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

2017 年第 01 期（总号：162）

主　　管：中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会

主　　办：中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会办公厅

承　　办：中国健康教育中心

编辑出版：《中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会公报》编辑部

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：北京人卫印刷厂

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

关于调整国家卫生计生委医师资格考试委员会组成人员的通知（国卫医发 1 号）.....1

国家卫生计生委关于印发“十三五”全国健康促进与教育工作规划的通知（国卫宣传发〔2017〕2 号）.....2

国家卫生计生委关于印发“十三五”国家医学中心及国家区域医疗中心设置规划的通知（国卫医发 3 号）.....6

国家卫生计生委关于印发“十三五”全国卫生计生监督工作规划的通知（国卫监督发〔2017〕4 号）.....11

国家卫生计生委办公厅关于印发卫生计生基层机构食品安全工作指南的通知（国卫办食品发〔2017〕2 号）.....17

国家卫生计生委办公厅关于印发母子健康手册推广使用工作方案的通知（国卫办妇幼发〔2017〕3 号）.....82

2017 年 1 月全国法定传染病疫情概况.....86

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

2017 Issue No.01 (Serial No.162)

CONTENTS

Circular of the National Health and Family Planning Commission on Adjusting the Physician Qualification Examination Committee Members.....1

Circular of the National Health and Family Planning Commission on Issuing National Health Promotion and Education Program During the 13th Five-year Plan.....2

Circular of the National Health and Family Planning Commission on Issuing National Medical Center and National Regional Medical Center Planning During the 13th Five-year Plan.....6

Circular of the National Health and Family Planning Commission on Issuing National Health and Family Planning Supervision Program During the 13th Five-year Plan.....11

Circular of the General Office of the National Health and Family Planning Commission on Issuing Guidelines on Food Safety for Primary Health Care Institutions.....17

Circular of the General Office of the National Health and Family Planning Commission on Issuing the Work Plan for the Promotion of Maternal and Child Health Handbook.....82

The Epidemic Situation of Statutory Reporting Infectious Diseases of January, 2017.....86

关于调整国家卫生计生委
医师资格考试委员会组成人员的通知

国卫医发〔2017〕1号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生计生委（卫生局）、中医药管理局：

根据工作需要，经研究决定，对国家卫生计生委医师资格考试委员会组成人员进行相应调整。现将调整后的名单通知如下：

主 任 委 员：李　斌　国家卫生计生委主任

副主任委员：王国强　国家卫生计生委副主任

国家中医药管理局局长

马晓伟　国家卫生计生委副主任

王贺胜　国家卫生计生委副主任

国务院医改办主任

季建华　中央军委后勤保障部卫生局副局长

委　　员：张宗久　国家卫生计生委医政医管局局长

张　鸣　国家卫生计生委办公厅副巡视员

徐　缓　国家卫生计生委人事司副司长

齐贵新　国家卫生计生委规划与信息司副司长

何锦国　国家卫生计生委财务司监察专员

赵　宁　国家卫生计生委法制司副司长

张　勇　国家卫生计生委疾病预防控制局副局长

诸宏明　国家卫生计生委基层卫生司副司长

宋　莉　国家卫生计生委妇幼健康服务司副司长

金生国　国家卫生计生委科技教育司副司长

李明柱　国家卫生计生委国际合作司副司长

李林康　中央纪委驻国家卫生计生委纪检组正局级纪律检查员

王树千　中央军委后勤保障部卫生局医疗管理处处长

蒋　健　国家中医药管理局医政司司长

卢国慧　国家中医药管理局人事教育司司长

苏钢强　国家中医药管理局规划财务司司长

饶克勤　中华医学会副会长、秘书长

王县成　国家医学考试中心副主任

杨金生　国家中医药管理局中医师资格认证中心主任

厉有名　中华医学会内科学分会主任委员

赵玉沛　中华医学会外科学分会主任委员

中国科学院院士

俞光岩　中华口腔医学会副会长

张伯礼　中国中医科学院院长
　　中国工程院院士
冯子健　中国疾病预防控制中心副主任

国家卫生计生委　　国家中医药管理局
2017 年 1 月 6 日

国家卫生计生委关于印发“十三五”全国健康促进与教育工作规划的通知

国卫宣传发〔2017〕2 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：

为贯彻落实全国卫生与健康大会和第九届全球健康促进大会精神，进一步加强全国健康促进与教育工作，推进健康中国建设，我委制定了《“十三五”全国健康促进与教育工作规划》（可从国家卫生计生委网站下载）。现印发给你们，请各地认真贯彻落实。

国家卫生计生委
2017 年 1 月 11 日

“十三五”全国健康促进与教育工作规划

“十三五”时期是我国全面建成小康社会的决胜阶段，是推进健康中国建设的关键阶段。健康促进与教育工作作为卫生与健康事业的重要组成部分，对于提升全民健康素养和健康水平、促进经济社会可持续发展具有重要意义。为贯彻落实全国卫生与健康大会精神，根据《“健康中国 2030”规划纲要》《“十三五”卫生与健康规划》和《关于加强健康促进与教育的指导意见》，编制本规划。

一、规划背景

“十二五”时期，我国健康促进与教育事业取得明显成效，健康促进与教育工作体系初步建立，有利于健康的生产生活环境不断改善，健康素养促进行动、健康中国行等品牌活动影响广泛，2015 年全国居民健康素养水平达到 10.25%，为维护和保障人民健康奠定了重要基础。同时，健康促进与教育工作仍面临诸多挑战，主要表现在：居民健康素养整体上仍处于较低水平，多部门协作合力应对健康危险因素的局面尚未完全形成，动员全社会参与的深度和广度不够，全国健康促进与教育体系服务能力与群众的健康需求相比仍有差距。

“十三五”时期，健康促进与教育工作面临着新形势、新任务。全国卫生与健康大会确立了新时期卫生与健康工作方针，强调要倡导健康文明的生活方式，建立健全健康教育体系，提升全民健康素养。《“健康中国 2030”规划纲要》提出到 2030 年，全民健康素养大幅提高，健康生活方式得到全面普及，

有利于健康的生产生活环境基本形成。《关于加强健康促进与教育的指导意见》要求推进“把健康融入所有政策”、创造健康支持性环境、培养自主自律的健康行为、营造健康社会氛围、加强健康促进与教育体系建设，提出到2020年全国居民健康素养水平要达到20%。

二、指导思想

全面贯彻党的十八大和十八届三中、四中、五中、六中全会精神，深入学习贯彻习近平总书记系列重要讲话精神，紧紧围绕统筹推进“五位一体”总体布局和协调推进“四个全面”战略布局，牢固树立和贯彻落实新发展理念，认真落实全国卫生与健康大会精神，坚持“以基层为重点，以改革创新为动力，预防为主，中西医并重，把健康融入所有政策，人民共建共享”的卫生与健康工作方针，以满足人民群众健康需求为导向，以提高人群健康素养水平为抓手，以健康促进与教育体系建设为支撑，着力创造健康支持性环境，全方位、全生命周期维护和保障人民健康，推进健康中国建设。

三、主要目标

到2020年，健康的生活方式和行为基本普及，人民群众维护和促进自身健康的意识和能力有较大提升，“把健康融入所有政策”方针有效实施，健康促进县（区）、学校、机关、企业、医院和健康社区、健康家庭建设取得明显成效，健康促进与教育工作体系建设得到加强。全国居民健康素养水平达到20%，影响健康的社会、环境等因素得到进一步改善，人民群众健康福祉不断增进。

表　主要发展指标

领域	主要指标	单位	2020年目标	2015年水平	指标性质
健康生活	居民健康素养水平	%	20	10.25	预期性
	15岁及以上人群烟草使用流行率	%	<25	27.7	预期性
健康文化	建立省级健康科普平台	-	以省为单位全覆盖	—	预期性
健康环境	健康促进县区比例	%	20	—	预期性
	每县（区）健康促进医院比例	%	40	—	预期性
	每县（区）健康社区比例	%	20	—	预期性
	每县（区）健康家庭比例	%	20	—	预期性
组织保障	区域健康教育专业机构人员配置率	人/10万人口	1.75	0.67	预期性

四、重点任务

（一）推动落实“把健康融入所有政策”。进一步加大宣传力度，推动“把健康融入所有政策”落到实处。开展高层倡导，在当地党委政府领导下，建立覆盖各个部门的健康促进工作决策机制和协调机制，统筹领导当地健康促进与教育工作。推动将促进健康的理念融入公共政策制定实施的全过程，积极支持各部门建立和实施健康影响评价评估制度，系统评估各项经济社会发展规划和政策对健康的影响。联合相关部门开展跨部门健康行动，应对和解决威胁当地居民健康的主要问题。

（二）大力创建健康支持性环境。全面推进卫生城市、健康城市、健康促进县（区）、健康社区（村镇）建设，统筹做好各类城乡区域性健康促进的规划、实施及评估等工作，实现区域建设与人的

健康协调发展。积极支持并会同相关部门开展健康促进学校、机关、企事业单位、医院和健康社区、健康家庭创建活动。针对不同场所、不同人群的主要健康问题及主要影响因素，研究制定综合防治策略和干预措施，指导相关部门和单位开展健康管理制度建设、健康支持性环境创建、健康服务提供、健康素养提升等工作，创造有利于健康的生活、工作和学习环境。协助制订完善创建标准和工作规范，配合做好效果评价和经验总结推广，推动健康促进场所建设科学规范开展。

（三）不断提高居民健康素养水平。以国家基本公共卫生服务健康教育项目、全民健康素养促进行动、国民营养计划等为重要抓手，充分整合卫生计生系统健康促进与教育资源，利用好健康中国行、全民健康生活方式、婚育新风进万家、卫生应急“五进”活动等平台，普及健康素养基本知识和技能，促进健康生活方式形成。充分发挥医疗卫生机构和医务人员主力军作用，特别要发挥社区卫生服务机构、乡镇卫生院、计划生育服务机构等基层卫生计生机构主阵地作用，提供覆盖城乡所有居民的健康教育服务，推进基本公共卫生服务健康教育均等化，提升全国居民健康素养水平。

（四）深入推进健康文化建设。广泛宣传党和国家关于维护促进人民健康的重大战略和方针政策，宣传健康中国建设的重大意义、总体战略、目标任务和重大举措。加强正面宣传、舆论引导和典型报道，增强社会公众对健康中国建设的深刻认识。推进以良好的身体素质、精神风貌、生活环境和社会氛围为主要特征的健康文化建设，在全社会倡导形成积极向上的精神追求和健康文明的生活方式。充分发挥社会各方面力量的优势与作用，调动企事业单位、社会组织、群众参与健康促进与教育工作的积极性、主动性和创造性，建立健全多层次、多元化的工作格局，使促进健康成为全社会的共识和自觉行动。

五、专项行动

（一）健康影响评价评估专项行动。积极协助各部门建立并实施健康影响评价评估制度，开发健康影响评价评估工具，组织开展相关人员培训，配合各部门系统评估各项经济社会发展规划和政策对健康的影响。到“十三五”末期实现健康影响评价评估制度以省为单位全覆盖。加强健康危险因素监测与评价，重点围绕健康环境、健康社会、健康服务、健康人群、健康文化等领域，推动做好完善环境卫生基础设施、开展环境卫生整洁行动、保障饮用水安全、加强农村改水改厕、改善环境质量、构建公共安全保障体系等工作。

（二）健康素养促进行动。打造全民健康素养促进行动品牌，推进健康促进县区、健康社区、健康家庭建设。继续开展健康中国行活动，以《中国公民健康素养 -- 基本知识和技能》为核心，重点围绕合理膳食、适量运动、控烟限酒、心理健康、减少不安全性行为和毒品危害等主题，全面提升城乡居民在科学健康观、传染病防治、慢性病防治、安全与急救、基本医疗、健康信息获取等方面的素养。针对妇女、儿童、老年人、残疾人、流动人口、贫困人口等重点人群，开展符合其特点的健康素养促进活动。注重发挥医生、教师、公务员等重点人群在全民健康素养促进中的示范和引领作用。建立覆盖县区的健康素养和烟草流行监测系统，不断完善监测手段和方法，定期开展监测，为健康相关政策制定和策略调整提供依据。加强健康促进与教育对人群健康影响的实证性研究。结合大数据、移动互联网等信息技术发展和公众获取信息途径多元化特点，加大对健康素养促进适宜技术和用品的研究开发力度，提高健康教育服务的可及性和有效性。

（三）健康科普专项行动。建立卫生计生主管部门与新闻媒体主管部门协作机制，指导各地加强健康科普平台建设，重点办好省级健康类节目和栏目，规范健康科普工作，打造权威健康科普平台。

积极推进健康科普示范和特色基地建设开发，评选和推广优秀科普作品，培养健康科普人才。建立健康知识和技能核心信息发布制度，建设健康科普专家库和资源库，为相关机构提供权威的专家和信息资源。配合制定媒体健康科普工作规范和指南，加强媒体从业人员培训和交流，鼓励和引导各类媒体制作、播放健康公益广告，办好养生保健类节目和栏目，促进媒体健康科普工作规范有序开展。加强健康科普舆情监测，正确引导社会舆论和公众科学理性应对健康风险因素。充分利用互联网、移动客户端等新媒体以及云计算、大数据、物联网等信息技术传播健康知识，提高健康教育的针对性、精准性和实效性。

（四）控烟专项行动。深入开展控烟宣传教育，创新烟草控制大众传播的形式和内容，提高公众对烟草危害的正确认识，促进形成不吸烟、不敬烟、不送烟的良好社会风尚。推进公共场所控烟工作，努力建设无烟环境，推动无烟环境立法，强化公共场所控烟主体责任和监督执法，逐步实现室内公共场所全面禁烟。深入开展建设无烟卫生计生系统工作，发挥卫生计生系统示范带头作用。强化戒烟咨询热线和戒烟门诊等服务，提高戒烟干预能力。推动相关部门加大控烟力度，运用价格、税收、法律等手段提高控烟成效。

（五）健康促进与教育体系建设工程。在党委政府的领导下，积极协调编制、发展改革、财政、人力资源社会保障等部门，制定健康促进与教育体系建设和发展规划。建立健全以健康教育专业机构为龙头，以基层医疗卫生机构、医院、专业公共卫生机构为基础，以国家健康医疗开放大学为平台，以学校、机关、社区、企事业单位健康教育职能部门为延伸的健康促进与教育体系。进一步理顺管理机制，形成统一归口、上下联动的工作格局。加快推进各级健康教育专业机构建设，强化基础设施建设，充实人员力量，改善工作条件，基于省、地市、县三级人口健康信息平台，建设专业化信息系统，强化健康信息规范共享，提升服务能力。建设国家、省、地市、县级健康教育基地。推进 12320 卫生热线建设。在县、乡、村级卫生计生服务机构明确承担健康教育任务，因地制宜推行基层计划生育专干转岗培训承担健康教育职能，大力培养城乡健康指导员，加强基层健康促进与教育服务力量。

六、保障措施

（一）加强组织领导。把健康促进与教育作为卫生与健康工作的重要任务来抓，列入目标责任制考核内容。强化与相关部门的协同配合，充分整合系统内资源，加强顶层设计，制定本地区健康促进与教育工作规划，完善考核机制和问责制度，做好各项任务的实施落实工作。

（二）加大经费保障。推动政府将健康促进与教育工作纳入经济社会发展规划，将必要的健康促进与教育经费纳入政府财政预算，按规定保障健康教育专业机构和健康促进工作网络的人员经费、发展建设和业务经费。确保中央补助地方的健康促进与教育经费落实到位，提高资金使用效益。

（三）做好实施监测。建立常态化、经常化的督导考核和监测评价机制，制定规划任务分工方案和监测评估方案，并对实施进度和效果进行年度监测与评估，适时对目标任务进行必要调整。对实施规划中好的做法和典型经验，要及时总结，积极推广。

国家卫生计生委关于印发“十三五”国家医学中心及国家区域医疗中心设置规划的通知

国卫医发〔2017〕3 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：

为贯彻落实全国卫生与健康大会精神，根据《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》等文件要求，做好“十三五”期间国家医学中心及国家区域医疗中心设置工作，我委编制了《“十三五”国家医学中心及国家区域医疗中心设置规划》（可从国家卫生计生委网站下载，中医药领域的国家医学中心及国家区域医疗中心设置由国家中医药管理局另行规定）。现印发给你们，请认真贯彻执行。

国家卫生计生委

2017 年 1 月 22 日

“十三五”国家医学中心及国家区域医疗中心设置规划

为贯彻落实全国卫生与健康大会精神，进一步完善医疗服务体系建设，缩小区域间医疗技术水平差距，促进医疗资源合理分布和均衡发展，推进分级诊疗制度建设，根据《中共中央 国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》、《“健康中国 2030”规划纲要》、《全国医疗卫生服务体系规划纲要（2015-2020 年）》、《“十三五”卫生与健康规划》和《“十三五”期间深化医药卫生体制改革规划》，结合我国现阶段经济社会发展和医院设置情况，编制本规划。

一、规划背景

（一）我国医疗服务体系现状。“十二五”时期，深化医药卫生体制改革加快实施，卫生与健康事业获得长足发展，医疗服务体系不断完善。

1. 医院数。2015 年，我国共有医院 27587 家，其中，专科医院 6023 家，占比 21.8%。专科医院中较多的是精神病院（920 家）、妇产医院（703 家）、口腔医院（501 家）、眼科医院（455 家），此外，肿瘤医院有 135 家、心血管医院有 79 家（见表 1）。

表 1 我国近 5 年不同类型医院数量情况单位：家

医院类型	2011	2012	2013	2014	2015
医院合计	21979	23170	24709	25860	27587
综合医院	14328	15021	15887	16524	17430
中医、民族医院	3308	3409	3590	3732	3966
专科医院	4283	4665	5127	5478	6023
口腔医院	317	344	384	432	501
眼科医院	288	326	371	403	455

肿瘤医院	118	124	124	128	135
心血管病医院	60	70	73	76	79
妇产（科）医院	442	495	558	622	703
儿童医院	79	89	96	99	114
精神病医院	690	728	787	831	920
传染病医院	164	164	164	166	167
护理院	60	75	105	126	168

数据来源：中国卫生和计划生育统计年鉴（2012-2016 年）

2. 医院床位数。2015 年，我国共有医院床位 533.06 万张。从 2011 年到 2015 年的专科床位占比来看（见表 2），医院相关专科床位结构稳定。

表 2 我国 2011-2015 年相关专科的床位结构单位：%

	2011	2012	2013	2014	2015
内科	24.43	24.81	24.98	25.04	25.15
外科	20.08	21.85	21.32	20.94	20.44
儿科	5.54	5.58	5.61	5.60	5.52
妇产科	8.43	8.39	8.26	8.16	8.04
口腔科	0.53	0.53	0.53	0.52	0.52
精神科	5.77	5.65	5.72	5.80	6.11
传染科	2.73	2.58	2.48	2.39	2.30
肿瘤科	3.63	3.67	3.69	3.70	3.63

数据来源：中国卫生和计划生育统计年鉴（2012-2016 年）

3. 医院医师数。2015 年，我国医院执业（助理）医师为 326.59 万人，千人口医院执业（助理）医师数为 2.38 人。

4. 医院诊疗量。2015 年，我国医院门急诊量 30.17 亿人次，占全国医疗机构门急诊总量的 40.95%；出院 1601.39 万人次，占医疗机构总出院人次数的 76.42%。

（二）主要问题。制约卫生与健康事业改革发展的内部结构性问题依然存在。一是医疗资源总量不足，优质医疗资源短缺。我国医护人员有 600 多万，千人口医生数为 2.38，但近半数医生是本科以下学历。二是医疗资源分布不均衡，且集中在经济较发达的省份和城市。东部 11 个省份有三级医院 998 家，中西部 21 个省份有三级医院 1125 家。三是医疗服务体系不完善，科学有序的就医格局尚未形成。基层医疗卫生机构服务能力不足，不同级别、类别的医疗机构功能定位不明晰，出现患者向大医院集中、跨区域就诊的现象。

（三）形势与挑战。党中央、国务院高度重视卫生与健康事业发展，提出推进健康中国建设，将卫生与健康事业发展摆在了经济社会发展全局的重要位置。全国卫生与健康大会对建立分级诊疗制度提出了新要求，对进一步完善医疗服务体系指明方向。

随着经济社会快速变化与发展，深化医改不断向纵深推进，卫生与健康事业发展也面临新的挑战。预计到 2020 年，我国人口规模将超过 14 亿人，医疗服务需求持续释放，特别是人民群众对优质医疗

服务的需求释放速度加快，患者跨区域就诊的问题将更加凸显。伴随着城镇化进程，大量农业转移人口和其他常住人口将在城镇落户，优质医疗资源富集的大型城市，将面临医疗服务供给侧与需求侧更加突出的矛盾。当前，引领医学科学发展方向、推动科研成果临床转化、攻克疑难复杂疾病、建立人才培养模式等医学高精尖领域的国际竞争日益激烈。因此，“十三五”时期，我国需要高水平医院发挥国家医学中心的引领作用，实现国内水平与国际水平相同步；要建设国家区域医疗中心，调整优质医疗资源布局，在区域内解决患者看病就医问题，为实现分级诊疗创造条件。

二、指导思想、规划目标与原则

（一）指导思想。全面贯彻党的十八大和十八届三中、四中、五中、六中全会精神，深入学习贯彻习近平总书记系列重要讲话精神，按照全国卫生与健康大会要求，坚持新时期卫生与健康工作方针，按照深化医改要求加强医疗卫生服务供给侧改革，推进医疗资源的结构优化和布局调整，强化医疗服务体系顶层设计，构建以国家医学中心为引领，国家区域医疗中心为骨干的国家、省、市、县四级医疗卫生服务体系，发挥国家医学中心和国家区域医疗中心在临床研究、人才培养、技术转化、技术辐射和管理示范等方面的作用，促进我国医疗技术水平与国际并行，不断提高我国整体医疗服务水平。

（二）规划目标。到 2020 年，依托现有的三级医疗服务体系，合理规划与设置国家医学中心及国家区域医疗中心（含综合和专科），充分发挥国家医学中心和国家区域医疗中心的引领和辐射作用。通过合理规划、能力建设和结构优化等举措，进一步完善区域间优质医疗资源配置，整合推进区域医疗资源共享，促进医疗服务同质化，逐步实现区域分开，推动公立医院科学发展，建立符合我国国情的分级诊疗制度。

（三）原则。

——坚持统筹规划。国家医学中心和国家区域医疗中心的设置要符合卫生计生事业发展总体规划，坚持中西医并重，依据不同地区社会经济发展水平、医疗卫生事业发展状况、医疗资源配置总量和实际医疗服务需求及服务人口，统筹规划，按照严格的程序与标准分批实施。

——坚持合理布局。国家区域医疗中心按照省份、行政区域设置与建设，发挥规划在优质医疗资源配置中宏观调控作用，加强供给侧改革，以带动优质医疗资源整合和纵向流动，解决区域间医疗资源不平衡的结构性矛盾。

——坚持整体效益。充分发挥国家医学中心和国家区域医疗中心技术优势和核心作用，加强医疗卫生服务资源的整合利用，中西医协作，提升整体服务能力和技术水平，提高医疗卫生服务体系整体效益。

——坚持择优设置。遴选管理水平高、基础设施好、医疗技术先进、服务能力强的医院，根据不同类别国家医学中心和国家区域医疗中心设置标准，进行规划建设与设置。

——坚持融入战略。将国家医学中心和国家区域医疗中心设置规划融入“一带一路”、长江经济带、京津冀协同发展、振兴东北老工业基地、西部大开发、原中央苏区振兴发展等国家战略，与相关部门建设项目、资金投入相结合，形成工作合力。

三、数量类别、功能定位与职责任务

（一）设置数量与类别。

1. 国家医学中心。在全国范围按综合、肿瘤、心血管、妇产、儿童、传染病、口腔、精神专科类别设置。同时，根据重大疾病防治需求，设置呼吸、脑血管、老年医学专业国家医学中心。设置的具体数量与类别根据工作需要与实际情况确定。

2. 国家区域医疗中心。每个省（自治区、直辖市）遴选在医、教、研、防、管理均具有领先水平的综合医院，设置建设 1 个综合类别的国家区域医疗中心；依据覆盖面积和人口分布现状情况（详见表 3），原则上在华北（北京、天津、河北、山西、内蒙古）、东北（辽宁、吉林、黑龙江）、华东（上海、江苏、浙江、安徽、福建、江西、山东）、中南（河南、湖北、湖南、广东、广西、海南）、西南（重庆、四川、贵州、云南、西藏）、西北（陕西、甘肃、青海、宁夏、新疆）6 个区域，每个区域遴选医、教、研、防、管理均具有领先水平的医院，按照儿童、肿瘤、心血管、妇产、传染病、口腔、精神等专科类别设置国家区域医疗中心。对涉及国家重大战略规划的重点省份给予一定的政策倾斜，促进医疗资源区域配置公平性，发挥规划的统筹作用。设置的具体数量与类别根据工作需要与实际情况确定。

表 3 2014 年我国六个区域的面积与人口情况

区域	省份个数	面积（万平方公里）	常住人口（万人）	人口密度（公里人数）	0-14 岁儿童占比（%）	65 岁以上老人占比（%）
华北	5	155.90	17240	110.58	15.33	9.27
东北	3	80.00	10976	137.2	16.23	15.48
华东	7	79.63	40114	503.75	15.58	10.45
中南	6	100.40	38370	382.17	18.55	9.29
西南	5	236.20	19671	83.28	17.91	11.76
西北	5	308.60	9909	32.11	17.25	8.84

数据来源：2015 年中国统计年鉴

（二）功能定位。

1. 国家医学中心。在疑难危重症诊断与治疗、高层次医学人才培养、高水平基础医学研究与临床研究成果转化、解决重大公共卫生问题、医院管理等方面代表全国顶尖水平，具备国际竞争力，能有力发挥牵头作用，引领全国医学技术发展方向，为国家政策制定提供支持，会同国家区域医疗中心带动全国医疗、预防和保健服务水平提升。

2. 国家区域医疗中心。在疑难危重症诊断与治疗、医学人才培养、临床研究、疾病防控、医院管理等方面代表区域顶尖水平。协同国家医学中心带动区域医疗、预防和保健服务水平提升，努力实现区域间医疗服务同质化。

