

## 附件 3

# 中东呼吸综合征病例密切接触者 医学观察登记表

省/市/自治区\_\_\_\_\_市/州/地区\_\_\_\_\_县/区\_\_\_\_\_医学观察地点: \_\_\_\_\_病例姓名: \_\_\_\_\_

| 姓名 | 性别 | 年龄 | 末次暴露时间 | 暴露类型 | 与病例的关系 | 接触方式 | 医学观察开始日期 | 医学观察记录 |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       | 医学观察解除日期 | 标本采集时间 |     |  |  |  |
|----|----|----|--------|------|--------|------|----------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------|--------|-----|--|--|--|
|    |    |    |        |      |        |      |          | D1     | D2    | D3    | D4    | D5    | D6    | D7    | D8    | D9    | D10   | D11   | D12   | D13   | D14   |          | 第一次    | 第二次 |  |  |  |
|    |    |    |        |      |        |      |          | 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 | 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: 1. 暴露类型: (1) 接触疑似病例 (2) 接触临床诊断病例 (3) 接触实验室确诊病例

2. 与病人关系: (1) 家庭成员 (2) 参与诊疗的医务人员 (3) 同学 (4) 同事 (5) 其他 (需详述)

3. 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) 共用交通工具 (9) 其他接触。

4. 症状: 指发热、咳嗽、胸痛、气促以及腹泻等临床表现。

医学观察实施责任人\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_