

江西省疾病预防控制中心文件

赣疾控监督字〔2024〕17号

关于下发疾控监督员管理相关制度的通知

各设区市卫生健康委员会（疾病预防控制中心）、赣江新区社会发展局，各省直医疗机构，省疾病预防控制中心，省寄生虫病研究所，省卫生健康监测评价中心：

为进一步规范疾控监督员管理，推动医疗机构疾控监督员制度试点工作落地落实，我局组织制定了《江西省医疗机构疾控监督员选派管理办法》《江西省医疗机构疾控监督员培训实施方案》《江西省医疗机构疾控监督员评价办法》及《江西省医疗机构疾控监督员工作清单》（2024年版），现印发各单位，请遵照执行。

附件：1. 《江西省医疗机构疾控监督员选派管理办法》

2. 《江西省医疗机构疾控监督员培训实施方案》
3. 《江西省医疗机构疾控监督员评价办法》
4. 《江西省医疗机构疾控监督员工作清单》（**2024**年版）

江西省疾病预防控制中心

2024年**12**月**02**日



试用水印

附件 1:

《江西省医疗机构疾控监督员选派管理办法》

(试 行)

第一章 总 则

第一条 为进一步规范疾控监督员选派工作，全面加强队伍建设，推动医疗机构疾控监督员制度落实，根据国家疾控局《关于开展 2024 年医疗机构疾控监督员制度试点工作的通知》和江西省疾控局《关于印发江西省医疗机构推进疾控监督员制度实施方案的通知》等文件精神，制定本办法。

第二条 本办法所称疾控监督员，是指在公立医院、基层医疗卫生机构和社会办医院内，负责监督医疗机构疾病预防控制工作开展情况，督促落实传染病疫情和突发公共卫生事件报告责任的专职或兼职人员。

第三条 县级以上疾病预防控制部门在同级疾病预防控制机构内设立疾控监督员管理办公室，负责本辖区内医疗机构疾控监督员选派的组织协调等工作，并对疾控监督员开展业务工作实施统一管理。

第二章 人员选派

第四条 专职疾控监督员由县级以上疾病预防控制部门从疾控机构等具有专业技术人员的相关单位中遴选产生；兼职疾控监

监督员由医疗机构推荐产生，并报县级以上疾病预防控制部门审核、备案。

第五条 疾控监督员应具备以下条件：

- （一）政治立场坚定，服从统一管理；
- （二）掌握公共卫生专业知识；
- （三）熟悉传染病防治相关法律、法规；
- （四）具有中级及以上卫生相关专业职称或相应工作年限；
- （五）遵守廉政工作纪律，无不良执业记录或其他不适本岗位的负面指征；
- （六）身心健康，能够独立开展工作。

（七）专职疾控监督员，除需符合以上条件外，还应当具备3年以上从事医疗管理或公共卫生相关工作的经历。

第六条 疾控监督员选派一般按以下程序进行：

（一）下达计划。县级以上疾控部门依据本地区医疗机构数量、规模、派驻方式等实际情况，拟定本级疾控监督员选派计划并下达至同级疾控机构、具有专业技术人员的相关单位和辖区内医疗机构；

（二）申报推荐。各级疾控机构、具有专业技术人员的相关单位和医疗机构，采取个人自愿报名和组织推荐相结合的方式组织申报（申请表见附件 1-1），按照计划数量研究确定推荐人员并报同级疾控部门。

（三）岗前培训。拟推荐的疾控监督员需参加疾控部门组织

的岗前培训，经考核取得培训合格证书后方可上岗。

（四）部门审批。疾控监督员审批实行逐级管理和辖区管理相结合的办法。市、县辖区内医疗机构疾控监督员由本级疾控部门审批，并报省疾控监督员管理部门备案（登记表见附件 1-2）；在昌省直医疗机构疾控监督员由省疾控监督员管理部门审批。

第三章 主要职责

第七条 专职疾控监督员履行下列职责：

（一）掌握派驻医疗机构疾病预防控制工作落实情况，协助传达疾控部门关于医疗机构落实医防融合、开展疾病预防控制工作的要求和指令；

（二）督促医疗机构落实传染病早发现、早报告、早处置等疾病预防控制责任；

（三）定期向疾控部门报告医疗机构开展疾病预防控制工作情况，及时报告有关重要事项；

（四）协助疾控部门调查处置传染病疫情，配合疾控部门调查处理违法违规行为；

（五）承担疾控部门交办的工作。

第八条 兼职疾控监督员履行下列职责：

兼职疾控监督员在做好本职工作的基础上，作为专职疾控监督员队伍的补充和后备力量，与专职疾控监督员共同开展工作。

第九条 医疗机构是本单位疾病预防控制工作的责任主体，医疗机构主要负责人是疾病预防控制工作的第一责任人。

第十条 疾控监督员监督职责与医疗机构落实疾病预防控制主体责任互不替代，与政府各部门的监管职责互不替代。各级部门对医疗卫生行业的疾病预防控制相关监管责任不变。

第四章 派驻方式

第十一条 各级疾控部门可因地制宜采取“一对一”、“多对一”、“多对多”等方式，向医院派驻专职疾控监督员，也可以组团方式巡回开展监督工作。

第十二条 省直医疗机构由省本级疾控部门统筹派驻；属于市本级管理的医疗机构，根据实际情况，可由市县（区）两级疾控部门统筹派驻，也可由同级疾控部门统筹派驻。

第十三条 对城市医疗集团和县域医共体，可采取综合派驻方式，在牵头单位派驻专职疾控监督员，对其牵头单位和成员单位巡回开展疾控监督工作。其中，三级以上医院至少派驻 1 名专职疾控监督员，对该院履行监督检查职责。

第五章 退出机制

第十四条 各级疾控监督员管理部门应建立疾控监督员考核制度，结合疾控监督员工作总结和驻点医疗机构疾病预防控制工作落实情况，定期对疾控监督员履职情况进行考核。

第十五条 专职疾控监督员驻点期限原则上为**2**年，视履职情况和考核结果，可在同一驻点医疗机构连续派驻一次；期间如需更换，由监督员管理办公室报同级疾控部门审批。

第十六条 疾控监督员有下列情形之一的，应予以调离疾控监督员岗位：

- （一）年度评价结果不称职的；
- （二）不能胜任现职工作的；
- （三）利用职务之便为自己或他人谋取私利；
- （四）侵害公民、法人或者其他组织的合法权益；
- （五）违纪违法的其他行为。

第六章 相关保障

第十七条 专兼职疾控监督员的人事、工会、群团等隶属关系维持不变。党组织关系按《中国共产党党员教育工作条例》要求执行。专职监督员在驻点医院履职期间的工资、奖金、补贴、工会福利等费用，由派出单位列支。

第十八条 驻点医院应提供相对独立的办公场所和必要的办公设备，为专职疾控监督员在医疗机构驻点期间工作提供便利。同时，要为其提供场所出入、网络登录、信息系统用户权限、资料查阅等必要的便利条件，如实报告本单位疾病预防控制监督工作开展情况，提供相关记录台账，协助开展监督检查。

第十九条 专职疾控监督员在驻点期间与疾控监督工作相关的培训、会议、出差等经费由派出单位负责保障。

第二十条 疾控监督员在履职期间完成的与医疗机构疾病预防控制监督工作有关的论文、学分、专利、奖项等成果，在晋升职称时应享受其所评选专业的同等待遇。派出单位应统筹考虑专职疾控监督员的工作内容、工作时长、考核情况等因素，同等条件下在职务职称晋升、绩效分配、评优评先等方面予以优先考虑。各级疾控监督员管理办公室工作人员可享受同等待遇。

第七章 附则

第二十一条 本办法共七章**22**条，由江西省疾病预防控制中心负责解释。

第二十二条 本办法自**2024**年**12**月**5**日起施行。

附件 2:

《江西省医疗机构疾控监督员培训实施方案》 (试行)

为提升医疗机构疾控监督员业务水平和履职能力,推动医疗机构疾病预防控制工作落实,根据江西省疾控局《关于印发江西省医疗机构推进疾控监督员制度实施方案的通知》精神,结合疾控监督员工作规范,制定本方案。

一、培训目标

通过培训,提升各级疾控监督员职责意识、奉献精神和纪律观念,熟悉传染病防控相关法律法规,掌握公共卫生专业知识,增强依法依规履行监督职责能力。

二、培训对象

所有疾控监督员,监督员管理办公室成员,医疗机构对接联络员。

三、培训内容(详见附件《疾控监督员培训内容参考目录》)

