

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
**Наказом керівника ЗОЗ**

від «\_\_»\_\_ 2020 р. №\_\_

**КЛІНІЧНИЙ МАРШРУТ ПАЦІЄНТА З СИМПТОМАМИ ГОСТРОГО РЕСПІРАТОРНОГО СИНДРОМУ,  
ВИЗНАЧЕНИМ ВИПАДКОМ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ (COVID-19)**

(версія 2 від 22.05.2020 р.)

2020 р.

### Авторська група:

- 1 Дячук Д.Д. – Директор Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, д.мед.н., ст.н.спів., член-кор. НАМН України
- 2 Зюков О.Л. – Головний лікар, заступник директора з клінічної роботи Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, д.мед.н., професор
- 3 Ошивалова О.О. – Заступник головного лікаря з організаційно-методичної роботи та якості надання медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, к.мед.н.
- 4 Вовк Л.М. – Лікар-інфекціоніст кабінету інфекційних захворювань Консультативно-діагностичного центру Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, к.мед.н.
- 5 Науменко О.В. – Завідувач Центру стаціонарної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, завідувач відділення анестезіології та інтенсивної терапії, к.мед.н.
- 6 Мельник Н.Ю. – Завідувач Дитячого консультативно-лікувального центру Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, к.мед.н.
- 7 Сімак І.М. – Завідувач станції швидкої медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами
- 8 Черній Т.В. – Провідний науковий співробітник наукового відділу внутрішньої медицини Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, д.мед.н., доцент
- 9 Білошицька О.К. – Провідний інженер-програміст Інформаційно-технічного центру Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами

### Взяли участь:

- 1 Безпрозванна В.М. – Заступник головного лікаря з медичної частини Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, к.н.держ.упр.
- 2 Рубан О.Є. – Заступник головного лікаря з медсестринства Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами
- 3 Луганська Л.О. – Завідувач Центру первинної медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, завідувач Лікарської амбулаторії №5
- 4 Горлач Т.М. – Завідувач Лікарської амбулаторії №6 Центру первинної медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами
- 5 Ласиця Т.С. – Завідувач Навчального центру «Інститут післядипломної освіти» Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, к.мед.н.
- 6 Горбунова О.В. – Лікар-профпатолог кабінету профпатології Консультативно-діагностичного центру Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами

### Рецензенти:

- 1 Горачук В.В. – професор кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д. мед. н., професор
- 2 Матюха Л.Ф. – завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д. мед. н., професор
- 3 Борщов С.П. – в.о. завідувача наукового відділу і відділення інтенсивної терапії та детоксикації Державної установи «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського» НАМН України, д.мед.н., ст.н.спів.

*Схвалено Вченою радою  
Державної наукової установи  
«Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»  
Державного управління справами  
(протокол №4 від 24.04.2020 р.)*

© Авторський колектив, 2020  
© ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, 2020

## ЗМІСТ

Список скорочень	5
<b>I. ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ</b>	6
1. Організаційні заходи закладу щодо надання медичної допомоги під час поширення COVID-19	6
<b>II. АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИЙ ЕТАП</b>	8
<b>ЦПМСД</b>	8
1. Профілактика поширення захворювання: забезпечення безпеки пацієнтів та медичного персоналу	8
2. Проведення сортування потоків пацієнтів при відвідуванні ЦПМСД	9
3. Проведення сортування потоків звернень пацієнтів в телефонному режимі до ЦПМСД	9
4. Визначення випадку захворювання на COVID-19	10
5. Проведення огляду пацієнта та визначення тяжкості перебігу захворювання	10
6. Визначення тактики лікування пацієнтів	16
7. Моніторинг випадків	17
<b>КДЦ</b>	18
1. Профілактика поширення захворювання: забезпечення безпеки пацієнтів та медичного персоналу	18
2. Проведення діагностичних досліджень	19
3. Спеціалізована консультативна допомога	19
<b>III. ЕКСТРЕННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА</b>	19
<b>СШМД</b>	19
1. Профілактика поширення захворювання: забезпечення безпеки пацієнтів та медичного персоналу	19
2. Реєстрація виклику бригади	20
3. Дії бригади ЕМД на місці виклику при виявленні хворого (підозрілого) на COVID-19 на місці виклику	20
4. Ведення пацієнта	20
5. Госпіталізація	21
6. Оформлення медичної документації та критерії ефективності надання медичної допомоги	22
<b>IV. ГОСПІТАЛЬНИЙ ЕТАП</b>	22
<b>Стаціонарні відділення визначених ЗОЗ</b>	22
1. Профілактика поширення захворювання: забезпечення безпеки пацієнтів та медичного персоналу	22
2. Визначення випадку захворювання на COVID-19 від	23
3. Проведення огляду пацієнта та визначення тяжкості перебігу захворювання	23
4. Визначення тактики лікування пацієнтів	25
5. Моніторинг випадків	26
Додатки, схеми, інструкції та реєстри до клінічного маршруту пацієнта	28-132
Перелік використаних інформаційних джерел	133
Лист внесення змін, доповнень	135

## СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АЗПСМ	- Амбулаторія загальної практики сімейної медицини
ГРВІ	- Гостра респіраторна вірусна інфекція
ГРДС	- Гострий респіраторний дистрес-синдром
ГРС	- Гострий респіраторний синдром
ЕМД	- Екстрена медична допомога
ЗОЗ	- Заклад охорони здоров'я
ІФА	- Імуноферментний аналіз
КДЦ	- Консультативно-діагностичний центр
КМП	- Клінічний маршрут пацієнта
КТМ	- Кабінет телемедицини
Лікар МНС	- Лікар медицини невідкладних станів
ММБ	- Мобільна медична бригада
МОЗ	- Міністерство охорони здоров'я
МСМО	- Молодший спеціаліст з медичною освітою
НОФ	- Назофаренгіальний мазок
РЛЦ	- Регіональний лабораторний центр
СШМД	- Станція швидкої медичної допомоги
ФАП	- Фельдшерсько-акушерський пункт
ЦПМСД	- Центр первинної медико-санітарної допомоги
СВ визначених ЗОЗ	- Стаціонарне відділення визначених ЗОЗ
COVID-19	- COrona VІrus Disease (коронавірусне захворювання)
SARS-CoV-2	- Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (Тяжкий гострий респіраторний синдром коронавірус 2)

**КЛІНІЧНИЙ МАРШРУТ ПАЦІЄНТА З СИМПТОМАМИ ГОСТРОГО РЕСПІРАТОРНОГО СИНДРОМУ, ВИЗНАЧЕНИМ ВИПАДКОМ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ (COVID-19)**

Положення клінічного маршруту пацієнта	Необхідні дії відповідно до медичного стандарту	Терміни виконання	Виконавці (ЗОЗ, структурний підрозділ закладу, посада, прізвище, ім'я та по батькові, телефон)	Індикатори якості медичної допомоги
1	2	3	4	5
<b>I. ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ</b>				
<b>1. Організаційні заходи закладу щодо надання медичної допомоги під час поширення COVID-19</b>	1.1 Забезпечення надання медичної допомоги пацієнтам з симптомами гострого респіраторного захворювання відповідно до стандарту медичної допомоги COVID-19, затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)» (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) та протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)», затвердженого наказом МОЗ України №762 від 02.04.2020 р. (із змінами від 10.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №852)	постійно	Керівник ЗОЗ, заступник керівника ЗОЗ з медичного обслуговування населення, завідувачі АЗПСМ	Наявність затвердженого КМП з симптомами ГРВС, підозрою на випадок (підтвердженим випадком) коронавірусної хвороби (COVID-19). Відсоток забезпечення від потреби відповідними ресурсами
	1.2 Організація проведення протиепідемічних заходів відповідно до затвердженого плану (з урахуванням положень наказу МОЗ України від 11.08.2014 р. № 552 «Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я», розпорядження керівника ДУС від 16.03.2020 р. №75, наказу МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)» (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827)	постійно	Керівник ЗОЗ, заступник керівника ЗОЗ з медичного обслуговування населення, завідувачі АЗПСМ	Затверджений та погоджений в ЦПМ «План протиепідемічної готовності та проведення протиепідемічних заходів у разі занесення та поширення коронавірусної інфекції COVID 19 серед контингенту, що обслуговується»

1	2	3	4	5
	1.3 Підвищення поінформованості лікарів та МСМО з сучасних аспектів надання медичної допомоги пацієнтам з ГРВІ та підозрою на SARS-CoV-2 (COVID-19) (відповідно до наказу МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)» (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) шляхом проведення навчання медичного персоналу на робочих місцях (в умовах закладу)	постійно	Заступник керівника ЗОЗ з медичного обслуговування населення, завідувачі АЗПСМ	План-графік проведення навчання та інструктажів, відсоток осіб, охоплених навчанням
	1.4 При наданні медичної допомоги пацієнтам з ГРВІ та підозрою на SARS-CoV-2 (COVID-19) дотримуватись положень наказу МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)» (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) та наказу МОЗ України №762 від 02.04.2020 р. «Про затвердження протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)» (із змінами від 10.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №852)	постійно	Заступник керівника ЗОЗ з медичного обслуговування населення, завідувачі АЗПСМ, сімейні лікарі та МСМО	Затверджений КМП з симптомами ГРВС, визначеним випадком коронавірусної хвороби (COVID-19)
	1.5 Виклики до пацієнтів, які за результатами опитування є підозрілими щодо інфікування на SARS-CoV-2 (COVID-19) або з підтвердженими випадками, з метою госпіталізації до спеціалізованого закладу, здійснюють бригади СШ(Е)МД. <i>Примітка:</i> у випадку загострення епідеміологічної ситуації порядок виїзду бригади ЕМД може бути змінений	постійно	Заступник керівника ЗОЗ з медичного обслуговування населення, завідувачі АЗПСМ, сімейні лікарі та МСМО; Директор СШМД	Затверджений КМП з симптомами ГРС, визначеним випадком коронавірусної хвороби (COVID-19)
	1.6. Обстеження медичних працівників ЗОЗ проводиться один раз на 30 днів (до отримання перших позитивних результатів у конкретної	Постійно до стабілізації	Заступник керівника ЗОЗ з медичного обслуговування	Наявний графік проведення тестування медичних працівників

1	2	3	4	5
	особи) методом ІФА з визначенням Ig M, Ig G до SARS-CoV-2 та шляхом забору НОФ мазку для визначення ДНК SARS-CoV-2 методом ПЛР якщо ІФА позитивні, окрім категорій медичних працівників зазначених у наказі МОЗ України №1227 від 20.05.2020 р. «Зміни до стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)» ( <a href="#">Додаток 30</a> )	епідеміологічної ситуації	населення, завідувачі АЗПСМ	ЗОЗ. Відсоток позитивних результатів обстеження
<b>II. АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИЙ ЕТАП</b>				
<b>ЦПМСД (<a href="#">блок-схема 1</a>, <a href="#">блок-схема 2</a>, <a href="#">блок-схема 3</a>, <a href="#">блок-схема 4</a>, <a href="#">блок-схема 5</a>, <a href="#">блок-схема 6</a>)</b>				
<b>1. Профілактика поширення захворювання: забезпечення безпеки пацієнтів та медичного персоналу</b>	1.1 Дотримання медичним персоналом, який надає медичну допомогу хворим з підозрою на COVID-19, правил індивідуального захисту та раціонального використання ЗІЗ відповідно до Додатку 6 «Раціональне використання засобів індивідуального захисту при захворюванні на COVID-19» та Додатку 7 «Заходи з профілактики інфекцій та інфекційний контроль під час надання медичної допомоги пацієнту, який підлягає визначенню випадку COVID-19» Стандарту медичної допомоги, затвердженого наказом МОЗ України від 28.03.2020 р. №722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)» (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827)	Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації	1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 1</a> ) 2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 1</a> ) 3. Сімейний лікар та МСМО кабінету прийому пацієнтів з проявами ГРВІ АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 1</a> ) 4. Сімейний лікар в складі ММБ ( <a href="#">Інструкція 1</a> ) 5. Лікар-спеціаліст та МСМО діагностичних підрозділів КДЦ ( <a href="#">Інструкція 1</a> )	Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 1</a>
	1.2 Надання всім пацієнтам з ГРС (батькам та опікунам дітей) інформації щодо профілактики поширення коронавірусної хвороби ( <a href="#">Додаток 1</a> , <a href="#">Додаток 2</a> )	Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації	1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 1</a> ) 2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 1</a> )	Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 2</a> , <a href="#">Інструкцією 3</a> , <a href="#">Інструкцією 4</a> ,

1	2	3	4	5
			3. Сімейний лікар та МСМО кабінету прийому пацієнтів з проявами ГРВІ АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 1</a> ) 4. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ ( <a href="#">Інструкція 1</a> ) 5. Лікар-спеціаліст та МСМО діагностичних підрозділів КДЦ ( <a href="#">Інструкція 1</a> )	<a href="#">Інструкцією 5</a>
<b>2. Проведення сортування потоків пацієнтів при відвідуванні ЗОЗ</b>	2.1 Проведення дистанційної термометрії всім пацієнтам та співробітникам ЗОЗ при вході до закладу	Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації	МСМО хол АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 6</a> )	Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 6</a>
	2.2 Направлення осіб, що мають підвищення температури тіла за результатами дистанційної термометрії, до кабінету прийому пацієнтів з ознаками ГРС через окремий вхід	Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації	МСМО хол АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 6</a> )	Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 6</a>
	2.3 Направлення осіб з ознаками ГРС до кабінету прийому пацієнтів з ознаками ГРС через окремий вхід	Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації	МСМО хол АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 6</a> )	Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 6</a>
<b>3. Проведення сортування потоків звернень пацієнтів в телефонному режимі до ЗОЗ</b>	3.1 Переадресація виклику черговому сімейному лікарю АЗПСМ при зверненні до Call-center	Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації	МСМО Call-center ( <a href="#">Інструкція 7</a> )	Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 7</a>
	3.2 Переадресація виклику черговому сімейному лікарю АЗПСМ при зверненні в КТМ	Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації	МСМО КТМ ( <a href="#">Інструкція 5</a> )	Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 5</a>
	3.3 Переадресація виклику черговому сімейному лікарю АЗПСМ при зверненні телефоном в реєстратуру	Постійно до стабілізації	МСМО реєстратури АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 8</a> )	Наявність на робочих місцях та ознайомлення

1	2	3	4	5
	3.4 Переадресація виклику черговому сімейному лікарю АЗПСМ при зверненні в бюро викликів СШМД	епідеміологічної ситуації  Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації	фельдшер бюро викликів СШМД <b>(Інструкція 9)</b>	персоналу під підпис з <b><u>Інструкцією 8</u></b>  Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <b><u>Інструкцією 9</u></b>
<b>4. Визначення випадку захворювання на COVID-19</b>	4.1 Визначення випадку захворювання на COVID-19 відповідно до Додатку 2 «Визначення випадку захворювання на COVID-19» Стандарту медичної допомоги COVID-19 затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. з використанням опитувальника (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) <b>(Додаток 3, Додаток 4)</b>	Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації	1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ <b>(Інструкція 2)</b> 2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ <b>(Інструкція 3)</b> 3. Сімейний лікар та МСМО кабінету прийому пацієнтів з проявами ГРВІ АЗПСМ <b>(Інструкція 2)</b> 4. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ <b>(Інструкція 4)</b>	Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <b><u>Інструкцією 2,</u></b> <b><u>Інструкцією 3,</u></b> <b><u>Інструкцією 4</u></b>  Ведення <b><u>реєстру 9</u></b> <b>(ММБ)</b>
<b>5. Проведення огляду пацієнта та визначення тяжкості перебігу захворювання</b>	5.1 Клінічний огляд пацієнта та визначення симптомів коронавірусної хвороби відповідно до Додатку 10 «Клінічні синдроми, пов'язані COVID-19» Стандарту медичної допомоги COVID-19 затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) <b>(Додаток 5)</b> .  5.1.1 Оцінка важкості стану дітей від 0 до 5 років – відповідно до КМ «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку» <b>(Додаток 6)</b>	Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації	1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ <b>(Інструкція 2)</b> 2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ <b>(Інструкція 3)</b> 3. Сімейний лікар та МСМО кабінету прийому пацієнтів з проявами ГРВІ АЗПСМ <b>(Інструкція 2)</b> 4. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ <b>(Інструкція 4)</b>	Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <b><u>Інструкцією 2,</u></b> <b><u>Інструкцією 3,</u></b> <b><u>Інструкцією 4</u></b>  Ведення <b><u>реєстру 1</u></b> <b>(кабінет прийому пацієнтів з ГРС)</b>  Ведення <b><u>реєстру 2</u></b> <b>(АЗПСМ)</b> Ведення <b><u>реєстру 12</u></b> <b>(АЗПСМ)</b>

1	2	3	4	5
	<p><b>5.2. <u>Обстеження пацієнтів, які за клінічними ознаками можуть бути визначені як підозрілі щодо інфікування COVID-19 (або з визначеними клінічними ознаками хвороби)</u></b> проводиться шляхом забору НОФ мазку для визначення ДНК SARS-CoV-2 методом ПЛР та дослідженням крові на Ig M до SARS-CoV-2 методом ІФА, якщо ПЛР негативна (відповідно до наказу МОЗ України №1227 від 20.05.2020 р. «Зміни до стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»» (<a href="#">Додаток 30</a>)).</p> <p>5.2.1. Взяття мазків з носу та зіву для проведення тестування на SARS-CoV-2 відповідно до Додатку 3 «Відбір, зберігання та транспортування зразків матеріалів для тестування на SARS-CoV-2» до «Стандарту медичної допомоги «COVID-19» затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) (<a href="#">Додаток 7</a>)</p> <p>5.2.2 Упаковка зразків, передача для транспортування до лабораторії фельдшеру з МНС СШМД (фахівцю ММБ) (<a href="#">Додаток 7</a>)</p>	<p>Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</li> <li>2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 3</a>)</li> <li>3. Сімейний лікар та МСМО кабінету прийому пацієнтів з проявами ГРВІ АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</li> <li>4. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ (<a href="#">Інструкція 4</a>)</li> <li>5. Фельдшер МНС СШМД (<a href="#">Інструкція 10</a>)</li> </ol>	<p>Ведення <i>реєстру 19, реєстру 20</i> (кабінет прийому пацієнтів з ГРС)</p> <p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 2</a>, <a href="#">Інструкцією 3</a>, <a href="#">Інструкцією 4</a>, <a href="#">Інструкцією 10</a></p> <p>Ведення <i>реєстру 3</i> (кабінет прийому пацієнтів з ГРС)</p>
	<p>5.2.3 Заповнення направлення на дослідження SARS-CoV-2 відповідно до Додатку 4 «Направлення на лабораторне тестування матеріалу від особи, яка відповідає визначенню випадку COVID-19» до Стандарту медичної допомоги «COVID-19» затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. (із змінами від 09.04.2020 р.,</p>	<p>Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</li> <li>2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 3</a>)</li> <li>3. Сімейний лікар та МСМО кабінету</li> </ol>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 2</a>, <a href="#">Інструкцією 3</a>, <a href="#">Інструкцією 4</a></p>

1	2	3	4	5
	затвердженими наказом МОЗ України №827) ( <a href="#">Додаток 8</a> )		прийому пацієнтів з проявами ГРВІ АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 2</a> ) 4. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ ( <a href="#">Інструкція 4</a> )	
	5.2.4 Доставка біологічного матеріалу для проведення дослідження на SARS-CoV-2 до визначеного регіонального лабораторного центру (вказати назву, адресу, телефон для зв'язку)	Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації	1. Фельдшер СШМД ( <a href="#">Інструкція 10</a> ) 2. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ ( <a href="#">Інструкція 4</a> )	Наявність на робочому місці та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 4</a> , <a href="#">Інструкцією 10</a>
	5.2.5 Визначення доцільності проведення швидкого тесту на IgG/IgM до вірусу SARS-CoV-2 ( <a href="#">Додаток 9</a> )	Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації	1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 2</a> ) 2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 3</a> ) 3. Сімейний лікар та МСМО кабінету прийому пацієнтів з проявами ГРВІ АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 2</a> ) 4. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ ( <a href="#">Інструкція 4</a> )	Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 2</a> , <a href="#">Інструкцією 3</a> , <a href="#">Інструкцією 4</a>  Ведення <i>реєстру 4</i> ( <i>кабінет прийому пацієнтів з ГРС</i> )
	5.2.6 Заповнення екстреного повідомлення відповідно до наказу МОЗ України №1 від 10.01.2006 р. (із змінами від 19.04.2013 р.) «Про затвердження Форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення» ( <a href="#">Додаток 10</a> )	Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації	1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 2</a> ) 2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 3</a> ) 3. Сімейний лікар та МСМО кабінету прийому пацієнтів з	Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 2</a> , <a href="#">Інструкцією 3</a> , <a href="#">Інструкцією 4</a>

1	2	3	4	5
	<p>5.2.7 Визначення контактних осіб відповідно до Додатку 2 «Визначення випадку захворювання на COVID-19» Стандарту медичної допомоги COVID-19 затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) (<a href="#">Додаток 3</a>).</p> <p>5.2.8 В подальшому за Актом обстеження епідеміологічного вогнища, який надається ЦПМСД, провести обстеження контактних осіб методом забору матеріалу на SARS-CoV-2 шляхом виїзду ММБ (наказ МОЗ України №827 від 09.04.2020 р.)</p>	<p>Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації</p>	<p>проявами ГРВІ АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</p> <p>4. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ (<a href="#">Інструкція 4</a>)</p> <p>1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</p> <p>2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 3</a>)</p> <p>3. Сімейний лікар та МСМО кабінету прийому пацієнтів з проявами ГРВІ АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</p> <p>4. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ (<a href="#">Інструкція 4</a>)</p>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 2</a>, <a href="#">Інструкцією 3</a>, <a href="#">Інструкцією 4</a>.</p> <p>Ведення <a href="#">реєстру 7</a>, <a href="#">реєстру 11 (АЗПСМ)</a></p> <p>Ведення <a href="#">реєстру 15 (АЗПСМ)</a></p>
	<p><b>5.3 Обстеження пацієнтів з ознаками пневмонії</b> проводиться шляхом забору НОФ мазку для визначення ДНК SARS-CoV-2 методом ПЛР та дослідження крові на Ig M до SARS-CoV-2 методом ІФА (відповідно до наказу МОЗ України №1227 від 20.05.2020 р. «Зміни до стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»» (<a href="#">Додаток 30</a>).</p>	<p>Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації</p>	<p>1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</p> <p>2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 3</a>)</p> <p>3. Сімейний лікар та МСМО кабінету прийому пацієнтів з проявами ГРВІ АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</p> <p>4. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ (<a href="#">Інструкція 4</a>)</p> <p>5. Фельдшер МНС СШМД</p>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 2</a>, <a href="#">Інструкцією 3</a>, <a href="#">Інструкцією 4</a>, <a href="#">Інструкцією 10</a></p> <p>Ведення <a href="#">реєстру 3 (кабінет прийому пацієнтів з ГРС)</a></p>

1	2	3	4	5
	<p>5.4 <b><u>При неможливості протягом однієї доби проведення обстеження шляхом визначення ДНК SARS-CoV-2 методом ПЛР</u></b> обстеження пацієнтів, які за клінічними ознаками можуть бути визначені як підозрілі щодо інфікування COVID-19 (або з визначеними клінічними ознаками хвороби, або з ознаками пневмонії), проводиться методом ІФА з визначенням Іg М до SARS-CoV-2 (відповідно до наказу МОЗ України №1227 від 20.05.2020 р. «Зміни до стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»» (<a href="#">Додаток 30</a>)</p>	<p>Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації</p>	<p><b><u>(Інструкція 10)</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</li> <li>2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 3</a>)</li> <li>3. Сімейний лікар та МСМО кабінету прийому пацієнтів з проявами ГРВІ АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</li> <li>4. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ (<a href="#">Інструкція 4</a>)</li> <li>5. Фельдшер МНС СШМД (<a href="#">Інструкція 10</a>)</li> </ol>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 2</a>, <a href="#">Інструкцією 3</a>, <a href="#">Інструкцією 4</a>, <a href="#">Інструкцією 10</a></p> <p>Ведення <i>реєстру 3 (кабінет прийому пацієнтів з ГРС)</i></p>
	<p>5.5.1 Встановлення попереднього діагнозу та визначення тяжкості перебігу захворювання відповідно до Стандарту 2 «Амбулаторно-поліклінічна допомога пацієнтам з підозрою на COVID-19» і Стандарту 3 «Стаціонарне лікування пацієнтів з COVID-19», затверджених наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) (<a href="#">Додаток 11</a>).</p> <p>5.5.2 Встановлення попереднього діагнозу та визначення тяжкості перебігу захворювання у дітей (<a href="#">Додаток 12</a>)</p>	<p>Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</li> <li>2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 3</a>)</li> <li>3. Сімейний лікар та МСМО кабінету прийому пацієнтів з проявами ГРВІ АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</li> <li>4. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ (<a href="#">Інструкція 4</a>)</li> </ol>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 2</a>, <a href="#">Інструкцією 4</a>.</p> <p>Ведення <i>реєстру 4, реєстру 5, реєстру 8 (АЗПСМ)</i></p> <p>Ведення <i>реєстру 13, реєстру 14 (АЗПСМ)</i></p>
	<p>5.6.1 <b><u>Обстеження осіб, які контактували з підтвердженим випадком коронавірусної хвороби (COVID-19)</u></b> проводиться на 14 добу після контакту шляхом забору НОФ мазку для</p>	<p>Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</li> </ol>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 2</a>,</p>

1	2	3	4	5
	<p>визначення ДНК SARS-CoV-2 методом ПЛР, або при неможливості проведення такого дослідження протягом однієї доби, методом ІФА з визначенням Іg М до SARS-CoV-2 (відповідно до наказу МОЗ України №1227 від 20.05.2020 р. «Зміни до стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»» (<a href="#">Додаток 30</a>))</p> <p>5.6.2 Відбір, зберігання та транспортування зразків матеріалів для тестування на наявність коронавірусу SARS-CoV-2 методом ПЛР здійснюється відповідно до «Стандарту медичної допомоги «COVID-19» затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827)» (<a href="#">Додаток 7</a>)</p>		<p>2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 3</a>)</p> <p>3. Сімейний лікар та МСМО кабінету прийому пацієнтів з проявами ГРВІ АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</p> <p>4. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ (<a href="#">Інструкція 4</a>)</p> <p>5. Фельдшер МНС СШМД (<a href="#">Інструкція 10</a>)</p>	<p><a href="#">Інструкцією 3</a>, <a href="#">Інструкцією 4</a>, <a href="#">Інструкцією 10</a></p> <p>Ведення <i>ресстру 3</i> (кабінет прийому пацієнтів з ГРС)</p>
	<p>5.7.1 <b><u>Обстеження осіб, які потребують планової госпіталізації або операції</u></b> проводиться шляхом забору НОФ мазку для визначення ДНК SARS-CoV-2 методом ПЛР обов'язково для осіб з імуносупресією, для інших груп методом ІФА з визначенням Іg М до SARS-CoV-2 та методом ПЛР, якщо ІФА позитивне (відповідно до наказу МОЗ України №1227 від 20.05.2020 р. «Зміни до стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»» (<a href="#">Додаток 30</a>)).</p> <p>5.7.2 Організовує обстеження пацієнта лікуючий лікар, який направляє на госпіталізацію або безпосередньо в ЗОЗ, або через направлення ММБ за місцем перебування пацієнта (відповідно до наказу МОЗ України № 1109 від 12.05.2020 р. «Зміни до стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»» (<a href="#">Додаток 31</a>))</p>	<p>Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації</p>	<p>1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</p> <p>2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 3</a>)</p> <p>3. Сімейний лікар та МСМО кабінету прийому пацієнтів з проявами ГРВІ АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</p> <p>4. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ (<a href="#">Інструкція 4</a>)</p> <p>5. Фельдшер МНС СШМД (<a href="#">Інструкція 10</a>)</p>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 2</a>, <a href="#">Інструкцією 3</a>, <a href="#">Інструкцією 4</a>, <a href="#">Інструкцією 10</a></p> <p>Ведення <i>ресстру 3</i> (кабінет прийому пацієнтів з ГРС)</p>

1	2	3	4	5
	<p>5.7.3. Відбір, зберігання та транспортування зразків матеріалів для тестування на наявність коронавірусу SARS-CoV-2 методом ПЛР здійснюється відповідно до «Стандарту медичної допомоги «COVID-19» затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) (<a href="#">Додаток 7</a>)</p> <p>5.7.4.Рішення про госпіталізацію приймається у разі наявності первинного негативного результату (відповідно до наказу МОЗ України № 1109 від 12.05.2020 р. «Зміни до стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»» (<a href="#">Додаток 31</a>)</p>			
<p><b>6. Визначення тактики лікування пацієнтів</b></p>	<p>6.1.1 Призначення лікування <b>при легкому перебігу захворювання</b> в амбулаторних умовах з рекомендацією про самоізоляцію пацієнта відповідно до Стандарту 2 «Амбулаторно-поліклінічна допомога пацієнтам з підозрою на COVID -19», затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) (<a href="#">Додаток 13</a>).</p> <p>6.1.2 Визначення тактики лікування дітей та призначення симптоматичної терапії відповідно до КМ «грип/ГРВІ», дітям, які підлягають амбулаторному лікуванню (<a href="#">Додаток 14</a>).</p> <p>6.1.3 Надання інформації щодо дотримання профілактичних заходів при перебуванні на амбулаторному лікуванні (<a href="#">Додаток 2</a>)</p> <p>6.1.4 Узгодження каналів зв'язку для моніторингу клінічного стану та частоти такого моніторингу з сімейним лікарем АЗПСМ</p>	<p>Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</li> <li>2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 3</a>)</li> <li>3. Сімейний лікар та МСМО кабінету прийому пацієнтів з проявами ГРВІ АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</li> <li>4. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ (<a href="#">Інструкція 4</a>)</li> </ol>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 2</a>, <a href="#">Інструкцією 3</a>, <a href="#">Інструкцією 4</a>.</p>

1	2	3	4	5
	<p>6.2 Направлення на госпіталізацію пацієнтів з <b>середнім, тяжким перебігом та критично важким станом</b> відповідно до Стандарту 2 «Амбулаторно-поліклінічна допомога пацієнтам з підозрою на COVID-19» і Стандарту 3 «Стаціонарне лікування пацієнтів з COVID-19», затверджених наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. через диспетчера станції ШМД (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) (<a href="#">Додаток 13</a>, <a href="#">Додаток 14</a>)</p>	<p>Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</li> <li>2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 3</a>)</li> <li>3. Сімейний лікар та МСМО кабінету прийому пацієнтів з проявами ГРВІ АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</li> <li>4. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ (<a href="#">Інструкція 4</a>)</li> </ol>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 2</a>, <a href="#">Інструкцією 3</a>, <a href="#">Інструкцією 4</a>.</p>
<p><b>7. Моніторинг випадків</b></p>	<p>7.1.1 Дистанційний моніторинг клінічного стану пацієнтів з легким перебігом захворювання (<a href="#">Додаток 15</a>).</p> <p>7.1.2 Клінічний огляд – на 2-му тижні від початку хвороби (<a href="#">Додаток 13</a>, <a href="#">Додаток 14</a>)</p> <p>7.1.3 Оцінка динаміки важкості стану пацієнта та необхідності госпіталізації (<a href="#">Додаток 13</a>, <a href="#">Додаток 14</a>)</p>	<p>Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</li> <li>2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 3</a>)</li> </ol>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 2</a> <a href="#">Інструкцією 3</a></p>
	<p>7.2.1 Проведення дистанційного моніторингу за станом здоров'я контактних осіб (<a href="#">Додаток 15</a>)</p> <p>7.2.2 При появі ознак ГРС, огляд пацієнта сімейним лікарем АЗПСМ в складі ММБ (<a href="#">Додаток 13</a>, <a href="#">Додаток 14</a>)</p>	<p>Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</li> <li>2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 3</a>)</li> <li>3. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ (<a href="#">Інструкція 4</a>)</li> </ol>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 2</a>, <a href="#">Інструкцією 3</a>, <a href="#">Інструкцією 4</a>.</p>
	<p>7.3.1 При виписці із стаціонарного підрозділу спеціалізованого закладу пацієнт перебуває на дистанційному моніторингу стану здоров'я у сімейного лікаря АЗПСМ (<a href="#">Додаток 16</a>)</p>	<p>Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ (<a href="#">Інструкція 2</a>)</li> </ol>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 2</a>,</p>

1	2	3	4	5
	7.3.2 При погіршенні стану здоров'я, огляд пацієнта сімейного лікаря АЗПСМ в складі ММБ ( <a href="#">Додаток 13</a> , <a href="#">Додаток 14</a> )		2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 3</a> ) 3. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ ( <a href="#">Інструкція 4</a> )	<a href="#">Інструкцією 3</a> , <a href="#">Інструкцією 4</a> . Ведення <a href="#">реєстру 18</a> (АЗПСМ) Ведення <a href="#">реєстру 17</a> (АЗПСМ)
	7.4 Проведення лабораторної оцінки одужання пацієнта шляхом відбору та транспортування зразків матеріалів для тестування на наявність коронавірусу SARS-CoV-2 методом ПЛР у відповідно до «Стандарту медичної допомоги «COVID-19» затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) ( <a href="#">Додаток 7</a> )	Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації	1. Сімейний лікар та МСМО АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 2</a> ) 2. Сімейний лікар та МСМО ФАП АЗПСМ ( <a href="#">Інструкція 3</a> ) 3. Сімейний лікар АЗПСМ в складі ММБ ( <a href="#">Інструкція 4</a> )	Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 2</a> , <a href="#">Інструкцією 3</a> , <a href="#">Інструкцією 4</a> .
<b>КДЦ (<a href="#">блок-схема 9</a>)</b>				
<b>1. Профілактика поширення захворювання: забезпечення безпеки пацієнтів та медичного персоналу</b>	1.1 Дотримання медичним персоналом, який надає медичну хворим з підозрою на COVID-19, правил індивідуального захисту та раціонального використання ЗІЗ відповідно до <a href="#">Додатку 6</a> «Раціональне використання засобів індивідуального захисту при захворюванні на COVID-19» та <a href="#">Додатку 7</a> «Заходи з профілактики інфекцій та інфекційний контроль під час надання медичної допомоги пацієнту, який підлягає визначенню випадку COVID-19» Стандарту медичної допомоги, затвердженого наказом МОЗ України від 28.03 20 р. №722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)» (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827)	Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації	Лікар спеціаліст та МСМО підрозділів КДЦ ( <a href="#">Інструкція 1</a> )	Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 1</a>
	1.2 <b><u>Проведення обстеження працівників лабораторій, які обробляють зразки з дихальних</u></b>	Постійно до стабілізації	Керівник ЗОЗ, заступник керівника ЗОЗ з	Наявний графік проведення тестування

1	2	3	4	5
	<p>шляхів отримані від хворих на COVID-19 один раз на 14 днів (до отримання перших позитивних результатів у конкретної особи) методом ІФА з визначенням Ig M, Ig G до SARS-CoV-2 та шляхом забору НОФ мазку для визначення ДНК SARS-CoV-2 методом ПЛР, якщо ІФА позитивне (відповідно до наказу МОЗ України №1227 від 20.05.2020 р. «Зміни до стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»») <b>(Додаток 30).</b></p>	епідеміологічної ситуації	медичного обслуговування населення, завідувач лабораторії	співробітників лабораторії. Відсоток позитивних результатів обстеження
<b>2. Проведення діагностичних досліджень</b>	<p>2.1 Клініко-діагностична лабораторія КДЦ – проведення діагностичних лабораторних досліджень у відповідності до призначень лікаря амбулаторно-поліклінічного або госпітального етапів <b>(Додаток 17, Додаток 18, Додаток 19)</b></p>	При зверненні пацієнта	Лікар-лаборант, фельдшер-лаборант (відповідно до посадової інструкції)	Своєчасне забезпечення лабораторної діагностики
	<p>2.2.Рентгенологічне відділення КДЦ – проведення рентгендіагностичних досліджень у відповідності до призначень лікаря амбулаторно-поліклінічного або госпітального етапів <b>(Додаток 17, Додаток 18, Додаток 19)</b></p>	При зверненні пацієнта	Лікар-рентгенолог, рентгенлаборант (відповідно до посадової інструкції)	Своєчасне проведення рентгендіагностичних досліджень
<b>3. Спеціалізована консультативна допомога</b>	<p>3.1.1 Спеціалісти підрозділів КДЦ – надання консультативної допомоги дорослим та дітям при поліорганній патології у пацієнта за призначенням лікаря первинної медичної допомоги або лікаря стаціонарних підрозділів.</p>	При зверненні пацієнта	Лікар спеціаліст: кардіолог, ендокринолог, невропатолог, отоларинголог, пульмонолог, інфекціоніст (відповідно до посадової інструкції)	Своєчасне надання консультативної допомоги
<b>III. ЕКСТРЕННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА</b>				
<b>СШМД (блок-схема 7, блок-схема 8)</b>				
<b>1. Профілактика поширення захворювання: забезпечення безпеки пацієнтів та</b>	<p>1.1 Дотримання медичним персоналом, який надає медичну хворим з підозрою на COVID-19, правил індивідуального захисту та раціонального використання ЗІЗ відповідно до Додатку 6 «Раціональне використання засобів індивідуального захисту при захворюванні на</p>	Під час звернення пацієнта про допомогу	<p>1. Лікар з МНС 2. Фельдшери з МНС. <b><u>(Інструкція 1)</u></b></p>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <b><u>Інструкцією 1</u></b></p>

1	2	3	4	5
<b>медичного персоналу</b>	COVID-19» та Додатку 7 «Заходи з профілактики інфекцій та інфекційний контроль під час надання медичної допомоги пацієнту, який підлягає визначенню випадку COVID-19» Стандарту медичної допомоги, затвердженого наказом МОЗ України від 28.03 20 р. №722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)» (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) 1.2 Надання всім пацієнтам з ГРС інформації щодо профілактики поширення коронавірусної хвороби ( <a href="#">Додаток 1</a> , <a href="#">Додаток 2</a> )	Під час звернення пацієнта про допомогу	1. Лікар з МНС. 2. Фельдшери з МНС. ( <a href="#">Інструкція 1</a> )	Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 1</a>
<b>2. Реєстрація виклику</b>	2.1 Прийом звернення у бюро викликів станції ШМД за телефонним номером виклику екстреної медичної допомоги з метою визначення випадку звернення	Під час звернення пацієнта про допомогу	Фельдшер з МНС (приймання викликів) станції ШМД ( <a href="#">Інструкція 9</a> )	Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <a href="#">Інструкцією 9</a>
<b>3. Дії бригади ЕМД на місці виклику при виявленні хворого (підозрілого) на COVID-19 на місці виклику, згідно з чинним визначенням випадку захворювання на COVID-19</b>	3.1 Персонал бригади ЕМД визначає випадок захворювання на COVID-19 відповідно до Додатку 2 «Визначення випадку захворювання на COVID-19» Стандарту медичної допомоги COVID-19 затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. з використанням опитувальника (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) ( <a href="#">Додаток 3</a> , <a href="#">Додаток 4</a> ) 3.2.Персонал бригади ЕМД використовує ЗІЗ ( <a href="#">Додаток 24</a> ).	Під час виклику до пацієнта або надання медичної допомоги в умовах медичної амбулаторії	1. Лікар з МНС. ( <a href="#">Інструкція 11</a> ) 2. Фельдшери з МНС ( <a href="#">Інструкція 11</a> )	Наявність у лікаря з МНС відповідного клінічного маршруту пацієнта екстреної медичної допомоги
<b>4. Ведення пацієнта</b>	4.1 Проводиться ведення пацієнта на до госпітального етапі відповідно до <a href="#">Додатку 25</a> , <a href="#">Додатку 26</a>	Під час виклику до пацієнта або надання медичної допомоги в	1. Лікар з МНС. (відповідно до посадової інструкції)	Наявність у лікаря з МНС відповідного клінічного маршруту

1	2	3	4	5
		<p>умовах медичної амбулаторії. У зв'язку з необхідністю надання екстреної допомоги окремі пункти протоколу можуть виконуватися одночасно (наприклад збір анамнезу та підготовка до реєстрації дефібриляції, апаратної ШВЛ, ЕКГ)</p>	<p>2. Фельдшери з МНС (відповідно до посадової інструкції)</p>	<p>пацієнта екстреної медичної допомоги</p>
<p><b>5. Госпіталізація</b></p>	<p>5.1 Визначення потреби в наданні стаціонарної медичної допомоги та здійснення процедури госпіталізації пацієнта (<a href="#">Додаток 27</a>, <a href="#">Додаток 28</a>) відповідно до Стандарту екстреної медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затвердженого наказом МОЗ України від 28.03.2020 р. №722 (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827)</p> <p>5.2 Лікар бригади ЕМД повинен повідомити по телефону приймаючий заклад охорони здоров'я про госпіталізацію пацієнта.</p> <p>5.3 Вагітні жінки з підозрою на COVID-19 госпіталізуються в пологовий заклад, визначений структурним підрозділом з питань охорони здоров'я відповідної адміністративної території, не залежно від віку гестації (Зміни до Стандартів</p>	<p>Під час виклику до пацієнта</p>	<p>1. Лікар з МНС. (відповідно до посадової інструкції) 2. Фельдшери з МНС (відповідно до посадової інструкції)</p>	<p>Наявність у лікаря з МНС відповідного клінічного маршруту пацієнта екстреної медичної допомоги</p>

1	2	3	4	5
	медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 березня 2020 року № 722, затверджені наказом МОЗ України №953 від 23.04.2020 р.)			
<b>6. Оформлення медичної документації та критерії ефективності надання медичної допомоги</b>	6.1 Персонал бригади ЕМД діє згідно з <a href="#">Додатком 29</a> відповідно до Стандарту екстреної медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затвердженого наказом МОЗ України від 28.03.2020 р. №722 (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827)	1. Після огляду пацієнта та надання ЕМД. 2. Впродовж наступного робочого дня	1. Лікар з МНС (відповідно до посадової інструкції) 2. Відповідальний лікар чергової зміни станції ШМД (відповідно до посадової інструкції) 3. Завідувач станції ШМД (відповідно до посадової інструкції)	100% відповідності затвердженим критеріям оформлення «Карті виклику та виїзду швидкої медичної допомоги».

