

## Case Investigation Report

Тохиолдлын тархвар судалгааны хуудас

Date of investigation Судалгааны огноо, цаг	____/____/____(YYYY/MM/DD) Time:	Name of investigation organization Судалгаа авагчийн харьяалах байгууллагын нэр	
Name of investigator Судалгаа авагчийн нэр		Contact number of Investigator Судалгаа авагчийн холбоо барих утас	
Reporting medical institution Мэдэгдсэн эмнэлгийн байгууллага		Date of report Мэдэгдсэн өдөр	____/____/____(YYYY/MM/DD) он сар өдөр
		Contact number of reporting medical institution Мэдэгдсэн эмнэлгийн байгууллагын холбоо барих утас	

## 1. Personal Information

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

## 1. Хувийн мэдээлэл

☞ Судалгаанд хамгагдагч хувийн мэдээллээ бичих эсвэл холбогдох зүйлд ✓ гэж тэмдэглэнэ үү

1.1 Name 1.1 Нэр		1.2 Nationality (based on the passport) 1.2 Иргэний харьяалал (паспорт дээрх)	
1.3 Date of birth 1.3 Төрсөн он сар өдөр	(For foreign nationals, enter passport number) (Гадаад иргэдийн хувьд паспортын дугаар)	1.4 Gender and age 1.4 Хүйс нас	○Male ○Female (Age ) ○Эр    ○Эм (    нас)
1.5 Occupation 1.5 Мэргэжил		1.6 Contact number 1.6 Холбоо барих утасны дугаар (өөрийн)	
1.7 Name of workplace(School) 1.7 Ажлын газар нэр (сургуулийн нэр)		1.8 Contact number (guardian) 1.8 Холбоо барих утасны дугаар (асран хамгаалагч)	
1.9 Address 1.9 Хаяг	Address (as shown on the resident registration card): Иргэний бүртгэлтэй хаяг:		
	Current address: Одоогийн оршин сууж буй хаяг:		

## 2. Current illness

 Choose any relevant clinical signs and symptoms manifested from the initial onset until the time of investigation

✓ Эмнэлзүйн шинж тэмдэг илрэхээс эхлээд судалгаанд хамрагдах хүртэлх хугацаанд холбогдох эмнэлзүйн шинж тэмдгүүд дээр ✓ гэж тэмдэглэх эсвэл бичих

2.1 Initial symptoms and	Onset Date of initial symptoms: ____/____/____(YYYY/MM/DD) / symptoms :
--------------------------	---

