

*Приказ № 18
от 05.04.2022.*

«Об определении вирусологических лабораторий и создании мобильных бригад для оказания практической помощи по предупреждению распространения коронавирусной инфекции COVID-19»

В целях оказания консультативно- практической помощи в проведении противоэпидемических мероприятий в очагах коронавирусной инфекции COVID-19 и подключения вирусологических лабораторий организаций общественного здравоохранения

Приказываю:

1. Утвердить прилагаемые:

1.1. Списки экспертных групп для определения приоритетности и актуальности лабораторных исследований замороженных образцов (Приложение 1);

1.2. Списки специалистов-эпидемиологов мобильных бригад для оказания практической помощи в регионах (Приложение 2);

1.3. Инструкцию по использованию метода пулирования для замороженных образцов (Приложение 3);

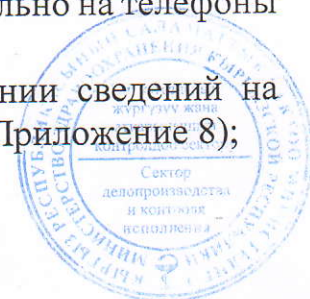
1.4. Алгоритм действий в отношении лиц, с подтвержденными случаями COVID-19 и их контактных лиц (Приложение 4);

1.5. Алгоритм действия семейного врача при самообращении пациента с одним или более симптомами COVID-19 (Приложение 5);

1.6. Алгоритм действия семейного врача в случае звонка пациента с одним или более симптомами COVID-19 (Приложение 6);

1.7. Алгоритм действия при обращении граждан самостоятельно на телефоны горячей линии 112, 118 (Приложение 7);

1.8. Алгоритм действия мобильной бригады при получении сведений на телефоны 112, 118 и от организаций здравоохранения ПМСП (Приложение 8);



1.9. Алгоритм действия медицинских работников при проведении обследования пациентов, обратившихся в организации здравоохранения (независимо от форм собственности) с неотложными состояниями, из обсервации или домашнего карантина (граждан, прибывших из эпидемиологических неблагополучных стран/контактных с больным с COVID -19) (Приложение 9);

1.10. Алгоритм проведения экспресс-тестирования в ЦСМ/ЦОВП на новый коронавирус COVID -19, пациентам по самообращению (Приложение 10);

1.11. Анкета для сбора данных мобильной бригадой при выезде о самостоятельно обратившихся лиц по линии 112, 118 (Приложение 11).

1.12. Алгоритм действий оператора для сбора данных о самостоятельно обратившемся лице по линии 118 (Приложение 12)

1.13. Форма запроса на проведение лабораторного тестирования на COVID-19 (Приложение 13)

2. Руководителям организаций общественного здравоохранения, где задействованы вирусологические лаборатории в проведении исследования на COVID-19 обеспечить:

2.1. проведение экспресс тестирования на СКП, на дому, в ЦСМ/ЦОВП:

2.1.1. среди контактных лиц с низким риском инфицирования;

2.1.2. среди лиц, прибывающих через санитарно-карантинные пункты, временные медицинские пункты;

2.1.3 среди лиц, обратившихся самостоятельно (самообращение по телефону МЧС КР 118,112).

2.2. обеспечить отбор образцов, хранение, транспортировку и диагностику с передачей положительно выявленных анализов на подтверждение в ДПЗиГСЭН;

2.3 ежедневное к 18.00 представление сведений о лабораторных исследованиях для внесения в базу ДПЗиГСЭН.

3. Закрепить проведение вирусологических исследований образцов от лиц, подлежащих к обследованию в регионах Кыргызской Республики лабораториями общественного здравоохранения МЗ КР:

3.1 Директору ДПЗиГСЭН (Жороев А.А.):

3.1.1. обеспечить проведение лабораторных исследований от лиц Панфиловского, Жайылского, Московского, Сокулукского районов Чуйской области, РКИБ и СКП «Манас»;

3.1.2. проведение контрольного лабораторного исследования положительных анализов на COVID-19, использовать метод пулирования для замороженных образцов г.г. Бишкек, Ош в соответствии с утвержденной инструкцией;

3.1.3. использовать метод пулирования для замороженных образцов г.г. Бишкек, Ош в соответствии с утвержденной инструкцией по заключению экспертной группы;

3.1.4. при массовом поступлении лабораторных образцов обеспечить перераспределение между вирусологическими лабораториями в зависимости от пропускной способности.

3.2 И.о. директора РЦКиООИ (Усенбаев Н.Т.) обеспечить проведение лабораторных исследований на COVID-19 подлежащих лиц Иссык-Кульской,



Нарынской, Жалал-Абадской областей, включая СКП «Торугарт» и СКП, расположенных на территории Жалал-Абадской области;

3.3. главному врачу Ошского городского ЦПЗиГСЭН с ФКДСО (Исмаилов З.И.) обеспечить проведение лабораторных исследований подлежащих тестированию лиц, Баткенской, Ошской областей, г.Ош и санитарно-карантинных пунктов, расположенных на территории Ошской области, аэропорта «Ош»;

3.4 директору РЦ СПИД (Чокморова У.Ж.) обеспечить проведение лабораторных исследований, подлежащих лиц Таласской области и от лиц, находящихся в местах обсервации по г.Бишкек;

3.5. главному врачу Иссык-Атинского районного ЦПЗиГСЭН с ФКДСО (Бектурганов У.Б.) обеспечить проведение лабораторных исследований лиц, от подлежащих лиц Иссык-Атинского, Аламудунского, Кеминского районов, г.Токмок Чуйской области и СКП, расположенных на территории Чуйской области;

3.6. главному врачу ЦГСЭН г.Бишкек (Бейшеналиева А.Б.) провести лабораторное исследование среди выявленных контактных лиц с больным COVID-19, находящихся на территории г.Бишкек;

3.7. Директору НЦФ (Майканаев Б.Б.) обеспечить проведение лабораторных исследований, поступающих образцов при подозрении на COVID-19 от туберкулезных больных и с пенитенциарной системы.

