主　　管:中华人民共和国卫生部
主　　办:卫生部办公厅
承　　办:卫生部新闻宣传中心
出　　版:《中华人民共和国卫生部公报》编辑部

编　　辑:《中华人民共和国卫生部公报》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
电子信箱:wsbgb_new@sina.com
电　　话:010-64262681

印　　刷:人民卫生出版社
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

中华人民共和国卫生部公报
ZHONGHUA RENMIN GONGHEGUO WEISHENGBU GONGBAO

2012 第 10 期(总号:111)

目　录

中华人民共和国卫生部令(第 87 号) …… (1)
卫生部关于“十二五”期间推进临床路径管理工作的指导意见(卫医政发〔2012〕65 号) …… (28)
卫生部关于食品安全综合协调与卫生监督局更名和职责调整的通知(卫人发〔2012〕68 号) …… (30)
卫生部办公厅关于印发布鲁氏菌病诊疗指南(试行)的通知(卫办医政发〔2012〕117 号) …… (30)
卫生部办公厅关于个别基层医疗卫生机构基本药物违规加价情况的通报(卫办政法发〔2012〕119 号) …… (31)
卫生部办公厅关于 2012 年第三季度全国食物中毒事件情况的通报(卫办应急发〔2012〕120 号) …… (32)
卫生部办公厅关于印发卫生监督信息化建设指导意见(2012 版)的通知(卫办监督发〔2012〕121 号) …… (34)
卫生部办公厅关于开展卫生部康复医疗服务示范医院(三级综合医院)创建工作的通知(卫办医政发〔2012〕123 号) …… (38)
卫生部办公厅关于开展“视觉第一　中国行动”项目三期工作的通知(卫办医政发〔2012〕126 号) …… (40)
卫生部办公厅关于 2012 年各地加强医药费用控制有关情况的通报(卫办医管发〔2012〕127 号) …… (45)
卫生部办公厅关于印发《基孔肯雅热预防控制技术指南(2012 年版)》的通知(卫办疾控发〔2012〕128 号) …… (47)
卫生部办公厅关于印发食管癌手术治疗等 3 个临床路径的通知(卫办医政发〔2012〕129 号) …… (48)
卫生部办公厅关于印发原发性肺癌手术等 3 个临床路径的通知(卫办医政发〔2012〕130 号) …… (59)
卫生部发布 2012 年 10 月全国法定传染病疫情 …… (70)

GAZETTE OF THE MINISTRY OF HEALTH OF PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA

2012 Issue No. 10 (Serial No. 111)

CONTENTS

Decree No. 87 of the Ministry of Health ····· (1)

Guidance of the Ministry of Health on Strengthening the Management of Clinical Path During the 12th Five-Year Plan ····· (28)

Circular of the Ministry of Health on the Renaming and Responsibilities Adjusting of Food Safety Coordination and Health Supervision Bureau ····· (30)

Circular of the General Office of the Ministry of Health on Printing and Issuing The Guideline for Brucellosis Treatment (Trial) ····· (30)

Aviso of the General Office of the Ministry of Health on a Few Elementary Health Care Institutions Illegally Raising the Price of Basic Medicine ····· (31)

The Report of National Food Poisoning Incidents in the 3rd Quarter of 2012 ····· (32)

Circular of the General Office of the Ministry of Health on Printing and Issuing Guidance for Health Supervision Informatization (2012 Edition) ····· (34)

Circular of the General Office of the Ministry of Health on Establishing the Rehabilitation Medical Services Model Hospitals (Level Ⅲ Comprehensive Hospitals) of the Ministry of Health ····· (38)

Circular of the General Office of the Ministry of Health on Carrying Out the Project "Sight First China Action" Phase Ⅲ ····· (40)

Aviso of the General Office of the Ministry of Health on Strengthening the Control of Medical Cost All Over the Country in 2012 ····· (45)

Circular of the General Office of the Ministry of Health on Printing and Issuing Technical Specification of Chikungunya Fever Prevention and Control (2012 Edition) ····· (47)

Circular of the General Office of the Ministry of Health on Printing and Issuing Three Clinical Pathway for Surgical Treatment of Esophageal Cancer ····· (48)

Circular of the General Office of the Ministry of Health on Printing and Issuing Three Clinical Pathway for Primary Lung Cancer Surgery ····· (59)

The Epidemic Situation of Statutory Reporting Infectious Diseases of October, 2012 ····· (70)

中华人民共和国卫生部令

第 87 号

《卫生行政执法文书规范》已于 2012 年 6 月 7 日经卫生部部务会讨论通过，现予公布，自 2012 年 12 月 1 日起施行。

部长　陈竺

2012 年 9 月 6 日

卫生行政执法文书规范

第一章　总　则

第一条　为规范卫生行政执法行为，保障公民、法人和其他组织的合法权益，根据《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国行政强制法》和有关法律法规，制定本规范。

第二条　本规范规定的文书适用于监督检查、监督抽检、行政强制、行政处罚等卫生行政执法活动。

第三条　规范确定的各类文书应当按照规定的要求使用。

除本规范规定的文书样式外，省级卫生行政机关可以根据工作需要增加相应文书，并报卫生部备案。

第四条　制作的文书应当完整、准确、规范，符合相应的要求。

文书中卫生行政机关的名称应当填写机关全称。

文书本身设定文号的，应当在文书标注的“文号”位置编写相应的文号，编号方法为：“地区简称＋卫＋执法类别＋执法性质＋〔年份〕＋序号”。文书本身设定编号的，应当在文书标注的“编号：”后印制编号，编号方法为：“年份＋序号”。

