

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я
України

від _____ № _____

Рекомендації щодо дій державних установ обласних та Київського міського лабораторних (у тому числі на всіх видах транспорту) центрів Міністерства охорони здоров'я України при виявленні особи, яка відповідає визначенню випадку COVID-19

Ці Рекомендації призначені для фахівців державних установ обласних та Київського міського лабораторних (у тому числі на всіх видах транспорту) центрів Міністерства охорони здоров'я України та стосуються:

1) отримання екстреного повідомлення за формою первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення» затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року № 1, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 08 червня 2006 року за № 686/12560 (далі – ф. № 058/о);

2) організації та проведення епідеміологічного розслідування випадків COVID-19 відповідно до Алгоритму дій лікарів-епідеміологів при виявленні особи на COVID-19, який наведено в додатку 1 до цих Рекомендацій;

3) в строк до 4-х годин з моменту отримання екстреного повідомлення надсилання інформації на електронну адресу ДУ «ЦГЗ МОЗ України» ihr@phc.org.ua за формою звіту про випадок підозри на COVID-19 (далі - Форма), яка наведена в додатку 2 до цих Рекомендацій.

Розділи 1-3 Форми заповнюються при первинному повідомленні на підозрілі випадки COVID-19.

Розділ 4 Форми заповнюється після отримання інформації про результат захворювання підтверджених випадків COVID-19, як тільки він стане відомим, але не пізніше 30 днів з моменту оформлення первинного повідомлення.

4) проведення дослідження методом полімеразної ланцюгової реакції зразка матеріалу відібраного від особи, яка відповідає визначенню випадку COVID-19 відповідно до Алгоритму дій щодо лабораторного обстеження осіб у вірусологічних лабораторіях, які відповідають визначенню випадку COVID-19, який наведено в додатку 3 до цих Рекомендацій;

5) доставки відібраних зразків матеріалів до вірусологічної референс-лабораторії ДУ «ЦГЗ МОЗ України» з дотриманням вимог транспортування із обов'язковим заповненням Направлення на лабораторне тестування особи,

яка відповідає визначенню випадку COVID-19, яке наведене в додатку 4 цих Рекомендацій;

б) здійснення комунікацій із населенням щодо загальних правил профілактики гострих респіраторних вірусних інфекцій.

Генеральний директор Direktoraty
громадського здоров'я

А. СКІПАЛЬСЬКИЙ

Додаток 1

до Рекомендацій щодо дій державних установ обласних та Київського міського лабораторних (у тому числі на всіх видах транспорту) центрів Міністерства охорони здоров'я України при виявленні особи, яка відповідає визначенню випадку COVID-19

Алгоритм дій лікарів-епідеміологів при виявленні особи, яка відповідає визначенню випадку COVID-19



Додаткова інформація за посиланням: [Coronavirus disease 2019](#). * Перелік країн за посиланням на офіційні сторінці ВООЗ – ситуаційні звіти [Situation reports](#)

Додаток 2

до Рекомендацій щодо дій державних установ обласних та Київського міського лабораторних (у тому числі на всіх видах транспорту) центрів Міністерства охорони здоров'я України при виявленні особи, яка відповідає визначенню випадку COVID-19

Форма звіту про випадок підозри на COVID-19 (звіт надається до 4 годин після виявлення випадка)

Дата подання звіту до національного органу охорони здоров'я: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Країна: _____

Чому був протестований на COVID-19:

- Контактний випадок Хворий звернувся за медичною допомогою через підозру на COVID-19 Виявлений на пунктах перетину кордону Репатріація Рутинне система епіднагляду за ГРВІ (в т. ч. грип) Невідомо

Якщо жодне з вище наведеного, будь ласка, вкажіть причину: _____

Розділ 1: Інформація про пацієнта

Прізвище ім'я по батькові _____

Вік (роки): [][][] або <1 року, [][] місяці або якщо < 1 місяця, [][] днів

Стать при народженні: Чоловіча Жіноча

Місце, де було діагностовано випадок: Країна: _____

Адміністративний рівень 1 (область): _____

Місце проживання: Країна: _____

Розділ 2: Клінічна картина

Дата першого лабораторного підтвердження: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Будь-які симптоми * або прояви під час збору зразків, які привели до першого лабораторного підтвердження?

