

芜湖市绩效考核信息化指标解释

（2020年版）

居民健康档案管理服务规范

一、服务要求

（一）乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）负责首次建立居民健康档案、更新信息、保存档案；其他医疗卫生机构负责将相关医疗卫生服务信息及时汇总、更新至健康档案；各级卫生计生行政部门负责健康档案的监督与管理。

（二）健康档案的建立要遵循自愿与引导相结合的原则，在使用过程中要注意保护服务对象的个人隐私，建立电子健康档案的地区，要注意保护信息系统的数据安全。

（三）乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）应通过多种信息采集方式建立居民健康档案，及时更新健康档案信息。已建立电子健康档案的地区应保证居民接受医疗卫生服务的信息能汇总到电子健康档案中，保持资料的连续性。

（四）统一为居民健康档案进行编码，采用17位编码制，以国家统一的行政区划编码为基础，以村(居)委会为单位，编制居民健康档案唯一编码。同时将建档居民的身份证号作为身份识别码，为在信息平台上实现资源共享奠定基础。

（五）按照国家有关专项服务规范要求记录相关内容，记录内容应齐全完整、真实准确、书写规范、基础内容无缺失。各类检查报告单据和转、会诊的相关记录应粘贴留存归档，如果服务对象需要可提供副本。已建立电子版化验和检查报告单据的机构，化验及检查的报告单据交居民留存。

（六）健康档案管理要具有必需的档案保管设施设备，按照防盗、防晒、防高温、防火、防潮、防尘、防鼠和防虫等要求妥善保管健康档案，指定专（兼）职人员负责健康档案管理工作，保证健康档案完整、安全。电子健康档案应有专（兼）职人员维护。

（七）积极应用中医药方法为居民提供健康服务，记录相关信息纳入健康档案管理。

（八）电子健康档案在建立完善、信息系统开发、信息传输全过程中应遵循国家统一的相关数据标准与规范。电子健康档案信息系统应与新农合、城镇基本医疗保险等医疗保障系统相

衔接，逐步实现健康管理数据与医疗信息以及各医疗卫生机构间数据互联互通，实现居民跨机构、跨地域就医行为的信息共享。

（九）对于同一个居民患有多种疾病的，其随访服务记录表可以通过电子健康档案实现信息整合，避免重复询问和录入。

二、考核内容

（一）建档率=建立电子健康档案人数/辖区内常住居民数×100%；

（二）电子档案规范率=规范的电子档案数/建立电子健康档案人数×100%；

（三）健康档案使用率=档案中有动态记录的档案份数/建立电子健康档案人数×100%。

三、指标解释

（一）建立电子健康档案人数

指在既往所有系统档案中包含有：姓名、身份证号码的档案

（二）辖区内常住居民

为基础数据，需要卫生主管部门每年确认维护；

（三）规范的电子档案数

按照规范填写的电子档案个数。

规范填写的定义如下：（指在个人基本信息表中）

① 中：本人电话与联系人电话其中一个为必填项（联系人姓名可不填）；

附件 3

个人基本信息表

姓 名:

编号□□□-□□□□□

性 别	1 男 2 女 9 未说明的性别 0 未知的性别 <input type="checkbox"/>			出生日期	□□□□ □□ □□
身份证号			工作单位		
本人电话		联系人姓名		联系人电话	
常住类型	1 户籍 2 非户籍 <input type="checkbox"/>		民 族	01 汉族 99 少数民族 <input type="checkbox"/>	
血 型	1 A 型 2 B 型 3 O 型 4 AB 型 5 不详 / RH: 1 阴性 2 阳性 3 不详 <input type="checkbox"/> /□				
文化程度	1 研究生 2 大学本科 3 大学专科和专科学校 4 中等专业学校 5 技工学校 6 高中 7 初中 8 小学 9 文盲或半文盲 10 不详 <input type="checkbox"/>				
职 业	0 国家机关、党群组织、企业、事业单位负责人 1 专业技术人员 2 办事人员和有关人员 3 商业、服务业人员 4 农、林、牧、渔、水利业生产人员 5 生产、运输设备操作人员及有关人员 6 军人 7 不便分类的其他从业人员 8 无职业 <input type="checkbox"/>				
婚姻状况	1 未婚 2 已婚 3 丧偶 4 离婚 5 未说明的婚姻状况 <input type="checkbox"/>				
医疗费用支付方式	1 城镇职工基本医疗保险 2 城镇居民基本医疗保险 3 新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> /□/□ 4 贫困救助 5 商业医疗保险 6 全公费 7 全自费 8 其他 <input type="checkbox"/>				
药物过敏史	1 无 2 青霉素 3 磺胺 4 链霉素 5 其他 <input type="checkbox"/> /□/□/□				
暴露史	1 无 2 化学品 3 毒物 4 射线 <input type="checkbox"/> /□/□				
既往史	疾 病	1 无 2 高血压 3 糖尿病 4 冠心病 5 慢性阻塞性肺疾病 6 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/> 7 脑卒中 8 严重精神障碍 9 结核病 10 肝炎 11 其他法定传染病 12 职业病 <input type="checkbox"/> 13 其他 <input type="checkbox"/> □ 确诊时间 年 月 / □ 确诊时间 年 月 / □ 确诊时间 年 月 / □ 确诊时间 年 月 / □ 确诊时间 年 月			
	手 术	1 无 2 有: 名称① <input type="checkbox"/> 时间 <input type="checkbox"/> / 名称② <input type="checkbox"/> 时间 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	外 伤	1 无 2 有: 名称① <input type="checkbox"/> 时间 <input type="checkbox"/> / 名称② <input type="checkbox"/> 时间 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	输 血	1 无 2 有: 原因① <input type="checkbox"/> 时间 <input type="checkbox"/> / 原因② <input type="checkbox"/> 时间 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	父 亲	□/□/□/□/□/□		母 亲	□/□/□/□/□/□

② ☐ 中: 为非必填项

生活环境*	厨房排风设施	1 无 2 油烟机 3 换气扇 4 烟囱 <input type="checkbox"/>
	燃料类型	1 液化气 2 煤 3 天然气 4 沼气 5 柴火 6 其他 <input type="checkbox"/>
	饮水	1 自来水 2 经净化过滤的水 3 井水 4 河湖水 5 塘水 6 其他 <input type="checkbox"/>
	厕所	1 卫生厕所 2 一格或二格粪池式 3 马桶 4 露天粪坑 5 简易棚厕 <input type="checkbox"/>
	禽畜栏	1 无 2 单设 3 室内 4 室外 <input type="checkbox"/>

③其他未特殊说明的均为必填项。

在“个人基本信息表”中, 满足以上3个条件的为规范档案。

注: 0-6岁儿童档案中的`个人基本信息表`: 在妇幼系统未接入之前均默认为规范档案; 在

妇幼系统接入后必须有`体检卡`才认为是合格档案。目前系统未接入, 均认为是合格档案。

（四）档案中有动态记录的档案

所有的建档居民中在当年度（考核日期点前365天）的公卫数据或医疗数据中有记录的视为动态记录，以身份证号码为唯一识别码。

（注：a.在全市医疗数据未接入的情况下，均认为其为动态使用；

b.在全市医疗数据接入后，对建档日期在一年之内的均认为是动态使用。）

老年人健康管理服务规范

一、服务要求

（一）开展老年人健康管理服务的乡镇卫生院和社区卫生服务中心应当具备服务内容所需的基本设备和条件。

（二）加强与村（居）委会、派出所等相关部门的联系，掌握辖区内老年人口信息变化。加强宣传，告知服务内容，使更多的老年人愿意接受服务。

（三）每次健康检查后及时将相关信息记入健康档案。具体内容详见《居民健康档案管理服务规范》健康体检表。对于已纳入相应慢病健康管理的老年人，本次健康管理服务可作为一次随访服务。

（四）积极应用中医药方法为老年人提供养生保健、疾病防治等健康指导。

二、考核内容

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

（二）老年人体检完整率 = 年内接受完整体检的老年人数 / 年内接受健康管理的65岁及以上常住居民数 × 100 % ；

（三）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 % 。

三、指标解释

（一）年内接受健康管理的65岁及以上常住居民数

指在年度（考核日期点前365天上一自然年度，如为本年度新建档案，则认为符合条件）

内为所有现在实际年龄为66岁及以上的（加1岁的原因是：查询的是上年度的档案，因此上年度达到65周岁的人必须有体检）（出生日期计算）档案中提供了体检服务的人，体检服务至少包含以下内容：

①含有“老年人生活自理能力评估表”；

②体格检查。包括体温、脉率、呼吸频率、血压（左右两侧）、身高、体重、腰围、皮肤、淋巴结、肺、心脏、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。

