

COVID-19 Надгледување



Цели

1. Да се разберат генералните концепти за надгледување на инфективни болести и како тие се однесуваат на COVID-19 во установите и во заедницата.
2. Да се стекне способност да се идентификуваат различните дефиниции на случај за COVID-19 за надгледување, вклучувајќи ги суспектните, потврдените и лицата во фаза на истражување (анг. Persons Under Investigation - PUI).
3. Да се идентификуваат посебните групи на граѓани и средини кои може да имаат зголемен ризик од COVID-19 и на кои им е потребно зајакнато надгледување.
4. Да се стекне способност да се користи ревидираниот образец на Светската здравствена организација за пријавување на случаи со COVID-19
5. Да се опишат дефинициите за пасивно и активно лоцирање на контакти и пристапот кон секој од нив во рамки на справувањето со COVID-19.

Надгледување на инфективни заболувања

Надгледување на инфективни заболувања

Вовед

Според Центрите за контрола и превенција на заболувања (анг. Centers for Disease Control and Prevention -CDC), епидемиолошкото надгледување е „континуираното системско собирање, анализирање и интерпретација на медицински податоци кои се клучни за планирањето, спроведувањето и оценувањето на практиките во јавното здравство, блиско интегрирани со навремено проследување на овие податоци на оние кои треба да ги знаат.“

Целта на надгледувањето е:

- Да се следат **трендовите на заболувањето**, како што е податокот за тоа каде се случува трансмисија од човек на човек.
- Брзо **да се идентификуваат случаите** во области без претходна трансмисија.
- Да се обезбедат **епидемиолошки информации** со цел да се спроведат процени на ризикот.
- Да се обезбедат епидемиолошки податоци за **да се насочуваат мерките за подготвеност и справување**

Надгледување на заболувањето може да се спроведува на повеќе нивоа - локално, провинцијално, национално и меѓународно (како што е Светската здравствена организација (СЗО).

Надгледување на инфективни заболувања

Методи за надгледување на заболувањето

Пасивно надгледување:

- Заболувањата се пријавуваат од страна на здравствените установи
- Едноставен и економичен начин, бара малку ресурси
- Ограничено поради можното нецелосно известување и варијабилност на податоците.

Активно надгледување:

- Здравствените агенции проактивно контактираат и бараат извештаи од здравствените провајдери или лаборатории.
- Сите познати контакти на инфицираните поединци се следат за симптоми и се тестираат доколку тие се појават.
- Посеопфатно известување на состојбите и процена за зачестеноста на заболувањето.
- Поскап начин кој бара повеќе работа.

Надгледување на инфективни заболувања

Податоци собрани при надгледување на заболување

Податоците од надгледувањето оптимално би требало да ги содржат следните компоненти:

- **Лице**
- **Место** – локација каде е направен извештајот, но исто така и местото на изложување.
- **Време** - датумот на појавата, доколку е достапен, е поинформативен од датумот на пријавувањето.

Стандардизација на податоци

- Овозможува позначајни споредби преку земање во предвид на фактори како што се големината на населението или дистрибуцијата на демографските фактори.

COVID-19 Дефиниции на случај



WATSON INSTITUTE
INTERNATIONAL & PUBLIC AFFAIRS
BROWN UNIVERSITY

**CHR
& HS**

CENTER FOR
HUMAN RIGHTS
& HUMANITARIAN
STUDIES

project
HOPE
Emergency
Response

COVID-19 Дефиниции на случај

Дефиниции на случај за надгледување

надгледување - дефиниција на случај :

- Збир од униформирани критериуми кои се користат за да се дефинира одредено заболување заради јавно-здравствен надгледување.
- Им овозможува на јавно-здравствените службеници конзистентно да ги класифицираат и бројат случаите.
- Не е наменет за употреба од страна на давателите на здравствени услуги при поставување на клиничка дијагноза

СЗО има развиено дефиниции на случај за COVID-19 врз основа на моменталните информации

COVID-19 Дефиниции на случај

Суспектен случај

- Пациент со **акутно респираторно заболување** (односно висока температура - треска и барем еден знак или симптом на респираторно заболување како што се кашлица или недостаток на здив) **И** без друга етиологија која во потполност ја објаснува клиничката слика **И** со историја на патување или престојување во држава, област или територија каде е пријавена локална трансмисија на COVID-19 во текот на последните 14 дена пред појавата на симптомите.

ИЛИ

- Пациент со какво било **акутно респираторно заболување** **И** кој бил во контакт со потврден или можен случај на заболување со COVID-19 во текот на последните 14 дена пред појавата на симптомите.