#### IV. ГОСПІТАЛЬНИЙ ЕТАП

##### Стационарні відділення визначених ЗОЗ ([блок-схема 10](#))

<b>1. Профілактика поширення захворювання: забезпечення безпеки пацієнтів та медичного персоналу</b>	1.1 Дотримання медичним персоналом, який надає медичну хворим з підозрою на COVID-19, правил індивідуального захисту та раціонального використання ЗІЗ відповідно до Додатку 6 «Раціональне використання засобів індивідуального захисту при захворюванні на COVID-19» та Додатку 7 «Заходи з профілактики інфекцій та інфекційний контроль під час надання медичної допомоги пацієнту, який підлягає визначенню випадку COVID-19» Стандарту медичної допомоги, затвердженого наказом МОЗ України від 28.03.2020 р. №722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)» (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827)	При госпіталізації пацієнта	Лікар-спеціаліст та МСМО СВ визначеного ЗОЗ <b>(<a href="#">Інструкція 1</a>)</b>	Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з <b><a href="#">Інструкцією 1</a></b>
--	--	-----------------------------	--	---

1	2	3	4	5
	<p>1.2 Надання всім пацієнтам з ГРС інформації щодо профілактики поширення коронавірусної хвороби (<a href="#">Додаток 1</a>, <a href="#">Додаток 2</a>)</p> <p>1.3 <b><u>Проведення обстеження медичних працівників</u></b>, які безпосередньо надають медичну допомогу хворим або проводять догляд за хворими на COVID-19 в умовах стаціонару 1 раз на 14 днів (до отримання перших позитивних результатів у конкретної особи) методом ІФА з визначенням Іg M, Іg G до SARS-CoV-2 та методом ПЛР, якщо ІФА позитивне (відповідно до наказу МОЗ України №1227 від 20.05.2020 р. «Зміни до стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»» (<a href="#">Додаток 30</a>).</p>	<p>При госпіталізації пацієнта</p> <p>Постійно до стабілізації епідеміологічної ситуації</p>	<p>Лікар-спеціаліст та МСМО СВ визначеного ЗОЗ</p> <p>Керівник ЗОЗ, заступник керівника ЗОЗ з медичного обслуговування населення, завідувач стаціонарного підрозділу</p>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу з пам'ятками</p> <p>Наявний графік проведення тестування співробітників стаціонарного підрозділу. Відсоток позитивних результатів обстеження</p>
<p><b>2. Визначення випадку захворювання на COVID-19</b></p>	<p>2.1 <b><u>Якщо до госпіталізації пацієнт не пройшов амбулаторно-поліклінічний етап</u></b>, то проводиться визначення випадку захворювання на COVID-19 відповідно до Додатку 2 «Визначення випадку захворювання на COVID-19» Стандарту медичної допомоги COVID-19 затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. з використанням опитувальника (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) (<a href="#">Додаток 3</a>, <a href="#">Додаток 4</a>)</p>	<p>При госпіталізації пацієнта</p>	<p>Лікар-спеціаліст та МСМО СВ визначеного ЗОЗ (відповідно до посадової інструкції)</p>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з цільовими документами (КМП, посадові інструкції, інше)</p>
<p><b>3. Проведення огляду пацієнта та визначення тяжкості перебігу захворювання</b></p>	<p>3.1 При госпіталізації пацієнта з <b><u>ГРС середньої тяжкості</u></b> проведення діагностичних заходів у відповідності до Протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)», затвердженого наказом МОЗ України №762 від 02.04.2020 р. (із змінами від 10.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №852) (<a href="#">Додаток 17</a>)</p>	<p>При госпіталізації пацієнта</p>	<p>Лікар-спеціаліст та МСМО СВ визначеного ЗОЗ (відповідно до посадової інструкції)</p>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з підпис з цільовими документами (КМП, посадові інструкції, інше)</p> <p>Ведення <i>реєстру 16 (СВ визначеного ЗОЗ)</i></p>

1	2	3	4	5
	<p>3.2 При госпіталізації пацієнта з <u>ГРС з ГРС (пневмонією) важкого ступеню тяжкості та з ускладненнями (ГРДС, плеврит, поліорганна недостатність)</u> проведення діагностичних заходів у відповідності до Протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)», затвердженого наказом МОЗ України №762 від 02.04.2020 р. (із змінами від 10.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №852) (<a href="#">Додаток 18</a>)</p>	<p>При госпіталізації пацієнта</p>	<p>Лікар-спеціаліст та МСМО СВ визначеного ЗОЗ (відповідно до посадової інструкції)</p>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з цільовими документами (КМП, посадові інструкції, інше)</p> <p>Ведення <i>реєстру 16 (СВ визначеного ЗОЗ)</i></p>
	<p>3.3 При госпіталізації пацієнта з <u>ГРС з ГРС (пневмонією) важкого ступеню тяжкості та з ускладненнями (ГРДС, плеврит, поліорганна недостатність)</u> проведення діагностичних заходів у відповідності до Протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)», затвердженого наказом МОЗ України №762 від 02.04.2020 р. (із змінами від 10.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №852) (<a href="#">Додаток 19</a>)</p>	<p>При госпіталізації пацієнта</p>	<p>Лікар-спеціаліст та МСМО СВ визначеного ЗОЗ (відповідно до посадової інструкції)</p>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з цільовими документами (КМП, посадові інструкції, інше)</p> <p>Ведення <i>реєстру 16 (СВ визначеного ЗОЗ)</i></p>
	<p><b><u>3.4 Якщо до госпіталізації пацієнт не пройшов амбулаторно-поліклінічний етап, то:</u></b></p> <p>3.4.1 Проведення забору матеріалу на взяття мазків з носу та зіву для проведення тестування на SARS-CoV-2 відповідно до Додатку 3 «Відбір, зберігання та транспортування зразків матеріалів для тестування на SARS-CoV-2» до Стандарту медичної допомоги «COVID-19» затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) (<a href="#">Додаток 7</a>)</p> <p>3.4.2 Упаковка зразків, передача для транспортування до лабораторії диспетчеру станції Ш(Е)МД (<a href="#">Додаток 7</a>)</p>	<p>При госпіталізації пацієнта</p>	<p>Лікар-спеціаліст та МСМО СВ визначеного ЗОЗ (відповідно до посадової інструкції)</p>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з цільовими документами (КМП, посадові інструкції, інше)</p>

1	2	3	4	5
	<p>3.4.3 Заповнення направлення на дослідження SARS-CoV-2 відповідно до Додатку 4 «Направлення на лабораторне тестування матеріалу від особи, яка відповідає визначенню випадку COVID-19» до Стандарту медичної допомоги «COVID-19» затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) <b>(Додаток 8)</b></p> <p>3.4.4 Заповнення екстреного повідомлення відповідно до наказу МОЗ України №1 від 10.01.2006 р. (із змінами від 19.04.2013 р.) «Про затвердження Форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення» <b>(Додаток 10)</b></p> <p>3.4.5 Визначення контактних осіб відповідно до Додатку 2 «Визначення випадку захворювання на COVID-19» Стандарту медичної допомоги COVID-19 затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) <b>(Додаток 3)</b>.</p>			
<p><b>4. Визначення тактики лікування пацієнтів</b></p>	<p><b>4.1 Лікування пацієнта з підтвердженим COVID-19, захворювання середнього ступеню тяжкості</b> (пацієнт належить до групи тяжкого і критичного перебігу) лікування проводиться у відповідності до Протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)», затвердженого наказом МОЗ України №762 від 02.04.2020 р. (із змінами від 10.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №852) <b>(Додаток 20, Додаток 21)</b> з урахуванням особливостей перебігу у дітей <b>(Додаток 22)</b></p>	<p>При госпіталізації пацієнта</p>	<p>Лікар-спеціаліст та МСМО СВ визначеного ЗОЗ (відповідно до посадової інструкції)</p>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з цільовими документами (КМП, посадові інструкції, інше)</p>

1	2	3	4	5
	<p>4.2 <b><u>Лікування пацієнта з підтвердженням COVID-19, тяжкий перебіг</u></b> проводиться у відповідності до Протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)», затвердженого наказом МОЗ України №762 від 02.04.2020 р. (із змінами від 10.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №852) (<a href="#">Додаток 20</a>, <a href="#">Додаток 21</a>) з урахуванням особливостей перебігу у дітей (<a href="#">Додаток 22</a>)</p> <p>4.3 <b><u>Лікування пацієнта з підтвердженням COVID-</u></b></p>	<p>При госпіталізації пацієнта</p>	<p>Лікар-спеціаліст та МСМО СВ визначеного ЗОЗ (відповідно до посадової інструкції)</p>	<p>Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з цільовими документами (КМП, посадові інструкції, інше)</p>

1	2	3	4	5
	<p>5.2 Проведення лабораторної оцінки одужання пацієнта проводиться на амбулаторно-поліклінічному етапі під контролем сімейного лікаря АЗПСМ (забір біологічного матеріалу лікарем ММБ) (див. п. 7.2.1-7.2.4 Розділу «Амбулаторно-поліклінічна допомога»)</p>	<p>При клінічному одужання пацієнта</p>	<p>Лікар-спеціаліст та МСМО СВ визначеного ЗОЗ (відповідно до посадової інструкції)</p>	<p>(КМП, посадові інструкції, інше)  Наявність на робочих місцях та ознайомлення персоналу під підпис з цільовими документами (КМП, посадові інструкції, інше)</p>

**ДОДАТКИ, СХЕМИ, ІНСТРУКЦІЇ ТА РЕЄСТРИ ДО КЛІНІЧНОГО МАРШРУТУ  
ПАЦІЄНТА З СИМПТОМАМИ ГОСТРОГО РЕСПІРАТОРНОГО СИНДРОМУ,  
ВИЗНАЧЕНИМ ВИПАДКОМ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ (COVID-19)**

**ПАМ'ЯТКА ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19\*****Для здорових та контактних осіб:**

- Уникайте близького контакту з тими, хто має гарячку або кашель.
- Не торкайтеся обличчя немитими руками.
- Практику гігієни рук, шляхом їх миття з милом і водою, слід виконувати до і після приготування їжі, перед вживанням їжі, після відвідування туалету та кожного разу, коли руки видимо забруднені. Якщо руки видимо чисті, для гігієни рук рекомендовано використовувати спиртовмісний антисептик для рук.
- Для висушування рук після виконання практики миття з милом та водою рекомендовано використовувати одноразові паперові рушники. Якщо паперові рушники недоступні, слід забезпечити кожного члена домогосподарства індивідуальним тканинним рушником і замінювати їх, як тільки вони стають вологими.
- Необхідно відмовитися від багаторазового використання тканин та інших багаторазових матеріалів для гігієни рота або носа. Якщо це неможливо, відповідним чином очищуйте їх після використання (наприклад, періть хусточки, використовуючи звичайне мило або миючий засіб та воду).
- Слід дотримуватися респіраторної гігієни і етикету кашлю –

**ПАМ'ЯТКА ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19\*****Рекомендації з догляду за пацієнтом з COVID-19 в домашніх умовах  
(для членів домогосподарства та осіб, які доглядають за пацієнтами)**

- Пацієнта слід розмістити у добре провітрюваному приміщенні.
- Слід обмежити кількість осіб, які проводять догляд за пацієнтом – призначте одну особу не з категорії ризику розвитку ускладнень. Відвідування забороняються.
- Члени домогосподарств повинні перебувати в окремій кімнаті або, якщо це неможливо, підтримувати відстань не менше одного метра від пацієнта (наприклад, спати в окремому ліжку). Винятком може вважатися мати, що годує грудьми (враховуючи переваги грудного вигодовування та незначну роль грудного молока в передачі інших респіраторних вірусів, мати може продовжувати годувати грудьми; водночас вона повинна носити медичну (хірургічну) маску, коли вона знаходиться поруч з дитиною, і ретельно дотримуватися гігієни рук перед тісним контактом з дитиною).
- Слід обмежити рух пацієнта та мінімізувати загальний простір (переконайтесь, що загальні приміщення (наприклад, кухня, ванна кімната) добре провітрюються (наприклад, тримайте вікна відкритими).
- Особа, яка проводить догляд, повинна носити медичну (хірургічну) маску, що щільно прилягає до обличчя, коли знаходиться в одній кімнаті з хворим. При носінні маски до неї не слід доторкуватися.

## Визначення випадку захворювання на COVID-19

**Підозрілий випадок** – пацієнт з гострим респіраторним захворюванням (раптовий початок, лихоманка, та хоча б один з наступних симптомів: кашель або утруднене дихання), незалежно від необхідності госпіталізації, та який за 14 днів до появи симптомів відповідає принаймні одному з наступних епідеміологічних критеріїв:

- мав контакт з підтвердженим або ймовірним випадком COVID-19;
- відвідував або проживав у країні/регіоні із місцевою передачею вірусу в громаді відповідно до ситуаційних звітів ВООЗ або
- пацієнт з тяжким гострим респіраторним захворюванням (температура тіла  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  та хоча б один з наступних симптомів: кашель або утруднене дихання), а ТАКОЖ необхідність госпіталізації ТА відсутність інших причин, які повністю пояснюють клінічну картину.

**Ймовірний випадок** – підозрілий випадок, для якого лабораторне дослідження на SARS-CoV-2 не може бути однозначно трактовано.

**Підтверджений випадок** – особа з лабораторно підтвердженим захворюванням COVID-19, незалежно від клінічних ознак та симптомів.

**Епідеміологічно пов'язаний випадок** - підозрілий випадок захворювання на COVID-19, за якого не проведено адекватного лабораторного обстеження, але який мав контакт з іншим лабораторно підтвердженим випадком COVID-19 за 14 днів до появи симптомів.

### Контакт визначається як:

- особа проживає в одному домогосподарстві (квартирі, будинку) з хворим на COVID-19;
- особа мала прямий фізичний контакт з хворим на COVID-19 (наприклад, через рукостискання);
- особа мала незахищений контакт (без використання ЗІЗ) із слизовими виділеннями з дихальних шляхів хворого на COVID-19 (наприклад, перебування в зоні пацієнта під час кашлю, чи доторкування руками до використаних серветок);
- особа контактувала із хворим(и) на COVID-19 на відстані до одного метру протягом 15 хвилин і більше, за умови НЕ використання відповідних ЗІЗ або з підозрою щодо неправильного їх використання (наприклад, порушення цілісності рукавичок);
- особа перебувала у закритому середовищі (наприклад, аудиторія, кімната для засідань, зал очікування закладу охорони здоров'я) із хворим на COVID-19 протягом 15 хвилин і більше на відстані менше одного метру;
- працівники закладів охорони здоров'я, що підпадають під наступні визначення:

1) медичний працівник або інша особа, яка надає медичну допомогу або проводить догляд за хворим на COVID-19 або

2) працівники лабораторій, які обробляють зразки з дихальних шляхів отримані від хворих на COVID-19 або

3) працівники патологоанатомічних/судово-медичних бюро/відділень, які безпосередньо приймали участь у розтині тіла, в тому числі взятті зразків для проведення ПЛР дослідження *навіть за умови використання відповідних ЗІЗ*;

- контакт в літаку в межах двох сидінь (у будь-якому напрямку) з хворим на COVID-19, супутники подорожі та члени екіпажу, які проводили обслуговування в салоні літака, де знаходився хворий (якщо тяжкість симптомів (наприклад, частий кашель) або переміщення особи вказують на більш велику зону ризику щодо зараження, пасажирів, які сидять у всій секції, або всі пасажирів повітряного судна можуть вважатися контактними).

**Примітки:** матеріали Додатку 2 «Визначення випадку захворювання на COVID-19» до Стандарту медичної допомоги «COVID-19» затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р.

**Опитувальник для проведення збору епідеміологічного анамнезу можливих випадків на захворювання, що спричинені коронавірусною хворобою COVID-19**

Дата заповнення \_\_\_\_\_

ПІБ, телефон \_\_\_\_\_

Стать:  Ч  Ж

Вік: \_\_\_\_\_ р. \_\_\_\_\_ міс.

Громадянство: Україна  Інше, вкажіть країну:  \_\_\_\_\_

Чи працює пацієнт медичним працівником:  Так  Ні  Невідомо

Дані щодо місця перебування пацієнта протягом попередніх 14 календарних днів до початку захворювання та можливих контактів із особою з підозрою на захворювання, що спричинено коронавірусною хворобою COVID-19

Перебування певний час у ендемічній країні:  Так  Ні  Невідомо

Чи пацієнт проживає в ендемічній країні:  Так  Ні  Невідомо

Дата подорожі до ендемічної країни: \_\_\_\_\_

Дата повернення з ендемічної країни: \_\_\_\_\_

Дата повернення в Україну: \_\_\_\_\_

Перебування в закладі охорони здоров'я ендемічній країні в якості пацієнта, працівника, відвідувача:

Так  Ні  Невідомо

Мав близький контакт із особою, яка була хворою на момент контакту або перебуває в процесі розслідування щодо COVID-19  Так  Ні  Невідомо

Мав близький контакт із особою, у якої лабораторно підтвердили випадок COVID-19:  Так  Ні  Невідомо

Дата початку захворювання \_\_\_\_\_

Дата первинного звернення \_\_\_\_\_

Підпис пацієнта \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Підпис лікаря \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

## Клінічні синдроми, пов'язані COVID-19

Патологічний стан	Характеристика
Пневмонія легкого ступеню тяжкості	<p>Хворий на пневмонію при відсутності ознак тяжкої пневмонії.</p> <p><b>У дитини</b> з пневмонією легкого ступеня тяжкості наявний кашель за відсутності утрудненого дихання і збереження нормальної частоти дихальних рухів (нормальна частота дихання (вдихів/хв): &lt; 2 місяці – менше 60; 2–11 місяців – менше 50; 1–5 років – менше 40).</p>
Пневмонія тяжкого ступеня	<p><b>Для підлітків або дорослих:</b> гарячка або підозра на респіраторну інфекцію, плюс частота дихання &gt; 30 вдихів/хв, виражена дихальна недостатність або SpO2 &lt;90% при спонтанному диханні в приміщенні.</p> <p><b>Дитина</b> з кашлем або утрудненням дихання і хоча б одне з наступних:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) центральний ціаноз або SpO2 &lt;90%;</li> <li>2) виражена дихальна недостатність (наприклад, хрипи, напруження грудної клітки);</li> <li>3) ознаки пневмонії із загальними ознаками небезпеки: відмова від грудного годування та пиття, млявість чи непритомність, судоми.</li> </ol> <p>Можуть бути й інші ознаки пневмонії: участь допоміжних м'язів у диханні, часте дихання (вдихів/хв): &lt;2 місяці 60 і більше; 2–11 місяців 50 і більше; 1–5 років 40 і більше.</p> <p>Діагноз – клінічний; рентгенологічне дослідження органів грудної клітки може бути корисним.</p>
ГРДС	<p>Початок: поява нових симптомів ураження легень або посилення наявних протягом одного тижня після виявленої клінічної патології. Візуалізація органів грудної клітки (рентгенографія, КТ або ультразвукове дослідження легень): двобічна інфільтрація, що не може бути пояснена плевральним випотом, колапсом частки або цілої легені або вогнищевими ураженнями.</p> <p>Походження набряку легень: дихальна недостатність не повністю пояснюється серцевою недостатністю або перевантаженням рідиною. Потрібна об'єктивна оцінка (наприклад, ехокардіографія), щоб виключити гідростатичну причину набряку, якщо немає фактору ризику.</p> <p>Насичення киснем крові <b>у дорослих:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• легкий ГРДС: 200 мм.рт.ст. &lt;PaO2/FiO2 ≤ 300 мм.рт.ст. (з PEEP або CPAP ≥5 см H2O, або не вентильований);</li> <li>• помірний ГРДС: 100 мм.рт.ст. &lt;PaO2/FiO2 ≤200 мм.рт.ст. з PEEP ≥5 см H2O, або не вентильований);</li> <li>• тяжкий ГРДС: PaO2/FiO2 ≤ 100 мм рт.ст. з PEEP ≥5 см H2O, або не вентильований);</li> <li>• якщо PaO2 недоступний, використовується SpO2/FiO2, при SpO2/FiO2 ≤315 підозрюється ГРДС (у тому числі у не вентильованих пацієнтів).</li> </ul> <p>Насичення крові киснем у дітей (зверніть увагу OI – індекс оксигенації та OSI – індекс оксигенації за допомогою SpO2):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• дворівнева НІВ або CPAP ≥5 см H2O через повну маску для обличчя: PaO2/FiO2 ≤ 300 мм.рт.ст. або SpO2/FiO2 ≤264;</li> <li>• легкий ГРДС (інвазивна вентиляція): 4 ≤ OI &lt;8 або 5 ≤ OSI &lt;7,5;</li> <li>• помірний ГРДС (інвазивна вентиляція): 8 ≤ OI &lt;16 або 7,5 ≤ OSI &lt;12,3</li> <li>• тяжкий ГРДС (інвазивна вентиляція): OI ≥ 16 або OSI ≥ 12.3</li> </ul>
Сепсис	<p><b>Дорослі:</b> небезпечна для життя дисфункція органів, спричинена порушенням імунної відповіді пацієнта на підозрювану або доведену інфекцію, що супроводжується поліорганною недостатністю. Ознаками дисфункції органів є:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) змінений психічний стан;</li> <li>2) утруднене або часте дихання, низьке насичення киснем крові;</li> </ol>

	<p>3) зниження діурезу;  4) тахікардія, слабкий пульс, холодні кінцівки або артеріальна гіпотензія;  5) зміна кольору шкіри;  6) лабораторні докази коагулопатії, тромбоцитопенії, ацидозу, високий лактат або гіпербілірубінемія.  <b>Діти:</b> підозрювана або доведена інфекція та <math>\geq 2</math> критерії SIRS, з яких має бути аномальна температура або кількість лейкоцитів.</p>
Септичний шок	<p><b>Дорослі:</b> зберігається гіпотонія, незважаючи на об'ємну ресусcitaцію, потреба у вазопресорах для підтримки СерАТ <math>\geq 65</math> мм.рт.ст. та рівень лактату в сироватці крові <math>&gt; 2</math> ммоль/л.  <b>Діти:</b> будь-яка гіпотензія (систоличний артеріальний тиск <math>&lt; 5</math>-й центіль або <math>&gt; 2</math> SD нижче норми за віком) або 2-3 з наступного:  1) змінений психічний стан;  2) тахікардія або брадикардія (ЧСС <math>&lt; 90</math> уд/хв або <math>&gt; 160</math> уд/хв у немовлят та ЧСС <math>&lt; 70</math> уд/хв або <math>&gt; 150</math> уд/хв у дітей);  3) тривале капілярне наповнення (<math>&gt; 2</math> сек);  4) тахіпноє;  5) строкаті шкірні петехіальні або пурпурові висипання;  6) підвищений лактат;  7) олігурія;  8) гіпертермія або гіпотермія.</p>

Оцінка SOFA коливається в межах від 0 до 24 і включає бали, пов'язані з 6 органами системами організму:

- 1) дихальна система – гіпоксемія, визначена низьким рівнем  $PaO_2/FiO_2$ ;
- 2) система згортання – низький рівень тромбоцитів;
- 3) печінка – високий білірубін;
- 4) серцево-судинна система – гіпотензія;
- 5) центральна нервова система – низький рівень свідомості, визначений шкалою Глазго;
- 6) ниркова – знижений діурез або високий вміст креатиніну.

Сепсис визначається збільшенням послідовної (пов'язаної з сепсисом) оцінки неспроможності органів (SOFA) на  $\geq 2$  балів. Слід припустити, що якщо дані недоступні, базовий показник дорівнює нулю.

**Примітки:** матеріали Додатку 10 «Клінічні синдроми, пов'язані COVID-19» до Стандарту медичної допомоги «COVID-19» затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р.

## Оцінка важкості клінічного стану дітей від 0 до 5 років

**1. Загальні ознаки небезпеки**

- У дитини були судоми під час даного захворювання або вони спостерігаються під час огляду
- Дитина летаргічна або без свідомості
- Дитина не може пити чи смоктати груди
- У дитини блювання після будь-якої їжі або пиття

**2. Оцінка наявності пневмонії та ознак ДН:**

З метою оцінки хворої дитини з кашлем та розладами дихання використовуються наступні клінічні ознаки:

- *Частота дихання*, що дозволяє відрізнити дітей з пневмонією від дітей, у яких пневмонії немає.

Прискорене дихання у дитини: віком від 2-х до 12-ти місяців – 50 та більше дихальних рухів за хвилину; віком від 12-ти місяців до 5-ти років – 40 та більше дихальних рухів за хвилину.

- *Втягнення нижньої частини грудної клітки*, що може бути ознакою тяжкої пневмонії.

- *Стридор у стані спокою*, що дозволяє виявити хворих з тяжкою пневмонією або дуже тяжким захворюванням, які потребують направлення на стаціонарне лікування.

- *Астмоїдне дихання*

**3. Підвищення температури:**

У немовлят:

Оскільки ознаки пневмонії та інших тяжких бактеріальних інфекцій не можуть бути легко помітні в даній віковій групі, рекомендується спочатку оцінити всіх хворих немовлят за ознаками можливої бактеріальної інфекції.

Нижче наведені найбільш інформативні та прості для оцінки ознаки:

- *Судоми* (під час даного захворювання).

- *Прискорене дихання*. В даній віковій групі показник 60 дихальних рухів за хвилину є пороговим значенням для визначення прискореного дихання. Якщо в результаті підрахунку вийшло 60 дихальних рухів за хвилину або більше, необхідно повторити підрахунок, оскільки частота дихання немовля часто буває нерегулярною.

- *виражене втягнення грудної клітки*. Ця ознака наявності у немовля пневмонії або іншої тяжкої бактеріальної інфекції.

- *Наявність пустул, почервоніння пупка або гнійних виділень* з пупка або очей є ознакою можливої бактеріальної інфекції.

- *Наявність у немовля таких ознак, як летаргічний стан або стан без свідомості, або знижена рухливість*, також вказує на тяжке захворювання.

**Лихоманка** – потрібно провести диференційну діагностику за такими ознаками:

- *Температура тіла (лихоманка або гіпотермія)* (аксіярна температура вище 37,5 °С або ректальна температура вище 38 °С) рідко зустрічається в перші два місяці життя. Наявність лихоманки у немовля може вказувати на тяжку бактеріальну інфекцію і може бути єдиною ознакою тяжкої бактеріальної інфекції. Організм немовлят може також реагувати на інфекцію зниженням температури тіла нижче 35,5 °С (36 °С ректальна).

- *Ригідність потиличних м'язів*, що може бути ознакою менінгіту, гострого ураження ЦНС або іншого дуже тяжкого захворювання.

- *Петехіальний висип* також може бути ознакою менінгококцемії. В цих випадках дитині необхідно провести вчасне лікування та термінову госпіталізацію.

- *Тривалість лихоманки*. Більшість випадків лихоманки, викликаних вірусними інфекціями, проходять через декілька днів. Лихоманка, що триває більше п'яти днів, може вказувати на наявність у дитини більш тяжкого захворювання. Якщо лихоманка присутня більше п'яти днів, дуже важливо перевірити, чи спостерігалася лихоманка щодня.

- *Кір*. Враховуючи високий ризик виникнення ускладнень при кору, дітей з лихоманкою необхідно оцінити за ознаками поточного або перенесеного кору (впродовж останніх трьох місяців).

**Примітки:** матеріали Уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку» затвердженого наказом МОЗ України №438 від 12.05.2016.

## Відбір, зберігання та транспортування зразків матеріалів для тестування на SARS-CoV-2

Матеріал для дослідження відбирають медичні працівники, або представники мобільних медичних бригад з проведення заборів зразків біологічних матеріалів від пацієнтів з підозрою на коронавірусну хворобу (COVID-19), які одягнені в засоби індивідуального захисту (ЗІЗ).

### Необхідні матеріали:

- 1) ЗІЗ: хірургічна (медична) маска або респіратор класу захисту не нижче FFP2; захисні окуляри або щиток для обличчя; ізоляційний (захисний) халат; рукавички.
- 2) тампони та стерильна(і) пробірки з транспортним середовищем.

Використовують лише стерильні тампони з дакрону або віскози на пластиковій паличці (див. малюнок нижче). Тампони з альгінатом кальцію або бавовною, а також тампони з дерев'яними паличками можуть містити речовини, які інактивують деякі віруси та уповільнюють тестування в ПЛР, тому їх можна використовувати лише за відсутності дакронних або віскозних тампонів.



Зразок тампону

- 3) Шпатель для язика (для взяття мазків із зіву)



Зразок шпателя для язика

### I. Механізм відбору зразків матеріалів

Під час відбору паличку з тампоном затискають між великим, вказівним та середнім пальцями так, щоб паличка проходила наче олівець (мал. 1), а не впиралася у долоню (мал. 2). Це необхідно для забезпечення безпеки пацієнта: у першому випадку паличка просковзне в безпечному напрямку, в другому – рух палички буде обмежений, тому пацієнт може травмуватися.



мал. 1. Паличка з тампоном взята правильно



мал. 2. Паличка з тампоном взята неправильно

## II. Методи відбору

### 1. Метод взяття мазків із задньої стінки глотки (мазки із зівів):

ЗІЗ:

- хірургічна (медична) маска;
- захисні окуляри або щиток для обличчя;
- ізоляційний (захисний) халат;
- рукавички.

Перед відбором мазків із носа та зівів медичний працівник, з метою недопущення інфікування, має послідовно зробити наступні кроки:

- провести гігієнічну обробку рук спиртовмісним антисептиком;
- одягнути ізоляційний (захисний) халат;
- одягнути маску;
- одягнути захисні окуляри або щиток;
- одягнути нестерильні (оглядові) рукавички нетальковані.

Послідовність забору матеріалу:

- взяти тампон і повільним рухом зробити мазок із задньої стінки глотки та мигдаликів (мал. 3);
- попросити пацієнта розкрити рота, щоб піднявся язичок на піднебінні (вимовити протяжний голосний звук);
- язик утримувати за допомогою шпателя;
- відбір мазків проводити, не торкаючись тампоном м'якого піднебіння;
- помістити тампон у стерильну пробірку з 2-3 мл транспортного середовища;
- відламати паличку тампона так, щоб кінець його залишився у пробірці, а кришечка закрилася.

Якщо пластикова паличка не ламається, її відрізають ножицями (охолодженими після стерилізації на вогні);

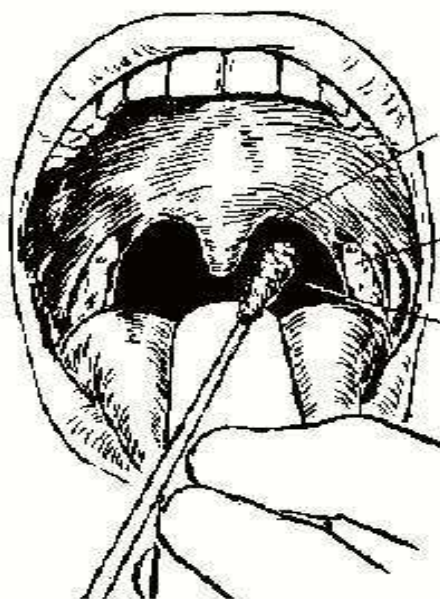
- зазначити в етикетці індивідуальний номер, дату відбору зразка, тип зразка в пробірці (мазок із зівів, назальний тощо) та наклеїти на контейнер із зразком, кришечку не маркувати.

Після закінчення процедури відбору зразків медичний працівник, з метою недопущення інфікування, має зняти та утилізувати ЗІЗ в одній із наведених послідовностей:

- рукавички, захисні окуляри або щиток, ізоляційний (захисний) халат, маска;
- ізоляційний (захисний) халат разом із рукавичками, захисні окуляри або щиток, маска.

Після зняття та утилізації ЗІЗ слід провести гігієну рук:

- якщо руки видимо забруднені (наприклад, бронхіальним секретом або іншими виділеннями пацієнта внаслідок неправильного зняття ЗІЗ) помити їх з милом та водою;
- якщо руки видимо не забруднені, обробити спиртовмісним антисептиком для рук.



мал. 3. Взяття мазка із зівів

## **2. Метод взяття переднього назального мазка.**

ЗІЗ:

- хірургічна (медична) маска;
- захисні окуляри або щиток для обличчя;
- ізоляційний (захисний) халат;
- рукавички.

Перед відбором мазків із носа та зіва медичний працівник, з метою недопущення інфікування, має послідовно зробити наступні кроки:

- провести гігієнічну обробку рук спиртовмісним антисептиком;
- одягнути ізоляційний (захисний) халат;
- одягнути маску;
- одягнути захисні окуляри або щиток;
- одягнути нестерильні (оглядові) рукавички нетальковані.

Послідовність забору матеріалу:

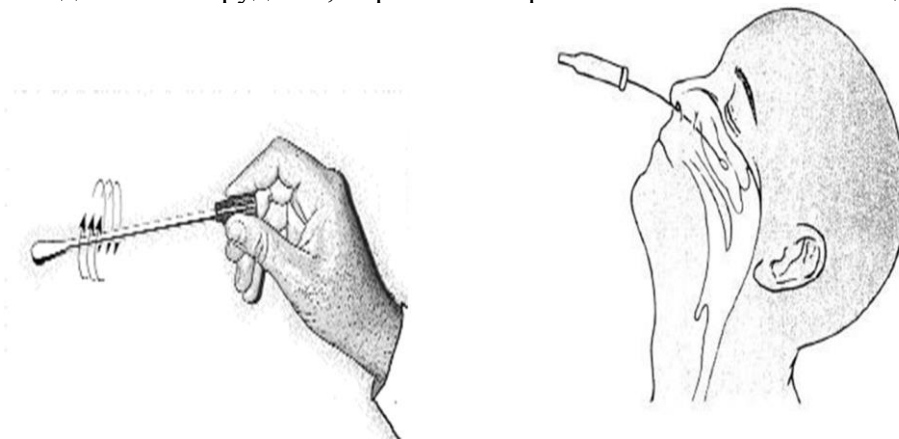
- ввести кінчик тампона в ніздрю на 2-3 см від носового отвору, торкаючись передньої носової раковини і слизової оболонки перегородки, повертаючи тампон, щоб зібрати назальні слизові виділення (мал. 4);
- тампон вводити в ніздрю паралельно піднебінню;
- абсорбувати виділення, зразки з обох ніздрів брати одним тампоном;
- помістити тампон у стерильну пробірку з 2-3 мл транспортного середовища разом із мазком із зіва;
- відламати паличку тампона так, щоб кінець його залишився у пробірці, а кришечка закрилася.

