

新型冠状病毒感染的肺炎流行病学调查方案

(第二版)

为掌握新型冠状病毒感染的肺炎病例发病情况、暴露史、接触史等流行病学相关信息，做好密切接触者的排查，防范新型冠状病毒感染的肺炎病例的蔓延和传播，特制定本方案。

一、调查目的

(一) 调查病例的发病和就诊情况、临床特征和可能的感染来源；

(二) 发现和管理病例的密切接触者。

二、调查对象

新型冠状病毒感染的肺炎疑似病例、确诊病例以及聚集性疫情。

三、调查内容和方法

县(区)级疾控机构接到新型冠状病毒感染的肺炎病例报告后，应于 24 小时内完成流行病学调查，可通过查阅资料，询问病例、知情人和接诊医生等方式开展。如果病例的病情允许，则调查时应先调查病例本人，再对其诊治医生、家属和知情者进行调查。

调查内容分为第一部分和第二部分，包括基本情况、发病与

诊疗、临床表现、实验室检查、流行病学史、密切接触者信息以及病例的诊断、治疗与转归等，疑似病例仅需填报第一部分，确诊病例填报第一部分和第二部分。《新型冠状病毒感染的肺炎病例个案调查表》见附表。

（一）基本情况：基本人口学信息，如：姓名、性别、年龄、住址、民族、联系方式等信息。

（二）发病与诊疗情况：临床表现、实验室检查、发病就诊经过和病情变化与转归。

（三）可能感染来源：对病例发病前 14 天内的暴露史开展调查，主要调查其发病前武汉相关旅行史或居住史，与**发热呼吸道症状患者的接触史，野生动物及其售卖环境**等相关暴露史。务必详细询问接触时间、方式、频次、地点、接触时采取的防护措施等。调查时，若发现调查表中未列入，但具备重要流行病学意义的内容也应进行详细追问和记录。

（四）密切接触者判定：对病例发病后的活动情况和人群接触情况进行追踪和排查，确定密切接触者。密切接触者定义和判定标准按照《新型冠状病毒感染的肺炎可疑暴露者和密切接触者管理方案（第二版）》执行。

四、组织与实施

按照“属地化管理”原则，由病例发病前的居住地、发病后的活动范围、就诊医疗机构所在的县（市、区）级卫生健康行政部门组织疾病预防控制机构开展新型冠状病毒感染的肺炎病例

的流行病学调查。调查单位应迅速成立现场调查组，根据制定的调查计划，明确调查目的，确定调查组人员组成和各自的职责与分工。调查期间，调查人员要做好个人防护。市级、省级、国家级疾病预防控制中心将根据疫情处理需要赶赴现场，与前期抵达的调查机构组成联合调查组开展现场流行病学调查。

五、信息的上报与分析

县（区）级疾病预防控制机构完成个案调查或聚集性疫情专题调查后，应于2个小时内，将个案调查表或专题调查报告及时通过网络报告系统进行上报，具体报告方式和网址另行通知。同时将流行病学调查分析报告报送本级卫生健康行政部门和上级疾控机构。

附件：新型冠状病毒感染的肺炎病例个案调查表

附件

新型冠状病毒感染的肺炎病例个案调查表 (第二版)

