

三明市卫生健康委员会

三明市卫生健康委员会 关于印发 2020 年三明市食源性疾病监测方案的通知

各县（市、区）卫健局，市直有关医疗卫生单位：

根据《食品安全法》和福建省卫生健康委《关于印发 2020 年福建省食源性疾病监测方案的通知》（闽卫监督发明电〔2020〕275 号）要求，为做好我市食源性疾病监测工作，结合工作实际，市卫健委组织制定了《2020 年三明市食源性疾病监测方案》，现印发你们，请遵照执行。



2020年三明市食源性疾病监测方案

一、食源性疾病病例与暴发报告

贯彻落实《食品安全法》第一百零四条、第一百零五条，按照《食源性疾病监测报告工作规范（试行）》（以下简称《工作规范》）的要求，继续做好食源性疾病病例与食源性疾病暴发报告。

（一）食源性疾病病例报告

通过对病例信息的采集、汇总和分析，为发现食源性聚集性病例和食品安全隐患提供技术支持。

1. 报告主体。乡镇及以上开展食源性疾病诊疗的医疗机构（见附件1），包括综合医院（含中医医院）、妇幼保健院、乡镇卫生院、社区卫生服务中心等。

2. 报告对象。

（1）食源性疾病疑似病例：由食品或怀疑由食品引起的感染性或中毒性等病例。主要包括：

①病人自诉或经询问怀疑与餐饮食品（餐饮服务经营者提供的食品）或定型包装食品有关的“急性胃肠炎”、“感染性腹泻”等感染性病例；

②病人自诉或经询问怀疑与有毒动植物、化学物质、毒蘑菇和生物毒素等有关的中毒性病例；

③医生认为其他需要报告的食源性疾病疑似病例。

（2）食源性疾病确诊病例：符合但不限于《工作规范》附录“食源性疾病报告名录”中1—33种食源性疾病判定标准的病例。

判定标准见《2020年食源性疾病监测工作手册》(另发)。

(3) 食源性聚集性病例：具有类似临床表现，在时间或地点分布上具有关联，且有可疑共同食品暴露史，发病可能与食品有关的食源性疾病疑似病例或食源性疾病确诊病例。

3. 报送程序及要求。

(1) 食源性疾病疑似病例和确诊病例的信息报送。

临床医生在诊疗活动中，发现其接诊的病人符合监测对象中食源性疾病疑似病例或确诊病例时，应立即采集主要临床症状、饮食暴露史、诊断结论或疾病名称等信息，填写《食源性疾病病例监测信息表》(附件2)，并于1个工作日内交到本医疗机构或指定医疗机构的相关部门。相关部门收到表格后1个工作日内审核并登陆“食源性疾病监测报告系统”网上报告病例信息。

HIS系统已与报告系统对接的医疗机构，接诊医生可通过HIS系统推送相关信息，相关部门提取和审核《病例信息表》所需信息，直接对接“食源性疾病监测报告系统”网上报告病例。

需要根据实验室检验结果判定的食源性疾病，有检验能力的医疗机构在采集和报告病例信息的同时，可根据临床表现采集生物标本并及时进行相应致病因子的检验。检验结果阳性的，应在检验结束后2个工作日内登陆“食源性疾病监测报告系统”，在相对应的病例信息中补录实验室检验结果和疾病名称。

(2) 食源性聚集性病例的识别与信息报送。

接诊医生在诊疗过程中发现其接诊的病人符合监测对象中食源性聚集性病例时，应立即报告本医疗机构或指定医疗机构的相关

部门，并报送病例信息。相关部门应在 1 个工作日内向所在地县级卫生健康行政部门报告，并登陆“食源性疾病监测报告系统”网上报告病例信息。对可疑构成食品安全事故的，应当按照当地食品安全事故应急预案的要求报告。

医疗机构有关部门应当每个工作日审核、汇总本医疗机构的食源性疾病个案病例信息，在汇总过程中发现符合监测对象中食源性聚集性病例时，应在 1 个工作日内向所在地县级卫生健康行政部门报告。对可疑构成食品安全事故的，应当按照当地食品安全事故应急预案的要求报告。

县级疾病预防控制中心应当每个工作日审核、汇总、分析辖区内食源性疾病病例和聚集性病例信息，对聚集性病例进行核实，经核实认为可能与食品生产经营有关的，应在核实结束后及时向县级卫生健康行政部门和地市级疾病预防控制机构报告。

市级疾病预防控制中心应当每个工作日审核、汇总、分析辖区内食源性疾病病例信息，发现跨所辖行政区域的聚集性病例时应当进行核实，经核实认为可能与食品生产经营有关的，应在核实结束后及时向同级卫生健康行政部门和省级疾病预防控制机构报告。

(3) 报告任务数要求

二级及以上监测医院平均每月应完成 10 例以上病例报告，妇幼保健院、社区卫生服务中心和乡镇卫生院平均每半年应完成 15 例以上病例报告。

各县（市、区）级疾病预防控制中心每月应从医院上报的病例中随机抽取 10 个病例进行电话复核，填写复核记录表，于次月 20

日前盖章后汇总到地市级疾病预防控制中心。地市级疾病预防控制中心应对辖区内病例复核情况进行汇总统计，于 25 日前将汇总表报省疾控中心，复核情况将作为考核评优的依据。

（二）食源性疾病暴发报告

对经流行病学调查确认的食源性疾病事件信息进行收集和归因分析，掌握食源性疾病暴发事件的高危食品和危险因素分布，为预防食源性疾病提供依据。

1. 报告主体。县级及以上疾病预防控制中心。
2. 报告内容。经调查为食源性疾病暴发事件的调查内容，主要包括发生时间、发生区域、暴发场所、发病人数、死亡人数、主要临床症状、可疑食品、可疑食品来源场所和致病因子等，具体信息见《食源性疾病暴发事件监测信息表》（附件 3），同时将流行病学调查报告作为附件上传。
3. 信息来源。医疗机构在日常诊疗中发现的食源性疾病暴发事件；各级疾病预防控制中心通过监测发现并调查的食源性疾病暴发事件；各级食品安全监管部门组织开展突发食品安全事件调查后的食源性疾病暴发事件。
4. 信息与菌株报送。

（1）地方疾病预防控制中心调查完毕 7 个工作日内，登陆“食源性疾病暴发监测系统”填报调查事件的内容。各级疾病预防控制中心 2 个工作日内完成辖区内上报的食源性疾病暴发事件报告信息的审核和上报。

（2）地方疾病预防控制中心应及时将暴发调查中从病例、食

品、环境及食品加工从业人员等分离的菌株上送至省级疾病预防控制中心，以便及时完成菌株复核以及分子分型和药敏试验等监测内容。菌株的包装、保存和运输必须符合生物安全管理的相关规定。

5. 报告原则与要求。

(1) 食源性疾病事件报告是《食品安全法》法定报告职责，任何单位和个人不得以可能影响创建全国卫生城市、卫生健康行政部门绩效考核等原因干扰或影响依法报告。

(2) 地市级和县(区)级卫生健康行政部门应协调同级食品安全监管部门，保证调查信息的完整性和报告的及时性。

(3) 各级疾病预防控制中心应严格按照流行病学调查结果进行报告，确保信息客观、准确、科学，流行病学调查报告中有关事实的认定和证据要符合有关法律、标准和规范的要求，防止主观臆断。

(4) 各级疾病预防控制中心对辖区内填报信息和流行病学调查报告进行逐级审核。当发现填报信息与流行病学调查报告信息不一致或信息有误时，应立即退回修改。

二、食源性疾病主动监测

贯彻落实《食品安全法》第十四、十五条，对特定食源性疾病病原体进行深入调查分析，了解重要食源性疾病的致病因子与发病情况

(一) 监测主体

由三明市第一医院和永安市立医院两家医疗机构承担。

(二) 监测内容

主动监测医院负责采集以腹泻症状为主诉的病例信息，具体内容包括：

1. 病原学检验结果（附件4）。腹泻病例生物标本的沙门氏菌、副溶血性弧菌、致泻大肠埃希氏菌、志贺氏菌、诺如病毒等指标实验室检验结果。要求每个主动监测医院每月至少采集10份（非5—10月）或15份（5—10月）病例信息完整的标本，全年总计不少于150份。

为加强诺如病毒和致泻大肠埃希氏菌的监测工作，三明市第一医院每月至少收集10份检测结果均为阴性的病例样本（诺如病毒检测可送冷冻粪便标本、细菌检测可送SS、DHL、MAC或沙门显色等细菌分离平板），按照生物安全要求，定期送市疾病预防控制中心检验科进行诺如病毒和致泻大肠埃希氏菌检测。