（三）职责任务。

1. 国家医学中心。主要开展全国疑难危重症的诊断与治疗，示范、推广适宜有效的高水平诊疗技术，辐射和引领国家医学发展和医疗服务能力提升；培养临床技术骨干和学科带头人；整合现有资源建立全国主要疾病信息库，进行年度情况分析，预测疾病发病和死亡、危险因素流行和发展趋势，有针对性的组织开展全国多中心、大样本的临床研究，及时将国内外临床科研成果转化为临床应用；协助国家卫生计生委制定疑难危重症的诊疗规划，编制疾病诊疗指南、技术规范和有关标准；整合资源，推动开展疾病预防保健服务，牵头构建疾病防治网络，推动疾病防治及医疗保健技术交流与合作；承担突发公共事件的医疗卫生应急救援；认真落实医改任务，积极参与公立医院综合改革。

2. 国家区域医疗中心。主要负责区域内疑难危重症的诊断与治疗，示范、推广适宜有效的诊疗技术，辐射和引领区域内医学发展和医疗服务能力提升；培养骨干人才和学科带头人；引领本区域内主要疾病的临床研究，及时做好研究成果的临床应用转化；整合现有资源，推动开展疾病预防保健服务，在区域内牵头构建医疗服务和疾病防治网络；与国家医学中心协同，加强学术交流和区域协作，完善我国医疗服务体系，提高区域医疗服务水平；承担突发公共事件的医疗卫生应急救援；认真落实医改任务，积极参与公立医院综合改革。

四、基本条件

国家医学中心和国家区域医疗中心以一个适宜规模的医院为主体，联合本区域内其他医院（含 1 家中医医院）共同承担区域中心的功能和任务。主体医院具有一定数量的国家级临床重点专科建设项目，覆盖与其职责任务相对应的临床主要专科；满足疑难重症诊疗需要，专业构成、病种分布和患者来源合理，符合相应的设置标准（另行制定）。

（一）国家医学中心基本条件。主体医院为国内一流的医院，医院管理规范化、标准化、专业化、精细化和信息化，能在全国医疗领域发挥示范和引领作用。

在医疗方面具有领先的医疗技术水平、临床服务能力和辐射能力，有较高的国内知名度和一定国际影响，具有规定数量的国家级临床重点专科，涵盖主要临床专科；在教学方面，具有突出临床教学能力和高级临床医学人才培养能力，能够为全国培养临床技术骨干和学科带头人，能够开展多个专业的住院医师培训和专科医师培养；在科研方面，能承担国家级科研项目，取得国际水平的科研成果，能够很好的将科研成果及时转化临床应用；在预防保健方面，具有较高的业内认可度和国际影响力，在全国预防保健业务指导工作中发挥积极作用，是相关医疗、教学、科研、预防、健康管理等方面均处于国家领先水平的医疗机构。

（二）国家区域医疗中心基本条件。主体医院为区域内符合设置标准的医院或者具备相应服务能力的医院，在规划的服务区域内整体实力强，综合优势明显。能统筹区域内医疗资源，提供优质的医疗服务。

在医疗方面，具有区域内领先的医疗技术水平，突出的疑难危重症诊疗能力，能为规划区域内的医疗机构提供医疗技术支持，并传播适宜医疗技术，持续有效地提高区域内整体医疗水平。具有规定数量的国家临床重点专科，在区域内有较好的辐射带动能力；在教学方面，具有较强的临床教学能力和高级临床医学人才培养能力，能够开展主要专业的住院医师培训和专科医师培养；在科研方面，具备一定临床科研能力，能将科研成果及时转化临床应用；在预防保健方面，能够承担预防、保健业务指导及培训工作。

五、组织管理

（一）加强组织领导。国家卫生计生委负责国家医学中心和国家区域医疗中心设置规划的组织实施。各省级卫生计生部门要高度重视，把支持国家医学中心和国家区域医疗中心建设与发展摆在重要位置，纳入“健康中国”建设的总体部署，列入本地卫生计生事业发展重点任务，加强组织领导，给予政策支持，完善配套措施。

（二）明晰职能职责。国家卫生计生委负责国家医学中心和国家区域医疗中心设置标准的制定，

按照达标一个设置一个的原则组织设置规划的实施工作；加强对中心的业务指导和技术管理，建立考核评定机制，引导主体医院加强内涵建设，落实“三个转变、三个提高”，提升服务、技术和管理水平。国家医学中心和国家区域医疗中心不改变原隶属关系，申请设置中心所在地的省级卫生计生行政部门，要按照设置标准加强对主体医院的建设投入，推动区域医疗资源整合，使中心达到设置标准。各中心要根据功能定位主动作为，切实承担相应职责任务，发挥引领、辐射、带动作用。

（三）统筹推进落实。国家医学中心和国家区域医疗中心设置工作要与医疗资源规划布局、分级诊疗制度建立、临床重点专科建设、医学人才培养等工作相衔接、相协调，与深化医改各项任务同步推进、统筹安排。

国家卫生计生委关于印发“十三五”全国卫生计生监督工作规划的通知

国卫监督发〔2017〕4 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，中国疾病预防控制中心、国家卫生计生委监督中心，国家中医药管理局：

为切实做好“十三五”期间我国卫生计生监督工作，促进卫生计生法律法规有效实施，维护人民群众健康权益，我委制定了《“十三五”全国卫生计生监督工作规划》（可从国家卫生计生委网站下载）。现印发给你们，请认真贯彻执行。

国家卫生计生委

2017 年 1 月 22 日

“十三五”全国卫生计生监督工作规划

前 言

卫生计生监督工作是依法推动健康中国建设、保障医药卫生体制改革、促进卫生计生系统法律法规有效实施、维护人民群众健康权益的有力保障。加强卫生计生监督工作是推进社会治理体系建设、全面推进卫生与健康领域法治建设的重要举措，是推进职能转变、加强事中事后监管的重要内容，对推进健康中国建设具有十分重要的意义。牢固树立创新、协调、绿色、开放、共享的发展理念，按照中央“四个全面”战略布局和全国卫生与健康大会的要求，加强综合监管制度建设，推进监管重心转向全行业，努力建设统一、专业、高效的卫生计生综合监管和执法监督体系，形成各司其职、各负其责的良好局面，有效保障群众健康权益，是“十三五”时期卫生计生监督肩负的使命。

“十三五”全国卫生计生监督工作规划根据《“健康中国 2030”规划纲要》、“十三五”卫生与健康规划和“十三五”期间深化医改规划要求编制，阐明“十三五”时期卫生计生监督工作的指导思想、基本原则、工作目标、主要任务和保障措施，是指导卫生计生监督科学发展的行动纲领。

一、规划背景

卫生计生监督工作主要是制定和组织实施卫生和计划生育法律法规执行情况监督检查的规划，依法组织部署和协调开展医疗卫生、公共卫生、计划生育、中医服务等卫生与健康领域综合监督管理与执法，依法依规查处违法行为。在国家卫生计生委党组的高度重视和正确领导下，卫生计生监督工作取得了可喜进展。卫生计生监督体系进一步完善，卫生和计划生育监督资源整合全面推开，基层卫生计生监督力量逐步加强，卫生计生监督网络已延伸覆盖到乡村。建立实施卫生计生监督人员规范化培训制度，组织开展全国卫生计生监督技能竞赛和执法比武，队伍整体素质不断提高。卫生计生监督信息化加快发展，行政许可、现场监督、行政处罚、一户一档、网络直报等核心业务管理系统升级改造有序推进，并顺利上线。建立综合监督工作协调机制，组织开展卫生计生监督稽查和绩效考核，行政执法行为更加规范，监管工作更加主动。监督工作力度不断加大，公共卫生监督抽检合格率稳步提高，医疗监督全面加强，严厉打击非法行医，医疗机构依法执业水平不断提高，计划生育监督工作扎实推进，中医药监督机制不断完善。

“十三五”期间，随着我国经济社会快速发展，依法治国方略全面推进，行政审批制度改革不断深化，医药卫生体制改革进入深水区和攻坚期，新情况、新问题不断出现，对卫生计生监督工作将提出新的要求和新的挑战。与此同时，卫生计生监督领域还存在着一些制约进一步发展的问题。一是卫生计生监督体系基础相对薄弱，地区间发展不平衡，监督机构性质不统一、规范化建设有待完善，工作经费落实不到位，监督执法装备缺乏，监督队伍人员短缺，结构不合理，监督技术支持能力建设亟待加强，不能完全满足卫生计生监督任务的需要。二是卫生计生综合监管与执法监督能力和水平亟待提高，特别是面对健康相关新事物、新业态、新技术、新产品等新的监管领域，需要进一步转变监管理念，创新监管方式，发挥协调作用，推进综合监管。三是卫生计生监督工作体制机制有待完善，综合监管行政机构和执法监督系统的职责厘清和协同推进还要理顺，部门信息共享亟需加强，如何进一步发挥行业、第三方组织和社会监督的积极作用还要创新落实。

“十三五”时期，卫生计生监督工作正处于大有作为的重要机遇期，但也面临诸多矛盾叠加、风险隐患增多的严峻挑战。必须加快推动卫生计生综合监管和执法监督体系建设，明确监管行政部门和执法监管系统的职责，加强监督执法机构资源配置及规范化建设，提高人员素质和行政执法效能，确保卫生计生综合监管和执法监督水平得到提升。必须强化依法行政和依法监督，加强队伍能力建设，使工作落到实处，有效维护人民群众健康权益。必须完善综合监管机制，明确主体责任，落实重点措施，力争到“十三五”末，使卫生计生监督工作得到进一步加强，为推动健康中国建设、深化医药卫生体制改革、更好地落实计划生育基本国策提供有力保障。

二、指导思想、基本原则和规划目标

（一）指导思想。

高举中国特色社会主义伟大旗帜，全面贯彻党的十八大和十八届三中、四中、五中、六中全会精神，以马克思列宁主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想、科学发展观为指导，深入学习贯彻习近平总书记系列重要讲话精神，紧紧围绕统筹推进“五位一体”总体布局和协调推进“四个全面”战略布局，坚持以人民为中心的发展思想，牢固树立和贯彻落实新发展理念，坚持正确的卫生与健康工作方针，以维护群众健康为使命，以监督检查卫生计生法律法规落实情况为动力，完善综合

监管和执法监督体制、机制和制度，着力推进监督机构体系和能力建设，积极探索创新综合监管方式，不断提高监督执法能力和水平，为推进卫生计生事业发展和健康中国建设提供坚实基础。

（二）基本原则。

坚持依法监督、公正高效。严格执行有关法律法规，落实法定的监督职责，确保监督依法开展。规范监督执法行为，切实做到严格规范公正执法，不断提高执法水平，推动卫生计生事业有序发展。

坚持综合监管，重点突破。坚持解决全局性、普遍性问题与集中力量解决重点领域、行业问题相结合，增强综合监管工作的针对性，提高综合监管工作的社会效果，增强人民群众获得感。

坚持改革创新，完善制度。针对出现的新情况、新问题，突破思维定式的障碍，创新监管理念与监管方式，推进卫生计生综合监管和执法监督机制更加明晰和规范，提高综合监管工作的针对性和有效性。

坚持协同推进，全行业监管。树立大局意识和全局观念，围绕建立基本医疗卫生制度、推进健康中国建设中的难点重点问题，加强整体联动，充分调动社会监督力量，发挥社会组织和第三方监督作用。积极推进形成政府监管、执法监督、行业自律、各方参与、社会共治的综合监督管理的新格局。

（三）规划目标。

按照《“健康中国 2030”规划纲要》的总体要求，以人民健康为中心，深入推进卫生计生监督工作，主动适应群众健康需求，突出解决社会和群众反映强烈的重点问题，加强监督执法，有效遏制和减少损害群众健康权益违法行为的发生。以基层为重点，加强卫生计生综合监管和执法监督两大体系建设，大力提高执法能力，完善综合监管和执法监督保障机制。以改革创新为动力，完善卫生计生综合监管制度和机制，推行“双随机、一公开”，加强事中事后监管。到“十三五”末，建设一个统一、专业、高效的卫生计生综合监管和执法监督体系，卫生计生监督执法工作得到进一步加强。综合监管制度更加健全，卫生行政部门加强宏观指导、规划制定、部署协调、督导评估等工作，执法监督系统组织落实并完成卫生计生综合监督执法工作的具体任务，不断开创卫生计生综合监管和执法监督工作的新局面。

“十三五”时期主要指标列表

指标名称	2015 年	2020 年	指标性质
医疗卫生机构监督覆盖率 (%)	74	90	约束性
农村集中式供水安全巡查乡镇覆盖率 (%)	74	90	约束性
学校卫生综合评价覆盖率 (%)	42	80	预期性
公共场所卫生量化分级管理覆盖率 (%)	64	80	约束性
国家双随机监督抽检覆盖全国被监督单位的比例 (%)	5	20	预期性
省级和地市级监督执法业务应用系统使用率（%）	55	80	预期性
县级监督执法业务应用系统使用率 (%)	42	70	预期性

三、重点任务

（一）推进综合监管制度建设，依法依规实施综合监管。

1. 推行全行业监管。着力完善综合监管法律法规体系，促进全行业监管，切实落实主体责任。加强综合监管机制建设，完善综合监管运行机制，做好职能衔接，增强综合监管合力，加强事中事后监管。

推进信息化平台建设、信用体系建设和医疗卫生大数据应用，不断提高综合监管信息化水平和综合监管效率。2017 年出台关于加强医疗卫生行业监管的指导文件，到“十三五”末，要逐步建立并完善以政府监管为主导、第三方广泛参与、医疗卫生机构自我管理和社会监督为补充的集中、统一、专业、高效的综合监管和执法监督体系，形成政府监管、执法监督、行业自律、各方参与、社会共治的综合监管治理的新格局。

2. 深入开展法律法规监督检查。全面完成《卫生计生重要法律法规落实情况监督检查工作规划（2014-2017 年）》和“回头看”工作。进一步完善法律法规监督检查工作协调机制，强化综合监管。推进监督检查结果运用，以检查发现的突出问题为重点，制定监督检查计划，细化评价标准和方法，对问题整改情况进行全面、系统检查，提高整治效果。坚持法律法规落实情况监督检查与法制宣传引导相结合，引导卫生计生全行业自觉落实法律法规要求，提升依法行政能力和水平。

专栏一 推进综合监管制度建设

完善综合监管法律法规体系，发挥政府在医疗卫生全行业综合监管中的主导作用，完善医疗卫生机构自我管理机制，促进行业协会发挥行业自律作用，构建社会监督机制，完善综合监管运行机制，加强综合监管信息化建设，提高综合监管保障能力。

（二）加大执法监督力度，有效维护群众健康权益。

3. 加强医疗服务监督。深入开展打击非法行医工作，加强医疗机构及医务人员依法执业的监督检查，一级（含）以上医疗机构监督覆盖率每年不低于 95%，严厉打击无证行医行为。采供血机构、放射卫生技术服务机构的监督覆盖率每年达到 100%。强化医疗机构主体责任，落实和规范医疗机构自查工作，提高其自我管理水平。加大违法行为查处力度，坚持“零容忍”，严厉打击违法行为，发现一起，坚决查处一起。对违法问题久拖不决、屡查屡犯的，依法从重处罚。及时组织查处社会舆论反映强烈、各方高度关注的重大违法案件，依法严厉打击违法行为。对存在问题严重的单位和责任人，要依法依纪追究责任。

4. 加大医疗卫生机构传染病防治和突发公共卫生事件应对监督。深入开展传染病防治和突发公共卫生事件应对监督工作，加大对预防接种、传染病疫情报告、疫情控制、消毒隔离制度执行、医疗废弃物处置和病原微生物实验室生物安全等的监督检查力度。按照风险管理原则，推进对各级各类医疗卫生机构的分类监督综合评价，进一步提高工作效率，促进传染病防治相关法律法规和规范的落实。

5. 强化公共卫生监督。进一步加强生活饮用水卫生监督，城市集中式供水单位每年监督检查全覆盖，加强农村集中式供水安全巡查，健全农村饮水安全工程监督档案，逐步提高监督检查覆盖率。全面落实公共场所卫生监督量化分级管理，加强公共场所控烟监督工作。开展学校卫生综合监督评价工作，对传染病预防控制、饮用水卫生和教学环境等进行系统评价，促进学校全面落实卫生要求。加强消毒产品、涉水产品监督，督促生产企业和经营使用单位落实相关主体责任，建设完善产品生产经营和使用监督信息平台，及时掌握信息，提高监督效率。

6. 提升计划生育监督能力。围绕计划生育工作重大战略和重要工作部署，明确监督职责，加强各级计划生育监督工作机构建设，充实监督人员，探索开展计划生育分类监督综合评价。建立计划生育行政执法专项督查和从事计划生育技术服务的机构监督检查制度，完善计划生育监督工作机制。加强

计划生育监督，到 2020 年对从事计划生育技术服务机构的监督覆盖率不低于 95%。强化“两非”等计划生育重大案件督查督办，提高部门依法行政和机构依法执业监督的能力。

7. 加强中医服务监督。完善中医服务监督法规标准，健全中医服务监督执法工作机制，推动建立中医服务监督信息数据平台，重点加强对中医诊所、以师承方式学习中医或者经多年实践，医术确有专长取得医师资格人员的监管。整顿和规范中医医疗服务市场秩序，严厉打击无证行医行为，查处重大违法案件。加强中医服务监督执法力量，提高中医服务监督能力，开展中医服务监督执法培训和交流。

8. 开展国家监督抽检。实施国家监督抽检工作，逐步扩大医疗服务、公共卫生和计划生育国家监督抽检比例。建立随机抽取检查对象、随机选派监督人员的“双随机”抽查工作机制。建立国家监督抽检网络信息平台，收集汇总监督抽检信息，掌握和评估总体情况。

专栏二 国家监督抽检网络建设

开展国家监督抽检。包括医疗机构依法执业和传染病防治监督抽检；公共场所、学校和供水单位卫生监督抽检；计划生育技术服务机构、采供血机构、放射卫生技术服务机构、消毒产品生产企业和涉水产品生产企业监督抽检；病原微生物实验室生物安全抽检。

（三）加强卫生计生综合监管和执法监督体系建设，强化执法能力保障。

9. 构建科学有效的卫生计生综合监管和执法监督网络体系。深入贯彻落实国家卫生计生委、中央编办和财政部等 6 部门《关于进一步加强卫生计生综合监督行政执法工作的意见》，科学合理设置执法层级，强化顶层设计，筑牢织密网底，加快推进基层卫生和计划生育执法监督力量整合，充分发挥基层计生干部在卫生计生监督工作中的作用，在乡镇街道（卫生）计生办配备卫生计生监督人员，推动村居计生专干兼任卫生计生监督信息员。

10. 充实配备监督执法人员。结合当前卫生计生工作的总体要求，进一步梳理明晰执法监督工作职责，明确各级卫生计生行政部门、中医药管理部门、各级卫生计生监督机构、乡镇街道（卫生）计生办等各自职责。评估现有队伍状况，综合考虑辖区人口、工作量、服务范围和经济水平等因素，研究卫生计生执法监督人员配置标准，合理调整执法监督人员结构，加强执法监督力量。

11. 提升监督机构能力水平。开展示范卫生计生监督机构创建活动，全面推行执法全过程记录制度建设工作，推动各级监督机构的业务用房、执法装备、执法车辆达到国家规定的配置标准，促进卫生计生监督机构工作规范化，建立健全统一、专业、高效的综合监管和执法监督体系。

专栏三 卫生计生监督机构能力建设工程

加强省级、地市级监督机构业务用房建设。各省份加强快速检测车辆等专业特种车辆配备，强化卫生计生监督机构现场快速检测设备、执法取证工具、现场执法记录仪等执法装备配置。

（四）健全监督制度规范，完善监督机制。

12. 强化制度建设。以贯彻落实卫生计生法律法规为重点，加强重点领域和社会普遍关注领域违法问题监督执法制度规范建设，完善医疗机构、计划生育、中医服务、公共场所、消毒产品和涉水产品生产企业的分类监督办法和诚信档案管理办法，建立黑名单管理制度。推动被监督单位落实主体责任，建立健全自查制度。

13. 探索加强监督机制新举措。强化防范和打击无证行医联动机制，建立完善多部门联合监督执法机制，完善与公安部门建立打击非法行医等监督执法与刑事司法衔接机制。完善与工商、教育、住建等部门的联合监督工作机制，巩固部门间的联席会议、联合执法、线索移交、情况通报等制度，确保监督工作落实到位。引导行业组织依法依规参与卫生计生监督。

（五）强化队伍建设，提高管理人员素质和能力。

14. 完善人才培养和激励机制。建立完善人才培养计划，以基层为重点，加强医疗服务（含中医）监督、计划生育监督等急需人才培养。建立人员规范化培训制度，健全培训质量考评机制。建设 3-5 家监督人员实训基地。推进卫生计生监督人员职位分级管理，建立以岗位职责为基础，以职业道德、专业知识、执法能力、工作业绩为导向的职位分级评价体系。探索建立“互联网+”混合式培训管理模式，监督员网络培训注册率达到 100%。

15. 规范行政执法。建立健全监督行政执法全过程记录制度和行政裁量权基准制度。督促地方健全落实行政执法与刑事司法衔接机制。加强卫生计生监督队伍作风建设、纪律建设，建立健全监督执法责任制和责任追究制。深入开展卫生计生执法稽查，投诉举报处理率达到 100%，涉嫌犯罪案件移送率达到 100%。全面推进执法规范化建设，确保严格公正、文明理性执法。

（六）提升监督信息化服务水平。

16. 提高监督信息化应用水平。完善国家和省两级卫生计生监督信息系统，构建覆盖国家、省、地市、县四级业务应用的卫生计生监督信息体系框架。充分发挥省级监督机构在区域卫生计生监督信息化建设中的主体作用，为老少边穷地区提供卫生计生监督信息化支持和服务。完善制度、标准和安全体系建设，规范监督信息化建设。以需求为导向，以应用和服务为重点，深化信息采集、数据分析、行政许可、监督执法、投诉举报、网络培训、在线监测、公众服务等业务应用，推广信息化监督执法模式，配置和推进手持移动执法终端的应用。探索大数据、云计算、物联网和移动互联网等信息技术在卫生计生监督领域的应用。

17. 加强监督信息利用。根据监督工作需要，进一步优化监督数据信息，加强对数据信息的挖掘与分析利用，及时掌握信息，提升科学分析研判能力。将相关行政许可和行政处罚信息等纳入信用信息系统，促进卫生计生信用体系建设。推动内部外部相关业务系统信息共享及业务协同，建立完善信息交换、发布渠道，促进卫生计生系统内部监督执法与行政审批、机构校验等工作联动。以惠民服务为目标，推动卫生计生监督信息公开。

专栏四 监督信息系统建设工程

基于国家和省级人口健康信息平台，完善卫生计生监督信息基础设施、大数据资源体系以及监督机构业务应用系统，深化监督信息应用，加强监督机构手持移动执法终端、现场执法记录仪等执法设备配置和应用。

（七）创新监督手段，推进社会共治。

18. 提高信息化技术在监督中的应用。以生活饮用水、重点公共场所为主，扩大在线监测技术的应用范围，建立在线监测技术应用信息平台，为及时预警和有针对性地采取措施，加快建设环境友好型社会提供依据。加强现场快速检测技术应用，完善现场快速检测质量管理体系，规范设备管理和使用。健全现场快速检测方法标准，做好现场快速检测技术与监督执法工作的衔接配合，提高用技术手段在

现场及时发现问题的能力。

19. 推进社会共治。发挥各专业行业协会的作用，推动行业协会建立行业自律性管理的约束机制，不断提高自律水平和社会服务能力。调动社会公众参与监督的积极性，拓宽渠道，方便社会监督。

专栏五 创新监督手段建设工程

以生活饮用水、重点公共场所为主，逐步扩大传染病防治等领域在线监测技术的应用范围，建立在线监测技术应用信息平台，为及时预警和有针对性地采取监督措施、加快环境友好型社会提供依据。

（八）加大卫生计生监督宣传力度。

20. 开展宣传教育。普及卫生计生法律法规知识，提高医疗卫生机构依法执业，引导百姓合理安全就医，提高百姓依法维护健康权益的意识。弘扬“公正廉洁、科学严谨、执法为民、护卫健康”的卫生计生监督职业精神，挖掘行业先进典型，开展广泛宣传，充分发挥社会舆论引导和行业典型带动作用，树立卫生计生监督队伍良好形象，让人民群众和各相关部门理解支持配合监督执法工作。关注涉及卫生计生监督的舆情，配合宣传部门及时回应社会关切，对不实报道和传言予以澄清。

四、保障措施

（一）加强组织领导。各地要深入贯彻 6 部门联合印发的《关于进一步加强卫生计生综合监督行政执法工作的意见》，抓好各项工作落实。要将卫生计生监督工作作为深化医药卫生体制改革和落实计划生育政策的重要内容，完善卫生计生监督工作协调机制，明确综合监管部门和执法监督系统的各自职责。综合监管部门要统筹协调解决执法监督、信息共享、政策衔接等重大问题。执法监督系统要确保各项执法监督任务的落地落实。

（二）保障经费投入。卫生计生综合监管和执法监督两大系统所需基本建设、设备购置以及人员经费、公用经费和业务经费等由同级财政予以安排。各地要根据机构和队伍整合情况，整合相关经费渠道，加强资金管理，提高资金使用效率。推动建立科学合理的卫生计生监督执法经费保障机制，加大保障力度。

（三）强化督导落实。各地综合监督行政部门要根据国家规划，制定本地区卫生计生监督工作规划。加强规划管理，对规划实施进展、质量和成效进行评估，做好中、末期评估工作，及时采取措施推进规划的有效实施，确保规划实施效果。执法监督系统要提升执法监督工作的水平和业绩，为卫生计生综合监管提供强力支撑。要建立健全督办制度，将规划重点任务落实情况作为督查督办重要事项，并定期评估，将评估结果作为相关绩效考核的重要内容。

国家卫生计生委办公厅关于印发
卫生计生基层机构食品安全工作指南的通知

国卫办食品发〔2017〕2 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、卫生计生监

督中心、国家食品安全风险评估中心：

根据《“健康中国 2030”规划纲要》要求，为指导各地依法开展卫生计生基层食品安全工作，构建“县乡村一体化”食品安全工作体系，我委组织制定了《卫生计生基层机构食品安全工作指南》（以下简称《指南》，可从国家卫生计生委网站下载）。现印发给你们，并提出以下工作要求：

