

ICS 11.100

CCS C00/09

# 团 体 标 准

T/SBIAORG 001—2020

---

## 肠道菌群移植供体评估标准

Evaluation criteria for faecal microbiota transplantation of donor

(征求意见稿)

2020-09-29 发布

2020-10-01 实施

---

上海市生物医药行业协会  
发布



# 目 录

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| 前 言 .....                      | II |
| 1 范围 .....                     | 1  |
| 2 规范性引用文件 .....                | 1  |
| 3 定义 .....                     | 1  |
| 4 总则 .....                     | 1  |
| 5 供体知情同意 .....                 | 1  |
| 6 供体健康征询 .....                 | 2  |
| 7 供体一般检查 .....                 | 3  |
| 8 血液病原体检测 .....                | 4  |
| 9 供体捐献次数 .....                 | 4  |
| 附录 A（资料性附录）供体知情同意及健康状况征询表..... | 5  |
| 附录 B（资料性附录）心理健康调查.....         | 12 |

# 前 言

本标准按照GB/T 1.1-2009给出的规则起草。

本标准由中国肠道微生态创新诊疗联盟提出。

本标准起草单位：上海宝藤生物医药科技股份有限公司、同济大学附属第十人民医院、上海张江医学创新研究院、上海宝藤医学检验所有限公司。

本标准主要起草人：楼敬伟、秦环龙、李宁、陈启仪、叶琳珊、吴守信、林灵、梅卫玲。

本标准首次发布。

# 肠道菌群移植供体评估标准

## 1 范围

本标准规定了肠道菌群移植过程中供体的评估方法。

本标准适用于全国各级各类医疗卫生机构和企业单位对肠道菌群移植过程中供体的评估。

## 2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB 18467 献血者健康检查要求

GB/T 26343 学生健康检查技术规范

GB 15982 医院消毒卫生标准

## 3 定义

### 3.1 肠道菌群移植 fecal microbiota transplantation

是将健康人粪便中功能菌群移植到患者肠道内，重建新的肠道菌群，实现肠道及肠道外疾病的治疗。

### 3.2 供体 Donor

是指提供粪便给另一个生物的个体。

## 4 总则

4.1 采集粪便样本前应征得捐献者的知情同意，并对其进行必要的健康征询、一般检查和血液病原体检测。书面记录文件参见附录 A、附录 B。

4.2 供体捐献粪便前的一般检查和血液病原体检测应以医院体检科检测结果为准，有效期为 2 个月。

4.3 供体健康检查结果只用于判断捐献者是否适宜捐献粪便，不适用于供体健康状态或疾病的诊断。

4.4 对经健康检查不适宜捐献粪便的供体，应给与适当解释，并注意保护其个人信息。

## 5 供体知情同意

### 5.1 告知义务

粪菌库工作人员应在粪便捐献前对供体履行书面告知义务，并取得供体签字的知情同意书。

### 5.2 告知内容

#### 5.2.1 安全捐献粪便的重要性

不安全的粪便会危害患者的生命与健康。具有高危型行为的捐献者不应捐献粪便，如静脉药瘾史、经血传播疾病（艾滋病、丙型肝炎、乙型肝炎、梅毒等）风险的、新型冠状病毒核酸阳性、消化道疾病家族史等。

### 5.2.2 供体捐献粪便后回告

供体如果认为已捐献的粪便可能存在安全隐患，应当尽快告知粪菌库。粪菌库应当提供联系电话。

### 5.2.3 健康征询与检查

成为合格的供体前应对捐献者进行健康征询与一般检测，供体应该如实填写健康状况征询表。不如实填写者，因所捐献粪便引发受体发生不良后果，应按照相关法律规定承担责任。

### 5.2.4 血液病原体检测

粪菌库将遵照国家规定对供体血液进行病原体检测，检测合格的供体将作为临床上粪便的提供者，不合格的血液将按照国家规定处置。血液检测结果不合格仅表明该捐献者目前不符合供体的要求，不作为感染或疾病的诊断依据。

## 5.3 供体知情同意

供体应认真阅读有关知情同意的资料，并签字表示知情同意。

## 6 供体健康征询

### 6.1 有下列情况之一者不能成为供体

6.1.1 过去三个月内使用抗菌药物。

6.1.2 已知曾接触过艾滋病毒和/或病毒性肝炎，以及已知曾接触过或潜伏过结核病。

6.1.3 过去6个月内有血液传播病毒的危险因素，包括高危性行为、使用非法药物、任何刺青/纹身/针刺受伤/输血/针灸。

6.1.4 过去6个月内接种减毒活病毒。

6.1.5 有常规的胃肠道状况或者症状（如：IBD病史、肠易激综合征、慢性腹泻、慢性便秘、腹腔疾病、肠切除术或减肥手术），也包括过去两周内的急性腹泻或胃肠道状况。

