

中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会公报

ZHONGHUA RENMIN GONGHEGUO WEISHENG HE JIHUASHENGYU WEIYUANHUI GONGBAO

2014 年第 12 期 (总号 : 137)

主 管 : 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会

主 办 : 国家卫生计生委办公厅

承 办 : 中国健康教育中心

出 版 : 《中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会公报》编辑部

编 辑 : 《中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会公报》编辑部

通讯地址 : 北京市安定门外安华西里一区 12 号楼

邮政编码 : 100011

电 话 : 010-64260328

印 刷 厂 : 北京人卫印刷厂

邮 编 : 100021

中国标准连续出版物

国际标准刊号 : ISSN 1672-5417

国内统一刊号 : CN 11-5149/D

目 录

国家卫生和计划生育委员会公告 (2014 年 第 19 号)	1
国家卫生和计划生育委员会公告 (2014 年 第 20 号)	1
国家卫生和计划生育委员会公告 (2014 年 第 21 号)	5
国家卫生和计划生育委员会公告 (2014 年 第 22 号)	6
国家卫生和计划生育委员会通告 (国卫通 (2014) 17 号)	7
国家卫生计生委关于印发重点地方病控制和消除评价办法的通知 (国卫疾控发 (2014) 79 号)	7
国家卫生计生委关于印发推进和规范医师多点执业若干意见的通知 (国卫医发 (2014) 86 号)	17
国家卫生计生委关于表扬全国妇幼健康技能竞赛获奖集体和个人的 通报 (国卫妇幼发 (2014) 88 号)	19
国家卫生计生委关于加强打击防控采血鉴定胎儿性别行为的通知 (国卫家庭发 (2014) 90 号)	29
国家卫生计生委关于印发《戒毒药物维持治疗工作管理办法》的通 知 (国卫疾控发 (2014) 91 号)	31
国家卫生计生委办公厅关于对妇幼健康服务集体和个人进行通报表 扬的通知 (国卫办妇幼发 (2014) 66 号)	36
国家卫生计生委办公厅关于 2014 年游泳场所卫生监督检查工作情 况的通报 (国卫办监督发 (2014) 67 号)	36
国家卫生计生委办公厅关于印发人口死亡信息登记管理规范 (试行) 的通知 (国卫办规划发 (2014) 68 号)	37
国家卫生计生委办公厅关于印发远程医疗信息系统建设技术指南的 通知 (国卫办规划发 (2014) 69 号)	40
国家卫生计生委办公厅关于印发埃博拉出血热医院感染预防与控制 技术指南 (第二版) 的通知 (国卫办医发 (2014) 70 号)	41
国家卫生计生委办公厅关于进一步落实受艾滋病影响儿童医疗教育 和生活保障等政策措施的通知 (国卫办疾控发 (2014) 72 号) ...	44
2014 年 12 月全国法定传染病疫情概况	46

GAZETTE OF THE NATIONAL HEALTH AND FAMILY PLANNING COMMISSION OF PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA

2014 Issue No.12 (Serial No. 137)

CONTENTS

Proclamation No.19 of the National Health and Family Planning Commission.....	1
Proclamation No.20 of the National Health and Family Planning Commission.....	1
Proclamation No.21 of the National Health and Family Planning Commission.....	5
Proclamation No.22 of the National Health and Family Planning Commission.....	6
Announcement No.17 of the National Health and Family Planning Commission.....	7
Circular of the National Health and Family Planning Commission on Printing and Issuing the Evaluating Measures of Controlling and Eliminating Major Endemic Diseases.....	7
Circular of the National Health and Family Planning Commission on Printing and Issuing Several Suggestions of Propelling and Regulating Physician Multi-sited Licensed.....	17
Notice of the National Health and Family Planning on Commending the Award-winning Collectives and Individuals in the National Women and Children Health Skill Competition	19
Circular of the National Health and Family Planning Commission on Intensifying the Action to Strike and Prevent the Behaviors of Fetal Sex Determination by Means of Collecting Blood.....	29
Circular of the National Health and Family Planning Commission on Printing and Issuing the Management and Regulation of Drug Preservation and Treatment.....	31
Circular of the General Office of the National Health and Family Planning Commission on Circulating a Notice of Commendation for Collectives and Individuals Devoted to Women and Children Health Service.....	36
Notice of the General Office of the National Health and Family Planning Commission on the Situation of Health Supervision and Inspection for Swimming Place in 2014.....	36
Circular of the General Office of the National Health and Family Planning Commission on Printing and Issuing the Regulation of Population Death Information Registration (Trial).....	37
Circular of the General Office of the National Health and Family Planning Commission on Printing and Issuing the Technical Guide of Information System Construction for Remote Medical Treatment.....	40
Circular of the General Office of the National Health and Family Planning Commission on Printing and Issuing the Technical Guide of Prevention and Control for Hospital Infection of Ebola Hemorrhagic Fever	41
Circular of the General Office of the National Health and Family Planning Commission on Further Implementing the Policy Measures of Children Medical Education and Living Security Affected by AIDS.....	44
The Epidemic Situation of Statutory Reporting Infectious Diseases of December, 2014.....	46

国家卫生计生委公告

2014 年第 19 号

根据《中华人民共和国食品安全法》和《食品安全国家标准管理办法》规定，经食品安全国家标准审评委员会审查通过，现发布《食品安全国家标准 食品添加剂 硬脂酸钾》（GB 31623-2014）等 13 项食品安全国家标准和《食品安全国家标准 食品添加剂 天门冬氨酸钙》（GB 29226-2012）第 1 号修改单。其编号和名称如下：

GB 31623-2014	食品安全国家标准 食品添加剂 硬脂酸钾
GB 31620-2014	食品安全国家标准 食品添加剂 β -阿朴-8'-胡萝卜素醛
GB 5009.139-2014	食品安全国家标准 饮料中咖啡因的测定
GB 5009.148-2014	食品安全国家标准 植物性食品中游离棉酚的测定
GB 5009.190-2014	食品安全国家标准 食品中指示性多氯联苯含量的测定
GB 5009.204-2014	食品安全国家标准 食品中丙烯酰胺的测定
GB 4789.9-2014	食品安全国家标准 食品微生物学检验 空肠弯曲菌检验
GB 4789.11-2014	食品安全国家标准 食品微生物学检验 β 型溶血性链球菌检验
GB 4789.14-2014	食品安全国家标准 食品微生物学检验 蜡样芽孢杆菌检验
GB 15193.22-2014	食品安全国家标准 28 天经口毒性试验
GB 15193.23-2014	食品安全国家标准 体外哺乳类细胞染色体畸变试验
GB 15193.24-2014	食品安全国家标准 食品安全性毒理学评价中病理学检查技术要求
GB 15193.25-2014	食品安全国家标准 生殖发育毒性试验
GB 29226-2012	食品安全国家标准 食品添加剂 天门冬氨酸钙 第 1 号修改单

特此公告。

国家卫生计生委

2014 年 12 月 1 日

国家卫生计生委公告

2014 年第 20 号

根据《中华人民共和国食品安全法》和《新食品原料安全性审查管理办法》的规定，现批准番茄籽油、枇杷叶、阿拉伯半乳聚糖、湖北海棠（茶海棠）叶、竹叶黄酮、燕麦 β -葡聚糖、清酒乳杆菌、产丙酸丙酸杆菌为新食品原料；调整原卫生部 2008 年第 12 号公告批准低聚木糖的来源、食用量和生产工艺要求。生产经营上述食品应当符合有关法律、法规、标准规定。

特此公告。

附件：番茄籽油等 9 种新食品原料

国家卫生计生委

2014 年 12 月 19 日

附件:

番茄籽油等 9 种新食品原料

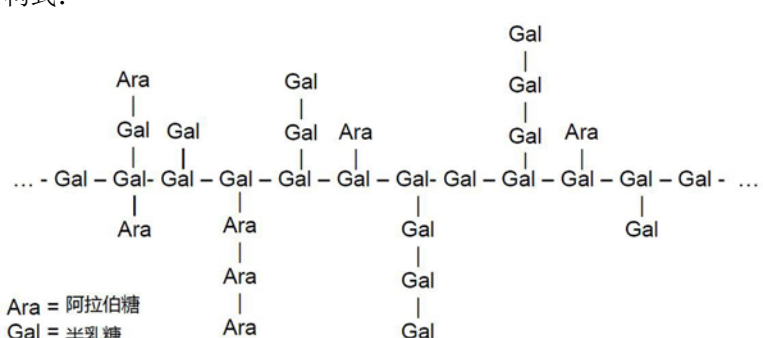
一、番茄籽油

中文名称	番茄籽油		
英文名称	Tomato Seed Oil		
基本信息	来源：番茄籽		
生产工艺简述	以番茄籽为原料，经萃取、精练等工艺而制成。		
质量要求	性状	淡黄色到橙色油状液体	
	脂肪酸组成（占总脂肪酸含量比）		
	亚油酸（C18:2）	≥ 50%	
	油酸（C18:1）	≥ 19%	
	棕榈酸（C16:0）	≤ 13%	
其他需要说明的情况	卫生安全指标应当符合我国相关标准。		

二、枇杷叶

中文名称	枇杷叶
拉丁学名	Eriobotrya japonica (Thunb.) Lindl.
基本信息	种属: 蔷薇科、枇杷属 食用部位: 叶
食用量	≤ 10 克 / 天
其他需要说明的情况	卫生安全指标应当符合我国相关标准。

三、阿拉伯半乳聚糖

中文名称	阿拉伯半乳聚糖	
英文名称	Arabinogalactan	
主要成分	阿拉伯半乳聚糖	
基本信息	来源: 落叶松 结构式:	
	 Ara = 阿拉伯糖 Gal = 半乳糖 分子式: $[(C_5H_8O_4)(C_6H_{10}O_5)_6]_x$ 分子量: 15000-60000	
	生产工艺简述	
	以落叶松木为原料, 经切碎、热水提取、过滤、浓缩和干燥等工序制成。	
食用量	≤ 15 克 / 天	
质量要求	性状	白色至浅棕色粉末
	阿拉伯半乳聚糖含量 (g/100g)	≥ 85
	水分 (g/100g)	≤ 6.0
其他需要说明的情况	1. 使用范围不包括婴幼儿食品。 2. 卫生安全指标应当符合我国相关标准。	

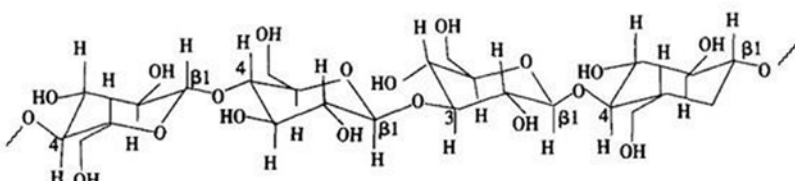
四、湖北海棠（茶海棠）叶

中文名称	湖北海棠（茶海棠）叶
拉丁学名	<i>Malus hupehensis</i> (Pamp.) Rehd. leaf
基本信息	种属：蔷薇科、苹果属 食用部位：叶
食用量	≤ 15 克 / 天
其他需要说明的情况	1. 食用方式：冲泡。 2. 孕妇、哺乳期妇女及婴幼儿不宜食用，标签、说明书中应当标注不适宜人群。 3. 卫生安全指标应当符合我国相关标准。

五、竹叶黄酮

中文名称	竹叶黄酮	
英文名称	Bamboo leaf flavone	
基本信息	来源：禾本科刚竹属毛环竹（Phyllostachys meyeri）	
生产工艺简述	以竹叶为原料，经水提、萃取、浓缩、喷雾干燥等工艺制成。	
食用量	≤ 2 克 / 天	
质量要求	性状	黄色或棕黄色粉末
	总黄酮（以芦丁计）（ g/100g）	≥ 24
	粗多糖（ g/100g）	≥ 10
	水分（ g/100g）	≤ 5
	灰分（ g/100g）	≤ 4. 5
其他需要说明的情况	1. 使用范围不包括婴幼儿食品。 2. 卫生安全指标应当符合我国相关标准。	

六、燕麦 β-葡聚糖

中文名称	燕麦 β - 葡聚糖	
英文名称	Oat β -glucan	
主要成分	β -1, 3-/1, 4 - 葡聚糖	
基本信息	来源：燕麦麸 结构式：  分子式：(C₆H₁₂O₆)_n 分子量：6 万 - 200 万道尔顿	
生产工艺简述	以燕麦麸为原料，经水解、提取、沉淀、干燥、灭菌等工艺制成。	
食用量	≤ 5 克 / 天	
质量要求	性 状	白色至浅黄色粉末
	β - 葡聚糖 (g/100g)	≥ 70%
	水分 (g/100g)	≤ 5%
	灰分 (g/100g)	≤ 8%

其他需要说明的情况	1. 使用范围不包括婴幼儿食品。 2. 卫生安全指标应当符合我国相关标准。
-----------	--

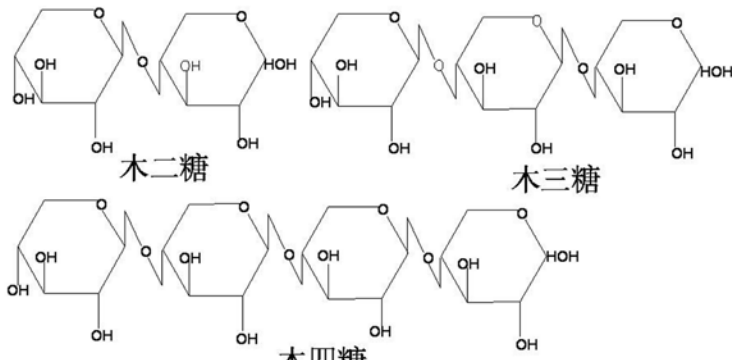
七、清酒乳杆菌

中文名称	清酒乳杆菌
拉丁学名	<i>Lactobacillus sakei</i>
其他需要说明的情况	1. 批准为可食用菌种。 2. 卫生安全指标应当符合我国相关标准。

八、产丙酸丙酸杆菌

中文名称	产丙酸丙酸杆菌
拉丁学名	<i>Propionibacterium acidipropionici</i>
其他需要说明的情况	1. 批准为可食用菌种。 2. 卫生安全指标应当符合我国相关标准。

九、低聚木糖

中文名称	低聚木糖	
英文名称	Xylo-oligosaccharide	
主要成分	木二糖—木七糖	
基本信息	来源：小麦秸秆、玉米秸秆（玉米芯） 结构式：  分子式：$C_{5n}H_{8n+2}O_{4n+1}$, $2 \leq n \leq 7$ 分子量：$132.13n+18.02$, $2 \leq n \leq 7$ (282.28 ~ 942.93)	
生产工艺简述	以小麦秸秆或玉米秸秆为原料采用蒸汽爆破法或高压蒸煮法，经木聚糖酶酶解生产而成。	
食用量	≤ 3.0 克 / 天（以木二糖—木七糖计）	
质量要求	性状	浅黄色粘稠状液体
	低聚木糖（木二糖—木七糖）含量（以干基计）(g/100g)	≥ 70
	木二糖—木四糖含量(以干基计)(g/100g)	≥ 50
	干物质（固形物）(g/100g)	70 ± 1
	pH	3.5—6.5
	灰分 (g/100g)	≤ 0.3
其他需要说明的情况	1. 使用范围不包括婴幼儿食品。 2. 卫生安全指标应当符合我国相关标准。	

国家卫生计生委公告

2014 年第 21 号

根据《中华人民共和国食品安全法》和《食品安全国家标准管理办法》规定，经食品安全国家标准审评委员会审查通过，现发布《食品安全国家标准 食品添加剂使用标准》（GB 2760-2014）等 37 项食品安全国家标准。其编号和名称如下：

GB 2760-2014	食品安全国家标准 食品添加剂使用标准
GB 2711-2014	食品安全国家标准 面筋制品
GB 2712-2014	食品安全国家标准 豆制品
GB 2718-2014	食品安全国家标准 酿造酱
GB 7096-2014	食品安全国家标准 食用菌及其制品
GB 9678.2-2014	食品安全国家标准 巧克力、代可可脂巧克力及其制品
GB 10133-2014	食品安全国家标准 水产调味品
GB 13104-2014	食品安全国家标准 食糖
GB 15193.1-2014	食品安全国家标准 食品安全性毒理学评价程序
GB 15193.2-2014	食品安全国家标准 食品毒理学实验室操作规范
GB 15193.3-2014	食品安全国家标准 急性经口毒性试验
GB 15193.4-2014	食品安全国家标准 细菌回复突变试验
GB 15193.5-2014	食品安全国家标准 哺乳动物红细胞微核试验
GB 15193.8-2014	食品安全国家标准 小鼠精原细胞或精母细胞染色体畸变试验
GB 15193.9-2014	食品安全国家标准 啮齿类动物显性致死试验
GB 15193.10-2014	食品安全国家标准 体外哺乳类细胞 DNA 损伤修复（非程序性 DNA 合成）试验
GB 15193.12-2014	食品安全国家标准 体外哺乳类细胞 HGPRT 基因突变试验
GB 15193.16-2014	食品安全国家标准 毒物动力学试验
GB 15193.20-2014	食品安全国家标准 体外哺乳类细胞 TK 基因突变试验
GB 15193.21-2014	食品安全国家标准 受试物试验前处理方法
GB 15203-2014	食品安全国家标准 淀粉糖
GB 19300-2014	食品安全国家标准 坚果与籽类食品
GB 16740-2014	食品安全国家标准 保健食品
GB 17401-2014	食品安全国家标准 膨化食品
GB 19298-2014	食品安全国家标准 包装饮用水
GB 29987-2014	食品安全国家标准 食品添加剂 胶基及其配料
GB 31617-2014	食品安全国家标准 食品营养强化剂 酪蛋白磷酸肽
GB 31618-2014	食品安全国家标准 食品营养强化剂 棉子糖
GB 31619-2014	食品安全国家标准 食品添加剂 决明胶
GB 31621-2014	食品安全国家标准 食品经营过程卫生规范
GB 31626-2014	食品安全国家标准 食品添加剂 水杨酸苄酯（柳酸苄酯）
GB 31627-2014	食品安全国家标准 食品添加剂 香芹酚

