

**Глобальна платформа реєстрації клінічних даних**

**Віспа мавп**

**ФОРМА ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО ВИПАДОК ЗАХВОРЮВАННЯ**

**ВСТУП**

Базова коротка форма повідомлення про випадок захворювання призначена для збирання даних, отриманих під час обстеження, інтерв’ю та перегляду лікарняних або клінічних записів про пацієнтів із підозрюваною, ймовірною або підтвердженою віспою мавп. Збирання даних може бути проспективним або ретроспективним. Періодом збирання даних вважається період від моменту госпіталізації або першого звернення до клініки до моменту виписки, переведення, смерті або до моменту, коли збирання даних стає неможливим, при продовженні госпіталізації.

Форма повідомлення про випадок включає 3 модулі:

|  |  |
| --- | --- |
| **Модуль 1.** | Заповнюють у перший день звернення або госпіталізації до медичного центру |
| **Модуль 2.** | Заповнюють щодня в період перебування пацієнта в лікарні протягом стількох днів, скільки це можливо з урахуванням ресурсів, або під час наступних візитів до медичного центру. |
| **Модуль 3.** | Заповнюють під час останнього візиту, виписки з лікарні або останнього контрольного огляду. |
| **Модуль «Вагітність».** | Заповнюють, якщо пацієнтка наразі вагітна або має вагітність в анамнезі протягом останніх <=21 дня. |

**ЗАГАЛЬНІ ІНСТРУКЦІЇ**

Ідентифікаційні номери учасників складаються з коду сайту та номера учасника. Ви можете зареєструватися в системі управління даними за адресою [monkeypox clinicaldataplatform@who.int,](mailto:monkeypox_clinicaldataplatform@who.int) і наша команда з управління даними зв’яжеться з вами, щоб надати інструкції щодо введення даних, та присвоїть вам 5-значний код сайту.

За будь-якою інформацією звертайтеся за адресою [monkeypox clinicaldataplatform@who.int.](mailto:monkeypox_clinicaldataplatform@who.int)

|  |
| --- |
| **МОДУЛЬ 1. Заповнюють при госпіталізації (протягом 24 годин із моменту госпіталізації) або під час першого звернення до амбулаторного закладу** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Найменування закладу/клініки** | **Країна** |
| **Дата реєстрації** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] |  |

|  |
| --- |
| **1a. ДЕМОГРАФІЧНІ ДАНІ** |
| **Стать при народженні** □ Чоловіча □ Жіноча □ Не зазначено **Дата народження** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_][\_Р\_]  Якщо дата народження невідома, зазначити: **Вік** [\_\_\_\_][\_\_][\_\_\_\_] **років**АБО [\_\_ ][ \_\_] **місяців**АБО [\_\_ ][ \_\_] **днів**  **Медичний працівник?** □ Так □ Ні □ Невідомо **Працівник лабораторії?** □ Так □ Ні □ Невідомо  **Якщо так:**□ не користується всіма рекомендованими ЗІЗ □ користується всіма рекомендованими ЗІЗ □ Інше, зазначити  **Раса/етнічна приналежність (відмітити всі застосовні варіанти відповідей)**□ Азійська □ Африканська/негроїдна □ Європеоїдна □ Латиноамериканська □ Інше □ Невідомо  **Вакцинація проти віспи в анамнезі**□ Так □ Ні □ Невідомо  **Вакцинація проти правця в анамнезі**□ Так □ Ні □ Невідомо  **Вагітність?\***□ Так□ Ні□ Невідомо□ Н/З **Якщо так: Оцінювання терміну вагітності** [**\_\_\_\_**][\_\_\_\_] тижнів  Якщо ні, чи була пацієнтка вагітною протягом останніх ≤ 21 дня? □ Так □ Ні □ Невідомо.  Якщо так, потрібно заповнити також модуль «Вагітність» |

