Інструкція із проведення дозорного епідеміологічного нагляду за ГПЗ та ТГРІ лікарів-епідеміологів центрів контролю та профілактики хвороб

Версія 1. Травень, 2022.

Розробник:

ДУ «Центр громадського здоров’я МОЗ України»

0471, Kиїв, Ярославська 41

**Зміст**

[Список скорочень 2](#_Toc102669982)

[1. Визначення термінів. 3](#_Toc102669983)

[2. Звітність, яку лікар-вірусолог має подати до Центру 3](#_Toc102669984)

[3. Звітність, яку лікар-епідеміолог має подати до Центру 4](#_Toc102669985)

Список скорочень

|  |  |
| --- | --- |
| **ГРВІ** | Гостра респіраторна вірусна інфекція |
| **ГПЗ** | Грипоподібне захворювання |
| **ПЛР** | Полімеразна ланцюгова реакція |
| **ТГРІ** | Тяжка гостра респіраторна інфекція |
| **Центр** | ДУ «Центр громадського здоров’я МОЗ України» |
| **ЦКПХ** | Державна установа «Центр з контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров’я України» |

1. Визначення термінів.

Ця Інструкція розроблена для використання в роботі лікарями-епідеміологами ЦКПХ, які здійснюють дозорний епіднагляд за ГПЗ та ТГРІ.

Лікарі-епідеміологи своїй роботі по здійсненню дозорного епіднагляду за ГПЗ та ТГРІ мають знати та суворо дотримуватись наказу МОЗ України від 17 травня 2019 року № 1126, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 07 червня 2019 року за № 595/33566 «Про затвердження Порядку організації проведення епідеміологічного нагляду за грипом та гострими респіраторними вірусними інфекціями, заходів з готовності в міжепідемічний період і реагування під час епідемічного сезону захворюваності на грип та ГРВІ» (далі – Наказ). Для зручності деякі ключові визначення та поняття Наказу наведені нижче. Повну версію Наказу можна знайти [тут](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0595-19#n115).

грипоподібне захворювання- гостре респіраторне захворювання, що виникло протягом попередніх 10 календарних днів із підвищенням температури тіла до ≥ 38 °C та кашлем;

дозорний епідеміологічний нагляд за грипом - система отримання, аналізу та інтерпретації надійних даних із визначеного числа закладів охорони здоров’я;

тяжка гостра респіраторна інфекція - гостре респіраторне захворювання, яке характеризується підвищенням температури тіла до 38 C і вище в анамнезі чи під час термометрії, кашлем, початком протягом попередніх 10 календарних днів та потребує госпіталізації.

1. Звітність, має зібрати лікар-епідеміолог із дозорних закладів свого регіону

До дозорних закладів належать заклади охорони здоров’я, визначені МОЗ із числа закладів, що надають первинну медичну допомогу (далі - дозорні заклади ПМД), вторинну та третинну (госпітальну) медичну допомогу (далі - дозорні лікарні).

* 1. **Звітність з дозорних лікарень**

Відповідальна особа (координатор) дозорної лікарні, що відповідальна за здійснення дозорного епіднагляду має щотижня протягом року подавати від свого дозорного закладу агреговану звітну форму та заповнені на всіх пацієнтів з ТГРІ, в яких були відібрані зразки, індивідуальні форми обліку зразка матеріалу для дослідження та індивідуальне повідомлення про кожен випадок смерті від грипу або ГРВІ та відбір зразків для дослідження (див. таб. 1).

Taблиця 1. Види звітності, які має подавати дозорна лікарня, періодичність та спосіб подання.

| № | Назва звітної форми | Періодичність | Спосіб подання |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Агрегована звітна форма | Щоп’ятниці протягом року до 16:00 год | Електронною поштою |
| 2 | Індивідуальна форма обліку матеріалу для дослідження від пацієнта з ТГРІ | Щоп’ятниці протягом року до 16:00 год | Електронною поштою |
| 3 | Індивідуальне повідомлення про кожен випадок смерті від грипу або ГРВІ та відбір зразків | Щоп’ятниці протягом року до 16:00 год | Електронною поштою |

* 1. **Звітність з дозорних закладів ПМД**

Відповідальна особа (координатор) дозорного закладу ПМД, що відповідальна за здійснення дозорного епіднагляду має щотижня протягом року подавати від свого дозорного закладу агреговану звітну форму та заповнені на всіх пацієнтів з ГПЗ, в яких були відібрані зразки, індивідуальні форми обліку зразка матеріалу для дослідження (див. таб. 2).

