附件1

2023年渝北区食源性疾病监测医院名单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 医院全称 | 医院等级 | 监测类别 |
| 1 | 渝北区人民医院 | 三甲 | 主动监测 |
| 2 | 渝北区第二人民医院 | 二乙 | 病例监测 |
| 3 | 渝北区中医院 | 二甲 | 病例监测 |
| 4 | 渝北区妇幼保健院 | 二甲 | 病例监测 |
| 5 | 市妇幼保健院冉家坝院区 | 三甲 | 病例监测 |
| 6 | 渝北区大盛中心卫生院 | 乡镇卫生院 | 病例监测 |
| 7 | 渝北区大湾中心卫生院 | 乡镇卫生院 | 病例监测 |
| 8 | 渝北区茨竹中心卫生院 | 乡镇卫生院 | 病例监测 |
| 9 | 渝北区古路中心卫生院 | 乡镇卫生院 | 病例监测 |
| 10 | 渝北区木耳中心卫生院 | 乡镇卫生院 | 病例监测 |
| 11 | 渝北区兴隆中心卫生院 | 乡镇卫生院 | 病例监测 |
| 12 | 渝北区龙兴中心卫生院 | 乡镇卫生院 | 病例监测 |
| 13 | 渝北区玉峰山中心卫生院 | 乡镇卫生院 | 病例监测 |
| 14 | 渝北区洛碛中心卫生院 | 乡镇卫生院 | 病例监测 |
| 15 | 渝北区统景中心卫生院 | 乡镇卫生院 | 病例监测 |
| 16 | 渝北区石船中心卫生院 | 乡镇卫生院 | 病例监测 |
| 17 | 渝北区双凤桥社区卫生服务中心 | 社区卫生服务中心 | 病例监测 |
| 18 | 渝北区回兴社区卫生服务中心 | 社区卫生服务中心 | 病例监测 |
| 19 | 渝北区王家社区卫生服务中心 | 社区卫生服务中心 | 病例监测 |
| 20 | 渝北区龙塔社区卫生服务中心 | 社区卫生服务中心 | 病例监测 |
| 21 | 渝北区双龙湖社区卫生服务中心 | 社区卫生服务中心 | 病例监测 |
| 22 | 渝北区悦来社区卫生服务中心 | 社区卫生服务中心 | 病例监测 |
| 23 | 渝北区龙山社区卫生服务中心 | 社区卫生服务中心 | 病例监测 |
| 24 | 渝北区仙桃社区卫生服务中心 | 社区卫生服务中心 | 病例监测 |
| 25 | 重庆医科大学附属第三医院（捷尔医院） | 三甲 | 病例监测 |
| 26 | 重庆龙湖医院 | 民营医院 | 病例监测 |
| 27 | 重庆北郊医院 | 民营医院 | 病例监测 |
| 28 | 重庆芳华医院 | 民营医院 | 病例监测 |

附件2

食源性疾病病例名词解释

1.食源性疾病疑似病例：指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：指符合《食源性疾病监测报告工作规范（试行）》附录“食源性疾病报告名录”中食源性疾病判定标准的病例。

3.食源性聚集性病例：指有可疑共同食品暴露史（同一种食品、同一个餐饮服务单位提供的食品或同一家食品企业生产的食品等），在时间、地点（同一村庄、工地、学校、单位等）分布上具有关联，有类似临床表现的食源性疾病疑似病例或食源性疾病确诊病例。

附件3

食品中化学污染物及有害因素检测任务表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 检测任务(50件) | | | | | |
| 检测项目 | 监测样品 | 检测量 | 送样单位 | 送样截止时间 | 网报截止时间 |
| 丁香酚、MS-222、地西泮、奥沙西泮、喹诺酮类 | 鲜、活淡水鱼 | 25 | 大渡口CDC、北碚CDC、南川CDC、铜梁CDC、垫江CDC | 5月10日 | 6月20日 |
| 丁香酚、MS-222、地西泮、奥沙西泮、喹诺酮类 | 鲜、活淡水虾 | 25 | 江北CDC、沙坪坝CDC、长寿CDC、潼南CDC、石柱CDC | 5月10日 | 6月20日 |

