**მაიმუნის ყვავილის შემთხვევის კვლევის კითხვარი**

**(დროებითი) v1**

**ნაწილი 1: ინფორმაცია ინტერვიუს შესახებ**

1. ინტერვიუს თარიღი \_\_ / \_\_ / \_\_
2. ინტერვიუერის სახელი, გვარი: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. რომელ ორგანიზაციას/სააგენტოს წარმოადგენს ინტერვიუერი: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. ინტერვიუერის ტელ. ნომერი: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. ინტერვიუერის ელ. ფოსტა: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ნაწილი 2: პაციენტის ვინაობა**

1. სახელი \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ გვარი \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. პირადი ნომერი (საქართველოს მოქალაქისთვის 11 ნიშნა, უცხო ქვეყნის მოქალაქისთვის პასპორტის ან სამგზავრო დოკუმენტის შესაბამისად) ­­­­­­­­­­­­­­­­­­-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. დაბადების თარიღი რიცხვი\_\_\_/თვე\_\_\_/წელი\_\_\_ ასაკი\_\_\_
4. სქესი: [ ]  კაცი [ ]  ქალი [ ]  სხვა
5. სექსუალური ორიენტაცია: [ ]  ჰეტეროსექსუალი [ ]  გეი ან ლესბოსელი [ ] ბისექსუალი[ ] სხვა (დააკონკრეტეთ) [ ] არ მსურს პასუხის გაცემა
6. საცხოვრებელი ადგილი \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ქვეყანა \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ რაიონი/ქალაქი \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ქუჩა \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. მოქალაქეობა \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ძირითადი საქმიანობა \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ნაწილი 3: პაციენტის სტატუსი**

1. პაციენტის მდგომარეობა : [ ]  ცოცხალი [ ]  მკვდარი [ ] უცნობია
2. დასჭირდა თუ არა პაციენტს ჰოსპიტალიზაცია ? [ ]  დიახ [ ] არა [ ] უცნობია
3. გადაიყვანეს თუ არა ბოქსირებულ განყოფილებაში [ ] დიახ [ ]  არა [ ] უცნობია
4. თუ დიახ, საავადმყოფოს დასახელება \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , ჰოსპიტალიზაციის თარიღი რიცხვი\_\_\_/თვე\_\_\_/წელი\_\_\_ , სიკვდილის თარიღი \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ , ადგილი: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
5. აცრილია თუ არა პაციენტი ყვავილის ვაქცინით (შეინიშნება თუ არა ნაწიბური უმთავრესად მარჯვენა მხრის ზედა მესამედში) ?

[ ]  დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

**ნაწილი 4: კლინიკური ისტორია**

1. სიმპტომების დაწყების თარიღი: რიცხვი\_\_\_\_/თვე\_\_\_\_/წელი\_\_\_\_
2. ექსპოზიციის ადგილი(ქვეყანა) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. აქვს თუ არა მოგზაურობის ისტორია სიმპტომების დაწყებამდე სამი კვირის განმავლობაში?: [ ]  დიახ [ ]  არა [ ] უცნობია

 ა. თუ დაიხ, მიუთითეთ ადგილები (1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (3)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. მოგზაურობდა თუ არა პაციენტი ავადმყოფობის დროს?: [ ]  დიახ [ ]  არა [ ] უცნობია

ა. თუ დიახ , მიუთითეთ ადგილები (1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(3)\_\_\_\_\_\_\_\_

1. აქვს თუ არა პაციენტს კანზე გამონაყარი? [ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

ა. თუ დიახ, გამონაყარის დაწყების თარიღი: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. ჰქონდა თუ არა პაციენტს ტემპერეტურა? [ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

ა. თუ დიახ, ცხელების დაწყების თარიღი: \_\_\_/\_\_\_/\_\_

1. არის თუ არა შემთხვევა მწვავე(აქტიური/მიმდინარე)? [ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

ა)არის თუ არა სხეულზე არსებული გაღიზიანება/გამონაყარი განვითარების ერთ სტადიაზე?

 [ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

ბ)არის თუ არა სხეულზე არსებული გაღიზიანება/გამონაყარი ერთი და იმავე ზომის?

[ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

გ) არის თუ არა სხეულზე არსებული გაღიზიანება/გამონაყარი კანში ღრმად ჩამჯდარი?

[ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

1. დაზიანებების ლოკალიზაცია [ ] სახე [ ]  ფეხები [ ]  ფეხისგული [ ]  ხელისგული

[ ]  გულმკერდი [ ]  ხელები [ ]  სასქესო ორგანოები [ ]  მთელი სხეული

ჩამოთვალეთ სხეულის სხვა დაზიანებული ნაწილები:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. განუვითარდა თუ არა პაციენტს წყლულები? [ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია
2. აღენიშნება თუ არა პაციენტს ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელიმე სიმპტომი?

