

附件：

## 2024 年金凤区食源性疾病监测计划

### 一、食源性疾病病例监测报告

贯彻落实《食品安全法》，按照《食源性疾病监测报告工作规范（试行）》的要求，对医疗机构报告的食源性疾病病例信息进行采集、汇总和分析，为发现食品安全隐患提供技术支持。

#### （一）监测主体

**1.金凤区疾病预防控制中心：**负责对辖区内食源性疾病病例信息汇总分析。

**2.监测报告医疗机构：**包括 6 所综合医院、1 所中医医院、2 所儿童医院、34 家社区卫生服务中心（站）和乡镇卫生院（详见附表 2）。

#### （二）监测内容

由食品引起的食源性疾病疑似病例、食源性疾病确诊病例、食源性聚集性病例信息，内容包括：病例基本信息、症状与体征、饮食暴露史、诊断结论等。

#### （三）监测结果报告及要求

##### 1. 病例信息采集

监测点医院医生在诊疗活动中，发现其接诊的病人属于监测对象时，采集的信息主要包括临床症状、诊断结论、饮食暴露史（包括可疑食品名称、进食地点、购买地点）等，接诊医生需要填写纸质《食源性疾病病例监测信息表》（详见附表 1-1）。

##### 2. 病例信息报送

（1）医疗机构在诊疗活动中发现食源性疾病病例时，应当在 2 个工作日内通过“食源性疾病病例监测系统”填报病例信息。开展生

物标本中致病因子检验且结果为阳性的，应在检验结束后2个工作日内在“食源性疾病监测系统”补录检验结果和疾病名称。

(2) 医疗机构发现食源性疾病聚集性病例时，应在在1个工作日内向金凤区卫生健康局报告。发现重要食品安全隐患、可能构成需启动应急预案的食品安全事故时，应当在核实后2小时内报告。

(3) 金凤区疾病预防控制中心应当在每个工作日内审核、汇总、分析辖区内的食源性疾病病例信息和聚集性病例信息。对聚集性病例进行核实，经核实认为可能与食品生产经营有关的，应在核实结束24小时内向金凤区卫生健康局报告和银川市市级疾病预防控制机构报告。发现发现重要食品安全隐患、可能构成需启动应急预案的食品安全事故时，应当在核实后2小时内报告。

## **二、食源性疾病暴发监测**

贯彻落实《食品安全法》，按照《食源性疾病监测报告工作规范（试行）》要求，对经流行病学调查确认的食源性疾病暴发信息进行收集和归因分析，为预防食源性疾病暴发提供技术依据。

### **（一）监测主体**

金凤区疾病预防控制中心。

### **（二）监测内容**

所有发病人数在2人及2人以上或死亡1人及以上的食源性疾病暴发事件。金凤区疾病预防控制中心开展食品安全事故、传染病和突发公共卫生事件等的流行病学调查后，调查结论为食源性疾病暴发的相关信息，内容主要包括流行病学调查报告等。

### **（三）监测结果报告**

开展流行病学调查完毕7个工作日内，登陆“食源性疾病暴发监测系统”在“结案报告录入”模块填报调查事件的内容，主要包括发

生时间、发生区域、暴发场所、发病人数、死亡人数、主要临床症状、可疑食品、可疑食品来源场所和致病因子等，具体信息见《食源性疾病暴发事件监测信息表》（详见附表 1-3），同时将流行病学调查报告作为附件上传。同时将食源性疾病事件致病菌分离株送自治区疾病预防控制中心进行复核。

### **三、食源性疾病主动监测**

贯彻落实《食品安全法》，对特定食源性疾病病原体进行深入调查分析，了解重要食源性疾病的发病情况。

#### **（一）监测主体**

银川市第二人民医院、宁夏回族自治区人民医院（院本部）作为金凤区主动监测哨点医院承担便样标本采集、样本中特定病原体检测及数据录入上报。

#### **（二）监测内容**

1. 哨点医院负责采集以腹泻症状为主诉的病例信息，内容包括：

**（1）病原学检验。** 主动监测哨点医院对腹泻病例生物标本进行沙门氏菌、副溶血性弧菌、致泻大肠埃希氏菌、志贺氏菌指标检测，并将实验室检验结果填入《食源性疾病病例监测信息表》（详见附表 1-2）。

**（2）腹泻病例统计调查。** 每月对腹泻病人就诊人数、标本采集数量、阳性标本数量及检出菌株等信息进行统计，填写《食源性疾病监测哨点医院每月数据汇总表》（详见附表 1-4）。

**（3）采样及送样要求。** 详细内容见《腹泻粪便标本的采集和运送要求》（详见附表 1-5）。

2. 金凤区疾病预防控制机构负责对实验室确诊疑似聚集性病例进行个案调查。

## 四、单核细胞增生李斯特氏菌感染病例专项监测

根据食品安全工作需要开展的专项监测，为开展食品安全风险评估和食品安全标准制定、修订等提供基础数据。

### （一）监测主体

宁夏回族自治区人民医院。

### （二）监测内容

- 1.实验室确诊的单核细胞增生李斯特氏菌感染病例信息，内容包括：病例基本信息、症状与体征、饮食暴露史、实验室检验结果等。
- 2.金凤区疾病预防控制中心负责对实验室确诊的病例进行个案调查。

