

延津县疾病预防控制中心突发公共卫生事件应急预案

(2016年修订)

一、总则

(一) 编制目的

有效预防、及时控制和消除突发公共卫生事件及其危害，指导和规范各类突发公共卫生事件的应急处理工作，最大程度地减少突发公共卫生事件对公众健康造成的危害，保障公众身心健康与生命安全。

(二) 编制依据

依据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国突发事件应对法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《中华人民共和国食品安全法》，参照《国家突发公共事件总体应急预案》、《延津县突发公共事件总体应急预案》制定本预案。

(三) 适用范围

本预案适用于延津县疾病预防控制中心在处置突然发生，造成或者可能造成社会公众身心健康严重损害的较大传染病、群体性不明原因疾病、较大食物中毒以及因自然灾害、事故灾难或社会安全等事件引起的公共卫生事件的应急处理工作。

(四) 工作原则

以人为本，有效处置；统一领导，分工协作；科学有序，快速响应；加强管理，强化保障。

(五) 分类分级

根据突发公共卫生事件性质、危害程度、涉及范围，突发公共卫生事件划分为特别重大（Ⅰ级）、重大（Ⅱ级）、较大（Ⅲ级）和一般（Ⅳ级）四级。

二、组织领导

根据突发公共卫生事件和重大疾病防控的工作特点，要求全中心职工，认清当前形势，顾大局，科室之间密切配合，相互协调。经领导研究决定，成立延津县疾病预防控制中心突发公共卫生事件应急处置领导小组（附件1），下设综合协调组、技术支持组、传染病疫情现场处置组、食物中毒现场调查处置组、病因检验检测组、环境污染处置组、疫情信息组、后勤保障组、突发公共卫生事件处置预备队（各分组人员名单见附件4）。同时成立延津县不明原因肺炎、SARS、人禽流感、流感防控技术专家组（附件2）。

三、职责分工

(一) 领导小组职责

- 1、根据突发公共卫生事件应急形势和上级要求，研究市疾控中心突发公共卫生事件应急处置对策，领导中心突发公共卫生事件应急处置和各项准备工作；
- 2、研究解决突发公共卫生事件应急处置工作中出现的问题。

(二) 综合协调组职责

- 1、协助领导小组组织召开例会，协调各小组做好应急处理工作；
- 2、贯彻领导小组的决策、督导、督察各小组工作的落实；
- 3、专用车辆的调配和管理；
- 4、负责值班人员的调配；
- 5、负责新闻宣传工作。

(三) 技术支持组职责

- 1、及时、全面了解突发公共卫生事件应急处置工作的政策，为领导小组决策提供参考；
- 2、负责信息收集和更新工作；

3、防治措施研究及防治技术方案修订和组织技术培训。

(四) 传染病疫情现场处置组职责

- 1、及时组织流行病学现场调查和处置；
- 2、负责传染病传染源和接触者的追踪调查；
- 3、负责疫点消毒、隔离的现场指导；
- 4、根据上级要求负责“SARS”、人禽流感、霍乱等重大传染病的疫情监测工作。
- 5、指导协调各县（市、区）疾控中心突发公共卫生事件应急处置等防控工作。

(五) 食物中毒现场调查处置组职责

- 1、及时组织开展食源性疾病的调查；
- 2、开展病原追踪调查、分析，指导病人救治；
- 3、对食源性中毒的预防提出指导性意见。

(六) 环境污染处置组职责

- 1、负责落实疫区、疫点公共场所等的消毒实施；
- 2、配备消毒药品、维修保养消毒器械；
- 3、指导疫区、疫点公共场所等的消毒工作。

(七) 病因检验检测组职责

- 1、负责采集、保存、运送病原和其他标本；
- 2、负责对所采集的样品进行检测报告；
- 3、负责有关检验试剂的准备，病因的研究和来源分析。

(八) 疫情信息组职责

- 1、根据要求负责突发公共卫生事件监测、预警等网络直报；
- 2、负责突发公共卫生事件应急处置防治技术等信息的收集和分析；
- 3、协调中心有关科室建立、整理、保存相关技术档案、资料。

(九) 后勤保障组职责

- 1、负责后勤物资供应、经费落实工作；
- 2、负责突发公共卫生事件应急处置经费落实等；

四、监测、报告和信息管理

(一) 监测预警

- 1、通过对常规传染病疫情信息报告管理系统的监测，发现并预警可能升级为突发事件的传染病暴发疫情；
- 2、通过日常不明原因肺炎监测和传染病专病监测，发现可能的突发公共卫生事件；
- 3、浏览新闻媒体、接受群众举报等途径及时发现突发事件的信息；
- 4、及时浏览突发公共卫生事件网络直报系统，监视已经报告突发事件的进展，按照有关规定完成各种相关信息、资料的收集、整理和归档。

(二) 事件报告

- 1、设立24小时值班室，24小时值班，节假日不间断。
- 2、值班人员接到群众举报、下级报告和上级反馈的可能的突发公共卫生事件后，及时向中心值班领导报告、通知中心应急办，根据事件的性质，通知有关科室及时到达现场。
- 3、接到确认的突发公共卫生事件后，2小时内进行网络直报，同时向延津县卫生局和河南省疾病预防控制中心报告。

(三) 信息管理与报告

信息中心、传染病控制相关科室接收到信息后，应详细询问事件的性质、发生的地点、时间、发病人数、死亡人数、涉及人数，通过必要的方式立即核实信息是否属实。

经初步证实后，属一般或未分级的事件，由相应科室提出相应的应急控制措施，反馈事发地县（市、区）疾病预防控制中心处理，对认定需要派出应急现场工作组时，应立即填写《延津县疾病预防控制中心卫生应急信息处理单》（附件5），送中心有关主任，相关科室根据领导指示，组织落实相应控制措施和派出现场工作组。

突发公共卫生事件的责任报告单位、责任报告人、报告时限和程序、网络直报均按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范》执行。

突发公共卫生事件报告分为初次报告、进程报告和结案报告，应当根据事件的严重程度、事态发展和控制情况及时报告事件进程。

初次报告内容包括突发公共卫生事件的初步信息，应当说明信息来源、事件性质、危害范围及程度、人群健康影响的初步判定等，也要报告已经采取和准备采取的控制措施等内容。

进程报告内容包括事件危害进展、新的证据、采取的措施、控制效果、对事件危害的预测、计划采取的措施和需要帮助的建议等。重大突发公共卫生事件至少每日进行进程报告。

结案报告内容包括事件发生原因、事件性质、波及范围、发病情况、现场处理措施及效果等，还要对事件原因和应急响应进行总结，提出建议。结案报告应当在应急响应终止后7日内呈交。

五、事件的分级响应

（一）应急响应原则

发生突发公共卫生事件时，市、县疾病预防控制中心在本级卫生局领导下，按照属地管理、分级响应的原则，迅速成立突发公共卫生事件现场指挥机构，组织专家制定相关处置方案，积极开展卫生应急工作。

（二）分级响应

达到一般突发公共卫生事件后，县（市、区）疾病预防控制中心立即启动IV级应急响应，迅速开展卫生应急工作，并将应急工作情况及时报县（市、区）卫生局和市疾病预防控制中心。市疾病预防控制中心根据工作需要及时提供技术支持和指导。

达到较大突发公共卫生事件后，市疾病预防控制中心即启动III级应急响应，迅速开展突发公共卫生应急工作，并将应急工作情况及时报市卫生局和省疾病预防控制中心。根据事件进程必要时请河南省疾病预防控制中心派专家支援。

经中心应急专家小组判定，事件等级有可能达到重大事件（II级），立即请省疾病预防控制中心支援，由省卫生厅组织有关专家进行分析论证，提出启动预案的建议。调查处理以省级为主，本中心积极配合。

六、市级应急响应

（一）启动预案，应急到位

达到较大突发公共卫生事件后，市疾病预防控制中心立即按照报告程序和时限向市卫生局和省疾病预防控制中心报告，经批准后即启动市级应急响应，并做好以下工作。

1、人员准备：根据突发公共卫生事件发生性质，成立突发公共卫生事件现场处置工作组，确定工作组负责人，安排相关科室专业人员参加现场处置工作，出发前明确成员职责和分工。

2、技术准备：现场工作组根据已经掌握的线索，开展文献检索、搜集相关法律、法规和技术方案，制定个案调查表，与检验科联系现场采样和检测准备事宜。

3、物资准备：现场工作组领取应急箱、个人防护用品、消杀药品和器械，准备现场快速检测设备和试剂、宣传资料、照相机、车辆等。

4、响应时限：派出现场工作组的指令下达后，工作组应在1小时内准备完毕，从中心出发赶赴事件所在地。

(二) 现场处置

1、初步核实，分析病因

现场工作组到达现场，应立即与当地有关部门一起核实疫情或事件，召开有关会议，了解情况，交流意见，安排布置有关工作。主要内容：

听取汇报：了解事件发生、发展过程，以及最新情况；了解当地过去有无类似事件发生；发病地区人群近期与事件相关的生产、生活、娱乐等相关活动情况；共同暴露或接触人群；已采取的措施及其效果；周边地区或单位有无类似病例发生。

核实疫情或事件：与参与诊治的临床医生进行访谈，查阅病历记录，核实化验结果，收集临床相关资料；访视部分病例，必要时亲自对现症病例进行体格检查和采样检测。根据病例的临床表现、实验室结果，结合流行病学资料进行综合分析，对疫情或事件性质做出初步判断。

2、确定现场工作计划

商讨现场工作思路，商议初步的预防控制措施实施计划，根据对已有资料的分析 and 已采取的措施效果，形成初步的预防控制方案，列出现场必须完成的工作项目，确定联络人和现场工作例会制度，商议落实实施计划。

3、设计调查表，确定病例定义

根据事件性质，采用现有调查表或根据现场具体情况进行补充修订或重新拟订。在病原或流行因素还未明确的情况下，调查表的内容应该全面和详尽。

流行病学个案调查表应包括以下内容：基本信息：姓名、性别、年龄、职业、住址、工作单位、联系方式等；临床相关信息：发病日期、就诊日期、临床症状、体征、就诊和治疗情况、临床检查和化验结果等，以及病情的进展或转归；流行病学信息；患者感染、暴露来源及途径等；采样、检测情况及结果。

在初步调查的基础上建立病例定义，定义应包括时间、地点，人群范围界限，以及临床表现，实验室检测结果等基本内容。病例定义可分为确诊病例、临床诊断病例、疑似病例。在现场调查早期或搜索病例阶段，建议使用敏感性高的病例定义；在病因研究阶段应使用特异性高的病例定义。

4、搜索病例

按照确定的病例定义开展病例搜索，列出病例信息清单（或一览表），并对病例进行流行病学个案调查。

除在事件发生地通过医院、社区调查、接触者追踪进行病例搜索外，还需要了解周边地区或单位有无类似病例发生。同时可建立临时的监测系统，动态收集新发病例资料。

5、流行病学调查

(1) 个案调查

对发现并核实后的每一个病例都应及时地进行详尽的流行病学调查，完整地逐项地填写个案调查表。在进行个案调查时应注意对调查表中虽然没有列入，但在调查中发现有流行病学意义的内容（线索）应进行详细追问和描述，特别要注意收集指征病例和特殊病例的资料。

(2) 专题调查

在个案调查的基础上，根据需要，有针对性地开展某些专题调查。专题调查应有针对性，针对某一情况进行深入的调查，调查前应设计专用调查表和调查提纲，在调查过程中要注意采集有价值的标本。

(三) 样本采集与运送

根据调查情况，采集患者、宿主动物和传播媒介等标本；发生食物中毒时，对污染物、饮水、室内空气、中毒病人的呕吐物、剩余食物、粪便、血清等进行无菌采样，及时进行实验室血清学和病原学检测，明确病因或病因线索。

1、按照及时、准确、代表性和安全的原则，分别采集足量的单份容量、份数数量足够的样品。所有样品应按照不同检测目的要求保存、运输，以备检测。

2、样品采集后连同病例个案表，尽快送实验室，实验室在接到样品后要立即进行检测，综合患者的临床症状及流行病学调查结果，在规定的时间内以最快的速度出具检测报告。能在现场完成检测的标本应进行现场快速检测。

（四）描述性分析，提出假设

在全面调查的基础上，对调查资料进行整理归纳分析，选用恰当的统计图表，以形象、直观、明了的方式展示疾病三间分布状况。必要时，建立和提出病因假设。病因假设应具有合理性，可解释各种分布的特征；被调查中的事实所验证；能够解释大多数的病例情况。

（五）综合控制措施

事件发生初期，即使没有明确的与病因有关的流行病学证据，也要提出并采取特定的公共卫生措施。首先，应对事件的危险度进行初步评估，在此基础上以减少发病和死亡为目的，根据以下原则采取相应的紧急措施：

根据事件的起因、发生发展途径，以及事件的特征确定控制和预防措施。现场控制措施主要包括控制或消除传染源（危险源）、减少与暴露因素的接触、保护易感（高危）人群，开展卫生救援，控制事态的进一步发展。必要时建议事发地启动相关预案。在现场处置过程中，工作人员应做好个人防护。

1、开展现场处置，协助救治病人，怀疑为传染病时，应对尚未隔离的病人进行隔离治疗；

2、对疑似病例、密切接触者（共同暴露者）进行追踪和医学观察；

3、必要时，对易感（高危）人群进行预防服药、应急接种，针对性地开展健康教育和行为干预；

4、在现场及周边地区开展主动监测，必要时实行日报、零报；

5、提出对传染病划分疫点、疫区的建议；对影响范围广的疫情或污染中毒事故应视情况，协助有关部门制定疫区、事故污染区封锁、人员疏散方案。

（六）消毒管理

1、确定疫点、疫区

（1）疫点是指病原体从传染源向四周播散的较小范围或单个疫源地。主要指病人居留过的场所如家庭、宾馆、医院病房、车辆等。

（2）疫区是指传染病在人群中暴发、流行，其病原体向周围播散时所能及的地区。范围的划定由流行病学专家根据有关指征确定。

2、技术要求

（1）在疫点(区)周围设置警示标志，禁止无关人员进入消毒区域内，对出入区域的人员、物资和有关物品必须进行严格的消毒。

（2）对疫点(区)内被病原体污染的空气、物品、用具、场地、排泄物、呕吐物等进行严格彻底消毒。

3、以传染病流行情况和病原体监测结果为依据确定消毒的持续时间。

4、在消毒过程中，做好污染源的管理，疫点(区)的封锁、隔离，灭蝇、防蝇，灭鼠、防鼠，灭蚤，做好饮用水、污水、食品和管理，搞好环境卫生。

5、消毒工作完毕，消毒人员穿着的工作服、胶鞋等进行喷洒消毒后脱下，将衣物污染面向内卷在一起，放在布袋中带回消毒。

(七) 健康教育与技术培训

根据卫生应急事件控制的实际，需要组织在事件发生区域及周边开展应急健康教育和危机干预的，现场工作组应确定健康教育的内容，迅速确定健康教育和危机干预的形式、方法、编印相应的健康传播材料，安排专业人员赶赴现场、组织和协助事发地开展应急健康教育和危机干预。

(八) 资料整理归档

- 1、报告记录；
- 2、应急处理机构组织形式及成员名单；
- 3、调查处理方案；
- 4、调查及检验、诊断记录和结果材料；
- 5、控制措施及效果评价材料；
- 6、总结及其它调查结案材料。

(九) 启用应急预备队

根据事件处置进展，各专业组如认为有必要动用应急预备队，可向主管领导提出申请，报中心主任批准可启用应急预备队协助开展工作。

七、事件的确认、终止及评估

(一) 应急反应等级的确认

依据《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范》及本预案分类分级标准，结合病人临床表现和实验室检测结果，对本次突发公共卫生事件初次认定的等级进一步进行确认。

(二) 应急反应的终止

突发公共卫生事件应急反应的终止需符合以下条件：突发公共卫生事件隐患或相关危险因素消除，或未例传染病病例发生后经过最长潜伏期无新的病例出现。

(三) 事件处理工作评估

突发公共卫生事件应急响应结束后，疾病预防控制中心应当组织相关人员对整个事件的调查处理进行综合评估，及时总结卫生应急工作中的经验、教训。评估报告上报市卫生局和省疾病预防控制中心。

八、后勤保障

(一) 物资保障：做好突发公共卫生事件应急处置的物资准备，包括车辆、疫苗、药品、消杀用品、个人防护用品、检验试剂等。

(二) 资金保障：财政专项资金保证疫情应急处置、疫情监测等所需经费。

(三) 应急队伍建设和培训：建立流行病学调查、健康教育、检验、行政信息、后勤保障等专业应急队伍和后备力量，定期进行技术培训和演练，确保有效应对各类突发公共卫生事件。

附件：

- 1.延津县疾病预防控制中心突发公共卫生事件应急处置领导小组
- 2.延津县疾病预防控制中心不明原因肺炎、SARS、人禽流感、流感防控技术专家
组
- 3.延津县疾病预防控制中心突发公共卫生事件报告处置流程图
- 4.延津县疾病预防控制中心突发公共卫生事件应急处置各工作组人员组成
- 5.延津县疾病预防控制中心突发事件信息处理单

二〇一七年一月十日

附件 1:

延津县疾病预防控制中心突发公共卫生事件应急处置领导小组

组 长：王 凯

副组长：郭卫华 朱广杰 袁景风 杨子雷

成 员：胡兰英 魏丽 郭利贞 周海文 田向华 郭荣莉 郑爽 王新霞

附件 2:

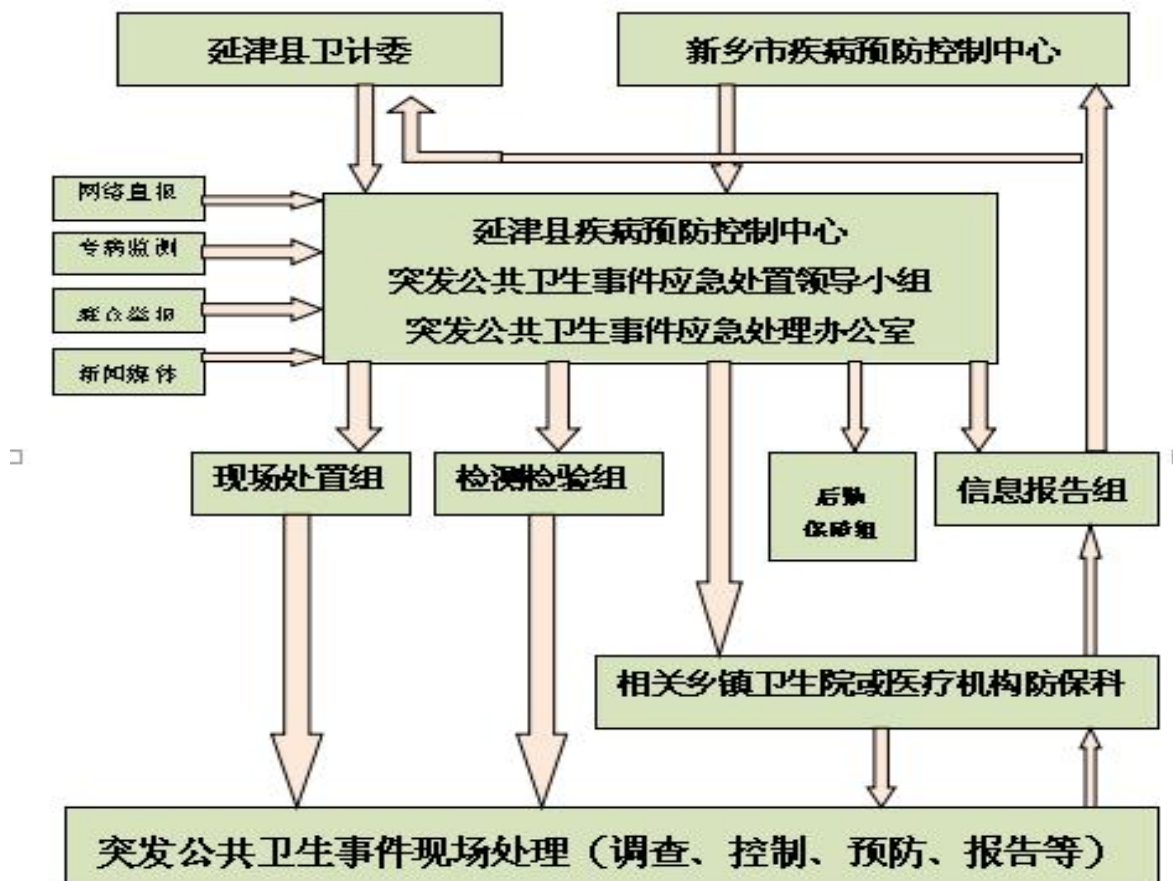
**延津县疾病预防控制中心霍乱、不明原因肺炎、
SARS、人禽流感、甲型 H1N1 流感防控技术专家组**

组 长：朱广杰

成 员：胡兰英 魏丽 郭利贞 周海文 田向华

附件 3:

**延津县疾病预防控制中心
突发公共卫生事件应急处置流程图**



附件 4:

**延津县疾病预防控制中心
突发公共卫生事件应急处置各工作组人员组成**

(一) 综合协调组

组 长：王凯

副组长：杨子雷

成 员：申长琴 袁静风 胡兰英

(二) 技术支持组

组 长：朱广杰

成 员：胡兰英 魏丽 郭利贞

(三) 传染病疫情现场处置组

组 长：郭卫华

成 员：周海文 郭利贞 田向华

(四) 消杀组

组 长：郭卫华

成 员：秦雪 郑帅宇 张梦龙

(五) 病原采样检测组

组 长：袁景风

成 员：王新霞 郭荣莉 郑爽

(七) 疫情信息组

组 长：朱广杰

成 员：周海文 郭利贞 魏丽

(八) 后勤保障组

组 长：申长琴

成 员：杨子雷 乔晓芳

(九) 延津县疾病预防控制中心救灾防病应急处置预备队

除以上人员外,市疾控中心所有在职职工均为突发公共卫生事件应急处置预备队成员。

附件 5

延津县疾病预防控制中心突发事件信息处理单

(内部资料 妥善保管)

编号:

方 式	1.电话; 2.传真; 3.网络直报; 4.其它			报告时间	
报告单位		报告人		联系电话	

- (二) 食物中毒事件
- (三) 群体不明原因疾病
- (四) 其他严重影响公共健康的突发公共卫生事件

二、人员组成

(一) 应急处置预备队组成及职责

《延津县疾病预防控制中心突发公共卫生事件应急预案》中规定，设立7个应急处置预备队和机动队员，周一~周日每天由一个应急处置预备队负责处置当日的突发公共卫生事件。

1、人员组成

总指挥：由中心当日应急值班的带班领导担任

队长：每个预备队成员由1名队长，1名副队长。

队员：由4名成员组成，包括2名流调人员、1名消杀人员、1名检验人员。

2、人员分工及职责

实行队长负责制，队员应服从本预备队队长的领导。

- (1) 总指挥：负责协调应急处置工作中的一切事宜。
- (2) 队长：负责指挥本预备队的现场调查处置工作。
- (3) 副队长：协助队长完成本队的现场调查处置工作。
- (4) 队员：按现场调查处置职责分工，负责职责分工内、和队长交办的各项工作任务。
- (5) 机动队员：替补值班应急处置预备队队员空缺。

(二) 应急预备队工作职责

- 1、开展现场流行病学调查，进一步核实诊断，分析事件原因，提出初步意见，制定处置方案。
- 2、采取行之有效的防治措施，控制事态的发展和疫情的蔓延。
- 3、及时向中心领导和市卫生局报告突发事件的发生和进展情况。
- 4、配合有关单位对事件进行相应处理。
- 5、完成突发事件处置工作的总结和报告。
- 6、负责应急处置过程中影像资料的收集与保存。

三、组织纪律

(一) 值班预备队负责处置当日发生的突发公共卫生事件，时间为当日00:00~24:00;

(二) 值班预备队所有成员在值班之日必须保证通讯工具畅通，保证随叫随到。

(三) 应急处置预备队成员必须服从本队队长的领导，一切行动听从指挥。

(四) 应急预备队成员应结合自己的应急工作职责，认真学习相关业务技术知识，提高应急处置工作技能。

四、工作流程

(一) 当日应急值班人员，接到突发公共卫生事件后，认真填写《延津县突发公共卫生事件应急处置信息卡(试行)》，立即报告当日带班领导。如果启动应急预案进行现场调查处置，应将《延津县突发公共卫生事件应急处置信息卡(试行)》交给当日应急处置预备队队长；

(二) 当日带班领导根据突发公共卫生事件情况，决定是否启动应急预案。如需启动应急预案，由带班领导统一协调指挥当日应急处置工作，并由当日应急值班人员通知应急预备队及相关人员，参与现场调查处置；

(三) 应急处置预备队接到突发公共卫生事件应急处置指令后，在做好个人防护和相关技术准备的前提下，以最快速度赶赴现场指导并开展现场调查处置工作；

(四) 现场调查处置工作结束后，应急预备队要立即撰写“现场调查处置报告”，关注事件进展，如果该事件上报至“突发公共卫生事件报告管理信息系统”，待事件结案后，要撰写结案报告。调查报告及相关资料报送卫生局、中心领导及相关科室进行存档；

(五) 突发公共卫生事件应急处置实行首次处置负责制，后续调查处置工作均由第一次接手调查处置的应急预备队负责，直至结案。

五、奖惩机制

(一) 在应急处置工作中，表现突出者，给予表彰和物质奖励。

(二) 应急处置队员无故不参加业务培训、演练和应急处置者；不听从指挥、服从安排者，取消其竞岗、评先和职称聘任资格。

延津县疾病预防控制中心不明原因肺炎疫情应急处置预案

一、前言

为筛查可能的 SARS 病例和人禽流感病例及其它聚集性发生的传染性呼吸道疾病，早期发出预警并采取相应的防控措施，有效控制疫情，特制定本方案。

二、目的

通过对不明原因肺炎的追踪调查，及时发现、控制SARS、人禽流感及其它传染性呼吸道疾病疫情。

三、预案启动条件

发现1例不明原因肺炎病例即启动本预案。

四、病例诊断标准

（一）不明原因肺炎病例

同时具备以下 4 条，不能作出明确诊断的肺炎病例：

- 1、发热（腋下体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ）；
- 2、具有肺炎的影像学特征；
- 3、发病早期白细胞总数降低或正常，或淋巴细胞分类计数减少；
- 4、不能从临床或实验室角度诊断为常见病原所致的肺炎。

（二）聚集性不明原因肺炎病例

两周内发生的有流行病学相关性的 2 例或 2 例以上的不明原因肺炎病例。

有流行病学相关性是指病例发病前曾经共同居住、生活、工作、暴露于同一环境，或有过密切接触，或疾病预防控制中心专业人员认为有流行病学相关的其它情况。

五、应急处置

（一）不明原因肺炎病例的报告

各级各类医疗机构的医务人员发现符合不明原因肺炎定义的病例后，应立即报告医疗机构相关部门，由医疗机构在 12h 内组织本单位专家组进行会诊和排查，仍不能明确诊断的，应立即填写传染病报告卡，注明“不明原因肺炎”并进行网络直报。不具备网络直报条件的医疗机构，应立即向当地县级疾控机构报告，并于 24h 内将填写完成的传染病报告卡寄出。县级疾控机构在接到电话报告后，应立即进行网络直报。

县级疾控机构要将发现的不明原因肺炎病例情况及时向县级卫生行政部门报告。

医务人员在发现聚集性不明原因肺炎病例后，医院应立即组织本院专家组进行会诊，并进行网络直报，同时向县级疾控机构报告。县级疾控机构接到报告后，应立即向县级卫生行政部门报告。

不具备相应诊治条件的乡镇、社区等基层医疗机构发现不明原因肺炎病例时，应立即将其转至县级及以上医院进行诊治，由接收病例的医院进行不明原因肺炎病例的网络直报。

各级疾控机构在日常疫情监测中，要每日主动监视和分析网上报告的不明原因肺炎病例的数据，分析是否有同一时间、空间或特定职业的聚集性不明原因肺炎病例发生。

县级疾控机构接到不明原因肺炎病例报告后，应于 24h 内对病例完成初步流行病学调查（调查表详见附件 2），并及时进行密切接触者登记。调查时重点了解病例的流行病学史，主要包括：周围有无聚集性发病现象，有无相应的高危职业史（例如从事 SARS-CoV 检测、科研相关工作或可能暴露于动物和人禽流感病毒或潜在感染性材料的实验室人员；饲养、贩卖、屠宰、加工家禽人员及从事禽病防治的人员；未采取严格的个人防护措施，处置动物高致病性禽流感疫情的人员；未采取严格的个人防护措施，诊治、护理人禽流感或 SARS 疑似、临床诊断或实验室确诊病例的医护人员等）、以及其他接触禽类或野生动物或暴露于这些动物排泄物及其污染环境的情况等内容。

县级疾控机构接到聚集性不明原因肺炎病例报告后，应立即进行流行病学调查，同时组织对病例的密切接触者进行登记、追踪和医学观察。

县级疾控机构应将不明原因肺炎病例和聚集性不明原因肺炎病例的流行病学调查结果及时向县级卫生行政部门报告，并提出相应的工作建议。

市疾病预防控制中心指导县疾病预防控制中心开展以上工作，并向同级卫生行政部门提出相应的工作建议。

（二）病例的会诊与排查

县级卫生行政部门接到不明原因肺炎病例报告后，应于 24h 小时内组织县级专家组进行会诊。对明确诊断为其他疾病或明确排除 SARS 和人禽流感的病例，应订正为已明确诊断疾病或“其他不明原因疾病”，并报市（地）级卫生行政部门备案，市（地）级卫生行政部门根据需要组织市（地）级专家组进行审核。县级专家组会诊后仍不能明确排除 SARS 或人禽流感的病例，县级卫生行政部门应立即报告市（地）级卫生行政部门，市（地）级卫生行政部门接到报告后，应于 24h 内组织专家组进行会诊。

市（地）级专家组会诊后，排除 SARS 和人禽流感的，应订正为明确诊断的疾病或“其它不明原因疾病”，并由市（地）级卫生行政部门报省级卫生行政部门备案，省级卫生行政部门根据需要组织省级专家组进行最终审核。市（地）级专家组无法排除 SARS 或人禽流感的，市（地）级卫生行政部门应立即报告省级卫生行政部门，省级卫生行政部门接到报告后，应立即组织省级专家组进行会诊。

各级卫生行政部门接到聚集性不明原因肺炎病例报告后，要立即组织本级专家组进行会诊。

各级专家组要严格按照卫生部制定的人禽流感 and SARS 诊断标准进行诊断,在会诊结束后应提出书面会诊意见,如诊断为其它疾病或“其他不明原因疾病”,卫生行政部门应立即将专家组会诊意见逐级通知到原报告单位,由原报告单位订正报告。

在各级专家组会诊的基础上,对报告的不明原因肺炎病例均应在发病后 1 个月内订正报告。

(三) 病例管理

县级以上医院发现不明原因肺炎病例时,应立即将病例收治入院,按呼吸道传染病隔离治疗。乡镇、社区医疗机构发现不明原因肺炎病例,应立即将病人转至县级及以上医院。

医务人员对不明原因肺炎病例进行诊治时,要采取基本个人防护措施(如穿工作服、佩戴工作帽和医用防护口罩等)。发现聚集性不明原因肺炎病例后,应立即采取呼吸道传染病隔离措施和相应的院内感染控制措施。

经专家组会诊,诊断为 SARS、人禽流感疑似病例或临床诊断病例或实验室确诊病例者,须按照相应的防治工作方案开展处置工作。

(四) 标本采集和实验室检测

县级专家组对不明原因肺炎病例会诊后,仍不能排除 SARS 和人禽流感时,县级疾控机构和收治病例的医疗机构要密切配合,采集病例的相关临床样本,尽快送至有条件的实验室,进行 SARS 和人禽流感病原检测。发现聚集性不明原因肺炎病例后,应立即采集相关标本进行 SARS、人禽流感以及其他传染性呼吸道疾病的实验室检测。标本采集人员应做好个人防护,并填写标本登记表。

采集的临床标本包括病人的鼻咽拭子、下呼吸道标本(如气管分泌物、气管吸取物)和血清标本等。如病人死亡,应尽可能说服家属同意尸检,及时进行尸体解剖,采集组织(如肺组织、气管、支气管组织)标本。临床标本应尽量采集病例发病早期的呼吸道标本(尤其是下呼吸道标本)和发病 7 天内急性期血清以及间隔 2~4 周的恢复期血清。

对于不明原因肺炎病例的相关标本的采集、包装、运送和实验室检测应事先进行危害评估。若疑似高致病性病原微生物感染,根据危害评估结果应参照《病原微生物实验室生物安全管理条例》及《可感染人类的高致病性病原微生物菌(毒)种或样本运输管理规定》(卫生部令第 45 号)及《人间传染的病原微生物名录》(卫科教发〔2006〕15 号)的要求,按高致病性病原微生物进行标本的采集、包装、运送和实验室检测工作。

六、信息收集、分析与反馈

(一) 信息收集内容

监测系统收集的信息内容包括不明原因肺炎病例报告卡、个案调查表、会诊记录、不明原因肺炎病例标本送检表和聚集性不明原因肺炎病例密切接触者医学观察表等。

(二) 定期报告、反馈

1、不明原因肺炎病例的传染病报告卡应由医疗机构保存,相关资料及时录入中国疾病监测信息报告管理系统。

2、不明原因肺炎病例的个案调查表应由县级疾控机构存档，根据需要将复印件逐级上报至中国疾病预防控制中心。聚集性不明原因肺炎病例的个案调查表及调查处理报告应逐级上报至中国疾病预防控制中心。

3、医院组织的不明原因肺炎病例会诊记录原件保存在病历中，并及时报告当地卫生行政部门。卫生行政部门组织的专家会诊记录原件作为部门工作文件归档。聚集性不明原因肺炎病例的会诊记录的复印件应逐级上报至省级卫生行政部门和中国疾病预防控制中心。

4、病例标本送检表应由医疗机构或疾控机构填写。实验室检测结果及时反馈给送检单位。

5、聚集性不明原因肺炎病例密切接触者医学观察表应由县级疾控机构负责填写、汇总，并及时逐级报告至省级疾控机构。

6、各级疾控机构定期将监测系统的分析结果报同级卫生行政部门和上级疾控机构，并反馈给辖区内疾控机构及医疗机构。

七、预案终止条件

疫区在实施控制应急处理预案后，新发病例显著减少，可视为流行已得到初步控制，预案停止执行，转入常规防治和监测。

八、疫情控制效果评价

（一）流行病学分析与评价 根据流行病学资料，尽快查清不明原因肺炎疫情的流行病学特征，追踪暴发来源及传播方式，对疫情控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有罹患率、病死率、样本的检测数量、病原分离率、报告及时率和疫情控制时间等。

（二）消毒效果评价 依据消毒处理正确率、及时率，消毒前后相关指标等，对消毒效果进行评价。

（三）疫情调查分析 要及时收集、整理、统计、分析调查资料，内容包括：基本情况（一般背景资料和此次疫情概况）；疫情的调查和分析（疫情的发生经过及临床表现，流行病学调查，实验室检测结果，流行因素调查及分析）；调查结论；疫情的预防控制措施和评价；传染来源分析；疫情预测；存在问题；下一步防治工作建议等。结案报告要求在疫情宣布终止后，同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构，并进行网络直报。

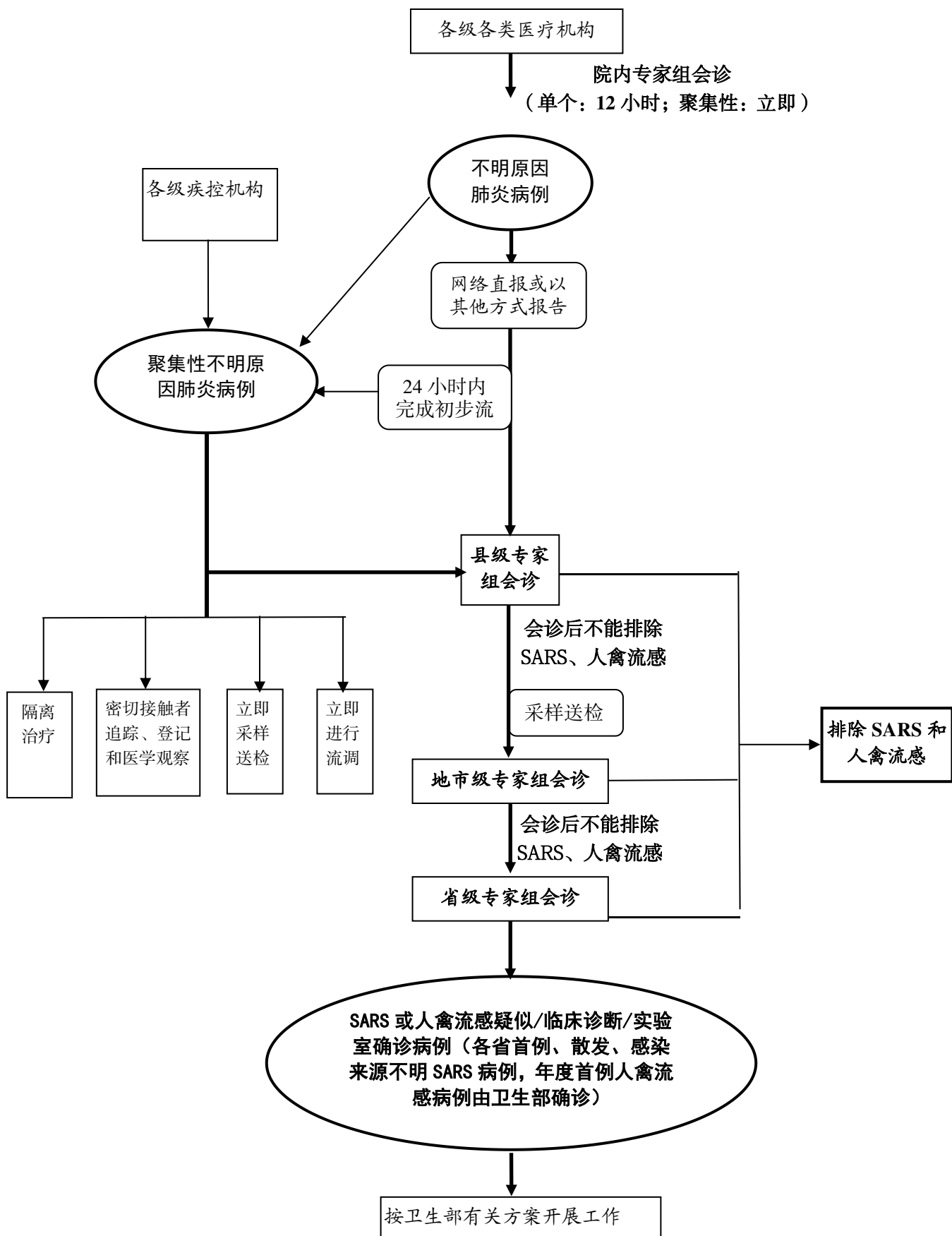
九、附件

附件 1、不明原因肺炎病例诊断、报告、处理流程

2、不明原因肺炎病例调查表

3、不明原因肺炎病例会诊记录单

附件 1 不明原因肺炎病例诊断、报告、处理流程



附件 2

不明原因肺炎病例调查表

一、病例一般情况

1.姓名: _____ 若为儿童,请填写家长姓名_____

2.性别: 男 女

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.职业:

幼托儿童 散居儿童 学生 教师 保育保姆 餐饮业 商业服务 工人
民工 农民 牧民 渔(船)民 干部职员 离退人员 家务
待业 医疗机构工作人员 其他

6.现住址: _____省_____市_____县(区)
_____乡(街道)_____村(栋)_____组(单元)_____号

7.学习或工作单位: _____

8.联系电话:

(1)手机_____ (2)家庭电话_____ (3)其它联系人电话_____

二、病例的发病、就诊与报告经过

1.发病日期: _____年日2.前往医疗机构就诊前,是否自行服药: 是 否 不知道

2.1 若自行服药,则服药种类: _____

3.请填写以下就诊情况:

就诊次数	就诊单位	就诊日期	治疗 天数	诊断结果	入住院 时间	门诊/住院病历号
第 1 次						
第 2 次						
第 3 次						

4. 病例的报告单位(具体到科室): _____

4.1 联系方式:(1)电话:_____ (2)传真:_____ (3)E-mail:_____

4.2 网络直报时间: □□□□年□□月□□日□□时□□分

三、病例的临床表现和实验室检查

1. 首发症状(描述):

2. 流感样表现:

- 发热: 体温(范围)_____℃ 持续时间:_____ 寒战 咳嗽
- 咳痰 咽痛 头痛 鼻塞 流涕 肌肉酸痛 关节酸痛
- 乏力 胸闷 气促 呼吸困难 腹泻 结膜炎

3. 其它临床表现(描述):

4. 血常规:

第 1 次:□月□日, WBC:___×10⁹/L; N___%; L___% 检测单位:_____

第 2 次:□月□日, WBC:___×10⁹/L; N___%; L___% 检测单位:_____

第 3 次:□月□日, WBC:___×10⁹/L; N___%; L___% 检测单位:_____

5. X线检查 (检查时间、结果、单位):

第 1 次:□月□日, _____ 检测单位:_____

第 2 次:□月□日, _____ 检测单位:_____

第 3 次:□月□日, _____ 检测单位:_____

6. CT 检查 (检查时间、结果、单位)

第 1 次:□月□日, _____ 检测单位:_____

第 2 次:□月□日, _____ 检测单位:_____

第 3 次:□月□日, _____ 检测单位:_____

7. 病原学和血清学检查:

标本类型	采集时间	检测方法	检测结果	检测时间	检测单位

四、流行病学史

1. 病人发病前 14 天是否有外出旅行史（指去过调查对象发病时居住地所在乡（镇）以外的其他地点）？ 是 否（如否，请跳转至第 2 题）

地点 1：_____国家_____省_____市_____县（区）_____乡（镇）_____村

地点 2：_____国家_____省_____市_____县（区）_____乡（镇）_____村

地点 3：_____国家_____省_____市_____县（区）_____乡（镇）_____村

所去地点是否为以下区域？

(1) 动物禽流感疫情发生的疫区？ 是 否

(2) SARS 疫区？ 是

否

(3) 鼠疫疫区？ 是 否

(4) 其他传染病疫区_____ 是 否

（由调查员询问旅行地点信息后判断是否为上述传染病疫区）

2. 发病前 14 天内，是否有明确同类病例密切接触史，或其接触者也出现肺炎或为肺炎群体发病者之一？ 是

否

注：密切接触是指治疗或护理、探视病例，与病例共同生活，通过其它方式直接接触病例的呼吸道分泌物或体液和/或排泄物（如粪便）等。

如果是，请提供这些病例的姓名和联系方式：

病例 1：_____ 联系方式：_____

病例 2：_____ 联系方式：_____

病例 3：_____ 联系方式：_____

3. 病例发病前 14 天接触动物的情况：

(1) 发病前 7 天内，是否接触过病、死禽（包括家禽、野生水禽和候鸟），或其排泄物、分泌物，或暴露于其排泄物、分泌物污染的环境？ 是 否

(2) 发病前 14 天内，是否曾经到过有活禽交易、宰杀的农贸市场？ 是 否

(3) 发病前 14 天内，是否在出现异常病、死禽的地区居住、生活、工作过？ 是 否

(4) 发病前 14 天内是否有与果子狸等相关野生动物的接触史 (如曾经到过饲养、贩卖、运输、加工、烹饪果子狸等野生动物的场所和环境, 直接接触过其分泌物和/或排泄物 (如粪便) 等)? 是 否

(5) 除此以外, 发病前 14 天内是否直接用手接触过正常活禽 (包括家禽、野生水禽和候鸟), 或其排泄物、分泌物? 是 否
 是否与正常活禽有过近距离 (1 米以内) 接触? 是 否

4. 病例是否有下列高危职业史?

- (1) 是否为饲养、贩卖、屠宰、加工、诊治家禽的职业人员? 是 否
- (2) 是否为可能暴露于禽流感病毒或其他潜在感染性材料的人员 (如从事禽流感科研、检测、试剂和疫苗生产等相关工作人员)? 是 否
- (3) 未采取严格的个人防护措施, 处置动物高致病性禽流感疫情的人员? 是 否
- (4) 未采取严格的个人防护措施, 诊治、护理人禽流感疑似、临床诊断或实验室确诊病例的医护人员? 是 否
- (5) 未采取严格的个人防护措施, 诊治、护理 SARS 疑似、临床诊断或实验室确诊病例的医护人员? 是 否
- (6) 是否为可能暴露于 SARS 病毒或其他潜在感染性材料的人员 (如从事 SARS 科研、检测、试剂和疫苗生产等相关工作人员)? 是 否

五、密切接触者情况 (可另附表)

姓名	性别	与患者关系	联系电话

六、最终诊断情况

1. 最终诊断: 人禽流感: 疑似病例 临床诊断病例 确诊病例
 SARS: 疑似病例 临床诊断病例 确诊病例
排除人禽流感和 SARS, 诊断为: _____ (病名)

2.诊断单位: _____

调查单位: _____

调查者签名: _____

调查时间: 年 月 日

附件 3

不明原因肺炎病例会诊记录单

医院： _____

会诊时间： _____ 会诊地点： _____

参加会诊人员： _____

病例情况汇报

病例诊治情况： _____

实验室检查结果： _____

影像学检查结果： _____

流行病学调查结果： _____

会诊结论： _____

专家组意见： _____

专家组签名： _____

记录时间： _____ 年 _____ 月 _____ 日

延津县疾病预防控制中心传染性非典型肺炎疫情应急处理预案

一、前言

2002年11月，我国广东省发现并报告首例传染性非典型肺炎。这种不明原因的传染性疾病迅速向北京、香港及其它地区传播。至今，全世界共有26个国家(包括3个地区)报告临床诊断病例8098例，死亡774例，全球平均病死率约为10%左右。中国内地总发病人数5327例，死亡349例。传染性非典型肺炎的暴发流行，严重威胁了人民群众的生命安全，给国民经济的发展带来了严重的损失。为预防传染性非典型肺炎再度来袭，并提高应对传染性非典型肺炎的能力，维护社会稳定和经济发展，特制定本预案。

二、目的

一旦发生传染性非典型肺炎病例或暴发流行，及时有效落实各项措施，迅速控制和扑灭疫情。

三、预案启动条件

发现1例及以上传染性非典型肺炎病例病人或疑似病人，立即启动本预案。

四、病例定义

(一) 流行病学史

1、与发病者有密切接触史，或属受传染的群体发病者之一，或有明确传染他人的证据。

2、发病前2周内曾到过或居住于报告有传染性非典型肺炎病人并出现继发感染疫情的区域。

(二) 症状与体征

起病急，以发热为首发症状，体温一般 $>38^{\circ}\text{C}$ ，偶有畏寒；可伴有头痛、关节酸痛、肌肉酸痛、乏力、腹泻；常无上呼吸道其他症状；可有咳嗽，多为干咳、少痰，偶有血丝痰；可有胸闷，严重者出现呼吸加速，气促，或明显呼吸窘迫。肺部体征不明显，部分病人可闻少许湿罗音，或有肺实变体征。有少数病人不以发热为首发症状，尤其是有近期手术史或有基础疾病的病人。

(三) 实验室检查

外周血白细胞计数一般不升高，或降低；常有淋巴细胞计数减少。

(四) 胸部X线检查

肺部有不同程度的片状、斑片状浸润性阴影或呈网状改变，部分病人进展迅速，呈大片状阴影；常为多叶或双侧改变，阴影吸收消散较慢；肺部阴影与症状体征可不一致。若检查结果阴性，1-2天后应予复查。

(五) 抗菌药物治疗无明显效果。

(六)分泌物 SARS-CoV RNA 检测阳性,或血清 SARS-CoV 抗体阳性,或抗体滴度 4 倍及以上增高。

疑似诊断标准:符合上述(一)1、+(二)+(三)条或(一)2、+(二)+(四)条或(二)+(三)+(四)条。

临床诊断标准:符合上述(一)1、+(二)+(四)条及以上,或(一)2、+(二)+(四)+(五)条,或(一)2、+(二)+(三)+(四)条。

确诊病例:临床诊断+(六)条。

医学观察诊断标准:符合上述(一)2、+(二)+(三)条。

首例、散发或感染来源不明的疑似、临床诊断或实验室确诊 SARS 病例,由国家级专家组进行诊断、判定。

五、应急处置

(一)报告及初步核实

接到疫情报告,要详细询问疫情发生情况以及报告时间、报告人、联系电话等。初步判断疫情报告情况可靠,立即向分管领导报告。同时报告卫生行政部门和上级疾病预防控制中心。

(二)病例的个案调查

1、报告单位所在地的县区级疾病预防控制中心接到 SARS 病例(或疑似病例)报告后,应于最短时间内派出流调人员对报告病例进行流行病学个案调查。

2、对病例进行个案调查时,尽可能由病人自己回答调查者所提的问题,对于不详或有可疑的地方可通过病人家属或医生等其他知情者补充或核实。如病人病情较重或死亡,无法直接调查时,应通过其亲友、同事或其他知情人了解情况,完成调查。

3、按照 SARS 病例个案调查表进行个案调查,个案调查基本内容:病人的基本情况、临床表现、临床实验室检测结果,以及患者发病前后的活动情况和与其有过密切接触的人员情况。调查表填写要完整,字迹要清晰。

4、疾病预防控制中心在接到 SARS 病例的订正或转归报告时,应及时做好随访和相关信息的补充调查,进一步完善个案调查表。

5、对病人进行随访时,要注意了解病人健康恢复情况。

(三)密切接触者调查处理

A、密切接触者

1、日常生活、学习、工作中的密切接触者

(1)与病人或疑似病人共同居住的人员。

(2)与病人或疑似病人在一个教室内上课的教师和学生。

(3)与病人或疑似病人在同一工作场所(如办公室、车间、班组等)的人员。

(4)与病人或疑似病人密闭环境下共餐的人员。

(5)护送病人或疑似病人去医疗机构就诊或者探视过病人或疑似病人的,未采取有效保护措施亲属、朋友、同事或司机。

(6) 未采取有效保护措施, 接触过病人或疑似病人的医护人员。

(7) 若电梯工为病人或疑似病人, 在病人发病后至离开前乘坐过该电梯的所有人员。

(8) 其他已知与病人或疑似病人有密切接触的人员。

(9) 曾在室内直接为病人或疑似病人在发病期间提供过服务的餐饮、娱乐等行业的服务员。

(10) 由现场流调人员根据调查情况确定的其他密切接触者。

2.交通工具上的密切接触者

(1) 飞机

1) 一般情况下, 民用航空器舱内 SARS 病人或疑似病人座位的同排和前后各三排座位的全部旅客以及在上述区域内提供客舱服务的乘务员。

2) 乘坐未配备高效微粒过滤装置的民用航空器舱内所有人员。

3) 其他已知与病人或疑似病人有密切接触的人员。

(2) 铁路旅客列车

1) 乘坐全封闭空调列车, 病人或疑似病人所在硬座、硬卧车厢或软卧同包厢的全部乘客和乘务人员。

2) 乘坐非全封闭的普通列车, 病人、疑似病人同间软卧包厢内, 或同节硬座(硬卧)车厢内同格及前后邻格的旅客, 以及为该区域服务的乘务人员。

3) 其他已知与病人或疑似病人有密切接触的人员。

(3) 汽车

1) 乘坐全密封空调客车时, 与病人或疑似病人同乘一辆汽车的所有人员。

2) 乘坐通风的普通客车时, 与病人或疑似病人同车前后 3 排座位的乘客和驾乘人员。

3) 其他已知与病人或疑似病人有密切接触的人员。

(4) 轮船

1) 与病人或疑似病人同一舱室内的全部人员和为该舱室提供服务的乘务人员。病人在乘船期间就餐和其他活动时的接触者。

2) 由现场流调人员根据调查情况确定的其他密切接触者。

3) 如与病人或疑似病人接触期间, 病人有高热、打喷嚏、咳嗽、呕吐等剧烈症状, 不论时间长短, 均应作为密切接触者。

B、一般接触者

1、在病人发病前三天内, 与其有 A、1.所列情况的人员。

2、民用航空器(舱)内除了密切接触者之外的其他人员。

3、乘坐非全封闭的普通列车, 病人或疑似病人活动范围内除了密切接触者之外的其他乘客。

4、乘坐通风的普通客车, 同一车上除了密切接触者之外的其余人员。

5、乘坐轮船时，病人或疑似病人活动范围内，除了密切接触者之外的其他乘客和乘务人员。

6、日常生活、学习、工作中，除了密切接触者之外，其他曾与 SARS 病人或疑似病人短暂接触的人员。

C、处理原则

1、密切接触者的处理原则

密切接触者应进行隔离医学观察：

(1) 告知 SARS 的临床特点、传播途径等。

(2) 日常生活、学习、工作中曾接触 SARS 或疑似病人的密切接触者，可居家隔离观察，无法居家隔离观察的密切接触者，可安排集中隔离观察。

(3) 交通工具中的密切接触者，离开交通工具后，应对其进行隔离观察。具体隔离地点由交通工具到达地卫生行政部门根据具体情况安排集中隔离观察或居家隔离观察。

(4) 居家隔离者不得外出并要注意家人的防护，集中隔离地点接受观察的密切接触者应单独隔离。

(5) 隔离观察 14 天（自最后接触之日算起）。隔离观察期间应采取如下措施：

由当地卫生行政部门指定的医疗卫生人员每日对隔离人员的健康状况进行访视或电话联系并给予健康教育和指导；应每天早晚各测试体温 1 次，了解其身体健康状况。

对年老体弱多病者及婴幼儿除按规定测体温外，应注意有无其他病征，以免其在隔离期间发生意外。

2、一般接触者的处理原则

一般接触者可以照常工作、学习，但要采取如下措施：

(1) 对交通工具中的一般接触者，留验站人员应登记所有有关信息，并通报旅行者目的地疾病预防控制机构，由当地疾病控制机构指定的社区医务人员对其实施 2 周的观察，每天早晚各测量体温 1 次。

(2) 日常生活、学习、工作中的一般接触者，应在接触后的 14 天内尽量减少与他人的接触，每天早晚各测量 1 次体温。

(3) 潜伏期接触者的处理原则

潜伏期接触者(曾与病人或疑似病人在发病前 1~3 天有过密切接触或一般接触的人员)原则上不隔离，可以正常工作、学习，但必须每天测量一次体温，主动报告是否发热，直到最后一次接触后 14 天为止。

所有的接触者，在观察期间内，一旦出现发热、咳嗽等症状，应立即通知当地负责转运的医疗机构，由其尽快运送到当地的发热门诊就诊。

(四) 现场消毒

1、终末消毒 为保证消毒效果，接到非典型肺炎疫情报告后，城市应在 6 h 内，农村应在 12 h 内采取消毒措施。对于通风良好的场所，如果间隔时间较长，可以不进行空气消毒。

2、消毒方法的选择 进行疫点消毒时应首选物理消毒的方法，采用化学消毒的方法时，要注意选择合格的消毒剂，根据不同的消毒对象选择适宜的消毒剂，消毒剂的使用剂量应以使用说明书为准。

3、终末消毒程序

(1) 在出发前，应检查所需消毒用具、消毒剂和防护用品，做好准备工作。

(2) 对脱掉的外衣应放在自带的布袋中（不要放在污染或可能受到污染的地方）。穿工作衣、隔离服、胶鞋（或鞋套），戴上 N95 口罩、帽子、防护眼镜、一次性乳胶手套等。

(3) 进入疫点时，应先用喷雾消毒的方法在地面消毒出一条 1.5m 左右宽的通道，供消毒前的测量、采样和其他处理用。

(4) 测算房屋、家具及地面需消毒的面积和体积。

(5) 消毒前应关闭门窗，将未被污染的贵重衣物、饮食类物品、名贵字画及陈列物品收藏好。

(6) 只进行物体表面消毒时，应按照先上后下，先左后右的方法，依次进行喷雾消毒。喷雾消毒可用 0.2~0.5% 过氧乙酸溶液或有效氯为 1000~2000mg/L 的含氯消毒剂溶液。泥土墙吸液量为 150~300 ml/m²，水泥墙、木板墙、石灰墙为 100 ml/m²。地面消毒先由外向内喷雾一次，喷药量为 200~300ml/m²，待室内消毒完毕后，再由内向外重复喷雾一次。以上消毒处理，作用时间应不少于 60min。

(7) 病人用过的餐（饮）具、污染的衣物若不能集中在消毒站消毒时，可在疫点进行煮沸消毒或浸泡消毒。作浸泡消毒时，必须使消毒液浸透被消毒物品，可用有效氯为 250~500mg/L 的含氯消毒剂溶液浸泡 30min 后，再用清水洗净。对污染重、经济价值不大的物品和废弃物，在征得病家同意后焚烧。

(8) 空气：房屋经密闭后，每立方米用 15% 过氧乙酸溶液 7 ml（即每 1m³用纯过氧乙酸 1g），使用过氧乙酸熏蒸器进行消毒，也可放置瓷或玻璃器皿中，底部用装有适量酒精的酒精灯加热蒸发，薰蒸 2 h，即可开门窗通风。

(9) 衣服、被褥、书报、纸张：耐热、耐湿的纺织品可煮沸消毒 30min，或用流通蒸汽消毒 30 min，或用有效氯为 250~500mg/L 的含氯消毒剂浸泡 30min；不耐热的毛衣、毛毯、被褥、化纤尼龙制品和书报、纸张等，可采取过氧乙酸薰蒸消毒。或被消毒物品置环氧乙烷消毒柜中，在温度为 54℃，相对湿度为 80%条件下，用环氧乙烷气体（800mg/L）消毒 4~6h；或用高压灭菌蒸汽进行消毒。

(10) 病人排泄物和呕吐物：对病人的排泄物、分泌物要及时消毒处理。每病床须设置加盖容器，装足量 1500~2500mg/L 有效氯溶液，用作排泄物、分泌物的随时消毒。将排泄物、分泌物直接放入消毒液中，作用时间为 30~60min。消毒后可直接倒入病房

卫生间。

(11) 食物：瓜果、蔬菜类可用 0.2~0.5% 过氧乙酸溶液浸泡 10min，或用 12mg/L 臭氧水冲洗 60~90min。病人的剩余饭菜不可再食用，煮沸 30min，或用 20% 漂白粉乳剂、有效氯为 50000mg/L 的含氯消毒剂溶液浸泡消毒 2h 后处理。也可焚烧处理。

(12) 家用物品、家具：可用 0.3~0.5% 过氧乙酸溶液或有效氯为 1000~2000mg/L 的含氯消毒剂进行浸泡、喷洒或擦洗消毒。

(13) 手与皮肤：用 0.5% 碘伏溶液（含有效碘 5000 mg/L）或 0.5% 氯己定醇溶液涂擦，作用 1~3 min。也可用 75% 乙醇或 0.1% 苯扎溴铵溶液浸泡 1~3 min。必要时，用 0.2% 过氧乙酸溶液浸泡，或用 0.2% 过氧乙酸棉球、纱布块擦拭。

(14) 病人尸体：对病人的尸体用 0.5% 过氧乙酸溶液浸湿的布单严密包裹后尽快火化。

(15) 运输工具：车、船内空间，可用 0.5% 过氧乙酸溶液或有效氯为 10000 mg/L 的含氯消毒剂溶液喷洒至表面湿润，作用 60 min。密封空间，可用过氧乙酸溶液薰蒸消毒，每 1m³用 15% 过氧乙酸 7 ml (1g/m³)，还可用 2% 过氧乙酸进行气溶胶喷雾，用量为 8ml/m³，作用 60min。

(16) 垃圾：可燃物质尽量焚烧，也可喷洒 10000mg/L 有效氯含氯消毒剂溶液，作用 60 min 以上。消毒后深埋。

(17) 疫点内的生活污水，应尽量集中在缸、桶中进行消毒。每 10L 污水加入有效氯为 10000mg/L 的含氯消毒溶液 10ml，或加漂白粉 4g。混匀后作用 1.5~2h，余氯为 4~6 mg/L 时即可排放。

(18) 疫点消毒工作完毕，对消毒人员穿着的工作服、胶靴等进行喷洒消毒后脱下。将衣物污染面向内卷在一起，放在布袋中带回消毒。所用消毒工具表面用消毒剂进行擦洗消毒。

(五) 标本采集

A、标本采集对象

- 1、临床诊断为“传染性非典型肺炎”（SARS）的病人。
- 2、SARS 疑似病例。
- 3、根据需要可采集密切接触者、社区健康人群以及 SARS 出院病人。

B、标本种类及采集时间

1、病原学标本

(1) 咽拭子和鼻咽拭子

发病后、就诊时即应采集。用生理盐水将无菌棉拭子沾湿，采鼻咽拭子时将棉签平行于上颌插入鼻孔，保持几秒钟，吸收分泌物，拭抹双侧鼻孔；咽拭子采集是用棉签适度用力擦拭双侧咽后壁部位，应避免触及舌部；采完后迅速将拭子放到有旋转盖并装有标本运送液的带垫圈的螺口塑料冻存管中，在靠近顶端处折断棉签杆，旋紧管盖；在 24-48h 内冷藏运输到检测实验室（4~8℃）。如果没有标本运送液，也可以等渗盐溶

液、组织培养液或磷酸盐缓冲液代替。

(2) 漱口液

发病后、就诊时即应采集。含漱液通过用小体积(5~10 ml)的无菌盐水含漱获得,并收集液体到有旋转盖的50ml塑料离心管中。

(3) 痰液

发病后、就诊时、疗程中均可采集。病人将痰液咳入无菌平皿中,然后用棉签刮取痰液放入含4~5 ml样本运输液的螺口试管中,或者病人将痰液咳入无菌、内装4~5 ml标本运送液、带垫圈的50ml螺口塑料管中。

(4) 下呼吸道标本(适用于气管插管病人)

发病后、就诊时、疗程中均可采集。收集气管吸取液或支气管灌洗液5~10ml放入无菌、带垫圈的50ml螺口塑料管中。

(5) 全血(应在入院后24~48h内采集)

采集5~10 ml全血放入已加抗凝剂、带垫圈的螺口管中;4℃条件下立即送至有关实验室。

(6) 粪便标本

粪便5~10g放入无菌50ml螺口塑料瓶内;含10ml PBS或盐水,4℃条件下立即送至有关实验室。

(7) 尸检组织标本

病人死亡后应尽早进行解剖,采集肺、气管、肾、脾、肝、心脏、脑、血凝块等组织和淋巴结等重要器官标本,每部位应取20~50g,淋巴结2个,分别置于50ml无菌螺口塑料管中,尸解标本对于病原、病理学研究非常重要,应尽量多采集并立即置于-70℃以下保存或冷送至有关实验室。

2、免疫学检查标本

(1) 全血(应在入院后24~48h内采集)

采集5~10 ml全血,放入已加抗凝剂、带垫圈的螺口管中;4℃条件下立即送至有关实验室(可检测白细胞等免疫细胞数量及功能)。全血不能冷冻。

(2) 血清采集

血清标本收集流程:

采集5ml静脉血加入到消毒的试管中;血清分离前,血标本应保存在4~8℃,最多不能超过24h,分离血清。

(3) 需采集病人的急性期和恢复期血清:

第一份血清应在就诊时或入院后24~48h内采集,最迟不晚于发病后7天;

第二份血清应在发病后10~14天采集;

第三份为恢复期血清,应在发病后30~50天或出院当日采集;以后每隔3个月采集一次血清,以观察免疫学变化。

（六）个人防护

A、穿戴防护用品顺序

1、戴口罩，一只手托着口罩，扣于面部适当的部位，另一只手将口罩戴在合适的部位，压紧鼻夹，紧贴于鼻梁处，在此过程中，双手不接触面部任何部位。

2、戴帽子，戴帽子时，注意双手不接触面部。

3、穿防护服。

4、戴上防护眼镜，注意双手不接触面部。

5、套上鞋套。

6、戴上手套，将手套套在防护服袖口外面。

B、脱掉防护用品顺序

1、摘下防护镜。

2、脱掉防护服，将反面朝外，放在塑料袋中。

3、摘掉手套，将反面朝外，放入塑料袋中。

4、将手指反掏进帽子，将帽子轻轻在下，将反面朝外，放入塑料袋中。

5、脱下鞋套，将反面朝外，放入塑料袋中。

6、摘掉口罩，一手按住口罩，另一只手将口罩摘下，注意双手不接触面部。

C、分级防护方法

（一）一级防护

1、适用范围：适用于发热门（急）诊的医务人员。对 SARS 疑似病例和临床诊断病例的密切接触者进行流行病学调查和医学观察；对公共场所、学校、托幼机构以及其他场所进行预防性消毒。

2、防护要求

（1）穿工作服、隔离衣、戴 12~16 层棉纱口罩，使用四小时后，消毒更换。

（2）每次接触病人后立即进行手清洗和消毒。手消毒用 0.3~0.5% 碘伏消毒液或快速手消毒剂（洗必泰醇、新洁尔灭醇、75% 酒精等）揉搓 1~3min。

（3）标准洗手方法：掌心对掌心搓擦、手指交错掌心对手背搓擦、手指交错掌心对掌心搓擦、两手互握互搓指背、拇指在掌中转动搓擦、指尖在掌心中搓擦。

（二）二级防护

1、适用范围：

（1）进入隔离观察室和专门病区的医务人员，接触病人身上采集的标本、处理其分泌物、排泄物、使用过的物品和死亡病人尸体的工作人员，转运病人的医务人员和司机。

（2）在发热门诊、集中收治定点医院污染区或其他发病地点，对疑似病例或临床诊断病例进行流行病学调查者。

（3）在疫点或疫区进行终末消毒的专业人员。

2、防护要求：

(1) 防护要求为穿普通工作服，外罩一层隔离衣，戴防护帽和符合 N95 或 FFP2 标准的防护口罩（离开污染区后更换），以及戴乳胶手套和鞋套，近距离接触病人时戴防护眼镜。

(2) 每次接触病人后立即进行手清洗和消毒。手消毒用 0.3~0.5% 碘伏消毒液或快速手消毒剂（洗必泰、新洁尔灭醇、75% 酒精等）揉搓 1~3min。

(3) 注意呼吸道及粘膜防护。

(三) 三级防护

1、适用范围：

(1) 病人实施吸痰、器官切开和器官插管的医务人员。

(2) 适用于采集疑似病例、临床诊断病例咽拭子等标本的工作人员。

2、防护要求：除按二级防护要求外，将口罩、防护眼镜换为全面型呼吸防护器（符合 N95 或 FFP2 级标准的虑料）。

六、预案终止条件

末例传染性非典型肺炎病例治愈 15 天后无新发病例出现，逐级向河南省卫生厅提出报告，经省卫生厅报省政府（省防治非典型肺炎指挥部）决定，本次应急响应结束，预案停止执行。

七、疫情控制效果评价

(一) 流行病学分析与评价 根据流行病学资料，尽快查清非典型肺炎疫情的流行病学特征，追踪暴发来源及传播方式，对疫情控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有罹患率、病死率、样本的检测数量、病原分离率、报告及时率和疫情控制时间等。

(二) 消毒效果评价 依据消毒处理正确率、及时率，消毒前后相关指标等，对消毒效果进行评价。

(三) 疫情调查分析 要及时收集、整理、统计、分析调查资料，内容包括：基本情况（一般背景资料和此次疫情概况）；疫情的调查和分析（疫情的发生经过及临床表现，流行病学调查，实验室检测结果，流行因素调查及分析）；调查结论；疫情的预防控制措施和评价；传染来源分析；疫情预测；存在问题；下一步防治工作建议等。结案报告要求在疫情宣布终止后，同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构，并进行网络直报。

八、附件

附件 1 SARS 病例个案调查表

2 SARS 病例密切接触者调查表

3 SARS 预防控制流程图

附件 1

SARS 病例个案调查表

国标码□□□□□□

病例编码□□□□

1. 一般情况:

1.1 姓名: _____

1.2 身份证号码: □□□□□□□□□□□□□□□□□□

1.3 性别: (1)男 (2)女

1.4 年龄(岁): _____

1.5 职业:

1.5.1 医院工作人员:

(1)医生 (2)护士 (3)护工 (4)检验 (5)行政管理人员 (6)其他 _____

1.5.2 非医院工作者:

(1)幼托儿童 (2)散居儿童 (3)学生 (4)教师 (5)保育保姆
(6)餐饮业 (7)商业服务 (8)工人 (9)民工 (10)农民
(11)牧民 (12)渔(船)民 (13)干部职员 (14)离退人员 (15)家务待业(16)其他

1.6 现居住地(详填): _____省_____市_____县(区)_____乡(街道)_____村

1.6.1 联系电话_____ 1.6.2 国标码 □□□□□□

1.7 工作单位: _____

1.8 户口所在地(详填): _____省_____市_____县(区)_____乡(街道)_____村
户口国标码 □□□□□□

1.9 既往病史

1.9.1 基础疾病(糖尿病、高血压、心脏病、肾病等)(1)有 (2)无 (3)不详

1.9.2 既往非典病史 (1)有 (2)无 (3)不详

2. 发病与就诊情况

2.1 发病情况

2.1.1 发病时间: _____年_____月_____日 □□□□□□□□

2.1.2 首发症状(描述): _____

2.2 发病地点: _____省_____市_____县(区), 国标码 □□□□□□

2.3 就诊情况(从发病到入院的就诊经过)

就诊日期	就诊医院和科室	诊断病名	接诊、治疗的医护人员

--	--	--	--

2.4 入院情况

- 2.4.1 入院日期：_____年___月___日
- 2.4.2 所住医院名称：_____
- 2.4.3 住院号：_____
- 2.4.4 入院诊断：(1)疑似非典 (2)临床确诊非典 (3)其它_____
- 2.5 报告时间：_____年___月___日

3. 临床表现：

首发症状(描述)：_____

- 3.1 发热 (1)有 (2)无
- 3.1.1 体温(最高)_____℃
- 3.1.2 体温(入院时)_____℃
- 3.2 咳嗽 (1)有 (2)无
- 3.2.1 咳痰 (1)有 (2)无
- 3.3 上呼吸道卡他症状 (1)有 (2)无
- 3.4 胸闷 (1)有 (2)无
- 3.5 呼吸困难 (1)有 (2)无
- 3.6 腹泻 (1)有 (2)无

4. 临床及实验室检查：

4.1 血常规

初诊时：白细胞计数： ×10⁹/L 中性粒细胞： % 淋巴细胞计数： %
 入院时：白细胞计数： ×10⁹/L 中性粒细胞： % 淋巴细胞计数： %

4.2 胸部 X 线检查

初诊时： 日期：___年___月___日 结果：(1)正常 (2)渗出液 (3)
 入院时： 日期：___年___月___日 结果：(1)正常 (2)渗出液 (3)
 (具体描述)

4.3 血清学检测结果：

- 4.3.1 第一份血清 采血时间： 年 月 日
- SARS-IgM (1)阴性 (2)阳性
- SARS-IgG (1)阴性 (2)阳性
- SARS-总抗体 (1)阴性 (2)阳性
- 4.3.2 第二份血清 采血时间： 年 月 日
- SARS-IgM (1)阴性 (2)阳性
- SARS-IgG (1)阴性 (2)阳性
- SARS-总抗体 (1)阴性 (2)阳性

4.4 病原学检测结果：

标本类型	采样时间	检测项目及结果			
		PCR	RT-PCR	核酸测序	病毒分离
粪便					

咽拭液					
痰					
血液					

注：①阴性 ②阳性 ③未检测

5. 流行病学史调查：

调查日期：_____

5.1 发病前一周内逐日活动情况（填写下表）

日期	活动内容	活动地点	接触人员 (有无接触发热等可疑病人)

注：每一项活动内容或活动地点单独填写一项

5.2 请详细描述发病前二周内特殊活动情况(如到医院、去外地、聚餐、聚会、外人来访等)。

5.3 发病前 2 周内是否接触过非典病人或/和疑似非典患者：

(1)是 (2)否

若是，请填写下表

患者姓名	发病时间	临床诊断	与患者关系	最后接触时间	接触方式	接触频率	接触地点

注:1.与患者关系:(1)家庭成员 (2)同事 (3)社会交往 (4)共用交通工具 (5)其它

2.接触方式: (1)与病人同进餐 (2)与病人同处一室 (3)与病人同一病区

(4)与病人共用食具、茶具、毛巾、玩具等 (5)接触病人分泌物、排泄物等

(6)诊治、护理 (7)探视病人 (8)其他接触

3.接触频率描述: (1)经常 (2)有时 (3)偶尔

4.可能的接触地点: (1)家 (2)工作单位 (3)学校 (4)集体宿舍 (5)医院 (6)室内公共场所 (7)其他

5.4 发病前两周内接触动物（罕见动物、禽类）情况： (1)是(2)否

接触动物情况			接触方式				
时间	地点	动物名称	1) 销售	屠宰	2)烹饪	3)吃	4)其他

5.5 发病后至隔离治疗前逐日活动情况

日期	活动内容	活动地点	接触人员

5.6 发病后至住院前密切接触者：

5.6.1 家庭、亲友

接触者姓名	性别	年龄	关系	接触情况	住址（或工作单位）	电话号码

5.6.2 工作单位或主要活动场所联系人：

单位名称	地址及联系电话	主要联系人	接触者名单

6. 转归与最终诊断情况（随访或根据医疗报告完成）：

6.1 最后诊断：(1)疑似非典 (2)临床诊断非典 (3) 实验室确诊非典

(4)排除 (其它疾病名_____)

排除依据:

6.2 转归: (1)痊愈 (2)死亡

若病例死亡,则填写 6.2.1

6.2.1 病例死亡时间_____年____月____日

□□□□□□□□

7.调查小结:

补充调查 (时间、内容等):

调查单位: _____

调查时间: _____年____月____日□□□□□□□□

调查者签名: _____

SARS 病例个案调查表填表说明

- 1.请您用钢笔或圆珠笔填写,字迹要工整。
- 2.凡是数字,都填写阿拉伯数字如:0、1、2、3、……。
- 3.请将所选择答案的序号写在题后的“□”内。
- 4.使用6位国标码,如广东省为 440100
- 5.所有涉及日期的填写到日,如入院时间为2003年4月5日,则在相应的栏目中填写 20031205。
- 6.初诊单位、诊治医院如果是正规医院,应详细填写医院名称,如果是个体诊所,应注明详细地址。
- 7.活动、外地旅行史中所到地方具体填写到某省份的某城市或某县。
- 8.调查表中“非典”是“SARS”的简称。

附件 2

SARS 病例密切接触者调查表

国标码 病例姓名: 病例编码

病例身份证号码:

病例所住医院: 住院号:

接触者序号

1. 一般情况:

1.1 姓名: _____ 1.2 身份证号码:

1.3 性别: (1)男 (2)女

1.4 年龄(岁): _____

1.5 职业:

1.5.1 医院工作人员:

(1)医生 (2)护士 (3)护工 (4)检验 (5)行政管理人员 (6)其他 _____

1.5.2 非医院工作者:

- (1)幼托儿童 (2)散居儿童 (3)学生 (4)教师 (5)保育保姆
- (6)餐饮业 (7)商业服务 (8)工人 (9)民工 (10)农民
- (11)牧民 (12)渔(船)民 (13)干部职员 (14)离退人员 (15)家务待业 (16)其他

1.6 现居住地(详填): _____省_____市_____县(区)_____乡(街道)_____村

1.6.1 联系电话_____

1.7 工作单位: _____

1.8 户口所在地(详填): _____省_____市_____县(区)_____乡(街道)_____村

1.9 管理方式:

- (1)家中隔离观察 (2)医疗机构隔离观察
- (3)留验站等地点隔离观察 (4)无隔离观察

1.9.1 开始隔离或医学观察的时间

1.10 转归:

- (1)解除隔离 (2)转为疑似病例 (3)转为临床诊断病例
- (4)脱离隔离 (5)失访 (6)其它

1.10.1 若解除隔离, 则解除时间:

1.10.2 若转为疑似或确诊病例, 则是否隔离治疗 (1)是 (2)否

(若否,跳转至 2)

1.10.3 如是, 则治疗医院名称_____

1.10.4 开始隔离治疗时间

2. 接触地点:

2.1 家 (1)是 (2)否

2.2 工作单位 (1)是 (2)否

2.3 学校 (1)是 (2)否

- 2.4 集体宿舍 (1)是 (2)否
- 2.5 医院 (1)是 (2)否
- 2.5.1 若是, 则医院名称 _____
- 2.6 室内公共场所 (1)是 (2)否
- 2.7 飞机、火车或轮船 (1)是 (2)否
- 2.7.1 若是,则具体班次 _____ 时间: _____

3. 医务人员与非典病人接触方式调查:

- 3.1 诊查病人 (1)是 (2)否
- 3.2 护理病人 (1)是 (2)否
- 3.3 检验标本 (1)是 (2)否
- 3.4 辅助检查 (1)是 (2)否
- 3.5 接触病人分泌物、排泄物等 (1)是 (2)否
- 3.6 气管插管 (1)是 (2)否
- 3.7 病房及过道打扫 (1)是 (2)否
- 3.8 探视病人 (1)是 (2)否
- 3.9 去其它医院 (1)是 (2)否
- 3.10 其它方式 _____
- 3.11 接触时采取防护措施情况:

4. 其他人员与非典病人接触方式调查:

- 4.1 与病人同进餐 (1)是 (2)否
- 4.2 与病人同处一室 (1)是 (2)否
- 4.3 与病人同一病区 (1)是 (2)否
- 4.4 与病人共用食具、茶具、毛巾、玩具等 (1)是 (2)否
- 4.5 接触病人分泌物、排泄物等 (1)是 (2)否
- 4.6 探视病人 (1)是 (2)否
- 4.7 其他方式 _____
- 4.8 接触时采取防护措施情况:

5. 最后接触时间: //

调查单位: _____

调查时间: _____年____月____日 //

调查者签名: _____

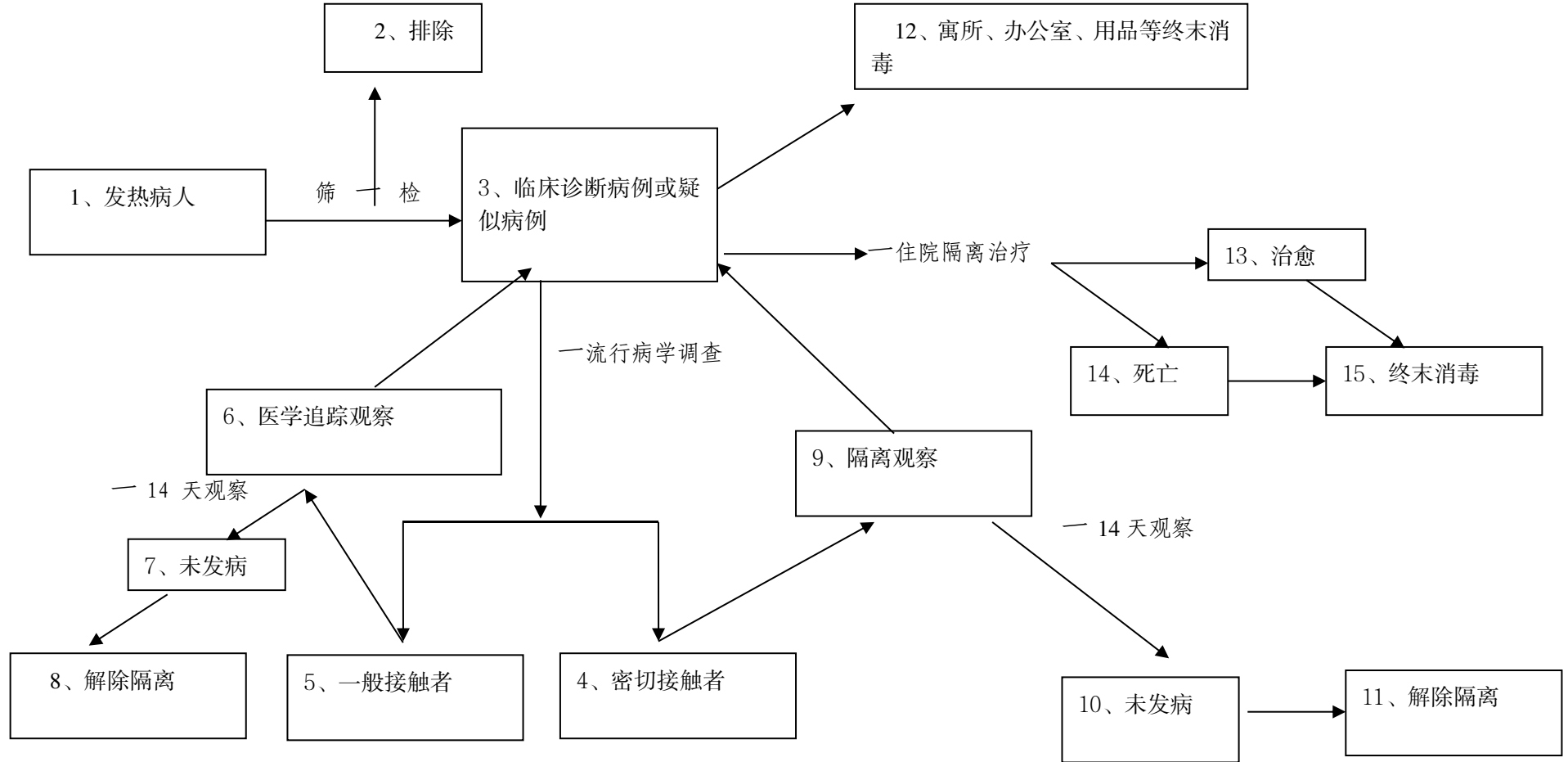
SARS 病例密切接触者调查表填表说明

- 请您用圆珠笔或钢笔填写, 字迹要工整。
- 凡是数字, 都填写阿拉伯数字如: 0、1、2、3、……。
- 请将所选择答案的序号写在题后的“□”内。
- 使用 6 位国标码, 如广东省为
- 所有涉及日期的填写到日, 如解除隔离时间为 2003 年 12 月 5 日, 则在相应的栏目中填写

- 6.表中的“疑似病例”及“临床诊断病例”相应指“SARS 疑似病例”及“SARS 临床诊断病例”。
- 7.第 1.7 项中，若被调查者为医务工作者，则工作单位应详细填写至所在科室名称。
- 8.调查表中所列治疗医院如果是正规医院，应详细填写医院名称，如果是个体诊所，应注明详细地址。
- 9.第 3 项中所指医务人员不包括指定的非典诊治医院的医务人员。
- 10.调查表所指“非典”均为“SARS”的简称。

附件 3

SARS 预防控制流程图



延津县疾病预防控制中心人感染高致病性禽流感

疫情应急处置预案

一、前言

禽流感是由 A 型（高致病型）流感病毒引起的传染性疾病综合征，高致病性禽流感传播迅速、病程短，造成的损失十分巨大。人感染高致病性禽流感（简称人禽流感）是由禽流感病毒感染人体引起的一种急性传染病。近年来，世界上已先后发生了人禽流感疫情，至 2010 年，全球已报告 516 例人禽流感病例，其中 306 例死亡。我国确诊 40 例，死亡 26 例。人禽流感的发生和流行，将对人民群众的健康、生命安全以及我国的经济建设构成严重威胁。为及时、迅速、高效、有序处理疫情，防止疫情蔓延，保护人民身体健康与社会稳定，特制定此应急处理预案。

二、目的

一旦发生人感染高致病性禽流感，及时落实有效措施，迅速控制和扑灭疫情。

三、预案启动条件

发现 1 例及以上人感染高致病性禽流感病例或发生禽流感疫情即启动本预案。

四、病例定义

根据流行病学接触史、临床表现及实验室检查结果，可作出人禽流感的诊断。

（一）流行病学接触史

- 1、发病前 1 周内曾到过疫点。
- 2、有病死禽接触史。
- 3、与被感染的禽或其分泌物、排泄物等有密切接触。
- 4、与禽流感患者有密切接触。
- 5、实验室从事有关禽流感病毒研究。

（二）诊断标准

1、医学观察病例 有流行病学接触史，1 周内出现流感样临床表现者。对于被诊断为医学观察病例者，医疗机构应当及时报告当地疾病预防控制机构，并对其进行 7 天医学观察。

2、疑似病例 有流行病学接触史和临床表现，呼吸道分泌物或相关组织标本甲型流感病毒 M1 或 NP 抗原检测阳性或编码它们的核酸检测阳性者。

3、临床诊断病例 被诊断为疑似病例，但无法进一步取得临床检验标本或实验室检查证据，而与其有共同接触史的人被诊断为确诊病例，并能够排除其它诊断者。

4、确诊病例 有流行病学接触史和临床表现，从患者呼吸道分泌物标本或相关组织标本中分离出特定病毒，或采用其它方法，禽流感病毒亚型特异抗原或核酸检查阳性，或发病初期和恢复期双份血清禽流感病毒亚型毒株抗体滴度 4 倍或以上升高者。

五、应急处置

根据以下不同情况采取相应的应对措施。

（一）本地尚未发现动物和人禽流感疫情

本地区内尚未发现动物及人禽流感疫情，但其相邻地区发生动物或/和人禽流感疫情。应该采取以下措施：

1、密切关注国内外、邻近地区动物禽流感及人禽流感疫情动态，做好疫情预测预警，开展疫情风险评估。

2、做好各项技术及物资准备。

3、开展常规疫情、流感/人禽流感、不明原因肺炎病例、不明原因死亡病例的监测。

4、医疗机构开展不明原因肺炎的筛查工作。

5、开展人禽流感知识的健康教育，提高公众防控人禽流感知识水平。

6、配合有关部门开展动物禽流感疫情监测工作，防止疫区受染动物以及产品的输入。

（二）本地有动物禽流感疫情，但尚未发现人禽流感疫情

发生动物禽流感疫情，但尚未发现人禽流感病例。应该采取以下措施：

1、与农业部门紧密协作，立即开展现场流行病学调查、密切接触者追踪和样品采集工作。

2、启动人禽流感应急监测方案，疫区实行人禽流感疫情零报告制度。

3、做好密切接触者的医学观察。

4、按照职责分工，做好疫点内人居住和聚集场所的消毒处理工作。

5、做好疫情调查处理等人员的个人防护。

（三）本地出现散发或聚集性人禽流感病例，属重大突发公共卫生事件（Ⅱ级）

本地区发现散发或聚集性人禽流感病例，但局限在一定的范围，没有出现扩散现象的，应采取以下措施：

1、启动人禽流感应急监测，实行人禽流感病例零报告制度。

2、按照人禽流感病例流行病学调查方案迅速开展流行病学调查工作，查明病例之间的相互关联，判定是否发生人传人现象。

3、按照密切接触者判定标准和处理原则，确定密切接触者，并做好医学观察。

4、按照职责分工，做好疫点内人居住和聚集场所的消毒处理工作。

5、做好人禽流感病例流行病学调查和病例的主动搜索、标本采集等工作。

6、做好疫情调查处理、医疗救治、实验室检测等医务人员的个人防护。

7、及时向本地区有关部门和邻近地区有关部门通报有关情况。

8、进一步加强健康教育，提高公众卫生意识和个人防护意识，减少发生人禽流感的危险性，做好公众心理疏导工作，避免出现社会恐慌。

9、如经调查证实发现人传人病例，要根据疫情控制的需要，划定疫点和疫区范围，报请当地人民政府批准，采取学校停课、部分行业停业等防控措施。

(四)证实人间传播病例并出现疫情扩散状态，属特别重大突发公共卫生事件(I级)

证实人禽流感疫情出现人间传播病例并有扩散趋势，按照《卫生部应对流感大流行准备计划与应急预案(试行)》采取相应的措施。

六、控制措施

(一)出现疑似或确认高致病性禽流感疫情，采取以下措施。

A、密切接触者的医学观察

1、禽流感病或死禽密切接触者:

- (1)饲养、贩卖、屠宰、加工病禽或死禽的人员;
- (2)捕杀、处理病或死禽，未按相应规范采取防护措施的人员;
- (3)直接接触病或死禽及其排泄物、分泌物等其他相关人员。

2、人禽流感疑似病例或确诊病例的密切接触者:

与出现症状后的病例或疑似病例共同生活、居住、护理或直接接触过病例的呼吸道分泌物、排泄物和体液的人员。

3、在没有防护措施的情况下，对可能被禽流感病毒污染的物品进行采样、处理标本、检测等实验室操作或者违反生物安全操作规程的工作人员。

B、密切接触者处理原则:

1、医学观察期限暂定为7天，观察期间不限制医学观察对象的活动，但观察对象活动范围需在动物禽流感疫区范围内(疫点周围半径3公里)。

2、观察期间，对密切接触者测试2次体温，了解其身体健康状况。

3、人禽流感的临床特点、传播途径等相关防治知识。

4、对出现异常临床表现(体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 伴咳嗽或咽痛等症状)的，应进行流行病学调查，并进行诊断治疗。

C、职业暴露人员防护

1、基本防护

- (1)适用对象:医院诊疗工作中所有医务人员，可能接触病禽或病人的人员。
- (2)防护用品:工作服、工作裤、工作鞋、工作帽和医用防护口罩。

2、加强防护

(1)防护对象:进入留观室、病区的人员，进入疫区的人员，其他接触病、死禽和病人等传染源及其体液、分泌物、排泄物并包括其污染物品的人员。

- (2)防护用品:隔离服、医用防护口罩、帽子、医用手套或橡胶手套、必要时使用

防护镜或面罩、鞋套。

3、严密防护

(1) 防护对象：宰杀病禽的人员，对禽流感病人进行有创操作或尸体解剖的人员。

(2) 防护用品：在加强防护的基础上增加使用正压面罩或全面型呼吸防护器。

4、更换防护用品顺序

(1) 穿戴防护用品顺序

步骤 1: 戴帽子。

步骤 2: 穿防护服。

步骤 3: 戴口罩。

步骤 4: 戴上防护眼镜。

步骤 5: 穿上鞋套或胶鞋。

步骤 6: 戴上手套，将手套套在防护服袖口外面。

(2) 脱掉防护用品顺序

步骤 1: 摘下防护镜，放入消毒液中。

步骤 2: 解防护服。

步骤 3: 摘掉手套，一次性手套应将里面朝外，放入黄色塑料袋中，橡胶手套放入消毒液中。

步骤 4: 脱掉防护服，将里面朝外，放入污衣袋中。

步骤 5: 将手指反掏进帽子，将帽子轻轻摘下，里面朝外，放入污衣袋中。

步骤 6: 摘口罩，一手按住口罩，另一只手将口罩带摘下，放入黄色塑料袋中，注意双手不接触面部。

步骤 7: 脱下鞋套或胶鞋，将鞋套里面朝外，放入黄色塑料袋中，将胶鞋放入消毒液中。

步骤 8: 洗手、消毒。

D、加强重点地区的人禽流感疫情监测

1、监测时限:

(1) 发生动物疫情的地区，应急监测开始于农业部门发现疫情之日；止于农业部门解除封锁后 7 天。

(2) 没有动物疫情，但出现人间病例时，应急监测始于卫生部门发现疫情之日，止于该病例的最后一例密切接触者的医学观察期的结束之日。

2、监测对象:

体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ，伴有咳嗽或咽痛，并且发病前 1 周内与禽类接触史的病例。

3、监测方法

(1) 被动监测 在应急监测期间，监测县（市、区）内的各级医疗机构对前来就诊的发热伴流感样症状的病例进行登记和报告。

(2) 主动监测

疾病预防控制机构对上报的发热伴流感样病例进行追踪和排查。

疾病预防控制机构入户搜索、排查居民中是否有发热伴流感样症状的病例。

疾病预防控制机构每日上报密切接触者医学观察表。

E、消毒处理

1、各级疾病预防控制机构应该配合农业部门开展工作，指导现场消毒，进行消毒效果评价。

(1) 对禽舍包括死禽和宰杀的家禽、禽粪和墙壁地面等进行终末消毒，必要时对禽舍的空气进行消毒。

(2) 对划定的动物疫点内病、死禽可能污染的物品进行终末消毒。

(3) 对划定的动物疫区内的饮用水应进行消毒处理，对流动水体和较大的水体等消毒较困难者可以不消毒，但应严格进行管理。

(4) 对划定的动物疫区内可能污染的物体在出封锁线时进行消毒处理。

2、消毒方法

(1) 病房、病家和禽舍的地面、墙壁等一般物体表面 0.1%过氧乙酸溶液或 500mg/L 有效氯含氯消毒剂溶液喷雾。地面喷药量为 200~300ml/m²。以上消毒处理，作用时间应不少于 60min。

(2) 纺织品 耐热、耐湿的纺织品可煮沸消毒 15min，或采取压力蒸汽灭菌的方法，或用 250mg/L 有效氯的含氯消毒剂浸泡 30min。

(3) 动物及病人的排泄物、分泌物和呕吐物 稀薄者，每 1000 ml 可加漂白粉 50g，搅匀放置 2h。尿液每 1000ml 加入漂白粉 5g 混匀放置 2h。成形粪便，1 份粪便加 20% 漂白粉乳剂 2 份，混匀后，作用 2h。对厕所和禽舍的粪便可以集中消毒处理时，可按粪便量的 1/10 加漂白粉，搅匀加湿后作用 24h。

(4) 餐（饮）具 首选煮沸消毒 15 min，也可用 0.1% 过氧乙酸溶液或 500 mg/L 有效氯含氯消毒剂溶液浸泡 15min 后，再用清水洗净。

(5) 食物 生吃的瓜果、蔬菜类可用 0.1%过氧乙酸溶液浸泡 15min。

(6) 盛排泄物或呕吐物的容器 可用 1000mg/L 有效氯含氯消毒剂溶液或 0.2% 过氧乙酸溶液浸泡 30min，浸泡时，消毒液要漫过容器。

(7) 家用物品、家俱 可用 0.1% 过氧乙酸溶液或 500mg/L 有效氯含氯消毒剂浸泡 15min，硬质物体表面也可按一般物体表面进行消毒处理。

(8) 手 用 0.5% 碘伏溶液或 0.5%氯己定醇溶液涂擦，作用 1~3min。手的消毒也可用醇类免洗手消毒剂涂擦，自然干燥后即可。

(9) 人与动物尸体 动物尸体应焚烧或喷洒消毒剂后在远离水源的地方深埋，要采取有效措施防止污染水源。病人尸体宜尽快火化。

(10) 运输工具 车、船内外表面和空间可用 0.1% 过氧乙酸溶液或 500mg/L 有效

氯含氯消毒剂溶液喷洒至表面湿润，作用 60min。

(11) 垃圾 医院与禽流感有关的垃圾按感染性废物处理，疫区的可燃物质尽量焚烧，也可喷洒 10000 mg/L 有效氯含氯消毒剂溶液，作用 60min 以上，消毒后深埋。

(12) 污水 对小水体的污水每 10L 加入 10000mg/L 有效氯含氯消毒溶液 10 ml，或加漂白粉 4 g。混匀后作用 1.5h 后余氯为 4~6 mg/L 时即可。较大的水体应加强管理，疫区解除前严禁使用。

(13) 饮用水 对疫区的饮用水应进行消毒处理，保证其微生物指标符合《生活饮用水卫生标准》。

(14) 空气 对无法通风的空间受到污染后应进行空气消毒。房屋经密闭后，每 m³ 用 15% 过氧乙酸溶液 7 ml (1 g/m³)，放置瓷或玻璃器皿中加热蒸发，薰蒸 1h，即可开门窗通风；或以 0.5% 过氧乙酸溶液 (8ml/m³) 气溶胶喷雾消毒，作用 30min；也可使用紫外线进行消毒。

(二) 出现疑似或确诊人禽流感病例

出现疑似或确诊人禽流感病例时，除采取上述预防控制措施外，还应采取以下措施。

A、病例的诊断与报告

1、国家对人禽流感疫情报告实行专报管理。各地必须使用"国家疾病监测个案专报信息系统"报告发现的疑似或确诊病例。

2、已发现禽流感疫情的地区，须实行人禽流感疫情每日"零"报告制度。

3、首例疑似病例和确诊病例的判定由省级卫生行政部门和卫生部专家组进行判定。

4、报告程序和时限

责任报告单位和报告人在接诊人禽流感病例或疑似病例时，城镇应于 2 小时、农村应于 6 小时内以电话或传真和计算机网络向当地县级疾病预防控制机构报告疫情。

B、病例的隔离救治

按照"人禽流感诊疗方案"诊断为疑似和确诊病例后，立即送指定医院进行隔离治疗，做好院内感染控制和医务人员的个人防护工作。

C、疫点消毒处理

发生人禽流感疫情时，各级疾病控制中心除应协助农业部门针对动物禽流感疫情开展消毒工作外，还应对疫点和病人或疑似病人污染或可能污染的区域进行消毒处理。

1、配合农业部门针对动物禽流感疫情开展消毒工作，进行消毒效果评价。

2、对发生人禽流感的疫点、疫区进行现场消毒，消毒重点应包括病人的排泄物、病人发病时生活和工作过的场所、病人接触过的物品等。

3、医院应同时按肠道传染病和呼吸道传染病的要求对禽流感病人诊疗过程中可能污染的物品进行消毒处理。

D、流行病学调查

1、病例的流行病学调查和标本的采集

(1) 调查内容：临床资料；病例所在地基本情况；病例家庭及家居环境情况；病例发病前活动范围及暴露史；病例发病后的活动范围及密切接触者。

(2) 标本采集：

上呼吸道标本：包括咽拭子、鼻拭子、鼻咽抽取物、咽漱液、深咳痰液。最佳采集时间为发病后3天内。

下呼吸道标本：包括呼吸道抽取物、支气管灌洗液、肺组织活检标本。

尸检标本：病人死亡后应依法尽早进行解剖，在严格按照生物安全防护的条件下，进行尸检，主要采集肺、气管组织标本，条件允许下也可采集肝、肾、脾、心脏、脑、淋巴结等组织标本。

血清标本：每一病例必须采集血清标本，须采集急性期、恢复期双份血清。第一份血清应尽早（最好在发病后7天内）采集，第二份血清应在发病后第3~4周采集。采集量要求5ml，以空腹血为佳，建议使用真空采血管。

其它标本：如果病例有腹泻症状，可在发病后采集粪便标本；有胸水者可采集胸水标本。

2、高危人群的调查

了解人禽流感疫情发生地的禽类养殖场、禽类散养户、屠宰场、禽类批发及交易市场、公园禽鸟类养殖场所的禽类饲养、捕捉、屠宰活禽、储藏、运输人员、禽类交易及经营人员以及宠物鸟类的养殖人员，并了解曾滞留禽类养殖、屠宰场所时间较长的人员情况。

向动物研究专业机构了解专业从事禽类研究及监测人员情况。

现场流行病学调查人员根据现场调查情况确定有潜在高危行为的人员。

3、聚集性人禽流感病例调查

从病例间的接触地点、接触时间、接触方式等方面了解病例间是否存在人传染人的可能性。

七、预案终止条件

禽流感疫情农业部门解除封锁后7天，人禽流感疫情在最后一例密切接触者的医学观察期的结束之日，即可停止本预案执行，转为日常监测。

八、疫情控制效果评价

(一) 流行病学分析与评价 根据流行病学资料，尽快查清人感染高致病性禽流感疫情的流行病学特征，追踪暴发来源及传播方式，对疫情控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有罹患率、病死率、样本的检测数量、病原分离率、报告及时率和疫情控制时间等。

(二) 消毒效果评价 依据消毒处理正确率、及时率，消毒前后相关指标等，对消毒效果进行评价。

(三) 疫情调查分析 要及时收集、整理、统计、分析调查资料，内容包括：基本

情况（一般背景资料和此次疫情概况）；疫情的调查和分析（疫情的发生经过及临床表现，流行病学调查，实验室检测结果，流行因素调查及分析）；调查结论；疫情的预防控制措施和评价；传染来源分析；疫情预测；存在问题；下一步防治工作建议等。结案报告要求在疫情宣布终止后，同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构，并进行网络直报。

九、附件

- 1、人感染高致病性禽流感流行病学调查表
- 2、农贸市场、交易市场相关情况调查表
- 3、人感染高致病性禽流感应急监测报告卡
- 4、人禽流感病例的密切接触者流行病学调查一览表
- 5、动物禽流感和人禽流感病例密切接触者医学观察记录表
- 6、禽流感密切接触者医学观察每日统计汇总表

附件 1

人感染高致病性禽流感流行病学调查表

一、病例的发现/报告情况								
1. 病例的首次发现单位(具体到科室):								
1.1 联系方式: (1)电话: (2)传真: (3)E-mail:								
1.2 发现时间: □□□□年□□月□□日□□时□□分								
2. 首次报告单位:								
2.1 接到报告单位:								
2.2 报告方式: <input type="checkbox"/> 电话 <input type="checkbox"/> 传真 <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 网络直报 <input type="checkbox"/> 其它								
2.3 报告时间: □□□□年□□月□□日□□时□□分								
2.4 报告疾病名称:								
3. 首次报告时, 是否进行网络直报: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否								
3.1 若进行网络直报, 报告单位为:								
3.2 报告时间: □□□□年□□月□□日□□时□□分								
3.3 报告疾病名称:								
二、 病例一般情况								
1. 病例姓名: 家长姓名(若是儿童, 请填写):								
2. 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女								
3. 民族:								
4. 出生日期: □□□□年□□月□□日(如出生日期不详, 则实足年龄: □□岁或□□月)								
5. 身份证号码: □□□□□□□□□□□□□□□□(或家长身份证号码)								
6. 户 籍: 省 市 县(区) 乡(街道) 村(栋) 组(单元) 号								
7. 现住址: 省 市 县(区) 乡(街道) 村(栋) 组(单元) 号								
8. 学习或工作单位:								
9. 联系电话:(1)手机: (2)家庭电话: (3)其它联系人电话:								
10. 职业: <input type="checkbox"/> 幼托儿童 <input type="checkbox"/> 散居儿童 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 教师 <input type="checkbox"/> 保育保姆 <input type="checkbox"/> 餐饮业 <input type="checkbox"/> 商业服务 <input type="checkbox"/> 工人 <input type="checkbox"/> 民工 <input type="checkbox"/> 农民 <input type="checkbox"/> 牧民 <input type="checkbox"/> 渔(船)民 <input type="checkbox"/> 干部职员 <input type="checkbox"/> 离退人员 <input type="checkbox"/> 家务 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 医疗机构工作人员 <input type="checkbox"/> 其他								
三、 病例的发病与就诊经过								
1. 发病日期: □□□□年□□月□□日								
2. 发病地点: <input type="checkbox"/> 家中 <input type="checkbox"/> 单位 <input type="checkbox"/> 其他								
3. 前往医疗机构就诊前, 是否自行服药: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道								
3.1 若自行服药, 则服药种类:								
4. 请填写以下就诊情况:								
就诊次数	就诊单位	就诊日期	治疗天数	诊断结果	是否隔离	入住院时间	门诊/住院病历号	转 归
第 1 次								
第 2 次								
第 3 次								
第 4 次								
第 5 次								

第 6 次								
四、病例的临床表现								
1.首发症状(描述):								
2.流感样表现:								
<input type="checkbox"/> 发热: 体温(范围) °C 持续时间:			<input type="checkbox"/> 寒战					
<input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咳痰		<input type="checkbox"/> 咽痛 <input type="checkbox"/> 头痛		<input type="checkbox"/> 鼻塞 <input type="checkbox"/> 流涕		<input type="checkbox"/> 肌肉酸痛		
<input type="checkbox"/> 关节酸痛 <input type="checkbox"/> 乏力		<input type="checkbox"/> 胸闷 <input type="checkbox"/> 气促		<input type="checkbox"/> 呼吸困难 <input type="checkbox"/> 腹泻		<input type="checkbox"/> 结膜炎		
3.其它临床表现(描述):								
五、病例居住环境及暴露情况								
1.病例居住地点(村庄/居民楼)周围环境描述:								
2.病例居住地点(村庄/居民楼)周围 3 公里内是否有: <input type="checkbox"/> 活禽市场 <input type="checkbox"/> 农贸市场 <input type="checkbox"/> 饲养场 <input type="checkbox"/> 天然湖泊 <input type="checkbox"/> 人工湖 <input type="checkbox"/> 河流 <input type="checkbox"/> 小溪 <input type="checkbox"/> 湿地 <input type="checkbox"/> 沼泽 <input type="checkbox"/> 均无 <input type="checkbox"/> 其它								
3.是否能见到候鸟或野禽: <input type="checkbox"/> 经常见到 <input type="checkbox"/> 偶然见到 <input type="checkbox"/> 从未见过 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/> 其它								
4.近期是否有死亡候鸟或野禽: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道								
4.1 若有, 常见地点:								
4.2 候鸟或野禽最近死亡时间:□□□□年□□月□□日								
5.病例居住地点(村庄/居民区)动物饲养或病死情况: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>								
养殖场名称	动物种类	饲养数量	病/死数量	病/死时间	处理方式	处理时间	参与处理人员数量	
6.家禽饲养户人员情况:								
总户数	总人口数	常驻人口	饲养家禽户数	饲养家禽户人口数	病死家禽户数	病死家禽户人口数	异常表现人数 (流感样病例/发热性疾病等)	
7.若居住地有养殖场,则:								
养殖场名称			饲养动物种类及数量			病/死动物种类及数量		
8.农业部门是否已经证实死亡家禽死于 H5N1 型禽流感: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 证实中 <input type="checkbox"/> 不知道								
8.1 农业部门 H5N1 型禽流感病毒分离或 PCR 情况:								
分离(PCR)阳性标本类型			采集地点	采集时间	分离时间	分离单位		

9.当地环境是否已经进行彻底消毒: 是 否 不知道

9.1 若已经彻底消毒,则时间为: 年月日

10.有病死动物后,当地有无流感样/发热/不明原因死亡病例等: 有 无 不知道

10.1 若有,则填写以下表

病例姓名	性别	年龄	临床表现	发病/死亡时间	有无接触及时间	备注

六、病例家居环境情况

1.描述病例家庭位置(位置/附近水源等情况):

2.病例家庭: 围墙院落 半封闭院落 敞开式院落 其它

3.病人家居住房类型: 平房 独立楼房 公寓 其它

4.房屋地板类型: 瓷砖 木地板 土地 其它

5.多长时间打扫一次房间:

6.家中厨房菜板使用: 生肉/熟食加工分开 生肉/熟食混用

6.1 若混用菜板,则加工完生肉类后: 每次均清洗 偶尔清洗1次 从不清洗

7.家庭成员的禽流感知识知晓情况: 明白 听说过 从不知道 其它

7.1 若明白,则知识来于: 电视 报纸 广播 宣传单 入户宣传 其它

8.家中禽类饲养情况:

动物种类	饲养数量	饲养时间	活动范围	动物粪便可见范围
			<input type="checkbox"/> 仅圈内 <input type="checkbox"/> 院内 <input type="checkbox"/> 卧室内 <input type="checkbox"/> 厨房 <input type="checkbox"/> 厕所 <input type="checkbox"/> 院外 <input type="checkbox"/> 其它	<input type="checkbox"/> 圈内 <input type="checkbox"/> 院内 <input type="checkbox"/> 卧室 <input type="checkbox"/> 厨房 <input type="checkbox"/> 厕所
			<input type="checkbox"/> 仅圈内 <input type="checkbox"/> 院内 <input type="checkbox"/> 卧室内 <input type="checkbox"/> 厨房 <input type="checkbox"/> 厕所 <input type="checkbox"/> 院外 <input type="checkbox"/> 其它	<input type="checkbox"/> 圈内 <input type="checkbox"/> 院内 <input type="checkbox"/> 卧室 <input type="checkbox"/> 厨房 <input type="checkbox"/> 厕所
			<input type="checkbox"/> 仅圈内 <input type="checkbox"/> 院内 <input type="checkbox"/> 卧室内 <input type="checkbox"/> 厨房 <input type="checkbox"/> 厕所 <input type="checkbox"/> 院外 <input type="checkbox"/> 其它	<input type="checkbox"/> 圈内 <input type="checkbox"/> 院内 <input type="checkbox"/> 卧室 <input type="checkbox"/> 厨房 <input type="checkbox"/> 厕所

9.家禽圈位置,描述与病例居住房间关系:
室外 厕所内 厨房内 人居住房间 无人居住房间 单独禽舍 其他

10.近期内病例家中病死动物情况:

动物种类	饲养数量	病死数量	发病/死亡时间	死亡原因	处理方式

11.农业部门是否证实病死动物死于 H5N1 型禽流感: 是 否 不知道

11.1 环境/病死禽畜采样情况:

采样种类	采样时间	采样地点	采样份数	检测结果	检测单位

12.家庭环境是否进行彻底消毒: 是 否 不知道

12.1 若已经彻底消毒,则时间为: 年/月/日

13.病例家庭成员及与病死动物接触方式:

序号	姓名	性别	年龄	发病与 否	接触病死动物 种类	接触病死动物方式

1						<input type="checkbox"/> 饲养 <input type="checkbox"/> 打扫禽舍 <input type="checkbox"/> 宰杀 <input type="checkbox"/> 烹饪 <input type="checkbox"/> 食用 <input type="checkbox"/> 无
2						<input type="checkbox"/> 饲养 <input type="checkbox"/> 打扫禽舍 <input type="checkbox"/> 宰杀 <input type="checkbox"/> 烹饪 <input type="checkbox"/> 食用 <input type="checkbox"/> 无
3						<input type="checkbox"/> 饲养 <input type="checkbox"/> 打扫禽舍 <input type="checkbox"/> 宰杀 <input type="checkbox"/> 烹饪 <input type="checkbox"/> 食用 <input type="checkbox"/> 无
4						<input type="checkbox"/> 饲养 <input type="checkbox"/> 打扫禽舍 <input type="checkbox"/> 宰杀 <input type="checkbox"/> 烹饪 <input type="checkbox"/> 食用 <input type="checkbox"/> 无
5						<input type="checkbox"/> 饲养 <input type="checkbox"/> 打扫禽舍 <input type="checkbox"/> 宰杀 <input type="checkbox"/> 烹饪 <input type="checkbox"/> 食用 <input type="checkbox"/> 无

七、病例生活习惯、既往健康史

- 1.饭前洗手: 每次均洗手 偶尔洗手 从不洗手 其它
- 2.是否抽烟: 是 否
- 3.1 若抽烟, 每天几支: 1-4支 5-9支 10-20支 20支以上
- 4.是否有慢性疾病, 若有(医生已经诊断,可多选)
- 哮喘 慢性支气管炎 其它慢性肺部疾病 冠心病
- 糖尿病 肾病 免疫缺陷 其它慢性疾病:
- 5.一年内是否接种流感疫苗: 是 否
- 5.1 如有, 最后一次接种日期: / / 日
- 6.是否曾注射免疫球蛋白: 是 否 记不清
- 6.1 如有, 最后一次接种日期: / / 日