GB 31628-2014	食品安全国家标准 食品添加剂 高岭土
GB 31629-2014	食品安全国家标准 食品添加剂 聚丙烯酰胺
GB 31630-2014	食品安全国家标准 食品添加剂 聚乙烯醇
GB 31633-2014	食品安全国家标准 食品添加剂 氢气
GB 31635-2014	食品安全国家标准 食品添加剂 聚苯乙烯

特此公告。

国家卫生计生委
2014 年 12 月 24 日

国家卫生计生委公告

2014 年第 22 号

为做好食品安全国家标准制定、修订工作，完善食品安全国家标准体系，我委从即日起向社会公开征集 2015 年度食品安全国家标准立项建议。现将有关事宜公告如下：

一、立项依据

立项建议应当符合以下要求：

（一）《食品安全法》及其实施条例和《食品安全国家标准管理办法》规定的食品安全国家标准范围。（二）《国务院关于加强食品安全工作的决定》（国发〔2012〕20 号）、《国家食品安全监管体系“十二五”规划》（国办发〔2012〕36 号）、《食品安全国家标准“十二五”规划》（卫监督发〔2012〕40 号）中食品安全国家标准重点工作。（三）符合我国国情和食品产业发展实际需求，以及加强食品安全监管工作要求。

二、拟立项的领域

（一）现行食品标准清理建议新制定的标准；（二）食品安全国家标准整合工作中认为需要新制定的标准；（三）已有食品安全风险评估结果，建议制定、修订的食品安全标准；（四）其他已有国际标准，我国尚未制定的食品安全国家标准。

三、立项建议要求

（一）任何单位、个人、组织可以提出立项建议。建议承担标准起草的应当为科研机构、教育机构、学术团体或行业协会。鼓励相关单位联合提出立项建议。（二）建议立项的标准应当有充分的研究数据和结论，提交立项建议的同时应当提供支持

立项建议的工作基础和条件、相关科学文献、专家论证意见。（三）建议承担标准起草的工作单位应当具有标准制定、修订的工作经验和科研设备，能支持标准起草人工作，确保其按时完成标准起草工作，并在以往食品安全国家标准制定、修订工作中，未出现违反《食品安全国家标准制（修）订项目管理规定》的情形。鼓励科研、教育机构等牵头承担同一领域的多个标准。（四）标准起草工作的负责人应当熟悉食品安全国家标准管理法规，具有较高的学术水平，学风严谨，责任心强。（五）标准起草单位和负责人应当充分论证，熟悉相关领域食品安全情况，具有较强的组织协调和沟通能力，能够了解各方面意见，按时完成标准起草任务。

四、报送时限与程序

请于 2015 年 1 月 30 日前通过网络报送立项建议，并同时报送立项建议书面材料。对符合条件的立项建议，我委将委托国家食品安全风险评估中心组织专家进行论证，公开征求拟立项的食品安全国家标准的意见。（一）网络报送程序。请登录 <http://www.cfssa.net.cn/> 进入“食品安全标准”界面，通过“食品安全国家标准管理信息系统”，按照系统提示的流程在线填写食品安全国家标准立项建议书。如对报送程序有疑问，请咨询食品安全

国家标准审评委员会秘书处（工作时间电话：010-52165409）。（二）书面材料报送程序。请按照食品安全国家标准立项建议书格式（从 <http://www.cfssa.net.cn/> 中“食品安全国家标准管理信息系统”下载）填写立项建议，连同相关科学文献、专家论证意见等材料邮寄或传真至食品安全国家标准审评

委员会秘书处（邮寄地址：北京市朝阳区广渠路 37 号 2 号楼，邮编 100022，传真：010-52165408）。特此公告。

国家卫生计生委
2014 年 12 月 26 日

国家卫生计生委通告

国卫通〔2014〕17 号

现发布推荐性卫生行业标准《地方性克汀病和地方性亚临床克汀病诊断》，其编号和名称如下：
WS/T104-2014 地方性克汀病和地方性亚临床克汀病诊断（代替 WS 104-1999）
该标准自 2015 年 4 月 1 日起施行，WS 104-1999 同时废止。
特此通告。

国家卫生计生委
2014 年 12 月 23 日

国家卫生计生委关于印发重点地方病控制和消除评价办法的通知

国卫疾控发〔2014〕79 号

各省、自治区、直辖市卫生计生委，新疆生产建设兵团卫生局：

2012 年 1 月，国务院办公厅转发原卫生部、发展改革委、财政部编制《全国地方病防治“十二五”规划》，提出到 2015 年实现基本消除重点地方病危害目标。为规范重点地方病控制和消除评价工作，我委制订了《重点地方病控制和消除评价办法》，现印发给你们，请认真组织实施。

联系人：疾病预防控制局严俊、张树彬
电 话：010-68792358，68792352
传 真：010-68792342

国家卫生计生委
2014 年 12 月 23 日

重点地方病控制和消除评价办法

根据《食盐加碘消除碘缺乏危害管理条例》、《卫生事业发展“十二五”规划》、《全国地方病防治“十二五”规划》要求，为规范重点地方病病区实现控制和消除目标的评价工作，特制定本办法。

一、评价目的

评价碘缺乏病、地方性氟中毒、地方性砷中毒、大骨节病、克山病等重点地方病病区实现控制和消除目标进展；根据评价结果，确定重点地方病分类防控策略，实施防控工作精细化管理。

二、评价原则

各地进一步健全“政府领导、部门负责、社会参与”的地方病防治工作机制，加强地方病控制和消除评价工作的组织领导。各级卫生计生行政部门会同相关部门组成评价组，在病区县（市、区、旗，以下简称县）自评的基础上，开展市级复查、省级抽查，进行逐级评价，评价结果经同级人民政府同意后报上一级卫生计生行政部门。各级评价组采取审查申报材料与现场抽查相结合的形式进行评价。实现控制或消除目标的病区县定期进行自查，省级、国家级卫生计生行政部门根据监测发现的线索不定期开展复核。

三、组织实施

各级卫生计生行政部门会同承担地方病防治任务的相关部门组成地方病控制和消除评价组，负责重点地方病控制和消除评价工作的组织实施，各级疾病预防控制机构负责评价的技术支持。有政府地方病防治领导协调组织的地区，由政府地方病防治领导协调组织负责评价工作，同级卫生计生行政部门协助实施。

四、评价内容及判定标准

碘缺乏病消除、燃煤污染型氟中毒控制和消除、饮水型氟中毒控制、燃煤污染型砷中毒消除、饮水型砷中毒消除、大骨节病控制和消除、克山病控制和消除的评价内容及判定标准见附件 1-7。

五、评价方式及程序

（一）县级自评。病区县按要求开展重点地方病控制和消除自评。自评符合标准后，县级卫生计生行政部门报同级人民政府同意，向市（地、州，以下简称市）卫生计生行政部门申请复查。申报材料包括病区基本情况、防治组织管理、防控措施落实情况，既往病情资料、按要求开展的自查结果。北京、天津、上海、重庆市所辖县自评符合标准后可直接申请省级抽查。

（二）市级复查。市级卫生计生行政部门接到病区县复查申请和自评报告后，及时组织评价组审查申报材料。对符合条件的安排现场评价；对不符

合条件的，要求补充完善相关材料或暂缓评价。对复查符合标准的，报同级人民政府同意，向省（区、市，以下简称省）卫生计生行政部门申请复核。

（三）省级抽查。省级卫生计生行政部门接到市级卫生计生行政部门的复核申请和评价报告后，及时组织评价组审查申报材料。对不符合条件的，要求补充完善相关材料或暂缓评价。对符合条件的，每市随机抽查 1/3 左右的病区县进行复核。如抽查县均达标，则判定该市本批申报达标的县实现消除目标。如抽查县中有 1 个县未达标，须再追加抽查 1 个县；若追加抽查的县达标，则认为除抽查未达标县外，其余本批申报达标的县实现消除目标。若追加抽查的县仍不达标，则认定该市本批申报达标的县未实现消除目标。若抽查县中有 2 个县及以上未达标，则认为该市本批申报达标的县未实现消除目标。省级卫生计生行政部门在完成复核后，报同级人民政府同意，向社会公布评价结果，并报国家卫生计生委备案。

（四）达标后巩固。已实现控制或消除重点地方病的县级卫生计生行政部门每 5 年组织自查，结果逐级上报到省级卫生计生行政部门。省级卫生计生行政部门抽取一定数量的病区县进行复核，复核结果报同级人民政府和国家卫生计生委备案。

（五）监测与复核。建立全国重点地方病防控监测网络，国家卫生计生委和省级卫生计生行政部门可以根据监测发现的线索，对已实现控制或消除的病区县组织复核并通报复核结果。

六、评价结果

公布对经复核通过重点地方病控制和消除评价的县，经省级人民政府同意后，由省级卫生计生行政部门向社会分批公布实现重点地方病控制和消除的县名单。各省卫生计生行政部门可根据本办法制定具体实施方案。

附件：1. 碘缺乏病消除评价内容及判定标准

2. 燃煤污染型氟中毒控制和消除评价内容及判定标准

3. 饮水型氟中毒控制评价内容和判定标准

4. 燃煤污染型砷中毒消除评价内容和判定标准

5. 饮水型砷中毒消除评价内容和判定标准

6. 大骨节病控制和消除评价内容及判定标准

7. 克山病控制和消除评价内容及判定标准

附件 1

碘缺乏病消除评价内容及判定标准

一、评价内容

(一) 自评。

1. 资料准备。

整理防治工作相关文件和资料, 收集组织管理、碘盐生产供应、市场监管等相关资料。

2. 现场评价。在每个县东、西、南、北、中 5 个方位各随机抽取 1 个病区乡(镇)(不足 5 个时全部抽取), 调查、检测以下指标。

(1) 居民户合格碘盐食用率。在所抽取的每个乡(镇)随机抽取 4 个行政村(居委会), 在每个行政村(居委会)随机抽检 15 户居民家中食盐样品, 定量检测盐碘含量, 计算居民户合格碘盐食用率。如评价当年已开展碘盐监测, 可直接采用碘盐监测数据计算居民户合格碘盐食用率。

(2) 8-10 岁儿童尿碘水平和甲状腺肿大率。在所抽取的每个乡(镇)各随机抽取 1 所村小学(无村小学时, 抽取乡中心小学); 在所抽取小学各随机抽检 40 名 8-10 周岁儿童(男、女各半)的尿样(每个县尿样不低于 200 份, 对于不足 5 个乡镇的县, 每所小学适当增加样本量), 并用触诊法检查儿童甲状腺肿大情况。计算儿童甲状腺肿大率、尿碘中位数和尿碘低于 $50\mu\text{g/L}$ 的比例。

(3) 孕妇尿碘水平及其家中盐碘含量。在所抽取的每个乡(镇)各随机抽检 20 名孕妇的尿样(每个县尿样不低于 100 份), 计算尿碘中位数。同时采集孕妇家中食盐样品, 定量检测盐碘含量。

(4) 健康教育状况。在所抽取的每个乡(镇)开展尿碘含量检测的孕妇中, 各随机抽取 10 人进行问卷调查, 了解孕妇健康教育知晓情况。

(二) 复查 / 抽查。

1. 资料审核。

(1) 自评报告。内容包括碘缺乏病防治的基本情况、防治历程、主要防治策略、自评方法、自评结果、主要经验、存在问题、自评结论、今后工作计划等。

(2) 工作资料。查阅防治规划或计划、防治工作实施方案、工作记录、工作总结、病情调查资料和数据、疾病监测报告等防治工作相关文件和资料原件, 重点了解、核对近 3 年组织管理(包括组

织领导、部门履行职责、经费保障和专业队伍建设等)、碘盐生产供应、市场监管, 碘缺乏病监测与实验室质量控制、健康教育等情况。

2. 现场评价。

在每个县随机抽取 2 个乡(镇); 从每个乡(镇)随机抽取 2 个村(居委会), 调查、检测以下指标。

(1) 居民户合格碘盐食用率。在每个抽取村(居委会)随机抽取 25 户居民, 采集每户食盐样品, 定量检测盐碘含量, 计算居民户合格碘盐食用率。

(2) 8-10 岁儿童尿碘水平和甲状腺肿大率。在每个抽取村(居委会)的小学(无村小学时, 抽取乡中心小学)各随机抽检 25 名 8-10 周岁儿童(男、女均衡)的尿样检测尿碘含量, 并用触诊或 B 超法检查甲状腺肿大情况, 计算甲状腺肿大率、尿碘中位数和尿碘低于 $50\mu\text{g/L}$ 的比例。

(3) 孕妇尿碘水平及其家中盐碘含量。在所抽取的每个乡(镇)各随机抽检 20 名孕妇的尿样, 计算尿碘中位数。同时采集孕妇家中食盐样品, 定量检测盐碘含量。

(4) 健康教育状况。评价内容和方法同县级自评。

二、评价判定标准

(一) 消除标准。

1. 管理指标。组织领导、碘盐管理、监测与防治、健康教育 4 方面评价得分合计达到 85 分及以上。

2. 技术指标。

(1) 8-10 周岁儿童尿碘中位数大于或等于 $100\mu\text{g/L}$, 且尿碘水平低于 $50\mu\text{g/L}$ 的比例不超过 20%; 孕妇尿碘中位数大于或等于 $150\mu\text{g/L}$ 。

(2) 8-10 岁儿童甲状腺肿大率小于 5%。

(3) 居民户合格碘盐食用率大于 90%。

(二) 评价结果判定。

被评价县各项管理、技术指标均达到消除标准要求, 可判定为实现消除目标。如其中 1 项指标不符合要求, 则判定为未实现消除目标。

注: 如被评价地区疾病预防控制机构不具备尿碘含量检测能力, 可由上级疾病预防控制机构协助完成尿碘含量检测工作。

附表: 实现消除碘缺乏病目标评价表

附表

实现消除碘缺乏病目标评价表

省(区、市) _____ 市(地、州) _____ 县(市、区、旗)

项 目	内 容	得 分 依 据	评价方法	分值	得分
组织领导 (22分)	防治队伍能力建设	防治人员数量满足工作需要,得3分。() 近3年,每年派人参加省级及以上培训或会议得5分,有2年派人参加得3分,有1年派人参加得2分,参加地市级及以下培训得1分。()	查阅相关文件。邀请省级及以上专家授课,按省级培训得分。	8	
	政府、有关部门实施目标管理	纳入政府目标管理得2分,明确有关部门职责得2分,纳入部门目标管理得1分。()	查阅政府或部门相关文件、责任书。	5	
	碘缺乏病防治必需经费得到落实	及时足额拨付上级安排防治经费得4分。() 近3年,县级累计安排经费3万元以上得5分,1.5—3万元得3分,1—1.5万元得2分,1万元以下得1分,无专项经费得0分。()	查阅省级拨付文件及到账凭据。	9	
监测和防治措施 (32分)	监测工作开展情况	近3年,连续开展监测得12分;2年开展监测得8分;某1年开展监测得4分;未开展监测得0分。()	查阅相关纪录	12	
	按时报送监测数据、报告	近3年,每年按时报送数据、报告得6分,每年2分。()	查阅相关资料	6	
	及时通报监测结果	近3年,每年将监测结果报送当地人民政府,并通报给相关部门得3分,每年1分。()	查阅相关资料	3	
	独立或协助上级单位开展调查评估	近3年开展过相关工作得2分。()	查阅相关资料	2	
	参加国家、省级实验室质量控制考核	近3年,参加盐碘、尿碘质控考核且全部通过得6分;未安排质控考核或考核未全部通过得3分;考核全部未通过得0分。()	查阅相关考核及反馈材料	6	
	开展应急补碘工作	近3年,及时对目标人群开展应急补碘工作,或不需应急补碘而未采取额外补碘措施,得3分,每年1分。()	查阅应急补碘记录、服药卡等	3	
碘盐管理 (20分)	碘盐生产、流通环节管理	近3年,相关部门依法对生产和流通环节监督管理得6分,每年2分。()	查阅相关计划、总结等	6	
	盐业市场管理(供碘盐、查处非碘盐)	近3年,合格碘盐食用率大于90%得9分,每年3分。() 无违法案件或有违法案件并查处得5分。()	查阅监测总结报告、年度违法案件查处档案等	14	
健康教育 (26分)	宣传普及碘缺乏病防治知识	近3年,通过电视、广播等开展宣传活动得5分。() 孕妇健康教育问卷平均分,满分为5分,平均分少1分扣1分。()	查阅节目播放记录;按健教问卷评分标准评分	10	
	中小学校开展健康教育	每所学校有教学计划且开展健康教育得1分。5所学校满分为5分。()	查阅相关资料	5	
	有固定的宣传内容	每个乡有2处及以上固定宣传内容(不包括宣传画)得1分,5个乡满分为5分。()	现场查看5个乡	5	
	组织开展5.15宣传日活动	近3年,每年由多部门共同组织开展宣传活动得6分,每年2分;仅由卫生计生、盐业部门组织开展宣传活动得3分,每年1分。()	查阅总结、照片等资料	6	
合 计				100	

填表单位(签章): _____ 填表人: _____ 填表时间: _____ 年 ____ 月 ____ 日

附件 2

燃煤污染型氟中毒控制和消除评价内容及判定标准

一、评价内容

(一) 自评。

1. 资料准备。

整理防治工作相关文件和资料,收集组织管

理、改良炉灶、监测、健康教育等相关工作资料。

2. 现场评价。

对所辖所有病区村开展调查,调查内容包括病区村所有居民户改良炉灶和炉灶使用情况,供人食用玉米和辣椒正确干燥情况,以及该村出生居住的8-12周岁儿童氟斑牙患病情况。

(二) 复查 / 抽查。

1. 资料审核。

(1) 自评报告。内容包括基本情况、防治历程、自评方法、自评结果、主要经验、存在问题、自评结论、今后工作计划等。重点审核各病区村出生居住的8-12周岁儿童氟斑牙患病情况以及供人食用玉米和辣椒正确干燥情况。