附件4

食品中微生物及其致病因子监测任务表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 样品类别 | 监测指标 | 数量及编号 | 最小采样量 | 截止上报时间 | 备注 |
| 熟肉制品（畜肉） | 单核细胞增生李斯特氏菌、沙门氏菌、小肠结肠炎耶尔森氏菌、致泻大肠埃希氏菌、产气荚膜梭菌（定量、选做） | 10（2023CQWSW0491-  2023CQWSW0500） | 500g | 12月20日 | 1.采样环节：以流通环节（包括超市、零售店、农贸市场、网购、批发市场等）和餐饮环节（包括饭店/酒店、集体食堂、快餐店、小吃店、街头摊点等）。应粗略根据市场消费情况，确定各类型采样地点的样品数量，超市不高于30%。2.包装要求：散装为主，兼顾预包装。3.品牌要求：以本地为主，尽可能覆盖市售所有品牌。4.城乡要求：城市和农村样品量比例约为1:1。5.其他要求：采样以畜肉为基料的熟肉制品（不包括实行商业无菌标准的熟肉制品）。 |
| 预包装冷藏熟肉制品（非真空包装，可即食） | 单核细胞增生李斯特氏菌（定性和定量）、肺炎克雷伯菌、金黄色葡萄球菌（定量）、沙门氏菌、致泻大肠埃希氏菌 | 10（2023CQWSW1161-  2023CQWSW1170） | 500g | 12月20日 | 1.采样环节：以超市、便利店/零售店为主。应粗略根据市场消费情况，确定各类型采样地点的样品数量。2.包装要求：预包装产品。3.品牌要求：以本地为主，尽可能覆盖市售所有品牌。4.城乡要求：覆盖城市和农村，包括城乡结合部。5.其他要求：①采集非真空定量封装、冷藏保存的预包装即食熟制品。如盒马工坊、周黑鸭、久久丫等品牌的气调盒装产品。②保质期：3-20天。③举例说明：如鸭脖、鸭肠、鸭掌、凤爪、口水鸡、麻椒鸡、香酥鸡、酱板鸭、牛板筋、孜然牛肉、酱卤肉等，可采集除上述实例以外的符合采样要求的产品。④采样要点：冷藏保存；非真空包装；可直接入口食用；预包装产品，含配料表、生产厂家、生产地址、保质期等信息，且保质期在3-20天内。 |
| 即烹预制菜（速冻菜肴制品） | 大肠埃希氏菌计数、单核细胞增生李斯特氏菌、副溶血性弧菌（仅监测含动物性水产品）、金黄色葡萄球菌（定量）、沙门氏菌、致泻大肠埃希氏菌 | 10（2023CQWSW1111-  2023CQWSW1120） | 500g | 12月20日 | 1.采样环节：流通环节（包括超市、零售店、网购、农贸市场等）。应粗略根据市场消费情况，确定各类型采样地点的样品数量。2.包装要求：预包装为主，兼顾散装（自行简易包装）。3.品牌要求：以本地为主，尽可能覆盖市售所有品牌。4.城乡要求：覆盖城市和农村，包括城乡结合部。5.其他要求：①即烹预制菜是指对主要原料已完成一定程度加工或烹调，可直接进入烹饪操作的预制菜。②本次监测仅采集即烹预制菜中的速冻菜肴制品，即以一种或多种农产品为主要原料，配以各种辅料，对原料已完成一定程度的加工或烹调，速冻制成的成品或半成品菜肴类制品。③样品包括荤菜、素菜和荤素搭配菜肴。④样品应为冷冻状态，在-18℃下储存销售。⑤注意以下类型的食品不在采样范围内：即食/即热预制菜（已完成杀菌或熟制，开封后可直接食用或经过复热即可食用的产品，如自热锅）、即配预制菜（对原料进行清洗、切分、消毒等简单处理的预制菜）、非菜肴类速冻食品（如速冻米面制品、冷冻调理肉制品、冷冻鱼糜制品和冷冻肉糜制品）、非冷冻状态的菜肴产品（如常温和冷藏的菜肴）。 |

附件5

既是食品又是中药材物质中污染物监测任务表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 样品类别 | 监测指标 | 数量及编号 | 最小采样量 | 截止上报时间 | 备注 |
| 铁皮石斛 | 二氧化硫、毒死蜱、联苯菊酯、三唑磷、水胺硫磷、五氯硝基苯、百菌清、铅、镉、汞、砷、铬 | 35（2022CQSYWZ-样品流水号） | 500g | 9月30日 | 采样要求：1.铁皮石斛、灵芝原材料（干制品）。2.以铁皮石斛、灵芝作为原料，按传统生产工艺加工的普通食品，不包括化学提取产品。类别包括：调味品（调味料-半固体(酱)调味料-炖汤料）、饮料（植物固体饮料）、茶叶及相关制品（代用茶）。 |
| 灵芝 | 二氧化硫、毒死蜱、联苯菊酯、三唑磷、水胺硫磷、五氯硝基苯、百菌清、铅、镉、汞、砷、铬 | 25（2022CQSYWZ-样品流水号） | 500g | 9月30日 | 采样要求：1.铁皮石斛、灵芝原材料（干制品）。2.以铁皮石斛、灵芝作为原料，按传统生产工艺加工的普通食品，不包括化学提取产品。类别包括：调味品（调味料-半固体(酱)调味料-炖汤料）、饮料（植物固体饮料）、茶叶及相关制品（代用茶）。 |

