|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 研究编号  ZY-LCPT-1 | 受访者姓名 | 受访者姓名拼音缩写  □□□□ | 医生姓名 |
|

**复诊记录（第 次复诊）**

复诊日期： 年 月 日

**自上次就诊以来痛风发作情况**

痛风发作：□无 □1-4次 □5次以上

平均关节疼痛持续时间：□少于3天 □4-7天 □8-14 天 □2周以上

痛风石： □无，□有（数量 个）

痛风石部位：□增多，□减少，□无变化

|  |  |
| --- | --- |
| **痛风发作部位（**在下图中打“×”） | **痛风石部位（**在下图中打“×”） |
| goutB | goutB |

**视觉模拟评分法（VAS）**



请在上图勾出您的疼痛点

VAS评分（研究者填写）：

**肌筋膜疼痛综合征发生情况**

|  |  |
| --- | --- |
| **症状** | **结果** |
| 1.腰背或臀部弥漫性顿痛，横突或髂嵴上紧束感／重物压迫感／沉重感，常牵涉大腿外侧，但不传导至膝以下 | □无，□有 |
| 2.腰活动不利，转身困难，弯腰姿势稍久可引起疼痛 | □无，□有 |
| 3.受凉／疲劳、天气变冷、夜晚睡眠中、晨起痛。活动后减轻，疲劳或傍晚复重 | □无，□有 |
| 4.局部肌肉有紧张感和或痉挛变硬，腰椎旁、横突处、肋下沿或髂嵴有压痛，位置固定，深部可摸到痛性硬结或痛性肌索； | □无，□有 |
| 5.MRI检查典型者可显示局部肌肉萎缩或肿大，肌膜增厚 | □无，□有 |

**注：**凡同时具备上述1、4者，说明合并肌筋膜疼痛综合征。

**影像学检查**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目 | 结果 | 临床意义判定\* |
| 1 2 3 4 |
| **B超** □未检查，□检查**（检查日期：201 年 月 日）** | | |
| 肝 |  | □ □ □ □ |
| 胆 |  | □ □ □ □ |
| 双肾 |  | □ □ □ □ |
| 输尿管 |  | □ □ □ □ |
| 膀胱 |  | □ □ □ □ |
| **X线** □未检查，□检查**（检查日期：201 年 月 日）** | | |
| 足 |  | □ □ □ □ |
| 踝关节 |  | □ □ □ □ |
| 膝关节 |  | □ □ □ □ |
| 肘关节 |  | □ □ □ □ |
| 腕关节 |  | □ □ □ □ |

**注：临床意义判定\* 1：正常；2：异常但无临床意义；3：异常有临床意义；4：临床意义无法判断**

**实验室检查**

|  |  |
| --- | --- |
| 指 标 | 测定值（**结果直接录入EDC，报告单粘贴在粘贴页**） |
| 血常规（□未检查，□检查，送检日期：201 年 月 日） | |
| 白细胞 |  |
| 血红蛋白 |  |
| 红细胞 |  |
| 血小板 |  |
| 尿常规（□未检查，□检查，送检日期：201 年 月 日） | |
| 尿蛋白 |  |
| 尿比重 |  |
| PH |  |
| 酮体 |  |
| 尿糖 |  |
| 尿红细胞 |  |
| 尿白细胞 |  |
| 血生化（□未检查，□检查，送检日期：201 年 月 日） | |
| ALT(丙氨酸转氨酶) |  |
| AST（谷草转氨酶） |  |
| TBIL（总胆红素） |  |
| BUN（血尿素氮） |  |
| Cr（肌酐） |  |
| UA（尿酸） |  |
| 总胆固醇 |  |
| 甘油三酯 |  |
| 高密度脂蛋白 |  |
| 低密度脂蛋白 |  |
| 炎症反应标志物（□未检查，□检查，送检日期：201 年 月 日） | |
| 血沉（ESR） |  |
| C反应蛋白（CRP） |  |
| **化验单粘贴处** | | |
|  | | |

