**国家重点专项——基于“道术结合”思路与多元融合方法的名老中医经验传承创新研究**

**名老中医经验病例系列研究**

**病例报告表**

**版本号：VERSION 2.0\_20190607**

**研究中心**

|  |  |
| --- | --- |
| **□**01 北京中医药大学 | **□** 06 广东省中医院 |
| **□**02 首都医科大学 | **□** 07 重庆市中医院 |
| **□**03 成都中医药大学 | **□** 08 江西中医药大学 |
| **□**04 山东中医药大学第二附属医院 | **□** 09 吉林省中医药学会 |
| **□**05 上海中医药大学 |  |

**所属名老中医室站 ： 名医工作室**

**患者姓名缩写 ：|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|**

**病例号 ：****|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|**

**研究者姓名（正楷） ：**

**牵头单位：北京中医药大学**

**填写说明**

**（**在正式填表前，请认真阅读下列填表说明**）**

1. 此病例报告表须由专人接受培训后填写，并尽可能由同一人完成；封面、结束页的医生签名由负责该份病例的研究人员填写。
2. 表中凡有“□”的项目，请在符合的条目上划“”；需填写分值等内容的项目，请按要求填写清楚，不得空项。
3. 填写病例报告表一律使用钢笔或签字笔，填写数据务必准确、清晰，数据禁止擦除或涂抹，如有错误发生，可在错误处上方书写正确值，将错误值划上“—”， 修改者签名并加注日期，必要时说明理由。举例： ~~99.6~~ 90.6 王二19.07.10。
4. 患者姓名一律以拼音缩写，填写大写字母，四格填满。两字姓名者填写两字拼音前两字母；三字姓名者填写三字首字母及第三字第二字母；四字姓名者，填写每字拼音的第一个字母。举例：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 张红 | **Z** | **H** | **H** | **O** | 李淑明 | **L** | **S** | **M** | **I** | 欧阳小惠 | **O** | **Y** | **X** | **H** |

1. 检查项目如有则必须填写，未查填写“ND”；数据不详/未知的，请填写“UK”；选项不适用时请填写“NA”。
2. 病例报告表的每页均须填写病例号、患者姓名缩写，医师必须签署姓名和日期。
3. 病历记录页供填写CRF 中备选项目无法说明的特殊情况。

**研究实施流程**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **阶段** | **诊次** | | | | | **随访** | |
| **访视** | **首诊** | **二诊** | | **三诊** | | **随访1** | **随访2** |
| 时间 | 入组当天 | 二诊时 | | 三诊时 | | 三诊后 | 随访1后 |
| 诊断、纳入和排除诊断 | √ |  | |  | |  |  |
| 基本信息、病史 | √ |  | |  | |  |  |
| 签署知情同意书 | √ |  | |  | |  |  |
| **名老中医辨证诊疗措施** | | | | | | | |
| 四诊信息 | √ | √ | | √ | | √ | √ |
| 中医证候诊断 | √ | √ | | √ | | √ | √ |
| 处方信息 | √ | √ | | √ | | √ | √ |
| 名老中医/弟子点评录音 | √ | √ | | √ | | √ | √ |
| **图像采集** | | | | | | | |
| 舌象照片采集 | √ | √ | | √ | √ | | √ |
| 实验室检查信息 | √ | √ | √ | | √ | | √ |
| 院外合并治疗情况 | √ | √ | √ | | √ | | √ |
| **疗效评价** | | | | | | | |
| MYMOP | √ | √ | | √ | | √ | √ |
| SF-36 | √ |  | | √ | | √ | √ |
| SAS/SDS | 选填 |  | | 选填 | | 选填 | 选填 |
| **安全性评价** | | | | | | | |
| 不良事件记录表 | 随时记录 | | | | | | |
| **病历记录页** | | | | | | | |
| **粘贴页** | | | | | | | |
| 该病诊断相关资料粘贴处 | | | | | | | |
| 相关处方粘贴处 | | | | | | | |
| 相关检查资料粘贴处 | | | | | | | |
| **审核情况** | | | | | | | |
| 研究者审核及声明 | | | | | | | |
| 室站及课题组监察审核声明 | | | | | | | |
| 备注：MYMOP ：自评医疗成效问卷；SF-36：生活质量量表；SAS：焦虑自评量表；SDS：抑郁自评量表。 | | | | | | | |

**入组日期：**20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **纳入标准**（任何一项选“否” 即不能纳入本研究） | **是** | **否** |
| 1. 符合西医 诊断；   请提供诊断证据并粘贴于“该病诊断相关资料粘贴处” | □ | □ |
| 1. 符合中医 诊断； | □ | □ |
| 1. 签署知情同意书； | □ | □ |
| 1. 保证参加三次诊疗及随访。 | □ | □ |
| **注：如果以上任何一项答案为“否”，此患者不能纳入本研究。** | | |
| **排除标准**（任何一项选“是” 即不能纳入本研究） | **否** | **是** |
| 1. 正在参加其他临床试验者； | □ | □ |
| 1. 其他 | □ | □ |
| **注：如果以上任何一项答案为“是”，此患者不能纳入本研究。** | | |

**一般资料及主要病史**

|  |  |
| --- | --- |
| **人口学资料** | |
| **性别** | □男 □女 |
| **阳历出生日期** | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 |
| **民族** | □汉族 □壮族 □满族 □回族 □苗族 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **婚否** | □是 □否 |
| **教育程度** | □硕士以上 □本科 □大学专科 □高中/中专/技校 □初中  □小学 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **职业** | □工人 □农民 □教师 □军人/警察 □学生 □公务员  □医务工作者 □律师 □职员 □离退休 □自由职业者  □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **身高体重** | **身高**|\_\_|\_\_|\_\_|cm **体重**|\_\_|\_\_|\_\_|kg |

|  |  |
| --- | --- |
| **基本病史** | |
| **起病时间** | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 |
| **确诊时间** | |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 |
| **既往史** | □无 □脑卒中 □冠心病 □糖尿病 □慢性阻塞性肺病  □高血压 □心律失常 □慢性肾脏病 □高脂血症  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **个人史** | 吸烟史 □无 □有 饮酒史 □无 □有 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **家族史** | □无 □脑卒中 □冠心病 □心律失常 □糖尿病 □高血压  □高脂血症 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_ □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **药物过敏史** | □无 □有  如有，详细记载：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**中医信息采集（首诊）**