问卷编号: _____ 身份证号: _____

第一部分: 初步调查信息

1. 姓名: _____; 若为儿童, 则监护人姓名 _____
2. 性别: 男 女 (是否孕妇: 是 否)
3. 民族: _____
4. 出生日期: ____年__月__日 (阳历) (如出生日期不详, 则实足年龄: ____岁或__月)
5. 现住址: ____省____市____县(区)____乡(街道) ____号
6. 联系电话: _____
7. 是否为医疗机构工作人员: 是 否
8. 发病前 14 天内, 是否有武汉居住史: 是 否; 是否有武汉旅行史: 是 否
9. 发病前 14 天内, 是否有新型冠状病毒感染的肺炎确诊病例接触史: 是 否
10. 同一家庭、工作单位、托幼机构或学校是否有聚集性发病?
是 否 不清楚
11. 既往病史 (可多选): 无 高血压 糖尿病 心脑血管疾病
肺部疾病 (如哮喘、肺心病、肺纤维化、矽肺等) 慢性肾病 慢性肝病
免疫缺陷类疾病 其他 _____
12. 发病日期: ____年__月__日
13. 症状和体征: 发热: 最高温度____℃ 乏力 干咳 咳痰 鼻塞
流涕 寒战 气促 呼吸困难 咽痛 头痛 肌肉酸痛 关节酸痛
胸闷 呕吐 腹泻 其他 _____
14. 临床严重程度: 肺炎病例 (普通肺炎 重症 危重症) 非肺炎病例
15. 是否住院: 是 (住院日期: ____年__月__日) 否
16. 是否收住 ICU 治疗: 是 否
17. 采集标本类型 (可多选): 咽拭子 鼻拭子 痰液 气管分泌物
气管吸取物 肺泡灌洗液 血标本 粪便 其他 _____
18. 采样日期: ____年__月__日
19. 新型冠状病毒检测结果: 阳性 阴性 待测
20. 诊断类型: 肺炎病例 (疑似病例 确诊病例) 非肺炎病例

第二部分: 确诊病例调查信息

(一) 诊治信息

1. 前往医疗机构就诊前，是否自行服药：否 不知道 是
 如果是，退热药 抗生素类药物 抗病毒类药物 其他药物_____

2. 确诊前就诊过____家医疗机构？医疗机构名称分别_____

3. 确诊时间：____年__月__日，确诊时所在医疗机构名称：_____

4. 是否出院：否 是（出院日期：____年__月__日）

5. 转归情况：痊愈 好转 加重 死亡（死亡时间：____年__月__日）

6. 血常规检查是否异常：否 是

若是，则 WBC $\times 10^9/L$ ；L $\times 10^9/L$ ；L $\%$ ；N $\%$ ；检测时间：____年__月__日

7. 胸部 X 线检查是否异常：否 是 检测时间____年__月__日；初步印象：_____

8. 胸部 CT 检查是否异常：否 是 检测时间____年__月__日；初步印象：_____

9. 除新型冠状病毒病原学和血清学检查外，是否还开展过其他病原检测？

否 是，若是，请填写下表

标本类型*	采集时间	检测病原 **	检测方法 ***	检测结果 ****	检测时间	检测单位

备注：

*标本类型：1. 咽拭子 2. 鼻拭子 3. 痰液 4. 气管分泌物 5. 气管吸取物 6. 肺泡灌洗液
 7. 血液标本 8. 粪便 9. 其他_____

**检测病原：1. 流感病毒 2. 呼吸道合胞病毒 3. 腺病毒 4. 副流感病毒 5. 偏肺病毒
 6. 鼻病毒 7. SARS 冠状病毒 8. MERS 冠状病毒 9. 其他病原

***检测方法：1. 核酸检测 2. 血清学检测 3. 其他

****检测结果：1. 阳性 2. 阴性 3. 待定

(二) 感染来源相关信息

1. 发病前 14 天内，是否有发热呼吸道症状患者接触情况？

否 是，若是，请填写下表

姓名	联系方式	性别	关系	最早接触时间	最后接触时间	接触频率	接触地点	接触方式	采取防护措施情况	备注(注明单次暴露时间)
						<input type="checkbox"/> 经常 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 偶尔	<input type="checkbox"/> 家中 <input type="checkbox"/> 医疗机构: _____ <input type="checkbox"/> 工作场所: _____ <input type="checkbox"/> 娱乐场所: _____	<input type="checkbox"/> 同餐 <input type="checkbox"/> 同住 <input type="checkbox"/> 同屋 <input type="checkbox"/> 同床 <input type="checkbox"/> 同室工作学习 <input type="checkbox"/> 诊疗、护理 <input type="checkbox"/> 同病房 <input type="checkbox"/> 娱乐活动_____ <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
						<input type="checkbox"/> 经常 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 偶尔	<input type="checkbox"/> 家中 <input type="checkbox"/> 医疗机构: _____ <input type="checkbox"/> 工作场所: _____ <input type="checkbox"/> 娱乐场所: _____	<input type="checkbox"/> 同餐 <input type="checkbox"/> 同住 <input type="checkbox"/> 同屋 <input type="checkbox"/> 同床 <input type="checkbox"/> 同室工作学习 <input type="checkbox"/> 诊疗、护理 <input type="checkbox"/> 同病房 <input type="checkbox"/> 娱乐活动_____ <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
						<input type="checkbox"/> 经常 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 偶尔	<input type="checkbox"/> 家中 <input type="checkbox"/> 医疗机构: _____ <input type="checkbox"/> 工作场所: _____ <input type="checkbox"/> 娱乐场所: _____	<input type="checkbox"/> 同餐 <input type="checkbox"/> 同住 <input type="checkbox"/> 同屋 <input type="checkbox"/> 同床 <input type="checkbox"/> 同室工作学习 <input type="checkbox"/> 诊疗、护理 <input type="checkbox"/> 同病房 <input type="checkbox"/> 娱乐活动_____ <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

