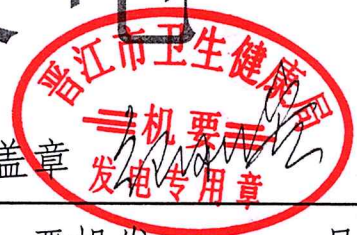


福建省发电

发电单位 晋江市卫生健康局

签发盖章



等级 普通·明电 晋卫健发明电〔2020〕72号 晋机发 号

晋江市卫生健康局关于印发《晋江市急性弛缓性麻痹（AFP）病例监测工作方案》和《晋江市乙肝疫情评估技术及乙肝流行病学效果评价工作方案》的通知

各医疗卫生单位：

为做好我市急性弛缓性麻痹（AFP）病例监测工作和规范乙肝病例的诊断和报告，根据《关于做好Ⅲ型疫苗衍生脊髓灰质炎病毒阻断传播处置工作的通知》（泉卫疾控发明电〔2020〕78号）和《中国乙肝疫情评估技术及乙肝流行病学效果评价工作方案》等要求，结合我市实际，特制定《晋江市急性弛缓性麻痹（AFP）病例监测工作方案》和《晋江市乙肝疫情评估技术及乙肝流行病学效果评价工作方案》，现印发给你们，请遵照执行。

晋江市卫生健康局

2020年6月8日

晋江市急性弛缓性麻痹（AFP）病例 监测工作方案

二、AFP 病例报告

1. 将 AFP 病例纳入日常传染病报告进行管理。各级医疗机构一旦发现 AFP 病例后（病例定义及所包含疾病见附件 1），在 24 小时内对病例进行传染病网络直报。同时报告市疾控中心免疫规划科（联系电话：85690856，传真号码：85624626），报告内容包括：发病地点、家长姓名、患者姓名、性别、出生日期、麻痹日期、肌力、肌张力和临床初步诊断等。

2. 开展 AFP 病例调查。市疾控中心每日要审核辖区内 AFP 病例报告情况，发现辖区内 AFP 病例报告后，应在 24 小时内完成报告信息审核并将 AFP 病例纳入专病管理；同时在医疗机构临床医生配合下在 48 小时内开展个案调查，详细填写《急性弛缓性麻痹病例个案调查表》（附件 2）。调查按以下步骤进行：

（1）了解发病过程：应了解麻痹发生时间、是否有发热/腹泻、麻痹部位是否对称、是否疼痛、有无外伤或注射史、就诊过程、OPV 服苗史等。

（2）进行神经学检查：重点检查肌力、肌张力、腱反射、肌萎缩和肢体活动情况。

（3）填写个案调查表：要求完整、准确填写，避免缺项和漏项。如有调查表中未包括的症状或体征可用文字说明；调查

时力求明确临床诊断。调查开始后 48 小时内通过“AFP 监测信息报告管理系统”将 AFP 病例个案调查表录入上传并及时填报标本采集和病例随访等相关资料。

二、AFP 病例合格标本采集

各级医疗机构对报告的 AFP 病例应及时采集双份合格大便标本用于脊髓灰质炎病毒分离。合格双份标本的采集要求是：在麻痹出现后 14 天内采集；双份标本采集时间至少间隔 24 小时；每份标本重量 ≥ 5 克（约为成人的大拇指末节大小）存放在无菌试管中，在试管上标明患者姓名。各级医疗机构从采集到第一份标本之日算起 3 天内应把双份标本（运送条件：2-8℃冷藏）连同《AFP 病例标本送检表》（附件 3）一起送至市疾控中心免疫规划科，对于不能及时送检的标本，应放在-20℃冰箱内冷冻保存。市疾控中心从采集到第一份标本之日算起 7 天内应把双份大便标本送至福建省疾控中心免疫规划科进行脊髓灰质炎病毒分离。待福建省疾控中心病毒分离结果反馈后，市疾控中心应及时将结果反馈给报告单位。

三、AFP 病例监测

各级医疗机构每旬应开展 AFP 病例主动搜索，通过查阅儿科、神经内科（或内科）、传染科的门诊和病房、病案室等门诊日志、出入院记录或病案，并与医务人员交谈，主动搜索 AFP 病例，并记录监测结果。如发现漏报的 AFP 病例，应按要求开展调查和报告。各级医疗机构应于每旬 5 日前向市疾控中心（邮

