

**全球 COVID-19 临床平台:**  
**与 COVID-19 暂时相关的儿童和青少年多系统炎症综合征**  
**疑似病例的病例报告表**

**初步病例定义**

0-19 岁儿童和青少年，发烧≥3 天

外加以下**两个**症状：

- a) 皮疹或双侧非化脓性结膜炎或皮肤黏膜炎症迹象（口、手、足）
- b) 低血压或休克
- c) 心肌功能障碍、或心包炎、或瓣膜炎或冠状动脉异常（超声心动图检查结果或肌钙蛋白/N 末端 B 型利钠肽原升高）的特征
- d) 凝血病的证据（凝血酶原时间和凝血激活酶时间异常、d-二聚体升高）
- e) 急性胃肠道疾病（腹泻、呕吐或腹痛）

**以及**

炎症标志物，例如血沉、C-反应蛋白或降钙素原升高

**以及**

没有其它明显的微生物炎症原因，包括细菌性败血症、葡萄球菌或链球菌休克综合征

**以及**

COVID 的证据（逆转录-聚合酶链式反应、抗原测试或血清学呈阳性）或可能与 COVID 患者有过接触

**模块 1：疑似患多系统炎症疾病的所有 0-19 岁儿童应填写本表（即使并不符合病例定义中的所有标准，也可以掌握各种情况）。在怀疑患病时填写本表。当列入病例定义中的初始调查适用时，提交模块 1。**

设施名称 \_\_\_\_\_ 国家 \_\_\_\_\_

填写模块日期 [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] / [ 2 ] [ 0 ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

医院收治日期 [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ] [ ] / [ 2 ] [ 0 ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**1a. 目前疾病的临床特征（从最初怀疑患多系统炎症综合征便填写）**

发烧	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
发烧持续时间 ____ 天			
皮疹	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
双侧非化脓性结膜炎	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
口腔黏膜炎症迹象	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
周围皮肤炎症迹象（手、足）	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
低血压（就年龄而言）	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
心动过速（就年龄而言）	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
毛细血管再充盈时间延长	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
皮肤苍白/出现斑点	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
手/脚发凉	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
尿量<2 毫升/千克/小时	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
胸痛	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
呼吸急促（就年龄而言）	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
呼吸窘迫	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
腹痛	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
腹泻	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
呕吐	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详

**1b. 人口统计数据（从最初怀疑患多系统炎症综合征便填写）**

**出生时性别** 男 女 未说明。 **出生日期** [日][日]/[月][月]/[年][年][年][年]

如果出生日期不详, 请填写**年龄** [\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_] 岁 或 [\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_] 月

**种族** (按家庭报告) (请预先确定属于哪个主要人口群体, 并从列表中选择) \_\_\_\_\_

**该儿童最近三个月是否被医院收治?** 是 否 不详

如果是, **出院日期** [日][日]/[月][月]/[2][0][年][年]

如果是, **是否是相同或相似问题?** 是 否 不详

**1c. 目前疾病和主要迹象出现日期（从最初怀疑患多系统炎症综合征便填写）**

**首次出现初步症状或迹象日期** [日][日]/[月][月]/[2][0][年][年]

**出现发烧日期** [日][日]/[月][月]/[2][0][年][年]

**体温** [ ] [\_\_\_\_\_] [ ] °C **心率** [ ] [ ] 下/分钟

**呼吸频率** [ ] [ ] 次/分钟

**血压** [ ] [ ] [ ] (收缩压) [ ] [ ] [ ] (舒张压) 毫米汞柱 **脱水** 严重 少量 无

**毛细血管再充盈时间>2 秒** 是 否 不详

**氧饱和度** [ ] [ ] % (在以下情况下) 室内空气 氧气治疗 不详

**意识状态** 敏捷 对言语刺激的反应 对疼痛刺激的反应 无反应

**上臂中围** [ ] [ ] [ ] 毫米 **长度/高度** [ ] [ ] [ ] 厘米 **体重** [ ] [ ] [ ] 千克

**1d. 并发症、既往病史、家族病史（从最初怀疑患多系统炎症综合征便填写）**

炎症或风湿病。如果是, 请说明 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	无脾	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
高血压（就年龄而言）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	先天性或获得性免疫抑制。如果有, 请说明 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详