(2) 工作资料。查阅防治规划或计划、防治工作实施方案、工作记录、工作总结、病情调查资料和数据、疾病监测报告等防治工作相关文件和资料原件,了解核对组织管理、各病区村病情及改良炉灶(包括使用清洁能源,如电能、液化气、沼气等)落实和使用等情况。

2. 现场评价。

在每个病区县随机抽取3个病区乡(镇)(不足3个时,全部抽取),再从每个乡(镇)随机抽取3个病区村(不足3个时,全部抽取),每个病区村从调查的第1户开始,依据隔户抽查的原则抽取10户家庭,调查居民户改良炉灶和炉灶使用情况,供人食用的玉米和辣椒正确干燥情况;调查被抽取病区村出生居住的8-12周岁儿童氟斑牙患

病情况。

二、评价判定标准

(一) 评价标准。

1. 控制标准。

(1) 合格改良炉灶率(包括使用清洁能源,如电能、液化气、沼气等)和合格改良炉灶正确使用率达到90%以上。

(2) 病区村供人食用的玉米和辣椒正确干燥率达到90%以上。

(3) 当地出生居住的8-12周岁儿童氟斑牙患病率 $\leq 30\%$ 。

2. 消除标准。

(1) 合格改良炉灶率(包括使用清洁能源,如电能、液化气、沼气等)和合格改良炉灶正确使用率达到95%以上。

(2) 病区村供人食用的玉米和辣椒正确干燥率达到95%以上。

(3) 当地出生居住的8-12周岁儿童氟斑牙患病率 $\leq 15\%$ 。

(二) 评价结果判定。

1. 各病区村达到控制或消除标准各项指标要求,可判定为实现控制或消除目标。如其中1项指标不符合要求,则判定为未实现控制或消除目标。

2. 当病区县95%的病区村达到控制或消除标准时,可判定该县达到控制或消除标准。

附件 3

饮水型氟中毒控制评价内容和判定标准

一、评价内容

(一) 自评。

1. 资料准备。

整理防治工作相关文件和资料,收集组织管理、防治措施落实、监测、健康教育等相关工作资料。

2. 现场评价。

对所辖所有病区村开展调查,调查内容包括病区村改水及水氟含量情况,以及该村出生居住的8-12岁儿童氟斑牙患病情况。如近年有病区村完整的病情资料,可直接利用现有病情资料进行评价。

(二) 复查 / 抽查。

1. 资料审核。

(1) 自评报告。内容包括基本情况、防治历程、自评方法、自评结果、主要经验、存在问题、自评结论、今后工作计划等。重点审核各病区村改水情况和8-12岁儿童氟斑牙患病情况。

(2) 工作资料。查阅防治规划或计划、防治工作实施方案、工作记录、工作总结、病情调查资料和数据、疾病监测报告等防治工作相关文件和资料原件,了解核对组织管理、各病区村病情及改水工程建设和使用等情况。

2. 现场评价。

在每个病区县随机抽取 3 个病区乡（镇）（不足 3 个时，全部抽取），再从每个乡（镇）随机抽取 3 个病区村（不足 3 个时，全部抽取），调查病区村改水情况，采集饮用水水样，检测氟含量；对全村 8-12 岁儿童进行氟斑牙检查。

二、评价判定标准

（一）控制标准。

1. 饮水氟含量：农村大中型集中式供水（设计日供水 1000 立方米或供水人口 10000 人及以上） $\leq 1.0\text{mg/L}$ ；农村小型集中式供水（设计日供水 1000 立方米或供水人口 10000 人以下）

$\leq 1.2\text{mg/L}$ 。

2. 当地出生居住的 8-12 周岁儿童氟斑牙患病率 $\leq 30\%$ 。

（二）评价结果判定。

1. 各病区村达到控制标准各项指标要求，可判定为实现控制目标。如其中 1 项指标不符合要求，则判定为未实现控制目标。

2. 当病区县 95% 的病区村达到控制标准时，可判定该县达到控制标准。

附件 4

燃煤污染型砷中毒消除评价内容和判定标准

一、评价内容

（一）自评。

1. 资料准备。

整理防治工作相关文件和资料，收集组织管理、改良炉灶、监测、健康教育等相关工作资料。

2. 现场评价。

对所辖所有病区村开展调查，调查内容包括病区村所有居民户改良炉灶和炉灶使用情况，供人食用玉米和辣椒正确干燥情况，以及该村砷中毒患病情况。如未完全落实改炉改灶措施，则需在病区村采集不同来源煤样，每种煤样采集 5 户，进行煤砷含量测定；同时采集 5 户的烘烤玉米、辣椒样品，进行食品中砷含量测定。

（二）复查 / 抽查。

1. 资料审核。

（1）自评报告。内容包括基本情况、防治历程、自评方法、自评结果、主要经验、存在问题、自评结论、今后工作计划等。重点审核各病区村砷中毒患病情况及供人食用玉米和辣椒正确干燥情况。

（2）工作资料。查阅防治规划或计划、防治工作实施方案、工作记录、工作总结、病情调查资料和数据、疾病监测报告等防治工作相关文件和资料原件，了解核对组织管理、各病区村病情及改良炉灶（包括使用清洁能源，如电能、液化气、沼气等）

落实和使用等情况。

2. 现场评价。

在每个病区县随机抽取 3 个病区乡（镇）（不足 3 个时，全部抽取），再从每个乡（镇）随机抽取 3 个病区村（不足 3 个时，全部抽取），每个病区村从调查的第 1 户开始，依据隔户抽查的原则抽取 10 户家庭，调查居民户改良炉灶和炉灶使用情况，供人食用的玉米和辣椒正确干燥情况；对病区村 95% 以上的人口进行砷中毒复核诊断，确定砷中毒新发情况。

二、评价判定标准

（一）消除标准。

1. 燃煤污染型地方性砷中毒病区家庭不再燃用砷含量 $> 40\text{ mg/kg}$ 的煤，或烘烤食物（如辣椒、玉米等）含砷量符合 GB2762 的规定，或全部有效落实了改良炉灶措施。

2. 除与砷相关的癌症患者外，无地方性砷中毒新发病例。

（二）评价结果判定。

1. 各病区村达到消除标准各项指标要求，可判定为实现消除目标。如其中 1 项指标不符合要求，则判定为未实现消除目标。

2. 当病区县 95% 的病区村达到消除标准时，可判定该县达到消除标准。

附件 5

饮水型砷中毒消除评价内容和判定标准

一、评价内容

(一) 自评。

1. 资料准备。

整理防治工作相关文件和资料,收集组织管理、防治措施落实、监测、健康教育等相关工作资料。

2. 现场评价。

对所辖所有病区村开展调查,调查内容包括病区村改水及水砷含量情况,以及该村 95% 以上常住暴露人口砷中毒患病情况。

(二) 复查 / 抽查。

1. 资料审核。

(1) 自评报告。内容包括基本情况、防治历程、自评方法、自评结果、主要经验、存在问题、自评结论、今后工作计划等。重点审核各病区村改水情况和砷中毒患病情况。

(2) 工作资料。查阅防治规划或计划、防治工作实施方案、工作记录、工作总结、病情调查资料和数据、疾病监测报告等防治工作相关文件和资料原件,了解核对组织管理、各病区村病情及改水工程建设和使用等情况。

2. 现场评价。

在每个病区县随机抽取 3 个病区乡(镇)(不足 3 个时,全部抽取),再从每个乡(镇)随机抽取 3 个病区村(不足 3 个时,全部抽取),调查病区村改水情况,采集饮用水水样,检测砷含量;对全村 95% 以上常住暴露人口进行砷中毒患病情况调查。

二、评价判定标准

(一) 消除标准。

1. 饮水砷含量:农村大型集中式供水(设计日供水 1000 立方米或供水人口 10000 人及以上) $\leq 0.01\text{mg/L}$;农村小型集中式供水(设计日供水 1000 立方米或供水人口 10000 人以下) $\leq 0.05\text{mg/L}$ 。

2. 除与砷相关的癌症患者外,无地方性砷中毒新发病例。

(二) 评价结果判定。

1. 各病区村达到消除标准各项指标要求,可判定为实现消除目标。如其中 1 项指标不符合要求,则判定为未实现消除目标。

2. 当病区县 95% 的病区村达到消除标准时,可判定该县达到消除标准。

附件 6

大骨节病控制和消除评价内容及判定标准

一、评价内容

(一) 自评。

1. 资料准备。

整理防治工作相关文件和资料,收集组织管理、监测、健康教育等相关工作资料。

2. 现场评价。

每个病区县在辖区内随机选取 5 个病区乡(镇),再从每个乡(镇)随机选取 3 个病区村。如辖区内少于 5 个病区乡(镇)则全选,所选病区乡(镇)中少于 3 个病区村则全查。

(1) 7-12 周岁儿童大骨节病患病情况。

临床和 X 线检查病区村 7-12 周岁儿童(常住人口,居住 6 个月以上),如该村 7-12 周岁儿童少于 50 人时,则需就近增加病区村,与该村合并作为一个村级调查点,确保每个村级调查点检查人数不少于 50 人;同时每个村级调查点 7-12 周岁儿童的检诊率需达到 95% 以上。

(2) 病区村防治措施落实情况。

了解病区村换粮、搬迁、异地育人、退耕还林、还牧等防治措施落实情况。

(二) 复查 / 抽查。

1. 资料审核。

(1) 自评报告。内容包括基本情况、防治历程、自评方法、自评结果、主要经验、存在问题、自评结论、今后工作计划，重点是 7-12 周岁儿童历年病情监测结果，尤其是近 5 年内 2 次病情调查结果等。

(2) 工作资料。近 5 年内 7-12 周岁儿童手部 X 线片，防治大骨节病组织管理相关资料（包括组织领导、防治机构和人员、仪器设备配置、经费投入、技术培训等），以及换粮、退耕还林（牧）或改种经济作物、异地育人等防治措施落实有关文件资料。

2. 现场评价。

(1) 病情现状评价。审核近 5 年内 7-12 周岁儿童手部 X 线片诊断结果。

(2) 查阅资料。通过查阅工作资料及座谈等方式，了解病区防治工作组织领导、部门协调、防治机构和人员、仪器设备配置、经费保障、防治措施落实等情况。

二、评价判定标准

(一) 评价标准。

1. 控制标准。

(1) 技术指标。以病区村（自然村或行政村）为单位，7-12 周岁儿童无临床病例，或 X 线阳性检出率 $\leq 5.0\%$ ，其中骨端阳性检出率 $\leq 3.0\%$ ，且无

干骺端“++”病变和“三联征”病例。

(2) 组织管理。防治工作组织管理各项指标评分（附表）合计达 70 分及以上。

2. 消除标准。

(1) 技术指标。以病区村（自然村或行政村）为单位，近 5 年内 2 次病情调查，7-12 周岁儿童无临床病例，X 线检查阳性检出率 $\leq 3\%$ ，无手部骨端改变病例。

(2) 组织管理。防治工作组织管理各项指标评分合计达 85 分及以上。

(二) 评价结果判定。

1. 被抽取病区村达到控制或消除标准的 2 项指标要求，可判定该病区村达到控制或消除标准。如其中 1 项指标不符合要求，则判定该病区村未达到控制或消除标准。

2. 如被评价乡（镇）所抽查病区村全部达到控制或消除标准，可判定该乡（镇）达到控制或消除标准，否则判定该乡（镇）未达到控制或消除标准。

3. 如被评价县（市）所抽查病区村全部达到控制或消除标准，可判定该县（市）达到控制或消除标准，否则判定该县（市）未达到控制或消除标准。

附表 1：大骨节病防治工作组织管理评价表

附件 7

克山病控制和消除评价内容及判定标准

一、评价内容

(一) 自评。

1. 资料准备。整理防治工作相关文件和资料，收集所辖病区分布、受威胁人口数量、病情数据、防控措施落实情况等相关资料。

2. 现场评价。在县级医疗机构及所辖病区乡卫生院、病区村卫生室开展病例搜索，查明本地区近 5 年急型、亚急型克山病新发病例、慢型克山病患病情。根据病例搜索结果，选择 2 个病人较多的病区乡，每个乡选择 1 个病人相对集中的病区村（常住人口以 500 人左右为宜，应答率不低于 80%；如评估县只有 1 个病区乡，则在该乡选择病

人相对集中的 2 个病区村），每村对至少 400 人进行克山病患病情调查，人数不足从邻近病区村补足。

(二) 复查 / 抽查。

1. 资料审核。

(1) 自评报告。内容包括基本情况、防治历程、自评方法、自评结果、主要经验、存在问题、自评结论、今后工作计划等，重点审核所辖病区分布、受威胁人口数量、历史病情和近 5 年内病情调查资料。

(2) 工作资料。查阅防治规划或计划、经费投入、技术培训、项目实施方案、工作记录、病情

调查资料和数据、工作总结和项目技术报告等相关文件和资料的原件，了解核对组织管理情况（包括组织领导、防治机构和人员、仪器设备配置、经费投入、技术培训等）。

2. 现场评价。

（1）病情现状评价。对县级自评病情调查资料进行复核，并对县级确诊病人进行复查确诊。

（2）查阅资料。通过查阅工作资料及座谈等方式，了解病区防治工作组织领导、部门协调、防治机构和人员、仪器设备配置、经费保障、防治措施落实等情况。

二、评价判定标准

（一）评价标准。

1. 控制标准。

（1）技术指标。以病区乡（镇）为单位，连续5年以上（不含5年）全乡（镇）无急型、亚急型克山病发病，且慢型克山病患病率小于2%、潜在型克山病患病率小于30%。

（2）组织管理。防治工作组织管理各项指标

评分合计达70分及以上。

2. 消除标准。

（1）技术指标。以病区乡（镇）为单位，所有病区乡（镇）近5年无急型、亚急型新发病例，且自然慢型克山病患病率低于0.5%、潜在型克山病患病率低于9%。

（2）组织管理。防治工作组织管理各项指标评分合计达85分及以上。

（二）评价结果判定。

1. 病区乡（镇）达到控制或消除标准各项指标要求，可判定为实现控制或消除目标。如其中1项指标不符合要求，则判定为未实现病区控制或病区消除目标。

2. 被评价县所选取病区乡（镇）全部达到控制或消除标准，可判定为该县达到克山病控制或消除标准。如有1个病区乡（镇）未达到相应指标，则判定该县未达到控制或消除标准。

附表2：克山病防治工作组织管理评价表

附表1

大骨节病防治工作组织管理评价表

省（区、市）_____市（地、州）_____县（市、区、旗）			
内 容	得分依据	分值	得分
防治规划和实施方案	制定防治规划和实施方案15分；制定防治规划或实施方案一项8分；无相关资料0分。	15	
资金保障	及时足额下拨上级防治项目工作经费，且本级安排相应经费15分；及时足额下拨，但本级未安排经费10分；未及时足额下拨项目工作经费5分，未下拨经费0分。	15	
防治专业人员和设备	1. 疾控中心（地病所）有大骨节病防治专业人员10分；疾控中心（地病所）有便携式X光机用于大骨节病防治工作5分；疾控中心（地病所）无大骨节病防治专业人员及便携式X光机0分。	15	
	2. 近5年来，开展或参加专业人员培训2次及以上10分；1次5分；未开展或参加培训0分。	10	
防治监测工作	1. 近5年内，开展监测工作2次及以上10分；开展1次5分，未开展0分	10	
	2. 原始病情调查资料完整15分；原始病情调查资料不完整5分；无病情调查资料0分。	15	
	3. 防治监测工作完成后，及时形成工作总结5分；及时形成技术报告5分；无相关资料0分。	10	

防治文件资料立卷归档	文件归档及时、规范 10 分；文件归档及时，但不规范 8 分；文件归档不及时且不全 5 分；无相关资料 0 分。	10	
合 计		100	

注：根据“得分依据”查阅相关文件、资料后进行打分。

填表单位（签章）：_____填表人：_____填表时间：_____年___月___日

附表 2

克山病防治工作组织管理评价表

_____省（区、市）_____市（地、州）_____县（市、区、旗）			
内 容	得分依据	分值	得分
防治规划和实施方案	制定防治规划和实施方案 10 分；制定防治规划或实施方案一项 5 分；无相关资料 0 分。	10	
资金保障	及时足额下拨上级防治项目工作经费，且本级安排相应经费 10 分；及时足额下拨，但本级未安排经费 5 分；未及时足额下拨项目工作经费 2 分。	10	
防治专业人员及设备	1. 疾控中心（地病所）有克山病防治专业人员 5 分；有心电图机等仪器设备 5 分；无防治专业人员及心电图机等仪器设备 0 分。	10	
	2. 近 5 年来，开展或参加专业人员培训 2 次及以上 10 分，1 次 5 分；未开展或参加培训 0 分。	10	
监测工作开展情况	1. 近 5 年内，开展监测工作 2 次及以上 10 分；开展 1 次 5 分；未开展 0 分。	10	
	2. 近 5 年内，各年度监测工作中开展病例搜索和重点监测 10 分；未进行病例搜索，仅重点监测 5 分；病例搜索和重点监测均未开展 0 分。	10	
	3. 原始病情调查资料完整，确诊病例各项临床检查完备 20 分；原始病情调查资料不完整，或确诊病例各项临床检查缺项 10 分；无病情调查资料 0 分。	20	
工作总结及归档	1. 各年度防治项目完成后，及时形成工作总结 5 分；及时形成项目技术报告 5 分；无相关资料 0 分。	10	
	2. 文件归档及时、规范 10 分；文件及时归档，但不规范 8 分；文件归档不及时且不全 5 分；无相关资料 0 分。	10	
合 计		100	

注：根据“得分依据”查阅相关文件、资料后进行打分。

填表单位（签章）：_____填表人：_____填表时间：_____年___月___日

关于印发推进和规范 医师多点执业若干意见的通知

国卫医发〔2014〕86号

各省、自治区、直辖市卫生计生委、发展改革委、人力资源社会保障厅（局）、中医药管理局，各保监会，新疆生产建设兵团卫生局、发展改革委、人力资源社会保障局：

国家卫生计生委、国家发展改革委、人力资源社会保障部、国家中医药管理局、中国保监会制定了《关于推进和规范医师多点执业的若干意见》，现印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。各地在工作中的重要情况和问题，请及时向国家卫生计生委和相关部门报告。