date of onset 2.1 Эхний шинж тэмдэг илэрсэн өдөр/төрөл	Шинж тэмдэг илэрсэн өдөр :    он    сар    өдөр / Төрөл :		
2.2 Current signs and symptoms (Choose all relevant condition) 2.2 Сүүлийн үеийн шинж тэмдэг/шинж тэмдэг (Хамаарах бүх зүйлийг <input checked="" type="checkbox"/> гэж тэмдэглээрэй)	<input type="checkbox"/> General symptoms <input type="checkbox"/> Бүх биед илэрч буй шинж тэмдэг		<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"/> Халуурах (            °C) <input type="checkbox"/> Хөлрөх <input type="checkbox"/> Хоолой өвдөх <input type="checkbox"/> Жихүүдэс хүрэх <input type="checkbox"/> Ханиалгах <input type="checkbox"/> Тунгалгийн булчирхай томрох ( <input type="checkbox"/> Хүзүү <input type="checkbox"/> Суга <input type="checkbox"/> Цавь) <input type="checkbox"/> Толгой өвдөх <input type="checkbox"/> Булчингийн өвдөлт <input type="checkbox"/> Нуруу өвдөх <input type="checkbox"/> Тамиргүйдэх (сул дорой мэдрэмж) <input type="checkbox"/> Ядрах <input type="checkbox"/> Загатнах <input type="checkbox"/> Улангир <input type="checkbox"/> Бөөлжих/дотор муухайрах <input type="checkbox"/> Бусад (            )
	<input type="checkbox"/> Skin Lesions (rashes) <input type="checkbox"/> Өвчний улмаас арьсанд үүссэн өөрчлөлт (тууралт)	Date Огноо	Onset of symptom : __/__/__(YYYY/MM/DD)   Time: Анхны тохиолдлын огноо:            он    сар    өдөр    цаг
		Stage Төрөл	<input type="checkbox"/> Macules <input type="checkbox"/> Papules <input type="checkbox"/> Vesicles <input type="checkbox"/> Pustules <input type="checkbox"/> Scabs <input type="checkbox"/> Толбо <input type="checkbox"/> Гөвдруу <input type="checkbox"/> Цэврүү <input type="checkbox"/> Идээт үрэвсэл <input type="checkbox"/> Хайрст үлд
		Area Хэсэг	<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"/> Нүүр <input type="checkbox"/> Бие <input type="checkbox"/> Дөрвөн мөч <input type="checkbox"/> Гарын алга <input type="checkbox"/> Хөлийн ул <input type="checkbox"/> Бэлэг эрхтэний эргэн тойронд <input type="checkbox"/> Анусын эргэн тойронд <input type="checkbox"/> Бусад (            )
			first area of lesion: (            ), area spread (            ) Анх гарсан хэсэг (            ) ~ үсэрхийлсэн хэсэг (            )
Character istic Төлөв байдал	<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. <input type="checkbox"/> Гэмтсэн арьс өвдөх <input type="checkbox"/> Арьс загатнах <input type="checkbox"/> Биеийн ижил хэсэгт тууралт гарах нь хэмжээ, явцын хувьд ижил төстэй (жишээ нь: нүүрэн дээрх идээт үрэвсэл, хөлний цэврүү) <input type="checkbox"/> Тодорхой хил хязгаартай, хүйс шиг голдоо хөндий хэлбэртэй <input type="checkbox"/> Цусархаг арьсны тууралт		
2.3 Description of symptoms in order 2.3 Шинж тэмдгийн илрэлийн дарааллын тодорхойлолт	① Symptom (            ), Date of onset (            ) ② Symptom (            ), Date of onset (            ) ③ Symptom (            ), Date of onset (            ) ① Шинж тэмдэг (            ), Илэрсэн өдөр (            ) ② Шинж тэмдэг (            ), Илэрсэн өдөр (            ) ③ Шинж тэмдэг (            ), Илэрсэн өдөр (            )		
2.4 Medication history (within the past 6 months) 2.4 Сүүлийн 6 сарын доторх эмийн түүх	<input type="radio"/> Yes (☑ Name of medication:            Start/End Date :            ) (Reasons for taking the medication:            ) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Байгаа (☑ Эмийн нэр:            Хэрэглэсэн өдөр:            ) Хэрэглэх болсон шалтгаан:            ) <input type="radio"/> Байхгүй		
2.5 Case status/ Record of visit to medical	2.5.1 Case status 2.5.1Өвчтөний	<input type="radio"/> Alive <input type="radio"/> Died ☑ the following questions should only be asked if the case reports 'Died'.	

institution  (within the past 3 weeks) 2.5 Өвчтөний байдал /Эмнэлгийн байгууллагаар үйлчлүүлсэн эсэх (сүүлийн 3 долоо хоногийн дотор)	байдал	<input type="radio"/> Амьд <input type="radio"/> Нас барсан <input checked="" type="checkbox"/> Доорхыг бөглөх		
	Date of death: ____/____/__(YYYY/MM/DD) Нас барсан өдөр:      Он          сар          өдөр	Place of Death : <input type="radio"/> Medical institution <input type="radio"/> Place of residence <input type="radio"/> Other(                                 ) Нас барсан газар : <input type="radio"/> Эмнэлгийн байгууллага <input type="radio"/> Гэрт <input type="radio"/> Бусад(                                 )		
	2.5.2 Visit to medical institution 2.5.2 Эмнэлгийн байгууллагаар үйлчлүүлсэн байдал	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No ➡ the following questions should only be asked if the case reports ‘yes’ <input type="radio"/> Тийм <input type="radio"/> Үгүй <input checked="" type="checkbox"/> Доорхыг бөглөх		
	Type of visit(+) Эмнэлэгт очсон байдал	Name of medical institution Эмнэлгийн байгууллагын нэр	Date/Period Огноо/хугацаа	ICU Admission Сэхээн амьдруулах тасагт хэвтсэн
	<input type="radio"/> Outpatient service <input type="radio"/> Emergency room <input type="radio"/> Inpatient <input type="radio"/> Амбулаторийн эмчилгээ <input type="radio"/> Түргэн тусламжийн тасаг <input type="radio"/> Хэвтэж эмчлүүлэх		~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Тийм <input type="radio"/> Үгүй
	<input type="radio"/> Outpatient service <input type="radio"/> Emergency room <input type="radio"/> Inpatient <input type="radio"/> Амбулаторийн эмчилгээний <input type="radio"/> Түргэн тусламжийн тасаг <input type="radio"/> Хэвтэж эмчлүүлэх		~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Тийм <input type="radio"/> Үгүй
2.6 History of smallpox vaccination 2.6 Салхин цэцэг өвчний эсрэг вакцин хийлгэсэн эсэх	<input type="radio"/> Yes (➡ Date of vaccination:                                 ) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> Тийм ( <input checked="" type="checkbox"/> Хамрагдсан он:                                 ) <input type="radio"/> Үгүй <input type="radio"/> Мэдэхгүй			
2.7 Underlying disease 2.7 Суурь өвчин	<input type="radio"/> Yes (➡ Specify:     ) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Тийм ( <input checked="" type="checkbox"/> Өвчний нэр:     ) <input type="radio"/> Үгүй			
2.8 Immunocompromising condition (innate or acquired) 2.8 Дархлаа сулрах өвчин	<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"/> Тийм (Анх оношлогдсон өдөр:    он    сар    өдөр,    Өвчний нэр:                                 ) <input type="radio"/> Үгүй <input type="radio"/> Мэдэхгүй			
2.9 Pregnancy status 2.9 Жирэмсэн эсэх	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No (If yes, gestational age: ____weeks / Estimated date of delivery: ____/____/__(YYYY/MM/DD) <input type="radio"/> Тийм (Жирэмсний долоо хоногийн тоо:    долоо хоног) (Төрөх хугацаа:    он    сар    өдөр) <input type="radio"/> Үгүй			