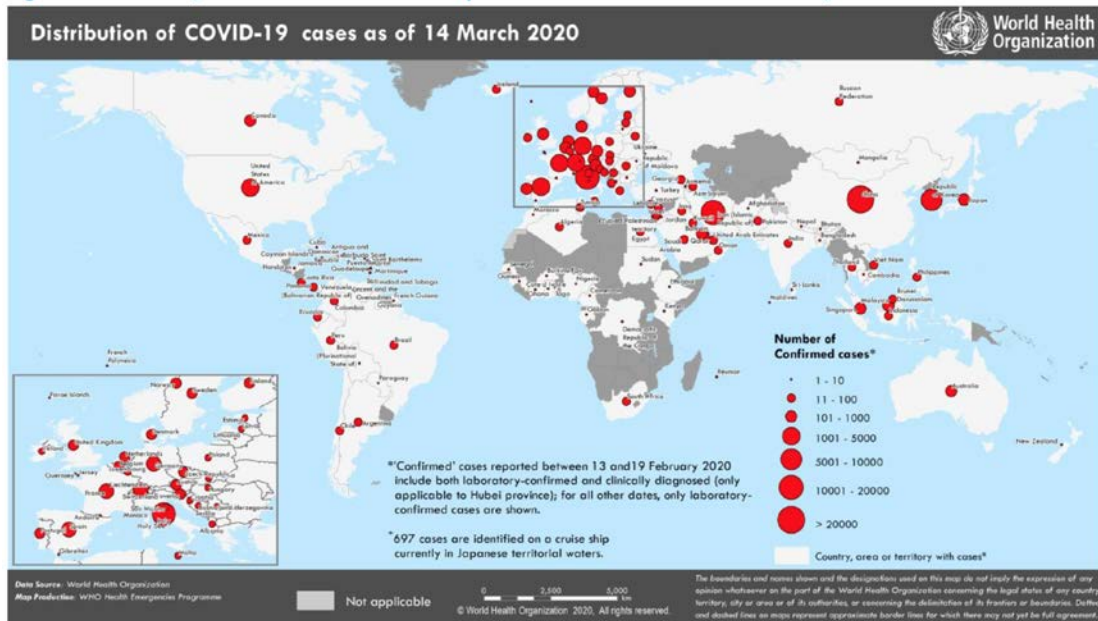
ИЛИ

- Пациент со **тешка акутна респираторна инфекција** (анг. Severe acute respiratory infection - SARI) **И** на кој му е потребна хоспитализација **И** кој нема друга етиологија која во потполност ја објаснува клиничката слика.

COVID-19 Дефиниции на случај

Суспектен случај – одредување на областите со ризик

Figure 1. Countries, territories or areas with reported confirmed cases of COVID-19, 14 March 2020



За ажурирани извештаи, погледнете ги Извештаите за состојбата на Светската здравствена организација достапни на:

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

COVID-19 Дефиниции на случај

Суспектен случај



The Johns Hopkins Coronavirus-19 Resource Map

COVID-19 Дефиниции на случај

Потврдени или можни случаи и лица кои се во фаза на испитување

- **Потврден случај:** Лице кое има лабораториска потврда за инфекција со вирусот COVID-19, без оглед на постоењето на клинички знаци и симптоми.
- **Можен случај: Суспектен случај** за кој лабораторискиот тест за вирусот COVID-19 е неодреден.
- **Лице кое е во фаза на испитување (анг. Person Under Investigation - PUI):** Кое било лице кое е моментално во фаза на испитување за вирусот што го предизвикува COVID-19, или кое било тестирано но тестот за вирусот бил негативен

Зголемени потреби за надгледување

Зголемени потреби за надгледување

Препораки за лабораториско тестирање

- Сите суспектни случаи треба да се тестираат за инфекција со SARS-CoV-2.

*Повеќе информации за начините на тестирање видете во модулот **Дијагноза и третман**.*

- Зависно од бројот на случаите и капацитетот на лабораторијата, можно е да може да се тестираат само дел од суспектните случаи.
- Доколку постојат доволно ресурси, тестирањето може да се изведе и пошироко со цел подобро да се разбере размерот на циркулација на вирусот, како во случајот на таканареченото „стражарско надгледување“.

Зголемени потреби за надгледување

Популации со висок ризик

Надгледувањето за SARS-CoV-2 може да биде проширен во одредени **високоризични групи** кои не спаѓаат во дефиницијата на суспектен случај, како што се:

- Акутно респираторно заболување меѓу група на **здравствени работници**.
- Тешка респираторна инфекција или пневмонија во семејства, на работни места или во социјалните кругови.
- Хоспитализирани пациенти со пневмонија или дури и пациенти со пневмонија кои се следат во установите на примарна медицинска нега.
- Пациенти на **одделот за интензивна нега** со заболувања кои може да се предизвикани од инфекција.
- Смрт која може да настанала како последица од инфекција

Зголемени потреби за надгледување

Пациенти со висок здравствен ризик

Дополнително, надгледувањето за SARS-CoV-2 може да се прошири и на симптоматските пациенти од групи кои се со висок ризик за медицински компликации, како што се:

- **Постари лица**, особено оние кои живеат во објекти со заеднички простории како што се домовите за нега
- **Лица со тешки хронични здравствени состојби** вклучувајќи:
 - Срцево заболување
 - Дијабетес
 - Болест на белите дробови