（二）年内辖区内65岁及以上常住居民

为基础数据，需要卫生主管部门每年确认维护，建议通过人口数据的率来计算。

（三）年内接受完整体检的老年人

指在年度内（考核时间点上一年度，如为本年度新建档案，则认为符合条件）为所有现在实际年龄为66岁及以上（加1岁的原因是：查询的是上年度的档案，因此上年度达到65周岁的人必须有体检）的（出生日期计算）档案中提供了体检服务的人，且体检内容完整；

完整填写的具体定义如下：

①体检表中，除以下 内容为非必填项外均为必填项

附件 4

健康体检表

姓 名：

编号□□□-□□□□□

体检日期	年 月 日	责任医生		
内 容	检 查 项 目			
症 状	1 无症状 2 头痛 3 头晕 4 心悸 5 胸闷 6 胸痛 7 慢性咳嗽 8 咳痰 9 呼吸困难 10 多饮 11 多尿 12 体重下降 13 乏力 14 关节肿痛 15 视力模糊 16 手脚麻木 17 尿急 18 尿痛 19 便秘 20 腹泻 21 恶心呕吐 22 眼花 23 耳鸣 24 乳房胀痛 25 其他 _____ □/□/□/□/□/□/□/□/□/□			
一 般 状 况	体 温	℃	脉 率	次/分钟
	呼吸频率	次/分钟	血 压	左 侧 / mmHg 右 侧 / mmHg
	身 高	cm	体 重	kg
	腰 围	cm	体质指数 (BMI)	Kg/m ²
	老年人健康状态自我评估*	1 满意 2 基本满意 3 说不清楚 4 不太满意 5 不满意 <input type="checkbox"/>		
	老年人生活自理能力自我评估*	1 可自理 (0~3分) 2 轻度依赖 (4~8分) 3 中度依赖 (9~18分) 4 不能自理 (≥19分) <input type="checkbox"/>		
	老年人认知功能*	1 粗筛阴性 <input type="checkbox"/> 2 粗筛阳性，简易智力状态检查，总分 _____		
老年人情感状态*	1 粗筛阴性 <input type="checkbox"/> 2 粗筛阳性，老年人抑郁评分检查，总分 _____			

查体	眼底*	1 正常 2 异常_____				<input type="checkbox"/>
	皮肤	1 正常 2 潮红 3 苍白 4 发绀 5 黄染 6 色素沉着 7 其他_____				<input type="checkbox"/>
	巩膜	1 正常 2 黄染 3 充血 4 其他_____				<input type="checkbox"/>
	淋巴结	1 未触及 2 锁骨上 3 腋窝 4 其他_____				<input type="checkbox"/>
	肺	桶状胸: 1 否 2 是				<input type="checkbox"/>
		呼吸音: 1 正常 2 异常_____				<input type="checkbox"/>
		罗音: 1 无 2 干罗音 3 湿罗音 4 其他_____				<input type="checkbox"/>
	心脏	心率: _____ 次/分钟 心律: 1 齐 2 不齐 3 绝对不齐 杂音: 1 无 2 有_____				<input type="checkbox"/>
	腹部	压痛: 1 无 2 有_____				<input type="checkbox"/>
		包块: 1 无 2 有_____				<input type="checkbox"/>
		肝大: 1 无 2 有_____				<input type="checkbox"/>
		脾大: 1 无 2 有_____				<input type="checkbox"/>
		移动性浊音: 1 无 2 有_____				<input type="checkbox"/>
	下肢水肿	1 无 2 单侧 3 双侧不对称 4 双侧对称				<input type="checkbox"/>
	足背动脉搏动*	1 未触及 2 触及双侧对称 3 触及左侧弱或消失 4 触及右侧弱或消失				<input type="checkbox"/>
	肛门指诊*	1 未及异常 2 触痛 3 包块 4 前列腺异常 5 其他_____				<input type="checkbox"/>
	乳腺*	1 未见异常 2 乳房切除 3 异常泌乳 4 乳腺包块 5 其他_____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>				
	妇科*	外阴	1 未见异常 2 异常_____			<input type="checkbox"/>
		阴道	1 未见异常 2 异常_____			<input type="checkbox"/>
		宫颈	1 未见异常 2 异常_____			<input type="checkbox"/>
宫体		1 未见异常 2 异常_____			<input type="checkbox"/>	
附件		1 未见异常 2 异常_____			<input type="checkbox"/>	
其他*						
辅助检查	尿微量白蛋白*	_____mg/dL				
	大便潜血*	1 阴性 2 阳性				<input type="checkbox"/>
	糖化血红蛋白*	_____%				
	乙型肝炎表面抗原*	1 阴性 2 阳性				<input type="checkbox"/>
	肝功能*	血清谷丙转氨酶	_____U/L	血清谷草转氨酶	_____U/L	
		白蛋白	_____g/L	总胆红素	_____μmol/L	
		结合胆红素	_____μmol/L			
	肾功能*	血清肌酐	_____μmol/L	血尿素	_____mmol/L	
		血钾浓度	_____mmol/L	血钠浓度	_____mmol/L	
	血脂*	总胆固醇	_____mmol/L	甘油三酯	_____mmol/L	
		血清低密度脂蛋白胆固醇	_____mmol/L			
		血清高密度脂蛋白胆固醇	_____mmol/L			
	胸部 X 线片*	1 正常 2 异常_____				<input type="checkbox"/>
B 超*	腹部 B 超	1 正常 2 异常_____			<input type="checkbox"/>	
	其他	1 正常 2 异常_____			<input type="checkbox"/>	
宫颈涂片*	1 正常 2 异常_____				<input type="checkbox"/>	
其他*						
住院治疗情况	住院史	入/出院日期	原因	医疗机构名称	病案号	
		/				
		/				
	家庭病床史	建/撤床日期	原因	医疗机构名称	病案号	
		/				
		/				