2. 腹泻病例统计调查（附件5）。腹泻病人就诊人数、标本采集数量、阳性标本数量及检出菌株等统计信息。

3. 梅列区和永安市疾病预防控制中心负责对以下实验室确诊病例进行调查核实：

（1）疑似聚集性病例。

（2）怀疑由预包装食品引起的病例。

（三）监测结果报告及要求

1. 主动监测医院完成检验和调查后2个工作日内通过“食源性疾病监测报告系统”填报信息，并向市疾病预防控制中心报送食源性致病菌分离株和待检标本（附件6）。

2. 市疾病预防控制中心完成检验后2个工作日内通过“食源性

“疾病监测报告系统”填报标本检测数据。并将食源性致病菌分离株(沙门氏菌应有血清分型结果)报送省疾病预防控制中心(附件5)。

3. 梅列区和永安市疾病预防控制中心应当在7个工作日内完成对实验室确诊病例的个案调查，并通过“食源性疾病监测报告系统”填报个案调查信息(附件7)。

4. 各级疾病预防控制中心应当按照《食源性疾病监测报告工作规范(试行)》的要求开展聚集性病例的分析、核实、报告等。

三、食源性疾病专项监测

根据食品安全工作需要开展单核细胞增生李斯特氏菌感染病例的专项监测，为开展食品安全风险评估和食品安全标准制定修订等提供基础数据。

(一) 监测主体

三明市第一医院。

(二) 监测内容

实验室确诊的单核细胞增生李斯特氏菌感染病例信息，内容包括：病例基本信息、症状与体征、饮食暴露史、实验室检验结果等。

(三) 监测结果报告及要求

1. 监测医院确诊病例后，应当在完成检验后2个工作日内通过“食源性疾病监测报告系统”填报信息，并报告梅列区疾病预防控制中心。

2. 梅列区疾病预防控制中心接到报告后应当及时对阳性病例开展流行病学调查(附件8—11)，同时将分离株和调查资料报送至省疾病预防控制中心，并将调查结果报送国家食品安全风险评估中

心。

四、食源性致病菌分子溯源

对病人和食品中食源性致病菌分离株进行分子分型和聚类分析，为聚集性病例识别和调查提供技术支持。

(一) 监测主体

三明市疾病预防控制中心。

(二) 监测内容

脉冲场凝胶电泳（PFGE）分子分型：市疾病预防控制中心对辖区内食源性疾病暴发监测的沙门氏菌、致泻大肠埃希氏菌、志贺氏菌、副溶血性弧菌等食源性致病菌分离株，食源性疾病主动监测和食品微生物及其致病因子监测的沙门氏菌、致泻大肠埃希氏菌等分离株进行脉冲场凝胶电泳分子分型分析。

(三) 监测结果报告及要求

市疾病预防控制中心应当及时将监测数据和 PFGE 图谱报送省疾病预防控制中心，原则上从接收菌株至结果报送不超过 2 周。

附件：1. 2020 年三明市食源性疾病监测监测医院名单

2. 食源性疾病病例监测信息表
3. 食源性疾病暴发事件监测信息表
4. 食源性疾病主动监测病例信息表
5. 食源性疾病主动监测主动监测医院每月腹泻病例汇总表
6. 食源性疾病主动监测生物标本检验结果表
7. 食源性疾病主动监测实验室确诊病例调查核实表

8. 单核细胞增生李斯特氏菌感染病例个案调查表
9. 单核细胞增生李斯特氏菌感染对照调查表
10. 单核细胞增生李斯特氏菌感染危险因素调查知情同意书
11. 单核细胞增生李斯特氏菌感染病例流行病学调查
报告模板

附件 1

2020 年三明市食源性疾病监测医院名单

地区	医 院 (共 167 家)
梅列 6 家	三明市第一医院, 徐碧社区卫生服务中心, 陈大卫生院, 洋溪卫生院 【新增 2 家】 列东街道社区卫生服务中心, 列西街道社区卫生服务中心
三元 9 家	三明市中西医结合医院, 城关街道社区卫生服务中心, 荆西街道社区卫生服务中心, 莘口镇卫生院, 中村乡卫生院 【新增 4 家】 富兴堡街道社区卫生服务中心, 白沙街道社区卫生服务中心, 岩前镇中心卫生院, 岩前镇星桥卫生院
永安 16 家	三明市第二医院, 永安市立医院, 燕南社区卫生服务中心, 上坪卫生院, 小陶中心卫生院, 安砂卫生院, 青水卫生院, 槐南卫生院, 曹远卫生院, 洪田卫生院 【新增 6 家】 燕西街道社区卫生服务中心, 贡川卫生院, 西洋卫生院, 罗坊卫生院, 大湖卫生院, 妇幼保健院
沙县 15 家	沙县医院, 沙县中医院, 城区社区卫生服务中心, 夏茂卫生院, 高桥卫生院, 富口卫生院, 南阳卫生院, 大洛卫生院 【新增 7 家】 琅口社区卫生服务中心, 青州卫生院, 高砂卫生院, 南霞卫生院, 湖源卫生院, 郑湖卫生院, 妇幼保健院
尤溪 17 家	尤溪县医院, 尤溪县中医院, 城东社区卫生服务中心, 西城镇卫生院, 新阳中心卫生院, 坂面中心卫生院, 中仙中心卫生院, 洋中中心卫生院, 西滨中心卫生院, 管前镇卫生院, 梅仙镇卫生院 【新增 6 家】 八字桥乡卫生院, 台溪乡卫生院, 汤川乡卫生院, 溪尾乡卫生院, 联合镇卫生院, 清溪卫生院
大田 21 家	大田县医院, 大田县中医院, 均溪社区卫生服务中心, 桃源中心卫生院, 上京镇卫生院, 太华镇卫生院, 建设中心卫生院, 广平镇卫生院, 文江镇卫生院, 梅山镇卫生院, 石牌镇卫生院 【新增 10 家】 华兴镇卫生院, 屏山乡卫生院, 吴山镇卫生院, 济阳乡卫生院, 武陵乡卫生院, 谢洋乡卫生院, 奇韬镇卫生院, 湖美乡卫生院, 前坪乡卫生院, 妇幼保健院
明溪 11 家	明溪县医院, 明溪县中医院, 夏阳卫生院, 夏坊卫生院, 胡坊卫生院, 沙溪卫生院 【新增 5 家】 雪峰社区卫生服务中心, 城关卫生院, 盖洋中心卫生院, 枫溪卫生院, 瀚仙卫生院

清流 17 家	清流县医院, 清流县中医院, 清流县总医院李家分院, 清流县总医院嵩溪分院, 清流县总医院嵩口分院, 清流县总医院灵地分院, 清流县总医院赖坊分院, 清流县总医院长校分院, 清流县总医院余朋分院 【新增 8 家】龙津社区卫生服务中心, 清流县总医院沙芫分院, 清流县总医院邓家分院, 清流县总医院温郊分院, 清流县总医院林畲分院, 清流县总医院田源分院, 清流县总医院里田分院, 妇幼保健院
宁化 17 家	宁化县医院, 宁化县中医院, 翠江社区卫生服务中心, 安乐卫生院, 泉上卫生院, 曹坊卫生院, 石壁卫生院, 淮土卫生院, 安远卫生院, 水茜卫生院 【新增 7 家】城南卫生院, 济村卫生院, 方田卫生院, 治平卫生院, 中沙卫生院, 河龙卫生院, 湖村卫生院
建宁 11 家	建宁县总医院, 建宁县总医院客坊分院, 建宁县总医院黄坊分院, 建宁县总医院伊家分院, 建宁县总医院溪源分院, 建宁县总医院黄埠分院 【新增 5 家】溪口城区社区卫生服务中心, 建宁县总医院里心分院, 建宁县总医院濉溪分院, 建宁县总医院均口分院, 妇幼保健院
泰宁 14 家	泰宁县医院, 泰宁县中医院, 朱口中心卫生院, 大龙乡中心卫生院, 新桥乡卫生院, 开善乡卫生院, 上青乡卫生院, 下渠乡卫生院 【新增 6 家】杉城社区卫生服务中心, 大龙乡中心卫生院龙安分院, 大田乡卫生院, 梅口乡卫生院, 朱口中心卫生院龙湖分院, 妇幼保健院
将乐 13 家	将乐县医院, 城区社区卫生服务中心, 高唐镇卫生院, 万安镇卫生院, 南口中心卫生院, 白莲镇卫生院, 黄潭镇卫生院 【新增 6 家】光明镇卫生院, 漠源乡卫生院, 万全乡卫生院, 安仁乡卫生院, 大源乡卫生院, 余坊乡卫生院