**首诊日期：**20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日

|  |
| --- |
| **主诉：** |
| **现病史：**  **刻下症：** |
| **舌象（舌色、舌形、舌态、苔色、苔质、舌下络脉）：** |
| **脉象：** |
| **中医诊断： 疾病：**  **证型：** |

**处方信息**

|  |
| --- |
| **治法：**  **方剂名称：**  **1.中药处方：（君药和核心药对加下划线）**      **剂**  **煎服法：**  **2.中成药处方：**  **3.针灸推拿：**  **4.西药处方：** |
| **医嘱：**□饮食：  □起居：  □情志：  □其他： |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**医案点评精粹**

□名老中医点评录音已完成

|  |
| --- |
| 名老中医点评精粹（病因病机、辨治思路、该病例的难点、个人感想/体会/经验等与该病例相关的内容）： |
| 传承弟子心得： |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**图像采集**

|  |  |
| --- | --- |
| **舌象照片是否拍照** □是 □否 | |
| **疾病相关资料是否拍照** □是 □否 | |
| **必要的临床检查：** | |
| 检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否 | |
| **院外合并疗法情况** | |
| 西药 | □无 □有（如有，记录具体药物名称） |
| 中成药 | □无 □有（如有，记录具体药物名称） |
| 其他疗法 | □无 □有（如有，记录具体疗法） |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**病例资料拓展页（特色模块）**

|  |
| --- |
|  |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**疗效评价**

**自评医疗成效问卷（MYMOP）（首诊）**

1.请选出一或两项最令你困扰的症状（可以身体上或精神上的），写在下方横线上。

并把适当的数字圈上以表示该症状在**过去一星期**的情况有多坏（0代表情况算是最好，6代表情况算是最坏）

症状一：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

症状二：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

2.请写出一项对你而言是重要，却因为这些症状而受影响或甚至不能进行的活动（可以是身体上的、社交上的、或精神上的活动；例如工作、运动、或其他娱乐等等），并把适当的数字圈上以表受影响的情况有多坏。

活动：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

3.在**过去一星期**，你对自己身心状况的整体感觉如何？

情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

4.你上述的 症状一出现了多久？（不论是连续出现，或是断续地出现）

□0-4星期 □4-12星期 □3个月至1年 □1-5年 □超过5年

5.你有没有使用任何药物来治疗症状一？ □有 □没有（跳至第8题）

6.请写出该药物的名称及每天／每周使用量。

药物名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

使用量：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.你认为**减少**使用这些药物有多重要？

□不重要 □少许重要 □非常重要 □不适用

8.对症状一来说，你认为**不使用**任何药物有多重要？

□不重要 □少许重要 □非常重要 □不适用

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**生活质量量表（SF-36）**

**填表说明：**在最能代表患者日常生活状况的选项前用“√”在方框内标记。若有不便，可由亲属代填。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.总体来讲，您的健康状况是：**  □1非常好 □2很好 □3好 □4一般 □5差 | | | | | | | | |
| **2.跟1年以前比您觉得自己的健康状况是：**  □1比1年前好多了 □2比1年前好一些 □3跟1年前差不多 □4比1年前差一些 □5比1年前差多了 | | | | | | | | |
| **3.健康和日常活动**  以下这些问题都和日常活动有关。请您想一想，您的健康状况是否限制了这些活动？如果有限制，程度如何？ | | | | | | | | |
| 1）重体力活动。如跑步举重、参加剧烈运动等： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 2)适度的活动。如移动桌子、打太极拳、做简单体操等： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 3)手提日用品。如买菜、购物等： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 4)上几层楼梯： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 5)上一层楼梯： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 6)弯腰、屈膝、下蹲： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 7)步行1500米以上的路程： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 8)步行1000米的路程： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 9)步行100米的路程： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 10)自己洗澡、穿衣： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| **4.在过去4个星期里，您的工作和日常活动有无因为身体健康的原因而出现以下这些问题？** | | | | | | | | |
| 1)减少了工作或其他活动时间？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 2)本来想要做的事情只能完成一部分？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 3)想要干的工作或活动种类受到限制？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 4）完成工作或其他活动困难增多（比如需要额外的努力）？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| **5.在过去4个星期里，您的工作和日常活动有无因为情绪的原因（如压抑或忧虑）而出现以下这些问题？** | | | | | | | | |
| 1)减少了工作或活动时间： | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 2)本来想要做的事情只能完成一部分： | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 3)干事情不如平时仔细： | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| **6.在过去4个星期里，您的健康或情绪不好在多大程度上影响了您与家人、朋友、邻居或集体的正常社会交往？**  □1完全没有影响 □2有一点影响 □3中等影响 □4影响很大 □5影响非常大 | | | | | | | | |
| **7.在过去4个星期里，您有身体疼痛吗？**  □1完全没有疼痛 □2有一点疼痛 □3中等疼痛 □4严重疼痛 □5很严重疼痛 | | | | | | | | |
| **8.在过去4个星期里，您的身体疼痛影响了您的工作和家务吗？**  □1完全没有影响 □2有一点影响 □3中等影响 □4影响很大 □5影响非常大 | | | | | | | | |
| **9.以下这些问题是关于过去1个月里您自己的感觉，对每一条问题所说的事情，您的情况是什么样的？**  1)您觉得生活充实？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 2)您是一个敏感的人？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 3)您的情绪非常不好，什么事都不能使您高兴起来？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 4)您的心理很平静？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 5)您做事精力充沛？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 6)您的情绪低落？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 7)您觉得筋疲力尽？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 8)您是个快乐的人： | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 9)您感觉厌烦： | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| **10.不健康影响了您的社会活动（如走亲访友）？** | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **11.请看下列每一条问题，哪一种答案最符合您的情况？** | | | | | |
| 1)我好象比别人容易生病： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |
| 2)我跟周围人一样健康： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |
| 3)我认为我的健康状况在变坏： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |
| 4)我的健康状况非常好： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**焦虑自评量表SAS**

**根据您过去一周的实际感觉，选择：1=没有或很少时间有，2=小部分时间有，3=相当多时间有，4=绝大部分或全部时间都有。**

1. 我觉得比平常容易紧张和着急

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

2. 我无缘无故地感到害怕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

3. 我容易心里烦乱或觉得惊恐

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

4. 我觉得我可能将要发疯

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*5. **我觉得一切都很好，也不会发生什么不幸**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

