



AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY

American Society of Clinical Oncology
特别报告：
COVID-19 疫情期间癌症诊疗护理实施指南

2020 年 5 月 19 日

介绍

American Society of Clinical Oncology（美国临床肿瘤学会，ASCO）已收到其会员请求制定有关癌症中心继续安全运营和恢复择期手术的工作指南。“*American Society of Clinical Oncology 特别报告：COVID-19 疫情期间癌症诊疗护理实施指南*”描述了在继续应对疫情期间，癌症中心可以采取的保护患者和医疗卫生工作人员安全的具体和短期措施。由于世界各地的情况千差万别，医疗机构应考虑自身癌症中心和执业部门的政策以及州、医疗委员会和市政的法规或医疗机构的运行指南。

American Society of Clinical Oncology 临床专家已经审查了癌症中心已采用和/或计划中的各种政策和惯例，以及政府机构和其它医学团体提供的指导。有了这些信息，我们在此疫情阶段，各癌症中心对确定何时以及如何恢复其常规时间运行更有信心。本文件不是对证据的系统性审阅，不提供个体患者护理的临床指导。本文件应补充且不取代适用的机构、地方、区域或国家的计划或指导，并且不作为临床、法律或医疗建议。

本报告是对现有机构指南，American Society of Clinical Oncology 成员，政府机构和专业组织已发布的信息和临床实例的叙述性审阅。American Society of Clinical Oncology 按以下方式制定本报告：

- American Society of Clinical Oncology 工作人员从临床实践委员会成员，COVID-19 临床问题咨询小组以及 American Society of Clinical Oncology-ONS 网络研讨会系列的发言人那里获得了当地政策和计划的指导和示例：COVID-19 疫情期间癌症患者的诊疗护理 (Caring for People with Cancer During the COVID-19 Pandemic)。
- 对于每个学科领域，American Society of Clinical Oncology 员工都使用收到的信息来创建可用信息的摘要，供各个执业部门在制定自己的政策和计划时使用。
- 整个报告已由 American Society of Clinical Oncology 临床实践委员会审阅，并由 American Society of Clinical Oncology 首席医疗官和执行副总裁批准。

如有关于本文件的问题，请联系 American Society of Clinical Oncology 的临床事务部。[电子邮箱：clinicalaffairs@asco.org](mailto:clinicalaffairs@asco.org)。

免责声明

该信息由 American Society of Clinical Oncology (“ASCO”) 提供给医务人员在迅速变化的新型冠状病毒危机中自愿性、信息性使用。这些信息不构成医疗或法律建议，不适用于诊断或治疗个体疾病，不支持产品或疗法，不推荐或强制任何诊疗护理的特定疗程，不是标准护理的声明。在制定、发布或阅读信息之时可能会出现新的证据。信息可能不全面或不断更新。在治疗个体患者的情况下，该信息不能替代治疗提供者的独立专业判断。American Society of Clinical Oncology 按“原样”提供信息，并且不对该信息做任何明示或暗示的保证。American Society of Clinical Oncology 特别否认对适销性、或特定用途或目的适用性做出任何保证。American Society of Clinical Oncology 对于因使用此信息而引起的或与之相关的人员或财产的任何伤害或损害以及任何错误或遗漏不承担任何责任。

目录

介绍	1
分诊/筛查	4
接受调查的/阳性的 COVID-19 患者	5
COVID-19 诊断测试	6
感染预防控制	8
劳动力	9
资源和用品	11
设施注意事项	12
地点服务和运营时间	13
COVID-19 疫情高发高发规划	13
卫生研究方案	13
支持服务	14
患者健康与安全教育	14
远程医疗	15
肿瘤内科	16
放射肿瘤学	17
辅助服务	18
癌症筛查	18
手术	18
临床试验	18
其它有帮助的参考文献	19
致谢	20

分诊/筛查

患者到达之前

- 安排预约时，通知患者如果其在预约就诊日期的当天出现呼吸道感染症状（例如，咳嗽，呼吸短促，发烧，寒战，肌痛，咽喉痛，新发味觉或嗅觉减退或其它流感样症状），则需要重新安排预约。告知患者在离家赴诊前（或更早）致电办公室。
- 告知患者，无论症状如何，都必须戴上口罩或其它面罩后再进入医疗机构。
- 在就诊前 48 至 72 小时联系患者，问询筛查有无咳嗽、呼吸短促、发热、寒战、肌痛、咽喉痛、新发味觉或嗅觉丧失或其它流感样症状。如果出现上述症状，应使用分诊方案来确定是否有必要当面就诊，或者患者可以从家中接受管理。
- 如果患者可以在家中接受管理，应告知患者如果症状恶化或在 14 天内未消退时，需要联系其初级保健医生。确定患者不再具有传染性时，应重新安排其预约。
- 为评估与癌症治疗或 COVID-19 阳性/潜在阳性有关的症状，可能需要面对面或远程医疗提供访视，以避免急诊访视（例如，评估 COVID-19 和/或中性粒细胞减少性发热）。
- 长期护理机构或其它聚集性居住环境（包括监狱和庇护所）中的居民应被视为高风险，特别是如果患者生活在有 COVID-19 阳性记录的机构或区域内。