附件6

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\*：□男 □女 是否住院：□是 □否

出生日期\*： 年 月 日（年龄 ） 联系电话\*：

患者职业\*：□散居儿童 □托幼儿童 □学生 □教师 □餐饮食品业 □商业服务

□医务人员 □工人 □农民 □民工 □牧民 □渔民 □干部职员

□离退人员 □家务及待业 □其他 □不详

工作单位或学校：

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（请填写疑似暴露食品信息，可填写多行，进食地点和购买地点必填一项）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 食品名称\* | 食品  分类\*1 | 加工或包装方式\*2 | 食品品牌 | 进食地点\*3 | 购买地点\*3 | 进食时间\* | 进食  人数\* | 其他人是否发病\* |
| 1 |  |  |  |  |  |  | 年 月 日 时 |  | □是 □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：同时填写类型和详细地址，类型如下：

（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：□稀便 □水样便 □米泔样便 □粘液便 □脓血便 □洗肉样变 □鲜血样便  □黑便 □其他  □腹痛 □恶心 □呕吐： 次/天 □发热 ℃ □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、检测结果：

五、诊断结论\*：

六、接诊医生：

附件7

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）

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）

门诊号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 是否复诊\*：□是 □否 是否住院\*：□是 □否 住院号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_

患者姓名\*：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 患者性别\*：□男 □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\*：□本县区 □本市其它县区 □本省其它城市 □外省 □港澳台 □外籍

现住地址\*：\_\_\_\_省\_\_\_\_市\_\_\_\_县（区）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（填写详细）

患者职业\*：□散居儿童 □托幼儿童 □学生 □教师 □餐饮食品业 □商业服务 □医务人员 □工人 □农民 □民工 □牧民渔民 □干部职员 □离退人员 □家务及待业 □其他 □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

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

三、诊断结论\*：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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，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\*3 | 购买地点\*3 | 进食时间\* | 进食人数\* | 其他人  是否发病\* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  | 年 月 日 时 |  | □是□否 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月 日 时 |  | □是□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:同时填写类型和详细地址，类型如下：

进食场所类型：（1）家庭 （2）学校 （3）餐饮服务业（4）集体食堂（5）零售市场（6）农村宴席（7）其他

购买场所类型：（1）家庭 （2）餐饮服务业（3）集体食堂（4）零售市场（5）网店（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\* | 采样量及单位\* | 采样日期\* | 备注 |
| 1 |  | □粪便□肛拭子□血液□脑脊液□呕吐物□暴露食品□其他 |  | 年 月 日 |  |
|  |  | □粪便□肛拭子□血液□脑脊液□呕吐物□暴露食品□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8

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\* | 医疗机构名称 |
|  |  | □粪便□肛拭子□血液□脑脊液□呕吐物  □暴露食品□其他 |  |

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 |  | □+□- |  |  | □是□否 |  |
| 志贺氏菌 | \_\_\_\_年\_\_月\_\_\_日 |  | □+□- |  |  | □是□否 |  |
| 副溶血性弧菌 | \_\_\_\_年\_\_月\_\_\_日 |  | □+□- |  |  | □是□否 |  |
| 致泻性大肠埃希氏菌 | \_\_\_\_年\_\_月\_\_\_日 |  | □+□- |  |  | □是□否 |  |
| 诺如病毒 | \_\_\_\_年\_\_月\_\_\_日 |  | □+□- |  |  | □是□否 |  |
| 其他 | \_\_\_\_年\_\_月\_\_\_日 |  | □+□- |  |  | □是□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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

附件9

食源性疾病主动监测哨点医院每月腹泻病例

汇总表

（2023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：

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。

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。

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。

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。

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”的病人均应统计在“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。

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10

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。衷心感谢你们的合作！

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：

重庆市渝北区卫生健康委员会办公室 2023年4月19日印发