Поднесување на податоците од надгледувањето до СЗО

Поднесување на извештај со податоците од надгледувањето до СЗО

Се претпочита: Известување врз база на случај

Националните здравствени власти треба да развијат системи на известување за случаите од страна на поединечните здравствени установи или локални здравствени оддели до националните здравствени власти врз основа на Извештајот за случај на СЗО

- Во секоја здравствена установа или оддел да се назначи лице одговорно за известување
- Да се дистрибуираат обрасците за известување за случај на официјалниот/локалните јазици до сите здравствени установи или оддели
- Да се идентификуваат системи за пренесување на податоци на национално ниво (на пр. електронска пошта, телефон, итн.)
- Во редовни интервали да се изведуваат проверки на квалитетот на собраните податоци

Поднесување на извештај со податоците од надгледувањето до СЗО

Се претпочита: Известување врз база на случај

СЗО бара од националните власти да поднесуваат извештај за можните и потврдените случаи на COVID-19 во рок од 48 часа од нивното идентификување.

- Бараните информации се наведени во ревидираниот образец за известување за потврдени случаи на COVID-19.
- Пристап до образецот: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331234/WHO-2019-nCoV-SurveillanceCRF-2020.2-eng.pdf>

Поднесување на извештај со податоците од надгледувањето до СЗО

Образец за пријавување на случај на COVID-19 до СЗО



World Health
Organization

Revised case report form for Confirmed Novel Coronavirus COVID-19 (report to WHO within 48 hours of case identification)

Date of reporting to national health authority: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Reporting country: _____

Why tested for COVID-19:

- Contact of a case Ill Seeking Healthcare due to suspicion of COVID-19 Detected at point of entry Repatriation
 Routine respiratory disease surveillance systems (e.g. influenza) Unknown

If none of the above, please explain: _____

Section 1: Patient information

Section 2: Clinical Status

Date of first laboratory confirmation test: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Any symptoms* or signs *at time of specimen collection that resulted in first laboratory confirmation?*

No (i.e., asymptomatic) Yes Unknown

If yes, date of onset of symptoms: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Underlying conditions and comorbidity:

Any underlying conditions? No Yes Unknown

If yes, please check all that apply:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pregnancy (trimester: _____) | <input type="checkbox"/> Post-partum (< 6 weeks) |
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular disease, including hypertension | <input type="checkbox"/> Immunodeficiency, including HIV |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Renal disease |
| <input type="checkbox"/> Liver disease | <input type="checkbox"/> Chronic lung disease |
| <input type="checkbox"/> Chronic neurological or neuromuscular disease | <input type="checkbox"/> Malignancy |
| <input type="checkbox"/> Other(s), please specify: | |

Health Status at time of reporting:

Admission to hospital: No Yes Unknown

First date of admission to hospital: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

If yes

Did the case receive care in an intensive care unit (ICU)? No Yes Unknown

Did the case receive ventilation? No Yes Unknown

Did the case receive extracorporeal membrane oxygenation? No Yes Unknown

Is case in isolation with Infection Control Practice in place No Yes Unknown

Date of isolation: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]



Section 3: Exposure risk in the 14 days prior to symptom onset (prior to testing if asymptomatic)

Is case a Health Care Worker (any job in a health care setting): No Yes Unknown

If yes, Country: _____ City: _____ Name of Facility: _____

Has the case **travelled** in the 14 days prior to symptom onset? No Yes Unknown

If yes, please specify the places the patient travelled to and date of departure from the places:

	Country	City	Date of Departure from the place
1.	Country _____	City _____	Date _____
2.	Country _____	City _____	Date _____
3.	Country _____	City _____	Date _____

Has case **visited any health care facility** in the 14 days prior to symptom onset? No Yes Unknown

Has case **had contact with a confirmed case** in the 14 days prior to symptom onset? No Yes Unknown

If yes, please list unique case identifiers of all probable or confirmed cases:

If yes, please explain contact setting: _____

	Contact ID	First Date of Contact	Last Date of Contact
1.	_____	Date _____	Date _____
2.	_____	Date _____	Date _____
3.	_____	Date _____	Date _____
4.	_____	Date _____	Date _____
5.	_____	Date _____	Date _____

Most likely country of exposure: _____

Section 4: Outcome : complete and re-sent the full form as soon as outcome of disease is known or after 30 days after initial report.