გულისრევა/ღებინება [ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

თავის ტკივილი [ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

ხველა [ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

ქავილი გამონაყრის ადგილას [ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

ლიმფადენოპათია [ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

კუნთების ტკივილი (მიალგია ) [ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

ზოგადი სისუსტე [ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

კონიუნქტივიტი [ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

შემცივნება [ ] დიახ [ ]  არა [ ] უცნობია

ოფლიანობა ☐ დიახ ☐ არა ☐უცნობია

სინათლის მიმართ გაზრდილი მგრძნობელობა [ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

ყელის ტკივილი ყლაპვისას [ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

გამონაყარი პირის ღრუში [ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

1. იმ შემთხვევაში თუ პაციენტი ქალია, ორსულობის სტატუსი:

 [ ]  ორსულადაა [ ]  არ არის ორსულად [ ] უცნობია

1. აივ-ის სტატუსი: [ ]  უარყოფითი [ ]  დადებითი [ ] უცნობი
2. აქვს თუ არა პაციენტს რაიმე თანმხლები დაავადება ან ღებულობს თუ არა იმუნოსუპრესორულ მედიკამენტებს? [ ] დიახ [ ] არა [ ] უცნობია

იმუნოკომპრომეტირებული მდგომარეობა შეიძლება მოიცავდეს ისეთ დაავადებებს, როგორიცაა: აივ/შიდსი, დიაბეტი, ლუპუსი, გადანერგილი ორგანოები, გადანერგილი ღეროვანი უჯრედი და კიბო. გარკვეულმა მედიკამენტებმაც (მაგ. ქიმიოთერაპიამ და სტეროიდებმა) შესაძლოა დაასუსტონ იმუნური სისტემა.

1. თუ კი, მიუთითეთ \_\_\_\_\_\_\_\_
2. ჯანმრთელობის ნებისმიერი სხვა მდგომარეობა \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ნაწილი 5: ექსპოზიცია**

1. სიმპტომების დაწყებამდე სამი კვირის განმავლობაში ჰქონდა თუ არა პაციენტს კონტაქტი ერთ ან მეტ ადამიანთან, რომლებსაც აღენიშნებოდათ მსგავსი სიმპტომები?

 [ ] დიახ [ ] არა ☐უცნობია

1. თუ დიახ, შეავსეთ ცხრილი (ქვემოთ მოყვანილ ცხილში მიუთითეთ ყველა დაავადებული ადამიანი)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| სახელი, გვარი | სქესი | ასაკი | მისამართი | ტელ. ნომერი | კონტაქტის თარიღი | კონტაქტის სახეობა (ოჯახის წევრი, მეგობარი, პარტნორი, მომვლელი...) | კონტაქტის ტიპი (შეხება, სქესობრივი კონტაქტი...) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**ნაწილი 6: ლაბორატორია**

1. აღებულ იქნა თუ არა ნიმუში ? [ ]  დიახ [ ]  არა [ ] უცნობია

 ა. თუ დიახ , თარიღი \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1. ნიმუშის ტიპი : [ ]  ფუფხი [ ]  ნაცხი [ ]  სისხლი [ ] უცნობია
2. ლაბორატორიული კვლევის შედეგი: [ ]  დადებითი პჯრ [ ]  უარყოფითი პჯრ

 [ ]  საეჭვოა, საჭიროა გამეორება [ ]  სხვა მიუთითეთ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ნაწილი 7: ინფიცირებულის კონტაქტები**

39. გთხოვთ, ქვემოთ მოცემულ ცხრილში შეიყვანოთ იმ ადამიანების მონაცემები, ვისთანაც სიმპტომების გამოვლენის შემდეგ გქონდათ უშუალო ურთიერთობა

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| სახელი, გვარი | სქესი | ასაკი | მისამართი | ტელ. ნომერი | კონტაქტის თარიღი | ზედამხედველობის მოხსნის თარიღი | კონტაქტის სახეობა (ოჯახის წევრი, მეგობარი, პარტნორი, მომვლელი...) | ექსპოზიციის რისკის კატეგორია(იხ.მაიმუნის ყვავილის შემთხვევასთან კონტაქტირებულთა კვლევის ინსტრუქცია: კლასიფიკაცია და დროებითი რეკომენდაციები (6 ივნისი, 2022) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ნაწილი 8: გამოსავალი

1. გამოსავალი:

[ ] გამოჯანმრთელდა - თარიღი რიცხვი\_\_\_\_/თვე\_\_\_\_/წელი\_\_\_\_

 [ ]  მოკვდა - თარიღი რიცხვი\_\_\_\_/თვე\_\_\_\_/წელი\_\_\_\_

 [ ]  დაიკარგა მეთვალყურეობიდან - თარიღი რიცხვი\_\_\_\_/თვე\_\_\_\_/წელი\_\_\_\_

ნაწილი 9: საბოლოო კლასიფიკაცია

 [ ]  შესაძლო

 [ ]  სავარაუდო [ ]  დადასტურებული [ ]  უკუგდებული