

# 广西壮族自治区江滨医院

## 流行病学信息筛查表

尊敬的患者/家属/陪护：

您好！根据《中华人民共和国传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》等有关法律法规，请您如实填写以下表格中有关内容。如有填写不实之处对新型冠状病毒肺炎疫情防控造成不良影响的，将按照相关法律法规追究相应责任！感谢您的配合。

|                       |  |  |     |  |   |   |
|-----------------------|--|--|-----|--|---|---|
| 基本信息                  | 姓名：  |  | 性别： |  | 身份证号码：  |   |
|                       | 年龄：  |  | 体温： |  | 联系号码：   |   |
|                       | 现住址：   | _____ 省 _____ 市 _____ (县/区) _____ (乡/镇/街道) |     |  |   |   |
|                       | 新冠疫苗接种情况：  | 接种了_____针，共_____针，最后一针接种时间为_____           |     |  |   |   |
| 相关症状                  | 发热 ( $T \geq 37.3^{\circ}\text{C}$ ):                                    |  |     |  |   | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
|                       | 呼吸道症状类 (咳嗽、鼻塞、流涕、咽痛、呼吸急促、呼吸困难、胸闷、胸痛等):                                   |  |     |  |   | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
|                       | 胃肠道症状类 (恶心、呕吐、腹泻、腹痛等):   |  |     |  |   | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
|                       | 其他症状类 (乏力、寒战、头晕头痛、结膜充血、味嗅觉减退、肌肉关节酸痛等):                                   |  |     |  |   | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 流行病学史                 | 21 天内曾从国内疫情中高风险地区回来:   |  |     |  |   | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
|                       | 21 天内曾接触从国内疫情中高风险地区回来的人员:  |  |     |  |   | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
|                       | 21 天内曾从境外回来 (包含香港、台湾、国外):  |  |     |  |   | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
|                       | 21 天内曾接触从境外回来的人员 (包含香港、台湾、国外):   |  |     |  |   | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
|                       | 21 天内持有黄色、红色的“广西健康码”:  |  |     |  |   | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
|                       | 21 天内曾接触过确诊病例、无症状感染者、确诊并治疗出院病例、疑似病例、密切接触者 (比如同在办公室、电梯、家庭、飞机、车辆等相对密闭的空间): |  |     |  |   | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
|                       | 目前处于居家隔离医学观察期内:  |  |     |  |   | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
|                       | 有聚集性发病: 21 天内在小范围内 (如家庭、宿舍、办公室等) 同时或连续出现 2 例以上发热、呼吸道症状、胃肠道症状、其他相关症状等的病人: |  |     |  |   | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
|                       | 21 天内与确诊病例的活动轨迹存在交集 (比如办公室、电梯、飞机、车辆、餐馆、酒店、超市、小区等):                       |  |     |  |   | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
|                       | 21 天内是否从事“四类职业”: 进口冷链工作、口岸进口货物工作、隔离场所工作、国际交通运输工作:                        |  |     |  |   | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 21 天内是否接触进口货物或进口冷冻产品: |  |  |     |  | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |   |

|                |  |              |  |
|----------------|--|--------------|--|
| <p>风险等级评估：</p> | <p><input type="checkbox"/>高风险    <input type="checkbox"/>中风险    <input type="checkbox"/>低风险</p> | <p>处置安排：</p> | <p><input type="checkbox"/>转定点医院排查<br/> <input type="checkbox"/>前往发热哨点诊室排查<br/> <input type="checkbox"/>前往普通门诊、急诊或进入住院病区</p> |
|----------------|--|--------------|--|

**以上内容属实，如隐瞒、虚报，本人承担一切法律责任和相应后果。** 患者/陪护/家属签字：\_\_\_\_\_ 填写日期： 年 月 日流调人员签名：\_\_\_\_\_

**风险等级评估原则：**

一、高风险：①出现相关症状（发热；发热+其余任何一类症状；除发热以外其余两类及以上症状），且流行病学史异常（符合所有条目中的任何一条）的人员；②仅流行病学史异常（符合所有条目中的任何一条）的人员。

二、中风险：仅出现相关症状的人员（发热；发热+其余任何一类症状；除发热以外其余两类及以上症状）。

三、低风险：未出现相关症状，且流行病学史正常的人员。**处置安排：**

一、对于高风险的患者/家属/陪护，应转诊至定点医院进行新冠肺炎排查。

二、对于中风险的患者/家属/陪护，应前往发热哨点诊室进行新冠肺炎排查（血常规化验、新冠病毒核酸检测、影像学检查等）。

三、对于低风险的患者/家属/陪护，无需排查新冠肺炎。**结果说明：**

一、对于低风险的患者/家属/陪护，通过体温测量和扫码亮码后，可进入普通门诊、急诊或住院病区。

二、对于中风险的患者/家属/陪护，经过发热哨点诊室排除新冠肺炎后，可凭借排查资料进入普通门诊、急诊或住院病区。

三、对于高风险的患者/家属/陪护，待症状和流行病学史恢复正常并经过定点医院排查后，方可进入普通门诊、急诊或住院病区。

四、每份《流行病学信息筛查表》由本科室负责存档至少半年以上。