### （三）监测结果报告及要求

- 1.哨点医院确诊病例后，应当在完成检验后2个工作日内通过“食源性疾病病例监测系统”填报信息，并报告金凤区疾病预防控制中心。
- 2.金凤区疾病预防控制中心接到报告后应当及时对阳性病例开展流行病学调查，并将分离株和调查结果报送至自治区疾病预防控制中心。

## 五、食源性疾病监测标本及菌株编码规则

### （一）病例编号规则

哨点医院代码+两位年份+三位流水号（流水号必须与系统中病例流水号后三位对应）。如 YC2-23-001 表示银川市第二人民医院 2023 年食源性疾病监测系统的第一例监测病例 NX010602-2023-00001 号病例粪便样本。

### （二）哨点医院代码

银川市第二人民医院为 YC2

宁夏自治区人民医院新院为 NY

## 附表

### 附表 1-1 食源性疾病病例监测信息表

一、基本信息（在横线上填写相关内容，或在相应选项的“□”中打√） 病例编号：\_\_\_\_\_（系统自动生成）

患者姓名*：_____	患者性别*： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	是否住院： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
出生日期*：_____年____月____日（年龄_____）	联系电话*：_____	
患者职业*： <input type="checkbox"/> 散居儿童 <input type="checkbox"/> 托幼儿童 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 教师 <input type="checkbox"/> 餐饮食品业 <input type="checkbox"/> 商业服务 <input type="checkbox"/> 医务人员 <input type="checkbox"/> 工人 <input type="checkbox"/> 农民 <input type="checkbox"/> 民工 <input type="checkbox"/> 牧民 <input type="checkbox"/> 渔民 <input type="checkbox"/> 干部职员 <input type="checkbox"/> 离退人员 <input type="checkbox"/> 家务及待业 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不详		
发病时间*：_____年____月____日____时	就诊时间*：_____年____月____日____时	
死亡时间：_____年____月____日____时		

二、暴露信息（怀疑进食某食品患病，请填写食品信息，可填写多行）

序号	食品名称*	食品分类 <sup>1</sup>	加工或包装方式 <sup>2</sup>	食品品牌	进食地点*	购买地点*	进食时间*	进食人数*	其他人是否发病*
1							年 月 日 时		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

注：以下信息可用序号填表

1、食品分类：（可自动关联）

(1) 肉与肉制品 (2) 蔬菜类及其制品 (3) 水果类及其制品（包括果脯和蜜饯） (4) 水产动物及其制品 (5) 婴幼儿食品 (6) 乳与乳制品 (7) 蛋与蛋制品 (8) 饮料与冷冻饮品类 (9) 包装饮用水（含桶装水） (10) 粮食类及其制品（含淀粉类、焙烤类及各类主食） (11) 豆及豆制品 (12) 坚果、籽类及其制品 (13) 菌类及其制品 (14) 酒类及其制品 (15) 糖果、巧克力、蜂蜜及其制品 (16) 藻类及其制品 (17) 油脂类 (18) 调味品 (19) 保健品 (20) 其他食品 (21) 多种食品 (22) 混合食品 (23) 不明食品

2、加工或包装方式：（可自动关联）

(1) 餐饮服务业 (2) 家庭自制 (3) 预包装 (4) 散装（包括简易包装） (5) 其他

3、进食或购买场所类型：

(1) 家庭 (2) 餐饮服务单位 (3) 集体食堂 (4) 零售市场 (5) 农村宴席 (6) 其他

三、症状信息\*（在相应症状的“□”中打√，至少填写一项）

□腹泻：_____次/天
性状： <input type="checkbox"/> 稀便 <input type="checkbox"/> 水样便 <input type="checkbox"/> 米泔样便 <input type="checkbox"/> 粘液便 <input type="checkbox"/> 脓血便 <input type="checkbox"/> 洗肉样变 <input type="checkbox"/> 鲜血样便 <input type="checkbox"/> 黑便 <input type="checkbox"/> 其他
□腹痛 <input type="checkbox"/> 恶心 <input type="checkbox"/> 呕吐：_____次/天 <input type="checkbox"/> 发热_____℃ <input type="checkbox"/> 头痛 <input type="checkbox"/> 发绀 <input type="checkbox"/> 麻木 <input type="checkbox"/> 呼吸困难
□吞咽困难 <input type="checkbox"/> 面色潮红 <input type="checkbox"/> 视物模糊 <input type="checkbox"/> 眼睑下垂 <input type="checkbox"/> 抽搐 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 其他：_____