6.1.6 任何重要胃肠道疾病的家族史（如IBD或结直肠癌的家族史）。

6.1.7 共济失调史（如哮喘、嗜酸性细胞障碍）。

6.1.8 任何系统性自身免疫性疾病。

6.1.9 任何代谢疾病，包括糖尿病和肥胖症。

6.1.10 任何神经或精神疾病，或已知的朊病毒疾病风险。

6.1.11 慢性疼痛综合症的病史，包括慢性疲劳综合症和纤维肌痛症。

6.1.12 任何恶性肿瘤的病史。

6.1.13 服用特定常规药物，或在过去3个月内服用此类药物，如抗菌素、质子泵抑制剂、免疫抑制、化疗等。

6.1.14 输注牛源生长激素、胰岛素或凝血因子的历史。

6.1.15 在过去六个月内接收试验药物或疫苗的病史。

6.1.16 6个月内到过热带国家旅行。

## 6.2 有下列情况之一者暂不能成为供体

6.2.1 与传染病患者有密切接触史者，自接触之日起至该病最长潜伏期。

6.2.2 上呼吸道感染病愈未满1周者，肺炎病愈未满3个月者。

6.2.3 寄生虫病：蛔虫病、蛲虫病感染未完全康复者。

6.2.4 女性月经期，妊娠期及流产后未满6个月，分娩及哺乳期未满1年者。

6.2.5 旅行史：曾有国务院卫生行政部门规定的检疫传染病疫区或监测传染病疫区旅行史，未满疾病最长潜伏期者。

## 6.3 布里斯托大便分类法中第三型和第四型是理想的便形

6.3.1 第一型：一颗颗硬球（很难通过）。

6.3.2 第二型：香肠状，但表面凹凸。

6.3.3 第三型：香肠状，但表面有裂痕。

6.3.4 第四型：像香肠或蛇一样，且表面很光滑。

6.3.5 第五型：断边光滑的柔软块状（容易通过）。

6.3.6 第六型：粗边蓬松块，糊状大便。

6.3.7 第七型：水状，无固体块（完全液体）。

## 6.4 供体应具有健康的心理状态

6.4.1 心理科医师或心理咨询师访谈认为患者目前心理状态良好。

6.4.2 抑郁自评量表（self-rating depression scale, SDS）和焦虑自评量表（self-rating anxiety scale, SAS）评分正常。

## 6.5 供体的限食耐受性通过限食实验完成

部分患者存在食物过敏及食物不耐受（如鸡蛋、牛奶等）。根据受体要求，对相应供体需在捐赠粪便前5 d限制食物种类，若该供体不可耐受，则不可作为本次移植的捐赠者。

## 7 供体一般检查

7.1 年龄：20周岁~30周岁。

7.2 体质指数：18.5~23.9 kg/m<sup>2</sup>。

7.3 运动：每天运动步数不少于 8000，每周参加体育锻炼的次数不少于 3 次。

7.4 内科和外科体格检查均为阴性。

7.5 血液学检测：

血常规、肝肾功能、电解质和 C 反应蛋白正常。

7.6 粪便检测：

粪便常规检查正常，隐血实验阴性，艰难梭菌、弯曲菌、沙门菌、志贺菌、产志贺毒素大肠杆菌及虫卵、囊泡、寄生虫、孢子、诺如病毒、轮状病毒等病原学检测阴性，多重耐药基因 [碳青霉烯类耐药的肠杆菌科 (CRE)，产广谱 β-内酰胺酶菌 (ESBL) 和耐甲氧西林的金黄色葡萄球菌 (MRSA) 等耐药菌] 检测阴性。

## 8 血液病原体检测

8.1 甲型肝炎病毒 (HAV) 检测：符合相关要求。

8.2 乙型肝炎病毒 (HBV) 检测：符合相关要求。

8.3 丙型肝炎病毒 (HCV) 检测：符合相关要求。

8.4 艾滋病病毒 (HIV) 检测：符合相关要求。

8.5 梅毒 (Syphilis) 试验：符合相关要求。

8.6 人类 T 淋巴细胞病毒 (HTLV) 检测：符合相关要求。

8.7 巨细胞病毒 (CMV) 检测：符合相关要求。

8.8 EB 病毒 (EBV) 检测：符合相关要求。

## 9 供体捐献次数

供体至少每周捐献粪便 2 次，每次 ≥ 100 g，如捐献粪便 < 100 g，被认为是存在胃肠功能异常可能。



附录 A  
(资料性附录)