其它慢性心脏病 如果有, 请说明 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	慢性肾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
哮喘	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	慢性肝病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
结核病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	慢性神经系统疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
其它慢性肺部疾病 如果有, 请说明 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	艾滋病? <input type="checkbox"/> 是 (接受抗逆转录病毒治疗) <input type="checkbox"/> 是 (未接受抗逆转录病毒治疗) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是否接受抗逆转录病毒治疗, 不详	
糖尿病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	其它症病。如果有, 请说明 _____	
恶性肿瘤	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	川崎病既往病史	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
血液系统疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	川崎病家族史	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
在患目前疾病之前的 4 周里是否有 呼吸道感染病史?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	在过去 4 周里是否有任何家庭成员 (或其它接触者) 成为 COVID-19 确诊病人?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
		在过去 4 周里是否有任何家庭成员 (或其它接触者) 成为 COVID-19 疑似病人?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详

<b>1e. 之前入院和长期用药情况</b>	
<b>入院后 14 天内用过以下任一种药物：（从最初怀疑患多系统炎症综合征便填写）</b>	
非甾体抗炎药？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	
如果是，给出药名 _____；	给药途径 <input type="checkbox"/> 口服/直肠 <input type="checkbox"/> 肠外（肌肉/静脉） <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 局部 <input type="checkbox"/> 不详
类固醇？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	
如果是，给出药名 _____；	给药途径 <input type="checkbox"/> 口服/直肠 <input type="checkbox"/> 肠外（肌肉/静脉） <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 局部 <input type="checkbox"/> 不详
任何其它药物？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	
如果是，给出药名 _____；	给药途径 <input type="checkbox"/> 口服/直肠 <input type="checkbox"/> 肠外（肌肉/静脉） <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 局部 <input type="checkbox"/> 不详
如果是，给出药名 _____；	给药途径 <input type="checkbox"/> 口服/直肠 <input type="checkbox"/> 肠外（肌肉/静脉） <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 局部 <input type="checkbox"/> 不详
如果是，给出药名 _____；	给药途径 <input type="checkbox"/> 口服/直肠 <input type="checkbox"/> 肠外（肌肉/静脉） <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 局部 <input type="checkbox"/> 不详

<b>1f. 其它迹象和症状（除第 1 页的临床特征外）</b>	
<b>（从最初怀疑患多系统炎症综合征便填写）</b>	
咳嗽 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	疲劳/不适 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
喉咙痛 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	疾病发作 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
流鼻涕（流涕） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	头痛 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
气喘 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	低钾/软弱 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
关节肿胀 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	瘫痪 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
关节痛 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	低氧症/失眠症（嗅觉减退） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
肌肉疼痛（肌痛） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	睡眠不足（味觉减退） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
皮肤溃疡 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	出血（体内大出血） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
脖子僵硬 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	无法吞咽 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
其它？请说明	如果有，请说明部位 _____

