



世卫组织 2019 冠状病毒病全球临床平台核心病例报告表 (CRF)

引言

为应对 2019 冠状病毒病 (COVID-19) 大流行, 世卫组织 (WHO) 开发了全球 COVID-19 匿名临床数据平台 (COVID-19 临床平台), 帮助各会员国在《国际卫生条例 (2005)》下, 与世卫组织共享疑似或确诊感染 SARS-CoV-2 的病例相关匿名临床数据 (统称为“COVID-19 匿名数据”)。对于收到的 COVID-19 匿名数据, 世卫组织将保留共享方的所有权, 并依据《国际卫生条例 (2005)》的要求, 用于世卫组织进行病例核实、评估和技术援助, 包括向负责 COVID-19 疫情暴发应对相关的公共卫生部门和临床机构进行通报。为实现这些目标, 世卫组织组建了独立的临床专家咨询组, 就全球 COVID-19 匿名临床数据报告与分析提供建议。会员国及其他机构可联系世卫组织, 获取更多关于如何向世卫组织临床平台提供 COVID-19 匿名临床数据的信息。为保证 COVID-19 匿名数据的安全与保密性, 会员国及其他机构需要采取必要措施来保护各自在 COVID-19 临床平台的登录证书和密码。

COVID-19 匿名数据将被保存于世卫组织的 COVID-19 临床平台。该平台是一个安全、设立访问限制并有密码保护的电子信息平台。世卫组织将: (1)对数据保密, 防止 COVID-19 匿名数据未经授权公开; (2)实施并维持适当有技术和组织的安全措施来保护 COVID-19 匿名数据及 COVID-19 临床平台的安全性依据《国际卫生条例 (2005)》第 11 条第 4 项规定, 除非满足第 11 条第二段中设置的条件, 并与受影响国家/机构协商后得到许可, 否则世卫组织不会将 COVID-19 匿名数据向其他会员国或机构公开。同样依据第 11 条的规定, 除非各会员国已经获取 COVID-19 匿名数据, 同时 COVID-19 疫情的其他相关信息已被公开, 且有必要发布权威、公正的信息, 否则世卫组织不会向公众公开 COVID-19 匿名数据的信息。

如有意向世卫组织 COVID-19 临床平台提供数据或想获取更多信息, 请联系: COVID_ClinPlatform@who.int。

病例报告表 (CRF)

核心病例报告表旨在收集通过检查、访谈和审查医院记录获得的数据。数据收集方法可采取前瞻性的设计, 也可采取回顾性设计。数据收集的时限定义为从入院开始到出院、转诊、死亡或继续住院治疗但无法继续收集数据时。

病例报告表包括 4 个模块:

模块 1: 在收入卫生中心时填写 (入院后 24 小时内)。

模块 2: 在收入或转入重症监护室时填写 (收入/转入后 24 小时内)。

模块 3: 在患者出院或死亡时填写。

妊娠妇女模块: 以下情况需填写: 当前怀孕或妊娠结局后 ≤ 21 天

通用指导

- 参与者的识别码由一个网站代码和一个参与者号码共同组成。您可以联系 COVID_ClinPlatform@who.int 在数据管理系统进行注册, 我们的数据管理组将联系并指导您数据录入, 并同时向您提供一个 5 位数的网站代码。
- 如需任何信息, 请联系我们。

模块 1. 入院时填写（入院 24 小时内）

机构名称 _____ 国家 _____

入院日期 [日][日]/[月][月]/[2][0][年][年]

1a. 纳入标准

存在提示 COVID-19 的体征或症状 ☐是 ☐否 ☐不详
 COVID-19 的实验室确认（抗原检测或分子检测） ☐是 ☐否 ☐不详
 如为阳性，最近一次检测的日期 [日][日]/[月][月]/[2][0][年][年]

1b. 基本信息

出生性别 ☐男 ☐女 ☐中间性 ☐不详 出生日期 [日][日]/[月][月]/[年][年][年][年]
 如出生日期不详，则记录：年龄 [] [] 岁 或 [] [] 月 或 [] [] 天
 如为儿童 <5 岁，请注明年龄： [] [] 月
 如为婴儿 <12 个月大，是否为早产儿（<37 周妊娠）？ ☐是 ☐否 ☐不详
 如为婴儿 <12 个月大，是否出生时低体重（<2.5 公斤）？ ☐是 ☐否 ☐不详
 如婴儿出生体重低，请注明出生体重： [] [] kg
 种族/民族（勾选所有适用项） ☐亚裔 ☐非洲裔/黑人 ☐高加索人/白人 ☐西班牙裔/拉丁裔 ☐其他 ☐不详
 是否为与患者接触的卫生工作者？ ☐是 ☐否 ☐不详
 当前怀孕？ ☐是 ☐否 ☐不详如回答是，也请填写妊娠模块。
 如回答否，入院时是否为妊娠结局 ≤21 天？ ☐是 ☐否 ☐不详
 如回答是，也请填写妊娠模块。
 如回答否，入院时是否为妊娠第 22-42 天？ ☐是 ☐否 ☐不详
 如果目前怀孕或最近一次妊娠 ≤21 天内，胎龄： [] [] 周。

1c. COVID-19 疫苗接种状况

患者是否接种了 COVID-19 疫苗？ ☐是 ☐否 ☐不详
 信息来源 ☐证据记录（疫苗卡/疫苗护照/机构记录/其他） ☐调用
 如回答是，接受的剂次 ☐1 ☐2 ☐3 ☐不详
 第 1 剂，请具体说明 ☐辉瑞 ☐莫德纳 ☐杨森 ☐阿斯利康 ☐科兴 ☐国药 ☐Bharat（Covaxin） ☐Sputnik ☐其他 ☐不详
 第 1 剂接种日期 [日][日]/[月][月]/[2][0][年][年]
 第 2 剂，请具体说明 ☐辉瑞 ☐莫德纳 ☐杨森 ☐阿斯利康 ☐科兴 ☐国药 ☐Bharat（Covaxin） ☐Sputnik ☐其他 ☐不详
 第 2 剂接种日期 [日][日]/[月][月]/[2][0][年][年]
 第 3 剂，请具体说明 ☐辉瑞 ☐Moderna ☐杨森 ☐阿斯利康 ☐科兴 ☐国药 ☐Bharat（Covaxin） ☐Sputnik ☐其他 ☐不详
 第 3 剂接种日期 [日][日]/[月][月]/[2][0][年][年]