四、诊断结论\*：

五、检测结果：\_\_\_\_\_

## 附表 1-2 食源性疾病主动监测病例信息表

一、病例基本信息（横线上填写相关内容，或相应选项的“□”中打√） 病例编号：（自动生成）

门诊号/患者 ID 号：	是否住院：是 否	住院号：	是否复诊：是 否
姓名*：	性别*：男 女	身份证号：	监护人姓名：
出生日期*： 年 月 日（年龄 岁/天）	联系方式*：		
病人属于*： 本县区 本市其它县区 本省其它城市 外省 港澳台 外籍			
现住地址*： 省 市 县（区）（填写详细）			
患者职业*： 散居儿童 托幼儿童 学生 农民 民工 商业服务 餐饮食品业 工人 医务人员 干部职工 离退人员 教师 家务及待业 牧民 渔民 其他 不详			
发病时间*： 年 月 日 时		就诊时间*： 年 月 日 时	
死亡时间： 年 月 日 时			

二、主要症状与体征\*（在相应症状或体征的“□”中打√，至少填写一项）

三、初步诊断\*： 急性胃肠炎 感染性腹泻 毒蘑菇中毒 菜豆中毒 河鲀中毒

全身症状与体征	消化系统	呼吸系统	心脑血管系统
<input type="checkbox"/> 发热℃ <input type="checkbox"/> 面色潮红 <input type="checkbox"/> 面色苍白 <input type="checkbox"/> 发绀 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 口渴 <input type="checkbox"/> 浮肿 <input type="checkbox"/> 体重下降 <input type="checkbox"/> 寒战 <input type="checkbox"/> 乏力 <input type="checkbox"/> 贫血 <input type="checkbox"/> 肿胀 <input type="checkbox"/> 失眠 <input type="checkbox"/> 畏光 <input type="checkbox"/> 口有糊味 <input type="checkbox"/> 金属味 <input type="checkbox"/> 肥皂/咸味 <input type="checkbox"/> 唾液过多 <input type="checkbox"/> 足/腕下垂 <input type="checkbox"/> 色素沉着 <input type="checkbox"/> 脱皮 <input type="checkbox"/> 指甲出现白带 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 恶心 <input type="checkbox"/> 呕吐：次/天 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 里急后重 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 腹泻：次/天性状 <input type="checkbox"/> 稀便 <input type="checkbox"/> 水样便 <input type="checkbox"/> 米泔样便 <input type="checkbox"/> 粘液便 <input type="checkbox"/> 脓血便 <input type="checkbox"/> 洗肉样变 <input type="checkbox"/> 鲜血样便 <input type="checkbox"/> 黑便 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 呼吸短促 <input type="checkbox"/> 咯血 <input type="checkbox"/> 呼吸困难 <input type="checkbox"/> 其他：
	<input type="checkbox"/> 胸闷 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 心悸 <input type="checkbox"/> 气短 <input type="checkbox"/> 其他：	泌尿系统 <input type="checkbox"/> 尿量减少 <input type="checkbox"/> 背部/肾区疼痛 <input type="checkbox"/> 肾结石 <input type="checkbox"/> 尿中带血 <input type="checkbox"/> 其他：	神经系统 <input type="checkbox"/> 头痛 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 惊厥 <input type="checkbox"/> 谵妄 <input type="checkbox"/> 瘫痪 <input type="checkbox"/> 言语困难 <input type="checkbox"/> 吞咽困难 <input type="checkbox"/> 感觉异常 <input type="checkbox"/> 精神失常 <input type="checkbox"/> 复视 <input type="checkbox"/> 视力模糊
	<input type="checkbox"/> 肉毒中毒 <input type="checkbox"/> 亚硝酸盐中毒 <input type="checkbox"/> 农药中毒 <input type="checkbox"/> 其他		

