



抱龙镇人民政府 关于印发 2023 年基本公共卫生服务项目工作 实施方案的通知

抱龙府发〔2023〕37 号

各村（居）委、镇属各单位：

为进一步贯彻落实《巫山县 2023 年卫健工作要点》及全县基本公共卫生服务项目推进会精神，加快促进基本公共卫生服务均等化，切实加强我镇项目管理，为做好我镇公共卫生服务项目工作，确保项目顺利进行，明确分工、落实责任，按质按量完成项目工作，镇党委政府高度重视，组织制定了《抱龙镇 2023 年基本公共卫生服务项目工作实施方案》印发给你们，请认真遵照执行。

巫山县抱龙镇人民政府

2023 年 1 月 20 日

（此件公开发布）



抱龙镇人民政府 抱龙镇 2023 年基本公共卫生服务项目工作 实施方案

为认真贯彻落实《国家基本公共卫生服务规范》及县卫生计生委相关文件要求，结合我镇工作实际，制定本方案。

一、工作目标

通过实施基本公共卫生服务项目工作，在原有工作基础上，按照基本公共卫生项目规范内容要求，做到切实有效落实，促进全镇居民基本公共卫生服务均等化为重点，提高服务质量，确保全镇居民生活质量和健康水平显著提高。

二、基本原则

充分体现公益性和公平性，按项目方式免费向城乡居民提供基本公共卫生服务。坚持重点突出，分步实施，着眼解决居民当前迫切需要解决的基本公共卫生问题，有针对性的实施基本公共卫生服务。坚持优质服务、提高效率，强化考核、培训、督导、监管，保障居民人人享有基本公共卫生服务，不断提高人民群众健康水平。

三、方法步骤

(一) 动员部署(1-3 月)召开公共卫生服务项目启动会及相关



业务培训会。印发公共卫生服务实施方案。科室设置、人员配备、设施设备按县上标准落实到位。

(二)组织实施(4-11月)落实安排各项公卫服务项目内容。

(三)督查考评(6-12月)镇人民政府组织相关部门对卫生院,各村卫生室开展公共卫生服务项目进行督查。

四、具体实施细则

(一)城乡居民健康档案管理服务

1.服务对象

辖区内常住居民(指居住半年以上的户籍及非户籍居民),要深入家庭,全面掌握辖区内常住居民及居住6个月以上的流动人口的主要健康问题,以0—6岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者和严重精神障碍患者等人群为重点。

2.服务内容

(1)居民健康档案内容

居民健康档案内容包括个人信息、健康体检、重点人群健康管理记录和其他医疗卫生服务记录。

(2)居民健康档案的建立

(3)居民健康档案的终止与保存

3.服务要求

(1)负责首次建立居民健康档案、更新信息、保存档案。

(2)护服务对象个人隐私,维护好信息系统的安全。



(3) 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

(4) 采用国家统一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 17 位制唯一编码，同时将建档居民身份证号码作为身份识别码，为在信息平台实现资源共享奠定基础。

(5) 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。

(6) 健康档案在建立完善，信息开发，信息传输过程中应遵循国家统一的相关数据标准与规范。

4. 工作指标

将公共卫生服务与基本医疗服务相结合，强化对居民的健康管理，有效控制主要健康危险因素的危害，提高居民健康水平。在统一居民健康档案格式的基础上，建立电子档案，电子建档率 $\geq 92\%$ ，健康档案合格率 $\geq 95\%$ ，动态使用率 $\geq 60\%$ 。（指 1 年内有符合各项服务规范要求的相关服务记录的健康档案）。

(二) 健康教育服务

提供健康教育印刷资料，包括折页、处方、手册等，每年不少于 12 种，放置在候诊区、诊室等处，并及时更新保障使用；播放音像资料，每年播放资料不少于 6 种；设置健康教育宣传栏，每个宣传栏面积不少于 2 平方米，卫生院不少于 2 个，村卫生室



不少于 1 个，每 2 个月更换 1 次，其中中医药知识占 1/3 版面；利用健康主题日开展公众咨询活动，每年不少于 9 次；定期举办健康知识讲座，引导居民学习、掌握健康知识及必要的健康技能，卫生院每月举办 1 次，村卫生室 2 个月举办 1 次；医务人员在门诊医疗、上门随访时有针对性的开展个体化健康知识和健康技能教育。