|  |
| --- |
| **1b. ДАТА ВИНИКНЕННЯ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ПОКАЗНИКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ПРИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ** *(перші доступні дані при зверненні/госпіталізації)* |
| **Поява симптомів** (дата появи першого/найбільш раннього симптому) [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  **Перший(і) симптом(и), описаний(і) пацієнтом:** |
| **Дата госпіталізації/звернення до закладу**  [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] **Температура** [\_\_ ][\_\_\_\_\_\_],[\_\_\_\_]°C |
| **Частота серцевих скорочень** [\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_ ]ударів/хв **Частота дихання** [\_\_ ][\_\_\_\_\_\_]вдихів/хв  **АТ** [\_\_ ] [\_\_ ] [\_\_ ](систолічний) [\_\_\_\_][\_\_ ][ \_\_ ] (діастолічний) мм рт. ст. **Тяжке зневоднення** □ Так□ Ні □ Невідомо  **Пацієнт притомний Реагує на голос Реагує на біль Реакція відсутня** (обведіть один варіант)  **Зріст** [\_\_\_\_] [\_\_\_\_] [\_\_\_\_]см **Вага** [\_\_ ][\_\_ ][\_\_\_\_] кг |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1c. СУПУТНІ ЗАХВОРЮВАННЯ** *(наявні при госпіталізації або першому візиті)* | | | | | | | | | | |
| Хронічні захворювання серця (окрім гіпертензії) | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Діабет | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | |
| Гіпертензія | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Куріння на сьогоднішній день | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | |
| Хронічні захворювання легень | □ Так | | □ Ні | □ Невідомо | Туберкульоз *(активний)* | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | |
| Астма | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Туберкульоз *(в анамнезі*) | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | |
| Хронічна ниркова недостатність | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Аспленія | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | |
| Хронічна печінкова недостатність | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Злоякісне новоутворення | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | |
| Хронічні неврологічні порушення | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Якщо так, чи проходить пацієнт наразі лікування новоутворення? | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | |
| Вживання алкоголю на сьогоднішній день | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Прийом імунодепресантів | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | |
| Відомі наявні інфекції, що передаються статевим шляхом | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Якщо так, зазначити, які саме: | | | | |
|  | |  |  |  | Імуносупресивний стан □ Так □ Ні □ Невідомо | | | | |
| Якщо так, зазначити, які саме: | | | | | Якщо так, зазначити, який саме: | | | | |
| ВІЛ | | □ Так (отримує АРТ) □ Ні (не отримує АРТ) □ Невідомо | | | | |  | |  |
| Схема АРТ | | | | | | | | | |
| Останній показник кількості клітин CD4: [  ][  ][  ] | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **1d. ОЗНАКИ І СИМПТОМИ ПРИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ** |

**Кількість уражень на всьому тілі, які НЕ зажили (заживання = утворення і злущення кірки):**

□ **0**□ **1–5**□ **6–25**□ **26–100**□ **> 100**□ **> 250**

|  |  |
| --- | --- |
| **Кількість уражень на правій нозі (до пахово-стегнової складки, включно з передньою і задньою поверхнями стопи і ноги):** | **[\_\_][\_\_][\_\_][\_\_]** |
| **Кількість уражень на правій руці (включно з кистю і ділянкою плечового суглоба):** | **[\_\_][\_\_][\_\_][\_\_]** |
| **Кількість уражень на лівій нозі (до пахово-стегнової складки, включно з передньою і задньою поверхнями стопи і ноги):** | **[\_\_][\_\_][\_\_][\_\_]** |
| **Кількість уражень на лівій руці (включно з кистю і ділянкою плечового суглоба):** | **[\_\_][\_\_][\_\_][\_\_]** |
| **Кількість уражень на геніталіях (між пахово-стегновими складками):** | **[\_\_][\_\_][\_\_][\_\_]** |

Чи є у пацієнта активні ураження на таких ділянках:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Обличчя | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Долоні | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Ніс | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Плечі | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Рот | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Передпліччя | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Грудна клітка | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Стегна | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Живіт | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Ноги | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Спина | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Підошви стоп | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Періанальна ділянка | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Інше | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Геніталії | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Зазначити ділянку: | — | | |

Типи уражень на тілі:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Макули | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Пустули з пупкоподібним заглибленням у центрі | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Папули | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Виразкові ураження | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Формування везикул | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Формування кірок на «зрілих» ураженнях | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Невеликі пустули | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Кірки, що частково відпали | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |

Біль у будь-якій ділянці з ураженнями: □ Так □ Ні Якщо так, оцінка інтенсивності болю (за шкалою від 0 до 10: 0 — відсутність болю, 10 — нестерпний біль: [\_\_\_\_] [\_\_\_\_]