2.发病前 14 天内农贸市场活动史

(1) 是否去过农贸市场: 是 否 (请跳至 3. 病例居住环境及暴露情况部分)

若去过, 您是农贸市场的: 市场从业人员 供货/进货商 消费者

其他(含送饭、找人、途经等) _____

(2) 从业市场是否售卖野生动物: 是(市场名称_____动物名称_____) 否

(3) 是否接触野生动物: 是(动物名称_____) 否

(4) 是否发现野生动物出现不正常死亡: 是(动物名称_____) 否

(5) 从业市场是否售卖其他动物:

是(市场名称_____动物名称_____) 否

(6) 是否接触其他售卖动物: 是(动物名称_____) 否

(7) 是否发现其他售卖动物不正常死亡: 是(动物名称_____) 否

(8) 是否见过市场内出现过非商品类动物(如老鼠、黄鼠狼等):

是(市场名称_____动物名称_____) 否

是否接触过上述动物: 是(动物名称_____) 否

是否发现上述动物出现不正常死亡: 是(动物名称_____) 否

若为市场从业人员或供货/进货商，请回答

(9) 您从业相关市场名称及摊位：①售卖市场：_____

②送货市场：_____ ③进货市场：_____

(10) 相关店铺经营品类（可多选）：水产，具体品种：_____

家禽，具体品种：_____ 野味，具体品种：_____

生鲜家畜，具体品种：_____ 蔬菜 水果 其他_____

(11) 所从事具体工种为（可多选）：

市场管理人员 店铺老板 加工、宰杀、分拣 售卖 搬运配送

清洁 供货/进货 开票/收银 其他-_____

若为消费者或其他人员（含送饭、找人、途经等），请填下表：

日期	市场名称	接触商品种类	动物名称	接触方式	备注
年 月 日		<input type="checkbox"/> 水产 <input type="checkbox"/> 禽 <input type="checkbox"/> 家畜 <input type="checkbox"/> 野生动物 <input type="checkbox"/> 其他____		<input type="checkbox"/> 购买 <input type="checkbox"/> 途经 <input type="checkbox"/> 其他_____	
年 月 日		<input type="checkbox"/> 水产 <input type="checkbox"/> 禽 <input type="checkbox"/> 家畜 <input type="checkbox"/> 野生动物 <input type="checkbox"/> 其他____		<input type="checkbox"/> 购买 <input type="checkbox"/> 途经 <input type="checkbox"/> 其他_____	
年 月 日		<input type="checkbox"/> 水产 <input type="checkbox"/> 禽 <input type="checkbox"/> 家畜 <input type="checkbox"/> 野生动物 <input type="checkbox"/> 其他		<input type="checkbox"/> 购买 <input type="checkbox"/> 途经 <input type="checkbox"/> 其他_____	

3. 病例居住环境及暴露情况

(1) 家中是否养宠物/动物：是（动物名称_____） 否

(2) 邻居家中是否养宠物/动物：是（动物名称_____） 否

(3) 发病前 14 天内，是否接触过其他动物（老鼠、黄鼠狼等）：

是（动物名称_____） 否

是否发现上述动物不正常死亡：是，动物名称_____ 否

(4) 病例居住地点（村庄/居民楼）周围是否有农贸市场：

是，距离您家大约_____米 否

(5) 农贸市场内是否有禽或动物销售：是 否 不详

调查单位：_____ 调查者签名：_____ 调查时间：_____年___月___日