主要用药 情况	药物名称	用 法	用 量	用药时间	服药依从性 1 规律 2 间断 3 不服药		
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	非免疫 规划预防 接种史	名 称	接种日期	接种机构			
1							
2							
3							
健康 评价	1 体检无异常 □						
	2 有异常						
	异常 1 _____						
	异常 2 _____						
	异常 3 _____						
异常 4 _____							

（四）年内接受中医药健康管理服务的 65 岁及以上居民数

年内的定义为：指在考核时间点上一年度（如为本年度新建档案，则认为符合条件），为所有现在实际年龄为66岁及以上（加1岁的原因是：查询的是上年度的档案，因此上年度达到65周岁的人必须有）的（出生日期计算）档案中提供了服务的人。

接受中医药健康管理是指建立了健康档案、接受了中医体质辨识、中医药保健指导、服务记录表填写完整。

高血压患者健康管理服务规范

一、服务要求

（一）高血压患者的健康管理工作由医生负责，应与门诊服务相结合，对未能按照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）医务人员应主动与患者联系，保证管理的连续性。

（二）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。

（三）乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）可通过本地区社区卫生诊断和门诊服务等途径筛查和发现高血压患者。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。

（四）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高血压患者健康管理服务。

（五）加强宣传，告知服务内容，使更多的患者和居民愿意接受服务。

（六）每次提供服务后及时将相关信息记入患者的健康档案。

二、工作指标

（一）为机构内初次就诊的35岁以上患者免费测血压；

（二）高血压患者管理率 = 一年内已管理的高血压患者数 / 年内辖区高血压患者总数 × 100%；

（三）高血压患者规范管理率 = 按照规范要求进行管理的高血压患者健康管理的人数 / 一年内已管理的高血压患者数 × 100%；

（四）高血压患者血压控制率 = 一年内最近一次随访血压达标人数 / 一年内已管理的高血压患者人数 × 100%。

三、指标解释

（一）机构内初次就诊的35岁以上患者

指在当前时间前182天内的所有在医疗机构内初次就诊的患者。

（二）一年内已管理的高血压患者

指满足以下条件：

- ①在建档的档案中（有身份证及姓名信息）；
- ②当前时间点前推365天，只要有一次随访；
- ③规范填写“高血压患者随访记录表”的人，其中规范填写的定义如下：

辅助检查*					
服药依从性		1 规律 2 间断 3 不服药 <input type="checkbox"/>	1 规律 2 间断 3 不服药 <input type="checkbox"/>	1 规律 2 间断 3 不服药 <input type="checkbox"/>	1 规律 2 间断 3 不服药 <input type="checkbox"/>
药物不良反应		1 无 2 有 <input type="checkbox"/>	1 无 2 有 <input type="checkbox"/>	1 无 2 有 <input type="checkbox"/>	1 无 2 有 <input type="checkbox"/>
此次随访分类		1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 <input type="checkbox"/>	1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 <input type="checkbox"/>	1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 <input type="checkbox"/>	1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 <input type="checkbox"/>
用药情况	药物名称 1				
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	药物名称 2				
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	药物名称 3				
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	其他药物				
用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	
转诊	原因				
	机构及科别				
下次随访日期					
随访医生签名					