疾控监督员的培训内容主要包括:

- (一) 疾控监督员管理制度和要求;
- (二) 医疗机构疾病预防控制相关法律法规;
- (三) 医疗机构疾病预防控制相关专业知识;
- (四) 传染病疫情和突发公共卫生事件调查处理方法;
- (五) 传染病防治分类监督和综合评价方法;

(六) 其它与疾病预防控制工作相关内容。

四、培训方式

(一) 疾控监督员培训包括岗前培训、在职培训。

(二) 岗前培训，面向新任疾控监督员，采取集中培训方式，由县级以上疾控部门统一组织实施。

(三) 在职培训，面向所有培训对象，采取线上线下相结合的方式，由县级以上疾控部门定期开展，同级监督员管理办公室具体实施。全年安排 **40** 学时，其中集中培训不得少于 **20** 学时。

五、培训考核

(一) 培训考核，坚持谁培训、谁考核、谁负责，分级组织实施。

(二) 岗前培训考核，在培训结束时，采取计算机化考试方式进行，考核合格者，由县级以上疾控部门颁发《疾控监督员岗前培训合格证书》，并报上一级疾控部门备案。

(三) 在职培训考核，采取计算机化理论考试和实践技能测试相结合方式进行，重点考核监督员对医疗机构疾控工作落实情况掌握程度、案例分析能力和现场处置能力等，并纳入年度考核结果综合考量。

六、培训要求

(一) 所有疾控监督员应自觉接受培训，未经培训不得上岗。

(二) 疾控监督员应当按计划参加和完成培训，并严格遵守培训纪律。

（三）因特殊原因不能参加或完成培训的，需提交所在单位出具的证明材料，经相应培训组织部门审核同意，并安排参加下批次培训。

七、培训保障

（一）县级以上疾控部门应当将医疗机构疾控监督员培训纳入年度总体培训计划，统筹安排经费保障，并指定不少于**1**家综合性医疗机构建立本级疾控监督员实训基地，作为新任疾控监督员熟悉医疗机构疾控工作体系、内容和流程等的观摩教学现场；作为疾控监督员进行典型案例探讨、现场查处演练和工作经验交流等的实践教学基地。

（二）各级监督员管理办公室要结合实际工作开展情况，认真拟订年度疾控监督员培训方案并组织实施，每年**12**月底对培训工作进行总结，以书面报告形式上报同级疾控部门和上一级监督员管理办公室。

（三）各疾控监督员选派单位应积极配合各级疾控监督员管理办公室组织开展培训工作，并为疾控监督员接受培训考核提供必要的保障。

附件 2-1:

《疾控监督员培训内容参考目录》

1. 医疗机构疾病预防控制相关法律法规

- 1.1 《中华人民共和国传染病防治法》
- 1.2 《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》
- 1.3 《中华人民共和国执业医师法》
- 1.4 《中华人民共和国疫苗管理法》
- 1.5 《中华人民共和国生物安全法》
- 1.6 《中华人民共和国突发事件应对法》
- 1.7 《医疗废物管理条例》
- 1.8 《突发公共卫生事件应急条例》
- 1.9 《艾滋病防治条例》
- 1.10 《医疗机构管理条例》
- 1.11 《病原微生物实验室生物安全管理条例》

2. 医疗机构疾病预防控制相关管理办法及规范

- 2.1 《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》
- 2.2 《传染病信息报告管理规范》
- 2.3 《医疗机构传染病预检分诊管理办法》
- 2.4 《医院感染管理办法》
- 2.5 《消毒管理办法》
- 2.6 《医疗卫生机构医疗废物管理办法》

2.7 《中国结核病预防控制工作技术规范》 2020 版

2.8 《性病防治管理办法》

2.9 《预防接种工作规范》（ 2023 版）

2.10 《江西省预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴工作规范（ 2020 年版）》

2.11 《江西省消除艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播行动方案（ 2023-2025 年）》

3.医疗机构疾病预防控制相关技术方案

3.1 《全国传染病信息报告管理工作技术指南》（ 2016 版）

3.2 《疑似预防接种异常反应监测方案》

3.3 《预防接种异常反应鉴定办法》

3.4 《医疗废物分类目录》

3.5 《医疗废物集中处置技术规范》

3.6 《医院隔离技术标准》

3.7 《医疗机构消毒技术规范》

3.8 病原微生物实验室备案及菌（毒）种、感染性样本运输管理要求

3.9 《可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输管理规定》

3.10 《江西省消除丙型肝炎公共卫生危害工作方案（ 2021-2030 ）》
3.11 《江西省消除疟疾后防止输入再传播实施方案》

4.传染病疫情流行病学调查

5.重点传染病防控与监测工作(各类方案,以最新年份印发为准)

5.1 重点传染病: 包括艾滋病、梅毒、病毒性肝炎、结核病、疟疾、乙脑、流脑、麻疹、急性弛缓性麻痹 (**AFP**)、鼠疫、霍乱、手足口病、伤寒副伤寒、非伤寒沙门菌、病毒性腹泻、流感、新冠、严重急性呼吸道感染病例 (**SARI**)、不明原因肺炎、猴痘、登革热、肾综合征出血热、狂犬病、发热伴血小板减少综合征、布鲁氏菌病等疾病的防控方案和监测工作要求。

5.2 《全国乙型脑炎监测方案》、《流行性乙型脑炎病例标本采集指南》

5.3 《全国麻疹监测工作方案》

5.4 《全国急性弛缓性麻痹 (**AFP**) 病例监测方案》

5.5 《全国霍乱监测方案》、《江西省霍乱监测方案》《霍乱防治手册》、《霍乱诊疗方案》

5.6 《江西省伤寒副伤寒、非伤寒沙门菌监测方案》

5.7 《全国病毒性腹泻监测方案》

5.8 《全国流感监测质量评估方案》

5.9 《国家疾控局综合司关于加强新冠病毒感染重症和死亡病例流行病学调查及信息报告工作的通知》、《江西省新型冠状病毒本土变异监测工作方案》

5.10 《全国急性呼吸道传染病哨点监测方案 (试行)》

5.11 《猴痘防控方案》

5.12 《江西省布鲁氏菌病监测方案》

5.13 《手足口病诊疗指南》、《江西省手足口病防治工作方案》、《手足口病预防控制指南》

5.14 《全国不明原因肺炎病例监测、排查和管理方案》

5.15 《鼠疫诊疗方案》、《鼠疫诊断标准》

5.16 《登革热诊断标准》、《登革热诊疗方案》

5.17 《狂犬病暴露预防处置工作规范》、《全国狂犬病监测方案》

5.18 《全国流行性脑脊髓膜炎监测方案》

6.传染病死因登记及慢性病防控管理

6.1 传染病死亡病例报告管理要求

6.2 肿瘤登记报告管理要求

6.3 急性心脑血管事件报告管理要求

6.4 慢性病综合防控示范区建设

附件 3:

《江西省医疗机构疾控监督员评价办法》

(试行)

第一章 总则

第一条 为规范疾控监督员履职行为，强化责任意识，提高工作质量，促进各级疾控监督员更好地发挥职能作用，推动医疗机构疾控监督员制度落实，根据国家疾控局《关于开展2024年医疗机构疾控监督员制度试点工作的通知》和江西省疾控局《关于印发江西省医疗机构推进疾控监督员制度实施方案的通知》等文件精神，结合疾控监督员责任清单，制定本办法。

第二条 本办法评价对象为疾控监督员，是指在公立医院、基层医疗卫生机构和社会办医院内，负责监督医疗机构疾病预防控制工作开展情况，督促落实传染病疫情和突发公共卫生事件报告责任的专职或兼职人员。

第三条 本办法从履行职责、培训考核、纪律作风等方面确定评价内容。评价结果作为对各级疾控监督员表扬、惩戒和续任等的依据，并作为对医疗机构疾控工作成效评价的重要参考。

第四条 疾控监督员评价分为日常工作评估和年度评价。日常工作评估每半年进行一次，分别在当年6月底前、12月底完成；年度评价应当在下一年度2月底前完成。

第五条 评价坚持实事求是、客观公正，注重实绩、简便有效，定性与定量相结合、表扬与惩戒相结合的原则。

第六条 疾控监督员评价分为优秀、称职、不称职三个等次；对疾控监督员戒勉分为劝诫和免除资格两种。

第二章 分类评价及量化标准

第七条 疾控监督员日常工作评估设基础分 **100** 分，其中、履行职责 **60** 分、培训考核 **20** 分、纪律作风 **20** 分，按加减分计分。