供体知情同意及健康状况征询表

A.1 供体知情同意及健康状况征询表如下。

尊敬的朋友：

您好！感谢您参加肠道菌群移植。

为了您本人的健康和受体的安全，请您认真阅读并如实填写问卷中的各项内容。供体要求作息规律，饮食健康，无胃肠道病变。如有任何疑问，请向粪菌库工作人员咨询。感谢您的理解与支持。

第一部分 供体登记表

|      |   |    |  |      |      |      |  |
|------|---|----|--|------|------|------|--|
| 姓名   |   | 性别 |  | 民族   |      | 出生日期 |  |
| 身高   |   | 体重 |  | 联系电话 |      | 电子邮箱 |  |
| 职业   | <input type="checkbox"/> 机关干部 <input type="checkbox"/> 技术人员 <input type="checkbox"/> 企业主 <input type="checkbox"/> 工人 <input type="checkbox"/> 农民<br><input type="checkbox"/> 个体户 <input type="checkbox"/> 教师 <input type="checkbox"/> 在校大学生 <input type="checkbox"/> 其他 |    |  |      |      |      |  |
| 文化程度 | <input type="checkbox"/> 大学以上 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大专 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 中专 <input type="checkbox"/> 初中及以下  |    |  |      |      |      |  |
| 居住地址 |   |    |  |      | 邮政编码 |      |  |

第二部分 生活习惯调查表（请以“√”表示）

| 序号 | 问题                     | 选择   |
|----|------------------------|--|
| 1  | 您运动的时间                 | <input type="checkbox"/> 每周两到三次 <input type="checkbox"/> 每周四次以上<br><input type="checkbox"/> 每周一次 <input type="checkbox"/> 从不或偶尔  |
| 2  | 您运动的方式                 | 打球（ <input type="checkbox"/> 乒乓球 <input type="checkbox"/> 羽毛球 <input type="checkbox"/> 排球 <input type="checkbox"/> 网球<br><input type="checkbox"/> 篮球 <input type="checkbox"/> 足球 <input type="checkbox"/> 保龄球 <input type="checkbox"/> 台球）<br><input type="checkbox"/> 跑步 <input type="checkbox"/> 快走 <input type="checkbox"/> 散步 <input type="checkbox"/> 太极拳 <input type="checkbox"/> 跳舞 <input type="checkbox"/> 瑜伽 |
| 3  | 您每天睡眠时间                | <input type="checkbox"/> 8 小时以上 <input type="checkbox"/> 6~8 小时<br><input type="checkbox"/> 4~6 小时 <input type="checkbox"/> 4 小时以下   |
| 4  | 您每天乘车花费的时间             | <input type="checkbox"/> 不乘车 <input type="checkbox"/> 0.5--1 小时 <input type="checkbox"/> 1-2 小时 <input type="checkbox"/> 2 小时以上  |
| 5  | 每天您在户外活动时间<br>(乘车时间除外) | <input type="checkbox"/> 1-2 小时 <input type="checkbox"/> 0.5-1 小时 <input type="checkbox"/> 2--4 小时<br><input type="checkbox"/> 0.5 小时以下 <input type="checkbox"/> 4--8 小时 <input type="checkbox"/> 8 小时以上   |
| 6  | 您的每天经常的饮水时间            | <input type="checkbox"/> 早晨 <input type="checkbox"/> 两餐之间 <input type="checkbox"/> 餐中 <input type="checkbox"/> 餐后<br><input type="checkbox"/> 睡前 <input type="checkbox"/> 夜间醒来 <input type="checkbox"/> 渴时喝  |
| 7  | 您每天经常的饮水量              | <input type="checkbox"/> 600 mL 以下 <input type="checkbox"/> 600-1200 mL <input type="checkbox"/> 1200-1800 mL<br><input type="checkbox"/> 1800-2400 mL <input type="checkbox"/> 2400 mL 以上   |
| 8  | 您吸烟吗？                  | <input type="checkbox"/> 不吸 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 每天 10 支以下<br><input type="checkbox"/> 每天 10-20 支 <input type="checkbox"/> 每天 20 只以上   |
| 9  | 您饮酒吗？                  | <input type="checkbox"/> 不饮 <input type="checkbox"/> 偶尔<br><input type="checkbox"/> 每天 2 瓶以下啤酒 <input type="checkbox"/> 经常 4 瓶以上啤酒/次<br><input type="checkbox"/> 每天 2-3 两白酒 <input type="checkbox"/> 经常半斤以上白酒/次  |
| 10 | 您的排便规律：                | <input type="checkbox"/> 1-2 次/每天 <input type="checkbox"/> 1 次/每 2 天   |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    |   | <input type="checkbox"/> 1次/每3天 <input type="checkbox"/> 3天以上1次  |
| 11 | 您每天在电脑或电视前的时间                                 | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 1小时以下 <input type="checkbox"/> 2-3小时<br><input type="checkbox"/> 4-8小时 <input type="checkbox"/> 8小时以上  |
| 12 | 在您的长期住地附近(100m以内)有无污染                         | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 临近车多的马路 <input type="checkbox"/> 橡胶厂 <input type="checkbox"/> 化工厂<br><input type="checkbox"/> 化肥厂 <input type="checkbox"/> 水泥厂 <input type="checkbox"/> 染料厂 <input type="checkbox"/> 农药厂 <input type="checkbox"/> 其他 |
| 13 | 你会通宵不眠吗?                                      | <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 有时 <input type="checkbox"/> 经常  |
| 14 | 你周围有人吸烟吗?                                     | <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 偶尔有 <input type="checkbox"/> 经常有 <input type="checkbox"/> 烟雾缭绕  |
| 15 | 你的工作时间  | <input type="checkbox"/> 5小时内 <input type="checkbox"/> 5-8小时 <input type="checkbox"/> 8-10小时 <input type="checkbox"/> 10小时以上   |
| 16 | 每天坐位连续工作                                      | <input type="checkbox"/> 1小时以下 <input type="checkbox"/> 1-2小时 <input type="checkbox"/> 2-3小时 <input type="checkbox"/> 3小时以上  |
| 17 | 您每年参加健康体检                                     | <input type="checkbox"/> 两次 <input type="checkbox"/> 一次 <input type="checkbox"/> 患病时去 <input type="checkbox"/> 从不去   |
| 18 | 您每天上下班使用的交通工具                                 | <input type="checkbox"/> 步行 <input type="checkbox"/> 自行车 <input type="checkbox"/> 公共交通工具<br><input type="checkbox"/> 私家车 <input type="checkbox"/> 其他   |
| 19 | 你经常购买和食用工业食品吗? (方便面、火腿肠、香肠、罐头、肉松、肉干、话梅、果脯、蜜饯) | <input type="checkbox"/> 不吃 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 1次/周 <input type="checkbox"/> 2次/周  |
| 20 | 每日服用复合营养剂吗                                    | <input type="checkbox"/> 经常 <input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 有时 <input type="checkbox"/> 不用  |
| 21 | 您生活中有很难排解的重大变故吗?                              | <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 事业上 <input type="checkbox"/> 恋爱或婚姻上 <input type="checkbox"/> 学业上  |
| 22 | 您睡觉的时间通常是                                     | <input type="checkbox"/> 晚 8: 00--10: 00 <input type="checkbox"/> 晚 10: 00--12: 00<br><input type="checkbox"/> 晚 12: 00--晨 2: 00   |