注：二级及以上监测医院平均每月应完成 10 例以上病例报告，妇幼保健院、社区卫生服务中心和乡镇卫生院平均每半年应完成 15 例以上病例报告。

附件2

食源性疾病病例监测信息表

一、基本信息（在横线上填写相关内容，或在相应选项的“□”中打√） 病例编号： (系统自动生成)

患者姓名*:	_____	患者性别*:	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	是否住院:	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
出生日期*:	_____年_____月_____日	(年龄_____)	联系电话*:					
患者职业*:	<input type="checkbox"/> 散居儿童 <input type="checkbox"/> 托幼儿童 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 教师 <input type="checkbox"/> 餐饮食品业 <input type="checkbox"/> 商业服务 <input type="checkbox"/> 医务人员 <input type="checkbox"/> 工人 <input type="checkbox"/> 农民 <input type="checkbox"/> 民工 <input type="checkbox"/> 牧民 <input type="checkbox"/> 渔民 <input type="checkbox"/> 干部职员 <input type="checkbox"/> 离退人员 <input type="checkbox"/> 家务及待业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不详							
发病时间*:	_____年_____月_____日_____时	就诊时间*:	_____年_____月_____日_____时					
死亡时间:	_____年_____月_____日_____时							

二、暴露信息（怀疑进食某食品患病，请填写食品信息，可填写多行）

序号	食品名称*	食品分类 ¹	加工或包装方式 ²	食品品牌	进食地点*	购买地点*	进食时间*	进食人数*	其他人是否发病*
1							年 月 日 时		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

注: 以下信息可用序号填表

1、食品分类: (可自动关联)

- (1) 肉与肉制品 (2) 蔬菜类及其制品 (3) 水果类及其制品(包括果脯和蜜饯) (4) 水产动物及其制品 (5) 婴幼儿食品 (6) 乳与乳制品 (7) 蛋与蛋制品 (8) 饮料与冷冻饮品类 (9) 包装饮用水(含桶装水) (10) 粮食类及其制品(含淀粉类、焙烤类及各类主食) (11) 豆及豆制品 (12) 坚果、籽类及其制品 (13) 菌类及其制品 (14) 酒类及其制品 (15) 糖果、巧克力、蜂蜜及其制品 (16) 藻类及其制品 (17) 油脂类 (18) 调味品 (19) 保健品 (20) 其他食品 (21) 多种食品 (22) 混合食品 (23) 不明食品

2、加工或包装方式: (可自动关联)

- (1) 餐饮服务业 (2) 家庭自制 (3) 预包装 (4) 散装(包括简易包装) (5) 其他

3、进食或购买场所类型:

- (1) 家庭 (2) 餐饮服务单位 (3) 集体食堂 (4) 零售市场 (5) 农村宴席 (6) 其他

三、症状信息* (在相应症状的“□”中打√, 至少填写一项)

□腹泻:	_____ 次/天	性状:	<input type="checkbox"/> 稀便	<input type="checkbox"/> 水样便	<input type="checkbox"/> 米泔样便	<input type="checkbox"/> 粘液便	<input type="checkbox"/> 脓血便	<input type="checkbox"/> 洗肉样变	<input type="checkbox"/> 鲜血样便	<input type="checkbox"/> 黑便	<input type="checkbox"/> 其他
□腹痛	□恶心	□呕吐:	_____ 次/天	□发热	_____ °C	□头痛	□发绀	□麻木	□呼吸困难		
□吞咽困难	□面色潮红	□视物模糊		□眼睑下垂		□抽搐	□昏迷	□其他:			

四、诊断结论*:

五、检测结果:

《食源性疾病病例监测信息表》填卡说明

病例编号: 由食源性疾病监测报告系统自动生成。

门诊号: 填写病人就诊的门诊号, 同一家医院门诊号不能相同, 除非是复诊的病人。

是否住院: 在相应的选择前打√

住院号: 填写病人的实际住院号

姓名: 填写病人的名字, 如果登记身份证号码, 则姓名应该和身份证上的姓名一致。

性别: 在相应的性别前打√。

监护人: 14岁以下的儿童、无行为能力者和80岁以上老人要求填写患者家长姓名。

出生日期: 填写病人出生日期, 系统自动计算年龄。

联系电话: 填写患者的联系电话。

病例属于: 在相应的类别前打√。用于标识病人现住地址与就诊医院所在地区的关系。

现住地址: 填写详细, 至少详细填写到乡镇(街道)。原则上填写病人发病时的居住地, 不是户籍所在地址。

患者职业: 在相应的职业名前打√。

发病时间: 本次发病日期, 填写到小时。

就诊时间: 本次就诊日期, 填写到小时。

死亡时间: 死亡病例填写, 填写到小时。

主要症状与体征: 在相应的症状与体征前打√, 不能为空, 至少填写一项。

初步诊断: 不能为空, 下拉选择诊断结论, 或选择“其他”, 录入诊断结论。

既往病史: 如有, 则输入。

暴露信息: 病人主诉或怀疑由食品引起, 需填写暴露信息, 可填写多个。

食品名称: 填写可疑食品的名称, 不能为空。

食品品牌: 定型包装产品需填写食品品牌, 如奶粉、牛奶等。

生产厂家: 定型包装产品需填写生产厂家, 如奶粉等。

购买地点: 填写详细地址, 购买地点和进食场所必填一项。

购买地点类型: 填写购买地点类型序号。

进食场所: 填写详细地址, 购买地点和进食场所必填一项。

进食场所类型: 填写进食场所对应的序号。

进食时间: 填写可疑暴露食品进食的时间。

进食人数: 填写共同就餐的人数。

其它人是否发病: 根据病人自诉选择是或否。

标本信息: 如果采集生物标本, 需填写标本信息, 可填写多个。

标本编号: 根据编码规则填写或者由监测单位自行编制填写, 但病人与生物标本要对应。

标本类型: 在相应的类别前打√。

标本数量及单位: 填写采样量及对应单位。

采样日期: 填写标本采样日期

备注: 可填写其它必要信息。

医疗机构名称: 填写病人所就诊主动监测医院的名称。

接诊医生: 接诊病例的医生。

填表人: 填写病例表格人员。

填写时间: 填写本表日期。

注: 前面带*项为必填项

附件3

食源性疾病暴发事件监测信息表

一、基本信息

*是否属于食源性疾病:	是 否	监测点名称:	
*发生日期:		*接报日期:	
*结案日期:			
*疾病暴发地区:		*疾病暴发场所类型:	
*疾病暴发场所具体地址:			
原因食品来源地区:		*原因食品来源场所类型:	
*原因食品来源场所具体地址:			

二、总体情况

总暴露人数:		*总发病人数:		罹患率:	
--------	--	---------	--	------	--

三、*发病人群

年龄段	发病人数	住院人数	死亡人数	病死率
<1岁				
1岁~6岁				
7岁~19岁				
20岁~59岁				
60岁以上				
*总计				

四、发病详情（人）

症状	人数	症状	人数	症状	人数	症状	人数
恶心:		呕吐:		腹泻:		发热:	
头痛:		昏迷:		面部潮红:		瘙痒(发芽马铃薯):	
呼吸困难:		视力模糊:		抽搐:		发绀(亚硝酸盐):	
阵发性绞痛(副溶):		皮疹(寄生虫):		全身水肿(寄生虫):		肝疼痛或肿大(肝吸虫):	
手指或脚趾刺痛(河鲀毒素):		感觉麻木(河鲀毒素):		皮肤潮红(鱼类组胺):		唇舌指尖等麻木(贝类毒素):	
腹痛:		里急后重:		头晕:		肌肉疼痛(寄生虫):	
出汗:		癫痫发作(猪牛带绦虫):		吞咽困难:		荨麻疹(鱼类组胺):	
眼睑下垂:		谵妄、幻觉(毒蕈):		口干(曼陀罗):		其他:	

五、时间信息

首发时间:				末发时间:	
最短潜伏期:	小时	最长潜伏期:	小时	潜伏期中值:	小时

时间:	0~12 小时	12~24 小时	1~2 天	2~7 天	1~2 周	2~4 周	1 月以上
人数:							
病程最短:	小时	病程最长:	小时	病程中值:			小时