6. 我手脚发抖打颤

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

7. 我因为头疼，头颈痛和背痛而苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

8. 我感觉容易衰弱和疲乏

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*9. **我觉得心平气和，并且容易安静坐着**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

10. 我觉得心跳得很快

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

11. 我因为一阵阵头晕而苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

12. 我有晕倒发作或觉得要晕倒似的

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*13. **我呼气、吸气都感到很容易**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

14. 我手脚麻木和刺痛

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

15. 我因为胃痛和消化不良而苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

16. 我常常要小便

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*17. **我的手脚常常是干燥温暖的**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

18. 我脸红发热

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***19**. **我容易入睡，并且一夜睡得很好**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

20. 我做噩梦

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**抑郁自评量表SDS**

**请根据您过去一周的实际感觉进行选择，1=没有或很少时间，2=少部分时间，3=相当多时间，4=绝大部分或全部时间。**

1. 我觉得闷闷不乐，情绪低沉

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***2**. **我觉得一天中早晨最好**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

3. 一阵阵哭出来或觉得想哭

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

4. 我晚上睡眠不好

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***5**. **我吃得跟平常一样多**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***6. 我与异性密切接触时和以往一样感到愉快**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

7. 我发觉我的体重在下降

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

8. 我有便秘的苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

9. 心跳比平常快

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

10. 我无缘无故地感到疲乏

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*11. **我的头脑象和平常一样清楚**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***12**.**我觉得经常做的事情并没有困难**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

13. 我觉得不安而平静不下来

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***14**. **我对未来抱有希望**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

15. 我比平常容易生气激动

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***16**. **我觉得做出决定是容易的**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***17**. **我觉得自己是个有用的人，有人需要我**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***18**. **我的生活过得很有意思**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

19. 我认为如果我死了，别人会生活得更好

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***20.平常感兴趣的事我仍然感兴趣**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**中医信息采集（第 2 诊）**

**复诊日期：**20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日

|  |
| --- |
| **主诉：** |
| **现病史：**  **刻下症：** |
| **舌象（舌色、舌形、舌态、苔色、苔质、舌下络脉）：** |
| **脉象：** |
| **中医诊断： 疾病：**  **证型：** |

**处方信息**

|  |
| --- |
| **治法：**  **方剂名称：**  **1.中药处方：（君药和核心药对加下划线）**      **剂**  **煎服法：**  **2.中成药处方：**  **3.针灸推拿：**  **4.西药处方：** |
| **医嘱：**□饮食：  □起居：  □情志：  □其他**：** |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**医案点评精粹**

□名老中医点评录音已完成

|  |
| --- |
| 名老中医点评精粹（处方加减变化的依据，如何考虑，下一步的治疗计划，个人感想/体会/经验等与该病例相关的内容）： |
| 传承弟子心得： |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**图像采集**

|  |  |
| --- | --- |
| **舌象照片是否拍照** □是 □否 | |
| **疾病相关资料是否拍照** □是 □否 | |
| **必要的临床检查：** | |
| 检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否 | |
| **院外合并疗法情况** | |
| 西药 | □无 □有（如有，记录具体药物名称） |
| 中成药 | □无 □有（如有，记录具体药物名称） |
| 其他疗法 | □无 □有（如有，记录具体疗法） |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**病例资料拓展页（特色模块）**

|  |
| --- |
|  |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**疗效评价**

**自评医疗成效问卷（MYMOP）（复诊）**

1.请把适当的数字圈上，以表示以下症状或活动（应与上次问卷中填上的症状或活动一样）在**过去一星期**的情况有多坏（请表示你自己的感觉，而不是其他人的意见！）。

症状一：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

症状二：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

活 动：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

2.在**过去一星期**，你对自己身心状况的整体感觉如何？

情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

3.假如你出现了一项重要的新症状，请写出该症状，并把适当的数字圈上，以表示该症状在**过去一星期**的情况有多坏，否则请跳至第4题。

症状三：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

4.你所接受的治疗，可能并非是影响你的病患的唯一因素。如果你认为有其它任何重要

的因素，例如生活方式的改变或生活上发生的任何事情，请在下面写出。

|  |
| --- |
|  |

5.你有没有使用任何药物来治疗**症状一**？ □有（接第6题） □没有（问卷完，谢谢！）

6.请写出该药物的名称及每天／每周使用量。

药物名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

使用量： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**生活质量量表（SF-36）**

**填表说明：**在最能代表患者日常生活状况的选项前用“√”在方框内标记。若有不便，可由亲属代填。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.总体来讲，您的健康状况是：**  □1非常好 □2很好 □3好 □4一般 □5差 | | | | | | | | |
| **2.跟1年以前比您觉得自己的健康状况是：**  □1比1年前好多了 □2比1年前好一些 □3跟1年前差不多 □4比1年前差一些 □5比1年前差多了 | | | | | | | | |
| **3.健康和日常活动**  以下这些问题都和日常活动有关。请您想一想，您的健康状况是否限制了这些活动？如果有限制，程度如何？ | | | | | | | | |
| 1）重体力活动。如跑步举重、参加剧烈运动等： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 2)适度的活动。如移动桌子、打太极拳、做简单体操等： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 3)手提日用品。如买菜、购物等： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 4)上几层楼梯： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 5)上一层楼梯： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 6)弯腰、屈膝、下蹲： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 7)步行1500米以上的路程： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 8)步行1000米的路程： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 9)步行100米的路程： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 10)自己洗澡、穿衣： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| **4.在过去4个星期里，您的工作和日常活动有无因为身体健康的原因而出现以下这些问题？** | | | | | | | | |
| 1)减少了工作或其他活动时间？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 2)本来想要做的事情只能完成一部分？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 3)想要干的工作或活动种类受到限制？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 4）完成工作或其他活动困难增多（比如需要额外的努力）？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| **5.在过去4个星期里，您的工作和日常活动有无因为情绪的原因（如压抑或忧虑）而出现以下这些问题？** | | | | | | | | |
| 1)减少了工作或活动时间： | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 2)本来想要做的事情只能完成一部分： | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 3)干事情不如平时仔细： | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| **6.在过去4个星期里，您的健康或情绪不好在多大程度上影响了您与家人、朋友、邻居或集体的正常社会交往？**  □1完全没有影响 □2有一点影响 □3中等影响 □4影响很大 □5影响非常大 | | | | | | | | |
| **7.在过去4个星期里，您有身体疼痛吗？**  □1完全没有疼痛 □2有一点疼痛 □3中等疼痛 □4严重疼痛 □5很严重疼痛 | | | | | | | | |
| **8.在过去4个星期里，您的身体疼痛影响了您的工作和家务吗？**  □1完全没有影响 □2有一点影响 □3中等影响 □4影响很大 □5影响非常大 | | | | | | | | |
| **9.以下这些问题是关于过去1个月里您自己的感觉，对每一条问题所说的事情，您的情况是什么样的？**  1)您觉得生活充实？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 2)您是一个敏感的人？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 3)您的情绪非常不好，什么事都不能使您高兴起来？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 4)您的心理很平静？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 5)您做事精力充沛？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 6)您的情绪低落？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 7)您觉得筋疲力尽？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 8)您是个快乐的人： | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 9)您感觉厌烦： | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| **10.不健康影响了您的社会活动（如走亲访友）？** | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **11.请看下列每一条问题，哪一种答案最符合您的情况？** | | | | | |
| 1)我好象比别人容易生病： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |
| 2)我跟周围人一样健康： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |
| 3)我认为我的健康状况在变坏： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |
| 4)我的健康状况非常好： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**焦虑自评量表SAS**