箱 jjcdcmg@163.com) 报告上一旬《AFP 监测医院旬报表》(附件 4); 各级医疗机构如经过核实未发现就诊 AFP 病例, 也应进行“零”病例报告。

市医院、中医院和第二医院是我市 AFP 主动监测医院, 每月 5 日前应填报上月《AFP 病例主动监测记录表》(附件 5), 并向市疾控中心(邮箱 jjcdcmg@163.com) 进行报告, 如经过核实未发现就诊 AFP 病例, 也应进行“零”病例报告。

联系人: 陈李俊 联系电话: 13799501873

- 附件: 1. AFP 病例定义及所包含疾病
2. 急性弛缓性麻痹病例个案调查表
3. AFP 病例标本送检表
4. AFP 监测医院旬报表
5. AFP 病例主动监测记录表

附件 1

AFP 病例定义及所包含疾病

急性弛缓性麻痹（AFP）病例：所有 15 岁以下出现急性弛缓性麻痹症状的病例，和任何年龄临床诊断为脊灰的病例均作为 AFP 病例。

AFP 病例的诊断要点：15 岁以下，急性起病、肌张力减弱、肌力下降、腱反射减弱或消失。

常见的 AFP 病例包括以下疾病（15 岁以下）：

AFP 病种	ICD-10	ICD-9
脊髓灰质炎	A80	232.2
格林巴利综合征（感染性多发性神经根神经炎，GBS）	G61.0	357
横贯性脊髓炎、脊髓炎、脑脊髓炎、急性神经根脊髓炎	G37.3, G04.2-G04.9	323.901-323.906, 323.909
多神经病（药物性多神经病，有毒物质引起的多神经病、原因不明性多神经病）	G62.0-G62.9	356.9, 357.7, 357.6
神经根炎	M54.1	729.2
外伤性神经炎（包括臀肌药物注射后引发的神经炎）	S24.2, S24.3, S34.2, S34.6, S34.8	953, 955, 956.0, 956.1, 956.9
单神经炎	G56, G57	353, 354, 355
神经丛炎	G54.0-G54.9	

周期性麻痹(包括低钾性麻痹、高钾性麻痹、正常钾性麻痹)	G72.3	359.3
肌病(包括全身型重症肌无力、中毒性、原因不明性肌病)	G72.1, G72.2, G72.9	359.9 358
急性多发性肌炎	M33.2	710.4
肉毒中毒	A05.1	5.1
四肢瘫、截瘫和单瘫(原因不明)	G82.0, G82.2, G82.3, G82.5	344.0-344.5, 344.8, 344.9
短暂性肢体麻痹	R29.8	781.4

附件 2

急性弛缓性麻痹病例个案调查表

报告单位： 报告时间： 年 月 日

省级 CDC 收到本表的时间	年月日	T0 □□/□□/□□
1. 编 号		
a. 病例编号		T1A □□□□□□□□□□ □□
b. 调查日期	年月日	T1B □□/□□/□□
c. 调查单位	1. 县级 CDC 2. 地级 CDC 3. 省级 CDC	T1C □
d. 调查人		
2. 基本情况		
a. 病人姓名		
b. 性别	1. 男 2. 女	T2B □
c. 民族		T2C □□
d. 出生日期(公历)	年月日	T2D □□/□□/□□
e. 如无出生日期, 年龄	岁月	
f. 居住状况	1. 散住 2. 集体(托. 幼. 学校) 3. 流动人口 4. 其它(请注明) 9. 不详	T2H □
g. 病人详细地址		
h. 家长姓名		
i. 家长工作单位		
j. 家长电话号码		
k. 病例报告单位级别	1. 村级 2. 乡级 3. 县级 4. 地级 5. 省级	T2M □
l. 病例报告单位名称		
m. 病例报告日期	年月日	T2O □□/□□/□□
3. 临床症状和体征		
麻痹出现前症状:		
a. 发热	1. 有 2. 无 9. 不知道	T3A □
b. 腹泻	1. 有 2. 无 9. 不知道	T3D □
c. 颈项强直	1. 有 2. 无 9. 不知道	T3E □
d. 肌肉疼痛	1. 有 2. 无 9. 不知道	T3F □