四、就诊前是否使用抗生素： 是 否 （抗生素名称）

五、既往病史：无 一般消化道炎症 克罗恩病 消化道溃疡 消化道肿瘤 肠易激综合征 脑膜炎、脑肿瘤等 其他

## 六、暴露信息

是否怀疑进食了某些食品后出现以上症状：是 否，如果“是”请于表格中填写食品信息，可填写多行。

食品品牌、生产厂家、购买地点信息主要对应于预包装及散装产品，进食场所主要对应于餐饮食品。购买地点和进食场所至少填写一项。

序号	食品名称*	食品分类 <sup>1</sup>	加工或包装方式 <sup>2</sup>	食品品牌	生产厂家	进食场所*	进食或购买场所类型 <sup>3</sup>	购买地点*	进食时间*	进食人数*	其他人是否发病*
1									年月日时		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2									年月日时		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3									年月日时		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

注：以下信息可用序号填表

### 1、食品分类：

1、肉与肉制品 2、蔬菜类及其制品 3、水果类及其制品 4、水产动物及其制品 5、婴幼儿食品 6、乳与乳制品 7、蛋与蛋制品 8、饮料与冷冻饮品类 9、包装水（含桶装水） 10、粮食类及其制品 11、豆及豆制品 12、坚果籽类及其制品 13、菌类及其制品 14、酒类及其制品 15、糖果、巧克力、蜂蜜及其制品 16、藻类及其制品 17、油脂类 18、调味品 19、其他食品 20、多种食品 21、混合食品 22、不明食品

### 2、加工或包装方式：

1、餐饮服务业 2、家庭自制 3、定型包装 4、散装（包括简易包装） 5、其他

### 3、进食或购买场所类型：

1、家庭 2、饭店（酒店） 3、食品店 4、街头食品 5、餐饮业-其他 6、单位食堂 7、学校食堂 8、工地食堂 9、农贸市场 10、超市 11、零售店

12、零售-其他 13、农村宴席 14、其他

## 七、生物标本采集

是否采集生物标本：是 否，如果“是”请于表格中填写标本信息

序号	标本编号*	标本类型*	标本数量及单位*	采样日期*	备注
1		粪便 肛拭子 血液 脑脊液 呕吐物 暴露食品 其他		年 月 日	
2		粪便 肛拭子 血液 脑脊液 呕吐物 暴露食品 其他		年 月 日	
3		粪便 肛拭子 血液 脑脊液 呕吐物 暴露食品 其他		年 月 日	

