

流行病学筛查信息表

尊敬的女士/先生:

您好! 根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》及当前新冠疫情常态化防控要求, **请您如实填写下表中的有关内容, 如有填写不实之处对疫情防控工作造成不良影响, 按相关法律法规承担相应法律责任!**感谢您的理解与配合!

| | | | | | | | | | |
|------------------|--|----|--|----------------------------|----------------------------|--------------|--|----------------------------|----------------------------|
| 姓名 | | 性别 | | 年龄 | | 身份证号码 | | | |
| 家庭住址 | | | | | | 联系电话 | | | |
| 职业 | 是否进口冷链从业人员 | | | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> | 是否隔离场所工作人员 | | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| | 是否口岸直接接触进口货物从业人员 | | | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> | 是否交通运输工具从业人员 | | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 旅居史 | 发病/就诊前 14 天内曾在南宁市以外地区, 特别是疫区、境外旅游、居住。 | | | | | | | | |
| | 具体地点是: _____ 是 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | 否 <input type="checkbox"/> |
| 旅居史 | 发病/就诊前 14 天内曾在南宁其他有病例报告的社区旅游、居住。 | | | | | | | | |
| | 具体社区是: _____ 是 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | 否 <input type="checkbox"/> |
| 接触史 | 发病/就诊前 14 天内曾接触过有发热或呼吸道症状并来自疫区、境外的患者。 | | | | | | | | |
| | 接触的患者来自: _____ 是 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | 否 <input type="checkbox"/> |
| | 发病/就诊前 14 天内曾接触有发热或呼吸道症状并来自南宁市其他有病例报告社区的患者。 | | | | | | | | |
| 接触史 | 接触的患者来自: _____ 是 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | 否 <input type="checkbox"/> |
| | 有进口货物或进口冷链食品接触史。 是 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | 否 <input type="checkbox"/> |
| 聚集性发病 | 有聚集性发病: 2 周内小范围内 (家庭、工地、单位、社区) 出现 2 例以上发热、肺炎病人。 是 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | 否 <input type="checkbox"/> |
| 与确诊病例或疑似病例有密切接触史 | 与确诊或疑似新冠肺炎患者近距离交往, 如聚餐、开会等。 是 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | 否 <input type="checkbox"/> |
| | 与确诊或疑似新冠肺炎患者同一个封闭的环境: 同办公室、教室、宿舍电梯密闭狭小的空间。 是 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | 否 <input type="checkbox"/> |
| | 与确诊或疑似新冠肺炎患者一起以任何交通出行方式旅行。 是 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | 否 <input type="checkbox"/> |
| | 与确诊或疑似新冠肺炎患者生活在一起: 如家庭成员、室友。 是 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | 否 <input type="checkbox"/> |
| 症状 | 1. 发热 ($T \geq 37.3^{\circ}\text{C}$)。 是 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | 否 <input type="checkbox"/> |
| | 2. 呼吸道症状 (咳嗽、鼻塞、流涕、咽痛、呼吸急促、乏力等)。 是 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | 否 <input type="checkbox"/> |
| | 3. 胃肠道症状 (腹泻)。 是 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | 否 <input type="checkbox"/> |

本人签字: _____

日期: 2022 年 ____ 月 ____ 日