八、病例发病前的暴露情况

- 1.病前 2 周内是否接触禽类及其它动物: 是 否 不知道
- 1.1 若接触, 则接触动物种类: 鸡 鸭 鹅 野禽 其它
- 1.2 接触方式: 饲养 打扫、清洗禽舍 接触动物分泌物 购买加工生鲜禽肉
- 职业运输 收集或运输禽类粪便 收集或卖鸡蛋 清洗禽毛
- 买卖活禽 宰杀禽类 食用 处理/掩埋禽类
- 1.3 接触时间:
- 1.4 接触家禽后是否洗手: 每次均洗 偶尔洗一次 从不洗手
- 1.5 若未接触过禽类及其它动物, 是否在病前 2 周内到过:
- 饲养场 农贸市场 河/湖/塘边 湿地 公园 其它
- 2.病前 2 周内是否接触病死禽类: 是 否 不知道
- 2.1 若接触, 则接触种类: 鸡 鸭 鹅 野禽 未接触 不清楚 其它
- 2.2 若接触, 则接触方式: 宰杀、加工病死动物 接触病死禽排泄物
- 接触病死禽分泌物 直接接触病死禽 食用病死禽肉 其它
- 2.3 接触时间:
- 2.4 若食用病死禽肉, 则所食用时是否熟透: 是 否 不知道
- 3.病前 2 周内, 若参与宰杀、加工病死禽类, 则主要方式: 捕捉或固定病死禽类 烫洗死禽
- 拔除禽毛接触死禽血液 清洗/接触死禽内脏 刀切病死禽肉 清洗、处理禽肉
- 3.1 接触病死禽期间, 手部伤口情况: 无伤口 未愈合旧伤口 处理过程造成伤口
- 3.2 处理病死禽类时是否采取防护措施及其它预防措施:
- 带手套 穿防护鞋 戴口罩 服用抗病毒药物 无任何防护措施
- 3.3 处理病死禽后是否洗手: 每次均洗 偶尔洗一次 从不洗手 其它
- 4.发病前 2 周内是否与其它发热病人有所接触: 是 否 不知道
- 4.1 若接触过, 则填写下表:

病例姓名	发病时间	临床表现	诊断	最后接触时间	接触方式及频率	接触地点

42.若在医院接触病人, 则与病人接触时是否戴口罩:	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
43.若看望病人, 看望病人后是否洗手:	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
5.发病前 2 周内, 是否到过禽流感病毒学实验室:	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
5.1 若曾到过实验室, 是否进行防护:	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
6.病例旅行史 (发病前 2 周内):		
旅行起始地	旅行时间	旅行目的地
九、密切接触者情况		
姓名	性别	与患者关系
十、实验室检查		
1.血常规:		
第 1 次检查:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日, WBC: $\times 10^9/L$; N %; L %	检测单位:
第 2 次检查:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日, WBC: $\times 10^9/L$; N %; L %	检测单位:
第 3 次检查:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日, WBC: $\times 10^9/L$; N %; L %	检测单位:
2. X 线检查:		
第 1 次检查:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 结果:	检测单位:
第 2 次检查:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 结果:	检测单位:
第 3 次检查:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 结果:	检测单位:
3. CT 检查		
第 1 次检查:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 结果:	检测单位:
第 2 次检查:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 结果:	检测单位:
4.病原学和血清学检查:		
标本类型	采集时间	检测方法/检测结果/检测单位/检测时间
十一、转归与最终诊断情况		
1.最终诊断: <input type="checkbox"/> 确诊病例 <input type="checkbox"/> 疑似病例 <input type="checkbox"/> 临床诊断病例 <input type="checkbox"/> 排除(病名:)		
2.诊断单位:		
3.转归: <input type="checkbox"/> 痊愈 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 其他		
3.1 若痊愈, 出院日期: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日		
3.2 若死亡, 死亡日期: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 死亡原因:		
十二、调查小结		
调查单位: 调查时间: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日		
调查者签名:		

附件 2

农贸市场、交易市场相关情况调查表

一、市场一般情况调查

- 1.市场名称：
 2.市场地址：
 3.市场环境(描述):
 4.管理人员电话:(1)电话 _____ (2)传真 _____
 5.市场形式: 全天候封闭式 全天候露天式 晨市 定期会 其它
 6.禽类交易情况: 活禽交易 活禽现场宰杀 生鲜禽肉交易 鸡蛋交易 生猪交易 生猪肉交易 其它
 7.若有禽类交易,则主要种类: 活鸡 生鸡肉 活鸡宰杀 活鸭 鹅 鸽子 其它
 8.市场固定摊贩人数:
 9.市场流动摊贩人数:

二、市场内摊贩情况调查

姓名	性别	年龄	经营时间	经营种类及方式	进货来源	血液采集	异常表现	备注

附件 3

人感染高致病性禽流感应急监测报告卡

(发热伴流感样症状的病例)

1 基本情况

患者姓名: _____ (患儿家长姓名: _____)

身份证号: □□□□□□□□□□□□□□□□□□

性别: 男 女出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (如出生日期不详, 实足年龄: _____ 年龄单位: 岁月日)

工作单位: _____ 联系电话: _____

病人属于: 本县区 本市其他县区 本省其它地市 外省 港澳台 外籍

现住址(详填): _____ 省 _____ 市 _____ 县(区) _____ 乡(镇、街道) _____ 村 (门牌号)

职业: 幼托儿童 散居儿童 学生(大中小学) 教师 保育员及保姆餐饮食品业 商业服务 医务人员 工人 民工 农民 牧民渔(船)民 干部职员 离退人员 家务及待业 其他 不详

2 临床表现

发病日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

诊断日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

死亡日期(如病例死亡): _____ 年 _____ 月 _____ 日

首发症状(描述): _____

发热: 有, 体温(最高) _____ °C 无鼻塞: 有 无 头痛: 有 无 咳嗽: 有 无气促: 有 无 呼吸困难: 有 无血常规: _____ 年 _____ 月 _____ 日 WBC: _____ ×10⁹/L; N _____; L __________ 年 _____ 月 _____ 日 WBC: _____ ×10⁹/L; N _____; L __________ 年 _____ 月 _____ 日 WBC: _____ ×10⁹/L; N _____; L _____

胸部X线检查: _____ 年 _____ 月 _____ 日 结果描述: _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日 结果描述: _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日 结果描述: _____

3 流行病学史

3.1 发病前 7 天内接触过病、死禽(包括家禽、野生水禽和候鸟), 或其排泄物、分泌物, 或其排泄物、分泌物污染的环境: 是 否 不知道

3.2 发病前 7 天内与疑似或确诊病例共同生活、居住, 或护理过病例:

是 否 不知道3.3 发病前 7 天内, 在出现异常死禽的地区居住、生活、工作过: 是 否 不知道

3.4 高危职业史包括饲养、贩卖、屠宰、加工、诊治家禽的职业人员:

是 否 不知道

3.5 可能暴露于动物和人感染高致病性禽流感病毒或潜在感染性材料的实验室职业人员:

是 否 不知道

3.6 未采取严格的个人防护措施, 处置动物高致病性禽流感疫情的人员:

是 否 不知道

3.7 未采取严格的个人防护措施, 接触人感染高致病性禽流感疑似或确诊病例的医务人员

是 否 不知道

报告单位: _____

报告医生: _____ 填卡日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

附件 4

省 市 县 人禽流感病例的密切接触者流行病学调查一览表

调查单位_____调查人员_____、_____调查日期_____年____月____日

姓名	性别	年龄	职业	详细住址	接触病例类型	最早接触时间	最后接触时间	接触频度	接触地点	接触方式	备注

注：1、接触病例类型：(1)疑似病例 (2)确诊病例

2、接触地点：包括(1)家中 (2)医疗机构 (3)工作单位 (4)饭店 (5)公园 (6)其他

3、接触频率：分为(1)每天 (2)数次(写明日期或日期范围) (3)仅一次

4、接触方式(多选)：(1)共餐 (2)同室 (3)同病区 (4)共用生活用品 (5)分泌物、排泄物等 (6)诊治、护理 (7)探视 (8)陪护 (9)其他

附件 5

动物禽流感和人禽流感病例密切接触者医学观察记录表

姓名	性别	年龄	住址	最后暴露时间	医学观察地点	暴露类型	医学观察开始日期	医学观察记录														医学观察解除日期
								月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		
								体 温	症 状	体 温	症 状	体 温	症 状	体 温	症 状	体 温	症 状	体 温	症 状	体 温	症 状	

注：暴露类型：1 接触患者 2 接触病死禽 3 接触患者 + 接触病死禽

症状：指咳嗽或咽痛

医学观察地点：包括(1)家中 (2)医疗机构 (3)其他

医学观察实施责任人_____、_____、_____

附件 6

禽流感密切接触者医学观察每日统计汇总表

疫情事件名称	疫情发现日期	医学观察开始日期	密切接触者				出现体温≥38℃伴咳嗽或咽痛等症状		最后一名接触者解除医学观察日期	
			累计观察总人数	当日观察		解除观察		新增人数		累计人数
				新增人数	正在观察总人数	新增人数	累计人数			
合计										

填表单位：____省____市____县（区、市）

填表人：_____

延津县疾病预防控制中心鼠疫疫情应急处置预案

一、前言

鼠疫是《中华人民共和国传染病防治法》规定的甲类传染病。鼠疫的防治，特别是鼠疫紧急疫情处理，关系到人民群众生命安全和社会政治稳定。目前我市虽然不是鼠疫疫区，但近年来位于陇海铁路沿线的青海省已发生涉及鼠疫事件（鼠疫疫情活跃），加之我市交通便利，极有可能出现鼠疫突发事件。因此，鼠疫防治工作必须在各级政府的统一领导下，组织协调各部门和社会各界共同进行。为切实作好全市鼠疫防治工作，根据《中华人民共和国国境卫生检疫法》、《中华人民共和国传染病防治法实施办法》、《国内交通卫生检疫条例》、《突发公共卫生事件应急条例》、《防治鼠疫规定》及国内外鼠疫疫情现状，特制订本预案。

二、目的

一旦发生鼠疫疫情，能迅速查清疫情，并及时采取有效措施控制和扑灭疫情。

三、预案启动条件

在我市行政区域内出现任何级别的鼠疫疫情均可启动本预案。

四、疫情级别

（一）在我市行政区域内出现 1 例以上肺鼠疫病例即为特别重大鼠疫疫情。

（二）在我市行政区域内出现 1 例以上腺鼠疫病例即为重大鼠疫疫情。

五、病例定义

按照按中华人民共和国行业标准鼠疫诊断标准（WS279-2008）判定。

（一）流行病学线索

患者发病前 10 天到过鼠疫动物病流行区或接触过鼠疫疫区内的疫源动物、动物制品或鼠疫病人，进入过鼠疫实验室或接触过鼠疫实验用品。

（二）突然发病，高热、白细胞剧增，在未用抗菌药物情况下（青霉素无效），病情在 24h 内迅速恶化并具有下列症候群之一者：

- 1、急性淋巴结炎，肿胀，剧烈疼痛并出现强迫体位。
- 2、出现重度毒血症、休克症候群而无明显淋巴结肿胀。
- 3、咳嗽、胸痛、咳痰带血或咳血。
- 4、重症结膜炎并有严重的上下眼睑水肿。
- 5、血性腹泻并有重症腹痛、高热及休克症候群。
- 6、皮肤出现剧痛性红色丘疹，其后逐渐隆起，形成血性水泡，周边呈灰黑色，基底坚硬。水泡破溃，创面也呈灰黑色。

7、剧烈头痛、昏睡、颈部强直、谵语妄动、脑压高、脑积液混浊。

（三）患者的淋巴结穿刺液、血液、痰液，咽部和眼分泌物以及尸体脏器或管状骨

骨骼取材标本，分离到鼠疫菌。

(四) 患者 2 次 (间隔 10 天) 采集血清，用 PHA 法检测 F1 抗体呈现 4 倍以上增长。

疑似病例：具备 (一) 加 (二) 中任何一项。

确诊病例：疑似病例加 (三) 或 (四) 。其中有 (二) 1、临床表现者为腺型鼠疫；有 (二) 3、临床表现者为肺型鼠疫。

六、控制暴发流行的对策与措施

(一) 疫情报告

1、发现鼠疫疑似病例后，要在 2h 内以最快的通讯方式向发病地的县 (市、区) 疾病预防控制机构报告，并填写报告卡片；接到报告的县 (市、区) 疾病预防控制机构应在 2h 内报告县级卫生行政部门和市级疾病预防控制机构；县级卫生行政部门应在 2h 内报告县级人民政府和市级卫生行政部门；按此程序逐级上报至省级人民政府及卫生行政部门、疾病预防控制机构。

2、疑似病例经确诊后，由市级人民政府立即报告省级人民政府并同时向省卫生厅报告，市级卫生行政部门和疾病预防控制机构在 1h 内分别上报省卫生厅和省疾病预防控制中心。

(二) 应急处理

1、重大疫情

(1) 建立以当地县级以上人民政府主要领导为首、由有关部门负责人组成的疫情处理领导小组。另由有关专家组成疫情处理咨询组。

(2) 对鼠疫病人就地隔离治疗。应派遣有能力的医护力量，尽可能在诊断地点对病人进行治疗，避免长距离运送病人。没有进入医院的病人，不可送入医院；已进入医院的病人，应划定隔离区域，区域内不得收治其他病人。治疗病人时，应坚持“先取样，后治疗”的原则。

(3) 确定鼠疫病人的直接接触者名单，组织交通沿线卫生防疫组织，基层防保组织和居民组织的力量，对接触者实施跟踪观察。发现有发病迹象者立即隔离治疗。

(4) 确定病人的感染地点，对感染地点和病人乘坐的交通工具停靠地点进行调查和监视，以便发现是否还有其他的感染者。同时实施消毒杀虫灭蚤等无害化处理。

(5) 对感染地点进行动物流行病学调查，确定动物病的存在范围并进行相应的处理。

2、特别重大疫情

(1) 实施疫区封锁

A、疫区封锁由鼠疫病人所在地的县级以上人民政府下令实施，城市或交通枢纽封锁应有市政府下令实施。

B、划定隔离圈。隔离圈的范围按以下原则划定：

鼠疫患者在出现肺部症状后活动的范围，以及在此期间的直接接触者所在的范围。封锁期间禁止隔离圈内的人员外出，禁止无关人员进入隔离圈，必要时出动武装力量实施警戒。

C、实施医学留验

在隔离圈内，除对发现的鼠疫病人实施隔离抢救治疗外，对隔离圈内的所有人全部进行医学留验，预防性投用抗菌药物，密切接触者应按已感染的病人进行预防性抗菌治疗。隔离圈内进行彻底的消毒，杀虫，灭鼠。

D、划定警戒圈

设立警戒圈的目的是防止尚未发现的鼠疫病人或接触者感染更多的人。警戒圈的范围应根据实际情况确定，原则上包括可能的接触者的居住范围。同时限制外来人员进入警戒圈。

a、警戒圈内实施医学观察

在警戒圈内，充分发动基层防保组织和居民组织的力量，对全部居民进行宣传，要求居民不要外出逃避，接受医学观察。

组织防疫和医疗力量，对警戒圈内的所有居民，每日进行巡诊，发现病人，立即进行隔离治疗。

b、在警戒圈内开展卫生运动，改善环境卫生条件。

E、在实施疫区封锁期间，有关地区应尽可能停止或减少造成人群大量集中或移动的活动。

(2) 实施交通检疫

A、在实施疫区封锁的同时开始交通检疫，由宣布疫区封锁的人民政府报请上一级卫生主管部门组织实施。交通检疫的主要内容为在发自疫区的公共交通工具上进行巡诊，对可疑的病人实施医学留检。交通检疫由铁路、公路等部门的防疫和地方鼠疫防治机构执行。

B、在肺鼠疫病人确诊情况下，可报请省政府及国务院批准，由主管部门宣布停止交通工具在疫区停留，直至取消车次。

C、在解除疫区封锁的同时，由原宣布部门宣布停止交通检疫。

(3) 解除封锁

最后一例鼠疫病人得到隔离 9 天后，再无新的鼠疫病例发生，由原宣布实施疫区封锁的人民政府宣布解除疫区封锁。

七、预案终止条件

疫区处理已按标准要求全部完成，经验收疫区内已达到灭鼠、灭蚤及环境卫生标准，末例鼠疫病人治愈出院 9 天后无新病例发生，由省疾病预防控制中心会同延津县疾病预防控制中心专家进行分析论证，提出终止应急反应的提议，报经省卫生厅批准，预案停止执行，转入常规防治和监测。

八、疫情控制效果评价

(一) 流行病学分析与评价 根据疫情流行病学资料, 尽快查清鼠疫疫情的流行病学特征, 追踪传染源及传播方式, 对疫情控制措施以及干预效果进行评价。

(二) 消毒效果评价 依据消毒处理正确率、及时率, 消毒前后相关指标等, 对消毒效果进行评价。

(三) 疫情调查分析 要及时收集、整理、统计、分析调查资料, 内容包括: 基本情况(一般背景资料和此次疫情概况); 疫情的调查和分析(疫情的发生经过及临床表现, 流行病学调查, 实验室检测结果, 流行因素调查及分析); 调查结论; 疫情的预防控制措施和评价; 传染来源分析; 疫情预测; 存在问题; 下一步防治工作建议等。结案报告要求在疫情宣布终止后, 同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构, 并进行网络直报。

九、附件

- 1、鼠疫个案调查表
- 2、鼠疫接触者调查表
- 3、鼠疫流行病学调查指导原则
- 4、鼠疫接触者判定标准和处理原则
- 5、鼠疫病人管理原则(试行)
- 6、鼠疫检材采集、送检工作指引
- 7、鼠疫疫情应急控制消毒要求
- 8、鼠疫隔离医院感染控制指导原则(试行)
- 9、医疗机构发热门诊(急)诊设置指导原则(试行)
- 10、鼠疫临时隔离病院设置指引
- 11、鼠疫传播媒介生物(鼠、蚤)应急控制技术方法

附件 1

鼠疫个案调查表

国标码□□□□□□□□

病例编码□□□□□

1. 一般情况

1.1 病人姓名_____

1.2 性别 (1) 男 (2) 女

□

1.3 年龄 (岁) _____

□□

1.4 家庭住址_____地区 (市) _____县 (区) _____乡 (农场、镇、街道)

1.5 职业 (1) 农民 (2) 民工 (3) 渔民 (3) 工人 (4) 学生 (5) 干部职员

(6) 医务人员 (7) 做家务及待业 (8) 不详

□

1.6 父母姓名_____单位_____住址_____

_____单位_____住址_____

1.7 发病时间____年____月____日

1.8 发病地点_____

1.9 初诊日期____年____月____日

1.10 初诊单位_____

1.11 住院日期____年____月____日

1.12 出院日期____年____月____日

1.13 住院单位_____

1.14 报告单位_____

1.15 报告时间____年____月____日

1.16 诊断 (1) 是 (2) 否

□

1.17 死亡日期____年____月____日

1.18 病程_____天

2. 临床表现

2.1 淋巴结肿大 (部位: _____) (1) 有 (2) 无

□

2.2 (1) 咳嗽 (2) 胸痛 (3) 泡沫痰

□□□

2.3 呼吸困难 (1) 有 (2) 无

□

2.4 皮肤黏膜发绀 (1) 有 (2) 无

□

2.5 恶寒、高热 (1) 是 (2) 否

□

2.6 最高体温 (____℃)

□□

2.7 剧烈头痛 (1) 有 (2) 无

□

2.8 (1) 狂躁 (2) 谵妄 (3) 神志不清

□□□

2.9 (1) 皮下及黏膜出血 (2) 血尿 (3) 血便 (4) 血性呕吐物

□□□□

2.10 血压_____mmHg

2.11 胸透

2.12实验室检查

日期	标本	项目	方法	结果
----	----	----	----	----

3. 流行病学调查

3.1患者发病前10小时去过外地 (1)是 (2)否 □

3.2该地是否有鼠疫流行 (1)有 (2)无 □

该地详细地址_____

3.3是否接触过疑似病人 (1)是 (2)否 □

3.4预防接种史：注射时间____年____月____日

菌苗种类_____

3.5过去健康状况 (1)优 (2)良 (3)差 □

3.6病家及院内人口数 □□

3.7家庭中或院内有无其他人患鼠疫 (1)有 (2)无 □

3.8疫村情况

3.8.1户数_____人口数_____男_____女_____

3.8.2地理交通情况(附地图)

3.8.3病死鼠发现情况：种类_____, 只数_____

发现日期____年____月____日

发现地点_____

3.8.4病死鼠鼠疫检出情况：种类_____, 只数_____

检出日期____年____月____日

3.8.5蚤类检出情况：种类_____, 组成_____, 只数_____

检出日期____年____月____日

3.8.6室内鼠密度_____, 蚤指数_____

3.8.7室外鼠密度_____, 蚤指数_____

3.8.8周围有无历史疫区(包括人类鼠疫疫区、地方性动物鼠疫疫区)

3.9疫源地处理

3.10密切接触者登记

姓名	性别	年龄	住址	接触方式
----	----	----	----	------

4. 转归 痊愈 死亡

5. 并发症

6. 小结

调查者单位_____

调查者_____

审查者_____

调查时间_____年_____月_____日

附件2

鼠疫接触者调查表

国标码□□□□□□ 病例姓名: 病例编码□□□□
 病例身份证号码: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
 病例所住医院: 住院号:
 接触者序号 □□□

1. 一般情况:

1.1 姓名:

1.2 身份证号码: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

1.3 性别: (1)男 (2)女 1.4 年龄(岁): 1.5 职业:

(1)幼托儿童 (2)散居儿童 (3)学生 (4)教师 (5)保育保姆
 (6)餐饮业 (7)商业服务 (8)工人 (9)民工 (10)农民 (11)牧民
 (12)渔(船)民 (13)干部职员 (14)离退人员 (15)家务待业 (16)医疗卫生
 (17)其他

1.6 现居住地(详填): 省 市 县(区) 乡(街道) 村

1.6.1 联系电话

1.7 工作单位:

1.8 户口所在地(详填): 省 市 县(区) 乡(街道) 村

1.9 鼠疫苗苗接种 (1)有 (2)无 1.9.1 菌苗接种次数

1.9.2 第一次接种时间 年 月 日 □□□□/□□/□□

1.9.3 第二次接种时间 年 月 日 □□□□/□□/□□

1.10 管理方式:

(1)家中隔离观察 (2)医疗机构隔离观察
 (3)留验站等地点隔离观察 (4)无隔离观察

1.10.1 开始隔离或医学观察的时间 □□□□/□□/□□

1.11 预防性治疗方法

(1)注射链霉素 (2)口服抗生素 (3)口服磺胺类药 (4)口服抗生素+磺胺类药

1.12 转归:

(1)解除隔离 (2)转为疑似病例 (3)转为确诊病例
 (4)脱离隔离 (5)失访 (6)其它

1.12.1 若解除隔离, 则解除时间: □□□□/□□/□□

1.12.2 若转为疑似或确诊病例, 则是否隔离治疗 (1)是 (2)否

(若否, 跳转至2)

1.12.3 如是, 则治疗医院名称

1.12.4 开始隔离治疗时间 □□□□/□□/□□

2. 可能的接触地点:

2.1 家 (1)是 (2)否 2.2 工作单位 (1)是 (2)否

2.3学校 (1)是 (2)否

2.4集体宿舍 (1)是 (2)否

2.5医院 (1)是 (2)否

2.5.1若是, 则医院名称

2.6室内公共场所 (1)是 (2)否

2.7飞机、火车、轮船或公交车 (1)是 (2)否

2.7.1若是,则具体班次或公交车车号

3.医务人员与鼠疫病人接触方式调查:

3.1诊查病人 (1)是 (2)否

3.2护理病人 (1)是 (2)否

3.3检验标本 (1)是 (2)否

3.4辅助检查 (1)是 (2)否

3.5接触病人分泌物、排泄物等 (1)是 (2)否

3.6病房保洁和污染物处理 (1)是 (2)否

3.7其它方式 (1)是 (2)否

3.8探视病人 (1)是 (2)否

4.其他人员与鼠疫接触方式调查:

4.1与病人同处一室 (1)是 (2)否

4.2与病人同一病区 (1)是 (2)否

4.3与病人共用卧具、食具、茶具、毛巾、玩具等 (1)是 (2)否

4.4接触病人分泌物、排泄物等 (1)是 (2)否

4.5探视病人 (1)是 (2)否

4.6接触老鼠 (1)是 (2)否

4.7接触病死动物或其排泄物 (1)是 (2)否

4.7.1 接触方式

(1)捕捉 (2)剥食 (3)饲养 (4)玩耍 (5)媒介叮咬 (6)其它

4.8 其它方式

5.最后接触时间: □□□□/□□/□□

调查单位:

调查时间: 年 月 日 □□□□/□□/□□

调查者签名:

附:鼠疫病例接触者调查表填表说明

1. 请您用圆珠笔或钢笔填写, 字迹要工整。
2. 凡是数字, 都填写阿拉伯数字如: 0、1、2、3、……。
3. 请将所选择答案的序号写在题后的“□”内。
4. 使用6位国标码, 如广州市为44 0 1 0 0
5. 所有涉及日期的填写到日, 如1.10.1项中“隔离时间”为2003年4月5日, 则在相应的栏目中填写20030405。
6. 表中的“疑似病例”及“确诊病例”均指鼠疫。
7. 第1.7项中, 若被调查者为医务工作者, 则工作单位应详细填写至所在科室名称。
8. 第1.10.3项中治疗医院如果是正规医院, 应详细填写医院名称, 如果是个体诊所, 应注明详细地址。
9. 第3项中所指医务人员不包括指定的鼠疫隔离医院的医务人员。

附件3

鼠疫流行病学调查指导原则

一、调查内容

(一) 核实诊断

对鼠疫患者的诊断，主要依据流行病学线索、临床症状、实验室诊断三个方面加以综合判定。如细菌学不能得出结果时，亦可根据临床症状、流行病学和血清学结果予以判定。

(二) 确定疫区范围

根据病人在传染期内的活动情况，迅速查明疫区范围，并逐一登记接触者。根据具体情况确定对接触者应采取的措施和范围，以及消毒、杀虫和灭鼠范围。

(三) 追溯传染源，查明传播途径

判定病人感染日期，调查病人活动情况，病人之间或与染疫动物接触情况，查明传染来源、传播途径。

(四) 查明鼠疫发生和蔓延的条件是否继续存在

调查鼠疫的流行季节，动物及媒介昆虫种类和密度等，以便采取针对性措施，防止鼠疫的扩散和蔓延，达到控制疫情的目的。

(五) 其他因素的调查

环境卫生情况，是否有人为撒布疫蚤、疫鼠的情况，当地居民预防接种情况等，以便制定出本地区的处理措施。

二、调查方法

(一) 询问

询问对象主要是病人、病人家属、邻居、同事或知情人。询问内容应包括：

1. 病人的一般情况，如姓名、性别、年龄、职业或工作性质、居住地址等。
2. 发病经过，如发病时间及地点、初步诊断、治疗经过等。
3. 与染疫动物接触情况，如野外耕作、放牧、狩猎、剥食或玩耍病死动物等。
4. 发病前10天曾到过哪些地区，这些地区是否为疫区。
5. 是否接触过急性高热病人或急死病人。
6. 可能的传染源、传播途径、发病及流行的原因。
7. 病人的卫生习惯及居住区周围环境卫生状况等。
8. 采取的防疫措施情况及病人以往预防接种情况等。

(二) 现场调查

1. 对与鼠疫有关的各种流行因素进行详细的调查和观察。如对肺鼠疫应了解居住卫生状况，与病人及健康人接触情况，人群密集活动情况等。对腺鼠疫应了解直接接触的染疫或病死动物详细地点，注意周围是否有死亡动物或动物残骸。

2. 对宿主动物、媒介昆虫的种类、密度进行调查。

3. 病原学及血清学检验。发生人间鼠疫的情况下，在进行流行病学调查时，除大力搜集病死野生动物外，还要捕捉一定数量的主要宿主动物及其体外寄生昆虫，进行细菌学和血清学检验；并对病人及其接触者根据病型采集样本，进行细菌学和血清学检验；对可疑尸体及病死动物应取材进行检验。通过病原学及血清学检验查明传染源和传播途径，并明确诊断。

三、注意事项

(一) 对病例进行个案调查时，尽可能由病人自己回答调查者所提的问题，收治病

人的医疗机构和医护人员要积极配合，并如实提供病人相关诊疗资料。如病人因病情较重或已死亡，无法实施对病人的直接调查时，应通过其亲友、同事或其他知情人了解情况，完成调查。

(二) 个案调查采用统一的调查表（详见附件2：鼠疫病例个案调查表）。表格填写要完整，不得缺项。

(三) 病例调查时，要认真、详细地了解并记录患者发病前后到过的地方、乘坐过的交通工具、家居周围的鼠类和蚤类情况，与动物（鼠类）的接触情况，和与其有过密切接触的人员的有关情况。

(四) 疑似病例确诊、病人痊愈出院或死亡时，收治病人的医疗机构要将病人的诊断、转归情况报告所在地疾病预防控制机构，同时要登记姓名、病历编号、国标码、住院号资料，纳入当地疫情报告系统。必要时疾病预防控制机构要进行随访调查。

(五) 对病人及其直接接触者调查时，调查员要按照医务人员接触诊疗鼠疫病人个人防护的有关要求，做好个人防护。

(六) 接触者信息的通报。

1. 如病例发病后有旅行史，要将病人乘坐过的交通工具的日期、航班、车次、车厢、船舱等详细情况报省级卫生行政部门，由省级卫生行政部门在媒体发布开展对有关班次交通工具乘客的医学观察和追踪调查的信息公告，以便及时发现疫情，迅速采取控制措施。

2. 各地卫生行政部门之间要加强信息沟通，及时将鼠疫病人和疑似病人患病期间乘坐交通工具的详细情况通报途经和到达省份的卫生行政部门，共同开展疫情控制和追踪调查工作，同时要有关情况报告卫生部。

3. 如发现输入病例，由疫情发现地的市级卫生行政部门将其有关流行病学资料直接通知病例来源地的相应机构，由来源地负责追踪和调查其直接接触者，并采取相应措施，发现符合诊断标准的，由到达地按规定报告疫情，并进行调查处理。

4. 病例的直接接触者已离开疫情发现地，由疫情发现地的市级卫生行政部门直接通知其目的地的相应机构，由到达地负责追踪调查，并采取相应措施，发现符合诊断标准的，由到达地按规定报告疫情，并进行调查处理。

附件4

鼠疫接触者判定标准和处理原则**一、接触者判定标准**

(一) 飞机：与鼠疫病人或疑似病人同舱内所有人员。

(二) 铁路旅客列车：与鼠疫病人或疑似病人同车厢及相邻车厢的全部乘客和乘务人员。

(三) 汽车：与鼠疫病人或疑似病人同乘一辆汽车的所有人员。

(四) 轮船：与鼠疫病人或疑似病人同一舱室内的全部人员和为该舱室提供服务的乘务人员。

(五) 日常生活、学习、工作中，曾与鼠疫病人或疑似病人自其出现症状前3天起，有过较长时间近距离接触的下列人员：

1. 与病人或疑似病人共同居住的人员；
2. 与病人或疑似病人在一个教室内上课的教师和学生；
3. 与病人或疑似病人在同一工作场所（如办公室、车间、班组等）的人员；
4. 与病人或疑似病人共餐的人员；
5. 护送鼠疫病人或疑似病人去医疗机构就诊或者探视过病人或疑似病人的亲属、朋友、同事或一般汽车司机；
6. 未采取有效保护措施，接触过病人或疑似病人的医护人员；
7. 其他已知与病人或疑似病人有直接接触的人员。

如与病人或疑似病人接触期间，病人有高热、胸痛、咳嗽、咯血等剧烈症状，不论时间长短，均应作为直接接触者。

二、处理原则

(一) 肺鼠疫的接触者的处理原则

1. 隔离观察期限为9天（自最后接触之日算起）。肺鼠疫的直接接触者每天给予链霉素注射作预防性治疗。

2. 交通工具中的接触者，离开交通工具后，应安排在统一地点隔离观察。

3. 日常生活、学习、工作中曾接触肺鼠疫病人或疑似病人的直接接触者，如接触时间是在病人或疑似病人出现症状后，应尽量安排集中隔离观察。如接触时间是在病人或疑似病人发生症状前，可在家隔离观察，并作预防性治疗。

4. 在家隔离者不得外出并要注意家人的防护。隔离观察期间应采取如下措施：

(1) 由当地卫生行政部门指定的医疗卫生人员每日对病人的健康状况进行视察或电话联系，并给予健康教育和指导；

(2) 直接接触者应每天早晚各测试体温1次。

5. 解除隔离前抽血送检，作鼠疫间接血凝试验，检测鼠疫特异性F1抗体。

(二) 肺鼠疫外的其他型鼠疫接触者的处理原则

一般接触者原则上可以正常工作、学习。可给予口服抗生素或磺胺药预防性治疗。

1、对交通工具中的接触者，留验站人员应登记所有有关信息，并通报旅行者目的地疾病预防控制机构。同时应向接触者讲明情况，告知其回到家中或住地后，应及时与当地疾病预防控制机构联系，由当地疾病预防控制机构指定的社区医务人员对其实施9天的观察。在观察期间，一般接触者应尽量减少与他人的接触，每天早晚各测量体温1次，并向基层或社区医务人员报告，医务人员应每天与他们取得联系，并给予必要的健康教育和指导。

2、日常生活、学习、工作中曾接触鼠疫病人或疑似病人的一般接触者应在接触后的9天内尽量减少与他人的接触，每天早晚各测量1次体温。

所有的接触者，在观察期间内，一旦出现发热、腺肿、咳嗽等症状，按鼠疫或疑似鼠疫病例隔离治疗。

附件5

鼠疫病人管理原则（试行）

鼠疫具有很强的传染性，尤其是肺鼠疫病人传染性极强，是原发性肺鼠疫的唯一传染源。加强对病人的管理，对控制肺鼠疫的流行，将起到关键的作用。

根据传染病防治法，甲类传染病病人，必须强制隔离治疗。一旦被诊断为鼠疫病人或疑似病人，应按以下原则进行管理：

一、所有鼠疫病人或疑似病人必须收治在指定医院的专门病区进行隔离治疗，确诊病人和疑似病人必须分别单独隔离。为防止交叉感染，接受隔离治疗的确诊病人或疑似病人未经医务人员许可，不能擅自离开所在的病区。

二、加强病区出入口的管理：病区出入口应设专人值班，限制人员随意进出，检查进入病区的人员是否符合防护要求，离开病区的人员不能把可能的污染物品带出去。

三、严格探视制度：原则上鼠疫病人不允许探视。如有特殊情况需探视的，经批准后，探视者必须严格按消毒隔离措施着装，严格做好防护工作。

四、医疗机构需转运鼠疫病人和疑似病人，须经当地卫生行政部门同意，由卫生行政部门通知急救中心（站）或指定医疗机构将病人转运至接收医疗机构。急救中心（站）或指定医疗机构应当做好病人转运交接记录，转出医院和接收医院均应按照“有关规定”进行报告。

五、鼠疫病人治疗后符合出院标准者，经医院专家组讨论认定后方可出院。

（一）病人出院时，医院要留存病人的住址、工作单位及联系方式，并在出院前1-2天通知病人居住所在地区（县）疾病预防控制机构，居住地区（县）疾病预防控制机构通知病人居住地社区卫生服务中心（站）或乡镇卫生院进行随访。

（二）在出院医嘱中可以根据病人病情和身体康复状况，提出休息建议。

附件6

鼠疫检材采集、送检工作指引

鼠疫样品的采集工作应在2名专业人员的共同协作下，遵循以下工作步骤进行：1、采样工具箱与个人防护用品箱的准备；2、穿戴个人防护设备；3、进入作业区进行样品采集与包装；4、离开作业区前的卸装与污染物消毒处理；5、样品的运送与防护。

一、样品采集工具箱

样品采集工具箱一般应准备如下样品采集配套用品，依据疫情实际情况具体落实数量：

- (一) 灭菌的15ml螺口塑料离心管；
- (二) 灭菌的50ml螺口塑料离心管；
- (三) 5ml一次性注射器；
- (四) 5ml真空采血管（不抗凝）；
- (五) 灭菌棉签；
- (六) 巴斯德吸管（或毛细吸管）；
- (七) 载玻片；
- (八) 血平板；
- (九) CB保存运送培养基；
- (十) 独立包装瓶（袋）；
- (十一) 生理盐水；
- (十二) 75%酒精喷壶及酒精棉球；
- (十三) 碘酒；
- (十四) 一次性医用乳胶手套；
- (十五) 传染性污染物收集袋；
- (十六) 传染性样品送检箱（含冰排）；
- (十七) 样品采集工作记录本；
- (十八) 采样单；
- (十九) 标记笔；
- (二十) 如须采集动物标本，则应按具体情况补充下列物品：塑料包装袋（独立包装死鼠）、剪刀、镊子（中号及大号）、长柄止血钳等。

二、个人防护用品箱

本指引所列个人防护设施仅适用于病房或疫点现场采样。

- (一) 内隔离衣（后开）、裤；
- (二) 防蚤袜（或长筒脚套）；
- (三) N95口罩、呼吸器或呼吸防护面罩；
- (四) 眼镜及防护面罩；
- (五) 帽子；
- (六) 外隔离衣（防渗透型整体防护服）；
- (七) 长筒水鞋（或长筒脚套）；
- (八) 一次性医用乳胶手套（至少每人2双）；
- (九) 75%酒精（或合适的消毒剂）；
- (十) 传染性污染物收集袋。

三、个人防护设施的穿着程序

采样人员必须在进入现场工作前，在洁净区完成所有防护设施的穿戴工作，并携带多对一次性医用手套进入工作现场，准备更换使用。着装步骤如下：

- (一) 先脱去不必要的衣物及随身物件；
- (二) 穿上内隔离衣、裤，注意检查颈部、腰部、袖口等区域的严密性；
- (三) 穿上防蚤袜，将裤口捆绑进防蚤袜内；
- (四) 戴上N95口罩，保证必须覆盖鼻孔、嘴唇和下巴，将鼻梁压片按至合适位置，通过深呼吸检查口罩的舒适性与严密性并加以调整，如使用呼吸器或呼吸防护面罩，请参照其说明书进行穿戴；
- (五) 戴上防护眼镜及防护面罩；
- (六) 戴上帽子，并检查帽沿必须覆盖至防护眼镜边缘、耳垂、后发根等部位，防止额部、耳朵皮肤及头发裸露；
- (七) 穿上防渗透型整体防护服（外隔离衣），检查头部帽沿、领口、袖口、裤脚的严密性，保障内隔离衣的各部位均被包裹。如整体防护服是包含鞋套的，应在穿着前先另外戴上一层防渗透型脚套。
- (八) 穿上长筒水鞋（如在隔离病房区域，则以双层防渗透型脚套代替）；
- (九) 戴上手套（双层），以内层手套口套住内隔离衣袖口，并用外隔离衣袖口覆盖，外层手套口则套住外隔离衣袖口。（如需进行活鼠抓捕工作，应在外层添加一对棉质手套）；防护设备穿戴完毕，即可进入污染区域开展工作，但必须注意，在工作期间应尽可能减少污染物的接触，戴着手套的手不应再接触面罩、防护眼镜、防护衣等设施，并尽可能避免与工作场所物品间的不必要接触；外层防护手套应按污染情况进行随时更换，如遇破损，应立即更换。

四、采集与包装

由2名穿戴好防护设备的专业人员进入作业区，其中一名工作人员负责接触病人或污染物进行采样，另一名工作人员负责记录、洁净物品传递等配合性工作。采集工具箱应携带至污染区与半污染区交界处放置，按采样工作需要，选择携带进入污染区的工具。而个人防护用品箱则应放于洁净区。

样品采集方法参照《鼠疫诊断标准》（ws279-2008）进行。

采集好的样品管（瓶）等，应在进入半污染区前检查其包装是否破损并再加装独立包装瓶（袋），放入传染性样品送检箱内准备送检。采样过程中使用过的注射器、棉签、手套、镊子、剪刀等物品，应按其是否回收再用分类装入传染性污染物收集袋内，并进行密封包装待处理。包装完成后，应以75%的酒精喷洒采集工具箱、传染性样品送检箱及传染性污染物收集袋的表面进行消毒处理后才传送至洁净区准备送检。样品送检单、采样工作记录本等属于半污染物，不得与样品同时存放，应以密封塑料袋包装后送实验室进行紫外线照射后使用。

五、个人防护设备的卸装程序

采样完毕后，将手和脚（穿着水鞋和手套）在消毒液里浸泡1-3min，全身经喷雾消毒后，在离开污染区进入半污染区前按以下步骤开始卸装：

- (一) 卸去外层手套。卸落时先在一只手套接近手套开口处的位置提起外层手套并向外反转剥落，使剥落的外层手套反转，然后将剥落的手套抓于另一手（未剥落外层手套的那只）手心，将只戴有一层手套的手的中指伸入另一手的外层手套开口内，向外反转，并使之形成袋状包住原已脱落的手套，置污染物收集袋内；
- (二) 脱去外层鞋套或长筒水鞋；
- (三) 脱去外层隔离衣。脱落时先掀开头部帽子，解开衣领扣，拉开拉练，然后将前胸部往后反转使颈肩部先脱落，且污染面被包裹到内层；接着掀起袖口，将手往后抽

出，此处操作应注意不要使袖子的污染面污染内隔离衣；然后脱去套裤；完成后应使污染面反转卷起在内，置污染物收集袋；

（四）完成上述程序，再次用75%酒精喷洒手套消毒，进入半污染区，继续卸装程序；

（五）按顺序脱下帽子、面罩、防护眼镜、水鞋或鞋套、防蚤袜置污染物收集袋；

（六）脱去内层手套（方法如前）；

（七）脱去内层隔离衣。确保反转包裹并置污染物收集袋，待处理；

（八）清洁双手，准备离开半污染区；

（九）在出口处进行口罩（呼吸器等）的脱落。口罩（呼吸器等）的脱落必须注意要掀起（或解开）头后部底下的带子，再解开上部带子以防止解开时，口罩脱落外翻，污染面部及前胸。脱落时不得接触带子以外的部位。脱落的口罩置污染物收集袋，待处理；如属呼吸器等可回收再用品，应收集于专门的收集袋，不应与其他污染物混放。

（十）检查样品采集箱、样品运送箱、污染物收集袋是否包装严密。携带以上物品，进入洁净区准备送检。

（十一）进入洁净区后，进行洗手并以75%的酒精棉球擦拭等手部清洁工作。

六、样品的送检与防护

样品采集完毕，应及时送往实验室开展检验。样品的送检必须由2名专业人员专车运送。样品运送箱必须有明确的传染性物品标识。样品运送箱在运送途中严禁开启，必要时贴上送检部门的封条，直至抵达实验室，进入相应的安全工作区（如Class II以上级别的生物安全柜）内才能执行开启与检验程序。

附件7

鼠疫疫情应急控制消毒要求

一、概述

鼠疫是国际检疫传染病之一，并且列于我国传染防治法中甲类传染病之首。该病起病急，传播迅速，病程短，死亡率高，危害大，世界各国广泛重视。鼠疫是自然疫源性疾病，病原体为鼠疫耶尔森氏菌（*Yersinia pestis*）。尽管鼠疫菌离开宿主后适应外环境的能力较差，存活能力不强，但当获得适当的新宿主，则繁殖迅速，毒力极强。鼠疫传染源包括染疫哺乳动物、媒介昆虫和鼠疫患者。因为鼠疫的传播途径除跳蚤叮咬外，还可经直接接触和空气飞沫传播，故消毒在其预防中具有重要意义。

二、消毒人员的个人防护

参加鼠疫消毒的工作人员在工作中要注意个人防护，必须穿着防鼠疫服，严格遵守操作规程和消毒制度，以防受到感染。必要时，可口服抗生素预防。全套的防鼠疫服包括：联身服、三角头巾、防护眼镜、防鼠疫纱布口罩或滤材口罩、橡皮手套、长筒胶靴和罩衫。其穿脱方法如下：先穿联身服和长筒胶靴，戴好普通工作帽，再包头巾，使盖住头发、两耳和颈部，然后戴上口罩，在鼻翼两侧塞上棉花球；戴防护眼镜，再穿上罩衫，最后戴橡皮手套。在消毒工作后，仍戴着手套在0.2% 过氧乙酸溶液中浸洗双手3min，穿着长筒靴站入盛有0.2%过氧乙酸溶液的30~40cm深药槽中3~5min。然后，戴着手套脱下罩衫浸入0.2% 过氧乙酸溶液中，取下防护眼镜浸入75% 酒精中，解下口罩与头巾浸于0.2% 过氧乙酸溶液中。最后，脱下胶靴、手套，再脱下联身服，用刺激性较轻微的消毒剂进行手的消毒。

三、消毒方法

（一）地面、墙壁、门窗：用0.2~0.5% 过氧乙酸溶液或1000~2000mg/L有效氯含氯消毒剂溶液喷雾。泥土墙吸液量为150~300 ml/m²，水泥墙、木板墙、石灰墙为100ml/m²。对上述各种墙壁的喷洒消毒剂溶液不宜超过其吸液量。地面消毒先由外向内喷雾一次，喷药量为200~300 ml/m²，待室内消毒完毕后，再由内向外重复喷雾一次。以上消毒处理，作用时间应不少于60min。

（二）空气：房屋经密闭后，每立方米用15% 过氧乙酸溶液7 ml（1 g/m³），对细菌芽胞的污染用20 ml（3 g/m³），放置瓷或玻璃器皿中加热蒸发，熏蒸2 h，即可开窗通风。或以2% 过氧乙酸溶液（8ml/m³）气溶胶喷雾消毒，作用1h。

（三）衣服、被褥：耐热、耐湿的纺织品可煮沸消毒30 min，或用流通蒸汽消毒30 min，或用250~500mg/L有效氯的含氯消毒剂浸泡30min；不耐热的毛衣、毛毯、被褥、化纤尼龙制品等，可采取过氧乙酸熏蒸消毒。熏蒸消毒时，将欲消毒衣物悬挂室内（勿堆集一处），密闭门窗，糊好缝隙，每1m³用15% 过氧乙酸7 ml（1g/m³），放置瓷或玻璃容器中，加热熏蒸1h~2h。

（四）病人排泄物和呕吐物：稀薄的排泄物或呕吐物，每1000 ml可加漂白粉50g或20000mg/L有效氯含氯消毒剂溶液2 000 ml，搅匀放置2 h。无粪的尿液每1 000 ml加入干漂白粉5 g或次氯酸钙1.5 g或10000mg/L有效氯含氯消毒剂溶液100 ml混匀放置2h。成形粪便不能用干漂白粉消毒，可用20% 漂白粉乳剂（含有效氯5%），或50000mg/L有效氯含氯消毒剂溶液2 份加于1份粪便中，混匀后，作用2 h。

（五）餐（饮）具：首选煮沸消毒10~30 min，或流通蒸汽消毒30~60 min。也可用0.5% 过氧乙酸溶液，或250~500 mg/L有效氯含氯消毒剂溶液浸泡30min后，再用清水洗净。

(六) 食物: 瓜果、蔬菜类可用0.2~0.5% 过氧乙酸溶液浸泡10 min。病人的剩余饭菜不可再食用, 煮沸30min, 或用20% 漂白粉乳剂、50000mg/L有效氯含氯消毒剂溶液浸泡消毒2 h后处理。也可焚烧处理。

(七) 盛排泄物或呕吐物的容器: 可用2% 漂白粉澄清液(含有效氯 5000 mg/L)、或5000mg/L有效氯含氯消毒剂溶液、或0.5% 过氧乙酸溶液浸泡30 min。浸泡时, 消毒液要漫过容器, 以使内外都达消毒目的。

(八) 家用物品、家具、玩具: 可用0.2~0.5% 过氧乙酸溶液、或1000~2000mg/L有效氯含氯消毒剂进行浸泡、喷洒或擦洗消毒。布制玩具尽量作焚烧处理。

(九) 纸张、书报: 可采用过氧乙酸或环氧乙烷气体熏蒸, 无应用价值的纸张、书报作焚烧处理。

(十) 手与皮肤: 用0.5% 碘伏溶液(含有效碘5000 mg/L)或0.5%氯己定醇溶液涂擦, 作用1~3 min。也可用75%乙醇或0.1%苯扎溴铵溶液浸泡1~3min。必要时, 用0.2%过氧乙酸溶液浸泡, 或用0.2% 过氧乙酸棉球、纱布块擦拭。

(十一) 病人尸体: 对鼠疫病人的尸体用0.5% 过氧乙酸溶液浸湿的布单严密包裹, 口、鼻、耳、肛门、阴道要用浸过0.5% 过氧乙酸的棉球堵塞, 然后尽快火化。土葬时, 应远离水源50 m以上, 棺木应在距地面2 m以下深埋, 棺内尸体两侧及底部铺垫厚达3~5 cm漂白粉, 棺外底部铺垫厚3~5cm漂白粉。

(十二) 动物尸体: 因鼠疫死亡的动物尸体, 一经发现立即深埋或焚烧。此外, 应向死鼠周围30~50cm(其它大动物为2 m)范围内喷撒漂白粉进行消毒。

(十三) 运输工具: 车、船内外表面和空间, 可用0.5% 过氧乙酸溶液或10000mg/L有效氯含氯消毒剂溶液喷洒至表面湿润, 作用60 min。密封空间, 可用过氧乙酸溶液熏蒸消毒。严重污染时, 每 m^3 用15% 过氧乙酸7 ml ($1g/m^3$), 对密闭空间还可用2%过氧乙酸进行气溶胶喷雾, 用量为 $8ml/m^3$, 作用60min。

(十四) 厕所: 厕所的四壁和地面应定期进行消毒。粪坑内的粪便可按粪便量的1/10加漂白粉, 或加其他含氯消毒剂干粉或溶液(使有效氯作用浓度为20000mg/L), 搅匀作用12~24h。

(十五) 垃圾: 可燃物质尽量焚烧, 或喷洒 10000 mg/L 有效氯含氯消毒剂溶液, 作用 60 min 以上。消毒后深埋。

附件8

鼠疫隔离医院感染控制指导原则（试行）

肺鼠疫有很强的传染性，可通过空气、接触病人分泌物传播，医院必须采取严格的消毒隔离和防护措施，控制医院感染的发生。特制定本指导原则。

一、基本要求

（一）医务人员要加强学习，掌握各型鼠疫的临床特征、诊断标准、治疗原则，及时发现病人；要掌握消毒、隔离、个人防护知识和措施。

（二）医院在易于隔离的地方设立相对独立的发热门（急）诊、隔离留观室，指定收治鼠疫的医院设立专门病区。室内与室外自然风通风对流，自然通风不良则必须安装足够的通风设施（如排气扇），禁用中央空调。

（三）坚持首诊负责制。鼠疫病人和疑似病人应当转到指定医院进行治疗。

（四）医院要重视消毒隔离工作，各部门要密切协作，确保消毒隔离措施和防护设施落实到位。要定期做好消毒监测，保证消毒效果。

（五）医院要合理安排医务人员力量，增强医务人员体质，避免过度劳累。

（六）医院普通诊室和其它病区要注意环境卫生、通风换气，做好消毒、清洁工作。

二、隔离工作指导原则

（一）发热门（急）诊

1、独立设区，与其它门诊、急诊相隔离，有明显标识。诊室消毒期间，应当有备用诊室。

2、近距离内有隔离卫生间。

3、有条件的，可以指定专门的检验室和放射检查室。

（二）隔离留观室

1、独立设区，有明显标识。

2、分设清洁区、半污染区、污染区，各区无交叉。

3、医务人员办公室与留观室分隔无交叉，并尽可能保持一定距离。

4、留观病人一人一室，疑似肺鼠疫病人戴口罩。不得离开留观室，严禁病人间相互接触。

5、及时进行鉴别诊断，排除急性化脓性淋巴结炎、大叶性肺炎、普通败血症等。暂时诊断不明，不能排除鼠疫时，需隔离留观。

（三）鼠疫疑似病人病区

1、独立设区，与其它病区相隔离，有明显标识。

2、分设清洁区、半污染区、污染区，各区无交叉。

3、医务人员办公室与病房分隔无交叉，并尽可能保持一定距离。

4、疑似肺鼠疫病人一人一室，戴口罩，不得离开病房，严禁病人间相互接触。室内应当具备洗漱、排泄条件。

5、严格探视制度，不设陪护，不得探视；如有病人危重等情况确需探视的，探视者必须严格按照本指导原则要求做好个人防护。

6、病区出入口应当有专人检查出入人员是否符合本指导原则要求。

（四）鼠疫病人病区

1、独立设区，与其它病区（包括疑似病人病区）相隔离，有明显标识。

2、分设清洁区、半污染区、污染区，各区无交叉。

3、肺鼠疫病人一人一室，戴口罩，不得离开病区。

4、重症病人应当收治在重症监护病房或者具备监护和抢救条件的病室，收治病人的重症监护病房或者具备监护和抢救条件的病室不得收治其他病人。

5、医务人员办公室与病房分隔无交叉，并尽可能保持一定距离。

6、严格探视制度，不设陪护，不得探视；如有病人危重等情况确需探视的，探视者必须严格按照本指导原则要求做好个人防护。

7、病区出入口应有专人检查出入人员是否符合本指导原则要求。

三、消毒工作指导原则

消毒范围：发热门（急）诊（包括指定的专门检验室和放射检查室）、隔离留观室和专门病区。未指定专门的检验室和放射检查室的，应当加强对检验室和放射检查室的消毒。

（一）空气消毒

1、有人情况下：做好人员防护。3%过氧化氢喷雾20-40ml/m³，作用60min，每天上、下午各消毒1次。

2、无人情况下：①紫外线灯照射消毒，每次不少于1h，每天2-3次；②0.5%过氧乙酸喷雾，20-30ml/m³，作用30min；③3%过氧化氢喷雾，20-40ml/m³，作用60min；④活化后的二氧化氯，浓度为0.05%喷雾，20ml/m³，作用30min；⑤有效氯1500mg/L的含氯消毒剂喷雾，20-30ml/m³，作用30min；⑥强氧化高电位酸化水原液喷雾，20-30ml/m³，作用30min。

以上化学消毒剂用作空气消毒均需在无人且相对密闭的环境中（消毒时关闭门窗），严格按照消毒药物使用浓度、使用量及消毒作用时间操作，每天消毒2次。消毒完毕后方可打开门窗通风。

（二）地面和物体表面消毒

1、地面要湿式拖扫，用0.1%过氧乙酸拖地或0.2-0.5%过氧乙酸喷洒或1000-2000mg/L含氯消毒剂喷洒（拖地）。

2、房间门口、病区出入口可放置浸有2000mg/L有效氯的脚垫，不定时补充喷洒消毒液，保持脚垫湿润。

3、桌、椅、柜、门（门把手）、窗、病历夹、医用仪器设备（有特殊要求的除外）等物体表面可用0.2-0.5%过氧乙酸或1000-2000mg/L含氯消毒剂擦拭消毒。

（三）其它物品消毒及处理

1、病人排泄物、分泌物

（1）病人排泄物、分泌物要及时消毒处理。

（2）每病床须设置加盖容器，装足量1500-2500mg/L有效氯消毒液，用作排泄物、分泌物随时消毒，作用时间30-60min。消毒后的排泄物、分泌物可倒入病房卫生间。每天消毒痰具1次。

2、病人使用物品消毒

（1）病人使用的被褥、衣服、口罩等要定时消毒，用1000mg/L有效氯消毒液浸泡30min；便器、浴盆用1500mg/L有效氯消毒液浸泡30min。

（2）呼吸治疗装置使用前应当进行灭菌或高水平消毒，尽量使用一次性管道，重复使用的各种管道应当在使用后立即用2000mg/L有效氯消毒液浸泡，浸泡30min后再清洗，然后进行灭菌消毒处理。

（3）每个诊室、病房备单独的听诊器、血压计、体温计等物品，每次用后即消毒，体温计用1000mg/L有效氯消毒液浸泡30min，听诊器、血压计用2‰过氧乙酸擦拭。

（4）病人离开救护车后，应当立即对车内空间及担架、推车等运载病人的交通工具

及用具用0.5%过氧乙酸喷洒消毒，作用30min。

3、污水污物处理

(1) 病人的生活垃圾要用双层垃圾袋盛装，及时消毒处理，避免污染。

(2) 使用后的隔离衣裤、口罩、帽子、手套、鞋套及其它废弃物及时分类、消毒、处理，存放容器必须加盖，避免污染。

(3) 现阶段污水处理可以适当增加药物投放量，使总余氯量 $\geq 6.5\text{mg/L}$ 。

(四) 尸体处理

死亡病人尸体用0.5%过氧乙酸溶液浸湿的棉球或纱布堵塞人体孔道后，再用0.5%过氧乙酸溶液浸湿的布单严密包裹后尽快火化。

(五) 终末消毒

病人出院、转院、死亡后，房间必须进行终末消毒。

四、医务人员防护指导原则

医务人员防护采取分级防护原则。

(一) 一级防护

1、适用于发热门（急）诊的医务人员。

2、穿工作服、隔离衣，戴工作帽和12层以上棉纱口罩。

3、每次接触病人后立即进行手清洗和消毒。手消毒用0.3-0.5%碘伏消毒液或快速手消毒剂（洗必泰醇、新洁尔灭醇、75%酒精等）揉搓1-3 min。

(二) 二级防护

1、适用于进入隔离留观室和专门病区的医务人员，接触从病人身上采集的标本、处理其分泌物、排泄物、使用过的物品和死亡病人尸体的工作人员，转运病人的医务人员和司机。

2、进入隔离留观室和专门病区必须戴12层以上棉纱口罩，每4min更换1次或感潮湿时更换；穿工作服、隔离衣、鞋套，戴手套、工作帽。

3、每次接触病人后立即进行手清洗和消毒。手消毒用0.3-0.5%碘伏消毒液或快速手消毒剂（洗必泰醇、新洁尔灭醇、75%酒精等）揉搓1-3 min。

4、对病人实施近距离操作时，戴防护眼镜。

5、注意呼吸道及粘膜防护。

(三) 三级防护

1、适用于为病人实施吸痰、气管切开和气管插管的医务人员。

2、除二级防护外，还应当加戴全面型呼吸防护器。

转运病人的医务人员和司机的消毒隔离防护按照本指导原则。

附件9

医疗机构发热门诊（急）诊设置指导原则（试行）

为指导各地医疗机构发热门诊（急）诊的设置与管理，减少鼠疫隔离医院内感染的发生，特制定本指导原则。

一、卫生行政部门按照“数量适当、布局合理、条件合格、工作规范”的原则，结合当地鼠疫疫情和群众医疗实际需求，指定医疗机构设立独立的发热门诊（急）诊，并将设立发热门诊（急）诊的医疗机构名单通过当地媒体向社会公告；卫生行政部门可指定部分设置发热门诊的医院设置隔离留观室。加强对医疗机构发热门诊（急）诊的监督管理。

二、发热门诊（急）诊应当设在医疗机构内独立的区域，与普通门（急）诊相隔离，避免发热病人与其他病人相交叉；通风良好，有明显标识。普通门（急）诊显著位置也要设有引导标识，指引发热病人抵达发热门诊（急）诊就诊。

三、发热门诊（急）诊应当分设候诊区、诊室、治疗室、检验室、放射检查室等，放射检查室可配备移动式X光机。有独立卫生间。发热门诊（急）诊应定时消毒。

四、发热门诊（急）诊入口处有专人发放一次性口罩和就诊须知，负责发热病人及其陪同人员的导诊和宣传基本防护知识。

五、发热门诊（急）诊应当配备有一定临床经验的高年资内科医师，并经过鼠疫防治知识培训，负责鼠疫与其他疾病的诊断与鉴别诊断。

六、发热门诊（急）诊严格实行首诊负责制，不得拒诊、拒收发热病人；对诊断为鼠疫的病人或疑似病人，应按照有关法律规定登记、报告和处理，不得擅自允许其自行转院或离院。

七、发热门诊（急）诊和隔离观察室的消毒、隔离、医务人员防护等。要按照《鼠疫隔离医院感染控制指导原则（试行）》有关规定执行，发热门诊按本规定设置。

八、发热门诊（急）诊需转运鼠疫病人和疑似病人时，由指定配备的专门医务人员、司机、急救车辆负责，并做好防护消毒和移交病人记录。

附件10

鼠疫临时隔离病院设置指引

为防止鼠疫传播，对鼠疫病人必须进行隔离治疗。应根据疫情建立隔离病院。如果病人较少，可就地隔离，在病人家进行治疗。若病人较多，应建立临时隔离病院，将病人收入病院隔离治疗。

一、建立隔离病院的要求

(一) 隔离病院需建立在城镇或村屯的一角，距人口密居区较远的地方，以孤立的处所为宜，防止同其他居民接触。

(二) 所用房屋必须进行彻底消毒、灭虫、灭鼠，达到无鼠无虫，同时搬出不必要的物品。

(三) 病院应设有卫生处置室，腺（肺）鼠疫、重症病人和疑似病人的病室以及工作人员值班室等。

(四) 应规定定期的消毒日，进行灭菌、灭蚤、灭鼠。

(五) 患者的食具应及时消毒，患者的排泄物、分泌物，应用漂白粉消毒（200-400g/kg）或用5%来苏儿溶液浸泡24h后掩埋。

二、病人入、出院的处理

鼠疫病人入院首先做好初步消毒。对心脏衰竭病人，可先注射强心剂，然后护送入院。肺鼠疫及其可疑病人，应戴口罩。备痰盒（内装消毒剂），途中禁止抛废物。途中可能发生危险的，应就地抢救。护送车辆到达目的地后，对车上所有的物品要彻底消毒。先将病人送入卫生处置室，脱下衣服，挂牌登记，消毒，清洗，保管，全身用0.1%新洁尔灭擦澡（重症者可做临床处理），皮肤破溃处粘好胶布再擦澡，然后换上病人专用服装和鞋，送入病室。

各型病人应分别隔离。肺鼠疫、腺鼠疫病人必须单独处理，单一病房。用过的病房及其一切物品必须严密消毒后再用。

鼠疫病人治愈，经过卫生处置后，穿上自己带的经过消毒的衣服，方可出院。

三、病愈出院标准

除体温恢复正常，一般症状消失外，还要达到以下条件：

(一) 腺鼠疫病人，淋巴结肿完全吸收，或仅残留小块能够移动的硬结，全身症状消失后，经过3-5天的观察，病情无复发。

(二) 皮肤鼠疫病人及淋巴结肿破溃者，创面清静并已基本愈合，经3次局部检菌阴性（每隔3-5天检查1次）。

(三) 肺鼠疫病人，体温恢复正常后一般症状消失，咳痰及咽部分泌物连续3次以上（每3天1次）检菌阴性。

四、医护工作

(一) 医师守则

认真诊查病人，研究治疗方案，防止误诊误治，及时抢救重症。轮流值班，定好医嘱及病程记录。及时取材送检。

(二) 护理守则

执行医嘱，按时给药。按时检查病人的体温、脉搏、呼吸及血压变化。做好护理记录，随时向医生报告病人病情。按照医师要求备好药品、器材及病房消毒。

精心护理病人。对意识不清者，多调换体位，防止褥疮发生。对神经症状严重者，要耐心周密护理，防止发生意外。

医护人员出入病房时，必须严格按隔离医院消毒管理的要求进行消毒处理。

附件11

鼠疫传播媒介生物（鼠、蚤）应急控制技术方法

一、媒介生物控制原则

先室内后室外，先灭蚤后灭鼠，再灭蚤，力争短期内降低鼠密度和蚤指数，切断传播途径，控制疫情蔓延、扩散。

二、鼠密度调查

（一）蚤指数调查：室内游离蚤采用粘蚤纸法调查，灭效评估按国家有关规定实施，即室内不得有蚤。

（二）鼠密度调查：用鼠夹法调查，灭效评估按国家有关规定实施，大、小隔离圈内无论家鼠、野鼠均应做到无鼠无洞。

三、媒介生物控制

（一）灭蚤技术方案

原则：在疫区内灭蚤，先室内后室外，先村内后村外。

1、室内灭蚤：先用0.05%高效氯氰菊酯按100ml/m²初步灭蚤，然后在严密防护下垫高室内物品，清理墙基及鼠跑道上的尘土，再用上述药品100ml/m²滞留喷洒消灭室内游离蚤，灭鼠前后各喷洒一次，以物体表面湿而不流为度；用0.05%溴氰菊酯粉剂撒布鼠跑道及鼠洞周围，杀灭鼠体蚤，厚度1mm，直到蚤指数达到要求。

2、室外灭蚤：用0.05%溴氰菊酯粉剂房前屋后、人群聚集场所以及道路两旁100m进行滞留喷洒，以地面微白为准。

3、动物灭蚤：动物体用0.1--0.2%的氯菊酯洗浴或喷洒梳理，窝巢先用0.05%高效氯氰菊酯100~150ml/m²滞留喷洒，喷洒后在严密防护下清理窝巢垫土和基质，然后再用0.05%的溴氰菊酯粉剂喷洒，100mg/m²。

4、野外鼠洞灭蚤：用磷化铝片剂与灭鼠同时进行。

（二）灭鼠技术方案

原则：疫区灭鼠要快速、高效、方便、经济。

1、居民区用溴敌隆毒饵饱和投药，室内按每10~15m²投放两堆，每堆为10g；室外沿墙根或鼠跑道5~10m一堆（20g）投放，每日检查，按吃多少补多少，吃光加倍的原则补药一周，15天后测定鼠密度，进行灭效评价，如果达不到预期效果，则继续处理，特殊场所可以更换毒饵处理。毒饵的投放要做到“三饱和”和“到位”，“三饱和”是指：一“面”的饱和，在布药防治时要进行全面检查防治，不要遗漏任何地带，造成防治上的盲区；二是“量”的饱和，指投放的毒饵量要充足，让鼠群内各个体都有机会取食到致死量的毒饵。三是“时间”的饱和，指在布药防治时要做到投放的毒饵量不见消耗为止。“到位”指投放毒饵的位置要适当，要投放在有效位置上，让鼠容易遇到毒饵。如投放在鼠洞、鼠路、出入口、转角位等，同时投放位置要尽量选择干净干爽隐蔽的地方。

2、野外灭鼠可选用磷化铝片剂，按洞投放，每洞投放3片，加水，堵洞，并做好标记，第二天检查，对盗开洞补投，一周后测定鼠密度，并进行效果评价，如果达不到预期效果，继续处理。

3、发动疫区居民，搞好室内外环境卫生，清除垃圾、杂物，物品摆放整齐，管理好粮食、食品、水源、牲畜家禽饲料等，消灭鼠类栖息地；堵塞鼠洞，用水泥堵塞房间内各类管出入口、缝隙、鼠洞，下水道口安装防鼠装置，完善防鼠设施。

4、死鼠可用0.05%过氧乙酸或含有效氯1000mg/L溶液喷淋消毒，用量应保证鼠尸表面完全湿润，之后用塑料袋密封好，送环卫部门进行无害化处理。处理完死鼠后要用

消毒液消毒可能被鼠污染的场所并洗手消毒。

(三) 药物的选用和配制方法

灭蚤、灭鼠工作必须查阅疫区内的蚤、鼠种类及其抗药性状况，选用敏感的灭蚤灭鼠药物。灭蚤、灭鼠药物一定要选用国家允许使用的高效、安全灭蚤、灭鼠剂。灭蚤剂如溴氰菊酯、高效氯氰菊酯、氯菊酯等，灭鼠剂如敌鼠钠盐、溴敌隆、大隆、杀鼠迷等。

1、灭蚤药剂配制方法

用5%高效氯氰菊酯配制0.05%高效氯氰菊酯
 5%高效氯氰菊酯 1L
 清水 99L

2、灭鼠毒饵配制方法

(1) 浸泡法，适用于可溶于水的灭鼠药。现以0.2%敌鼠钠盐稻谷为例，

配方是：

稻谷	1000份
敌鼠钠盐（原药）	2份（有效含量）
开水	250-300份
水溶性染料	适量

将敌鼠钠盐用开水充分溶解，然后把药液浸泡稻谷并加入染料混和，每4h搅拌一次，浸泡24h后取出晾干即成。

(2) 粘附法，适用于不溶于水的灭鼠剂。现以0.005%溴敌隆毒米为例，配方是：

溴敌隆（原药）	0.005份（有效含量）
稻米	100份
染料(必要时)	适量

把溴敌隆药液倒入稻米中充分地均匀搅拌即成，现配现用。本法一定要使药物均匀，必要时可往原药内加入淀粉糊均匀后，再倒入稻米中搅拌均匀。

四、个人防护

参加鼠疫应急控制的工作人员在工作中要注意个人防护，必需穿着防鼠疫服，严格遵守操作规程。

延津县疾病预防控制中心霍乱疫情应急处置预案

一、前言

霍乱是由霍乱弧菌引起的烈性传染病，是我国法定的甲类传染病，夏季是霍乱的高发季节。古典生物型霍乱已引起六次世界大流行，由埃尔托生物型霍乱弧菌引起的第七次世界大流行，已波及五大洲 140 个以上的国家和地区，报告病例数在 400 万以上，目前尚无停息的迹象。

二、目的

一旦发生霍乱暴发流行，能迅速查清疫情，并及时采取有效措施控制和扑灭疫情。

三、预案启动条件

全市为单位出现 1 例及以上霍乱病例，即启动本预案。

四、诊断标准

（一）确诊病例

- 1、凡有腹泻症状、粪便培养 O1 或 O139 霍乱弧菌阳性者；
 - 2、霍乱流行期间的疫区内，凡有霍乱典型症状，如剧烈腹泻水样便（黄水样、清水样、米泔样或血水样），伴有呕吐，迅速出现严重脱水、循环衰竭及肌肉痉挛（特别是腓肠肌和腹直肌），粪便培养霍乱弧菌阴性但无其他原因可查者；
 - 3、双份血清凝集效价呈四倍以上或杀弧菌抗体呈 8 倍以上增长时；
 - 4、粪便中检出 O1 或 O139 霍乱弧菌的前后各 5 天内，有腹泻症状者。
- 具备上述标准之一者，即可诊断为霍乱病人。首例病人由省级控确认。

（二）疑似病例

- 1、凡有典型的临床症状的首发病人，在病原学检查尚未肯定前；
- 2、霍乱流行期间有明确接触史（如同餐、同居室或护理），并发生泻吐症状而无其他原因可查者。

可作为疑似病人报告。

五、控制暴发流行的对策与措施

（一）疫情报告

1、乡、村医生在流行季节发现有霍乱典型症状时，应随时报县卫生行政部门和疾病预防控制中心，并通过“突发公共卫生事件报告管理信息系统”进行报告。

2、县疾病预防控制中心在接到报告后随时对有可能出现霍乱暴发流行或突发疫情进行调查、迅速查明暴发原因和传播特征并作出结论。如情况属实应在现场向市疾病预防控制中心报告。

3、市疾病预防控制中心接到报告应在 12h 内组织联合调查组到达疫区进行调查和开展控制工作。

4、在发生霍乱病例或出现暴发疫情时为了及时掌握疫情发展趋势，实施“日”报告

和“零”报告制度，直至疫情形势认为可以停止时止。

（二）疫点处理原则：

疫点：指与病人、疑似病人或带菌者同一通道出入的住户或与其生活有密切关系的若干户为范围。

1、坚持“早、小、严、实”的原则：即时间要早，范围要小，措施要严，落在实处。疫点内有可能被污染的物品未经消毒不得带出。

2、隔离治疗传染源：病人、疑似病人和带菌者要就地隔离治疗。若专送病人，要随带盛放吐泻物的容器。对途中污染的物品、地面和运送病人之工具要随时消毒处理。

3、疫点消毒：认真做好随时消毒和终末消毒，特别要注意病人、疑似病人和带菌者吐泻物的消毒和处理。受污染的水源、缸水、物品、食具、衣物、病人吃剩的食物、地面、墙壁都要分别根据情况消毒处理。要仔细追查病人，对疑似病人和带菌者近期内可能污染过的地方和物品应进行消毒。

4、接触者的管理：调查与霍乱病例发病前5天内及病后有过饮食、生活上密切接触的人，了解健康状况，特别是每天大便的次数和形状，限制他们的活动范围，对其排泄物要进行消毒，特别要注意防止污染水源。

5、验便及服药：疫点所有人员，自开始处理之日起每天验便一次，连续2次。给病家和密切接触者预防服药，以消除带菌。可用氟哌酸：成人每日3次，每次0.4g，连服三天；强力霉素：0.3g，一次顿服，连服三天，注意不要空腹。

6、实验室检测

（1）标本的采集：粪便标本应争取在发病早期、服用抗菌药物之前采集，并尽快送到检验室。采便方法可用棉拭采取自然排出的新鲜大便，亦可用直肠棉拭采便管由肛门插入直肠内3~5cm处采取。一般要求水样便采取1~2ml，成形便采取指甲大小的粪量。病人的呕吐物、沾染粪便的衣物和尸体的肠腔和口腔内容物亦可作为检材。

外环境样本可采取病人的污染衣物、剩饭菜、可疑食品、饮具、抹布、污水、坑塘水、井水、河水、公厕粪便、苍蝇等按1:10比例置入碱性蛋白胨水增菌液中，迅速送往实验室。

（2）标本的送验：采得的标本应立即接种于碱性蛋白胨水培养基中（6~8ml/中试管）。剧烈腹泻病人的水样便含有大量病菌（ $10^6 \sim 10^9/\text{ml}$ ），直接作分离培养。同时详细填写“采样登记表”，标本管或小瓶贴上送验号和姓名标签，放入送验箱内由专人尽快送往检验室。送验箱每次用后须经消毒处理。

7、开展卫生活动：做好饮用水消毒，劝导群众不喝生水，不吃生冷变质食物，积极杀灭蝇蛆，改造环境卫生。

（三）疫区的控制

疫区：根据疫点的地理位置、水系分布、交通情况、自然村落等特点来划定，一般在农村以一个村或几个村、一个乡或毗邻乡；在城市以一个或几个居委会或一个街道为范围。

如疫点范围扩大形成疫区，处理原则按疫点处理原则外，必要时限制人群流动，严禁举办大型集会和聚餐，暂停集市贸易。加强饮水和食品的管理，做好卫生宣传教育。

（四）治疗原则

1、按甲类传染病隔离治疗。危重病人应先就地抢救，待病情稳定后在医护人员陪同下送往指定的隔离病房。确诊与疑似病例应分开隔离。

2、轻度脱水病人以口服补液为主。

3、中、重型脱水病人须立即进行静脉输液抢救，待病情稳定、脱水程度减轻、呕吐停止后改为口服补液。

4、在液体疗法的同时给予抗菌药物治疗以减少腹泻量和缩短排菌期，可根据药品来源及引起流行的霍乱弧菌对抗菌药物的敏感性，选定一种常用抗菌药物，连服3天。

六、预案终止条件

疫点在各项防控措施均已落实后，所有人员验便连续两次阴性，无续发病人或带菌者出现可予以解除，或自疫点处理后5天内再无新病例出现时亦可解除。疫情得到控制，预案停止执行，转入常规防治和监测。

七、疫情控制效果评价

（一）流行病学分析与评价：根据流行病学资料，尽快查清霍乱疫情的流行病学特征，追踪暴发来源及传播方式，对疫情控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有罹患率、病死率、样本的检测数量、病原分离率、报告及时率和疫情控制时间等。

（二）消毒效果评价：依据消毒处理正确率、及时率，消毒前后相关指标等，对消毒效果进行评价。

（三）疫情调查分析：要及时收集、整理、统计、分析调查资料，内容包括：基本情况（一般背景资料和此次疫情概况）；疫情的调查和分析（疫情的发生经过及临床表现，流行病学调查，实验室检测结果，流行因素调查及分析）；调查结论；疫情的预防控制措施和评价；传染来源分析；疫情预测；存在问题；下一步防治工作建议等。结案报告要求在疫情宣布终止后，同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构，并进行网络直报。

八、附件

- 1、霍乱个案调查表
- 2、腹泻人群采样登记表
- 3、霍乱病例登记表
- 4、外环境采样登记表
- 5、霍乱菌种鉴定登记表

霍乱个案调查表

1. 基本信息	发病 (1) 订正 (2) 出院 (3) 死亡 (4)	<input type="checkbox"/>
地区编码:	户籍: 常住 (01)、暂住 (02)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
流动:	地市内 (92)、市内 (94)、市际 (96)、境外 (98)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
门诊号: _____	病案号: _____ 卡片号: _____	
患者姓名:	性别: 男 (1)、女 (2) 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
发病地点:	本地 (1) (家庭、单位) 外地 (2)、港澳 (3)、境外 (4)、不详 (5)	<input type="checkbox"/>
户口地址: (详填):	_____ 市 _____ 县 (市) _____	
现住址: (详填):	_____ 市 _____ 县 (市) _____ 区 (乡镇)	
患者单位:	_____ 联系电话: _____	
患者职业:	托幼儿童 (1)、散居儿童 (2)、学生 (3)、教师 (4)、保育员及保姆 (5)、炊饮食品人员 (6)、公共场所服务员 (7)、其他商业人员 (8)、医务人员 (9)、工人 (10)、民工 (11)、农民 (12)、牧民 (13)、渔 (船) 民 (14)、购销员 (15)、驾驶员 (16)、干部职员 (17)、离退休人员 (18)、家务及待业 (19)、其它 (20)、不详 (21)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
发病日期:	_____ 年 _____ 月 _____ 日 初诊日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
确诊日期:	_____ 年 _____ 月 _____ 日 入院日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
出院日期:	_____ 年 _____ 月 _____ 日 死亡日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	
2. 主要临床表现及诊断:		
腹泻 _____ 天, 每天 _____ 次, 有呕吐 (1)、无呕吐 (2)		<input type="checkbox"/>
发热: 有 (1)、无 (2)		<input type="checkbox"/>
失水情况: 重度 (1)、中度 (2)、轻度 (3)		<input type="checkbox"/>
临床分型: 重 (1)、中 (2)、轻 (3)		<input type="checkbox"/>
传染源和传播途径的追溯:		
病前 5 天内外出史: 有 (1)、无 (2)		<input type="checkbox"/>
病前 5 天内外出就餐史: 有 (1)、无 (2)		<input type="checkbox"/>
参加聚餐: 有 (1)、无 (2)		<input type="checkbox"/>
聚餐人数 _____ 人, 共同聚餐者中: 发病 _____ 人, 带菌者 _____ 人		
诊断依据: 可疑流行病学史 (1)、临床表现典型 (2)、霍乱弧菌检验阳性 (3)		<input type="checkbox"/>
诊断结论: 霍乱确诊病人 (1)、临床诊断病例 (2)、带菌者 (3)		<input type="checkbox"/>
病原菌分型: 小川型 (1)、稻叶型 (2)、O139 群 (3)、颜岛型 (4)、未分型 (5)		<input type="checkbox"/>
报告单位: _____	报告科室: _____	
报告人: _____	报告日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日	

附件 2

_____市_____县腹泻人群采样登记表

编号	姓名	性别	年龄	职业	住址	与病人关系	接触方式	腹泻日期	采样日期	结果

附件 3

霍乱病例（包括带菌者）登记表

编号	姓名	性别	年龄	职业	户口所在地 或单位	发病 地点	发病 日期	是否本地感染		临床症状分型			转 归		病原血清分型（群）			带菌者	
								本地	输入	轻	中	重	痊愈	死亡	小川	稻叶	O ₁₃₉		

附件 4 _____ 市 _____ 县外环境采样登记表

样品 编号	样品名称	采样地址	采样 日期	检验结果	备注

附件 5

_____市_____县_____年霍乱菌种鉴定登记表

_____年_____月_____日 登记者_____

市级 编号	县区 编号	被检者 (人或物) 名称	菌株来源			采样地址	革 兰 氏 染 色	动 力	氧 化 酶	粘 丝 试 验	霍乱弧菌血清学试验					结 果	备 注
			病 人	带 菌 者	外 环 境						O 多 价	小 川 型	稻 叶 型	O 1 3 9	盐 水		

延津县疾病预防控制中心炭疽疫情应急处置预案

一、前言

炭疽是一种由炭疽芽胞杆菌引起的急性人兽共患传染病，病畜是主要的传染源。二战至今，炭疽芽胞杆菌多次被作为生物战剂或生物恐怖材料用于生物战或生物恐怖活动。为防止发生和有效应对可能出现的炭疽疫情或生物恐怖袭击，保障人民群众生命安全，维护社会政治稳定，依据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国传染病防治法实施办法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《国家及河南省炭疽应急控制预案》，特制定本预案。

二、目的

一旦发生炭疽暴发流行，能迅速查清疫情，并及时采取有效措施控制和扑灭疫情。

三、预案启动条件

发生 1 例及以上肺炭疽病例；或 1 周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生 3 例及以上皮肤炭疽或肠炭疽病例；或 1 例及以上职业性炭疽病例。即启动本预案。

四、病例诊断标准

（一）疑似病例：

- 1、皮肤炭疽。不明原因引起的皮肤局部出现红斑水疱，继而呈溃疡和黑痂及周围组织的广泛无痛性非凹陷性水肿。
- 2、肺炭疽。不明原因引起的寒战、发热、呼吸困难、气急、咳嗽、咳血样痰、胸痛、休克。
- 3、肠炭疽。不明原因引起的急性胃肠炎，呕吐物及粪便为血性。

（二）确诊病例

- 1、病前半月内有牛、马、羊等牲畜及其分泌物、排泄物频繁接触史，或接触死家畜及其污染物，剥死畜皮，食死畜肉，或从事皮毛加工、屠宰及兽医工作。
- 2、从病人的分泌物、呕吐物、粪便、血液及脑脊液涂片检查到革兰氏阳性两端平齐的大杆菌或分离到炭疽杆菌。
- 3、血清特异性抗体阳性（菌苗接种除外）

临床诊断：疑似病例加 1。

实验诊断：疑似病例加 2 或 3。

五、控制暴发流行的对策与措施

（一）疫情报告

- 1、发现可疑人间皮肤炭疽的疫情后，要在 6h 内以最快的通讯方式向发病地的县（市、区）疾病预防控制机构报告，并填写报告卡片，发现可疑肺炭

疽疫情或炭疽生物恐怖材料要在 2h 内报告；接到报告的县（市、区）疾病预防控制中心应在 2h 内报告县级卫生行政部门和市级疾病预防控制中心；县级卫生行政部门应在 2h 内报告县级人民政府和市级卫生行政部门；按此程序逐级上报至省级卫生行政部门和省级疾病预防控制中心，一般疫情上报至市级人民政府，重大疫情上报至省人民政府。

2、疑似肺炭疽病例经确诊或生物恐怖事件经证实后，市级卫生行政部门和市级疾病预防控制中心在 1h 内分别上报省卫生厅和省疾病预防控制中心。

（二）应急处理

1、采集流行病学资料

接诊疑似病人时，须尽可能地询问其发病前的接触史，从而发现可疑的感染来源。

2、确定感染来源

对可疑的感染来源应采样进行微生物学或分子生物学检验，以确定是否为炭疽芽孢杆菌感（污）染。在动物组织标本中，镜检发现炭疽芽孢杆菌；或在各种来源的标本中分离培养出炭疽芽孢杆菌，或用 PCR 技术检出有毒力的炭疽芽孢杆菌核酸；可以确定为感染的来源。

3、感染来源的处理原则

对已确定的感染来源，进行以下处理：

- （1）隔离与治疗病人；
- （2）捕杀或隔离治疗病畜；
- （3）消毒炭疽芽孢杆菌污染的物体和环境；
- （4）对在污染地区内或其周围活动的所有牲畜实施免疫接种，每年早春进行一次。

4、高危人群的防范

从事炭疽病人、病畜治疗、护理、检验及处理污染环境的医疗卫生、畜牧兽医等专业技术人员，应穿着防护服装，必要时进行免疫接种，如来不及接种疫苗，可采取药物预防。

近年来国内外邮政系统成了恐怖分子的主要袭击对象，从业人员也成了炭疽高危人群，应特别注意从事分拣、开拆信件和包裹等工作人员的个人防护，要求穿着工作服，佩带手套和口罩。接到可疑信件或包裹不要拆开，应立即封存并迅速报告。

5、炭疽病人处理原则

（1）隔离：炭疽病人尤其是肺炭疽病人由做出疑似诊断时起，即应立即就地隔离，避免长距离运送病人，避免无关人员与其接触，以免疫情扩散。

（2）治疗病人

首选青霉素 G 钠盐静脉滴注，恶性皮肤炭疽用量为 800-1000 万 U/d。治疗肺炭疽、肠炭疽及并发败血症、脑膜炎用量为 1000-2000 万 U/d，静脉滴注，并可加用氯霉素 2g/日，分 3 次静脉滴注，或环丙沙星 250mg，2 次/天，静脉滴注或口服，两种抗生素联合

治疗，疗程两周以上。

对症治疗措施：**a**、皮肤炭疽，局部用 1: 2000 高锰酸钾湿敷，不用油纱布，或涂以 1%龙胆素，2%碘伏，切忌挤压或切开引流，以防细菌扩散；**b**、败血症，可以给激素，如地塞米松 10-30mg 静脉滴注，缓解中毒症状，防止弥漫性血管内凝血（DIC）和感染性休克；**c**、脑膜炎，按化脓性脑膜炎处理，积极降温止痉、脱水、降颅压等，防止呼吸衰竭和脑疝；**d**、高热，一般均需从静脉补充液体，发现 DIC 时，在监视凝血时间情况下，给予肝素及潘生丁；**e**、重症炭疽病人，及早预防心功能不全，优先考虑预防性给予快速强心制剂毒毛旋花子甙丙。

6、接触者的管理

对被确定为炭疽病畜接触者的家畜，立即分群隔离观察，经济价值高的牲畜可专人饲养治疗或以抗生素预防。对被确定为炭疽芽孢杆菌污染物品的接触者或炭疽病人接触者应实施医学观察，给予环丙沙星等口服抗生素预防；肺炭疽的密切接触者应隔离，并注射青霉素作为预防性治疗，剂量按一般治疗剂量；病人外围一定范围内的人群（非直接接触者），接种炭疽疫苗预防。

7、病人尸体处理

炭疽病人死亡后，其口、鼻、肛门等腔道开口均应用含氯消毒剂浸泡的棉花或纱布塞紧，尸体用消毒剂浸泡的床单包裹，然后火化。

8、炭疽病畜及尸体的处理

病死牲畜的消毒：对因炭疽死亡的牲畜与其他动物的尸体不可肢解，即使是采样检查也不允许开放性采样，应该抽吸采样，或者在病畜采样后立即用烙铁熨烫伤口，防止其液体污染环境。在病死牲畜表面消毒后，尽可能整体焚毁。

9、炭疽芽孢污染的消毒

（1）消毒原则：

A、污染物品的消毒：如果确实检出炭疽芽孢杆菌，检出细菌的物件应在公安机关取证后，焚烧或 121℃30min 至 2h（视物件的大小）高压灭菌。其他物品价值不高者尽可能焚毁，不能销毁者以环氧乙烷消毒；病人及接触者穿着的表面衣物应焚毁。

B、污染外环境的消毒：以含氯或戊二醛的消毒剂反复处理，直到连续 3 次采样不能检出炭疽芽孢杆菌为止。

（2）几种污染的消毒方法：

a、炭疽病人和牲畜的排出物消毒

炭疽病人和牲畜的排出物宜使用新配制的含氯消毒液消毒，可使用二倍量的 20%漂白粉、或 6%次氯酸钙（漂粉精）与排出物混合，作用 12 小时后再行处理。

b、污染表面消毒

污染物体的坚固表面。如墙面、地面、家具等，可喷雾或擦洗消毒。可用含氯消毒剂如 5~10%二氯异氰尿酸（优氯净）或氧化剂如 2%过氧乙酸（每 1m²表面 8ml）。

c、污染毛皮、衣物或纺织品消毒

低价值的污染物品应尽可能焚毁，耐高压消毒物品可用高压灭菌器灭菌，无法用高压处理者，可装入密闭的塑料袋内，每 1m³ 加入 50 g 环氧乙烷消毒。

d、污染水体消毒

被炭疽芽孢杆菌污染的水源应停止使用，使用含氯消毒剂处理，使有效氯浓度达 200mg/L，待检查不再存在炭疽芽孢杆菌后方可恢复使用。

e、污染土壤消毒

土壤被炭疽芽孢杆菌污染时应首先查明污染的范围，污染土壤和畜圈应使用 20% 漂白粉液每 1m³ 1 000 ml，待漂白粉液渗入地面数小时后，将地表土 20 cm 挖起。坑内每 1m³ 撒入漂白粉干粉 20—40 g，再将挖起的土壤与 20% 漂白粉液充分混合，填入挖出的坑中。

f、病房终末消毒

病人、病畜出院或死亡，病房应以甲醛熏蒸处理，即紧闭门窗后，按 0.8kg/m² 甲醛加热蒸发，次日经通风处理后才能恢复使用。

g、消毒效果考核

消毒效果必须通过取样进行细菌分离培养确定，连续三次取样，按照《消毒技术规范》所规定的程序，不能检出具有完整毒力的炭疽芽孢杆菌时方可认为已消除了炭疽芽孢杆菌的污染。

10、加强炭疽疫情及突发事件处理的总结工作

生物恐怖事件和相关疫情处理完毕后，尽快向市卫生局和河南省疾病预防控制中心报告结果，总结应急处理工作中的经验和教训，发现和指出今后应注意的问题。

六、预案终止条件

疫区在实施控制应急处理预案后，新发病例显著减少，可视为流行已得到初步控制，预案停止执行，转入常规防治和监测。

七、疫情控制效果评价

在炭疽疫情流行控制期间，可根据流行病学调查和病原学检查的结果，对疫情的发展趋势和防制措施的实施效果进行动态分析。

(一) 流行病学分析与评价 根据流行病学资料，尽快查清炭疽疫情的流行病学特征，追踪暴发来源及传播方式，对疫情控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有罹患率、病死率、样本的检测数量、病原分离率、报告及时率和疫情控制时间等。

(二) 消毒效果评价 依据消毒处理正确率、及时率，消毒前后相关指标等，对消毒效果进行评价。

(三) 疫情调查分析 要及时收集、整理、统计、分析调查资料，内容包括：基本情况（一般背景资料和此次疫情概况）；疫情的调查和分析（疫情的发生经过及临床表现，流行病学调查，实验室检测结果，流行因素调查及分析）；调查结论；疫情的预防控制措施和评价；传染来源分析；疫情预测；存在问题；下一步防治工作建议等。结案报告要求在疫情宣布终止后，同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构，并

进行网络直报。

九、附件

- 1、炭疽流行病学个案调查表
- 2、病例标本采集及检测结果一览表附表
- 3、环境中标本采集及检测结果一览表
- 4、动物疫情调查结果一览表

附件 1

炭疽流行病学个案调查表

编号: _____ □□□□□□

一、基本情况

1. 患者姓名: _____ (如患者年龄<14岁, 则家长姓名: _____)
2. 性别: 1 男, 2 女
3. 年龄: _____岁
4. 民族: 1 汉族, 2 壮族, 3 维吾尔族, 4 回族, 5 蒙古族, 6 其他 _____
5. 职业:
 - (1) 幼托儿童 (2) 散居儿童 (3) 学生 (4) 教师 (5) 保育保姆 (6) 饮食从业人员
 - (7) 商业服务 (8) 医务人员 (9) 工人 (10) 民工 (11) 农民 (12) 牧民
 - (13) 渔(船)民 (14) 干部职员 (15) 离退人员 (16) 家务待业 (17) 其他
6. 所在单位: _____; 联系电话: _____
7. 家庭住址: _____省(自治区/直辖市) _____县(市区) _____乡(镇/居委会) _____村(街道)

二、发病情况

1. 发病日期: _____年_____月_____日
2. 就诊日期: _____年_____月_____日
3. 发病地点: _____
4. 住院医院: _____
5. 住院号: _____
6. 住院日期: _____年_____月_____日
7. 出院日期: _____年_____月_____日
8. 入院诊断:
 - 1 炭疽疑似病例, 2 临床诊断病例, 3 实验室确诊病例, 4 其他 _____
9. 临床诊断日期: _____年_____月_____日
10. 出院诊断:
 - 1 炭疽疑似病例, 2 临床诊断病例, 3 实验室确诊病例, 4 其他 _____
11. 临床类型: (1)皮肤型 (2)肠型 (3)肺型 (4)其它
12. 转归: 1 痊愈, 2 好转, 3 死亡(日期: _____年_____月_____日)

三、症状和体征及一般实验室检查

1. (1)发热最高体温(____℃) (2)头痛 (3)全身不适 (4) 两项以上
2. 炭疽痈 (1)有(个数____) (2)无
3. 炭疽痈部位: (1)手指(2)手背(3)上肢(4)下肢(5)足背(6)面部(7)其它

- 4. 炭疽病属于：(1)水疱期 (2)结痂期
- 5. 皮肤粘膜发绀 (1)有 (2)无
- 6. 恶性水肿 (1)有 (部位) (2)无
- 7. (1)腹痛、(2)腹泻 (3)呕吐 (4)血水样便
- 8. (1)咳嗽 (2)血痰 (3)胸痛 (4)呼吸困难
- 9. 出血 (1)有(出血量__ml 出血腔道 _____) (2)无
- 10. 感染性休克 (1)有 (2)无
- 11. 血象：WBC 总数_____ X 10⁹/L N_____ % L_____ %
- 12. 涂片镜检结果：_____
- 13. 胸透或 X 光片结果：_____

四、血清学及病原学检测结果（未做者请注明为“未做”）

项目	标本采集时间	检测方法	检测结果（滴度）
炭疽抗体	抗芽胞		
	抗毒素		
细菌分离			

注：开始使用抗菌素时间：____年__月__日__时__分

五、既往史及家庭情况

- 1. 既往是否患过此病： 1 是, 0 否, 9 不详
 如是, 诊断单位：_____, 时间：____年__月__日 /____/____
- 2. 炭疽疫苗预防接种史： 1 有, 0 无, 9 不详
 如有, 最近一次接种时间：____年__月__日 /____/____
- 3. 有无家庭其他成员出现过类似症状：1 有, 0 无, 9 不详
 如有, 最近一例发病时间（患者除外）：____年__月__日 /____/____

六、接触史及有关因素调查

- 1. 可能感染来源：(1)与病畜接触和/或剥食病死畜 (2)加工病死畜皮毛等
 (3)接触、吸入污染炭疽芽胞的尘埃(4)两项以上
- 2. 可能感染方式：(1)接触 (2)食入(3)吸入(4)其他
- 3. 消毒和处理情况：(1)随时消毒 (2) 终末消毒
- 4. 死尸处理： (1)消毒 (2)焚烧 (3)深埋 (4) 两项以上
- 5. 在本疫点病例发病时间顺序： 第 例

小结： _____

调查者单位： _____ 调查者： _____

审查者： _____ 调查时间： _____年__月__日

附件 2

炭疽病例标本采集及检测结果一览表

编号	姓名	现住址及联系方式	发病时间	采样时间	采样前是否使用抗生素	检测项目	检测方法	检测结果	备注

采样单位：

采样人：

附件 3

炭疽外环境标本采集及检测结果一览表

编号	标本来源	标本类型	采集数量	采样地点	采样时间	检测项目	检测方法	检测结果	备注

采样单位：

采样人：

附件 4

炭疽动物疫情调查结果一览表

县(市、区)	动物名称	饲养数量	死亡数	出现疫情至扑灭时间	疫情波及范围	报告时间	血清学检测		病原学检测			备注
							检测数	阳性数	检测数	分离数	%	

采样单位：

采样人：

延津县疾病预防控制中心感染性腹泻暴发流行

应急处置预案

一、前言

感染性腹泻广义系指各种病原体肠道感染引起的腹泻，这里仅指除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻，属于《中华人民共和国传染病防治法》中规定的丙类传染病。这组疾病可由病毒、细菌、真菌、原虫等多种病原体引起，其流行面广，发病率高。据世界卫生组织统计，除中国外，全世界每年有 10 亿人患腹泻。我国估计腹泻病年发病率约为 0.7 次/人，5 岁以下小儿的年发病率为 1.9 次/人。感染性腹泻是严重危害人民群众健康的疾病。

二、目的

一旦发生感染性腹泻暴发流行，及时落实有效措施，迅速控制和扑灭疫情。

三、预案启动条件

1 周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位中发生 20 例及以上感染性腹泻病例，或死亡 1 例及以上。

四、病例定义

（一）流行病学资料

一年四季均可发病，一般夏秋季多发，有不洁饮食（水）和/或与腹泻病人、腹泻动物、带菌动物接触史，或有去不发达地区旅游史。如为食物源性则常为集体发病及有共进可疑食物史。某些沙门氏菌（如鼠伤寒沙门氏菌等）、肠致病性大肠杆菌（EPEC）、轮状病毒和柯萨奇病毒等感染可在医院产房婴儿室、儿科病房、托幼机构发生暴发或流行。

（二）临床表现

1、腹泻，大便每日 ≥ 3 次，粪便的性状异常，可为稀便、水样便、亦可为粘液便、脓血便，可伴有恶心、呕吐、食欲不振、发热及全身不适等。病情严重者，因大量丢失水分引起脱水、电解质紊乱甚至休克。

2、已除外霍乱、痢疾、伤寒、副伤寒。

（三）实验室检查

1、粪便常规检查：粪便可为稀便、水样便、粘液便、血便、或脓血便。镜检可有多量红、白细胞，也可仅有少量或无细胞。

2、病原学检查：粪便中可检出霍乱、痢疾、伤寒、副伤寒以外的致病微生物，如肠致泻性大肠杆菌、沙门氏菌、轮状病毒或蓝氏贾第鞭毛虫等，或检出特异性抗原、核酸或从血清检出特异性抗体。

临床诊断：具备（二）和（三）中的 1，（一）供参考。

病原确诊：临床诊断加（三）中的 2。

五、应急处理

（一）核实疫情

到达现场后核实疫情报告情况，根据流行病学史、临床表现、实验室检测结果、发病人数及波及范围对暴发或流行疫情进行核实诊断，对疫情可能造成的危害进行初步判断。

（二）积极治疗病人

- 1、一般及对症治疗：尤其注意改善中毒症状及纠正水电解质的平衡失调。
- 2、病原治疗：针对引起腹泻的病原体，必要时给予相应的病原治疗。
- 3、营养治疗：此类病人多有营养障碍，如病情允许，应继续进食（喂养）适宜的食物

（三）流行病学调查

1、基本情况调查：

病例所在地基本情况；病例家居环境情况；病例发病前活动范围及暴露史；病例发病前后的饮食情况；病例发病前后的活动范围及密切接触者；病例间的接触情况；病例居住地饮用水情况。

2、病例调查

根据统一的病例定义，对确认病例进行个案调查，收集病例的基本情况、临床症状和体征以及可能的暴露史等资料。进行三间分布的分析，阐明病人什么时间发病，发病规律，病例间的发病关系。

3、密切接触者调查

与病人有过密切接触以及在水型、食物型暴发中可能受感染的人，如家庭成员、病人陪伴者、聚餐参加者等都要做为密切接触者进行医学观察。

（四）采样检验

血液 应根据病程的不同阶段采集不同标本进行检测，宜在发病早期和抗生素使用前采集。

血清 留取急性期血清和病后 2-3 周的恢复期血清，备检。

粪便 用无菌采便器采集新排出的粪便尽快送检。

水样标本 对可能污染的水源，采集标本分离培养。

食品标本 对可能污染的食品，采集标本分离培养。

（五）消毒杀虫

根据初步调查结果，有针对性地开展消毒和污染物清除工作。病家和临时隔离治疗点中被污染的厕所、地面、餐具、衣物、用品等进行随时消毒，病人的粪、尿、排泄物要严格消毒处理。对有怀疑的食物进行封存，对可能污染的水源进行消毒处理。

（六）开展针对性的健康教育和干预

开展健康教育和爱国卫生运动，利用各种方式广泛宣传普及肠道传染病的防治知识，教育群众养成良好的卫生习惯，饮前便后要洗手，不喝生水，管好水源，消除垃圾，消灭苍蝇及孳生地。

六、预案终止条件

疫点（区）在各项防控措施均已落实后，所有人员验便连续两次阴性，无续发病人或带菌者出现时可予以解除；当辖区所有的疫点、疫区宣布解除后，方可终止应急反应。

七、疫情控制效果评价

（一）流行病学分析与评价 根据流行病学资料，尽快查疫情的流行病学特征，追踪暴发来源及传播方式，对疫情控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有罹患率、病死率、样本的检测数量、病原分离率、报告及时率和疫情控制时间等。

（二）消毒效果评价 依据消毒处理正确率、及时率，消毒前后相关指标等，对消毒效果进行评价。

（三）疫情调查分析 要及时收集、整理、统计、分析调查资料，内容包括：基本情况（一般背景资料和此次疫情概况）；疫情的调查和分析（疫情的发生经过及临床表现，流行病学调查，实验室检测结果，流行因素调查及分析）；调查结论；疫情的预防控制措施和评价；传染来源分析；疫情预测；存在问题；下一步防治工作建议等。结案报告要求在疫情宣布终止后，同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构，并进行网络直报。

八、附件

- 1 感染性腹泻流行病学个案调查表
- 2 常见感染性腹泻诊断要点
- 3 感染性腹泻的主要病原体种类
- 4 标本的采集、菌株鉴定和保存

附件 1

感染性腹泻流行病学个案调查表

国标码 口口口口口口

病例编码口口口口

1. 一般情况

1.1 姓名：_____，若为14岁以下儿童，家长姓名：_____

1.2 性别 (1) 男 (2) 女 1.3 年龄(岁、月)：_____

1.4 职业 (1) 幼托儿童 (2) 散居儿童 (3) 学生 (4) 教师 (5) 保育员及保姆

(6) 餐饮食品业 (7) 商业服务 (8) 医务人员 (9) 工人 (10) 民工 (11) 农民

(12) 牧民 (13) 渔(船)民 (14) 干部职员 (15) 离退人员 (16) 家务及待业

(17) 其他：_____ (18) 不详

1.5 文化程度 (1) 学龄前儿童 (2) 文盲 (3) 小学 (4) 初中 (5) 高中

(6) 大学及以上 (7) 不详

1.6 现住址：_____

1.7 户口地：_____

1.8 工作(学习)单位：_____

1.9 联系人：_____，联系电话(办公室)：_____ (住宅)：_____ (手机)：_____

2. 发病情况

2.1 发病日期：_____年____月____日

2.2 发病地点

2.3 首诊时间：_____年____月____日

2.4 首诊单位：_____

2.5 诊断医院：_____

2.6 报告时间：_____年____月____日 2.7 住院时间：_____年____月____日 2.8 出院时间：_____年____月____日

3. 临床资料

3.1 临床症状

3.1.1 腹泻 (1) 有 (2) 无 3.1.2 每天最多腹泻次数：_____

3.1.2.1 粪便性状 (1) 水样 (2) 米泔样 (3) 洗肉水样 (4) 大块黏膜

(5) 脓血 (6) 其他

3.1.2.2 腹泻方式 (1) 里急后重 (2) 通畅 (3) 失禁 (4) 绞痛

3.1.2.3 粪便量 (1) 多 (2) 少

3.1.2.4 粪便气味 (1) 恶臭 (2) 无恶臭

3.1.3 呕吐 (1) 有 (2) 无

 呕吐方式 (1) 喷射状 (2) 先泻后吐 (3) 先吐后泻 (4) 其他

3.1.4 全身中毒症状

3.1.4.1 发热 (1) 有 (2) 无

3.1.4.2 最高体温_____

3.1.4.3 头痛头晕 (1) 有 (2) 无

3.1.4.4 食欲不振 (1) 有 (2) 无

3.1.4.5 乏力 (1) 有 (2) 无

3.1.4.6 腹胀 (1) 有 (2) 无

3.1.4.7 腹鸣 (1) 有 (2) 无

3.1.5 腓肠肌疼痛 (1) 有 (2) 无

3.1.6 失水情况 (1) 重度 (2) 中度 (3) 轻度

3.1.7 临床类型 (1) 重 (2) 中 (3) 轻

3.2 诊断依据

3.2.1 感染者发现方式 (1) 疫源检索 (2) 腹泻病门诊 (3) 乡镇级医院 (4) 个体诊所 (5) 其他: _____

3.2.2 确诊依据 (1) 临床 (2) 病原学 (3) 血清学

 采样时间: _____ 标本名称: _____

3.2.3 病原学检验结果

 报告时间: _____年____月____日

3.2.4 粪便检验结果

 红细胞: _____ 白细胞: _____ 脓细胞: _____

3.2.5 血清学检验结果: _____

3.3 病人转归 (1) 痊愈 (2) 带菌 (3) 死亡

3.4 死因: _____

4. 流行病学调查 (病前5天内)

4.1 接触史

4.1.1接触过同样病人 (1)有 (2)无

4.1.2接触时间: _____年____月____日

4.1.3接触地点: _____

4.1.4接触方式

4.1.4.1同吃 (1)有 (2)无

4.1.4.2同住 (1)有 (2)无

4.1.4.3护理 (1)有 (2)无

4.1.4.4其他 (1)有 (2)无

4.2饮食情况(病前5天内)

4.2.1饮生水 (1)有 (2)无

4.2.2水源类型 (1)井水 (2)河水 (3)塘水 (4)自来水 (5)其他

4.2.3吃生冷食品 (1)有 (2)无

4.2.4生冷食品名称 _____ 购买地点 _____

4.2.5熟食冷吃 (1)有 (2)无

4.2.6熟食品名称: _____ 购买地点: _____

4.2.7在外就餐史 (1)有 (2)无

4.2.8就餐地点 (1)排档 (2)个体餐馆 (3)宾馆餐厅 (4)其他

4.2.9海水产品 (1)吃 (2)未吃

4.2.10海水产品种类: _____

4.2.10.1食用方法 (1)生吃 (2)半生吃 (3)煮熟 (4)其他: _____

4.2.10.2食用地点 (1)排档 (2)个体餐馆 (3)宾馆餐厅 (4)其他: _____

4.2.10.3 同餐人数: _____同餐者发病人数: _____

4.2.10.4同餐日期: _____

5. 简述控制措施: _____

6.调查小结: _____

调查者单位: _____

调查者: _____

审查者: _____

调查时间: _____年____月____日

附件 2

常见感染性腹泻诊断要点

一、沙门菌肠炎

(一) 流行病学: 传染源为病人和带菌者, 患病及带菌动物; 以食物和医源性传播为主, 也可通过水源、接触传播; 人群普遍易感, 幼儿, 尤其1岁以内幼儿为甚; 全年均可发病, 夏秋季多发。

(二) 临床特点: 可呈胃肠型、伤寒型和败血型。胃肠型潜伏期多为6~24h, 急性起病, 恶心、呕吐、腹痛、腹泻, 多数伴发热。婴幼儿较易发生脱水和电解质紊乱。粪便多为黄色稀水便, 可带有粘液和血。

(三) 实验室检查: 粪便镜检可见较多的白细胞及红细胞, 并可见巨噬细胞。粪便(血、尿、骨髓)标本沙门菌培养阳性。

二、肠致泻性大肠杆菌肠炎

(一) 流行病学: 传染源主要是病人及带菌者, 以粪-口途径为主要传播方式, 人群普遍易感, 幼儿多见。5~6月份为发病高峰。

(二) 临床特点: 轻症患者不发热, 腹泻每日达3~10余次, 呈黄色蛋花样, 量较多。重症患者可有发热、呕吐、腹痛、腹胀, 呈粘液便, 呕吐、腹泻严重者可有失水、酸中毒表现。成人常急性起病, 脐周腹痛伴痢疾样大便。

肠产肠毒素性大肠杆菌潜伏期为0.5~7天, 临床表现分泌性腹泻, 病程1~5天。

肠侵袭性大肠杆菌临床表现与菌痢相似, 主要为发热、腹部剧烈疼痛与不适、毒血症、水样腹泻, 粪便中有少量粘液和血。

肠出血性大肠杆菌临床表现为突发腹部痉挛性疼痛、不适, 初为水样便, 继之转为鲜血性粪便、不发热或低热, 可伴恶心、呕吐及上感样症状。多数病人表现为自限性疾病; 少数病人可继发急性溶血性尿毒综合征以及血栓性血小板减少性紫癜。

肠集聚性粘附大肠杆菌主要与小儿顽固性腹泻有关, 症状可持续两周或以上。

(三) 实验室检查: 粪便镜检可见少许红、白细胞, 偶可满视野, 并有大量脂肪粒。肠出血性大肠杆菌感染性腹泻大便镜检几无炎症渗出性细胞。粪便培养阳性, 毒素基因鉴定阳性。

三、致泻性弧菌肠炎

(一) 流行病学: 传染源主要为带菌的海产品和近海淡水鱼, 患者也可为传染源。主要通过食物传播。人群普遍易感, 青壮年发病居多。7~9月为发病高峰。

(二) 临床特点: 潜伏期2h至4天, 平均15h。起病急骤, 腹泻、腹痛、恶心、呕吐、发热, 重症可脱水, 循环衰竭, 少数有中毒性休克。粪便呈水样、血水便或脓血便。

(三) 实验室检查: 镜检可见白细胞和脓细胞, 常伴有红细胞, 亦可见巨噬细胞。粪便培养阳性。

四、空肠弯曲菌肠炎

(一) 流行病学: 为人畜共患病, 主要传染源是家禽、家畜、鸟类, 以及急性期患者和带菌者。主要经食物和水传播, 也可接触传播。人群普遍易感。全年均可发病, 夏秋季多发。

(二) 临床特点: 平均潜伏期3~5天, 主要症状为发热、腹泻、腹痛, 少数伴有呕吐; 粪便呈黄色水样便, 部分为粘液便和脓血便。典型者脐周呈痉挛性绞痛。

(三) 实验室检查: 粪便镜检可见少量白细胞或多量红细胞及脓细胞。粪便培养阳性。

五、小肠结肠炎耶尔森菌肠炎

(一) 流行病学: 为人畜共患疾病, 传染源为病人和带菌者、患病和带菌动物。主要经口感染。人群普遍易感。全年均可发病, 以秋、冬、春季较多。

(二) 临床特点: 潜伏期4~10天, 主要表现为突然发热, 腹痛、腹泻, 部分患者有类似阑尾炎样腹痛、慢性反应性关节炎、结节性红斑、败血症、突眼性甲状腺肿等。粪便呈水样稀便, 可带粘液, 偶带脓血。

(三) 实验室检查: 镜检可见白细胞、红细胞。该菌为嗜冷菌, 在适宜条件下粪便培养阳性, 并且毒素基因鉴定阳性。

六、亲水气单胞菌肠炎

(一) 流行病学: 鱼虾等为主要自然宿主, 也是人类和动物的主要感染来源。传染源为病人和病畜。饮用污染水或食用污染食物引起发病。人群普遍易感。全年均可发病, 以夏秋季为高峰。

