

限閱文件

向衛生署呈報《預防及控制疾病條例》以外的傳染病或中毒個案

(衛生防護中心 中央呈報辦公室 傳真：2477 2770；電話：2477 2772)

受影響人士的資料

英文姓名：	中文姓名：	年齡 / 性別：	身分證 / 護照號碼：
地址：	工作地點 / 就讀學校之名稱及地址：		電話號碼： (住宅)：
職位/就讀班級：			(手提)：
			(辦公室/學校/其他)：
被送往的醫院 / 診療所 (如有的話)：			醫院/急症室編號：

在 ____ / ____ / ____ (日/月/年) 懷疑 / 證實受以下[✓]事故所影響。

<input type="checkbox"/> 疑似疾病爆發 請註明爆發性質：_____ 染病人數：_____
<input type="checkbox"/> 罕有、嚴重或重要傳染病(例:急性弛緩性麻痺、創傷弧菌感染、兒童侵入性肺炎球菌感染等) 請註明：_____ (如呈報兒童侵入性肺炎球菌感染個案，請夾附呈報兒童侵入性肺炎球菌感染補充表格(只備英文版))
<input type="checkbox"/> 與中藥有關的不良反應事故 請註明：_____ (請夾附呈報與中藥有關的不良反應事故的補充表格)
<input type="checkbox"/> 重金屬中毒 請註明：_____
<input type="checkbox"/> 其他中毒 請註明：_____

註：如屬於《職業安全及健康條例》附表 2 中列明的職業性感染或中毒，請向勞工處呈報。詳情可瀏覽勞工處網站 <http://www.labour.gov.hk>

由下述醫生作出通知

_____ (請用正楷填寫姓名) 醫生於 ____ / ____ / ____ (日期：日/月/年)

_____ 醫院/ 診療所/ 私人執業診所 _____ 病房/ 單位/ 專科

電話號碼：_____ 傳真號碼：_____ (簽署)

附註：

--

呈報與中藥有關的不良反應事故的補充表格

發件人： _____

電話號碼： _____

收件人： 衛生署衛生防護中心中央呈報辦公室

傳真： 2477 2770 (電話： 2477 2772)

第 I 部分 病人臨牀記錄

所呈症狀及發病日期：

相關病歷：

相關用藥記錄：

已進行的檢驗項目及檢驗結果(請提供相關化驗結果副本)：

已給予的治療及現時情況：

跟進計劃：

第 II 部分 致害中藥的詳細資料

中藥的英文名稱：	中藥的中文名稱：
中藥的有效成分(如知道的話)：	
據稱用法：	有沒有人也曾使用這種中藥：有 / 沒有 如有，請提供姓名及電話號碼：
劑量、煎藥方法及持續用藥的時間(如有藥方及煎藥詳情，請連同本表格一併以傳真方式遞交)：	
有沒有向病人取得藥渣或未煎煮的藥材？有 / 沒有 (請注意，如有的話，衛生署會分析藥渣及未煎煮的藥材。)	
對中草藥進行的化驗測試(如有的話)及化驗結果(請提供相關化驗結果副本)：	
中藥是否由表列 / 註冊中醫開處？是 / 否 應診中醫的姓名及地址：	
藥材舖名稱(如非由應診中醫配發藥材)：	藥材舖地址：

Please fill in this form for each reported case and return the completed form to the Central Notification Office (CENO) of CHP.

(Fax number: 2477 2770 or email: diseases@dh.gov.hk)

**Paediatric invasive pneumococcal disease (IPD)
Case report form (for patients under 18 years old)**

A. Notification Information			
Notifying Doctor		Organisation	
Telephone		Date of reporting (DD/MM/YYYY)	
B. Demographics			
PLEASE AFFIX PATIENT'S GUM LABEL IF APPLICABLE			
1. Name		2a. ID number 2b. HN number	
3. Date of birth (DD/MM/YYYY)		4. Age (year)	
5. Sex	M/F	6. Ethnicity	
7. Usual place of residence	Hong Kong/ Mainland China/ Others: _____(please specify)/ Unknown		
8. Travel history within 14 days before symptom onset	Y/N/ Unknown; If Y, please specify _____		
9a. Institutional care	Y/N	9b. Name of institution	
10. Residential address (including institution)			
11a. Hospital		11b. Ward	
		11c. Date of admission (DD/MM/YYYY)	
C. Pneumococcal Vaccination History			
Pneumococcal Conjugate Vaccine		Y/ N/ Unknown	
Specify type for each dose of vaccine and date of administration or attach copy of immunisation record			
No. of dose	Type of Pneumococcal Vaccine*	Date (DD/MM/YYYY)	
1 st			
2 nd			
3 rd			
4 th			
5 th			
6 th			
* a = PCV7; b = PCV10; c = PCV13; d = PCV – exact valency unsure			
Pneumococcal Polysaccharide Vaccine (23vPPV)		Y/ N/ Unknown	
Date of vaccination (DD/MM/YYYY):			
D. Underlying Disease		Please specify	
1. CVS	Y/N		
2. CNS	Y/N		
3. Metabolic	Y/N		
4. Respiratory	Y/N		
5. Malignancy	Y/N		
6. Haematologic	Y/N		
7. Prematurity	Y/N		
8. Immunodeficiency	Y/N		
9. Others	Y/N		

E. Clinical Details				
Onset date (fever) (DD/MM/YYYY)		Type of pneumococcal disease (Please circle)	Bacteremia alone Meningitis Pneumonia Bacteremic otitis media Others (specify):	
Suppurative complications	Y/N	Pleural empyema/Subdural empyema Others:		
HUS	Y/N	Remarks:		
Other complications				
Known concurrent infection (with laboratory confirmation)		Influenza: Y/ N/ Unknown Others: Y/N _____ (please specify)		
F. Treatment and Outcome (as of date of reporting)				
1. Antibiotic used	Route	Dosage / kg	Start date – End date (DD/MM/YYYY – DD/MM/YYYY)	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	
2a. ICU admission	Y/N	2b. Duration of stay		
3a. Mechanical ventilation	Y/N	3b. Duration of ventilation		
4a. Renal replacement therapy (e.g. renal dialysis, hemodialysis)	Y/N	4b. Duration		
5a. Surgical procedure(s)	Y/N	5b. Specify	Chest drain/ neurosurgical procedure/Others:	
6. Date of discharge (DD/MM/YYYY)		7. Date of death (DD/MM/YYYY)	Y/N (/ /)	
8a. Known sequelae at time of discharge	Y/N	8b. Specify		
G. Microbiology Data				
Laboratory criteria: either culture or nucleic acid test for <i>Streptococcus pneumoniae</i> is positive from a normally sterile site.				
Specimen type tested positive	Test type	Date of collection (DD/MM/YYYY)	TO BE COMPLETED BY CHP	
			Serotype	Laboratory reference number
Blood/ CSF/ pleural fluid/ joint fluid/ other normally sterile site (please specify) _____	Culture/ PCR			
Blood/ CSF/ pleural fluid/ joint fluid/ other normally sterile site (please specify) _____	Culture/ PCR			