



МОНГОЛ УЛСЫН
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЙДЫН
ТУШААЛ

2020 оны 05 сарын 12 өдөр

Дугаар А/235

Улаанбаатар хот

Түр маягт батлах тухай

Монгол Улсын Засгийн газрын тухай хуулийн 24 дүгээр зүйлийн 2, Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 8 дугаар зүйлийн 8.1.2, 8.1.3, 8.1.19, Статистикийн тухай хуулийн 5 дугаар зүйлийн 5.3, 6 дугаар зүйлийн 6.1.2 дахь заалтыг тус тус үндэслэн ТУШААХ нь:

1. Коронавируст халдвар (COVID-19)-ын батлагдсан тохиолдлын эмнэлзүйн бүртгэлийн түр маягтыг нэгдүгээр, Коронавируст халдвартай жирэмсэн болон амаржсан эмэгтэйд хөтлөх эмнэлзүйн бүртгэлийн түр маягтыг хоёрдугаар, Түр маягтыг хөтлөх заавар болон мэдээллийн урсгалыг гуравдугаар хавсралтаар тус тус баталсугай

2. Бүртгэлийг цахимжуулах үйл ажиллагааг зохион байгуулахыг Эрүүл мэндийн цахим мэдээллийн хэлтэс (Т.Бат-Эрдэнэ)-д даалгасугай.

3. Бүртгэлийн маягтыг Өвчний түүх (СТ-1,2), Төрөлтийн түүх (СТ-3), Нярайн түүх (СТ-7)-д хавсран хөтлөхийг өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагын дарга, захирал нарт үүрэг болгосугай.

4. Мэдээлэлд дүн шинжилгээ хийх, эргэн мэдээллээр ханган ажиллахыг Халдварт өвчин судлалын үндэсний төв (Д.Нямхүү)-д үүрэг болгосугай.

5. Тушаалын хэрэгжилтэд хяналт тавьж ажиллахыг Төрийн нарийн бичгийн даргын албан үүргийг түр орлон гүйцэтгэгч (Я.Амаржаргал)-д даалгасугай.

САЙД



Д.САРАНГЭРЭЛ

141200990

КОРОНАВИРУСТ ХАЛДВАР (COVID-19)-ЫН БАТЛАГДСАН ТОХИОЛДЛЫН
ЭМНЭЛЗҮЙН БҮРТГЭЛИЙН ТҮР МАЯГТ

МОДУЛЬ 1: ЭМНЭЛЭГТ ХЭВТЭХ ҮЕИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

Аймаг, хот: _____

Эмнэлгийн нэр: _____

Эмнэлэгт хэвтсэн он, сар, өдөр | | | | | | | | | | Тохиролдлын дугаар | | | | | | | |

1а. ЭМНЭЛЗҮЙН ШАЛГУУР ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮД

Коронавируст халдвар батлагдсан эсэх: Тийм | | Үгүй | |

Дараах жагсаалтаас нэг болон түүнээс дээш шинж илэрсэн бол тэмдэглэ:

Халуурсан гэсэн өгүүлэмжтэй эсвэл биеийн халуун 38.0C түүнээс дээш байх Тийм | | Үгүй | |

Ханиалгах шинж тэмдэг Тийм | | Үгүй | |

Амьсгалахад хүндрэлтэй байх (Амьсгал давчдах) ЭСВЭЛ Амьсгал олшрох* Тийм | | Үгүй | |

Амьсгалын цочмог дутлын бусад шинж тэмдэг байгаа эсэх Тийм | | Үгүй | |

* Амьсгалын тоо: Нэг хүртэлх насны хүүхдэд 1 минутад ≥ 50 ; 1-4 насны хүүхдэд 1 минутад ≥ 40 ; 5-12 насны хүүхдэд 1 минутад ≥ 30 /мин; 13-аас дээш насанд 1 минутанд ≥ 20

1б. ХҮН АМ ЗҮЙН МЭДЭЭЛЭЛ

Нас | | | | жил

Хүйс: Эрэгтэй | | Эмэгтэй | |

Төрсөн он, сар, өдөр: | | | | | | | | | |

Эрүүл мэндийн ажилтан: Тийм | | Үгүй | | Тодорхойгүй | |

Лабораторийн ажилтан: Тийм | | Үгүй | | Тодорхойгүй | |

Жирэмсэн эсэх* Тийм | | Үгүй | | Тодорхойгүй | |

Тийм бол: Жирэмсний хугацаа (долоо хоногоор) | | | |

Хэрэв жирэмсэн эсвэл өвчний шинж тэмдэг илэрсэнээс 21 хоногийн дотор төрсөн бол "Жирэмсэн үеийн эмнэл зүйн бүртгэлийн түр маягтыг бөглөнө үү"

1в. ХАВСАРСАН ӨВЧИН

Зүрхний архаг өвчин (Артерийн даралт ихсэх өвчин орохгүй)	Тийм Үгүй Тодорхойгүй	Чихрийн шижин	Тийм Үгүй Тодорхойгүй
Артерийн даралт ихсэх өвчин	Тийм Үгүй Тодорхойгүй	Тамхи татдаг эсэх	Тийм Үгүй Тодорхойгүй
Уушгины архаг өвчин	Тийм Үгүй Тодорхойгүй	Сүрьеэ	Тийм Үгүй Тодорхойгүй
Багтраа	Тийм Үгүй Тодорхойгүй	Дэлүүгээ авхуулсан	Тийм Үгүй Тодорхойгүй
Бөөрний архаг өвчин	Тийм Үгүй Тодорхойгүй	Хорт хавдар	Тийм Үгүй Тодорхойгүй
Элэгний архаг өвчин	Тийм Үгүй Тодорхойгүй	Бусад, бичнэ үү:	
Мэдрэлийн архаг өвчин	Тийм Үгүй Тодорхойгүй		

