

## Form 9

## Case Investigation Report

Опросный лист для сбора эпидемиологического анализа

Date of investigation Дата и время опроса	____/____/____(YYYY/MM/DD) год      месяц      день Time: Время:	Name of investigation organization Наименование учреждения	
Name of investigator ФИО инспектора		Contact number of Investigator Контактный телефон инспектора	
Reporting medical institution Учреждение заявитель		Date of report Дата подачи заявления	____/____/____(YYYY/MM/DD) год      месяц      день
		Contact number of reporting medical institution Контактный телефон учреждения заявителя	

## 1. Personal Information

Enter the personal information of the case subject to this case investigation and fill in the blank.

## 1. Личные данные

внести данные опрашиваемого лица или отметить ☒ нужный ответ

1.1 Name 1.1 ФИО		1.2 Nationality 1.2 Гражданства (based on the passport) (согласно паспорту)	
1.3 Date of birth 1.3 Дата рождения	(For foreign nationals, enter passport number) (иностранцам указать номер паспорта)	1.4 Gender and age 1.4 Пол/ Возраст	<input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female (Age      )
1.5 Occupation 1.5 Профессия		1.6 Contact number 1.6 Контактный телефон (опрашиваемое лицо)	
1.7 Name of workplace(School)		1.8 Contact number	

1.7 Место работы (учебы)		(guardian) 1.8 Контактный телефон (опекун)	
1.9 Address 1.9 Адрес	Address (as shown on the resident registration card): Место прописки:		
	Current address: Фактическое место жительства:		

<b>2. Current illness</b> 2. Клинические симптомы		📄 Choose any relevant clinical signs and symptoms manifested from the initial onset until the time of investigation 📄 отметьте <input checked="" type="checkbox"/> или напишите все симптомы с момента появления первых недомоганий до момента прохождения опроса	
2.1 Initial symptoms and date of onset 2.1 Дата появления первых симптомов/типы симптомов	Onset Date of initial symptoms: ____/____/____(YYYY/MM/DD) / symptoms : Дата появления первых симптомов:    год    месяц    день Типы симптомов:		
2.2 Current signs and symptoms 2.2 Недавние симптомы/недомогания (Choose all relevant condition) (Отметить <input checked="" type="checkbox"/> все симптомы)	<input type="checkbox"/> General symptoms <input type="checkbox"/> Симптомы тела	<input type="checkbox"/> Fever(    °C) <input type="checkbox"/> Chills <input type="checkbox"/> Sweats <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Lymphadenopathy ( <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Axillary <input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> Other) <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Muscle pain(Myalgia) <input type="checkbox"/> Back pain <input type="checkbox"/> Asthenia(weakness) <input type="checkbox"/> Fatigue/Malaise <input type="checkbox"/> Itchiness <input type="checkbox"/> Keratitis/Conjunctivitis <input type="checkbox"/> Nausea and Vomiting <input type="checkbox"/> Other (    ) <input type="checkbox"/> лихорадка (    °C) <input type="checkbox"/> потливость <input type="checkbox"/> боль в горле <input type="checkbox"/> озноб <input type="checkbox"/> кашель <input type="checkbox"/> лимфаденопатия ( <input type="checkbox"/> горло <input type="checkbox"/> подмышечные впадины <input type="checkbox"/> область паха) <input type="checkbox"/> головная боль <input type="checkbox"/> мышечная боль <input type="checkbox"/> боль в спине <input type="checkbox"/> астения(слабость) <input type="checkbox"/> усталость <input type="checkbox"/> зуд <input type="checkbox"/> кератит <input type="checkbox"/> рвота/тошнота <input type="checkbox"/> другое(    )	
	<input type="checkbox"/> Skin Lesions (rashes) <input type="checkbox"/> Поражения кожи (сыпь)	Date Период Stage Типы симптомов Area Область	Onset of symptom : ____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: Дата появления первых симптомов:    год    месяц    день    время <input type="checkbox"/> Macules <input type="checkbox"/> Papules <input type="checkbox"/> Vesicles <input type="checkbox"/> Pustules <input type="checkbox"/> Scabs <input type="checkbox"/> пигментация <input type="checkbox"/> папулы <input type="checkbox"/> волдыри <input type="checkbox"/> гнойники <input type="checkbox"/> шелушение <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Trunk <input type="checkbox"/> Limbs <input type="checkbox"/> Palms of hands <input type="checkbox"/> Soles of the feet <input type="checkbox"/> genitals <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> Other (    ) <input type="checkbox"/> лицо <input type="checkbox"/> туловище <input type="checkbox"/> конечности <input type="checkbox"/> ладони <input type="checkbox"/> стопы <input type="checkbox"/> область гениталий <input type="checkbox"/> область ануса <input type="checkbox"/> другое(    )