(三) 预防接种服务

按免疫规划要求，对所有适龄儿童免费提供预防接种服务，每周一至周五上午提供预防接种服务。为辖区内适龄儿童建立预防接种证和预防接种档案，并半年进行核查和整理。儿童健卡率及卡证符合率达 100%。麻疹疫苗首针及时接种率 $\geq 85\%$ ，八苗接种率 $\geq 90\%$ ，儿童入托入学预防接种证查验率 100%，补种率 $\geq 90\%$ 。及时发现报告预防接种的疑似异常反应，协助县疾控中心调查处理，报告及时率、调查及时率、规范处置率达 100%。按规范化接种门诊的要求进行建设，并完善好儿童预防接种系统管理工作。

(四) 0-6 岁儿童健康管理

1. 服务对象

辖区内常住的 0-6 岁儿童。

2. 服务内容

(1) 新生儿家庭访视



新生儿出院后 1 周内，由医务人员携带访视工具，佩戴访视证，到新生儿家中进行访视，可同时进行产后访视。了解出生时情况、预防接种情况，了解新生儿疾病筛查（包括遗传代谢病筛查和新生儿听力筛查）等情况。观察家居环境，重点询问和观察喂养、睡眠、大小便、黄疸、脐部情况、口腔发育、眼病主要高危因素等。为新生儿测量体温，检查眼外观，记录出生时体重、身长，进行体格检查和出生缺陷筛查，同时建立《母子健康手册》。根据新生儿的具体情况，有针对性地对家长进行喂养、生长发育、疾病预防、伤害预防和五官保健指导。如果发现新生儿未接种卡介苗和第 1 剂乙肝疫苗，提醒家长尽快补种；如果发现新生儿未接受新生儿疾病筛查，告知家长到具备筛查条件的医疗保健机构补筛；发现出生缺陷的、眼外观异常、存在眼病主要高危因素的，做好登记并建议家长及时就诊。对于低出生体重、早产、双多胎或有出生缺陷等具有高危因素的新生儿根据实际情况增加家庭访视次数。访视结束后，所有信息须详细、完整、规范地记录在《新生儿家庭访视记录表中》和母子健康手册中。

（2）新生儿满月健康管理

婴儿满 28~30 天，结合接种乙肝疫苗第二针，在乡镇卫生院进行随访。重点询问和观察喂养、睡眠、大小便、黄疸、眼病主要高危因素等情况，对其进行体重、身长、头围测量、眼外观及光照反应检查、体格检查，对家长进行喂养、发育、防病、眼



保健指导。

(3) 婴幼儿健康管理

满月后的随访服务在乡镇卫生院进行，时间分别在 3、6、8、12、18、24、30、36 月龄时，共 8 次（针对早产儿，相应健康检查月龄为校正月龄）。服务内容包括询问上次随访到本次随访之间的婴幼儿喂养、患病等情况，进行体格检查，做生长发育和心理行为发育评估、眼病筛查和视力评估，进行科学喂养（合理膳食）、生长发育、疾病预防、预防伤害、口腔保健、眼保健、耳及听力保健、中医保健等健康指导。在婴幼儿 6—8、18、30 月龄时分别进行 1 次血常规（或血红蛋白）检测。在 6、12、24、36 月龄时建议到有条件的医院使用行为测听法分别进行 1 次听力筛查。在每次进行预防接种前均要检查有无禁忌症，若无，体检结束后接受疫苗接种。

(4) 学龄前儿童健康管理

为 4—6 岁儿童每年提供一次健康管理服务。散居儿童的健康管理服务应在乡镇卫生院进行，集体儿童可在托幼机构进行。每次服务内容包括询问上次随访到本次随访之间的膳食、患病等情况，进行体格检查和心理行为发育评估，血常规（或血红蛋白）检测，进行合理膳食、生长发育、疾病预防、预防伤害、口腔保健、耳及听力保健、眼保健等健康指导。在 4 岁、5 岁、6 岁时每年进行一次眼保健及视力检查。在每次进行预防接种前均要检



查有无禁忌症，若无，体检结束后接受疫苗接种。

（5）健康问题处理

对健康管理中发现的有营养不良、贫血、单纯性肥胖等情况的儿童应当分析其原因，给出指导或转诊的建议。对心理行为发育偏异、口腔发育异常（唇腭裂、诞生牙）、龋齿、视力低常或听力异常儿童等情况应及时转诊并追踪随访转诊后结果。