2.10 Differential diagnosis 2.10 Бусад	If any differential diagnosis was made or tests undergone, specify: _____ (e.g. chickenpox, shingles, measles, scabies, syphilis, malaria, and so on) Орхигдсон онош байгаа эсэх (салхин цэцэг, улаанбурхан, хамуу, тэмбүү, хумхай гэх мэт) (Дээрхээс өвчнөөс өөр нэмэлт шинж тэмдэг, өвчин (эсвэл сармагчны цэцэг гэхээс өөр сэжигтэй оношийн нэр) бичих
---	--

<b>3. Travel history</b> <b>3. Гадаадын оронд зорчсон эсэх</b>	🗨 Choose or fill out any relevant travel history within 21 days prior to symptom onset 🗨 Шинж тэмдэг илрэхээс 21 хоногийн дотор гадаадын оронд зорчсон тохиолдолд бичих эсвэл холбогдох зүйлд ✓ гэж тэмдэглэнэ үү
---	--

3.1 Travel history (within the past 21 days) 3.1 Гадаадын оронд зорчсон эсэх	<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"/> Тийм (Гадаадад зорчсон мэдээллээ доор тодорхой тэмдэглэнэ үү) <input type="checkbox"/> Үгүй (4. "Эрсдэлд өртсөн шалтгаан" талаарх асуултыг бөглөнө үү)
--	--

3.2 Immigration information (to and from South Korea) 3.2 Солонгосын хилээр нэвтэрсэн мэдээлэл	Date of Departure (from South Korea) Хилээр гарсан өдөр	____/____/____(YYYY/MM/DD) он сар өдөр
	Date of Arrival (To South Korea) Хилээр орж ирсэн өдөр цаг	____/____/____(YYYY/MM/DD) Time он сар өдөр цаг
	Modes of transportation Хилээр нэвтэрсэн арга	<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"/> Онгоц (нислэгийн дугаар:                      Агаарын тээврийн компанийн нэр:                      ) Суудлын дугаар : <input type="checkbox"/> Усан онгоц (Хөлөг онгоцны дугаар):                      ) Хөлөг онгоцны компанийн нэр:                      Гол төлөв үйлчлүүлсэн газар:                      )

3.3 Visited Countries or cities /period of visit 3.3 Зорчсон улс/бүс нутгийн нэр, хугацаа	Countries Зорчсон улсын нэр	Cities Зорчсон хотын нэр	Date Зорчсон хугацаа	Airport transit Онгоцны буудлаар дамжин өнгөрсөн эсэх	Was it monkeypox endemic or non-endemic country? Аюултай/өвчний тохиолдол илэрсэн газар эсэх
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Тийм <input type="radio"/> Үгүй	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Тийм <input type="radio"/> Үгүй
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Тийм <input type="radio"/> Үгүй	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Тийм <input type="radio"/> Үгүй
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Тийм <input type="radio"/> Үгүй	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Тийм <input type="radio"/> Үгүй



