

Глобальная платформа регистрации клинических данных по COVID-19 С БЛОКОМ СВЕДЕНИЙ В ОТНОШЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ — ИКР-Б

ВВЕДЕНИЕ

В рамках реагирования на пандемию COVID-19 Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) вводит в действие глобальную платформу регистрации анонимизированных клинических данных пациентов с COVID-19 («Платформа клинических данных по COVID-19»), посредством которой государства-участники Международных медико-санитарных правил (ММСП, 2005 г.) смогут предоставлять ВОЗ анонимизированные клинические данные, касающиеся пациентов, подозрительных на заражение вирусом SARS-CoV-2 или с подтвержденным диагнозом («анонимизированные данные по COVID-19»). Анонимизированные данные пациентов с COVID-19, полученные ВОЗ, останутся собственностью предоставившей их стороны и будут использоваться ВОЗ для целей проверки, оценки и оказания странам поддержки в соответствии с ММСП (2005 г.), в том числе для информационного обеспечения противоэпидемических и клинических мероприятий в ответ на вспышку COVID-19. Для содействия выполнению этих задач ВОЗ создала независимую клиническую консультативную группу, которая консультирует ВОЗ по вопросам глобального сбора и анализа анонимизированных данных пациентов с COVID-19. Для получения более подробной информации о порядке предоставления анонимизированных клинических данных по COVID-19 для Платформы данных ВОЗ государствам-участникам и другим сторонам следует обратиться в ВОЗ. В целях обеспечения безопасности и конфиденциальности анонимизированных данных по COVID-19 государствам-участникам и другим сторонам настоятельно рекомендуется принять все необходимые меры для защиты их учетных данных и паролей, предоставленных им для входа в Платформу данных по COVID-19.

Анонимизированные данные по COVID-19 будут храниться в Платформе данных по COVID-19 ВОЗ, которая представляет собой защищенную паролем закрытую электронную платформу. ВОЗ будет (i) сохранять конфиденциальность и предотвращать несанкционированное разглашение анонимизированных данных по COVID-19; (ii) осуществлять и поддерживать соответствующие технические и организационные меры безопасности, нацеленные на сохранность анонимизированных данных по COVID-19, а также Платформы данных по COVID-19. В соответствии со статьей 11(4) ММСП (2005 г.) ВОЗ будет предоставлять анонимизированные данные по COVID-19 другим государствам-участникам только в случае соблюдения одного из условий, указанных в пункте 2 статьи 11 ММСП (2005 г.), и после консультаций со странами/сторонами, пострадавшими в ходе пандемии. В соответствии со статьей 11 ММСП (2005 г.) ВОЗ будет публиковать анонимизированные данные по COVID-19 в открытом доступе только в том случае, если анонимизированные данные по COVID-19 уже были предоставлены государствам-участникам, а также при условии, что уже была опубликована другая информация об эпидемии COVID-19 и что существует необходимость в распространении информации из авторитетного и независимого источника. Для направления данных в Платформу данных ВОЗ по COVID-19 или для получения более подробных сведений необходимо обратиться по адресу электронной почты: COVID_ClinPlatform@who.int.

СТРУКТУРА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ КАРТЫ РЕГИСТРАЦИИ С БЛОКОМ СВЕДЕНИЙ В ОТНОШЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ (ИКР-Б)

ИКР предназначена для сбора данных, полученных в результате обследования, собеседования и анализа записей медицинского учреждения. Сбор данных может осуществляться ретроспективно, если пациент был включен в исследование после даты госпитализации. Период сбора данных – период с момента госпитализации до выписки пациента, его перевода в другое учреждение, смерти или, в случае продолжения госпитализации, до момента, с которого сбор данных становится невозможным.

Данная форма ИКР-Б подлежит заполнению в случае текущей беременности пациентки или недавней беременности, разрешившейся в период 21 дня от момента дебюта симптомов инфекции. В случае, если симптомы COVID-19 появились позднее чем через 21 день от момента родоразрешения, следует заполнить только базовую краткую карту ИКР.