Taблиця 2. Види звітності, які має подавати дозорний заклад ПМД, періодичність та спосіб подання.

| № | Назва звітної форми | Періодичність | Спосіб подання |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Агрегована звітна форма | Щоп’ятниці протягом року до 16:00 год | Електронною поштою |
| 2 | Індивідуальна форма обліку матеріалу для дослідження від пацієнта з ГПЗ | Щоп’ятниці протягом року до 16:00 год | Електронною поштою |

**Пам’ятайте!**

Ви, прийнявши звітність від дозорних закладів вашого регіону маєте, в першу чергу, перевірити її на якість та повноту заповнення, оцінити вчасність звітування. Після чого доповнити її результатами лабораторних досліджень та у визначений час та спосіб подати до Центру.

**2.3.** **Перевірка звітності з дозорних закладів ПМД**

Отримавши агреговані та індивідуальні звітні форми з дозорного(них) закладу (закладів) ПМД вашого регіону, перевірте:

1. Чи всі дозорні заклади подали агреговану форму звітності «Інформація закладу, що здійснює дозорний епідеміологічний нагляд за ГПЗ» (таблиця 3). **Пам’ятайте!** Якщо на звітному тижні не було пацієнтів з ГПЗ дозорні заклади все одно мають подати вам так звану «нульову звітність» (агрегована форма, де в рядку №1 і №2 проставлені нулі).

Taблиця 3. Агрегована форма звітності «Інформація закладу, що здійснює дозорний епідеміологічний нагляд за ГПЗ».

| № | Вікові групи | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 0 – 4 роки | 5 – 14 років | 15 – 17 років | 18 – 29 років | 30 – 64 роки | 65 років та старше | Усього, осіб |
| 1 | Кількість пацієнтів, стан яких відповідає визначенню випадків ГПЗ |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Кількість пацієнтів із ГПЗ, у яких було відібрано матеріал для вірусологічних досліджень |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Населення, яке обслуговується |  |  |  |  |  |  |  |

1. Чи кількість пацієнтів, стан яких відповідає визначенню випадку ГПЗ (рядок №1 в таблиці 3 вище) серед всіх лікарів, що залучені в дозорний епіднагляд є більшою або рівною кількості пацієнтів із ГПЗ, у яких було відібрано матеріал для вірусологічних досліджень (рядок №2 в таблиці 3 вище). **Пам’ятайте!** Відбір зразків від пацієнтів з ГПЗ лімітований і здійснюється в певні дні тижня та не у всіх пацієнтів з ГПЗ.
2. Чи відповідає кількість з рядку №2 в таблиці 3 вище нижче кількості індивідуальних форм обліку зразка матеріалу для дослідження, яку вам надіслали. Пам’ятайте! На кожного пацієнта, в якого відібрано зразок матеріалу має бути заповнена індивідуальна форма обліку зразка матеріалу для дослідження.
3. Чи населення, яке обслуговується (рядок №3 в таблиці 3 вище) правильно вказано. **Пам’ятайте!** Дані з рядку №3 слугують знаменником для розрахунку інтенсивного показника захворюваності ГПЗ і за його актуальністю варто слідкувати. Якщо на звітному тижні хтось з дозорних лікарів не працював по причині хвороби, відпустки тощо то кількість населення, яке обслуговується цим лікарем не має сумуватись з кількістю населення інших лікарів, які працювали на звітному тижні. Лише після того, як лікар/лікарі повернуться до роботи то населення, яке вони обслуговують, має бути додане в загальну кількість населення, яке обслуговується. Необхідно слідкувати за кількістю пацієнтів, що обслуговуються і якщо дозорний заклад весь час подає однакові дані по кількості населення варто уточнити ці дані з дозорним координатором.
4. Звертайте увагу на просту арифметику, наприклад, «Усього осіб» має дорівнювати сумі випадків ГПЗ по віковим групам.