(二) 临床特点: 表现为急性胃肠炎型、败血症型以及其他感染。急性胃肠炎主要表现为恶心、呕吐、腹痛、腹泻, 部分患者伴发热。大便呈水样便。少数病人迁延1年以上成为慢性患者。

(三) 实验室检查: 粪便培养阳性。

七、轮状病毒肠炎

(一) 流行病学: 传染源为患者和无症状带毒者; 主要经粪-口途径传播, 也可经接触和呼吸道传播。人群普遍易感。

A和C组主要感染儿童, 以秋冬季节多见。B组主要感染成人, 以春季多见。

(二) 临床特点: 潜伏期2~3天, A和C组感染主要症状为腹泻和呕吐, 可伴发热和/或呼吸道症状, 严重者常伴有脱水及代谢性中毒;

(三) 实验室检查: 镜检多无异常, 少数可见少量白细胞。免疫学检测抗原阳性, 病毒培养或核酸检测阳性。

八、肠腺病毒肠炎

(一) 流行病学: 传染源为病人和隐性感染者。可经接触、粪-口途径及呼吸道传播。婴幼儿多发。无明显季节性, 秋冬季节多发。

(二) 临床特点: 潜伏期3~10天, 临床表现以腹泻为主, 可伴呕吐、发热, 亦可有呼吸道症状。粪便呈水样便或稀便, 少数可有粘液。

(三) 实验室检查: 镜检无脓球及红细胞, 或有少量红细胞。免疫学检测抗原阳性, 病毒培养或核酸检测阳性。

九、诺瓦克病毒肠炎

(一) 流行病学: 传染源是病人和感染者。主要经粪-口传播, 暴发流行常由于食物和水的污染引起。全年均可发病, 秋冬多见。主要侵袭成人和大龄儿童。

(二) 临床特点: 潜伏期24~48h, 主要表现为腹泻、腹痛、恶心、呕吐, 可伴有低热、头痛、肌痛、乏力、及食欲减退; 腹泻为黄色稀水便, 无脓血和粘液。

(三) 实验室检查: 镜检可见白细胞或脂肪滴。免疫学检测抗原阳性, 病毒培养或核酸检测阳性。

十、隐孢子虫病

(一) 流行病学: 目前发现的6种隐孢子虫中, 感染人和哺乳动物的主要是微小隐孢子虫。感染隐孢子虫的动物和人、无症状带虫者为主要传染源。以粪-口, 手-口途径为主。感染与职业及免疫功能状态有关, 农民、兽医及实验室工作人员多发。全年均可发病, 夏秋季节多发。

(二) 临床特点: 平均潜伏期7天。主要表现为腹泻、腹痛、恶心、呕吐、厌食、乏力及体重下降等, 可伴低热。免疫功能缺陷者, 尤其是艾滋病患者, 缓慢起病, 腹泻

持续，偶有发生呼吸道感染等肠外表现，胆道感染亦有发现。大便多呈水样便或粘液便，无脓血，有恶臭。

（三）实验室检查：粪便染色镜检可见隐孢子虫卵囊。

十一、蓝氏贾第鞭毛虫肠炎

（一）流行病学：蓝氏贾第鞭毛虫为单细胞原虫。传染源为排出包囊的人和动物。可经水、食物、接触以及苍蝇等虫媒介传播。全年均可发病，夏秋季高发。各地均有发生，以南方多见。儿童易感。

（二）临床特点：潜伏期 1~2 周，大多表现为自限性腹泻、无症状带虫、慢性腹泻以及相关的吸收障碍和体重减轻。腹泻为突发性恶臭水样便、糊状或块状便。若未及时治疗可发展为慢性。寄生胆道可引起胆囊炎、胆管炎，继而导致肝脏肿大；可引起阑尾炎等。

（三）实验室检查：粪便可直接镜检出蓝氏贾第鞭毛虫滋养体和包囊。

附件 3

感染性腹泻的主要病原体种类

种类	主要病原体	所致疾病	
细菌	弧菌属	其他致泻性弧菌(如其他非 O1 群霍乱弧菌, 副溶血性弧菌, 拟态弧菌, 河弧菌, 霍利斯弧菌, 弗尼斯弧菌等)	弧菌性肠炎
	沙门菌属	其他致泻性沙门菌(如鼠伤寒沙门菌, 肠炎沙门菌, 猪霍乱沙门菌等)	沙门菌肠炎
	埃希菌属	肠产毒性大肠杆菌(ETEC)	旅行者腹泻 婴幼儿腹泻
		肠侵袭性大肠杆菌(EIEC)	痢疾样腹泻
		肠致病性大肠杆菌(EPEC)	婴儿腹泻
		肠出血性大肠杆菌(EHEC)	出血性肠炎
	弯曲菌属	如空肠弯曲菌, 结肠弯曲菌等	弯曲菌肠炎
	葡萄球菌属	如金黄色葡萄球菌	急性胃肠炎 假膜炎肠炎
	厌氧芽孢梭菌属	如产气荚膜梭菌, 艰难梭菌等	腹泻、伪膜性肠炎等
	耶尔森菌属	如小肠结肠炎耶氏杆菌等	小肠结肠炎
芽孢杆菌属	如蜡样芽孢杆菌等	感染性腹泻	
其他菌属	如变形杆菌, 土拉弗氏菌, 亲水气单胞菌, 类志贺毗邻单胞菌等	感染性腹泻	
病毒	腹泻病毒	轮状病毒, 诺瓦克病毒, 星状病毒, 杯状病毒, 冠状病毒, 肠腺病毒, 小圆病毒, 诺如病毒等	病毒性腹泻

寄生虫	致泻寄生虫	隐孢子虫，兰氏贾第鞭毛虫，类圆线虫，结肠小袋虫等	感染性腹泻
-----	-------	--------------------------	-------

附件 4

标本的采集、菌株鉴定和保存

一、沙门菌的检验

1. 标本的收集

根据疾病的类型、患者的病程及其临床症状等，采集相应的标本。原则上于发病第一周采血，第二周取粪便或尿液，全程均可作骨髓培养。所采集的标本床边接种或尽快送检。运送时间超过 2h 者，标本应放入 Carry - Blair 运送培养基中，在冰浴条件下送检。

2. 分离方法

血液或骨髓于胆汁葡萄糖肉汤中增菌培养后转种至麦康凯或 SS 琼脂；粪便接种于麦康凯和 SS 琼脂；尿液和体液离心沉淀后接种于增菌液，若有生长移种至麦康凯或 SS 琼脂；食品等磨碎后加 10 倍量无菌生理盐水混匀，接种于增菌液、麦康凯或 SS 琼脂。37℃ 培养。从培养物挑选可疑菌落作进一步生化鉴定。

3. 血清学鉴定

系用 O、H、Vi 因子血清与待检菌株作玻片凝集试验，先用 O 因子血清确定其所属 O 群及其 O 抗原的各种成分，再用 H 因子血清检查其第一相和第二相的 H 抗原以确定血清型，必要时还要用 Vi 血清检查。

4. 分子生物学检测

PCR 法或 DNA 探针法等检测沙门菌特异性基因和毒力基因。

5. 菌型的判定和结果报告

(1) 根据分子生物学检测结果报告初步结果。

(2) 综合生化反应和血清学检测结果，查对抗原表，判定菌型并报告结果。

(3) PCR 或 DNA 探针法检测确认阳性报告结果。至少两种标本的 PCR 结果为阳性（如血和尿标本）；不同时期（相隔 2 天以上）收集的同一性质标本 PCR 结果阳性；不同的方法或者在不同的场合下测试同一份标本的 PCR 结果为阳性。

二、肠致泻性大肠杆菌检验

1. 患者粪便标本的收集

于急性期、用药前采集病人新鲜粪便标本，尽快送检。运送时间超过 2h 者，标本应放入 Carry - Blair 运送培养基中，在冰浴条件下送检。

2. 分离培养

用接种环蘸取新鲜粪便标本接种于下列培养基：

(1) 麦康凯琼脂或伊红 - 美蓝琼脂等对大肠杆菌抑制性较弱的选择性鉴别培养基，大肠杆菌发酵乳糖，在麦康凯琼脂呈桃红色不透明菌落；

(2) mEC 肉汤增菌液增菌 6h，经免疫磁珠捕获后，转种于 Chromagar O157 琼脂或山梨醇麦康凯琼脂，肠出血性大肠杆菌 O157: H7 在这两种琼脂上分别为紫红色和无色菌落，部分菌株迟缓发酵山梨醇，在山梨醇麦康凯琼脂上为红色菌落；

(3) 血琼脂平板，用于观察肠致病性大肠杆菌的溶血及与其他菌落的鉴别。

标本接种培养基后，37℃ 培养 18 ~ 24h 观察结果。

3. 初步鉴定

挑取可疑菌落作生化反应及与大肠杆菌多价血清作玻片凝集试验，阳性者作进一步鉴定。

4. 鉴定

(1) 肠致病性大肠杆菌 (EPEC)

a) 标本：婴幼儿水样或蛋花汤样便；

b) 生化反应符合大肠杆菌特征；

c) 血清学鉴定符合 EPEC 血清型 (表 B1)。

表 B1 常见肠致泻性大肠杆菌的 O 血清群及血清型

常见肠致泻性大肠杆菌的 O 血清群及血清型							
婴幼儿腹泻			成人和儿童腹泻				
EPEC			ETEC		EIEC	EHEC	EAEC
O ₂₀	O ₂₆	O ₄₄	O ₆ :K ₁₅ :H ₁₆	O ₈ :K ₄₀ :H ₉	O _{28ac}	O ₁₅₇ :H ₇	O ₉ :K ₉₉
O ₅₅	O ₈₆	O ₁₁₁	O ₈ :K ₂₅ :H ₉	O ₈ :H ₄₇ :H ⁻	O ₁₁₂	O ₂₆ :K ₆₂ :H ₁₁	O ₁₀₁ :K ₉₉
O ₁₁₄	O ₁₁₉	O ₁₂₅	O ₁₁ :H ₂₇	O ₁₅ :H ₁₁	O ₁₂₄		
O ₁₂₆	O ₁₂₇	O ₁₂₈	O ₂₀ :H ⁻	O ₂₅ :K ₇ :H ₄₂	O ₁₃₆		
O ₁₄₂	O ₁₅₈		O ₂₅ :K ₉₈ :H ⁻	O ₂₇ :H ₇	O ₁₄₃		

O ₂₇ :H ₂₀	O ₆₃ :H ₁₂	O ₁₄₄	
O ₇₃ :H ₄₅	O ₇₈ :H ₁₁	O ₁₅₂	
O ₇₈ :H ₁₂	O ₈₅ :H ₇	O ₁₆₄	
O ₁₁₄ :H ₂₁	O ₁₁₅ : [H₅₁] ¹⁾		
O ₁₂₇ :H ₁₂	O ₁₂₈ :H ₇		
O ₁₂₈ :H ₂₁	O ₁₃₉ :H ₂₈		
O ₁₄₈ :H ₂₈	O ₁₄₉ :H ₄		
O ₁₅₉ :H ₄	O ₁₅₉ :H ₂₀		
O ₁₅₉ :H ₃₄	O ₁₆₆ :H ₂₇		
O ₁₆₉ :H ⁻			
1)无动力的变异			

(2) 肠产毒性大肠杆菌 (ETEC)

- a) 标本: 霍乱样水样便;
- b) 生化反应符合大肠杆菌特征;
- c) 血清学鉴定符合 ETEC 血清型 (表 B1);

d) 检出大肠杆菌不耐热肠毒素 (LT) 和 / 或耐热肠毒素 (ST)。测定 LT 可用兔肠段结扎试验、皮肤试验、ELISA、Biken 试验、平板免疫溶血试验、DNA 探针杂交和聚合酶链反应 (PCR) 等方法; 测定 ST 可用乳鼠灌胃试验、ELISA、DNA 探针杂交等方法, 各实验室可根据其条件及习惯选用其中之一。

(3) 肠侵袭性大肠杆菌 (EIEC)

- a) 标本: 细菌性痢疾样便;
- b) 生化反应: 不发酵或迟缓发酵乳糖, 不产气, 除 O124 外无动力, 酒石酸盐阴性, 赖氨酸脱羧酶阴性;
- c) 血清学鉴定符合 EIEC 血清型 (表 B1);
- d) 豚鼠角膜结膜试验 (Sereny 试验)、Hela 细胞侵入试验阳性或 DNA 探针法检测侵袭基因。

(4) 肠出血性大肠杆菌 (EHEC)

- a) 标本: 早期为水样便, 后为血便;
- b) 生化反应: 不发酵或迟缓发酵山梨醇, 赖氨酸、鸟氨酸、鼠李糖、蔗糖、密二糖阳性, 精氨酸、苦杏仁甙阴性;
- c) 血清学鉴定: 其血清型为 O157: H7, O26: K62: H11、O111 (表 B1); 或

PCR 法检测 O157 和 H7 特异性基因等；

d) Vero 细胞培养法检测 VT 毒素，或 PCR 法检测 VT1、VT2、eaeA 和 Hly 毒力基因。

e) 分子生物学检测：PCR 法检测 uidA 基因。

(5) 肠集聚性粘附大肠杆菌 (EAggEC)

a) 标本：水样便；

b) 生化反应：生化反应符合大肠杆菌特征；

c) HEP-2 细胞粘附试验或 PCR、DNA 探针技术检测细菌对细胞的集聚性粘附。

(6) 肠致泻性大肠杆菌种间鉴别

多重 PCR 法鉴别肠致泻性大肠杆菌。

三. 致泻性弧菌的检验

1. 患者粪便标本的收集

于急性期、用药前采集病人新鲜粪便标本，放入碱性蛋白胨水或 Carry-Blair 运送培养基中，在室温条件下运送实验室。

2. 分离培养

直接分离：采得的标本可直接划种于分离培养基，37℃培养过夜。培养基可选用非选择性或选择性培养基，常用的非选择性培养基有含 1~2%NaCl 营养琼脂和含 5% 羊血球琼脂，选择性培养基有弧菌琼脂、庆大霉素琼脂、4 号琼脂、TCBS 等。

增菌后分离：标本在直接分离的同时接种碱性蛋白胨水，于 37℃增菌 6~8h 后划种选择性培养基或非选择性培养基，37℃培养过夜。

3. 初步鉴定

挑选可疑菌落作氧化酶、动力、O/129 敏感性检查及 O1 和 O139 霍乱弧菌诊断血清玻片凝集试验。符合弧菌性状但与 O1 和 O139 霍乱弧菌诊断血清不发生凝集者进一步作系统鉴定。与 O1 或 O139 诊断血清发生凝集者可报告检出 O1 或 O139 群霍乱弧菌，按相应标准处理。

4. 鉴定

对检出的弧菌进一步作系统鉴定（按表 B2 判定结果），检测菌株的毒力基因，包括 CT、YLH、TDH、TRH 等。

四、空肠弯曲菌的检验

1.标本的收集

粪便标本应立即送实验室进行培养，运送时间超过 2h 者，应放入 Carry-Blair 运送培养基，4℃冷藏送检。血液标本应先进行增菌。

2.标本的检查

急性期患者的粪便可直接作涂片检查，革兰染色或用 0.3% 碱性复红单染色，镜检为革兰阴性、细长、弯曲、呈 S 形或“海鸥展翅”状、无芽胞。液体标本在暗视野显微镜下可见投标式或螺旋式动力。

3.分离培养

本菌为微需氧菌，在含有 5% 氧气时生长最好，此外，还需要二氧化碳，必要时增加氢气浓度，可以使用：①混合气体法；②烛缸培养法。分离用的培养基有布氏琼脂培养基、Campy - BAP 培养基、Skirrow 培养基、卵黄盐水培养基、巧克力猪血水琼脂及代血铁盐培养基等。为抑制杂菌生长，提高检出率，可于培养基中加入万古霉素（6mg / L）、两性霉素（2mg / L）、磺胺增效剂（5mg / L）、多粘菌素 B（4mg / L）。

直接分离培养：使用布氏琼脂等进行分离培养，在 37℃ 或 42℃ 微需氧环境中培养 1~3 天，如未见生长，应继续培养 1~2 天，空肠弯曲菌和结肠弯曲菌在 42℃ 条件下培养，胎儿弯曲菌应置 37℃ 培养。

增菌后分离培养：将大约 0.1g 粪便标本置液体增菌培养基内，于 42℃ 微需氧条件下培养 2~3 天，然后再用前述的一种培养基分离培养。

4.初步鉴定

根据过氧化氢酶的产生，弯曲菌可分两个群，产生过氧化氢酶的有胎儿弯曲菌和空肠 / 结肠弯曲菌，不产生过氧化氢酶的有唾液弯曲菌。从分离培养基上挑取可疑菌落，结合显微镜形态观察，用相差显微镜观察动力。同时以培养物涂片，革兰染色后证实为革兰阴性的小杆菌，同时作氧化酶和过氧化氢酶试验均为（+），对符合弯曲菌属特性的培养物做进一步鉴别。

5.生化试验

最常用的鉴定实验有生长温度（25、37、42℃）试验、氧化酶、过氧化氢酶试验、马尿酸盐水解试验、硝酸盐还原试验、硫化氢试验、对萘啶酸、头孢噻吩的敏感试验等。

6.血清学分型

生化反应确定为空肠弯曲菌以后,可采用被动血凝试验或玻片凝集试验进行血清学分型。

五、小肠结肠炎耶尔森菌的检验

1.标本的收集

于急性期使用抗生素前采集粪便标本和血液等标本,立即送实验室进行检测,运送时间超过 2h 者,应放入 Carry-Blair 运送培养基,4℃冷藏送检。血液标本应先进行增菌。

2.分离方法

可直接接种于麦康凯培养基等选择性琼脂平皿上,26℃培养 24~48h。同时取约 1g 标本接种于 10mL 改良磷酸盐缓冲液,于 4℃分别增菌培养 7 天、14 天和 21 天后取增菌培养物转种于麦康凯平板,26℃培养 24~48h。

3.挑选可疑菌落

挑取不发酵乳糖的可疑菌落,分别接种改良克氏双糖琼脂,26℃培养 24h。将改良克氏双糖琼脂上、下两层均产酸且不产硫化氢者转种 Rustigian's 尿素培养基,尿素阳性者分别转种两支半固体培养基,分别置于 26℃和 37℃培养 24 h。26℃有动力且 37℃无动力者为小肠结肠炎耶尔森菌疑似菌株,分别进行生化鉴定和血清分型。

4.生化鉴定

所有的生化反应均在 26℃培养。

5.血清学检查

本菌具有菌体 O 抗原和鞭毛 H 抗原。用现在国际常报告的 80 多个 O 抗原因子,可将本菌分成不同血清型。目前我国已报告的血清型有 54 个。

6.特异基因和毒力基因检测

PCR 法检测小肠结肠炎耶尔森菌 O 特异基因、ail、ystA、ystB、yadA、virF 毒力基因。

六、气单胞菌的检验

1.标本的收集(同上)

2.分离方法 初次分离时同时使用非选择性和选择性培养基。非选择性培养基常用

血平板，选择性培养基常用麦康凯氨苄青霉素琼脂。粪便标本直接接种于分离平板，并同时接种于氨苄青霉素碱性胨水中；血液标本在氨苄青霉素碱性胨水中增菌后，转种分离平板，于 25℃~30℃培养 24 h。

3. 挑选可疑菌落

挑选麦康凯氨苄青霉素平板上不发酵乳糖（豚鼠气单胞菌可发酵乳糖），血平板上灰白色（嗜水气单胞菌和维隆气单胞菌有溶血现象）可疑菌落，点种于 0.1%胆盐琼脂平板，25℃~30℃培养 24 h。

4. 生化鉴定：

氧化酶试验阳性者，作甘露醇、肌醇发酵试验，甘露醇阳性、肌醇阴性，可初步定为气单胞菌。其它主要鉴定试验有麦康凯平板上生长、发酵 D-葡萄糖产酸产气、还原硝酸盐为亚硝酸盐等为主的鉴定试验。

5. 分子生物学技术鉴定

蛋白电泳、核糖体分型（ribotyping）、细胞壁脂肪酸分析、染色体多态性分析、16SrRNA 系列分析、蛋白指纹图谱鉴定。

6. 鉴别试验：

（1）与邻单胞菌和弧菌属的鉴别：常用 O/129 敏感试验、TCBS 生长试验和耐盐试验鉴别。

（2）气单胞菌属间的细菌的鉴别：嗜水气单胞菌和豚鼠气单胞菌发酵阿拉伯糖，可与其它菌属鉴别，两者的鉴别要点为前者 V-P 试验和赖氨酸脱羧酶阳性而后者均为阴性；维氏气单胞菌维氏生物型和温和生物型的区别为前者精氨酸双水解酶阴性、鸟氨酸脱羧酶阳性、七叶苷阳性而后者均相反。

七、轮状病毒检验

1. 标本的收集

（1）粪便标本的收集：收集患者早期腹泻粪便约 10g 或 10mL，置无菌容器内，冷藏运送至实验室，-20℃保存备检。

（2）血清标本采集：按常规采集、运送、保存。

2. 标本可采用下列方法之一检验

（1）直接电镜或免疫电镜检查病毒：用 1%醋酸铀(PH4.3)或 2%磷钨酸(PTB, PH4.5)对标本负染。电镜下观察标本中的病毒颗粒，见到特殊轮形的病毒即可确定。

(2) 将粪便标本用 PBS 稀释成 10%，加 SDS (终浓度为 1%) 于 56℃、30min 处理后用等量酚、氯仿简单抽提病毒 RNA，用 10% 不连续聚丙烯酰胺凝胶电泳后用硝酸银染色，可见清晰、典型的 11 个片断的 dsRNA，根据电泳图型判定结果。

A 轮状病毒：A 组轮状病毒是婴幼儿病毒腹泻的主要病原，电泳图可见 11 条 RNB 区带，分四组，其排列为 4.2.3.2。依据第 IV 组 10 和 11RNB 片段电泳距离不同，把轮状病毒分为两个亚群：亚群 I 为短型 (S 型)，两片段距离短；亚群 II 为长型 (L 型)，两片段距离长。

B 成人腹泻轮状病毒：为 B 组轮状病毒，主要引起青壮年腹泻。11 条 RNB 电泳图的分布模式为 4.2.1.1.1.1.1 (或描述为 4.2.2.3)，第 7.8.9 节段明显分开，易于与一般轮状病毒区别。

C 腺病毒电泳图：腺病毒为 DNA 病毒，在电泳中只见一条粗大的 DNB 区带，且高于轮状病毒第一条区带，易于与轮状病毒鉴别。

D 脂糖凝胶电泳：直接用琼脂糖电泳提取的病毒 RNA，依据电泳图型判定结果。比 PAGE 电泳分析简单快速。有一定的应用价值。

(3) **ELISA 检测法：**国内已有商品试剂盒供应，也可自行配制，试验按常规进行。

(4) **逆转录聚合酶链反应 (RT-PCR)：**可检测出标本中浓度很低的轮状病毒。根据病毒基因在不同型的轮状病毒株间高度变异而在同型之间高度保守这一特征，运用 RT-PCR 和巢式 PCR 可区分轮状病毒的不同血清型，并可检测到不同轮状病毒的混合感染。有多种引物序列可以选择。

(5) **病毒分离**

首先将标本用终浓度为 10ug/ml 结晶胰酶在 37℃ 作用 30min ~ 1h，接种至原代非洲绿猴肾或传代非洲绿猴肾细胞 (MA104) 细胞管，在 37℃ 作用 1h，弃去标本液，换上细胞维持液 (含胰酶 0.5 ~ 1.0ug/ml)，在 37℃ 孵育至出现细胞病变，用特异免疫血清作中和试验进行鉴定。对于粪便标本中轮状病毒的初次分离，最好先在原代细胞上传几代适应后再传至 MA104 细胞大量增殖。一般实验室限于条件，不宜做到病毒分离。

八、肠腺病毒检验

1. 标本采集

按常规收集患者粪便、血清标本，4℃或-20℃保存备检。

2.ELISA 方法：有成品试剂盒供应，按说明书操作，检测抗原或抗体。

3.PCR 方法：

(1) 常规方法提取标本中病毒 DNA 作为模板。

(2) 采用与 Ad2、Ad5、Ad40 及 Ad41 六邻体基因高度保守区互补引物扩增腺病毒。

引物 hexAA1885 的序列为： 5' -GCC GCA GTG GTC TTA CAT GCC ACA CTC-3'

引物hexAA1913 的序列为： 5' - CAG CAC GCC GCG GAT GTC AAA GT - 3'

(3) PCR 反应体积为50μl，在50mmol/ L KCl，10 mmol/ L Tris2HCl，0.1 % Triton，2 mmol/ L MgCl₂，200 mmol/ L dNTPs，引物hexAA1885 和hexAA1913 各0.8μmol/ L 以及1.5U TaqDNA 酶体系中加入5μl提取的DNA，补足DH₂O至50μl。

(4) 反应条件： 94 °C 预变性3min，94 °C 变性40 s，55 °C 退火40 s，72 °C 延伸40 s，共35个循环，最后一个循环延伸10min 。PCR产物电泳及观测按常规进行，扩增目的片段为300bp 。

(5) PCR 扩增产物的纯化及扩增产物的限制性内切酶分析：

按 PCR 产物纯化试剂盒说明书进行操作。用限制性内切酶Rsa I 消化PCR 扩增产物，10μl PCR 扩增产物加2~5 U 限制性内切酶，总反应体积20μl，置37 °C 水浴中过夜。取10μl 酶切产物，进行1 %琼脂糖(含荧光染料) 电泳，标准分子量Marker作参照，置凝胶成像系统观察。纯化的扩增产物经Rsa I 酶切后可清楚地将肠道腺病毒40型和41型区别开，Ad40被水解为256bp和45bp两个片段，Ad41被水解为211bp和90bp两个片段。

4.琼脂糖凝胶电泳分析：

标本中提取的腺病毒DNA用限制性内切酶SmaI消化后，进行琼脂糖凝胶电泳，溴乙锭染色，紫外光下腺病毒40和41型分别显示独特的酶切图谱。

5. 病毒分离：Grahm293 细胞目前是腺病毒最敏感的细胞。粪便标本经青霉素和链霉素处置后置 4℃ 过夜，离心吸取上清，用于感染贴壁生长成片 80%~90%的细胞。先弃培

培养基，加入 10 倍稀释的粪便标本上清液，置 37℃ 吸附 1h，然后加入 2% 小牛血清的 MEM 培养基，置 37℃ 培养。肠道腺病毒 40/41 型感染 Graham293 细胞 12 天后，细胞出现特征性病变，细胞肿胀变圆，成堆呈葡萄状。

九、诺瓦克病毒的检验

1. 标本采集

(1) 粪便标本应在发病首日采集，至多不能超过发病急性期(48~72h)。每份标本量约 10~50ml。25~48h 采集的粪便标本，阳性检出率最高。

(2) 病人呕吐物是粪便标本的最佳补充，有助于病原的诊断。

(3) 若是饮用水，需用大容量(5~100L) 浓集病毒后检测。从流行病学角度出发，在水、食物或其它外环境标本中检出 NV 有重要意义。

(4) 采集患者急性期(发病 5 天内) 和恢复期(发病 3~6 周)血清，-20℃ 长期保存。

(5) 标本置 4℃ 可存放 2~3 周，低温运送。 -70℃ 长期保存。

2. 实验室诊断

(1) 电镜观察：20% 便样上清滴膜后，2% 磷钨酸 (PTA, PH 6.4) 染色，直接电镜观察。

(2) ELISA 方法：通过纯化的重组杆状病毒高效表达的 NV 衣壳蛋白作为抗原，直接检测病人血中特异性 IgG 抗体。因存在隐性感染情况，需确认患者急性期和恢复期双份血 IgG 抗体滴度出现 ≥4 倍增长。

(3) RT-PCR 方法：

按常规提取病毒 RNA 作为模板。引物设计选择病毒 RNA 聚合酶区域。

① 引物对 P289/290 目的片断 319bp

P289 序列为：5' -TGA CGA TTT CAT CAT CAC CAT A-3'

P290 序列为：5' -GAT TAC TCC AGG TGG GAC TCC AC-3'

② 引物对 P3/P51 目的片断 206bp

P3 序列为：5' -GCA CCA TCT GAG ATG GAT GT-3'

P51 序列为：5' -GTT GAC ACA ATC TCA TCA TC-3'

③ 反应体系及反应条件按选择的试剂及扩增仪有所不同。扩增产物按常规进行电泳及结果判断。

十、隐孢子虫检验

1. 标本收集:粪便标本、血清和十二指肠液标本收集按常规进行。
2. 实验室检查

(1) 粪便标本处理: 白糖浮聚法

试剂:白糖(精制)500g 加水 650ml, 使之溶解后(比重 1.20)使用, 若长期保存需加少量石炭酸以防腐。

方法:取 1.5ml 平口试管 1 支, 取约 5 毫升新排稀汁样便, 经双层纱布过滤后, 取约 2~3ml 置试管中, 加白糖水 5ml 充分混匀后, 再注入糖水以充满试管, 以 2000 转/min 的转速离心沉淀 5min, 用尖吸管吸取表层糖水并置于载玻片上。

(2) 涂片检查法:

直接涂片法: 隐孢子虫卵囊比红细胞小, 直径约 4.5~5 微米, 圆形或椭圆形, 其内所含 4 个香蕉样叠连排列的子孢子不宜看到, 但可见其中有 1 微米左右的反光球状残体为其主要特征, 由于已进行浮聚, 常可见多个卵囊。

①碘液染色直接涂片法: 取上述浮聚液 1 滴, 置载物后, 在上面加 1% 碘液 1 滴, 混匀并覆以盖片后镜检。卵囊在高倍相差显微镜下表现为淡灰色背景中的圆形折光区, 直径 4.2~5.2 μm 左右, 圆区内常能见到子孢子形成的小凸点(环孢子虫卵囊直径大一倍, 且往往还未形成子孢子, 可资鉴别), 该法适用于卵囊含量中等的粪便样本和大规模筛查。

②改良抗酸染色法: 简便有效, 卵囊在镜下显示为蓝绿色背景中的亮红色圆点。

③金胺-酚染色法: 在荧光显微镜下卵囊呈明亮的黄绿色荧光, 多用于大量标本的筛查。

(3) 免疫荧光法: 用高特异性、高敏感性的单克隆抗体进行间接免疫荧光试验, 背景为黑色无荧光, 卵囊呈现黄绿色荧光。

(4) 酶联免疫吸附法: 检查隐孢子虫抗原, 有成品试剂盒供应。

(5) 分子生物学技术

①模板的制备方法:粪便与 PBS 按 1:4 混匀, 将混合液用 TE 作 20 倍稀释, 然

后吸 500 μl 置 1.5 ml 离心管中沸水煮 10 min, 3000 g 离心 10 min, 吸取上清即可用作模板。

②靶基因引物序列主要为卵囊的膜蛋白基因、hsp 基因、SSUrRNA。采用技术包括 PCR 杂交分析、PCR-RFLP 和 RAPD 分析等。

十一、蓝氏贾第鞭毛虫的检验

1. 标本的收集

- (1) 粪便标本的收集: 按常规进行。
- (2) 十二指肠抽出液: 用作胆道感染的诊断, 也可提高肠道感染的检出率。
- (3) 血清: 检查其中的特异性抗体, 可提高肠道感染的检出率。

2. 实验诊断

(1) 病原学检查: 是目前贾第虫病确诊的依据。贾第虫在发育过程中有滋养体和包囊 2 期。贾第虫患者的水样稀便多为滋养体阳性, 而糊状或块状粪便可能仅含有包囊。

①滋养体的检查: 滋养体在腹泻病人的粪便和十二指肠液中。标本先以 500 \times g 离心 10min, 取沉淀用生理盐水涂片, 用光学显微镜检查。形态从正面观呈倒置纵切梨形, 前端钝圆, 后端尖细, 大小为 (12~15) μm \times (6~8) μm , 厚 2~4 μm 。侧面观呈瓢状, 背面隆起, 腹部内陷形成吸盘。在新鲜标本, 虫体靠鞭毛摆动很活泼。由于滋养体只存在于新鲜的水样标本中, 且分解快, 故检测滋养体, 操作要迅速。

②包囊的检查: 包囊出现在成形粪便或十二指肠液中, 可用碘液 (2%) 染色法、乙醚乙醛沉淀法和硫酸锌离心浮聚法检查。包囊的形成呈间歇性, 宜隔天检查, 连续 3 天。包囊呈椭圆形, 大小为 (8~12) μm \times (11~10) μm 。囊壁与虫体之间有明显的均匀空隙, 成熟包囊内有 4 个核。

③ Trichrom 染色(三原染色): 三原染色既可用新鲜粪便, 也可用 PVB 固定的粪便。在固定和染色理想的标本中, 背景是蓝绿色, 虫体的细胞质和染色质呈紫红色。新鲜样本观察到的包囊呈现典型的卵(椭)圆形, 一般长 11~14 μm , 成熟的包囊可看到有四个核, 未成熟的包囊有两个核; 而滋养体则为梨形。Trichrom 染色后看到的滋养体呈典型梨状, 有两个泡状核, 位于轴柱的两侧, 核内各有一个大核仁, 四周有空隙, 使并列的双核构成独特的脸形, 而鞭毛则极少在染色的标本中出现。

(2) 免疫学检测

①直接免疫荧光抗体法(DFB): 用荧光标记贾第虫的单克隆抗体, 检测粪便中的包囊囊壁抗原。

②酶联免疫吸附法(ELISA): 运用双抗体夹心法, 在载体上(如微孔板、硝酸纤维素膜等) 包被贾第虫的多抗和单抗, 并用配对的单抗或多抗做酶或染料标记, 主要检测粪便中的贾第虫包囊囊壁抗原。

国外已有多种免疫学检测贾第虫包囊囊壁抗原的商品试剂盒面世。

③血清学检查: 可使用间接血凝试验, 间接荧光抗体试验或 ELISA 等方法。用以检测人血清中的贾第虫特异性抗体。IgM 抗体对近期感染的诊断意义较大。

(3) 分子生物学技术

PCR作为一种贾第虫的诊断技术目前仍处于试验阶段, 无商品试剂盒。引物多选择贾第虫的贾第虫素基因、hsp基因和 SSUrRNA。PCR 作为检测诊断技术, 在水源、环境、食品的监测中前景广阔。

延津县疾病预防控制中心肠出血性大肠杆菌 O157: H7

感染性腹泻应急处置预案

一、前言

肠出血性大肠杆菌 O157: H7 感染性腹泻是近年来新发现的危害严重的肠道传染病。该病可引起腹泻、出血性肠炎、继发溶血性尿毒综合症、血栓性血小板减少性紫癜等。病情凶险，病死率高，其流行已成为全球性的公共卫生问题之一。为了有效控制肠出血性大肠杆菌 O157: H7 感染性腹泻的突发疫情，保障广大人民群众的生命与健康，维护社会稳定和经济发展，特制定本预案。

二、目的

确保一旦发生 O157: H7 疫情，及时采取有效措施，迅速控制和扑灭疫情。

三、预案启动条件

一个集体单位(学校、企事业单位或一个自然村等)，5 天内发生 2 例或更多肠出血性大肠杆菌 O157: H7 感染性腹泻病例，应视为暴发疫情，立即启动该应急预案。

四、病例诊断标准

(一) 疑似病例标准

- 1、有鲜血便、低烧或不发烧、痉挛性腹痛的腹泻病例；
- 2、腹泻若干天后继发少尿或无尿等表现的急性肾功能衰竭病例；
- 3、腹泻病人粪便标本，抗原免疫胶体金方法检测阳性者。

符合以上条件之一者，即为疑似病例。

(二) 确诊病例标准

疑似病例或其他腹泻病患者，具有以下条件之一者即为确诊病例：

- 1、从粪便标本中检出产生志贺毒素的肠出血性大肠杆菌 O157: H7，或恢复期血清 O157 IgG 抗体呈 4 倍升高；
- 2、在流行区内，经省级专家组确认，与确诊病例流行病学密切相关，并排除其它疾病的疑似病例，为临床符合病例；
- 3、腹泻病例的粪便中分离出不产生志贺毒素 1 或志贺毒素 2 及其变种的肠出血性大肠杆菌 O157: H7，亦为确诊病例（不产毒）。

五、应急处置

(一) 疫情核实

根据流行病学史、临床表现、实验室检测结果、发病人数及波及范围对暴发或流行疫情进行核实诊断，对疫情可能造成的危害进行初步判断。

(二) 疫情控制要坚持“早、小、严、实”的原则：即时间要早，范围要小，措施要

严，落在实处。疫点内有可能被污染的物品未经消毒不得带出。

（三）采样送检

病例标本：采集粪便标本 5ml（成形粪便 5g）；尿液标本（10ml）；血液标本（5ml）。对病例粪样、血样等及时采样送检。

环境标本：采集饮用水源、家畜家禽等动物粪便标本、食物标本送检。

（四）个案调查

对确认病例进行个案调查，收集病例的基本情况、临床症状和体征以及可能的暴露史等资料。

（五）隔离治疗病人

病人的治疗以对症支持疗法为主，可以使用微生态制剂，原则上不用止泻药和抑制肠蠕动的药物，禁止使用抗生素。

（六）对密切接触者进行医学观察

调查与传染源发病前 5 天内及病后有过饮食、生活上密切接触的人，了解健康状况特别是每天大便的次数和形状，限制他们的活动范围，对其排泄物要进行消毒，特别要注意防止污染水源。

（七）消毒

有针对性地开展消毒和污染物清除。病家和隔离治疗点中被污染的厕所、地面、餐具、衣物、用品等进行随时消毒，病人的粪、尿、排泄物要严格消毒处理。消毒方法同一般肠道传染病。

（八）开展健康教育和干预

做好饮用水消毒，劝导群众不喝生水，不吃生冷变质食物，积极杀灭蝇蛆，改造环境卫生。不要随意使用抗生素治疗感染性腹泻，否则可能会加重肠出血性大肠杆菌 O157:H7 感染者的病情，诱发急性肾功能衰竭等严重后果的发生。

（九）建立哨点监测：建立临时的疫情报告制度，实行疑似病例日报或零报告制度、腹泻病疫情动态报告等。

（十）加强对水源的管理

对生活供水系统采取严格消毒措施，确保供水安全。

（十一）严格管理疫区家禽、家畜

实行圈养，避免人畜混居，禽畜粪便要集中堆放，并进行无害化处理。

六、预案终止条件

经过疫情检索，疫区在发生最后一例确诊病例后，2 周内无新发病例，预案停止执行，转入常规监测防治。

七、疫情控制效果评价

（一）流行病学分析与评价 根据流行病学资料，尽快查疫情的流行病学特征，追踪暴发来源及传播方式，对疫情控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有罹患率、

病死率、样本的检测数量、病原分离率、报告及时率和疫情控制时间等。

(二) 消毒效果评价 依据消毒处理正确率、及时率,消毒前后相关指标等,对消毒效果进行评价。

(三) 疫情调查分析 要及时收集、整理、统计、分析调查资料,内容包括:基本情况(一般背景资料和此次疫情概况);疫情的调查和分析(疫情的发生经过及临床表现,流行病学调查,实验室检测结果,流行因素调查及分析);调查结论;疫情的预防控制措施和评价;传染来源分析;疫情预测;存在问题;下一步防治工作建议等。结案报告要求在疫情宣布终止后,同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构,并进行网络直报。

八、附件

- 1、肠出血性大肠杆菌感染病例个案调查表
- 2、肠出血性大肠杆菌感染病人随访表
- 3、肠出血性大肠杆菌感染疑似病人采样登记表
- 4、家畜家禽出血性大肠杆菌带菌调查采样登记表

附件 1 肠出血性大肠杆菌感染腹泻病例个案调查表

1. 病例基本情况		联系电话:
A 病例编号		W1A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B 调查时间	年 月 日	W1B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C 调查单位	1.村级 2.县级 3.地区级 4.省级	W1C <input type="checkbox"/>
D 病人姓名		
E 性别	1.男 2.女	W1E <input type="checkbox"/>
F 出生日期	年 月 日	W1F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G 家庭详细住址		W1G <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 职业		W1H <input type="checkbox"/>
2. 发病与报告		
A 发病日期	年 月 日	W2A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B 发病后首次就诊单位	1.村 2.乡级 2.县级 3.地区级 4.省级	W2B <input type="checkbox"/>
C 发病后首次就诊日期	年 月 日	W2C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D 本次就诊日期	年 月 日	W2C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E 报告日期	年 月 日	W2D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F 报告单位	1.乡级 2.县级 3.地区级 4.省级	W2E <input type="checkbox"/>
3. 临床症状和体征		
B 每天腹泻次数	1.<3次 2.3~5次 3.6~10次 4.>10次 9.无	W3B <input type="checkbox"/>
C 粪便性状	1.鲜血样便 2.血便相混 3.脓血便 4.黑便 5.粘液便 6.米泔水样便 7.水样便 8.稀便 9.正常	W3C <input type="checkbox"/>
D 腹痛性质	1.痉挛性 2.绞痛 3.钝痛 4.压痛 5.无腹	W3D <input type="checkbox"/>
E 腹痛部位	1.满腹 2.右上腹 3.左上腹 4.右下腹	W3E <input type="checkbox"/>
F 恶心呕吐	1.有 2.无 9.不详	W3F <input type="checkbox"/>
G 发热	1.有 2.无 9.不详 最高体温 ℃	W3G <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 少尿或无尿	1.有 2.无 9.不详	W3H <input type="checkbox"/>
I 开始少尿或无尿日期	年 月 日	W3I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
J 少尿或无尿持续时间	天	W3J <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K 浮肿	1.有 2.无 9.不详	W3K <input type="checkbox"/>
L 皮肤出血点、淤斑	1.有 2.无 9.不详	W3L <input type="checkbox"/>
M 皮肤出血点、淤斑部位	1.上肢 2.下肢 3.面部 4.腹部 5.胸部 6.背部	W3M <input type="checkbox"/>
N 神经精神症状	1.有 2.无 9.不详	W3N <input type="checkbox"/>
O 呼吸衰竭	1.有 2.无 9.不详	W3O <input type="checkbox"/>
4. 生物化学检验		
白细胞计数 (WBC)	正常值: 4~10×10 ⁹ /L	W4A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
中性粒细胞杆状核	正常值: 0.01~0.05 (1~5%)	W4B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
中性粒细胞分叶核	正常值: 0.50~0.70 (50~70)	W4B1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
血小板计数 (BPC)	正常值: 100~300×10 ⁹ /L	W4C <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
红细胞计数 (RBC)	正常值: 4.0~5.5×10 ¹² /L	W4O <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
血清白蛋白 (Albumin)	正常值: 35~55g/L	W4D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

血尿素氮 (BUN)	_____ 正常值: 1.8 ~ 7.1 mmol/L	W4E	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
肌酐 (Cr)	_____ 正常值: 53 ~ 106 μ mol/L	W4F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
β 2-微球蛋白	_____ 正常值: 0.91 ~ 2.2mg/L	W4N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

延津县疾病预防控制中心突发事件应急预案

尿蛋白	1.- 2.+ 3.++ 4.+++ 5. 未检验	W4G	<input type="checkbox"/>
尿红细胞	1.- 2.+ 3.++ 4.+++ 5. 未检验	W4H	<input type="checkbox"/>
粪便白细胞	1.- 2.+ 3.++ 4.+++ 5. 未检验	W4I	<input type="checkbox"/>
粪便红细胞	1.- 2.+ 3.++ 4.+++ 5. 未检验	W4J	<input type="checkbox"/>
5. 治疗与转归			
A 是否使用抗生素	1. 是 2. 否 9.不详	W5A	<input type="checkbox"/>
B 使用抗生素种类	1.丁胺卡那 2.庆大霉素 3.氟哌酸 4.黄连素 5.青霉素 6.以上联合 7.其它 9. 不详	W5B	<input type="checkbox"/>
B1 给药的方式和途径	1.口服 2.肌注 3.静脉	W5B1	<input type="checkbox"/>
C 抗生素持续时间	(天)	W5C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D 肾透析治疗	1. 有 2.无 3.不详	W5D	<input type="checkbox"/>
E 转归	1. 痊愈 2.未愈 3. 死亡 9. 不详	W5E	<input type="checkbox"/>
F 痊愈日期	年 月 日	W5F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G 死亡日期	年 月 日	W5G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
H 主要死因诊断	1.肾衰 2.呼吸衰竭 3. 中枢系统功能不全 4. 心血管系统功能不全 5.消化系统功能不全 6. 合并多脏器损害 7. 其它 9. 不详	W5H	<input type="checkbox"/>
6. 暴露因素			
A 发病前 2 周内是否接触过腹泻病人	1. 有 3. 无 9.不详	W6A	<input type="checkbox"/>
B 发病前生食水果蔬菜	1. 有 3. 无 9.不详	W6B	<input type="checkbox"/>
C 吃未经热处理的肉类	1.牛肉 2.羊肉 3.猪肉 4.鸡肉 5.其它肉 9.不详	W6C	<input type="checkbox"/>
D 喝未煮沸的牛、羊奶	1. 有 3. 无 9.不详	W6D	<input type="checkbox"/>
E 喝生水习惯	1. 有 2. 无 9.不详	W6E	<input type="checkbox"/>
F 2 周内是否参加过聚餐	1. 有 2. 无 9.不详	W6F	<input type="checkbox"/>
G 其他同聚餐者有无腹泻	1. 有 2. 无 9.不详	W6G	<input type="checkbox"/>
H 饮水类型	1. 自来水 2. 压井 3. 河水 4. 湖水 5. 塘水 6. 其它水	W6H	<input type="checkbox"/>
I 居所环境卫生状况	1. 很好 2. 较好 3.一般 4. 较差 5.很差	W6I	<input type="checkbox"/>
J 家禽、家畜种类	1. 猪 2. 牛 3. 羊 4. 鸡 5. 鸭 6. 其它	W6J	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
K 家禽、家畜喂养方式	1. 圈养 2.放养 3. 其它	W6K	<input type="checkbox"/>
L 家禽、家畜粪便处理	1. 集中堆放 2. 散放 4. 其它	W6L	<input type="checkbox"/>
7. 实验室资料			
A1 粪便标本采集日期	年 月 日	W7A1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B1 标本是否足量合格	1. 是 3. 否 9.不详	W7B1	<input type="checkbox"/>
C1 病原体分离结果	1. O157 2. O111 3. O26 4. O145 5. O103 6. O113 7. 其它	W7C1	<input type="checkbox"/>
A2 第 1 份血清采集日期	年 月 日	W7A2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B2 血清标本编号		W7B2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C2 血清溶血素抗体	1. 阳性 2.阴性	W7C2	<input type="checkbox"/>
A3 第 2 份血清采集日期	年 月 日	W7A3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B3 血清标本编号		W7B3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C3 血清溶血素抗体	1. 阳性 2.阴性	W7C3	<input type="checkbox"/>

延津县疾病预防控制中心突发事件应急预案

8. 确诊情况		
A 省级实验室诊断及分类	1.确诊病例 2.临床确诊病例 3.排除病例 4. 待定病例	W8A <input type="checkbox"/>
B 省级实验室收到标本日	年 月 日	W8B <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. 最后诊断及分类	1.确诊病例 2.临床确诊病例 3.排除病例	W9 <input type="checkbox"/>

调查日期 ____年__月__日；

调查者姓名：_____

附件 2

肠出血性大肠杆菌感染腹泻病人随访表

病人(接触者)姓名: 编号: 随访日期: 年 月 日

上次随访以后就诊单位	1.村 2.乡级 2.县级 3.地区级 4.省级	W2B	<input type="checkbox"/>
上次随访以后的临床症状和体征			
每天腹泻次数	1. <3 次 2. 3~5 次 3. 6~10 次 4. >10 次 9. 无	W3B	<input type="checkbox"/>
粪便性状	1. 鲜血样便 2. 血便相混 3. 脓血便 4. 黑便 5. 粘液便 6. 米泔水样便 7. 水样便 8. 稀便 9. 正常	W3C	<input type="checkbox"/>
腹痛性质	1. 痉挛性 2. 绞痛 3. 钝痛 4. 压痛 5. 无腹	W3D	<input type="checkbox"/>
腹痛部位	1. 满腹 2. 右上腹 3. 左上腹 4. 右下腹	W3E	<input type="checkbox"/>
恶心呕吐	1. 有 2. 无 9. 不详	W3F	<input type="checkbox"/>
发热	1. 有 2. 无 9. 不详 最高体温 °C	W3G	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
少尿或无尿	1. 有 2. 无 9. 不详	W3H	<input type="checkbox"/>
开始少尿或无尿日期	年 月 日	W3I	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
少尿或无尿持续时间	天	W3J	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
浮肿	1. 有 2. 无 9. 不详	W3K	<input type="checkbox"/>
皮肤出血点、淤斑	1. 有 2. 无 9. 不详	W3L	<input type="checkbox"/>
皮肤出血点、淤斑部位	1. 上肢 2. 下肢 3. 面部 4. 腹部 5. 胸部 6. 背部	W3M	<input type="checkbox"/>
神经精神症状	1. 有 2. 无 9. 不详	W3N	<input type="checkbox"/>
呼吸衰竭	1. 有 2. 无 9. 不详	W3O	<input type="checkbox"/>
生物化学检验			
白细胞计数 (WBC)	正常值: 4~10×10 ⁹ /L	W4A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
中性粒细胞杆状核	正常值: 0.01~0.05 (1~5%)	W4B	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
中性粒细胞分叶核	正常值: 0.50~0.70 (50~70)	W4B1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
血小板计数 (BPC)	正常值: 100~300×10 ⁹ /L	W4C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
红细胞计数 (RBC)	正常值: 4.0~5.5×10 ¹² /L	W4O	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
血清白蛋白 (Albumin)	正常值: 35~55g/L	W4D	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
血尿素氮 (BUN)	正常值: 1.8~7.1 mmol/L	W4E	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
肌酐 (Cr)	正常值: 53~106 μmol/L	W4F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
β ₂ -微球蛋白	正常值: 0.91~2.2mg/L	W4N	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
尿蛋白	1. - 2. + 3. ++ 4. +++ 5. 未检测	W4G	<input type="checkbox"/>
尿红细胞	1. - 2. + 3. ++ 4. +++ 5. 未检测	W4H	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
粪便白细胞	1. - 2. + 3. ++ 4. +++ 5. 未检测	W4I	<input type="checkbox"/>
粪便红细胞	1. - 2. + 3. ++ 4. +++ 5. 未检测	W4J	<input type="checkbox"/>
上次随访以后治疗情况			
抗生素种类	1. 丁胺 2. 庆大 3. 氟哌酸 4. 黄连素 5. 青霉素 6. 以上联合 7. 其它 9. 不详	W5B	<input type="checkbox"/>
抗生素给药的方式	1. 口服 2. 肌注 3. 静脉	W5B1	<input type="checkbox"/>
抗生素持续时间	(天)	W5C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
肾透析治疗	1. 有 2. 无 3. 不详	W5D	<input type="checkbox"/>
其他治疗			
痊愈日期	年 月 日	W5F	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

延津县疾病预防控制中心突发事件应急预案

死亡日期 主要死因诊断	年 月 日 1.肾衰 2.呼吸衰竭 3. 中枢系统功能不全 4. 心血管系统功能不全 5.消化系统功能不全 6. 合并多脏器损害 7. 其它 8. 不详	W5G <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> W5H <input type="checkbox"/>
----------------	--	---

随访人签名: _____

附件 3

肠出血大肠杆菌感染疑似病人采样登记表

病人家庭住址_____ 户主姓名_____ 联系电话_____

标本 编号	姓 名	性别	年龄	发病 日期	临床症状 (腹泻、腹痛、呕吐等)	发热 (℃)	粪便 性状	使用抗生素 (名称、时间)	采样 日期	标本名称	与病人 关系	结果			
												O157	Stx1	Stx2	
										粪 血 尿					
										粪 血 尿					
										粪 血 尿					
										粪 血 尿					
										粪 血 尿					
										粪 血 尿					
										粪 血 尿					
										粪 血 尿					

注：①本表适用于疑似病人、肾衰病人及密切接触者，一户一表，大便标本、血标本和尿标本使用同样编号；

②粪便性状：1.鲜血样便 2.血便相混 3.脓血便 4.黑便 5.粘液便 6.米泔水样便 7.水样便 8.稀便 9.正常便

采样人签名 _____

附件4 家畜家禽出血性大肠菌带菌调查采样登记表

_____ 县 _____ 乡 _____ 村

标本编号	户主姓名、编号	动物名称	饲养时间	健康状况	动物品种			养殖方式		饲料种类	粪便处理方式	采样日期	结果				备注
					进口	本地	杂交	圈养	散养				O157	Stx2	Stx1		

注:本表适用于疑似病人、肾衰病人、密切接触者、正常对照家中饲养的家畜家禽和其他物品采样以及动物饲养场养殖的家畜家禽粪便采样
户主姓名、编号必须填写,不能遗漏

填表人 _____

延津县疾病预防控制中心细菌性痢疾暴发应急处置预案

一、前言

细菌性痢疾(简称菌痢)是一种常见的急性肠道传染病,为国家法定乙类管理传染病。本病全年均可发生,但有明显季节性,夏秋季发病较多,是本市发病较高的传染病之一。在流行季节可因食入污染食物或使用被粪便污染的水源而引起食物型或水型暴发流行,严重影响人群健康。该病免疫力维持时间短,菌型多且型间无交叉免疫,菌型易变迁,耐药菌株易出现,防治工作仍面临较大困难。

二、目的

确保一旦发生细菌性痢疾的暴发流行和重大突发疫情,及时采取有效措施,迅速控制和扑灭疫情。

三、预案启动条件

3天内,同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生10例及以上细菌性痢疾病例,或出现2例及以上死亡。即启动本预案。

四、病例诊断标准

(一)疑似病例:

腹泻,有脓血便或粘液便或水样便或稀便,或伴有里急后重症状,难以除外其他原因腹泻者。

(二)确诊病例:

1、急性细菌性痢疾:

(1)急性发作之腹泻(除外其他原因腹泻),伴发热、腹痛、里急后重、脓血便或粘液便、左下腹有压痛;

(2)粪便镜检白血球(脓细胞)每高倍(400倍)视野15个以上,可以看到少量红血球;

(3)粪便细菌培养志贺氏菌属阳性。

临床诊断具备(1)、(2)项;实验确诊具备(1)、(3)项。

2、急性中毒性细菌性痢疾:

(1)发病急、高热、呈全身中毒为主的症状;

(2)中枢神经系统症状:如惊厥、烦躁不安、嗜睡或昏迷;或有周围循环衰竭症状,如面色苍白、四肢厥冷、脉细速、血压下降或有呼吸衰竭症状; .

(3)起病时胃肠道症状不明显,但用灌肠或肛门拭子大便检查可发现白血球(脓细胞);

(4)粪便细菌培养志贺氏菌属阳性。

临床诊断:具备(1)、(2)、(3)项;实验确诊具备(1)、(2)、(4)项。

3、流行判定

(1) 流行范围波及 2 个或多个县的称为大范围暴发流行。

(2) 范围仅局限于数个乡（镇）的称为局部暴发流行。

(3) 范围仅局限于个别自然村的称为点状暴发流行。

五、控制暴发流行的对策与措施

（一）疫情的核实与判断

到达现场后，要详细询问疫情发生情况，根据流行病学史、临床表现、实验室检测结果、发病人数及波及范围对暴发或流行疫情进行核实诊断，对疫情可能造成的危害进行初步判断。

（二）采样送检

根据需要对病例粪便、血样等及时采样送检。

（三）个案调查

制订统一的病例定义，对确认病例进行个案调查，收集病例的基本情况、临床症状和体征以及可能的暴露史等资料。进行三间分布的分析，阐明病人什么时间发病，在什么地方居住或病人有什么特征。

（四）隔离治疗病人

对所有已发现的细菌性痢疾病人和疑似病例，应给予积极的治疗。对重症细菌性痢疾患者应及时收治住院，并给予隔离。医院难以收治病人时，应设立临时隔离治疗点，就地隔离治疗病人。

（五）对密切接触者进行医学管理

对密切接触者进行医学留验，观察一个最长潜伏期（7 天），同时粪检 2 次，搜集带菌者并隔离治疗。

（六）消毒杀虫

根据初步调查结果，有针对性地开展消毒和污染物清除工作。病家和临时隔离治疗点中被污染的厕所、地面、餐具、衣物、用品等进行随时消毒，病人的粪便等排泄物要严格消毒处理。

饮用水的消毒：

污染的水源可投入有效的的饮水消毒片处理，如漂白粉：48mg/L，漂白粉精：24mg/L，加入消毒剂后进行充分的混合，并保证消毒时间不少于 30min。

粪便和垃圾的处理：

1、粪便与漂白粉的比例为 5:1，充分搅和后，放置 2h，集中掩埋。

2、生石灰：粪便中加入等量的生石灰，搅拌后放置 2h，集中掩埋。

垃圾集中堆放，远离水源，泥封堆存，药物消杀。

（七）开展针对性的健康教育和干预

开展健康教育和爱国卫生运动，利用各种方式广泛宣传普及肠道传染病防治知识，提高群众卫生保健意识，疫情流行期间减少聚餐活动，积极做好预防。同时倡导大家搞

好环境卫生，管好水源，消除垃圾，消灭苍蝇及孳生地。

(八) 根据初步调查结果，进行突发公共卫生事件网络报告。

(九) 病人治疗：细菌性痢疾病人使用敏感的抗生素可治愈。目前治疗细菌性痢疾常用敏感药物是：氟哌酸，成人 1 天三次，一次 0.4g，连服 3 天；头孢类药物遵医嘱服用；也可对现场病人分离的菌株作药物敏感试验，用以指导现场用药。

(十) 全面开展饮用水消毒与管理

对被污染的公共饮用水源要消毒处理，必要时经有关部门批准，暂时停用，插上警示牌。

六、预案终止条件

疫区在实施控制暴发流行应急处理预案后，新发病例显著减少，月细菌性痢疾病例数降至与往年同期相近或低于往年同期水平时，可视为暴发流行已得到初步控制，可终止应急反应。

七、疫情控制效果评价

(一) 流行病学分析与评价 根据流行病学资料，尽快查清痢疾疫情的流行病学特征，追踪暴发来源及传播方式，对疫情控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有罹患率、病死率、样本的检测数量、病原分离率、报告及时率和疫情控制时间等。

(二) 消毒效果评价 依据消毒处理正确率、及时率，消毒前后相关指标等，对消毒效果进行评价。

(三) 疫情调查分析 要及时收集、整理、统计、分析调查资料，内容包括：基本情况（一般背景资料和此次疫情概况）；疫情的调查和分析（疫情的发生经过及临床表现，流行病学调查，实验室检测结果，流行因素调查及分析）；调查结论；疫情的预防控制措施和评价；传染来源分析；疫情预测；存在问题；下一步防治工作建议等。结案报告要求在疫情宣布终止后，同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构，并进行网络直报。

八、附件

- 1、细菌性痢疾暴发疫情个案调查表
- 2、细菌性痢疾粪便样本采样登记表

附件 1

细菌性痢疾个案调查表

_____省_____市(县)_____乡(街道)_____村(居委会)

一、病人姓名_____性别_____年龄_____职业_____

发病日期_____初诊日期_____

确诊日期_____报告日期_____

报告单位_____报告医师_____

传报卡收到日期_____

二、主要临床表现

发热(体温)_____℃ 腹泻(脓血、稀、粘液)_____

腹泻次数_____/日 恶心、呕吐、里急后重、下腹压痛、脱水

其它不适_____药物使用_____

三、病前一周内状况

1、饮生水_____ 2、吃剩饭_____ 3、吃凉拌菜_____

4、聚餐_____ 5、吃其它可疑食物_____

6、密切接触病人_____

四、家庭卫生状况

1、室内环境卫生(好、一般、差)、室内苍蝇(多、少、无)

2、饮用水(自来水、井水、塘)

3、饮水地点_____

4、饮用水为(开水、温水、生水),饭前便后洗手(经常、不经常、不洗手)

五、检查结果(病人粪便、水源、食物、外环境)

样品名称	采样日期	检验结果	备注
粪便			
水源			
食物			
外环境			

调查结论

调查日期_____

调查人_____

附件 2

____年细菌性痢疾粪便样本采样登记表

监测地区：_____省（自治区、直辖市）_____市（区、县）_____乡（镇） 国家监测点：是， 否

病人 编号	姓 名	性 别	年 龄	家 庭 住 址	临床症状	发热（℃）	粪便性状	粪便 镜检	临床 诊断	发病 日期	采样 日期	病原分离及血 清型鉴定结果					备注
												A	B	C	D	未检出	

注：①粪便性状：1.鲜血样便 2.血便相混 3.脓血便 4.黑便 5.粘液便 6.米泔水样便 7.水样便 8.稀便

② 临床症状（可多选）：1 腹泻、2 腹痛、3 左下腹部压痛 4 呕吐 5 里急后重 6 脑水肿表现，如烦躁不安、惊厥 7 有感染性休克症，如面色苍白、四肢厥冷、脉细速 8 突然高热

③ 发热体温填写病程中最高一次体温

④ 粪便镜检参考国家诊断标准，填写阴性或阳性

填表单位：_____

填表日期：_____

延津县疾病预防控制中心伤寒、副伤寒暴发流行应急处置预案

一、前言

伤寒和副伤寒是分别由伤寒杆菌及甲、乙、丙型副伤寒杆菌所引起的急性肠道传染病，其传染性强、病程长、易复发、并发症多、疾病负担较重。1990年以后，我国的伤寒、副伤寒的发病得到一定控制，平均发病率在4.08-10.45/10万之间，每年报告病例5.1-12万例。但部分地区的发病仍高居不下，暴发时有发生。近年来，病原流行谱发生变化，出现耐药菌株，流行因素尚不完全明确，防治工作面临困难。为有效控制伤寒、副伤寒疫情，加强对重大和突发疫情的快速反应和应急处置能力，保障群众健康，维护社会稳定和经济发展，特制定本预案。

二、目的

确保一旦发生伤寒、副伤寒暴发流行和重大突发疫情，及时落实有效措施，迅速控制和扑灭疫情。

三、预案启动条件

1周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生5例及以上伤寒（副伤寒）病例，或出现2例及以上死亡。立即启动本预案。

四、伤寒、副伤寒病例诊断标准

（一）疑似病例

在伤寒、副伤寒流行地区，不明原因持续发热或反复发热3天或以上，体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ，伴头痛、乏力、腹部不适等症状，但实验室检验结果尚未明确的病例。

（二）临床诊断病例

符合以下临床症状和实验室检查的病例作为临床诊断病例：不明原因持续发热或反复发热5天或以上，体温 $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ，头痛、全身乏力、表情淡漠、相对缓脉、伴消化道症状或皮肤充血或多系统受累表现，白细胞总数低或正常。

（三）确诊病例

临床诊断病例如有以下项目之一者即为确诊病例：

- 1、从血、骨髓、粪便、尿等任一种标本分离到伤寒或副伤寒沙门菌；
- 2、血清特异性抗体阳性：肥达氏反应“O”抗体凝集效价 $\geq 1:80$ ，伤寒或副伤寒鞭毛抗体凝集效价 $\geq 1:160$ ，恢复期血清效价4倍以上增高。

五、暴发处理程序与步骤

（一）报告记录及初步核实

接到疫情报告，要详细询问疫情发生情况以及报告时间、报告人、联系电话等，填写专用记录表格。初步判断疫情报告情况可靠，立即向应主管领导报告。确认后立即启动应急程序，赶赴现场，开展调查处理。同时报告卫生行政部门和上级疾病预防控制中心

构。

(二) 到达现场后进一步核实情况

根据流行病学史、临床表现、实验室检测结果、发病人数及波及范围对暴发或流行疫情进行核实诊断，对疫情可能造成的危害进行初步判断。

(三) 采样送检

血液

应根据病程的不同阶段采集不同标本进行检测，宜在发病早期和抗生素使用前采集。抽取病人 3~5ml 血液，立即接种已在室温 (>20℃) 平衡的血培养瓶中。

血清

余下的 2ml 病人血液 (作为上述采集血液程序的一部分) 及病后 2-3 周采集恢复期血液 2ml，分离血清做血清学检测 (肥达氏试验等)。

粪便

用无菌采便器采集新排出的粪便约 1g 直接放入增菌培养管 (8-10ml 沙门菌增菌液) 内，尽快送检。

水样标本 对可能污染的水源，采集标本分离培养。

食品标本 对可能污染的食品，取样增菌分离培养。

(四) 个案调查

制订统一的病例定义，对确认病例进行个案调查，收集病例的基本情况、临床症状和体征以及可能的暴露史等资料。进行三间分布的分析，阐明病人什么时间发病，在什么地方居住或病人有什么特征。

(五) 隔离治疗病人

所有伤寒、副伤寒病人或疑似病人都要及时隔离治疗。病人经正规治疗至临床症状完全消失后 2 周或临床症状消失、停药一周后粪检 2 次阴性 (2 次检测间隔 2-3 天)，方可解除隔离。

(六) 对密切接触者进行医学观察和预防服药

与病人有过密切接触以及在水型、食物型暴发中可能受感染的人，如家庭成员、病人陪伴者、聚餐参加者等要进行医学观察，观察期限自最后接触之日起计算，伤寒 23 天、副伤寒 15 天。选择敏感的抗菌药物进行应急性预防服药，如复方新诺明，每日 2 次，每次 2 片，服用 3-5 次 (儿童酌减)。

(七) 消毒杀虫

根据初步调查结果，有针对性地开展消毒和污染物清除工作。病家和临时隔离治疗点中被污染的厕所、地面、餐具、衣物、用品等进行随时消毒，病人的粪、尿、排泄物要严格消毒处理。

(八) 划定疫点或疫区

疫点：与病人同门户出入的住户，或与病人生活上密切有关的若干户为范围；以疫点为中心并根据疫点位置与交通情况，以居民区或街道为范围，划定疫区。

(九) 必要时开展应急预防接种

对疫区的易感人群及毗邻地区的重点人群，开展针对菌型的伤寒疫苗的免疫接种，以提高人群免疫力。

(十) 开展针对性的健康教育和干预

开展健康教育和爱国卫生运动，利用各种方式广泛宣传普及伤寒、副伤寒等肠道传染病防治知识，提高群众卫生保健意识，疫情流行期间减少聚餐活动，积极做好预防工作。同时倡导大家搞好环境卫生，管好水源，清理垃圾，消灭苍蝇及孳生地。

(十一) 根据初步调查结果，进行突发公共卫生事件网络报告

(十二) 建立集体单位晨检制度：对所有人员测量体温、进行相关体检，并每日报告结果。

六、预案终止条件

疫区内预防控制措施已全面落实，且在一个平均潜伏期内无续发病例或带菌者出现，疫区内各疫点均解除后，可终止该应急反应。

七、疫情控制效果评价

(一) 流行病学分析与评价 根据流行病学资料，尽快查清伤寒、副伤寒疫情的流行病学特征，追踪暴发来源及传播方式，对疫情控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有罹患率、病死率、样本的检测数量、病原分离率、报告及时率和疫情控制时间等。

(二) 消毒效果评价 依据消毒处理正确率、及时率，消毒前后相关指标等，对消毒效果进行评价。

(三) 疫情调查分析 要及时收集、整理、统计、分析调查资料，内容包括：基本情况（一般背景资料和此次疫情概况）；疫情的调查和分析（疫情的发生经过及临床表现，流行病学调查，实验室检测结果，流行因素调查及分析）；调查结论；疫情的预防控制措施和评价；传染来源分析；疫情预测；存在问题；下一步防治工作建议等。结案报告要求在疫情宣布终止后，同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构，并进行网络直报。

八、附件

- 1、伤寒副伤寒个案调查表
- 2、伤寒副伤寒病例采样登记表
- 3、伤寒副伤寒沙门菌分离鉴定结果记录表

附件 1

伤寒、副伤寒个案调查表

地区国标编码□□□□□□□□

病例编码□□-□□□□

1. 一般情况

1.1 姓名 _____, 若为 14 岁以下儿童, 家长姓名 _____

1.2 性别 (1) 男 (2) 女 1.3 年龄 _____ (岁、月) 1.4 职业 (1)幼托儿童 (2)散居儿童 (3)学生 (4)教师 (5)保育员 (6)餐饮食品人员 (7)公共场所服务员
(8)商务人员 (9)医务人员 (10)工人 (11)民工 (12)农民 (13)牧民 (14)渔(船)民 (15)海员及长途驾驶员
(16)公务人员及职员 (17)离退人员 (18)家政、家务及待业 (19)不详 (20)其他1.5 文化程度

(1)学龄前儿童 (2)文盲 (3)小学 (4)初中 (5)高中 (6)大学及以上 (7)不详

1.6 现住址 _____

户口地 _____

1.7 工作(学习)单位 _____

1.8 联系人 _____ 联系电话(办) _____ (宅) _____ (手机) _____

2. 发病情况2.1 发病日期 ____年__月__日__时

2.2 发病地点 _____

2.3 首诊时间 ____年__月__日__时

2.4 首诊单位 _____

2.5 诊断医院 _____

2.6 报告时间 ____年__月__日__时 2.7 是否住院 ①是 ②否 2.7.1 住院时间 ____年__月__日__时 2.7.2 出院时间 ____年__月__日__时 **3. 临床资料**

3.1 临床表现

3.1.1 发热 (1)有 (2)无 3.1.1.1 发热持续____天 3.1.1.2 最高体温____℃ 3.1.1.3 热型 (1)稽留热 (2)弛张热 (3)不规则 3.1.2 畏寒 (1)有 (2)无 3.1.3 头痛 (1)有 (2)无 3.1.4 头晕 (1)有 (2)无 3.1.5 腹痛 (1)有 (2)无 3.1.6 腹胀 (1)有 (2)无 3.1.7 便秘 (1)有 (2)无 3.1.8 腹泻 (1)有 (2)无

- 3.1.9 便血 (1)有 (2)无
- 3.1.10 恶心 (1)有 (2)无
- 3.1.11 呕吐 (1)有 (2)无
- 3.1.12 表清淡漠 (1)有 (2)无
- 3.1.13 谵妄 (1)有 (2)无
- 3.1.14 昏迷 (1)有 (2)无
- 3.1.15 相对缓脉 (1)有 (2)无
- 3.1.16 玫瑰疹 (1)有 (2)无
- 3.1.17 脾大 (1)有 (2)无
- 3.1.18 肝大 (1)有 (2)无
- 3.2 有无下列并发症?
- 3.2.1 肠出血 (1)有 (2)无
- 3.2.2 肠穿孔 (1)有 (2)无
- 3.2.3 其它(注明) _____
- 3.3 病人转归 (1)痊愈 (2)带菌 (3)死亡

3.4 诊断依据

- 3.4.1 确诊依据 (1)临床 (2)病原学 (3)血清学

3.4.2 检验结果

(1) 培养(细菌型别)

日期	血	粪	尿	其它

(2) 肥达氏反应

日期	O	H	A	B	C

(3) 白细胞计数、分类

日期	总数	中性	淋巴	嗜酸性	其它

4. 流行病学调查

4.1 传染源和传播途径的追溯(病前1个月):

- 4.1.1 外出史 (1)有 (2)无

4.1.1.1 去过何地 _____

4.1.1.2 在该地有无下列活动

- (1) 住宿 (1)有 (2)无

- (2) 用餐 (1)有 (2)无

- (3) 带回食品 (1)有 (2)无

食品名称: _____

- 4.1.1.2.4 该地同样疾病 (1)有 (2)无

- 4.1.2 外人来家 (1)有 (2)无

4.1.2.1 来自何地 _____

4.1.2.2 该地同样疾病 (1)有 (2)无

4.1.2.3 来后有无下列活动

(1) 在家住宿 (1)有 (2)无

(2) 在家用餐 (1)有 (2)无

(3) 带来食品 (1)有 (2)无

食品名称: _____

4.1.3 接触过同样病人 (1)有 (2)无

4.1.3.1 接触时间 ____年____月____日____时

4.1.3.2 接触地点 _____

4.1.3.3 接触方式

(1) 同吃 (1)有 (2)无

(2) 同住 (1)有 (2)无

(3) 护理 (1)有 (2)无

(4) 其他 (1)有 (2)无

4.2 饮食情况 (病前 1 个月)

4.2.1 饮生水 (1)有 (2)无

4.2.1.1 水源类型 (1)井水 (2)河水 (3)塘水 (4)自来水 (5)其他

4.2.2 吃生冷食品 (1)有 (2)无

4.2.2.1 生冷食品名称 _____ 购买地点_____

4.2.3 熟食冷吃 (1)有 (2)无

4.2.3.1 熟食品名称 _____ 购买地点_____

4.2.4 其他可疑食品名称 _____ 购买地点_____

4.2.5 在外就餐史 (1)有 (2)无

4.2.5.1 就餐地点 (1)排档 (2)个体餐馆 (3)宾馆餐厅 (4)其他

4.2.5.2 就餐地点名称 _____

4.2.6 同餐者 (1)有 (2)无

4.2.6.1 同餐人数 _____

4.2.6.2 同餐日期 ____年____月____日____时

4.3 预防接种 (1)有 (2)无

4.3.1 最近一次接种时间 ____年____月____日

4.3.2 接种____次

5. 疫点疫区处理

5.1 县级延津县疾病预防控制中心接到报告时间 ____年____月____日____时

5.2 县级延津县疾病预防控制中心到达现场时间 ____年____月____日____时

5.3 疫点 _____个

5.4 范围 _____户_____个

5.5 解除时间 ____年____月____日____时

5.6 终末消毒时间 ____年____月____日____时

6. 小结 _____

调查者单位： _____

调查者： _____

审核者： _____

调查日期： _____

填表说明：

病例编码第 1、2 位填年份，如 2005 年则填写“05”，后四位填病例的流水号。

附件 2

伤寒、副伤寒病例采样登记表

监测地区：_____省（自治区、直辖市）_____市（区、县）_____乡（镇）

国家监测点：是， 否 病例监测：是， 否 重点人群监测：是， 否

标本编号	姓名	性别	年龄	家庭住址	联系电话	发病日期	就诊日期	采样日期	标本名称（血、尿、便等）	采样单位	实验室检查结果														
											病原分离			血清肥达氏（效价）											
											伤寒	副伤寒			TO	TH	A	B	C						
												A	B	C											

填表说明：

1. 实验室结果，病原分离阳性用“+”表示，阴性用“-”表示。

监测时间：_____年_____月

填表单位：_____

填表日期：_____

附件 3

伤寒副伤寒沙门菌分离鉴定结果记录表

检测时间：_____年_____月_____日

样本号	姓名	样品名称	分离培养基名称	菌落形态	KIA (37℃)			MIU (37℃)			生化初筛试验结果	血清学鉴定、分型								血清抗体检测					鉴定结果																	
					K/A	H ₂ S	产气	动力	靛基质	尿素		O				H				O	H	甲	乙	丙																		
												F多	Vi	2	4	7	9	a	b							c	d															

检验人：_____、_____

延津县疾病预防控制中心流行性出血热暴发流行处置预案

一、前言

流行性出血热(EHF)又称肾综合征出血热,是由布尼亚病毒科的汉坦病毒属引起的自然疫源性疾病。该病具有分布广、发病率和病死率较高的特点,在农村、城镇地区时有暴发,严重危害人们的身体健康。为有效控制流行性出血热的暴发流行,加强对该病的重大和突发疫情的快速反应和应急处理能力,保护广大人民群众的生命安全与身体健康,维持社会稳定和经济发展,特制订本预案。

二、目的

一旦发生流行性出血热暴发流行和重大突发疫情,能迅速查清疫情,并及时采取有效措施控制和扑灭疫情。

三、预案启动条件

1周内,同一自然村寨、社区、建筑工地、学校等集体单位发生5例及以上流行性出血热病例,或者死亡1例及以上。

四、病例定义

(一) 流行病学史

在出血热疫区及流行季节,或发病前两个月内有疫区旅居史,或发病前两个月内有与鼠类或其排泄物(尿、粪)/分泌物(唾液)直接或间接接触史。

(二) 临床表现

- 1、早期症状和体征:起病急,发冷,发热(38℃以上);
- 2、全身酸痛,乏力,呈衰竭状;
- 3、头痛,眼眶痛,腰痛(三痛);
- 4、面、颈、上胸部充血潮红(三红),呈酒醉貌;
- 5、眼睑浮肿、结膜充血,水肿,有点状或片状出血;
- 6、上腭粘膜呈网状充血,点状出血;
- 7、腋下皮肤有线状或簇状排列的出血点;
- 8、束臂试验阳性。

(三) 病程经过

典型病例有发热期、低血压期、少尿期、多尿期和恢复期五期经过。前三期可有重叠,并存在有大量五期不全的异型或轻型非典型病例。

(四) 实验室检查

1、血检查

早期白细胞数低或正常,3~4病日后明显增多,杆状核细胞增多,出现较多的异型淋巴细胞;血小板明显减少。

2、尿检查

尿蛋白阳性，并迅速加重，伴显微血尿、管型尿。

3、血清特异性 IgM 抗体阳性。

4、恢复期血清特异性 IgG 抗体比急性期有 4 倍以上增高。

5、从病人血清中分离到汉坦病毒和/或检出汉坦病毒 RNA。

(五) 病例分类

1、疑似病例：具备（一）、（二）1、（二）2 和（二）3~（二）8 之一以上者；或虽无明确流行病学史但临床症状典型者。

2、临床诊断病例：疑似病例加（三）、（四）1、（四）2。

3、实验室确诊病例：临床诊断病例加（四）3、（四）4、（四）5 中的任一项。

五、应急处置

（一）报告记录及初步核实

接到疫情报告，要详细询问疫情发生情况以及报告时间、报告人、联系电话等。初步判断疫情报告情况可靠，立即向主管领导报告。确认必须启动应急程序的，应急队伍立即赶赴现场，开展调查处理。同时报告卫生行政部门和上级疾病预防控制机构。

（二）到达现场后进一步核实情况

根据流行病学史、临床表现、实验室检测结果、发病人数及波及范围对暴发或流行疫情进行核实诊断，对疫情可能造成的危害进行初步判断。

（三）隔离治疗病人

病人作为传染源的可能性极小，不需特殊隔离，但需及早诊断、及早治疗。病毒唑和干扰素对出血热病毒复制有一定抑制作用，应尽早使用。

（四）个案调查

对报告的病例逐个进行详细的个案调查，收集病例基本情况(如年龄、性别、住址、职业和发病日期等)、临床表现、流行病学暴露史(在流行地区、流行季节有无间接或直接与鼠类接触史，病前 2 个月内流行区涉足史，特别是流行区内野外活动、打场史)。

（五）采样送检

采集病人血液、尿液标本等及时采样送检。

（六）基本情况调查

1、详细调查暴发点的人口资料、患者及居民居住环境、自然地理景观、气象资料等流行因素。

2、了解暴发点所在地的既往疫情情况和流行强度。

3、了解暴发点所在地出血热宿主动物的种类、分布、密度及感染情况。

（七）宿主动物调查

在暴发点的居民区（患者居住地及周围）和野外进行宿主动物种类、密度调查，捕获数量各不少于 50 只，对捕获的宿主动物进行感染状况调查。

（八）对感染源暴露者进行医学观察和预防服药

对感染源的所有暴露者予以医学观察，必要时给予病毒唑和干扰素。

（九）消毒灭鼠

根据初步调查结果，立即广泛地开展防鼠、灭鼠工作。对室内空气和各种表面，可能被污染的食物和饮水等，以及室外一定范围的地面、垃圾进行消毒。同时对发热病人的血、尿和宿主动物排泄物及其污染器物，以及死鼠进行消毒处理。

（十）必要时开展应急预防接种

必要时，开展流行性出血热灭活疫苗应急接种。

（十一）环境治理：大力开展爱国卫生运动，整治和改善环境卫生。

（十二）健康教育：利用各种媒体及途径，在发生暴发的地区，开展出血热防病知识的宣传，增强群众防病和参与防治的意识。要注意个人卫生，不直接用手接触鼠类及其排泄物，不坐卧草地或草堆，劳动时注意防止皮肤破伤，如有破伤，应及时用碘酒消毒处理。搞好环境卫生、食品卫生、食具消毒和食物保藏工作。

（十三）根据初步调查结果，进行突发公共卫生事件网络报告

六、预案终止条件

经过疫情检索，疫区在发生最后一例确诊病例后，14天无新发病例，可经疫情应急处理专家组核定，转入常规监测防治。疫情处理结束后，要及时进行结案报告。

七、疫情控制效果评价

（一）流行病学分析与评价 根据流行病学资料，尽快查清流行性出血热疫情的流行病学特征，追踪暴发来源及传播方式，对疫情控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有罹患率、病死率、样本的检测数量、病原分离率、报告及时率和疫情控制时间等。

（二）消毒效果评价 依据消毒处理正确率、及时率，消毒前后相关指标等，对消毒效果进行评价。

（三）疫情调查分析 要及时收集、整理、统计、分析调查资料，内容包括：基本情况（一般背景资料和此次疫情概况）；疫情的调查和分析（疫情的发生经过及临床表现，流行病学调查，实验室检测结果，流行因素调查及分析）；调查结论；疫情的预防控制措施和评价；传染来源分析；疫情预测；存在问题；下一步防治工作建议等。结案报告要求在疫情宣布终止后，同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构，并进行网络直报。

八、附件

- 1、流行性出血热个案调查表
- 2、宿主动物调查统计报表

附件 1

流行性出血热个案调查表

县(市)名称: _____ 国标码: □□□□□□ 病例编号: □□□□□□

一、基本情况

1. 患者姓名: _____ (如患者年龄<14岁, 则家长姓名: _____)
2. 性别: 1 男, 2 女
3. 年龄: _____ 岁
4. 民族: 1 汉族, 2 壮族, 3 维吾尔族, 4 其他少数民族 _____
5. 职业:
- (1) 幼托儿童 (2) 散居儿童 (3) 学生 (4) 教师 (5) 保育保姆 (6) 饮食从业人员
(7) 商业服务 (8) 医务人员 (9) 工人 (10) 民工 (11) 农民 (12) 牧民
(13) 渔(船)民 (14) 干部职员 (15) 离退人员 (16) 家务待业 (17) 其他
6. 所在单位: _____; 联系电话: _____
7. 家庭住址: _____省(自治区/直辖市) _____县(市区) _____乡(镇/居委会) _____村(街道)

二、发病情况

1. 发病日期: _____年 _____月 _____日 / /
2. 就诊日期: _____年 _____月 _____日 / /
3. 发病地点: _____
4. 住院医院: _____
5. 住院号: _____
6. 住院日期: _____年 _____月 _____日 / /
7. 出院日期: _____年 _____月 _____日 / /
8. 入院诊断:
- 1 出血热疑似病例, 2 临床诊断病例, 3 实验室确诊病例, 4 其他 _____
9. 临床诊断日期: _____年 _____月 _____日 / /
10. 出院诊断:
- 1 出血热疑似病例, 2 临床诊断病例, 3 实验室确诊病例, 4 其他 _____
11. 临床分型: 1 轻型, 2 中型, 3 重型, 4 危重型
12. 转归: 1 痊愈, 2 好转, 3 死亡(日期: _____年 _____月 _____日)

三、症状和体征及一般实验室检查

1. 起病急: 1 是, 0 否
2. 乏力: 1 有, 0 无

- 3. 发热： 1有， 0无
- 4. 头痛： 1有， 0无
- 5. 腰痛： 1有， 0无
- 6. 眼眶痛： 1有， 0无
- 7. 脸红： 1有， 0无
- 8. 颈红： 1有， 0无
- 9. 胸红： 1有， 0无
- 10. 关节痛： 1有， 2无
- 11. 全身痛： 1有， 2无
- 12. 腹痛： 1有， 2无
- 13. 腹泻： 1有， 2无
- 14. 便秘： 1有， 2无
- 15. 恶心： 1有， 2无
- 16. 呕吐： 1有， 2无
- 17. 结膜充血： 1有， 2无
- 18. 眼睑浮肿： 1有， 2无
- 19. 黄疸： 1有， 2无
- 20. 腋下/上臂/胸部或其它部位有无皮肤出血点： 1有， 2无
 如有，则出血点为： 1散在， 2条/线状， 3簇状， 4其它_____
- 21. 口腔、鼻腔等处粘膜有无出血点： 1有， 2无
- 22. 少尿或无尿： 1有， 2无
- 23. 低血压： 1有， 2无
- 24. 休克： 1有， 2无
- 25. 白细胞计数： 1正常， 2增多， 3减少， 4未做此项检查
- 26. 血小板减少： 1有， 2无， 3未做此项检查
- 27. 尿蛋白： 1阳性， 2阴性， 3未做此项检查， 4不详
- 28. 有无尿膜状物/管型尿/血尿： 1有， 2无
- 29. 束臂试验： 1阳性， 2阴性， 3未做此项检查， 4不详
- 30. 出血时间： 1正常， 2延长， 3缩短， 4未做此项检查， 5不详
- 31. 凝血时间： 1正常， 2延长， 3缩短， 4未做此项检查， 5不详

四、血清学及病原学检测结果（未做者请注明为“未做”）

项目	标本采集时间	检测方法	检测结果
出血热抗体	IgG		
	IgM		
汉坦病毒分离			

五、既往史及家庭情况

1. 既往是否患过此病： 1 是, 0 否, 9 不详
 如是, 诊断单位: _____, 时间: _____年____月____日 / /
2. 食物、粮食有无防鼠设备: 1 有, 0 无, 9 不详
3. 流行性出血热疫苗预防接种史: 1 有, 0 无, 9 不详
 如有, 最近一次接种时间: _____年____月____日 / /
4. 有无家庭其他成员出现过类似症状: 1 有, 0 无, 9 不详
 如有, 最近一例发病时间 (患者除外): _____年____月____日 / /
5. 房内有无鼠: 1 有, 0 无
6. 院内有无杂物、草堆等: 1 有, 0 无

六、接触史及有关因素调查

1. 发病前 2 个月内是否有外出 (或旅游) 史: 1 是, 2 否
 如是, 到何地: _____; 外出时间: _____天
 返回时间: _____年____月____日 / /
2. 发病前 1 月内是否接触鼠类: 1 是, 2 否, 9 不详
 如为 1, 接触方式: 1 挖鼠洞, 2 拿鼠, 3 鼠咬, 4 鼠尿, 5 鼠粪,
 6 鼠血污染手 7 手被鼠夹打伤 8 其他_____
3. 发病前 1 月内是否有昆虫叮咬史: 1 是, 2 否, 9 不详
4. 发病前 1 月内是否吃过被鼠排泄物污染的食物: 1 是, 2 否, 9 不详
5. 发病前 1 月内是否在野外喝过沟 (塘) 水: 1 是, 2 否, 9 不详
6. 发病前 1 月内是否在鼠洞附近坐卧: 1 是, 2 否, 9 不详
7. 发病前 1 月内是否在场院禾草上坐卧: 1 是, 2 否, 9 不详
8. 发病前 1 月内是否在野外住宿: 1 是, 2 否, 9 不详
 如是, 具体地点: _____;
 其附近有无鼠、鼠洞或鼠排泄物: 1 是, 2 否, 9 不详
 铺的类型: 1 床, 2 土炕, 3 地铺, 4 其他_____
9. 工作场所有无鼠或鼠排泄物: 1 有, 2 无, 9 不详
10. 发病前 1 月内是否接触过出血热病人血/尿: 1 有, 2 无, 9 不详

(病例编号填写说明: 年号 (两位数)、流水号 (后边三位))

调查日期: _____年____月____日
 调查地点: _____
 调查者: _____

附件 2

流行性出血热监测宿主动物调查统计报表

监测点名称: _____ 监测点编号: □□□□□□

捕鼠时间: ____年____月____日 □□□□/□□/□□

捕鼠地点: 1 居民区, 2 野外 (A 田野, B 山林, C 草原, D 河堤, E 其他____)

□

收夹数: _____ 夹次 □□□

捕鼠总数: _____ 只 □□□

总鼠密度: _____ % □□

主要鼠种及构成情况

鼠种	鼠数	构成 (%)	鼠种	鼠数	构成 (%)
黑线姬鼠					
褐家鼠					
大林姬鼠					
小家鼠					
黑线仓鼠					
大仓鼠					
黄毛鼠					
黄胸鼠					

填表时间: ____年____月____日

单位 (盖章): _____;

填表人: _____

延津县疾病预防控制中心流行性乙型脑炎

暴发流行应急处理预案

一、前言

流行性乙型脑炎（简称乙脑）是由虫媒病毒黄病毒科的乙脑病毒引起的一种中枢神经系统急性传染病，是虫媒病毒中流行范围较广的一种疾病。五十年代我国 30 多个城市调查发现较高隐性感染率，除青海、西藏、新疆三省（区）没有病例报告外，其它省份皆有不同程度的流行。二十世纪五十至七十年代我国曾先后发生三次流行，后两次病例数高达 15 万和 17 万多，发病率高达 20 / 10 万，病死率为 25 %。自七十年代后期大量使用乙脑灭活（减毒活）疫苗后，病例逐年减少，控制了全国性的大流行，但局部暴发流行时有发生，每年病例仍在 1 - 2 万左右，病死率在 10 % 左右，约 30 % 的患者病后残留不同程度的后遗症。为了有效控制乙脑暴发流行，加强对乙脑重大和突发疫情的快速反应和应急处理能力，保障广大人民群众的身体健康和生命安全，维护社会稳定和经济发展，特制定本预案。

二、目的

确保一旦发生乙脑暴发流行和重大突发疫情，及时采取有效措施，迅速控制和扑灭疫情。

三、预案启动条件

在 1 周内，同一乡镇、街道等发生 5 例及以上乙脑病例，或者死亡 1 例及以上，即启动本预案，并报上级卫生行政部门。

四、诊断标准：

（一）疑似病例

在乙脑流行地区的蚊虫叮咬季节，出现发热、头痛、恶心、呕吐、嗜睡、颈抵抗、抽搐等中枢神经系统症状。

（二）确诊病例

- 1、曾在疫区有蚊虫叮咬史；
- 2、高热昏迷、肢体痉挛性瘫痪、脑膜刺激症状、及大脑锥体束受损（肌张力增强，巴彬斯基征阳性）；
- 3、高热、昏迷、抽搐、狂躁进而呼吸衰竭、循环衰竭而死亡；
- 4、从脑组织、脑脊液或血清中分离乙型脑炎病毒；

5、脑脊液或血清中特异性 IgM 抗体阳性；

6、恢复期血清中特异性 IgG 抗体滴度比急性期有 4 倍以上升高者或急性期抗体阴性、恢复期血清抗体阳性；

临床诊断：疑似病例（二）1 和（二）2 或（二）1+（二）2+（二）3 并除外细菌性脑膜脑炎。

实验确诊：疑似病例加（二）4 或（二）5 或（二）6。

五、对策与措施

（一）在发生乙脑大范围暴发流行或局部暴发流行时，根据疫情的发展趋势和控制暴发流行的需要，在疫区成立疫情应急处理工作领导小组。领导小组的主要职责是：在市政府统一领导下，协调卫生、财政、宣传、教育、公安以及爱卫会等有关部门，按照各自的职责与分工，及时安排落实疫情处理所必需的人员、防治经费和物资，确保各项预防与控制措施落到实处。

疫情发生时，提请市卫生局组织成立由市疾病预防控制中心和相关医疗卫生机构参加的应急处理技术指导组，研究确定控制暴发流行的技术方案。

（二）加强疫情报告

当发生有可能出现乙脑暴发流行或突发疫情时，执行职责的医疗保健和疾控人员，以最快的通讯方式向市疾病预防控制中心报告疫情，对确诊的乙脑病例和疑似病例进行网络直报，并同时报出传染病报告卡。接到疫情报告后，市疾病预防控制中心应当以最快的通讯方式报告省疾病预防控制中心和市卫生局，不得瞒报、漏报、缓报。

疫情发生时，市疾病预防控制中心应认真完成“乙脑暴发流行病人个案调查表”（附表 1），并及时上报有关部门。

（三）迅速开展流行病学调查

市疾病预防控制中心在接到可能发生乙脑暴发流行的疫情报告时，应立即组织调查组赶赴疫区进行流行病学调查，整理、分析“三间分布”资料，确定暴发流行的性质、范围、强度及主要原因，为及时制定控制方案提供科学依据。

（四）疫情监测

乙脑的流行程度，受人群免疫水平、传染源数量、传播媒介数量及其带毒频率、气象等多种因素的影响，故需综合分析判断，才能准确预测疫情趋势。

1、人群乙脑抗体水平的监测：在流行前期，可利用适宜的血清学方法。（HI 中和试验、ELISA 等）测定健康人群乙脑抗体（认为 HI 抗体阳性率在 40% 以上时，则不易发生流行），并完成“健康人群乙脑血清学调查表”（附表三）。

2、猪乙脑抗体监测：猪是乙脑病毒的主要宿主，检查猪乙脑病毒抗体在一定程度上可以反映乙脑病毒在自然界感染的强度，如猪的抗体阳转率（50%）出现早，一般预示流行将出现早，持续时间长。

3、传播媒介监测：观测三带喙库蚊等主要传播媒介蚊的季节消长、密度及带毒状况。带毒蚊出现早、数量多，预示流行出现早、强度高。

4、乙脑病例监测：加强对乙脑病例的血清学诊断与鉴别诊断，以排除其它病毒性脑炎，提高诊断的准确性。

5、乙脑病毒抗原变异的监测：对自然界新流行株的分离、鉴定和监测是一项长期任务。

（五）乙脑暴发疫情控制措施

1、传染源的控制与管理

（1）对病人进行严格、就地隔离治疗。

（2）做好家畜、家禽的监测与管理。

2、切断传播途径：重要措施是防蚊、灭蚊。灭蚊主要是抓好稻田、大面积水坑、家畜圈及周围环境灭蚊工作。防蚊主要采用蚊帐、蚊香、驱蚊剂等。

3、保护易感人群：进行乙脑疫苗的免疫接种是保护易感人群的一项非常有效的措施。儿童以及由非疫区到疫区的人要及时注射乙脑疫苗，乙脑预防工作者和未接种的老年人也应免疫预防。同时争取对猪、马等牲畜进行预防接种，降低动物带毒率。

六、预案终止条件

疫区在实施控制暴发流行应急处理预案后，新发病例显著减少，月乙脑病例数降至与往年同期相近或低于往年同期水平时，可视为暴发流行已得到初步控制，可转入常规防治和监测。

七、疫情控制效果评价

在乙脑暴发流行控制期间，可根据流行病学调查和血清学监测的结果，对疫情的发展趋势和防治措施的实施效果进行动态分析。

八、附件

附表 1、流行性乙型脑炎病例个案调查表

2、乙脑病例标本送检表

3、健康人群乙脑血清学调查表

附件 1、流行性乙型脑炎病例标本采集指南

附图 1、乙脑病例诊断流程图

附表 1

流行性乙型脑炎病例个案调查表

		病	例	编	码
□□□□□□□□□□□□					
一. 一般情况					
1.1 传染病报告卡卡片编号*:	_____				
1.2 身份证号*:	□□□□□□□□□□□□□□□□				
1.3 报告日期*:	20__年__月__日	□□□□/□□/□□			
1.4 调查日期*:	20__年__月__日	□□□□/□□/□□			
1.5 患者姓名**:	_____ (患儿家长姓名: _____)				
1.6 性别**:	①男	②女	<input type="checkbox"/>		
1.7 出生日期**:	____年__月__日	□□□□/□□/□□			
1.7.1 (如出生日期不详, 实足年龄**:	__年龄单位:	□岁□月□日	□□□		
1.8 病人属于**:					
	(1)本县区 (2)本市其他县区 (3) 本省其它地市 (4)外省 (5)港澳台 (6)外籍	<input type="checkbox"/>			
1.9 患者职业**:	<input type="checkbox"/>				
	(1) 幼托儿童 (2)散居儿童 (3)学生 (大中小学) (4)教师 (5)保育员及保姆 (6)餐饮服务 (7)商业服务 (8)医务人员 (9)工人 (10)民工 (11)农民 (12)牧民 (13)渔 (船) 民 (14)干部职员 (15)离退人员 (16)家务及待业 (17)其他 (18) 不详				
1.10 居住情况:	(1)散居 (2)集体(托幼、学校、工地) (3)流动人口 (4)其他 (5)不祥	<input type="checkbox"/>			
1.11 户籍地**:	<input type="checkbox"/>				
	①本县区户口 ②本省其他县区户口 ③外省户	<input type="checkbox"/>			
1.11.1 若是非本县区户口, 本县居住时间*:	<input type="checkbox"/>				
	①<25 天 ②≥25 天, <3 个月 ③3~11 个月 ③ ≥1 年				
1.11.2 发病前 25 天内外出情况, 及其外出范围*:	<input type="checkbox"/>				
	①到本市其它县 ②到本省其它市 ③到外省(标明) ④本省+外省 ⑤无外出史				
1.12 联系人**:	联系电话:	工作单位:			
1.13 家庭现住址(详填)**:	省	地(市)	县(区)		
	乡(镇、街道)	村(居委会)	(门牌号)		
二. 发病情况					
2.1 发病日期**:	20 年 月 日 (病原携带者填初检日期或就诊时间)	□□□□/□□/□□			
2.2 就诊日期*:	20 年 月 日	□□□□/□□/□□			
2.3 发病地点:	_____				
2.4 病例报告单位:					
2.5 病例报告单位级别:	①村级 ②乡(镇)级 ③县(区)级 ④市(地)级 ⑤省级 ⑥其它	<input type="checkbox"/>			
2.6 住院日期*:	20 年 月 日	□□□□/□□/□□			
2.7 入院诊断*:	①疑似病例 ②临床诊断病例 ③实验室确诊病例 ④其它	<input type="checkbox"/>			
2.8 临床诊断日期**:	20 年 月 日	□□□□/□□/□□			
2.9 临床分型*:	①轻型 ②中型 ③重型 ④极重型	<input type="checkbox"/>			
2.10 出院日期**:	20 年 月 日	□□□□/□□/□□			
2.11 死亡日期**	20 年 月 日	□□□□/□□/□□			
2.12 出院诊断*:	①临床诊断病例 ②实验室诊断病例 ③排除病例 ④未定 ⑤其它	<input type="checkbox"/>			
三. 临床表现					

3.1 临床症状

- 3.1.1 起病急*: ①是 ②否 ③不详
- 3.1.2 发热*: ①有 ②无 ③不详
- 3.1.2.1 如有发热*: ①<39℃ ②39℃~40℃ ③>40℃
- 3.1.3 头痛* ①剧烈 ②轻微 ③无 ④年龄小,难以判断 ⑤不详
- 3.1.4 头晕* ①有 ②无 ③年龄小,难以判断 ④不详
- 3.1.5 腹痛* ①有 ②无 ③年龄小,难以判断 ④不详
- 3.1.6 腹泻 ①有 ②无 ③不详
- 3.1.7 恶心 ①有 ②无 ③年龄小,难以判断 ④不详
- 3.1.8 呕吐* ①有 ②无 ③不详
- 3.1.8.1 如有呕吐,喷射性呕吐* ①有 ②无 ③不详
- 3.1.9 精神萎靡* ①有 ②无 ③不详
- 3.1.10 易激惹 ①有 ②无 ③不详
- 3.1.11 嗜睡* ①有 ②无 ③不详
- 3.1.12 烦躁* ①有 ②无 ③不详
- 3.1.13 惊厥 ①有 ②无 ③不详
- 3.1.14 意识障碍* ①有 ②无 ③不详
- 3.1.15 抽搐* ①局部肌肉小抽搐 ②反复抽搐 ③反复或持续性强烈抽搐④无⑤不详
- 3.1.16 呼吸衰竭* ①有 ②无 ③不详
- 3.1.17 循环衰竭* ①有 ②无 ③不详
- 3.2 临床体征
- 3.2.1 血压改变* ①升高 ②降低 ③正常 ④不详
- 3.2.2 呼吸节律改变 ①有 ②无 ③不详
- 3.2.3 瞳孔大小改变 ①有 ②无 ③不详
- 3.2.4 脑膜刺激征* ①有 ②无 ③不详
- 3.2.5 前囟膨隆* ①有 ②无 ③不详
- 3.2.6 腹壁反射 ①有 ②无 ③不详
- 3.2.7 提睾反射 ①有 ②无 ③不详
- 3.2.8 病理反射*
- 3.2.8.1 肌张力增强* ①有 ②无 ③不详
- 3.2.8.2 巴彬斯基征* ①有 ②无 ③不详
- 3.3 并发症*
- 3.3.1 支气管肺炎* ①有 ②无 ③不详
- 3.3.2 肺不张* ①有 ②无 ③不详
- 3.3.3 败血症* ①有 ②无 ③不详
- 3.3.4 胃肠道出血* ①有 ②无 ③不详
- 3.3.5 尿路感染* ①有 ②无 ③不详
- 3.3.6 其它(请注明):
- 四. 乙脑疫苗免疫史
- 4.1 乙脑疫苗接种史*: ①有 ②无 ③不详
- 4.2 接种依据*: ①接种证 ②接种卡 ③家长回忆 ④其它
- 4.3 若接种,则疫苗种类*: ①减毒活疫苗 ②灭活疫苗 ③二者皆有 ④不详
- 4.4 若接种过乙脑疫苗,则接种次数
- ①1次 ②2次 ③3次 ④4次 ⑤5次 ⑥≥6次 ⑦不详
- 4.5 乙脑疫苗接种时间*:

4.5.1 乙脑灭活疫苗*:

- a.第1次接种时间: 年 月 日 / /
- b.第2次接种时间: 年 月 日 / /
- c.第3次接种时间: 年 月 日 / /
- d.第4次接种时间: 年 月 日 / /
- e.最后1次接种时间: 年 月 日 / /

4.5.2 乙脑减毒活疫苗*:

- a.第1次接种时间: 年 月 日 / /
- b.第2次接种时间: 年 月 日 / /
- c.第3次接种时间: 年 月 日 / /
- d.最后1次接种时间: 年 月 日 / /

4.5.3 未接种或未全程接种的主要原因

- ①未接到通知 ②因病未种 ③无接种人员 ④家长拒绝 ⑤经济原因
- ⑥<8个月 ⑦未到全程免疫时间 ⑧其它

五.实验室常规及辅助检查

5.1 血清检测

5.1.1 医院实验室检测用血清* ①采集 ②未采集

5.1.1.1 采集时间*: 20 年 月 日 / /

5.1.1.2 报告结果时间*: 20 年 月 日 / /

5.1.1.3 白细胞计数 (×10⁹ L)* : . .

5.1.1.4 中性粒细胞比例(%)* : .