六、可疑食品信息

*食品所属分类:		*食品名称:	
食品原料:		食品采购时间:	
*食品购买或就餐地点:		*食品购买或就餐场所类型:	
食品加工方法:		*包装类型:	
商品名:		生产商:	

七、样品检测信息

*食品名称:			取样数量:	
检测项目:			检测时间:	
定量检测方法:			定性检测方法:	
定量结果:		单位:	*定性结果:	
备注:	(100 字内)			

八、生物标本检测信息

送检实验室名称:		检测项目:	
生物标本名称:		生物标本来源:	
标本数量:		标本阳性数量:	

九、环境标本检测信息:

送检实验室名称:		检测项目:	
标本名称:			
标本数量:		标本阳性数量:	

十、报告结论:

*引发事件原因:	环节:	种养殖	生产加工	流通(运输和销售)	其他
	因素:	原料(辅料)污染或变质、加工不当、存储不当、误食误用、交叉污染、投入品(包括饲料、添加剂等)滥用或超范围使用、非法使用(违禁药物、非法添加剂等)、环境(空气、水、土壤等)污染、添加剂滥用和非法添加、产品过期(变质)、人员污染、设备(操作用具、器皿等)污染、原因不明、投毒、其他			
*原因食品名称:			*原因食品分类:		
*原因食品包装:	散装(包括自行简易包装)		定型包装		
*致病因素类别:			*致病因素名称:		
*报告结论:			用药:		
备注:	(200 字内)				

注: *标记为必填项

*填报人:

《食源性疾病暴发事件监测信息表》填表说明

1. 疾病暴发场所类型/原因食品来源场所类型

- 1.1 学校食堂：指设于托、幼、小、中、中等职业、大学等教育机构等场所，供应学生、内部职工等就餐的提供者。
- 1.2 单位食堂：指设于机关、企事业单位、建筑工地等地点（场所），供应内部职工等就餐的提供者。
- 1.3 宾馆饭店：（含酒家、酒楼、酒店、饭庄、游轮等）：指以饭菜（包括中餐、西餐、日餐、韩餐等）为主要经营项目的提供者，包括火锅店、烧烤店等。
- 1.4 农村宴席：指农村地区，由举办者或其聘请的人员承办的，在非经营场所举办的各种宴席。
- 1.5 流动餐点：指无固定店铺，以烹饪等方式现做现卖直接入口食品，提供餐饮服务的经营者。
- 1.6 街头摊点：指无固定店铺，在街头销售预包装食品或者散装食品的经营者。
- 1.7 食品超市：指以顾客自选的方式，经营食品、食物的零售店面。
- 1.8 快餐店：指以集中加工、当场制作或分餐食用并快速提供就餐服务为主要加工供应形式的单位。
- 1.9 食品店：含小吃店、饮品店、甜品店。小吃店是指以点心、小吃为主要经营项目（不含菜肴品种）的提供者。饮品店是指以供应酒类、咖啡、茶水或者饮料为主的提供者。甜品店是指以冰激凌、饮料、甜品为主要经营项目的提供者。
- 1.10 学校：指在学校发病，问题食品来源为学校食堂以外的场所。例，如某宿舍学生进食从学校小卖店购买的零食后在校内发病，其疾病暴发场所类型为学校，原因食品来源场所类型为食品超市。
- 1.11 食品公司：是指从事食品制造的企业。

2. 时间信息

潜伏期中值/病程中值：均指中位数（M）：是指将统计总体当中的各个变量值按大小顺序排列起来，形成一个数列，处于变量数列中间位置的变量值就称为中位数。当变量值的项数 n 为奇数时，处于中间位置的变量值即为中位数；当 n 为偶数时，中位数则为处于中间位置的 2 个变量值的平均数。

举例：

当样本数 n 为奇数时：1, 2, 5, 7, 9。中间变量位数= $(n+1)/2 = (5+1)/2 = 3$ ，即将变量按照由小到大顺序排列，排在第三位的那个值为中位数，中位数 M=5

当样本数 n 为偶数：1, 2, 4, 5, 6, 8。中间变量位数= $(n+1)/2 = (6+1)/2 = 3.5$ ，即将变量按照由小到大顺序排列，排在第 3.5 位的那个值为中位数，中位数 M= $(4+5)/2 = 4.5$

3. 可疑食品信息

3.1 食品所属分类

多种食品：指暴发中的致病因子来源于多类食品。

混合食品：指暴发中的致病因子来源于含有多类食物成分的一种食品，但未能确定致病因子来源于哪种食物成分。

盒饭：又称为快餐，是指装在盒子里出售的份儿饭。

3.2 包装类型

散装食品：是指那些没有进行包装即进行零售的食品。

定型包装食品：预先定量包装或者制作在包装材料和容器中的食品，包括预先定量包装以及预先定量制作在包装材料和容器中并且在一定量限范围内具有统一的质量或体积标识的食品

附件 4

食源性疾病主动监测病例信息表

一、病例基本信息（横线上填写相关内容，或相应选项的“□”中打√） 病例编号（自动生成）

门诊号:	是否复诊*:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否住院:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	住院号:
患者姓名*:	患者性别*:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	监护人姓名:		
身份证号: □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □					
出生日期*:			年	月	日 (年龄)
联系电话*:			工作单位:		
患者属于*:					
<input type="checkbox"/> 本县区 <input type="checkbox"/> 本市其它县区 <input type="checkbox"/> 本省其它城市 <input type="checkbox"/> 外省 <input type="checkbox"/> 港澳台 <input type="checkbox"/> 外籍					
现住地址*:					
患者职业*:					
<input type="checkbox"/> 散居儿童 <input type="checkbox"/> 托幼儿童 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 教师 <input type="checkbox"/> 餐饮食品业 <input type="checkbox"/> 商业服务 <input type="checkbox"/> 医务人员 <input type="checkbox"/> 工人 <input type="checkbox"/> 农民 <input type="checkbox"/> 民工 <input type="checkbox"/> 牧民 <input type="checkbox"/> 渔民 <input type="checkbox"/> 干部职员 <input type="checkbox"/> 离退人员 <input type="checkbox"/> 家务及待业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不详					
发病时间*:			年	月	日 时
就诊时间*:			年	月	日 时
死亡时间:					

二、主要症状与体征*（在相应症状或体征的“□”中打√，至少填写一项）

全身症状与体征	消化系统		呼吸系统	心脑血管系统
<input type="checkbox"/> 发热 ____℃	<input type="checkbox"/> 恶心	<input type="checkbox"/> 腹泻: ____次/天	<input type="checkbox"/> 呼吸短促	<input type="checkbox"/> 胸闷
<input type="checkbox"/> 面色潮红	<input type="checkbox"/> 呕吐: ____次/天	性状	<input type="checkbox"/> 咯血	<input type="checkbox"/> 胸痛
<input type="checkbox"/> 面色苍白	<input type="checkbox"/> 稀便		<input type="checkbox"/> 呼吸困难	<input type="checkbox"/> 心悸
<input type="checkbox"/> 发绀	<input type="checkbox"/> 水样便		<input type="checkbox"/> 其他:	<input type="checkbox"/> 气短
<input type="checkbox"/> 脱水	<input type="checkbox"/> 米泔样便			<input type="checkbox"/> 其他:
<input type="checkbox"/> 口渴	<input type="checkbox"/> 粘液便			
<input type="checkbox"/> 浮肿	<input type="checkbox"/> 脓血便			
<input type="checkbox"/> 体重下降	<input type="checkbox"/> 洗肉样便			
<input type="checkbox"/> 寒战	<input type="checkbox"/> 鲜血样便			
<input type="checkbox"/> 乏力	<input type="checkbox"/> 黑便			
<input type="checkbox"/> 贫血	<input type="checkbox"/> 其他			
<input type="checkbox"/> 肿胀	泌尿系统		神经系统	
<input type="checkbox"/> 失眠	<input type="checkbox"/> 尿量减少	<input type="checkbox"/> 头痛	<input type="checkbox"/> 眩晕	<input type="checkbox"/> 瘙痒
<input type="checkbox"/> 畏光	<input type="checkbox"/> 背部/肾区疼痛	<input type="checkbox"/> 昏迷	<input type="checkbox"/> 眼睑下垂	<input type="checkbox"/> 烧灼感
<input type="checkbox"/> 口有糊味	<input type="checkbox"/> 肾结石	<input type="checkbox"/> 惊厥	<input type="checkbox"/> 肢体麻木	<input type="checkbox"/> 皮疹
<input type="checkbox"/> 金属味	<input type="checkbox"/> 尿中带血	<input type="checkbox"/> 谵妄	<input type="checkbox"/> 末梢感觉障碍	<input type="checkbox"/> 出血点
<input type="checkbox"/> 肥皂/咸味	<input type="checkbox"/> 其他:	<input type="checkbox"/> 瘫痪	<input type="checkbox"/> 瞳孔异常:	<input type="checkbox"/> 黄疸
<input type="checkbox"/> 唾液过多		<input type="checkbox"/> 言语困难	<input type="checkbox"/> 扩大	<input type="checkbox"/> 其他:
<input type="checkbox"/> 足/腕下垂		<input type="checkbox"/> 吞咽困难	<input type="checkbox"/> 固定	
<input type="checkbox"/> 色素沉着		<input type="checkbox"/> 感觉异常	<input type="checkbox"/> 收缩	
<input type="checkbox"/> 脱皮		<input type="checkbox"/> 精神失常	<input type="checkbox"/> 针刺感	
<input type="checkbox"/> 指甲出现白带		<input type="checkbox"/> 复视	<input type="checkbox"/> 抽搐	
<input type="checkbox"/> 其他:		<input type="checkbox"/> 视力模糊	<input type="checkbox"/> 其他:	