*Розділи індивідуальної форми та правила щодо їх заповнення*

|  |  |
| --- | --- |
| **Матеріал для дослідження, відібраний від пацієнта з ГПЗ** | |
| ПІП пацієнта | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата початку захворювання (дд.мм.рррр): | \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата первинного звернення до закладу охорони здоров’я (дд.мм.рррр): | \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата відбору матеріалу для дослідження (дд.мм.рррр): | \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Тип зразка | Мазок/змив із верхніх дихальних шляхів |

* В форму вноситься ПІБ пацієнта, якому на рівні області лікарі-епідеміологи присвоюють ID випадку (4 цифри, напр. 0001, 0002...) для передачі знеособлених даних на національний рівень.
* Всі дати мають бути заповнені в повністю в форматі дд.мм.рррр, де дд -день, мм-місяць, рррр-рік.
* Тип зразка підкреслюється.
* Звертайте увагу на дату відбору матеріалу. Це має бути та сама дата що й день звернення, оскільки відбирати мазок в пацієнта з ГПЗ потрібно в день звернення до дозорного закладу ПМД.
* Звертайте уваги на правильність та логічність дат, наприклад, пацієнт не може спочатку звернутись до медичного закладу, а потім захворіти.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ідентифікаційні дані пацієнта** | |
| Стать |  |
| Дата народження (дд.мм.рррр): | \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Вік | \_\_\_\_\_\_\_ років, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ місяців |

* Стать пацієнта пишеться повністю
* Дата народження вказується в повному форматі
* Вік вказується для дорослих в повних роках, для дітей до 12 місяців - в місяцях

|  |  |
| --- | --- |
| **Наявні медичні стани** | |
| Наявні медичні стани | - ІХС   - Астма  - Хронічні хвороби легень  - Хвороби печінки  - Нейромязова дисфункція  - Порушення імунітету  - Цукровий діабет  - Ожиріння  - Вагітність   (Термін:\_\_\_\_+ )" |

* Медичні стани обираються із запропонованих варіантів. Їх може бути обрано декілька. Якщо пацієнтка вагітна, потрібно, щоб був вказаний триместр вагітності, якщо відомий
* Звертайте увагу, на те, щоб всі питання індивідуальної форми мали відповідь і щоб вона була логічна та відповідала віку та статі пацієнта. Наприклад, якщо вік пацієнта 6 місяців то навряд чи можна очікувати побачити в розділі «Наявні медичні стани», щоб був обраний один або декілька варіантів, і навпаки, якщо пацієнту 70 років то ви очікуєте побачити в цьому розділі один або декілька обраних варіантів, також, якщо пацієнт – чоловік, то неможливим є щоб в розділі «Наявні медичні стани» було обрано «Вагітність»

|  |  |
| --- | --- |
| **Вакцинація проти грипу** | |
| Вакцинація проти грипу в поточному сезоні | - Так    - Нi    - Не відомо    - |
| **Вакцинація проти грипу COVID-19** | |
| Вакцинація COVID-19 | - Так    - Нi    - Не відомо    - |
| Дата отримання 1 дози: |  |
| Назва вакцини 1 дози: | ' -   Не вказано - Якщо інше вказати: |
| Серія вакцини: |  |
| Дата отримання 2 дози: |  |
| Назва вакцини 2 дози: | ' -   Не вказано - Якщо інше вказати: |
| Серія вакцини: |  |
| Дата отримання 3 дози: |  |
| Назва вакцини 3 дози: | ' -   Не вказано - Якщо інше вказати: |
| Серія вакцини: |  |
| **Критерії випадку ГПЗ** |  |
| Температура тіла ≥ 38 °С | - Так    - Нi |
| Початок захворювання протягом 10 попередніх днів | - Так    - Нi |
| Кашель | - Так    - Нi |