		<div>поражения</div> <div>first area of lesion: (                    ), area spread (                    ) Область первого поражения(                    ) ~ Область распространения (                    )</div>
	<div>Characteristic Проявления</div>	<div><input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Itchiness <input type="checkbox"/> The lesions are in the same state of development on the body. <input type="checkbox"/> All of the lesions are the same size. <input type="checkbox"/> The lesions are deep and profound.</div> <div><input type="checkbox"/> Боль в пораженных участках кожи <input type="checkbox"/> Зуд в пораженных участках кожи <input type="checkbox"/> Поражения на одном и том же участке кожи протекают и проявляются схоже. (пустулы на лице, волдыри на стопах) <input type="checkbox"/> Область поражения четко очерчена, с похожей на пупок вдавиной в центре. <input type="checkbox"/> Геморрагические поражения кожи (кровоточащие поражения)</div>
2.3 Description of symptoms in order	① Symptom (                    ), Date of onset (                    )	
2.3 Последовательность возникновения симптомов	② Symptom (                    ), Date of onset (                    )	
	③ Symptom (                    ), Date of onset (                    )	
	<div>① симптом (                    ), дата проявления (                    ) ② симптом (                    ), дата проявления (                    ) ③ симптом (                    ), дата проявления (                    )</div>	
2.4 Medication history (within the past 6 months) 2.4 Прием медицинских препаратов в течение 6 месяцев	<div><input type="radio"/>Yes (☞ Name of medication:                    Start/End Date :                    ) (Reasons for taking the medication:                    )      <input type="radio"/>No</div> <div><input type="radio"/>принимаю (☞ наименование препарата:                    период приема:                    ) причина приема:                    )      <input type="radio"/>не принимаю</div>	
2.5 Case status/ Record of visit to medical institution (within the past 3 weeks) 2.5 Состояние пациента/ посещение медицинских учреждений	2.5.1 Case status 2.5.1 Состояние пациента	<div><input type="radio"/> Alive      <input type="radio"/> Died ☞ the following questions should only be asked if the case reports ‘Died’.</div> <div><input type="radio"/> Выживший      <input type="radio"/> Умерший ☞ заполнить графы внизу</div>
	Date of death: ____/____/__(YYYY/MM/DD) Дата смерти:      год      месяц      день	Place of Death : <input type="radio"/> Medical institution <input type="radio"/> Place of residence <input type="radio"/> Other(                    ) место смерти: <input type="radio"/> медицинское учреждение <input type="radio"/> частное жилище <input type="radio"/> другое (                    )

