|  |  |
| --- | --- |
| ICS | 11.202 |
| CCS  | C50 |

|  |
| --- |
|  11 |

北京市地方标准

DB 11/T XXXX—XXXX

呼吸道传染病密切接触者隔离医学观察技术指南 第1部分：通用要求

Technical guidelines for medical observation of close contects of respiratory infectious diseases—

Part1:General requirements

XXXX - XX - XX发布

XXXX - XX - XX实施

       发布

目次

[前言 II](#_Toc98487204)

[1 范围 1](#_Toc98487205)

[2 规范性引用文件 1](#_Toc98487206)

[3 术语和定义 1](#_Toc98487207)

[4 基本要求 2](#_Toc98487208)

[5 物资配备与管理要求 2](#_Toc98487209)

[6 隔离医学观察实施流程与内容 2](#_Toc98487210)

[7 无接触配送 4](#_Toc98487211)

[附录A（资料性） 实施隔离医学观察告知书和隔离医学观察承诺书 5](#_Toc98487212)

[附录B（资料性） 呼吸道传染病密切接触者隔离医学观察统计报表 6](#_Toc98487213)

[附录C（资料性） 解除隔离医学观察通知书 9](#_Toc98487214)

1. 前言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件是DB11/T XXXX《呼吸道传染病密切接触者隔离医学观察技术指南》的第1部分，DB11/T XXXX已经发布了以下部分:

——第1部分：通用要求；

——第2部分：集中隔离医学观察；

——第3部分：居家医学观察；

——第4部分：住院患者。

本文件由北京市卫生健康委员会提出并归口。

本文件由北京市卫生健康委员会组织实施。

本文件起草单位：北京市疾病预防控制中心、中国疾病预防控制中心环境与健康相关产品安全所、北京预防医学会。

本文件主要起草人：。

呼吸道传染病密切接触者隔离医学观察技术指南 第1部分：通用要求

* 1. 范围

本文件规定了呼吸道传染病密切接触者隔离医学观察的通用要求，包括基本要求、物资配备与管理要求、隔离医学观察实施流程与内容、无接触配送等。

本文件适用于重大呼吸道传染病疫情期间，对密切接触者实施隔离医学观察。

* 1. 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

HJ 421 医疗废物专用包装袋、容器和警示标志标准

DB11/T 1865 医务人员传染病个人防护技术规范

* 1. 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

 重大呼吸道传染病major respiratory infectious diseases

《中华人民共和国传染病防治法》中规定的甲类或乙类按照甲类管理的呼吸道传染病，《中华人民共和国国境卫生检疫法》中规定的经由呼吸道感染的检疫传染病，国务院卫生健康行政部门或检验检疫部门要求的以及新发的，受到世界卫生组织高度关注的严重威胁人类健康和生命安全的呼吸道传染病。如新型冠状病毒肺炎（COVID-19）、传染性非典型肺炎（SARS）、人感染高致病性禽流感、肺鼠疫、肺炭疽等。

[来源:SN/T 3890.1-2014,3.1,有修改]

 密切接触者 close　contacts

未采取有效防护情况下接触重大呼吸道传染病病例、无症状感染者等的人群。

 隔离 isolation

采用各种方法、技术，防止病原体从患者及携带者传播给他人的措施。

[来源:WS/T 311-2009,3.10]

 医学观察　medical　observation

对密切接触者采取隔离措施，在指定场所观察其健康状况和采取其他必要的预防措施，使其在疾病的潜伏期和进展期内获得及早诊断、治疗与救护，减少或避免将病原体传播给健康人群。