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1e. ОЗНАКИ І СИМПТОМИ ПРИ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ** | | | | | | | | |
| Біль у голі | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Біль у грудях | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Біль у м’язах (міалгія) | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Біль у суглобах (артралгія) | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Головний біль | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Втома/нездужання | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Зорові  симптоми/кератит | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Психологічні порушення | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Блювання/нудота | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Діарея | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Виразки на геніталіях | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Запаморочення | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Виразки в анальній ділянці | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | | Зменшення діурезу | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Лімфаденопатія |  | | |  | |  |  |  |
| Якщо так, |  | | |  | |  |  |  |
| Пахвова □ Так, із відчуттям болю | □ Так, без відчуття болю | | | □ Ні | |  |  |  |
| Шийна □ Так, із відчуттям болю | □ Так, без відчуття болю | | | □ Ні | |  |  |  |
| Пахова □ Так, із відчуттям болю | □ Так, без відчуття болю | | | □ Ні | |  |  |  |
| Інше □ Так, із відчуттям болю | □ Так, без відчуття болю | | | □ Ні | |  |  |  |
| Зазначити: | | | | | |  |  |  |

|  |
| --- |
| **МОДУЛЬ 2. Огляди під час перебування в лікарні або під час контрольних візитів — щодня або якомога частіше** |

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

**ОЦІНЮВАННЯ УРАЖЕНЬ (щоденне):**

**Чи з’явилися нові ураження протягом останніх 24 годин?**□ **ТАК**□ **НІ**

**Кількість уражень на всьому тілі, які НЕ зажили (заживання = утворення і злущення кірки):**

□ **0**□ **1–5**□ **6–25**□ **26–100**□ **> 100**

|  |  |
| --- | --- |
| **Кількість уражень на правій нозі (до пахово-стегнової складки, включно з передньою і задньою поверхнями стопи і ноги):** | **[\_\_][\_\_][\_\_][\_\_]** |
| **Кількість уражень на правій руці (включно з кистю і ділянкою плечового суглоба):** | **[\_\_][\_\_][\_\_][\_\_]** |
| **Кількість уражень на лівій нозі (до пахово-стегнової складки, включно з передньою і задньою поверхнями стопи і ноги):** | **[\_\_][\_\_][\_\_][\_\_]** |
| **Кількість уражень на лівій руці (включно з кистю і ділянкою плечового суглоба):** | **[\_\_][\_\_][\_\_][\_\_]** |
| **Кількість уражень на геніталіях (між пахово-стегновими складками):** | **[\_\_][\_\_][\_\_][\_\_]** |

Чи є у пацієнта активні ураження на таких ділянках:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Обличчя | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Долоні | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Ніс | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Плечі | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Рот | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Передпліччя | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Грудна клітка | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Стегна | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Живіт | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Ноги | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Спина | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Підошви стоп | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Періанальна ділянка | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Інше | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Геніталії | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Зазначити ділянку: |  | | |

Типи уражень на тілі:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Формування везикул | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Виразкові ураження | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Невеликі пустули | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Формування кірок на «зрілих» ураженнях | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Пустули з пупкоподібним заглибленням у центрі | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Кірки, що частково відпали | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |

**Біль у будь-якій ділянці з ураженнями:**□ **ТАК**□ **НІ**

**Якщо так, оцінка інтенсивності болю (за шкалою від 0 до 10: 0 — відсутність болю, 10 — нестерпний біль: [\_\_\_\_] [\_\_\_\_]**

|  |
| --- |
| **2a. ПОКАЗНИКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ** *(записати показники, які найбільше відхилялися від норми у період від 00:00 до 24:00, або будь-яке значення під час візиту)* |
| **Температура** [\_\_ ][\_\_\_\_],[\_\_ ]°C **Частота серцевих скорочень** [\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_ ]ударів/хв **Частота дихання** [\_\_ ][\_\_\_\_]вдихів/хв  **АТ** [\_\_ ] [\_\_ ] [\_\_ ](систолічний) [\_\_ ] [\_\_ ] [\_\_ ] (діастолічний) мм рт. ст. **Пацієнт притомний Реагує на голос Реагує на біль Реакція відсутня** (обвести один варіант) |