(за последние 3 недели)	252 Visit to medical institution 2.5.2 Посещение медицинских учреждений	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No ➡ the following questions should only be asked if the case reports 'yes' <input type="radio"/> не посещал <input type="radio"/> посещал ➡ заполнить графы внизу			
		Type of visit(+) Форма посещений (+)	Name of medical institution название медицинского учреждения	Date/Period Дата/период	ICU Admission Госпитализация в отделение интенсивной терапии
	<input type="radio"/> Outpatient service <input type="radio"/> Emergency room <input type="radio"/> Inpatient  <input type="radio"/> Амбулаторно <input type="radio"/> Отделение неотложной помощи <input type="radio"/> Госпитализация		~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	
	<input type="radio"/> Outpatient service <input type="radio"/> Emergency room <input type="radio"/> Inpatient  <input type="radio"/> Амбулаторно <input type="radio"/> Отделение неотложной помощи <input type="radio"/> Госпитализация		~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	
2.6 History of smallpox vaccination 2.6 Прохождение вакцинации от оспы	<input type="radio"/> Yes (➡ Date of vaccination: _____ ) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> Вакцинирован (➡ год прохождения вакцинации: _____ ) <input type="radio"/> Не вакцинирован <input type="radio"/> Не знаю				
2.7 Underlying disease 2.7 Имеющиеся заболевания	<input type="radio"/> Yes (➡ Specify: _____ ) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Есть (➡ названия болезни: _____ ) <input type="radio"/> Нет				

2.8 Immunocompromising condition (innate or acquired) 2.8 Иммунодефицитные заболевания	<input type="radio"/> Yes (Date of initial diagnosis: ____/____/____(YYYY/MM/DD), name of disorder: _____) <input type="radio"/> None <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> Есть (дата последней диагностики: _____ диагноз: _____) <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Не знаю
2.9 Pregnancy status 2.9 Беременность	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No (If yes, gestational age: ____weeks / Estimated date of delivery: ____/____/____(YYYY/MM/DD)) <input type="radio"/> Беременна <input type="radio"/> Не беременна (срок беременности: _____ неделя)(предположительная дата родов: год _____ месяц _____ день)
2.10 Differential diagnosis 2.10 Другое	If any differential diagnosis was made or tests undergone, specify: _____ Наличие исключающего диагноза (ветряная оспа, опоясывающий лишай, корь, чесотка, сифилис, малярия и другое)  (e.g. chickenpox, shingles, measles, scabies, syphilis, malaria, and so on) (укажите клинические состояния, не описанные выше (подозрения на другие заболевания, кроме обезьяньей оспы))

<b>3. Travel history</b> 3. История выездов за границу	<p> Choose or fill out any relevant travel history within 21 days prior to symptom onset</p> <p> отметьте <input checked="" type="checkbox"/> или напишите всю информацию о путешествиях за границу за последние 21 день</p>		
3.1 Travel history (within the past 21 days) 3.1 Выезд за границу	<input type="checkbox"/> Yes (If yes, please follow through all questions below in Section 3. Travel history) <input type="checkbox"/> None (Move to Section 4. Risk Exposure)  <input type="checkbox"/> Есть (укажите ниже подробную информацию о вашем путешествии) <input type="checkbox"/> Нет (4. перейдите к вопросам о факторах риска.		
3.2 Immigration information (to and from South Korea) 3.2 Информация о пересечении границы	Date of Departure (from South Korea) Д а т а в ы е з д а	____/____/____(YYYY/MM/DD) г о д                      м е с я ц                      д е н ь	
	Date of Arrival (To South Korea) Д а т а в ь е з д а	____/____/____(YYYY/MM/DD) г о д                      м е с я ц                      д е н ь	Time в р е м я
	Modes of transportation С п о с о б в ь е з д а	<input type="checkbox"/> Air (Flight number: _____ Airline: _____ Seat number: _____) <input type="checkbox"/> Vessel/ship (Ship number: _____ Name of company: _____) Location where most time you remained: _____)  <input type="checkbox"/> Воздушные пути (номер рейса: _____ авиакомпания: _____) номер места: _____)	