5.1.1.5 实验室检测方法*:

①酶联免疫吸附试验 ②血凝抑制试验 ③反向血凝抑制试验 ④间接荧光试验 ⑤抗体中和试验

5.1.1.6 乙脑特异性抗体 IgM*: ① 阴性 ②阳性 ③可疑 ④未做此项检查

5.1.1.7 乙脑特异性抗体 IgG*: ① 阴性 ②阳性 ③可疑 ④未做此项检查

5.1.1.7.1 乙脑特异性 IgG 的效价: 1: / /

5.1.2 疾病预防控制中心检测用第1份血清* ①采集 ②未采集

5.1.2.1 采集时间*: 20 年 月 日 (可与5.1.1.1相同) / /

5.1.2.2 报告结果时间*: 20 年 月 日 / /

5.1.2.3 实验室检测方法*

①酶联免疫吸附试验 ②血凝抑制试验 ③反向血凝抑制试验 ④间接荧光试验 ⑤抗体中和试验

5.1.2.4 乙脑特异性抗体 IgM*: ① 阴性 ②阳性 ③可疑 ④未检测

5.1.2.5 乙脑特异性抗体 IgG*: ① 阴性 ②阳性 ③可疑 ④未检测

5.1.2.5.1 乙脑特异性 IgG 的效价*: 1: / /

5.1.3 疾病预防控制中心检测用第2份血清: ①采集 ②未采集

5.1.3.1 采集时间*: 20 年 月 日 / /

5.1.3.2 报告结果时间*: 20 年 月 日 / /

5.1.3.3 实验室检测方法*

①酶联免疫吸附试验 ②血凝抑制试验 ③反向血凝抑制试验 ④间接荧光试验 ⑤抗体中和试验

5.1.3.4 乙脑特异性抗体 IgM*: ① 阴性 ②阳性 ③可疑 ④未检测

5.1.3.5 乙脑特异性抗体 IgG*: ① 阴性 ②阳性 ③可疑 ④未检测

5.1.3.5.1 乙脑特异性 IgG 的效价*: 1: / /

- 5.2 脑脊液检测* ①采集 ②未采集
- 5.2.1 采集时间* : 20 年 月 日 /
- 5.2.2 报告结果时间* : 20 年 月 日 /
- 5.2.3 物理检测 * : ①无色透明 ②血性 ③米汤样混浊 ④微混 ⑤其它
- 5.2.4 生化检测
- 5.2.4.1 细胞数(正常值 0~15/ μ l) * :
- 5.2.4.2 蛋 白(正常值<0.45 g/l) * :
- 5.2.4.3 糖(mmol/L) * : ①正常 ②减少 ③增高
- 5.2.4.3.1 糖检测值: mmol/L
- 5.2.4.4 氯化物(mmol/L) * : ①正常 ②减少 ③增高
- 5.2.4.4.1 氯化物检测值: mmol/L
- 5.2.4.5 乙脑特异性抗体 IgM* : ①阴性 ②阳性 ③可疑 ④未检测
- 5.3 病毒分离: ①开展 ②未开展
- 5.3.1 病毒分离标本 ①脑脊液 ②第一份血液标本 ③第二份血液标本
- 5.3.2 病毒分离时间* : 20 年 月 日 /
- 5.3.3 病毒分离结果* : ①阴性 ②阳性
- 5.3.4 病毒鉴定结果: ① I ② II ③ III ④ IV ⑤ 待定
- 5.3.5 聚合酶链反应(PCR)结果: ①阴性 ②阳性 ③未检测

六.结论*

6.1 最终病例分类** ①疑似病例 ②临床诊断病例 ③实验室确诊病例 ④排除病例 ⑤未定

6.2 如为排除病例,依据为:

①腮腺炎病毒性脑炎 ②柯萨奇病毒性脑炎 ③单纯疱疹性病毒性脑炎 ④急性播散性脑脊髓膜炎 ⑤其他

被调查人(与患者关系):

调查人: 调查单位:

.....
(以下各项随访时填写)

7 随访结果*

- 7.1 随访日期: 20 年 月 日 /
- 7.2 病情转归* ①痊愈 ②好转 ③有后遗症 ④死亡 ⑤其它
- 7.2.1 意识障碍* ①嗜睡 ②意识模糊 ③昏睡 ④昏迷 ⑤无
- 7.2.2 语言迟钝* ①有 ②无 ③年龄小,不能判断 ④不详
- 7.2.3 失语* ①有 ②无 ③年龄小,不能判断 ④不详
- 7.2.4 痴呆* ①有 ②无 ③不详
- 7.2.5 瘫痪* ①有 ②无 ③不详
- 7.2.6 扭转性痉挛* ①有 ②无 ③不详
- 7.2.7 记忆力及理解减退* ①有 ②无 ③年龄小,不能判断 ④不详
- 7.2.8 耳聋* ①有 ②无 ③不详
- 7.2.9 癫痫* ①有 ②无 ③不详
- 7.2.10 吞咽困难* ①有 ②无 ③不详
- 7.2.11 视神经萎缩* ①有 ②无 ③不详
- 7.2.12 流涎* ①有 ②无 ③不详
- 7.2.13 精神失常* ①有 ②无 ③不详

7.2.14 其它*

7.3 死亡原因* ①呼吸衰竭 ②循环衰竭 ③昏迷 ④抽搐 ⑤休克 □

患者姓名: _____	医院名称: _____
地址: _____省(市) _____市(地) _____县(区) _____乡(镇/街道) _____村(居)	
病例编码: _____	性别: _____ 出生日期: ____/____/____
住院日期: 200____年 ____月____日	
采集日期: 200____年 ____月____日	
已免疫次数: _____	最后一次免疫日期: _____年 ____月____日
采集标本单位: _____	(1) 乡级 (2) 县级 (3) 市级 (4) 省级
采集标本人姓名: _____	
送检标本种类: _____	(1) 脑脊液 (2) 全血 (3) 血清 (4) 尸检组织
送检标本保存状态: _____	(1) 液氮保存 (2) 冰冻保存 (3) 4~8℃保存 (4) 未冷藏
标本送出日期 200____年 ____月____日	送标本者姓名: _____
送检标本单位: _____	
(以上各项由送检单位填写)	

⑥电解质紊乱 ⑦其它

7.4 随访调查方式: _____ □

①调查住院病人 ②入户调查病人 ③未见到病人, 询问家人 ④电话询问家人 ⑤其它
调查人: _____

(以下各项由检测标本实验室填写)

实验室收到标本日期 200 ____ 年 ____ 月 ____ 日 收到标本者姓名: _____

标本运送情况及质量

(1) 未融化 (2) 冰已融化或未加冰 (3) 标本污染 (4) 血清溶血 (5) 其他 _____

收到标本量:

脑脊液: _____ ml

血液标本: 第 1 份 _____ ml 第 2 份 _____ ml

其它:

附表 2:

乙脑病例标本送检表

注: ①病例编码: 应与流行病个案调查表一致;

②病例、标本类型等有顺序号的项目在相应的顺序号上画√; 没顺序号的在其他栏内写明;

③已免疫次数: 免疫次数, 包括常规免疫及应急接种等所有接种的总和;

④采集标本同时填写此表, 并将标本贴上胶布用圆珠笔填写标签(切记不能用纸标签或钢笔 填写以免遇水后脱落或模糊), 一起送实验室, 每个病例一张;

⑤若不祥及其它项目, 请用文字说明。

附表 3:

健康人群乙脑血清学调查表

_____省（自治区、直辖市）_____市（州、盟）_____县（区、市、旗）_____乡（镇、街道）_____村

编号（9位）	姓名	性别 (1.男; 2.女)	出生年月	乙脑疫苗接种次数、接种时间、疫苗种类												家畜饲养 (1.有 2.无)	检验结果（1：X）				备注		
				第1次		第2次		第3次		第4次		最后一次		总次数			流行季节前		流行季节后				
				时间	种类	时间	种类	时间	种类	时间	种类	时间	种类	减毒	灭活		不详	抗体滴度	采样时间	抗体滴度		采样时间	

注：1.编号:9位，前6位为国标码，后三位为对象编号；2.本表家畜指猪、牛、马。

调查人：_____ 调查单位：_____

调查时间：20____年____月____日

附件4:

流行性乙型脑炎病例标本采集指南

1. 标本采集目的及类型

1.1 标本采集目的主要是进行血清学检验和病毒分离。

1.2 血清学检验所需标本主要为病人的血液和脑脊液以及动物宿主血液。而病毒分离所需标本主要有病人的血液、脑脊液及尸检标本。

2. 标本采集时间

2.1 血液标本的采集：乙脑病例的最终诊断必须依赖于血清学检验，其中较为重要的指标是恢复期血清乙脑抗体滴度较急性期有 ≥ 4 倍升高。要求尽早采集急性期血标本，最迟不晚于发病后7天，恢复期血标本则在发病后3~4周采集。每份采集2~4ml。

2.2 脑脊液采集：脑脊液采集目的主要是辅助诊断及病毒分离，因此要求尽早采集，一般要求在发病1周内采集。每份采集1~2ml。

3. 标本采集方法:

3.1 脑脊液：按医疗操作规程由医护人员采集。

3.2 尸检标本：取死者脑组织2cm×2cm大小，置于螺口试管中。

3.3 血液：无菌采集血液标本，分离血清。详细登记有关病例的姓名、性别、年龄等基本信息以及发病日期、采样日期等。

4. 标本储存及运送:

4.1 专人负责保存及运送标本。

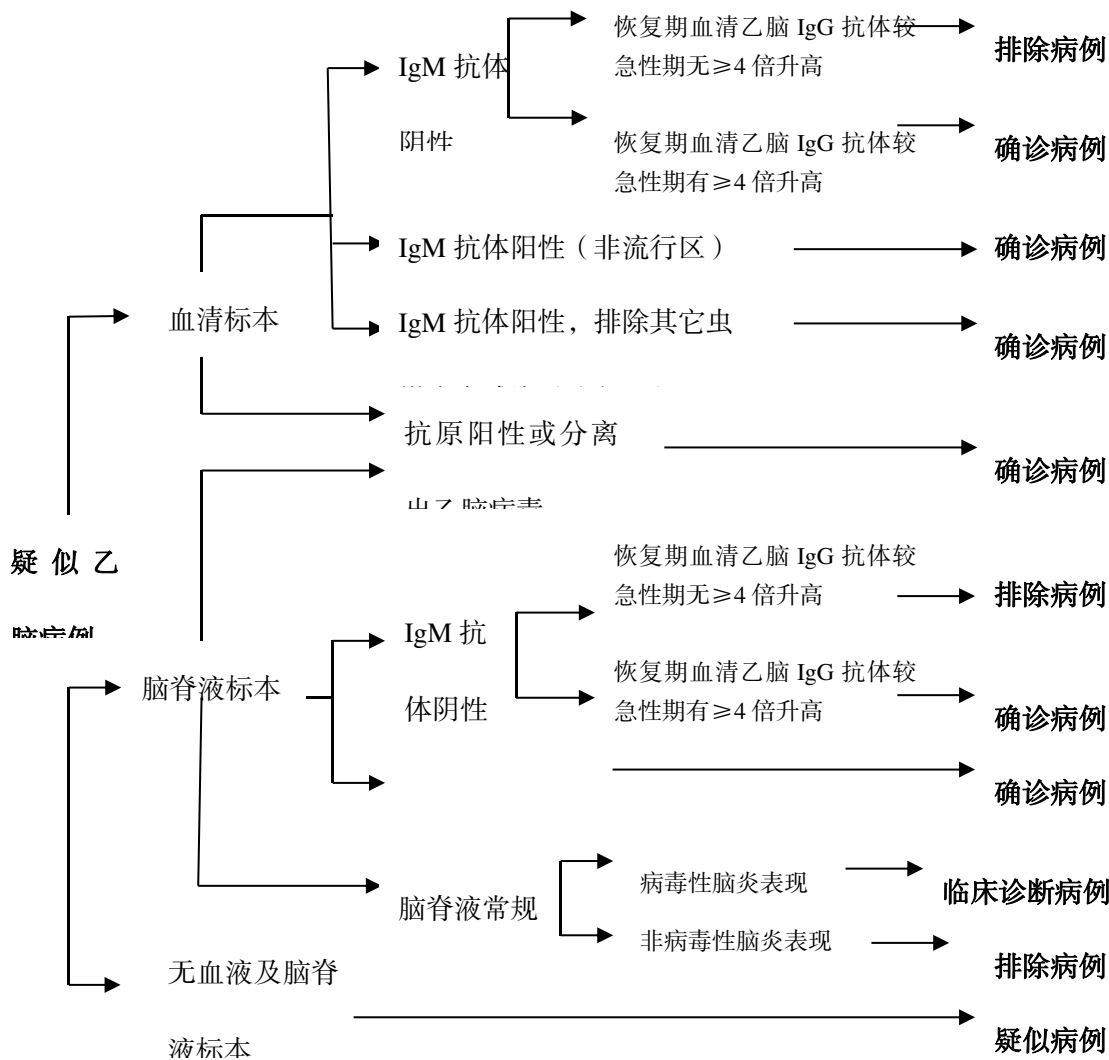
4.2 详细填写标本送检表，同时将标本分装，0.5ml/管。

4.3 需尽快运送至上级单位，应采用冷藏装置（建议使用液氮运送）并在24h内运达。若短期保存（3天以内），则需冷冻（ -20°C ）保存。

4.4 标本至实验室后，应尽快接种细胞进行病毒分离，若未能接种则标本需冷冻（ $\leq -70^{\circ}\text{C}$ 和/或液氮）保存。

附图 1:

乙脑病例诊断流程图



延津县疾病预防控制中心布鲁氏菌病疫情应急处理预案

一、前言

布鲁氏菌病（简称布病）是由布鲁氏菌引起的人畜共患的传染—变态反应性疾病。其传染源主要是患病的羊、牛、猪等家畜。人对布病普遍易感，可通过直接接触、呼吸道、消化道等途径染病。人患布病常因误诊误治而转为慢性，反复发作长期不愈，给患者造成肉体和精神上的痛苦，并导致不同程度的劳动能力丧失，严重者甚至危及生命。家畜患布病后常出现流产、不孕、空怀、繁殖成活率降低，牲畜数量明显减少，并直接影响优良品种的改良和推广。牲畜患病还造成使役能力及皮、毛、乳、肉产量和质量的下降。因此，布病不仅危害人民身体健康，同时影响畜牧业、旅游业的发展。

二、目的

一旦发生布病暴发流行，及时采取有效措施，控制疫情的传播、蔓延，保障广大人民群众的身体健

三、预案启动条件

2周内，一个自然村或村民组、养殖场、车间等集体单位内发生3例及以上布病病人。

四、病例定义及疫情判定

（一）病例定义

根据布鲁氏菌病诊断标准(中华人民共和国卫生行业标准 WS 269-2007)进行诊断。

1、诊断原则

根据流行病学接触史、临床症状和体征及实验室检查结果进行综合判断。

2、诊断标准

（1）流行病学：发病前与家畜或畜产品、布氏菌培养物有接触史；或生活在疫区内的居民；或与菌苗生产、使用和研究有密切关系者。

(2) 临床表现: 出现持续数日乃至数周发热(包括低热), 多汗, 肌肉和关节酸痛, 乏力, 兼或肝、脾、淋巴结和睾丸肿大等可疑症状及体征。

(3) 实验室初筛: 布病玻片、虎红平板凝集反应阳性或可疑, 或皮内变态反应阳性。

(4) 分离细菌: 从病人血液、骨髓、其他体液及排泄物中分离到布氏菌。

(5) 血清学检查: 标准试管凝集试验(SAT)滴度为 1: 100(++)及以上; 对半年内有布氏菌苗接种史者, SAT 滴度虽达 1: 100(++)及以上, 过 2—4 周后应再检查, 滴度升高 4 倍及以上; 或用补体结合试验检查, 滴度 1: 10(++)及以上; 抗人免疫球蛋白试验滴度 1: 400(++)及以上。

疑似病例: 具备(1)、(2)和(3)者。

确诊病例: 疑似病例加(4)或(5)中任何一种方法阳性者。

五、应急处置

(一) 疫情报告管理

按照《中华人民共和国传染病防治法》和《传染病疫情报告管理规范》, 各级各类医疗机构、疾病预防控制机构、卫生检验机构执行职务的医务人员发现暴发、流行疫情时, 应当立即报告当地卫生行政部门和逐级上报疾病预防控制机构。当地卫生行政部门立即报告当地人民政府, 同时逐级上报上级卫生行政部门。如果暴发疫情达到《全国突发公共卫生事件应急预案》规定的级别, 则按相应要求同时报告。

(二) 疫点处置原则

1、核实诊断: 对确诊的病人应依据流行病学资料, 临床表现和实验室检查结果进行核实诊断。

2、检疫和淘汰处理疫畜: 对疫区内全部羊, 牛和猪用血清学方法进行检疫, 检疫后 1 个月再检一次。凡检出的阳性家畜均应立即屠宰(或隔离饲养)。至少在一年内停止向外调运牛、羊、猪。畜产品均应在原地存放和消毒, 暂不外运。

3、消毒及个人防护: 病畜流产胎儿、死胎、胎盘、羊水、流产物污染的场地、牲畜的皮毛及粪便及尚未食用的奶制品等, 应按规定消毒和无害化处理, 并作好个人防护。对病例进行及时治疗, 病房、病人的衣物、用过的物品等, 按规定进行消毒。

4、临床监测及治疗: 对疫区内接触家畜及畜产品的人员进行血清学及皮肤过敏试验, 查明人群感染情况, 凡确诊的病人都应进行系统治疗。

5、宣传教育：对疫区的居民及职业人群进行布病的危害、临床表现及防治知识的宣传教育。

布病暴发时禁止在疫点内召开大型会议和举行各种群众活动。

（三）流行病学调查

按照《全国人间布鲁氏菌病监测方案（试行）》开展个案调查；依据临床表现、实验室检测结果，进行核实诊断；描述病例发生时间、地点和人群上的分布，从流行病学上分析传播途径，追溯传染源。

（四）实验室检测。

对周围重点人群开展血清学检测和病原菌分离培养。采用皮内变态反应，血清学和细菌学方法检查牲畜和人，了解感染和发病情况。如怀疑食品（奶、肉等）、水源或毛皮引起的感染，亦应采样检查。

（五）资料收集上报及归档

在调查处理过程中，要对疫情发展和控制进程进行及时报告。

暴发疫情处理结束后，要及时收集、整理、统计、分析调查资料，写出详细的报告，逐级上报上级疾病预防控制机构，在疫情控制工作结束后7天内除本地的行政和业务部门存档外，还应报上级业务部门和主管部门。报告主要内容包括：疫情概况、流行基本特征、暴发原因、实验室检测结果和病原分型、控制措施和效果评估等。

六、预案终止条件

在各项防控措施均已落实，所有传染源已检疫并淘汰，病人得到及时正规治疗后，疫点（区）予以解除；当辖区所有的疫点、疫区宣布解除后，方可终止应急反应，预案停止执行，转入常规防治和监测。

七、疫情控制效果评价

在布病疫情流行控制期间，可根据流行病学调查和病原学检查的结果，对疫情的发展趋势和防控措施的实施效果进行动态分析。

（一）流行病学分析与评价 根据流行病学资料，尽快查清布病疫情的流行病学特征，追踪暴发来源及传播方式，对疫情控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有罹患率、病死率、样本的检测数量、病原分离率、报告及时率和疫情控制时间等。

（二）消毒效果评价 依据消毒处理正确率、及时率，消毒前后相关指标等，对消毒效果进行评价。

(三) 疫情调查分析 要及时收集、整理、统计、分析调查资料, 内容包括: 基本情况(一般背景资料和此次疫情概况); 疫情的调查和分析(疫情的发生经过及临床表现, 流行病学调查, 实验室检测结果, 流行因素调查及分析); 调查结论; 疫情的预防控制措施和评价; 传染来源分析; 疫情预测; 存在问题; 下一步防治工作建议等。结案报告要求在疫情宣布终止后, 同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构, 并进行网络直报。

八、附件

- 1、布病流行病学个案调查表
- 2、人间布病流行病学调查登记表
- 3、人间布病实验室检查登记表
- 4、人间布病血清学检查和发病统计表
- 5、不同职业人间感染、发病调查统计表
- 6、延津县布鲁氏菌病门诊专用登记簿
- 7、布鲁氏菌病防治知识宣传单

附件 1

布病流行病学个案调查表

国标码□□□□□□

病例编码□□□□□

_____省(区、市) _____地区(市) _____县(区) _____乡(农场、镇、街道)

1. 基本情况:

1. 1 患者姓名: _____

1. 2 性别: (1)男 (2)女 1. 3 年龄: _____

1. 4 民族: _____

1. 5 职业: (1)农民 (2)民工 (3)牧民 (4)渔民 (5)学生 (6)医务人员 (7)散居儿童

(8)干部职员 (9)家务及待业 (10)畜产品收购、屠宰 (11)皮毛加工销售 (12)乳肉加工销售 (13)兽医

(14)其他 (15)不详

1. 6 发病地址: _____县(市、区) _____镇(乡) _____村(街道) _____号

1. 7 家庭住址: _____县(市、区) _____镇(乡) _____村(街道) _____号

1. 8 发病日期: _____年_____月_____日

1. 9 住院日期: _____年_____月_____日

1. 10 报告日期: _____年_____月_____日

1. 11 所住医院名称: _____

2. 临床表现:

2. 1 症状体征:

2. 1. 1 发热 (1)有 (2)无 2. 1. 2 发热持续(天)

2. 1. 3 体温最高_____℃

2. 1. 4 多汗 (1)有 (2)无

2. 1. 5 肌肉、关节酸痛 (1)有 (2)无
2. 1. 6 乏力 (1)有 (2)无
2. 1. 7 肝肿大 (1)有 (2)无
2. 1. 8 脾肿大 (1)有 (2)无
2. 1. 9 淋巴结肿 (1)有 (2)无
2. 1. 10 睾丸肿大 (1)有 (2)无
2. 2 实验室检查:
2. 2. 1 玻片凝集反应 (1)— (2)+
2. 2. 2 虎红平板凝集反应 (1)— (2)+
2. 2. 3 皮肤过敏试验 (1)有 (2)无
2. 2. 4 病原分离 (1)病人血液 (2)病人骨髓 (3)其它体液 (4)病人排泄物 (5)无
2. 2. 5 SAT 滴度为 1:100++ (1)有 (2)无
2. 2. 6 补体结合试验 1:10++ (1)有 (2)无
2. 2. 7 coomb's 滴度为 1:400++ (1)有 (2)无
2. 3 临床诊断: _____
2. 4 治疗:
2. 4. 1 抗生素治疗 (1)有 (2)无
2. 4. 2 抗原治疗法 (1)有 (2)无
2. 4. 3 水解素治疗法 (1)有 (2)无
2. 4. 4 溶菌素治疗法 (1)有 (2)无
2. 5 转归: (1)痊愈 (2)好转 (3)未愈
- (4)死亡 (_____年_____月_____日死于_____)

3. 流行病学调查:

3. 1 与动物接触史:

3. 1. 1 畜别: _____

3. 1. 2 饲养放牧 (1)是 (2)否

3. 1. 3 屠宰 (1)是 (2)否

3. 1. 4 配种员 (1)是 (2)否

3. 1. 5 兽医 (1)是 (2)否

3. 1. 6 其他: _____

3. 2 保护情况:

3. 2. 1 使用防护衣 (1)是 (2)否

3. 2. 2 使用消毒液 (1)是 (2)否

3. 3 是否人畜共饮一口井 (1)是 (2)否

3. 4 幼羔放卧室内饲养 (1)有 (2)无

3. 5 既往病史: _____

3. 6 布氏菌苗免疫接触史:

3. 6. 1 接种年月: _____年_____月_____日

3. 6. 2 菌苗种类: _____

3. 6. 3 接种途径: _____

3. 7 确诊时间: _____年_____月_____日

3. 8 可能的传染源、传播途径及传播因子: _____

3. 9 其他: _____

3. 10 在本疫点病例发病时间顺序: 第_____例。

4. 调查小结:

注：国标码为各监测点国标码；病例编码中前两位为年号（如：04、05），后三位为病例流水号。

调查者单位：_____ 调查者：_____

审查者：_____ 调查时间：_____年_____月_____日

附件 2

延津县人间布病流行病学调查登记表

地址：县（市、区）

乡（镇、办事处）

村（社区）

调查日期：

年 月 日

编号	姓名	性别	年龄	民族	职业	接触史	发病时间	体温（℃）	临床症状及体征	采样时间	检查时间	检查结果

*注：1、民族请填写：汉族，回族，其他；2、职业包括：养羊农民、牲畜交易、牲畜屠宰、皮毛加工、乳品加工、肉类加工、梳羊绒、民工、兽医、医务人员、家务劳动、干部职员、学生儿童、其他。

调查单位:

调查者:

附件 3

延津县人间布病实验室检查登记表

标本 编号	姓 名	性 别	年 龄	职业*	详 细 地 址	联系电话	采样日期 (年月日)	虎红 平板 凝集	试管凝集试验					结 论	检验日期 (年月日)	备 注
									1:50	1:100	1:200	1:400	1:800			

*注：职业：养羊农民、牲畜交易、牲畜屠宰、皮毛加工、乳品加工、肉类加工、梳羊绒、民工、兽医、医务人员、家务劳动、干部职工、学生儿童、其他。

检测单位

检验者：

附件 4

人间布病血清学检查和发病统计表

省（自治区）

县（市、旗、区）

乡(场、镇)	村(分场)	检验时间 (年 月)	总人口数	应检人数	平板凝集试验		试管凝集试验		Coomb' s 试验		补体结合试验		发病数	漏检数
					检查数	阳性数	检查数	阳性数	检查数	阳性数	检查数	阳性数		

填表者： 年 月 日

附件 5

布病不同职业人间感染、发病调查统计表

省(自治区)

县(市、旗、区)

乡(场、镇)	村(分场)	牧业			农业			畜产品收购			屠宰			乳肉加工销售			皮毛加工			车夫			兽医			医务			家务			干部			学生儿童			其他			
		检查数	阳性数	发病数	检查数	阳性数	发病数	检查数	阳性数	发病数	检查数	阳性数	发病数	检查数	阳性数	发病数	检查数	阳性数	发病数	检查数	阳性数	发病数	检查数	阳性数	发病数	检查数	阳性数	发病数	检查数	阳性数	发病数	检查数	阳性数	发病数							

填表者： 年 月 日

附件 6

延津县布鲁氏菌病门诊专用登记簿

接诊日期 (年月日)	姓名	性别	出生日期	民族*	职业*	详细地址	联系电话	接触史及 接触方式	临床症状 体征 (体温)	发病日期 (年月日)	检测 结果	诊断	诊断日期 (年月日)	备注

*注：1、民族请填写：汉族，回族，其他；

2、职业包括：养羊农民、牲畜交易、牲畜屠宰、皮毛加工、乳品加工、肉类加工、梳羊绒、民工、兽医、医务人员、家务劳动、干部职工、学生儿童、其他。

附件 7

延津县布鲁氏菌病防治知识宣传单

1、什么是布鲁氏菌病？

布鲁氏菌病（简称布病），是一种人兽共患传染病，可侵害人及多种家畜和野生动物，带菌的羊、牛、猪是人患布病的主要传染源。

2、人通过那些途径感染布病？

人可以通过皮肤粘膜接触、呼吸道、消化道感染布病。饲养放牧、皮毛乳肉加工、屠宰、兽医等都是感染布病的危险职业；进食未经消毒或消毒不彻底的奶和肉、内脏制品也可感染布病。

3、布病的临床表现和预后如何？

人患布病主要表现为发热、多汗、乏力、关节肌肉疼痛、淋巴结肿大、肝脾肿大、睾丸炎等，如误诊误治可转为慢性，反复发作，给病人造成痛苦，严重者丧失劳动能力。家畜患病后可造成流产、不孕、皮毛乳肉质量下降以及牲畜种群质量下降等。

4、怀疑自己得了布病怎么办？

人患布病应做到早发现、早报告、及时正规治疗。布病的临床症状易与风湿、结核等疾病相混淆，因此当出现不明原因的发热、出汗、乏力、关节肌肉疼痛时，且曾接触或食用过病畜肉者，请及时到当地疾病预防控制中心诊治。如不及时治疗，易由急性转为慢性，反复发作，迁延数十年，严重影响健康和劳动能力。

5、怎样预防布病？

加强病畜检疫，屠宰、隔离病畜。不吃不干净或被病菌污染的食物和水，家庭食用畜肉应小块煮熟，生熟分放。减少人与牲畜的接触，加强个人防护。

对可能被病畜污染的家庭环境、物品、病畜粪便进行消毒处理。

家庭成员及其他密切接触者中，发现发烧、多汗、乏力、关节肌肉疼痛等状况者，应及时到当地疾病预防控制中心确诊并治疗。

延津县疾病预防控制中心咨询电话： 0373-7695036

0373-7693010

延津县疾病预防控制中心钩端螺旋体病

暴发流行应急处理预案

一、前言

钩端螺旋体病（钩体病）是由钩端螺旋体属的不同血清型致病性钩端螺旋体（*Leptospira interrogans*）引起的人兽共患疾病。它广泛分布于全世界，我国本病危害严重。钩端螺旋体侵犯人的多种脏器，临床表现复杂。钩体病全年均有发生，但常在夏秋季节、稻田收割季节和洪涝灾害发生时引起流行。人普遍对本病易感，以青壮年发病较多。

五十年代末期我国开始使用钩体灭活菌苗，加强传染源的管理和控制，并不断改善农田水利基本设施，本病发病呈现逐年下降趋势。但是由于本病的宿主动物多，我国又是洪涝灾害发生频繁的国家，因此仍然存在暴发流行的潜在危险。

虽然我市水稻种植面积较过去大幅度减少，且多年来未出现大的洪涝灾害，但是考虑到钩体病暴发常伴随大的洪涝灾害的特点，仍应对该病的暴发流行给予足够重视。因此制定钩体病暴发流行应急预案有着十分重大的意义。

二、目的

在钩体病突发疫情暴发流行时，能够快速、有序、有效地控制和扑灭疫情，确保人民的身体健康和生命安全，保障社会稳定和经济发展。

三、预案启动条件

1周内，同一自然村寨、建筑工地等集体单位发生5例及以上钩端螺旋体病例或者死亡1例及以上。

四、诊断标准

有关钩体病的病例诊断标准和钩体病暴发流行的判定，参照《钩端螺旋体病诊断标准及处理原则》执行。

1、流行病学史

发病前1~30天接触疫水或动物尿或血。

2、早期主要症状和体征

2.1 发热：起病急，可有畏寒。短期内体温可高达39℃左右，常为弛张热。

2.2 肌痛：全身肌痛，特别是腓肠肌痛。

2.3 乏力：全身乏力，特别是腿软明显。

2.4 眼结膜充血：轻者主要在眼球结膜、外眦及上下穹窿部，重者除角膜周围外的全球结膜血管扩大呈网状，无分泌物，不痛，不畏光。

2.5 腓肠肌压痛：双侧腓肠肌压痛，重者拒按。

2.6 淋巴结肿大：主要为表浅淋巴结及股淋巴结，一般为 1~2cm，质偏软，有压痛，无化脓。

以上三症状（即畏寒、酸痛、全身乏力）和三体征（即眼红、腿痛、淋巴结肿大）临床表现有五个类型钩端螺旋体病（流感伤寒型、肺出血及肺弥漫性出血型，黄疸出血型，肾型，脑膜炎型）。

3、实验室诊断

3.1 从血液或脑脊液或尿液分离到钩端螺旋体。

3.2 从血液或脑脊液或尿液检测到钩端螺旋体核酸。

3.3 病人恢复期血清比早期血清抗钩端螺旋体抗体效价 4 倍或 4 倍以上升高

4、病例分类

4.1 疑似病例

具备 3.1 加 3.2.1 和 3.2.2、3.2.3 中任何一条。

4.2 临床诊断病例

疑似病例加 3.2.4 或 3.2.5 或 3.2.6 中任何一条。

4.3 确诊病例

疑似病例加 3.3.1 或 3.3.2 或 3.3.3 中任何一条。

五、控制钩体病暴发流行的对策与措施

（一）切实加强领导，做好组织协调工作

发生钩体病暴发流行时，中心应根据疫情趋势和控制暴发流行的需要，建议市政府成立疫情应急处理工作领导小组。在政府的统一领导下，以卫生行政部门，包括疾病预防控制、卫生监督和其它相关医疗机构参加的疫情应急处理技术小组为骨干力量，协调卫生、财政、农业、水利、宣传、公安及爱卫会等相关部门，按照各自的职责与分工，及时安排落实疫情处理所必须的人员、防治经费和各种预防、治疗及消杀灭药物，开展突发疫情的应急处理工作。

（二）加强疫情报告

当发现有可能出现钩体病暴发流行或重大疫情时，执行职务的医疗保健人员、疾病预防控制人员和监督人员（包括城乡基层防保人员）、个体开业医生等责任疫情报告人员，以最快的通讯方式向当地疾病预防控制中心报告。接到疫情报告的疾病预防控制中心应当以最快的通讯方式向上级疾病预防控制中心和同级卫生局报告，并网络直报；卫生局接到疫情报告后，应立即报告当地人民政府；任何个人、单位均不得瞒报、漏报、缓报。必要时可实施“日报告”、“零报告”。

（三）积极抢救治疗病人

在处理控制钩体病暴发疫情时，应贯彻“三早一就”的原则，即早发现、早报告、早治疗和就地治疗的原则。对已发现的钩体病人或疑似病人，应根据国家《钩端螺旋体病诊断标准及处理原则》中规定的治疗方案，予以全程足量的规范治疗。但对钩体病高热者、首次进入疫区者、孕妇及小儿等，在使用青霉素 G 治疗时，应高度注意赫氏反应的发生。

（四）高危人群的应急预防措施

预防接种是控制钩体病流行的有效措施之一。对进入钩端螺旋体疫源地的易感人群（如支农人员、参加抗洪抢险人员），应在进入疫源地前 15 天进行钩端螺旋体菌苗全程基础免疫；对已经发生钩体病流行的人群，接种菌苗来不及产生保护性抗体或预防接种效果差的，可采用预防性服药的方法控制钩体病的流行。

（五）宿主动物控制措施

1、灭鼠。田野鼠类是稻田型钩体病暴发流行的主要传染源，灭鼠也是消除钩体病自然疫源地的根本措施。灭鼠、防鼠是控制钩体病必不可少的应急措施。

2、加强家畜及外环境的管理。猪是洪水型和雨水型钩体病的主要传染源，应将放养猪改为分圈饲养。发现带菌猪应予淘汰或治疗。预防接种亦是控制牛钩体病的重要措施，在流行区应对所有的牛进行菌苗接种，凡体温高于 39.5℃ 者，应当隔离治疗。在局部地区狗数量较大，带菌率高，活动范围大，对周围环境污染严重，要教育群众，限制养狗，消灭带菌狗。

（六）开展钩体病防病知识的宣传，提高广大群众的防病意识。充分发动群众，加强科学灭鼠，改善饮用水和实行粪便无害化处理，提倡圈猪积肥，插秧前不施新鲜猪厩肥下田，堆肥发酵后再使用等。

六、预案终止条件

疫区在实施控制暴发流行应急处理预案后，新发病例显著减少，月病例数降至与往年同期相近或低于往年同期水平时，可视为暴发流行已得到初步控制，可转入常规防治和监测，并在 1 周内向卫生局报告调查和处理结果，同时抄报上级疾病预防控制中心。

七、暴发流行控制效果的评价

在钩端螺旋体病暴发流行控制期间，可根据流行病学调查和病原学检查的结果，对疫情的发展趋势和防制措施的实施效果进行动态分析。

（一）流行病学分析与评价 根据流行病学资料，尽快查清钩体病疫情的流行病学特征，追踪暴发来源及传播方式，对疫情控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有罹患率、病死率、样本的检测数量、病原分离率、报告及时率和疫情控制时间等。

(二) 疫情调查分析 要及时收集、整理、统计、分析调查资料,内容包括:基本情况(一般背景资料和此次疫情概况);疫情的调查和分析(疫情的发生经过及临床表现,流行病学调查,实验室检测结果,流行因素调查及分析);调查结论;疫情的预防控制措施和评价;传染来源分析;疫情预测;存在问题;下一步防治工作建议等。结案报告要求在疫情宣布终止后,同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构,并进行网络直报。

八、附件

- 1、钩体病个案调查表
- 2、钩体病监测——鼠情调查统计表
- 3、钩体病监测——病原学检测结果统计表

附件 1

钩体病个案调查表

编号：_____

□□□□□□

一、基本情况

1. 患者姓名：_____ (如患者年龄<14 岁，则家长姓名：_____)
2. 性别： 1 男 2 女
3. 年龄：_____岁
4. 民族：1 汉族，2 壮族，3 维吾尔族，4 其他少数民族_____
5. 职业：
(1)幼托儿童(2)散居儿童(3)学生(4)教师(5)保育保姆(6)饮食从业人员
(7)商业服务(8)医务人员(9)工人(10)民工(11)农民(12)牧民
(13)渔(船)民(14)干部职员(15)离退人员(16)家务待业(17)其他

6. 所在单位: _____; 联系电话: _____
7. 家庭住址: _____省(自治区/直辖市)_____县(市区)_____乡(镇/居委会)_____村(街道)

二、发病情况

1. 发病日期: _____年_____月_____日 2. 就诊日期: _____年_____月_____日
3. 发病地点: _____ 4. 住院医院: _____
5. 住院号: _____
6. 住院日期: _____年_____月_____日 7. 出院日期: _____年_____月_____日
8. 入院诊断:
 1 疑似钩体病, 2 钩体病, 3 其他_____
9. 入院诊断日期: _____年_____月_____日
10. 临床分型:
 1 流感伤寒型, 2 肺出血及肺弥漫性出血型, 3 黄疸出血型, 4 脑膜脑炎型, 5 肾型,
 6 胃肠型
11. 出院诊断:
 1 疑似钩体病, 2 钩体病(临床诊断), 3 钩体病(实验室确诊), 4 其他_____
12. 治疗情况:
 抗菌药物名称: _____首次使用时间: _____剂量: _____疗程 _____
 赫氏反应: 有___,无___ 是否用激素治疗: 是___,否___
13. 转归: 1 痊愈, 2 好转, 3 死亡(日期: _____年___月___日)

三、症状和体征

发 热: 有___ 无___,最高体温: _____ 发热持续时间 _____
畏 寒: 有___ 无___, 全身肌痛: 有___ 无___
腓肠肌痛: 有___ 无___, 疲乏无力: 有___ 无___, 眼结膜充血: 有___ 无___
腓肠肌压痛: 有___ 无___, 浅表淋巴结肿大:有___ 无___,呕吐: 有___ 无___
腹痛: 有___ 无___,腹泻: 有___ 无___, 咳嗽: 有___ 无___, 咯血: 有___ 无___
皮肤巩膜黄染:有___ 无___, 鼻衄: 有___ 无___,皮肤出血点: 有___ 无___,
肝 肿 大: 有___ 无___, 脾 肿 大: 有___ 无___,少 尿: 有___ 无___,
血 尿: 有___ 无___, 肾区疼痛: 有___ 无___, 头 痛: 有___ 无___,
颈项强直: 有___ 无___, 抽 搐: 有___ 无___,瘫 痪: 有___ 无___,
克布氏征阳性:有___ 无___, 意识障碍: 嗜睡_____,谵妄_____,昏睡_____,昏迷_____

四、实验室检查

采集标本	检查项目	首次采样时间	首次检查结果	第二次采样时间	第二次检查结果
全血	白细胞计数				
	血培养				

血清	抗体测定				
尿	尿常规				
	尿培养				
脑脊液	脑脊液常规				

五、接触史及有关因素调查

发病前1月内接触可疑疫水:有___,无___, 时间: ___年___月___日,

接触方式: 1.田间劳动 2.抗洪排涝 3. 游泳玩水 4.捕鱼 5.洗涤 6.其它

发病前1月内是否接触鼠类: 1 是, 2 否, 9 不详

如是, 接触方式: 1 挖鼠洞, 2 拿鼠, 3 鼠咬, 4 鼠尿, 5 鼠粪,

6 鼠血污染手 7 手被鼠夹打伤 8 其他_____

发病前1月内是否接触其它动物及其排泄物: 1 是, 2 否, 9 不详

动物种类: 牛 猪 狗 鱼 青蛙 蛇 鸭

钩体病疫苗预防接种史: 1 有, 0 无, 9 不详

如有, 最近一次接种时间: _____年___月___日

接种剂量: ___毫升, 接种次数: ___次, 接种部位: _____

既往是否患过此病: 1 是, 0 否, 9 不详

如是, 诊断单位: _____, 时间: _____年___月___日

六. 治疗情况:

是否用激素治疗: 是___, 否___, 所用抗菌药物: _____

治疗剂量: _____, 治疗天数_____, 治疗开始时间: ___年___月___日

调查单位: _____ 调查者: _____

调查日期: _____年___月___日

附件 2

钩体病监测——鼠情调查统计表

监测点名称：____省____市____县

监测点编号：□□□□□□

捕鼠 时间	有效 布夹 数	捕鼠 数	鼠密度(%)	鼠种构成(数量)						
				黑线姬鼠	褐家鼠	黄胸鼠	小家鼠			

填表时间：____年__月__日

填表人：_____

单位(盖章)：_____

附件 3

钩体病监测——病原学检测结果统计表

监测点名称：____省____市____县

监测点编号：□□□□□□

标本名称	标本数量	检查方法	检测结果		菌群及数量	备注
			阳性数	阳性率(%)		
病人血液						
病人尿液						
黑线姬鼠						
褐家鼠						
黄胸鼠						
小家鼠						
牛						
猪						
犬						
青蛙						

填表时间：____年__月__日

填表人：_____

单位(盖章)：_____

延津县疾病预防控制中心狂犬病应急处置技术方案

狂犬病是由狂犬病毒引起的人畜共患的中枢神经系统急性传染病，病死率几乎为 100%。为预防和控制狂犬病疫情，保障人民群众身体健康和生命安全，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国动物防疫法》、《中华人民共和国进出境动植物检疫法》、《重大动物疫情应急条例》及《河南省人间狂犬病监测方案》等法律法规和有关规定，参考其他地市相关资料，并结合我市实际情况，特制定本预案。

一、目的

确保一旦发生狂犬病暴发流行和重大突发疫情时，及时采取有效措施，迅速控制和扑灭疫情。同时搞好监测防治工作，防止狂犬病疫情发生较大流行，减少危害，保障社会稳定和经济建设的顺利发展。

二、预案启动条件及程序

(一) 应急疫情分级

1、狂犬病疫情的确认

我市狂犬病暴发疫情由市卫生局组织流行病学和临床学组成的专家组确认。首例病例由市卫生局组织相应专家组确认。

2、疫情的分级

依据狂犬病发生的病例数、传播速度、流行范围和趋势，将狂犬病疫情划分为 I、II、III 和 IV 级：

IV 级：周边市、县发生狂犬病疫情

III 级：辖区内发生散发病例；或一只狂犬或疯动物咬伤多人或多只狂犬伤人事件。

II 级：30 日内 2 个相邻乡镇发生较多病例；多点发生狂犬或疯动物伤人事件；特殊情况需要划为 II 级疫情的。

I 级：30 日内 3 个及 3 个以上乡镇发生较多病例；各地区发生较多的狂犬或疯动物伤人事件；短期内发生较大范围的流行；特殊情况需要划为 I 级疫情的。

(二) 相应级别的应急响应程序

1、IV 级响应：周边市、县发生疫情后，县级疾控中心启动 IV 级响应，并向县卫生局和市疾病预防控制中心报告。搞好辖区内的疫情监测，做好应对可能传入的准备。

2、III 级疫情响应

疫情发生后，县级启动 III 级响应，向市卫生局报告。

(1) 疫情报告。

医疗卫生机构发现狂犬病病例或疑似病例时，于 24 小时内，向县级疾控中心报告；县级疾控中心向市疾控中心报告，市疾病预防控制中心接到疫情报告后，经初步核实诊断后，向省疾病预防控制中心和同级卫生行政部门报告。

(2) 县级立即派员赶赴现场，采取必要的防治措施，防止疫情的扩散。同时进行病例个案调查，加强疫情监测，密切注意疫情动态。

(3) 当地医疗机构要严格做好病人的诊治，病人污染物、尸体及其环境的消毒和医务人员的个人防护工作。

3. II 级疫情响应 疫情发生后，县级疾控中心立即向市卫生局、市疾控中心报告。县级疾控中心在 III 级疫情的工作基础上，由上级部门决定处理方法，县

级疾控中心配合工作。市级疾控中心要组织专业技术人员亲赴现场，开展流行病学调查和疫情控制工作，并对县级防控工作人员进行技术指导。

4、I级疫情响应 疫情发生后，县级疾控中心马上向上级报告，市卫生局、省级卫生行政部门及领导小组、技术指导小组要立即启动I级响应。在II级响应的基础上，做好以下工作：

(1)市疾控中心：立即向市卫生局报告疫情，并由市卫生局向市政府报告。立即派员赶赴现场了解疫情发生的时间、地点、发病情况，确定疫情严重程度，分析疫情发展趋势。并向市卫生局汇报，由卫生局组织力量隔离治疗病人，动员本地医疗机构做好收治病人的准备，控制疫情发展。

(2)本市无疫情发生地区要做好疫情监测和收治隔离病人等疫情防治的准备工作。

(3)县级疾控中心和各疫区要积极做好狂犬病相关卫生宣教工作。

5、结束响应 根据疫情控制情况，经专家组提出申请，由做出应急响应的市卫生局或政府临时疫情处理领导小组做出本次应急响应结束的决定。各单位要做好有关总结工作。由于狂犬病为自然疫源性疾病，根除疫源较为困难，因此，本起疫情控制后亦需开展经常性的监测防治工作。

三、应急准备

(一)应急通讯交通保障

一旦发生疫情，应急响应启动，疫情信息应保持畅通，县、市疾控中心和各工作组应有专用联系电话。各疫情处置单位应指派专用车辆在现场工作，医疗机构应有救护车待命。

(二)应急响应相关技术和物资储备

1、技术与储备 各级疾控中心为狂犬病防治的技术指导单位，负责专业技术人员的业务培训，完善狂犬病的监测等防治措施，并负责狂犬病疫情的最终确认。

2、物资储备 各级疾控中心负责储备应急所需的人用狂犬病疫苗和免疫球蛋白。并根据疫情发展及时增加相应物资采购。

(三)应急培训、演习

各级疾控中心应经常进行相关应急知识培训，培训内容包括狂犬病病人的治疗、处理和隔离，暴露后人员的预防性治疗如伤口处理，疫苗接种和抗血清及免疫球蛋白的注射，灭犬及自我防护、各部门的协调及宣传教育，流行病学调查方法。为增强现场处置能力，还应组织相关疫情处置的演练。

(四)宣传教育 在疫区和邻近地区广泛进行防治狂犬病知识的教育，增强群众自我防范意识。通过各种媒体和发放宣传材料等形式向群众宣传有关狂犬病的基本知识和防治措施，克服恐慌情绪，稳定人心。发动群众积极支持并参与防治工作。

四、应急处置

(一)切实加强领导，做好组织协调工作

疫情发生地疾控中心应重视与当地畜牧、农业等狂犬病相关部门之间加强联系，共同协作完成狂犬病防治的工作。一旦发生疫情，应积极开展防控工作，尽快控制疫情。

(二)开展流行病学调查和监测

疫情证实后，尽快判定疫点和疫区范围。做好病例个案调查，还要对伤人动物进行调查(动物伤人、畜的情况，动物发病及存活情况)，同时，对狂犬和疯

动物的分布、数量进行调查。统计辖区内狂犬病发病数、病死数、犬伤人数及人用狂犬病疫苗使用量(人份)。此外,应尽快调查疫点和疫区内的养犬数及分布状况。

1、个案调查:

按狂犬病病例个案调查表进行调查并核实诊断。(调查表见附表1)

2、分布及特点调查:

查明本次流行的分布,包括地区、年龄、性别、职业等吧,以确定疫点、疫区范围和流行特点。

3. 流行因素调查:

详细查清疫区中的自然条件、人群居住条件、流动人口特点,家畜尤其是犬、猫的饲养情况,分析流行的自然和社会因素。

4、宿主调查:

调查犬、猫、猪、牛、羊等家畜和其它野生动物的种类分布情况。

(三)加强疫情报告

狂犬病为乙类法定传染病,疫情必须按《中华人民共和国传染病防治法》规定及时、准确上报并调查处理。疫情需网络直报和电话报告市疾控中心,以便分析疫情态势,尽快采取综合性防治措施,控制疫情。

(四)做好疫情控制工作

按照因地制宜、分类指导、重点地区、重点防治的原则划定各类疫区。

1、疫点、疫区及受威胁区的划分

(1)疫点:狂犬病病人发病后所居留的地点和病动物活动区域划为狂犬病疫点。一般指村、镇或更大范围。

(2)疫区:疫点周围可能受威胁的地区划为狂犬病疫区。疫点边缘向外延伸3公里所在区域。疫区划分时注意考虑当地的饲养环境和天然屏障(如河流、山脉等)。

(3)受威胁区:疫区边缘向外延伸5公里所在区域。

2、疫点、疫区及受威胁区内犬的处理

(1)疫点:疫点应采取“灭、管、免”的综合性防制措施,所有犬、猫,包括伤人的疫源动物必须全部捕杀、深埋,不得转移、外卖、剥皮食用。疫点应在一周内净化,对狂犬病病人或病兽污染的环境进行消毒。停止犬市场。一年内禁止引进外地犬只。并严格限制、管理、免疫特殊用途犬(如警犬)等。

(2)疫区与受威胁区:疫区应采取“管、免、灭”的综合性防治措施,即以管理和免疫犬为主,虽然灭犬作为狂犬病控制的一项重要措施,但疫区主要是消灭无主的流浪犬和没有接受过免疫的有主犬以及发病的狂犬、可疑犬。被疯动物咬伤或与其接触过的没有接种过狂犬病疫苗的家畜和其它动物都应该捕杀。

3、灭犬方法:灭犬可采用枪打、棒击、毒杀、勒死等方法,但要注意安全,防止发生对人和其它动物造成危害,如流弹误伤,食毒死的狗肉而造成中毒等。杀死的动物应焚烧或深埋。

六、控制效果评价控制效果评价控制效果评价控制效果评价

在流行病学调查和疫情处理的基础上,动态分析疫情的发展趋势和防治措施的实施效果,并进行控制效果的评价,总结疫情处理的经验,找出不足,以便今后更好地开展本病防治工作。由于疫情处理涉及灭犬等,老百姓的利益受到一定的损失,应做好群众的思想工作。同时,为了巩固防治成果,犬类管理十分重要,进一步的预防措施要落实,防止疫情的再次发生。卫生和农牧部门要加强人

间和犬间疫情的监测，加强犬伤者预防性治疗重要性的宣传。

- 附件：**
- 1 狂犬病标本采集技术指南
 - 2 狂犬病实验室检测技术指南
 - 3 狂犬病病例个案调查表
 - 4 狂犬病人标本送检登记表
 - 5 河南省狂犬病暴露人群门诊登记表
 - 6 河南省狂犬病门诊暴露人群监测汇总表
 - 7 河南省狂犬病监测点__半年犬类监测表

附件 1

狂犬病标本采集技术指南

1、采集标本者个人安全防护

- (1) 从事标本采集和运送的工作人员均要经过专门培训方可进行此项工作。
- (2) 从事标本采集和运送的工作人员均要进行暴露前免疫。
- (3) 采集标本前要穿戴好防护服装、眼镜、手套，作好技术上的准备。

2、采集标本的包装：要求使用符合生物安全标准的包装盒盛放标本。

3、采集标本的时间、类型和存放

- (1) 在狂犬病病人入院后，尽可能早期采集标本。
- (2) 用于病原学检测的标本：病人唾液等均可用于病毒的检测和分离。
- (3) 用于抗体检测的标本：无菌采集病例或免疫后血液 2~3 ml，分离血清后用于狂犬病特异性抗体的检测。

(4) 标本的存放

a) 用于病毒检测和分离的标本在 -20℃ 或 -20℃ 以下低温 (-70℃)、液氮、或放在含 50% 甘油的 PBS 中以保持标本的感染性，应将标本盛于无菌容器内，放在密封的盒内并注明其危险性以防病毒的扩散。

b) 标本要求无菌采集，-20℃ 保存待检。

4、标本的运送

血清标本应带冰在 24 小时内运送至实验室。

用于病毒检测和分离的标本，应带冰、干冰或液氮条件下尽快运送至实验室。

5、标本的保存

负责标本接收和检测的实验室，接到标本以后若暂时不检测，应立即冷冻保存。血清标本可以再 -20℃ 条件下长期保存；唾液、脑脊液、器官和组织等用于病毒检测和分离的标本可以在 -70℃ 长期保存。

6、标本的检测和结果反馈程序

病例调查及标本 → 县 CDC 实验室：标本处理，病例调查 ↔ 省级 CDC 实验室：检测
↔ 国家 CDC：疑难病例、分离毒株。

附件 2 狂犬病实验室检测技术指南

1、实验室条件及生物安全操作要求

(1) 从事狂犬病临床和实验室的工作人员需要暴露前免疫,所有意外暴露于狂犬病毒时必须立即报告本部门负责人。

(2) 操作所有潜在狂犬病感染的材料均应在 P2 或 P3 (实验室固定毒在 P2,病人或动物分离的街毒在 P3) 生物安全实验室内进行。

(3) 当实验室对接收到的动物标本进行操作时,必须在 P3 以上条件的专业实验室中进行。没有安全实验室 (P3 级) 的单位,严禁从事病毒分离工作。

(4) 实验前要穿戴好防护服装、眼镜、手套,作好技术上的准备。

(5) 高速混悬或离心操作应在密闭状态下进行。

(6) 实验后要作好善后消毒处理,狂犬病毒对脂溶剂 (肥皂水、醚、氯仿、丙酮), 45 ~ 70% 乙醇,碘制剂和四铵化合物敏感,操作完毕对操作台、实验材料等要用相应的消毒剂或高压蒸汽进行消毒处理。

2、实验室检测方法

(1) 抗原检测:

免疫荧光法检测抗原:病人的脑脊髓液或唾液直接涂片、病人的角膜印片或咬伤部位皮肤组织或脑组织印片或冷冻切片,丙酮固定,抗狂犬病毒特异性荧光抗体染色检测狂犬病毒抗原。

(2) 核酸检测:

RT-PCR 方法:以特异性扩增核蛋白 (N) 基因最保守区域为目的基因,设计一对引物: N1 (+): 5'-587TTT GAG ACT GCT CCT TTT G₆₀₅-3'; N2 (-): 5'-1092CC CAT ATA GCA TCC TAC₆₀₅-3。唾液、脑脊液、皮肤或脑组织标本以及感染病毒后的细胞培养物或鼠脑均可用于病毒核酸的检测。基本步骤为:待检标本用细胞总 RNA 分离试剂提取病毒 RNA,再通过逆转录反应合成与目的基因 RNA 序列互补的 cDNA,PCR 循环特异性扩增目的基因 cDNA,电泳检测 PCR 扩增产物,判断检测结果。

(3) 抗体检测

中和抗体检测:狂犬病疫苗免疫后血清中和抗体水平是测定疫苗免疫力程度的评判指标,WHO 狂犬病专家委员会认为中和抗体水平等于或高于 0.5IU/ml 血清,表示能得到有效的保护。狂犬病毒中和抗体的检测可以用传统的小鼠中和试验或 WHO 推荐的快速荧光灶抑制试验 (RFFIT)。RFFIT 试验时倍比稀释已经灭活的血清样品,同时设阴、阳性血清对照。病毒用标准固定毒 CVS 株,细胞用 BHK21 细胞系。首先将稀释的被检及对照血清 0.1ml 加入 96 孔细胞培养板中,再在各血清孔中加入 0.1 ml 标准病毒稀释液 (100TCID₅₀), 37℃中和 1.5 小时;然后每孔加入细胞,37℃、5% CO₂ 培养过夜后弃掉培养液,PBS 洗一次,丙酮固定。干燥后,加荧光素标记的抗狂犬病毒抗体,37℃ 30 分钟,PBS 洗 3 次,荧光显微镜观察结果:比较实验组和阴性血清组的荧光灶,实验组中能使荧光灶抑制 ≥ 50%

的血清最高稀释倍数，即为被检血清的中和抗体滴度。

附件 3

狂犬病病例个案调查表

县（市）名称：_____

病例编号： □□-□□

一、一般情况

- 1.姓名：_____
- 2.年龄：_____岁 □□
- 3.性别：□1 男 □2 女 □
- 4.职业：1 农民 2 工人 3 学生 4 散童
5 干部 6 其它_____ □
- 5.住址：____市____县____乡____村

二、暴露（被伤）及伤口处理情况

- 1.暴露（被伤）日期：____年____月____日
地点____县____乡____村
- 2.暴露方式：1 咬伤 2 抓伤 3 其它_____□
暴露性质：1 单处伤 2 多处伤 □
暴露程度：1 I 度 2 II 度 3 III 度 □
伤势：1 浅痕/未出血 2 浅表伤口/出血
3 深度伤口/出血 □
部位：1 头面 2 颈部 3 躯干 4 手臂 5 手部
6 下肢膝以上 7 下肢膝以下 □

3.伤口处理：

- 1 未处理 2 自行处理 3 医疗机构处理 □
处理日期：____， 距受伤____小时
处理地点：_____
- 处理方式：1 挤压出血 2 冲洗 □□
3 消毒 4 伤口缝合 5 其他_____□□□

三、预防注射

- 1.暴露前免疫史：1 有 0 无 □
免疫时间：_____ 针次：____针
- 2.暴露后抗血清注射：1 是 0 否 □
注射时间：_____ 剂量：____
有无过敏：1 有， 0 无 □

过敏表现：_____

3.人用狂犬疫苗注射：1 是 0 否 □

种类：1 vero 2 地鼠肾 3 进口_____□

厂家：_____ 批号：_____ 失效期：_____

注射地点：_____

注射部位：1 三角肌 2 臀部 3 其它_____□

首针日期：_____ 距受伤_____小时

注射程序：_____ 完成_____针次

如未全程，原因：_____

是否加强注射：1 是， 0 否 □

加强日期：_____ 针次：____针

加强注射程序：_____

4.是否检测抗体：1 是， 0 否 □

检测日期：_____ 检测方法：_____

检测结果：_____

5.疫苗接种副反应：（1 有，0 无） □

①局部反应：于第____针时发生 □
红肿 硬结 淋巴结肿大 □□□
疼痛 瘙痒 麻木 □□□

②全身反应：于第____针时发生 □

发热 畏寒 皮疹 □□□

头痛 头晕 眼花 疲乏 □□□□

恶心 呕吐 食欲不振 □□□

其它：_____□

四、感染至发病期间患者饮食、活动情况

（1 是，有 0 否，无）

大量饮酒史 喝浓茶史 □□

食刺激食物 受凉史 受暑史 □□□

感冒 过劳 接种其它疫苗 □□□

五、临床资料

1.暴露者状态：1 发病 2 死亡 3 存活□

2.发病时间____， 距暴露____天。

死亡时间_____，距发病_____天。

诊断医院_____

3.发病临床症状：（1有0无）

①局部：红肿 疼痛 麻木 痒痒 蚁走 感无异常感觉

②全身：发热 头痛 全身不适 乏力 纳差 恶心 呕吐

流涎 多汗 烦躁

恐水 怕风 畏光

恐惧感 抽搐 吞咽困难

精神失常 幻视 幻听

呼吸困难 瘫痪 失语

4、实验室检测

①血清抗体：1 阳性（结果：_____）2 阴性 检测时间：_____，方法：_____

②内基氏小体：1 阳 2 阴性

6、伤人动物情况

1.动物种类：1 狗 2 猫 3 其它_____

性别：1 雌 2 雄

年龄：1 幼 2 成年 3 老年

2.是否接种兽用狂犬疫苗？

1 是（接种日期_____）0 否

3.管理：1 有主放养 2 拴养 3 无主

伤人前：1 正常 2 发病 3 可疑

伤人时：1 撩惹 2 嘻逗偶然 3 无故突然

4 其它_____

伤人后：1 健康 2 捕杀 3 不详

4 发病死亡（_____天后）

4.动物死后处理（1是，0否）

焚烧 深埋 出售

投入河中 弃于野外

屠宰剥皮 烹食 其它_____

7、如有被同一动物咬伤的人或动物

1.共伤_____人，本例为第_____例次。

*请填写其他人i姓名、地址、伤情、预后等：

①_____

②_____

③_____

2.本例病人如患狂犬病死亡，请对同时受伤的其他暴露者进行流行病学调查。

3.曾伤何种动物，请注明咬伤数及病死数。

①_____

②_____

③_____

八、发病村情况

1.总户数：_____户，总人口数：_____人；

2.发病前养犬_____只，病后捕杀_____只，免疫_____只。有无管理措施：_____

九、调查者意见：

被调查人与患者关系：_____

调查人签名：_____

调查人单位：_____

调查日期：_____年_____月_____日

狂犬病病人个案调查表填写说明

- 1.各日期均填写阳历。
- 2.在所选的答案上打“√”，然后再在其后的“□”内填上选择项所对应的数字，请注意对应关系。
- 3.有、是时在相应“□”内填“1”，无、否时填“0”；如属“不详”或“未查”，请填写“9”；没有资料的项目，相应的“□”保持空白；横线上填写相应的内容。
- 4.“病例编号”填写规定：前两“□”填写年份，后两“□”为当地（县）当年病例顺序编号。
- 5.第七、九两项如空行不够，可另付报告。临床资料应详细查阅病历。

附件 4 狂犬病人标本送检登记表

编号	患者姓名	性别	年龄	职业	住址	临床诊断	发病日期	采样日期	标本种类	检验项目	备注

送检单位：_____ 采样人：_____

送检人：_____ 送检日期：_____年____月____日

附件 5

延津县狂犬病暴露人群门诊登记表

_____县(市、区、旗)_____乡(镇) 填表日期： 年 月 日 填表人签字： 页：

编号	姓名	性别	年龄(岁)	被伤地点	被伤日期	暴露部位及分级	伤口自行处理	门诊伤口处理	抗血清	疫苗种类、批号、厂家	接种日期						伤人动物				伤员转归	
											D0	D3	D7	D14	D28	加强	名称	类别	免疫史	转归		

填表说明: 1 暴露分级分为三类： I 度：被犬舔过无开放性伤口的健康皮肤和粘膜； II 度：裸露的皮肤或粘膜被轻轻咬过，表面划伤，但没有破口； III 度：任何部位的皮肤或粘膜，一处或多处被咬破或抓穿。
 2. 伤人动物种类:可分为疯动物、可疑疯动物、正常动物（家养、无主动物、野生动物）、不知道等

附件 6

延津县狂犬病门诊暴露人群监测汇总表

_____县(市、区)

报告日期： 年 月 日 报表人签字：

月份	暴露例数	性别		年龄段(岁)			伤口部位例数				伤口数目例数		受伤程度例数		致伤动物例数			伤口处理例数		抗血清例数		疫苗种类	厂家	批号	接种不同针次例数										
		男	女	0-15	16-45	≥46	头面	躯干	上肢	下肢	一处	多处	浅表	深层	犬	猫	其它	是	否	是	否				0	3	7	14	28						
1																																			
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
6																																			
7																																			
8																																			
9																																			
10																																			
11																																			
12																																			
合计																																			

附件 7

河南省狂犬病监测点_____半年犬类监测表

_____县市区_____乡镇_____行政村（居委会）

监测统计时间： 年 月 日

村组名称	犬主姓名	养犬数量		拴养	放养	发病情况		伤人情况		病犬结局			免疫情况	
		公 成幼	母 成幼	公 成幼	母 成幼	公 成幼	母 成幼	公 成幼	母 成幼	打 死	深 埋	走 失	公 成幼	母 成幼

注：1.填写上或下半年 2.填写数量

调查人： 填报人： 单位公章

延津县猩红热监测和疫情处置工作方案(试行)

为科学、高效、有序地开展猩红热监测和疫情处置，全面做好我市的猩红热防控工作，特制定本工作方案。

一、工作目的

(一)全面了解和掌握我市猩红热的发病特点和流行特征。

(二)掌握我市猩红热病原学特点，针对临床的病例诊断开展实验室复核检测，以明确目前临床诊断的灵敏度和特异度。

(三)确保猩红热疫情及时、规范和科学处置，防止出现疫情的扩散和蔓延。

二、工作内容和要求

(一)猩红热病例监测和病原学监测

1、病例监测

(1)监测时间

全年开展猩红热病例监测。

(2)监测单位

各区县选择辖区内 2 家猩红热报告病例数较多的医院儿科门、急诊开展猩红热病例监测（详见附表 1）。

(3)监测对象

监测医院诊断为猩红热(疑似/临床诊断/实验室确诊)和“链球菌感染/扁桃体炎/咽峡炎”的病例。

(4)监测内容和信息上报

各监测医院每日分别统计就诊病人中诊断为猩红热(疑似/临床诊断/实验室确诊)和“链球菌感染/扁桃体炎/咽峡炎”的病例数，于每周一中午 12 时以前将前一周统计的病例数汇总后，上报辖区疾病预防控制中心(以下简称 CDC)。各区县 CDC 将汇总数据于每周二中午 12 点以前上报市 CDC。

2、病原学监测

(1)监测时间：每年 5 月-7 月。

(2)监测单位：与开展病例监测的单位一致。

(3)标本采集和运送

由监测医院医护人员负责采集患者咽拭子标本，并完成《延津县猩红热病例监测信息一览表》(附表 2)中的基本信息、主要临床表现、临床检查结果和临床诊断的填写，随同所采集的标本送至辖区 CDC 实验室。

①采样对象：监测医院诊断为猩红热(疑似/临床诊断/实验室确诊)和“链球菌感染/扁桃体炎/咽峡炎”的病例。

②采样量：各监测医院每周采集本院报告的全部猩红热(疑似/临床诊断/实验室确诊)病例咽拭子标本和 10 份诊断为“链球菌感染/扁桃体炎/咽峡炎”的病例标本；若监测医院每周诊断的“链球菌感染/扁桃体炎/咽峡炎”病例不足 10 例，则全部采集。

③采样方法：采集咽拭子标本时应在良好的光线情况下，用带有聚丙烯纤维头的拭子适度用力擦拭双侧咽扁桃体及咽后壁，应避免触及舌部和颊黏膜。将采集的拭子直接接种 5%-10%羊血琼脂平板基线处(即床边接种)或将采集的咽拭子浸入采样肉汤液中，盖紧螺旋帽，直立试管架上。

④标本的运输：采集的咽拭子标本在常温下尽快(2-4 小时内)，最迟当天(12 小时内)送达辖区 CDC 实验室。

(4) 标本检测和菌株上送

各区县 CDC 实验室接到标本后，立即进行乙型溶血性链球菌的分离、培养和鉴定。剩余的咽拭子标本在-20℃条件下保存以备复核。各区县 CDC 于每月 5 号前将上一月分离的阳性菌株送至市 CDC。

(5) 结果录入和信息上报

各区县 CDC 完成检测后，将检测结果录入《延津县猩红热病例监测信息一览表》中，并于每月 5 号前该表上报市 CDC。

(二) 猩红热散发病例报告、调查和处理

全市各级各类医疗机构发现猩红热病例后，严格按照传染病防治法的要求，在《疾病监测信息报告管理系统》中进行报告。各地段保健科应对现住址为本辖区的猩红热病例在报告后 24 小时内进行初次流行病学调查，并填写《猩红热病例个案调查表》(附表 3)。要求病例居家隔离治疗，隔离期为 7 天；做好家

庭内开窗通风和日常消毒。发病期间禁止上学和入托，避免接触其他易感人群，待疾病痊愈后方可复课、复园。

各地段保健科在病例发病三周后进行复访，并完成《猩红热病例个案调查表》中“病例转归与并发症情况”的填写。各地段保健科在完成病例复访后 24 小时内，将该病例的个案调查表信息上报辖区 CDC；区县 CDC 在完成病例复访后一周内，将该病例的个案调查表信息上报市 CDC。

(三) 猩红热聚集性疫情和突发公共卫生事件处置

1、疫情性质分类

(1) 聚集性疫情：一周内，同一学校、幼儿园等集体单位中，发生 5 例及以上具有流行病学关联的猩红热病例。一周内，同一班级、宿舍或办公室内，发生 3 例及以上具有流行病学关联的猩红热病例。

(2) 突发公共卫生事件：一周内，同一学校、幼儿园等集体单位中，发生 10 例及以上猩红热病例。

2、报告程序

(1) 聚集性疫情报告程序

学校和托幼机构发生聚集性疫情时，应立即报告地段保健科和辖区中小学保健所。地段保健科接到聚集性疫情报告后应立即报告所在区县 CDC 并立即派人到现场调查处理。区县 CDC 接到报告后 2 小时内派人到现场调查处理，核实后 2 小时内将初步调查结果电话报告市 CDC，在 12 小时内将流行病学调查报告上报市 CDC。

(2) 突发公共卫生事件报告程序

对于达到突发公共卫生事件级别的疫情，区县 CDC 应在接到报告后应立即派人到现场调查处理。疫情核实后，区县 CDC 立即将初步调查结果电话报告市 CDC 和区县卫生局，并在 2 小时内进行突发公共卫生事件网络直报。市 CDC 接到报告后应立即会同区县 CDC 及地段保健科相关人员到达现场调查处理，并在 2 小时内将结果报告市卫生局，在 12 小时内完成流行病学调查报告。

3、调查处理内容

(1) 了解和掌握学校及托幼机构基本情况：包括学生及教职员工总数、班级数、发病班级或宿舍的分布情况以及环境卫生条件等。

(2) 对每一名病例开展个案流行病学调查，填写《猩红热病例个案调查表》(附件 1)，包括病例的基本情况、临床表现、常规实验室检查结果、流行病学史和密切接触者情况等。

(3) 分析病例的三间分布及病例之间的流行病学关联。明确首发病例的发病时间、病情、所在班级、发病原因的初步印象等。

(4) 疫情发生前一周和发生后集体活动情况，学校周边社区成员的发病情况等。

(5) 收集其他可能影响传播的流行病学因素，如共同就餐、乘坐同一交通工具等。

4、采样检测

采集所有病例和 10%密切接触者的咽拭子标本，填写《延津县疾控系统呼吸道标本送检表》(附表 4)后，送区县 CDC 立即进行乙型溶血性链球菌的分离、培养和鉴定。剩余的咽拭子标本在-20℃条件下保存以备复核。阳性菌株在鉴定后一周内上送市 CDC。

病例或密切接触者的现住址不在疫情报告单位所在区县的，由疫情所在区县 CDC 协助病例或密切接触者现住址区县 CDC 采样。

5、疫情控制措施

(1) 尽早隔离治疗猩红热病人，隔离期为 7 天。急性咽峡炎、急性扁桃体炎患者，也应按猩红热隔离治疗。因传染病隔离治疗的托幼儿童或学生，待疾病痊愈后方可复课、复园。

(2) 对密切接触者医学观察 7 天。注意观察其体温、皮肤及咽部情况，对可疑人员劝其到医院进行检查和治疗。

(3) 托幼机构和中小学校应加强在校师生每日晨午检制度，对发热、咽峡炎和扁桃体炎的学生应劝其尽早就医。托幼机构在医学观察期间不接收新入托儿童，也不转托、转班。疫情期间避免组织开展集体活动。

(4) 开展健康教育，疫情发生单位应注意教室开窗通风，全校注意日常卫生清洁和公用物品擦拭消毒。

6、信息追踪

发生聚集性疫情或突发公共卫生事件的单位应向辖区 CDC 报告本单位每日新增病例数。各区县 CDC 对于新发病例进行个案流行病学调查，及时掌握和评估疫情趋势，并将每日进程报告上报市 CDC。

7、疫情结案和性质判定

疫情发生地连续 7 天无新发病例的方可结案，由疫情调查处理部门负责结案。

附件：1 猩红热病例个案调查表

2 延津县猩红热病例监测信息一览表

3 延津县疾控系统呼吸道标本送检表

附件 1: **猩红热病例个案调查表**

调查区县: _____

病例类型: (1) 疑似病例 (2) 临床诊断 (3) 实验室诊断

病例编码 □□□□

1、一般情况

1.1 姓名: _____ (家长姓名: _____)

1.2 联系电话: _____

1.3 身份证号码: □□□□□□□□□□□□□□□□□□ (若有)

1.4 性别: (1) 男 (2) 女

1.5 年龄(岁): _____

1.6 职业: (1) 幼托儿童 (2) 散居儿童 (3) 学生 (4) 教师 (5) 保育保姆
(6) 干部职员 (7) 家务待业 (8) 其他 _____

1.7 工作/学习单位: _____

1.8 现住址: _____省_____市_____县(区)_____乡(街道)_____村

1.9 户籍: _____省_____市_____县(区)_____乡(街道)_____村

1.10 现患基础疾病 (心脏病、肾病、肺部疾患、风湿热、糖尿病、高血压等)
(1) 有, 病名: _____ (2) 无 (3) 不详

1.11 既往是否患过猩红热: (1) 是, 发病时间: _____年_____月 (2) 否

2、发病与就诊情况

2.1 发病日期: _____年_____月_____日

2.2 就诊经过(发病到调查时的诊治经过)

就诊日期	就诊医院和科室	诊断疾病名称	是否住院

2.3 入院日期: _____年_____月_____日

2.4 所住医院名称: _____

2.5 住院号: □□□□□□□□

2.6 入院诊断 _____

2.7 病例报告日期: _____年_____月_____日

3、主要临床表现(以“√”表示)

临床表现	有	无
发热(记录最高体温)		
咽峡炎		
扁桃体炎		

口腔粘膜充血		
草莓舌		
杨梅舌		
皮疹		
口周苍白圈		
巴氏线		
指压痕阳性		
脱屑		

4、实验室检查结果

4.1 血常规：__年__月__日 白细胞：__ × 10⁹/L;

中性粒细胞__%; 淋巴细胞__%

4.2 A 群链球菌快速检测： (1) 阳性 (2) 阴性 (3) 未做

4.3 A 群链球菌培养结果： (1) 阳性 (2) 阴性 (3) 未做

5、流行病学史

5.1 本病例是否属于聚集性疫情病例： (1) 是 (2) 否 (3) 不详

5.2 发病前是否接触过以下病人：

- (1) 猩红热病人 (2) 扁桃体炎病人 (3) 咽峡炎病人 (4) 中耳炎病人 (5) 丹毒病人
(6) 未接触过以上病人(跳转至第 6 题)

5.3 与上述病人关系：

- (1) 家属 (2) 亲戚 (3) 同学 (4) 同事 (5) 朋友 (6) 病友 (7) 其他

6、密切接触人员情况

接触者 姓名	性 别	年 龄	与患者 关系*	住址/工作或学习单位	联系电话	是否 发病

*与患者关系： (1) 家属 (2) 亲戚 (3) 同学 (4) 同事 (5) 朋友 (6) 病友 (7) 其他

初访调查单位：_____初访调查者：_____

初访调查时间：_____年__月__日

发病三周后复访时询问以下内容：

7、病例转归与并发症情况

7.1 病例转归 (1)痊愈 (2)好转 (3)死亡 (4)其他_____

7.2 是否出现并发症

(1) 否，跳转至结束。

(2) 是

7.3 如果是，出现以下何种并发症（以“√”表示）

并发症	有	无
中耳炎		
乳突炎		
鼻窦炎		
颈部软组织炎/淋巴结炎		
肺炎		
风湿性关节炎		
心肌炎		
心内膜炎		
心包炎		
急性肾小球肾炎		

复访调查单位：_____复访调查者：_____

复访调查时间：_____年__月__日

附表 2:

延津县猩红热病例监测信息一览表

区县_____ 监测医院_____

基本信息								主要临床表现(以“√”表示)										临床检查结果				临床诊断	区县实验室检测结果			
姓名	性别 1. 男 2. 女	年龄 (周岁)	户籍所在地 1. 本地 2. 外地	发病日期	就诊日期	采样日期	是否服用抗生素	发热 (记录最高体温℃)	咽峡炎	扁桃体炎	口腔粘膜充血	草莓舌	杨梅舌	皮疹	口周苍白圈	巴氏线	指压痕阳性	脱屑	白细胞总数	中性粒细胞	抗链“0”	A 群链球菌快检 (1. 阳性 2. 阴性)	1. 猩红热疑似/临床诊断/ 确诊病例 2. 链球菌感染 3. 扁桃体炎 4. 咽峡炎	1. 阳性 (A 群乙链) 2. 阴性		

附件 3:

延津县疾控系统呼吸道标本送检表

送检单位: _____ 区/县

送检日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

标本来源: 疫情 / 监测 / 鉴定 / 其他 (请注明) _____ 检测项目: 流感 / 乙链 / 军团菌 / 其他 (请注明) _____

编号	采样日期	采样地点	姓名	性别	年龄	标本来源					初步检测 或快检结果	采样对象性质 (病例/密接)
						咽拭子	血清	已分离菌株	病毒培养液	其他 (请注明)		

送样人:

收样人:

收样日期: _____ 年

手足口病聚集性和暴发疫情处置工作规范

(2012 版)

本规范适用于各级卫生行政部门、疾病预防控制机构和医疗机构开展未达到突发公共卫生事件标准的手足口病聚集性和暴发疫情处置工作。

第一条 聚集性疫情是指一周内，同一托幼机构或学校等集体单位发生 5 例以上，但不足 10 例手足口病病例；或同一班级（或宿舍）发生 2 例及以上手足口病病例；或同一个自然村/居委会发生 3 例及以上，但不足 5 例手足口病病例；或同一家庭发生 2 例及以上手足口病病例。

第二条 暴发疫情是指一周内，同一托幼机构或学校等集体单位发生 10 例及以上手足口病病例；或同一个自然村/居委会发生 5 例及以上手足口病病例。

第三条 医疗机构、托幼机构和小学等单位发现手足口病聚集性或暴发疫情时，应当在 24 小时内向当地县（区）级疾病预防控制机构报告。

县（区）级疾病预防控制机构接到聚集性或暴发疫情报告，或在主动搜索或进行网络直报信息审核时，发现聚集性或暴发疫情时，应当及时调查核实并做好记录。

经核实确认的暴发疫情，县（区）疾病预防控制机构应当按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》的有关规定，通过突发公共卫生事件管理信息系统进行相关信息的报告。

第四条 发生聚集性疫情，县（区）级疾病预防控制机构应当在 24 小时内开展调查处置。

第五条 发生暴发疫情，县（区）级疾病预防控制机构应当立即对首发病例或指示病例开展流行病学调查，开展病例搜索，时间为自首发病例发病前一周至

调查之日，并填写《手足口病暴发疫情调查主要信息登记表》（见附表），上报至突发公共卫生事件管理信息系统。每起暴发疫情至少采集 5 例病例标本进行病原学检测。

第六条 医疗机构根据患儿病情，要求患儿居家或住院治疗。乡镇卫生院/社区卫生服务中心、村卫生室/社区卫生服务站等负责本辖区居家治疗的手足口病患儿的随访工作，指导居家治疗患儿的家长或监护人密切关注患儿的病情变化，当出现重症病例早期识别指征时（参见《肠道病毒 71 型（EV71）感染重症病例临床救治专家共识（2011 年版）》），应当立即前往重症病例救治定点医院就诊，同时应当尽量避免与其他儿童接触。住院患儿应当在指定区域内接受治疗，防止与其他患儿发生交叉感染。

第七条 出现聚集性和暴发疫情的托幼机构应当加强晨午检和缺课追因等工作，对患儿使用过的玩具、用具、餐具等物品和活动场所的物体表面进行消毒。

第八条 县（区）级疾病预防控制机构对出现聚集性和暴发疫情的托幼机构，应当进行风险评估，提出关班或关园的建议，并出具书面预防控制措施建议书，指导该托幼机构做好儿童家长或监护人的健康教育和居家儿童的健康观察。

第九条 疫情发生地的卫生行政部门应当与当地教育、宣传、广电等部门密切合作，进一步加强舆情监测和风险沟通，医疗卫生机构和有关单位要加强对 5 岁以下儿童家长 and 监护人的健康教育和宣传。

第十条 当地发生多起聚集性疫情或发生暴发疫情时，卫生行政部门应当根据疫情形势，组织相关部门开展评估，达到突发公共卫生事件标准时，应当及时启动相应应急响应机制。

附件：手足口病暴发疫情调查主要信息登记表

手足口病暴发疫情调查主要信息登记表

一、集体单位或社区基本信息

1. 单位或社区名称及地点: _____
2. 集体单位性质① 公立 ②私立 ③其他_____
3. 儿童数____人, 教师____人, 其他人员____人
4. 儿童年龄范围: ____岁至____岁, 其中3岁以下____人, 3-5岁____人,
5-10岁____人, 10岁以上____人
5. 集体单位班级情况: ____个年级____个班
6. 单位或社区联系人: _____ 联系电话: _____

二、调查信息

1. 病例数____个, 发病时间: ____年__月__日至____年__月__日
分布于____个年级____个班, 年龄范围__岁至__岁
病例临床类型: ①普通____例 ②重症____例 ③危重____例 ④死亡____例
病例居家治疗____例, 住院治疗____例
2. 病例采样数____人, 其中咽拭子____份, 粪便或肛拭子____份,
检测为阴性____人, 检测为EV71____人, CoxA16____人, 其他肠道病毒阳性____人
3. 密切接触者采样数____人, 其中咽拭子____份, 粪便或肛拭子____份,
检测为阴性____人, 检测为EV71____人, CoxA16____人, 其他肠道病毒阳性____人
其中儿童采样数____人, 其中咽拭子____份, 粪便或肛拭子____份,
检测为阴性____人, 检测为EV71____人, CoxA16____人, 其他肠道病毒阳性____人
其中成人采样数____人, 其中咽拭子____份, 粪便或肛拭子____份,
检测为阴性____人, 检测为EV71____人, CoxA16____人, 其他肠道病毒阳性____人
4. 环境采样: ____份
样品名称1_____, 检测指标_____, 检测结果_____
样品名称2_____, 检测指标_____, 检测结果_____
样品名称3_____, 检测指标_____, 检测结果_____

三、主要处理措施

1. 关班措施: ____个班级, 每个班级停课____天; 关园措施: 关园____天
2. 疾控中心或指导集体单位采取的其他处理措施包括(可多选):
①病例搜索 ②疫点消毒 ③指导集体单位规范晨午检 ④指导加强因病缺勤登记
⑤ 放健康宣教材料 ⑥指导家长对放假儿童的健康观察 ⑦其他措施_____

调查单位_____ 调查人_____ 调查日期_____

延津县疾病预防控制中心登革热疫情应急处置预案

登革热和登革出血热是由登革 4 个血清型登革病毒引起的急性虫媒传染病。传染源为病人和亚临床型感染者，主要通过埃及伊蚊和白纹伊蚊传播，在临床上，登革热主要以高热、头痛、肌肉和关节痛为主，可伴有皮疹、淋巴腺肿和白血球减少。此类型传播迅速，可引起较大规模的流行，但病死率很低。一般将这种病型称为古典型登革热。而登革出血热是以高热、出血、休克、和高病死率为特征，是较为严重的一种临床类型，伴有休克综合征倾向的称为登革出血热/登革休克综合征，登革热广泛流行于全球热带和亚热带地区，是分布最广，发病最多，危害较大的一种虫媒病毒性疾病。我国广东南部和台湾均有本病流行，我省现未发现原发性登革热病例。但是，根据近年来对该病的监测发现，该病有向我国北方扩散的趋势。因此，对该病的预防控制工作必须给予高度重视。为此，特编制本预案。

1. 总则

1.1 编制目的

为做好登革热防控工作，提高登革热的防治水平和应对能力，及时、有效地采取各项防控措施，做到早发现、早报告、早隔离、早治疗，控制疫情的传播、蔓延，保障广大人民群众的身体健康和生命安全，维护社会稳定和经济发展。

1.2 编制依据

根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《国家突发公共卫生事件应急预案》、《河南省实施〈突发公共卫生事件应急条例〉办法》、《全国登革热监测方案》《河南省登革热疫情应急处理预案》和《河南省疾病预防控制中心业务技术规范》等有关规定，结合我省实际，制定本预案。

1.3 适用范围

本预案适用于我市范围内登革热疫情的应急处理工作。

2. 工作原则

政府领导，部门配合；依法防控，科学应对；预防为主，防治结合；群防群控，分级负责。

3. 疫情分级与判定

3.1 诊断原则

依据患者的流行病学史、临床表现及实验室检查结果综合判断。

3.2 诊断标准

(1) 流行病学史

生活在登革热流行区或发病前 15 天内去过流行区，有蚊虫叮咬史。

(2) 临床表现

(2.1) 突然发病，畏寒、发热（24~36 小时内可达 39~40℃，部分患者表现为双峰热），伴疲乏、恶心、呕吐等症状；

(2.2) 伴有较剧烈的头痛、眼眶痛以及肌肉、关节和骨骼痛；

(2.3) 伴面部、颈部、胸部潮红，结膜出血；

(2.4) 浅表淋巴结肿大；

(2.5) 皮疹：于病程 3~7 天出现为多样性皮疹（麻疹样、猩红热样）、皮下出血点等。皮疹分布于四肢、躯干或头面部，多有痒感，不脱屑。持续 3~5 天；

(2.6) 少数患者可表现为脑炎样脑病症状和体征；

(2.7) 有出血倾向（束臂试验阳性），一般在病程 5~8 天出现牙龈出血、鼻衄、消化道出血、皮下出血、咯血、血尿、阴道出血或胸腹腔出血；

(2.8) 多器官大量出血；

(2.9) 肝肿大；

(2.10) 伴有休克。

(3) 实验室检查

(3.1) 末梢血检查：血小板减少（ $\leq 100 \times 10^9/L$ ）。白细胞总数减少，淋巴细胞和单核细胞分类计数相对增多；

(3.2) 血液浓缩：血细胞容积增加 20% 以上；

(3.3) 血清特异性 IgG 抗体阳性；

(3.4) 血清特异性 IgM 抗体阳性；

(3.5) 恢复期血清特异性 IgG 抗体比急性期有 4 倍及 4 倍以上增长;

(3.6) 从急性期病人血清、脑脊液(发病 5 日内)或尸解脏器(脑、肝等)中分离到登革热病毒或检测到病毒序列或检测到病毒抗原。

(4) 病例分类

(4.1) 登革热疑似病例: 具备(1)、(2.1)、(2.2)以及(2.3~2.7)之一以上者。

(4.2) 登革热临床诊断病例: 疑似病例加(3.1)(登革热流行已确定时)或再加(3.3)(出现散发病例或流行尚未确定时)。

(4.3) 实验室确诊病例:

(4.3.1) 登革热: 临床诊断病例加(3.4)、(3.5)、(3.6)中的任何一项。

(4.3.2) 登革出血热: 登革热实验室确诊病例加(2.8)、(2.9)和(3.2)。

(4.3.3) 登革休克综合征: 登革出血热加(2.10)。

3.3 疫情分级

依据登革热病例发生数、疫情扩散速度、流行范围和趋势,将疫情划分为四个预警等级。

3.3.1 III级预警: 以县为单位,有输入性登革热病例 1 例。

3.3.2 II级预警: 在人口相对集中的地点(例如一个社区、学校、村庄)15 日内发生登革热病例 3 例以上;同一市 2 个以上县发生病例;因输入性病例导致局部地区流行;特殊情况需要定为 II 级的。

3.3.3 I级预警: 短期内发生较大范围的流行;15 日内 2 个以上市发生登革热流行;特殊情况需要定为 I 级的。

3.4 疫情判定

各行政区域内当年首例病例由省疾病预防控制中心进行确诊,其后续病例由县级以上疾病预防控制机构确诊或确认。

4. 疫情报告和管理

4.1 电话报告 各级各类医疗机构、疾病预防控制机构、卫生检疫机构及其执行职务的医务人员发现疑似、临床诊断或确诊病例后,于 24 小时内向所在县级疾病预防控制机构及卫生行政部门报告,并逐级上报。报告内容包括:时间、地点、发病人数、主要症状、波及范围、联系人电话等。

4.2 网络直报 24 小时内进行网络报告；未实行网络直报的责任报告单位应于 24 小时内向同级疾病预防控制机构寄送出传染病报告卡。

5. 预案启动与终止条件

当登革热出现爆发流行时，由卫生行政主管部门组织专家对疫情流行情况进行综合评估，提出启动应急预案的建议，由政府部门确定启动本预案。

5.1 III 级反应

县卫生局成立领导小组，组织疫情控制工作并报告当地政府批准启动 III 级反应；县疾病预防控制中心组织专业技术组进行个案调查及疫区处理，控制疫情的扩散；医院组织力量救治病人；县级卫生行政部门立即向当地政府及上一级卫生行政部门、省疾病预防控制中心报告疫情和疫情处理情况

5.2 II 级反应

市卫生局接到疫区县级卫生行政部门疫情报告后，立即向当地人民政府报告批准启动 II 级反应，组织成立领导小组、专业技术小组，组织实施疫情控制工作；市疾病预防控制中心组织专业技术组和县级专业技术组进行个案调查和疫区处理，控制疫情的蔓延；医院组织力量救治病人；省级卫生行政部门接到疫情报告后，立即组织专业技术组，赶赴疫区进行技术指导，并向上一级卫生行政部门、人民政府政府报告疫情和疫情处理情况。

5.3 I 级反应

发生 I 级疫情时，疫区卫生行政部门和疾控机构在积极应对的同时，要接受国家和省级领导指挥小组的指挥和技术小组的技术指导，在国家和省级领导的指挥下积极开展疫情控制工作。

疫情得到有效控制，末例病例确诊后，15 天内无新发病例出现，由专家组提出结束反应，经卫生行政部门报告政府和应急领导指挥小组决定，本次应急响应结束。同时各级卫生部门要做好总结工作，于 7 日内将书面总结报省卫生行政部门。

6. 防治对策

6.1 切实加强领导、做好组织协调工作

在发生登革热重大疫情时，成立疫情应急处理工作领导小组，在当地政府统一领导下，协调卫生、财政、宣传等相关部门，及时安排落实防治经费和各种预

防、治疗和灭蚊药物，确保各项措施的落实。

卫生行政部门成立疾病预防控制、疫情应急处理技术指导小组，制定爆发疫情控制方案，落实各项预防控制措施。

6.2 迅速开展流行病学调查和监测

发生登革热重大疫情时，及时组织开展流行病学调查，查明传染来源、传播途径、疫情波及范围、爆发流行的性质、强度及主要原因。调查方式采取流行病学个案调查和媒介调查等。

6.3 加强疫情报告

发生疫情时，执行职务的医疗保健和卫生防疫人员，应按照《中华人民共和国传染病防治法》以及《实施办法》的有关规定，以最快的通讯方式向当地疾病预防控制机构报告疫情。接到疫情报告的疾病预防控制机构，以最快的通讯方式报告上级疾病预防控制机构和当地人民政府卫生行政部门，卫生行政部门接到报告后，立即报告当地人民政府，不得瞒报、漏报、缓报。

疫情发生地各级疾病预防控制机构应认真如实填写“登革热暴发疫情报告表”和“登革热流行病学个案调查表”，并及时上报有关部门。

6.4 做好疫情控制工作

(1) 积极抢救治疗病人：对登革热患者和登革出血热/登革休克综合征病例应及时收治住院，并给予积极救治。

(2) 媒介控制：根据不同情况，以乡、村或村民小组为单位，采用拟除虫菊酯类杀虫剂进行人、畜房杀虫剂滞留喷洒或药物浸泡蚊帐。

(3) 开展登革热防治知识的宣传：教育群众改变室外露宿的习惯，合理使用蚊帐，大力开展爱国卫生运动，提高群众自我保护意识。

7. 控制措施

7.1 确定疫点及疫情。

无论城市或乡村，证实登革热发生或流行时，应划定疫点、疫区，为采取处理措施的实施范围划定界线。

7.2 传染源确认与管理。

(1) 人群中各类登革热病例（三种类型）按标准确认，这三种类型病人都按传染源管理。急性病人要求做到早诊断、早报告、早隔离、早就地治疗。隔离室

应有防蚊措施，如纱窗、纱门、蚊帐，并在隔离室周围 100 米范围内定期杀灭伊蚊成蚊和清除伊蚊孳生地。在病人较多的疫区，应就地设置临时隔离治疗点，尽量避免远距离就医，减少传播机会。

(2) 对登革热患者的密切接触者要进行 15 天防蚊医学观察。对疫点、疫区内不明原因发热者做好病家访视，必要时进行隔离治疗或医学观察。对在流行季节来自登革热疫区的人员予以医学观察和检疫。需特别强调，对所有被隔离人员均应配备防蚊设备。

7.3 切断传播途径。

登革热传播途径是通过蚊虫叮咬吸血传播，为防止登革热发生和传播必须进行灭蚊。对疫点、疫区进行室内外的紧急杀灭成蚊，要针对不同蚊种、当地孳生地特点采取相应措施，限期将疫区范围内蚊幼布雷图指数降至 5 以下。埃及伊蚊主要孳生于水缸、水池和各种积水容器内；白纹伊蚊主要孳生于盆、罐、竹节、树洞、废轮胎、花瓶、壁瓶、建筑工地等清水型小积水。要特别做好流行区内医院、学校、机关、建筑工地等范围内的灭蚊工作。

(1) 消灭蚊虫孳生场所：翻盆、倒罐、填堵竹洞、树洞、消除一切形式的小积水。对孳生、繁衍蚊幼虫的户内、外各种水缸、水盆、贮水池等倾倒、洗刷、换水、加盖等。

(2) 药物灭蚊：采用灭虫剂杀灭成蚊，如敌敌畏、溴氰菊酯、马拉硫磷等。针对不同蚊种特点，选择最优时机和方法。灭蚊在白天进行，注意防止食品污染及人、畜中毒，室内喷药前要关好窗，喷完药关门，经 1 小时后再打开门窗。室外环境对伊蚊栖息场所（如竹林、园林、花圃、废旧轮胎贮藏地、沙井、暗渠、污水排放口、桥底、防空洞、建筑工地、废品收购站以及住宅周围场所等）进行大面积喷洒。对于难清除的非饮用水容器积水，可投洒废机油类或缓释杀虫剂。

(3) 交通工具监督、灭蚊：在流行期内对进、出疫区的各类交通工具进行卫生监督，并予以预防性灭蚊。

7.4 保护易感人群。

(1) 健康教育：向群众宣传关于登革热的发生、传播、早期症状、危害及防治等基本知识，确保防蚊、灭蚊的知识和方法家喻户晓，提高群众对登革热的自我防治能力。

(2) 做好个人防护：进入疫区人员使用驱避剂、纱门、纱窗、等防蚊用品，防止蚊媒白天叮咬传染。

(3) 在流行区、流行季节尽量减少群众集会，减少人群流动。要特别注意从登革热非流行区进入流行区人群的防护。

8. 应急保障

8.1 应急通讯交通保障

设立应急办公室，相关工作人员的电话保持 24 小时畅通，设置应急专车和专职司机，随时待命。

8.2 应急相应相关技术和物资储备

(1) 技术与储备：实验室诊断技术，病源监测、灭蚊喷洒，现场流行病学调查，媒介调查等技术。

(2) 物资储备：药品、诊断试剂、杀虫剂、喷雾器等。

(3) 资金储备：各级政府建立突发事件应急资金储备制度，资金储备数额由各级政府决定。

8.3 应急培训、演习

对专业技术人员进行现场疫点处理、实验室诊断、预防控制、媒介控制、流行病学及媒介调查等技术培训和演习。

8.4 宣传教育

根据各地实际，开展卫生健康教育，提高群众的防病意识。利用各种宣传媒体和组织卫生人员到重点疫区开展登革热防治知识宣传，教育群众搞好环境卫生，养成良好的生活习惯；做好个人防护、使用蚊帐、驱避剂、蚊香等减少人-蚊接触机会；出现发热，头痛、皮疹等症状时及时到医院就诊；增强防病意识，预防和减少登革热的暴发流行。

9. 疫情控制效果评价

9.1 流行病学分析与评价 根据流行病学资料，尽快查清登革热疫情的流行病学特征，追踪暴发来源及传播方式，对疫情控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有罹患率、病死率、样本的检测数量、病原分离率、报告及时率和疫情控制时间等。

9.2 消毒效果评价 依据消毒处理正确率、及时率，消毒前后相关指标等，

对消毒效果进行评价。

9.3 疫情调查分析 要及时收集、整理、统计、分析调查资料，内容包括：基本情况（一般背景资料和此次疫情概况）；疫情的调查和分析（疫情的发生经过及临床表现，流行病学调查，实验室检测结果，流行因素调查及分析）；调查结论；疫情的预防控制措施和评价；传染来源分析；疫情预测；存在问题；下一步防治工作建议等。结案报告要求在疫情宣布中止后，同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构，并进行网络直报。

- 附件：**
1. 登革热的诊断标准及判定
 2. 登革热暴发流行病人个案调查表
 3. 登革热标本的采集和运输方法

附件 1 登革热的诊断标准及判定

一、疑似病例：

1.居住于流行地区，或曾去过流行地区有被蚊虫叮咬史，起病急骤、高热、头痛、眼球痛、肌肉与关节疼痛、鼻衄、出疹、淋巴结肿大者。

2.出疹为斑疹，一般在发热 4—5 天热退再起时出现，分布于躯干、面部和四肢，随体温下降皮疹消失。少数病例可有烦躁，抽搐、意识障碍、脑膜刺激等中枢神经症状。

3.高热下降而皮肤出现瘀点、瘀斑、或有注射部位局部出血，胃肠道出血等自发出血、血压下降者。

二、确诊病例

1.居住于流行地区，或曾去过流行地区，5—9 天前有被蚊虫叮咬史。

2.束臂试验阳性，自发性出血。

3.脉搏微弱，出现休克。

4.病毒分离阳性，并鉴定为登革热病毒。

5.血液中特异性 IgM 抗体阳性。

6.恢复期血液 IgG 抗体比急性期高 4 倍以上者。

临床诊断：疑似病例加 1 或 1 与 2 或 1 与 2 与 3。

实验确诊：疑似病例加 4 或 5 或 6。

三、治疗原则及方法

1.治疗原则：对症治疗，发热期卧床休息，蚊帐隔离。高热、食欲不振和呕吐引起脱水，应口服补液，必要时可静脉输液。高热可采用物理降温和使用解热止痛药，醋氨酚，忌用阿斯匹林。重度烦躁不安者可用镇静剂，水合氯醛口服或灌肠。

2.治疗方法

高热使用解热止痛药醋氨酚口服，成人：0.25—0.5g/次，每日 3—4 次。儿童 0.2g/次，每日 3—4 次。重度烦躁不安者可用镇静剂水合氯醛口服(10%溶液)，成人剂量：催眠 5—10ml/次，睡前服；儿童剂量镇静：4—10mg/kg/次，催眠：10—15mg/kg/次睡前服。水合氯醛灌肠(10%溶液)抗惊厥成人量：10—20ml/次；儿童用于镇静剂量：4—10mg/kg/次，抗惊厥量：1ml/岁，极量 10ml/日。严重脱水伴酸中毒者，静脉补液所用的液体量和组成与腹泻中度脱水相同，采用平衡盐液和 5%葡萄糖生理盐水加碳酸氢钠，补液须适量，避免过量引起心力衰竭。

附件 2 登革热暴发流行病人个案调查表

号：_____

一、一般情况调查：

姓名_____性别_____年龄_____职业_____

户籍所在地 _____县（市）_____乡（镇）_____村

住 址 _____县（市）_____乡（镇）_____村

发病地点 _____县（市）_____乡（镇）_____村

发病日期_____年_____月_____日 初诊日期：_____年_____月_____日

初诊医疗单位 _____

临床诊断：①登革热 ②疑似登革热 ③不明发热 ④其他

血检日期_____年_____月_____日

血清学诊断结果：①登革热

其他方法检查结果_____（请注明何种方法）

诊断为登革热的依据：①临床诊断 ②实验室诊断（血清学诊断、脑脊液中 Ig-M 抗体检测等）

本次发病：①第 1 次感染 ②第 2 次感染
并发症：①无 ②有（何种并发症_____）

二、传染源及传播途径调查

1. 发病前 10-30 天内外出史：①无 ②有（____天前到 _____省____市____县）

外出原因：_____，住____天

住地防蚊措施：①无 ②有（蚊帐、纱门、纱窗）

2. 近一月内家中及邻居亲友来访：①无 ②有

（来自____省____市____县），住宿____天

3. 病家防蚊设施：①无 ②有（蚊帐、纱门、纱窗）

患者蚊帐使用情况：①无 ②有

患者露宿情况：①无 ②有

4. 病家成员一个月内发热史：①无 ②有

5. 本次发病的感染分类

①本地人口本地感染 ②本地人口本省外地感染 ③本地人口外省感染

④本省外地人口本地感染 ⑤外省人口本地感染 ⑥外省人口外地感染本地发病

三、本次治疗情况

住院治疗： ①无 ②有

治疗手段：

转归：①痊愈 ②好转 ③死亡

调查单位（包括市、县）_____

调查者：

调查日期： 年 月 日

附件 3 登革热标本的采集和运输方法

一、病毒分离标本的采集与运送

1. 采集 病毒分离成功的关键取决于采集标本的质量，及其保存运输等环节。

(1) 尸检标本：取肝、脾、淋巴结、胸腺等组织 2 厘米×2 厘米大小，置于 10 螺口试管中。每种组织需要 5~10 管。

(2) 疫区白纹伊蚊蚊虫标本：低温运送和保存尽早接种。

2. 标本保存上送

标本采集后应立即冷冻保存，如未能及时接种应置-70℃或以下保存。常用的样品运输液为：pH7.4~7.6 的 Hank's, Eagle's 或水解乳蛋白液。

为防止细菌和真菌生长，在采样液中需加入青、链霉素，终浓度为每毫升 1000 单位青霉素和 100 μ g 的链霉素，(也可用庆大霉素，其终浓度为每毫升 1mg,) 同时加制霉菌素，终浓度为每毫升 4 μ g。

二、血清标本采集与运送

1. 采集

须采集病例的急性期和恢复期血清：

(1) 尽早采集急性期血样，最迟不晚于发病后 7 天。恢复期血样则在发病后 2~4 周采集。

(2) 无菌采集 2ml 血液标本，分离血清，冷冻。

(3) 详细登记有关病例的姓名、性别、年龄等基本信息，发病日期、采样日期等。

(4) 采血时注意做好个人防护。

2. 标本运送保管

(1) 血清标本应带冰在 24 小时内运送至实验室。应分装多管冷冻保存。

(2) 标本至实验室后，病毒分离标本应尽快进行接种分离，48h 内能进行接种的可置于 4℃保存，如未能接种应置-70℃或以下保存。

(3) 血清标本可在 4℃存放一周，长期保存置-20℃或以下。

新型冠状病毒感染疫情防控方案（试行）

近日，世界卫生组织通报英国和沙特阿拉伯各发现 1 例新型冠状病毒感染确诊病例，引起了全球广泛关注。由于国际上对该新型冠状病毒认知有限，尚不能排除新型冠状病毒疫情输入我国的风险。为做好新型冠状病毒感染疫情的防控工作，切实维护人民群众身体健康和生命安全，特制定本方案。

一、目的

早期发现新型冠状病毒感染病例，并及时报告；规范病例救治和管理；防止疫情可能出现的扩散蔓延。

二、适用范围

此方案适用于新型冠状病毒仅在境外或境内出现散发病例，但尚无证据表明病毒已具备持续人传人能力的阶段。本方案将根据疫情形势实时评估并及时更新。

三、防控措施

（一）加强组织领导，高度重视新型冠状病毒感染疫情的防控工作。各级卫生行政部门在本级政府领导下，加强对本地疫情防控工作的指导，组建防控技术专家组，按照“预防为主、防治结合、科学指导、及时救治”的工作原则，组织有关部门制订并完善相关工作和技术方案等，规范开展新型冠状病毒防控工作。在卫生系统内部，卫生行政部门负责疫情控制的总体指导工作，落实防控资金和物资。各级疾控机构负责开展监测的组织、协调、督导和评估，进行监测资料的收集、分析、上报和反馈；开展现场调查、实验室检测和专业技术培训；开展对公众的健康教育与风险沟通。各级各类医疗机构负责病例的发现与报告、诊断、救治和临床管理，开展标本采集工作，并对本机构的医务人员开展培训。

（二）加强新型冠状病毒感染病例的监测。

各级各类医疗机构、各级疾控机构负责开展新型冠状病毒感染病例的发现和报告工作（相关定义见附件 1）。

1. 病例发现。

（1）建立新型冠状病毒感染病例的监测。全国各级各类医疗机构的医务人员在日常的诊疗活动中发现符合新型冠状病毒感染病例定义的患者应及时报告。

（2）加强不明原因肺炎的监测。医务人员在不明原因肺炎监测工作的基础上，着重加强对病例流行病学史的询问，尤其注意了解有无沙特和卡塔尔等疫情发生地的旅行史和类似病例的接触史。对于口岸发现的可疑病例，由口岸所在城市的

市级卫生行政部门指定的定点医疗机构负责病例的诊断、报告和治疗。口岸所在地的市级疾控中心，应口岸检验检疫部门的协助要求，负责对口岸发现病例的标本采集，转运或仅负责标本转运工作。

2. 病例报告。

具备网络直报条件的定点医疗机构应于 2 小时内进行“新型冠状病毒感染病例”网络直报；尚不具备条件的医疗机构，应于 2 小时内以最快的通讯方式（电话、传真）向当地县级疾控机构报告，并于 2 小时内寄送出传染病报告卡，县级疾控机构在接到报告后立即进行网络直报。

3. 流行病学调查。

县级疾控中心接到辖区内医疗机构或医务人员报告新型冠状病毒感染疑似病例后，应按照规定对病人基本情况、临床表现及发病前后的活动情况按照新型冠状病毒感染病例流行病学个案调查表（附件 2）进行调查。

4. 标本采集与检测。

标本采集与检测参照中国疾控中心印发的《新型冠状病毒实验室检测技术指南》（中疾控疾发[2012] 362 号）进行。

（三）病例管理及救治。

各级卫生行政部门指定当地的新型冠状病毒感染病例的定点救治医疗机构，并做好医疗救治所需的人员、药品、设施、设备、防护用品等保障工作。在知情同意的情况下，对病例实行隔离治疗，同时，参与救治的医护人员实施有效防护措施（标准预防+飞沫传播预防+接触传播预防）。疑似病例原则上单人单间。具体参见《新型冠状病毒感染病例诊疗方案（2012 年第 1 版）》和《新型冠状病毒医院感染预防与控制技术指南》（卫发明电[2012]18 号）。监测病例不要求实施隔离医学观察，仅要求辖区县级疾控机构每日询问体温及病情进展至发热、咳嗽等临床表现消失，或从受染地区离开已达 10 天（登记表见附件 3）。若监测病例出现肺炎等表现，则要求病人入院治疗、诊断并采取隔离措施。

（四）密切接触者的追踪和管理。

由县级卫生行政部门协调公安等部门对密切接触者进行追踪和管理。密切接触者均实行居家医学观察（登记表见附件 4），每日至少进行 3 次体温测定，并询问有无急性呼吸道症状的出现及病情进展。自最后一次与病例接触后 10 天内，

一旦出现发热（体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ）、咳嗽，并有肺炎症状和体征等表现的病例，则立即转送至当地的定点医疗机构进行诊断、报告及治疗。疾控机构负责标本采集和实验室检测工作。口岸发现疑似病例的密切接触者由所在地县级疾控中心负责调查、管理等工作。

（五）宣传教育与风险沟通。

积极开展疫情监测，普及疫情防控知识，及时向公众解疑释惑，回应社会关切，做好疫情防控风险沟通工作。要加强学校、托幼机构、养老院、大型工矿企业等重点人群、重点场所，以及大型人群聚集活动的健康教育和风险沟通工作。

（六）加强医疗卫生机构专业人员培训。

对医疗卫生机构专业人员开展新型冠状病毒感染病例的发现与报告、流行病学调查、标本采集、实验室检测、医疗救治、感染防控、风险沟通等内容的培训，提高防控能力。

（七）加强实验室检测及生物安全。

各省级疾控机构做好实验室诊断方法建立和试剂、技术储备，按照实验室生物安全规定开展各项实验室检测工作。

四、督导检查

各级卫生行政部门负责组织本辖区防控工作的督导和检查，发现问题及时处理。

附件：1 新型冠状病毒感染病例及密切接触者定义

2 新型冠状病毒感染病例诊疗方案（2012年第1版）

3 新型冠状病毒医院感染预防与控制技术指南

4 新型冠状病毒感染病例诊断程序

5 新型冠状病毒病例个案调查表

6 新型冠状病毒病例监测病例医学观察登记表

7 新型冠状病毒病例密切接触者医学观察登记表

附件 1

新型冠状病毒感染病例及密切接触者定义

一、病例定义

(一) 监测病例 (同时符合下述条件的患者)。

1. 发热($\geq 38^{\circ}\text{C}$)、咳嗽等急性呼吸道感染表现;
2. 发病前 10 天曾前往或居住于报告有新型冠状病毒感染或可能已经发生传播的地区。

(二) 疑似病例和确诊病例定义参见《新型冠状病毒感染病例诊疗方案 (2012 年第 1 版)》。

二、密切接触者定义

参照世界卫生组织的建议, 目前主要界定如下:

(一) 诊治疑似或确诊病例过程中未采取防护措施的医护人员或曾照料患者的家属, 或其他有类似身体密切接触的人员;

(二) 在疑似或确诊病例出现症状期间, 共同居住或密切接触的人员;

(三) 现场调查人员调查后判断认为符合条件的人员。

附件 2

**新型冠状病毒感染病例诊疗方案
(2012 年第 1 版)****一、前言**

自 2012 年 6 月以来,近 3 个月内在沙特和卡塔尔各出现 1 例严重急性下呼吸道感染病例,表现为类 SARS 样的临床过程。经对呼吸道和肺解剖标本进行泛冠状病毒聚合酶链式反应(PCR)扩增和病毒分离,2 株病毒核酸序列具有 99.5%的同源性,确定 2 例病例的感染病原均为同一种新型冠状病毒。

第一例患者为 60 岁男性沙特阿拉伯人,于 6 月 20 日病死;第二例患者为 49 岁男性卡塔尔人,于 9 月 3 日曾在沙特旅游,回卡塔尔后于 9 月 7 日因发生严重呼吸道感染收住当地重症监护病房,于 9 月 11 日被转运至英国救治,目前仍处于病危状态。

从核酸序列相似性的角度,这一新型致病的冠状病毒与 SARS-CoV 并不相同(我国大陆及香港 SARS 冠状病毒与该新病毒相应区段核苷酸同源性为 70-80%)。在流行病学方面,未发现先证病例相关的第二代病例,未见人间传播的证据,因此,尚无类似 SARS 迅速传播的流行病学特征。另外,疾病的来源、传播途径、潜伏期和感染后疾病的严重程度等均未得到证实,同时也不能完全排除动物源性感染。因此,在诊断上,除了急性呼吸道感染表现外,主要是通过实验室对泛冠状病毒的保守序列进行扩增,必要时进行对扩增产物进行测序,并在临床收集的标本中分离培养病毒等相关病原。与此同时,其他更为快速、敏感、特异的诊断方法和措施仍在积极探索过程中。

由于目前病例数量少,尚无确切的临床规律可循,鉴此,以 SARS 冠状病毒(SARS-CoV)所致严重呼吸道感染(重症肺炎、急性呼吸窘迫综合症)的诊疗方案为主要参考,制定本诊疗方案。

二、病原学

新型冠状病毒的结构、性状、生物学和分子生物学特征随着研究的深入,有待于进一步阐述和鉴别。在蝙蝠的某些种类中发现过 SARS 病毒前体,因此不能排除蝙蝠可能是 SARS 冠状病毒的自然宿主,但对新型冠状病毒尚无任何资料佐证。即使应用了新型冠状病毒全序列比对,发现与新型冠状病毒最接近的蝙蝠冠状病毒 HKU4-1 病毒核酸序列也仅有约 50-60%的相似,因此不能直接推断动物感染源。

三、流行病学

目前已经报告的两例病例没有发现人间传播,传染源不明,因该病以中东国家为首发地区,密切监测来自该地区的输入性病例。

截止 2012 年 9 月 25 日,新型冠状病毒感染地区和可能发生感染传播的地区包括卡塔尔、沙特阿拉伯两个国家。

四、发病机制和病理

新型冠状病毒感染的发病机制可能和 SARS-CoV 感染有相似之处,可以发生急性呼吸窘迫综合症和急性肾功能衰竭等多器官功能衰竭。冠状病毒入侵首先通过表面的 S 蛋白(还有 HE 蛋白)与宿主细胞的表面受体相结合。第一群冠状病毒(HCoV-229E)能特异地与人类氨肽酶 N(aminopeptidase)结合。第二群冠状病毒(如 HCoV-NL63 和 SARS-CoV)与血管紧张素转化酶 2(ACE2)集合,还可同时与 9-O-乙酰神经氨酸分子结合。目前还没发现 OC43 和 HKU1 有类似的受体。SARS 冠状病毒感染后在多种细胞因子和化学趋化因子介导下因一系列级联反应,发生“细胞因子风暴”。从目前两例新型冠状病毒感染病例的发展进程

来看,可能也有类似的级联反应。其详细机制仍有待于在临床实践和基础研究中进一步阐明。

五、临床表现和实验室检查

(一) 临床表现。

1.潜伏期:据 WHO 报道,该病的潜伏期为 10 天左右。

2.临床表现:突然起病,高热,体温可达 39-40℃,可有畏寒、寒战,头痛、全身肌肉关节酸痛、乏力、食欲减退等流感样全身症状。在肺炎基础上,临床病变进展迅速,很快发展为呼吸衰竭、急性呼吸窘迫综合症(ARDS)或多器官功能衰竭(MODS),特别是肾功能衰竭,甚至危及生命。目前尚无法确定有无轻症患者。

(二) 影像学表现。

发生肺炎者影像学检查可见肺内片状影像,合并 ARDS 者片状影像广泛,进展迅速。

(三) 实验室检查。

1.一般实验室检查。

(1)外周血常规:白细胞总数一般不高。

(2)血生化检查:肌酸激酶、天门冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、乳酸脱氢酶、肌酐等可能会升高。

2.病原学相关检查。

主要包括病毒分离、病毒抗原、核酸和抗体检测。病毒分离为实验室检测的“金标准”;病毒核酸检测可以用于早期诊断;抗体检测可以用于回顾性调查,但对病例的早期诊断意义不大。目前全球范围内的检测方法主要是病毒分离和核酸扩增。建议在新冠病毒发病早期,采用多种标本(咽拭子、鼻拭子、鼻咽或气管抽取物、痰或肺组织,以及血液和粪便)检测以提高检出率。

(1)病毒核酸检测:以 RT-PCR(最好采用 real-time RT-PCR)法检测呼吸道标本中的新型冠状病毒核酸。病毒核酸检测的特异性和敏感性最好,且能快速区分病毒类型和亚型,一般能在 4-6 小时内获得结果。

(2)病毒分离培养:从呼吸道标本中分离出新型冠状病毒,但一般呼吸道冠状病毒在细胞中分离培养较为困难,而且需要在指定级别(三级)的生物安全实验室进行。参照 WHO 有关标准流程。

(3)血清学诊断:检测新型冠状病毒特异性 IgM 和 IgG 抗体水平。动态检测的 IgG 抗体水平恢复期比急性期有 4 倍或以上升高有回顾性诊断意义,但目前尚无特异性抗原,这一检测难以在近期内实施微量中和实验。

六、临床诊断

WHO 于 9 月 25 日对这一新型冠状病毒所致感染的病例分别作出了以下诊断标准。

(一) 疑似病例。

患者符合临床表现和流行病学史,但尚无实验室确认依据。

1.临床表现:难以用其他病原感染解释的急性呼吸道感染:体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 、咳嗽;有胸部影像学改变、肾功能改变等。

2.流行病学史:在新型冠状病毒感染病例报告或流行地区有旅游或居住史;发病前 10 天内与疑似或确诊发病患者有密切接触史。

(二) 确诊病例

满足疑似病例标准,且新型冠状病毒病原学检测阳性。

七、鉴别诊断

主要与其他病毒和细菌等所致的肺炎、肾功能损害进行鉴别,也要与特殊的非感染性疾病(风湿免疫病)进行鉴别。

八、治疗

（一）基本原则。

1.根据病情严重程度评估确定治疗场所：疑似和确诊病例应尽早住院治疗；如果病情进展迅速，则应尽早入ICU治疗。同时，实施有效的隔离和防护措施。

2.一般治疗与密切监测。

（1）卧床休息，维持水、电解质平衡，密切监测病情变化。

（2）定期复查血常规、尿常规、血生化及胸部影像。

（3）根据脉氧饱和度的变化，及时给予有效氧疗措施，包括鼻导管、面罩、无创或有创通气等措施。

3.抗病毒治疗：目前尚无有效的抗冠状病毒药物，因为利巴韦林对SARS-CoV无明显疗效，推测对新冠病毒的疗效难以奏效。其他抗病毒药物的疗效尚待探索。

4.抗菌药物治疗：避免盲目或不恰当使用抗菌药物，仅在继发细菌感染时应用。

5.中医中药治疗：依据中医学“外感热病、风温肺热病”的辨证论治规律进行：

（1）外邪闭肺证

主症：发热或恶寒，咳嗽，喘促，痰白等。

治法：祛邪宣肺，止咳平喘。

推荐方剂：射干麻黄汤合银翘散加减。

（2）痰热壅肺证

主症：高热，咳嗽，喘闷，黄痰，腹胀便秘等。

治法：清热化痰，宣肺定喘。

推荐方剂：麻杏石甘汤合宣白承气汤加味。

（3）正伤邪恋证

主症：恢复期低热，咳嗽，乏力倦怠等。

治法：扶正祛邪。

推荐方剂：补中益气汤或青蒿鳖甲汤加减。

（二）重症病例的治疗建议。

对重症和危重症病例，其治疗原则详见卫生部重症流感病例治疗措施，即在对症治疗的基础上，防治并发症，并进行有效的器官功能支持。实施有效的呼吸支持（包括氧疗、无创/有创机械通气）、循环支持和肾脏支持等。

九、出院标准

体温基本正常、临床症状好转，病原学检测连续两次阴性，可出院或转至其他相应科室治疗其他疾病。

附件 3

新型冠状病毒医院感染预防与控制技术指南

为进一步指导医疗机构做好新型冠状病毒医院感染预防与控制工作，降低发生新型冠状病毒医院感染的风险，规范医务人员的行为，特制定本技术指南。

一、基本要求

(一) 医疗机构应当根据新型冠状病毒的流行病学特点，针对传染源、传播途径和易感人群这三个环节，结合实际情况，制定相应的工作制度和 workflows。

(二) 医疗机构应当加强对医务人员的培训，提高医务人员对新型冠状病毒医院感染预防与控制的意识和水平，做到早发现、早诊断、早报告、早隔离、早治疗。

(三) 医疗机构应当加强医院感染监测工作，发现疑似或确诊新型冠状病毒感染患者时，应当按照有关要求，及时规范报告，并做好相应处置工作。

(四) 医疗机构应当重视和加强消毒隔离和防护工作，为医务人员提供合适、必要的防护用品，采取有效措施，确保消毒隔离和个人防护等措施落实到位，保证工作效果。

(五) 严格按照《医疗机构消毒技术规范》，做好医疗器械、污染物品、物体表面、地面等的清洁与消毒；按照《医院空气净化管理规范》，加强诊疗环境的通风，必要时按照要求进行空气消毒。