第八条 履行职责 **60** 分。疾控监督员应当遵照《医疗机构疾病预防控制监督员工作规范（试行）》和工作责任清单，认真履行职责。

（一）专职疾控监督员履职中出现下列情形之一的，经核实，每次（项）扣 **2—5** 分：

- 1.未按要求对医疗机构疾控工作情况定期开展指导与检查；
- 2.未及时准确传达疾控部门（监督员管理办公室）关于医疗机构落实医防融合、开展疾控工作的要求和指令；
- 3.未按要求处置检查过程中发现的问题；
- 4.未及时反馈疾控部门（监督员管理办公室）交办工作；
- 5.未建立定期会议机制。

（二）兼职疾控监督员履职中出现下列情形之一的，经核实，每次（项）扣 **2—5** 分：

- 1.未及时准确报告医疗机构传染病疫情信息；
- 2.未认真履行所在医疗机构赋予的疾控工作职责；

3.未及时向医疗机构报告检查通报的问题，整改不力、延误拖办；

4.其它不配合专职疾控监督员工作的行为。

第九条 培训评估 **20** 分。疾控监督员应定期接受疾控部门组织培训，提升业务水平和履职能力。培训评估按以下方法扣分：

- （一）未按要求参加培训的，每次扣 **5** 分；
- （二）未按时完成线上培训的，视情节轻重每次扣 **2—5** 分；
- （三）不遵守培训纪律的，视情节轻重，每次扣 **2—5** 分；
- （四）未按要求提交培训结业相关材料的，每次扣 **2** 分。

第十条 纪律作风 **20** 分。各级疾控监督员应当遵守医护人员职业道德和医疗机构各项规章制度，自觉接受监督员管理办公室统一管理。

（一）疾控监督员履职中出现下列情形之一的，经核实，每次扣 2 分，由监督员管理办公室劝诫。

- 1.岗位职责意识不强，参与疾控监督工作虚化；
- 2.未经批准或假借本职工作之名，不参加联合检查、联席会议、问题处置等疾控监督现场工作的；
- 3.查处问题时，提供不实材料，弄虚作假的，

（二）疾控监督员履职中出现下列情形之一的，经核实，免除资格，并通报所在单位。

- 1.利用监督员工作之便为自己或者他人谋取私利；
- 2.侵害公民、法人或者其他组织的合法权益；

3.本人申请辞去担任疾控监督员的；

4.违纪违法的其他行为。

第十一条 加分项目。疾控监督员履职中出现下列情形之一的，予以加分，得分计入年度评价总分。

（一）所在医疗机构严格落实《江西省医疗机构传染病防控责任清单》（**2024**年版），疾病预防控制工作明显加强；加**5**分；

（二）所撰写的有关疾控监督员工作的调研文章、经验材料，被省级评为优秀文章或刊物（含省疾控局编印的工作动态）采用的，每篇加**5**分；被国家级评为优秀文章或刊物采用的，每篇加**10**分；同一文章、材料被多级评为优秀文章或刊物采用的，以最高级计分**1**次。

（三）在省级有关疾控监督员工作会议上作典型发言的，每次加**5**分；在国家级有关疾控监督员工作会议上作典型发言的，每次加**10**分；同一经验在多级交流的，以最高级计分**1**次。

第三章 评价实施

第十二条 疾控监督员评价由各级疾控部门统筹协调，同级疾控监督员管理办公室组织实施。

（一）省直医疗机构：专职疾控监督员评价，由省监督员管理办公室组织实施；兼职疾控监督员评价，由驻点专职疾控监督员协同医疗机构监督员管理办公室组织实施。

（二）对派驻有专职疾控监督员的地市、县区医疗机构疾控

监督员评价，由同级监督员管理办公室组织实施；

（三）对未派驻有专职疾控监督员的地市、县区医疗机构兼职疾控监督员评价，由同级疾控部门协调专职疾控监督员、相关领域专家组建评价组，协助监督员管理办公室组织实施。

第十三条 各级监督员管理办公室组织开展评价，应抽调相关领域专家组成不少于三人的评价小组，按照个人述职、现场查看、听取医疗机构意见、成绩评定、结果公示的程序进行。评价应当注重个人实际工作表现和所在医疗机构疾控工作落实情况。

第四章 等级评定

第十四条 疾控监督员日常工作评估，基础分 100 分，按本办法第八、九、十条之规定扣分，以扣完各条总分为限，不作等级评定。评估结果由管理办公室在本级通报，并报上一级管理办公室备案，作为疾控监督员实际工作表现的重要衡量和年度评价的重要依据。

第十五条 疾控监督员年度评价，在日常工作评估基础上，结合其年度驻点工作成效情况进行全面评定，综合加分项目，计算年度总分，总分 ≥ 90 分为优秀；总分 61 分—89 分为称职；总分 60 分以下为不称职。原则上，优秀等次总数不超过 25%。

第十六条 各级疾控监督员管理办公室应在完成年度评价后 10 个工作日内，将评价结果上报同级疾控部门和上一级监督员管理办公室。

第五章 结果运用

第十六条 评价结果，作为疾控监督员人事关系所在单位干部考核任用、工作人员岗位聘任、职称职务晋升、表彰奖励等重要依据。在其职称晋级或职务晋升上给予政策倾斜，并将履职经历同等列入加分项。

第十七条 被评定为年度优秀等次的疾控监督员，其人事关系所在单位应按照不低于本单位年度优秀人员的相关奖励政策进行奖励；连续两年评定为年度优秀等次的疾控监督员，在职称和职务晋升时，同等条件下优先考虑。

第十八条 被评定为不合格的疾控监督员，免除资格，取消当年评优评先资格，并在本单位通报。

第六章 附 则

第十九条 本办法共五章20条，由江西省疾病预防控制中心负责解释。

第二十条 本办法自2024年12月5日起施行。

附件 4:

《江西省医疗机构疾控监督员工作清单》

(2024 年版)

为规范医疗机构疾控监督员现场工作流程,进一步推动我省疾控监督员制度试点工作落地生效,持续深化医防协同、医防融合,根据试点工作相关文件精神,结合《江西省医疗机构传染病防控责任清单》(2024 版)和传染病防控工作相关要求,制定《医疗机构疾控监督员工作清单》。

本清单对《江西省医疗机构传染病防控责任清单(2024 年版)》进行了细化,清单未涵盖部分,按照《江西省医疗机构传染病防控责任清单(2024 年版)》执行,本清单将根据相关业务工作要求变化情况及实际使用中发现的问题,及时进行补充完善和修订更新。

附件:

第一部分 医疗机构落实传染病防控主要工作内容和相关要求

第二部分 医疗机构落实传染病防控工作各项指标及评估依据

第三部分 驻昌省级医疗机构承担哨点监测、定点医院一览表

第一部分

医疗机构落实传染病防控主要工作内容和相关要求

一、传染病报告组织管理体系建设

（一）工作机制与管理制度

明确传染病报告管理工作的各部门及职责，并制定工作流程。建立健全传染病诊断、登记、报告、培训、质量管理和自查等制度。

（二）人员配备

指定专（兼）职人员负责传染病信息报告管理工作。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。

（三）配备传染病信息报告专用计算机和相关网络设备

一级及以上医疗机构应配备传染病信息报告专用计算机和相关网络设备，保障疫情报告及其管理工作。

（四）传染病门诊建设

二级以上综合医院应当建立传染病预检、分诊制度和工作流程，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。二级以上综合医院每年4-10月设置肠道门诊。二级以上综合医院、所有儿童专科医院都要在医院独立区域规范设置发热门诊和留观室，有条件的乡镇卫生院和社区卫生服务中心可在医疗机构独立区域设置发热门诊（或诊室）和留观室。

二、传染病信息报告管理

（一）门诊日志、入/出院登记、检测检验和放射影像登记

在诊疗过程中应规范填写或由电子病历、电子健康档案自动生成规范的门诊日志、入/出院登记、检测检验和放射影像登记。要项目设置齐全，填报规范。

（二）检测检验部门、放射影像部门建立传染病诊断有关的异常结果的反馈机制

检测检验部门、放射影像部门有传染病诊断有关的异常结果的反馈记录。

（三）传染病报告质量及自查

首诊医生在诊疗过程中发现传染病病人、疑似病人和规定报告的病原携带者后，应立即按要求填写“传染病报告卡”，或通过电子病历、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，并按规定时限和程序进行报告。医疗机构定期开展本单位传染病报告管理自查工作，定期通报自查结果，监督整改。