第二章　制作要求

第五条　现场使用的文书应当按照规定的格式印制后填写。两联以上的文书应当使用无碳复写纸印制。

应当用黑色或者蓝黑色的水笔或者签字笔填写，保证字迹清楚、文字规范、文面清洁。

因书写错误需要对文书进行修改的，应当用杠线划去修改处，在其上方或者接下处写上正确内容。对外使用的文书作出修改的，应当在改动处加盖校对章，或者由对方当事人签名或者盖章。

文书也可以按照规范的格式打印。执法过程中需要利用手持移动执法设备现场打印文书的，在文书格式和内容不变的情况下，文书规格大小可以适当调整。

第六条　预先设定的文书栏目，应当逐项填写。摘要填写的，应当简明、完整、准确。签名和注明日期必须清楚无误。

第七条　调查询问所作的记录应当具体详

细，涉及案件关键事实和重要线索的，应当尽量记录原话。不得使用推测性词句，以免发生词句歧义。

对方位、状态及程度的描述记录，应当依次有序、准确清楚。

第八条 当场制作的现场笔录、询问笔录、陈述和申辩笔录、听证笔录等文书，应当在记录完成后注明“以下空白”，当场交由有关当事人审阅或者向当事人宣读，并由当事人签字确认。当事人认为记录有遗漏或者有差错的，应当提出补充和修改，在改动处签字或者用指纹、印鉴覆盖。

当事人认为笔录所记录的内容真实无误的，应当在笔录上注明“以上笔录属实”并签名。当事人拒不签名的，应当注明情况。采取行政强制措施时，当事人不到场的，应当邀请见证人到场在现场笔录上签名或者盖章。

第九条 各类文书中有关共性栏目的填写方法：

文书本身设有“当事人”项目的，按照以下要求填写：是法人或者其他组织的，应当填写单位的全称、地址、联系电话，法定代表人（负责人）的姓名、性别、民族、职务等内容；是个人的，应当填写姓名、性别、身份证号、民族、住址、联系电话等内容。“案件来源”按照《卫生行政处罚程序》的规定要求填写。

文书首页不够记录时，可以续页记录，但首页及续页均应当有当事人签名并注明日期。

案由统一写法为当事人名称（姓名）＋具体违法行为＋案。如有多个违法行为，以主要的违法行为作为案由。文书本身设有“当事人”项目的，在填写案由时可以省略有关当事人的内容。

第十条 对外使用的文书本身设定签收栏的，在直接送达的情况下，应当由当事人直接签收。没有设定的，一般应当使用送达回执。

第十一条 产品样品采样记录，是采集用于鉴定检验的健康相关产品及其他产品的书面记录。

采样记录应当写明被采样人、采样地址、采样方法、采样时间、采样目的等内容。

样品基本情况应当写明样品名称、样品规格、样品数量、样品包装状况或者储存条件、样品的生产日期及批号、样品标注的生产或者进口代理单位、采集样品的具体地点。

第十二条 非产品样品采样记录，是从有关场所采集鉴定检验用样品的书面记录。

非产品样品采样记录应当写明被采样人、采样地点、采样方法、采样时间、采样目的、采样设备或者仪器名称、采集样品名称、编号及份数。

此外，还应当对被采集样品的物品或者场所的状况进行客观的描述。

第十三条 产品样品确认告知书，是实施卫生监督抽检的卫生行政机关为确认产品的真实生产或者进口代理单位，向标签标注的生产或者进口代理单位发出的文书。

告知书应当写明样品的基本情况，采样日期、被采样单位或者地址、样品标识的生产或者进口代理单位及地址、生产日期或者批号、标识、规格、样品名称等内容。还应当告知确认的方式、时间、地点、联系人、联系电话、联系地址和邮政编码等，并告知逾期未回复确认的，视为对样品真实性无异议。

第十四条 检验结果告知书，是卫生行政机关将抽检不合格样品的检验结果告知相应当事人的文书。

告知书应当写明被检验的产品或者其他物品的名称，检验结果不符合国家有关卫生标准规定的情况，并告知当事人依照规定是否有申请复核的权利及提出复核申请的期限等内容。

第十五条 卫生监督意见书，是卫生行政机关制作的对被监督单位或者个人具有指导性或者指令性作用的文书。

对存在违法事实，依法需要责令改正的，应当写明法律依据、改正期限及责令改正意见等内容。

第十六条 卫生行政执法事项审批表，是在

作出证据先行登记保存、行政强制、行政处罚等行政决定前，由卫生行政机关负责人对拟作出的行政决定意见进行审查，并签署审批意见的文书。也适用于因情况紧急需要当场实施行政强制措施，事后补办批准手续的情形。

审批表应当写明当事人、案由、申请审批事项、承办人处理意见、审核意见及部门负责人审批意见等。

申请行政处罚审批时，申请审批事项中应当写明主要违法事实、证据、处罚理由及依据。申请证据先行登记保存、行政强制审批时，申请审批事项中应当写明原因及依据。

第十七条 卫生行政控制决定书，是卫生行政机关发现当事人生产经营的产品或者场所已经或者可能对人体健康产生危害，需要对物品或者场所采取控制措施时发出的文书。

决定书应当写明当事人全称、控制的原因、控制的法律依据和作出处理决定的期限，对控制的物品或者场所应当写明物品或者场所的名称、控制地点、控制方式等内容。

第十八条 解除卫生行政控制决定书，是卫生行政机关确认被控制的物品或者场所不能或者不可能对人体健康构成危害时，决定对被控制的物品或者场所解除控制时发出的文书。

决定书应当写明当事人全称及控制文书作出的时间及文号。

第十九条 查封、扣押决定书，是卫生行政机关为制止违法行为、防止证据毁损、避免危害发生、控制危险扩大，依法对涉案的场所、设施或者财物采取查封、扣押措施时发出的文书。