3.服务要求

（1）开展儿童健康管理应当具备所需的基本设备和条件。

（2）按照国家儿童保健有关规范的要求进行儿童健康管理，从事儿童健康管理工作人员（含乡村医生）应取得相应的职业资格，并接受过儿童保健专业技术培训。

通过妇幼卫生网络、预防接种系统以及日常医疗卫生服务等多种途径掌握辖区中的适龄儿童数，并加强与托幼机构的联系，取得配合，做好儿童的健康管理。

（3）加强宣传，向儿童监护人告知服务内容，使更多的儿童家长愿意接受服务。

（4）儿童健康管理服务在时间上应与预防接种时间相结合。鼓励在儿童每次接受免疫规划范围内的预防接种时，对其进行体重、身高（高）测量，并提供健康指导服务。

（5）每次服务后及时记录相关信息，纳入儿童健康档案。

（6）积极应用中医药方法，为儿童提供生长发育与疾病预



防等健康指导。

4.工作指标

(1) 7岁以下儿童健康管理率 $\geq 92\%$ 。

(2) 3岁以下儿童系统管理率 $\geq 92\%$ 。

(3) 新生儿访视率 $\geq 90\%$ 。

(4) 高危儿专案管理率达到 100%。

(五) 孕产妇健康管理服务

1.服务对象：辖区内常住的孕产妇，

2.服务内容：

孕早期健康管理：孕 13 周前为孕妇建立<<母子健康手册>>，并进行一次产前检。主要包括：一般体格检查、妇科检查、产科检查、保健指导评估和血常规、尿常规、血型、肝功能、肾功能、乙型肝炎、梅毒血清检测、HIV 抗体检测。开展孕期生活方式、心理和营养保健指导。出现危急征象的孕产妇，要立即转上级医疗机构，并在 2 周内随访转诊结果。

孕中期健康管理：(孕 16~20 周、21~24 周各一次)健康教育和指导，针对孕产妇健康状况进行评估，通过询问、观察、一般体格检查，产科检查、实验室检查、对孕产妇健康和胎儿的生长发育状况进行评估，识别需要做产前诊断和需要转介的高危重点孕妇。对异常的孕妇，除了进行孕期生活方式、心理、运动和营养指导外，还应告知和督促孕妇进行出生缺陷的产前筛查和



产前诊断。出现危急征象的孕产妇，要立即转上级医疗机构，并在 2 周内随访转诊结果。

孕晚期健康管理：（孕 28-36 周、37-40 周各一次）健康教育和指导，开展孕产妇自我监护方法，促进自然分娩、母乳喂养及孕期并发症、合并症防治指导。随访中发现高危情况建议及时转诊。

产后访视：产妇分娩出院后 1 周内到产妇家中进行产后访视，进行产褥期健康管理，加强母乳喂养和新生儿护理指导，同时进行新生儿访视。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情况，对产妇进行产褥期保健指导，对母乳喂养困难，产后便秘、痔疮、产后出血、子宫复旧不佳，妊娠合并症未恢复以及产后抑郁等问题的产妇，及时反映并转诊上级医疗机构进一步检查、诊断和治疗。

产后 42 天健康检查：乡镇卫生院为正常的产妇做产后健康检查，通过询问、观察、一般体格检查和妇科检查、心理保健、性保健与避孕、预防性生殖道感染，纯母乳喂养及婴幼儿营养等对产后恢复情况进行评估。有异常的产妇到分娩机构进行检查。

3.服务要求：按照国家孕产妇保健有关规范要求，进行孕产妇全程追踪与管理工作的，从事孕产妇管理服务的人员应取得相应的职业资格并接受过孕产妇保健专业技术培训；加强村居委、妇联相关部门的联系，加强宣传公示免费服务内容，每次服务后



及时记录相关信息，纳入孕产妇健康档案；积极运用中医药方法开展孕期、产褥期、哺乳期保健服务。

4.工作指标：早孕建册率 $\geq 92\%$ ，产后访视率 $\geq 92\%$ 、孕产妇系统管理率 $\geq 92\%$ 。

(六) 老年人健康管理服务

1.服务对象

辖区内 65 岁以上常住居民。

2.服务内容

每年为老年人提供 1 次健康管理服务，包括生活方式和健康状况评估、体格检查、辅助检查和健康指导。

(1) 生活方式和健康状况评估。通过问诊及老年人健康状态自评了解其基本健康状况、体育锻炼、饮食、吸烟、饮酒、慢性疾病常见症状、既往所患疾病、治疗及目前用药和生活自理能力等情况。