三、初步诊断*:

四、就诊前是否使用抗生素: 是 否 (如选择是, 填写抗生素名称)

五、既往病史: 无 一般消化道炎症 克罗恩病 消化道溃疡 消化道肿瘤 肠易激综合征 脑膜炎、脑肿瘤等 其他

六、暴露信息

如果怀疑进食了某些食品后出现以上症状，请于表格中填写食品信息，可填写多行。

食品品牌、生产厂家、购买地点信息主要对应于预包装及散装产品，进食场所主要对应于餐饮食品。购买地点和进食场所至少填写一项。

序号	食品名称*	食品分类 ¹	加工或包装方式 ²	食品品牌	生产厂家	进食场所*	进食或购买场所类型 ³	购买地点*	进食时间*	进食人数*	其他人是否发病*
1									年月日时		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
									年月日时		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

注：以下信息可用序号填表

1、食品分类（系统可根据食品名称自动关联）：

- (1) 肉与肉制品 (2) 蔬菜类及其制品 (3) 水果类及其制品（包括果脯和蜜饯） (4) 水产动物及其制品 (5) 婴幼儿食品 (6) 乳与乳制品 (7) 蛋与蛋制品 (8) 饮料与冷冻饮品类 (9) 包装饮用水（含桶装水） (10) 粮食类及其制品（含淀粉类、焙烤类及各类主食） (11) 豆及豆制品 (12) 坚果、籽类及其制品 (13) 菌类及其制品 (14) 酒类及其制品 (15) 糖果、巧克力、蜂蜜及其制品 (16) 藻类及其制品 (17) 油脂类 (18) 调味品 (19) 保健品 (20) 其他食品 (21) 多种食品 (22) 混合食品 (23) 不明食品

2、加工或包装方式：

- (1) 餐饮服务业 (2) 家庭自制 (3) 预包装 (4) 散装（包括简易包装） (5) 其他

3、进食或购买场所类型：

- (1) 家庭 (2) 餐饮服务单位 (3) 集体食堂 (4) 零售市场 (5) 农村宴席 (6) 其他

餐饮服务单位二级分类包括：饭店（酒店）、食品店、街头食品、餐饮业—其他。集体食堂包括：单位食堂、学校食堂、工地食堂。零售市场包括：农贸市场、超市、零售店、零售—其他

七、生物标本采集

如果采集了生物标本，请于表格中填写标本信息，可填写多行。

序号	标本编号*	标本类型*	标本数量及单位*	采样日期*	备注
1		<input type="checkbox"/> 粪便 <input type="checkbox"/> 肛拭子 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 脑脊液 <input type="checkbox"/> 呕 吐物 <input type="checkbox"/> 暴露食品 <input type="checkbox"/> 其他		年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 粪便 <input type="checkbox"/> 肛拭子 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 脑脊液 <input type="checkbox"/> 呕 吐物 <input type="checkbox"/> 暴露食品 <input type="checkbox"/> 其他		年 月 日	

八、病例附件

九、填报机构信息

医疗机构名称*: 接诊医生: 填表人: 填表日期: 年 月 日

附件 5

食源性疾病主动监测主动监测医院每月腹泻病例汇总表

(2020年 月)

医院名称:

填表人:

联系电话:

项目	门诊病例	住院病例	备注
1. 每月“腹泻”病人登记人数			
2. 每月采集粪便标本的“腹泻”病人数			
3. 每月沙门氏菌检测情况			
3. 1 采样检测沙门氏菌病人数			
3. 2 沙门氏菌阳性菌株数			
4. 每月检测致泻大肠埃希氏菌情况			
4. 1 采样检测致泻大肠埃希氏菌病人数			
4. 2 致泻大肠埃希氏菌阳性菌株数			
5. 每月检测志贺氏菌情况			
5. 1 采样检测志贺氏菌病人数			
5. 2 志贺氏菌阳性菌株数			
6. 每月检测副溶血性弧菌情况			
6. 1 采样检测副溶血性弧菌病人数			
6. 2 副溶血性弧菌阳性菌株数			
7. 其他“腹泻”病原体阳性菌（毒）株数（注明病原名称）			
7. 1 采样检测病人数			
7. 2 阳性菌（毒）株数			

填表说明：

1. 本表主要由医院防保科或医务科负责人员填写，表中的数据主要来自于医院检验科，请检验科人员配合防保科或医务科人员收齐数据。
2. **每月初诊“腹泻”病人登记人数：**是指医院每月统计初诊为“腹泻”病人的登记人数，包括门诊“腹泻”病人登记数（包括所有类型门诊，如儿科门诊、内科门诊、急诊等）和住院“腹泻”病人登记数两部分。
3. **每月采集粪便标本的“腹泻”病人数：**是指检验科接收的每月采集粪便标本的“腹泻”病人数，包括门诊采样“腹泻”病人数和住院采样“腹泻”病人数两部分。
4. **检测致病菌病人数：**是指检验科接收的每月检测致病菌的“腹泻”病人数，包括门诊检测致病菌病人数和住院检测致病菌病人数两部分。
5. **致病菌阳性菌株数：**是指检验科每月在接收送检粪便样本数中检测出致病菌阳性的菌株数，包括门诊致病菌阳性菌株数和住院致病菌阳性菌株数两部分。

以上指标中，“经门诊再转入住院”或“不经门诊，直接住院”的病人都应统计在“住院”病人数中。“看门诊而不住院”的病人应统计在“门诊”病人数。

6. **其他腹泻病原体阳性菌（毒）株数：**是指检验科每月在接收送检粪便样本数中检测出其他“腹泻”病原阳性的例数，请填写在空格中，如“轮状病毒 10 例”

附件 6

食源性疾病主动监测生物标本检验结果表

一、 标本信息

病人姓名*	标本编号*	标本类型* <input type="checkbox"/> 粪便 <input type="checkbox"/> 肛拭子 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 脑脊液 <input type="checkbox"/> 呕吐物 <input type="checkbox"/> 暴露食品 <input type="checkbox"/> 其他	医疗机构名称
-------	-------	--	--------

二、 标本检验结果

检测项目*	检验日期*	检测方法*	定性结果*	定量结果	定量单位	是否取菌株*	备注
沙门氏菌	____年__月__日		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
志贺氏菌	____年__月__日		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
副溶血性弧菌	____年__月__日		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
致泻性大肠埃希氏菌	____年__月__日		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
诺如病毒	____年__月__日		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
其他	____年__月__日		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

三、 菌株信息表（如果同一标本分离出两种及以上致病菌，要填写多行。）

菌株编号*	鉴定方法*	目标基因检测	血清鉴定	特征性反应	鉴定结论*	备注

填报者：_____ 填报时间：_____

《食源性疾病病例监测生物标本检验结果表》填表说明

检验项目: 根据监测计划, 沙门氏菌、志贺氏菌、副溶血性弧菌、致泻性大肠埃希氏菌、诺如病毒为主动监测项目, 各省可根据实际情况增加其他检测项目。

检验日期: 填写生物标本检验日期。

检测方法: 填写检验所用的方法, 如工作手册、培养法、PCR 等。

定性结果: 在相应的选项前打√。

定量结果: 若进行定量检验, 填写定量结果。

定量单位: 若进行定量检验, 致病菌可填写: cfu/g (mL) MPN/g (mL) MPN/100g (mL); 化学性因素可填写 mg/g (mL) 、 μ g/g (mL) 、ng/g (mL) 等

