

## КАРТА РЕГИСТРАЦИИ ИНФЕКЦИОННОГО БОЛЬНОГО

### 1. Регистрация:

МО регистрации \_\_\_\_\_  
Телефон \_\_\_\_\_  
Дата передачи \_\_\_\_\_  
Передал \_\_\_\_\_  
Принял \_\_\_\_\_

### 2. Диагноз:

Основной диагноз \_\_\_\_\_  
Подозрение да/нет  
Тяжесть течения легкая, средняя, тяжелая  
Категория контактный, первый случай в очаге, нет данных  
Наличие желтухи да/нет  
Дата появления желтухи \_\_\_\_\_  
(при вирусных гепатитах указываются данные о наличии желтухи и дате ее появления)  
Клиническая форма (при регистрации туберкулеза и пневмонии) \_\_\_\_\_  
Пояснение, уточнение диагноза \_\_\_\_\_  
Характер инфекции острое, хронический впервые выявленный, обострение хронического (рецидив), внутриутробное заражение  
Дата установления \_\_\_\_\_

### 3. Диагноз при обращении:

Дата заболевания \_\_\_\_\_  
Дата обращения в МО \_\_\_\_\_  
МО (при обращении) \_\_\_\_\_  
Диагноз при обращении \_\_\_\_\_

### 4. Сведения о заболевшем:

Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_  
Отчество \_\_\_\_\_  
Пол \_\_\_\_\_  
Дата рождения (число, месяц и год рождения) \_\_\_\_\_  
Акушерский анамнез:  
Наличие беременности да/нет  
Срок беременности \_\_\_\_\_ недель

### 5. Место жительства:

Признак проживания \_\_\_\_\_  
(москвич, Московская обл., приезжий, БОМЖ, иностранец, москвич прописанный в Московской обл.)  
Обслуживающая поликлиника \_\_\_\_\_  
Фактический адрес в Москве: \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_ Дом \_\_\_\_\_

Корпус \_\_\_\_\_ Квартира \_\_\_\_\_ Вид квартиры \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Адрес проживания в Московской области \_\_\_\_\_

Дополнительный адрес 1 \_\_\_\_\_

Дополнительный адрес 2 \_\_\_\_\_

Адрес регистрации (выезда) \_\_\_\_\_

(для иногородних и выезжавших москвичей)

Пребывание за пределами Москвы да/нет

Место пребывания \_\_\_\_\_

Дата отъезда \_\_\_\_\_

Дата приезда \_\_\_\_\_

(для иногородних и выезжавших москвичей)

Дополнительные данные (№ поезда, рейса, вокзал) \_\_\_\_\_

### **6. Работа, учеба, детское, подростковое учреждение:**

Контингент \_\_\_\_\_

Название организации \_\_\_\_\_

Подразделение: \_\_\_\_\_

(группа, класс, факультет, курс, цех)

Должность \_\_\_\_\_

Дата последнего посещения \_\_\_\_\_

Адрес организации \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Ведомственный Центр санэпиднадзора \_\_\_\_\_

### **7. Лабораторные данные:**

Вид исследования \_\_\_\_\_

Материал исследования \_\_\_\_\_

Вид реакции (культуры) \_\_\_\_\_

Возбудитель \_\_\_\_\_

Характер результата \_\_\_\_\_

Дополнительное описание результата \_\_\_\_\_

Дата взятия \_\_\_\_\_

№анализа \_\_\_\_\_

Дата получения результата \_\_\_\_\_

Показания к обследованию \_\_\_\_\_

(эпид.показания, профилактика, диагностика, прочие)

### **8. Подтверждение диагноза:**

МО \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Дата сообщения \_\_\_\_\_

Передал \_\_\_\_\_

Принял \_\_\_\_\_

Основной диагноз \_\_\_\_\_

Тяжесть течения легкая, средняя, тяжелая

Наличие желтухи да/нет

Дата появления желтухи \_\_\_\_\_

(при вирусных гепатитах указываются данные о наличии желтухи и дате ее появления)

Клиническая форма (при регистрации туберкулеза и пневмонии)