В ИКР с блоком сведений в отношении беременных и родильниц имеется 3 раздела:

Блок 1: заполняется в день госпитализации в медицинское учреждение.

Блок 2: заполняется ежедневно в течение такого количества дней, какое позволяют ресурсы. При переводе пациентов из одной палаты в другую наблюдение продолжают.

Блок 3: заполняется при выписке или в случае летального исхода.

РЕКОМЕНДАЦИИ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА

Идентификационный номер участника состоит из кода медицинского учреждения и личного номера участника. Чтобы получить инструкции относительно порядка ввода данных, а также пятизначный код для вашего учреждения, необходимо отправить запрос по адресу электронной почты

COVID_ClinPlatform@who.int и ожидать ответа специалистов отдела сбора данных.

БЕРЕМЕННЫЕ И РОДИЛЬНИЦЫ. БЛОК 1. Заполняется при поступлении в стационар (в течение 24 часов после поступления в стационар)

Наименование учреждения: _____

Страна: _____

Дата включения в исследование: [Д][Д]/[М][М]/[2][0][Г][Г]

1а. КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВКЛЮЧЕНИЯ

- Один или более** | В анамнезе: ощущение лихорадки или лихорадка
| (по показаниям термометра) $\geq 38^{\circ}\text{C}$ Да Нет
- указанных признаков** | Кашель Да Нет
- в период** | Диспноэ (одышка) ИЛИ тахипноэ* Да Нет
- протекания данного заболевания**
Клиническое подозрение, несмотря на отсутствие
указанных выше критериев Да Нет

* Частота дыхательных движений ≥ 50 /мин на протяжении < 1 года; ≥ 40 на протяжении 1–4 лет;
 ≥ 30 на протяжении 5–12 лет; ≥ 20 на протяжении ≥ 13 лет

1б. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕПол при рождении Мужской Женский Не указан Дата рождения

[Д][Д]/[М][М]/[Г][Г][Г][Г]

В случае, если дата рождения неизвестна, указать: **Возраст** [][] лет ИЛИ
[][] месяцев ИЛИ [][] днейРаботник здравоохранения? Да Нет Неизвестно **Работник лаборатории?** Да Нет
НеизвестноНаличие беременности* Да Нет Неизвестно Н/П

Если да: Приблизительный срок беременности [][] недель

В случае текущей или недавней беременности (родоразрешение в период 21 дня от момента дебюта симптомов инфекции), следует заполнить все разделы данной карты

1с. ДАТА НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЖИЗНЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ (первые доступные сведения при поступлении/госпитализации)

Дебют симптомов (дата появления первого/самого раннего симптома)
 [] [] / [] [] / [2] [0] [] []

Дата госпитализации в данное учреждение
 [] [] / [] [] / [2] [0] [] []

Температура [] [] . [] °C **ЧСС** [] [] [] ударов/мин

ЧДД [] [] /мин

АД [] [] [] (систолическое) [] [] [] (диастолическое) мм.рт.ст

Выраженная дегидратация Да Нет Неизвестно

Время капиллярного наполнения в области грудины >2 секунд Да Нет Неизвестно

Насыщение кислородом: [] [] %
 при дыхании атмосферным воздухом кислородотерапии неизвестно **А Г Б О** (обвести нужное)

Баллы по шкале комы Глазго (ШКГ/15) [] [] []

Недостаточность питания Да Нет Неизвестно

Окружность средней трети плеча [] [] [] мм

Рост: [] [] [] см **Масса тела:** [] [] [] кг

1d. СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ (существующие на момент поступления)
 (Нзв = неизвестно)

