

# 流感样疾病临床病例观察表

## 填写说明

1、“流感样疾病临床病例观察表”是根据流行性感动的临床特点而制定，供临床医生在临床研究中对流感样疾病进行观察记录。

2、“流感样疾病临床病例观察表”由以下4部分构成：

(1)初次就诊时填写内容：一般资料，发病时临床症状，就诊前用药情况，流行病学史、既往史及个人史，刻下症状（就诊时的临床症状），体格检查及实验室检查，西医诊断，中医辨证，治疗记录等。

(2)观察记录表：供每一次观察时记录，可根据观察次数复制空白表格进行填写。包括：观察时点的体温记录，症状观察表，并发症情况，体格检查，实验室检查，治疗记录等。

(3)出院总结：供患者出院时记录。包括：病情转归，住院天数，出院诊断，出院时的带药情况。

(4)随访记录：供患者出院后一月内，进行随访时记录。

3、症状观察表中各症状“轻、中、重”的界定：

症状	轻	中	重
发热	轻微发热感觉	较明显发热感觉	重度发热感觉
恶寒	感觉轻微	感觉较明显，但可忍受	感觉明显，需加衣裤或取暖方可忍受
恶风	感觉轻微	感觉较明显	感觉非常明显
肌肉酸痛	偶有肌肉酸痛	轻度和重度之间	严重肌肉酸痛，影响工作和睡眠
鼻塞	一侧鼻腔不透气	双侧鼻腔不透气	双鼻不透气，张口呼吸，影响睡眠
咽痛	偶有咽喉痛	轻度和重度之间	严重咽喉痛，影响吞咽
咳嗽	偶有	轻度和重度之间	昼夜频繁咳嗽
头痛	偶有疼痛	轻度和重度之间	严重头痛，影响日常生活和工作
身倦乏力	稍感乏力	四肢乏力	全身乏力严重
汗出	量少，或衣襟微湿润	量中，或衣襟湿润	量多，或衣襟湿透

医院名称		序号		病历号											
------	--	----	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 流感样疾病临床病例观察表

**注意：** 凡有“□”的项目，在符合答案后的“□”内划“√”，请不要漏项。

### 一般资料

姓 名 \_\_\_\_\_ 男  女  年龄   岁

家庭住址 \_\_\_\_\_

身份证号

联系电话

发病时间：200  年  月  日 最高体温：. °C 未测量

就诊时间：200  年  月  日  时  分 就诊时体温：. °C

主诉 \_\_\_\_\_

### 发病时临床症状

		无	如有请在下面的“□”内打“√” )	轻	中	重
01	发热	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述：_____			
02	恶寒	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述：_____			
03	恶风	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述：_____			
04	肌肉酸痛	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述：_____			
05	鼻塞	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述：_____			
06	咽痛	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述：_____			
07	咳嗽	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述：_____			
08	头痛	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述：_____			
09	身倦乏力	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述：_____			
10	汗出	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述：_____			
11	流涕	<input type="checkbox"/>	流清涕 <input type="checkbox"/> 流黄浊涕 <input type="checkbox"/>			
12	口渴	<input type="checkbox"/>	口渴欲饮 <input type="checkbox"/> 口渴不欲饮 <input type="checkbox"/> 口干 <input type="checkbox"/>			
13	咯痰	<input type="checkbox"/>	痰白 <input type="checkbox"/> 痰黄 <input type="checkbox"/> 痰稀 <input type="checkbox"/> 痰粘 <input type="checkbox"/>			
14	小便异常	<input type="checkbox"/>	量少 <input type="checkbox"/> 色黄 <input type="checkbox"/> 不畅 <input type="checkbox"/>			
15	大便异常	<input type="checkbox"/>	大便干 <input type="checkbox"/> 腹泻 <input type="checkbox"/> (腹泻次数 <input type="text"/> <input type="text"/> 次/日)			
16	纳差	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>			
17	恶心	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>			
18	呕吐	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>			
19	气短	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>			
20	胸闷	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>			
21	精神症状	<input type="checkbox"/>	烦躁 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 谵语 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/>			
其他症状：_____						

### 就诊前用药情况

是否服用相关感冒治疗药物： 否  是  (“是”则需具体填写以下内容：药物名称、用法用量、已用次数或使用天数)：

药物 1 \_\_\_\_\_ 药物 2 \_\_\_\_\_

药物 3 \_\_\_\_\_ 药物 4 \_\_\_\_\_

医院名称		序号		病历号										
------	--	----	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 流行病学史、既往史及个人史

是否接种过流感疫苗：否  不详  是  (回答“是”者则需填写时间)

最近 1 次流感疫苗接种时间 200  年  月

猪、禽类密切接触史：无  有

是否与流感患者有密切接触：是  否  是否来自疫区：是  否

既往病史 健康  是  否

若既往曾患疾病请具体填写：1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

个人史 吸烟  不吸或偶尔吸  经常吸 (≥5 支/日)