1d. 发病日期和入院时的生命体征（ / ）

症状出现（首次/最早出现症状的日期） [日][日]/[月][月]/[2][0][年][年]
 收入本院日期 [日][日]/[月][月]/[2][0][年][年]
 在本次患病期间，患者是否从另一个机构转移到本机构？ ☐是 ☐否 ☐不详
 体温 [] [] ° 摄氏度 心率 [] [] 次/分 呼吸频率 [] [] 次/分
 血压 [] [] [] （收缩压） [] [] [] （舒张压） mmHg
 血氧饱和度： [] [] % ☐室内空气 ☐氧疗 ☐不详 AVPU（圈出一项）
 中上臂围 [] [] [] mm 身高 [] [] [] cm 体重 [] [] [] kg

1e. 共患病 ()			
慢性心脏病 ()	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	糖尿病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
高血压	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	目前吸烟	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
慢性肺病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	结核病 (活动性)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
哮喘病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	结核病 (既往)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
慢性肾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	脑血管疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
慢性肝病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	恶性肿瘤 (活跃, 过去 6 个月)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
自身免疫病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	恶性肿瘤 (缓解, >6 个月)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
慢性神经失调	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	精神障碍	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
免疫缺陷	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	其他	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
痴呆症	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	如回答是, 请具体说明:	
艾滋病毒 (HIV) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (正在接受抗逆转录病毒治疗/ART) <input type="checkbox"/> 是 (未接受抗逆转录病毒治疗 ART) <input type="checkbox"/> 不详			

1f. COVID-19 再感染
患者之前是否再次感染过 COVID-19? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
如回答是, 请具体说明以下内容:
上一次发病日期 [日][日][月][月][2][0][年][年]
上一次感染 COVID-19 是否通过实验室检测得到证实? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
患者上一次感染是否住院? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
如回答是, 请注明上一次的入院日期 [日][日][月][月][2][0][年][年]

1g. 入院时体征和症状			
发热史	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	下胸壁凹陷	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
咳嗽	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	头痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
伴咳痰	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	意识改变/意识模糊	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
伴咳血	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	惊厥	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
咽痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	呕吐/恶心	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
流涕	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	腹泻	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
喘息	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	结膜炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
胸痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	皮疹	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
肌肉痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	颅内出血	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
关节痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	缺血性脑卒中	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
疲劳/萎靡	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	淋巴结肿大	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
味觉减退	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	无法行走	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
嗅觉减退	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	视物模糊	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
呼吸短促	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	手/脚口腔粘膜脱皮或肿胀	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
其他: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是, 请具体说明: _____			

1h. 入院前和长期药物治疗情况 入院前 14 天用药情况	
氧疗 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 秋水仙碱 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 羟氯喹 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 伊维菌素 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 全身糖皮质激素 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 抗真菌剂 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	抗病毒药物 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是, 请具体说明药物: <input type="checkbox"/> 氟沙明 <input type="checkbox"/> 莫努匹那韦 <input type="checkbox"/> 奥司他韦 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不详 抗生素 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是, 请具体说明药物: <input type="checkbox"/> 阿奇霉素 <input type="checkbox"/> 环丙沙星/左氧氟沙星 <input type="checkbox"/> 阿莫西林/克拉维酸 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不详
1i. 药物治疗 入院当天患者是否接受以下治疗:	

接受血源性产品？ ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是，请具体说明：☐IV免疫球蛋白☐康复期血浆☐其他_____；

接受羟氯喹治疗？ ☐是 ☐否 ☐不详 **伊维菌素** ☐是☐否☐不详

接受实验药物？

接受植物疗法？ ☐是 ☐否 ☐不详

接受IL-1拮抗剂治疗？ ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是，请具体说明：☐阿那白滞☐卡那木单抗☐其他IL-1拮抗剂☐不详

接受IL-6拮抗剂治疗？ ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是，请具体说明：☐司妥昔单抗☐沙利叶酸单抗☐托珠单抗☐其他IL-6拮抗剂☐不详

接受Janus激酶抑制剂治疗？ ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是，请具体说明：☐阿卡鲁替尼☐伊布替尼☐扎努布替尼☐巴瑞替尼☐鲁索利替尼☐托伐菌素☐其他激酶抑制剂☐不详

接受中和单克隆抗体治疗？ ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是，请具体说明：☐Casirivimab 和 Imdevimab☐Sotrovimab☐Bamlanivimab和Etesevimab☐其他☐不详

接受类固醇治疗？ ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是，请具体说明：☐地塞米松☐氢化可的松☐泼尼松☐甲基泼尼松龙☐不详

接受抗血栓/抗凝药物？ ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是，请具体说明：☐普通肝素☐低分子量肝素☐华法林☐直接口服抗凝剂☐其他☐不详

接受抗病毒药物治疗？ ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是，请具体说明：☐瑞德西韦☐洛匹那韦/利托那韦☐莫努匹拉韦☐法匹拉韦☐阿昔洛韦/更昔洛韦☐氟伏沙明☐其他☐不详

如为 HIV 阳性，是否接受抗逆转录病毒治疗(ART)？ ☐是☐否☐不详

如回答是，请具体说明：☐2 核苷类逆转录酶抑制剂（NRTI）+度鲁特韦☐2 NRTI+非核苷类逆转录酶抑制剂（NNRTIs）☐2 NRTI + 雷特格韦☐2 NRTI + 蛋白酶抑制剂☐不详

接受抗生素治疗？ ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是，请具体说明：

☐大环内酯类药物（例如阿奇霉素、克拉霉素）

☐氟喹诺酮类药物（例如环丙沙星、左氧氟沙星、莫西沙星）

☐第 3 代和第 4 代头孢菌素

（例如头孢曲松、头孢噻肟、头孢他啶、头孢吡肟）

☐第 5 代头孢菌素（例如头孢洛扎/他唑巴坦）

☐头孢他啶/阿维巴坦

☐碳青霉烯类（例如亚胺培南、美罗培南）

☐哌拉西林-他唑巴坦

☐阿莫西林-克拉维酸

☐复方新诺明

☐多粘菌素

☐庆大霉素或阿米卡星

☐万古霉素或替考拉宁

☐达托霉素

☐利奈唑胺或泰地唑胺

☐其他

☐不详

接受抗真菌剂治疗？ ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是，请具体说明：☐阿非曲霉素 B☐氟康唑☐环唑☐氟胞嘧啶☐其他☐不详

