
国家基本公共卫生服务规范（第三版）

——疑问解答 155 题——

国家卫生计生委基层卫生司基保处

中国医疗保健国际交流促进会基层卫生分会

二〇一七年十一月

目 录

一、《居民健康档案管理服务规范》问答（16 题）	3
二、《健康教育服务规范》问答（14 题）	8
三、《预防接种服务规范》问答（17 题）	13
四、《0~6 岁儿童健康管理服务规范》问答（9 题）	19
五、《孕产妇健康管理服务规范》问答（14 题）	21
六、《老年人健康管理服务规范》问答（10 题）	24
七、《高血压患者健康管理服务规范》问答（10 题）	31
八、《2 型糖尿病患者健康管理服务规范》问答（10 题）	34
九、《严重精神障碍患者管理服务规范》问答（13 题）	40
十、《肺结核患者健康管理服务规范》问答（12 题）	45
十一、《中医药健康管理服务规范》问答（6 题）	49
十二、《传染病及突发公共卫生事件报告和处理服务规范》问答（17 题）	52
十三、《卫生计生监督协管服务规范》问答（7 题）	58

一、《居民健康档案管理服务规范》问答（16题）

董燕敏 天津社区卫生协会原会长 全科主任医师

1. 如果居民健康档案中有健康体检表，有随访记录，但内容记录不完整，算不算健康档案更新？

答：应判定为更新。健康档案更新的概念是“档案中有动态记录”。《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》（以下简称《规范》），明确了“有动态记录的档案是指1年内与患者的医疗记录相关联和（或）有符合对应服务规范要求的相关服务记录的健康档案”。因此，最近一年内，档案中只要有医疗记录，或有相关的公共卫生服务记录，均可认定是动态记录，是档案更新。

2. 0-6岁儿童建档时无须填写个人基本信息表，应如何计算建档数？其成长到6岁以后，是否需要重新填个人基本信息表？

答：建档时，0-6岁儿童的“新生儿访视记录表”，可视为健康档案中的“个人基本信息表”，填写档案封面后，认可建档，纳入辖区内居民建档人数。

7岁及以上儿童应按照一般人群管理，须询问、填写“个人基本信息表”，方可认定建档。

3. 在校学生应如何选择填写个人基本信息表“职业”栏？

答：在校学生个人基本信息表里的职业栏，可填写“无职业”。

4. 无任何工作经历，应如何填写个人基本信息表“工作单位”栏？

答：《规范》要求“应填写目前所在工作单位的全称。离退休者填写最后工作单位的全称；下岗待业或无工作经历者需具体注明”。

未成年人可以填写“未成年”或“无工作”，务农者可直接填写“务农”。其他情况均需具体注明。

5. 个人基本信息表里“残疾情况”栏，是以医生现场判断为标准还是以残疾证明为标准？

答：残疾情况原则上应以残疾证明或疾病诊断为依据填写。如有脑卒中后遗症（半身不遂）、失明、言语障碍等情况，能现场判断但无残疾证明者，可填写肢体残疾、视力残疾或言语残疾等相应选项。其他均应依据残疾证明或疾病诊断填写。

6. 健康体检表中“辅助检查”项目显示肝功能 5 项、肾功能 4 项，但《规范》要求肝功能检查 3 项、肾功能 2 项，应如何实施？

答：《规范》要求老年人体检的辅助检查项目中，明确肝功能 3 项，即“谷丙转氨酶、谷草转氨酶和总胆红素”，而表中的“白蛋白、结合胆红素”不是国家规定的免费检查项目。《规范》要求老年人体检做肾功能 2 项，即“血清肌酐和血尿素”，而表中的“血钾、血钠浓度”也不是国家规定的免费检查项目。这些项目虽然不是国家规定的免费检查项目，但放在表内提示其重要性。如果地方增加经费，推荐首选增加这些项目检查。

7. 健康体检表中“主要用药情况”栏应如何填写？

答：《规范》对健康体检表的填写说明中明确，主要用药情况是指“对长期服药的慢性病患者了解其最近 1 年内的主要用药情况”。

即：填写对象是指“长期服药的慢性病患者”；用药时间是“近一年内”；填写药品是“主要用药”情况。

8. 如何填写健康体检表中的“健康评价”和“健康指导”栏？

答：“健康评价”的内容，一是疾病评价，包括新发疾病或原有疾病控制不好、有加重或进展；二是身体、心理异常情况，如超重肥胖、生活不能自理，以及其他体格检查、辅助检查发现的异常结果。

“健康指导”的内容，包括对疾病或异常检查结果的处理意见以及对危险因素控制建议。

9. 血压测量值在正常范围内的高血压患者，其健康体检表应如何记录？

答：确诊的原发性高血压患者纳入管理后，无论其血压是否正常，仍是高血压患者，均应按照高血压患者健康管理服务规范要求进行管理。在健康体检表的“现存主要健康问题”栏中需做患病记录；在“健康指导”栏中需纳入慢性病患者健康管理；如果体检时，测量血压正常，病情稳定，无加重或进展，同时也未发现其他异常检查结果，则“健康评价”栏中可评价为无异常。

10. 对体检中血压测量值高于正常范围的情况应如何评价？是填写血压高，还是写明确诊断的高血压一级、二级？

答：如果体检首次发现血压高于正常，应该填写“血压高”，建议非同日复查，进一步确诊。如果体检发现新发确诊高血压患者，或已纳入健康管理的高血压患者的血压控制不满意，需要评价，建议填写“高血压、血压控制不满意”。按照《规范》要求，健康评价不要求评价高血压分级情况。但是，《规范》中也提出，有条件的地区对人员进行规范培训后，可参考《中国高血压防治指南》对高血压患者

进行健康管理。

11. 在“健康指导”栏中，“纳入慢性病患者健康管理”项的填写，如果是一般老年人和结核病患者，是否需要填写？

答：目前健康体检表主要用于老年人、高血压、2型糖尿病和严重精神障碍患者的年度健康体检，对一般居民的健康检查可参考使用。体检后，在“健康指导”栏中，“纳入慢性病患者健康管理”主要指确诊的高血压、2型糖尿病和严重精神障碍患者等重点人群的定期随访和健康体检，不包括未患上述疾病的一般老年人。关于结核病患者，按照《规范》要求，肺结核患者无需填写此表。

12. 健康体检表的听力检查如果为一侧耳朵有问题，应如何填写？

答：健康体检中，视力，口腔、听力和运动功能检查均属于初筛检查。如发现一侧听力不好，应填写“2 听不清或无法听见”，建议进一步检查。

13. 健康体检表中的“血压”项分左右侧，老年人体检是否需要测量双侧血压？

答：目前，对老年人进行健康体检时，按照健康体检表要求，需要测量双侧血压。今后如有新的权威性的明确要求，可遵照执行。

14. 健康体检表“健康指导”栏中，超重肥胖的减重目标值应如何填写？

答：在“健康指导”的“危险因素控制”栏中，超重肥胖者的减重目标值，是指“根据居民或患者的具体情况，制定下次体检之前需

要减重的目标值”，因此，目标值不是理想体重值。填写时，不是减少 x 公斤，而是减到 xx 公斤。

15. 个人基本信息表与 2011 年版的编号有差别，给录入工作造成麻烦，如何解决？

答：关于个人基本信息表与 2011 年版对接问题，各地都应有具体安排，可遵照执行。《规范》的个人基本信息表中，关于“民族、文化程度、职业、血型”等的选项或编号依据国家相应信息标准均有改动，应依据要求进行修改。考虑到信息系统的设计修改，基层人员逐级培训与应用过程等因素需有过渡时间。总体进度要求应在 2018 年全部改用新表单，信息录入也应同步进行。

16. 居民健康档案的终止日期（死亡、迁出、失访），应该记录在哪张表上？

答：首先应记录在“个人基本信息表”上。《规范》在“个人基本信息表”的填写说明中明确“若失访，在空白处写明失访原因；若死亡，写明死亡日期和死亡原因。若迁出，记录迁往地点基本情况、档案交接记录。”如在该表中有关记录不能填全，可以另附纸张。另外，对于纳入健康管理的慢性病患者、孕产妇与儿童等重点人群，其档案的终止日期及原因还应记录在健康管理的相应随访日期中。

二、《健康教育服务规范》问答（14 题）

常春 北京大学医学部社会医学与健康教育系教授

1. 服务对象中“辖区内常住居民”指哪些人？

答：常住人口指实际常住某地半年以上的人口。包括：

（1）户籍在本辖区，平时也居住在本辖区；不包括：户籍在本辖区，但离开本地半年以上。

（2）户籍不在本辖区，但在本辖区居住半年及以上。

对于健康教育服务，很多服务内容并不涉及到需要确定服务对象是否为户籍居民，是否为在本地居住 6 个月及以上的非户籍居民。所有人均可以在基层医疗卫生机构取阅健康教育材料、观看健康教育影像材料，听讲座、参加义诊咨询等。

2. 什么是健康素养？

答：健康素养（Health Literacy）指的是人们获得、处理、理解基本健康信息与服务，从而做出有益于健康的决策的能力。已有研究表明，健康素养低的人，自我报告健康状况差、患者血压、血糖控制不好，采纳健康行为差，医疗费高。我国自 2008 年开展全民健康素养监测，2015 年中国居民健康素养水平为 10.25%，《“健康中国 2030”规划纲要》提出 2030 年要提升至 30%。

3. 在哪里可以找到《中国公民健康素养——基本知识与技能（2015 版）》？

答：《中国公民健康素养—基本知识及技能（2015 版）》由国家卫生计生委办公厅发布，可在国家卫生计生委官网查阅，网址为：<http://www.nhfpc.gov.cn/xcs/s3581/201601/e02729e6565a47fea0487a212612705b.shtml>。

《中国公民健康素养—基本知识及技能（2015 版）》仍保留 66 条核心信息，但目前尚未编写出版“释义”、“读本”。可以参考 2008 年发布的《中国公民健康素养——基本知识及技能（试行）》的“释义”和“读本”。更新的部分，需要自行在国家卫生计生委、中国健康教育中心、国家疾病预防控制中心等相关网站查询。