*РВЭЭ- Ретровирусын эсрэг эмчилгээ

1в. ШИНЖ ТЭМДЭГ ИЛЭРСЭН ОН, САР, ӨДӨР БОЛОН ХЭВТЭХ ҮЕИЙН АМИН ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮД
(Хэвтэх үеийн хамгийн эхний боломжит мэдээллийг ашиглана)

Эмнэлзүйн шинж тэмдэг анх илэрсэн он, сар, өдөр: | | | | | | | | | |

Тухайн эмнэлэгт хэвтсэн он, сар, өдөр: | | | | | | | | | |

Биеийн хэм | | | | | Зүрхний цохилтын тоо/ мин | | | | |

Амьсгалын тоо/мин | | | | |

Артерийн даралт | | | | (СД) мм.муб | | | | (ДД) мм.муб

Хүнд хэлбэрийн усгүйжилт Тийм | | | | Үгүй | | | | Тодорхойгүй | | | |

Хялгасан судасны эргэн дүүрэлт > 2 секунд Тийм | | | | Үгүй | | | | Тодорхойгүй | | | |

Захын судсан дахь хүчилтөрөгчийн хангамж | | | | %

Хүчилтөрөгчгүй үед | | | | хүчилтөрөгчтэй үед | | | | Тодорхойгүй | | | |

AVPU (Аль нэгийг дугуйлна уу) | | | |

Глазгогийн үнэлгээ- GCS/15 | | | |

Хоол тэжээлийн дутагдал Тийм | | | | Үгүй | | | | Тодорхойгүй | | | |

Бугалганы тойргийн хэмжээ: | | | | мм Өндөр: | | | | см Жин: | | | | кг

1г. ЭМНЭЛЭГТ ХЭВТЭХЭЭС ӨМНӨ ХЭРЭГЛЭЖ БАЙСАН ЭМИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

(эмнэлэгт хэвтэхээс өмнө сүүлийн 14 хоногийн хугацаанд доорхи эмнүүдээс хэрэглэсэн эсэх):

Ангиотензин хувиргагч бэлдмэл (ACE inhibitors): Тийм | | | | Үгүй | | | | Тодорхойгүй | | | |

Ангиотензин II рецепторын хориглогч бэлдмэлүүд (ARBs): Тийм | | | | Үгүй | | | | Тодорхойгүй | | | |

Үрэвслийн эсрэг дааврын бус бэлдмэл (NSAID): Тийм | | | | Үгүй | | | | Тодорхойгүй | | | |

Вирусийн эсрэг эм / Антибиотик: Тийм | | | | Үгүй | | | | Тодорхойгүй | | | |

Хэрэв тийм бол: Хлорохин / Гидрохлорохин | | | |, Азитромицин | | | |, Калетра (Лопинавир-Ритонавир) | | | |, Павиправир | | | |, Бусад:

.....

1д. ХЭВТЭХ ҮЕИЙН ЗОВИУР, ШИНЖ ТЭМДЭГ			
Халуурсан эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Цээж хонхолзох	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Ханиалгах шинж тэмдэг	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Толгой өвдөх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Цэртэй	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Ухаан санааны өөрчлөлт	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Цустай	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Таталт	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Хоолой өвдөх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Хэвлийгээр өвдөх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Нус гоожих	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Бөөлжих / Дотор муухай оргих	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Хяхтнаа амьсгал	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Суулгалт	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Цээжээр өвдөх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Нүдний салстын үрэвсэл	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Булчин өвдөх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Арьсны тууралт	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Үеэр өвдөх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Арьсны шархлаа	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Ядрах, сульдах	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Тунгалгийн булчирхайн томролт	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Амтлах мэдрэмж алдагдах	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Алхаж чадахаа болих	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Үнэрлэх мэдрэмж алдагдах	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Цус алдалт	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Амьсгал давчдах	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Тийм бол хаанаас цус алдаж байгааг бичнэ үү:	
Бусад, бичнэ үү:			

1е. ЭМЧИЛГЭЭ	Эмнэлэгт хэвтэх үед хийгдсэн эмчилгээ
Шингэнийг:	
Амаар ☐ Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	
Ходоодны зондоор авч байгаа ☐ Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	
Судсаар шингэн сэлбэх: ☐ Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	
Вирусийн эсрэг эм: ☐ Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐ Хэрэв тийм бол: Рибавирин ☐ , Лопинавир/Ритонавир ☐ , Нейраминидазийн ингибитор (Тамифлу) ☐ , Интерферон альфа ☐ , Интерферон бета ☐ , Арбидол ☐ , Павипиравир (Авиган) ☐ , Бусад, бичнэ үү:.....	
Кортикостеройд: ☐ Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	
Хэрэв Тийм бол, хэрэглэж байгаа зам: Амаар ☐ , Судсаар ☐ , Амьсгалын замаар ☐ , Хэрэв тийм бол, Эмийн нэр болон хоногийн дээд тунг бичнэ үү:.....	
Антибиотик: ☐ Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	
Мөөгөнцрийн эсрэг бэлдмэл: ☐ Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	
Хумхаагийн эсрэг эм: ☐ Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐ Тийм бол, нэрийг бичнэ үү:	
Туршилтийн эм бэлдмэл: ☐ Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐ Тийм бол, нэрийг бичнэ үү:	
Үрэвслийн эсрэг дааврын бүс бэлдмэл (NSAID): ☐ Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	