决定书中应当写明当事人的姓名或者名称、地址，查封、扣押的理由、依据和期限，查封、扣押场所、设施或者财物的名称、数量等，并告知当事人申请行政复议或者提起行政诉讼的途径和期限。

对物品需要进行检测、检验、检疫或者技术鉴定的，应当告知当事人所需的时间，同时告知查封、扣押的期间不包括检测、检验、检疫或者技术鉴定的期间。

第二十条 查封、扣押处理决定书，是卫生行政机关在规定的期限内对被采取查封、扣押行政强制措施的场所、设施或者财物作出处理决定时发出的文书。

处理决定书应当写明当事人的姓名或者名称，查封扣押决定书作出的时间、文号及具体处理意见。

第二十一条 查封、扣押延期通知书，是因案情复杂，需要延长查封、扣押期限时发出的文书。

延期通知书应当写明当事人的姓名或者名称，查封扣押的期限，并说明理由。

第二十二条 物品清单，是作出查封、扣押、没收物品等行政决定时，附于查封、扣押决定书，行政处罚决定书等文书后，用于登记相关物品所使用的文书。

物品清单应当注明被附文书的名称及文号，并写明物品名称、数量、生产或进口代理单位、生产日期及批号等内容，由当事人、案件承办人签名。

第二十三条 公告，是指卫生行政机关为制止违法行为或者防止危害后果扩大，对当事人的违法行为依法采取执法行为并需要公众知晓或者配合时使用的文书。

公告应当写明违法当事人的姓名或者名称、地点、违法事实、违反的法律条款、处理依据及时间。公告的纸张规格大小可以根据实际需要确定。

第二十四条 封条，是为调查取证、保存证据或者防止危害进一步扩大等，对特定生产经营场所、物品等采取临时停止使用，以及禁止销售、转移、损毁、隐匿物品等措施时使用的文书。

封条上应当注明日期和期限，并加盖公章。封条的规格可以根据实际需要确定。

第二十五条 案件受理记录，是对检查发现、群众检举或者控告，上级卫生行政机关交办、下级

卫生行政机关报请、有关部门移送来的案件，按照规定的权限和程序办理案件受理手续，所作的文字记录。

案发单位或者个人的信息应当根据所获得的信息填写。

案情摘要应当写明主要违法事实，包括案发时间、案发地点、重要证据及造成的危害和影响等内容。

负责人意见，是负责人对案件的处理意见。

第二十六条 立案报告，是对受理的案件进行初步核实后，确认有违法事实，属于本机关管辖，并需给予行政处罚的，为了对案件展开调查，向主管卫生行政机关负责人或主管科（处、室）负责人提出的书面报告。

案情摘要应当按照性质和程度，由大到小、从重到轻加以排列，逐个罗列事实并加以简要说明。同时要指明当事人涉嫌违反的具体法律条款。

负责人审批意见，是负责人对查处案件的批示，如是否批准立案，对批准立案的应当确定承办人员。

第二十七条 案件移送书，是将不属于本单位或者本部门管辖的案件，移送有关单位或者部门处理的文书。

案件移送书应当写明移送案件的受理时间、案由、移送原因、移送的法律依据。

卫生行政机关应当将案件材料一并移送，并做好交接记录。

第二十八条 现场笔录，是在案件调查、现场监督检查或者采取行政强制措施过程中，对与案件有关的现场环境、场所、设施、物品、人员、生产经营过程等进行现场检查时作的记录。

检查时间指在现场检查的具体时间，起止时间应当写明：年、月、日、时、分至几时几分。

检查地点应当写明现场检查的具体方位和具体地点。

检查内容记录要将现场监督检查涉及案件事实的有关情况准确、客观地记录下来。

第二十九条 询问笔录，是为查明案件事实，收集证据，而向案件当事人、证人或者其他有关人员调查了解有关情况时作的记录。

被询问人的基本情况应当记录姓名、性别、年龄、住址（联系地址）、身份证号等。

询问时间应当写明起止时间。

询问地点应当写明具体地点。

询问内容应当记录被询问人提供的与案件有关的全部情况，包括案件发生的时间、地点、事实经过、因果关系、后果等。

第三十条 证据先行登记保存决定书，是要求当事人对需要保全的证据在登记造册后进行保管的文书。

决定书应当写明保存方式、保存期限、保存地点以及保存证据的有关内容。

第三十一条 证据先行登记保存处理决定书，是卫生行政机关在规定的期限内对被保存的证据作出处理决定的文书。

处理决定书应当写明当事人全称，保存决定书作出的时间、文号及具体处理决定。

第三十二条 案件调查终结报告，是案件调查终结后，承办人就案情事实、对所调查问题性质的认识、对当事人责任的分析、对当事人的处理意见等，以书面形式向领导或者有关部门所做的正式报告。