- Відсутні (в т. ч. безсимптомний перебіг) Так Невідомо

Якщо так, дата початку симптомів: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Основні стани та супутні захворювання:

Будь які основні стани? Ні Так Невідомо

Якщо так, будь ласка, відмітьте все:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Вагітність (триместр: _____) | <input type="checkbox"/> Післяпологовий період (< 6 тижнів) |
| <input type="checkbox"/> Серцево-судинні захворювання (в т. ч. гіпертонія) | <input type="checkbox"/> Імунодефіцитний стан, в т. ч. ВІЛ |
| <input type="checkbox"/> Діабет | <input type="checkbox"/> Захворювання нирок |
| <input type="checkbox"/> Захворювання печінки | <input type="checkbox"/> Хронічні захворювання легень |
| <input type="checkbox"/> Хронічні неврологічні або нейрому'язові захворювання | <input type="checkbox"/> Онкологічні захворювання |
| <input type="checkbox"/> Інше, будь ласка, зазначте : | |

Стан здоров'я на момент подання звіту:Госпіталізація: Ні Так Невідомо

Дата первинної госпіталізації: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

*Якщо та так*Перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії? Ні Так НевідомоШтучна вентиляція легень? Ні Так НевідомоЕкстракорпоральна мембранна оксигенація? Ні Так НевідомоЧи було проведено ізолювання випадку з дотриманням вимог інфекційного контролю? Ні Так Невідомо

Дата ізоляції: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Розділ 3: Ризик експозиції протягом 14 днів до появи симптомів (до тестування, якщо немає симптомів)Це медичний працівник? (будь-яка робота у закладі охорони здоров'я): Ні Так Невідомо*Якщо так*, Країна: _____ Місто: _____ Назва установи: _____Чи були подорожі протягом 14 днів перед початком симптомів? Ні Так Невідомо*Якщо так*, Будь ласка відмітьте місце куди подорожував хворий та дату відправлення з цього місця:

| | Країна | Місто | Дата відправлення з місця |
|----|---------------|--------------|----------------------------------|
| 1. | Країна _____ | Місто _____ | Дата _____ |
| 2. | Країна _____ | Місто _____ | Дата _____ |
| 3. | Країна _____ | Місто _____ | Дата _____ |

Відвідував будь-який заклад охорони здоров'я протягом 14 днів до появи симптомів? Ні Так Невідомо Контакт із підтвердженим випадком COVID-19 протягом 14 днів до початку симптомів? Ні Так Невідомо*Якщо так*, перерахуйте унікальні ідентифікатори всіх ймовірних або підтверджених випадків:*Якщо так*, поясніть, будь ласка, характер контакту: _____

| | Номер випадку | Дата першого контакту | Дата останнього контакту |
|----|----------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 1. | _____ | Дата _____ | Дата _____ |
| 2. | _____ | Дата _____ | Дата _____ |
| 3. | _____ | Дата _____ | Дата _____ |
| 4. | _____ | Дата _____ | Дата _____ |
| 5. | _____ | Дата _____ | Дата _____ |

Найбільш ймовірна країна впливу: _____

Розділ 4: наслідок : заповніть і надішліть повну форму, як тільки буде відомий результат захворювання або через 30 днів після початкового звіту

Дата повторного надання форми: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Якщо випадок був безсимптомним під час взяття зразка, що призвело до першого лабораторного підтвердження, чи розвинулись у нього/неї симптоми або ознаки в будь-який час до виписки або смерті:

- Ні (тобто, випадок залишається безсимптомним)
- Так, безсимптомний випадок (як повідомлялося раніше) розвинулися симптоми і / або ознаки хвороби

Якщо так, Дата початку симптомів/ознак хвороби: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

- Невідомо

Клінічний курс:

Госпіталізація? (можливо, раніше повідомлялося): Ні Так Невідомо

У випадку госпіталізації:

Дата первинної госпіталізації: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

- Перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії? Ні Так Невідомо
- Штучна вентиляція легень? Ні Так Невідомо
- Екстракорпоральна мембранна оксигенація? Ні Так Невідомо

Наслідок захворювання: Одування/Здоровий Не одужав Смерть

Невідомо: Інше, будь ласка зазначте: _____

Дата закінчення ізоляції/госпіталізації або Дата смерті: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

У випадку закінчення госпіталізації/ізоляції, Дата останнього лабораторного тестування:

[D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

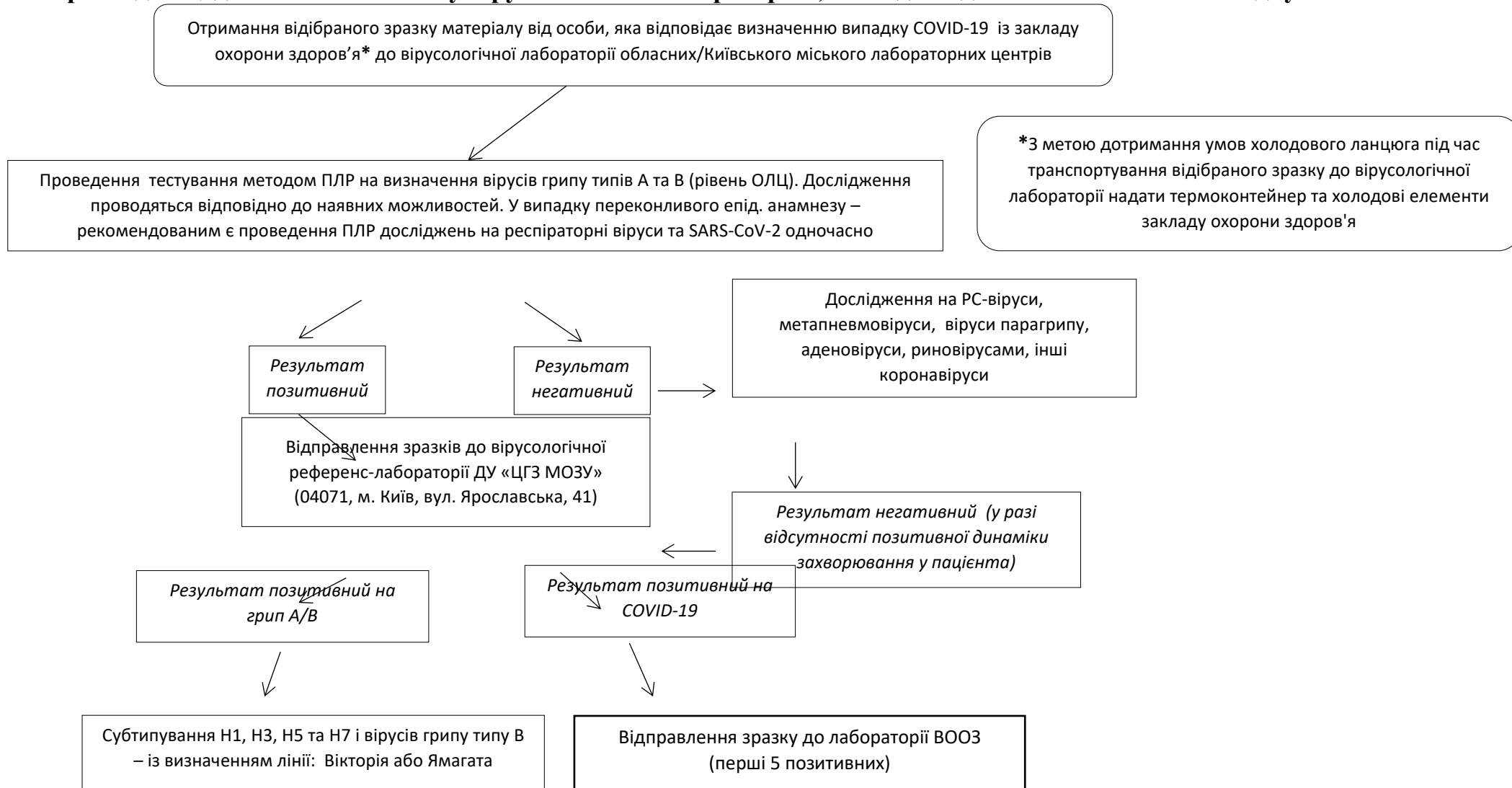
Результат тесту: позитивний негативний Невідомо