### 第三部分 饮食习惯调查表 (请以“√”表示)

| 序号 | 问题            | 选择   |
|----|---------------|--|
| 1  | 您是否吃早餐        | <input type="checkbox"/> 天天吃 <input type="checkbox"/> 经常吃 <input type="checkbox"/> 有时吃 <input type="checkbox"/> 从来不吃   |
| 2  | 您吃午餐的方式主要是    | <input type="checkbox"/> 回家吃 <input type="checkbox"/> 带饭 <input type="checkbox"/> 单位食堂 <input type="checkbox"/> 洋快餐<br><input type="checkbox"/> 只吃蔬菜、水果 <input type="checkbox"/> 与同事餐馆点菜AA制<br><input type="checkbox"/> 不吃 <input type="checkbox"/> 其他   |
| 3  | 您吃晚餐的方式是      | <input type="checkbox"/> 回家吃 <input type="checkbox"/> 单位食堂 <input type="checkbox"/> 洋快餐 <input type="checkbox"/> 餐馆<br><input type="checkbox"/> 只吃蔬菜、水果 <input type="checkbox"/> 不吃  |
| 4  | 您吃夜宵吗         | <input type="checkbox"/> 从来不吃 <input type="checkbox"/> 有时吃 <input type="checkbox"/> 经常吃 <input type="checkbox"/> 天天吃   |
| 5  | 您的饮食口味倾向于     | <input type="checkbox"/> 清淡 <input type="checkbox"/> 偏酸 <input type="checkbox"/> 偏辛辣 <input type="checkbox"/> 偏咸<br><input type="checkbox"/> 偏香 <input type="checkbox"/> 偏甜 <input type="checkbox"/> 其他  |
| 6  | 您的零食偏爱        | <input type="checkbox"/> 坚果类 <input type="checkbox"/> 不吃 <input type="checkbox"/> 膨化食品 <input type="checkbox"/> 饼干 <input type="checkbox"/> 鱼干<br><input type="checkbox"/> 点心类 <input type="checkbox"/> 糖果类 <input type="checkbox"/> 巧克力 <input type="checkbox"/> 肉干 <input type="checkbox"/> 其他 |
| 7  | 您是否认为自己有偏食的习惯 | <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 基本没有 <input type="checkbox"/> 有   |

