

Гадаад өвчтөнөөс авах тандалтын анхан шатны болон гүнзгийрүүлсэн судалгааны зарчим

- **Тандалт судалгааг хийх үед мэдээлэл болон материал оруулах үндсэн зарчим**
 - Короно вирустын халдвар илэрсэн **Солонгос хэл мэдэхгүй** гадаад хүн хамаарна.
 - Нэн түрүүнд, **Та "Тандалтын анхан шатны, гүнзгийрүүлсэн судалгаа" -ны зайлшгүй шаардлагатай хэсгийг бөглөх ёстой.**
- **Зайлшгүй шаардлагатай хэсгийг (нийт 21 зүйл: Тод өнгөтэй) бөглөсөн байх**
 - Орчуулагчийн тусламжтайгаар **эрүүл мэндийн төвийн хариуцсан ажилтан шалгаж, хянаж, нэмэлт оруулах**
- **Тандалтын анхан шатны/ гүнзгийрүүлсэн судалгаанд зайлшгүй шаардлагатай хэсгүүдийг бөглөхдөө анхаарах зүйлс**

1. Хувийн мэдээлэл

- 1.2 Гадаад иргэний үнэмлэхний дугаар байхгүй тохиолдолд : Урд хэсэгт ‘төрсөн огноогоо’ бичиж, хойд хэсэгт '5000000' гэж бичнэ.

*(Эрүүл мэндийн төвийн ажилтан хийх) хойд талын эхний цифрийг '5 (1900-ээд онд төрсөн гадаад эрэгтэй), 6 (1900-ээд онд төрсөн гадаад эмэгтэй), 7 (2000-аад онд төрсөн эрэгтэй), 8 (2000-аад онд төрсөн эмэгтэй)' -аар тэмдэглэнэ.

- 1.5 Оршин суух хаяг: Одоогийн оршин сууж буй хаяг

- 1.7 Мэргэжил: Компанийн нэр эсвэл сургуулийн нэр, хаяг, холбоо барих утас

2. Шинж тэмдэг ба суурь өвчин

- Шинж тэмдгийн илрэлч буй эсэх, 2.2 Шинж тэмдэг илэрсэн өдөр, 2.3 Хамгийн анх илэрсэн шинж тэмдэгийн төрлийг заавал тэмдэглэнэ.

3. Халдварласан байдлыг тодорхойлох

-3.2 Батлагдсан тохиолдлын ойрын хавьтал: Эхний шинж тэмдэг илэрсэн өдрөөс өмнөх 14 хоногоос эхлэн уулзсан нь батлагдсан өвчтөний нэр, ямар харилцаатай болох талаар бичих

-3.4 Бусад: Халдварласан нөхцөл байдлыг тодорхойлохтой холбоотой бусад зүйлсийг бичих

4. Олон нийтийн байгууламжаар үйлчлүүлсэн эсэх

- Эхний шинж тэмдэг илэрсэн өдрөөс өмнөх 14 хоногоос эхлэн өнөөдрийг хүртэл өөрийн байрлаж байсан олон нийтийн байгууламжийн нэрийг тэмдэглэнэ үү.

5. Гэр бүл болон олон нийтийн байгууламжаас батлагдсан тохиолдлын ойрын хавьтал

- Эхний шинж тэмдэг илэрсэн өдрөөс өмнөх 14 хоногоос эхлэн өнөөдрийг хүртэл гэр бүл, олон нийтийн байгууламж, Эмнэлгийн байгууллагаас ойрын хавьтал болсон эсэх

- Байгууламж тус бүрийн байршил, ойрын хавьтлын тоо хэмжээг бичнэ үү.

Covid 19 халдвар тандалтын анхан шатны болон гүнзгийрүүлсэн судалгаа(батлагдсан гадаад өвчтөн)

Хавсралт 2

※ Бүртгэлийн хэсэг: Covid-19 мэдээллийн систем (covid19.kdca.go.kr) - халдвар тандалтын судалгаа – анхан шатны халдвар тандалтын судалгаа(батлагдсан өвчтөн)

судлагч	харьяалах хот	Утас	(оффис) (гар утас)	мэдээлэгч байгууллага (эрүүл мэндийн төвийн нэр, эмнэлгийн байгууллагын нэр)
	судалгаа авч буй эрүүл мэндийн төв			
	судлагчийн нэр	судалгаа авсан өдөр	он сар өдөр	

