

新型冠状病毒 (nCoV) 急性呼吸道感染临床特征数据工具

病例记录表设计 (CRF)

此CRF分为“核心”表格和“日常”表格，将作为实验室和临床的日常数据。

完成CRF核心部分 + 在入院第一天和ICU入院时开始填写每日CRF，直至出院或死亡。

填表须知

- 本 CRF 旨在收集通过检查、访谈和审阅医院病例记录获得的数据。如果患者在入院后被纳入研究，则可以回顾性地收集数据。
- 参与者编码由 3 位数的研究中心编号和 4 位数的参与者编号组成。您可以通过联系 ncov@isaric.org 获得研究中心编号并在数据管理系统上注册。每个研究中心应按顺序分配参与者编号，从 0001 开始。对于在同一研究中心、不同病房招募的参与者，或在难以分配序号的情况下，可以采用分组或合并字母字符的方式分配编号。例：病房 X 将分配编号从 0001 或 A001 起，而病房 Y 将分配编号从 5001 或 B001 起。在每个页面的右上方输入参与者编码。
- 数据将录入到中央电子 REDCap 数据库 <https://ncov.medsci.ox.ac>，或您所在研究机构的电子数据库。如使用纸质版 CRF，数据可延迟录入电子数据库。
- 当一个参与者在不同研究中心之间转诊时，最好使用相同的参与者编码。如果不能，则需在表格相应的地方提供新的参与者编码。
- 完成每个表格的每一行，除非另有跳转提示。
- 方框标记 (□) 的选择题为单选题（只选一个答案）。圆圈标记 (○) 的选择题为多选题（选择数目不限）
- 当信息缺失、不适用或未知时，请在“N/A（不适用）”选项上作标记。
- 避免使用表格的专用数据区域记录其他信息。额外的信息另设记录区域。
- 如果使用纸质版 CRF，我们建议使用正楷字体或大写英文字母填写清晰。
- 使用记号 (X) 选择相应的答案。要进行更正，则使用记号 (——) 划掉您希望删除的数据，并将正确的数据写在 (——) 划去内容的上方。请在所有更正的地方填上姓名和日期。
- 请使用订书器或文件夹将每位参与者的表格装订成册。
- 请将所有纸质 CRF 数据录入保存至电子数据库。所有的纸质 CRF 文件都需要在本地进行存档。请不要通过电子邮件或信件向我们发送任何带有患者参与者编码的表格。所有数据均应录入保存到加密的、有设置使用权限的电子数据库。
- 采集数据时，请登录该网址输入数据：<https://redcap.medsci.ox.ac.uk/>。如果贵研究中心想要独立收集数据，我们很乐意帮助建立本地的电子数据库。
- 如果您想告知我们您正在使用这些表单、或需要我们帮助处理数据库、或其他任何建议，请通过 ncov@isaric.org 联系我们。

病例记录表核心部分

临床纳入标准

疑似或已确诊急性新型冠状病毒（nCoV）感染是入院的主要诊断： 是 否

流行病学因素

在起病前的 14 天内，患者是否有任一下列情况：

曾前往有 nCoV 感染病例的地地区的旅行 是 否 未知曾与确诊或疑似 nCoV 感染病例密切接触*，且该病人已出现症状 是 否 未知曾前往已治疗 nCoV 感染患者的医疗机构 是 否 未知曾前往处理疑似或确诊 nCoV 的生物标本的实验室 是 否 未知在有 nCoV 在动物种群中流行的国家与动物直接接触，或在有人畜共患病感染人类的国家与动物直接接触 是 否 未知

“密切接触”定义为：

- 曾有医疗保健相关的职业暴露，包括直接接触感染新型冠状病毒的病人，例如医护人员、与治疗新型冠状病毒感染患者的医护人员一起工作、探访病人或与新型冠状病毒感染者近距离接触，或直接暴露于病人的的体液或样本，包括飞沫。
- 曾与新型冠状病毒感染患者在近距离接触或同一教室一起学习工作。
- 曾与新型冠状病毒感染患者一同乘坐过任何形式的交通工具。
- 曾与新型冠状病毒感染患者共同生活。