e. 3天内注射史	1. 有 2. 无	T3N1 <input type="checkbox"/>
f. 麻痹出现日期	年月日	T3R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
麻痹部位及程度:		
g. 左上肢:	0. 不能运动 1. 轻微运动 2. 能水平运动 3. 能垂直运动	
	4. 能抵抗外力运动 5. 正常运动	
	9. 不详	T3G <input type="checkbox"/>
h. 右上肢	0. 1. 2. 3. 4. 5. 9	
	(与 3g 左上肢编码相同)	T3H <input type="checkbox"/>
i. 左下肢	0. 1. 2. 3. 4. 5. 9	
	(与 3g 左上肢编码相同)	T3I <input type="checkbox"/>
j. 右下肢	0. 1. 2. 3. 4. 5. 9	
	(与 3g 左上肢编码相同)	T3J <input type="checkbox"/>
k. 呼吸困难	1. 严重 2. 中等 3. 轻微 4. 正常	T3K <input type="checkbox"/>
l. 肢体感觉障碍	1. 有 2. 无 9. 不详	T3N2 <input type="checkbox"/>
m. 大小便失禁	1. 有 2. 无	T3N3 <input type="checkbox"/>
n. 巴彬斯基氏反射	1. 有 2. 无 9. 不能判断	T3P <input type="checkbox"/>
o. 踝阵挛	1. 有 2. 无 9. 不能判断	T3N4 <input type="checkbox"/>
p. 深部腱反射	1. 消失 2. 减弱 3. 正常 4. 亢进 9. 不能判断	T3Q <input type="checkbox"/>
q. 最初麻痹时伴发热 (>37℃)	1. 有 2. 无 9. 不详	T3S <input type="checkbox"/>
4. 麻痹后就诊情况 (含本次就诊)		
a. 就诊次数	1. 1次 2. 2次 3. 3次 4. >3次	T4N1 <input type="checkbox"/>
b. 本次就诊日期	年月日	T4N2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. 本次就诊的诊断结果	1. AFP 2. 非AFP 9. 无临床诊断	T4N3 <input type="checkbox"/>
d. 麻痹后第一次就诊		
1) 就诊单位	1. 村级卫生所 2. 乡级医院 3. 县级医院 4. 地区级医院 5. 省级医院	T4A1 <input type="checkbox"/>
2) 就诊日期	年月日	T4A2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3) 诊断结果	1. AFP 2. 非AFP 9. 不详	T4A3 <input type="checkbox"/>
4) 是否报告	1. 是 2. 否	T4A4 <input type="checkbox"/>
e. 麻痹后第一次到县及县以上级医院就诊情况		
1) 就诊日期	年月日	T4N5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2) 诊断结果	1. AFP 2. 非AFP 9. 不详	T4N6 <input type="checkbox"/>
3) 是否报告	1. 是 2. 否	T4N7 <input type="checkbox"/>
f. 如住院治疗		
1) 医院类别	1. 村级卫生所 2. 乡级医院 3. 县级医院 4. 地区级医院 5. 省级医院	T4E1 <input type="checkbox"/>

2) 医院名称		
3) 病案编号		
5. 初步调查结果		
a. 是否是 AFP 病例	1. 是 2. 否	T5A <input type="checkbox"/>
1) 如是:	1. 脊灰	
	2. 格林巴利综合征	
	3. 横贯性脊髓炎	
	4. 创伤性神经炎	
	5. 其它(请注明)	
	9. 待查	T5B <input type="checkbox"/>
2) 如否:	1. 外伤 2. 肌肉疼痛不能行走	
	3. 痉挛性麻痹 4. 骨关节病	
	5. 其它(请注明)	T5C <input type="checkbox"/>