国家卫生计生委

国家发展改革委

人力资源社会保障部

国家中医药管理局

中国保监会

2014年11月5日

关于推进和规范医师多点执业的若干意见

为贯彻落实党的十八大和十八届三中全会精神，深入实施《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6号）和《国务院关于促进健康服务业发展的若干意见》（国发〔2013〕40号），促进优质医疗资源平稳有序流动和科学配置，更好地为人民群众提供医疗卫生服务，经国务院同意，现就推进和规范医师多点执业提出以下意见：

一、总体要求

（一）**推进医师合理流动。**加快转变政府职能，放宽条件、简化程序，优化医师多点执业政策环境。发挥政策导向作用，鼓励医师到基层、边远地区、医疗资源稀缺地区和其他有需求的医疗机构多点执业。

（二）**规范医师多点执业。**坚持放管结合，制定完善医师多点执业管理政策，明确相关各方权利义务，促进医师多点执业有序规范开展，逐步建立符合国情的医师执业和管理制度，维护正常工作秩序。

（三）**确保医疗质量安全。**强化卫生计生行政部门和医疗机构对医师多点执业的监督管理，严格医师岗位管理，加强行业自律和社会监督，确保医疗服务的安全性、有效性和连续性。

二、医师多点执业的资格条件和注册管理

（一）**医师多点执业的资格条件。**医师多点执业是指医师于有效注册期内在两个或两个以上医疗机构定期从事执业活动的行为。医师参加慈善或公益性巡回医疗、义诊、突发事件或灾害事故医疗救援工作，参与实施基本和重大公共卫生服务项目，不属于本意见规定的医师多点执业。医师外出会诊按照《医师外出会诊管理暂行规定》等有关规定执行。允许临床、口腔和中医类别医师多点执业。多点执业的医师应当具有中级及以上专业技术职务任职资格，从事同一专业工作满5年；身体健康，能够胜任医师多点执业工作；最近连续两个周期的医师定期考核无不合格记录。

（二）**医师多点执业的注册管理。**医师多点执业实行注册管理，相应简化注册程序，同时探索实行备案管理的可行性。条件成熟的地方可以探索实

行区域注册，以促进区域医疗卫生人才充分有序流动，具体办法由各省（区、市）卫生计生行政部门制定。医师在参加城乡医院对口支援、支援基层，或在签订医疗机构帮扶或托管协议、建立医疗集团或医疗联合体的医疗机构间多点执业时，不需办理多点执业相关手续。其中在公立医院担任院级领导职务的，除前述情形外一般不能从事其他形式的多点执业。医师在第一执业地点医疗机构外的其他医疗机构执业，执业类别应当与第一执业地点医疗机构一致，执业范围涉及的专业应当与第一执业地点医疗机构二级诊疗科目相同。经全科医师培训合格的医师到基层医疗卫生机构多点执业的，在执业类别不变情况下，可增加注册全科医学专业。医师变更执业类别、执业范围，以及变更第一执业地点医疗机构的，应当按照《医师执业注册暂行办法》的规定办理，变更后原多点执业注册同时失效。

三、医师多点执业的人事（劳动）管理和医疗责任

（一）医师多点执业的人事（劳动）关系。医师与第一执业地点医疗机构在协商一致的基础上，签订聘用（劳动）合同，明确人事（劳动）关系和权利义务，并按照国家有关规定参加社会保险；与拟多点执业的其他医疗机构分别签订劳务协议，鼓励通过补充保险或商业保险等方式提高医师的医疗、养老保障水平。

（二）医师多点执业的劳务协议。医师与执业的医疗机构在协议中应当约定执业期限、时间安排、工作任务、医疗责任、薪酬、相关保险等。多点执业医师的薪酬，根据实际工作时间、工作量和业绩等因素，由执业地点医疗机构与医师协商确定。其中，医师在第一执业地点医疗机构的工作时间和工作量未达到全职医师要求的，不能领取全职薪酬。拟多点执业的医师应当获得第一执业地点医疗机构的同意，选择有条件的地方探索医师向第一执业地点医疗机构履行知情报备手续即可开展多点执业试点。

（三）医师多点执业医疗责任承担。医师多点执业过程中发生医疗损害或纠纷，应当由发生医疗损害或纠纷的当事医疗机构和医师按照有关法律法

规处理，其他非当事医疗机构均不承担相关的医疗损害或纠纷处理责任。医疗机构和医师应当通过合同或协议明确发生医疗损害或纠纷时各自应当承担的责任及解决方法。支持医疗机构和医师个人购买医疗责任保险等医疗执业保险，医师个人购买的医疗执业保险适用于任一执业地点。

（四）医师多点执业的管理。第一执业地点医疗机构应当支持医师多点执业并完善内部管理。医疗机构同意医师多点执业后，应当及时根据实际合理规定医师岗位职责，完善考核、奖励、处分、竞聘上岗等的具体管理办法，不因医师多点执业而影响其职称晋升、学术地位等。多点执业医师应当根据合同或协议合理安排在各执业地点医疗机构的执业时间，保证履行合同和协议，确保各执业地点医疗质量和医疗安全。在特殊情况下，如处理突发公共卫生事件、紧急医疗救治等，多点执业医师应当服从第一执业地点医疗机构的工作安排。卫生计生行政部门和中医药管理部门及行业协会应当按照《中华人民共和国执业医师法》、《医师定期考核管理办法》等对多点执业医师进行考核。多点执业医师不得为谋取不当利益损害各执业地点医疗机构及患者的合法权益。医师多点执业过程中出现违反法律、法规、规章等情形的，由卫生计生行政部门及有关部门依法依规处理。第一执业地点医疗机构为公立医院的医师，在其他医疗机构执业过程中出现违规违纪情形的，由当事医疗机构通报第一执业地点医疗机构，由第一执业地点医疗机构或者有关部门和单位按照《事业单位工作人员处分暂行规定》等进行处分。多点执业医师在执业过程中出现违反医疗机构内部规定情形的，由当事医疗机构依据本医疗机构相关规定和合同或协议进行处理。

四、组织实施

（一）加强组织领导。全面推进医师多点执业是优化医疗资源配置、推动医疗卫生事业加快发展的重要举措，事关医药卫生体制改革和事业单位改革的深入推进。各地区、各有关部门要高度重视，进一步解放思想，转变观念，及时完善政策措施，坚决破除阻碍医疗卫生人才合理流动的束缚和障碍，加快推进医师多点执业。有关部门要根据本意

见要求，加强沟通协调，密切协作配合，抓紧制订并落实相关配套政策措施。各省（区、市）人民政府要结合实际制订具体实施方案，针对重点难点问题，进一步转变职能，创新管理，加强监管，抓好落实。

（二）推进试点工作。各地要结合实际，对开展医师多点执业涉及的人事管理、收入分配、社会保险等工作尽快研究制订试点方案，积极开展试点，取得经验后逐步推开。国家选择若干重点联系省份，加强跟踪指导。各省（区、市）可结合本地区实际确定省级联系试点城市。

（三）完善政策措施。加强公立医院医师多点执业与事业单位人事制度和保障制度改革改革的衔接。支持各地结合实际改革创新，探索简化注册审批手续，促进人才流动。鼓励支持大医院医

师到基层医疗卫生机构、社会办医疗机构多点执业。坚持强化基层，对到基层医疗卫生机构多点执业的，要明确政策给予支持和鼓励。健全医师多点执业的执业风险保险制度。完善多点执业医师职称晋升办法。建立健全医师多点执业监管制度。提高医师执业管理信息化水平，实行医师多点执业信息公开。积极发挥行业协会作用，加强行业自律。及时总结实践经验，完善医师执业管理的政策法规。

（四）创造良好环境。医师多点执业政策性较强，社会关注度高，各地区、各有关部门要切实做好政策解读和舆论引导，宣传医师多点执业的重要意义和政策措施，争取广大医务人员、医疗机构和社会各界的理解和支持，努力营造有利于推进改革的良好舆论氛围。

关于表扬全国妇幼健康技能竞赛 获奖集体和个人的通报

国卫妇幼发〔2014〕88号

各省、自治区、直辖市卫生计生委、教科文卫体工会、科文卫体工会、医务（卫生）工会，新疆生产建设兵团卫生局、人口计生委：

由国家卫生计生委和中华全国总工会联合主办的全国妇幼健康技能竞赛是国家卫生计生委“妇幼健康服务年”的一项重要活动。活动自3月份启动以来，各地自下而上，层层发动、层层开赛，共举办2700场竞赛，共有35万妇幼健康服务者参加，达到了以赛促学、以赛促训、钻研业务、岗位练兵的目的，全面提升了妇幼健康服务能力水平。

为充分发挥先进典型示范作用，进一步扩大全国妇幼健康技能竞赛的社会影响，经研究，决定对全国妇幼健康技能竞赛获奖集体和个人进行表扬，并授予重庆等32支代表队团体奖；授予王冬纳等128名参赛队员个人奖，其中王冬纳、张丽珊、汤雅玲、湛玉洁4人作为候选人按程序向中华全国总工会申请授予“全国五一劳动奖章”；授予王雁等103名参赛队员单项奖；授予浙江省卫生计生委、浙江省教育工会等16个省（区、市）卫生计生委和工会组织优秀组织奖；授予国家医学考试中心等6个集体、刘克玲等57名专家和有关同志特殊贡献奖（获奖名单见附件）。

希望受到表扬的单位、团体和个人珍惜荣誉，戒骄戒躁，在今后工作中不断开拓创新，再创佳绩。全国妇幼健康服务战线的同志们要以获奖集体和个人为榜样，学习他们爱岗敬业、科学严谨、精益求精的职业精神，学习他们齐心协力、奋勇争先、敢于拼搏的进取精神，进一步提高妇幼健康服务的能力和水平，为保障全国妇女儿童健康作出更大贡献。

- 附件：1. 全国妇幼健康技能竞赛团体奖获奖名单
2. 全国妇幼健康技能竞赛个人奖获奖名单
3. 全国妇幼健康技能竞赛单项奖获奖名单
4. 全国妇幼健康技能竞赛优秀组织奖获奖名单
5. 全国妇幼健康技能竞赛特殊贡献奖获奖名单

国家卫生计生委 中华全国总工会
2014 年 12 月 1 日

附件 1

全国妇幼健康技能竞赛团体奖获奖名单

一、团体一等奖

重庆代表队

上海代表队

北京代表队

二、团体二等奖

湖南代表队

浙江代表队

福建代表队

四川代表队

江苏代表队

三、团体三等奖

山东代表队

陕西代表队

广东代表队

江西代表队

河北代表队

贵州代表队

河南代表队

甘肃代表队

四、团体优秀奖

内蒙古代表队

黑龙江代表队

辽宁代表队

湖北代表队

吉林代表队

天津代表队

云南代表队

海南代表队

山西代表队

广西代表队
安徽代表队
宁夏代表队
新疆代表队
青海代表队
新疆兵团代表队
西藏代表队

附件 2

全国妇幼健康技能竞赛个人奖获奖名单

一、个人一等奖

(一) 围产保健项目。

王冬纳 广东省中山市小榄镇人民医院
王 雁 北京大学人民医院
应 豪 上海市第一妇婴保健院

(二) 儿童保健项目。

张丽珊 上海市浦东新区妇幼保健所
闫淑媛 湖南省长沙市妇幼保健院
孙璞重 重庆市永川区妇幼保健院

(三) 妇女保健项目。

汤雅玲 厦门大学附属第一医院
钱志大 浙江省妇幼保健院
吴颖岚 湖南省妇幼保健院

(四) 计划生育技术服务项目。

湛玉洁 重庆市垫江县桂溪社区卫生服务中心
李俊敏 吉林省磐石市计划生育技术服务站
林秀英 福建省晋江市计划生育服务站

二、个人二等奖

(一) 围产保健项目。

蔡玉渝 福建省南安市洪濑中心卫生院
朱元江 湖南省娄底市双峰县洪山殿镇中心卫生院
田 静 重庆医科大学附属大学城医院
聂 蕾 贵阳医学院附属医院
周朝芬 浙江省兰溪市永昌街道社区卫生服务中心

(二) 儿童保健项目。

蔡海芳 浙江省丽水市中心医院
朱帝玲 四川省成都市妇女儿童中心医院
张永花 甘肃省兰州市妇幼保健院
刘兰兰 河南省漯河市临颍县妇幼保健院

刘雅静 北京市房山区窦店镇社区卫生服务中心

(三) 妇女保健项目。

姜 慧 江苏省扬州高邮市妇幼保健所

夏 艳 北京市海淀区妇幼保健院

艾小燕 江西省妇幼保健院

刘晓华 重庆市涪陵中心医院

张婧楠 四川省眉山市彭山县人民医院

(四) 计划生育技术服务项目。

周 香 江苏省南通启东市海复镇计划生育中心服务站

李艳春 上海市嘉定区南翔医院

杨秋红 浙江省永康市计划生育指导站

徐 琦 北京市西城区妇幼保健院

陈国丽 贵州省安顺市普定县计划生育妇幼保健服务中心

三、个人三等奖

(一) 围产保健项目。

贾瑞喆 江苏省南京市妇幼保健院

龙 禹 广西医科大学第一附属医院

李 玮 河北省石家庄市行唐县安香乡卫生院

肖 桦 辽宁省沈阳市妇婴医院

邹红霞 陕西省妇幼保健院

胡金萍 宁夏回族自治区银川市妇幼保健院

李 卉 四川省妇幼保健院

洪建丽 甘肃省人民医院

(二) 儿童保健项目。

高 越 新疆维吾尔自治区妇幼保健院

李湘珺 天津市滨海新区大港妇女儿童保健中心

刘丽丽 山东省淄博市淄博区人民医院

严学勤 广东省中山市博爱医院

李云桂 云南省昆明市宜良县妇幼保健中心

王利霞 宁夏回族自治区妇幼保健院

薛 萍 山西省太原市妇幼保健院

黄 艳 福建省妇幼保健院

(三) 妇女保健项目。

罗 辉 湖北省荆门市第一人民医院

黄 玮 陕西省宝鸡市妇幼保健院

辛 兵 中国医科大学附属盛京医院

刘玉珍 潍坊医学院附属医院

施和萍 上海市普陀区真如社区卫生服务中心

郭 瑞 内蒙古自治区妇幼保健院

毛 辉 云南省第二人民医院

齐 雪 黑龙江省鸡西市鸡冠区西山街道社区卫生服务中心

(四) 计划生育技术服务项目。

王雅妮 陕西省宝鸡市凤县留凤关镇计划生育服务站

郭延红 山东省济南市槐荫区吴家堡计划生育服务站

田晓双 黑龙江省农垦总局牡丹江管局中心医院

刘子香 湖南省株洲市茶陵县人口计生服务站

黎 晓 广西壮族自治区钦州市钦南区黄屋屯镇卫生院

张玲莉 河南省信阳市平桥区龙井乡计划生育服务中心

罗迎彩 新疆生产建设兵团第八师石河子市计划生育指导中心

王 玮 河北医科大学附属第二医院

四、个人优秀奖

(一) 围产保健项目。

蔡丽瑛 哈尔滨医科大学附属第一医院

张 欣 新疆维吾尔自治区伊犁州妇幼保健院

王剑利 山西省太原中西医结合医院

李晓燕 山东省烟台市硫磺顶医院

卢广兰 江西省南昌市南昌县妇幼保健院

刘 巍 吉林省妇幼保健院

李 莉 天津市第四医院

茶一麟 云南省大理白族自治州人民医院

陈秋霞 海南省妇幼保健院

高 婷 安徽省立医院

魏新玲 湖北省荆门市监利县龚场镇中心卫生院

崔 健 新疆生产建设兵团医院

许 冰 青海省大通回族土族自治县人民医院

徐晓辉 河南省妇幼保健院

李丕宇 包头医学院第一附属医院

普布仓决 西藏自治区拉萨市城关区八廓社区卫生服务中心

(二) 儿童保健项目。

边海燕 吉林省通化市妇幼保健院

杨 帆 内蒙古自治区阿拉善盟阿左旗妇幼保健院

罗妮娜 湖北省宜昌市夷陵区妇幼保健院

胡幼芳 江苏省妇幼保健院

沈 欣 江西省南昌市妇幼保健所

容正红 贵州省遵义市汇川区团泽镇卫生院

陈 洁 海南省三亚市妇幼保健院

王宏蕾 河北省承德市妇幼保健院

钟元梅 青海省妇幼保健院

李海梅 陕西省西安市户县妇幼保健院
李连翠 黑龙江省鹤岗矿业集团公司妇幼保健院
赵俊辉 辽宁省本溪市平山区崔东社区卫生服务中心
施凤英 安徽省合肥市庐江县泥河中心卫生院
张 婉 西藏自治区人民医院
黄 慧 广西壮族自治区河池市南丹县妇幼保健院
张志红 新疆生产建设兵团第八师石河子市石总场医院

(三) 妇女保健项目。

王秋霞 海南省儋州市国营八一农场医院
侯国花 安徽省芜湖市第五人民医院
王 芳 广东省深圳市福田区妇幼保健院
王 苓 山西省妇幼保健院
崔广静 河北省廊坊市大城县妇幼保健院
邢宇瑞 河南省开封市妇幼保健院
葛红雨 天津市北辰区妇女儿童保健中心
陈淑琴 甘肃省定西市通渭县妇幼保健院
李 宁 广西壮族自治区南宁市妇幼保健院
李新琴 青海省西宁市妇幼保健中心
方有珍 贵州省贵阳市妇幼保健院
拓明花 宁夏回族自治区中卫市沙坡头区常乐卫生院
汪慧娟 新疆生产建设兵团第八师石河子市妇幼保健院
张蒙纳 吉林省长春市宽城区群英社区卫生服务中心
唐婷婷 新疆维吾尔自治区阿勒泰地区布尔津县妇幼保健院
罗 珍 西藏自治区林芝地区林芝县医院