4. 与 2011 年版相比，《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》（以下简称《规范》）中，关于健康教育的重点人群中删除了“农民工”，是“农民工”无需列入重点人群吗？

答：随着我国经济和城市化的发展，大量农村剩余劳动力向城市转移，形成“农民工”群体。《规范》中提出的重点人群删除“农民工”，主要是考虑该群体正在越来越多地融入到流入地，成为“新市民”。此外，重点人群主要是突出了有特殊健康需求的群体，农民工的健康需求与一般人群无异，无需将其特殊列出。

5. 关于健康教育印刷材料的种类核定？

答：《规范》中要求每个基层医疗卫生机构每年提供不少于 12 种内容的健康教育印刷材料，主要考虑材料种类应该尽可能涵盖当地主要健康问题，健康教育材料的内容要和当地健康问题相吻合。

基本原则是：如果一套健康教育折页、招贴画（海报）、系列读

本，涉及不同的健康问题方面，可以算作不同的种类。如一套折页中涉及不同健康问题，如一个是高血压防控，一个是糖尿病防控，一个是指导戒烟，另一个指导运动，应该算四种。但是，如果一套折页/招贴画，一个是高血压的危害，一个是血压测量，另一个是高血压用药，应该算一种。

此外，不同类型的印刷材料需要区别对待：

小册子：一种小册子、或者一种读本可能涉及多个健康问题，但是只能算一种材料。

健康教育处方/传单：可能包含多种健康问题的健康处方、传单，应该按照一种材料计算。

6. 如何计算工作指标中印刷材料的发放数量？

答：目前，基层医疗卫生机构开展的每一个健康教育活动都应有相应的记录，包括发放的健康教育材料。在计算发放健康教育材料数量时，应按照发放途径分类计数，然后累计总数。

(1) 机构内取阅数量：指的是放置于基层医疗卫生机构的健康教育材料，被患者、患者家属取走阅读的数量，可以根据材料补充记录，计算取阅数量。

(2) 入户发放数量：指的是基层医务人员入户指导及通过社区（居委会、村委会）发放的材料数量。

(3) 活动使用数量：指的是开展健康咨询或义诊时，带出去发放的数量。可以通过携带数量减去活动结束时的剩余数量得到。

7. 如何计算健康教育影像资料的种类？

答：计算健康教育影像资料种类的基本原则同上述印刷材料：如果一套影像材料，涉及不同的健康问题方面，可以算作不同的种类。但一套影像材料本来是一个内容（一个健康问题），因为播出时长，分为上、下两集，仍应算一种音像材料。

8. 工作指标中影像材料播放次数和时间如何计算？

答：（1）播放次数：按照每周计，即每周播放几次，一天内持续开机播放或者上下午分别开机播放，均按照一次计算。

（2）播放时间：按照每日计，即每天累计播放多少分钟，可以是持续开机播放多少分钟，也可以是几次开机播放分钟之和。

9. 社区卫生服务中心（乡镇卫生院）下属的社区卫生服务站（村卫生室）的宣传栏是否也可以算做是社区卫生服务中心（乡镇卫生院）的？

答：《规范》要求乡镇卫生院和社区卫生服务中心宣传栏不少于 2 个，村卫生室和社区卫生服务站宣传栏不少于 1 个。宣传栏的作用是让更多的目标人群有机会获得健康信息。为此，不可以将社区卫生服务中心（乡镇卫生院）下属的站（村卫生室）的宣传栏，算做是社区卫生服务中心（乡镇卫生院）的宣传栏。

10. 如果社区卫生服务中心（乡镇卫生院）的两个宣传栏同期更换，算更换 1 次，还是更换 2 次？

答：不管 2 个宣传栏是同时更换，还是先后更换。统计更换次数时，关注每个宣传栏是否做到每 2 个月更换 1 次，全年至少更换 6 次。

11. 社区卫生服务中心(乡镇卫生院)下属的社区卫生服务站(村卫生室)举办的健康讲座是否也可以计入社区卫生服务中心(乡镇卫生院)的健康讲座次数?

答: 不可以。《规范》要求社区卫生服务中心(乡镇卫生院)应每月组织1次健康讲座,社区卫生服务站(村卫生室)应每2个月组织1次健康讲座。本着哪家机构组织,计入哪家机构的原则,社区卫生服务中心(乡镇卫生院)组织的讲座,但讲座在下属的社区卫生服务站(村卫生室)进行,计入社区卫生服务中心举办讲座次数;社区卫生服务站(村卫生室)组织健康讲座,邀请社区卫生服务中心(乡镇卫生院)的医生担任师资,计入社区卫生服务站(村卫生室)组织的讲座次数。

12. 如何记录参加健康教育讲座人次数?

答: 首先记录每次参加讲座的人数,最终计算全年参加讲座的累积人次数。比如,有一名社区居民参加过当年社区卫生服务中心举办的12次讲座中的6次,在最终的统计中,计6人次。

13. 个体化健康教育指标是什么?咨询活动中,很多居民不愿意透露个人信息;医生填表也较麻烦,工作怎么体现与考核?

答: 个体化健康教育的目的是推动健康教育工作。门诊、随访通过信息化系统,增加一个模块,将个体化健康教育导入进去,就可解决这个问题。

义诊中个性化健康教育并没要求有姓名,但可作为个体化指导受益者的简单记录。

个性化健康教育没有列入统计正是因为有难度问题。目前的设想是，在未来的处方设计中，能有健康教育内容的选项，在最大限度减轻医生负担的同时，能产生统计个体化健康教育的工作指标。

14. 谁应为基层医疗卫生机构提供健康教育规范技术指导？

答：《规范》在“服务要求”中明确指出，基层医疗卫生机构要“接受健康教育专业机构的技术指导和考核评估”。因此，当地健康教育中心、健康教育所（科）应该为基层医疗卫生机构提供技术指导。在我国，各省地级市，相当部分县都有健康教育所（科、股），有的是独立机构，有的设在当地疾病预防控制中心内。少数没有健康教育专业机构的地方，健康教育职能由当地疾控中心相关科室或者县卫生计生委、县爱卫办等执行。均有相应专（兼）职人员负责，承担为基层医疗卫生机构提供健康教育规范技术指导的任务。

三、《预防接种服务规范》问答（17 题）

王华庆 中国 CDC 免疫规划首席专家、主任医师

1. 辖区内免疫规划儿童和其他重点人群指哪些人？

答：包括按照国家免疫规划儿童免疫程序服务的 0-6 岁儿童，按照国家免疫规划儿童免疫程序补种服务的 0-14 岁儿童；按照国家免疫规划特殊人群免疫程序服务对象，按照国家或地方应急免疫、群体性免疫等实施方案开展接种的对象。

2. 建立预防接种卡、证是在户口所在地吗？

答：预防接种证、卡（簿）按照居住地实行属地化管理。儿童出生后 1 个月内，其监护人应当到儿童居住地的接种单位为其办理接种证；接种证遗失者应及时补办。产科接种单位应告知新生儿监护人一个月内到居住地接种单位建立接种证、卡，或直接为新生儿办理接种证。户籍在外地的适龄儿童暂住在当地时间 ≥ 3 个月，由暂住地接种单位及时建立预防接种卡（簿）；无接种证者需同时建立、补办接种证。办理接种证的接种单位应在预防接种证上加盖公章。

3. 预防接种是通过何种方式通知儿童监护人的？预约告知包括哪些内容？

答：采取预约、通知单、电话、手机短信、广播等适宜方式通知儿童监护人，告知接种疫苗的种类、时间、地点和相关要求。

4. 接种疫苗前，询问、告知并记录的内容有哪些？

答：询问受种者的健康状况以及是否有接种禁忌等，告知受种者或者其监护人所接种疫苗的品种、作用、禁忌、不良反应以及注意事

项，可采用书面或（和）口头告知的形式，并如实记录告知和询问的情况。

5. 如何确定接种对象？

答：根据国家免疫规划疫苗的免疫程序、群体性预防接种、应急接种或补充免疫方案等，确定受种对象；受种对象包括本次受种对象、上次漏种者和流动人口等特殊人群中的未受种者；清理预防接种卡（簿）或通过信息系统建立的儿童预防接种个案信息，根据预防接种记录核实受种对象；主动搜索流动人口和计划外生育儿童中的受种对象。

6. 接种单位应张贴的预防接种宣传材料有哪些？

答：应张贴的预防接种宣传材料包括以下 4 方面：

- （1）预防接种工作流程；
- （2）国家免疫规划疫苗的品种、免疫程序、预防接种方法等，第二类疫苗除公示上述内容外还应公示疫苗价格、预防接种服务价格；
- （3）预防接种服务时间、咨询电话；
- （4）相关科普宣传资料等。

7. 接种疫苗后，在接种卡和接种证上应记录哪些内容？

答：接种后及时在接种证、卡记录接种疫苗品种、生产企业、批号、有效期、接种时间，接种医生、受种者等内容。并录入信息系统。

8. 接种疫苗后，受种者应留观多长时间？

答：受种者在接种后留在接种现场观察 30 分钟。如有不良反应，及时处理和报告。

9. 什么是“疑似预防接种异常反应”？

答：疑似预防接种异常反应（Adverse Event Following Immunization，简称 AEFI）是指在预防接种后发生的怀疑与预防接种有关的反应或事件。

