**Опросник EULAR-COVID-19**

**Что надо знать о пациенте с COVID-19, страдающим иммуновоспалительными ревматическим заболевание (ИВРЗ)**

**Контактная информация о лице, предоставляющем информацию**

1. **ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Электронный адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
4. **Регион** (город/область) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информация о пациенте**

1. **Пол пациента (отметить «V»):** М \_\_\_\_\_\_\_\_ Ж \_\_\_\_\_\_\_
2. **Возраст (полных лет): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Курение (отметить «V»):** текущий курильщик \_\_\_\_ бывший курильщик \_\_\_\_никогда не курил \_\_\_\_\_\_

неизвестный статус курения\_\_\_\_\_\_

**Использует ли пациент в настоящее время электронные сигареты или вейп** **(отметить «V»):** Да\_\_\_ Нет\_\_\_\_

Неизвестно**\_\_\_\_**

1. **Социальное положение (отметить «V»):** инвалид: **\_\_\_\_ (**группа I\_\_\_ II\_\_\_ III\_\_\_); учащийся\_\_\_\_; домохозяйка\_\_\_\_; пенсионер\_\_\_; работает\_\_\_\_; не работает\_\_\_\_\_; неизвестно\_\_\_\_\_\_\_.
2. **Коморбидные заболевания (отметить «V»):** артериальная гипертензия\_\_\_\_\_; ишемическая болезнь сердца\_\_\_\_\_\_; сахарный диабет\_\_\_\_\_; ожирение\_\_\_\_ (ИМТ ≥ 30\_\_\_\_ИМТ≥40\_\_\_); хроническая болезнь почек\_\_\_\_; хроническая обструктивная болезнь легких\_\_\_\_; бронхиальная астма\_\_\_\_\_; псориаз\_\_\_; воспалительные заболевания кишечника\_\_\_\_\_\_; другие (вписать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информация о COVID-19**

1. **В течение 14 дней до начала заболевания имелся ли у пациента какой-либо из следующих признаков** (выберите все, что применимы (**отметить «V»)**: поездки в район с документированными случаями заражения COVID-19\_\_\_\_; тесный контакт с подтвержденным или вероятным случаем инфекции COVID-19\_\_\_\_\_; присутствие в медицинском учреждении, где был зарегистрирован COVID-19; неизвестно\_\_\_\_; другое (вписать): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Где установлен диагноз (отметить «V»):** поликлиника\_\_\_\_\_ больница\_\_\_\_\_\_ на дому\_\_\_\_\_ нет данных\_\_\_\_\_\_
3. **На основании каких данных был установлен диагноз COVID-19 (отметить «V»):**

* Полимеразная цепная реакция (ПЦР) \_\_\_
* Антитела к SARS-CoV-2 \_\_\_
* Только клинические признаки \_\_\_
* ПЦР, антитела к SARS-CoV-2 и клинические признаки\_\_\_
* КТ легких\_\_\_
* Другое(вписать): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Неизвестно\_\_\_

1. **Имелись ли у пациента клинические проявления COVID-19 (отметить «V»):** Да \_\_\_\_Нет\_\_\_\_\_Неизвестно\_\_\_\_\_, если **«ДА»**, то отметьте клинические симптомы инфекции (выберите все, что применимы (**отметить «V»)**): лихорадка \_\_\_\_; кашель\_\_\_\_; головная боль\_\_\_\_; одышка\_\_\_\_; боль в горле\_\_\_\_; боль в суставах\_\_\_\_; миалгия\_\_\_\_; боль в груди\_\_\_\_; боль в животе\_\_\_\_; диарея, рвота или тошнота\_\_\_\_; насморк\_\_\_\_; раздражительность\_\_\_\_; недомогание\_\_\_\_; аносмия\_\_\_\_; дисгевзия\_\_\_\_; другое (вписать):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Результаты лабораторных исследований (заполнить таблицу):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Да | Нет | Нет данных |
| Гемоглобин (< 100 г/л) |  |  |  |
| С-реактивный белок (> 10 мг/Л) |  |  |  |
| D-димер > 250 нг/мл |  |  |  |
| Ферритин > 300 мкг/Л |  |  |  |
| ИЛ-6 > 10 пг/мл |  |  |  |
| Лейкоциты (лейкоциты < 4 10^9/л.) |  |  |  |
| Абсолютное количество лимфоцитов (<3 тыс/мкл) |  |  |  |
| Тромбоциты ниже 100 тыс. |  |  |  |
| Триглицериды (>3.0 ммоль/Л) |  |  |  |
| Лактатдегидрогеназа ( > 220 ед/Л) |  |  |  |