4. И.о. директора РЦКиООИ (Усенбаев Н.Т.):

4.1. организовать проведение исследований методом пулирования нативных образцов из носовых мазков на базе РЦКиООИ;

4.2. обеспечить сотрудников расходными материалами, СИЗ для проведения исследований.

4.3. представить отчет о результатах пулирования в МЗ КР, провести валидацию и внедрение метода в других задействованных лабораториях.

5. Директору ДПЗиГСЭН (Жороев А.А.):

5.1. оказать общую координацию в формировании потребностей в тест-системах, расходных материалах и организации их закупок;

5.2. обеспечить выделение финансовых средств на командировочные расходы специалистам мобильной бригады из эпидемиологического фонда МЗ КР.

5.3. совместно с Государственным комитетом информационных технологий и связи Кыргызской Республики внедрить автоматизированную систему управления в работу службы санитарно-эпидемиологического надзора.

6. Директору НПО «ПМ» (Касымов О.Т.) обеспечить входной контроль качества поступающих в страну тестов для диагностики COVID-19.

7. Координаторам по здравоохранению областей, городскому управлению здравоохранения г.Бишкек в целях выполнения алгоритма, утвержденного настоящим приказом определить места изоляции для контактных лиц с высоким риском заражения и для лиц с положительными результатами экспресс тестирования.



8. Руководителям организаций здравоохранения откомандировать специалистов мобильных бригад согласно приложению 2.

9. Контроль за исполнением данного указания возложить на статс-секретаря К.Т. Шадыханова.

Министр



С.Т. Абдикаримов



**Список
экспертов по лабораторные диагностики COVID-19**

№	ФИО	Должность	Место работы	Телефон
1	Оторбаева Д.С.	заведующая отделом	ДПЗиГСЭН	323055
2	Ашыралиева Д.О.	заведующая ЦММГИ	ДПЗиГСЭН	323212
4	Сапарова Г.Н.	врач-вирусолог	НЦФ	0775118484
5	Бодошов А.	врач-вирусолог	ЦММГИ ДПЗиГСЭН	0707805250
	Касымбекова К.Т. (по согласованию)	ВОЗ	НПО ВОЗ	0555207674
	Кучук Татьяна Энверовна	зав.лаб.РЦККиДЛИЗ НПО «ПМ»	НПО ПМ	0709572716
	Калмурзаев Болот	лабораторный эксперт	СДС	0770770514
	Хегай Сергей Вальеревич	врач-вирусолог	НПО ПМ	0702372140
	Дюйшеналиева Эльнура	врач-вирусолог ЛВиРИ	РЦКиООИ	0705211727

Приложение 2
к приказу МЗ КР
от 25.04.2020г. № 218



Список специалистов мобильной бригады для оказания практической помощи в регионах

№	ФИО	Должность	Место работы	Телефон
г.Бишкек				
1	Ибраимов Алихан	Врач-эпидемиолог	ординатор 2019г.	0703471375
2	Акылбек у. Жакшыбек	Врач-эпидемиолог	ординатор 2019г.	0708828150
Нарынская область				
3	Асыбалиева Назгуль	Врач-эпидемиолог	ЦРЗ МЗ КР	0550225777
Чуйская область				
4	Ибраимова Жамиля	Врач-бактериолог	Не работает	070590791
Баткенская область				
5	Жологонова Айтолкун	Врач-эпидемиолог	ординатор 2019г.	0702232211
6	Кубатов Дастан	Врач-эпидемиолог	НЦКиТ	0704171739
Ошская область				
7	Сооронбаева Надира	Научный сотрудник	НПО «ПМ»	0559305534
8	Асыранова Уулке	Врач-эпидемиолог	НПО «ПМ»	05550758758
Жалал-Абадская область				
9	Тохтамова Махпурат	Врач-эпидемиолог	РЦДВ	0554448585



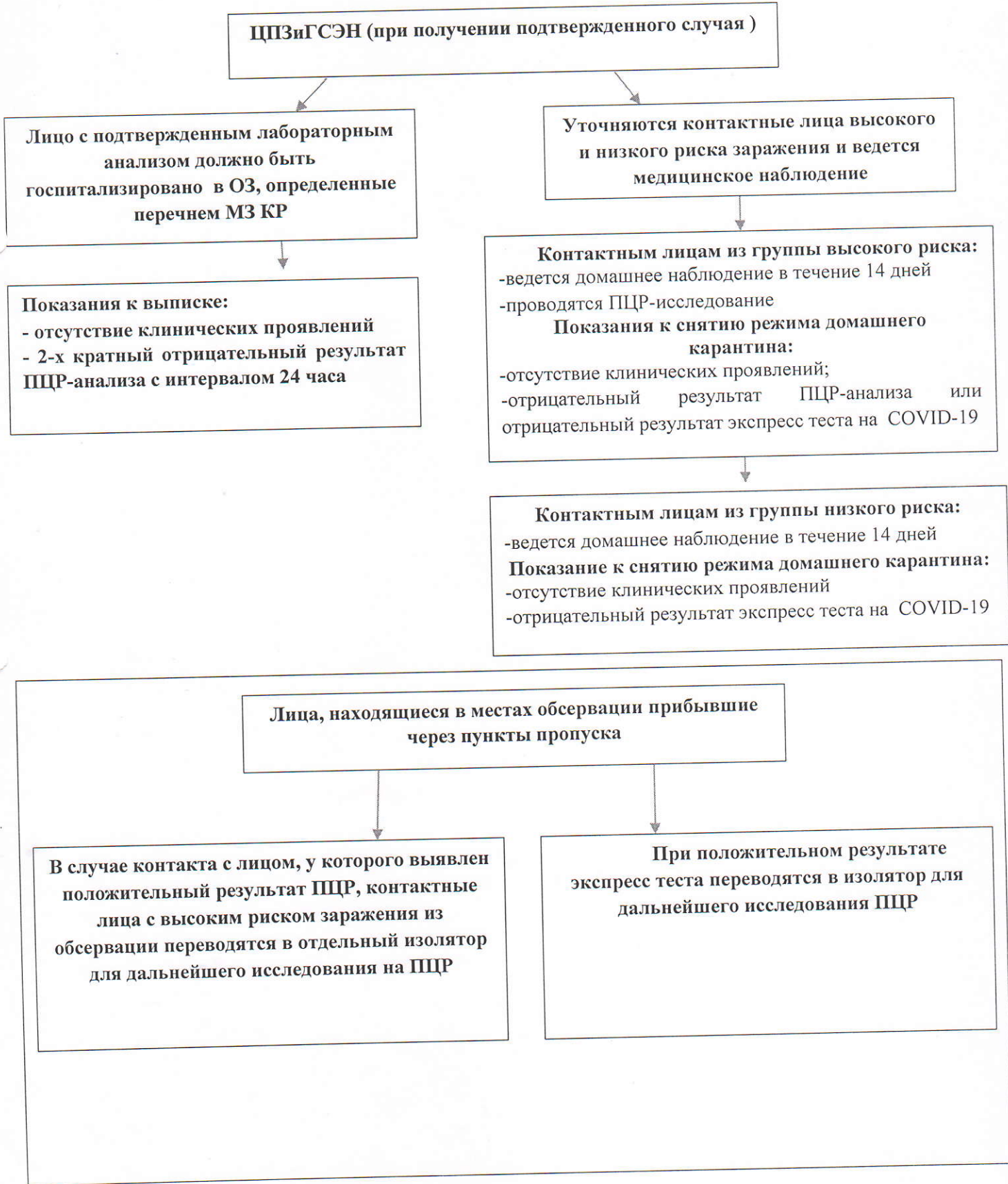
Инструкция
по использованию метода пулирования при тестировании образцов от
контактных лиц и лиц прибывших из эпидемиологически
неблагополучных стран