**根据您过去一周的实际感觉，选择：1=没有或很少时间有，2=小部分时间有，3=相当多时间有，4=绝大部分或全部时间都有。**

1. 我觉得比平常容易紧张和着急

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

2. 我无缘无故地感到害怕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

3. 我容易心里烦乱或觉得惊恐

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

4. 我觉得我可能将要发疯

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*5. **我觉得一切都很好，也不会发生什么不幸**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

6. 我手脚发抖打颤

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

7. 我因为头疼，头颈痛和背痛而苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

8. 我感觉容易衰弱和疲乏

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*9. **我觉得心平气和，并且容易安静坐着**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

10. 我觉得心跳得很快

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

11. 我因为一阵阵头晕而苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

12. 我有晕倒发作或觉得要晕倒似的

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*13. **我呼气、吸气都感到很容易**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

14. 我手脚麻木和刺痛

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

15. 我因为胃痛和消化不良而苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

16. 我常常要小便

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*17. **我的手脚常常是干燥温暖的**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

18. 我脸红发热

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***19**. **我容易入睡，并且一夜睡得很好**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

20. 我做噩梦

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**抑郁自评量表SDS**

**请根据您过去一周的实际感觉进行选择，1=没有或很少时间，2=少部分时间，3=相当多时间，4=绝大部分或全部时间。**

1. 我觉得闷闷不乐，情绪低沉

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***2**. **我觉得一天中早晨最好**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

3. 一阵阵哭出来或觉得想哭

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

4. 我晚上睡眠不好

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***5**. **我吃得跟平常一样多**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***6. 我与异性密切接触时和以往一样感到愉快**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

7. 我发觉我的体重在下降

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

8. 我有便秘的苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

9. 心跳比平常快

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

10. 我无缘无故地感到疲乏

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*11. **我的头脑象和平常一样清楚**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***12**.**我觉得经常做的事情并没有困难**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

13. 我觉得不安而平静不下来

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***14**. **我对未来抱有希望**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

15. 我比平常容易生气激动

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***16**. **我觉得做出决定是容易的**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***17**. **我觉得自己是个有用的人，有人需要我**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***18**. **我的生活过得很有意思**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

19. 我认为如果我死了，别人会生活得更好

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***20.平常感兴趣的事我仍然感兴趣**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**中医信息采集（第 3 诊）**

**复诊日期：**20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日

|  |
| --- |
| **主诉：** |
| **现病史：**  **刻下症：** |
| **舌象（舌色、舌形、舌态、苔色、苔质、舌下络脉）：** |
| **脉象：** |
| **中医诊断： 疾病：**  **证型：** |

**处方信息**

|  |
| --- |
| **治法：**  **方剂名称：**  **1.中药处方：（君药和核心药对加下划线）**      **剂**  **煎服法：**  **2.中成药处方：**  **3.针灸推拿：**  **4.西药处方：** |
| **医嘱：**□饮食：  □起居：  □情志：  □其他**：** |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**医案点评精粹**

□名老中医点评录音已完成

|  |
| --- |
| 名老中医点评精粹（处方加减变化的依据，如何考虑，下一步的治疗计划，个人感想/体会/经验等与该病例相关的内容）： |
| 传承弟子心得： |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**图像采集**

|  |  |
| --- | --- |
| **舌象照片是否拍照** □是 □否 | |
| **疾病相关资料是否拍照** □是 □否 | |
| **必要的临床检查：** | |
| 检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否 | |
| **院外合并疗法情况** | |
| 西药 | □无 □有（如有，记录具体药物名称） |
| 中成药 | □无 □有（如有，记录具体药物名称） |
| 其他疗法 | □无 □有（如有，记录具体疗法） |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**病例资料拓展页（特色模块）**

