(до 3 тижнів до появи симптомів або встановлення діагнозу)***    *Якщо пацієнт є медичним працівником, який зазнав впливу вірусу поза робочим місцем, перейдіть до наступного розділу (2f)* | | |
| **Тип медичного працівника** | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Місце роботи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Скільки разів пацієнт контактував із хворими на віспу мавп?** | * 1 раз * Декілька разів * Н/З | |
| **Дата(и) контакту з хворими** | [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_]  [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_]  [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_]  [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] | |
| **Чи використовувалися засоби індивідуального захисту (ЗІЗ) під час можливого контакту?** | | ☐Так  ☐Ні  ☐Невідомо |
| **Якщо так, які ЗІЗ використовувалися?** | | ☐Рукавички  ☐Халат  ☐Медична маска  ☐Респіратор (напр., N95, FFP2 тощо)  ☐Щиток для обличчя  ☐Захисні окуляри |
| **Чи були ЗІЗ пошкоджені під час роботи або під час знімання?** | | ☐Так  ☐Ні  ☐Невідомо |
| **Надайте більше інформації про контакт(и)**  *(За потреби)* | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **2f. НАЙБІЛЬШ ІМОВІРНИЙ ШЛЯХ ПЕРЕДАВАННЯ на основі раніше повідомленої інформації**  *(визначається особою, яка проводить розслідування, на основі раніше повідомленої інформації про контакти)* |
| ☐Передавання при безпосередньому контакті від людини до людини (окрім: від матері до дитини під час вагітності або пологів), передавання, пов’язаного з наданням медичної допомоги, або передавання статевим шляхом)  ☐Передавання статевим шляхом  ☐Передавання від тварини до людини  ☐Передавання, пов’язане з наданням медичної допомоги (у закладі охорони здоров’я або під час надання медичної допомоги)  ☐Передавання в лабораторії в результаті професійної діяльності  ☐Передавання від матері до дитини під час вагітності або пологів  ☐Контакт із забрудненими матеріалами (напр., постільною білизною, одягом, предметами)  ☐Реципієнт трансфузії  ☐Інший шлях передавання (зазначити) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ☐Невідомо |

## МОДУЛЬ 3. ЛАБОРАТОРНЕ ПІДТВЕРДЖЕННЯ ТА РЕЗУЛЬТАТ ВИПАДКУ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3a. ДІАГНОСТИЧНЕ ТЕСТУВАННЯ/ТЕСТУВАННЯ НА ПАТОГЕНИ**  **Оберіть усі позитивні зразки, використані для діагностики віспи мавп** | | |
| **Ідентифікаційний номер лабораторії** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Дата взяття зразка** | **Тип зразка** *(оберіть усі відповідні варіанти відповідей)* | **Проведене дослідження** |
| [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].  [\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] | ☐Матеріал зі шкірних висипів (у тому числі мазки з поверхні ураження та/або ексудату з висипів, кришки більше ніж одного елемента висипу)  ☐Кірки з висипів  ☐Сироватка крові  ☐Урогенітальний мазок  ☐Ротоглотковий мазок  ☐Сеча  ☐Сперма  ☐Ректальний мазок  ☐Інше (*зазначити*): *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | ☐ПЛР на вірус віспи мавп  ☐ПЛР на ортопоксвіруси  ☐Секвенування  ☐Серологічне дослідження  ☐Інше (зазначити)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Чи була проведена геномна характеристика?** ☐Так ☐Ні ☐Невідомо  **Якщо так, клада:** ☐Західноафриканська клада ☐Клада Басейну Конго  **Якщо так, номер доступу послідовності, завантаженої до загальнодоступної бази даних:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |
| --- |
| **3b. ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ ТА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ (ВІТ)** |
| **Госпіталізація?** ☐Так, для цілей ізоляції ☐Так, у зв’язку з клінічними потребами ☐Ні ☐Невідомо  **Якщо так:**  **Дата госпіталізації** [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] ☐Н/З  **Дата виписки** [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] ☐Перебуває в лікарні на момент заповнення форми ☐Н/З  **Госпіталізація до ВІТ або відділення реанімації?** ☐Так ☐Ні ☐Невідомо  **Якщо так:**  **Дата госпіталізації до ВІТ** [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] ☐Н/З  **Дата виписки з ВІТ** [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] ☐Перебуває у ВІТ на момент заповнення форми ☐Н/З |

|  |
| --- |
| **3c. РЕЗУЛЬТАТ ПАЦІЄНТА** |
| **Результат пацієнта:** ☐Вижив ☐Помер ☐Невідомо (втрачений з-під нагляду)  **Дата реєстрації результату:** [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] ☐Невідомо  **Якщо результатом є смерть, дата смерті:** [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] ☐Невідомо |