承办机构指负主要责任办理该案件的机构，如科（处、室）等。承办人，指负责办理该案件的卫生监督员。

案情及违法事实应当简明扼要，写明案件的经过和结果，违反的法律条款等。

相关证据应当列明已经查证属实的，与案件有关的所有证据。

争议要点，既应当写明当事人与承办人之间对案情事实的不同观点，也应当表明承办人之间对案件的不同意见。如无争议则写“无”。

处理建议，经过调查，据以立案的违法事实并不存在，应当写明建议终结调查并结案等内容。

需要给予行政处罚的，应当写明拟实施行政处罚的种类、幅度及法律依据等。

负责人意见，应当写明是否同意调查终结的意见，对需要合议的案件应当提出进行合议的具体意见。

第三十三条 合议记录，是对拟适用听证程序的行政处罚或其他重大行政处罚案件在调查终结后，组织有关人员对案件进行综合分析、审议时记录的文字材料。

合议记录应当写明案由、合议主持人、参加合议人员、合议时间、合议地点等内容。

合议记录应当包括：违法事实、相关证据、处罚依据、合议建议。对不同的合议意见，应当如实记录。

合议结束后，所有参加合议人员都应当在每页合议记录上签名并注明日期。

第三十四条 行政处罚事先告知书，是在作出行政处罚决定前，告知当事人将要作出的行政处罚决定的事实、理由、依据以及当事人依法应当享有的权利的文书。

事先告知书应当写明当事人的违法行为、违反的法律条款、将要作出的行政处罚决定的法律依据、行政处罚的种类和幅度，告知当事人享有的陈述和申辩的权利，适用听证的还应当告知当事人享有要求举行听证的权利及法定期限，并注明联系人、联系电话、地址等。

在当事人表明放弃陈述和申辩权或者放弃听证权时，应当请当事人在“当事人意见记录”处写明“放弃陈述和申辩权”或者“放弃听证权”等内容。

第三十五条 陈述和申辩笔录，是对当事人及陈述申辩人陈述事实、理由和申辩内容的记录。

当事人委托陈述申辩人的，应当写明受委托的陈述申辩人的姓名、性别、职务、现在工作单位等。受委托的陈述申辩人应当出具当事人的委托书。

应当写明陈述和申辩的地点和时间。

应当尽可能记录陈述申辩人原话，不能记录原话的，记录应当真实反映陈述申辩人原意。

第三十六条 陈述和申辩复核意见书，是对当事人提出的事实、理由和证据进行复核的记录。

复核意见书应当写明陈述申辩人的姓名、陈述和申辩的理由和证据，以及复核人和承办机构的意见。当事人收到催告书后所进行的陈述和申辩的复核，应当在复核意见书中写明卫生行政机关的意见。

第三十七条 行政处罚听证通知书，是经有权要求举行听证的当事人提出，卫生行政机关决定举行听证时向当事人发出的书面通知。

通知书应当写明举行听证的时间、地点、听证方式、听证组成人员、申请回避的权利、听证机关的联系方式等。

第三十八条 听证笔录，是对听证过程和内容的记录。

当事人委托代理人的，应当写明代理人的姓名、性别、职务、现在工作单位等。委托代理人应当出具当事人的委托书。

笔录应当写明案件承办人、听证员、听证主持人、书记员、听证方式、听证地点、听证时间、案由等内容。

记录应当写明案件承办人提出的事实、证据和行政处罚建议，当事人陈述、申辩等内容。

所有参加听证的人员都应当在每页笔录上签名并注明日期。

第三十九条 听证意见书，是听证结束后，就听证情况及听证人员对该案件的意见，以书面形式向负责人或者有关部门所做的正式报告。

对当事人和案件承办人的陈述应当抓住要点，归纳概括。听证人员意见是评议后对案件认定的违法事实是否清楚，证据是否确凿和适用法律是否正确、处罚裁量是否合理等提出的意见。

负责人意见是负责人对听证人员意见的具体批示。这里的负责人，可以是卫生行政机关的负责人，也可以是经授权的有关主管科（处、室）

负责人。

第四十条 行政处罚决定书，是对事实清楚、证据确凿的卫生违法案件，根据情节轻重依法作出行政处罚决定的文书。

被处罚人是单位的，填写单位全称，以及法定代表人（负责人）、卫生许可证件或者营业执照号码等内容；是个人的，填写姓名，并注明身份证号。同时，还应当写明被处罚人的地（住）址。

决定书应当写明查实的违法事实、相关证据、违反的法律条款、行政处罚依据、理由以及行政处罚决定的内容。决定书还应当将有关告知事项交代清楚，如罚款缴往单位和缴纳期限，复议和诉讼的途径、方法和期限等。

第四十一条 当场行政处罚决定书，是对案情简单、违法事实清楚、证据确凿的违法案件依法当场作出处罚决定的文书。

当场行政处罚决定书的填写与一般程序行政处罚决定书的要求基本相同。

第四十二条 送达回执，是将行政执法文书送交有关当事人后证明受送达人已收到的凭证。

送达回执用于直接送达、邮寄送达、留置送达等方式。

送达回执应当写明受送达人、送达机关、送达文件名称及文号、送达地点等内容。

在直接送达时当事人拒绝签收而采用留置送达方式的，应当在备注栏说明有关情况，并记录留置送达的过程。

第四十三条 催告书，是卫生行政机关作出申请强制执行决定前，事先催告当事人履行法定义务时发出的文书。

催告书应当写明履行法定义务的期限、方式，涉及金钱给付的，应当注明明确的金额和给付方式，并告知当事人依法享有陈述和申辩的权利。

第四十四条 强制执行申请书，是当事人在法定期限内不申请行政复议或者提起行政诉讼，又不履行行政决定的，经依法催告仍未履行，卫生行政机关申请人民法院强制执行时提交给人民法院的书面申请。

申请书中的“（）”内填写行政决定的名称、文号或者编号。申请书应当写明当事人基本情况及申请执行的内容，由卫生行政机关负责人签名，加盖卫生行政机关印章并注明日期。

第四十五条 结案报告，是对立案调查的案件，在行政处罚决定履行或者执行后，或者不作行政处罚的案件，报请负责人批准结案的文书。结案报告应当填写当事人、立案日期、案由等，给予行政处罚的应当写明行政处罚决定书文号、执行方式、执行日期、执行结果（如未执行或者未完全执行的需说明原因）等内容，不予行政处罚的应当写明理由。