**При наличии других данных просьба их указать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Лекарственные препараты, использованные для лечения COVID-19 (отметить «V»):** никакого лечения, кроме ухода\_\_\_; лопинавир/ритонавир\_\_\_\_; осельтамивир (тамифлю или др.)\_\_\_\_; азитромицин\_\_\_\_; гидроксихлорохин\_\_\_\_; ингибиторы IL-1(канакинумаб)\_\_\_\_;ингибиторы IL-6:тоцилизумаб**\_\_\_\_,** сарилумаб\_\_\_\_; колхицин\_\_\_\_; ингибиторы JAK: тофацитиниб\_\_\_,барицитиниб\_\_\_,упадацитиниб\_\_\_\_; ингаляционные глюкокортикоиды\_\_\_\_; глюкокортикоиды\_\_\_\_\_; внутривенный иммуноглобулин\_\_\_\_\_\_; плазма от выздоровевших пациентов\_\_\_; прямые антикоагулянты\_\_\_\_\_\_\_\_; другое (вписать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. **Другие методы терапии COVID-19 (отметить «V»): оксигенация**\_\_\_\_\_\_; **неинвазивная вентиляция** или т**ерапия высокоскоростным назальным потоком \_\_\_\_\_; ИВЛ\_\_\_\_\_; ЭКМО\_\_\_\_\_\_;** не требовалось дополнительных вмешательств\_\_\_\_\_\_\_; другое\_\_\_\_\_\_\_; неизвестно\_\_\_\_\_\_\_.
3. **Исходы COVID-19 (отметить «V»):** выздоровление\_\_\_\_\_; летальный исход\_\_\_\_; неизвестно\_\_\_\_\_\_.

Укажите примерное количество дней от начала симптома COVID19 до его разрешения**\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

При летальном исходе укажите примерное количество дней от появления симптома COVID19 до летального исхода:\_\_\_\_\_;

1. **Осложнения COVID-19 (отметить «V»):** никаких известных осложнений\_\_\_\_\_; острый респираторный дистресс синдром\_\_\_\_\_\_; миокардит\_\_\_\_; острая сердечная недостаточность\_\_\_\_\_; другие осложнения (печень, почки, кожа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_; венозный тромбоз\_\_\_\_\_; артериальный тромбоз\_\_\_\_\_\_\_; сопутствующая или вторичная инфекция \_\_\_\_\_; синдром цитокинового шторма или другие ургентные состояние (например, синдром активации макрофагов, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, септический шок)\_\_\_\_; другие серьезные осложнения (вписать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информация о иммуновоспалительном ревматическом заболевании**

1. **Диагноз ИВРЗ** (вписать)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Длительность заболевания (с момента появления симптомов):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(мес.)
3. **Активность ИВРЗ на момент развития COVID-19 (отметить «V»):** ремиссия\_\_\_\_\_\_; низкая\_\_\_\_; умеренная\_\_\_\_\_; высокая активность\_\_\_\_\_; неизвестно\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
4. **Как COVID-19 влиял на течение ИВРЗ** **(отметить «V»):** ухудшение\_\_\_\_\_; улучшение\_\_\_\_\_; отсутствие влияния\_\_\_\_\_; неизвестно\_\_\_\_\_,

**Информация о лечении ИВРЗ**

1. **Применение глюкокортикоидов (включая преднизолон, метилпреднизолон) в момент появления симптомов COVID-19** **(отметить «V»):** Да\_\_\_\_; Нет \_\_\_\_\_; Неизвестно\_\_\_\_\_\_\_\_. Если «ДА», то доза ГК (эквивалент преднизолона) в момент появления симптомов COVID-19 \_\_\_\_\_\_\_\_\_(мг/сут).