* Звертайте увагу, щоб вакцинальний статус від грипу був не пропущений, якщо він невідомий то має бути вказано вказуйте «Невідомо» АЛЕ не це питання не має бути залишене без відповіді.
* Те саме стосується вакцинальний статуса від COVID-19; назва вакцини та номер серії має бути вказаний повністю та без скорочень.
* Дати отримання доз вакцини проти COVID-19 мають бути заповнені повністю в форматі дд.мм.рррр, де дд -день, мм-місяць, рррр-рік.
* Пам'ятайте, про критерії визначення випадку ГПЗ, якщо кашель, лихоманка 38, 0 і вище та початок симптомів протягом 10 попередніх днів не вказані, то це означає, що лікар помилився і неправильно застосував критерії визначення випадку ГПЗ і ця форма не повинна була заповнюватися.

|  |  |
| --- | --- |
| **Результати лабораторного дослідження методом ПЛР (вказати тип вірусу)** | |
| Дата дослідження (дд.мм.рррр): | \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Результати лабораторного дослідження на грип | - Негативний на грип  - Грип А(H1)pdm09  - Грип А(H3)  - Грип В  - Грип А не субтипований  - Інший грип  (Якщо інші вказати:\_\_\_\_) |
| Чи тестувався на iншi респiраторнi вiруси? | - Так    - Нi    - |
| Результати лабораторного дослідження на iншi респiраторнi вiруси | - Негативний на ГРВІ  - Парагрип    - Аденовiрус  - РС-вiрус   - Риновiрус  - Бокавiрус    - Коронавiрус  - Метапневмовiрус  - Інші респіраторні збудники  (Якщо інші вказати:\_\_\_) |
| Чи тестувався на SARS-CoV-2? | - Так    - Нi    - |
| Результати лабораторного дослідження на SARS-CoV-2 | - Негативний на SARS-CoV-2  - Позитивний на SARS-CoV-2 |

* Цей розділ не має бути заповнений дозорними лікарями, його маєте заповнити ви, після того, як дізнаєтесь результати лабораторних досліджень в лабораторії вашого закладу
* Вчасність внесення результатів в цей розділ форми є дуже важливою. Згідно Наказу термін проведення досліджень зразків матеріалів від пацієнтів із ГПЗ та ТГРІ методом ПЛР для вірусологічних лабораторій закладів громадського здоров’я встановлено не пізніше вівторка тижня, наступного за звітним, тому не пізніше середи результати мають бути внесені в форму.

**Пам’ятайте!**

* В формі можуть вноситись певні зміни відповідно до потреб епідеміологічного нагляду та міжнародної звітності. Зміст агрегованої та індивідуальної форм буде надіслано вам та дозорним координаторам щороку напередодні епідемічного сезону (серпень-вересень);
* Заповнені щотижневі агреговані та індивідуальні форми мають передаватися вам дозорними координаторами електронно, за допомогою електронної пошти;
* Не дозволяйте координаторам заповнення форм вручну на папері та надсилання форм в форматі, що не редагується (в вигляді фото, сканів) адже в такому разі ви витрачатимете набагато більше часу на перевірку та узагальнення звітності.

**2. 4. Перевірка звітності з дозорних лікарень**

Отримавши агреговані та індивідуальні звітні форми з дозорної(них) лікарні (лікарень) вашого регіону, перевірте:

1. Загальну кількість госпіталізованих від всіх причин в дозорну лікарню за звітний тиждень по віковим групам (рядок №1 в таб. 4 нижче). **Зверніть увагу!** Кількість госпіталізованих від всіх причин в дозорну лікарню береться по всій лікарні, а не тільки по відділенням, що залучені до проведення дозорного епіднагляду;

Taблиця 4. Агрегована форма звітності «Інформація закладу, що здійснює дозорний епідеміологічний нагляд за ТГРІ».

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № |  | 0-4 роки | 5-14 років | 15-17 років | 18-29 років | 30-64 роки | 65 років та старше | Всього осіб |
| 1 | Загальна кількість госпіталізованих осіб від усіх причин |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Кількість пацієнтів, стан яких відповідає визначенню випадків ТГРІ |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Кількість пацієнтів із ТГРІ, у яких було відібрано зразок для вірусологічних досліджень |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Кількість летальних випадків |  |  |  |  |  |  |  |