10. 什么是“预防接种异常反应”？

答：预防接种异常反应，是指合格的疫苗在实施规范接种过程中，或者实施规范接种后造成受种者机体组织器官、功能损害，相关各方均无过错的药品不良反应。

11. “疑似预防接种异常反应”的报告范围？

答：按疑似预防接种异常反应发生时限，分为以下 7 种情形：

（1）24 小时内：如过敏性休克、不伴休克的过敏反应（荨麻疹、斑丘疹、喉头水肿等）、中毒性休克综合征、晕厥、癔症等。

（2）5 天内：如发热（腋温 $\geq 38.6^{\circ}\text{C}$ ）、血管性水肿、全身化脓性感染（毒血症、败血症、脓毒血症）、接种部位发生的红肿（直径 $>2.5\text{cm}$ ）、硬结（直径 $>2.5\text{cm}$ ）、局部化脓性感染（局部脓肿、淋巴管炎和淋巴结炎、蜂窝组织炎）等。

（3）15 天内：如麻疹样或猩红热样皮疹、过敏性紫癜、局部过敏坏死反应（Arthus 反应）、热性惊厥、癫痫、多发性神经炎、脑病、脑炎和脑膜炎等。

（4）6 周内：如血小板减少性紫癜、格林巴利综合征、疫苗相

关麻痹型脊髓灰质炎等。

(5) 3 个月内：如臂丛神经炎、接种部位发生的无菌性脓肿等。

(6) 接种卡介苗后 1—12 个月：如淋巴结炎或淋巴管炎、骨髓炎、全身播散性卡介苗感染等。

(7) 其他：与预防接种有关的其他严重疑似预防接种异常反应。

12. “疑似预防接种异常反应”责任报告单位和报告人包括哪些？

答：医疗机构、接种单位、疾病预防控制机构、药品不良反应监测机构、疫苗生产企业及其执行职务的人员，均为疑似预防接种异常反应的责任报告单位和报告人。

13. “疑似预防接种异常反应”的报告时限要求？

答：责任报告单位和报告人，应当在发现疑似预防接种异常反应后 48 小时内，填写疑似预防接种异常反应个案报告卡，向受种者所在地的县级疾病预防控制机构报告；发现怀疑与预防接种有关的死亡、严重残疾、群体性疑似预防接种异常反应、对社会有重大影响的疑似预防接种异常反应时，在 2 小时内填写疑似预防接种异常反应个案报告卡，或群体性疑似预防接种异常反应登记表，以电话等最快方式向受种者所在地的县级疾病预防控制机构报告。

14. 预防接种单位应具备什么条件？

答：接种单位应具备以下 3 方面条件：

(1) 具有医疗机构执业许可证件；

(2) 具有经过县级人民政府卫生计生主管部门组织的预防接种专业培训并考核合格的执业医师、执业助理医师、护士或者乡村医生；

(3) 具有符合疫苗储存、运输管理规范的冷藏设施、设备和冷藏保管制度。

15. 《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》(以下简称《规范》)中,关于预防接种提到,脊灰疫苗第3剂要在<12月龄完成,但是程序表里面为什么没有体现?

答: 国家卫生计生委 2016 年底下发的“儿童国家免疫规划疫苗程序和说明”中,有一个免疫规划疫苗接种的通用原则。其中,对每种疫苗的接种剂次,均规定了具体完成时间。如脊灰疫苗第三剂次建议在 12 月龄内完成,第四剂次在 4 周岁内完成。

16. 可以把预防接种告知单作为告知记录吗?

答: 告知和询问的记录,应有一个相对固定的纸质模板。在告知和询问过程中,同时完成记录,双方确认签字。一是规范询问、告知流程并记录,二是减少医生工作量。

17. 每种疫苗接种均需记录填表吗?应接种人数如何填写?

答: 接种的每种疫苗、每剂次均要记录填表,并且汇总后要进行报告。第一类疫苗报告应种数和实种数,第二类疫苗报告接种数。应种数是从接种单位初始报告;县区级是各乡级报告单位汇总结果,同样市级是各县级汇总结果。应种人数是逐级汇总后上报。

四、《0~6岁儿童健康管理服务规范》问答（9题）

韩晖 中国 CDC 妇幼保健中心研究员

1. 《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》（以下简称《规范》）中，提出0~6岁儿童健康管理对象是“辖区内常住的0~6岁儿童”，具体包括哪些？

答：包括户籍在本辖区，平时也居住在本辖区；还有户籍不在本辖区，但在本辖区居住半年以上的0~6岁儿童。不包括户籍在本辖区，但离开本地半年以上的儿童。

2. 早产婴儿留在医院观察超过一个月，等到出院后医务人员上门随访时还算不算新生儿访视？

答：这种情况不算新生儿访视。随访时，可以将新生儿情况回忆补录到新生儿家庭访视记录表中。随访的其他信息应填写在对应月龄的表格中。因此，这种情况不算新生儿访视率的分子，只能算分母。

3. 进行新生儿家庭访视时还没有新生儿疾病筛查结果怎么办？

答：可以不填，等收到新生儿疾病筛查结果后，在下次家长带宝宝来体检时，追问结果并完善随访记录表。

4. 3~6岁的孩子有身高/体重的评价，而0~3岁的孩子没有，怎么评价？

答：0~3岁儿童主要通过生长发育监测图中的身长（身高）/年龄、体重/年龄指标来动态评价，不需要用身高/体重来评价。与3~6岁的孩子评价稍有不同。

5. 对6月龄或8月龄、18月龄、30月龄免费测血常规（或血红

蛋白)，能不能只对血红蛋白项免费，其他项收费？

答：若只测血红蛋白一项，免费；若测血常规，除血红蛋白项外还包括其他项的，其他项也应免费。

6. 《规范》关于0-6岁儿童健康管理明确，12月龄指满12月至12月29天，在这期间任何一天进行儿童健康管理都算规范管理吗？

答：是的。《规范》明确了“月龄”是一个时间段而不是特定的某一天，以便于操作。其他时间段类推。

7. 新生儿访视率的分子计算，是按照《规范》要求接受过一次新生儿家庭访视或新生儿满月健康管理的儿童人数吗？

答：是的。有其中一次就算1人，两次都有的也算1人。

8. 儿童健康管理的数据是按照“3+1”模式统计还是整年度统计上报？

答：继续按照妇幼年报“3+1”模式统计上报。

9. 基层工作时，常常将儿童健康管理工作和儿童中医药健康管理工作融合在一起，表格能否融合在一起便于填写？

答：可以，只要表格内容不少就行，根据各地的实际情况掌握。

五、《孕产妇健康管理服务规范》问答（14 题）

李丽娟 中国 CDC 妇幼保健中心研究员

1. 孕产妇健康管理的服务对象是指哪些人？

答：辖区内常住孕产妇。即：在辖区居住半年以上的户籍和非户籍孕产妇；孕产妇是指从怀孕开始到产后 42 天这时期的妇女。

2. 孕早期健康管理的对象是指哪些人？

答：是指怀孕 13 周前的妇女,即指怀孕 12 周+6 天（12⁺⁶）前的妇女。

3. 对孕早期妇女健康评估内容包括哪些？

答：(1) 询问既往史、家族史、个人史等；

(2) 观察体态、精神等；

(3) 进行一般体检、妇科检查；

(4) 血常规、尿常规、血型、肝功能、肾功能、乙型肝炎。

有条件的地区建议进行血糖、阴道分泌物、梅毒血清学试验、HIV 抗体检测等实验室检查。

4. 孕早期保健指导内容包括哪些？

答：(1) 开展孕早期生活方式、心理和营养保健指导；

(2) 强调避免致畸因素和疾病对胚胎的不良影响；

(3) 告知和督促孕妇进行产前筛查和产前诊断。

5. 对孕中期妇女健康状况评估内容包括哪些？

答：(1) 进行询问、观察、一般体格检查、产科检查、实验室检查；

(2)对孕妇健康和胎儿的生长发育状况进行评估;

(3)识别需要做产前诊断和需要转诊的高危重点孕妇。

6. 孕晚期保健指导内容包括哪些?

答: (1)孕产妇自我监护方法;

(2)促进自然分娩;

(3)母乳喂养;

(4)孕期并发症、合并症防治。

7. 产后访视的时间?

答: 乡镇卫生院、村卫生室和社区卫生服务中心(站)在收到分娩医院转来的产妇分娩信息后,应于产妇出院后1周内到产妇家中进行产后访视,同时进行新生儿访视。

8. 产后访视的内容包括哪些?

答: 产褥期健康管理, 母乳喂养和新生儿护理指导; 通过观察、询问和检查, 了解产妇一般情况、乳房、子宫、恶露、会阴或腹部伤口恢复等情况, 进行相应指导与处置。

9. 产后发生什么情况需要转诊?

答: 访视时发现产褥感染、产后出血、子宫复旧不佳、妊娠合并症未恢复者以及产后抑郁等问题的产妇, 应及时转至上级医疗卫生机构进一步检查、诊断和治疗。

10. 产后42天应去哪里做健康检查?

