

附件 3

手足口病重症或死亡病例个案调查表

病例分类：①重症 ②死亡

病例编号：_____

一、患儿及其家庭的一般情况

患儿姓名：_____ 性别：①男 ②女 年龄_____岁_____月

出生日期_____年_____月_____日（①阴历 ②阳历）身高_____cm 体重_____kg

分类：①散居儿童②幼托儿童③学生④其他_____

家庭现住址_____市_____县（区）_____乡（镇、街办）_____村（小区）_____号（楼、号）

现驻地居住时间：_____年_____月

户口类型：①常住人口（本地户口或居住时间≥6个月）；②流动人口（居住时间小于6个月）

现驻地类型：①农村 ②城乡结合部 ③城区

家庭同住人口数_____，其中14岁以下儿童数_____

家长姓名_____ 联系电话：_____

二、发病、就诊及治疗情况

1. 发病日期：_____年_____月_____日

2. 初次就诊日期：_____年_____月_____日 初诊医院名称_____

初诊医院类型：①村（个体）诊所②乡镇（社区）医院③县医院 ④市及以上医院

初诊是否诊断手足口病：0 否 1 是

3. 诊断重症的日期：_____年_____月_____日

诊断重症医院名称_____

诊断重症医院类型：①村（个体）诊所②乡镇（社区）医院③县医院 ④市及以上医院

4. 是否去村级（个体）医疗机构就诊：0 否 1 是，就诊日期：_____年_____月_____日

治疗时间：_____天 是否诊断手足口病：0 否 1 是

是否给药治疗：0 否 1 是

给药途径：①口服 ②肌注 ③静点 ④肛门给药 ⑤其他_____

是否使用退热药物：0 否 1 是，使用日期：_____年_____月_____日

药物具体名称_____

是否使用地塞米松等激素类药物：0 否 1 是，使用日期：_____年_____月_____日

药物具体名称_____

是否使用抗生素药物：0 否 1 是，使用日期：_____年_____月_____日

药物具体名称_____

是否使用抗病毒药物：0 否 1 是，使用日期：_____年_____月_____日

药物具体名称_____

5. 是否去乡镇（社区）医疗机构就诊：0 否 1 是，就诊日期：_____年_____月_____日

治疗时间：_____天 是否诊断手足口病：0 否 1 是 是否给药治疗：0 否 1 是

给药途径：①口服 ②肌注 ③静点 ④肛门给药 ⑤其他_____

是否使用退热药物：0 否 1 是，使用日期：_____年___月___日

药物具体名称_____

是否使用地塞米松等激素类药物：0 否 1 是，使用日期：_____年___月___日

药物具体名称_____

是否使用抗生素药物：0 否 1 是，使用日期：_____年___月___日

药物具体名称_____

是否使用抗病毒药物：0 否 1 是，使用日期：_____年___月___日

药物具体名称_____

其他药物_____

6. 是否去县级医疗机构就诊：0 否 1 是，就诊日期：_____年___月___日；

治疗时间：___天 是否诊断手足口病：0 否 1 是 是否给药治疗：0 否 1 是

给药途径：①口服 ②肌注 ③静点 ④肛门给药 ⑤其他_____

是否使用退热药物：0 否 1 是，使用日期：_____年___月___日

药物具体名称_____

是否使用地塞米松等激素类药物：0 否 1 是，使用日期：_____年___月___日

药物具体名称_____

是否使用抗生素药物：0 否 1 是，使用日期：_____年___月___日

药物具体名称_____

是否使用抗病毒药物：0 否 1 是，使用日期：_____年___月___日

药物具体名称_____

其他药物_____

7. 是否去市级及以上医疗机构就诊：0 否 1 是，就诊日期：_____年___月___日；

治疗时间：___天 是否诊断手足口病：0 否 1 是 是否给药治疗：0 否 1 是

给药途径：①口服 ②肌注 ③静点 ④肛门给药 ⑤其它_____

是否使用退热药物：0 否 1 是，使用日期：_____年___月___日

药物具体名称_____

是否使用地塞米松等激素类药物：0 否 1 是，使用日期：_____年___月___日

药物具体名称_____

是否使用抗生素药物：0 否 1 是，使用日期：_____年___月___日

药物具体名称_____

是否使用抗病毒药物：0 否 1 是，使用日期：_____年___月___日

药物具体名称_____

其它药物_____

8. 最后入住院日期_____年___月___日

入住医院类型：①村（个体）诊所②乡镇（社区）医院③县医院 ④市及以上医院

入院时病情：①危重 ②重症 ③轻症

入院后转重日期_____年___月___日

是否入 ICU 病房：0 否 1 是，入 ICU 日期：_____年___月___日

住 ICU 时间：___天