	<input type="checkbox"/> Морские пути (название рейса: _____ название судна: _____ основные порты _____)				
3.3 Visited Countries or cities /period of visit 3.3 Название посещаемых стран/ регионов, период нахождения	Countries Названи е страны	Cities Назва ние города	Date П е р и о д нахождения	Airport transit Т р а н з и т	Was it monkeypox endemic or non- endemic county? Регион повышенного риска/ очаг заражения
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> да <input type="radio"/> нет
3.4 Accompanying persons 3.4 Тип поездки	<input type="radio"/> Solo travel/visit <input type="radio"/> Accompanying two or more persons (family members, co-workers, and so on; the number of accompanying persons: _____ )  <input type="radio"/> Частный визит/ путешествие <input type="radio"/> В сопровождении 2-х и более людей (члены семьи, коллеги и др., сопровождающие лица: _____ )				
3.5 Purpose of Visit 3.5 Цель поездки	<input type="radio"/> Fellowship/social/hobbies <input type="radio"/> Travel/tourism <input type="radio"/> Business <input type="radio"/> Missionary activities <input type="radio"/> Medical volunteering and relief activities <input type="radio"/> Work/Residence <input type="radio"/> Other ( _____ )  <input type="radio"/> Встреча с друзьями/общение/ хобби <input type="radio"/> Путешествие/ туризм <input type="radio"/> Рабочий визит/ командировка <input type="radio"/> Миссионерская деятельность <input type="radio"/> Медицинское волонтерство и благотворительная деятельность <input type="radio"/> Место работы/ проживания <input type="radio"/> Другое ( _____ )				

  

<b>4. Risk Exposure</b> 4. Факторы риска	<input type="checkbox"/> Choose any relevant history of risk exposure within 21 days prior to symptom onset <input type="checkbox"/> отметьте <input checked="" type="checkbox"/> или напишите все факторы риска в течение 21 дня до появления первых симптомов
4.1 History of contact to suspected or confirmed	Do you have any known contact with suspected or confirmed monkeypox case? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown

monkeypox case	Контактировали ли вы с человеком больным обезьяньей оспой или с подозрением на обезьянью оспу? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Не знаю		
4.1 Контакт с больным	<div><div>If yes, Если вы ответили «Да»,</div><div>Relationship :  Location of contact: О т н о ш е н и е (Связь): М е с т о контакта:  Exposure setting : <input type="radio"/> household contact <input type="radio"/> a stay in the same place <input type="radio"/> physical contact <input type="radio"/> Other ( В и д: <input type="radio"/> Место жительства/совместное проживание <input type="radio"/> Нахождение в одном пространстве    <input type="radio"/> Телесный контакт <input type="radio"/> Другое( </div></div>	Date and time of contact :	
4.2 Any known experience of risk environment	<div><div>Specify below Заполнить пункты внизу</div></div>		
4.2 Фактор окружающей среды	Details of exposure П о д р о б н а я информация	Place/area М е с т о / Регион	Date and time Д а т а и время
	<input type="checkbox"/> Participation in large events <input type="checkbox"/> Участие в многолюдных мероприятиях		
	<input type="checkbox"/> Laboratory exposures (work or temporary visit) <input type="checkbox"/> Работа в исследовательской лаборатории (в связи с данным заболеванием) или история посещений.		
	<input type="checkbox"/> Specimens handling(incl. collection, transport) <input type="checkbox"/> Действия, связанные с транспортировкой биологических образцов.		
	<input type="checkbox"/> Other ( <input type="checkbox"/> Другое ( 		
4.3 Animal exposure	Have you ever had a contact with livestock or wild animals? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown		
4.3 Контакт в животными	Контактировали ли вы с домашним скотом или дикими животными? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Не знаю		
	<div><div>If yes, Если вы ответили «Да»</div><div>Animal (specific):  Place of contact: Животное(вид): Место контакта:</div></div>	Date of contact:  Дата контакта:	