是否取菌株: 致病菌检测项目必须在“是”前打√, 填写“三、菌株信息表”。病毒检测项目不必填写“三、菌株信息表”, 只在备注栏填写, 如 G II 或诺如病毒 II 型

菌株编号: 系统自动生成, 与病例编号、标本编号一一对应。

鉴定方法: 填写菌株鉴定所使用方法

目标基因检测: 若采用 PCR 等方法进行目的基因检测的, 填写检测结果, 如 *tdh+*, *trh-* 等。

血清鉴定: 填写血清鉴定的抗原式, 如 O3:K6、O:4;H:i:1,2 等。

特征性反应: 可填写菌株鉴定过程特有的、或关键的反应, 如β溶血、IMViC++--等。

鉴定结论: 填写最终鉴定结果, 如肠炎沙门氏菌、肠出血性大肠杆菌 STEC 等。

附件 7

食源性疾病主动监测实验室确诊病例调查核实表

居民知情同意书

您好！

食源性疾病是目前对人民群众身体健康危害较大的公共卫生问题之一。为了监测本省/市食源性疾病的发病情况，以便采取针对性措施加以预防和控制，保障广大人民群众的身体健康和饮食安全卫生，现计划在本省/市范围内开展食源性疾病的监测工作。

根据监测工作方案，您被确定为本次监测的对象。在实际的监测工作过程中，可能会给您及家人带来诸多不便，我们衷心的希望能够得到您及您的家人的大力支持和真诚的合作！我们将保证在工作中可能涉及到的关于您个人及家庭隐私的问题，给予严格保密。

让我们共同努力，做好本次调查。衷心感谢您的合作！

全国食源性疾病监测调查组

已阅读上述文件，本人家庭愿意协助卫生部门参加此次调查。

被调查人签名：

年 月 日

一、基本信息（在横线上填写相关内容，或在相应选项的“□”中打√）

N1 病例编号: _____ (“食源性疾病监测报告系统”中编号)

N2 姓名: _____ 监护人(如有)

N3 性别: 男 女

N4 出生日期: _____ 年 _____ 月 (年龄 _____ 岁)

N5 职业:

N6 联系电话:

N7 家庭住址:

二、临床及治疗信息

N8 发病时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时

N9 就诊时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 时

N10 就诊医院:

N11 临床表现(可多选): 发热 腹泻 腹痛 恶心 呕吐 其他

N12 首发症状:

N13 医院是否使用抗生素治疗: 是 否, 如“是”请填写抗生素名称:

N14 医院是否使用其他药物治疗: 是 否, 如“是”请填写抗生素名称:

N15 就诊前是否自行用药: 是 否, 如“是”请填写药物名称:

三、饮食暴露信息

N16 发病前3天, 进餐及同餐者情况

日期	餐次	食物名称	进食地点	共同进餐者人数	同餐者发病人数
发病前1天 月 日	早餐				
	中餐				
	晚餐				
发病前2天 月 日	早餐				
	中餐				
	晚餐				
发病前3天 月 日	早餐				
	中餐				
	晚餐				

(可根据病原体的潜伏期确定需要调查的饮食史时间范围)

N17 您认为哪一个餐次或哪一种食品可能造成您本次发病?

餐次:

食品名称:

N18 您认为本次发病是否与食用预包装食品有关: 是 否, 如“是”请填写购买地点

购买地点:

食品品牌:

四、其他可疑暴露信息

N19 发病前 1 周饮用水来源:

市政供水 自备井水 未经处理的河水、池塘水、湖水、山泉水等 瓶（桶）装水

N20 发病前是否有外出/旅行史: 是 否, 如“是”请填写

外出/旅行时间: ____年____月____日

外出/旅行地点:

N21 发病前您是否参加了某项或多项集体活动（包括婚礼、聚餐或宴会、野餐、演出、展览、学校活动等）: 是 否, 如“是”请填写

活动名称	时间	地点	参加人数	参加者中病例数	供餐方式

(供餐方式填序号: 1 围餐 2 自助餐 3 外卖 4 自带 5 其他)

N22 发病前是否到访过特殊机构:

养殖场: 是 否

医疗机构: 是 否

学校: 是 否

托幼机构: 是 否

食品企业: 是 否

如“是”请填写到访机构名称: _____, 是否有类似病例: 是 否

N23 您是否饲养宠物和家畜禽: 是 否, 动物名称:

N24 家中其他成员是否发病: 是 否

N25 您认为自己发病的原因:

调查员签字:

调查日期: _____

附件 8

单核细胞增生李斯特氏菌感染病例个案调查表

一、基本信息	
1. 调查编号: <input type="text"/> —1*	
2. 报告医院: _____省_____市_____区_____ (医院名称)	
3. 就诊时间: _____年_____月_____日	
3. 姓名: _____	4. 性别: <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
5. 出生日期: _____年_____月_____日	6. 年龄: _____岁
7. 民族: <input type="checkbox"/> 汉 <input type="checkbox"/> 少数民族 _____ (请填写具体少数民族名称)	
8. 职业 (如为新生儿填写母亲的职业; 儿童选择其他): ①家务 ②待业 ③国家机关、党群组织、企事业单位负责人 ④专业技术人员 ⑤办事人员和有关人员 ⑥商业、服务业人员 ⑦农林牧渔水利业生产人员 ⑧生产运输设备操作人员 ⑨其他	
9. 您的家庭人均月收入: ①2000 元及以下 ②2001—5000 元 ③5001—8000 元 ④8000 元以上	
10. 您的文化程度: ①小学及以下 ②初中 ③高中/中专 ④大专 ⑤本科及以上	
11. 现住址:	
12. 联系电话:	
*调查编号说明: 调查编号共 6 位, 前两位为省份编号 (如北京: BJ, 黑龙江: HL 等), 中间两位为地市编号, 后两位为流水号从 01 依次填写。	

二、是否为妊娠相关病例 (孕妇、胎儿或新生儿 (≤ 28 天) 感染病例)
<input type="checkbox"/> 是, 如果是, 跳到第三部分
<input type="checkbox"/> 否, 如果否, 继续第四部分

三、妊娠相关病例 (孕妇、胎儿或新生儿 (≤ 28 天) 感染病例)
您本次是孕 _____ 次, 产 _____ 胎
如为新生儿, 此次分娩方式为: <input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 剖腹产

标本类型	来源	采样时间 (年/月/日)	检出时间 (年/月/日)	检测结果
血液	母亲			<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +
	新生儿			<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +
脑脊液	母亲			<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +
	新生儿			<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +
胎盘	子面			<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +
	母面			<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +
羊水				<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +
宫颈拭子				<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +
咽拭子（新生儿）				<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +
直肠拭子（新生儿）				<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +
其他: _____ (填写名称)				<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +
血清型				
妊娠结局 (单胎妊娠或者双胎 1)	孕周数 (周+天)	妊娠结局 (双胎 2)	孕周数 (周+天)	
<input type="checkbox"/> 继续妊娠		<input type="checkbox"/> 继续妊娠		
<input type="checkbox"/> 生产—胎儿存活		<input type="checkbox"/> 生产—胎儿存活		
<input type="checkbox"/> 生产—胎儿死亡		<input type="checkbox"/> 生产—胎儿死亡		
<input type="checkbox"/> 生产—胎儿结局未知		<input type="checkbox"/> 生产—胎儿结局 未知		
<input type="checkbox"/> 死胎		<input type="checkbox"/> 死胎		
<input type="checkbox"/> 流产		<input type="checkbox"/> 流产		
<input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 其他		
母亲临床诊断	新生儿 1 (≤1 个月)	新生儿 2 (≤1 个月)		
<input type="checkbox"/> 菌血症/败血症	<input type="checkbox"/> 菌血症/败血症	<input type="checkbox"/> 菌血症/败血症		
<input type="checkbox"/> 中枢神经系统感染	<input type="checkbox"/> 中枢神经系统感染 (脑膜炎等)	<input type="checkbox"/> 中枢神经系统感染 (脑膜炎等)		
<input type="checkbox"/> 单纯局灶感染 (绒毛膜炎等)	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 肺炎		
<input type="checkbox"/> 类流感症状	<input type="checkbox"/> 感染性休克	<input type="checkbox"/> 感染性休克		
<input type="checkbox"/> 急性胃肠炎症状	<input type="checkbox"/> 肉芽肿皮疹	<input type="checkbox"/> 肉芽肿皮疹		
<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 其他		
<input type="checkbox"/> 未知	<input type="checkbox"/> 未知	<input type="checkbox"/> 未知		
结局	结局	结局		
<input type="checkbox"/> 康复 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 未知	<input type="checkbox"/> 存活 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 未知	<input type="checkbox"/> 存活 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 未知		