* 1. 基本要求
		1. 密切接触者应采取集中隔离医学观察。无法进行集中隔离医学观察，且家庭居住环境符合要求的，经综合评估后可采取居家医学观察。在住院治疗期间被判定为密切接触者的，可采取住院隔离医学观察。
		2. 实施隔离医学观察应制定工作制度及应急预案，明确工作职责及要求，规范工作流程。
		3. 工作人员上岗前应进行健康检查和相关知识培训，合格后方可上岗。
		4. 工作期间应做好个人防护，防护基本要求、个人防护用品的选择和使用按照DB11/T 1865执行。
		5. 应对工作人员开展日常健康监测和定期生物样本检测。
	2. 物资配备与管理要求
		1. 应配备地面、物体表面的专用清洁消毒设备、用品以及消毒剂等消毒产品，拖布和抹布等清洁用品应分区使用，避免引起交叉污染。应配备手卫生用品。
		2. 防护用品的配备应按照DB11/T 1865的规定执行。
		3. 应配备医疗废物专用包装袋、脚踏式带盖垃圾桶等。医疗废物专用包装袋、警示标志应符合HJ 421的规定。
		4. 物资应分类存放，标识清晰，做好登记管理。应定期检查库存情况，及时补充必备物资，并注意查看储备物资的有效使用期限。
	3. 隔离医学观察实施流程与内容
		1. 隔离医学观察实施流程

呼吸道传染病密切接触者实施隔离医学观察的主要流程包括信息核实与知情告知、健康监测、异常情况处置、解除隔离医学观察等，流程图见图1。



1. 呼吸道传染病密切接触者实施隔离医学观察流程图
	* 1. 隔离医学观察内容
			1. 信息核实与知情告知

工作人员应核实医学观察对象的基本信息、健康状况等。实施隔离医学观察时，应发放签署实施隔离医学观察告知书和医学观察人员承诺书，可参照附录A。

* + - 1. 密切接触者健康监测
				1. 健康监测的内容应包括体温、临床症状/体征、生物样本检测等。
				2. 医务人员应每日问询医学观察对象的健康状况，早、晚各进行一次体温监测，并全程与医学观察对象保持联系，直到解除隔离医学观察为止。
				3. 应至少在进行隔离医学观察当日、期间、解除隔离医学观察前以及出现相关症状时采集生物样本进行检测。
				4. 应定期收集、整理、汇总及报送医学观察对象的健康状况等信息，相应统计报表可参照附录B。
				5. 健康监测期限应根据相关防控规定执行，宜为所防控呼吸道传染病的最长潜伏期。
			2. 出现呼吸道传染病相关症状
				1. 隔离医学观察期间，医学观察对象一旦出现任何呼吸道传染病相关症状，应立即向当地卫生健康行政部门报告，由专用车辆转运至定点医院，采集生物样本开展实验室检测与排查工作。
				2. 排查结果为生物样本阳性，应使用专用车辆转至定点救治医院治疗。
				3. 排查结果为生物样本阴性，在治疗完成后，应使用专用车辆转回原场所继续进行隔离医学观察至期满。
			3. 出现非呼吸道传染病突发或异常情况

隔离医学观察期间，医学观察对象出现分娩、心梗、骨折、明显精神心理问题等非呼吸道传染病突发或异常情况，应使用专用车辆转至定点医疗机构诊治。在治疗完成后，应使用专用车辆转回原场所继续进行隔离医学观察至期满。

* + - 1. 解除隔离医学观察

医学观察对象隔离医学观察期满无异常情况且生物样本检测结果为阴性，应解除隔离医学观察，发放签署解除隔离医学观察通知书，可参照附录C。

* 1. 无接触配送
		1. 隔离医学观察期间宜由工作人员采用无接触方式配送餐食和其他生活必需物品。医学观察对象不应从隔离医学观察场所外自行点餐购物。
		2. 采取集中配餐的隔离医学观察场所，应由工作人员每日早、中、晚配送三餐至医学观察对象房间（户）门外桌子（椅子）上，宜采用 U 型送餐路线，不能对门同时开门取餐。
		3. 食用完毕的餐盒及其他生活垃圾应一同放入医疗废物专用包装袋并扎紧封口，由工作人员消毒后回收，按照医疗废物处置。
1.
2. （资料性）
实施隔离医学观察告知书和隔离医学观察承诺书