(2) 体格检查。包括体温、脉搏、呼吸、血压、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粗测判断。

(3) 辅助检查。包括空腹血糖、血常规、血脂（总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇）、肝功能（血清谷草转氨酶、血清谷丙转氨酶和总胆红素）、肾功能（血清肌酐和血尿素）、心电图和腹部 B 超（肝胆胰脾）检查。



(4) 健康指导。告知健康体检结果并进行相应健康指导。

对发现已确诊的原发性高血压和Ⅱ型糖尿病等患者纳入相应的慢性病患者健康管理；对体检中发现有异常的老年人建议定期复查或向上级医疗机构转诊；进行健康生活方式以及疫苗接种、骨质疏松预防、防跌倒措施、意外伤害预防和自救等健康指导；反馈本次体检结果同时预约下一次健康管理服务的时间。

3. 服务要求

(1) 加强与村医联系，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。

(2) 每次健康检查后及时将信息记入健康档案，对于已纳入相应慢病管理的老年人本次健康管理服务可作为一次随访服务。

(3) 应用中医药方法为老年人提供养生保健、疾病预防和健康指导。

4. 工作指标

老年人健康规范管理率 $\geq 61\%$

(七) 慢性病患者健康管理

1. 高血压患者健康管理

(1) 服务对象

辖区内 35 岁及以上人常住居民中原发性高血压患者。(2) 服务内容



对辖区内 35 岁及以上常住居民，每年为其免费测量一次血压(非同日三次测量);对第一次发现收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 的居民在去除可能引起血压升高的因素后预约其复查，非同日 3 次测量血压均高与正常，可初步诊断为高血压;建议转诊到有条件的上级医院确诊并取得治疗方案，2 周内随访转诊结果，对已确诊的原发性高血压患者纳入高血压健康管理，对可疑继发性高血压患者，及时转诊;对原发性高血压患者，每年要提供至少 4 次面对面随访;对血压控制满意(一般高血压患者血压降至 $140/90\text{mmHg}$ 以下; ≥ 65 岁老年高血压患者的血压降至 $150/90\text{mmHg}$ 以下，如果能耐受，可进一步降至 $140/90\text{mmHg}$;一般糖尿病或慢性肾脏病患者的血压目标可以在 $140/90\text{mmHg}$ 基础上再适当降低)、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，预约下一次随访时间;对第一次出现血压控制不满意，或出现药物不良反应的患者，结合其服药依从性，必要时增加现用药物剂量、更换或增加不同类的降压药物，2 周内随访;对连续两次血压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患者，建议其转诊到上级医院，2 周内主动随访转诊情况;对原发性高血压患者，每年进行 1 次较全面的健康检查，可与随访相结合;内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、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《居民健康档案管理服务规范》健康体检表；

（3）服务要求

高血压患者的健康管理由医生负责，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；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；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；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；加强宣传，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。

（4）工作指标

筛出 35 岁以上高血压患病率为 29.74%，规范管理率达 60%，控制达标率达 70%。

2. II型糖尿病患者健康管理

（1）服务对象

辖区内 35 岁及以上人常住居民中 2 型糖尿病患者。



（2）服务内容

对工作中发现的 2 型糖尿病高危人群进行有针对性的健康教育，建议其每年至少测量 1 次空腹血糖，并接受医务人员健康指导；对确诊的 2 型糖尿病患者，每年提供 4 次免费空腹血糖监测，至少 4 次面对面随访；对血糖控制（空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 或 $\leq 3.9\text{mmol/L}$ ）的患者要进行健康指导、服药指导。无药物不良反应、无新发并发症或 2 型糖尿病加重的患者，预约下一次随访时间；对第一次出现血糖控制不满意，或出现药物不良反应的患者，结合其服药依从性，必要时增加现用药物剂量、更换或增加不同类的降压药物，2 周内随访；对连续两次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患者，建议其转诊到上级医院，2 周内主动随访转诊情况；对 2 型糖尿病患者，每年进行 1 次较全面的健康检查，可与随访相结合；内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、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《居民健康档案管理服务规范》健康体检表。

（3）服务要求

Ⅱ型糖尿病患者的健康管理由医生负责，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；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；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2型糖尿病患者，掌握辖区内居民2型糖尿病的患病情况；加强宣传，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。

（4）工作指标

筛出35岁以上2型糖尿病患病率为8.57%，规范管理率应达60%，控制率达到70%。

（八）严重精神障碍患者管理

1.服务对象

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。主要包括精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执型精神病、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍。