病例记录表核心部分

人口统计学资料
医疗中心名称: _____ 国家: _____
纳入日期: [][][]/[][][]/[][][][][][]
民族 (勾选所有适用的选项): <input type="checkbox"/> 阿拉伯裔 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 东亚 <input type="checkbox"/> 南亚 <input type="checkbox"/> 西亚 <input type="checkbox"/> 拉丁美洲人 <input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 澳大利亚土著人/原住民 <input type="checkbox"/> 其它: <input type="checkbox"/> 未知
是否为医疗工作者? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用
是否在微生物学实验室工作? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用
出生时的性别: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 未具体说明
估算年龄 [][][]年 或 [][][]月
是否怀孕? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知 <input type="checkbox"/> 不适用 如是: 孕周评估: [][][]周
产后? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用 (如果选否或不适用则跳过这一部分 - 进入婴儿部分)
妊娠结局: <input type="checkbox"/> 活产 <input type="checkbox"/> 死产 分娩日期: [][][][][][]/[][][][][][]/[][][][][][]
婴儿是否接受母亲已有的急性呼吸道感染的病原体检测? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用 如果是: <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性
检测方法 <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> 其它: _____
婴儿 - 是否小于一周岁? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如过选否则跳过此部分)
出生体重: [][][].[][][] kg 或 <input type="checkbox"/> 磅 <input type="checkbox"/> 不适用
妊娠结局: <input type="checkbox"/> 足月产 (≥37 周) <input type="checkbox"/> 早产 (<37 周) <input type="checkbox"/> 不适用
是否母乳喂养? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用 如果是: <input type="checkbox"/> 正在母乳喂养 <input type="checkbox"/> 第 [][][]周停止哺乳 <input type="checkbox"/> 不适用
婴儿是否生长发育正常? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
婴儿是否已接种国家计划免疫的、相应年龄段的疫苗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用

病例记录表核心部分

并发症			
并发症及危险因素- 将在分析时为每位患者计算 Charlson 指数			
慢性心脏病, 包括先天性心脏病 (不包括高血压)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	肥胖 (经医务人员定义)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用
慢性肺部疾病 (不包括哮喘)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	糖尿病伴并发症	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用
哮喘 (经临床医生诊断)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	糖尿病不伴并发症	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用
慢性肾脏疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	风湿性疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用
中重度肝病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	痴呆	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用
轻度肝病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	营养不良	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用
慢性神经系统疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	吸烟	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 从不吸烟 <input type="checkbox"/> 已戒烟
恶性肿瘤	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	其它相关危险 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	
慢性血液疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	如果是, 请说明: _____	
艾滋病/HIV 感染者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用	_____	
起病与入院			
出现症状的最早日期: [][][][]/[][][][]/[][][][] [2][0][年][年]			
在本中心的入院日期: [][][][]/[][][][]/[][][][] [2][0][年][年]			
入院时间: [时][时]/[分][分]			
是否从其它医疗机构转诊至本中心? <input type="checkbox"/> 是-该机构为研究中心之一 <input type="checkbox"/> 是-该机构非研究中心 <input type="checkbox"/> 否 (没有转诊) <input type="checkbox"/> 不适用			
如果是: 该机构名称: _____ <input type="checkbox"/> 不适用			
如果是: 转诊前, 在该机构入院日期 (日/月/年): [][][][]/[][][][]/[][][][] [2][0][年][年]			
如果是-研究中心之一: 参与者在该机构的参与者编码: <input type="checkbox"/> 和上述相同 <input type="checkbox"/> 不同 [][][][]-[][][][][][] <input type="checkbox"/> 不适用			
在首次症状出现前的 14 天内是否旅行? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知			
如果是, 旅行地点及日期: 国家: _____ 城市: _____			
返回日期: [][][][]/[][][][]/[][][][] [2][0][年][年] <input type="checkbox"/> 不适用 (如果需要可在下方空白处填写)			
在症状出现前 14 天是否接触过动物、生肉或被昆虫叮咬?			
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知 <input type="checkbox"/> 不适用 如果是, 请完成动物接触部分表格			