		Source of contact: <input type="checkbox"/> Pet (rodents, etc.) <input type="checkbox"/> Wild animal carcass <input type="checkbox"/> Wild animal Вид контакта: <input type="checkbox"/> Домашние питомцы (грызуны и др.) <input type="checkbox"/> Трупы диких животных <input type="checkbox"/> Дикие животные <input type="checkbox"/> Другое( )
4.4 Sexual contact (within the last 3 weeks) 4.4 Половой контакт (последние 3 недели)	Have you had a sexual contact within 21 days prior to symptom onset? Были ли у вас половые контакты в течение 21 дня до появления симптомов?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> Refuse to respond <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Не знаю <input type="radio"/> Отказываюсь отвечать
	<input type="checkbox"/> If yes, <input type="checkbox"/> Если вы ответили «Да»	Number of partners : <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 or more <input type="radio"/> Refuse to respond Relationship with partner(s): <input type="radio"/> Spouse <input type="radio"/> Acquaintances <input type="radio"/> by chance <input type="radio"/> Refuse to respond Количество партнеров: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> Более 2-х <input type="radio"/> Отказываюсь отвечать Связь с партнёром: <input type="radio"/> Супруг(а) <input type="radio"/> Знакомый(ая) <input type="radio"/> Случайный партнер <input type="radio"/> Отказываюсь отвечать
4.5 Blood transfusion donation history 4.5 Переливание крови	Have you ever donated blood or received blood transfusion within 21 days prior symptom onset? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No В течение 21 дня до появления первых симптомов сдавали ли вы донорскую кровь или возможно получали переливание крови? <input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Нет	
	<input type="checkbox"/> If yes, <input type="checkbox"/> Если вы ответили «Да»	<input type="checkbox"/> Donated Place: Date: ____/____/____(YYYY/MM/DD) <input type="checkbox"/> Донорство Место: Дата: 20 . . . <input type="checkbox"/> Received Place: Date: ____/____/____(YYYY/MM/DD) <input type="checkbox"/> Переливание крови Место: Дата: 20 . . .
4.6 Other suspected exposures 4.6 Другие факторы риска	Specify Другие факторы, которые по мнению опрашиваемого могли служить причиной заражения	

<b>5. Case classification and Management</b> 5. Классификация случаев/ Принятые меры	<input type="checkbox"/> Choose or fill out any relevant items <input type="checkbox"/> Заполните графы или отметьте ✓ нужные ответы
5.1 Date of notification received	____/____/____(YYYY/MM/DD) Time:



5.1 Дата регистрации заявления	год	месяц	день	время
5.2 Outcome of case classification 5.2 Классификация случая	Epidemiological links Эпидемиологическая взаимосвязь	<input type="radio"/> Yes (visits to outbreak countries or confirmation of risks exposure) <input type="radio"/> No (no history of visit to an outbreak country) <input type="radio"/> Да (посещение регионов с очагами заболевания и присутствие факторов риска и т. д.). <input type="radio"/> Нет (не посещал регионов с очагами заболевания и т. д.)		
	Clinical signs and symptoms Клинические симптомы/признаки	<input type="radio"/> Meet the suspected or confirmed case definition <input type="radio"/> Fail to meet the suspected or confirmed case definitions <input type="radio"/> Эпидемиологическая связь с данным заболеванием присутствует <input type="radio"/> Эпидемиологическая связь с данным заболеванием отсутствует		
	Outcome of case classification Результат классификации случая	<input type="radio"/> Suspected case <input type="radio"/> Not a case <input type="radio"/> Носитель возбудителя заболевания <input type="radio"/> Не имеет отношения к возбудителю заболевания		
<Note on case classification>  <div>★ Admitted in the isolated ward and subject to testing</div>	Classification К а т е г о р и я		Monkeypox clinical signs and symptoms Клинические симптомы и признаки обезьяньей оспы.	
			<input type="radio"/> Meet clinical criteria Н а л и ч и е эпидемиологической связи <input type="radio"/> Fail to meet clinical criteria (Atypical symptoms) Отсутствие эпидемиологической связи (неспецифические симптомы)	
	Epidemiological links (Risk level) Эпидемиологическая взаимосвязь	Presence Н а л и ч и е  Absence О т с у т с т в и е	<div>Suspected case Н о с и т е л ь возбудителя заболевания</div> <div>Not applicable Н е применимо</div>	<div>Not applicable Н е применимо</div> <div>Not applicable Н е применимо</div>
※ The case is considered probable upon diagnosis by medical professionals in infectious				

