附件 3

手足口病重症/死亡病例调查表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 唯一识别码： | | | 传染病报告卡卡片编号： | |
| **基本人口学信息** | | | | |
| 患者姓名： | | | 患者性别： □男 □女 | |
| 患者身份证号： □□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | |
| 家长姓名： | | 患者家长联系电话： □□□□□□□□□□□ | | |
| 患者出生日期： 年 月 日（如生日不详，则实足年龄为 岁或 月）。 | | | | |
| 现居住地址： 省 市 县/区 乡 镇（街道） 村（社区）  住址类型： □城镇 □农村 （注：现居住地址指本次病程最初发病时的居住地址。） | | | | |
| **健康信息和既往病史** | | | | |
| 1.体重： 公斤 | 2.身高： 厘米 | | | 3.早产： □是 □否 □不清楚 |
| 4.先天性疾病或慢性基础性疾病？ □有 □无 □不清楚 | | | | |
| 4.1 如果有先天性疾病或慢性基础性疾病，请详述（可多选）：  □先天性心脏病 □食道闭锁 □先天性肥厚性幽门狭窄症 □肠闭锁  □先天性巨结肠症 □先天性食管气管瘘 □先天性肺囊肿 □支气管肺发育不全  □肺隔离症  □脊髓膨出  □脑积水  □其他  □小头畸形 □脊柱裂  □大头畸形  □免疫系统缺陷性疾病 | | | | |
| 5. 是否接种过 EV-A71 疫苗？ □是 □否 □不清楚 （如接种过，填写下列信息）  5.1 第 1 针： □已接种，接种日期： 年\_\_ 月\_\_ 日, 疫苗接种单位：  □未接种 □不清楚  5.2 第 2 针： □已接种，接种日期： 年\_\_ 月\_\_ 日, 疫苗接种单位：  □未接种 □不清楚  5.3 接种疫苗厂家： □中国医学科学院昆明医学生物学研究所  □北京科兴生物制品有限公司  □国药中生生物技术研究院有限公司  5.4 以上疫苗接种信息是如何获得的： □接种本 □家长回忆 □查阅接种信息登记 系统（注：接种信息证明附在个案登记表后） | | | | |
| **临床信息收集** | | | | |
| **一、发病就诊信息** | | | | |
| 1.最初发病日期： 年 月 日 | | | 2.首次就诊日期： 年 月 日 | |
| 3.首次就诊机构级别： □村/社区 □乡镇级 □县/区级 □市级及以上 | | | | |
| 4.发病以来有无以下临床症状： | | | | |
| 4.1 发热： □是, 出现时间： 年 月 日；最高温度： ℃□否 4.2 皮疹/疱疹： □是（请回答 4.3-4.4） □否  4.3 皮疹/疱疹出现时间： 年 月 日  4.4 皮疹/疱疹部位： □手 □足 □口 □臀 □躯干 □肘部 □膝关节  □面部 □其它部位： | | | | |
| 5.首次诊断为手足口病的日期： 年 月 日 | | | | |
| 6.是否住院： □是（请回答 6.1） □否  6.1 本次入院日期： 年 月 日  6.2 入院医疗机构名称： | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 7.诊断为重症手足口病的日期： 年 月 日 | |
| 8.是否出现以下临床症状： | |
| 8.1 重型病例：  □精神差 □嗜睡  □吸吮无力 □易惊  □头痛 □呕吐 □烦躁  □肢体抖动、眼球震颤等共济失调表现  □肌无力、弛缓性麻痹  □颈项强直 | 8.2 危重型病例：  □出冷汗 □四肢末梢发凉 □皮肤发花 □呼吸急促，呼吸频率最高 次/分 □血压升高,最高值：低压 mmHg , 高压 mmHg  □心率增快，心率最高 次/分  □口唇紫绀□咳粉红色泡沫痰或血性液体  □血压降低或休克 □抽搐  □严重意识障碍 |
| **二、治疗信息** | |
| 1.是否使用血管活性药物？ □是□否；若选是，使用药物： （药品通用名称） | |
| 2.入院后是否收住 ICU 或 PICU？ □是 □否 | |
| 3.是否机械通气？ □是□否；若有机械通气，机械通气方式： □无创 □有创 | |
| **三、实验室检测结果** | |
| 1.脑脊液检查： □是 □否；若选是： 1.1 检查时间： 年 月 日  1.2 颜色： □无色□红色□黄色□乳白色□绿色□棕色/黑色  1.3 透明度： □清晰透明□微浊□毛玻璃样浑浊□乳白色浑浊  1.4 白细胞： 106 /L， 白细胞分类： | |
| 2.脑部核磁检查： □是 □否；若选是， 2.1 检查时间： 年 月 日  2.2 检查结果： □正常 □异常，若选 “异常 ”，则检查单中印象为： | |
| 3.脑电图检查： □是 □否；若选是，  3.1 检查时间： 年 月 日  3.2 检查结果： □正常 □异常，若选 “异常 ”，则检查单中印象为： | |
| 4.血糖是否升高： □是 □否 □无测量；若选是，最高值为 | |
| 5.血乳酸是否出现升高： □是 □否 □无测量；若选是，最高值为 | |
| 6.外周血白细胞计数是否异常： □是 □否 □无测量；若选是，最高值为 109 /L | |
| **四、转归情况** | |
| 1.出院日期： 年 月 日 | |
| 2.疾病转归： □治愈 □转院 □死亡 □放弃治疗  如放弃治疗，是否死亡： □是 □否（通过随访获得）  若死亡，则死亡日期： 年 月 日；根本死亡原因： | |
| **五、病原学检测** | |
| 1 ．是否采集标本进行实验室检测？ □是 □否（结束作答） | |
| 2 ．标本采集类型： □粪便 □咽拭子 □肛拭子 □疱疹拭子 □其他（请具体写明标本类 型）： | |
| 3 ．标本采集日期： 年 月 日 | |
| 4 ．医院标本编号： | |

调查人（签字）： ；联系方式： 填报单位： ；填报日期： 年 月 日