Date of re-submission of this report: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

If case was asymptomatic at time of specimen collection resulting in first laboratory confirmation, did the case develop any symptoms or signs *at any time* prior to discharge or death:

- No (i.e., case remains asymptomatic)
- Yes, asymptomatic case (as previously reported) developed symptoms and/or signs of illness

If yes, date of onset of symptoms/signs of illness: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Unknown

Clinical Course:

Admission to hospital (may have been previously reported): No Yes Unknown

If admitted to hospital:

First date of admission to hospital: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Did the case receive care in an intensive care unit (ICU)? No Yes Unknown

Did the case receive ventilation? No Yes Unknown

Did the case receive extracorporeal membrane oxygenation? No Yes Unknown

Health Outcome: Recovered/Healthy Not recovered Death Unknown: Other:

If other, please explain: _____

Date of Release from isolation/hospital or Date of Death: [D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

If released from hospital /isolation, date of last laboratory test:

[D][D]/[M][M]/[Y][Y][Y][Y]

Results of last test: positive negative Unknown

Total number of contacts followed for this case: _____ Unknown

Поднесување на извештај со податоците од надгледувањето до СЗО

Поднесување на информациите од надгледувањето

- Доколку резултатите на пациентот не се достапни во моментот на поднесување на извештајот (во рок од 48 часа од идентификувањето на случајот), треба да се испрати ажуриран извештај веднаш штом информацијата за резултатите ќе стане достапна или **најдоцна во рок од 30 дена од првиот извештај**.
- Информацијата треба да биде поднесена преку Националната фокална точка и Регионалната контактна точка на IHR (2005) во соодветната регионална канцеларија на СЗО.
 - Примерок за ревидираниот список во Excel формат и речник за податоците, вклучително и предлози за различните имиња и нивните спецификации е достапен преку: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/surveillance-and-case-definitions>

Поднесување на извештај со податоците од надгледувањето до СЗО

Алтернативна можност: дневни и неделни збирни податоци

Доколку известувањето базирано на случај не е возможно, од државите се бара да обезбедуваат дневни и неделни збирни податоци

- Дневните збирни податоци да се поднесат до примарното административно ниво (на пример регион, провинција, држава, општина) :
 - Број на новопотврдени случаи
 - Број на смртни случаи
- Неделни збирни податоци
 - Број на новопотврдени случаи
 - Број на можни случаи
 - Број на нови смртни случаи поради COVID-19
 - Број на нови случаи со COVID-19 кои биле хоспитализирани

Поднесување на извештај со податоците од надгледувањето до СЗО

Алтернативна можност: дневни и неделни збирни податоци

- Неделни збирни податоци продолжение
 - Број на нови случаи на COVID-19 третирани со механичка вентилација или со екстракорпорална мембранска оксигенација или примени на одделот за интензивна нега.
 - Број на нови случаи и нови смртни случаи по старосна група со користење на групите 0 до <2, 2 до <5, 5 до <15, 15 до <50, 50 до <65 и ≥65 години, или слично.
 - Кумулативни стапки на потврдени случаи и смртни случаи според полот.
 - Вкупен број на спроведени лабораториски тестирања.
 - Вкупен број на тестови кои биле позитивни за SARS-CoV-2.
 - Доколку е возможно, бројот на контакти кои се следат и бројот на новоидентификувани контакти.

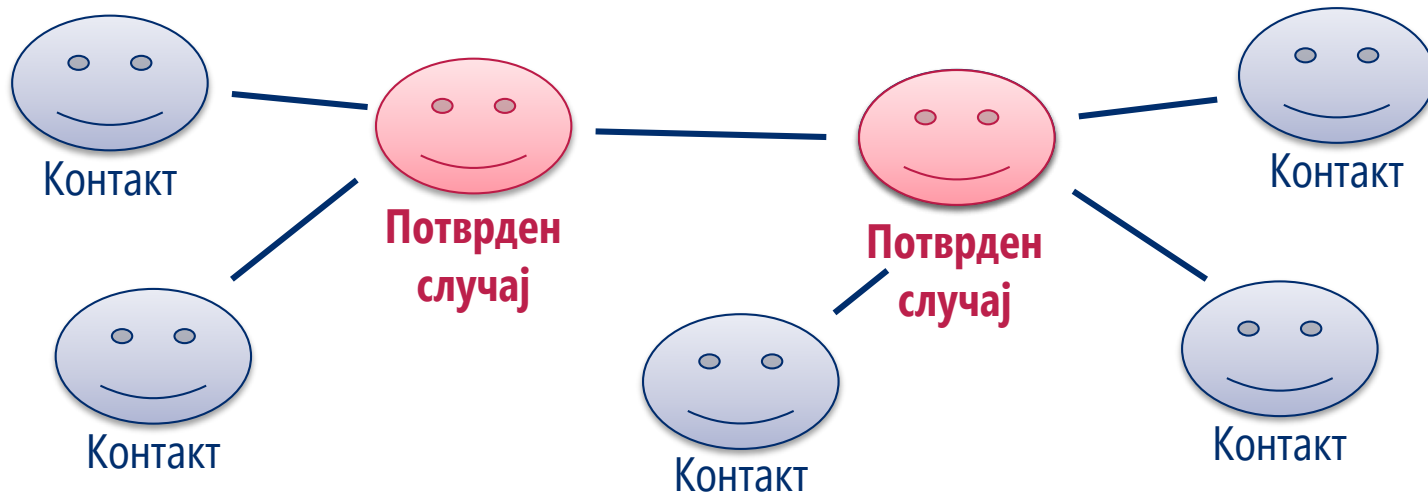
Процедурите за поднесување на овие податоци до СЗО се слични како тие кои се применуваат при известување базирано на случај.