第四十六条 续页，是接在各类卫生行政执法文书后面完成相关记录内容时所使用的文书。

使用续页应当写明所接执法文书的名称，有相关人员签字并注明页码、日期。

第四十七条 卫生行政执法建议书，是卫生行政机关为促进依法履职、规范执法，在日常监督检查和稽查过程中，结合执法办案，建议下级卫生行政机关及其卫生监督机构完善制度和工作机制，加强内部管理，改进工作、消除隐患，促进执法监管水平提高时发出的文书。

卫生行政执法建议书应当写明提出建议的起因，在日常监督检查和案件调查处理过程中发现的需要重视和解决的问题，对问题产生原因的分析，并依据法律法规及有关规定提出的具体建议、意见，以及其他需要说明的事项。

第三章 执法文书管理

第四十八条 各级卫生行政机关应当加强对卫生行政执法文书的管理，制定相应的管理制度，落实专人负责管理。

为提高工作效率，现场使用的执法文书可以提前加盖印章，并做好领用登记管理。

第四十九条 卫生行政执法案卷材料应当按

照一案一卷形式进行装订，每卷顺序按照有关材料形成的时间先后顺序排列。

第四章　附　则

第五十条　本规范由卫生部负责解释。

第五十一条　本规范自 2012 年 12 月 1 日起施行。2002 年 12 月 18 日卫生部发布的《卫生行政执法文书规范》同时废止。实施卫生行政许可，按照《卫生行政许可管理办法》及卫生行政许可文书样本执行。

附件：卫生行政执法文书目录

附件

卫生行政执法文书目录

1. 产品样品采样记录
2. 非产品样品采样记录
3. 产品样品确认告知书
4. 检验结果告知书
5. 卫生监督意见书
6. 卫生行政执法事项审批表
7. 卫生行政控制决定书
8. 解除卫生行政控制决定书
9. 查封、扣押决定书
10. 查封、扣押处理决定书
11. 查封、扣押延期通知书
12. 物品清单
13. 公告
14. 封条
15. 案件受理记录
16. 立案报告
17. 案件移送书
18. 现场笔录
19. 询问笔录
20. 证据先行登记保存决定书
21. 证据先行登记保存处理决定书
22. 案件调查终结报告
23. 合议记录
24. 行政处罚事先告知书
25. 陈述和申辩笔录
26. 陈述和申辩复核意见书
27. 行政处罚听证通知书
28. 听证笔录
29. 听证意见书
30. 行政处罚决定书
31. 当场行政处罚决定书
32. 送达回执
33. 催告书
34. 强制执行申请书
35. 结案报告
36. 续页
37. 卫生行政执法建议书

编号：

产品样品采样记录

被采样人：　　采样地址：　　采样方法：

采样时间_____年____月____日____时　　采样目的：

样品名称	规　格	数量	包装状况或储存条件	生产日期及批号	生产或进口代理单位	采样地点

被采样人签名：　　采样人签名_____　_____　　卫生行政机关名称并盖章

年　月　日　　年　月　日

备注：本记录一式三联，第一联留存执法案卷，第二联交被采样人，第三联随样品送检。

编号：

非产品样品采样记录

被采样人：

采样地点：

采样方法：

采样时间_____年____月____日____时

采样目的：

采样设备或仪器名称：

采集样品名称：

采集样品编号：

采集样品份数：

被采样物品或场所状况：

被采样人签名：　　采样人签名_____　_____　　卫生行政机关名称并盖章

年　月　日　　年　月　日

备注：本记录一式三联，第一联留存执法案卷，第二联交被采样人，第三联随样品送检。

产品样品确认告知书

文号：

_____：

本机关依法于_____年____月_____日在_____采集到标识为你单位生产(进口代理)的产品样品，产地为_____，_____年____月____日生产的批号为_____，规格为_____，标识为_____的_____样品。根据_____的规定，你单位可在收到本告知书_____日内将样品真实性的确认意见书面回复本机关或派员携带身份证明、单位授权证明到本机关对产品的真实性进行现场确认。