## МОДУЛЬ 4: ПРЯМЕ ВІДСТЕЖЕННЯ КОНТАКТІВ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4a. ПРЯМЕ ВІДСТЕЖЕННЯ КОНТАКТІВ** | | | | | |
| **Чи мав пацієнт будь-який контакт (особистий, фізичний або статевий) або перебував в одному домогосподарстві з однією чи декількома особами у період між появою симптомів або встановленням діагнозу та відпаданням усіх кірок везикул?**  ☐Так ☐Ні ☐Невідомо  *Наведені нижче запитання слід ставити, тільки якщо пацієнт відповідає «Так»* | | | | | |
| **Скільки контактних осіб було у пацієнта з моменту появи симптомів або встановлення діагнозу?**  **Скільки з повідомлених контактних осіб є неідентифікованими?**  *(пацієнт не має їхніх контактних даних або не знає, як із ними зв’язатися)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | **Де відбувся контакт (особистий, фізичний чи статевий)**  *(оберіть усі застосовні варіанти відповідей)* | ☐У побутових умовах  ☐На робочому місці  ☐У школі/дитсадку  ☐У закладі охорони здоров’я (у тому числі в лабораторії)  ☐У барі  ☐У ресторані  ☐У нічному клубі  ☐На приватній вечірці  ☐На фестивалі на відкритому повітрі  ☐На фестивалі в приміщенні  ☐У сауні  ☐На спортивній події на відкритому повітрі  ☐На спортивній події в приміщенні  ☐Невідомо  ☐Інше, зазначити:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Перерахуйте всіх контактних осіб нижче** | | | | | |
| **Прізвище, ім’я** | | **Контактна інформація *(номер телефону, електронна пошта, домашня адреса)*** | | | **Дата і місце контакту** |
| **1.** | |  | | |  |
| **2.** | |  | | |  |
| **3.** | |  | | |  |
| **4.** | |  | | |  |
| **5.** | |  | | |  |
| **6.** | |  | | |  |
| **7.** | |  | | |  |
| **8.** | |  | | |  |
| **9.** | |  | | |  |

Заповніть початкову форму повідомлення та форму спостереження за контактною особою для кожної контактної особи, з якою зв’яжетеся

(форма A і форма B)

## ФОРМА A: ФОРМА ПОВІДОМЛЕННЯ МІНІМАЛЬНИХ ДАНИХ ПРО КОНТАКТНУ ОСОБУ — для безсимптомних контактних осіб пацієнтів із підозрюваним, імовірним та підтвердженим захворюванням на віспу мавп

***Для контактних осіб із симптомами, які відповідають визначенню підозрюваного або ймовірного випадку, необхідно заповнити повну форму розслідування випадку***

**Ім’я пацієнта з підтвердженим захворюванням**

|  |
| --- |
|  |

**Ідентифікаційний номер підтвердженого випадку/номер кластера (якщо застосовно):**

*Ідентифікаційний номер випадку: Двобуквений код країни, номер випадку (напр., AB001, AB002) або національний ідентифікаційний номер випадку, якщо його вже призначено.*

|  |
| --- |
|  |

**Унікальний ідентифікаційний номер контактної особи:**

*Примітка: Ідентифікаційні номери контактним особам слід призначати під час заповнення модуля 4 форми розслідування випадку.*

*Двобуквений код країни, номер випадку, номер контактної особи (напр., AB.001.****C01****, AB.001.****C02****) або національний ідентифікаційний номер контактної особи, якщо його вже призначено.*