Хронические заболевания сердца (не гипертензия) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Диабет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Гипертензия <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Курение в настоящее время <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Хронические заболевания легких <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Туберкулез (активный) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Астма <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Туберкулез (в анамнезе) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Хроническая болезнь почек <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Аспления <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Хронические заболевания печени <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Злокачественное новообразование <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Хронические неврологические заболевания <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Прочее <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
	Если да, указать:
ВИЧ <input type="checkbox"/> Да (получает АРВТ) <input type="checkbox"/> Неизвестно	<input type="checkbox"/> Да (не получает АРВТ) <input type="checkbox"/> Нет
Схема АРВТ _____	

1e. ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ ДО ПОСТУПЛЕНИЯ В ЛПУ И В СВЯЗИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Принимал ли пациент следующие препараты в течение 14 дней до поступления в ЛПУ?	
Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Противомикробные препараты? <input type="checkbox"/> Хлорохин/гидроксихлорохин <input type="checkbox"/> Азитромицин <input type="checkbox"/> Лопинавир/ритонавир	
<input type="checkbox"/> Другое: _____	
1f. ПРИЗНАКИ И СИМПТОМЫ, на которые пациент предъявляет жалобы/выявленные в день ГОСПИТАЛИЗАЦИИ (Нзв = неизвестно)	
Лихорадка в анамнезе <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Западание ребер <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Кашель <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Головная боль <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
с выделением мокроты <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Нарушение / спутанность сознания <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
с выделением крови <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Судороги <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Боль в горле <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Абдоминальная боль <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Насморк (ринорея) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Тошнота/рвота <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Свистящие хрипы <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Диарея <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Боль в груди <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв <input type="checkbox"/> Нет	Конъюнктивит <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Боль в мышцах (миалгия) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Сыпь на коже <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Боль в суставах (артралгия) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Кожные язвы <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Вялость/недомогание <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Лимфаденопатия <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Утрата вкусовых ощущений <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Неспособность ходить <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Утрата обоняния <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Кровотечение (геморрагия) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Затруднение дыхания <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	При наличии кровотечения указать локализацию (локализации):
Инсульт: ишемический инсульт <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	
Инсульт: геморрагический инсульт <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв Если да, указать: _____	

1g. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА
госпитализации?