（四）培训工作

负责对本单位相关医务人员进行传染病诊断标准和信息报告管理技术等内容的培训。培训对象为医务人员、网报人员、实习生及进修生等，培训内容包括但不限于：《传染病防治法》、《国家突发公共卫生事件应急预案》、《全国医疗机构卫生应急工作规范》、《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》、《传染病信息报告管理规范（2015版）》、《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》等相关法律法规，《全国传染病信息报告管理工作技术指南（2016版）》、传染病诊断标

准等。

（五）疫情分析与利用

医疗机构要定期进行传染病报告的汇总或分析。并将疫情分析结果及时在本单位通报。

（六）资料保存

各级各类医疗卫生机构的纸质《传染病报告卡》及传染病报告相关记录保存 3 年。不具备网络直报条件的医疗机构，其传染病报告卡由代报单位保存，原报告单位必须进行登记备案。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。

（七）信息系统安全管理

各级各类医疗卫生机构（包括疾控机构、医疗机构）必须使用专网或与互联网安全隔离的虚拟专网进行网络报告。本着“谁使用，谁负责”的原则，信息系统使用人员不得转让或泄露信息系统操作账号和密码，坚决杜绝网络直报系统用户和密码共享（如上传至互联网或随意张贴），避免多人使用一个账号。发现账号、密码已泄露或被盗用时，应立即采取措施，更改密码，同时向属地疾病预防控制机构上报，属地疾病预防控制机构逐级向上级疾病预防控制机构报告。传染病信息的对外发布按照有关规

定和要求执行。除国家和省级卫生健康行政部门可依法发布传染病监测信息外，责任报告单位和责任报告人以及传染病防治相关人员无权向社会和无关人员透露。传染病信息报告、管理、使用部门和个人应建立传染病数据使用的登记和审核制度，不得利用传染病数据从事危害国家安全、社会公共利益和他人合法权益的活动，不得对外泄露传染病病人的个人隐私信息资料。

（八）监督与考核

各级各类医疗机构应将传染病信息报告管理工作纳入工作考核范围，定期进行自查与通报。协助疾病预防控制机构开展传染病疫情调查和信息报告管理工作考核与评估。

三、传染病防控应急管理

（一）建立健全卫生应急组织体系

1、各级医疗机构均应成立医院卫生应急工作领导小组，建立医院应急指挥组织架构，明确各组或各部门/各科室在应急工作中的具体职责与任务；

2、组建传染病应急队伍和专家组，建立与属地疾病预防控制机构的联动机制。

（二）建立健全卫生应急管理制度

1、制订传染病预防控制应急预案、应急队伍、装备物资等各类应急管理制度；

2、制定应急值守、信息通报以及培训演练等应急工作制度。

（三）制定传染病预防控制应急预案

1、医疗机构根据可能出现的突发传染病事件和既往发生的传染病事件，制定传染病预防控制应急预案；

2、针对预案开展应急演练。

（四）开展传染病应急培训和演练。

1、制定年度培训、演练计划及考核标准；每年开展卫生应急相关法律、法规、预案、传染病应急处置及传染病应急知识与技能的培训，并组织考核。培训考核的内容涵盖了本地区、本院需要应对的主要突发传染病事件。

2、每年至少组织一次传染病应急演练，演练后进行总结、汇报，制定并落实改进措施。

四、重点传染病防控和监测工作

（一）艾滋病

1、艾滋病病例报告

各级医疗机构发现符合报告标准的感染者或病人时，填报《中华人民共和国传染病报告卡》和《传染病报告卡艾滋病性病附卡》；已报告的感染者发展为病人时，对《中华人民共和国传染病报告卡》和《传染病报告卡艾滋病性病附卡》做订正报告。

2、艾滋病哨点监测

承担性病门诊男性就诊者哨点监测工作的医疗机构，对主动前来性病门诊或以性病诊疗为主要求诊目的、年龄 ≥ 16 岁的男性，在监测期内开展问卷调查、采血检测等工作。

承担孕产妇哨点监测工作的医疗机构，对准备分娩进行孕产

期保健的孕妇，收集哨点所在单位的上一年度 7-12 月和本年度 1-6 月孕产妇筛查数据，填报孕产妇检测数据收集表。

3、艾滋病检测工作

艾滋病检测实验室所在医疗机构，按照“知情不拒绝”原则，对术前、受血前等患者，肛肠科、泌尿外科、皮肤性病科、生殖健康科、妇产科、感染科等重点科室的就诊者，以及有性病、艾滋病相关临床症状体征和高危行为史的就诊者提供艾滋病检测服务，并做好艾滋病病毒抗体筛查有反应者后续确证检测追踪和送检服务。

艾滋病检测实验室，按时填报实验室基本信息、实验室检测设备、艾滋病病毒抗体检测情况统计报表、实验室样品检测份数、艾滋病职业暴露事件报告。

4、艾滋病抗病毒治疗

艾滋病抗病毒治疗定点医院，在每位艾滋病病毒感染者/病人入选治疗后、第一次领取抗病毒治疗药物 2 天内填报《基本情况表》；所有接受抗病毒药物治疗的艾滋病病毒感染者/病人在每次领取抗病毒治疗药物 5 天内填报《随访用药表》。

5、艾滋病暴露后预防处置

艾滋病暴露后预防处置门诊，开展艾滋病暴露后预防求询者的暴露风险评估、实验室检测、预防服药和随访管理，分别于就诊当天、1 个月、3 个月填报**艾滋病暴露后预防个案表**。

（二）梅毒

各级医疗机构按照梅毒诊断标准报告梅毒分期病例报卡。

（三）丙肝

1、丙肝抗病毒治疗定点医疗机构

（1）消除丙肝危害工作的机制建设

建立健全院内丙肝防治工作机制，明确管理部门和相关科室职责，统筹相关业务科室实施并做好台账管理。

（2）病例筛查

对照《江西省消除丙型肝炎公共卫生危害行动实施方案（2021-2030年）》要求，对丙肝感染重点人群开展丙肝抗体筛查工作。

（3）病例诊断

对丙肝抗体阳性病例，落实“核酸检测全覆盖”要求，并按《丙型肝炎诊断（WS213-2018）》进行诊断分类。

（4）病例报告

准确报告丙肝病例相关信息，并在丙肝防治信息系统中追踪核酸检测结果。

（5）病例治疗

统筹做好院外转介、院内非丙肝诊疗科室发现丙肝病例的治疗工作，并提供医学随访等服务。符合治疗条件的慢性丙肝患者的抗病毒治疗率达80%以上，接受抗病毒治疗患者的临床治愈率达95%以上。要将丙肝病例的治疗和转归信息录入丙肝防治信息系统。

（6）宣传与培训

结合每年“世界肝炎日”等重要时间节点，开展消除丙肝危害主题宣传活动。要将丙肝防治相关内容纳入院内医务人员培训计划，开展相关知识培训，确保全员覆盖。

2、非丙肝抗病毒治疗定点医疗机构

（1）重点人群筛查

对照《江西省消除丙型肝炎公共卫生危害行动实施方案（2021-2030年）》要求，对丙肝感染重点人群开展丙肝抗体筛查工作。不具备丙肝抗体检测能力的医疗机构，可转介病例至定点医疗机构开展相应检测，并留存转介工作记录。

（2）病例诊疗

对丙肝抗体阳性病例，落实“核酸检测全覆盖”要求，并按《丙型肝炎诊断（WS213-2018）》进行诊断分类。不具备丙肝核酸检测/诊疗能力的医疗机构，可转介病例至定点医疗机构开展后续诊疗，并留存转介工作记录。

（3）病例报告

准确报告丙肝病例相关信息。报告确诊病例时，需备注丙肝核酸检测结果、采血日期等信息。

（四）结核病

1、省/市/县（区）级结核病定点医疗机构（含结核病防治所）

（1）医疗机构诊室设置要求

诊室设置、人员防护、消毒装置设置等符合感染控制相关要求。

（2）病例报告

肺结核或疑似肺结核病例诊断后，应在 24 小时内进行传染病网络报告，并在确诊后进行登记管理；核查漏报、擅自更改诊断情况。对因症就诊患者中出现肺结核可疑症状者，院内推介到结核门诊进行结核病检查。

