

Interim 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) patient under investigation (PUI) form

新型冠状病毒(2019-nCoV) 调查中病人问卷

Immediately call and securely send completed form to your local/state health department. Local/state health departments should securely send forms to

立即致电并安全地将填写好的表格发送到您当地/州的卫生部门。地方/州卫生部门应安全地将表格发送到

Today's date 今天的日期 _____ **patient ID Type** 患者身份证种 _____

patient ID Number 患者身份证号码 _____ **State** 州份 _____ **County** 县 _____

Patient first name 患者名的拼音 _____ **Patient last name** 患者姓的拼音 _____

Patient date of birth 患者出生日期 _____ **Patient's Phone** 患者手机号码 _____

Patient's Email 患者电子邮件 _____

Interviewer's name 试官名姓 _____ **Interviewer's Phone** 试官手机号码 _____

Interviewer's Email 试官电子邮件 _____

Physician's name 医生名姓 _____ **Physician's Phone** 医生手机号码 _____

Email 医生电子邮件 _____

Sex 性别 ☐ M 男 ☐ F 女 **Age** 年龄 _____ ☐ yr 年 ☐ mo 月

Date of symptom onset 症状出现日期 _____

Does the patient have the following signs and symptoms (check all that apply)? 患者是否有以下体征和症状(勾选所有的适合项)?

☐ Fever 发烧 ☐ Cough 咳嗽 ☐ Sore throat 喉咙痛 ☐ Shortness of breath 呼吸急促

Does the patient have these additional signs and symptoms (check all that apply)? 患者是否有这些额外的体征和症状(勾选所有的适合项)?

☐ Chills 寒战 ☐ Headache 头痛 ☐ Muscle aches 肌肉酸痛 ☐ Vomiting 呕吐

☐ Abdominal pain 腹痛 ☐ Diarrhea 腹泻 ☐ Other 其他, Specify 指定 _____

In the 14 days before symptom onset, did the patient: 在症状出现前的 14 天内, 患者有没有:

Spend time in China? 患者在中国度过一段时间吗?	<input type="checkbox"/> Y 是	<input type="checkbox"/> N 否	<input type="checkbox"/> Unknown 情况不明
Does the patient live in China? 患者住在中国吗?	<input type="checkbox"/> Y 是	<input type="checkbox"/> N 否	<input type="checkbox"/> Unknown 情况不明
Date traveled to China 去中国旅行的日期 _____ Date traveled from China 从中国出发的日期 _____ Date arrived in this country 到达这个国家的日期 _____			
Spend time in Wuhan City, China? 患者是否在中国武汉市住过一段时间?	<input type="checkbox"/> Y 是	<input type="checkbox"/> N 否	<input type="checkbox"/> Unknown 情况不明
Does the patient live in Wuhan City? 患者住在武汉市吗?	<input type="checkbox"/> Y 是	<input type="checkbox"/> N 否	<input type="checkbox"/> Unknown 情况不明
Spend time in Hubei Province (not Wuhan City)? 患者在湖北省(不是武汉市)呆过吗?	<input type="checkbox"/> Y 是	<input type="checkbox"/> N 否	<input type="checkbox"/> Unknown 情况不明
Does the patient live in Hubei Province (not Wuhan City)? 患者住在湖北省(不是武汉市)吗?	<input type="checkbox"/> Y 是	<input type="checkbox"/> N 否	<input type="checkbox"/> Unknown 情况不明
Spend time outside of this Country (not China)? 患者在国外(不是中国)度过一段时间?	<input type="checkbox"/> Y 是	<input type="checkbox"/> N 否	<input type="checkbox"/> Unknown 情况不明
Name of country 国家名称 _____			
Does the patient live in this country? 患者住在这个国家吗?	<input type="checkbox"/> Y 是	<input type="checkbox"/> N 否	<input type="checkbox"/> Unknown 情况不明

Date traveled **to** country (not China) 前往了其他国家的日期(不是中国)_____

Date traveled **from** country (not China) 从其他国家(不是中国)出发的日期_____

Date **arrived** in this country from country (not China) 从其他国家(不是中国)到达这个国家的日期_____

Have close contact³ with a person who is under investigation for 2019-nCoV? 患者是否正在接受 2019-nCoV 调查的员有密切接触？

☐Y 是

☐N 否

☐Unknown 情况不明

Have close contact³ with a laboratory-confirmed 2019-nCoV case? 患者是否与实验室确认的 2019-nCoV 病例有过密切接触？

☐Y 是

☐N 否

☐Unknown 情况不明

Was the case ill at the time of contact? 病例在接触时是否生病？

☐Y 是

☐N 否

☐Unknown 情况不明

Is the case a this country case? 这个病例是这个国家的病例吗？

☐Y 是

☐N 否

☐Unknown 情况不明

Is the case an international case? 这个病例是国际病例吗？

☐Y 是

☐N 否

☐Unknown 情况不明

In which country was the case diagnosed with 2019 n-CoV? 该病例是在哪个国家被诊断为 2019 年 N-CoV 的？ _____

Additional Patient Information 其他患者信息

Is the patient a health care worker? 患者是医护人员吗？

☐Y 是

☐N 否

☐Unknown 情况不明

Have history of being in a healthcare facility (as a patient, worker, or visitor) in China? 患者是否有在中国的医疗机构(作为患者、工作人员或访客)的经验？

☐Y 是

☐N 否

☐Unknown 不知道

Care for a nCoV patient? 患者是否护理 NCoV 患者？

☐Y 是

☐N 否

☐Unknown 情况不明

Is patient a member of a cluster of patients with severe acute respiratory illness (e.g., fever and pneumonia requiring hospitalization) of unknown etiology in which nCoV is being evaluated? 患者是否是正在评估 nCoV 的原因不明的严重急性呼吸系统疾病(例如，发烧和肺炎，需要住院)患者群中的一员？

☐Y 是

☐N 否

☐Unknown 不知道

Diagnosis (select all that apply): 诊断(勾选所有的适合项): Pneumonia (clinical or radiologic)

☐Y 是

☐N 否

Acute respiratory distress syndrome 急性呼吸窘迫

☐Y 是

☐N 否

Comorbid conditions (check all that apply): 并发条件(请勾选所有适用项):

☐None 无

☐Unknown 未知

☐Pregnancy 怀孕

☐Diabetes 糖尿病

☐Cardiac disease 心脏病

☐Hypertension 高血压

☐Chronic pulmonary disease 慢性肺病

☐Chronic kidney disease 慢性肾脏病

☐Chronic liver disease 慢性肝病

☐Immunocompromised 免疫受损

☐Other 其他, specify 具体说明

Is/was the patient: Hospitalized? 患者住院/了吗？

☐Y 是, admit date 入院日期_____

☐N 否

Admitted to ICU? 住进重症监护室了吗？

☐Y 是

☐N 否

Intubated? 插管

☐Y 是

☐N 否

On ECMO? 体外膜氧合

☐Y 是

☐N 否

Does the patient have another diagnosis/etiology for their respiratory illness? 患者是否对呼吸系统疾病有其他诊断/病因

☐Y 是, Specify 指定_____

☐N 否

☐Unknown 未知

Form Approved: OMB: 0920-1011 Exp. 4/23/2020

PLEASE TURN OVER

CDC nCoV ID _____