|  |
| --- |
| **МОДУЛЬ 3. Заповнюють під час виписки з лікарні/у разі смерті/під час останнього контрольного огляду** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3a. ДІАГНОСТИЧНЕ ТЕСТУВАННЯ/ТЕСТУВАННЯ НА ПАТОГЕНИ (перелічити всі діагностичні тести на патогени)** | | | |
| **Дата** | **Тип зразка** | **Проведене дослідження** | **Результат** |
| \_Д\_ \_Д\_/\_М\_ \_М\_/\_202 \_Р\_ | 🞆Мазок із носа/носоглотки 🞆Мазок із горла  🞆Комбінований мазок із носа/носоглотки + мазок із горла  🞆Мокротиння 🞆БАЛ 🞆Ендотрахеальний аспірат 🞆Мазок із уражень/кірок  🞆Сеча 🞆Фекалії/ректальний мазок 🞆Кров  🞆Інше (зазначити): | 🞆ПЛР на вірус віспи мавп  🞆ПЛР на ортопоксвіруси  🞆Інше | 🞆Позитивний  🞆Негативний  🞆Невідомо |
| \_Д\_ \_Д\_/\_М\_ \_М\_/\_202 \_Р\_ | 🞆Мазок із носа/носоглотки 🞆Мазок із горла  🞆Комбінований мазок із носа/носоглотки + мазок із горла  🞆Мокротиння 🞆БАЛ 🞆Ендотрахеальний аспірат 🞆Мазок із уражень/кірок  🞆Сеча 🞆Фекалії/ректальний мазок 🞆Кров  🞆Інше (зазначити): | 🞆ПЛР на вірус віспи мавп  🞆ПЛР на ортопоксвіруси  🞆Інше | 🞆Позитивний  🞆Негативний  🞆Невідомо |
| \_Д\_ \_Д\_/\_М\_ \_М\_/\_202 \_Р\_ | 🞆Мазок із носа/носоглотки 🞆Мазок із горла  🞆Комбінований мазок із носа/носоглотки + мазок із горла  🞆Мокротиння 🞆БАЛ 🞆Ендотрахеальний аспірат 🞆Мазок із уражень/кірок  🞆Сеча 🞆Фекалії/ректальний мазок 🞆Кров  🞆Інше (зазначити): | 🞆ПЛР на вірус віспи мавп  🞆ПЛР на ортопоксвіруси  🞆Інше | 🞆Позитивний  🞆Негативний  🞆Невідомо |
| \_Д\_ \_Д\_/\_М\_ \_М\_/\_202 \_Р\_ | 🞆Мазок із носа/носоглотки 🞆Мазок із горла  🞆Комбінований мазок із носа/носоглотки + мазок із горла  🞆Мокротиння 🞆БАЛ 🞆Ендотрахеальний аспірат 🞆Мазок із уражень/кірок  🞆Сеча 🞆Фекалії/ректальний мазок 🞆Кров  🞆Інше (зазначити): | 🞆Інше | 🞆Позитивний  🞆Негативний  🞆Невідомо |
| \_Д\_ \_Д\_/\_М\_ \_М\_/\_202 \_Р\_ | 🞆Мазок із носа/носоглотки 🞆Мазок із горла  🞆Комбінований мазок із носа/носоглотки + мазок із горла  🞆Мокротиння 🞆БАЛ 🞆Ендотрахеальний аспірат 🞆Мазок із уражень/кірок  🞆Сеча 🞆Фекалії/ректальний мазок 🞆Кров  🞆Інше (зазначити): | 🞆Інше | 🞆Позитивний  🞆Негативний  🞆Невідомо |
| \_Д\_ \_Д\_/\_М\_ \_М\_/\_202 \_Р\_ | 🞆Мазок із носа/носоглотки 🞆Мазок із горла  🞆Комбінований мазок із носа/носоглотки + мазок із горла  🞆Мокротиння 🞆БАЛ 🞆Ендотрахеальний аспірат 🞆Мазок із уражень/кірок  🞆Сеча 🞆Фекалії/ректальний мазок 🞆Кров  🞆Інше (зазначити): | 🞆Інше | 🞆Позитивний  🞆Негативний  🞆Невідомо |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3b. УСКЛАДНЕННЯ. Якщо пацієнта госпіталізовано, чи виникали у пацієнта в будь-який час протягом періоду госпіталізації такі ускладнення:** | | | | | | | |
| Шок | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Бактеріємія | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Судоми | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Бактеріальна суперінфекція | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Менінгіт/енцефаліт | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Кровотеча | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Анемія | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Абсцес | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Серцева аритмія | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Міокардит/перикардит | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Зупинка серця | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Гостре ураження нирок | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Пневмонія | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Панкреатит | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Целюліт | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Дисфункція печінки | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Гострий респіраторний дистрес-синдром (ГРДС) | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Кардіоміопатія | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Інсульт: ішемічний інсульт | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Інфекція очей | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Некротична інфекція | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | Інше | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
|  |  |  |  | Якщо так, зазначити, що саме: | — | | |