Лоцирање на контакти

Лоцирање на контакти

Вовед

Лоцирање на контакти вклучува идентификување на сите релевантни контакти на потврден случај и осигурување дека се свесни за нивното изложување како и спроведување на мерките на претпазливост.



Лоцирање на контакти

Дефиниција на контакт со COVID-19

СЗО го дефинира **контактот** како лице кое е вклучено во која било од следните активности во текот на последните 14 дена од појавата на симптоми кај пациент со **COVID-19**:

- Обезбедување на директна нега на пациент со COVID-19 без употреба на соодветна заштитна опрема.
- Престојување во истата блиска околина како и пациентот со COVID-19 (вклучувајќи и заедничко работно место, училница, домаќинство, или присуство на ист собир).
- Патување во непосредна близина (односно растојание помало од 1 метар) со пациент со COVID-19.

СЗО препорачува следење на сите контакти

Лоцирање на контакти

Методи за следење на лоцираните контакти

Пасивно следење:

- Кога ќе се идентификува случајот, контактите се советуваат да побараат медицинска помош доколку развијат симптоми.
- Поединци може да бидат советувани самите да проверуваат дали имаат симптоми во рок од 14 дена по изложувањето

Активно следење:

- Кога ќе се идентификува случај, контактите се следат на редовна база со цел да се откријат симптоми на болеста.
- На овие поединци може да им се обезбедат здравствени совети, дневно да се контактираат и да се испитуваат за релевантните симптоми во рок од 14 дена по изложувањето.

*Претпочитан метод за лоцирање на контакти со COVID-19 доколку за тоа постојат доволно ресурси во државата

Лоцирање на контакти

СЗО Протокол за истражување на трансмисијата во домаќинствата

СЗО направи протокол за истражување на трансмисијата на SARS-CoV-2 во домаќинства

Целите на ова истражување на трансмисијата се:

- Подобро да се разбере размерот на трансмисијата во едно домаќинство преку оценување на стапката на секундарни инфекции кај контактите во домаќинството на индивидуално ниво, и факторите поврзани со која било варијација на ризикот од секундарни инфекции.
- Да се карактеризираат секундарните случаи, вклучувајќи го опсегот на клиничката слика, факторите на ризик за инфекции и размерот и фракцијата на асимптоматските инфекции.
- Да се карактеризира серолошкиот одговор по потврдена инфекција со SARS-CoV-2 (силно се препорачува но е опционално, зависно од капацитетот на лабораторијата и расположливите ресурси).

Лоцирање на контакти

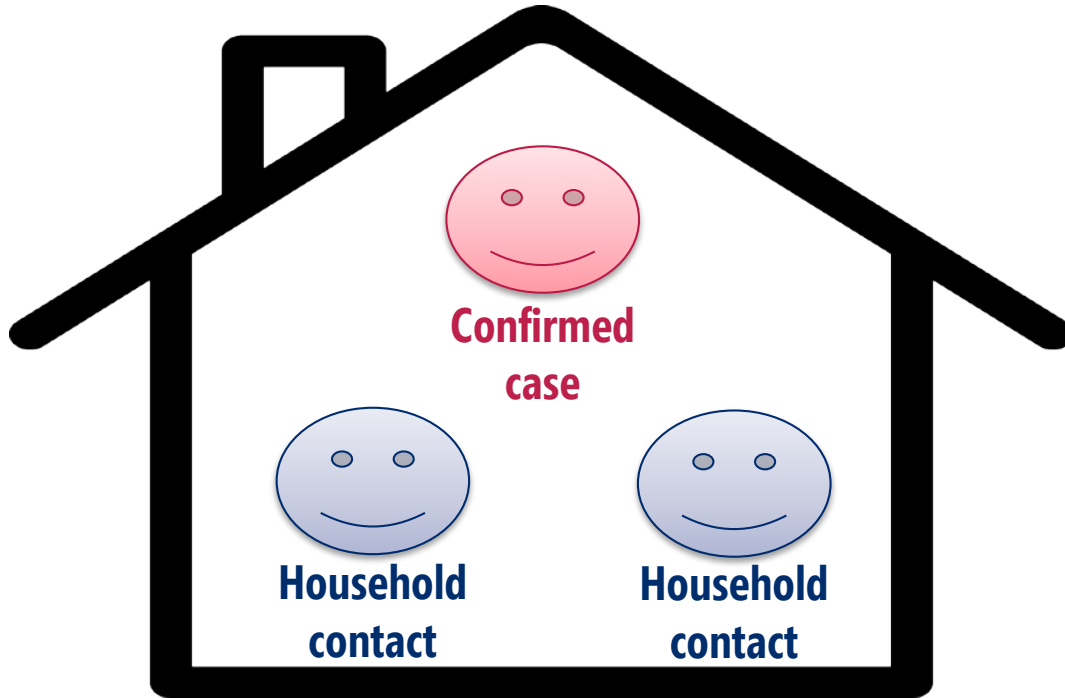
СЗО Протокол за истражување на трансмисијата во домаќинствата

Секундарните цели кои исто така можат да се оценат преку овие податоци вклучуваат:

- Процена на серискиот интервал во домаќинството.
- Процена на периодот на инкубација, траењето на инфективноста и траењето на детектираната преносливост на вирусот.
- Карактеризирање на траењето и сериозноста на COVID-19.