Після закінчення процедури відбору зразків медичний працівник, з метою недопущення інфікування, має зняти та утилізувати ЗІЗ в одній із наведених послідовностей:

- рукавички, захисні окуляри або щиток, ізоляційний (захисний) халат, маска;
- ізоляційний (захисний) халат разом із рукавичками, захисні окуляри або щиток, маска.

Після зняття та утилізації ЗІЗ слід провести гігієну рук:

- якщо руки видимо забруднені (наприклад, бронхіальним секретом або іншими виділеннями пацієнта внаслідок неправильного зняття ЗІЗ) помити їх з милом та водою;
- якщо руки видимо не забруднені, обробити спиртовмісним антисептиком для рук.



мал. 4. Взяття мазка з носа

## **3. Метод відбору фарингального аспірату:**

ЗІЗ:

- респіратор класу захисту не нижче FFP2;
- захисні окуляри або щиток для обличчя;
- ізоляційний (захисний) халат;
- рукавички.

Перед відбором мазків із носа та зіва медичний працівник, з метою недопущення інфікування, має послідовно зробити наступні кроки:

- провести гігієнічну обробку рук спиртовмісним антисептиком;
- одягнути ізоляційний (захисний) халат;

- одягнути респіратор;
- одягнути захисні окуляри або щиток;
- одягнути нестерильні (оглядові) рукавички нетальковані.

Секрет носоглотки аспірувати вакуумним відсмоктувачем та катетером, що приєднаний до флакона для відбору матеріалу; катетер вводити в ніздрю паралельно піднебінню (мал. 5); провести вакуумну аспірацію, під час якої катетер виймати повільно за допомогою обертового руху. Слиз із другої ніздрі збирати тим самим катетером; зразок матеріалу помістити у стерильну пробірку з 2-3 мл транспортного середовища.

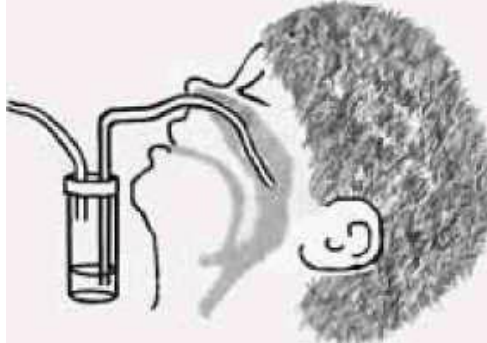
У разі дослідження методом ПЛР зразок матеріалу поміщають в стерильну одноразову пробірку, що не містить дезоксирибонуклеази та рибонуклеази, щільно закривають кришку пробірки.

Після закінчення процедури відбору зразків медичний працівник, з метою недопущення інфікування, має зняти та утилізувати ЗІЗ в одній із наведених послідовностей:

- рукавички, захисні окуляри або щиток, ізоляційний (захисний) халат, респіратор;
- ізоляційний (захисний) халат разом із рукавичками, захисні окуляри або щиток, респіратор.

Після зняття та утилізації ЗІЗ слід провести гігієну рук:

- якщо руки видимо забруднені (наприклад, бронхіальним секретом або іншими виділеннями пацієнта внаслідок неправильного зняття ЗІЗ) помити їх з милом та водою;
- якщо руки видимо не забруднені, обробити спиртовмісним антисептиком для рук.



мал. 5. Взяття фарингального аспірату

### **Зберігання та транспортування зразків**

Важливою умовою для транспортування зразків є відповідність правилам поштових та кур'єрських перевезень. Зразки повинні бути упаковані в три шари пакувального матеріалу, що відповідає вимогам до пакування Р650 для інфекційних субстанцій UN 3373 категорії В, для захисту від ушкоджень під час транспортування та забезпечення безпеки персоналу, який відповідає за транспортування та одержання/розпакування зразків. Перший шар з тришарової системи пакування є кріосудина для зразка, другий шар – контейнер, що не пропускає рідину (це може бути пакет із застібкою або контейнер із пластика) і третій шар – тверде зовнішнє пакування (сумка-холодильник). Між кріосудинами та другим водонепроникним шаром має розміщуватися абсорбуючий матеріал, достатній для того, щоб абсорбувати весь об'єм зразків.

Максимальний термін зберігання назофарингеальних зразків при температурі + 4°C складає не більше 5 діб. При неможливості направити зразки протягом 48–72 годин слід заморозити їх при температурі –70°C або нижче. В ідеальному випадку всі мазки з дихальних шляхів, належить транспортувати в лабораторію протягом 24–48 годин з моменту взяття. Однак, якщо це неможливо, їх слід заморозити при температурі -70°C. Кількість циклів заморожування-розморожування має бути мінімальним, оскільки це може зруйнувати вірус у зразку.

**Примітки:** матеріали Додатку 3 «Відбір, зберігання та транспортування зразків матеріалів для тестування на SARS-CoV-2 « до Стандарту медичної допомоги «COVID-19» затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р.

**Направлення на лабораторне тестування матеріалу від особи,  
яка відповідає визначенню випадку COVID-19, хворої на пневмонію  
або повторне**

Інформація про установу, що передає запит на лабораторне дослідження			
Назва установи (лікарні, лабораторії або іншої установи), що направляє зразок			
Лікар			
Адреса			
Номер телефону			
Визначення випадку:	<input type="checkbox"/> Підозрілий <input type="checkbox"/> Ймовірний		
Інформація про пацієнта			
Ім'я		Прізвище	
Номер пацієнта		Дата народження	Вік:
Адреса		Стать	<input type="checkbox"/> Ч <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Невідомо
Номер телефону		Місце роботи професія	
Інформація про зразок			
Тип	<input type="checkbox"/> Назо- або орофарингеальний мазок <input type="checkbox"/> Бронхоальвеолярний лаваж <input type="checkbox"/> Ендотрахеальний аспірат <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Назофарингальний аспірат <input type="checkbox"/> Назальний змив <input type="checkbox"/> Мокротиння <input type="checkbox"/> Легенева тканина <input type="checkbox"/> Сироватка крові <input type="checkbox"/> Цільна кров <input type="checkbox"/> Сеча <input type="checkbox"/> Калові маси		
<p><b>До всіх відібраних зразків необхідно ставитись як до потенційно інфікованих, тому Ви повинні сконтактувати з лабораторією ДО надсилання зразку.</b></p> <p>Усі зразки повинні бути надісланими у відповідності до вимог категорії «В» настанов з транспортування зразків.</p> <p>Будь ласка, зазначте, якщо зразок було забрано після смерті пацієнта <input type="checkbox"/></p>			
Дата забору		Час забору	
Пріоритетність			
Клінічні дані			
Дата початку захворювання:			
Чи перебував пацієнт у країнах з місцевою передачею вірусу SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні	Країна	Дата повернення
Чи контактував пацієнт з підтвердженим випадком?	<input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Невідомо		
Назва установи, лабораторії, що проводила дослідження			
Результат дослідження на COVID-19	<input type="checkbox"/> Позитивний <input type="checkbox"/> Сумнівний <input type="checkbox"/> Негативний		
Дата отримання результату дослідження			
Метод дослідження	<input type="checkbox"/> ПЛР <input type="checkbox"/> Швидкий тест (імунохроматографія) <input type="checkbox"/> ІФА		
Комерційна назва тест-системи для виявлення, виробник			
Назва обладнання, на якому проводилось дослідження			
Додаткові коментарі			

Розділ таблиці «Інформація про пацієнта» заповнюється лише друкованими літерами

**Примітки:** матеріали змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 березня 2020 року № 722, затверджених наказом МОЗ України від 23.04.2020 р. №953

## Методика проведення швидкого тесту на COVID-19

### Швидкий тест на IgG/IgM до вірусу COVID-19, касета (цільна кров/сироватка/плазма)

#### Інструкція для застосування

Швидкий тест для якісного виявлення антитіл IgG та IgM до вірусу COVID-19 у зразках цільної крові, сироватки або плазми крові людини проводиться не раніше 5-7 доби захворювання.

#### Призначення

Швидкий тест на IgG/IgM до вірусу COVID-19, касета – це хроматографічний імуноаналіз з використанням бокового потоку для якісного виявлення антитіл IgG та IgM до вірусу COVID-19 у зразках цільної крові, сироватки або плазми людини.

#### Принцип дії

Швидкий тест на IgG/IgM до вірусу COVID-19, касета (цільна кров/сироватка/плазма) – це якісний мембранний імуноаналіз для виявлення антитіл IgG та IgM до вірусу COVID-19 в зразках цільної крові, сироватки або плазми крові. Цей тест містить два компоненти, IgG компонент та IgM компонент. В IgG компоненті, антилюдські IgG нанесені в тестовій зоні для IgG. Під час тестування зразок реагує з частинками, покритими антигеном коронавірусу 2019-nCoV в тест-касеті. Суміш мігрує вздовж мембрани за допомогою капілярних сил та реагує з антилюдським IgG в тестовій зоні для IgG, якщо зразок містить антитіла IgG до вірусу COVID-19. В результаті цього з'являється кольорова лінія в тестовій зоні для IgG. Аналогічно, антилюдський IgM нанесений в тестовій зоні для IgM, та якщо зразок містить антитіла IgM до вірусу COVID-19, комплекс кон'югат-зразок реагує з антилюдським IgM. В результаті кольорова лінія з'являється в тестовій зоні для IgM.

Таким чином, якщо зразок містить антитіла IgG до вірусу COVID-19, з'являється кольорова лінія в тестовій зоні для IgG. Якщо зразок містить антитіла IgM до вірусу COVID-19, кольорова лінія з'являється в тестовій зоні для IgM. Якщо зразок не містить антитіла до вірусу COVID-19, кольорова лінія не з'являється в жодній з тестових зон, вказуючи на негативний результат. В якості процедурного контролю, кольорова лінія завжди відобразатиметься в зоні контрольної лінії, що вказує на те, що був доданий достатній об'єм зразка, і відбулося просочування мембрани.

#### Реагенти

Тест містить антилюдські IgM та антилюдські IgG в якості захоплюючих реагентів, антиген коронавірусу 2019-nCoV в якості визначального реагента. Козині антимишачі IgG використовуються в системі контрольної лінії.

#### Спосіб використання

**Довести тестовий набір, зразок, буфер і/або контрольні зразки до кімнатної температури (15-30 °C) перед тестуванням.**

1. Вийняти тест-касету з герметичної упаковки і використати протягом 1 години. Найкращі результати будуть отримані, якщо тестування проводити негайно після відкриття фольгової упаковки.
2. Покладіть тест-касету на чисту та рівну поверхню.

#### Для зразків сироватки та плазми: :

- Використовуючи піпетку для зразка: Тримаючи піпетку вертикально, втягніть зразок до лінії заповнення (приблизно 10 мкл), та додайте зразок у віконце для зразка (S), потім **додайте 2 краплі буфера** (приблизно 80 мкл), та запустіть таймер.

Використовуючи мікропіпетку: Додайте **10 мкл** зразка до віконця зразка (S), потім **додайте 2 краплі буфера** (приблизно 80 мкл), та запустіть таймер.

#### Для зразків цільної крові, зібраної шляхом венепункції:

- Використовуючи піпетку для зразка: Тримаючи піпетку вертикально, втягніть зразок вище на 1 см лінії заповнення та додайте 1 повну краплю (приблизно 20 мкл) зразка до віконця зразка (S). Потім додайте **2 краплі буфера** (приблизно 80 мкл) та запустіть таймер.

Використовуючи мікропіпетку: Додайте **20 мкл** цільної крові до віконця зразка (S), потім **додайте 2 краплі буфера** (приблизно 80 мкл), та запустіть таймер.

#### Для зразків цільної крові з пальця:

- Використовуючи піпетку для зразка: Тримаючи піпетку вертикально, втягніть зразок вище на 1 см лінії заповнення та додайте 1 повну краплю (приблизно 20 мкл) зразка до віконця зразка (S). Потім додайте 2 краплі буфера (приблизно 80 мкл) та запустіть таймер.

- З використанням капілярної трубки: наповніть капілярну трубку та додайте приблизно 20 мкл зразка цільної крові з пальця до віконця зразка (S) тест-касети, потім додайте 2 краплі буфера (приблизно 80 мкл) та запустіть таймер. Дивитись рисунок нижче.

- Чекайте появи кольорової(х) лінії(й). Інтерпретуйте результати через 10 хвилин. Не інтерпретувати результат через 20 хвилин.

**Примітка:** Не рекомендовано використання буфера через 6 місяців після першого відкриття флакона.

### Інтерпретація результатів

**IgG ПОЗИТИВНИЙ:**\* З'являються дві кольорові лінії. Одна забарвлена лінія повинна завжди з'являтися в зоні контрольної лінії (C) і друга забарвлена лінія в тестовій зоні для IgG.

**IgM ПОЗИТИВНИЙ:**\* З'являються дві кольорові лінії. Одна забарвлена лінія повинна завжди з'являтися в зоні контрольної лінії (C) і друга забарвлена лінія в тестовій зоні для IgM.

**IgG та IgM ПОЗИТИВНИЙ:**\* З'являються три кольорові лінії. Одна забарвлена лінія повинна завжди з'являтися в зоні контрольної лінії (C) та дві забарвлені лінії в тестовій зоні для IgG та в тестовій зоні для IgM.

**\*ПРИМІТКА:** Інтенсивність кольору ліній в тестових зонах може варіювати в залежності від концентрації антитіл до вірусу COVID-19, наявних у зразку. Будь-який відтінок кольору в зоні тестової лінії слід вважати позитивним.

**НЕГАТИВНИЙ:** одна забарвлена лінія з'являється в контрольній зоні (C). Жодна лінія не з'являється в зонах тестових ліній для IgG та IgM.

**НЕДІЙСНИЙ:** контрольна лінія не з'явилася. Недостатній об'єм зразка або неправильна методика проведення процедури є найбільш ймовірними причинами відсутності контрольної лінії. Потрібно перевірити методику та повторити тест з новим тест-пристроєм. Якщо питання залишаються невирішеними, припинити використання тест-набору негайно і звернутись до місцевого дистриб'ютора.

#### Обмеження

1. Швидкий тест на IgG/IgM до вірусу COVID-19, касета (цільна кров/сироватка/плазма) призначений тільки для діагностики *in vitro*. Цей тест застосовується для виявлення антитіл IgM та IgG до вірусу COVID-19 у зразках цільної крові, сироватки або плазми. Ні кількісне значення, ні рівень зростання концентрації антитіл IgM та IgG до вірусу COVID-19 не можуть бути визначені цим якісним тестом.

2. Швидкий тест на IgG/IgM до вірусу COVID-19, касета (цільна кров/сироватка/плазма) показує лише наявність антитіл IgM та IgG до вірусу COVID-19 у зразку та не може бути використаний в якості єдиного критерію для діагностики коронавірусу 2019-nCoV.

3. Як і у випадку використання будь-якого діагностичного тесту, всі результати мають бути інтерпретовані після оцінки всієї клінічної інформації, доступної лікареві.

4. Якщо результати тесту негативні, але клінічні симптоми залишаються, необхідно застосувати додаткові тестування з використанням інших клінічних методів. Негативний результат не виключає можливості інфікування коронавірусом 2019-nCoV.

5. Рівень гематокриту в цільній крові може вплинути на результати тесту. Гематокрит в цільній крові повинен бути між 25% та 65%.

**ЕКСТРЕНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ**  
**про інфекційне захворювання, харчове, гостре**  
**професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ року.  
 (дата заповнення повідомлення)

Повідомлення направлено до \_\_\_\_\_  
 (найменування закладу охорони здоров'я)

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого \_\_\_\_\_

2. Дата народження 

--	--	--	--	--	--	--	--

 3. Стать: чоловіча - 1, жіноча - 2

4. Місце проживання хворого (повна поштова адреса): країна \_\_\_\_\_,  
 область \_\_\_\_\_, район \_\_\_\_\_,  
 населений пункт \_\_\_\_\_,  
 вулиця \_\_\_\_\_, будинок N \_\_\_\_\_, кв. N \_\_\_\_\_

5. Мешкає у: місті - 1, селі - 2

6. Телефон \_\_\_\_\_

7. Місце роботи, навчання, дитячого закладу та їх адреса \_\_\_\_\_

8. Діагноз \_\_\_\_\_ шифр за МКХ-10 

--	--	--	--	--	--

  
 (вписати)

9. Дати:

захворювання 

--	--	--	--	--	--	--	--

  
 (число, місяць, рік)

первинного звернення 

--	--	--	--	--	--	--	--

  
 (число, місяць, рік)

встановлення діагнозу 

--	--	--	--	--	--	--	--

  
 (число, місяць, рік)

подальшого відвідування дошкільного або загальноосвітнього навчального закладу  

--	--	--	--	--	--	--	--

  
 (число, місяць, рік)

госпіталізації 

--	--	--	--	--	--	--	--

  
 (число, місяць, рік)

10. Місце госпіталізації \_\_\_\_\_  
 (найменування лікувального закладу)

11. Діагноз підтверджено: лабораторним дослідженням - 1, клінічно - 2,  
 іншим - 3 (вписати)

12. Якщо отруєння - вказати, де воно виникло, чим отруївся постраждалий \_\_\_\_\_

13. Проведені первинні протиепідемічні заходи та додаткові відомості \_\_\_\_\_

14. Дата і час первинного повідомлення (за телефоном тощо) територіальному органу  
 Держсанепідслужби України \_\_\_\_\_

Прізвище особи, яка повідомила \_\_\_\_\_  
отримала повідомлення \_\_\_\_\_

15. Прізвище, ім'я, по батькові та номер контактного телефону особи, яка заповнила повідомлення

\_\_\_\_\_ (підпис)

Реєстраційний номер \_\_\_\_\_ у журналі ф. N 060/о закладу охорони здоров'я  
Реєстраційний номер \_\_\_\_\_ у журналі ф. N 060/о територіального органу  
Держсанепідслужби України

Підпис особи, яка одержала повідомлення \_\_\_\_\_

*{ Форма із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я N 56 (з0507-13) від 25.01.2013 }*

**Примітки:** матеріали наказу МОЗ України №1 від 10.01.2006р. (із змінами від 19.04.2013р.) «Про затвердження Форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення».

## Формулювання клінічного діагнозу у дорослих

### Кодування захворювання в медичній інформаційній системі

1. Здорові особи із епідемічних регіонів - Z 20.8 Контакт з хворим або можливість зараження іншими інфекційними хворобами. Контакт з хворим на коронавірусну хворобу, викликану COVID-19 (підтверджений, ймовірний випадок)

2. Контактна особа - Z 20.8 Контакт з хворим або можливість зараження іншими інфекційними хворобами. Контакт з хворим на корона вірусну хворобу, викликану COVID-19 ( підтверджений, ймовірний випадок)

3. Пацієнт з ознаками ГРВІ - J 06.0 – J 06.9 Гострі інфекції верхніх дихальних шляхів.

4. Пацієнт з ознаками грипу – J09-J11 Грип, викликаний ідентифікованим пандемічним вірусом. Грип, викликаний ідентифікованим сезонним вірусом. Грип, вірус не ідентифікується.

\* можливість встановлення такого діагнозу передбачає проведення як мінімум швидкого експрес-тесту на грип А та В. Позитивний результат тесту не виключає можливість корона вірусної інфекції.

5. Пацієнт з ознаками ГРВІ та підозрою на COVID-19 - J 06.0 – J 06.9 Гострі інфекції верхніх дихальних шляхів (без лабораторного підтвердження випадку COVID-19) , можливо разом з Z 20.8 Контакт з хворим на коронавірусну хворобу, викликану COVID-19 ( підтверджений, ймовірний випадок)

6. Пацієнт з підтвердженим випадком COVID-19 - U07.1 коронавірусна хвороба COVID-19, що підтверджена лабораторним тестуванням незалежно від тяжкості клінічних ознак або симптомів (вірус ідентифікований).

7. Пацієнт з клінічними ознаками COVID-19 та непідтвердженим лабораторно випадком - U 07.2 – коронавірусна інфекція COVID-19, що діагностується клінічно або епідеміологічно, але лабораторні обстеження непереконливі чи недоступні (вірус не ідентифікований).

### Легкий перебіг захворювання характеризується:

- невисокою гарячкою (до 38°C), що добре контролюються прийомом жарознижуючих препаратів;
- нежиттю;
- сухим кашлем без ознак дихальної недостатності (таких як утруднене дихання, збільшення частоти дихальних рухів, кровохаркання);
- відсутністю шлунково-кишкових проявів (нудота, блювання та/або діарея);
- відсутністю змін психічного стану (порушення свідомості, млявість).

Ускладнення з боку дихальної системи при COVID-19 зазвичай розвиваються на другому тижні хвороби, тому хворих необхідно активно спостерігати, повторний огляд (включно з фізикальним) рекомендовано проводити в цей термін.

### Стан середньої тяжкості і тяжкий:

- ознаки пневмонії та/або дихальної недостатності (збільшення частоти дихальних рухів вище фізіологічної норми, кровохаркання, показник SpO2 при вимірюванні пульсоксиметром  $\leq 93\%$ ) при наявності рентгенологічно підтвердженої пневмонії.

### Коморбідна патологія, яка підвищує ризик розвитку ускладнень:

- 1) тяжкі хронічні захворювання легень і серцево-судинної системи;
- 2) ниркова недостатність;
- 3) імуносупресивні стани (первинний і вторинний імунодефіцити);
- 4) тяжкі алергічні захворювання або стани;
- 5) аутоімунні захворювання;

а також з симптомами, що характеризують середньо-тяжкий і тяжкий перебіг, як от:

- 1) ядуха;
- 2) утруднене дихання;
- 3) збільшення частоти дихальних рухів більше фізіологічної норми;
- 4) кровохаркання;
- 5) шлунково-кишкові симптоми (нудота, блювання, діарея);

б) зміни психічного стану (сплутаність свідомості, загальмованість).

**Госпіталізація за клінічними критеріями показана хворим з підтвердженням COVID-19 при:**

1. стані середньої тяжкості і тяжкому – ознаки пневмонії та/або дихальної недостатності (збільшення частоти дихальних рухів вище фізіологічної норми, кровохаркання, показник SpO<sub>2</sub> при вимірюванні пульсоксиметром  $\leq 93\%$ ) при наявності рентгенологічно підтвердженої пневмонії;
2. наявність клініко-інструментальних даних гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС);
3. наявність клініко-лабораторних даних сепсису та/або септичного шоку (синдрому системної запальної відповіді);
4. наявність клініко-лабораторних даних органної/системної недостатності окрім дихальної;
5. пацієнти, незалежно від тяжкості стану, які відносяться до групи ризику розвитку ускладнень: тяжкий перебіг артеріальної гіпертензії, декомпенсований цукровий діабет, імуносупресивні стани, тяжка хронічна патологія дихальної та серцево-судинної систем, ниркова недостатність, аутоімунні захворювання, тяжкі алергічні хвороби, цереброваскулярні захворювання в стадії декомпенсації), онкологічні захворювання;
6. пацієнти незалежно від тяжкості стану, в яких відзначається підвищення температури вище 38°C, що погано піддається корекції (тимчасове, не більше ніж на 1-1,5 години зниження на тлі прийому жарознижувачих препаратів з наступним її підвищенням).

**Покази до госпіталізації пацієнта у відділення реанімації при критично важкому стані пацієнта:**

- наростаюча і виражена задишка;
- ціаноз;
- ЧД > 30 за хвилину;
- показники пульсоксиметрії нижче  $\leq 93\%$ ;
- артеріальний тиск АДсис < 90 мм рт. ст.;
- шок (мармуровість кінцівок, акроціаноз, холодні кінцівки, симптом уповільненої судинного плями (> 3 сек), лактат більше 3 ммоль/л);
- дисфункція центральної нервової системи (зміни психічного стану, сплутаність свідомості або збудження, судоми);
- гостра ниркова недостатність (сечовиділення < 0,5 мл / кг / год протягом 1 години або підвищення рівня креатиніну в два рази від нормального значення);
- печінкова дисфункція (збільшення вмісту білірубіну вище 20 мкмоль / л протягом 2-х днів або підвищення рівня трансаміназ у два рази і більше від норми);
- коагулопатія (число тромбоцитів < 100 тис / мкл або їх зниження на 50% від найвищого значення протягом 3-х днів) та поява ознак геморагічного синдрому;
- збереження високої лихоманки (більше 4-5 діб) з рефрактерністю до жарознижувальних засобів і розвитком важких ускладнень.

**Примітки:** матеріали Стандарту 2 «Амбулаторно-поліклінічна допомога пацієнтам з підозрою на COVID-19» і Стандарту 3 «Стаціонарне лікування пацієнтів з COVID-19», затверджених наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р.

Матеріали змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 березня 2020 року № 722, затверджених наказом МОЗ України від 23.04.2020 р. №953

## Формулювання клінічного діагнозу у дітей

Таблиця 1

## Класифікація захворювання за перебігом

Ознаки ГРВІ, відсутність ознак дихальної недостатності (ДН)	Підвищення температури до $\leq 38^{\circ}\text{C}$ кашель; нездужання; ринорея; біль у горлі; шлунково-кишкові симптоми (нудота, блювання та/або діарея); відсутність змін психічного стану (сплутаність свідомості, млявість).
Пневмонія середнього ступеня важкості	наявний кашель за відсутності утрудненого дихання; збереження нормальної частоти дихальних рухів (нормальна частота дихання (вдихів/хв): < 2 місяці – менше 60; 2-11 місяців – менше 50; 1-5 років – менше 40).
Пневмонія Важка форма	<b>для підлітків:</b> гарячка або підозра на респіраторну інфекцію, частота дихання > 30 вдихів/хв, виражена дихальна недостатність або $\text{SpO}_2 < 90\%$ при спонтанному диханні в приміщенні. <b>Дитина</b> з кашлем або утрудненням дихання і хоча б одне з наступних: 1) центральний ціаноз або $\text{SpO}_2 < 90\%$ ; 2) виражена дихальна недостатність (наприклад, хрипи, напруження грудної клітки); 3) ознаки пневмонії із загальними ознаками небезпеки: відмова від грудного годування та пиття, млявість чи непритомність, судоми. Можуть бути й інші ознаки пневмонії: участь допоміжних м'язів у диханні, часте дихання (вдихів/хв): < 2 місяці 60 і більше; 2-11 місяців 50 і більше; 1-5 років 40 і більше.
ГРДС	Початок: поява нових симптомів ураження легень або посилення наявних протягом одного тижня після виявленої клінічної патології. Візуалізація органів грудної клітки (рентгенографія, КТ або ультразвукове дослідження легень): двобічна інфільтрація, що не може бути пояснена плевральним випотом, колапсом частки або цілої легені або вогнищевими ураженнями. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Насичення крові киснем у дітей (зверніть увагу <math>\text{OI}</math> – індекс оксигенації та <math>\text{OSI}</math> – індекс оксигенації за допомогою <math>\text{SpO}_2</math>):</li> <li>• дворівнева НІВ або <math>\text{CPAP} \geq 5</math> см <math>\text{H}_2\text{O}</math> через повну маску для обличчя;</li> <li>• <math>\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300</math> мм.рт.ст. або <math>\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 264</math>;</li> <li>• легкий ГРДС (інвазивна вентиляція): <math>4 \leq \text{OI} &lt; 8</math> або <math>5 \leq \text{OSI} &lt; 7,5</math>;</li> <li>• помірний ГРДС (інвазивна вентиляція): <math>8 \leq \text{OI} &lt; 16</math> або <math>7,5 \leq \text{OSI} &lt; 12,3</math></li> <li>• тяжкий ГРДС (інвазивна вентиляція): <math>\text{OI} \geq 16</math> або <math>\text{OSI} \geq 12,3</math></li> </ul>
Сепсис.	Ознаками дисфункції органів є: <ul style="list-style-type: none"> <li>• змінений психічний стан;</li> <li>• утруднене або часте дихання, низьке насичення киснем крові;</li> <li>• зниження діурезу;</li> <li>• тахікардія, слабкий пульс, холодні кінцівки або артеріальна гіпотензія;</li> <li>• зміна кольору шкіри;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• лабораторні докази коагулопатії, тромбоцитопенії, ацидозу, високий лактат або гіпербілірубінемія.</li></ul> <b>Підозрювана або доведена інфекція та <math>\geq 2</math> критерії SIRS, з яких має бути аномальна температура або кількість лейкоцитів.</b>
--	--

**Примітки:** матеріали Додаток 1 «Протокол лікування дітей з пневмоніями» до наказу МОЗ України №18 від 13.01.2005 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча пульмонологія».

Стандарт 2 «Амбулаторно-поліклінічна допомога пацієнтам з підозрою на COVID -19» і Стандарт 3 «Стационарне лікування пацієнтів з COVID-19», затверджених наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р.

### Визначення тактики лікування пацієнтів

1.Рішення стосовно медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах приймає лікар з надання первинної медичної допомоги після клінічної оцінки стану пацієнта та оцінки безпеки домашнього середовища пацієнта, шляхом проведення опитування.

2. Ускладнення з боку дихальної системи при COVID-19 зазвичай розвиваються на другому тижні хвороби, тому хворих необхідно активно спостерігати, повторний огляд (включно з фізикальним) рекомендовано проводити в цей термін.

3. На амбулаторне лікування переводять пацієнтів в стані реконвалесценції, які не потребують цілодобового нагляду.

4. Обґрунтування рішення про лікування амбулаторно вноситься в форму первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №\_\_\_», затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974 (далі – Медична карта амбулаторного хворого).

5. Медичні працівники (лікар/медична сестра) здійснюють контроль поточного стану пацієнта і контактних осіб. Вибір методу контролю обирається індивідуально (кабінет телемедицини, опитування по телефону, виїзд лікаря медичної мобільної бригади). Дані моніторингу вносяться в Медичну карту амбулаторного хворого.

6. Пацієнти та спільно проживаючі особи мають бути поінформовані щодо:

- 1) необхідності дотримання особистої гігієни;
- 2) основних заходів з профілактики інфікування;
- 3) безпечних підходів до проведення догляду;
- 4) обмежень побутових контактів;
- 5) методів зв'язку із медичним персоналом (наприклад, зазначити номер телефону за яким слід телефонувати у разі погіршення стану);
- 6) способів транспортування пацієнта до амбулаторно-поліклінічного закладу в разі необхідності (наприклад, визначити час і вхід до закладу).

7. Медичні працівники, які надають медичну допомогу за місцем проживання/перебування, і члени домогосподарств мають використовувати ЗІЗ.

8. За появи симптомів у контактної особи медичні працівники з'ясовують стан та приймають рішення щодо потреби госпіталізації чи надання медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних умовах. В разі прийняття рішення про необхідність госпіталізації, здійснюють комплекс заходів, спрямованих на обмеження подальшого поширення хвороби.

9.Госпіталізація за клінічними критеріями показана хворим з підозрою/підтвердженим COVID-19 при:

- стані середньої тяжкості і тяжкому – ознаки пневмонії та/або дихальної недостатності (збільшення частоти дихальних рухів вище фізіологічної норми, кровохаркання, показник SpO2 при вимірюванні пульсоксиметром  $\leq 93\%$ ) при наявності рентгенологічно підтвердженої пневмонії;
- наявність клініко-інструментальних даних гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС);
- наявність клініко-лабораторних даних сепсису та/або септичного шоку (синдрому системної запальної відповіді);
- наявність клініко-лабораторних даних органної/системної недостатності окрім дихальної;
- пацієнти, незалежно від тяжкості стану, які відносяться до групи ризику розвитку ускладнень: тяжкий перебіг артеріальної гіпертензії, декомпенсований цукровий діабет, імуносупресивні стани, тяжка хронічна патологія дихальної та серцево-судинної систем, ниркова недостатність, аутоімунні захворювання, тяжкі алергічні хвороби, цереброваскулярні захворювання в стадії декомпенсації), онкологічні захворювання;
- пацієнти незалежно від тяжкості стану, в яких відзначається підвищення температури вище 38°C, що погано піддається корекції (тимчасове, не більше ніж на 1-1,5 години зниження на тлі прийому жарознижуючих препаратів з наступним її підвищенням).

10. Тестування на SARS-CoV-2 методом ПЛР проводити кожні 5 днів медичним працівникам, які безпосередньо надають медичну допомогу хворим або проводять догляд за хворими на COVID-19 в умовах стаціонару, працівникам лабораторій, які обробляють зразки з дихальних шляхів отримані від

хворих на COVID-19, працівникам патологоанатомічних, судово-медичних бюро, відділень, які безпосередньо приймають участь у розтині тіла, в тому числі взятті зразків секційного матеріалу

**Примітки:** матеріали Стандарту 2 «Амбулаторно-поліклінічна допомога пацієнтам з підозрою на COVID -19» і Стандарту 3 «Стаціонарне лікування пацієнтів з COVID-19», затверджених наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р.

Матеріали змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 березня 2020 року № 722, затверджених наказом МОЗ України від 23.04.2020 р. №953

**Перелік показань до госпіталізації дитини з ГРІ:**

- Підвищення температури або лихоманка у дитини < 1 міс
- Підвищення температури або лихоманка при наявності супутньої патології
- Лихоманка, що не піддається контролю при прийомі жарознижувальних препаратів;
- Ознаки дихальної недостатності - ядуха; утруднене дихання; збільшення частоти дихальних рухів більше фізіологічної норми;
- шлунково-кишкові симптоми (нудота, блювання, діарея);
- відмова від прийому їжі;
- зміни психічного стану (сплутаність свідомості, загальмованість, млявість).

**Коморбідна патологія:**

- 1) тяжкі хронічні захворювання легень і серцево-судинної системи;
- 2) ниркова недостатність;
- 3) імуносупресивні стани (первинний і вторинний імунодефіцити);
- 4) тяжкі алергічні захворювання або стани;
- 5) аутоімунні захворювання.

**Симптоматична терапія при легких формах захворювання у дітей**

<b>Симптоматичне лікування кашлю</b>	<i>Муколітичні засоби прямої дії</i>	<i>Ацетилицистеїн</i>
	<i>Муколітичні засоби непрямой дії</i>	<i>Амброксол Бромгексин Карбоцистеїн</i>
	<i>Муколітичні засоби експекторанти</i>	<i>Ердостеїн Алтея лікарська Корінь солодки</i>
<b>Симптоматичне лікування підвищеної температури тіла</b>	<i>Анальгетики та антипіретики</i>	<i>Парацетамол Метамізол натрію</i>
	<i>Нестероїдні протизапальні засоби</i>	<i>Ібупрофен Кислота мефенамова</i>
<b>Симптоматичне лікування риніту</b>	<i>Симпатоміметики для системного і місцевого застосування</i>	<i>Диметинден + фенілефрин Ксилометазолін Нафазолін Оксиметазолін Тетризолін Фенілефрин</i>
	<i>Глюкокортикоїди для локального (місцевого) застосування</i>	<i>Беклометазон</i>
	<i>Засоби елімінаційної терапії при захворюваннях носа</i>	<i>Морська вода Натрію хлорид</i>
<b>Симптоматичне лікування болю в горлі</b>	<i>Прості антисептичні засоби</i>	<i>Гексетидин Декаметоксин Фенол Флурбіпрофен Холіну саліцилат</i>
	<i>Комбіновані антисептичні засоби</i>	<i>Амілметакрезол + дихлорбензиловий спирт + лідокаїн Декваліній + кислота аскорбінова Ментол + олія рицинова + камфора + олія евкаліптова + нітрофурал Повідон-йод + алантоїн Хлорбутанол + камфора + ментол + олія евкаліптова</i>

		<i>Хлоргексидин + кислота аскорбінова</i> <i>Хлоргексидин + кислота аскорбінова + тетракаїн</i> <i>Хлоргексидин + лідокаїн + тиротрицин</i> <i>Біклотимол + лізоцим + еноксолон</i>
<b><i>Регідратація</i></b>	<i>Засоби оральної регідратації</i>	

### Моніторинг контактних осіб хворого на COVID-19

Моніторинг контактів вірогідних та підтверджених випадків:

- контактних осіб спостерігають протягом 14 днів від останнього незахищеного контакту;
- контактним особам рекомендується обмежувати пересування, відвідування громадських місць.

Моніторинг структурними підрозділами закладів охорони здоров'я може здійснюватися через побутові візити чи онлайн або телефоном, щоб перевірити наявність симптомів.

Будь-яка контактна особа, яка захворіла і відповідає визначенню випадка COVID-19, стає підозрюваною на наявність SARS-CoV-2 і повинна бути перевірена (протестована).

Контактні особи будь-яких нещодавно виявлених ймовірних або підтверджених випадків COVID-19 мають бути встановлені та підлягають моніторингу стану здоров'я.

**Примітки:** матеріали Додатку 5 «Моніторинг контактних осіб хворого на COVID-19» до Стандарту медичної допомоги «COVID-19» затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р.

### Критерії видужання від інфекції, спричиненої COVID-19\*

Рішення про виписку приймає лікуючий лікар на підставі відсутності або зменшення клінічних ознак захворювання, стійкої тенденції до нормалізації лабораторних показників (гемограми, СРБ, АЛТ, АСТ, сечовини, креатиніну) та на підставі двократного негативного результату лабораторного тестування.

Якщо у хворого, попри відсутність клініко-лабораторних ознак активного інфекційного процесу методом ПЛР визначаються фрагменти РНК збудника (позитивний або сумнівний результат), хворий може бути виписаний додому на самоізоляцію зі спостереженням лікаря первинної медичної допомоги.