1. Нативные образцы (мазки из носа и горла) пулируем в одну пробирку пять “Мазки из ноздрей и горла” от тестируемых лиц. При выделении и получении очищенная РНК набором Рибопреп или другим набором уменьшить объем в 2 раза буфера РНК.
2. Общий объем должен быть 25 мкл. для реакции обратной транскрипции необходим объем 10 мкл.
3. Необходимо увеличить количество циклов ПЦР для исключения ложноотрицательных результатов, также если образцы будут иметь $Ct < 35$, переставить образцы по отдельности.

Преимущество метода:

- охватывает большее количество лиц примерно в 4 раза;
- экономия набора для выделения РНК в 4 раза;
- Экономия наборов «Реверта-L» в 4 раза;
- Экономия наборов для проведения полимеразно-цепной реакции с гибридизационно-флюоресцентной детекцией в 4 раза;
- Экономия времени лаборантов, нет необходимости проводить выделение РНК, реакцию обратной транскрипции, проведение полимеразно-цепной реакции с гибридизационно-флюоресцентной детекцией для каждого исследуемого материала.

Алгоритм действий в отношении лиц, с подтвержденными случаями covid-19 и их контактных лиц (на дому)



**Алгоритм
действий в отношении лиц, с подтвержденными случаями covid-19 и их
контактных лиц (в обсервации)**



ЦЗиГСЭН (при получении подтвержденного случая)

Лицо с подтвержденным лабораторным анализом должно быть госпитализировано в ОЗ, определенные перечнем МЗ КР

Показания к выписке:
- отсутствие клинических проявлений
- 2-х кратный отрицательный результат ПЦР-анализа с интервалом 24 часа

Уточняются контактные лица высокого и низкого риска заражения и ведется медицинское наблюдение

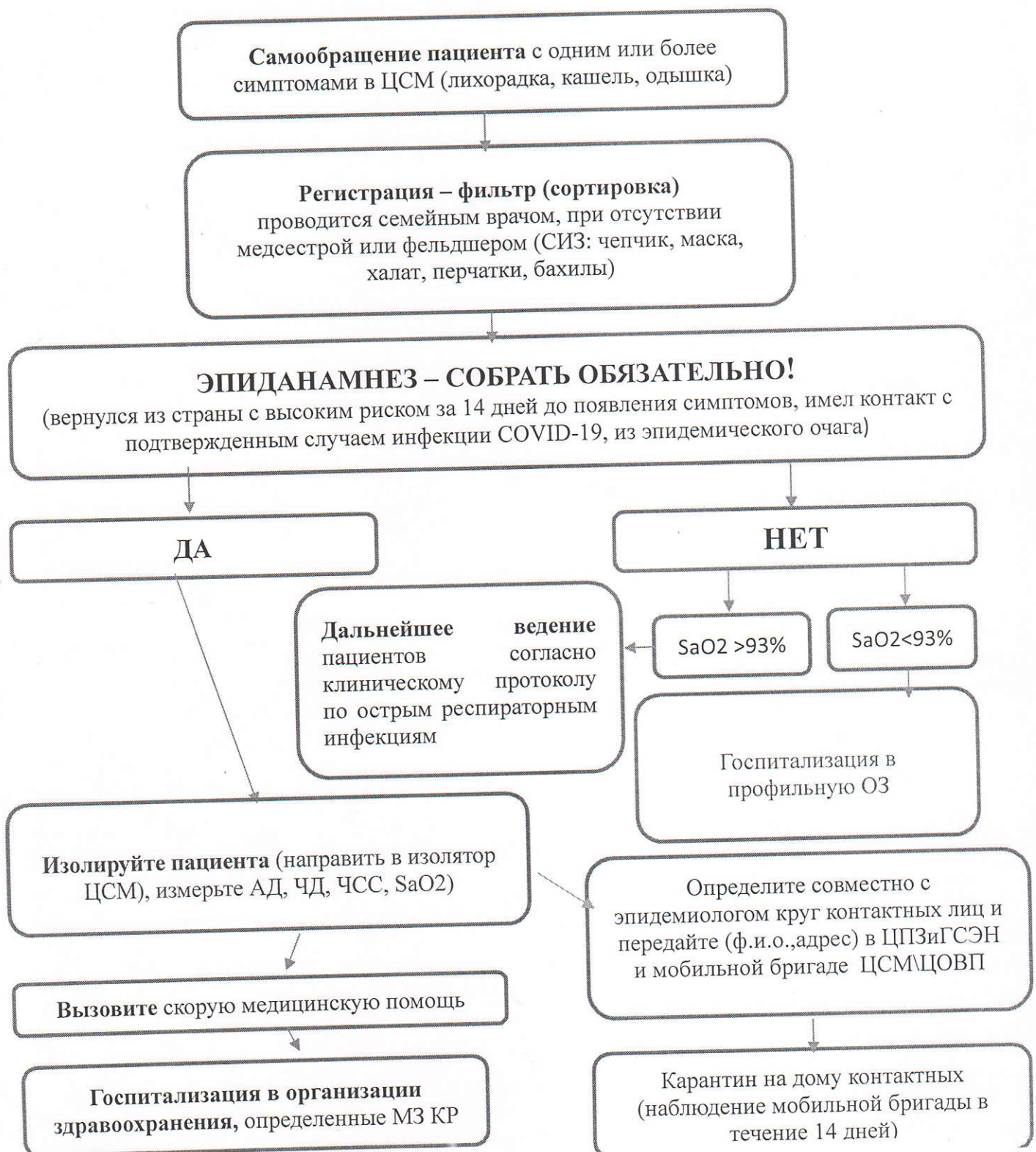
Контактным лицам из группы высокого риска:
-переводятся в изоляторы, определенные координаторами по здравоохранению и ГУС г.Бишкек
-проводятся ПЦР-исследование
Показания к снятию изоляционного режима:
-отсутствие клинических проявлений;
-отрицательный результат ПЦР-анализа или отрицательный результат экспресс теста на COVID-19