|  |
| --- |
|  |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**疗效评价**

**自评医疗成效问卷（MYMOP）（复诊）**

1.请把适当的数字圈上，以表示以下症状或活动（应与上次问卷中填上的症状或活动一样）在**过去一星期**的情况有多坏（请表示你自己的感觉，而不是其他人的意见！）。

症状一：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

症状二：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

活 动：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

2.在**过去一星期**，你对自己身心状况的整体感觉如何？

情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

3.假如你出现了一项重要的新症状，请写出该症状，并把适当的数字圈上，以表示该症状在**过去一星期**的情况有多坏，否则请跳至第4题。

症状三：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

4.你所接受的治疗，可能并非是影响你的病患的唯一因素。如果你认为有其它任何重要

的因素，例如生活方式的改变或生活上发生的任何事情，请在下面写出。

|  |
| --- |
|  |

5.你有没有使用任何药物来治疗**症状一**？ □有（接第6题） □没有（问卷完，谢谢！）

6.请写出该药物的名称及每天／每周使用量。

药物名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

使用量： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**生活质量量表（SF-36）**

**填表说明：**在最能代表患者日常生活状况的选项前用“√”在方框内标记。若有不便，可由亲属代填。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.总体来讲，您的健康状况是：**  □1非常好 □2很好 □3好 □4一般 □5差 | | | | | | | | |
| **2.跟1年以前比您觉得自己的健康状况是：**  □1比1年前好多了 □2比1年前好一些 □3跟1年前差不多 □4比1年前差一些 □5比1年前差多了 | | | | | | | | |
| **3.健康和日常活动**  以下这些问题都和日常活动有关。请您想一想，您的健康状况是否限制了这些活动？如果有限制，程度如何？ | | | | | | | | |
| 1）重体力活动。如跑步举重、参加剧烈运动等： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 2)适度的活动。如移动桌子、打太极拳、做简单体操等： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 3)手提日用品。如买菜、购物等： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 4)上几层楼梯： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 5)上一层楼梯： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 6)弯腰、屈膝、下蹲： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 7)步行1500米以上的路程： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 8)步行1000米的路程： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 9)步行100米的路程： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 10)自己洗澡、穿衣： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| **4.在过去4个星期里，您的工作和日常活动有无因为身体健康的原因而出现以下这些问题？** | | | | | | | | |
| 1)减少了工作或其他活动时间？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 2)本来想要做的事情只能完成一部分？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 3)想要干的工作或活动种类受到限制？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 4）完成工作或其他活动困难增多（比如需要额外的努力）？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| **5.在过去4个星期里，您的工作和日常活动有无因为情绪的原因（如压抑或忧虑）而出现以下这些问题？** | | | | | | | | |
| 1)减少了工作或活动时间： | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 2)本来想要做的事情只能完成一部分： | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 3)干事情不如平时仔细： | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| **6.在过去4个星期里，您的健康或情绪不好在多大程度上影响了您与家人、朋友、邻居或集体的正常社会交往？**  □1完全没有影响 □2有一点影响 □3中等影响 □4影响很大 □5影响非常大 | | | | | | | | |
| **7.在过去4个星期里，您有身体疼痛吗？**  □1完全没有疼痛 □2有一点疼痛 □3中等疼痛 □4严重疼痛 □5很严重疼痛 | | | | | | | | |
| **8.在过去4个星期里，您的身体疼痛影响了您的工作和家务吗？**  □1完全没有影响 □2有一点影响 □3中等影响 □4影响很大 □5影响非常大 | | | | | | | | |
| **9.以下这些问题是关于过去1个月里您自己的感觉，对每一条问题所说的事情，您的情况是什么样的？**  1)您觉得生活充实？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 2)您是一个敏感的人？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 3)您的情绪非常不好，什么事都不能使您高兴起来？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 4)您的心理很平静？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 5)您做事精力充沛？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 6)您的情绪低落？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 7)您觉得筋疲力尽？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 8)您是个快乐的人： | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 9)您感觉厌烦： | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| **10.不健康影响了您的社会活动（如走亲访友）？** | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **11.请看下列每一条问题，哪一种答案最符合您的情况？** | | | | | |
| 1)我好象比别人容易生病： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |
| 2)我跟周围人一样健康： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |
| 3)我认为我的健康状况在变坏： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |
| 4)我的健康状况非常好： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**焦虑自评量表SAS**

**根据您过去一周的实际感觉，选择：1=没有或很少时间有，2=小部分时间有，3=相当多时间有，4=绝大部分或全部时间都有。**

1. 我觉得比平常容易紧张和着急

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

2. 我无缘无故地感到害怕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

3. 我容易心里烦乱或觉得惊恐

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

4. 我觉得我可能将要发疯

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*5. **我觉得一切都很好，也不会发生什么不幸**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

6. 我手脚发抖打颤

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

7. 我因为头疼，头颈痛和背痛而苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

8. 我感觉容易衰弱和疲乏

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*9. **我觉得心平气和，并且容易安静坐着**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

10. 我觉得心跳得很快

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

11. 我因为一阵阵头晕而苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

12. 我有晕倒发作或觉得要晕倒似的

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*13. **我呼气、吸气都感到很容易**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

14. 我手脚麻木和刺痛

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

15. 我因为胃痛和消化不良而苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

16. 我常常要小便

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*17. **我的手脚常常是干燥温暖的**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

18. 我脸红发热

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***19**. **我容易入睡，并且一夜睡得很好**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

20. 我做噩梦

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**抑郁自评量表SDS**

**请根据您过去一周的实际感觉进行选择，1=没有或很少时间，2=少部分时间，3=相当多时间，4=绝大部分或全部时间。**

1. 我觉得闷闷不乐，情绪低沉

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***2**. **我觉得一天中早晨最好**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

3. 一阵阵哭出来或觉得想哭

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

4. 我晚上睡眠不好

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***5**. **我吃得跟平常一样多**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***6. 我与异性密切接触时和以往一样感到愉快**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

7. 我发觉我的体重在下降

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

8. 我有便秘的苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

9. 心跳比平常快

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

10. 我无缘无故地感到疲乏

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*11. **我的头脑象和平常一样清楚**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***12**.**我觉得经常做的事情并没有困难**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

13. 我觉得不安而平静不下来

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***14**. **我对未来抱有希望**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

15. 我比平常容易生气激动

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***16**. **我觉得做出决定是容易的**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***17**. **我觉得自己是个有用的人，有人需要我**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***18**. **我的生活过得很有意思**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

19. 我认为如果我死了，别人会生活得更好

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***20.平常感兴趣的事我仍然感兴趣**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**中医信息采集（随访1）**

**复诊日期：**20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日

|  |
| --- |
| **主诉：** |
| **现病史：**  **刻下症：** |
| **舌象（舌色、舌形、舌态、苔色、苔质、舌下络脉）：** |
| **脉象：** |
| **中医诊断： 疾病：**  **证型：** |

**处方信息**

|  |
| --- |
| **治法：**  **方剂名称：**  **1.中药处方：（君药和核心药对加下划线）**      **剂**  **煎服法：**  **2.中成药处方：**  **3.针灸推拿：**  **4.西药处方：** |
| **医嘱：**□饮食：  □起居：  □情志：  □其他**：** |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**医案点评精粹**