## 八、病例附件

## 九、填报机构信息

医疗机构名称\*：\_\_\_\_\_ 接诊医生：\_\_\_\_\_ 填表人：\_\_\_\_\_ 填表日期：\_\_\_\_\_ 年 月 日

## 《食源性疾病病例监测信息表》填卡说明

**病例编号：**由食源性疾病监测系统自动生成。

**门诊号：**填写病人就诊的门诊号，同一家医院门诊号不能相同，除非是复诊的病人。

**是否住院：**在相应的选择前打√

**住院号：**填写病人的实际住院号

**姓名：**填写病人的名字，如果登记身份证号码，则姓名应该和身份证上的姓名一致。

**性别：**在相应的性别前打√。

**监护人：**14岁以下的儿童、无行为能力者和80岁以上老人要求填写患者家长姓名。

**出生日期：**填写病人出生日期。

**联系方式：**填写患者的联系方式。

**病例属于：**在相应的类别前打√。用于标识病人现住地址与就诊医院所在地区的关系。

**现住地址：**填写详细，至少详细填写到乡镇（街道）。原则上填写病人发病时的居住地，不是户籍所在地。

**患者职业：**在相应的职业名前打√。

**发病时间：**本次发病日期，填写到小时。

**就诊时间：**本次就诊日期，填写到小时。

**死亡时间：**死亡病例填写，填写到小时。

**主要症状与体征：**在相应的症状与体征前打√，不能为空，至少填写一项。

**初步诊断：**不能为空，填写诊断结论。

**既往病史：**如有，则输入。

**暴露信息：**病人主诉或怀疑由食品引起，勾选是，需填写暴露信息，可填写多个。

**食品名称：**填写可疑食品的名称，不能为空。

**食品品牌：**定型包装产品，填写食品品牌，如奶粉等。

**生产厂家：**定型包装产品，填写生产厂家，如奶粉等。

**购买地点：**填写详细地址，购买地点和进食场所必填一项。

**购买地点类型：**填写购买地点类型序号。

**进食场所：**填写详细地址，购买地点和进食场所必填一项。

**进食场所类型：**填写进食场所对应的序号。

**进食时间：**填写暴露食品进食的时间。

**进食人数：**填写共同就餐的人数。

**其它人是否发病：**在相应的选择前打√。

**是否采样：**在相应的选择前打√，指的是暴露食品是否采样。

**标本信息：**如果采集生物标本，勾选是，需填写标本信息，可填写多个。

**标本编号：**根据编码规则填写或者由监测单位自行编制填写，但病人与生物标本要对应。

**标本类型：**在相应的类别前打√。

**标本数量及单位：**填写采样量及对应单位。

**采样日期：**填写标本采样日期

**备注：**可填写其它必要信息。

**医疗机构名称：**填写病人所就诊哨点医院的名称。

**接诊医生：**接诊病例的医生。

**填表人：**填写病例表格人员。

**填写时间：**填写本表日期。

**注：**前面带\*项为必填项

不进行病原学检验的病例信息采集可不填写“七、生物标本采集”。

**附表 1-3 食源性疾病暴发监测信息表**

**一、基本信息**

*是否属于食源性疾病:	是 否	监测点名称:	
*发生日期:		*接报日期:	
*结案日期:			
*疾病暴发地区:		*疾病暴发场所类型:	
*疾病暴发场所具体地址:			
原因食品来源地区:		*原因食品来源场所类型:	
*原因食品来源场所具体地址:			

**二、总体情况**

总暴露人数:		*总发病人数:		罹患率:	
--------	--	---------	--	------	--

**三、\*发病人群**

年龄段	发病人数	住院人数	死亡人数	病死率
<1 岁				
1 岁~6 岁				
7 岁~19 岁				
20 岁~59 岁				
60 以上				
*总计				

**四、发病详情 (人)**

症状	人数	症状	人数	症状	人数	症状	人数
恶心:		呕吐:		腹泻:		发热:	
头痛:		昏迷:		面部潮红:		瘙痒 (发芽马铃薯):	
呼吸困难:		视力模糊:		抽搐:		发绀 (亚硝酸盐):	
阵发性绞痛 (副溶):		皮疹 (寄生虫):		全身水肿 (寄生虫):		肝疼痛或肿大 (肝吸虫):	
手指或脚趾刺痛 (河鲀毒素):		感觉麻木 (河鲀毒素):		皮肤潮红 (鱼类组胺):		唇舌指尖等麻木 (贝类毒素):	
腹痛:		里急后重:		头晕:		肌肉疼痛 (寄生虫):	
出汗:		癫痫发作 (猪牛带绦虫):		吞咽困难:		荨麻疹 (鱼类组胺):	
眼睑下垂:		谵妄、幻觉 (毒蕈):		口干 (曼陀罗):		其他:	

**五、时间信息**

首发时间:				末发时间:			
最短潜伏期:	小时	最长潜伏期:	小时	潜伏期中值:	小时		
时间:	0~12 小时	12~24 小时	1~2 天	2~7 天	1~2 周	2~4 周	1 月以上
人数:							
病程最短:	小时	病程最长:	小时	病程中值:	小时		

## 六、可疑食品信息

*食品所属分类:		*食品名称:	
食品原料:		食品采购时间:	
*食品购买或就餐地点:		*食品购买或就餐场所类型:	
食品加工方法:		*包装类型:	
商品名:		生产商:	

## 七、样品检测信息

*食品名称:		取样数量:	
检测项目:		检测时间:	
定量检测方法:		定性检测方法:	
定量结果:		单位:	
		*定性结果:	
备注:	(100 字内)		

## 八、生物标本检测信息

送检实验室名称:		检测项目:	
生物标本名称:		生物标本来源:	
标本数量:		标本阳性数量:	

## 九、环境标本检测信息:

送检实验室名称:		检测项目:	
标本名称:			
标本数量:		标本阳性数量:	

## 十、报告结论:

*引发事件原因:	环节:	种养殖 生产加工 流通 (运输和销售) 其他		
	因素:	原料 (辅料) 污染或变质、加工不当、存储不当、误食误用、交叉污染、投入品 (包括饲料、添加剂等) 滥用或超范围使用、非法使用 (违禁药物、非法添加剂等)、环境 (空气、水、土壤等) 污染、添加剂滥用和非法添加、产品过期 (变质)、人员污染、设备 (操作用具、器皿等) 污染、原因不明、投毒、其他		
*原因食品名称:		*原因食品分类:		
*原因食品包装:	散装 (包括自行简易包装)		定型包装	
*致病因素类别:		*致病因素名称:		
*报告结论:		用药:		
备注:	(200 字内)			

\*填报人:

注: \*标记为必填项

## 《食源性疾病事件监测信息表》填表说明

### 1. 疾病暴发场所类型/原因食品来源场所类型

- 1.1 学校食堂：指设于托、幼、小、中、中等职业、大学等教育机构等场所，供应学生、内部职工等就餐的提供者。
- 1.2 单位食堂：指设于机关、企事业单位、建筑工地等地点（场所），供应内部职工等就餐的提供者。
- 1.3 宾馆饭店：（含酒家、酒楼、酒店、饭庄、游轮等）：指以饭菜（包括中餐、西餐、日餐、韩餐等）为主要经营项目的提供者，包括火锅店、烧烤店等。
- 1.4 农村宴席：指农村地区，由举办者或其聘请的人员承办的，在非经营场所举办的各种宴席。
- 1.5 流动餐点：指无固定店铺，以烹饪等方式现做现卖直接入口食品，提供餐饮服务的经营者。
- 1.6 街头摊点：指无固定店铺，在街头销售预包装食品或者散装食品的经营者。
- 1.7 食品超市：指以顾客自选的方式，经营食品、食物的零售店面。
- 1.8 快餐店：指以集中加工、当场制作或分餐食用并快速提供就餐服务为主要加工供应形式的单位。
- 1.9 食品店：含小吃店、饮品店、甜品店。小吃店是指以点心、小吃为主要经营项目（不含菜肴品种）的提供者。饮品店是指以供应酒类、咖啡、茶水或者饮料为主的提供者。甜品店是指以冰激凌、饮料、甜品为主要经营项目的提供者。
- 1.10 学校：指在学校发病，问题食品来源为学校食堂以外的场所。例，如某宿舍学生进食从学校小卖店购买的零食后在校内发病，其疾病暴发场所类型为学校，原因食品来源场所类型为食品超市。
- 1.11 食品公司：是指从事食品制造的企业。

### 2. 时间信息

潜伏期中值/病程中值：均指中位数（M）：是指将统计总体当中的各个变量值按大小顺序排列起来，形成一个数列，处于变量数列中间位置的变量值就称为中位数。当变量值的项数  $n$  为奇数时，处于中间位置的变量值即为中位数；当  $n$  为偶数时，中位数则为处于中间位置的 2 个变量值的平均数。

举例：

当样本数  $n$  为奇数时：1, 2, 5, 7, 9。中间变量位数  $= (n+1)/2 = (5+1)/2 = 3$ ，即将变量按照由小到大顺序排列，排在第三位的那个值为中位数，中位数  $M=5$

当样本数  $n$  为偶数：1, 2, 4, 5, 6, 8。中间变量位数  $= (n+1)/2 = (6+1)/2 = 3.5$ ，即将变量按照由小到大顺序排列，排在第 3.5 位的那个值为中位数，中位数  $M=(4+5)/2=4.5$

### 3. 可疑食品信息

#### 3.1 食品所属分类

多种食品：指暴发中的致病因子来源于多类食品。

混合食品：指暴发中的致病因子来源于含有多类食物成分的一种食品，但未能确定致病因子来源于哪种食物成分。

盒饭：又称为快餐，是指装在盒子里出售的份儿饭。

#### 3.2 包装类型

散装食品：是指那些没有进行包装即进行零售的食品。

定型包装食品：预先定量包装或者制作在包装材料和容器中的食品，包括预先定量包装以及预先定量制作在包装材料和容器中并且在一定量限范围内具有统一的质量或体积标识的食品。

**附表 1-4 食源性疾病监测哨点医院每月数据汇总表**

(2024 年 月)

医院名称：\_\_\_\_\_ 填表人：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

项目	门诊病例	住院病例	备注
1. 每月初诊“腹泻”病人登记人数			
2. 每月采集粪便标本的“腹泻”病人数			
<b>3. 每月沙门氏菌检测情况</b>			
采样检测病例数			
阳性菌株数			
<b>4. 每月致泻大肠埃希氏菌检测情况</b>			
采样检测的病人数			
阳性菌株数			
<b>5. 每月志贺氏菌检测情况</b>			
采样检测的病人数			
阳性菌株数			
<b>6. 每月副溶血性弧菌检测情况</b>			
采样检测的病人数			
阳性菌株数			
<b>7. 其他“腹泻”病原体阳性菌（毒）株数（注明病原名称）</b>			
采样检测的病人数			
阳性菌（毒）株数			