(四) 计划生育技术服务项目。

王伟丽 内蒙古自治区呼伦贝尔市海拉尔区奋斗镇计生服务站
欧阳小娟 江西省九江市湖口县双钟镇计划生育服务所
陈振丽 海南省陵水黎族自治县计生服务站
闫 洁 云南省文山州文山市古木镇人口和计划生育服务中心
任红侠 辽宁省沈阳市浑南区中心医院
陈小萍 山西省长治市沁县杨安乡计划生育服务所
胡 瑜 安徽省马鞍山市和县计划生育服务站
李玉华 广东省计划生育科研所
李 新 湖北省人民医院
赵一萍 甘肃省平凉市庄浪县水洛镇计生服务站
张艳侠 天津市蓟县大埧上卫生院
张燕燕 新疆维吾尔自治区巴州库尔勒市哈拉玉宫乡计划生育服务站
孙春莉 四川省资阳市安岳县镇子镇计划生育服务站
李文花 青海省西宁市城中区总寨中心卫生院

苏冬梅 西藏自治区拉萨市墨竹工卡县人民医院
高英萍 宁夏回族自治区银川市灵武市人口和计划生育局

附件 3

全国妇幼健康技能竞赛单项奖获奖名单

一、综合笔试单项奖

(一) 围产保健项目。

王冬纳 广东省中山市小榄镇人民医院
王 雁 北京大学人民医院
贾瑞喆 江苏省南京市妇幼保健院
李 卉 四川省妇幼保健院
蔡玉渝 福建省南安市洪濑中心卫生院
周朝芬 浙江省兰溪市永昌街道社区卫生服务中心
应 豪 上海市第一妇婴保健院
李 玮 河北省石家庄市行唐县安香乡卫生院

(二) 儿童保健项目。

张丽珊 上海市浦东新区妇幼保健所
蔡海芳 浙江省丽水市中心医院
闫淑媛 湖南省长沙市妇幼保健院
刘丽丽 山东省淄博市淄博区人民医院
高 越 新疆维吾尔自治区妇幼保健院
刘兰兰 河南省漯河市临颍县妇幼保健院
沈 欣 江西省南昌市妇幼保健所
罗妮娜 湖北省宜昌市夷陵区妇幼保健院
朱帝玲 四川省成都市妇女儿童中心医院

(三) 妇女保健项目。

汤雅玲 厦门大学附属第一医院
钱志大 浙江省妇幼保健院
刘晓华 重庆市涪陵中心医院
姜 慧 江苏省扬州高邮市妇幼保健所
夏 艳 北京市海淀区妇幼保健院
吴颖岚 湖南省妇幼保健院
艾小燕 江西省妇幼保健院
张婧楠 四川省眉山市彭山县人民医院

(四) 计划生育技术服务项目。

李俊敏 吉林省磐石市计划生育技术服务站
李艳春 上海市嘉定区南翔医院
周 香 江苏省南通启东市海复镇计划生育中心服务站
林秀英 福建省晋江市计划生育服务站

杨秋红 浙江省永康市计划生育指导站
欧阳小娟 江西省九江市湖口县双钟镇计划生育服务所
任红侠 辽宁省沈阳市浑南区中心医院
郭延红 山东省济南市槐荫区吴家堡计划生育服务站
王雅妮 陕西省宝鸡市凤县留凤关镇计划生育服务站

二、操作技能单项奖

(一) 围产保健项目。

王 雁 北京大学人民医院
邹红霞 陕西省妇幼保健院
龙 禹 广西医科大学第一附属医院
崔 健 新疆生产建设兵团医院
田 静 重庆医科大学附属大学城医院
蔡丽瑛 哈尔滨医科大学附属第一医院
张 欣 新疆维吾尔自治区伊犁州妇幼保健院
王剑利 山西省太原中西医结合医院

(二) 儿童保健项目。

刘雅静 北京市房山区窦店镇社区卫生服务中心
张丽珊 上海市浦东新区妇幼保健所
闫淑媛 湖南省长沙市妇幼保健院
孙 璞 重庆市永川区妇幼保健院
张永花 甘肃省兰州市妇幼保健院
李云桂 云南省昆明市宜良县妇幼保健中心
李湘珺 天津市滨海新区大港妇女儿童保健中心
刘丽丽 山东省淄博市淄博区人民医院
刘兰兰 河南省漯河市临颍县妇幼保健院

(三) 妇女保健项目。

吴颖岚 湖南省妇幼保健院
钱志大 浙江省妇幼保健院
汤雅玲 厦门大学附属第一医院
施和萍 上海市普陀区真如社区卫生服务中心
夏 艳 北京市海淀区妇幼保健院
辛 兵 中国医科大学附属盛京医院
刘晓华 重庆市涪陵中心医院
艾小燕 江西省妇幼保健院

(四) 计划生育技术服务项目。

徐 琦 北京市西城区妇幼保健院
湛玉洁 重庆市垫江县桂溪社区卫生服务中心
王 玮 河北医科大学附属第二医院
陈国丽 贵州省安顺市普定县计划生育妇幼保健服务中心

苏冬梅 西藏自治区拉萨市墨竹工卡县人民医院
 林秀英 福建省晋江市计划生育服务站
 杨秋红 浙江省永康市计划生育指导站
 李俊敏 吉林省磐石市计划生育技术服务站

三、知识竞答单项奖

(一) 围产保健项目。

王 雁 北京大学人民医院
 应 豪 上海市第一妇婴保健院
 周朝芬 浙江省兰溪市永昌街道社区卫生服务中心
 田 静 重庆医科大学附属大学城医院
 贾瑞喆 江苏省南京市妇幼保健院
 朱元江 湖南省娄底市双峰县洪山殿镇中心卫生院
 聂 蕾 贵阳医学院附属医院
 茶一麟 云南省大理白族自治州人民医院

(二) 儿童保健项目。

张丽珊 上海市浦东新区妇幼保健所
 朱帝玲 四川省成都市妇女儿童中心医院
 王利霞 宁夏回族自治区妇幼保健院
 刘雅静 北京市房山区窦店镇社区卫生服务中心
 李湘珺 天津市滨海新区大港妇女儿童保健中心
 刘兰兰 河南省漯河市临颍县妇幼保健院
 闫淑媛 湖南省长沙市妇幼保健院
 陈 洁 海南省三亚市妇幼保健院
 孙 璞 重庆市永川区妇幼保健院
 李云桂 云南省昆明市宜良县妇幼保健中心

(三) 妇女保健项目。

罗 辉 湖北省荆门市第一人民医院
 夏 艳 北京市海淀区妇幼保健院
 吴颖岚 湖南省妇幼保健院
 汪慧娟 新疆生产建设兵团第八师石河子市妇幼保健院
 邢宇瑞 河南省开封市妇幼保健院
 姜 慧 江苏省扬州高邮市妇幼保健所
 钱志大 浙江省妇幼保健院
 汤雅玲 厦门大学附属第一医院

(四) 计划生育技术服务项目。

王伟丽 内蒙古自治区呼伦贝尔市海拉尔区奋斗镇计生服务站
 陈国丽 贵州省安顺市普定县计划生育妇幼保健服务中心
 王雅妮 陕西省宝鸡市凤县留凤关镇计划生育服务站
 赵一萍 甘肃省平凉市庄浪县水洛镇计生服务站

王玮河	北医科大学附属第二医院
李 新	湖北省人民医院
黎 晓	广西壮族自治区钦州市钦南区黄屋屯镇卫生院
湛玉洁	重庆市垫江县桂溪社区卫生服务中心
闫 洁	云南省文山州文山市古木镇人口和计划生育服务中心
罗迎彩	新疆生产建设兵团第八师石河子市计划生育指导中心

附件 4

全国妇幼健康技能竞赛优秀组织奖获奖名单

浙江省卫生计生委	浙江省教育工会
四川省卫生计生委	四川省教科文卫体工会
江西省卫生计生委	江西省总工会
上海市卫生计生委	上海市医务工会
福建省卫生计生委	福建省教科文卫体工会
江苏省卫生计生委	江苏省教育科技工会
山东省卫生计生委	山东省总工会
河南省卫生计生委	河南省教科文卫体工会工作委员会
北京市卫生计生委	北京市政法卫文工会
天津市卫生计生委	天津市教育工会
重庆市卫生计生委	重庆市教科文卫体工会
吉林省卫生计生委	吉林省教科文卫体工会
陕西省卫生计生委	陕西省科文卫体工会
河北省卫生计生委	河北省教科文卫工会
内蒙古自治区卫生计生委	内蒙古教科文卫工会
湖南省卫生计生委	湖南省卫生工会工作委员会

附件 5

全国妇幼健康技能竞赛特殊贡献奖获奖名单

一、机构特殊贡献奖

国家医学考试中心	首都儿科研究所
中国健康教育中心	中国疾病预防控制中心妇幼保健中心
中国妇幼保健协会	北京市朝阳区妇幼保健院

二、个人特殊贡献奖

张世琨	鹿文媛	杨志媛	张伶俐	曹 彬	徐晓超
姚秉成	李建国	何 惧	刘茂伟	张 颖	轩海华
弓 姝	罗慧琴	罗 毅	刘中勋	柳 雯	何 佳
李 涛	王利红	金 曦	郭艾莉	孟宪鹏	夏荣明

黄小娜	张铁勋	李长明	刘克玲	王县成	王天有
叶鸿瑁	叶蓉华	吴久玲	王山米	杨慧霞	陈 倩
范 玲	李丽娟	王惠珊	王丹华	陈欣欣	宫丽敏
郝 波	肖子华	王临虹	魏丽惠	毕 蕙	郁 琦
赵更力	苏穗青	邹 燕	金 力	韩献琴	韩丽晖
武淑英	经小平	徐克惠			

关于加强打击防控采血鉴定胎儿性别行为的通知

国卫家庭发〔2014〕90号

各省、自治区、直辖市卫生计生委、党委宣传部、综治办、网信办、科技厅（委、局）、通信管理局、公安厅（局）、民政厅（局）、交通运输厅（局、委）、工商行政管理局（市场监督管理部门）、食品药品监督管理局、邮政管理局，海关总署广东分署、各直属海关，各直属检验检疫局：

近年来，一些非法机构通过网络拉“业务”，由专人上门或选取隐蔽地方为内地孕妇抽取静脉血样，送往境外进行胎儿性别鉴定，已形成非法牟利的地下产业链。为落实国务院关于加大打击防控采血鉴定胎儿性别行为力度的有关精神，现将有关事项通知如下：

一、突出重点环节，加强打击防控

（一）加强网络广告信息监管。禁止利用互联网发布非医学需要的胎儿性别鉴定广告信息；加强对互联网搜索引擎网站的管理，禁止提供涉及胎儿性别鉴定广告信息的检索结果；对涉及的非法中介网站、即时通讯工具、网络论坛等进行查删，依法处理相关违法违规网站。

（二）加大非法中介查处力度。建立有奖举报制度，公开举报电话和举报信箱，在社区形成网格管理、群防群控的局面；加强部门协同配合，依法查处胎儿性别鉴定的非法中介机构和人员。

（三）加强采血监管。加强对各类医疗保健、计划生育技术服务机构及其工作人员的监管，禁止采血用于非医学需要的胎儿性别鉴定；禁止其他任何机构、人员采血用于胎儿性别鉴定；加强对医务工作者的宣传教育，禁止介绍推荐采血鉴定胎儿性别，禁止泄露孕妇私人信息。

（四）加强胎儿性别检测技术应用监管。禁止任何机构和个人利用产前诊断等技术进行非医学需要的胎儿性别鉴定。

（五）加强血样出境监管。严格按照《人类遗传资源管理暂行办法》对涉及人类遗传资源的血样出境进行管理。禁止私自携带、邮寄、运输血样出境，加大血样出境检查力度。

二、明确部门职责，实施综合治理

（一）卫生计生部门牵头负责采血鉴定胎儿性别行为打击防控工作，加强对各类医疗保健、计划生育技术服务机构及其工作人员的监管，加大对医疗保健、计划生育技术服务机构及其医务人员非法采血鉴定胎儿性别行为的查处力度；对医务人员加强禁止非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别人工终止妊娠（以下简称“两非”）法律法规的宣传教育，禁止泄露孕妇私人信息。

（二）宣传部门负责加大关爱女孩、促进性别

平等和禁止“两非”相关法律法规的宣传力度，营造良好的社会舆论氛围。适时曝光采血鉴定胎儿性别行为典型案例，发挥震慑警示作用。

（三）综治组织积极协调有关部门，形成打击“两非”中介的工作合力；将打击防控采血鉴定胎儿性别行为纳入基层平安创建活动的重要内容，加强排查整治，努力促进网格化管理全覆盖；落实综治领导责任制，对发生重特大采血鉴定胎儿性别行为案件，或出现突出问题、经反复整治得不到解决的地区，视情节依法分别实行诫勉谈话、黄牌警告、挂牌督办、一票否决。

（四）网络信息监管部门负责加强对新闻网站、商业网站、医疗药品信息服务类网站、医药企业和医疗机构自建网站的日常管理；加强网站广告发布的审核工作，指导、督促网站严格落实广告审查相关规定，严禁发布非医学需要的胎儿性别鉴定广告信息；加强对搜索引擎类网站的管理，督促搜索引擎类网站通过设立过滤关键词等技术手段，屏蔽网上涉及胎儿性别鉴定广告信息，坚决阻断相关广告网上传播渠道；及时清理博客、论坛、即时通讯工具等互动环节和非法中介网站涉及采血鉴定胎儿性别的广告信息；加大依法查处违规行为力度，对违规发布采血鉴定胎儿性别广告的网站视情节依法查处。

（五）科学技术行政主管部门按照《人类遗传资源管理暂行办法》，加强对血样出境审批的监管，负责血样出境的审批，核发批准文件，办理出境证明。

（六）电信主管部门负责配合网信、卫生计生、工商等部门加强对采血鉴定胎儿性别等相关网络信息广告的监管。对经认定为利用互联网发布“两非”广告信息的互联网站，依法注销其互联网信息服务经营许可证或备案，并通知相关互联网接入服务企业停止为其提供接入服务。

（七）公安部门负责配合卫生计生等部门建立联动执法机制，依法查处非法采血、非法鉴定胎儿性别的中介机构和人员；对工作中发现的“两非”中介和从事“两非”行为的医疗机构和医务人员，及时通报当地卫生计生部门并配合查处；对有关部

门移送的“两非”违法犯罪线索，逐一组织核查，涉嫌构成犯罪的，依法追究刑事责任；公安机关出入境部门和边检部门积极参与开展打击防控采血鉴定胎儿性别行为的专项整治行动，落实边控措施；加强与港澳纪律部队开展打击防控采血鉴定胎儿性别行为的执法合作。

（八）民政部门负责指导社区居民委员会，动员社区社会组织和广大社区居民协助政府部门掌握相关情况，及时有效应对，形成群防群控、动态监控的局面。

（九）交通运输部门负责督促道路货物运输经营者做好货物受理环节管理工作，健全货物受理环节的验视制度，加强对血样类限运物品的检查、甄别和处置。道路货物运输经营者在受理血样类货物运输出境业务时，应当查验并确认有关手续齐全有效后方可运输，禁止非法运输血样出境。

（十）海关部门负责加强血样出境监管。对人体血液和血液制品，应当严格验核主管部门的批件及检验检疫部门出具的《通关单》，并按规定办理通关手续；加大对进出境旅客行李物品、邮件、快件以及运输工具的监管力度，对所查获的非法出境血样依法处置；协同邮政部门督促快递、快递企业严格履行验视内件及审核寄递人真实身份的法律义务。

（十一）工商行政管理（市场监督管理）部门负责按照《中华人民共和国广告法》等法律法规，查处发布非医学需要胎儿性别鉴定广告的违法行为。

（十二）质检部门负责加强口岸检疫检查工作，严格把控出入境特殊物品风险评估、卫生检疫审批、口岸查验等环节，严禁血样非法出境；加强国际旅行卫生保健中心的管理，按照规定项目实施体格检查，严禁从事“两非”行为和泄露孕妇私人信息；加强与卫生计生、海关等部门的沟通联系，及时收集上报有关信息。

（十三）食品药品监管部门负责加强医疗器械注册监管，禁止用于非医学需要的胎儿性别鉴定相关医疗器械的注册；加强对医疗器械生产企业和经营企业的监督检查，依法查处生产、经营通过采血

或超声等其他方式用于非医学需要的胎儿性别鉴定相关医疗器械的违法行为，严厉打击非法经营胎儿性别鉴定相关产品的行为；加强宣传教育，发布相关警示信息，提高消费者警惕性和辨别力，不购买、不使用非医学需要的胎儿性别鉴定相关医疗器械，不参与通过采血等方式进行非医学需要的胎儿性别鉴定行为。

（十四）邮政管理部门负责加大对邮政企业、快递企业宣传力度，明确禁止利用寄递渠道非法寄递血样出境的相关要求，增强企业员工打击防控采血鉴定胎儿性别行为的意识和防范能力；督促邮政企业、快递企业严把收寄防范关口，以寄往重点地区的邮件、快件为重点，逐一落实收寄验视制度，从严控制血样寄递出入境，对不能提交检验检疫部门出具的《出入境特殊物品卫生检疫审批单》寄递的血样，一律予以拒收，严防血样非法流入寄递渠道。

三、加强组织领导，抓好任务落实

（一）**提高认识，完善机制。**采血鉴定胎儿性别行为加剧了我国出生人口性别结构失衡，各地区、各有关部门要充分认识加强打击防控采血鉴定胎儿性别行为的重要性和紧迫性，切实加强领导，建立人员经费保障制度，健全“部门联合、区域协作、人防并举、标本兼治”的工作机制，完善相关法律法规，形成统筹安排、齐抓共管的局面。东南沿海省份作为重点地区，各相关部门尤其要针对重点环节，建立健全打击防控机制。