2.服务内容

（1）患者信息管理

在将严重精神障碍患者纳入管理时，需由家属提供或直接转自愿承担治疗任务的专业医疗机构的疾病诊疗相关信息，同时为患者进行一次全面评估，为其建立居民健康档案，并按照规定填写严重精神障碍患者个人信息补充表。

（2）随访评估



对应管理的严重精神障碍患者每年至少随访**4**次，每次随访应对患者进行危险性评估；检查患者的精神状况，包括感觉、知觉、思维、情感和意志行为、自知力等；询问和评估患者的躯体疾病、社会功能情况、用药情况及各项实验室检查结果等。

(3) 分类干预

根据患者的危险性评估分级、社会功能状况、精神症状评估、自知力判断，以及患者是否存在药物不良反应或躯体疾病情况对患者进行分类干预。

①病情不稳定患者。若危险性为**3-5**级或精神症状明显、自知力缺乏、有严重药物不良反应或严重躯体疾病，对症处理后立即转诊到上级医院。必要时报告当地公安部门，**2**周内了解其治疗情况。

②病情基本稳定患者。若危险性为**1-2**级，或精神症状自知力、社会功能状况至少有一方面较差，首先应判断是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恶化，分别采取在规定剂量范围内调整现用药物剂量和查找原因对症治疗的措施，**2**周时随访，若处理后病情趋于稳定者，可维持目前治疗方案，**3**个月随访；未达到稳定者，应请精神专科医师进行技术指导，**1**个月时随访。

③病情稳定患者。若危险性为**0**级，且精神症状基本消失，自知力基本恢复，社会功能处于一般或良好，无严重药物不良反



应，躯体疾病稳定，无其他异常，继续执行上级医院制定的方案，3个月时随访。

④每次随访根据患者病情的控制情况，对患者及其家属进行有针对性的健康教育和生活技能等方面的康复指导，对家属提供心理支持和帮助。

3.健康体检

在患者病情许可的情况下，征得监护人与患者本人同意后，每年进行1次健康检查，可与随访相结合。内容包括一般体格检查、血压、体重、血常规(含白细胞分类)转氨酶、血糖、心电图。

4.服务要求

(1) 配备接受过严重精神障碍管理培训的专(兼)职人员，开展本规范规定的健康管理工作的。

(2) 与相关部门加强联系，及时为辖区内新发现的严重精神障碍患者建立健康档案并根据情况及时更新。

(3) 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。

(4) 加强宣传、鼓励和帮助患者进行社会功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。

5.工作指标

(1) 报告患病率： $\geq 5\%$ (2) 面访率： $\geq 90\%$ (3) 规范管理率： $\geq 85\%$ (4) 服药率： $\geq 85\%$ (5) 规律服药率：



≥80%

(九) 肺结核患者健康管理

1.服务对象：辖区内确诊的常住肺结核患者。

2.服务内容：

(1) 筛查及推介转诊

对辖区内前来就诊的居民或患者，如发现有慢性咳嗽、咳痰≥2周、咯血、血痰，或发热、盗汗、胸痛或不明原因消瘦等肺结核可疑症状者，在鉴别诊断的基础上，填写“双向转诊单”。推荐其到结核病定点医疗机构进行结核病检查。1周内进行电话随访，了解是否前去就诊，督促其及时就医。

(2) 第一次入户随访

乡镇卫生院、村卫生室、接到上级专业机构管理肺结核患者的通知单后，要在72小时内访视患者，具体内容如下：

①确定督导人员，督导人员优先为医务人员，也可为患者家属。若选择家属，则必须对家属进行培训。同时与患者确定服药地点和服药时间。按照化疗方案，告知督导人员患者的“肺结核患者治疗记录卡”或“耐多药肺结核患者服药卡”的填写方法、取药的时间和地点、提醒患者按时取药和复诊。

②对患者的居住环境进行评估，告诉患者及家属做好防护工作，防止传染。

③对患者及家属进行结核病防治知识宣传教育。



④告诉患者出现病情加重、严重不良反应、并发症等异常情况时，要及时就诊。

若 72 小时内 2 次访视均未见到患者，则将访视结果向上级专业机构报告。

（3）督导服药和随访管理

①家庭成员督导：患者每次服药要在家属的面视下进行。

②医务人员督导：患者服药日，医务人员对患者进行直接面视下督导服药。

③随访管理：对于由医务人员督导的患者，医务人员至少每月记录 1 次对患者的随访评估结果；对于家庭成员督导的患者，基层医疗机构要在患者的强化期或注射期内每每 10 天随访 1 次，继续期或非注射期内每 1 个月随访 1 次。评估是否存在危急情况，如有则紧急转诊，2 周内主动随访转诊情况对无需紧急转诊的，了解患者服药情况（包括服药是否规律，是否有不良反应），询问上次随访至此次随访期间的症状。询问其他疾病状况、用药史和生活方式。