|  |
| --- |
| **3c. МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ. Чи отримував пацієнт під час періоду госпіталізації або на момент виписки:** |
| **Пероральну/орогастральну регідратацію?** □ Так □ Ні □ Невідомо  **Інфузійну терапію?** □ Так □ Ні □ Невідомо  **Експериментальні противірусні препарати проти ортопоксвірусів?**□ Так □ Ні □ Невідомо  **Якщо так:**□ Бринцидофовір □ Цидофовір □ Тековірімат  □ Інше, зазначити:  **Якщо так: чи повідомляв пацієнт про побічні ефекти?**□ Так □ Ні □ Невідомо  Якщо так, зазначити, які саме:  **Антибіотики?**□ Так □ Ні □ Невідомо  **Якщо так,** зазначити, які саме: □ Цефтріаксон □ Доксициклін □ Амоксицилін-клавуланат □ Інше  **Протигрибкові препарати?**□ Так □ Ні □ Невідомо  **Інше**□ Так □ Ні □ Невідомо  **Інші експериментальні препарати?**□ Так □ Ні □ Невідомо  **Якщо так,** зазначити, які саме: |

|  |
| --- |
| **3d.** **ПІДТРИМУВАЛЬНА ТЕРАПІЯ. Якщо пацієнта госпіталізовано, чи вживалися щодо нього в будь-який час протягом періоду госпіталізації такі заходи:** |
| **Госпіталізація до ВІТ або відділення реанімації?** □ Так □ Ні □ Невідомо  **Якщо так,** загальна тривалість: днів  **Дата госпіталізації до ВІТ** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] □ Н/З  **Дата виписки з ВІТ** [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] □ Перебуває у ВІТ на момент реєстрації результату □ Н/З  **Киснева терапія?** □ Так □ Ні □ Невідомо **Якщо так,** заповніть усі наведені нижче параметри: Загальна тривалість: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ днів  **Потік кисню:**□ 1–5 л/хв □ 6–10 л/хв □ 11–15 л/хв □ > 15 л/хв  **Подача:**□ Назальні канюлі □ Назальні канюлі з високим потоком газу □ Маска □ Маска з резервуаром □ Маска CPAP/НІВ  **Неінвазивна вентиляція?** (напр., BiPAP, CPAP)  □ Так □ Ні □ Невідомо **Якщо так,** загальна тривалість: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_днів  **Інвазивна вентиляція (будь-який вид)?**  □ Так □ Ні □ Невідомо **Якщо так,** загальна тривалість:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ днів  **Екстракорпоральна (ЕКМО) підтримка?**□ Так □ Ні □ Невідомо **Якщо так,** загальна тривалість: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ днів  **Інотропи/вазопресори?**□ Так □ Ні □ Невідомо **Якщо так,** загальна тривалість: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ днів  **Замісна ниркова терапія або діаліз?**□ Так □ Ні □ Невідомо |

|  |
| --- |
| **3e. РЕЗУЛЬТАТ ПАЦІЄНТА** |
| **Результат пацієнта:**□ 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, як до хвороби □ Гірша   □ Краща □ Невідомо |
| **Кількість уражень на всьому тілі, які НЕ зажили (заживання = утворення і злущення кірки):**  □ **0**□ **1–5**□ **6–25**□ **26–100**□ **> 100** |
| **Залишкові симптоми** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3f. КЛІНІЧНІ КРИТЕРІЇ ВКЛЮЧЕННЯ** | | |
| Підозрюваний випадок | □ Так | □ Ні |
| Імовірний випадок | □ Так | □ Ні |
| Підтверджений випадок | □ Так | □ Ні |
| *\* Див. визначення у документі:*  [«Епідеміологічний нагляд за віспою мавп, розслідування випадків захворювання та відстеження контактів» (Surveillance, case investigation and contact tracing for Monkeypox: interim guidance) (who.int)](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-surveillance-2022.1) | | |