	<input type="checkbox"/> Specimens handling(incl. collection, transport) <input type="checkbox"/> Холбогдох дээж дамжуулсан		
	<input type="checkbox"/> Other ( ) <input type="checkbox"/> Бусад ( )		
4.3 Animal exposure 4.3 Амьтантай хамааралтай халдвар	Have you ever had a contact with livestock or wild animals? Мал, зэрлэг амьтадтай ойрын хавьтал болсон эсэх? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> Тийм <input type="radio"/> Үгүй <input type="radio"/> Мэдэхгүй		
	<input type="checkbox"/> If yes, <input type="checkbox"/> Тийм тохиолдолд	Animal (specific): _____ Date of contact: _____ Place of contact: _____ Source of contact: <input type="checkbox"/> Pet (rodents, etc.) <input type="checkbox"/> Wild animal carcass <input type="checkbox"/> Wild animal Амьтан(төрөл): _____ Хавьтал болсон өдөр _____ Хавьтал болсон газар: _____ Хавьтлын төрөл: <input type="checkbox"/> Гэрийн тэжээвэр амьтан (мэрэгч гэх мэт) <input type="checkbox"/> Зэрлэг амьтны хүүр сэгт хүрэх <input type="checkbox"/> Зэрлэг амьтан <input type="checkbox"/> Бусад ( )	
4.4 Sexual contact (within the last 3 weeks) 4.4 Бэлгийн харьцаанд орсон эсэх (сүүлийн 3 долоо хоногийн дотор)	Have you had a sexual contact within 21 days prior to symptom onset? Шинж тэмдэг илрэхээс өмнөх 21 хоногийн дотор бэлгийн харьцаанд орсон уу?		<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> Refuse to respond <input type="radio"/> Тийм <input type="radio"/> Үгүй <input type="radio"/> Мэдэхгүй <input type="radio"/> Хариулахаас тагталзах
	<input type="checkbox"/> If yes, <input type="checkbox"/> Тийм тохиолдолд	Number of partners : <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 or more <input type="radio"/> Refuse to respond Хамаарах хүний тоо: <input type="radio"/> 1 хүн <input type="radio"/> 2 ба түүнээс дээш <input type="radio"/> Хариулахаас тагталзах Relationship with partner(s): <input type="radio"/> Spouse <input type="radio"/> Acquaintances <input type="radio"/> by chance <input type="radio"/> Refuse to respond Хамаарах хүнтэй ямар харилцаатай вэ: <input type="radio"/> Нөхөр <input type="radio"/> Танил <input type="radio"/> Санамсаргүй тохиолдол <input type="radio"/> Хариулахаас тагталзах	
4.5 Blood transfusion donation history 4.5 Цусаа өгсөн эсэх	Have you ever donated blood or received blood transfusion within 21 days prior symptom onset? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Өвчний шинж тэмдэг илрэхээс өмнө 21 хоногийн дотор цусаа өгч, цус сэлбэж байсан уу? <input type="radio"/> Тийм <input type="radio"/> Үгүй		
	<input type="checkbox"/> If yes, <input type="checkbox"/> Тийм тохиолдолд	<input type="checkbox"/> Donated    Place: _____ Date: ____/____/__(YYYY/MM/DD) <input type="checkbox"/> Received    Place: _____ Date: ____/____/__(YYYY/MM/DD) <input type="checkbox"/> Цусаа өгсөн    Байршил: _____ Огноо: он сар өдөр <input type="checkbox"/> Цус сэлбүүлсэн    Байршил: _____ Огноо: он сар өдөр	
4.6 Other suspected exposures 4.6 Бусад халдвар авсан байж болзошгүй эрсдэл	Secify та сэжиглэж буй халдварын өөр эрсдэл байгаа бол бичих		

<b>5. Case classification and Management</b> 5.Тохиолдолын ангилал ба авсан арга хэмжээ	<input type="checkbox"/> Choose or fill out any relevant items
	<input checked="" type="checkbox"/> Холбогдох хэсэгт <input checked="" type="checkbox"/> гэж тэмдэглэх эсвэл бичнэ үү