## 《食源性疾病监测哨点医院每月数据汇总表》填表说明

1. 本表主要由医院防保科或医务科负责人员填写，表中的数据主要来自于医院检验科，请检验科人员配合防保科或医务科人员收齐数据。
2. **每月初诊“腹泻”病人登记人数：**是指医院每月统计初诊为“腹泻”病人的登记人数，包括门诊“腹泻”病人登记数（包括所有类型门诊，如儿科门诊、内科门诊、急诊等）和住院“腹泻”病人登记数两部分。
3. **每月采集粪便标本的“腹泻”病人数：**是指检验科接收的每月采集粪便标本的“腹泻”病人数，包括门诊采样“腹泻”病人数和住院采样“腹泻”病人数两部分。
4. **检测致病菌病人数：**是指检验科接收的每月检测致病菌的“腹泻”病人数，包括门诊检测致病菌病人数和住院检测致病菌病人数两部分。
5. **致病菌阳性菌株数：**是指检验科每月在接收送检粪便样本数中检测出致病菌阳性的菌株数，包括门诊致病菌阳性菌株数和住院致病菌阳性菌株数两部分。以上指标中，“经门诊再转入住院”或“不经门诊，直接住院”的病人都应统计在“住院”病人数中。“看门诊而不住院”的病人应统计在“门诊”病人数。
6. **其他腹泻病原体阳性菌（毒）株数：**是指检验科每月在接收送检粪便样本数中检测出其他“腹泻”病原阳性的例数，请填写在空格中，如“轮状病毒 10 例”。

## 2024年宁夏食源性疾病预防监测粪便标本送检单

病例编号	标本编号	哨点医院	患者姓名	性别	民族	出生日期	现住址	患者职业	发病日期	采样日期	平均每天腹泻次数	粪便性状

(二) (一) 标本编号由哨点医院负责填写，规则为：哨点医院代码+两位年份+三位流水号（流水号必须与食源性疾病预防监测报告系统中病例流水号后三位一致）。哨点医院代码：银川市第一人民医院--YC1，银川市第二人民医院--YC2，石嘴山市第二人民医院--SZS，平罗县人民医院--PL，吴忠市人民医院--WZ，青铜峡市人民医院--QTX，固原市人民医院--GY，原州区人民医院--YZQ，中卫市人民医院--ZW，海原县人民医院--HY，宁夏回族自治区人民医院新院-- NY。

(三) 病例编号由辖区疾控中心负责填写，规则为：食源性疾病预防监测报告系统中的完整病例编号（如：NX010602-2024-00001），请务必再次复核病例编号和病例姓名后认真填写。

送样单位：\_\_\_\_\_ 送样日期：\_\_\_\_\_ 接样人：\_\_\_\_\_ 接样日期：\_\_\_\_\_

# 2024 年食源性疾病监测菌株送检单

标本编号	菌株名称	分离日期	姓名	性别	年龄	生化试验	血清凝集	备注

(一)标本编号规则为:哨点医院代码+两位年份+三位流水号(流水号必须与食源性疾病监测报告系统中病例流水号后三位一致)。如 YC1-24-001 表示银川市第一人民医院 2023 年食源性疾病监测报告系统中 NX010602-2024-00001 号病例粪便标本。

(二)哨点医院代码:银川市第一人民医院--YC1, 银川市第二人民医院--YC2, 石嘴山市第二人民医院--SZS, 平罗县人民医院--PL, 吴忠市人民医院--WZ, 青铜峡市人民医院--QTX, 固原市人民医院--GY, 原州区人民医院--YZQ, 中卫市人民医院--ZW, 海原县人民医院--HY, 宁夏自治区人民医院新院-- NY。

送样单位: \_\_\_\_\_ 送样日期: \_\_\_\_\_ 接样人: \_\_\_\_\_ 接样日期: \_\_\_\_\_

## 2024 年食源性疾病暴发监测菌株送检单

标本编号	菌株名称	分离日期	样品名称或患者姓名	性别	年龄	生化试验	血清凝集	备注

注：暴发监测所采集样本各单位自行编号，不做强制要求。

送样单位：\_\_\_\_\_ 送样日期：\_\_\_\_\_ 接样人：\_\_\_\_\_ 接样日期：\_\_\_\_\_

## 附表 1-5 腹泻粪便标本的采集和运送要求

### 一、病例定义

由食品或怀疑由食品引起的，以腹泻症状为主诉的感染病例。腹泻是指每日排便 3 次或 3 次以上，且粪便性状异常，如稀便、水样便、粘液便或脓血便等。

### 二、标本的采集

1. 哨点医院监测中，应在发病的 3 日内或患者入院 24 小时内采集符合病例定义的标本；暴发标本应在发病 2 日内采集。尽量在使用抗生素之前采集标本。

2. 标本的采集：取盛有 5mL 无菌改良 PBS 缓冲液的 15ml 离心管 2 支，分别用 2 根无菌棉签沾取粪便标本大约 2 克（毫升），沾取后将拭子连同粪便分别放入 2 支含有缓冲液的离心管中，弃去手持的尾部，旋紧管盖。

