**「COVID-19流行後における原因不明の小児急性肝炎の発生に関する第3回全国調査」**

**二次調査票**

◆ 「COVID-19流行後における原因不明の小児急性肝炎の発生に関する第3回全国調査　一次調査\*」にご協力いただきありがとうございます。お手数をおかけいたしますが、オプトアウト文書を院内掲示板もしくはwebで掲示の上、一次調査で「症例有り」とご報告いただいた症例について、下記の項目についてお伺いいたします。

\*症例定義：次の４項目をすべて満たす原因不明の急性肝炎。1.16歳以下、2.2022年7月1日～2023年12月31日に入院、3.ASTあるいはALTが500 U/Lを超える、4.3．の原因がA～E型肝炎によるものを除く。なお、A型肝炎、E型肝炎については、鑑別を必須としない（検査されていない場合も調査対象に含める）。明らかに薬剤性肝炎、血液腫瘍性疾患、代謝性疾患、循環器疾患によるもので、「原因不明の急性肝炎」から除外できるものは調査対象に含めない。アデノウイルス、SARS-CoV-2が検出されている急性肝炎は含む。

【症例番号】貴施設で判別可能な症例番号をご記載ください

　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （例：AB(施設略号)-00(症例番号)など）

【急性肝炎の病状について】

空欄に記入し、経過中の下記項目につき、有・無あるいは生・死のどちらかにチェックをつけてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 発症時年齢 | ＿＿＿歳 |
| 性別 | □男　□女 |
| 急性肝炎の発症年月 | 西暦＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月 |
| T. bil >2.0 mg/dL | □有 　□無 　□未検査 |
| PT<40%（または>INR1.5） | □有 　□無 　□未検査 |
| Ⅱ度以上の脳症（視線が合わない） | □有 　□無 |
| ステロイド治療 | □有 　□無 |
| 肝移植 | □有　 □無 |
| 転帰 | □生 　□死 |
| 転送先の医療機関 | □有（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）　□無 |

【原因病原体について】

1. 急性Ａ～Ｅ型肝炎のうち、検査で否定された肝炎はどれですか？（複数回答可）。

□Ａ型， □Ｂ型， □Ｃ型， □Ｄ型， □Ｅ型　　□すべて未検査

1. 急性肝炎の原因として確定/推定された原因病原体はありましたか？

□有（3．に進んでください。） 　□無 　□検査中（検査機関：　　　　　　　）

1. 急性肝炎の原因として確定/推定された病原体

□ 新型コロナウイルス　□ アデノウイルス（　　　型）

□ その他の病原体（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 急性肝炎の原因として確定/推定した病原体の検査法、検査結果を教えてください。（複数回答可）

●病原体名１（　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施した検査にチェック | 検出された検体の種類 | 抗体価等 |
| * 分離培養
 |  |  |
| * 抗原検出
 |  |  |
| * LAMP法
 |  |  |
| * PCR法
 |  |  |
| * IgM抗体
 |  |  |
| * IgG抗体陽転
 |  |  |
| * IgG抗体有意上昇
 |  |  |

●病原体名2（　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施した検査にチェック | 検出された検体の種類 | 抗体価等 |
| * 分離培養
 |  |  |
| * 抗原検出
 |  |  |
| * LAMP法
 |  |  |
| * PCR法
 |  |  |
| * IgM抗体
 |  |  |
| * IgG抗体陽転
 |  |  |
| * IgG抗体有意上昇
 |  |  |

調査項目は以上です。ご協力ありがとうございました。

ご施設・ご所属名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご担当医氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス

お電話番号