(六) 医疗机构应当合理安排医务人员的工作，避免过度劳累，并及时对其健康情况进行监测，注意监测医务人员的体温和呼吸系统的症状。

(七) 在诊疗新型冠状病毒感染患者过程中产生的医疗废物，应根据《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》的有关规定进行处置和管理。

二、医院感染预防与控制**(一) 发热门诊（急）诊。**

1. 建筑布局和工作流程应当符合《医院隔离技术规范》等有关要求。

2. 应当配备数量充足、符合要求的消毒用品和防护用品。

3. 医务人员在诊疗工作中应当遵循标准预防原则，严格执行手卫生、消毒、隔离及个人防护等措施。在接触所有患者时应当戴外科口罩，接触疑似或确诊患者时应当戴医用防护口罩。戴口罩前和摘口罩后应当进行洗手或卫生手消毒。

4. 医务人员进入或离开发热门诊（急）诊时，要按照有关要求，正确穿脱防护用品。

(二) 收治疑似或确诊新型冠状病毒感染患者的病区（房）。

1. 建筑布局和工作流程应当符合《医院隔离技术规范》等有关要求。

2. 应当配备数量充足、符合要求的消毒用品和防护用品。

3. 对疑似和确诊患者应当及时采取隔离措施，疑似患者和确诊患者应当分开安置；疑似病例进行单间隔离，经病原学或者血清学确诊的同类患者可以置于多人房间。

4. 根据新型冠状病毒的传播途径，在实施标准预防的基础上，采取飞沫隔离、空气隔离与接触隔离措施。具体措施包括：

(1) 医务人员进入或离开隔离病房时，应当遵循《医院隔离技术规范》的有关要求，并正确穿脱防护用品。

(2) 原则上患者的活动限制在隔离病房内，若确需离开隔离病房或隔离区域时，应当采取相应措施防止造成交叉感染。

(3) 用于疑似患者的听诊器、温度计、血压计等医疗器具实行专人专用。非专人专用的医疗器具在用于其他患者前，应当进行彻底清洁和消毒。

(4) 严格探视制度，不设陪护。若必须探视时，探视者应当严格按照规定做好个人防护。

(三) 医务人员的防护。

1. 医务人员应当按照标准预防的原则，根据其传播途径采取飞沫隔离、空气隔离和接触隔离。

2. 医务人员使用的防护用品应当符合国家有关标准。

3. 每次接触患者前后应当严格遵循《医务人员手卫生规范》要求，及时正确进行手卫生。

4. 一次性的外科口罩、医用防护口罩、防护服或隔离衣等防护用品被患者血液、体液、分泌物等污染时应当及时更换。

5. 医务人员应当根据导致感染的危险性程度采取分级防护，防护措施应适宜。

(1) 标准预防：适用于所有医务人员。

(2) 一级防护：适用于发热门诊（急）诊的医务人员。

1) 严格遵守标准预防的原则。

2) 严格遵守消毒、隔离的各项规章制度。

3) 工作时应当穿工作服、隔离衣，戴工作帽和防护口罩，必要时戴乳胶手套。

4) 严格执行洗手与手消毒制度。

5) 结束工作时进行个人卫生处置，并注意呼吸道与黏膜的防护。

(3) 二级防护：适用于进入疑似和确诊患者留观室、隔离病区（房）的医务人员；接触患者血液、体液、分泌物、排泄物以及患者使用过的物品等的医务人员；转运患者的医务人员和司机。

1) 严格遵守标准预防的原则。

2) 严格遵守消毒、隔离的各项规章制度。

3) 进入留观室和隔离病区（房）的医务人员必须戴防护口罩，穿工作服、防护服或隔离衣、鞋套，戴手套、工作帽。严格按照清洁区、潜在污染区和污染区的划分，正确穿戴和脱摘防护用品，并注意呼吸道、口腔、鼻腔黏膜和眼睛的卫生与防护。

(4) 三级防护：医务人员为确诊患者实施吸痰、气管插管和气管切开等操作时，应当在二级防护的基础上，加戴防护面罩或全面型呼吸防护器。

(四) 加强对患者的管理。

1. 应当对疑似或确诊患者及时进行隔离，并按照指定路线由医务人员指导和引导进入病区。

2. 患者进入病区（房）前应当更换衣服，个人物品及换下的衣服集中消毒处理后，存放于安全的指定地点，由医院统一保管。

3. 病情允许时，患者应当戴口罩；在咳嗽或者打喷嚏时用卫生纸遮掩口鼻，然后将卫生纸丢入医疗废物容器；在接触呼吸道分泌物后应当使用清洁剂洗手或者使用消毒剂消毒双手。

4. 患者出院、转院时必须进行沐浴或适宜的消毒处置，更换干净的衣服后方可离开病房；患者住院期间使用的个人物品经消毒后方可随患者或家属带回。

5. 如患者死亡后，应当及时对尸体进行处理。处理方法为：用浓度为 3000mg/L 的含氯消毒剂或 0.5% 过氧乙酸棉球或纱布填塞死者口、鼻、耳、肛门等所有开放通道；用双层布单包裹尸体，装入双层尸体袋中，由专用车辆直接送至指定地点火化。

附件 4

新型冠状病毒感染病例诊断程序

一、全国首例新型冠状病毒感染病例诊断程序

我国境内发现首例新型冠状病毒感染疑似病例，经所在省（区、市）的省级临床专家组初步判定后，由省级卫生行政部门报告卫生部。

由省级疾控机构对疑似病例标本进行采集，送中国疾病预防控制中心进行核酸检测和病毒分离。

获得病毒检测阳性结果后，卫生部组织国家级诊疗专家组，根据该病例的流行病学史、临床症状和体征、辅助检查结果等，按照卫生部制定的诊疗方案进行诊断。

二、后续新型冠状病毒感染病例的诊断程序

全国首例新型冠状病毒感染病例诊断后，后续发生的病例，由省级疾控机构按照中国疾病预防控制中心制定的实验室检测方案，对病例标本进行 PCR 检测来确定。获得病毒检测阳性结果后，由省级卫生行政部门组织同级诊疗专家组进行诊断，并及时将诊断病例的有关情况和专家组意见报卫生部备案。

卫生部将根据疫情进展情况，对后续病例诊断流程和备案要求进行适时调整。

附件 5 新型冠状病毒病例个案调查表

国标码□□□□□□

病例编码□□□□

1.一般情况:

1.1 姓名: _____

1.2 国籍: _____

1.3 身份证或护照号码: □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

1.4 性别: (1) 男 (女)

1.5 年龄(岁): _____ □□

1.6 职业:

1.6.1 医院工作人员:

(1) 医生 (2) 护士 (3) 护工 (4) 检验 (5) 行政管理人员 (6) 其他 _____

1.6.2 非医院工作者:

(1) 幼托儿童 (2) 散居儿童 (3) 学 生 (4) 教 师 (5) 保育保姆

(6) 餐 饮 业 (7) 商业服务 (8) 工 人 (9) 民 工 (10) 农 民

(11) 牧民 (12) 渔 (船) 民 (13) 干部职员 (14) 离退人员 (15) 家务待业 (16) 其他

1.7 现居住地 (详填): _____ 省 _____ 市 _____ 县 (区) _____ 乡 (街道) _____ 村

1.8 联系电话: _____

1.9 工作单位: _____

1.10 户口所在地 (详填): _____ 省 _____ 市 _____ 县 (区) _____ 乡 (街道) _____ 村

1.11 既往病史:

1.11.1 基础疾病 (糖尿病、高血压、心脏病、肾病等) (1) 有 (2) 无 (3) 不详

1.11.2 既往是否曾患 SARS: (1) 是 (2) 否 (3) 不详

外籍人员补充信息:

1.12 入境时间: _____

1.13 入境口岸: _____

1.14 入境后住地: _____

1.15 入境航班: _____

2.发病与就诊情况:

2.1 发病情况

2.1.1 发病时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日 □□□□□□□□

2.1.2 首发症状 (描述): _____

2.2 发病地点: _____ 省 _____ 市 _____ 县 (区)

2.3 就诊情况 (从发病到入院的就诊经过)

就诊日期	就诊医院和科室	诊断病名	接诊、治疗的医护人员

2.4 入院情况

2.4.1 入院日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 □□□□□□□□

2.4.2 所住医院名称: _____

2.4.3 住院号: □□□□□□□□

2.4.4 入院诊断: (1) 疑似病例 (2) 临床诊断病例 (3) 实验室诊断病例 (4) 其它

2.5 报告时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日

3.临床表现:

- 首发症状 (描述): _____
- 3.1 发热 (1)有 (2)无
- 3.1.1 体温 (最高): _____ °C
- 3.1.2 体温 (入院时): _____ °C
- 3.2 咳嗽 (1)有 (2)无
- 3.2.1 咳痰 (1)有 (2)无
- 3.3 上呼吸道卡他症状 (1)有 (2)无
- 3.4 胸闷 (1)有 (2)无
- 3.5 呼吸困难 (1)有 (2)无
- 3.6 腹泻 (1)有 (2)无

4 临床及实验室检查:

- 4.1 血常规
- 初诊时: 白细胞计数: _____ × 10⁹/L 中性粒细胞: _____ % 淋巴细胞计数: _____ %
- 入院时: 白细胞计数: _____ × 10⁹/L 中性粒细胞: _____ % 淋巴细胞计数: _____ %
- 4.2 胸部 X 线检查:
- 初诊时: 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 结果描述: _____
- 入院时: 日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 结果描述: _____

4.3 病原学检测结果:

标本类型	采样时间	检测项目及结果			
		PCR	RT-PCR	核酸测序	病毒分离
粪便					
咽拭液					
痰					
血液					

注: ①阴性 ②阳性 ③未检测

5.流行病学史调查

调查日期: _____

5.1 发病前十天内逐日活动情况 (填写下表)

日期	活动内容	活动地点	接触人员 (有无接触发热等可疑病人)

注: 每一项活动内容或活动地点单独填写一项

5.2 请详细描述发病前 2 周内特殊活动情况 (如到医院、去外地、聚餐、聚会、外人来访等)。

5.3 发病前 2 周内是否接触过冠状病毒病人或/和疑似冠状病毒感染患者:

(1)有 (2)无

若是，请填写下表

患者姓名	发病时间	临床诊断	与患者关系	最后接触时间	接触方式	接触频率	接触地点

注：1.与患者关系：（1）家庭成员（2）同事（3）社会交往（4）共用交通工具（5）其他

2. 接触方式：（1）与病人同进餐 （2）与病人同处一室 （3）与病人同一病区
（4）与病人共用食具、茶具、毛巾、玩具等 （5）接触病人分泌物、排泄物等
（6）诊治、护理（7）探视病人（8）其他接触

3.接触频率描述：（1）经常 （2）有时 （3）偶尔

4.可能的接触地点：（1）家 （2）工作单位 （3）学校 （4）集体宿舍 （5）医院
（6）室内公共场所 （7）其他

5.4 发病前 2 周内接触动物（罕见动物、禽类）情况： （1）是 （2）否

接触动物情况			接触方式				
时间	地点	动物名称	销售	屠宰	烹饪	吃	其他（注明）

5.5 发病后至隔离治疗前逐日活动情况

日期	活动内容	活动地点	接触人员

5.6 发病后至住院前密切接触者：

5.6.1 家庭、亲友：

接触者姓名	性别	年龄	关系	接触情况	住址（或工作单位）	电话号码

5.6.1 工作单位或主要活动场所联系人：

单位名称	地址及联系电话	主要联系人	接触者名单

6.转归与最终诊断情况（随访或根据医疗报告完成）：

6.1 最后诊断：(1) 疑似冠状病毒感染 (2) 实验室诊断病例
(3) 排除 (其他疾病名_____)

排除依据：

6.2 转归：(1) 痊愈 (2) 死亡 若病例死亡，则填 6.2.1

6.2.1 病例死亡时间：_____年___月___日

7.调查小结：

补充调查（时间、内容等）：

调查单位：_____

调查时间：_____年___月___日

调查者签名：_____

附件 6

新型冠状病毒病例监测病例医学观察登记表

姓名	年龄 (岁)	性别	身份证 或护照 号码	联系 电话	最后 暴露 时间	医学 观察 地点	暴露 类型	医学 观察 开始 日期	医学 观察 解除 日期	健康状况															
										月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
										体 温	症 状	体 温	症 状	体 温	症 状	体 温	症 状	体 温	症 状	体 温	症 状	体 温	症 状	体 温	症 状

报告联系人：

联系电话：

报告日期：

附件 7

新型冠状病毒病例密切接触者医学观察登记表

姓名	性别	年龄	最后暴露时间	暴露类型	医学观察开始日期	医学观察记录																医学观察解除日期			
						月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日					
						体温	症状	体温	症状	体温	症状	体温	症状	体温	症状	体温	症状	体温	症状	体温	症状				

延津县疾病预防控制中心突发事件应急预案

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

注：暴露类型：1.接触疑似病例 2.接触确诊病例

症状：指咳嗽等急性呼吸道症状，和/或肺炎或 ARDS 的临床表现

医学观察实施责任人：_____、_____、_____、_____

发热伴血小板减少综合征预防控制技术方案（试行）

（河南省 2016 年 4 月）

2007 年以来，在我省信阳和南阳等地发现了大量以发热伴白细胞和血小板减少为主要临床特征的病例，暂以“发热伴血小板减少综合征”命名此类疾病。经流行病学调查和临床观察，特别是实验室检测确认，少部分病例发现有无形体感染的血清学和分子生物学证据，诊断为“人粒细胞无形体病”；多数病例血清标本中发现一种新的病毒—新型布尼亚病毒，所致疾病被称为“新型布尼亚病毒病”。

毗邻的安徽、山东、湖北、江苏和浙江等省份亦发现了类似病例。目前的研究结果证实该类症候群的致病病原既有新型布尼亚病毒，又有无形体，也不排除其他病原体感染的可能。

人粒细胞无形体属立克次体目、无形体科、无形体属。该病原经蜱传播，侵染人末梢血中性粒细胞引起无形体病，是一种重要的自然疫源性疾病。新型布尼亚病毒为我国发现的一种全新病毒，属于布尼亚病毒科白蛉病毒属，目前认为是虫媒病毒，其致病机制尚在研究中。

为指导各级疾病预防控制机构开展其病例监测、流行病学调查、实验室检测和预防控制工作，特制定本方案。随着实践经验积累以及对本病认识的深入，将进一步修订完善。

一、病例的报告

各级医疗机构发现符合病例定义的疑似、临床或确诊病例时，暂参照乙类传染病的报告要求于 24 小时内通过国家疾病监测信息报告管理系统进行网络直报。病例的报告疾病类别应选择“其它传染病”中的“发热伴血小板减少综合征”；对于实验室确诊病例，应当在备注栏订正为“人感染新型布尼亚病毒病”或“人粒细胞无形体病”。

符合《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》要求的，按照相应的规定进行报告。

二、流行病学调查

（一）调查目的。一是为控制疫情提供流行病学线索；二是为了解该病流行病学特征积累数据。

(二) 调查对象。一为散发病例，包括疑似病例、临床诊断病例和实验室确诊病例；二为聚集性病例，2周内，在同一自然村，或同一山坡、树林、茶园、景区等地劳动或旅游的人员中，出现2例及以上病例，或在病例的密切接触者中出现类似病例。

(三) 调查内容和方法

1、个案调查。发现病例后，应当及时开展流行病学个案调查。调查内容包括病例的基本情况、家庭及居住环境、暴露史、发病经过、就诊情况、实验室检查、诊断、转归情况等，并采集病例急性期和恢复期血清标本，开展检测。

(1) 基本情况。包括年龄、性别、民族、住址、职业、联系方式等。

(2) 临床资料。通过查阅病历及化验记录、询问经治医生及病例、病例家属等方法，详细了解病例的发病经过、就诊情况、实验室检查结果、诊断、治疗、疾病进展、转归等情况。

(3) 病例家庭及居住环境情况。通过询问及现场调查，了解病例及其家庭成员情况、家庭居住位置、环境、家禽及家畜饲养情况等。

(4) 暴露史及病例发病前活动范围。一是询问病例发病前2周内劳动、旅行或可疑暴露史，了解其是否到过有蜚生长的场所，是否有蜚叮咬史；二是询问病例发病前2周内与类似病例的接触情况，包括接触方式、地点等。

2、聚集性病例的调查。在出现聚集性病例或暴发疫情时，应当注意调查感染来源，并确定病例之间是否有流行病学联系。如怀疑有人传人可能时，应当评估人群感染及人传人的风险。应当组织疾控人员或医务人员，采用查看当地医疗机构门诊日志、住院病历等临床资料、入户调查等方式，开展病例的主动搜索，并对搜索出的疑似病例进行筛查、随访，必要时采集相关样本进行检测。

3、宿主媒介调查。调查病例居住地和生产活动周围生境中的动物种类（包括家畜及啮齿动物）以及媒介的分布情况，采集动物血标本和媒介标本进行相关血清学和病原学检测，以查明可能的动物宿主和传播媒介。

在野外捕蜱的时候可以采用布旗法，用 120cm × 100cm 的白棉（绒）布，窄的一边两端用竹竿固定，将旗子平铺在草地上，拖拉竹竿前进，每步行大约 10m 即可停下检视白布上附着的蜱数，密度单位为只/布旗人工小时。

调查宿主动物体表的蜱时，重点检查动物的耳朵、眼睛周围、口鼻周围、脖子、腋窝、大腿根、尾部等地方。发现蜱时，应用小镊子夹紧假头拔除。

调查野生啮齿类动物体表的蜱时，可在不同的地点如室内、农田、林地等处，每夜布放 200 只鼠笼（室内每房间一个鼠笼，野外每隔 5 米一个鼠笼），每天清晨捡收捕获动物体表的蜱，连续 3 天。

（四）调查要求

1、调查者及调查对象。应当由经过培训的县（区）级疾病预防控制中心专业人员担任调查员。现场调查时，应当尽可能直接对病人进行访视、询问。如病人病情较重，或病人已死亡，或其他原因无法直接调查时，可通过其医生、亲友、同事或其他知情者进行调查、核实或补充。

2、调查时间及调查内容。应当在接到疫情报告后迅速开展流行病学调查，调查内容见附表。调查表应当填写完整，实验室检测结果、病人转归等情况应当及时填补到调查表中，以完善相关信息。

3、调查者的个人防护。在流行病学调查及标本采集过程中，调查者应当采取相应的个人防护措施，尤其应当注意避免被蜱叮咬或直接接触病人的血液、分泌物或排泄物等。

（五）调查资料的分析、总结和利用

1、在疫情调查处理进程中或结束后，应当及时对流行病学资料进行整理、分析，撰写流行病学调查报告，并及时向上级疾病预防控制中心及同级卫生行政部门报告。

2、疫情调查结束后，各级疾病预防控制中心应当按时将发热伴血小板减少综合征流行病学个案调查表及流行病学调查报告上报河南省疾病预防控制中心。

3、疫情调查结束后，各地疾病预防控制机构应当将流行病学调查原始资料、分析结果及调查报告及时整理归档。

三、实验室检测

（一）标本采集、保存、运输

1、急性期抗凝血：应尽可能在病人使用抗生素前采集血标本。用 EDTA 抗凝管或枸橼酸盐抗凝管（禁用肝素抗凝管）采集血液 5ml，充分混匀，4° C 保存，72 小时内进行病原分离，若不能进行病原分离，-20° C 保存，冰排运输。

2、急性期和恢复期非抗凝血：用无菌真空管，在发病 1 周内采集急性期血液标本 5ml，分离血清保存于 -70° C 或液氮，用液氮或干冰运输；于发病 3~4 周后采集恢复期标本 5ml，分离血清保存于 -20° C，冰排运输。

3、包涵体检测血涂片的制备：采集血液标本后，制作厚血片，进行红细胞裂解处理等。

4、蜱的保存和运输：将捕获的蜱放入铺垫有潮湿滤纸或纱布的试管或容器中，用纱布包紧瓶口以防止蜱爬出，常温保存和运输。

5、野生啮齿类动物标本的保存和运输：将动物置于白瓷盘中，先用镊子夹取盘中和动物体表的寄生物，如蜱、螨、蚤等，寄生物按动物只分别置入铺垫有潮湿滤纸或纱布的密闭容器中，并标记相应动物的编号，常温保存和运输；采用无菌方法解剖动物，取其心、肺、脾、肝、肾、脑标本，置入相应编号的无菌冻存管内。用滤纸条收集动物血，放入密封袋中，液氮或 -70° C 保存，液氮或干冰运输。

6、家畜血清标本保存和运输：采集病例周围牛、羊、狗等家畜非抗凝血 5ml，分离血清，-20° C 保存和运输。

7、活检或尸检标本。必要时，可采集病例的活检或尸检标本进行实验室检测。具体方法参照病理实验室相关要求和卫生部《传染病人或疑似传染病人尸体解剖查验规定》。

8、采样后填写《标本送检登记表》，运输安全参照《病原微生物实验室生物安全管理条例》中的有关要求（B 类）进行。

（二）检测方法

目前用于病原学和血清学的检测方法有 RT-PCR、Real-time PCR、ELISA、免疫荧

光、中和试验等，检测单位可按照试剂盒附带的说明书上的操作方法进行检测。

（三）生物安全

生物安全按照《病原微生物实验室生物安全管理条例》等相关规定要求，做好生物安全工作。

1、实验室生物安全。加强实验室生物安全，应当在生物安全Ⅱ级及以上的实验室开展标本的血清学、核酸检测和病毒分离工作。

2、标本采集个人防护。采集病人标本时可进行一般性防护（佩戴口罩、手套和长袖工作服）。野外采集标本时，应穿着颜色明亮的防护服，并将衣袖或裤管口扎紧以防蜱叮咬人体。一旦发现有蜱附着体表，应当用镊子等工具夹取，不要用手直接摘除。野外作业或活动的人员可使用驱避剂喷涂皮肤。

3、在诊疗及标本的采集、包装和实验室检测等过程中所产生的医疗废物，应当按照《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》等相关规定处理。

四、预防控制措施

（一）加强病例管理，降低传播风险。

对于一般病例，按照虫媒传染病进行常规防护。对病人的血液、分泌物、排泄物及其被其污染的环境和物品，可采取高温、高压、含氯消毒剂等方式进行消毒处理。在抢救或护理危重病人时，尤其是病人有咯血、呕血等出血现象时，应对病人及时进行隔离，医务人员及陪护人员应加强个人防护，避免与病人血液直接接触。

（二）做好公众预防的指导和健康教育。

积极、广泛地宣传疾病防治和蜱等媒介昆虫的防制知识，使广大群众掌握最基本的预防常识从而做好自我防护，特别是减少或避免与蜱的接触。

蜱主要栖息在草地、树林等环境中，应尽量避免在此类环境中长时间坐卧。如需进入此类地区，尤其是已发现过病人的地区，应穿着紧口、浅色、光滑的长袖衣服，也可在暴露的皮肤和衣服上喷涂避蚊胺（DEET）等驱避剂进行防护。蜱也可寄生在家畜或宠物的体表，应尽量减少与带蜱的动物接触，避免被蜱叮咬。

蜱常附着在人体的头皮、腰部、腋窝、腹股沟及脚踝下方等部位。如发现蜱附着在身体上，应立即用镊子等工具将蜱除去。因蜱体上或皮肤破损处的液体可能含有传染性病原体，不要直接用手将蜱摘除或用手指将蜱捏碎。

有蜱叮咬史或野外活动史者，一旦出现疑似症状或体征，应及早就医，并告知医生相关暴露史。

（三）开展各级卫生机构专业人员培训。

各地应开展对医务人员和疾控人员的培训工作，提高医务人员发现、识别、诊断、报告和治疗能力，规范诊疗行为；提高疾控人员的流行病学调查和疫情处置能力，控制疫情的蔓延和流行。

（四）提高实验室诊断能力。

发现疑似病例时，应及时采集标本开展实验室检测。各级疾病预防控制中心应逐步建立实验室检测方法，逐步完善相关技术，提高实验室检测能力，进一步明确诊断。

（五）控制媒介与宿主动物

出现暴发疫情时，应积极灭蜱灭鼠。可用敌草隆、溴氰菊酯、辛硫磷等化学药物进行灭蜱；采取围堤堵鼠，化学灭鼠，人工捕杀等综合措施灭鼠，有效降低环境中蜱和鼠的密度，阻断病原体的传播。

附件：发热伴血小板减少综合征个案调查表

附表:

发热伴血小板减少综合征个案调查表

编码

1 一般情况

1.1 姓名: _____

1.2 性别: ①男 ②女

1.3 民族: _____ ①汉②回③其他 _____

1.4 出生日期: _____年____月____日

1.5 职业:

(1) 学生 (2) 教师 (3) 服务业 (4) 保育员/保姆 (5) 餐饮业 (6) 医务人员 (7) 干部职员 (8) 工人 (9) 民工 (10) 农民 (11) 林业 (12) 家务待业
(13) 其他 _____ (99) 不详

1.6 文化程度: (1) 文盲 (2) 小学 (3) 初中 (4) 高中或中专 (5) 大专 (6) 本科及以上士及以上

1.7 工作单位: _____

1.8 现住址: _____省_____市(地、州)_____县(市、区)
_____乡(镇、街道)_____村(居委会)_____组(门牌)

1.9 联系人: _____联系电话: _____与患者关系: _____

2 既往史

2.1 药物过敏史: _____ ①有②无, 如有, 药物名称: _____

2.2 手术史: _____ ①有②无, 如有, 手术时间: _____, 名称: _____

2.3 遗传病史: _____ ①有②无, 如有, 疾病名称: _____时间, _____

2.4 其他: _____ ①有②无, 如有, 疾病名称: _____时间, _____

3 发病及就诊情况

3.1 发病时间: _____年____月____日

3.2 入院前就诊情况

就诊次数	就诊日期	就诊机构	诊断	使用抗生素名称	使用激素名称
第1次					
第2次					
第3次					

3.3 现住医院名称: _____入院时间: _____年____月____日

3.4 住院号: _____

3.5 主诉: _____

3.6 入院诊断: ① _____ ② _____ ③ _____

如已出院：

3.7.1 出院诊断：①_____ ②_____ ③_____

3.7.2 出院时间：____年____月____日

3.8 预后及转归：①痊愈 ②好转③未愈④加重⑤死亡

3.9 病程：____天

4 临床表现

4.1 入院检查：

体温____°C， 脉搏____次/分， 呼吸____次/分，

收缩压____mmHg， 舒张压____mmHg 体重____公斤

4.2 主要症状、体征：

4.2.1 发热____ ①是②否，开始发热日期：____年__月__日，最高：__°C，热程：____天

4.2.2 畏寒____ ①有②无

4.2.3 头痛____ ①有②无

4.2.4 头晕____ ①有②无

4.2.5 乏力____ ①有②无

4.2.6 全身酸痛__①有②无

4.2.7 淋巴结肿大____①有②无，肿大部位：____，直径：____毫米，压痛____①有 ②无，是否活动____①是②否

4.2.8 巩膜黄染__①有②无

4.2.9 眼结膜充血____①有 ②无

4.2.10 皮肤淤点或瘀斑__①有②无，出现部位：_____

4.2.11 牙龈出血__ ①有②无

4.2.12 鼻衄____ ①有②无

4.2.13 有无皮疹__ ①有②无，出现部位：_____

皮疹性质：_____

4.3 呼吸系统症状

4.3.1 咳嗽____ ①有②无

4.3.3 咯血____ ①有②无

4.3.4 咽痛____ ①有②无

4.3.5 流涕____ ①有②无

4.3.6 呼吸困难____ ①有②无

4.3.7 呼吸音粗____ ①有②无

4.3.8 干湿性啰音____ ①有②无

4.4 消化系统症状

4.4.1 食欲减退____ ①轻度②厌食③无

4.4.2 恶心____ ①有②无

4.4.3 呕吐_____ ①有②无

4.4.4 呕血 _____ ①有②无

4.4.5 腹痛 _____ ①有②无

4.4.5.1 腹痛部位_____ ①上腹部②下腹部③其它 _____ ,

4.4.5.2 腹痛性质_____ ①绞痛②灼烧样痛③钝痛④压痛⑤其它

4.4.6 腹胀_____ ①有②无

4.4.7 腹泻_____ ①有, _____ 次/天②无

4.4.8 大便性状_____ ①血便②黑便③水样便④其它

4.4.9 口腔溃疡_____ ①有②无

4.5 运动系统症状

4.5.1 关节疼痛_____ ①有②无, 部位:

4.5.2 肌肉疼痛_____ ①有②无, 部位:

4.6 循环系统症状

4.6.1 口唇发绀_____ ①有②无

4.6.2 面、手、脚末端苍白_____ ①有②无

4.6.3 心慌_____ ①有②无

4.6.4 相对缓脉_____ ①有②无

4.6.5 胸闷_____ ①有②无

4.6.6 胸痛_____ ①有②无

4.7 泌尿系统症状

4.7.1 尿急、尿频_____ ①有②无

4.7.2 肾区疼痛_____ ①有②无

4.7.3 血尿_____ ①有②无

4.7.4 少尿_____ ①有②无

4.8 精神神经症状

4.8.1 表情淡漠 _____ ①有②无

4.8.2 反应迟钝 _____ ①有②无

4.8.3 烦躁_____ ①有②无

4.8.4 抽搐_____ ①有②无

4.8.5 昏迷 _____ ①有②无

脑膜刺激征

4.8.6 颈强直_____ ①有②无

4.8.7 克氏征_____ ①有②无

4.8.8 布氏征 _____ ①有②无

病理反射

4.8.9 肌张力增强_____ ①有②无

4.8.10 巴彬斯基征 _____ ①有②无

4.9 其它： _____

5 临床实验室检查

5.1 血常规

序次	检查日期	白细胞总数	中性粒细胞百分比	淋巴细胞百分比	嗜酸性粒细胞百分比	嗜碱性粒细胞百分比	红细胞计数	血红蛋白	血小板
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

5.2 尿常规 ①+ ②++ ③+++ ④++++ ⑤+- ⑥-

序次	检查日期	尿蛋白	血尿	管型尿	白细胞	尿胆原	酮体	胆红素
1								
2								
3								

5.3 粪常规 ①+ ②++ ③+++ ④++++ ⑤+- ⑥-

序次	检查日期	红细胞	白细胞	潜血
1				
2				
3				

5.4 肝功检查

序次	检查日期	血糖	谷丙转氨酶	谷草转氨酶	碱性磷酸酶	总蛋白	白蛋白	球蛋白	总胆红素	直接胆红素	间接胆红素
1											
2											
3											

5.5 肾功检查

序次	检查日期	尿素氮	尿素	肌酐	尿酸
1					
2					
3					

5.6 电解质

序次	检查日期	钾 (K)	钠 (Na)	氯 (Cl)	钙 (Ca)	镁 (Mg)	磷 (P)	二氧化碳结合力
1								
2								
3								

5.7 心激酶谱

序次	检查日期	乳酸脱氢酶	磷酸肌酸激酶	肌酸激酶同工酶
1				
2				
3				

5.8 B超 ①正常②异常

序次	检查日期	部位	是否正常	检查结果
1				
2				
3				

5.9 心电图 ①正常②异常

序次	检查日期	是否正常	检查结果
1			
2			
3			

5.10 X线 ①正常②异常

序次	检查日期	部位	是否正常	检查结果
1				
2				
3				

5.11 CT ①正常②异常

序次	检查日期	部位	是否正常	检查结果
1				
2				
3				

6 现住院用药情况（抗生素、激素、抗病毒、生白药）

用药名称	剂量	起始日期	终止日期
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

7 流行病学调查

7.1 患者家庭居住地地理环境描述

7.1.1 居住地地貌____ ①丘陵②山区③平原④其他____

7.1.2 居住房屋类型____ ①楼房②平房③瓦房④其他_____

7.1.3 居住环境描述____ ①周围有草地②树林边③河边④水塘边⑤其他_____

7.2 发病前两周是否去过丘陵或山区

如是，具体地点（越细越好）_____ ②否③不记得

7.3 发病前两周户外活动史：

7.3.1 种地____ ①是②否

7.3.2 割草____ ①是②否

7.3.3 打猎____ ①是②否

7.3.4 采茶____ ①是②否

7.3.5 放牧____ ①是②否

7.3.6 采伐____ ①是②否

7.3.6 旅游①是_____ ②否

7.3.7 其它主要活动_____

7.4 发病前两周居住地是否有蜱____ ①有②无③不知道

7.5 发病前两周内是否见过蜱____ ①是②否③不认识

7.6 发病前2周内是否被蜱叮咬过____ ①是②否③不知道

7.6.1 若被叮咬过，时间及次数：①次数____

②首次被咬时间：年 月 日

③末次被咬时间：年 月 日

7.6.2 叮咬部位(可多选)_____ ①脚②腿③腹部④背部⑤颈部⑥其他

7.7 发病前 2 周内有无皮肤破损_____ ①有②无

7.8 发病前是否听说过同村有类似病人（未接触）_____ ①是②否（跳至 7.9）

7.8.1 听说类似病人情况

姓名	性别	年龄	现住址	联系方式

7.9 发病前是否接触过类似病人：①是②否（跳至 7.10）

7.9.1 所接触病人情况

姓名	性别	年龄	现住址	关系	诊断	接触方式	联系方式

注：接触方式(可多选)：①直接接触病人血液②直接接触病人分泌物、排泄物

③救治/护理④同处一室⑤其他（在表中注明）

7.10 家中饲养动物情况：①是（填下表）②否③不知道

饲养动物种类	发病前 2 周内是否与饲养动物接触	动物身上是否有蜱附着

注：动物身上是否有蜱附着：①是②否③不知道

7.11 发病前两周野生动物接触情况：①是（填下表）②否③不知道

动物种类	动物身上是否有蜱附着	备注

7.12 病前两周内家中是否发现过老鼠？①有②无③不知道

8 调查小结：

9 标本编号（编码规则附后）：

9.1 血清标本：

9.1.1 急性期血清编号：_____

9.1.2 恢复期血清编号：_____

9.2 抗凝血标本编号：_____

10 实验室检验结果

10.1 无形体检测结果：

10.1.1 包涵体_____ ①有②无

10.1.2 间接免疫荧光检测 IgG_____ ①阳性，滴度_____ ②阴性

10.1.3 核酸检测结果_____ ①阳性②阴性③疑似④未检测/未收到标本

10.1.4 病原体分离_____ ①阳性②阴性

10.2 新型布尼亚病毒

10.2.1 核酸检测结果_____ ①阳性②阴性③疑似④未检测/未收到标本

10.2.2 病毒分离_____ ①阳性②阴性

10.2.3 血清学检测：

	ELASA		间接免疫荧光法（IFA）	
	IgG	IgM	IgG	IgM
急性期血清				
恢复期血清				

注：请在空格中填写：①阳性②阴性③未检测/未收到标本

10.3 其他_____

调查人员签名：_____

调查时间：_____年____月____日

单位：_____

延津县疾病预防控制中心群体性不明原因疾病应急处置预案

一、前言

群体性不明原因疾病是指在短时间内，某个相对集中的区域内同时或相继出现多名具有共同临床表现的患者，呈现一定的聚集性，且病例不断增加，范围不断扩大，又暂时不能明确诊断的疾病。为有效预防、及时控制和消除群体性不明原因疾病的危害，指导和规范群体性不明原因疾病的应急处置工作，保障公众健康与生命安全，维护国家和社会稳定，制定本预案。

二、目的

为及时发现、有效控制群体性不明原因疾病，规范群体性不明原因疾病发生后的报告、诊治、调查和控制等应急处置技术，指导群体性不明原因疾病事件的应急处置工作，保障人民群众身体健康，维护社会稳定和经济发展。

三、预案启动条件

2周内，一个医疗机构或同一自然村寨、社区、建筑工地、学校等集体单位发生有相同临床症状的不明原因疾病3例及以上，即启动本预案。

四、病例定义

群体性不明原因疾病是指一定时间内（通常是指2周内），在某个相对集中的区域（如同一个医疗机构、自然村、社区、建筑工地、学校等集体单位）内同时或者相继出现3例及以上相同临床表现，经县级及以上医院组织专家会诊，不能诊断或解释病因，有重症病例或死亡病例发生的疾病。

群体性不明原因疾病具有临床表现相似性、发病人群聚集性、流行病学关联性、健康损害严重性的特点。这类疾病可能是传染病（包括新发传染病）、中毒或其他未知因素引起的疾病。

五、应急处置

应急处理工作应遵循边调查、边抢救、边处理、边核实，科学有序、及时有效控制事态发展的原则。

（一）报告

疫情监测报告机构接到不明原因疾病报告后，要详细询问事件发生的情况以及报告人、联系电话等，立即向主管领导报告。初步核实后，要向卫生行政部门和上级疾控机构报告。

（二）初步核实、分析病因

1、核实情况：对事件进一步核实。对所有患者进行个案调查，了解流行病学史、体征和检验结果，追寻共性特征。

2、通过现场疫情调查、环境调查和实验室检测等流行病学调查，初步分析引起群体性不明原因疾病的病因。

3、寻找病因线索

通过对患者的症状、体征、实验室检测结果、临床治疗结果及转归等资料进行分析，为判定疾病主要影响的器官、病原种类、影响流行的环节提供最基本的线索。病因线索的调查先按感染性与非感染性两类查找病因线索，然后逐步细化。

(1) 根据起病方式、发热（热度、热程、热型）、病情进展、常规检验结果，判定是感染性疾病，还是非感染性疾病。

(2) 考虑为感染性疾病时，根据患者的症状、体征，实验室检测结果，以及诊断性治疗反应，进一步判定是细菌性、病毒性，还是其他病原微生物的感染，再判定有无传染性，然后通过临床综合分析提出可疑的病原。

(3) 考虑为非感染性疾病时，需先判定是否为中毒。各类中毒都有相应的靶器官，根据疾病发生经过、毒性特点确定中毒的可能性。同时结合进食、职业史等暴露资料，寻找可能引起中毒的毒物线索。

(4) 排除上述原因后，再考虑心因性、过敏性或其他原因的可能性。

4、病例流行病学调查

5、标本的采集与运送

(1) 感染性疾病患者需采集急性期和恢复期双份血清标本；

(2) 用于病原学分离的血液应按无菌操作要求。分离细菌等病原体的标本应在使用药物治疗前采集；

(3) 中毒性疾病应根据毒物进入体内的时间、可疑毒物的代谢等确定需要采集的标本；

(4) 必要时，可采集当地一定数量正常人群的相关标本作为对照检测。

6、控制措施

无传染性或传染性较弱的群体性不明原因疾病，应急处理的原则为减少发病、减少死亡、避免后遗症。主要应做好以下工作：

(1) 救治危重病人，隔离治疗病人和疑似病人。

(2) 对密切接触者进行医学观察，寻找共同暴露者。

(3) 排查可疑致病源。

(4) 疫点的处理，可能污染物品和环境的消毒。

(5) 启动预警机制，进行公众健康教育。

(6) 做好医护人员的合理防护。

对传染性强、传播速度快、危害严重的不明生物因子引起的烈性传染病，紧急时应严格采取如下应急处置措施：

(1) 应急救援工作人员进入疫区时, 应先喷洒消毒、杀虫剂, 开辟工作人员进入的安全通道, 对工作人员采取保护性预防措施, 立即对疫点和可能污染地区采样、进行现场检测。

(2) 重症病人立即就地抢救, 待情况好转后再转送隔离医院, 其他病人和疑似病人应立即就地隔离治疗或送隔离医院治疗。治疗前必须先采集相关标本, 立即封锁疫点, 进行彻底的消毒、杀虫、灭鼠, 配置必要的隔离防护设施。

(3) 根据初步调查结果, 确定隔离范围, 提出大、小隔离圈及警戒圈的设置意见, 报当地政府应急指挥部批准。

(4) 严格实施消毒, 谨慎处理人、畜尸体。在确保安全前提下, 根据需要采集有关检验标本。

(5) 病人家属和病人的密切接触者应在洗澡更衣后, 送往隔离场所留验、观察, 并采取预防性服药等措施。新设立的隔离场所使用前须进行消毒、杀虫、灭鼠, 配置必要的隔离防护设施。

(6) 疫点周围小隔离圈内可能被污染的物品、场所、环境、动植物等须进行消毒、杀虫、灭鼠等卫生学处理。

(7) 对大、小隔离圈内的人群应进行全面的检诊、检疫, 并酌情给予化学药物预防或采取其他预防措施。如发现病人和密切接触者, 应立即送往隔离医院治疗或隔离场所留检, 观察。全面搜索大隔离圈的患病动物和动物尸体, 所有动物应一律圈养。

(8) 对疫点、小隔离圈及现场临时隔离场所的消毒、杀虫、灭鼠效果进行检测。根据需要捕抓动物, 昆虫标本送检。积极开展卫生防病宣传, 加强食品、饮用水的卫生管理。

(9) 参加突发事件现场应急处理的工作人员应按要求进行防护, 每天工作结束后用水彻底清洗身体, 并接受医学检诊。

7、开展群防群控

群体性不明原因疾病发生时, 发生地的乡镇(街道)以及村民委员会、居民委员会应当组织、发动群众, 团结协作, 群防群控, 协助卫生行政部门和其他有关部门、医疗卫生机构做好疫情信息的收集和报告、人员的分散隔离、公共卫生措施的落实工作, 向居民、村民宣传疾病防治的相关知识。

六、预案终止条件

当发生的不明原因疾病得以控制, 最长潜伏期内没有新发病例时, 由疾病控制机构提出, 卫生行政部门批准, 预案即停止执行, 继续完成实验室检测, 认真总结防控措施效果。

七、疫情控制效果评价

(一) 流行病学分析与评价 根据流行病学资料, 尽快查清群体性不明原因疾病疫情的流行病学特征, 追踪暴发来源及传播方式, 对疫情控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有罹患率、病死率、样本的检测数量、病原分离率、报告及时率和疫情控制时

间等。

(二) 消毒效果评价 依据消毒处理正确率、及时率,消毒前后相关指标等,对消毒效果进行评价。

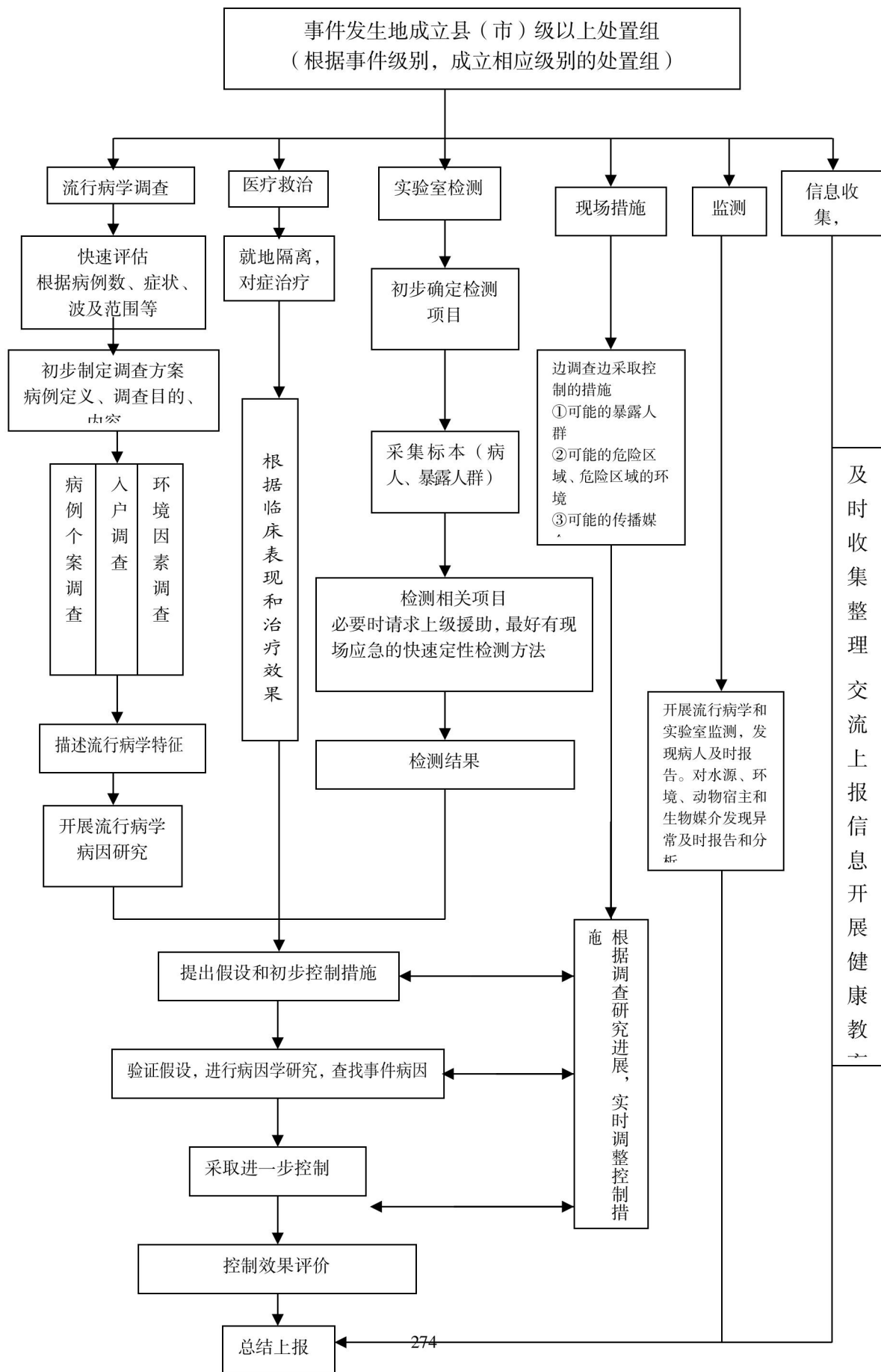
(三) 疫情调查分析 要及时收集、整理、统计、分析调查资料,内容包括:基本情况(一般背景资料和此次疫情概况);疫情的调查和分析(疫情的发生经过及临床表现,流行病学调查,实验室检测结果,流行因素调查及分析);调查结论;疫情的预防控制措施和评价;传染来源分析;疫情预测;存在问题;下一步防治工作建议等。结案报告要求在疫情宣布终止后,同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构,并进行网络直报。

八、附件

- 1、群体性不明原因疾病应急处置技术流程图
- 2、群体性不明原因疾病个案调查表
- 3、群体性不明原因疾病入户调查表
- 4、群体性不明原因疾病发病点调查表
- 5、群体性不明原因疾病样本采集种类一览表
- 6、从临床症状入手寻找病因线索的步骤
- 7、按临床综合征划分的疾病特征
- 8、急性不明原因中毒相关体征的甄别

附件 1

群体性不明原因疾病应急处置技术流程图



附件 2

群体性不明原因疾病个案调查表

1、病例资料				
编号		姓名		
性别		年龄		
户主姓名		职业		
详细地址				
发病地点				
疫苗接种史				
2、临床资料				
症状				
体征				
严重程度				
发病过程				
疾病终止日期		病死日期		
治疗情况				
3、实验室检测				
标本种类	采集时间	检验项目	检验结果	备注
4、暴露情况				
外出史				
可疑病例接触史				
动物及其产品接触史				
其他接触史				
发病后活动情况				
备注				

附件 3

群体性不明原因疾病入户调查表（供参考）

一、基本情况							
编号							
被调查者姓名							
人口数							
家庭结构							
住房面积及卫生状况							
经济收入及主要来源							
家庭支出情况							
二、相关资料							
饮用水情况							
主要食物及特殊食物史							
人员来往情况							
饲养动物情况							
种植农作物情况							
疾病传播媒介或储存宿主暴露情况							
其他异常							
三、家庭成员情况							
姓 名	性别	年龄	文化程度	既往健康状况	是否患者	可疑暴露史	备注

附件 4

群体性不明原因疾病发病点调查表（供参考）

1、概况												
发病地点												
地理状况												
经济状况												
交通情况												
人口流动情况												
卫生状况												
水源及食物												
地方性疾病												
疾病流行日期												
人群免疫情况												
废物处理												
动物情况												
雨水、气候												
2、人口统计												
年龄组（岁）												
男												

女												
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

附件5

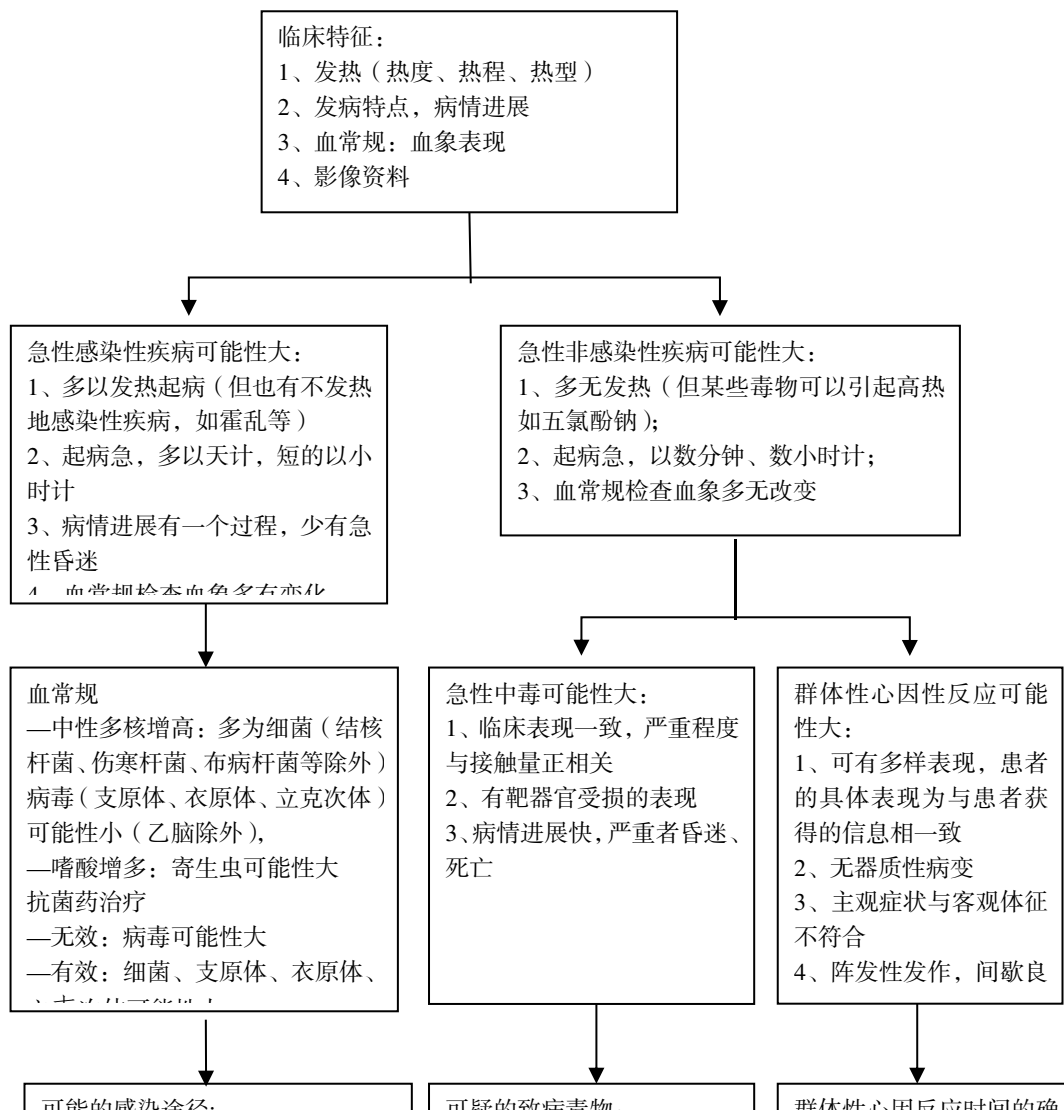
群体性不明原因疾病样本采集种类一览表

疾病分类	标本种类	实验检测
发热伴呼吸道症状	双份血清、全血、痰液、鼻咽拭子、口咽拭子、粪便、下呼吸道样品，死亡病例的气管、支气管、肺、淋巴结等。	抗体、病原、病原核酸
发热伴消化道症状	双份血清、全血、口咽拭子、呕吐物、粪便或肛拭子，死亡病例的肝、胃、肠、脾、胰、淋巴结等。	抗体、病原、病原核酸
发热伴皮疹	双份血清、全血、出血标本、口咽拭子、疱疹液、尿液，死亡病例的肺、肾、肝、脾、胰、脑、皮肤、淋巴结等。	抗体、病原、病原核酸
发热伴神经系统症状	双份血清、全血、口咽拭子、脑脊液、粪便或肛拭子，死亡病例的脑、淋巴结等。	抗体、病原、病原核酸
发热伴肝和/或肾功能损伤	双份血清、全血、口咽拭子、呕吐物、尿液、粪便或肛拭子，死亡病例的肝、胃、肠、肾、脾、胰、淋巴结等。	抗体、病原、病原核酸
发热伴心脏损伤	双份血清、全血、咽拭子、粪便或肛拭子，死亡病例的心、肝、胃、肠、肾、脾、胰、肌肉、淋巴结等。	抗体、病原、病原核酸
发热伴其它症状	双份血清、全血、咽拭子、粪便或肛拭子、	抗体、病原、

	淋巴结穿刺液，死亡病例的心、肝、胃、肠、肾、脾、胰、肌肉、淋巴结等。	病原核酸
食物中毒	血液、尿液、呕吐物、粪便，以及剩余食物、食物原料、餐具、死者的胃、肠内容物等。 尸体解剖：重点采集肝、胃、肠、肾、心等。	病原、毒素、毒物
职业中毒	血液、尿液、呕吐物，以及水、空气、土壤等环境标本。	毒物

附件 6

从临床症状入手寻找病因线索的步骤



附件7

按临床综合征划分的疾病特征

各类综合征及其特征	病原体	参考疾病	
1、无特征性皮疹的发热 突然或逐渐发病,伴有发热、头痛、肌肉和关节痛;偶尔有胃肠道症状;无确切定位,偶尔有多淋巴结肿大;可能再发和复发	病毒	节肢动物传播的病毒热、流行性肌痛	
	细菌	布鲁氏病、钩端螺旋体病、非肺炎性军团病	
	立克次氏体	战壕热	
	寄生虫	旋毛虫病	
	1.2 温暖气候或季节	病毒	登革热、裂谷热、白蛉热
		细菌	回归热
		寄生虫	急性血吸虫病、疟疾
		无	中暑
2、有特征性皮疹的发热	2.1 一般性皮疹(斑疹)	病毒 肠道病毒发热疹、传染性红斑,麻疹, 幼儿急疹, 风疹	

起病伴有发热和全身症状;全身性皮疹(斑疹、丘疹、疱疹、脓疱疹)或皮疹定位在皮肤和/或粘膜的某些部位;假如是出血性的,见综合征3	或紫癜)	细菌	脑膜炎菌血症,鼠咬伤,猩红热,中毒性休克综合征(由金黄色葡萄球菌引起) 伤寒、副伤寒
		立克次氏体	斑疹热群(南欧斑疹热,落矶山斑疹热);斑疹伤寒(地方性、流行性)恙虫病
	2.2 一般性皮疹(疱疹或脓疱疹)	病毒	猴痘,天花,水痘
		立克次氏体	立克次体痘
	2.3 局部性红斑(任何部位)	病毒	肠道病毒泡状胃炎伴有皮疹,疱疹病毒齿龈炎,痘病毒局部皮肤感染
		细菌	皮肤炭疽,慢性游走性红斑(由burgdorferi螺旋体引起)
寄生虫		麦地那虫病	
3、发热伴出血起病伴有发热和全身症状;3-5天后的第二阶段伴有皮肤出血(瘀斑、瘀点、穿刺有分泌物),内出血(阴道出血、呕血,柏油样便,血尿),偶尔有黄疸,有或无末梢休克综合征	3.1 蚊虫传播	病毒	登革热,黄热病,西尼罗河病毒,基孔肯亚出血热
		寄生虫	恶性疟疾
	3.2 蜱传播	病毒	克里米亚-刚果出血热,基萨那森林热,鄂木斯克出血热
	3.3 啮齿动物传播	病毒	肾综合征出血热,阿根廷玻利维亚出血热,拉沙热
	3.4 病媒不明	病毒	埃博拉及马尔堡病毒病
4、发热伴淋巴结肿大起病伴有发热和全身症状;化脓性或非化脓性,局部或全身性腺体肿大	4.1 全身性淋巴结肿大	病毒	获得性免疫缺陷综合征
		寄生虫	丝虫病,内脏利什曼病,弓形虫病
		立克次体	巴尔通体病
	4.2 局部性淋巴结肿大	病毒	r-疱疹病毒性单核细胞增多症
		细菌	腺鼠疫,土拉伦斯菌病
	寄生虫	非洲虫病,美洲虫病	
5、发热伴神经系统	5.1 瘫痪	病毒	肠道病毒性脑脊髓炎,脊髓灰质炎

表现 偶尔发病，伴有发热和全身症状，脑膜炎体征，脑炎，麻痹	5.2脑膜炎	病毒	淋巴细胞性脉络丛脑膜炎，病毒性脑膜炎，腮腺炎，
		细菌	流行性脑脊髓膜炎，嗜血杆菌脑膜炎
		寄生虫	血管圆线虫病
	5.3脑炎	病毒	节肢动物传播的病毒性脑炎，其它脑炎，狂犬病
		细菌	李斯特菌病
		真菌	新型隐球菌病
	5.4有各种致病因子引起的脑膜脑炎		
6、发热伴呼吸道症状 疲劳、咳嗽、胸痛、呼吸困难；脓痰或血痰	6.1上呼吸道（喉、气管、支气管）	病毒	急性病毒性咽炎，急性病毒性鼻炎，肠道病毒性淋巴结咽炎，肠道病毒性水泡状咽炎，喉气管支气管炎
		细菌	白喉、百日咳，链球菌性咽炎
		病毒或细菌	支气管炎
	6.2下呼吸道（细支气管，肺泡）	病毒	流感，病毒性肺炎，Q热（立克次体），SARS，人禽流感
		细菌	肺炭疽，细支气管炎，军团菌病，类鼻疽，饲鸟病，肺鼠疫，细菌性肺炎，霉浆菌属引起的肺炎，肺结核病
		真菌	球孢子菌病，组织胞浆病
		支原体，衣原体，真菌或寄生虫等引起的肺炎	
7、发热伴胃肠道症状 伴有神经系统的体征和症状（见综合征5）或伴有皮疹（见综合征2）（注：食物中毒可能无发热）	7.1腹泻	病毒	急性病毒性胃肠炎（轮状病毒、Norwalk病毒、星状病毒、杯状病毒等）
		细菌	霍乱弧菌性肠炎、沙门氏菌病，小肠弯曲菌肠炎，耶尔森氏菌小肠结肠炎，致泻性大肠杆菌肠炎
		寄生虫	寄生虫引起的腹泻
	7.2痢疾	细菌	肠炭疽（罕见），志贺氏菌痢疾
		寄生虫	阿米巴痢疾
	7.3其它	寄生虫	异尖线虫病
		病毒	甲型病毒性肝炎，乙型病毒性肝炎，

8、发热伴黄疸 初期伴有全身性症状（见综合征1），但也可能没有黄疸；若是出血性的，见综合征3		丙、戊型病毒性肝炎，未分型病毒性肝炎
9、非发热性疾病 有以上综合征的一些体征和症状，但不发热	9.1皮疹	皮肤性利曼病，孢子丝菌病，游泳者皮炎，游泳池相关皮炎，雅司病
	9.2神经系统疾病	格林-巴利综合症，Reye's综合征，破伤风
	9.3呼吸系统疾病	肺吸虫病
	9.4胃肠道疾病	结肠袋纤毛虫病，毛细血管炎，霍乱（流行性霍乱弧菌O群），华支睾吸虫病，姜片虫病，贾第鞭毛虫病，肠道血吸虫病
	9.5由下列原因引起的食物中毒	腊样芽孢杆菌，肉毒杆菌，产气荚膜杆菌，毒物、副溶血性弧菌
	9.6黄疸	片吸虫病
	9.7结合膜炎	急性细菌性结合膜炎，腺病毒结合膜炎，衣原体结合膜炎，肠道病毒出血性结合膜炎
	9.8泌尿道疾病	泌尿道血吸虫病

附件8

急性不明原因中毒相关体征的甄别

体 征	可 能 毒 物	备 注	
气味异常 (呼出气、皮肤及呕吐物中异常的气味。对判断接触化学物的种类有一定价值)	酒精味	乙醇、甲醇等	
	芳香味	苯、甲苯、丁二烯等	在工作衣、皮肤可散发芳香味；如口服这类有机溶剂，呼气中有此异味
	臭蛋味	硫化氢、硫醇等	呼出气及皮肤皆可散发臭蛋味
	刺鼻味	苯酚、强酸、强碱类	
	苦杏仁味	氰的无机或有机化合物	

	蒜味	有机磷农药、工业用乙炔等	
	腐鱼味	磷化氢	
	水果味	醋酸戊酯、亚硝酸异戊酯，亚硝酸丁酯、异丙醇、丙酮	
	干草味	光气	
	醋味	各种酸类	
	鞋油味	苯胺、硝基苯等	
	梨味	水合氯醛	
	很多化学物可能散发类同气味，因此不能以此作为鉴别品种的单一指标。两种以上化学品混合后气味可能有所改变，或一种化学物气味强将另一种气味掩盖		
多汗	多汗是指分泌汗量过多。可分为全身性和局部性		
	全身性多汗	①急性有机磷农药、氨基甲酸酯类农药等中毒；②急性五氯酚钠中毒；③药物如毛果芸香碱，水杨酸盐、阿司匹林等中毒；④急性中毒为危重也可有多汗情况	多汗是多种疾病的一个非特异的体征，因此要观察多汗的部位、程度及持续时间，并结合生活或职业暴露史、其他临床表现，才能正确判断其临床意义
	早期出现大汗淋漓	常见于急性有机磷农药中毒，尤其是其经皮肤吸收时，中毒症状不典型，但周身大汗则常是早期突出体征。急性五氯酚钠、二硝基酚中毒时大汗，全身如水淋	
	局部性多汗	常见于急性有机溶剂、有机汞、有机锡、四乙基铅等化学物中毒，以掌跖部多汗为主	
	病程中出现多汗	要注意病情可能恶化	

皮肤色泽	高铁血红蛋白血症所致的青紫	明显发绀而缺氧表现相对较轻是高铁血红蛋白血症的特点；主要见于亚硝酸中毒，也可出现在伯氨喹啉、次硝酸铋、磺胺类、苯丙砒、硝基苯、苯胺等中毒时	
	樱桃红色	见于部分急性一氧化碳中毒，也可见于氰化物中毒病人	
	黄疸	见于中毒性溶血性贫血，中毒性或药物性肝病	
	潮红色	见于急性酒精中毒，以及其他可致血管扩张的毒物、药物中毒	
	双手黄染	常见于接触三硝基甲苯、苦味胺或黄色染料的工作人员	
	皮肤损害	有时有些皮损可作为提示接触某类毒物的线索	

延津县疾病预防控制中心自然灾害安全类应急预案

一、火灾事故应急处置

(一) 获得火灾信息的任何人员都应在第一时间向办公室和单位领导报告，并同时打 119 报警。

(二) 单位领导立即启动火灾应急预案，应急队立即实施应急救援行动。应急领导小组应当立即进行火警广播，指导人员疏散。

(三) 在初起火点现场的人员，要使用消防栓、灭火器材等进行灭火自救。

(四) 应急指挥组应当根据应急预案，选择安全通道疏散路线，迅速地组织人员撤离事故现场。

(五) 疏散引导小组赶赴指定位置，在楼梯、拐弯口、叉道路，引导人员安全撤离，并在上风方向的指定地点集合。

疏散引导小组：

组长：李华峰

成员：陈庆利 刘彦洋 杜永芳 石蔚云 张素芳 李家柯 牛瑛 李爱田 张润祥 刘新生 李迎新 王 宽 王立群 何光星 王 伟 韩作胜

(六) 排险小组应当在消防队到达之前，全力灭火，并切断火区电源，关闭防火门、防火卷帘，控制火势，保障应急照明，并启用通风排烟系统，为安全疏散创造条件。

排险小组：

组长：李华峰

成员：陈庆利 刘彦洋 董长征

(七) 疏散小组应当在集合地点对中心所有人员和外来人员进行清点，寻找滞留在现场的人员。

(八) 医疗救护小组应当努力营救事故现场的伤员，并将他们安全转移。

(九) 警戒保卫小组要立即在事故现场和中心周围设置警戒线，维护现场秩序，并在中心外路口引导外部救援人员进入现场，保护中心财产安全。

(十) 火灾扑灭后，中心周围警戒线和事故现场警戒线，必须根据消防部门的命令，方可解除。

(十一) 事故发生后，单位应当立即向上级机关或有关部门报告。

二、触电事故应急处置

(一) 发现触电事故的任何人员都应当在第一时间抢救触电者，并向在场人员求援，同时向办公室和单位领导报告。

(二) 触电解脱方法：

1、切断电源；

2、若一时无法切断电源，可用干燥的木棒、木板、绝缘强等绝缘材料解脱触电者；

3、用绝缘工具切断带电导线；

4、抓住触电者干燥而不贴身的衣服，将其拖开，切记要避免碰到金属物体和触电者的裸露身体。注意：要预防触电者解脱后摔倒受伤。另外，以上办法仅适用于 220/330v“低压”触电的抢救。对于高压触电应及时通知供电部门，采用相应的紧急措施，以免发生新的事故。

（三）医务人员到达前的现场抢救方法：

1、触电者神智清醒，让其就地休息；

2、触电者呼吸、心跳尚存，神智不清，应仰卧，周围保持空气流通，注意保暖；

3、触电者呼吸停止，则用口对口进行人工呼吸；触电者心脏停止跳动，用体外人工心脏挤压维持血液循环；若呼吸、心脏全停止则两种方法同时进行。注意：现场抢救不能轻易终止，要坚持到医务人员到场后接替抢救。

（四）触电事故发生后，单位应立即在现场设置警戒线，维护抢救现场的正常秩序，警戒人员应当引导医务人员快速进入事故现场。

（五）事故现场警戒线必须待医务人员将触电者带离现场赴医院救治，事故调查和排险抢修工作完毕，现场已无事故隐患时，方可解除。

（六）事故发生后单位应当立即向上级或有关部门报告。

三、防暴风雨雷击事故处置

（一）暴风雨雷击来临前，值班人员和应当不断地在中心内巡视，并与上级有关部门保持联系。

（二）暴风雨时，若房屋内漏雨，应当切断电源，有秩序地转移室内人员，以及贵重设备。中心应当关闭所有门窗。

（三）若有雷电，应当尽可能地切断除照明以外重要的设施设备的电源，防止电器在雷击时遭到电袭击。配电房和电气设施周围不要放置可燃物。排险、救护等应急人员应当做好救援准备。

（四）若暴风雨造成房屋进水和积水：

1、应当切断电源，用抽水泵等器具排水，疏通下水道，询问县政部门排水设施运行情况；

2、应当尽可能防止厕所进水和溢水，防止水污染；

3、中心应当组织人员，有秩序地转移，避免推挤踩踏，堵塞通道；

4、房屋积水时把设备、资料等物品往高处转移。

如中心积水严重或汛情严重，总指挥应根据情况在报请上级部门批准后，安排好中心保卫工作、留守工作。

四、破坏性地震处置

（一）健全组织，明确职责。

1、建立抗震救灾医疗救护应急分队，由医、护、技各类人员组成，按照市防震减灾指挥部命令，进行破坏性地震医疗救治应急工作。医疗救护应急分队人员要积极参加中

心组织的急救知识与技能的培训，重点掌握检伤分类，徒手复苏，骨折固定、止血、气管切开、气管插管、清创、缝合、伤员搬运等基本技能，并定期举行模拟演练，达到实战要求。

2、主要职责:

抗震救灾医疗救护应急分队具体负责伤员病情分类，对伤病员就地进行必要的医疗、防护处置及危重伤员运转途中的监护，及时上报伤员医疗情况。

3、具体要求:

(1) 保持通讯畅通，当接到应急指令后，队员应以最快的速度在最短的时间内集合、待命。

(2) 履行白衣战士神圣职责，救死扶伤，无私奉献。

(3) 积极救治的同时，做好群众性卫生防病宣教工作。

(二) 后方救治保障措施

当接到有关破坏性地震应急指令后，根据地震灾害发生情况，做好一切后方救治准备工作，及时进行病房单元、床位、医、护、技人员调配及隔离病房的设置，对转送来的伤病员进行妥善安排，及早诊治。

(三) 临时应急行动的方案

在接到市政府有关破坏性地震应急指令后各医疗救护应急分队应按照防震减灾指挥部命令进入临震应急期，做好相应的应急待命准备工作。

1、按照市救灾指挥部命令，立即紧急安排部署应急准备工作，实施应急值班制度，应急预备队处于应急待命状态；

2、根据地震灾情情况，做好医疗救治的各种器材准备工作，按照救灾指挥部命令进入应急救治状态；

3、医疗救护应急分队组长（副组长）督促、检查各组人员、药品、医疗物资的到位、落实情况；

4、落实医疗救治的各项准备实施工作。

(四) 震后医疗救治应急行动方案

中心医疗预备队救治组实施的具体行动如下：

1、配备各种药品、器械、交通工具、医用照明电源等，准备野外工作，整装待命；

2、震后抢救工作分三个阶段进行：

第一阶段：现场抢救

(1) 地震发生后，各医疗救护应急分队在接到指令后应紧急出动，在当地群众自救工作的基础上立即展开现场救治。

(2) 现场抢救工作由医疗卫生人员、挖掘人员和运输人员三方共同展开。

第二阶段：早期救治

早期救治在现场医疗站进行。对现场运来的伤病员进行验伤分类、纠正包扎和固定，进行诊治、清创、手术、止血以及对生命危重伤员实施急救手术。

第三阶段：后送及专科治疗

伤员后送，根据救灾指挥部的命令，医疗救护应急分队在交通运输组积极协助下负责伤员外送和后送工作，并搞好途中护理。

专科治疗：对经过现场抢救和早期治疗的伤员进行全面检查，做好分科治疗和善后处理工作。

3、震后救护药品、器械的供应

中心需储备一定数量消毒药品，并定期上报消毒药品的储备情况。

延津县疾病预防控制中心防汛抗旱救灾防病预案

一、总则

（一）编制目的

及时有效控制洪涝和干旱灾害引发的传染病疫情，指导和规范洪涝和干旱灾害引发的相关突发公共卫生事件处置，最大程度地减少相关传染病对公众健康造成的危害，维护社会稳定。

（二）编制依据

依据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国食品安全法》、《突发公共卫生事件应急条例》，参照《国家突发公共事件总体应急预案》、《延津县突发公共事件总体应急预案》、《延津县 2012 年防汛抗旱救灾防病预案》等，制定本预案。

（三）适用范围

本预案适用于市疾控中心处置本市区域内洪涝和干旱灾害期间各类传染病的预防控制和相关突发公共卫生事件处置等工作。

（四）指导思想和工作原则

坚持“预防为主”的卫生工作方针；以人为本，有效处置；统一领导，分工协作；科学有序，快速响应；加强管理，强化保障。

二、组织管理

（一）救灾防病领导小组

中心成立救灾防病领导小组，由中心主任任组长，其他领导任副组长，成员包括信息科、应急办、免疫规划科、地方病防治科、艾滋病性病防治科、公共卫生科、环卫科、中心检验科、消毒和病媒生物监测科、慢病科、门诊部、办公室、总务科、药械科等科室的负责同志。

（二）职责

市疾病预防控制中心在市卫生局领导下，做好全市灾情、疫情的汇总、分析，开展流行病学调查、研究，及时掌握疫情信息，提出科学的防治对策，成立救灾防病应急处理队及预备队，对县、乡两级救灾防病工作提供技术支持。

县（市、区）疾病预防控制中心要及时掌握、分析、报告本地疫情动态，开展流行病学调查，指导做好疫点处理工作，并开展业务培训、技术指导和督导检查；督促落实辖区内医疗机构做好疫情监测，及时上报疫情信息。

（三）救灾防病预防控制队和应急预备队

救灾防病预防控制队负责辖区内卫生防病知识宣传和各种流行病、传染病以及因灾情发生的食物中毒等各种重大公共卫生事件的应急处理、流行病学调查、疫源地处理、消杀灭、水源处理、疫苗预防注射及技术指导等救灾防病工作。

人员构成、分工参见《延津县疾病预防控制中心突发公共卫生事件应急预案》，必要时抽调各专业科室骨干力量组成应急预备队。

三、疫情处置

(一) 疫情分级

按照受灾情况和法定传染病报告数量，将灾情引起的各类疫情分为常态和警戒状态。按照疫情波及的范围和流行态势，将警戒状态分为四级，发生不同级别的疫情，采取不同的针对性措施。

IV级：以乡为单位发生较大洪涝或干旱等灾害，法定传染病报告数与往年同期相比没有明显升高，没有发生人员死亡。

III级：以乡为单位发生较大洪涝或干旱等灾害，法定传染病报告数与往年同期相比升高 20%以上，或发生人员死亡；全市所辖乡（镇）有 2 个以上发生较大洪涝或干旱等灾害，法定传染病报告数与往年同期相比没有明显升高，没有发生人员死亡。

II级：以县为单位，所辖乡（镇）2 个以上发生较大洪涝或干旱等灾害，法定传染病报告数与往年同期相比升高 20%以上，或发生灾情县（市、区）有人员死亡。

I级：全市 2 个以上县（市、区）发生较大洪涝或干旱等灾害，全市法定传染病报告数与往年同期相比升高 20%以上。

(二) 应对机制

1、常态

全市没有发生各类灾情，但在每年汛期到来之前或根据气象等部门预报可能发生灾情时，进入常态管理。主要做好以下工作：

(1) 保持队伍建制

根据实际情况，对现有救灾防病预防控制队和应急预备队人员进行适时调整，保证能够随时调遣，从事流行病学调查、消毒处理、现场处置、实验室检测等专业人员配置合理。

(2) 做好疫情监测

充分发挥市、县、乡、村各级医疗卫生机构在传染病的发现、报告中的作用，做好各类传染病监测和预警，对往年发生灾害地区进行重点监测，及时为政府和有关部门提供决策依据和合理化建议。

(3) 开展健康教育

利用报刊、电台、电视等新闻媒体，普及卫生防病知识，促使群众养成良好的卫生习惯，增强对传染病的防范意识和应对能力。

2、警戒状态

(1) IV级

出现IV级情况时，受灾县（市）区疾控中心立即作出响应，并报请当地卫生行政部门，在做好常态下各项工作的基础上做好以下工作：

1) 做好预防控制队伍的组建，确保工作队人员能在接到通知后 2 小时内集结完毕，迅速到达受灾现场。

2) 做好工作队人员必需的个人防护用品、防疫物资的储备, 落实适当的交通工具和通讯工具, 能够应对随时可能发生的疫情需要。

3) 及时向市疾控中心报告灾情疫情情况。

(2) III级

出现III级情况时, 市疾控中心立即作出响应, 立即向市卫生行政部门报告, 在做好IV级情况下各项工作的基础上做好以下工作:

1) 指导受灾县(市)区开展救灾防病工作, 随时为其提供技术支援。

2) 疫情报告与监测: 按照《传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》及有关法律、法规的规定进行。要对灾区可能发生的鼠疫、霍乱、病毒性肝炎、痢疾、伤寒/副伤寒、乙脑、疟疾、急性眼结膜炎、皮肤感染症、感染性腹泻、感冒、不明原因群体性疾病、食物中毒和其他要求报告的疾病进行监测。

及时将灾情及疫情严重程度上报市卫生局, 根据其指示, 适时对重点传染病和中毒疫情实行“日报告”和“零报告”制度。

3) 应急处理方案

以疫情发生所在县(市)区为主, 市级协助, 开展救灾防病应急处理工作, 有效控制相关传染病和食物中毒, 达到市疾控中心突发公共卫生事件应急预案中各单项预案响应条件时, 立即启动相关预案。市县两级疾控中心实行24小时值班制度。

疫点处理: 指导县疾控中心开展流行病学调查, 及时采样检测, 查找传染源, 进行疫点消毒, 切断传播途径。同时, 加强疫情监测, 密切注意疫情动态。

水源保护和消毒、厕所卫生和粪便及人畜尸体等各消毒对象的处理、媒介生物控制、实验室应急检测等工作参照《延津县疾病预防控制中心救灾防病应急处置预案》、《延津县疾病预防控制中心水源性疾病暴发流行应急预案》、《延津县疾病预防控制中心食品安全事故应急预案》等预案执行。

对受灾县(市)区开展健康教育, 指导当地群众开展群防群治, 提升群众卫生意识, 普及相关疾病防治知识。

(3) II级

出现II级情况时, 市疾控中心立即作出响应, 立即向市卫生行政部门报告, 并报请省疾控中心, 给予人力、物力上的支持, 在做好III级情况下各项工作的基础上做好以下工作:

1) 在市卫生局领导下, 组织开展救灾防病应急处理工作。

2) 应急处理方案

指导县疾控中心采取有效措施, 控制传染源, 切断传播途径。必要时, 对发生的甲类传染病和按照甲类传染病管理的乙类传染病疫情, 提出划定疫点疫区和实施管制的建议。必要时可请求省疾控中心支持。

(4) I级

出现 I 级情况时，市疾控中心立即作出响应，立即向市卫生行政部门和省疾控中心报告，请求省级和国家级专家给予技术上的支持，在做好 II 级情况下各项工作的基础上，重点做好疫情应急处理等工作：

- 1) 在市卫生局领导下，做好各种防疫物资准备。
- 2) 应急处理方案

由市救灾防病预防控制队（必要时启动应急预备队）赶赴现场开展流行病学调查，掌握疫情发生时间、地点、发病情况，核实疫情严重程度，分析疫情发展趋势，按照国家和省专家的指导，划定疫点疫区、实施管制和现场应急处置。

3、停止执行预案

灾情过后，县（市）区传染病疫情平稳与往年同期相比均无明显差别，启动预案的领导组织可停止执行本次应急处理预案。根据响应级别，市县疾控中心及时完成救灾防病工作总结，于 7 日内上报至所属卫生行政部门。

延津县疾病预防控制中心救灾防病应急处置预案

为做好救灾防病工作，立足于抗大灾和防大疫，切实保障灾区人民群众的身体健康与生命安全，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《全国救灾防病预案》及《国家救灾防病与突发公共卫生事件信息报告管理规范》，特制定本预案。

一、疾病监测与报告

(一) 收集救灾防病相关信息。灾害发生后及时收集救灾防病各类信息，包括灾情范围、受灾人数、救灾防病能力、急需寻求的援助、疫情隐患等情况。

(二) 加强疾病监测。对鼠疫、霍乱、传染性非典型肺炎、人高致病性禽流感、病毒性肝炎、痢疾、伤寒、流行性出血热、钩体病、乙脑、疟疾、感染性腹泻、流感、手足口病、不明原因群体性疾病、食物中毒、有毒有害化学品中毒和其他要求报告的疾病进行监测。在重灾区加强疫情监测点工作，派专业人员深入灾区基层开展疫情监测工作，及时分析疫情发展趋势，以便适时地采取有针对性的措施。

(三) 疫情报告。实行 24h 值班、疫情日报告和“零”报告制度。按照国家“救灾防病信息报告系统”报告监测疾病的发生情况，同时电话报告上级疾病预防控制机构和同级卫生行政部门。

二、疾病预防与控制

(一) 疾病预防

1、灾情发生后，立即派员赶赴现场调查，对灾害进行卫生学评估，预测可能发生的疫情及其他严重影响公众健康的事件，采取预防措施。

2、抓好水源保护和饮水消毒，指导检查灾区饮水消毒措施落实情况，划定临时饮水水源区域，并做好水源保护工作，确保水源和饮用水的卫生质量，教育动员群众喝开水。洪水退后，指导各地及时组织对分散式和集中式饮用水水源和供水设施的卫生状况检修，加强对饮用水的消毒处理，定期进行水质检验。

3、宣传教育广大群众，大力开展爱国卫生运动，搞好环境卫生，指导群众重点做好灾民居住场所消毒，垃圾、粪便等废弃物的处理，蚊、蝇、鼠的杀灭工作。

4、做好突发事件的应急准备，充分做好组织协调、队伍配备训练、药械物资供应等准备工作，随时准备处理突发事件的发生。

(二) 疾病控制

1、成立由流行病学、微生物检验、理化检验、消毒消杀、灭鼠等卫生学专家组成的救灾防病机动队。疫情发生后，救灾防病机动队应立即赶赴现场进行调查处理，采取控制措施。

2、对灾区重点人群和高危人群实施有针对性的免疫预防接种，同时加强常规计划免疫接种。

3、周边地区发生疫情时要开展重点传染病的监测，加强对流动人口的疫情监测，防止疫情扩散。

三、救灾防病技术方案

（一）疫情报告及监测

灾区一旦发生重大传染病疫情或不明原因疾病暴发，要按照《突发公共卫生事件应急条例》、《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》等法规与规章的要求，及时进行报告和网报。在报告内容方面，应注意详细报告灾情、伤情、疫情和病情等信息和救灾防病工作进展情况。

水灾重点监测的疾病包括：鼠疫、霍乱、病毒性肝炎（甲肝、戊肝）、痢疾、伤寒、出血热、钩端螺旋体病、乙型脑炎、疟疾、炭疽、感染性腹泻、食物中毒（细菌性食物中毒、化学性食物中毒）等。

1、发现鼠疫、霍乱、病毒性肝炎（甲肝、戊肝）、痢疾、伤寒、出血热、钩端螺旋体病、乙型脑炎、疟疾、炭疽、感染性腹泻等疾病各医疗机构要网报，并立即实行日报和“零”报告制度。

2、发生疾病特别是不明原因疾病暴发，责任报告人应当以最快的通讯方式向当地县（市、区）疾病预防控制中心报告疫情；当地县（市、区）疾病预防控制中心核实疫情后立即向市延津县疾病预防控制中心和县（市、区）卫生局报告。

3、疫情报告内容应包括：疫情发生地点、单位、时间、发病（中毒）人数和死亡人数、发生原因以及所采取的措施、需要解决的问题等。

4、及时做好疫情分析，分析发生原因，预测疫情发展趋势，并对今后防治工作提出建议。

（二）饮水卫生指导

对洪涝灾害期间灾区饮用水源卫生进行监测与指导。

1、水质检测

按国家标准方法《生活饮用水标准检验法》检验。在现场条件不具备时可采用简易方法检验。检验项目包括

（1）水源水检验项目：浑浊度、pH、色度、氨氮、需氧量以及其他有关项目。

（2）饮水检验项目：浑浊度、余氯、大肠菌落、粪大肠菌、色度、臭味以及其他有关项目。其中浑浊度和余氯两项应每日每批测定，以便指导水处理措施的进行。

2、消毒

（1）煮沸是十分有效的灭菌方法，在有燃料的地方仍可采用。但在洪涝灾害期间，最主要的饮水消毒方法是采用消毒剂灭菌。消毒剂应用可参阅该剂说明书进行。

（2）退水后的供水设施消毒

被洪水淹没过的水源或供水设施重新启用前必须清理消毒，检查细菌学指标合格后方能启用。经水淹的井必须进行清淘、冲洗与消毒。先将水井掏干，清除淤泥，用清水冲洗井壁、井底，再掏尽污水。待水井自然渗水到正常水位后，进行超氯消毒。漂白粉投加量按井水量以 25~50mg/L 有效氯计算。浸泡 12~24h 后，抽出井水，在待自然渗水到正常水位后，按正常消毒方法消毒，即可投入正常使用。

（三）厕所卫生和粪便处理指导

指导灾区加强厕所卫生管理，确定专人保洁，及时清掏粪便并进行卫生处理。

1、在灾民聚集点选择合适地点、合理布局、因地制宜、就地取材，搭建应急临时厕所，要求做到粪池不渗漏（或用陶缸、塑料桶等作为粪池），厕墙和顶可用草席、塑料膜、编织袋布或其他材料。有条件时可使用商品化的移动性厕所。尽量利用现有的储粪设施储存粪便，如无储粪设施，可将粪便与泥土混合后泥封堆存，或用塑料膜覆盖，四周挖排水沟以防雨水浸泡、冲刷。

2、船上居民的粪便，应使用容器收集后送上岸集中处理，禁止倒入水中，以防止血吸虫等病传播。

3、集中治疗的传染病人类粪便必须用专用容器收集，然后消毒处理。散居病人的粪便采用以下方法处理：粪便与漂白粉的比为 5: 1，充分搅合后，集中掩埋；或粪便内加入等量的石灰粉，搅拌后再集中掩埋。

（四）人畜尸体的处理指导

1、对正常死亡者尸体，应尽快运出进行火化处理。

2、对甲乙类传染病死亡者，应做好卫生消毒，以最快速度运出火化。

3、对环境清理中清出的家畜家禽和其他动物尸体应用漂白粉或生石灰处理后进行深埋。

（五）洪涝灾区各种消毒对象的处理

1、一般用具：0.2% 过氧乙酸，或 2% 漂白粉上清液，或 0.5% 新洁尔灭或洗必泰溶液，浸泡或擦拭，作用 30min。

2、食具：首选蒸煮 15min，在无燃料条件时也可用含氯消毒剂，有效氯 250mg/L，作用 15min，然后用洁净水冲洗。

3、墙壁、地面：用浓度为 5000mg/L 的有效氯喷洒，作用 2h。用量：土质地面 1000ml/m²、土质墙 200ml/m²、水泥地面 300ml/m²。

4、粪便：处理稀便，漂白粉加入量为稀便量的 1/5，作用 2h；干便加入 2 倍量的 10% 漂白粉上清液，搅拌均匀，作用 4h。

5、呕吐物：加入 1/5 量的漂白粉，搅匀，作用 2h。

6、污水：加氯量为 50~200mg/L，作用 30min 后，余氯应保持 5mg/L。

7、衣服被褥：80℃ 热水 15min，白色织物可用 2% 漂白粉上清液或 0.2% 过氧乙酸浸泡 30min，然后用清水漂洗。

8、家具：0.2% 过氧乙酸，或 0.5% 洗必泰，或 0.5% 新洁而灭擦拭，作用 30min。

9、畜舍：10%漂白粉上清液喷雾（200ml/m³）或喷洒 1000ml/m²，作用 2h，如疑有炭疽菌污染则可用 20%漂白粉上清液喷雾，作用 4h。

10、饮水：井水加漂白粉 4g/m³，浑浊湖水加漂白粉 12g/m³，浑浊池塘水加漂白粉 18g/m³，作用 30min 后，余氯应达到 0.7mg/L。

11、手的一般卫生消毒：有效氯 250mg/L 作用 3min，或 0.2% 洗必泰，0.5% 新洁而灭作用 3min。红眼病流行时，手的消毒可用 0.2% 过氧乙酸擦洗 3min。

12、手巾、毛巾、脸盆、门把手：分别用煮沸 15min，或含氯消毒剂 500mg/L 作用 10min，或 0.5% 过氧乙酸浸泡或擦拭，作用 10min。

13、瓜果、蔬菜：0.1% 高锰酸钾浸泡 30min，或含氯消毒剂 100mg/L 作用 30min。

14、确认受肝炎病毒污染的物品、手可用 0.5% 戊二醛消毒剂擦拭，作用 10min，然后用清洁水冲洗。

（六）媒介生物控制

1、防蚊措施

（1）首先要采取环境治理，将居住处附近杂草清除掉，杂物整理齐整。

（2）保护人群，减少与蚊虫接触。有条件的灾区，在住处装上纱门、纱窗；有条件时使用经药物浸泡过的蚊帐；睡觉前点燃蚊香（或电热蚊香）；用市售驱蚊剂涂在身体暴露部位。

（3）降低蚊密度。

杀灭成蚊：室外速效喷洒将 1~2% 敌敌畏乳剂或 2.5% 马拉硫磷乳剂用压缩喷雾器喷雾；室内（帐棚内）壁周围喷奋斗呐（10~20mg/m²）、凯素灵（10~20mg/m²）或三氯杀虫酯（2.0g/m²）。晚上可喷市售喷射剂和气雾剂。

杀灭幼虫：清除住区内外小型积水，填平小坑。暂不能填平的有水有虫坑，坑内可撒马拉硫磷（10~20mg/L）、杀螟硫磷（0.5~2mg/L）。对特殊场所，如存旧轮胎等处，可用 20% 杀螟硫磷超低容量喷雾器喷洒。为重建家园改造环境打下基础。

2、防蝇措施

（1）室内（帐棚内）壁周围可喷与杀灭成蚊相同药品（喷一次即可达到杀灭蚊、蝇目的）。同时也可喷气雾剂杀灭蝇虫。应用毒绳、毒饵、毒水杀蝇，亦可用粘蝇彩带粘蝇。毒饵用 0.05% 倍硫磷，毒水用 0.2% 敌百虫配制。

（2）室外：成蝇用 5% 杀螟硫磷喷杀成蝇。用诱蝇笼诱杀成蝇。处理蝇幼虫孳生场所可用 0.3~0.5% 敌百虫水剂 300~500ml/m²；0.2% 马拉硫磷 300~500ml/m²；0.1% 倍硫磷 300~500ml/m²；0.1% 杀螟硫磷 300~500ml/m²。

3、防鼠灭鼠

（1）防鼠工作应从规划和整治环境入手。食品妥善保存，搞好环境卫生，铲除杂草。发现鼠情应翻动可能藏鼠的物品，及时消灭窜出的老鼠。发现鼠洞立即堵塞。

（2）洪涝期间灭鼠的方法

多用器械灭鼠，如鼠笼/鼠夹和粘鼠板等，但不能使用电子猫，严禁自拉电网捕鼠。此时鼠洞较浅，取水方便，还可用水或泥浆灌洞。当鼠密度很高，或人群受到鼠源疾病严重威胁时，则应在严密组织、充分宣传的基础上，开展毒饵灭鼠。毒鼠只能用国家准用的高效、安全的抗凝血灭鼠剂，如 0.025%敌鼠钠、0.0375%杀鼠迷、0.01%氯敌鼠、0.005%溴敌隆或大隆、杀它仗。严禁使用毒鼠强、氟乙酰胺等禁药，不用未获国家登记的其它药物、无资质单位配制的毒饵和集贸市场上私卖的毒饵。

禁用熟食配制毒饵，更不能用饼干或方便面等。毒饵必须有警告色。投饵点应有醒目标记。投饵工作由受过培训的灭鼠员承担。投毒后及时搜寻死鼠，管好禽畜，保藏好食品，照看好小孩。投饵结束应收集剩饵，焚烧或在适当地点深埋。同时做好中毒急救的准备。为避免鼠死后离开鼠体的虫类叮咬，在灭鼠同时在居住区喷洒杀虫剂。

（3）洪水退后防鼠工作

返家时要彻底搞好室内和环境卫生，尽量用防鼠容器存粮。检查有无新鲜鼠洞，一旦发现应及时灭鼠并严密堵洞。在修理旧房或重建新居时，应全面规划，改善卫生条件，其中包括防鼠的内容① 减小门、窗与框的空隙一般不超过 0.5cm。② 用水泥或三合土硬化室内地面。③ 尽量增设 30cm 高的墙裙。④ 管道和电线等的穿墙孔，设置铁皮挡鼠板，管道和电线从板中央小孔通过。⑤ 室内与室外相通的下水道用铁栅栏隔离。⑥ 禽舍畜圈离开住宅，厕所考虑防蝇防鼠。

延津县疾病预防控制中心麻疹/风疹疫情应急处置预案

一、前言

麻疹是由麻疹病毒引起的急性呼吸道传染病。在疫苗前时代，麻疹呈典型周期性流行，发病率在传染病谱中常居首位，严重危害儿童健康。八十年代以来麻疹疫苗广泛应用，本病发病率显著下降。WHO 已将麻疹列为无脊灰地区下一个要消除的病毒性疾病。我国已向世界卫生组织承诺，到 2012 年达到消除麻疹的目标（发病率为 1/100 万以下）。由于麻疹疫苗的广泛使用，麻疹流行病学特性发生了很大的变化，如流行间隔延长而不明显、发病年龄后移、流行中病例临床表现以轻症不典型者增多等等。风疹是由风疹病毒引起的一种常见的急性呼吸道传染病。以发热、全身皮疹为特征，常伴有结膜炎、耳后及枕部淋巴结肿大。风疹是与麻疹非常相似的呼吸道传染病，二者在临床上很难区分，只能通过实验室确诊，在传染病疫情监测上，被视为麻疹的疑似病例。由于我市流动人口多，人员流动性大，麻疹暴发流行的可能依然存在，特别是托幼机构、小学校或易感者突然集中的人群。为了有效控制麻疹暴发流行，加强对麻疹重大和突发疫情的快速反应和应急处理能力，特将麻疹/风疹预案合并制定。

二、目的

确保一旦发生麻疹/风疹暴发流行和重大突发疫情时，及时采取有效措施，迅速控制和扑灭疫情。

三、预案启动条件

（一）全市为单位出现的 1 例及以上麻疹病例，即启动本预案。

（二）以村、居委会、学校或其他集体机构为单位，在 10 天内发生 2 例或 2 例以上麻疹/风疹病例；或以乡、镇、社区、街道为单位 10 天内发生 5 例或 5 例以上麻疹/风疹病例视为暴发，即启动本预案。

四、诊断标准

麻疹病例的诊断标准参照 **ws279 - 2008** 执行。

（一）临床症状

1. 全身皮肤出现红色斑丘疹；
2. 发热（38℃或更高）；
3. 咳嗽或上呼吸道卡他症状，或结合膜炎；
4. 起病早期（一般于病程第 2 - 3 天）在口腔颊粘膜见到麻疹粘膜斑（Koplik 氏斑）；

5.皮肤红色斑丘疹由耳后开始向全身扩展，持续3天以上呈典型经过。

(二) 流行病学史

与确诊麻疹病人有接触史，潜伏期7-21天。

(三) 实验室诊断

- 1.一个月内未接种过麻疹减毒活疫苗而在血清中查到麻疹IgM抗体；
- 2.恢复期病人血清中麻疹IgG抗体滴度比急性期有4倍或4倍以上升高，或急性期抗体阴性而恢复期抗体阳转；
- 3.从鼻咽分泌物或血液中分离到麻疹病毒，或检测到麻疹病毒核酸。

病例分类

1.实验室诊断病例

- (1)麻疹疑似病例血标本检测麻疹IgM抗体阳性者。
- (2)从麻疹疑似病例的标本中分离到麻疹病毒或检测到麻疹病毒基因者。

2.临床诊断病例

(1)麻疹疑似病例无标本，或出疹后3天内采集的血标本检测麻疹/风疹IgM抗体均为阴性，且无其他原因可以明确解释者。

(2)麻疹疑似病例出疹后4-28天采集的血标本检测麻疹/风疹IgM抗体均为阴性，但与实验室诊断麻疹病例有明确流行病学联系，且无其他明确诊断者。

3.排除病例

(1)麻疹疑似病例血标本检测麻疹IgM抗体阴性、风疹IgM抗体阳性，或经实验室确诊为其他发热出疹性疾病者。

(2)麻疹疑似病例无标本，或出疹后3天内采集的血标本检测麻疹IgM抗体阴性，但有其他原因可以明确解释者（如与风疹实验室确诊病例有流行病学联系）。

(3)麻疹疑似病例出疹后4-28天采集的血标本麻疹IgM抗体阴性，但与实验室诊断麻疹病例无明确流行病学联系或有其他明确诊断者。

五、控制暴发流行的对策与措施

(一) 切实加强领导，做好组织协调工作

在发生麻疹/风疹大范围流行或局部暴发流行时，必要时可成立疫情应急处理工作领导小组。领导小组的主要职责是：在市卫生局统一领导下，协调卫生、宣传、教育等各有关部门，按照各自的职责与分工，及时安排落实疫情处理所必需的人员、防治经费和物资，确保各项预防与控制措施落到实处。

疫情发生时，可建议市卫生局组织成立由市疾病预防控制中心和相关医疗卫生机构参加的应急处理技术指导组，研究确定控制暴发流行的技术方案。

(二) 加强疫情报告

当发生有可能出现麻疹暴发流行或突发疫情时，执行职责的医疗保健和卫生防疫人员，应以最快的通讯方式向市疾病预防控制中心报告疫情，对确诊病例或疑似病例及时进行网络直报，同时报出传染病报告卡。接到疫情报告后，延津县疾病预防控制中心应

当以最快的通讯方式向省疾病预防控制中心和市卫生局报告；市卫生局接到报告后，应立即报告市人民政府，不得瞒报、漏报、缓报。

疫情发生时，延津县疾病预防控制中心应认真填写“麻疹/风疹疑似病例个案调查表”（附表1）和“麻疹/风疹病例（暴发）调查表”（附表5），及时通过《中国免疫规划监测信息管理系统》录入并上报有关部门。

（三）迅速开展流行病学调查

延津县疾病预防控制中心在接到可能发生麻疹暴发流行的疫情报告时，应在1h内派出应急队伍赶赴疫区进行流行病学调查、环境监测消毒、整理、分析“三间分布”资料，确定暴发流行的性质、范围、强度及主要原因，为及时制定控制方案提供科学依据。

调查方法主要有个案调查与暴发调查两种。

1、对散发性急性感染病例开展个案调查，了解急性感染患者的发病原因及疫源地现况，以便控制疫情蔓延。

2、暴发疫情调查主要用于群体急性感染，目的是确定暴发的原因，防止再感染。综合分析急性感染暴发的影响因素，制定系统的控制方案。

（四）疫情监测

1、对疫苗接种率（初免和复种），疫苗免疫成功率和人群抗体水平进行监测，确定易感人群，预测和控制麻疹暴发；

2、监测麻疹病例报告及时性和完整性，分析麻疹病例的年龄构成、免疫史及流行病学特点；

3、血清学监测，麻疹暴发时至少要做部分病人血中麻疹IgM抗体确证；

4、病毒学监测，必要时分离病毒，监测病毒的基因型及传播来源。

（五）控制措施

1、管理传染源

流行期间，儿童集体机构应加强晨检，及时发现可疑患者，并送当地医院诊治；可建议暂不接收易感儿入学、入托，做好疫情报告，患者隔离至出疹后5天，伴有呼吸道并发症者延长至出疹后10天。对接触麻疹的易感儿应医学观察3周，若曾作被动免疫者应延长至4周。

2、切断传播途径

流行期间避免易感儿到公共场所或探亲访友；医护人员要做好消毒隔离工作；疫点内保持空气流通，做好必要的消毒处理。

3、保护易感人群

（1）对病人周围未发病的易感人群可实施麻疹减毒活疫苗的应急接种，应急接种覆盖面宜广，实施时间要尽早，应在接触病人的3天内接种。

（2）与病人密切接触者中年幼、体弱或具有麻疹减毒活疫苗接种禁忌症的易感人群，可注射含有高价麻疹抗体的人（血浆或胎盘）丙种球蛋白制剂作被动免疫。

（3）与病人密切接触而未接种过麻疹疫苗的易感儿童应检疫21天。

六、预案终止条件

疫点在各项防控措施均已落实后，经实验室确诊后，末例麻疹病例治愈 21 天、无麻疹新发病例发生。风疹 23 天后无新发病例出现或病例数降至与往年同期相近或低于往年同期水平时，可视为暴发流行已得到初步控制，预案停止执行，可转入常规防治和监测。

七、疫情控制效果评价

(一) 流行病学分析与评价：根据流行病学资料，尽快查清麻疹疫情的流行病学特征，对疫情控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有罹患率、病死率、样本的检测数量、病原分离率、报告及时率和疫情控制时间等。

(二) 消毒效果评价：依据消毒处理正确率、及时率，消毒前后相关指标等，对消毒效果进行评价。

(三) 疫情调查分析：要及时收集、整理、统计、分析调查资料，内容包括：基本情况(一般背景资料和此次疫情概况)；疫情的调查和分析(疫情的发生经过及临床表现，流行病学调查，实验室检测结果，流行因素调查及分析)；调查结论；疫情的预防控制措施和评价；传染来源分析；疫情预测；存在问题；下一步防治工作建议等。结案报告要求在疫情宣布终止后，同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构，并进行网络直报。

八、附件

附表 1、麻疹/风疹疑似病例流行病学个案调查表

附表 2、麻疹/风疹疑似病例血标本送检及实验室检测结果登记表

附表 3、麻疹/风疹疑似病例病原学标本送检及实验室检测结

附表 4、麻疹/风疹血清标本送检上级实验室再证实表

附表 5、麻疹/风疹暴发病例调查一览表

附表 6、疑似麻疹/风疹暴发疫情信息汇总表

附表 1

麻疹/风疹疑似病例流行病学个案调查表

一、报告卡信息

- 1.1 传染病报告卡卡片编号：_____
- 1.2 患者姓名*：_____（患儿家长姓名：_____）
- 1.3 身份证号：_____
- 1.4 性别*： 男 女
- 1.5 出生日期*：_____年_____月_____日
a.如出生日期不详，实足年龄*：___年龄单位：岁月日
- 1.6 患者工作单位：_____ 联系电话：_____
- 1.7 病人现住址属于*：本县区 本市其他县区 本省其他地市 外省 港澳台 外籍
- 1.8 家庭现住址(详填)*：_____省_____地(市)_____县(区)
_____乡(镇、街道)_____村(居委会)_____ (门牌号)
- 1.9 患者职业*：
幼托儿童 散居儿童 学生(大中小学) 教师 保育员及保姆
餐饮食品业 商业服务 医务人员 工人 民工 农民 牧民
渔(船)民 干部职员 离退人员 家务及待业 其他 不详
- 1.10 病例分类*：疑似病例 实验室诊断病例 临床诊断病例
- 1.11 发病日期*：20_____年_____月_____日
- 1.12 诊断日期*：20_____年_____月_____日_____时
- 1.13 死亡日期：20_____年_____月_____日
- 1.14 疾病名称：法定传染病：_____
- 1.15 填卡医生：_____
- 1.16 报告单位：_____
- 1.17 接触者有无相同症状：无 有
- 1.18 备注：_____

二、流行病学调查信息

- 2.1 报告日期*：20_____年_____月_____日
- 2.2 调查日期*：20_____年_____月_____日
- 2.3 户籍所在地*：本县区 本市其他县区 本省其他地市 外省 港澳台 外籍
户籍地址选择：_____省_____地(市)_____县(区)_____乡(镇、街道)
- 2.4 发病时在现住址县区居住时间*： <7天 7-21天 22天-3月 >3月
- 2.5 是否在集体单位(如学校、幼儿园、工厂等)：是 否 不详
如是，所在集体单位具体名称：_____
- 2.6 发热*：是 否 不详
如是，发热日期*：20_____年_____月_____日

- 2.7 出疹*: 是 否 不详
如是, 出疹日期*: 20____年____月____日
- 2.8 其他临床症状*:
咳嗽 是 否 不详
卡他症状(鼻塞、流涕、喷嚏等) 是 否 不详
结膜炎 是 否 不详
麻疹粘膜斑(柯氏斑) 是 否 不详
淋巴结肿大 是 否 不详
关节疼痛 是 否 不详
- 2.9 含麻疹成分疫苗接种剂次*: 0剂 1剂 ≥2剂 不详
免疫史来源: 接种证 接种卡 信息系统 家长回忆
如接种过, a.首剂次接种时间: _____年____月____日
b.最后一剂接种时间: _____年____月____日
- 2.10 含风疹成分疫苗接种剂次*: 0剂 1剂 ≥2剂 不详
免疫史来源: 接种证 接种卡 信息系统 家长回忆
如接种过, a.首剂次接种时间: _____年____月____日
b.最后一剂接种时间: _____年____月____日
- 2.11 发病前 7-21 天是否去过医院*: 是 否 不详
若是, 医院名称_____
- 2.12 发病前 7-21 天是否接触其他发热出疹性病人*: 是 否 不详
- 2.13 是否与实验室诊断病例有流行病学联系*: 是 否 不详
若是, 实验室诊断病例为: 麻疹 风疹 其他_____
- 2.14 是否为麻疹暴发疫情中的病例*: 是 否
- 2.15 是否为一起新的暴发*: 是 否
暴发编码: - - -

三、标本采集情况

- 3.1 是否采集第一份血清标本*: 是 否 (跳到第 3.3 项)
采集日期: _____年____月____日
- 3.2 是否采集第二份血清标本*: 是 否
采集日期: _____年____月____日
- 3.3 是否采集病原学检测标本*: 是 否 (跳到第 4.1 项)
a. 鼻咽拭子: 是 否 采集日期: 20____年____月____日
b. 尿标本: 是 否 采集日期: 20____年____月____日
c. 其他标本: _____ 采集日期: 20____年____月____日

四、实验室检测结果反馈信息

- 4.1 第一份血标本麻疹 IgM 抗体检测结果*: 阳性 阴性 待定
风疹 IgM 抗体检测结果*: 阳性 阴性 待定
- 4.2 第二份血标本麻疹 IgM 抗体检测结果*: 阳性 阴性 待定
风疹 IgM 抗体检测结果*: 阳性 阴性 待定
- 4.3 麻疹病毒鉴定结果: 阳性 阴性 待定
基因型: _____
- 风疹病毒鉴定结果: 阳性 阴性 待定
基因型: _____

五、病例最终分类：（县级 CDC 根据实验室检测及流行病学调查结果订正报告卡 1.10 和 1.14 项）

5.1 最终诊断*： 待定 麻疹病例 风疹病例 其他_____

5.2 病例分类*： 疑似病例 实验室诊断病例 临床诊断病例

调查人员签字： _____ 调查单位： _____

附表 2

麻疹/风疹疑似病例血标本送检及实验室检测结果登记表

_____地区（市、州、盟）_____县（市、区、旗） 送样单位：_____ 送样人：_____ 送样日期：____年__月__日
 标本运输方式：1.冷藏 2.干冰 3.其他_____ 收样单位：_____ 收样人：_____ 收样日期：____年__月__日

标本 编号 (1)	传染病个案 卡片编号 (2)	姓名 (3)	性别 (4)	出生 日期 (5)	现住址 (6)	未剂麻 疹疫苗 时间(7)	出疹 日期 (8)	是否暴 发病例 (9)	第几份 血标本 (10)	采样 日期 (11)	标本 状况 (12)	麻疹 IgM 抗体检测		风疹 IgM 抗体检测		备注 (17)	
												检测结果	报告日期	检测结果	报告日期		

说明：1. 向麻疹实验室送检血清标本使用本表。标本编号由采样单位编写。传染病报卡编号可在卡片编码生成后补填。第 3-11 项病例及标本基本信息由送检单位填写用于检测单位标识病例，收样日期及第 12-16 项由检测单位填写并录入麻疹监测信息报告管理系统。
 2. **现住址**：填写至县级即可。 **第几份血标本**：指采集该病例的第几份血标本，第一份血标本填写 1，第二份血标本填写 2。
 3. **标本状况**：由收样实验室判断并填写，①合格 ②不合格。合格指出疹后 28 天内采集，血清量不少于 0.5ml，无溶血，无污染，在冷藏条件下保存、运输。

4. **检测结果：**①阳性 ②阴性 ③待定。

附表 3

麻疹/风疹疑似病例病原学标本送检及实验室检测结果登记表

_____地区（市、州、盟）_____县（市、区、旗） 送样单位：_____ 送样人：_____ 送样日期：____年__月__日

标本运输方式：1.冷藏 2.干冰 3.其他_____ 收样单位：_____ 收样人：_____ 收样日期：____年__月__日

标本 编号 (1)	传染病 个案 卡片编号 (2)	姓名 (3)	性 别 (4)	出生 日期 (5)	现住址 (6)	末剂麻疹 疫苗时间 (7)	出疹 日期 (8)	是否 暴发 (9)	标本 种类 (10)	采样 日期 (11)	IgM 检测 结果 (12)	标本 状况 (13)	病毒分离 所用细胞		细胞 融合 病变 (16)	省级 报告 日期 (17)	麻疹病毒 鉴定		风疹病毒 鉴定		国家 报告 日期 (22)	野毒株 命名 (23)	备注 (24)		
													种类	代次			结果	基因型	结果	基因型					

说明：1. 向省级送检病原学标本和向国家级送检病毒分离物可通用此表。第 1-12 项病例及标本基本信息由送检单位填写用于检测单位标识病例，收样日期、标本状况及各项结果由省级录入麻疹监测信息报告管理系统。
 2. 现住址：填写至县级即可。 标本种类：①咽拭子 ②尿 ③其他注明。 IgM 检测结果：注明麻疹或风疹 IgM 抗体检测结果。
 3. 标本状况：由收样实验室判断并填写，①合格 ②不合格。
 4. 细胞种类：①Vero-slam 细胞 ②Vero 细胞 ③其他详注。 融合病变：①阳性 ②阴性 ③不详。

5. **病毒鉴定结果：**①阳性 ②阴性 ③待定。

野毒株命名：由国家麻疹实验室负责。

附表 4

麻疹/风疹血清标本送检上级实验室再证实表

送样单位（盖章）：_____ 送样日期：_____年____月____日 送样人：_____

标本 编号	传染病个案 卡片编号	姓名	性 别	现住址	出生日期 /年龄	最后一剂麻疹 疫苗接种时间	发热 日期	出疹 日期	是否 暴发	采样 日期	检测 日期	麻疹 IgM	风疹 IgM	上级麻疹 IgM		上级风疹 IgM		备注
														定性	P/N	定性	ΔA	

收样单位：_____ 收样日期：_____年____月____日 收样人：_____

复核结果反馈日期：_____年____月____日

附表 5

麻疹/风疹暴发病例调查一览表

地(市): 平顶山 县(市、区): 鲁山

序号	编码	病人姓名	家庭住址	性别	出生日期	出疹日期	发热	咳嗽	卡他 鼻炎	结膜 炎	死亡	麻疹疫苗 接种次数	实验室 标本	实验室 结果	病例分 类 结果

调查人员:

填表日期: 年 月 日

实验室结果填报人:

附表 6

疑似麻疹/风疹暴发疫情信息汇总表

_____省 _____地(市) _____县(区)

暴发编码 - -

一、暴发疫情汇总数据

1.1 该起暴发病例总数: _____

1.2 首例发病时间: 20____年____月____日

1.3 末例发病时间: 20____年____月____日

1.4 死亡病例数: _____

1.5 采集血标本的病例数: _____ 采集咽拭子的病例数: _____ 采集尿液标本的病例数: _____

1.6 麻疹 IgM 抗体阳性的病例数*: _____

1.7 风疹 IgM 抗体阳性的病例数*: _____

二、暴发疫情概况

2.1 发现方式*: 网络直报监测发现 医疗卫生机构报告 集体单位报告
群众报告 其他_____2.2 暴发地点类别*: 托幼机构 小学 中学 大学 军营 工厂
工地 社区 医院 其他_____