A.1　实施隔离医学观察告知书和隔离医学观察人员承诺书

呼吸道传染病密切接触者实施隔离医学观察告知书和隔离医学观察承诺书样式见表A.1。

表A.1　实施隔离医学观察告知书和隔离医学观察承诺书

| 实施隔离医学观察告知书编号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（先生/女士）:根据XXXXXX流行病学调查结果，您被判定为XXXXXX密切接触者（证件类型：\_\_\_\_\_\_证件号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）。按照《中华人民共和国传染病防治法》及相关规定，现对您实施为期\_\_\_天的（□集中　□居家　□住院）隔离医学观察，观察期自\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_日\_\_\_时至\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_日\_\_\_时止。为了您和公众的身体健康，请配合落实相关工作安排。隔离医学观察对象本人（或监护人）签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　实施隔离医学观察机构（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_机构联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_日\_\_\_时 |
| --- |
| 隔离医学观察承诺书为配合北京市XXXXXX呼吸道传染病疫情防控工作，本人郑重承诺：1.在隔离医学观察期内，严格遵守医学观察相关制度规定，不隐瞒、不谎报、不漏报、不错报，对有关信息不擅自传播、评论；不擅自外出，不与他人密切接触，积极配合医务人员开展症状监测，每日至少测量体温2次，随时关注自身健康状况，如出现XXXXXX等身体不适症状，立即如实告知工作人员症状情况并配合做好后续相关调查处置。2.如在隔离医学观察期间违反本承诺书的要求并造成疾病传播的，本人愿承担《中华人民共和国传染病防治法》中规定的相应法律责任。承诺人本人（或监护人）签字：\_\_\_\_\_\_\_　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　证件类型：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_证件号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_日\_\_\_时 |
| 注：本告知书一式两份，实施隔离医学观察机构和隔离医学观察对象各执一份。 |

1. （资料性）
呼吸道传染病密切接触者隔离医学观察统计报表

B.1　呼吸道传染病密切接触者隔离医学观察健康状况监测个案表

表B.1规定了呼吸道传染病密切接触者隔离医学观察健康状况监测个案表。

表B.1　呼吸道传染病密切接触者隔离医学观察健康状况监测个案表

| 末次接触病例姓名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 病例报告卡片ID# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 性别 \_\_\_\_\_\_\_\_ 病例类型 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 病例感染来源是否明确 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 年龄 | 联系方式 | 基础性疾病 | 接触病例/无症状感染者等情况 | 末次接触病例 | 开始隔离日期 | 是否出现临床症状 | 首次出现症状日期 | 首发临床表现 | 最终检测结果是否阳性 | 接种相应疫苗情况 | 检测阳性生物样本采样日期 | 病例最终临床结局 | 出院/解除隔离日期 |
| 首次接触日期 | 末次接触日期 | 接触方式 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注：1.每一病例或无症状感染者的密切接触者信息填写一张表。2.#为疾病信息管理系统（大疫情网）病例报告卡片 ID。3.病例感染来源是否明确：①是②否4.基础性疾病类型（可多选）：①高血压　②糖尿病　③脑血管病　④冠心病　⑤哮喘　⑥肺气肿　⑦慢性支气管炎　⑧肺癌　⑨慢性肝病　⑩肝癌　⑪慢性肾病　⑫免疫缺陷　⑬艾滋病　⑭肺结核　⑮妊娠　⑯其他（请在表格中注明）5.接触病例/无症状感染者等情况：①仅接触1例确诊病例②接触2例及以上的确诊病例③仅接触1例无症状感染者④接触2例及以上的无症状感染者⑤同时接触了确诊病例和无症状感染者⑥其他（请在表格中注明）6.接触的病例类型：①确诊病例　②疑似病例　③无症状感染者（仅指生物样本检测阳性者）7.接触方式：①共同居住生活②医疗护理③聚餐④同乘交通工具⑤同办公场所⑥日常交谈⑦仅共处同一密闭空间，无直接接触与交流　⑧其他（请在表格中注明）8.是否出现临床症状：①是②否9.首发临床表现（可多选）：①发热　②寒战　③咳痰　④咳嗽　⑤鼻塞　⑥流涕　⑦咽痛　⑧头痛　⑨乏力　⑩肌肉酸痛　⑪关节酸痛　⑫气促　⑬呼吸困难　⑭胸闷　⑮结膜充血　⑯恶心　⑰呕吐　⑱腹泻　⑲腹痛　⑳嗅（味）觉减退㉑其他（请在表格中注明）10.最终检测结果是否阳性：①是，生物样本检测阳性②是，特异性 IgM 抗体检测阳性③是，生物样本检测和特异性 IgM 抗体检测均阳性④否⑤未采样检测11.接种相应疫苗情况：①未接种 ②已接种，但未完成全程接种③完成全程接种12.病例（指密切接触者中产生的病例）最终临床结局：①无症状感染者②轻型③普通型④重型⑤危重型⑥死亡 |