Контактным лицам из группы низкого риска:
-ведется медицинское наблюдение в течение 14 дней
Показание к снятию режима домашнего карантина:
-отсутствие клинических проявлений
-отрицательный результат экспресс теста на COVID-19

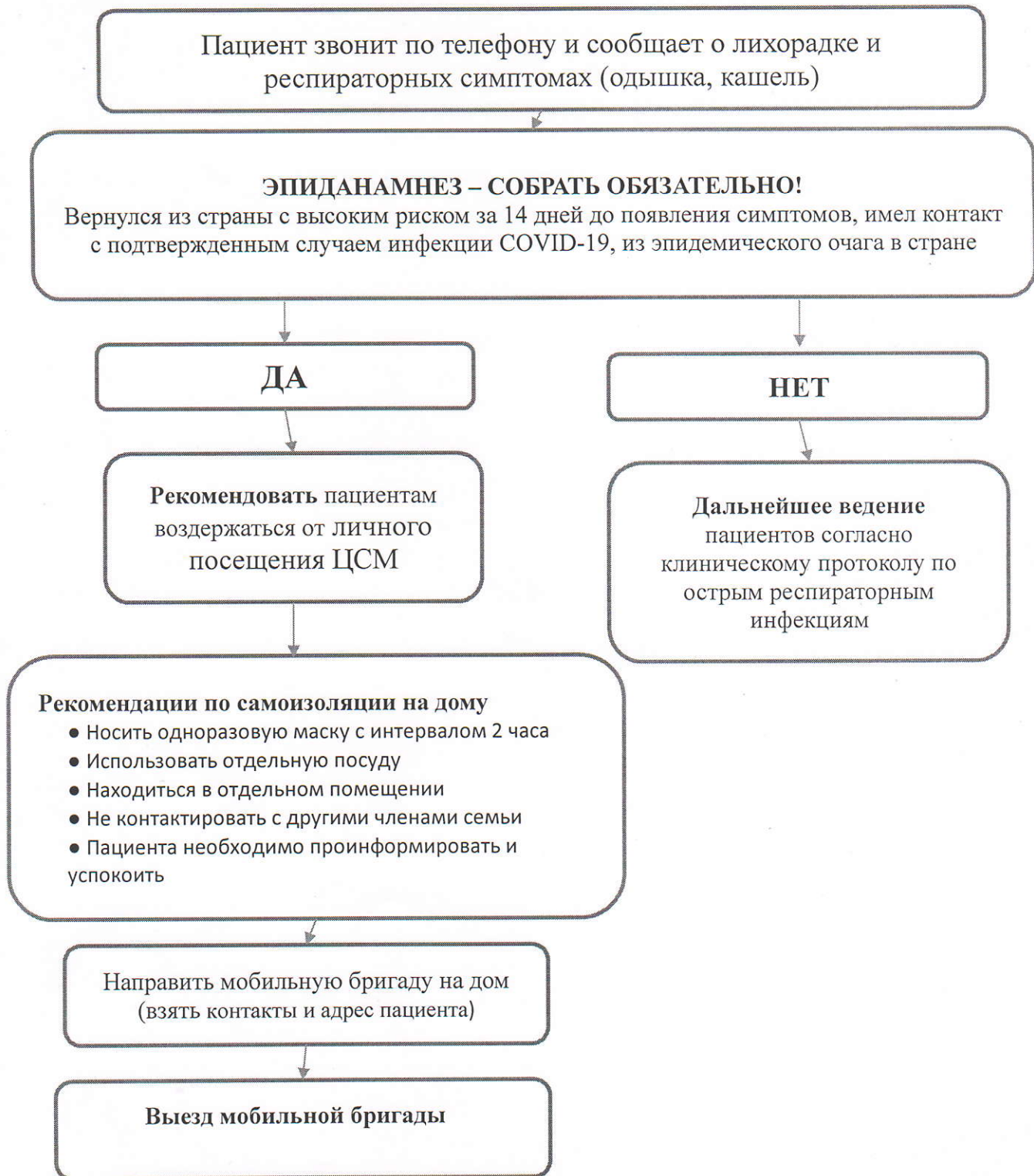
Алгоритм действий семейного врача при самообращении пациента с одним или более симптомами COVID-19

Представленный алгоритм действий медицинских работников ЦСМЦОВП при обращении пациента с лихорадкой и респираторными симптомами.