病例记录表核心部分

入院时的症状和体征 (24小时内的入院后首次病例记录)

体温: [][][][] °C 或 [][][] °F 心率: [][][] 次/分钟 呼吸: [][][] 次/分钟

收缩压: [][][] 毫米汞柱 舒张压: [][][] 毫米汞柱 严重脱水: 是 否 未知

胸骨毛细血管再充盈时间 >2 秒 是 否 未知

入院症状及体征 (入院时观察/报告并与急性疾病发作相关)

发热史	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
咳嗽	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
有痰	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
血样痰/咯血	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
咽痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
流鼻涕	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
耳部疼痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
喘息	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
胸部疼痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
肌肉酸痛 (肌痛)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
关节疼痛 (关节痛)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
精神疲惫/萎靡	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
呼吸困难	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知

下胸壁凹陷	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
头痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
意识障碍/模糊	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
抽搐	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
腹痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
呕吐/恶心	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
腹泻	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
结膜炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
皮疹	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
皮肤溃疡	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
淋巴结疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知
流血 (出血)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 未知

如果出血: 请指明部位:

病例记录表核心部分
病原体检测:

 此次起病以来是否接受过病原体检测? 是 (完成此部分) 否 不适用

 流感: 是-确诊 是-疑似 否 如果是: A型/H3N2 A型/H1N1pdm09 A型/H7N9

A型/H5N1 A型, 无分型 B型 其它

 冠状病毒: 是-确诊 是-疑似 否 如果是: 新型冠状病毒 MERS 冠状病毒

 呼吸道合胞病毒 RSV: 是-确诊 是-疑似 否

 腺病毒: 是-确诊 是-疑似 否

 细菌: 是-确诊 否

 其他呼吸道感染诊断: 是-确诊 是-疑似 否

如果是其它呼吸道感染诊断, 请说明: _____

 临床肺炎: 是 否 未知 如果以上全部选否: 是否疑似为非传染性疾病: 是 不适用

采样时间 (DD/MM/YYYY)	标本类型	实验室检测方法	结果	病原体检测结果
___/___/20__	<input type="checkbox"/> 鼻拭子 <input type="checkbox"/> 咽拭子 <input type="checkbox"/> 鼻拭子+咽拭子 <input type="checkbox"/> 支气管肺泡灌洗液 <input type="checkbox"/> 气管吸取物 <input type="checkbox"/> 痰液 <input type="checkbox"/> 尿液 <input type="checkbox"/> 粪便 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 其它, 请说明 _____	<input type="checkbox"/> 聚合酶链式反应 <input type="checkbox"/> 病原体培养 <input type="checkbox"/> 其它, 请说明 _____	<input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 不适用	_____
___/___/20__	<input type="checkbox"/> 鼻拭子 <input type="checkbox"/> 咽拭子 <input type="checkbox"/> 鼻拭子+咽拭子 <input type="checkbox"/> 支气管肺泡灌洗液 <input type="checkbox"/> 气管吸取物 <input type="checkbox"/> 痰液 <input type="checkbox"/> 尿液 <input type="checkbox"/> 粪便 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 其它, 请说明 _____	<input type="checkbox"/> 聚合酶链式反应 <input type="checkbox"/> 病原体培养 <input type="checkbox"/> 其它, 请说明 _____	<input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 不适用	_____
___/___/20__	<input type="checkbox"/> 鼻拭子 <input type="checkbox"/> 咽拭子 <input type="checkbox"/> 鼻拭子+咽拭子 <input type="checkbox"/> 支气管肺泡灌洗液 <input type="checkbox"/> 气管吸取物 <input type="checkbox"/> 痰液 <input type="checkbox"/> 尿液 <input type="checkbox"/> 粪便 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 其它, 请说明 _____	<input type="checkbox"/> 聚合酶链式反应 <input type="checkbox"/> 病原体培养 <input type="checkbox"/> 其它, 请说明 _____	<input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 不适用	_____
___/___/20__	<input type="checkbox"/> 鼻拭子 <input type="checkbox"/> 咽拭子 <input type="checkbox"/> 鼻拭子+咽拭子 <input type="checkbox"/> 支气管肺泡灌洗液 <input type="checkbox"/> 气管吸取物 <input type="checkbox"/> 痰液 <input type="checkbox"/> 尿液 <input type="checkbox"/> 粪便 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 其它, 请说明 _____	<input type="checkbox"/> 聚合酶链式反应 <input type="checkbox"/> 病原体培养 <input type="checkbox"/> 其它, 请说明 _____	<input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 不适用	_____
___/___/20__	<input type="checkbox"/> 鼻拭子 <input type="checkbox"/> 咽拭子 <input type="checkbox"/> 鼻拭子+咽拭子 <input type="checkbox"/> 支气管肺泡灌洗液 <input type="checkbox"/> 气管吸取物 <input type="checkbox"/> 痰液 <input type="checkbox"/> 尿液 <input type="checkbox"/> 粪便 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 其它, 请说明 _____	<input type="checkbox"/> 聚合酶链式反应 <input type="checkbox"/> 病原体培养 <input type="checkbox"/> 其它, 请说明 _____	<input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 不适用	_____