5.1 Date of notification received 5.1 Бүртгэгдсэн огноо	____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: _____ он сар өдөр цаг																	
5.2 Outcome of case classification 5.2 Тохиолдлын ангилал үр дүн	Epidemiological links Халдвар хавьтлын хамаарал	<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"/> Өндөр (халдварт өвчний голомтод очсон, эрсдэлд өртсөн) <input type="radio"/> Бага (халдварт өвчний голомтод очоогүй)																
	Clinical signs and symptoms Эмнэлзүйн шинж тэмдэг	<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"/> Тохиолдлын тодорхойлолттой ижил <input type="radio"/> Тохиолдлын тодорхойлолттой адил бус																
	Outcome of case classification Тохиолдлын ангилал үр дүн	<input type="radio"/> Suspected case <input type="radio"/> Not a case <input type="radio"/> Эмч мэргэжилтэй өвчтөн <input type="radio"/> Хамааралгүй тохиолдол																
<Note on case classification> <Тохиолдлын ангиллын тэмдэглэл>  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>★ Admitted in the isolated ward and subject to testing</p> <p>★ Тусгаарлалт, Эмнэлэгт хэвтэх Шинжилгээнд хамрагдах</p> </div>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #fff9c4;"> <th colspan="2" style="text-align: center;">Classification Ангилал</th><th colspan="2" style="text-align: center;">Monkeypox clinical signs and symptoms Сармагчны цэцэг өвчний эмнэлзүйн шинж тэмдэг</th></tr> <tr style="background-color: #fff9c4;"> <th colspan="2"></th><th style="text-align: center;">Meet clinical criteria нийтлэг</th><th style="text-align: center;">Fail to meet clinical criteria (Atypical symptoms) нийтлэг бус (өвөрмөц бус шинж тэмдэг)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">Epidemiological links (Risk level) Халдварт өвчний хамаарал (Эрсдэл)</td><td style="text-align: center;">Presence Өндөр</td><td style="text-align: center;"><b>Suspected case</b> Эмч өвчтөн</td><td style="text-align: center;"><b>Not applicable</b> Хамааралгүй</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">Absence Бага</td><td style="text-align: center;"><b>Not applicable</b> Хамааралгүй</td><td style="text-align: center;"><b>Not applicable</b> Хамааралгүй</td></tr> </tbody> </table> <p>※ The case is considered probable upon diagnosis by medical professionals in infectious 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>※ Халдварт өвчинтэй хамааралгүй байсан ч халдварт өвчний эмч, проктологич, урологич, арьсны эмч нарын үзсэн өвчтөний онош сармагчны цэцэг өвчний сэжигтэй байгаа бол тухайн эмчийг эмч өвчтөн гэж ангилж болно. Гэсэн хэдий ч ийм тохиолдлыг халдварт өвчний хамаарал, тухайлсан оношилгоо гэх мэт судалгааны шалгуурт нийцэж байгаа эсэхийг бүс нутгийн хариу арга хэмжээ авах төвийн эпидемиологийн судалгааны багаас дахин баталгаажуулах шаардлагатай.</p>			Classification Ангилал		Monkeypox clinical signs and symptoms Сармагчны цэцэг өвчний эмнэлзүйн шинж тэмдэг				Meet clinical criteria нийтлэг	Fail to meet clinical criteria (Atypical symptoms) нийтлэг бус (өвөрмөц бус шинж тэмдэг)	Epidemiological links (Risk level) Халдварт өвчний хамаарал (Эрсдэл)	Presence Өндөр	<b>Suspected case</b> Эмч өвчтөн	<b>Not applicable</b> Хамааралгүй	Absence Бага	<b>Not applicable</b> Хамааралгүй	<b>Not applicable</b> Хамааралгүй
Classification Ангилал		Monkeypox clinical signs and symptoms Сармагчны цэцэг өвчний эмнэлзүйн шинж тэмдэг																
		Meet clinical criteria нийтлэг	Fail to meet clinical criteria (Atypical symptoms) нийтлэг бус (өвөрмөц бус шинж тэмдэг)															
Epidemiological links (Risk level) Халдварт өвчний хамаарал (Эрсдэл)	Presence Өндөр	<b>Suspected case</b> Эмч өвчтөн	<b>Not applicable</b> Хамааралгүй															
	Absence Бага	<b>Not applicable</b> Хамааралгүй	<b>Not applicable</b> Хамааралгүй															
5.3 Patient transfer 5.3 Өвчтөн шилжүүлэх	Patient transfer Шилжүүлэх эсэх	<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) <input type="radio"/> Шилжүүлэх <input type="radio"/> Шилжүүлэх шаардлагагүй (тусгаарлах өрөө бүхий эмнэлгийн байгууллага) <input type="radio"/> Хамааралгүй (хамааралгүй хүн)																
	Means of transport	<input type="radio"/> Public Health Center <input type="radio"/> Quarantine Station <input type="radio"/> 119 Ambulance <input type="radio"/> Other: _____																