 中为非必填项， 中在每个随访日期中必须填写一个药物名称和用法用量。

（三）年内辖区高血压患者总数

为基础数据，需要卫生主管部门定义维护，建议根据总人口的高血压发病率计算。

（四）按照规范要求进行管理的高血压患者健康管理的人

满足以下几点视为规范管理：

- ①一年内（365天前）已管理的高血压患者；

②体检表中，检查日期在12月1日之前有本年度或上一年度的体检表，且填写规范。检查日期在12月1日含当日的有本年度（365天）表，且填写规范。

填写规范定义为：填写体温、脉率、呼吸频率、血压（左右两侧）、身高、体重、腰围、皮肤、淋巴结、肺、心脏、腹部、口腔、视力、听力和运动功能等。

③一年四次面对面随访，即在“高血压患者随访服务记录表”中的随访方式中，前推365天内选择1或2的共有四次；

附件

高血压患者随访服务记录表

姓 名: 编号□□□-□□□□□

随访日期	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
随访方式	1 门诊 2 家庭 3 电话 □	1 门诊 2 家庭 3 电话 □	1 门诊 2 家庭 3 电话 □	1 门诊 2 家庭 3 电话 □
症 状	1 无症状	□/□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□/□
	2 头痛头晕	其他:	其他:	其他:
	3 恶心呕吐			
	4 眼花耳鸣			
	5 呼吸困难			
	6 心悸胸闷			
	7 鼻衄出血不止			
	8 四肢发麻			
	9 下肢水肿			
体 征	血 压 (mmHg)			
	体 重 (kg)	/	/	/
	体质指数 (BMI) (kg/m ²)	/	/	/
	心 率 (次/分钟)			
	其 他			
生 活 方 式 指 导	日吸烟量 (支)	/	/	/
	日饮酒量 (两)	/	/	/
	运 动	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次
	摄盐情况 (咸淡)	轻/中/重 / 轻/中/重	轻/中/重 / 轻/中/重	轻/中/重 / 轻/中/重
	心理调整	1 良好 2 一般 3 差□	1 良好 2 一般 3 差□	1 良好 2 一般 3 差□
	遵医行为	1 良好 2 一般 3 差□	1 良好 2 一般 3 差□	1 良好 2 一般 3 差□
	辅助检查*			

④当年纪再65岁以下的患者本年内（365天前）在“高血压患者随访服务记录表”中第一次血压左压超过140或右压超过90的14天内应该增加一次随访，如果增加随访后血压的结果人仍然超过指标，则档次必须有转诊，并在14天内再进行一次随访（不用判断血压值）。

⑤当年纪再65岁及以上的患者本年内（365天前）在“高血压患者随访服务记录表”中第一次血压左压超过150或右压超过90的14天内应该增加一次随访，如果增加随访后血压的结果人仍然超过指标，则档次必须有转诊，并在14天内再进行一次随访（不用判断血压值）。

⑥对建档时间不足的一年的，只要从建档之日起每三个月内有一次随访，且随访规则满足条件④⑤（其中的本年内时间改为：建档时间内），则视为规范档案。

（五）一年内最近一次随访血压达标人

365天内最近一次的随访血压结果，65岁以下左压小于140且右压小于90，65岁及以上左压小于150且右压小于90的人视为达标人。

2 型糖尿病患者健康管理服务规范

一、服务要求

(一) 2 型糖尿病患者的健康管理工作由医生负责, 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, 保证管理的连续性。

(二) 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。

(三) 乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心(站)要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。

(四) 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 型糖尿病患者健康管理服务。

(五) 加强宣传, 告知服务内容, 使更多的患者愿意接受服务。

二、考核指标

①2型糖尿病患者管理率 = 一年内已管理的2型糖尿病患者数/年内辖区2型糖尿病患者总数 × 100%;

②2型糖尿病患者规范管理率 = 按照规范要求进行2型糖尿病患者健康管理的人数/一年内已管理的2型糖尿病患者人数 × 100 %;

③2型糖尿病患者血糖控制率 = 一年内最近一次随访空腹血糖达标人数/一年内已管理的2型糖尿病患者人数 × 100 %。

三、指标解释

(一) 一年内已2型管理的糖尿病患者

指满足以下条件:

①在建档的档案中(有身份证及姓名信息);

②当前时间点前推365天, 只要有一次随访;

③规范填写“糖尿病患者随访记录表”的人, 其中规范填写的定义如下:

中卫非必填项, 中在每次随访日期中必须填写一个药物名称和用法用量。

附件

2 型糖尿病患者随访服务记录表

姓 名:

编号□□□-□□□□□

随访日期					
随访方式		1 门诊 2 家庭 3 电话 <input type="checkbox"/>	1 门诊 2 家庭 3 电话 <input type="checkbox"/>	1 门诊 2 家庭 3 电话 <input type="checkbox"/>	1 门诊 2 家庭 3 电话 <input type="checkbox"/>
症 状	1 无症状 2 多饮 3 多食 4 多尿 5 视力模糊 6 感染 7 手脚麻木 8 下肢浮肿 9 体重明显下降	□/□/□/□/□/□/□ 其他	□/□/□/□/□/□/□ 其他	□/□/□/□/□/□/□ 其他	□/□/□/□/□/□/□ 其他
	血 压 (mmHg)				
	体 重 (kg)	/	/	/	/
	体质指数 (kg/m ²)	/	/	/	/
	足背动脉搏动	1 触及正常 <input type="checkbox"/> 2 减弱 (双侧 左侧 右侧) 3 消失 (双侧 左侧 右侧)	1 触及正常 <input type="checkbox"/> 2 减弱 (双侧 左侧 右侧) 3 消失 (双侧 左侧 右侧)	1 触及正常 <input type="checkbox"/> 2 减弱 (双侧 左侧 右侧) 3 消失 (双侧 左侧 右侧)	1 触及正常 <input type="checkbox"/> 2 减弱 (双侧 左侧 右侧) 3 消失 (双侧 左侧 右侧)
体 征	其 他				
	日吸烟量	/ 支	/ 支	/ 支	/ 支
	日饮酒量	/ 两	/ 两	/ 两	/ 两
	运 动	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次
	主食 (克/天)	/	/	/	/
	心理调整	1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/>	1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/>	1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/>	1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/>
生活方式指导	遵医行为	1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/>	1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/>	1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/>	1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/>
	空腹血糖值	mmol/L	mmol/L	mmol/L	mmol/L
	其他检查*	糖化血红蛋白____% 检查日期: ____月____日	糖化血红蛋白____% 检查日期: ____月____日	糖化血红蛋白____% 检查日期: ____月____日	糖化血红蛋白____% 检查日期: ____月____日
辅 助 检 查	服药依从性	1 规律 2 间断 3 不服药 <input type="checkbox"/>	1 规律 2 间断 3 不服药 <input type="checkbox"/>	1 规律 2 间断 3 不服药 <input type="checkbox"/>	1 规律 2 间断 3 不服药 <input type="checkbox"/>
	药物不良反应	1 无 2 有 <input type="checkbox"/>	1 无 2 有 <input type="checkbox"/>	1 无 2 有 <input type="checkbox"/>	1 无 2 有 <input type="checkbox"/>
	低血糖反应	1 无 2 偶尔 3 频繁 <input type="checkbox"/>	1 无 2 偶尔 3 频繁 <input type="checkbox"/>	1 无 2 偶尔 3 频繁 <input type="checkbox"/>	1 无 2 偶尔 3 频繁 <input type="checkbox"/>
	此次随访分类	1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 <input type="checkbox"/>	1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 <input type="checkbox"/>	1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 <input type="checkbox"/>	1 控制满意 2 控制不满意 3 不良反应 4 并发症 <input type="checkbox"/>
	用 药 情 况	药物名称 1			
用法用量		每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
药物名称 2					
用法用量		每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
药物名称 3					
用法用量		每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
胰岛素	种类:				
	用法和用量:				
转 诊	原 因				
	机构及科别				
下次随访日期					
随访医生签名					

（二）年内辖区2型糖尿病患者总数

为基础数据，需要卫生主管部门定义维护，建议根据总人口的糖尿病发病率计算。

（三）按照规范要求进行糖尿病患者健康管理的人

满足以下几点视为规范管理：

①一年内（365天前）已管理的糖尿病患者；

②体检表中，检查日期在12月1日之前有本年度或上一年度的体检表，且填写规范。检查日期在12月1日含当日的有本年度（365天）表，且填写规范。

填写规范定义为：填写体温、脉率、呼吸频率、血压（左右两侧）、身高、体重、腰围、皮肤、淋巴结、肺、心脏、腹部、口腔、视力、听力和运动功能等。“足背动脉搏动”和“空腹血糖”为必填项。