Получал ли пациент что-либо из указанного ниже в день

Пероральная/орогастральная регидратация? Да Нет Неизвестно

Инфузионная терапия? Да Нет Неизвестно

Противовирусные препараты? Да Нет Неизвестно

Если да: Рибавирин Лопинавир/ритонавир Ингибиторы нейраминидазы

Интерферон альфа Интерферон бета Другое, указать: _____

Кортикостероиды? Да Нет Неизвестно

Если да, способ введения: Пероральный Внутривенный Ингаляционный

Если да, указать вещество и максимальную суточную дозу: _____

Антибиотики? Да Нет Неизвестно Если да, указать: _____

Противогрибковое средство? Да Нет Неизвестно

Противомалярийный препарат? Да Нет Неизвестно

Если да, указать: _____

Экспериментальный препарат? Да Нет Неизвестно

Если да, указать: _____

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) Да Нет Неизвестно

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) Да Нет Неизвестно

Блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) Да Нет Неизвестно

Системная антикоагулянтная терапия Да Нет Неизвестно

Блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) Да Нет Неизвестно

Системная антикоагулянтная терапия Да Нет Неизвестно

1h. ЖИЗНЕОБЕСПЕЧЕНИЕ	Принимались ли в отношении пациента какие-либо из указанных мер в
Направление в ОРИТ или ОИТ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно	
Оксигенотерапия? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если да, заполните все строки ниже:	
Поток кислорода: <input type="checkbox"/> 1–5 л/мин <input type="checkbox"/> 6–10 л/мин <input type="checkbox"/> 11–15 л/мин <input type="checkbox"/> >15 л/мин <input type="checkbox"/> Неизвестно	
Источник кислорода: <input type="checkbox"/> Кислородопровод <input type="checkbox"/> Баллон <input type="checkbox"/> Концентратор <input type="checkbox"/> Неизвестно	
Подача: <input type="checkbox"/> Носовые канюли <input type="checkbox"/> Носовые канюли с высоким потоком газа	
<input type="checkbox"/> Маска <input type="checkbox"/> Маска с резервуарным мешком <input type="checkbox"/> маска CPAP/NIV <input type="checkbox"/> Неизвестно	
Неинвазивная вентиляция? (например, VIPAP, CPAP) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно	
Инвазивная ИВЛ (любой вид)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно	
Если да, укажите значения следующих параметров, полученные в период, максимально близкий к 08:00: PEEP (см. водн. ст.) _____; FiO ₂ (%) _____; давление плато (см. водн. ст.) _____; PaCO ₂ _____; PaO ₂ _____	
Экстракорпоральная (ЭКМО) респираторная поддержка? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно	
Прон-позиция? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно	
Инотропы/вазопрессоры? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно	

1i. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ (*указать размерность в случае, если единицы измерения отличаются от перечисленных)

Показатель	Результат*	Единицы		Показатель	Результат*	Единицы	
Гемоглобин		<input type="checkbox"/> г/л	<input type="checkbox"/> г/дл	Креатинин		<input type="checkbox"/> мг/л	<input type="checkbox"/> мкмоль/л
Лейкоциты		<input type="checkbox"/> /мм ³	<input type="checkbox"/> Гига/л (= x10 ⁹ /л)	Натрий		<input type="checkbox"/> мЭкв/л = ммоль/л	
Гематокрит		<input type="checkbox"/> %		Калий		<input type="checkbox"/> мЭкв/л = ммоль/л	
Тромбоциты		<input type="checkbox"/> /мм ³	<input type="checkbox"/> Гига/л (= x10 ⁹ /л)	Прокальцитонин		<input type="checkbox"/> нг/мл	<input type="checkbox"/> мкг/л
АЧТВ/ соотношение АЧТВ		<input type="checkbox"/> секунд		С-реактивный белок		<input type="checkbox"/> мг/л	
ПТВ (с)		<input type="checkbox"/> секунд		ЛДГ		<input type="checkbox"/> МЕ/л	
МНО				Креатинкиназа		= <input type="checkbox"/> = МЕ/л	<input type="checkbox"/> кат./л
АлАТ/СГПТ		<input type="checkbox"/> МЕ/л		Тропонин		<input type="checkbox"/> нг/мл	<input type="checkbox"/> мкг/л

АсАТ/СГОТ		<input type="checkbox"/> МЕ/л			СОЭ		<input type="checkbox"/> мм/ч		
Общий билирубин		<input type="checkbox"/> мг/л	<input type="checkbox"/> мкмоль/л		Д-димер		<input type="checkbox"/> нг/мл	<input type="checkbox"/> мкг/л	
Мочевина (АМК)		<input type="checkbox"/> г/л	<input type="checkbox"/> мг/дл	<input type="checkbox"/> ммоль/л	Ферритин		<input type="checkbox"/> нг/мл	<input type="checkbox"/> мкг/л	
Лактат		<input type="checkbox"/> мг/дл	<input type="checkbox"/> ммоль/л		IL-6		<input type="checkbox"/> пг/мл		

1j. СОСТОЯНИЕ БЕРЕМЕННОЙ НА МОМЕНТ ПОСТУПЛЕНИЯ

Беременна, вне родовой деятельности

Беременна, начавшиеся роды

Послеродовый период [дней]* [дней] Грудное вскармливание? Да Нет

Состояние после аборта/выкидыша

Количество плодов Один Два Три Другое [количество] Неизвестно

Приблизительная оценка гестационного возраста в полных неделях [] [] [] недель

1к. АБОРТ ИЛИ ВЫКИДЫШ (до госпитализации)

Дата искусственного или спонтанного аборта/выкидыша [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Имелись ли в указанный момент симптомы COVID-19? Да Нет Неизвестно

