附件5

通報日期： 年 月 日通報單位：

通報人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 一、 基本資料：

**疑似嚴重特殊傳染性肺炎疫情調查及通報單**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 單位/系所 |  | 調查日期  (西元年) | 年 月 日 |
| 姓名 |  | 性別 | □男 □女 |
| 出生日期  (西元年) | 年 月 日 | 國籍 | □本國籍  □其他，國籍： |
| 居住地 |  | 聯絡電話 |  |
| 職業 |  | 是否為醫療機構人員\* | □否；  是， 職稱： |
| 發病日期  (西元年) | 年 月 日 | 是否懷孕（女性） | □否；  □是，懷孕 週 |
| 註：\*醫療機構人員包含: 醫師、護理師、其他醫事人員、醫學院學生、醫院志工、清潔人員、  外包人員、醫院餐廳員工、與救護人員等。 | | | |

# 二、 臨床狀況：

(一) 症狀 (初始症狀或疾病過程中曾出現)

* 發燒(≥38℃)，請註明開始日期(西元年) 年 月 日
* 全身倦怠 □ 意識混亂躁動 □ 頭痛 □ 結膜充血
* 喉嚨痛 □ 流鼻水鼻塞 □ 咳嗽 □ 呼吸困難
* 胸痛 □ 腹痛 □ 肌肉酸痛 □ 關節酸痛
* 噁心 □ 嘔吐 □ 腹瀉
* 尿量減少 □ 下肢水腫 □ 血尿
* 其他(請註明)，

(二) 發病期間就醫歷程（如篇幅不足，請自行增列）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 就醫日期(西元年/月/日) | 醫療院所名稱 | 型態 |
|  |  | □ 門診 □ 急診 □ 住院 |
|  |  | □ 門診 □ 急診 □ 住院 |
|  |  | □ 門診 □ 急診 □ 住院 |

(三) 是否有慢性疾病？ □否；□是（續填以下欄位，可複選）

* + 精神疾病
  + 神經肌肉疾病
  + 氣喘
  + 慢性肺疾(如支氣管擴張、慢性阻塞性肺疾等，氣喘除外)
  + 糖尿病
  + 代謝性疾病(如高血脂，糖尿病除外)
  + 心血管疾病(高血壓除外)
  + 肝臟疾病(如肝炎、肝硬化等)
  + 腎臟疾病(如慢性腎功能不全、長期接受血液或腹膜透析等)
  + 仍在治療中或未治癒之癌症
  + 免疫低下狀態，說明：
  + 肥胖(BMI≥30)
  + 其他，說明 ：

# 三、 暴露來源調查(發病前 14 天)：

(一) 發病前 14 天內是否曾在國外旅遊或居住：□否 ；□是（續填以下欄位） 曾至之國家和地點(如篇幅不足，請自行增列)：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 國家/城市 | 日期起迄  (西元年/月/日) | 旅遊型態或  目的 | 同行旅客 (人) | 交通工具或  航班編號 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

同行者健康狀況：□無症狀；□有症狀，請註明

(二) 發病前 14 天內接觸史調查：

是否曾接觸有發燒或呼吸道症狀人士：□否 ；□是（續填以下欄位，可複選）

接觸場所為：□ 同住 □ 同處工作 □ 醫療院所 □ 其他，請註明 是否曾接觸嚴重特殊傳染性肺炎極可能或確定病例：□否 ；□是（續填以下欄

位，可複選）

接觸場所為：□ 同住 □ 同處工作 □ 醫療院所 □ 其他，請註明 接觸起迄日期： 年 月 日至 年 月 日

是否曾接觸嚴重特殊傳染性肺炎極可能或確定病例之呼吸道分泌物、體液（包含實驗室檢體）：□否 ；□是（續填以下欄位，可複選）

接觸場所為：□ 同住 □ 同處工作 □ 醫療院所 □ 其他，請註明 接觸起迄日期： 年 月 日至 年 月 日

(三) 發病前 14 天內之活動史調查：

是否曾至中國湖北省（含武漢市）（或公告疫區）：□否 ；□是，地點 ；

日期： 年 月 日是否曾至野味市場：□否 ；□是，地點 ；日期： 年 月 日

是否曾至醫療院所：□否 ；□是，醫療院所名稱：

日期： 年 月 日

(四) 發病前 14 天內之動物接觸史調查：

是否飼養任何動物(寵物)：□否 ；□是，請註明

是否曾接觸禽鳥、活禽市場或養禽場(雞鴨等禽類) ：□否 ；□是，請註明 是否曾接觸畜牧場(豬、牛、羊及鹿等畜類) ：□否 ；□是，請註明 是否曾接觸屠宰場：□否 ；□是，□是，請註明

是否曾接觸或食用野生動物：□否 ；□是，請註明 是否有其他動物接觸史：□否 ; □是，請註明

# 聯絡紀錄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日期 | 紀 錄 | 簽名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# 單位主管核章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日