

Phiếu điều tra thông tin cơ bản, thông tin lâm sàng bệnh truyền nhiễm Virut Corona chủng mới (Bao gồm cả bệnh nhân giả triệu chứng)

Thông tin cơ bản**ID**

1	Tên Trung tâm bảo vệ sức khỏe phụ trách điều tra:	Tên người điều tra:		
	Ngày giờ điều tra: giờ , ngày tháng năm	Phương thức điều tra: <input type="checkbox"/> Phòng vấn <input type="checkbox"/> Điện thoại <input type="checkbox"/> Khác ()		
2	Người trả lời điều tra: <input type="checkbox"/> Tự trả lời <input type="checkbox"/> Người khác trả lời	Họ tên ()	Mối quan hệ với người bệnh ()	
	Nơi liên lạc của người trả lời điều tra: Điện thoại bàn: -	Điện thoại cầm tay: -	-	
3	Phân loại chuẩn đoán: Bệnh truyền nhiễm Virut Corona chủng mới (Bệnh nhân (đã xác thực). Người mang mầm bệnh nhưng không triệu chứng. Bệnh nhân giả triệu chứng)			
4	ID đăng ký NESID:	5	Trung tâm bảo vệ sức khỏe nơi bệnh nhân sống:	
6	Tên cơ quan y tế được báo cáo:	7	Bác sỹ chủ trị tại cơ quan y tế được báo cáo:	
8	Địa chỉ cơ quan y tế được báo cáo:	9	Số điện thoại cơ quan y tế được báo cáo: - -	
10	Ngày giờ nhận báo cáo: Ngày tháng năm	11	Địa phương nhận báo cáo:	
12	Trung tâm bảo vệ sức khỏe nhận báo cáo:	13	Người phụ trách nhận báo cáo:	
14	Ngày khám lần đầu: Ngày tháng năm	15	Ngày chuẩn đoán: Ngày tháng năm	
16	Ngày đoán là bị nhiễm bệnh: Ngày tháng năm	17	Ngày phát bệnh: Ngày tháng năm	

3 ~ 17 sẽ được ghi chuyển tiếp từ Phiếu báo cáo phát sinh..vv (4 là ghi sau khi đăng ký vào NESID)

18	Họ tên bệnh nhân:	19	Giới tính: Nam Nữ	20	Ngày tháng năm sinh: Ngày tháng năm (tuổi tháng)
21	Quốc tịch:	22	Địa chỉ bệnh nhân:		
23	Số điện thoại bệnh nhân: Điện thoại bàn - -	Điện thoại cầm tay - -		-	
	Email của bệnh nhân : @				
24	Nơi có mặt chủ yếu của bệnh nhân tại thời điểm điều tra: <input type="checkbox"/> Cơ quan y tế <input type="checkbox"/> Nhà ở <input type="checkbox"/> Nơi làm việc, trường học <input type="checkbox"/> Khác () <input type="checkbox"/> Không rõ				
	Địa chỉ nơi liên lạc: Số điện thoại - -				
25	Nghề nghiệp, ngành nghề, trường học..vv (Bao gồm nhà trẻ, mẫu giáo): Ngày cuối cùng của đi (làm), đi học (Ngày tháng năm) (Trường hợp trẻ em, học sinh hãy ghi chi tiết như tên lớp tên câu lạc bộ..vv) Tên nơi làm việc / Tên trường học: Địa chỉ nơi làm việc / Địa chỉ trường học: Số điện thoại nơi làm việc / Số điện thoại trường học: - -				
26	Nơi liên lạc của người (người bảo hộ..vv) ngoài bản thân người bệnh Họ tên: Mối quan hệ với người bệnh: Địa chỉ: Số điện thoại Điện thoại bàn: - - Điện thoại cầm tay: - -				
	Có bầu	Không	Có	(Có bầu tuần)	
	Hút thuốc lá	Không	Có	(Từ tuổi, điều/ngày)	
	Bệnh tiểu đường	Không	Có		
	Bệnh cơ quan hô hấp (Hen suyễn, COPD, khác)	Không	Có	(Cụ thể là)	
	Bệnh thận	Không	Có	(Trường hợp có: Lọc máu Có • Không)	
	Bệnh gan	Không	Có	(Cụ thể là)	
	Bệnh tim	Không	Có	(Cụ thể là)	
	Bệnh thần kinh cơ	Không	Có	(Cụ thể là)	
	Bệnh về máu (Thiếu máu)	Không	Có	(Cụ thể là)	
	Suy giảm miễn dịch (HIV, bao gồm cả sử dụng thuốc kiểm chế miễn dịch)	Không	Có	(Cụ thể là)	
	U ác tính (Ung thư)	Không	Có	(Cụ thể là)	
	Khác ()				