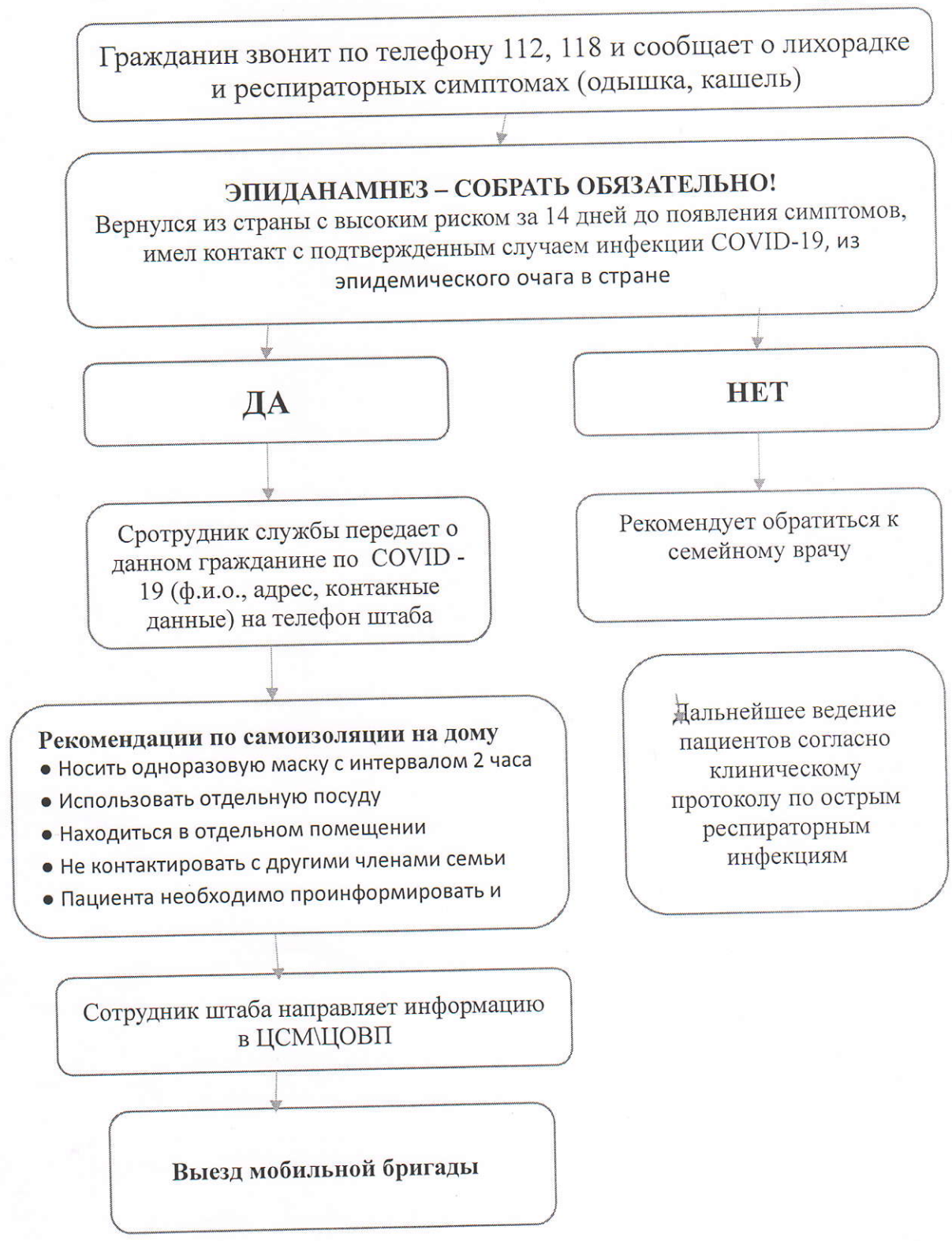
Цель- выявление потенциальных новых случаев коронаровирусной инфекции COVID-19 и либо изолирование пациентов для снижения риска передачи.



Алгоритм действия семейного врача в случае звонка пациента с одним или более симптомами COVID-19