<b>1g. 实验室结果</b>					
<b>（在最初怀疑患多系统炎症综合征要求提供检测结果时填写）（*如果与所列单位不同则使用记录单位）</b>					
参数	数值*	未检测	参数	数值*	未检测
<b>炎症/凝血病标志</b>			<b>器官功能障碍标志</b>		
血红蛋白（克/升）		<input type="checkbox"/>	血肌酐（微摩尔/升）		<input type="checkbox"/>
白细胞总数（x10 <sup>9</sup> /升）		<input type="checkbox"/>	钠（毫克当量/升）		<input type="checkbox"/>
中性粒细胞（x10 <sup>9</sup> /升）		<input type="checkbox"/>	钾（毫克当量/升）		<input type="checkbox"/>
淋巴细胞（x10 <sup>9</sup> /升）		<input type="checkbox"/>	血尿素（尿素氮） （毫摩尔/升）		<input type="checkbox"/>
红细胞压积（%）		<input type="checkbox"/>	血糖值（毫摩尔/升）		<input type="checkbox"/>
血小板（x10 <sup>9</sup> /升）		<input type="checkbox"/>	B 型钠尿肽前体 （皮克/毫升）		<input type="checkbox"/>
活化部分凝血活酶时间		<input type="checkbox"/>	肌钙蛋白（纳克/毫升）		<input type="checkbox"/>
血浆凝血酶原时间测定（秒）		<input type="checkbox"/>	肌酸激酶（单位/升）		<input type="checkbox"/>
国际标准化比值		<input type="checkbox"/>	乳酸脱氢酶（单位/升）		<input type="checkbox"/>
血纤维蛋白原（克/升）		<input type="checkbox"/>	甘油三酯		<input type="checkbox"/>
降钙素原（纳克/毫升）		<input type="checkbox"/>	丙氨酸转移酶（单位/升）		<input type="checkbox"/>
c-反应蛋白（毫克/升）		<input type="checkbox"/>	总胆红素（微摩尔/升）		<input type="checkbox"/>
红细胞沉降率（毫米/小时）		<input type="checkbox"/>	谷草转氨酶（单位/升）		<input type="checkbox"/>
D-二聚体（毫克/升）		<input type="checkbox"/>	白蛋白（克/分升）		<input type="checkbox"/>
血清白细胞介素-6（皮克/毫升）		<input type="checkbox"/>	乳酸盐（毫摩尔/升）		<input type="checkbox"/>
铁蛋白（纳克/毫升）		<input type="checkbox"/>			

**1h. 成像和病原体检测**

(在最初怀疑患多系统炎症综合征要求提供的检测结果可提供时填写) (\*如果记录单位所列单位不同)

**拍了胸部 X 光/做了 CT 检查** 是 否 不详 **如果是, 结果** \_\_\_\_\_

**做了超声心动图** 是 否 不详

 如果是, 心肌功能障碍的特征? 是 否 不详

 心包炎的特征? 是 否 不详

 瓣膜炎的特征? 是 否 不详

 冠状动脉异常? 是 否 不详

**做了其它心脏成像** 是 否 不详

如果是, 请说明成像名称和结果 \_\_\_\_\_

**细菌病原体检测**

 细菌病原体 阳性 阴性 未检测

如果呈阳性, 请说明 \_\_\_\_\_

**严重急性呼吸综合征冠状病毒 2 检测**

 逆转录-聚合酶链式反应 阳性 阴性 未检测 标本采集部位 \_\_\_\_\_

 快速抗原检测 阳性 阴性 未检测 标本采集部位 \_\_\_\_\_

 快速抗体检测 阳性 阴性 未检测

 酶联免疫吸附测定 阳性 阴性 未检测 如果检测, 响应值 \_\_\_\_\_

 中和试验 阳性 阴性 未检测 如果检测, 响应值 \_\_\_\_\_

其它检测? 请说明 \_\_\_\_\_ 结果 \_\_\_\_\_

**1i. 治疗：在报告模块 1 之前患者是否接受过以下任何治疗：**

口服/口服液？ 是 否 不详

静脉输液？ 是 否 不详

抗病毒？ 是 否 不详

如果是 利巴韦林 洛匹那韦/利托那韦 神经氨酸酶抑制剂 托珠单抗 阿那白滞素 依维菌素  
α干扰素 β干扰素 瑞德西韦 其它，请说明\_\_\_\_\_

皮质类固醇？ 是 否 不详  
 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 吸入 局部 不详  
 如果是，请提供最大每日剂量\_\_\_\_\_

IV 免疫球蛋白？ 是 否 不详  
 如果是，每日剂量\_\_\_\_\_；治疗天数\_\_\_\_\_

免疫调节剂？ 是 否 不详  
 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 不详

抗生素？ 是 否 不详  
 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 不详

抗真菌药？ 是 否 不详  
 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 不详

抗疟疾剂？ 是 否 不详 如果是，请说明\_\_\_\_\_  
 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 不详

实验用药？ 是 否 不详 如果是，请说明\_\_\_\_\_  
 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 不详

非甾体抗炎药？ 是 否 不详  
 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 不详

全身抗凝？ 是 否 不详  
 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 不详

其它？ 是 否 不详  
 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 不详  
 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 不详  
 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 不详