病例记录表日常部分 (入院前完成一份, 进入 ICU 时填写一份, 之后每日填写一份直至出院或死亡, 最多 14 天)

日常评估表 (入院前, 进入 ICU, 与之后每日填写一份) -请完成每一行
评估日期 (日/月/年): [][][]/[][][]/[2][0][][][] 记录当日 00:00-24:00 最差病情 (如果不适用请填写 N/A)
目前是否进入 ICU/ITU/IMC/HDU 重症监护室/加护病房? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用 记录当日 00:00-24:00 最差病情 (如果不适用, 请填写 N/A)
是否完成 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 FiO2 (0.21-1.0) [][]·[][][] or [][][][]L/min 是否完成 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 SaO2 [][][][]% 是否完成 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 测量 FiO2 时的 PaO2 值高于 [][][][] <input type="checkbox"/> kPa or <input type="checkbox"/> mmHg 是否完成 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 PaO2 样品类型: <input type="checkbox"/> 动脉血 <input type="checkbox"/> 静脉血 <input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> 不适用 是否完成 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 与记录 PaO2 相同的血液样品中 PCO2 _____ <input type="checkbox"/> kPa or <input type="checkbox"/> mmHg 是否完成 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 pH _____ 是否完成 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 HCO3- _____ mEq/L 是否完成 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 碱剩余 _____ mmol/L AVPU 意识评估 警觉 [][] 语言 [][] 疼痛 [][] 无反应 [][] 格拉斯哥昏迷评分 (GCS / 15) [][][] 是否完成 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 Richmond 躁动镇静评分 (RASS) [][] 是否完成 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 Ricker 镇静躁动评分 (SAS) [][] 是否完成 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 收缩压 [][][][]mmHg 是否完成 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 舒张压 [][][][]mmHg 是否完成 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 平均动脉压 [][][][]mmHg 是否完成 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 尿流速 [][][][][][]mL/24 hours <input type="checkbox"/> 是否为估计值
<p>患者是否正在接受或已经接受以下治疗 (评估日 00:00-24:00 之间) (应用于此部分所有问题)</p> 无创机械通气 (比如 BIPAP, CPAP)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用 有创机械通气? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用 体外生命支持 (ECLS)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用 高流量鼻导管氧疗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用 血液透析/血液过滤? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用 任何血管加压素或正性肌力药物支持? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用 如果否, 则下面三个问题全部选否 多巴胺 < 5µg /公斤/分钟 或多巴酚丁胺 或米力农 或左西孟旦 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 多巴胺 5-15µg /公斤/分钟 或肾上腺素/去甲肾上腺素 < 0.1µg /公斤/分钟 或血管加压素 或盐酸去氧肾上腺素 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 多巴胺 > 15µg / k /分钟 或肾上腺素/去甲肾上腺素 > 0.1µg /公斤/分钟 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 神经肌肉阻滞剂? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用 吸入式一氧化氮? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用 气管切开置管? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用 俯卧位通气? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用 其它干预措施/操作: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不适用 如果是, 请说明: _____