③一年四次面对面随访，即在“糖尿病患者随访服务记录表”中的随访方式中，前推365天内选择1或2的共有四次；

附件

2 型糖尿病患者随访服务记录表

姓 名：

编号□□□-□□□□□

随访日期		1 门诊 2 家庭 3 电话 <input type="checkbox"/>		1 门诊 2 家庭 3 电话 <input type="checkbox"/>		1 门诊 2 家庭 3 电话 <input type="checkbox"/>		1 门诊 2 家庭 3 电话 <input type="checkbox"/>	
症 状	1 无症状	□/□/□/□/□/□/□/□/□		□/□/□/□/□/□/□/□/□		□/□/□/□/□/□/□/□/□		□/□/□/□/□/□/□/□/□	
	2 多饮	其他		其他		其他		其他	
	3 多食								
	4 多尿								
	5 视力模糊								
体 征	6 感染								
	7 手脚麻木								
	8 下肢浮肿								
	9 体重明显下降								
	血 压 (mmHg)								
生 活 方 式 指 导	体 重 (kg)	/		/		/		/	
	体质指数 (kg/m ²)	/		/		/		/	
	足背动脉搏动	1 触及正常 <input type="checkbox"/> 2 减弱 (双侧 左侧 右侧) 3 消失 (双侧 左侧 右侧)		1 触及正常 <input type="checkbox"/> 2 减弱 (双侧 左侧 右侧) 3 消失 (双侧 左侧 右侧)		1 触及正常 <input type="checkbox"/> 2 减弱 (双侧 左侧 右侧) 3 消失 (双侧 左侧 右侧)		1 触及正常 <input type="checkbox"/> 2 减弱 (双侧 左侧 右侧) 3 消失 (双侧 左侧 右侧)	
	其 他								
	日吸烟量	/ 支		/ 支		/ 支		/ 支	
运 动	日饮酒量	/ 两		/ 两		/ 两		/ 两	
	运 动	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次		次/周 分钟/次 次/周 分钟/次		次/周 分钟/次 次/周 分钟/次		次/周 分钟/次 次/周 分钟/次	
	主食 (克/天)	/		/		/		/	
	心理调整	1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/>		1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/>		1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/>		1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/>	
	遵医行为	1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/>		1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/>		1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/>		1 良好 2 一般 3 差 <input type="checkbox"/>	

④所有患者本年内（365天前）在“糖尿病患者随访服务记录表”中第一次空腹血糖值大于等于7的患者在14天内应该增加一次随访，如果增加随访后空腹血糖的结果人仍然超过指标，则档次必须有转诊，并在14天内再进行一次随访（不用判断空腹血糖）。

糖尿病患者随访服务记录表		1无 2偶尔 3频繁		1无 2偶尔 3频繁		1无 2偶尔 3频繁		1无 2偶尔 3频繁		
低血糖反应		1无 2偶尔 3频繁		1无 2偶尔 3频繁		1无 2偶尔 3频繁		1无 2偶尔 3频繁		
此次随访分类		1控制满意 2控制不满意 3不良反应 4并发症		1控制满意 2控制不满意 3不良反应 4并发症		1控制满意 2控制不满意 3不良反应 4并发症		1控制满意 2控制不满意 3不良反应 4并发症		
用 药 情 况	药物名称 1									
	用法用量	每日	次	每次	每日	次	每次	每日	次	每次
	药物名称 2									
	用法用量	每日	次	每次	每日	次	每次	每日	次	每次
	药物名称 3									
	用法用量	每日	次	每次	每日	次	每次	每日	次	每次
	胰岛素	种类: 用法和用量:		种类: 用法和用量:		种类: 用法和用量:		种类: 用法和用量:		
转 诊	原 因									
	机构及科别									
下次随访日期										
随访医生签名										

⑤对建档时间不足的一年的，只要从建档之日起每三个月内有一次随访，且随访规则满足条件④（其中的本年内时间改为：建档时间内），则视为规范档案。

（六）一年内最近一次随访血糖达标人d

365天内最近一次的随访空腹血糖结果小于7视为达标人。