**中医证候学评分**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **症状** | | **症状** | |
| 局部关节红肿热痛 | □ | 发病急骤 | □ |
| 烦闷不安 | □ | 头痛汗出 | □ |
| 舌红苔黄或黄腻 | □ | 脉弦滑数 | □ |
| 兼有发热、恶风 | □ | 或仅有轻微的关节症状 | □ |
| 小便短黄 | □ | 高尿酸血症 | □ |
| 无症状期 | □ | 头昏头晕 | □ |
| 身困倦怠 | □ | 腰膝酸痛 | □ |
| 纳食减少 | □ | 脘腹胀闷 | □ |
| 舌质淡胖 | □ | 苔白或黄厚腻 | □ |
| 脉细或弦滑 | □ | 关节疼痛反复发作 | □ |
| 日久不愈 | □ | 时轻时重 | □ |
| 或呈刺痛 | □ | 固定不移 | □ |
| 关节肿大甚至强直畸形 | □ | 屈伸不利 | □ |
| 皮下囊肿或痛风石 | □ | 皮色紫暗 | □ |
| 舌暗有瘀点或瘀斑 | □ | 苔厚腻或垢腻 | □ |
| 脉弦或沉涩 | □ |  |  |

**本次治疗方案（是否调整治疗方案：** □**否** □**是）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **激素** | | **用法** | **剂量** |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| **NSAIDS** | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| 秋水仙碱 | |  |  |
|  | |  |  |
| 降尿酸药物 |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| 中成药 |  | | |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| **中药饮片** | □未使用 □ 使用 | | |
| 辨证：  方药： | | | |
| **中医技术：**□未使用 □使用 ，名称 | | | |
| **其他**（如运动、锻炼等） □无 □有，名称 | | | |

**痛风以外的其他疾病合并用药（指上次就诊到本次就诊期间的合并用药）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 用药名称 | 给药途径 | 日剂量 | 使用原因 | 开始日期 | 结束日期 |
|  |  |  |  | 年 月 日 | 年 月 日  □仍在使用 |
|  |  |  |  | 年 月 日 | 年 月 日  □仍在使用 |
|  |  |  |  | 年 月 日 | 年 月 日  □仍在使用 |
|  |  |  |  | 年 月 日 | 年 月 日  □仍在使用 |
|  |  |  |  | 年 月 日 | 年 月 日  □仍在使用 |
|  |  |  |  | 年 月 日 | 年 月 日  □仍在使用 |
|  |  |  |  | 年 月 日 | 年 月 日  □仍在使用 |
|  |  |  |  | 年 月 日 | 年 月 日  □仍在使用 |
|  |  |  |  | 年 月 日 | 年 月 日  □仍在使用 |
|  |  |  |  | 年 月 | 年 月 日  □仍在使用 |
|  |  |  |  | 年 月 日 | 年 月 日  □仍在使用 |
|  |  |  |  | 年 月 日 | 年 月 日  □仍在使用 |
|  |  |  |  | 年 月 日 | 年 月 日  □仍在使用 |
|  |  |  |  | 年 月 日 | 年 月 日  □仍在使用 |
|  |  |  |  | 年 月 日 | 年 月 日  □仍在使用 |