一、地方各级卫生计生行政部门要加强组织领导，强化统筹协调和督促指导，做好《指南》的贯彻落实，积极推进卫生计生基层食品安全工作。

二、各地要依照《指南》，结合实际，积极探索，不断创新基层食品安全工作方式方法，以服务公众饮食安全、满足群众健康需求为出发点，优质高效开展工作，努力增强群众获得感。

三、《指南》是卫生计生基层机构开展食品安全相关工作的技术性参考文件，有关工作要求如有法规规章和规范性文件作出新规定的，依照有关规定执行。

附件：卫生计生基层机构食品安全工作指南

国家卫生计生委办公厅

2017 年 1 月 18 日

卫生计生基层机构食品安全工作指南

国家卫生计生委食品司

二〇一七年一月

目　录

第一部分 工作职责

一、县（区）级疾病预防控制机构

二、县（区）级卫生计生综合监督执法机构

三、医疗机构

（一）县（区）级医疗机构

（二）乡镇卫生院（社区卫生服务中心）

（三）村卫生室（社区卫生服务站）

第二部分 工作内容

一、食品安全风险监测（含食源性疾病监测）

二、食物消费量调查等食品安全风险评估基础数据和信息收集工作

三、食品安全事故处置

四、食品安全标准管理、跟踪评价与宣贯工作

五、食品安全知识宣传教育

附录

1．中华人民共和国食品安全法（摘录）

2．食源性疾病监测类

3．食物消费量调查类

4．食品安全事故处置类

5．食品安全标准类

6．食品安全知识宣传类

前　言

2015 年 4 月新修订的《中华人民共和国食品安全法》对县级地方卫生计生行政部门及其技术机构所承担的食品安全职责做出规定。主要工作任务包括：一是开展食品安全风险监测，对监测结果表明可能存在食品安全隐患的，及时将信息通报食品药品监督管理等部门，并报告本级人民政府和上级卫生计生行政部门；二是承担食品安全标准管理相关工作，对食品安全标准执行过程中的问题，会同有关部门及时给予指导、解答；三是食源性疾病监测报告工作，对医疗机构报告的食源性疾病病例或者疑似病例，发现与食品安全有关的，及时通报食品药品监督管理部门；四是事故信息通报，在调查处理传染病或者其他突发公共卫生事件中发现与食品安全相关的信息，及时通报食品药品监督管理部门；五是有关食品安全事故流行病学调查等，在各级食品安全办统一协调下，承担食品安全事故卫生处理和流行病学调查（疾病预防控制机构职责），以及医学应急救援等相关工作。

基层食品安全工作队伍直接面对群众，是依法履行食源性疾病、食品污染以及食品中的有害因素监测等职责的重要信息来源和“前沿哨点”，是保障百姓食品安全“最后一公里”，是开展食品安全宣传教育的重要服务窗口。为依法履行好《食品安全法》赋予的各项职责，有效发挥卫生计生基层机构在开展食品安全工作方面的“网底”作用，构建起以县级技术机构为核心，乡（镇）、村（社区）医疗卫生机构为支持的“县乡村一体化”卫生计生基层食品安全工作体系，切实维护和保障公众身体健康，国家卫生计生委食品司组织编写了《卫生计生基层机构食品安全工作指南》（以下简称《指南》）。本《指南》所指基层机构包括县（区）级疾病预防控制机构、卫生计生综合监督执法机构、医疗机构及乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、村卫生室（社区卫生服务站）。

卫生计生基层机构食品安全工作主要包括三类，一是《食品安全法》对疾控机构、医疗机构规定的食品安全事故流行病学调查及卫生处理、食源性疾病监测报告、食品安全事故医疗救治等法定职责；二是国家基本公共卫生服务卫生监督协管有关食品安全信息报告等任务；三是根据上级卫生计生部门工作安排，需要基层机构协助开展的指令性（临时性）工作，如食品安全风险评估食物消费量调查等。基层机构具体承担的职责，依据上述原则确定，《指南》作为开展相关食品安全工作的参考性技术资料。

由于经验和篇幅所限，《指南》的内容尚不能涵盖卫生计生基层机构实际工作中所有问题，有关技术要求也难免存在不妥之处。各地在使用中遇到的问题及意见建议可及时向国家卫生计生委食品司反馈，以便适时进行修订。

第一部分　工作职责

一、县（区）级疾病预防控制机构

（一）承担食品安全风险监测工作，报告可能存在的食品安全隐患；

（二）承担居民食物消费量调查等风险评估基础数据的收集；

（三）参与食品安全标准跟踪评价工作；

（四）开展食品安全事故流行病学调查及卫生处理；

（五）开展食品安全相关知识宣传教育；

（六）承担卫生计生行政部门和上级业务机构交办的其他工作。

二、县（区）级卫生计生综合监督执法机构

（一）开展食品安全标准宣贯及相关知识宣传教育；

（二）参与食品安全标准跟踪评价工作；

（三）参与食品安全地方标准制定、修订及食品安全企业标准备案的管理工作

（四）承担卫生计生行政部门和上级业务机构交办的其他工作。

三、医疗机构

（一）县（区）级医疗机构。

1. 收集、报告所接收的食源性疾病病例或疑似病例相关信息，参与救治因食品安全事故导致健康损害的人员；根据当地食源性疾病监测方案要求开展常见食源性疾病致病菌实验室检测；

2. 协助疾病预防控制机构开展食品安全事故流行病学调查；

3. 开展食源性疾病防控相关知识宣传教育，以及收集风险评估相关数据等工作；

4. 采集食源性疾病病例标本，并承担标本检测、信息上报和菌株报送工作；

5. 完成卫生计生行政部门交办的其他工作。

（二）乡镇卫生院（社区卫生服务中心）。

1. 收集、报告所接收的食源性疾病病例或疑似病例相关信息，参与救治因食品安全事故导致健康损害的人员；

2. 协助疾病预防控制机构开展食品安全事故流行病学调查、风险监测、评估相关数据收集等工作；

3. 协助开展食品安全相关知识宣传教育；

4. 完成卫生计生行政部门交办的其他工作。

（三）村卫生室（社区卫生服务站）。

1. 收集、报告食源性疾病病例或疑似病例相关信息；

2. 配合疾病预防控制机构开展食品安全事故流行病学调查、居民食物消费量调查及其他食品安全专项调研工作；

3. 开展食品安全相关知识宣传教育等工作。

第二部分　工作内容

一、食品安全风险监测（含食源性疾病监测）

食品安全风险监测是系统和持续收集食源性疾病、食品污染、食品中有害因素等相关数据信息，并进行综合分析和及时通报的活动。目的是掌握食品安全状况，发现风险隐患，为食品安全风险评估、食品安全标准制定、修订及食品安全监管提供技术依据。

承担监测工作的技术机构应当根据食品安全风险监测计划和监测方案开展监测工作，保证监测数据真实、准确，并及时报送监测数据和分析结果。

（一）食源性疾病监测。

食源性疾病监测，指医疗机构、疾病控制机构通过系统和持续地收集食源性疾病及其致病因素的报告、调查和检测等人群食源性疾病信息，并进行综合分析和及时通报的活动。监测的主要目的是及时发现聚集性病例和暴发线索。

1. 县（区）级疾病预防控制机构

（1）根据省级及地市级卫生计生行政部门监测方案要求，开展食源性疾病监测工作。

（2）对辖区医疗机构通过 “食源性疾病监测报告系统”报送的病例信息进行审核、汇总、分析和上报。

工作要点：

①要求每日审核。审核时关注病例基本信息、临床症状与体征、检查结果、主要诊断、可疑病因、可疑食品等信息的完整性、术语规范性与逻辑性等；

②审核时发现食品安全风险隐患，应及时报告本级卫生计生行政部门；

③每月汇总分析监测信息，定期撰写分析报告，提交本级卫生计生行政部门和上级疾病预防控制机构。

（3）对监测中发现的聚集性病例开展溯源调查。

聚集性病例是指在同一监测医院短时间内发现 2 名及以上在同一就餐场所或食用同一食物后出现症状相似的病例。县（区）级疾病预防控制机构对聚集性病例应及时开展溯源调查，向本级卫生计生行政部门报告。

（4）对辖区内的医疗机构进行食源性疾病监测技术培训及指导。

工作要点：

开展监测系统数据录入的技术培训；

开展食源性疾病防治知识的培训。

（5）对辖区内医疗机构的食源性疾病监测工作开展质量控制、技术督导检查和技术指导。对辖区内医疗机构的生物标本或致病菌株进行鉴定检验，如必要，可送上级疾病预防控制机构。

质量控制注意事项及要点：

病例监测信息表填写的完整性、规范性、逻辑性；

病例原始记录、资料档案的完整性与归档情况；

病例报告的及时性与漏报情况；

④病例生物标本或致病菌株鉴定检验及时率。

2. 县（区）级医疗机构及乡镇卫生院（社区卫生服务中心）

（1）对就诊患者主诉或临床医生怀疑由食品引起的疑似食源性疾病病例进行报告。

工作要点：

疑似食源性疾病病例包括致病微生物（含细菌、病毒）引起的食源性感染性病例，以及真菌毒素、化学物质与有毒动植物引起的食源性中毒性病例。（参阅附录 4.5 常见致病因子的临床表现、潜伏期及生物标本采集要求）。

（2）首诊医生负责填报纸质病例监测信息表（参阅附录 2.1），预防保健科当日收取病例监测信息表，登陆“食源性疾病监测报告系统”，24 小时内填报监测信息。有条件的医疗机构可登陆医院信息管理系统（HIS）填报信息。

（3）做好病人生物标本（呕吐物、粪便、血、尿等）的采集、保存工作，承担食源性疾病病原学监测的哨点医院应开展实验室检测，临床实验室无法开展检测的，应将标本或致病菌株及时送往辖区疾病预防控制机构进行鉴定检验。

（4）对根据临床表现及流行病学特征等与现有的诊疗经验和专业判断明显不符，用现有的临床专业知识和经验无法得到合理解释的的疑似食源性疾病异常病例（参阅附录 2.4），应组织专家会诊并报告。

3. 村卫生室（社区卫生服务站）在诊疗活动中发现疑似食源性疾病病例，应填报纸质病例监测信息表，提交给乡镇卫生院（社区卫生服务中心），由乡镇卫生院（社区卫生服务中心）登陆“食源性疾病监测报告系统”，填表信息。从接诊病例到信息填报不得超过 24 小时。

（二）食物污染及食品中有害因素监测。

1. 承担食品安全风险监测工作任务的县（区）级疾病预防控制机构，应具备食品检验机构资质认定条件和按照规范进行检验的能力。

2. 县（区）级疾病预防控制机构根据辖区食品安全风险监测方案要求，科学制定工作方案，细化采样方案，以提高方案的可操作性。

工作要点：

细化采样方案时要综合考虑本地区食品生产、销售和人群消费等实际情况，以当地生产的食品为主。细化的采样方案应包括具体采样场所名称、采样时间、样品类别及数量与重量、包装形式、运送条件等。

3. 县（区）级疾病预防控制机构完成食品采样及常规指标检测等相关任务，及时报告发现的食品安全隐患给同级卫生计生行政部门。

工作要点：

（1）样品的采集

①样品要具有代表性，采集不同厂家，每一批次的同类食品只采一个样；

②随机选择商贩。在农贸或集贸市场采样时，应随机选

择一个或数个商贩进行采样，不能带有采样人员的任何主观判断；

③定型包装的产品应采集待销、在保质期内且包装完好的产品，而且要有完整的标识信息；

④感官检查正常。采样时应采集感官检查正常的样品，

生鲜样品如水果或蔬菜等，应尽可能是当地新上市的产品，外观完好，不得有显著碰伤、发霉或

其他外表损害；加工样品应注意挑选无明显凹痕、裂缝及其他外部损坏的产品；

⑤独立盛装并密封。采集的每一份非定型包装样品应当独立放入洁净的塑料袋（瓶）中，不同样品不得放入同一个塑料袋（瓶）内；盛装样品后塑料袋（瓶）应密封以预防可能存在的外界污染。

（2）采样表信息填写

采样时使用统一格式的采样表填写信息（可参阅附录 2.6 样品采样记录表），妥善运送保存样品。

（3）检验时应按规定的方法检测，对异常数据应复核。

4. 县（区）级疾病预防控制机构应当每月对监测结果进行汇总分析，如发现食品安全隐患，应及时报告同级卫生行政部门，同时定期形成分析技术报告，递交给本级卫生计生行政部门。卫生计生行政部门根据需要，组织相关部门、单位进行会商，通报有关情况。

5. 乡镇卫生院（社区卫生服务中心）要对风险监测采样予以协助。

二、食物消费量调查等食品安全风险评估基础数据和信息收集工作

食物消费量数据是对食品、食品添加剂、食品相关产品中危害因素进行风险评估所需的科学基础数据。组织开展居民食物消费量调查、构建各级食品安全食物消费量数据库是加强风险评估体系建设、提升风险评估能力的重要内容。

（一）县（区）级疾病预防控制机构。

1. 收集辖区内食物消费量调查相关基础信息，包括人口数据、农业生产、特色食物资料等。根据全国食物消费量调查工作方案，在省级疾病预防控制机构指导下，确定本辖区内开展调查的乡镇（街道）、村（社区），抽取调查户和调查对象。

工作要点：

（1）所抽取的乡镇（街道）、村（社区）应符合本辖区人口、地理分布特征，并能够配合开展食物消费量调查工作；

（2）所抽取乡镇（街道）、村（社区）因故不能参加调查，则须将情况反馈给省级疾病预防控制机构，按照统一的置换原则进行替换，必要时应重新抽样。

2. 组织本辖区调查人员参加国家级或省级食物消费量调查技术培训，经考核合格后方可参与调查工作。调查人员应熟悉食物消费量调查内容，掌握食物消费量数据收集方法、医学体检方法、食物重量估计方法、现场调查工作方法和步骤。

工作要点：

（1）应保证本辖区内调查技术骨干参加国家级食物消费量调查技术培训；

（2）调查人员应重点掌握食物重量估计方法和技巧，能够较为熟练、准确地估计出常见食物的重量。熟悉本地区常见食物的种类和名称。

3. 落实食物消费量调查准备工作。广泛开展调查工作宣传、积极动员调查对象参与，按照全国食物消费量调查工作方案要求，做好调查工作所需设备和工具准备工作。

工作要点：

（1）调查开始之前应与调查对象充分沟通，征得同意并签署知情同意书后方可进行调查；

（2）调查开始之前应检查、调试调查设备和工具，确保能够正常使用。

4. 开展本辖区现场调查工作。按照统一培训的调查方法开展询问调查、食物消费量调查、医学体检，收集调查对象的家庭和个人基本信息，个人食物消费数量和频率、饮食习惯，身高和体重等。

工作要点：

（1）调查期间应避免随意更换调查人员，如因故临时新增调查人员，应按国家级或省级培训要求对其进行培训并考核，合格后方可参与调查；

（2）调查人员应严格按照调查要求规范填写调查信息，防止错漏；

（3）设立县（区）级质控组，按照统一的质量控制方案要求定期对调查工作进行考核，填写质量控制表格；

（4）合理安排调查时间和内容，尽量减少调查对象的负担。

5. 整理、上报食物消费量调查数据。收集、汇总、审核本辖区内的调查数据，将调查问卷转录形成电子文件或采用电子数据采集终端，在规定时间内上报给省级疾病预防控制机构。

工作要点：

（1）调查数据需经本辖区调查质控人员核实签字后方可上报；

（2）上报调查数据之前需清点本辖区内调查户数和人数，未满足调查样本量要求需开展补充调查；

（3）应妥善存留原始调查问卷、调查相关资料。

6. 督促并指导下级医疗卫生机构开展本辖区食物消费量调查工作。

（二）乡镇卫生院（社区卫生服务中心）。

1. 协助疾病预防控制机构开展食物消费量调查工作宣传，动员本辖区居民参与调查。

2. 协助疾病预防控制机构开展调查对象的医学体检等调查相关工作。

（三）村卫生室（社区卫生服务站）。

1. 配合疾病预防控制机构、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）开展食物消费量调查工作宣传、收集核对调查户和调查对象的基本信息。

2. 配合疾病预防控制机构、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）实施现场调查。联系、通知、组织本辖区调查对象参与食物消费量调查，及时将调查结果反馈给调查对象。

工作要点：

（1）逐一核实抽取的调查户和调查对象基本信息，如遇拒访或失访应及时上报乡镇卫生院（社区卫生服务中心）和县（区）级疾病预防控制机构，及时补充调查所需的户数和人数；

（2）结合日常工作开展宣传和动员，每次调查之前应告知调查对象做好相应准备。

三、食品安全事故处置

食品安全事故，指食源性疾病、食品污染等源于食品，对人体健康有危害或者可能有危害的事故。

（一）食品安全事故信息报告。

食品安全事故发生后，接诊的医疗机构应当及时向事故发生地县级人民政府食品药品监督管理、卫生计生行政部门报告。

1. 报告内容

包括事故发生时间、地点、发病人数、死亡人数、主要临床症状、可疑食品及治疗等基本情况。

2. 报告程序

（1）县（区）级医疗机构的首诊医生应立刻向本单位预防保健科报告，应及时通过电话、传真等方式向县（区）食品药品监督管理、卫生计生行政部门报告，建议确认对方收到并做好记录；

（2）乡镇卫生院（社区卫生服务中心）的接诊医生应及时通过电话、传真等方式向辖区食品药品监督管理、卫生计生行政部门报告；

（3）村卫生室（社区卫生服务站）的接诊医生应立刻向所在地的乡镇卫生院（社区卫生服务中心）报告，乡镇卫生院（社区卫生服务中心）应及时通过电话、传真等方式，向辖区食品药品监督管理、卫生计生行政部门报告；

（4）发生以下情形时，应通过电话和传真形式在 2 小时内报告：

食品安全事故病人人数 30 人及以上或死亡 1 人及以上的；事故发生在学校、幼儿园、建筑工地等集体单位及地区性或全国性重要活动期间且一次发病人数 5 人以上的。

（二）救治食品安全事故导致伤害的人员。

食品安全事故病人的诊断及救治可参阅附录 4.2 基层医疗机构食品安全事故病人救治流程、附录 4.5 常见致病因子的临床表现、潜伏期及生物标本采集要求。

（三）食品安全事故流行病学调查及卫生处理。

1. 县（区）级疾病预防控制机构在同级食品药品监管部门的组织协调下，按卫生计生行政部门指派开展食品安全事故流行病学调查和卫生处理。及时在食源性疾病暴发监测系统中报告事件信息。在事故调查终结后，及时向食品药品监督管理部门和同级卫生计生行政部门提交流行病学调查报告。

（1）按照《食品安全事故流行病学调查技术指南》（2012 年版）的要求，开展现场流行病学调查、食品卫生学调查、采集样本、实验室检验。

工作要点：

①现场流行病学调查内容：主要包括核实诊断、制定病例定义、开展病例搜索、开展个案调查、描述性流行病学分析。根据调查需要，开展分析性流行病学研究；

②食品卫生学调查内容：主要包括访谈相关人员，查阅有关资料，现场勘查可疑食品的原料、生产加工、储存、运输、销售、食用等过程中的相关危害因素；

③采集样品、样本种类和病例生物样本：采集可疑食品、原料、半成品、环境样品等，以及相关从业人员生物标本。采样要求可参阅附录 4.6 食品安全事故样本采集、保存及转运要求；

④实验室检验：根据流行病学初步判断提出检验项目，承担检验任务的实验室应依照相关检验工作规范的规定，及时完成食品安全事故相关标本检验任务，出具检验报告，按相关规定留存样本和菌毒株。

（2）流行病学调查报告撰写：要素主要有背景、基本情况、调查目的与方法、调查结果、调查结论、建议。可参阅附录 4.9 食品安全事故流行病学调查报告提纲。

工作要点：

①调查结果应包含现场流行病学调查结果、食品卫生学调查结果、实验室检验结果；

②对不能作出调查结论的事项应当说明原因。

（3）卫生处理

县（区）级疾病预防控制机构应根据现场调查的结果，针对致病因子的可疑食物载体和环境，采取针对性的处理措施。

工作要点：

①致病微生物（含致病菌、病毒）污染食物的卫生处理：重点关注可疑食物是否煮熟煮透、交叉污染及厨工带菌这三种情况。如果怀疑食物未煮熟煮透，要加强宣传教育；如果怀疑交叉污染引起：炊具、食具、抹布和食品容器、加工冷藏设备和工具等可煮沸 15—30 分钟，也可以用氯制剂等消毒剂消毒；如果怀疑厨工带菌污染引起暴发，建议调离接触食品的工作岗位。

②化学物污染 / 有毒动植物性食物的卫生处理：建议监管部门将剩余的中毒食品作无害化处理或深埋，不得作其他利用；将有毒物质可能污染的食品容器、设备、工具和包装物等要进行彻底地清洗消毒；

③涉及传染性致病因子，按传染病防控相关规程处理；

对疑似投毒事件交由公安部门处理。

④事故环境表面的卫生处理方法可参阅附录 4.7 食品安全事故现场消毒处理措施。

2. 基层医疗机构应配合疾病预防控制机构做好流行病学调查和卫生处理工作。

（1）接收食品安全事故病人的医疗机构，在做好患者救治工作的同时，按要求配合疾控机构的流行病学调查和现场卫生处理工作。

注意事项与要点：

提供调查所需的患者信息和诊疗档案信息；

统计事故相关的临床诊断病例人数；

采集患者粪便、呕吐物、血、尿等相关标本。

（2）对与具有传染性的食源性疾病病人共同聚餐的其他未发病人群在指定场所进行医学观察和采取其他必要的预防措施。

（3）做好疾病预防控制机构交办的其他相关工作。

四、食品安全标准管理、跟踪评价与宣贯工作

（一）卫生计生综合监督执法机构。

1. 开展食品安全标准宣贯。

根据同级卫生计生行政部门工作要求和省、市级卫生计生综合监督执法机构宣传培训工作计划，制订县（区）级食品安全标准宣贯方案，并认真组织实施。

（1）工作要点

①根据国家、省、地市卫生计生行政部门的食品安全标准宣贯要求，参加食品安全标准管理师资、骨干培训，能独立或协助开展食品安全标准宣贯工作；

②根据国家、省、地市卫生计生行政部门的食品安全标准配套问答、标准培训讲义、宣传画、折页、手册等宣贯材料，结合基层实际，编制通俗易懂、形象直观的宣贯材料；

③标准宣传材料设计思路：标明“标准名称、标准编号、标准发布日期、标准实施日期”；说明“标准适用范围或不适用范围”；列出“标准主要要求”；建议“达到标准要求的生产经营措施或卫生规范”；也可以标出“不合格产品的危害后果及违法条款等”；

④采取标准培训、公众活动、媒体采访、新媒体传播等方式进行，普及公众食品安全标准知识，使社会各方了解食品安全标准及其管理工作。

（2）宣贯策略

①针对监管部门人员、检验机构人员，宣贯重点是食品安全标准具体条款的解释，标准在食品安全监督管理中的地位与作用的解读，引导监管者正确理解食品安全标准，准确掌握标准规定，有助于提高监管人员依法行政水平和科学监管能力，并收集监督部门在监督标准执行以及监管过程中的反馈意见等；

②针对食品企业和行业协会，宣贯重点是食品安全标准的制定、修订过程以及具体条款的解释，解读如何有效执行标准，并收集食品企业和行业协会执行过程中的反馈意见等；

③针对媒体和公众，宣贯重点是通俗解读食品安全标准条款，如何使用标准，交流标准制定、修订过程的透明度等。

(3) 宣贯效果评价

①程序评价。宣贯工作流程是否有效运转，卫生计生综合监督执法机构系统内、系统外、食品企业和行业协会的内外部协调协作是否顺畅，宣贯内容及材料是否已经确定，宣贯人员及队伍是否满足需要等，可用于对宣贯预案的验证；

②能力评价。主要评价相关宣贯人员的宣传技能、组织协调能力和存在的不足等；

③效果评价。评价宣贯内容是否有效传达，宣贯活动是否达到预期效果，各利益相关方对食品安全标准的理解是否到位，以及居民健康素养是否提升等；

④评价的主要方式包括生产经营过程的调查、标准执行不合格原因分析、专家研讨、小组座谈，以及问卷调查等。

2. 参与食品安全标准跟踪评价。

根据要求，收集标准贯彻落实和执行情况以及标准使用各方的意见建议，为适时修订食品安全标准提供科学依据。对收集的问题，按照标准问答及时给予宣传、指导；难以指导、解答的，及时向上级业务机构请示、咨询，或填写食品安全标准跟踪评价及意见反馈调查表（参阅附录 5.3），也可以指导标准使用单位通过国家食品安全风险评估中心的网站开设的食品安全国家标准跟踪评价及意见反馈平台（参阅附录 5.4）进行收集、反馈。

（1）工作要点

①主动与标准使用相关部门、机构、协会沟通，将本年度标准跟踪评价方案与当地风险监测计划或方案、标准宣贯方案有机结合；

②建立县（区）食品生产经营企业食品标准使用基础档案（企业名称，地址，主要产品类别，联系人及联系方式等），为食品安全标准跟踪评价摸清跟踪对象；

③畅通渠道：与当地相关食品安全监管部门、疾病预防控制中心、检验检测机构、食品生产经营企业及食品行业协会（学会）等单位建立密切联系，畅通收集各方对食品安全标准执行中的问题和建议的渠道；

④现场调查：深入企业，“以问题为导向”，了解生产企业执行标准条款不适用、不合理的情况；

⑤深度访谈：“以问题为导向”，征集熟悉食品相关法律法规、标准及规范的专家或在行业内具有一定的专业技术认可度的人员开展深入访谈。

（2）跟踪方式

①标准使用各方对在标准执行过程中的不合理、不适用、不可操作等问题，向标准管理部门进行反馈。建议标准使用各方认真学习、熟悉食品安全标准后，由标准使用各方直接汇总、分析、在食品安全国家标准跟踪评价和意见反馈平台或省级食品安全地方标准和意见反馈平台进行反馈，这种跟踪评价方式将是标准跟踪的主要渠道和形式；