运动锻炼  几乎不锻炼  每周 1-2 次  每周 3 次及以上

### 刻下症状

		无	如有请在下面的“ <input type="checkbox"/> ”内打“ <input checked="" type="checkbox"/> ”可以多选)	轻	中	重
01	发热	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述: _____			
02	恶寒	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述: _____			
03	恶风	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述: _____			
04	肌肉酸痛	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述: _____			
05	鼻塞	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述: _____			
06	咽痛	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述: _____			
07	咳嗽	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述: _____			
08	头痛	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述: _____			
09	身倦乏力	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述: _____			
10	汗出	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 描述: _____			
11	流涕	<input type="checkbox"/>	流清涕 <input type="checkbox"/> 流黄浊涕 <input type="checkbox"/>			
12	口渴	<input type="checkbox"/>	口渴欲饮 <input type="checkbox"/> 口渴不欲饮 <input type="checkbox"/> 口干 <input type="checkbox"/>			
13	咯痰	<input type="checkbox"/>	痰白 <input type="checkbox"/> 痰黄 <input type="checkbox"/> 痰稀 <input type="checkbox"/> 痰粘 <input type="checkbox"/>			
14	小便异常	<input type="checkbox"/>	量少 <input type="checkbox"/> 色黄 <input type="checkbox"/> 不畅 <input type="checkbox"/>			
15	大便异常	<input type="checkbox"/>	大便干 <input type="checkbox"/> 腹泻 <input type="checkbox"/> (腹泻次数 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 次/日)			
16	纳差	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>			
17	恶心	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>			
18	呕吐	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>			
19	气短	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>			
20	胸闷	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>			
21	精神症状	<input type="checkbox"/>	烦躁 <input type="checkbox"/> 嗜睡 <input type="checkbox"/> 谵语 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/>			
其他症状:						
舌质:		舌苔:		脉象:		
请列出患者症状中主要症状的序号 _____						
并发症 <input type="checkbox"/> 无; <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝功能损伤 <input type="checkbox"/> ARDS <input type="checkbox"/> 心脏损害 <input type="checkbox"/> DIC <input type="checkbox"/> 肾功能损伤 <input type="checkbox"/> 其他:						

医院名称		序号		病历号											
------	--	----	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 体格检查及实验室检查

<b>体格检查</b>	T:            °C	P:            次/分	R:            次/分
	结膜: 正常 <input type="checkbox"/> 充血 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/>	咽部检查:            正常 <input type="checkbox"/> 充血 <input type="checkbox"/>	
	扁桃腺: 正常 <input type="checkbox"/> 肿大 <input type="checkbox"/> 化脓 <input type="checkbox"/>	咽后壁淋巴滤泡增生:    无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>	
	肺部体征: 干罗音 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无;	湿罗音 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
<b>病原学检查:</b>			
CRP (mg/L) :			
血常规	检查时间 月 日	心肝肾功能	检查时间 月 日
白细胞计数 (×10 <sup>9</sup> / L)		ALT (IU/L)	
血色素 (g/l)		TBIL (mg/dL)	
中性 (%)		CR (mg/dL)	
淋巴 (%) 绝对值		BUN (mg/dL)	
血小板 (×10 <sup>9</sup> / L)		CK (IU/L)	
胸片(胸片号_____): <input type="checkbox"/> 正常		CK-MB (IU/L)	
<input type="checkbox"/> 异常:		LDH (IU/L)	
CT(CT号_____): <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常:			
心电图 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常:			

**西医诊断:** 发热/医学观察    疑似流感    确认流感

**中医辨证:** \_\_\_\_\_

### 治疗记录

<b>西药使用</b>		<b>中药使用</b> <input type="checkbox"/> 无; <input type="checkbox"/> 有 _____剂
<input type="checkbox"/> 奥司他韦	用量用法:	<b>方药:</b>
<input type="checkbox"/> 其它抗病毒药 (药名)	用量用法:	
<input type="checkbox"/> 抗生素(药名)	用量用法:	
<input type="checkbox"/> 退热药(药名)	用量用法:	
<input type="checkbox"/> 糖皮质激素 (药名)	用法用量:	<b>中成药:</b>  <input type="checkbox"/> 莲花清瘟胶囊 <input type="checkbox"/> 银黄类制剂 <input type="checkbox"/> 双黄连口服制剂 <input type="checkbox"/> 葛根芩连微丸 <input type="checkbox"/> 藿香正气制剂 <input type="checkbox"/> 安宫牛黄丸 <input type="checkbox"/> 痰热清 <input type="checkbox"/> 血必净 <input type="checkbox"/> 清开灵 <input type="checkbox"/> 醒脑静注射液
<input type="checkbox"/> 鼻导管吸氧 <input type="checkbox"/> 呼吸机		
<b>其它治疗:</b>		

**填表医生签名:** \_\_\_\_\_ **日期:** 200 年 月 日

**监查员签名:** \_\_\_\_\_ **日期:** 200 年 月 日

医院名称		序号		病历号										
------	--	----	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 观察记录表