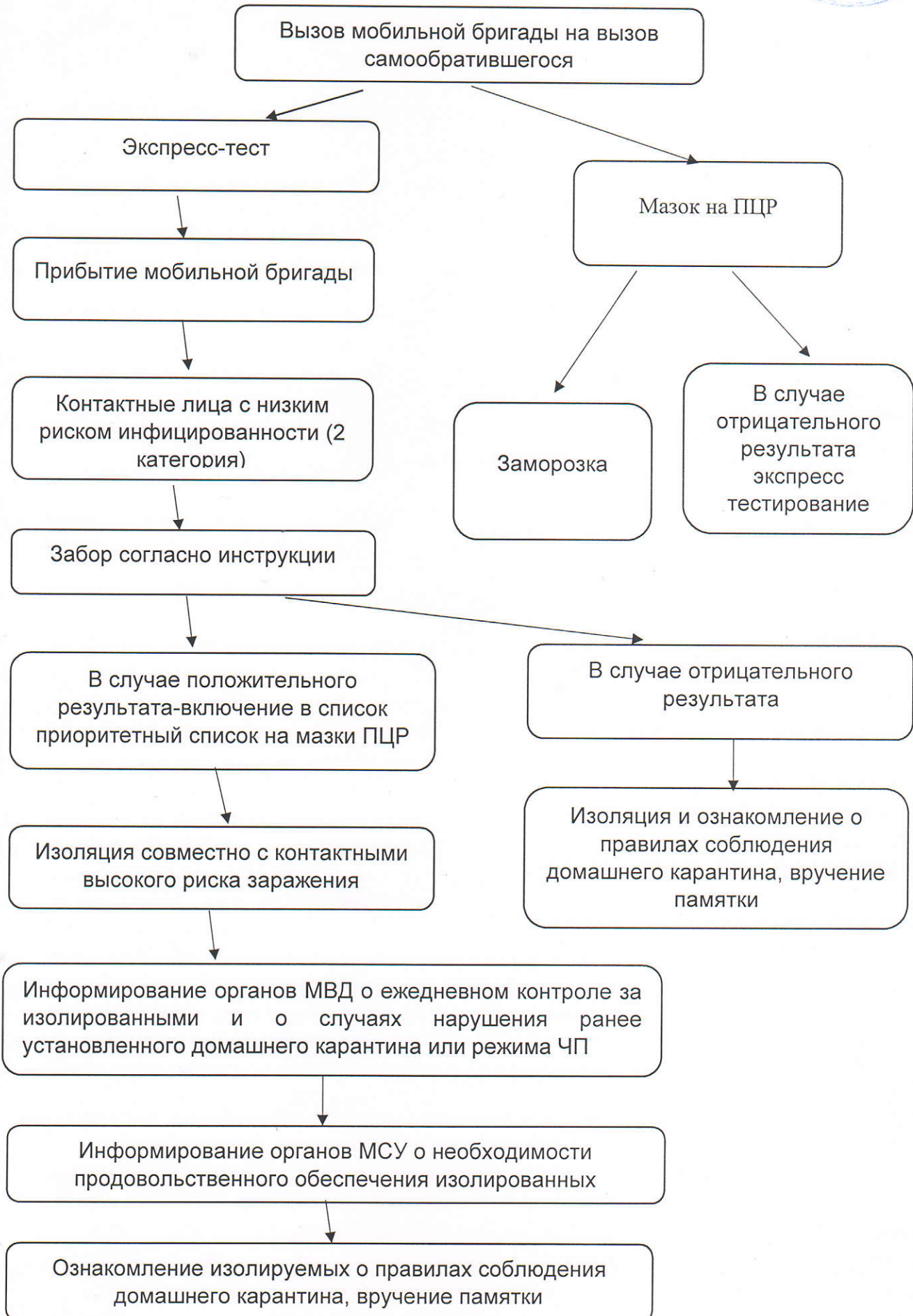


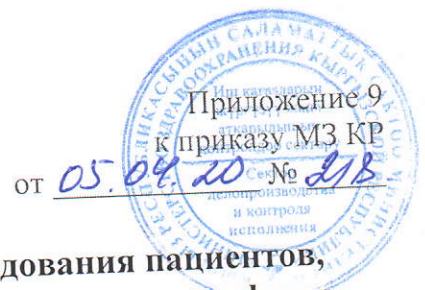
Алгоритм действия при обращении граждан самостоятельно на телефоны МЧС КР (телефоны 112, 118)



Алгоритм действия мобильной бригады при получении сведения по телефону

112,118 ОЗ ПМСП





**Алгоритм
медицинских работников при проведении обследования пациентов,
обратившихся в организации здравоохранения (независимо от форм
собственности) с неотложными состояниями, из обсервации или домашнего
карантина (граждан, прибывших из эпидемиологических неблагополучных
стран/контактных с больным с COVID -19)**

В целях недопущения дальнейшего распространения коронавирусной инфекции COVID - 19, приём пациентов из зоны обсервации или домашнего карантина в организациях здравоохранения (независимо от форм собственности), проводится медицинскими работниками, одетыми в средства индивидуальной защиты (маска, перчатки, халат, бахилы)/защитный противоэпидемический костюм (костюм, очки, респиратор, бахилы) в изоляторе/фильтре.

В организации здравоохранения (независимо от форм собственности), при возможности, необходимо организовать отдельный вход и выход, для минимизации контакта данного пациента с другими гражданами.

Медицинский работник, который проводит обследование данного пациента одевает средства индивидуальной защиты (маска, перчатки, халат, бахилы), защитный противоэпидемический костюм (костюм, очки, респиратор, бахилы).

После проведения обследования данного пациента в помещении проводятся противоэпидемические мероприятия, также обрабатывается разрешенным дезинфицирующим средством аппаратура/оборудование.

Медицинские работники соблюдают правила гигиены рук, которая включает их мытье с мылом (не менее 15 секунд) вытирая руки бумажными салфетками или обработку рук спиртосодержащим антисептиком до и после осмотра пациента.

При обследовании больного с коронавирусной инфекции COVID – 19 пациенту необходимо в организациях здравоохранения организовать отдельный вход и выход. Контролировать соблюдение строгого противоэпидемического режима при обследовании больных с коронавирусной инфекцией и недопущения внутрибольничного распространения. Все медицинские работники, которые задействованы в оказании помощи (обследование, осмотр) должны быть одеты в защитный противоэпидемический костюм (костюм, очки, респиратор, бахилы). При аврийных ситуациях действовать согласно постановлению Правительства КР от 12 января 2012 года №32 “Об утверждении Инструкции по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики”

После проведения обследования данного пациента в помещении проводятся противоэпидемические мероприятия, также обрабатывается разрешенным дезинфицирующим средством аппаратура\оборудование.

Медицинские работники соблюдают правила гигиены рук, которая включает их мытье с мылом (не менее 15 секунд) вытирая руки бумажными салфетками или обработку рук спиртосодержащим антисептиком до и после осмотра пациента.