1j.支持性治疗入院当天患者是否接受以下治疗：

收入重症监护室（ICU）或加护病房？☐是 ☐否 ☐不详

氧气来源：☐氧气管 ☐氧气瓶 ☐氧气浓缩机 ☐不详

接受氧疗？ ☐是☐否☐不详 如回答是，请在下面具体说明接受的最高护理：

接口：☐鼻翼管 ☐高流量鼻导管 ☐氧气面罩 ☐文氏面罩 ☐储氧面罩 ☐持续正压通气（CPAP）/双相气道正压通气(BiPAP)
☐插管 ☐不详

如果使用以下任何一种：鼻翼管；或简单的口罩；或文氏面罩或储氧面罩：请具体说明：

最大氧气流量： ☐1–5 升/分 ☐6–10 升/分 ☐11–15 升/分 ☐> 15 升/分 ☐不详

如为高流量鼻导管，请具体说明：**最大氧体积分数（FiO2）** _____ **最大氧气流率** _____

如为无创通气（例如双相气道正压通气(BiPAP)/持续正压通气（CPAP）），请具体说明：**最大吸气正压** _____

最大呼气正压 _____ **最大氧体积分数（FiO2）** _____

如为有创通气，请具体说明：**最大呼气末正压** _____ **最大氧体积分数（FiO2）** _____

体外支持（体外膜肺氧合）？ ☐是 ☐否 ☐不详

俯卧位通气？ ☐是 ☐否 ☐不详

正性肌力药/血管加压药？ ☐是 ☐否 ☐不详

肾替代疗法 ☐是 ☐否 ☐不详

输血 ☐是 ☐否 ☐不详

血浆置换疗法 ☐是 ☐否 ☐不详

1k. 入院时的实验室结果							
参数	数值	单位		参数	数值*	单位	
血红蛋白		<input type="checkbox"/> g/L	<input type="checkbox"/> g/dL	肌酐		<input type="checkbox"/> mg/dL	<input type="checkbox"/> μmol/L
白细胞计数		<input type="checkbox"/> /mm ³	<input type="checkbox"/> G/L (= x10 ⁹ /L)	钠		<input type="checkbox"/> mEq/L = mmol/L	
血细胞比容		<input type="checkbox"/> %		钾		<input type="checkbox"/> mEq/L = mmol/L	
中性粒细胞		<input type="checkbox"/> /mm ³	<input type="checkbox"/> G/L (= x10 ⁹ /L)	纤维蛋白原		<input type="checkbox"/> mg/dL	
血小板		<input type="checkbox"/> /mm ³	<input type="checkbox"/> G/L (= x10 ⁹ /L)	降钙素原		<input type="checkbox"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> μg/L
活化部分凝血活酶时间 (APTT/APTR)		<input type="checkbox"/> 秒		C 反应蛋白 (CRP)		<input type="checkbox"/> mg/L	<input type="checkbox"/> mg/dL
PT		<input type="checkbox"/> 秒		乳酸脱氢酶 (LDH)		<input type="checkbox"/> IU/L	
国际标准化比率 (INR)				肌酸激酶		<input type="checkbox"/> IU/L	<input type="checkbox"/> UKAT/L
谷丙转氨酶 (ALT/SGPT)		<input type="checkbox"/> IU/L		肌钙蛋白		<input type="checkbox"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> μg/L
谷草转氨酶 (AST/SGOT)		<input type="checkbox"/> IU/L		红细胞沉降率 (ESR)		__ mm/小时	
总胆红素		<input type="checkbox"/> mg/dL	<input type="checkbox"/> μmol/L	D-二聚体		<input type="checkbox"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> μg/L
尿素氮(BUN)		<input type="checkbox"/> mg/dL	<input type="checkbox"/> μmol/L	<input type="checkbox"/> mmol/L	铁蛋白	<input type="checkbox"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> μg/L
乳酸		<input type="checkbox"/> mg/dL	<input type="checkbox"/> mmol/L		白细胞介素-6	<input type="checkbox"/> pg/mL	

模块 2 收入或转入重症监护室（收入/转入后 24 小时内）。

随访日期 [] 日 [] 月 [] 年 [] 月 [] 日 [] 时 [] 分 [] 秒

病人在这一天被转移到重症监护室了吗？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

2a. 生命体征（记录 00:00-24:00 期间最异常数值）

体温 [] [] [] °C 心率 [] [] [] 次/分 呼吸频率 [] [] [] 呼吸/分
 血压 [] [] [] （收缩压） [] [] [] （舒张压） mmHg A V P U （圈出一项）
 氧饱和度 ☐ 室内空气 ☐ 氧疗 ☐ 不详

2b. 入院时的实验室结果

参数	数值	单位		参数	数值*	单位	
血红蛋白		<input type="checkbox"/> g/L	<input type="checkbox"/> g/dL	肌酐		<input type="checkbox"/> mg/dL	<input type="checkbox"/> μmol/L
白细胞计数		<input type="checkbox"/> /mm ³	<input type="checkbox"/> G/L (= x10 ⁹ /L)	钠		<input type="checkbox"/> mEq/L = mmol/L	
血细胞比容		<input type="checkbox"/> %		钾		<input type="checkbox"/> mEq/L = mmol/L	
中性粒细胞		<input type="checkbox"/> /mm ³	<input type="checkbox"/> G/L (= x10 ⁹ /L)	纤维蛋白原		<input type="checkbox"/> mg/dL	
血小板		<input type="checkbox"/> /mm ³	<input type="checkbox"/> G/L (= x10 ⁹ /L)	降钙素原		<input type="checkbox"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> μg/L
活化部分凝血活酶时间 (APTT/APTR)		<input type="checkbox"/> 秒		C 反应蛋白 (CRP)		<input type="checkbox"/> mg/L	<input type="checkbox"/> mg/dL
PT		<input type="checkbox"/> 秒		乳酸脱氢酶 (LDH)		<input type="checkbox"/> IU/L	
国际标准化比率 (INR)				肌酸激酶		<input type="checkbox"/> IU/L	<input type="checkbox"/> UKAT/L
谷丙转氨酶 (ALT/SGPT)		<input type="checkbox"/> IU/L		肌钙蛋白		<input type="checkbox"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> μg/L
谷草转氨酶 (AST/SGOT)		<input type="checkbox"/> IU/L		红细胞沉降率 (ESR)		__ mm/小时	
总胆红素		<input type="checkbox"/> mg/dL	<input type="checkbox"/> μmol/L	D-二聚体		<input type="checkbox"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> μg/L
尿素氮(BUN)		<input type="checkbox"/> mg/dL	<input type="checkbox"/> μmol/L	铁蛋白		<input type="checkbox"/> ng/mL	<input type="checkbox"/> μg/L
乳酸		<input type="checkbox"/> mg/dL	<input type="checkbox"/> mmol/L	白细胞介素-6		<input type="checkbox"/> pg/mL	

