*Разработчик*: О.В. Нагулова

*Дисциплина*: Основы микробиологии и иммунологии

*Специальность*: 31.02.01 Лечебное дело

*Тема*:Учение об инфекционном и эпидемическом процессах

# Вы работаете фельдшером кабинета инфекционных заболеваний детской поликлиники.

# Изучите описание ситуации.

# **Заполните бланк экстренного извещения.**

*Для справки:*

Экстренное извещение об инфекционном заболевании (ф. 058-у) является основным сигнальным учетным документом при регистрации инфекционных заболеваний, заполняемым любым медицинским работником при выявлении инфекционного заболевания, а также при подозрении на инфекционное заболевание. Обеспечивает точный учет каждого случая инфекционного заболевания, необходимый для мониторинга эпидемической ситуации по заболеваемости инфекционными болезнями.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | МИНЗДРАВ РФ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_наименование учреждения |  | Код формы по ОКУД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код учреждения по ОКПО\_\_\_\_\_\_\_\_Медицинская документацияФорма № 058-уУтв. Минздрав СССР 04.10.80 № 1030 |  **ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ****об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном****отравлении, необычной реакции на прививку** 1. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть)  2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Пол: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. Возраст (для детей до 14 лет - дата рождения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Адрес, населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом № \_\_\_\_\_\_\_\_ кв. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  индивидуальная, коммунальная, общежитие - вписать  6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7. Даты:  заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  первичного обращения (выявления) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  установления диагноза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  последнего посещения детского учреждения, школы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  госпитализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  8. Место госпитализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  9. Если отравление - указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  10. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Фамилия сообщившего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кто принял сообщение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  12. Дата и час отсылки извещения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись пославшего извещение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Регистрационный №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в журнале ф. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_санэпидстанции  Подпись получившего извещение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Составляется медработником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, пищевое отравление, острое профессиональное отравление или подозревающим их, а также при изменении диагноза.  Посылается в санэпидстанцию по месту выявления больного не позднее 12 часов с момента обнаружения больного.  В случае сообщения об изменении диагноза п. 1 извещения указывается измененный диагноз, дата его установления и первоначальный диагноз.  Извещения составляются также на случаи укусов, оцарапания, ослюнения домашними или дикими животными, которые следует рассматривать как подозрение на заболевание бешенством. |

# *Описание ситуации*

# К Вам обратилась мама с ребенком Ивановым Никитой Олеговичем, 2010 года рождения, по поводу появления на коже у ребенка сыпи в виде мелких пузырьков. При сборе анамнеза жизни ребенка и анамнеза настоящего заболевания выяснено следующее: ребенок от первой беременности, роды в срок. Беременность протекала без осложнений. Дата рождения ребенка 6 октября 2010 года. Ребенок проживает с родителями и бабушкой по адресу г. Сызрань, ул. Карла Маркса, 49, кв.131. Бытовые условия удовлетворительные. Посещает детский сад № 15 «Солнышко», последнее посещение 9 ноября 2016 года. Заболел 10 ноября 2016 года с повышения температуры до 37,8, вялости, через несколько часов мама заметила на груди, волосистой части головы единичные элементы сыпи. В этот же день мама обратилась с ребенком к фельдшеру КИЗ детской поликлиники. Осмотрев ребенка, Вы поставили диагноз ветряная оспа. Ребенку рекомендовано лечение на дому с изоляцией от детского коллектива на 9 дней с момента заболевания. Для оповещения службы Роспотребнадзора и регистрации данного случая инфекционного заболевания необходимо заполнить и отправить в городской Центр гигиены и эпидемиологии экстренное извещение об инфекционномзаболевании.

# Инструмент проверки

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | МИНЗДРАВ РФДетская поликлиника  г. Сызрани №1наименование учреждения |  | Код формы по ОКУД\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код учреждения по ОКПО\_\_\_\_\_Медицинская документацияФорма № 058-уУтв. Минздрав СССР 04.10.80 № 1030 |  **ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ****об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном****отравлении, необычной реакции на прививку** 1. Диагноз \_\_\_\_\_Ветряная оспа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть)  2. Фамилия, имя, отчество: Иванов Никита Олегович  3. Пол: мужской  4. Возраст (для детей до 14 лет - дата рождения) 06.10.2010 г.  5. Адрес, населенный пункт г. Сызрань  Район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  улица Карла Маркса, дом № 49 кв. № 13  индивидуальная  индивидуальная, коммунальная, общежитие - вписать  6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения)  детский сад № 15 «Солнышко»  7. Даты:  заболевания 10 ноября 2016 года  первичного обращения (выявления) 10 ноября 2016 года  установления диагноза 10 ноября 2016 года  последнего посещения детского учреждения, школы 09 ноября 2016 года  госпитализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  8. Место госпитализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  9. Если отравление - указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  10. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения  изолирован на дому до 18 ноября 2016 г  11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС 10.11.2016 г. 13ч 40 мин.  Фамилия сообщившего Фамилия обучающегося  Кто принял сообщение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  12. Дата и час отсылки извещения 10.11.2016 г. 13ч 40 мин.  Подпись пославшего извещение Подпись обучающегося  Регистрационный №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в журнале ф. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_санэпидстанции  Подпись получившего извещение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*Использованы материалы источника:   
http://dogovor-obrazets.ru/образец/Извещение/17130*

Инструмент проверки

|  |  |
| --- | --- |
| За каждое правильно заполненное поле (пропуск) | 1 балл |
| Поля, не предназначенные для заполнения, не заполнены | 2 балла |
| ***Максимальный балл*** | ***20 баллов*** |