Ангиотензин хувиргагч бэлдмэл (ACE inhibitors): Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Ангиотензин II рецепторын хориглогч бэлдмэлүүд (ARBs): Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Системийн антикоагулянт Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

18. ДЭМЖИХ ЭМЧИЛГЭЭ, Эмнэлэгт хэвтэх үед хийгдсэн эмчилгээ

Эрчимт эмчилгээний тасагт (ЭЭТ) байгаа эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Хэрэв Тийм бол, тухайн тасагт эмчлүүлсэн нийт хугацаа: ☐ хоног
ЭЭТ -т хэвтсэн он, сар, өдөр: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Тодорхойгүй ☐
ЭЭТ-ээс гарсан он, сар, өдөр: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Одоогоор гараагүй байгаа ☐ ☐ Тодорхойгүй ☐
Хүчилтөрөгч эмчилгээ: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐
Хэрэв Тийм бол, доорх мэдээллийг бөглөнө үү:
Хүчилтөрөгчийн урсгалын хэмжээ: 1-5 л/мин ☐ ☐ 6-10 л/мин ☐ ☐ 11-15 л/мин ☐ ☐ >15 л/мин ☐ ☐
Тодорхойгүй ☐
Хүчилтөрөгчийн эх сурвалж: Төвлөрсөн хангамж ☐ ☐ Бортоготой ☐ ☐ Өтгөрүүлэгч ☐ ☐ Тодорхойгүй ☐ ☐
Хүчилтөрөгч өгч буй арга: Хамрын гуурс ☐ ☐ Өндөр урсгалт хамрын гуурс ☐ ☐ Хошуувч ☐ ☐ Нөөц
ууттай хошуувч ☐ ☐ CPAP (тасралтгүй эерэг даралтат амьсгал- ТЭДУ/ инвазив бус зохиомол амьсгал)
☐ ☐ Тодорхойгүй ☐ ☐
Инвазив бус зохиомол амьсгал Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐ ☐
Түрүүлгээ харуулсан байрлалд зохиомол амьсгал: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐ ☐
Интубацитай зохиомол амьсгал: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐ ☐
Тийм бол доорхи үзүүлэлтүүдээс ямар хэмжээнд байсан бэ (0800 хэмжээнд хамгийн ойр хүрсэн)?
Амьсгал гаргалтын төгсгөл дэх эерэг даралт /PEEP/ (см H₂O) _____; Өгч буй хүчилтөрөгчийн хэмжээ
/F_iO₂/ (%) _____; Амьсгалын хамгийн бага даралт /Plateau Pressure/ (см H₂O) _____; Нүүрсхүчлийн хийн
парциал даралт P_aCO₂ _____; Хүчилтөрөгчийн парциал даралт /P_aO₂/ _____
Инотроп/судас агшаах эмчилгээ: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐ ☐
Биеэс гадуур хүчилтөрөгчжүүлэх эмчилгээ /ECMO/-нд орсон/: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐ ☐

1ж. ХЭВТЭХ ҮЕИЙН ЛАБОРАТОРИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮД*(*хэрэв жагсаалт дахь нэгжээс өөр нэгжээр илэрхийлэгдсэн бол тэмдэглэнэ)*

Үзүүлэлт	Хэмжээ*	Үзүүлэлт	Хэмжээ*
Гемоглобин (г/л)		Креатинин (мкмоль/л)	
Лейкоцит ($\times 10^9$ /л)		Натри (мэкв/л)	
Гемокрит (%)		Кали (мэкв/л)	
Тромбоцит ($\times 10^9$ /л)		Прокальцитонин (нг/мл)	
APTT/APTR		C- урвалжит уураг (мг/л)	
Протромбиний хугацаа (секунд)		Лактатдегидрогеназа (нэгж/л)	
INR		Креатинфосфокиназа (нэгж/л)	
АЛАТ/ГПТ (нэгж/л)		Тропонин (нг/мл)	
Нийт билирубин (мкмоль/л)		СОЭ (мм/ц)	
АСАТ/ГОТ (нэгж/л)		D-dimer (мг/л)	
Шээсний хүчил (ммоль/л)		Төмөр (нг/мл)	
Лактат (ммоль/л)		Интерлейкин-6 / IL-6 (пг/мл)	

МОДУЛЬ 2: ХЯНАЛТЫН ҮЗЛЭГ (Эмнэлэгт хэвтсэнээс хойш 7, 14 дахь хоногт, тасаг хооронд шилжих үед бөглөнө)

Хяналтын үзлэг хийсэн он, сар, өдөр: | | | | | | | | | |

2а. АМИН ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮД (сүүлийн 24 цагт гарсан хамгийн их өөрчлөлтийг тэмдэглэнэ)	
Биеийн хэм	Зүрхний цохилтын тоо 3ЦТоо/мин
Амьсгалын тоо амьсгалын тоо/мин	
Артерийн даралт СД ДД мм/муб	
Хүнд хэлбэрийн усгүйжилт Тийм Үгүй Тодорхойгүй	
Хялгасан судасны эргэн дүүрэлт > 2 секунд Тийм Үгүй Тодорхойгүй	
Глазгогийн үнэлгээ- GCS/15	
Захын судсан дахь хүчилтөрөгчийн ханамж %	
Хүчилтөрөгчгүй үед Хүчилтөрөгчтэй үед тодорхойгүй	
A V P U (Аль нэгийг дугуйлна уу)	