患者到达时

- 如果可能，通过单一入口点限制患者对机构的访问途径。如果有多个入口点，必须在所有入口处进行筛查。除非患者因特定需求（例如智力和/或发育残疾或其它认知或身体障碍）而需要陪伴，否则不得允许访客进入。18 岁以下的人员不得作为访客。机构访问应排除非必要的供应商，并且仅允许必要的辅助服务。执业部门应考虑与业务合作伙伴和支持服务进行远程或虚拟通信。
- 在机构外建立分诊站，在患者和访客进入之前实施六英尺（2 米）的社交/物理间隔，以筛查其 COVID-19 症状和发热。所有患者到达时应佩戴口罩，并遵循严格的洗手规程。
- 无论症状如何，都要为进入医疗机构的每个人戴上面罩，以防止从无 COVID-19 症状感染者带来的传播。
- 冠状病毒的症状出现在暴露后 2 至 14 天。症状包括：
 - 咳嗽、呼吸短促、发热、寒战、肌痛、咽喉痛、味觉或嗅觉减退，或其它流感样症状。
- 向所有患者/访客展示包含 COVID-19 筛查问题和可视化症状的告示，以及患者教育材料和预防感染适当卫生习惯和报告症状的插图。使用适合患者人群的语言提供告示和患者教育材料。
- 应在患者进入医疗机构之前记录其筛查状态和 COVID 阳性状态（例如，EMR、带筛查日期的患者识别腕带）。

其它资源:

美国疾病控制与预防中心(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)COVID-19 预防海报
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/communication/graphics.html>

CDC COVID-19 症状海报

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/COVID19-symptoms.pdf>

医疗卫生机构: 为社区传播做准备

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-hcf.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhealthcare-facilities%2Fguidance-hcf.html

冠状病毒的症状

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>

筛查工作流程和清单图例:

筛查工作流程

<https://practice.asco.org/sites/default/files/drupalfiles/2020-05/COVID-19%20图%20updated.pdf>

筛查清单示例

https://practice.asco.org/sites/default/files/drupalfiles/2020-05/COVID%20-%202019%20Checklist_v3.pdf

接受调查的/阳性的 COVID-19 患者

接受调查的患者 (Patient under investigation, PUI)

- 如果 PUI 患者筛查为阳性, 工作人员则应立即启用医疗机构规程以进行管理, 包括通知州/地方卫生部门进行适当的感染控制。
- 到达诊所后, 被认定为 PUI 的患者应戴口罩并被护送到指定的隔离室/区域。肿瘤科医生应审阅并确定适当的诊疗护理/服务实施措施。
- 应评估以发热为唯一症状的患者, 以确定 COVID-19 检测是否适当。应根据个体情况对患者进行其它潜在感染或可能的“肿瘤热”评估。
- 如果需要进行病毒测试, 则应延迟癌症治疗, 直到获得结果为止。如果结果为阳性, 则患者的肿瘤科医生应与患者协商确定后续步骤。

COVID 阳性输注服务标准

- COVID-19 阳性患者的临床治疗应从症状发作起延迟至少 14 天。
- 在接受输注之前, 患者应无症状 (包括不使用任何退烧药物时无发热) 以及症状改善至少 72 小时。
- 在临床治疗延迟后且患者无症状时, 应有两次至少间隔 24 小时的连续 COVID-19 测试结果阴性。如果无法进行测试, 治疗应由肿瘤科医生和医疗卫生机构/执业部门感染控制政策酌情决定。

其它资源:

在非医疗保健场所中的 COVID-19 人员隔离中止

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/disposition-in-home-patients.html>

COVID-19 诊断测试

COVID-19 现有检测包括:

- 用于病毒 RNA 的核酸扩增（聚合酶链反应）检测，以测量 SARS-CoV-2 的当前感染。
- 快速检测 SARS-CoV-2 的抗原检测。
- 检测是否存在 SARS-CoV-2 抗体的抗体（血清学）检测。

以下检测策略应使用 RNA 检测实施。如果该机构选择对有症状的患者使用快速抗原检测，则这些结果为阴性的患者应重新进行 RNA 检测。

患者的运行测试政策取决于可用的检测资源和实验室能力。推荐的优先性如下:

- 优先级 1:
 - 出现症状的住院患者。
 - 长期护理机构或其它聚集居住环境的有症状居民，包括监狱和庇护所。
- 优先级 2:
 - 出现 COVID-19 症状，包括咳嗽、呼吸短促、发烧、寒战、肌痛、咽喉痛、味觉或嗅觉减退或其它流感样症状的患者。
- 优先级 3:
 - 接受免疫抑制治疗（例如，细胞毒性化疗、干细胞移植、生物疗法、细胞免疫疗法或高剂量皮质类固醇）前无症状的患者。
 - 出于任何原因，由卫生部门或临床医生优先考虑的无症状个体，包括但不限于：公共卫生监查，岗哨监督或根据州和地方计划进行筛查。

预筛查无症状癌症患者的流程（取决于检测用品的可获得性和实验室能力）

- 接受细胞毒性化疗、干细胞移植、长效生物疗法、细胞免疫疗法或高剂量皮质类固醇的新患者应在治疗开始前 48 至 72 小时进行检测。
- 在治疗期间，所有患者应在每个新治疗周期前 48 至 72 小时进行筛查。筛查应包括一份对症状和暴露可能性的标准化调查问卷。
- 根据筛查结果，肿瘤学执业部门应检测任何被识别为具有潜在暴露风险、呼吸道症状和/或其他两种症状（咳嗽、呼吸短促、发烧、寒战、肌痛、喉咙痛、新发味觉或嗅觉的丧失或其它流感样症状）的患者。
- 如果可能，检测应在癌症诊疗护理机构以外的研究中心进行。癌症诊疗护理机构的检测应限于在抵达诊所后确定为有症状或有暴露风险的患者。
- 如上所述，所有患者在到达机构时应进行筛查，以确定状态是否变化和/或是否需要测试或重新测试。