（二）**加强配合，提升成效。**各部门要建立完善采血鉴定胎儿性别行为打击防控协调、信息共享和联合执法机制，加大业务培训力度，切实提高打击防控水平。各级卫生计生部门要发挥牵头作用，协调相关部门共同做好打击防控工作。

（三）**全面摸排，不留死角。**要建立有奖举报制度，设立投诉举报电话，鼓励社会各界投诉举报。一旦发现采血鉴定胎儿行为，要坚决予以彻查和打击，务必做到有案必查，违法必究。发现跨地区的案件，涉案地区要相互配合、积极查处。

（四）**加强督查，狠抓落实。**各部门要定期组织开展联合督查指导工作，督促各单位严格按照通知要求，履行好工作职责，严格工作标准，确保采血鉴定胎儿性别行为打击防控工作取得实效。

国家卫生计生委 中共中央宣传部

中央综治办

中央网信办

科技部工业和信息化部

公安部

民政部

交通运输部 海关总署

国家工商总局

国家质检总局

国家食品药品监管总局

国家邮政局

2014年12月26日

关于印发戒毒药物维持治疗工作管理办法的通知

国卫疾控发〔2014〕91号

各省、自治区、直辖市卫生计生委、公安厅局、食品药品监管局，新疆生产建设兵团卫生局、公安局、食品药品监管局：

为贯彻落实《中华人民共和国禁毒法》、《艾滋病防治条例》、《戒毒条例》和《中共中央国务院

关于加强禁毒工作的意见》要求，进一步规范戒毒药物维持治疗工作，国家卫生计生委、公安部、国家食品药品监管总局共同制定了《戒毒药物维持治疗工作管理办法》（可从国家卫生计生委网站 www.nhfpc.gov.cn 下载）。该办法已经国务院防治艾滋病工作委员会第二次全体会议审议通过，现印发给你们，请遵照执行。

国家卫生计生委 公安部

国家食品药品监管总局

2014 年 12 月 31 日

戒毒药物维持治疗工作管理办法

第一章 总则

第一条 为减少因滥用阿片类物质造成的艾滋病等疾病传播和违法犯罪行为，巩固戒毒成效，规范戒毒药物维持治疗工作，根据《中华人民共和国禁毒法》、《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国执业医师法》、《戒毒条例》、《艾滋病防治条例》、《医疗机构管理条例》和《麻醉药品和精神药品管理条例》等有关法律法规，制定本办法。

第二条 本办法所称戒毒药物维持治疗（以下简称维持治疗），是指在符合条件的医疗机构，选用适宜的药品对阿片类物质成瘾者进行长期维持治疗，以减轻他们对阿片类物质的依赖，促进身体康复的戒毒医疗活动。本办法所称戒毒药物维持治疗机构（以下简称维持治疗机构），是指经省级卫生计生行政部门批准，从事戒毒药物维持治疗工作的医疗机构。

第三条 维持治疗工作是防治艾滋病与禁毒工作的重要组成部分，必须坚持公益性原则，不得以营利为目的。维持治疗工作应当纳入各级人民政府防治艾滋病与禁毒工作规划，实行政府统一领导，有关部门各负其责，社会广泛参与的工作机制。

第四条 对在维持治疗工作中有显著成绩和作出突出贡献的单位与个人，按照国家有关规定给予表彰、奖励。

第二章 组织管理

第五条 国家卫生计生委会同公安部、国家食品药品监管总局组织协调、监测评估与监督管理全国的维持治疗工作。国家卫生计生委根据全国艾滋病防治工作需要和各省、自治区、直辖市卫生计生行政部门上报的维持治疗工作计划，确定各省（区、市）工作任务。

第六条 省级卫生计生行政部门会同同级公安、食品药品监管等有关部门制订本辖区的维持治疗工作规划，开展组织协调、监测评估等工作。省级卫生计生行政部门负责本辖区维持治疗工作的审批，组织维持治疗机构的专业人员培训，并对维持治疗工作进行监督管理与技术指导。省级公安机关负责本辖区治疗人员信息的备案登记工作。省级食品药品监管部门负责辖区内维持治疗药品配制单位的审核和确定，维持治疗药品配制、供应的监督管理工作，对治疗人员开展药物滥用监测工作。

第七条 县级、设区的市级卫生计生行政部门会同同级公安机关、食品药品监管部门建立联席会议机制，协商解决维持治疗工作中存在的问题。县级、设区的市级卫生计生行政部门负责维持治疗机构内维持治疗药品使用和有关医疗活动的监督管理。县级、设区的市级公安机关负责依法处理维持治疗工作中的违法犯罪行为。县级、设区的市级食品药品监管部门负责对维持治疗药品配制、供应等进行日常监督检查。第八条维持治疗机构对符合条件的申请维持治疗人员按照规范提供治疗及综合干预服务，并按规定开展实验室检测、信息管理工作。维持治疗机构应当与社区戒毒和社区康复工作

机构相互配合,对正在执行社区戒毒、社区康复的治疗人员,开展必要的社会心理干预等工作。

第三章 机构人员

第九条 省级卫生计生行政部门会同同级公安机关、食品药品监管部门,根据本辖区内现有阿片类物质成瘾者分布状况和需求,结合辖区内现有医疗卫生资源分布状况,规划维持治疗机构的数量和布局,并可以根据情况变化进行调整。

第十条 医疗机构拟开展维持治疗工作的,应当将书面申请材料提交执业登记机关,由其将书面材料报省级卫生计生行政部门批准。省级卫生计生行政部门应当根据本辖区的维持治疗工作规划、本办法及有关规定进行审查,自受理申请之日起20个工作日内,作出批准或者不予批准的决定,并书面告知申请人。批准前,应当征求同级公安机关及食品药品监管部门意见。被批准开展维持治疗工作的医疗机构,应当在省级卫生计生行政部门批准后,及时向同级公安机关备案。省级卫生计生行政部门应当将有关信息通报同级公安机关、食品药品监管部门。省级卫生计生、公安、食品药品监管等部门应当分别报上一级行政部门备案。

第十一条 维持治疗机构的名称、场所、主要负责人等发生变化时,应当按照《医疗机构管理条例》及其实施细则等相关规定办理变更登记,并向省级卫生计生行政部门以及同级公安机关备案。

第十二条 申请开展维持治疗工作的机构应当具备以下条件: (一) 具有《医疗机构执业许可证》; (二) 取得麻醉药品和第一类精神药品购用印鉴卡(以下简称印鉴卡); (三) 具有与开展维持治疗工作相适应的执业医师、护士等专业技术人员和安保人员; (四) 符合维持治疗有关技术规范的相关规定。具有戒毒医疗服务资质的医疗机构申请开展维持治疗工作的,应当按照本办法第十条的规定办理。

第十三条 从事维持治疗工作的医师应当符合以下条件: (一) 具有执业医师资格并经注册取得《医

师执业证书》; (二) 按规定参加维持治疗相关培训; (三) 使用麻醉药品和第一类精神药品的医师应当取得麻醉药品和第一类精神药品处方权; (四) 省级卫生计生行政部门规定的其他条件。

第十四条 从事维持治疗工作的护士应当符合以下条件: (一) 具有护士执业资格并经注册取得《护士执业证书》; (二) 按规定参加维持治疗工作相关培训; (三) 省级卫生计生行政部门规定的其他条件。

第十五条 从事维持治疗工作的药师应当符合以下条件: (一) 具有药学初级以上专业技术资格; (二) 按规定参加维持治疗工作相关培训; (三) 省级卫生计生行政部门规定的其他条件。

第十六条 维持治疗机构根据实际情况,可以设立延伸服药点,并由省级卫生计生行政部门按照本办法第十二条第一款规定的条件进行审批。维持治疗机构负责延伸服药点的日常管理。第十七条维持治疗机构依法对治疗人员的相关信息予以保密。除法律法规规定的情况外,未经本人或者其监护人同意,维持治疗机构不得向任何单位和个人提供治疗人员的相关信息。

第四章 药品管理

第十八条 维持治疗使用的药品为盐酸美沙酮口服溶液(规格: 1mg/ml, 5000ml/瓶)。配制盐酸美沙酮口服溶液的原料药实行计划供应,由维持治疗药品配制单位根据实际情况提出需用计划,经国家食品药品监管总局核准后执行。

第十九条 经确定的维持治疗药品配制单位应当按照国家药品标准配制盐酸美沙酮口服溶液,并配送至维持治疗机构。

第二十条 维持治疗机构应当凭印鉴卡从本省(区、市)确定的维持治疗药品配制单位购进盐酸美沙酮口服溶液。跨省购进的,需报相关省级食品药品监管部门备案。维持治疗机构调配和拆零药品所使用的容器和工具应当定期消毒或者更换,防止污染药品。

第二十一条 维持治疗药品的运输、使用及储存管理等必须严格执行《中华人民共和国药品管理法》和《麻醉药品和精神药品管理条例》的相关规定。

第五章 维持治疗

第二十二条 年龄在 18 周岁以上、有完全民事行为能力阿片类物质成瘾者，可以按照自愿的原则申请参加维持治疗。18 周岁以下的阿片类物质成瘾者，采取其他戒毒措施无效且经其监护人书面同意，可以申请参加维持治疗。有治疗禁忌症的，暂不宜接受维持治疗。禁忌症治愈后，可以申请参加维持治疗。

第二十三条 申请参加维持治疗的人员应当向维持治疗机构提供以下资料：（一）个人身份证复印件；（二）吸毒经历书面材料；（三）相关医学检查报告。维持治疗机构接到申请人提交的合格资料后 5 个工作日内，书面告知申请人是否可以参加治疗，并将审核结果报维持治疗机构所在地公安机关备案。

第二十四条 申请参加治疗的人员应当承诺治疗期间严格遵守维持治疗机构的各项规章制度，接受维持治疗机构开展的传染病定期检查以及毒品检测，并签订自愿治疗协议书。

第二十五条 维持治疗机构应当为治疗人员建立病历档案，并按规定将治疗人员信息及时报维持治疗机构所在地公安机关登记备案。

第二十六条 符合维持治疗条件的社区戒毒、社区康复人员，经乡（镇）、街道社区戒毒、社区康复工作机构同意，可以向维持治疗机构申请参加维持治疗。

第二十七条 维持治疗机构除为治疗人员提供维持治疗外，还需开展以下工作：（一）开展禁毒和防治艾滋病法律法规宣传；（二）开展艾滋病、丙型肝炎、梅毒等传染病防治和禁毒知识宣传；（三）提供心理咨询、心理康复及行为矫治等工作；（四）开展艾滋病、丙型肝炎、梅毒和毒品检测；（五）

协助相关部门对艾滋病病毒抗体阳性治疗人员进行随访、治疗和转介；（六）协助食品药品监管部门开展治疗人员药物滥用的监测工作。

第二十八条 维持治疗机构应当与当地社区戒毒、社区康复工作机构及戒毒康复场所建立衔接机制，加强信息的沟通与交流。社区戒毒、社区康复工作机构、强制隔离戒毒所和戒毒康复场所应当对正在执行戒毒治疗和康复措施的人员开展维持治疗相关政策和知识的宣传教育，对有意愿参加维持治疗的人员，应当帮助他们与维持治疗机构做好信息沟通。

第二十九条 维持治疗机构发现治疗人员脱失的，应当及时报告当地公安机关；发现正在执行社区戒毒、社区康复治疗人员脱失的，应当同时通报相关社区戒毒、社区康复工作机构。

第三十条 因户籍所在地或者现居住地发生变化，不能在原维持治疗机构接受治疗的，治疗人员应当及时向原维持治疗机构报告，由原维持治疗机构负责治疗人员的转介工作，以继续在异地接受维持治疗服务。正在执行社区戒毒、社区康复措施的，应当会同社区戒毒、社会康复工作机构一并办理相关手续。

第三十一条 治疗人员在参加维持治疗期间出现违反治疗规定、复吸毒品、严重影响维持治疗机构正常工作秩序或者因违法犯罪行为被羁押而不能继续接受治疗等情形的，维持治疗机构应当终止其治疗，及时报告当地公安机关。被终止治疗者申请再次参加维持治疗的，维持治疗机构应当进行严格审核，重新开展医学评估，并根据审核和评估结果确定是否接受申请人重新进入维持治疗。维持治疗机构应当将审核结果及时报所在地公安机关备案。

第六章 监督管理

第三十二条 国家卫生计生委、公安部和国家食品药品监管总局定期组织开展全国维持治疗工作的监督管理、督导和考核评估工作。

第三十三条 县级以上地方卫生计生行政部门

监督检查的主要内容包括：（一）维持治疗机构及其工作人员的资质情况；（二）麻醉药品和第一类精神药品使用资质；（三）维持治疗机构工作职责落实情况；（四）维持治疗机构工作人员培训情况；（五）维持治疗药品使用、存储、销毁和安全管理情况。

第三十四条 县级以上地方公安机关监督检查的主要内容包括：（一）维持治疗机构治安秩序的维护情况；（二）治疗人员信息登记备案情况；（三）治疗人员违法犯罪行为的依法处理情况。

第三十五条 县级以上地方食品药品监管部门监督检查的主要内容包括：（一）维持治疗药品的配制和质量控制情况；（二）维持治疗药品的供应情况；（三）维持治疗药品配制单位药品的安全管理情况。

第三十六条 维持治疗机构应当制订内部监督管理制度，并对工作人员履行职责的情况进行监督管理。

第三十七条 维持治疗机构及工作人员应当自觉接受社会和公民的监督。卫生计生行政部门应当会同公安机关及食品药品监管部门及时处理个人或者组织对违反本办法行为的举报。

第三十八条 开展维持治疗应当遵守国家有关法律法规和规章，执行维持治疗有关技术规范。维持治疗工作中违反本办法规定的，卫生计生行政部门、公安机关及食品药品监管部门将依照国家有关法律法规进行处理。

第七章 保障措施

第三十九条 维持治疗机构提供维持治疗服务的价格执行当地省级价格、卫生计生、人力资源社会保障等部门的有关规定。维持治疗机构按规定收

取治疗人员的诊疗费用，可以用于维持治疗药品的配制、运输、配送和维持治疗机构的日常运转、人员培训、延伸服药点的管理等各项开支。

第四十条 符合规划设立的维持治疗机构所需设备购置等必要的工作经费纳入同级财政预算安排，中央财政给予适当补助。

第四十一条 维持治疗机构可以根据当地经济发展状况，为确需治疗且经济困难的治疗人员给予体检、维持治疗费用减免等关怀救助。第四十二条 维持治疗机构应当对工作人员开展艾滋病等传染病的职业暴露防护培训，并采取有效防护措施。维持治疗工作中发生艾滋病病毒职业暴露的，按照相关规定执行暴露后预防措施。

第八章 附则

第四十三条 维持治疗需要使用其他药品时，由国家卫生计生委会同公安部和国家食品药品监管总局确定并公布。

第四十四条 县级以上地方卫生计生行政部门应当在本办法施行之日起6个月内，按照本办法规定对辖区内已经开展维持治疗工作的机构进行审核评估。符合规定的，由省级卫生计生行政部门批准其维持治疗机构资格，同时将情况通报同级公安机关。对不符合规定的，责令其限期整改，整改期满后予以复查。仍不合格的，撤销其开展维持治疗机构资格，并通报同级公安机关。

第四十五条 本办法仅适用于维持治疗工作，其他戒毒医疗服务适用《戒毒医疗服务管理暂行办法》（卫医政发〔2010〕2号）。第四十六条 本办法自2015年2月1日起施行。《滥用阿片类物质成瘾者社区药物维持治疗工作方案》（卫疾控发〔2006〕256号）同时废止。

国家卫生计生委办公厅关于 对妇幼健康服务集体和个人进行 通报表扬的通知

国卫办妇幼发〔2014〕66号

各省、自治区、直辖市卫生计生委，新疆生产建设兵团卫生局、人口计生委，相关直属单位：

妇幼健康服务工作关系 8.8 亿妇女儿童身心健康，关系 4.3 亿家庭生活幸福，责任重大，使命光荣。多年来，在党中央、国务院的高度重视下，妇幼健康服务工作取得了显著成绩。妇幼保健和计划生育技术服务工作者坚持为人民健康服务、为社会主义现代化建设服务的宗旨，不畏艰难、敢于担当、爱岗敬业、无私奉献，以高尚的品德、精湛的技术和良好的作风，为提高出生人口素质、保障妇女儿童健康作出了突出贡献。

为全面贯彻落实党的十八大和十八届三中、四中全会精神，践行社会主义核心价值观，鼓励先进，激励广大卫生计生人员积极投身妇幼健康服务事业，更好地服务妇女儿童，推动经济社会发展，我委决定对在妇幼健康服务工作中表现突出的北京妇幼保健院等 403 个集体（附件 1）和刘民等 1049 名个人（附件 2）予以表扬。

希望受到表扬的集体和个人珍惜荣誉，再接再厉，进一步发挥示范带头作用。全国卫生计生系统要以受到表扬的集体和个人为榜样，扎实工作，开拓进取，推动全国妇幼健康服务工作再上新台阶。

附件：1. 集体名单（略）

2. 个人名单（略）

国家卫生计生委 公安部

国家食品药品监管总局

2014 年 12 月 31 日

国家卫生计生委办公厅关于 2014 年 游泳场所卫生监督检查工作情况的通报

国卫办监督发〔2014〕67号

各省、自治区、直辖市卫生计生委，新疆生产建设兵团卫生局，中国疾病预防控制中心、国家卫生计生委卫生计生监督中心：

根据《国家卫生计生委办公厅关于印发 2014 年卫生计生监督重点检查计划的通知》（国卫办监督发〔2014〕23 号）工作安排，我委于 2014 年 6 月至 9 月在全国范围内组织开展了游泳场所卫生监督检查工作。现将有关情况通报如下：