1l. АКУШЕРСКИЙ АНАМНЕЗ

Предыдущие беременности сроком более 22 недель [количество]

Предыдущие роды через естественные родовые пути [количество]

Предыдущие роды через путем кесарева сечения [количество]

1m. Выберите пункты, которые относятся к предыдущим беременностям:

Недоношенная беременность (срок < 37 недель) Да Нет Неизвестно

Пороки развития Да Нет Неизвестно

Мертворождение Да Нет Неизвестно

Смерть новорожденного (0–6 дней) Да [день:] Нет Неизвестно

Масса тела < 2.5 кг Да Нет Неизвестно

Масса тела > 4.5 кг Да Нет Неизвестно

1n. УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ, НАРКОТИКОВ – ФАКТОРЫ РИСКА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ	
Употребление алкоголя	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Незаконное/рекреационное потребление наркотиков	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно

1o. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВО ВРЕМЯ НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ (До возникновения данного эпизода заболевания)	
Жаропонижающие или обезболивающие препараты	Ацетаминофен/парацетамол <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
	НПВП <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
	Другое (указать): [_____]
Противосудорожные средства	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если да, указать МНН: [_____]
Противорвотные средства	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если да, указать МНН: [_____]
Пренатальные витамины и микроэлементы	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если да, указать МНН: [_____]
Противовирусные препараты	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если да, указать МНН: [_____]
Антибиотики	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если да, указать МНН: [_____]

1p. ПРИЗНАКИ И СИМПТОМЫ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ			
Водянистые выделения из влагалища	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
Кровянистые выделения из влагалища	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
Головная боль	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
Нарушения зрения	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
Боль в области правого верхнего квадранта (абдоминальная)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
Ослабление или прекращение движений плода	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
Схватки	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно

1q. ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПЛОДА (первые доступные сведения при поступлении / госпитализации)	
Частота сердечных сокращений плода	(ЧСС плода): [_] [_] [_] уд/мин

БЕРЕМЕННЫЕ И РОДИЛЬНИЦЫ. БЛОК 2. Последующее наблюдение (ежедневно или с максимальной возможной кратностью)

Дата последующего наблюдения [Д][Д]/[М][М]/[2][0][Г][Г]

2а. ЖИЗНЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ (наименее удовлетворительный показатель, полученный с 00:00 по 24:00)

Температура [] [] . [] °C ЧСС [] [] [] уд/мин
 ЧДД [] [] /мин АД [] [] [] (систолическое) [] [] [] (диастолическое) мм.рт.ст
 Выраженная дегидратация Да Нет Неизвестно
 Время капиллярного наполнения в области грудины >2 секунд Да Нет Неизвестно
 А Г Б О (обвести нужное)
 насыщение кислородом [] [] [] %
 при дыхании атмосферным воздухом кислородотерапии неизвестно ШКГ/15 [] [] []

2б. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК (Нзв = неизвестно)

Кашель	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Спутанность сознания	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
с выделением мокроты	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Судороги	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Боль в горле.	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Тошнота/рвота	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Боль в груди	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Диарея	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Затруднение дыхания	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Конъюнктивит	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Утрата обоняния	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Миалгия	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв
Утрата вкусовых ощущений	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Нзв	Другое, указать: _____	

2с. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ (*указать размерность в случае, если единицы измерения отличаются от перечисленных)