Лоцирање на контакти

СЗО Протокол за истражување на трансмисијата во домаќинствата



- **Домаќинство:** група од 2 или повеќе лица кои живеат во ист објект.
- Контакт од домаќинството е лице кое престојувало во истото домаќинство со **потврден случај** за време на појавата на симптоми кај тој случај.
- Можно е да е потребно **исклучување** на домаќинствата доколку датумот на појавата на симптоми е ист за повеќе од еден член на семејството, освен доколку треба да се одреди динамиката на трансмисијата.
- Кој било контакт од домаќинството со **клинички симптоми во рок од 14 дена од последното изложување/контакт** со примарниот случај треба да се смета за **суспектен случај** и соодветно да се следи.

Лоцирање на контакти

СЗО Протокол за истражување на трансмисијата во домаќинствата

Преку домашни посети се собираат податоци и примероци од случаите и од контактите на денот на регрутирањето, со последователни посети на 7-от, 14-от и 28-от ден доколку е тоа возможно.

Day since recruitment	0 (± 1)	...	7	...	14	...	28
Home visit and data collection							
Respiratory sample		(optional)		(optional)		(optional)	(optional)
Serum sample (dependent on country)			(optional)		Highly encouraged		
Other specimens (if relevant)	(optional- situation dependent)						
Symptom diaries						Highly encouraged	

Unique Primary Case ID / Household Number	
1. Current Status	<input type="checkbox"/> Alive <input type="checkbox"/> Dead
2. Data Collector Information	
Name of data collector	
Data collector Institution	
Data collector telephone number	
Mobile number	
Email	
Form completion date (DD/MM/YYYY)	__/__/__
Date of interview with informant (DD/MM/YYYY)	__/__/__

3. Interview respondent information (if the persons providing the information is not the primary case)	
First name	
Surname	
Sex	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Not known
Date of Birth (DD/MM/YYYY)	__/__/__
Relationship to primary case	
Respondent address	
Telephone (mobile) number	

4. Primary case Identifier Information	
First name	
Surname	
Sex	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Not known
Date of Birth (DD/MM/YYYY)	__/__/__
Telephone (mobile) number	
Age (years, months)	
Email	
National social number / identifier (if applicable)	
Country of residence	
Nationality	
Ethnicity (optional)	
Responsible Health Centre	
Nursery/School/College if appropriate Work/ Stay home etc	

5. Household information	
Location of household / Address of primary case	
Household size (number of people who usually live in the house, this will be varied depending on culture)	
Number of rooms in house	

Number of bedrooms	
Age of each household member	

6a. Primary case symptoms from onset of illness	
Date of first symptom onset* (DD/MM/YYYY)	__/__/__ <input type="checkbox"/> Asymptomatic <input type="checkbox"/> Unknown
Fever (≥38 °C) or history of fever*	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If yes, specify maximum temperature from onset of illness: _____
Date of first health facility visit (including traditional care)* (DD/MM/YYYY)	__/__/__ <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Unknown
Total number of visits to health facilities since onset of illness	
Total number of health facilities visited since onset of illness	<input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Unknown Specify: _____
6b. Respiratory symptoms	
Sore throat*	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If Yes, date (DD/MM/YYYY): __/__/__
Cough*	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If Yes, date (DD/MM/YYYY): __/__/__
Runny nose*	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Shortness of breath*	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If Yes, date (DD/MM/YYYY): __/__/__
6c. Other symptoms	
Chills	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Vomiting	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Nausea	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Diarrhoea	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Headache	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Neurological signs If Yes, specify	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Rash	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Conjunctivitis	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Muscle ache	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Joint ache	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Loss of appetite	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Nose bleed	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Fatigue	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
General malaise	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Seizures	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Altered consciousness	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown



Потврден
случај

Unique Primary Case ID / Household Number	
1. Current Status	
<input type="checkbox"/> Alive <input type="checkbox"/> Dead	
2. Data Collector Information	
Name of data collector	
Data collector Institution	
Data collector telephone number	
Mobile number	
Email	
Form completion date (DD/MM/YYYY)	(DD/MM/YYYY) __/__/__
Date of interview with informant (DD/MM/YYYY)	(DD/MM/YYYY) __/__/__

