

传染病披露同意书

注意：这不是针对艾滋病病毒（HIV）相关信息的恰当同意书

撤销于 _____ 工作人员签名 _____

患者的姓氏	名字	中间名缩写
, _____		
个案编号		
设施	科室	

说明：给该患者一份该表格的副本！为该患者的个案记录准备一（1）份副本

本人已被告知必须在诊断后 24 小时内向纽约州卫生局（NYSDOH）和/或当地卫生部门报告传染病，具体规定见《纽约州卫生法》（10 NYCRR 2.10）。本人还被告知，如果认定本人患有传染病，治疗机构不可在没有本人的书面同意的情况下将此事报告给卫生局和/或当地卫生部门。

因此，为了使治疗机构能够遵守传染病报告要求，本人特此对允许名称如上所示的治疗机构在本人经诊断患有传染病时向 NYSDOH 和/或当地卫生部门提供关于本人有感染该传染病的信息表示同意。

可据此披露的信息内容应被限制在：本人的姓名，本人的地址，本人的诊断结果，本人可能使其暴露于该疾病的人的身份，本人所患疾病的来源（如知道）和（请详述）有提供的任何治疗和针对持续医疗护理的任何相关信息。

本人理解：本人可随时撤回本同意书，但这不包括已依照本同意书采取的行动，依照本同意书提供给 NYSDOH 和/或当地卫生部门的信息也不可在没有本人的另外书面授权的情况下被再次披露。本人还理解：本同意书将在本人从名称如上所示的治疗机构出院之日后六（6）个月过期。本人还理解：所有披露行为受规定酒精和药物滥用患者记录的保密性的《联邦规则汇编》第 42 卷以及《1996 年医疗保险流通与责任法案》（“HIPAA”）45 C.F.R. 部分 160 和 164 的法律约束；不得在没有本人的另外书面授权的情况下将这些信息再次披露给不是上文指定的当事人的其他方。

患者的签名

日期

注意：在使用本表格披露任何信息时，均将随附再次披露关于酗酒/滥用药物患者的信息的禁止表格（TRS -1）

纽约州卫生局传染病报告要求

依照《纽约州卫生法》（10NYCRR 2.10,2.14），报告疑似或确诊传染病是强制性的。主要报告责任应由医师承担；除此之外，实验室（PHL 2102）、学校护士（10NYCRR 2.12）、日托中心主任、疗养院/医院（10NYCRR 405.3d）和州立机构（10NYCRR 2.10a）或提供健康服务的其他地方（10NYCRR 2.12）也必须按要求报告下列疾病。

- | | | | | |
|---------------------|-----------------------|------------------|--------------------------|---------------------------|
| 无形体病 | 隐孢子虫病 | 孕妇乙型肝炎携带者 | 猴痘 | 葡萄球菌肠毒素 B 中毒 ² |
| 阿米巴病 | 原球虫病 | 疱疹感染，婴儿 | 流行性腮腺炎 | 链球菌感染（侵袭性疾病） ⁵ |
| 有因此采取狂犬病 | 白喉 | 年龄在 60 天或更小 | 百日咳 | A 型 β 溶血 |
| 预防措施的动物 | 大肠杆菌 O157:H7 | 与医院相关的 | 鼠疫 ² | 链球菌 |
| 咬伤 ¹ | 感染 ⁴ 埃利希菌病 | 感染（定义见 | 脊髓灰质炎 | B 型链球菌 |
| 炭疽 ² | 脑炎 | 10NYCRR 第 2.2 节） | 鸚 鵡 热 | 肺炎链球菌 |
| 虫媒病毒感染 ³ | 食源性疾病 | 流感， | Q 热 ² | 梅毒，说明阶段 ⁷ |
| 巴贝虫病 | 贾第虫病 | 实验室确定 | 狂犬病 ¹ | 破伤风 |
| 肉毒中毒 ² | 鼻疽 ² | 军团菌病 | 落矶山斑疹热 | 中毒性休克综合征 |
| 布鲁杆菌病 ² | 淋球菌感染 | 李斯特菌病 | 风疹 | 传染性海绵状 |
| 弯曲杆菌病 | 流感嗜血杆菌 ⁵ | 莱姆病 | （包括先天性风 | 脑病 ⁸ （TSE）旋毛虫 |
| 软下疳 | （侵袭性疾病） | 性病性淋肉芽肿 | 疹综合征） | 病 |
| 沙眼衣原体感染 | 汉滩病毒性疾病 | 疟疾 | 沙门菌感染 | 结核病目前疾病（说明 |
| | 溶血性尿毒症综合征 | 麻疹 | 产志贺菌毒素大肠杆菌 ⁴ | 部位） |
| | 甲型肝炎 | 类鼻疽 ² | （STEC） | 土拉菌病 ² |
| 霍乱 | 食物处理者的甲 | 脑膜炎 | 志贺菌病 ⁴ | 伤寒 |
| 冠状病毒（严重或新 | 型肝炎 | 无菌或病毒 | 小痘 ² | 牛痘病 ⁹ |
| 型）2019 年新型冠状病毒 | 乙型肝炎（说明急性或 | 嗜血杆菌 | 金黄色葡萄球菌 ⁶ （由于 | 弧菌病 ⁶ |
| 病毒 | 慢性） | 脑膜炎球菌 | 菌株对万古毒素的敏感 | 病毒性出血热 ² |
| （COVID-19） | 丙型肝炎（说明急性或 | 其他（说明类型） | 性降低或产生抵抗力） | 耶尔森菌病 |
| 严重急性呼吸系统综 | 慢性） | 脑膜炎球菌血症 | | |
| 合症（SARS） | | | | |
| 中东呼吸系统综合 | | | | |
| 症（SARS） | | | | |