**ДОДАТОК — МОДУЛЬ «ВАГІТНІСТЬ»**

**Заповнюють, якщо пацієнтка:**

• **наразі вагітна; або**

• **звертається за допомогою/госпіталізована протягом 21 дня після закінчення вагітності**

**Заповнюють протягом 24 годин із моменту госпіталізації або звернення до амбулаторного закладу**

|  |  |
| --- | --- |
| **P-1a. СТАТУС ВАГІТНОСТІ НА МОМЕНТ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ** | |
| **Вагітна (пологи не почалися)** | □ |
| **Вагітна (пологи почалися)** | □ |
| **Післяпологовий період (днів)** | □ [днів] Грудне вигодовування?  □ Так □ Ні |
| **Після аборту/викидня** | □ |
| **Кількість плодів** | □ Один □ Двійня □ Трійня □ Інша [кількість] □ Невідомо |
| **Чи була вагітність результатом ЕКЗ?** | □ Так □ Ні □ Невідомо |

|  |
| --- |
| **P-1b. АБОРТ АБО ВИКИДЕНЬ** *(до госпіталізації)* |
| **Дата штучного переривання вагітності або мимовільного переривання вагітності/завмирання вагітності/викидня?**  [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  **Чи були у пацієнтки на той момент симптоми віспи мавп?**□ Так □ Ні □ Невідомо |

|  |
| --- |
| **P-1c. АКУШЕРСЬКИЙ АНАМНЕЗ** |
| **Кількість попередніх вагітностей строком більше ніж 22 тижні** [кількість]  **Кількість попередніх вагінальних пологів** [кількість]  **Кількість попередніх пологів із застосуванням кесаревого розтину** [кількість] |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **P-1d. Відмітьте будь-які параметри, які описують попередні пологи:** | | | |
| **Передчасні пологи (< 37 тижнів)** | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| **Вроджена аномалія** | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| **Мертвонародження** | □ Так [днів] | □ Ні | □ Невідомо |
| **Неонатальна смерть (< 7 днів)**  **Вага < 2 500 г**  **Вага > 4 500 г** | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **P-1e. АЛКОГОЛЬ, НАРКОТИКИ — ФАКТОРИ РИЗИКУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ** | | | |
| **Вживання алкоголю** | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| **Вживання заборонених/рекреаційних наркотиків** | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| **Куріння** | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **P-1f. ПРИЙОМ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ** *(до початку поточного епізоду захворювання)* | | | | | |  |
| **Лікування гарячки і болю** | **Ацетамінофен/парацетамол** | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| **НПЗП** | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| **Інше (зазначити):** | | | | | |
| **Протисудомні препарати** | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | **Якщо так, зазначити МНН:** | | |
| **Препарати від нудоти** | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | **Якщо так, зазначити МНН:** | | |
| **Пренатальні вітаміни і мікроелементи** | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | **Якщо так, зазначити МНН:** | | |
| **Противірусні препарати** | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | **Якщо так, зазначити МНН:** | | |
| **Антибіотики** | □ Так | □ Ні | □ Невідомо | **Якщо так, зазначити МНН:** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **P-1g. ЧАСТОТА СЕРЦЕВИХ СКОРОЧЕНЬ ПЛОДА** *(перші доступні дані при зверненні/госпіталізації)* | |
| **Частота серцевих скорочень плода** | **(ЧССп):** [\_ \_][\_ \_][\_ \_] ударів/хв |