入院第\_\_\_\_\_天，发病第\_\_\_\_\_天。

发热：8am T\_\_\_\_\_℃ 12N T\_\_\_\_\_℃ 4pm T\_\_\_\_\_℃ 10pm T\_\_\_\_\_℃

		无	如有请在下面的“□”内打“√”可以多选)	轻	中	重
01	发热	<input type="checkbox"/>	有□ 描述：_____			
02	恶寒	<input type="checkbox"/>	有□ 描述：_____			
03	恶风	<input type="checkbox"/>	有□ 描述：_____			
04	肌肉酸痛	<input type="checkbox"/>	有□ 描述：_____			
05	鼻塞	<input type="checkbox"/>	有□ 描述：_____			
06	咽痛	<input type="checkbox"/>	有□ 描述：_____			
07	咳嗽	<input type="checkbox"/>	有□ 描述：_____			
08	头痛	<input type="checkbox"/>	有□ 描述：_____			
09	身倦乏力	<input type="checkbox"/>	有□ 描述：_____			
10	汗出	<input type="checkbox"/>	有□ 描述：_____			
11	流涕	<input type="checkbox"/>	流清涕□ 流黄浊涕□			
12	口渴	<input type="checkbox"/>	口渴欲饮□ 口渴不欲饮□ 口干□			
13	咯痰	<input type="checkbox"/>	痰白□ 痰黄□ 痰稀□ 痰粘□			
14	小便异常	<input type="checkbox"/>	量少□ 色黄□ 不畅□			
15	大便异常	<input type="checkbox"/>	大便干□ 腹泻□(腹泻次数□□次/日)			
16	纳差	<input type="checkbox"/>	有□			
17	恶心	<input type="checkbox"/>	有□			
18	呕吐	<input type="checkbox"/>	有□			
19	气短	<input type="checkbox"/>	有□			
20	胸闷	<input type="checkbox"/>	有□			
21	精神症状	<input type="checkbox"/>	烦躁□ 嗜睡□ 谵语□ 昏迷□			
其他症状：						
舌质：		舌苔：		脉象：		
请列出患者症状中主要症状的序号_____						
并发症 <input type="checkbox"/> 无； <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肝功能损伤 <input type="checkbox"/> ARDS <input type="checkbox"/> 心脏损害 <input type="checkbox"/> DIC <input type="checkbox"/> 肾功能损伤 <input type="checkbox"/> 其他：						

## 体格检查

体 格 检 查	T:           ℃		P:           次/分		R:           次/分		
	结膜： 正常□ 充血□ 出血□			咽部检查：           正常□ 充血□			
	扁桃腺： 正常□ 肿大□ 化脓□			咽后壁淋巴滤泡增生： 无□ 有□			
	肺部体征： 干罗音 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无；			湿罗音 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无			

医院名称		序号		病历号										
------	--	----	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 实验室检查

血常规	检查时间 月 日	心肝肾功能	检查时间 月 日
白细胞计数 ( $\times 10^9 / L$ )		ALT (IU/L)	
血色素 (g/l)		TBIL (mg/dL)	
中性 (%)		CR (mg/dL)	
淋巴 (%) 绝对值		BUN (mg/dL)	
血小板 ( $\times 10^9 / L$ )		CK (IU/L)	
胸片(胸片号_____):		CK-MB (IU/L)	
CT(CT号_____): <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常:		LDH (IU/L)	
心电图 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常:			
病原学检查:			

### 治疗记录

西药使用		中药使用 <input type="checkbox"/> 无; <input type="checkbox"/> 有 _____剂
<input type="checkbox"/> 奥司他韦	用量用法:	方药:
<input type="checkbox"/> 其它抗病毒药(药名)	用量用法:	
<input type="checkbox"/> 抗生素(药名)	用量用法:	
<input type="checkbox"/> 退热药(药名)	用量用法:	
<input type="checkbox"/> 糖皮质激素(药名)	用法法量:	
<input type="checkbox"/> 鼻导管吸氧 <input type="checkbox"/> 呼吸机		<input type="checkbox"/> 莲花清瘟胶囊 <input type="checkbox"/> 银黄类制剂 <input type="checkbox"/> 双黄连口服制剂 <input type="checkbox"/> 葛根芩连微丸 <input type="checkbox"/> 藿香正气制剂 <input type="checkbox"/> 痰热清 <input type="checkbox"/> 安宫牛黄丸 <input type="checkbox"/> 血必净 <input type="checkbox"/> 清开灵 <input type="checkbox"/> 醒脑静注射液
其它治疗:		

填表医生签名: \_\_\_\_\_ 日期: 200 年 月 日 时

监查员 签名: \_\_\_\_\_ 日期: 200 年 月 日

医院名称		序号		病历号															
------	--	----	--	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 出院总结

- 1、患者病情转归情况：痊愈出院 转院 死亡
- 2、住院天数：\_\_\_\_\_天； 出院诊断 \_\_\_\_\_。
- 3、出院带药情况：

填表医师签字\_\_\_\_\_

主检医师签字\_\_\_\_\_

## 随访记录（出院后一月内，电话随访记录）

患者姓名\_\_\_\_\_ 出院日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_

- 1、 目前有何不适？
- 2、 是否已恢复工作/学习？
- 3、 是否还在继续服用治疗本病的药物？

随访医师签字\_\_\_\_\_

随访日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日