□名老中医点评录音已完成

|  |
| --- |
| 名老中医点评精粹（处方加减变化的依据，如何考虑，下一步的治疗计划，个人感想/体会/经验等与该病例相关的内容）： |
| 传承弟子心得： |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**图像采集**

|  |  |
| --- | --- |
| **舌象照片是否拍照** □是 □否 | |
| **疾病相关资料是否拍照** □是 □否 | |
| **必要的临床检查：** | |
| 检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否 | |
| **院外合并疗法情况** | |
| 西药 | □无 □有（如有，记录具体药物名称） |
| 中成药 | □无 □有（如有，记录具体药物名称） |
| 其他疗法 | □无 □有（如有，记录具体疗法） |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**病例资料拓展页（特色模块）**

|  |
| --- |
|  |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**疗效评价**

**自评医疗成效问卷（MYMOP）（复诊）**

1.请把适当的数字圈上，以表示以下症状或活动（应与上次问卷中填上的症状或活动一样）在**过去一星期**的情况有多坏（请表示你自己的感觉，而不是其他人的意见！）。

症状一：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

症状二：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

活 动：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

2.在**过去一星期**，你对自己身心状况的整体感觉如何？

情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

3.假如你出现了一项重要的新症状，请写出该症状，并把适当的数字圈上，以表示该症状在**过去一星期**的情况有多坏，否则请跳至第4题。

症状三：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

4.你所接受的治疗，可能并非是影响你的病患的唯一因素。如果你认为有其它任何重要

的因素，例如生活方式的改变或生活上发生的任何事情，请在下面写出。

|  |
| --- |
|  |

5.你有没有使用任何药物来治疗**症状一**？ □有（接第6题） □没有（问卷完，谢谢！）

6.请写出该药物的名称及每天／每周使用量。

药物名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

使用量： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**生活质量量表（SF-36）**

**填表说明：**在最能代表患者日常生活状况的选项前用“√”在方框内标记。若有不便，可由亲属代填。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.总体来讲，您的健康状况是：**  □1非常好 □2很好 □3好 □4一般 □5差 | | | | | | | | |
| **2.跟1年以前比您觉得自己的健康状况是：**  □1比1年前好多了 □2比1年前好一些 □3跟1年前差不多 □4比1年前差一些 □5比1年前差多了 | | | | | | | | |
| **3.健康和日常活动**  以下这些问题都和日常活动有关。请您想一想，您的健康状况是否限制了这些活动？如果有限制，程度如何？ | | | | | | | | |
| 1）重体力活动。如跑步举重、参加剧烈运动等： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 2)适度的活动。如移动桌子、打太极拳、做简单体操等： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 3)手提日用品。如买菜、购物等： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 4)上几层楼梯： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 5)上一层楼梯： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 6)弯腰、屈膝、下蹲： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 7)步行1500米以上的路程： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 8)步行1000米的路程： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 9)步行100米的路程： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 10)自己洗澡、穿衣： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| **4.在过去4个星期里，您的工作和日常活动有无因为身体健康的原因而出现以下这些问题？** | | | | | | | | |
| 1)减少了工作或其他活动时间？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 2)本来想要做的事情只能完成一部分？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 3)想要干的工作或活动种类受到限制？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 4）完成工作或其他活动困难增多（比如需要额外的努力）？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| **5.在过去4个星期里，您的工作和日常活动有无因为情绪的原因（如压抑或忧虑）而出现以下这些问题？** | | | | | | | | |
| 1)减少了工作或活动时间： | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 2)本来想要做的事情只能完成一部分： | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 3)干事情不如平时仔细： | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| **6.在过去4个星期里，您的健康或情绪不好在多大程度上影响了您与家人、朋友、邻居或集体的正常社会交往？**  □1完全没有影响 □2有一点影响 □3中等影响 □4影响很大 □5影响非常大 | | | | | | | | |
| **7.在过去4个星期里，您有身体疼痛吗？**  □1完全没有疼痛 □2有一点疼痛 □3中等疼痛 □4严重疼痛 □5很严重疼痛 | | | | | | | | |
| **8.在过去4个星期里，您的身体疼痛影响了您的工作和家务吗？**  □1完全没有影响 □2有一点影响 □3中等影响 □4影响很大 □5影响非常大 | | | | | | | | |
| **9.以下这些问题是关于过去1个月里您自己的感觉，对每一条问题所说的事情，您的情况是什么样的？**  1)您觉得生活充实？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 2)您是一个敏感的人？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 3)您的情绪非常不好，什么事都不能使您高兴起来？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 4)您的心理很平静？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 5)您做事精力充沛？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 6)您的情绪低落？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 7)您觉得筋疲力尽？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 8)您是个快乐的人： | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 9)您感觉厌烦： | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| **10.不健康影响了您的社会活动（如走亲访友）？** | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **11.请看下列每一条问题，哪一种答案最符合您的情况？** | | | | | |
| 1)我好象比别人容易生病： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |
| 2)我跟周围人一样健康： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |
| 3)我认为我的健康状况在变坏： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |
| 4)我的健康状况非常好： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**焦虑自评量表SAS**

**根据您过去一周的实际感觉，选择：1=没有或很少时间有，2=小部分时间有，3=相当多时间有，4=绝大部分或全部时间都有。**

1. 我觉得比平常容易紧张和着急

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

2. 我无缘无故地感到害怕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

3. 我容易心里烦乱或觉得惊恐

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

4. 我觉得我可能将要发疯

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*5. **我觉得一切都很好，也不会发生什么不幸**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

6. 我手脚发抖打颤

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

7. 我因为头疼，头颈痛和背痛而苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

8. 我感觉容易衰弱和疲乏

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*9. **我觉得心平气和，并且容易安静坐着**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

10. 我觉得心跳得很快

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

11. 我因为一阵阵头晕而苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

12. 我有晕倒发作或觉得要晕倒似的

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*13. **我呼气、吸气都感到很容易**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

14. 我手脚麻木和刺痛

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

15. 我因为胃痛和消化不良而苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

16. 我常常要小便

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*17. **我的手脚常常是干燥温暖的**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

18. 我脸红发热

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***19**. **我容易入睡，并且一夜睡得很好**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

20. 我做噩梦

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**抑郁自评量表SDS**

**请根据您过去一周的实际感觉进行选择，1=没有或很少时间，2=少部分时间，3=相当多时间，4=绝大部分或全部时间。**

1. 我觉得闷闷不乐，情绪低沉

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***2**. **我觉得一天中早晨最好**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

3. 一阵阵哭出来或觉得想哭

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

4. 我晚上睡眠不好

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***5**. **我吃得跟平常一样多**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***6. 我与异性密切接触时和以往一样感到愉快**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