医疗保健工作人员（healthcare personnel, HCP）的检测政策

- 优先级 1
 - 医疗卫生机构工作者、聚集生活环境中的工人，以及有症状的第一响应者。

- 优先级 2
 - 具有可能性 COVID-19 感染症状，包括咳嗽、呼吸短促、发烧、寒战、肌痛、咽喉痛、新发味觉或嗅觉丧失或其它流感样症状的人。
 - 出于任何原因，由卫生部门或临床医生优先考虑的无症状人员，包括但不限于：公共卫生监查，岗哨监督或根据州和地方计划进行筛查。
- 优先级 3:
 - 已知或疑似在不佩戴适当的个人防护装备（personal protective equipment, PPE）时已暴露于 COVID-19 的无症状个体。已知暴露定义为直接接触实验室确认的 COVID-19 病例。疑似暴露定义为在人群聚集环境中工作或居住。
- 检测政策和方案
 - 不论是否经过实验室确认，如果接触过 COVID-19 患者或疑似的个体，都应考虑进行检测。
 - 高风险或中等风险类别的 HCP 应积极接受监查，包括最后一次暴露后的 14 天内限制在任何医疗保健环境中工作。
 - 如果 HCP 出现发热（测量体温至少为 100.4°F/38°C）或 COVID-19 症状（例如，咳嗽、呼吸短促、发烧、寒战、肌痛、咽喉痛、新发味觉或嗅觉减退或其它流感样症状），他们应立即自我隔离并通知当地或州公共卫生当局及其医疗机构管理层，并转诊给医务人员以进一步评估。
 - 低风险类别的 HCP 应在最后一次可能性暴露后 14 天内在授权的监督下进行自我监查。
 - 报告暴露可能性且不限无症状的低风险 HCP 工作。他们应每日两次检查体温，并对与 COVID-19 相符的症状保持警惕（例如，咳嗽、呼吸短促、发烧、寒战、肌痛、喉咙痛、味觉或嗅觉减退，或其它流感样症状）。
 - 此类人员应确保在离家时和报到工作前无发热和无症状。如果他们没有发热或与 COVID-19 相符的症状，他们可以报到工作。如果他们出现发热（测量体温至少为 100.4°F/38°C 或主观感觉发热）或与 COVID-19 相符的症状，他们应立即自我隔离并通知当地或州公共卫生当局或医疗卫生机构管理层，以便他们协调咨询并转诊给医务人员以进一步评估。
 - 在开始每个工作班次之前，医疗卫生机构应考虑测量体温并评估所有 HCP 的症状。
 - 在每个连续工作日周期开始时，机构应考虑对所有 HCP 进行 COVID-19 检测。
 - 抗体检测结果不应用于诊断患有活动性 SARS-CoV-2 感染的患者。通常在人体感染 SARS-CoV-2 后需要 1~3 周才能产生抗体；有些人可能需要更长时间才能产生抗体。

其它资源：

对个人的冠状病毒疾病 2019 (COVID-19)评估和测试

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/clinical-criteria.html>

医疗保健环境中有可能暴露于冠状病毒疾病 2019 (COVID-19)患者的医疗保健工作人员风险评估和公共卫生管理的临时指南

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-risk-assesment-hcp.html>

无症状癌症治疗患者的检测和调查问卷流程是根据美国传染病学会关于 COVID-19 诊断准则的建议制定的。<https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-diagnostics>

COVID-19 血清学检测

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/serology-testing.html>

患者和 HCP 检测；HCP 返岗流程图示：

COVID-19 患者检测

https://practice.asco.org/sites/default/files/drupalfiles/2020-05/COVID_Patient_Testing.pdf

COVID-19 HCP 检测

<https://practice.asco.org/sites/default/files/drupalfiles/2020-05/COVID-19%20HCP%20test.pdf>

COVID-19 返岗

<https://practice.asco.org/sites/default/files/drupalfiles/2020-05/COVID-19%20HCP%20return%20to%20work.pdf>

感染预防控制

个人防护装备 (PPE)

- 医务人员在医疗卫生机构内时应始终戴面罩。如果可获得，医用级别面罩对于医务人员优于布面罩。
- 所有进入已知或疑似 COVID-19 的患者房间的人员均应遵守推荐的 CDC 标准预防措施，并使用 N95 防毒面具或医用级口罩，隔离衣，手套和护目镜。事实证明，布面罩不能有效地起到 PPE 的作用，因此，对于已知或疑似 COVID-19 的患者，不应佩戴布面罩。
- 应尽量减少工作人员之间的所有身体接触，尽可能保持 6 英尺（2 米）的间隔距离。
- 该机构应制定明确的政策，以优化个人防护装备的供应并规划医务人员的库存需求。
- 医疗卫生机构应考虑过滤面罩呼吸器的去污和重复使用，作为优化稀缺资源的一种方法。

其它资源：

除污和重复使用过滤面罩呼吸器

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/decontamination-reuse-respirators.html>

肿瘤护理协会 (Oncology Nursing Society, ONS) COVID-19 疫情期间的临时性指南

<https://www.ons.org/covid-19-interim-guidelines>

所有患者诊疗护理的标准预防措施

<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/basics/standard-precautions.html>