Quá trình lâm sàng ..vv

ID

	Triệu chứng	Tùy theo sự cần thiết ghi vào cả các thông tin như triệu chứng có hay không, thân nhiệt, ngày giờ..vv						
28	Ngày tháng		Ngày tháng	Ngày tháng	Ngày tháng	Ngày tháng	Ngày tháng	Ngày tháng
	Triệu chứng..vv							
	Thân nhiệt cao nhất (°C)							
	H	Ho	Không · Có					
		Khó thở	Không · Có					
	h	Nước mũi · Tác m i	Không · Có					
		P	Đau họng	Không · Có				
	K	Buồn nôn · Nôn	Không · Có					
		Kết mạc đỏ máu	Không · Có					
	h	Đau đầu	Không · Có					
		Toàn thân uể oải	Không · Có					
	á	Đau khớp đau cơ	Không · Có					
		Tiêu chảy	Không · Có					
	C	Rối loạn ý thức	Không · Có					
		Co giật	Không · Có					
		Khác ()	Không · Có					
	Ngày tháng		Ngày tháng	Ngày tháng	Ngày tháng	Ngày tháng	Ngày tháng	Ngày tháng
	Triệu chứng..vv							
	Thân nhiệt cao nhất (°C)							
	H	Ho	Không · Có					
		Khó thở	Không · Có					
	h	Nước mũi · Tác m i	Không · Có					
		P	Đau họng	Không · Có				
	K	Buồn nôn · Nôn	Không · Có					
		Kết mạc đỏ máu	Không · Có					
	h	Đau đầu	Không · Có					
		Toàn thân uể oải	Không · Có					
	á	Đau khớp đau cơ	Không · Có					
		Tiêu chảy	Không · Có					
	C	Rối loạn ý thức	Không · Có					
		Co giật	Không · Có					
		Khác ()	Không · Có					
29	Ngày giờ phát bệnh (Theo điều tra qua câu hỏi) giờ phút Sáng · Chiều ngày tháng năm							
30	Cơ hội phát hiện <input type="checkbox"/> Các ca được báo cáo là bệnh truyền nhiễm Virus Corona chủng mới (Phân loại: Bệnh nhân (đã xác thực), người mang mầm bệnh nhưng không triệu chứng, giả triệu chứng, khác) <input type="checkbox"/> Người đối tượng quan sát sức khỏe (ID của ca đã được xác thực: Họ tên:) <input type="checkbox"/> Khác ()							
31	Diễn biến lâm sàng trước khi chuẩn đoán, nội dung điều trị, những điều ghi chú đặc biệt khác..vv:							

32	Nhập viện: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có (Trường hợp có, thời gian nhập viện từ ngày tháng đến ngày tháng) Tên cơ quan y tế nhập viện: Tên khoa khám chữa: Tên bác sỹ chủ trị: Cơ quan y tế báo cáo bệnh truyền nhiễm nặng không rõ nguyên nhân: Đúng phải · Không phải Địa chỉ cơ quan y tế nhập viện: Nơi liên lạc:			
33	Tia X vùng ngực Không · Có (Ý kiến:) beto			
34	CT vùng ngực Không · Có (Ý kiến:)			
35	Có dùng máy hô hấp nhân tạo hay không: Không · Có			
36	Hành vi y tế sau khi bệnh nhân đến khám:			
	Ngày tháng	Tên cơ quan y tế	Hành vi y tế	Ghi chú (Kết quả xét nghiệm · hành vi y tế ..vv)
	/			
	/			
37	Chuyển viện hay về nhà Xuất viện (Ngày xuất viện: Ngày tháng năm) Tử vong (Ngày tháng năm			
38	Diễn biến khác			

Kết quả xét nghiệm

39	Xét nghiệm Virut Corona chủng mới				
	Chất liệu mẫu	Ngày lấy mẫu	Kết quả	Phương thức xét nghiệm	Cơ sở xét nghiệm
			Âm tính · Dương tính · Khác()		
			Âm tính · Dương tính · Khác()		
			Âm tính · Dương tính · Khác()		
			Âm tính · Dương tính · Khác()		
40	Xét nghiệm khác, trừ Virut Corona chủng mới ra.				
	Mầm bệnh	Chất liệu mẫu	Ngày lấy mẫu	Kết quả	Phương thức xét nghiệm
	●Xét nghiệm nuôi cấy Không · Có · Không rõ				
	Trường hợp có			Âm tính · Dương tính (Tên khuẩn:)	
				Âm tính · Dương tính (Tên khuẩn:)	
				Âm tính · Dương tính (Tên khuẩn:)	
				Âm tính · Dương tính (Tên khuẩn:)	
	●Xét nghiệm kháng nguyên Không · Có · Không rõ				
	Virut cúm			Âm tính · Dương tính	
	Virut RS			Âm tính · Dương tính	
	Virut Adeno			Âm tính · Dương tính	
	Cầu khuẩn viêm gan			Âm tính · Dương tính	
	Legionella			Âm tính · Dương tính	
	●Phương pháp xét nghiệm				
Tên mầm bệnh(Âm tính · Dương tính · Khác ()		
Tên mầm bệnh(Âm tính · Dương tính · Khác ()		
Tên mầm bệnh(Âm tính · Dương tính · Khác ()		
Ghi chép tự do					