Загальна кількість контактів, які відслідковуються із цим випадком: _____ Невідомо

Додаток 3

до Рекомендацій щодо дій державних установ обласних та Київського міського лабораторних (у тому числі на всіх видах транспорту) центрів Міністерства охорони здоров'я України при виявленні особи, яка відповідає визначенню випадку COVID-19

Алгоритм дій щодо обстеження осіб у вірусологічних лабораторіях, які відповідають визначенню випадку COVID-19



Додаткова інформація за посиланням: [Coronavirus disease 2019](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019)

* Перелік країн за посиланням на офіційні сторінці ВООЗ – ситуаційні звіти [Situation reports](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports)

Додаток 4
до Рекомендацій щодо дій державних установ
обласних та Київського міського лабораторних (у
тому числі на всіх видах транспорту) центрів
Міністерства охорони здоров'я України при
виявленні особи, яка відповідає визначенню
випадку COVID-19

Направлення на лабораторне тестування особи, яка відповідає визначенню випадку COVID-19

| Інформація про установу, що передає запит на лабораторне дослідження | | | |
|---|---|-----------------|---|
| Назва установи (лікарні, лабораторії або іншої установи), що направляє зразок* | | | |
| Лікар | | | |
| Адреса | | | |
| Номер телефону | | | |
| Визначення випадку: | <input type="checkbox"/> Підозрілий <input type="checkbox"/> Ймовірний | | |
| Інформація про пацієнта | | | |
| Ім'я | | Прізвище | |
| Номер пацієнта | | Дата народження | Вік: |
| Адреса | | Стать | <input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Невідомо |
| Номер телефону | | | |
| Інформація про зразок | | | |
| Тип | <input type="checkbox"/> Назо- або орофарингеальний мазок <input type="checkbox"/> Бронхоальвеолярний лаваж <input type="checkbox"/> Ендотрахеальний аспірат <input type="checkbox"/> Назофарингальний аспірат <input type="checkbox"/> Назальний змив <input type="checkbox"/> Мокротиння <input type="checkbox"/> Легенева тканина <input type="checkbox"/> Сироватка крові <input type="checkbox"/> Цільна кров <input type="checkbox"/> Сеча <input type="checkbox"/> Калові маси | | |
| <p>До всіх відібраних зразків необхідно ставитись як до потенційно інфікованих, тому Ви повинні сконтактувати з лабораторією ДО надсилання зразку.</p> <p>Усі зразки повинні бути надісланими у відповідності до вимог категорії «В» настанов з транспортування зразків.</p> | | | |
| Будь ласка, зазначте, якщо зразок було забрано після смерті пацієнта <input type="checkbox"/> | | | |
| Дата забору | | Час забору | |
| Пріоритетність | | | |
| Клінічні дані | | | |
| Дата початку захворювання: | | | |
| Чи перебував пацієнт у країнах з місцевою передачею вірусу SARS-CoV-2? | <input type="checkbox"/> Так | Країна | |
| | <input type="checkbox"/> Ні | Дата повернення | |
| Чи контактував пацієнт з підтвердженим випадком? | <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо | | |
| Назва установи, лабораторії, що проводила дослідження | | | |
| Результат дослідження на COVID-19 | <input type="checkbox"/> Позитивний <input type="checkbox"/> Сумнівний <input type="checkbox"/> Негативний | | |
| Дата отримання результату дослідження | | | |
| Метод дослідження | <input type="checkbox"/> ПЛР <input type="checkbox"/> Швидкий тест (імунохроматографія) <input type="checkbox"/> ІФА | | |
| Комерційна назва тест-системи для виявлення, | | | |

| | |
|---|--|
| виробник | |
| Назва обладнання, на якому проводилось дослідження | |
| Додаткові коментарі | |