2б. ЭМНЭЛЗҮЙН ШИНЖҮҮД			
Ханиалгах	Тийм Үгүй Тодорхойгүй	Ухаан санааны өөрчлөлт	Тийм Үгүй Тодорхойгүй
Цэр гарах	Тийм Үгүй Тодорхойгүй	Таталт	Тийм Үгүй Тодорхойгүй
Хоолой хөндүүрлэх	Тийм Үгүй Тодорхойгүй	Бөөлжих / Дотор муухай оргих	Тийм Үгүй Тодорхойгүй
Цээжээр өвдөх	Тийм Үгүй Тодорхойгүй	Суулгалт	Тийм Үгүй Тодорхойгүй
Амьсгал давчдах	Тийм Үгүй Тодорхойгүй	Нүдний салстын үрэвсэл	Тийм Үгүй Тодорхойгүй
Үнэрлэх мэдрэмж алдагдах	Тийм Үгүй Тодорхойгүй	Булчингаар өвдөх	Тийм Үгүй Тодорхойгүй
Амтлах мэдрэмж алдагдах	Тийм Үгүй Тодорхойгүй	Бусад, бичнэ үү	

2в. ЛАБОРАТОРИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮД			
(*хэрэв жагсаалт дахь нэгжээс өөр нэгжээр илэрхийлэгдсэн бол тэмдэглэнэ)			
Үзүүлэлт	Хэмжээ*	Үзүүлэлт	Хэмжээ*
Гемоглобин (г/л)		Креатинин (мкмоль/л)	
Лейкоцит (x10 ⁹ /л)		Натри (мэкв/л)	
Гематокрит (%)		Кали (мэкв/л)	
Тромбоцит (x10 ⁹ /л)		Прокальцитонин (нг/мл)	
APTT/APTR		С-урвалжит уураг (мг/л)	
Протромбиний хугацаа (секунд)		Лактатдегидрогеназа (нэгж/л)	
INR		Креатинфосфокиназа (нэгж/л)	
АЛАТ/ГПТ (нэгж/л)		Тропонин (нг/мл)	
Нийт билирубин (мкмоль/л)		СОЭ (мм/ц)	
АСАТ/ГОТ (нэгж/л)		D-dimer (мг/л)	

Шээсний хүчил (ммоль/л)		Төмөр (нг/мл)	
Лактат (ммоль/л)		Интерлейкин-6 / IL-6 (пг/мл)	

2г. ЭМЧИЛГЭЭ, сүүлийн 24 цагийн дотор дараах эмчилгээ хийгдсэн эсэх:

Шингэнийг:

Амаар Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Ходоодны зондоор авч байгаа Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Судсаар шингэн сэлбэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Вирусийн эсрэг эм: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐ Хэрэв тийм бол: Рибавирин ☐,

Лопинавир/Ритонавир ☐, Нейраминидазийн ингибитор (Тамифлу) ☐, Интерферон альфа ☐, Интерферон бета ☐, Арбидол ☐, Павипиравир (Авиган) ☐, Бусад, бичнэ үү:.....

Кортикостеройд: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Хэрэв Тийм бол, хэрэглэж байгаа зам: Амаар ☐, Судсаар ☐, Амьсгалын замаар ☐,

Хэрэв Тийм бол, Эмийн нэр болон хоногийн дээд тунг бичнэ үү:.....

Антибиотик: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Мөөгөнцрийн эсрэг бэлдмэл: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Хумхаагийн эсрэг эм: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐ Тийм бол, нэрийг бичнэ үү:.....

Туршилтийн эм бэлдмэл: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐ Тийм бол, нэрийг бичнэ үү:.....

Үрэвслийн эсрэг дааврын бус бэлдмэл (NSAID): Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Ангиотензин хувиргагч бэлдмэл (ACE inhibitors): Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Ангиотензин II рецепторын хориглогч бэлдмэлүүд (ARBs): Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Системийн антикоагулянт Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

2е. ДЭМЖИХ ЭМЧИЛГЭЭ, сүүлийн 24 цагийн хугацаанд дараах эмчилгээ хийгдсэн эсэх:

Эрчимт эмчилгээний тасагт (ЭЭТ) байгаа эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Хэрэв Тийм бол, тухайн тасагт эмчлүүлсэн нийт хугацаа: ☐ ☐ ☐ хоног

ЭЭТ -т хэвтсэн он, сар, өдөр: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Тодорхойгүй ☐

ЭЭТ-ээс гарсан он, сар, өдөр: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Одоогоор гараагүй байгаа ☐ ☐ Тодорхойгүй ☐

Хүчилтөрөгч эмчилгээ: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐

Хэрэв Тийм бол, доорх мэдээллийг бөглөнө үү:

Хүчилтөрөгчийн урсгалын хэмжээ: 1-5 л/мин ☐ ☐ ☐ 6-10 л/мин ☐ ☐ ☐ 11-15 л/мин ☐ ☐ ☐ >15 л/мин ☐ ☐ ☐

Тодорхойгүй ☐

Хүчилтөрөгчийн эх сурвалж: Төвлөрсөн хангамж ☐ ☐ Бортотой ☐ ☐ Өтгөрүүлэгч ☐ ☐ Тодорхойгүй ☐

Хүчилтөрөгч өгч буй арга: Хамрын гуурс ☐ ☐ Өндөр урсгалт хамрын гуурс ☐ ☐ Хошуувч ☐ ☐ Нөөц ууттай

хошуувч ☐ ☐ CPAP (тасралтгүй эерэг даралтат амьсгал- ТЭДУ/ инвазив бус зохиомол амьсгал) ☐ ☐

Тодорхойгүй ☐

Инвазив бус зохиомол амьсгал Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Түрүүлгээ харуулсан байрлалд зохиомол амьсгал: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Интубацитай зохиомол амьсгал: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Тийм бол доорхи үзүүлэлтүүдээс ямар хэмжээнд байсан бэ (0800 хэмжээнд хамгийн ойр хүрсэн)?