	<p>disease, proctology, urology and dermatology, even though a monkeypox case doesn't have any epidemiological link. However, the case should be reconfirmed by epidemiological investigation officers from regional governments and regional Centers for Disease Control and prevention Agency to identify whether the case meets the case investigation criteria including epidemiological links and exclusive diagnosis.</p> <p>※ Даже при отсутствии эпидемиологической связи при подозрении на обезьянью оспу после обследования у врача-инфекциониста, проктолога, уролога, дерматолога пациент может быть классифицирован как носитель возбудителя заболевания. Тем не менее, данный случай должен быть повторно подтвержден сотрудниками эпидемиологических расследований региональных органов власти и региональных центров по контролю и профилактике заболеваний для того, чтобы определить, соответствует ли данный случай критериям расследования случая, включая эпидемиологическую связь и эксклюзивный диагноз.</p>	
<p>5.3 Patient transfer</p> <p>5.3 Транспортировка больного</p>	<p>Patient transfer</p> <p>Транспортировка</p>	<p><input type="radio"/> Transfer   <input type="radio"/> NOT necessary (because the medical institution has isolation bed units) )   <input type="radio"/> NOT eligible(not a case)</p> <p><input type="radio"/> Транспортировка   <input type="radio"/> Необходимости нет(пациент госпитализирован в карантинном отделении)   <input type="radio"/> Не применимо (клинической связи нет)</p>
	<p>Means of transport</p> <p>Транспортное средство</p>	<p><input type="radio"/> Public Health Center   <input type="radio"/> Quarantine Station   <input type="radio"/> 119 Ambulance</p> <p><input type="radio"/> Other: _____</p> <p><input type="radio"/> Поликлиника   <input type="radio"/> Карантинная служба</p> <p><input type="radio"/> Экстренная помощь 119   <input type="radio"/> Другое: _____</p>
<p>5.4 Quarantine</p> <p>5.4 Стационарный карантин.</p>	<p>Location of isolation</p> <p>Место прохождения карантина</p>	<p><input type="radio"/> Government-designated inpatient treatment beds</p> <p><input type="radio"/> Negative pressure isolation beds in general hospitals</p> <p><input type="radio"/> Other (specify:       )</p> <p><input type="radio"/> Карантинное отделение в учреждении государственного назначения</p> <p><input type="radio"/> Палата с отрицательным давлением в обычной больнице</p> <p><input type="radio"/> Другое (       )</p>
	<p>Name of Medical Institution</p> <p>Название медицинского учреждения</p>	