④分类干预：对于能够按时服药，无不良反应的患者，则继续督导服药，并预约下一次随访时间。患者未按定点医疗机构的医嘱服药，要查明原因。若是不良反应引起的，则转诊；若其他原因，则要对患者强化健康教育。若患者漏服药次数超过 1 周及以上，要及时向上级专业机构进行报告。对出现药物不良反应、



并发症或合并症的患者，要立即转诊，2周内随访。提醒并督促患者按时到定点医疗机构进行复诊。

⑤ 结案评估

当患者停止抗结核治疗后，要对其进行结案评估，包括：记录患者停止治疗的时间及原因；对其全程服药管理情况进行评估；收集和上报患者的“肺结核患者治疗记录卡”或“耐多药肺结核患者服药卡”。同时将患者转诊至结核病定点医疗机构进行治疗转归评估，2周内进行电话随访，了解是否前去就诊及确诊结果。

3. 服务要求

(1) 在农村地区，主要由村医生开展肺结核患者的健康管理服务。

(2) 肺结核患者健康管理医务人员需接受上级专业机构的培训和技术指导。

(3) 患者服药后，督导人员按上级专业机构的要求，在患者服完药后在“肺结核患者治疗记录卡”、“耐多药肺结核患者服药卡”中记录服药情况。患者完成疗程后，要将“肺结核患者治疗记录卡”/“耐多药肺结核患者服药卡”交上级专业机构留存。

(4) 提供服务后及时将相关信息记入“肺结核患者随访服务记录表”，每月记入1次，存入患者的健康档案，并将该信息与上级专业机构共享。

(5) 管理期间如发现患者从本辖区居住地迁出，要及时向



上级专业机构报告。

4.工作指标

(1) 肺结核患者管理率=已管理的肺结核患者人数/辖区内同期内经上级定点医疗机构确诊并通知基层医疗卫生机构管理的肺结核患者人数×100%。

(2) 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：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。

(十) 中医药管理

通过中医药健康管理服务及多种形式的健康教育活动，向老年人普及中医基本知识与养生保健技术，增强居民的健康意识和自我保健能力，增强体质，消除或减轻影响健康的危险因素，预防疾病，促进健康，提高中医药服务满意度和知晓率。

每年为辖区内65岁及以上老年人提供1次中医药健康管理服务，内容包括中医体质辨识和中医药保健指导。按照老年人中医药健康管理服务记录表前33项问题采集信息，根据体质判定标准进行体质辨识，并将辨识结果告知服务对象。根据不同体质从情志调摄、饮食调养、起居调摄、运动和穴位保健等方面进行相应的中医药保健指导，并记录在服务记录表和健康档案中。

开展儿童中医药健康管理服务结合儿童健康体检和预防接种



的时间为辖区内 0-36 月龄常住儿童进行中医药健康管理服务，向家长提供中医饮食调养、起居活动指导，在儿童 6、12 月龄给家长传授摩腹、捏脊方法，18、24 月龄给家长传授迎香穴、足三里方法，30、36 月龄向家长传授四神聪穴方法。中医药健康管理率 $\geq 65\%$ ，服务记录表合格率 $\geq 90\%$ 。

（十一）传染病及突发公共卫生事件报告和处理

1. 服务对象

辖区内法定传染病病人/疑似病人/密切接触者及相关人群。

2. 服务内容

在疾病预防控制机构和其它专业机构指导下，乡镇卫生院、村卫生室和社区卫生服务中心协助开展传染病疫情和突发公共卫生事件风险排查、收集和提供风险信息，参与风险评估和应急预案制定。突发公共卫生事件是指突然发生，造成或者可能造成社会公众健康严重损害的重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒以及其他严重影响公众健康的事件。

3. 组织实施

（1）传染病和突发公共卫生事件的发现、登记

规范填写门诊日志、入/出院登记本、X 线室或化验室检测结果登记本（若为电子门诊日志应包括纸质日志的项目，可无纸质资料）。首诊医生在诊疗过程中发现传染病病人、疑似病人后，按