Амьсгал гаргалтын төгсгөл дэх эерэг даралт /PEEP/ (см H₂O) _____; Өгч буй хүчилтөрөгчийн хэмжээ /F_iO₂/

(%) _____; Амьсгалын хамгийн бага даралт /Plateau Pressure/ (см H₂O) _____; Нүүрсхүчлийн хийн парциал

даралт P_aCO₂ _____; Хүчилтөрөгчийн парциал даралт /P_aO₂/ _____

Инотроп/судас агшаах эмчилгээ: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Биеэс гадуур хүчилтөрөгчжүүлэх эмчилгээ /ECMO/-нд орсон/: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Бөөр орлуулах эмчилгээ эсвэл диализ: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

МОДУЛЬ 3: ЭМНЭЛГЭЭС ГАРАХ (НАС БАРСАН ҮЕИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

3а. ОНОШИЛГОО / ШИНЖИЛГЭЭ

Цээжний рентген шинжилгээ / Компьютер томографи: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Хэрэв Тийм бол: Нэвчдэс байсан уу? Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Энэ өвчний үед үүсгэгч илрүүлэх шинжилгээг хийсэн үү? Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Хэрэв тийм бол, доорхи мэдээллийг бүгдийг бөглөнө үү:

Томуугийн вирус: Эерэг ☐, Сөрөг ☐, Хийгдээгүй ☐ Эерэг бол, төрлийг бичнэ үү:

Коронавирус: Эерэг ☐, Сөрөг ☐, Хийгдээгүй ☐ Эерэг бол: MERS-CoV ☐ SARS-CoV-2 ☐

Бусад:

Бусад амьсгалын замын үүсгэгч: Эерэг ☐, Сөрөг ☐, Хийгдээгүй ☐ Эерэг бол, бичнэ үү:

Вирусын шалтгаант цусархаг халууралт: Эерэг ☐, Сөрөг ☐, Хийгдээгүй ☐

Эерэг бол вирусийг бичнэ үү:

Нийгмийн эрүүл мэндэд хор хөнөөлтэй бусад үүсгэгч: Хэрэв тийм бол, бичнэ үү:

Фальципармаар үүсгэгдсэн хумхаа (Falciparum malaria): Эерэг ☐, Сөрөг ☐, Хийгдээгүй ☐

Бусад үүсгэгчээр үүсгэгдсэн хумхаа (Non-falciparum malaria): Эерэг ☐, Сөрөг ☐, Хийгдээгүй ☐

ХДХВ: Эерэг ☐, Сөрөг ☐, Хийгдээгүй ☐

3б. Эмнэлэгт эмчлүүлэх хугацаанд өвчтөнд гарсан хүндрэлүүдийг бичнэ:

Шок	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Бактерими	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Таталт	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Цус алдалт	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Менингит/ Энцефалит	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Эндокардит	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Цус багадалт	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Миокардит/ Перикардит	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Зүрхний хэм алдалт	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Бөөрний цочмог гэмтэл	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Зүрхний дутагдал	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Панкреатит	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Уушгины үрэвсэл	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Элэгний үйл ажиллагааны алдагдал	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Гуурсан хоолойн үрэвсэл	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Кардиомиопати	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Амьсгалын цочмог дутагдал	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐	Бусад, бичнэ үү:	

3в. ХИЙГДСЭН ЭМЧИЛГЭЭ

Шингэнийг:

Амаар Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Ходоодны зондоор авч байгаа Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Судсаар шингэн сэлбэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Вирусийн эсрэг эм: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐ Хэрэв тийм бол:

Рибавирин ☐, Лопинавир/Ритонавир ☐, Нейраминидазийн ингибитор (Тамифлу) ☐, Интерферон альфа ☐, Интерферон бета ☐, Арбидол ☐, Павиправир (Авиган) ☐, Бусад, бичнэ үү:

Кортикостеройд: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Хэрэв тийм бол, хэрэглэж байгаа зам: Амаар ☐, Судсаар ☐, Амьсгалын замаар ☐, Хэрэв тийм бол, Эмийн нэр болон хоногийн дээд тунг бичнэ үү:

Антибиотик: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Мөөгөнцрийн эсрэг бэлдмэл: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Хумхаагийн эсрэг эм: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Тийм бол, нэрийг бичнэ үү:

Туршилтийн эм бэлдмэл: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Тийм бол нэрийг бичнэ үү:

Үрэвслийн эсрэг дааврын бус бэлдмэл (NSAID): Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Ангиотензин хувиргагч бэлдмэл (ACE inhibitors): Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Ангиотензин II рецепторын хориглогч бэлдмэлүүд (ARBs): Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐ Стероидын бус үрэвслийн эсрэг бэлдмэл (NSAID): Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Ангиотензин хувиргагч бэлдмэл (ACE inhibitors) Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Ангиотензин II хүлээн авагчийг хориглох бэлдмэлүүд (ARBs) Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

3г. ДЭМЖИХ ЭМЧИЛГЭЭ

Эрчимт эмчилгээний тасагт (ЭЭТ) байгаа эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Хэрэв тийм бол, тухайн тасагт эмчлүүлсэн нийт хугацаа: ☐ хоног

