

## Додаток 14. Форма госпіталізації і медичного сортування

Цей додаток можна завантажити з веб-сайту GTFCC: [www.gtfcc.org](http://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 | <input type="checkbox"/> Летаргія чи відсутність свідомості<br><input type="checkbox"/> Відсутній чи слабкий пульс<br><input type="checkbox"/> Порушення дихання             | <input type="checkbox"/> Небезпечні ознаки відсутні                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Ознаки            | <input type="checkbox"/> Нездатність пити або відмова від пиття<br><input type="checkbox"/> Запалість очей<br><input type="checkbox"/> Повільне розгладження шкірної складки | <input type="checkbox"/> Роздратування чи неспокій<br><input type="checkbox"/> Запалість очей<br><input type="checkbox"/> Пришвидшений пульс<br><input type="checkbox"/> Сильна спрага (часте пиття)<br><input type="checkbox"/> Повільне розгладження шкірної складки | <input type="checkbox"/> Пацієнт притомний та уважний<br><input type="checkbox"/> Нормальний пульс<br><input type="checkbox"/> Відсутність сильної спраги<br><input type="checkbox"/> Відсутність запалості очей<br><input type="checkbox"/> Нормальне розгладження шкірної складки |
| План лікування    | Якщо виявлено одну чи більше небезпечних ознак АБО $\geq 2$ ознак, перелічених вище → Тяжке зневоднення (План С)                                                             | Якщо небезпечні ознаки відсутні ТА виявлено $\geq 2$ ознак, перелічених вище → Помірне зневоднення (План В)                                                                                                                                                            | Відсутність зневоднення (План А)                                                                                                                                                                                                                                                    |

#### 4. ЛІКУВАННЯ

| Небезпечні ознаки       | Тяжке зневоднення (План С)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Помірне зневоднення (План В)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Відсутність зневоднення (План А)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |         |                                            |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|--------------------------------------------|
| Лікування               | <input type="checkbox"/> Розчини для інфузійної терапії: Болюс лактату Рінгера<br>< 1 року: 30 мл/кг протягом 60 хв<br>≥ 1 року: 30 мл/кг протягом 30 хв<br>Обсяг: ____ мл протягом ____ хв<br><br><input type="checkbox"/> Повторне оцінювання після введення болюсу<br>Якщо пульс відсутній/слабкий → повторіть болюс<br>Обсяг: ____ мл протягом ____ хв<br><br><input type="checkbox"/> Розчини для інфузійної терапії: Болюс лактату Рінгера<br>< 1 року: 70 мл/кг протягом 5 год<br>≥ 1 року: 70 мл/кг протягом 2,5 год<br>Обсяг: ____ мл протягом ____ хв<br><br><input type="checkbox"/> Повторіть оцінювання після в/в введення рідин<br>- Тяжке зневоднення: Повторіть в/в введення рідин<br>- Помірне зневоднення: Призначте РПР (див. вставку «Помірне зневоднення»)<br><br><input type="checkbox"/> Призначте антибіотики<br>Препарат і дозування _____ | <input type="checkbox"/> РПР 75 мл/кг протягом 4 год<br>Обсяг: ____ мл протягом 4 год<br><input type="checkbox"/> Додатки з цинком (20 мг/день) дітям віком від 6 місяців до 5 років<br><br><input type="checkbox"/> Повторіть оцінювання після РПР<br>- Тяжке зневоднення: Розпочніть в/в введення рідин<br>- Помірне зневоднення: Повторіть прийом РПР у тому ж обсязі<br>- Відсутність зневоднення: Виписка з подальшим прийомом РПР | <input type="checkbox"/> Після кожного рідкого випорожнення, давайте:                                                                                                                                                                                                                                                   |        |         |                                            |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Вік (років)                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | < 2    | 2–9     | ≥ 10                                       |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | РПР (мл)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 50–100 | 100–200 | Стільки скільки пацієнт хоче і може випити |
| Інструкції щодо виписки |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Розглядайте можливість виписки, якщо:<br>- Відсутні ознаки зневоднення<br>- Пацієнт здатен приймати РПР без блювання<br>- Епізоди водянистої діареї відсутні протягом 4 годин<br>- Пацієнт здатен ходити без допомоги<br>- Пацієнт має сечовипускання<br>- Пацієнт отримав рекомендації щодо того, за яких умов слід повернутися до лікарні/ЦЛХ<br>- Пацієнт прослухав повідомлення на тему медичної просвіти                           | <input type="checkbox"/> Додатки з цинком (20 мг/день) дітям віком від 6 місяців до 5 років                                                                                                                                                                                                                             |        |         |                                            |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Перед випискою перевірте, чи:<br><input type="checkbox"/> Пацієнт прослухав повідомлення на тему медичної просвіти<br><input type="checkbox"/> Пацієнт отримав РПР для прийому в домашніх умовах<br><input type="checkbox"/> Особа, яка здійснює догляд за пацієнтом, вміє правильно готувати та давати РПР без нагляду |        |         |                                            |

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: \_\_/\_\_/\_\_