答: (1)正常分娩到乡镇卫生院、社区卫生服务中心接受产后健康检查。

(2)异常分娩到原分娩医疗卫生机构接受产后健康检查。

11. 产后 42 天健康检查中的保健指导包括哪些内容？

答： (1)心理保健指导；
(2)性保健与避孕指导；
(3)预防生殖道感染指导；
(4)纯母乳喂养 6 个月指导；
(5)产妇和婴幼儿营养等指导。

12. 为孕中期和孕晚期妇女提供服务的机构是？

答：有助产技术服务资质的医疗卫生机构。

13. 无助产技术服务资质的基层医疗卫生机构在孕中期和孕晚期主要任务是什么？

答：督促孕中期和孕晚期妇女前往有助产技术服务资质的医疗卫生机构进行相关随访。

14. 产前检查服务记录表中标有“*”的项目，含义是什么？

答：标*的项目是指尚未纳入国家基本公共卫生服务的项目。在没有增加基本公共卫生服务专项经费情况下，不是免费检查项目。

六、《老年人健康管理服务规范》问答（10 题）

张铁梅 北京老年医学研究所研究员

1. 健康管理的目的与特点是什么？在老年人群中如何实施？

答：健康管理是指对个人或人群的健康危险因素进行检测、分析、评估和干预的全面过程。基本公共卫生服务中的老年人健康管理的对象是指 65 岁及以上年龄的老年人。健康管理的目的在于发现并干预健康风险、预防和控制疾病发生与发展，降低医疗费用，提高生命质量。重点在于提高被管理个体和人群的健康水平。

健康管理有以下三个特点：

一是健康管理是以控制健康危险因素为核心，包括可变危险因素和不可变危险因素。前者为通过自我行为改变的可控因素，如不合理饮食、缺乏运动、吸烟酗酒等不良生活方式，及高血压、高血糖、高血脂等异常指标因素。后者为不受个人控制的因素，如年龄、性别、家族史等因素。

二是健康管理应体现一、二、三级预防并举。一级预防，即无病防病。二级预防，即疾病早发现早治疗。三级预防，即治病防残。三级预防可以防止疾病导致的伤残和促进功能恢复，提高生存质量，延长寿命，降低病死率。

三是健康管理的服务过程是一个环形运转循环。健康管理的实施环节为通过健康体检和相应的实验室检测指标来监测健康状态变化、

进行健康评估和实施健康干预。整个服务过程，通过这三个环节不断循环运行，以减少或降低健康危险因素和程度，维护健康水平。

2. 老年人的健康管理值得做吗？

答：随着年龄增加，人的身体和心理状态会发生变化。一般而言，老年人的体力、精力比成年人要差些，年龄增加可使躯体功能减退、患病增加，甚至失去一定的生产生活能力。正因为老年人健康状况容易出问题，才更需要有效的健康管理来降低健康风险和预防疾病的发生。不能因为老年人健康状况易出问题就放弃不管，任其发展；甚至认为老年就意味着生病和失能。这是亟待扭转的关于老年健康认识的误区。

每个人老年时期的健康状态是和他一生的生活方式、习惯以及他所生活社会的经济发展有着密切关系，前者是可以掌控调节的。也就是说老年并不等于疾病；老年并不等于依赖。现在越来越多的老年人可以通过健康管理保持良好的健康状态；通过科学技术的支持享有好的生活质量，很好地享受寿命延长带来的幸福晚年生活。我们每一个人都会变老，纠正我们头脑里关于老年健康的错误认识，做好老年人健康管理，也要从现在起做好自我健康管理，我们每一个人都会有健康幸福的晚年。

3. 老年人健康管理做什么？

答：《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》（以下简称《规范》）中，明确要求老年人健康管理服务内容为：为辖区内 65 岁及以上老

老年人每年提供一次健康管理服务，包括生活方式和健康状态评估、体格检查、辅助检查和健康指导。老年人健康管理的服务对象、服务内容、服务要求、服务流程和工作指标构成了老年人健康管理服务规范培训内容，基层医务人员对所有相关内容都应通过培训达到应知应会。通过基层医务人员的服务实践，促进提高老年人的健康水平。

4. 完整健康体检的标志是什么？

答：健康体检由问诊、体检和辅助检查三部分工作组成。主要目的是采集老年人当前的健康数据，为健康状态评估和指导奠定基础。问诊可以获得老年人生活方式和某些功能状态的信息；体格检查可以获得老年人躯体健康状态数据；辅助检查可进一步提供问诊与体检所不能掌握的血生化、器官形态功能的变化情况。每一步都是不可或缺的，是一整套系统的健康数据采集过程。

健康体检要每年实施一次，形成综合动态的健康数据链。为老年人健康管理工作的奠定基础。完整体检的标志，一是按照问诊、体检和辅助检查三部分工作要求进行，不遗漏应采集的项目数据，并有完整的记录。二是坚持每年实施一次，为每位老年人记录下动态的健康状态变化记录。也就是一要完整，二要随访跟踪。只有达到这两条要求，才是完整的健康体检。

5. 老年人健康状态评估中应注意什么问题？

答：健康状态评估是对健康体检、实验室检测所采集的健康状态相关数据进行综合分析，评价的过程。按照《规范》要求，老年人健康状态评估需关注六个方面：

-
- (1) 老年人健康自评情况，从满意到不满意 5 种程度的选择；
 - (2) 生活方式是否健康的评估？包括常见健康风险，如运动、饮食、体重以及老年人特别需要注意的跌倒等方面的风险；
 - (3) 有无常见慢病症状（24 个症状+其他）？
 - (4) 既往病史（6 个常见疾病及系统疾病+其他）？
 - (5) 目前用药情况（近一年内用的主要药物）？
 - (6) 生活自理能力评估。

评估大都是采用询问的方式进行。对老年人日常生活有没有影响是决定老年人健康状态问题严重程度的主要标准；也是在其后健康指导中所占比重的依据。如果对老年人日常生活和健康状态没有太大的影响，可以告诉老年人和家属要注意的事项，不要让危险因素继续发展；如果已经造成影响，一定要提出干预解决的措施，通过健康指导来完成。

通过健康状态评估，发现健康风险，判定风险程度与后果，决定相应的干预与管理措施。健康状态评估是健康管理的中心环节，既是总结分析提取健康状态相关信息，也是决定干预管理措施的依据。

6. 健康指导时，应注意的目标人群及相应的指导方法有哪些？

答：健康指导是将健康状态评估发现的健康风险、风险的程度和可能发生的后果以及应对措施告知老年人及其家属，并指导实施的过程。

按照《规范》要求，（1）对患病或发现异常检查结果的老年人健

康指导包括：对发现的高血压、糖尿病患者应纳入慢病管理；对发现的其他疾病患者应及时治疗或转诊；不论是体检还是辅助检查所发现的异常结果，需定期复查或建议转诊。（2）对危险因素控制方面的健康指导，包括对一般健康生活方式的指导，如适度运动、合理膳食、戒烟减酒、控制体重等。也包括针对老年人特点进行有针对性的指导，特别是70岁以上老年人在防跌倒、防骨质疏松、意外伤害和自救以及认知情感指导方面要特别强调。（3）健康指导的对象不仅要讲，也要让老年人的亲属、邻里了解，这样才能保证效果。（4）对体检的所有老年人告知/预约下次体检时间。

7. 老年人健康管理的工作要求有哪些？

答：《规范》对于老年人健康管理工作提出了四点要求：

（1）基本硬件设施保障：要具备老年人健康管理工作所需要的基本设备与条件；如检测设备和房屋条件。

（2）加强联系与宣传，扩大管理覆盖率：将老年人健康管理这项惠民工程的意义和作用宣传好，积极与基层地方组织联系，动员安排好辖区内老年人体检与健康管理工作。使政府惠民举措惠及更多的老人。

（3）按照健康管理具体内容，做好每次健康数据采集的记录，相关数据应记录在居民健康档案内。

（4）注意应用中医药方法进行健康指导等，落实《规范》提出的相关工作要求，保证老年人健康管理工作质量与效果不断提升。

8. 如何定义老年人健康管理工作指标？

答：《规范》对于老年人健康管理工作衡量的指标是健康管理

率。按照《规范》，老年人健康管理率的计算公式为：

老年人健康管理率=年内接受健康管理老年人数/年内辖区内65岁及以上常住居民数×100%

“接受健康管理”的含义，即需满足以下4方面条件：

- (1) 已经在辖区内建立健康档案；
- (2) 接受了体格检查；
- (3) 接受了健康指导；
- (4) 体检表填写完整。

只有全部满足这4个条件者，可以认定为接受了老年人健康管理。如只在其他医院做了体检，并没有完整的健康信息数据采集，或是没有获得应有的健康指导，则不属于接受健康管理。

9. 老年人不愿意参加体检或是体检不愿意抽血，怎么办？

答：绝大多数老年人是关心自身健康的。因此，有益于自身健康的活动从根本上是受到老年人拥护和支持的。在遇到老年人不愿体检或是不愿抽血做检查时，首先要了解情况，搞清楚原因。一般情况下，老年人不愿体检或抽血的原因有：

- (1) 自己有条件体检，不愿重复检查或抽血；
- (2) 年年体检没有见到效果；
- (3) 顾虑抽血对健康不利；
- (4) 行动不便，不愿麻烦家人陪同体检；

(5) 顾虑体检或抽血发生费用。以上原因都有可能影响到老年人健康管理的依从性，也反映出老年人健康管理的宣传与服务工作以

及管理效果不到位等现实情况。对于以上原因，进行有针对性地解释，配合具体的措施（复印体检检测结果，帮助行动不便老人出行等），一般可以收到效果。真正提高健康管理工作质量，让老年人和亲属看到健康管理的效果，是提高管理依从性最根本的途径。

10. 如何判断老年人体检的阳性发现以及实验室检测值升高的意义？

答：某项检查或检测指标达到正常值上限时如何解读，是老年人健康管理中常遇到的问题。目前我国尚无分年龄阶段的正常生理值标准，老年人一般采用的是成人生理值标准。但实际情况下，人体生理指标会随着年龄增加有所改变。因此，在解读老年人的检测指标变化时应遵循两个原则：

（1）动态比较原则：老年人个体每年进行健康体检，可对所检查检测的指标进行纵向动态比较。如果近 2-3 年内，同一指标检测值只是波动，并无明确升高或是降低的趋势，该检测指标即使在正常上限附近也没有太大意义。

（2）综合比较原则：观察与有所质疑的指标相关的检测指标，如血糖偏高就注意血脂、尿酸等其他代谢指标，如整体代谢相关指标均处在上限要比单一指标处在上限更提示存在风险。

在不能立刻确定检测指标升高是否有风险的情况下，可以采用 3-6 个月内建议复查的方法进一步确定指标升高的意义。这也是健康管理工作的职责。

七、《高血压患者健康管理服务规范》问答（10 题）

王增武 国家心血管病中心阜外医院社区防治部主任

1. 对同时患高血压和糖尿病的老年人分类干预时，治疗目标哪个更优先？

答：患者血压控制首先应达到 150/90mmHg。如果患者能耐受就往下降，同时达到糖尿病要求的水平更合理。这个过程中，主要看患者能不能耐受。

2. 第二次血压控制不满意，建议转诊而未转诊，是不是一直要随访下去？

答：如果偶尔一次血压控制不满意，可以按要求随访，备注清楚。如果第二次随访仍未控制住，转诊又不去，应与患者做适当解释要转诊治疗，还是希望能把血压控制好；如血压恢复到合理水平，就可步入常规随访状态。如果短期一两次波动，可以在本机构处理，做必要调整；长期不达标，必须要转诊。