Тестування з метою прийняття рішення стосовно виписки пацієнта розпочинається не раніше 5 дня клінічного поліпшення перебігу хвороби

#### Рішення про припинення ізоляції хворого на COVID-19 в періоді реконвалесценції

**I. У випадку неможливості виконання п.3 «Критеріїв видужання від інфекції, спричиненої COVID-19» критеріями для прийняття рішення пропонуються:**

1. Температура тіла залишається нормальною не менше 5 діб при умові незастосування жарознижуючих препаратів
2. Респіраторні синдроми відсутні або в стадії розрішення

**II. При можливості виконання п.3 «Критеріїв видужання від інфекції, спричиненої COVID-19»**

1. Температура тіла залишається нормальною не менше 5 діб при умові незастосування жарознижуючих препаратів
2. Респіраторні синдроми відсутні або в стадії розрішення
3. Отримані двічі негативні результати дослідження назорофарингеальних мазків на визначення РНК SARS-CoV-2 з інтервалом не менш, ніж 24 години. При отриманні хоча б одного позитивного дослідження повторне тестування проводиться не менш, ніж через 72 години після першого.

**Примітки:** Використані матеріали:

Зміни до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 березня 2020 року № 722 затверджених наказом МОЗ України від 23.04.2020 р. №953;

CDC (Centersfordiseaseofcontrolandprevention, Atlanta, USA) <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/care-for-someone.html>

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-in-home-patients.html>

<https://www.alnap.org/help-library/handbook-of-covid-19-prevention-and-treatment>

## Перелік діагностичних заходів при госпіталізації пацієнта з ГРС (пневмонією) середньої тяжкості

№ з/п	Діагностичні заходи	
	види	кратність
1	Клінічний огляд пацієнта лікарем	1. Щоденно в динаміці 2. Оцінка ефективності призначеної АБ терапії 48 г., 72 г.
2	Рівень сатурації кисню	В день госпіталізації та в динаміці
3	Рентгенографія легень у 2-х проекціях	1. При госпіталізації та 1-3 рази за госпіталізацію в залежності від клінічної ситуації 2. При погіршенні стану - КТ
4	КТ органів грудної кр-ки	за клінічними показами
5	ЕКГ	не менше 1 разу за госпіталізацію
6	Клінічний аналіз крові	При госпіталізації та 1-3 рази за госпіталізацію в залежності від клінічної ситуації
7	Дослідження крові на ЛДГ	1 раз при госпіталізації, далі за клінічними показами
8	Дослідження крові на прокальцитонін	1 раз, за клінічними показами в динаміці
9	Біохімічне дослідження крові (печінкові проби, креатинін, сечовина, глюкоза крові, рівень С-реактивного білка)	Не пізніше 2 дня госпіталізації
10	Коагулограма	1 раз за госпіталізацію, за клінічною необхідністю
11	Загально-клінічний аналіз харкотиння	1-3 рази за госпіталізацію в залежності від клінічної ситуації
12	При первинному зверненні за медичною допомогою – забір назофаренгіального мазка та (при необхідності) забір матеріалу з нижніх відділів респіраторного тракту (харкотиння, ендотрахеальний аспірат, бронхоальвеолярний аспірат) на дослідження на SARS-CoV-2.	1 раз за госпіталізацію
13	При наявності попереднього негативного результату на SARS-CoV-2 та якщо останні 72 години забір матеріалу не проводився, то проводиться забір назофаренгіального мазка і обов'язково забір матеріалу з нижніх відділів респіраторного тракту (харкотиння, ендотрахеальний аспірат, бронхоальвеолярний аспірат) SARS-CoV-2	1 раз за госпіталізацію

**Примітки:** матеріали Протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)», затвердженого наказом МОЗ України №762 від 02.04.2020 р.

**Перелік діагностичних заходів при госпіталізації пацієнта з ГРС (пневмонією) важкого ступеню тяжкості та з ускладненнями (ГРДС, плеврит, поліорганна недостатність)**

№ з/п	Діагностичні заходи	
	види	кратність
1	Клінічний огляд пацієнта лікарем	1. Щоденно в динаміці 2. Оцінка ефективності призначеної АБ терапії 48 г., 72 г. 3. В умовах ВРІТ непереривна реєстрація клінічних даних
2	Контроль діурезу	В умовах ВРІТ почасово
3	Рівень сатурації кисню	Щоденно до нормалізації
4	Визначення парціального тиску кисню	В умовах ВРІТ щоденно
5	Рентгенографія легень у 2-х проєкціях	1. При госпіталізації та в динаміці в залежності від клінічної ситуації 2. При погіршенні стану - КТ
6	КТ органів грудної к-ки	за клінічними показами
7	ЕКГ	не менше 1 разу за госпіталізацію
8	Клінічний аналіз крові	При госпіталізації та щоденно в динаміці
9	Дослідження крові на ЛДГ	1 раз при госпіталізації, далі за клінічними показами
10	Дослідження крові на прокальцитонін	1 раз, за клінічними показами в динаміці
11	Біохімічне дослідження крові (печінкові проби, креатинін, сечовина, глюкоза крові, рівень С-реактивного білка)	1. При госпіталізації і в динаміці. 2. При погіршенні стану в любі терміни
12	Коагулограма	1 раз за госпіталізацію, за клінічною необхідністю
13	Загально-клінічний аналіз харкотиння	1-3 рази за госпіталізацію в залежності від клінічної ситуації
14	При первинному зверненні за медичною допомогою – забір назофаренгіального мазка та (при необхідності) забір матеріалу з нижніх відділів респіраторного тракту (харкотиння, ендотрахеальний аспірат, бронхоальвеолярний аспірат) на дослідження на SARS-CoV-2.	1 раз за госпіталізацію
15	При наявності попереднього негативного результату на SARS-CoV-2 та якщо останні 72 години забір матеріалу не проводився, то проводиться забір назофаренгіального мазка і обов'язково забір матеріалу з нижніх відділів респіраторного тракту (харкотиння, ендотрахеальний аспірат, бронхоальвеолярний аспірат) SARS-CoV-2	1 раз за госпіталізацію

**Примітки:** матеріали Протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)», затвердженого наказом МОЗ України №762 від 02.04.2020 р.

**Перелік діагностичних заходів при госпіталізації пацієнта з ГРС (пневмонією) важкого ступеню тяжкості та з ускладненнями (ГРДС, сепсисом, септичним шоком)**

№ з/п	Діагностичні заходи	
	види	кратність
1	Клінічний огляд пацієнта лікарем	1. Щоденно в динаміці 2. Оцінка ефективності призначеної АБ терапії 48 г., 72 г. 3. В умовах ВРІТ неперервна реєстрація клінічних даних
2	Контроль діурезу	В умовах ВРІТ почесово
3	Рівень сатурації кисню	Щоденно до нормалізації
4	Визначення парціального тиску кисню	В умовах ВРІТ щоденно
5	Рентгенографія легень у 2-х проєкціях	1. При госпіталізації та в динаміці в залежності від клінічної ситуації 2. При погіршенні стану - КТ
6	КТ органів грудної к-ки	за клінічними показами
7	ЕКГ	не менше 1 разу за госпіталізацію
8	Клінічний аналіз крові	При госпіталізації та щоденно в динаміці
9	Дослідження крові на ЛДГ	1 раз при госпіталізації, далі за клінічними показами
10	Дослідження крові на прокальцитонін	1 раз, за клінічними показами в динаміці
11	Біохімічне дослідження крові (печінкові проби, креатинін, сечовина, глюкоза крові, рівень С-реактивного білка)	1. При госпіталізації і в динаміці. 2. При погіршенні стану в любі терміни
12	Коагулограма	1 раз за госпіталізацію, за клінічною необхідністю
13	Загально-клінічний аналіз харкотиння	1-3 рази за госпіталізацію в залежності від клінічної ситуації
14	При первинному зверненні за медичною допомогою – забір назофаренгіального мазка та (при необхідності) забір матеріалу з нижніх відділів респіраторного тракту (харкотиння, ендотрахеальний аспірат, бронхоальвеолярний аспірат) на дослідження на SARS-CoV-2.	1 раз за госпіталізацію
15	При наявності попереднього негативного результату на SARS-CoV-2 та якщо останні 72 години забір матеріалу не проводився, то проводиться забір назофаренгіального мазка і обов'язково забір матеріалу з нижніх відділів респіраторного тракту (харкотиння, ендотрахеальний аспірат, бронхоальвеолярний аспірат) SARS-CoV-2	1 раз за госпіталізацію

**Примітки:** матеріали Протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)», затвердженого наказом МОЗ України №762 від 02.04.2020 р.

## Лікування пацієнтів з підозрою на коронавірусну хворобу, викликану COVID-19, та підтвердженим випадком COVID-19 \*\*\*

Призначення лікарських засобів здійснюється з урахуванням індивідуального перебігу захворювання, супутньої патології, наявності протипоказань та за умови отримання інформованої згоди ([Додаток 23](#))

У випадку виникнення несприятливих наслідків застосування лікарських засобів незалежно від статусу реєстрації в Україні, а саме побічної реакції та/або відсутності ефективності лікарського засобу, повідомити про це, заповнивши Карту-повідомлення про побічну реакцію лікарського засобу, вакцини, туберкуліну, та/або відсутність ефективності лікарського засобу, та/або несприятливу подію після імунізації/туберкулінодіагностики (НПШ) (Форма № 137/о), затверджену наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 2006 року № 898 «Про затвердження Порядку здійснення фармаконагляду», та направити її у встановленому Міністерством охорони здоров'я України Порядку здійснення фармаконагляду.

Таблиця 1

## Лікування пацієнтів дорослого віку

Ступінь тяжкості	Лікувальні заходи	Протипоказання/ примітки
Легкий перебіг ГРС (пацієнти, які не відносяться до груп ризику щодо розвитку ускладнень)	<i>1. Загальні положення</i>	
	1.1 Амбулаторний режим	-
	1.2 Вживання рідини до 3000 мл	Під контролем балансу рідини
	<i>2. Етіопатогенетична терапія</i>	
	2.1 Протівірусна терапія – недостатньо даних, щоб рекомендувати (АІІ)	-
	2.2 Зниження захворюваності на венозну тромбоемболію (за клінічною потребою)	Використовуйте фармакологічну профілактику (гепарин з низькою молекулярною вагою [бажано, якщо є такий] або гепарин 5000 одиниць підшкірно два рази на день) у підлітків та дорослих без протипоказань. Тим, у кого є протипоказання, застосовувати механічну профілактику (пристрої для переривчастої пневматичної компресії).
	<i>3. Симптоматична терапія</i>	
3.1 Жарознижуючі препарати призначають при температурі вище 38,0 -38,5°C. Рекомендованим препаратом є <b>ацетамінофен (парацетамол)</b> 500 мг однократно, в подальшому за потребою, але несистемно. Максимальна добова доза 4000 мг	<b><u>Протипоказання:</u></b> відома алергічна реакція на лікарський засіб  <b><u>Примітки:</u></b> При поганій переносимості гарячкового синдрому, головних болях, підвищенні артеріального тиску і вираженій тахікардії жарознижуючі препарати використовують і при більш низьких цифрах.	

		<p><b><u>Зверніть увагу:</u></b></p> <p>1. Не виявлено різниці у застосуванні жарознижуючих препаратів (наприклад, з ацетамінофеном або НПЗП) між пацієнтами з COVID-19 або без нього (АІІ).</p> <p>2. У пацієнтів із факторами ризику (тривалий прийом карбамазепіну, фенобарбітону, фенітоїну, примідону, рифампіцину, звіробою або інших препаратів, що індукують печінкові ферменти; зловживання алкоголем; ВІЛ-інфекція) можливий розвиток печінкової недостатності на тлі прийому ацетомінофену (парацетамолу)</p>
	<p>3.2 Для місцевого лікування риніту, фарингіту, при закладеності і/або виділеннях з носа починають із сольових засобів для місцевого застосування на основі морської води (ізотонічних, а при закладеності – гіпертонічних, наприклад, розчин збагаченої морської солі).</p> <p>У разі їх неефективності показані <b>назальні деконгенстанти</b> (краплі назальні 0,1 % ксилометазоліну гідрохлорид) 5-6 раз на добу інтраназально.</p> <p>При неефективності або виражених симптомах можуть бути використані різні розчини з антисептичною дією (0,15% р-н бензидаміну гідрохлориду, розчин колоїдного срібла, тощо)</p>	<p><b><u>Протипоказання:</u></b></p> <p>відома алергічна реакція на лікарський засіб</p> <p>Призначення відповідно до інструкції для медичного застосування препарату.</p>
	<p>3.3 Терапія трахеобронхіту (<b>мукоактивні, бронхолітичні препарати</b>), наприклад:</p> <p>а) ацетилцистеїн 200 мг 3 рази на добу та/або Амброксолу гідрохлорид 30 мг 3 рази на добу 5-7 діб</p> <p>б) сироп з листя плюща екстракт 30 мл 3 рази на добу 5-7 діб</p>	<p><b><u>Протипоказання:</u></b></p> <p>відома алергічна реакція на лікарський засіб</p> <p>Призначення відповідно до інструкції для медичного застосування препарату.</p>
	<p>3.4 Антигістамінні препарати</p> <p>кетотифен 1 мг або дезлоратидін 5мг до 5 діб на ніч</p>	<p>Призначення відповідно до інструкції для медичного застосування препарату.</p>
	<p>3.5. Імуномодулююча терапія – недостатньо даних, щоб рекомендувати або не рекомендувати (АІІ)</p>	
<p><b>Підтверджений COVID-19. Захворювання середнього ступеню тяжкості, пацієнт належить до групи</b></p>	<b><i>1. Загальні положення</i></b>	
	1.1 Стаціонарний режим	
	1.2 Вживання рідини до 3000 мл	Під контролем балансу рідини
	<b><i>2. Етіопатогенетична терапія</i></b>	
	2.1 Антибіотикотерапія (вибір препарату проводити емпірично) (АІІ):	<p><b><u>Протипоказання:</u></b></p> <p>відома алергічна реакція на лікарський засіб</p>

ризик тяжкого і критичного перебігу	<p><b>Азитроміцин</b> 500 -1000мг на добу 7 діб внутрішньо.          При оцінці ефективності антибіотикотерапії можливо посилити лікування призначенням препаратів захищених пеніцилінів (<b>аугментин, амоксиклав</b>) 2000 мг на добу внутрішньо або левофлоксацину 500 мг внутрішньо.          2.2. Відповідно до «COVID-19 rapid guideline: managing suspected or confirmed pneumonia in adults in the community» (09.04.2020 р.)  <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng165/chapter/4-Managing-suspected-or-confirmed-pneumonia#antibiotic-treatment">https://www.nice.org.uk/guidance/ng165/chapter/4-Managing-suspected-or-confirmed-pneumonia#antibiotic-treatment</a>  <b>Доксициклін</b> 200 мг у перший день, потім 100 мг один раз на день протягом 5 днів (не під час вагітності)  <b>або амоксицилін</b> по 500 мг 3 рази на день протягом 5 днів.</p>	<p>Призначення відповідно до інструкції для медичного застосування препарату</p> <p><b>Примітки:</b>          1. Після отримання результатів мікробіологічної чутливості та резистентності госпітальної флори вирішити питання щодо антибіотикотерапії в залежності від цих результатів.          2. Якщо можливо, уникайте хінолонів та макролідів або ретельно контролюйте рівень QT, якщо ці антибіотики потрібні.</p>
	<p>2.2. <b>Імунодепресанти (недостатньо даних, щоб рекомендувати або не рекомендувати) (АІІ):</b>  <b>Гідроксихлорохін</b> 400 мг 2 рази протягом першої доби, надалі 200 мг двічі на день до 5 днів</p> <p>якщо немає гідроксихлорохіну- <b>Хлорохін</b> 600 мг (10мг/кг) та 300мг (5мг/кг) через 12 годин, надалі 300 мг (5 мг/кг) двічі на день до 5 днів або хлорохін фосфат 1000 мг та 500мг через 12 годин, надалі 300 мг двічі на день протягом дня</p>	<p><b>Протипоказання:</b>          відома алергічна реакція на лікарський засіб</p> <p><b>Застереження:</b>          інтервал QTc&gt;500 мсек (АІІ); <b>гіпокаліємія</b>; взаємодія лікарських засобів, відповідно до інструкції для медичного застосування.          Поєднання гідроксихлорохіну та азитроміцину <b>не бажане</b> (АІІ) через потенціал токсичності. Поєднання лопінавіру / ритонавіру (АІ) або інших інгібіторів ВІЛ-протеази (АІІ) <b>не бажане</b> через несприятливу фармакодинаміку та негативні дані клінічних випробувань.</p> <p>Можлива взаємодія гідроксихлорохіну, ймовірно, така сама як у хлорохіну;  <b>відома недостатність глюкозо-6-фосфат дегідрогенази; важка міастенія; порфірія; патологія сітківки; епілепсія; неконтрольований діабет.</b></p>
	<p>2.3 <b>Противірусні препарати (недостатньо даних, щоб рекомендувати або не рекомендувати) (АІІ):</b>          Можливе застосування <b>фавіпіравір</b> 1-й день 1600 мг, потім 2-3 рази на день 600 мг на добу протягом 5-14 днів.</p>	<p><b>Зверніть увагу:</b>          1.Вагітність не є протипоказанням, як така (великий досвід безпечного застосування хлорохіну); див. <b>співвідношення користь/ризик.</b></p>

		<p>2.3 обережністю використовуйте <b>при ураженні нирок</b> з урахуванням недостатності даних фармакокінетики; зберігайте таку ж навантажувальну дозу як 1-го дня, але зменшіть дози на 2-5 дні до 50%, якщо швидкість клубочкової фільтрації 10-30 мл/хв, і до 25% – якщо швидкість клубочкової фільтрації &lt;10 мл/хв або застосовується діаліз (дуже слабкі докази).</p>
	<p><b>2.4 Імуносупресанти, інгібітори інтерлейкіну (недостатньо даних, щоб рекомендувати або не рекомендувати) (АІІ):</b> при погіршенні стану пацієнта, при загрозі тяжкого перебігу та швидкого прогресування захворювання <b>тоцилізумаб</b> 4-6 мг/кг, рекомендована доза 400 мг, введення дози впродовж 1 години на 100 мл 0,9% фізіологічного розчину. При потребі повторно через 12 год. Максимальна курсова доза – 3 введення (в середньому на пацієнта – 3 флакони по 400 мг/20 мл).</p>	<p><b><u>Протипоказання.</u></b></p> <p>Гіперчутливість до тоцилізумабу або будь-якого іншого компонента препарату.</p> <p>Активні, тяжкі інфекції.</p>
	<p><b>2.5 Використання реконвалесцентної плазми (недостатньо даних, щоб рекомендувати або не рекомендувати) (АІІ).</b></p>	
	<p><b>2.6 Системні кортикостероїди</b></p>	<p><b><u>Зверніть увагу:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Не застосовувати системні кортикостероїди для лікування COVID-19 у госпіталізованих пацієнтів, якщо вони не перебувають у відділенні інтенсивної терапії (АІІ).</li> <li>2. Не застосовувати системні кортикостероїди для лікування механічно вентильованих пацієнтів із COVID-19 без гострого респіраторного дистрес-синдрому (АІІ).</li> <li>3. Пероральна терапія кортикостероїдами, що застосовувалася до діагностики COVID-19 для іншого основного стану (наприклад, первинної або вторинної недостатності надниркових залоз, ревматологічних захворювань), не повинна бути припинена (АІІ). У кожному конкретному випадку можуть бути показані додаткові стероїди або додаткова стрес-доза (АІІ).</li> <li>4. Інгаляційні кортикостероїди, що застосовуються щодня хворим на астму та хронічну обструктивну хворобу легень для контролю запалення дихальних шляхів, не слід припиняти у пацієнтів із COVID-19 (АІІ)</li> </ol>

	2.7 Зниження захворюваності на венозну тромбоемболію	Використовуйте фармакологічну профілактику (гепарин з низькою молекулярною вагою [бажано, якщо є такий] або гепарин 5000 одиниць підшкірно два рази на день) у підлітків та дорослих без протипоказань. Тим, у кого є протипоказання, застосовувати механічну профілактику (пристрої для переривчастої пневматичної компресії).
<b>3. Симптоматична терапія</b>		
	3.1 Жарознижуючі препарати призначають при температурі вище 38,0 -38,5°C. Рекомендованим препаратом є <b>ацетамінофен (парацетамол)</b> 500 мг однократно, в подальшому за потребою, але несистемно. Максимальна добова доза 4000 мг	<p><b><u>Протипоказання:</u></b> відома алергічна реакція на лікарський засіб</p> <p><b><u>Примітки:</u></b> При поганій переносимості гарячкового синдрому, головних болях, підвищенні артеріального тиску і вираженій тахікардії жарознижуючі препарати використовують і при більш низьких цифрах.</p> <p><b><u>Зверніть увагу:</u></b> 1. Не виявлено різниці у застосуванні жарознижуючих препаратів (наприклад, з ацетамінофеном або НПЗП) між пацієнтами з COVID-19 або без нього (АІІ). 2. У пацієнтів із факторами ризику (тривалий прийом карбамазепіну, фенобарбітону, фенітоїну, примідону, рифампіцину, звіробою або інших препаратів, що індукують печінкові ферменти; зловживання алкоголем; ВІЛ-інфекція) можливий розвиток печінкової недостатності на тлі прийому ацетомінофену (парацетамолу).</p>
	3.2 Терапія трахеобронхіту ( <b>мукоактивні, бронхолітичні препарати, бета-адреноміметики</b> ), наприклад: а) ацетилцистеїн 200 мг 3 рази на добу та/або Амброксолу гідрохлорид 30 мг 3 рази на добу 5-7 діб б) сироп з листя плюща екстракт 30 мл 3 рази на добу 5-7 діб в) альбутерол (сальбутамол) аерозоль для інгаляцій – одна інгаляція 100 мкг на день як стартова терапія, в подальшому за показами	<p><b><u>Протипоказання:</u></b> відома алергічна реакція на лікарський засіб</p> <p>Призначення відповідно до інструкції для медичного застосування препарату.</p>

	<b>3.3 Нестероїдні протизапальні засоби (НПЗП)</b>	<b>Застереження:</b> Пацієнтам із COVID-19, які приймають НПЗП за супутнім захворюванням, слід продовжувати терапію за попереднім призначенням лікаря (АІІ).
	3.4 При необхідності застосовуються препарати та засоби, які пацієнт отримує постійно з приводу хронічних захворювань.	Призначення відповідно до інструкції для медичного застосування препарату.
<b>Підтверджений COVID-19. Тяжкий та критичний перебіг</b>	<b>1. Загальні положення</b>	
	1.1 Стаціонарний режим, ВАІТ	
	1.2 Інфузійна терапія ізотонічними розчинами 10-20 мл /кг + ентеральне або парентеральне харчування 2-3 кКал/кг/добу	Під контролем балансу рідини
	<b>2. Етіопатогенетична терапія</b>	
	2.1 Антибіотикотерапія (вибір препарату проводити емпірично) (АІІ): <b>Терапія першої лінії</b> для пацієнтів з вираженою ДН, що потребують респіраторної терапії : Позагоспітальна пневмонія - амоксицилін/клавулонова кислота - 1,2г / 3 рази на добу, оцінка ефективності антибіотикотерапії 48,72 години Внутрішньогоспітальна пневмонія (через 72 г від початку лікування в стаціонарі)-цефоперазон/сульбактам -1г/1г 2 рази на добу оцінка ефективності антибіотикотерапії 48,72 години Корекція антибіотикотерапії залежно від результатів бак. посівів, результатів рівня прокальцитоніну.	<b>Протипоказання:</b> відома алергічна реакція на лікарський засіб  Призначення відповідно до інструкції для медичного застосування препарату  <b>Примітки:</b> 1.Після отримання результатів мікробіологічної чутливості та резистентності госпітальної флори вирішити питання щодо антибіотикотерапії в залежності від цих результатів. 2.Якщо можливо, уникайте хінолонів та макролідів або ретельно контролюйте рівень QT, якщо ці антибіотики потрібні.
	<b>Терапія другої лінії:</b> <b>Цефоперазон/Сульбактам</b> 1г/1г – кожні 12 годин <b>або</b> <b>Меропенем</b> 1000 мг - кожні 8 годин +/- <b>Лінезолід</b> 600 мг - кожні 12 годин <b>або</b> <b>Ванкоміцин</b> 1000 мг- кожні 12 години	
<b>Терапія третьої лінії:</b> <b>Тайгециклін</b> 50мг- кожні 12 годин <b>або</b> <b>Коломіцин</b> 2000-4000 МО - кожні 8 годин +/- <b>Лінезолід</b> 600 мг - кожні 12 годин <b>або</b> <b>Ванкоміцин</b> 1000 мг- кожні 12 години		

	<p><b>2.2. Імунодепресанти (вибір препарату проводити емпірично) (АІІ):</b>  <b>Гідроксихлорохін</b> 400 мг 2 рази протягом першої доби, надалі 200 мг двічі на день до 5 днів  якщо немає гідроксихлорохіну- <b>Хлорохін</b> 600 мг (10мг/кг) та 300мг (5мг/кг) через 12 годин, надалі 300 мг (5 мг/кг) двічі на день до 5 днів або хлорохін фосфат 1000 мг та 500мг через 12 годин, надалі 300 мг двічі на день протягом дня</p>	<p><b><u>Протипоказання:</u></b>  відома алергічна реакція на лікарський засіб  <b><u>Застереження:</u></b>  інтервал QTc&gt;500 мсек (АІІ); <b>гіпокаліємія</b>; взаємодія лікарських засобів, відповідно до інструкції для медичного застосування.  Поєднання гідроксихлорохіну та азитроміцину не бажане (АІІ) через потенціал токсичності. Поєднання лопінавіру / ритонавіру (АІ) або інших інгібіторів ВІЛ-протеази (АІІ) не бажане через несприятливу фармакодинаміку та негативні дані клінічних випробувань.</p>
	<p><b>2.3 Протівірусні препарати (вибір препарату проводити емпірично) (АІІ):</b>  Можливе застосування <b>фавіпіравір</b> 1-й день 1600 мг, потім 2-3 рази на день 600 мг на добу протягом 5-14 днів.  Розгляньте застосування <b>лопінавір/ритонавір</b>*400/100 мг (2 таблетки по 200/50 мг) двічі на день протягом 14 днів)</p>	<p>Можлива взаємодія гідроксихлорохіну, ймовірно, така сама як у хлорохіну;  <b>відома недостатність глюкозо-6-фосфат дегідрогенази</b>; важка міастенія; порфірія; патологія сітківки; епілепсія; <b>неконтрольований діабет.</b></p> <p><b><u>Зверніть увагу:</u></b>  1.Вагітність не є протипоказанням, як така (великий досвід безпечного застосування хлорохіну); див. <b>співвідношення користь/ризик.</b>  2.3 обережністю використовуйте <b>при ураженні нирок</b> з урахуванням недостатності даних фармакокінетики; зберігайте таку ж навантажувальну дозу як 1-го дня, але зменшіть дози на 2-5 дні до 50%, якщо швидкість клубочкової фільтрації 10-30 мл/хв, і до 25% – якщо швидкість клубочкової фільтрації &lt;10 мл/хв або застосовується діаліз (дуже слабкі докази).</p>
	<p><b>2.4 Імуносупресанти, інгібітори інтерлейкіну (недостатньо даних, щоб рекомендувати або не рекомендувати) (АІІ):</b>  при погіршенні стану пацієнта, при загрозі тяжкого перебігу та швидкого прогресування захворювання <b>тоцилізумаб</b> 4-6 мг/кг, рекомендована доза 400 мг, введення дози впродовж 1 години на 100 мл 0,9% фізіологічного розчину. При потребі повторно через 12 год. Максимальна курсова доза – 3 введення (в середньому на пацієнта – 3 флакони по 400 мг/20 мл).</p>	<p><b><u>Протипоказання.</u></b>  Гіперчутливість до тоцилізумабу або будь-якого іншого компонента препарату.  Активні, тяжкі інфекції.</p>

	<p><b>2.5 Використання реконвалесцентної плазми (недостатньо даних, щоб рекомендувати або не рекомендувати) (АІІ).</b></p>	
	<p><b>2.6 Системні кортикостероїди</b></p>	<p><b><u>Зверніть увагу:</u></b></p> <p>1. Не застосовувати системні кортикостероїди для лікування COVID-19 у госпіталізованих пацієнтів, якщо вони не перебувають у відділенні інтенсивної терапії (АІІ).</p> <p>2. Не застосовувати системні кортикостероїди для лікування механічно вентильованих пацієнтів із COVID-19 без гострого респіраторного дистрес-синдрому (АІІ).</p> <p>3. Пероральна терапія кортикостероїдами, що застосовувалася до діагностики COVID-19 для іншого основного стану (наприклад, первинної або вторинної недостатності надниркових залоз, ревматологічних захворювань), не повинна бути припинена (АІІ). У кожному конкретному випадку можуть бути показані додаткові стероїди або додаткова стрес-доза (АІІ).</p> <p>4. Інгаляційні кортикостероїди, що застосовуються щодня хворим на астму та хронічну обструктивну хворобу легень для контролю запалення дихальних шляхів, не слід припиняти у пацієнтів із COVID-19 (АІІ).</p>
	<p><b>2.7 Зниження захворюваності на венозну тромбоемболію</b></p>	<p>Використовуйте фармакологічну профілактику (гепарин з низькою молекулярною вагою [бажано, якщо є такий] або гепарин 5000 одиниць підшкірно два рази на день) у підлітків та дорослих без протипоказань. Тим, у кого є протипоказання, застосовувати механічну профілактику (пристрої для переривчастої пневматичної компресії).</p>
<p><b>3. Симптоматична терапія</b></p>		
	<p><b>3.1 Жарознижуючі препарати призначають при температурі вище 38,0 -38,5°C.</b></p> <p>Рекомендованим препаратом є <b>ацетамінофен</b> (парацетамол) бажано використовувати розчин для інфузій 1000 мг/100 мл доведено, можливо також застосування 500 мг внутрішньо. Максимальна добова доза 4000 мг</p>	<p><b><u>Протипоказання:</u></b> відома алергічна реакція на лікарський засіб</p> <p><b><u>Примітки:</u></b> При поганій переносимості гарячкового синдрому, головних болях, підвищенні артеріального тиску і вираженій тахікардії жарознижуючі препарати використовують і при більш низьких цифрах.</p>

		<p><b><u>Зверніть увагу:</u></b></p> <p>1. Не виявлено різниці у застосуванні жарознижуючих препаратів (наприклад, з ацетамінофеном або НПЗП) між пацієнтами з COVID-19 або без нього (АПП).</p> <p>2. У пацієнтів із факторами ризику (тривалий прийом карбамазепіну, фенобарбітону, фенітоїну, примідону, рифампіцину, звіробою або інших препаратів, що індукують печінкові ферменти; зловживання алкоголем; ВІЛ-інфекція) можливий розвиток печінкової недостатності на тлі прийому ацетомінофену (парацетамолу)</p>
	<p>3.2 <b>Терапія трахеобронхіту (мукоактивні, бронхолітичні препарати, бета-адреноміметики),</b> наприклад: Ацетилцистеїн 300 мг 1-2 рази на добу внутрішньовенно та/або альбутерол (сальбутамол) інгаляція через небулайзер 100 мкг два рази на добу</p>	<p><b><u>Протипоказання:</u></b> відома алергічна реакція на лікарський засіб</p> <p>Призначення відповідно до інструкції для медичного застосування препарату.</p>
	<p><b>3.3 Нестероїдні протизапальні засоби (НПЗП)</b></p>	<p><b><u>Застереження:</u></b> Пацієнтам із COVID-19, які приймають НПЗП за супутнім захворюванням, слід продовжувати терапію за попереднім призначенням лікаря (АПП).</p>
	<p>3.4 При необхідності застосовуються препарати та засоби, які пацієнт отримує постійно з приводу хронічних захворювань.</p>	<p>Призначення відповідно до інструкції для медичного застосування препарату.</p>
<b>4. Інтенсивна терапія</b>		
	<p><b>4.1 Інотропна підтримка (вазопресори норадреналін, адреналін, дофамін)</b> Вазопресори рекомендується вводити в мінімальних дозах, які забезпечують підтримку перфузії (тобто систолічний артеріальний тиск &gt; 90 мм рт. Ст.), через центральний венозний катетер під контролем швидкості введення, з постійним контролем показників гемодинаміки. При ознаках зниження тканинної перфузії рекомендовано розпочати інфузію <b>добутаміну</b>. <b>Норадреналін 0,1 до 0,3 мкг /кг/хв макс. 3 мкг /кг/хв</b> <b>Адреналін 0,04-0,3 мкг /кг/хв</b> <b>Дофамін 2.0-10 мкг/кг/хв</b> <b>Добутамін 2.5-15 мкг/кг/хв</b></p>	<p>Проводиться за життєвими показами</p>

	<p><b>4.2 Респіраторна терапія:</b>  <b><u>Показання до неінвазивної вентиляції:</u></b>  - тахіпное (більше 30 рухів в хвилину для дорослих), що не зникає після зниження температури тіла;  - PaO<sub>2</sub> &lt;60 мм.рт.ст. або PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub> &lt;300;  - PaCO<sub>2</sub>&gt; 45 мм.рт.ст. ; - рН &lt;7,35;  - Vt &lt;4 мл / кг (дихальний об'єм (мл) / маса тіла (кг) пацієнта);  - SpO<sub>2</sub> &lt;92%;</p> <p><b><u>Показання до ШВЛ:</u></b>  - неефективність проведення неінвазивної вентиляції легенів;  - неможливість проведення неінвазивної вентиляції легенів (зупинка дихання, порушення свідомості, психіки пацієнта);  - наростаюча задишка, тахіпное (більше 35 рухів в хвилину) - не зникає після зниження температури тіла;  - PaO<sub>2</sub> &lt;60 мм.рт.ст. або PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub> &lt;100;  - PaCO<sub>2</sub>&gt; 60 мм.рт.ст. ;  - рН &lt;7,25;  - Vt &lt;4 мл / кг (дихальний об'єм (мл) / маса тіла (кг) пацієнта);  - SpO<sub>2</sub> &lt;90%.</p>	Проводиться за життєвими показами
--	---	-----------------------------------

\*Станом на 31.03.2020 в наявності публікації щодо відсутності переваг ефективності застосування зазначеного лікарського засобу, порівняно із підтримуючою терапією.

\*\*Тільки в умовах клінічного дослідження.

\*\*\***Примітки:** матеріали внесення змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 березня 2020 року № 722, затверджених наказом МОЗ України від 23.04.2020 р. №953; матеріали з використанням «Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines» від 21.04.2020 р. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>

#### Шкала рейтингових рекомендацій

<i>Сила рекомендації</i>	<i>Якість доказів для рекомендації</i>
А - Наполеглива рекомендація щодо твердження	I: Одне або кілька рандомізованих досліджень з клінічними результатами та/або підтвердженими лабораторними кінцевими показниками
В - Помірна рекомендація щодо твердження	II: Один або кілька добре розроблених, не рандомізованих випробувань або спостережень когортних досліджень
С - Необов'язкова рекомендація щодо твердження	III: Думка експертів

Лікування пацієнтів дитячого віку з підозрою на коронавірусну хворобу, викликану COVID-19, та підтвердженим випадком COVID-19 \*\*\*

Призначення лікарських засобів здійснюється з урахуванням індивідуального перебігу захворювання, супутньої патології, наявності протипоказань та за умови отримання інформованої згоди ([Додаток 23](#))

У випадку виникнення несприятливих наслідків застосування лікарських засобів незалежно від статусу реєстрації в Україні, а саме побічної реакції та/або відсутності ефективності лікарського засобу, повідомити про це, заповнивши Карту-повідомлення про побічну реакцію лікарського засобу, вакцини, туберкуліну, та/або відсутності ефективності лікарського засобу, та/або несприятливу подію після імунізації/туберкулінодіагностики (НППІ) (Форма № 137/о), затверджену наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 2006 року № 898 «Про затвердження Порядку здійснення фармаконагляду», та направити її у встановленому Міністерством охорони здоров'я України Порядку здійснення фармаконагляду.

Таблиця 1

## Лікування пацієнтів дитячого віку

Ступінь тяжкості	Лікувальні заходи	Протипоказання/ примітки
Легкий перебіг ГРС (пацієнти, які не відносяться до груп ризику щодо розвитку ускладнень)	<b>1. Загальні положення</b>	
	1.1 Амбулаторний режим	-
	1.2 Вживання рідини 1000 – 3000 мл в залежності від віку	Під контролем балансу рідини
	<b>2. Етіопатогенетична терапія</b>	
	2.1 Протівірусна терапія - недостатньо даних, щоб рекомендувати або не рекомендувати (АІІ)	-
	2.2 Зниження захворюваності на венозну тромбоемболію (за клінічною потребою)	Використовуйте фармакологічну профілактику (гепарин з низькою молекулярною вагою [бажано, якщо є такий] або гепарин 5000 одиниць підшкірно два рази на день) у підлітків та дорослих без протипоказань. Тим, у кого є протипоказання, застосовувати механічну профілактику (пристрої для переривчастої пневматичної компресії).
	<b>3. Симптоматична терапія</b>	
3.1 Жарознижуючі препарати призначають при температурі вище 38,0 -38,5°C. Рекомендованим препаратом є ацетамінофен (парацетамол) 10–15мг/кг маси тіла однократно, в подальшому за потребою, але несистемно.	<b>Протипоказання:</b> відома алергічна реакція на лікарський засіб  <b>Примітки:</b> При поганій переносимості гарячкового синдрому, судомного синдрому в анамнезі жарознижуючі препарати використовують і при більш низьких цифрах.	

