

H7N9 流感疫調單

調查日期：____年____月____日
調查人/單位：_____

一、個案之發病日： 年 月 日

發病症狀：

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 發燒(38°C 以上) | <input type="checkbox"/> 咳嗽 |
| <input type="checkbox"/> 全身倦怠 | <input type="checkbox"/> 呼吸困難 |
| <input type="checkbox"/> 喉嚨痛 | <input type="checkbox"/> 腹瀉 |
| <input type="checkbox"/> 流鼻水、鼻塞 | <input type="checkbox"/> 肌肉酸痛 |

二、職業類型：

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 禽畜相關從業人員 | <input type="checkbox"/> 餐飲從業人員 |
| <input type="checkbox"/> 醫護人員 | <input type="checkbox"/> 動物防疫人員 |
| <input type="checkbox"/> 實驗室工作人員 | <input type="checkbox"/> 其它：_____ |
| <input type="checkbox"/> 獸醫師 | |

三、旅遊史

(一) 中國大陸(含香港、澳門)旅遊史

發病前七天內，是否曾在中國大陸(含港澳)旅遊或居住？

- 否 是，省(市)：_____，縣(區)：_____，
日期：____年____月____日～____年____月____日

(二) 國外旅遊史

發病前七天內，是否國外旅遊或居住？

- 否 是，國家：_____，地點：_____，
日期：____年____月____日～____年____月____日

(三) 國內旅遊史

發病前七天內，是否國內旅遊或居住？

- 否 是，縣市：_____，地點：_____，
日期：____年____月____日～____年____月____日

四、慢性疾病病史：

- 無 有

若為有時，需選擇下列類別至少一項：

- 精神疾病
- 神經肌肉疾病
- 慢性肺疾(如氣喘、慢性阻塞性肺疾等)
- 代謝性疾病(如糖尿病、高血脂等)
- 心血管疾病(高血壓除外)
- 肝臟疾病(如肝炎、肝硬化等)
- 腎臟疾病(如慢性腎功能不全、長期接受血液或腹膜透析等)
- 仍在治療中或未治癒之癌症
- 因 HIV 感染或藥物引起之免疫低下
- 懷孕，週數_____週
- 其他：_____

五、季節性流感疫苗接種史

| | 是 | 否 | 不知 | 接種日期 |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| 1.本年是否曾接種季節性流感疫苗？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 年 月 日 |
| 2.前一年是否曾接種季節性流感疫苗？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 年 月 日 |

六、接觸史

(一)發病前七天內，是否有以下接觸史？

| 接觸史類別 | 是 | 否 | 不知 |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 人類病例接觸史 | | | |
| 曾與人類 H7N9 流感疑似或確定病例密切接觸 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 曾與未明原因急性呼吸道疾病死亡病例密切接觸 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 實驗室接觸史 | | | |
| 在可能暴露於 H7N9 流感病毒的實驗室工作 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 在實驗室中處理疑似含有 H7N9 流感病毒的樣品 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 動物/汙染環境接觸史* | | | |
| 與家禽密切接觸 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 與野鳥密切接觸 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 與其他動物密切接觸 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 接觸之家禽、野鳥或其他動物是否有生病跡象或死亡 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 食物接觸史 | | | |
| 料理禽類肉品 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 料理禽類蛋品 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 食用未煮熟的禽類肉品 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 食用未煮熟的禽類蛋品 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 共同接觸史 | | | |
| 與人類 H7N9 流感疑似或確定病例有共同的實驗室、動物/環境、食物接觸史 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 旅遊史 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 居住在有動物或人類 H7N9 流感疑似或確定病例的地方 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 曾去過有動物或人類 H7N9 流感疑似或確定病例的地方 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*包含飼養、屠宰、去毛、運輸及販售前的各種準備工作、接觸動物糞便、清洗鳥籠、清洗飼養場所或處在同一環境等

(二)如有以上任一接觸史，請填寫以下資料；如有兩項以上接觸史，請增列欄位並填寫

1.接觸時間：___年___月___日～___年___月___日

2.接觸地點：_____

3.其他備註說明：_____

七、發病後是否曾赴門診或急診就醫？ 否。是（填答下表）：

| 院所名稱 | 日期 | 門診或急診 | 急診出院日期 |
|------|--------------|---|--------------|
| | ___年___月___日 | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 | ___年___月___日 |
| | ___年___月___日 | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 | ___年___月___日 |
| | ___年___月___日 | <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 急診 | ___年___月___日 |

八、住院治療相關資訊

住院治療？否。是（填答下表）：

| 院所名稱 | 病房型態 | 日期 |
|------|---|-------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 負壓隔離房 <input type="checkbox"/> 普通病房 | ___年___月___日至 ___年___月___日 |
| | <input type="checkbox"/> 加護病房 <input type="checkbox"/> 負壓隔離房 <input type="checkbox"/> 普通病房 | ___年___月___日至 ___年___月___日 |

九、潛伏期(發病前 7 日)內活動地點？

住家、校園、職場

除上列外，其他活動地點請註明如下：

日期：___年___月___日至___年___月___日，地點：_____。

日期：___年___月___日至___年___月___日，地點：_____。

日期：___年___月___日至___年___月___日，地點：_____。

日期：___年___月___日至___年___月___日，地點：_____。

日期：___年___月___日至___年___月___日，地點：_____。

(如篇幅不足請自行增列)

十、潛伏期(發病前 7 日)內是否到過醫院？

否。是，

就醫日期：___年___月___日，醫療院所名稱：_____。

就醫日期：___年___月___日，醫療院所名稱：_____。

就醫日期：___年___月___日，醫療院所名稱：_____。

(如篇幅不足請自行增列)

十一、可傳染期(發病前 1 日至發病後 7 日)內，除就醫外之活動地點：

住家、校園、職場

除上列外，其他活動地點請註明如下：

日期：___年___月___日至___年___月___日，地點：_____。

日期：___年___月___日至___年___月___日，地點：_____。

日期：___年___月___日至___年___月___日，地點：_____。

日期：___年___月___日至___年___月___日，地點：_____。

日期：___年___月___日至___年___月___日，地點：_____。

(如篇幅不足請自行增列)

十二、個案於可傳染期間是否搭乘大眾運輸工具？否。是（續填下表）：

| 交通工具/ 班次 | 戴口罩？ | 起點 | 迄點 | 搭乘日期 | 備註 |
|-------------|--|----|----|--------------|----|
| | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | ___年___月___日 | |

十三、 接觸者*資料

| 姓名 | 與個案的關係 | 性別 | 出生年月日 | 接觸期間 | 目前健康狀況 | 聯絡電話/手機 | 居住地址 |
|----|--------|----|-------|------|--------|---------|------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

*接觸者為曾與個案有密切接觸，包括照護、相處、或有呼吸道分泌物、體液之直接接觸

十四、 請上傳病歷資料(確認是否包含症狀及用藥史)與疫苗接種紀錄