



МОНГОЛ УЛСЫН
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЙДЫН
ТУШААЛ

2020 оны 05 сарын 12 өдөр

Дугаар А/275

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 хуртэлх 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. ХАВЦАРСАН 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 _____		

*РВЗЗ- 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 |_|_|

Вирүсийн эсрэг эм / Антибиотик: Тийм |_|_| Үгүй |_|_| Тодорхойгүй |_|_|

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

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

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

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

Интубациатай 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

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)	
Гематокрит (%)		Кали (мэкв/л)	
Тромбоцит ($\times 10^9$ /л)		Прокальцитонин (нг/мл)	
АРТТ/АРТР		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)	

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 _ _ . _ _ С	Зүрхний цохилтын тоо _ _ _ ЗЦТоо/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)	

26. 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 ($\times 10^9$ /л)		Натри (мэкв/л)	
Гематокрит (%)		Кали (мэкв/л)	
Тромбоцит ($\times 10^9$ /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 (нг/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

2в. 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 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/ _____

Илотроп/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 <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/>	Бактерими	Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/>
Таталт	Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/>	Цус алдалт	Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/>
Менингит/ Энцефалит	Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/>	Эндокардит	Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/>
Цус багадалт	Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/>	Миокардит/ Перикардит	Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/>
Зүрхний хэм алдалт	Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/>	Бөөрний цочмог гэмтэл	Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/>
Зүрхний дутагдал	Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/>	Панкреатит	Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/>
Уушгины үрэвсэл	Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/>	Элэгний үйл ажиллагааны алдагдал	Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/>
Гуурсан хоолойн үрэвсэл	Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/>	Кардиомиопати	Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/>
Амьсгалын цочмог дутагдал	Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/>	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 , Павипиравир (Авиган) , Бусад, бичнэ

үү:.....

Кортикостероид: 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 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_oO₂/
(%) _____; Амьсгалын хамгийн бага даралт /Plateau Pressure/ (см H₂O) _____; Нүүрсхүчлийн хийн парциал
даралт P_aCO₂ _____; Хүчилтөрөгчийн парциал даралт /P_aO₂/ _____
Иноotrop/судас агшаах эмчилгээ: Тийм Үгүй Тодорхойгүй
Биеэс гадуур хүчилтөрөгчжүүлэх эмчилгээ /ECMO/-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

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 Хөхүүл эсэх Тийм __ Үгүй __
2. Амаржсан __	
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 <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Хэрэв тийм бол огноо: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Төрлөгийн хэлбэр	<input type="checkbox"/> Төрөх замаар төрсөн <input type="checkbox"/> Кесар мэс заслаар төрсөн	
Төрлөгийн эхлэл	<input type="checkbox"/> Төрлөг өөрөө аяндаа эхэлсэн <input type="checkbox"/> Сэдээлт хийсэн <input type="checkbox"/> Кесар мэс засал <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	
Ураг орчмын шингэний байдал	<input type="checkbox"/> Тунгалаг <input type="checkbox"/> Ногоон <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй	
Эх барихын болон эх барихын бус эмгэг	<p>Жирэмсний чихрийн шижин Жирэмсэн үеийн артерийн даралт ихсэлт Цус багадалт (Hb < 11 g/dL) Жирэмсний хордлого Өсөлтгүй жирэмслэлт Ихэс түрүүлэлт, ихсийн эмгэг шигдэлт (placenta previa, accrete, percreta)</p> <p>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 хожуу үеийн зулбалт</p> <p>Цус алдалт Хэрэв цус алдсан бол :</p> <p>Ураг орчмын шингэний бөглөрөл Мэдээгүйжүүлгийн хүндрэл</p>	<p><input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй</p> <p><input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй</p> <p><input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй</p> <p><input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй</p> <p><input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй</p> <p><input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй</p> <p><input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/> Төрөхийн өмнө/төрөх үед <input type="checkbox"/> Төрсний дараа <input type="checkbox"/> Үр хөндөлттэй холбоотой</p> <p>Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй <input type="checkbox"/></p>
A2. ЖИРЭМСЛЭЛТИЙН ТӨГСГӨЛ		

