



МОНГОЛ УЛСЫН
ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН САЙДЫН
ТУШААЛ

2018 оны 12 сарын 14 өдөр

Дугаар А/527.

Улаанбаатар хот

Халдварт өвчний тохиолдлыг тандах
журам батлах тухай

Монгол Улсын Засгийн газрын тухай хуулийн 24 дүгээр зүйлийн 24.2 дахь хэсэг, Эрүүл мэндийн тухай хуулийн 35 дугаар зүйлийн 35.1 дэх хэсгийг тус тус үндэслэн ТУШААХ нь:

1. Олон улсын эрүүл мэндийн дүрэм (2005)-ийг хэрэгжүүлэх зорилгоор Халдварт өвчний тохиолдлыг тандах журмыг нэгдүгээр, Тохиолдлын тодорхойлолтыг хоёрдугаар, Халдварт өвчний хам шинж, сэжигтэй, өвөрмөц тохиолдлын судалгааны хуудсыг гуравдугаар хавсралтаар тус тус баталсугай.

2. Халдварт өвчний тохиолдлыг тандах журмын хэрэгжилтийг хангаж ажиллахыг Халдварт өвчин судлалын үндэсний төв (Д.Нямхүү), аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар, өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагын дарга, захирал нарт даалгасугай.

3. Энэхүү тушаал гарсантай холбогдуулан Эрүүл мэндийн сайдын 2016 оны 121 дүгээр тушаал, 2002 оны 201 дүгээр тушаалын гуравдугаар хавсралтыг хүчингүй болсонд тооцсугай.

4. Уг тушаалын хэрэгжилтэд хяналт тавьж ажиллахыг Нийгмийн эрүүл мэндийн газар (Т.Энхзаяа)-т даалгасугай.

САЙД

Д.САРАНГЭРЭЛ



Эрүүл мэндийн сайдын 2018 оны
12 дүгээр сарын 14-ны өдрийн
А/БЗ дугаар тушаалын 1 дүгээр
хавсралт



ХАЛДВАРТ ӨВЧНИЙ ТОХИОЛДЛЫГ ТАНДАХ ЖУРАМ

1. Нийтлэг үндэслэл

1. Халдварт өвчнийг тандах гэдэг /цаашид "тандалт" гэх/ нь тодорхойлолтод нийцсэн халдварт өвчний хам шинж, сэжигтэй, өвөрмөц тохиолдлыг бүртгэх, мэдээлэх, мэдээг цуглуулах, нэгтгэх, дүн шинжилгээ хийх, эргэн мэдээлэх цогц үйл ажиллагаа юм.

2. Тандалтын зорилго нь халдварт өвчний дэгдэлтийг эрт илрүүлж, хариу арга хэмжээний бэлэн байдлыг хангах, нийтийг хамран тархахаас сэргийлэх, цаг алдалгүй хариу арга хэмжээг хэрэгжүүлэх, шийдвэр гаргахад шаардлагатай мэдээллийг бүрдүүлэхэд оршино.

2. Зохион байгуулалт

2.1. Халдварт өвчний тохиолдлыг тандах журмыг өрх, сум, тосгоны эрүүл мэндийн төв, амаржих газар, нийгмийн эрүүл мэндийн төв, нэгдсэн эмнэлэг, сувилал, түргэн тусламжийн төв, тусгай эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн төв, төрөлжсөн мэргэшлийн эмнэлэг зэрэг эрүүл мэндийн байгууллагууд хэрэгжүүлнэ.

2.2. Журмыг хэрэгжүүлэх арга хэмжээг улсын хэмжээнд төлөвлөх, энэ чиглэлээр эрүүл мэндийн байгууллагад мэргэжил арга зүйн дэмжлэг үзүүлэх, хяналт-шинжилгээ, үнэлгээ, дэмжлэгт хяналт хийх, шийдвэр гаргагчдыг нотолгоонд тулгуурласан мэдээллээр хангах, эмнэлгийн мэргэжилтнийг сургах, зөвлөмжөөр хангах ажлыг Халдварт өвчин судлалын үндэсний төвийн Эрт сэрэмжлүүлэг, хариу арга хэмжээ (ЭСХАХ)-ний нэгж хариуцан ажиллана.

2.3. Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар (ЭМГ), дүүргийн Эрүүл мэндийн төв (ЭМТ)-д Тандалтын баг ажиллана.

2.3.1. Аймаг нийслэлийн ЭМГ-ын тандалтын багийн ахлагч нь нийгмийн эрүүл мэндийн хэлтсийн дарга буюу түүнтэй адилтгах албан тушаалтан байх ба халдварт өвчин, орчны эрүүл мэндийн асуудал хариуцсан мэргэжилтэн, дүн бүртгэлийн асуудал хариуцсан эмч, аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, Бүсийн оношилгоо эмчилгээний төвийн лабораторийн тасгийн эрхлэгч, зоонозын өвчний асуудал хариуцсан тархвар судлагч их эмч нарын бүрэлдэхүүнтэй байна.

2.3.2. Дүүргийн ЭМТ-ийн тандалтын багийн ахлагч нь нийгмийн эрүүл мэндийн асуудал хариуцсан орлогч дарга байх ба халдварт өвчин, орчны эрүүл мэндийн асуудал хариуцсан тархвар судлагч, лабораторийн эмч, лаборант, статистикч, дүн бүртгэгч бага эмч нарын бүрэлдэхүүнтэй байна.

2.4. Аймаг, нийслэлийн ЭМГ, дүүргийн ЭМТ-өөс бусад эрүүл мэндийн байгууллагад тандалт хариуцсан орон тооны бус мэргэжилтэнг томилон ажиллуулах бөгөөд тухайн байгууллагын тархвар судлагч, дүн бүртгэгч, халдварын сэргийлэлт, хяналтын асуудал хариуцсан ажилтны аль нэг байж болно.

3. Тандалтын нэгж, баг, тандалт хариуцсан мэргэжилтний гүйцэтгэх үүрэг

3.1. ХӨСҮТ-ийн ЭСХАХ-ний нэгжийн гүйцэтгэх үүрэг

3.1.1. Халдварт өвчний хам шинж, сэжигтэй, өвөрмөц тохиолдлын мэдээг аймаг, нийслэлийн ЭМГ, дүүргийн ЭМТ-ийн тандалтын багаас долоо хоног бүрийн Мягмар гарагийн 12 цагаас өмнө, ХӨСҮТ-ийн хүлээн авах, амбулаторийн тасгаас долоо хоног бүрийн Даваа гарагт цахим хэлбэрээр авна. Халдварт өвчний хам шинж, сэжигтэй, өвөрмөц тохиолдол нь яаралтай мэдээлэх босго үзүүлэлтэд хүрсэн бол 24 цагийн дотор ЭМЯ-ны холбогдох газар, хэлтэс, мэргэжилтэнд шууд, аймаг нийслэлийн ЭМГ-т эргэн, мэдээлнэ.

3.1.2. Хүлээн авсан мэдээг санд нэгтгэн, дүн шинжилгээ хийж, Лхагва гараг бүрт цахим хэлбэрээр тандалтын багийн ахлагч нар, ЭМЯ, ХӨСҮТ-ийн холбогдох мэргэжилтэнд эргэн мэдээлнэ.

3.1.3. Халдварт өвчний дэгдэлтийг эрт илрүүлэн, эрсдэлийн үнэлгээ хийж, аймаг, нийслэлийн ЭМГ, дүүргийн ЭМТ-ийн тандалтын баг, өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагын тандалт хариуцсан мэргэжилтэнд 24 цагийн дотор мэдэгдэж, мэргэжил, арга зүйн зөвлөлөгөө өгнө.

3.1.4. Халдварт өвчний дэгдэлт бүртгэгдсэн тохиолдолд дэгдэлтийн нөхцөл байдал, хариу арга хэмжээний хэрэгжилтийн талаар ЭМЯ, холбогдох шийдвэр гаргагчид болон Олон улсын эрүүл мэндийн дүрмийн зохицуулагч, Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын суурин төлөөлөгчийн газрыг мэдээллээр яаралтай, тогтмол хангана.

3.1.5. Жил бүр аймаг, нийслэлийн ЭМГ, дүүргийн ЭМТ, өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагын 20-30 хувьд үйл ажиллагааны дэмжлэгт болон явцын хяналт хийж, мэргэжлийн арга зүйгээр хангана.

3.1.6. Аймаг, нийслэлийн ЭМГ, дүүргийн ЭМТ-ийн тандалтын баг, өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагын тандалт хариуцсан мэргэжилтнийг тасралтгүй сургана.

3.2. Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар, дүүргийн Эрүүл мэндийн төвийн тандалтын багийн гүйцэтгэх үүрэг

3.2.1. Аймаг, нийслэл, дүүргийн тандалтын баг нь нутаг дэвсгэрийн харьяаллын дагуу тандалтын тогтолцоонд хамрагдах эрүүл мэндийн байгууллагын жагсаалтыг ХӨСҮТ-ийн ЭСХАХ-ний нэгжтэй хамтран гаргана.

3.2.2. Аймаг, нийслэл, дүүргийн тандалтын баг нь Даваа гараг бүр эрүүл мэндийн байгууллагаас халдварт өвчний хам шинж, сэжигтэй, өвөрмөц тохиолдлын мэдээг мэдээлэх хуудсын дагуу, эпидемиологийн долоо хоногоор авна. Эпидемиологийн долоо хоногт Бямба гарагаас Баасан гарагийг дуусталх долоо хоногийг хамруулна.

3.2.3. Эрүүл мэндийн байгууллагаас ирүүлсэн мэдээнд дүн шинжилгээ хийж, Мягмар гараг бүр цахим хаяг (www.ewar@nccd.gov.mn)-аар ХӨСҮТ-ийн ЭСХАХ-ний нэгжид мэдээлнэ.

3.2.4. Халдварт өвчний хам шинж, сэжигтэй, өвөрмөц тохиолдол нь яаралтай мэдээлэх босго үзүүлэлтэд хүрсэн тохиолдолд ХӨСҮТ-ийн ЭСХАХ-ний нэгжид 11-455388 тоот утас, цахим хаяг (www.ewar@nccd.gov.mn) -аар яаралтай мэдээлнэ.

3.2.5. Өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллагаас ирүүлсэн халдварт өвчний хам шинж, сэжигтэй, өвөрмөц тохиолдлын мэдээлэлд долоо хоног тутамд дүн шинжилгээ хийж, эргэн мэдээллээр хангана.

3.2.6. Аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар, дүүргийн Эрүүл мэндийн төвийн тандалтын баг нь дэгдэлтийн үед холбогдох мэргэжлийн багтай хамтран хариу арга

хэмжээг шуурхай зохион байгуулж, тандалт судалгаа, шинжилгээ хийж, дүгнэлт гаргана.

3.2.7. Аймаг, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, БОЭТ-ийн лаборатори нь сум, өрхийн тандалтын мэргэжилтнээс ирүүлсэн сорьцонд шинжилгээ хийх, шаардлагатай үед лавлагаа лабораторид баталгаажуулах, сорьц цуглуулах, тээвэрлэх, оношлуурын зардлыг тухайн байгууллага өөрийн төсөвт тусган шийдвэрлүүлнэ.

4. Тандалтын мэдээлэл цуглуулах

4.1. Эрүүл мэндийн байгууллагын тандалт хариуцсан мэргэжилтэн нь халдварт өвчний хам шинж, сэжигтэй, өвөрмөц тохиолдлын "тэг" мэдээлэл, яаралтай мэдээлэх босго үзүүлэлт (Хавсралт 2)-ийн дагуу тохиолдол бүрийг бүртгэж, мэдээлнэ.

4.2. Мөн журмын дагуу мэдээлэх халдварт өвчний хам шинж, сэжигтэй, өвөрмөц тохиолдлыг 2 болон 24 цагт яаралтай мэдээлж, эпидемиологийн долоо хоногоор нэгтгэн мэдээлнэ.

4.2.1. 2 цагийн дотор мэдээлэх халдварт өвчний сэжигтэй тохиолдол

4.2.1.1. Сэжигтэй тохиолдлыг илрүүлсэн эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн нь анхны мэдээллийг 1 цагийн дотор өөрийн байгууллагын тархвар судлагч, тухайн асуудал хариуцсан мэргэжилтэн, шууд харьяалах удирдах албан тушаалтанд мэдээлнэ.

4.2.1.2. Мэдээлэл авсан албан тушаалтан нь аймаг, нийслэлийн ЭМГ-ын Халдварт өвчний асуудал хариуцсан мэргэжилтэнд яаралтай мэдээлнэ.

4.2.1.3. Аймаг, нийслэлийн ЭМГ-ын Халдварт өвчний асуудал хариуцсан мэргэжилтэн нь анхны мэдээллийг хүлээн авснаас хойш 30 минутын дотор ХӨСҮТ-д 11-455388 тоот утас, ewar@nccd.gov.mn цахим шуудангаар, зоонозын халдварт өвчний сэжигтэй тохиолдол бол ЗӨСҮТ-д 70282853 тоот утас, eor@nczd.gov.mn цахим шуудангаар мэдээлнэ.

4.2.1.4. ХӨСҮТ, ЗӨСҮТ нь анхны мэдээллийг хүлээж авснаас хойш 30 минутын дотор ЭМЯ-ны НЭМГ-ын Олон нийттэй харилцах, тандалт, шуурхай удирдлагын хэлтэст 51-261629 тоот утсаар, eoc@moh.gov.mn, eochealth2014@gmail.com цахим шуудангаар мэдээлнэ.

4.2.2. 24 цагийн дотор мэдээлэх халдварт өвчний хам шинж, сэжигтэй тохиолдол

4.2.2.1. Хам шинж, сэжигтэй тохиолдлыг илрүүлсэн эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн бүр анхны мэдээллийг 6 цагийн дотор өөрийн байгууллагын тархвар судлагч, тухайн асуудал хариуцсан эмч болон шууд харьяалах удирдах албан тушаалтанд мэдээлнэ.

4.2.2.2. Мэдээлэл авсан албан тушаалтан нь мэдээлэл авснаас хойш 6 цагийн дотор аймаг, нийслэлийн ЭМГ-ын Халдварт өвчний асуудал хариуцсан мэргэжилтэнд мэдээлнэ.

4.2.2.3. Аймаг, нийслэлийн ЭМГ-ын Халдварт өвчний асуудал хариуцсан мэргэжилтэн нь анхны мэдээллийг хүлээн авснаас хойш 6 цагийн дотор ХӨСҮТ-д 11-455388 тоот утас, 100 тоот ewar@nccd.gov.mn цахим шуудангаар, зоонозын халдварт өвчний сэжигтэй тохиолдол бол ЗӨСҮТ-д 70282853 тоот утас, eor@nczd.gov.mn цахим шуудангаар мэдээлнэ.

4.2.2.4. ХӨСҮТ, ЗӨСҮТ нь анхны мэдээллийг хүлээж авснаас хойш 6 цагийн дотор ЭМЯ-ны НЭМГ-ын Олон нийттэй харилцах, тандалт, шуурхай удирдлагын хэлтэст

51-261629 тоот утас, eoc@moh.gov.mn, eochealth2014@gmail.com цахим шуудангаар мэдээлнэ.

4.2.3. 7 хоногт мэдээлэх хам шинж, сэжигтэй, өвөрмөц тохиолдол

4.2.3.1. Хам шинж сэжигтэй тохиолдлыг илрүүлсэн эмч, эмнэлгийн мэргэжилтэн нь анхны мэдээллийг 6 цагийн дотор өөрийн байгууллагын тархвар судлагч, тухайн асуудал хариуцсан мэргэжилтэн, шууд харьяалах удирдах албан тушаалтанд мэдээлнэ.

4.2.3.2. Аймаг, нийслэлийн ЭМГ, дүүргийн ЭМТ нь **7 хоногт мэдээлэх** халдварт өвчний хам шинж, сэжигтэй, өвөрмөц тохиолдлын мэдээг эпидемиологийн долоо хоногоор нэгтгэн, Мягмар гараг бүр ewar@nccd.gov.mn хаягаар ХӨСҮТ-д, eop@nczd.gov.mn хаягаар ЗӨСҮТ-д мэдээлнэ.

5. Тандалтын хяналт шинжилгээ, үнэлгээ

ХӨСҮТ-ийн ЭСХАХ-ний нэгж нь аймаг, нийслэлийн Эрүүл мэндийн газар, дүүргийн Эрүүл мэндийн төвийн тандалтын багаас ирүүлсэн долоо хоног бүрийн мэдээнд үндэслэн шалгуур үзүүлэлтийн дагуу сар, улирал, хагас жил, жил тутамд үнэлж, эргэн мэдээлнэ.

ХӨСҮТ нь зохих аргачлалын дагуу тандалтын үйл ажиллагааг үнэлэх бөгөөд уг үнэлгээг холбогдох байгууллагуудтай хамтран 2 жил тутамд зохион байгуулна.