	Шилжүүлэх тээврийн хэрэгсэл	<input type="radio"/> Эрүүл мэндийн төв <input type="radio"/> Тусгаарлах газар <input type="radio"/> 119 Түргэн тусламжийн машин <input type="radio"/> Бусад: _____
5.4 Quarantine	Location of isolation Тусгаарлах газар	<input type="radio"/> Government-designated inpatient treatment beds <input type="radio"/> Negative pressure isolation beds in general hospitals <input type="radio"/> Other (specify: _____) <input type="radio"/> Улсаас товлон тогтоосон эмчилгээний газар <input type="radio"/> Энгийн эмнэлэг Вакумжуулсан өрөө <input type="radio"/> Бусад ( )
	Name of Medical Institution Эмнэлгийн байгууллагын нэр	
	Start date of Isolation Тусгаарлагдсан өдөр	____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: ____:____:____ он сар өдөр цаг

6. Laboratory test		Choose any relevant items below		
6.Лабораторийн шинжилгээ		<input checked="" type="checkbox"/> Холбогдох хэсэгт <input checked="" type="checkbox"/> гэж тэмдэглэх эсвэл бичнэ үү		
6.1 Diagnostic tests		<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Хийсэн <input type="radio"/> Хийгээгүй		
6.1 Шинжилгээ				
Type of specimen Шинжилгээний төрөл	Sample (+) Шинжилгээний дээж (+)	Date of specimen collected (YYYY/MM/DD) Шинжилгээний дээж авсан өдөр	Name of agency conducting laboratory test Шинжилгээ авсан газар	Test result Шинжилгээний хариу болон төрөл
	<input type="radio"/> Skin lesion fluid <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> Арьс өнгөний шинжилгээ <input type="radio"/> Шинжилгээ хийгдээгүй	____/____/____ (YYYY/MM/DD) он сар өдөр	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> Өвчний хяналтын газар <input type="radio"/> Эрүүл мэнд орчны судалгааны хүрээлэн	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ( ) <input type="radio"/> Эерэг <input type="radio"/> Сөрөг <input type="radio"/> Тодорхойгүй <input type="radio"/> Хариу гараагүй <input type="radio"/> Бусад ( )
	<input type="radio"/> Skin lesion tissue <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> Арьсны эсийн шинжилгээ <input type="radio"/> Шинжилгээ хийгдээгүй	____/____/____ (YYYY/MM/DD) он сар өдөр	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> Өвчний хяналтын газар <input type="radio"/> Эрүүл мэнд орчны судалгааны хүрээлэн	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ( ) <input type="radio"/> Эерэг



			<input type="radio"/> Сөрөг <input type="radio"/> Тодорхойгүй <input type="radio"/> Хариу гараагүй <input type="radio"/> Бусад ( )
	<input type="radio"/> Scab <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> Хайрсын сорил <input type="radio"/> Шинжилгээ хийгдээгүй	____/____/____ (YYYY/MM/DD) он сар өдөр	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> Өвчний хяналтын газар <input type="radio"/> Эрүүл мэнд орчны судалгааны хүрээлэн
	<input type="radio"/> Oropharyngeal smear <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> Амны хөндийн шинжилгээ <input type="radio"/> Шинжилгээ хийгдээгүй	____/____/____ (YYYY/MM/DD) он сар өдөр	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> Өвчний хяналтын газар <input type="radio"/> Эрүүл мэнд орчны судалгааны хүрээлэн
	<input type="radio"/> Blood <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> Цусны шинжилгээ <input type="radio"/> Шинжилгээ хийгдээгүй	____/____/____ (YYYY/MM/DD) он сар өдөр	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> Өвчний хяналтын газар <input type="radio"/> Эрүүл мэнд орчны судалгааны хүрээлэн
	<input type="radio"/> Other ( ) <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> Бусад( ) <input type="radio"/> Шинжилгээ хийгдээгүй	____/____/____ (YYYY/MM/DD) он сар өдөр	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> Өвчний хяналтын газар <input type="radio"/> Эрүүл мэнд орчны судалгааны хүрээлэн
			<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ( ) <input type="radio"/> Эерэг <input type="radio"/> Сөрөг <input type="radio"/> Тодорхойгүй <input type="radio"/> Хариу гараагүй <input type="radio"/> Бусад ( )
			<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ( ) <input type="radio"/> Эерэг <input type="radio"/> Сөрөг <input type="radio"/> Тодорхойгүй <input type="radio"/> Хариу гараагүй <input type="radio"/> Бусад ( )
			<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ( ) <input type="radio"/> Эерэг <input type="radio"/> Сөрөг <input type="radio"/> Тодорхойгүй <input type="radio"/> Хариу гараагүй <input type="radio"/> Бусад ( )
			<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other ( ) <input type="radio"/> Эерэг <input type="radio"/> Сөрөг <input type="radio"/> Тодорхойгүй <input type="radio"/> Хариу гараагүй <input type="radio"/> Бусад ( )