|    |                    |   |
|----|--------------------|---|
| 8  | 您偏食何种食物            | <input type="checkbox"/> 素食 <input type="checkbox"/> 猪肉 <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 羊肉 <input type="checkbox"/> 鱼虾 <input type="checkbox"/> 其他                         |
| 9  | 您一般每天所吃食物大概有多少种？   | <input type="checkbox"/> 10-20种 <input type="checkbox"/> 20-30种 <input type="checkbox"/> 10种以内 <input type="checkbox"/> 30种以上   |
| 10 | 您的主食一般是以           | <input type="checkbox"/> 大米白面为主 <input type="checkbox"/> 粗粮为主<br><input type="checkbox"/> 薯类（红薯、土豆、芋头等）为主<br><input type="checkbox"/> 三者基本等量  |
| 11 | 您平均每天主食能吃多少？（以粮食计） | <input type="checkbox"/> 6-8两 <input type="checkbox"/> 4-6两 <input type="checkbox"/> 8两以上<br><input type="checkbox"/> 2-4两 <input type="checkbox"/> 1-2两  |
| 12 | 您吃粗粮食品的次数          | <input type="checkbox"/> 天天吃 <input type="checkbox"/> 每周三次以上<br><input type="checkbox"/> 每周两次以下 <input type="checkbox"/> 基本不吃   |
| 13 | 您经常吃的粗粮            | <input type="checkbox"/> 玉米 <input type="checkbox"/> 小米 <input type="checkbox"/> 高粱 <input type="checkbox"/> 燕麦 <input type="checkbox"/> 荞麦 <input type="checkbox"/> 其他                         |
| 14 | 您吃豆制品的情况           | <input type="checkbox"/> 天天吃 <input type="checkbox"/> 每周三次以上<br><input type="checkbox"/> 每周两次以下 <input type="checkbox"/> 基本不吃   |
| 15 | 您常吃的豆制品            | <input type="checkbox"/> 豆浆 <input type="checkbox"/> 豆腐 <input type="checkbox"/> 豆芽 <input type="checkbox"/> 豆干 <input type="checkbox"/> 素什锦 <input type="checkbox"/> 其他                        |
| 16 | 您喝牛奶的情况            | <input type="checkbox"/> 天天喝 <input type="checkbox"/> 每周3次以上 <input type="checkbox"/> 每周两次以下<br><input type="checkbox"/> 基本不喝 <input type="checkbox"/> 不舒服                                      |
| 17 | 您常选用的奶类及奶制品        | <input type="checkbox"/> 鲜奶、纯奶 <input type="checkbox"/> 酸奶 <input type="checkbox"/> 奶粉 <input type="checkbox"/> 乳酪<br><input type="checkbox"/> 含乳饮料 <input type="checkbox"/> 其他                 |
| 18 | 您经常吃蛋类吗？           | <input type="checkbox"/> 每周3-5个以上 <input type="checkbox"/> 每天一个<br><input type="checkbox"/> 每周两个以下 <input type="checkbox"/> 基本不吃  |
| 19 | 您常吃蛋类的哪部分          | <input type="checkbox"/> 整蛋吃 <input type="checkbox"/> 去蛋黄只吃蛋清 <input type="checkbox"/> 去蛋清、只吃蛋黄   |
| 20 | 您经常吃动物性食物吗？        | <input type="checkbox"/> 天天吃 <input type="checkbox"/> 每周三次以上 <input type="checkbox"/> 每周两次以下<br><input type="checkbox"/> 配菜借味，但不吃 <input type="checkbox"/> 基本不吃                                 |
| 21 | 您吃动物内脏（肝、肾、胃）的情况   | <input type="checkbox"/> 基本不吃 <input type="checkbox"/> 每周1次以下<br><input type="checkbox"/> 每周2次以上 <input type="checkbox"/> 天天吃   |
| 22 | 您吃肥肉或荤油的情况         | <input type="checkbox"/> 不吃 <input type="checkbox"/> 基本不吃 <input type="checkbox"/> 每周两次以下<br><input type="checkbox"/> 每周三次以上 <input type="checkbox"/> 天天吃                                       |
| 23 | 您吃鱼的情况             | <input type="checkbox"/> 天天吃 <input type="checkbox"/> 每周三次以上<br><input type="checkbox"/> 每周两次以下 <input type="checkbox"/> 基本不吃 <input type="checkbox"/> 过敏不吃                                     |
| 24 | 您吃海鲜（虾蟹贝）的情况       | <input type="checkbox"/> 每周两次以下 <input type="checkbox"/> 每周三次以上<br><input type="checkbox"/> 天天吃 <input type="checkbox"/> 基本不吃 <input type="checkbox"/> 过敏不吃                                     |
| 25 | 您平均每天新鲜蔬菜能吃多少      | <input type="checkbox"/> 400-500克 <input type="checkbox"/> 300-400克 <input type="checkbox"/> 500克以上<br><input type="checkbox"/> 200克以下 <input type="checkbox"/> 基本不吃                            |
| 26 | 您烹制新鲜蔬菜通常有那种情况     | <input type="checkbox"/> 先洗后切 <input type="checkbox"/> 先切后洗 <input type="checkbox"/> 切断或切得很碎<br><input type="checkbox"/> 下锅之前用水浸泡 <input type="checkbox"/> 热水焯过才下锅炒 <input type="checkbox"/> 其他 |
| 27 | 您平均每天吃多少水果？        | <input type="checkbox"/> 100-200克 <input type="checkbox"/> 200-400克 <input type="checkbox"/> 400克以上<br><input type="checkbox"/> 100克以下 <input type="checkbox"/> 基本不吃                            |