②“以问题为导向”开展标准跟踪评价。按照国家重点标准跟踪评价目录与要点及省、市标准跟踪评价方案，县（区）级卫生计生综合监督执法机构结合当地食品产业特点，从县（区）食品生产经营企业标准使用基础档案中选择适当企业进行标准跟踪。可以优先考虑当地传统特色食品、著名商标产品、名特优产品，尽可能涵盖不同品牌、不同规模、不同品种的产品。“以问题为导向”，收集、汇总、分析、上报标准使用各方的意见。

（3）标准跟踪内容

①标准整体执行情况：调查了解标准使用者在执行标准过程中发现的问题；调查标准使用者执行中发现的不合理之处并收集意见和建议；

②标准技术内容调查：调查了解标准使用者在执行标准过程中发现的问题（包括文本表述的准确性、是否存在理解歧义、与其他法律、法规衔接性等问题，标准各项指标和技术要求的可操作性和实用性等方面意见和建议）；调查标准使用者执行中发现的不合理之处并收集意见和建议；

③生产经营场所现场调查：针对《食品安全国家标准 食品生产通用卫生规范》（GB1488）、《食品安全国家标准 食品经营过程卫生规范》（GB31621）等卫生规范开展企业现场调查，以了解生产企业执行标准的情况；

④其他问题和建议。

（4）具体工作方式

针对收集的有争议或者意见较多的问题，征集熟悉食品相关法律法规、标准及规范的专家或在行业内具有一定的专业技术认可度的人员开展深入访谈。对食品安全基础标准、产品标准可以征求食品安全监管部门、食品检验机构、食品生产经营企业和行业以及食品科研院校等人员的意见和建议。食品的检验方法和规程可以征求食品检验机构、食品生产经营企业和食品科研等食品检验人员的意见和建议。食品生产卫生规范可以征求食品安全监管部门、食品生产经营企业和食品科研院校等食品管理人员及一线食品从业人员的意见和建议。

(5) 跟踪效果评价

①程序评价。标准跟踪工作流程是否有效运转，卫生计生综合监督执法机构系统内、系统外、食品企业和行业协会的内外部协调协作是否顺畅，标准跟踪方案是否已经确定，标准跟踪人员及队伍是否满足需要等，可用于对标准跟踪预案的验证；

②能力评价。主要评价相关标准跟踪人员的跟踪技能、组织协调能力和存在的不足等；

③效果评价。收集、分析和研究标准使用各方对食品安全标准的实施情况，能否为标准修订提供有效意见和建议；

④评价的主要方式包括生产经营过程的调查、标准执行不合格原因分析、专家研讨、小组座谈，以及问卷调查等。

（二）县（区）级疾病预防控制机构。

应根据上级要求积极参与食品安全标准跟踪评价、宣贯等相关工作。具体工作内容、要求同上。

（三）乡镇卫生院（社区卫生服务中心）。

应根据卫生计生行政部门的指派，协助卫生计生综合监督执法机构做好以下工作：

1. 协助了解食品生产经营企业标准执行情况，协助收集标准使用各方对食品安全标准及其管理、培训等工作的相关意见、建议；

2. 按要求开展食品安全标准宣贯。采取宣传栏、折页等方便有效的形式，开展食品安全标准的宣传。

五、食品安全知识宣传教育

食品安全知识宣传教育工作是卫生计生系统食品安全工作的重要组成部分，各基层医疗卫生单位应当根据食品安全职责分工，动员及调动各方有关力量，充分利用多种媒介，面向社会公众、食品生产经营单位等相关各方，积极开展食品安全宣传教育和风险交流，将食品安全宣传教育工作纳入提高居民健康素养的总体部署，目的是减少食源性疾病发生，保障公众食品安全和身体健康。县（区）级疾病预防控制机构重点围绕食品安全风险监测、食源性疾病防控、食品安全标准等相关知识开展宣教；县（区）级卫生计生综合监督执法机构重点围绕食品安全标准宣贯及相关知识等开展宣教；乡镇卫生院（社区卫生服务中心）重点围绕食源性疾病防控相关知识开展宣教；村卫生室（社区卫生服务站）根据指派，协助上级单位开展食品安全相关知识宣教工作。

（一）县（区）级疾病预防控制机构和卫生计生综合监督执法机构。

1. 开展食品安全宣传周等宣传活动。通过举办公众开放日、广场咨询、展板展示、散发宣传材料等多种方式，大力开展食品安全法律法规及相关知识宣传，提高公众食品安全知识、健康素养和维权能力。

2. 开展食品安全“进社区、进农村、进学校、进企业、进机关”等主题宣传活动。通过编发食品安全宣传材料、张贴食品安全宣传海报、制作食品安全宣传展板、开展食品安全专题讲座等形式，大力普及食品安全科普知识，引导群众安全选购食品、合理健康饮食。

3. 开展食品安全法规、标准、知识专题培训。一是开展基层医疗卫生机构人员培训，重点做好食源性疾病的诊断、救治、报告等食品安全相关专业知识的培训；二是开展食品生产经营人员培训，重点做好法律法规及标准等的培训，提高企业负责人及卫生管理人员的法制意识、自律意识、诚信意识；三是组织开展社区居民食品安全知识讲堂，普及居民食品安全知识水平。

4. 食品安全知识宣传教育的内容、形式和策略 。

（1）宣传教育的主要内容

①食品安全基本知识的科普宣传；

②食品安全法律法规及食品安全标准的解读与宣贯；

③食品安全典型事件、案例等的解读分析。

（2）宣传教育的主要形式

①制作和散发各种形式的科普载体，包括文字与音像制品，如折页、展板、光盘等；日常生活用品，如购物袋、台历、冰箱贴等；网络及新媒体载体，如网络音视频、动画、短信、手机报等；

②公众活动，如机构开放日、专家街头咨询、社区讲座、培训或座谈、科普展览、情景模拟、名

人代言等。

（3）宣传教育的策略

①针对政府相关机构，科普宣教的重点是食品安全法律法规、食品安全风险分析的基本理论和方法、食品安全标准、风险监测、评估相关知识、食源性疾病报告防治知识等，适宜的形式包括科普载体、培训、座谈等；

②针对食品企业和行业协会，科普宣教的重点是食品安全法律法规标准、食品安全风险分析的基本理论和方法、食品安全标准、风险监测、评估相关知识、食品安全基本常识、食品安全典型案例和事件解读分析等，适宜的形式包括科普载体、培训、专家咨询等；

③针对媒体，科普宣教的重点是食品安全法律法规体系、食品安全风险分析的基本理论和方法、食品安全标准、风险监测、评估相关知识、食品安全基本常识、合理膳食等，适宜的形式包括讲座、座谈、小组讨论、科普载体等；

④针对一般公众，科普宣教的重点是食源性疾病预防、营养与健康、合理膳食等基本常识以及食品安全典型案例警示教育等，适宜的形式包括有奖竞猜、公众活动、科普载体尤其是实物载体、网络及新媒体载体等。特别是在开展食源性疾病预防知识宣传时，可以结合当地（宣传对象）高发食源性疾病病种（如沿海／河地区副溶血性弧菌、河豚鱼、织纹螺中毒等，山区、农村野蘑菇中毒等，中小学校学生群体中诺如病毒感染等），进行有所侧重的宣传，目的是尽可能减少该类食源性疾病的发生。

（二）乡镇卫生院（社区卫生服务中心）。

组织食源性疾病相关科室，开展全员培训，学习掌握《食品安全法》和食源性疾病报告等有关规定、要求和食源性疾病相关知识。积极向就诊患者宣传食源性疾病预防、营养与健康等知识，向群众发放上级统一印制的健康教育宣传册、处方等。有条件的单位可在单位门户网站开设食品安全专栏宣传食品安全知识及相关政策，转发各级卫生计生行政部门、相关监管部门及专业机构发布的食品安全风险预警信息，倡导健康的饮食方式，增强消费者食品安全意识和自我保护能力。

（三）村卫生室（社区卫生服务站）。

积极向就诊患者宣传食源性疾病预防、营养与健康等知识，协助上级单位开展食品安全相关知识宣教工作。比如协助散发各种形式的科普载体，包括文字与音像制品，如折页、展板、光盘、宣传制品等；帮助组织辖区人员参加上级单位组织的公众开放日、宣传周等宣教活动。

食品安全知识宣传教育可参阅附录 6.1 食品安全科普宣传知识、附录 6.2 食品安全宣传材料推荐网站上相关资料。居民食品安全标准及知识的健康素养可参阅附录 6.3 居民健康素养－食品安全基本知识与技能问答。

附录 1

中华人民共和国食品安全法

（2015 年 10 月 1 日施行，摘录）

第五条 国务院卫生行政部门依照本法和国务院规定的职责，组织开展食品安全风险监测和风险评估，会同国务院食品药品监督管理部门制定并公布食品安全国家标准。

第六条 县级以上地方人民政府依照本法和国务院的规定，确定本级食品药品监督管理、卫生行政部门和其他有关部门的职责。有关部门在各自职责范围内负责本行政区域的食品安全监督管理工作。

第十六条 食品安全风险监测结果表明可能存在食品安全隐患的，县级以上人民政府卫生行政部门应当及时将相关信息通报同级食品药品监督管理等部门，并报告本级人民政府和上级人民政府卫生行政部门。食品药品监督管理等部门应当组织开展进一步调查。

第十七条 国务院卫生行政部门负责组织食品安全风险评估工作，成立由医学、农业、食品、营养、生物、环境等方面的专家组成的食品安全风险评估专家委员会进行食品安全风险评估。食品安全风险评估结果由国务院卫生行政部门公布。

第十八条 有下列情形之一的，应当进行食品安全风险评估：

（一）通过食品安全风险监测或者接到举报发现食品、食品添加剂、食品相关产品可能存在安全隐患的；（二）为制定或者修订食品安全国家标准提供科学依据需要进行风险评估的；（三）为确定监督管理的重点领域、重点品种需要进行风险评估的；（四）发现新的可能危害食品安全因素的；（五）需要判断某一因素是否构成食品安全隐患的；（六）国务院卫生行政部门认为需要进行风险评估的其他情形。

第二十七条 食品安全国家标准由国务院卫生行政部门会同国务院食品药品监督管理部门制定、公布，国务院标准化行政部门提供国家标准编号。

第二十八条 食品安全国家标准应当经国务院卫生行政部门组织的食品安全国家标准审评委员会审查通过。

第二十九条 对地方特色食品，没有食品安全国家标准的，省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门可以制定并公布食品安全地方标准，报国务院卫生行政部门备案。食品安全国家标准制定后，该地方标准即行废止。

第三十条 国家鼓励食品生产企业制定严于食品安全国家标准或者地方标准的企业标准，在本企业适用，并报省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门备案。

第三十一条 对食品安全标准执行过程中的问题，县级以上人民政府卫生行政部门应当会同有关部门及时给予指导、解答。

第三十二条 省级以上人民政府卫生行政部门应当会同同级食品药品监督管理、质量监督、农业行政等部门，分别对食品安全国家标准和地方标准的执行情况进行跟踪评价，并根据评价结果及时修订食品安全标准。

省级以上人民政府食品药品监督管理、质量监督、农业行政等部门应当对食品安全标准执行中存

在的问题进行收集、汇总，并及时向同级卫生行政部门通报。

食品生产经营者、食品行业协会发现食品安全标准在执行中存在问题的，应当立即向卫生行政部门报告。

第一百零三条 发生食品安全事故的单位应当立即采取措施，防止事故扩大。事故单位和接收病人进行治疗的单位应当及时向事故发生地县级人民政府食品药品监督管理、卫生行政部门报告。

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

县级以上人民政府卫生行政部门在调查处理传染病或者其他突发公共卫生事件中发现与食品安全相关的信息，应当及时通报同级食品药品监督管理部门。

第一百零五条 县级以上人民政府食品药品监督管理部门接到食品安全事故的报告后，应当立即会同同级卫生行政、质量监督、农业行政等部门进行调查处理，并采取下列措施，防止或者减轻社会危害：（一）开展应急救援工作，组织救治因食品安全事故导致人身伤害的人员；（二）封存可能导致食品安全事故的食品及其原料，并立即进行检验；对确认属于被污染的食品及其原料，责令食品生产经营者依照本法第六十三条的规定召回或者停止经营；（三）封存被污染的食品相关产品，并责令进行清洗消毒；（四）做好信息发布工作，依法对食品安全事故及其处理情况进行发布，并对可能产生的危害加以解释、说明。

发生食品安全事故，县级以上疾病预防控制机构应当对事故现场进行卫生处理，并对与事故有关的因素开展流行病学调查，有关部门应当予以协助。县级以上疾病预防控制机构应当向同级食品药品监督管理、卫生行政部门提交流行病学调查报告。

第一百一十九条 县级以上人民政府食品药品监督管理、卫生行政、质量监督、农业行政部门应当相互通报获知的食品安全信息。

第一百二十六条 违反本法规定，有下列情形之一的，由县级以上人民政府食品药品监督管理部门责令改正，给予警告；拒不改正的，处五千元以上五万元以下罚款；情节严重的，责令停产停业，直至吊销许可证：（一）食品、食品添加剂生产者未按规定对采购的食品原料和生产的食品、食品添加剂进行检验……

餐具、饮具集中消毒服务单位违反本法规定用水，使用洗涤剂、消毒剂，或者出厂的餐具、饮具未按规定检验合格并随附消毒合格证明，或者未按规定在独立包装上标注相关内容的，由县级以上人民政府卫生行政部门依照前款规定给予处罚。

附录 2.1

食源性疾病病例监测信息表

一、病例基本信息（横线上填写相关内容，或相应选项的“□”中打√） 病例编号：（自动生成）

门诊号 / 患者 ID 号：_____是否住院：□是 □否 住院号：_____是否复诊：□是 □否

姓 名 *：_____性别 *：□男 □女 监护人姓名：_____

出生日期 *：_____年____月____日（年龄 岁 / 天） 联系方式 *：_____

病人属于 *：□本县区 □本市其它县区 □本省其它城市 □外省 □港澳台 □外籍

现住地址 *：_____省_____市_____县（区）_____（填写详细）

患者职业 *：□散居儿童 □托幼儿童 □学生 □农民 □民工 □商业服务 □餐饮食品业 □工人

□医务人员 □干部职员 □离退人员 □教师 □家务及待业 □牧民 □渔民 □其他 □不详

发病时间 *：_____年____月____日____时

就诊时间 *：_____年____月____日____时

死亡时间：_____年____月____日____时

二、主要症状与体征 *（在相应症状或体征的“□”中打√，至少填写一项）

<table>
<tr><th>全身症状与体征</th><th colspan="2">消化系统</th><th>呼吸系统</th><th>心脑血管系统</th></tr>
<tr><td rowspan="3">□发热 ℃
□面色潮红
□面色苍白
□发绀
□脱水
□口渴
□浮肿
□体重下降
□寒战
□乏力
□贫血
□肿胀
□失眠
□畏光
□口有糊味
□金属味
□肥皂 / 咸味
□唾液过多
□足 / 腕下垂
□色素沉着
□脱皮
□指甲出现白带
□其他：_____</td><td>□恶心
□呕吐：___次 / 天
□腹痛
□便秘
□里急后重
□其他：_____</td><td>□腹泻：___次 / 天
性状
□稀便
□水样便
□米泔样便
□粘液便
□脓血便
□洗肉样变
□鲜血样便
□黑便
□其他_____</td><td>□呼吸短促
□咯血
□呼吸困难
□其他：_____</td><td>□胸闷
□胸痛
□心悸
□气短
□其他：_____</td></tr>
<tr><td>泌尿系统</td><td>神经系统</td><td>皮肤和皮下组织</td><td></td></tr>
<tr><td>□尿量减少
□背部 / 肾区疼痛
□肾结石
□尿中带血
□其他：_____</td><td>□头痛
□昏迷
□惊厥
□谵妄
□瘫痪
□言语困难
□吞咽困难
□感觉异常
□精神失常
□复视
□视力模糊</td><td>□眩晕
□眼睑下垂
□肢体麻木
□末梢感觉障碍
□瞳孔异常：
□扩大
□固定
□收缩
□针刺感
□抽搐
□其他：_____</td><td>□瘙痒
□烧灼感
□皮疹
□出血点
□黄疸
□其他：_____</td></tr>
</table>

三、初步诊断 *：□急性胃肠炎 □感染性腹泻 □毒蘑菇中毒 □菜豆中毒 □河鲀中毒 □肉毒中毒 □亚硝酸盐中毒 □农药中毒 □其他_____

四、就诊前是否使用抗生素：□是 □否 （抗生素名称_____）

五、既往病史：□无 □一般消化道炎症 □克罗恩病 □消化道溃疡 □消化道肿瘤 □肠易激综合征 □脑膜炎、脑肿瘤等 □其他

六、暴露信息

是否怀疑进食了某些食品后出现以上症状：□是　□否，如果“是”请于表格中填写食品信息，可填写多行。

食品品牌、生产厂家、购买地点信息主要对应于预包装及散装产品，进食场所主要对应于餐饮食品。购买地点和进食场所至少填写一项。

序号	食品名称＊	食品分类[1]	加工或包装方式[2]	食品品牌	生产厂家	进食场所＊	进食场所类型[3]	购买地点＊	进食时间＊	进食人数＊	其他人是否发病＊
1									___年__月__日__时		□是 □否
									___年__月__日__时		□是 □否
									___年__月__日__时		□是 □否

注：以下信息可用序号填表

1、食品分类：

1、肉与肉制品 2、蔬菜类及其制品 3、水果类及其制品 4、水产动物及其制品 5、婴幼儿食品 6、乳与乳制品 7、蛋与蛋制品

8、饮料与冷冻饮品类 9、包装水（含桶装水） 10、粮食类及其制品 11、豆及豆制品 12、坚果籽类及其制品 13、菌类及其制品

14、酒类及其制品 15、糖果、巧克力、蜂蜜及其制品 16、藻类及其制品 17、油脂类 18、调味品 19、其他食品 20、多种食品

21、混合食品 22、不明食品

2、加工或包装方式：

1、餐饮服务业　2、家庭自制　3、定型包装　4、散装（包括简易包装）　5、其他

3、进食或购买场所类型：

1、家庭　2、饭店（酒店）3、食品店 4、街头食品 5、餐饮业－其他 6、单位食堂 7、学校食堂 8、工地食堂 9、农贸市场

10、超市 11、零售店 12、零售－其他 13、农村宴席　14、其他

七、生物标本采集

是否采集生物标本：□是　□否，如果“是”请于表格中填写标本信息

序号	标本编号＊	标本类型＊	标本数量及单位＊	采样日期＊	备注
1		粪便　□肛拭子　□血液　□脑脊液 呕吐物　□暴露食品　□其他		_____年___月___日	
2		粪便　□肛拭子　□血液　□脑脊液 呕吐物　□暴露食品　□其他		_____年___月___日	
3		粪便　□肛拭子　□血液　□脑脊液 呕吐物　□暴露食品　□其他		_____年___月___日	

八、病例附录

九、填报机构信息

医疗机构名称＊：_____接诊医生：_____填表人：　　填表日期：_____年____月____日

《食源性疾病病例监测信息表》填卡说明

病例编号：由食源性疾病监测报告系统自动生成。

门诊号：填写病人就诊的门诊号，同一家医院门诊号不能相同，除非是复诊的病人。

是否住院：在相应的选择前打 √

住院号：填写病人的实际住院号。

姓　　名：填写病人的名字，如果登记身份证号码，则姓名应该和身份证上的姓名一致。

性　　别：在相应的性别前打 √。

监护人：14 岁以下的儿童、无行为能力者和 80 岁以上老人要求填写患者家长姓名。

出生日期：填写病人出生日期。

联系方式：填写患者的联系方式。

病例属于：在相应的类别前打 √。用于标识病人现住地址与就诊医院所在地区的关系。

现住地址：填写详细，至少详细填写到乡镇（街道）。原则上填写病人发病时的居住地，不是户籍所在地址。

患者职业：在相应的职业名前打 √。

发病时间：本次发病日期，填写到小时。

就诊时间：本次就诊日期，填写到小时。

死亡时间：死亡病例填写，填写到小时。

主要症状与体征：在相应的症状与体征前打 √，不能为空，至少填写一项。

初步诊断：不能为空，填写诊断结论。

既往病史：如有，则输入。

暴露信息：病人主诉或怀疑由食品引起，勾选是，需填写暴露信息，可填写多个。

食品名称：填写可疑食品的名称，不能为空。

食品品牌：定型包装产品，填写食品品牌，如奶粉等。

生产厂家：定型包装产品，填写生产厂家，如奶粉等。

购买地点：填写详细地址，购买地点和进食场所必填一项。

购买地点类型：填写购买地点类型序号。

进食场所：填写详细地址，购买地点和进食场所必填一项。

进食场所类型：填写进食场所对应的序号。

进食时间：填写暴露食品进食的时间。

进食人数：填写共同就餐的人数。

其它人是否发病：在相应的选择前打 √。

是否采样：在相应的选择前打 √，指的是暴露食品是否采样。

标本信息：如果采集生物标本，勾选是，需填写标本信息，可填写多个。

标本编号：根据编码规则填写或者由监测单位自行编制填写，但病人与生物标本要对应。

标本类型：在相应的类别前打 √。

标本数量及单位：填写采样量及对应单位。

采样日期：填写标本采样日期。

备　　注：可填写其它必要信息。

医疗机构名称：填写病人所就诊哨点医院的名称。

接诊医生：接诊病例的医生。

填表人：填写病例表格人员。

填写时间：填写本表日期。

注：前面带＊项为必填项

不进行病原学检验的病例信息采集可不填写“六、生物标本采集”。

附录 2.2

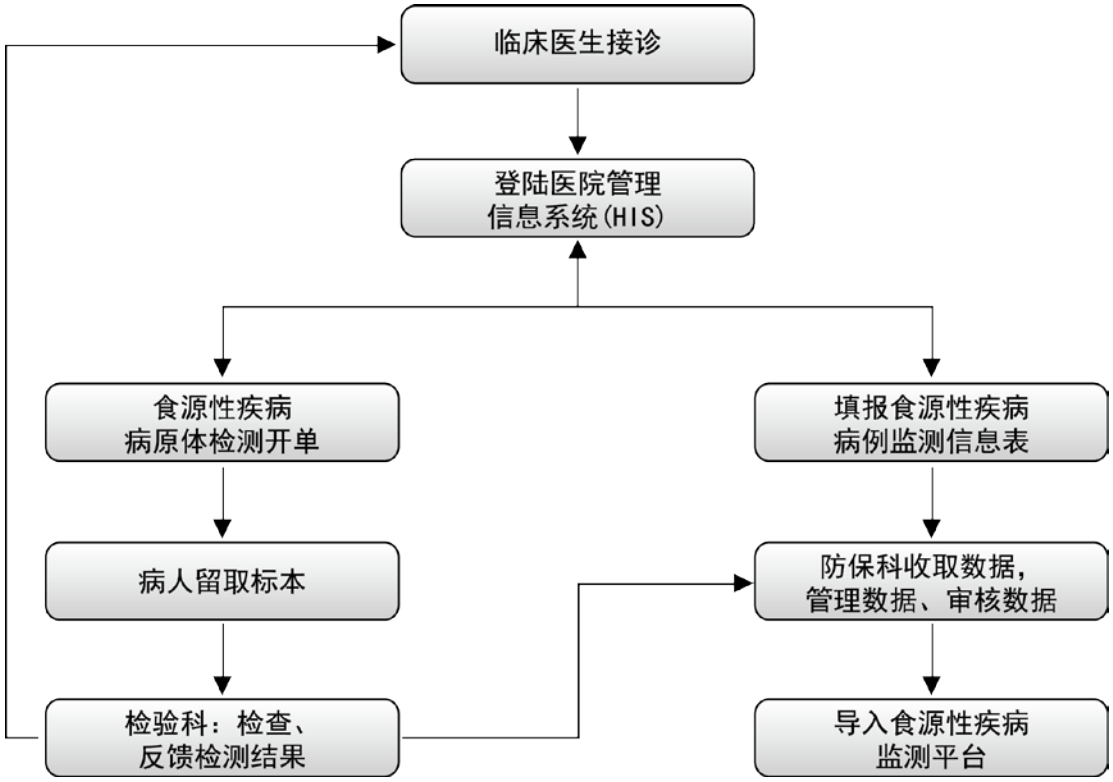
食源性疾病病例报告名录

序号	食源性疾病	备注
细菌性感染疾病		
1	霍乱	
2	细菌性和阿米巴痢疾	
3	伤寒和副伤寒	
4	布鲁氏菌病	
5	非伤寒沙门氏菌病	
6	致泻大肠埃希氏菌病	包括产毒素性大肠埃希菌(ETEC)、侵袭性大肠埃希菌(EIEC)、致病性大肠埃希菌(EPEC)、出血性大肠埃希菌(EHEC)、聚集性大肠埃希菌(EAggEC)等致泻大肠埃希菌
7	志贺氏菌病	
8	肉毒梭菌病	
9	葡萄球菌肠毒素中毒	
10	副溶血性弧菌病	
11	椰毒假单胞菌酵米面亚种病	
12	蜡样芽胞杆菌病	
13	空肠弯曲菌病	
14	单增李斯特菌病	
15	阪崎肠杆菌病	
16	其它_____	需注明具体病例名称
病毒性感染疾病		
17	病毒性肝炎	
18	诺如病毒病	
19	其它	需注明具体病例名称
寄生虫性感染疾病		
20	包虫病	
21	管圆线虫病	
22	旋毛虫病	
23	其它	需注明具体病例名称
有毒动植物所致疾病		
24	毒蘑菇中毒	
25	菜豆中毒	
26	桐油中毒	
27	龙葵素中毒	
28	河豚毒素中毒	
29	麻痹性贝类毒素中毒	
30	其它	需注明具体病例名称

化学性中毒		
31	有机磷农药中毒	
32	氨基甲酸酯农药中毒	
33	甲醇中毒	
34	亚硝酸盐中毒	
35	克伦特罗中毒	
36	毒鼠强中毒	
37	钡盐中毒	
38	其它	需注明具体病例名称
其他类别		
39	其它感染性腹泻	（法定报告传染病）
40	急性溶血性尿毒综合症	
41	异常病例	需注明具体病例名称
42	不明原因食源性疾病	