2c. 用药入院当天患者是否接受以下治疗：

接受血源性产品？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

如回答是，请具体说明：☐ IV免疫球蛋白 ☐ 康复期血浆 ☐ 其他_____；

接受羟氯喹治疗？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详 伊维菌素 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

接受实验药物？

接受植物疗法？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

接受IL-1拮抗剂？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

如回答是，请具体说明：☐ 阿那白滞 ☐ 卡那木单抗 ☐ 其他IL-1拮抗剂 ☐ 不详

接受IL-6拮抗剂？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

如回答是，请具体说明：☐ 司妥昔单抗 ☐ 沙利叶酸单抗 ☐ 托珠单抗 ☐ 其他IL-6拮抗剂 ☐ 不详

接受Janus激酶抑制剂？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

如回答是，请具体说明：☐ 阿卡鲁替尼 ☐ 伊布替尼 ☐ 扎努布替尼 ☐ 巴瑞替尼 ☐ 鲁索利替尼 ☐ 托伐菌素
☐ 其他激酶抑制剂 ☐ 不详

接受中和单克隆抗体？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

如回答是，请具体说明：☐ Casirivimab 和 Imdevimab ☐ Sotrovimab ☐ Bamlanivimab 和 Etesevimab ☐ 其他 ☐ 不详

接受类固醇治疗？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

如回答是，请具体说明：☐ 地塞米松 ☐ 氢化可的松 ☐ 泼尼松 ☐ 甲基泼尼松龙 ☐ 不详

接受抗血栓/抗凝药物？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

如回答是，请具体说明：☐ 普通肝素 ☐ 低分子量肝素 ☐ 华法林 ☐ 直接口服抗凝剂 ☐ 其他 ☐ 不详

接受抗病毒药物治疗？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

如回答是，请具体说明：☐ 瑞德西韦 ☐ 洛匹那韦/利托那韦 ☐ 莫努匹拉韦 ☐ 法匹拉韦 ☐ 阿昔洛韦/更昔洛韦
☐ 氟伐沙明 ☐ 其他 ☐ 不详

如为 HIV 阳性，接受抗逆转录病毒治疗 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

如回答是，请具体说明：☐ 2 核苷类逆转录酶抑制剂（NRTI）+ 度鲁特韦 ☐ 2 NRTI+ 非核苷类逆转录酶抑制剂（NNRTIs）
☐ 2 NRTI + 雷特格韦 ☐ 2 NRTI + 蛋白酶抑制剂 ☐ 不详

接受抗生素治疗？ 是 否 不详

如回答是，请具体说明：

☐ 大环内酯类药物（例如阿奇霉素、克拉霉素）

☐ 氟喹诺酮类药物（例如环丙沙星、左氧氟沙星、莫西沙星）

☐ 第 3 代和第 4 代头孢菌素

（例如头孢曲松、头孢噻肟、头孢他啶、头孢吡肟）

☐ 第 5 代头孢菌素（例如头孢洛扎/他唑巴坦）

☐ 头孢他啶/阿维巴坦

☐ 碳青霉烯类（例如亚胺培南、美罗培南）

☐ 哌拉西林-他唑巴坦其他

☐ 阿莫西林-克拉维酸

☐ 复方新诺明

☐ 粘菌素

☐ 庆大霉素或阿米卡星

☐ 万古霉素或替考拉宁

☐ 达托霉素

☐ 利奈唑胺或泰地唑胺

☐ 其他

☐ 不详

接受抗真菌剂治疗？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

如回答是，请具体说明：如回答是，请具体说明：☐ 阿非曲霉素 B ☐ 氟康唑 ☐ 环唑 ☐ 氟胞嘧啶 ☐ 其他 ☐ 不详

2d. 支持性治疗 入院当天患者是否接受以下治疗：

收入重症监护室（ICU）或加护病房？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

氧气来源：☐ 氧气管 ☐ 氧气瓶 ☐ 氧气浓缩机 ☐ 不详

接受氧疗？ ☐ 是的 ☐ 否 ☐ 不详 如回答是，请在下面具体说明接受的最高护理：

接口：☐ 鼻翼管 ☐ 高流量鼻导管 ☐ 氧气面罩 ☐ 文氏面罩 ☐ 储氧面罩 ☐ 持续正压通气（CPAP）/双相气道正压通气（BiPAP）
☐ 插管 ☐ 不详

如果使用以下任何一种：鼻塞/简易面罩/文氏面罩/储氧面罩，最大氧气流量：☐ 1–5 L/分 ☐ 6–10 L/分 ☐ 11–15 L/分
☐ > 15 L/分 ☐ 不详

如为高流量鼻导管，请具体说明：最大氧体积分数（FiO₂）_____ 最大氧气流率_____

如为无创通气（例如双相气道正压通气（BiPAP）/持续正压通气（CPAP）），请具体说明：最大吸气正压_____
最大呼气正压_____ 最大氧体积分数（FiO₂）_____

如为有创通气，请具体说明：最大呼气末正压_____ 最大氧体积分数（FiO₂）_____

体外支持（体外膜肺氧合）？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

俯卧位通气？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

正性肌力药/血管加压药？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

肾替代疗法 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

输血 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

血浆置换疗法 ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不详

模块 3. 在患者出院或死亡时填写

3a. 住院期间的诊断/病原体检测

是否行胸部 X-光/CT 检查? ☐是 ☐否 ☐不详 如回答是, 是否存在肺浸润? ☐是 ☐否 ☐不详

本次病程期间是否进行病原体检测? ☐是 ☐否 ☐不详 如回答是, 请填写以下各项:

在住院期间任何时间是否进行了严重急性呼吸综合征冠状病毒 2 (SARS-CoV-2) 检测? ☐是 ☐否 ☐不详

是否进行了严重急性呼吸综合征冠状病毒 2 的测序? ☐是 ☐否 ☐不详

患者是否感染了需要关注的变异株 (VOC)? ☐是 ☐否 ☐不详 如非需要关注的变异株, 请注明变异株: _____

如识别出需要关注的变异株, 请具体说明变异株: ☐阿尔法 (Alpha) - B.1.1.7, 2020 年 12 月命名; ☐贝塔 (Beta) - B.1.351, 2020 年 12 月命名; ☐伽玛 (Gamma) - P.1, 2021 年 1 月命名; ☐德尔塔 (Delta) - B.1.617.2, 2021 年 5 月命名; ☐奥密克戎 (Omicron), B.1.1.529, 2021 年 10 月命名; ☐其他, 请具体说明: _____

如果鉴定出需要关注的变异株 (VOC), 请选择使用的方法: ☐测序 ☐代理标记。

如果使用代理标记, 请选择方法: ☐通过聚合酶链反应 (PCR) 检测 S 基因靶标失效 (SGTF) ☐基于 PCR 的单核苷酸多态性 (SNP) 测定, ☐其他, 指定: _____

检测到其他病毒? ☐是 ☐否 ☐不详 如回答是, 请具体说明: ☐流感 ☐HIV ☐RSV ☐HBV ☐HCV ☐其他 ☐不详

如果检测到 HIV 病毒, 请具体说明: 上次病毒载量: _____ 上次 CD4: _____

是否进行了细菌鉴定培养? ☐是 ☐否 ☐不详

如果进行了培养, 请在下面具体说明细菌种类:

检测到绿脓杆菌? ☐是 ☐否 ☐不详

如果检测到假单胞菌, 培养的身体部位 ☐血 ☐肺 ☐软组织 ☐尿道 ☐其他 ☐不详

如回答是, 是否耐碳青霉烯类假单胞菌 (CRPA) ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是, 是否耐多粘菌素假单胞菌? ☐是 ☐否 ☐不详

检测到鲍曼不动杆菌? ☐是 ☐否 ☐不详

如果检测到不动杆菌, 培养的身体部位 ☐血 ☐肺 ☐软组织 ☐尿道 ☐其他 ☐不详

如回答是, 是否为耐碳青霉烯类鲍曼不动杆菌? ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是, 是否耐多粘菌素鲍曼不动杆菌? ☐是 ☐否 ☐不详

检测到肠杆菌科 (例如大肠杆菌、克雷伯氏菌、变形杆菌)? ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是, 培养的身体部位 ☐血 ☐肺 ☐软组织 ☐尿道 ☐其他 ☐不详

如回答是, 肠杆菌科是否对第 3 代和第 4 代头孢菌素 (例如头孢曲松、头孢噻肟、头孢他啶、头孢吡肟) 耐药 ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是, 是否耐碳青霉烯类肠杆菌科 (CRE)? ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是, 是否耐多粘菌素肠杆菌科? ☐是 ☐否 ☐不详

检测到金黄色葡萄球菌? ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是, 是否耐甲氧西林金黄色葡萄球菌 (MRSA)? ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是, 是否耐万古霉素金黄色葡萄球菌? ☐是 ☐否 ☐不详

检测到粪肠球菌? ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是, 是否为耐万古霉素肠球菌 (VRE)? ☐是 ☐否 ☐不详

检测到流感嗜血杆菌? ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是, 是否为耐氨苄西林流感嗜血杆菌? ☐是 ☐否 ☐不详

检测到幽门螺杆菌? ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是, 是否为耐克拉霉素螺杆菌 ☐是 ☐否 ☐不详

检测到肺炎链球菌? ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是, 是否为耐青霉素链球菌 ☐是 ☐否 ☐不详

住院期间培养细菌的身体部位总数 (如血液等) ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐ >4 ☐不详

在住院期间是否发现了多重耐药生物的细菌定植 (没有感染迹象)? ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是, 是否为耐碳青霉烯类耐假单胞菌? ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是, 是否为耐碳青霉烯类鲍曼不动杆菌? ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是, 是否为耐碳青霉烯类肠杆菌科 (大肠杆菌, 克雷伯氏菌, 变形杆菌) (CRE)? ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是, 是否耐甲氧西林金黄色葡萄球菌 (MRSA)? ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是, 是否为耐万古霉素肠球菌 (VRE)? ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是, 是否检测到耐多药 (MDR) 结核病? ☐是 ☐否 ☐不详

检测到真菌? ☐是 ☐否 ☐不详

如回答是, 检测到真菌病原体的身体部位 ☐血 ☐肺 ☐软组织 ☐尿道 ☐其他 ☐不详

如回答是, 念珠菌对氟康唑、两性霉素 B 或伏立康唑是否耐药? ☐是 ☐否 ☐不详

检测到曲霉菌? ☐是 ☐否 ☐不详

检测到毛霉菌? ☐是 ☐否 ☐不详

3b. 并发症 住院期间，患者是否出现以下情况：			
休克	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	菌血症	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
惊厥	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	出血	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
脑膜炎/脑炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	心内膜炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
肺栓塞	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	心肌炎/心包炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
心率失常	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	急性肾损伤	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
心脏骤停	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	胰腺炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
深静脉栓塞	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	肝功异常	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
支气管炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	心肌病变	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
急性呼吸道窘迫综合征 (ARDS)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	输液	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
脑卒中：缺血性脑卒中	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	精神障碍	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
脑卒中：脑出血	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	其他 如回答是，请具体说明：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
感染			
患者在住院期间是否被诊断为感染 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是，请说明是否为：			
上呼吸道感染	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	血流感染	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
下呼吸道感染	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	消化道感染	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
尿路感染	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	腹腔内感染	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
皮肤和软组织感染	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	心血管感染	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
骨骼和关节感染	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	中枢神经系统感染	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
出院时的联合诊断			
ICD-10 代码 _____		ICD-10 代码 _____	
ICD-10 代码 _____		ICD-10 代码 _____	
ICD-10 代码 _____		ICD-10 代码 _____	