			( )	
	<div><div><div><input type="radio"/> Scab</div><div><input type="radio"/> Not performed</div></div><div><div><input type="radio"/> Соскоб эпителиальных клеток</div><div><input type="radio"/> Забора образца не проводилось.</div></div></div>	<div><div><div><div>____/____/____</div><div>(YYYY/MM/DD)</div></div><div>год</div><div>месяц</div><div>день</div></div></div>	<div><div><div><input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency</div><div><input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute</div></div><div><div><input type="radio"/> Центр по контролю заболеваний.</div><div><input type="radio"/> Центр исследования здоровья и окружающей среды.</div></div></div>	<div><div><div><input type="radio"/> Positive</div><div><input type="radio"/> Negative</div><div><input type="radio"/> Pending</div><div><input type="radio"/> In progress</div><div><input type="radio"/> Other ( )</div></div><div><div><input type="radio"/> Положительный</div><div><input type="radio"/> Отрицательный</div><div><input type="radio"/> Неопределенный</div><div><input type="radio"/> Обследование не закончено</div><div><input type="radio"/> Другое ( )</div></div></div>
	<div><div><div><input type="radio"/> Oropharyngeal smear</div><div><input type="radio"/> Not performed</div></div><div><div><input type="radio"/> Мазок из ротоглотки</div><div><input type="radio"/> Забора образца не проводилось.</div></div></div>	<div><div><div><div>____/____/____</div><div>(YYYY/MM/DD)</div></div><div>год</div><div>месяц</div><div>день</div></div></div>	<div><div><div><input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency</div><div><input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute</div></div><div><div><input type="radio"/> Центр по контролю заболеваний.</div><div><input type="radio"/> Центр исследования здоровья и окружающей среды.</div></div></div>	<div><div><div><input type="radio"/> Positive</div><div><input type="radio"/> Negative</div><div><input type="radio"/> Pending</div><div><input type="radio"/> In progress</div><div><input type="radio"/> Other ( )</div></div><div><div><input type="radio"/> Положительный</div><div><input type="radio"/> Отрицательный</div><div><input type="radio"/> Неопределенный</div><div><input type="radio"/> Обследование не закончено</div><div><input type="radio"/> Другое ( )</div></div></div>
	<div><div><div><input type="radio"/> Blood</div><div><input type="radio"/> Not performed</div></div><div><div><input type="radio"/> Образец крови</div><div><input type="radio"/> Забора образца не проводилось.</div></div></div>	<div><div><div><div>____/____/____</div><div>(YYYY/MM/DD)</div></div><div>год</div><div>месяц</div><div>день</div></div></div>	<div><div><div><input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency</div><div><input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute</div></div><div><div><input type="radio"/> Центр по контролю заболеваний.</div><div><input type="radio"/> Центр исследования здоровья и окружающей среды.</div></div></div>	<div><div><div><input type="radio"/> Positive</div><div><input type="radio"/> Negative</div><div><input type="radio"/> Pending</div><div><input type="radio"/> In progress</div><div><input type="radio"/> Other ( )</div></div><div><div><input type="radio"/> Положительный</div><div><input type="radio"/> Отрицательный</div><div><input type="radio"/> Неопределенный</div><div><input type="radio"/> Обследование не закончено</div><div><input type="radio"/> Другое ( )</div></div></div>

	<input type="radio"/> Other ( ) <input type="radio"/> Not performed	____/____/____ (YYYY/MM/DD) год месяц день	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ( )
	<input type="radio"/> Другое ( ) <input type="radio"/> Забора образца не проводилось.		<input type="radio"/> Центр по контролю заболеваний. <input type="radio"/> Центр исследования здоровья и окружающей среды.	<input type="radio"/> Положительный <input type="radio"/> Отрицательный <input type="radio"/> Неопределенный <input type="radio"/> Обследование не закончено <input type="radio"/> Другое ( )

**7. Contact Status**

7. Характеристика контактирующих лиц

☞ Choose or fill out any relevant items below

☞ **отметьте ✓ или напишите в соответствующих графах**

7.1 Contacts (Have you had contact with anyone after the onset of symptoms?)  7.1 Характеристика контактирующих лиц	<input type="radio"/> Yes (If yes, please follow through all questions below in Section 7. Contacts Status) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Нет <input type="radio"/> Есть ☞ Заполните графы внизу		
	How many contacts the case has had since the onset of symptoms?                      ☞ Total                      person(s)		
	Контактирующие лица после проявления клинических симптомов у больного                      ☞ Всего                      человек		
	• Family members and live-in person(s) • Члены семьи и совместно проживающие	person(s) человек	
	• Those from medical institution(s) (Institution(s) Name: ) • Контактирующие лица в медицинском учреждении (название учреждения: )	person(s) человек	
• People commuted/traveled via the same transport (Specify: ) • Пациенты, которых перевозили в тот же день на одном и том же транспорте (вид транспорта: )	person(s) человек		
• Other ( ) • Другое ( )	person(s) человек		

