

КАРТА

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РАССЛЕДОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОЙ
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19) У МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

| № п/п | Показатель | Результат |
|-----------|---|----------------|
| I | Информация о медицинском работнике | |
| 1 | Фамилия | |
| | Имя | |
| | Отчество | |
| 2 | Пол (м/ж) | |
| 3 | Дата рождения (ДД.ММ.ГГГГ) | ____.____.____ |
| 4 | Место работы | |
| 5 | Должность | |
| 6 | Дата заболевания COVID-19 | ____.____.____ |
| 7 | Дата лабораторного подтверждения COVID-19 | ____.____.____ |
| 8 | Диагноз (по МКБ10) | |
| 9 | Дата госпитализации (изоляция) | ____.____.____ |
| 10 | Дата последнего посещения места работы | ____.____.____ |
| 11 | Профессия (врач, медсестра, акушерка, фельдшер, другое – указать) | |
| 12 | Специализация | |
| 13 | Стаж профессиональной деятельности (полных лет) | |
| 14 | <i>В период пандемии работал(а): выбрать</i> | |
| | Инфекционный госпиталь | |
| | Провизорный госпиталь | |
| | Обсервационный госпиталь | |
| | Скорая медицинская помощь | |
| | Отделение лучевой диагностики (КТ, рентген) | |
| | Лаборатория | |
| | Поликлиника | |
| | Стационар для неинфекционных лиц (указать наименование отделения) | |
| | Патологоанатомическое отделение | |
| | Другое (указать) | |
| 15. | <i>Совмещение работы в другом медицинском учреждении</i> | |
| | Да | |
| | Нет | |
| II | Оценка рисков при взаимодействии медицинского работника с пациентом COVID-19 | |
| 1 | Предполагаемая дата контакта с больным COVID-19 | ____.____.____ |
| 2 | Наименование отделения, в котором произошел контакт с заболевшим COVID-19 | |
| 3 | <i>Оказание медицинской помощи пациенту с COVID-19</i> | |
| | Да | |
| | Нет | |

| | | |
|------------|---|--|
| | Неизвестно | |
| 4 | <i>Присутствие (участие) при проведении пациенту с COVID-19 процедур, генерирующих аэрозоль</i> | |
| | Да | |
| | Нет | |
| 5 | <i>Если да, то какой тип процедуры: выбрать</i> | |
| | Интубация трахеи | |
| | ИВЛ (любое размыкание закрытого корпуса) | |
| | Высокоточная оксигенация | |
| | Ингаляционные процедуры (небулайзеры, ингаляторы) | |
| | Санация трахеобронхиального дерева | |
| | Отбор мокроты, взятие мазков из носоглотки | |
| | Трахеостомия | |
| | Бронхоскопия | |
| | Сердечно-легочная реанимация | |
| | Другое (укажите) | |
| 6 | <i>Наличие прямого контакта с окружающей средой, в которой находился больной COVID-19 (например: кровать, постельное белье, медицинское оборудование, ванная комната и др.)</i> | |
| | Да | |
| | Нет | |
| | Неизвестно | |
| III | Оценка приверженности профилактике COVID-19 | |
| 1 | <i>Длительность рабочей смены за 14 дней до заболевания (выявления) COVID-19: (возможно указать несколько вариантов)</i> | |
| | 6 часов | |
| | 8 часов | |
| | 12 часов | |
| | 24 часа | |
| | Другое (указать) | |
| 2 | <i>Использование при контакте с больным COVID-19 средств индивидуальной защиты (СИЗ)</i> | |
| | Да | |
| | Нет | |
| 3 | <i>Укажите комплект средств индивидуальной защиты, который преимущественно использовался за 14 дней до заболевания (выявления) COVID-19:</i> | |
| | Халат хирургический | |
| | Комбинезон защитный | |
| | Шапочка медицинская | |
| | Бахилы высокие | |
| | Бахилы обычные | |
| | Маска медицинская | |
| | Респиратор (класс защиты 2) | |
| | Респиратор (класс защиты 3) | |
| | Полнолицевая маска | |

| | | |
|-----------|---|--|
| | Лицевой щиток | |
| | Перчатки 1 пара | |
| | Перчатки 2 пары | |
| | Очки с плотным прилеганием | |
| | Медицинские очки | |
| 4 | <i>В течение периода контакта с больным COVID-19 проводилась ли замена СИЗ в соответствии с рекомендациями (медицинская маска намокла, использование более 2-3 часов, использование спец. одежды более 4 часов и др.)</i> | |
| | Да | |
| | Нет | |
| | Затрудняюсь ответить | |
| 5 | <i>Выполнялась ли при контакте с больным COVID-19 гигиеническая антисептика рук</i> | |
| | Да | |
| | Нет | |
| 6 | <i>Если да, то:</i> | |
| | До и после выполнения любой асептической процедуры (например: постановка сосудистого, мочевого катетеров, интубация и т.д.); | |
| | После прикосновения к пациенту COVID-19 и объектам окружающей его среды; | |
| IV | Укажите наличие аварийных ситуаций при оказании медицинской помощи больным с COVID-19 за 14 дней до заболевания (выявления) COVID-19: | |
| | Попадание биологического материала больного на неповрежденную кожу | |
| | Попадание биологического материала больного на поврежденную кожу | |
| | Укол острым инструментом | |
| | Незащищенный аэрозольный контакт | |
| V | Обстоятельства выявления заболевания COVID-19 у медицинского работника: | |
| | Плановое обследование (1 раз в 7 дней) | |
| | Обследование по клиническим показаниям (появление клиники ОРВИ, пневмонии) | |
| | Обследование по эпидемиологическим показаниям (контакт с больным COVID-19) | |
| VI | Были ли зарегистрированы случаи заболевания COVID-19 в окружении медицинского работника за 14 дней до заболевания (выявления) COVID-19 | |
| | Родственники | |
| | Друзья | |
| | Коллеги | |
| | Соседи | |
| | Другое (указать) | |

| | | |
|-----------|--|--|
| VI | Эпидемиологический диагноз: | |
| 1 | <i>Вероятное место заражения:</i> | |
| | По месту жительства | |
| | По месту работы | |
| | В прочих местах (указать) | |
| 2 | <i>Вероятный источник инфекции:</i> | |
| | Пациент | |
| | Родственники | |
| | Друзья | |
| | Коллеги | |
| | Соседи | |
| | Другое (указать) | |
| 3 | <i>Вероятный механизм передачи возбудителя COVID-19:</i> | |
| | Аэрогенный | |
| | Контактный | |
| 4 | <i>Вероятный путь передачи возбудителя COVID-19:</i> | |
| | Воздушно-капельный | |
| | Воздушно-пылевой | |
| | Контактно-бытовой | |
| 5 | <i>Вероятные факторы передачи:</i> | |
| | Аэрозоль | |
| | Предметы внутрибольничной среды | |
| | Предметы окружающей среды в домашнем очаге | |
| | Другое (указать) | |
| 6 | <i>Условия, способствовавшие заражению:</i> | |
| | Близкий контакт с больным COVID-19 | |
| | Несвоевременное выявление и изоляция источника инфекции | |
| | Недостаточное количество СИЗ (в т.ч. не полная комплектация) | |
| | Повторное использование СИЗ | |
| | Аварийная ситуация | |
| | Некачественное проведение дезинфекционных мероприятий | |
| | Недостаточное количество и недоступность антисептических средств | |
| | Недостаточная приверженности гигиене и антисептике рук | |
| | Другие обстоятельства, указать какие: | |

Карту заполнил _____ (Ф.И.О., должность)

Дата ____ . ____ . ____