优化 PPE 和设备供应的策略

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppe-strategy/>

劳动力

劳动力

- 在其班次开始时筛查所有 HCP 是否有发热以及与 COVID-19 相符的症状。当他或她测得的温度至少为 100.4 °F [38 °C] 时，CDC 认为其发热。
- 作为常规实践的一部分，应要求 HCP 定期自我监测发热和 COVID-19 症状。
 - 应提醒 HCP 在患病时待在家中。返岗标准应基于雇主要求。如果 HCP 呈现 COVID-19 阳性，他们应遵循确认或疑似 COVID-19 的返岗标准。
 - 如果 HCP 在工作中出现发热（至少 100.4°F/38°C）或与 COVID-19 相符的症状，应该保持佩戴口罩，告知主管并离开工作场所。
- 机构应在连续工作日周期开始时考虑对 HCP 进行 COVID-19 检测。
- 医疗机构应使用 CDC 标准预防措施和其它感染预防和控制策略来限制暴露。
- 医疗卫生机构应遵循临时 CDC 指南，指导有关确认或疑似 COVID-19 的医疗保健工作人员返岗的建议标准。返岗标准包括：
 - 基于症状的策略。不要开始工作，直至：
 - 自恢复以来已过去至少 3 天（72 小时）[定义为没有使用退烧药物而无发热且呼吸道症状改善（例如，咳嗽、呼吸短促）]；以及
 - 自症状首次出现以来，已过去至少 10 天。
 - 基于检测的策略。不要开始工作，直至：
 - 没有使用退烧药物而无发热且
 - 呼吸道症状（如咳嗽、呼吸短促）改善，以及美国食品医药产品监督管理局紧急使用授权（或国家等效）COVID-19 分子 SARS-CoV-2 RNA 检测至少间隔 ≥24 小时的两次连续呼吸道样本（总共 2 份阴性标本）的阴性结果。
- 允许预约、计费和其它电话服务人员在家工作，从而减少诊所工作人员数目。
- 医疗卫生机构应在工作场所实施 6 英尺（2 米）距离的社交/物理间隔。
- 将癌症会议和其它会议转变为线上虚拟模式。
- 确定机构运营，患者护理和治疗所必需的工作人员数量。
- 为 COVID-19 阳性患者护理提供单独的指定工作人员。
- 为具有其它风险因素的 HCP 修改职责并提供额外便利。
- 劳动力/员工教育
 - 为感染控制、正确选择和使用/处置 PPE 以及使用呼吸设备提供培训。
 - 提供有关正确使用/清洁设备和隔离室的培训。
 - 为正确处置潜在的传染性废弃物提供培训。
 - 对房间和检查设备进行常规清洁。
- 执业部门应要求所有工作人员每年接种流感疫苗。
- 个人旅行应当谨慎以帮助降低 COVID-19 传播的概率：
 - 鼓励所有员工仔细考虑个人差旅计划。
 - 要求在休假期间外出旅行或进入高峰/高发/高风险地区点和/或暴露于或感染 COVID-19 的员工接受隔离和检测，直到确认 COVID-19 阴性。
- 机构应该聘请人力资源部支持员工健康问题。
- 机构领导应警惕临床医生和癌症护理团队成员，他们可能因 COVID-19 疫情而经历增加的压力。这可能导致以下情况：

- 因严格的生物安全措施而隔离；与家人和朋友物理隔离。
 - 担心自身健康以及家人、同伴和同事的健康。
 - 多种医疗和个人需求；典型日常工作量需求和 COVID-19 响应的竞争；家庭护理责任的变化。
 - 患者护理困难的选择和挑战，担心患者；在就诊减少期间支持患者和家人。
- 设施应为 HCP 提供支持和压力管理资源：
- 保持社会支持。
 - 与员工交流有关身心健康和有效应对策略的信息。
 - 为缓解 COVID-19 压力提供员工帮助或心理健康支持。
 - 注意员工可能的不堪重负的感觉或伤害自己/他人的迹象。

其它资源：

在新加坡的一个学术中心进行 COVID-19 疫情爆发期间使用隔离团队模型维持癌症诊疗护理
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0923753420364103?via%3Dihub>

疑似或确认的 COVID-19 医疗保健工作人员返岗标准（临时指南）

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/return-to-work.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhealthcare-facilities%2Fhcp-return-work.html

ONS 在 COVID-19 疫情期间的肿瘤学工作人员分配建议

<https://www.ons.org/oncology-staff-assignments-covid-19>

所有患者诊疗护理的标准预防措施

<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/basics/standard-precautions.html>

医务专业人员健康和心理健康的工具：

美国医学会，[COVID-19 期间照护我们的照护者 \(Caring for our Caregivers During COVID-19\)](#)

美国心理协会，[有关疫情的资源\(Resources for Pandemic\)](#)

Cates、Gomes 和 Krasilovsky。生物紧急状态规划，[对患者、家庭和医疗保健工作者的行为健康支持\(Behavioral Health Support for Patients, Families, and Healthcare Workers\)](#)

来源：美国退伍军人事务部，[管理与 COVID-19 病毒疫情相关的医疗保健工作者的压力 \(Managing Healthcare Workers' Stress Associated with the COVID-19 Virus Outbreak\)](#) 国家学院 (National Academies)，[计划职责：卫生保健、危机医护标准和新型冠状病毒 SARS-CoV-2 \(Duty to Plan: Health Care, Crisis Standards of Care, and Novel Coronavirus SARS-CoV-2\)](#)

资源和用品

资源和用品

- 确保充分的药物、PPE 和清洁用品库存。
- 集中库存储备，以监督安全性和医疗卫生机构的分配。
- 医疗卫生机构应制定政策/程序，以确保捐赠的 PPE（例如布口罩）的完整性和适当利用，以及供应链监管。