附录 2.3

食源性疾病监测信息化管理流程



附录 2.4

疑似食源性异常病例 / 异常事件报告

一、监测主体：监测医院及疾病预防控制机构。

二、监测对象：疑似食源性异常病例 / 异常健康事件监测的人群为监测医院所接诊的全部就诊患者，重点监测的科室为内科和儿科，重点监测对象为年龄≤ 14 周岁的婴幼儿和儿童、年龄≥ 65 周岁的老年人以及妊娠和哺乳期妇女。

三、监测内容：监测内容包括监测对象一般信息、主要临床症状、体征、实验室检查以及辅助检查结果等。疑似食源性异常病例 / 异常健康事件的特征：

（一）疾病的临床表现（如症状、体征、实验室和辅助检查结果及病程）及流行病学特征（如人群分布、时间分布和地区分布等）与现有的诊疗经验和专业判断明显不符，用现有的临床专业知识和经验无法得到合理解释。

（二）病情 / 健康损害严重或导致死亡，与食品相关，无法得到合理解释。

（三）同一医疗机构接诊的类似病例数异常增多，超过既往水平且无法得到合理解释。

四、信息报送流程：

1. 临床医生发现疑似食源性病例 / 健康事件后，监测医院应组织专家会诊，确认后填写纸质报告卡。

2. 防保部门汇集报告卡，及时上报所在地疾病预防控制中心，并附上该患者全部病历的复印件。

3. 辖区疾控中心接到纸质报告卡并审核后，应立即向同级卫生计生行政部门汇报，由同级卫生计生行政部门牵头组织临床、流行病学、预防医学等人员组成的专家组进行信息核实；

4. 辖区疾控中心将核实确认后的病例上报上级疾控中心；

5. 市级疾控中心对上报的信息进行审核，并报告给省级疾病预防控制中心和市卫生计生委。

附录 2.5

食源性疾病监测“一问、二填、三报告”

基层医疗机构临床医生在开展食源性疾病监测中，应执行“一问、二填、三报告”制度。

一、问

询问病例（感染性、中毒性、疑似异常病例）是否有可疑食物暴露史。

二、填

1. 填写《病例监测信息表》。

2. 填写《疑似食源性异常病例 / 异常健康事件报告卡》。

三、报告

1.《病例监测信息表》通过“食源性疾病监测报告系统”网络报告。

2. 疑似食源性异常病例 / 异常健康事件经院内专家组会诊通过后报辖区疾控中心。

3. 发现食源性疾病病人或者疑似病人，报辖区卫生计生行政部门。

附录 2.6

样品采样记录表

采样地区：_____（市）_____（区）_____（街道 / 镇）采样地点（代码　　）：_____（路 / 大道）

采样地点（代码　）：_____（路 / 大道）_____采样地点（代码　　）：_____（路 / 大道）

采样环节（代码、名称）：A 种植 / 养殖 / 屠宰 / 收购环节 B 生产环节 C1 超市食品店 C2 农贸市场 C3 网店 D 餐饮环节

样品编号	采样地点	采样环节	样品名称	商标	包装形式	规格	数量	生产日期 / 批号	产地	生产企业信息（定型必填）			备注
										名称	地址	联系方式	
	代码： 补充：	代码： 补充：			定型 散装				省 市				
	代码： 补充：	代码： 补充：			定型 散装				省 市				
	代码： 补充：	代码： 补充：			定型 散装				省 市				
	代码： 补充：	代码： 补充：			定型 散装				省 市				

采样单位：　　采样人：　　采样时间：

附录 3

中国居民食物消费状况调查
（范例样表）

住户调查表

调查员签名：_____　　日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

调查点质控员签名：_____　　日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

省级质控员签名：_____　　日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

家庭联系电话：_____

（一）调查点及家庭信息表

调查点：

1. 省名　称：_____　　编码：□□ A1

2. 县 / 区 名　称：_____　　编码：　□ A2

3. 村 / 居委会名称：_____　　编码：　□ A3

家庭状况：

1. 家庭编码：　　□□ A4

2. 家庭人口数：　　□□ A5

3. 去年家庭年人均收入：　　□ A6

① 5000 元以下　② 5000-9999 元　③ 10000-14999 元　④ 15000-19999 元

⑤ 20000-24999 元　⑥ 25000-29999 元　⑦ 30000-34999 元　⑧ 35000-39999 元

⑨ 40000 元及以上　0 不回答

个人编码 A7	姓名	性别 A8	年龄 A9	民族 A10	职业 A11	文化程度 A12	与户主关系 A13	调查完成情况 A14
□□		□	□□	□	□□	□	□	□
□□		□	□□	□	□□	□	□	□
□□		□	□□	□	□□	□	□	□
□□		□	□□	□	□□	□	□	□
□□		□	□□	□	□□	□	□	□
□□		□	□□	□	□□	□	□	□

填表说明：

1. 省、县 / 区、村 / 居委会、家庭编码、个人编码：按照“调查表编码”部分要求填写。

2. 家庭人口数：应包括所有经济关系，并且共同预算和饮食的成员，其中也包括由家庭资助在外上学的单身学生和户口独立但同饮食的“小家庭”。

3. 个人编码：家庭中所有成员均需编码，从户主编码 01 开始，其余家庭成员依次编码。

4. 性别：1 男　2 女

5. 民族：1 汉族　2 少数民族

6. 职业：01 在校学 02 家务 03 待业 04 离退休人员 05 国家机关、党群组织、企事业单位负责人　06 专业技术人员 07 办事人员和有关人员 08 商业、服务业人员 09 农林牧渔水利业生产人员 10 生产运输设备操作人员及有关人员 11 军人 12 学龄前儿童 13 其他

7. 文化程度：0 未上学 1 文盲 2 小学 3 初中 4 高中 / 中专 5 大专 / 职大 6 大学及以上

8. 与户主关系：1 户主 2 配偶 3 父母 / 公婆 / 岳父母 4 儿子 / 女儿 / 儿媳 / 女婿 5 孙子 / 女 / 外孙 / 女 6 兄 / 妹 7 其他亲属 8 无亲属关系（朋友、服务人员、寄宿、其他）

9. 调查完成情况：此列在该户调查结束后填写。0 拒绝 / 未参加 1 参加但未完成全部调查　2 参加并完成全部调查

（二）个人调查表
Ⅰ．基本情况、食物频率调查

一、基本情况

1. 姓名：_____ 个人编码：□□ A7

2. 调查日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 □□□□ / □□ / □□ B1

3. 出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日（阳历） □□□□ / □□ / □□ B2

4. 体重（kg）：_____ □□□．□ B

二、过去一个月内饮料酒、饮料消费频率调查

请回忆过去一个月内，你是否饮用过以下饮料酒或饮料，并估计平均饮用量。

编码 C0	饮料酒、饮料名称	是否饮用 1 是 0 否 C1	饮用次数（只需填一列）			平均每次饮用量（毫升） C5
			次 / 天 C2	次 / 周 C3	次 / 月 C4	
水						
1	桶装水	□				□□□□
2	瓶装水	□				□□□□
饮料						
3	果汁型碳酸饮料（橘汁汽水、橙汁汽水、混合果汁汽水等）	□				□□□□
4	果汁和蔬菜汁（汇源果汁、农夫果园、鲜榨果蔬汁等）	□				□□□□
5	鲜乳（全 / 低 / 脱脂液体奶）	□				□□□□
6	咖啡或咖啡味饮料	□				□□□□
酒类（15 岁及以上调查对象）						
7	啤酒	□				□□□□
8	葡萄酒	□				□□□□
9	果酒（草莓酒、柑橘酒、杨梅酒）	□				□□□□
	……					

三、过去 12 个月内各种肉类、水产品及制品消费频率调查

请回忆过去 12 个月内，你是否食用过以下肉类、水产品食物，并估计平均食用量。

编码 C0	饮料酒、饮料名称	是否饮用 1 是 0 否 C1	饮用次数（只需填一列）				平均每次食用量（按可食部计）（克） C5
			次 / 天 C2	次 / 周 C3	次 / 月 C4	次 / 年 C6	
水产品类							
10	海水鱼（黄花鱼、带鱼、鲅鱼、鲳鱼等）	□					□□□□
11	海水虾（对虾、基围虾等）	□					□□□□
肉类及制品							
12	肝脏及制品（猪肝、鸡肝、羊肝等）	□					□□□□
13	肾脏及制品（猪肾、牛肾、羊肾等）	□					□□□□
	.....						

填表说明：

“过去 1 个月”“过去 12 个月”：是指自调查之日起的前 1 个月和 12 个月。

是否饮用（食用）C1： 如未饮用所列的某类饮料酒或饮料，或者未食用所列的水产品和肉类，则在“是否饮用（食用）”一栏填“0”，其后的“饮用（食用）次数”和“平均每次饮用（食用）量”均不填写任何数字、文字；

饮用（食用）次数 C2、C3、C4、C6：如饮用过所列饮料酒或饮料，或者食用过所列的水产品和肉类，则在“是否饮用”一栏填“1”，然后询问饮用（食用）次数。

“饮用（食用）次数”一档共分三列，选择其中一列填写，其余两列均留空白不填写任何数字、文字。

注：同类饮料酒、饮料的消费频次需累加，例如过去 1 个月中共饮用过 1 次可口可乐、2 次美年达、1 次雪碧，则可记录可乐型碳酸饮料的饮用次数为 4 次 / 月。 同理，同类水产品和肉类消费频次也需要累加，方法同前。

平均每次饮用（食用）量 C5：应为该类饮料酒、饮料的平均重量。例如过去 1 个月内共喝过三次啤酒，分别为 900ml、1500ml、和 330ml，则过去一个月平均饮用量为 910ml。

• 调查食物包括购买和自制的食物；

• 干海带、干紫菜泡发膨胀率为 3 倍；

• 水产品、肉类平均每次食用量按可食部计，生排骨、全鸡可食部约为 70%，猪蹄可食部为 60%。淡水鱼可 食部约为 50%-60%、海水鱼可食部约为 70%-80%、虾可食部为 60%、蟹可食部为 40%-50%、螺、蛤蜊可食部为 30%-40%。

（二）个人调查表

II．过去 24 小时内各类食物消费状况调查

姓名：_____ 个人编码：□□ A7

调查日：1. 第一次 2. 第二次 3. 第三次 □ D1

调查日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 □□□□ / □□ / □□ B1

一、过去 24 小时内饮水状况调查

1. 你过去 24 小时内饮水的习惯或饮水量和前几天相比有所不同吗？ □ E1

0 基本一样 1 有所增加 2 有所减少 （例如生病、锻炼、聚餐、天气变化等原因）

1. 请回忆过去 24 小时内是否喝过以下不同类型的水？如喝过，请回答 24 小时之内每种类型的水分别喝了多少毫升？

饮水类型 E3	是否饮用？ 1 是 0 否 E4	饮用量（毫升） D2	饮料编码 D9
1-- 桶装水	□	□□□□	169100
2-- 瓶装水	□	□□□□	169200
3-- 自来水	□	□□□□	169300
4- 其它类型水	□	□□□□	169900

填表说明：

是否饮用 E4：如选“1 是”，则继续询问该种类型饮用水的饮用量；如选“0 否”，则直接询问下一种类型的水是否饮用。

饮用量（毫升）D2：包括单纯饮用水和冲调饮用水，冲调固体饮料（如咖啡、奶粉等）所用的水以及冲泡茶叶所用的水，但不包括煲汤或煮饭所用的水。如饮用量不足 1000 毫升，则第一位方框内用 0 补齐，例如“0900”。

二、过去 24 小时内饮料、饮料酒消费状况调查

1. 过去 24 小时内是否喝了饮料（包括液态乳、乳粉、酸奶）？ □ F1

2. 未喝过 ---- 直接询问本部分问题 2，询问过去 24 小时内饮料酒消费状况。

喝过 ---- 继续询问下表。

饮料名称	饮用量（毫升 / 克）D2	包装材料 D4	饮品来源 D6	饮用地点 D7	饮料编码 D9
	□□□□	□□	□	□	□□□□□□
	□□□□	□□	□	□	□□□□□□
	□□□□	□□	□	□	□□□□□□
	□□□□	□□	□	□	□□□□□□
	□□□□	□□	□	□	□□□□□□
2. 过去 24 小时内是否喝了饮料酒？（仅询问 15 岁及以上人群）					□ F2

3. 未喝过 ---- 直接询问“三、过去 24 小时内水产品及制品消费状况调查” 部分。

4. 喝过 ---- 继续询问下表。

饮料酒名称	饮用量（毫升 / 克）D2	包装材料 D4	饮品来源 D6	饮用地点 D7	饮料编码 D9
	□□□□	□□	□	□	□□□□□□
	□□□□	□□	□	□	□□□□□□
	□□□□	□□	□	□	□□□□□□
	□□□□	□□	□	□	□□□□□□
	□□□□	□□	□	□	□□□□□□

填表说明：

饮料和酒类名称：需注明品牌、商品名称、口味，例如三元学生奶（原味）、泸州老窖特曲老酒。

饮用量 D2：如果为固体饮料冲调饮品（如奶粉、咖啡等），此处只计固体饮料重量，单位为克，冲调用水记在“过去 24 小时内饮水状况调查”部分表内。如果未液体饮料则按毫升计。

包装材料 D4：第 1 位为主体（瓶体）包装材料、第 2 位为覆盖（瓶盖）包装材料。

1 无包装 2 塑料 3 金属 4 纸 5 玻璃 6 木头 7 陶瓷 8 橡胶 9 其他材料

饮品来源 D6：1. 自制 2. 自购 3. 他人请客、送赠 4. 其它

饮用地点 D7： 1. 自家 2. 亲戚、朋友家 3. 学习、工作场所 4. 餐饮、娱乐场所 5. 野餐 6. 其它

饮料编码 D9：参考附录 3 食物编码表。

三、过去 24 小时内水产品及制品消费状况调查

本部分调查的食品包括各类海水或淡水的水产品及制品。水产品及制品的种类包括：鱼类、虾、蟹类、贝类、螺类、头足类、腹足类、以及海藻类。

请问：过去 24 小时内是否吃了以上各类水产品及制品？ □ G1

0 未吃过 ------ 直接询问“四、过去 24 小时内肉类食物消费况调查” 部分。

1 吃过 ------ 继续询问下表。

食物名称	海 / 淡水 G7	食品类别（购买时） G8	加工方式 G9	食用量（克） D2	市售品 / 可食部 G10	包装材料 D4	食物编码 D9
	□	□	□□	□□□□	□	□□	□□□□□□
	□	□	□□	□□□□	□	□□	□□□□□□
	□	□	□□	□□□□	□	□□	□□□□□□
	□	□	□□	□□□□	□	□□	□□□□□□
	□	□	□□	□□□□	□	□□	□□□□□□
	□	□	□□	□□□□	□	□□	□□□□□□
	□	□	□□	□□□□	□	□□	□□□□□□
	□	□	□□	□□□□	□	□□	□□□□□□
	□	□	□□	□□□□	□	□□	□□□□□□
	□	□	□□	□□□□	□	□□	□□□□□□
	□	□	□□	□□□□	□	□□	□□□□□□

填表说明：

海（淡）水 G7： 1 海水 2 淡水

食物类别 G8：1 生鲜 2 冷冻 3 预制品（半成品）4 熟制品（可直接食用）

加工方式 G9：01 未加工 02 冷冻挂浆 03 冷冻鱼糜 04 醋渍 05 肉冻 06 腌制 07 鱼子制品 08 干制 09 蒸、煮 10 煎炸 11 熏、烤 12 发酵 13 罐制品 14 其它

包装材料 D4：第 1 位为主体包装材料、第 2 位为覆盖包装材料。

1 无包装 2 塑料 3 金属 4 纸 5 玻璃 6 木头 7 陶瓷 8 橡胶 9 其他材料

市售品 / 可食部 G10: 1 市售品 2 可食部

食物编码 D9：参考附录 3 食物编码表。

注：食物类别以购买时状态为准。例如，在餐饮场所消费的烹调好的鱼、虾等均记为熟制品；购买到家里的腌鱼经过烹调后消费，仍然记为预制品。下同。

四、过去 24 小时内肉类及制品消费状况调查

本部分调查的食品包括各类畜肉、禽肉及其它肉类和制品。

请问 1：过去 24 小时内是否吃了以上各种畜肉及制品？ □ H1

0 未吃过 ------ 直接询问本部分第 2 题“禽肉及制品” 消费状况 。

1 吃过 ------ 继续询问下表。

食物名称	食品类别（购买时）G8	加工方式（购买时）H3	食用量（克）D2	市售品 / 可食部 G10	包装材料 D4	食物来源 D6	食物编码 D9
	□	□□	□□□□	□	□□	□	□□□□□□
	□	□□	□□□□	□	□□	□	□□□□□□
	□	□□	□□□□	□	□□	□	□□□□□□
	□	□□	□□□□	□	□□	□	□□□□□□

2. 你过去 24 小时内是否吃了各种禽肉及制品？ □ H2

0 未吃过 ------ 则结束问卷调查。

1 吃过 ------ 继续询问下表。

食物名称	食品类别（购买时）G8	加工方式（购买时）H3	食用量（克）D2	市售品 / 可食部 G10	包装材料 D4	食物来源 D6	食物编码 D9
	□	□□	□□□□	□	□□	□	□□□□□□
	□	□□	□□□□	□	□□	□	□□□□□□
	□	□□	□□□□	□	□□	□	□□□□□□
	□	□□	□□□□	□	□□	□	□□□□□□

填表说明：食物类别 G8：1 生鲜 2 冷冻 3 预制品（半成品）4 熟制品（可直接食用）

加工方式 H2：01 未加工 02 调理 03 腌腊 04 蒸煮 05 酱卤 06 熏、烤、烧 07 煎炸 08 西式火腿 09 肉灌肠 10 发酵 11 干制 12 熟肉罐制 13 肉冻 14 其它

包装材料 D4： 第 1 位为主体包装材料、第 2 位为覆盖包装材料。

1 无包装 2 塑料 3 金属 4 纸 5 玻璃 6 木头 7 陶瓷 8 橡胶 9 其他材料

食物来源 D6：1. 自制 2. 自购 3. 他人请客、送赠 4. 其它

市售品 / 可食部 G10：1 市售品 2 可食部

食物编码 D9：参考附录 3 食物编码表。

（二）个人调查表
Ⅲ．消费行为和食品安全风险认知调查
（此部分问卷仅选择家庭中一位调查对象回答）

一、毛蚶和牡蛎消费行为调查（询问家中主要做饭的家庭成员）

1. 你近 6 个月内是否吃过牡蛎或毛蚶？ □ I1

0 未吃过 ---- 直接询问“二、食品安全风险认知调查”

1 吃 过 ---- 继续询问。

2. 你吃了____次？ □□ I1

3. 其中，采用生食或者烧烤的方式进行烹调____次？ □□ I1

采用煎炒的方式____次？ □□ I1

采用炖煮的方式____次？ □□ I1

炖煮的时间一般为_____分钟？ □□ I1

注：如果先煎炒后炖煮，按炖煮进行计算，时间只是以炖煮时间计算

二、食品安全风险认知调查（随机选择家中任一家庭成员）

1. 如果满分是 100 分，您对于我国食品安全现状的评价是多少分？ □□□ I1

2. 您是否担心过食品中的以下问题？

（请在与您观点一致的选项空白处打“ √ ”）请您对以下每个食品问题都分别作答。

选项 / 食品问题	1 完全不担心	2 不太担心	3 不确定	4 比较担心	5 非常担心
农药残留					
食源性疾病（如腹泻）					
重金属污染					
食品添加剂					
激素、抗生素残留					
假冒伪劣					
违法添加					
饮食不健康、不均衡					
转基因食品					

3. 您是否担心过以下环节中的食品安全问题？请您对以下每个环节都分别作答。

选项 / 食品问题	1 完全不担心	2 不太担心	3 不确定	4 比较担心	5 非常担心
农药残留					
食源性疾病（如腹泻）					
重金属污染					
食品添加剂					

4. 您在多大程度上信任以下信息来源提供的相关信息？请您对以下每个信息源都分别作答。

对于以下信息源，我的信任程度是	1 完全不信	2 不太信	3 不确定	4 比较信任	5 非常信任

调查员签名：　　调查时间：　年　月　日

附录 4.1

基层医疗机构食品安全事故报告登记表

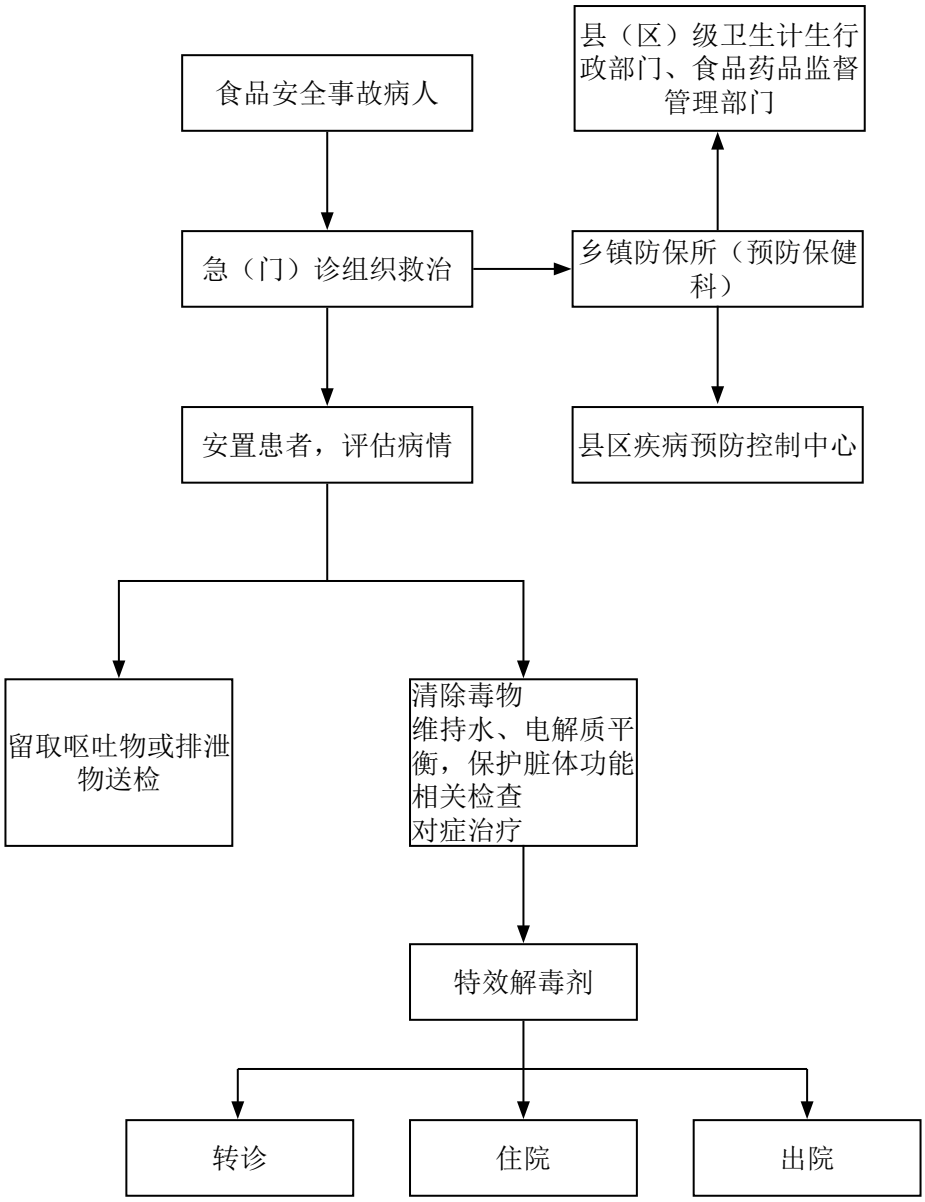
<table>
<tr><td colspan="3">接诊科室：　　报告医生：　　报告时间：</td></tr>
<tr><td colspan="3">首例病人接诊时间：　　首例病人发病时间：
目前共接诊病人数：　　死亡人数：
主要症状：1. 恶心（　）2. 呕吐（ ）3. 腹泻（　）4. 腹痛（ ）5. 头痛（ ）6. 头晕（　）7. 发热（　℃） 8. 脱水（　） 9. 抽搐（　）10. 青紫（　）11. 呼吸困难（　）12. 昏迷（　）13. 其他症状（　　）
若有腹泻，腹泻物性状：(1）洗肉水样 （　）　　(2）米泔水样（　）
(3）糊状 （　）　　(4）其他（　　）
年龄结构： 1. 成人 （　）2. 老人（　）3、婴幼儿（　）4、学生（　）
性别结构 1. 男（　）2. 女（　）
共同就餐史：有（　）无（　）　　就餐时间：
就餐地点（场所）：　　可疑食物：
临床诊断：
主要治疗措施：
治疗效果：</td></tr>
<tr><td colspan="3">防保所（预防保健科）意见：

签名：</td></tr>
<tr><td colspan="3">分管领导意见：

签名：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">事件报告记录</td><td>上报单位：　　报告电话：
报告接收人姓名：　　职务：
报告人：　　报告时间：</td></tr>
<tr><td>上报单位：　　报告电话：
报告接收人姓名：　　职务：
报告人：　　报告时间：</td></tr>
</table>