7. 我发觉我的体重在下降

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

8. 我有便秘的苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

9. 心跳比平常快

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

10. 我无缘无故地感到疲乏

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*11. **我的头脑象和平常一样清楚**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***12**.**我觉得经常做的事情并没有困难**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

13. 我觉得不安而平静不下来

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***14**. **我对未来抱有希望**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

15. 我比平常容易生气激动

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***16**. **我觉得做出决定是容易的**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***17**. **我觉得自己是个有用的人，有人需要我**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***18**. **我的生活过得很有意思**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

19. 我认为如果我死了，别人会生活得更好

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***20.平常感兴趣的事我仍然感兴趣**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**中医信息采集（随访2）**

**复诊日期：**20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日

|  |
| --- |
| **主诉：** |
| **现病史：**  **刻下症：** |
| **舌象（舌色、舌形、舌态、苔色、苔质、舌下络脉）：** |
| **脉象：** |
| **中医诊断： 疾病：**  **证型：** |

**处方信息**

|  |
| --- |
| **治法：**  **方剂名称：**  **1.中药处方：（君药和核心药对加下划线）**      **剂**  **煎服法：**  **2.中成药处方：**  **3.针灸推拿：**  **4.西药处方：** |
| **医嘱：**□饮食：  □起居：  □情志：  □其他**：** |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**医案点评精粹**

□名老中医点评录音已完成

|  |
| --- |
| 名老中医点评精粹（处方加减变化的依据，如何考虑，下一步的治疗计划，个人感想/体会/经验等与该病例相关的内容）： |
| 传承弟子心得： |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**图像采集**

|  |  |
| --- | --- |
| **舌象照片是否拍照** □是 □否 | |
| **疾病相关资料是否拍照** □是 □否 | |
| **必要的临床检查：** | |
| 检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否  检查名称：  检查日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 是否已留存：□是 □否 | |
| **院外合并疗法情况** | |
| 西药 | □无 □有（如有，记录具体药物名称） |
| 中成药 | □无 □有（如有，记录具体药物名称） |
| 其他疗法 | □无 □有（如有，记录具体疗法） |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**病例资料拓展页（特色模块）**

|  |
| --- |
|  |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**疗效评价**

**自评医疗成效问卷（MYMOP）（复诊）**

1.请把适当的数字圈上，以表示以下症状或活动（应与上次问卷中填上的症状或活动一样）在**过去一星期**的情况有多坏（请表示你自己的感觉，而不是其他人的意见！）。

症状一：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

症状二：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

活 动：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

2.在**过去一星期**，你对自己身心状况的整体感觉如何？

情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

3.假如你出现了一项重要的新症状，请写出该症状，并把适当的数字圈上，以表示该症状在**过去一星期**的情况有多坏，否则请跳至第4题。

症状三：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 情况算是最好 0 1 2 3 4 5 6 情况算是最坏

4.你所接受的治疗，可能并非是影响你的病患的唯一因素。如果你认为有其它任何重要

的因素，例如生活方式的改变或生活上发生的任何事情，请在下面写出。

|  |
| --- |
|  |

5.你有没有使用任何药物来治疗**症状一**？ □有（接第6题） □没有（问卷完，谢谢！）

6.请写出该药物的名称及每天／每周使用量。

药物名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

使用量： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**生活质量量表（SF-36）**

**填表说明：**在最能代表患者日常生活状况的选项前用“√”在方框内标记。若有不便，可由亲属代填。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.总体来讲，您的健康状况是：**  □1非常好 □2很好 □3好 □4一般 □5差 | | | | | | | | |
| **2.跟1年以前比您觉得自己的健康状况是：**  □1比1年前好多了 □2比1年前好一些 □3跟1年前差不多 □4比1年前差一些 □5比1年前差多了 | | | | | | | | |
| **3.健康和日常活动**  以下这些问题都和日常活动有关。请您想一想，您的健康状况是否限制了这些活动？如果有限制，程度如何？ | | | | | | | | |
| 1）重体力活动。如跑步举重、参加剧烈运动等： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 2)适度的活动。如移动桌子、打太极拳、做简单体操等： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 3)手提日用品。如买菜、购物等： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 4)上几层楼梯： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 5)上一层楼梯： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 6)弯腰、屈膝、下蹲： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 7)步行1500米以上的路程： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 8)步行1000米的路程： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 9)步行100米的路程： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| 10)自己洗澡、穿衣： | | | | | □1限制很大 □2有些限制 □3毫无限制 | | | |
| **4.在过去4个星期里，您的工作和日常活动有无因为身体健康的原因而出现以下这些问题？** | | | | | | | | |
| 1)减少了工作或其他活动时间？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 2)本来想要做的事情只能完成一部分？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 3)想要干的工作或活动种类受到限制？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 4）完成工作或其他活动困难增多（比如需要额外的努力）？ | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| **5.在过去4个星期里，您的工作和日常活动有无因为情绪的原因（如压抑或忧虑）而出现以下这些问题？** | | | | | | | | |
| 1)减少了工作或活动时间： | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 2)本来想要做的事情只能完成一部分： | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| 3)干事情不如平时仔细： | | | | | | □1是 □2不是 | | |
| **6.在过去4个星期里，您的健康或情绪不好在多大程度上影响了您与家人、朋友、邻居或集体的正常社会交往？**  □1完全没有影响 □2有一点影响 □3中等影响 □4影响很大 □5影响非常大 | | | | | | | | |
| **7.在过去4个星期里，您有身体疼痛吗？**  □1完全没有疼痛 □2有一点疼痛 □3中等疼痛 □4严重疼痛 □5很严重疼痛 | | | | | | | | |
| **8.在过去4个星期里，您的身体疼痛影响了您的工作和家务吗？**  □1完全没有影响 □2有一点影响 □3中等影响 □4影响很大 □5影响非常大 | | | | | | | | |
| **9.以下这些问题是关于过去1个月里您自己的感觉，对每一条问题所说的事情，您的情况是什么样的？**  1)您觉得生活充实？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 2)您是一个敏感的人？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 3)您的情绪非常不好，什么事都不能使您高兴起来？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 4)您的心理很平静？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 5)您做事精力充沛？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 6)您的情绪低落？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 7)您觉得筋疲力尽？ | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 8)您是个快乐的人： | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| 9)您感觉厌烦： | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |
| **10.不健康影响了您的社会活动（如走亲访友）？** | | | | | | | | |
|  | □1所有的时间 | □2大部分时间 | □3比较多时间 | □4一部分时间 | | | □5小部分时间 | □6没有这种感觉 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **11.请看下列每一条问题，哪一种答案最符合您的情况？** | | | | | |
| 1)我好象比别人容易生病： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |
| 2)我跟周围人一样健康： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |
| 3)我认为我的健康状况在变坏： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |
| 4)我的健康状况非常好： | | | | | |
|  | □1绝对正确 | □2大部分正确 | □3不能肯定 | □4大部分错误 | □5绝对错误 |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**焦虑自评量表SAS**