四、非妊娠相关病例（除孕妇以外的成人和 1 个月以上的感染者）			
标本类型	采样时间 (年/月/日)	检出时间 (年/月/日)	检测结果
<input type="checkbox"/> 血液			<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +
<input type="checkbox"/> 脑脊液			<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +
<input type="checkbox"/> 粪便			<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +
<input type="checkbox"/> 其他: _____ (填写名称)			<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +

血清型	
临床诊断	
<input type="checkbox"/> 菌血症/败血症	<input type="checkbox"/> 急性胃肠炎症状
<input type="checkbox"/> 中枢神经系统感染（脑膜炎等）	<input type="checkbox"/> 其他_____ (请填写)
<input type="checkbox"/> 单纯局灶感染（皮肤感染、肝炎等）	<input type="checkbox"/> 未知
<input type="checkbox"/> 类流感症状	
病例结局	
<input type="checkbox"/> 康复/好转	<input type="checkbox"/> 死亡
<input type="checkbox"/> 未知	

既往病史	疾病名称	
<input type="checkbox"/> 无		
<input type="checkbox"/> 免疫缺陷患者	疾病名称:	
<input type="checkbox"/> 服用免疫抑制剂	抑制剂名称:	
<input type="checkbox"/> 慢性基础疾病者	疾病名称:	
<input type="checkbox"/> 肾脏疾病	疾病名称:	
<input type="checkbox"/> 使用胃酸抑制剂者	疾病名称:	
<input type="checkbox"/> 肿瘤患者	肿瘤名称:	
<input type="checkbox"/> 其他	具体名称:	

五、病例访谈				
访谈时间: _____年_____月_____日		访谈对象: <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者家属		
如果访谈对象为患者家属，则访谈对象与患者的关系为：				
<input type="checkbox"/> 夫妻 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 公婆 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姐妹 <input type="checkbox"/> 其他:				
此次发病是否出现过以下症状				
发热	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知	腹泻 (≥ 3 次/天，大便性状改变)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知	
寒战	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知	呕吐	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知	
头痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知	乏力	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知	
肌痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知	意识状态改变	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知	
颈项强直	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知	其他:		
发病时间: _____年_____月_____日				

六、饮食史调查

您的标本采集时间是____年____月____日，所以我们想了解在标本采集前4周内您吃了哪些食品。

请您回忆一下，过去4周是指从____月____日至____月____日主要的食物购买场所和在餐馆就餐的场所情况，列出名称和详细地址。

A. 过去4周您在外用餐的频率：

- ①≥5次/周 ②3—4次/周 ③1—2次/周 ④从不在外吃 ⑤不确定

B. 过去4周您吃路边摊/流动摊位食品的频率：

- ①≥5次/周 ②3—4次/周 ③1—2次/周 ④从不在外吃 ⑤不确定

在过去4周，你是否食用过以下食物？

食物类别	是否食用	食用频率	主要购买/就餐场所名称	名称/品牌
熟肉制品（酱牛肉、香肠等）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 5~7次/周 <input type="checkbox"/> 2~4次/周 <input type="checkbox"/> 1次/周 <input type="checkbox"/> 1~2次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 超市： <input type="checkbox"/> 集贸市场： <input type="checkbox"/> 零售店： <input type="checkbox"/> 餐饮单位： <input type="checkbox"/> 流动摊位： <input type="checkbox"/> 其他：	
生食水产品（生鱼片等）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 5~7次/周 <input type="checkbox"/> 2~4次/周 <input type="checkbox"/> 1次/周 <input type="checkbox"/> 1~2次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 超市： <input type="checkbox"/> 集贸市场： <input type="checkbox"/> 零售店： <input type="checkbox"/> 餐饮单位： <input type="checkbox"/> 流动摊位： <input type="checkbox"/> 其他：	
中式凉拌菜	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 5~7次/周 <input type="checkbox"/> 2~4次/周 <input type="checkbox"/> 1次/周 <input type="checkbox"/> 1~2次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 超市： <input type="checkbox"/> 集贸市场： <input type="checkbox"/> 零售店： <input type="checkbox"/> 餐饮单位： <input type="checkbox"/> 流动摊位： <input type="checkbox"/> 其他：	

西式沙拉(水果沙拉、火腿沙拉等)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周 <input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周 <input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 超市: <input type="checkbox"/> 集贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店: <input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	
生食蔬菜	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周 <input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周 <input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 超市: <input type="checkbox"/> 集贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店: <input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	
水果	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周 <input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周 <input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 超市: <input type="checkbox"/> 集贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店: <input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	
鲜榨果蔬汁	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周 <input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周 <input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 超市: <input type="checkbox"/> 集贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店: <input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	
冰淇淋/雪糕	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周 <input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周	<input type="checkbox"/> 超市: <input type="checkbox"/> 集贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店:	

		<input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	
寿司	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周 <input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周 <input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 超市: <input type="checkbox"/> 集贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店: <input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	
生奶(未经杀菌消毒)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周 <input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周 <input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 超市: <input type="checkbox"/> 集贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店: <input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	
奶酪 (干酪、芝士、起司等)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周 <input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周 <input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 超市: <input type="checkbox"/> 集贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店: <input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	

七、卫生习惯调查

1.过去 4 周内，您家中是否加工过生畜禽肉或水产品：①是 ②否（如选“否”，则跳至第 2 题）)

1.1 您处理完生畜禽肉或水产品后，在继续做饭前，洗手的频率？

①几乎总是 ②经常 ③偶尔 ④从来没有

1.2 您处理完生畜禽肉或水产品后，在继续做饭前，是否清洗菜板？

①几乎总是 ②经常 ③偶尔 ④从来没有

2.您家里冰箱存放食物时是否做到生熟分开? ①是 ②否

3.您/家人在使用砧板切过生肉后,如需要继续切直接入口的食品(如熟食),您/家人通常会怎么做?

①不做任何处理直接使用这块砧板 ②只用抹布擦拭砧板后再用

③只用自来水冲洗砧板后再用 ④使用切砧板的另一面

⑤换另一块专门切熟食的砧板 ⑥其他: _____

4.您家里清洗冰箱的频率是多少? ①<1 次/年 ②1—2 次/年 ③3—5 次/年 ④>5 次/年

5.您过去四周是否食用过冰箱里储存的剩饭剩菜? ①是 ②否

如果食用,是否再次加热? ①几乎总是 ②经常 ③偶尔 ④从来没有

6.过去四周内,您是否参加过大型宴会、聚餐等集体活动(10人以上)?

①是 ②否

7.过去四周内,您是否去养殖场或接触过活的禽畜? ①是 ②否

8.过去四周内,您家里是否饲养宠物(猫、狗等)? ①是 ②否

调查人员:

调查日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

附件 9

单核细胞增生李斯特氏菌感染对照调查表

一、基本信息

1. 调查编号: □□□□□—2*

2. 报告医院: _____省_____市_____区_____ (医院名称)

3. 就诊时间: _____年_____月_____日

3. 姓名: _____

4. 性别: 女 男

5. 出生日期: _____年_____月_____日

6. 年龄: _____岁

7. 民族: 汉 少数民族 _____ (请填写具体少数民族名称)

8. 职业 (如为新生儿填写母亲的职业; 儿童选择其他):

①家务 ②待业 ③国家机关、党群组织、企事业单位负责人

④专业技术人 ⑤办事人员和有关人员 ⑥商业、服务业人员

⑦农林牧渔水利业生产人员 ⑧生产运输设备操作人员 ⑨其他

9. 您的家庭人均月收入:

①2000 元及以下 ②2001—5000 元 ③5001—8000 元 ④8000 元以上

10. 您的文化程度: ①小学及以下 ②初中 ③高中/中专 ④大专 ⑤本科及以上

11. 现住址:

12. 联系电话:

*与病例原始的调查编号保持一致。调查编号共 6 位, 前两位为省份编号 (如北京: BJ, 黑龙江: HL 等), 中间两位为地市编号, 后两位为流水号从 01 依次填写。

二、匹配条件

是否为妊娠相关病例 (孕妇、胎儿或新生儿 (≤ 1 个月) 感染病例)