设施注意事项

临床区域内的社交/物理间隔

- 考虑使用 6 英尺（2 米）间隔的共享空间或取消候诊区（例如，患者在停车场等待并在进入检查室或治疗室之前即刻通过电话呼叫）。
- 如果设施没有停车场或公共停车场关闭，请设立“下车”区域或无需下车点。
- 对于通过公共交通工具抵达的患者，指定一个抵达区，团队成员陪同患者进入筛查区。
- 在通知预约开始后，患者需要进入筛查区而不是候诊室。
- 移走可能与患者接触的任何材料或公用物品（例如，杂志、陈列的患者教育材料、零食、饮料分配器、备好的饮料（如咖啡或瓶装水/饮料））。
- 患者应单独接受每个医务人员或团队成员的看诊，确保社交/物理间隔。
- 排队等待的患者站立位置之间应至少间隔 6 英尺（2 米）。设施应考虑在地板上放置距离标志，为患者提供指导。可以通过其它工作流程来减少/消除排队等待（例如，患者在进入建筑物之前在其汽车或指定区域中等待；从等待位置进行虚拟签到；在检查室中进行结账离开；或在前台没有其他患者时，陪同患者到前台结账离开）。
- 为接受调查的 COVID-19 患者和/或 COVID-19 阳性的患者安排指定地点和进入/离开路线。
- 为 COVID-19 阳性患者提供特定浴室设施。

在行政和非患者护理区域进行社交/物理间隔：

- 确定设施内的行政和非患者护理职责的必要工作人员。考虑允许在家中工作以实现工作职责。
- 在设施共享空间（例如，工作站、工作任务区域、休息室/员工休息室）中，使用 6 英尺（2 米）的疏离措施将社交疏离应用于社交场所。
- 在患者护理访视期间，从患者的访问区域离开工作人员区域，包括工作人员洗手间和休息室/休息室。
- 应停用共享食物区（如咖啡机、冰箱、水冷却器）。限制商务企业和供应商的直接访视，包括接受公共食物。
- 所有会议、多学科诊所和肿瘤委员会应转换为在线，而非面对面。

设施标牌和指示：

- 隔离区域应通过标示明确指示。所有标示应采用适合患者人群的语言。
- 设施网站应包括与 COVID-19 患者护理相关的设施政策信息，包括与现场和虚拟就诊相关的政策。

地点服务和运营时间

地点服务和运营时间

- 根据办公室内患者护理量和远程医疗访视量，一些设施应暂时关闭，可以采用 COVID-19 阳性患者护理人员、远程工作人员（例如电话分诊和医疗记录任务）和休息周期的工作人员轮换岗位。
- 考虑延长工作时间，以允许办公室内就诊患者涌入/高峰，并允许接受调查的患者和 COVID 阳性患者在常规工作时间结束时进入诊室内（如果可能）。
- 考虑开放新的治疗领域，以便适当疏离和/或隔离最高暴露风险的患者（例如，仅注射房间/区域，并将 COVID 阳性患者分组到指定的护理区域）。
- 考虑终端清洁程序的运行时间。

COVID-19 疫情高发规划

疫情高发规划

- 制定 COVID-19 阳性患者护理的上报计划，其中包括人员配置、设施隔离，以及部署可能已被 COVID-19 响应解除的任何预防措施。
- 建立一个疫情高发规划团队，确定触发上报计划激活的数据和指标。
- 保持意识并为 COVID-19 对员工健康、弹性和可用性的影响做准备。

其它资源：

CDC 专业医护人员关于冠状病毒的信息(COVID-19) – COVID-19 Surge Tool

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhealthcare-facilities%2Findex.html

COVID-19 疫情期间提供非 COVID-19 临床护理的医疗保健系统框架

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/framework-non-COVID-care.html>

卫生研究方案

卫生研究方案

- 遵循所需的医疗设施感染控制规范进行清洁。
- 目前的证据表明，SARS-CoV-2 可以在由各种材料制成的表面上保持数小时至数天。每次患者访视后应使用家用消毒剂（最好是 EPA 注册）在检查室/治疗区域彻底擦拭消毒。
- 设施清洁规程应包括对所有感染了 COVID-19 的人使用过的所有区域（例如办公室，浴室，公共区域，共享电子设备（如平板电脑，触摸屏，键盘，遥控器））的消毒剂。
- 对于工作时段结束的终端清洁，包括所有患者护理室和设备（例如，输液泵、生命体征监测、线性加速器）。对所有表面进行消毒，并关闭房间并在进行消毒剂清洁后进行气流交换。这应该在第二天之前进行，前一天是任何非 COVID 阳性患者治疗/患者诊疗护理。
- 如果使用特定隔离区域，则必须在患者离开设施室/区域后立即进行清洁程序。

其它资源:

社区设施清洁和消毒

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/organizations/cleaning-disinfection.html>

支持服务**支持服务**

支持服务应在此期间继续。应远程向患者提供资源。以下是可用于与患者分享的资源列表。大多数资源可在网址 <https://www.cancer.net/> 找到。

- 营养
 - <https://www.cancer.net/survivorship/healthy-living/nutrition-recommendations-during-and-after-treatment>
 - <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/eating-hints>
- 锻炼
 - <https://www.cancer.net/survivorship/healthy-living/exercise-during-cancer-treatment>
- 社会心理
 - <https://www.cancer.net/survivorship/follow-care-after-cancer-treatment/asco-cancer-treatment-and-survivorship-care-plans>
 - https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/asco_answers_when_doctor_says_cancer.pdf
 - https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/asco_answers_anxiety_depression.pdf
- 生殖和性健康
 - <https://www.cancer.net/navigating-cancer-care/dating-sex-and-reproduction>
 - https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/asco_answers_fertility.pdf
 -

患者健康与安全教育**患者健康与安全教育**

- 作为治疗计划的一部分，在第一次诊室访视期间，向新患者提供关于感染控制实践的患者的教育，与新的患者沟通，并在每次后续访视时进一步强调。以下是此类健康和安全性信息的示例：
 - 办公室访视需戴口罩。
 - 应用肥皂和水洗手，至少 20 秒。如果没有肥皂和水，使用至少含 60%酒精的洗手液。
 - 避免用未清洁的手触摸您的眼睛、鼻子或嘴巴。
 - 避免与生病的其他人密切接触。
 - 咳嗽或打喷嚏时用纸巾覆盖您的鼻子和口腔。丢弃纸巾，然后洗手。
 - 定期清洁/消毒家中常用的表面和其他物体。
 - 如果您生病待在家里，并避免接触他人。