一、基本情况截至 2014 年 11 月 1 日，除海南省、新疆维吾尔自治区和新疆生产建设兵团外，其他 29 个省（区、市）卫生计生行政部门报送了监督

检查结果，全国共检查游泳场所 10959 家，其中学校内游泳场所 603 家；共检测游泳池水样 26093 件、浸脚消毒池水样 14164 件，其中学校内游泳场

所游泳池水样 1366 件、浸脚消毒池水样 775 件。针对监督检查中发现的不合格问题，各地监督执法机构依法进行了严肃查处。

二、游泳场所水质卫生状况检查游泳场所水样检测合格率为 74.2%，其中学校内游泳场所水样检测合格率为 77.9%。按单项检测指标统计，游泳池水样的浑浊度、pH 值、大肠菌群、细菌总数、尿素、游离性余氯合格率分别为 99.5%、98.0%、97.6%、94.4%、91.6%、84.0%，其中学校内游泳场所游泳池水样上述各项指标合格率分别为 99.6%、98.7%、98.2%、95.2%、90.5%、87.3%；浸脚消毒池水样余氯合格率为 88.4%，其中学校内游泳场所浸脚消毒池水样余氯合格率为 91.9%。

三、下一步工作要求监督检测结果显示，游泳池水余氯和浸脚消毒池水余氯合格率偏低，游泳场所还存在一定卫生安全隐患。各地要督促水质消毒管理不规范、卫生设施设备不符合要求的游泳场所认真整改，严格落实相关卫生管理制度。各地要加大对游泳场所卫生许可证、卫生检测结果和卫生信誉度等级公示情况的监督检查力度，通过电视、广播、网络、报刊等公共媒体向社会曝光游泳场所存在的违法违规行为，强化监管效果，维护消费者健康。

国家卫生计生委办公厅

2014 年 12 月 4 日

国家卫生计生委办公厅关于印发 人口死亡信息登记管理规范（试行）的通知

国卫办规划发〔2014〕68 号

各省、自治区、直辖市卫生计生委，新疆生产建设兵团卫生局，委机关各司局，委直属和联系单位：

为加强人口死亡信息登记管理工作，落实部门职责，规范工作流程，确保数据质量，根据国家卫生计生委、公安部、民政部《关于进一步规范人口死亡医学证明和信息登记管理工作的通知》（国卫规划发〔2013〕57 号）要求，我委研究制定了《人口死亡信息登记管理规范（试行）》（可从国家卫生计生委网站规划信息栏目中下载）。现印发给你们，请遵照执行。

国家卫生计生委办公厅

2014 年 12 月 4 日

人口死亡信息登记管理规范（试行）

第一章 总则

第一条 为落实人口死亡信息登记部门职责，规范登记工作流程，建立分工协作机制，确保人口死亡信息的准确性、完整性和及时性，制定本规范。

第二条 本规范适用于各级卫生计生行政部门、各级各类医疗卫生机构的《居民死亡医学证明

（推断）书》（以下简称为《死亡证》）的签发与使用，以及人口死亡信息报告（含非正常死亡）、信息共享与统计分析等。

第三条 人口死亡信息是研究人口死亡水平和进行人口管理的一项基础性工作，也是制订社会经济发展规划、评价居民健康水平、优化卫生资源配置的重要依据。人口死亡信息登记是卫生计生部门

职责之一,各级卫生计生行政部门应当加强对人口死亡信息登记工作的组织领导,各级各类医疗卫生机构应当做好人口死亡信息登记工作。

第四条 人口死亡信息登记应当遵循标准规范、及时准确、分级负责、属地管理的原则。

第二章 职责分工

第五条 国家卫生计生委负责组织协调人口死亡信息登记工作,建立健全人口死亡信息登记制度,组织开展数据质量检查和评估,发布全国及省级人口死亡信息。统计信息中心协助起草有关管理规范,负责国家人口死亡信息库建设、部门间信息共享、数据发布前审核等工作。省级卫生计生行政部门负责组织协调本辖区人口死亡信息登记工作,建立健全本地区人口死亡信息登记制度,组织本地区数据质量检查和评估,协调本地区人口死亡信息登记系统建设,发布本辖区人口死亡信息。省级卫生计生统计信息中心协助省级卫生计生行政部门开展工作,参与本地区人口死亡信息登记系统及数据库建设,负责部门间信息共享、数据发布前审核等。地市级及县区级卫生计生行政部门负责本辖区人口死亡信息登记工作,组织本辖区监督检查和考核评估。

第六条 中国疾病预防控制中心负责制订相关技术方案,负责人口死亡信息登记系统国家级应用平台建设并指导省市级应用平台建设,负责全国人口死亡信息的数据收集、质量控制、统计分析、业务指导、人员培训等,组织实施死因监测项目工作。孕产妇、5岁以下儿童死亡监测工作继续由全国妇幼卫生监测办公室组织实施。地方各级疾病预防控制中心负责本辖区人口死亡信息登记的数据收集、质量控制、统计分析、业务指导、人员培训、应用平台建设、系统运维等工作。省级疾病预防控制中心统筹管理纸质《死亡证》印制。

第七条 医疗卫生机构负责救治死亡患者的《死亡证》填写、签发、保存及信息报告与核对等工作,协助县区级疾病预防控制中心开展人口死亡信息登记的质量控制。乡镇(街道)卫生院和社区卫生服务机构负责本辖区院外死亡调查、《死亡证》

签发、信息报告(含非正常死亡)等工作。乡村医生和计划生育专干负责向乡镇卫生院、社区卫生服务机构报送辖区内未经救治的死亡者(含死亡新生儿)名单,协助开展入户调查。

第三章 信息登记与报告

第八条 《死亡证》签发与人口死亡信息报告的责任单位为负责接诊或调查的医疗卫生机构(包括急救中心和急救站)。《死亡证》填写责任人为负责救治的执业医师或负责调查的执业(助理)医师。医疗卫生机构指定专人(熟悉业务)负责《死亡证》管理和人口死亡信息报告工作。

第九条 自2014年1月1日起,各级各类医疗卫生机构使用全国统一制定的新版《死亡证》。(一)签发单位:在医疗卫生机构或来院途中死亡(含出诊医生到现场已死亡)的《死亡证》,由负责救治的医疗卫生机构签发;在家中、养老服务机构、其他场所等正常死亡者的《死亡证》,由本辖区社区卫生服务机构或乡镇(街道)卫生院签发。未经救治的院外死亡,医疗卫生机构不能确定是否属于正常死亡者,需经公安司法部门判定死亡性质,公安司法部门判定为正常死亡者,由负责到现场或调查的执业(助理)医师签发《死亡证》;公安司法机关判断为非正常死亡者,由公安司法部门按照现行规定及程序办理。(二)签发对象为在中国大陆死亡的中国公民、台港澳居民和外国人(含死亡新生儿)。(三)补发《死亡证》时,需在第一联及补发联“医疗卫生机构盖章”栏注明“补发”及补发时间。

第十条 医疗卫生机构应当按照填表说明准确、完整、及时地填写《死亡证》四联(后三联一致)及《死亡调查记录》。《死亡证》“行政区划代码”和“编号”原则上从人口死亡信息登记系统获取,以确保唯一性。未登记户籍的死亡婴儿和无名尸的“有效身份证件类别”、“证件号码”均填“无”。具备条件的医疗卫生机构应当出具打印的《死亡证》。

第十一条 人口死亡信息采用网络报告方式。(一)医疗卫生机构相关责任人在签发《死亡证》

15日内通过人口死亡信息登记系统网络报告《死亡证》第一联信息(含《死亡调查记录》,下同)。省级、市级人口死亡信息登记系统平台向上级系统平台推送本地区全部人口死亡信息。(二)暂不具备上网条件的基层医疗卫生机构,在签发《死亡证》10日内将纸质《死亡证》第一联复印件报送至县区级疾病预防控制中心,县区级疾病预防控制中心在收到《死亡证》复印件7日内代报。(三)乡镇卫生院或社区卫生服务机构如无合格编码人员,报告死亡信息中的根本死因和国际疾病分类(ICD)编码由所属县区级疾病预防控制中心补录。(四)医疗卫生机构应当按照《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》(原卫生部令第37号)及时上报传染病死亡信息;妇幼卫生监测地区医疗卫生机构按照《全国妇幼卫生监测方案》报送孕产妇、5岁以下儿童死亡信息。

第十二条 人口死亡信息属法定调查表,任何单位和个人不得瞒报、虚报、拒报和篡改。对于瞒报、虚报、拒报和篡改人口死亡信息的,由有关部门依据《中华人民共和国统计法》对相关人员给予行政处分或追究法律责任。

第四章 质量控制

第十三条 医疗卫生机构应当建立数据审核制度。(一)医疗卫生机构相关责任人应当对《死亡证》进行错漏项等逻辑检查,行政区划代码、编号、有效身份证件类别、证件号码、性别、死亡日期、死亡原因、医师签名、医疗卫生机构等不得为空,如实填写死因链及死亡调查记录,确保填写与上报的死亡信息完整、准确、一致。(二)县区级疾病预防控制中心责任人在死亡信息上报后7日内完成数据审核,审核不通过要注明审核意见,并将错误信息反馈报告单位核实订正,确保根本死因及ICD编码质量。

第十四条 医疗卫生机构应当建立数据订正制度。(一)对已审核确认的报告信息,填报单位如发现死因诊断变更或填卡及编码错误,应当及时通知县区级疾病预防控制中心订正。(二)县区级疾病预防控制中心按月对本辖区报告的人口死亡信

息进行查重,确认后删除重复报告信息并做好登记。

第十五条 医疗卫生机构应当建立数据比对校核与补报制度。(一)乡镇卫生院、社区卫生服务机构责任人应当定期与街道派出所、养老服务机构、民政助理、计划生育专干和乡村医生等比对校核在家死亡名单(含死亡新生儿),发现漏报应当进行入户调查并及时补报。(二)同级疾病预防控制中心和妇幼保健机构要建立比对校核机制,按月核对并补报孕产妇和5岁以下儿童死亡信息。(三)县区疾病预防控制中心按月收集公安部门提供的非正常死亡信息(或法医鉴定书信息)并移交乡镇(街道)卫生院、社区卫生服务机构,由乡镇(街道)卫生院、社区卫生服务机构进行调查后补报非正常死亡的有关信息(与《死亡证》第一联内容一致)。

第十六条 各级卫生计生行政部门应当建立覆盖全人群的本辖区人口死亡信息库(包括正常死亡及非正常死亡信息)、死因监测数据库、孕产妇及5岁以下儿童死亡监测数据库。

第十七条 各级卫生计生行政部门要建立绩效考核、质量评估、结果通报制度。定期组织开展漏报调查,评估人口死亡信息的数据质量。考核评估指标主要为粗死亡率、根本死因编码准确率、审核率、重卡率等。

第五章 信息利用与管理

第十八条 各级卫生计生行政部门要建立跨部门、跨区域、跨系统的人口死亡信息共享机制。(一)县区级卫生计生行政部门应当按月与公安、民政部门交换正常死亡、死亡销户及非正常死亡、死者火化等信息,省级卫生计生行政部门协商同级公安部门提供上年末各县区性别及年龄别人口数。(二)国家及省级疾病预防控制中心按月向同级卫生计生数据中心推送本辖区人口死亡信息库。(三)中国疾病预防控制中心按月向省级人口死亡信息登记系统推送跨省流动人口死亡信息,按季度与全国妇幼卫生监测办公室交换妇幼卫生监测地区孕产妇、5岁以下儿童死亡信息。

第十九条 各级卫生计生行政部门要加强人口死亡信息的统计分析、数据挖掘与利用,产出人口

死亡率、疾病别死亡率、死因构成、死因顺位、预期寿命等指标，为深化医改、制定人口健康政策与规划、优化卫生资源配置提供科学依据。

第二十条 各级卫生计生行政部门应当依据《中华人民共和国政府信息公开条例》规范公布人口死亡信息。人口死亡信息属于重要卫生数据，省级人口死亡信息公布前要报国家卫生计生委备案。

第二十一条 各级卫生计生行政部门应当建立人口死亡信息保存制度，《死亡证》由出具单位纳入档案管理长期保存；人口死亡信息库由各级疾病预防控制中心和统计信息机构定期备份并长期保存。

第二十二条 实行人口死亡信息使用申请审批制度。人口死亡个案信息不得用于人口管理和统计分析以外的目的，任何单位和个人不得泄露个人隐私信息。

第二十三条 人口死亡信息采用相关国家标准和卫生信息标准的最新版本，各地不得自行制订分类标准。为保证系统和编码的稳定性，行政区划代码、组织机构代码由中国疾病预防控制中心每年维护1次，医疗卫生机构变更组织机构代码需提供《组织机构代码证书》。

第二十四条 人口死亡信息登记系统应用平台及数据管理单位应当按照国家相关信息安全保护制度要求，保障系统和数据安全，加强用户与权限管

理。

第六章 保障措施

第二十五条 各级卫生计生行政部门应当加强对人口死亡信息登记工作的领导和管理，明确任务分工，规范工作流程，建立分工协作、运行保障、经费投入等长效机制。

第二十六条 卫生计生行政部门应当将人口死亡信息登记系统建设纳入人口健康信息化建设统筹规划。具备条件的地区应当建立省级、地市级人口死亡信息登记系统应用平台，严格执行相关信息标准、校验规则、交换机制，实现与上级数据同步、信息共享和互联互通。

第二十七条 医疗卫生机构要明确业务主管部门，指定专人负责并纳入绩效考核，保证信息报告人员相对稳定。各级疾病预防控制中心应当建立人员培训制度，加强对死亡信息登记工作人员的岗位培训。

第七章 附则

第二十八条 各省、自治区、直辖市应当根据本规范并结合当地实际情况制订实施细则。

第二十九条 军队、武警所属医疗机构对死亡患者信息登记工作可参照本规范执行。

第三十条 本规范自发布之日起施行。

国家卫生计生委办公厅关于印发 远程医疗信息系统建设技术指南的通知

国卫办规划发〔2014〕69号

各省、自治区、直辖市卫生计生委，新疆生产建设兵团卫生局、人口计生委：为进一步规范和指导我国远程医疗体系建设，推动远程医疗系统建设的快速发展，我委研究制定了《远程医疗信息系统建设技术指南》（可从我委网站“规划信息”栏目下载）。现印发给你们，请参照执行。

国家卫生计生委办公厅

2014年12月10日

国家卫生计生委办公厅关于印发 远程医疗信息系统建设技术指南的通知

国卫办医发〔2014〕70号

各省、自治区、直辖市卫生计生委，新疆生产建设兵团卫生局：

为进一步加强埃博拉出血热医院感染预防与控制准备工作，参照世界卫生组织最新指南，我委组织专家对《埃博拉出血热医院感染预防与控制技术指南（第一版）》进行了修改，形成《埃博拉出血热医院感染预防与控制技术指南（第二版）》（可从国家卫生计生委网站下载）。现印发给你们，请参照执行，并做好相关人员的培训工作。

国家卫生计生委办公厅

2014年12月12日

埃博拉出血热医院感染预防与控制 技术指南（第二版）

为加强埃博拉出血热（Ebola Virus Disease EVD）医院感染预防与控制准备工作，最大限度减少医院感染风险，根据《传染病防治法》、《医院感染管理办法》等法律法规，制定本技术指南。

一、埃博拉出血热医院感染防控的基本要求

（一）埃博拉出血热是由埃博拉病毒（Ebola virus）引起的一种急性出血性传染病。主要通过接触患者或感染动物的血液、体液、分泌物和排泄物及其污染物等而感染。医疗机构应当根据埃博拉出血热的流行病学特点，针对传染源、传播途径和易感人群，结合实际情况，建立预警机制，制定应急预案和 workflows。

（二）医疗机构应当针对来自埃博拉疫区的发热、腹泻、疲乏、肌肉痛、头痛等症状的患者做好预检分诊工作。临床医师应当根据患者临床症状和流行病学史进行排查，对留观、疑似和确诊病例按照相应规定报告。严格执行首诊医生负责制。

（三）医疗机构应当根据医务人员的工作职责开展包括埃博拉出血热的诊断标准、医院感染预防与控制等内容的培训，并进行考核。

（四）医疗机构应当在标准预防的基础上采取接触隔离及飞沫隔离措施。

（五）患者隔离区域（可疑病例临时留观场所、留观病区 and 定点收治病区）应当严格限制人

员出入，医务人员应相对固定。建立严格的探视制度，不设陪护。若必须探视应当严格按照规定做好探视者的个人防护。定点医院可设置视频探视装置。

（六）医疗机构应当做好医务人员防护、消毒等措施所需物资的储备，防护用品及相关物资应符合国家有关要求。

（七）医疗机构应当严格遵循《医疗机构消毒技术规范》（WS/T 367-2012）的要求，做好诊疗器械、物体表面、地面等的清洁与消毒。

二、埃博拉出血热患者及密切接触者的管理

（一）埃博拉出血热患者的管理。

1. 医疗机构应加强分诊筛查。预检分诊点发现发热、腹泻、疲乏、肌肉痛、头痛等症状的患者应立即询问流行病学史，对符合“留观、疑似病例”诊断标准的患者，应立即提供口罩，并指导正确佩戴，按照指定路径引导患者至发热门诊诊室，经接诊医师初步判断为留观或疑似病例，隔离在临时隔离场所，及时按照规定上报患者信息，并将患者转至定点医院诊治。

2. 留观、疑似或确诊患者应当采取严格的接触隔离措施；留观、疑似患者实行单间隔离；有条件的医疗机构宜将疑似或确诊患者安置于负压病房进行诊治。

3. 患者诊疗与护理尽可能使用一次性用品，使用后均按照医疗废物处置。

4. 患者的活动应当严格限制在隔离病房内，若确需离开隔离病房或隔离区域时，应当采取相应措施防止造成交叉感染。

5. 患者出院、转院、死亡时，医疗机构应当严格进行终末消毒。

6. 患者所有的废弃物应当视为感染性医疗废物，严格依照《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》管理，要求双层封扎、标识清楚、密闭转运、焚烧处理。