照要求填写《中华人民共和国传染病报告卡》。

(2) 传染病和突发公共卫生事件相关信息报告

通过传染病疫情监测信息系统报告，同时向辖区县级疾病预防控制中心报送《传染病报告卡》和/或《突发公共卫生事件相关信息报告卡》。

(3) 传染病和突发公共卫生事件相关信息报告时限

发现甲类传染病和不明原因疾病暴发时，应于**2**小时内将传染病报告卡通过网络报告；对于其他乙、丙类传染病病例、疑似病例在诊断后应于**24**小时内进行网络报告。

(4) 发现报告错误，或报告病例转归或诊断情况发生变化时，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；对漏报的传染病病例和突发公共卫生事件，应及时进行补报。

4. 服务要求

(1) 乡镇卫生院、社区卫生服务中心要建立健全传染病报告管理制度。配备专（兼）职人员负责传染病疫情报告管理工作，定期对工作人员进行传染病防治知识、技能的培训。

(2) 传染病病种报告、报告卡填写等工作按照国家法律法规及有关管理规范执行。

(3) 做好相关服务记录，《传染病报告卡》应至少保留三年。



5.工作指标

(1) 传染病疫情报告率，网络报告的传染病病例数与登记传染病病例数符合率达到**100%**。

(2) 传染病疫情报告及时率，报告及时的病例数与报告传染病病例数达到**100%**。

(3) 突发公共卫生事件相关信息报告率，及时报告的突发公共卫生事件相关信息数与报告突发公共卫生事件相关信息数达到**100%**。

(十二)卫生健康监督协管

1.服务对象

辖区内居民。

2.服务内容

通过卫生健康监督协管巡查巡访和信息报告，为卫生健康执法提供可疑线索，排查卫生健康安全隐患，预防危害人民生命安全健康的公共卫生事件发生。协助卫生健康监督执法机构回访已查处行政处罚案件，打击危害居民卫生健康的违法行为；开展普法宣传教育，提升全民卫生健康法律素养。

3.组织实施

(1) 食源性疾病及相关信息报告。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) 饮用水卫生安全协管服务。协助卫生健康监督执法机构定期对农村集中式供水、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) 学校卫生协管服务。协助卫生健康监督执法机构定期对学校、托幼机构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协管服务。协助卫生健康监督执法机构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健康执法机构报告。

(5) 妇幼健康协管服务。协助卫生健康监督执法机构定期对辖区内医疗卫生机构母婴保健技术服务工作进行巡查，协助对辖区内与母婴保健相关的活动开展巡访，发现相关信息及时报告。

(6) 职业卫生协管服务。协助卫生健康监督执法机构定期对辖区内煤矿、非煤矿山、冶金、建材等行业领域的用人单位职业卫生情况进行巡查，及时报告发现的问题隐患，协助卫生监督执法人员开展职业卫生监督检查和查处违法行为。

4. 服务要求

在辖区卫生健康监督执法机构的工作指导下，规范和完善本机构卫生监督协管服务工作制度（包括巡查巡访、信息报告收集、



举报投诉接待等内容），认真落实协管服务各项要求，明确职责分工，全面开展卫生监督协管服务；为卫生监督协管员配备适宜于工作开展的移动终端及网络数据流量，确保卫生监督协管服务工作信息化程度的提升。

5.工作指标

（1）卫生监督协管报告的事件或线索次数与发现的事件或线索次数达到 **100%**。

（2）协助开展饮用水卫生安全、学校卫生、非法行医和非法采供血、妇幼健康、职业卫生实地巡查，各专业实地巡查次数不少于 **2次/年**（根据国家及重庆市基本公共卫生服务项目年度工作要求适时调整）。

（3）协助卫生健康执法机构案件查办数量不少于 **1次/年**。

（4）普法宣传次数不少于 **2次/年**。

（十三）家庭医生签约

1.服务对象

辖区内常住 **6** 个月以上老年人、**0-6** 岁常住儿童、**13** 周之前建册并进行第一次产前检查的孕产妇、已管理的高血压糖尿病、结核病、严重精神障碍患者、城乡五保低保、持证残疾人、边缘易致贫户、脱贫有风险户、建卡贫困户、监测户、四类慢病（高血压，糖尿病，严重精神障碍患者，肺结核）人员、计划生育特殊家庭成员等。



