

## ☐ Основные правила при заполнении опросного листа

○ Для иностранных пациентов, с подтвержденным диагнозом COVID19, имеющих затруднения в изъяснении на корейском языке

○ В первую очередь **необходимо самостоятельно заполнить обязательные пункты** в базовом и углублённом опросных листах

- **Обязательные пункты, которые нужно заполнить** (всего 21 пункт: окрашенные колонки).

○ **Ответственный сотрудник поликлиники**, с помощью услуг переводчика, должен **проверить, утвердить и, при необходимости, внести дополнения**

## ☐ На что следует обратить внимание при заполнении обязательных пунктов базового и углублённого опросных листов

### 1. Персональные данные

- **1.2 Если отсутствует регистрационный номер иностранца:**  
в начале заполните дату рождения, в конце напишите '5000000'

\* (Задача ответственного сотрудника поликлиники) внести произвольно первую цифру заднего номера '5 (мужчины с иностранным гражданством 1900-х годов рождения), 6 (женщины с иностранным гражданством 1900-х годов рождения), 7 (мужчины, рожденные в 2000-х), 8 (женщины, рожденные в 2000-х)'

- **1.5 Адрес проживания** : адрес фактического места проживания

- **1.7 Работа** : написать название места работы или школы, адрес, номер телефона

### 2. Симптомы и основные заболевания

- 2.1 наличие симптомов, 2.2 дата проявления симптомов, 2.3 обязательное указание окончания первоначального симптома

### 3. Предполагаемый способ заражения

- 3.2 Контакт с инфицированным лицом: написать данные инфицированного лица (ФИО и кем Вам приходится), с которым встречались за 14 дней до дня проявления первого симптома и по сегодняшний день

- 3.4 Другое: написать другие данные, связанные с предположением способа заражения

### 4. История посещений общественных объектов

- Укажите названия общественных объектов, в которых проживали, ночевали и питались за 14 дней до дня проявления первых симптомов и по сегодняшний день

### 5. Контакт с семьей и общественными объектами

- Для выявления контактирующих в семье, общественных объектов, медицинских учреждениях за 2 дня до проявления первого симптома и по сегодняшний день

- Указать масштаб местоположения каждого объекта и контактирующих

**Базовый опросный лист по COVID19****(Для иностранных пациентов с подтверждённым диагнозом)**

※ Место регистрации: информационная система управления COVID19 (covid19.kdca.go.kr) - исследование эпидемиологии – базовый опросный лист (для инфицированных)

Эпидемиолог	Юрисдикция города		Номер телефона	(рабочий)	Учреждение заявитель	(название медпункта, медицинского учреждения)
	Медпункт опроса			(сотовый)		
	ФИО эпидемиолога		Дата опроса	_____ год _____ месяц _____ число		

Номер диагноза	(※ Присваивает Корейский центр по контролю и профилактики заболеваний)	Место сдачи анализа		Место и вид изоляции	<input type="checkbox"/> Собственный дом, <input type="checkbox"/> Учреждение, <input type="checkbox"/> Больница (название: _____)
Дата подтверждения диагноза	_____ год _____ месяц _____ число	Дата сдачи анализа	_____ год _____ месяц _____ число	Дата начала изоляции	_____ год _____ месяц _____ число

**1. Персональные данные (в соответствующем пункте поставьте ☒ или напишите)**

1.1 ФИО		1.2 Регистрационный номер иностранца	Дата рождения	Идентификационный номер	1.3 Пол	<input type="radio"/> М <input type="radio"/> Ж
1.4 Гражданство	<input type="radio"/> Корейское <input type="radio"/> Иностранное (_____)	1.5 Адрес проживания				
1.6 Номер телефона	Большого Попечителя	1.7 Работа (название места работы, школы и т.д.)	<input type="radio"/> Есть (Название : _____ / Адрес : _____ / Номер телефона: _____) <input type="radio"/> Нет			
1.8 Работник медицинского учреждения	<input type="radio"/> Отношусь ( <input type="checkbox"/> Врач <input type="checkbox"/> Медсестра <input type="checkbox"/> Другое (радиологический технолог, помощник медсестры, медицинский технолог, член транспортной бригады, другое _____) <input type="radio"/> Не отношусь					
1.9 Наличие регистрации инвалидности	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	1.10 Категория инвалидности	<input type="checkbox"/> Физическая <input type="checkbox"/> Умственные или психологические отклонения		1.11 Степень инвалидности	<input type="checkbox"/> Тяжёлая <input type="checkbox"/> Лёгкая