6. 免疫史		
a. 累计服脊灰疫苗次数	次, 99. 不详	T7A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. 服苗依据	1. 接种证 2. 接种卡 3. 询问	T7N1 <input type="checkbox"/>
c. 麻痹前最近一次服苗		
1) 日期	年月日	T7N2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2) 服苗形式:	1. 常规免疫 2. 强化免疫	
	3. 其它(请注明) 9. 不详	T7N3 <input type="checkbox"/>
d. 采便前最近一次服苗		
1) 日期	年月日	T7N4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e. 未全程免疫主要原因	1. 未接到通知 2. 生病不能接种	
	3. 无接种人员 4. 家长拒绝	
	5. 其它(请注明) 6. 未满周岁	
	9. 不详	T7I <input type="checkbox"/>
7. 实验室资料		
a. 第一份粪便标本:		
1) 采集日期	年月日	T9A1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2) 采集人姓名		
3) 采集人单位		
4) 省级实验室收到 粪便日期	年月日	T9AN1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5) 标本是否带冰运送	1. 是 2. 否	T9AN2 <input type="checkbox"/>
6) 标本状态	1. 好 2. 差	T9AN3 <input type="checkbox"/>
7) 标本量	约克, 99. 不详	T9AN4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8) 是否进行病毒分离	1. 是 2. 否	T9AN5 <input type="checkbox"/>

9) 标本接种日期	年月日	T9AN6 □□/□□/□□
10) 是否进行脊灰病毒分型	1. 是 2. 否	T9AN7 □
11) I 型病毒	1. 是 2. 否	T9A4 □
12) II 型病毒	1. 是 2. 否	T9A5 □
13) III 型病毒	1. 是 2. 否	T9A6 □
14) 其它肠道病毒	1. 是 2. 否	T9A7 □
15) 检验结果报告日期	年月日	T9AN8 □□/□□/□□
16) 国家级实验室收到分离物日期	年月日	T9AN9 □□/□□/□□
17) 收到国家级实验室结果日期	年月日	T9AN10□□/□□/□□
b. 第二份粪便标本:		
1) 采集日期	年月日	T9B1 □□/□□/□□
2) 采集人姓名		
3) 采集人单位		
4) 省级实验室收到粪便日期	年月日	T9BN1 □□/□□/□□
5) 标本是否带冰运送	1. 是 2. 否	T9BN2 □
6) 标本状态	1. 好 2. 差	T9BN3 □
7) 标本量	约克, 99. 不详	T9BN4 □
8) 是否进行病毒分离	1. 是 2. 否	T9BN5 □
9) 标本接种日期	年月日	T9BN6 □□/□□/□□
10) 是否进行脊灰病毒分型	1. 是 2. 否	T9BN7 □
11) I 型病毒	1. 是 2. 否	T9B4 □
12) II 型病毒	1. 是 2. 否	T9B5 □
13) III 型病毒	1. 是 2. 否	T9B6 □
14) 其它肠道病毒	1. 是 2. 否	T9B7 □
15) 检验结果报告日期	年月日	T9BN8 □□/□□/□□
16) 国家级实验室收到分离物日期	年月日	T9BN9 □□/□□/□□
17) 收到国家级实验室结果日期	年月日	T9BN10□□/□□/□□
c. 国家级实验室鉴定结果		
1) 毒株性质		
I 型脊灰野病毒	1. 是 2. 否	T9CN1 □
II 型脊灰野病毒	1. 是 2. 否	T9CN2 □
III 型脊灰野病毒	1. 是 2. 否	T9CN3 □
I 型脊灰疫苗病毒	1. 是 2. 否	T9CN4 □
II 型脊灰疫苗病毒	1. 是 2. 否	T9CN5 □