（3）病原学检测工作

每例病原学阳性肺结核患者应至少 3 例密切接触者接受筛查；对小于 5 岁病原学阳性患者密切接触者、HIV/AIDS、学校聚集性疫情密切接触者开展预防性治疗。定点医疗机构开展肺结核分子生物学诊断检查 85% 以上。对病原学阳性患者及耐药高危人群开展分子生物学耐药检测、培养，要求 90% 以上。

（4）学校结核病筛查

对于在校学生病例反馈患者信息给疾控中心/学校，协助疾控中心开展校内、校外学校结核病患者密切接触者筛查，有相关记录可查询。

2、基层医疗卫生机构/其他医疗机构

（1）病例报告

对发现的肺结核或疑似结核病患者，24 小时内进行传染病报告。对因症就诊患者中有肺结核可疑症状者，转诊到结核病定点医院医疗机构结核门诊进行结核病检查；无截留病人，漏报、误报

的情况。

（2）重点人群筛查

对结核病重点人群（老年人、糖尿病患者、病原学阳性肺结核患者的密切接触者）开展结核病主动筛查。

（3）规范化管理

基层医疗机构按基本公共卫生服务要求，开展 72 小时内入户调查，完成全疗程访视及督导服药并记录，并对完成疗程患者服药记录卡收回保管。

（五）疟疾

疟疾定点医院和部分重点乡镇卫生院应强化疟疾发热病人疟原虫镜检工作，疟疾定点医院每月镜检不少于 10 人次。

（六）乙脑

医疗机构发现乙脑病例或疑似病例时，按《流行性乙型脑炎病例标本采集指南》采集、保存病人脑脊液、血液标本。标本采集后，联系疾控机构进行标本转运。

（七）流脑

医疗机构发现疑似流脑病例时，无论是否使用抗生素治疗，都要尽快采集病人脑脊液、血液、瘀点（斑）组织液标本，标本要尽可能在使用抗生素治疗前采集。标本采集后，联系疾控机构进行标本转运。

（八）麻疹

医疗机构负责对就诊的麻疹监测病例（监测病例定义为发热、

出疹，伴咳嗽、卡他性鼻炎、结膜炎、淋巴结肿大、关节炎/关节痛症状之一者，或传染病责任疫情报告人怀疑为麻疹或风疹的病例）同时采集血标本和发病 5 日内的病原学标本，完整填写标本送检表，在采集后 3 日内送达本地县级疾病预防控制中心，发生暴发疫情时要快速送检。麻疹血标本采集率达到 90% 以上。

（九）急性弛缓性麻痹（AFP）病例

1、AFP 病例报告

所有 15 岁以下出现急性弛缓性麻痹症状的病例，和任何年龄临床诊断为脊灰的病例均作为 AFP 病例按要求报告。

2、AFP 主动监测

所有县级以上综合性医院、神经专科医院、儿童医院、传染病医院、综合性中医医院等均为 AFP 主动监测医院，每旬开展 AFP 病例主动搜索工作。

3、AFP 病例标本的采集运送

对所有 AFP 病例应采集双份大便标本。标本的采集要求是：在麻痹出现后 14 天内采集；两份标本采集时间至少间隔 24 小时；每份标本重量 ≥ 5 克（约为成人的大拇指末节大小）。AFP 病例 14 天内双份合格大便标本采集率 $\geq 80\%$ 。标本采集后，联系疾控机构进行标本转运。

（十）百日咳

1、哨点监测

根据哨点医院内部科室设置实际情况,选择所有可能接诊百日咳病例的科室开展监测:(1)儿童医院:监测 <15 岁病例,以门诊、新生儿科、呼吸科、急诊科、感染性疾病科等为主。(2)其他医院:监测 ≥ 15 岁病例,以门诊、呼吸科、感染性疾病科等为主;

2、病例发现

哨点医院监测科室医务人员按照监测病例定义,对每天就诊的病例进行诊断,并每天登记各年龄组中符合监测病例定义的患者数和门急诊病例就诊总数,填写《百日咳哨点监测原始登记表》。诊断为百日咳的监测病例应按照乙类传染病报告规范进行网络直报。

3、标本采集

儿童医院每周采集标本不低于30例(住院和门诊病例占比为1:1),其中0-4岁、5-9岁、10-14岁组各10例。不足30例的全部采样。其他医院主要采集15岁及以上符合监测病例定义的患者标本,每周标本量不低于30例(住院和门诊病例占比为1:1),其中60岁及以上老年人不少于10例。不足30例的全部采样。

4、标本检测

优先选择未使用抗生素的监测病例进行标本采集,标本采集优先选择鼻咽拭子,同时填写《百日咳监测病例标本采集检测登记表》。由哨点医院开展核酸检测,并将检测结果补充在上述附

表中。

（十一）霍乱

1、病例报告

发现疑似、临床诊断及确诊霍乱病例，应立即向疫情主管部门报告，在 2 小时内进行网络直报；医务人员在短时间内发现有与霍乱病例症状相似的多例病例时，要及时报告当地疾病预防控制中心；各级各类医疗机构、疾病预防控制中心、卫生检验机构执行职务的医务人员发现霍乱暴发、流行时，按照《国家突发公共卫生事件应急预案》规定级别的要求，通过“传染病疫情网络直报系统”和“突发公共卫生事件报告管理信息系统”进行报告。

2、病原学监测

医疗机构应做好日常腹泻患者的就诊登记，对有霍乱疑似症状的患者应采集标本（粪便、呕吐物或肛拭子）进行霍乱相关细菌学检查。在霍乱流行季节（4~10 月）须按照卫健委有关规定设立规范的感染科（肠道门诊），并按要求做好腹泻病例的就诊登记（专册登记、医院病例管理信息系统记录等），逢泻必登，逢疑必检，每年对腹泻病例的病原菌分离检索率不低于腹泻病例总数的 10%。完成门（急）诊和住院病例的腹泻病例的登记和标本采集、病原体的分离培养、疫情报告和腹泻病例检索情况统计报告，协助疾病预防控制中心开展病例个案调查，配合疾病预防控制中心完成本监测方案所要求的其它监测工作等。

3、院内感染防控要求

医务人员应戴口罩、帽子、穿隔离衣、防水鞋套、戴手套，严格执行手卫生。患者的呕吐物、排泄物、污染物品、敷料等严格消毒，厕所、便器或盛装容器每次使用后应及时消毒。对污染的房间、厕所、走廊等环境表面，应先消毒再清除明显的排泄物。患者的生活垃圾按感染性废物进行处理。患者出院后应对收治病区进行终末消毒。

（十二）手足口病

1、病例报告

医疗机构应按照规定，对符合病例定义的手足口病病例进行报告。如为重症病例，请在“重症患者”处选择“是”；如为实验室诊断病例，请在“实验室结果”处选择相应的肠道病毒病原学分型信息。托幼机构和学校、医疗机构发现手足口病聚集性病例时，应以最快的方式向县（区）级疾病预防控制机构报告；局部地区或集体单位发生流行或暴发时，按照有关规定，及时进行突发公共卫生事件信息报告。

2、病原学监测

所有重症和死亡病例均需采样，采样均由医疗机构完成，及时送至县（区）级疾病预防控制机构或指定的检测机构检测。检测机构将实验室检测结果于24小时内反馈给县（区）级疾病预防控制机构。

（十三）伤寒副伤寒、非伤寒沙门菌

伤寒副伤寒、非伤寒沙门菌监测地区的医疗机构，应根据每个病例病程，尽早、用抗生素药物之前，采集病例粪便标本及发热时的血液标本，送至属地疾病预防控制中心。

（十四）病毒性腹泻

哨点医院开展 5 岁以下腹泻住院患儿信息收集和标本采集。监测点全年 5 岁以下腹泻住院患儿信息收集和标本采集总数 300 人，低发月份两家医院每月信息收集和采集标本数累计不低于 15 例。其他医疗机构开展常规腹泻病疫情监测。

（十五）流感

1、哨点监测

哨点医院每日按科室收集分年龄组的门急诊 ILI 数和门急诊病例就诊总数以及流感样病例（ILI）中新冠病毒核酸或抗原检测人数和检测阳性人数，主管科室于每周一 24 时前将前一周本院各监测科室数据录入到“中国流感监测信息系统”相应模块。

2、标本采集和送检

每家哨点医院每周平均采集流感样病例标本 20 份（每周不能低于 10 份，不超过 40 份）；标本采集日期应均匀分布，避免集中、突击采样。在疾控机构的指导下，采集病例的临床标本，应妥善保存，与疾控机构配合进行标本转运。哨点医院监测诊室的医护人员采集流感样病例标本时，须填写“流感样病例标本原始登记送检表”，随同标本 48 小时内送至对应的流感监测网络实验室。