Тандалтын үйл ажиллагааны шалгуур үзүүлэлт

Шалгуур үзүүлэлт	Үнэлгээний дүн			
	Сайн	Хангалт тай	Хангалт гүй	Тооцох аргачлал
Тандалтын нэгжийн мэдээ ирүүлсэн байдал	90%-иас дээш	89-70%	69%-иас бага	$\frac{\text{Мэдээ ирүүлсэн 7 хоногийн тоо}}{\text{Мэдээ ирүүлбэл зохих 7 хоногийн тоо}} \times 100\%$
Мэдээгээ хугацаандаа ирүүлсэн байдал	80%-иас дээш	79-60%	59%-иас бага	$\frac{\text{Хугацаандаа ирүүлсэн мэдээний тоо}}{\text{Мэдээ ирүүлсэн нийт тоо}} \times 100\%$
Тандалтын нэгжүүдийн хамрагдсан байдал	80%-иас дээш	79-60%	59%-иас бага	$\frac{\text{Мэдээ ирүүлсэн тандалтын нэгжийн тоо}}{\text{Мэдээ ирүүлбэл зохих тандалтын нэгжийн тоо}} \times 100\%$
Мэдээний бүрэн бүтэн байдал	100%	99-80%	80%-иас бага	$\frac{\text{Мэдээллийг дутуу бөглөсөн тохиолдлын тоо}}{\text{Нийт мэдээлсэн тохиолдлын тоо}} \times 100\%$
Тандалтын мэдээнд дүн шинжилгээ хийж, эргэн мэдээлсэн байдал	80%-иас дээш	79-60%	59%-иас бага	$\frac{\text{Эргэн мэдээлсэн 7 хоногийн тоо}}{\text{Мэдээлбэл зохих 7 хоногийн тоо}} \times 100\%$
Босго үзүүлэлтэд хүрсэн тохиолдолд 2 болон 24 цагийн дотор мэдээ ирүүлсэн байдал	80%-иас дээш	79-60%	59%-иас бага	$\frac{2 \text{ ба } 24 \text{ цагийн дотор мэдээлсэн тохиолдлын тоо}}{2 \text{ ба } 24 \text{ цагийн дотор мэдээлбэл зохих тохиолдлын тоо}} \times 100\%$
Дэгдэлтийг лабораториор баталгаажуулсан байдал	80%-иас дээш	79-60%	59%-иас бага	$\frac{\text{Лабораториор оношийг баталгаажуулсан дэгдэлтийн тоо}}{\text{Нийт бүртгэгдсэн дэгдэлтийн тоо}} \times 100\%$
Тандалтын чиглэлээр сургалтад хамрагдсан эмч, мэргэжилтний хувь	70%-иас дээш	69-50%	49%-иас бага	$\frac{\text{Сургалтад хамрагдсан эмч мэргэжилтний тоо}}{\text{Тухайн тандалын багийн үйл ажиллагаанд оролцдог нийт мэргэжилтний тоо}} \times 100\%$

оОо

Эрүүл мэндийн сайдын 2018
оны 12 дүгээр сарын 24-ны
өдрийн 166 дугаар тушаалын 2
дугаар хавсралт

ХАМ ШИНЖ, СЭЖИГТЭЙ, ӨВӨРМӨЦ ТОХИОЛДЛЫН ТОДОРХОЙЛОЛТ

1. Хам шинж, сэжигтэй, өвөрмөц тохиолдлын тандалт

1.1. Хам шинж, сэжигтэй, өвөрмөц тохиолдлын тандалтыг өмчийн бүх хэлбэрийн эрүүл мэндийн байгууллага хийнэ.

1.2. Хам шинжийн тандалтад цочмог сул саажилт, цочмог халууралт, тууралтат цочмог халууралт, цэврүүт тууралтат, цочмог цусархаг суулгалт, цочмог усархаг суулгалт, цочмог шарлалттай, амьсгалын замын цочмог халдварын хам шинжүүдийг хамруулна.

1.3. Сэжигтэй тохиолдлын тандалтад халдварт саа, тарваган тахал, шинэ вирусийн халдвар, амьсгалын цочмог халтай хам шинж, цусархаг чичрэгүүд, татран, нярайн татран, хөхүүл ханиад, сахуу, гахай хавдар, улаанбурхан, менингококкийн халдвар, боом, галзуу, хачигт энцефалитийг хамруулна.

1.4. Өвөрмөц тохиолдлын тандалтад хоолны хордлогот халдвар, эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой халдвар, дархлаажуулалтын дараах урвал хүндрэлийг хамруулна.

2. Халдварт өвчний хам шинж, сэжигтэй, өвөрмөц тохиолдлын тодорхойлолт, яаралтай мэдээлэх босго үзүүлэлт

2.1.1. Хам шинжийн тодорхойлолт, яаралтай мэдээлэх босго үзүүлэлт

Д/д	Хам шинжийн нэр	Тохiolдлын тодорхойлолт	24 цагийн дотор яаралтай мэдээлэх	7 хоног бүр мэдээлэх
1	Цочмог сул саажилт	15-аас доош насны хүүхдэд гэнэт сул саажилт илрэх	1 тохиолдол	-
2	Цочмог халууралт, тууралтат	Халуурах, гүвдрүүт, толбот тууралт гарах	Нэг голомтод 2 ба түүнээс дээш тохиолдол	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ
3	Цочмог халууралт, цэврүүт тууралтат	Халуурах, цэврүүт тууралт гарах	Нэг голомтод 2 ба түүнээс дээш тохиолдол	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ
4	Цочмог халууралт, цусархаг тууралтат	Гэнэт өндөр халуурах, цусархаг тууралт гарах	1 тохиолдол	-
5	Цочмог цусархаг суулгалт	Өтгөнд харагдахуйц цустай цочмог суулгах	Нэг голомтод 2 ба түүнээс дээш тохиолдол	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ
6	Цочмог усархаг суулгалт	24 цагийн дотор 3 ба түүнээс дээш удаа суулгах	Нэг голомтод 2 ба түүнээс дээш тохиолдол	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ
7	Цочмог шарлалттай	Халуурах, арьс, нүдний салстад шарлалт цочмог илрэх	Нэг голомтод 2 ба түүнээс дээш тохиолдол	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ

2.1.2. Сэжигтэй тохиолдлын тодорхойлолт, яаралтай мэдээлэх босго үзүүлэлт

2.1.2.1. ОУЭМД-ийн дагуу 2 ЦАГИЙН ДОТОР мэдээлэх халдварт өвчний сэжигтэй тохиолдол

Д/д	Сэжигтэй тохиолдол	Тохиолдлын тодорхойлолт	Тархвар судлалын холбогдол	Яаралтай мэдээлэх босго үзүүлэлт
1.	Цагаанцэцэг	- Гэнэт ≥ 40 хэм халуурах - Ядарч сульдах - Толгой хүчтэй өвдөх, бүх бие шархирч өвдөх - Бөөлжих - Голчлон нүүр, мөчдөөс эхлэн гүн суурьтай, дарахад арилахгүй, товгор, дугуй, шош хэлбэрийн цэврүүт тууралт гарах	- Сүүлийн 7-21 хоногийн дотор тохиолдлын тодорхойлолтод тусгасан шинж тэмдэг бүхий өвчтөнтэй хавьтал болсон эсвэл - Өвчтөний хэрэглэж байсан эд зүйлст хүрэлцсэн	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ
2.	Халдварт саа	- Гэнэт ≥ 39 хэм халуурах - Суулгах - Аль нэг мөчид сул саажилт илрэх	- Зэрлэг омгийн полиовирусээр үүсгэгдсэн халдварт саагийн тохиолдолтой хавьтал болсон эсвэл - Зэрлэг омгийн полиовирусээр үүсгэгдсэн халдварт саагийн өвчлөл бүртгэгдэж буй улс оронд зорчсон	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ
3.	Шинэ вирусийн халдвар (Зика болон бусад шинэ халдвар гм.)	≥ 38 хэм халуурах - Ханиалгах - Амьсгалын замын шалтгаан тодорхойгүй халдварын улмаас нас барах - Чичрүүдэс хүрэх - Хоолой, булчин өвдөх - Амьсгалын дистресс хам шинж илрэх	- Лабораториор батлагдсан тохиолдолтой шууд хавьтал болсон эсвэл - Тухайн вирусийн халдвар бүртгэгдсэн улс оронд аялсан	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ
4.	Амьсгалын цочмог халтай хам шинж (АЦХаХ)	≥ 38 хэм халуурах - Ханиалгах - Амьсгалахад бэрхшээлтэй болох	- АЦХаХ-ын болзошгүй тохиолдолтой шууд хавьталд орсон эсвэл - АЦХаХ-ын өвчлөл бүртгэгдэж буй улс оронд зорчсон эсвэл - АЦХаХ-ын өвчлөл бүртгэгдэж буй улс оронд амьдардаг	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ
5.	Булчин задрах тахал (Холер)	Гэнэт өвдөлтгүйгээр цагаан будааны угаадас мэт зүйлээр их хэмжээний усархаг суулгах	- Булчин задрах тахлын болзошгүй тохиолдолтой шууд хавьталд орсон эсвэл - Булчин задрах тахлын	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ

		• Дотор муухайрах • Бөөлжих	голомтот улс оронд зорчсон эсвэл • Булчин задрах тахлын голомтот улс оронд амьдардаг	
6.	Тарваган тахал	• Гэнэт ≥ 39 хэм халуурах • Чичрүүдэс хүрэх • Толгой хүчтэй өвдөх • Үе мөч, булчингаар шархирч өвдөх • Тунгалгийн булчирхай хавдах, эмзэглэлтэй болох • Барьцалдсан бэрсүү (бубон) үүсэх • Цустай, цэртэй ханиалгах • Цээжээр өвдөх • Амьсгаадах	• Тарваган тахлын байгалийн голомтот нутагт амьдардаг эсвэл • Тарваган тахлын сэжигтэй болон өвчтэй хүнтэй хамт байсан эсвэл • Тарвага зурам агнасан, арьс өвчсөн, мах эвдсэн, тарваганы түүхий эд, эрхтэн идсэн эсвэл • Мэрэгч амьтны бөөс, бүүрэгт хазуулсан эсвэл • Тарваган тахлын халдвартай байж болзошгүй эд зүйлтэй харьцсан	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ
7.	Шар чичрэг	• Гэнэт ≥ 40 хэм халуурах, чичрэх • Толгой, нуруу, булчингаар хүчтэй өвдөх • Арьс шарлах • Буйл, хамраас цус гоожих, цусаар бөөлжих • Элэг, бөөрний дутагдал илрэх	• Сүүлийн 7 хоногт шар чичрэгийн голомтот Африк, Өмнөд Америкийн орнуудаар зорчих үедээ шумуулд хазуулсан	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ
8.	Цусархаг чичрэгүүд (Эбола вируст халдвар, Ласса чичрэг, Марбургийн чичрэг, Баруун Нилийн чичрэг, денгийн халууралт гм.)	• ≥ 40 хэм халуурах • Толгой хүчтэй өвдөх • Булчингаар өвдөх • Толбот, гүвдрүүт тууралт гарах • Бөөлжих, суулгах • Гэдэс базалж өвдөх • Осол гэмтэлтэй холбоогүй цус алдах • Цусан дахь ялтаст эсийн тоо буурах	• Цусархаг чичрэг өвчний тохиолдол бүртгэгдсэн газар нутагт аялсан эсвэл • Цусархаг чичрэг өвчний үүсгэгчтэй ажилладаг лабораторид ажилладаг эсвэл • Цусархаг чичрэгээр өвчилсөн хүний цус, биеийн шингэнд хүрч хавьтал болсон эсвэл • Цусархаг чичрэг өвчнөөр өвчилсөн нь батлагдсан хүнтэй эдгэрснээс хойш 10 долоо хоногийн хугацаанд хамгаалалтгүй бэлгийн хавьталд орсон	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ

1.5.2.2. 24 ЦАГИЙН ДОТОР мэдээлэх халдварт өвчний сэжигтэй тохиолдлууд

Д/д	Сэжигтэй тохиолдол	Тохиолдлын тодорхойлолт	Тархвар судлалын холбогдол	Яаралтай мэдээлэх босго үзүүлэлт
1	Татран	Ил шарх, шалбархайтай байсан эсвэл мэс ажилбар хийлгэсний дараа 3-21 хоногт дараах шинж тэмдгүүд илэрвэл: - Зажлуурын булчин чангарах - Инээж байгаа мэт төрхтэй болох - Булчин агших	• Ил шарх шалбархайтай эсвэл • Ариун цэврийн шаардлага хангаагүй нөхцөлд бэлэг эрхтэний хөвч, хэлүү тайрах, үр хөндөх зэрэг мэс ажилбар хийлгэсэн	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ
2	Нярайн татран	Хэвийн төрсөн нярайд 3-28 хоногт дараах шинж тэмдгүүд илэрвэл: - Зажлуурын булчин чангарах - Хөхөө хөхөж чадахгүй байх - Булчин чангарах - Татах	• Гэрийн төрөлт	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ
3	Хөхүүл ханиад	Сүүлийн 2 долоо хоногийн турш: - Бөгшүүлж тасралтгүй ханиалгах - Ханиалгалтын төгсгөлд тунгалаг зунгааралдсан цэр ялгарах - Бөөлжих	• Хөхүүл ханиад өвчин лабораториор батлагдсан тохиолдолтой хавьтал болсон	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ
4	Сахуу	- Хөөмий, залгиур, төвөнх, хамар, хоолойн салстад зузаан саарал өнгөр тогтох - Амьсгалахад саадтай болох	• Сахуу өвчин лабораториор батлагдсан тохиолдолтой хавьтал болсон эсвэл • Сахуу өвчтэй хүнтэй нууц үе, халдвартай байх хугацаанд нь хамт байсан эсвэл • Сахуу өвчлөл бүртгэгдэж буй улс оронд зорчсон/ амьдардаг	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ
5	Гахай хавдар	- ≥ 38 хэм халуурах - Чих орчмын шүлсний булчирхай болон булчирхайлаг эрхтэнүүд үрэвсэх	• Гахай хавдарын батлагдсан тохиолдолтой хавьтал болсон эсвэл • Халдвартай хүний шүлстэй шууд хавьтал болсон	Нэг голомтод ≥ 3 тохиолдол

		- Тархины эд, зөөлөн бүрхүүл үрэвсэх		
6	Улаанбурхан	- ≥ 38 хэм халуурах - Толбон гүвдрүүт тууралт гарах Дараах шинж тэмдгүүдээс аль нэг нь илэрсэн: - Ханиалгах - Хамраас шингэн нус гоожих - Нүд улайж үрэвсэх	• Улаанбурхан өвчин лабораториор батлагдсан тохиолдолтой хавьтал болсон эсвэл • Улаанбурхан өвчтэй хүнтэй нууц үе, халдвартай байх хугацаанд нь хамт байсан эсвэл • Улаанбурхан өвчлөл бүртгэгдэж буй улс оронд зорчсон эсвэл амьдардаг	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ
7	Менингококкийн халдвар	- Гэнэт ≥ 39 хэм халуурах - Толгой хүчтэй өвдөх - Олон удаа бөөлжих - Дагзны хөшингө илрэх - Гүвдрүүт, цусархаг, үхжилт, одлог хэлбэрийн тууралт арьсан дээр гарах - Нэг хүртэлх насны хүүхдэд зулай түмбийж чинэрэх	• Сэжигтэй тохиолдол: Тохиолдлын тодорхойлолтод заасан эмнэлзүйн шинж тэмдгүүд илэрсэн өвчтөн; • Болзошгүй тохиолдол: Менингококкийн халдварын эмнэлзүйн шинж илэрсэн, нугасны шингэн булингартай эсвэл батлагдсан тохиолдолтой тархвар судлалын холбоотой; • Батлагдсан тохиолдол: Лабораториор батлагдсан сэжигтэй болон болзошгүй тохиолдол	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ
8	Боом	- Гэнэт ≥ 39 хэм халуурах - Толгой өвдөх - Чичрүүдэс хүрэх - Арьсан дээр гүвдрүүтэж, цэврүүтэн, эмзэглэлгүй хар тав тогтох эсвэл - Бөөлжих - Цустай суулгах эсвэл - Богино хугацаанд хүчилтөрөгчийн дутагдлын шинж илрэх	• Боомын байгалийн голомтот нутагт амьдардаг эсвэл • Боомоор өвчилсөн, үхсэн мал, амьтны сэг, зэмтэй шууд харьцсан эсвэл • Мал нядалгааны газар, малын түүхий эдтэй харьцаж ажилладаг, хүн, малын боом өвчнийг шинжлэх лабораторид ажилладаг эсвэл • Боомын байгалийн голомтот газарт цус сорогч хос далавчтан, үе хөлтөнд хазуулсан, газар, шорооны ажил	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ

			хийсэн эсвэл • Мал, амьтны гаралтай түүхий, шүүрхий бүтээгдэхүүн идэж хэрэглэсэн	
9	Галзуу	- Гэнэт ≥ 39 хэм халуурах, - Чичрүүдэс хүрэх - Ууц, нуруугаар өвдөх - Гар, хөл эрвэгнэх, мэдээ алдах - Шүлс гоожих - Ус, гэрэл, дуу чимээнээс айх - Хөдөлгөөний тэнцвэр алдагдах - Дэмийрэх - Татах	• Галзуу өвчний байгалийн голомтот нутагт амьдардаг эсвэл • Сүүлийн 90 хоногийн дотор зэрлэг болон гэрийн тэжээвэр амьтанд уруулсан эсвэл шүлсдүүлж ноцуулсан эсвэл • Галзуугаар өвчилсөн мал, зэрлэг амьтдын шүлс, эд, эрхтэн, ялгадсаар бохирлогдсон эд зүйлстэй харьцсан эсвэл • Галзуугаар өвчилсөн байж болзошгүй мал, амьтны гаралтай түүхий, шүүрхий бүтээгдэхүүн (чононы тархи гэх мэт) идэж хэрэглэсэн	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ
10	Хачигт энцефалит	- ≥ 38 хэм халуурах - Толгой маш хүчтэй өвдөх - Мэнэн, мэнэн-энцефалитийн шинж илрэх - Цочмог сул саажилт илрэх - Төвийн болон захын мэдрэлийн хурц гэмтлийн шинжүүд илрэх	• Хачигт энцефалитийн байгалийн голомтот, ойн бүсийн аймаг, сумд, гадаадын улс, орнуудад сүүлийн 1 сарын дотор ойн хачигт хазуулсан эсвэл • Сүүлийн нэг сарын хугацаанд малын түүхий сүү уусан, мал, амьтны гаралтай түүхий, шүүрхий бүтээгдэхүүн хэрэглэсэн	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ

2.1.3. 24 ЦАГИЙН ДОТОР мэдээлэх өвөрмөц тохиолдлууд

Д/д	Өвөрмөц тохиолдол	Тохиолдлын тодорхойлолт	Тархвар судлалын холбогдол	Яаралтай мэдээлэх босго үзүүлэлт
1.	Хоолны хордлогот халдвар	Нэг цаг хугацаанд ижил төрлийн хоол хүнс, усыг хэрэглэснээр үүсэх ижил төрлийн шинж тэмдэгүүд илрэхийг хэлнэ.	• Халдварлагдсан хоол хүнс, усны хэрэглэсэн. • Хүнсний аюулгүй байдлыг зөрчсөн газарт хоол идсэн, хүнс худалдан авч хэрэглэсэн, гэртээ	Нэг голомтод 2 ба түүнээс дээш тохиолдол

			хүнс, усыг буруу хадгалах, хэрэглэсэн байх • Хүнсний байгууллагад нян тээгч ажилласан байх	
2.	Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой халдвар	Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний үед үйлчлүүлэгч шинээр халдвар авах.	• Зохиомол амьсгалын аппаратаар дэмжигдсэн • Судсанд 48 цагаас дээш хугацаагаар гуурс тавигдсан • Цус сэлбүүлсэн • Мэс засал хийлгэсэн • Давсганд 48 цагаас дээш хугацаагаар шээлгүүр тавигдсан • Төрсөн эх, нярай • Гемодиализид орох	Ижил төрлийн тусламж үйлчилгээ авсан 2 буюу түүнээс дээш тохиолдол бол 24 цагийн дотор Тохиолдол бүрийг 7 хоног бүр мэдээлэх
3.	Дархлаажуулалтын дараах урвал хүндрэл (ДДУХ)	Цаг хугацааны хувьд дархлаажуулалт хийсэнтэй хамааралтай илэрсэн эмгэг тохиолдлууд	• Вакцин хийлгэсэн өгүүлэмжтэй	Тохиолдол бүрийг мэдээлнэ

ул мэндийн сайдын 2018
12 дүгээр сарын 14 -ны
ийн 12 дугаар тушаалын 3
ар хавсралт

ХИГТЭЙ ТОХИОЛДЛЫН
УУДАС

Дугаар I _ _ _ I _ _ _ I _ _ _ I

13

Вакцин товлолын дагуу: Бүрэн ☐ Дутуу ☐					
22. Эмнэлзүй:					
Эмнэл зүйн шинж тэмдэг эхэлсэн: он сар өдөр					
Илэрсэн шинж тэмдэг: 15-аас доош насны хүүхдэд гэнэт сул саажилт илрэх (Гиллен Баррын шинжийг оруулах):					
Халууралт ☐ хэм	1	Толгой өвдөх	4	Баруун хөл саажсан	7
Суулгах	2	Баруун гар саажсан	5	Зүүн хөл саажсан	8
Гар, хөлийн булчин хөндүүрлэх	3	Зүүн гар саажсан	6	Бусад	9
Анх саажилт илэрсэн: ____ он ____ сар ____ өдөр					
Саажилт илэрснээс хойш бүрэн саажсан өдрийн тоо ☐					
Нэг тал саажсан: Тийм ☐ Үгүй ☐					
Саажилт даамжирч байгаа: Тийм ☐ Үгүй ☐					
Менингитийн шинж (дагзны хөшингө): Тийм ☐ Үгүй ☐					
Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ хэрэв тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр					
Эмнэлгээс гарсан: ____ он ____ сар ____ өдөр					
Нас барсан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр					
23. Лабораторийн шинжилгээ:					
Сорьцын нэрс	Сорьцын тоо	Сорьц авсан он, сар, өдөр	Явуулсан он, сар, өдөр	Шинжилгээний дүн гарсан он, сар, өдөр	Шинжилгээний дүгнэлт
Өтгөн	1 сорьц				
	2 сорьц				
Хавьтагдааас авсан өтгөний сорьц	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
Арчдас	Хамар залгиур				
	Хошного				
Бусад					
24. Тархвар судлал:					
Сүүлийн 1 сард ямар нэг тарилга хийлгэсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐					
Сүүлийн 21 хоногт сэжигтэй буюу батлагдсан тохиолдолтой хамт байсан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐					
Сүүлийн 21 хоногт гадаад оронд аялсан, аялсан хүнтэй хамт байсан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐					
Саажилт гэж сэжиглэснээс хойш 60 хоногийн дараах үзлэг хийсэн эсэх: Тийм ☐					
____ он ____ сар ____ өдөр					
Үгүй ☐ үгүй бол үзлэг хийгээгүй шалтгаан: _____					
Нас барсан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐					
Хэрвээ тийм бол шалтгаан: _____					
Одоо сул саажилт үлдсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐					
Хэрэв тийм бол хаана: баруун гарт ☐ зүүн гарт ☐ баруун хөлд ☐ зүүн хөлд ☐					

Алхах чадвар: алхаж чадахгүй ☐, алхахдаа хазганана ☐, алхалт хэвийн ☐

Вирус ялгасан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Саажилт үлдсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Гиллен Баррын хам шинж илэрсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Миелит илэрсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Гэмтэл бэртэл: Тийм ☐ Үгүй ☐

Бусад: Тийм ☐ Үгүй ☐

Эргэж хянасан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Онош: батлагдсан ☐ үгүйсгэгдсэн ☐

Батлагдсан онош: _____

Онош тогтоолт:		Илрүүлэлт:		Халдвар дамжсан хүчин зүйл:		Халдварын эх уурхай:	
Эмнэлзүйгээр	1	Хавьтагсадаас	1	Усаар	1	Өвчтөнөөс	1
Лабораториор		Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр	2	Хүнсний бүтээгдэхүүнээр	2	Нян тээгчээс	2
Биохими, иммунологи, серологи	3	Амбулаториор	3	Цус, цусан бүтээгдэхүүнээр	3	Мал, амьтанаас	3
Тархвар судлалаар	4	Өөрөө ирсэн	4	Зүү, тариур, эмнэлгийн багаж хэрэгслээр	4	Тогтоогдоогүй	4
Задлангаар	5	Мэс заслаар	5	Хөрсөөр	5	Энэ өвчнөөс сэргийлэх тарилга хийлгэсэн эсэх:	
Эмнэлзүй болон лабораториор	6	Задлангаар	6	Агаараар	6	Хийлгэсэн	1
Бусад	7	Идэвхтэй тандалтаар	7	Ахуйн хавьтлаар	7	Хийлгээгүй	2
		Түргэнээр	8	Тодорхойгүй	8	Дутуу	3
		Бусад	9	Бусад	9	Тодорхойгүй	4
						Нас болоогүй	5

Эмнэлгээс шалтгаалсан халдвар мөн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Мэдээлсэн хүний нэр: _____

Албан тушаал: _____

Тархвар зүйн судалгаа хийсэн эмчийн нэр: _____ Албан тушаал: _____

Судалгаа дууссан: ____ он __ сар __ өдөр

Дугаар I | | | |

16

Эмнэл зүйн шинж тэмдэг эхэлсэн: ____ он ____ сар ____ өдөр

Халуурсан эсэх: Тийм ☐, Үгүй ☐, Мэдэхгүй ☐ хэрэв тийм бол ☐ |хэм

Тууралт гарсан эсэх: Тийм ☐, Үгүй ☐. Мэдэхгүй ☐ хэрэв тийм бол ямар

Тууралтын байршил: Чихний ар ☐ Хүзүү ☐ Доод мөч ☐ Их бие ☐
Бусад.....

Тууралтын хэлбэр: Гүвдрүүт ☐ Цэврүүт ☐ Бусад

Илэрсэн бусад шинж тэмдэг: Ханиалгах ☐ Нус гоожих ☐
Нүдний салст үрэвсэх ☐ Захын тунгалгийн булчирхай томрох ☐
Бусад

Эмнэлэгт хэвтсэн: Тийм ☐ ____ он ____ сар ____ өдөр

Эмнэлгээс гарсан: ____ он ____ сар ____ өдөр Үгүй ☐

Нас барсан: ☐ Тийм бол ____ он ____ сар ____ өдөр Үгүй ☐

23. Лабораторийн шинжилгээ:

Сорь- цын нэр	Сорьц авсан сар, өдөр, цаг	Лабораторид явуулсан сар, өдөр, цаг	Лаборатори д хүлээн авсан сар, өдөр, цаг	Хариуг мэдээлсэн сар, өдөр, цаг	Шинжилгээний үр дүн			Үүсгэгчийн төрөл, хэвшинж
					Эерэг	Сөрөг	Эргэл- зээтэй	

24. Тархвар судлал:

Тууралт эхлэхээс өмнөх 7-21 хоногт сэжигтэй буюу батлагдсан тохиолдолтой хамт байсан эсэх:
Тийм ☐, Үгүй ☐, Мэдэхгүй ☐

Тууралт эхлэхээс өмнөх 7-21 хоногт тохиолдол бүртгэгдсэн оронд аяласан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Тууралт эхлэхээс өмнө болон дараах 7хоногт жирэмсэн эмэгтэйтэй хамт байсан эсэх: Тийм ☐, Үгүй ☐

Тийм бол хаана _____ Хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр

Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх: Тийм ☐, Үгүй ☐, Хэрэв тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр

Эмнэлгээс гарсан: ____ он ____ сар ____ өдөр

Нас барсан эсэх: Тийм ☐, Үгүй ☐, Тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр

Оношийн баталгаажилт:

Өвчний нэрс	Онош батлагдсан эсэх	Оношийн баталгаажилт		
Улаанбурхан	Тийм ☐ Үгүй ☐	Эмнэл зүйгээр ☐	Тархвар судлалаар ☐	Лабораториор ☐
Улаанууд	Тийм ☐ Үгүй ☐	Эмнэл зүйгээр ☐	Тархвар судлалаар ☐	Лабораториор ☐
Улаан эсэргэнэ	Тийм ☐ Үгүй ☐	Эмнэл зүйгээр ☐	Тархвар судлалаар ☐	Лабораториор ☐
Розеола	Тийм ☐ Үгүй ☐	Эмнэл зүйгээр ☐	Тархвар судлалаар ☐	Лабораториор ☐
Эритема	Тийм ☐ Үгүй ☐	Эмнэл зүйгээр ☐	Тархвар судлалаар ☐	Лабораториор ☐
Герпангина	Тийм ☐ Үгүй ☐	Эмнэл зүйгээр ☐	Тархвар судлалаар ☐	Лабораториор ☐
Мононуклёз	Тийм ☐ Үгүй ☐	Эмнэл зүйгээр ☐	Тархвар судлалаар ☐	Лабораториор ☐
Ёлом	Тийм ☐ Үгүй ☐	Эмнэл зүйгээр ☐	Тархвар судлалаар ☐	Лабораториор ☐
Энтеровирусийн халдвар	Тийм ☐ Үгүй ☐	Эмнэл зүйгээр ☐	Тархвар судлалаар ☐	Лабораториор ☐

Уг халдвар гадаад орноос зөөвөрлөгдсөн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Тийм бол хаанаас _____

Батлагдсан онош: _____							
Онош батлагдсан: ____ он __ сар __ өдөр							
Онош тогтоолт:		Илрүүлэлт:		Халдвар дамжсан хүчин зүйл:		Халдварын эх уурхай:	
Эмнэлзүйгээр	1	Хавьтагсадаас	1	Усаар	1	Өвчтөнөөс	1
Лабораториор	2	Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр	2	Хүнсний бүтээгдэхүүнээр	2	Нян тээгчээс	2
Биохими, иммунологи, серологи	3	Амбулаториор	3	Цус, цусан бүтээгдэхүүнээр	3	Мал, амьтанаас	3
Тархвар судлалаар	4	Өөрөө ирсэн	4	Зүү, тариур, эмнэлгийн багаж хэрэгслээр	4	Тогтоогдоогүй	4
Задлангаар	5	Мэс заслаар	5	Хөрсөөр	5	Энэ өвчнөөс сэргийлэх вакцин хийлгэсэн эсэх:	
Эмнэлзүй болон лабораториор	6	Задлангаар	6	Агаараар	6	Хийлгэсэн	1
Бусад	7	Идэвхтэй тандалтаар	7	Ахуйн хавьтлаар	7	Хийлгээгүй	2
		Түргэнээр	8	Тодорхойгүй	8	Дутуу	3
		Бусад	9	Бусад	9	Тодорхойгүй	4
						Нас болоогүй	5
Эмнэлгээс шалтгаалсан халдвар мөн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐							
Мэдээлсэн хүний нэр: _____ Албан тушаал: _____ Тархвар зүйн судалгаа хийсэн эмчийн нэр: _____ Албан тушаал: _____ Судалгаа дууссан: ____ он __ сар __ өдөр							

3.3. Цочмог халууралт, цэврүүт тууралтат хам шинж, сэжигтэй тохиолдлын тархвар судалгааны хуудас

Дугаар I _ _ _ _

Судалгаа эхэлсэн: ____ он __ сар __ өдөр		Мэдээлэл авсан: ____ он __ сар __ өдөр	
1. Овог, нэр: _____ 2. Регистр: I _ _ I I _ _ I _ _ I _ _ I _ _ I 3. Нас: I _ _ I сар I _ _ I өдөр I _ _ I 4. Хүйс: I _ Iэр I _ Iэм 5. Ам бүлийн тоо: I _ _ I 6. Утас: _____, _____		7. Аймаг/хот: I _ _ I 8. Сум/дүүрэг: I _ _ I 9. Баг/хороо: I _ _ I 10. Гэрийн хаяг: _____ 11. Явуулын бол хэзээ хаанаас ирсэн: _____	
Хаяг: /ажил, сургууль, цэцэрлэг/:			
Хамгийн сүүлд явсан хугацаа: ____ он __ сар __ өдөр			
12. Албан тушаал, нийгмийн байдал: АжилчинI _ I, Албан хаагчI _ I, Малчин I _ I, Тэтгэвэрт I _ I, Оюутан I _ I, Хүүхэд I _ I, Ажилгүй I _ I, Бусад I _ I			
13. Хэрвээ хүүхэд бол: Сургуулийн I _ I, Цэцэрлэгийн I _ I, Гэртээ I _ I, Дотуур байрны I _ I, Хүүхэд асрах төв I _ I, Бусад			
14. Боловсрол: Магистр ба түүнээс дээшI _ I, БаклаврI _ I, Тусгай дундI _ I, Бүрэн дунд I _ I Боловсролгүй I _ I			
15. Шинж тэмдэг илэрсэн:	____ он __ сар __ өдөр		
16. Эмчид үзүүлсэн:	____ он __ сар __ өдөр		
17. Сорьц авсан:	____ он __ сар __ өдөр		
18. Мэдээллийн эх сурвалж: Өрхийн эмч I _ I, Лаборатори I _ I, Аймаг, сумын эмнэлэгI _ I, Олон нийт I _ I			
19. Тохиолдол дэгдэлттэй холбоотой эсэх: Тийм I _ I Үгүй I _ I Дэгдэлтийн тухай: _____ _____			
20. Урьдчилсан онош: _____ _____			
21. Дархлаажуулалт хийлгэсэн эсэх: Тийм I _ I Үгүй I _ I Хэрэв тийм бол:			
СалхинцэцэгI _ I	Хэдэн тун I _ _ I	Сүүлийн тун авсан: ____ он __ сар __ өдөр	
Дархлаажуулалтын талаар мэдээлэл авсан эх сурвалж:Тарилгын картI _ I, Өвчний түүхI _ I, БусадI _ I			
22. Эмнэлзүй			
Эмнэл зүйн шинж тэмдэг эхэлсэн: ____ он __ сар __ өдөр			
Халуурсан эсэх: ТиймI _ IҮгүй I _ IМэдэхгүйI _ I хэрэв тийм болI _ Iхэм			
Тууралт гарсан эсэх: ТиймI _ I Үгүй I _ I МэдэхгүйI _ I Хэрэв тийм бол			
Тууралтын байршил: Их бие I _ I, Дээд, доод мөчI _ I, Амны хөндийI _ I, Гарын алгаI _ I, НүүрI _ I, Хүзүү I _ I, Хөлийн улI _ I Бусад.....			
Тууралтын хэлбэр:Толбот, гүвдрүүт I _ I, Цэврүүт I _ I Бусад			