III型脊灰疫苗病毒	1. 是 2. 否	T9CN6 <input type="checkbox"/>
I型脊灰疫苗衍生病毒	1. 是 2. 否	T9CN10 <input type="checkbox"/>
II型脊灰疫苗衍生病毒	1. 是 2. 否	T9CN11 <input type="checkbox"/>
III型脊灰疫苗衍生病毒	1. 是 2. 否	T9CN12 <input type="checkbox"/>
其它肠道病毒	1. 是 2. 否	T9CN7 <input type="checkbox"/>
待定	1. 是 2. 否	T9CN8 <input type="checkbox"/>
2) 国家级实验室 鉴定报告日期	年月日	T9CN9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. 最后诊断及分类(省填写)	1. 脊灰确诊病例 2. 脊灰排除病例 3. 临床符合病例 4. 待定 5. VDPV 病例	T11A <input type="checkbox"/>
a. 如为临床符合病例, 依据:		
1) 无合格粪便标本或无标本		
	1. 是 2. 否	T11N1 <input type="checkbox"/>
2) 发病 60 天后残留麻痹		
	1. 是 2. 否	T11B5 <input type="checkbox"/>
3) 病例失访	1. 是 2. 否	T11B6 <input type="checkbox"/>
4) 病例死亡	1. 是 2. 否	T11B7 <input type="checkbox"/>
5) 省级专家诊断小组认定	1. 是 2. 否	T11N2 <input type="checkbox"/>
b. 如为脊灰排除病例, 依据:	1. 临床不怀疑为脊灰(专家小组认定)	
	2. 合格粪便标本, 脊灰野病毒分离阴性	T11D <input type="checkbox"/>
	3. 合格粪便标本, 脊灰野病毒和疫苗病毒分离均为阴性	
c. 如为脊灰确诊病例, 依据:		
	1. 本土野毒病例	
	2. 输入野毒病例	
	3. 输入野毒再传病例	T11N3 <input type="checkbox"/>
	4. 待定	
10. 脊灰排除病例临床诊断	1. 格林巴利综合征	
	2. 非脊灰肠道病毒感染	
	3. 横贯性脊髓炎	
	4. 创伤性神经炎	
	5. 其它(请注明)	T11N4 <input type="checkbox"/>

附件 3

AFP 病例标本送检表

<p>患者姓名:</p> <p>地址: 省(市)市(地)县(区)乡(镇/街道)村(居)</p> <p>ID No.: 性别: 出生日期: //</p> <p>AFP 病例编号 (T1A) 1=AFP 病例 AFP 便标本份数 (1, 2) 2=接触者 或接触者编号 (1-5)</p> <p>接触日期 (只限接触者): //</p> <p>病例出现麻痹日期: //</p> <p>已服苗次数:</p> <p>麻痹前最后一次服苗日期: //</p> <p>采便前最后一次服苗日期: //</p> <p>收集便标本单位: 1 乡级 2 县级 3 地级 4 省级</p> <p>收集标本人姓名:</p> <p>采便日期: (1) // (2) //</p> <p>送检标本保存状态: (1) 冰冻保存 (2) 4~8℃保存 (3) 未冷藏</p> <p>标本送出日期 200// 送标本者姓名:</p> <p>(以上各项由省级以下送检单位填写)</p>
<p>(以下各项仅由省级填写)</p> <p>省级实验室收到标本日期: //收到标本者姓名:</p> <p>粪便标本运送情况: (1) 冰未融化 (2) 冰已融化或未加冰</p> <p>标本重量: (1) 约 (克) (2) 约 (克)</p>

AFP 病例标本送检表填表说明

1. 病例 ID 号: 应与流行病个案调查表一致;
2. 地址应详细填写;
3. 接触日期为与病例接触的最早日期;
4. 在麻痹出现的日期中, 无麻痹者则填写发热日期;
5. 已服苗次数: 包括常规及强化免疫次数的总数;
6. 填表同时应填好“标本运送标签”, 并和标本一起送往省级实验室。

附件 4

AFP 病例旬报表（监测医院用）

报告单位(盖章) _____

_____年____月____旬

病例姓名	监护人姓名	性别	出生年月日	家庭住址	麻痹日期	报告日期	调查日期	免疫接种情况	大便标本采集日期	
									(1)	(2)

说明：

如本旬未发现 AFP 病例，应在表中填写“本单位本旬未发现 AFP 病例”。

附件 5

AFP 病例主动监测记录表

填报单位:

时间: 年 月 日

旬	访视时间	查阅病例数	发现 AFP 病例数	已报告 AFP 病例数	漏报 AFP 病例数	被访视医生	被访视单位负责人签字	访视人
上								
中								
下								

晋江市乙肝疫情评估技术及乙肝流行病学 效果评价工作方案

一、背景

1. 为规范乙肝病例的诊断和报告，中国疾控中心自 2013 年起部署开展全国乙肝监测试点工作，监测地区共覆盖全国 200 个县，晋江市为监测点之一，通过统一诊断标准、报告诊断核心信息、规范实验室诊断等，提高乙肝病例诊断和报告的准确性。