3、医务人员培训

每年要组织开展对相关科室的流感样病例监测工作培训。

(十六) 新冠

1、病例流行病学调查

病例的临床严重程度订正为重型或者危重型后,待病例出现临床结局(出院或者死亡)后 72 小时内,收治报告病例的医疗机构配合完成所有新冠病毒感染重型、危重型和死亡病例第 6-8 部分内容的调查。

2、变异株监测(原有 15 家哨点医院)

每周每家哨点医院采集至少 6 份符合测序要求的样本(新冠病毒核酸检测阳性, Ct 值 ≤ 32)。各哨点医院每周测序样本中重症和死亡病例占 10%以上, 65 岁以上年龄组样本占 10%以上, 患有艾滋病和结核病、肿瘤、放化疗长期使用免疫抑制剂等免疫功能低下人群样本占 10%以上。每个哨点医院每周采集的测序样本应记录病例的姓名、性别、居住地、临床症状、诊断日期、采样日期、联系电话等信息。

3、标本采集

采样时首选上呼吸道样本,包括鼻咽拭子、口咽拭子等,条件允许时采集下呼吸道样本,如深咳痰液、肺泡灌洗液、气管抽吸物等,使用灭活型采样液采样。应及时将采集的样本送至当地疾病预防控制中心,样本采集完成后 72 小时内送至测序实验室。

每个哨点医院每周采集的测序样本应记录病例的姓名、性

别、居住地、临床症状、诊断日期、采样日期、联系电话等信息。

（十七）严重急性呼吸道感染病例（SARI）

1、哨点监测

哨点医院每日收集分年龄组新收入院病例总数、住院 SARI 病例数、SARI 病例中新冠病毒核酸或抗原检测人数和检测阳性人数、新冠病毒检测阳性的 SARI 病例中收治 ICU 病例数和死亡数，主管科室于每周一 24 时将前一周本院各监测科室数据录入到“中国流感监测信息系统”相应模块。

2、病原学监测

哨点医院（6 家多病原哨点医院）每周采集 5-15 份 SARI 标本，全年达到平均每周 10 份 SARI 标本并做多病原检测。

（十八）不明原因肺炎

1、病例报告

在做好病例救治的同时，应询问病例的流行病学史，填写不明原因肺炎病例个案报告卡，以“临床诊断病例”类型上报；两周内发现的两例或以上具有流行病学相关性的不明原因肺炎病例，将个案报告卡在 2 小时内进行网络直报。其他不明原因肺炎病例均由医疗机构在 24 小时内进行网络直报。

2、标本采集运送

医疗机构在疾控机构指导下，及时采集病例的相关临床样本。采集的临床标本包括病人的鼻咽拭子、下呼吸道标本（如气管分泌物、气管吸取物）和血清标本等。为保证标本检测质量，

采集的每份标本分为 3 管备用；病例的临床标本采集后，按照生物安全的相关规定进行包装，在 24 小时内转送到所在辖区流感监测网络实验室进行检测。

（十九）鼠疫

医疗机构应建立健全预检分诊和发热门诊制度，根据患者的流行病学史和临床表现，按照《鼠疫诊疗方案（2023 年版）》《鼠疫诊断标准》等对患者进行诊治。按照疑似鼠疫病例处置方式，采取防护、隔离、采样等应急措施；按照法定传染病报告程序报告。

（二十）猴痘

1、症状监测

医疗机构要开展猴痘样症状监测，尤其是皮肤（性病）科、肛肠科、艾滋病自愿咨询检测门诊等要重点关注猴痘样症状者。各级各类医疗机构、疾控机构在对男男性行为人群等重点人群开展诊疗或检测咨询服务时，应主动询问是否有猴痘样症状及其可疑接触史。

2、个案调查

配合属地疾病预防控制机构对疑似病例和临床诊断病例进行个案流行病学调查，完成流行病学调查报告。

3、隔离治疗

病例所在医疗机构当对猴痘疑似病例和确诊病例及时进行隔离治疗。若对病例采取居家隔离治疗，应发放《猴痘病例居家

隔离治疗健康告知书》，并指定医疗机构应安排专人负责上门或电话随访，提供健康咨询和医疗指导。

4、标本采集运送

病例所在医疗机构采集病人皮肤或黏膜病变部位标本以及口咽拭子标本，送辖区疾病预防控制中心进行检测。

（二十一）登革热

1、病例报告、实验室诊断与病例报告订正

在诊断登革热病例（疑似、临床或实验室诊断病例）后 24 小时内填写报告卡进行网络直报。配合属地疾病预防控制中心对病例进行个案调查。对需要进行实验室核实诊断的病例，包括散发病例、暴发疫情早期不少于 5 例的疑似或临床病例、重症病例、死亡病例以及为查明疫情性质和波及范围而确定的病例，应及时采样送疾控机构开展实验室核实诊断；并于完成检测 3 天内病例传染病报告卡“病例分类（疑似病例、临床诊断病例和确诊病例）”进行订正，若有血清分型（登革 1,2,3,4 型）结果也需在报告卡“备注”栏注明。

2、隔离治疗

病例应采取防蚊隔离治疗，病程超过 5 天，且体温自然下降至正常超过 24 小时及以上可解除隔离。

（二十二）肾综合征出血热

1、个案调查

配合属地疾病预防控制中心对出血热临床诊断病例和实验

室确诊病例进行个案调查，填报出血热个案调查表。

2、标本采集

对临床诊断病例进行个案调查后采集急性期血清，送有条件的县级（市级）疾病预防控制机构，应用 MacELISA 或胶体金标记试纸条方法进行血清学核实诊断。

（二十三）狂犬病

1、狂犬病预防处置门诊设置

从事狂犬病暴露预防处置的医务人员须经县级及以上地方卫生健康部门、疾控部门组织的专业培训，考核合格后方可上岗。狂犬病预防处置门诊应合理设置外伤处置和疫苗接种等功能分区，具备必要的伤口冲洗、冷链等设备以及狂犬病疫苗及其被动免疫制剂、应急抢救药品等，原则上应配备至少两种不同种类的狂犬病疫苗。需开展破伤风预防处置的狂犬病预防处置门诊应配备破伤风疫苗及其被动免疫制剂。狂犬病预防处置门诊应建立健全相应的管理制度，主要包括人员管理、疫苗和冷链管理、知情告知、接种信息采集报告、疑似预防接种异常反应监测报告等制度。

应具有满足免疫规划信息系统运行和信息化管理需要的设备，如计算机、身份识别设备、扫码设备、打印机等；具有保证数据传输的网络环境。严格落实疫苗全程电子追溯管理要求，确保每一支疫苗的储存、运输和使用等环节信息均录入江西省免疫规划信息系统，做到疫苗扫码出入库、受种者信息扫码登记、扫

码接种，杜绝不扫码出入库和不扫码接种情况的发生。

2、流行病学调查及采样

各级各类医疗机构负责狂犬病病例的发现及报告工作，协助县、区级疾病预防控制中心进行流行病学调查及标本采集工作。

（二十四）发热伴血小板减少综合征

1、病例报告

各级医疗机构医务人员在日常诊疗活动中发现符合病例定义的病例时，具备网络直报条件的应参照乙类传染病的报告要求于24小时内通过中国疾病预防控制中心信息系统进行网络直报。尚不具备网络直报条件的单位应以适当通讯方式（如电话、传真等）及时向当地县（区）级疾病预防控制中心报告，并及时寄送出传染病报告卡，县（区）级疾控机构在接到报告后立即进行网络直报。疾病诊断选择“其它传染病”中的“发热伴血小板减少综合征”，病例分类选择“疑似病例”、“临床诊断病例”或“确诊病例”。

2、实验室检测及标本保存

各级医疗机构发现疑似病例时，及时采集病人急性期（发病1周内）血清标本，进行病原学及/或血清学检测。必要时，应采集患者恢复期（病程第2-4周）血清标本进行核实检测。

每份血液标本应不少于3毫升，分离血清后，低温（ $<-20^{\circ}\text{C}$ ）保存。保存时间超过1周以上时，应于 -70°C 或以下温度冰箱保存。