是, 如果是, 跳到 A

否, 如果否, 跳到 B

A. 孕周数 (周+天): _____+

B. 基础疾病

既往病史	疾病名称	
<input type="checkbox"/> 无既往病史		
<input type="checkbox"/> 免疫缺陷患者	疾病名称:	
<input type="checkbox"/> 服用免疫抑制剂	抑制剂名称:	
<input type="checkbox"/> 慢性基础疾病者	疾病名称:	
<input type="checkbox"/> 肾脏疾病	疾病名称:	
<input type="checkbox"/> 使用胃酸抑制剂者	疾病名称:	
<input type="checkbox"/> 肿瘤患者	肿瘤名称:	
<input type="checkbox"/> 其他	具体名称:	

三、饮食史调查				
我们想了解在过去前 4 周内您吃了哪些食品。请您回忆一下，过去 4 周是指从_____月_____日到_____月_____日。主要的食物购买场所和在餐馆就餐的场所情况，列出名称和详细地址。				
A. 过去 4 周您在外用餐的频率：				
(1)≥5 次/周 (2)3~4 次/周 (3)1~2 次/周 (4)从不在外吃 (5)不确定				
B. 过去 4 周您吃路边摊/流动摊位食品的频率：				
(1)≥5 次/周 (2)3~4 次/周 (3)1~2 次/周 (4)从不在外吃 (5)不确定				
在过去 4 周，你是否食用过以下食物？				
食物类别	是否食用	食用频率	主要购买/就餐场所名称	名称/品牌
熟肉制品（酱牛肉、香肠等）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周 <input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周 <input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 超市: <input type="checkbox"/> 农贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店: <input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	
生食水产品（生鱼片等）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周 <input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周 <input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 超市: <input type="checkbox"/> 农贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店: <input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	

中式凉拌菜	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周	<input type="checkbox"/> 超市:	
	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周 <input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 集贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店: <input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	
西式沙拉（水果沙拉、火腿沙拉等）	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周	<input type="checkbox"/> 超市:	
	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周 <input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 集贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店: <input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	
生食蔬菜	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周	<input type="checkbox"/> 超市:	
	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周 <input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 集贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店: <input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	
水果	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周	<input type="checkbox"/> 超市:	
	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周 <input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 集贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店: <input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	
鲜榨果蔬汁	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周	<input type="checkbox"/> 超市:	
	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周	<input type="checkbox"/> 集贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店:	

		<input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	
冰淇淋/雪糕	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周 <input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周 <input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 超市: <input type="checkbox"/> 集贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店: <input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	
寿司	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周 <input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周 <input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 超市: <input type="checkbox"/> 集贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店: <input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	
生奶（未经杀菌消毒）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周 <input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周 <input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 超市: <input type="checkbox"/> 集贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店: <input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	
奶酪（干酪、芝士、起司等）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 5~7 次/周 <input type="checkbox"/> 2~4 次/周 <input type="checkbox"/> 1 次/周 <input type="checkbox"/> 1~2 次/月 <input type="checkbox"/> 不确定	<input type="checkbox"/> 超市: <input type="checkbox"/> 集贸市场: <input type="checkbox"/> 零售店: <input type="checkbox"/> 餐饮单位: <input type="checkbox"/> 流动摊位: <input type="checkbox"/> 其他:	

四、卫生习惯调查

1.过去 4 周内，您家中是否加工过生畜禽肉或水产品：①是 ②否（如选“否”，则跳至第 2 题）

1.1 您处理完生畜禽肉或水产品后，在继续做饭前，洗手的频率？

①几乎总是 ②经常 ③偶尔 ④从来没有

1.2 您处理完生畜禽肉或水产品后，在继续做饭前，是否清洗菜板？

①几乎总是 ②经常 ③偶尔 ④从来没有

2.您家里冰箱存放食物时是否做到生熟分开？ ①是 ②否

3.您/家人在使用砧板切过生肉后，如需要继续切直接入口的食品（如熟食），您/家人通常会怎么做？

①不做任何处理直接使用这块砧板 ②只用抹布擦拭砧板后再用

③只用自来水冲洗砧板后再用 ④使用切砧板的另一面

⑤换另一块专门切熟食的砧板 ⑥其他：_____

4.您家里清洗冰箱的频率是多少？ ①<1 次/年 ②1—2 次/年 ③3—5 次/年 ④>5 次/年

5.您过去四周是否食用过冰箱里储存的剩饭剩菜？ ①是 ②否

如果食用，是否再次加热？ ①几乎总是 ②经常 ③偶尔 ④从来没有

6.过去四周内，您是否参加过大型宴会、聚餐等集体活动（10 人以上）？

①是 ②否

7.过去四周内，您是否去养殖场或接触过活的禽畜？ ①是 ②否

8.过去四周内，您家里是否饲养宠物（猫、狗等）？ ①是 ②否

调查人员：

调查日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

附件 10

单核细胞增生李斯特氏菌感染危险因素调查知情同意书

您好！

食源性疾病是目前对人民群众身体健康危害较大的公共卫生问题之一。为了监测本市单增李斯特菌感染的发病情况及其危险因素，以便采取针对性措施加以预防和控制，保障广大人民群众的身体健康和饮食安全卫生，现计划在本市范围内开展单增李斯特菌感染病例的监测工作。

根据监测工作方案，你被确定为本次监测的对象。在调查工作过程中，可能会给您及家人带来诸多不便，我们衷心的希望能够得到您及您的家人的大力支持和真诚的合作！我们将保证在工作中可能涉及到的关于您个人及家庭隐私的问题，给予严格保密。

让我们共同努力，做好本次调查。衷心感谢您的合作！

已阅读上述文件，本人家庭愿意参加此次调查。

被调查人签名：_____

年 月

附件 11

单核细胞增生李斯特氏菌感染病例流行病学 调查报告模板

一、病例基本情况

姓名、年龄、职业、家庭住址、联系方式、工作单位等

二、就诊情况

发病时间、主要临床症状和体征、发病过程、就诊医院、临床诊断、既往病史、临床治疗情况、实验室检测结果、病例结局转归等。

如为妊娠相关病例还需描述孕周数、妊娠结局、新生儿情况等

举例：患者女，25岁，停经4月余，孕21w，3月11日入北京协和医院，3d前出现畏寒、发热，后因阵发性腹痛伴出血12h，同时体温39℃而入院。检查：血WBC $20.8 \times 10^9 / L$, N: 0.90。胎位、胎心不清，有宫缩，门诊B超提示单胎、胎儿活动滞缓，第3天娩出一死胎。孕妇既往体健，无免疫缺陷、高血压、肿瘤等既往病史。入院当天和第2天抽取孕妇血，同时取死胎脐血培养，结果均为单核细胞增生李斯特菌生长。

患儿情况举例：

患儿，女，生后窒息30分钟入院。出生时胎龄36周，孕妇从事养殖业，入院前自觉胎动减少，发热1天，WBC $22.8 \times 10^9 / L$ 、CRP 35mg/L(0—8mg/L)、羊水混浊，胎心增快，生后窒息。入院诊断：早产儿窒息；RDS；缺氧缺血性脑病；低出生体重儿。入院查体：患儿T 35.7℃、呼吸60次/min、心率162次/min，神志清，反应差，哭声低，早产儿貌，呼吸急促，三凹征+，面色苍白，口周微绀，有呻吟，口吐白沫。患儿入院后给予头孢曲松0.15mg，1次/d，静脉滴注等抗感染治疗，病情无好转，放弃治疗。患儿静脉血培养李斯特菌+。

三、危险因素

通过询问过去4周饮食史，分析可能的高危食品，以此探索感染的来源。

举例：

患者过去 4 周，午餐均在外用餐。各类高危食品食用频率如下

食物种类	是否食用	食品频率
熟肉制品	是	1—2 次/月
生食水产品	是	3—4 次/月
生食蔬菜	否	/
水果	否	/
冰激凌	否	/
中式凉拌菜	是	1—2 次/周

四、样品采集

针对可疑污染来源，对病人家中及其在外购买或用餐地点进行采样，送辖区疾病预防控制中心进行检测。菌株送省（市）疾控中心进行同源性分析。

举例：

采集患者家中肉制品 2 件，砧板涂抹样品 1 件，从患者经常食用的冷饮店采集冰激凌 3 件，送 XX 疾控中心进行检测，其中 XX 样品检出单核细胞增生李斯特氏菌。

XX 疾病预防控制中心

2020 年 x 月 x 日

抄送：福建省卫生健康委员会，三明市食品安全委员会办公室。