2.3 接到报告时间*: 20____年____月____日

2.4 开展调查时间*: 20____年____月____日

2.5 疫情波及人数*: _____

三、采取措施

3.1 是否开展医院病例主动搜索*: 是 否

如是, 搜索到漏报麻疹病例数: _____

3.2 是否开展麻疹病例入户主动搜索*: 是 否

如是, 主动搜索覆盖总人口数: _____ 搜索到未就诊病例数: _____

3.3 是否对暴发地麻疹疫苗接种率进行调查*: 是 否

如是, 调查年龄范围: _____岁(或不足1岁填月龄____月龄)-____岁

调查人数: _____ 有明确麻疹疫苗免疫史人数: _____

3.4 是否开展麻疹疫苗应急接种*: 是 否

如是, 开始接种日期: 20____年____月____日

完成接种日期: 20____年____月____日

应急接种地区范围: 全村(集体机构) 各乡镇(社区) 全县应急接种年龄范围: _____岁
(或不足1岁填月龄____月龄)-____岁

应急接种目标人数: _____ 实际应急接种人数: _____

3.5 采取的其他措施: _____

四、调查结果

本起暴发为: 1. 麻疹暴发 2. 风疹暴发 3. 其他

填表说明: 该表要求县级疾病预防控制中心在麻疹暴发疫情调查处理完毕7日内填写, 并通过麻疹监测信息报告管理系统进行报告。标注*的为规定必须录入内容。其中, 暴发疫情汇总数据通过麻疹监测信息报告管理系统的个案信息生成, 需与现场调查掌握的暴发疫情数据进行核对。疫情波及人数是

指该起暴发波及范围的总人口数。

延津县疾病预防控制中心脊髓灰质炎疫情应急处理预案

一、前言

脊髓灰质炎(脊灰)又名小儿麻痹,是由脊髓灰质炎病毒引起的(Poliomyelitis、Polio)一种急性传染病,人是脊髓灰质炎病毒唯一的自然宿主,患者多为1-6岁儿童,临床表现主要有发热、咽痛、严重时肢体疼痛,发生瘫痪。2000年10月,世界卫生组织已经宣布我国所属的西太平洋地区已实现消灭脊髓灰质炎目标。但是,与我国接壤的一些国家仍有脊灰野病毒存在,2011年新疆和田地区出现输入性脊灰疫情暴发疫情,因此我市出现暴发疫情或疫情复燃的潜在威胁依然存在。为有效预防和及时控制脊灰的突发疫情,保障人民群众的身体健康和生命安全,维护社会稳定和经济发展,特制订本预案。

二、目的

有效预防和及时控制脊灰突发疫情,指导和规范突发疫情的应急处理工作,最大限度地减少突发疫情造成的危害,保障人民身体健康和生命安全。

三、预案启动条件

延津县脊灰防治专家组提出疫情预警等级报告,经市卫生局突发公共卫生应急领导小组审核,报市政府突发公共卫生事件应急指挥部批准后,启动相应应急响应等级。按照疫情由高至低划分为三级,即Ⅰ级(红色预警,特别重大突发公共卫生事件)、Ⅱ级(橙色预警,重大突发公共卫生事件)和Ⅲ级(黄色预警,较大突发公共卫生事件)。

Ⅰ级(红色警报):发现输入性脊灰野病毒病例或发现cVDPVs病例。

Ⅱ级(橙色预警):发现单例VDPV病例时或同一县(区)或相邻县(区),2月以内发现2例或2例以上的AFP病例监测中的临床符合病例。

Ⅲ级(黄色预警):发现高危AFP病例或高变异株AFP病例。

四、脊髓灰质炎临床符合病例和脊髓灰质炎野病毒确诊病例诊断标准

疑似病例:

病因不明的任何急性弛缓性麻痹(AFP),包括15岁以下临床初步诊断为格林-巴利综合征的病例。

脊髓灰质炎临床符合病例和脊髓灰质炎野病毒确诊病例诊断标准:

(一) 病史

与确诊的脊髓灰质炎病人有接触史,经过2~35天(一般为7~14天)的潜伏期;或接触史不明显,有如下临床症状者。

(二) 临床表现

1、早期可有发热、烦躁不安、多汗、恶心、项背强直及腓肠肌触痛等症状。热退后出现不对称性弛缓性麻痹。神经系统检查发现肢体(或/和腹肌)不对称性(单侧或双侧)

弛缓性麻痹，躯体或肢体肌张力减弱，深部腱反射减弱或消灭，但无明显感觉障碍。

- 2、麻痹后 60 天仍残留弛缓性麻痹，且未发现其他病因（后期可呈现肌萎缩）。
- 3、疑似病人死亡，不能提供否定脊髓灰质炎诊断依据者。
- 4、疑似病人 60 天后失访。

（三）实验室检查

1、发病后从粪便、咽部、脑脊液、脑或脊髓组织中分离到病毒，并鉴定为脊髓灰质炎野毒株者。

2、发病前 6 周内未服过脊髓灰质炎活疫苗，发病后 1 个月内从脑脊液或血液中查到抗脊髓灰质炎病毒 IgM 抗体。

3、发病后未再服用脊髓灰质炎疫苗或未接触疫苗病毒，而恢复期病人血清中和抗体或特异性 IgG 抗体滴度比急性期有 4 倍升高者或脑脊液中特异性 IgG 抗体明显升高，血液与脑脊液 IgG 抗体滴度比例失常或倒置（正常值在血脑屏障无损伤时，血：脑脊液为 200~400：1）。

脊髓灰质炎临床符合病例：疑似病例加（一）加（二）1；或疑似病例加（二）2；或疑似病例加（二）3；或疑似病例加（二）4；或疑似病例（三）2；或疑似病例加（三）3。

脊髓灰质炎野病毒确诊病例：疑似病例加（三）1。

五、控制对策与措施

启动相应应急响应等级，直至解除相应预警。

（一）三级响应----三级预警

三级响应必须是在延津县疾病预防控制中心专家指导下完成，必要时可请省疾病预防控制中心派专家协助调查、指导。

1、对高危 AFP 病人进行详细医学检查，核实诊断，了解发病治疗过程，免疫史及接触史等，并拍摄病人影像资料。

2、对高危 AFP 病人自发病起隔离 40 天，第一周为呼吸道和消化道隔离，以后为消化道隔离，排出的粪便及呼吸道分泌物应经过消毒处理后再排放。沾有粪便的尿布、衣裤煮沸消毒，被服应日光曝晒，对病家居室，厕所及周围环境进行短期消毒。

3、对密切接触者进行医学观察 20 天，如有发病，立即送医院进行隔离治疗。对其粪便也应作消毒处理，并及时采集 5 名 5 岁以下密切接触者的单份粪便送省疾病预防控制中心进行病毒分离。

4、脊灰疫苗接种率评估：在病例所在村（街道）或可能的感染地点，采用入户调查的方法，至少调查 30 名 5 岁以下儿童的脊灰疫苗服苗情况。

5、AFP 病例主动搜索。①调查了解病例所在村（街道）和临近村（街道）1 年内有无类似病例发生。②3 年内县（市、区）级以上医院有无 AFP 病例漏报。③调查了解 3 年内各级医院与县（市、区）疾病预防控制中心落实 AFP 病例主动监测情况。

6、脊灰疫苗的应急强化免疫，在全市范围内开展以0---47月龄儿童为主的脊灰疫苗应急强化免疫工作。

7、AFP病例主动监测：县（市、区）疾病预防控制中心要认真做好区域内所有县（市、区）级以上医院的AFP病例主动监测工作，每10天派专人到监测医院的有关科室进行查询，发现AFP病例及时上报和调查处理。

（二）二级响应----二级预警

二级响应必须是在省疾病预防控制中心专家指导下完成。

1、对病人及其密切接触者的处理参照三级响应的1.2.3.条处理。

2、脊灰疫苗接种率评估：通过查阅计免资料和现场调查等方法，对脊灰疫苗接种率进行评估。

3、脊灰疫苗接种率搜索：①在病例所在乡镇、街道和临近乡镇、街道入户调查15岁以下儿童的跛行情况。②3年内病例所在乡镇、街道及临近乡镇、街道卫生院及县（市、区）级以上医院有无AFP病例漏报。③调查了解3年内各级医院与县（市、区）疾病预防控制中心落实AFP病例主动监测情况。

4、脊灰疫苗的应急强化免疫：在全市开展0—47月龄年龄段为主的脊灰疫苗应急强化免疫工作。

5、AFP主动监测：县（市、区）疾病预防控制中心要认真做好区域内的县（市、区）级及县（市、区）级以上医院AFP病例主动监测工作，各乡镇街道防保人员要做好辖区内医疗机构的AFP病例主动监测工作，每10天派专人到监测医院的有关科室进行查询。

6、疫情报告：各级各类医疗卫生机构和医疗卫生保健人员，一旦发现有AFP病人，要立即上报县（市、区）疾病预防控制中心。

7、流行病学调查和处理。接到疫情报告后，县（市、区）疾病预防控制中心即赶赴现场开展流行病学调查，及时做好疫点的消毒处理工作。

8、县（市、区）卫生局要在本行政区内指定具有收治传染病病人条件的医院做好收治脊灰病人的准备工作。指定医院要成立医疗专家救治小组，负责医疗救治工作。

（三）一级响应----一级预警

一级响应必须是在中国疾病预防控制中心和（或）省疾病预防控制中心专家指导下完成。一级响应在二级响应的基础上增加以下内容，直至解除一级预警。

1、脊灰疫苗接种率评估：通过查阅计免资料和现场调查等方法，对全市近5年的脊灰免疫接种率进行评估。

2、AFP病例主动搜索：①在全市开展15岁以下儿童的入户跛行调查。②3年内全市所有县（市、区）级及县（市、区）级以上医院有无AFP病例漏报。③调查了解3年内全市各级医院与市疾病预防控制中心落实AFP病例主动监测情况。

3、对确症病人立即送指定医院实行隔离治疗，收治病人的医院要积极治疗病人，降低病死率，每日向市卫生局报告病人病情和治疗情况。

脊髓灰质炎尚无特效的治疗，以对症治疗处理为主。①急性期治疗：a、一般治疗 卧床休息隔离，避免劳累。肌痛处可局部湿热敷以减轻疼痛。瘫痪肢体应置于功能位置，以防止手、足下垂等畸形。注意营养及体液平衡。重症患者可予强的松口服或氢化可的松静滴。继发感染时加用抗菌药物。b、呼吸障碍的处理，重症患者常出现呼吸障碍，往往是引起死亡的主因。应根据引起呼吸障碍的原因积极进行抢救，必须保持呼吸道通畅，以免加重呼吸及吞咽困难，必要时及早做气管切开。脊髓麻痹、呼吸中枢麻痹影响呼吸肌功能时，应采用人工呼吸器辅助呼吸。循环衰竭时应积极处理休克。②促进瘫痪的恢复，在热退尽、瘫痪不再进行时，及时选用以下各种疗法：a、针灸治疗 适用于年龄小，病程短，肢体萎缩不明显者；b、推拿疗法；c、功能锻炼；d、理疗 增进局部血液和炎症吸收；e、其他，可用拔火罐以及用手术矫治。

4、广泛开展健康教育，提高群众的防病意识和能力。要采用多种形式，广泛开展脊灰防治知识的宣传和教肓，提高群众自我防病意识和能力。引导群众养成良好的卫生习惯。市、县（区）卫生行政部门要加强饮水及饮食卫生监督管肓，广泛开展群众性的爱国卫生运动，清理环境卫生，推广粪便无害化处理。

六、预案终止条件

（一）二级响应的解除：高危 AFP 病例的粪便标本经省级以上脊灰实验室检测为阴性，或非脊灰肠道病毒或者脊灰疫苗菌株病毒无变异，经过市脊灰防治专家组讨论确定后，可解除响应。

（二）一级响应解除：从最后一例 AFP 病人或其接触者粪便中分离出脊灰疫苗变异株后连续 2 个月未从 AFP 病人或其接触者粪便中分离出脊灰疫苗变异株；或从最后一例 AFP 病人或其接触者粪便中分离出脊灰野病毒株后，连续 3 年未从 AFP 病人或其接触者粪便中分离出脊灰野病毒株，经过市脊灰防治专家组讨论研究上报后，二级响应经省脊灰防治专家组，一级响应经国家脊灰防治专家组同意后方可解除响应。

七、疫情控制效果评价

（一）流行病学分析与评价：根据流行病学资料，尽快查清流行病学特征，对疫情控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有罹患率、病死率、样本的检测数量、病原分离率、报告及时率和疫情控制时间等。

（二）消毒效果评价：依据消毒处理正确率、及时率，消毒前后相关指标等，对消毒效果进行评价。

（三）疫情调查分析：要及时收集、整理、统计、分析调查资料，内容包括：基本情况（一般背景资料和此次疫情概况）；疫情的调查和分析（疫情的发生经过及临床表现，流行病学调查，实验室检测结果，流行因素调查及分析）；调查结论；疫情的预防控制措施和评价；传染来源分析；疫情预测；存在问题；下一步防治工作建议等。结案报告要求在疫情宣布终止后，同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构，并进行网络直报。

八、附件

附件 1、急性弛缓性麻痹病例个案调查表

附件 2、急性弛缓性麻痹病例随访表

附件 3、AFP 病例标本送检表

附表 1

急性弛缓性麻痹病例个案调查表

省级 CDC 收到本表的时间	___ 年___ 月___ 日	T0	<input type="checkbox"/> □□/□□/□□
1. 编 号			
a. 病例编号	_____	T1A	<input type="checkbox"/> □□□□□□□□□□ <input type="checkbox"/> □□
b. 调查日期	___ 年___ 月___ 日	T1B	<input type="checkbox"/> □□/□□/□□
c. 调查单位	1.县级 CDC 2.地级 CDC 3.省级 CDC	T1C	<input type="checkbox"/>
d. 调查人	_____		
2. 基本情况			
a. 病人姓名	_____		
b. 性别	1. 男 2. 女	T2B	<input type="checkbox"/>
c. 民族	_____	T2C	<input type="checkbox"/> □□
d. 出生日期(公历)	___ 年___ 月___ 日	T2D	<input type="checkbox"/> □□/□□/□□
e. 如无出生日期,年龄	___ 岁___ 月		
f. 居住状况	1. 散住 2. 集体(托.幼.学校) 3. 流动人口 4. 其它(请注明) 9. 不 详	T2H	<input type="checkbox"/>
g. 病人详细地址	_____		
h. 家长姓名	_____		
i. 家长工作单位	_____		
j. 家长电话号码	_____		
k. 病例报告单位级别	1. 村级 2.乡级 3.县级 4.地级 5.省级	T2M	<input type="checkbox"/>
l. 病例报告单位名称	_____		
m. 病例报告日期	___ 年___ 月___ 日	T2O	<input type="checkbox"/> □□/□□/□□
3. 临床症状和体征			
麻痹出现前症状:			
a. 发热	1. 有 2. 无 9. 不知道	T3A	<input type="checkbox"/>
b. 腹泻	1. 有 2. 无 9. 不知道	T3D	<input type="checkbox"/>
c. 颈项强直	1. 有 2. 无 9. 不知道	T3E	<input type="checkbox"/>
d. 肌肉疼痛	1. 有 2. 无 9. 不知道	T3F	<input type="checkbox"/>

e. 3 天内注射史	1. 有 2. 无	T3N1 <input type="checkbox"/>
f. 麻痹出现日期	___ 年___ 月___ 日	T3R <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
麻痹部位及程度:		
g. 左上肢:	0.不能运动 1.轻微运动 2.能水平运动 3.能垂直运动 4.能抵抗外力运动 5.正常运动 9.不 详	T3G <input type="checkbox"/>
h. 右上肢	0.1.2.3.4.5.9 (与 3g 左上肢编码相同)	T3H <input type="checkbox"/>
i. 左下肢	0.1.2.3.4.5.9 (与 3g 左上肢编码相同)	T3I <input type="checkbox"/>
j. 右下肢	0.1.2.3.4.5.9 (与 3g 左上肢编码相同)	T3J <input type="checkbox"/>
k. 呼吸困难	1. 严重 2. 中等 3. 轻微 4. 正常	T3K <input type="checkbox"/>
l. 肢体感觉障碍	1. 有 2. 无 9. 不详	T3N2 <input type="checkbox"/>
m. 大小便失禁	1.有 2. 无	T3N3 <input type="checkbox"/>
n. 巴彬斯基氏反射	1.有 2. 无 9. 不能判断	T3P <input type="checkbox"/>
o. 踝阵挛	1.有 2. 无 9. 不能判断	T3N4 <input type="checkbox"/>
p. 深部腱反射	1.消失 2.减弱 3.正常 4.亢进 9.不能判断	T3Q <input type="checkbox"/>
q. 最初麻痹时伴发热 (>37℃)	1. 有 2. 无 9. 不详	T3S <input type="checkbox"/>
4. 麻痹后就诊情况 (含本次就诊)		
a. 就诊次数	1. 1 次 2. 2 次 3. 3 次 4. >3 次	T4N1 <input type="checkbox"/>
b. 本次就诊日期	___ 年___ 月___ 日	T4N2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. 本次就诊的诊断结果	1. AFP 2. 非 AFP 9. 无临床诊断	T4N3 <input type="checkbox"/>
d. 麻痹后第一次就诊		
1) 就诊单位	1.村级卫生所 2.乡级医院 3.县级医院 4.地区级医院 5.省级医院	T4A1 <input type="checkbox"/>
2) 就诊日期	___ 年___ 月___ 日	T4A2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3) 诊断结果	1. AFP 2. 非 AFP 9. 不详	T4A3 <input type="checkbox"/>
4) 是否报告	1. 是 2. 否	T4N4 <input type="checkbox"/>
e. 麻痹后第一次到县及县以上级医院就诊情况		
1) 就诊日期	___ 年___ 月___ 日	T4N5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2) 诊断结果	1. AFP 2. 非 AFP 9. 不详	T4N6 <input type="checkbox"/>
3) 是否报告	1. 是 2. 否	T4N7 <input type="checkbox"/>
f. 如住院治疗		
1) 医院类别	1.村级卫生所 2.乡级医院 3.县级医院 4.地区级医院 5.省级医院	T4E1 <input type="checkbox"/>
2) 医院名称	_____	
3) 病案编号	_____	
5. 初步调查结果		
a. 是否是 AFP 病例	1. 是 2. 否	T5A <input type="checkbox"/>
1) 如是:	1. 脊灰 2. 格林巴利综合征	

	3. 横贯性脊髓炎	
	4. 创伤性神经炎	
	5. 其它(请注明) _____	
2) 如否:	9. 待查	T5B <input type="checkbox"/>
	1. 外伤 2. 肌肉疼痛不能行走	
	3. 痉挛性麻痹 4. 骨关节病	
	5. 其它(请注明) _____	T5C <input type="checkbox"/>
6. 免疫史		
a. 累计服脊灰疫苗次数	_____ 次, 99. 不详	T7A <input type="checkbox"/>
b. 服苗依据	1.接种证 2.接种卡 3.询问	T7N1 <input type="checkbox"/>
c. 麻痹前最近一次服苗		
1) 日期	___ 年___ 月___ 日	T7N2 <input type="checkbox"/>
2) 服苗形式:	1.常规免疫 2.强化免疫	
	3.其它(请注明) _____ 9.不详	T7N3 <input type="checkbox"/>
d. 采便前最近一次服苗		
1) 日期	___ 年___ 月___ 日	T7N4 <input type="checkbox"/>
e. 未全程免疫主要原因	1. 未接到通知 2. 生病不能接种	
	3. 无接种人员 4. 家长拒绝	
	5. 其它(请注明) _____ 6. 未周岁	
	9. 不详	T7I <input type="checkbox"/>
7. 实验室资料		
a. 第一份粪便标本:		
1) 采集日期	___ 年___ 月___ 日	T9A1 <input type="checkbox"/>
2) 采集人姓名	_____	
3) 采集人单位	_____	
4) 省级实验室收到 粪便日期	___ 年___ 月___ 日	T9AN1 <input type="checkbox"/>
5) 标本是否带冰运送	1. 是 2. 否	T9AN2 <input type="checkbox"/>
6) 标本状态	1. 好 2. 差	T9AN3 <input type="checkbox"/>
7) 标本量	约_____g, 99. 不详	T9AN4 <input type="checkbox"/>
8) 是否进行病毒分离	1. 是 2. 否	T9AN5 <input type="checkbox"/>
9) 标本接种日期	___ 年___ 月___ 日	T9AN6 <input type="checkbox"/>
10) 是否进行脊灰病毒 分型	1. 是 2. 否	T9AN7 <input type="checkbox"/>
11) I 型病毒	1. 是 2. 否	T9A4 <input type="checkbox"/>
12) II 型病毒	1. 是 2. 否	T9A5 <input type="checkbox"/>
13) III 型病毒	1. 是 2. 否	T9A6 <input type="checkbox"/>
14) 其它肠道病毒	1. 是 2. 否	T9A7 <input type="checkbox"/>
15) 检验结果报告日期	___ 年___ 月___ 日	T9AN8 <input type="checkbox"/>
16) 国家级实验室收 到分离物日期	___ 年___ 月___ 日	T9AN9 <input type="checkbox"/>
17) 收到国家级实验室 结果日期	___ 年___ 月___ 日	T9AN10 <input type="checkbox"/>
b. 第二份粪便标本:		

1) 采集日期	___ 年___ 月___ 日	T9B1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2) 采集人姓名	_____		
3) 采集人单位	_____		
4) 省级实验室收到粪便日期	___ 年___ 月___ 日	T9BN1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5) 标本是否带冰运送	1. 是 2. 否	T9BN2	<input type="checkbox"/>
6) 标本状态	1. 好 2. 差	T9BN3	<input type="checkbox"/>
7) 标本量	约_____g, 99. 不详	T9BN4	<input type="checkbox"/>
8) 是否进行病毒分离	1. 是 2. 否	T9BN5	<input type="checkbox"/>
9) 标本接种日期	___ 年___ 月___ 日	T9BN6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10) 是否进行脊灰病毒分型	1. 是 2. 否	T9BN7	<input type="checkbox"/>
11) I 型病毒	1. 是 2. 否	T9B4	<input type="checkbox"/>
12) II 型病毒	1. 是 2. 否	T9B5	<input type="checkbox"/>
13) III 型病毒	1. 是 2. 否	T9B6	<input type="checkbox"/>
14) 其它肠道病毒	1. 是 2. 否	T9B7	<input type="checkbox"/>
15) 检验结果报告日期	___ 年___ 月___ 日	T9BN8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16) 国家级实验室收到分离物日期	___ 年___ 月___ 日	T9BN9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17) 收到国家级实验室结果日期	___ 年___ 月___ 日	T9BN10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. 国家级实验室鉴定结果			
1) 毒株性质			
I 型脊灰野病毒	1. 是 2. 否	T9CN1	<input type="checkbox"/>
II 型脊灰野病毒	1. 是 2. 否	T9CN2	<input type="checkbox"/>
III 型脊灰野病毒	1. 是 2. 否	T9CN3	<input type="checkbox"/>
I 型脊灰疫苗病毒	1. 是 2. 否	T9CN4	<input type="checkbox"/>
II 型脊灰疫苗病毒	1. 是 2. 否	T9CN5	<input type="checkbox"/>
III 型脊灰疫苗病毒	1. 是 2. 否	T9CN6	<input type="checkbox"/>
I 型脊灰疫苗衍生病毒	1. 是 2. 否	T9CN10	<input type="checkbox"/>
II 型脊灰疫苗衍生病毒	1. 是 2. 否	T9CN11	<input type="checkbox"/>
III 型脊灰疫苗衍生病毒	1. 是 2. 否	T9CN12	<input type="checkbox"/>
其它肠道病毒	1. 是 2. 否	T9CN7	<input type="checkbox"/>
待定	1. 是 2. 否	T9CN8	<input type="checkbox"/>
2) 国家级实验室鉴定报告日期	___ 年___ 月___ 日	T9CN9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.最后诊断及分类(省填写)			
	1. 脊灰确诊病例		
	2. 脊灰排除病例		
	3. 临床符合病例		
	4. 待定	T11A	<input type="checkbox"/>
	5. VDPV 病例		
a. 如为临床符合病例, 依据:			
1) 无合格粪便标本或无标本	1. 是 2. 否	T11N1	<input type="checkbox"/>
2) 发病 60 天后残留麻痹	1. 是 2. 否	T11B5	<input type="checkbox"/>
3) 病例失访	1. 是 2. 否	T11B6	<input type="checkbox"/>

- 4) 病例死亡 1. 是 2. 否 T11B7
- 5) 省级专家诊断小组认定 1. 是 2. 否 T11N2
- b. 如为脊灰排除病例,依据:
- 1.临床不怀疑为脊灰(专家组认定)
 - 2.合格粪便标本,脊灰野病毒分离阴性 T11D
 3. 合格粪便标本,脊灰野病毒和疫苗病毒分离均为阴性
- c. 如为脊灰确诊病例,依据:
- 1.本土野毒病例
 - 2.输入野毒病例
 - 3.输入野毒再传病例 T11N3
 - 4.待定
10. 脊灰排除病例临床诊断
- 1.格林巴利综合征
 - 2.非脊灰肠道病毒感染
 - 3.横贯性脊髓炎
 - 4.创伤性神经炎
 - 5.其它(请注明) _____ T11N4

延津县流行性脑脊髓膜炎疫情控制应急预案（试行）

为了认真做好我市流行性脑脊髓膜炎（简称流脑）预防控制工作，及时采取积极有效的防控措施，防止疫情扩散和蔓延，保护公众健康，维护社会稳定，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》等法律法规的规定，特制定本预案。

一、工作目标

- （一）及早发现、报告流脑疫情，努力减少继发病例，提高治愈率，降低病死率。
- （二）认真开展流行病学调查，及时采取应急防控措施，有效控制流脑疫情的扩散和蔓延。

二、病例确认与疫情分级

（一）诊断标准与病例确认

流脑病例分为疑似病例、临床诊断病例和确诊病例，其诊断标准按照国家技术监督管理局和卫生部发布的《流行性脑脊髓膜炎诊断标准和处理原则（GB16884—1997）》执行。

疑似病例由接诊的医疗机构和医务人员作出诊断，必要时可组织院内专家进行会诊。作出疑似病例诊断后，在72小时内进一步明确诊断或者排除。

临床诊断病例由医疗机构组织院内专家会诊后作出诊断，必要时可请当地卫生行政

部门组织专家组进行会诊。

确诊病例由医疗机构参照实验室病原学检测结果，组织专家会诊后作出诊断。

各级各类医疗机构和医务人员作出流脑病例诊断后，必须严格按照《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》的规定，在规定时间内通过《国家疾病监测信息报告系统》进行网络直报。

（二）暴发点确定

在一个学校、托幼机构、企事业单位或村庄范围内，于一个最长潜伏期（7天）内，发生3例及3例以上的流脑病例（不含疑似病例），即可确定为一个暴发点。发现流脑暴发点时，当地卫生行政部门和疾病预防控制机构必须以最快的通讯方式报告省卫生厅和省疾病预防控制中心。

（三）疫情分级

根据流脑疫情的危害程度、传播速度、流行范围和趋势，将流脑疫情划分为一般（IV级）、较重（III级）、严重（II级）和特别严重（I级）四级。

1、一般疫情（IV级）：以县（市、区）为单位，流脑发病处于散发状态，即发病水平保持在前5年同期平均发病水平。

2、较重疫情（III级）：1周内1个县（市、区）域内，流脑发病水平超过前5年同期平均发病水平1倍以上；或者出现流脑暴发点。

3、严重疫情（II级）：流脑疫情波及2个及以上县（市、区），1周内发病水平超过前5年同期平均发病水平2倍以上；或者出现多个流脑暴发点。

4、特别严重疫情（I级）：流脑疫情波及多个县（市、区），呈现流行趋势。

三、应急响应

（一）应急响应措施

1、在流脑暴发流行时，县级以上地方政府报经上一级政府决定，可以宣布本行政区域内部分或者全部为疫区；或者可以采取限制或者停止集市、影剧院演出或者其他人群聚集的活动；停工、停业、停课；封闭可能造成传染病扩散的场所等紧急措施并予以公告。并可以对出入疫区的人员、物资和交通工具实施卫生检疫；对流动人口采取预防控制措施，对流脑病人、疑似病人采取就地隔离、就地观察、就地治疗的措施，对密切接触者根据情况采取集中或居家医学观察。

2、卫生行政部门应组织疾病预防控制机构、医疗机构和卫生监督机构开展流脑疫情的调查与处理；组织专家进行评估，提出启动应急预案的建议；根据需要组织开展应急预防接种、应急预防性服药；组织对本行政区域内的流脑疫情应急处理工作进行督导和检查；有针对性的开展流脑防治知识宣传报道，普及卫生知识，提高公众健康意识和自我防护能力。卫生行政部门再得到授权后，及时向社会公布流脑疫情信息；及时向省卫生部门、市相关部门、毗邻的以及相关的地方卫生行政部门通报流脑疫情以及监测等相关信息。

3、医疗机构负责流脑病人的接诊、收治和转运工作，应制定并落实医疗救治预案，有效开展医疗救治工作，努力提高治愈率、降低病死率；对流脑病人实行隔离治疗，隔离期至症状消失后3日或者不少于病后7日；收治医院应及时向当地卫生行政部门报告流脑病人病情和治疗情况；协助疾病预防控制机构开展病例标本采集、流行病学调查等工作。同时，要做好医院内现场控制、消毒隔离、医疗垃圾和污水处理工作，加强医护人员的免疫预防和个人防护，防止发生医院内感染和污染。

4、市疾病预防控制机构负责做好流脑疫情的信息收集、报告与分析工作，向相关地方疾病预防控制机构通报情况；组织开展流行病学调查，对流脑病人、疑似病人、带菌者及其密切接触者进行追踪调查，提出并实施有针对性的应急接种、预防性服药等措施；

开展实验室病原学检测，查明流脑流行菌群；大力开展群众性卫生宣传教育活动。

5、各级卫生监督机构在卫生行政部门领导下，负责监督检查医疗机构、疾病预防控制机构各项预防控制措施的落实情况；负责调查处理应急处理工作中违反卫生法律法规的行为。

（二）散发病例与暴发点的处理

1、县级疾病预防控制机构接到流脑散发病例报告后，应在2小时内派出疫情处理组赴现场开展流行病学调查；在12小时内按要求采集标本送市级或省疾病预防控制中心检测，及时做好疫点的消毒处理，并对患者的接触者实行医学观察7天，必要时予以居家隔离。当地卫生行政部门应在24小时内组织对与流脑患者同一单位（学校、村庄）的同年龄组人群进行预防性服药，并采用A+C群流脑疫苗或A群流脑疫苗进行应急接种，48小时内接种率要达到95%以上。如流脑患者致病菌群确定为C群，则必须开展A+C群流脑疫苗的应急免疫。

2、市级疾病预防控制机构接到辖区内发现流脑暴发点的报告后，应在2小时内派出疫情处理组赴现场协助疫情发生地开展流行病学调查，落实疫点、疫区应急防控措施。当地卫生行政部门应在24小时内组织对流脑患者所在乡（镇、街道）和毗邻的以及相关的乡（镇、街道）同年龄组人群进行预防性服药，并采用A+C群流脑疫苗或A群流脑疫苗进行应急接种，48小时内接种率要达到95%以上。如流脑患者致病菌群确定为C群，则必须开展A+C群流脑疫苗的应急免疫。

（三）分级响应

发生流脑疫情后，属于一般疫情和较重疫情的，市、疫情发生地的县启动相应的应急预案并负责处置；属于严重疫情和特别严重疫情的，由省突发公共卫生事件应急指挥中心或省政府决定启动相应的应急预案，统一指挥应急处置工作。

1、特别严重流脑疫情的应急响应

省突发公共卫生事件应急指挥中心协调有关部门共同做好流脑疫情的应急处理，并根据需要立即成立现场指挥部，组织由省有关部门组成的各应急小组和相关专家组赶赴疫情发生地，开展应急处理。根据疫情的发展形势，依法决定采取必要的措施。

市、事件发生地的县政府和卫生等有关部门在省突发公共卫生事件应急指挥中心的统一领导和指挥下，结合本地区的实际情况，组织协调辖区内各项应急处理工作。

2、严重流脑疫情的应急响应

省突发公共卫生事件应急指挥中心负责严重流脑疫情应急处理的统一领导和指挥，必要时成立现场指挥部，组织相关部门协助卫生行政部门实施必要的应急处理措施。

市、事件发生地的县政府和卫生等有关部门在省突发公共卫生事件应急指挥中心的统一指挥下，按照要求认真履行职责，落实有关控制措施。非事件发生地的市、县政府和卫生等有关部门要服从省突发公共卫生事件应急指挥中心的调度，支援事件发生地的应急处理工作，同时采取必要的预防控制措施。

3、较重流脑疫情的应急响应

较重流脑疫情发生后，市、县政府负责组织有关部门协助卫生行政部门做好信息收集、依法进行疫区的确定与封锁、隔离和新闻宣传工作；保证流脑疫情应急处理所需的物资供应。

市、县卫生行政部门立即组织专家进行调查、确认和综合评估。同时，迅速组织开展现场流行病学调查、流脑患者的隔离救治、接触者的医学观察、环境消毒处理等紧急控制措施，并按照规定向当地政府、省卫生行政部门报告调查处理情况。

4、一般流脑疫情的应急响应

一般流脑疫情发生后，县级政府负责组织卫生等有关部门开展流脑疫情的应急处置

工作。县级卫生行政部门应立即组织专家进行调查、确认和综合评估。同时，迅速组织医疗、疾病预防控制和卫生监督机构开展流脑疫情的现场处理工作，并按照规定向当地人民政府和上级卫生行政部门报告。市级卫生行政部门应当组织专家对疫情应急处理进行技术指导。省卫生行政部门根据需要提供技术支持。

5、应急响应的终止

流脑疫情应急响应的终止需符合以下条件：末例流脑病例发生后经过一个最长潜伏期（7天）无新的病例出现。

特别严重和严重流脑疫情由省卫生行政部门组织专家进行分析论证，提出终止应急响应的建议，报省政府或省突发公共卫生事件应急指挥中心批准后实施。

较重流脑疫情由市级卫生行政部门组织专家进行分析论证，提出终止应急响应的建议，报市级政府批准后实施，并向省卫生行政部门报告。

一般流脑疫情由县级卫生行政部门组织专家进行分析论证，提出终止应急响应的建议，报县级政府批准后实施，并向市级卫生行政部门报告。

上级卫生行政部门要根据下级卫生行政部门的请求，及时组织专家对流脑疫情应急响应终止的分析论证提供技术指导和支撑。

四、保障措施

（一）组织保障

卫生行政部门加强对流脑防治工作的领导，制定完善本地区流脑疫情控制应急预案，组织协调卫生技术力量，防止和控制疫情扩散。要在政府的统一领导下，与宣传、教育、交通运输等有关部门加强信息沟通，明确各自职责，依法开展各项预防控制工作。

（二）人员保障

卫生行政部门成立由疾病控制、医疗救治等方面专家组成的流脑疫情应急处理技术指导组，提供技术支持；要组织对各级各类专业卫生人员进行流脑防治知识的全员培训，使其掌握流脑的基本知识和技能，能够及时发现并报告疫情，迅速采取针对性的防控措施。各级医疗机构、疾病预防控制机构要组建流脑疫情应急处理队伍，随时待命参加病人救治和疫点、疫区的预防控制等工作。

（三）技术保障

市疾控中心实验室，配备专人负责，选择技术水平高、责任心强的技术人员承担检测工作，并加强与省疾病预防控制中心和各级疾病预防控制中心的联系，做好检测方法的建立和培训工作以及检测用品的制备等各项准备。

（四）应急储备

各地应做好应对流脑流行的准备，储备一定数量的 A+C 群流脑疫苗、抗菌治疗药物、消杀药械、检测试剂等物资。

延津县疾病预防控制中心流感暴发流行应急处置预案

一、总则

（一）目的。

为规范流感暴发疫情的处置和管理，提高各级机构对流感样病例暴发疫情的处置能力，做到早发现、早报告、早处置，及时采取各项防控措施，有效控制疫情的传播、蔓延，保障公众健康和公共卫生安全，特制定本指南。

（二）适用范围。

我市发生流感样病例暴发疫情未达到突发事件标准的流感暴发疫情处置工作。

二、暴发疫情相关定义

(一) 流感样病例：发热（腋下体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ），伴咳嗽或咽痛之一，缺乏实验室确定诊断为某种疾病的依据。

(二) 流感样病例暴发：指一个地区或单位短时间出现异常增多的有流行病学关联的流感样病例。

三、暴发疫情的发现与报告

(一) 1 周内，在同一学校、幼托机构或其他集体单位出现 10 例及以上流感样病例，及时以电话或传真等方式向所属地县（区）级疾病预防控制机构报告。县（区）级疾病预防控制机构接到报告后，应立即进行疫情核实。经核实确认的暴发疫情，通过“中国流感监测信息系统”报告疫情事件的相关信息(附件 1)。

(二) 1 周内，在同一学校、幼托机构或其他集体单位出现 30 例及以上流感样病例，或发生 5 例及以上因流感样症状住院病例（不包括门诊留观病例），或发生 2 例以上流感样病例死亡，经县级疾病预防控制机构核实确认后，应当在 2 小时内通过突发公共卫生事件管理信息系统进行报告。

(三) 对于报告到突发公共卫生事件管理信息系统的流感样病例暴发疫情，经核实为流感暴发疫情后，所有实验室确诊和临床诊断病例均要进行个案网络直报，并在“突发公共卫生事件报告管理信息系统”中进行个案病例的关联。在“中国流感监测信息系统”中，承担检测工作的流感网络实验室或疾病预防控制机构负责录入疫情样本的实验室检测结果。负责暴发疫情调查处置的疾病预防控制机构应在“突发公共卫生事件报告管理信息系统”填报“流感样病例暴发疫情采样及检测结果统计表”（附件 2），并根据实验室检测开展情况，对填报内容进行及时更新；同时，按照要求做好进程报告和结案报告。

四、暴发疫情的调查

(一) 流行病学调查。接到疫情报告后，县级疾病预防控制机构应立即根据流感样病例定义进行诊断，核实是否为流感样病例暴发，已核实的暴发疫情应开展流行病学调查。

1. 疫情发生单位基本信息与相关因素调查。内容包括：疫情发生的集体单位名称、地址、报告人、联系方式、疫情波及人数；单位部门（学校班级）分布情况、卫生条件以及生产活动形式（教学方式，如全日制、夜校和寄宿等）；近 2 周因病缺勤（缺课）情况；事件发生前一周及事件发生后集体活动情况；环境状况（通风、清洁状况、宿舍

情况)等。必要时可开展专项调查,收集影响疾病传播的相关因素,评估疫情的严重程度和发展趋势。

2. 病例搜索。疾病预防控制机构、乡镇卫生院(社区卫生服务中心)相关专业人员通过查阅晨(午)检记录、缺勤记录、医务室或医疗机构就诊记录以及逐个部门或班级调查等方式主动搜索流感样病例。

3. 个案调查。疾病预防控制机构可参照“流感样病例调查一览表”(附件3)和“流感重症和死亡病例个案调查表”(附件4),对流感样病例进行个案调查。

4. 疫情追踪。疫情处理期间,疫情暴发单位向属地疾病预防控制机构报告本单位每日新增病例数。必要时,疾病预防控制机构对新发病例进行调查核实,及时、准确掌握和评估疫情趋势,调整防控措施。

(二) 样本采集。对于达到报告标准的流感样病例暴发疫情,疫情发生地疾病预防控制机构须采集暴发疫情病例样本。

1. 采样种类。采集流感样病例的咽拭子、鼻拭子、鼻咽拭子,必要时,可同时采集急性期和恢复期双份血清样本。

2. 采样要求。应采集发病3天内的呼吸道标本,优先采集新发病例的呼吸道标本;根据病例分布特征,均衡选择采样对象,避免集中在同一部门或班级、宿舍。重症病例和死亡病例标本尽量全部采集。若符合流感样病例诊断标准的标本较少,为明确疫情性质,可适当扩大采样范围,采集体温为 37.5°C – 38°C 伴咳嗽、头痛或肌肉酸痛等症状的病例。每起暴发疫情应采集至少10份的呼吸道标本(如果现症病例不足10例,应全部采样)。不能明确病原学诊断的疫情,可酌情增加采样批次和采样数量。

急性期血清采集对象:发病后7天内的流感样病例。

恢复期血清采集对象:发病后2–4周的流感样病例。

3. 样本的保存和运送。标本采集人员填写“流感样病例标本原始登记送检表”(附件5),随同标本运送至流感监测网络实验室。

(三) 样本检测。市疾控中心流感监测网络实验室收到暴发疫情标本后,要求在24小时内利用核酸检测方法进行流感病毒亚型鉴定,并进一步对流感病毒核酸检测阳性标本进行病毒分离。

(四) 疫情性质判断原则。暴发疫情的性质应结合病例的临床、流行病学和实验室检测结果进行综合分析、判断。

五、疫情控制

发生暴发疫情后，应采取相应的预防控制措施。

(一) 病例管理。

1. 发热（体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ），或体温 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 伴畏寒、咳嗽头痛、肌肉酸痛者劝其及时就医，根据医嘱采取居家或住院治疗。休息期间避免参加集体活动和进入公共场所。

患者所在单位指派人员负责追踪记录住院或重症病例的转归情况并报告当地疾病预防控制机构。

2. 体温恢复正常、其他流感样症状消失 48 小时后或根据医生建议，患者可正常上课或上班。

(二) 强化监测。市疾病预防控制中心应指导哨点医院做好流感样病例监测报告；县级疾控机构指导发生流感样病例暴发疫情的学校及托幼机构强化每日检查制度、因病缺勤登记制度，发现流感样病例短期内异常增多，应向教育行政部门报告，同时向当地卫生部门报告。根据医疗机构、学校、托幼机构及其他信息来源的报告情况，进行综合分析，评估疫情趋势，发现流感暴发苗头时及时预警。

(三) 环境和个人卫生。注意保持教室、宿舍、食堂等场所的空气流通，经常开窗通风，保持空气新鲜。集体单位和公共场所应定期打扫卫生，保持环境清洁。

注意个人卫生，勤晾晒被褥，勤换衣，勤洗手，不共用毛巾手帕等。咳嗽和打喷嚏时用纸巾或袖子遮住口、鼻，出现流感样症状后或接触病人时要戴口罩。

(四) 健康教育。开展健康教育，在疫情发生单位可采用宣传画、板报、折页和告知信等形式宣传卫生防病知识。

(五) 药物治疗。对于实验室确诊的流感重症病例和出现流感样症状的慢性病患者、老年人等流感高危人群，要进行抗病毒药物治疗，药物可首选奥司他韦 (Oseltamivir) 和扎那米韦 (Zanamivir)，无条件地方可参考当地耐药性监测结果选用烷胺类药物 (金刚烷胺、金刚乙胺)。是否进行预防性服药，需由卫生行政部门组织专家论证。

(六) 其他措施。流感样病例暴发期间，慢性病患者、老年人、婴幼儿等高危人群要减少或避免参加集体活动。根据实际情况，可减少或停止学校和单位的集体活动，尽可能减少和避免与发病学生、员工接触，避免全体或较多人员集会，限制外来人员进入。必要时可根据专家建议采取停课、放假等措施。

六、疫情评估与总结

发生流感样病例暴发疫情时，市卫生局应根据疫情形势，组织相关部门开展评估，达到突发公共卫生事件标准时，应按相关预案及时启动相应应急响应机制。

连续 1 周无新发病例，可判定为暴发疫情结束，结束后 1 周内，负责疫情处置的疾病预防控制中心要对疫情处置情况进行总结，内容包括疫情报告的及时性、信息完整性、处置的规范性等方面。

七、组织管理

当局部地区出现流感样病例暴发流行时，各有关部门应积极落实各项防控措施。具体职责如下：

（一）卫生行政部门。组织、协调疫情的调查处理工作，组织开展医疗救治，正面引导宣传，加强部门的沟通与协作。

（二）疾病预防控制中心。开展暴发疫情信息收集；负责疫情的调查、核实和处理以及疫情报告等工作；指导辖区集体单位开展传染病防治工作；开展传染病防治的宣传教育与健康促进活动。

（三）医疗机构。及时发现和报告流感样病例暴发疫情；负责对病例进行诊断、治疗和管理；做好院内感染控制；协助疾病预防控制中心做好流行病学调查，以及临床相关样本的采集工作。

（四）疫情暴发单位。及时发现和报告流感样病例暴发疫情；积极落实学校晨检制度、缺勤（缺课）的监测、报告与管理制度；加强与卫生部门的信息沟通，主动配合卫生部门的调查和各项措施的落实；积极开展爱国卫生运动，清除卫生垃圾和死角；做好单位配套设施（如洗手设备等）的装备。

- 附件：1. 流感样病例暴发疫情相关信息登记表
2. 流感样病例暴发疫情采样及检测结果统计表
3. 流感样病例调查一览表
4. 流感重症和死亡病例个案调查表
5. 流感样病例标本原始登记送检表

附件 1

流感样病例暴发疫情相关信息登记表

初次报告 进程报告 结案报告

报告单位：_____疾病预防控制中心

报告时间：____年__月__日

事件类别： 流感样病例暴发疫情 确定为流感暴发疫情 排除流感暴发疫情

事件名称：_____

事件发生时间：____年__月__日

事件发生详细地点：____省____市____县（区）

____乡（镇、街道）____村（社区、居委会）

事件发生单位：_____

发病人数：_____ 死亡人数：_____ 波及人数：_____

采集 呼吸道 标本的病 例数	标本得到检 测的 病例数	流感病毒阳性的病例数				
		甲型				乙型
		A (H1N1)	A (H3N2)	甲型 H1N1 流感	未分亚型	
混合型 (型别/亚型)						

附件 2

流感样病例暴发疫情采样及检测结果统计表

报告单位：_____疾病预防控制中心

报告时间：__年__月__日

事件名称：_____

事件发生时间：__年__月__日

事件发生详细地点：__省__市__县（区）__乡（镇、街道）__村（社区、居委会）

采集 呼吸道 标本的病 例数(人)	标本得到 检测的 病例数(人)	流感病毒阳性的病例数(人)					乙型 (型别/亚型)
		A(H1N1)	A(H3N2)	甲型 H1N1 流感		混合型	
					未分亚型		

注：混合型指在同一个病例的呼吸道标本中检测出两种及以上的流感病毒型别，请在表格中注明检测流感病毒的型别/亚型。

填表须知

- 填表单位：**负责流感样病例暴发疫情核实的县（区）级疾病预防控制中心。
- 填报时限：**暴发疫情标本采集的当天以及获得检测结果 2 小时内，在“突发公共卫生事件报告系统”进行网络直报。
- 填报说明：**

（1）承担检测工作的网络实验室，要在“中国流感监测信息系统”中录入标本的实验室检测结果，报告该起疫情的疾病预防控制中心负责将该起疫情与标本信息进行关联。

（2）在暴发疫情调查处理的进程中，各级疾病预防控制中心要及时对《流感样病例暴发疫情采样及检测结果统计表》首次报告并进行更正，并做好进程报告和结案报告。

附件 3

流感样病例调查一览表

调查单位/地址：_____ 联系人：_____ 联系电话：_____

编号	姓名	性别	年龄	部门/ 班级/ 车间	联系电话	发病日期	临床症状及检查			过去一年是否接种流感疫苗	是否接触过病死禽畜	是否接触类似病例	是否采样	备注
							最高体温(℃)	咳嗽	咽痛					

注：接触类似病例：指病前 7 日内接触流感样病人；接触病、死禽：是指病前 7 日内病、死禽、畜及其分泌、排泄物接触史。

调查员：_____ 调查日期：_____年____月____日

附件 4

流感重症和死亡病例个案调查表

一、基本信息和既往史	
(一) 基本信息	
1. 姓名_____ 1.1 家长姓名(若是儿童,请填写):_____	
2. 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 3. 年龄 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 岁 3.1 月龄 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月(1-12个月)	
4. 职业_____ 5. 民族 _____族 6. 身高_____cm 体重_____kg (<2岁婴幼儿和孕妇不需登记)	
7. 现住址:_____	
8. 联系人:_____ 9. 联系电话:_____	
(二) 住院日期和诊断(住院病例填写)	
1. 入院日期: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日	
2. 本次入院临床诊断: _____	
(三) 既往史	
1. 有无下述基础疾病	
1.1 慢性肺部疾病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚	
如果是, <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 慢性支气管炎 <input type="checkbox"/> 肺气肿 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病 <input type="checkbox"/> 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征 <input type="checkbox"/> 其他(请填写疾病名称) _____	
1.2 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚	
如果是, <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 其他(请填写疾病名称) _____	
1.3 代谢性疾病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚	
如果是, <input type="checkbox"/> 糖尿病(请选择糖尿病类型: <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> 不清楚) <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 其他(请填写疾病名称) _____	
1.4 慢性肾脏疾病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚; 如果是, 请填写疾病名称 _____	
1.5 慢性肝脏疾病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚; 如果是, 请填写疾病名称 _____	
1.6 癌症/肿瘤 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚; 如果是, 请填写疾病名称 _____	
1.7 发病时处于免疫抑制状态(如HIV/AIDS、糖皮质激素或免疫抑制药物治疗或器官移植后等情况) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚; 如果是, 请列出 _____	

1.8 是否有其他系统疾病: 是 否 不清楚

其他疾病 1 _____

其他疾病 2 _____

其他疾病 3 _____

2. (育龄期妇女, 请询问并填写) 是否怀孕? 是 否 不清楚

如果是, 孕期____周, 第____次

3. 过去一年是否接种过季节性流感疫苗? 是 否 不清楚

二、临床表现、治疗、并发症与转归

(一) 主要临床表现

患者发病后是否出现过下述症状或体征:

1. 发热 是 否 不清楚 请详述本次发病后的最高体温____℃

2. 咽痛 是 否 不清楚

3. 咳嗽 是 否 不清楚

4. 气短或呼吸困难 是 否 不清楚

5. 气促 是 否 不清楚

请详述本次发病后观察到的呼吸频率最高值为____次/分钟

6. 肺部听诊异常 是 否 不清楚

如果是, 异常呼吸音 干啰音 湿啰音 捻发音

小水泡音 其他(请详述) _____

7. X线表现为肺部异常 是 否 不清楚

以下(第8-12项)仅5岁及以下婴幼儿患者填写, 5岁以上儿童和成人跳至第(二)部分

8. 拒食或呛奶 是 否 不清楚

9. 严重呕吐 是 否 不清楚

10. 抽搐 是 否 不清楚

11. 嗜睡或昏迷 是 否 不清楚

12. 胸壁凹陷或平静时喘鸣 是 否 不清楚

(二) 治疗

1. 发病后是否使用抗流感病毒药物治疗? 是 否

1.1 如果是, 请选择抗流感病毒药物名称

神经氨酸酶抑制剂类药物: 奥司他韦(达菲、奥尔菲、欧瑞斯等) 扎那米韦

烷胺类药物: 金刚烷胺 金刚乙烷

2. 是否使用糖皮质激素治疗? 是 否

3. 收治 ICU: 是 否

(三) 并发症: 有 无 (跳至第(四)部分) 不清楚

1. 肺炎 是 否 不清楚 如果是, 请选择肺炎类型: (可多选)

病毒性肺炎 细菌性肺炎 真菌性肺炎 其他 (请填写疾病名称) _____ 不清楚

2. 呼吸衰竭 是 否 不清楚

3. 急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 是 否 不清楚

4. 心力衰竭 是 否 不清楚

5. 肾功能不全 是 否 不清楚

6. 肝功能不全 是 否 不清楚

7. 弥散性血管内凝血 (DIC) 是 否 不清楚

8. 感染中毒性休克 是 否 不清楚

9. 其他 1 _____ 其他 2 _____

(四) 出院日期和诊断

1. 出院日期: 年月日

2. 主要出院诊断: _____

3. 疾病转归: 治愈 好转 未愈 死亡

3.1 如果死亡, 死亡日期: 年月日

填报单位: ----- 填报人 ----- 填报时间: 年月日

附件 5

流感样病例标本原始登记送检表

填表人：_____ 单

位：_____

原始编号	采集地区/县	姓名	家长姓名	性别	年龄	职业	现住址	联系电话	发病日期	采集日期	送检日期	标本种类	标本来源	采集医院	备注

注：1. 采集地：填写标本采集地的县区名称；

2. 现住址：至少须详细填写到乡镇（街道）。现住址是指病人发病时的居住地，不是户籍所在地。

3. 标本种类：A: 咽拭子、鼻拭子、鼻咽抽取物、咽漱液和鼻洗液；B: 血清标本 C. 尸检标本

4. 标本来源：（1）国家级流感样病例监测哨点医院，（2）非国家级流感样病例监测哨点医院，（3）流感样病例暴发监测，（4）其他。

5. 家长姓名仅儿童病例填写；年龄分月和年。

6. 备注：若标本来源为“流感样病例暴发监测”，请注明暴发事件的名称。

7. 原始编号：各哨点医院或疾控中心确定原始编号规则，注意核对此表的原始编号要与采样管上的原始编号一致。

延津县疾病预防控制中心甲型 H1N1 流感应急预案（试行）

第一章 总 则

一、总体目标

为做好我市甲型 H1N1 流感防控工作，提高甲型 H1N1 流感的防控水平和应对能力，做到早发现、早报告、早诊断、早隔离、早治疗，及时、有效地采取各项防控措施，防范疫情的发生，控制疫情的传播、蔓延，保障广大人民群众的身体健康和生命安全，维护社会的稳定，特制定本预案。

二、工作原则

依法防控，科学应对；预防为主，防治结合；联防联控，分级负责。

三、编制依据

《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《国家突发公共卫生事件应急预案》、《卫生部应对流感大流行准备计划与应急预案（试行）》。

四、适用范围

本预案适用于我市开展的甲型 H1N1 流感防控应对准备及应急处置工作。

第二章 组织领导

成立甲型 H1N1 流感防控领导小组，由市疾控中心负责同志任组长、有关科室负责人为成员，负责辖区内甲型 H1N1 流感防控工作的统一领导和组织协调工作。领导小组下设办公室、监测与疫情处理组、流行病学处置组、后勤保障组等专业小组，明确职责任务，分工协作，全力做好应急各项工作。

第三章 应急准备

一、应急预案的制定和完善

认真按照《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》等法律法规，制定甲型 H1N1 流感疫情防控应急预案，报市卫生局备案。要结合甲型 H1N1 流感防控工作实际，不断修订补充应急预案。

二、培训工作

以市疾控中心各相关科室业务骨干为主要培训对象，将甲型 H1N1 流感防控知识、应急预案纳入培训内容，增进各方面工作的衔接配合能力，提高防控工作水平。

三、模拟演练

依照本预案要求，结合实际，制订演练方案，认真组织模拟演练。演练工作要融锻炼队伍、规范程序、确立标准、宣传教育于一体，增强应急实战能力。

四、物资储备

保证必需的甲型 H1N1 流感防控经费，储备必要的应急预防性药物、抗病毒治疗和对症治疗药品，准备相当数量的检测试剂、消毒器械、防护设备等，配备交通、通讯工具。

第四章 应急处理

一、疫情监测、报告及响应

(一) 疫情监测

1. 加强常规监测

(1)做好流感监测哨点医院流感样病例监测工作。注意采集保管标本。加强对区内学校、托幼机构、养老院等机构和重点人群的疫情监测，发现流感暴发疫情，应按照《流感样病例暴发疫情报告及调查处理指南》的要求进行报告和处置。

(2)要把甲型 H1N1 流感疫情纳入重点监测内容，发现疫情及时报告。

(3)各医疗机构要认真贯彻落实《传染病防治法》，发现可疑病例及时向疾病预防控制中心报告，并认真做好初步诊断、治疗、转诊工作。

(4)任何人发现疑似甲型 H1N1 流感病例时都应及时向疾病预防控制中心提供线索。疾病预防控制中心要根据有关线索追踪可能的感染者，及早发现病人和密切接触者并实施隔离措施。

(5)疾病预防控制中心要及时与农业检疫部门联系，了解情况，通报信息，切实掌握疫情动态，做好疫情的预警预报。

(6)加强沟通联系，全面掌握疫情信息。

2. 监测对象

监测范围内的流感样症状至肺炎不同程度疾病表现的病例（体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ）。

3. 监测时限

出现确诊病例时，应急监测始于卫生部门确诊疫情之日，止于该病例的最后一例密切接触者的医学观察期的结束之日。

4. 监测方法

应急监测期间，各医疗机构对前来就诊的监测对象进行登记并上报至区疾病预防控制中心。疾病预防控制中心对上报的病例进行追踪和排查，按照相关要求和标准采集所有病例的呼吸道标本进行 H1N1 病毒的相关检测。

(二) 疫情报告

各级各类医疗机构发现符合病例定义的疑似、临床和确诊病例时，于 2 小时内通过网络直报，报告疾病类别选择“甲型 H1N1 流感”。疾病预防控制中心在接到报告后，立即派员到现场进行调查，经核实后立即逐级进行报告。

(三) 预警与响应

1. 疫情预警。社管局根据甲型 H1N1 流感疫情分析、预测预报的结果和甲型 H1N1 流感防控领导小组的决策，建立健全完善的疫情预警与应急反应机制，按照不同的分级要求，科学、及时地做好疫情预警通报和应急反应工作。

2. 预警分级。甲型 H1N1 流感疫情预警分级按照甲型 H1N1 流感疫情发生和流行的性质、危害程度和波及范围，原则上分为 A、B、C、D 共 4 个级别。可根据疫情进展情况及实际工作需要，对此分级适时进行调整。

(1)A级（绿色预警）：人类标本中分离出甲型 H1N1 流感病毒，但未产生特异性抗体应答，或虽产生特异性抗体应答却未出现临床症状。

(2)B级（黄色预警）：人类感染甲型 H1N1 流感病毒并发病，但未发生人传人。

(3)C级（橙色预警）：甲型 H1N1 流感病毒在人与人之间传播，但传播范围相对局限。

(4)D级（红色预警）：以下两种情况出现之一即可判断为 D 级。

①甲型 H1N1 流感病毒在人群中持续快速地传播；

②世界卫生组织宣布发生流感大流行。

（四）预警应急响应

当甲型 H1N1 流感疫情符合突发公共卫生事件相关分级标准时，按照《国家突发公共卫生事件应急预案》、《卫生部应对流感大流行准备计划与应急预案》等启动相应的应急响应程序。

二、疫情处置

甲型 H1N1 流感疫情的处理，要坚持政府领导，部门配合，积极救治病人，降低病死率，严格控制传染源，切断传播途径，防止疫情扩散，减少发病人数的原则。

（一）医疗救治

1. 市传染病院为甲型 H1N1 流感定点诊疗机构，要成立医疗救治专家组，做好医务人员培训以及医疗救治所需设备设施、药品、防护设备、药品储备等，搞好个人防护和医院感染控制，密切接触者预防性服药。

2. 各医疗机构要加强感染性疾病科或发热门诊管理，严格按照《预检分诊管理办法》要求，做好门（急）诊就诊病人的预检分诊工作。要在门（急）诊所有入口处设立流感样病例预检分诊点，必须在呼吸科等科室实行二次分诊，指定有经验的医护人员负责预检分诊工作，要加强对发热、流感样病例的症状监测，详细询问患者的流行病学史，发现可疑病例，要按照规定程序组织诊疗活动，及时组织专家会诊，当初步诊断为疑似甲型 H1N1 流感病例时，要立即进行隔离和报告，并采集标本。疾控中心实验室要积极开展病例标本的检测工作，并按时送上级疾控中心进行复核鉴定及抗原分析。

3. 严格转诊制度，疑似或确诊病人要立即转到市传染病医院进行治疗。患者转诊转院运送使用的救护车必须符合隔离防护要求和急救要求，转运过程中司机和医护人员要采取预防措施。严禁不具备传染病诊治条件的医疗机构尤其是基层医疗单位留治相关患者。

4. 各级医疗机构要按照《医院感染管理办法》的要求，做好消毒隔离和人员防护，防止医院感染。

（二）流行病学调查与处理

1. 发现甲型 H1N1 流感疫情，立即隔离、及时治疗，按照卫生部《人感染猪流感预防控制技术指南（2009 年版试行）》要求，开展对病例的流行病学调查，追溯传染源、传播途径，对病例的所有密切接触者进行追踪。同时要做好参与流调工作所有人员的防护。

2. 对病人的密切接触者要进行预防性服药、留验，实行医学观察 7 天，必要时可依法采取强制性隔离措施。

3. 协助、指导做好疫点和可能污染的物品、用具消毒工作。

4. 疫情暴发、流行时，根据应急反应级别，报请管委按《中华人民共和国传染病防治法》第四十二条的规定采取紧急措施。

(三)高暴露人群防护

1. 对与甲型H1N1流感确诊病例或与患猪流感的病死猪有过密切接触人员进行医学观察，一旦发现有发热等流感样症状时，要及时隔离。

2. 疾病预防控制中心要了解区内高暴露人群分布情况，掌握大型生猪养殖、加工场所人员数量，开展有针对性的健康教育，普及防病知识，指导合理饮食，提高防病能力。

(四)卫生监督执法

1. 卫生监督所要积极联系经发科技、工商、质检、安全生产等部门开展集贸市场、超市、餐饮单位、猪肉产品加工经营企业食品专项检查，建立每日巡查制度，规范食品加工经营单位进货渠道，严格索证，建立健全购销记录，加大对违法违规猪肉产品的查处力度，严防来自猪流感疫区和无产地检疫证明的猪肉产品流入我区。

2. 对各医疗机构的预检分诊、消毒、疫情报告及流感防控措施进行监督，特别是对定点医院人感染猪流感防控措施、制度、人员落实情况进行监督检查。

(五)加强宣传，开展爱国卫生运动

1. 以社区、学校、托幼机构、公共场所、公共交通工具、养殖加工户等单位、场所的人群为重点，大力开展健康教育工作，运用广播、电视和报纸等媒体及宣传画、宣传单等多种形式开展宣传，劝阻群众取消或推迟赴疫区国家非必要的旅行，疫区群众取消或推迟赴非疫区的旅行，切实使防控知识达到家喻户晓，营造全民参与、共同防御氛围，促进“早发现、快反应、严处置”防控措施的落实。疾病预防控制中心要对外公布咨询电话，24小时解答群众有关甲型H1N1流感防控的咨询、举报和投诉。

2. 大力开展以防控甲型H1N1流感为重点的爱国卫生运动。要在工委管委的统一组织领导下，认真组织开展以防控甲型H1N1流感为主要内容的爱国卫生运动，认真开展环境卫生整治。生猪养殖业户做好垃圾猪粪无害化处理，养猪场所通风消毒。动员群众除害防病，清除“四害”孳生地，消杀越冬蚊蝇。要大力倡导农村改水、改厕、改圈，努力改善生产生活环境，阻断传染病传播途径。

三、疫情的解除

防控专家组对疫情控制效果进行综合评价，经过疫情检索，确定疫区内最后一例病例恢复后7天内无新发病例和病源携带者，由原决定机关决定并宣布解除疫情，转入常规防控。

疫情解除后，要及时总结疫情及调查处理情况，上报烟台市卫生局。

第五章 督查评估

甲型H1N1流感防控领导小组办公室要制定督导检查方案，坚持综合性督查和专业性督查相结合，对区内医疗卫生机构的应急工作进行督查评估。

一、综合督导检查：

- (一)组织队伍是否健全；
- (二)法律、法规的贯彻落实；
- (三)政策措施是否到位；

- (四)应急物资储备;
- (五)总体目标任务进度;
- (六)阶段性任务完成情况;
- (七)培训演练组织情况;
- (八)卫生监督执法情况。

二、专业督查

领导小组办公室及各专业小组、疾病预防控制中心、卫生监督所根据各自职责进行督导检查。

- (一)指挥调度系统是否畅通、高效;
- (二)信息通报是否及时准确,健康教育是否深入普及,重点地区、重点部位、重点人群的宣传教育是否到位,并进行效果评价;
- (三)监测点建设及监测报告、预测预警工作;
- (四)医学观察点、定点医院、发热门诊、预检分诊的建设和管理,医疗机构的培训、防护、诊治准备等工作情况;
- (五)保障经费及应急工作条件的落实情况;
- (六)医疗机构疫情监测报告、传染病防控情况;
- (七)食品卫生、饮用水卫生的保障情况。

三、奖惩

甲型 H1N1 流感应急防控要做到有部署、有检查、有评估,有奖惩。督查情况要及时通报,对在甲型 H1N1 流感防控工作中做出突出贡献的机构和人员给予表彰和奖励;对玩忽职守,造成甲型 H1N1 流感传播或流行的,给予行政处分;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

延津县疾病预防控制中心流感样病例暴发疫情处置技术方案

一、总则

(一) 目的。

为规范流感样病例暴发疫情的处置和管理,提高各级机构对流感样病例暴发疫情的处置能力,做到早发现、早报告、早处置,及时采取各项防控措施,有效控制疫情的传播、蔓延,保障公众健康和公共卫生安全,特制定本指南。

(二) 适用范围。

我市发生流感样病例暴发疫情未达到突发事件标准的流感暴发疫情处置工作。

二、暴发疫情相关定义

(一) 流感样病例: 发热(腋下体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$), 伴咳嗽或咽痛之一, 缺乏实验室确定诊断为某种疾病的依据。

(二) 流感样病例暴发: 指一个地区或单位短时间出现异常增多的有流行病学关联的流感样病例。

三、暴发疫情的发现与报告

(一) 1周内, 在同一学校、幼托机构或其他集体单位出现10例及以上流感样病例, 及时以电话或传真等方式向所属地县(区)级疾病预防控制机构报告。县(区)级疾病预防控制机构接到报告后, 应立即进行疫情核实。经核实确认的暴发疫情, 通过“中国流感监测信息系统”报告疫情事件的相关信息(附件1)。

(二) 1 周内, 在同一学校、幼托机构或其他集体单位出现 30 例及以上流感样病例, 或发生 5 例及以上因流感样症状住院病例 (不包括门诊留观病例), 或发生 2 例以上流感样病例死亡, 经县级疾病预防控制机构核实确认后, 应当在 2 小时内通过突发公共卫生事件管理信息系统进行报告。

(三) 对于报告到突发公共卫生事件管理信息系统的流感样病例暴发疫情, 经核实为流感暴发疫情后, 所有实验室确诊和临床诊断病例均要进行个案网络直报, 并在“突发公共卫生事件报告管理信息系统”中进行个案病例的关联。在“中国流感监测信息系统”中, 承担检测工作的流感网络实验室或疾病预防控制机构负责录入疫情样本的实验室检测结果。负责暴发疫情调查处置的疾病预防控制机构应在“突发公共卫生事件报告管理信息系统”填报“流感样病例暴发疫情采样及检测结果统计表”(附件 2), 并根据实验室检测开展情况, 对填报内容进行及时更新; 同时, 按照要求做好进程报告和结案报告。

四、暴发疫情的调查

(一) 流行病学调查。接到疫情报告后, 县级疾病预防控制机构应立即根据流感样病例定义进行诊断, 核实是否为流感样病例暴发, 已核实的暴发疫情应开展流行病学调查。

1. 疫情发生单位基本信息与相关因素调查。内容包括: 疫情发生的集体单位名称、地址、报告人、联系方式、疫情波及人数; 单位部门 (学校班级) 分布情况、卫生条件以及生产活动形式 (教学方式, 如全日制、夜校和寄宿等); 近 2 周因病缺勤 (缺课) 情况; 事件发生前一周及事件发生后集体活动情况; 环境状况 (通风、清洁状况、宿舍情况) 等。必要时可开展专项调查, 收集影响疾病传播的相关因素, 评估疫情的严重程度和发展趋势。

2. 病例搜索。疾病预防控制机构、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）相关专业人员通过查阅晨（午）检记录、缺勤记录、医务室或医疗机构就诊记录以及逐个部门或班级调查等方式主动搜索流感样病例。

3. 个案调查。疾病预防控制机构可参照“流感样病例调查一览表”（附件3）和“流感重症和死亡病例个案调查表”（附件4），对流感样病例进行个案调查。

4. 疫情追踪。疫情处理期间，疫情暴发单位向属地疾病预防控制机构报告本单位每日新增病例数。必要时，疾病预防控制机构对新发病例进行调查核实，及时、准确掌握和评估疫情趋势，调整防控措施。

（二）样本采集。对于达到报告标准的流感样病例暴发疫情，疫情发生地疾病预防控制机构须采集暴发疫情病例样本。

1. 采样种类。采集流感样病例的咽拭子、鼻拭子、鼻咽拭子，必要时，可同时采集急性期和恢复期双份血清样本。

2. 采样要求。应采集发病3天内的呼吸道标本，优先采集新发病例的呼吸道标本；根据病例分布特征，均衡选择采样对象，避免集中在同一部门或班级、宿舍。重症病例和死亡病例标本尽量全部采集。若符合流感样病例诊断标准的标本较少，为明确疫情性质，可适当扩大采样范围，采集体温为 37.5°C - 38°C 伴咳嗽、头痛或肌肉酸痛等症状的病例。每起暴发疫情应采集至少10份的呼吸道标本（如果现症病例不足10例，应全部采样）。不能明确病原学诊断的疫情，可酌情增加采样批次和采样数量。

急性期血清采集对象：发病后7天内的流感样病例。

恢复期血清采集对象：发病后2-4周的流感样病例。

3. 样本的保存和运送。标本采集人员填写“流感样病例标本原始登记送检表”（附件5），随同标本运送至流感监测网络实验室。

(三) 样本检测。市疾控中心流感监测网络实验室收到暴发疫情标本后，要求在 24 小时内利用核酸检测方法进行流感病毒亚型鉴定，并进一步对流感病毒核酸检测阳性标本进行病毒分离。

(四) 疫情性质判断原则。暴发疫情的性质应结合病例的临床、流行病学和实验室检测结果进行综合分析、判断。

五、疫情控制

发生暴发疫情后，应采取相应的预防控制措施。

(一) 病例管理。

1. 发热（体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ），或体温 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 伴畏寒、咳嗽头痛、肌肉酸痛者劝其及时就医，根据医嘱采取居家或住院治疗。休息期间避免参加集体活动和进入公共场所。

患者所在单位指派人员负责追踪记录住院或重症病例的转归情况并报告当地疾病预防控制机构。

2. 体温恢复正常、其他流感样症状消失 48 小时后或根据医生建议，患者可正常上课或上班。

(二) 强化监测。市疾病预防控制中心应指导哨点医院做好流感样病例监测报告；县级疾控机构指导发生流感样病例暴发疫情的学校及托幼机构强化每日检查制度、因病缺勤登记制度，发现流感样病例短期内异常增多，应向教育行政部门报告，同时向当地卫生部门报告。根据医疗机构、学校、托幼机构及其他信息来源的报告情况，进行综合分析，评估疫情趋势，发现流感暴发苗头时及时预警。

(三) 环境和个人卫生。注意保持教室、宿舍、食堂等场所的空气流通，经常开窗通风，保持空气新鲜。集体单位和公共场所应定期打扫卫生，保持环境清洁。

注意个人卫生，勤晾晒被褥，勤换衣，勤洗手，不共用毛巾手帕等。咳嗽和打喷嚏时用纸巾或袖子遮住口、鼻，出现流感样症状后或接触病人时要戴口罩。

(四)健康教育。开展健康教育，在疫情发生单位可采用宣传画、板报、折页和告知信等形式宣传卫生防病知识。

(五)药物治疗。对于实验室确诊的流感重症病例和出现流感样症状的慢性病患者、老年人等流感高危人群，要进行抗病毒药物治疗，药物可首选奥司他韦(Oseltamivir)和扎那米韦(Zanamivir)，无条件地方可参考当地耐药性监测结果选用烷胺类药物(金刚烷胺、金刚乙胺)。是否进行预防性服药，需由卫生行政部门组织专家论证。

(六)其他措施。流感样病例暴发期间，慢性病患者、老年人、婴幼儿等高危人群要减少或避免参加集体活动。根据实际情况，可减少或停止学校和单位的集体活动，尽可能减少和避免与发病学生、员工接触，避免全体或较多人员集会，限制外来人员进入。必要情况下可根据专家建议采取停课、放假等措施。

六、疫情评估与总结

发生流感样病例暴发疫情时，市卫生局应根据疫情形势，组织相关部门开展评估，达到突发公共卫生事件标准时，应按相关预案及时启动相应应急响应机制。

连续1周无新发病例，可判定为暴发疫情结束，结束后1周内，负责疫情处置的疾病预防控制中心要对疫情处置情况进行总结，内容包括疫情报告的及时性、信息完整性、处置的规范性等方面。

七、组织管理

当局部地区出现流感样病例暴发流行时，各有关部门应积极落实各项防控措施。具体职责如下：

(一)卫生行政部门。组织、协调疫情的调查处理工作，组织开展医疗救治，正面引导宣传，加强部门的沟通与协作。

(二)疾病预防控制机构。开展暴发疫情信息收集；负责疫情的调查、核实和处理以及疫情报告等工作；指导辖区集体单位开展传染病防治工作；开展传染病防治的宣传教育与健康促进活动。

（三）医疗机构。及时发现和报告流感样病例暴发疫情；负责对病例进行诊断、治疗和管理；做好院内感染控制；协助疾病预防控制机构做好流行病学调查，以及临床相关样本的采集工作。

（四）疫情暴发单位。及时发现和报告流感样病例暴发疫情；积极落实学校晨检制度、缺勤（缺课）的监测、报告与管理制度；加强与卫生部门的信息沟通，主动配合卫生部门的调查和各项措施的落实；积极开展爱国卫生运动，清除卫生垃圾和死角；做好单位配套设施（如洗手设备等）的装备。

- 附件：1. 流感样病例暴发疫情相关信息登记表
2. 流感样病例暴发疫情采样及检测结果统计表
3. 流感样病例调查一览表
4. 流感重症和死亡病例个案调查表
5. 流感样病例标本原始登记送检表

附件 1

流感样病例暴发疫情相关信息登记表

初次报告 进程报告 结案报告

报告单位：_____疾病预防控制中心

报告时间：____年__月__日

事件类别： 流感样病例暴发疫情 确定为流感暴发疫情 排除流感暴发疫情

事件名称：_____

事件发生时间：____年__月__日

事件发生详细地点：____省____市____县（区）

____乡（镇、街道）____村（社区、居委会）

事件发生单位：_____

发病人数：_____ 死亡人数：_____ 波及人数：_____

采集 呼吸道 标本的病 例数	标本得到检 测的 病例数	流感病毒阳性的病例数				
		甲型				乙型
		A (H1N1)	A (H3N2)	甲型 H1N1 流感	未分亚型	
						混合型 (型别/亚型)

附件 2

流感样病例暴发疫情采样及检测结果统计表

报告单位：_____疾病预防控制中心

报告时间：__年__月__日

事件名称：_____

事件发生时间：__年__月__日

事件发生详细地点：__省__市__县（区）__乡（镇、街道）__村（社区、居委会）

采集 呼吸道 标本的病 例数(人)	标本得到 检测的 病例数(人)	流感病毒阳性的病例数(人)						
		甲型					乙型	混合型 (型别/亚型)
		A(H1N1)	A(H3N2)	甲型 H1N1 流感	未分亚型			

注：混合型指在同一个病例的呼吸道标本中检测出两种及以上的流感病毒型别，请在表格中注明检测流感病毒的型别/亚型。

填表须知

- 填表单位：**负责流感样病例暴发疫情核实的县（区）级疾病预防控制中心。
- 填报时限：**暴发疫情标本采集的当天以及获得检测结果 2 小时内，在“突发公共卫生事件报告系统”进行网络直报。

3. 填报说明：

(1) 承担检测工作的网络实验室，要在“中国流感监测信息系统”中录入标本的实验室检测结果，报告该起疫情的疾病预防控制中心负责将该起疫情与标本信息进行关联。

(2) 在暴发疫情调查处理的进程中，各级疾病预防控制中心要及时对《流感样病例暴发疫情采样及检测结果统计表》首次报告并进行更正，并做好进程报告和结案报告。

附件 3

流感样病例调查一览表

调查单位/地址: _____ 联系人: _____ 联系电话: _____

编号	姓名	性别	年龄	部门/ 班级/ 车间	联系电话	发病日期	临床症状及检查			过去一年是否接种流感疫苗	是否接触过病死禽畜	是否接触类似病例	是否采样	备注
							最高体温(℃)	咳嗽	咽痛					

注：接触类似病例：指病前 7 日内接触流感样病人；接触病、死禽：是指病前 7 日内病、死禽、畜及其分泌、排泄物接触史。

调查员: _____ 调查日期: _____年____月____日

附件 4

流感重症和死亡病例个案调查表

一、基本信息和既往史	
(一) 基本信息	
1. 姓名_____ 1.1 家长姓名(若是儿童, 请填写):_____	
2. 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 3. 年龄 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 岁 3.1 月龄 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月(1-12个月)	
4. 职业_____ 5. 民族 _____族 6. 身高____cm 体重____kg (<2岁婴幼儿和孕妇不需登记)	
7. 现住址:	
8. 联系人: _____ 9. 联系电话: _____	
(二) 住院日期和诊断(住院病例填写)	
1. 入院日期: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日	
2. 本次入院临床诊断: _____	
(三) 既往史	
1. 有无下述基础疾病	
1.1 慢性肺部疾病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚	
如果是, <input type="checkbox"/> 哮喘 <input type="checkbox"/> 慢性支气管炎 <input type="checkbox"/> 肺气肿 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病 <input type="checkbox"/> 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征 <input type="checkbox"/> 其他(请填写疾病名称) _____	
1.2 心血管疾病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚	
如果是, <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 其他(请填写疾病名称) _____	
1.3 代谢性疾病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚	
如果是, <input type="checkbox"/> 糖尿病(请选择糖尿病类型: <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> 不清楚) <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 其他(请填写疾病名称) _____	
1.4 慢性肾脏疾病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚; 如果是, 请填写疾病名称 _____	
1.5 慢性肝脏疾病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚; 如果是, 请填写疾病名称 _____	
1.6 癌症/肿瘤 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚; 如果是, 请填写疾病名称 _____	
1.7 发病时处于免疫抑制状态(如 HIV/AIDS、糖皮质激素或免疫抑制药物治疗或器官移植后等情况) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚; 如果是, 请列出 _____	

1.8 是否有其他系统疾病: 是 否 不清楚

其他疾病 1 _____

其他疾病 2 _____

其他疾病 3 _____

2. (育龄期妇女, 请询问并填写) 是否怀孕? 是 否 不清楚

如果是, 孕期____周, 第____次

3. 过去一年是否接种过季节性流感疫苗? 是 否 不清楚

二、临床表现、治疗、并发症与转归

(一) 主要临床表现

患者发病后是否出现过下述症状或体征:

1. 发热 是 否 不清楚 请详述本次发病后的最高体温____℃

2. 咽痛 是 否 不清楚

3. 咳嗽 是 否 不清楚

4. 气短或呼吸困难 是 否 不清楚

5. 气促 是 否 不清楚

请详述本次发病后观察到的呼吸频率最高值为____次/分钟

6. 肺部听诊异常 是 否 不清楚

如果是, 异常呼吸音 干啰音 湿啰音 捻发音

小水泡音 其他(请详述) _____

7. X线表现为肺部异常 是 否 不清楚

以下(第8-12项)仅5岁及以下婴幼儿患者填写, 5岁以上儿童和成人跳至第(二)部分

8. 拒食或呛奶 是 否 不清楚

9. 严重呕吐 是 否 不清楚

10. 抽搐 是 否 不清楚

11. 嗜睡或昏迷 是 否 不清楚

12. 胸壁凹陷或平静时喘鸣 是 否 不清楚

(二) 治疗

1. 发病后是否使用抗流感病毒药物治疗? 是 否

1.1 如果是, 请选择抗流感病毒药物名称

神经氨酸酶抑制剂类药物: 奥司他韦(达菲、奥尔菲、欧瑞斯等) 扎那米韦

烷胺类药物: 金刚烷胺 金刚乙烷

2. 是否使用糖皮质激素治疗? 是 否

3. 收治 ICU: 是 否

(三) 并发症: 有 无 (跳至第(四)部分) 不清楚

1. 肺炎 是 否 不清楚 如果是, 请选择肺炎类型: (可多选)

病毒性肺炎 细菌性肺炎 真菌性肺炎 其他 (请填写疾病名称) _____ 不清楚

2. 呼吸衰竭 是 否 不清楚

3. 急性呼吸窘迫综合征 (ARDS) 是 否 不清楚

4. 心力衰竭 是 否 不清楚

5. 肾功能不全 是 否 不清楚

6. 肝功能不全 是 否 不清楚

7. 弥散性血管内凝血 (DIC) 是 否 不清楚

8. 感染中毒性休克 是 否 不清楚

9. 其他 1 _____ 其他 2 _____

(四) 出院日期和诊断

1. 出院日期: 年月日

2. 主要出院诊断: _____

3. 疾病转归: 治愈 好转 未愈 死亡

3.1 如果死亡, 死亡日期: 年月日

填报单位: ----- 填报人 ----- 填报时间: 年月日

附件 5

流感样病例标本原始登记送检表

填表人：_____ 单

位：_____

原始编号	采集地区/县	姓名	家长姓名	性别	年龄	职业	现住址	联系电话	发病日期	采集日期	送检日期	标本种类	标本来源	采集医院	备注

注：1. 采集地：填写标本采集地的县区名称；

2. 现住址：至少须详细填写到乡镇（街道）。现住址是指病人发病时的居住地，不是户籍所在地。

3. 标本种类：A: 咽拭子、鼻拭子、鼻咽抽取物、咽漱液和鼻洗液；B: 血清标本 C. 尸检标本

4. 标本来源：（1）国家级流感样病例监测哨点医院，（2）非国家级流感样病例监测哨点医院，（3）流感样病例暴发监测，（4）其他。

5. 家长姓名仅儿童病例填写；年龄分月和年。

6. 备注：若标本来源为“流感样病例暴发监测”，请注明暴发事件的名称。

7. 原始编号：各哨点医院或疾控中心确定原始编号规则，注意核对此表的原始编号要与采样管上的原始编号一致。

延津县疾病预防控制中心群体性预防接种（服药）异常反应 应急处理预案（试行）

1 总则

预防接种是预防疫苗可预防传染病的有效措施。但是，由于个体差异，少数人在预防接种后出现一些轻微的不良反应，极个别人可能会出现罕见的严重症状。为保证预防接种工作的顺利实施，特制定本预案。

1.1 编制目的

预防或尽可能地减少接种后疑似预防接种异常反应的发生，及时调查、处理和上报可能出现的疑似预防接种异常反应，防止事态的进一步扩大，增加公众和全社会对预防接种的认识和信心，做好疫苗针对传染病的预防和控制工作。

1.2 工作原则

预防为主，常备不懈，统一领导，分级负责，依法规范。

1.3 编制依据

根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《疫苗流通和预防接种管理条例》等有关法律、法规制定。

1.4 适用范围

上报到市疾控中心的所有群体性预防接种（服药）异常反应事件。

2 组织指挥体系及职责

2.1 应急组织机构与职责

市疾控中心设立应急指挥部，由疾控中心领导及相关科室负责人组成，统一领导全市群体性预防接种（服药）异常反应事件的应急处理工作。指挥部下设办公室，办公室设在免疫规划科，其具体责任包括：

- （1）研究并制定群体性预防接种（服药）异常反应的应对策略和指导意见；
- （2）组织制定和审定应急预案；
- （3）领导、组织和协调开展群体性预防接种（服药）异常反应事件的处理；
- （4）协调与应急处理有关的相关部门；

- (5) 当事件超出市疾控中心处置能力时，依程序请求上级支援；
- (6) 根据实际情况建议进入相应的应急状态；
- (7) 分析总结年度全市预防接种异常反应应急工作。

根据事件发展情况设各专项业务技术组，确定应急策略和措施。

2.2 专家咨询委员会：由卫生局协调成立由流行病学、实验室检验、临床医学等方面专家组成的专家咨询委员会，对疑似预防接种异常反应事件的核实、控制、启动或停止本预案提出有效的合理化建议。

2.3 专业技术机构：由卫生局牵头成立“延津县群体性预防接种（服药）异常反应诊断处理小组”，协助做好群体性预防接种（服药）异常反应的诊断、鉴定和处理工作。

3 事件分级

由于群体性预防接种（服药）异常反应的特殊性和社会敏感性，有一起处理一起，不单独分级。

4 监测、预警与报告

4.1 市疾病预防控制中心负责疑似预防接种异常反应和群体性疑似预防接种异常反应的日常监测工作。

4.2 根据各县（市、区）上报到市疾病预防控制中心的监测信息，按疑似预防接种异常反应发生、发展规律和特点，及时分析其对公众身心健康的危害程度、可能的发展趋势，及时做出预警。

4.3 报告：市疾控中心在接到与预防接种有关的群体性反应或者引起公众高度关注的事件时，应在2小时内向卫生局报告。

5 应急响应和终止

5.1 应急响应原则

发生群体性疑似预防接种异常反应后，由应急指挥部按照突发公共卫生事件响应的原则，做出相应的应急反应。

5.2 应急响应措施

5.2.1 启动预案

一旦发生疑似预防接种异常反应后，立即启动本预案。

5.2.2 启用应急组织

专家咨询组、群体性预防接种（服药）异常反应诊断处理小组按照市卫生局群体性预防接种（服药）异常反应应急领导小组的统一指挥，开展工作。

5.2.3 加强事件的通报和信息沟通

市疾控中心在接到由预防接种引起的群体性疑似异常反应、死亡、残疾，及造成的其他严重事件时，应按照《中华人民共和国传染病防治法》、《疫苗流通和预防接种管理条例》、《突发公共卫生事件应急条例》的要求及时向卫生局报告。必要时卫生局应指定一位新闻代言人，及时和媒体沟通，避免因媒体的过早介入、过分渲染、失真报道使事态进一步扩大造成局面难以控制。

5.3 分级响应

5.3.1 调查的组织

接到报告后卫生局应及时组织调查，调查组原则上由流行病、免疫预防、临床医学、实验室检验等有关专业人员组成。

5.3.2 调查步骤和内容

接到报告后需核实报告内容，核实出现反应者的基本情况、主要临床表现、初步诊断、疫苗接种情况、发生反应的时间和人数等，完善相关资料，做好深入调查的准备工作（群体性疑似预防接种异常反应具体调查步骤见附表1，疑似预防接种个案调查表见表2，疑似预防接种异常反应病例定义和相应处理办法见表3）。

根据上报的资料，分析出现的反应与预防接种在时间上的关联性、接种疫苗至出现反应平均间隔时间及趋势、报告发生率与可能的预期发生率的比较，判断反应是否与预防接种有关（如与预防接种无关，哪些是导致出现反应的可能原因）。调查组成员应根据自己的专业特点，在专家组讨论时充分发表意见，互相交流，逐步达成共识。专家组成员未经允许，不得以个人名义、任何方式对外公布调查结论。

在调查结束后撰写调查报告。调查报告应在结束调查后一周内完成，并及时向省疾控及相关部门报告。调查报告内容应包括：群体性预防接种（服药）异常反应的描述、诊断、治疗及实验室检查、疑似异常反应发生后所采取的措施、群体性预防接种（服药）异常反应的原因分析、对群体性预防接种（服药）异常反应的初步判定及依据；撰写调查报告的人员、时间。必要时调查报告要反馈给受种者个人和预防接种单位。

5.4 应急响应终止

应急响应的终止需符合以下条件：发生群体性预防接种（服药）异常反应的隐患或相关危险因素已经消除。

6 善后处理

主要是后期评估，事件结束后组织有关人员对事件的处理情况进行评估。评估内容主要包括事件概况、现场调查处理概况、病人救治情况、所采取措施的效果评价、应急处理过程中存在的问题和取得的经验及改进建议，评估报告要上报卫生局和省疾控中心。

7 保障措施

7.1 技术保障

要成立专门的“群体性预防接种（服药）异常反应诊断处理小组”，小组成员中有一定比例的临床各学科的专家。逐步完善报告系统，争取在最快的时间内掌握相关信息，要对地（州、市）、（市、区）进行经常性的分级培训，增强县（市、区）尤其是预防接种单位和预防接种者识别、处理疑似预防接种异常反应的能力。

7.2 物资、经费保障

应保障报告系统所需的软硬件设施、调查和事件处理工作所需要的车辆、经费和预防接种异常反应的经济补偿经费。

- 附件：
1. 群体性疑似异常反应调查步骤
 2. 疑似预防接种异常反应个案调查表
 3. 疑似预防接种异常反应病例定义和相应处理办法
 4. 过敏反应识别和处理

附表 1

群体性疑似异常反应调查步骤

步骤		措施
(1) 核实报告信息		<ul style="list-style-type: none"> ● 获得患者病案（或其它临床记录） ● 根据病案和记录资料详细核对病人的反应情况 ● 获得反应报表中任何遗漏的细节 ● 确定需要调查的任何其他病人
(2) 调查和收集资料	病人	<ul style="list-style-type: none"> ● 预防接种史 ● 既往病史（包括既往类似反应或其他变态反应史） ● 类似反应的家族史
	反应	<ul style="list-style-type: none"> ● 病史、临床描述、任何与反应有关的实验室结果和反应的诊断 ● 治疗、是否住院、效果
	可疑疫苗	<ul style="list-style-type: none"> ● 疫苗运输条件、目前储存条件、疫苗安瓿监测状况和冰箱温度记录 ● 疫苗送达基层接种单位前的储存情况
	其他人	<ul style="list-style-type: none"> ● 其他人是否接种相同的疫苗，接种后是否发病 ● 其他人如接触疫苗，是否发生类似疾病 ● 调查当地预防接种服务情况
(3) 评价免疫服务	询问	<ul style="list-style-type: none"> ● 疫苗（包括开启的安瓿）储存、分发和处理 ● 稀释液储存和分发 ● 疫苗稀释（过程和保存时间） ● 注射器和针头的使用和消毒 ● 接种实施培训、监督和接种员情况 ● 免疫接种次数是否超过正常

	<p>查看</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 冰箱：是否放其他物品（如在疫苗安瓿旁边存放可引起混淆的类似容器）、哪些疫苗/稀释液与其他药品放在一起；有无瓶子标签脱落 ● 接种操作（稀释、吸取疫苗、注射技术、针头和注射器安全、已开启安瓿处理） ● 开启的安瓿是否看上去受到污染
<p>(4) 建立病因假设</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● 按关联程度分为 6 类：①非常可能/肯定；②很可能；③可能；④不大可能；⑤无关；⑥不可分类 ● 只要有足够的信息，就应尽早建立假设；在调查过程中假设是可以改变的 ● 一旦有了假设，调查重点就应放到验证假设上 ● 根据假设可采取适度措施 ● 通过以下问题可能有助于建立假设： <ul style="list-style-type: none"> ①这种反应的发生率如何（常见/罕见/无报道） ②已知类似反应是否与其他传染病同时发生 ③已知这种反应是否与疫苗有关 ④这种反应是否可用疫苗的生物特性解释 ⑤疫苗反应的时间间隔是否符合 ⑥患者过去是否有类似症状 ⑦患者在接种疫苗的同时或以前是否使用过其他药物治疗 ⑧患者是否有任何伴随或既往情况 ⑨是否有其他起作用的因素
<p>(5) 初步判断假设</p>		<ul style="list-style-type: none"> ● 发生群体性反应很可能由接种实施差错引起 ● 假如所有反应都从同一卫生工作者/机构接受疫苗而没有其他反应，则可能是接种实施差错导致的事故 ● 假如所有反应都接受相同的疫苗或同批次的疫苗，而在社区内没有类似反应，则可能是疫苗问题

	<ul style="list-style-type: none"> ● 假如这种反应是一种已知的疫苗不良反应，但发生率增高，则接种实施差错或疫苗问题可能是原因 ● 假如相同地区同年龄组的未接种者也发生了该病，则很可能是偶合症
(6) 验证假设	<ul style="list-style-type: none"> ● 反应分布是否符合假设 ● 有时实验室检测对假设有帮助
(7) 给出调查结论	<ul style="list-style-type: none"> ● 得出病因结论 ● 调查表填写完整 ● 采取纠正行动，建议进一步行动

附表 2 疑似预防接种异常反应个案调查表

一、基本情况

1 县国标码		□□□□□□
2 发生年份		□□□□
3 编号		□□□□
4 姓名		
5 性别	1 男 2 女	□
6 出生日期	年 月 日	□□/□□/□□
7 年龄	周岁 月龄	□□/□□
8 职业		□□
9 现住址		
10 联系电话		
11 监护人姓名		

二、就诊与报告情况

1 发生时间	年 月 日 时 分	□□/□□/□□ □□/□□
2 就诊时间	年 月 日 时 分	□□/□□/□□ □□/□□
3 就诊单位		
4 报告时间	年 月 日 时 分	□□/□□/□□ □□/□□
5 报告单位		
6 报告人		

三、临床资料

1 临床经过(包括症状、体征、实验室检查、辅助检查和治疗等)		
2 初步临床诊断		
3 是否住院	1 是 2 否	□
如果是, 医院名称		
病历号		
住院日期	年 月 日	□□/□□/□□
出院日期	年 月 日	□□/□□/□□
4 病人转归	1 治愈 2 好转 3 后遗症 4 死亡 5 不详	□
如死亡, 死亡时间	年 月 日 时 分	□□/□□/□□ □□/□□
病理解剖	1 是 2 否	□

解剖结论		
------	--	--

四、既往病史和家族病史

1 接种前患病史	1 有 2 无 3 不详	<input type="checkbox"/>
如有, 疾病名称		
2 接种前精神状况	1 活泼 2 萎靡 3 忧郁 4 紧张 5 恐惧 6 其它	<input type="checkbox"/>
3 接种前过敏史	1 有 2 无	<input type="checkbox"/>
如有, 过敏物名称		
4 家庭成员中是否有遗传病/传染病/精神病/癫痫/过敏/惊厥等		
	1 有 2 无 3 不详	<input type="checkbox"/>
如有, 疾病名称		

五、既往接种史和异常反应史

1 既往接种疫苗名称		
2 既往发生异常反应	1 有 2 无	<input type="checkbox"/>
3 如有异常反应,		
反应发生日期	年 月 日	□□/□□/□□
接种疫苗名称		
临床诊断		
诊断单位		

六、可疑疫苗接种情况 (按最可疑的疫苗顺序填写)

(一) 可疑疫苗	疫苗 1	疫苗 2	疫苗 3	疫苗 4
1 疫苗名称				
2 规格(剂/支.粒)				
3 生产企业				
4 批号				
5 有效日期				
6 来源				
7 接种剂量(ml.粒)				
8 接种剂次				
9 接种时间				
10 接种途径				
11 接种部位				
12 疫苗外观				
13 保存容器				

14 保存温度 (°C)				
15 有无批签发合格证书				
16 疫苗是否送检				
17 送检日期				
18 检定单位				
19 检定结果				
(二) 稀释液	疫苗 1	疫苗 2	疫苗 3	疫苗 4
1 稀释液名称				
2 规格 (ml/支)				
3 生产企业				
4 批号				
5 有效日期				
6 来源				
7 稀释液外观				
8 保存容器				
9 保存温度 (°C)				
(三) 注射器	疫苗 1	疫苗 2	疫苗 3	疫苗 4
1 注射器名称				
2 注射器类型				
3 规格				
4 生产企业				
5 批号				
6 有效日期				
7 来源				
8 一支注射器接种人数				
9 消毒方式				
(四) 接种人员与操作	疫苗 1	疫苗 2	疫苗 3	疫苗 4
1 接种人员姓名				
2 性别				
3 年龄				
4 工作单位				
5 何时从事预防接种工作				
6 是否接受过专业技能培训				
7 有无预防接种培训合格证				
8 最近接受培训时				

延津县疾病预防控制中心突发事件应急预案

间				
9 接种地点				
10 接种操作程序是 否正确				

附表 3 疑似预防接种异常反应病例定义和相应处理办法

免疫异常反应	病例定义	处理方法
过敏反应（急性严重过敏反应）	异常急性过敏反应；免疫后 2 小时内发生，表现为如下症状一项或多项： 因支气管痉挛引起呼吸困难 喉部痉挛/喉部水肿 一种或多种皮肤症状，例如荨麻疹，面部水肿或全身水肿	自我调整； 抗组胺可能有所帮助。
超敏反应	严重的即时性过敏反应（1 小时内）导致循环衰竭同时伴随或不伴随支气管痉挛和/或喉痉挛/喉部水肿	肾上腺素注射
脑病	通常在接种 6-12 天内发生 急性发病，表现为下列 3 种情况中的任何 2 种： 癫痫发作 严重的意识模糊，持续 1 天或以上 明显的行为变化，持续 1 天或以上	无特异性处理方法；辅助性治疗。
发热	直肠温度 介于 38 - 38.9℃（低度发热），39 - 40.4°（高度发热）以及 40.5℃ 以上（重度发热）	对症治疗；扑热息痛
注射部位脓肿	注射部位有波动感或排脓。包括细菌性脓肿：有感染、出现化脓等炎性症状；无菌性脓肿：没发生感染。	切开排脓； 如有菌需使用抗生素。
癫痫	未伴随神经症状和体征的全身抽搐； 发热癫痫：体温 > 38 °C（直肠） 不发热癫痫：体温正常	自我控制、调整；辅助性治疗；扑热息痛，如发热可降温；极少情况可使用抗痉挛药物。
败血症	由细菌感染导致的急性全身病症，并通过血标本细菌培养确诊病例。	早期识别和处理是关键。尽快到专业医院处理，注射抗生素和输液。

延津县疾病预防控制中心突发事件应急预案

严重的局部反应	注射部位红肿且表现如下症状一项或多项： 注射部位周围关节肿大； 疼痛，发红和肿大超过 3 天 需要住院治疗	在发病数天至一周内对症处理；使用止痛药对症治疗；不需使用抗生素
血小板减少	接种后 15 - 35 天内发生，血小板低于 50,000/ml，导致瘀伤和/或出血	通常均为轻度并有自限性；少数情况需类固醇类药物或输血
中毒性休克	免疫后几小时内突然发热、呕吐和水样腹泻。通常 24-48 小时内导致死亡。	及早识别和处理至关重要。立即转入医院注射抗生素和输液。

附件 4

过敏反应识别和处理

过敏反应是一种非常罕见，但非常严重且有可能致命的变态性反应（通常以接种每百万疫苗剂次发生率进行评价）。病人发生过敏反应时，专业人员必须正确诊断、处理和迅速安置，然后转至医院进行进一步治疗。

缺乏培训的卫生员有可能将免疫后发生的晕眩和头晕误认为过敏反应，这是一个非常危险的判定。某些人免疫后立即感觉不舒服或晕眩并非过敏的临床症状。晕眩时没必要注射肾上腺素，如注射，则非常危险。

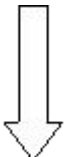
晕眩发生时，病人立即表现面色苍白、失去知觉、倒地（如无支撑）。晕眩有时伴随短暂痉挛、癫痫（即有节奏的肢体抽搐），无需特殊的处理或调查。青少年和成人免疫后，晕眩相对较常见；儿童免疫后出现晕眩现象非常罕见。发生晕眩可将病人处于斜躺体位休息即可，1-2 分钟内病人可恢复知觉，但完全恢复需稍长时间。

焦虑不安会导致面色苍白、烦躁和用力呼吸（头重脚轻、头昏眼花、手口有麻刺感）。呼吸困难通常发生在儿童中，能够导致儿童面部发红和青紫；若持续稍长时间，则可能导致儿童失去知觉。

一、过敏反应的识别

过敏反应是一种以循环衰竭为特征、迅速发病、严重的机体反应，通常发生于免疫接种后 5-30 分钟。过敏反应早期的症状表现为全身红斑和出疹，同时伴随上部和/或下部呼吸道阻塞。情况严重者出现疲乏无力、面色苍白、失去知觉和低血压。接种人员必须能够识别过敏反应的临床体征和症状（详见下表）。通常越严重的过敏反应发病越急促。许多致命的过敏反应在免疫接种 10 分钟内发病。故必须注意，免疫接种后接种对象必须观察至少 20 分钟后方可自行离开。

失去知觉不是过敏反应唯一的临床体征，仅仅发生于严重病例发病后期。晕眩时会出现较强的大动脉搏动（如：颈动脉），而过敏反应不会出现。过敏反应通常有多种临床表现。然而如果仅表现 1 种体征时，如皮肤发痒，则当时很难确诊。通常需要对开始发病后 8-12 小时，甚至 48 小时内的症状进行描述。

临床表现变化情况	过敏反应体征和症状
轻度、早期症状 	皮肤发痒、皮疹、注射部位肿大；头晕、发热 身体某些部位无痛性肿大，如面部、口唇；面红、皮肤发痒、鼻塞、打喷嚏、流泪 声音嘶哑、恶心、呕吐 喉部肿大，呼吸困难、腹部疼痛
晚期、可能危及生命症状	喘息、烦躁、呼吸困难、虚脱、低血压、脉搏虚弱

二、过敏反应处理

一旦确诊，无论病人当时临床症状是否严重，均可以考虑将病人视为可能存在生命危险情况进行立即处理。如当时病人未在医院，需及时将病人转移到医院进一步治疗。肾上腺素可以刺激心脏和抑制肺部痉挛，缓解水肿症状，因此可应用于过敏反应处理。

但肾上腺素剂量不当可能导致心律失常、心力衰竭、重度高血压和组织坏死等。因此，所有接受过敏反应处理培训的接种人员必须了解应急使用肾上腺素的方法、注射剂量和注射方法，保证肾上腺素药物在有效期内使用。

具体处理步骤如下：

- 1、对已失去知觉的病人，使其处于恢复体位并确保呼吸道畅通；
- 2、测定心率和呼吸频率（若病人表现颈动脉脉搏较强，病人很可能并非过敏反应）；
- 3、如需要，可使用人工呼吸；
- 4、在接种疫苗另侧肢体深度肌肉注射 1:1000 肾上腺素（轻度病例可采用皮下注射）（具体剂量结合年龄或体重，参照下面表格）；
- 5、若病人注射肾上腺素后恢复知觉，将病人放置头低脚高体位并注意保暖；
- 6、如需要，可给病人吸氧；
- 7、电话寻求专业机构帮助且勿使病人独处；首次注射肾上腺素后，如必要需呼叫救护车且需至少一名医护人员陪同；
- 8、如注射首针肾上腺素 10-20 分钟内病人状况无改善，重复注射肾上腺素（使用最大剂量且最多使用 3 次）。过敏性休克通常注射肾上腺素后会迅速恢复；
- 9、记录病人情况（脉搏、呼吸率和血压），以及每次服药、注射时间及准确剂量。在病人转入医院后，病人记录应随同提交。

肾上腺素用量：每剂 0.01ml/kg 1:1000 肾上腺素，最大剂量 0.5 ml；肌肉注射，若症状较轻可采用皮下注射

若不知病人体重，可参考如下剂量：

<2 岁	0.0625 ml (1 毫升 1/16)
2-5 岁	0.125 ml (1 毫升 1/8)
6-11 岁	0.25 ml (1 毫升 1/4)
11+ 岁	0.5 ml (1 毫升的 1/2)

延津县疾病预防控制中心疟疾疫情应急处置预案

一、前言

河南省地处亚热带向暖温带的过渡地带，特定的地理环境适宜疟疾的流行，曾是我国疟疾严重流行的省份之一。新中国成立以来，在各级政府的高度重视下，我省疟疾防治工作取得了显著成效，疟疾发病人数由 1970 年的 1022.24 万例减少到 1992 年的 318 例，发病率由 16944.4/10 万下降至 0.4/10 万，流行区范围大幅度缩小，并在信阳东部成功消除了恶性疟。

目前，豫南、豫东局部地区一直有疟疾散在流行，全省大部分地区影响疟疾流行的基本条件仍然没有改变，且随着流动人口的逐年增加，输入性疟疾给我省消除疟疾工作带来严峻挑战。为切实保障人民群众身体健康，促进经济与社会协调发展，根据河南省消除疟疾行动计划（2010-2020 年）的要求，我省决定在 2010 年全面实施消除疟疾工作，到 2018 年全省实现消除疟疾，到 2020 年前通过国家认证。为了实现上述目标，有效控制疟疾暴发流行，加强对疟疾重大和突发疫情的快速反应和应急处理能力，特制定此预案如下。

二、目的

确保一旦发生疟疾疫情或疟疾暴发流行时，及时采取有效措施，迅速控制和扑灭疫情。

三、预案启动条件

突发疫情判定凡出现以下情况之一时，视为疟疾突发疫情，应启动应急处理工作：

- （一）三类县发现当地感染的疟疾病例，或发现输入性恶性疟继发病例；
- （二）二类县近 3 年无疟疾发生的乡镇发现当地感染的疟疾病例，或发现输入性恶性疟继发病例；
- （三）二类县近 3 年有疟疾病例发生的乡（镇），同一行政村 1 个月内发现 2 例及以上当地感染的疟疾病例，或发现 1 例及以上恶性疟死亡病例。

四、诊断标准

疟疾病例的诊断标准参照 ws259 - 2006 执行。

（一）临床症状

- 1、周期性发作，每天或隔天或隔两天发作一次；
- 2、发热（40℃以上）；

（二）流行病学史

曾于疟疾传播季节在疟疾流行区住宿、夜间停留或近二周有输血史。

（三）假定性治疗

用抗疟药作假定性治疗，3 天内症状得到控制；

（四）实验室诊断

- 1、显微镜检查血涂片查见疟原虫；
- 2、疟原虫抗原检测阳性；

（五）诊断标准

1、带虫者

无临床症状，同时符合（四）1

2、临床诊断病例

具备下列之一者

- （1）应同时符合（一）1条和（二）条；
- （2）应同时符合（一）2、（二）、（三）条；

3、确诊病例

具备下列之一者

- （1）应同时符合（一）1、（二）和（四）1条；
- （2）应同时符合（一）1、（二）和（四）2条；
- （3）应同时符合（一）2、（二）和（四）1条；
- （4）应同时符合（一）2、（二）和（四）2条；

五、控制暴发流行的对策与措施

（一）切实加强领导，做好组织协调工作

在发生疟疾大范围流行或局部暴发流行时，必要时可成立疫情应急处理工作领导小组。领导小组的主要职责是：在市卫生局统一领导下，协调卫生、宣传、教育等各有关部门，按照各自的职责与分工，及时安排落实疫情处理所必需的人员、防治经费和物资，确保各项预防与控制措施落到实处。

疫情发生时，可建议市卫生局组织成立由市疾病预防控制中心和相关医疗卫生机构参加的应急处理技术指导组，研究确定控制暴发流行的技术方案。

（二）加强疫情报告

当发生有可能出现疟疾暴发流行或突发疫情时，执行职责的医疗保健和卫生防疫人员，应以最快的通讯方式向所在地疾病预防控制中心报告疫情，对确诊病例及时进行网络直报，同时报出传染病报告卡。接到疫情报告后，所在地疾病预防控制中心应当以最快的通讯方式向上级疾病预防控制中心和卫生行政部门报告；

疫情发生时，所在地疾病预防控制中心应认真填写“疟疾个案调查表”（附表1）、疟疾病例报告（附件2）和“疟疾病例（暴发）调查表”（附表3），及时通过寄生虫病信息系统录入并上报有关部门。

（三）迅速开展流行病学调查

各级疾病预防控制中心在接到可能发生疟疾暴发流行的疫情报告时，应在24h内派出应急队伍赶赴疫区进行流行病学调查、确定暴发流行的性质、范围、强度及主要原因，为及时制定控制方案提供科学依据。

调查方法主要有个案调查与暴发调查两种。

调查的主要内容:

1、采用分层随机抽样方式,按报告发病率的高低和距疫点的距离,确定若干个调查点。

2、采用核查乡、村医疗卫生机构的疫情报表、发热病人血检登记表、抗疟药处方,并通过疫区居民现场走访调查、疟疾病人个案调查、居民或小学生带虫调查等方法确定暴发流行的范围、强度和疟原虫种类。

3、进行媒介调查以确定主要传播媒介。

4、在出现暴发流行的地区,所有县、乡(镇)医院应对所有发热病人进行血检疟原虫(附件4)。

市(县)疾病预防控制中心在接到疫情报告后,应立即组织调查组对疫区进行疫情核查和暴发疫情控制的技术指导,并将处理结果及时向河南省疾病预防控制中心报告。

(四) 控制措施

1、积极抢救治疗病人:对所有已发现的疟疾病人和疑似病例,应按照《我国抗疟药使用原则和用药方案》中规定的治疗方案,予以全程足量的规范治疗。

2、高危人群的预防服药:在疟疾暴发流行地区,对发病率在10%的乡村,可根据不同情况,以乡、村或村民小组为单位,实施全民或重点人群预防服药。

3、媒介控制:在暴发流行区的中华按蚊密度有异常升高时,可根据不同情况,以乡、村或村民小组为单位,采用拟除虫菊酯类杀虫剂进行人、畜房滞留喷洒或药物浸泡蚊帐。

4、开展疟疾防治知识宣传:教育群众改变室外露宿的习惯,合理使用蚊帐,大力开展爱国卫生运动,提高群众自我保护意识。

六、预案终止条件

凡符合以下条件者,即可终止应急处理工作

(一) 疫点及其周围相邻居民点的疟疾确诊及疑似病例得到规范治疗,采取了必要的媒介控制措施,建立、健全了疫情监测和报告网络,能及时发现和报告疫情。

(二) 自启动应急处理工作之日起,连续30天无疟疾病人发生。

(三) 根据流行病学调查和病原学监测结果,证实疫情趋于稳定,经上一级专家的考察和认可后,可终止应急处理工作,转入常规防治和监测。

七、疫情控制效果评价

(一) 流行病学分析与评价:根据流行病学资料,尽快查清疟疾疫情的流行病学特征,对疫情控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有发病率、治疗率、药物处理蚊帐使用率、疟疾防治知识知晓率、报告及时率和疫情控制时间等。

(二) 疫情调查分析:要及时收集、整理、统计、分析调查资料,内容包括:基本情况(一般背景资料和此次疫情概况);疫情的调查和分析(疫情的发生经过及临床表现,流行病学调查,实验室检测结果,流行因素调查及分析);调查结论;疫情的预防控制措施和评价;传染来源分析;疫情预测;存在问题;下一步防治工作建议等。结案