是否气管插管（机械通气）：0 否 1 是，开始插管（机械通气）日期：_____年___月___日

插管（机械通气）时间：___天

死亡日期：_____年___月___日

死亡诊断：主要诊断_____

其他诊断_____

三、既往病史及其它相关信息

1. 出生时体重_____ (g) 孕周 _____ (如孕周不详, 则是否早产 0 否 1 是)
胎次: 第_____胎第_____产 分娩方式: ①剖宫产②自然分娩
2. 分娩时有无并发症: 0 无 1 有 (请注明_____)
3. 喂养方式: ①母乳 ②混合 ③奶粉 ④其他_____
4. 是否有先天性心脏病、先天畸形等先天性疾病: 0 否 1 是, 疾病名称: _____
5. 是否有免疫系统缺陷性疾病: 0 否 1 是, 疾病名称: _____
6. 是否有药物或食物过敏史: 0 否 1 是, 药物/食物名称: _____
7. 有无疫苗接种卡(证): 0 无 1 有
8. 发病前一个月是否接种疫苗(如无接种卡证, 则询问家长): 0 无 1 有 9 不详

疫苗名称	接种时间	疫苗名称	接种时间	疫苗名称	接种时间

9. 发病前一个月是否得过麻疹、水痘、流感、感冒、风疹、腮腺炎等传染性疾病: 0 否 1 是
10. 发病日期: _____年___月___日 疾病名称: _____
11. 本次发病前三个月是否发热: 0 否 1 是
12. 是否使用过退热药物: 0 否 1 是
13. 是否使用以下药物(可多选): ①氨基比林②安乃近③安痛定④来比林⑤激素(地塞米松等)
14. 孩子在家主要由谁照看: ①父母②(外)祖父母③亲属④保姆⑤其他 _____
照看人受教育时间: _____年
照看人文化程度: ①文盲②小学③初中④高中/中专⑤大专及以上)
15. 发病前经常与孩子玩耍的 14 岁以下的儿童是否发病: 0 否 1 是, 发病人数: _____ 人
16. 患儿发病前 3-7 天是否因其他疾病等原因去过医院: 0 否 1 是, 去医院日期: _____年___月___日
就诊科室: _____ 就诊原因: _____

四、标本采集及检测结果

1. 是否采集标本: 0 否 1 是
2. 标本类型: ①咽拭子 ②粪便 ③肛拭子 ④疱疹液 ⑤其他
3. 检测结果: ①EV71 阳性 ②CoxA16 阳性 ③其他肠道病毒阳性
4. 患儿本人标本类型、采样日期及检测结果

送检标本 编号	标本类型	采样日期	检测 日期	检验结果			
				核酸检测		病毒分离	
				RT-PCR	Realtime RT-PCR	RD	HEp-2

5. 患儿同住所有家庭成员标本类型及检测结果

送检 标本 编号	姓名	性 别	年 龄	与 患 儿 关 系*	是 否 发 病	发 病 日 期	标 本 类 型	采 样 日 期	检 测 日 期	检验结果			
										核酸检测		病毒分离	
										RT-PCR	Realtime RT-PCR	RD	HEp-2

*与患儿关系:①父母 ②(外)祖父母 ③兄弟姐妹 ④叔/婶(姨/姨夫) ⑤其他(填写具体关系)

五、临床症状及体征

- 是否发热: 0 否 1 是, 开始发热日期: _____年__月__日 发热持续时间: ____天
- 首次测量体温: _____℃; 就诊前最高体温: _____℃ 入院后最高体温: _____℃
- 是否出疹: 0 否 1 是, 开始出疹日期: _____年__月__日 出疹持续时间: ____天
疹子类型: ①斑疹 ②丘疹 ③疱疹 ④其他
出疹部位: ①手②足③口④臀⑤四肢⑥躯干⑦其他
口部有疱疹或溃疡, 其部位: ①颊部 ②咽峡部 ③其他
- 是否咳嗽: 0 否 1 是
- 其他症状: _____

肺部湿罗音														
循环系统	日期	入院前	入院后											
	时间													
皮肤颜色有无异常														
指、趾或口唇发绀														
面色、手、脚末端 苍白发灰														
全身发绀、苍白、发灰														
皮肤花纹														
心率加快(心率>120)														
心跳节律改变(心律失常)														
脉搏浅速														
脉搏减弱														
四肢发凉														
消化系统														
呕吐														
咖啡色呕吐物														
腹胀														
腹泻														
呕血														
便血														

(填写说明：除下列症状或体征外，一律按“0 无 1 有”填写。瞳孔状态：1 等大等圆 2 缩小 3 散大；
瞳孔对光反射：0 正常 1 异常；腱反射减弱：0 无 1 单侧 2 双侧；腱反射消失：0 无 1 单侧 2 双侧)

调查人_____调查单位_____调查日期：____年__月__日