|    |                       |  |  |                                 |
|----|-----------------------|--|--|---------------------------------|
| 28 | 您的长期饮用水是哪一种           | <input type="checkbox"/> 矿泉水<br><input type="checkbox"/> 纯净水   | <input type="checkbox"/> 过滤的自来水<br><input type="checkbox"/> 其他 | <input type="checkbox"/> 普通的白开水 |
| 29 | 您有喝汤或粥的习惯吗?           | <input type="checkbox"/> 餐餐都喝<br><input type="checkbox"/> 每周两次以下   | <input type="checkbox"/> 每天一次<br><input type="checkbox"/> 基本不喝 | <input type="checkbox"/> 每周三次以上 |
| 30 | 您通常喝汤或粥的时间?           | <input type="checkbox"/> 饭前喝   | <input type="checkbox"/> 边吃饭边喝                                 | <input type="checkbox"/> 饭后喝    |
| 31 | 您家常用油是                | <input type="checkbox"/> 大豆油 <input type="checkbox"/> 花生油 <input type="checkbox"/> 葵花油 <input type="checkbox"/> 菜籽油<br><input type="checkbox"/> 玉米油 <input type="checkbox"/> 山茶油 <input type="checkbox"/> 橄榄油 <input type="checkbox"/> 调和油<br><input type="checkbox"/> 没有固定的 |  |                                 |
| 32 | 您常吃煎炸食品吗?             | <input type="checkbox"/> 不吃 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 1次/周 <input type="checkbox"/> 2次/周  |  |                                 |
| 33 | 您喜欢的饮料                | <input type="checkbox"/> 茶水 <input type="checkbox"/> 纯果汁 <input type="checkbox"/> 咖啡<br><input type="checkbox"/> 碳酸饮料 <input type="checkbox"/> 无碳酸含糖饮料 <input type="checkbox"/> 其他   |  |                                 |
| 34 | 经常吃坚果吗?               | <input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 经常 <input type="checkbox"/> 有时 <input type="checkbox"/> 很少  |  |                                 |
| 35 | 您常吃洋快餐吗?              | <input type="checkbox"/> 不吃 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 1次/周 <input type="checkbox"/> 2次/周  |  |                                 |
| 36 | 您经常吃腌制食品吗?            | <input type="checkbox"/> 不吃 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 经常 <input type="checkbox"/> 每天  |  |                                 |
| 37 | 您经常吃冷冻甜品吗(冰淇淋、雪糕)?    | <input type="checkbox"/> 不吃 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 2次/周 <input type="checkbox"/> 4次以上/周  |  |                                 |
| 38 | 您经常吃烧烤吗?              | <input type="checkbox"/> 不吃 <input type="checkbox"/> 1次/月 <input type="checkbox"/> 1次/周 <input type="checkbox"/> 2次/周  |  |                                 |
| 39 | 您经常吃食用菌吗?             | <input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 经常 <input type="checkbox"/> 有时 <input type="checkbox"/> 很少  |  |                                 |
| 40 | 您经常吃葱蒜类蔬菜吗?<br>(包括洋葱) | <input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 经常 <input type="checkbox"/> 有时 <input type="checkbox"/> 很少  |  |                                 |