病例记录表日常部分 (入院前完成一份, 进入 ICU 时填写一份, 之后每日填写一份直至出院或死亡, 最多 14 天)

日常评估表 (入院前, 进入 ICU, 与之后每日填写一份) - 请完成每一行

评估日期 (日/月/年): [][][]/[][][]/[2][0][][][]

记录当日 00:00-24:00 最差病情 (如果不适用请填写 N/A)

是否完成 是 否 血红蛋白 _____ g/L or g/dL

是否完成 是 否 白细胞计数 _____ x10⁹/L or x10³/μL

是否完成 是 否 淋巴细胞计数 _____ 个细胞/μL

是否完成 是 否 嗜中性粒细胞 _____ 个细胞/μL

是否完成 是 否 血细胞压积 [][][]%

是否完成 是 否 血小板 _____ x10⁹/L or x10³/μL

是否完成 是 否 活化部分凝血酶原时间 _____

是否完成 是 否 凝血酶原时间 _____ s

是否完成 是 否 国际标准化比值

是否完成 是 否 谷丙转氨酶 _____ U/L

是否完成 是 否 总胆红素 _____ μmol/L or mg/dL

是否完成 是 否 谷草转氨酶 _____ U/L

是否完成 是 否 葡萄糖 _____ mmol/L or mg/dL

是否完成 是 否 血尿素氮 _____ mmol/L or mg/dL

是否完成 是 否 乳酸 _____ mmol/L or mg/dL

是否完成 是 否 肌酐 _____ μmol/L or mg/dL

是否完成 是 否 血钠 [][][][][] mEq/L

是否完成 是 否 血钾 [][][][] mEq/L

是否完成 是 否 降钙素原 [][][][][] ng/mL

是否完成 是 否 C 反应蛋白 [][][][][] mg/L

胸部 X 光检查? 是 否 不适用 如果是: 是否提示浸润影? 是 否 不适用

病例记录表核心部分

并发症：住院期间任何时间患者是否表现出以下症状：								
病毒性肺炎	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	心脏停搏	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	
细菌性肺炎	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	菌血症	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	
急性呼吸窘迫综合征	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	凝血障碍/弥漫性血管内凝血	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	
如果是，请说明： <input type="checkbox"/> 轻微 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 严重 <input type="checkbox"/> 未知				贫血	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	
气胸	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	横纹肌溶解/肌炎	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	
胸腔积液	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	急性肾损伤/急性肾功能衰竭	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	
隐源性机化性肺炎(COP)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	胃肠道出血	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	
细支气管炎	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	胰腺炎	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	
脑膜炎或脑炎	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	肝功能异常	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	
抽搐	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	高糖血症	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	
中风/脑血管意外	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	低糖血症	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	
充血性心力衰竭	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	其它	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	
心内膜炎/心肌炎/心包炎	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	请说明： _____				
心律失常	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用	_____				
心脏缺血	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不适用					