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Інформація про збирача даних** | |
| Ім’я збирача даних |  |
| Роль збирача даних |  |
| Установа збирача даних |  |
| Телефонний номер збирача даних |  |
| Електронна пошта збирача даних |  |
| Дата заповнення форми | [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| Дата повідомлення | [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] |

|  |
| --- |
| **A1. ДЕМОГРАФІЧНІ ДАНІ КОНТАКТНОЇ ОСОБИ** |
| **Ім’я** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Прізвище** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Дата народження:** [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_]  Якщо дата народження невідома, зазначити:  **Вік** [\_][\_][\_] **років** АБО, якщо вік пацієнта менший ніж 2 роки, [\_][\_] **місяців** АБО [\_][\_] **днів**  **Стать при народженні:** ☐Чоловіча ☐Жіноча ☐Невідома ☐Інше (зазначити)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Гендер:** ☐ Чоловік ☐Жінка ☐Небінарна особа ☐Інше (зазначити) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Національний ідентифікаційний номер (якщо застосовно)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Країна проживання** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Номер телефону**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Електронна адреса** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Адреса** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Сексуальна орієнтація**  ☐ЧСЧ (чоловік, який практикує секс із чоловіками) ☐Лесбійка ☐Гетеросексуал ☐Бісексуал ☐Інше ☐Невідомо  Якщо ви обрали варіант «Інше», зазначте, яка саме: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Медичний працівник?**  ☐Так ☐Ні ☐Невідомо  **Вид діяльності контактної особи:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **A2. ДЕТАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО КОНТАКТ** | |
| **Зв’язок між контактною особою і пацієнтом**   * Чоловік/дружина/партнер * Член домогосподарства * Родич, що не проживає в одному домогосподарстві з пацієнтом * Друг * Статевий партнер * Колега * Контакт, пов’язаний із наданням медичної допомоги * Інше (зазначити) | **Тип контакту з пацієнтом**   * Особистий контакт на відстані менше ніж 1 м, але без фізичного контакту * Фізичний шкірний контакт, але без статевого контакту * Статевий контакт * Контакт зі зразками або біологічними рідинами без безпосереднього контакту з пацієнтом * Контакт медичного працівника з пацієнтом * Невідомо * Інше (зазначити) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Скільки разів відбувався контакт?**   * 1 раз * Декілька разів | **Кумулятивна тривалість контакту**   * < 5 хв * Від 5 до 15 хв * Від 15 хв до 1 год * Від 1 до 4 год * 4 год+ * Невідомо |
| **Місце контакту**  ☐У побутових умовах  ☐На робочому місці  ☐У школі/дитсадку  ☐У закладі охорони здоров’я (у тому числі в лабораторії)  ☐У барі  ☐У ресторані  ☐У нічному клубі  ☐На приватній вечірці  ☐На фестивалі на відкритому повітрі  ☐На фестивалі в приміщенні  ☐У сауні  ☐На спортивній події на відкритому повітрі  ☐На спортивній події в приміщенні  ☐Невідомо  ☐Інше (зазначити):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Детальна інформація щодо місця контакту:**  **Найменування:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Адреса:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Дата першого контакту**  *(У період від появи перших симптомів або встановлення діагнозу до сьогоднішнього дня або дня відпадання останніх кірок везикул)*  [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] | **Дата останнього контакту**  *(У період від появи перших симптомів або встановлення діагнозу до сьогоднішнього дня або дня відпадання останніх кірок везикул)*  [\_Д\_][\_Д\_].[\_М\_][\_М\_].[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_] |

## Форма B: Щоденник симптомів для контактних осіб пацієнтів із підозрюваним, імовірним та підтвердженим захворюванням на віспу мавп

**Ідентифікаційний номер контактної особи:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Спостереження за симптомами у контактних осіб** | | |  |
| **День** | **Симптоми**  *Так/Ні/Невідомо* | **За наявності симптомів перелічити** | **Чи є контактна особа підозрюваним випадком?**  *Так/Ні/Невідомо* |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
| **13** |  |  |  |
| **14** |  |  |  |
| **15** |  |  |  |
| **16** |  |  |  |
| **17** |  |  |  |
| **18** |  |  |  |
| **19** |  |  |  |
| **20** |  |  |  |
| **21** |  |  |  |