逾期未回复的，本机关将按照对样品真实性无异议处理。

对样品真实性有异议的，应在上述时限内提出并提供书面证明材料。

联系地址：

邮政编码：

联 系 人：

联系电话：

办公时间：

卫生行政机关名称并盖章

年　　月　　日

备注：本告知书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联送产品生产或进口代理单位。

检验结果告知书

文号：

_____：

本机关依法对你单位_____进行采样并委托有关单位进行了检验，检验结果不符合_____，详见检测报告(编号：_____)。

依据_____的规定，如对本检验结果有异议，可在收到检验报告之日起_____日内提出书面复核申请，并申明理由。

有下列情形之一的，不予复检：

一、产品微生物指标超标的；

二、留样超过保质期的；

三、留样在正常储存过程中可能发生改变影响检验结果的；

四、已进行过复检的；

五、逾期提出复检申请的；

六、样品的生产单位或进口代理商对其真实性提出异议，但不能提供有关证明文件的。

特此告知。

联系人：

联系电话：

当事人签收：　　卫生行政机关名称并盖章

年　　月　　日　　年　　月　　日

备注：本告知书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联送样品生产、代理或经营单位。

编号：

卫生监督意见书

当 事 人：

地　　址：

联系电话：

监督意见：

当事人签收：　　卫生行政机关名称并盖章

年　　月　　日　　年　　月　　日

备注：本意见书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

卫生行政执法事项审批表

当事人：_____

案　由：_____

申请审批事项：（请在以下项目□内选择打“√”）

□证据先行登记保存　□查封扣押措施　□查封扣押延期

□行政处罚听证告知　□行政处罚　□案件移送

□申请法院强制执行　□其他事项：_____

（申请行政处罚审批时，申请审批事项中应当写明主要违法事实、证据、处罚理由及依据。申请证据先行登记保存、查封扣押审批时，申请审批事项中应当写明原因及依据。）

处理意见：

承办人：_____ _____

年 月 日

审核意见：

审核人：_____

年 月 日

审批意见：

卫生行政机关负责人：_____

年 月 日

卫生行政控制决定书

文号：

_____：

鉴于_____

_____

原因，根据_____

_____

的规定，本机关决定对下列物品或场所进行控制：

控制物品或场所名称	控制地点	控制方式

本机关将于_____日内对被控制的物品或场所依法作出处理决定。此前，你单位不得销毁或使用被控制的物品或场所，并负有安全保障责任。如不服本控制决定，可依法申请行政复议或向人民法院起诉，但不影响本控制决定的执行。

当事人签收： 卫生行政机关名称并盖章

年 月 日 年 月 日

备注：本决定书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

解除卫生行政控制决定书

文号：

_____：

本机关于_____年____月____日作出的_____号《卫生行政控制决定书》，对你（单位）的有关物品或场所采取了相应的控制措施，经研究，现决定依法解除控制。

特此通知。

当事人签收：　　卫生行政机关名称并盖章

年　月　日　　年　月　日

备注：本决定书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

查封、扣押决定书

文号：

当事人：

地　址：

经查，你（单位）_____行为涉嫌违反_____的规定，根据_____的规定，本机关决定对你（单位）涉案物品予以扣押，详见物品清单；对你（单位）下列场所、设施予以查封：

本机关将于 30 日（不包括检测、检验、检疫或者技术鉴定期限）内对上述被查封扣押的场所、设施或财物作出处理决定。

如不服本决定，可在收到本决定书之日起 60 日内向_____或_____人民政府申请行政复议，也可在 3 个月内向_____人民法院起诉。

当事人签收：　　卫生行政机关名称并盖章

年　月　日　　年　月　日

备注：本决定书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

查封、扣押处理决定书

文号：

_____：

本机关于_____年____月____日对你（单位）作出的查封、扣押决定（文号：_____）所查封、扣押的场所、设施或财物，经审查，依据《中华人民共和国行政强制法》第二十一条、二十七条和二十八条规定，本机关决定对你（单位）作出如下处理决定：

当事人签收：　　卫生行政机关名称并盖章

年　月　日　　年　月　日

备注：本决定书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

查封、扣押延期通知书

文号：

当事人：

地　址：

本机关于_____年____月____日对你（单位）作出的查封、扣押决定（文号：_____），因_____，依据《中华人民共和国行政强制法》第二十五条规定，经批准延长查封、扣押期限_____日。

当事人签收：　　卫生行政机关名称并盖章

年　月　日　　年　月　日

备注：本决定书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

物品清单

（_____号_____文书附件）

物品名称	数量（单位）	规格、包装状况或储存条件	生产或进口代理单位	生产日期及批号	备注

以上物品品种、数量经核对无误。

当事人签收：　　承办人签字：

年　　月　　日　　年　　月　　日

备注：本通知书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

公　　告

文号：

本机关于_____年____月____日____时对_____进行检查，经查实_____。

上述活动违反了_____的规定，被认定为非法行为，现决定依法对该单位_____。

特此公告。

卫生行政机关名称并盖章

年　　月　　日

封条

封至　　年　　月　　日

卫生行政机关名称并盖章

年　　月　　日

案件受理记录

案件来源：

案发单位(人)：

受理时间：_____年____月____日

案情摘要：

经办人签名：

年　　月　　日

负责人意见：

负责人签名：

年　　月　　日

立 案 报 告

当事人：

案件来源：　　受理时间：

案情摘要：

经初步审查，当事人的行为违反了_____的规定，依法应当给予行政处罚，建议立案。

经办人签名：

年　　月　　日

负责人审批意见：

负责人签名：

年　　月　　日

案 件 移 送 书

文号：

_____：

本机关于_____年____月____日受理的_____案件，因为_____，根据_____的规定，应当由你单位处理。现将下列材料移送你单位，并请将查处结果函告本机关。

移送的材料目录：

卫生行政机关名称并盖章

年　　月　　日

备注：本移送书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交受移送单位。

编号：

现 场 笔 录

第_____页共_____页

当事人：

检查机关：

检查时间：_____年____月____日____时____分至____时____分

检查地点：

卫生监督员示证检查，执法证件号码：_____、_____。

检查记录：

当事人签收：　　卫生监督员签名_____　_____

年　月　日　　年　月　日

询 问 笔 录

第_____页共_____页

被询问人：　　性别：　　年龄：

住　　址：

证件名称：　　号码：

询问机关：

询问时间：_____年____月____日____时____分至____时____分

询问地点：

询问人员示证询问，执法证件号码：_____、_____。

现依法向你询问，请如实回答问题。

询问内容：

被询问人阅后签名：　　卫生监督员签名_____　_____

年　月　日　　年　月　日

证据先行登记保存决定书

文号：

_____：

根据《中华人民共和国行政处罚法》第三十七条第二款规定，本机关决定对你（单位）下列物品作为证据以_____方式，从_____年____月____日至_____年____月____日，在_____进行登记保存。