3c. 药物治疗 住院期间患者是否接受以下治疗：
接受血源性产品？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是，请具体说明： <input type="checkbox"/> IV免疫球蛋白 <input type="checkbox"/> 康复期血浆 <input type="checkbox"/> 其他 _____；
接受羟氯喹治疗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
伊维菌素 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
接受实验性药物？接受植物疗法？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
接受IL-1拮抗剂治疗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是，请具体说明： <input type="checkbox"/> 阿那白滞素 <input type="checkbox"/> 康纳单抗 <input type="checkbox"/> 其他IL-1拮抗剂 <input type="checkbox"/> 不详
接受IL-6拮抗剂治疗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是，请具体说明： <input type="checkbox"/> 司妥昔单抗 <input type="checkbox"/> 沙利叶酸单抗 <input type="checkbox"/> 托珠单抗 <input type="checkbox"/> 其他IL-6拮抗剂 <input type="checkbox"/> 不详
接受Janus激酶抑制剂治疗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是，请具体说明： <input type="checkbox"/> 阿卡鲁替尼 <input type="checkbox"/> 伊布替尼 <input type="checkbox"/> 扎努布替尼 <input type="checkbox"/> 巴瑞替尼 <input type="checkbox"/> 鲁索利替尼 <input type="checkbox"/> 托伐菌素 <input type="checkbox"/> 其他激酶抑制剂 <input type="checkbox"/> 不详
接受中和单克隆抗体治疗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是，请具体说明： <input type="checkbox"/> Casirivimab 和 Imdevimab <input type="checkbox"/> Sotrovimab <input type="checkbox"/> Bamlanivimab 和 Etesevimab <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不详
接受类固醇治疗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是，请具体说明： <input type="checkbox"/> 地塞米松 <input type="checkbox"/> 氢化可的松 <input type="checkbox"/> 泼尼松 <input type="checkbox"/> 甲基泼尼松龙 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是，请具体说明： <input type="checkbox"/> 高剂量（地塞米松20毫克/天x 5天和10毫克/天x 5天；或甲基泼尼松80毫克/天x 5天） <input type="checkbox"/> 低剂量（地塞米松6毫克/天；或氢化可的松200毫克/天x 7天，然后100毫克/天x 4天，然后50毫克/天，持续2/3天）
接受抗血栓/抗凝药物？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是，请具体说明： <input type="checkbox"/> 普通肝素 <input type="checkbox"/> 低分子量肝素 <input type="checkbox"/> 华法林 <input type="checkbox"/> 直接口服抗凝剂 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不详
接受抗病毒药物治疗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是，请具体说明： <input type="checkbox"/> 瑞德西韦 <input type="checkbox"/> 洛匹那韦/利托那韦 <input type="checkbox"/> 莫努匹拉韦 <input type="checkbox"/> 法匹拉韦 <input type="checkbox"/> 阿昔洛韦/更昔洛韦 <input type="checkbox"/> 氟伐沙明 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不详
如为 HIV 阳性，是否接受抗逆转录病毒（ART）治疗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是，请具体说明： <input type="checkbox"/> 2 核苷类逆转录酶抑制剂（NRTI）+度鲁特韦 <input type="checkbox"/> 2 NRTI +非核苷类逆转录酶抑制剂（NNRTIs） <input type="checkbox"/> 2 NRTI+雷特格韦 <input type="checkbox"/> 2 NRTI +蛋白酶抑制剂 <input type="checkbox"/> 不详
接受抗生素治疗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是，请具体说明治疗类型： <input type="checkbox"/> 经验性 <input type="checkbox"/> 靶向 <input type="checkbox"/> 不详
接受抗真菌剂治疗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是，请具体说明： <input type="checkbox"/> 阿非曲霉素 B <input type="checkbox"/> 氟康唑 <input type="checkbox"/> 环唑 <input type="checkbox"/> 氟胞嘧啶 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不详

住院期间接受的抗生素	
<p>已知抗菌剂？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，请具体说明：</p> <p>大环内酯类药物（例如阿奇霉素、克拉霉素） <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如果给予大环内酯类药物，请具体说明治疗类型： <input type="checkbox"/>经验性 <input type="checkbox"/>靶向 <input type="checkbox"/>不详 大环内酯类药物给药>72 小时？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详</p> <p>氟喹诺酮类药物（例如环丙沙星、左氧氟沙星、莫西沙星） <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如果给予氟喹诺酮类药物，请具体说明治疗类型： <input type="checkbox"/>经验性 <input type="checkbox"/>靶向 <input type="checkbox"/>不详 氟喹诺酮类药物给药>72 小时？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详</p> <p>第 3 代和第 4 代头孢菌素（例如头孢曲松、头孢噻肟、头孢他啶、头孢吡肟）？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，请具体说明治疗类型：<input type="checkbox"/>经验性 <input type="checkbox"/>靶向 <input type="checkbox"/>不详 第 3 代和第 4 代头孢菌素给药>72 小时？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详</p> <p>第 5 代头孢菌素（例如头孢洛扎/他唑巴坦）？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，请具体说明治疗类型：<input type="checkbox"/>经验性 <input type="checkbox"/>靶向 <input type="checkbox"/>不详 第 5 代头孢菌素给药>72 小时？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详</p>	<p>头孢他啶/阿维巴坦？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，请具体说明治疗类型：<input type="checkbox"/>经验性 <input type="checkbox"/>靶向 <input type="checkbox"/>不详</p> <p>碳青霉烯类（例如亚胺培南、美罗培南）？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，请具体说明治疗类型：<input type="checkbox"/>经验性 <input type="checkbox"/>靶向 <input type="checkbox"/>不详</p> <p>哌拉西林-他唑巴坦？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，请具体说明治疗类型：<input type="checkbox"/>经验性 <input type="checkbox"/>靶向 <input type="checkbox"/>不详</p> <p>阿莫西林-克拉维酸？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，请具体说明治疗类型：<input type="checkbox"/>经验性 <input type="checkbox"/>靶向 <input type="checkbox"/>不详</p> <p>复方新诺明？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，请具体说明治疗类型：<input type="checkbox"/>经验性 <input type="checkbox"/>靶向 <input type="checkbox"/>不详</p> <p>多粘菌素？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，请具体说明治疗类型：<input type="checkbox"/>经验性 <input type="checkbox"/>靶向 <input type="checkbox"/>不详</p> <p>庆大霉素或阿米卡星？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，请具体说明治疗类型：<input type="checkbox"/>经验性 <input type="checkbox"/>靶向 <input type="checkbox"/>不详</p> <p>万古霉素或替考拉宁？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，请具体说明治疗类型：<input type="checkbox"/>经验性 <input type="checkbox"/>靶向 <input type="checkbox"/>不详</p> <p>达托霉素？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，请具体说明治疗类型：<input type="checkbox"/>经验性 <input type="checkbox"/>靶向 <input type="checkbox"/>不详</p> <p>利奈唑胺或泰地唑胺？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，请具体说明治疗类型：<input type="checkbox"/>经验性 <input type="checkbox"/>靶向 <input type="checkbox"/>不详</p> <p>其他抗生素？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详</p>