**2. Симптомы и основные заболевания (в соответствующем пункте поставьте ☒ или напишите)**

2.1 Наличие симптомов (за 14 дней до подтверждения диагноза (включая день))	<input type="radio"/> Есть (Заполнить пункты 2.2, 2.3) <input type="radio"/> Нет	2.2 Дата появления симптомов	_____ год _____ месяц _____ число	
2.3 Первые симптомы	<input type="checkbox"/> Повышение температуры (включая субъективную жалобу) <input type="radio"/> Есть (_____. °C) <input type="radio"/> Нет	<input type="checkbox"/> Респираторные симптомы <input type="radio"/> Есть <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Помимо респираторных симптомов <input type="radio"/> Есть <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Воспаление лёгких <input type="radio"/> Есть <input type="checkbox"/> Нет
		<input type="checkbox"/> Кашель <input type="checkbox"/> Мокрота <input type="checkbox"/> Боль в горле <input type="checkbox"/> Затруднение дыхания	<input type="checkbox"/> Мышечная боль <input type="checkbox"/> Головная боль <input type="checkbox"/> Озноб <input type="checkbox"/> Потеря вкуса <input type="checkbox"/> Потеря обоняния <input type="checkbox"/> Другое (_____)	Наличие изображения грудной клетки (КТ/рентген) <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет
2.4 Основные заболевания	<input type="radio"/> Да (Основное заболевание: _____) <input type="radio"/> Нет		2.5 Наличие беременности	<input type="radio"/> Да (_____ недель) <input type="radio"/> Нет
2.6 Состояние лечения (при подтверждении диагноза)	<input type="checkbox"/> Общее лечение <input type="checkbox"/> Кислородное лечение (носовая канюля, маска) <input type="checkbox"/> Искусственное дыхание <input type="checkbox"/> ЖКМО <input type="checkbox"/> Смерть <input type="checkbox"/> Ведётся исследование <input type="checkbox"/> Другое (_____)		2.7 Курение	<input type="radio"/> В настоящее время курю <input type="radio"/> В прошлом курил (-а) <input type="radio"/> Не курю
2.8 Лабораторный результат	Лаборатория <b>RtP gene</b> <b>E gene</b> <b>N gene</b>			