2. 通过开展传染病疫情监测，可实时了解疾病的发病情况，制定有效的控制疾病策略，及时开展疫情处置。连续的疫情监测数据也可评价疾病的流行规律，评价疾病防控策略的效果。

二、目的

1. 建立新的乙肝疫情评价方法，制定急性乙肝病例复核诊断标准，对报告病例进行复核诊断。

2. 评价乙肝监测点地区乙肝病例报告准确性，分析成人急性乙肝发病特征及发病趋势，评价防控效果。

3. 评价 ≤ 15 岁儿童乙肝发病特征和趋势，利用病例监测数据评价乙肝疫苗免疫策略效果。

三、内容与方法

(一) 既往乙肝报告病例调查

各报告单位采用回顾性调查的方法调查 2013 年 1 月 1 日至 2019 年 6 月 30 日通过 NNDRS 报告、现住址为本辖区的乙肝病例。其中，≤15 岁报告乙肝病例全部调查，包括急性乙肝病例、慢性乙肝病例和未分类乙肝病例；>15 岁报告乙肝病例调查全部急性、未分类乙肝病例，慢性乙肝病例按照本地区历年报告急性乙肝病例的 2 倍数量进行随机抽样调查，（调查名单在免疫规划公共邮箱，各单位将名单内本单位报告的病例进行调查并录入数据库即可）。通过查阅就诊医院的 HIS 系统获得调查病例的就诊信息，如果就诊记录未显示相关信息，则需要电话联系就诊人及其监护人获得。≤15 岁乙肝病例还需调查乙肝疫苗和乙肝免疫球蛋白的接种史及其父母乙肝病毒感染情况等。

（二）前瞻性调查

市医院、中医院和第二医院调查本单位自 2020 年 1 月 1 日至 2020 年 6 月 30 日通过 NNDRS 报告的乙肝病例；其他医疗卫生单位需调查本单位自 2019 年 7 月 1 日至 2020 年 6 月 30 日所有通过 NNDRS 报告的乙肝病例。报告乙肝病例全部调查，包括急性乙肝病例、慢性乙肝病例和未分类乙肝病例。调查内容包括病例的就诊信息，医院的实验室检测结果等。

急性乙肝病例和未分类乙肝病例按急性乙肝监测方案，于发病（或就诊）后 6~7 个月采集静脉血标本 2ml，分离血清保存于螺口血清管中，血清管上应标明病例姓名及编号（6 位县区国标码+2 位年份数+4 位流水号），同时填写《急性及未分类乙

肝病例采样表》(附件1)送至市疾控中心检验科。

四、数据收集及分析

各医疗卫生单位必须在2020年7月30日前完成所有调查工作,并将数据库发送至免疫规划公共邮箱。回顾性调查及前瞻性调查均按照患者发病时年龄填写《>15岁乙肝病例个案核实调查表》或《≤15岁儿童乙肝个案核实调查表》(附件2、3),同时录入数据库。调查名单及数据库放置在免疫规划公共邮箱:jjyfz@163.com,密码jjyfz123。

联系人:黄丽萍 联系电话:18905061808

- 附件:
1. 急性及未分类乙肝病例采样表
 2. >15岁乙肝病例个案核实调查表
 3. ≤15岁儿童乙肝个案核实调查表

附件 1

急性及未分类乙肝病例采样表

姓名	病例编码 (6 位县区国标码+2 位年份数+4 位流水号)	样本情况			检测结果	
		样本是否合格? 1 合格; 2 不合格	采集日期	检测日期	抗-HBs 结果 1 阳性; 2 阴性	HBsAg 结果 1 阳性; 2 阴性

标本合格判定标准: 血清量充足 (>0.8ml), 且未发生溶血。

附件 2

> 15 岁乙肝病例个案核实调查表

医院名称:

医院级别:

调查时间: 年 月 日

A 个人基本信息

1. 病例编码: (县区国标码+2 位年份数+4 位流水号)
2. 病例报告卡编码: _____ (NNDRS 中 18 位的卡片编码)
3. 病例姓名:
4. 性别: ①男②女
5. 出生日期: _____年_____月_____日

B 医院就诊情况

6. 病例来源

住院病例 (科室: _____);

门诊病例 (科室: _____);

如为门诊病例, 是否为复诊检查或拿药的病例? 是 否 不详;