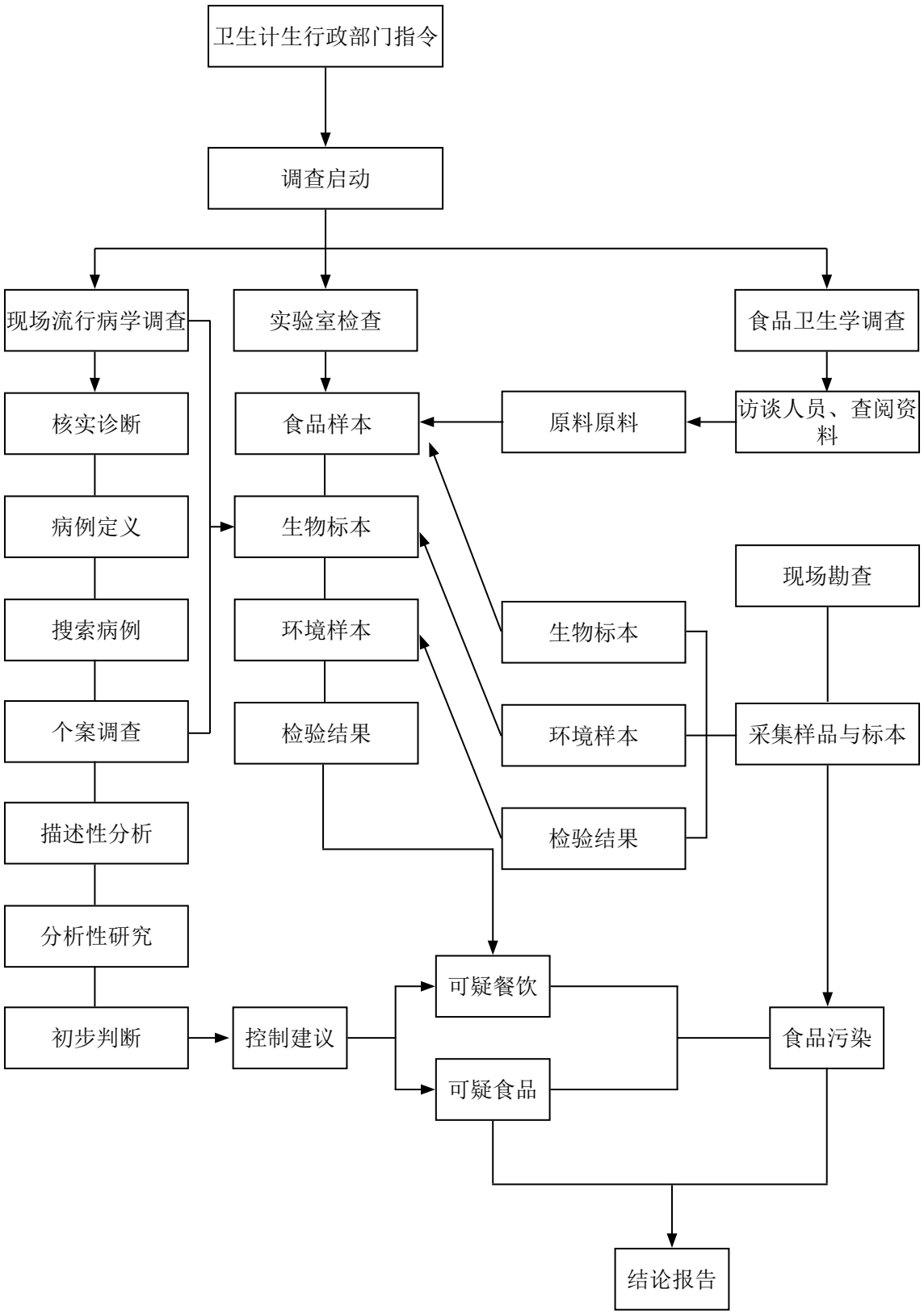
附录 4.2

基层医疗机构食品安全事故病人救治流程



附录 4.3

食品安全事故流行病学调查工作流程图



附录 4.4

食品安全事故常用采样物品

类别	物品
食品等样品采样器皿	一次性塑料袋、带盖的无菌广口瓶（100-1000ml）、采水样的瓶、箔纸密盖的金属罐。
生物样本采样器皿	无菌粪便盒、血液采集管（抗凝、不抗凝）、1-2ml 血清螺旋管、10-30ml 无菌螺旋管、Cary—Blair 运送培养基（ 适用于肠道样本的保存运送）、Stuart 运送培养基（适合于呼吸道样本的保存运送）、2ml 病毒保存液。
采样用灭菌和包裹的器械	勺、匙、压舌板、刀具、镊子、钳子、抹刀、钻头、金属管（直径 1.25-2.5cm，长度 30-60cm）、吸液管、剪刀、Moore 拭子（供下水道、排水沟、管道等处采样用，由 120 单位 x15cm 棉纱条中间用双股长线或金属线系紧制成）、纱布。
消毒剂	75% 乙醇、酒精灯。
制冷剂	袋装制冷剂、可盛装水或冻结物的厚实塑料袋或瓶子、装冰用的厚实塑料袋。
防腐剂	10% 福尔马林或 10% 聚乙烯醇。
食品温度计	探针式温度计（-20-110℃），长 13-20cm 球式温度计（-20-110℃）。
其他常用物品	防水记号笔、胶带、棉球、灭菌蛋白胨或缓冲液（5ml 置于带螺盖的试管中）、电钻（用于冷冻食物采样）
蒸馏水、隔热箱或聚苯乙烯盒、标本运输箱，一次性手套。	防水记号笔、胶带、棉球、灭菌蛋白胨或缓冲液（5ml 置于带螺盖的试管中）、电钻（用于冷冻食物采样）

附录 4.5

常见致病因子的临床表现、潜伏期及生物标本采集要求

潜伏期	主要临床表现	致病因子	生物标本
主要或最初症状为上消化道症状（恶心，呕吐）			
一般为 10-20 分钟	口唇、耳廓、舌及指（趾）甲、皮肤黏膜等出现不同程度发绀，可伴有恶心、呕吐；可出现心悸、胸闷、呼吸困难、视物模糊等症状	亚硝酸盐	血液、尿液呕吐物、胃内容物
1-6 小时	恶心，剧烈地反复呕吐，腹痛，腹泻	金黄色葡萄球菌及其肠毒素	粪便或肛拭子、呕吐物、皮肤病变拭子、鼻拭子
12-48 小时	恶心，呕吐，水样无血腹泻，脱水	诺如病毒	粪便或肛拭子、呕吐物
主要或最初症状为下消化道症状（腹痛，腹泻）			
2-36 小时	腹痛，腹泻，有时伴有恶心和呕吐	产气荚膜梭菌、蜡样芽孢杆菌（腹泻型）	粪便或肛拭子
5-18 小时	腹痛、急性腹泻，可伴有恶心、呕吐、头痛、发热	变形杆菌	粪便或肛拭子、呕吐物、血清
6-96 小时	发热，腹部绞痛，腹泻，呕吐，头痛	沙门氏菌,志贺菌，嗜水气单胞菌，致泻性大肠杆菌	粪便或肛拭子
6 小时 -5 天	腹痛，腹泻，呕吐，发热，恶心，脱水，有时有带血或粘液样腹泻，带有创伤弧菌的皮肤病灶	创伤弧菌,河弧菌，副溶血性弧菌等	
1-10 天（中位数 3-4 天）	腹泻（通常带血），腹痛，恶心，呕吐，发热	肠出血性大肠杆菌，弯曲菌	
3-7 天	发热，腹泻，腹痛，伴急性阑尾炎症状	小肠结肠炎耶尔森菌	粪便或肛拭子
3-5 天	发热、恶心、呕吐、腹痛、水样便	轮状病毒、星状病毒、肠道腺病毒	粪便或肛试子、呕吐物
8-24 小时（腹泻型）	腹泻型：腹泻、腹痛、发热；	单增李斯特菌	粪便或肛拭子
2-6 周（侵袭型）	侵袭性：初起胃肠炎症状，败血症、脑膜炎、脑脊髓炎、发热等		脑脊液血液
3-6 月	情绪不安，失眠，饥饿，食欲不振，体重减轻，腹痛，可伴有肠胃炎	牛带绦虫猪带绦虫	粪便
神经系统症状（视觉障碍，眩晕，刺痛，麻痹）			
10 分钟 -2 小时	头晕、头痛、恶心、呕吐、多汗、视物模糊、瞳孔缩小等；可出现肌束震颤等烟碱样表现；严重者可表现为肺水肿、昏迷、呼吸衰竭、脑水肿	有机磷酸酯类杀虫剂	尿液血液
10 分钟 -6 小时（神经精神型、胃肠炎型）	神经精神型：恶心、呕吐、腹痛、腹泻；瞳孔缩小、多汗、流涎、流泪，兴奋、幻觉、步态蹒跚、心动过缓等；严重者可出现呼吸困难、昏迷等，并可伴有谵妄、被害妄想、攻击行为等精神症状	鹅膏属的有毒蘑菇	呕吐物 洗胃液
	胃肠炎型：无力、恶心、呕吐、腹痛、水样泻等		

6-24 小时	肝脏损害型：早期可有恶心、呕吐、腹泻等。多数中毒者经 1-2 天的“假愈期”后，谷丙转氨酶升高，再次出现恶心、呕吐、腹部不适，并有肝区疼痛、肝脏肿大、黄疸、出血倾向等。少数可出现肝性脑病、呼吸衰竭、循环衰竭、心律失常、少尿、尿闭等	鹅膏属的有毒蘑菇	呕吐物 洗胃液
10 分钟 -3 小时	早期表现为手指和脚趾刺痛或麻痛，口唇、舌尖以及肢端感觉麻木，继而全身麻木，严重时出现运动神经麻痹，四肢瘫痪，共济失调，言语不清、失声、呼吸困难、循环衰竭、呼吸麻痹	河豚毒素	
1-7 天	头晕、视物模糊、眼睑下垂、复视、咀嚼无力、张口困难、伸舌困难、咽喉阻塞感、饮水呛咳、吞咽困难、头颈无力	肉毒梭菌及其毒素	血清、粪便、呕吐物
过敏症状（面部红痒）			
10 分钟 -3 小时	头痛，皮肤潮红，可有恶心、呕吐、腹痛、腹泻，荨麻疹、四肢麻木等	组胺（鲭亚目鱼）	呕吐物
出现全身感染的症状（发热，发冷，疲倦，虚脱，疼痛，肿胀，淋巴结）			
4-28 天（平均 9 天）	肠胃炎，发热，眼睛周围水肿，出汗，肌肉痛，寒战，乏力，呼吸困难，心力衰竭	旋毛虫	血清或肌肉组织（活检）
胃肠道和 / 或神经系统症状			
数分钟 -20 分钟	唇、舌、指尖、腿、颈麻木，运动失调、头痛、呕吐、呼吸困难，重症者呼吸肌麻痹死亡	麻痹性贝类中毒（PSP）	呕吐物
数分钟 - 数小时	唇、舌、喉咙和手指麻木，肌肉痛，头痛；冷热感觉倒错，腹泻，呕吐	神经毒性贝类中毒（NSP）	胃内容物
30 分钟 -3 小时	恶心，呕吐，腹泻，腹痛，寒颤，头痛，发热	腹泻性贝类中毒（DSP）	
24 小时 -48 小时	呕吐，腹泻，腹痛，神志不清，失忆，失去方向感，惊厥，昏迷	失忆性贝类中毒（ASP）	
10-30 分钟	头晕、头痛、乏力、视物模糊、恶心、流涎、多汗、瞳孔缩小等，少部分患者可出现面色苍白、上腹部不适、呕吐和胸闷，以及肌束颤动等。	氨基甲酸酯类杀虫剂	血液呕吐物
一般 30 分钟 -2 小时，最长 4-7 小时	恶心、呕吐、头痛、头晕、腹痛、腹泻、无力、口干、流涎，可有发热、颜面潮红	霉变谷物中呕吐毒素	
多数 <30 分钟（毒鼠强、毒鼠硅等），30 分钟 -2 小时（氟乙酰胺、氟乙酸钠及甘氟等）	头痛、头晕、恶心、呕吐、四肢无力等症状，可有局灶性癫痫样发作；重者癫痫样大发作，或精神病样症状，如幻觉、妄想等；严重者癫痫持续状态，或合并其他脏器功能衰竭	致痉挛杀鼠剂（毒鼠强、氟乙酰胺、氟乙酸钠、毒鼠硅、甘氟等）	呕吐物 胃内容物 血液
1-12 小时（一般为 2-4 小时）	咽喉部瘙痒和烧灼感、头晕、乏力、恶心、呕吐、上腹部疼痛、腹泻等，严重者有耳鸣、脱水、体温升高、烦躁不安、谵妄、昏迷、瞳孔散大、脉搏细弱、全身抽搐，可因呼吸麻痹致死	发芽马铃薯（龙葵素）	呕吐物、胃内容物
2-4 小时	恶心、呕吐、腹痛、腹泻；部分可有头晕、头痛、胸闷、心悸、乏力、四肢麻木，甚至电解质紊乱等	菜豆（皂甙，植物凝集素）	
2-8 小时	呕吐、头昏、视力障碍、眼球偏侧凝视、阵发性抽搐、昏迷	变质甘蔗（节菱孢及 3- 硝基丙酸）	变质甘蔗
一般为 1-3 天	鼻衄、牙龈出血、皮肤瘀斑及紫癜等症状；中毒明显者可进一步出现血尿、或便血、或阴道出血、或球结膜出血等；严重者可出现消化道大出血、或颅内出血、或咯血等	抗凝血类杀鼠剂（溴敌隆，杀鼠灵，杀鼠醚，杀它仗以及敌鼠、氯敌鼠，杀鼠酮等）	呕吐物、胃内容物、血液

附录 4.6

食品安全事故样本采集、保存及转运要求

一、常见的食品安全事故标本和样品采集类型

病人：粪便、尿液、血液、呕吐物、洗胃液、肛拭子、咽拭子；

从业人员：粪便、肛拭子、咽拭子、皮肤化脓性病灶标本；

可疑食品：可疑食品剩余部分及同批次产品、半成品、原料；加工单位剩余的同批次食品，使用相同加工工具、同期制作的其他食品；使用相同原料制作的其他食品；

食品制作环境：加工设备、工用具、容器、餐饮具上的残留物或物体表面涂抹样品或冲洗液样品；食品加工用水；

其他：由毒蕈、河豚等有毒动植物造成的中毒，要搜索废弃食品进行形态鉴别。

二、标本（样品）的采集、保存和运送

（一）粪便标本。

粪便标本是检测细菌、病毒、寄生虫、毒素等的常用标本。应优先采集新鲜粪便 15-20g。若病人不能自然排出粪便，可采集肛拭子。采集肛拭子标本时，采样拭子应先用无菌生理盐水浸湿后插入肛门内 3cm-5cm 处旋转一周后拿出。合格的肛拭子上应有肉眼可见的粪便残渣或粪便的颜色。

1. 用于细菌检验的标本

用于细菌检测的粪便标本需 5g。肛拭子，需插入 Cary-Blair 运送培养基底部，将顶端折断，并将螺塞盖旋紧。标本应 4℃冷藏保存。若疑似弧菌属（霍乱弧菌、副溶血弧菌等）感染，标本应常温运送，不可冷藏。

2. 用于病毒检验的标本

用于病毒学检测的粪便需 10 g。肛拭子需置于 2ml 病毒保存液中。标本应立即冷冻保存。如采样现场无冷冻条件，标本应 4℃冷藏，并尽快送至有冷冻条件的实验室。标本保存和运送过程中，冷藏或冷冻的温度和时间必须记录。

3. 用于寄生虫检验的标本

寄生虫检测需要新鲜大便 5g，按 1 份粪便对 3 份防腐剂的比例加入防腐剂溶液（10% 福尔马林或 10% 聚乙烯醇）在室温条件下储存和运送。如果暂无防腐剂，可将未处理粪便标本置 4℃冷藏（但不能冷冻）48 小时。

4. 当致病原因不明时，每个病例的粪便应分为三份、肛拭子采集 3 个，分别按照细菌、病毒和寄生虫检验要求进行保存。

（二）血液及血清标本。

全血标本通常用于病原的培养及基因检测、毒物检测，一般情况下采集 5ml-10ml。血清标本用于特异抗体、抗原或毒物检测，患者双份血清标本（急性期和恢复期各一份），可用于测定特异抗体水平的变化。急性期血清标本应尽早采集，通常在发病后 1 周内（变形杆菌、副溶血弧菌，急性期血清应在发病 3 天之内采集）。恢复期血清标本应在发病后 3 周采集（变形杆菌感染的恢复期血清应在发病 12-15 天）。

（三）呕吐物标本。

呕吐物是病原和毒物检测的重要标本。患者如有呕吐，应尽量采集呕吐物。呕吐物标本应冷藏，24 小时内送至实验室，但不能冷冻。

（四）皮肤损害（疖、破损、脓肿、分泌物）标本。

食品从业人员的皮肤病灶，有可能是食品污染源。采集标本前用生理盐水清洁皮肤，用灭菌纱布按压破损处，用灭菌拭子刮取病灶破损部位的脓血液或渗出液。如果破损处闭合，则消毒皮肤后用灭菌注射器抽吸标本。标本应冷藏，24 小时内运送实验室。

（五）尿液标本。

尿液标本是化学中毒毒物检测的重要标本。留取病人尿液 300ml—500ml，冷藏，若长时间保存或运输应冷冻。

（六）食品和环境样品。

事故调查时应尽量采集可疑剩余食品。还应尽量采集可疑食品的同批次未开封的食品。如无剩余食品可用灭菌生理盐水洗涤盛装过可疑食品的容器，取其洗液送检。需严格无菌采样，将标本放入无菌广口瓶或塑料袋中，避免交叉污染。食品样品采集量一般在 200g 或 200ml 以上。用于微生物检验的食品样品一般应置 4℃冷藏待检，若疑似弧菌属（霍乱弧菌、副溶血弧菌等）感染，样品应常温运送，不可冷藏。用于理化检验的食品样品置 4℃冷藏保存运送，如长时间运输需冷冻。

1. 固体食品样品

尽可能采集可能受到污染的部分。一般用无菌刀具或其他器具切取固体食品，多取几个部分。采集标本需无菌操作，将采集的样品放入无菌塑料袋或广口瓶中。冷冻食品应保持冷冻状态运送至实验室。

有毒动植物中毒时，除采集剩余的可疑食物外，还应尽量采集未经烹调的原材料（如干鲜蘑菇，贝类、河豚鱼、断肠草等）并尽可能保持形态完整。

2. 液体食品样品

采集液体食品前应搅动或振动，用无菌器具，将大约 200ml 液体食品转移至塑料袋或广口瓶中，或用无菌移液管将液体食品转移至无菌容器中。

3. 食品工用具等样品

盆、桶、碗、刀、筷子、砧板、抹布等样品的采集，可用生理盐水或磷酸盐缓冲液浸湿拭子，然后擦拭器具的接触面，再将拭子置于生理盐水或磷酸盐缓冲液中。抹布也可剪下一段置于生理盐水或磷酸盐缓冲液中。如砧板已洗过，也可用刀刮取表面木屑放入生理盐水或磷酸盐缓冲液中。

4. 水样品样品

水样品的采集可参照《GB/T5750.2-2006 生活饮用水标准检验方法 水样的采集与保存》，该标准包括水源水、井水、末梢水、二次供水等水样品的采集、保存和运送方法。

怀疑水被致病微生物污染时，应采集 10L-50L 水样，用膜过滤法处理后，将滤膜置于增菌培养基中或选择性平板上，可提高阳性检出率。

附录 4.7

食品安全事故现场消毒处理措施

物　品	消毒剂使用方法	消毒时间
剩饭剩菜、排泄物、呕吐物	加 1/5 量的漂白粉	混合 2 小时后，倒入化粪池或运出
病人的粪便	加 2 倍量 10%-20% 漂白粉乳液	混合 2 小时后，倒入化粪池或运出
盛排泄物或呕吐物的容器	用 2% 漂白粉澄清液（含有效氯 5000 mg/L）、或 5000mg/L 有效氯含氯消毒剂溶液、或 0.5% 过氧乙酸溶液浸泡，浸泡时，消毒液要漫过容器	浸泡 30 分钟后，倒入化粪池或运出
厕所的四壁和地面	用 0.2%-0.5% 过氧乙酸溶液或 500mg/L-1000mg/L 二溴海因溶液 1000mg/L-2000mg/L 有效氯含氯消毒剂溶液喷雾	作用时间应不少于 60 分钟
粪坑内的粪便	按粪便量的 1/10 加漂白粉，或加其他含氯消毒剂干粉或溶液（使有效氯作用浓度为 20000mg/L）	搅匀作用 12-24 小时
垃圾	可燃物质尽量焚烧，也可喷洒 10000 mg/L 有效氯含氯消毒剂溶液	作用 60 分钟以上消毒后深埋
疫点内的生活污水	每 10 L 污水加入 10000mg/L 有效氯含氯消毒溶液 10 ml，或加漂白粉 4 g	混匀后作用 1.5-2 小时
疫区内污染的生活污水	按有效氯 80mg/L-100 mg/L 的量将消毒剂投入污水中	搅拌均匀，作用 1-1.5 小时
井水消毒	圆井水量 = [水面直径（m）]2 × 0.8 × 水深（m） 方井水量 = 边长（m）× 边宽（m）× 水深（m） 一般要求余氯量为 0.5mg/L，所需用漂白粉量应根据井水量、规定加氯量与漂白粉含有效氯量进行计算。	消毒 30 分钟后即可使用

附录 4.8

2006-2015 年全国食物中毒情况

（根据国家卫生计生委每年食物中毒情况通报统计分析得出）

一、中毒原因分析

2006-2015 年全国共报告食物中毒 2868 起，中毒人数 94979 人。其中，微生物性食物中毒 1118 起，中毒人数 58184 人，分别占 38.98%、61.26%；化学性食物中毒 473 起，中毒人数 8453 人，分别占 16.49%、8.90%；有毒动植物食物中毒 938 起，中毒人数 16266 人，分别占 32.71%、17.13%；原因不明的食物中毒 339 起，中毒人数 12076 人，分别占 11.82%、12.71%。详见图 1。

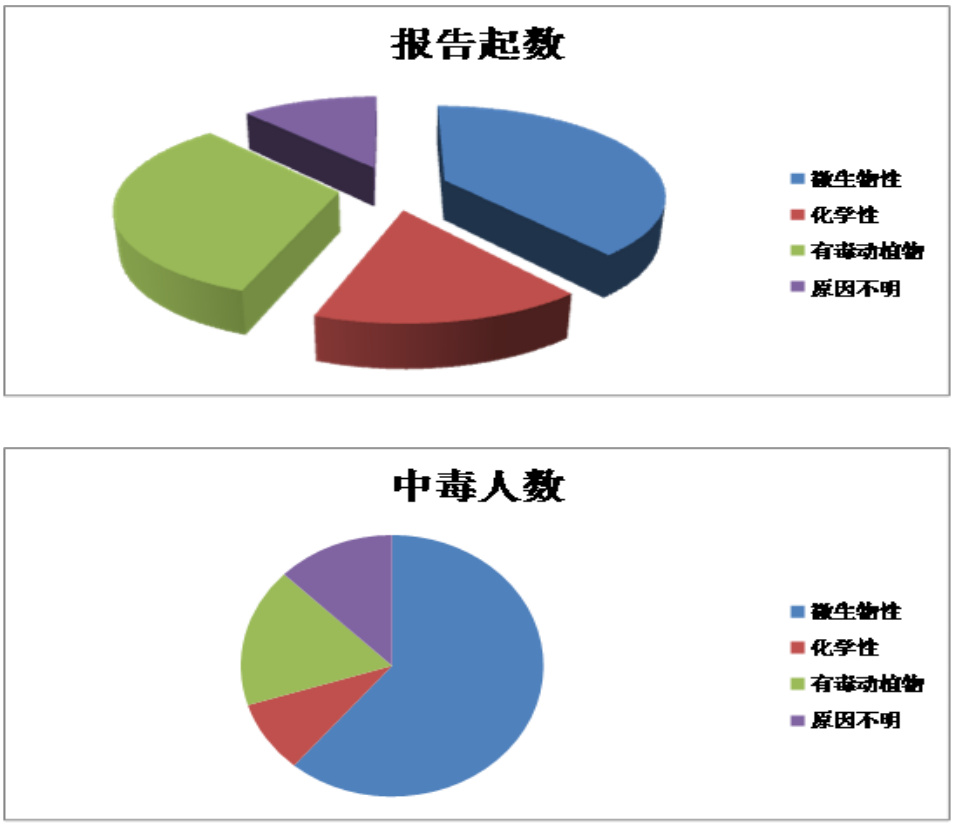


图 1　2006-2015 年全国食物中毒发生原因分析情况

二、中毒场所分析

2006-2015 年全国共报告食物中毒 2868 起，中毒人数 94979 人。其中发生在集体食堂的食物中毒 829 起，中毒人数 36622 人，分别占 28.90%、38.56%；发生在家庭的食物中毒 1221 起，中毒人数 23009 人，分别占 42.57%、24.23%；发生在餐饮服务单位的食物中毒 410 起，中毒人数 20404 人，分别占 14.30%、21.48%；发生在其他场所的 408 起，中毒人数 14944 人，分别占 14.23%、15.73%。详见图 2。