1. кількість пацієнтів, стан яких відповідає визначенню випадку ТГРІ по віковим групам (рядок №2 в таблиці 4 вище) серед всіх лікарів лікарні, що залучені в дозорний епіднагляд. **Зверніть увагу!** Якщо на звітному тижні не було пацієнтів з ТГРІ то дозорна лікарня повинна подати вам «нульову звітність» (агрегована форма, де в рядку №2 проставлені нулі).
2. кількість пацієнтів із ТГРІ, у яких було відібрано матеріал для вірусологічних досліджень по віковим групам (рядок №3 в таблиці 4 вище) серед всіх лікарів лікарні, що залучені в дозорний епіднагляд. **Зверніть увагу!** Рядок №3 агрегованої форми не може бути більшим рядка №2;
3. кількість летальних випадків серед пацієнтів з ТГРІ за звітний тиждень в розподілі по віковим групам (рядок №4 в таблиці 4 вище) серед всіх лікарів лікарні, що залучені в дозорний епіднагляд;
4. чи відповідає кількість з рядку №3 в таблиці 4 вище кількості індивідуальних форм обліку зразка матеріалу для дослідження, яку вам надіслали. **Зверніть увагу!** На кожного пацієнта, в якого відібрано зразок матеріалу має бути заповнена індивідуальна форма обліку зразка матеріалу для дослідження.

**Пам’ятайте!**

* В форму можуть вноситись певні зміни відповідно до потреб епідеміологічного нагляду та міжнародної звітності. Зміст агрегованої форми надсилається дозорному координатору щороку напередодні епідемічного сезону (серпень-вересень);
* Передавати заповнену щотижневу агреговану форму потрібно електронно, за допомогою електронної пошти;
* Уникайте заповнення форми вручну на папері;
* Уникайте надсилання форми в форматі, що не редагується (в вигляді фото, сканів);
* Звертайте увагу на просту арифметику, « Усього осіб» має дорівнювати сумі випадків ТГРІ по віковим групам.

*Розділи індивідуальної форми та правила щодо їх заповнення*

|  |  |
| --- | --- |
| **Матеріал для дослідження, відібраний від пацієнта з ТГРІ** | |
| ПІП пацієнта | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата початку захворювання (дд.мм.рррр): | \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата первинного звернення до закладу охорони здоров’я (дд.мм.рррр): | \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата госпіталізації (дд.мм.рррр): | \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата відбору матеріалу для дослідження (дд.мм.рррр): | \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата смерті (дд.мм.рррр): | \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Тип зразка | - мазок/змив із верхніх дихальних шляхів,  - аспірат,  - секційний матеріал |

* В форму вноситься ПІБ пацієнта, якому на рівні області лікарі-епідеміологи мають присвоїти ID випадку (4 цифри, напр. 0001, 0002...) для передачі знеособлених даних на національний рівень.
* Всі дати мають бути заповнені в повністю в форматі дд.мм.рррр, де дд -день, мм-місяць, рррр-рік.
* Звертайте уваги на правильність та логічність дат, наприклад, пацієнт не може бути спочатку госпіталізований, а потім первинно звернутись до медичного закладу, або пацієнт не може бути спочатку госпіталізуватись, а потім захворіти ( це можливо у випадку нозокоміальних інфекцій, але це не тема цієї Інструкції).
* Тип зразка обирається один з трьох запропонованих варіантів

|  |  |
| --- | --- |
| **Ідентифікаційні дані пацієнта** | |
| Стать |  |
| Дата народження (дд.мм.рррр): | \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Вік | \_\_\_\_\_\_\_ років, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ місяців |

* Стать пацієнта пишеться повністю
* Дата народження вказується в повному форматі
* Вік вказується для дорослих в повних роках, для дітей до 12 місяців - в місяцях

|  |  |
| --- | --- |
| **Наявні медичні стани** | |
| Наявні медичні стани | - ІХС   - Астма  - Хронічні хвороби легень  - Хвороби печінки  - Нейромязова дисфункція  - Порушення імунітету  - Цукровий діабет  - Ожиріння  - Вагітність   (Термін:\_\_\_\_+ )" |
| Перебування пацієнта у відділенні інтенсивної терапії та реанімації: | - Так - Нi - |