диагностического теста значения							
2. 9 Ход исследования		<input type="radio"/> Самостоятельное решение <input type="radio"/> Медзаклучение и рекомендация врача <input type="radio"/> Наличие поездки за границу <input type="radio"/> Групповое проявление и эпидемиологическая связь <input type="radio"/> Больной с подтверждённым диагнозом в семье или среди знакомых					
2. 10 Вакцинация от COVID19	<input type="checkbox"/> Прошл и вакцинац ию	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	<input type="checkbox"/> Вид вакцин ации	1ая	<input type="checkbox"/> Пфайзер <input type="checkbox"/> mRNA- 1273 <input type="checkbox"/> AZD1222 или Covi shel d <input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> Другое	<input type="checkbox"/> Дата вакцин ации	____год_месяц_ число
	<input type="checkbox"/> Место вакцинац ии	<input type="radio"/> В Корее (Название места: ) <input type="radio"/> За границей (Название страны: )		2ая	<input type="checkbox"/> Пфайзер <input type="checkbox"/> mRNA- 1273 <input type="checkbox"/> AZD1222 или Covi shel d <input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> Другое		____год_месяц_ число
3. Предполагаемый способ заражения (за 14 дней до появления первого симптома и по сегодняшний день, поставьте <input checked="" type="checkbox"/> или напишите)							
3. 1 Поездка за границу (опн)		<input type="radio"/> Да (название страны _____, дата въезда _год_месяц_число)					<input type="radio"/> Нет
3. 2 Контакт с больным с подтверждённым диагнозом		<input type="radio"/> Да ( <input type="checkbox"/> контактирующий в семье(сожитель), _____ ФИО : _____ Номер больного: _____ ) Кем _____ <input type="checkbox"/> контактирующий помимо членов семьи(сожитель), _____ ФИО : _____ инфицированного: _____ ) Кем _____ <input type="radio"/> Последняя дата контактирования год _____ месяц _____ число _____					<input type="radio"/> Нет
3. 3 0 групповых вспышках		<input type="radio"/> Да ( <input type="checkbox"/> Семья(сожитель) <input type="checkbox"/> Медицинское учреждение _____ <input type="checkbox"/> Свяzano с религией _____ <input type="checkbox"/> Санаторные, психиатрические учреждения _____ <input type="checkbox"/> Школа _____ <input type="checkbox"/> Другое _____					<input type="radio"/> Нет
3. 4 Другое							
3. 5 Больной с предварительно подтверждённым диагнозом ※ Проверить город/территорию (Записать в первую очередь)		1. Номер больного: _____ Ф. И. : _____ Связь: _____ Место обнаружения: _____ Первая дата обнаружения: _____ Последняя дата обнаружения: _____ 2. Номер больного: _____ Ф. И. : _____ Связь: _____ Место обнаружения: _____ Первая дата обнаружения: _____ Последняя дата обнаружения: _____ 3. Номер больного: _____ Ф. И. : _____ Связь: _____ Место обнаружения: _____ Первая дата обнаружения: _____ Последняя дата обнаружения: _____					
4. История посещения общественных объектов (медицинское учреждение, заведение и т. д.) (за 14 дней до появления первого симптома и по сегодняшний день, поставьте <input checked="" type="checkbox"/> или напишите)							
<input type="radio"/> Есть (название учреждения/заведения _____, <input type="checkbox"/> Поступление(госпитализация) (дата поступления: _____ год _____ месяц _____ число)							
<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Выбытие(выписка) (дата выбытия: _____ год _____ месяц _____ число)							
5. Контактирующий в семье(с сожителем) и общественном объекте (контактирование за 2 дня до появления первого симптома и по сегодняшний день), поставьте <input checked="" type="checkbox"/> или напишите							
5. 1 Контактирующая семья (сожитель)		<input type="radio"/> Есть (сколько человек: _____ )					<input type="radio"/> Нет
5. 2 Контактирующие в учреждении (религиозное, санаторное, психиатрическое учреждения, школа учебное заведение и др.)		<input type="radio"/> Есть (название учреждения: _____, сколько человек: _____ )					<input type="radio"/> Нет
5. 3 Контактирующие в медицинском учреждении		<input type="radio"/> Есть (название лечебного учреждения: _____, сколько человек: _____ )					<input type="radio"/> Нет
6. Результат классификации ※Проверить город/территорию							
6. 1 Общая классификация		<input type="radio"/> Зарубежный приток <input type="radio"/> Связанный с зарубежным притоком <input type="radio"/> Санаторный <input type="radio"/> Другое групповое <input type="radio"/> Контакт с инфицированным <input type="radio"/> Не классифицированный					
6. 2 Средняя классификация							
6. 3 Примечание							

**Углублённый опросный лист по COVID19**  
**(Для иностранных пациентов с подтвержденным диагнозом)**

00.00.2020 (день недели). 00 час

Пациент	ФИО	Регистрационный номер иностранца (номер загранпаспорта)				
Адрес фактического места проживания:						
<Информация о совместно проживающих>						
Кем приходится	ФИО	Номер телефона	Работа			
<Информация о работе>						
Наименование предприятия	Вид деятельности	Адрес	Номер телефона			
<Другие персональные данные>						
- Кредитная карта: Номер карты / Компания кредитной карты / ФИО владельца						
- Сотовый телефон : Оператор / ФИО владельца						
<Предполагаемый способ заражения>						
<Направление распространения>						
Дата и время (день недели)	Место (территориальный округ, название здания)	Средство передвижения (Пешком, на личном автомобиле, на велосипеде)	Ситуация (Описать подробно где, с кем вместе что делали)	Специфическая деятельность контактирующего (ФИО., кем приходится, номер телефона)		