Илэрсэн бусад шинж тэмдэг: Ханиалгах ☐ Нус гоожих ☐ Нүдний салст үрэвсэх ☐ Хоолой өвдөх ☐ Бусад								
Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Хэрэв тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр Эмнэлгээс гарсан: ____ он ____ сар ____ өдөр Нас барсан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр								
23. Лабораторийн шинжилгээ:								
Сорьцын нэр	Сорьц авсан сар, өдөр, цаг	Лабораторид явуулсан сар, өдөр, цаг	Лабораторид хүлээн авсан сар, өдөр, цаг	Хариуг мэдээлсэн сар, өдөр, цаг	Шинжилгээний үр дүн			Үүсгэгчийн төрөл, хэвшинж
					Эерэг	Сөрөг	Эргэлзээтэй	

24. Тархвар судлал:

Ижил шинж тэмдэгтэй өвчнөөр өвчилсөн болон сэжигтэй хүнтэй хавьтал болсон эсэх: Тийм ☐, Үгүй ☐, Мэдэхгүй ☐

Хэрэв тийм бол хамт байсан хугацаа: ☐ хоног, Хэзээ ____ он ____ сар ____ өдрөөс ____ хүртэл

Хаана хавьтал болсон: Гэр ☐ Ажил ☐ Хүүхдийн байгууллага ☐ Бусад

Хэрэв хүүхдийн байгууллагад бол:

Анги, бүлгийн нягтрал ихэссэн эсэх:
 Цэвэрлэгээ, агааржуулалт шаардлагын дагуу тогтмол хийгддэг эсэх:
 Гар угаах нөхцөл бүрдсэн эсэх:

Тийм ☐ Үгүй ☐
 Тийм ☐ Үгүй ☐
 Тийм ☐ Үгүй ☐

Гараа угааж хэвшсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐
 Түүхий ус уудаг эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐
 Усан хангамжийн байдал: Төвлөрсөн ☐ Усан сан ☐ Хувийн худаг ☐
 Булаг, шанд, гол ☐ Бусад

Оношийн баталгаажилт:

Өвчний нэр	Онош батлагдсан эсэх	Оношийн баталгаажилт		
Салхинцэцэг	Тийм ☐ Үгүй ☐	Эмнэл зүйгээр ☐	Тархвар судлалаар ☐	Лабораториор ☐
Гар, хөл, амны өвчин	Тийм ☐ Үгүй ☐	Эмнэл зүйгээр ☐	Тархвар судлалаар ☐	Лабораториор ☐

Уг халдвар гадаад орноос зөөвөрлөгдсөн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐
 Тийм бол хаанаас _____

Батлагдсан онош: _____
 Онош батлагдсан: ____ он ____ сар ____ өдөр

Онош тогтоолт:		Илрүүлэлт:		Халдвар дамжсан хүчин зүйл:		Халдварын эх уурхай:	
Эмнэлзүйгээр	1	Хавьтагсадаас	1	Усаар	1	Өвчтөнөөс	1
Лабораториор	2	Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр	2	Хүнсний бүтээгдэхүүнээр	2	Нян тээгчээс	2
Биохими, иммунологи, серологи	3	Амбулаториор	3	Цус, цусан бүтээгдэхүүнээр	3	Мал, амьтанаас	3
Тархвар судлалаар	4	Өөрөө ирсэн	4	Зүү, тариур, эмнэлгийн багаж	4	Тогтоогдоогүй	4

				хэрэгслээр			
Задлангаар	5	Мэс заслаар	5	Хөрсөөр	5	Энэ өвчнөөс сэргийлэх вакцин хийлгэсэн эсэх:	
Эмнэлзүй болон лабораториор	6	Задлангаар	6	Агаараар	6	Хийлгэсэн	1
Бусад	7	Идэвхтэй тандалтаар	7	Ахуйн хавьтлаар	7	Хийлгээгүй	2
		Түргэнээр	8	Тодорхойгүй	8	Дутуу	3
		Бусад	9	Бусад	9	Тодорхойгүй	4
						Нас болоогүй	5
Эмнэлгээс шалтгаалсан халдвар мөн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐							
Мэдээлсэн хүний нэр: _____ Албан тушаал: _____ Тархвар зүйн судалгаа хийсэн эмчийн нэр: _____7_____ Албан тушаал: _____ Судалгаа дууссан: _____он _____сар _____өдөр							

3.4. Суулгалттай халдварын хам шинж, сэжигтэй тохиолдлын тархвар судалгааны хуудас

Дугаар I ___ I ___ I ___ I

Судалгаа эхэлсэн: ___ он ___ сар ___ өдөр	Мэдээлэл авсан: ___ он ___ сар ___ өдөр
1. Овог, нэр: _____ 2. Регистр: I ___ I I ___ I I ___ I I ___ I I ___ I 3. Нас: I ___ I сар I ___ I өдөр I ___ I 4. Хүйс: I ___ Iэр I ___ Iэм 5. Ам бүлийн тоо: I ___ I I ___ I 6. Утас: _____, _____	7. Аймаг/хот: I ___ I I ___ I 8. Сум/дүүрэг: I ___ I I ___ I 9. Баг/хороо: I ___ I I ___ I 10. Гэрийн хаяг: _____ 11. Явуулын бол хэзээ хаанаас ирсэн: _____
Хаяг: /ажил, сургууль, цэцэрлэг/: _____	
Хамгийн сүүлд явсан хугацаа: ___ он ___ сар ___ өдөр	
12. Албан тушаал, нийгмийн байдал: Ажилчин I ___ I, Албан хаагч I ___ I, Малчин I ___ I, Тэтгэвэрт I ___ I, Оюутан I ___ I, Хүүхэд I ___ I, Ажилгүй I ___ I, Бусад I ___ I	
13. Хэрвээ хүүхэд бол: Сургуулийн I ___ I, Цэцэрлэгийн I ___ I, Гэртээ I ___ I, Дотуур байрны I ___ I, Хүүхэд асрах төв I ___ I Бусад	
14. Боловсрол: Магистр ба түүнээс дээш I ___ I, Баклавр I ___ I, Тусгай дунд I ___ I, Бүрэн дунд I ___ I, Боловсролгүй I ___ I	
15. Шинж тэмдэг илэрсэн:	___ он ___ сар ___ өдөр
16. Эмчид үзүүлсэн:	___ он ___ сар ___ өдөр
17. Сорьц авсан:	___ он ___ сар ___ өдөр
18. Мэдээллийн эх сурвалж: Өрхийн эмч I ___ I Лаборатори I ___ I Аймаг, сумын эмнэлэг I ___ I Олон нийт I ___ I	
19. Тохиолдол дэгдэлттэй холбоотой эсэх: Тийм I ___ I Үгүй I ___ I Дэгдэлтийн тухай: _____ _____	
20. Урьдчилсан онош: _____ _____	
21. Эмнэлзүй Эмнэл зүйн шинж тэмдэг эхэлсэн: ___ он ___ сар ___ өдөр	
Халуурсан эсэх: Тийм I ___ I Үгүй I ___ I Мэдэхгүй I ___ I хэрэв тийм бол I ___ I хэм	
Илэрсэн шинж тэмдэг: Суулгах I ___ I, Усархаг суулгалт I ___ I, Цусархаг суулгалт I ___ I, Бөөлжих I ___ I, Дүлүүлэх I ___ I, Ходоод өвдөх I ___ I, Гэдэс базлах I ___ I, Бусад	
Суулгалтын тоо өдөрт: I ___ I I ___ I	
Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх: Тийм I ___ I Үгүй I ___ I Хэрэв тийм бол хэзээ: ___ он ___ сар ___ өдөр	
Эмнэлгээс гарсан: ___ он ___ сар ___ өдөр	
Нас барсан эсэх: Тийм I ___ I Үгүй I ___ I Тийм бол хэзээ: ___ он ___ сар ___ өдөр	

23. Лабораторийн шинжилгээ:

Сорьцын нэр	Сорьц авсан сар, өдөр, цаг	Лабораторид явуулсан сар, өдөр, цаг	Лабораторид хүлээн авсан сар, өдөр, цаг	Хариуг мэдээлсэн сар, өдөр, цаг	Шинжилгээний үр дүн			Үүсгэгчийн төрөл, хэвшинж
					Эерэг	Сөрөг	Эргэлзээ тэй	

24. Тархвар судлал:

Өвчтэй болон сэжигтэй хүн, нян тээгчтэй хавьтал болсон эсэх: Тийм ☐ , Үгүй ☐ , Мэдэхгүй ☐

Хэрэв тийм бол хамт байсан хугацаа: ☐ / ☐ / ☐ хоног, Хэзээ ☐ он ☐ сар ☐ өдрөөс ☐ хүртэл

Хаана хавьтал болсон: Гэр ☐ Ажил ☐ Хүүхдийн байгууллага ☐ Бусад

Хэрэв хүүхдийн байгууллагад бол:

Анги, бүлгийн нягтрал ихэссэн эсэх:

Тийм ☐ Үгүй ☐

Цэвэрлэгээ, агааржуулалт шаардлагын дагуу тогтмол хийгддэг эсэх:

Тийм ☐ Үгүй ☐

Гар угаах нөхцөл бүрдсэн эсэх:

Тийм ☐ Үгүй ☐

Өвчин эхлэхээс өмнөх 3-7 хоногт тохиолдол бүртгэгдсэн улс оронд аялсан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Тийм бол хаашаа _____ Хэзээ: ☐ он ☐ сар ☐ өдөр

Гараа угааж хэвшсэн эсэх:

Тийм ☐ Үгүй ☐

Гэртээ хүнс хадгалах хөргөгчтэй эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Түүхий ус уудаг эсэх:

Тийм ☐ Үгүй ☐

Усан хангамжийн байдал:

Төвлөрсөн ☐

Усан сан ☐

Хувийн худаг ☐

Булаг, шанд, гол ☐ Бусад

Гэрийн тэжээвэр амьтантай эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Голомтын шинжилгээ:

Д/д	Хавьтагдахын овог, нэр	Нас	Хүйс	Ажлын хаяг	Сорьц авсан он, сар, өдөр	Шинжилгээний хариу

Сүүлийн 3 хоногт идсэн сэжигтэй хоол, хүнсний бүтээгдэхүүний жагсаалт:

Д/д	Идсэн хоол	Идсэн он, сар, өдөр, цаг	Өвчин эхэлсэн он сар, өдөр, цаг	Хүнсний бүтээгдэхүүнийг хаана хадгалсан

Голомтод халдваргүйтгэл хийсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Оношийн баталгаажилт:

Өвчний нэрс	Онош батлагдсан эсэх	Оношийн баталгаажилт			
Сальмонеллёз	Тийм ☐ Үгүй ☐	Эмнэл зүйгээр ☐	Тархвар судлалаар ☐	Лабораториор ☐	
Цусан суулга	Тийм ☐ Үгүй ☐	Эмнэл зүйгээр ☐	Тархвар судлалаар ☐	Лабораториор ☐	
Гэдэсний балнад	Тийм ☐ Үгүй ☐	Эмнэл зүйгээр ☐	Тархвар судлалаар ☐	Лабораториор ☐	
Бусад	Тийм ☐ Үгүй ☐	Эмнэл зүйгээр ☐	Тархвар судлалаар ☐	Лабораториор ☐	

Уг халдвар гадаад орноос зөөвөрлөгдсөн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Тийм бол хаанаас _____

Батлагдсан онош: _____

Онош батлагдсан: ____ он __ сар __ өдөр

Онош тогтоолт:		Илрүүлэлт:		Халдвар дамжсан хүчин зүйл:		Халдварын эх уурхай:	
Эмнэлзүйгээр	1	Хавьтагсадаас	1	Усаар	1	Өвчтөнөөс	1
Лабораториор	2	Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр	2	Хүнсний бүтээгдэхүүнээр	2	Нян тээгчээс	2
Биохими, иммунологи, серологи	3	Амбулаториор	3	Цус, цусан бүтээгдэхүүнээр	3	Мал, амьтанаас	3
Тархвар судлалаар	4	Өөрөө ирсэн	4	Зүү, тариур, эмнэлгийн багаж хэрэгслээр	4	Тогтоогдоогүй	4
Задлангаар	5	Мэс заслаар	5	Хөрсөөр	5	Энэ өвчнөөс сэргийлэх вакцин хийлгэсэн эсэх:	
Эмнэлзүй болон лабораториор	6	Задлангаар	6	Агаараар	6	Хийлгэсэн	1
Бусад	7	Идэвхтэй тандалтаар	7	Ахуйн хавьтлаар	7	Хийлгээгүй	2
		Түргэнээр	8	Тодорхойгүй	8	Дутуу	3
		Бусад	9	Бусад	9	Тодорхойгүй	4
						Нас болоогүй	5

Эмнэлгээс шалтгаалсан халдвар мөн эсэх: Тийм ☐, Үгүй ☐

Мэдээлсэн хүний нэр: _____ Албан тушаал: _____

Тархвар зүйн судалгаа хийсэн эмчийн нэр: _____ Албан тушаал: _____

Судалгаа дууссан: ____ он __ сар __ өдөр

**3.5. Цочмог шарлалттай хам шинж, сэжигтэй тохиолдлын
тархвар судалгааны хуудас**

Дугаар I _ _ _ _

Судалгаа эхэлсэн: ____ он __ сар __ өдөр	Мэдээлэл авсан: ____ он __ сар __ өдөр
1. Овог, нэр: _____ 2. Регистр: I _ _ I I _ _ _ _ _ _ _ _ 3. Нас: I _ _ I сар I _ _ I өдөр I _ _ I 4. Хүйс: I _ Iэр I _ Iэм 5. Ам бүлийн тоо: I _ I _ I 6. Утас: _____, _____	7. Аймаг/хот: I _ _ I 8. Сум/дүүрэг: I _ _ I 9. Баг/хороо: I _ _ I 10. Гэрийн хаяг: _____ 11. Явуулын бол хэзээ хаанаас ирсэн: _____
Хаяг: /ажил, сургууль, цэцэрлэг/: _____	
Хамгийн сүүлд явсан хугацаа: ____ он __ сар __ өдөр	
12. Албан тушаал, нийгмийн байдал: Ажилчин I _ I, Албан хаагч I _ I, Малчин I _ I, Тэтгэвэрт I _ I, Оюутан I _ I, Хүүхэд I _ I, Ажилгүй I _ I, Бусад I _ I	
13. Хэрвээ хүүхэд бол: Сургуулийн I _ I, Цэцэрлэгийн I _ I, Гэртээ I _ I, Дотуур байрны I _ I, Хүүхэд асрах төв I _ I Бусад	
14. Боловсрол: Магистр ба түүнээс дээш I _ I, Баклавр I _ I, Тусгай дунд I _ I, Бүрэн дунд I _ I, Боловсролгүй I _ I	
15. Шинж тэмдэг илэрсэн:	____ он __ сар __ өдөр
16. Эмчид үзүүлсэн:	____ он __ сар __ өдөр
17. Сорьц авсан:	____ он __ сар __ өдөр
18. Мэдээллийн эх сурвалж: Өрхийн эмч I _ I Лаборатори I _ I Аймаг, сумын эмнэлэг I _ I Олон нийт I _ I	
19. Тохиолдол дэгдэлттэй холбоотой эсэх: Тийм I _ I Үгүй I _ I Дэгдэлтийн тухай: _____ _____	
20. Урьдчилсан онош: _____ _____	
21. Дархлаажуулалт хийлгэсэн эсэх: Тийм I _ I Үгүй I _ I Хэрэв тийм бол: _____	