**不良事件记录表（指上次就诊到本次就诊期间发生不良事件）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **不良事件名称** |  |  |  |
| **开始发生时间** | 年 月 日  ： （24时制） | 年 月 日  ： （24时制） | 年 月 日  ： （24时制） |
| **不良事件严重程度** | □轻 □中 □重 | □轻 □中 □重 | □轻 □中 □重 |
| **是否采取措施** | □否 □是 | □否 □是 | □否 □是 |
| **处理方法** |  |  |  |
| **与药物的关系** | □肯定有关 □很可能有关  □可能有关 □可能无关  □肯定无关 | □肯定有关 □很可能有关  □可能有关 □可能无关  □肯定无关 | □肯定有关 □很可能有关  □可能有关 □可能无关  □肯定无关 |
| **所发生不良**  **事件的结局** | □消失  消失日期: 年＿月＿日  □持续  □缓解  缓解日期: 年＿月＿日  □后遗症  □死亡  死亡日期: 年＿月＿日 | □消失  消失日期: 年＿月＿日  □持续  □缓解  缓解日期: 年＿月＿日  □后遗症  □死亡  死亡日期: 年＿月＿日 | □消失  消失日期: 年＿月＿日  □持续  □缓解  缓解日期: 年＿月＿日  □后遗症  □死亡  死亡日期: 年＿月＿日 |
| **根据研究者判断是否**  **符合严重不良事件？**  1．导致死亡  2．威胁生命  3．导致住院或延长住院时间  4．导致持续或严重残疾/能力丧失  5．导致先天性异常或出生缺陷  6．重要医学事件 | □否 □是 | □否 □是 | □否 □是 |
| （如果是，请立即电话/传真报告研究单位伦理委员会、国家食品药物监督管理局和卫生行政管理部门） | | |
| 报告日期： 年 月 日 | 报告日期： 年 月 日 | 报告日期： 年 月 日 |
| **受试者是否因此不良**  **事件而退出试验？** | □否 □是 | □否 □是 | □否 □是 |

备注：（1）若同时出现的多个症状能够确诊一个疾病，请按疾病名称记录，如“上呼吸道感染”而非“发热、咳嗽、流涕”等；

（2）若同时出现的多个症状不能够确诊一个疾病，请按各个症状分别记录，如“发热”、“头痛”等。

（3）同一个不良事件经研究者确认消失后再次出现需重新记录。

**不良事件记录表（指上次就诊到本次就诊期间发生不良事件）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **不良事件名称** |  |  |  |
| **开始发生时间** | 年 月 日  ： （24时制） | 年 月 日  ： （24时制） | 年 月 日  ： （24时制） |
| **不良事件严重程度** | □轻 □中 □重 | □轻 □中 □重 | □轻 □中 □重 |
| **是否采取措施** | □否 □是 | □否 □是 | □否 □是 |
| **处理方法** |  |  |  |
| **与药物的关系** | □肯定有关 □很可能有关  □可能有关 □可能无关  □肯定无关 | □肯定有关 □很可能有关  □可能有关 □可能无关  □肯定无关 | □肯定有关 □很可能有关  □可能有关 □可能无关  □肯定无关 |
| **所发生不良**  **事件的结局** | □消失  消失日期: 年＿月＿日  □持续  □缓解  缓解日期: 年＿月＿日  □后遗症  □死亡  死亡日期: 年＿月＿日 | □消失  消失日期: 年＿月＿日  □持续  □缓解  缓解日期: 年＿月＿日  □后遗症  □死亡  死亡日期: 年＿月＿日 | □消失  消失日期: 年＿月＿日  □持续  □缓解  缓解日期: 年＿月＿日  □后遗症  □死亡  死亡日期: 年＿月＿日 |
| **根据研究者判断是否**  **符合严重不良事件？**  1．导致死亡  2．威胁生命  3．导致住院或延长住院时间  4．导致持续或严重残疾/能力丧失  5．导致先天性异常或出生缺陷  6．重要医学事件 | □否 □是 | □否 □是 | □否 □是 |
| （如果是，请立即电话/传真报告研究单位伦理委员会、国家食品药物监督管理局和卫生行政管理部门） | | |
| 报告日期： 年 月 日 | 报告日期： 年 月 日 | 报告日期： 年 月 日 |
| **受试者是否因此不良**  **事件而退出试验？** | □否 □是 | □否 □是 | □否 □是 |

备注：（1）若同时出现的多个症状能够确诊一个疾病，请按疾病名称记录，如“上呼吸道感染”而非“发热、咳嗽、流涕”等；

（2）若同时出现的多个症状不能够确诊一个疾病，请按各个症状分别记录，如“发热”、“头痛”等。

（3）同一个不良事件经研究者确认消失后再次出现需重新记录