Батлагдсан тохиолдлын дугаар	(※БНСУ-ын Өвчнийг хянах, урьдчилан сэргийлэх төвөөс олгоно)	шинжилгээ авсан газар	Тусгаарлалтын төрөл ба Газар	<input type="checkbox"/> Хувийн сууц, <input type="checkbox"/> Байгууламж, <input type="checkbox"/> Эмнэлэг (Тусгаарлагдсан газрын нэр:)
Батлагдсан өдөр	он сар өдөр	шинжилгээ авсан өдөр	он сар өдөр	Тусгаарлагдсан өдөр

1. Хувийн мэдээлэл (хамаарах хэсэгт ☒ тэмдэглэх эсвэл бичнэ үү)

1.1 Овог нэр			1.2 Гадаад иргэний бүртгэлийн дугаар	Төрсөн он сар өдөр	дугаар	1.3 Хүйс	<input type="radio"/> Эрэгтэй <input type="radio"/> Эмэгтэй
1.4 Иргэншил		<input type="radio"/> Иргэн <input type="radio"/> Гадаад иргэн ()		1.5 Оршин суугаа хаяг			
1.6 Холбоо барих утас	Өвчтөн			1.7 Мэргэжил (ажлын нэр, сургуулийн нэр гэх мэт) <input type="radio"/> Байгаа(Байгууллагын нэр : / Хаяг : / холбоо барих утас:) <input type="radio"/> Байхгүй			
	Асран хамаалагч						
1.8 Эмнэлгийн байгууллагын ажилтан		<input type="checkbox"/> Хамаарна (<input type="checkbox"/> Эмч <input type="checkbox"/> Сувилагч <input type="checkbox"/> Бусад (Шинжилгээний ажилтан, Сувилагчийн туслах, Эмгэгзүй судлаач, Шийжүүлэх ажилтан, Бусад____) <input type="checkbox"/> Хамааралгүй					
1.9 Хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэний бүртгэлтэй эсэх		<input type="radio"/> Тийм <input type="radio"/> Үгүй	1.10 Хөгжлийн бэрхшээлийн төрөл	<input type="checkbox"/> Хөгжлийн хоцрогдол <input type="checkbox"/> Оюун ухаан гэх мэт		1.11 Хөгжлийн бэрхшээлийн зэрэг	<input type="checkbox"/> Хүнд <input type="checkbox"/> Хөнгөн

2. Шинж тэмдэг ба суурь өвчин(хамаарах хэсэгт ☒ тэмдэглэх эсвэл бичнэ үү)

2.1 Шинж тэмдэг илэрч буй эсэх (Батдангүрэмснх 14хондосжлннндрй хүртэл)	<div><div><input type="radio"/> Тийм (2.2, 2.3 Бөглөх)</div><div><input type="radio"/> Үгүй</div></div>	2.2 Шинж тэмдэг илэрч эхэлсэн өдөр	<div>он сар өдөр</div>		
2.3 Эхний шинж тэмдэг	<div><div><input type="checkbox"/> Халуурах (өөрийн бодлыг оролцуулан)</div><div><div><input type="radio"/> Тийм (____ . °C)</div><div><input type="radio"/> Үгүй</div></div></div>	<div><div><input type="checkbox"/> Амьсгалын замын шинж тэмдэг</div><div><div><div><input type="radio"/> Байна <input type="checkbox"/> Ханиалга</div><div><input type="radio"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Цэр</div><div><input type="checkbox"/> Хоолой өвдөх</div><div><input type="checkbox"/> Амьсгалахад хэцүү</div></div></div></div>	<div><div><input type="checkbox"/> Амьсгалын замын шинж тэмдэгээс бусад</div><div><div><div><input type="radio"/> Байна <input type="checkbox"/> Булчингийн өвдөлт <input type="checkbox"/> Толгой өвдөх</div><div><input type="radio"/> Байхгүй <input type="checkbox"/> Жихүүдэс хүрэх <input type="checkbox"/> Амьсгал мэдэрхүйгээ алдах</div><div><input type="checkbox"/> Үнэрлэх мэдэрхүйгээ алдах</div><div><input type="checkbox"/> Бусад()</div></div></div></div>	<div><div><input type="checkbox"/> Уушгины хатгалгаа</div><div><div><div><input type="radio"/> Байна <input type="checkbox"/> Цээжний рентген зургийг шалгасан эсэх (CT/Xray)</div><div><input type="radio"/> Байхгүй <input type="radio"/> Тийм</div><div><input type="radio"/> Үгүй</div></div></div></div>	
2.4 Суурь өвчин	<div><div><input type="radio"/> Тийм(Суурь өвчин:)</div><div><input type="radio"/> Үгүй</div></div>		2.5 Жирэмсэн эсэх	<div><div><input type="radio"/> Тийм(долоо хоног)</div><div><input type="radio"/> Үгүй</div></div>	
2.6 Эмчилгээний байдал(Батлагдсан үеийн)	<div><div><input type="checkbox"/> Ерөнхий эмчилгээ</div><div><input type="checkbox"/> Хүчилтөрөгчийн эмчилгээ (хамрын хөндийд каннул ашиглах, маск)</div><div><input type="checkbox"/> Хиймэл амьсгал</div><div><div><input type="checkbox"/> ЕСМО <input type="checkbox"/> Нас баралт <input type="checkbox"/> Шалгаж байгаа <input type="checkbox"/> Бусад()</div></div></div>		2.7 Тамхи татдаг эсэх	<div><div><input type="radio"/> Тамхи татдаг <input type="radio"/> Тамхи татдаг байсан</div><div><input type="radio"/> Тамхи татдаггүй</div></div>	
2.8 Лабораторийн оношлогоо шинжилгээний хариу Ct	Лабораторийн оношлогоо шинжилгээний газар		RdRp gene	E gene	N gene