	<p>3.2 Для місцевого лікування риніту, фарингіту, при закладеності і/або виділеннях з носа починають із сольових засобів для місцевого застосування на основі морської води (ізотонічних, а при закладеності – гіпертонічних, наприклад, розчин збагаченої морської солі).</p> <p>У разі їх неефективності показані <b>назальні деконгенстанти</b> (краплі назальні 0,1 % ксилометазоліну гідрохлорид) 5-6 раз на добу інтраназально.</p> <p>При неефективності або виражених симптомах можуть бути використані різні розчини з антисептичною дією (0,15% р-н бензидаміну гідрохлориду, розчин колоїдного срібла, тощо)</p>	<p><b>Протипоказання:</b> відома алергічна реакція на лікарський засіб</p> <p>Призначення відповідно до інструкції для медичного застосування препарату.</p>
	<p>3.3 Терапія трахеобронхіту (<b>мукоактивні, бронхолітичні препарати</b>), наприклад:</p> <p>а) ацетилцистеїн: від 2 до 6 років по 100 мг 2 рази на добу, від 6 до 14 років по 200 мг 2 рази на добу або амброксолу гідрохлорид: до 2 років по 7,5 мг 2 рази на добу, від 2 до 6 років по 7,5 мг 3 рази на добу, від 6 до 12 років по 15 мг 2-3 рази на добу 5-7 діб</p> <p>б) сироп з листя плюща екстракт: від 2 до 6 років 17,5 мг 3 рази на добу, від 6 до 10 років 35 мг 3 рази на добу, від 10 років 35-52,5 мг 3 рази на добу 5-7 діб</p>	<p><b>Протипоказання:</b> відома алергічна реакція на лікарський засіб</p> <p>Призначення відповідно до інструкції для медичного застосування препарату.</p>
<p><b>Підтверджений COVID-19. Захворювання середнього ступеню тяжкості, пацієнт належить до групи ризику важкого і критичного перебігу</b></p>	<p><b>1. Загальні положення</b></p>	
	<p>1.1 Стаціонарний режим</p>	
	<p>1.2 Вживання рідини від 1000 до 3000 мл в залежності від віку</p>	<p>Під контролем балансу рідини</p>
	<p><b>2. Етіопатогенетична терапія</b></p>	
<p>2.1 <b>Антибіотикотерапія (вибір препарату проводиться емпірично) (АІІ):</b> <i>Азитроміцин</i> 10 мг/кг маси тіла 1 раз на добу на добу 5-7 днів діб внутрішньо.</p> <p>При оцінці ефективності антибіотикотерапії можливо посилити лікування призначенням препаратів захищених пеніцилінів (<i>аугментин, амоксилав</i> 25-45 мг/кг на добу в 2 прийоми, внутрішньо або внутрішньовенно при наявності блювоти – 25-50 мг/кг на добу в 2-3 прийому) або цефалоспориної (цефтріаксон 50-80 мг/кг 1 раз на добу).</p>	<p><b>Протипоказання:</b> відома алергічна реакція на лікарський засіб</p> <p>Призначення відповідно до інструкції для медичного застосування препарату</p> <p><b>Примітки:</b> .Після отримання результатів мікробіологічної чутливості та резистентності госпітальної флори вирішити питання щодо антибіотикотерапії в залежності від цих результатів</p>	

	<p><b>2.2. Імунодепресанти (недостатньо даних, щоб рекомендувати або не рекомендувати) (АІІ):</b>  <b>Гідроксихлорохін сульфат:</b> вік &lt; 6 років 6.5 мг/кг/добу 2 рази на день (максимальна доза 400 мг/добу), вік &gt; 6 років: 10 мг/кг/добу, розділений на 2 рази на день (максимальна доза 400 мг/добу) протягом 5 днів.  якщо немає гідроксихлорохіну - <b>Хлорохіну сульфат</b> 1 день 16 мг/кг 1 раз, через 12 годин 7,6 мг/кг, на 2-й – 5-й день по 7,6 мг/кг/добу протягом 5 днів.</p>	<p><b>Протипоказання:</b>  відома алергічна реакція на лікарський засіб  <b>Застереження:</b>  інтервал QTc &gt; 500 мсек (АІІ); <b>гіпокаліємія</b>; взаємодія лікарських засобів, відповідно до інструкції для медичного застосування.  Поєднання гідроксихлорохіну та азитроміцину не бажане (АІІ) через потенціал токсичності. Поєднання лопінавіру / ритонавіру (АІ) або інших інгібіторів ВІЛ-протеази (АІІ) не бажане через несприятливу фармакодинаміку та негативні дані клінічних випробувань.</p> <p>Можлива взаємодія гідроксихлорохіну, ймовірно, така сама як у хлорохіну;  відома недостатність глюкозо-6-фосфат дегідрогенази; важка міастенія; порфірія;  патологія сітківки; епілепсія; неконтрольований діабет.</p> <p><b>Зверніть увагу:</b>  1.3 обережністю використовуйте при ураженні нирок з урахуванням недостатності даних фармакокінетики; зберігайте таку ж навантажувальну дозу як 1-го дня, але зменшіть дози на 2-5 дні до 50%, якщо швидкість клубочкової фільтрації 10-30 мл/хв, і до 25% – якщо швидкість клубочкової фільтрації &lt; 10 мл/хв або застосовується діаліз (дуже слабкі докази).  2. Виконуйте ЕКГ щодня</p>
	<p><b>2.3 Протівірусні препарати (недостатньо даних, щоб рекомендувати або не рекомендувати) (АІІ):</b>  <b>Можливе застосування лопінавір/ритонавір (розчин):</b>  від 7 до 15 кг – 12/3 мг/кг, 7-10 кг – 1,25 мл, 10-15 кг - 1,75 мл  від 15 до 40 кг – 10/2,5 мг/кг  15-20 кг 2,25 мл, 20-25 кг 2,75 мл, 25-30 кг – 3,5 мл, 30-35 кг – 4 мл, 35-40 кг – 4,75 мл. протягом 7 днів</p>	
	<p><b>2.4 Імуносупресанти, інгібітори інтерлейкіну (недостатньо даних, щоб рекомендувати або не рекомендувати) (АІІ):</b>  при погіршенні стану пацієнта, при загрозі тяжкого перебігу та швидкого прогресування захворювання <b>тоцилізумаб:</b>  вага &lt; 30 кг: 12 мг/кг в/в (розвести до 50 мл фізіологічним розчином і ввести через 1 годину);  вага &gt; 30 кг: 8 мг/кг в/в (розвести до 100 мл фізіологічним розчином і ввести через 1 годину) одноразово. Максимальна доза на одну інфузію 800 мг.</p>	<p><b>Протипоказання.</b>  Гіперчутливість до тоцилізумабу або будь-якого іншого компонента препарату.</p> <p>Активні, тяжкі інфекції.</p>

	2.5 Зниження захворюваності на венозну тромбоемболію	Використовуйте фармакологічну профілактику (гепарин з низькою молекулярною вагою [бажано, якщо є такий] або гепарин 5000 одиниць підшкірно два рази на день) у підлітків та дорослих без протипоказань. Тим, у кого є протипоказання, застосовувати механічну профілактику (пристрої для переривчастої пневматичної компресії).
<b>3. Симптоматична терапія</b>		
	3.1 Жарознижуючі препарати призначають при температурі вище 38,0 -38,5°C. Рекомендованим препаратом є <b>ацетамінофен (парацетамол)</b> 10-15 мг/кг одноразово, в подальшому за потребою, але несистемно.	<b>Протипоказання:</b> відома алергічна реакція на лікарський засіб  <b>Примітки:</b> При поганій переносимості гарячкового синдрому, судомного синдрому жарознижуючі препарати використовують і при більш низьких цифрах.
	3.2 Терапія трахеобронхіту ( <b>мукоактивні, бронхолітичні препарати</b> ), наприклад: а) ацетилцистеїн: від 2 до 6 років по 100 мг 2 рази на добу, від 6 до 14 років по 200 мг 2 рази на добу або Амброксолу гідрохлорид: до 2 років по 7,5 мг 2 рази на добу, від 2 до 6 років по 7,5 мг 3 рази на добу, від 6 до 12 років по 15 мг 2-3 рази на добу 5-7 діб б) сироп з листя плюща екстракт: від 2 до 6 років 17,5 мг 3 рази на добу, від 6 до 10 років 35 мг 3 рази на добу, від 10 років 35-52,5 мг 3 рази на добу 5-7 діб в) альбутерол (сальбутамол) аерозоль для інгаляцій (при бронхообструктивному синдромі)	<b>Протипоказання:</b> відома алергічна реакція на лікарський засіб  Призначення відповідно до інструкції для медичного застосування препарату.
	3.3 При необхідності застосовуються препарати та засоби, які дитина отримує постійно з приводу хронічних захворювань.	Призначення відповідно до інструкції для медичного застосування препарату.
<b>Підтверджений COVID-19. Тяжкий та критичний перебіг</b>	<b>1. Загальні положення</b>	
	1.1 Стаціонарний режим, ВДАІТ	
	1.2 Інфузійна терапія ізотонічними розчинами з урахуванням фізіологічної потреби дитини та ентерального годування	Під контролем балансу рідини

<b>2. Етіопатогенетична терапія</b>	
<p><b>2.1 Антибіотикотерапія (вибір препарату проводиться емпірично) (АІІ):</b>  <b>Терапія першої лінії</b> для пацієнтів з вираженою ДН, що потребують респіраторної терапії:  Позагоспітальна пневмонія – амоксицилін/клавулонова кислота - 30 мг/кг в/в кожні 8 годин, оцінка ефективності антибіотикотерапії 48,72 години  Внутрішньогоспітальна пневмонія (через 72 г від початку лікування в стаціонарі)-цефоперазон/сульбактам – 80 мг/к/добу в/в 2-4 рази на добу оцінка ефективності антибіотикотерапії 48,72 години  +/- аміноглікозиди (амікацін 15 мг/кг/добу 1-2 рази) в/в.  Корекція антибіотикотерапії залежно від результатів бак. посівів, результатів рівня прокальцитоніну.</p> <p><b>Терапія другої лінії:</b>  <b>Цефоперазон/Сульбактам</b> 100 мг/кг на добу в 2 прийоми <b>або Меропенем</b> 10-15мг/кг кожні 8 годин  +/-  <b>Лінезолід</b> 10 мг/кг кожні 8 годин <b>або Ванкоміцин</b> новонароджені до 7 днів початкова доза 15 мг/кг, далі 10 мг/кг кожні 12 годин, від 7 днів до 1 місяця – початкова доза 15 мг/кг, потім 10 мг/кг кожні 8 годин, від 1 міс – 10 мг/кг кожні 6 годин.</p> <p><b>Терапія третьої лінії:</b>  <b>Коломіцин</b> 50 000-75000 МО/кг/добу на 3 прийоми  +/-  <b>Лінезолід або Ванкоміцин</b></p>	<p><b>Протипоказання:</b>  відома алергічна реакція на лікарський засіб</p> <p>Призначення відповідно до інструкції для медичного застосування препарату</p> <p><b>Примітки:</b>  1. Після отримання результатів мікробіологічної чутливості та резистентності госпітальної флори вирішити питання щодо антибіотикотерапії в залежності від цих результатів.</p>
<p><b>2.2 Імунодепресанти (недостатньо даних, щоб рекомендувати або не рекомендувати) (АІІ):</b>  <b>Гідроксихлорохін сульфат:</b> вік &lt; 6 років 6.5 мг/кг/добу 2 рази на день (максимальна доза 400 мг/добу),  вік &gt;6 років: 10 мг/кг/добу, розділений на 2 рази на день (максимальна доза 400 мг/добу) протягом 5 днів.</p>	<p><b>Протипоказання:</b>  відома алергічна реакція на лікарський засіб</p> <p><b>Застереження:</b>  інтервал QTc &gt; 500 мсек (АІІ); <b>гіпокаліємія</b>; взаємодія лікарських засобів, відповідно до інструкції для медичного застосування.</p>

	<p>якщо немає гідроксихлорохіну - <b>Хлорохіну сульфат</b> 1 день 16 мг/кг 1 раз, через 12 годин 7,6 мг/кг, на 2-й – 5-й день по 7,6 мг/кг/добу протягом 5 днів.</p>	<p>Поєднання гідроксихлорохіну та азитроміцину не бажане (АІІ) через потенціал токсичності. Поєднання лопінавіру / ритонавіру (АІ) або інших інгібіторів ВІЛ-протеази (АІІ) не бажане через несприятливу фармакодинаміку та негативні дані клінічних випробувань.</p>
	<p><b>2.3 Протівірусні препарати:</b>  Можливе застосування <b>лопінавір/ритонавір</b> (розчин):  від 7 до 15 кг – 12/3 мг/кг, 7-10 кг – 1,25 мл, 10-15 кг - 1,75мл  від 15 до 40 кг – 10/2,5 мг/кг  15-20 кг 2,25 мл, 20-25 кг 2,75 мл, 25-30 кг – 3,5 мл, 30-35 кг – 4 мл, 35-40 кг – 4,75 мл. протягом 7 днів</p>	<p>Можлива взаємодія гідроксихлорохіну, ймовірно, така сама як у хлорохіну;  <b>відома недостатність глюкозо-6-фосфат дегідрогенази;</b>  важка міастенія; порфірія;  патологія сітківки; епілепсія; <b>неконтрольований діабет.</b>  <b><u>Зверніть увагу:</u></b>  1. З обережністю використовуйте при ураженні нирок з урахуванням недостатності даних фармакокінетики; зберігайте таку ж навантажувальну дозу як 1-го дня, але зменшіть дози на 2-5 дні до 50%, якщо швидкість клубочкової фільтрації 10-30 мл/хв, і до 25% – якщо швидкість клубочкової фільтрації &lt;10 мл/хв або застосовується діаліз (дуже слабкі докази).  2. Виконуйте ЕКГ щодня</p>
	<p><b>2.4 Імуносупресанти, інгібітори інтерлейкіну (недостатньо даних, щоб рекомендувати або не рекомендувати) (АІІ):</b>  при погіршенні стану пацієнта, при загрозі тяжкого перебігу та швидкого прогресування захворювання <b>тоцилізумаб:</b>  вага &lt; 30 кг: 12 мг/кг в/в (розвести до 50 мл фізіологічним розчином і ввести через 1 годину);  вага &gt; 30 кг: 8 мг/кг в/в (розвести до 100 мл фізіологічним розчином і ввести через 1 годину) одноразово. Максимальна доза на одну інфузію 800 мг.</p>	<p><b><u>Протипоказання.</u></b>  Гіперчутливість до тоцилізумабу або будь-якого іншого компонента препарату.  Активні, тяжкі інфекції.</p>
	<p>2.5 Зниження захворюваності на венозну тромбоемболію</p>	<p>Використовуйте фармакологічну профілактику (гепарин з низькою молекулярною вагою [бажано, якщо є такий] або гепарин 5000 одиниць підшкірно два рази на день) у підлітків та дорослих без протипоказань. Тим, у кого є протипоказання, застосовувати механічну профілактику (пристрої для переривчастої пневматичної компресії).</p>

<b>3. Симптоматична терапія</b>	
<p>3.1 Жарознижуючі препарати призначають при температурі вище 38,0 -38,5°C. Рекомендованим препаратом є <b>ацетамінофен (парацетамол)</b> 10–15мг/кг маси тіла однократно, в подальшому за потребою, але несистемно.</p>	<p><b>Протипоказання:</b> відома алергічна реакція на лікарський засіб</p> <p><b>Примітки:</b> При поганій переносимості гарячкового синдрому, судомного синдрому в анамнезі жарознижуючі препарати використовують і при більш низьких цифрах.</p>
<p>3.3 При необхідності застосовуються препарати та засоби, які пацієнт отримує постійно з приводу хронічних захворювань.</p>	<p>Призначення відповідно до інструкції для медичного застосування препарату</p>
<b>4. Інтенсивна терапія</b>	
<p><b>4.1 Інотропна підтримка (вазопресори норадреналін, адреналін, дофамін)</b> Вазопресори рекомендується вводити в мінімальних дозах, які забезпечують підтримку перфузії через центральний венозний катетер під контролем швидкості введення, з постійним контролем показників гемодинаміки. При ознаках зниження тканинної перфузії рекомендовано розпочати інфузію <b>добутаміну</b>.</p> <p><b>Норадреналін 0,1 до 0,3 мкг /кг/хв макс. 3 мкг /кг/хв.</b> <b>Адреналін 0,04-0,3 мкг /кг/хв</b> <b>Дофамін 2.0-10 мкг/кг/хв</b> <b>Добутамін 2.5-15 мкг/кг/хв</b></p>	<p>Проводиться за життєвими показами</p>
<p><b>4.2 Респіраторна терапія:</b> <b>Показання до неінвазивної вентиляції:</b> - тахіпное, що не зникає після зниження температури тіла; - PaO<sub>2</sub> &lt;60 мм.рт.ст. або PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub> &lt;300; - PaCO<sub>2</sub> &gt; 45 мм.рт.ст. ; - рН &lt;7,35; - Vt &lt;4 мл / кг (дыхальний об'єм (мл) / маса тіла (кг) пацієнта); - SpO<sub>2</sub> &lt;92%;</p> <p><b>Показання до ШВЛ:</b> - неефективність проведення неінвазивної вентиляції легенів; - неможливість проведення неінвазивної вентиляції легенів (зупинка дихання, порушення свідомості, психіки пацієнта);</p>	<p>Проводиться за життєвими показами</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- наростаюча задишка, тахіпное (більше 35 рухів в хвилину) - не зникає після зниження температури тіла;</li> <li>- PaO<sub>2</sub> &lt;60 мм.рт.ст. або PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub> &lt;100;</li> <li>- PaCO<sub>2</sub> &gt; 60 мм.рт.ст. ;</li> <li>- рН &lt;7,25;</li> <li>- Vt &lt;4 мл / кг (дихальний об'єм (мл) / маса тіла (кг) пацієнта);</li> <li>- SpO<sub>2</sub> &lt;90%.</li> </ul>	
--	--	--

\*Станом на 31.03.2020 в наявності публікації щодо відсутності переваг ефективності застосування зазначеного лікарського засобу, порівняно із підтримуючою терапією.

\*\*Тільки в умовах клінічного дослідження

\*\*\***Примітки:** матеріали внесення змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 березня 2020 року № 722, затверджених наказом МОЗ України від 23.04.2020 р. №953; матеріали з використанням «Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines» від 21.04.2020 р. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>

#### Шкала рейтингових рекомендацій

<i>Сила рекомендації</i>	<i>Якість доказів для рекомендації</i>
А - Наполеглива рекомендація щодо твердження	I: Одне або кілька рандомізованих досліджень з клінічними результатами та/або підтвердженими лабораторними кінцевими показниками
В - Помірна рекомендація щодо твердження	II: Один або кілька добре розроблених, не рандомізованих випробувань або спостережень когортних досліджень
С - Необов'язкова рекомендація щодо твердження	III: Думка експертів

### Лікування гострого респіраторного дистрес-синдрому у дітей

**Респіраторна терапія** – це механічні методи або комплекс методів, що призначені для часткового або повного протезування системи зовнішнього дихання (бажаного рівня альвеолярної вентиляції, газообміну та вентиляційно-перфузійних співвідношень у легенях) .

Респіраторна терапія включає в себе кисневу терапію, неінвазивну вентиляцію легень (НІВЛ), штучну вентиляцію легень (ШВЛ), а також застосування різних методів, що зберігають та покращують функцію легень (застосування бронходилататорів, видалення мокротиння з дихальних шляхів).

При тяжкому перебігу вірусної пневмонії респіраторну підтримку необхідно починати ще до появи ознак гострої дихальної недостатності

#### Показання до неінвазивної вентиляції легень (НІВЛ):

- тахіпноє (більше 25 рухів в хвилину для дорослих), що не зникає після зниження температури тіла;
- $PaO_2 < 60$  мм.рт.ст. або  $PaO_2 / FiO_2 < 300$ ;
- $PaCO_2 > 45$  мм.рт.ст. ; -  $pH < 7,35$ ;
- $Vt < 4$  мл / кг (дихальний об'єм (мл) / маса тіла (кг) пацієнта);
- $SpO_2 < 92\%$ ;

#### Абсолютні протипоказання до проведення НІВЛ:

- виражена енцефалопатія,
- відсутність свідомості;
- аномалії і деформації кісткових структур обличчя, що перешкоджають накладенню маски.

При неефективності неінвазивної вентиляції - гіпоксемії, метаболічний ацидоз або відсутності збільшення індексу  $PaO_2 / FiO_2$  протягом 2 годин, високій роботі дихання (десинхронізація з респіратором, участь допоміжних м'язів, «провали» під час тригерування вдиху на кривій «тиск-час»), показана інтубація трахеї.

#### Показання до ШВЛ:

- неефективність проведення неінвазивної вентиляції легень;
- неможливість проведення неінвазивної вентиляції легень (зупинка дихання, порушення свідомості, психіки пацієнта);
- наростаюча задишка, тахіпноє (більше 35 рухів в хвилину) - не зникає після зниження температури тіла;
- $PaO_2 < 60$  мм.рт.ст. або  $PaO_2 / FiO_2 < 100$ ;
- $PaCO_2 > 60$  мм.рт.ст. ;
- $pH < 7,25$ ;
- $Vt < 4$  мл / кг (дихальний об'єм (мл) / маса тіла (кг) пацієнта);
- $SpO_2 < 90\%$ .

#### Рекомендовані особливості проведення ШВЛ:

- Р пікове  $< 35$  см.вод.ст. ;
- Р плато  $< 30$  см.вод.ст. ;
- Рівень ПДКВ регулюється за величиною  $SpO_2$  (мінімально достатньо - 92%) і параметрами гемодинаміки.

Алгоритм: 5-8-10 см.вод.ст.

В процесі проведення респіраторної підтримки слід використовувати такі основні положення:

Дихальний об'єм (ДО,  $Vt$ ) - не більше 4-6 мл / кг ідеальної маси тіла ( «протективна» ШВЛ) ;

Частота дихання і хвилинний обсяг вентиляції (MVE) - мінімально необхідні, для підтримки  $PaCO_2$  на рівні менше 45 мм рт.ст.

Вибір РЕЕР - мінімально достатній для забезпечення максимального рекрутування альвеол і мінімального перероздування альвеол та пригнічення гемодинаміки ( «протективна» ШВЛ).

Проведення «безпечної» ШВЛ можливо як в режимах з керованим тиском (PC), так і в режимах з керованим об'ємом (VC). В даний час відсутні переконливі дані про перевагу будь-якого з допоміжних режимів респіраторної підтримки. При застосуванні керованих режимів респіраторної підтримки слід якомога швидше перейти до режимам допоміжної вентиляції.

## Припинення респіраторної підтримки

Питання про припинення ШВЛ може бути поставлений тільки в умовах регресу дихальної недостатності у пацієнта.

Принциповими моментами готовності є:

- Відсутність неврологічних ознак набряку головного мозку і патологічних ритмів дихання,
- Повне припинення дії міорелаксантів та інших препаратів, що пригнічують дихання,
- Стабільність гемодинаміки і відсутність життєво небезпечних порушень
- Відсутність ознак серцевої недостатності,
- Відсутність гіповолемії і виражених порушень метаболізму,
- Відсутність порушень кислотно-основного стану,
- $PvO_2 > 35$  мм.рт.ст.,
- Відсутність виражених проявів ДВС-синдрому (клінічно значущої кровотечі або гіперкоагуляції),
- Повноцінна нутритивна підтримка пацієнта перед і під час процесу «відлучення» від респіратора, компенсовані електролітні розлади,
- Температура менше 38 град С.

При важкій рефракторній гіпоксемії ( $PO_2 / FiO_2 < 50$ ) пацієнтам з ГРДС показано проведення екстракорпоральної мембранної оксигенації (ЕКМО). При цьому, доцільно переводити пацієнта на ЕКМО для зниження режимів вентиляції і забезпечення ефекту «спокою» легеням. Можна використовувати вено-венозну ЕКМО при відсутності явищ серцевої недостатності, а при її розвитку - вено-артеріальну ЕКМО.

### Потенційні показання до ЕКМО:

- Рефрактерна гіпоксемія  $PaO_2 / FiO_2 < 50$  мм рт.ст. ; незважаючи на  $FiO_2 > 80\% + PEEP (\leq 20$  см  $H_2O)$  при  $P_{plat} = 32$  см  $H_2O +$  prone-позиція +/- інгаляційний  $NO$ ;
- Тиск плато  $\geq 35$  см  $H_2O$  незважаючи на зниження  $PEEP$  до 5 см  $H_2O$  і зниження  $VT$  до мінімального значення (4 мл / кг) і  $pH \geq 7,15$ .

### Протипоказання до ЕКМО:

- Наявність геморагічних ускладнень і зниження рівня тромбоцитів нижче критичних значень (менше 50000), наявність клініки внутрішньочерепних крововиливів;
- Важкі супутні захворювання з очікуваною тривалістю життя пацієнта не більше 5 років;
- Поліорганна недостатність або  $SOFA > 15$  балів;
- Немедикаментозна кома;
- Технічна неможливість венозного або артеріального доступу;
- Індекс маси тіла  $> 40$  кг /  $m^2$ .

### Лікування пацієнтів з септичним шоком

1. При септичному шоці слід негайно здійснити внутрішньовенну інфузійну терапію кристалоїдними розчинами (30 мл / кг, інфузія одного літра розчину повинна бути проведена протягом 30 хвилин або менше).

2. Якщо стан пацієнта в результаті болюсної інфузії розчинів не покращується і з'являються ознаки гіперволемії (тобто вологі хрипи при аускультатії, набряк легенів за даними рентгенографії грудної клітини), то необхідно скоротити обсяги вводяться розчинів або припинити інфузію. **Не рекомендується використовувати гіпотонічні розчини або розчини крохмалю.**

3. При відсутності ефекту від стартової інфузійної терапії призначають вазопресори (норадреналін (норепінефрин), адреналін (адреналін) та дофамін). Вазопресори рекомендується вводити в мінімальних дозах, які забезпечують підтримку перфузії (тобто систолічний артеріальний тиск  $> 90$  мм рт. Ст.), через центральний венозний катетер під строгим контролем швидкості введення, з частою перевіркою показників гемодинаміки. При ознаках зниження тканинної перфузії вводять добутамін.

4. Пацієнтам з персистуючим шоківим станом, яким потрібне підвищення доз вазопресорів, доцільно внутрішньовенне введення гідрокортизону (до 200 мг / добу) або преднізолону (до 75 мг / добу). **Експерти ВООЗ рекомендують при коронавірусній інфекції застосовувати, по можливості, невисокі дози і нетривалі курси.**

5. При гіпоксемії з  $SpO_2 < 93-94\%$  показана респіраторна терапія.

### **Окремі рекомендації з ведення пацієнтів**

- при ендотрахеальній інтубації пацієнтів із COVID-19, рекомендовано використовувати відеокеровану ларингоскопію, якщо вона доступна.
- ендотрахеальну інтубацію повинен виконувати медичний працівник, який має найбільший досвід, щоб мінімізувати кількість спроб та ризик поширення інфекції.
- ШВЛ у пацієнтів з середньотяжким та важким ARDS, повинна проводитись в у prone-позиції 12-16 годин на добу.
- рекомендовано застосування емпіричної антибіотикотерапії для профілактики суперінфекції всім хворим що знаходяться на ШВЛ.

### **Рання підтримуюча терапія за наявності ТГРІ**

Слід ініціювати кисневу терапію починаючи з 5 л/хв та регулювати швидкість потоку до досягнення цільового рівня  $SpO_2 \geq 90\%$  у невагітних дорослих та  $SpO_2 \geq 92-95\%$  у вагітних пацієнток. Діти з екстремними ознаками (утруднене чи відсутнє дихання, ГРДС, центральний ціаноз, шок, кома або судоми) повинні отримувати кисневу терапію під час реанімаційних заходів до досягнення  $SpO_2 \geq 94\%$ ; в іншому випадку цільовий  $SpO_2$  становить  $\geq 90\%$ . Необхідно використовувати контактні заходи безпеки при роботі із забрудненими кисневими інтерфейсами пацієнтів із COVID-19. Пацієнтам в тяжкому стані без ознак шоку слід обережно вводити рідини внутрішньовенно (рестриктивна стратегія інфузійної терапії), оскільки швидке введення рідини може погіршити оксигенацію, особливо в умовах обмеженого доступу до механічної вентиляції. Пацієнтам в тяжкому стані з ознаками сепсису слід почати вводити емпіричні антимікробні препарати з урахуванням всіх ймовірних збудників, протягом однієї години від встановлення сепсису. Емпіричне лікування антибіотиками повинно ґрунтуватися на клінічному діагнозі (наприклад, негоспітальна або госпітальна пневмонія), епідеміологічних даних та регіональних/місцевих даних щодо антимікробної резистентності. Антибактеріальну терапію слід коригувати на основі результатів мікробіологічних досліджень і клініко-лабораторних даних (наприклад, рівень прокальцитоніну в крові). Заборонено давати системні кортикостероїди для лікування вірусної пневмонії або ГРВІ, якщо вони не показані з іншої причини. Уважно слідкуйте за хворими в тяжкому стані з метою раннього виявлення ознак клінічного погіршення, таких як швидко прогресуюча дихальна недостатність та сепсис, і негайно призначайте підтримуючу терапію за необхідності. Застосування своєчасної, ефективної та безпечної підтримуючої терапії є наріжним каменем терапії для пацієнтів, у яких розвиваються тяжкі прояви COVID-19.

### **Показання для переведу дитини до ПІТ:**

- поліпное/тяжка репіраторна недостатність, яка зберігається незважаючи на оптимізацію лікування;
- $SatO_2 < 92\%$  і  $FiO_2 \geq 0,5$  (при використанні кисневої маски з мішком);
- Гострий респіраторний ацидоз (гіперкапнія  $> 55$  мм.рт.ст і /або Ph 7,30; гіперкапнія зустрічається рідко, гіпоксемія частіше).
- рецидивуюче апное
- Септичний стан ,ознаки септичного шоку, поліорганна недостатність
- Зміна свідомості або підозра на пошкодження дихального центру (центральна гіповентиляція)

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА  
НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ЗГІДНО ІЗ КЛІНІЧНИМ  
ПРОТОКОЛОМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ «COVID-19»**

Я, \_\_\_\_\_, одержав(ла)

у \_\_\_\_\_

(найменування закладу охорони здоров'я)

інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Мені надано інформацію щодо можливості застосування нового клінічного протоколу для проведення діагностики та лікування мого (моєї дитини) захворювання та роз'яснено різницю між уніфікованим та новим клінічним протоколом.

Засвідчую свою згоду на застосування нового клінічного протоколу

(назва нового клінічного протоколу)

Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Я погоджуюсь із використанням та обробкою моїх персональних даних за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

Інформацію надав лікар \_\_\_\_\_ "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ року \_\_\_\_\_  
(П.І.Б.) (дата) (підпис)

Я, \_\_\_\_\_, згодний(а) із запропонованим планом лікування

_____		"____" _____ 20__ року
(підпис)		(дата)

**Примітки:** матеріали Додатку до Протоколу «Призначення та застосування лікарських засобів для можливого лікування хворих на коронавірусну хворобу (COVID-19) в залежності від ступеня тяжкості», затвердженого наказом МОЗ України №762 від 02.04.2020 р.

## Порядок одягання та знімання засобів індивідуального захисту

### I. Порядок одягання ЗІЗ:

**1. При проведенні маніпуляцій, які передбачають контакт з аерозольними виділеннями з дихальних шляхів:**

- а) захисний костюм
- б) хірургічна маска
- в) захист для очей
- г) одноразові рукавички

**2. При контакті з пацієнтами із підозрою або інфікуванням COVID-19 без маніпуляцій, пов'язаних з аерозольними виділеннями з дихальних шляхів:**

- а) захисний костюм
- б) хірургічна маска
- в) захист для очей, якщо можливе розбризкування біологічних рідин
- г) одноразові рукавички

**3. При контакті з пацієнтами із підозрою або інфікуванням COVID-19 з маніпуляціями, пов'язаними з аерозольними виділеннями з дихальних шляхів:**

- а) водовідштовхуючий спецодяг
- б) респіратор зі ступенем захисту FFP2/N95 або вище
- в) захист для очей
- г) дві пари одноразових рукавичок, якщо використовується спецодяг

### II. Порядок знімання ЗІЗ:

**1. Маніпуляції, які передбачають контакт з аерозольними виділеннями з дихальних шляхів не проводились:**

- а) одноразові рукавички
- б) дезінфекційна обробка рук
- в) захисний костюм
- г) дезінфекційна обробка рук
- д) захист для очей (якщо використовувався)
- е) дезінфекційна обробка рук
- є) хірургічна маска
- ж) дезінфекційна обробка рук

**2. Маніпуляції, які передбачають контакт з аерозольними виділеннями з дихальних шляхів, проводились (з використанням респіратора зі ступенем захисту FFP2/N95 і вище і захисту для очей):**

- а) зовнішня пара рукавичок
- б) спецодяг
- в) внутрішня пара рукавичок
- г) дезінфекційна обробка рук
- д) захист для очей
- е) дезінфекційна обробка рук
- є) респіратор зі ступенем захисту FFP2/N95 і вище
- ж) дезінфекційна обробка рук

**Примітки:** матеріали Стандарту екстреної медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затвердженого наказом МОЗ України від 28.03.2020 р. №722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)»; матеріали Emergency Medical Services Systems and 911 in the United States / EMS Infectious Disease Playbook / [Електронний ресурс]: <https://www.ems.gov/pdf/ASPR-EMS-Infectious-Disease-Playbook-June-2017.pdf>

## Ведення пацієнта на догоспітальному етапі бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги

### I. Оцінка стану:

*При первинній оцінці пацієнта: по можливості дотримуватися безпечної дистанції (більше 2 м); запропонувати пацієнту одягнути медичну маску.*

#### 1. Анамнез - оцініть:

- а) час появи симптомів;
- б) пов'язані симптоми;
- в) в анамнезі наявність астми або інших розладів дихання;
- г) задихання або інші ознаки обструкції верхніх дихальних шляхів;

#### 2. Фізикальне обстеження - оцініть:

- а) температура тіла
- б) задишка;
- в) патологічна ЧД та/або характер дихання;
- г) використання додаткових м'язів в акті дихання;
- д) якість газообміну, включно з глибиною та якістю дихальних шумів;
- е) свист, сухі хрипи, хрипи або стридор;
- є) кашель;
- ж) патологічний колір шкіри (ціаноз або блідість);
- з) порушення свідомості, психічного стану;
- й) ознаки гіпоксемії;
- к) ознаки складних дихальних шляхів (коротка щелепа або обмежена тяга щелепи, малий тиреоментарний простір, обструкція верхніх дихальних шляхів, великий язик, надмірна вага, великі мигдалики, широка і коротка шия, черепно-лицеві аномалії, надмірний волосяний покрив на обличчі).

### II. Лікування та втручання:

*При зниженні сатурації нижче 94% здійснюється респіраторна підтримка пацієнта.*

#### 1. Неінвазивні методи вентиляції:

а) підтримка прохідності дихальних шляхів та проведення кисневої терапії для досягнення сатурації на рівні 94-98%;

б) при вираженій дихальній недостатності або ризику зупинки дихання, застосуйте вентиляцію з використанням постійного позитивного тиску в дихальних шляхах (ППТД), двухфазного постійного позитивного тиску в дихальних шляхах (ДППТД), інтермітуючого позитивного тиску (ІПТ), назальної канюлі високого потоку (НКВП) та/або двофазної назальної канюлі з постійним позитивним тиском;

в) при дихальній недостатності або зупинці дихання проводьте вентиляцію мішком АМБУ. Вентиляція за участі двох фахівців системи ЕМД є більш ефективною, ніж за участі одного фахівця і відтак має проводитися за наявності додаткових фахівців системи ЕМД на місці події.

2. Оро- та назо-фарингеальні повітроводи – застосовуйте (одночасно або по одному) для підвищення ефективності вентиляції мішком АМБУ, особливо якщо у пацієнта є порушення свідомості.

3. Надгортанні дихальні пристрої або позаглоткові пристрої: розгляньте використання надгортанних дихальних пристроїв або позаглоткових пристроїв, якщо мішок АМБУ неефективний у підтримці оксигенації та/або вентиляції.

#### 4. Ендотрахеальна інтубація:

а) коли неінвазивні методи (мішок АМБУ, надгортанні дихальні пристрої або позаглоткові пристрої) неефективні, проведіть ендотрахеальну інтубацію для підтримки оксигенації та/або вентиляції;

б) іншими показаннями є потенційна обструкція дихальних шляхів, сильні опіки, множинні травми, порушення свідомості або втрата нормального захисного рефлексу дихальних шляхів;

в) слідкуйте за клінічними ознаками, пульсоксиметрією, серцевим ритмом, АТ та капнографією після інтубації;

г) відео ларингоскопія може підвищити шанси на успішну інтубацію і має застосовуватись за її наявності. Використовуйте буж у разі: якщо відео ларингоскопія недоступна або, якщо немає можливості чіткої візуалізації голосових зв'язок прямою ларингоскопією.

5. Пост-інтубаційний контроль пацієнта.

5.1. Підтвердіть правильність постановки ендотрахеальної трубки/надгортанних пристроїв шляхом оцінки показників капнографії, відсутності звуків у шлунку, а також наявності дихання білатерально.

5.2. Постійно слідкуйте за показниками капнографа під час лікування та транспортування.

5.3. Контролюйте вручну фіксацію інтубаційної трубки, поки вона не буде зафіксована пластирем, бинтом або спеціальним фіксуючим пристроєм:

а) зверніть увагу на маркування на трубці, які як правило знаходяться на лінії ясен пацієнта, завдяки ним можна виявити її рух/дислокацію;

б) іммобілізація шийного відділу та/або застосування шийного комірця може обмежити рух шиї та знизити ризик дислокації трубки.

5.4. Роздуйте манжету ендотрахеальної трубки мінімальною кількістю повітря для герметизації дихальних шляхів - спеціальний манометр на манжеті ендотрахеальної трубки можна використовувати для виміру та регулювання тиску в манжеті, рекомендований тиск - 20 см H<sub>2</sub>O.

5.5. Вентиляція:

а) дихальний об'єм:

- вентилюйте з мінімальним об'ємом, який забезпечує підняття грудної клітки, приблизно 7 мл/кг при ідеальній вазі тіла - надмірна вентиляція може мати негативні наслідки;

б) частота:

- дорослі: 10-12 дих/хв

- діти: 20 дих/хв

- немовлята: 30 дих/хв;

в) постійний моніторинг CO<sub>2</sub> на видиху для підтримки показника на рівні 35-40 мм.рт.ст. - при травмі голови з ознаками внутрішньочерепної гематоми (одностороння розширена зіниця або децеребраційна поза), помірно гіпервентилюйте до ETCO<sub>2</sub> 30 мм.рт.ст. (концентрація вуглекислого газу в кінці спокійного видиху);

5.6. Розгляньте седацию із застосуванням седативних або опіоїдних препаратів, якщо пацієнт збуджений.