**Заповнюють під час виписки з лікарні/у разі смерті або подальших пологів**

|  |  |
| --- | --- |
| **P-2a. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛОГІВ, ВАГІТНОСТІ ТА СТАНУ МАТЕРІ** | |
| **Пологи під час періоду госпіталізації** | □ Так □ Ні |
| **Дата пологів** | [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| **Вид пологів** | □ **Вагінальні пологи**□ **Кесарів розтин** |
| Причина кесаревого розтину: |
| □ Тривалі пологи □ Неправильне положення плода □ Дистрес плода |
| □ Вроджені дефекти □ Повторний кесарів розтин □ Хронічні стани здоров’я |
| □ Пролапс пуповини □ Невідповідність між розмірами голівки плода і таза матері □ Невідомо |
| □ Генітальні ураження |
| **Початок пологів** | □ Спонтанний □ Кесарів розтин до початку пологів |
| □ Індукований □ Невідомо |
| **Передлежання плода при пологах** | □ Головне □ Поперечне □ Тазове |
| **Амніотична рідина при пологах** | □ Прозора □ Забарвлена меконієм □ Невідомо |

|  |  |
| --- | --- |
| **P-2b. РЕЗУЛЬТАТ ВАГІТНОСТІ, ОКРІМ ЖИВОНАРОДЖЕННЯ, НА МОМЕНТ ВИПИСКИ** | |
| **Результат вагітності** | □ Продовження вагітності/не порушена вагітність □ Мимовільне переривання вагітності\*  □ Штучне переривання вагітності\* □ Завмирання вагітності\*  □ Мертвонародження з мацерацією\* □ Загибель плода при пологах\*  □ Період після аборту/післяпологовий період при госпіталізації\*  \* Дата результату вагітності: [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] |
| **Смерть матері** | □ Так □ Ні  **Якщо так, що було причиною смерті?**  □ Наслідки аборту  □ Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів і в післяпологовий період  □ Акушерська кровотеча  □ Інфекція, пов’язана з вагітністю  □ Інші акушерські ускладнення, не включені до перерахованих вище причин  □ Непередбачені ускладнення при лікуванні (напр., ускладнення, пов’язані з анестезією)  □ Непрямі причини смерті матері  □ Акушерська смерть із неуточненою причиною  □ Смерть від випадкової причини (напр., ДТП) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **P-2c. УСКЛАДНЕННЯ** | | | | |
| **Ускладнення у ході вагітності** | Гестаційний діабет | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Гестаційна гіпертензія | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Анемія (Hb < 11 г/дл) | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Післяпологові інфекції | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Затримка внутрішньоутробного росту | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Кровотеча | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Прееклампсія | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| Еклампсія | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Гострі ускладнення або ускладнення на пізніх термінах вагітності** | Передлежання/прирощення/пророщення плаценти | □ Так |  | □ Ні | | □ Невідомо | | |
| Прееклампсія/еклампсія [ok?] | □ Так |  | □ Ні | | □ Невідомо | | |
| Відшарування плаценти | □ Так |  | □ Ні | | □ Невідомо | | |
| Передчасні перейми | □ Так |  | □ Ні | | □ Невідомо | | |
| Передчасні пологи | □ Так |  | □ Ні | | □ Невідомо | | |
| Передчасний розрив плодових оболонок | □ Так |  | □ Ні | | □ Невідомо | | |
| Післяпологова септицемія або тяжка інфекція | | □ Так | | □ Ні | □ Невідомо | | |
| Кровотеча | | □ Так | | □ Ні | □ Невідомо | | |
| Неліковані ІПСШ (герпес, сифіліс, хламідіоз, гонорея) | | | | | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| **Якщо наявна кровотеча, зазначити тип:** |  |  |  |  |  |  |  |
| □ Передпологова/в процесі пологів □ Післяпологова кровотеча | | | | | □ Пов’язана з абортом | | |
| Емболія | □ Так |  | □ Ні | | □ Невідомо | | |
| Ускладнення, пов’язані з анестезією | □ Так |  | □ Ні | | □ Невідомо | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **P-3d. ЛІКУВАННЯ під час госпіталізації або амбулаторного курсу** | | | |
| **Токоліз** | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |
| **Індукція пологів** | □ Так | □ Ні | □ Невідомо |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **P-3e. ВЗЯТТЯ ЗРАЗКІВ для тестування на віспу мавп** | | | | |
| **Чи проводилося взяття зразків?**  **Якщо так, вкажіть тест і результати** | □ Амніотична рідина | [\_назва тесту\_]  □ ПЛР  □ Інше [зазначити] | [\_дата взяття\_]  [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/ [\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | [\_результат\_]  □ Позитивний  □ Негативний  □ Невизначений |
| □ Плацента | [\_назва тесту\_]  □ ПЛР  □ Інше [зазначити] | [\_дата взяття\_]  [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/ [\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | [\_результат\_]  □ Позитивний  □ Негативний  □ Невизначений |
| □ Пуповинна кров | [\_назва тесту\_]  □ ПЛР  □ Інше [зазначити] | [\_дата взяття\_]  [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/ [\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | [\_результат\_]  □ Позитивний  □ Негативний  □ Невизначений |
| □ Вагінальний мазок | [\_назва тесту\_]  □ ПЛР  □ Інше [зазначити] | [\_дата взяття\_]  [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/ [\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | [\_результат\_]  □ Позитивний  □ Негативний  □ Невизначений |
| □ Фекалії/ректальний мазок | [\_назва тесту\_]  □ ПЛР  □ Інше [зазначити] | [\_дата взяття\_]  [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/ [\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | [\_результат\_]  □ Позитивний  □ Негативний  □ Невизначений |
| □ Ембріональна тканина у разі загибелі плода/  штучного переривання вагітності | [\_назва тесту\_]  □ ПЛР  □ Інше [зазначити] | [\_дата взяття\_]  [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/ [\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | [\_результат\_]  □ Позитивний  □ Негативний  □ Невизначений |
| □ Грудне молоко | [\_назва тесту\_]  □ ПЛР  □ Інше [зазначити] | [\_дата взяття\_]  [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/ [\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_] | [\_результат\_]  □ Позитивний  □ Негативний  □ Невизначений |