3d.支持性治疗 在住院期间，患者是否接受了：
<p>收入重症监护室（ICU）或加护病房？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，持续时间：____天 重症监护室收入日期 [日][日]/[月][月]/[2][0][年][年] <input type="checkbox"/>不适用 重症监护病房转出日期 [日][日]/[月][月]/[2][0][年][年] <input type="checkbox"/>不适用 氧疗？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，填写每项：持续时间：____天 氧气流量： <input type="checkbox"/>1–5 L/分 <input type="checkbox"/>6–10 L/分 <input type="checkbox"/>11–15 L/分 <input type="checkbox"/> > 15 L/分 氧气来源： <input type="checkbox"/>氧气管 <input type="checkbox"/>氧气瓶 <input type="checkbox"/>氧气浓缩机 接口： <input type="checkbox"/>鼻翼管 <input type="checkbox"/>高流量鼻导管 <input type="checkbox"/>氧气罩 <input type="checkbox"/>储氧面罩 <input type="checkbox"/>持续正压通气/无创通气面罩 无创通气？（例如双相气道正压通气/持续正压通气） <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，总时间：____天 有创通气（任何）？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，持续时间：____天 体外支持（体外膜肺氧合）？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，持续时间：____天 俯卧位通气？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，持续时间：____天 正性肌力药/血管加压药？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 如回答是，持续时间：____天 肾替代疗法（RRT）或透析？ <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详</p>

3e.结局
<p>结局： <input type="checkbox"/>出院 <input type="checkbox"/>转移到护理水平较高的其他机构 <input type="checkbox"/>转移到护理水平较低的其他机构 <input type="checkbox"/>姑息性出院 <input type="checkbox"/>不详 <input type="checkbox"/>院内死亡 <input type="checkbox"/>仍在住院 结局日期： [D][D]/[M][M]/[2][0][Y][Y] 如果出院，与本次患病之前相比的新损伤（勾选所有适用项）： <input type="checkbox"/>身体 <input type="checkbox"/>认知 <input type="checkbox"/>精神 <input type="checkbox"/>吞咽 <input type="checkbox"/>无 <input type="checkbox"/>不详 如果出院，出院时与发病前比较，自理能力： <input type="checkbox"/>与发病前相同 <input type="checkbox"/>更差 <input type="checkbox"/>更好 <input type="checkbox"/>不详 如果出院，转至门诊康复： <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详 出院时是否存在任何后遗症： <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>不详</p>

妊娠妇女模块：

目前怀孕或近期怀孕（妊娠结局出院 21 天内）的女性填写

入院 24 小时内填写

P-1a.入院时妊娠状态	
妊娠未分娩	<input type="checkbox"/>
妊娠分娩中	<input type="checkbox"/>
产后 [天]*	<input type="checkbox"/> [天] 母乳喂养？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
最佳估计的	
胎龄完整孕周数：	[] [] 周
堕胎/流产后	<input type="checkbox"/>
胎儿数量	<input type="checkbox"/> 单胎 <input type="checkbox"/> 双胞胎 <input type="checkbox"/> 三胞胎 <input type="checkbox"/> 其他 [数目] <input type="checkbox"/> 不详
是否为试管婴儿怀孕？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
P-1b.堕胎或自然流产（入院前）	
人工流产或自然流产的日期？ [] 日 [] 月 [] 月 [] 2 [] 0 [] 年 [] 年 []	
当时是否有 COVID-19 症状出现？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	
P-1c.分娩史	
既往超过 22 孕周的妊娠次数 [次数]	
既往阴道分娩次数 [次数]	
既往剖宫产分娩次数 [次数]	
P-1d.请勾选既往分娩的以下情况：	
早产 (< 37 孕周)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
先天畸形	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
死胎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
新生儿死亡 (<=7 天)	<input type="checkbox"/> 是 [天] <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
体重 < 2500g	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
体重 > 4500g	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
P-1e.酒精、毒品——本次妊娠期间的危险因素	
饮酒	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
非法/娱乐性药物摄取	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
P-1f.本次妊娠期间用药情况（本次发病之前）	
发热或疼痛治疗	对乙酰氨基酚/扑热息痛 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
	非甾体抗炎药 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
	其他，请具体说明：
抗癫痫药物	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是，请注明通用名称：
止吐药物	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是，请注明通用名称：
产前维生素及微量元素	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是，请注明通用名称：
抗病毒药物	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是，请注明通用名称：
抗生素	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如回答是，请注明通用名称：
P-1g.胎心率（表现的/入院时最初可获得的数据）	
胎心率	（胎心率）： [] [] [] 次/分

在患者出院或死亡时填写。

P-3a.分娩、妊娠及产妇特征		
住院期间分娩	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
分娩日期	[日][日][月][月][2][0][年][年]	
分娩途径	<input type="checkbox"/> 阴道分娩 <input type="checkbox"/> 剖宫产 剖宫产原因: <input type="checkbox"/> 滞产 <input type="checkbox"/> 胎位异常 <input type="checkbox"/> 胎儿宫内窘迫 <input type="checkbox"/> 出生缺陷 <input type="checkbox"/> 重复剖腹产 <input type="checkbox"/> 慢性疾病 <input type="checkbox"/> 脐带脱垂 <input type="checkbox"/> 头盆不称 <input type="checkbox"/> 不详	
产程发动	<input type="checkbox"/> 自然分娩 <input type="checkbox"/> 分娩前剖宫产 <input type="checkbox"/> 人工引产 <input type="checkbox"/> 不详	
分娩时胎先露	<input type="checkbox"/> 头先露 <input type="checkbox"/> 肩先露（横产式） <input type="checkbox"/> 臀先露	
分娩时羊水	<input type="checkbox"/> 清 <input type="checkbox"/> 胎粪污染 <input type="checkbox"/> 不详	