Пояснение, уточнение диагноза \_\_\_\_\_

Характер инфекции острое, хронический впервые выявленный, обострение хронического (рецидив), внутриутробное заражение

Дата установления \_\_\_\_\_

### 9. Госпитализация:

Стационар \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

Номер отделения \_\_\_\_\_

№наряда \_\_\_\_\_

Дата госпитализации \_\_\_\_\_

Дата выписки \_\_\_\_\_

### 10. Летальный исход:

Дата смерти \_\_\_\_\_

Место смерти \_\_\_\_\_

Описание места смерти \_\_\_\_\_

Наименование МО смерти \_\_\_\_\_

Дата сообщения \_\_\_\_\_

МО сообщения \_\_\_\_\_

Клинический диагноз посмертный \_\_\_\_\_

МО патологоанатомического освидетельствования \_\_\_\_\_

Дата вскрытия \_\_\_\_\_

№врачебного свидетельства о смерти \_\_\_\_\_

Вид врачебного свидетельства \_\_\_\_\_

(окончательное, предварительное, взамен предварительного)

Дата выдачи \_\_\_\_\_

Патологоанатомические диагнозы:

основные:

а) \_\_\_\_\_

б) \_\_\_\_\_

в) \_\_\_\_\_

г) \_\_\_\_\_

сопутствующие: \_\_\_\_\_

### 11. Заболеваемость в МО:

Характер заражения \_\_\_\_\_

(занос, внутрибольничное, внутриутробное заражение)

МО \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

Дата поступления \_\_\_\_\_

Диагноз при поступлении \_\_\_\_\_

(в приемном отделении)

Характер вмешательства \_\_\_\_\_

Дата вмешательства \_\_\_\_\_

(заполняется при ГСИ и вирусных гепатитах)

Принятые меры: \_\_\_\_\_

Дата принятия мер \_\_\_\_\_

(переведен, выписан, изолирован, оставлен в отделении)

## 12. Сведения о прививках

Привит да/нет

Схема и даты \_\_\_\_\_

Причина непривитости \_\_\_\_\_

## 13. Сведения о подозрительных продуктах и блюдах:

Наличие сведений да/нет подозрительного продукта/нет данных

Вид продукта \_\_\_\_\_

Наименование \_\_\_\_\_

Место приобретения или питания \_\_\_\_\_

Дата приобретения или питания в общепите \_\_\_\_\_

## 14. Сведения о контактах с животными или с животным сырьем:

Наименование животного (сырья) \_\_\_\_\_

Место контакта \_\_\_\_\_

Дата контакта \_\_\_\_\_

## 15. Сведения об укусах:

Характер укуса контакт или ослюнение/оцарапывание/укус

Локализация укуса \_\_\_\_\_

Вид животного \_\_\_\_\_

Сведения о животном \_\_\_\_\_

Укус спровоцирован да/нет

Сведения о животном известное, неизвестное, условно известное

Место укуса на теле \_\_\_\_\_

Адрес, где произошел укус Москва, Московская область, прочие регионы

Полный адрес укуса (не Москва) \_\_\_\_\_

Принятые меры отказ от прививок, направление на госпитализацию, привит по схеме, ветнаблюдение за животным

Назначенный курс прививок или наблюдение за животным \_\_\_\_\_

## 16. Сведения о необычной реакции или осложнениях после прививок:

Характер реакции местная, общая, осложнение

МО сообщения \_\_\_\_\_

МО проведения прививки \_\_\_\_\_

Дата прививки \_\_\_\_\_

Кем проведена прививка \_\_\_\_\_

Наименование препарата и кратность введения \_\_\_\_\_

Производитель препарата \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_

Доза \_\_\_\_\_  
Срок годности \_\_\_\_\_  
Пояснение реакции \_\_\_\_\_

**17. Контакты:**

Количество организованных детей \_\_\_\_\_  
Количество лиц, относящихся к декретированным контингентам \_\_\_\_\_

**18. Дополнительные сведения:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**19. Дезинфекция:**

Препарат \_\_\_\_\_  
Дезкамера \_\_\_\_\_  
Дополнительные сведения \_\_\_\_\_