|  |  |
| --- | --- |
| **P-3f. РЕЗУЛЬТАТИ НОВОНАРОДЖЕНОГО** | |
| **Дата народження** [ДД/ММ/РРРР]  **Час народження** [напр., 14:21] | [\_Д\_][\_Д\_]/[\_M\_][\_M\_]/[\_2\_][\_0\_][\_Р\_][\_Р\_]  [\_\_\_\_:\_\_\_\_] |
| **Ідентифікаційний номер учасника матері:** | [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] -- [\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_][\_\_\_] **—**  [\_Одноцифровий ідентифікаційний номер немовляти\_] **Потрібно заповнити одну форму на одного новонародженого** |
| **Лабораторний тест новонародженого на віспу мавп** | □ Проведено □ Не проведено □ Невідомо  Якщо так: [\_взятий зразок\_] [\_опис тесту\_][\_дата взяття\_]  [\_результат\_] |
| **Оцінка за шкалою Апгар на 5 хвилині життя** | Оцінка: [\_\_\_\_][\_\_\_\_] |
| **Вага при народженні** | У грамах: [\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_][\_\_\_\_] |
| **Респіраторний дистрес-синдром** | □ Так □ Ні □ Невідомо |
| **Надходження до ВІТН** | □ Так □ Ні □ Невідомо |

|  |  |
| --- | --- |
| **Результат новонародженого** | □ Виписано здоровим  □ Виписано з ускладненнями/наслідками  Детальна інформація: [ ]  □ Клінічне направлення до спеціалізованого відділення/іншої лікарні  Детальна інформація: [ ]  □ Смерть Дата смерті: [\_Д\_][\_Д\_]/[\_М\_][\_М\_]/[\_Р\_][\_Р\_]  □ Невідомо |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Якщо новонароджений помер, основна причина смерті:** | □ Недоношеність/низька вага при народженні | □ Асфіксія при народженні | □ Інфекція | □ Пологова травма |
| □ Вроджені дефекти | □ Інше | □ Невідомо |
| **Будь-які вроджені аномалії** | □ Дефекти нервової трубки | | □ Мікроцефалія | |
| □ Вроджені порушення будови вуха | | □ Вроджені вади серця | |
| □ Вроджені порушення будови травної системи | | □ Розщеплення верхньої губи і піднебіння | |
| □ Вроджені порушення будови геніталій | | □ Дефекти черевної стінки | |
| □ Хромосомні аномалії | | □ Клишоногість | |
| □ Редукційні дефекти верхніх і нижніх кінцівок | |