登记保存的物品清单如下：

物品名称	数量	规格、包装状况或储存条件	生产或进口代理单位	生产日期及批号

以上证据在保存的期限内应当妥为保管，未经本机关同意，不得销毁或转移。

当事人签收：　　卫生行政机关名称并盖章

年　　月　　日　　年　　月　　日

备注：本决定书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

证据先行登记保存处理决定书

文号：

_____：

根据《中华人民共和国行政处罚法》第三十七条第二款规定，对本机关_____年____月____日作出的_____号《证据先行登记保存决定书》载明的作为证据保存的物品，作出以下处理决定：

当事人签收：　　卫生行政机关名称并盖章

年　　月　　日　　年　　月　　日

备注：本决定书一式二联，第一联交当事人，第二联留存执法案卷。

案件调查终结报告

当 事 人：

案　　由：

承办机构：

案情及违法事实：

相关证据：

争议要点：

处理建议：

承办人：_____　_____

年　　月　　日

负责人意见：

负责人签名：_____

年　　月　　日

合 议 记 录

第_____页共_____页

案由：

合议主持人：

参加合议人员：

合议时间：_____年____月____日____时____分至____时____分

合议地点：

合议意见：（包括违法事实、相关证据、处罚依据及合议建议等内容）

合议记录：（记录合议的过程，对不同的合议意见应当如实记录）

合议人员签名：　　记录人员签名：

年　　月　　日　　年　　月　　日

行政处罚事先告知书

文号：

_____：

你(单位)_____的行为，违反了_____的规定，依据_____的规定，本机关拟对你(单位)作出_____的行政处罚。

根据《中华人民共和国行政处罚法》第三十一条和第三十二条规定，你(单位)享有对此进行陈述和申辩的权利。可在_____年____月____日前到_____进行陈述和申辩。

□根据《中华人民共和国行政处罚法》第四十二条第一款规定，你(单位)有要求举行听证的权利。如你(单位)要求听证，应当在收到本通知后 3 日内提出申请。逾期视为放弃听证。(在□内打“√”的为当事人享有该权利。)

联系电话：　　联 系 人：

地　　址：　　邮政编码：

当事人意见记录：

当事人签名：　　卫生行政机关名称并盖章

年　　月　　日　　年　　月　　日

备注：本告知书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

陈述和申辩笔录

第_____页共_____页

当事人：

案　由：

陈述申辩人：

承办机关：

承办人：

陈述和申辩地点：

陈述和申辩时间：_____年____月____日____时____分至____时____分

陈述和申辩内容：

陈述申辩人签名：　　卫生监督员签名_____　_____

年　　月　　日　　年　　月　　日

陈述和申辩复核意见书

第_____页共_____页

陈述申辩人：

陈述和申辩的理由和证据：

调查复核情况：

复核人意见：

复核人签名：　　年　　月　　日

承办机构意见：

承办机构负责人签名：　　年　　月　　日

卫生行政机关意见：

卫生行政机关负责人签名：　　年　　月　　日

行政处罚听证通知书

文号：

_____：

你(单位)提出的听证要求收悉。本机关决定组织听证，现将有关事项通知如下：

一、听证时间_____年____月____日____时____分

二、听证地点_____

三、听证方式：A、公开听证　　B、不公开听证(原因：_____)

四、听证主持人_____、听证员_____、书记员_____，如认为上述人员与案件有直接利害关系，可以申请回避。

五、请事先准备好有关证据，通知证人和代理人准时参加。

逾期视为放弃听证。

联 系 人：

联系电话：

当事人签收：　　卫生行政机关名称并盖章

年　　月　　日　　年　　月　　日

备注：本通知书一式二联，第一联卫生行政机关留存，第二联交当事人。

听 证 笔 录

第_____页共_____页

当事人：

委托代理人：

案件承办人：

听证主持人：

听证员：　　书记员：

听证方式：　A、公开听证　　B、不公开听证

听证地点：

听证时间：_____年____月____日____时____分至____时____分

案由：

记录：

参加听证人员签名：

年　　月　　日

听 证 意 见 书

本机关对_____案，拟作出_____的行政处罚，依照《中华人民共和国行政处罚法》第四十二条之规定，本机关于_____年____月____日进行了（公开/不公开）听证，当事人与案件承办人员分别就案件事实作了陈述，并进行了相互质证。

当事人陈述的内容和提供的证据主要为：

案件承办人员陈述的内容和提出的证据主要为：

听证人员在充分听取双方意见后，经过综合评议提出以下意见：

听证人员签名：

年　　月　　日

行政机关负责人意见：

负责人签名：

年　　月　　日

行政处罚决定书

文号：

被处罚人：　　地址：

本机关依法查明_____。

以上事实有_____为证。

你(单位)违反了_____的规定。现依据_____的规定，决定予以你(单位)_____的行政处罚。

罚款于收到本决定书之日起15日内缴至_____。

逾期不缴纳罚款的，依据《行政处罚法》第五十一条第(一)项规定，每日按罚款数额的3%加处罚款。

如不服本处罚决定，可在收到本处罚决定书之日起60日内向_____或_____人民政府申请行政复议，或者3个月内向_____人民法院起诉，但不得停止执行本处罚决定。逾期不申请行政复议也不向人民法院起诉，又不履行处罚决定的，本机关将依法申请人民法院强制执行。