6. Шлункова декомпресія може покращити вентиляцію та сатурацію, тому її необхідно виконати у разі наявного роздуття шлунку.

7. Якщо не вдається забезпечити адекватну вентиляцію та/або оксигенацію наведеними вище методами, рятувальник має провести конікотомію, якщо ризик смерті внаслідок відсутності контролю дихальних шляхів вищий, ніж ризик ускладнень процедури.

8. Терміново госпіталізуйте пацієнта для стабілізації прохідності дихальних шляхів у разі, якщо неможливо вирішити проблему зупинки дихання на долікарняному етапі.

**Примітки:** матеріали Стандарту екстреної медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затвердженого наказом МОЗ України від 28.03.2020 р. №722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)»;

матеріали Нового клінічного протоколу «Екстрена медична допомога: догоспітальний етап. Новий клінічний протокол № 7.1. Контроль дихальних шляхів», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.06.2019 р. № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».

### **Застережні заходи при проведенні маніпуляцій, які передбачають контакт з аерозольними виділеннями з дихальних шляхів пацієнта**

- Маніпуляції, при яких найбільш вірогідно виникне контакт із аерозольними виділеннями: вентиляція мішком Амбу, орофарингеальне відсмоктування, ендотрахеальна інтубація, використання небулайзера, СРАР, біРАР, СЛР.
- Мішок Амбу та інше дихальне обладнання має бути оснащене НЕРА фільтром для очистки видихуваного повітря.
- На додачу до описаних вище ЗІЗ потрібно використовувати респіратор із рівнем захисту FFP2/N95 або вищим замість лицевої маски.
- Якщо можливо, потрібно відчинити двері в салоні, де перебуває пацієнт, і активувати систему опалення, вентиляції та кондиціонування повітря (ОВК/HVAC). Це слід робити подалі від пішохідної зони.

#### **Безпека пацієнта**

1. Уникайте надмірного тиску або об'єму під час застосування мішка АМБУ.
2. Не виконуйте ендотрахеальну інтубацію до тих пір, поки неінвазивні методи контролю працюють, оскільки це може бути пов'язано з ризиком травмування гортані під час інтубації, додатковим травмуванням шийного відділу хребта, неправильним розташуванням ендотрахеальної трубки (в правому бронху або шлунку) або сторонніми ефектами від седації, особливо у дітей.
3. У разі успішного введення надгортанних пристроїв та виконання інтубації, обструкція або зміщення трубки може мати фатальні наслідки для пацієнта. Трубки повинні фіксуватись за допомогою спеціальних засобів або пластиру.
4. Фахівці, які не мають достатніх навиків у проведенні швидкої послідовної індукції при інтубації, не повинні виконувати дану процедуру на дітях оскільки втрата контролю дихальних шляхів може спричинити ускладнення.
5. Швидка послідовна індукція при інтубації має виконуватись спеціально навченими спеціалістами, які проходили поглиблене навчання та заходи забезпечення якості.

#### **Корисна інформація**

1. У порівнянні з веденням дорослих із зупинкою серця, фахівці ЕМД рідше використовують ендотрахеальну інтубацію у дітей з зупинкою кровообігу. Окрім цього, вірогідність неуспішної інтубації дитини із зупинкою серця та такими ускладненнями як неправильне розташування ендотрахеальної трубки чи аспірацією в три рази вища, ніж у дорослих пацієнтів.
2. Використовуйте хвильову капнографію для визначення рівня CO<sub>2</sub> на видиху (ETCO<sub>2</sub>). Це важливий допоміжний засіб моніторингу при дихальних розладах, дихальній недостатності та під час терапії з застосуванням постійного позитивного тиску. Даний пристрій повинен застосовуватись, як стандартний засіб перевірки правильності постановки надгортанних пристроїв, а також ендотрахеальної трубки.
3. ППТД, ДППТД, ПТ, НКВП.
4. Протипоказанням для даних неінвазивних методів вентиляції є непереносимість пристрою, глибоке порушення свідомості, надмірна секреція, яка запобігає щільному приляганням маски/канюлі, нещодавня операція на шлунково-кишковому тракті та/або дихальних шляхах.
5. Мішок АМБУ:
  - а) правильно підібрана маска має закривати ніс та рот і забезпечувати щільне прилягання навколо щік та підборіддя;
  - б) вентиляційний об'єм має бути достатнім для підняття грудної клітки;
  - в) частота вентиляції:
    - під час СЛР частота має складати 10 дих/хв, тобто 1 дихання кожні 10 натискань (або 1 дихання кожні 6 секунд). У разі застосування надгортанних пристроїв або інтубації, в ідеалі вентиляція відбувається між двох натискань на грудну клітку
    - у дорослих без зупинки серця вентиляція з частотою 12 дихань /хв.

- у дітей частота складає 20 дих/хв (тривалість вдоху та видоху 1 секунда з подальшою 2-секундною паузою).

6. Оротрахеальна інтубація:

а) розміри ендотрахеальної трубки:

Вік	Розмір без манжети, мм	Розмір з манжетою, мм
Передчасно народжені	2,5	
До 3-х місяців	3,0	
3-7 місяців	3,5	3,0
7-15 місяців	4,0	3,5
15-24 місяці	4,5	3,5
2-15 років	[вік (в роках)/4]+4	[вік (в роках)/4]+3,5

б) глибина введення - (3) x (розмір ЕТ);

в) на додачу до преоксигенації, оксигенотерапія з використанням назальної канюлі може відтермінувати настання гіпоксії під час спроби

інтубації;

г) вентиляція з ППТД після інтубації зменшує переднавантаження та може призвести до гіпотензії - застосуйте вазопресори для уникнення гіпотензії;

г) достатня увага має приділятися адекватній преоксигенації для уникнення постінтубаційної гіпоксії і подальшої зупинки серця;

д) правильна санація дихальних шляхів може підвищити шанси на успішне проведення інтубації з першої спроби;

е) підтвердіть успішність постановки з допомогою хвильового капнографу. Менш оптимальним методом перевірки є наявність білатерального підняття стінок грудної клітки, наявність білатерального дихання, підтримка адекватного рівня оксигенації. Зміна кольору на кольоровому капнографі є менш точною, ніж клінічна оцінка, а хвильовий капнограф є найбільш точним. Наявність запотівання всередині трубки не є надійним способом підтвердження правильності розташування. Візуалізація з допомогою відеоларингоскопії (за можливості) може сприяти підтвердженню правильності постановки у разі несправності капнографу або суперечливих даних на моніторі;

е) постійне навчання та практика є запорукою підтримки навичок. Це особливо стосується роботи з дітьми, оскільки інтубація дуже рідко проводиться фахівцями ЕМД на догоспітальному етапі;

ж) відеоларингоскопія, за наявності, може сприяти у проведенні ендотрахеальної інтубації.

7. У разі вираженої дихальної недостатності або зупинки дихання та потреби у потенційному проведенні професійного контролю дихальних шляхів необхідно відправляти на допомогу фахівців системи ЕМД з найвищим рівнем кваліфікації.

**Примітки:** матеріали Нового клінічного протоколу «Екстрена медична допомога: догоспітальний етап. Новий клінічний протокол № 7.1. Контроль дихальних шляхів», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.06.2019 р. № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги»;

матеріали Centers for Disease Control and Prevention. USA / Interim Guidance for Emergency Medical Services Systems and 911 Public Safety Answering Points for COVID-19 in the United States / [Електронний ресурс]: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-for-ems.html>;

## Процедура госпіталізації бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги пацієнта із підозрою або підтвердженим інфікуванням COVID-19

1. Рішення щодо госпіталізації необхідно приймати на основі проведеного обстеження:
  - 1) наявність у пацієнта симптомів/ознак вірусного захворювання (кашель, нежить, біль у горлі, загальна слабкість);
  - 2) життєві показники: ЧД, сатурація крові, ЧСС, АТ, шкала ком ГЛАЗГО;
  - 3) визначити чи є:
    - а) біль в грудній клітці;
    - б) задишка в спокої;
    - в) ціаноз;
    - г) порушення свідомості;
    - д) ознаки дихальної недостатності;
    - е) інші ознаки, що свідчать про критичний стан пацієнта.
  - 4) прийняття рішення у випадку, якщо у пацієнта немає змін при проведенні обстеження визначених у підпункті 1) цього пункту слід застосовувати стандартні методи надання ЕМД, залежно від наявного невідкладного стану чи скарг.

Якщо у пацієнта присутні ознаки вірусного захворювання, життєві показники в межах норми та відповідно відсутні загрозові ознаки визначені в підпункті 3) цього пункту, слід рекомендувати залишатися вдома, при цьому необхідно повідомити про це лікаря терапевта дільничного.

У випадку якщо поряд з наявними ознаками вірусного захворювання є хоча б одна ознака вказана в підпункті 3) цього пункту, пацієнта слід госпіталізувати у визначений заклад охорони здоров'я, дотримуючись всіх необхідних заходів спрямованих на попередження зараження.

2. Надання пацієнту (родичам, опікунам) у доступній формі інформації щодо стану здоров'я та лікувально-діагностичних заходів, що проводитимуться бригадою ЕМД.

3. Під час транспортування необхідно забезпечити моніторування стану пацієнта, проведення лікувальних заходів та готовність до проведення реанімаційних заходів.

4. Після госпіталізації здійснюється санітарна обробка працівників бригади ЕМД та автомобіля ШМД у закладі охорони здоров'я, куди був госпіталізований пацієнт.

**Примітки:** матеріали Стандарту екстреної медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затвердженого наказом МОЗ України від 28.03.2020 р. №722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)»;

матеріали Нового клінічного протоколу «Екстрена медична допомога: догоспітальний етап. Новий клінічний протокол № 7.1. Контроль дихальних шляхів», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.06.2019 р. № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги»;

матеріали Centers for Disease Control and Prevention. USA / Interim Guidance for Emergency Medical Services Systems and 911 Public Safety Answering Points for COVID-19 in the United States / [Електронний ресурс]: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-for-ems.html>

## Обробка автомобіля ШМД після транспортування пацієнта із підозрою або підтвердженим інфікуванням COVID-19

- Після транспортування пацієнта залиште задні двері відкритими для забезпечення циркуляції повітря, щоб з повітряним потоком відбулась елімінація потенційно інфікованих частинок.
- Часу, необхідного для завершення процедури передачі пацієнта до закладу охорони здоров'я і заповнення медичної документації має бути достатньо, щоб салон автомобіля провітрився.
- Під час миття автомобіля персонал бригади ЕМД має використовувати одноразовий захисний одяг і рукавички. Також варто використовувати щиток для обличчя чи лицеву маску і окуляри, якщо можливе розбризкування рідин під час процесу.
  - Двері мають залишатися відкритими під час миття транспортного засобу.
  - Планові процедури очищення і дезінфекції (наприклад, особливості використання очищувачів і води для попередньої обробки до використання спеціальних дезінфікуючих засобів на контактних поверхнях чи об'єктах, які активно використовуються) підходять для використання.
  - Мийте і дезінфікуйте транспортний засіб, дотримуючись стандартних процедур. Всі поверхні, з якими міг контактувати пацієнт або матеріали, які використовувались при наданні допомоги пацієнту (наприклад, ноші, поручні, контрольні панелі, підлога, стіни, робочі поверхні) мають бути ретельно очищені і дезінфіковані.
  - Чистіть і дезінфікуйте обладнання багаторазового використання перед використанням його для надання допомоги іншому пацієнту відповідно до інструкцій виробника.
  - Дотримуйтесь стандартних процедур щодо користування та утилізації інфікованих ЗІЗ та інших медичних відходів.
  - Дотримуйтесь стандартних процедур щодо пакування і прання використаного одягу. Уникайте струшування одягу.

**Примітки:** матеріали Centers for Disease Control and Prevention. USA / Interim Guidance for Emergency Medical Services Systems and 911 Public Safety Answering Points for COVID-19 in the United States / [Електронний ресурс]: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-for-ems.html>;  
матеріали Emergency Medical Services Systems and 911 in the United States / EMS Infectious Disease Playbook / [Електронний ресурс]: <https://www.ems.gov/pdf/ASPR-EMS-Infectious-Disease-Playbook-June-2017.pdf>

## Оформлення медичної документації та критерії ефективності надання допомоги

### I. Оформлення первинної облікової медичної документації

1. На кожний випадок звернення пацієнта оформлюється «Карта виклику та виїзду швидкої медичної допомоги» з відповідними додатками (ф. 110/о затвердженої МОЗ України).
2. Якщо було виявлено інфекційне захворювання, подається у встановленому порядку «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення» затвердженої наказом МОЗ України від 10 січня 2006 року № 1, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 08 червня 2006 року за №686/12560, форма первинної облікової медичної документації № 058/о.
3. Сканована копія «Карти виклику та виїзду ШМД» та скановані копії додатків, електрокардіограм пацієнта долучаються до електронної (паперової) медичної карти амбулаторного хворого (форма 025/о, затверджена МОЗ України).

### II. Критерії ефективності надання екстреної медичної допомоги

1. Під час диспетчеризації проводиться обов'язкове опитування відповідно до алгоритму опитування особи з підозрою на COVID-19 фельдшером з МНС (з приймання викликів) відповідно до Алгоритму роботи чергового медичного працівника бюро викликів станції ШМД при зверненні за медичною допомогою пацієнтів з підозрою на COVID-19 ([Додаток 13](#)).
2. Частота дихання та сатурація мають вимірюватись та заноситись у відповідну «Карту виклику та виїзду ШМД».
3. Відсоток пацієнтів, у яких після інтубації було застосовано хвильовий капнограф для первинного підтвердження правильності постановки та подальшого моніторингу під час транспортування.
4. Відсоток пацієнтів, контроль дихальних шляхів яких по прибуттю до приймального відділення забезпечувався наступним: мішок АМБУ, надгортанні пристрої або ендотрахеальна інтубація.
5. Відсоток інтубованих пацієнтів, у яких на момент прибуття до стаціонару правильно розташована ендотрахеальна трубка.
6. Вдала інтубація з першої спроби без наявності гіпоксії або гіпотензії.
7. Рівень виживання після госпіталізації (летальність).
8. Дотримання заходів з індивідуального захисту від зараження інфекційними захворюваннями.
9. Повнота зібраних даних епідеміологічного анамнезу, встановлення кола осіб, які спілкувалися з хворим (підозрілим) впродовж останніх 14 днів та складання їх списку.

**Примітки:** матеріали Стандарту екстреної медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затвердженого наказом МОЗ України від 28.03.2020 р. №722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)»;

матеріали Нового клінічного протоколу «Екстрена медична допомога: догоспітальний етап. Новий клінічний протокол № 7.1. Контроль дихальних шляхів», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05.06.2019 р. № 1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги»

**КАТЕГОРІЇ ОСІБ, ЯКІ ПІДЛЯГАЮТЬ ОБСТЕЖЕННЮ НА SARS-COV-2,  
ТА МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ**

<b>Особи, які підлягають тестуванню</b>	<b>Біологічний матеріал, що підлягає дослідженню</b>	<b>Строки відбору біологічного матеріалу</b>	<b>Перелік та послідовність застосування тестів</b>
Пацієнти з клінічними ознаками коронавірусної хвороби	Верхні дихальні шляхи: носоглоткові мазки; ротоглоткові мазки; фарингальний аспірат. Нижні дихальні шляхи: мокротиння; аспірат; бронхо-альвеолярний лаваж Сироватка/плазма	Відразу при виявленні	1. ПЛР 2. ІФА IgM, якщо ПЛР негативний 3. ІФА IgM при неможливості проведення ПЛР впродовж однієї доби
Пацієнти з пневмонією	Ротоглоткові мазки; мокротиння; аспірат; бронхо-альвеолярний лаваж Сироватка/плазма	Відразу при виявленні	1. ПЛР 2. ІФА IgM 3. ІФА IgM при неможливості проведення ПЛР впродовж однієї доби
Особи, що контактували з підтвердженим випадком	Верхні дихальні шляхи: носоглоткові мазки; ротоглоткові мазки; фарингальний аспірат Сироватка/плазма	На 14 добу після контакту	1. ПЛР 2. ІФА IgM, при неможливості проведення ПЛР впродовж однієї доби
Особи, які потребують планової госпіталізації та/або операції	Верхні дихальні шляхи: носоглоткові мазки; ротоглоткові мазки; фарингальний аспірат Сироватка/плазма	Перед госпіталізацією та/або операцією	1. ПЛР обов'язково для осіб з імуносупресією 2. Для інших груп ІФА IgM 3. ПЛР якщо ІФА позитивне
Медичні працівники, які безпосередньо надають медичну допомогу хворим або проводять догляд за хворими на COVID-19 в умовах стаціонару  Працівники лабораторій, які обробляють зразки з дихальних шляхів отримані від хворих на COVID-19  Працівники патологоанатомічних, судово-медичних бюро, відділень, які приймають участь у розтині тіла, в тому числі взятті зразків секційного матеріалу	Сироватка/плазма Верхні дихальні шляхи: носоглоткові мазки; ротоглоткові мазки; фарингальний аспірат	1 раз на 14 днів (до отримання перших позитивних результатів у конкретної особи)	1. ІФА IgM та ІФА IgG 2. ПЛР якщо ІФА позитивні

Працівники Національної поліції, Національної гвардії, Держприкордонслужби Інші медичні та фармацевтичні працівники	Сироватка/плазма Верхні дихальні шляхи: носоглоткові мазки; ротоглоткові мазки; фарингальний аспірат	1 раз на 30 днів (до отримання перших позитивних результатів у конкретної особи)	1. ІФА ІgМ та ІФА ІgG 2. ПЛР якщо ІФА позитивні
--	--	---	--

**Примітки:** наказ МОЗ України №1227 від 20.05.2020 р. «Зміни до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»

## ОБСТЕЖЕННЯ ОСІБ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ПЛАНОВОЇ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ АБО ОПЕРАЦІЇ

Пацієнтам, яким надається медична допомога у зв'язку з проведенням планових заходів з госпіталізації або плановою операцією проводиться тестування на наявність коронавірусу SARS-CoV-2 методом ПЛР. Відбір зразку матеріалів для тестування на наявність коронавірусу SARS-CoV-2 методом ПЛР організовує лікуючий лікар, який направляє на госпіталізацію або безпосередньо в закладі охорони здоров'я, або через направлення мобільної бригади за місцем перебування пацієнта.

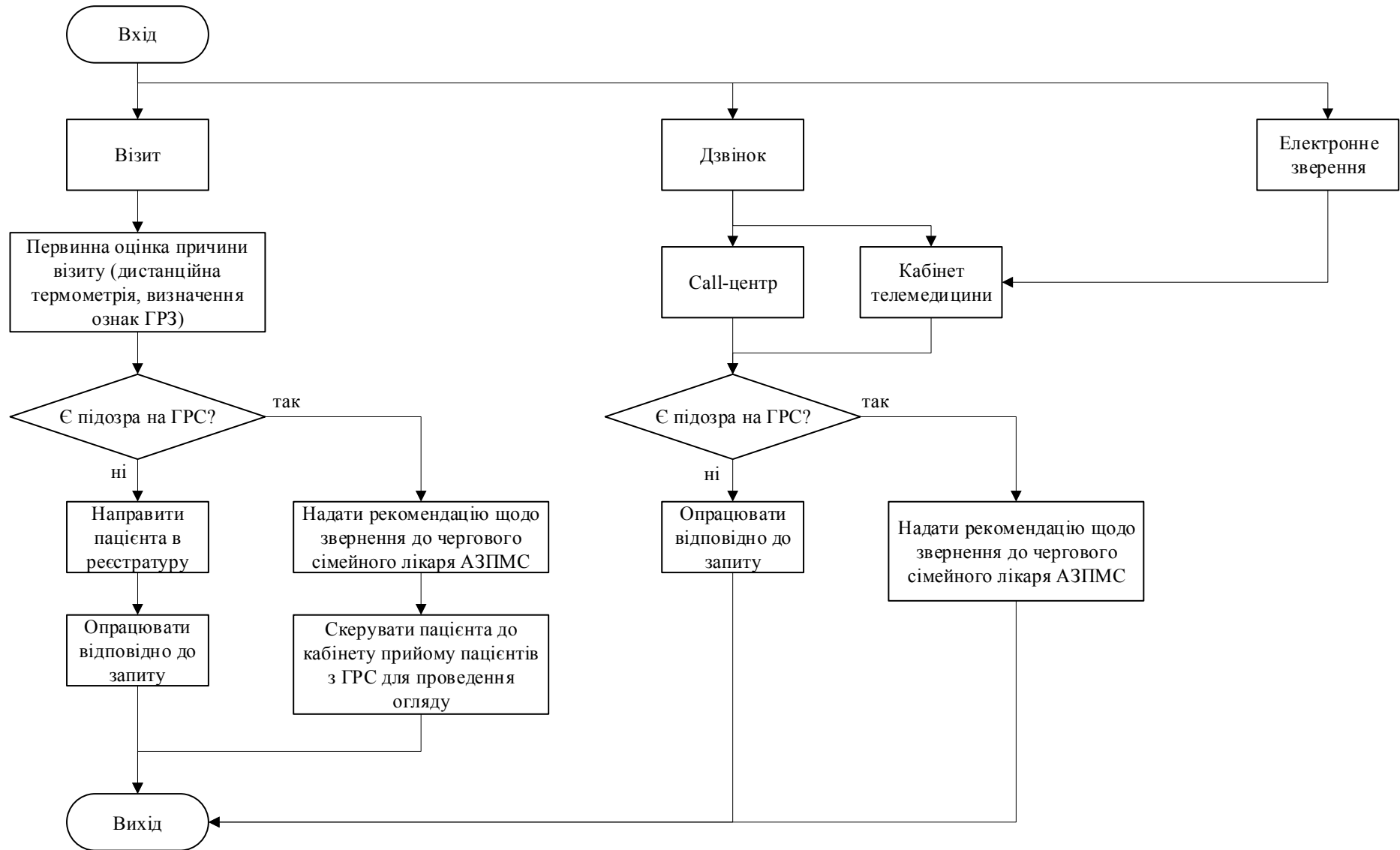
У випадку звернення пацієнта за медичною допомогою, де не потрібне направлення лікуючого лікаря, відбір зразку матеріалів для тестування на наявність коронавірусу SARS-CoV-2 методом ПЛР організовує заклад охорони здоров'я, до якого звертається пацієнт.

Рішення про госпіталізацію приймається у разі наявності первинного негативного результату.

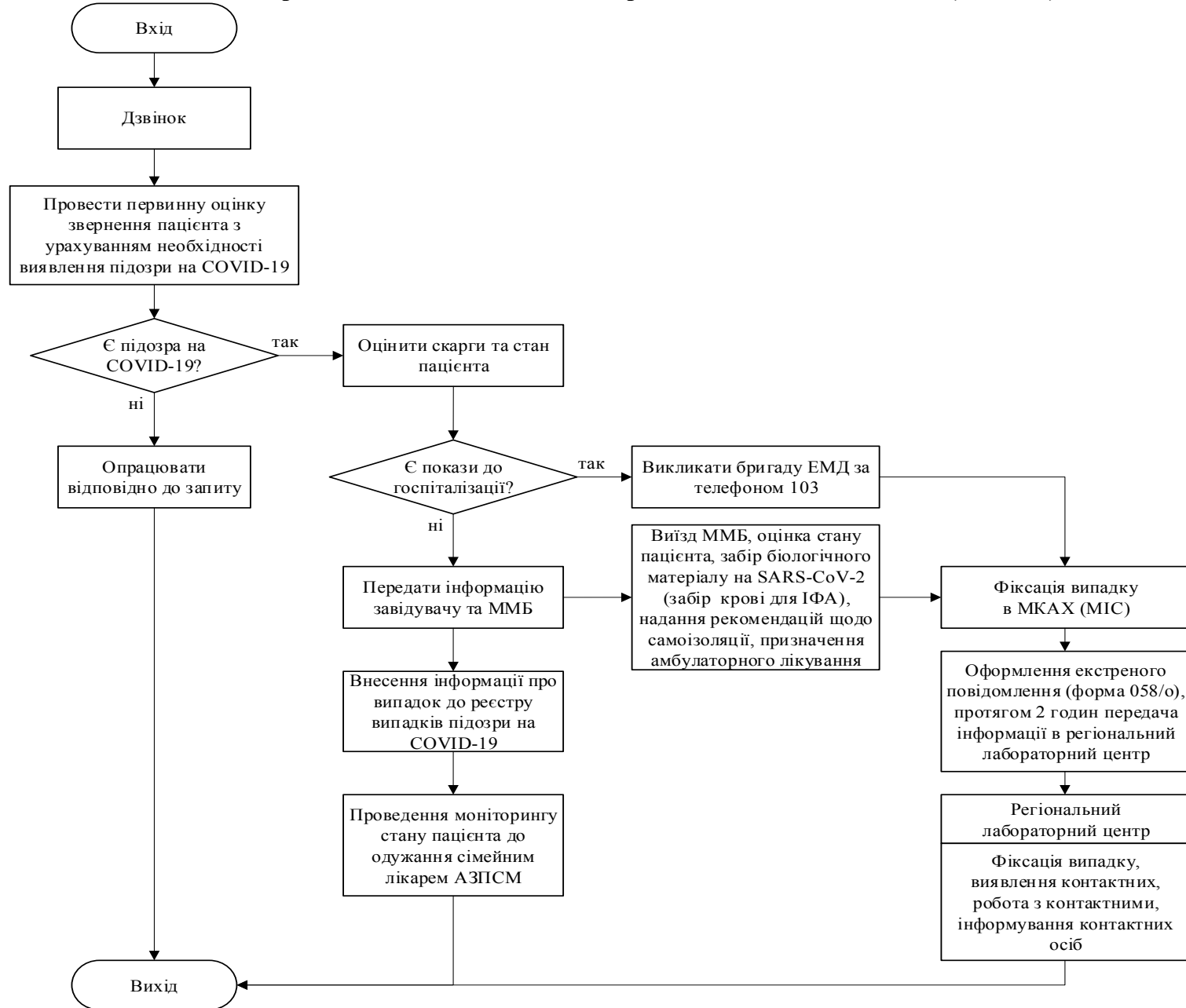
Відбір, зберігання та транспортування зразків матеріалів для тестування на наявність коронавірусу SARS-CoV-2 методом ПЛР до лабораторних центрів здійснюється відповідно до «Стандарту медичної допомоги «COVID-19» затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р. (із змінами від 09.04.2020 р., затвердженими наказом МОЗ України №827) ([Додаток 7](#))

**Примітки:** наказ МОЗ України №1109 від 12.05.2020 р. «Зміни до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»

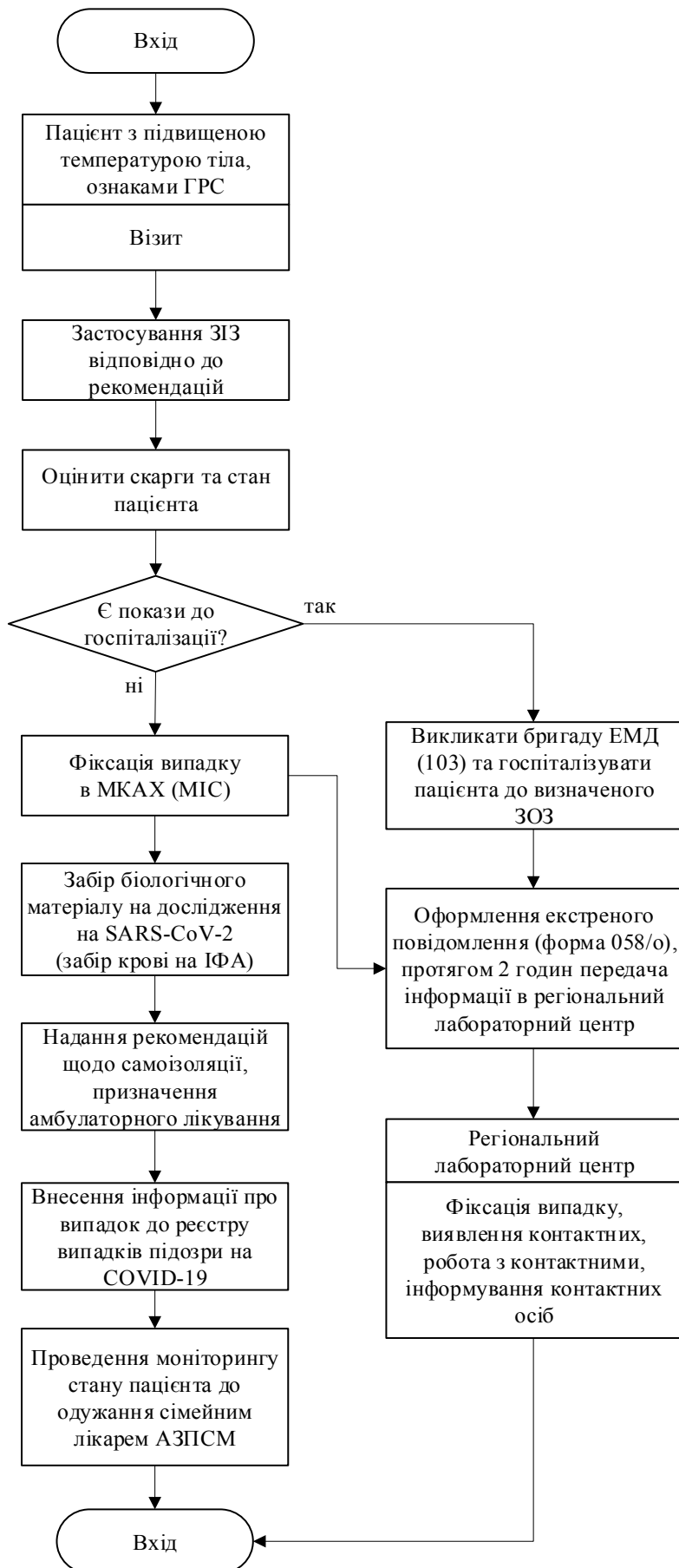
КМП з підозрою на COVID-19 на долікарському етапі в системі первинної медичної допомоги (АЗПМС)



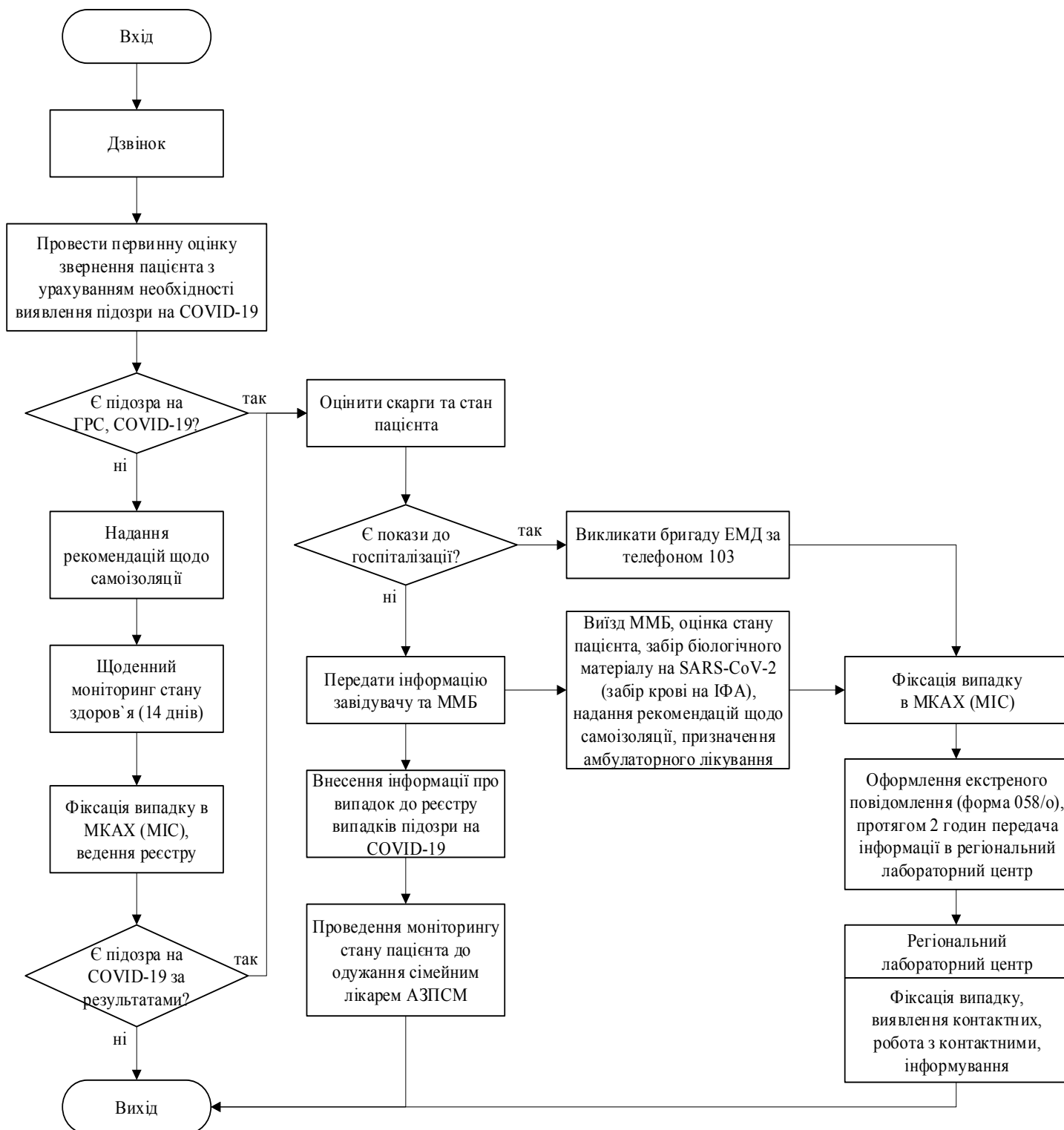
**КМП з підозрою на COVID-19 в системі первинної медичної допомоги (АЗПСМ)**



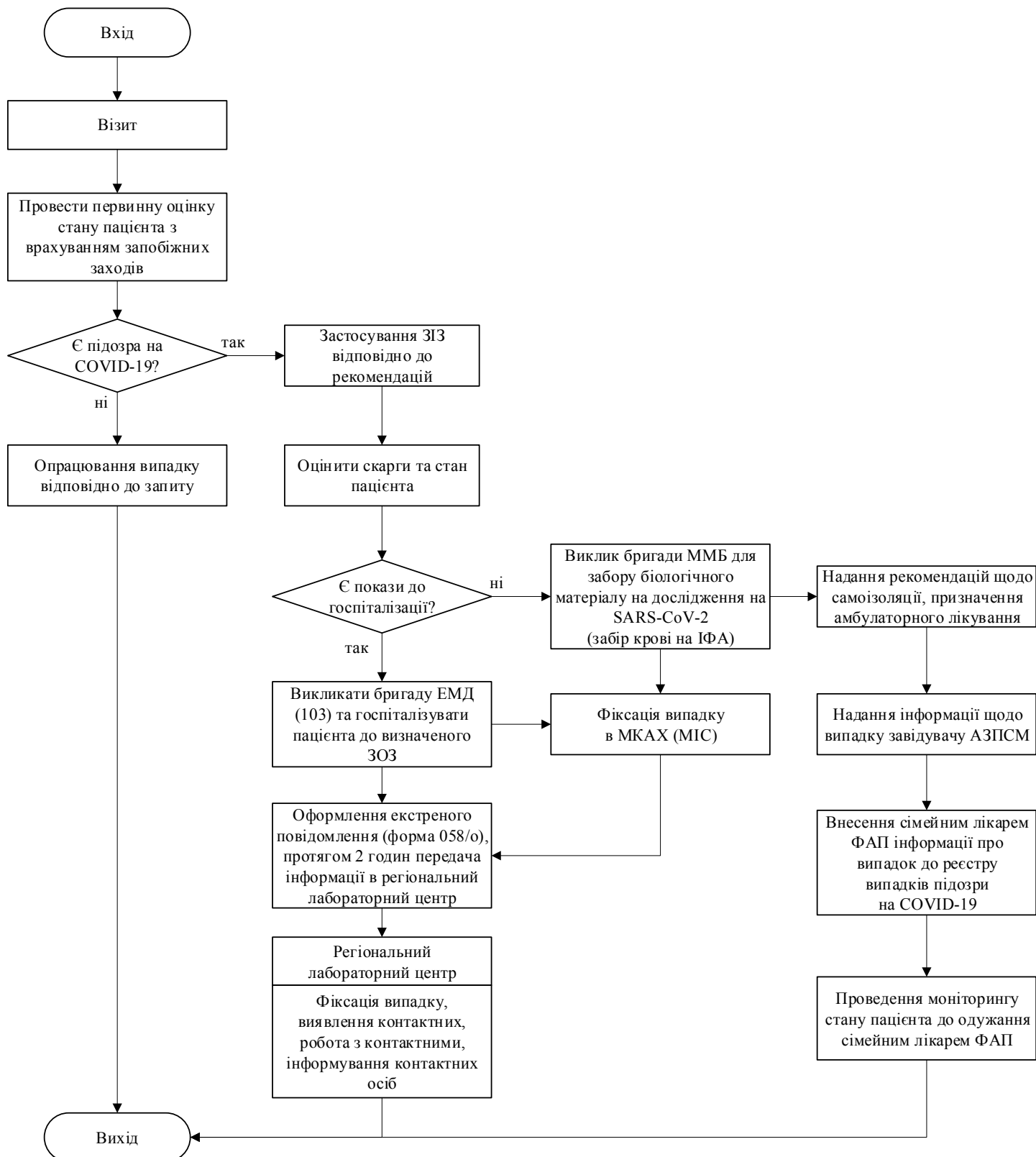
**КМП з підозрою на COVID-19 в системі первинної медичної допомоги  
(кабінет прийому пацієнтів з ГРС) АЗПСМ**