Приложение 10
к приказу МЗ КР

от 05.09.20 № 218

Алгоритм проведения экспресс-тестирования в ЦСМ/ЦОВП на новый коронавирус COVID -19, пациентам по самообращению

1. Требования к пунктам проведения экспресс-тестирования на новый коронавирус COVID -19

Пункты проведения экспресс-тестирования:

- 1.1. организовывается на первом этаже, с отдельным входом с улицы, не пересекающийся с основным коридором ОЗ;
 - 1.2. располагается в помещениях не менее 2 комнат, в т.ч. комната ожидания (16 м²) и комната забора капиллярной крови, выполнения экспресс-тестирования (16 м²);
 - 1.3. имеется в помещениях водоснабжение (холодная и горячая вода), канализация, освещение (естественное, электрическое), отопление и кондиционер. Мебель, стены и полы покрыты легко дезинфицируемыми материалами.
 - 1.4. медицинские работники надевают средства индивидуальной защиты (чепчик, маска, халат, перчатки, бахилы), соблюдают правила мытье рук, в соответствии нормативных документов, действующие в КР, вытирая руки бумажными салфетками или обработку рук спиртосодержащим антисептиком до и после забора материала.
2. Организация пунктов проведения экспресс-тестирования на новый коронавирус COVID -19 пациентам по самонаправлению располагаются:
- 2.1. по г. Бишкек (4 пункта) в Первомайском: ЦСМ №3, в Свердловском: ЦСМ №8, в Октябрьском: ЦСМ № 6 и в Ленинском районах: ЦСМ № 6;
 - 2.2. по г. Ош: (3 пункта) в ЦСМ №1 «Мир и семья», филиал №8 «Зайнабидинова», филиал №10 «Таатан»;
 - 2.3. в областных ЦСМ и в областных центрах «СПИД»;
 - 2.4. в районных ТБ и ЦОВП, кроме Тонского, Тюпского и Жеты –Огузского района Иссык- Кульской обл.

Инструкция по утилизации использованных экспресс тестов и расходных материалов

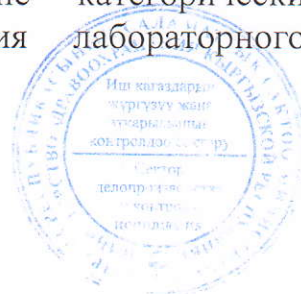
1. Общие неопасные отходы (класс А): не контаминированная биологическими субстратами бумага, канцтовары, упаковочный материал и т.д. – собираются в урну/ведро с вставленным пластиковым пакетом.
2. Эпидемиологически опасные отходы (класс Б2): остро-колющие отходы – скарификаторы, стеклянные трубочки собираются в

проколостойкий контейнер имеющий знак биологической опасности и надпись «Остро-колющие отходы».

3. Потенциально инфицированные отходы (класс Б3), содержащие кровь и/или другие биологические жидкости тела человека (перчатки, тампоны, использованные экспресс тесты, разводящий раствор, пластиковые пипетки, флаконы от буферных растворов собираются в полипропиленовые пакеты, вложенные в емкости, имеющие знак биологической опасности и надпись «Потенциально инфицированные отходы».

4. Медицинские отходы класса Б2 и Б3 после работы доставляются в ближайшую ОЗ для утилизации методом автоклавирования.

Гражданам, находящимся на домашнем карантине категорически запрещается посещать ЦСМЦОВП для проведения лабораторного обследования.





**Анкета для сбора данных мобильной бригадой при выезде о
самостоятельно обратившихся
лиц по линии 112, 118**

Вопрос	Ответ
Информация о лице, собравшем данные	
ФИО	
Организация	
Телефон рабочий	
Телефон мобильный	
e-mail	
Дата заполнения формы	/ /
Дата интервью с контактными	/ /
Информация об обратившемся лице	
Фамилия	
Имя	
Отчество	
Дата рождения	□ □ / □ □ / □ □ □ □
Гражданство	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
ИНН	
Пол	<input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.
Контактные телефоны	
Дата прибытия в Бишкек	□ □ / □ □ / □ □ □ □
Пункт прибытия в Бишкек	
Место работы/учебы	
В каких странах вы находились в течение последних 30 дней	
Наличие симптомов респираторного заболевания	<input type="checkbox"/> Да Если «Да», то дата начала _____ <input type="checkbox"/> Температура ____ С° <input type="checkbox"/> Кашель <input type="checkbox"/> Нет
Адрес вашего постоянного пребывания в Бишкеке	Улица/микрорайон _____ Дом _____ Квартира _____
Место карантина	
Брали ли у вас образец для тестирования	<input type="checkbox"/> Мазок из зева <input type="checkbox"/> Полож. <input type="checkbox"/> Отриц. <input type="checkbox"/> Кровь <input type="checkbox"/> Полож. <input type="checkbox"/> Отриц.
Симптомы	
Были ли какие-либо респираторные симптомы (боль в горле, кашель, насморк, одышка)?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Дата появления первых симптомов	_____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Бессимптомное <input type="checkbox"/> Неизвестно

Лихорадка сейчас или в анамнезе (≥ 38 °C)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если Да, укажите максимальную °C
Боли в горле	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если Да, то Дата _____
Кашель	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если Да, то Дата _____
Насморк	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если Да, то Дата _____
Затрудненное дыхание	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если Да, то Дата _____
Озноб	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Рвота	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Тошнота	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Диарея	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Головная боль	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Неврологические симптомы	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если Да, укажите
Сыпь	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Конъюнктивит	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Мышечные боли	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Боли в суставах	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Потеря аппетита	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Носовое кровотечение	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Усталость	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Общее недомогание	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Припадки / обмороки	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Измененное сознание	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Другие симптомы	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если Да, укажите
Сопутствующие заболевания	
Рак	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Диабет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
ВИЧ или другие иммунодефицитные состояния	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Заболевания сердца	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Астма (требующая лечения)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Хронические заболевания легких (за исключением астмы)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Хронические заболевания печени	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Хронические гематологические заболевания	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Беременность	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если Да, укажите триместр <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III Предполагаемая дата родов _____
Хронические заболевания почек	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Хронические неврологические заболевания/нарушения	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Реципиент (получатель) органов и костного мозга	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Другие сопутствующие заболевания/состояния	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если Да, укажите



Контактный был привит от гриппа в течение 12 месяцев до начала заболевания	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если Да, Дата вакцинации _____ Страна вакцинации _____
Контактный был привит пневмококковой вакциной в течение 12 месяцев до начала заболевания	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если Да, Дата вакцинации _____ Страна вакцинации _____



Обязательство о соблюдении правил домашнего карантина и принятии ограничений

Я, _____, номер паспорта _____, ИНН _____, проживающий по адресу _____, контактный телефон _____, помещаясь в условия карантина

в соответствии с законодательством Кыргызской Республики, **обязуюсь:**

1. Строго соблюдать законодательство Кыргызской Республики, а также инструкции, алгоритмы действий, утвержденные решением Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.
2. Загрузить (установить) разработанное мобильное приложение, в том числе мессенджеры Телеграм (Telegram) и Ватсап (WhatsApp), посредством которых будут подтверждаться мое фактическое место нахождения.
3. Обеспечить работоспособность (функционирование) моего мобильного устройства для работы загруженных (установленных) приложений, указанных в пункте 2 настоящего Обязательства, в том числе поддерживать надлежащий уровень заряда батареи моего мобильного устройства, а также подключения к сети интернет и включенной геолокацией (GPS).