- 鼓励患者与他们的供应商谈论每年的流感疫苗。
- 鼓励患者积极主动地关注上述建议，如果出现呼吸道症状，在前往执业部门之前打电话告知。
- 患者教育应包括关于应对 COVID-19 疫情的诊疗护理交付变更的信息和虚拟/远程医疗访视的说明。
- 患者教育应讲述有关康复护理和安全问题及 COVID-19 暴露风险的顾虑方面的问题。

其它资源：

关于 COVID-19 和癌症的常见问题：患者和幸存者问题解答

<https://www.cancer.net/blog/2020-05/common-questions-about-covid-19-and-cancer-answers-patients-and-survivors>

冠状病毒和 COVID-19：癌症患者需要知道什么

<https://www.cancer.net/blog/2020-05/coronavirus-and-covid-19-what-people-with-cancer-need-know>

美国国家癌症研究所 - 冠状病毒：癌症患者应该知道什么

<https://www.cancer.gov/contact/emergency-preparedness/coronavirus>

COVID-19 对话的患者沟通策略

<https://voice.ons.org/stories/patient-communication-strategies-for-covid-19-conversations>

远程医疗

远程医疗（远程健康、电话 E 和 M、虚拟登记、电子访视）

- 确定哪些访视适合继续远程医疗（例如 COVID 阳性感染、非紧急高风险患者人群、症状管理分诊 - 谁、什么、何时、为什么以及如何）。
- 确定包括在办公室内和远程医疗组合的执业部门访视（例如，确定适当的采纳 COVID-19 预防措施远程医疗和在办公室内访视，例如新的/咨询、随访、治疗、监测）。
- 利用远程医疗访视扩展服务能力，尤其是在 COVID-19 的高发期间。
- 远程医疗访视类型：
 - 不需要面对面体检、治疗或在办公室内诊断的患者。
 - 其他患者访视：随访、口服抗癌治疗的依从性、生存、姑息治疗、遗传咨询、支持服务、患者教育。
 - 电话和远程健康互动，以便对患者进行分诊和快速评估。
 - 高风险患者的症状监测。
- 远程健康访视考虑事项：
 - 使用音频和视频功能进行访视。
 - 包括与新的或已确立的患者访视相当的访视，以及由 Medicare、Medicaid 和其它第三方付款人批准的其他访视类型。
 - 在公共卫生紧急情况下，对于新的和已确立的患者。
 - 患者必须口头同意接受远程健康访视。
- 仅电话访视注意事项：
 - 用于代替仅具有音频能力的患者的远程健康访视。

- 患者必须口头同意接受仅电话访视。
- 虚拟登记考虑事项：
 - 通过电话或其它电信方式与患者进行简短的沟通，例如音频/视频、安全短信或电子邮件。
 - 在公共卫生紧急情况下，针对新的和已确立的患者。
 - 沟通应与之前 7 天内的医疗就诊相关，并且不会在 24 小时内导致医疗就诊。
 - 患者必须口头同意接受虚拟登记。
- 电子访视考虑事项：
 - 通过在线患者门户网站或其它电子方式进行的患者发起访视。
 - 在公共卫生紧急情况下，对于新的和已确立的患者。

请注意，远程医疗保险涵盖可能会在本指南出版日期之后经常更新。

其它资源：

美国医师学会已经编制了部署远程医疗服务的[手册](#)

肿瘤内科

肿瘤内科

- 患者管理（在办公室内）
 - 所有 COVID-19 阳性感染或在治疗中变为 COVID 阳性的患者都应立即中断治疗或延迟治疗，然后再确定下一步措施。
 - 当开始或继续治疗有医学必要性的背景下，应考虑审核 COVID-19 阳性患者的开始或继续治疗的请求。
 - 仅应考虑特定优先的 COVID-19 阳性患者开始或恢复治疗（例如，优先列表根据治疗意图和紧急情况确定风险/获益；即一些患者可能是 COVID-19 阳性且仍适合治疗）。
 - 许多患者可能适合休息至少 14 天，和/或直至症状消失 72 小时，连续 2 次间隔 24 小时的检测结果为阴性。
 - 如上所述，根据提供者对患者护理的确定（现在和未来），考虑一种灵活且可改善的混合模型在办公室和远程医疗访视中。
- 治疗单元
 - 建立 COVID-19 阳性患者治疗（例如门诊、住院）的确定区域。
 - 指定 COVID-19 阳性患者的专门工作人员。
 - 工作人员安排应包括恢复和监测症状的休假。
- 家庭输液
 - 肿瘤科医师对于抗癌药物给药的家庭输注安全性和适宜性有担忧，通常不推荐用于大多数药物治疗。考虑到必要的预防措施以保护医务人员，患者和护理人员免受与药物输注和处置有关的不良事件以及发生 COVID-19 感染的危险，应由主治医师与患者协商后决定在这种情况下进行化学治疗。其他国家特注意事项可能适用。
 - 肿瘤科医生可考虑在家输液用于支持治疗，例如水化和止吐药。
- 药房

- 考虑远程医疗用于口服抗癌药依从性和患者咨询。
- 随着执业部门的重新开放，他们应该预料随着筛查和初级保健服务的增加，新诊断出癌症的患者可能会激增。执业部门可能需要延长工作时间来支持患者诊疗护理需求。