报告要求在疫情宣布终止后，同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构，并进行网络直报。

八、附件

- 1、疟疾病例流行病学个案调查表
- 2、疟疾病例报告撰写提纲
- 3、疟疾暴发病例调查一览表
- 4、疟原虫血检实验室镜检结果登记表

附件 1

疟疾病例流行病学个案调查表

编号: _____

1. 病例基本情况

- 1.1 患者姓名: _____ 1.2 户主姓名: _____
 1.3 联系电话: _____ 1.4 年龄: _____ 周岁
 1.5 性别: ①男 ②女
 1.6 职业: ①幼托儿童 ②散居儿童 ③学生 ④农民 ⑤境外务工人员 ⑥其他
 1.7 文化程度: ①学龄前 ②文盲 ③小学 ④初中 ⑤高中 ⑥大专及以上
 1.8 户籍所在地: _____省_____县_____乡镇_____行政村_____自然村
 (如为境外, 填国家或地区名_____)
 1.9 现住址: _____省_____县_____乡镇_____行政村_____自然村

2. 本次发病、诊断和报告情况

- 2.1 主要临床表现(可多选): ①发热 ②发冷 ③出汗 ④头痛 ⑤腹泻
 2.2* 有无并发症: ①无 ②有 如有请填2.3项
 2.3* 主要并发症:
 ①脑损害 ②胃肠损害 ③休克 ④溶血 ⑤严重的肝肾损害
 ⑥肺水肿 ⑦严重贫血 ⑧酸中毒 ⑨其它;
 2.4 最初发病时间: _____年_____月_____日
 2.5 发热情况: ①每天发热 ②隔天发热 ③发热时间不规则
 2.6 发病地点: _____省_____县_____乡镇_____行政村_____自然村
 (如为境外, 填国家或地区名_____)
 2.7* 镜检结果:
 ①未做 ②阴性 ③间日疟原虫 ④恶性疟原虫 ⑤三日疟原虫
 ⑥卵形疟 ⑦混合感染
 2.8* RDT 检测结果:
 ①未做 ②阴性 ③间日疟原虫 ④恶性疟原虫 ⑤混合感染 ⑥其它疟原虫
 2.9* 开展实验室检查单位: _____ 该单位属于:
 ①个体医生 ②村卫生室 ③乡镇卫生院 ④县级医疗机构
 ⑤县级疾控机构 ⑥地市级医疗机构 ⑦地市级疾控机构 ⑧省级医疗机构
 ⑨省级疾控机构 ⑩其它
 2.10 初次就诊单位: _____ 该单位属于:
 ①个体医生 ②村卫生室 ③乡镇卫生院 ④县级医疗机构
 ⑤县级疾控机构 ⑥地市级医疗机构 ⑦地市级疾控机构 ⑧省级医疗机构
 ⑨省级疾控机构 ⑩其它
 2.11 初次就诊时间: _____年_____月_____日
 2.12 初次就诊诊断结果: ①疟疾 ②其他疾病
 2.13 做出疟疾诊断的单位: _____ 该单位属于:
 ①个体医生 ②村卫生室 ③乡镇卫生院 ④县级医疗机构
 ⑤县级疾控机构 ⑥地市级医疗机构 ⑦地市级疾控机构 ⑧省级医疗机构

⑨省级疾控机构 ⑩其它

2.14* 病例诊断分类:

①疑似病例 ②临床诊断病例 ③确诊病例 ④带虫者

2.15* 病例报告时间: _____年____月____日

2.16* 报告单位: _____ 该单位属于:

①个体医生 ②村卫生室 ③乡镇卫生院 ④县级医疗机构
⑤县级疾控机构 ⑥地市级医疗机构 ⑦地市级疾控机构 ⑧省级医疗机构
⑨省级疾控机构 ⑩其它

3. 本次治疗情况

3.1 服用抗疟药物名称(可多选):

①氯喹加伯氨喹 ②青蒿素类复方 ③青蒿素类注射剂型 ④其他 ⑤不知道;

3.2 是否住院治疗: ①是 ②否

3.3 获取药物方式:

①村医每天送药 ②每天从村医处取药
③一次性从村医或医院取药 ④其它方式

3.4 第一次服药时间: _____年____月____日 3.5 最后一次服药时间: _____年____月____日;

3.6 服药天数: _____天 3.7 是否死亡: ①是 ②否

4. 既往病史和治疗情况 (如曾患过疟疾, 请填写以下选项)

4.1 上次患疟疾时间: _____年____月____日

4.2 上次抗疟治疗药品(可多选):

①氯喹加伯氨喹 ②青蒿素类复方 ③青蒿素类注射剂型 ④其他 ⑤不知道

4.3 上次使用药物天数: _____天

4.4 上次是否休根治疗: ①是 ②否

5. 感染来源调查

5.1 发病前一月内是否有境外居留史: ①是 ②否 如是请填5.2项

5.2 境外居留地点: _____ 国家或地区

5.3 发病前2周内是否有境内其它地区居留史: ①是 ②否, 如是请填5.4

5.4 境内其它地区居留地点:

_____省_____县_____乡镇_____行政村_____自然村

5.5 发病前2周内是否有输血史: ①是 ②否

5.6 近1月内家庭成员或来访亲友是否有人发热: ①是 ②否

5.7 感染来源分类: ①本县感染 ②省内外县感染 ③外省感染 ④境外感染

6. 填表说明

6.1 请在应选项数字处打“√”;

6.2 本表编号由县疾控中心统一编排, 仅做为保存和查阅资料使用;

6.3 “4.1、4.2、4.3、4.4”项中“上次”指本次患病前最近一次患疟疾;

6.4 本表中带“*”的选项, 调查人员可在有关机构或单位获取相关信息。

调查单位: _____; 调查人员: _____; 调查日期: _____年____月____日

附件 2

疟疾病例报告撰写提纲

一、疟疾基本情况

姓名、性别、年龄、住址、联系方式，患病过程等。

二、病例的诊断与上报

1. 流行病学史：是否有传播季节在疟疾流行区住宿、夜间停留史；近二周内有无输血史；或有既往病史。

2. 临床表现：① 都有什么典型的临床表现。② 重症病例有何临床表现及并发症。③ 有何不典型的临床表现。

3. 实验室检查① 病原学检查。② 免疫学检测。③ 基因检测。

4. 进行网报和直报情况。

三、病例治疗情况

1. 间日疟如何治疗。

2. 输入性恶性疟治疗：① 抗疟药治疗情况。② 对症治疗情况。

四、疫点处理（流行病学调查）

1. 疫点基本情况。

2. 媒介按蚊种群调查（过去有本底资料可以不调查）

3. 病例筛查。

4. 疫点处置：① 健康教育。② 对病例和四邻治疗，特殊情况可扩大治疗。③ 媒介控制。

五、完成处置报告

附件 3

疟疾暴发病例调查一览表

地(市): 延津县 县(市、区): _____

病人姓名	家庭住址	性别	年龄	发病日期	确诊日期	病例分类、			原虫分类	治疗结果		
						血检确诊	试治有效	临床症状		痊愈	好转	死亡

填表日期: 年 月 日 填报人

附件 4

疟原虫血检实验室镜检结果登记表

_____市_____县(市、区、旗) 单位: _____ ____年__月__日

编号	传染病个案 卡片编号	姓名 (3)	性别 (4)	出生 日期	现住 址	初步 诊断	发病 日期	血检 日期	血检 结果	检验者 (11)	备注 (17)

说明：1. 传染病报卡编号可在卡片编码生成后补填。第 3-11 项病例及标本基本信息由检测单位填写并录入寄生虫病信息报告管理系统。

2. 现住址：填写至县级即可。
3. 检测结果：①阳性 ②阴性 ③待定。

延津县艾滋病病毒职业暴露应急预案

为了保障我市医务人员及相关工作人员的职业安全，有效预防医务人员和相关工作人员在工作中发生职业暴露感染艾滋病病毒，依据卫生部关于印发《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则（试行）》和《中国疾病预防控制中心关于下拨艾滋病病毒职业暴露防护用药的通知》等相关技术方案，结合我市实际，制定本应急预案。

一、原则

维护医疗卫生工作人员及有关监管人员的职业安全，有效预防工作人员在工作中发生职业暴露感染艾滋病病毒。

二、定义

职业暴露是指在从事艾滋病防治工作及执行相关公务的过程中，意外被艾滋病病毒感染者或艾滋病患者的血液、体液污染了破损的皮肤或粘膜，或被含有艾滋病病毒的血液、体液污染的针头及其它锐器刺破皮肤，从而可能被艾滋病病毒感染的情况。

三、适用范围

卫生、公安、司法等系统有关工作人员。具体包括从事艾滋病病毒检测的实验室人员；负责艾滋病病人和感染者医疗护理的医务人员；负责抓捕和监管感染了艾滋病病毒的嫌疑犯、罪犯、吸毒人员以及性犯罪人员的公安、司法系统的工作人员；从事其他艾滋病相关防治与关爱的人员。

四、危险性评估

发生艾滋病病毒职业暴露后，应对暴露级别和暴露源病毒载量水平进行评估和确定。

（一）暴露级别

根据暴露源（含有艾滋病病毒的体液、血液或者被含有艾滋病病毒的体液、血液污染的医疗器械、物品）的接触方式的不同，将艾滋病病毒职业暴露级别分为三

级。

1、一级暴露：暴露源沾染了有损伤的皮肤或者粘膜，暴露量小且暴露时间较短。

2、二级暴露：暴露源沾染了有损伤的皮肤或者粘膜，暴露量大且暴露时间较长；或者暴露类型为暴露源刺伤或者割伤皮肤，但损伤程度较轻，为表皮擦伤或者针刺伤。

3、三级暴露：暴露源刺伤或者割伤皮肤，且损伤程度较重，为深部伤口或者割伤物有明显可见的血液。

（二）暴露源病毒载量水平

1、暴露源为艾滋病病毒阳性，但滴度低、艾滋病病毒感染者无临床症状、CD4计数正常者，为轻度类型。

2、暴露源为艾滋病病毒阳性，且滴度高、艾滋病病毒感染者有临床症状、CD4计数低者，为重度类型。

3、不能确定暴露源是否为艾滋病病毒阳性者，为暴露源不明型。

五、暴露后的应急处理

（一）紧急局部处理措施

1、用肥皂和水清洗沾污的皮肤，用生理盐水冲洗粘膜。

2、如有伤口，应轻轻挤压，尽可能挤出损伤处的血液，用肥皂水或清水冲洗。

3、受伤部位的消毒：伤口用消毒液（如70%酒精，0.2-0.5%过氧乙酸，0.5%碘伏等）浸泡或涂抹消毒，并包扎伤口。被暴露的粘膜，应用生理盐水或清水冲洗干净。

（二）预防性用药

1、用药时间

预防性用药应当在发生艾滋病病毒职业暴露后尽早开始，最好在4小时内实施，最迟不得超过24小时；超过24小时的，也应当实施预防性用药。

2、用药原则

发生一级暴露且暴露源病毒载量水平为轻度时，可以不使用预防性用药；发生

一级暴露但暴露源病毒载量水平为重度或者发生二级暴露但暴露源病毒载量水平为轻度时，使用基本用药程序。

发生二级暴露且暴露源病毒载量水平为重度或者发生三级暴露且暴露源病毒载量水平为轻度或重度时，使用强化用药程序。

暴露源病毒载量水平不明时，可以使用基本用药程序。

3、用药方案

预防性用药方案分为基本用药方案和强化用药方案。

(1) 基本用药方案：两种逆转录酶抑制剂，使用常规治疗剂量，连续服用 28 天。如双汰芝（AZT 与 3TC 联合制剂）300 mg/次，每日 2 次，用药时间为连续服用 28 天。或参考抗病毒治疗指导方案。

(2) 强化用药方案：强化用药程序是在基本用药程序的基础上，同时增加一种蛋白酶抑制剂，如佳息患或利托那韦。均使用常规治疗剂量，连续服用 28 天。

六、应急后处理

1、事故登记

发生事故的单位要建立事故登记制度，对事故情况按要求填写艾滋病职业暴露人员个案登记表（附件 1），记录事故发生的时间、地点及经过；暴露方式；损伤的具体部位、程度；接触物种类（培养液、血液或其他体液）和艾滋病病毒载量水平；处理方法及处理经过（包括赴现场专家或领导活动）；是否采用暴露后预防药物，并详细记录用药情况、首次用药时间、药物毒副作用情况（包括肝肾功能化验结果）、用药的依从性状况。

2、事故报告

小型事故（存在任何一种小的损伤或一级暴露）可在紧急处理后立即将事故情况和处理措施报告本单位主管领导。

重大事故（存在严重损伤或二级及以上暴露）在紧急处理的同时要向本单位主管领导报告，主管领导要立即派专家到现场对处理进行具体指导，并立即向所在地市级疾病预防控制中心（抗艾滋病病毒药物储备点）报告，力争在暴露后最短时间

内（24 小时以内）开始预防用药。

每年 1 月 5 日和 7 月 5 日前，各县市区疾病预防控制中心将辖区内上半年和下半年艾滋病职业暴露人员个案登记表汇总后报至延津县疾病预防控制中心。

每年 1 月 10 日和 7 月 10 日，延津县疾病预防控制中心将本市艾滋病防治工作人员安全事故及处理情况分别汇总（附件 2），报送延津县卫生局。

3、监测

重大事故中的暴露者要立即检测艾滋病病毒抗体，该血清留样备用。

暴露人员在暴露后的一年内要定期检测艾滋病病毒抗体，即分别在暴露后 4 周、8 周、12 周、6 个月检测。

4、保密

无论重大事故或小型事故，单位和个人对事故涉及的职业暴露者在整个处理过程中，均应注意做好保密工作。

七、药品储备库的建立及组织管理

1、市卫生局组建市级职业暴露应急领导小组和专家组。

各级卫生行政部门应相应组建各地职业暴露应急领导小组和专家组，负责职业暴露危险性的评估和应急处理的指导，协调有关部门处理艾滋病病毒暴露后的预防用药。

2、建立药品储备库，全市建立 12 个药品储备库，覆盖全市。

市级 1 个：市疾病预防控制中心；

县市区 13 个：13 个县市区疾病预防控制中心。

3、市疾病预防控制中心负责暴露者和被暴露者的艾滋病病毒抗体检测确认工作；负责向全市提供预防药品，以及服药前后咨询及指导。

4、各县市区疾病预防控制中心负责本辖区内暴露者和被暴露者的艾滋病病毒抗体初筛、流行病学调查、日常检测工作，以及服药前后咨询及指导；负责提供抗艾滋病病毒药物，保证药物的及时供应。

5、各级医疗机构负责暴露者和被暴露者就诊时的伤口消毒处理，进行初步的危

险性评估。同时在 1 小时内分别向所在地同级卫生行政部门和疾病预防控制中心报告。

6、职业暴露防护用药纳入全市艾滋病抗病毒治疗免费用药计划，药品由政府免费提供。市级常规储备 3-5 次应急处理事故用药，县级常规储备 2-3 次应急处理事故用药。职业暴露防护用药不得擅自用于非职业性原因暴露的事件。

附件：1、艾滋病职业暴露人员个案登记表

2、艾滋病防治工作人员职业暴露事故汇总表

附件 1

艾滋病职业暴露个案登记表

一. 基本情况								
编 号		性别		年龄/工龄	/	职业		
工作单位								
发生时间				发生地点				
暴露时从事何种防治活动								
是否接受过艾滋病安全操作培训								
二. 暴露方式								
(一)接触暴露								
1. 皮肤	无破损	<input type="checkbox"/>	有破损	2. 粘膜				<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>				3. 接触部位		4. 接触面积	cm ²	
5. 暴露量和时间	量小暴露时间短			<input type="checkbox"/>	量大暴露时间长			<input type="checkbox"/>

延津县疾病预防控制中心突发事件应急预案

6. 污染物来源	(1)血液 <input type="checkbox"/>	(2)何种体液	(3)其它:
(二)针刺或锐器割伤			
1. 何种器械	(1)空心针 <input type="checkbox"/>	(2)实心针 <input type="checkbox"/>	(3)其它器械:
2. 损伤程度、危险度	表皮擦伤、针刺 <input type="checkbox"/>	低危	伤口较深、器皿上可见血液 高危 <input type="checkbox"/>
3. 污染物来源	(1)血液 <input type="checkbox"/>	(2)含血体液:	(3)其它:
(三)其它方式			
致伤方式	抓伤 <input type="checkbox"/>	咬伤 <input type="checkbox"/>	其它 <input type="checkbox"/>
		破损、出血	有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>
三. 暴露源严重程度			
(一) 实验室标本	1.血液 <input type="checkbox"/>		2.何种体液:
	3.其它:		4.病毒含量: 滴度低 滴度高
	5.其它情况:		
(二) 来源于患者	患者编号	性别	年龄
	患者病情	无症状 HIV 感染者 <input type="checkbox"/>	有症状,但不同于艾滋病 <input type="checkbox"/>
	病毒载量		CD4 细胞计数
备注:			
四. 暴露后紧急处理			
(一)皮肤	1.清水冲洗 <input type="checkbox"/>		2.是否用肥皂 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
	3.是否挤出损伤处血液: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		4.消毒药物:
	5.冲洗时间: min		
(二)粘膜	1.生理盐水 <input type="checkbox"/>		2.清水 <input type="checkbox"/>
	3.其它液体:		4.冲洗时间: min
备注:			
五. 评估			
(一)暴露级别	(1)1 级暴露 <input type="checkbox"/>	(2)2 级暴露 <input type="checkbox"/>	(3)3 级暴露 <input type="checkbox"/>
(二)暴露源头严重程度	(1)轻度 <input type="checkbox"/>	(2)重度 <input type="checkbox"/>	(3)不明 <input type="checkbox"/>

		评 估 人:	
六. 暴露后预防性治疗方案			
1.是否需要预防性用药		是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
2.用何种药物及用量	(1)		
	(2)		
	(3)		
3.开始用药时间		4.停止用药时间	
5.因毒副作用,修改治疗方案			
6.副作用			
	肝功能检查 肾功能检查		
七. 症状			
暴露后 4 周内是否出现急性 HIV 感染症状		是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
何种症状		持续时间	

备注:						
八. HIV 血清学检查						
	项目	日期	结果	项目	日期	结果
暴露后当天						
4 周						
8 周						
12 周						
6 个月						
备注:						
九. 结论						
1.暴露后未感染 HIV <input type="checkbox"/>			2.暴露后感染 HIV <input type="checkbox"/>			
备注:						

填表单位_____

审核人_____

联系电话_____

填表人_____

填表时间_____

附件 2

艾滋病防治工作人员职业暴露事故汇总表

编号	工作单位	发生时间	发生地点	暴露方式及级别	感染源别	紧急局部处理	处理方案	首次用药时间（暴露后几小时或几天）	药物毒副作用	抗 HIV 1/2 检测结果 当天 4 周 8 周 12 周 6 月

填表日期：

填表单位：

填表人：

审核人：

延津县疾病预防控制中心食品安全事故应急预案

一、目的

为明确中心相关科室在食品安全事故应急检验工作中的职责，建立健全中心食品安全事故应急检验机制，规范和指导食品安全应急检验工作，及时找出造成食品安全事故的原因，为医疗部门制订抢救方案提供依据，最大限度地减少食品安全事故的危害，保障公众身体健康与生命安全，维护正常的社会秩序。

二、依据

《中华人民共和国食品安全法》、《中华人民共和国食品安全法实施条例》、《食品检验机构资质认定评审准则》。

三、适用范围

在食物（食品）种植、养殖、生产加工、包装、仓储、运输、流通、消费等环节中发生食源性疾患，并造成严重社会影响的重大食品安全事故的检测检验适用本预案。

四、工作原则

预防为主，常备不懈。提高对食品安全事故的防范意识，落实各项防范措施，做好人员、技术、物资和设备的应急储备工作。统一协调，加强与相关单位、相关科室的合作，及时、有效、准确地对食品安全事故进行检测分析，为政府决策提供科学依据。

五、检测工作程序

（一）食品安全事故应急检测组织及职责

1、食品安全事故应急检测检验领导小组

组 长：王凯

副组长：袁景凤

成 员：王新霞 郭荣利 郑爽

职责：根据事故发生范围和规模，按照有关规定和指令，启动应急预案；组织对专业人员进行有关食品安全事故应急处理知识和技术的培训。制定食品安全事故应急检测检验处理预案，并组织预案演练。关系见图 1。

（1）有关储备

1) 人员储备：按照实验室人员培训计划，选派责任心强，从事食品检验工作 5 年以上、技术过硬的专业人员不定期的到上级业务部门培训学习，积极参加食品安全事故应急工作培训、演练、考核合格。

2) 标准规范：各种检测标准、方法、规范实时有效。在紧急情况下需使用非标准方法时，可由检测部门提出，经技术负责人审查认可后方可使用。

3) 配备现场快速检测有毒气体、食物中毒、饮用水污染及常见化学毒物的设备和试剂。

2、食品安全事故应急检测检验专业组

(1) 流行病学调查组

组 长：朱广杰

组 员：田向华 周海文 郭丽珍

职 责：负责食品安全事故流行病学调查，根据流行病学调查判断事件属性（细菌性；还是化学性）、可疑致病因子、提出检验检测项目。

(2) 检测检验组

组 长：袁景凤

副组长：王新霞 郭荣利

理化组成员：郭荣利 郑爽

微生物组成员：王新霞 狄天然

职责：储备食品安全事故检测检验用试剂，并保证试剂质量，负责各种食品安全事故样品的检测检验，出具检测报告。

(3) 设备和试剂：

1) 配备必要的便携式快速检测仪器

2) 足量的试剂和耗材

3) 定期对采样箱内物品、检测仪器设备、采样人员防护用品及其他相关资料和物品进行检查，补充、更换过期物品（每月初第一个工作日为应急检验物品、设备受控状态检查日。理化组李文红负责；微生物组于贺军负责）。

(二) 样本采集与送检

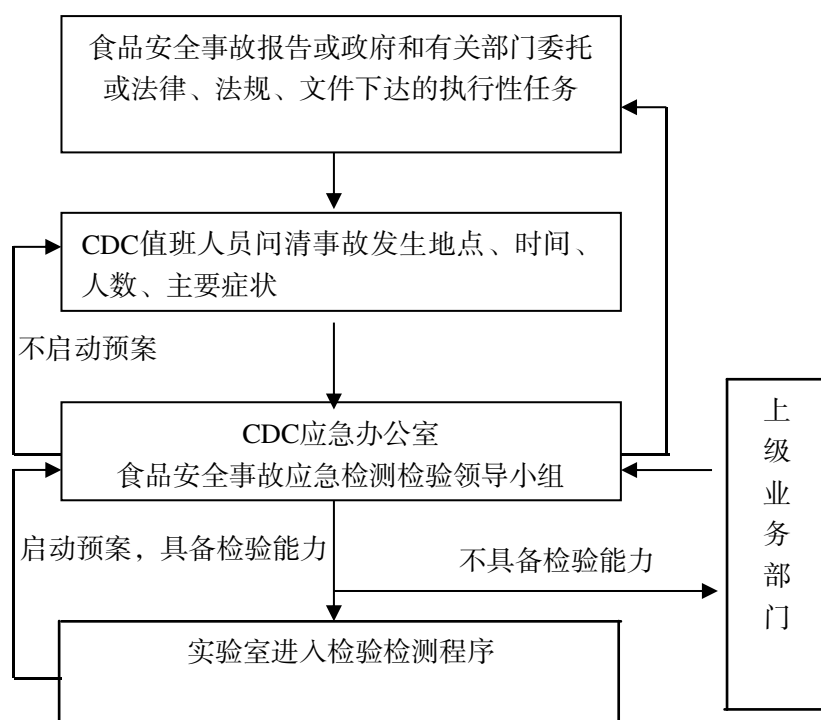
1、流调、采样人员到达现场后，应对食品安全事故进行现场调查，分析可能的危害因素，根据调查分析结果进行有针对性地采集相关样品，样品量应满足检验、复检和仲裁需要量，并认真填写样本采集记录。采样和样品送检工作程序按《样品的抽取和处置管理程序》PDSSCDC/QS20-2011 进行。

2、根据食品安全事故发生的特点，分别采集中毒患者的呕吐物、排泄物、洗胃液、选择发病者中未用药或较晚用药的病人采集肛拭样品，必要时采集中毒病人发病期与恢复期双份血清。条件允许时，尽量安排现场快检。

3、对剩余食品、食品原料、食品添加剂分别取样，对熟食间操作台面，存放熟食品冰柜、熟食、常用工具、刀具、容器，熟食、凉菜、操作人员的手、粪便或肛拭、使用的抹布、可疑昆虫等视情况采样检测。所采集的样品在冷藏（2~8℃）条件下，2h 内送实验室，其他不需要冷藏的标本按要求条件送检；无冷藏条件的，于采样后立即送化实验室，化实验室接样后应尽快安排人员进行检测。

4、对疑似化学性食物中毒的，应尽快进行现场检测。必要时样品及时送化实验室进行检测。

(三) 应急检验工作程序



1、本机构值班人员在接到食品安全事故报告后或政府和有关部门委托或法律、法规、文件下达的执行性任务时，尽可能问清事故发生地点、时间、人数、主要症状，然后应立即组织应急值班人员 2h 内赶赴现场进行调查处理（市区内）。

2、应急值班人员在调查处置过程中应随时与值班领导保持信息沟通，值班领导应将现场调查情况通知检验科。如发现本机构不能检测的危害因素应及时与上级技术部门取得联系，请求支援。检验工作其他程序按《检测工作管理程序》PDSSCDC/QS31-2011，《样品的抽取和处置管理程序》PDSSCDC/QS20-2011 进行。

（四）样品检测

危害因素明确的食品安全事故，由调查采样人员提出检验检测项目；危害因素不明确的食品安全事故，由调查采样人员和检验人员共同研究分析可能存在的危害因素，提出检验检测项目。

本机构未取得资质的检验项目和没有能力的检测项目寻求上级业务部门技术支持。

微生物学检验必须在生物 2 级实验室进行，检验出的致病菌株应按《危险品、菌（毒）种管理程序》PDSSCDC/QS29-2011 规定处理，由检验科按规定程序送上级机构进行鉴定，并索取鉴定报告。

检验工作程序按《检测工作管理程序》PDSSCDC/QS31-2011，样品管理按《样品的抽取和处置管理程序》PDSSCDC/QS20-2011

（五）检测结果报告

可疑食物、病原学、PCR 分子生物学诊断结果明确后，立即报告中心主任，中心主任按程序报告卫生行政部门，同时上报上级业务部门。达到《国家突发公共卫生事件相关信息报

告管理工作规范》级别的公共卫生事件，报经市卫生局批准后，通过突发公共卫生事件网络同时进行报告。

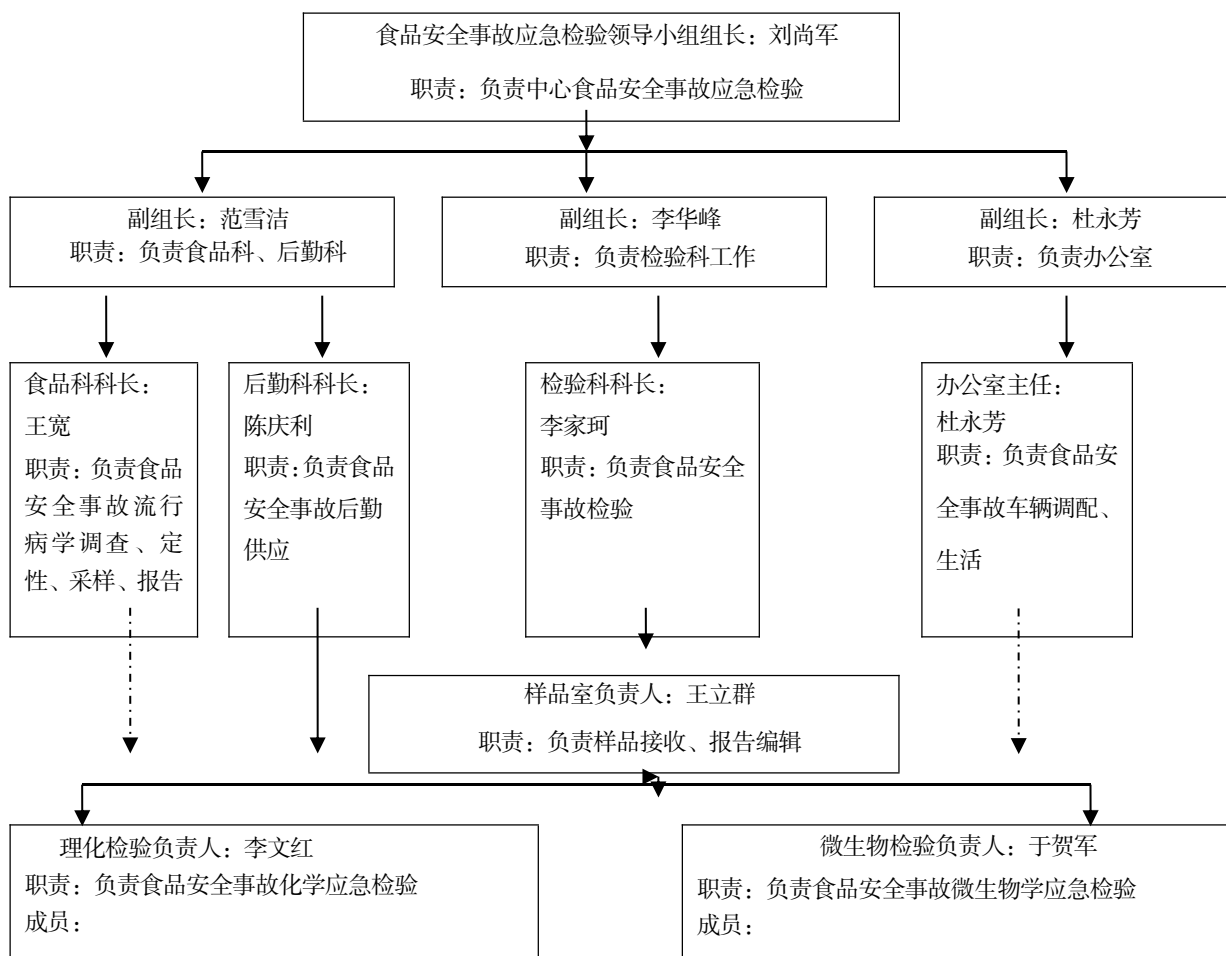
六、支持文件

- 《记录管理程序》（文件编号：PDSSCDC/QS08-2011）
- 《仪器设备维护、保养程序》（文件编号：PDSSCDC/QS17-2011）
- 《样品的抽取和处置管理程序》（文件编号：PDSSCDC/QS20-2011）
- 《检验质量控制程序》（文件编号：PDSSCDC/QS21-2011）
- 《结果报告管理程序》（文件编号：PDSSCDC/QS22-2011）

七、质量记录

- GL1002-2005 样品受理登记表
- GL1057-2005 样品报验单
- GL1058-2005 样品检测交接单（检验流程卡）
- GL1069-2005 样品留样及处理登记表

图 1 食品安全事故应急检验工作关系和职责图



延津县疾病预防控制中心水源性疾病暴发流行应急预案

一、前言

水是构成人体的重要部分，人体内各种生理和生化活动，绝大多数都需有水的参与下才能完成，要发挥水在生理和卫生上的作用，除需有足够的水量外，还应有良好的水质。水的化学成分、放射性元素和微生物性状不良时，能引起疾病及暴发流行。为了保障供给广大人民群众量足质优的饮用水，及时、高效、妥善地处置饮用水污染事故，预防和控制介水传染病和中毒事件的发生，保证广大人民群众的身体健康和生命安全，维护社会稳定，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《生活饮用水卫生监督管理办法》、《生活饮用水卫生标准》、《突发公共卫生事件应急条例》等有关法律法规，特制订本应急处理方案。

二、目的

确保一旦发生水源性疾病暴发流行和水体化学污染致人群中中毒时，及时采取有效措施，迅速控制和扑灭疫情，迅速控制中毒事件的扩散。

三、预案启动条件

发生较大生活饮用水化学污染事件，发生经水传播疾病暴发流行，发病人数 30 人以上或死亡 1 人以上；伤亡 30 人以上，且死亡 1 人或危重病例超过 3 例，即启动本预案。

四、水源性疾病事件的界定

水源性疾病污染事件主要有经水传播的传染病暴发（介水传染病）和水体化学污染致人群中中毒。

（一）介水传染病

是通过饮用或接触受病原体污染的水传播的疾病。经饮水传播的疾病种类主要是霍乱、伤寒、痢疾、脊髓灰白质炎、嗜肺军团病、胃肠炎（可分为由致病性大肠杆菌、沙门氏菌、各种肠道病毒或寄生原虫等多种病原体引起）和肝炎等。近年来罕见的致病微生物、寄生虫导致腹泻暴发流行的报道已不少见。

介水传染病流行主要原因有两点：（1）水源受病原体污染后，未经妥善净化和消毒即供居民饮用；（2）处理后的安全饮用水在运输和贮水过程中重新被病原体污染。污染来源有：生活污水，医院污水，屠宰，畜牧，制革，生物制品，工业废水，人畜粪便，生活垃圾，灌溉，降水等原因，其中最主要的是人畜粪便。经水传播的传染病多见于洪涝水灾地区，但高层建筑的二次供水、各个单位的自备水源等管理、消毒制度不健全也不容忽视。

介水传染病的流行特点：（1）水源一次大量污染后，可出现暴发流行，绝大多数病例发病日期集中在最短和最长潜伏期内。如果水源经常受到污染，病例可终年不断，发病呈地方性特点；（2）病例的分布于供水范围一致，绝大多数患者都有饮用同一水源的历史；（3）流行病学调查有可能得出水质受污染的途径，水质细菌学检验常有异常改变，但不一定能从水中检出

病原体；(4)一旦对污染源采取治理措施，并加强饮水的净化和消毒后，疾病的流行能迅速得到控制。

(二) 化学性污染

水体化学污染包括工业污染、农药污染等各种有毒化学物质污染，它们可以使人群发生急性、慢性中毒。当水体受到有毒工业废水、废渣污染时，某些化学毒物如汞、砷、铬、酚、氰化物、农药、苯并(a)芘及放射性物质，能引起中毒、致癌和放射性照射的危害及过敏性皮肤损害等健康危害。

五、控制事件的对策与措施

(一) 调查处理目的

生活饮用水污染健康危害突发事件的处理是卫生防病工作的重要内容之一，也是疾病预防控制中心环境卫生业务技术水平和应急反应、处理能力的综合反应。做好突发事件的调查处理工作不仅是为了掌握因突发事件造成生活饮用水污染及健康危害的程度，更重要的是为制订环境卫生对策提供科学依据，从而更好地保护居民的健康。

(二) 调查处理原则和要求

由于生活饮用水污染健康危害突发事件来得突然，情况比较紧急，因此其处理原则是快、准、全。快要求反应要快，奔赴现场要快，救治病人要快，采取控制措施要快。要求到达现场，初步了解情况后，能正确地提出现场应开展的工作，正确提出初步处理意见，并正确提出结论，正确采取措施。要求某一突发事件的处理不能仅局限于某一专业方面，如传染病暴发、中毒等与防疫、食品卫生、环境卫生等都有关，不但要考虑控制而且要考虑卫生行政执法。为了保证突发事件的调查处理的快、准、全，还要做好如下几个方面的工作：

- 1、成立突发事件应急调查处理队伍，调集队伍并配备相应的交通、通讯、采样和相关工具。
- 2、对现场处理要统一组织、分工合作。
- 3、在应急处理同时要配合卫生行政部门进行卫生监督执法。

(三) 调查处理程序

1、应急处置人员(应包括中心和相关的科领导、环境卫生、流行病学专业人员等)，扣除路途时间不超过 1h 到达现场。

准备必备工具：交通工具汽车，采样工具：包括水质采样器、水温计、无菌采样瓶等；相关工具：摄像机、照相机、录音机；必被参考书：标准、法规和技术规范（生活饮用水卫生标准）及有关条例和管理办法，调查表：个案调查表、流行病学调查表，其它：饮用水消毒器和消毒剂、消杀药品、防毒用具等。

2、按照以下方案开展现场调查（方案附后）

- (1) 饮用水化学性污染突发事件现场处理方案
- (2) 饮用水生物性污染突发事件现场处理方案

六、预案终止条件

水源毒物消除，没有新发中毒人员；经水传播疾病原因查明，疾病流行终止，无新发病

人出现，可视为暴发流行已得到初步控制，预案停止执行，可转入常规防治和监测。

七、事件控制效果评价

(一) 事件流行病学分析与评价：根据流行病学资料，尽快查清事件的流行病学特征，对事件控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有罹患率、病死率、样本的检测数量、病原（毒物）分离率、报告及时率和事件控制时间等。

(二) 事件调查分析：要及时收集、整理、统计、分析调查资料，内容包括：基本情况（一般背景资料和此次事件概况）；事件的调查和分析（疫情的发生经过及临床表现，流行病学调查，实验室检测结果，流行因素调查及分析）；调查结论；事件的预防控制措施和评价；传染（毒物）来源分析；疫情预测；存在问题；下一步防控工作建议等。结案报告要求在事件宣布终止后，同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构，并进行网络直报。

(三) 事件处理后及时进行总结、及时上报：

1、业务总结报告，包括以下内容：

①前言②基本情况及事件经过③调查方法④结果、分析、讨论⑤处理措施及效果评价⑥结语

2、行政性报告，包括以下内容：

①标题、文号、主送抄送单位②事件概况③事件经过④现场调查检测和结果⑤事件原因分析、结论⑥事件处理经过、效果⑦问题和建议⑧落款、单位、时间⑨附件。

八、附件

- 1、生活饮用水污染健康危害突发事件现场调查处理方案
- 2、生活饮用水污染事件分级及应急响应原则
- 3、饮用水突发事件急性健康危害识别与判定
- 4、生活饮用水污染健康危害的控制措施

附件 1

生活饮用水污染健康危害突发事件现场调查处理方案**1、饮用水化学性污染突发事件现场处理方案**

1.1 到达现场后首先组织人员救治病人。

1.2 进一步了解事件的情况，包括污染发生的时间、地点、经过和可能原因、污染来源及可能污染物、污染途径及波及范围、污染暴露人群数量及分布、当地饮用水源类型及人口分布、疾病的“三间”分布以及发生后当地处理情况。

1.3 形成初步印象，要排除非化学性污染，需掌握以下几种污染特点：①化学性污染：工业为主的污染如造纸、电镀厂等集中排污，冶炼废渣浸泡后突发排放；农业污染为主的如突发农药沉船造成的河水污染，农田施农药后暴雨入河污染，化学性污染健康危害多为急性化学性中毒。②生物性污染：生活污染为主的污染和医院污水排污污染，其健康危害多为急性肠道传染病；③化学性与生物性混合污染：健康危害同时包括急性中毒和急性传染病等。

1.4 开展现场调查工作

①个案调查，全面掌握健康危害特点及有关因素，尤其对首发病例进行详细调查。

②横断面和回顾性流行病学调查，寻求因果关系。

③污染源调查，根据源水水系寻找、排查污染源，根据原料、生产工艺和排污成份寻找可疑污染物，并估算排污量。

④环境监测，采集水（包括污染水体和出厂水、末梢水和有关的分散式供水）、底质、土，必要时采集蔬菜样品等进行可疑污染物成份的检测，并根据毒物量、水流速度、江河段面、水深（截面积）计算可能污染的范围，在污染源下游和饮用水水源水附近设点，同时在上游设对照点进行监测。

⑤生物材料监测，对病人和正常人的血、尿、发等进行有关可疑污染物监测。

⑥有关微生物和可疑致病菌的检测。

⑦必要的急性毒性试验。

⑧同时调查饮水、饮食情况，采集直接饮用的缸水、开水、食物等相关样品进行检测。

⑨照相、摄像、录音，做好有关记录。

1.5 提出调查分析结论

调查分析结论应包括：该事故的污染源、污染物、污染途径、波及范围、污染暴露人群、发病人数、健康危害特点。

1.6 初步处理意见

①及时救治病人，如有必要进行隔离。

②成立由政府牵头的领导小组，参加单位包括卫生、公安、环保、交通、供水等部门。

③采取控制措施：采取停水、交通管制、疏散人群、保护高危人群等措施。消除污染源，如停止排放、关闸口、打捞污染物等。必要时通知下游水厂停水或采取保护措施。采取措施如加入药水中和、净化污染稀释处理工艺的能力加大污染物的净化处理，如水厂加大投氯量和净水剂用量，用活性炭处理过高的有机污染物等。

④加强监测（包括增加指标和频次），掌握污染动态。

⑤加强水源保护。

⑥观察水生物和农作物死亡情况。

2、饮用水生物性污染突发事件现场处理方案

2.1 报告制度

详细记录情况，在处理事件同时，及时向主管领导、卫生行政部门及上级部门汇报。

2.2 了解基本情况

2.2.1 通过事件发生的时间、地点、波及范围、暴露人数、发病人数、事件经过初步推断事件发生的原因、性质。

2.2.2 通过病人的症状、体征、治疗情况，得出初步诊断。

2.2.3 事件发生后当地卫生部门处理情况。

2.2.4 了解事件发生的特点（三间分布），得出初步鉴别判断。

2.3 现场调查

2.3.1 向病人、医生及现场有关人员了解事件发生的经过（暴露人群中发病人数及症状、体征，初步诊断、治疗情况），腹泻病（细菌性、病毒性如轮状病毒腹泻等）、伤寒、霍乱、甲型肝炎、戊型肝炎等。

2.3.2 现场调查及采样监测

(1)污染源及其具体情况调查

a.污染来源（污染源）、污染途径及可疑污染物性质：生活性污染、医院污水未按要求处理而造成污染性排放引起健康危害。

b.污染途径：

浅井水（包括大口井、压把井）污染：如渗透污染、暴雨后流入渗透污染、人为投入、新井启用时未检测等。

深井水污染：类似于浅井水沟、塘水和小河水污染：如排污染、倒流、翻船、医院污水、粪缸、农田污染物排入污染。

自来水污染：包括水源水污染、输配水管网污染和二次供水污染以及制水工艺如消毒设施故障，水箱水管材质污染（如水箱水管的涂料污染或水管的铁污染）亦不少见。可疑污染物：可疑污染水源、食物采样进行微生物检测（设对照并进行平行样检测，对新成井需加测硫酸镁等指标），在排除食物污染、排除化学性污染后可初步判断为致病微生物对水的污染。

c.波及范围

了解饮用水水源的补给来源，周围及上游污染情况；生活污染或医院污水污染。

d.污染程度

e.污染发生的原因、地点经过。

2.3.3 人群流行病学调查

(1) 调查内容

①暴露人群数量、分布。

②发病的特点与时间分布（出现症状或发病时间、暴露时间）、地区分布（病人居住地及周围环境与非病人有何不同）、人群分布（职业、性别、年龄等）。

③了解病人饮食史、饮水史、接触史、卫生习惯等。

(2) 流行病学调查方法

①全部病人个案调查，全面掌握健康危害特点及有关共同因素。

②横断面或配对调查，寻求因果联系。

③调查对象：病、死、非病、对照等。

(3) 生物材料监测

对病人排泄物（粪便、分泌物、呕吐物等）进行可疑致病菌检测或培养。

(4) 环境监测：包括污染源、范围、途径、水、土、气、农作物样品采集检测。

(5) 照相、摄像、录音、做好有关调查记录。

2.4 提出调查分析结论

①该事故的污染源、致病微生物。

②污染途径及波及范围。

③该污染暴露人群、发病人数、健康危害特点。

2.5 初步处理意见

(1) 成立由政府牵头的领导小组，参加单位包括卫生、公安、环保、交通、供水等部门。

(2) 需开展工作：

①及时救治病人，隔离；暴露人群预防性服药。

②进一步消除污染源：停供污染水，设卫生安全水供水点，彻底清除污染物，消毒灭菌。

③强化饮用水消毒，加大监督、监测频率。

④加强卫生宣传教育，进一步普及卫生防病知识。

⑤必要时采取停水、交通管制、疏散人群、保护高危人群等措施。

附件 2

生活饮用水污染事件分级及应急响应原则

1、生活饮用水污染事件的分级

根据生活饮用水污染事件的性质、危害程度和涉及范围划分为特别重大、重大、较大和一般四个级别：

1.1 特别重大的生活饮用水污染事件：

- 1.1.1 伤亡 100 人以上，且危重人员众多的；
- 1.1.2 跨省（区、市）的有特别严重人员伤亡的；
- 1.1.3 国务院及其有关部门确定需要开展医疗卫生救援工作的。

1.2 重大生活饮用水污染事件（Ⅱ级）：

- 1.2.1 伤亡 50 人以上，且死亡和危重病例超过 5 例的；
- 1.2.2 跨市（地）的有严重人员伤亡的；
- 1.2.3 省级人民政府及其有关部门确定需要开展医疗卫生救援工作的。

1.3 较大生活饮用水污染事件（Ⅲ级）：

- 1.3.1 伤亡 30 人以上，且死亡和危重病例超过 3 例的；
- 1.3.2 市地级人民政府及其有关部门确定需要开展医疗卫生救援工作的。

1.4 一般生活饮用水污染事件（Ⅳ级）：

- 1.4.1 伤亡 10 人以上，且有 1 例死亡和危重病例的；
- 1.4.2 县级人民政府及其有关部门确定需要开展医疗卫生救援工作的。

2、生活饮用水污染事件的应急响应原则

特别重大生活饮用水污染事件（Ⅰ级）由国务院卫生行政部门负责应急响应。

重大生活饮用水污染事件（Ⅱ级）由省疾病预防控制机构负责应急响应。

较大生活饮用水污染事件（Ⅲ级）由市疾病预防控制机构负责应急响应。

一般生活饮用水污染事件（Ⅳ级）由县（市、区）疾病预防控制机构负责应急响应。

上级疾病预防控制机构可直接参与下级管辖的食物中毒事件的应急响应，必要时，也可将直接管辖的生活饮用水污染事件指定下级疾病预防控制机构管辖。

附件 3

饮用水突发事件急性健康危害识别与判定

一、化学性急性中毒识别与判定

1、砷中毒

误饮服砷化合物，如三氧化二砷，一般经过数分钟至 2h 即可出现中毒症状。主要症状为：①急性肠胃炎，饮服后数分钟，恶心、呕吐、腹痛、腹泻。严重者出现频繁水样便或血便，剧烈呕吐。②休克，中毒后 24h 发生，由于剧烈呕吐，引起脱水和电解质紊乱。病人表现极度烦躁不安，眼睑浮肿，心音低钝，常伴有心律不齐。如休克不能缓解，呈急性中毒性脑病表现。③周围神经病，中毒后 1-3 周内发生。起初有四肢麻木、针刺样感觉异常，继之出现运动力弱、痛觉过敏，多数病人下肢受累比上肢早而重，症状由肢体远端向近端呈对称性扩展。检查可见四肢末梢感觉减退或消失，呈手套、套筒样分布，震动觉、触觉和痛觉受损，肌力减退。跟腱反射早期就可丧失。④中毒性肝病，多数有谷丙转氨酶和谷草转氨酶升高。⑤全身症状，多有体温升高，在 38℃ 以上。皮肤出现皮炎、出血、紫癜。病人诉心慌、气短、心率加快。

检验分析，急性中毒后 2-3 周常出现贫血、粒细胞减少，尿砷增高，发砷增多。

2、氰化物中毒

人在短时间内饮服 50-100mg 氰化钾（或氰化钠），可立即呼吸停止而骤死。其症状表现为①胃肠道出现恶心、呕吐，患者呼出气中有杏仁味，皮肤、粘膜及静脉血呈鲜红色。②中毒性脑病神志不清、面色苍白、四肢厥冷、瞳孔略大。③“电击型”中毒死亡。

检验分析，尿碳氰酸盐大量增加（正常不吸烟者 2mg/L，吸烟者 14mg/L）。

3、有机磷(敌敌畏、对硫磷等)中毒

潜伏期有长有短，短者 5min，大多数在 0.5h 以内，也有 12h 者。

(1) 轻度中毒：血胆碱酯酶下降 70% 左右时，出现头昏、恶心、呕吐、出汗、腹痛、视力模糊、全身不适等早期症状。

(2) 中度中毒：血胆碱酯酶下降 50% 时，除上述症状加重外，出现面色苍白，流涎或

口吐白沫，多汗；肌肉震颤及瞳孔缩小；胸闷，有紧束感，呼吸轻度困难，腹泻。

(3) 重度中毒：血胆碱酯酶下降 30% 以下时，出现意识不清，心跳加快、发热、血压升高、瞳孔极度缩小(0.1mm)，对光反应消失、嘴唇紫绀、呼吸困难、肺水肿、抽搐、大小便失禁、昏迷、休克、脑水肿。

(4) 检验：血胆碱酯酶下降。

4、亚硝酸盐中毒

(1) 其主要症状是：①青紫症、乌嘴病。②头晕、恶心、呕吐。③血压下降、面苍白、手指、嘴唇、口腔粘膜呈青紫色。④重症 全身青紫，呼吸急促、极度呼吸困难，昏迷不醒，瞳孔大、两眼上翻，心律不齐，大小便失禁。⑤呼吸、循环衰竭至死亡。

(2) 检验分析：①取抗凝血液数毫升，在空气中剧烈振摇 15min 后，仍不转为鲜红色；而在 5-6h 才变为鲜红色为含有高铁血红蛋白，仍不变为鲜红色为含有硫化血红蛋白。②取抗凝血液 5ml，加 5% 氰化钾溶液数滴，如有高铁血红蛋白存在，可变为鲜红色。③分光镜检查：在波长 618-630nm 出现 α -带，加入 5% 氰化钾后，光带消失者为高铁血红蛋白。④尿液检测：5ml 尿液中，加入 3ml 0.3% 对氨基苯磺酸与 0.1% α -萘胺的醋酸溶液，如有亚硝酸盐存在，显粉红色至红色。

5、过敏性皮炎

皮肤发红，有片状和颗粒状肿块，起水泡，奇痒，抓破后可继发感染。属接触性过敏性皮炎，多有接触史，停止接触后可自愈。

6、五氯酚急性中毒

多发夏秋季，农民用五氯酚作为除草剂、灭虫剂、灭钉螺、白蚁，进入人体是以误饮误食污染的水、粮食和皮肤、粘膜吸收为主。误饮污染的水(河水较多)后数小时发病。

(1) 其主要症状：早期乏力、无力、下肢沉重、头晕、纳差、继之发热、多汗、恶心、腹痛、腹泻等。重者高热可达 41℃，大汗淋漓、烦渴、心动过速、呼吸急促，面部潮红，血压先升后降，肌肉抽搐。因高热脱水酸中毒 24h 内死亡。

(2) 检验分析：血尿中检出五氯酚达 3.7~7.5 μ mol/L，轻度中毒；>7.5 μ mol/L，重度中毒；二硝基酚阳性，心电图有变化。

二、生物性污染与有关疾病的鉴别

1、霍乱

(1) 疑似病例：

具有下列项目之一者：

①凡有典型临床症状：如剧烈腹泻、水样便(黄水样、清水样、米泔样或血水样)，伴有呕吐，迅速出现严重脱水、循环衰竭及肌肉痉挛，特别是腓肠肌)的首发病例，在病原学检查尚未肯定前；

②霍乱流行期间有明确接触史(如同餐、同住或护理者等)，并发生泄吐症状，而无其它原因可查者；

(2) 确诊病例:

①凡有吐泻症状, 粪便培养霍乱弧菌阳性;

②霍乱流行期间的疫区内, 凡有霍乱典型症状(见疑似病例项目之一), 粪便培养霍乱弧菌阴性, 但无其它原因可查;

③在流行期间的疫区内有腹泻症状, 作双份血清抗体效价测定, 如血清凝试验呈 4 倍以上或杀弧菌抗体测定呈 8 倍以上增长者;

④在疫源检查中, 首次粪便培养阳性前后各 5 天内, 有腹泻症状者可诊断为轻型患者。

(4) 临床诊断: 具备(2)

(5) 实验诊断: 具备(1)或(3)或(4)

(6) 临床表现: 霍乱弧菌两个生物型所至的临床表现大致相同, 但埃尔托型以轻型为多, 重型较少, 而古典型则相反。潜伏期短者 3-6h, 长者 7 天, 一般为 1-3 天。

2、病毒性肝炎(甲型肝炎、戊型肝炎)

(1) 疑似病例:

①最近出现食欲减退、恶心、厌油、乏力、巩膜黄染、茶色尿、肝脏肿大、肝区痛等, 不能排除其它疾病者。

②血清 ALT 反复升高而不能以其他原因解释者。

(2) 确认病例:

3、甲型肝炎(HA):

(1)病人发病前 1 个月左右(2-6 周), 曾接触过甲型肝炎病人, 或到过甲型肝炎暴发点工作、旅游, 并进食, 或直接来自流行点。

(2)血清 ALT 升高。

(3)血清抗-HAVIgM 阳性。

(4)急性期恢复期双份血清抗-AVIgG 滴度呈四倍升高。

(5)免疫电镜在粪便中见到 27nm 甲肝病毒颗粒。

临床诊断: 疑似病例如有(3)、(4)、(5)中任一项。

4、戊型肝炎(肠道传播型非甲非乙型肝炎 HE)

(1)发病前两个月曾接触过戊型肝炎病人, 或到过戊型肝炎暴发点工作、旅游, 并进食或聚餐。

(2)血清 ALT 升高。

(3)血清抗-HECIgM 阳性。

(4)免疫电镜在粪便中见到 30-32nm 病毒颗粒。

(5)用排除法不符合甲型肝炎, CMV、EBV 感染。

临床诊断: 疑似病例加(2)、(5)两项, 参考(1)。

实验确诊: 疑似病例如有(3)、(4)中任一项。

临床表现(甲型肝炎、戊型肝炎): 潜伏期 甲型肝炎 15-45 天(平均 30 天), 戊型肝炎 10

- 60 天(平均 40 天)。

5、细菌性痢疾

(1) 疑似病例:

腹泻, 有血便或粘液便或水样便或稀便, 或伴有里急后重症状, 难以除外其他原因腹泻者。

(2) 确诊病例:

临床表现; 潜伏期数小时至 7 天不等, 一般 1-2 天, 临床表现的轻重缓急与菌群、菌型、菌量及机体状况有关。

(3) 急性菌痢

①急性发作之腹泻(除外其它原因腹泻), 伴发热、腹痛、里急后重、脓血便或粘液便、左下腹有压痛;

②粪便镜检白血球(白细胞)每高倍(400 倍)视野 15 个以上, 可以看到少量红血球;

③粪便细菌培养志贺氏菌属阳性。

临床诊断: 具备①、②项

实验确诊: 具备①、③项

(4) 急性中毒性菌痢

①发病急、高热, 以全身中毒为主的症状;

②中枢神经系统症状: 如惊厥、烦躁不安、嗜睡或昏迷; 或有周围循环衰竭症状, 如面色苍白, 四肢厥冷、脉细速、血压下降或有呼吸衰竭症状;

③引起病时胃肠道症状不明显, 但用肛门拭子采便检查可发现白血球(白细胞);

④粪便细菌培养志贺氏菌属阳性。

临床诊断: 具备①、②、③项

实验确认: 具备①、②、④项

6、伤寒和副伤寒

临床表现: 潜伏期 7-23 天, 一般为 10-14 天。以持续发热, 相对缓脉、神情淡漠、肝肿大、玫瑰疹与白细胞减少等为特征。主要并发症为肠出血和肠穿孔。

(1) 持续性高热(热型为稽留热或弛张热)、畏寒、精神萎靡、头痛、食欲不振、腹胀、皮肤可出现玫瑰疹、脾大, 相对缓脉。

(2) 血清特异性抗体阳性。“O”抗体凝集效价在 1: 80 以上, 肥达试验, 凝集效价, “H”、“A”、“B”、“C”抗体凝集效价在 1: 160 以上。急性期为恢复期血清抗体 4 倍升高。

7、感染性腹泻病

大便检查除霍乱、痢疾、伤寒和副伤寒病原感染引起的腹泻病人外, 每日三次或三次以上的稀便或水样便, 食欲不振、呕吐或不呕吐, 可伴有发热、腹痛及全身不适症。

8、成人轮状病毒胃肠炎

病原: 成人轮状病毒, 不同于普通人轮状病毒(A 样)而归于 B 群 ADRV。

流行病学：成人轮状病毒感染者抗体少，普遍低于“普通人轮状病毒”感染者，其流行病学特征是：①主要发生在青壮年，也可婴幼儿(5-50岁)。②季节为北方冬季，南方春夏季。③常呈水型暴发，也可生活接触引起。④全国广为流行。⑤猪、大白鼠等成人轮状病毒抗体阳性率 17-47%。

症状：潜伏期为 1-7 天，短的数小时，常为 2-3 天。多数突然发病，无发热或低热。腹泻、腹痛、腹胀、腹泻伴恶心、呕吐，食欲减退，厌食、疲乏、头痛、头昏等中毒症状。黄水样便，喷射性，腹泻每天 10 次左右，病程为后限性 3-6 天，少数 10 天。

实验室检查：①白细胞正常。②粪便病原检查，用电镜、免疫酶链技术。③血清抗体检测，以成人腹泻轮状病毒为抗原，对病人双份血清进行补体结合试验，效价 4 倍以上。④呕吐物检测。

污染途径是病人粪便污染饮用水源。

措施：饮水消毒、不喝生水、病人粪便应消毒处理、卫生宣教。

9、A 样轮状病毒胃肠炎

冬季流行的婴幼儿胃肠炎有关的轮状病毒称为“A”样轮状病毒。

症状：①潜伏期 48-72h；②起病急、呕吐、发热、腹泻、腹部不适，几乎所有儿童，都有呕吐，在其它症状出现前 48h 发生；③较大的儿童，呕吐为主，腹泻较少，均有发烧 38.5℃，很少有粘性细胞，除非合并了其它细菌感染如弯曲菌感染，病程 2-23 天，最长 23 天，腹泻好后相当一段时间仍随粪便排病毒。

流行特征：①6-24 月婴幼儿高发；②冬春季好发；③粪口传播。

检查：①电镜粪检；②免疫酶链反应；③抗体效价。

10、弯曲菌肠炎

弯曲菌肠炎由空肠-结肠弯曲菌所引起的常见肠道传染病。

病状：①潜伏期 3-5 日。②发热高达 40℃。③腹痛或绞痛，腹壁紧张常误诊为阑尾炎。④发病 12-24h 后出现腹泻。病情一般可自行缓解，持续数天，少数病人持续数周。

检验：①白细胞轻度上升。②肛拭标本培养。③血清学检查，有凝集试验和间接免疫荧光试验。

流行因素：①喝生水。②食家禽肉、不消毒牛奶，接触过家禽家畜。

流行特征：

传染源：主要是带菌的牛、猪、鸡、狗和猫。

传播途径：主要借污染食物、水通过粪口途径传播，玩动物传播，人之间接触传播，鸟类为空肠弯曲菌宿主，已有报道通过鸟粪污染无盖水塔而造成人群弯曲菌肠炎的暴发流行。

易感人群：普通易感，婴幼儿和青年是主要人群。

时间：多见于夏季。

措施：不喝生水、饮水消毒、卫生宣教、水箱加盖、粪便无害化处理。

11、肠阿米巴病

(1) 肠阿米巴病是由溶组织内阿米巴寄居于结肠内引起的疾病，受感染人多数处于无症状的病原体携带状态，有部分由阿米巴滋养体侵袭组织引起腹泻、粘血液便等症状，称为阿米巴痢疾。

病原：溶组织内阿米巴，有滋养体和包囊两期。滋养体在肠腔内自营共居生活，无侵袭力，抵抗力低时，可入侵组织，大滋养体，有致病能力。

包囊：大滋养体下移时水份被吸收，形成包囊(滋养体在外界易死亡)，成熟包囊具有感染性，包囊随粪便排出体外，能存活两周。水中存活 5 周，普通加氯不能杀灭，加热 50℃ 数分即可杀灭。

进入人体：滋养体进入消化道后，很快被胃酸杀灭，人体感染主要是吞食包囊污染的食物、水所致。包囊进入人体后，在小肠中虫体逸出，分裂成 4 个小滋养体，而寄居盲肠等处。

(2) 流行特征

传染源：无症状或症状轻的人为主要传染源，即从粪便中排出包囊。有明显症状的病人多排出滋养体，故不能成为主要传染源。

传播途径：主要通过包囊污染的饮水、食物、蔬菜等进入人体，形成暴发。也可通过蝇、蟑螂传播。

人群易感性：人群普遍易感，1-4 岁发病率较高，感染后无免疫作用，可反复感染。

流行空间：世界各地均流行，农村高于城市，时间上无明显季节性，与卫生状况、卫生条件等有关。

主要症状：潜伏期 1-2 月，短至 4 天，长达 1 年。

致病过程：病原侵袭致病与人的营养、免疫、抵抗力高低有关。

(3) 临床表现：①无症状型(原虫携带状态)，粪便检出包囊。②普通型：大多缓起，以腹痛、腹泻开始，大便次数增加，并呈痢疾样腹泻，右下腹压痛，常有低热或不发热。大便每日 10 次，腹痛，里急后重可出现，混有粘液，血液，暗红色，紫黑色，糊状有腥臭。镜检可发现阿米巴滋养体。③暴发型：多见于体弱、营养不良者。起病急，中毒症状明显，高热，大便 15 次/日以上，失禁水样，血水样有奇臭，呕吐、腹痛，里急后重，压痛。脱水，电解质紊乱，以至休克，不抢救可能于 1-2 周内因毒血症等而死亡。④慢性型：病程持续数月数年，腹泻、便秘交替，腹泻 3-4 次/日，腹部有压痛。易并发阑尾炎和肝脓肿。大便找到滋养体。

诊断时要区别痢疾等，预后一般良好，暴发型预后较差。

(4) 预防措施：(1)救治病人。(2)饮水消毒、沉淀过滤。(3)饮水须煮沸，因包囊在 50℃ 可杀灭。(4)不吃生菜，防饮食污染。(5)防苍蝇。(6)无病状者健康检查。(7)个人卫生良好，不留长指甲。

12、邻单胞菌与所致疾病

邻单胞菌存在于淡水、海水及土壤中，也存在于鱼和一些水生生物及多种哺乳类肠道中。

可分离出类志贺邻单胞菌。

该菌所致疾病是因饮用不洁饮用水和食用污染的海产品而感染，潜伏期 48h，可出现发热、腹痛、腹泻、呕吐等胃肠道症状。腹泻呈水样或粘液样便，次数多症状轻，多数 2-4 天后症状明显改善或消失。

预防本病应加强饮水与饮食卫生工作，并防止与带菌动物接触而引起感染。

13、假单胞菌与所致疾病

能致病的假单胞菌最主要的是绿脓杆菌。假单胞菌广泛存在于自然界如土壤、水、植物等处，也存在于健康人的皮肤及少数人的咽喉和粪便中，消毒不严格，游泳池水中可检出绿脓杆菌；它也是院内感染的主要微生物。

假单胞菌是条件致病菌（机会致病菌），常可引起感染甚至菌血症，可侵犯呼吸、泌尿、消化、中枢神经系统和心脏、眼、耳等器官。此菌对抗生素不敏感，重可死亡。

预防本病要做好游泳池水加氯消毒；加强医院的消毒灭菌检测工作，防止发生获得性医院内感染。

14、隐孢子虫病

(1)症状

免疫功能缺陷者症状多变，病情重，持续时间长，腹泻是主要症状，持续性霍乱样水泻最为常见，常因此而死亡。免疫功能健全者患此病多见于儿童，潜伏期 4-12 天，主要是胃肠道症状，腹泻或水泻持续 4-30 天。

诊断以粪检和肠粘膜组织活检中查出隐孢子虫为依据。

(2)流行特征

该病是人畜共患病，为粪口传播，患此病的动物和人的粪便中含有大量具感染性的卵囊，直接或间接接触被粪便污染的食物和饮水用具以及人之间的接触均可经口感染。人群对隐孢子虫普遍易感。隐孢子虫病多见于气候温暖与多雨季节。

(3)防控措施

防止病从口入，免疫功能缺陷者尽量避免与病人病畜接触；患者应及时隔离治疗，医务人员应注意个人防护，防止被感染。

15、致病性大肠杆菌腹泻

(1)病原

大肠埃希氏菌通称大肠杆菌，属埃希氏菌属，一般而言，是寄生于人类肠道的共生菌，某些血清型可引起不同症状的腹泻，统称为致病性大肠杆菌，共分五类：

①肠致病性大肠杆菌(EPEC)常见的血清型有 O18ab 等。

②肠产毒性大肠杆菌(ETEC)常见的血清型有 O139 等。

③肠侵袭性大肠杆菌(EIEC)常见的血清型有 O28ac 等。

④肠出血性大肠杆菌(EHEC)常见的血清型有 O157；H7(1982 年出血性结肠炎流行中分离得到)。

⑤肠粘附性大肠杆菌(EAEC), 1985 年从旅游者腹泻患者分别中分离得到的不属于 EPEC 并能粘附 Hep-2 细胞的大肠杆菌。

以上五类致病性大肠杆菌有各自的特点, 除 EAEC 以外的前四类在发病机理方面具有一些共同的特征: a.重要的毒力特性均由质粒编码, 并可通过质粒传递; b.对肠粘膜有特殊的相互作用; c.产生肠毒素或细胞毒素; d.各菌株都属于一定的 O:H 血清型。

(2) 症状

①EPEC 性腹泻表现为: 发热、腹痛、恶心和腹泻, 粪便带有大量的粘液, 病程呈自限性, 常为 2-3 天, 但也可转为慢性, 迁延半月以上。

②ETEC 性腹泻表现为: 分泌性水泻、腹部痉挛、恶心、呕吐、头痛、乏力、发热, 病程一般为 4-7 天, 个别可持续约 20 天。

③EIEC 性腹泻: 发热、头痛、无力、痉挛性腹痛和腹泻, 粪便初为水样, 继即呈痢疾样血粘液便, 但量少, 病程呈自限性, 常为 2-5 天。

④EHEC 性腹泻: 右下腹剧裂痉挛性腹痛, 初为水样腹泻, 继而排大量鲜血性粪便, 低热或不发热, 病程约一周左右, 也有长达 2 周者, 轻型病例不治疗也可痊愈。

⑤EAEC 性腹泻: 发热、血便、呕吐和持续性腹泻。

(3) 实验诊断

对被怀疑为由上述致病性大肠杆菌所致腹泻患者, 其粪便标本中分离并经 IMViC 试验鉴定的大肠埃希氏菌株, 可根据患者的临床症状进行血清学试验和一些特异性的检测, 以进一步确定腹泻病原。

(4) 流行医学

①EPEC 性腹泻 是流行性和散发性婴儿腹泻的病因。多见于 6 月龄以下婴儿, 新生儿特别易感。最可能的传播途径为直接接触污染的手、乳制品和用具。有些流行病学家推论 EPEC 感染有可能从空气吸入, 再咽下而进入消化道。人工喂养常为婴儿腹泻病因。水是重要传播途径。在欧洲和美国多发生于冬春季, 而发展中国家以夏季为多见。EPEC 通过被污染的饮水引起腹泻的暴发, 在国际国内均已有报道。

②ETEC 性腹泻 人群对 ETEC 普遍易感, 发生 ETEC 性腹泻的年龄范围较广。致病菌量为 10⁶-10⁹ 个菌, 即较大剂量才能发病。从卫生条件良好和温带地区到卫生条件较差主要位于热带地区发展中国家的旅游者中, 腹泻最常见的病原是 ETEC。被污染的饮水、食物、餐具等均可成为 ETEC 性腹泻的传播和流行因素。

③EIEC 性腹泻 已报道多次食物源性和水源性 EIEC 腹泻的暴发流行。最常见的血清型 O124。儿童发病率明显高于成人。由于被检菌株来自国内不同地区, 菌株数量相对较多, 其来源具一定代表性, 基本上概括了国内 EIEC 的主要流行血清型。

④EHEC 性腹泻 婴儿和老人易感, 并可在老年人中引起残废。

⑤EAEC 性腹泻 旅游者腹泻和小儿顽固性腹泻。

(5) 预防

搞好饮水、饮食卫生、切断传播途径，对于降低和控制致病性大肠杆菌所致腹泻在人群中发生和流行，是十分重要的。近年来还开展了药物和疫苗的预防研究，发现碱式水杨酸铋能中和大肠杆菌肠毒素，并可能具有非特异性抑制细菌在肠道内粘附和繁殖的能力，因此对于 ETEC 性旅游者腹泻的预防具有一定效果。目前，治疗多采用四环素、强力霉素和 SMZ-TMP 等。由于此等腹泻具有一定的自限性，因此有的学者认为可不用抗菌药物，而口服补盐液是重要的治疗方法。

WHO1978 年制定了一项全球腹泻病控制规划，强调口服补盐液为主，并采取一些必要的其他措施来降低腹泻病的发病率和死亡率。此项规划提出的主要策略是：①改进疾病的管理，强调对急性腹泻患儿尽早采用口服补盐液疗法，强调病中和恢复期的适当喂养。②改进母亲和儿童保健，强调母乳喂养，断奶的锻炼，个人卫生和家庭卫生，母亲的营养。③改进饮水卫生和饮食卫生。④监测和控制腹泻疾病的流行。

16、小肠结肠炎耶尔森氏菌与现所致疾病

(1)病原

小肠结肠炎耶尔森氏菌为革兰氏阴性杆菌，周生鞭毛有动力，在 22 - 25℃ 培养仍可生长良好，可利用此生长特点进行培养分离。少数菌株具有侵袭性和产生耐热肠毒素。

(2)症状

经口传播，经 4 - 7 天潜伏期可引起发热、腹痛、腹泻、里急后重、粘液便等小肠与结肠发炎症状，有时腹泻可持续 1 - 2 周。重症者肠粘膜下集合淋巴结坏死，肠系膜淋巴结肿大等。肠道外表现有时可出现结节性红斑和反应性关节炎等，此病亦出现无症状感染者。

(3)流行病学

此菌分布很广，从奶类、肉类、水产等食品，以及猪、牛、羊、狗、鼠等哺乳动物和鸡、鸭、鹅、鸽等禽类的排泄物中皆可检出此菌。家禽如猪是此菌的宿主。此病在寒冷地区及寒冷季节发生较多，可能与此菌在较低温度(22 - 25℃)可生长良好有关。因此该菌所致疾病分布与其分布的地区和宿主等因素有关。

(4)预防

此病主要通过污染的食物和饮水传播给人，带菌动物和此病患者是传染源。沙门氏菌、志贺氏和致病性大肠杆菌在 6℃ 以下不能繁殖，而小肠结肠炎耶尔森氏菌在 0 - 4℃ 仍可繁殖。因此在一般冰箱温度下，食物中如污染此种嗜冷致病菌时仍可继续繁殖，应特别注意。

17、气单胞菌与所致疾病

(1)病原

气单胞菌属细菌是需氧与兼性厌氧革兰氏阴性杆菌，有动力、生化特性与肠杆菌科细菌相似，区别点是此菌氧化酶阳性及具有端生鞭毛。

(2)症状

腹泻、腹痛、呕吐，有时有血便或霍乱样腹泻，症状一般较轻。气单胞菌中最常见的是嗜水气单胞菌，能产生外毒素，是重要的致病因子，具有溶血性、肠毒性和细胞毒性。

(3)流行病学

气单胞菌常存在于淡水、海水和土壤中，可引起软体动物、鱼类、两栖类、鸟类、哺乳动物等多种动物得病。约3%的人群粪便中可检出此菌，为无症状带菌者。原患者多为免疫功能低下者、婴幼儿、老年人等，近年来，患者也包括一些青壮年，此菌已公认为是一种感染性腹泻的病原菌。

(4)预防

加强饮水和饮食卫生，并及时进行病原的分离检验。

18、贾第鞭毛虫病

(1)病原

贾第鞭毛虫病由兰伯氏贾第鞭毛虫引起。该虫的滋养体寄生在人体十二指肠和空肠，并能大量繁殖。当体内环境不利时，滋养体会从肠壁脱落，并形成包囊，包囊随粪便排出后，成熟包囊污染水或食品后被人吞入，经胃酸作用在十二指肠脱皮，形成滋养体，经粪口途径感染人体。

(2)症状

腹泻、腹痛、上腹部不适和厌食等。

(3)流行病学

本病呈世界性分布，尤其温、热带较多，各地感染率在0.16-30%之间。两性间无明显区别，儿童高于成人，以6-8月发病最高且介水传播的危险性较大；除病人和带虫者外，河狸也是本病的传染源；带虫者一次粪便(指非腹泻粪便)中的包囊数可高达数亿个；包囊对外界的抵抗力强，在潮湿环境下其存活期甚长，在水中可存活1-3个月，且常规氯化消毒对包囊无效；无获得性免疫，因此可反复感染。

(4)预防

当以地面水或直接受地面水影响的地下水为水源时，不论水的浑浊度如何，在消毒前，均应以良好的混凝沉淀(或澄清)和过滤进行处理(集合式两阶段过滤系统以去除浊水的包囊)。此外，因水中包囊加热至50℃时即可杀灭，故应提倡饮用开水。

三、金属中毒的识别与判定

1、钡中毒

(1)中毒症状：肌束颤动、惊厥、伴有恶心、呕吐、腹痛和焦虑。有缓脉、心律不齐、血压下降，血钾下降，重症者出现呼吸麻痹及严重心律紊乱，呼吸性酸中毒的表现(潜伏期0.5-2h)。实验室检查心电图出现心动过缓或过速，T改变，Q-T间期延长及明显的u波等低血钾图象，血清钾下降，白细胞上升，血沉加快。

(2)急救处理：①尽快驱除毒物：先用温水或5%硫酸钠洗胃，然后再口服20-30g不宜使用硫酸钡，因其有抑制呼吸作用。可再用1%硫酸钠500-1000ml静脉滴注，2-3天后改口服。②及早充分补充钾盐。③对症治疗。

(3)污染来源：金属钡用于制造各种合金。各种钡化合物溶解度越高，毒性越大，以氯化

钡、硝酸钡、氯酸钡、醋酸钡、过氧化钡、氧化钡、氢氧化钡、碳酸钡、硫化钡及草酸钡等有可溶性钡盐毒性较强。

(4)处理、控制措施：①加强个人防护，切勿误食。②以硫酸钠，硫酸镁中和。

2、硼中毒

(1)中毒症状：口服中毒主要表现为胃肠道症状，有恶心、呕吐、腹痛、腹泻等，继之可发生脱水、休克、昏迷或急性肾功能衰竭。有的病例可出现高热、黄疸、惊厥。多数病例有皮损，在四肢、面部及颈部见有红斑，严重者如树皮状脱屑。

(2)污染来源：硼矿、硼烷（是火箭和导弹的高能燃料）、制造各种含硼合金、玻璃、搪瓷、釉料、珐琅、洗染等。

(3)处理、控制措施

①加强个人防护。

②用 5%碳酸氢钠中和。

3、钒中毒

(1) 急性中毒临床表现

①非职业性中毒

常因注射四钒酸盐引起，中毒症状是恶心、呕吐，有时体温升高，蛋白尿、血尿、腹泻、消瘦、神经障碍、干咳，恢复快，肾脏刺激症状 3-5 天内消失，胃肠反应症状约一周消退。皮肤接触钒化合物后，可发生荨麻疹，过敏性湿疹样皮炎，剧烈瘙痒。

②职业性中毒

a.症状

主要通过呼吸道侵入(含钒的烟雾、蒸汽)，接触大量钒化合物的烟气、粉尘，可在半小时左右出现鼻眼症状，在数小时至一日内出现呼吸道刺激症状，继而产生消化道，神经系统症状。

①鼻眼粘膜刺激症状：接触 15-60min，鼻粘膜发痒，流清水样鼻涕，随之出现鼻塞、打喷嚏、咽部发痒。眼烧灼感、流泪。检查有鼻毛脱落、鼻前庭溃烂、结痂，嗅觉减退。

②呼吸道刺激症状：咽喉发干、痒、胸骨后痛或压迫感、干咳、偶咳出少许粘液、哮喘，劳动时呼吸困难。体检：咽红、肺部干罗音。

③消化道症状：恶心、呕吐、腹痛、舌乳头肿大、舌有墨绿色苔(特征)。

④神经系统症状：头晕、头痛、疲乏无力。

⑤心血管系统症状：活动时有心悸。

⑥肾脏损害：偶有一过性蛋白尿和红细胞、管型。

⑦其他：接触高浓度时，多数人在接触当天或一周内感觉面、颈、双上肢等外露部位发痒，出现红色丘疹。

b.实验室检查

(1)尿钒: 正常值: $0.0116\pm 0.0062\text{mg/L}$, 尿钒高达 $0.07 - 0.4\text{mg/L}$ 时, 临床上多有明显中毒症状。

(2)血钒: 正常值: $1.0-10.0\text{ug/dl}$, 平均 4.7ug/dl 。

(3)血清胆固醇和甘油三酯接触后两者下降。

(4)指(趾)甲和毛发胱氨酸含量长期接触者其含量下降。

c. 污染的来源及途径

来源: 主要来自钒矿开采和冶炼, 含钒合金钢的生产, 有机和无机化学玻璃和陶瓷制造、纺织、电子、颜料、印染、油漆、皮革等。

途径: 一般由废气出污染大气, 经扩散可沉降于地面, 污染土壤、水源、农作物等。石油和煤的燃烧是居民区最重要的钒污染源。

d. 防治措施: 采取水、气污染控制和群保护综合防制措施。

4、钼中毒

(1) 临床表现

报道极少。摄入过量钼可以干扰钙、磷代谢, 引起骨质疏松、骨关节异常、导致痛风。

(2) 实验室检查

血清尿酸盐含量, 组织黄嘌呤氧化酶活性增高。

(3) 污染来源及途径

①工业生产: 主要生产钢、合金, 用于电工、放射技术、染料工业、化肥工业, 因废弃物的不合理堆放和排放而污染周围的土壤、植物、水体。

②钼肥的使用

③煤的燃烧, 是大气钼污染的主要来源。

(4) 防治措施

①改革生产工艺, 减少排放。

②治疗可采用 CuSO_4 (服用)。

5、钴中毒

(1) 临床表现

急性钴中毒一般多由口服或误服引起。

正常人每日口服 $20 - 60\text{mg}$ 钴后, 红细胞、网织红细胞、血红蛋白、血细胞比积均增加。骨髓增生, 形成红细胞增多症。摄入过量钴还可使人发生特殊心肌病, 伴心包积液和心力衰竭, 患者出现呼吸困难、乏力、腹痛、恶心、呕吐、紫绀、水肿、心脏扩大、心动过速、奔马律, 低血压等。

(2) 实验室检查

除血象外(见上), 心电图显示 QRS 低电压、T 波异常、X 线可见两心室扩张。

(3) 污染来源及途径

工业生产高速钢、耐高温合金, 强力铁磁, 医药厂、钴化合物用于治疗贫血, 用放射性

核素 ^{60}Co 治疗肿瘤。环境中的钴主要来源于上述生产和使用钴的企业和医院。主要污染途径为排放的污水未经处理而流入饮用水体，污染饮水水源。

(4)防治措施

误服钴盐应洗胃，眼内溅入的应用自来水或生理盐水冲洗，无特效药治疗。钴含量过高的工业水应处理后再排放，或作为灌溉使用。

6、无机汞中毒

(1)临床表现

①消化道症状：病人摄入化合物后，可立即或数小时后发生恶心、呕吐、上腹灼痛、腹绞痛、腹泻、血便等急性胃肠炎症状重症可发生晕厥、惊厥、昏迷、休克，抢救不及时可死亡。

②口腔炎：患者大量流涎、口渴、口腔金属味、牙龈肿胀、充血、溃疡，可出现暗蓝色硫化汞沉淀线，口腔粘膜肿胀疼痛，溃烂，以及舌溃疡、牙齿酸痛、松动、甚至脱落。

③汞中毒性肾病：浮肿、少尿、蛋白尿、管型尿，重者呈坏死性肾病，出现无尿、氮质血症、高钾血症、酸中毒，由于急性肾衰而危及生命。

④吸入高浓度汞蒸气，可引起化学性肺炎，表现为呼吸困难、咳嗽、胸痛。大量吸入汞蒸气后，尚可出现汞中毒精神症状，如思睡、头晕、记忆力减退、恶梦、易激动，有时抑制、忧郁、语无伦次、肢体震颤等。

(2)实验室检查

①尿汞、血汞、唾液汞含量增高。

②血 α_2 球蛋白，还原型谷胱甘肽增高，血清巯基减低，红细胞胆碱酯酶及血中溶酶体酶、乳酸脱氢酶、碱性磷酸酶活力下降，血清半乳糖苷酶、过氧化酶、丙氨酸转氨酶活力升高。

(3)污染来源及途径

①污染来源

化学工业：氯、碱工业

冶金工业：汞齐法提取金、银等

牙科材料：汞银合金

原子核反应堆的冷却剂

医药：消毒、利尿镇痛作用

含汞矿物开采。

②途径

金属汞及化合物主要以蒸气或粉尘形态经呼吸道侵入体，也可经消化道、皮肤粘膜进入人体(金属汞由消化道吸收甚微，而氯化汞迅速由消化道吸收)。

(4)防治措施

治疗：口服汞盐患者应立即用鸡蛋清、牛奶、豆浆等洗胃，也可用温水或 0.2-0.5% 活性

炭悬液洗胃，同时可给泻剂，如 50%硫酸镁 40ml 导泻，使毒物排出。

对症治疗、驱汞治疗(二巯基丙磺酸钠、二巯基丁二酸钠)

预防：改革生产工艺，改善生产设备，加强个人防护(工作后用 1:5000 KMnO₄ 洗手等)

7、有机汞中毒

(1)临床表现

急性有机汞中毒发病快，症状凶险，危险性大。发病潜伏期不等，可以数月至数天。

①消化道症状：上腹灼痛、恶心、呕吐、食欲不振、腹泻、血便、无论任何途径侵入，均可产生口腔炎，表现口渴、流涎、口中有臭味，粘膜肿胀、糜烂、疱疹、喘咳、溃疡、牙龈出血等。

②神经精神症状：是其最突出的症状。早期表现为神经衰弱综合征，头晕、头痛、失眠、多梦、记忆力减退、嗜睡。重者表现为精神障碍，如烦躁不安，易激动、惊恐、重复语言、语言过多、幻觉、智力障碍、表情呆板、淡漠、木僵、有时可有神志障碍、谵妄、昏迷。

a.神经受累，初期感口唇、舌部发麻、明显的肢体无力，尤其是下肢无力、发麻，引起行走困难，甚至出现不全瘫痪至全瘫。

b.锥体外系受损，表现为肢体震颤，脸、舌、下颌部粗大的静止性震颤，假面具表情。

c.小脑症状表现为构音不全，吐字困难，笨拙踉跄步态，书写困难等。

d.颅神经受损，出现向心性视野缩小，眼肌不全麻痹、自发性水平性眼球震荡，咀嚼无力、张口困难、软腭轻瘫，听力减退等。

③肾脏损害：早期出现口干、烦渴、多尿、肾区有叩痛。

④心脏损害：心尖第一音减弱，心律不齐，传导阻滞。

⑤肝脏损害：醋酸苯汞中毒，患者出现黄疸、肝肿大、压痛、肝功能异常。

⑥皮肤改变：接触性皮炎发生在手、前臂、颈部。皮肤呈潮红密集的小丘疹，有渗出。重者皮疹融合皮片形成剥脱性皮炎，危及生命。

(2)实验室检查

尿汞含量明显增高。血液、头发中的汞含量明显增高，两者平行，发汞含量约为血汞的 50 倍。

(3)污染来源及途径

最常见的是烷基汞和苯基汞，主要用作农药，无机汞通过自然界生物可转化为有机汞(因此，无机汞的来源不可忽视)，它是汞污染环境造成严重危害的重要原因。农药等有机汞进入饮用水体，或无机汞进入饮用水体后转化为有机汞，而进一步污染水体。

(4)防治措施

①治疗：原则同无机汞，对症治疗十分重要。汞性皮炎可外用炉甘石洗剂(无水疱渗出)。预防

②重点治理污染

对落后的生产工艺进行改革，尽可能减少含汞废水、废气、废渣排出。含汞废气一可用

硫酸软锰矿法、软锰矿法、多硫化钠吸收法、漂白粉法。含汞废水—化学混凝沉淀法、离子交换法、金属还原法、活性炭吸附法、有机物有机汞。含汞废渣—焙烧法、浸渍法。

③加强对汞污染的环境监测。

8、Cr⁶⁺中毒:

其主要症状是①误服后几 min 至数小时出现恶心、呕吐、腹痛、吞咽困难。②严重者出现紫绀、呼吸困难以至休克。③婴儿中毒呈脑炎的临床表现,如出现惊厥、昏迷、瞳孔扩大。

9、铁中毒

急性中毒(多由管网铁细菌引起管网水中,铁含量增高)患者有恶心、呕吐、伴剧烈胃部烧灼感,呕吐物为血色物质,呈咖啡色,腹痛、腹泻,排出血性和柏油样便。嗜睡,疲乏无力,烦躁不安,皮肤可出现瘀斑。尿有蛋白和管型。

附件 4

生活饮用水污染健康危害的控制措施

一、生物性污染的饮用水消毒

1、消毒剂种类:

常用的消毒剂有:稳定性二氧化氯(液态,有效氯含量为 2%),漂(白)粉精(有效氯 60-70%),漂白粉(有效氯 25%),二氯异氰尿酸钠(又名优氯净,有效氯 60%)等;常用的饮水消毒片有清水龙片(有效氯 4-8mg),漂粉精片(有效氯 2-4mg),有机碘片(含活性碘 4-8mg),69-1 型饮水消毒片(有效氯 1-2mg,溴 6-18mg)等。

2、消毒方法:

2.1 分散式供水消毒（指缸水、井水的消毒）

（1）采用持续加氯消毒器（塑料制品，通过调节释氯孔控制释氯量），缸水消毒时内装 60 片漂精片（有效氯 60%）的小型持续加氯饮水消毒器，如每日用水量 40 - 60L 左右，持续消毒时间可达到 45 天；井水消毒时采用内装 250 - 500 片漂精片的中型持续加氯饮水消毒器，投入井中半天后即可饮用，如 20 - 30 人用水，持续消毒时间亦可达到 45 天。该消毒器影响因素较多，余氯波动较大，应设管理监督人员定期检查。如无上述产品可用自制竹筒打眼后代替。

（2）直接加氯消毒法

①缸水消毒：药剂用量按每 100L（即两担水）计，投加漂粉精片 1 - 2 片或漂白粉 1 - 2g 或漂粉精 0.4 - 0.8g 或稳定性二氧化氯原液 2.5 - 5.0ml 或等效量的其它消毒剂。投加方法：将所需药剂（片剂先碾碎）放入洁净碗内，加少量水搅匀再将上清液倒入缸中并搅动，使之与水充分混合，30min 后即可用。

②井水消毒：一般情况下，公用井每日早、中、晚各投药一次或每日二次，私家用井每日投药一次即可，投药量为每 m^3 井水加漂粉精片 10 片或漂白粉 10g 或稳定性二氧化氯原液 25 - 50ml 或等效量的其它消毒剂。投加方法与缸水相同，将上清液倒入井中后，用吊桶将井水上下搅动数次，消毒时间不少于 30min。

井水水量的计算公式为：水量（ m^3 ）=井水深（m） \times 水面面积（ m^2 ） \times 0.80。

③个人饮水消毒，每升水加消毒片 1 - 2 片（较清的水 1 片，浑水 2 片），振摇 1 - 2min，放置 30min 即可饮用。

2.2 集中式供水消毒

可采用各类消毒剂发生器现场生产、使用，亦可用上述消毒剂进行消毒。消毒剂与水接触时间不少于 20min。一般情况下，出厂水余氯应不低于 0.3mg/L，管网末梢水余氯应不低于 0.05mg/L 水源污染严重时可酌情增加消毒剂用量。

2.3 二次供水消毒

二次供水消毒可沿用分散式供水的持续加氯和一次性加氯消毒方法。这里特别强调的是被医院污水污染后的水箱消毒和蓄水池的消毒处理应按以下步骤进行：①先加过量氯，然后排出水。②进行清洗，尤其虫卵应清除。③洗后先用过量氯消毒一遍。④放少量水后排出。⑤再放干净水后，加漂白粉澄清液使余氯保持在 0.3 - 1.0mg/L 以上 30min 然后放水入管网。⑥该水箱的用户水龙头应打开放水半个小时，清排管道内包囊、虫卵等。⑦监测至合格后方可使用。

2.4 应急送水工具、引水管和蓄配水箱消毒

（1）送水工具可采用消防车、洒水车、水箱（容积为 56 - 57 m^3 /个）和塑料水桶（容积为 20 - 50L/只），其消毒方法为首先用自来水将容器冲洗干净，再用万分之二浓度的漂白粉溶液（有效氯浓度约为 50mg/L）浸泡 24h 后排空，并用自来水重新冲洗干净。如水的需要紧迫，可用万分之四浓度的漂白粉溶液浸泡，时间可减少到 1h。消毒后，应取样进行微生物检

验，合格后方可投入使用。消毒液亦可采用其它消毒剂按等效浓度配制。

(2) 新安装的临时引(供)水管可用同样方法进行消毒。

(3) 新安装的临时蓄配水箱消毒方法为：先用自来水冲洗干净，再用漂白粉澄清液(1 - 2%)或稳定性二氧化氯溶液(100 - 500mg/L)或次氯酸钠(1000 - 2000mg/L)或消毒灵(0.5 - 1.0%)或过氧乙酸(0.5%)进行喷雾或擦拭(喷雾要求至完全湿润，用药量为 50 - 100ml/m²),并用自来水重新冲洗干净。

二、化学性污染物污染的饮用水的净化处理

1、砷污染

1.用石灰沉淀法可去除砷。

2.先用氧化剂将三价砷氧化成五价砷，然后也可用石灰沉淀法处理。

2、氧化物污染

1.碱性氯化法 在碱性条件下以氯气处理，投药比例为氰 1: 氢氧化钠 7.3: 氯 8。

2.次氯酸钠法 1mg/L 氰要完全氧化需要 6.83mg/L 氯。

3、六价铬污染

2.3.1 药剂还原法 还原剂有 SO₂、NaHSO₄、NaHSO₃、Na₂S₂O₃ 与 O₃ 等，先将六价铬还原成三价铬，再用石灰等生成氢氧化铬沉淀。

2.3.2 钡盐法加入 BaCO₃ 或 BaCl₂ 或 BaCl₂，使之成铬酸钡沉淀，然后用生石膏除去水中过量的钡。

4、有机化学污染物(包括有机磷农药)污染

最为有效的措施是采用活性炭吸附。无论是粉状或粒状活性炭都是去除农药的最有效方法，它也是去除酚、烃、洗涤剂很理想的材料。当然有必要时也可考虑应用 O₃ 和活性炭联合的方法处理。

5、亚硝酸盐污染

可在水中加入氧化剂(如氯、O₃ 等)将其转换为硝酸盐。若硝酸盐超过饮用水标准时，可使用某些树脂，也可用生物脱氮处理，当矿物质含量高到足够用反渗透进行处理时，可用反渗透，硝酸盐也可同时去除掉。

6、五氯酚(酚与酚类化合物)

6.1 二氧化氯是去除氯酚味及其污染的首选方法。

6.2 臭氧可破坏酚和酚类化合物。

6.3 活性炭吸附法，即使在预氯化之后也能降低其含量，粒状活性炭可去除所有酚。

6.4 活性炭和臭氧结合消除酚类化合物，其中酚的含量相当高时要考虑此法。

7、银、铅、铜污染

可用硫酸铝凝聚去除。

8、高浓度铁和锰

铁和锰的去除，对深井水可用氧化过滤或用曝气过滤法。

三、对病人粪便进行无害化处理的应急技术措施

肠道传染病病人的粪便必须消毒，对于农村简易厕所(即非无害化粪池、或只有截粪池的厕所)内的粪便，尤其是腹泻病人的粪便，排放前应强化无害化处理和消毒。最有效的无害化方法是投加化学消毒剂，如漂白粉、熟石灰、次氯酸钠、二氧化氯等，其中最常用的是漂白粉和熟石灰。

1、投加漂白粉的操作方法：

漂白粉需配制成溶液，配制漂白粉溶液时，应先调成浆糊状，再加水配成有效氯 20%左右的漂白粉溶液，然后将漂白粉溶液连水带渣的一起投加到粪便中，并混合搅匀，放置接触至少 24 小时后方可运出排放。具体方法和要求如下：

1.1 投加量可按 90 - 100mg(指有效氯)/l 粪便)的比例计算投加。

1.2 漂白粉总用量计算方法，漂白粉用量可按此式计算：

$$L=WQ/(C-1000) \quad (g)$$

式中：W—漂白粉(粒)投加量(mg/L)以有效氯计，Q—需消毒粪便量，C—漂白粉有效氯含量，(一般漂白粉以 20% - 25%计，漂粉精以 65 - 70%计)

2、投加熟石灰操作方法与技术要求

2.1 在粪池内以每升粪便加 15g 熟石灰的量，将熟石灰碾碎成粉状后直接投入粪便中，搅拌均匀，30min 后测定粪便 pH 值，并调节 PH 达到 12h 以上(pH 值不够时，继续投加石灰量)，放置作用至少 24h，如条件许可，最好作用放置 7 天后运出排放。

2.2 如有现成的次氯酸钠液也可对粪便进行消毒，投加方法可将次氯酸钠液稍加稀释或直接投加入粪便中，方法与投加漂白粉相同，次氯酸钠液不能久贮，需现场制取，立即使用一般次氯酸钠液有效含量 6 - 12%，计算方法可按漂白粉计算方法。如有化粪池厕所，粪便中病菌、病毒和虫卵可在化粪池缺氧条件下，得到一定程度的杀灭，也是一种较好的粪便无害化方法，如三格式化粪池。但化粪池清掏周期最短不得少于 30 天，否则灭菌效果不好，化粪池中如有肠道传染病人的粪便，还需在清掏出来的污泥粪便进一步消毒灭菌，方法同前。

延津县疾病预防控制中心食物中毒（食源性疾病）应急预案

一、目的

为确保在发生食物中毒事件时，能够做到及时、快速、高效、有序地处理、控制中毒事件，保障人民身体健康，维护社会正常秩序。根据《中华人民共和国食品安全法》、《突发公共卫生事件应急条例》、卫生部《食品安全事故流行病学调查工作规范》、《河南省突发公共卫生事件应急实施办法》以及《河南省卫生系统食品安全事故应急预案（试行）》等有关规定，结合我市实际，特制定本预案。

二、适用范围

本预案所指食物中毒，指食用了被生物性、化学性有毒有害物质污染的食品或者食用了含有毒有害物质的食品后出现的急性、亚急性食源性疾患。

食源性疾病是指通过摄食进入人体内的各种致病因子引起的、通常具有感染性质或中毒性质的一类疾病；即指通过食物传播的方式和途径致使病原物质进入人体并引起的中毒性或感染性疾病。根据 WHO 的定义，食源性疾病有三个基本要素，即食物是传播疾病的媒介；引起食源性疾病的病原物是食物中的致病因子；临床特征为急性中毒性或感染性表现。食源性疾病主要包括最常见的食物中毒、经食物而感染的肠道传染病、食源性寄生虫病，以及由食物中有毒、有害污染物所引起的中毒性疾病。

本预案适用于我市行政区域内突然发生的、群体性的、造成或可能造成社会公众健康严重损害的食物中毒事件的预防和应急处理工作。

三、工作原则

（一）预防为主，常备不懈。提高全社会对食物中毒的防范意识，落实各项防范措施，做好人员、技术、物资和设备的应急储备工作。

（二）统一组织，分级负责。根据食物中毒事件的范围、性质和危害程度，实行分级管理。各级疾病预防控制机构在各自的职责范围内做好食物中毒事件应急处理的技术工作。

（三）依法规范，措施果断。各级疾病预防控制机构要按照相关法律法规等的规定，完善食物中毒事件应急保障体系，建立健全食物中毒事件应急处理工作制度，及时、有效地对食物中毒事件和可能发生的食物中毒事件进行监测、分析、预警、报告和应急处理工作。

（四）依靠科学，加强合作。食物中毒事件应急处理工作要充分尊重和依靠科学，要重视开展防范和处理食物中毒事件的科研和培训，为食物中毒事件应急处理提供科技保障。

四、食物中毒事件的分级及应急响应原则

（一）食物中毒事件的分级

根据食物中毒事件的性质、危害程度和涉及范围划分为特别重大、重大、较大和一般四个级别：

特别重大的食物中毒事件（Ⅰ）：由国务院卫生行政部门报国务院批准后确定。

重大食物中毒事件（Ⅱ级）：一次食物中毒人数超过 100 人并出现死亡病例；或出现 10 例以上死亡病例。

较大食物中毒事件（Ⅲ级）：一次食物中毒人数超过 100 人；或出现死亡病例。

一般食物中毒事件（Ⅳ级）：一次食物中毒人数 30-99 人，未出现死亡病例。

（二）食物中毒事件的应急响应原则

特别重大食物中毒事件（Ⅰ级）由国务院卫生行政部门负责应急响应；重大食物中毒事件（Ⅱ级）由省疾病预防控制机构负责应急响应。我市积极配合相应。

较大食物中毒事件（Ⅲ级），我中心积极负责应急响应。

一般食物中毒事件（Ⅳ级）由县（市、区）疾病预防控制机构负责应急响应。

上级疾病预防控制机构可直接参与下级管辖的食物中毒事件的应急响应，必要时，也可将直接管辖的食物中毒事件指定下级疾病预防控制机构管辖。

五、应急组织领导

（一）设立食物中毒事件应急处理工作领导小组

根据《突发公共卫生事件应急条例》、《河南省突发公共卫生事件应急实施办法》、《河南省卫生系统食品安全事故应急预案（试行）》等规定的需要，成立食物中毒事件应急处理工作领导小组，负责本地区重大食物中毒事件的应急处理工作。并组织重大中毒事件预防控制、临床救治等有关专业人员参与实施。

食物中毒事件应急处理工作领导小组的主要职责是：按照有关规定和指令，启动应急预案；按照食物中毒事件的响应原则，依法统一组织、指挥食物中毒事件应急处理工作；向本级人民政府或突发公共卫生事件应急指挥机构提出结束应急状态的建议；组建与完善食物中毒事件监测和预警系统；制定食物中毒事件应急处理预案，组织预案演练；组织对公共卫生和医疗救治专业人员进行有关食物中毒事件应急处理知识和技术的培训；按规定对外发布食物中毒事件的有关信息。

（二）设立食物中毒事件现场应急处理现场工作指挥部

发生食物中毒事件时，在事件现场设立现场卫生应急指挥部。其职责是：统一指挥、协调现场医疗卫生救援和中毒事件的调查处理工作。

疾病预防控制机构在同级食物中毒事件应急处理工作领导小组和现场应急处理工作指挥部的领导和指挥下，承担食物中毒事件的调查处理和医疗救治工作。

（三）职责与分工

1、市疾病预防控制机构

（1）协助或负责特别重大、重大、较大食物中毒事件的流行病学调查；采集可疑食物及其他有关样品并迅速检测，在最短时间内确定食物中毒事件的原因及危险因素，并及时将结果报送市卫生行政部门、卫生监督机构和有关医疗救治机构。

（2）建立食物中毒检测实验室，负责食物中毒事件的病因学诊断、溯源及实验室质量控制。

（3）储备常见食物中毒检验标准品、中毒标准菌株和诊断试剂等，并使其处于良好状态，随时可投入正常使用。

（4）开展预防食物中毒事件的健康教育工作。

（5）负责县（市）、区疾病预防控制机构专业技术人员的培训工作。

（6）按有关规定，对食物中毒事件进行网络直报。

2、县（市）、区疾病预防控制机构

(1) 分别负责辖区内一般食物中毒事件的流行病学调查、现场采样及实验室检测工作，迅速确定食物中毒事件的原因及危险因素，并及时将结果报送卫生行政部门、卫生监督机构和有关医疗救治机构。

(2) 具备能够胜任食物中毒事件应急处理工作的专业人员，能开展食物中毒事件的流行病学调查工作。

(3) 建立食物中毒常规检测实验室，负责食物中毒事件的病因学检测。

(4) 开展预防食物中毒事件的健康教育，提高社会各部门和公众防范食物中毒的意识。

(5) 按有关规定，对辖区内的食物中毒事件进行网络直报。

六、监测、预警与报告

(一) 监测

市、县建立统一的食物中毒的监测、预警和报告网络体系，包括：监测报告网络和实验室监测网络。

(二) 预警

市、县疾病预防控制机构根据监测信息和食物中毒事件本身的发生、发展规律及特点，分析其对公众身心健康的危害程度及可能的发展趋势，及时做出预警。

(三) 报告

1、责任报告单位

(1) 有关单位，包括食物中毒事件发生单位、与卫生保健工作有密切关系的机构，如检验检疫机构、教育机构等。

(2) 各类医疗卫生机构。

(3) 卫生行政部门。

2、责任报告人

各类医疗卫生机构的医疗卫生人员，发生食物中毒的单位负责人及公民。

3、报告时限和程序

医疗卫生机构和有关单位发现食物中毒事件，应当在2小时内尽快向所在地县级卫生行政部门报告。

接到报告的卫生行政部门应当在2小时内尽快向本级人民政府报告，同时向上级卫生行政部门报告，并应立即组织进行现场调查确认，及时采取措施，随时报告事态进展情况，并指定机构进行网络直报。

发生特别重大、重大食物中毒事件时，所在地卫生行政部门可直接向国务院卫生行政部门和省卫生行政部门报告，并同时报告同级人民政府和上级卫生行政部门。

4、报告内容

食物中毒事件报告分为首次报告、进程报告和结案报告，要根据事件的严重程度、事态发展和控制情况及时报告事件进程。

报告的主要内容：发生食物中毒单位、地点、时间、中毒人数、主要临床症状、可疑中毒食物、危害范围、中毒原因的判定及采取的主要措施，需要解决的问题和要求等。

5、报告方式

通过传真、电话报告和突发公共卫生事件网络直报。

七、应急响应和终止

（一）食物中毒事件的应急响应

发生食物中毒事件时，事发地疾病预防控制机构应坚持统一领导、分级负责的响应原则，迅速启动应急预案，落实各项防控措施，有效控制事态发展，按要求做好有关信息的报告。同时，根据食物中毒事件的规模、程度和应急处理工作的需要，及时提请卫生行政部门给予必要的技术和物资支持。经排查，如属于《中华人民共和国传染病防治法》管理的疾病，按相关传染病预防控制预案进行应急处理。如怀疑是以食物为载体的投毒案件，应立即通知公安部门参与处理。对于重大食品污染事故或以食物为载体的投毒案件，应及时采取封存被污染食品的临时控制措施，对已售出或外运的食品要追踪去向，并通知涉及地疾病预防控制机构。

应急处理专业技术机构要按照预案的规定，认真履行各自职责，按照边抢救、边调查、边处理、边核实的原则，具体负责实施食物中毒病人医疗救治，食物中毒事件调查、取证、控制和查处，食物中毒事件流行病学调查、中毒原因诊断等工作，并随时向卫生行政部门报告应急处理工作的进展情况。

上级疾病预防控制机构和应急处理专业技术机构应积极指导、支持下级的应急处理工作。

（二）食物中毒事件应急响应的终止

1、终止条件

中毒食品已消除,中毒相关危险因素已被有效控制,未出现新的中毒患者且原有患者病情稳定 24 小时以上。

2、终止程序

食物中毒事件应急响应的终止坚持“谁启动，谁终止”的原则。

重大食物中毒事件由省卫生行政部门组织专家进行分析论证，提出终止应急响应的建议，报省人民政府或突发公共事件应急指挥机构批准后实施，并向卫生部报告。

较大食物中毒事件由市卫生行政部门组织专家进行分析论证，提出终止应急响应的建议，报市人民政府或突发公共事件应急指挥机构批准后实施，并向省卫生行政部门报告。

一般食物中毒事件由县卫生行政部门组织专家进行分析论证，提出终止应急响应的建议，报请县人民政府或突发公共事件应急指挥机构批准后实施，并向市卫生行政部门报告。

上级卫生行政部门要根据下级卫生行政部门的请求，及时组织专家对食物中毒事件应急响应终止的分析论证提供技术指导和支撑。

八、现场调查处理

（一）现场调查处理程序

1、接到食物中毒事件报告后，疾病预防控制机构应按照附表 1、附表 2 上的项目，详细记录和核实发生食物中毒事件的单位、地址、时间、中毒人数、可疑食物和临床表现等有关内容。同时应告知报告者，除及时抢救患者外，要保护好现场，保留可疑中毒食品和患者吐泻物。核实后，按本预案规定的程序和时限进行报告。

2、接到食物中毒事件报告疾病预防控制机构应按照本预案的应急响应原则，立即安排应急处理专业技术机构派出有关专业人员，携带有关调查、取证和采样工具、医疗救治药械等赴食物中毒事件现场进行调查处理。疾病预防控制机构和应急处理专业技术机构按本预案的有关规定履行各自职责。

3、疾病预防控制机构应开启检验快速通道对采集样品进行检验，由于技术原因需上级疾病预防控制机构或其他检验机构协助检验的，由疾病预防控制中心直接提交采集的样品进行检验。情况特殊需延长出具检验报告时限的，应向卫生行政部门报告。

4、发生疑难和影响较大的食物中毒事件时，疾病预防控制机构在参与事件的调查处理的同时，应对食物中毒事件调查、中毒原因确定、可疑食物鉴定、采取的控制措施等提出指导意见。

5、疾病预防控制机构组织开展流行病学调查，调查结束后，撰写技术分析报告，并按规定报送卫生行政部门。

（二）现场调查处理有关要求

1、流行病学调查

（1）了解 72 小时的食谱，特别是共同饮食食谱，有无续发病例，对与中毒病人有共同饮食史而未发病的人，人群中有关对照意义的健康人同样也要做好个案调查（附表 3）。

（2）向病人和接诊医生了解中毒发生的经过以及事件相关的情况，病人的症状、体征，发病人数、经过，呕吐物、排泄物的性状，特别是首发病例的情况。

（3）调查内容一般应由患者自述，病重或无力表达者，可由其监护人代述。

（4）应尽可能对所有中毒患者进行个案调查，中毒人数不足 100 人时，至少应调查 80% 以上人数；超过 100 人时，至少应调查 60% 以上人数。《食物中毒事故个案调查调查表》完成后，由两名调查人员和被调查者分别签字。

2、样品采集与送检

（1）采集中毒患者的呕吐物、排泄物、洗胃液、中毒病人发病期与恢复期双份血清，选择发病者中未用药或较晚用药的病人采集肛拭样品。必要时可做动物试验，观察毒性强度及主要受损器官和临床表现。

（2）对剩余食品、食品原料、食品添加剂分别取样，对熟食间操作台面，存放熟食品冰柜、熟食，常用工具、刀具、容器，熟食操作人员的手、肛拭、使用的抹布、可疑昆虫等视情况采样检测。所采集的样品在冷藏条件下，4 小时内送达化验室；无冷藏条件的，于采样后 2 小时内送达化验室。化验室在检样送达后必须立即进行化验。

(3) 对疑似化学性食物中毒的, 应尽可能进行现场快速检测。以上样品采集过程要登记流行病学调查采样记录表(附表4)。

3、卫生学调查

(1) 对中毒餐次食品加工场所进行卫生勘验, 了解中毒餐次的菜谱、食物来源、原料质量、加工方法、储存条件、存放方式与时间、操作场所的卫生与消毒情况, 并做好现场笔录。

(2) 检查从业人员的健康情况, 特别是在中毒发生前3天内人员变动、患病情况, 有无不卫生习惯及操作过程的不卫生行为。

(3) 食物中毒诊断, 按《食物中毒诊断标准及技术处理总则》的规定执行。

(4) 根据流行病学调查及中毒标本的初步检验结果, 初步认定食物中毒后, 依法采取行政控制措施, 防止食物中毒继续发生和蔓延。必要时应及时通知中毒食品的来源地和流向地的疾病预防控制机构。

(5) 确定为细菌性食物中毒的中毒食品, 一般采取蒸煮15分钟后掩埋或焚烧; 液体的还可加消毒剂杀菌后排放。

确定为化学性、动植物性、真菌性食物中毒的中毒食品, 应采取相应的分解、灭活措施后焚烧或深埋, 严禁作为食品工业原料或动物饲料使用。

(6) 根据不同的中毒因素, 对中毒场所应采取相应的消毒处理。对接触细菌性中毒食品的餐具、容器、设备等用1%-2%碱水煮沸或用含氯消毒剂浸泡、擦拭。对接触化学性中毒食品的容器、设备等应针对毒物性质采取相应的消除污染措施, 必要时予以应销毁。

九、善后处理

(一) 后期评估总结

在食物中毒事件处理完毕后, 负责调查处理的疾病预防控制机构应及时组织有关人员对食物中毒事件的调查处理情况进行科学、客观的评估总结, 评估内容包括食物中毒事件种类和性质、事件对社会、经济及公众心理的影响、应急响应过程、调查步骤和方法、对患者所采取的救治措施、调查结论等。评估内容应包括有关经验和教训的总结。评估总结应报本级卫生行政部门和上一级疾病预防控制机构。

(二) 资料收集整理

参与调查处理的疾病预防控制机构应分别将食物中毒事件的有关卫生学调查、取证、控制、查处等资料和流行病学调查、实验室检测等资料进行整理分析, 建立食物中毒事件档案。

(三) 责任追究

对在食物中毒事件的预防、报告、调查、控制和处理过程中, 有玩忽职守、失职、渎职等行为的, 依据《突发公共卫生事件应急条例》及有关法律法规追究当事人的责任。

(四) 信息发布

疾病预防控制机构应定期发布食物中毒事件统计处理信息或公告, 及时向同级人民政府报告并向社会发布食物中毒事件的处理及进程, 涉及保密内容的应遵守有关规定。

十、保障措施

食物中毒事件应急处理应坚持预防为主、平战结合的方针，疾病预防控制机构应加强卫生应急工作的协调能力，组织开展食物中毒事件的监测和预警工作，加强卫生应急处理队伍建设和技术研究，建立健全食物中毒事件预防控制体系，保证食物中毒事件应急处理工作的顺利开展。

（一）技术保障

疾病预防控制机构要建立功能完善、反应迅速、运转协调的突发公共卫生事件应急机制；改善应急处理专业技术机构基础设施和实验室设备条件；加强食物中毒应急专业队伍建设，提高医疗救治、流行病学调查、现场处置和实验室检测检验能力。采取定期和不定期相结合的形式，组织开展食物中毒事件的应急处理演练。

（二）物资保障

疾病预防控制机构及应急处理专业技术机构要建立食物中毒事件应急处理的各类物资储备（包括诊断试剂、特效药物、消毒药械和检测检验设备等）。发生食物中毒事件时，应根据应急处理工作需要调用应急储备物资，应急储备物资使用后应得到及时补充，以确保应急供应。

（三）经费保障

落实食物中毒应急处理专业技术机构的财政补助政策，保证食物中毒事件监测预警、医疗救治、人员培训、应急演练、物资储备、实验检测等应急处理各项经费。

（四）宣传教育

协助开展食品生产经营单位及人员的食品卫生知识和相关法律法规知识的培训工作，预防和减少食物中毒事件的发生。

疾病预防控制机构要利用广播、影视、报刊、互联网、手册等多种形式对公众广泛开展预防食物中毒事件知识的普及教育，宣传卫生科普知识，指导公众以科学的行为和方式应对食物中毒事件，提高公众的自我保护意识和应急时的心理承受能力。

- 附件：**
- 1、食物中毒事故调查病例临床信息一览表
 - 2、食品中毒事故调查病例食品暴露信息一览表
 - 3、食物中毒事故个案调查表
 - 4、食物中毒事故流行病学调查采样记录表

食物中毒事故个案调查表

第一部分 基本信息

1. 被调查对象类别 (根据临床信息调查结果进行判定):

疑似病例 可能病例 确诊病例 非病例

2. 姓名:

3. 性别: 男性 女性

4. 出生日期: 年 月 (年龄: 岁)

5. 职业:

6. 家庭住址:

7. 电话:

第二部分 临床发病及治疗信息

8. 从病例定义中起始时间至调查之日您是否出现腹泻、腹痛、恶心、呕吐、发热、头痛、头晕等任何不适症状? 是 否 (跳转至问题 15)

9. 发病时间: 月日时 (如不能确定几时, 可注明上午、下午、上半夜、下半夜)

10. 首发症状:

11. 是否有以下症状 (调查员根据附表 1 访谈结果设计以下症状, 对以下列出的疾病相关症状进行询问, 并在“”中划✓)

腹泻	有 <input type="checkbox"/> (次/天)	无 <input type="checkbox"/>	不确定 <input type="checkbox"/>	持续时间	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
腹痛	有 <input type="checkbox"/> (次/天)	无 <input type="checkbox"/>	不确定 <input type="checkbox"/>	持续时间	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
恶心	有 <input type="checkbox"/> (次/天)	无 <input type="checkbox"/>	不确定 <input type="checkbox"/>	持续时间	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
呕吐	有 <input type="checkbox"/> (次/天)	无 <input type="checkbox"/>	不确定 <input type="checkbox"/>	持续时间	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
发热	有 <input type="checkbox"/> (次/天)	无 <input type="checkbox"/>	不确定 <input type="checkbox"/>	持续时间	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
头痛	有 <input type="checkbox"/> (次/天)	无 <input type="checkbox"/>	不确定 <input type="checkbox"/>	持续时间	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

其他症状 (详细注明):

12. 是否就诊: 否 是 (门诊 急诊 住院 , 住院天数天)

13. 是否采样: 否 是 , 采样时间月日时

样本名称

检验指标

检验结果

14. 医院诊断:

医院用药:

药物治疗效果

15. 是否自行服药 否 是 , 药物名称:

第三部分 饮食暴露信息

16. 发病前天进餐情况及同餐者情况

日期	餐次	进餐地点	食物名称	共同餐者人数	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				

(根据致病因子的潜伏期确定需要调查的饮食史时间范围,如需调查发病前更长时间的饮食史,可直接在该表末进行追加)

17. 您认为哪一个餐次或哪一种食品可能造成您这次发病?

