Додаток 12. Форма госпіталізації і медичного сортування

Цей додаток можна завантажити з веб-сайту GTFCC: www.gtfcc.org

1. ІДЕНТИФІКАЦІЙНІ ДАНІ

Ім'я пацієнта: _____ Дата госпіталізації: ___/___/____ Час: ___: _____

Вік: ____ р./міс. Стать: □ Чол. □ Жін. Якщо жіноча, чи є ймовірність вагітності? □ Ні □ Так

Вакцинація ОВХ? □ Так □ Ні □ Невідомо Якщо так, вкажіть дату вакцинації: ___/___/___

Адреса: _____ Найближчий орієнтир: _____

2. КЛІНІЧНІ ДАНІ —*Обведіть відповідний варіант, якщо пацієнт має будь-який із цих симптомів, та вкажіть тривалість у днях*

Водянисті випорожнення: _____ днів Підвищена температура: _____ днів Кров у фекаліях: _____ днів

Блювання: _____ днів Останній епізод блювання: _____ год тому

Коли почалося захворювання? ___/___/___ Останній епізод сечовипускання: _____ год тому

Пацієнт контактував із особами зі схожими симптомами? □ Ні □ Так З ким? _____

Перелічіть інші симптоми: _____

3. ФІЗИКАЛЬНИЙ ОГЛЯД ТА ДІАГНОСТИКА

Небезпечні ознаки	□ Летаргія чи відсутність свідомості □ Відсутній чи слабкий пульс □ Порушення дихання	□Небезпечні ознаки відсутні	
Ознаки	□ Нездатність пити або відмова від пиття □ Запалість очей □ Повільне розгладження шкірної складки	□ Роздратування чи неспокій □ Запалість очей □ Пришвидшений пульс □ Сильна спрага (часте пиття) □ Повільне розгладження шкірної складки	□ Пацієнт притомний та уважний □ Нормальний пульс □ Відсутність сильної спраги □ Відсутність запалості очей □ Нормальне розгладження шкірної складки
План лікування	Якщо виявлено одну чи більше небезпечних ознак АБО ≥ 2 ознак, перелічених вище → Тяжке зневоднення (План С)	Якщо небезпечні ознаки відсутні ТА виявлено ≥ 2 ознак, перелічених вище → Помірне зневоднення (План В)	Відсутність зневоднення (План А)

4. ЛІКУВАННЯ

<table>
<tr><th>Небезпечні ознаки</th><th>Тяжке зневоднення (План С)</th><th>Помірне зневоднення (План В)</th><th>Відсутність зневоднення (План А)</th></tr>
<tr><td>Лікування</td><td>□ Розчини для інфузійної терапії: Болюс лактату Рінгера
< 1 року: 30 мл/кг протягом 60 хв
≥ 1 року: 30 мл/кг протягом 30 хв
Обсяг: _____ мл протягом ____ хв

□ Повторне оцінювання після введення болюсу
Якщо пульс відсутній/слабкий → повторіть болюс
Обсяг: _____ мл протягом ____ хв

□ Розчини для інфузійної терапії: Болюс лактату Рінгера
< 1 року: 70 мл/кг протягом 5 год
≥ 1 року: 70 мл/кг протягом 2,5 год
Обсяг: _____ мл протягом ____ хв

□ Повторіть оцінювання після в/в введення рідин
- Тяжке зневоднення: Повторіть в/в ведення рідин
- Помірне зневоднення: Призначте РПР (див. вставку «Помірне зневоднення»)

□ Призначте антибіотики
Препарат і дозування_____</td><td>□ РПР 75 мл/кг протягом 4 год
Обсяг: ___ мл протягом 4 год
□ Добавки з цинком (20 мг/день) дітям віком від 6 місяців до 5 років

□ Повторіть оцінювання після РПР
- Тяжке зневоднення: Розпочніть в/в введення рідин
- Помірне зневоднення: Повторіть прийом РПР у тому ж обсязі
- Відсутність зневоднення: Виписка з подальшим прийомом РПР</td><td>□ Після кожного рідкого випорожнення, давайте:<table><tr><td>Вік (років)</td><td>< 2</td><td>2–9</td><td>≥ 10</td></tr><tr><td>РПР (мл)</td><td>50–100</td><td>100–200</td><td>Стільки скільки пацієнт хоче і може випити</td></tr></table>
□ Добавки з цинком (20 мг/день) дітям віком від 6 місяців до 5 років</td></tr>
<tr><td>Інструкції щодо виписки</td><td></td><td>Розглядайте можливість виписки, якщо:
- Відсутні ознаки зневоднення
- Пацієнт здатен приймати РПР без блювання
- Епізоди водянистої діареї відсутні протягом 4 годин
- Пацієнт здатен ходити без допомоги
- Пацієнт має сечовипускання
- Пацієнт отримав рекомендації щодо того, за яких умов слід повернутися до лікарні/ЦЛХ
- Пацієнт прослухав повідомлення на тему медичної просвіти</td><td>Перед випискою перевірте, чи:
□ Пацієнт прослухав повідомлення на тему медичної просвіти
□ Пацієнт отримав РПР для прийому в домашніх умовах
□ Особа, яка здійснює догляд за пацієнтом, вміє правильно готувати та давати РПР без нагляду</td></tr>
</table>

1. ЛАБОРАТОРНІ ДАНІ:

Взяття зразка фекалій □ Ні □ Так

Дата взяття: ___/___/_____

Результат ШДТ на холеру: □ позитивний □ негативний □ не проводився

Зразок фекалій надсилався для культурального дослідження?: □ Ні □ Так

Дата надсилання зразка: ___/___/_____

2. РЕЗУЛЬТАТ ЛІКУВАННЯ:

Дата фіксування результату: ___/___/____ □ Виписка. □ Смерть. □ Виписка за ініціативи пацієнта. □ Переведення (куди: _____) □ Невідомо

Ім'я клінічного працівника, який госпіталізував пацієнта: _____ Підпис: _____ Дата: ___/___/____