Гепатитын А вирусийн халдварын эсрэг вакцин хийлгэсэн эсэх: Тийм ☐ , Үгүй ☐ , Мэдэхгүй ☐ Хэрэв тийм бол:			
I тун хийлгэсэн: ____ он ____ сар ____ өдөр	Серийн дугаар		
II тун хийлгэсэн: ____ он ____ сар ____ өдөр	Серийн дугаар		
Гепатитын В вирусийн халдварын эсрэг вакцин хийлгэсэн эсэх: Тийм ☐ , Үгүй ☐ , Мэдэхгүй ☐ Хэрэв тийм бол:			
Төрөх тун хийлгэсэн: ____ он ____ сар ____ өдөр	Серийн дугаар		
I тун хийлгэсэн: ____ он ____ сар ____ өдөр	Серийн дугаар		
II тун хийлгэсэн: ____ он ____ сар ____ өдөр	Серийн дугаар		
III тун хийлгэсэн: ____ он ____ сар ____ өдөр	Серийн дугаар		
Бусад шарлалт бүхий өвчний эсрэг вакцин (шар чичрэг, хумхаа гэх мэт) хийлгэсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐ Хэрэв тийм бол:			
I тун хийлгэсэн: ____ он ____ сар ____ өдөр	Серийн дугаар		
II тун хийлгэсэн: ____ он ____ сар ____ өдөр	Серийн дугаар		
Дархлаажуулалтын талаар мэдээлэл авсан эх сурвалж: Тарилгын карт ☐ , Өвчний түүх ☐ Бусад ☐			
Уг тохиолдол нь насанд хүрсэн эмэгтэй бол жирэмсэн байсан уу? Тийм ☐ , Үгүй ☐ , Мэдэхгүй ☐ Хэрэв тийм бол жирэмсний хэд дэх 7 хоног: Төрөх хугацаа: ____ он ____ сар ____ өдөр			
22. Эмнэлзүй: Эмнэл зүйн шинж тэмдэг эхэлсэн: ____ он ____ сар ____ өдөр, Өвчин цочмог эхэлсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐			
Халуурсан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐ хэрэв тийм бол ☐ хэм			
Илэрсэн шинж тэмдгүүд: Арьс, салст шарлах ☐ , Ядрах ☐ , Хоолонд дургүй болох ☐ , Дотор муухай оргих ☐ , Шээсний өнгө бараан болох ☐ , Өтгөний өнгө цайх ☐ , Баруун хавирганы нуман доогуур өвдөх ☐ , Бусад			
23. Эмчид үзүүлсэн: ____ он ____ сар ____ өдөр Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Хэрэв тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр Эмнэлгээс гарсан: ____ он ____ сар ____ өдөр Нас барсан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр			
24. Лабораторийн шинжилгээ авсан: ____ он ____ сар ____ өдөр Лабораторийн шинжилгээ хийсэн: ____ он ____ сар ____ өдөр Шинжилгээний дүн:			
Anti-HAV IgM	Эерэг ☐ Сөрөг ☐	Anti-HBs	Эерэг ☐ Сөрөг ☐
Anti-HAV IgG	Эерэг ☐ Сөрөг ☐	Anti-HDV	Эерэг ☐ Сөрөг ☐
HBs Ag	Эерэг ☐ Сөрөг ☐	Anti-HDV IgM	Эерэг ☐ Сөрөг ☐
Anti-HBcIgM	Эерэг ☐ Сөрөг ☐	Anti-HCV	Эерэг ☐ Сөрөг ☐
HBe Ag	Эерэг ☐ Сөрөг ☐	HCVRNA	Эерэг ☐ Сөрөг ☐
Anti-HBc	Эерэг ☐ Сөрөг ☐	HCV genotype	Эерэг ☐ Сөрөг ☐
HBV DNA	Эерэг ☐ Сөрөг ☐	Anti-HEV IgM	Эерэг ☐ Сөрөг ☐
Anti-HBe	Эерэг ☐ Сөрөг ☐	Anti-HGV IgM	Эерэг ☐ Сөрөг ☐
Anti-YFV IgM (шар чичрэг)	Эерэг ☐ Сөрөг ☐	Шар чичрэгийн PHX(ПГУ)	Тодорхойлогдсон ☐ Үгүй ☐
Хумхаан плазмойд	Эерэг ☐ Сөрөг ☐	Бусад (.....)	Эерэг ☐ Сөрөг ☐
25. Гепатитын архаг вирусийн халдвартай эсэх: Өмнө нь архаг В вирусийн халдвартай байсан Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐			

Өмнө нь архаг С вирусийн халдвартай байсан Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐		
Архаг В, D вирусийн халдвартай байсан Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐		
26. Эрсдэлт зан үйл, ажил мэргэжил:		
Эмнэлгийн ажилтан тусламж үйлчилгээ хийж байх үедээ өвчтөний цусанд хүрэлцсэн эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	
Хүний цустай харьцдаг эм, биобэлдмэлийн үйлдвэр, цусны төвд ажилладаг эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	
Гемодиализын эмчилгээ хийлгэдэг эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	
Гэр бүлд халдвартай хүн байгаа эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	
Эхээс урагт халдвар дамжих эрсдэлтэй эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	
Эрчүүдтэй бэлгийн хавьталд ордог эрчүүд эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	
Бэлгийн олон хавьтагчтай эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	
Мансууруулах бодис тарьж хэрэглэдэг эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	
Шар чичрэг, хумхаагийн сэжигтэй тохиолдол бол уг өвчний тархалттай улс, орнуудад зорчсон, ажил хөдөлмөр эрхэлсэн эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐ Хэрэв тийм бол ямар улсад, байсан хугацаа	
27. Гепатитын А, Е вирусийн халдварын эрсдэлт хүчин зүйлс (Сүүлийн 14-50 долоо хоногийн хугацаанд)		
Гепатитын вирусийн халдвартай өвчтөнтэй хавьтал болсон эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	
Баталгаагүй эх үүсвэрээс ундны ус уудаг эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	
Баталгаагүй хүнсний бүтээгдэхүүн хэрэглэсэн эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	
Гепатитын А вирусийн өвчлөл өндөртэй газарт очсон эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	
Өвчлөл гарсан хүүхдийн байгууллагын хүүхэд эсвэл ажилтан эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	
28. Гепатитын В,С,D вирусийн халдварын эрсдэлт хүчин зүйл (Сүүлийн 14-180 хоногийн хугацаанд)		
Эмнэлэгт хэвтэж байсан эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Хэрэв тийм бол хаана хэзээ___он___сар___өдөр
Мэс ажилбар хийлгэсэн эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Хэрэв тийм бол хаана хэзээ___он___сар___өдөр
Цус цусан бүтээгдэхүүн сэлбүүлсэн эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Хэрэв тийм бол хаана хэзээ___он___сар___өдөр
Шүд эмчилгээ хийлгэсэн эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Хэрэв тийм бол хаана хэзээ___он___сар___өдөр
Үр хөндөлт хийлгэсэн эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Хэрэв тийм бол хаана хэзээ___он___сар___өдөр
Уламжлалтын эмчилгээ хийлгэсэн эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Хэрэв тийм бол хаана хэзээ___он___сар___өдөр
Арьс цоолох, гоо сайхны эмчилгээ, үйлчилгээ хийлгэсэн эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Хэрэв тийм бол хаана хэзээ___он___сар___өдөр
Гэр бүлийн гишүүн нь вирусийн халдвартай эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Хэрэв тийм бол хаана хэзээ___он___сар___өдөр
Гэрээр тариа хийлгэсэн эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Хэрэв тийм бол хаана хэзээ___он___сар___өдөр
Бэртэл, гэмтэл авсан эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Хэрэв тийм бол хаана хэзээ___он___сар___өдөр

Бэлгийн хавьтагч нь вирусийн халдвартай эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Хэрэв тийм бол хаана хэзээ__он__сар__өдөр
Тохиолдлын бэлгийн хавьталд хамгаалалтгүй орсон эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Хэрэв тийм бол хаана хэзээ__он__сар__өдөр
Мансууруулах бодис тарьж хэрэглэдэг хүнтэй бэлгийн хавьталд орсон эсэх	Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Хэрэв тийм бол хаана хэзээ__он__сар__өдөр
29. Халдварын эх уурхай: өвчтөн (цочмог халдвар) ☐ , вирус тээгч (архаг халдвар ☐ , тодорхойгүй ☐		
Тархвар судлалын дүгнэлт:		
30. Онош: Батлагдсан ☐ Үгүйсэгдсэн ☐ Эцсийн онош (ӨОУА-10)		
Судалгаа хийсэн тархвар судлагч их эмчийн овог, нэр		

3.6. Хоол хүнсээр дамжих өвчний тархвар судалгааны хуудас

Дугаар I _ I _ I _ I

Судалгаа эхэлсэн: ____ он __ сар __ өдөр		Мэдээлэл авсан: ____ он __ сар __ өдөр	
1. Овог, нэр: _____ 2. Регистр: I _ I _ I I _ I _ I _ I _ I _ I _ I 3. Нас: I _ I _ I сар I _ I _ I өдөр I _ I _ I 4. Хүйс: I _ I эр I _ I эм 5. Ам бүлийн тоо: I _ I _ I 6. Утас: _____, _____		7. Аймаг/хот: I _ I _ I 8. Сум/дүүрэг: I _ I _ I 9. Баг/хороо: I _ I _ I 10. Гэрийн хаяг: _____ 11. Явуулын бол хэзээ хаанаас ирсэн: _____	
Хаяг: /ажил, сургууль, цэцэрлэг/:			
Хамгийн сүүлд явсан хугацаа: ____ он __ сар __ өдөр			
12. Албан тушаал, нийгмийн байдал: Ажилчин I _ I, Албан хаагч I _ I, Малчин I _ I, Тэтгэвэрт I _ I, Оюутан I _ I, Хүүхэд I _ I, Ажилгүй I _ I, Бусад I _ I			
13. Хэрвээ хүүхэд бол: Сургуулийн I _ I, Цэцэрлэгийн I _ I, Гэртээ I _ I, Дотуур байрны I _ I, Хүүхэд асрах төв I _ I Бусад			
14. Боловсрол: Магистр ба түүнээс дээш I _ I, Баклавр I _ I, Тусгай дунд I _ I, Бүрэн дунд I _ I, Боловсролгүй I _ I			
15. Шинж тэмдэг илэрсэн:	____ он __ сар __ өдөр		
16. Эмчид үзүүлсэн:	____ он __ сар __ өдөр		
17. Сорьц авсан:	____ он __ сар __ өдөр		
18. Мэдээллийн эх сурвалж: Өрхийн эмч I _ I Лаборатори I _ I Аймаг, сумын эмнэлэг I _ I Олон нийт I _ I			
19. Тохиолдол дэгдэлттэй холбоотой эсэх: Тийм I _ I Үгүй I _ I Дэгдэлтийн тухай: _____ _____			
20. Урьдчилсан онош: _____ _____			
21. Эмнэлзүй Эмнэл зүйн шинж тэмдэг эхэлсэн: ____ он __ сар __ өдөр			
Халуурсан эсэх: Тийм I _ I, Үгүй I _ I, Мэдэхгүй I _ I хэрэв тийм бол I _ I I хэм Бөөлжсөн эсэх: Тийм I _ I, Үгүй I _ I, Мэдэхгүй I _ I хэрэв тийм бол I _ I I удаа Суулгасан эсэх: Тийм I _ I, Үгүй I _ I, Мэдэхгүй I _ I хэрэв тийм бол I _ I I удаа			
Бусад шинж тэмдэг: Усархаг суулгалт I _ I, Цусархаг суулгалт I _ I, Толгой өвдөх I _ I, Хоолонд дургүй болох I _ I, Бие сульдах I _ I, Гэдэс базлах I _ I, гм.			
Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх: Тийм I _ I Үгүй I _ I Хэрэв тийм бол хэзээ: ____ он __ сар __ өдөр			

Эмнэлгээс гарсан: ____ он ____ сар ____ өдөр

Нас барсан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр

23. Лабораторийн шинжилгээ:

Сорьцын нэр	Сорьц авсан сар, өдөр, цаг	Лабораторид явуулсан сар, өдөр, цаг	Лабораторид хүлээн авсан сар, өдөр, цаг	Хариуг мэдээлсэн сар, өдөр, цаг	Шинжилгээний үр дүн			Үүсгэгчийн төрөл, хэвшинж
					Эерэг	Сөрөг	Эргэлзээтэй	

23. Тархвар судлал:

ХХДӨ-өөр өвдсөн хүн, нян тээгчтэй хавьтал болсон эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐

Аялал зугаалгаар явсан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐

Олон нийтийг хамарсан арга хэмжээнд оролцсон эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐

Тийм бол: Хаана _____ Хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр

Онош тогтоолт:		Илрүүлэлт:		Халдвар дамжсан хүчин зүйл:		Халдварын эх уурхай:	
Эмнэлзүйгээр	1	Хавьтагдахад	1	Усаар	1	Өвчтөнөөс	1
Лабораториор	2	Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр	2	Хүнсний бүтээгдэхүүнээр	2	Нян тээгчээс	2
Биохими, иммунологи, серологи	3	Амбулаториор	3	Цус, цусан бүтээгдэхүүнээр	3	Мал, амьтанаас	3
Тархвар судлалаар	4	Өөрөө ирсэн	4	Зүү, тариур, эмнэлгийн багаж хэрэгслээр	4	Тогтоогдоогүй	4
Задлангаар	5	Мэс заслаар	5	Хөрсөөр	5	Энэ өвчнөөс сэргийлэх вакцин хийлгэсэн эсэх:	
Эмнэлзүй болон лабораториор	6	Задлангаар	6	Агаараар	6	Хийлгэсэн	1
Бусад	7	Идэвхтэй тандалтаар	7	Ахуйн хавьтлаар	7	Хийлгээгүй	2
		Түргэнээр	8	Тодорхойгүй	8	Дутуу	3
		Бусад	9	Бусад	9	Тодорхойгүй	4
						Нас болоогүй	5

24. Эмнэлгээс шалтгаалсан халдвар мөн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

25. Сүүлийн 3 хоногт /72 цаг/ идсэн хоол, хүнсний бүтээгдэхүүний жагсаалт:

Д/д	Өвчтөн, хавьтагдахын овог нэр	Хэрэглэсэн хоол, хүнсний зүйлийн нэр, хэмжээ	Хаана идсэн болох	Сар, өдөр, цаг, минут	Шинж тэмдэг илэрсэн хугацаа

26. Хооллосон хүний тоо: _____ Өвчилсөн: _____ Өвчлөөгүй: _____

27. Идсэн хоол хүнс нь сэжигтэй байсан эсэх: _____

28.Сэжигтэй хоол хүнсийг хаана бэлтгэсэн болох:

29. Хоол хүнс, хүнсний орчин, хүнстэй харьцагчдаас авсан сорьц:

Д/д	Сорьцын нэр	Сорьц авсан он, сар, өдөр, цаг, минут	Лабораторид явуулсан он, сар, өдөр, цаг, минут	Лабораторид хүлээн авсан он, сар, өдөр, цаг, минут	Шинжилгээний хариу	
					Он, сар, өдөр	Илрүүлсэн үүсгэгчийн нэр

Хүнсний байгууллагын эрүүл ахуйн төлөв байдлыг тодруулах асуумжууд:

30. Хүнсний барилга байгууламж эрүүл ахуй, халдвар хамгааллын шаардлага хангасан эсэх: Тийм ☐, Үгүй ☐

31. Инженерийн шугам сүлжээний нөхцөл эрүүл ахуй, халдвар хамгааллын шаардлага хангасан эсэх: Тийм ☐, Үгүй ☐

32. Усан хангамжийн байдал(усан сан, гүний худаг, гар худаг, булаг шанд, усны машин) Төвлөрсөн ☐, Хэсгийн ☐

33. Технологийн тоног төхөөрөмж, сав, баглаа шаардлагад нийцсэн эсэх: Тийм ☐, Үгүй ☐

34. Гэрэлтүүлэг, агааржуулалт шаардлага хангасан эсэх: Тийм ☐, Үгүй ☐

35. Үйлдвэрлэлийн технологи горим зөрчигдсөн эсэх:Тийм ☐, Үгүй ☐

36. Халуун, хүйтэн боловсруулалт горимын дагуу хийгдээгүй эсэх: Тийм ☐, Үгүй ☐

37. Чанар, аюулгүй байдлын шаардлага хангаагүй бүтээгдэхүүнээр үйлдвэрлэл, үйлчилгээ явуулсан эсэх:Тийм ☐, Үгүй ☐

38. Ажиллагсад эрүүл мэндийн урьдчилан сэргийлэх үзлэг шинжилгээнд бүрэн хамрагдсан эсэх: Тийм ☐, Үгүй ☐

39. Үйлдвэрлэлийн байр, тоног төхөөрөмж, сав суулгыг цэвэрлэх, халдваргүйжүүлэхгорим алдагдсан эсэх: Тийм ☐, Үгүй ☐

40. Ажиллагсадын хувийн ариун цэвэр, ажлын хувцас хэрэглэл, эрүүл мэндийн байдал зөрчигдсөн эсэх: Тийм ☐, Үгүй ☐

41. Гадна орчны тохижилт, хог хаягдлын зайлуулалт зөрчилтэй эсэх:Тийм ☐, Үгүй ☐

42. Бусад тодруул: _____

43. Халдвар, хордлогын эх уурхай, нөлөөлсөн хүчин зүйлсийн талаарх дүгнэлт:

44. Өвчний шалтгаан, үүсгэгч: _____

45. Халдвар хордлогын эх уурхай: _____

46. Дамжсан зам: _____

47. Хордлого, халдвар үүсгэсэн хоол, хүнсний зүйл: _____

48. Хордлого, халдвар үүсгэсэн хоол, хүнсний зүйлийг хэрэглэсэн газар: _____

49. Хордлого, халдвар үүссэн шалтгаан, нөлөөлсөн хүчин зүйлс: _____

50. Халдварт өвчний хам шинж, сэжигтэй тохиолдлын онош: батлагдсан ☐, үгүйсгэсэн ☐

51. Эцсийн онош: _____

Оношийн баталгаажилт: лабораториор ☐ эмнэлзүйгээр ☐ тархвар судлалаар ☐

52. Дүгнэлт гаргасан: Тархвар судлагч их эмчийн овог, нэр

Эрүүл ахуйн байцаагчийн овог, нэр

3.7. Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээтэй холбоотой халдварын тархвар судалгааны хуудас