2.服务内容

家庭医生签约服务主要由各类基层医疗卫生机构提供。乡镇卫生院、村卫生室、社区服务中心应当推进家庭医生签约服务；政府应鼓励支持基层医疗机构结合实际开展适宜的签约服务；每个家庭医生团队至少配备**1**名家庭医生（临床医生）、**1**名护理人员、**1**名公共卫生服务人员（或者从事公共卫生工作的人员）、乡村医生；每年至少随访**1**次，每次随访应对患者状态进行评估。询问和评估患者的疾病情况、用药情况、各项实验室检查结果等。

3.分类和干预

辖区内常住**65**岁以上老年人、**0-6**岁常住儿童、**13**周之前建册并进行第一次产前检查的孕产妇、已管理的高血压糖尿病、结核病、严重精神障碍患者、城乡五保低保、持证残疾人、边缘易致贫户、脱贫有风险户、建卡贫困户、监测户、四类慢病（高血压，糖尿病，严重精神障碍患者，肺结核）人员、计划生育特殊家庭成员等。

4.健康体检

对纳入管理的人群每年提供一次健康体检；内容包括一般体格检查、体温、血压、血糖、身高、体重、生活方式问知等。

5.工作指标

重点人群签约率达到**73%**以上，贫困户、四类慢病签约率均要达到**100%**，全人群签约服务覆盖率达到**33%**以上。



（十四）免费避孕药具管理

服务对象：本辖区内育龄妇女。

服务内容：免费提供避孕药具。

为满足本辖区内育龄妇女避孕节育、优生优育、生殖健康需求，公卫科指定专人管理免费避孕药具，按存储规范标准存放，免费避孕药具覆盖率应达到本辖区育龄妇女的**25%**，人份量（栓，膜，凝胶，避孕套）**100支/年**，药**12盒/年**。保证无失效药具。药具类型应提供口服避孕药、外用避孕药、避孕套、宫内节育器。

发放方式：各村综合服务专干、村医生在公卫科免费领取，并由各村综合服务专干、村医生按照国家规定发放到居民手中，并做好登记。公卫科设置免费避孕药具自助服务发放机，本辖区内育龄妇女也可自助领取避孕套、外用避孕药。

（十五）健康素养促进

倡导健康优先理念，开展健康促进建设。实施“将健康融入所有政策”的策略，建设健康促进医院、健康促进学校等重点场所，建立健康促进长效机制。

围绕卫生计生重点工作，开展戒烟服务，加强艾滋病、结核病等疾病的防治知识宣传。加强烟草控制，食品安全，职业病、合理用药、妇幼保健、流动人口健康等重点领域健康教育，普及重大疾病、地方病防治知识。



加强健康教育和健康促进能力建设，普及健康素养基本知识，逐步提高全镇居民健康素养水平。

(十六) 新增十七项

根据上级下发标准执行。

五、保障措施

(一) 建立组织、加强领导：成立基本公共卫生服务领导小组，落实工作人员，组织开展公共卫生具体工作和对村卫生室的督查指导。确保每个项目有专业人员把关开展工作。同时院内各科室密切配合，协调共同完成相关工作。

(二) 健全制度、规范行为：根据基本公共卫生服务内容及工作要求，及时制定各项工作制度，同时进一步完善细化分解各项任务指标，形成以工作制度进行管理的规范行为。

(三) 加强培训、强化监管：为了进一步规范全镇基本公共卫生服务项目工作，卫生院组织开展村医生基本公共卫生工作人员的集中业务培训，培训后立即开展各项工作。卫生院要按照各自分管的项目内容，制定相应的指导、督导方案，组织公卫人员每月下村进行巡回技术指导及业务督导一次，每季度进行一次综合考核评比，考评结果汇总报县卫计委。

(四) 经费管理和使用：严格管理，严格落实财务制度。加强基本公共卫生服务项目资金的监督管理，保障基本公共卫生服务工作各项目资金专款专用，统一用于基本公共卫生服务项目范围



内的各项服务。

六、抱龙镇基本公共卫生服务项目工作领导小组：

组 长：欧阳荣生 抱龙镇镇长

副组长：谭发刚 副镇长

陈贤方 抱龙镇中心卫生院院长

成 员：史云军 党政办主任

向文保 民政和社会事务办公室主任

李正成 教办主任

张科俊 派出所教导员

韩庆华 抱龙镇中心卫生院分管副院长

领导小组下设办公室于抱龙镇中心卫生院办公室，由陈贤方同志兼任办公室主任，督导日常事务全面开展。



