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
간독성 약물 복용력	☐ 유 ☐ 무 (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 인지시 증상 및 징후

발열	□ 유		□ 무	
복통	□ 유		□ 무	
구토	□ 유		□ 무	
설사	□ 유		□ 무	
황달	□ 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	
처짐 (lethargy)	□ 유		□ 무	
신체검진 간비대	□ 유		□ 무	
신체검진 비장비대	□ 유		□ 무	
의식상태	□ 정상	□ 기면	□ 혼미	□ 반혼수/혼수
기타증상				

□ 최초 보고시 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 (수행했다면 검사명과 결과)	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 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 ☐ 결과대기 ☐ 수행불가(질병청 수행)
Anti HEV IgG	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기 ☐ 수행불가(질병청 수행)
HEV PCR	☐ 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 ☐ 결과대기
EBV VCA IgM	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기
EBV VCA IgG	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기
EBV EA IgG	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기
CMV PCR	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기
CMV IgM	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기
CMV IgG	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기

☐ 최초 보고시 병원체 검사

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

Enterovirus PCR	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기
HHV-6 PCR	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기
HHV-7 PCR	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기
Parvovirus B19 PCR	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기
HSV-1 PCR	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기
HSV-2 PCR	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기
VZV PCR	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기
VZV IgM	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기
Leptospira Ab (여행력시 검사고려)	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기
ASO	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기
Anti HIV	☐ 양성 ☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기
Blood culture	☐ 양성 (균이름:_____)☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기
Toxicology	☐ 양성 (약물or물질:_____)☐ 음성 ☐ 시행안함 ☐ 결과대기
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.

Influneza 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 보고해주시기 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

☐ 최종보고시 SARS-Cov2 검사(병원내 검사결과)

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 (수행했다면 검사명과 결과)	☐ 양성	☐ 음성	☐ 시행안함
	검체 채취일(년 월 일)		

☐ 최종 보고시 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.

Influneza 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(inotrophs)	☐ 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 : _____