ЭЭТ -т хэвтсэн он, сар, өдөр: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Тодорхойгүй ☐

ЭЭТ-ээс гарсан он, сар, өдөр: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Одоогоор гараагүй байгаа ☐ ☐ Тодорхойгүй ☐

Хүчилтөрөгч эмчилгээ: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐

Хэрэв Тийм бол доорх мэдээллийг бөглөнө үү:

Хүчилтөрөгчийн урсгалын хэмжээ: 1-5 л/мин ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 6-10 л/мин ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 11-15 л/мин ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ >15 л/мин ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Тодорхойгүй ☐

Хүчилтөрөгчийн эх сурвалж: Төвлөрсөн хангамж ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Бортотой ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Өтгөрүүлэгч ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Тодорхойгүй ☐

Хүчилтөрөгч өгч буй арга: Хамрын гуурс ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Өндөр урсгалт хамрын гуурс ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Хошуувч ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Нөөц ууттай хошуувч ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ CPAP (тасралтгүй эерэг даралтат амьсгал- ТЭДУ/ инвазив бус зохиомол амьсгал) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Тодорхойгүй ☐

Инвазив бус зохиомол амьсгал Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Түрүүлгээ харуулсан байрлалд зохиомол амьсгал: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Интубацитай зохиомол амьсгал: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Тийм бол доорхи үзүүлэлтүүдээс ямар хэмжээнд байсан бэ (0800 хэмжээнд хамгийн ойр хүрсэн)?

Амьсгал гаргалтын төгсгөл дэх эерэг даралт /PEEP/ (см H₂O) _____; Өгч буй хүчилтөрөгчийн хэмжээ /F_iO₂/ (%) _____; Амьсгалын хамгийн бага даралт /Plateau Pressure/ (см H₂O) _____; Нүүрсхүчлийн хийн парциал даралт P_aCO₂ _____; Хүчилтөрөгчийн парциал даралт /P_aO₂/ _____

Инотроп/судас агшаах эмчилгээ: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Биеэс гадуур хүчилтөрөгчжүүлэх эмчилгээ /ЕСМО/-нд орсон/: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Бөөр орлуулах эмчилгээ эсвэл диализ: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

3д. ҮР ДҮН

Эмнэлгээс гарсан ☐ ☐

Эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлж байгаа ☐ ☐

Өөр эмнэлэг, сувилал/тасагт шилжсэн ☐ ☐

Нас барсан ☐ ☐

Хөнгөвчлөх эмчилгээ ☐ ☐ Тодорхойгүй ☐

Үр дүнг үнэлсэн он, сар, өдөр: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Тодорхойгүй ☐

Хэрэв эдгэрсэн бол: Өвдөхөөс өмнөх өөртөө үйлчлэх чадварыг эдгэрсний дараах үетэй харьцуулахад:

Өвдөхөөс өмнөх үетэй ижил ☐ ☐ Муудсан ☐ ☐ Сайжирсан ☐ ☐ Тодорхойгүй ☐

Эрүүл мэндийн сайдын 2020 оны
05... сарын 12...-ны өдрийн 4295
тушаалын хоёрдугаар хавсралт

КОРОНАВИРУСТ ХАЛДВАР (COVID-19)-ТАЙ ЖИРЭМСЭН БОЛОН АМАРЖСАН
ЭМЭГТЭЙД ХӨТЛӨХ БҮРТГЭЛИЙН ТҮР МАЯГТ

МОДУЛЬ 1: ЭМНЭЛЭГТ ХЭВТЭХ ҮЕИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

Шинж тэмдэг эхэлснээс хойш 21 хоногийн дотор жирэмсэн байсан эсвэл төрсөн үү?
Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

Хэрэв "Тийм" бол дараах асуултуудад хариулна.

1. ХҮЛЭЭН АВАХ ҮЕИЙН МЭДЭЭЛЭЛ	
1. Жирэмсэн эх ☐	Амаржсанаас хойших ☐ хоног
2. Амаржсан ☐	Хөхүүл эсэх Тийм ☐ Үгүй ☐
3. Үр хөндүүлсэн/ зулбасан ☐	
4. Ургийн тоо*	
5. Жирэмсний хугацаа ☐ долоо хоног	
* жирэмсэн, үр хөндүүлсэн, зулбасан тохиолдолд ургийн тоог бичнэ	
2. ҮР ХӨНДҮҮЛСЭН ЭСВЭЛ ЗУЛБАСАН ХУГАЦАА	
Үр хөндүүлсэн болон зулбасан он, сар, өдөр	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Тухайн үед COVID-19 өвчний шинж тэмдэг илэрч байсан уу?	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
3. ЭХ БАРИХЫН ТҮҮХ	
Жирэмслэлтийн тоо (22 долоо хоногоос дээш) ☐ ☐	
Өмнөх төрөлттэй холбоотой бүх мэдээллийг сонгоно уу:	
Дутуу төрөлт (<37 долоо хоног)	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Төрөлхийн гажиг	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Хэвийн төрөлт	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Нярайн эрт үеийн нас баралт (0-6 хоногт)	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Жин 2.5 кг-аас бага	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Жин 4.5 кг-аас их	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

4. СОГТУУРУУЛАХ УНДАА, МАНСУУРУУЛАХ БОДИСЫН ХЭРЭГЛЭЭ	
Жирэмсэн үедээ согтууруулах ундаа хэрэглэж байсан эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Жирэмсэн үедээ мансууруулах бодис хэрэглэж байсан эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐

5. ЖИРЭМСЭН ҮЕИЙН ЭМИЙН ХЭРЭГЛЭЭ (Одоогийн өвчний шинж тэмдэг эхлэхээс өмнө)	
Халуун бууруулах, өвдөлт намдаах эм	Ацетаминофен/парацетамол Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
	Үрэвслийн эсрэг дааврын бус эм (NSAID) Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
	Бусад (тодорхой бичнэ үү):
Таталтын эсрэг эм	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐ Хэрэв Тийм бол нэрийг тодорхой бичнэ үү:
Бөөлжилтийн эсрэг эм	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐ Хэрэв Тийм бол нэрийг тодорхой бичнэ үү:
Жирэмсний витамин, микроэлементүүд	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐ Хэрэв Тийм бол нэрийг тодорхой бичнэ үү (Фолийн хүчил гэх мэт):
Вирусийн эсрэг эм	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐ Хэрэв Тийм бол нэрийг тодорхой бичнэ үү:
Антибиотик	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐ Хэрэв Тийм бол нэрийг тодорхой бичнэ үү:
6. ЭМНЭЛЭГТ ХЭВТЭХ ҮЕИЙН ШИНЖ ТЭМДЭГ	
Үтрээнээс усархаг шингэн гарсан	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Үтрээнээс цус алдсан	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Толгой өвдсөн	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Нүдний хараа өөрчлөгдсөн	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Хэвлийн баруун дээд хэсгээр өвдсөн	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Ургийн хөдөлгөөн багассан эсвэл хөдөлгөөнгүй болсон	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Умайн базалж байгаа эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
7. УРГИЙН ЗҮРХНИЙ ЦОХИЛТ (эмнэлэгт ирэх үеийн хамгийн эхний үзлэгээр)	
Ургийн зүрхний цохилт	(FHR): Цохилтын тоо/минут

МОДУЛЬ 2: ХЯНАЛТЫН ҮЗЛЭГ

(Өдөр тутмын үнэлгээнд шаардлагатай боломжит мэдээллийг байнга бөглөх)

Мэдээлэл авсан огноо |__|__|__|__|__|__|__|__|

1. УРГИЙН ЗҮРХНИЙ ЦОХИЛТ (хяналтын)	
Ургийн зүрхний цохилт (өнгөрсөн 24 цагийн хугацаанд гарсан хамгийн их өөрчлөлттэй утгыг тэмдэглэнэ)	(FHR): __ __ __ Цохилтын тоо/минут
2. ЭМЧИЛГЭЭ Өвчтөн эмнэлэгт хэвтэж байх үедээ хийлгэсэн бүх эмчилгээ	
Умайн булчин сулруулах эмчилгээ	Тийм __ Үгүй __ Тодорхойгүй __
Төрөлт сэдээх	Тийм __ Үгүй __ Тодорхойгүй __
Цус сэлбэх	Тийм __ Үгүй __ Тодорхойгүй __

МОДУЛЬ 3: ЭМНЭЛГЭЭС ГАРАХ (НАС БАРСАН) ҮЕИЙН МЭДЭЭЛЭЛ

1. ТӨРӨЛТ, ЖИРЭМСЛЭЛТИЙН ҮР ДҮН, ЭХИЙН БИЕИЙН БАЙДАЛ		
Коронавируст халдварын улмаас эмчлүүлж байхдаа төрсөн эсэх	Тийм __ Үгүй __ Хэрэв тийм бол огноо: __ __ __ __ __ __ __	
Төрлөгийн хэлбэр	__ Төрөх замаар төрсөн __ Кесар мэс заслаар төрсөн	
Төрлөгийн эхлэл	__ Төрлөг өөрөө аяндаа эхэлсэн __ Сэдээлт хийсэн __ Кесар мэс засал __ Тодорхойгүй	
Ураг орчмын шингэний байдал	__ Тунгалаг __ Ногоон __ Тодорхойгүй	
Эх барихын болон эх барихын бус эмгэг	Жирэмсний чихрийн шижин Жирэмсэн үеийн артерийн даралт ихсэлт Цус багадалт ($Hb < 11 \text{ g/dL}$) Жирэмсний хордлого Өсөлтгүй жирэмслэлт Ихэс түрүүлэлт, ихсийн эмгэг шигдэлт (placenta previa, accrete, percreta) Эмнэлэгт ирэхээс өмнө нянгийн халдвар авсан Манас таталтын урьдал/ манас таталт Ихэс ховхролт Хэвийн байрласан ихэс цагаас урьтаж ховхрох Дутуу төрөлт Ураг орчмын шингэн цагаасаа урьтаж гарах Жирэмсний эрт болон хошуу үеийн зулбалт Цус алдалт Хэрэв цус алдсан бол : Ураг орчмын шингэний бөглөрөл Мэдээгүйжүүлгийн хүндрэл	__ Тийм __ Үгүй __ Тодорхойгүй __ Тийм __ Үгүй __ Тодорхойгүй __ Тийм __ Үгүй __ Тодорхойгүй __ Тийм __ Үгүй __ Тодорхойгүй __ Тийм __ Үгүй __ Тодорхойгүй __ Тийм __ Үгүй __ Тодорхойгүй __ Тийм __ Үгүй __ Тодорхойгүй __ Тийм __ Үгүй __ Тодорхойгүй __ Тийм __ Үгүй __ Тодорхойгүй __ Тийм __ Үгүй __ Тодорхойгүй __ Тийм __ Үгүй __ Тодорхойгүй __ Төрөхийн өмнө/төрөх үед __ Төрсний дараа __ Үр хөндөлттэй холбоотой Тийм __ Үгүй __ Тодорхойгүй __ Тийм __ Үгүй __ Тодорхойгүй __
A2. ЖИРЭМСЛЭЛТИЙН ТӨГСГӨЛ		