#### 第四部分 Wexner便秘评分

| 项目           | 评分 | 项目          | 评分 | 项目                | 评分        |
|--------------|----|-------------|----|-------------------|-----------|
| <b>排便频率</b>  |    | <b>腹痛</b>   |    | <b>24小时内排便不成功</b> |           |
| 1-2次/1-2天    | 0  | 从不          | 0  | 没有                | 0         |
| 2次/周         | 1  | 极少          | 1  | 1-3次              | 1         |
| 1次/周         | 2  | 偶尔          | 2  | 3-6次              | 2         |
| <1次/周        | 3  | 经常          | 3  | 6-9次              | 3         |
| <1次/月        | 4  | 一直有         | 4  | >9次               | 4         |
| <b>排便疼痛</b>  |    | <b>排便时间</b> |    | <b>便秘时间(年)</b>    |           |
| 从不           | 0  | <5分钟        | 0  | 0                 | 0         |
| 极少           | 1  | 5-10分钟      | 1  | 1-5               | 1         |
| 偶尔           | 2  | 10-20分钟     | 2  | 5-10              | 2         |
| 经常           | 3  | 20-30分钟     | 3  | 10-20             | 3         |
| 一直有          | 4  | 超过30分钟      | 4  | >20               | 4         |
| <b>排便不尽感</b> |    | <b>辅助排便</b> |    | <b>最小值</b>        | <b>0</b>  |
| 从不           | 0  | 无需辅助        | 0  | <b>最大值</b>        | <b>30</b> |
| 极少           | 1  | 刺激性泻剂       | 1  |                   |           |

|     |   |      |   |        |
|-----|---|------|---|--------|
| 偶尔  | 2 | 手助排便 | 2 | 供体 <8分 |
| 经常  | 3 | 灌肠排便 | 2 |        |
| 一直有 | 4 |      |   |        |

第五部分 胃肠生活质量评分（请以“√”表示）

供体的胃肠生活质量评分应<68分。

| 过去的2周里有多少时间…              | 从未                       | 偶尔                       | 有时                       | 多数时间                     | 总是                       |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                           | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |
| 1. 感到腹部疼痛?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 感到上腹饱胀?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 感到腹部胀气?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 肛门过分排气?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 发生过分打嗝?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 感觉肠蠕动频繁?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 觉得食欲欠佳?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 发生肠鸣音?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 患病使你多大程度上限制这<br>你的膳食?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 有多少时间由于患病感到悲<br>观?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. 有多少时间由于患病感到紧<br>张或焦虑? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. 有多少时间对日常生活感到<br>愉悦?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. 有多少时间感到疲乏?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. 有多少时间感到不适?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. 有多少时间发生反酸或反<br>胃?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. 有多少时间由于进食慢而感<br>到不适?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. 有多少时间觉得吞咽障碍?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. 有多少时间觉得大便急迫?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. 有多少时间发生腹泻?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                  |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20. 有多少时间发生便秘?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. 有多少时间感到恶心?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. 有多少时间大便带血?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. 有多少时间感到胃灼热?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. 有多少时间发生大便失禁? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                      |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 过去 2 周内下面问题的严重程度和强度… | 很好                       | 还好                       | 中等                       | 差                        | 极差                       |
|                      | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |
| 25. 应对逐日压力怎么样?       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                   |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                   | 从未                       | 每晚                       | 1-2 次/每晚                 | 3-4 次/每晚                 | 5-6 次/每晚                 |
|                   | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |
| 26. 在上周内, 夜晚醒来的次数 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                   |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 以下症状出现的时间频率…                      | 无                        | 一点点                      | 偶尔                       | 比较多                      | 非常多                      |
|                                   | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |
| 27. 患病后, 是否由于外表的变化而感到困扰?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. 患病使你的体力下降了多少?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. 患病使你的耐力下降了多少?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. 患病使你觉得不适的程度有多少?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. 患病多大程度上使你和家人或朋友的联系变糟了?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. 过去 2 周内, 能完成多少日常活动 (学习、工作、家务) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. 过去 2 周内, 有多少时间你能参与正常的休闲娱乐?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. 过去 2 周内, 你对疾病诊断感到烦恼的程度是多少?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 供体知情同意书

