

최초보고

원인불명 소아 급성간염 사례보고양식-최초보고 (Case Reporting Form, Initial, CRF_Initial)

- 원인불명 소아 급성간염 사례보고 안내 및 사례정의를 확인하시고 의심사례 해당시(최초보고) 아래 서식을 작성해 주시기 바랍니다

☐ 최초보고일 : (년 월 일)

☐ 인구학적 특성

성별	☐ 남 ☐ 여
신고월일	(년 월 일)
생년월일	(년 월 일)
연령 (만17세미만 이어야 함)	세 or 개월
키	cm
체중	kg
코로나19 감염력	☐ 유 (확진일: 년 월 일) ☐ 무
코로나19 예방접종	☐ 유 (접종일: 년 월 일) ☐ 무
	☐ 유 ☐ 무
간독성 약물 복용력	(약물이름) (용량) mg/day (복용기간)총 days (약물이름) (용량) mg/day (복용기간)총 days (약물이름) (용량) mg/day (복용기간)총 days (약물이름) (용량) mg/day (복용기간)총 days
최근 2달 해외 여행력	☐ 유 (지역/날짜) ☐ 무
바이러스 간염 과거력	☐ 유 (질환명 :) ☐ 무
바이러스 간염 가족력	☐ 유 (질환명/사람 :) ☐ 무

☐ 최초 보고시 환자상태

☐ 입원 ☐ 외래치료 ☐ 중환자실 ☐ 전원 ☐ 기타()

☐ 동반질환 및 과거력

류마티스성 질환	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름
고혈압	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름
선천성 심장질환	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름
천식	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름
결핵	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름
당뇨병	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름
(소아)암	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름
무비증(asplenia)	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름
선천성 면역결핍증	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름
만성신장질환	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름
만성간질환	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름
만성신경성 질환	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름
혈액질환	☐ 예 ☐ 아니오 ☐ 모름

☐ 최초 인지기 증상 및 징후

발열	☐ 유	☐ 무
복통	☐ 유	☐ 무
구토	☐ 유	☐ 무
설사	☐ 유	☐ 무
항달	☐ 유	☐ 무
회색변	☐ 유	☐ 무
결막충혈	☐ 유	☐ 무
입술홍조(딸기혀, 구강발적 등)	☐ 유	☐ 무
피부발진	☐ 유	☐ 무
경부림프절비대	☐ 유	☐ 무
기침	☐ 유	☐ 무
가래	☐ 유	☐ 무
콧물	☐ 유	☐ 무
인후통	☐ 유 ☐ 무	☐ 평가불가
쳐짐 (lethargy)	☐ 유	☐ 무
신체검진 간비대	☐ 유	☐ 무
신체검진 비장비대	☐ 유	☐ 무
의식상태	☐ 정상 ☐ 기면	☐ 혼미 ☐ 반혼수/혼수
기타증상		

☐ 최초 보고서 실험실 결과

ALT/SGPT	(max)_____ (IU/L)
AST/SGOT	(max)_____ (IU/L)
Total bilirubin	(max)_____ (mg/dL)
Direct bilirubin	(max)_____ (mg/dL)
ALP	(max)_____ (IU/L)
GGT	(max)_____ (IU/L)
Albumin	(min)_____ (g/dL)
Haemoglobin	(min)_____ (g/dL)
Total WBC count	(max)_____ (x10 ³ /μL)
Neutrophils	(WBC max일때) _____ (%)
Lymphocytes	(WBC max일때) _____ (%)
Total WBC count	(min)_____ (x10 ³ /μL)
Neutrophils	(WBC min일때) _____ (%)
Lymphocytes	(WBC min일때) _____ (%)
Platelets	(min)_____ (x10 ⁹ /L)
PT-INR	(max)_____ (INR)
PT	(max)_____ (seconds)
aPTT	(max)_____ (seconds)
Fibrinogen	(min)_____ (g/L)
CRP	(max)_____ (mg/L)
ESR	(max)_____ (mm/hr)
Urea (BUN)	(max)_____ (mg/dL)
Creatinine	(max)_____ (mg/dL)
Sodium	(min)_____ (mmol/L)
Potassium	(min)_____ (mmol/L)