Дугаар I _ _ _ _

Судалгаа эхэлсэн: ____ он __ сар __ өдөр	Мэдээлэл авсан: ____ он __ сар __ өдөр	
ЭТҮХХ-ийн сэжигтэй тохиолдлын нэр: _____		
1. Овог, нэр: _____ 2. Регистр: I _ _ I I _ _ I _ _ I _ _ I _ _ I _ _ I _ _ I _ _ 3. Нас: I _ _ I сар I _ _ I өдөр I _ _ I 4. Хүйс: I _ Iэр I _ Iэм 5. Ам бүлийн тоо: I _ _ I 6. Утас: _____, _____	7. Аймаг/хот: I _ _ I 8. Сум/дүүрэг: I _ _ I 9. Баг/хороо: I _ _ I 10. Гэрийн хаяг: _____ 11. Явуулын бол хэзээ хаанаас ирсэн: _____	
11. Халдварын эхний шинж тэмдэг илэрсэн : ____ он __ сар __ өдөр		
12. Илэрсэн шинж тэмдэг :		
д/д	Шинж тэмдэг	Шинж тэмдэг илэрсэн огноо
		____ он __ сар __ өдөр
		____ он __ сар __ өдөр
		____ он __ сар __ өдөр
		____ он __ сар __ өдөр
		____ он __ сар __ өдөр
13. Эмнэлэгт үзүүлсэн: ____ он __ сар __ өдөр		
14. Эмнэлэгт хэвтсэн: Тийм I _ I, Үгүй I _ I Тийм бол хэвтсэн: ____ он __ сар __ өдөр		
15. Нас барсан эсэх: Тийм I _ I, Үгүй I _ I Тийм бол хэвтсэн: ____ он __ сар __ өдөр		
16. Эмчлүүлэгч тухайн эмнэлэгт хэвтэхээс өмнө өөр эмнэлэгт хэвтэж эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ авсан эсэх: Тийм I _ I, Үгүй I _ I		
Эмнэлгийн нэр: _____ Ор хоног: I _ _ I		
Хэвтсэн: ____ он __ сар __ өдөр Гарсан: ____ он __ сар __ өдөр		
Хийлгэсэн эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ:		
Мэс засал	Тийм I _ I Үгүй I _ I	Хийлгэсэн мэс заслын нэр:
Мэс ажилбар	Тийм I _ I Үгүй I _ I	Хийлгэсэн мэс ажилбарын нэр:
Шүдний тусламж үйлчилгээ	Тийм I _ I Үгүй I _ I	
Гоо заслын мэс засал, ажилбар	Тийм I _ I Үгүй I _ I	
Эх барихын ажилбар	Тийм I _ I Үгүй I _ I	
Тариа, хатгалт	Тийм I _ I Үгүй I _ I	
Судасны гуурс, уян зүү тавиулсан	Тийм I _ I Үгүй I _ I	
Зохиомол амьсгалын аппаратад орсон	Тийм I _ I Үгүй I _ I	
Шээлгүүр тавиулсан	Тийм I _ I Үгүй I _ I	
Бусад	Тийм I _ I Үгүй I _ I	

17. Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний мэдээллийг дэлгэрэнгүй бичих:

Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ авсан: ____ он __ сар __ өдөр

Үргэлжилсэн хугацаа: |__|__|

.....
.....
.....

18. Тухайн халдварын сэжигтэй хүнтэй хавьтал болсон эсэх: Тийм |__| Үгүй |__|

Тийм бол: Нэр, хаяг, хугацаа: _____

19. Тухайн халдварын эсрэг сэргийлэх тарилгад хамрагдсан эсэх: Тийм |__| Үгүй |__|

Тийм бол: Нэр, хаяг, хугацаа: _____

20. Лабораторийн шинжилгээ:

Д/д	Сорьцын нэр	Сорьц авсан он, сар, өдөр, цаг, минут	Лабораторид явуулсан он, сар, өдөр, цаг, минут	Лабораторид хүлээн авсан он, сар, өдөр, цаг, минут	Шинжилгээний хариу	
					Он, сар, өдөр	Илрүүлсэн үүсгэгчийн нэр

21. Нянгийн тэсвэржилтийн шинжилгээний мэдээлэл:

Илэрсэн үүсгэгчийн нэр	Антибиотикийн нэршил													

22. Мэдээлсэн: ____ он __ сар __ өдөр

Мэдээлсэн хүний нэр, албан тушаал: _____

23. ЭТҮХХалдварын тохиолдлын нэр: _____

24. Эмнэл зүйн онош: _____

25. Тархвар судлалын дүгнэлт: _____

Эрүүл мэндийн байгууллагын нэр: _____

Тархвар зүйн судалгаа хийсэн ажилтны нэр: _____

Албан тушаал: _____

Судалгаа дууссан: ____ он __ сар __ өдөр

3.8. Дархлаажуулалтын дараах урвал, хүндрэлийг яаралтай мэдээлэх хуудас

Ерөнхий мэдээлэл								
1. Овог, нэр: _____ 2. Регистр: 3. Төрсөн он сар өдөр 4. Нас: сар өдөр 5. Хүйс: эр эм 6. Аймаг/хот: 7. Сум/дүүрэг: 8. Баг/хороо: 9. Гэрийн хаяг: _____					10. Мэдээлсэн хүний нэр: _____ 11. Байгууллага, албан тушаал, хаяг: _____ 12. Холбоо барих утасны дугаар: _____ Цахим шуудан: _____ 13. Анх мэдээллийг хүлээж авсан: он сар өдөр 14. Дараагийн шатлалд мэдээлэгдсэн: он сар өдөр			
Дархлаажуулсан байдал:								
☐ Нэгжээр/ Дархлаажуулсан нэгжийн нэр: _____ ☐ Явуулын дархлаажуулалтаар Дархлаажуулсан : он сар өдөр цаг минут								
Сэжиглэж буй вакцины нэр	Вакцины тухай мэдээлэл				Уусгагчийн тухай мэдээлэл			
	Тун (1 дэхь 2 дах тун г.м)	Цуврал	Үйлдвэр лэгч	Дуусах хугацаа	Тун	Цуврал	Үйлдвэр лэгч	Дуусах хугацаа
2 Регистр								
3								
4								
Эмнэлзүйн шинж тэмдэг илэрч эхэлсэн: он сар өдөр цаг минут								
Эмнэлзүйн шинж: Илэрсэн урвал хүндрэлийг тохирсон нүдэнд "Х" тэмдэглэнэ.								
1. Хэсэг газрын урвал: ☐ Тарилга хийсэн газрын буглаа: ☐ Нянгийн ☐ Цэвэр/хүйтэн буглаа ☐ Лимфаденит: ☐ Тунгалагийн булчирхай 1.5 см-ээс дээш ☐ Тунгалагийн булчирхайд нээлттэй синус үүссэн ☐ Хэсэг газрын хүнд урвал: ☐ Хамгийн ойрын үнд хүртэл хавдах ☐ Хөндүүрлэлт, улайлт, хаван зэрэг шинж 3 хоногоос дээш хугацаагаар үргэлжлэх			2. Төв мэдрэлийн тогтолцоонд илрэх сөрөг нөлөөлөл: ☐ Цочмог сул саажилт /ЦСС/ ☐ Энцефалопати/Тархины эдийн эмгэгшил/ ☐ Энцефалит/Тархины эдийн үрэвсэл/ ☐ Менингит/Тархины хальсны үрэвсэл/ ☐ Таталт			3. Бусад урвал: ☐ Харшлын урвал ☐ Анафилаксын шок ☐ Үе мөчний өвдөлт ☐ БЦЖ вакцины шалтгаант тархмал үрэвсэл ☐ Халууралт ☐ Бага зэрэг 38-39C ☐ Өндөр 39-40C ☐ Маш өндөр 40.5-с дээш ☐ Ухаан балартаж унах ☐ Остеомиелит/Ясны идээт үрэвсэл/ ☐ Сепсис/Үжил/ ☐ Хордлогын шокийн хам шинж		
Дээр дурьдагдаагүй бусад илэрсэн шинж тэмдэг:								
Эмнэлэгт хэвтсэн үү? ☐ Тийм ☐ Үгүй Тийм бол хаана: он сар өдөр цаг минут								
Тавилан: ☐ эдгэрсэн ☐ эмчлэгдэж байгаа ☐ нас барсан он сар өдөр Задлан шинжилгээ хийлгэсэн үү? ☐ Тийм ☐ Үгүй								
Судалгаа хийх шаардлагатай эсэх? ☐ Тийм ☐ Үгүй				Судалгаа хийж эхэлсэн: он сар өдөр				
Үндэсний түвшинд мэдээллийг хүлээн авсан: он сар өдөр цаг минут								
Үндэсний түвшинд мэдээллийг хүлээн авсан хүний нэр/ албан тушаал:								

3.9. Сахуугийн сэжигтэй тохиолдлын тархвар судалгааны хуудас

Дугаар I _ _ _ _

Судалгаа эхэлсэн: ____ он __ сар __ өдөр		Мэдээлэл авсан: ____ он __ сар __ өдөр	
1. Овог, нэр: _____ 2. Регистр: I _ _ _ I _ _ _ _ _ _ _ _ _ 3. Нас: I _ _ _ сар I _ _ _ өдөр I _ _ _ 4. Хүйс: I _ _ _эр I _ _ _эм 5. Ам бүлийн тоо: I _ _ _ 6. Утас: _____, _____		7. Аймаг/хот: I _ _ _ 8. Сум/дүүрэг: I _ _ _ 9. Баг/хороо: I _ _ _ 10. Гэрийн хаяг: _____ 11. Явуулын бол хэзээ хаанаас ирсэн: _____	
Хаяг: /ажил, сургууль, цэцэрлэг/: _____			
Хамгийн сүүлд явсан хугацаа: ____ он __ сар __ өдөр			
12. Албан тушаал, нийгмийн байдал: Ажилчин I _ _ _ Албан хаагч I _ _ _ Малчин I _ _ _ Тэтгэвэрт I _ _ _ Оюутан I _ _ _ Хүүхэд I _ _ _ Ажилгүй I _ _ _ Бусад I _ _ _			
13. Хэрвээ хүүхэд бол: Сургуулийн I _ _ _ Цэцэрлэгийн I _ _ _ Гэртээ I _ _ _ Дотуур байрны I _ _ _ Хүүхэд асрах төв I _ _ _ Бусад _____			
14. Боловсрол: Магистр ба түүнээс дээш I _ _ _ Баклавр I _ _ _ Тусгай дунд I _ _ _ Бүрэн дунд I _ _ _ Боловсролгүй I _ _ _			
15. Шинж тэмдэг илэрсэн:		____ он __ сар __ өдөр	
16. Эмчид үзүүлсэн:		____ он __ сар __ өдөр	
17. Сорьц авсан:		____ он __ сар __ өдөр	
18. Мэдээллийн эх сурвалж: Өрхийн эмч I _ _ _ Лаборатори I _ _ _ Аймаг, сумын эмнэлэг I _ _ _ Олон нийт I _ _ _			
19. Тохиолдол дэгдэлттэй холбоотой эсэх: Тийм I _ _ _ Үгүй I _ _ _ Дэгдэлтийн тухай: _____			
20. Урьдчилсан онош: _____			
21. Уг өвчнөөс сэргийлэх вакцин (Тавт, СТ, СХТ)-д хамрагдсан эсэх: Тийм I _ _ _ Үгүй I _ _ _ Хэрэв тийм бол:			
Тавт вакцин			
I тун	____ он __ сар __ өдөр	Серийн дугаар I _ _ _ _ _ _ _ _ _	
II тун	____ он __ сар __ өдөр	Серийн дугаар I _ _ _ _ _ _ _ _ _	
III тун	____ он __ сар __ өдөр	Серийн дугаар I _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Нэмэлт	____ он __ сар __ өдөр	Серийн дугаар I _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Сахуу татрангийн эсрэг вакцин			
I тун	____ он __ сар __ өдөр	Серийн дугаар I _ _ _ _ _ _ _ _ _	
I тун	____ он __ сар __ өдөр	Серийн дугаар I _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Вакцин товлолын дагуу: Бүрэн I _ _ _ Дутуу I _ _ _			
Сахуугийн ийлдэс тариулсан эсэх: Тийм I _ _ _ Үгүй I _ _ _ хэрэв тийм бол тун хэмжээ I _ _ _ I, хэзээ: ____ он __ сар __ өдөр			

22. Эмнэлзүй:

Эмнэл зүйн шинж тэмдэг эхэлсэн: он сар өдөр

Илэрсэн шинж тэмдэг:

Халуурсан эсэх: Тийм |___|, Үгүй |___|, Мэдэхгүй |___|, Хэрэв тийм бол хэм |___|

Үрэвсч, идээлж, зузаан саарал өнгөр тогтсон эсэх: Залгиурт |___|, Хөөмийд |___|, Төвөнхөд |___|, Хоолойн салст бүрхэвчид |___|, Хамрын салстад |___|

Амьсгалахад саадтай болох шинж илэрсэн эсэх: Тийм |___| Үгүй |___|

Бусад
.....

Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх: Тийм |___| Үгүй |___| хэрэв тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр

Эмнэлгээс гарсан: ____ он ____ сар ____ өдөр

Нас барсан эсэх: Тийм |___| Үгүй |___| Тиймбол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр

23. Лабораторийн шинжилгээ:

Сорьцын нэр	Сорьц авсан сар, өдөр, цаг	Лабораторид явуулсан сар, өдөр, цаг	Лабораторид хүлээн авсан сар, өдөр, цаг	Хариуг мэдээлсэн сар, өдөр, цаг	Шинжилгээний үр дүн			Үүсгэгчийн төрөл, хэвшинж
					Эерэг	Сөрөг	Эргэлзээтэй	

24. Тархвар судлал:

Өвчтэй хүнтэй хавьтал болсон эсэх: Тийм |___| Үгүй |___|

Тийм бол хаана хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр

Эмнэлгээс шалтгаалсан халдвар мөн эсэх: Тийм |___| Үгүй |___|

Онош: батлагдсан |___| үгүйсгэгдсэн |___|

Батлагдсан онош: _____

Мэдээлсэн хүний нэр: _____ Албан тушаал: _____

Тархвар зүйн судалгаа хийсэн эмчийн нэр: _____ Албан тушаал: _____

Судалгаа дууссан: ____ он ____ сар ____ өдөр

3.10. Хөхүүл ханиадын сэжигтэй тохиолдлын тархвар судалгааны хуудас

Дугаар I _ _ _ _

Судалгаа эхэлсэн: ____ он __ сар __ өдөр	Мэдээлэл авсан: ____ он __ сар __ өдөр
1. Овог, нэр: _____ 2. Регистр: I _ _ _ I _ _ _ _ _ _ _ _ 3. Нас: I _ _ _ сар I _ _ _ өдөр I _ _ _ 4. Хүйс: I _ _ эр I _ _ эм 5. Ам бүлийн тоо: I _ _ _ 6. Утас: _____, _____	7. Аймаг/хот: I _ _ _ 8. Сум/дүүрэг: I _ _ _ 9. Баг/хороо: I _ _ _ 10. Гэрийн хаяг: _____ 11. Явуулын бол хэзээ хаанаас ирсэн: _____
Хаяг: /ажил, сургууль, цэцэрлэг/:	
Хамгийн сүүлд явсан хугацаа: ____ он __ сар __ өдөр	
12. Албан тушаал, нийгмийн байдал: Ажилчин I _ _ , Албан хаагч I _ _ , Малчин I _ _ , Тэтгэвэрт I _ _ , Оюутан I _ _ , Хүүхэд I _ _ , Ажилгүй I _ _ , Бусад I _ _	
14. Хэрвээ хүүхэд бол: Сургуулийн I _ _ , Цэцэрлэгийн I _ _ , Гэртээ I _ _ , Дотуур байрны I _ _ , Хүүхэд асрах төв I _ _ , Бусад	
14. Боловсрол: Магистр ба түүнээс дээш I _ _ , Баклавр I _ _ , Тусгай дунд I _ _ , Бүрэн дунд I _ _ , Боловсролгүй I _ _	
15. Шинж тэмдэг илэрсэн:	____ он __ сар __ өдөр
16. Эмчид үзүүлсэн:	____ он __ сар __ өдөр
17. Сорьц авсан:	____ он __ сар __ өдөр
18. Мэдээллийн эх сурвалж: Өрхийн эмч I _ _ Лаборатори I _ _ Аймаг, сумын эмнэлэг I _ _ Олон нийт I _ _	
19. Тохиолдол дэгдэлттэй холбоотой эсэх: Тийм I _ _ Үгүй I _ _ Дэгдэлтийн тухай: _____	
20. Урьдчилсан онош: _____	
21. Уг өвчнөөс сэргийлэх вакцин (Тавт, СХТ)-д хамрагдсан эсэх: Тийм I _ _ Үгүй I _ _ хэрэв тийм бол:	
Тавт вакцин	
I тун	____ он __ сар __ өдөр Серийн дугаар I _ _ _ _ _ _ _ _
II тун	____ он __ сар __ өдөр Серийн дугаар I _ _ _ _ _ _ _ _
III тун	____ он __ сар __ өдөр Серийн дугаар I _ _ _ _ _ _ _ _
Нэмэлт	____ он __ сар __ өдөр Серийн дугаар I _ _ _ _ _ _ _ _
Вакцин товллолын дагуу: Бүрэн I _ _ Дуутуу I _ _	
22. Эмнэлзүй:	
Эмнэл зүйн шинж тэмдэг эхэлсэн: он сар өдөр	

Илэрсэн шинж тэмдэг:

Халуурсан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐ Хэрэв тийм бол ☐ ☐ хэм	1	Ханиалгасны дараа зунгааралдсан цэр гарсан	4
Сүүлийн 2 долоо хоногийн турш бөгшүүлж, тасралтгүй ханиалгасан	2	Ханиалгалтаар бөөлжилтөөр намдсан	5
Нулимс гоожих, нүд бүлцийх	3	Бусад	

Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ хэрэв тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр

Эмнэлгээс гарсан: ____ он ____ сар ____ өдөр

Нас барсан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тиймбол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр

23. Лабораторийн шинжилгээ:

Сорьцын нэр	Сорьц авсан сар, өдөр, цаг	Лабораторид явуулсан сар, өдөр, цаг	Лабораторид хүлээн авсан сар, өдөр, цаг	Хариуг мэдээлсэн сар, өдөр, цаг	Шинжилгээний үр дүн			Үүсгэгчийн төрөл, хэвшинж
					Эерэг	Сөрөг	Эргэлзээ тэй	

24. Тархвар судлал:

Өвчтэй хүнтэй хавьтал болсон эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Тийм бол хаана хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр

Эмнэлгээс шалтгаалсан халдвар мөн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Онош: батлагдсан ☐ үгүйсгэгдсэн ☐

Батлагдсан онош: _____

Мэдээлсэн хүний нэр: _____ Албан тушаал: _____

Тархвар зүйн судалгаа хийсэн эмчийн нэр: _____ Албан тушаал: _____

Судалгаа дууссан: ____ он ____ сар ____ өдөр

3.11. Татрангийн сэжигтэй тохиолдлын тархвар судалгааны хуудас

Дугаар I _ _ _ _

Судалгаа эхэлсэн: ____ он __ сар __ өдөр		Мэдээлэл авсан: ____ он __ сар __ өдөр	
1. Овог, нэр: _____ 2. Регистр: I _ _ _ I _ _ _ _ _ _ _ _ 3. Нас: I _ _ _ сар I _ _ _ өдөр I _ _ _ 4. Хүйс: I _ _ _эр I _ _ _эм 5. Ам бүлийн тоо: I _ _ _ 6. Утас: _____, _____		7. Аймаг/хот: I _ _ _ 8. Сум/дүүрэг: I _ _ _ 9. Баг/хороо: I _ _ _ 10. Гэрийн хаяг: _____ 11. Явуулын бол хэзээ хаанаас ирсэн: _____	
Хаяг: /ажил, сургууль, цэцэрлэг/:			
Хамгийн сүүлд явсан хугацаа: ____ он __ сар __ өдөр			
12. Албан тушаал, нийгмийн байдал: Ажилчин I _ _ _ , Албан хаагч I _ _ _ , Малчин I _ _ _ , Тэтгэвэрт I _ _ _ , Оюутан I _ _ _ , Хүүхэд I _ _ _ , Ажилгүй I _ _ _ , Бусад I _ _ _			
13. Хэрвээ хүүхэд бол: Сургуулийн I _ _ _ , Цэцэрлэгийн I _ _ _ , Гэртээ I _ _ _ , Дотуур байрны I _ _ _ , Хүүхэд асрах төв I _ _ _ , Бусад _____			
14. Боловсрол: Магистр ба түүнээс дээш I _ _ _ , Баклавр I _ _ _ , Тусгай дунд I _ _ _ , Бүрэн дунд I _ _ _ , Боловсролгүй I _ _ _			
15. Шинж тэмдэг илэрсэн:		____ он __ сар __ өдөр	
16. Эмчид үзүүлсэн:		____ он __ сар __ өдөр	
17. Сорьц авсан:		____ он __ сар __ өдөр	
18. Мэдээллийн эх сурвалж: Өрхийн эмч I _ _ _ Лаборатори I _ _ _ Аймаг, сумын эмнэлэг I _ _ _ Олон нийт I _ _ _			
19. Тохиолдол дэгдэлттэй холбоотой эсэх: Тийм I _ _ _ Үгүй I _ _ _ Дэгдэлтийн тухай: _____			
20. Урьдчилсан онош: _____			
21. Уг өвчнөөс сэргийлэх вакцин (Тавт, СТ, СХТ)-д хамрагдсан эсэх: Тийм I _ _ _ Үгүй I _ _ _ Хэрэв тийм бол:			
Тавт вакцин			
I тун	____ он __ сар __ өдөр	Серийн дугаар I _ _ _ _ _ _ _ _	
II тун	____ он __ сар __ өдөр	Серийн дугаар I _ _ _ _ _ _ _ _	
III тун	____ он __ сар __ өдөр	Серийн дугаар I _ _ _ _ _ _ _ _	
Нэмэлт	____ он __ сар __ өдөр	Серийн дугаар I _ _ _ _ _ _ _ _	
Сахуу татрангийн эсрэг вакцин			
I тун	____ он __ сар __ өдөр	Серийн дугаар I _ _ _ _ _ _ _ _	
II тун	____ он __ сар __ өдөр	Серийн дугаар I _ _ _ _ _ _ _ _	
Вакцин товлолын дагуу: Бүрэн I _ _ _ Дутуу I _ _ _			
Татрангийн ийлдэс тариулсан эсэх: Тийм I _ _ _ Үгүй I _ _ _ , хэрэв тийм бол тун хэмжээ I _ _ _ , хэзээ: ____ он __ сар __ өдөр			

22. Эмнэлзүй:

Эмнэл зүйн шинж тэмдэг эхэлсэн: он сар өдөр

Илэрсэн шинж тэмдэг:

Халуурсан эсэх: Тийм __ Үгүй __ Мэдэхгүй __ хэрэв тийм бол __ хэм	1	Нүүрний булчин чангарах (инээж байгаа мэт төрхтэй болох)	4
Бухимдах	2	Бусад	
Зажлуурын булчин чангарах	3		

Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх: Тийм |__| Үгүй |__| Хэрэв тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр

Эмнэлгээс гарсан: ____ он ____ сар ____ өдөр

Нас барсан эсэх: Тийм |__| Үгүй |__| Тиймбол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр

23. Лабораторийн шинжилгээ:

Сорьцын нэр	Сорьц авсан сар, өдөр, цаг	Лаборатори д явуулсан сар, өдөр, цаг	Лабораторид хүлээн авсан сар, өдөр, цаг	Хариуг мэдээлсэн сар, өдөр, цаг	Шинжилгээний үр дүн			Үүсгэгчийн төрөл, хэвшинж
					Эерэг	Сөрөг	Эргэлзээ тэй	

24. Тархвар судлал:

Өвчтэй хүнтэй хавьтал болсон эсэх: Тийм |__| Үгүй |__|

Тийм бол хаана хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр

Эмнэлгээс шалтгаалсан халдвар мөн эсэх: Тийм |__| Үгүй |__|

Онош: батлагдсан |__| үгүйсгэгдсэн |__|

Батлагдсан онош: _____

Мэдээлсэн хүний нэр: _____ Албан тушаал: _____

Тархвар зүйн судалгаа хийсэн эмчийн нэр: _____ Албан тушаал: _____

Судалгаа дууссан: ____ он ____ сар ____ өдөр

**3.12. Менингококкийн халдварын сэжигтэй тохиолдлын
тархвар судалгааны хуудас**

Дугаар I _ _ _ _

Судалгаа эхэлсэн: ____ он __ сар __ өдөр	Мэдээлэл авсан: ____ он __ сар __ өдөр
1. Овог, нэр: _____ 2. Регистр: I _ _ I I _ _ _ _ _ _ _ _ 3. Нас: I _ _ I сар I _ _ I өдөр I _ _ I 4. Хүйс: I _ Iэр I _ Iэм 5. Ам бүлийн тоо: I _ _ I 6. Утас: _____, _____	7. Аймаг/хот: I _ _ I 8. Сум/дүүрэг: I _ _ I 9. Баг/хороо: I _ _ I 10. Гэрийн хаяг: _____ 11. Явуулын бол хэзээ хаанаас ирсэн: _____
Хаяг: /ажил, сургууль, цэцэрлэг/ _____	
Хамгийн сүүлд явсан хугацаа: ____ он __ сар __ өдөр	
12. Албан тушаал, нийгмийн байдал: Ажилчин I _ I, Албан хаагч I _ I, Малчин I _ I, Тэтгэвэрт I _ I, Оюутан I _ I, Хүүхэд I _ I, Ажилгүй I _ I, Бусад I _ I	
13. Хэрвээ хүүхэд бол: Сургуулийн I _ I, Цэцэрлэгийн I _ I, Гэртээ I _ I, Дотуур байрны I _ I, Хүүхэд асрах төв I _ I, Бусад	
14. Боловсрол: Магистр ба түүнээс дээш I _ I, Баклавр I _ I, Тусгай дунд I _ I, Бүрэн дунд I _ I, Боловсролгүй I _ I	
15. Шинж тэмдэг илэрсэн:	____ он __ сар __ өдөр
16. Эмчид үзүүлсэн:	____ он __ сар __ өдөр
17. Сорьц авсан:	____ он __ сар __ өдөр
18. Мэдээллийн эх сурвалж: Өрхийн эмч I _ I, Лаборатори I _ I, Аймаг, сумын эмнэлэг I _ I, Олон нийт I _ I Бусад.....	
19. Тохиолдол дэгдэлттэй холбоотой эсэх: Тийм I _ I Үгүй I _ I Дэгдэлтийн тухай: _____	
20. Урьдчилсан онош: _____	
21. Онош тогтоосон эмнэлгийн нэр: _____	
22. Эмнэлзүй Эмнэл зүйн шинж тэмдэг эхэлсэн: ____ он __ сар __ өдөр __ цаг __ минут ____	
Халуурсан эсэх: Тийм I _ I Үгүй I _ I Мэдэхгүй I _ I хэрэв тийм бол I _ I хэм	
Илэрсэн шинж тэмдэг: Зулай чинэрэх /1 хүртлэх насны хүүхдэд/ I _ I, Толгой хүчтэй өвдөх I _ I, Цочромтгой тайван бус болох I _ I, Бөөлжих I _ I, Дагзны хөшингө I _ I, Татах I _ I, Царай цонхигор болох I _ I, Бусад.....	
Тууралт гарсан эсэх: Тийм I _ I, Үгүй I _ I, Мэдэхгүй I _ I Хэрэв тийм бол ____ он __ сар __ өдөр __ цаг __ минут ____	

Тууралтын хэлбэр: Цусархаг ☐ , Гүвдрүүт ☐ , Үхэжсэн ☐ , Бусад.....
Тууралтын байршил: Их бие ☐ , Хүзүү ☐ , Доод мөч ☐ , Бусад.....

Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх: Тийм ☐, Үгүй ☐, хэрэв тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

Эмнэлгээс гарсан: ____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

Нас барсан эсэх: Тийм ☐, Үгүй ☐, Тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут

23. Дархлаажуулсан байдал:

Тавт вакцин (В хэв шинжийн хемофилиус инфлюэнза): Тийм ☐, Үгүй ☐, Мэдэхгүй ☐

I тун	____ он ____ сар ____ өдөр	Серийн дугаар
II тун	____ он ____ сар ____ өдөр	Серийн дугаар
III тун	____ он ____ сар ____ өдөр	Серийн дугаар

Менингококкийн эсрэг вакцин: Тийм ☐, Үгүй ☐, Мэдэхгүй ☐

хэрэв тийм бол

I тун	____ он ____ сар ____ өдөр	Серийн дугаар
II тун	____ он ____ сар ____ өдөр	Серийн дугаар

Вакцин товллолын дагуу: Бүрэн ☐, Дутуу ☐, Мэдэхгүй ☐

Тарилгын мэдээллийн эх сурвалж: Тарилгын карт ☐ Өвчтөний түүх ☐

Бусад.....

23. Лабораторийн шинжилгээ:

Сорьцын нэр	Сорьц авсан сар, өдөр, цаг	Лабораторид явуулсан сар, өдөр, цаг	Лабораторид хүлээн авсан сар, өдөр, цаг	Хариуг мэдээлсэн сар, өдөр, цаг	Шинжилгээний үр дүн			Үүсгэгчийн төрөл, хэвшинж
					Эерэг	Сөрөг	Эргэлзээтэй	

23. Тархвар судлал:

Менингококкийн халдвараар өвдсөн хүн, нян тээгчтэй хавьтал болсон эсэх:

Тийм ☐, Үгүй ☐, Мэдэхгүй ☐

Тухайн өвчлөл бүртгэгдсэн улс орноор аялсан явсан эсэх: Тийм ☐, Үгүй ☐, Мэдэхгүй ☐

Тийм бол: Хаана Хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр

Голомтын шинжилгээ:

Д/д	Хавьтагсадын овог, нэр	Нас	Хүйс	Ажлын хаяг	Сорьц авсан он, сар, өдөр	Шинжилгээний хариу

Оношийн баталгаажилт:

Өвчний нэрс	Онош батлагдсан эсэх	Оношийн баталгаажилт
-------------	----------------------	----------------------

Менингококкцеми	Тийм ☐ Үгүй ☐	Эмнэл зүйгээр ☐	Тархвар судлалаар ☐	Лабораториор ☐
Менингит	Тийм ☐ Үгүй ☐	Эмнэл зүйгээр ☐	Тархвар судлалаар ☐	Лабораториор ☐
Менингит менингококкцемитэй хавсарсан	Тийм ☐ Үгүй ☐	Эмнэл зүйгээр ☐	Тархвар судлалаар ☐	Лабораториор ☐

Уг халдвар гадаад орноос зөөвөрлөгдсөн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Тийм бол хаанаас _____

Батлагдсан онош: _____

Онош батлагдсан: ____ он __ сар __ өдөр

Онош тогтоолт:		Илрүүлэлт:		Халдвар дамжсан хүчин зүйл:		Халдварын эх уурхай:	
Эмнэлзүйгээр	1	Хавьтагдахдаас	1	Усаар	1	Өвчтөнөөс	1
Лабораториор	2	Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр	2	Хүнсний бүтээгдэхүүнээр	2	Нян тээгчээс	2
Биохими, иммунологи, серологиор	3	Амбулаториор	3	Цус, цусан бүтээгдэхүүнээр	3	Мал, амьтанаас	3
Тархвар судлалаар	4	Өөрөө ирсэн	4	Зүү, тариур, эмнэлгийн багаж хэрэгслээр	4	Тогтоогдоогүй	4
Задлангаар	5	Мэс заслаар	5	Хөрсөөр	5	Энэ өвчнөөс сэргийлэх вакцин хийлгэсэн эсэх:	
Эмнэлзүй болон лабораториор	6	Задлангаар	6	Агаараар	6	Хийлгэсэн	1
Бусад	7	Идэвхтэй тандалтаар	7	Ахуйн хавьтлаар	7	Хийлгээгүй	2
		Түргэнээр	8	Тодорхойгүй	8	Дутуу	3
		Бусад	9	Бусад	9	Тодорхойгүй	4
						Нас болоогүй	5

Эмнэлгээс шалтгаалсан халдвар мөн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Мэдээлсэн хүний нэр: _____ Албан тушаал: _____

Тархвар зүйн судалгаа хийсэн эмчийн нэр: _____ Албан тушаал: _____

Судалгаа дууссан: ____ он __ сар __ өдөр

**3.13. Шинэ вирусийн халдварын сэжигтэй тохиолдлын
тархвар судалгааны хуудас**

Дугаар I _ _ _ _

Судалгаа эхэлсэн: ____ он __ сар __ өдөр	Мэдээлэл авсан: ____ он __ сар __ өдөр
1. Овог, нэр: _____ 2. Регистр: I _ _ _ I _ _ _ _ _ 3. Нас: I _ _ _ сар I _ _ _ өдөр I _ _ _ 4. Хүйс: I _ _ _ эр I _ _ _ эм 5. Ам бүлийн тоо: I _ _ _ 6. Утас: _____, _____	7. Аймаг/хот: I _ _ _ 8. Сум/дүүрэг: I _ _ _ 9. Баг/хороо: I _ _ _ 10. Гэрийн хаяг: _____ 11. Явуулын бол хэзээ хаанаас ирсэн: _____
Хаяг _____ /ажил, _____ сургууль, _____ цэцэрлэг/: Хамгийн сүүлд явсан хугацаа: ____ он __ сар __ өдөр	
12. Албан тушаал, нийгмийн байдал: Ажилчин I _ _ _ , Албан хаагч I _ _ _ , Малчин I _ _ _ , Тэтгэвэрт I _ _ _ , Оюутан I _ _ _ , Хүүхэд I _ _ _ , Ажилгүй I _ _ _ , Бусад I _ _ _	
13. Хэрвээ хүүхэд бол: Сургуулийн I _ _ _ , Цэцэрлэгийн I _ _ _ , Гэртээ I _ _ _ , Дотуур байрны I _ _ _ , Хүүхэд асрах төв I _ _ _ , Бусад	
14. Боловсрол: Магистр ба түүнээс дээш I _ _ _ , Баклавр I _ _ _ , Тусгай дунд I _ _ _ , Бүрэн дунд I _ _ _ , Боловсролгүй I _ _ _	
15. Шинж тэмдэг илэрсэн:	____ он __ сар __ өдөр
16. Эмчид үзүүлсэн:	____ он __ сар __ өдөр
17. Сорьц авсан:	____ он __ сар __ өдөр
18. Мэдээллийн эх сурвалж: Өрхийн эмч I _ _ _ Лаборатори I _ _ _ Аймаг, сумын эмнэлэг I _ _ _ Олон нийт I _ _ _	
19. Тохиолдол дэгдэлттэй холбоотой эсэх: Тийм I _ _ _ Үгүй I _ _ _ Дэгдэлтийн тухай: _____ 	
20. Урьдчилсан онош: _____ 	
21. Эмнэлзүй Эмнэл зүйн шинж тэмдэг эхэлсэн: ____ он __ сар __ өдөр Халуурсан эсэх: Тийм I _ _ _ Үгүй I _ _ _ Мэдэхгүй I _ _ _ хэрэв тийм бол I _ _ _ хэм Илэрсэн шинж тэмдэг: Хоолой өвдөх I _ _ _ , Цэр гарах I _ _ _ , Бөөлжих I _ _ _ , Хуурай ханиалгах I _ _ _ , Цэртэй ханиалгах I _ _ _ , Ядрах сульдах I _ _ _ , Үеэр өвдөх I _ _ _ , Суулгах I _ _ _ , Найтаах I _ _ _ , Амьсгаадах I _ _ _ , Нүдний салст үрэвсэх I _ _ _ , Татах I _ _ _ , Ухаан санаа өөрчлөгдөх I _ _ _ , Нус гоожих I _ _ _ , Толгой өвдөх I _ _ _ , Булчингаар өвдөх I _ _ _ , Цээж өвдөх I _ _ _ , Бусад Цээжний рентген зураг авхуулсан эсэх: Тийм I _ _ _ Үгүй I _ _ _ Мэдэхгүй I _ _ _	