（二十五）布鲁氏菌病

1、流行病学调查

配合属地疾病预防控制机构对疑似病例和临床诊断病例进行个案流行病学调查、标本采集和实验室检测。流调率和实验室检测率达到 100%。病例所在医疗机构对已获得布鲁氏菌菌株标本，应及时运送至疾病预防控制机构鉴定保存。

2、治疗

各地可以采取医院医生随访、村医当面（电话）等方式督促布病患者足疗程的完成抗生素治疗，填写《急性期和亚急性期布病病例督导治疗记录卡》。

五、死因登记及慢性病防控管理

（一）死亡病例报告

医疗机构根据规范要求对来院途中和院内死亡个案及时、准确、完整开具《居民死亡证明医学（推断）书》，并在开具后 15 日内进行网络报告。健全本单位报告制度，落实原始资料保存，定期开展质量控制和数据质控。

（二）慢性病防治健康教育活动

医疗机构心脑血管疾病、癌症、糖尿病和慢阻肺等相关诊疗科室应当开展心脏病、脑卒中、肿瘤、糖尿病、高血压和慢阻肺等慢性病及其危险因素专题主题宣传活动，候诊和诊室内张贴宣传画、摆放宣传折页，播放宣传视频，开设科普微信平台。相关临床医务人员对患者提供诊疗或随访管理服务时，应对患者提供

个性化健康指导。

（三）肿瘤登记报告管理

各级医疗机构建立健全内部肿瘤登记报告制度，对本院新就诊的肿瘤病例通过“中国肿瘤登记平台”进行网络直报，并对相关资料进行保存和管理。肿瘤病例登记范围为全部恶性肿瘤、原位癌、中枢神经系统良性及动态未定肿瘤、真性红细胞增多症、骨髓增生异常综合征，淋巴、造血及有关组织动态未定或动态未知的其他肿瘤。医院指定专人负责全院肿瘤病例信息汇总、整理、质控和上报；有肿瘤登记报告的奖惩制度并有执行记录；开展院内肿瘤登记报卡培训。

（四）心脑血管疾病监测

医疗机构报告人按照《中国居民心脑血管事件监测工作手册》要求收集本单位心脑血管发病事件信息，填写报告卡，经报告单位初核后通过国家监测系统采用病例个案填报和（或）批量导入上报。纳入监测的心脑血管病发病事件包括：急性心肌梗死；心绞痛，只监测接受经皮腔内冠状动脉成形术（Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty, PTCA）/支架植入和/或冠状动脉旁路移植术（Coronary Artery Bypass Grafting, CABG）的心绞痛病例；脑卒中，包括蛛网膜下腔出血、脑出血、脑梗死及难分类脑卒中；心脏性猝死。

（五）慢性病综合防控示范区建设

县（区）的各级医疗卫生机构积极履行本单位需承担的工作

职责。详见《国家慢性病综合防控示范区建设管理办法》。

（六）慢性病与健康监测工作

基层医疗机构参与承担慢性病及其危险因素监测、营养与健康监测、特定健康问题哨点监测工作的实施，协助当地疾控机构组织被抽中调查对象参加现场调查，做为监测队伍成员开展现场调查及质控工作。

（七）营养健康食堂建设

二级以上医疗机构开展营养健康食堂建设，从食堂基本要求、管理体系建设、营养健康宣教、合理配餐和烹饪，供餐服务、服务改进等方面全面提升，为患者、患者家属、医务人员提供营养健康饮食。

六、预防接种工作

（一）预防接种单位和人员资质

1、接种单位应当具备的条件

（1）取得医疗机构执业许可证。

（2）具有经过县级人民政府卫生健康主管部门组织的预防接种专业培训并考核合格的医师、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。

（4）符合条件的医疗机构可以承担非免疫规划疫苗接种工作，并应当报颁发其医疗机构执业许可证的卫生健康主管部门备案。

2、人员资质

(1) 从事受种者健康状况询问与接种禁忌核查、知情告知、疫苗接种操作、疑似预防接种异常反应病例救治等工作的技术人员，应为经专业培训并考核合格的医师、护士或乡村医生。

(2) 疫苗出入库管理、冷链温度监测和信息登记工作，可由非医疗卫生专业资格人员承担。

(3) 具备条件的乡镇卫生院或社区卫生服务中心至少应有1名公共卫生医师从事预防接种相关服务工作。

3、人员培训

(1) 预防接种相关人员均须经过预防接种专业培训，每年至少1次。

(2) 从事新生儿乙肝疫苗以及卡介苗、狂犬病疫苗、破伤风疫苗等疫苗接种的人员须接受相关专业培训。

(3) 预防接种相关人员须接受过敏性休克等严重疑似预防接种异常反应病例救治的专业培训。

4、接种单位建设

应符合《江西省常规预防接种单位建设指引（2024年版）》相关要求。

(二) 疫苗接收与储运管理

1、接种单位只能接收疾病预防控制机构供应的疫苗

(1) 接种单位根据预防接种工作需要和受种者需求每月向本行政区域县级疾病预防控制机构上报下月疫苗领取计划，疾病

预防控制机构按照规定及时向接种单位供应疫苗。

(2) 接种单位只能接收疾病预防控制机构供应的疫苗，对疾病预防控制机构以外的单位和个人提供的疫苗不得接收。

2、疫苗的接收、购进、分发、供应、使用登记和报告记录

(1) 疫苗在储存、运输全过程中应当处于规定的温度环境，冷链储存、运输应当符合要求，并定时监测、记录温度。

(2) 疫苗批签发证明、进口药品通关单、疫苗运输全过程的温度监测记录等疫苗接收相关资料、免疫规划/非免疫规划疫苗使用计划报表、库存盘点、疫苗损耗剂次数及损耗原因记录等相关资料齐全，且保存至疫苗有效期满后不少于5年备查。

(3) 接种单位接收或购进疫苗时，应索取加盖疫苗上市许可持有人印章的批签发证明复印件或电子文件；接收或购进进口疫苗的，还应索取加盖其印章的进口药品通关单复印件或电子文件。上述证明文件，应保存至疫苗有效期满后不少于5年备查。

(4) 接种单位接收或购进疫苗时，应索取本次运输、储存全过程温度监测记录或电子文档(从供货单位出库到收货单位入库)，对采用冷藏箱(包)运送到接种单位的，要查看冰排状况或冷藏箱(包)内的温度计，并做好记录；对不能提供本次运输、储存全过程温度监测记录或温度控制不符合要求的，不得接收或购进，并应立即向县级以上地方人民政府药品监督管理部门、疾控主管部门报告。上述温度记录资料，应保存至疫苗有效期满后不少于5年备查。

(5) 接种单位应根据预防接种工作的需要和受种者接种需求,填写“免疫规划/非免疫规划疫苗使用计划报表”,按规定定期上报县级疾控机构。

(6) 接种单位应当对当日疫苗的出入库情况、使用情况和损耗情况进行统计和核查,记录疫苗损耗剂次数及损耗原因等,并于每月底最后一个工作日开展本单位的库存盘点,做到日清月结,账、物相符;同时,通过免疫规划信息系统上报。

3、疫苗储存和出入库

(1) 采用冷库存放疫苗时,疫苗应置于货架上,保证与冷库地面、库墙留有一定距离。旋转的疫苗不能正对冷风机或高于冷风机的高度,以免影响制冷效果或导致疫苗冻结。搬运疫苗时应随时关门。

(2) 采用冰箱存放疫苗时,疫苗与箱壁之间至少留有1-2cm的空隙,疫苗不可放置在冰箱门内搁架上。

(3) 运输疫苗的冷藏箱(包),应根据环境温度、运输条件、使用条件放置适当数量的冰排。

(4) 冷藏箱(包)中疫苗的放置要求:脊灰减毒活疫苗、含麻疹成分疫苗、甲肝减毒活疫苗、乙脑减毒活疫苗等放在冷藏箱(包)的底层。卡介苗放在冷藏箱(包)的中层,并有醒目标识。百白破疫苗、白破疫苗、乙肝疫苗、脊灰灭活疫苗等疫苗说明书中标注严禁冻结的疫苗,要放在冷藏箱(包)的上层,不能直接接触冰排。其他疫苗按照剂型和疫苗说明书规定的温度,参

照上述要求放置。

(5) 疫苗储存在接种室的冷链设备中（不存放于医疗机构药房），直接接种人员取出后立即扫码接种出库。疫苗出库遵循“先进先出、近效期先出”的原则。

4、疫苗召回、报废处置

(1) 对报废疫苗按照医疗废物管理要求进行处置，并如实记录处置情况，记录内容包括疫苗名称、数量、疫苗上市许可持有人、批号、处置方式等，处置记录保存至疫苗有效期满后不少于5年备查。