3. 在 2 支采样管管壁上，用油性记号笔清楚书写标本编号和病例姓名，标本编号和病例姓名与标本送检单保持一致。其中 1 份用做小肠结肠炎耶尔森氏菌检测，1 份用做病毒检测。

4. 所有标本管管盖务必拧紧，避免撒漏造成交叉污染。

### 三、标本的保存

1. **病毒标本**：若在 3 天之内送检标本，可在 4℃ 短期储存；若 3 天之内不能送检，标本直接在 -20℃ 或 -80℃ 下贮存，并避免反复冻融。

2. **小肠结肠炎耶尔森氏菌**：标本采集后直接放入 4℃ 保存（不可冷冻）。

### 三、标本的接收和运输

所有粪便标本，都潜在含有轮状病毒、杯状病毒、腺病毒、星状病毒和细菌的风险，运输时需单独包装、专人专车运送。

1. **运输温度**：标本置于放有冰排的保温运输箱，所有标本冷藏运输，尽量缩短运输时间。

2. **哨点医院运输要求**：各辖区哨点医院每周至少送检标本一次，送至辖区疾控中心，在上送标本的同时，需附带标本送检单。

3. **病例编号**：各辖区疾控中心收到辖区哨点医院送检的标本后，及时登录食源性疾病监测报告系统，根据病例姓名核实病例信息，在《2024 年宁夏食源性疾病监测粪便标本送检单》病例编号一栏填写报告系统中的病例编号，如：NX010602-2024-00001。

4. **辖区疾控中心运输要求**：为保证检测结果的准确性，各辖区疾控中心需在每个月末将采集标本送至自治区疾控中心进行检测（冷冻的病毒标本送至病毒科，冷藏的小肠结肠炎耶尔森氏菌标本送至细菌科），在上送标本的同时，需附带标本《2024 年宁夏食源性疾病监测粪便标本送检单》。

### 四、标本的接收和检测

1. **标本接受**：自治区疾控中心病毒科和细菌科在接收标本时，要进行标本的清点，查看相应的标本送检单。

2. **标本检测**：自治区疾控中心病毒科和细菌科在接收标本后，每月开展一次诺如病毒和小肠结肠炎耶尔森氏菌检测，并及时将检测结果反馈至辖区疾控中心。

附表 2:

## 2024 年金凤区食源性疾病监测报告医疗机构

序号	报告单位名称
1	上海西路清水湾社区卫生服务站
2	上海西路金安家园社区卫生服务站
3	北京中路民生花园社区卫生服务站
4	北京大学第一医院宁夏妇女儿童医院（宁夏回族自治区妇幼保健 院）
5	宁夏医疗急救中心
6	宁夏回族自治区人民医院
7	宁夏回族自治区工人医院
8	宁夏康元泽润医院
9	宁夏秦杨中医医院
10	满城北街居安家园社区卫生服务站
11	满城北街紫馨苑社区卫生服务站
12	金凤区上海西路碧水蓝天社区卫生服务中心
13	金凤区上海西路银新苑社区卫生服务站
14	金凤区工业集中区社区卫生服务站
15	金凤区湖畔嘉苑社区卫生服务站
16	金凤区长城中路五里水乡社区卫生服务站
17	金凤区长城中路亲水花园社区卫生服务站
18	金凤区阅海社区卫生服务站
19	银川市中医医院
20	银川市妇幼保健院阅海分院
21	银川市第二人民医院
22	银川市金凤区丰登镇凤北家园社区卫生服务站
23	银川市金凤区丰登镇卫生院
24	银川市金凤区满城北街临阅家园社区卫生服务站
25	银川市金凤区满城北街社区卫生服务中心
26	银川市金凤区良田镇卫生院
27	银川市金凤区长城中路东方尚都社区卫生服务站
28	银川市金凤区长城中路中海社区卫生服务站
29	银川市金凤区长城中路五里台社区卫生服务站

30	银川市金凤区长城中路社区卫生服务中心
31	银川市金凤区长城中路长城西区社区卫生服务站
32	银川市金凤区长城中路高桥社区卫生服务站
33	银川市金凤区长城中路鲁银社区卫生服务中心
34	银川市金凤区黄河东路双渠口社区卫生服务中心
35	银川市金凤区黄河东路社区卫生服务中心
36	长城中路宁安宜居社区卫生服务站
37	长城中路林湖左岸社区卫生服务站
38	长城中路艾依水郡社区卫生服务站
39	长城中路长城花园社区卫生服务站
40	阅海万家 D 区社区卫生服务站
41	阅海万家 E 社区卫生服务中心
42	阅海万家 F 社区卫生服务中心
43	黄河东路颐和城府社区卫生服务站