Жирэмслэлтийн төгсгөл	<input type="checkbox"/> Төрөөгүй <input type="checkbox"/> Аяндаа зулбалт <input type="checkbox"/> Эмнэлгийн нөхцөлд үр хөндөлт <input type="checkbox"/> Явуут зулбаа <input type="checkbox"/> Төрлөг эхлэхээс өмнөх амьгүй ураг <input type="checkbox"/> Амьгүй төрөлт <input type="checkbox"/> Амьд төрөлт
Эх нас барсан Хэрэв тийм бол нас баралтын үндсэн шалтгаан юу байсан бэ?	<input type="checkbox"/> Тийм <input type="checkbox"/> Үгүй <input type="checkbox"/> Амьсгалын замын цочмог хүнд халдвар <input type="checkbox"/> Эх барихын цус алдалт <input type="checkbox"/> Артерийн даралт ихсэлт <input type="checkbox"/> Эх барихын гаралтай халдвар <input type="checkbox"/> Үр хөндөлт /Умайн гадуурх жирэмслэлт <input type="checkbox"/> Эх барихын шууд шалтгаан <input type="checkbox"/> Эх барихын шууд бус шалтгаан <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй

A3. СОРЬЦ Ямар нэгэн сорьц авсан бол шинжилгээ авсан он, сар, өдөр, хариуг тодорхой бичнэ үү			
	Шинжилгээний төрөл	Сорьц авсан огноо	хариу
<input type="checkbox"/> Ураг орчмын шингэн		_ _ _ _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Ихэс		_ _ _ _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Хүйн цус		_ _ _ _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Үтрээний ялгадас		_ _ _ _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Өтгөн/Шулуун гэдэсний арчдас		_ _ _ _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Эдийн шинжилгээний материал		_ _ _ _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Эхийн сүү		_ _ _ _ _ _ _	

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	<input type="checkbox"/> Хийсэн <input type="checkbox"/> Хийгээгүй <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй Хэрэв Тийм бол: Сорьц: Шинжилгээ: Сорьц авсан огноо: Хариу:
Эхний 5 минут дахь Алгарын оноо	Оноо: _____
Тээлтийн хугацаа	Долоо хоног: _____ Өдөр: _____
Төрөх үеийн жин	Граμμαар: _____
Амьсгалын дистресс хамшинж	Тийм _____ Үгүй _____ Тодорхойгүй _____
Нярай эмнэлгээс гарахдаа	<input type="checkbox"/> Эрүүл нярай <input type="checkbox"/> Хүндрэлтэй/ эмгэгтэй Дэлгэрэнгүй: <input type="checkbox"/> Нарийн мэргэжлийн эмнэлэг/гасагт шилжүүлсэн Дэлгэрэнгүй: <input type="checkbox"/> Нас барсан Нас барсан огноо: _____ _____ _____ _____ _____ Тодорхойгүй _____
Хэрэв нярай эндсэн бол эндэгдлийн үндсэн шалтгаан	<input type="checkbox"/> Дутуу төрсөн/ бага жинтэй <input type="checkbox"/> Нярайн бүтэлт <input type="checkbox"/> Халдвар <input type="checkbox"/> Төрөлтийн гэмтэл <input type="checkbox"/> Төрөлхийн гажиг <input type="checkbox"/> Бусад <input type="checkbox"/> Тодорхойгүй
Төрөлхийн гажиг илэрсэн бол:	<input type="checkbox"/> Нуруу, нугасны ивэрхий <input type="checkbox"/> Микроцефали <input type="checkbox"/> Чихний төрөлхийн гажиг <input type="checkbox"/> Зүрхний төрөлхийн гажиг <input type="checkbox"/> Уруул, тагнайн сэтэрхий <input type="checkbox"/> Хоол боловсруулах замын төрөлхийн гажиг <input type="checkbox"/> Бэлэг эрхтний төрөлхийн гажиг <input type="checkbox"/> Хэвлийн ханын гажиг <input type="checkbox"/> Хромосомын эмгэг <input type="checkbox"/> Дээд ба доод мөч богиносох гажиг <input type="checkbox"/> 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

