

ФОРМА АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА Global-PPS: для пациентов, которые НЕ принимают АМП во временном интервале проведения исследования

Название/код отделения				Название/код кабинета в отделении <i>(при наличии нескольких)</i>	
Идентификатор пациента	Номер пациента в исследовании	Пол	Возрастная группа	Симптомы или причина обращения за консультацией в день проведения исследования <i>(выберите от 1 до 6 симптомов)</i>	Статус госпитализации
		<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> НД	<input type="checkbox"/> ≥18 лет <input type="checkbox"/> ≤17 лет <input type="checkbox"/> ≤30 дн	<input type="checkbox"/> Температура ≥38,3°C <input type="checkbox"/> Температура <38,3°C <input type="checkbox"/> Чихание <input type="checkbox"/> Насморк/заложенность носа <input type="checkbox"/> Кашель <input type="checkbox"/> Боль в горле <input type="checkbox"/> Одышка, затрудненное дыхание <input type="checkbox"/> Миалгии/артралгии <input type="checkbox"/> Головная боль <input type="checkbox"/> Утомляемость/слабость <input type="checkbox"/> Судороги <input type="checkbox"/> Боль в ухе <input type="checkbox"/> Диарея <input type="checkbox"/> Диарея с примесью крови <input type="checkbox"/> Болезненное/частое мочеиспускание <input type="checkbox"/> Боль в животе <input type="checkbox"/> Тошнота/рвота <input type="checkbox"/> Кожная сыпь /раны <input type="checkbox"/> Зуд/ др. симптомы поражений гениталий/ануса <input type="checkbox"/> Др. симптомы <input type="checkbox"/> НД <input type="checkbox"/> Др. причина (н-р, профилактика)	<input type="checkbox"/> Госпитализирован <input type="checkbox"/> Ждет решения о госпитализации <input type="checkbox"/> Направлен в другое ЛПУ <input type="checkbox"/> Амбулаторное лечение <input type="checkbox"/> НД
		<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> НД	<input type="checkbox"/> ≥18 лет <input type="checkbox"/> ≤17 лет <input type="checkbox"/> ≤30 дн	<input type="checkbox"/> Температура ≥38,3°C <input type="checkbox"/> Температура <38,3°C <input type="checkbox"/> Чихание <input type="checkbox"/> Насморк/заложенность носа <input type="checkbox"/> Кашель <input type="checkbox"/> Боль в горле <input type="checkbox"/> Одышка, затрудненное дыхание <input type="checkbox"/> Миалгии/артралгии <input type="checkbox"/> Головная боль <input type="checkbox"/> Утомляемость/слабость <input type="checkbox"/> Судороги <input type="checkbox"/> Боль в ухе <input type="checkbox"/> Диарея <input type="checkbox"/> Диарея с примесью крови <input type="checkbox"/> Болезненное/частое мочеиспускание <input type="checkbox"/> Боль в животе <input type="checkbox"/> Тошнота/рвота <input type="checkbox"/> Кожная сыпь /раны <input type="checkbox"/> Зуд/ др. симптомы поражений гениталий/ануса <input type="checkbox"/> Др. симптомы <input type="checkbox"/> НД <input type="checkbox"/> Др. причина (н-р, профилактика)	<input type="checkbox"/> Госпитализирован <input type="checkbox"/> Ждет решения о госпитализации <input type="checkbox"/> Направлен в другое ЛПУ <input type="checkbox"/> Амбулаторное лечение <input type="checkbox"/> НД
		<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> НД	<input type="checkbox"/> ≥18 лет <input type="checkbox"/> ≤17 лет <input type="checkbox"/> ≤30 дн	<input type="checkbox"/> Температура ≥38,3°C <input type="checkbox"/> Температура <38,3°C <input type="checkbox"/> Чихание <input type="checkbox"/> Насморк/заложенность носа <input type="checkbox"/> Кашель <input type="checkbox"/> Боль в горле <input type="checkbox"/> Одышка, затрудненное дыхание <input type="checkbox"/> Миалгии/артралгии <input type="checkbox"/> Головная боль <input type="checkbox"/> Утомляемость/слабость <input type="checkbox"/> Судороги <input type="checkbox"/> Боль в ухе <input type="checkbox"/> Диарея <input type="checkbox"/> Диарея с примесью крови <input type="checkbox"/> Болезненное/частое мочеиспускание <input type="checkbox"/> Боль в животе <input type="checkbox"/> Тошнота/рвота <input type="checkbox"/> Кожная сыпь /раны <input type="checkbox"/> Зуд/ др. симптомы поражений гениталий/ануса <input type="checkbox"/> Др. симптомы <input type="checkbox"/> НД <input type="checkbox"/> Др. причина (н-р, профилактика)	<input type="checkbox"/> Госпитализирован <input type="checkbox"/> Ждет решения о госпитализации <input type="checkbox"/> Направлен в другое ЛПУ <input type="checkbox"/> Амбулаторное лечение <input type="checkbox"/> НД