(2) 疫苗召回时，按照《疫苗管理法》相关规定采取相应措施，并在免疫规划信息系统中做好记录。

5、疫苗储存温度监测

(1) 采用自动温度监测设备对普通冷库、低温冷库进行温度监测时，自动温度监测设备测量精度要求在 $\pm 0.5^{\circ}\text{C}$ 范围内，在疫苗储存过程中应至少每隔30分钟自动记录一次温度数据。发现异常温度记录要及时评估，根据评估结果采取相应措施。采用自动温度监测设备记录温度的可代替人工记录。

(2) 采用温度计或自动温度监测设备对冷链设备进行温度监测时，温度计应分别放置在冰箱冷藏室及冷冻室的中间位置。每日上午和下午各测温1次（间隔不少于6小时），并填写冷链设备温度记录表，每次应测量冰箱内存放疫苗的各室温度，冰箱温度应控制在规定范围（冷藏室为 $2^{\circ}\text{C} \sim 8^{\circ}\text{C}$ ，冷冻室 $\leq -15^{\circ}\text{C}$ ）。

采用自动温度监测设备记录温度的可代替人工记录。

(3) 冷链设备温度超出疫苗储存要求时，应及时将疫苗转移到其他设备单独存放，经评估不能使用的疫苗按照有关规定进行处置。

6、检查对包装无法识别、超过有效期、脱离冷链、经检验不符合标准、来源不明的疫苗进行登记、报告，依照规定记录销毁情况

(1) 接种单位应建立疫苗定期检查制度，接种单位应每月对本单位疫苗进行检查并记录，内容包括疫苗的数量、来源、包装、储存温度和有效期等。

(2) 对存在包装无法识别、储存温度不符合要求、超过有效期等问题的疫苗，要采取隔离存放、设置警示标志等措施，并按照医疗废物管理要求进行处置。

(3) 接种单位应如实记录问题疫苗处置情况，记录内容包括疫苗名称、数量、疫苗上市许可持有人、批号、处置方式等，处置记录应保存至疫苗有效期满后不少于 5 年备查。

(三) 冷链系统管理

(1) 冰箱补充、更新应选择医用冰箱。

(2) 为冷链设备建立设备档案，填写“冷链设备档案表”，并通过免疫规划信息系统进行报告。对新装备或状态发生变化的冷链设备，应在变更后 15 日内通过免疫规划信息系统更新报告。

(3) 当冷链设备状况异常时，应及时报告、维修、更换，

并做好设备维修记录。

(4) 建立冷链管理应急预案，确保突发停电或设备故障等问题，及时妥善处理。

(5) 冰箱的上部和散热面要分别留有 30cm、10cm 以上的空间，安装 3 台以上冰箱的刻意应安装空调或排气风扇。冰箱蒸发器结霜厚度 $\geq 4\text{mm}$ 时要及时除霜。

(四) 疫苗接种管理

1、预防接种证办理和管理

(1) 产科为新生儿办理预防接种证，其他常规接种单位为遗失预防接种证者补办预防接种，并打印预防接种证中的受种者基本信息和预防接种信息。

(2) 接种单位应在办理的预防接种证和预防接种凭证上加盖业务用章。

2、预防接种档案建立和管理

(1) 接种单位在为新生儿办理预防接种证或受种者首次来接种疫苗时，应为其在免疫规划信息系统中建立预防接种电子档案。

(2) 承担免疫规划疫苗的接种单位应至少每月对辖区儿童的预防接种档案进行 1 次查漏分析，发现未种者要及时通知其监护人。对死亡或连续 12 个月失去联系等情况，可以对其预防接种档案进行标记，不再纳入查漏分析和未种通知范围。

(3) 工作人员要负责做好受种者预防接种档案信息安全管

理和隐私保护，未经同级疾控主管部门许可，不得擅自向其他任何单位和个人提供。

3、接种前告知

（1）询问受种者（或监护人）健康状况。受种者健康状况询问内容包括是否有发热、咳嗽、腹泻等患病情况及过敏史、用药史等。

（2）核查接种禁忌。在询问健康状况的同时，核查接种禁忌，并向受种者或其监护人提出医学建议，如实记录提出医学建议的情况。

（3）接种单位可以通过家长课堂、视频、文字材料及互联网技术等方式进行预防接种宣传，使受种者或其监护人知晓预防接种相关知识。

（4）在正式实施接种前，接种人员应采取面对面的方式进行告知，并做到知情同意。应告知受种者或其监护人所接种疫苗的品种、作用、禁忌、注意事项、可能出现的不良反应和预防接种异常反应补偿方式等信息。受种者或其监护人选择非免疫规划疫苗，接种单位还应告知疫苗的价格和接种费用等信息。

（5）告知后由受种者或其监护人在纸质或电子知情同意书上签名确认，纸质签字存根由接种单位留底保存，电子知情同意书由接种单位备份保存，纸质或电子知情同意书签名资料由接种单位留档保存至疫苗有效期满后不少于5年备查。

4、三查七对一验证

实施接种前，要做到“三查七对一验证”，做到受种者、预防接种证和疫苗信息相一致，接种人员和受种者双方确认无误后方可实施接种。

三查包括：一是检查受种者健康状况、核查接种禁忌；二是查对预防接种证；三是检查疫苗、注射器的外观、批号、有效期。

“七对”是指核对受种者的姓名、年龄和疫苗的品名、规格、剂量、接种部位、接种途径。“一验证”是指接种前请受种者或其监护人验证接种疫苗的品种和有效期等。

5、安全注射

（1）接种前方可打开或取出注射器材。

（2）抽取疫苗后和注射完毕后不得回套针帽，不得用手分离注射器针头，防止被针头误伤。

（3）应将使用后的注射器具直接或毁型后投入安全盒或防刺穿的容器内，按照《医疗废物管理条例》统一回收销毁。

6、接种后留观

（1）告知受种者或其监护人，在接种疫苗后留在现场观察30分钟后方可离开。

（2）在现场留观期间出现疑似预防接种异常反应的，应按照国家疑似预防接种异常反应监测与处置相关要求，及时采取救治等措施，必要时转医院救治。

7、免疫规划信息系统记录

（1）接种单位应通过信息系统采集疫苗接种信息，内容包

括疫苗品种、疫苗上市许可持有人、疫苗批号、追溯码、有效期、接种日期、受种者、实施接种的人员等。

(2) 接种单位应通过扫描疫苗追溯码获取疫苗最小包装单位的识别信息。

(3) 接种单位应通过信息系统实现疫苗接种信息在预防接种证上的直接打印。

(4) 疫苗 100%实施扫码接种。

(五) 疑似预防接种异常反应(AEFI)的报告和处置

1、责任报告单位和报告人发现(包括接到受种者或者其监护人的报告)疑似预防接种异常反应后,应当填写疑似预防接种异常反应登记表,做好相关信息记录。

2、对以下情况责任报告单位应当在发现后 48 小时内,通过中国疾病预防控制中心信息系统(“监测报告管理”子系统中疑似预防接种异常反应报告相关模块)填报疑似预防接种异常反应个案报告卡:

(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、癍症等。

(2) 5 天内:如发热(腋温 $>38.6^{\circ}\text{C}$)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:怀疑与预防接种有关的其他严重疑似预防接种异常反应。

3、发现怀疑与疫苗接种有关的死亡、严重残疾、群体性疑似预防接种异常反应等对社会有重大影响的疑似预防接种异常反应时,经初步核实后应当在 2 小时内以电话等最快方式向接种单位所在地的县级疾病预防控制机构报告,并应当在 2 小时内通过信息系统上报疑似预防接种异常反应个案报告卡或者群体性疑似预防接种异常反应登记表。

4、协助疾控机构开展 AEFI 调查,提供所需要的疑似预防接种异常反应临床资料和疫苗接种等相关资料。

七、病原微生物实验室备案及菌(毒)种、感染性样本运输

(一) 病原微生物实验室备案

病原微生物实验室在当地设区市卫生行政部门进行备案,实验室在备案范围内开展实验活动;备案表内容真实、准确、规范,

备案应在有效期内。

（二）高致病性病原微生物菌（毒）种及感染性样本运输

运输高致病性病原微生物菌（毒）种及感染性样本应办理准运证，准运证应在有效期内；运输容器应符合国家相关要求，容器及包装材料应附有批准文号和产品合格证书。

试用水印