

国家健康和疾病人脑组织资源库临床资料收集表

基本情况:

年龄	身高	民族
性别	体重	籍贯

社会因素:

职业	是否掌握第二外语或多国语言
学历水平	

机体感觉功能:

	无	近期/活跃状态	陈旧性/不活跃性	不知道
a. 近 2 年内是否视力异常	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
b. 近 2 年内是否出现近视	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
c. 近 2 年内是否出现花眼	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
d. 近 2 年内是否存在听力障碍	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
e. 是否需要佩戴助听器				
f. 临床医院是否确定病因				
g. 是否为神经传导性耳聋				

既往史情况:

1. 心血管系统疾病	无	近期/活跃状态	陈旧性/不活跃性	不知道
a. 心肌梗死/心脏猝死	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
b. 房颤	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
c. 心脏血管支架术	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
d. 心脏血管搭桥术	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
e. 起搏器植入	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
f. 先天性心衰	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
g. 其它_____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

2. 脑血管性疾病	无	近期/活跃状态	陈旧性/不活跃性	不知道
a. 脑中风 如果近期/活跃或陈旧/不活跃, 标出于哪年发作 _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
b. 一过性脑缺血发作 如果近期/活跃或陈旧/不活跃, 标出于哪年发作 _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
c. 其它_____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

3. 帕金森病表现	无	近期/活跃状态	陈旧性/不活跃性	不知道
a. 帕金森氏病 如果如果近期/活跃, 标出于哪年发作_____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
b. 其它帕金森氏病表现 如果如果近期/活跃, 标出于哪年发作_____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

4.其它神经系统异常表现	无	近期/活跃状态	陈旧性/不活跃性	不知道
a. 癫痫	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
b. 创伤性颅脑损伤 1) 短暂意识丧失 (<5min) 2) 较长时间意识丧失 (>5min) 3) 伴有慢性功能缺损	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
c. 其它_____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

5. 医学/代谢问题	无	近期/活跃状态	陈旧性/不活跃性	不知道
a. 高血压病	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
b. 高胆固醇血症	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
c.糖尿病	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
d.维生素 B12 缺乏	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
e.甲状腺疾病	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
f.小便功能异常	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
g.大便功能异常	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

6. 抑郁	无	近期/活跃状态	陈旧性/不活跃性	不知道
a. 近 2 年内疾病活跃	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
b.其它发作 (2 年以前)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

7. 物质滥用和精神心理疾病	无	近期/活跃状态	陈旧性/不活跃性	不知道
a. 物质滥用—酒精 1) 在工作、驾驶、社会交往的能力方面在 12 月内具备临床意义的显著下降	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
b.吸烟史 1) 在近 30 天内是否有吸烟		否 <input type="checkbox"/> 0	是 <input type="checkbox"/> 1	不知道 <input type="checkbox"/> 9

史? 2) 是否吸烟超过 100 支? 3) 总的吸烟年限? _____ 4) 吸烟平均每天的包数 _____ 5) 如果已戒烟, 标注最后 吸烟的年龄_____		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
c. 其它滥用药物 1) 在工作、驾驶、社会交 往的能力方面在 12 月内具 备临床意义的显著下降	无 <input type="checkbox"/> 0	近期/活跃 <input type="checkbox"/> 1	陈旧性/不活 跃 <input type="checkbox"/> 2	不知道 <input type="checkbox"/> 9
d. 精神心理疾病 如果近期/活跃或陈旧性/ 不活跃性, 标注疾病种类 _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9