3. 老年人收缩压 160mmHg，且能耐受的情况下，算控制满意吗？

答：大于 65 岁的老年人，血压控制目标水平为 <150/90mmHg。如收缩压降至 160mmHg 且能够耐受时，要求进一步降至 150mmHg 以下。只有这样才算控制满意。

4. 通过生活方式改善，不服药也能够把血压控制好，需要继续开药吗？

答：高血压患者是要终身治疗，但并不是终身吃药。在血压达到目标水平后，可以尝试减药乃至逐步停药。如果停药后仍然不反弹，

可以不再服药。但要监测血压水平，必要时根据血压水平再决定是否服药。

5. 如 65 岁及以上的老年高血压患者没有作辅助检查，算不算高血压患者规范管理？

答：《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》（以下简称《规范》），对高血压患者的年度健康体检内容作了明确的规定，辅助检查项目对高血压患者体检不属于免费检查项目，不是必须要做的。因此，对于老年高血压患者，如进行高血压患者健康管理的体检评估，完成了《规范》对高血压患者的体检要求，就算合格。如果进行老年人健康管理体检评估，就应按老年人健康管理的要求完成。

6. 门诊筛查时，如患者血压水平略高于达标水平是否建议转诊？

答：如果门诊筛查，非同日 3 次测量血压，血压均略高于达标水平（如：收缩压 142mmHg），即使只差 2mmHg 的情况，确实属于没有达到要求水平，应按《规范》严格执行，建议患者转诊。

7. 在高血压患者随访表中，摄盐情况是个人感觉咸淡，还是应有一个目标？如现在口味不那么重了，是否可以认为摄盐减少了？

答：表格中的咸淡是指患者的自我口味。按照要求，成人日摄盐量要低于 6g，在执行时要逐步达到这一目标。如以前口味比较重，而现在不那么咸了，可以认为是摄盐减少了。重在通过动态观察，口味的改变也是摄盐量改变的指标。

8. 每年四次面对面随访，是每个季度一次吗？对冬季迁徙的患者该如何完成面对面随访？

答：每年四次面对面随访，即至少每个季度随访一次，而且最好为等时间距离的随访。短期随访不到，可等患者回到当地后再纳入慢病管理，进行面对面随访。如果是长期迁徙到外地居住>6个月以上，要标注说明，本地不再管理。

9. 经济条件差的患者往往依从性差，血压控制不好，怎么办？

答：应该加强教育，解释高血压的危害及控制的必要性，提高依从性。降压药物绝大多数都在医保报销范围之内，个人支付的比例较低。在开具处方时要与患者沟通，了解支付能力，尽可能选择价格低、疗效肯定的药物。

10. 高龄老年患者的收缩压控制在 150mmHg，且可以耐受也须进一步控制在 140mmHg 以内吗？

答：高龄老年患者，尤其是合并颅内动脉狭窄，血压不应该控制得过低，以避免脑供血不足。因此，维持在 150/90mmHg 以下较为适宜。如果能够耐受，也可考虑进一步降低。

八、《2 型糖尿病患者健康管理服务规范》问答（10 题）

赵文华 研究员 中国 CDC 营养与健康所副所长、中华预防医学会慢病分会 主任委员

1. 《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》（以下简称《规范》），针对糖尿病患者健康管理服务的主要变化是什么？

答：《规范》关于 2 型糖尿病患者健康管理服务的主要变化是：

- （1）强调服务对象的“常住”概念。就是指实际居住在某地区半年以上的人口；
- （2）健康体检明确了检查空腹血糖；
- （3）完善了糖尿病患者服务流程图；
- （4）将考核指标改为工作指标；
- （5）完善了随访记录表中足背动脉搏动选项以及填表说明。

2. 血糖检查一般都有哪些内容？

答：我们通常说的血糖指血浆血糖，是诊断糖尿病的依据。而指尖血糖测量较方便，可随时监测患者血糖水平。但尿糖检测具有随机性，所以不能作为诊断依据。

一般血糖测定时间分为两种，一种是空腹血糖，是糖尿病最常用的检测指标；一种是餐后 2 小时血糖，容易发现可能存在的餐后高血糖水平。餐后 2 小时血糖的概念是指从吃第一口饭开始计时，整 2 个小时后测血糖。口服葡萄糖耐量试验（OGTT）用于血糖增高但尚未达到糖尿病诊断标准的患者。

糖化血红蛋白，通常可以反映过去 60~90 天平均血糖水平，比

较稳定，是长期控制慢性并发症的重要指标，正常一般 4~6.5%，控制<7%，如>8%危险。

3. 糖尿病的诊断标准是什么？

答：糖尿病确诊标准有三项，符合其中一项即可判断为糖尿病。首先是具有糖尿病症状，多饮、多食、多尿，体重下降等，再加上任意时间血糖水平 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 可判断为糖尿病；其次，空腹血糖水平 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 是第二项诊断标准；再次，口服葡萄糖耐量试验(OGTT)，2小时血糖水平 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 是第三个诊断标准。

另外，还有一个糖尿病前期的诊断标准，也叫空腹血糖受损或糖耐量受损。空腹血糖受损是空腹静脉血糖 $6.1\sim<7.0\text{mmol/L}$ ；糖耐量受损指 OGTT（口服葡萄糖耐量试验）负荷后 2 小时血糖 $\geq 7.8\text{mmol/L}\sim<11.1\text{mmol/L}$ 。

4. 糖尿病筛查中“高危人群”的范畴包括哪些？

答：高危人群筛查属于一级预防内容。在成年人（>18岁）中，具有下列任何一个及以上的糖尿病危险因素者都属于高危人群：

- (1) 年龄 ≥ 40 岁；
- (2) 有糖调节受损史；
- (3) 超重或肥胖和（或）中心型肥胖；
- (4) 静坐生活方式；
- (5) 一级亲属中有 2 型糖尿病家族史；

(6) 有巨大儿（出生体重 $\geq 4\text{kg}$ ）生产史或妊娠糖尿病史的妇女；

(7) 高血压，或正在接受降压治疗；

(8) 血脂异常，或正在接受调脂治疗；

(9) 动脉粥样硬化性心脑血管疾病患者；

(10) 有一过性类固醇糖尿病病史者；

(11) 多囊卵巢综合征（PCOS）患者；

(12) 长期接受抗精神病药物和（或）抗抑郁药物治疗的患者。

5. 超重、肥胖、高血压、血脂异常的标准分别是什么？

答：超重标准：BMI $\geq 24.0 \sim < 28.0 \text{ Kg/m}^2$ ；

肥胖标准：BMI $\geq 28.0 \text{ Kg/m}^2$ ；

中心型肥胖标准：男性腰围 $\geq 90\text{cm}$ ，女性腰围 $\geq 85\text{cm}$ 。

高血压指：收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，或正在接受降压治疗。

血脂异常指：高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C） $\leq 0.91\text{mmol/L}$ 、甘油三酯 $\geq 2.22 \text{ mmol/L}$ 或正在接受调脂治疗。

6. 随访评估都有哪些内容？

答：对确诊的2型糖尿病患者，每年提供4次免费空腹血糖检测，至少进行4次面对面随访。随访时，一般评估5方面内容：

(1) 测量空腹血糖和血压，并评估是否存在危急情况。如出现血糖 $\geq 16.7\text{mmol/L}$ 或血糖 $\leq 3.9\text{mmol/L}$ ；收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 和/

或舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ ；意识或行为改变，呼气有烂苹果样丙酮味，心悸、出汗、食欲减退、恶心、呕吐、多饮、多尿、腹痛、有深大呼吸、皮肤潮红；持续性心动过速（心率超过 100 次/分钟）；体温超过 39 摄氏度或有其他的突发异常情况，如视力突然骤降、妊娠期及哺乳期血糖高于正常值等危险情况之一，或存在不能处理的其他疾病时，须在处理后紧急转诊。

(2) 对于紧急转诊者，乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）应在 2 周内主动随访转诊情况。若不需紧急转诊，询问上次随访到此次随访期间的症状。

(3) 测量体重，计算体质指数（BMI），检查足背动脉搏动。

(4) 询问患者疾病情况和生活方式，包括心脑血管疾病、吸烟、饮酒、运动、主食摄入情况等。

(5) 了解患者服药情况。

7. 分类干预时一般包括几种情况？

答：分类干预分 4 种情况：

(1) 对血糖控制满意（空腹血糖值 $< 7.0\text{mmol/L}$ ），无药物不良反应、无新发并发症或原有并发症无加重的患者，预约下一次随访。

(2) 对第一次出现空腹血糖控制不满意（空腹血糖值 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ ）或药物不良反应的患者，结合其服药依从情况进行指导，必要时增加现有药物剂量、更换或增加不同类的降糖药物，2 周时随访。

(3) 对连续两次出现空腹血糖控制不满意或药物不良反应难以

控制以及出现新的并发症或原有并发症加重的患者，建议其转诊到上级医院，2周内主动随访转诊情况。

(4)对所有的患者进行针对性的健康教育，与患者一起制定生活方式改进目标并在下一次随访时评估进展，告诉患者出现哪些异常时应立即就诊。

8. 糖尿病患者健康体检的内容有哪些？

答：对确诊的2型糖尿病患者，每年进行1次较全面的健康体检，体检可与随访相结合。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、空腹血糖、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行判断。

具体内容参照《居民健康档案管理规范》中的健康体检表。

9. 对糖尿病患者怎样进行健康管理服务，具体要求有哪些？

答：首先，2型糖尿病患者的健康管理由责任医生负责，应与门诊服务相结合，对未能按照健康管理要求接受随访的患者，乡镇卫生院（村卫生室）、社区卫生服务中心（站）应主动与患者联系，保证管理连续性。随访包括预约患者到门诊就诊、电话追踪和家庭访视等方式。