A4. НЯРАЙН ТҮҮХ	
Төрсөн огноо Төрсөн цаг	
Эхийн дугаар Хүүхдийн дугаар* *нярайн маягтыг бөглөнө үү	-
Ураг болон нярайд COVID-19-ийн лабораторийн шинжилгээ хийсэн үү	☐ Хийсэн ☐ Хийгээгүй ☐ Тодорхойгүй Хэрэв Тийм бол: Сорьц: Шинжилгээ: Сорьц авсан огноо: Хариу:
Эхний 5 минут дахь Апгарын оноо	Оноо:
Тээлтийн хугацаа	Долоо хоног: Өдөр:
Төрөх үеийн жин	Граммаар:
Амьсгалын дистресс хамшинж	Тийм ☐ /Үгүй ☐ Тодорхойгүй ☐
Нярай эмнэлгээс гарахдаа	☐ Эрүүл нярай ☐ Хүндрэлтэй/ эмгэгтэй Дэлгэрэнгүй: ☐ Нарийн мэргэжлийн эмнэлэг/тасагт шилжүүлсэн Дэлгэрэнгүй: ☐ Нас барсан Нас барсан огноо: Тодорхойгүй ☐
Хэрэв нярай эндсэн бол эндэгдлийн үндсэн шалтгаан	☐ Дутуу төрсөн/ бага жинтэй ☐ Нярайн бүтэлт ☐ Халдвар ☐ Төрөлтийн гэмтэл ☐ Төрөлхийн гажиг ☐ Бусад ☐ Тодорхойгүй
Төрөлхийн гажиг илэрсэн бол:	☐ Нуруу, нугасны ивэрхий ☐ Микроцефали ☐ Чихний төрөлхийн гажиг ☐ Зүрхний төрөлхийн гажиг ☐ Уруул, тагнайн сэтэрхий ☐ Хоол боловсруулах замын төрөлхийн гажиг ☐ Бэлэг эрхтний төрөлхийн гажиг ☐ Хэвлийн ханын гажиг ☐ Хромосомын эмгэг ☐ Дээд ба доод мөч богиносох гажиг ☐ Тавхай эргэх/Майга тавхай

ТҮР МАЯГТЫГ ХӨТЛӨХ ЗААВАР БОЛОН МЭДЭЭЛЛИЙН УРСГАЛ

1. Түр маягтыг хөтлөх заавар

1.1. Коронавируст халдвар (COVID-19)-ын батлагдсан тохиолдлын эмнэлзүйн бүртгэлийн түр маягт болон коронавируст халдвартай жирэмсэн болон амаржсан эмэгтэйд хөтлөх эмнэлзүйн бүртгэлийн түр маягтуудыг коронавируст халдварын улмаас эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлж буй үйлчлүүлэгчид хөтөлнө.

1.2. Дээрх бүртгэлийн түр маягтуудыг Эрүүл мэндийн сайдын 2019 оны А/611 дүгээр тушаалаар батлагдсан Өвчний түүх (СТ-1, 2), Төрөлтийн түүх (СТ-3), Нярайн түүх (СТ-7)-ээс холбогдох маягтын хавсралт болгон эмчлэгч эмч хөтөлнө.

1.3. Коронавируст халдвартай жирэмсэн болон амаржсан эхэд дээрх 2 бүртгэлийн маягтыг хамтад нь хөтөлнө.

1.4. Эмчлэгч эмч бүртгэлийн маягтыг цаасан болон цахим хэлбэрээр хөтөлнө.

1.5. Цахим хэлбэрээр хөтлөхдөө эмчлэгч эмч Эрүүл мэндийн яамнаас Коронавируст халдварын үед ашиглаж буй програм хангамжийн тусламжтайгаар мэдээллийн нэгдсэн санг үүсгэнэ.

1.6. Мэдээллийн нэгдсэн сангийн мэдээлэлд Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн Халдварт өвчний тандалт судалгааны алба 7 хоног тутамд дүн шинжилгээг хийнэ.

1.7. Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвөөс дүн шинжилгээ бүхий эргэн мэдээллийг 10 хоног тутамд Эрүүл мэндийн яамны Эмнэлгийн тусламжийн газар, Шуурхай удирдлагын төв, Эмнэлзүйн зөвлөх баг болон холбогдох байгууллагад хүргүүлнэ.

1.8. Халдварт өвчин судлалын үндэсний төв нь мэдээллийн нэгдсэн сангаас Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын "Шинэ коронавирусын эмнэлзүйн мэдээллийн дэлхийн сан"-д 7 хоног тутам илгээж, харилцан мэдээлэл солилцон ажиллана.

1.9. Тохиолдлын дугаарыг Монгол Улсад бүртгэгдсэн дарааллаар бичнэ.

1.10. Маягтыг бөглөхдөө тухайн асуумжийн харгалзах хариултаас нэгийг сонгон бөглөнө.

1.11. Сорьц авсан огноонд оны сүүлийн 2 оронг бичнэ. Харин Нярайн түүх (А4)-ийн сорьц авсан огноог он, сар, өдөр гэсэн дарааллаар бичнэ.

1.12. Төрсөн цагийг цаг, минутын хамт бичнэ.

2. Мэдээллийн урсгалын зураглал