### 模块 3. 出院或死亡时填写并提交本模块

#### 3a. 目前疾病临床特征摘要

(列入从入院到出院/死亡期间任何时候确定的所有迹象)

发烧	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
发烧持续时间	__ 天		
皮疹	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
双侧非化脓性结膜炎	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
口腔黏膜炎症迹象	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
周围皮肤炎症迹象 (手、足)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
低血压 (就年龄而言)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
心动过速 (就年龄而言)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
毛细血管再充盈时间延长	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
皮肤苍白/出现斑点	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
手/脚发凉	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
尿量 < 2 毫升/千克/小时	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
胸痛	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
呼吸急促 (就年龄而言)	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
呼吸窘迫	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
腹痛	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
腹泻	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详
呕吐	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 不详

#### 3b. 实验室结果

(记录从收治入院直到出院/死亡期间的最异常结果) (\*如果与所列单位不同则使用记录单位)

参数	数值*	未检测	参数	数值*	未检测
<b>炎症/凝血病标志</b>			<b>器官功能障碍标志</b>		
血红蛋白 (克/升)		<input type="checkbox"/>	血肌酐 (微摩尔/升)		<input type="checkbox"/>
白细胞总数 (x10 <sup>9</sup> /升)		<input type="checkbox"/>	钠 (毫克当量/升)		<input type="checkbox"/>
中性粒细胞 (x10 <sup>9</sup> /升)		<input type="checkbox"/>	钾 (毫克当量/升)		<input type="checkbox"/>
淋巴细胞 (x10 <sup>9</sup> /升)		<input type="checkbox"/>	血尿素 (尿素氮) (毫摩尔/升)		<input type="checkbox"/>
红细胞压积 (%)		<input type="checkbox"/>	血糖值 (毫摩尔/升)		<input type="checkbox"/>
血小板 (x10 <sup>9</sup> /升)		<input type="checkbox"/>	B 型钠尿肽前体 (皮克/毫升)		<input type="checkbox"/>
活化部分凝血活酶时间		<input type="checkbox"/>	肌钙蛋白 (纳克/毫升)		<input type="checkbox"/>
血浆凝血酶原时间测定 (秒)		<input type="checkbox"/>	肌酸激酶 (单位/升)		<input type="checkbox"/>
国际标准化比值		<input type="checkbox"/>	乳酸脱氢酶 (单位/升)		<input type="checkbox"/>
血纤维蛋白原 (克/升)		<input type="checkbox"/>	甘油三酯		<input type="checkbox"/>
降钙素原 (纳克/毫升)		<input type="checkbox"/>	丙氨酸转氨酶 (单位/升)		<input type="checkbox"/>
c-反应蛋白 (毫克/升)		<input type="checkbox"/>	总胆红素 (微摩尔/升)		<input type="checkbox"/>
红细胞沉降率 (毫米/小时)		<input type="checkbox"/>	谷草转氨酶 (单位/升)		<input type="checkbox"/>
D-二聚体 (毫克/升)		<input type="checkbox"/>	白蛋白 (克/分升)		<input type="checkbox"/>
血清白细胞介素-6 (皮克/毫升)		<input type="checkbox"/>	乳酸盐 (毫摩尔/升)		<input type="checkbox"/>
铁蛋白 (纳克/毫升)		<input type="checkbox"/>			



3c. 成像和病原体检测 (从收治入院直到出院/死亡期间的最异常结果)

拍了胸部 X 光/做了 CT 检查 是 否 不详 如果是, 结果 \_\_\_\_\_

做了超声心动图 是 否 不详  
如果是, 心肌功能障碍的特征? 是 否 不详  
心包炎的特征? 是 否 不详  
瓣膜炎的特征? 是 否 不详  
冠状动脉异常? 是 否 不详