其次，乡镇卫生院（村卫生室）、社区卫生服务中心（站）要主动通过本地区社区卫生诊断和门诊服务等途径筛查和发现2型糖尿病患者，掌握辖区内居民2型糖尿病的患病情况。

在干预时，要发挥中医药在改善临床症状、提高生活质量、防治并发症中的特色和作用，积极应用中医药方法开展2型糖尿病患者健

健康管理服务。加强健康管理宣传，告知服务内容，使更多的患者愿意接受服务。每次提供服务后及时将相关信息记入患者的健康档案。

10. 糖尿病规范管理的具体工作指标有哪些？如何计算？

答：按照《规范》要求，糖尿病患者健康管理的工作指标，包括2型糖尿病患者规范管理率和管理人群血糖控制率。

2型糖尿病患者规范管理率=2型糖尿病患者健康管理的人数/年内已管理的2型糖尿病患者人数×100%。

管理人群血糖控制率=年内最近一次随访空腹血糖达标人数/年内已管理的2型糖尿病患者人数×100%。

另外要注意的是，最近一次随访空腹血糖指的是按照《规范》要求最近一次随访的血糖，若失访则判断为未达标。空腹血糖达标是指空腹血糖<7mmol/L。

九、《严重精神障碍患者管理服务规范》问答（13题）

林勇强 广东省精神卫生中心主任医师

1. 住院的精神障碍患者需要纳入社区管理吗？

答：《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》（以下简称《规范》），明确严重精神障碍患者管理服务对象是指辖区内常住居民中诊断明确、在家居住的严重精神障碍患者。因此，住院患者不属于服务对象。一旦患者出院，承担治疗任务的专业医疗卫生机构必须将疾病诊疗相关信息转给基层医疗卫生机构并纳入社区管理。但在实际工作中，乡镇卫生院和社区卫生服务中心仍然保留住院患者档案，待患者出院后继续实施管理。上级部门在检查督导基本公共卫生服务项目时，所抽查的患者档案，应排除住院患者档案。

2. 关于严重精神障碍患者的免费体检，要求征得家属和本人同意。如家属和本人不同意体检应如何处置？可否提供知情体检告知书？

答：按照正常安排，首先把免费体检通知发给患者或家属，经过健康指导及说服，如果家属和本人还不同意体检的话，让患者或家属签署拒绝体检告知书以留下证据，记录在随访表和健康记录表档案里，这就属于规范操作了。关于提供知情体检告知书，各地有很多的办法，以明确告知患者或家属免费体检的方法等，均可借鉴。

3. 如何把握“不稳定、基本稳定、稳定”三类患者的随访问隔？

答：这三类患者中，稳定的每三个月随访一次，不稳定的每两周随访一次。此两类患者的随访问隔要求是固定的，不存在疑义。对于

基本稳定的患者，《规范》规定为首先是两周随访，稳定了三个月随访，如果不稳定的一个月随访。这样规定是因为考虑到基本稳定的严重精神障碍患者的病情已经有了变化，也许有进一步复发恶化的可能，从而提出在两周内随访一次，以便于及时发现和处置病情。当然，经过两次随访发现患者还是处于基本稳定状态，那就应该每月随访一次了。

4. 有些长期居家的患者以懒散、孤僻精神症状为主，除社会交往、学习能力评估较差外，其他方面都较好，可认为他病情基本稳定吗？

答：对的，这种情况应该评定为基本稳定。如果随访时患者每次都差不多这个样子，随访内容可以简便一些。如几次随访情况都大致如此，可考虑为“衰退”病人，进行电话随访，一个月打一次电话。当然，对于慢性衰退的患者我们还是要予以康复指导，督促患者参与社会活动，这也是《规范》所要求的。

随访包括预约患者到门诊就诊，电话追踪和家庭访视 3 种方式。我们强调不稳定的患者尽量家庭访视一面访。

5. 很多的患者只是被关在房屋里，算是关锁吗？

答：凡限制了患者的人身自由，不管是任何方式，都属于关锁。

6. 能将患者的严重精神障碍疾患填入年度健康体检表主要健康问题项内吗？可以披露到健康档案中吗？

答：可以在基本公共卫生服务档案，包括健康档案内注明。因为现在健康档案并不是全部向社会公众公布，信息系统并没向社会开放，医疗卫生机构有严格保密制度。即使将来可能会将个人健康档案

“适当的”向社会披露，也不会导致个人隐私泄露。因为这个“适当的”披露只是向健康档案本人的披露，向本人披露本来就是尊重个人隐私最好的体现。

7. “首次抗精神病药治疗时间”应如何界定？如果患者第一次就诊，就直接收住院了，这个首次治疗时间要不要填写？

答：肯定要填写。表格中“首次抗精神病药治疗时间”虽然列在门诊，实际上是要反映患者首次抗精神病药物使用的时间。确实有些患者第一次治疗就是直接住院，是在病区第一次用药。所以，不管是在门诊还是在住院病房的第一次抗精神病药物使用的时间都是“首次抗精神病药治疗时间”。

8. 基层医疗机构专科医生对患者进行诊断并建档立卡了，这能被上级医院认同吗？

答：如果这是现场建档立卡，就填写现场诊断的时间。“确诊医院”填写做出现场诊断的精神科执业医师所在医疗机构。凡给出精神障碍诊断，一定须是精神科执业医师作出的，不管在什么场合作出都可以。

9. “严重精神障碍患者随访服务记录表”共列了 11 项症状，其中有几项就可以算精神症状明显？

答：《规范》对此没有一个严格的限定。一般这么理解，如果患者有多项症状，就说明症状比较明显，如仅 1-2 项，可能症状不太明显。但实际上，即使只有一项严重症状，也会导致严重后果，如杀人放火。所以不能单纯以数量多少判断，还是要有专业判断，需要综合

的判断。可以结合症状的数量和影响程度（严重程度）两者来判断，即症状数量多、或者影响程度大，为精神症状明显；症状数量相对少或者影响程度小，则为精神症状不明显。

10. 基层医生不是专科医生，可否在“两周随访”时直接调药？

答：如果承担服务的医务人员是临床执业医师，具有处方权，依据《规范》是可以进行一定药量的调整。按照《规范》要求，基层医生应该得到上级精神卫生专科医疗机构的指导，可以在上级精神卫生专科医生指导下调药。但从另一方面看，基层医生只要是临床执业医师就可以调药，只是没有诊断权。

11. 基层医生能否直接把调药情况写在随访表上，这违法吗？

答：要求写在随访表上，这不存在违法的问题，是必须这样做。基层医生本人如果经过一个很好的培训，掌握了相当的知识，在上级医生考核以后，给他规定一个调药的权限范围，在权限范围内做适当调整没问题。但如果开错药了，出了问题，基层医生还是要自己负责。

12. 对于病情不太稳定的患者，基层医生是否可以联系上级专科医师进行药物调整？

答：可以的，也是应该的。首先应排除病情波动或药物疗效不佳，还是伴有药物不良反应或躯体症状出现了变化等，应分别采取在规定的剂量范围内调整现用药物剂量，并查找原因进行对症治疗。

《规范》要求，相关基层医务人员应该接受严重精神障碍患者管理服务培训与考核。对基层人员重点进行严重精神障碍患者的临床诊疗技术指导等，培训他们掌握一定的专业知识，比如药物剂量的范围，

大致在什么情况下基层医生可以掌握调整药物剂量等，在此基础上可进行一定程度授权。所以，基层医生联系上级精神卫生专科医师进行药物调整，可以归纳为三种方式：现场指导、远程指导（如电话、微信、视频等）和一定程度授权。

13. 如果患者不稳定，一直建议转诊，但他总是不去上级精神卫生专科机构就诊，是不是我们每次随访都要填写“建议转诊”并打钩？

答：是的。只要不稳定，一定要建议转诊，因为超出你的能力和服务范围，这样才符合《规范》。只要是介绍去上级精神卫生专科机构门诊就叫“转诊”。

十、《肺结核患者健康管理服务规范》问答（12 题）

刘小秋 中国 CDC 结核病预防控制中心政策规划部主任

1. “辖区内确诊的常住肺结核患者”，其中包括流动人口患者吗？

答：常住肺结核患者是指辖区内常住人口中的肺结核患者。具体指实际经常居住在辖区半年以上的人口。包括：

(1) 户籍在本辖区，平时也居住在本辖区；

(2) 户籍不在本辖区，但在本辖区居住半年及以上。不包括：户籍在本辖区，但离开本地半年以上。对于流动人口患者，只要在本辖区居住半年及以上，就属于服务对象。

2. 对于住院患者，应何时对他们开展第一次入户随访？

答：要等患者出院后，才开始第一次入户随访。

3. “肺结核患者第一次入户随访记录表”如何填取药时间地点？

答：这是指患者下一次复诊取药的定点医疗机构地址和时间。在随访后，要跟患者确定一个月后（偏远的地方是两个月后）复诊取药的定点医疗机构地址和时间。随访人员记录下这个地点和时间，以便到时提醒患者复诊取药。

4. “肺结核患者随访服务记录表”要填多少次？

答：如果是基层医生对患者进行督导服药的，那么只需每月随访评估 1 次并记录，这样治疗 6 个月的患者就需要 6 次的随访记录表和 1 次的第一次入户随访表；如果是家属督导服药或患者自服药，那么

基层医生就要在患者治疗强化期（2 个月）每 10 天随访评估 1 次，继续期（4 个月）每月随访 1 次，治疗 6 个月的患者就需要 10 次的随访记录表和 1 次的第一次入户随访表。

5. 在随访记录表中，如何填写患者的“用药”情况？

答：用药情况，是专指患者抗结核药品的使用情况，包括化疗方案、用法和药品剂型等。基层医生可以从患者的“肺结核患者治疗记录卡”（耐药患者为“耐多药肺结核患者服药卡”）中获得患者的用药情况。