☐ SARS-Cov2 검사

Respiratory viral PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
	검체 채취일(년 월 일)		
Respiratory 신속항원검사	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
	검체 채취일(년 월 일)		
SARS-Cov-2 Ab 검사	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
(수행했다면 검사명과 결과)	검체 채취일(년 월 일)		
☐ 최초 보고시 필수 병원체 검사			
- A, B, C 형 간염바이러스 PCR 또는 serology 둘중 하나로 진단 가능함.			
- A~E 바이러스 감염이 확인되면 본 사업대상에서 제외 대상이므로 신고가 불필요함.			
- E형간염 바이러스는 수행하였으나 결과보고가 오래 걸리므로 미리 신고 가능함.			
HAV PCR	☐ 양성(신고불필요)	☐ 음성	☐ 시행안함
Anti HAV IgM	☐ 양성(신고불필요)	☐ 음성	☐ 시행안함
HBsAg	☐ 양성(신고불필요)	☐ 음성	
Anti HBsAb	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
	☐ 결과대기	☐ 수행불가	
Anti HCV	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Anti HEV IgM	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Anti HEV IgG	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
HEV PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
	☐ 결과대기	☐ 수행불가(질병청 수행)	
	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
	☐ 결과대기	☐ 수행불가(질병청 수행)	
	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
	☐ 결과대기	☐ 수행불가	
☐ 최초 보고시 권장 병원체 검사			
※ 소아 급성간염에서 Epstein barr virus(EBV)나 cytomegalovirus(CMV)는 serology 혹은 PCR로			
둘 중 한가지로 검사 시행이 권장되며 PCR 검사가 필수는 아님			
EBV PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
EBV VCA IgM	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
EBV VCA IgG	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
EBV EA IgG	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
CMV PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
CMV IgM	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
CMV IgG	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
	☐ 결과대기	☐ 수행불가	
☐ 최초 보고시 병원체 검사			
※ 필수검사는 아니며 의료진 판단하에 연령, 증상, 역학적 관계있을시 자유롭게 수행한 결과를 적어 주시기 바랍니다.			
Enterovirus PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
HHV-6 PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
HHV-7 PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Parvovirus B19 PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
HSV-1 PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
HSV-2 PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
VZV PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
VZV IgM	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Leptospira Ab (여행력시 검사고려)	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
ASO	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Anti HIV	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Blood culture	☐ 양성 (균이름:_____)	☐ 음성	☐ 시행안함
Toxicology	☐ 양성 (약물or물질:_____)	☐ 음성	☐ 시행안함
기타	검사방법_____ Pathogen_____		
☐ 최초 보고시 대변 검사			
※ 필수검사는 아니며 의료진 판단하에 연령, 증상, 역학적 관계있을시 자유롭게 수행한 결과를 적어 주시기 바랍니다.			

Adenovirus PCR (병원 자체 검사)	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Adenovirus 신속항원검사 (병원 자체 검사)	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Enterovirus PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Salmonella PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Salmonella culture	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Shigella PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Shigella culture	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Campylobacter PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Campylobacter culture	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
E.coli O157 PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
E.coli O157 culture	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Norovirus PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Norovirus Ag	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Sapovirus PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Sapovirus Ag	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Rotavirus PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Rotavirus Ag	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Stool 기타	검사방법_____		Pathogen_____	

☐ **최초 보고시 호흡기 검사**

※ 필수검사는 아니며 의료진 판단하에 연령, 증상, 역학적 관계있을시 자유롭게 수행한 결과를 적어 주시기 바랍니다.

Influenza PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Respiratory syncytial virus PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Rhinovirus PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Parainfluenza PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Throat swab (Group A Streptococcus)	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
기타	검사방법_____		Pathogen_____	
기타	검사방법_____		Pathogen_____	

☐ **소변 검사**

※ 필수검사는 아니며 의료진 판단하에 연령, 증상, 역학적 관계있을시 자유롭게 수행한 결과를 적어 주시기 바랍니다.

Leptosporosis PCR (여행력시 고려, 대부분 불필요)	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Toxicology	☐ 양성 (약물or물질:_____) ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기			
기타				

신고자 - 이 름 : _____
 - 핸드폰 : _____
 - email : _____

최종보고

원인불명 소아 급성간염 사례보고양식-최종보고 (Case Reporting Form, final, CRF_final)

- 원인불명 소아 급성간염 사례보고 안내 및 사례정의를 확인하시고 의심사례 해당시(최종보고) 아래 서식을 작성해 주시기 바랍니다
- 최초신고 2주후, 입원중이라면 퇴원시에 보고해 주시기 바랍니다.

☐ 최종보고일 : (년 월 일)

☐ 인구학적 특성

성별 ☐ 남 ☐ 여
 신고월일 (년 월 일)
 생년월일 (년 월 일)
 연령 (만17세미만 이어야함) 세 or 개월

☐ 최종 보고시 실험실 결과

※ 최초보고에 비교하여 최저, 최고치가 바뀌었을 경우만 기재

ALT/SGPT	(max) _____ (IU/L)
AST/SGOT	(max) _____ (IU/L)
Total bilirubin	(max) _____ (mg/dL)
Direct bilirubin	(max) _____ (mg/dL)
ALP	(max) _____ (IU/L)
GGT	(max) _____ (IU/L)
Albumin	(min) _____ (g/dL)
Haemoglobin	(min) _____ (g/dL)
Total WBC count	(max) _____ (x10 ³ /μL)
Neutrophils	(WBC max일때) _____ (%)
Lymphocytes	(WBC max일때) _____ (%)
Total WBC count	(min) _____ (x10 ³ /μL)
Neutrophils	(WBC min일때) _____ (%)
Lymphocytes	(WBC min일때) _____ (%)
Platelets	(min) _____ (x10 ⁹ /L)
PT-INR	(max) _____
PT	(max) _____ (seconds)
aPTT	(max) _____ (seconds)
Fibrinogen	(min) _____ (g/L)
CRP	(max) _____ (mg/L)
ESR	(max) _____ (mm/hr)
Urea (BUN)	(max) _____ (mg/dL)
Creatinine	(max) _____ (mg/dL)
Sodium	(min) _____ (mmol/L)
Potassium	(min) _____ (mmol/L)