3. Contact Identifier Information	
First name	
Surname	
Sex	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Not known
Date of Birth (DD/MM/YYYY)	(DD/MM/YYYY) __/__/__
Relation to confirmed case	
Telephone (mobile) number	
Age (years, months)	
Email	
National social number/ identifier (if applicable)	
Country of residence	
Nationality	
Ethnicity (optional)	
Responsible Health Centre	
Nursery/School/College if appropriate Work/ Stay home etc	

4. Household information	
Location of household / Address of contact if different to address of primary case	
Date of last contact with the confirmed case (DD/MM/YYYY)	(DD/MM/YYYY) __/__/__
Does the contact share a room (or usually does) with the primary case?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Number of days during the time the case was ill at home that were spent in contact with case (refer to household contact definition)	
Did the contact take care of the case during the time he/she was ill at home before hospitalization?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Did the contact hug the case during the time he/she was ill at home before hospitalization?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Did the contact kiss the case during the time he/she was ill at home before hospitalization?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Did the contact shake hands with the case during the time he/she was ill at home before hospitalization?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown

Did the contact share a meal with the case during the time he/she was ill at home before hospitalization?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Did the contact eat from the same plate with hands with the case during the time he/she was ill at home before hospitalization?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Did the contact share a drinking cup/glass with the case during the time he/she was ill at home before hospitalization?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Did the contact share utensils with the case during the time he/she was ill at home before hospitalization?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Did the contact sleep in the same room as the case during the time he/she was ill at home before hospitalization?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Did the contact share a toilet with the case during the time he/she was ill at home before hospitalization?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown

5a. Contact symptoms	
Has the contact experienced any respiratory symptoms (sore throat, cough, running nose, shortness of breath) in the period from 10 days before onset in the confirmed case until the present?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Date of first symptom onset (DD/MM/YYYY)	(DD/MM/YYYY) __/__/__ <input type="checkbox"/> Asymptomatic <input type="checkbox"/> Unknown
Fever ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) or history of fever	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If yes, specify maximum temperature:
5b. Respiratory symptoms	
Sore throat	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If Yes, date (DD/MM/YYYY): __/__/__
Cough	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If Yes, date (DD/MM/YYYY): __/__/__
Runny nose	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Shortness of breath	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If Yes, date (DD/MM/YYYY): __/__/__
5c. Other symptoms	
Chills	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Vomiting	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Nausea	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Diarrhoea*	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Headache*	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Neurological signs* If Yes, specify	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Rash*	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Conjunctivitis*	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Muscle aches*	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Joint ache	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Loss of appetite	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown



Контакт од
домаќинството

10. Respiratory specimen collection (Day 7)	
Unique Primary Case ID / Household number	<input type="checkbox"/> NA
Date of sample collection (DD/MM/YYYY)	(DD/MM/YYYY) __/__/__ <input type="checkbox"/> NA
What type of respiratory specimen was collected?	<input type="checkbox"/> Nasal swab <input type="checkbox"/> Throat swab <input type="checkbox"/> Nasopharyngeal swab <input type="checkbox"/> Others
Who collected the respiratory specimen?	<input type="checkbox"/> Study staff/ research nurse <input type="checkbox"/> Self-collected
Which laboratory was the specimen sent to?	
Date sent to other laboratory with coronavirus expertise (if applicable) (DD/MM/YYYY)	__/__/__ Specify laboratory:
11. Laboratory results reporting	
<i>Please impute laboratory results once they become available in the "Laboratory results report"</i>	

12. Outcome (Day 7)	
Outcome	<input type="checkbox"/> Alive <input type="checkbox"/> Died <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Unknown If dead, cause:
Outcome current as of date (DD/MM/YYYY)	__/__/__ <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> NA
Hospitalization	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown If yes, date of first hospitalization __/__/__ <input type="checkbox"/> Unknown If yes, specify reason for hospitalisation:



Потврден случај



Контакт од
домаќинството

- Образец со истите информации треба да се пополни и на 14-от и на 28-от ден.

This table will need to be completed for every specimen collection at each point in the follow-up, depending on the chosen specimen collection schedule.

19a. Molecular testing methods and results:	
Lab identification number	
Date sample collected (DD/MM/YYYY)	(DD/MM/YYYY) __/__/__
Date sample received (DD/MM/YYYY)	(DD/MM/YYYY) __/__/__
Type of sample	<input type="checkbox"/> Nasal swab <input type="checkbox"/> Throat swab <input type="checkbox"/> Nasopharyngeal swab <input type="checkbox"/> Others, specify:
Type of test	<input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Whole genome sequencing <input type="checkbox"/> Partial genome sequencing <input type="checkbox"/> Other, specify
Result	<input type="checkbox"/> 2019-nCoV <input type="checkbox"/> Others, specify:
Date of result (DD/MM/YYYY)	__/__/__
Specimen shipped to other laboratory for confirmation - Date (DD/MM/YYYY)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (DD/MM/YYYY) __/__/__



Потврден случај



**Контакт од
домаќинството**

19b. Serology testing methods and results:	
Lab identification number	
Date sample collected (DD/MM/YYYY)	(DD/MM/YYYY) __/__/__
Date sample received (DD/MM/YYYY)	(DD/MM/YYYY) __/__/__
Type of sample	<input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Others, specify:
Result (2019-nCoV antibody titres)	
Date of result (DD/MM/YYYY)	__/__/__
Specimen shipped to other laboratory for confirmation - Date (DD/MM/YYYY)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (DD/MM/YYYY) __/__/__

Each household contact will be asked to record the presence or absence of various signs or symptoms each day for up to 28 days after the administration of the baseline questionnaire (minimum 14 days).