		信息 有无	详细内容
病史 信息	流行 病学 史	<input type="checkbox"/> 有	1. 首次检测发现 HBsAg 阳性时间: <input type="checkbox"/> >6 个月; <input type="checkbox"/> <6 个月; <input type="checkbox"/> 本次为第一次检测; <input type="checkbox"/> 不详
		<input type="checkbox"/> 无	2. 既往肝病史 <input type="checkbox"/> 甲肝 <input type="checkbox"/> 乙肝 <input type="checkbox"/> 丙肝 <input checked="" type="checkbox"/> 戊肝 <input type="checkbox"/> 无肝病史 <input type="checkbox"/> 不详

症状 与体 征	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 乏力； <input type="checkbox"/> 食欲不振； <input type="checkbox"/> 恶心； <input type="checkbox"/> 厌油； <input type="checkbox"/> 腹泻 <input type="checkbox"/> 肝区疼痛； <input type="checkbox"/> 黄疸； <input type="checkbox"/> 肝掌； <input type="checkbox"/> 蜘蛛痣 <input type="checkbox"/> 其他：
本次 实验 室检 测	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	1. HBsAg: <input type="checkbox"/> 阳性； <input type="checkbox"/> 阴性； <input type="checkbox"/> 未检测 2. 首次出现乙肝症状和体征时间：_____年___月___日 3. 抗-HBcIgM: <input type="checkbox"/> 阳性； <input type="checkbox"/> 阴性； <input type="checkbox"/> 未检测 4. 肝脏 B 超检测: <input type="checkbox"/> 有 (结果_____); <input type="checkbox"/> 未检测 5. 肝穿刺 : <input type="checkbox"/> 急性 <input type="checkbox"/> 慢性 <input type="checkbox"/> 未检测 6. 就诊时 ALT 结果: _____, 参考值范围: _____U/L 7. 是否能观察到恢复期 HBsAg 阴转 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未随访检测
临床医生是否开 展急慢性分类诊 断	<input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否；	
病例诊断结果	<input type="checkbox"/> 急性乙肝； <input type="checkbox"/> 慢性乙肝； <input type="checkbox"/> 慢性乙肝合并其它病毒性肝炎 <input type="checkbox"/> 药物性或酒精性肝炎； <input type="checkbox"/> 乙肝后肝硬化； <input type="checkbox"/> 慢性乙肝合并 肝细胞癌 <input type="checkbox"/> 其它：	
病例就诊原因	病例是否因肝炎症状或体征前来就诊？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

7. 在该医疗机构就诊时的乙肝病史(信息来源: ①病历; ②his 系统; ③其他:)

C 病例报告情况

传染病报 告卡情况	附卡	1. HBsAg 阳性时间: <input type="checkbox"/> 大于 6 月; <input type="checkbox"/> 小于 6 个月; <input type="checkbox"/> 不详; 2. 首次出现乙肝症状时间: <input type="checkbox"/> _____年___月; <input type="checkbox"/> 不详; 3. ALT: _____ 4. . 抗-HBcIgM: <input type="checkbox"/> 阳性; <input type="checkbox"/> 阴性; <input type="checkbox"/> 未检测
--------------	----	--

	报告	5. 肝穿剂： <input type="checkbox"/> 急性 <input type="checkbox"/> 慢性 <input type="checkbox"/> 未检测 6. 是否能观察到 HBsAg 阴转 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未测 <input type="checkbox"/> 急性； <input type="checkbox"/> 慢性； <input type="checkbox"/> 未分类
--	----	--

附件 3

≤15 岁儿童乙肝个案核实调查表

医院名称:

医院级别:

调查时间: 年 月 日

A 个人基本信息

1. 病例编码: (县区国标码+2 位年份数+4 位流水号)
2. 病例报告卡编码: _____ (NNDRS 中 18 位的卡片编码)
3. 病例姓名:
4. 性别: ①男②女□
5. 出生日期: _____年____月____日
6. 出生地区: _____省____市____县(区)
7. 出生医院级别: ①三级 ②二级 ③一级 ④在家出生 ⑤其他_____
8. 儿童出生体重_____KG, 出生孕周_____周
9. 家庭成员 HBsAg 感染情况
 - 9.1 母亲 HBsAg 感染情况: ①阳性②阴性③未测
 - 9.2 检测日期: ①_____年____月②不祥□
 - 9.3 父亲 HBsAg 感染情况: ①阳性②阴性③未测
 - 9.4 检测日期: ①_____年____月②不祥□
10. 儿童乙肝疫苗及免疫球蛋白接种情况
 - 10.1 第一针乙肝疫苗接种时间: ①_____年____月____日②未接种
 - 10.2 第二针乙肝疫苗接种时间: ①_____年____月____日②未接种
 - 10.3 第三针乙肝疫苗接种时间: ①_____年____月____日②未接种