☐ 영상검사 결과

Liver sonography	☐ 시행안함	☐ Normal	☐ Portal edema
	☐ Hepatomegaly	☐ Splenomegaly	☐ GB wall thickening
	☐ Ascites	☐ 기타 _____	
Abdomen CT	☐ 시행안함	☐ Normal	☐ Portal edema
	☐ Hepatomegaly	☐ Splenomegaly	☐ GB wall thickening
	☐ Ascites	☐ Hypodense lesion (multiple or single)	

☐ 기타 _____

☐ 간조직 검사 결과

조직검사시행

☐ 유

☐ 무

※ 조직검사를 수행한 경우만 아래항목을 기재

Coagulative necrosis	☐ 유	☐ 무	☐ 모름(결과부재)
Smudge cell	☐ 유	☐ 무	☐ 모름(결과부재)
Viral inclusion body	☐ 유	☐ 무	☐ 모름(결과부재)
Adenovirus immunohistochemical staining	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Adenovirus immunohistochemical staining	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함

☐ 최종보고서 SARS-Cov2 검사(병원내 검사결과)

Respiratory viral PCR	☐ 양성 검체 채취일(년 월 일)	☐ 음성	☐ 시행안함
Respiratory 신속항원검사	☐ 양성 검체 채취일(년 월 일)	☐ 음성	☐ 시행안함
SARS-Cov-2 ab 검사 (수행했다면 검사명과 결과)	☐ 양성 검체 채취일(년 월 일)	☐ 음성	☐ 시행안함

☐ 최종 보고서 혈액 병원체 검사☐ 시행안함

※ 병원자체 결과가 있다면 적어 주시기 바랍니다.

EBV PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
EBV VCA IgM	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
EBV VCA IgG	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
EBV EA IgG	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
CMV PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
CMV IgM	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
CMV IgG	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Enterovirus PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
HHV-6 PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
HHV-7 PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Parvovirus B19 PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
HSV-1 PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
HSV-2 PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
VZV PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
VZV IgM	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Leptospira Ab (여행력시 검사고려)	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
ASO	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Anti HIV	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Blood culture	☐ 양성 (균이름: _____)	☐ 음성	☐ 시행안함
Toxicology	☐ 양성 (약물or물질: _____)	☐ 음성	☐ 시행안함
기타	검사방법 _____	Pathogen _____	

☐ 대변검사☐ 시행안함

※ 병원자체 결과가 있다면 적어 주시기 바랍니다.

Adenovirus PCR (병원 자체 검사)	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Adenovirus 신속항원검사 (병원 자체 검사)	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Enterovirus PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함

Salmonella PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Salmonella culture	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Shigella PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Shigella culture	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Campylobacter PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Campylobacter culture	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
E.coli O157 PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
E.coli O157 culture	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Norovirus PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Norovirus Ag	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Sapovirus PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Sapovirus Ag	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Rotavirus PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Rotavirus Ag	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Stool 기타	검사방법	Pathogen	

☐ 호흡기 검사 (☐ 시행안함)

※ 질병청에서 수행한 결과 외에 병원자체 결과가 있다면 적어 주시기 바랍니다.

Influenza PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Respiratory syncytial virus PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Rhinovirus PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Parainfluenza PCR	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
Throat swab (Group A Streptococcus)	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
기타	검사방법	Pathogen	

☐ 소변 검사

※ 병원자체 결과가 있다면 적어 주시기 바랍니다.

Leptosporira PCR (여행력시 고려, 대부분 불필요)	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
Toxicology	☐ 양성 (약물or물질:_____)	☐ 음성	☐ 시행안함	☐ 결과대기
기타				

☐ 치료

항바이러스제	☐ 예	☐ 아니오	☐ 모름
항생제	☐ 예	☐ 아니오	☐ 모름
스테로이드제	☐ 예	☐ 아니오	☐ 모름
IV immunoglobulin	☐ 예	☐ 아니오	☐ 모름
승압제(inotropes)	☐ 예	☐ 아니오	☐ 모름
중환자실 입실	☐ 예	☐ 아니오	☐ 모름
Invasive ventilation	☐ 예	☐ 아니오	☐ 모름
신대체요법 (CRRT)	☐ 예	☐ 아니오	☐ 모름
Extracorporeal (ECMO)	☐ 예	☐ 아니오	☐ 모름

☐ 중증도 및 예후

간성뇌증	☐ 유	☐ 무
간부전	☐ 유	☐ 무
간이식	☐ 유	☐ 무
입원기간	_____ 일	☐ 무
중환자실 재실기간	_____ 일	☐ 무
임상결과	☐ 완전회복 ☐ 입원 중 ☐ 전원 ☐ 합병증 _____ ☐ 사망	

☐ 작성자

신고자 - 이 름 : _____
 - 핸드폰 : _____
 - email : _____