Показатель	Результат*	Единицы			Показатель	Результат*	Единицы		
Гемоглобин		__ г/л	__ г/дл		Креатинин		__ мг/л	__ мкмоль/л	
Лейкоциты		__ /мм ³	__ Гига/л (= x10 ⁹ /л)		Натрий		__ мЭкв/л = ммоль/л		
Гематокрит		__ %			Калий		__ мЭкв/л = ммоль/л		
Тромбоциты		__ /мм ³	__ Гига/л (= x10 ⁹ /л)		Прокальцитонин		__ нг/мл	__ Гига/л	
АЧТВ/ соотношение АЧТВ		__ секунд			С-реактивный белок		__ мг/л		
ПТВ (с)		__ секунд			ЛДГ		__ МЕ/л		
МНО					Креатинкиназа		__ МЕ/л	__ кат./л	
АлАТ/СГПТ		__ МЕ/л			Тропонин		__ нг/мл	__ мкг/л	
АсАТ/СГОТ		__ МЕ/л			СОЭ		__ мм/ч		
Общий билирубин		__ мг/л	__ мкмоль/л		D-димер		__ нг/мл	__ Гига/л	
Мочевина (АМК)		__ г/л	__ мг/дл	__ ммоль/л	Ферритин		__ нг/мл	__ Гига/л	
Лактат		__ мг/дл	__ ммоль/л		IL-6		__ пг/мл		

2d. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА Получал ли пациент что-либо из указанного ниже за предыдущие

Пероральная/орогастральная регидратация? Да Нет Неизвестно

Инфузионная терапия? Да Нет Неизвестно

Противовирусные препараты? Да Нет Неизвестно

Если да: Рибавирин Лопинавир/ритонавир Ингибиторы нейраминидазы

Интерферон альфа Интерферон бета Другое, указать: _____

Кортикостероиды? Да Нет Неизвестно

Если да, способ введения: Пероральный Внутривенный Ингаляционный

Если да, указать вещество и максимальную суточную дозу: _____

Антибиотики? Да Нет Неизвестно

Противогрибковое средство? Да Нет

Неизвестно

Противомаларийный препарат? Да Нет

Неизвестно

Если да, указать: _____

Экспериментальный препарат? Да Нет Неизвестно

Если да, указать: _____

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) Да Нет Неизвестно

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) Да Нет Неизвестно

Блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) Да Нет Неизвестно

Системная антикоагулянтная терапия Да Нет Неизвестно

2e. ЖИЗНЕОБЕСПЕЧЕНИЕ Принимались ли в отношении пациента какие-либо из нижеперечисленных

Направление в ОРИТ или ОИТ? Да Нет Неизвестно

Дата поступления в ОРИТ/ОИТ [__][__]/[__][__]/[2][0][__][__] Неизвестно

Дата выписки из ОРИТ/ОИТ [__][__]/[__][__]/[2][0][__][__] Не выписан Неизвестно

Оксигенотерапия? Да Нет Неизвестно Если да, заполните все строки ниже:

Поток кислорода: 1–5 л/мин 6–10 л/мин 11–15 л/мин >15 л/мин Неизвестно

Источник кислорода: Кислородопровод Баллон Концентратор Неизвестно

Подача: Носовые канюли Носовые канюли с высоким потоком газа Маска Маска с резервуарным мешком маска CPAP/NIV Неизвестно

Неинвазивная вентиляция? (например, VIPAP, CPAP) Да Нет Неизвестно

Инвазивная ИВЛ (любой вид)? Да Нет Неизвестно Если да, укажите значения следующих параметров, полученные в период, максимально близкий к 08:00: PEEP (см. водн. ст.) _____; FiO₂ (%) _____; давление плато (см. водн. ст.) _____; PaCO₂ _____; PaO₂ _____

Экстракорпоральная (ЭКМО) респираторная поддержка? Да Нет Неизвестно

Прон-позиция? Да Нет Неизвестно

Инотропы/вазопрессоры? Да Нет Неизвестно

Заместительная почечная терапия (ПЗТ) или диализ? Да Нет Неизвестно

2f. ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПЛОДА

Частота сердечных сокращений плода
(наименее удовлетворительный показатель,
полученный с 00:00 по 24:00)

(ЧСС плода): [__][__][__] уд/мин

2g. ЛЕЧЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ Принимались ли в отношении пациента на ЛЮБОМ этапе госпитализации какие-либо из нижеперечисленных мер:	
Токолиз	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Стимуляция родовой деятельности	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Переливание крови	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно

