

Valószínűsíthető és igazolt 2019-nCoV fertőzés adatgyűjtő- és jelentőlapja

Adaptálva a WHO 2020. január 24-i jelentőlapja alapján

Az itt rögzített adatok bizalmasak.

| 1. A kikérdező adatai | |
|--|-----------------------------------|
| A járványügyi vizsgálatot végezte: | A kivizsgálás dátuma: ___/___/___ |
| Intézmény neve: | Email: |
| Telefonszám: | |
| Bejelentő orvos neve: | |
| 2. A beteg adatai | |
| Név: | |
| Névkód: | |
| Lakhely (magyarországi tartózkodási hely): megye.....irányítószám:..... város.....közterület/házaszám:..... | |
| Állandó lakcím (ha nem Magyarországon él): | |
| A megbetegedés helye (ország):.....megye:..... város:..... | |
| A beteg járványügyi besorolása: Igazolt <input type="checkbox"/> Valószínűsíthető <input type="checkbox"/> Gyanús <input type="checkbox"/> | |
| Nem: férfi <input type="checkbox"/> nő <input type="checkbox"/> ismeretlen <input type="checkbox"/> | |
| Születési idő: ___/___/___ Kor: ___év ismeretlen <input type="checkbox"/> | |
| TAJ szám: | |
| Foglalkozás:..... | |
| <input type="checkbox"/> diák <input type="checkbox"/> egészségügyi dolg. <input type="checkbox"/> állatokkal foglalkozó munkakör <input type="checkbox"/> eü. laboratóriumi dolg. | |
| Állampolgárság: | |
| Kórházi felvétel időpontja: ___/___/___ | |

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kórház neve: | | | |
| Ellátást nyújtó osztály neve/címe: | | | |
| Izoláció kezdetének időpontja: ___/___/___ | | | |
| Tünetek megjelenésének időpontja: ___/___/___ | | | |
| Lélegeztetés: igen <input type="checkbox"/> nem <input type="checkbox"/> ismeretlen <input type="checkbox"/> | | | |
| Beteg jelenlegi állapota: | | | |
| Halál időpontja (ha értelmezhető): ___/___/___ | | | |
| 3. Tünetek: | | | |
| | Igen | Nem | Ismeretlen |
| Hidegrázás/láz (legmagasabb:..... °C) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Általános gyengeség | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Köhögés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Torokfájás | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orrfolyás | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Légszomj | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hasmenés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Émelygés/hányás | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fejfájás | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zavartság | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fájdalom - izomfájdalom <input type="checkbox"/> mellkasi fájdalom <input type="checkbox"/> hasi fájdalom <input type="checkbox"/> ízületi fájdalom <input type="checkbox"/> | | | |
| Egyéb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kérjük, részletezze! _____ | | | |

| 4. A kórházban észlelt tünetek: | | | |
|---|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Igen | Nem | Ismeretlen |
| Láz (a kórházi felvételkor:..... °C) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pharyngitis/laryngitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conjunctivális belöveltség | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dyspnoe/tachypnoe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tüdő hallgatósági lelet:..... | | | |
| Tüdő radiológiai eltérés: | | | |
| Görcs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kóma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Egyéb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kérjük, részletezze! _____ | | | |
| 5. Társbetegeségek | | | |
| | Igen | Nem | Ismeretlen |
| Daganatos megbetegedés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cukorbetegség | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIV/egyéb immundeficiencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Szív-, érrendszeri betegség (HT is) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krónikus tüdőbetegség (pontosan.....) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krónikus májbetegség | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Várandósság | <input type="checkbox"/> hó: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Post-partum időszak (<6 hét) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krónikus vesebetegség | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krónikus neurológiai/neuromusculáris betegség | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Egyéb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kérjük, részletezze! _____ | | | |

6. Laboratóriumi vizsgálatok (2019-nCoV PCR)

Mintavétel időpontja: ___/___/___

Minta típusa:

Laboratórium neve:

Történt 2019-nCoV PCR? igen nem

Egyéb laboratóriumi vizsgálatok (részletezve):.....

Laboratóriumi diagnózis időpontja: ___/___/___

7. Expozíció/ utazási anamnézis

Utazott a beteg a tünetek kezdetét megelőző 14 napban az országon belül vagy külföldön?

Igen nem ismeretlen

| Úticél (város/régió, ország) | Érkezés (év/hónap/nap) | Indulás (év/hónap/nap) |
|------------------------------|------------------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Járt-e a beteg egészségügyi intézményben a tünetek megjelenését megelőző 14 napban?

Igen nem ismeretlen

Került-e a beteg szoros kapcsolatba akut légúti fertőzésben szenvedő személlyel a tünetek megjelenését megelőző 14 napban?

Igen nem ismeretlen

Ha igen:

egészségügyi intézmény/ellátás családi munkahely ismeretlen egyéb:.....

Ha igen, helyszín/város/ország, ahol az expozíció történt:.....

Látogatott-e a beteg elő állatpiacot a tünetek megjelenését megelőző 14 napban?

Igen nem ismeretlen

Ha igen, helyszín/város/ország, ahol az expozíció történt:.....

Ha igen, kérjük részletezze, milyen állattal, milyen típusú kapcsolatba került:

A Magyarországra történő belépéskor volt-e tünete:

Igen nem ismeretlen

A repülőtéren/határátkelőhelyen azonosításra került-e ez a személy, mint gyanús eset?

Igen nem ismeretlen

8. Egyéb észrevétel, megjegyzés (meghozott azonnali intézkedések, az azonosított kontaktszemélyek száma, a kontaktszemélyek követésének módja)