	<p>* For contacts investigation and relevant details, use a separate 'Contact and Exposure Survey Form'</p> <p>* Please refer to the 'monkeypox response guideline' for registering contacts on the web system</p> <p>* Подробный опрос и характеристику контактирующих внести в отдельную форму. Использовать форму – опросник для контактирующих и выявленных лиц.</p> <p>* Смотреть инструкцию о заполнении цифровой формы в электронной системе.</p>
--	--

<b>8. Final decision</b> 8. Окончательное заключение	<p>☞ Choose or fill out any relevant items below</p> <p>☞ Заполните графы или отметьте ✓ нужные ответы</p>
8.1 case management result 8.1 Результаты принятых мер	<p>○ Under treatment ○ Discharged after recovery ( __/__/__(YYYY/MM/DD) ○ Died __/__/__(YYYY/MM/DD)</p> <p>○ Находится на лечении ○ Выписка после восстановления (20 . . . .)</p> <p>○ Смерть (20 . . . .)</p>
8.2 Final result 8.2 Заключение	<p>○ Confirmed case ○ Suspected case ○ Not a patient (Diagnosis: )</p> <p>○ Больной ○ Носитель возбудителя заболевания ○ Не болен</p> <p>(Диагноз: )</p> <p>☞ If case is confirmed as 'monkeypox patient', indicate clinical characteristics:</p> <p>☞ если вы отметили «Больной», укажите клиническую категорию:</p>

<b>9. Contact tracing</b> 9. Следственная проверка	<p>☞ Choose or fill out any relevant items below</p> <p>☞ Заполните графы или отметьте ✓ нужные ответы</p>														
9.1 Contact tracing results 9.1 Результаты следственной проверки	<p>○ Ongoing ○ Finished</p> <p>○ Проверка проводится ○ Проверка закончена</p> <p>Number of Contacts: Total person/s Patient: person (name: )</p> <p>Число контактировавших лиц: всего Среди них больных: (ФИО: )</p> <p>человек</p> <table> <tr> <td> Number of contacts in the live-in family  Число контактирующих членов семьи. </td><td> ○ Yes ( person/s)  ○ No  ○ Есть( человек)  ○ Нету </td><td> Number of contacts other than live-in family (incl. health care workers)  Число контактирующих за исключением совместно проживающих (включая медицинских работников) </td><td> ○ Yes ( person/s)  ○ No  ○ Есть( человек)  ○ Нету </td></tr> </table>	Number of contacts in the live-in family Число контактирующих членов семьи.	○ Yes ( person/s) ○ No ○ Есть( человек) ○ Нету	Number of contacts other than live-in family (incl. health care workers) Число контактирующих за исключением совместно проживающих (включая медицинских работников)	○ Yes ( person/s) ○ No ○ Есть( человек) ○ Нету										
Number of contacts in the live-in family Число контактирующих членов семьи.	○ Yes ( person/s) ○ No ○ Есть( человек) ○ Нету	Number of contacts other than live-in family (incl. health care workers) Число контактирующих за исключением совместно проживающих (включая медицинских работников)	○ Yes ( person/s) ○ No ○ Есть( человек) ○ Нету												
9.2 List of contacts 9.2 Список контактирующих	<table> <tr> <th>Name</th><th>Day</th><th>Gender</th><th>Relationship</th><th>Date</th><th>Address</th><th>Mobile</th><th>Nation</th><th>Occupation</th><th>Name</th><th>Sympto</th><th>Risk</th><th>Quarantine status</th><th>Smallpox</th></tr> </table>	Name	Day	Gender	Relationship	Date	Address	Mobile	Nation	Occupation	Name	Sympto	Risk	Quarantine status	Smallpox
Name	Day	Gender	Relationship	Date	Address	Mobile	Nation	Occupation	Name	Sympto	Risk	Quarantine status	Smallpox		

[illegible]