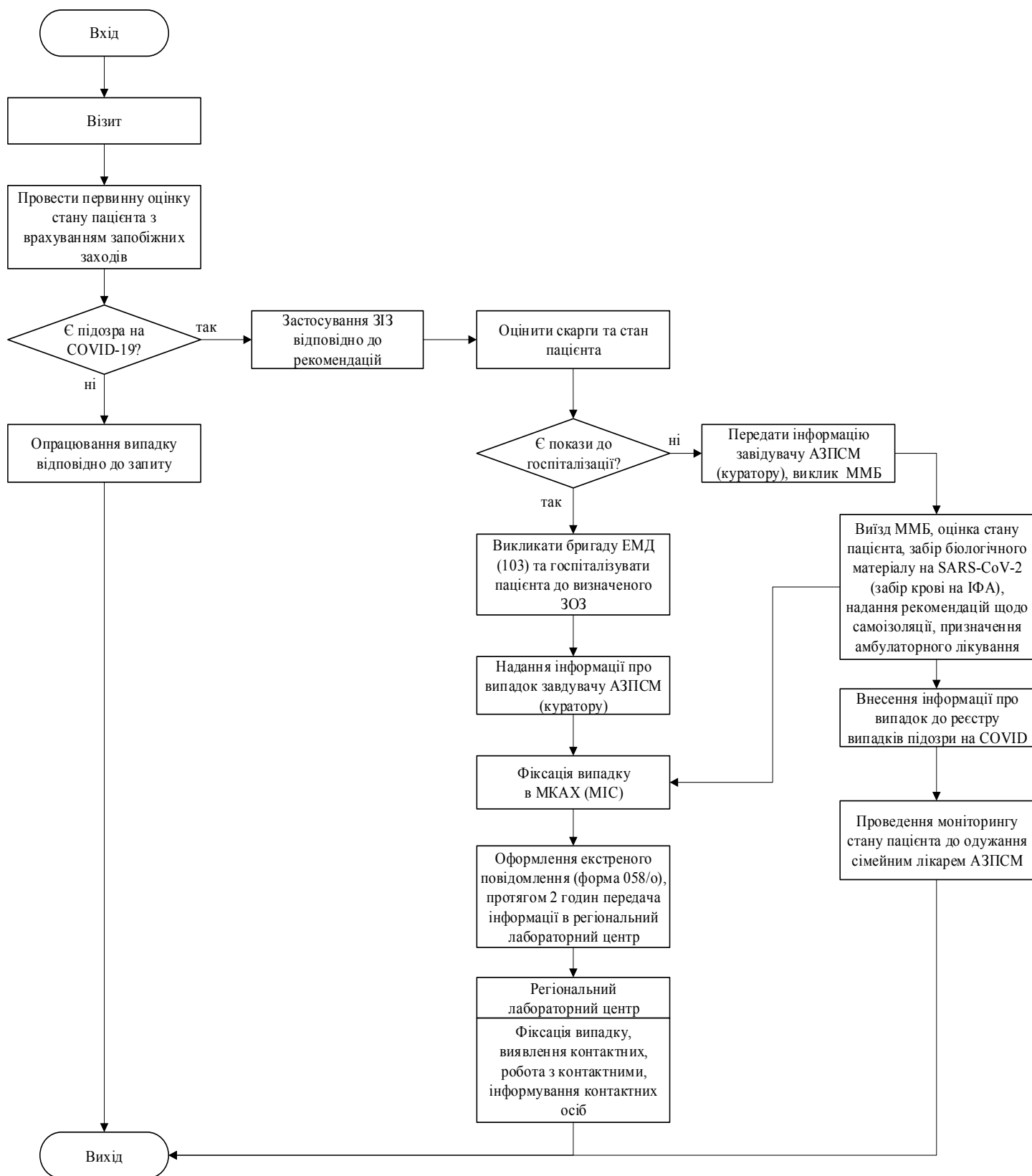
**КМП контактних осіб пацієнтів з підтвердженим COVID-19  
в системі первинної медичної допомоги (АЗПСМ)**



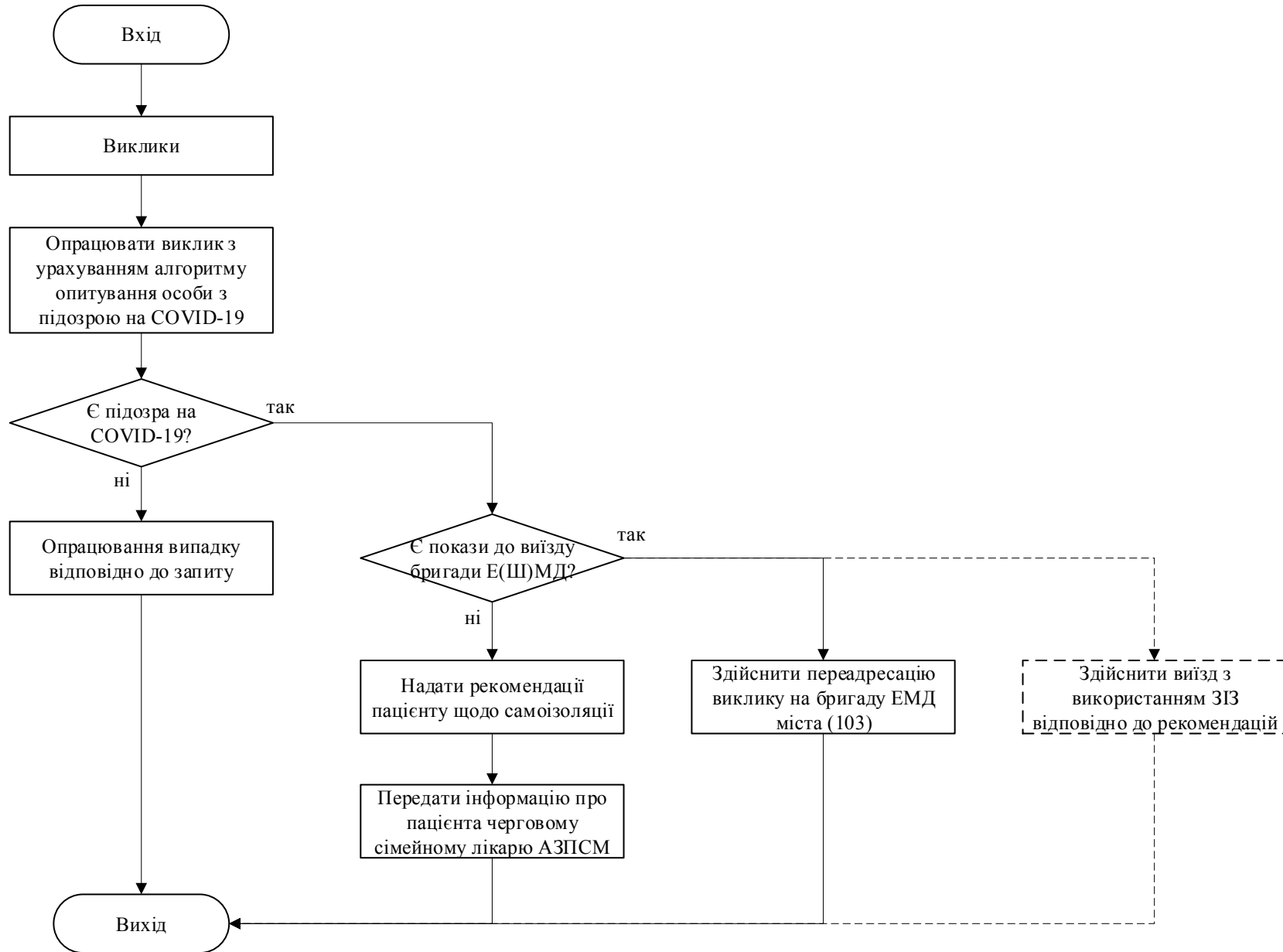
КМП з підозрою на COVID-19 в системі первинної медичної допомоги (ФАП АЗПСМ)



## КМП з підозрою на COVID-19 в системі первинної медичної допомоги (сестринські ФАП АЗПСМ)

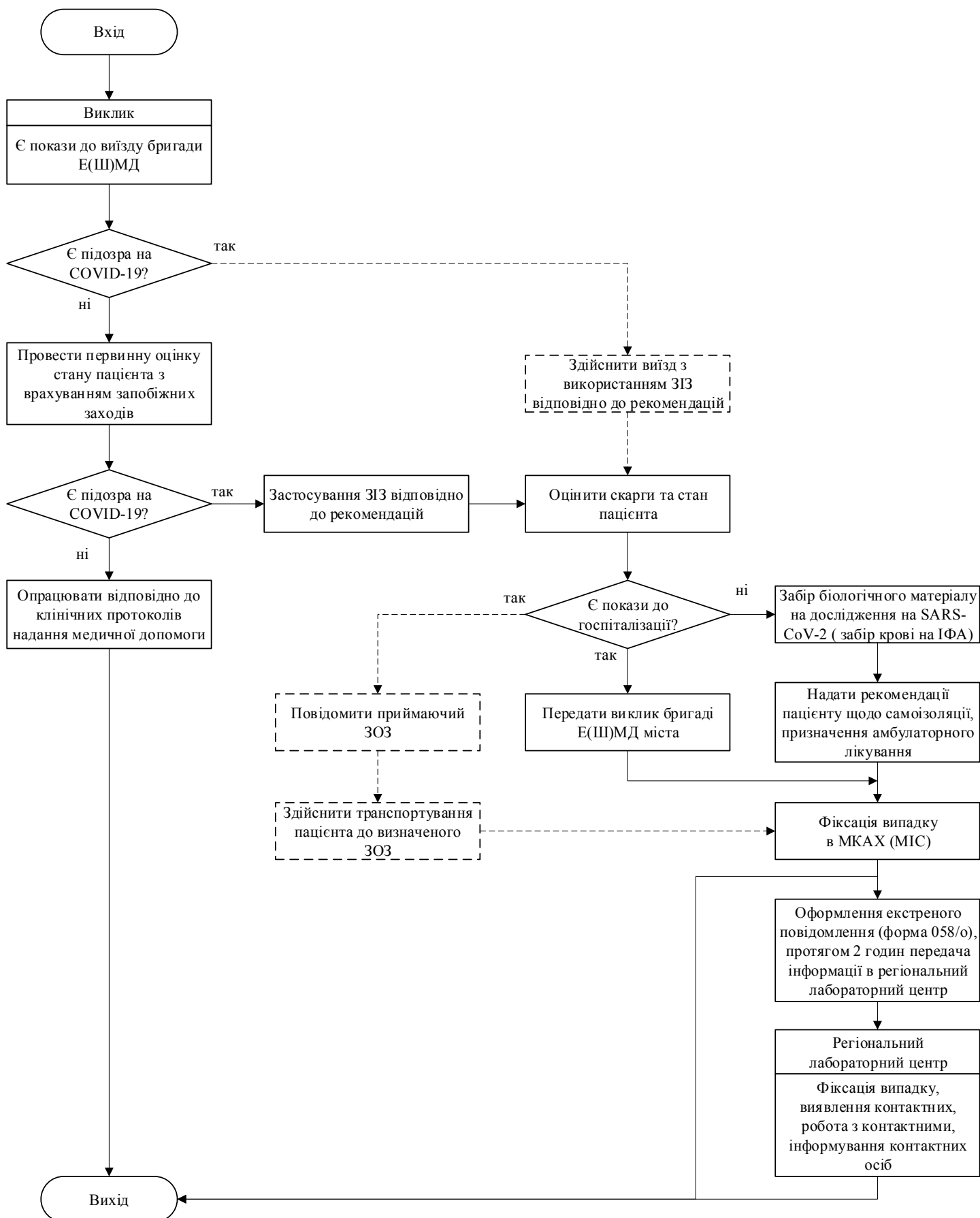


КМП з підозрою на COVID-19 в системі ЕМД (фельдшер з приймання викликів СШМД)



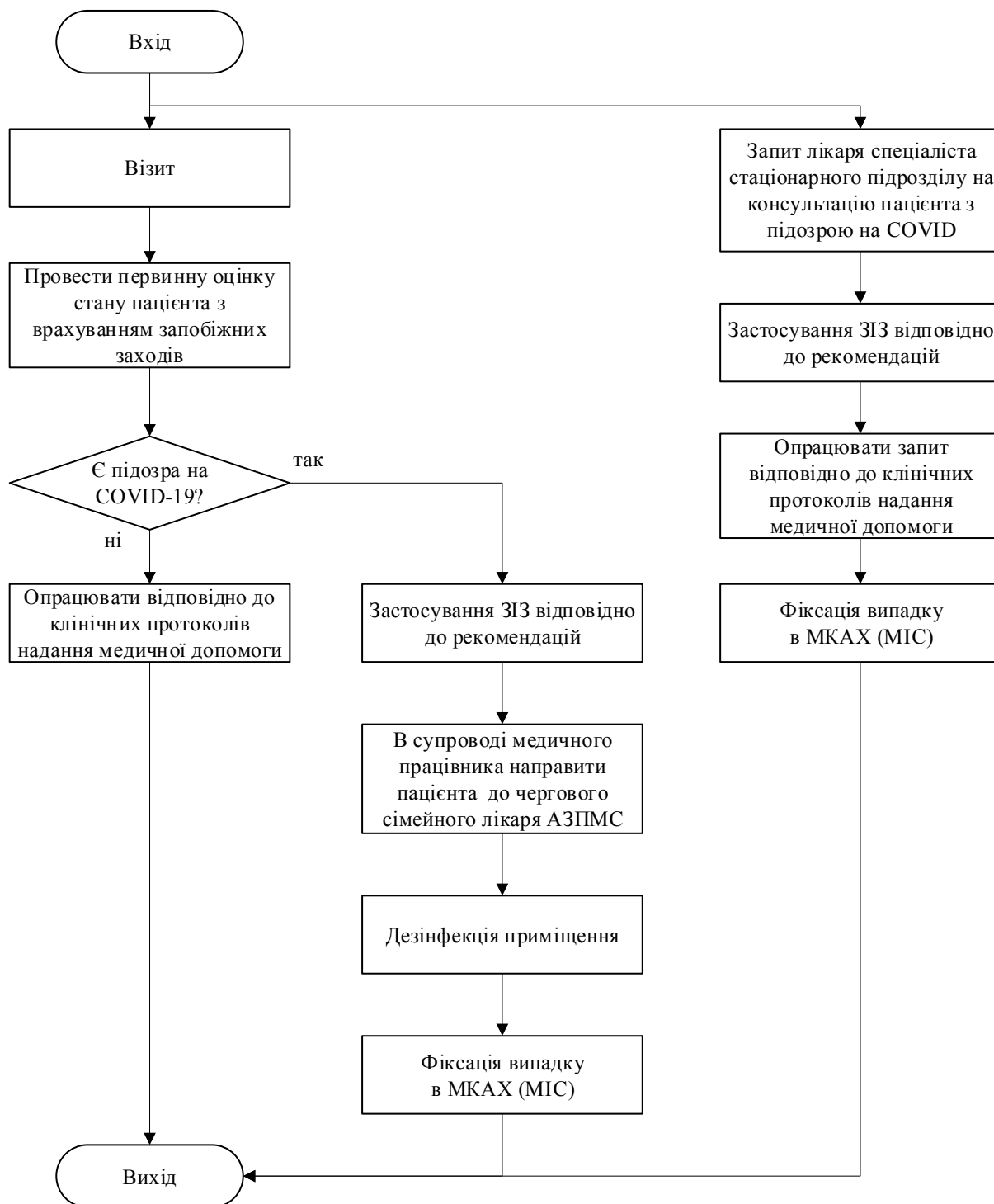
Умовні позначення: - - - - - при залученні бригад СШМД для надання ЕМД пацієнтам з COVID

КМП з підозрою на COVID-19 в системі ЕМД (виїзд бригади ЕМД СШМД)

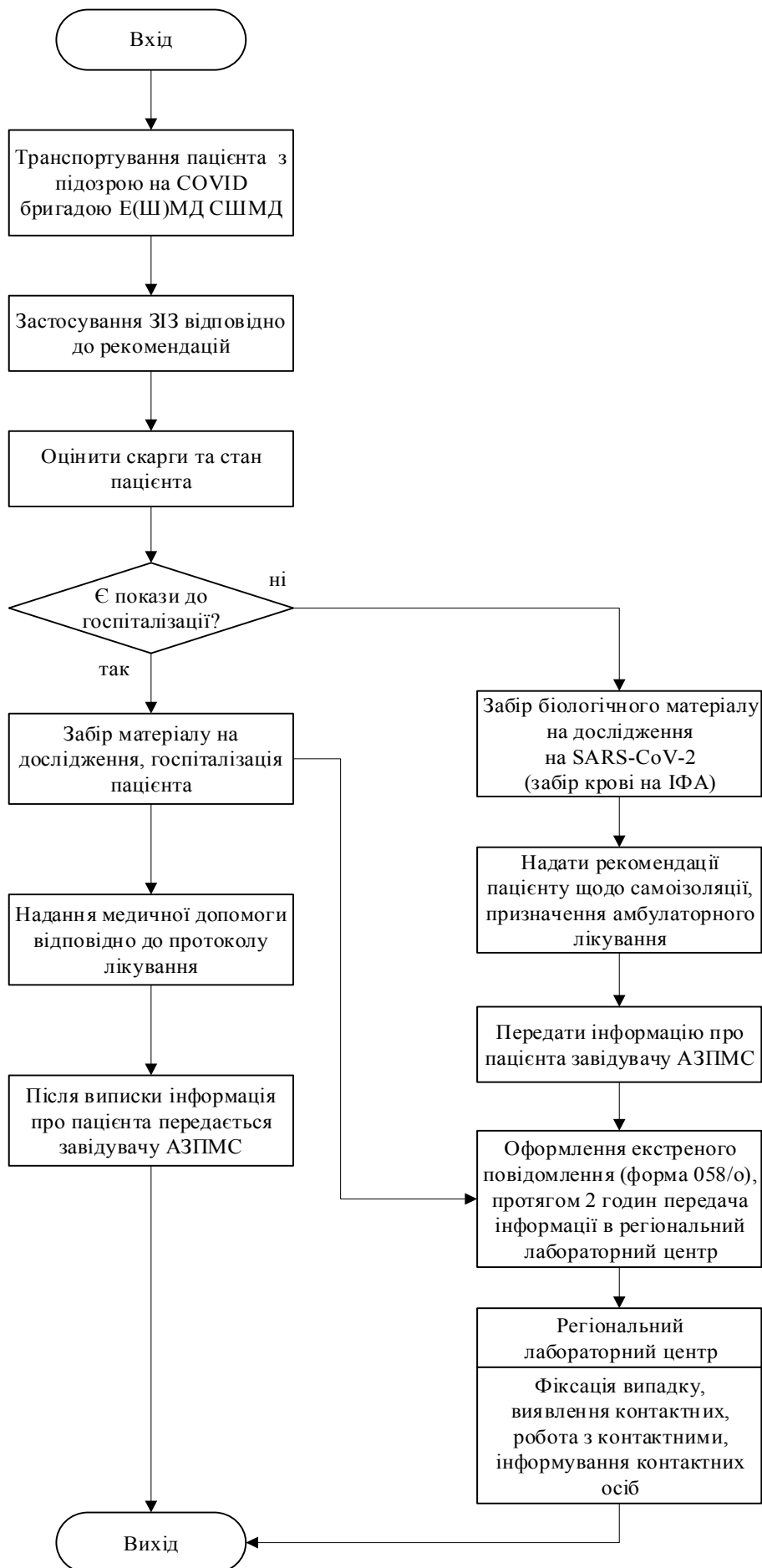


Умовні позначення: - - - - - при залученні бригад СШМД для надання ЕМД пацієнтам з COVID

**КМП з підозрою на COVID-19 в системі амбулаторної спеціалізованої допомоги  
(лікарі спеціалісти КДЦ)**



**КМП з підозрою на COVID-19 в системі стаціонарної спеціалізованої  
(високоспеціалізованої) допомоги (стаціонарні відділення визначених ЗОЗ)**



## Порядок одягання та знімання засобів індивідуального захисту

Інфікування SARS-CoV-2 відбувається контактним та крапельним шляхами. Повітряний (аерозольний) шлях для COVID-19 не характерний.

Використання ЗІЗ повинно базуватися на оцінці ризику (наприклад, виду діяльності) і особливостей шляхів інфікування та передавання (наприклад, контактний, краплинний або повітряний). Дотримуючись наступних рекомендацій, можна забезпечити раціональне використання ЗІЗ:

- тип ЗІЗ, що використовується при догляді за пацієнтами з COVID-19 залежить від умов, фаху персоналу та виду діяльності;
- медичний персонал, що бере участь у прямому догляді за пацієнтами, повинен використовувати наступні ЗІЗ: ізоляційний халат, рукавички, медична (хірургічна) маска і захист очей (захисні окуляри або щиток);
- під час проведення аерозольгенеруючих процедур (наприклад, інтубація трахеї, неінвазивна вентиляція легень, трахеотомія, серцево-легеневої реанімація, ручна вентиляція легень, бронхоскопія, розтин трупа) працівники закладів охорони здоров'я повинні використовувати респіратори, захисні окуляри або щиток, рукавички та ізоляційні халати; водонепроникні фартухи слід використовувати, якщо ізоляційний халат не є водонепроникним, і при необхідності виконувати процедури, що супроводжуються значними розливами рідини (наприклад, промивання сечового катетеру, допомога в проведенні особистої гігієни хворому);
- респіратори класу захисту не нижче FFP2 або еквівалент слід використовувати протягом часу, що наведений в інструкції виробника. В умовах дефіциту ЗІЗ, можливо використовувати той же респіратор при догляді за декількома пацієнтами, які мають той же діагноз, не знімаючи його (тобто в разі постійного перебування в брудній зоні). Однак, використання одного респіратора більше чотирьох годин може призвести до дискомфорту і цього слід уникати. Враховуючи контактний шлях інфікування, респіратор слід замінити якщо:
  - 1) він став вологим;
  - 2) доторкування до нього потенційно забрудненими руками в незалежності одягнені рукавички чи ні;
  - 3) одразу після виходу з брудної зони (респіратор дозволено знімати виключно в чистій зоні);
  - 4) потрапляння на респіратор будь-яких біологічних рідин (перед тим як зняти респіратор слід вийти із брудної зони в чисту або, в разі неможливості, як мінімум покинути зону найбільшого ризику інфікування – відійти на відстань трьох метрів від хворого(их));

Необхідно переконатися в тому, що під час проведення аерозольгенеруючих процедур медичні працівники:

- використовують сертифікований протиаерозольний респіратор класу захисту не менше FFP2. Надягаючи одноразовий протиаерозольний респіратор, завжди перевіряйте його на щільність прилягання (тест «долоні»). Необхідно зауважити, що людині, яка має волосяний покрив на обличчі (борода), респіратор не може забезпечити належний рівень захисту;
- використовувати захист для очей (окуляри або захисний щиток);
- використовувати чистий нестерильний ізоляційний (захисний) халат з довгими рукавами та рукавички;
- якщо халат не є водостійким, потрібно використовувати фартух під час процедур із очікуваними великими обсягами рідин, які можуть проникнути через халат;
- ЗІЗ необхідно одягати в чистому приміщенні (чистий шлюз).

## **I. Порядок одягання ЗІЗ:**

***1. При контакті з пацієнтами із підозрою або інфікуванням COVID-19 без маніпуляцій, пов'язаних з аерозольними виділеннями з дихальних шляхів:***

- Крок 1. Одягти нестерильний ізоляційний (захисний) халат, закриті взуття
- Крок 2. Одягти маску хірургічну
- Крок 3. Одягти захисні окуляри або захисний щиток
- Крок 4. Одягти оглядові або хірургічні рукавички

***2. При контакті з пацієнтами із підозрою або інфікуванням COVID-19 з маніпуляціями, пов'язаними з аерозольними виділеннями з дихальних шляхів:***

- Крок 1. Одягти нестерильний ізоляційний (захисний) халат, закриті взуття
- Крок 2. Одягти респіратор зі класом захисту не нижче FFP2
- Крок 3. Одягти захисні окуляри або захисний щиток
- Крок 4. Одягти оглядові або хірургічні рукавички

Перед зняттям ЗІЗ необхідно вийти з брудної зони в чисту (брудний шлюз).

## **II. Порядок знімання ЗІЗ:**

- Крок 1. Провести дезінфекційну обробку рук
- Крок 2. Зняти ізоляційний халат
- Крок 3. Провести дезінфекційну обробку рук
- Крок 4. Зняти рукавички не торкаючись відкритих ділянок шкіри
- Крок 5. Провести дезінфекційну обробку рук
- Крок 6. Зняти захисні окуляри або захисний щиток
- Крок 7. Провести дезінфекційну обробку рук
- Крок 8. Зняти маску хірургічну, або респіратор
- Крок 9. Провести дезінфекційну обробку рук

Брудний халат, рукавички, маску хірургічну, або респіратор необхідно помістити в у герметичні пакети. Окуляри необхідно помістити в ємність з дезінфікуючим розчином.

## Інструкція щодо покрокових дій сімейного лікаря та МСМО АЗПСМ при визначенні випадку COVID-19, виконання протиепідемічних заходів та моніторингу випадків коронавірусного захворювання COVID-19

### I. При зверненні пацієнта телефоном

**Крок 1.** Лікар дистанційно уточнює дані анамнезу, скарги і проводить первинну оцінку звернення пацієнта з урахуванням необхідності виявлення підозри на COVID-19.

**1.1. Якщо випадок визначений як «не підозрілий» і без респіраторного синдрому, то:**

**Крок 2.** Лікар надає відповіді на запитання пацієнта, опрацьовує випадок у відповідності до причини звернення.

**Крок 3.** Вносить інформацію в амбулаторну медичну карту пацієнта (ф. 025/о) (за наявності в електронну)

**1.2. Якщо випадок буде оцінений як «підозрілий» або «епідеміологічно пов'язаний» з тяжким або середньої тяжкості перебігом респіраторного синдрому, то**

**Крок 2.** Лікар викликає бригаду ЕМД (103) та госпіталізує пацієнта до стаціонарного відділення визначеного ЗОЗ.

**Крок 3.** Доповідає завідувачу АЗПСМ та вносить дані в амбулаторну медичну карту пацієнта (ф. 025/о) (за наявності в електронну).

**Крок 4.** Лікар вносить дані про випадок до відповідного реєстру осіб.

**1.3. Якщо випадок буде оцінений як «підозрілий» або «епідеміологічно пов'язаний» при легкому перебігу респіраторного синдрому, то**

**Крок 2.** Лікар надає рекомендації пацієнту щодо самоізоляції та надає попередні пояснення щодо лікування і дистанційного моніторингу стану здоров'я пацієнта.

**Крок 3.** Лікар повідомляє про випадок завідувача АЗПСМ та вносить дані про випадок до відповідного реєстру осіб.

**Крок 4.** Лікар здійснює замовлення на виїзд ММБ з метою уточнення стану пацієнта, забору біологічного матеріалу на дослідження та корекції лікування.

**Крок 5.** Лікар здійснює відповідний запис в амбулаторній медичній карті пацієнта (ф. 025/о) (за наявності в електронній) про випадок.

### II. При первинному зверненні пацієнта

При огляді пацієнта з ознаками респіраторного синдрому необхідно використовувати засоби індивідуального захисту: ізоляційний халат, маска, рукавички, шапочка, захист очей (окуляри) ([Інструкція 1](#)).

**Крок 1.** З метою *визначення категорії випадку*, провести опитування пацієнта відповідно до «Опитувальник для проведення збору епідеміологічного анамнезу можливих випадків на захворювання, що спричинені коронавірусною хворобою COVID-19». МСМО надає додаткову анкету щодо уточнення персональних даних (адрес, телефон, електронна пошта).

**Крок 2.** З метою *оцінки ступеню тяжкості перебігу хвороби*, лікар проводить огляд пацієнта з обов'язковим вимірюванням температури тіла, частоти серцевих скорочень, частоти дихання, рівня артеріального тиску.

**2.1. Якщо випадок визначений як «підозрілий» або «епідеміологічно пов'язаний» при легкому перебігу респіраторного синдрому, то**

**Крок 3.** Забезпечити *ізоляцію* пацієнта (слід обмежити рух пацієнта та мінімізувати загальний простір)

**Крок 4.** Лікар визначає доцільність проведення швидкого тесту на IgG/IgM до вірусу COVID-19.

**Крок 5.** МСМО проводить забір матеріалу для проведення досліджень на SARS-CoV-2 методом ПЛР. МСМО запаковує та маркує біологічний матеріал для транспортування у лабораторний центр регіону

**Примітка:** При негативному результаті ПЛР та при неможливості протягом однієї доби проведення обстеження шляхом визначення ДНК SARS-CoV-2 методом ПЛР обстеження пацієнтів проводиться шляхом забору сироватки крові для визначення Ig M до SARS-CoV-2 методом ІФА.

**Крок 6.** Лікар оформлює направлення в лабораторний центр регіону

**Крок 7.** Лікар заповнює екстрене повідомлення (форма 058/о) з вказівкою контактних осіб (П.І.П. повністю, рік народження, місце роботи/навчання, дата останнього контакту).

**Крок 8.** Протягом 2-х годин лікар в телефонному режимі передає екстрене повідомлення в лабораторний центр регіону за рекомендованим телефоном.

**Крок 9.** Лікар встановлює діагноз, призначає пацієнту амбулаторне лікування та повідомляє пацієнта про його самоізоляцію, дистанційний моніторинг стану здоров'я та дотримання профілактичних заходів.

**Крок 10.** Лікар здійснює відповідний запис в амбулаторній медичній карті пацієнта (ф. 025/о) (за наявності в електронній) про випадок.

**Крок 11.** Лікар повідомляє про випадок завідувача АЗПСМ та вносить дані про випадок до відповідного реєстру осіб.

## **2.2. Якщо випадок буде оцінений як «підозрілий» або «епідеміологічно пов'язаний» з тяжким або середньої тяжкості перебігом респіраторного синдрому, то,**

**Крок 3.** Забезпечити *ізоляцію пацієнта* (слід обмежити рух пацієнта та мінімізувати загальний простір)

**Крок 4.** *Викликати бригаду ШМД* за номером **103** для госпіталізації пацієнта до стаціонарного відділення визначеного ЗОЗ.

**Крок 5.** Лікар заповнює екстрене повідомлення (форма 058/о) з вказівкою контактних осіб (П.І.П. повністю, рік народження, місце роботи/навчання, дата останнього контакту).

**Крок 6.** Протягом 2-х годин лікар в телефонному режимі передає екстрене повідомлення в лабораторний центр регіону за рекомендованим телефоном.

**Крок 7.** Лікар здійснює відповідний запис в амбулаторній медичній карті пацієнта (ф. 025/о) (за наявності в електронній) про випадок.

**Крок 8.** Лікар повідомляє про випадок завідувача АЗПСМ та вносить дані про випадок до відповідного реєстру осіб.

## **2.3. Якщо випадок визначений «як контактна особа», то:**

**Крок 3.** Рекомендація самоізоляції пацієнта на 14 днів.

**Крок 4.** Лікар здійснює відповідний запис в амбулаторній медичній карті пацієнта (ф. 025/о) (за наявності в електронній) про випадок.

**Крок 5.** Лікар повідомляє про випадок завідувача АЗПСМ та надає дані про випадок до відповідного реєстру осіб (при наявності в структурі КТМ – до КТМ для відповідного реєстру осіб і проведення дистанційного моніторингу).

**Крок 6.** Станом на 14 добу самоізоляції контактної особи, лікар здійснює заявку до ММБ про проведення обстеження пацієнта шляхом забору НОФ мазку для визначення ДНК SARS-CoV-2 методом ПЛР або при неможливості проведення ПЛР протягом однієї доби, забору сироватки крові для визначенням Ig M до SARS-CoV-2 методом ІФА.

## **III. При повторних зверненнях пацієнта**

### **3.1. Якщо випадок з підтвердженням захворюванням COVID-19 і знаходиться на амбулаторному лікуванні вдома;**

**Крок 1.** Щоденний дистанційний моніторинг клінічного стану пацієнтів з заповненням «Щоденник моніторингу стану пацієнта» та оцінкою динаміки важкості захворювання.

**Крок 2.** Здійснення заявки до ММБ через завідувача АЗПСМ щодо клінічного огляду пацієнта на 2-му тижні моніторингу від початку хвороби.

**Крок 3.** При погіршенні динаміки захворювання, появі ознак середньої або тяжких форм ГРС необхідно госпіталізувати пацієнта, попередньо узгодивши свої дії із завідувачем АЗПСМ.

**Крок 4.** Лікар здійснює відповідний запис в амбулаторній медичній карті пацієнта (ф. 025/о) (за наявності в електронній) про випадок.

**Крок 5.** Дані про результати моніторингу щоденно вносяться лікарем до відповідного реєстру осіб.

### **3.2. Якщо випадок з підтвердженням захворюванням COVID-19 після стаціонарного лікування в стані реконвалісценції і знаходиться вдома;**

**Крок 1.** Щоденний дистанційний моніторинг клінічного стану пацієнтів з легким перебігом захворювання з заповненням «Щоденник моніторингу стану пацієнта» та оцінкою динаміки важкості захворювання.

**Крок 2.** Здійснення заявки до ММБ через завідувача АЗПСМ щодо клінічного огляду пацієнта в залежності від перебігу захворювання до одужання.

**Крок 3.** Здійснення заявки до ММБ через завідувача АЗПСМ на проведення контрольних досліджень на SARS-CoV-2 методом ПЛР.

**Крок 4.** При погіршенні динаміки захворювання, здійснення заявки до ММБ щодо огляду пацієнта, попередньо узгодивши свої дії із завідувачем АЗПСМ.

**Крок 5.** Лікар здійснює відповідний запис в амбулаторній медичній карті пацієнта (ф. 025/о) (за наявності в електронній) про випадок.

**Крок 6.** Дані про результати моніторингу щоденно вносяться лікарем до відповідного реєстру осіб.

*Всім пацієнтам, надання інформації щодо профілактики поширення коронавірусної інфекції COVID-19 (пам'ятка для контактних і здорових осіб; пам'ятка з рекомендаціями з догляду за пацієнтом з COVID-19 в домашніх умовах (для членів домогосподарства та осіб, які доглядають за пацієнтами)).*

## **IV. При необхідності планової госпіталізації або операції пацієнта**

### **4.1. Якщо пацієнт, який не відноситься до категорії контактних осіб, або осіб з підозрою на коронавірусну хворобу (COVID-19), або осіб з підтвердженою коронавірусною хворобою (COVID-потребує планової госпіталізації або операції);**

**Крок 1.** Лікуючий лікар організує обстеження пацієнта безпосередньо в ЗОЗ, або через направлення ММБ, для забору НОФ мазку для визначення ДНК SARS-CoV-2 методом ПЛР обов'язково у осіб з імуносупресією, для інших груп – забору сироватки крові для визначення Ig M до SARS-CoV-2 методом ІФА.

**Примітка:** якщо ІФА позитивне, то проводиться забір НОФ мазку для визначення ДНК SARS-CoV-2 методом ПЛР.

**Крок 2.** Лікуючим лікарем рішення про госпіталізацію приймається у разі наявності первинного негативного результату.

**Крок 3.** Лікуючий лікар здійснює відповідний запис в амбулаторній медичній карті пацієнта (ф. 025/о) (за наявності в електронній) про результати обстеження пацієнта.

**Крок 4.** Лікуючий лікар виписує направлення (ордер, епікриз) на госпіталізацію пацієнта та візує у завідувача АЗПСМ.

**Інструкція щодо покрокових дій сімейного лікаря та МСМО ФАП АЗПСМ, МСМО ФАП при визначенні випадку COVID -19, виконання протиепідемічних заходів при зверненні пацієнта з ознаками респіраторного синдрому**

**I. При зверненні пацієнта телефоном**

**Крок 1.** Лікар дистанційно уточнює дані анамнезу, скарги і проводить первинну оцінку звернення пацієнта з урахуванням необхідності виявлення підозри на COVID-19.

**1.4. Якщо випадок визначений як «не підозрілий» і без респіраторного синдрому, то:**

**Крок 2.** Лікар надає відповіді на запитання пацієнта, опрацьовує випадок у відповідності до причини звернення.

**Крок 3.** Вносить інформацію в амбулаторну медичну карту пацієнта (ф. 025/о) (за наявності в електронну)

**1.5. Якщо випадок буде оцінений як «підозрілий» або «епідеміологічно пов'язаний» з тяжким або середньої тяжкості перебігом респіраторного синдрому, то**

**Крок 2.** Лікар викликає бригаду ЕМД (103) та госпіталізує пацієнта до стаціонарного відділення визначеного ЗОЗ.

**Крок 3.** Доповідає завідувачу АЗПСМ та вносить дані в амбулаторну медичну карту пацієнта (ф. 025/о) (за наявності в електронну).

**Крок 4.** Лікар вносить дані про випадок до відповідного реєстру осіб.

**1.6. Якщо випадок буде оцінений як «підозрілий» або «епідеміологічно пов'язаний» при легкому перебігу респіраторного синдрому, то**

**Крок 2.** Лікар надає рекомендації пацієнту щодо самоізоляції та надає попередні пояснення щодо лікування і дистанційного моніторингу стану здоров'я пацієнта.

**Крок 3.** Лікар повідомляє про випадок завідувача АЗПСМ та вносить дані про випадок до відповідного реєстру осіб.

**Крок 4.** Лікар здійснює замовлення на виїзд ММБ з метою уточнення стану пацієнта, забору біологічного матеріалу на дослідження та корекції лікування.

**Крок 5.** Лікар здійснює відповідний запис в амбулаторній медичній карті пацієнта (ф. 025/о) (за наявності в електронній) про випадок.

**II. При зверненні пацієнта до сімейного лікаря ФАП АЗПСМ**

Провести первинну оцінку стану пацієнта з урахуванням запобіжних заходів.