6. “肺结核患者随访服务记录表”中，对于“全程管理情况”栏何时填写，如何填写？

答：患者进行结案评估后，才填写“全程管理情况”栏。在该栏中“应访视患者次数”可按照频次要求计算获得。举例说明：

（1）由医生督导服药且治疗 6 个月的患者，应访视次数为 7 次（6 次随访和 1 次第一次入户随访）；

（2）由家属督导服药且治疗 5 个月（强化期 1 个月，继续期 4 个月）的患者，应访视次数为 8 次（7 次随访和 1 次第一次入户随访）。

7. “肺结核患者随访服务记录表”中，“全程管理情况”栏的应服药次数如何估算？

答：以“停止治疗日期”，减去患者在社区“开始服药日期”，并排除期间患者因不良反应而暂停服药的天数，为应服药次数；开始服药日期，可用第一次入户随访日期替换计算。

8. 对于工作指标“肺结核患者管理率”，分子如何界定？

答：该指标的分子为“已管理的患者”数量。“已管理的患者”是指基层医生对患者进行了第一次入户随访，且记录了“肺结核患者第一次入户随访记录表”的患者。

9. 如何理解工作指标“肺结核患者规则服药率”的分子与分母？

答：对于该项工作指标，《规范》明确：

肺结核患者规则服药率=按照要求规则服药的肺结核患者人数/同期辖区内已完成治疗的肺结核患者人数×100%；

“规则服药”：指在整个疗程中，患者在规定的服药时间实际服药次数占应服药次数的90%以上。

如计算2016年肺结核规则服药率，则应将年度内登记管理并完成治疗的患者，通过队列，分析每1例患者是否规则服药，如果规则服药就作为分子。分母则是指疗程已结束的患者总数（即可以进行结案评估的患者）。

10. 应由谁提供农村结核患者的健康管理服务？

答：结核患者的健康管理服务是由基层医疗卫生机构来提供，社区医生、乡镇医生或者村医都可以实施。考虑到农村地区的地域广、交通不便利等条件，建议在农村主要由村医为患者提供管理服务。

11. 凡是发现肺结核可疑者都要推介转诊吗？

答：原则上是的。但在转诊之前，要对可疑者进行初步的鉴别诊断，排除明确的慢性支气管炎、肺气肿等疾病；有条件的基层医疗卫生机构，可对患者开展胸部X线影像检查后，再转诊疑似患者。

12. 对于第一次入户，患者拒绝医生上门，可否电话访视？

答：《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》没有明确规定，但原则上不允许用电话来替代第一次入户。因为只有入户才能评估并指导患者的居住环境，以减少结核菌传播。然而现实中的确存在拒绝医生上门评估的患者，但不多。对于这类患者，我们会要求上级专业机构在之前就对患者进行重点沟通，向患者说明健康管理的意义，配合基层医生完成疗程的重要性等。如果患者坚决拒绝（以保护隐私为由，拒绝基层医生随访），定点医疗机构则不会将该患者的名单告诉基层，基层就不需要对该患者进行管理。

十一、《中医药健康管理服务规范》问答（6 题）

朱桂荣 北京中医协会秘书长

1. 老年人中医药健康管理的服务对象是指哪类人群？

答：辖区内居住半年以上的 65 岁及以上老年人都是中医药健康管理服务对象。

2. 体质辨识的工作内容包括哪些？

答：包括以下内容：

（1）按照“老年人中医药健康管理服务记录表”的 33 项问题逐条采集信息，再根据体质判定标准表的要求，将每种体质的得分计算出来，判定出该居民的体质类型。

（2）根据居民的体质类型，从情志调摄、饮食调养、起居调摄、运动保健、穴位保健几方面进行有针对性的健康指导。

（3）具体情况记录在居民健康档案中。

3. 工作指标包括哪些？与 2011 年版相比有哪些变化？

答：《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》（以下简称《规范》）中，老年人中医药健康管理项目只有 1 个工作指标，即“老年人中医药健康管理率”。

老年人中医药健康管理率 = 年内接受中医药健康管理服务的 65 岁及以上居民数 / 年内辖区内 65 岁及以上常住居民数 × 100%。

接受中医药健康管理是指：建立健康档案、接受中医体质辨识和中医药保健指导、服务记录表填写完整等四个方面。

4. 填写老年人中医药健康管理服务记录表有哪些注意事项？

答：在填表的时候一定要按照填表说明进行询问和操作：

(1) 采集信息时要能够反映老年人平时的感受，避免采集老年人的即时感受。

(2) 采集信息时要避免主观引导老年人的选择。

(3) 记录表所列问题不能空项，须全部询问填写。

(4) 询问结果应在相应分值内划“√”，并将计算得分填写在相应空格内。

(5) 体质辨识：医务人员应根据体质判定标准表（见附件2）进行辨识结果判定，偏颇体质为“是”、“倾向是”；平和体质为“是”、“基本是”，并在相应选项上划“√”。

(6) 中医药保健指导：在所提供指导对应的选项上划“√”，可多选。其他指导请注明。

5. 老年人中医药健康管理中，体质判定标准表有什么作用？与2011年版比较有哪些变化？

答：体质判定标准表是指导采集信息后如何计算每种体质的分值，并如何判定该居民是哪种体质的标准。

《规范》在标准表后增加了填表说明，以指导辨识结果发生矛盾时的解决方法，在2011年版中没有这部分内容。增加的内容如下：

(1) 该表不用纳入居民的健康档案。

(2) 体质辨识结果的准确性取决于接受服务者回答问题准确程度，如果出现自相矛盾的问题回答，则会出现自相矛盾的辨识结果。需要提供服务者核对其问题回答的准确性。

具体处理方案有以下5种：

一是在回答问题过程中及时提醒接受服务者理解所提问题。

二是出现两种及以上判定结果即兼夹体质是正常的，比如气阴两虚，则两个体质都如实记录，以分数高的为主要体质进行指导。

三是如果出现判定结果分数一致，则由中医师依据专业知识判定，然后进行指导。

四是如果出现既是阴虚又是阳虚这样的矛盾判定结果，则要返回查找原因，帮助老年人准确采集信息，必要时由中医师进行辅助判定。

五是如果出现每种体质都不是或者无法判断体质类型等情况，则返回查找原因，或需 2 周后重新采集填写。

6. 关于 0~36 个月儿童中医药健康管理工作指标的数据来源？

答：0~36 个月儿童中医药健康管理项目的工作指标是 0~36 个月儿童中医药健康管理服务率。

$0\sim 36$ 个月儿童中医药健康管理服务率 = 年度辖区内按照月龄接受中医药健康管理服务的 0~36 月儿童数 / 年度辖区内应管理的 0~36 个月儿童数 $\times 100\%$ 。

分母“年度辖区内应该管理的 0~36 个月儿童数”来源，是根据妇幼相关年度报表。

十二、《传染病及突发公共卫生事件报告和处理服务规范》

问答（17 题）

倪大新 中国 CDC 卫生应急中心副主任、研究员

金连梅 中国 CDC 卫生应急中心副研究员

1. 传染病及突发公共卫生事件报告和处理的服务对象为辖区人口，其中是否包括辖区内的流动人口？

答：包括辖区内的流动人口。服务人口类型可分为常住人口、户籍人口、流动人口，其中常住人口是指居住半年以上的户籍及非户籍居民。根据《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》（以下简称《规范》）要求，传染病及突发公共卫生事件报告和处理的服务对象为辖区人口，是最为广泛的，包括了在辖区范围内的所有对象。

2. 突发公共卫生事件分为定级事件和非定级事件，其中非定级事件是否需要报告？

答：需要报告。按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》，所要求报告的突发公共卫生事件信息包括定级事件和非定级事件，定级事件是最后纳入统计或公布的突发公共卫生事件。非定级事件信息，也称之为突发公共卫生事件相关信息，是指未达到定级事件标准的其他事件信息。

3. 《规范》第二项服务内容中提到的“群体性不明原因疾病”具体定义是什么？

答：“群体性不明原因疾病”是指一定时间内（通常是指 2 周内），

在某个相对集中的区域（如同一个医疗机构、自然村、社区、建筑工地、学校等集体单位）内同时或者相继出现 3 例及以上相同临床表现，经县级及以上医院组织专家会诊，不能诊断或解释病因，有重症病例或死亡病例发生的疾病，可能是传染病（包括新发传染病）、中毒或其他未知因素引起的疾病。

4. 我国法定传染病是否只有甲、乙、丙三类，合计 39 种传染病？

答：目前我国《传染病防治法》规定的传染病包括甲、乙、丙三类合计 39 种。此外，法定传染病还包括国家卫生计生委决定列入乙类、丙类传染病管理的其他传染病和需要开展应急监测的其他传染病，如人感染猪链球菌病、发热伴血小板减少综合征、急性弛缓性麻痹（AFP）、埃博拉出血热、中东呼吸综合征、寨卡病毒病等。

5. 除国家法定传染病外，还需要报告其他传染病吗？

答：除国家法定传染病外，以下情形也需报告：

（1）某行政辖区内的其他传染病，即省级人民政府决定按照乙类、丙类管理的其他地方性传染病和其他暴发、流行或原因不明的传染病。

（2）不明原因肺炎和不明原因死亡等为特定目的监测的疾病。

6. 《规范》中增加的分诊记录，是否必须登记？

答：分诊记录必须开展登记。分诊记录是《规范》中新增加的内容。《传染病防治法》规定：医疗机构应当实行传染病预检、分诊制度；对传染病病人、疑似传染病病人，应当引导至相对隔离的分诊点进行初诊。《医疗机构传染病预检分诊管理办法》规定：二级以上综合医院应当设立感染性疾病科；没有设立感染性疾病科的医疗机构应当设立传染病分诊点。因此，开展预检分诊是传染病诊疗工作需要遵