谁应该报告？

医师、护士、实验室主任、感染控制从业人员、医疗保健机构、州立机构、学校。

应该向哪里报告？

向患者所在的当地卫生部门报告。

联系人 _____

姓名 _____

地址 _____

电话 _____ 传真 _____

应该何时报告？

诊断后 24 小时内：

- 醒目标注的疾病类型电话报告，
- 所有其他疾病邮寄个案报告 DOH-389。
- 在纽约市使用表格 PD-16。

特别说明

- 应针对属于**醒目标注类型**的疾病及时采取行动，应立即打电话向当地卫生部门报告，然后提交保密的个案报告表（DOH-389）。在纽约市使用个案报告表 PD-16。
- 除了上述疾病以外，还应报告任何不寻常的疾病（定义为可能由传染性感染原或微生物毒素导致的新显现或出现的疾病或综合征）。
- 疾病爆发：虽然不应报告某些疾病（例如链球菌性咽喉炎、头虱、脓疱疮、疥疮和肺炎）的个别病例，但任何传染病的簇集或爆发性病例均属于可报告的情况。
- 应使用表格 **DOH-4189 报告艾滋病病毒感染、与艾滋病病毒相关的疾病和艾滋病的病例**，可通过联系下列人员获得表格：

Division of Epidemiology, Evaluation and Research
P.O. Box 2073, ESP
Station Albany, NY
12220-2073 (518)
474-4284

在纽约市：纽约市健康和心理卫生局

如要提交艾滋病病毒/艾滋病报告，拨打：
(212) 442-3388

1. 必须在实施狂犬病预防措施前通知当地卫生部门。
2. 可能表明有生物恐怖主义的疾病。
3. 包括但不限于：东部马脑炎病毒、西部马脑炎病毒、西尼罗病毒、圣路易斯脑炎病毒、拉克罗斯病毒、波瓦生病毒、詹姆斯敦峡谷病毒、登革热和黄热病导致的感染。
4. 应报告志贺菌毒素检测结果呈阳性的情况，作为疾病的推定证据。
5. 仅报告取自血液、CSF、关节、腹膜或胸液的样品培养结果呈阳性的病例。不要报告取自皮肤、唾液、痰液或喉咙的样品培养结果呈阳性的病例。
6. 提议添加列表内容。
7. 任何非螺旋体检测 $\geq 1:16$ 或任何阳性产前或分娩检查，不管效价是多少，也不管是否有任何原发或继发病，都应打电话报告，所有其他情况可采用邮寄方式报告。
8. 包括克雅氏病。应在怀疑有疾病时将病例直接报告给纽约州卫生局阿尔茨海默病和其他失智症登记处，电话是 (518) 473-7817。若在纽约市，还应将疾病报告给 NYCDOHMH。
9. 由于接触传播患上牛痘感染的人以及因接种疫苗有下列并发症的人：疫苗湿疹、多形性红斑或史蒂文斯约翰逊综合征、胎儿牛痘、泛发性牛痘、意外接种、眼痘、疫苗接种后脑炎或脑脊髓炎、进行性牛痘、感染部位的化脓性感染，以及任何其他严重的不良反应。

其他信息

如需了解更多关于疾病报告的信息，
电话联系您当地的卫生部门或
纽约州卫生局传染病控制署，电话是
(518) 473-4439

或 (866) 881-2809（非工作时间）。

在纽约市，拨打 1 (866) NYC-DOH1。

如要获得报告表格（DOH-389），拨打 (518) 474-0548。