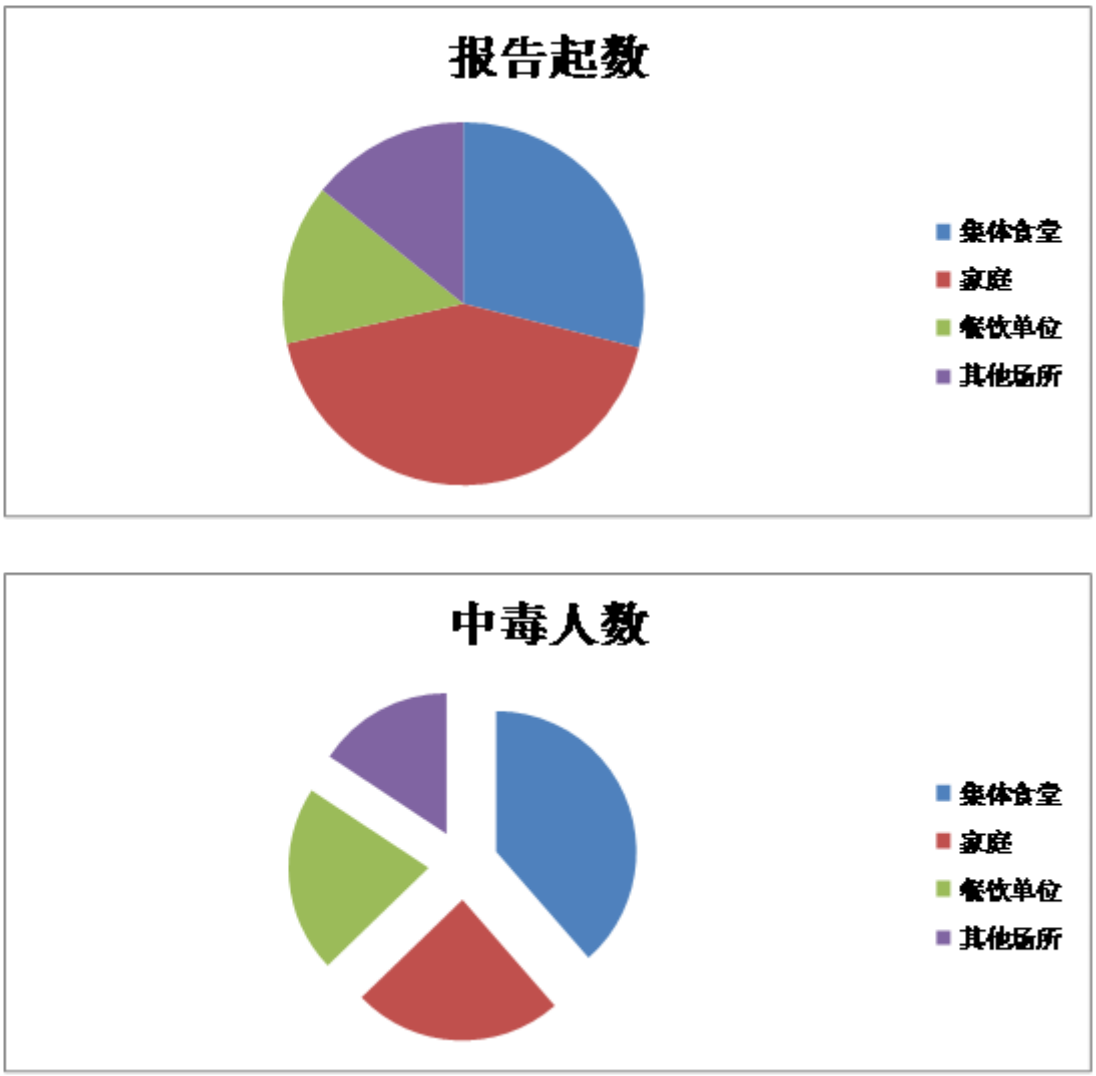


图 2　2006-2015 年全国食物中毒发生场所分析情况

附录 4.9

食品安全事故流行病学调查报告提纲

一、背景

调查任务来源（何时接报或接到上级行政部门调查指示）、事故简单描述（事故发生的时间、地点、波及范围、基本经过等）、参与事故调查的机构与人员、调查目的简述。

二、基本情况

事故发生地的基本情况，如气候、风俗习惯、人口数、社区的社会经济状况、学校／工厂／企业规模、住宿／非住宿、食品企业的日常活动和操作等。

三、调查过程

（一）目的：开展调查时需要达到的目标，目的描述要简明扼要、有逻辑性；

（二）方法：包括流行病学的内容（调查人群描述、病例定义、如何开展病例搜索、如何选择病例和对照、资料收集方法、资料分析方法等）与实验室检测的内容（样本采集与运送方法、采用的实验室检测技术和数据分析方法）；

四、调查结果

描述所有来自临床、实验室、现场流行病学调查和食品卫生学调查方面的结果（可以按照“方法”部分的顺序来描述结果，但不要在此部分解释或讨论数据）。

（一）现场流行病学调查。总发病数、罹患率、疾病临床信息（症状体征、住院转归、临床检验结果）、疾病潜伏期（最短、最长、平均）、病例三间分布特征、危险因素暴露情况（发病前 72 小时或重点可疑餐次的饮食史、可疑食品进食时间与数量）、分析性流行病学研究（队列研究或病例对照研究）结果等；

（二）食品卫生学调查。可疑食品及其原料的来源、剩余数量及流向；可疑食品的制作时间、配方、加工方法和加工环境卫生状况；成品（包括半成品）的保存、运输、销售条件；食品制作人员的卫生和健康状况；分析造成食品污染的环节。

（三）实验室检验结果。所采集的样本类型与数量、实验室检验项目与结果。

五、调查结论

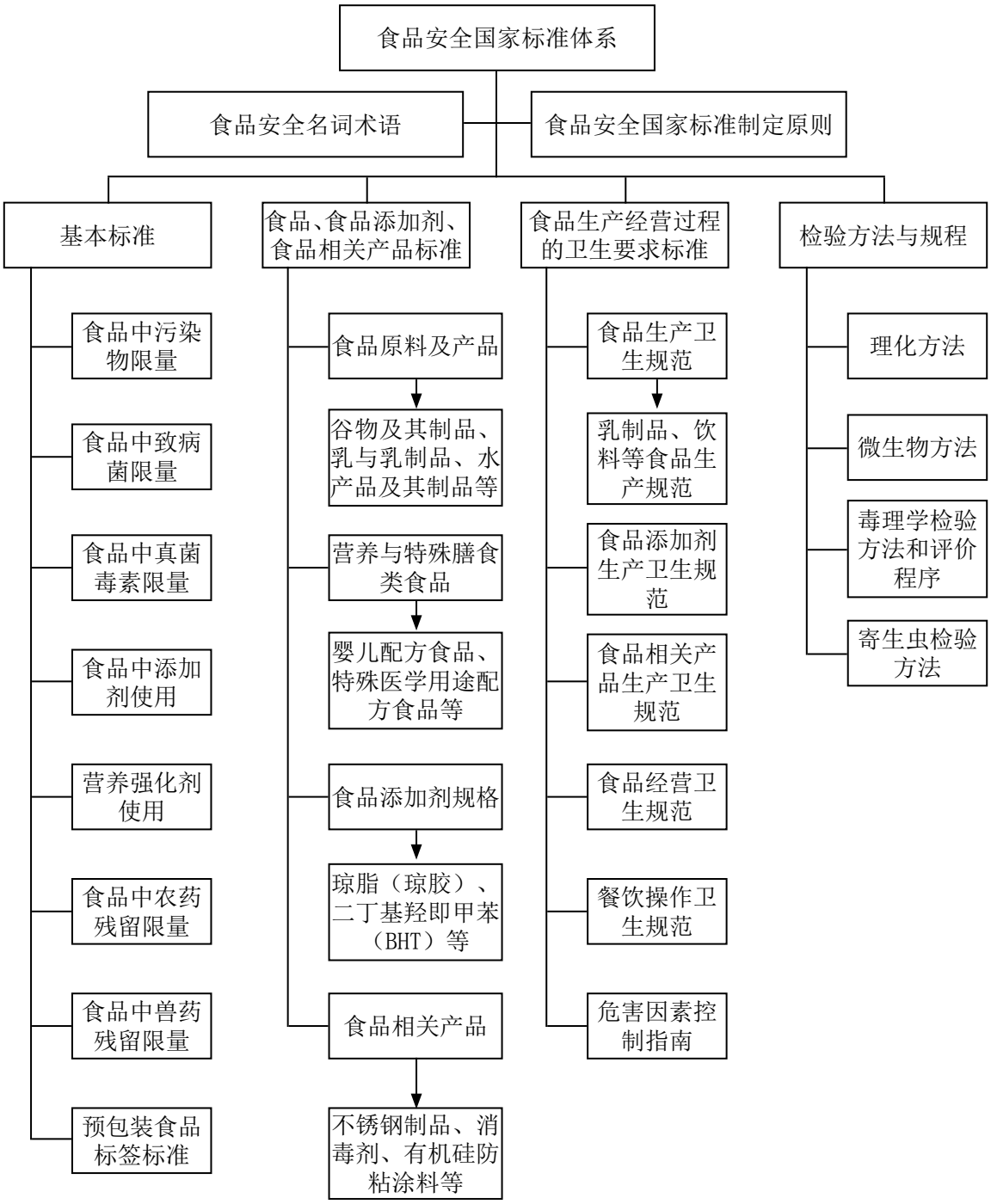
概括事故调查中的主要发现和特点，作出结论的主要依据、理由。调查结论内容应当包括事故范围、发病人数、致病因子、污染食品及污染原因。不能作出调查结论的事项应当说明原因。

六、建议

提出防控建议，如发布食品消费预警，召回相关食品，对污染食品的无害化处理，清洗消毒加工场所，改进加工工艺，维修或更换生产设备，调离受感染的从业人员，加强从业人员培训，开展公众宣传教育等。

附录 5.1

食品安全国家标准的体系框架



附录 5.2

食品安全国家标准文本及其问答

食品安全国家标准文本可以在国家卫计委官方网站（地址：http://www.nhfpc.gov.cn/）、食品安全国家标准数据检索平台（地址：http:bz.cfsa.net.cn /db）查询下载。食品安全国家标准问答可以在国家卫计委官方网站（地址：http://www.nhfpc.gov.cn/）查询下载。



附录 5.3

食品安全标准跟踪评价及意见反馈调查表（样式）

（标准名称_____，标准号_____）

一、被调查者基本信息

1、您所在市、县（市、区）：_____市_____县（市、区）

2、人员类别（在相应类别打√）：企业人员□　监督管理人员□检验检测人员□　相关科研专家□　媒体□　消费者□　其他□

3、姓名_____，单　　位_____，

联系电话_____，电子信箱_____。

二、现行标准意见及建议

序号	章节序号	意见类型[a]	意见及建议	理由[b]

a：意见类型包括：1、标准实施效果方面，2、标准文本内容方面，3、标准指标和技术要求方面，4、其他问题和建议。

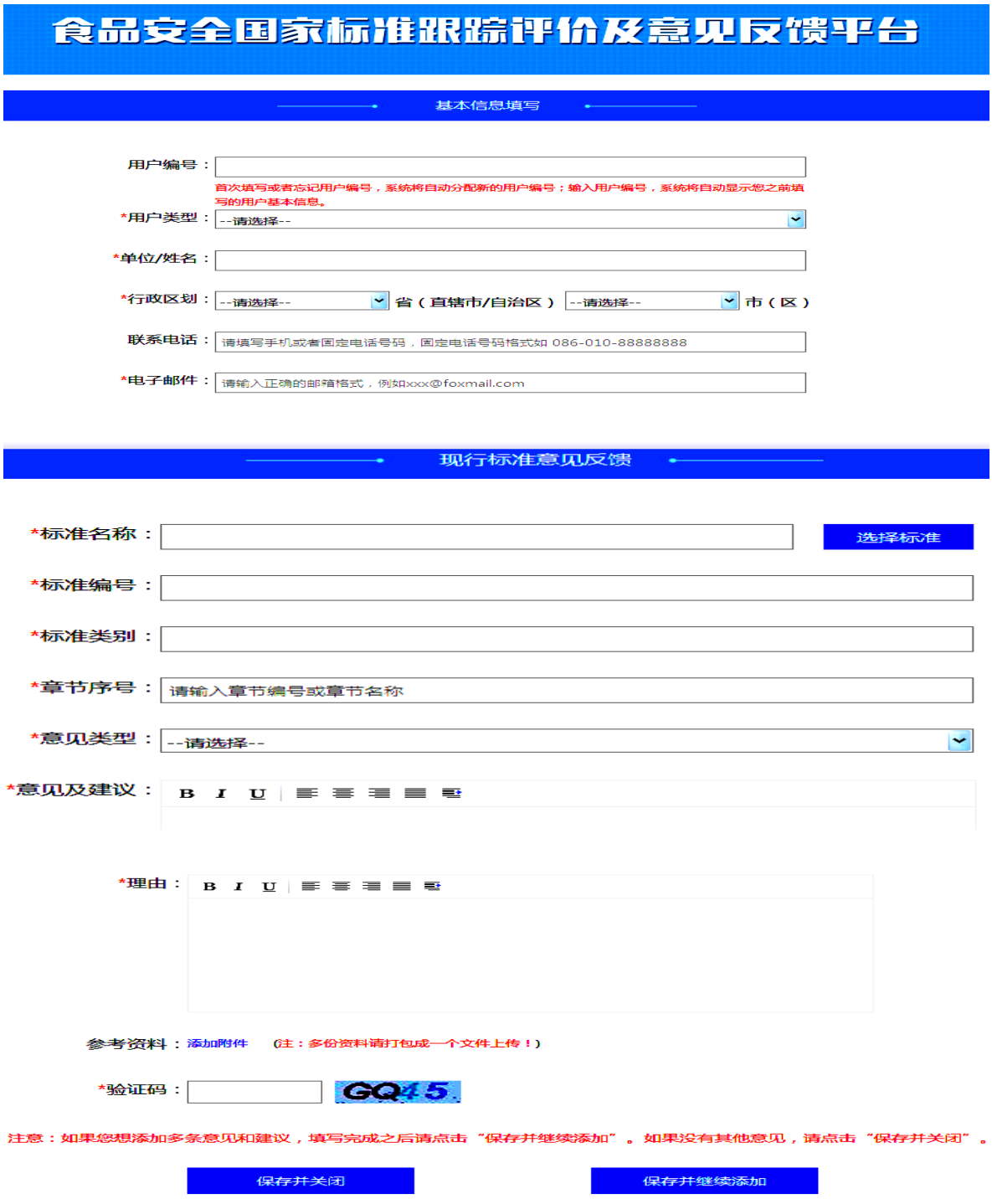
b：理由：可另附页。

记录人：_____联系电话：_____调查日期：_____

附录 5.4

食品安全国家标准跟踪评价及意见反馈平台

食品安全国家标准跟踪评价及意见反馈平台（地址： http://bz.cfsa.net.cn:9001/）



附录 5.5

相关资料目录

一、法律、法规

中华人民共和国食品安全法（2015 版）

中华人民共和国食品安全法实施条例

中华人民共和国农产品质量安全法

中华人民共和国产品质量法

中华人民共和国消费者权益保护法

食品添加剂卫生管理办法

乳品质量安全监督管理条例

二、食品安全国家标准

三、规范性文件及相关公告

食品安全国家标准管理办法

食品安全地方标准管理办法

食品安全企业标准备案办法

食品安全国家标准跟踪评价规范（试行）

食品安全风险交流工作技术指南

新食品原料安全性审查管理办法

卫生计生综合监督执法机构食品安全工作规范

食品安全地方标准制定及备案指南

食品安全信息公布管理办法

关于加强食品安全标准宣传和实施工作的通知

国家卫生计生委等 5 部门关于调整含铝食品添加剂使用规定的公告

（2014 年第 8 号）

卫生部等 5 部门关于三聚氰胺在食品中的限量值的公告

（2011 年 第 10 号）

卫生部等 7 部门关于撤销食品添加剂过氧化苯甲酰、过氧化钙的公告（2011 年 第 4 号）

四、参考书

食品安全法释义

食品安全 100 问

食品、食品添加剂、食品相关产品安全性评估管理文件汇编

附录 6.1

食品安全科普宣传知识

一、食品安全五大要点（世界卫生组织推荐）

（一）保持清洁。

拿食品前要洗手，准备食品期间经常还要洗手；便后洗手；清洗和消毒用于准备食品的所有场所和设备；避免虫、鼠及其他动物进入厨房和接近食物。

（二）生熟分开。

生的肉、禽和海产食品要与其他食物分开；处理生的食物要有专用的设备和用具，例如刀具和切肉板；使用器皿储存食物以避免生熟食物互相接触。

（三）做熟。

食物要彻底做熟，尤其是肉、禽、蛋和海产食品；汤、煲等食物要煮开以确保达到 70℃。肉类和禽类的汁水要变清，而不能是淡红色的。最好使用温度计；熟食再次加热要彻底。

（四）保持食物的安全温度。

熟食在室温下不得存放 2 小时以上；所有熟食和易腐烂的食物应及时冷藏（最好在 5℃以下）；熟食在使用前应保持滚烫的温度（60℃以上）；即使在冰箱中也不能过久储存食物；冷冻食物不要在室温下化冻。

（五）使用安全的水和原材料。

使用安全的水或进行处理以保安全；挑选新鲜和有益健康的食物；选择经过安全加工的食品，例如经过低热消毒的牛奶；水果和蔬菜要洗干净，尤其如果要生食；不吃超过保鲜期的食物。

二、食品安全事故

食品安全事故指食物中毒、食源性疾病、食品污染等源于食品，对人体健康有危害或者可能有危害的事故。

（一）食物中毒与食源性疾病。

食物中毒指食用了有毒有害物质污染的食品或者食用了含有有毒有害物质的食品后出现的急性、亚急性疾病。食物中毒是中毒型食源性疾病，属于食源性疾病的一种类型。

食源性疾病指食用被污染的食物而导致的疾病，通常的症状包括有：恶心、呕吐；腹泻；腹痛。如果有以下特征可能提示为食源性疾病：人们有共同进餐和进食史，同时疾病的发生和食用的餐次和食物的时间一致；有特殊的人口学特征（如：年龄，性别，以及种族）和可能有特殊食物偏好的人；人群的地理分布类似于食物产品的地理分布。

（二）常见食源性疾病（食物中毒）临床表现、救治及预防措施。

1. 细菌性食源性疾病（细菌性食物中毒）

胃肠型食物中毒：包括沙门氏菌属、变形杆菌属、霍乱弧菌、副溶血性弧菌、致病性大肠杆菌属、葡萄球菌肠毒素等引起的食源性疾病。可疑食物主要有：动物肉类及其内脏、海产品、水产品、乳制品、豆制品、植物面粉及被污染的水源。潜伏期短，常于进食后 1-72 小时发病，一般为 16-48 小时；主要表现为上、中腹部持续或阵发性绞痛、腹泻、恶心、呕吐等胃肠炎症状，呕吐物多为所进食物。

救治：（1）停止进食可疑食物；（2）对症治疗，及时纠正水及电解质紊乱及酸中毒，采用物理降温等措施；（3）根据实验室病原学检测结果，选用合适的抗生素，但抗菌治疗不能缩短排菌期，同时早期使用抗生素会增加溶血性尿毒综合征发生的风险。

神经型食物中毒：包括肉毒杆菌外毒素引起的食源性疾病。可疑食品主要包括易被肉毒杆菌外毒素污染的罐头、香肠、腊肉等肉制品，发酵豆制品（臭豆腐、豆瓣酱、豆豉等），发酵面制品（发酵馒头、面酱）。潜伏期短，多为 2-36 小时，起病突然，以神经系统症状为主，先有全身乏力、软弱、头痛、头晕或眩晕，继而出现视物模糊、复视、瞳孔散大、眼肌瘫痪。重者可出现吞咽、咀嚼、发音困难，甚至呼吸困难。可有恶心、便秘或腹胀等胃肠道症状，但腹痛、腹泻少见。救治：（1）一般治疗：肉毒杆菌外毒素在碱性溶液中易被破坏，在氧化剂作用下毒力减弱，应尽早用 5% 碳酸氢钠溶液或 1:4000 高锰酸钾溶液洗胃，服泻药并清洁灌肠，以清除毒素。吞咽困难者可鼻饲饮食或静脉内补充营养及水分；咽喉部有分泌物积聚时应及时吸除；呼吸困难者应予以氧气吸入，做器官切开、机械通气，加强监护；继发肺炎时应用抗生素；（2）抗毒素治疗。

预防措施：加强禽畜的宰前检疫与宰后检疫，对食品加工、运输与储存应做好卫生管理，严禁售卖病死动物肉及腐败、变质食品；做好卫生宣传教育工作，不暴饮暴食，不吃不洁、腐败、变质食物，不进食未经合理烹饪制作的食物；如进食食物已证实有肉毒杆菌或其外毒素存在，或同食者已发生肉毒中毒时，未发病者应立即注射多价抗毒血清 1000-2000U（单位），以防止发病。

2. 病毒性食源性疾病

引起急性胃肠炎的病毒主要有轮状病毒、星状病毒、杯状病毒如诺如病毒等，早期可引起严重的腹泻导致患者脱水。通常情况下，轮状病毒 A 型主要引起婴幼儿发病，诺如病毒主要引起成人发病。

可疑食品：被轮状病毒或诺如病毒污染的饮用水、贝类产品等。

救治：无特殊治疗措施，主要采用对症治疗，包括用葡萄糖电解质溶液进行补液、纠正电解质紊乱，预防患者脱水。禁用抗生素治疗。

预防措施：婴幼儿轮状病毒性腹泻可采取口服轮状病毒疫苗进行预防，由于该病毒在固体表面、污水及手部可长时间生存，故加强幼托机构婴幼儿用品的消毒，保持高水平的卫生习惯。

3. 真菌所致食源性疾病（真菌性食物中毒）救治

（1）毒蕈中毒

蕈类属真菌植物又称蘑菇，毒蕈为野生毒蘑菇，又称为毒菌、毒饵等。毒素主要有：胃肠毒素类、神经精神毒素类（毒蝇碱、异恶唑衍生物、色胺类化合物、致幻素）、溶血毒素、原浆毒素、肝肾损害类、横纹肌溶解类、类光敏毒素、其他毒素等。

胃肠毒型：潜伏期 0.5- 6 小时，表现为恶心、呕吐、腹痛、腹泻等，体温不高。严重者则吐泻严重，腹痛剧烈，并可有休克、谵妄及昏迷。

神经精神型：潜伏期为 0.5- 6 小时，最短为进食后 10 分钟发病。表现为副交感神经兴奋症状，如流涎、流泪、大汗、瞳孔缩小、脉缓等，尚有部分胃肠道症状。重者可有肺水肿、呼吸抑制及昏迷等；可有谵妄、精神错乱、幻视、幻听、狂笑、动作不稳等精神症状。

溶血型：潜伏期较长，一般为 6-12 小时，除有恶心、呕吐、腹泻等胃肠道症状外，发病 3-4 天后出现溶血性黄疸、肝脾肿大，少数者可出现血红蛋白尿，大量溶血可引发急性肾功能衰竭。

肝脾损害型：有纳差、黄疸、乏力、肝功能异常等，潜伏期较长，可达 15-30 小时；可有胃肠炎期、

假愈期、内脏损害期、精神症状期，极少数出现急性肝坏死、中毒性心肌炎、中毒性脑病导致病人突然死亡。

救治：①清除毒物：早期催吐及洗胃，用1:2000或1:5000高锰酸钾液、3%-5%鞣酸溶液、浓茶等洗胃；用硫酸镁30克或蓖麻油30-60毫升导泄。洗胃及导泄应充分、彻底，约有50%的毒素可经肝胆系统反复排入肠道（即肠肝循环），故晚期洗胃、导泄仍具有积极意义；②血液净化；③应用解毒、拮抗剂，用阿托品、巯基类解毒剂、肾上腺糖皮质激素等治疗加速体内毒素的清除；④对症治疗及支持治疗，及时补液，纠正水、电解质紊乱及酸碱平衡失调，积极施以保肝和预防急性肾功能衰竭等支持治疗。

（2）真菌毒素中毒

真菌毒素主要有黄曲霉毒素、霉变甘蔗的节菱孢霉菌产生的3-硝基丙酸。黄曲霉毒素B1毒性最强，具有强烈致癌性；3-硝基丙酸主要损害中枢神经，并累及消化系统。可疑食物：被黄曲霉毒素污染的粮油及其制品，以花生和玉米为主； 霉变的甘蔗。

黄曲霉毒素引起中毒潜伏期较长，早期有上腹不适、腹胀、呕吐、短时间发热及黄疸等；急性中毒者，2-3周即有肝肾损害，出现肝脾肿大、腹水、下肢浮肿、黄疸、血尿等，慢性中毒可导致肝癌、肾癌等。

节菱孢霉菌产生的3-硝基丙酸中毒潜伏期在食后10分钟-48小时，一般为2-5小时，潜伏期越短，病情越重；轻者有消化道症状，患者出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻，偶有黑便；重者以消化道症状起病，有恶心、呕吐、腹痛，剧烈呕吐后出现头晕、视物模糊，中枢神经症状以四肢颤抖、阵发性强直性抽搐为特征表现，抽搐时眼球向上凝视，瞳孔扩大或缩小，腱反射亢进，四肢强直或折刀样屈曲、内旋，手呈鸡爪样。重症者多为儿童，死亡原因主要为呼吸衰竭。重症幸存者多留有神经系统后遗症，如痉挛性瘫痪、语言障碍、吞咽困难、眼球同向偏视、大小便失禁、身体屈曲、四肢强直等。

救治：①早期应立即催吐、洗胃、导泄及灌肠使未被吸收的食物尽快排泄；②纠正水、电解质平衡紊乱；③积极护肝治疗，消除脑水肿及改善脑血循环等对症治疗。

预防措施：防止粮食霉变。不食用霉变的花生、玉米及其制品，不吃霉变甘蔗。

4. 植物所致食源性疾病（植物性食物中毒）救治

部分植物如蚕豆、发芽马铃薯（龙葵素）、生豆浆、鲜黄花菜（秋水仙碱）、菜豆角、苦瓠（葫芦瓜、蒲瓜）等都可以引起中毒。

蚕豆病是由于葡萄糖-6-磷酸脱氢酶（G-6-PD）缺乏引起的急性溶血性贫血，儿童多见；患者进食新鲜蚕豆数小时或数天（最长15天）后突然发病，表现为乏力、头痛、全身酸痛、恶心、腹泻等，随后出现黄疸、血红蛋白尿、贫血，重者可发生谵妄、抽搐、昏迷、甚至死亡。

发芽马铃薯（龙葵素）的有毒成分是一种弱碱性的生物碱龙葵素，对胃肠黏膜有强烈的刺激性、腐蚀性，对中枢神经系统有麻痹作用；一般进食后数十分钟至数小时发病，先有咽喉及口内刺痒或灼热感，继有恶心、呕吐、腹痛、腹泻等，1-2天自愈。

黄豆中含有胰蛋白酶抑制剂、尿酶、血细胞凝集素，均为耐热的有毒物质，豆浆未经加热熟透，毒素不能彻底破坏，食入后刺激胃肠道，抑制蛋白酶的活性，导致中毒；进食后1小时内出现头痛、恶心、呕吐、腹痛及腹泻，一般数小时后恢复正常。

鲜黄花菜中的秋水仙碱本身无毒，但经过胃肠道吸收后，在体内氧化为毒性很大的二秋水仙碱，刺激消化道及呼吸系统。进食后0.5-4小时发病，轻者上腹不适、恶心、呕吐，重者腹痛、腹胀及腹泻，个别有发热、发冷、口渴、耳鸣、麻木等现象。

菜豆角中的皂甙具有溶血毒性，对消化道有刺激性，引起胃肠黏膜水肿、充血和出血。菜豆角中的植物血凝素为有毒蛋白，具有凝血作用。潜伏期为 0.5-5 小时，主要以消化道症状为主，发病初期多感胃部不适、恶心、呕吐、腹痛、腹泻水样便，少数有头晕、头痛、心悸、寒战、乏力及四肢麻木等。一般病程短，恢复快，预后良好。