循的重要内容，同时要做好预检分诊的相关记录。

7. 如果基层医疗单位建立了医院信息系统（HIS），是否能等同分诊记录、门诊日志、入/出院登记、检测检验和放射登记的登记？

答：如果基层医疗卫生机构建立了医院信息系统（HIS），可由电子病历、电子健康档案自动生成规范的分诊记录、门诊日志、入/出院登记、检测检验和放射登记。但只有 HIS 系统具备自动生成规范的全类记录功能时，才能视为等同登记。

8. 现住地址不是户籍所在地时，现住址如何填报？

答：现住地址是指患者发病时的住址，而不是户籍所在地址。具体包括：

（1）专程至外地就诊，应填写病人的常住地。如某病人患手足口病，该病人由 A 城市至 B 城市就诊，现住址应填写 A 城市。

（2）外出或至外地工作、出差、旅游等期间患病，应填写工作地、寄宿或宾馆等地址。

（3）如新发传染病的境外输入病例等无法提供本人现住地址的，填写报告单位地址。

（4）羁押或服刑人员患病，填写羁押或服刑场所地址。

9. 传染病病人因意外或非传染病死亡时，死亡日期如何填报？

答：填报因患该种传染病死亡的时间，因意外或非传染病死亡时，不需填报。艾滋病病人和 HIV 感染者死亡，不论是否因艾滋病死亡，均须及时进行死亡报告。

10. 是否所有乙类和丙类传染病都是 24 小时内报告？

答：部分非甲类传染病需 2 小时内报告，包括乙类传染病中按照甲类管理的传染病病人或疑似病人，或其他传染病和不明原因疾病暴发时，均应于 2 小时内完成报告。

《规范》中乙类传染病中按甲类管理的病种包括肺炭疽、传染性非典型肺炎、埃博拉出血热、人感染禽流感（注：新亚型禽流感病例）、寨卡病毒病、黄热病、拉沙热、裂谷热、西尼罗病毒等。而人感染 H5N1 禽流感和人感染 H7N9 禽流感病例均按照一般的乙类传染病管理，24 小时内报告即可。

11. 当发现传染病报告卡报告错误或报告病例转归（死亡），或诊断情况发生变化时，是否可以在原纸质报告卡片上进行订正？

答：不可以。发现报告错误或报告病例转归（死亡），或诊断情况发生变化时，报告单位应及时对《传染病报告卡》和/或《突发公共卫生事件相关信息报告卡》等进行订正。订正报告时，需要重新填写传染病报告卡或抽取电子传染病报告卡，卡片类别选择订正项，并注明原报告疾病名称，并按报告时限要求在网络直报系统中完成订正。

12. 艾滋病、乙肝、丙肝、肺结核、梅毒、血吸虫病等慢性传染病就诊时，如曾经作出诊断并报告过，是否还需要进行报告？

答：诊断结果与首次报告诊断一致的不需要报告。医疗卫生机构在做出艾滋病、乙肝、丙肝、肺结核、梅毒、血吸虫病等慢性传染病诊断时，如已知该患者本次病程曾经作出诊断并被报告过，则可不再进行报告；如对该患者的报告情况不清楚，仅对首次就诊进行一次性报告，再次就诊时诊断结果未发生变更则不再进行报告；跨年度的既往病例，如诊断变更或因该病死亡时应再次报告。

13. 《规范》要求做好个人防护和感染控制，严防疫情传播，其中个人防护方式包括哪些方面？

答：个人防护的方式包括标准预防，接触传播的防护、空气传播

的防护、飞沫传播的防护和虫媒传播的防护等。其中，标准预防是指认为患者的血液、体液、分泌物、排泄物均具有传染性，需进行隔离，不论是否有明显的血迹、污染，是否接触非完整的皮肤与粘膜，接触上述物质者，必须采取预防措施，是针对医疗机构人员采取的一组预防感染措施，包括手卫生，根据预期可能的暴露选用手套、防护服（隔离衣）、口罩、护目镜或防护面罩以及安全注射，也包括穿戴合适的防护用品处理患者所在环境中污染的物品与医疗器械。

14. 《规范》中要求开展应急接种和预防性服药，基层医疗卫生机构是否可以做出此类处置决定？

答：不可以。应急接种、预防性服药为一些疾病应急时所采取的药物性预防措施。基层医疗卫生机构是在上级疾病预防控制机构等指导下就相关工作提供协助，而如何开展应急接种和预防性服药都应由上级疾病预防控制机构等提出并经当地卫生计生行政部门批准后实施。

15. 基层医疗机构协助开展传染病和突发公共卫生事件的报告和处置，工作职责如何具体界定？

答：基层医疗卫生机构在本项服务中，必需做好传染病和突发公共卫生事件的发现、报告和管理；协助开展传染病和突发公共卫生事件的调查和处置。

16. 乡镇卫生院（村卫生室）和社区卫生服务中心（站）要配备专（兼）职人员，是否配备了人员就可以了？

答：必须符合以下要求。二级及以上医疗机构必须配备 2 名或以上专（兼）职人员，二级以下医疗机构至少配备 1 名专（兼）职人员。

17. 很多地方试点了电子版传染病报告卡，是否和纸质版的传染病报告卡一样具备法律效力？

答：《全国传染病信息报告管理工作指南（2016版）》明确规定，各级各类医疗机构已实现传染病报告卡电子化的，符合《中华人民共和国电子签名法》，具备电子签名和时间戳视为与纸质文本具有同等法律效力，须做好备份工作，备份保存时间至少与纸质传染病报告卡保持一致。暂不符合条件的须打印成标准纸质卡片由首诊医生签名后保存备案。实现直接数据交换的医疗机构，电子交换文档（转换的XML文件）应当做好备份，保存时间至少与纸质传染病报告卡保持一致。首诊医生在诊疗过程中发现传染病病人及疑似病人后可通过电子病历、电子健康档案自动抽取符合交换文档标准的电子传染病报告卡。

十三、《卫生计生监督协管服务规范》问答（7 题）

陈 刚 复旦大学公共卫生学院教授

1. 卫生计生监督协管服务的对象是哪些人？

答：卫生计生监督协管服务的对象是指辖区内居住的所有居民。其工作对象是辖区内的各类学校、二次供水（水箱）单位、农村集中式供水设施；非法行医、非法采供血与非法计生服务提供者。通过对工作对象行为的规范来服务于辖区内的居民。

2. 什么是卫生计生监督协管？

答：乡镇卫生院（村卫生室），社区卫生服务中心（站）等基层医疗卫生机构及其卫生技术人员在卫生计生监督执法机构指导下，协助开展巡查（访）、信息收集、信息报告、宣传指导以及调查处置等。

3. 卫生计生监督协管服务的目标是什么？

答：充分利用公共卫生网络和基层医疗卫生机构的前哨作用，解决基层卫生监督相对薄弱的问题。从而建成横向到边、纵向到底，覆盖城乡的卫生监督网络体系，及时发现违反卫生法律法规的行为，保障广大群众公共卫生安全。同时，通过对广大居民的宣传、教育，不断提高城乡居民健康知识和卫生计生法律政策知晓率，提升人民群众疾病防控意识，切实为广大群众提供卫生计生健康保障。

4. 何为卫生计生监督？卫生计生监督手段有哪些？

答：卫生监督指国家卫生行政机关或法律、法规授权的组织及其工作人员执行和适用卫生法律、法规和规章的规定，对公民、法人和

其他组织贯彻卫生法规的情况进行督促检查，处理具体卫生行政事务的活动。卫生计生监督手段是指卫生计生行政机关/法律法规授权组织贯彻卫生法律规范、实施卫生监督过程中所采取的措施和方法。主要手段有卫生法制宣传教育、卫生行政许可、卫生监督检查、卫生行政奖励、卫生行政处罚、卫生行政强制。

5. 卫生计生监督协管服务与卫生计生监督的关系是什么？

答：卫生计生监督协管与卫生计生监督的最大不同是前者没有执法权，后者有执法权。基于这个前提，卫生计生监督协管所能做的是协助卫生计生监督开展部分信息收集、报告、巡查、教育培训等不需要执法权的工作。具体包括：

(1) 食源性及相关信息报告，即发现或怀疑有食源性疾病、食品污染等对人体健康造成危害或可能造成危害的线索和事件，及时报告。

(2) 饮用水卫生安全巡查，协助卫生计生监督执法机构对农村集中式供水、城市二次供水和学校供水进行巡查，协助开展饮用水水质抽检服务，发现异常情况及时报告；协助有关专业机构对供水单位从业人员开展业务培训。

(3) 学校卫生服务，即协助卫生计生监督执法机构定期对学校传染病防控开展巡访，发现问题隐患及时报告；指导学校设立卫生宣传栏，协助开展学生健康教育。协助有关专业机构对校医（保健教师）开展业务培训。

(4) 非法行医和非法采供血信息报告。协助定期对辖区内非法行

医、非法采供血开展巡访，发现相关信息及时向卫生计生监督执法机构报告。

(5) 计划生育相关信息报告。协助卫生计生监督执法机构定期对辖区内计划生育机构计划生育工作进行巡查，协助对辖区内与计划生育相关的活动开展巡访，发现相关信息及时报告。

6. 饮用水的采样检测由谁来做？采样检测频率是多少？

答：具备条件的卫生计生监督协管员可以进行采样与检测。如不具备条件的话，卫生计生监督协管员只负责采样送检即可。关于采样检测的频率，各省可以根据自己的情况，参考 2012 年版的《卫生监督协管技术规范》的要求，确定本省的卫生计生监督协管饮用水采样检测频率。

7. 食源性疾病及相关信息的报告？

答：《中华人民共和国食品安全法》第一百零四条规定，医疗机构发现其接收的病人属于食源性疾病病人或者疑似病人的，应当按照规定及时将相关信息向所在地县级人民政府卫生计生行政部门报告。县级人民政府卫生计生行政部门认为与食品安全有关的，应当及时通报同级食品药品监督管理部门。