10.4 HBIG 接种时间：①____年____月____日②未接种

10.5 以上接种信息来源：①接种证②家长回忆 ③预防接种信息系统 ④其他

B 医院就诊情况

11. 病例来源

住院病例（科室：_____）；

门诊病例（科室：_____）；

12. 在该医疗机构就诊时的乙肝病史信息（信息来源：①病历；②his 系统；③其他：_____）

		信息有无	详细内容
病史 信息	流行病学史	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	1. 首次检测发现 HBsAg 阳性时间： <input type="checkbox"/> >6 个月； <input type="checkbox"/> <6 个月； <input type="checkbox"/> 本次为第一次检测； <input type="checkbox"/> 不详 2. 既往肝病史 <input type="checkbox"/> 甲肝 <input type="checkbox"/> 乙肝 <input type="checkbox"/> 丙肝 <input type="checkbox"/> 戊肝 <input type="checkbox"/> 无肝病史 <input type="checkbox"/> 不详
	症状与体征	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 乏力； <input type="checkbox"/> 食欲不振； <input type="checkbox"/> 恶心； <input type="checkbox"/> 厌油； <input type="checkbox"/> 腹泻 <input type="checkbox"/> 肝区疼痛； <input type="checkbox"/> 黄疸； <input type="checkbox"/> 肝掌； <input type="checkbox"/> 蜘蛛痣 <input type="checkbox"/> 其他：
	本次实验室检测	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	1. HBsAg: <input type="checkbox"/> 阳性； <input type="checkbox"/> 阴性； <input type="checkbox"/> 未检测 2. 首次出现乙肝症状和体征时间：_____年____月____日 3. 抗-HBcIgM: <input type="checkbox"/> 阳性； <input type="checkbox"/> 阴性； <input type="checkbox"/> 未检测 4. 肝脏 B 超检测： <input type="checkbox"/> 有（结果_____）； <input type="checkbox"/> 未检测 5. 肝穿刺： <input type="checkbox"/> 急性 <input type="checkbox"/> 慢性 <input type="checkbox"/> 未检测 6. 就诊时 ALT 结果：_____, 参考值范围：_____U/L 7. 是否能观察到 HBsAg 阴转 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未随访检测
	临床医生是否开展急		<input type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否；

	慢性分类诊断	
	病例诊断结果	<input type="checkbox"/> 急性乙肝; <input type="checkbox"/> 慢性乙肝; <input type="checkbox"/> 慢性乙肝合并其它病毒性肝炎 <input type="checkbox"/> 药物性或酒精性肝炎; <input type="checkbox"/> 乙肝后肝硬化; <input type="checkbox"/> 慢性乙肝合并肝细胞癌 <input type="checkbox"/> 其它:
	病例就诊原因	病例是否因肝炎症状或体征前来就诊? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

C 病例报告情况

传染病报告 卡情况	附卡	1. HBsAg 阳性时间: <input type="checkbox"/> 大于 6 月; <input type="checkbox"/> 小于 6 个月; <input type="checkbox"/> 不详; 2. 首次出现乙肝症状时间: <input type="checkbox"/> ____年____月; <input type="checkbox"/> 不详; 3. ALT: _____ 4. 抗-HBcIgM: <input type="checkbox"/> 阳性; <input type="checkbox"/> 阴性; <input type="checkbox"/> 未检测 5. 肝穿刺: <input type="checkbox"/> 急性 <input type="checkbox"/> 慢性 <input type="checkbox"/> 未检测 6. 是否能观察到 HBsAg 阴转 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未测
	报告	<input type="checkbox"/> 急性; <input type="checkbox"/> 慢性; <input type="checkbox"/> 未分类