		<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> НД	<input type="checkbox"/> ≥18 лет <input type="checkbox"/> ≤17 лет <input type="checkbox"/> ≤30 дн	<input type="checkbox"/> Температура ≥38,3°C <input type="checkbox"/> Температура <38,3°C <input type="checkbox"/> Чихание <input type="checkbox"/> Насморк/заложенность носа <input type="checkbox"/> Кашель <input type="checkbox"/> Боль в горле <input type="checkbox"/> Одышка, затрудненное дыхание <input type="checkbox"/> Миалгии/артралгии <input type="checkbox"/> Головная боль <input type="checkbox"/> Утомляемость/слабость <input type="checkbox"/> Судороги <input type="checkbox"/> Боль в ухе <input type="checkbox"/> Диарея <input type="checkbox"/> Диарея с примесью крови <input type="checkbox"/> Болезненное/частое мочеиспускание <input type="checkbox"/> Боль в животе <input type="checkbox"/> Тошнота/рвота <input type="checkbox"/> Кожная сыпь /раны <input type="checkbox"/> Зуд/ др. симптомы поражений гениталий/ануса <input type="checkbox"/> Др. симптомы <input type="checkbox"/> НД <input type="checkbox"/> Др. причина (н-р, профилактика)	<input type="checkbox"/> Госпитализирован <input type="checkbox"/> Ждет решения о госпитализации <input type="checkbox"/> Направлен в другое ЛПУ <input type="checkbox"/> Амбулаторное лечение <input type="checkbox"/> НД
		<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> НД	<input type="checkbox"/> ≥18 лет <input type="checkbox"/> ≤17 лет <input type="checkbox"/> ≤30 дн	<input type="checkbox"/> Температура ≥38,3°C <input type="checkbox"/> Температура <38,3°C <input type="checkbox"/> Чихание <input type="checkbox"/> Насморк/заложенность носа <input type="checkbox"/> Кашель <input type="checkbox"/> Боль в горле <input type="checkbox"/> Одышка, затрудненное дыхание <input type="checkbox"/> Миалгии/артралгии <input type="checkbox"/> Головная боль <input type="checkbox"/> Утомляемость/слабость <input type="checkbox"/> Судороги <input type="checkbox"/> Боль в ухе <input type="checkbox"/> Диарея <input type="checkbox"/> Диарея с примесью крови <input type="checkbox"/> Болезненное/частое мочеиспускание <input type="checkbox"/> Боль в животе <input type="checkbox"/> Тошнота/рвота <input type="checkbox"/> Кожная сыпь /раны <input type="checkbox"/> Зуд/ др. симптомы поражений гениталий/ануса <input type="checkbox"/> Др. симптомы <input type="checkbox"/> НД <input type="checkbox"/> Др. причина (н-р, профилактика)	<input type="checkbox"/> Госпитализирован <input type="checkbox"/> Ждет решения о госпитализации <input type="checkbox"/> Направлен в другое ЛПУ <input type="checkbox"/> Амбулаторное лечение <input type="checkbox"/> НД
		<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> НД	<input type="checkbox"/> ≥18 лет <input type="checkbox"/> ≤17 лет <input type="checkbox"/> ≤30 дн	<input type="checkbox"/> Температура ≥38,3°C <input type="checkbox"/> Температура <38,3°C <input type="checkbox"/> Чихание <input type="checkbox"/> Насморк/заложенность носа <input type="checkbox"/> Кашель <input type="checkbox"/> Боль в горле <input type="checkbox"/> Одышка, затрудненное дыхание <input type="checkbox"/> Миалгии/артралгии <input type="checkbox"/> Головная боль <input type="checkbox"/> Утомляемость/слабость <input type="checkbox"/> Судороги <input type="checkbox"/> Боль в ухе <input type="checkbox"/> Диарея <input type="checkbox"/> Диарея с примесью крови <input type="checkbox"/> Болезненное/частое мочеиспускание <input type="checkbox"/> Боль в животе <input type="checkbox"/> Тошнота/рвота <input type="checkbox"/> Кожная сыпь /раны <input type="checkbox"/> Зуд/ др. симптомы поражений гениталий/ануса <input type="checkbox"/> Др. симптомы <input type="checkbox"/> НД <input type="checkbox"/> Др. причина (н-р, профилактика)	<input type="checkbox"/> Госпитализирован <input type="checkbox"/> Ждет решения о госпитализации <input type="checkbox"/> Направлен в другое ЛПУ <input type="checkbox"/> Амбулаторное лечение <input type="checkbox"/> НД
		<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> НД	<input type="checkbox"/> ≥18 лет <input type="checkbox"/> ≤17 лет <input type="checkbox"/> ≤30 дн	<input type="checkbox"/> Температура ≥38,3°C <input type="checkbox"/> Температура <38,3°C <input type="checkbox"/> Чихание <input type="checkbox"/> Насморк/заложенность носа <input type="checkbox"/> Кашель <input type="checkbox"/> Боль в горле <input type="checkbox"/> Одышка, затрудненное дыхание <input type="checkbox"/> Миалгии/артралгии <input type="checkbox"/> Головная боль <input type="checkbox"/> Утомляемость/слабость <input type="checkbox"/> Судороги <input type="checkbox"/> Боль в ухе <input type="checkbox"/> Диарея <input type="checkbox"/> Диарея с примесью крови <input type="checkbox"/> Болезненное/частое мочеиспускание <input type="checkbox"/> Боль в животе <input type="checkbox"/> Тошнота/рвота <input type="checkbox"/> Кожная сыпь /раны <input type="checkbox"/> Зуд/ др. симптомы поражений гениталий/ануса <input type="checkbox"/> Др. симптомы <input type="checkbox"/> НД <input type="checkbox"/> Др. причина (н-р, профилактика)	<input type="checkbox"/> Госпитализирован <input type="checkbox"/> Ждет решения о госпитализации <input type="checkbox"/> Направлен в другое ЛПУ <input type="checkbox"/> Амбулаторное лечение <input type="checkbox"/> НД