Хэрэв тийм бол: Хэвийн ☐ , Хатгалгаа ☐ , Бронхит ☐ , Тодорхой бус, дүгнэлт гаргах боломжгүй ☐ Бусад	
Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ хэрэв тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр Эмнэлгээс гарсан: ____ он ____ сар ____ өдөр Нас барсан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр	
22. Лабораторийн шинжилгээ: Шинжилгээ хийсэн лабораторийн нэр: Хаяг: Шинжилгээ хийсэн: ____ он ____ сар ____ өдөр Сорьц авсан: ____ он ____ сар ____ өдөр Сорьцын төрөл: Хамар залгиур ☐ , Хоолой ☐ , Эд ☐ , Бусад Шинжилгээний төрөл: бх-ПГУ ☐ , Вирус өсгөвөрлөх ☐ , Ийлдэс судлал ☐ , Иммунохроматограф ☐ , Бусад Сорьцыг ДЭМБ-ын лавлагаа лабораторид хүргүүлсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐ Лабораторийн шинжилгээний хариу: Вирус эерэг ☐ Вирус сөрөг ☐ Эргэлзээтэй ☐ Хэрэв шинжилгээний хариу эерэг бол вирусийн төрөл, хэвшинжийг тодруулж бичнэ үү: Эерэг бол сорьцын дугаар: ; Эерэг тодорхойлогдсон: ____ он ____ сар ____ өдөр	
23. Тархвар судлал:	
Өвчтөнд ямар нэг архаг суурь өвчин байгаа эсэх: Тийм ☐ , Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Хэрэв тийм бол: Зүрхний өвчин ☐ , Хавдар ☐ , ДОХ/ХДХВ халдвар ☐ , Чихрийн шижин ☐ , Уналт, таталт ☐ , Бусад
Жирэмсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Хэрэв тийм бол: Жирэмсний долоо хоног: _____
Өвчтөн энэ жил улирлын томуугийн эсрэг вакцинд хамрагдсан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр
Өвчтөн өвчин эхлэхээс 14 хоногийн өмнө вирусийн эсрэг хими сэргийлэлт хийлгэсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Тийм бол эмийн нэр: □ Оселтамивир ☐ , Занамивир ☐ , Амантадин ☐ , Бусад: _____
Өвчтөн эмнэлэг, эрүүл мэндийн ажилтан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Тийм бол мэргэжлийг тодорхой бичнэ үү: _____ АЗЦХХ-тай өвчтөнтэй шууд хавьтал болох эрсдэлтэй эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐
Өвөрмөц эмчилгээ хийгдсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	Тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр Хүчилтөрөгч эмчилгээ ☐ , Зохиомол амьсгалын аппарат хэрэглэсэн ☐ , Вирусийн эсрэг эм: _____
Өвчний явцад хүндрэл гарсан эсэх:	Тийм бол тодруулна уу: _____

Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐	
Эмнэлзүйн шинж тэмдэг эхлэхийн өмнөх 7-14 хоногт тухайн халдварт өвчин бүртгэгдсэн, бүртгэгдэж байгаа болон бусад гадаадын улс орнуудаар зорчсон эсэх:	Тухайн өвчтөн өөрөө: Тийм ☐ , Үгүй ☐ , Мэдэхгүй ☐ ; Хэрэв тийм бол тодруулж бичнэ үү: _____ _____ Өвчтөний ам бүлийн гишүүд: Тийм ☐ , Үгүй ☐ , Мэдэхгүй ☐ ; Хэрэв тийм бол тодруулж бичнэ үү: _____ _____
Эмнэлзүйн шинж тэмдэг эхлэхийн өмнөх 7-14 хоногт халдварын сэжигтэй болон батлагдсан тохиолдолтой хавьтал болсон эсэх: Тийм ☐ , Үгүй ☐ , Мэдэхгүй ☐	Хэрэв тийм бол хавьтал болсон: ____ он __ сар __ өдөр Хэдэн удааг тодруулж бичнэ үү: _____ _____
24. Эцсийн онош: _____	
25. Өвчний төгсгөл: Эдгэрсэн ☐ , Өөр тасагт шилжүүлсэн ☐ , Нас барсан ☐ , Мэдэхгүй ☐	
26. Дүгнэлт : _____	
Эмнэлгээс шалтгаалсан халдвар мөн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐	
Мэдээлсэн хүний нэр: _____ Албан тушаал: _____ Тархвар зүйн судалгаа хийсэн эмчийн нэр: _____ Албан тушаал: _____ Судалгаа дууссан: ____ он __ сар __ өдөр	

3.14. Амьсгалын цочмог халтай хам шинж (АЦХАХ)-ийн сэжигтэй тохиолдлын тархвар судалгааны хуудас

Дугаар I | | | |

Судалгаа эхэлсэн: ____ он __ сар__ өдөр		Мэдээлэл авсан: ____ он __ сар__ өдөр	
1. Овог, нэр: _____ 2. Регистр: ____ 3. Нас: ____ сар ____ өдөр ____ 4. Хүйс: ____эр ____эм 5. Ам бүлийн тоо: ____ 6. Утас: _____, _____		7. Аймаг/хот: ____ 8. Сум/дүүрэг: ____ 9. Баг/хороо: ____ 10. Гэрийн хаяг: _____ 11. Явуулын бол хэзээ хаанаас ирсэн: _____	
Хаяг: /ажил, сургууль, цэцэрлэг/:			
Хамгийн сүүлд явсан хугацаа: ____ он __ сар__ өдөр			
12. Албан тушаал, нийгмийн байдал: Ажилчин ____ , Албан хаагч ____ , Малчин ____ , Тэтгэвэрт ____ , Оюутан ____ , Хүүхэд ____ , Ажилгүй ____ , Бусад ____			
13. Хэрвээ хүүхэд бол: Сургуулийн ____ , Цэцэрлэгийн ____ , Гэртээ ____ , Дотуур байрны ____ , Хүүхэд асрах төв ____ , Бусад ____			
14. Боловсрол: Магистр ба түүнээс дээш ____ , Баклавр ____ , Тусгай дунд ____ , Бүрэн дунд ____ , Боловсролгүй ____			
15. Шинж тэмдэг илэрсэн:		____ он __ сар__ өдөр	
16. Эмчид үзүүлсэн:		____ он __ сар__ өдөр	
17.Сорьц авсан:		____ он __ сар__ өдөр	
18. Мэдээллийн эх сурвалж: Өрхийн эмч ____ Лаборатори ____ Аймаг, сумын эмнэлэг ____ Олон нийт ____			
19. Тохиолдол дэгдэлттэй холбоотой эсэх: Тийм ____ Үгүй ____ Дэгдэлтийн тухай: _____			
20. Урьдчилсан онош: _____			
21. Эмнэлзүй Эмнэл зүйн шинж тэмдэг эхэлсэн: ____ он __ сар__ өдөр			
Халуурсан эсэх: Тийм ____ Үгүй ____ Мэдэхгүй ____ хэрэв тийм бол ____ хэм			
Илэрсэн шинж тэмдэг: Хоолой өвдөх ____ , Ханиалгах ____ , Ядрах сульдах ____ , Үеэр өвдөх ____ , С ____ , Амьсгал давчдах ____ , Толгой өвдөх ____ , Бусад ____			
Цээжний рентген зураг авахуулсан эсэх: Тийм ____ Үгүй ____ Мэдэхгүй ____			
Хэрэв тийм бол: Хэвийн ____ , Пневмони ____ , Бронхит ____ , Тодорхой бус, дүгнэлт гаргах боломжгүй ____			

Ирсэн тээврийн хэрэгслийн дугаар: |_|_| |_|_|_|_|, тээврийн хэрэгслийн төрөл: _____

Хамт ирсэн зорчигчдын тоо: _____

АЦХаХ-ийн сэжигтэй өвчтөн сувилж байсан эмнэлгийн ажилтантай хамт байсан эсэх:
Тийм |_| Үгүй |_|

Хэрэв тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр; Хаана: _____

Голомтын ойрын хавьтагсад 10 хоногийн хугацаанд сум өрхийн эмчээс тавьсан эмнэлзүйн ажиглалт

Д/ д	Хавьтагсадын нэр	Нас, хүйс	Хавьтагсад илэрсэн хам шинжийг 10 хоногийн туршид ажиглаж илэрсэн шинжийг тэмдэглэнэ									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Тайлбар: Халуурсан бол хэмийг бичнэ; Ханиасан бол-Х; Амьсгал бачуурсан бол-А; Хэвийн бол-0
Хэрэв олон хавьтагсадтай бол нэмэлт хуудас дээр дээрх хүснэгтийн дагуу бичнэ.

Голомтын эцсийн халдваргүйтгэлийг гэр, сууц зэрэг өвчтөний амьдарч байсан газарт хийсэн эсэх:
Тийм |_| Үгүй |_| Хэрэв тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр ____ цаг ____ минут
Талбай м² |_|_|_|_|

24. Эцсийн онош: _____

25. Өвчний төгсгөл: Эдгэрсэн |_|, Өөр тасагт шилжүүлсэн |_|, Нас барсан |_|, Мэдэхгүй |_|

26. Дүгнэлт : _____

Эмнэлгээс шалтгаалсан халдвар мөн эсэх: Тийм |_| Үгүй |_|

Мэдээлсэн хүний нэр: _____ Албан тушаал: _____
Тархвар зүйн судалгаа хийсэн эмчийн нэр: _____ Албан тушаал: _____
Судалгаа дууссан: ____ он ____ сар ____ өдөр

3.15. Гахай хавдрын сэжигтэй тохиолдлын тархвар судалгааны хуудас

Дугаар I _ _ _ _

Судалгаа эхэлсэн: ____ он __ сар __ өдөр	Мэдээлэл авсан: ____ он __ сар __ өдөр	
1. Овог, нэр: _____ 2. Регистр: I _ _ I I _ _ I _ _ I _ _ I _ _ I 3. Нас: I _ _ I сар I _ _ I өдөр I _ _ I 4. Хүйс: I _ Iэр I _ Iэм 5. Ам бүлийн тоо: I _ _ I 6. Утас: _____, _____	7. Аймаг/хот: I _ _ I 8. Сум/дүүрэг: I _ _ I 9. Баг/хороо: I _ _ I 10. Гэрийн хаяг: _____ 11. Явуулын бол хэзээ хаанаас ирсэн: _____	
Хаяг: /ажил, сургууль, цэцэрлэг/ _____		
Хамгийн сүүлд явсан хугацаа: ____ он __ сар __ өдөр		
12. Албан тушаал, нийгмийн байдал: Ажилчин I _ I, Албан хаагч I _ I, Малчин I _ I, Тэтгэвэрт I _ I Оюутан I _ I, Хүүхэд I _ I, Ажилгүй I _ I, Бусад I _ I		
13. Хэрвээ хүүхэд бол: Сургуулийн I _ I, Цэцэрлэгийн I _ I, Гэртээ I _ I, Дотуур байрны I _ I, Хүүхэд асрах төв I _ I, Бусад		
14. Боловсрол: Магистр ба түүнээс дээш I _ I, Баклавр I _ I, Тусгай дунд I _ I, Бүрэн дунд I _ I Боловсролгүй I _ I		
15. Шинж тэмдэг илэрсэн:	____ он __ сар __ өдөр	
16. Эмчид үзүүлсэн:	____ он __ сар __ өдөр	
17. Сорьц авсан:	____ он __ сар __ өдөр	
18. Тохиолдол дэгдэлттэй холбоотой эсэх: Тийм I _ I Үгүй I _ I Дэгдэлтийн тухай: _____ _____		
19. Урьдчилсан онош: _____		
20. Эмнэлзүй Эмнэл зүйн шинж тэмдэг эхэлсэн: ____ он __ сар __ өдөр		
Халуурсан эсэх: Тийм I _ I, Үгүй I _ I, Мэдэхгүй I _ I хэрэв тийм бол I _ I Iхэм		
Илэрсэн шинж тэмдэг: Булчирхай хавдах I _ I, толгой өвдөх I _ I, хоолой залгиур эмзэглэх I _ I, чихээр хатгах I _ I, үе мөч өвдөх I _ I, бусад.....		
Булчирхайн байршил: чихний орчим I _ I, эрүүн дор I _ I, хэлэн дор I _ I, нойр булчирхай I _ I, төмсөг I _ I, өндгөвч I _ I, хөхний булчирхай I _ I бусад.....		
21. Дархлаажуулалт: Тийм I _ I Үгүй I _ I хэрэв тийм бол:		
I тун	____ он __ сар __ өдөр	Серийн дугаар I _ _ I _ _ I _ _ I _ _ I
II тун	____ он __ сар __ өдөр	Серийн дугаар I _ _ I _ _ I _ _ I _ _ I
Мэдээллийн эх сурвалж: тарилгын карт I _ I өвчний түүх I _ I Бусад.....		

Эмнэлэгт хэвтсэн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ хэрэв тийм бол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр

Эмнэлгээс гарсан: ____ он ____ сар ____ өдөр

Нас барсан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Тиймбол хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр

22. Лабораторийн шинжилгээ:

Сорьцын нэр	Сорьц авсан сар, өдөр, цаг	Лаборатори д явуулсан сар, өдөр, цаг	Лаборатори д хүлээн авсан сар, өдөр, цаг	Хариуг мэдээлсэн сар, өдөр, цаг	Шинжилгээний үр дүн			Үүсгэгчийн төрөл, хэвшинж
					Эерэг	Сөрөг	Эргэлзээтэй	

23. Тархвар судлал:

Шинж тэмдэг эхлэхээс өмнөх 14 хоногт сэжигтэй буюу батлагдсан тохиолдолтой хавьтал болсон эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐

Аялал зугаалгаар явсан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐

Олон нийтийг хамарсан арга хэмжээнд оролцсон эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐ Мэдэхгүй ☐

Тийм бол: Хаана _____ Хэзээ: ____ он ____ сар ____ өдөр

24. Оношийн баталгаажилт:

Онош батлагдсан эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Батлагдсан онош: _____ батлагдсан: ____ он ____ сар ____ өдөр

Үгүйсгэгдсэн онош: _____

үгүйсгэгдсэн: ____ он ____ сар ____ өдөр

Онош тогтоолт:		Илрүүлэлт:		Халдвар дамжсан хүчин зүйл:		Халдварын эх уурхай:	
Эмнэлзүйгээр	1	Хавьтагсадаас	1	Усаар	1	Өвчтөнөөс	1
Лабораториор	2	Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр	2	Хүнсний бүтээгдэхүүнээр	2	Нян тээгчээс	2
Биохими, иммунологи, серологи	3	Амбулаториор	3	Цус, цусан бүтээгдэхүүнээр	3	Мал, амьтанаас	3
Тархвар судлалаар	4	Өөрөө ирсэн	4	Зүү, тариур, эмнэлгийн багаж хэрэгслээр	4	Тогтоогдоогүй	4
Задлангаар	5	Мэс заслаар	5	Хөрсөөр	5	Энэ өвчнөөс сэргийлэх вакцин хийлгэсэн эсэх:	
Эмнэлзүй болон лабораториор	6	Задлангаар	6	Агаараар	6	Хийлгэсэн	1
Бусад	7	Идэвхтэй тандалтаар	7	Ахуйн хавьтлаар	7	Хийлгээгүй	2
		Түргэнээр	8	Тодорхойгүй	8	Дутуу	3
		Бусад	9	Бусад	9	Тодорхойгүй	4
						Нас болоогүй	5

Эмнэлгээс шалтгаалсан халдвар мөн эсэх: Тийм ☐ Үгүй ☐

Мэдээлсэн хүний нэр: _____ Албан тушаал: _____

Тархвар зүйн судалгаа хийсэн эмчийн нэр: _____ Албан тушаал: _____

Судалгаа дууссан: ____ он ____ сар ____ өдөр