7. 患者死亡后，应当减少尸体的搬运和转运。尸体应当用密封防渗漏尸体袋双层包裹，及时火化。

（二）医疗机构内密切接触者的管理。

对医疗机构内密切接触者立即进行医学观察，医学观察的期限为自最后一次暴露之日起 21 天。

三、物体表面、地面、复用物品等的消毒

（一）物体表面的消毒：诊疗设施、设备表面以及床围栏、床头柜、门把手等物体表面首选 1000mg/L ~ 2000mg/L 的含氯消毒液擦拭消毒，不耐腐蚀的使用 2% 双链季铵盐或 75% 的乙醇擦拭消毒（两遍），每天 1 ~ 2 次。遇污染随时消毒。有肉眼可见污染物时应先使用一次性吸水材料沾取 5000mg/L ~ 10000mg/L 的含氯消毒液（或使用能达到高水平消毒的消毒湿巾）完全清除污染物，然后常规消毒。清理的污染物可按医疗废物集中处置，也可排入有消毒装置的污水系统。

（二）地面的消毒：有肉眼可见污染物时应先使用一次性吸水材料沾取 5000mg/L ~ 10000mg/L 的含氯消毒液（或使用能达到高水平消毒的消毒湿巾）完全清除污染物后消毒。无明显污染物时可用 2000mg/L ~ 5000mg/L 的含氯消毒液擦拭或喷洒消毒，每天 1 ~ 2 次。遇污染随时消毒。

（三）复用物品如诊疗器械、器具的消毒：

应当尽量选择一次性使用的诊疗用品。必须复用的诊疗器械、器具和物品应当专人专用，可采用 1000mg/L ~ 2000mg/L 的含氯消毒液浸泡 30 分钟后，再按照常规程序进行处理。

（四）终末消毒：房间、转运车辆等密闭场所的终末消毒可先用 500mg/L 的二氧化氯溶液或 3% 过氧化氢溶液喷雾消毒，推荐用量均为 20ml/m³ ~ 30ml/m³，作用 30-60 分钟后再对重点污染部位、物品、地面等进行消毒处理。消毒后清水擦拭干净，确保终末消毒后的场所及其中的各种物品不再有病原体的存在。

四、医务人员防护

医务人员应根据可能的暴露风险等级，在标准预防的基础上采取接触隔离、飞沫隔离和防喷溅等措施。

（一）低风险暴露防护措施。

对预计不会直接接触埃博拉出血热患者或患者的污染物及其污染物品和环境表面的人员，依据《医院隔离技术规范》（WS/T 311-2009）做好标准预防措施。穿工作服、戴一次性工作帽和一次性医用外科口罩，并严格做好手卫生。

（二）高风险暴露防护措施。

直接接触患者或可能接触患者或患者的污染物及其污染物品和环境表面的医务人员，在标准预防的基础上依据《医院隔离技术规范》增加接触隔离、飞沫隔离和防喷溅等措施。

在诊疗过程中，应当戴双层乳胶手套（推荐外层手套为长袖）、一次性医用防护服、医用防护口罩或动力送风过滤式呼吸器、防护眼罩、防护面屏或头罩、工作鞋、长筒胶靴、一次性防水靴套。接触患者、患者的污染物及其污染物品和环境表面的医务人员和清洁消毒人员，加穿防水围裙或防水隔离衣。搬运有症状患者和尸体、进行环境清洁消毒或医疗废物处理时，加戴长袖加厚橡胶手套。

避免无防护接触患者的血液、体液、分泌物、排泄物或受到其血液、体液、排泄物污染的物品及环境。尽量减少针头及其他锐器的使用，执行安全注射，正确处理锐器，严格预防锐器伤。

（三）个人防护用品使用原则。

1. 在进行埃博拉出血热患者的救治工作前，每一位医务人员都需接受正确穿脱防护用品的培训，经过实践操作合格后方可进入隔离区域。

2. 医务人员应熟练掌握防护用品的性能及使用方法，穿戴前先检查用品的质量。防护用品穿脱具体场所根据病房、实验室布局不同和风险评估结果确定。

3. 医务人员进入隔离病区前应当正确穿戴好防护用品，保证没有暴露的皮肤，并不得在污染区内再行调整。穿着应以安全、利于脱卸为原则，并确保诊疗工作能够顺畅进行。重点做好眼睛、鼻腔、口腔粘膜和手的防护。

4. 脱摘防护用品时遵循从污染到洁净的顺序，原则上先脱污染较重和体积较大的物品。在脱摘过程中，避免接触面部等裸露皮肤和粘膜。脱摘个人防护用品前如外层有肉眼可见污染物时应当使用一次性吸水材料沾取 5000mg/L 的含氯消毒液（或使用能达到高水平消毒的消毒湿巾）擦拭消毒。使用后的一次性使用防护用品严格按照医疗废物处置，复用防护用品严格遵循消毒与灭菌的流程。

5. 穿脱防护用品时应当在经过严格训练的监督人员的监视及指导下正确完成，监督人员需在医务人员穿脱防护用品的过程中给予监督、指导及帮助。监督人员应充分知晓穿脱防护用品的所有程序，并知晓发生暴露后的处置流程。穿脱区域应配备穿衣镜。

（四）医务人员穿脱防护用品的建议流程。

1. 定点收治医院接诊埃博拉出血热留观、疑似、确诊患者时医务人员穿脱防护用品的建议流程见下图：

图 1. 穿防护用品流程—从清洁区到潜在污染区

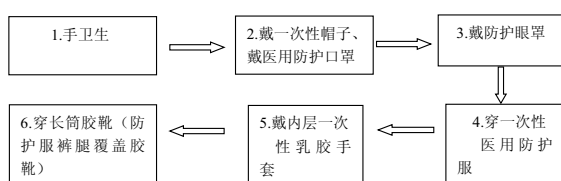


图 2. 穿防护用品流程—从潜在污染区到污染区

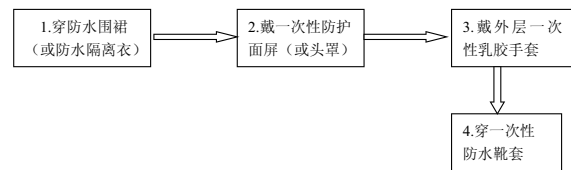


图 3. 脱摘流程—从污染区返回潜在污染区

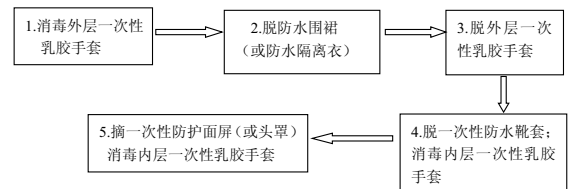
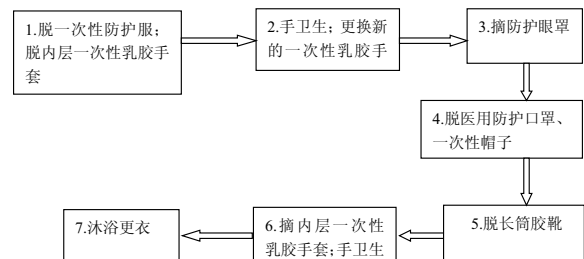


图 4. 脱摘流程—从潜在污染区返回清洁区



2. 和定点收治医院相比，非定点收治医院主要承担接诊和转运任务，原则上不涉及侵入性操作，防护应以接触隔离为主，可视具体情况增加一次性防护面屏或头罩、穿防水围裙或防水隔离衣、穿一次性防水靴套等防喷溅隔离措施。非定点收治医院接诊埃博拉出血热留观、疑似患者时医务人员穿脱防护用品的建议流程见下图：

图 5. 穿防护用品流程

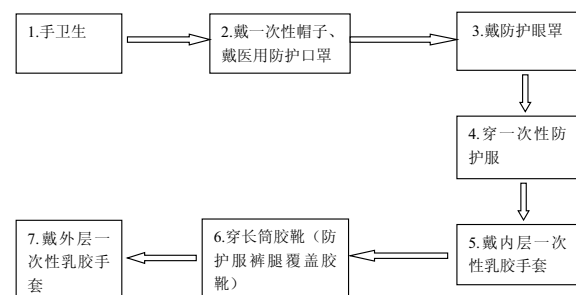
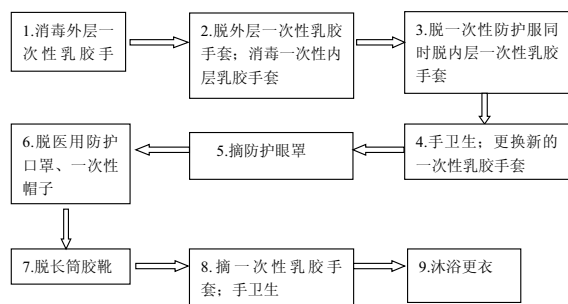


图 6. 脱摘流程



（五）正确进行手卫生。

医务人员应当严格遵循《医务人员手卫生规范》（WS/T313-2009）要求，在诊疗工作和脱摘个人防护用品过程中，及时正确进行手卫生。

（六）医务人员职业暴露处理。

医务人员暴露于患者的血液、体液、分泌物或排泄物时，应当立即用清水或肥皂水彻底清洗皮肤，再用 0.5% 碘伏消毒液或 75% 洗必泰醇擦拭消毒。粘膜应用大量生理盐水冲洗或 0.05% 碘伏或清水冲洗。发生锐器伤时应当及时按照锐器伤的处理流程进行处理。暴露后的医务人员按照密切接触者进行医学观察。

（七）实验室标本转运要求。

采集标本时应当做好个人防护。标本转运应当按照 A 类感染性物质包装运输要求进行，即应当置于符合规定的具有生物危险标签、标识、运输登记表、警告用语和提示用语的容器内，容器应置于具有防水、防破损、防渗漏、耐高温、耐高压的外包装中，主容器与外包装间填充足够的吸附材料。标本由专人、专车护送至卫生计生行政部门指定的专门实验室进行病原学检测，护送过程中的医务人员应当采取相应的防护措施。

五、医务人员健康管理

（一）应当对参与患者诊治的医务人员进行健康监测，一旦出现埃博拉出血热临床症状，应当立即进行隔离、诊治并报告。

（二）医务人员发生职业暴露后应按照密切接触者管理，立即进行隔离和医学观察，隔离和医学观察的期限为自最后一次暴露之日起 21 天。

（三）严密防护下工作的医务人员应当安排好班次进行轮换，合理控制工作时间，注意避免因热负荷引起的相关疾病。

关于进一步落实受艾滋病影响儿童 医疗教育和生活保障等政策措施的通知

国卫办疾控发〔2014〕72 号

各省、自治区、直辖市卫生计生委、教育厅局、民政厅局，新疆生产建设兵团卫生局、教育局、民政局：

为进一步贯彻落实《艾滋病防治条例》、《国务院关于加强艾滋病防治工作的通知》（国发〔2010〕48 号）和《中国遏制与防治艾滋病“十二五”行动计划》（国办发〔2012〕4 号），确保受艾滋病影响儿童医疗、教育和生活保障等政策措施落实到位，现重申以下要求：

一、努力消除对受艾滋病影响儿童的社会歧

视各地要切实加强对艾滋病防治知识的宣传教育，让群众正确认识和科学防治艾滋病，知晓日常生活接触不会传播艾滋病，排斥和歧视艾滋病患者

无助于防治艾滋病，消除对艾滋病患者的恐惧心理，提高群众防治艾滋病知识的认知度。加大《艾滋病防治条例》普法宣传，任何单位和个人不得歧视艾滋病病毒感染者、艾滋病病人及其家属，艾滋

病病毒感染者和病人及其家属享有的就医、入学等合法权益受法律保护。弘扬社会主义核心价值观，倡导和谐、文明、友善的价值理念，形成全社会共同抗击艾滋病、关心爱护受艾滋病影响儿童的良好社会氛围。要因地制宜地采取形式多样、群众喜闻乐见、通俗易懂的方式，进一步加大对农村地区、边远、贫困和少数民族地区的宣传教育力度，努力做到家喻户晓、妇孺皆知。

二、切实落实受艾滋病影响儿童的各项政策措施

（一）进一步落实受艾滋病影响儿童的医疗服务。各地要切实加强预防艾滋病母婴传播工作，有效降低感染艾滋病病毒孕产妇母婴传播风险。对艾滋病病毒感染儿童，要落实定期随访检测、抗病毒治疗和心理关怀等服务。要做好受艾滋病影响儿童的医疗救治、救助工作，各级医疗卫生机构应当落实首诊（问）负责制，对诊疗服务中发现的艾滋病病毒感染儿童，按照有关规定做好接诊和处置工作，不得以任何理由推诿或者拒绝诊治。加强基本医疗保险、大病保险、医疗救助等制度的有效衔接，切实减轻其医疗负担。

（二）进一步落实受艾滋病影响儿童接受教育的合法权益。各地教育行政部门和学校要在当地政府的统一领导下，与卫生计生、民政等部门密切配合，保障受艾滋病影响儿童接受教育的合法权益。在学前教育阶段、义务教育阶段、高中阶段和高等教育阶段家庭困难学生的资助体系中统筹解决受艾滋病影响儿童的资助问题，保证不让受艾滋病影响儿童因家庭困难上不起学或辍学。要加强对学校教师的宣传教育，增进教师对艾滋病综合防治知识的了解，引导学生平等对待受艾滋病影响儿童，及时化解受艾滋病影响儿童的心理问题，解决其学习困难。对少数入学困难的受艾滋病影响儿童，各地教育部门要妥善安排。

（三）进一步落实受艾滋病影响儿童的基本生活保障。各地要全面落实艾滋病致孤儿童和艾滋病病毒感染儿童的基本生活保障制度，按照民政部、财政部《关于发放孤儿基本生活费的通知》（民发〔2010〕161号）及《关于发放艾滋病病毒感染儿

童基本生活费的通知》（民发〔2012〕179号）要求，及时、足额为艾滋病致孤儿童和艾滋病病毒感染儿童发放基本生活费，并建立基本生活最低养育标准自然增长机制。同时要进一步加强艾滋病病毒感染儿童基本生活费规范管理，建立民政、卫生计生部门联合审核上报机制，防止冒领、侵占现象的发生。要按照《社会救助暂行办法》的规定，确保将所有符合条件的受艾滋病影响儿童及时纳入城乡低保、特困人员供养范围，做到应保尽保；对受艾滋病影响导致基本生活暂时出现严重困难的家庭，给予临时救助。要用足用好社会救助、社会福利、社会保险和慈善捐赠等相关政策和资源，切实保障受艾滋病影响儿童的基本生活。

三、依法保护受艾滋病影响儿童的隐私

各地要依法加强对受艾滋病影响儿童的隐私保护，未经监护人同意，任何单位或者个人不得将儿童的姓名、住址、学校、肖像、病史资料以及其他可能推断出其具体身份的信息公开。对于泄露艾滋病病毒感染儿童信息的，依法进行处理。要教育和引导监护人和其他知情人避免将艾滋病病毒感染儿童的感染状况和其他信息告知无关人员，防止因信息泄露对儿童生活、学习、心理等方面造成不必要的伤害。

四、进一步加强督导检查

各级卫生计生、教育和民政部门要加大受艾滋病影响儿童医疗、教育和生活保障等政策措施落实情况的督导检查力度。对推诿或者拒绝受艾滋病影响儿童入学、就医，以及截留、冒领或不按照规定为艾滋病致孤儿童和艾滋病病毒感染儿童发放基本生活费的单位和个人，要依法依规严肃处理。国家卫生计生委、教育部和民政部将于近期组成联合督导组，对政策落实情况开展抽查。

国家卫生计生委办公厅

教育部办公厅

民政部办公厅

2014年12月25日

2014 年 12 月全国法定传染病疫情概况

2014 年 12 月（2014 年 12 月 1 日零时至 12 月 31 日 24 时），全国（不含港澳台，下同）共报告法定传染病 556111 例，死亡 1710 人。其中，甲类传染病无发病、死亡病例报告。乙类传染病中传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感和白喉无发病、死亡报告，其余 22 种传染病共报告发病 283364 例，死亡 1695 人。报

告发病数居前 5 位病种依次为病毒性肝炎、肺结核、梅毒、淋病、猩红热，占乙类传染病报告发病总数的 92%。

同期，全国共报告丙类传染病发病 272747 例，死亡 15 人。报告发病数居前 3 位的病种依次为其它感染性腹泻病、手足口病和流行性感冒，占丙类传染病报告病例总数的 94%。

附件：

2014 年 12 月全国法定传染病报告发病、死亡统计表

病名	发病数	死亡数 **
甲乙丙类总计	556111	1710
甲乙类传染病合计	283364	1695
鼠疫	0	0
霍乱	0	0
传染性非典型肺炎	0	0
艾滋病	5411	1410
病毒性肝炎 *	114890	41
甲型肝炎	2733	1
乙型肝炎	88397	31
丙型肝炎	18893	8
戊型肝炎	2238	1
肝炎未分型	2629	0
脊髓灰质炎	0	0
人感染高致病性禽流感	0	0
麻疹	1485	1
流行性出血热	1454	10
狂犬病	87	78
流行性乙型脑炎	12	0
登革热	180	0
炭疽	14	0
细菌性和阿米巴性痢疾	7605	0
肺结核	93000	141
伤寒和副伤寒	918	0
流行性脑脊髓膜炎	11	0

病名	发病数	死亡数 **
百日咳	298	0
白喉	0	0
新生儿破伤风	34	1
猩红热	8615	0
布鲁氏菌病	3304	0
淋病	9101	2
梅毒	36372	5
钩端螺旋体病	207	1
血吸虫病	135	0
疟疾	212	1
人感染 H7N9 禽流感	19	4
丙类传染病合计	272747	15
流行性感冒	25477	1
流行性腮腺炎	14085	1
风疹	496	0
急性出血性结膜炎	2390	0
麻风病	73	0
斑疹伤寒	112	0
黑热病	59	0
包虫病	380	0
丝虫病	0	0
其它感染性腹泻病	123019	3
手足口病	106656	10

注：* 病毒性肝炎发病、死亡数为甲肝、乙肝、丙肝、戊肝、未分型肝炎报告发病、死亡数的合计；

** 通过传染病网络直报系统报告的死亡数据不作为中国传染病死因顺位依据。