P-3b.出院时活产以外的妊娠结局	
妊娠结局	<input type="checkbox"/> 未分娩/完整妊娠 <input type="checkbox"/> 自然流产* <input type="checkbox"/> 人工流产* <input type="checkbox"/> 过期流产* <input type="checkbox"/> 浸软死胎* <input type="checkbox"/> 死产* <input type="checkbox"/> 入院时已为流产后/产后状态* *妊娠结局日期: [D][D][M][M][2][0][Y][Y]
产妇死亡	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如回答是，死亡原因为？ <input type="checkbox"/> 流产结局 <input type="checkbox"/> 妊娠期间、分娩时及产后高血压 <input type="checkbox"/> 产科出血 <input type="checkbox"/> 妊娠相关感染 <input type="checkbox"/> 非上述原因的其他产科并发症 <input type="checkbox"/> 未预期的操作并发症（例如麻醉相关并发症） <input type="checkbox"/> 间接性产妇死亡 <input type="checkbox"/> 原因不明产妇死亡 <input type="checkbox"/> 意外死亡（例如机动车事故）

P-3c.并发症	
怀孕期间的并发症	妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 妊娠高血压 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 贫血 (Hb < 11 g/dL) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 产科感染 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 宫内发育受限 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 出血 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
急性或晚期妊娠并发症	胎盘前置/粘连性胎盘/穿透性胎盘 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 先兆子痫/子痫 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 胎盘早剥 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 早产性宫缩 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 早产分娩 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 胎膜早破 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 产后败血症或严重感染 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 出血 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 如有出血，选择类型： <input type="checkbox"/> 产前/产中 <input type="checkbox"/> 产后出血 <input type="checkbox"/> 流产相关 栓塞性疾病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详 麻醉并发症 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详

P-3d.住院期间，患者是否接受或采取以下措施：	
宫缩抑制剂	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
人工引产	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详

P-3e.用于 COVID-19 检测的标本采集				
是否采集标本？ 如回答是， 请描述检测类型 及结果	<input type="checkbox"/> 羊水	[检测类型] <input type="checkbox"/> 聚合酶链反应（PCR） <input type="checkbox"/> 其他 [具体说明]	[采样日期] [日] [日] [月] [月] / [2] [0] [年] [年]	[检测结果] <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 不确定
	<input type="checkbox"/> 胎盘	[检测类型] <input type="checkbox"/> 聚合酶链反应（PCR） <input type="checkbox"/> 其他 [具体说明]	[采样日期] [日] [日] [月] [月] / [2] [0] [年] [年]	[检测结果] <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 不确定
	<input type="checkbox"/> 脐带血	[检测类型] <input type="checkbox"/> 聚合酶链反应（PCR） <input type="checkbox"/> 其他 [具体说明]	[采样日期] [日] [日] [月] [月] / [2] [0] [年] [年]	[检测结果] <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 不确定
	<input type="checkbox"/> 阴道拭子	[检测类型] <input type="checkbox"/> 聚合酶链反应（PCR） <input type="checkbox"/> 其他 [具体说明]	[采样日期] [日] [日] [月] [月] / [2] [0] [年] [年]	[检测结果] <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 不确定
	<input type="checkbox"/> 粪便/肛拭子	[检测类型] <input type="checkbox"/> 聚合酶链反应（PCR） <input type="checkbox"/> 其他 [具体说明]	[采样日期] [日] [日] [月] [月] / [2] [0] [年] [年]	[检测结果] <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 不确定
	<input type="checkbox"/> 妊娠组织，如 有胎儿死亡/人 工流产	[检测类型] <input type="checkbox"/> 聚合酶链反应（PCR） <input type="checkbox"/> 其他 [具体说明]	[采样日期] [日] [日] [月] [月] / [2] [0] [年] [年]	[检测结果] <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 不确定
	<input type="checkbox"/> 母乳	[检测类型] <input type="checkbox"/> 聚合酶链反应（PCR） <input type="checkbox"/> 其他 [具体说明]	[采样日期] [日] [日] [月] [月] / [2] [0] [年] [年]	[检测结果] <input type="checkbox"/> 阳性 <input type="checkbox"/> 阴性 <input type="checkbox"/> 不确定

P-3f.新生儿结局	
出生日期 [日/月/年/年/年]	[日] [日] [月] [月] [2] [0] [年] [年]
出生时间 [例如 14:21]	[:] [:]
母亲的参与者 ID:	[] [] [] [] [] -- [] [] [] [] [] - [单位数婴儿 ID] * 每位新生儿填写一份
新生儿 COVID-19 实验室检测	<input type="checkbox"/> 检测 <input type="checkbox"/> 未检测 <input type="checkbox"/> 不详 如检测：[采集的标本] [检测类型] [采集日期] [检测结果]
胎龄	周： [] [] 天： [] []
出生 5 分钟的阿氏评分	出生 5 分钟的阿氏评分
出生体重	克： [] [] [] []
呼吸窘迫综合征	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
收入新生儿重症监护病房（NICU）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详

新生儿结局	<input type="checkbox"/> 健康出院 <input type="checkbox"/> 出院时伴并发症/后遗症 详细描述: [_____] <input type="checkbox"/> 临床转诊至专科病房/其他医院 详细描述: [_____] <input type="checkbox"/> 死亡 死亡日期: [日][日][月][月][年][年] <input type="checkbox"/> 不详		
如果新生儿死亡，死亡的主要原因	<input type="checkbox"/> 早产/低出生体重 <input type="checkbox"/> 先天/出生缺陷	<input type="checkbox"/> 出生窒息 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 分娩创伤 <input type="checkbox"/> 不详
任何先天性异常	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/>神经管缺损 <input type="checkbox"/>先天性耳畸形 <input type="checkbox"/>先天性消化系统畸形 <input type="checkbox"/>先天性生殖器官畸形 <input type="checkbox"/>染色体异常 <input type="checkbox"/>上肢和下肢短小缺陷 </div> <div style="width: 35%;"> <input type="checkbox"/>小头畸形 <input type="checkbox"/>先天性心脏缺陷 <input type="checkbox"/>唇腭裂 <input type="checkbox"/>腹壁缺损 <input type="checkbox"/>马蹄内翻足/马蹄足 </div> </div>		