**根据您过去一周的实际感觉，选择：1=没有或很少时间有，2=小部分时间有，3=相当多时间有，4=绝大部分或全部时间都有。**

1. 我觉得比平常容易紧张和着急

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

2. 我无缘无故地感到害怕

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

3. 我容易心里烦乱或觉得惊恐

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

4. 我觉得我可能将要发疯

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*5. **我觉得一切都很好，也不会发生什么不幸**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

6. 我手脚发抖打颤

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

7. 我因为头疼，头颈痛和背痛而苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

8. 我感觉容易衰弱和疲乏

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*9. **我觉得心平气和，并且容易安静坐着**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

10. 我觉得心跳得很快

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

11. 我因为一阵阵头晕而苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

12. 我有晕倒发作或觉得要晕倒似的

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*13. **我呼气、吸气都感到很容易**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

14. 我手脚麻木和刺痛

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

15. 我因为胃痛和消化不良而苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

16. 我常常要小便

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*17. **我的手脚常常是干燥温暖的**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

18. 我脸红发热

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***19**. **我容易入睡，并且一夜睡得很好**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

20. 我做噩梦

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**抑郁自评量表SDS**

**请根据您过去一周的实际感觉进行选择，1=没有或很少时间，2=少部分时间，3=相当多时间，4=绝大部分或全部时间。**

1. 我觉得闷闷不乐，情绪低沉

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***2**. **我觉得一天中早晨最好**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

3. 一阵阵哭出来或觉得想哭

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

4. 我晚上睡眠不好

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***5**. **我吃得跟平常一样多**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***6. 我与异性密切接触时和以往一样感到愉快**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

7. 我发觉我的体重在下降

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

8. 我有便秘的苦恼

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

9. 心跳比平常快

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

10. 我无缘无故地感到疲乏

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\*11. **我的头脑象和平常一样清楚**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***12**.**我觉得经常做的事情并没有困难**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

13. 我觉得不安而平静不下来

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***14**. **我对未来抱有希望**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

15. 我比平常容易生气激动

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***16**. **我觉得做出决定是容易的**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***17**. **我觉得自己是个有用的人，有人需要我**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***18**. **我的生活过得很有意思**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

19. 我认为如果我死了，别人会生活得更好

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

\***20.平常感兴趣的事我仍然感兴趣**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**不良事件记录表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (用标准医学术语)记录所有观察到的和用以下文句“自上次治疗后，您有何不同的感觉?”直接询问得出的不良事件。尽量使用诊断名称或症状名称，记录一个不良事件。  **该患者整个研究期间有无经历任何不良事件? □有 □无 如“有”请分别填写下表。** | | | |
| 不良事件名称（症状及体征） |  |  |  |
| 开始发生日期和时间 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 不良事件严重程度 | □轻 □中 □重 | □轻 □中 □重 | □轻 □中 □重 |
| 是否采取措施(如是，请记录所采取的措施) | □ 是 □ 否  记录： | □ 是 □ 否  记录： | □ 是 □ 否  记录： |
| 处理方法及结果 | □仍存在  □已缓解  □不知道  缓解日期：  年 月 日 | □仍存在  □已缓解  □不知道  缓解日期：  年 月 日 | □仍存在  □已缓解  □不知道  缓解日期：  年 月 日 |
| **根据研究者的判断是否符合严重不良事件定义?**  l.导致死亡；  2.威胁生命；  3.导致住院或延长住院期间；  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(如有可能影响到患者并有可能需要药物/手术以防止上述结果) | □ 是 □ 否  (如是，请立即电话／传真报告课题组)  报告日期：  年 月 日 | □ 是 □ 否  (如是，请立即电话／传真报告课题组)  报告日期：  年 月 日 | □ 是 □ 否  (如是，请立即电话／传真报告课题组)  报告日期：  年 月 日 |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

## 病历记录页

|  |
| --- |
| 填写说明：记录患者在临床研究期间病例报告表中备选项目无法说明的情况，以及入选病例死亡、复发、加重等特殊情况，或患者退出本研究的原因等。病历记录可以与病例报告表中内容重复，以备存档。 |

**研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日**

**该病诊断相关资料粘贴处**

|  |
| --- |
|  |

**相关处方粘贴处**

|  |
| --- |
|  |

**相关检查资料粘贴处**

|  |
| --- |
|  |

## 

| **病例报告表（CRF）审核声明** |
| --- |
| **（请按照以下审核清单进行一一确认并签名）** |
| 1. 确认患者已签署知情同意书。 |
| 2．确认患者的姓名、电话等填写真实、完整。 |
| 3．确认患者符合研究方案的纳入标准，不符合排除标准。 |
| 4．确认研究记录的必填项目均填写完整。 |
| 5．确认所有不良事件均已填写“不良事件表”。 |
| 6．确认有错误发生时，将错误值划上“—”，在错误处上方书写正确值，修改者签名并加注日期，已说明更改理由，未涂盖任何原始数据。 |
| 研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日  随访者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 |

|  |
| --- |
| **研究者声明** |
| 本病例报告表上的所有记录我均逐页、逐项审核，我确认这些数据填写真实、完整、准确，与原始资料相符，并符合研究方案设计要求。所有的数据记录工作是由我和我委派的人完成的，我们已在研究人员签名表上签字。  研究者签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 签署日期：20|\_\_|\_\_|年|\_\_|\_\_|月|\_\_|\_\_|日 |

**病例报告表审核声明**

此病例报告表经临床研究单位任务负责人及课题委派监察员审核，所有项目记录均真实、完整和准确。

# 

任务负责人签字： 日期： 年 月 日

课题监察员签字： 日期： 年 月 日