病例记录表核心部分

治疗：在住院期间度任何时间，患者是否接受以下治疗

进入 ICU 或加护病房/高依赖病房？ 是 否 不适用 如果是，总时长_____天

如果是，ICU 转入时间： [日][日]/[月][月]/[2][0][年][年] 不适用

ICU 转出时间： [日][日]/[月][月]/[2][0][年][年] 不适用

吸氧治疗？ 是 否 不适用

非侵入性通气？（例如 BIPAP, CPAP） 是 否 不适用

任何侵入性通气？ 是 否 不适用 如果是，总使用时长：_____天

俯卧位通气？ 是 否 不适用

吸入式一氧化氮？ 是 否 不适用

气管切开置管？ 是 否 不适用

体外生命支持设备？ 是 否 不适用

肾脏替代疗法（RRT）或透析？ 是 否 不适用

正性肌力药物/血管加压素？ 是 否 不适用

如果是：起始日期： [日][日]/[月][月]/[2][0][年][年]

终止日期： [日][日]/[月][月]/[2][0][年][年]

其它干预性治疗或操作（请指明）： _____

用药：住院期间或出院时，是否开具了下列任何药物？

抗病毒药物？ 是 否 不适用 如果是： 利巴韦林 洛匹那韦/利托那韦 干扰素 α 干扰素 β

神经氨酸酶抑制剂 其它 _____

抗生素？ 是 否 不适用

糖皮质激素？ 是 否 不适用 如果是，服用途径： 口服 静脉注射 吸入

如果是，请说明药物类型和剂量： _____

抗真菌药物？ 是 否 不适用

病例记录表核心部分

治疗结果

治疗结果: 幸存出院 住院 转诊 死亡 病情缓解出院 未知日期: [][][]/[][][]/[][][][][] [][][] 年 [][][] 年 不适用如果幸存出院, 与生病前相比患者自理能力: 相同 更差 更好 不适用如果幸存出院: 出院后继续治疗: 是 否吸氧治疗? 是 否 不适用 肾透析治疗或相关治疗? 是 否 不适用其它干预性治疗或操作? 是 否 不适用

如果是: 请说明 (可填写多项): _____

如果转移至其它机构: 机构名称: _____ 不适用如果转移至其它机构: 该机构是否为研究中心? : 是 否 不适用如果是研究中心: 参与者在机构的参与者编码: 与上述一致 不同 [][][]-[][][][] 不适用

病例记录表核心部分

旅行：患者是否在首次症状出现前的 14 天内旅行？如果至少有 1 个地点，请列出时间和地点		
国家： _____	城市/地域： _____	返回时间（日/月/年）： ____ / ____ /20____
国家： _____	城市/地域： _____	返回时间（日/月/年）： ____ / ____ /20____
国家： _____	城市/地域： _____	返回时间（日/月/年）： ____ / ____ /20____

动物接触：在首次出现症状之前的 14 天内，患者是否曾接触过活的/死的动物、生肉或昆虫叮咬？		
□是 □否 □不适用 如果是，完成下述每行问题，并在此处指明昆虫/动物种类，接触方式和日期（日/月/年）		
禽类(如鸡、火鸡、鸭)	□是 □否 □不适用	
蝙蝠	□是 □否 □不适用	
牲畜（如羊、牛、骆驼）	□是 □否 □不适用	
马	□是 □否 □不适用	
兔子	□是 □否 □不适用	
猪	□是 □否 □不适用	
非人类的灵长类动物	□是 □否 □不适用	
啮齿动物(如大鼠、老鼠、松鼠)	□是 □否 □不适用	
昆虫或蜱虫咬伤(例如蜱虫、跳蚤、蚊子)	□是 □否 □不适用	
爬行动物和两栖动物	□是 □否 □不适用	
家养动物(如猫、狗、其他)	□是 □否 □不适用	
动物粪便或巢穴	□是 □否 □不适用	
患病动物或死亡动物	□是 □否 □不适用	
生肉/动物血	□是 □否 □不适用	
剥皮、屠宰或食用野生动物	□是 □否 □不适用	
参观动物市场、农场或动物园	□是 □否 □不适用	
参与动物手术或尸体剖检	□是 □否 □不适用	
其他动物接触史:	□是 □否 □不适用	