Мне объявлено, и я предупрежден (на), что нарушение настоящего обязательства, повлечет мою принудительную изоляцию с привлечением к уголовной ответственности в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

С подписанием настоящего обязательства, я добровольно в здравом уме предоставляю свое согласие на использование, передачу и обработку моих персональных данных, в том числе о своем местонахождении в режиме реального времени, а также проведении телеметрических наблюдений, посредством аудио/видео сессий.

Подписывая эту форму, я информирован что за недостоверные (ложные) сведения, указанные в анкете я могу быть привлечен к уголовной ответственности за нарушение санитарно-эпидемиологических правил согласно ст.280 Уголовного Кодекса Кыргызской Республики. Я обязуюсь находиться на домашнем карантине 14 дней по указанному мной адресу.

Подпись _____

« ____ » _____ 2020 г.

Лабораторный компонент №



1	Был ли взят образец для тестирования на коронавирус?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
2	Дата и время взятия образца	
3	Лабораторный идентификационный номер	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Тип направляемого образца	<input type="checkbox"/> ПЦР (носоглоточный мазок) <input type="checkbox"/> Экспресс-тест (капиллярная кровь) пол <input type="checkbox"/> отр. <input type="checkbox"/>
5	ФИО доставившего	
6	Дата и время доставки	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ч. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> мин.
7	ФИО принявшего	
8	Дата и время получения	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ч. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> мин.

Приложение 12 к приказу МЗКР

от 05.04.20 № 218



Алгоритм действий оператора для сбора данных о самостоятельно обратившемся лице по линии 118

№	Вопрос	Ответ
Номер оператора, собравший данные		
Информация об обратившемся лице		
1	Фамилия	
2	Имя	
3	Отчество	
4	Дата рождения	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Гражданство	
6	Пол	<input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.
7	Адрес фактического проживания в Бишкеке	Улица/микрорайон _____ Дом _____ Квартира _____
8	Иногородний	
9	Адрес временного пребывания	
9	Контактные телефоны	
Эпид анамнез		
1	Были ли вы в странах, где идет вспышка коронавируса в течение последних 30 дней?	Да _____ Страна _____ Нет _____
2	Были ли в контакте с лицами, прибывшими из стран, где идет вспышка коронавируса?	Да _____ Нет _____
	Когда?	
	Как долго?	
3	Были ли в контакте с лицами, прибывшими из регионов страны, где идет вспышка коронавируса?	Да _____ Нет _____
	Когда?	
	Как долго?	
Симптомы маркеры		
1	Какая у Вас температура?	
	Выше 38 градусов по Цельсию	
2	Есть ли у вас сухой кашель?	
3	Есть ли у вас затрудненное дыхание?	
4	Боли в грудной клетке?	
5	Диарея (понос)?	
6	Конъюнктивит?	
7	Потеря вкуса и обоняния?	
Варианты ответов		
1	В случае если звонок не вызывает подозрения. <i>Если ответ «НЕТ» на пункты номер 1,2,3.</i>	Оставайтесь дома, соблюдайте режим ЧП.
2	В случае наличия подозрительных симптомов или контакта в эпиданамнезе. <i>Если ответ «ДА» на пункты номер 1,2,3.</i>	Оставайтесь дома, постарайтесь самоизолироваться от членов семьи, к вам выедут специалисты ЦСМ, которые вам окажут необходимую помощь.
Алгоритм действий оператора		
1	В случае если нет подозрений	Фиксируется звонок в базе данных
2	В случае, если оператор заподозрил симптомы коронавируса, то:	Информирует мобильную бригаду по телефону



**ФОРМА ЗАПРОСА НА ПРОВЕДЕНИЕ ЛАБОРАТОРНОГО
ТЕСТИРОВАНИЯ НА 2019-нCoV¹**

Информация от направляющего учреждения

НАЗВАНИЕ БОЛЬНИЦЫ,
ЛАБОРАТОРИИ ИЛИ
ДРУГОГО УЧРЕЖДЕНИЯ*

Врач

Адрес

Телефон

Определение случая²: Подозреваемый случай Вероятный случай

Сведения о пациенте

Имя _____ Фамилия _____

Идентификационн
ый
номер пациента _____ Дата рождения _____ Возраст _____

Адрес _____ Пол Мужской Женский
 Неизвестно

Телефон _____

Информация о направляемом образце

Тип Носоглоточный и ротоглоточный мазок Бронхоальвеолярный лаваж
 Эндотрахеальный аспират Носоглоточный аспират Назальный смыв Мокрота
 Легочная ткань Сыворотка крови Цельная кровь Моча Кал

Все собранные образцы следует расценивать как потенциально инфицированные, и вам следует в обязательном порядке связаться с референс-лабораторией до отсылки образцов³. Образцы следует отправлять с соблюдением требований к транспортировке инфекционных веществ категории В.

Отметьте данную клетку, если клинический образец взят post mortem

Дата взятия образца _____ Время взятия образца _____

Статус приоритетности _____

Клиническая информация

Дата появления симптомов: _____

Имелись ли в анамнезе пациента указания на его недавние поездки в страны с неблагоприятной эпидситуацией? Да Нет Страна _____ Дата возвращения _____

Контактировал ли пациент с подтвержденным случаем? Да Нет Неизвестно

Дополнительные комментарии