## 7. Contact Status

👁 Choose or fill out any relevant items below

7. Хавьтагчийн байдал		<div> <div> <div></div> <div>Холбогдох хэсэгт ✓ гэж тэмдэглэх эсвэл бичнэ үү</div> </div> </div>	
<div>7.1 Contacts (Have you had contact with anyone after the onset of symptoms?)</div> <div>7.1 Хавьтагчийн байдал</div>	<div> <div> <div></div> <div>Yes (If yes, please follow through all questions below in Section 7. Contacts Status)</div> </div> <div> <div></div> <div>No</div> </div> <div> <div></div> <div>Байхгүй</div> </div> <div> <div></div> <div>Байгаа</div> </div> <div> <div></div> <div>Доор бичих</div> </div> </div>		
	<div> <div>How many contacts the case has had since the onset of symptoms?</div> <div> <div></div> <div>Total</div> </div> <div>person(s)</div> </div> <div> <div>Өвчтөний шинж тэмдэг илэрсний дараах хавьтагч</div> <div> <div></div> <div>Нийт</div> </div> <div>хүн</div> </div>		
		<div> <div>•Family members and live-in person(s)</div> <div>person(s)</div> </div> <div> <div>• Гэр бүл болон хамтран амьдрагч</div> <div>хүн</div> </div>	
		<div> <div>•Those from medical institution(s)</div> <div>person(s)</div> </div> <div> <div>(Institution(s) Name: )</div> <div>хүн</div> </div> <div> <div>• Эмнэлгийн байгууллагын хавьтагч (Байгууллагын нэр: )</div> </div>	
		<div> <div>•People commuted/traveled via the same transport</div> <div>person(s)</div> </div> <div> <div>(Specify: )</div> <div>хүн</div> </div> <div> <div>• Ижил тээврийн хэрэгсэл хэрэглэгчид (төрөл: )</div> </div>	
		<div> <div>•Other ( )</div> <div>person(s)</div> </div> <div> <div>• Бусад ( )</div> <div>хүн</div> </div>	
<div> <div>* For contacts investigation and relevant details, use a separate 'Contact and Exposure Survey Form'</div> <div>* Please refer to the 'monkeypox response guideline' for registering contacts on the web system</div> <div>* Хавьтагчийн судалгаа, нарийвчилсан байдлыг тусад нь хавьтагч өртсөн хүмүүсийн судалгааны маягтыг ашиглах</div> <div>* Вэб системийн бүртгэгдэх ёстой хавьтагч болон бүртгэлийн цагийг удирдамжийн үндсэн агуулгаас шалгах</div> </div>			

<b>8. Final decision</b> <b>8. Эцсийн дүгнэлт</b>	📄 Choose or fill out any relevant items below 📄 Холбогдох хэсэгт ✓ гэж тэмдэглэх эсвэл бичнэ үү
8.1 case management result 8.1 Авсан арга хэмжээ үр дүн	○ Under treatment ○ Discharged after recovery ( __/__/__(YYYY/MM/DD) ○ Died __/__/__(YYYY/MM/DD) ○ Эмчлүүлж байгаа ○ Эдгэрэн эмнэлгээс гарсан ( он сар өдөр) ○ Нас барсан ( он сар өдөр)
8.2 Final result 8.2 Эцсийн дүгнэлт	○ Confirmed case ○ Suspected case ○ Not a patient (Diagnosis: _____ ) ○ Өвчтөн ○ Эмч мэргэжилтэй өвчтөн ○ Халдварт өвчтөн биш (оношийн нэр: )
	📄 If case is confirmed as 'monkeypox patient', indicate clinical characteristics: 📄 "Өвчтөн" бол эмнэлзүйн төрлийг бичнэ үү:

9. Contact tracing 9. Тандалт судалгаа		Choose or fill out any relevant items below					
		Холбогдох хэсэгт  гэж тэмдэглэх эсвэл бичнэ үү					
9.1 Contact tracing results 9.1 Тандалт судалгааны үр дүн		<input type="radio"/> Ongoing <input type="radio"/> Finished <input type="radio"/> Судалгаа явагдаж байгаа <input type="radio"/> Дууссан					
		Number of Contacts: Total person/s Хавьтагчийн тоо: Нийт хүн		Patient: person (name: ) Өвчтөн: хүн(Овог нэр: )			
		Number of contacts in the <input type="radio"/> Yes			Number of contacts other <input type="radio"/> Yes ( person/s)		

	live-in family ( person/s) Хамт амьдардаг гэр бүлийн гишүүдээс хавьтагч болсон хүний тоо	than live-in family (incl. health care workers) Хамт амьдардаг гэр бүлийн гишүүдээс хавьтагч болсон хүний тоо (эмнэлгийн ажилтнуудыг оруулаад)	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Байгаа ( хүн) <input type="radio"/> Байхгүй
--	---	---	--

## 9.2 List of contacts

### 9.2 Хавьтагчдын жагсаалт

Name (+) Овог нэр (+)	Day of Birth Торсон он сар өдөр	Gender Хүйс	Relationship Харилцаа	Date of the latest contact Сүүлийн хавьтал болсон өдөр	Address (city, county, gu) Хаяг (хот, муж, дүүрэг)	Mobile number Холбоо барих утас	Nationality Иргэншил	Occupation Мэргэжил	Name of work place Ажлын газрын нэр	Symptoms Шинж тэмдг илэрч буй эсэх	Risk exposure level Хавьталын байдал	Quarantine status Тусгаарлалтын байдал	Smallpox Vaccination Салхин цэцэг өвчний эсрэг вакцин хийлгэсэн эсэх
		<input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female <input type="radio"/> Эр <input type="radio"/> Эм	<input type="radio"/> Medical staff <input type="radio"/> Medical institution workers <input type="radio"/> Family <input type="radio"/> Colleague <input type="radio"/> Friend <input type="radio"/> Others <input type="radio"/> Эмнэлгийн ажилтан <input type="radio"/> Эмнэлгийн байгууллагын ажилчид <input type="radio"/> Гэр бүл <input type="radio"/> Хамт ажилладаг хүн <input type="radio"/> Найз <input type="radio"/> Бусад	yr. mo. Day он сар өдөр			<input type="radio"/> Korean <input type="radio"/> Foreigner Nationals: ( ) <input type="radio"/> иргэн <input type="radio"/> гадаад хүн Улсын нэр: ( )	<input type="radio"/> ( ) <input type="radio"/> unemployed <input type="radio"/> Ажилгүй <input type="radio"/> ( )		<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> none <input type="radio"/> Байгаа <input type="radio"/> Байхгүй	<input type="radio"/> High risk <input type="radio"/> Medium risk <input type="radio"/> Low risk <input type="radio"/> Өндөр эрсдэлтэй <input type="radio"/> Дунд зэргийн эрсдэлтэй <input type="radio"/> Эрсдэл багатай	<input type="radio"/> Not quarantined <input type="radio"/> Release of quarantine <input type="radio"/> Self-quarantine <input type="radio"/> Hospital quarantine <input type="radio"/> Cohort quarantine <input type="radio"/> Тусгаарлахгүй <input type="radio"/> Тусгаарлалтаас гарсан <input type="radio"/> Гэрээр тусгаарлах <input type="radio"/> Эмнэлэгт тусгаарлах <input type="radio"/> Когорт Тусгаарлах	<input type="radio"/> Non-vaccinated <input type="radio"/> Vaccinated ( year) <input type="radio"/> Вакцин хийлгээгүй <input type="radio"/> Вакцин хийлгэсэн ( он)