其它资源：

American Society of Clinical Oncology 冠状病毒资源 – 患者诊疗护理信息

<https://www.asco.org/asco-coronavirus-information/care-individuals-cancer-during-covid-19>

放射肿瘤学

放射肿瘤学

- 患者管理（在办公室内）
 - 根据医疗机构规程，应验证并记录患者正在调查(PUI)和/或 COVID-19 阳性状态。
 - 所有 PUI、COVID 阳性感染或在治疗期间变为 COVID 阳性的患者都应立即中断治疗或延迟治疗，然后再确定下一步措施。
 - 当开始或继续治疗有医学必要性的背景下，应审核开始或继续治疗 COVID-19 阳性患者的请求。
 - 仅应考虑特定优先的 COVID-19 阳性患者开始或恢复治疗（例如，优先列表根据治疗意图和紧急情况确定风险/获益；即一些患者可能是 COVID-19 阳性且仍适合治疗）。
 - 许多患者可能适合休息至少 14 天，和/或直至症状消失 72 小时，连续 2 次间隔 24 小时的检测结果为阴性。
 - 考虑检测 COVID 状态。如果无法检测，医生、放射肿瘤科医生和感染控制部门应决定是否以及如何继续治疗。
 - 如果可能，可考虑 COVID-19 阳性患者指定的线性加速器。
 - PUI 和 COVID-19 阳性的患者应该是当天在机器上的最后一个约诊，并应在这些时间段使用机器至少 14 天，直到间隔 24 小时连续两次检测阴性且 72 小时无症状。
 - 如果治疗期间有多个 PUI 和 COVID 阳性患者，应在一天结束时在连续的诊位中进行治疗。医疗机构应彻底擦拭每个 PUI 或 COVID-19 阳性患者使用后的所有表面。
 - 治疗访视可在线性加速器库或远程医疗访视中进行。
 - 确定私人更衣/候诊室，在每位患者使用之后在进行彻底擦拭。
 - 根据医务人员对患者诊疗护理的预期（现在和未来），考虑采纳一种灵活且可改善的，兼顾在办公室内和远程医疗访视的模式。
- 随着执业部门重新开放，他们应该预料随着筛查和初级保健服务的增加，新诊断出癌症的患者可能会激增。执业部门可能需要延长工作时间来支持患者诊疗护理需求。

其它资源：

COVID-19 对美国放射肿瘤诊所和癌症患者的影响。Adv Radiat Oncol. 2020 年 3 月 27 日。DOI: 10.1016/j.adro.2020.03.006 [印刷前电子版]

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118653/>

辅助服务

辅助服务

- 评估患者护理需求的辅助服务可用性（例如，择期手术、物理治疗、专科医生）。
- 肿瘤科医生可以考虑与其他服务和医疗机构访视和远程医疗访视相关的提供者进行护理协调。

癌症筛查

癌症筛查

- 医疗卫生机构应遵循州和当地卫生当局关于恢复其它癌症护理服务的声明（例如，结肠镜检查、诊断放射学、皮肤科、牙科、乳房 X 射检查）。
- 一些筛查可采用保持安全距离和佩戴口罩后进行。
- 活检可由介入放射科医生进行，通常在介入放射科或医生办公室并使用 PPE 来完成。

手术

手术

- 美国外科医师学会（American College of Surgeons, ACS）发布了一份新的手术指导文件“**局部恢复择期手术的指南**”作为医疗机构的指南，准备在 COVID-19 在其区域达到峰值后恢复择期手术。
- 该指南概述了在恢复择期手术之前需要解决的不同类别问题。
- 与本文件中的所有其它指南一样，此次恢复诊疗护理受个别州和市政命令的约束。

其它资源：

[g4]/[g4] 局部恢复择期手术的指南[g3]/[g3]

<https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/resuming-elective-surgery>

临床试验

临床试验

- 根据申办方政策并根据机构指南（例如，FDA 指南；临床试验患者的 NCI 临时性指南）管理当前患者。
- 如果可能，继续按研究方案进行治疗，维持药物临床试验质量管理规范。
- 在 COVID-19 疫情期间，咨询申办者和机构审查委员会（Institutional Review Board, IRB）有关违背研究方案要求的问询。
- 如果试验申办方同意，研究方案将所有研究的监查修改为虚拟访视。
- 确保在患者访视安排之前获得药物。
- 恢复筛查和入组时应考虑到 COVID-19 的暴露风险，必要时可进行适当的检测。
- 随着在影像学、手术和收集生物样本方面对患者和工作人员安全保护水平的提高，可扩大临床试验入组的规模。
- 考虑与申办方讨论有关取消研究入组和远程实验室检查中的非必要检测。

- 联系主要研究者和/或试验申办方，讨论在疫情期间预期的方案违背。

其它资源：

COVID-19 对肿瘤临床试验实施和转化长期机遇的早期影响：来自 American Society of Clinical Oncology 调查的结果

<https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/OP.20.00275>

FDA 关于在 COVID-19 公共卫生紧急事件中进行医疗产品临床试验的指南

<https://www.fda.gov/regulatory-information/search-fda-guidance-documents/fda-guidance-conduct-clinical-trials-medical-products-during-covid-19-public-health-emergency>

美国国家癌症研究所（National Cancer Institute, NCI）已发布关于 NCI 中心机构审查委员会（Central Institutional Review Board, CIRB）的指南，包括建议和常见问题解答。