本人已理解以上内容, 并已知悉肠道菌群的捐献过程, 以及可能涉及到的检查方式、此次检查及

检查后可能发生的并发症和风险并且解答了我关于捐献过程的相关问题。

我同意在捐献过程中医生可以根据我的情况对预定的捐献过程做出调整。

我理解我的捐献需要多次进行。

我并未得到捐献样本百分之百可用的许诺。

我同意捐献自己的粪菌供临床肠道菌群移植之用。

供体签字：

日期： 年 月 日

附录 B  
(资料性附录)  
心理健康调查

B.1 抑郁自评表见表 B.1。

表 B.1 抑郁自评表

|  |                             |                              |   |
|--|-----------------------------|------------------------------|---|
| <p>根据过去两周的状况，请回答是否存在下列描述的状况及频率，请看清楚问题后在符合您的选项上画√</p> |                             |                              |   |
| 1. 做事提不起劲或没有兴趣                                       | <input type="checkbox"/> 没有 | <input type="checkbox"/> 有一点 | <input type="checkbox"/> 超过一半时间 <input type="checkbox"/> 几乎每天 |
| 2. 感到心情低落、沮丧或绝望                                      | <input type="checkbox"/> 没有 | <input type="checkbox"/> 有一点 | <input type="checkbox"/> 超过一半时间 <input type="checkbox"/> 几乎每天 |
| 3. 入睡困难、睡不安稳或睡眠过多                                    | <input type="checkbox"/> 没有 | <input type="checkbox"/> 有一点 | <input type="checkbox"/> 超过一半时间 <input type="checkbox"/> 几乎每天 |
| 4. 感觉疲倦或没有活力   | <input type="checkbox"/> 没有 | <input type="checkbox"/> 有一点 | <input type="checkbox"/> 超过一半时间 <input type="checkbox"/> 几乎每天 |
| 5. 食欲不振或吃太多  | <input type="checkbox"/> 没有 | <input type="checkbox"/> 有一点 | <input type="checkbox"/> 超过一半时间 <input type="checkbox"/> 几乎每天 |
| 6. 觉得自己很糟糕或觉得自己很失败，或让自己或家人失望                         | <input type="checkbox"/> 没有 | <input type="checkbox"/> 有一点 | <input type="checkbox"/> 超过一半时间 <input type="checkbox"/> 几乎每天 |
| 7. 对事物专注有困难，例如阅读报纸或看电视时                              | <input type="checkbox"/> 没有 | <input type="checkbox"/> 有一点 | <input type="checkbox"/> 超过一半时间 <input type="checkbox"/> 几乎每天 |
| 8. 动作或说话速度缓慢到别人已经觉察或正好相反—烦躁或坐立不安、动来动去的情况更胜平常         | <input type="checkbox"/> 没有 | <input type="checkbox"/> 有一点 | <input type="checkbox"/> 超过一半时间 <input type="checkbox"/> 几乎每天 |
| 9. 有不如死掉或用某种方式伤害自己的念头                                | <input type="checkbox"/> 没有 | <input type="checkbox"/> 有一点 | <input type="checkbox"/> 超过一半时间 <input type="checkbox"/> 几乎每天 |
| 总分：_____分  |                             |                              |   |
| 参考结果：  |                             |                              |   |
| 0 - 4分 没有抑郁  | 5 - 9分 轻度抑郁                 | 10 - 14分 中度抑郁                |   |
| 15 - 19分 中重度抑郁                                       | 20 - 27分 重度抑郁               |                              |   |

B.2 焦虑自评表见表 B.2。



表 B. 2 焦虑自评表

在过去 2 星期，有多少时候您受到以下任何问题困扰，请在您的选择下打√

10. 感觉紧张、焦虑或急切  
没有 有一点 超过一半时间 几乎每天

11. 不能够停止控制担忧  
没有 有一点 超过一半时间 几乎每天

12. 对各种各样的事情担忧过多  
没有 有一点 超过一半时间 几乎每天

13. 很难放松下来  
没有 有一点 超过一半时间 几乎每天

14. 由于不安而无法静坐  
没有 有一点 超过一半时间 几乎每天

15. 变得容易烦恼或急躁  
没有 有一点 超过一半时间 几乎每天

16. 感到似乎有可怕的事情要发生而害怕  
没有 有一点 超过一半时间 几乎每天

---

总分：\_\_\_\_\_ 分

---

参考结果

|           |      |           |      |
|-----------|------|-----------|------|
| 0 - 4 分   | 没有焦虑 | 5 - 9 分   | 轻度焦虑 |
| 10 - 14 分 | 中度焦虑 | 15 - 21 分 | 重度焦虑 |