2.9 Шинжилгээний мэдээлэл		Өөрийн дүгнэлт <input type="radio"/> Эмчийн магадлагаа болон зөвлөмж <input type="radio"/> Гадаадаас ирсэн <input type="radio"/> Халдварын голомтолсон тохиолдлуутай тандалт судалгаагаар холбоотой <input type="radio"/> Батлагдсан өвчтөний гэр бүл болон танил					
2.10 Корона 19 вакцин	<input type="checkbox"/> Вакцинжуулалтын байдал	<input type="radio"/> Тийм <input type="radio"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Вакцинх ийлгэсэн газар	<input type="checkbox"/> Вакцины төрөл	Анхан шатны <input type="checkbox"/> Файзер <input type="checkbox"/> Модена <input type="checkbox"/> Астра зенека <input type="checkbox"/> Жансэн <input type="checkbox"/> Бусад	<input type="checkbox"/> вакцин хийлгэсэн өдөр	он сар	өдөр
		<input type="radio"/> Солонгост(Газрын нэр:) <input type="radio"/> Гадаадал (Улсын нэр:)		Хоёрдугаар шатны <input type="checkbox"/> Файзер <input type="checkbox"/> Модена <input type="checkbox"/> Астра зенека <input type="checkbox"/> Жансэн <input type="checkbox"/> Бусад		он сар	өдөр
3. Халдварласан байдал(Эхний шинж тэмдэг илэрсэн өдрөөс өмнөх 14 хоногоос эхлэн өнөөдрийг хүртэл, <input checked="" type="checkbox"/> Гэмдэглэх эсвэл бичнэ үү)							
3.1 Гадаадаас ирсэн (оршин сууж байсан улс)	<input type="radio"/> Тийм (Улсын нэр _____) <input type="radio"/> Хилээр нэвтэрсэн өдөр _____ он _____ сар _____ өдөр _____						<input type="radio"/> Үгүй
3.2 Батлагдсан тохиолдлын ойрын хавьтал	<input type="radio"/> Тийм (<input type="checkbox"/> Гэр бүл (хамтран амьдрагч) ойрын хавьтал, Батлагдсан өвчтөний дугаар : _____) Нэр Харилцаа: _____ <input type="checkbox"/> Гэр бүл (хамтран амьдрагч)ээс бусад ойрын хавьтал, Нэр : _____ Батлагдсан өвчтөний дугаар : _____) Харилцаа: _____ <input type="radio"/> Эхний хавьтал болсон өдөр _____ он _____ сар _____ өдөр _____						<input type="radio"/> Үгүй
3.3 Халдвар голомтолгон гарсан	<input type="radio"/> Тийм (<input type="checkbox"/> Гэр бүл (хамтран амьдрагч) <input type="checkbox"/> Эмнэлгийн байгууллага _____ <input type="checkbox"/> Шашины байгууллага _____ <input type="checkbox"/> Сувилал/ сэтгэцийн эрүүл мэндийн байгууламж <input type="checkbox"/> Сургууль <input type="checkbox"/> Бусад _____						<input type="radio"/> Үгүй
3.4 Бусад							
3.5 Өмнө батлагдсан өвчтөн ※ Хот/бүс нутаг (Даралдугуу)	1. Батлагдсан өвчтөний дугаар : _____ Нэр: _____ Харилцаа: _____ Халдвар авсан газар : _____ Халдвар авсан эхний өдөр : сүүлийн өдөр : _____ 2. Батлагдсан өвчтөний дугаар : _____ Нэр: _____ Харилцаа : _____ Халдвар авсан газар : _____ Халдвар авсан эхний өдөр : _____ сүүлийн өдөр : _____ 3. Батлагдсан өвчтөний дугаар: _____ Нэр: _____ Харилцаа : _____ Халдвар авсан газар : _____ Халдвар авсан эхний өдөр : _____ сүүлийн өдөр : _____						
4. Олон нийтийн байгууламжид (Эмнэлгийн байгууллага, байгууламж) байрлаж байсан эсэх(Эхний шинж тэмдэг илэрсэн өдрөөс өмнөх 14 хоногоос эхлэн өнөөдрийг хүртэл, <input checked="" type="checkbox"/> Гэмдэглэх эсвэл бичнэ үү)							
<input type="radio"/> Тийн (Байгууллага / байгууламжийн нэр, <input type="checkbox"/> Байрласан(Хэвтсэн) (Байрласан өдөр: он сар өдөр) <input type="checkbox"/> Гарсан(Эмнэлгээс гарсан) (гарсан өдөр: он сар өдөр) <input type="radio"/> Үгүй							
5. Гэр бүл(хамтран амьдрагч)болон олон нийтийн байгууламжаас ойрын хавьтал болсон(Эхний шинж тэмдэг илэрсэн өдрөөс өмнөх 2 хоногоос эхлэн өнөөдрийг хэртэл ойрын хавьталд орсон гэр бүл болон олон нийтийн байргууламжаас ойрын хавьтал болсон тохиолдол),<input checked="" type="checkbox"/> Гэмдэглэх эсвэл бичнэ үү							
5.1 Гэр бүл (хамтран амьдрагч) ойрын хавьтал	<input type="radio"/> Тийм (Хүний тоо : _____ Хүн)						<input type="radio"/> Үгүй
5.2 Байгууллагаас ойрын хавьтал болсон тохиолдол (шашин,сувилал,сэтгэцийн эрүүл мэндийн байгууламж,сургууль дугуйлан гэх мэт)	<input type="radio"/> Тийм (Байгууллагын нэр : _____, Хүний тоо: _____ хүн)						<input type="radio"/> Үгүй
5.3 Эмнэлгийн байгууллагын ойрын хавьтагч	<input type="radio"/> Тийм (Эмнэлгийн байгууллагын нэр : _____, Хүний тоо: _____ хүн)						<input type="radio"/> Үгүй
6. Кейсийн ангиллын үр дүн ※ Аймаг, бүсийн тодорхойлол							
6.1 Гол ангилал	<input type="radio"/> Гадны улс орноос зөөвөрлөгдсөн <input type="radio"/> Гадны улс орноос зөөвөрлөгдсөн тохиолдолтой хамааралтай <input type="radio"/> Сувилал <input type="radio"/> Бусад <input type="radio"/> Батлагдсан тохиолдлын хавьтал <input type="radio"/> Ангилалд хамаарахгүй						
6.2 Дэд ангилал							
6.3 Нэмэлт							

Covid-19 халдвар тархалтын нарий вчилсан судалгаа

(Батлагдсан гадаад өвчтөн нд зориулсан)

2020. 00.00.(гараг).00цаг

Батлагдсан өвчтөн	Нэр	Гадаадын иргэний бүртгэлийн дугаар (паспортын дугаар)
-------------------	-----	-------------------------------------------------------

Оршин сууж буй газар :

<Хамтран амьдрагчийн талаарх мэдээлэл>

Харилцаа	Нэр	Холбоо барих утас	Мэргэжил

<Ажил мэргэжлийн талаарх мэдээлэл>

Байгууллагын нэр	Салбар	Хаяг	Холбоо барих утас

<Бусад хувийн мэдээлэл>

- Зээлийн карт : картын дугаар/ картын компани / Эзэмшигчийн нэр
- Гар утас: Үүрэн холбооны газар / Эзэмшигчийн нэр

<Халдварласан байдал>

<Явсан зам маршрут>

Огноо(гараг)	Газар (Бүс нутаг, барилгын нэр)	Зорчисон байдал (Явган, хувийн машин, унадаг дугуй)	Нөхцөл байдал (Хаана, ямар газар хэнтэй, юу хийснээ тодорхой бичнэ үү.)	Ойрын хавьтагчийн онцлог (Нэр, харилцаа, холбогдох утас)