* Медичні стани обираються із запропонованих варіантів. Можна обрати декілька. Якщо пацієнтка вагітна, має бути вказаний триместр вагітності, якщо відомий

|  |  |
| --- | --- |
| **Вакцинація проти грипу** | |
| Вакцинація проти грипу в поточному сезоні | - Так    - Нi    - Не відомо    - |
| **Вакцинація проти грипу COVID-19** | |
| Вакцинація COVID-19 | - Так    - Нi    - Не відомо    - |
| Дата отримання 1 дози: |  |
| Назва вакцини 1 дози: | ' -   Не вказано - Якщо інше вказати: |
| Серія вакцини: |  |
| Дата отримання 2 дози: |  |
| Назва вакцини 2 дози: | ' -   Не вказано - Якщо інше вказати: |
| Серія вакцини: |  |
| Дата отримання 3 дози: |  |
| Назва вакцини 3 дози: | ' -   Не вказано - Якщо інше вказати: |
| Серія вакцини: |  |
| **Критерії випадку ТГРІ** |  |
| Температура тіла ≥ 38 °С | - Так    - Нi |
| Початок захворювання протягом 10 попередніх днів | - Так    - Нi |
| Кашель | - Так    - Нi |
| Пневмонія | - Так - Нi |

* Звертайте увагу, щоб вакцинальний статус від грипу був не пропущений, якщо він невідомий то має бути вказано вказуйте «Невідомо» АЛЕ не це питання не має бути залишене без відповіді.
* Те саме стосується вакцинальний статуса від COVID-19; назва вакцини та номер серії має бути вказаний повністю та без скорочень.
* Дати отримання доз вакцини проти COVID-19 мають бути заповнені повністю в форматі дд.мм.рррр, де дд -день, мм-місяць, рррр-рік.
* Пам'ятайте, про критерії визначення випадку ТГРІ, якщо лікар не вказує кашель, лихоманку 38, 0 і вище за словами пацієнта або при вимірюванні та початок симптомів протягом 10 попередніх днів, то це означає, що він помилився і неправильно застосував критерії визначення випадку ТГРІ і ця форма не повинна була заповнюватися.

|  |  |
| --- | --- |
| **Результати лабораторного дослідження методом ПЛР (вказати тип вірусу)** | |
| Дата дослідження (дд.мм.рррр): | \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Результати лабораторного дослідження на грип | - Негативний на грип  - Грип А(H1)pdm09  - Грип А(H3)  - Грип В  - Грип А не субтипований  - Інший грип  (Якщо інші вказати:\_\_\_\_) |
| Чи тестувався на iншi респiраторнi вiруси? | - Так    - Нi    - |
| Результати лабораторного дослідження на iншi респiраторнi вiруси | - Негативний на ГРВІ  - Парагрип    - Аденовiрус  - РС-вiрус   - Риновiрус  - Бокавiрус    - Коронавiрус  - Метапневмовiрус  - Інші респіраторні збудники  (Якщо інші вказати:\_\_\_) |
| Чи тестувався на SARS-CoV-2? | - Так    - Нi    - |
| Результати лабораторного дослідження на SARS-CoV-2 | - Негативний на SARS-CoV-2  - Позитивний на SARS-CoV-2 |

* Цей розділ не має бути заповнений лікарями, його маєте заповнити ви, після того, як дізнаєтесь результати лабораторних досліджень в лабораторії вашого закладу
* Вчасність внесення результатів в цей розділ форми є дуже важливою. Згідно Наказу термін проведення досліджень зразків матеріалів від пацієнтів із ГПЗ та ТГРІ методом ПЛР для вірусологічних лабораторій закладів громадського здоров’я встановлено не пізніше вівторка тижня, наступного за звітним, тому не пізніше середи результати мають бути внесені в форму.

**Пам’ятайте!**

* В формі можуть вноситись певні зміни відповідно до потреб епідеміологічного нагляду та міжнародної звітності. Зміст агрегованої та індивідуальної форм буде надіслано вам та дозорним координаторам щороку напередодні епідемічного сезону (серпень-вересень);
* Заповнені щотижневі агреговані та індивідуальні форми мають передаватися вам дозорними координаторами електронно, за допомогою електронної пошти;
* Не дозволяйте координаторам заповнення форм вручну на папері та надсилання форм в форматі, що не редагується (в вигляді фото, сканів) адже в такому разі ви витрачатимете набагато більше часу на перевірку та узагальнення звітності.