**2.1. Якщо випадок визначений як «не підозрілий» і без респіраторного синдрому, то:**

**Крок 1.** Лікар надає відповіді на запитання пацієнта, опрацьовує випадок у відповідності до причини звернення.

**Крок 2.** Лікар вносить інформацію в амбулаторну медичну карту пацієнта (ф. 025/о) (за наявності в електронну).

**2.2. Якщо випадок пов'язаний із зверненням щодо респіраторного синдрому, то**

При зверненні пацієнта з ознаками респіраторного синдрому необхідно використовувати засоби індивідуального захисту: ізоляційний халат, маска, рукавички, шапочка, захист очей (окуляри) ([Інструкція 1](#)).

**Крок 1.** З метою *визначення категорії випадку*, провести опитування пацієнта відповідно до «Опитувальник для проведення збору епідеміологічного анамнезу можливих випадків на захворювання, що спричинені коронавірусною хворобою COVID-19». МСМО надає додаткову анкету щодо уточнення персональних даних (адрес, телефон, електронна пошта).

**Крок 2.** З метою *оцінки ступеню тяжкості перебігу хвороби*, провести долікарський огляд пацієнта (вимірювання температури тіла, частоти серцевих скорочень, частоти дихання, рівня артеріального тиску) та зафіксувати дані на паперовому носії (журнал звернень пацієнтів).

### **2.3. Якщо випадок буде оцінений як «підозрілий» або «епідеміологічно пов'язаний» з тяжким або середньої тяжкості перебігом респіраторного синдрому, то**

**Крок 2.** Лікар викликає бригаду ЕМД (103) та госпіталізує пацієнта до стаціонарного відділення визначеного ЗОЗ.

**Крок 3.** Доповідає завідувачу АЗПСМ та вносить дані в амбулаторну медичну карту пацієнта (ф. 025/о) (за наявності електронну).

**Крок 4.** Лікар заповнює екстрене повідомлення (форма 058/о) з вказівкою контактних осіб (П.І.П. повністю, рік народження, місце роботи/навчання, дата останнього контакту).

**Крок 5.** Лікар в телефонному режимі передає екстрене повідомлення в лабораторний центр регіону за рекомендованим телефоном.

### **2.4. Якщо випадок буде оцінений як «підозрілий» або «епідеміологічно пов'язаний» при легкому перебігу респіраторного синдрому, то**

**Крок 2.** Лікар встановлює діагноз, призначає пацієнту амбулаторне лікування та повідомляє пацієнта про його самоізоляцію, дистанційний моніторинг стану здоров'я та дотримання профілактичних заходів.

**Крок 3.** Лікар повідомляє про випадок завідувачу АЗПСМ та здійснює замовлення на виїзд ММБ з метою забору біологічного матеріалу на дослідження.

**Крок 4.** Лікар здійснює відповідний запис в амбулаторну медичну карту пацієнта (ф. 025/о) (за наявності електронну) про випадок.

**Крок 5.** Лікар заповнює екстрене повідомлення (форма 058/о) з вказівкою контактних осіб (П.І.П. повністю, рік народження, місце роботи/навчання, дата останнього контакту).

**Крок 6.** Лікар в телефонному режимі передає екстрене повідомлення в лабораторний центр регіону за рекомендованим телефоном.

## **III. При необхідності планової госпіталізації або операції пацієнта**

### **3.1. Якщо пацієнт, який не відноситься до категорії контактних осіб, або осіб з підозрою на коронавірусну хворобу (COVID-19), або осіб з підтвердженою коронавірусною хворобою (COVID-потребує планової госпіталізації або операції:**

**Крок 1.** Лікуючий лікар організовує обстеження пацієнта безпосередньо в ЗОЗ, або через направлення ММБ, для забору НОФ мазку для визначення ДНК SARS-CoV-2 методом ПЛР обов'язково у осіб з імуносупресією, для інших груп – забору сироватки крові для визначення Ig M до SARS-CoV-2 методом ІФА.

**Примітка:** якщо ІФА позитивне, то проводиться забір НОФ мазку для визначення ДНК SARS-CoV-2 методом ПЛР.

**Крок 2.** Лікуючим лікарем рішення про госпіталізацію приймається у разі наявності первинного негативного результату.

**Крок 3.** Лікуючий лікар здійснює відповідний запис в амбулаторній медичній карті пацієнта (ф. 025/о) (за наявності в електронній) про результати обстеження пацієнта.

**Крок 4.** Лікуючий лікар виписує направлення (ордер, епікриз) на госпіталізацію пацієнта та візує у завідувача АЗПСМ.

## **IV. При зверненні пацієнта до МСМО ФАП АЗПСМ**

Провести первинну оцінку стану пацієнта з урахуванням запобіжних заходів.

### **4.1. Якщо випадок визначений як «не підозрілий» і без респіраторного синдрому, то:**

**Крок 1.** МСМО надає відповіді на запитання пацієнта, опрацьовує випадок у відповідності до причини звернення та посадової інструкції.

**Крок 2.** Вносить інформацію в журнал прийому пацієнтів.

### **4.2. Якщо випадок пов'язаний із зверненням щодо респіраторного синдрому, то**

При зверненні пацієнта з ознаками респіраторного синдрому необхідно використовувати засоби індивідуального захисту: ізоляційний халат, маска, рукавички, шапочка, захист очей (окуляри) ([Інструкція 1](#)).

**Крок 1.** З метою *визначення категорії випадку*, провести опитування пацієнта відповідно до «Опитувальник для проведення збору епідеміологічного анамнезу можливих випадків на захворювання, що спричинені коронавірусною хворобою COVID-19». Надати анкету щодо персональних даних

**Крок 2.** З метою *оцінки ступеню тяжкості перебігу хвороби*, провести долікарський огляд пацієнта (вимірювання температури тіла, частоти серцевих скорочень, частоти дихання, рівня артеріального тиску) та зафіксувати дані на паперовому носії (журнал звернень пацієнтів).

**Крок 3.** Телефоном *повідомити завідувача АЗПСМ*, який визначений відповідальним за роботу ФАП, про звернення пацієнта (особливості епідеміологічного анамнезу та клінічного стану пацієнта).

#### **4.3. Якщо випадок буде оцінений як «підозрілий» або «епідеміологічно пов'язаний» з легкою формою респіраторного синдрому, то,**

**Крок 4.** Забезпечити *ізоляцію пацієнта* (слід обмежити рух пацієнта та мінімізувати загальний простір)

**Крок 5.** З метою *відбору у пацієнта біологічного матеріалу* на лабораторне дослідження викликати ММБ.

#### **4.4. Якщо випадок буде оцінений як «підозрілий» або «епідеміологічно пов'язаний» з тяжким або середньої тяжкості перебігом респіраторного синдрому, то,**

**Крок 4.** Забезпечити *ізоляцію пацієнта* (слід обмежити рух пацієнта та мінімізувати загальний простір)

**Крок 5.** *Викликати бригаду ШМД* за номером **103** для госпіталізації пацієнта до стаціонарного відділення визначеного ЗОЗ.

#### **4.5. Якщо випадок не буде оцінений як підозрілий на COVID-19 з легкою формою респіраторного синдрому, то:**

**Крок 4.** Надати рекомендації щодо звернення пацієнта до сімейного лікаря АЗПСМ в телефонному режимі за призначеннями та з метою моніторингу стану.

#### **4.6. Якщо випадок не буде оцінений як підозрілий на COVID-19 з тяжким або середньої тяжкості перебігом респіраторного синдрому, то:**

**Крок 4.** Викликати бригаду ШМД 103 для госпіталізації пацієнта.

*Всім пацієнтам, надання інформації щодо профілактики поширення коронавірусної інфекції COVID-19 (пам'ятка для контактних і здорових осіб; пам'ятка з рекомендаціями з догляду за пацієнтом з COVID-19 в домашніх умовах (для членів домогосподарства та осіб, які доглядають за пацієнтами)).*

## Інструкція щодо порядку роботи мобільної медичної бригади (ММБ)

### I. Загальні положення

Мобільна медична бригада сформована для залучення до огляду пацієнта і забору біологічного матеріалу пацієнта в ФАП та вдома у пацієнта.

Метою виклику мобільної медичної бригади є необхідність проведення фізикального обстеження пацієнта та забору матеріалу для проведення досліджень на SARS-CoV-2 методом ПЛР.

До мобільної медичної бригади входять :

- Сімейний лікар АЗПСМ
- Водій карети ШМД

#### **ММБ викликається:**

- сімейним лікарем ФАП АЗПСМ після телефонної консультації з завідувачем АЗПСМ та за його погодженням
- молодшим спеціалістом з медичною освітою ФАП після телефонної консультації з завідувачем АЗПСМ, у підпорядкуванні якої знаходиться ФАП, та за його погодженням;
- сімейним лікарем АЗПСМ, які здійснюють моніторинг стану здоров'я пацієнтів з підтвердженням COVID-19, за погодженням завідувача АЗПСМ;

### II. Порядок дій медичного персоналу ММБ при здійсненні виїзду

При огляді пацієнта з ознаками респіраторного синдрому необхідно використовувати засоби індивідуального захисту: ізоляційний халат, маска, рукавички, шапочка, захист очей (окуляри) ([Інструкція 1](#)).

**Крок 1.** Лікар ММБ проводить *уточнення визначення випадку* на підставі інформації викладеної медичним працівником ФАП в «Опитувальник для проведення збору епідеміологічного анамнезу можливих випадків на захворювання, що спричинені коронавірусною хворобою COVID-19» до приїзду ММБ.

**Крок 2.** Лікар ММБ проводить *фізикальне обстеження* пацієнта з метою уточнення ступеню тяжкості гострого респіраторного синдрому.

#### **1.1. Якщо випадок визначений як «підозрілий» або «епідеміологічно пов'язаний» при легкому перебігу респіраторного синдрому, то**

**Крок 3.** Лікар ММБ проводить забір матеріалу для проведення досліджень на SARS-CoV-2 методом ПЛР.

**Примітка:** При негативному результаті ПЛР та при неможливості протягом однієї доби проведення обстеження шляхом визначення ДНК SARS-CoV-2 методом ПЛР обстеження пацієнтів проводиться шляхом забору сироватки крові для визначення Ig M до SARS-CoV-2 методом ІФА.

**Крок 4.** Лікар ММБ оформлює направлення в лабораторію.

**Крок 5.** Якщо первинний огляд пацієнта відбувається вдома або на ФАП, який не укомплектований лікарем, то лікар ММБ заповнює екстрене повідомлення (форма 058/о) з вказівкою контактних осіб (П.І.П. повністю, рік народження, місце роботи/навчання, дата останнього контакту).

**Крок 6.** Лікар в телефонному режимі передає екстрене повідомлення в лабораторний центр регіону за рекомендованим телефоном.

**Крок 7.** ММБ проводить транспортування матеріалу у лабораторний центр регіону.

**Примітка:** При проведенні декількох заборів матеріалу на дослідження ПЛР можливе транспортування цих зразків одночасно, при цьому попередньо відібраний матеріал повинен зберігатися у сумці холодильнику з холодоелементами. Термін зберігання матеріалу у сумці холодильнику не повинен перевищувати 12 годин.

**Крок 8.** Після повернення машини ММБ в АЗПСМ проводяться заходи деконтамінації та знезараження.

**Крок 9.** Кожен виклик ММБ лікарем ММБ реєструється у відповідному журналі («Журнал викликів мобільної медичної бригади»), по закінченню зміни лікар ММБ складає звіт («Звіт про роботу ММБ за «\_\_»\_\_ 2020 р.») та доповідає завідувачу АЗПСМ.

**Крок 10.** Лікар ММБ здійснює відповідний запис в амбулаторній медичній карті пацієнта (ф. 025/о) (за наявності електронній) про випадок.

**1.2. Якщо випадок визначений як «підозрілий» або «епідеміологічно пов'язаний» при тяжкому або середньої тяжкості перебігу респіраторного синдрому, то**

**Крок 3.** Здійснюється виклик бригади ШМД за номером 103 з метою госпіталізації пацієнта у стаціонарне відділення визначеного ЗОЗ.

**Крок 4.** Якщо первинний огляд пацієнта відбувається вдома або на ФАП, який не укомплектований лікарем, то лікар ММБ заповнює екстрене повідомлення (форма 058/о) з вказівкою контактних осіб (П.І.П. повністю, рік народження, місце роботи/навчання, дата останнього контакту).

**Крок 5.** Лікар в телефонному режимі передає екстрене повідомлення в лабораторний центр регіону.

**Крок 6.** Після повернення машини мобільної медичної бригади в АЗПСМ проводяться заходи деконтамінації та знезараження.

**Крок 7.** Кожен виклик ММБ лікарем ММБ реєструється у відповідному журналі («Журнал викликів мобільної медичної бригади»), по закінченню зміни лікар ММБ складає звіт («Звіт про роботу ММБ за «\_\_»\_\_ 2020 р.») та доповідає завідувачу АЗПСМ.

**Крок 8.** Лікар ММБ здійснює відповідний запис в амбулаторній медичній карті пацієнта (ф. 025/о) (за наявності електронній) про випадок.

У разі виникнення запитань щодо порядку дій ММБ лікар мобільної бригади телефонує завідувачу АЗПСМ за рекомендованим телефоном

**1.3. Якщо випадок знаходиться на моніторингу стану здоров'я у сімейного лікаря (в тому числі контактні особи):**

**Крок 3.** За показами, лікар ММБ проводить забір матеріалу для проведення контрольних досліджень на SARS-CoV-2 методом ПЛР.

**Примітка:** Обстеження осіб, які контактували з підтвердженим випадком коронавірусної хвороби (COVID-19) проводиться на 14 добу після контакту шляхом забору НОФ мазку для визначення ДНК SARS-CoV-2 методом ПЛР, або при неможливості проведення ПЛР протягом однієї доби, забору сироватки крові для визначення Іg М до SARS-CoV-2 методом ІФА.

**Крок 4.** Лікар ММБ оформлює направлення в лабораторію.

**Крок 5.** ММБ проводить транспортування матеріалу у лабораторний центр регіону.

**Примітка:** При проведенні декількох заборів матеріалу на дослідження ПЛР можливе транспортування цих зразків одночасно, при цьому попередньо відібраний матеріал повинен зберігатися у сумці холодильнику з холодоелементами. Термін зберігання матеріалу у сумці холодильнику не повинен перевищувати 12 годин.

**Крок 6.** Після повернення машини мобільної медичної бригади в АЗПСМ проводяться заходи деконтамінації та знезараження.

**Крок 7.** Кожен виклик ММБ лікарем ММБ реєструється у відповідному журналі («Журнал викликів мобільної медичної бригади»), по закінченню зміни лікар ММБ складає звіт («Звіт про роботу ММБ за «\_\_»\_\_ 2020 р.») та доповідає завідувачу АЗПСМ.

**Крок 8.** Лікар ММБ здійснює відповідний запис в амбулаторній медичній карті пацієнта (ф. 025/о) (за наявності електронній) про випадок.

**1.4. Якщо наявна необхідність планової госпіталізації або операції пацієнта, який не відноситься до категорії контактних осіб, або осіб з підозрою на коронавірусну хворобу (COVID-19), або осіб з підтвердженою коронавірусною хворобою (COVID- 19)**

**Крок 3.** Лікар проводить забір НОФ мазку для визначення ДНК SARS-CoV-2 методом ПЛР у осіб з імуносупресією, у інших груп пацієнтів – проводить забір сироватки крові для визначення Іg М до SARS-CoV-2 методом ІФА.

**Крок 4.** ММБ проводить транспортування матеріалу у лабораторний центр регіону.

**Примітка:** При проведенні декількох заборів матеріалу на дослідження ПЛР можливе транспортування цих зразків одночасно, при цьому попередньо відібраний матеріал повинен зберігатися у сумці холодильнику з холодоелементами. Термін зберігання матеріалу у сумці холодильнику не повинен перевищувати 12 годин.

**Крок 5.** Після повернення машини мобільної медичної бригади в АЗПСМ проводяться заходи деконтамінації та знезараження.

**Крок 6.** Кожен виклик ММБ лікарем ММБ реєструється у відповідному журналі («Журнал викликів мобільної медичної бригади»), по закінченню зміни лікар ММБ складає звіт («Звіт про роботу ММБ за «\_\_»\_\_2020 р.») та доповідає завідувачу АЗПСМ.

**Крок 7.** Лікар ММБ здійснює відповідний запис в амбулаторній медичній карті пацієнта (ф. 025/о) (за наявності електронній) про випадок.

*Всім пацієнтам, надання інформації щодо профілактики поширення коронавірусної інфекції COVID-19 (пам'ятка для контактних і здорових осіб; пам'ятка з рекомендаціями з догляду за пацієнтом з COVID-19 в домашніх умовах (для членів домогосподарства та осіб, які доглядають за пацієнтами)).*

## ІНСТРУКЦІЯ ЩОДО ПОКРОКОВИХ ДІЙ МСМО КТМ ПРИ ЗВЕРНЕННІ ПАЦІЄНТІВ З ПІДОЗРОЮ НА COVID-19

### **I. При зверненні пацієнта телефоном, на електронну пошту до кабінету телемедицини або через сайт установи**

**Крок 1.** Сестра медична кабінету телемедицини визначає мету звернення пацієнта до закладу.

**Крок 2.** Сестра медична кабінету телемедицини дистанційно уточнює дані анамнезу, скарги і проводить первинну оцінку звернення пацієнта з урахуванням необхідності виявлення підозри на COVID-19.

#### **1.1. Якщо скарги на гостре респіраторне захворювання у пацієнта відсутні та підозри на COVID-19 не виявлено:**

**Крок 3.** Сестра медична кабінету телемедицини опрацьовує звернення відповідно до запиту.

#### **1.2. Якщо у пацієнта наявні скарги на гостре респіраторне захворювання та наявна підозра на можливий випадок COVID-19:**

**Крок 3.** Сестра медична кабінету телемедицини надає рекомендацію щодо звернення пацієнта до сімейного лікаря АЗПСМ телефоном.

**Крок 4.** Передає інформацію щодо звернення пацієнта завідувачу АЗПСМ.

**ІНСТРУКЦІЯ ЩОДО ПОКРОКОВИХ ДІЙ МСМО ПРИ ПРОВЕДЕННІ СОРТУВАННЯ  
ПОТОКІВ ПАЦІЄНТІВ АЗПСМ  
(при вході до ЗОЗ)**

**I. При зверненні пацієнта до ЗОЗ під час відвідування**

При спілкуванні сестри медичної з пацієнтом необхідно використовувати засоби індивідуального захисту: ізоляційний халат, маска, рукавички, шапочка, захист очей (окуляри) (*Інструкція 1*).

**Крок 1.** Сестра медична в ЗІЗ проводить опитування пацієнта щодо причин звернення до ЗОЗ.

**Крок 2.** Сестра медична в ЗІЗ пропонує та проводить вимірювання температури тіла пацієнта дистанційним методом.

**1.1. Якщо у пацієнта не виявлено симптомів гострого респіраторного захворювання та підвищеної температури тіла:**

**Крок 3.** Сестра медична надає рекомендацію пацієнту звернутись до реєстратури ЗОЗ для вирішення питань щодо причин звернення (перехід на *Інструкцію 8*)

**1.2. Якщо у пацієнта наявні симптоми гострого респіраторного захворювання та/або виявлено підвищення температури тіла:**

**Крок 3.** Сестра медична надає рекомендацію пацієнту звернутись до кабінету прийому пацієнтів з ознаками ГРС (через окремий вхід).

**ІНСТРУКЦІЯ ЩОДО ПОКРОКОВИХ ДІЙ МСМО ПРИ ПРОВЕДЕННІ СОРТУВАННЯ  
ПОТОКІВ ПАЦІЄНТІВ  
В CALL-CENTER**

**I. При зверненні пацієнта телефоном в CALL-CENTER 303**

**Крок 1.** Сестра медична CALL-CENTER визначає мету звернення пацієнта до закладу.

**Крок 2.** Сестра медична CALL-CENTER дистанційно уточнює дані анамнезу, скарги і проводить первинну оцінку звернення пацієнта з урахуванням необхідності виявлення підозри на COVID- 19.

**1.1 Якщо скарги на гостре респіраторне захворювання у пацієнта відсутні та підозри на COVID- 19 не виявлено:**

**Крок 3.** Сестра медична CALL-CENTER опрацьовує звернення відповідно до запиту.

**1.2 Якщо у пацієнта наявні скарги на гостре респіраторне захворювання та наявна підозра на можливий випадок COVID- 19:**

**Крок 3.** Сестра медична CALL-CENTER переадресовує звернення пацієнта на телефон чергового сімейного лікаря АЗПСМ.

## ІНСТРУКЦІЯ ЩОДО ПОКРОКОВІЙ ДІЙ МСМО ПРИ ПРОВЕДЕННІ СОРТУВАННЯ ПОТОКІВ ПАЦІЄНТІВ В РЕЄСТРАТУРІ АЗПСМ

### **I. При зверненні пацієнта до реєстратури після проведеного сортування при вході до ЗОЗ**

При спілкуванні сестри медичної з пацієнтом необхідно використовувати засоби індивідуального захисту: ізоляційний халат, маска, рукавички, шапочка, захист очей (окуляри) (Інструкція 1).

#### **1.1. У пацієнта не виявлено симптомів гострого респіраторного захворювання та підвищеної температури тіла:**

**Крок 1.** Сестра медична реєстратури в ЗІЗ проводить опитування пацієнта щодо причин звернення до ЗОЗ.

**Крок 2.** Сестра медична реєстратури консультує пацієнта та надає інформацію щодо графіку прийому спеціалістів та медичних послуг ЗОЗ.

### **II. При зверненні пацієнта до реєстратури ЗОЗ телефоном**

**Крок 1.** Сестра медична реєстратури визначає мету звернення пацієнта до закладу.

**Крок 2.** Сестра медична реєстратури дистанційно уточнює дані анамнезу, скарги і проводить первинну оцінку звернення пацієнта з урахуванням необхідності виявлення підозри на COVID-19.

#### **1.1. Якщо скарги на гостре респіраторне захворювання у пацієнта відсутні та підозри на COVID-19 не виявлено:**

**Крок 3.** Сестра медична реєстратури опрацьовує звернення відповідно до запиту.

#### **1.2. Якщо у пацієнта наявні скарги на гостре респіраторне захворювання та наявна підозра на можливий випадок COVID-19:**

**Крок 3.** Сестра медична реєстратури переадресовує звернення пацієнта на телефон чергового сімейного лікаря АЗПСМ (або надає контактні телефони сімейного лікаря АЗПСМ).

## Алгоритм роботи чергового медичного працівника бюро викликів станції ШМД при зверненні за медичною допомогою пацієнтів з підозрою на COVID-19

**Крок 1. Питання фельдшера з МНС (з приймання викликів), які він повинен задати абоненту для можливого визначення випадку захворювання на COVID-19 на етапі звернення в бюро викликів станції ШМД, питання задаються стосовно останніх 14 днів:**

1. Чи наявні у пацієнта ознаки гострого респіраторного захворювання такі як підвищення температури тіла до 38 ° С і вище, кашель, задишка, чи був початок захворювання раптовим ?
2. Чи мав пацієнт тісний контакт з підтвердженим, ймовірним, епідеміологічно пов'язаним випадком COVID-19, тобто контакт вважається близьким якщо позитивні хоча б одне з наступних питань:
  - а) чи проживає пацієнт в тому самому домогосподарстві (квартирі, будинку), що і особа із випадком COVID-19;
  - б) чи мав пацієнт прямий фізичний контакт із хворим на COVID-19 (наприклад, через рукостискання);
  - в) чи мав пацієнт незахищений прямий контакт із інфекційними виділеннями хворого на COVID-19 (наприклад, перебування в зоні пацієнта під час кашлю, чи доторкування руками до використаних серветок);
  - г) чи пацієнт контактував із хворим на COVID-19 на відстані до двох метрів впродовж 15 хвилин і більше;
  - д) чи перебував пацієнт разом із хворим на COVID-19 у закритому середовищі (наприклад, аудиторія, кімната для засідань, зал очікування закладу охорони здоров'я) впродовж 15 хвилин і більше на відстані менше двох метрів;
  - е) чи є пацієнт медичним працівником або іншою особою, який без відповідних засобів індивідуального захисту надавав медичну допомогу, або виконував догляд за хворим на COVID-19, або обробляв лабораторні зразки, отримані від хворих на COVID-19.
3. Чи відвідував або проживав у країні/регіоні із місцевою передачею коронавірусу SARS-CoV-2 в громаді, відповідно до ситуаційних звітів ВООЗ (актуальна інформація щодо захворюваності та поширення COVID-19 розміщена на офіційному сайті Центру громадського здоров'я МОЗ України, [електронний ресурс] <https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/koronavirusna-infekciya-covid-19>)
4. Чи виконувалось лабораторне тестування на предмет виявлення COVID-19. Якщо лабораторне тестування виконувалось, необхідно запитати коли воно виконувалось, і які його результати.

**Крок 2. Поради абоненту, який зателефонував до бюро викликів:**

- впевніться у власній безпеці і оцініть ситуацію.

По можливості:

- одягніть медичну маску;
- надягніть на пацієнта медичну маску;
- ізолюйте пацієнта в окремій кімнаті;
- ретельно вимийте руки з милом (не менше 30 секунд) та обробіть їх антисептиком;
- не доторкайтеся руками до очей, обличчя, не контакуйте з виділеннями пацієнта;
- знайдіть медикаменти, які приймає пацієнт, попередню медичну документацію і покажіть лікарю з МНС бригади ЕМД.

**Крок 3. Направлення бригад екстреної медичної допомоги на місце виклику:** якщо направляється бригада ЕМД на місце виклику до пацієнта з ознаками гострого респіраторного захворювання (відсутній відповідний епідеміологічний анамнез стосовно COVID-19), то фельдшер з МНС (з приймання викликів) попереджає бригаду ЕМД щодо настороженості до COVID-19 та наголошує про необхідність застосування відповідних засобів індивідуального захисту.

**Примітки:** матеріали Стандарту екстреної медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затвердженого наказом МОЗ України від 28.03.2020 р. №722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)»;

матеріали Нового клінічного протоколу «Екстрена медична допомога: догоспітальний етап. Новий клінічний протокол №1.1. Загальні правила надання допомоги», затвердженого наказом МОЗ України від 05.06.2019 р. №1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».

## Транспортування зразків біологічних матеріалів для тестування на SARS-CoV-2

Транспортування зразків біологічних матеріалів для тестування на SARS-CoV-2 здійснює фельдшер з МНС станції ШМД.

**Крок 1.** Перед транспортуванням біологічних матеріалів фельдшер з МНС одягає засоби індивідуального захисту згідно з підпунктом 1 пункту I [Додатку 24](#).

**Крок 2.** Від чергового медичного працівника, який здійснював відбір біологічного матеріалу, отримує в кабінеті прийому пацієнтів з ознаками ГРС, транспортний термобокс із досліджуваними зразками. Досліджувані зразки біологічного матеріалу фельдшер з МНС отримує упакованими відповідно до чинних вимог до пакування Р650 для інфекційних субстанцій UN 3373 категорії В.

**Крок 3.** Фельдшер з МНС повідомляє по телефону визначений лабораторний центр або заклад про транспортування для дослідження зразків біологічних матеріалів.

**Крок 4.** Транспортування у визначені регіональні лабораторні центри на спеціалізованому санітарному транспортному засобі категорії «Спеціальні перевезення», згідно з наказом МОЗ України від 02.10.2000 р. № 232.

Під час поїздки водій санітарного автомобіля одягає медичну маску, перебуває у кабіні санітарного автомобіля та не контактує з фельдшером з МНС, який разом з транспортувальним термобоксом перебуває у медичному салоні автомобіля.

**Крок 5.** Прибувши до визначеного лабораторного центру або закладу, фельдшер з МНС передає термобокс із біологічними матеріалами черговому медичному працівнику та, в установленому порядку, здійснює оформлення відповідної облікової медичної документації. Водій автомобіля залишається перебувати в кабіні санітарного автомобіля.

**Крок 6.** Фельдшер з МНС отримує від чергового медичного працівника лабораторного центру або закладу термобокс, з якого вилучено зразки біологічних матеріалів, та який деконтаміновано відповідно до чинних нормативних документів.

**Крок 7.** По прибутті на станцію ШМД, санітарний автомобіль відразу направляється у визначену зону деконтамінації.

**Крок 8.** В зоні деконтамінації молодша медична сестра станції ШМД здійснює знезараження санітарного автомобіля та використаних ЗІЗ фельдшера з МНС відповідно до [Додатку 28](#) та підпункту 1 пункту I [Додатку 24](#).

До завершення процедури деконтамінації водій автомобіля перебуває в кабіні санітарного автомобіля із щільно закритими дверима та вікнами.

**Примітки:** матеріали Додатку 3 «Відбір, зберігання та транспортування зразків матеріалів для тестування на SARS-CoV-2» до Стандарту медичної допомоги «COVID – 19» затвердженого наказом МОЗ України №722 від 28.03.2020 р.

матеріали Centers for Disease Control and Prevention. USA / Interim Guidance for Emergency Medical Services Systems and 911 Public Safety Answering Points for COVID-19 in the United States / [Електронний ресурс]: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-for-ems.html>;

матеріали Emergency Medical Services Systems and 911 in the United States / EMS Infectious Disease Playbook / [Електронний ресурс]: <https://www.ems.gov/pdf/ASPR-EMS-Infectious-Disease-Playbook-June-2017.pdf>

**Дії бригади ЕМД на місці виклику при виявленні хворого (підозрілого)  
на COVID-19**

Ця інструкція визначає дії персоналу бригади ЕМД за умови, якщо під час попереднього збору анамнезу диспетчерською службою, не було встановлено, що пацієнт є хворим (підозрілим) COVID-19, тобто пацієнт надав черговому фельдшеру з МНС (з приймання викликів) неправдиву інформацію.

**Крок 1.** Провести заходи з особистого захисту (одягти захисний одяг, якщо захисний одяг відсутній – запросити у бюро викликів станції ШМД його доставку).

**Крок 2.** Запросити у бюро викликів станції ШМД доставку засобів для поточної дезінфекції.

**Крок 3.** Тимчасово ізолювати хворого (підозрілого) на місці виявлення до його госпіталізації в спеціалізований інфекційний стаціонар, визначений чинними нормативними документами;

**Крок 4.** Впродовж 2-х годин забезпечити вчасне подання інформації:

а) реєстрація випадку за формою первинної облікової документації № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення» затвердженої наказом МОЗ України від 10 січня 2006 року № 1, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 08 червня 2006 року за № 686/12560 (далі – ф. № 058/о);

б) інформування керівництва закладу охорони здоров'я (завідувача станції ШМД).

**Крок 5.** Провести в приміщенні необхідні заходи, направлені на попередження виносу інфекції, проводити поточні дезінфекційні заходи.

**Крок 6.** Уточнити дані епідеміологічного анамнезу, встановити коло осіб, які спілкувалися з хворим (підозрілим) впродовж останніх 14 днів та скласти їх список.

**Крок 7.** При необхідності, здійснити госпіталізацію пацієнта до визначеного стаціонарного відділення ЗОЗ.

**Примітки:** матеріали Стандарту екстреної медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)», затвердженого наказом МОЗ України від 28.03.2020 р. №722 «Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)».















Реєстр пацієнтів серед дітей з підозрою на коронавірусне захворювання COVID-19

№ з/п	персоніфіковані дані пацієнта		категорії ризику	місце проживання	відвідування організованого колективу	персоніфіковані дані батьків (опікунів)	діагноз	специфічні діагностичні тести	моніторинг симптомів у пацієнта ( день спостереження )
	дата первинного звернення	№ амбулаторної електронної картки в							
1									
2									
3		№ амбулаторної електронної картки в							
4		прізвище, ім'я та по батькові							
5		стать							
6		рік народження (ДД/ММ/РРРР)							
7		вік							
8									
9									
10		постійне							
11		в даній місцевості							
12		назва установи							
13		адреса							
14		клас/група							
15		№ амбулаторної електронної картки в							
16		прізвище, ім'я та по батькові							
17		рік народження (ДД/ММ/РРРР)							
18		контактний телефон							
19		електронна пошта							
20									
21		кількість побутових контактів							
22		при первинному зверненні							
23		при закінченні випадку							
24		швидкий тест на COVID							
25		ПЛР на COVID							
		тест на грип А/В							
		1							
		2							
		3							
		4							
		5							
		6							
		7							
		8							
		9							
		10							
		11							
		12							
		13							
		14							











### Перелік використаних інформаційних джерел:

1. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12>
2. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14>
3. Наказ МОЗ України від 17 травня 2019 р. №1126 «Про затвердження Порядку організації проведення епідеміологічного нагляду за грипом та гострими вірусними інфекціями, заходів з готовності в міжепідемічний період і реагування під час епідемічного сезону захворюваності на грип та ГРВІ».
4. Наказ МОЗ України від 05 червня 2019 р. №1269 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги»
5. Наказ МОЗ України від 24 січня 2020 р. №185 «Про заходи щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків захворювань, спричинених новим короно вірусом».
6. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 03 лютого 2020 р. №93 «Про заходи щодо запобігання і поширення на території України гострої респіраторної хвороби, спричиненої коронавірусом 2019-nCoV» <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/93-2020-%D1%80>
7. Постанова Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 р. №211 «Про запобігання поширенню на території України коронавірусу COVID-19» <https://chernigiv-rada.gov.ua/news/id-42234/>
8. Наказ МОЗ України від 13 березня 2020 р. №663 «Про оптимізацію заходів щодо недопущення занесення і поширення на території України випадків COVID-19»
9. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 березня 2020 р. №215 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 р. № 211»
10. Закон України від 17 березня 2020 р. №530 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникненню коронавірусної хвороби( COVID-19)»
11. Наказ МОЗ України від 23 березня 2020 р. №698 «Про затвердження Тимчасових заходів у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу (COVID 19), спричинену коронавірусом SARS-CoV-2»
12. Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2020 р. №239 «Про внесення змін до деяких актів Кабінету Міністрів України» змін до постанови Кабінету України від 11.03.2020 р. №211 «Про запобігання поширення на території України коронавірусу COVSD-19»
13. Наказ МОЗ України від 28 березня 2020 р. №722 «Організація надання медичної допомоги хворим на короновірусну хворобу ( COVID 19)»
14. Наказ МОЗ України від 02 квітня 2020 р. №762 «Про затвердження протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби ( COVID-19)»
15. Наказ МОЗ України від 09 квітня 2020 р. №827 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 березня 2020 року № 722»
16. Наказ МОЗ України від 10 квітня 2020 р. №852 «Про внесення змін до протоколу «Надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби (COVID 19)»
17. Наказ МОЗ України від 23 квітня 2020 р. №953 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 березня 2020 року №722»
18. Наказ МОЗ України №1109 від 12.05.2020 р. «Зміни до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»
19. Наказ МОЗ України №1227 від 20.05.2020 р. «Зміни до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»

20. WHO / 2019-nCoV / SurveillanceGuidance / 2020.3 Global Surveillance for human infection with novel coronavirus (2019-nCoV) Interim guidance v3 31 January 2020; [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov))
21. Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance: Early investigations; <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technicalguidance>
22. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts Interim guidance 20 January 2020; [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-andmanagement-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)
23. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected Interim guidance 28 January 2020; [https://www.who.int/publicationsdetail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novelcoronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publicationsdetail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novelcoronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
24. Novel Coronavirus (2019-nCoV) v2 Operational Support & Logistics; [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200203-sitrep-14-ncov.pdf?sfvrsn=f7347413\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200203-sitrep-14-ncov.pdf?sfvrsn=f7347413_4)
25. «Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines» від 21.04.2020 p. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>

## ЛИСТ ВНЕСЕННЯ ЗМІН ТА ДОПОВНЕНЬ

№ поправки	Дата внесення змін	Підстави для внесення змін/доповнень	Розділи, пункти та підпункти КМП, до яких внесено зміни
1	2	3	4
№1	22.05.2020 р.	Наказ МОЗ України №1109 від 12.05.2020 р. «Зміни до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»	<p><b><u>II. Амбулаторно-поліклінічний етап. ЦПМСД.</u></b>                      п. 5. Проведення огляду пацієнта та визначення тяжкості перебігу захворювання.                      п.п.5.6.2.-5.6.4. Проведення обстеження осіб, які потребують планової госпіталізації або операції                      Додаток 31                      Інструкції 2, 3, 4</p>
№2	22.05.2020 р.	Наказ МОЗ України №1109 від 12.05.2020 р. «Зміни до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)»	<p><b><u>I. Організація надання медичної допомоги.</u></b>                      п.1.Організаційні заходи закладу щодо надання медичної допомоги під час поширення COVID-19.                      п.п.1.6.Обстеження медичних працівників ЗОЗ на SARS-CoV-2.</p> <p><b><u>II. Амбулаторно-поліклінічний етап. ЦПМСД.</u></b>                      п.5. Проведення огляду пацієнта та визначення тяжкості перебігу захворювання.                      п.п. 5.2. Обстеження пацієнтів з підозрою на коронавірусне захворювання (COVID-19) (з клінічними ознаками захворювання)                      п.п.5.3. Обстеження пацієнтів з ознаками пневмонії                      п.п.5.4.Обстеження пацієнтів з підозрою на коронавірусне захворювання (COVID-19) (з клінічними ознаками захворювання, з пневмонією) при неможливості проведення ПЛР діагностики                      п.п.5.6 Обстеження осіб, які контактували з підтвердженим випадком коронавірусного захворювання (COVID-19)                      п.п.5.7.Обстеження осіб, які потребують планової госпіталізації або операції</p> <p><b><u>III. Амбулаторно-поліклінічний етап. КДЦ.</u></b>                      п.1.Профілактика поширення захворювання: забезпечення безпеки пацієнтів та медичного персоналу                      п.п.1.2.Проведення обстеження працівників лабораторій на SARS-CoV-2</p> <p><b><u>IV. Госпітальний етап. Стаціонарні відділення ЗОЗ.</u></b>                      п.1.Профілактика поширення захворювання: забезпечення безпеки пацієнтів та медичного персоналу                      п.п.1.2.Проведення обстеження працівників стаціонарних підрозділів на SARS-CoV-2</p>

1	2	3	4
			Додаток 30 Блок-схеми 2,3,4,5,6,8,10 Інструкції 2,3,4