With 2019-nCoV, the extent of clinical presentation and spectrum remains unclear, so symptom diaries may be broadened to include vomiting, diarrhea, abdominal pain, etc., as relevant and may need to be altered to include symptom data for longer than 14 days.

If no symptoms are experienced, ensure that *None* is selected in the second column.

Day	Symptoms						
	No symptoms (check if none experienced)	Fever $\geq 38^{\circ}\text{C}$	Sore throat	Cough	Runny nose	Shortness of breath	Other symptoms: specify
0	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
1	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
2	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
3	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
4	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
6	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
7	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
8	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
9	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
10	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
11	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
12	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
13	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
14	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
...							
28	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	



Потврден случај



Контакт од домаќинството

Лоцирање на контакти

Лабораториско тестирање

Лабораториско тестирање:

- Лабораториските упатства за SARS-CoV-2 може да се најдат на интернет страницата на СЗО и како дел од модулот за Дијагноза и третман во рамките на оваа обука .
- Развиени се повеќе анализи кои се користат за детектирање на SARS-CoV-2 а протоколите или стандардните оперативни процедури (анг. standard operating procedures - SOPs) може да се најдат на интернет страницата на СЗО.

Серологија:

- Во областите каде ресурсите тоа го дозволуваат треба да се земат двојни примероци од крв.
- Двојните серолошки примероци од потврдените случаи ќе помогнат во развивањето на серолошкото тестирање со цел да се одреди точната стапка на секундарна инфекција.

Лоцирање на контакти

СЗО Протокол за истражување на трансмисијата во домаќинствата

Етички препораки:

- Во некои држави ова истражување можно е да потпаѓа под актите за надгледување на јавното здравје (справување со итни ситуации) за што не е потребно етичко одобрение од Институционалниот одбор за ревизија.
- Пред да се спроведе каква било процедура, **треба да се обезбедат информирани одобренија од сите случаи и контакти** кои се согласни да учествуваат во истражувањето.
- Примарниот бенефит од студијата е тоа што податоците собрани во студијата ќе помогнат во подобрување и насочување на напорите да се разбере трансмисијата на SARS-CoV-2 и да се спречи понатамошното ширење. Постои **минимален ризик за учесниците** а тие би можеле да имаат придобивка од раното детектирање на инфекцијата со SARS-CoV-2.
- Сиот персонал кој учествува во истражувањето **треба да биде обучен за процедурите за превенција и контрола на инфекција** (стандарден контакт, воздушни капки, мерки на претпазливост од пренесување по воздушен пат, како што е одредено со националните или локални препораки)

Резиме

- Надгледувањето е тековно системско собирање, анализирање и интерпретирање на здравствени податоци кои се од суштинско значење за планирањето, спроведувањето и евалуацијата на практиките од областа на јавното здравство, блиско интегрирано со навремено проследување на овие податоци до оние кои треба да ги знаат.
- Дефинициите на случај за надгледување се критериуми кои се користат за да се дефинира заболување за надгледување во јавното здравство.

Резиме

- Дерфинициите на случај за COVID-19 на СЗО опфаќаат суспектен случај, можен случај и потврден случај.
- СЗО бара од националните власти да ги пријават можните и потврдени случаи на COVID-19 во рок од 48 часа од идентификувањето, најдобро преку известување базирано на случај.
- Лоцирањето на контакти вклучува идентификување на релевантни контакти на заболено лице и осигурување дека тие контакти се свесни за нивното изложување како и спроведување на мерки на претпазливост.
- Лоцирањето на контакти може да вклучува активно следење, кое се претпочита во случајот со COVID-19, или пасивно следење.

Извори

WHO. Global Surveillance for COVID-19 disease caused by human infection with novel coronavirus (COVID-19). Accessed at: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1270873/retrieve>

WHO. 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): STRATEGIC PREPAREDNESS AND RESPONSE PLAN. Accessed at: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/srp-04022020.pdf>

WHO. Household transmission investigation protocol for 2019-novel coronavirus (2019-nCoV) infection. Accessed at: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/20200125-20019-ncov-household-transmission-investigation-protocol-final.pdf?sfvrsn=bb74cb59_2&download=true

WHO. Revised case report form for Confirmed Novel Coronavirus COVID-19. Accessed at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331234/WHO-2019-nCoV-SurveillanceCRF-2020.2-eng.pdf>