<https://www.ncicirb.org/content/nci-cirb-information-about-covid-19>

其它有帮助的参考文献

- American Society of Clinical Oncology 冠状病毒资源 – 患者诊疗护理信息
<https://www.asco.org/asco-coronavirus-information/care-individuals-cancer-during-covid-19>
- 美国疾病控制与预防中心：关于冠状病毒(COVID-19)的针对医务人员的信息
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html>
- 医疗保险和医疗补助中心（Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS）建议重新开放机构以提供非紧急的非 COVID-19 医疗保健：第一阶段
<https://www.cms.gov/files/document/covid-flexibility-reopen-essential-non-covid-services.pdf>
- 伦理和资源匮乏：COVID-19 疫情期间 American Society of Clinical Oncology 给肿瘤学社区的
建议
<https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.20.00960>
- COVID-19 疫情时期的安全性：如何保护我们的肿瘤患者和医疗卫生工作者安全。JNCCN。
在线出版日期：2020 年 4 月 15 日。
DOI: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2020.7572>

致谢

American Society of Clinical Oncology 感谢以下人员参与本文档的编撰，并感谢通过 American Society of Clinical Oncology-ONS 网络研讨会系列提供观点的组织和个人在 COVID-19 疫情期间照护癌症患者。

美国癌症协会
 美国放射肿瘤学会
 肿瘤学社会工作协会
 儿科血液学/肿瘤护士协会
 美国传染病学会
 肿瘤护理协会
 美国儿科血液学/肿瘤学会

Kerin Adelson, MD
 Krishna Alluri, MBBS
 Suprith Badarinath, MD, MSc
 Ed Balaban, DO, FACP, FASCO
 Gina Baxter, MPH
 Nancy Baxter, MD, PhD
 Elizabeth M. Blanchard, MD, FASCO
 Sibel Blau, MD
 Linda Bosserman, MD, FACP, FASCO
 Ronda Bowman, MHA, RN, OCN
 Suanna Steeby Bruinooge, MPH
 Jenna Campbell, BA
 Elquis Castillo, MD
 Laura Q. M. Chow, MD, FRCPC
 Risë Marie Cleland
 John Cox, DO, FASCO, MBA, MACP
 Moshe C. Chasky, MD
 Anne Chiang, MD, PhD
 Linus T. Chuang, MD, FASCO
 Joan O'Hanlon Curry, MS, RN, CPNP, CPON
 Robert Daly, MD, MBA
 Shaheenah Dawood, MD
 Roselle De Guzman, MD
 Angela DeMichele, MD, MSCE
 Kandie Dempsey, DBA, MS, RN, OCN
 Natalie Dickson, MD, MMHC, FACP
 Amy Evers, BNS, RN, OCN, CPHQ
 Daniel Fontes-Argolo, MD
 Kristin Fox, MS, APRN, ACHPN
 Chris Friese, PhD, RN, AOCN, FAAN
 Elizabeth Gaufberg, MD, MPH
 Anne Gross, PhD, RN, NEA-BC, FAAN
 Olwen Hahn, MD

Paul Hesketh, MD, FASCO
 Nancy Houlihan, MA, RN, AOCN
 Chikashi Ishioka, MD
 Abdul-Rahman Jazieh, MD, MPH
 Dorothy Keefe, PSM, MBBS, MSc, MD, FRACP, FRCP
 Ronan Kelly, MD, MBA
 Lisa Kennedy Sheldon, PhD, ANP-BC, AOCNP, FAAN
 Paul Kluetz, MD
 Elise Kohn, MD
 Michael Kosty, MD, FACP, FASCO
 Michele Lacy, RN, BSN, OCN
 Patrick Leavy, MD
 Gary H Lyman, MD, MPH, FASCO, FACP, FRCP
 Alan Lyss, MD
 Barbara McAneny, MD, MACP, FASCO
 Heather McArthur, MD, MPH
 Terry M. McDonnell, ARNP, MSN, DNP
 Erin McMenemy, PhD, CRNP
 Thomas Marsland, MD, FASCO
 Deborah Mayer, PhD, RN, AOCN, FAAN
 Matthew I. Milowsky, MD
 Therese Mulvey, MD, FASCO
 Krista Nelson, LCSW, OSW-C
 MiKaela Olsen, DNP, APRN-CNS, AOCNS, FAAN
 Ray Page, DO, PhD, FACOI, FASCO
 Sumanta Pal, MD
 Jyoti D. Patel, MD
 Kashyap Patel, MD
 Robin Patel, MD(CM), D(ABMM), FIDSA, FACP
 Todd Pickard, PA-C, FASCO
 William Pirl, MD, MPH
 Martha Polovich, PhD, RN, AOCN
 Anthony F. Provenzano, MD

Jack Hensold, MD

Evangelia Razis, MD
David H. Regan, MD, FASCO
Amar Rewari, MD, MBA
Flavio Rocha, MD, FACS
Gabrielle Rocque, MD, MSPH
Trevor Royce, MD, MPH
Piotr Rutkowski, MD
Joel Saltzman, MD
Michael Savin, MD
Dan Sherman, MA, LPC
Lawrence Shulman, MD, FASCO
Samuel M. Silver, MD, PhD, MACP, FASCO
Pam Soliman, MD
Piyush Srivastava, MD
Alec Stone, MA, MPA

Chee-Chee Stucky, MD
Preeti Sudheendra, MD
Sana Al-Sukhun, MD, MSc
Ashley Sumrall, MD, FACP
Julie Sussi, MA
Elitza S. Theel, Ph.D., D(ABMM)
Christian Thomas, MD
Charlotte Tremonti, RN
Praveen Vikas, MD
Victor M. Villalobos, MD, PhD
Daniel Wakefield, MD
Jeffery C. Ward, MD, FASCO
Kimberly Woody, MSN, PPCNP-BC
Robin Yabroff, PhD
Angela Zambrano, MD
Dan Zuckerman, MD, FASCO