填表单位：　　　　　　　　　　填表人：　　　　　　　填表日期：　　　　　年　　　月　　日 |

B.2　呼吸道传染病密切接触者隔离医学观察登记表

表B.2规定了呼吸道传染病密切接触者隔离医学观察登记表。

表B.2　呼吸道传染病密切接触者隔离医学观察登记表

| □疑似　□确诊　□无症状感染者　□其他请注明：　　　　　病例姓名：　　　　联系电话：　　　　　　　发病日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 现住址 | 开始观察日期 | 临床表现 |
| 体温（℃） |
|  |  |  |  |  |  | 时段 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | … |
| 上午 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 下午 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有无相关症状 |
| 时段 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | … |
| 上午 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 下午 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注：1.本表适用于呼吸道传染病病例和无症状感染者的密切接触者进行隔离医学观察的相关人员使用。2.“是否出现以下临床表现”中，“体温”填实测温度，出现以下任何症状　打“√”，否则打“×”：寒战、咳嗽、咳痰、鼻塞、流涕、咽痛、头痛、乏力、肌肉酸痛、关节酸痛、气促、呼吸困难、胸闷、结膜充血、恶心、呕吐、腹泻、腹痛、嗅（味）觉减退等症状。 |

填表单位：　　　　　　　　　　填表人：　　　　　　　填表日期：　　　　　年　　　月　　日 |

B.3　呼吸道传染病密切接触者隔离医学观察统计日报表

表B.3规定了呼吸道传染病密切接触者隔离医学观察统计日报表。

表B.3　呼吸道传染病密切接触者隔离医学观察统计日报表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 辖区/街道/社区/医院/疾控中心等 | 首例开始观察日期 | 累计观察人数 | 医学观察对象 | 出现异常临床表现人数 | 转为病例和无症状感染者人数 | 最后一名密切接触者预计解除隔离医学观察日期 |
| 当日观察人数 | 解除人数 |
| 人数 | 其中新增 | 当日 | 累计 | 当日新增 | 累计 | 病例 | 无症状感染者 | 累计 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注：1.本表适用于对呼吸道传染病密切接触者进行隔离医学观察的相关人员汇总上报使用。2.异常临床表现：发热、寒战、咳痰、鼻塞、流涕、咽痛、头痛、乏力、肌肉酸痛、关节酸痛、气促呼吸困难、胸闷、结膜充血、恶心、呕吐、腹泻、腹痛、嗅（味）觉减退等症状。3.表中涉及的累计数均指自开展密切接触者隔离医学观察工作至填表日的汇总数。 |

填表单位：　　　　　　　　　　填表人：　　　　　　　填表日期：　　　　　年　　　月　　日

1. （资料性）
解除隔离医学观察通知书

C.1　解除隔离医学观察通知书

呼吸道传染病密切接触者解除医学观察通知书样式见表C.1。

表C.1　解除隔离医学观察通知书

| 编号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_先生/女士（证件类型：\_\_\_\_\_\_证件号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）:您好。根据《中华人民共和国传染病防治法》及相关规定，我们在\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_日\_\_\_时至\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_日\_\_\_时对您实施了为期\_\_\_天的（□集中　□居家　□住院）隔离医学观察，观察期内未发现XXXXXX呼吸道传染病相关异常情况。现通知您：自\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_日\_\_\_时起，解除对您的隔离医学观察。感谢您在隔离医学观察期间对我们工作的理解和配合。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医学观察对象本人（或监护人）签字：\_\_\_\_\_\_\_解除隔离医学观察机构（盖章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　机构联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_时 |
| --- |
| 注：本通知书一式两份，解除隔离医学观察机构和医学观察对象各执一份。 |

