

重庆市渝北区卫生健康委员会文件

渝北卫健〔2023〕106号

重庆市渝北区卫生健康委员会 关于印发2023年渝北区国家食品安全风险 监测工作实施方案的通知

区疾控中心，各医疗卫生机构，市妇幼保健院冉家坝院区，重医大附三院、重庆龙湖医院、重庆北郊医院、重庆芳华医院：

为认真做好2023年我区国家食品安全风险监测工作，根据《中华人民共和国食品安全法》《重庆市卫生健康委员会办公室关于印发2023年重庆市卫生健康部门国家食品安全风险监测工作实施方案的通知》（委办2023—15）要求，结合我区实际，制定了《2023年渝北区国家食品安全风险监测工作实施方案》，现

印发给你们，请认真遵照执行。

重庆市渝北区卫生健康委员会

2023年4月19日

2023 年渝北区国家食品安全风险监测 工作实施方案

一、监测目的

了解我区食品中主要污染物及有害因素的污染水平及分布，并确定可能来源，掌握主要食源性疾病的发病及流行趋势，及时发现食品安全风险和食源性疾病暴发隐患并采取相应风险管控和监管措施，为开展食品安全风险评估和标准制定、修订及跟踪评价等提供科学依据。

二、监测内容

（一）国家食品安全风险监测

1.食品中化学污染物及有害因素监测

全年对鲜、活淡水鱼/虾食品中的化学污染物及有害因素检测，共计 50 份样品（详见附件 3）。

2.食品中微生物及其致病因子监测

全年对肉与肉制品、餐饮食品等食品的微生物及其致病因子监测，共计 30 份样品（详见附件 4）。

3.食品中放射性污染监测

对国产奶粉中 ^{238}U 、 ^{232}Th 、 ^{226}Ra 、 ^{40}K 、 ^{137}Cs 等指标进行监测，上半年和下半年各采集 1 次，全年共采集 2 次，单个样本量不少于 5kg，送市疾控中心检测。

4.既是食品又是中药材物质中污染物监测

全年对铁皮石斛、灵芝等食品的化学污染物及有害因素监测，共计 60 份样品（详见附件 5）。

（二）食源性疾病监测

1. 食源性疾病病例监测。

辖区内所有医疗机构全年对辖区范围内的食源性疑似病例、食源性疾病确诊病例和食源性聚集性病例进行监测，监测内容包括：病例基本信息、临床症状与体征、饮食暴露史等。

（1）接诊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、诊断结论等信息，填写《食源性疾病病例监测信息表》（附件 6），并于 1 个工作日内交到本医疗机构的相关部门。相关部门收到表格后 1 个工作日内审核并通过“食源性疾病监测报告系统”填报病例信息。

（2）接诊医生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相关部门。医疗机构有关部门接到报告后，或在医疗机构每个工作日审核、汇总本医疗机构的食源性疾病个案病例信息时发现符合监测对象中食源性聚集性病例后，应在 24 小时内向区卫生健康委报告，并配合区疾控中心完成个案调查、采样等工作。如发现以下情况时，应立即对病例是否具有可疑共同食品暴露史、临床诊断、时间地点关联性等信息进行核实，并在核实后 2 个小时内通过电话、传真等方式报告：

①聚集性病例人数 30 人及以上或死亡 1 人及以上。

②发生在学校、幼儿园、建筑工地等集体单位，聚集性病例人数 5 人及以上或死亡 1 人及以上。

③发生在地区性或全国性重要活动期间，聚集性病例人数 5 人及以上或死亡 1 人及以上。

（3）区疾控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区卫生健康委和重庆市疾病预防控制中心报告。如发现聚集性病例 30 人及以上或出现死亡病例，应立即进行核实，并在核实后 2 个小时内通过电话、传真等方式报告。

2.食源性疾病暴发监测。

食源性疾病的暴发监测对象为：所有发病人数在 2 人及 2 人以上或死亡 1 人及以上以上的食源性疾病暴发事件。

（1）监测医院在日常诊疗中或区疾控中心在日常数据监测中发现的食源性疾病暴发事件，应及时向区卫生健康委和区市场监督管理局报告。

（2）区疾控中心在食源性疾病暴发事件调查完毕后，及时向区卫生健康委提交分析报告，并于 7 个工作日内通过“食源性疾病暴发监测系统”填报调查事件的内容，同时将暴发调查中分离的菌株上送至市疾控中心，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。

3.食源性疾病主动监测。

渝北区人民医院为我区 2023 年食源性疾病主动监测医院，监测对象为：由食品或怀疑由食品引起的，以腹泻症状（每日排便 3 次或 3 次以上，且粪便性状异常，如稀便、水样便、粘液便或脓血便等）为主诉的感染病例，监测内容如下：

（1）病例信息

主动监测医院临床医生在诊疗活动中，发现符合病例定义的病人时，应采集病例的基本信息、症状与体征等，并询问其饮食暴露史，包括可疑食品名称、进食地点、进食人数、其他人是否发病等，并在 2 个工作日内通过“食源性疾病监测系统”填报病例信息。