苦瓠（葫芦瓜、蒲瓜）中含有耐热的糖甙毒素，即使少数煮透后仍有毒性，漂洗、加盐也不能去除此种毒素，故食后引起中毒。潜伏期为 10 分钟至 2 小时，轻者出现口干、头昏、乏力、头痛、恶心、胃部不适；重者进食后 3-4 小时后出现腹痛、心慌、剧烈腹泻，每天可达 10-20 次，为黄稀水便，极易脱水而引起酸中毒。

治疗：（1）清除毒物：早期催吐及洗胃，用 1:2000 或 1:5000 高锰酸钾液、3%-5% 鞣酸溶液、浓茶等洗胃；用硫酸镁 30 克或蓖麻油 30-60 毫升导泄；（2）纠正水、电解质平衡紊乱；（3）利尿排毒；（4）保护肝肾功能。

预防措施：不吃不熟悉的野菜、腐败变质的蔬菜，对部分含有毒成为的瓜果、菜要认真清洗和制作，烹饪过程要烧熟煮透。

5. 动物所致食源性疾病（动物性食物中毒）救治

部分动物如河豚（河豚毒素）、鱼胆、动物甲状腺、织纹螺（河豚毒素）、有毒贝类（石房蛤毒素、贝类毒素）等都可引起中毒。

河豚毒素引起中毒早期表现为手指和脚趾刺痛或麻痛，口唇、舌尖以及肢端感觉麻木，继而全身麻木，严重时出现运动神经麻痹，四肢瘫痪，共济失调，言语不清、失声、呼吸困难、循环衰竭、呼吸麻痹；还可有恶心、呕吐、腹痛、腹泻、血压下降、心律失常等。

鱼胆的主要成分是胆盐、氰化物及组胺。潜伏期为 2-6 小时，轻度中毒表现为恶心、呕吐、腹痛、腹泻等，可伴有头昏、乏力、出汗等神经中毒症状，一般无脏器损害；重度中毒为中毒发生后 2-3 天，有黄疸、肝区疼痛、肝大、腹胀、肝功能异常等，甚至出现肝昏迷，可出现少尿或无尿、水肿、血压升高、血尿素氮与肌酐升高，发生急性肾功能衰竭。少数患者出现中毒性脑病，可发生急性溶血、出血和中毒性心肌病。

动物甲状腺在烹调温度 70℃以下时很难被完全破坏，大量外来的甲状腺素扰乱了人体正常的内分泌活动，表现为类似甲状腺功能亢进的一系列征象，头晕、头痛为最常见，还有心悸、气短、烦躁、乏力、四肢酸痛、抽搐、食欲亢进或减退、恶心、呕吐、失眠、多汗、发热、视物模糊、腹痛、腹泻或便秘等，脱发也较常见，中毒后 10 余日可发生。也有患者 2 周后手足掌侧脱皮，个别患者出现全身性脱皮。

有毒贝类（石房蛤毒素、贝类毒素）毒素主要储存在肝脏和胰腺。神经型中毒主要以神经麻痹为主，引起中毒的贝类有贻贝、蛤仔、扇贝、东风螺，含有石房蛤毒素，潜伏期为 0.5-3 小时，早期为唇、舌、手指麻木感，继而四肢末端和颈部麻痹、运动麻痹，伴有发音困难、流涎、头痛、恶心呕吐、口渴等，严重者因呼吸麻痹死亡。死亡常发生在 2-12 小时，死前神志清楚。如病情 24 小时后仍存活，预后良好。肝型中毒潜伏期为 24-48 小时，早期有上腹部不适、恶心呕吐、腹痛、乏力、低热等，在肩胛部、上臂、下肢等处有粟粒状大小红点或暗红色出血斑，牙龈、皮下也可出血。严重者可有呕血、黄疸、肝功能异常，可发生肝昏迷，预后不良。

“瘦肉精”的成分为盐酸克仑特罗，是治疗支气管哮喘的解痉药，属于 β 2- 受体激动剂。潜伏期为 0.5-2 小时，表现为烦躁、焦虑、耳鸣、眩晕、心悸、肌肉胀痛、面部和四肢肌肉震颤、恶心，

血压可升高。

治疗：（1）催吐、洗胃及导泄，以清除毒物；（2）补液加速排毒；（3）对症治疗，改善心、肺、肝、肾功能；（4）河豚中毒无特效解毒药，L- 半胱氨酸可改变河豚毒素分子结构而有解毒作用；大剂量莨菪类药可拮抗毒素对心脏的毒作用，并提高机体对毒素的耐受性；动物甲状腺中毒可使用抗甲状腺药治疗，控制甲状腺功能亢进危象发生；蚯蚓中异体蛋白毒素有溶血作用，可抑制中枢神经，采用止血、抗休克及呼吸兴奋剂进行治疗。

预防措施：剔除动物肉中甲状腺、淋巴结等有毒有害成分，禁食有毒鱼卵及内脏，避免食用有毒贝类产品，烹饪过程要烧熟煮透。

6. 寄生虫性食源性疾病救治

食用未熟的牛羊猪肉、水产品及植物等可引起寄生虫性疾病。(1) 原虫类：溶组织内阿米巴（吃被污染食物及水）、弓形虫（吃生肉类或奶类）、蓝氏贾第鞭毛虫病（吃被污染食物及水）；(2) 绦虫：牛带绦虫（吃未熟牛肉）、猪带绦虫（吃未熟猪肉）、细粒棘球绦虫（又称包虫病，吃被污染食物及水）；(3) 吸虫：华支睾吸虫（吃生鱼生虾）、并殖吸虫（吃生蟹、蝲蛄）、姜片虫（吃生菱角及荸荠）；(4) 旋毛虫（吃未熟猪肉及狗肉）、广州管园线虫病（吃未熟的福寿螺）、蛔虫、鞭虫、蛲虫。

主要症状体征：以腹痛、腹泻、乏力为主。

广州管园线虫幼虫寄生于体内引起一种嗜酸粒细胞增多性脑膜炎症状为主要临床表现的，以剧烈头痛等突出表现，可有神经根痛、痛觉过敏等症状，伴有发热、恶心呕吐等。

细粒棘球绦虫包虫病病人早期可无任何临床症状，多在体检中发现，主要的临床表现为棘球蚴囊占位所致压迫、刺激、或破裂引起的一系列症状，囊型包虫病可发生在全身多个脏器，以肝、肺多见。泡型包虫病原发病灶几乎都位于肝脏，就诊患者多属晚期。

旋毛虫以发热、眼睑或面部最为多见的水肿、肌肉疼痛、皮疹、眼结膜下出血、指或趾甲下线或半月形出血、腹痛、腹泻、乏力等；重度感染者可出现心肌炎、心包积液、脑炎及支气管肺炎等并发症。

治疗：（1）对症治疗；（2）服用驱虫药清除肠道寄生虫（溶组织内阿米巴病用甲硝哒唑，弓形虫用磺胺类药物及乙胺嘧啶，蓝氏贾第鞭毛虫病用甲硝硫酰咪唑及痢特灵，绦虫病用吡喹酮，旋毛虫病用噻苯咪唑或甲苯咪唑）；（3）外科手术清除脑部或其他部位的幼虫或囊尾幼。

预防措施：禁止生吃未熟的牛羊猪肉、水产品及植物等，做好个人卫生，患病高发地区应定期对儿童及成人服用驱虫药驱虫。

7. 化学物质引起的食源性疾病（化学性食物中毒）

因误食部分化学物质如亚硝酸盐、灭鼠药（毒鼠强）、有机磷农药为主的农药等，引发急性中毒事件。

亚硝酸盐中毒发病急速，潜伏期一般为数十分钟或 1-3 小时，中毒的主要症状是由于组织缺氧引起的紫绀现象，如口唇、舌尖、指尖青紫，重者眼结膜、面部及全身皮肤青紫。头晕、头疼、乏力、心跳加速嗜睡或烦躁、呼吸困难、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、严重者心律不齐、昏迷、惊厥、大小便失禁，可因呼吸衰竭而死亡。

毒鼠强为致惊厥性神经毒杀鼠剂，人误食中毒后出现阵发性抽搐和惊厥及多器官损害；死亡原因主要是呼吸肌持续痉挛导致窒息。主要表现为昏迷、口吐白沫、呼之不应、瞳孔散大对光反射迟钝、全身阵挛性及强直性抽搐（类似癫痫大发作）、牙关紧闭、面色发绀，呕吐、大小便失禁。

有机磷农药中毒早期或轻症可出现头晕、头痛、恶心、呕吐、流涎、多汗、视物模糊、乏力等。病情较重者除上述症状外，并有瞳孔缩小，肌肉震颤，流泪，支气管分泌物增多，肺部有干、湿罗音和哮鸣音，腹痛、腹泻，意识恍惚，行路蹒跚，心动过缓，发热，寒战等。重症病例常有心动过速、房室传导阻滞、心房颤动等心律异常，血压升高或下降，发绀，呼吸困难，口、鼻冒沫甚至带有血液（肺水肿），惊厥，昏迷，大、小便失禁或尿潴留，四肢瘫痪、反射消失等，可因呼吸麻痹或伴循环衰竭而死亡。

治疗：（1）催吐、洗胃、导泄、灌肠，清除毒物；（2）迅速促排已吸收的毒物，如输液利尿、酸化利尿、碱化利尿、血液净化；（3）及早使用特效解毒剂、络合剂及拮抗剂；（4）采取对症治疗和支持治疗，维持循环和呼吸功能，防范靶器官损害，预防中毒性脑病、中毒性肺水肿、中毒性肾损害及肝损害。

预防措施：将各类农药、杀虫剂、灭鼠药等有毒化学品保管好，避免与粮食等农作物混放在一起，严禁儿童在盛放地点玩耍或触及，严防偷盗。

（三）如何预防食物中毒？

1. 养成良好的卫生习惯，饭前便后要洗手。

2. 选择新鲜和安全的食品。购买食品时，要注意查看其感官性状，是否有腐败变质。

3. 食品在食用前要彻底清洁。生吃瓜果要洗净。

4. 尽量不吃剩饭菜。如需食用，应彻底加热。

5. 吃霉变的粮食、甘蔗、花生米。

6. 警惕误食有毒有害物质引起中毒。

7. 不到没有卫生许可证的小摊贩处购买食物。

8. 饮用符合卫生要求的饮用水。不喝生水或不洁净的水。

9. 提倡体育锻炼，增强机体免疫力，抵御细菌的侵袭。

三、生活提示

（一）哪些水产品不宜吃？

1. 死鳝鱼、死甲鱼、死河蟹不能吃；2. 皮青肉红的淡水鱼不应吃；3. 反复冻化的水产品应少吃；4. 染色的水产品切勿吃；5. 用对人体有害的防腐剂保鲜的水产品不宜吃；6. 各种畸形的鱼不能吃。

（二）怎样煮豆浆？

豆浆一定要充分煮熟再喝。因为生豆浆中含有一种叫皂甙的物质，皂甙如果未熟透进入胃肠道，会刺激人体的胃肠黏膜，使人出现一些中毒反应，出现恶心、腹痛、呕吐、腹泻、厌食、乏力等。

当生豆浆加热到 80℃ -90℃的时候，会出现大量的白色泡沫，很多人误以为此时豆浆已经煮熟，但实际上这是一种“假沸”现象，此时的温度不能破坏豆浆中的皂甙物质。正确的煮豆浆方法应该是，在出现“假沸”现象后继续以小火维持煮沸 5 分钟左右，使泡沫完全消失。这样才能使其有害物质被彻底分解破坏。另外，生豆浆中含有丰富蛋白质、脂肪和糖类，是微生物生长的理想条件。所以，豆浆必须煮熟烧透，才能将微生物杀死。

（三）清洗水果、蔬菜上的农药残留方法有哪几种？

清水浸泡洗涤法：主要用于叶类蔬菜，如菠菜、生菜、小白菜等。一般先用清水冲洗掉表面污物，

剔除可见有污渍的部分，然后用清水盖过水果蔬菜部分 5 厘米左右，流动水浸泡应不少于 30 分钟。必要时可加入水果蔬菜洗剂之类的清洗剂，增加农药的溶出。如此清洗浸泡 2-3 次，基本上可清除绝大部分残留的农药成分。

碱水浸泡清洗法：大多数有机磷类杀虫剂在碱性环境下，可迅速分解。一般在 500 毫升清水中加入食用碱 5-10 克配制成碱水，将初步冲洗后的水果蔬菜置入碱水中，根据菜量多少配足碱水，浸泡 5-15 分钟后用清水冲洗水果蔬菜，重复洗涤 3 次左右效果更好。

加热烹饪法：常用于芹菜、圆白菜、青椒、豆角等。由于氨基甲酸酯类杀虫剂会随着温度升高而加快分解，一般将清洗后的水果蔬菜放置于沸水中 2-5 分钟后立即捞出，然后用清水洗 1-2 遍后，即可置于锅中烹饪成菜肴。

清洗去皮法：对于带皮的水果蔬菜，残留的农药的外表可以用锐器削去皮层，食用肉质部分，这样既可口又安全。

附录 6.2

食品安全宣传材料推荐网站

一、国家卫生和计划生育委员会

官方网址：www.nfhpc.gov.cn

二、国家食品安全风险评估中心的科普资料栏目：食源性疾病宣传手册、微生物宣传手册等

网址：http://www.cfsa.net.cn/Article/News_List.aspx?channelcode=57EFCE836CCFAF85D869CCC3024E60AD02B88B5815AD8B55&code=46E5576CB104AFAF90769CDC4304BD326474D3E4911E9712

三、国家食品药品监督管理局的食品科普知识栏目：食品相关知识

网址：http://www.sda.gov.cn/WS01/CL1759/

四、国家食品药品监督管理局的政策解读栏目：新修订《食品安全法》分类解读

网址： http://www.sda.gov.cn/WS01/CL1786/146501.html

五、各级卫生与计划生育委员会、各级级疾病预防控制机构、各级卫生计生综合监督执法机构门户网站科普宣传栏目。

附录 6.3

居民健康素养与食品安全基本知识技能问答

1. 在食品生产经营单位，谁是本单位食品安全的第一责任人，对食品安全负全面责任（ ）。

A. 加工工人　　B. 管理人员

C. 法定代表人、负责人或业主　　D. 销售员

2. 从事食品生产加工的人员必须无传染性疾病和影响食品质量安全的其他疾病，持有（ ）。

A. 健康证明　　B. 操作证

C. 上岗证　　D. 资格证

3. 在中国境内市场销售的进口食品，必须使用下列哪种文字标识（ ）。

A. 英文　B. 日文　C. 中文　D. 其他文字

4. 生产经营的食品中不得添加（ ），但是可以添加按照传统既是食品又是中草药材的物质。

A. 天然物质　B. 添加剂　C. 药品　D. 化学物质

5. 食品安全的五大要点有（ ）。

A. 保持清洁、生熟分开、做熟

B. 保持食物的安全温度

C. 使用安全的水和原材料

D. 以上都选

6. 食品安全标准是推荐执行的标准。

7. 对因标签、标志或者说明书不符合食品安全标准而被召回的食品，食品生产者在采取补救措施且能保证食品安全的情况下可以继续销售并明示补救措施。

8. 生产经营者财产不足以同时承担民事赔偿责任和缴纳罚款、罚金时，先承担民事赔偿责任。

9. 广告经营者、发布者设计、制作、发布虚假食品广告，使消费者的合法权益受到损害的，应当与食品生产经营者承担连带责任。

10. 进口的预包装食品、食品添加剂应不需要有中文标签和说明书。

答案：

1-C 2-A 3-C 4-C 5-D

6-× 7- √ 8- √ 9- √ 10-×

国家卫生计生委办公厅关于印发母子健康手册推广使用工作方案的通知

国卫办妇幼发〔2017〕3 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：

为全面贯彻落实“十三五”时期国民经济和社会发展规划纲要精神，加强生育全程基本医疗保健服务，推行妇幼健康便民惠民措施，我委将于 2017 年在全国范围内推广使用统一的母子健康手册。在前期试点和专家论证的基础上，我们组织制定了《母子健康手册推广使用工作方案》，现印发给你们，请结合本地实际做好推广使用工作。

国家卫生计生委妇幼司联系人：刘伟、曹彬

电话：010-62030861、62030631

中国疾病预防控制中心妇幼保健中心联系人：王燕

电话：010-62170922

电子邮箱：wangyan@chinawch.org.cn

国家卫生计生委办公厅

2017 年 1 月 22 日

母子健康手册推广使用工作方案

为贯彻落实“十三五”时期国民经济和社会发展规划纲要精神，配合全面两孩政策顺利实施，进一步做好生育全程基本医疗保健服务工作，国家卫生计生委决定于 2017 年在全国范围内推广使用统一的母子健康手册，现提出以下工作方案。

一、重要意义

母子健康手册承载了政府提供的妇幼健康服务内容，记录了母子接受医疗保健服务的过程，记载了孕产妇的亲身经历感受和孩子的成长历程。在全国推广和使用统一的母子健康手册，有机整合孕前保健、孕期保健、住院分娩、儿童保健、儿童预防接种、计划生育服务内容，有利于为妇女儿童提供系统、规范的生育全程基本医疗保健服务，保障广大妇女儿童健康。这是落实全国卫生与健康大会精神和《中共中央 国务院关于实施全面两孩政策改革完善计划生育服务管理的决定》的具体体现，是统筹做好妇幼健康服务工作、推动全面两孩政策顺利实施、推行便民惠民措施的重要举措，在新时期具有重要的现实意义。

二、工作原则

（一）部门联动，多方协作。各地卫生计生行政部门要将推广使用全国统一的母子健康手册作为提供便民惠民措施、增强群众获得感的重要举措，加强与财政、人力资源社会保障、教育、民政、妇联、宣传等多部门的沟通协作，为母子健康手册的全面推广使用提供必要的政策支持和财政保障，营造良好的社会舆论氛围。

（二）总体规划，分步实施。各省（区、市）要将母子健康手册推广使用工作纳入当地经济和社会发展“十三五”规划及卫生计生事业“十三五”

规划，明确实施步骤和时间表，积极有序推进。可在工作基础好的地区先行推广使用，逐步扩展至全省（区、市）。

（三）因地制宜，分类指导。鼓励各地根据当地实际和工作基础设计推广使用方案，建立符合实际的母子健康手册发放和使用模式。在手册框架内容基本统一的基础上，可突出地方特色，做好分类指导。

三、工作内容

（一）手册发放。针对计划怀孕妇女，在办理生育登记服务的乡镇（街道）计划生育办公室、提供孕前优生健康检查的服务机构或其他相关机构进行发放。针对孕妇，在基层医疗卫生机构、助产机构和其他相关机构进行发放。在进行儿童保健时，询问手册领取情况，对于未领取手册的儿童，在基层医疗卫生机构或其他相关机构进行补发。

（二）手册使用。母子健康手册以计划怀孕妇女、孕妇、儿童家长自我监测和自我记录为主，医务人员健康检查记录为辅。工作人员在发放手册时应当讲解手册的内容、作用、意义和使用方法，将手册交由计划怀孕妇女、孕妇、儿童家长保存，并要求其在孕前优生健康检查、每次产前检查、儿童健康检查时携带。医务人员在体检时应当按要求将重要检查结果及主要指导意见记录在手册中，并详细查看手册中的自我记录内容，全面了解计划怀孕妇女、孕妇、儿童相关情况，遇有记录不全的情况，应当及时给予指导。

（三）手册内容及印制。母子健康手册包含国家惠民利民卫生计生政策、免费提供的妇幼健康服务内容、重要的医学检查记录、健康教育知识、孕产妇的经历感受及孩子的成长记录五部分内容，分为孕前篇、孕产期篇、儿童篇和预防接种篇，主要服务于计划怀孕妇女、孕妇和 0-6 岁儿童。国家卫生计生委制定母子健康手册统一模板，各地可在此基础上结合本地实际酌情增减内容。手册印制经费由各地统筹解决。

（四）手册信息化建设。各地要将母子健康手册相关内容纳入到妇幼健康信息管理工作中，积极推进手册信息化建设。一方面，通过信息化手段，掌握母子健康手册发放、使用及妇女儿童健康相关数据，推动妇幼健康全程服务信息化建设，不断完善妇女儿童健康大数据。另一方面，探索开发母子健康手册相关 APP、微信公众号等客户服务端，并实现与妇幼健康信息平台互联互通，利用信息化手段提供便民惠民的母子健康服务。

（五）手册信息报送。推广使用期间，各地要做好相关信息的记录、收集和报送工作，填写母子健康手册季报表（见附件），每个季度前两周将上季度信息报送至中国疾病预防控制中心妇幼保健中心。

四、实施步骤

（一）准备阶段（2017 年 1-2 月）。国家卫生计生委印发《母子健康手册推广使用工作方案》。各省（区、市）做好经费预算等相关准备工作，研究制订实施方案，于 2017 年 2 月 20 日前将实施方案报我委妇幼司备案。

（二）启动阶段（2017 年 3 月）。2017 年 3 月 1 日起，各省（区、市）启动推广使用工作，印制手册、开展人员培训和社会宣传、优化使用和管理流程。

（三）实施阶段（2017 年 4-12 月）。各省（区、市）按照实施方案，开展母子健康手册推广使用工作。国家卫生计生委适时进行调研督导和阶段性评估。

五、工作要求

（一）建立工作机制。国家卫生计生委负责推广工作总体部署和组织实施，组织专家不定期开展督导调研。省级卫生计生行政部门负责制订本地实施方案，为基层提供技术和政策支持。地市和县两级卫生计生行政部门负责本地区工作的

具体实施，包括手册发放使用、人员培训、宣传动员、总结交流等。各级各类相关医疗机构及乡镇（街道）计划生育办公室等要严格按照本地实施方案统筹做好手册的发放、使用和信息收集报送工作。

（二）加大培训和宣传力度。积极开展针对手册发放、使用专业人员的培训，明确手册的作用、发放和使用方式，提高对手册的重视程度及对群众的咨询指导能力。充分利用宣传栏、报纸、广播、新媒体等方式进行宣传和动员，提高群众对手册的认知程度和依从性，营造良好社会氛围。

（三）做好与相关工作的衔接。母子健康手册的发放要与国家基本公共卫生服务项目中的孕产妇健康管理、儿童健康管理和预防接种服务，计划生育服务管理中生育登记等工作和信息有机衔接，要与家庭医生签约服务有机结合。基层医疗卫生机构医务人员应当将其提供的相应服务及时记录到电子信息系统和手册，手册中医务人员检查记录可作为国家基本公共卫生服务项目考核数据来源和依据。

（四）建立考核评估机制。我委将适时对各地开展督导调研，对母子健康手册推广使用情况进行考核评估。各地要将母子健康手册考核工作与基本公共卫生服务考核、妇幼重大公共卫生服务考核相结合，定期或者不定期通报考核结果。

附件：母子健康手册推广工作季报表

附件

母子健康手册推广工作季报表

（___季度）

_____省（自治区、直辖市）　　填表时间：_____年___月___日

地（市、旗）	针对计划怀孕妇女发放手册及发放机构				计划怀孕妇女使用手册		针对孕妇发放手册及发放机构				孕妇使用手册		针对儿童发放手册及发放机构			儿童使用手册	
	发放总数	乡镇（街道）计生办发放数	孕前优生健康检查服务机构发放数	其他机构	使用数	使用率	发放总数	基层医疗卫生机构发放数	助产机构发放数	其他机构	使用数	使用率	发放总数	基层医疗卫生机构发放数	其他机构	使用数	使用率
总 计																	

上报的其他内容：1. 该阶段开展的项目活动？　　2. 该阶段的工作特色和经验？

3. 该阶段出现的典型事例？　　4. 该阶段遇到的困难及解决办法？

2017 年 1 月全国法定传染病疫情概况

2017 年 1 月（2017 年 1 月 1 日 0 时至 1 月 31 日 24 时），全国（不含港澳台，下同）共报告法定传染病 482019 例，死亡 1121 人。其中，甲类传染病鼠疫、霍乱无发病、死亡报告。乙类传染病中传染性非典型肺炎、白喉、脊髓灰质炎和人感染高致病性禽流感无发病、死亡报告，其余 22 种传染病共报告发病 246739 例，死亡 1108 人。报告发病数居前 5 位的病种依次为病毒性肝炎、肺结核、梅毒、淋病以及细菌性和阿米巴性痢疾，占乙类传染病报告病例总数的 95%。

同期，丙类传染病中丝虫病无发病、死亡报告，其余 10 种传染病共报告发病 235280 例，死亡 13 人。报告发病数居前 3 位的病种依次为其他感染性腹泻病、手足口病和流行性感冒，占丙类传染病报告病例总数的 92%。

附件

2017 年 1 月全国法定传染病发病、死亡统计表

病名	发病数	死亡数 **
甲乙丙类总计	**482019**	**1121**
甲乙类传染病合计	**246739**	**1108**
鼠疫	0	0
霍乱	0	0
传染性非典型肺炎	0	0
艾滋病	2503	783
病毒性肝炎 *	108211	35
甲型肝炎	1438	0
乙型肝炎	86657	23
丙型肝炎	16236	10
丁型肝炎	30	0
戊型肝炎	2150	2
肝炎未分型	1700	0
脊髓灰质炎	0	0
人感染高致病性禽流感	0	0
麻疹	611	1
流行性出血热	785	3
狂犬病	44	51
流行性乙型脑炎	9	1
登革热	34	0
炭疽	14	0
细菌性和阿米巴性痢疾	5130	0
肺结核	80911	149
伤寒和副伤寒	651	0
流行性脑脊髓膜炎	12	0

病名	发病数	死亡数 **
百日咳	413	0
白喉	0	0
新生儿破伤风	20	0
猩红热	4633	0
布鲁氏菌病	1874	0
淋病	9351	0
梅毒	31010	5
钩端螺旋体病	17	0
血吸虫病	39	0
疟疾	275	1
人感染 H7N9 禽流感	192	79
丙类传染病合计	**235280**	**13**
流行性感冒	30109	6
流行性腮腺炎	14865	0
风疹	179	0
急性出血性结膜炎	1897	0
麻风病	50	0
斑疹伤寒	41	0
黑热病	14	0
包虫病	804	0
丝虫病	0	0
其它感染性腹泻病	109909	2
手足口病	77412	5

注：发病数与死亡数按照终审日期进行统计；

* 病毒性肝炎的发病数、死亡数为甲型肝炎、乙型肝炎、丙型肝炎、丁型肝炎、戊型肝炎、未分型肝炎报告发病数、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。