Был ли прием ГК прекращен или продолжен после постановки диагноза COVID-19 (отметить «V»)?: прекращен\_\_\_\_; продолжен в той же дозе\_\_\_\_; доза ГК снижена\_\_\_\_\_\_; доза ГК увеличена\_\_\_\_\_\_\_; нет данных\_\_\_\_\_; в/с глюкокортикоиды\_\_\_\_\_\_\_.

1. **Применение базисных противовоспалительных, генно-инженерных и таргетных синтетических препаратов непосредственно перед появлением симптомов COVID-19 (или при постановке диагноза COVID-19, если он бессимптомный):** нет **\_\_\_\_;** абатацепт\_\_\_\_\_; антифибротические препараты (пирфенидон, нинтединиб)\_\_\_\_\_\_\_; гидроксихлорохин\_\_\_\_\_; хлорохин\_\_\_\_\_\_; апремиласт \_\_\_\_\_; азатиоприн / 6-Мп\_\_\_\_\_; ингибиторы BAFF (белимумаб\_\_\_\_\_); анти-В-клеточная терапия (в течении последних 6 месяцев) (ритуксимаб\_\_\_\_\_\_ацеллбия\_\_\_\_\_\_\_); циклофосфан\_\_\_\_\_; циклоспорин\_\_\_\_\_; деносумаб\_\_\_\_\_; ингибиторы ИЛ-1 (канакинумаб\_\_\_\_анакинра\_\_\_\_\_); ингибиторы ИЛ-6 (тоцилизумаб\_\_\_; сарилумаб\_\_\_\_; другие\_\_\_\_\_); ингибиторы ИЛ12/23 (устекинумаб\_\_\_\_\_); ингибиторы ИЛ-23 (гуселькумаб, рисанкизумаб, тилдракизумаб)\_\_\_\_\_\_; ингибиторы ИЛ-17 **(**секукинумаб\_\_\_\_, иксекизумаб\_\_\_\_, нетакимаб\_\_\_\_); ингибиторы Янус киназ (тофацитиниб\_\_\_\_; барицитиниб\_\_\_\_\_; упадацитиниб\_\_\_\_); БПВП (лефлуномид\_\_\_\_; метотрексат\_\_\_\_; микофенолата мофетил / микофеноловая кислота\_\_\_\_\_; сульфасалазин\_\_\_\_\_; такролимус\_\_\_\_); талидомид / леналидомид\_\_\_\_\_); ингибиторы ФНОα (инфликсимаб\_\_\_\_; этанерцепт\_\_\_\_; адалимумаб\_\_\_\_\_; голимумаб\_\_\_; цертолизумаба пэгол\_\_\_\_); стероидные глазные капли\_\_\_\_\_; колхицин\_\_\_\_; нет данных\_\_\_\_\_; другие (вписать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Было ли лечение прекращено или продолжено после установления диагноза COVID-19 (отметить «V»):** прекращено\_\_\_\_\_; продолжено\_\_\_\_\_\_\_; нет данных\_\_\_\_\_\_\_.

1. **В момент появления симптомов COVID-19 (или установления диагноза, если он бессимптомный), принимал ли пациент любой из следующих лекарственные препараты (средняя доза) (заполните таблицу):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Да, лечение продолжено** | **Да, лечение прекращено** | **Нет** | **Неизвестно** |
| Ингибиторы АПФ |  |  |  |  |
| Блокаторы рецепторов ангиотензина II |  |  |  |  |
| НПВП неселективные |  |  |  |  |
| НПВП (ингибиторы ЦОГ-2) |  |  |  |  |
| Анальгетики (парацетамол, трамадол) |  |  |  |  |
| Силденафил |  |  |  |  |
| Статина |  |  |  |  |
| Антибактериальная терапия |  |  |  |  |
| Аллопуринол |  |  |  |  |
| Антикоагулянты (прямые или непрямы) |  |  |  |  |
| Другие |  |  |  |  |

1. **Получал ли пациент вакцинацию (указать какую)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**