（2）病原学检验结果

临床医生依据病例定义，采集病人的新鲜粪便或肛拭标本，应尽量在用药前采集，每月（平均）至少 10 份。对标本进行实验室检测的指标必须包括：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，有条件可选做其他检验项目。在完成检验后 2 个工作日内补录病例标本检测信息（附件 8），并在接诊后两周内向区疾控中心报送阳性病例的食源性致病菌分离株。区疾控中心应尽快对主动监测医院上送的食源性致病菌分离株进行复核，复核后两周内将食源性致病菌分离株送市疾控中心。

（3）实验室确诊病例的调查核实

应当在 7 个工作日内完成对实验室确诊病例的个案调查,并在完成调查后 2 个工作日内通过“食源性疾病监测系统”填报个案调查信息。区疾控中心在审核数据时发现实验室确诊病例为疑似聚集性病例时应进行进一步调查核实,核实后 2 个工作日内向区卫生健康委报告。

(4) 腹泻病例统计

主动监测医院每月的第一周对上个月门诊和住院的腹泻病人数、采集粪便标本的腹泻病人数、采集标本进行沙门氏菌、副溶血性弧菌、致泻大肠埃希氏菌、志贺氏菌及其他病原体检测的病人数及检出菌株数等信息进行统计,具体信息见《食源性疾病主动监测哨点医院每月腹泻病例汇总表》(附件 9)。

三、工作职责

(一) 区卫生健康委

负责制定监测工作方案,做好组织协调,保障工作实施,并对监测技术机构和监测医院进行督导检查。

(二) 区疾控中心

负责食品风险监测样品的采集和检测及数据上报;对监测医院食源性疾病相关信息进行审核、分析及结果上报;食源性致病菌分离株复核;协助有关部门对食品安全事故现场进行卫生学处理,开展食品安全事故的流行病学调查并报告。

(三) 监测医院

区内所有从事食源性疾病诊疗的医疗机构均为监测医院,监

测医院负责本院就诊的食源性疾病病例信息采集和及时报送，二甲以上综合医院每年上报病例不得少于 40 例，二甲以上专科医院每年上报病例不得少于 25 例，其余监测医院每年不得少于 10 例。

（四）主动监测医院

渝北区人民医院为我区食源性疾病病例主动监测医院，除病例信息收集汇总外，另需负责腹泻病例粪便样本采集和检测工作，每年病例上报数不得少于 120 例，每月不少于 10 份。

四、结果报告

（一）国家食品风险监测。区疾控中心原则上在完成样品监测后的 2 日内报送监测数据；重要隐患信息应当在核实后 2 小时内上报，并及时告知市疾控中心和通报相关监管部门。

（二）食源性疾病监测。监测医院应按时向区疾控中心报送食源性疾病病例信息和标本检测结果。区疾控中心应按时向市疾控中心报送病例信息、检测数据和食源性致病菌分离株。

区疾控中心要汇总、分析医疗机构报送的监测结果，发现存在食品安全隐患的（包括疑似食源性异常病例），及时向区卫生健康委报告。区卫生健康委接到食源性疾病病例和食源性疾病暴发事件报告后，及时将相关信息通报区市场监管局，并报告市卫生健康委。

附件：1．2023 年渝北区食源性疾病监测医院名单

2. 食源性疾病病例名词解释
3. 食品中化学污染物及有害因素检测任务表
4. 食品中微生物及其致病因子监测任务表
5. 既是食品又是中药材物质中污染物监测任务表
6. 食源性疾病病例监测信息表
7. 食源性疾病主动监测病例信息表
8. 食源性疾病主动监测生物标本检验结果表
9. 食源性疾病主动监测哨点医院每月腹泻病例汇总表
10. 食源性疾病主动监测实验室确诊病例调查核实表

附件 1

2023 年渝北区食源性疾病预防监测医院名单

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、 热江 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 ≤干部职工

≤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 _____ °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、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）

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 □干部职工 □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

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
<div>□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：_____</div>	<div>□恶心 □腹泻：__次/天 □呕吐：__次/天 性状 □腹痛 □稀便 □便秘 □水样便 □里急后重 □米泔样便 □其他：_____ □粘液便 □脓血便 □洗肉样变 □鲜血样便 □黑便 □其他</div>		<div>□呼吸短促 □咯血 □呼吸困难 □其他：_____</div>	<div>□胸闷 □胸痛 □心悸 □气短 □其他：_____</div>
	泌尿系统	神经系统		皮肤和皮下组织
	<div>□尿量减少 □背部/肾区疼痛 □肾结石 □尿中带血 □其他：_____</div>	<div>□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</div>	<div>□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：_____</div>	<div>□瘙痒 □烧灼感 □皮疹 □出血点 □黄疸 □其他：</div>

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		<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：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		<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 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
		<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	

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：_____

附件 9

食源性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。

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

食源性疾病的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: _____