做了其它心脏成像 是 否 不详  
如果是, 请说明成像名称和结果 \_\_\_\_\_

细菌病原体检测  
细菌病原体 阳性 阴性 未检测  
如果呈阳性, 请说明 \_\_\_\_\_

严重急性呼吸综合征冠状病毒 2 检测  
逆转录-聚合酶链式反应 阳性 阴性 未检测 标本采集部位 \_\_\_\_\_  
快速抗原检测 阳性 阴性 未检测 标本采集部位 \_\_\_\_\_  
快速抗体检测 阳性 阴性 未检测  
酶联免疫吸附测定 阳性 阴性 未检测 如果检测, 响应值 \_\_\_\_\_  
中和试验 阳性 阴性 未检测 如果检测, 响应值 \_\_\_\_\_  
其它检测? 请说明 \_\_\_\_\_ 结果 \_\_\_\_\_

**3d. 治疗：在收治入院期间任何时候患者是否接受过以下任何治疗：**
**口服/口服液？** 是 否 不详

**静脉输液？** 是 否 不详

**抗病毒？** 是 否 不详

 如果是 利巴韦林 洛匹那韦/利托那韦 神经氨酸酶抑制剂 托珠单抗 阿那白滞素 依维菌素  
α干扰素 β干扰素 瑞德西韦 其它，请说明\_\_\_\_\_

**皮质类固醇？** 是 否 不详

 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 吸入 局部 不详

如果是，请提供最大每日剂量\_\_\_\_\_

**IV 免疫球蛋白？** 是 否 不详

如果是，每日剂量\_\_\_\_\_；治疗天数\_\_\_\_\_

**免疫调节剂？** 是 否 不详

 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 不详

**抗生素？** 是 否 不详

 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 不详

**抗真菌药？** 是 否 不详

 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 不详

**抗疟疾剂？** 是 否 不详 如果是，请说明\_\_\_\_\_

 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 不详

**实验用药？** 是 否 不详 如果是，请说明\_\_\_\_\_

 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 不详

**非甾体抗炎药？** 是 否 不详

 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 不详

**全身抗凝？** 是 否 不详

 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 不详

**其它？** 是 否 不详

 如果是，请给出药名\_\_\_\_\_；给药途径 口服/直肠 肠外（肌肉/静脉） 不详

**3e. 支持性护理：在收治入院期间任何时候患者是否接受过以下任何治疗：**
**住进重症监护室或加护病房？**
 是     否     不详

如果是，住重症监护室天数 \_\_\_\_\_

**氧气治疗？**
 是     否     不详

 如果是，氧气流量  1-5 升/分钟  6-10 升/分钟  11-15 升/分钟  >15 升/分钟  不详

 如果是，界面  鼻套管     高频鼻导管     面罩     储氧袋面罩     无创通气/持续气道正压面罩     不详

如果是，氧气治疗天数？ \_\_\_\_\_

**无创通气治疗？**（例如，双向通道正压通气/持续气道正压通气）

 是     否     不详

如果是，俯卧位通气？

 是     否     不详

如果是，持续天数？ \_\_\_\_\_

**有创通气（如果有）？**
 是     否     不详

如果是，最大呼气末正压（厘米水柱压力） \_\_\_\_\_；吸氧分数（%） \_\_\_\_\_；平台压（厘米水柱压力） \_\_\_\_\_；动脉血二氧化碳分压 \_\_\_\_\_；动脉氧分压 \_\_\_\_\_

如果是，持续天数？ \_\_\_\_\_

**正性肌力药/升压药？**
 是     否     不详

如果是，请给出药名 \_\_\_\_\_

**体外（ECMO）支持？**
 是     否     不详

**换血浆疗法？**
 是     否     不详

**高频震荡通气？**
 是     否     不详

**输血？**
 是     否     不详

**3f. 结果**
**（出院/死亡时填写）**
**结果**  活着出院     住院     转院     死亡     不听医嘱离开     不详

**结果日期** [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] / [ 2 ] [ 0 ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ] [ \_ ]  不详

**如果活着出院**

 与患病前相比出院时所需护理  与患病前相同     恶化     改善     不详

医师对最终诊断有何印象？

 多系统炎症综合征  是     否     不详

 川崎病  是     否     不详

 非典型川崎病  是     否     不详

其它，请说明 \_\_\_\_\_

出院时是否有任何后遗症？如果有，请说明 \_\_\_\_\_