餐次 (可直接填写序号):

食品名称:

第四部分 其他可疑暴露信息

18. 发病前与已知病例接触? 无 有 如有则填写:

18.1 姓名:

18.2 地址:

18.3 联系电话:

18.4 接触时间: 年 月 日 时 分

19. 发病前外出史: 无 有

19.1 外出时间: 年 月 日

19.2 地点:

20. 发病前是否参加了某项或多项集体活动 (集体活动包括婚礼、聚餐或宴会、野餐活动、表演、展览会、商品交易、学校活动等等)? 否 是 (如“是”填写下表)

活动名称	活动时间 (年/月/日)	活动地点	参加人数	参加者中 病例人数	供餐方式 1 围餐 2 自助餐 3 外送 4 自带 5 其他 (注明)

21. 发病前特殊机构到访史: 无 有 (如“有”应注明有关情况)

到访机构	是否有类似疾病暴发		联系人及 联系方式
21.1 医疗机构 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	不知道 <input type="checkbox"/>
21.2 看护机构 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	不知道 <input type="checkbox"/>
21.3 托幼机构 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	不知道 <input type="checkbox"/>
21.4 学校 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	不知道 <input type="checkbox"/>
21.5 食品生产加工机构 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	不知道 <input type="checkbox"/>
21.6 其他 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>	不知道 <input type="checkbox"/>

22. 是否饲养宠物和家禽畜: 否 是 , 动物名称

23. 发病前一周饮用水来源:

23.1 市政供水: 否 是 处理方式: 烧水 生水

23.2 自备井水: 否 是 处理方式: 烧水 生水

23.3 未经处理的河水、池塘水、湖水、山泉水: 否 是

23.4 瓶装水: 否 是 品牌:

24. 近期当地的特殊情况 (如集中灭四害、农田喷洒农药等):

25. 近期免疫接种情况: 无 有

26. 是否还有其他经口接触 (如成人吸烟, 儿童吮指、咬奶嘴等): 无 有

被调查人签名:

调查人员签名:

调查日期: 年 月 日

食物中毒事故流行病学调查采样记录表

A 生物标本采样记录

编号	采样对象	采样地点	样本名称	数量	样本状态	拟检内容
采样单位					采样人	
采样日期						

B 食品样品采样记录

被采样单位				联系人				
采样地点				联系电话				
编号	名称	商标	产地	规格	批号/编号	数量	状态	贮存状况
拟检内容								
采样单位				采样人				
采样日期				被采样单位确认				

C 环境样品采样记录

编号	样本名称	采样地点	数量	样本状态	拟检内容	备注
采样单位				采样人		
采样日期				被采样单位确认		

延津县疾病预防控制中心医源性感染应急处置预案

1. 总则

1.1 目的

为有效控制本中心和延津县区域内医源性感染突发事件的暴发，快速切断传播途径，保护易感人群，防止医院感染的继发和蔓延，特制定本预案。

1.2 适用范围

适用于延津县疾病预防控制中心对医源性感染事件的应急处置。

1.3 编制依据

本预案依据《中华人民共和国突发事件应对法》、《传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《延津县突发公共卫生事件应急预案》、《医院感染管理办法》等法律法规及规范性文件来编制。

1.4 工作原则

统一领导、预防为主、注重实效、反应灵敏、运转高效。

2. 组织管理与职责

医源性感染事件由中心应急领导小组统一指挥，由医源性感染防控组具体组织实施。

中心应急领导小组成员组成和职责，见《延津县疾病预防控制中心突发公共卫生事件应急处置预案》。

2.1 医源性感染防控组组成

组 长：中心分管副主任

副组长：消杀科科长、门诊部主任、检验检测中心主任、性病艾滋病科科长

成 员：刘新生、梁海军、汤同志、杨建莉、梁爽、胡俊智、石磊

2.2 医源性感染防控组职责

2.2.1 突发性事故应急处理值班人员负责医源性感染事件的现场流行病学调查、现场采样工作、现场消杀工作以及有关材料的归档立卷。

2.2.2 突发性事故应急处理实验室值班人员负责样品的检测工作。

2.2.3 突发性事故应急处理值班组长撰写医源性感染事件的调查技术报告。

3. 应急保障

值班人员必须保持通讯工具通畅，召之即应，如果有特殊情况离开辖区，要向总值班领导报告，并由其它组成员代替其岗位后方可离开。保持应急车辆完好，到位待命。

4. 信息报告

4.1 值班人员在接到事故责任单位、群众来访的医源性感染事件情况报告时，应主动并尽可能详细地了解该事件的有关情况包括：事件发生单位名称、地址、发病时间、发病人数、死亡人数、主要症状、就诊时间、地点、救治措施及病人情况等。并报告中心应急领导且在 30 分钟内报告市卫生局。

4.2 事件报告

医疗机构经调查证实发生以下情形时，应当于 12 小时内向市卫生局报告，并同时向省疾控中心报告。

- (1) 5 例以上医院感染暴发；
- (2) 由于医院感染暴发直接导致患者死亡；
- (3) 由于医院感染暴发导致 3 人以上人身损害后果。

4.3 突发公共卫生事件相关信息报告

医疗机构发生以下情形，构成突发公共卫生事件时，需按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》的要求，于 2 小时内向当地卫生局行政部门和疾控机构报告，同时进行网络报告。

- (1) 10 例以上的医院感染暴发事件；
- (2) 发生特殊病原体或者新发病原体的医院感染；
- (3) 可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染。

4.4 延津县区域内医源性感染事件

按照市卫生局指示，处置延津县区域内医疗卫生机构发生的医源性感染事件。

5. 应急措施实施

5.1 感染源的管理

5.1.1 住院患者一旦被确诊为院内感染暴发或流行应立即单间隔离，以便于进一步治疗或转往传染病院；呼吸道传染病患者应立即转往传染病院。

5.1.2 患者隔离期间谢绝陪住和探视，避免交叉感染。

5.1.3 隔离患者的活动范围仅限于患者居住的房间，需戴口罩。

5.2 医护人员的防护

5.2.1 根据疾病传播途径、方式的不同采取相应防护措施，如戴口罩、防护镜，穿防护衣等。进、出隔离病房必须遵守规定的流程，如人、物进出的流程和卫生通过等。

5.2.2 操作前后必须消毒、清洗双手。

5.2.3 隔离区或隔离房间设独立的医疗小组以减少不必要交叉感染。

5.2.4 密切接触传染源者应做必要的限制性隔离，以免病原菌扩散。

5.3 消毒与灭菌

5.3.1 隔离区或隔离房间的一切医疗（一次性使用）生活用品必须单独使用，污染物品用含有效氯 1000 ~ 2000mg / L 消毒剂溶液浸泡行预消毒后方可回收、清洗、灭菌。

5.3.2 废弃的医疗废物放双层黄色塑料袋内密封；专人回收，密封保存，焚烧处理。生活垃圾则按规定用消毒液喷洒后双扎口作用 2 小时后进行无害化处理。

5.3.3 隔离病房设有空气消毒净化器，每日酌情进行消毒，必要时采用化学消毒剂喷雾。

5.3.4 治疗台、床头桌、地面等每日用含氯消毒剂溶液擦拭。

5.3.5 隔离病房的门把手纱布和地垫用含氯消毒剂溶液浸泡并保持湿润。

5.3.6 患者转院或病逝后按不同病种行终末消毒（包括空气、墙面、地面、物品和运输工具等）。

5.4 流行病学调查

5.4.1 证实流行或暴发：对怀疑患有同类感染的病例进行确诊，计算其罹患率，若罹患率显著高于该科室或病房历年医院感染一般发病率水平，则证实有流行或暴发。

5.4.2 感染源：对感染患者、接触者、可疑传染源、环境、物品、医务人员及陪护人员等进行病原学检查。

5.4.3 查找引起感染的原因：对感染患者及周围人群进行详细流行病学调查。

5.4.4 制定和组织落实控制措施：对患者做适当治疗，进行消毒处理，必要时隔离患者甚至暂停接收新患者。

5.4.5 分析调查资料，对病例的科室分布、人群分布和时间分布进行描述。

5.4.6 分析流行或暴发的原因，推测可能的感染源、感染途径、因素，结合实验室检查结果和采取控制措施的效果综合做出判断。

5.4.7 写出调查报告，总结经验，制定防范措施。

5.4.8 协助医院临床科室院感小组及时查找原因，协助专家人员调查和执行控制措施。

5.4.9 组长接到报告，指挥相关人员协助医院院感部门流行病学调查与控制工作，并从人力、物力和财力方面予以保证。

5.5 事件终止

在医源性感染事件影响已消除或该事件得到有效控制、公众生命财产安全得到充分保障的前提下，中心领导小组可以向原确定本次事件的卫生行政部门提出终止该事件应急程序的申请，批准后方可终止。

6. 后期处置

6.1 善后处置

6.1.1 根据有关专家组的科学结论和相应监测意见，应急小组开展现场处置工作，消除感染隐患。同时，提供跟踪性监察。

6.1.2 根据现场调查情况及相应技术支撑部门的科学依据，写出调查分析报告，上报卫生行政部门和上级疾控机构。

7. 医源性感染事件的预防

7.1 各级卫生行政部门、医疗机构及医务人员，应针对诊疗活动中存在的医院感染、医源性感染及相关的危险因素，进行经常性的预防、诊断和控制。

7.2 医院感染控制管理组织

7.2.1 住院床位总数在 100 张以上的医院应当设立医院感染管理委员会和独立的医院感染管理部门；

7.2.2 住院床位总数在 100 张以下的医院应当指定分管医院感染管理工作的部门；

7.2.3 其他医疗机构应当有医院感染管理专（兼）职人员。

7.3 医院感染控制要求

医疗机构应当按照《消毒管理办法》，严格执行医疗器械、器具的消毒工作技术规范，进入人体组织、无菌器官的医疗器械、器具和物品必须达到灭菌水平；接触皮肤、粘膜的医疗器械、器具和物品必须达到消毒水平；各种用于注射、穿

刺、采血等有创操作的医疗器具必须一用一灭菌。医疗机构使用的消毒药械、一次性医疗器械和器具应当符合国家有关规定。一次性使用的医疗器械、器具不得重复使用。

延津县疾病预防控制中心突发安全事件应急预案

为及时防范、处理各种突发事件的发生，降低突发事件对我中心造成的损失，维护中心稳定，促进发展，特制定本应急预案：

一、组织机构

中心突发事件应急处置领导小组：

组 长：王 凯

副组长：朱广杰 袁景风

成 员：申长琴 杨子雷 胡兰英 郭荣莉 周海文 魏丽

主要职责：负责统一组织协调中心各类突发事件的应急行动，下达应急处置工作任务，并及时向公安部门和卫生行政主管部门报告处置情况。

下设领导小组办公室，杨子雷为办公室主任，中心应急处置领导小组指挥部设在办公室，联系电话：7693010。

中心突发事件应急处置队：

队 长：杨子雷

成 员：各科科长

二、预防预警

（一）中心加强职工对突发事件预防、避险、处置等应急知识的宣传教育。

（二）加强各项制度建设，落实防范各类突发事件措施，定期对中心内安全隐患进行排查，对发现的风险隐患切实进行整改，防患于未然。

（三）加强信息监测预警网络建设，详细制定监测和预警的方案及应急措施。

三、信息报告

（一）信息报告程序

1、发生突发公共事件后，现场发现者应在第一时间向中心办公室报告突发事件信息，紧急时向“110”报警。

2、办公室在接报后应立即向应急领导小组办公室报告突发事件信息，紧急时向“110”或“119”报警。

（二）信息报告内容：包括时间、地点、信息来源、规模、涉及人员、人员伤亡及财产损失、事件起因分析及性质、影响范围、事件发展态势和已采取的措施等。

四、应急处置

突发事件发生或接突发事件预警后，中心应立即启动本预案，划定警戒区域，由保卫人员负责警戒任务；现场应急处置应采取有效措施，妥善处理现场，防止事件扩大；同时按程序上报有关情况，在卫生行政主管部门的统一领导下迅速开展应急处置工作。

五、响应结束

(一) 做好事件的善后处理工作，恢复正常的工作秩序。

(二) 协助做好有关的赔付工作。

(三) 查清原因以书面形式作出通报，分析情况，明确责任，总结教训，报出预防整改措施。

六、应急保障

(一) 信息保障：建立健全信息收集、传递、报送、处理等信息管理机制，确保信息报送及时、准确、安全、畅通。

(二) 物资保障：建立应急物资储备制度，保证应急物资、器材的完好和可使用性。

(三) 资金保障：应急经费按规定纳入统一财务预算。

(四) 人员保障：组建应急预备队，一旦启动预案，立即投入使用。

(五) 培训演练保障：积极开展应急队伍的技能培训，每年安排 1-2 次应急模拟演练，提高协同作战和快速反应能力。

延津县疾病预防控制中心突发停电应急预案

一、制定目的及供电系统

我中心采用 1500VA、380 伏供电线路和 500kw、380 伏发电机组供电系统。为保证中心用电畅通，促进事故应急工作的制度化和规范化，迅速有序的组织 and 恢复供电，依据国家相关法规，结合中心实际情况，制定本预案。

二、应急原则

停电事故处理工作贯彻“预防为主，常备不懈”的方针，遵循“统一领导，完善机制，明确责任，加强合作，快速处置”的原则。

三、组织机构

(一) 中心成立突发停电应急领导小组、应急抢修队。

1、应急领导小组：

组 长：韩桂萍

副组长：陈庆利

2、应急抢修队成员：陈庆利、刘延洋、董长征

(二) 职责

1、做好日常安全供电工作，落实安全生产责任制，防范停电事故发生。

2、发生停电事故时，及时做好停电事故应急工作，尽快恢复供电。

3、根据停电事故严重程度，决定启动和终止应急预案。

4、必要时请求外援。

四、应急程序

(一) 计划性停电应急程序

1、主管科室在接到供电部门通知停电的电话或以其它形式的停电通知时，必须问清停电的时间、停电原因，做好记录。

2、通知应急领导小组组长、副组长，说明停电的原因，具体停电时间、恢复供电时间，及时向中心办公室通报。

3、如停电时间较长，及时做好冷链和冷库的备用电源，保证冷链器材正常运转。

(二) 临时性停电应急程序

1、出现临时性停电时，应立即电话询问供电部门，问明停电原因及停电时间的长短。

2、通知应急小组组长、副组长，说明情况。

3、中心内部原因停电时，及时查明停电原因，是高压电路还是低压电路。如果是高压电路出现故障，应及时与供电部门抢修班联系，尽快恢复，保证用电；如果是中心低压电路出现故障，应快速查明原因，按照操作规程恢复供电。

4、接到科室停电报告后，及时查明停电原因，保证在最短时间恢复用电。

五、保障措施

（一）做好日常供电设备及线路的检查和保养工作。

（二）应急成员平时要掌握供电知识和操作规范，注意操作安全。

（三）主要用电科室应配备二次供电设备，定期检查，保持完好状态。

（四）主管科室要组织进行停电应急演练，每年 1—2 次，通过演练，使停电应急成员熟练掌握突发停电的应急处置程序。

延津县疾病预防控制中心越级上访应急预案

根据《信访条例》、《中华人民共和国治安管理处罚条例》等法律法规的规定以及延津县处理信访突出问题和群体性事件有关规定要求，为及时妥善处理我中心职工越级上访问题，维护社会安定稳定，特制定本工作预案。

一、处置职工越级上访的工作原则

（一）坚持依法办事，积极疏导、稳妥处理的原则。严格依照有关法律法规，引导信访人采取理性合法的方式表达诉求。维护信访人的合法权益，维护信访秩序。

（二）坚持“谁主管、谁负责”的原则，各负其责，密切配合，通力合作。

（三）坚持快速反应，协同应对的原则。建立健全联动协调机制，形成统一指挥、反应灵敏、协调有序、运转高效的应急处置机制。

二、处置职工越级上访的组织领导

组 长：韩桂萍

副组长：范雪洁、付惠成、李华峰、杜永芳

领导小组下设办公室，杜永芳任办公室主任，各科科长为小组成员。梁海军、刘文合负责协调联络。

三、处置职工越级上访的现场组织

（一）一经发现职工越级到延津县及以上政府机构上访，上访人员所在科室的科长、中心主管领导，在第一时间赶赴现场做好上访人员的劝返等各项工作，并及时将职工上访的时间、人数、乘坐车辆、上访反映的主要问题等，报告到中心主任及负责信访工作的主管领导。

（二）5人以上集体上访的，负责信访工作的主管领导、工会主席、办公室主任，在第一时间赶到现场配合上访人员所在科室的科长和主管领导，做好应急处置和劝返工作。

四、处置职工越级上访的工作要求

（一）要加大应急处置工作力度。分管信访工作的中心领导要积极主动地与市信访局沟通联络。中心领导班子成员要亲临现场，靠前做上访职工的思想工作。必要时，争取当地公安部门的配合，防止事态扩大。争取在最短时间内让事态平息下来，把不良影响控制在最小范围之内。

（二）要加大教育疏导和劝返力度。负责应急处置的每位干部要带着浓厚的感情，对上访职工做耐心细致的思想工作。在工作方法上下功夫，在接谈技巧上做文章，针对信访人的具体情况，动之以情，晓之以理，把工作做细、做透、做实，劝解上访职工尽快回本单位解决问题。

（三）要加大信息沟通力度。中心领导班子成员要经常深入科室，了解职工

思想动态，及时化解矛盾，稳定职工思想情绪。负责信访工作的领导要与市信访局、市 110 指挥中心保持经常的联系，掌握本中心职工的信访动态。

延津县疾病预防控制中心

人间传染的病原微生物实验室生物安全事件应急预案

一、总则

1、目的

为保证我中心人间传染的病原微生物实验室(以下简称实验室)发生生物安全事件时,做到应急准备充分,信息渠道畅通,指挥系统有效,反应机制灵敏,遏制生物安全事件危害的进一步扩大,有效预防、快速应对和及时控制我中心人间传染的病原微生物实验室生物安全事件,最大限度地减轻其危害和损失,保护实验室工作人员及公众的健康和社会稳定,维护我中心的稳定和正常秩序,根据国家有关法律法规,结合我中心实际情况,制定本预案。

2、编制依据

- 2.1 《中华人民共和国传染病防治法》
- 2.2 《病原微生物实验室生物安全管理条例》
- 2.3 《实验室生物安全通用要求》
- 2.4 《微生物和生物医学实验室生物安全通用准则》
- 2.5 《突发公共卫生事件应急条例》
- 2.6 《人间传染的病原微生物名录》

3、适用范围

本预案适用于延津县疾病预防控制中心人间传染的病原微生物实验室生物安全事件的应急处置工作。

4、工作原则

预防为主,常备不懈,统一领导,分级负责,主动监测,反应及时,机制通畅,措施果断。

5、实验室生物安全事件的分类

实验室生物安全事件指病原微生物感染性材料在实验室操作、运送、储存等活动中,因违反操作规程或因自然灾害、意外事故、意外丢失等造成人员感染或暴露,和(或)造成感染性材料向实验室外扩散的事件。

实验室生物安全事件按照其性质、严重程度、可控性和影响范围等因素，划分为二级：重大、一般。

重大实验室生物安全事件主要包括：

51 实验室工作人员确诊为所从事的一类、二类病原微生物感染，或出现有关症状、体征，临床诊断为所从事的一类、二类病原微生物疑似感染，并造成传播或有进一步扩散的可能；

1.5.1.2 实验室保存或运输过程中的一类、二类病原微生物菌（毒）种或样本被抢、被盗或丢失。

1.5.2 一般实验室生物安全事件

1.5.2.1 实验室工作人员确诊为所从事的三类、四类病原微生物感染，或出现有关症状、体征，临床诊断为所从事的三类、四类病原微生物疑似感染，并造成传播或有进一步扩散的可能。

1.5.2.2 实验室发生第三类、第四类病原微生物菌（毒）种或样本意外丢失，并有可能进一步向外扩散或造成其它人员感染。

2. 应急处理指挥机构与职责

2.1 组织机构

新乡疾病预防控制中心成立实验室生物安全事件应急领导处置工作组；卫生检测检验中心成立实验室生物安全事件应急处置小组，报市卫生局实验室生物安全事件应急领导处置工作组备案；

中心实验室生物安全事件应急领导处置工作组：

组 长：王凯 新乡疾病预防控制中心主任

副组长：袁景凤 延津县疾病预防控制中心副主任

成 员：王新霞 新乡疾病预防控制中心卫生检测检验中心主任

郭荣利 新乡疾病预防控制中心质量控制管理科科长

2.2 机构职责

中心实验室生物安全事件应急领导处置工作组负责全中心实验室生物安全事件的应急处置，负责启动和实施该预案，决策指挥，调动人员，全面部署实施应急处置工作。

全中心实验室生物安全事件应急处置的日常工作由延津县疾病预防控制中心人间传染的病原微生物实验室生物安全管理领导小组办公室负责,办公室设在中心检测检验中心。办公室至少半年对实验室生物安全进行一次全面检查,并对有关从事病原微生物检测的技术人员不定期组织预防和处理生物安全事件的演练。

中心人间传染的病原微生物实验室生物安全专家委员会负责全中心实验室生物安全事件应急处置的技术咨询工作。

3. 预防、预警与报告

3.1 预防

3.1.1 加强实验室标准化建设,对实验室设备的配置、个人防护和实验室安全行为应做出明确规定。

3.1.2 建立实验室病原微生物菌(毒)种或样本专库,建立有毒有害化学试剂专库,并建立严格的监督管理制度。

3.1.3 实验室人员必须进行生物安全培训,持证上岗。

3.1.4 增强安全意识,合理完善实验室生物安全制度。把生物安全管理责任和措施落到实处,消除安全隐患。实验室工作人员应自觉遵守实验室生物安全管理规定,严格按照操作规程和技术规范开展研究工作。

3.1.5 提高警惕,加强安全保卫,防止不法之徒盗窃病原微生物和有毒有害化学试剂,用于对人群进行生物化学恐怖攻击,对公众健康产生严重损害,影响社会稳定。

3.2 预警

3.2.1 建立有效的预警机制,为各种病原微生物菌(毒)种或样本和有毒有害化学试剂建立档案和使用纪录,填写准确。每次使用后及时登记,发现遗失或被盗,立即报告。

3.2.2 建立实验室工作人员健康档案,定期体检。发现与实验室生物安全有关的人员感染或伤害应立即报告。

3.2.3 定期开展自查,及时发现安全隐患,发出预警通报。

3.3 报告

3.3.1 报告时限

当发生重大实验室生物安全事件时，发现人应立即向实验室负责人报告，实验室负责人应在 1 小时内报告给中心实验室生物安全事件应急领导处置工作组，处置组在 2 个小时内报告延津县卫生局实验室生物安全事件应急领导处置工作组。发生涉及生物恐怖事件时，要立即向当地公安机关报告。

当发生一般实验室生物安全事件时，发现人应立即向实验室负责人报告，实验室负责人应在 2 小时内报告中心实验室生物安全事件应急领导处置工作组，中心处置组应立即向延津县卫生局及延津县政府报告。

高致病性病原微生物菌(毒)种或者样本在运输、储存中被盗、被抢、丢失、泄漏的，承运单位、护送人、保藏机构应当采取必要的控制措施，并在 2 小时内分别向所在地的县(市、区)卫生局、延津县疾病预防控制中心实验室生物安全事件应急领导处置工作组及延津县卫生局实验室生物安全应急领导处置工作组报告，发生被盗、被抢、丢失的，还应当向公安机关报告。

3.3.2 报告内容

3.3.2.1 事件信息

实验室设立单位名称、实验室名称、涉及病原微生物类别、发生时间、地点、涉及的地域范围、感染或暴露人数、主要症状与体征、可能的原因，丢失的病原微生物菌(毒)种或者样本的种类、数量等有关情况，已经采取的措施、事件的发展趋势、下步工作计划等。

3.3.2.2 事件发生、发展、控制过程信息

①初次报告报告事件名称、发生地点、发生时间、发病人数、死亡人数、密切接触者人数、主要的临床症状、涉及病原体、可能原因、已采取的措施、初步判定的事件级别、报告单位、报告人员及通讯方式等。

②进程报告报告事件的发展与变化、处置进程、势态评估、控制措施等内容。同时，对初次报告内容进行补充和修正。重大实验室生物安全事件应每日进行进程报告。

4. 应急反应与处置

4.1 预案启动

当中心实验室生物安全事件应急领导处置工作组接到检测检验中心发生重大实验室生物安全事件的报告时，立即启动本预案。

4.2 应急处置

4.2.1 应急反应程序

4.2.1.1 发生重大实验室生物安全突发事件时

实验室生物安全应急领导处置工作组接到报告后，中心立即启动本应急预案。立即通知延津县卫生局，安排部署具体应急处置事宜，并请求河南省疾病预防控制中心予以帮助处置。有关处置组的专家应立即赶赴现场进行应急处置，对突发事件进行侦测、调查，综合评估，采取应急处理措施，控制危害的蔓延等。中心实验室生物安全应急领导处置工作组，立即派人亲临现场指挥。

4.2.1.2 发生一般实验室生物安全突发事件时中心处置组接到报告后，立即启动应急预案，并安排部署具体应急处置事宜，并邀请河南省疾病预防控制中心的专家进行应急处置指导，对突发事件进行侦测、调查，综合评估，采取应急处理措施，控制危害的蔓延等。中心处置组负责人应立即亲临现场指挥。

4.2.2 应急控制措施

4.2.2.1 重大实验室生物安全事件的应急处置

4.2.2.1.1 对实验室生物安全事件综合评估

①流行病学调查提供实验室布局、设施、设备、实验人员等情况。包括事件发生的原因、接触人员的发病情况、引起疾病流行的可能因素等。

②标本、样品采集和检验 对污染的物品、区域、感染的人员进行采样和检测，对可疑微生物生物进行样本检查，进行病原的分离鉴定，以确定事件的性质与危害。

③污染区域划定对污染区及其周围的地区进行卫生监测。

对于病原微生物和有毒有害化学品、放射源的丢失或被盗事件，应监测生活资源受污染范围和严重程度，现场调查和取证人员应采取适宜的防护措施。

4.2.2.1.2 现场控制措施

①根据实验室生物安全事件发生的规模、危害的程度，可能波及的范围，立即封闭或封锁被病原微生物污染的实验室或者可能造成病原微生物扩散的场所，并对周围环境进行隔离、封闭；

②进行传染源控制，及时对病人进行隔离治疗，对相关人员进行医学检查，做好感染者救治及现场调查和处置工作，核实在相应潜伏期时间段内进入实验室

人员及密切接触感染者人员的名单,对于受到实验室生物安全事件影响的现症病人,立即派专人陪同及时送至实验室人员感染救治的定点医院就诊。对于疑似病人和接触者进行入院观察。对于事件中的高暴露人群根据实际情况进行预防性服药、留检、医学观察或隔离。在可能波及的范围内,开展疑似病例的搜索,开展传染源、传播途径及暴露因素的调查。并对密切接触者进行医学观察。

③对于查明的微生物病原、生物毒素以及有毒有害化学品污染的物品要对其进行封存和销毁,紧急封闭公共饮用水源等公众共用设施。

④组织专业消毒人员对受到污染实验室等所有场所、物品等进行消毒处理。

⑤保护易感人群,对易受感染的人群和其他易受损害的人群采取紧急接种、预防性投药、群体防护等。

⑥针对事件性质,开展特异性卫生知识宣传教育。

⑦出现大量或毒性极大的病原微生物和有毒有害化学试剂丢失、并有迹象出现严重危害公众健康事件时,可报请政府取消集会性活动,采取必要的停工、停业、停课和人员疏散措施。

⑧对于病原微生物、有毒有害化学试剂和放射源丢失的事件,立即上报公安部门,并与相关部门密切配合,尽快查明下落;要与卫生监督部门配合协调,搞好相关区域的食物、饮水、环境卫生监督。

⑨消除区域民众心理障碍和精神应激采取宣传教育、心理咨询等方式针对性解决。

4.2.2.1.3 追踪监测

追踪事件可能波及的地区的高暴露人群,开展主动监测工作,做到早发现、早报告、早隔离、早治疗。

4.2.2.2 一般实验室生物安全事件的应急处置

发生一般实验室生物安全事件的实验室应迅速将被感染人员就地隔离,尽快送往定点医院;立即关闭事件发生实验室;对周围环境进行隔离、封闭、彻底消毒;对在事件发生时间段内实验室人员进行医学观察、必要时进行隔离;有相关疫苗的进行预防接种;做好感染者救治及现场调查和处置工作。

4.2.3 应急反应的终止

如果查明实验室生物安全事件是由于细菌毒素或传染性较差的病原体引起

的危害较小的污染，经实验室消毒处理后即可解除封锁，但对感染者必须加强治疗和必要的限制。如查明生物污染或泄漏是由于国家规定的一、二类病原微生物，或发生上述相应疾病的病症时，应继续封锁，并应将封锁区分为若干个大小封锁圈。各封锁圈之间应完全隔离开来，对病人进行日隔离治疗，对受感染者及病人密切接触者进行隔离留验。

解除封锁的条件是受污染区域得到有效消毒，对污染区或疫区进行必要的卫生处理，如对病原体进行彻底的消毒或扑灭；生物安全事件造成的感染者已妥善治疗、安置；并在最长的潜伏期内未出现新的病人；明确丢失病原微生物菌(毒)种或样本得到控制；经专家组评估确认后应急处置工作结束。报请批准封锁的主管部门解除封锁。

4.2.4 信息发布

重大实验室生物安全事件的有关信息上报省卫生厅，由省卫生厅实验室生物安全应急领导处置工作组负责对外发布；一般实验室生物安全事件的有关信息由延津县卫生局实验室生物安全领导处置工作组负责对外发布。其他人员不得对外发布相关信息。

5. 后期处置

5.1 善后处置

对事件点的场所、废弃物、设施进行彻底消毒，对生物样品迅速销毁；组织专家查清原由；对周围一定距离范围内的植物、动物、土壤和水环境进行监控，直至解除封锁。对于人畜共患的生物样品，应对事件涉及的当事人进行强制隔离观察。

5.2 调查总结

事件处理结束后 10 个工作日内，由延津县疾病预防控制中心实验室生物安全应急领导处置工作组写出结案报告，包括事件的基本情况、事件产生的原因、应急处置过程中各阶段采取的主要措施及其功效、处置过程中存在的问题及整改情况，并提出今后对类似事件的防范和处置建议，报省卫生厅实验室生物安全应急领导处置工作组备案。

6. 应急保障

6.1 技术保障

中心人间传染的病原微生物实验室生物安全委员会,为应急处置指挥决策提供专业咨询。各实验室和相关科室要加强有关专业技术人员的业务培训,了解掌握生物安全应急处理的相关知识和信息,强化实验室规范化建设。

6.2 人员培训

加强对涉及实验室生物安全的监测与预警、疫情分析评估、流行病学调查、消毒隔离技术等方面的业务培训。加强对实验室业务人员在法制化管理和法律责任方面的培训。

6.3 物资保障

生物安全实验室应储备下列物资以备应急使用:

- ①急救箱,包括常用的和特殊的解毒剂;
- ②泡沫式灭火器和灭火毯;
- ③全套防护装备;
- ④全面罩式防毒面具;
- ⑤房间消毒设备(如喷雾器和甲醛熏蒸器)及各种常用消毒剂;
- ⑥担架;
- ⑦常用工具;
- ⑧划分危险区域界限的器材和警告标识。

6.4 应急演练

应急演练工作每年不少于1次。演练工作应根据性质的不同分类进行,形式包括,综合演练,即涉及预案各系统、各单位的全过程演练,包括从指挥到救治处理的全过程演练;局部演练,即指挥系统、救治系统、保障系统和各有关单位的演练。

7 . 附则

7.1 预案制定与修订

本预案由延津县经疾病预防控制中心制定并发布实施。各科室及检测检验中心结合工作实际制定本科室的实验室生物安全应急措施,报中心实验室生物安全应急领导工作组备案。

7.2 预案实施时间

本预案自发布之日起实施。

延津县疾病预防控制中心

人感染 H7N9 禽流感应急预案

一、前言

2013 年 4、5 月间，在上海、江苏、浙江、安徽四省（市）持续发生了人感染 H7N9 禽流感疫情。为保障人民群众生命安全和身体健康，及时应对疫情发展，国家卫生和计划生育委员会于 4 月 2 日颁布了《人感染 H7N9 禽流感诊疗方案（2013 年第 1 版）》和《人感染 H7N9 禽流感医院感染预防与控制技术指南（2013 年版）》，于 4 月 3 日颁布了《人感染 H7N9 禽流感疫情防控方案》。随着疫情的发展，国家卫生和计划生育委员会于 4 月 10 日颁布了《人感染 H7N9 禽流感诊疗方案（2013 年第 2 版）》和《人感染 H7N9 禽流感疫情防控方案（2013 年第 2 版）》。为做好我市的人感染 H7N9 禽流感防控工作，确保全市人民身体健康和生命安全，提高对人感染 H7N9 禽流感突发公共卫生事件的应急处理能力，现根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《延津县突发事件应急处理工作总预案》和国家最新的人感染 H7N9 禽流感防控方案精神，结合我市实际情况，制订《延津县疾病预防控制中心人感染 H7N9 禽流感应急预案（第 1 版）》。

二、目的

一旦发生人感染 H7N9 禽流感，及时落实有效措施，迅速控制和扑灭疫情。

三、预案启动条件

发现 1 例及以上人感染 H7N9 禽流感病例即启动本预案。

四、病例定义

（一）疑似病例与确诊病例定义

1. 共同的临床特征

根据流感的潜伏期及现有 H7N9 禽流感病毒感染病例的调查结果，潜伏期一般为 7 天以内。

（1）症状、体征和临床特点。

患者一般表现为流感样症状，如发热、咳嗽、少痰，可伴有头痛、肌肉酸痛和全身不适。重症患者病情发展迅速，多在 5-7 天出现重症肺炎，体温大多持续在 39℃ 以上，呼吸困难，可伴有咯血痰；可快速进展为急性呼吸窘迫综合征、脓毒症、感染性休克，甚至多器官功能障碍，部分患者可出现纵隔气肿、胸腔积液等。

(2) 实验室检查。

A. 血常规。白细胞总数一般不高或降低。重症患者多有白细胞总数及淋巴细胞减少，可有血小板降低。

B. 血生化检查。多有肌酸激酶、乳酸脱氢酶、天门冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶升高，C 反应蛋白升高，肌红蛋白可升高。

C. 病原学及相关检测。抗病毒治疗之前必须采集呼吸道标本送检（如鼻咽分泌物、口腔含漱液、气管吸出物或呼吸道上皮细胞）。有病原学检测条件的医疗机构应尽快检测，无病原学检测条件的医疗机构应留取标本送指定机构检测。

a. 甲型流感病毒抗原筛查。呼吸道标本甲型流感病毒抗原快速检测阳性。但仅可作为初筛实验。

b. 核酸检测。对患者呼吸道标本采用 real time PCR（或 RT-PCR）检测 H7N9 禽流感病毒核酸。

c. 病毒分离。从患者呼吸道标本中分离 H7N9 禽流感病毒。

d. 动态检测双份血清 H7N9 禽流感病毒特异性抗体水平呈 4 倍或以上升高。

(3) 胸部影像学检查。发生肺炎的患者肺内出现片状影像。重症患者病变进展迅速，呈双肺多发磨玻璃影及肺实变影像，可合并少量胸腔积液。发生 ARDS 时，病变分布广泛。

(4) 预后。人感染 H7N9 禽流感重症患者预后差。影响预后的因素可能包括患者年龄、基础疾病、合并症等。

2、诊断

根据流行病学接触史、临床表现及实验室检查结果，可作出人感染 H7N9 禽流感的诊断。在流行病学史不详的情况下，根据临床表现、辅助检查和实验室检测结果，特别是从患者呼吸道分泌物标本中分离出 H7N9 禽流感病毒，或 H7N9 禽

流感病毒核酸检测阳性，或动态检测双份血清 H7N9 禽流感病毒特异性抗体水平呈 4 倍或以上升高，可作出人感染 H7N9 禽流感的诊断。

(1) 流行病学史。发病前 1 周内与禽类及其分泌物、排泄物等有接触史。

(2) 诊断标准。

A. 疑似病例：符合上述临床表现，甲型流感病毒抗原阳性，或有流行病学接触史。

B. 确诊病例：符合上述临床表现，或有流行病学接触史，并且呼吸道分泌物标本中分离出 H7N9 禽流感病毒或 H7N9 禽流感病毒核酸检测阳性或动态检测双份血清 H7N9 禽流感病毒特异性抗体水平呈 4 倍或以上升高。

重症病例：肺炎合并呼吸功能衰竭或其他器官功能衰竭者为重症病例。

(二) 聚集性病例

聚集性病例是指 7 天内在小范围（如一个家庭、一个社区等）发现 2 例及以上，提示可能存在人际传播或因共同暴露而感染的人感染 H7N9 禽流感确诊病例或疑似病例（聚集性病例中至少有 1 例确诊病例）

五、应急处置

(一) 组织建立及职责

1. 组织领导

根据当前人感染 H7N9 禽流感防控的工作特点，经领导研究决定，成立延津县疾病预防控制中心人感染 H7N9 禽流感应急处置领导小组，下设综合协调组、技术支持组、现场处置组、病因检验检测组、环境污染处置组、疫情信息组、后勤保障组、处置预备队。同时成立延津县人感染 H7N9 禽流感防控技术专家组。

2. 职责分工

(1) 领导小组职责

A. 根据目前人感染 H7N9 禽流感疫情形势和上级要求，研究市疾控中心人感染 H7N9 禽流感应急处置对策，领导中心人感染 H7N9 禽流感应急处置和各项准备工作；

B. 研究解决人感染 H7N9 禽流感应急处置工作中出现的问题。

(2) 综合协调组职责

- A. 协助领导小组组织召开例会，协调各小组做好应急处理工作；
- B. 贯彻领导小组的决策、督导、督察各小组工作的落实；
- C. 专用车辆的调配和管理；
- D. 负责值班人员的调配；
- E. 负责新闻宣传工作。

(3) 技术支持组职责

- A. 及时、全面了解人感染 H7N9 禽流感应急处置工作的政策，为领导小组决策提供参考；
- B. 负责信息收集和更新工作；
- C. 防治措施研究、防治技术方案修订和组织技术培训。

(4) 现场处置组职责

- A. 及时组织流行病学现场调查和处置；
- B. 负责传染源和接触者的追踪调查；
- C. 负责疫点消毒、隔离的现场指导；
- D. 根据上级要求进行疫情监测工作。
- E. 指导协调各县（市、区）疾控中心人感染 H7N9 禽流感应急处置等防控工作。

(5) 环境污染处置组职责

- A. 负责落实疫区、疫点公共场所等的消毒实施；
- B. 配备消毒药品、维修保养消毒器械；
- C. 指导疫区、疫点公共场所等的消毒工作。

(6) 病因检验检测组职责

- A. 负责采集、保存、运送病原和其他标本;
- B. 负责对所采集的样品进行检测报告;
- C. 负责有关检验试剂的准备, 病因的研究和来源分析。

(7) 疫情信息组职责

- A. 根据要求负责疫情监测、预警等;
- B. 负责疫情应急处置、防治技术等信息的收集和分析;
- C. 协调中心有关科室建立、整理、保存相关技术档案、资料。

(8) 后勤保障组职责

- A. 负责后勤物资供应、经费落实工作;
- B. 负责突发公共卫生事件应急处置财务落实情况;

(二) 疫情报告与监测

1. 疫情报告

(1) 设立 24 小时值班室, 24 小时值班, 节假日不间断。

(2) 值班人员接到群众举报、下级报告和上级反馈的可能的人感染 H7N9 禽流感疫情后, 及时向中心值班领导报告、通知中心应急办, 根据事件的性质, 通知有关科室及时到达现场。

(3) 接到确认的人感染 H7N9 禽流感疫情后, 核实并督促相关单位 2 小时内进行网络直报, 同时向延津县卫生局和河南省疾病预防控制中心电话报告。

2. 监测预警

(1) 通过浏览新闻媒体、接受群众举报等途径及时发现我市人感染 H7N9 禽流感疫情的信息;

(2) 及时和我市农业、畜牧部门沟通联系, 了解我市禽类的感染和带毒情况, 并对我市可能出现的人感染 H7N9 禽流感疫情进行危险评估和及时预警;

(3)及时浏览官方权威网站，监视已经报告的人感染 H7N9 禽流感疫情的进展，按照有关规定完成各种相关信息、资料的收集、整理和归档。

(三) 应对措施

根据以下不同情况采取相应的应对措施。

1. 本地尚未发现动物和人感染 H7N9 禽流感疫情

本地区内尚未发现动物及人感染 H7N9 禽流感疫情，但其相邻地区发生动物或/和人感染 H7N9 禽流感疫情。应该采取以下措施：

(1)密切关注国内外、邻近地区动物禽流感及人感染 H7N9 禽流感疫情动态，做好疫情预测预警，开展疫情风险评估。

(2)做好各项技术及物资准备。

(3)开展常规疫情、流感/人禽流感、不明原因肺炎病例、不明原因死亡病例的监测。

(4)医疗机构开展不明原因肺炎的筛查工作。

(5)开展人感染 H7N9 禽流感知识的健康教育，提高公众防控人感染 H7N9 禽流感知识水平。

(6)配合有关部门开展动物禽流感疫情监测工作，防止疫区受染动物以及产品的输入。

2. 本地有动物感染 H7N9 禽流感疫情，但尚未发现人感染 H7N9 禽流感疫情

发生动物感染 H7N9 禽流感疫情，但尚未发现人感染 H7N9 禽流感病例。应该采取以下措施：

(1)与农业部门紧密协作，立即开展现场流行病学调查、密切接触者追踪和样品采集工作。

(2)启动人感染 H7N9 禽流感应急监测方案，疫区实行人感染 H7N9 禽流感疫情零报告制度。

(3)做好密切接触者的医学观察。

(4)按照职责分工，做好疫点内人居住和聚集场所的消毒处理工作。

(5) 做好疫情调查处理等人员的个人防护。

3. 本地出现散发或聚集性人感染 H7N9 禽流感病例，属重大突发公共卫生事件

本地区发现散发或聚集性人感染 H7N9 禽流感病例，但局限在一定的范围，没有出现扩散现象的，应采取以下措施：

(1) 启动人感染 H7N9 禽流感应急监测，实行人感染 H7N9 禽流感病例零报告制度。

(2) 按照人感染 H7N9 禽流感病例流行病学调查方案迅速开展流行病学调查工作，查明病例之间的相互关联，判定是否发生人传人现象。

(3) 按照密切接触者判定标准和处理原则，确定密切接触者，并做好医学观察。

(4) 按照职责分工，做好疫点内人居住和聚集场所的消毒处理工作。

(5) 做好人感染 H7N9 禽流感病例流行病学调查和病例的主动搜索、标本采集等工作。

(6) 做好疫情调查处理、医疗救治、实验室检测等医务人员的个人防护。

(7) 及时向本地区有关部门和邻近地区有关部门通报有关情况。

(8) 进一步加强健康教育，提高公众卫生意识和个人防护意识，减少发生人感染 H7N9 禽流感的危险性，做好公众心理疏导工作，避免出现社会恐慌。

(9) 如经调查证实发现人传人病例，要根据疫情控制的需要，划定疫点和疫区范围，报请当地人民政府批准，采取学校停课、部分行业停业等防控措施。

六、控制措施

(一) 出现疑似或确认动物感染 H7N9 禽流感疫情，采取以下措施。

1. 密切接触者的医学观察

(1) H7N9 禽流感病或死禽密切接触者：

A. 饲养、贩卖、屠宰、加工病禽或死禽的人员；

- B. 捕杀、处理病或死禽，未按相应规范采取防护措施的人员；
- C. 直接接触病或死禽及其排泄物、分泌物等其他相关人员。

(2) 人感染 H7N9 禽流感疑似病例或确诊病例密切接触者：

- A. 诊治疑似或确诊病例过程中未采取防护措施的医护人员或曾照料患者的家属；
- B. 在疑似或确诊病例发病后至隔离治疗期间，有过共同生活或其他近距离接触情形的人员；
- C. 经现场调查人员判断符合条件的其他人员。

2. 密切接触者处理原则：

对密切接触者实行医学观察/健康随访，不限制其活动，每日晨、晚各 1 次测体温并了解是否出现急性呼吸道感染症状。一旦出现发热(腋下体温 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$)及咳嗽等急性呼吸道感染症状，则立即转送至当地的定点医疗机构进行诊断、报告及治疗。

3. 职业暴露人员防护

4. 加强重点地区的人禽流感疫情监测

(1) 监测时限：

- A. 发生动物疫情的地区，应急监测开始于农业部门发现疫情之日；止于农业部门解除封锁后 7 天。
- B. 没有动物疫情，但出现人间病例时，应急监测始于卫生部门发现疫情之日，止于该病例的最后一例密切接触者的医学观察期的结束之日。

(2) 监测方法

A. 被动监测 在应急监测期间，监测县（市、区）内的各级医疗机构对前来就诊的发热伴流感样症状的病例进行登记和报告。

B. 主动监测

疾病预防控制机构对上报的发热伴流感样病例进行追踪和排查。

疾病预防控制机构入户搜索、排查居民中是否有发热伴流感样症状的病例。

疾病预防控制机构每日上报密切接触者医学观察表。

5. 消毒处理

(1) 各级疾病预防控制机构应该配合农业部门开展工作，指导现场消毒，进行消毒效果评价。

A. 对禽舍包括死禽和宰杀的家禽、禽粪和墙壁地面等进行终末消毒，必要时对禽舍的空气进行消毒。

B. 对划定的动物疫点内病、死禽可能污染的物品进行终末消毒。

C. 对划定的动物疫区内的饮用水应进行消毒处理，对流动水体和较大的水体等消毒较困难者可以不消毒，但应严格进行管理。

D. 对划定的动物疫区内可能污染的物体在出封锁线时进行消毒处理。

(2) 消毒方法 见附件 7。

(二) 出现疑似或确诊人感染 H7N9 禽流感病例

出现疑似或确诊人感染 H7N9 禽流感病例时，除采取上述预防控制措施外，还应采取以下措施。

1. 病例报告

各级各类医疗机构发现人感染 H7N9 禽流感疑似病例、确诊病例后，应当于 2 小时内进行网络直报。报告疾病类别选择“其他传染病”，并在备注栏中注明“人感染 H7N9 禽流感疑似病例或者确诊病例”。尚不具备网络直报条件的医疗机构，应当于 2 小时内以最快的通讯方式（电话、传真等）向当地县级疾病预防控制机构报告，并寄出传染病报告卡，县级疾病预防控制机构在接到报告后立即进行网络直报。

2. 病例的隔离救治

按照《人感染 H7N9 禽流感诊疗方案（2013 年第 1 版）》诊断为疑似和确诊病例后，立即送指定医院进行隔离治疗，做好院内感染控制和医务人员的个人防护工作。

3. 疫点消毒处理

发生人感染 H7N9 禽流感疫情时，各级疾病控制中心除应协助农业部门针对动物感染 H7N9 禽流感疫情开展消毒工作外，还应对疫点和病人或疑似病人污染或可能污染的区域进行消毒处理。

(1) 配合农业部门针对动物感染 H7N9 禽流感疫情开展消毒工作，进行消毒效果评价。

(2) 对发生人感染 H7N9 禽流感的疫点、疫区进行现场消毒，消毒重点应包括病人的排泄物、病人发病时生活和工作过的场所、病人接触过的物品等。

(3) 医院应同时按肠道传染病和呼吸道传染病的要求对禽流感病人诊疗过程中可能污染的物品进行消毒处理。

4. 流行病学调查

(1) 按照《人感染 H7N9 禽流感流行病学调查方案》(附件 4) 对人感染 H7N9 禽流感疑似和确诊病例进行流行病学调查。

(2) 标本采集:

医疗机构应当及时采集病例的相关临床样本。采集的临床标本包括病人的上呼吸道标本(包括咽拭子、鼻拭子、鼻咽抽取物、咽漱液和鼻洗液)、下呼吸道标本(如气管吸取物、肺洗液、肺组织标本)和血清标本等。应当尽量采集病例发病早期的呼吸道标本(尤其是下呼吸道标本)和发病 7 天内急性期血清以及间隔 2-4 周的恢复期血清。如病人死亡,应当尽可能说服家属同意尸检,及时进行尸体解剖,采集组织(如肺组织、气管、支气管组织)标本。

标本采集、保存、运送与实验室检测按照《人感染 H7N9 禽流感病毒标本采集及实验室检测策略》(附件 5) 进行。

(3) 高危人群的调查

了解人禽流感疫情发生地的禽类养殖场、禽类散养户、屠宰场、禽类批发及交易市场、公园禽鸟类养殖场所的禽类饲养、捕捉、屠宰活禽、储藏、运输人员、禽类交易及经营人员以及宠物鸟类的养殖人员,并了解曾滞留禽类养殖、屠宰场所时间较长的人员情况。

向动物研究专业机构了解专业从事禽类研究及监测人员情况。

现场流行病学调查人员根据现场调查情况确定有潜在高危行为的人员。

（4）聚集性人禽流感病例调查

从病例间的接触地点、接触时间、接触方式等方面了解病例间是否存在人传染人的可能性。

七、预案终止条件

禽感染 H7N9 流感疫情农业部门解除封锁后 7 天，人感染 H7N9 禽流感疫情在最后一例密切接触者的医学观察期的结束之日，即可停止本预案执行，转为日常监测。

八、疫情控制效果评价

（一）流行病学分析与评价 根据流行病学资料，尽快查清人感染 H7N9 禽流感疫情的流行病学特征，追踪暴发来源及传播方式，对疫情控制措施以及干预效果进行评价。主要指标有罹患率、病死率、样本的检测数量、病原分离率、报告及时率和疫情控制时间等。

（二）消毒效果评价 依据消毒处理正确率、及时率，消毒前后相关指标等，对消毒效果进行评价。

（三）疫情调查分析 要及时收集、整理、统计、分析调查资料，内容包括：基本情况（一般背景资料和此次疫情概况）；疫情的调查和分析（疫情的发生经过及临床表现，流行病学调查，实验室检测结果，流行因素调查及分析）；调查结论；疫情的预防控制措施和评价；传染来源分析；疫情预测；存在问题；下一步防治工作建议等。结案报告要求在疫情宣布终止后，同时报告同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构，并进行网络直报。

附件：

1. 延津县疾病预防控制中心人感染 H7N9 禽流感应急处置领导小组
2. 延津县疾病预防控制中心人感染 H7N9 禽流感防控技术专家组
3. 延津县疾病预防控制中心人感染 H7N9 禽流感应急处置各工作组人员组成
4. 人感染 H7N9 禽流感流行病学调查方案
5. 人感染 H7N9 禽流感病毒标本采集及实验室检测策略

6. 人感染 H7N9 禽流感职业暴露人员防护

7. 人感染 H7N9 禽流感消毒方法

附表:

1. 人感染 H7N9 禽流感流行病学个案调查表

2. __省__市__县人感染 H7N9 禽流感病例的密切接触者流行病学调查一览表

3. 人感染 H7N9 禽流感病例密切接触者医学观察/健康随访记录表

二〇一三年九月十九日

附件 1:

延津县疾病预防控制中心人感染 H7N9 禽流感

应急处置领导小组

组 长：王凯

副组长：朱广杰 袁景凤

成 员：杨子雷 胡兰英 魏丽 郭利贞 周海文

附件 2:

延津县疾病预防控制中心人感染 H7N9 禽流感

防控技术专家组

组 长：朱广杰

成 员：杨子雷 胡兰英 郑彦军 郭荣利 秦雪

附件 3:

延津县疾病预防控制中心人感染 H7N9 禽流感应急处置

各工作组人员组成

(一) 综合协调组

组 长：王凯

副组长：朱广杰 袁景凤

成 员： 杨子雷 胡兰英 郑彦军

(二) 技术支持组

组 长：朱广杰

成 员：胡兰英 郑彦军 郭荣利 秦雪

(三)、疫情现场处置组

组 长：朱广杰

成 员：周海文 郭丽珍 杨玲 洪波

(四) 环境污染处置组

组 长：袁景凤

成 员：秦雪 马振峰 王新霞

(五) 病原采样检测组

组 长：袁景凤

成 员：王新霞 郭荣利 郑爽

(六) 疫情信息组

组 长：朱广杰

成 员：郭丽珍 周海文

(七) 后勤保障组

组 长：杨子雷

成 员：李琦 乔晓芳

(八)、延津县疾病预防控制中心人感染 H7N9 禽流感应急处置预备队

除以上人员外，市疾控中心所有在职职工均为人感染 H7N9 禽流感应急处置预备队成员。

附件 4： 人感染 H7N9 禽流感流行病学调查方案

一、调查目的

- (一) 发现、追踪和管理病例的密切接触者和可疑暴露者。
- (二) 开展流行病学研究，为阐明疾病的特征和规律、评估人际传播和流行风险积累证据。
- (三) 为制订疾病干预措施和评估措施的有效性提供依据。

二、组织与实施

(一) 县级卫生部门。县级卫生行政部门负责辖区内疫情调查的组织及领导；县级疾病预防控制中心负责在接到疫情报告后 2 小时内开展具体的流行病学调查工作，及时采取相应预防、控制措施,并将调查结果及时向同级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构报告。

(二) 市级及以上卫生部门。市级及以上卫生行政部门可根据实际情况决定是否派遣调查组前往疫情发生地进行调查；市级及以上疾病预防控制中心可应邀或受同级卫生行政部门派遣指导疫情发生地疾病预防控制中心开展流行病学调查。

(三) 调查准备。调查单位应当迅速成立现场调查组，制订流行病学调查计划，明确调查目的、调查组人员组成，确定成员的任务及职责。调查组成员至少应当包括流行病学与实验室专业人员、临床医生和专业消毒人员。

三、调查内容和方法

调查内容主要包括：病例基本情况、发病经过和就诊情况、临床表现、实验室检查、诊断和转归情况、病例家庭及家居环境情况、个人暴露史、密切接触者情况等。专项调查方案另行制定。

(一) 临床资料。通过查阅病历及化验记录、询问诊治医生等方法,详细了解病例的临床表现、实验室检查结果、治疗进展及转归等情况。

(二) 病例家庭及家居环境情况。通过询问及现场调查了解病例家庭人员情况,家庭居住位置,家居环境,家禽、家畜饲养情况,病死家禽、家畜情况。

(三) 病例发病前活动范围及暴露史。

1.发病前7天内与禽畜接触及防护情况:饲养、贩卖、屠宰、捕杀、加工、处理禽畜,直接接触禽畜类及其排泄物、分泌物等,尤其是与病死禽畜的上述接触情况及防护情况。

2.发病前7天内与疑似或确诊的H7N9禽流感病例接触情况:接触时间、方式、频率、地点、接触时采取防护措施情况等。

3.发病前7天内有无接触其他不明原因严重急性呼吸道感染病例的情况。

4.若病例无上述三项接触史时,重点调查其发病前7天内的活动情况,以了解其可能的环境暴露情况,如是否到过禽流感疫区或曾出现病、死禽畜的地区旅行,是否到过农贸市场及动物养殖场所等。

(四) 病例发病后的活动范围及密切接触者。确定病例发病后的详细活动范围,追踪密切接触者。

四、调查资料的分析与上报

应当及时对流行病学资料进行整理、分析,撰写流行病学调查报告,并及时向上级疾病预防控制中心和同级卫生行政部门报告。

附件5:

人感染H7N9禽流感病毒标本采集及实验室检测策略

一、标本采集、转送和检测

(一) 标本采集。医疗机构应当及时采集病例的相关临床标本。采集的临床标本包括病人的上呼吸道标本(包括咽拭子、鼻拭子、鼻咽抽取物、咽漱液和鼻洗液)、下呼吸道

标本（如气管吸取物、肺洗液、肺组织标本）和血清标本等。应当尽量采集病例发病早期的呼吸道标本（尤其是下呼吸道标本）和发病 7 天内急性期血清以及间隔 2-4 周的恢复期血清。如病人死亡，应当尽可能说服家属同意尸检，及时进行尸体解剖，采集组织（如肺组织、气管、支气管组织）标本。为避免标本反复冻融，保证标本检测质量，采集的呼吸道标本每份分为 3 管，每管不少于 1ml。血清标本每份分为 2 管，每管不少于 0.5ml。并填写不明原因肺炎病例/聚集性病例标本送检表。

（二）标本转送和检测。

1.H7N9 禽流感病毒实验室活动和样本运输按照《人间传染的病原微生物名录》中高致病性禽流感病毒进行管理。病例的临床标本采集后，县级疾病预防控制机构和病例收治的医疗机构要密切配合，按照生物安全的相关规定进行包装，在 24 小时内送到当地流感监测网络实验室进行检测。

2.当地流感监测网络实验室收到标本后 24 小时内，立即对呼吸道标本开展甲、乙型流感病毒通用引物 H5、H7 亚型的检测。

若当地流感监测网络实验室检测结果为 H5、H7 核酸检测阳性时，应当于 24 小时内将其中 2 管呼吸道相关原始标本分别送省级疾控中心流感网络实验室和国家流感中心。

具备相应生物安全条件的网络实验室可开展病毒分离，并将分离的毒株按要求及时送国家流感中心。

3.若当地流感监测网络实验室检测结果为甲型流感和乙型流感通用引物均阴性时，应当立即将 1 管原始呼吸道标本送省级疾控中心。省级疾控中心收到标本后，应当立即对其其中 1 管进行 SARS、新型冠状病毒等相关病原体的检测，另 1 管送国家流感中心。

4.当地流感监测网络实验室将采集的血清标本分别送省级疾控中心和国家流感中心开展病原体的抗体检测。

二、标本检测结果反馈和报告

开展实验室检测的疾控中心要及时将标本信息和检测结果信息报送国家流感中心，并在 24 小时内由网络实验室所在疾控中心逐级反馈到病例所在医院。

当标本为 SARS、禽流感（H5、H7）、新型冠状病毒或其他新型病原体检测阳性时，检测结果应当及时报告给同级卫生行政部门。

附件 6: 人感染 H7N9 禽流感职业暴露人员防护

一、基本防护

A.适用对象: 医院诊疗工作中所有医务人员, 可能接触病禽或病人的人员。

B.防护用品: 工作服、工作裤、工作鞋、工作帽和医用防护口罩。

二、加强防护

A.防护对象: 进入留观室、病区的人员, 进入疫区的人员, 其他接触病、死禽和病人等传染源及其体液、分泌物、排泄物并包括其污染物品的人员。

B.防护用品: 隔离服、医用防护口罩、帽子、医用手套或橡胶手套、必要时使用防护镜或面罩、鞋套。

三、严密防护

A.防护对象: 宰杀病禽的人员, 对禽流感病人进行有创操作或尸体解剖的人员。

B.防护用品: 在加强防护的基础上增加使用正压面罩或全面型呼吸防护器。

四、更换防护用品顺序

A.穿戴防护用品顺序

步骤 1: 戴帽子。

步骤 2: 穿防护服。

步骤 3: 戴口罩。

步骤 4: 戴上防护眼镜。

步骤 5: 穿上鞋套或胶鞋。

步骤 6: 戴上手套, 将手套套在防护服袖口外面。

B.脱掉防护用品顺序

步骤 1: 摘下防护镜, 放入消毒液中。

步骤 2: 解防护服。

步骤 3: 摘掉手套, 一次性手套应将里面朝外, 放入黄色塑料袋中, 橡胶手套放入消毒液中。

步骤 4: 脱掉防护服, 将里面朝外, 放入污衣袋中。

步骤 5: 将手指反掏进帽子, 将帽子轻轻摘下, 里面朝外, 放入污衣袋中。

步骤 6: 摘口罩, 一手按住口罩, 另一只手将口罩带摘下, 放入黄色塑料袋中, 注意双手不接触面部。

步骤 7: 脱下鞋套或胶鞋, 将鞋套里面朝外, 放入黄色塑料袋中, 将胶鞋放入消毒液中。

步骤 8: 洗手、消毒。

附件 7

人感染 H7N9 禽流感消毒方法

A.病房、病家和禽舍的地面、墙壁等一般物体表面

0.1%过氧乙酸溶液或 500mg/L 有效氯含氯消毒剂溶液喷雾。地面喷药量为 200 ~ 300ml/m²。以上消毒处理，作用时间应不少于 60min。

B.纺织品

耐热、耐湿的纺织品可煮沸消毒 15min，或采取压力蒸汽灭菌的方法，或用 250mg/L 有效氯的含氯消毒剂浸泡 30min。

C.动物及病人的排泄物、分泌物和呕吐物

稀薄者，每 1000 ml 可加漂白粉 50g，搅匀放置 2h。尿液每 1000ml 加入漂白粉 5g 混匀放置 2h。成形粪便，1 份粪便加 20% 漂白粉乳剂 2 份，混匀后，作用 2h。对厕所和禽舍的粪便可以集中消毒处理时，可按粪便量的 1/10 加漂白粉，搅匀加湿后作用 24h。

D.餐（饮）具

首选煮沸消毒 15 min，也可用 0.1% 过氧乙酸溶液或 500 mg/L 有效氯含氯消毒剂溶液浸泡 15min 后，再用清水洗净。

E.食物

生吃的瓜果、蔬菜类可用 0.1%过氧乙酸溶液浸泡 15min。

F.盛排泄物或呕吐物的容器

可用 1000mg/L 有效氯含氯消毒剂溶液或 0.2% 过氧乙酸溶液浸泡 30min，浸泡时，消毒液要漫过容器。

G.家用物品、家俱

可用 0.1% 过氧乙酸溶液或 500mg/L 有效氯含氯消毒剂浸泡 15min，硬质物体表面也可按一般物体表面进行消毒处理。

H.手

用 0.5% 碘伏溶液或 0.5% 氯己定醇溶液涂擦，作用 1 ~ 3min。手的消毒也可用醇类免洗手消毒剂涂擦，自然干燥后即可。

I. 人与动物尸体

动物尸体应焚烧或喷洒消毒剂后在远离水源的地方深埋，要采取有效措施防止污染源。病人尸体宜尽快火化。

J. 运输工具 车、船内外表面和空间

可用 0.1% 过氧乙酸溶液或 500mg/L 有效氯含氯消毒剂溶液喷洒至表面湿润，作用 60min。

K. 垃圾

医院与禽流感有关的垃圾按感染性废物处理，疫区的可燃物质尽量焚烧，也可喷洒 10000 mg/L 有效氯含氯消毒剂溶液，作用 60min 以上，消毒后深埋。

L. 污水

对小水体的污水每 10L 加入 10000mg/L 有效氯含氯消毒溶液 10 ml，或加漂白粉 4 g。混匀后作用 1.5h 后余氯为 4 ~ 6 mg/L 时即可。较大的水体应加强管理，疫区解除前严禁使用。

M. 饮用水

对疫区的饮用水应进行消毒处理，保证其微生物指标符合《生活饮用水卫生标准》。

N. 空气

对无法通风的空间受到污染后应进行空气消毒。房屋经密闭后，每 m³ 用 15% 过氧乙酸溶液 7 ml (1 g/m³)，放置瓷或玻璃器皿中加热蒸发，薰蒸 1h，即可开门窗通风；或以 0.5% 过氧乙酸溶液 (8ml/m³) 气溶胶喷雾消毒，作用 30min；也可使用紫外线进行消毒。

附表 1

人感染 H7N9 禽流感流行病学个案调查表

一、病例一般情况

1. 病例姓名: _____ 家长姓名(若是儿童, 请填写): _____
2. 性别: 男 女
3. 民族: _____
4. 出生日期: □□□□年/□□月/□□日
(如出生日期不详, 则实足年龄: □□岁或□□月)
5. 身份证号码: □□□□□□□□□□□□□□□□(或家长身份证号码)
6. 户籍: ___省 ___市 ___县(区) ___乡(街道) ___村(栋) ___组(单元) ___号
7. 现住址: ___省 ___市 ___县(区) ___乡(街道) ___村(栋) ___组(单元) ___号
8. 学习或工作单位: _____
9. 联系电话:
(1)手机: _____ (2)家庭电话: _____ (3)其他联系人电话: _____
10. 职业: 幼托儿童 散居儿童 学生 教师 保育保姆
餐饮业 商业服务 工人 民工 农民
牧民 渔(船)民 干部职工 离退人员
家务 待业 医疗机构工作人员 其他

二、病例的发病与就诊经过

1. 发病日期: □□□□年/□□月/□□日
2. 请填写以下就诊情况:

就诊次数	就诊单位	就诊日期	治疗天数	诊断结果	是否隔离	入住院时间	门诊/住院病历号	转归
1								
2								
3								
4								

三、病例的临床表现

1. 首发症状(描述):
2. 临床表现:

- 发热: 体温(范围) 入院时 _____ °C, 最高 _____ °C ;
- 咳嗽 咳痰 咽痛 头痛 流涕
- 胸闷 气促 呼吸困难 寒战 乏力

- 肌肉酸痛 关节酸痛 结膜炎 恶心 呕吐
腹泻 脑膜刺激征

3.其他临床表现(描述):

四、病例居住环境及暴露情况

1.病例居住地点(村庄/居民楼)周围环境描述:

2. 病例居住地是否能见到候鸟或野禽:

- 经常见到 偶然见到 从未见过 不知道 其他

3. 病例居住地周围最近一月是否有死亡候鸟或野禽:

- 是 否 不知道

4.病例居住地点(村庄/居民区)动物饲养或病死情况: 有 无

养殖场/ 户名称	动物种类	饲养 数量	病/死 数量	病/死 时间	处理方式	处理时间	参与处理 人员数量

5.是否证实禽畜 H7N9 型禽流感感染或相关环境中检出病毒:

- 是 否 证实中 不知道

五、病例家禽饲养情况

1.家中禽畜饲养情况:

动物种类	饲养数量	饲养方式 (①圈养、②散养、③养殖场)	备注

2.近期内病例家中病死动物情况:

动物种类	饲养数量	病死数量	发病/死亡时间	死亡原因	处理方式

3.是否证实禽畜 H7N9 型禽流感感染或相关环境中检出病毒:

- 是 否 证实中 不知道

3.1 环境/病死禽畜采样情况:

采样种类	采样时间	采样地点	采样份数	检测结果	检测单位

4.病例家庭成员与禽畜接触方式:

序号	姓名	性别	年龄	发病与否	接触禽畜种类	接触方式
1						<input type="checkbox"/> 饲养 <input type="checkbox"/> 打扫禽畜舍 <input type="checkbox"/> 宰杀 <input type="checkbox"/> 烹饪 <input type="checkbox"/> 食用 <input type="checkbox"/> 无
2						<input type="checkbox"/> 饲养 <input type="checkbox"/> 打扫禽畜舍 <input type="checkbox"/> 宰杀 <input type="checkbox"/> 烹饪 <input type="checkbox"/> 食用 <input type="checkbox"/> 无
3						<input type="checkbox"/> 饲养 <input type="checkbox"/> 打扫禽畜舍 <input type="checkbox"/> 宰杀 <input type="checkbox"/> 烹饪 <input type="checkbox"/> 食用 <input type="checkbox"/> 无

六、病例生活习惯、既往健康史

- 是否有慢性疾病，若有(医生已经诊断,可多选)
 - 哮喘 慢性支气管炎 其他慢性肺部疾病 冠心病
 - 糖尿病 肾病 免疫缺陷 其他慢性疾病:
- 一年内是否接种流感疫苗: 是 否
 - 如有，最后一次接种日期: □□□□年/□□月/□□日
- 是否曾注射免疫球蛋白: 是 否 记不清
 - 如有，最后一次接种日期: □□□□年/□□月/□□日

七、病例发病前的暴露情况

- 病前2周内是否接触禽畜类及其他动物: 是 否 不知道
 - 若接触，则接触动物种类: 动物名称为: (可填多种动物)
 - 接触方式:
 - 饲养 打扫、清洗禽畜舍 接触动物分泌物 购买加工生鲜禽畜肉
 - 职业运输 收集或运输禽畜类粪便 收集或卖鸡蛋 清洗禽畜毛
 - 买卖活禽、活畜 宰杀禽畜类 食用 处理/掩埋禽畜类
 - 接触时间:
 - 接触禽畜后是否洗手: 每次均洗 偶尔洗一次 从不洗手
 - 若未接触过禽畜类，是否在病前2周内到过:
 - 饲养场 农贸市场 河/湖/塘边 湿地 公园 其他
- 病前2周内是否接触病死禽畜类: 是 否 不知道
 - 若接触，则接触种类:
 - 动物名称为: (可填多种动物) 未接触 不清楚 其他

2.2 若接触，则接触方式（可多选）：

- 宰杀、加工病死动物 接触病死禽畜排泄物 接触病死禽畜分泌物
- 直接接触病死禽畜 食用病死禽畜肉 其他

2.3 累计接触时间：_____ 小时

2.4 若食用病死禽畜肉，则所食用时是否熟透：

- 是 否 不知道

3.病前2周内，若参与宰杀、加工病死禽畜类，则主要方式（可多选）：

- 捕捉或固定病死禽畜类 烫洗死禽畜 拔除禽畜毛 接触死禽畜血液
- 清洗/接触死禽畜内脏 刀切病死禽畜肉 清洗、处理禽畜肉

3.1 接触病死禽畜期间，手部伤口情况：

- 无伤口 未愈合旧伤口 处理过程造成伤口

3.2 处理病死禽畜类时是否采取防护措施及其他预防措施（可多选）：

- 带手套 穿防护鞋 戴口罩 服用抗病毒药物
- 无任何防护措施

3.3 处理病死禽畜后是否洗手：

- 每次均洗 偶尔洗一次 从不洗手 其他

八、实验室检查

1.血常规：

第1次检查：□□月□□日，WBC: ×10⁹/L; N %; L % 检测单位：

第2次检查：□□月□□日，WBC: ×10⁹/L; N %; L % 检测单位：

第3次检查：□□月□□日，WBC: ×10⁹/L; N %; L % 检测单位：

2.X线检查：

第1次检查：□□月□□日 结果：_____ 检测单位：_____

第2次检查：□□月□□日 结果：_____ 检测单位：_____

第3次检查：□□月□□日 结果：_____ 检测单位：_____

3.CT检查

第1次检查：□□月□□日 结果：_____ 检测单位：_____

第2次检查：□□月□□日 结果：_____ 检测单位：_____

4.其他检查：

5.病原学和血清学检查：

标本类型	采集时间	检测方法/检测结果/检测单位/检测时间

九、 转归与最终诊断情况

1.病例出院诊断： 1. 2. 3. 4.

2.最终诊断：

确诊病例 疑似病例 临床诊断病例 排除(病名:)

3.转归: 痊愈 死亡 其他

3.1 若痊愈，出院日期: □□□□年/□□月/□□日

3.2 若死亡，死亡日期: □□□□年/□□月/□□日

3.3 死亡原因:

十、 调查小结

调查单位：

调查时间：□□□□年/□□月/□□日-□□□□年/□□月/□□日

调查者签名：

附表 2

___省___市___县人感染 H7N9 禽流感病例的密切接触者流行病学调查一览表

姓名	性别	年龄	职业	详细住址（联系电话）	接触病例类型	接触病例时间	最后接触时间	接触频度	接触地点	接触方式	备注

调查单位_____调查人员_____、_____调查日期_____年___月___日

注：1、接触病例类型：(1)疑似病例 (2)确诊病例

2、接触地点：包括(1)家中 (2)医疗机构 (3)工作单位 (4)饭店 (5)公园 (6)其他

3、接触频率：分为(1)每天 (2)数次(写明日期或日期范围) (3)仅一次

4、接触方式 (多选) : (1)共餐 (2)同室 (3)同病区 (4)共用生活用品 (5)分泌物、排泄物等 (6)诊治、护理 (7)探视 (8)陪护 (9)其他

附表 3

人感染 H7N9 禽流感病例密切接触者医学观察/健康随访记录表

姓名	性别	年龄	住址	最后暴露时间	医学观察地点	暴露类型	医学观察开始日期	医学观察记录												医学观察解除日期	
								月 日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日			
								体 温	症 状	体 温	症 状	体 温	症 状	体 温	症 状	体 温	症 状	体 温	症 状		

注：暴露类型：1 接触患者 2 接触病死禽畜 3 接触患者 + 接触病死禽畜
 症 状：指咳嗽或咽痛等
 医学观察地点：包括(1)家中 (2)医疗机构 (3)其他
 医学观察实施责任人_____、_____、_____

中东呼吸综合征疫情防控方案（第一版）

中东呼吸综合征（Middle East Respiratory Syndrome, 简称为 MERS）是 2012 年 9 月发现的，由一种新型冠状病毒引起的发热呼吸道疾病。目前，世界卫生组织也将该冠状病毒命名为中东呼吸综合征病毒（Middle East Respiratory Syndrome Corona-virus, MERS-Co.V）。

2013 年 5 月份以来，境外中东呼吸综合征病例明显增多，并出现家庭及医疗机构相关聚集性疫情，有部分医务人员在诊疗护理病人过程中被感染。为适应该病防控形势的变化，进一步做好防控工作，切实维护人民群众身体健康和生命安全，根据中东呼吸综合征疫情形势和研究进展，特对《新型冠状病毒感染疫情防控方案（试行）》进行修订，形成了本方案。

一、目的

及早发现和报告中东呼吸综合征病例，规范疫情调查和密切接触者管理，防止疫情扩散蔓延。

二、适用范围

适用于尚未发生中东呼吸综合征持续社区传播疫情时各地的监测与防控工作。本方案将根据疫情形势的变化和评估结果，及时更新。

三、防控措施

（一）加强组织领导，高度重视中东呼吸综合征疫情的防控工作。各级卫生（卫生计生）行政部门在本级政府领导下，加强对本地疫情防控工作的指导，组建防控技术专家组，按照“预防为主、防治结合、科学指导、及时救治”的工作原则，组织有关部门制订并完善相关工作和技术方案等，规范开展中东呼吸综合征防控工作。

各级卫生（卫生计生）行政部门负责疫情控制的总体指导工作，落实防控资金和物资。

各级疾控机构负责开展监测的组织、协调、督导和评估，进行监测资料的收集、分析、上报和反馈；开展现场调查、实验室检测和专业技术培训；开展对公众的健康教育与风险沟通。

各级各类医疗机构负责病例的发现与报告、诊断、救治和临床管理，开展标本采集工作，并对本机构的医务人员开展培训。

（二）加强中东呼吸综合征病例的监测。各级各类医疗机构、各级疾控机构负责开展中东呼吸综合征病例的发现和报告工作（相关定义见附件 1）。

1. 病例发现。

(1)建立健全中东呼吸综合征病例的监测体系。各级各类医疗机构的医务人员在日常诊疗活动中，发现符合中东呼吸综合征病例定义的患者时应当及时报告属地县区级疾控机构。

(2)加强严重急性呼吸道感染(SARI)和不明原因肺炎监测。医务人员应当提高对中东呼吸综合征病例的警觉性，在诊治SARI和不明原因肺炎时要仔细询问流行病学史，了解其有无近期赴沙特、阿联酋等有中东呼吸综合征病例国家的旅行史，或类似病例的接触史；如患者病人没有上述旅行史，还应了解其家人或其他密切接触人员有无相关旅行史。此外，对于缺乏流行病学史，在14天内发生的原因不明的SARI/不明原因肺炎聚集性病例，以及医务人员发生(尤其是在重症监护室)的SARI/不明原因肺炎病例均应考虑开展中东呼吸综合征病毒实验室检测。

对于已经明确有其他病原存在，但难以用已知知识解释病情和临床表现，虽经适当治疗病情仍急剧恶化的急性呼吸道感染病例也应当考虑开展中东呼吸综合征病毒实验室检测。

(3)应当注意部分中东呼吸综合征病例在病程早期临床表现可能不典型，如有基础性疾病或免疫缺陷者，可能早期仅出现腹泻症状。另外，还有部分病例可能存在合并感染，如同时感染中东呼吸综合征冠状病毒及其他流感病毒等。

(4)对于口岸发现的可疑病例，由口岸所在城市的市级卫生(卫生计生)行政部门指定的定点医疗机构负责病例的诊断、报告和治疗。口岸所在地的市级疾控中心，应口岸检验检疫部门的协助要求，负责对口岸发现病例的标本采集，转运或仅负责标本转运工作。

2. 病例报告。发现中东呼吸综合征疑似病例、临床诊断病例及确诊病例时，具备网络直报条件的医疗机构应于2小时内进行网络直报；不具备条件的，应当于2小时内以最快的通讯方式(电话、传真)向当地县级疾控机构报告，并于2小时内寄送出传染病报告卡，县级疾控机构在接到报告后立即进行网络直报。

3. 流行病学调查。县区级疾控机构接到辖区内医疗机构或医务人员报告中东呼吸综合征疑似病例、临床诊断病例及确诊病例后，应当按照《中东呼吸综合征病例流行病学个案调查表(附件2)》进行调查。

4. 标本采集与检测。

标本采集与检测参照中国疾控中心制订的检测技术指南进行。

有实验室检测条件的医疗机构要对病例进行实验室检测。不具备实验室检测条件的，应当在确保生物安全的情况下，按照规定将标本送邻近的具备检测条件的医疗机构进行检测，或协助县区级疾控机构采集标本，由县区级疾控机构送省级疾控机构或具备检测能力的地市级疾控机构进行检测。

5. 病例订正。负责病例网络直报的医疗机构或疾控机构要根据实验室检测结果及时对病例分类进行订正。

(三) 病例管理及救治。

各级卫生（卫生计生）行政部门指定当地的中东呼吸综合征病例的定点救治医疗机构，并做好医疗救治所需的人员、药品、设施、设备、防护用品等保障工作。

在知情同意的情况下，对临床诊断和确诊病例实行隔离治疗，同时对参与救治的医护人员实施有效防护措施（标准预防+飞沫传播预防+接触传播预防）。病例管理和感染防护具体要求参见《中东呼吸综合征病例诊疗方案（2013年第1版）》和《中东呼吸综合征医院感染预防与控制技术指南》（2013年第1版）。

对于疑似病例，在尚未明确排除中东呼吸综合征冠状病毒感染前，原则上也应当实施隔离医学观察和治疗，并做好感染防护，直至病人发热、咳嗽等临床症状体征消失，或排除感染中东呼吸综合征冠状病毒。

（四）密切接触者的追踪和管理。现阶段，原则上仅对实验室确诊和临床诊断病例的密切接触者实施医学观察。对于疑似病例的密切接触者，仅开展登记，暂不实施医学观察。

由县级卫生（卫生计生）行政部门组织、协调密切接触者的追踪和管理。密切接触者均实行居家医学观察（登记表见附件3），每日至少进行2次体温测定，并询问有无急性呼吸道症状或其他相关症状及病情进展。密切接触者医学观察期为与病例末次接触后14天。医学观察期内，一旦出现发热、咳嗽，或腹泻等非呼吸道感染症状（尤其是发病早期，或有基础性疾病或免疫功能低下者），或有肺炎症状和体征等表现的病例，则立即将其转至当地的定点医疗机构进行诊断、报告、隔离及治疗。

县区级疾控机构应当采集密切接触者的双份血清标本。第一份血清标本应当尽可能在末次暴露后7天内采集，第二份血清标本间隔3周后采集。双份血清标本按照上级疾控机构的要求及时送检。

（五）宣传教育与风险沟通。

积极开展舆情监测，普及疫情防控知识，及时向公众解疑释惑，回应社会关切，做好疫情防控风险沟通工作。要加强学校、托幼机构、养老院、大型工矿企业等重点人群、重点场所，以及大型人群聚集活动的健康教育和风险沟通工作。

（六）加强医疗卫生机构专业人员培训。

对医疗卫生机构专业人员开展中东呼吸综合征病例的发现与报告、流行病学调查、标本采集、实验室检测、医疗救治、感染防控、风险沟通等内容的培训，提高防控能力。

（七）加强实验室检测及生物安全。

各省级疾控机构及具备实验室检测能力的地市级疾控机构做好实验室诊断方法建立和试剂、技术储备，按照实验室生物安全规定开展各项实验室检测工作。应当尽可能采集病例的下呼吸道标本，以提高检出率。

四、督导检查

各级卫生（卫生计生）行政部门负责组织本辖区防控工作的督导和检查，发现问题及时处理。

附录

突发公共卫生事件分级内涵释义

根据突发公共卫生事件性质、危害程度、涉及范围，突发公共卫生事件划分为特别重大（Ⅰ级）、重大（Ⅱ级）、较大（Ⅲ级）和一般（Ⅳ级）四级。

一、特别重大突发公共卫生事件（Ⅰ级）

有下列情形之一的为特别重大突发公共卫生事件（Ⅰ级）：

（一）肺鼠疫、肺炭疽在大、中城市发生并有扩散趋势，或肺鼠疫、肺炭疽疫情波及2个以上的省份，并有进一步扩散趋势。

释义：在直辖市、省会城市、国家计划单列市的城区发生1例以上肺鼠疫病例或2例以上有流行病学联系的肺炭疽病例；或者相关联的肺鼠疫、肺炭疽疫情（有明确的流行病学联系，以下同）在两个以上省份均有病例发生。

（二）发生传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感病例，并有扩散趋势。

释义：发生1例以上传染性非典型肺炎病例；或者发生2例以上有流行病学关联的人感染高致病性禽流感病例；或者在一个县（市）行政区域内，多点散发人感染高致病性禽流感病例。

（三）涉及多个省份的群体性不明原因疾病，并有扩散趋势。

释义：两周内在两个以上省份发生临床表现相同的群体性不明原因疾病，并出现死亡病例，病例数不断增加或疫区范围不断扩大。经国务院卫生行政部门组织调查，仍然原因不明。

（四）发生新传染病或我国尚未发现的传染病发生或传入，并有扩散趋势，或发现我国已消灭的传染病重新流行。

释义：在我国发生全球首次发现并经世界卫生组织确认的传染病，短期内不断出现新病例，或出现死亡病例；或者在我国首次发生具有较强传染性和较高病死率的传染病，病例数不断增加或疫区范围不断扩大；或者发现我国已经消灭的天花和脊髓灰质炎野毒株病例。

（五）发生烈性病菌株、毒株、致病因子等丢失事件。

释义：《病原微生物实验室生物安全管理条例》中规定的第一类病原微生物，以及其它烈性致病因子丢失，已经对人群造成严重健康危害的事件。

（六）周边以及与我国通航的国家和地区发生特大传染病疫情，并出现输入性病例，严重危及我国公共卫生安全的事件。

释义：周边以及与我国通航的国家和地区发生特大传染病疫情，并出现输入性病例，经国务院卫生行政部门组织专家评估认为严重危及我国公共卫生安全的事件。

（七）国务院卫生行政部门认定的其它特别重大突发公共卫生事件。

释义：国务院卫生行政部门根据事件的性质、发生的时间、涉及的人群以及社会影响的范围，认定是特别重大的突发公共卫生事件。

二、重大突发公共卫生事件（Ⅱ级）

有下列情形之一的为重大突发公共卫生事件（Ⅱ级）：

（一）在一个县（市）行政区域内，一个平均潜伏期内（6天）发生5例以上肺鼠疫、肺炭疽病例；或者相关联的疫情波及2个以上的县（市）。

释义：在一个县（市）行政区域内，6天内肺鼠疫或肺炭疽累计发病达到5例以上，病例发病时间分布不清的，按事件最新进程累计病例数为准；或者相关联的肺鼠疫或肺炭疽疫情在2个以上县（市）均有病例发生。

（二）发生传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感疑似病例。

释义：一个省份内发生1例以上传染性非典型肺炎疑似病例，或者发生1例以上人感染高致病性禽流感疑似或确诊病例。

（三）腺鼠疫发生流行，在一个市（地）行政区域内，一个平均潜伏期内多点连续发病20例以上，或流行范围波及2个以上市（地）。

释义：腺鼠疫发生流行，在一个市（地）行政区域内，6天内出现多个疫点（以鼠疫患者的住处为中心，将其周围可能被污染的邻舍或帐篷划定），累计发病20例以上。病例发病时间分布不清的，按事件最新进程累计病例数为准；或者相关联的腺鼠疫疫情在2个以上市（地）均有病例发生。

（四）霍乱在一个市（地）行政区域内流行，1周内发病30例以上，或波及2个以上市（地），有扩散趋势。

释义：霍乱在一个市（地）行政区域内流行，7天内累计发病30例以上，病例发病时间分布不清的，按事件最新进程累计病例数为准；或者相关联的疫情在2个以上市（地）均有病例发生，并连续出现病例。

（五）乙类、丙类传染病波及2个以上县（市），1周内发病水平超过前5年同期平均发病水平2倍以上。

释义：在缺乏前5年周平均发病水平资料的情况下，由省级以上卫生行政部门组织专家，根据事件的性质、危害程度、涉及范围等判定。

（六）我国尚未发现的传染病发生或传入，尚未造成扩散。

释义：我国尚未发现传染病是指埃博拉、猴痘、黄热病、人变异性克雅氏病等在其他国家和地区已经发现，在我国尚未发现过的传染病。

（七）发生群体性不明原因疾病，扩散到县（市）以外的地区。

释义：在一个县（市）行政区域内发生群体性不明原因疾病，有死亡病例发生，并扩散到其它县（市），经省级以上卫生行政部门组织调查，仍然原因不明。

（八）发生重大医源性感染事件。

释义：同种同源的医源性感染(包括医院感染)，发生 5 例以上病例或者直接造成 3 人以上死亡。

(九) 预防接种或群体预防性服药出现人员死亡。

释义：发生与预防接种或群体预防性服药事件相关的死亡病例，并经省级以上卫生行政部门组织专家鉴定确死亡原因为预防接种或群体预防性服药所致。

(十) 一次食物中毒人数超过 100 人并出现死亡病例，或出现 10 例以上死亡病例。

释义：一次食物中毒是指具有相同暴露史的，食用了被生物性、化学性有毒有害物质污染的食品或食用了含有毒有害物质的食品后出现的急性和亚急性食源性疾病，以下同。

(十一) 一次发生急性职业中毒 50 人以上，或死亡 5 人以上。

释义：一次急性职业中毒是指具有相同职业危害因素暴露史的急性职业中毒，以下同。

(十二) 境内外隐匿运输、邮寄烈性生物病原体、生物毒素造成我境内人员感染或死亡的。

释义：因境内外隐匿运输、邮寄《病原微生物实验室生物安全管理条例》中规定的第一类病原微生物，或烈性生物毒素，已经造成我境内人员感染发病或死亡。

(十三) 省级以上人民政府卫生行政部门认定的其它重大突发公共卫生事件。

释义：省级以上人民政府卫生行政部门根据事件的性质、发生的时间、涉及的人群以及社会影响的范围，认定是重大的突发公共卫生事件。

三、较大突发公共卫生事件(Ⅲ级)

有下列情形之一的为较大突发公共卫生事件(Ⅲ级)：

(一) 发生肺鼠疫、肺炭疽病例，一个平均潜伏期内病例数未超过 5 例，流行范围在一个县(市)行政区域以内。

释义：在一个县(市)行政区域内，6 天内肺鼠疫或肺炭疽累计发病在 5 例以下。病例发病时间分布不清的，按事件最新进程累计病例数为准。

(二) 腺鼠疫发生流行，在一个县(市)行政区域内，一个平均潜伏期内连续发病 10 例以上，或波及 2 个以上县(市)。

释义：腺鼠疫发生流行，在一个县(市)行政区域内，6 天内累计发病 10 例以上，病例发病时间分布不清的，按事件最新进程累计病例数为准；或者相关联的腺鼠疫疫情在 2 个以上县(市)均有病例发生。

(三) 霍乱在一个县(市)行政区域内发生，1 周内发病 10-29 例，或波及 2 个以上县(市)，或市(地)级以上城市的市区首次发生。

释义：在一个县（市）行政区域内，7天内霍乱累计发病10-29例，病例发病时间分布不清的，按事件最新进程累计病例数为准；或者相关联的霍乱疫情在2个以上的县（市）均有发生；或者市（地）级以上城市的市区当年首次发生。

（四）一周内在一个县（市）行政区域内，乙、丙类传染病发病水平超过前5年同期平均发病水平1倍以上。

释义：在缺乏前5年周平均发病水平资料的情况下，暂按下列标准：

1、痢疾、甲肝、伤寒副伤寒、麻疹：在一个县（市）行政区域内，同一事件累计发病100例以上；或者累计发病10例以上并出现死亡病例。

2、流脑、出血热：在一个县（市）行政区域内，同一事件累计发病10例以上，并出现死亡病例。

3、流感：在一个县（市）行政区域内，同一事件累计发病数500例以上。

（五）在一个县（市）行政区域内发现群体性不明原因疾病。

释义：在一个县（市）行政区域内发现群体性不明原因疾病，并出现死亡病例，经省级以上卫生行政部门组织调查，仍然原因不明。

（六）一次食物中毒人数超过100人，或出现死亡病例。

（七）预防接种或群体预防性服药出现群体心因性反应或不良反应。

释义：预防接种或群体预防性服药出现群体心因性反应或不良反应，并经省级卫生行政部门组织专家鉴定确认的事件。

（八）一次发生急性职业中毒10-49人，或死亡4人以下。

（九）市（地）级以上人民政府卫生行政部门认定的其它较大突发公共卫生事件。

释义：市（地）级以上人民政府卫生行政部门根据事件的性质、发生的时间、涉及的人群以及社会影响的范围，认定是较大的突发公共卫生事件。

四、一般突发公共卫生事件（IV级）

有下列情形之一的为一般突发公共卫生事件（IV级）：

（一）腺鼠疫在一个县（市）行政区域内发生，一个平均潜伏期内病例数未超过10例。

释义：腺鼠疫发生流行，在一个县（市）行政区域内，6天内累计发病10例以下，病例发病时间分布不清的，按事件最新进程累计病例数为准。

（二）霍乱在一个县（市）行政区域内发生，1周内发病9例以下。

释义：在一个县（市）行政区域内，7天内霍乱累计发病在9例以下，病例发病时间分布不清的，按事件最新进程累计病例数为准。

（三）一次食物中毒人数30-99人，未出现死亡病例。

（四）一次发生急性职业中毒9人以下，未出现死亡病例。

(五)县级以上人民政府卫生行政部门认定的其它一般突发公共卫生事件。

释义：乙、丙类传染病事件，符合《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范》报告标准，但未达到Ⅲ级标准的事件定为一般事件（Ⅳ级）。其它传染病：可参照乙丙类传染病事件进行定级。

县级以上人民政府卫生行政部门根据事件的性质、发生的时间、涉及的人群以及社会影响的范围，认定是一般的突发公共卫生事件。

为及时、有效预警，应对突发公共卫生事件，各省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门可结合本行政区域突发公共卫生事件实际情况、应对能力等，对较大和一般突发公共卫生事件的分级标准进行补充和调整，各地区修改后的分级标准要报本省、自治区、直辖市人民政府和国务院卫生行政部门备案。国务院卫生行政部门可根据情况变化和实际工作需要，对特别重大和重大突发公共卫生事件的分级标准进行补充和调整，报国务院备案并抄送各省、自治区、直辖市人民政府。

注：1. “X例以上”包括X例。

2. 2004年12月1日，新修订的《传染病防治法》实施后，卫生部制定下发了单项应急预案的传染病，其分级标准按单项应急预案执行。

国家突发公共卫生事件相关信息报告管理

工作规范（试行版）

为进一步加强突发公共卫生事件相关信息报告的管理，保障信息报告系统规范有效运行，及时准确掌握突发公共卫生事件相关信息，快速有效地处置各种突发公共卫生事件，特制定本规范。

本规范适用于各级卫生行政部门、疾病预防控制机构、职业病预防控制机构、卫生监督机构以及其他专业防治机构和医疗机构对突发公共卫生事件相关信息的报告和管理。

一、编制依据

根据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国食品卫生法》、《中华人民共和国职业病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《学校卫生工作条例》、《国家突发公共卫生事件应急预案》、《突发公共卫生事件与传染病疫情监测报告管理办法》、《职业病危害事故调查处理办法》等制定本规范。

二、基本原则

突发公共卫生事件相关信息报告管理遵循依法报告、统一规范、属地管理、准确及时、分级分类的原则。

三、组织机构及其职责

（一）各级卫生行政部门负责对突发公共卫生事件相关信息报告工作进行监督和管理，根据《国家突发公共卫生事件应急预案》要求，组织人员对本规范规定报告的突发公共卫生事件进行核实、确认和分级。具体分级标准详见《国家突发公共卫生事件应急预案》。

（二）各级卫生行政部门应指定专门机构负责突发公共卫生事件相关信息报告系统的技术管理，网络系统维护，网络人员的指导、培训。

（三）各级疾病预防控制机构、职业病预防控制机构、卫生监督机构或其他专业防治机构负责职责范围内的各类突发公共卫生事件相关信息的业务管理工作、网络直报和审核工作，定期汇总、分析辖区内相关领域内的突发公共卫生事件相关信息。

（四）各级各类医疗卫生机构负责报告发现的突发公共卫生事件相关信息。

（五）各级卫生行政部门、职业病预防控制机构、疾病预防控制机构、卫生监督机构或其他专业防治机构接受公众对突发公共卫生事件的举报、咨询和监督，负责收集、核实、分析辖区内来源于其他渠道的突发公共卫生事件相关信息。

四、报告范围与标准

突发公共卫生事件相关信息报告范围，包括可能构成或已发生的突发公共卫生事件相关信息，其报告标准不完全等同于《国家突发公共卫生事件应急预案》的判定标准。突发公共卫生事件的确认、分级由卫生行政部门组织实施。

（一）传染病

- 1、鼠疫：发现1例及以上鼠疫病例。
- 2、霍乱：发现1例及以上霍乱病例。
- 3、传染性非典型肺炎：发现1例及以上传染性非典型肺炎病例病人或疑似病人。
- 4、人感染高致病性禽流感：发现1例及以上人感染高致病性禽流感病例。
- 5、炭疽：发生1例及以上肺炭疽病例；或1周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生3例及以上皮肤炭疽或肠炭疽病例；或1例及以上职业性炭疽病例。
- 6、甲肝/戊肝：1周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生5例及以上甲肝/戊肝病例。
- 7、伤寒（副伤寒）：1周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生5例及以上伤寒（副伤寒）病例，或出现2例及以上死亡。
- 8、细菌性和阿米巴性痢疾：3天内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生10例及以上细菌性和阿米巴性痢疾病例，或出现2例及以上死亡。
- 9、麻疹：1周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生10例及以上麻疹病例。
- 10、风疹：1周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区等集体单位发生10例及以上风疹病例。
- 11、流行性脑脊髓膜炎：3天内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生3例及以上流脑病例，或者有2例及以上死亡。
- 12、登革热：1周内，一个县（市、区）发生5例及以上登革热病例；或首次发现病例。
- 13、流行性出血热：1周内，同一自然村寨、社区、建筑工地、学校等集体单位发生5例（高发地区10例）及以上流行性出血热病例，或者死亡1例及以上。
- 14、钩端螺旋体病：1周内，同一自然村寨、建筑工地等集体单位发生5例及以上钩端螺旋体病病例，或者死亡1例及以上。
- 15、流行性乙型脑炎：1周内，同一乡镇、街道等发生5例及以上乙脑病例，或者死亡1例及以上。
- 16、疟疾：以行政村为单位，1个月内，发现5例（高发地区10例）及以上当地感染的病例；或在近3年内无当地感染病例报告的乡镇，以行政村为单位，1个月内发现5例及以上当地感染的病例；在恶性疟流行地区，以乡（镇）

为单位，1个月内发现2例及以上恶性疟死亡病例；在非恶性疟流行地区，出现输入性恶性疟继发感染病例。

17、血吸虫病：在未控制地区，以行政村为单位，2周内发生急性血吸虫病病例10例及以上，或在同一感染地点1周内连续发生急性血吸虫病病例5例及以上；在传播控制地区，以行政村为单位，2周内发生急性血吸虫病5例及以上，或在同一感染地点1周内连续发生急性血吸虫病病例3例及以上；在传播阻断地区或非流行区，发现当地感染的病人、病牛或感染性钉螺。

18、流感：1周内，在同一学校、幼儿园或其他集体单位发生30例及以上流感样病例，或5例及以上因流感样症状住院病例，或发生1例及以上流感样病例死亡。

19、流行性腮腺炎：1周内，同一学校、幼儿园等集体单位中发生10例及以上流行性腮腺炎病例。

20、感染性腹泻（除霍乱、痢疾、伤寒和副伤寒以外）：1周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位中发生20例及以上感染性腹泻病例，或死亡1例及以上。

21、猩红热：1周内，同一学校、幼儿园等集体单位中，发生10例及以上猩红热病例。

22、水痘：1周内，同一学校、幼儿园等集体单位中，发生10例及以上水痘病例。

23、输血性乙肝、丙肝、HIV：医疗机构、采供血机构发生3例及以上输血性乙肝、丙肝病例或疑似病例或HIV感染。

24、新发或再发传染病：发现本县（区）从未发生过的传染病或发生本县近5年从未报告的或国家宣布已消灭的传染病。

25、不明原因肺炎：发现不明原因肺炎病例。

（二）食物中毒：

1、一次食物中毒人数30人及以上或死亡1人及以上；

2、学校、幼儿园、建筑工地等集体单位发生食物中毒，一次中毒人数5人及以上或死亡1人及以上。

3、地区性或全国性重要活动期间发生食物中毒，一次中毒人数5人及以上或死亡1人及以上。

（三）职业中毒：发生急性职业中毒10人及以上或者死亡1人及以上的。

（四）其他中毒：出现食物中毒、职业中毒以外的急性中毒病例3例及以上的事件。

（五）环境因素事件：发生环境因素改变所致的急性病例3例及以上。

（六）意外辐射照射事件：出现意外辐射照射人员1例及以上。

(七) 传染病菌、毒种丢失：发生鼠疫、炭疽、非典、艾滋病、霍乱、脊灰等菌毒种丢失事件。

(八) 预防接种和预防服药群体性不良反应：

1、群体性预防接种反应：一个预防接种单位一次预防接种活动中出现群体性疑似异常反应；或发生死亡。

2、群体预防性服药反应：一个预防服药点一次预防服药活动中出现不良反应（或心因性反应）10例及以上；或死亡1例及以上。

(九) 医源性感染事件：医源性、实验室和医院感染暴发。

(十) 群体性不明原因疾病：2周内，一个医疗机构或同一自然村寨、社区、建筑工地、学校等集体单位发生有相同临床症状的不明原因疾病3例及以上。

(十一) 各级人民政府卫生行政部门认定的其它突发公共卫生事件。

五、报告内容

(一) 事件信息

信息报告主要内容包括：事件名称、事件类别、发生时间、地点、涉及的地域范围、人数、主要症状与体征、可能的原因、已经采取的措施、事件的发展趋势、下步工作计划等。具体内容见《突发公共卫生事件相关信息报告卡》。

(二) 事件发生、发展、控制过程信息

事件发生、发展、控制过程信息分为初次报告、进程报告、结案报告。

1、初次报告

报告内容包括事件名称、初步判定的事件类别和性质、发生地点、发生时间、发病人数、死亡人数、主要的临床症状、可能原因、已采取的措施、报告单位、报告人员及通讯方式等。

2、进程报告

报告事件的发展与变化、处置进程、事件的诊断和原因或可能因素，态势评估、控制措施等内容。同时，对初次报告的《突发公共卫生事件相关信息报告卡》进行补充和修正。重大及特别重大突发公共卫生事件至少按日进行进程报告。

3、结案报告

事件结束后，应进行结案信息报告。达到《国家突发公共卫生事件应急预案》分级标准的突发公共卫生事件结束后，由相应级别卫生行政部门组织评估，在确认事件终止后2周内，对事件的发生和处理情况进行总结，分析其原因和影响因素，并提出今后对类似事件的防范和处置建议。

六、报告方式、时限和程序

获得突发公共卫生事件相关信息的责任报告单位和责任报告人，应当在2小时内以电话或传真等方式向属地卫生行政部门指定的专业机构报告，具备网

络直报条件的同时进行网络直报，直报的信息由指定的专业机构审核后进入国家数据库。不具备网络直报条件的责任报告单位和责任报告人，应采用最快的通讯方式将《突发公共卫生事件相关信息报告卡》报送属地卫生行政部门指定的专业机构，接到《突发公共卫生事件相关信息报告卡》的专业机构，应对信息进行审核，确定真实性，2小时内进行网络直报，同时以电话或传真等方式报告同级卫生行政部门。

接到突发公共卫生事件相关信息报告的卫生行政部门应当尽快组织有关专家进行现场调查，如确认为实际发生突发公共卫生事件，应根据不同的级别，及时组织采取相应的措施，并在2小时内向本级人民政府报告，同时向上级人民政府卫生行政部门报告。如尚未达到突发公共卫生事件标准的，由专业防治机构密切跟踪事态发展，随时报告事态变化情况。

七、信息监控、分析与反馈

（一）突发公共卫生事件相关信息分析

1、各级卫生行政部门指定的专业机构，应根据卫生行政部门要求，建立突发公共卫生事件分析制度，每日对网络报告的突发公共卫生事件进行动态监控，定期进行分析、汇总，并根据需要随时做出专题分析报告。

2、各级卫生行政部门指定的专业机构对突发公共卫生事件分析结果要以定期简报或专题报告等形式向上级卫生行政部门指定的专业机构和同级卫生行政部门报告，并及时向下一级卫生行政部门和相同业务的专业机构反馈。

八、技术保障

国家建立突发公共卫生事件相关信息报告管理系统，为全国提供统一的突发公共卫生事件相关信息报告网络平台，用于收集、处理、分析和传递突发公共卫生事件相关信息。信息系统覆盖中央、省、市（地）、县（市）、乡（镇、街道）。

卫生行政部门指定的专业机构，负责辖区内网络密码的分配和管理。网络密码定期更换，不能泄露和转让。

九、监督管理与考核指导

（一）监督与指导

各级卫生行政部门对突发公共卫生事件相关信息报告工作进行监督管理，对辖区内各级各类医疗机构、疾病预防控制机构、卫生监督机构以及其他专业防治机构相关的突发公共卫生事件相关信息报告和管理情况进行经常性的监督，对违法行为依法进行调查处理。

（二）检查与考核

各级卫生行政部门指定的专业机构定期对本区域内突发公共卫生事件相关信息报告工作按照本规范要求进行检查与考核。

突发公共卫生事件相关信息报告卡

初步报告 进程报告 (次) 结案

报告

填报单位 (盖章): ----- 填报日期: ----- 年---月---日

报告人:

联系电话:

事件名称: -----

信息类别: 1、传染病; 2、食物中毒; 3、职业中毒; 4、其它中毒事件; 5、环境卫生; 6、免疫接种 7、群体性不明原因疾病; 8、医疗机构内感染; 9、放射性卫生; 10、其它公共卫生突发事件等级: 1、特别重大; 2、重大; 3、较大; 4、一般; 5、未分级; 6、非突发事件

初步诊断: 初步诊断时间: -----年---月---日

订正诊断: 订正诊断时间: -----年---月---日

确认分级时间: -----年---月---日 订正分级时间: -----年---月---日

报告地区: 省 市 县 (区)

发生地区: 省 市 县 (区) 乡 (镇)

详细地点: -----

事件发生场所: 1、学校; 2、医疗卫生机构; 3、家庭; 4、宾馆饭店写字楼; 5、餐饮服务单位; 6、交通运输工具; 7、菜场、商场或超市; 8、车站、码头或机场; 9、党政机关办公场所; 10、企事业单位办公场所; 11、大型厂矿企业生产场所; 12、中小型厂矿企业生产场所 13、城市住宅小区; 14、城市其它公共场所; 15、农村村庄; 16、农村农田野外; 17、其它重要公共场所; 18、如是医疗卫生机构, 则: (1) 类别: ① 公办医疗机构; ② 疾病预防控制机构; ③ 采供血机构; ④ 检验检疫机构; ⑤ 其它及私立机构; (2) 感染部门: ① 病房; ② 手术室; ③ 门诊; ④ 化验室; ⑤ 药房; ⑥ 办公室; ⑦ 治疗室; ⑧ 特殊检查室; ⑨ 其他场所; 19、如是学校, 则类别: (1) 托幼机构; (2) 小学; (3) 中学; (4) 大、中专院校; (5) 综合类学校; (6) 其它事件信息来源: 1、属地医疗机构; 2、外地医疗机构; 3、报纸; 4、电视; 5、特服号电话 95120; 6、互

联网；7、市民电话报告；8、上门直接报告；9、本系统自动预警产生；10、广播；11、填报单位人员目睹；12、其它

事件信息来源详细：

事件波及的地域范围：-----

新报告病例数： 新报告死亡数： 排除病例数：

累计报告病例数： 累计报告死亡数：

事件发生时间： 年 月 日 时 分

接到报告时间： 年 月 日 时 分

首例病人发病时间： 年 月 日 时 分

末例病人发病时间： 年 月 日 时 分

主要症状：1、呼吸道症状；2、胃肠道症状；3、神经系统症状；4、皮肤粘膜症状；5、精神症状；6、其它（对症状的详细描述可在附表中详填）

主要体征：（对体征的详细描述可在附表中详填）

主要措施与效果：（见附表中的选项）

附表：传染病、食物中毒、职业中毒、农药中毒、其他化学中毒、环境卫生事件、群体性不明原因疾病、免疫接种事件、医疗机构内感染、放射卫生事件、其他公共卫生事件相关信息表

注：请在相应选项处划“○”

《突发公共卫生事件相关信息报告卡》填卡说明

填报单位（盖章）：填写本报告卡的单位全称

填报日期：填写本报告卡的日期

报告人：填写事件报告人的姓名，如事件由某单位上报，则填写单位

联系电话：事件报告人的联系电话

事件名称：本起事件的名称，一般不宜超过 30 字，名称一般应包含事件的基本特征，如发生地，事件类型及级别等

信息类别：在作出明确的事件类型前画“○”

突发事件等级：填写事件的级别，未经过分级的填写“未分级”，非突发事件仅适用于结案报告时填写

确认分级时间：本次报告级别的确认时间

初步诊断及时间：事件的初步诊断及时间

订正诊断及时间：事件的订正诊断及时间

报告地区：至少填写到县区，一般指报告单位所在的县区

发生地区：须详细填写到乡镇（街道），如发生地区已超出一个乡镇范围，则填写事件的源发地或最早发生的乡镇（街道），也可直接填写发生场所所在的地区

详细地点：事件发生场所所处的详细地点，越精确越好。

事件发生场所：在作出明确的事件类型前画“○”

如是医疗机构，其类别：选择相应类别，并选择事件发生的部门。

如是学校，其类别：选择学校类别，如发生学校既有中学，又有小学，则为综合类学校，余类似

事件信息来源：填写报告单位接收到事件信息的途径

事件信息来源详细：填写报告单位接收到事件信息的详细来源，机构需填写机构详细名称，报纸注明报纸名称，刊号、日期、版面；电视注明哪个电视台，几月几日几时哪个节目；互联网注明哪个 URL 地址；市民报告需注明来电号码等个人详细联系方式；广播需注明哪个电台、几时几分哪个节目

事件波及的地域范围：指传染源可能污染的范围

新报告病例数：上次报告后到本次报告前新增的病例数

新报告死亡数：上次报告后到本次报告前新增的死亡数

排除病例数：上次报告后到本次报告前排除的病例数

累计报告病例数：从事件发生始到本次报告前的总病例数

累计报告死亡数：从事件发生始到本次报告前的总死亡数

事件发生时间：指此起事件可能的发生时间或第一例病例发病的时间

接到报告时间：指网络报告人接到此起事件的时间

首例病人发病时间：此起事件中第一例病人的发病时间

末例病人发病时间：此起事件中到本次报告前最后一例病例的发病时间

主要症状体征：填写症状的分类

主要措施与效果：选择采取的措施与效果

附表：填写相关类别的扩展信息