卫生行政机关名称并盖章

年　　月　　日

备注：本决定书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

编号：

当场行政处罚决定书

_____：

本机关于_____年____月____日查明你(单位)有下列违法行为：_____。

上述行为已违反了_____之规定，现依据_____规定，决定予以你(单位)□警告；□罚款____元的行政处罚。同时责令(立即/____日内)改正违法行为。

罚款于收到本决定书之日起15日内缴至_____。

逾期不缴纳罚款的，依据《行政处罚法》第五十一条第(一)项规定，每日按罚款数额的3%加处罚款。

如不服本处罚决定，可在收到本处罚决定书之日起60日内向_____或_____人民政府申请行政复议，或者3个月内向_____人民法院起诉，但不得停止执行本处罚决定。逾期不申请行政复议也不向人民法院起诉，又不履行处罚决定的，本机关将依法申请人民法院强制执行。

卫生监督员签名_____ _____ 卫生行政机关名称并盖章

年 月 日

我于_____年____月____日 收到本决定书，卫生监督员在处罚前已向我（单位）告知了权利，并听取了我的陈述和申辩。

当事人签名：

年 月 日

备注：本决定书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

送 达 回 执

行政机关：（盖章）

受送达人（单位）：

送达文件名称： 文号：

文号：

送达方式：

送达地点：

送达人签名： 送达时间： 年 月 日

收件人签名： 收件时间： 年 月 日

留置送达：受送达人拒绝接受送达文件，代收人不愿意在送达文书上签名/盖章，送达人员将送达文书留置在_____。

见证人签名：_____

邮寄送达：送达文书已用挂号信发出，挂号信回证日期为_____年____月____日，回证号码为_____。

备注（或挂号信回证粘贴处）：

催 告 书

文号：

_____：

你(单位)尚未履行我机关于_____年_____月_____日对你(单位)作出的行政决定(《　　》文号/编号：_____)，收到本催告书之日起10日内，将罚没款_____元、加处罚款_____元缴至_____并履行下列义务_____。如不履行上述义务，本机关将依法申请法院强制执行。

如你(单位)对此有异议，根据《中华人民共和国行政强制法》的有关规定，可在收到本催告书之日起10日内到_____进行陈述和申辩。

当事人签收：　　卫生行政机关名称并盖章

年　月　日　　年　月　日

备注：本通知书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联交当事人。

强制执行申请书

文号：

_____人民法院：

关于_____一案的行政决定(《　　》文号/编号：_____)已于_____年____月____日送达，当事人逾期未履行该行政决定，也未申请行政复议或提起行政诉讼，经依法催告仍未履行。根据《中华人民共和国行政强制法》第五十三条之规定，特申请强制执行。当事人基本情况及申请执行的内容如下：

当事人_____

地址_____邮编_____

法定代表人_____性别____年龄____职务_____

申请执行内容：

附件：

申请单位地址：_____邮编：_____

联系人：_____、_____电话：_____

卫生行政机关负责人签名：

卫生行政机关名称并盖章

年　月　日

备注：本申请书一式二联，第一联留存执法案卷，第二联送交人民法院。

结 案 报 告

当事人：

案　由：

立案日期：_____年____月____日

一、作出行政处罚决定

处罚决定书文号：

(一)处罚内容：

(二)执行方式：

(三)执行日期：

(四)执行结果：(如未执行或未完全执行需说明原因)

二、不予行政处罚的理由

建议本案结案。

承办人签名：

年　　月　　日

负责人审批意见：

承办人签名：

年　　月　　日

_____续页

第_____页共_____页

签字：　　年　　月　　日

卫生行政执法建议书

文号：

卫生行政机关盖章

年　　月　　日

卫生部关于“十二五”期间推进临床路径管理工作的指导意见

卫医政发〔2012〕65 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

2009－2011 年，我部开展了临床路径管理试点工作，各地积极开展试点，临床路径管理工作取得良好成效。“十二五”期间，各地要继续按照我部有关要求，加大临床路径管理工作推进力度，取得明显成效。

一、基本原则

（一）不断总结，持续推进。各地要对临床路径管理试点工作开展 3 年以来的进展情况进行评估，不断总结经验，进一步完善临床路径管理工作制度、模式，完善质量评估和持续改进体系。

（二）规范行为，保障质量。各地要始终将保障医疗质量与安全放在首位，逐步完善疾病规范化诊疗体系，提高医疗服务效率，控制不合理医疗费用。

（三）因地制宜，精心组织。各省级卫生行政部门要制订“十二五”期间临床路径管理工作方案并组织实施。各医院要结合实际，在我部印发的临床路径基础上进行细化，认真组织实施。

（四）加强衔接，合力保障。落实国家基本药物制度，促进临床合理用药，引导适宜技术在临床使用；结合单病种质量管理与控制工作，进一步规范临床诊疗行为，控制医疗费用不合理增长；科学测算单病种诊疗费用，为按病种付费等支付方式改革提供依据。

二、重点工作内容

（一）进一步扩大临床路径管理覆盖面。

1. 扩大临床路径管理医院范围。到 2015 年末，辖区内所有三级医院、80％的二级医院应当开展临床路径管理工作。

2. 逐步增加临床路径管理专业和病种数。各医院要在现有临床路径管理工作基础上，力争将各专业常见疾病均纳入临床路径管理。到 2015 年末应当达到：

（1）三级综合医院不少于 15 个专业 60 个病种开展临床路径管理，至少包括心血管介入、神经血管介入、骨关节植入治疗和肿瘤性疾病等病种；

（2）三级专科医院不少于 10 个病种开展临床路径管理，应当包括各专科主要病种；

（3）二级综合医院不少于 10 个专业 40 个病种实施临床路径管理，至少包括心血管内科、神经内科、骨科、肿瘤科主要病种；

（4）二级专科医院不少于 8 个病种开展临床路径管理，应当包括各专科主要病种。

（二）不断提高临床路径管理病例入组率和完成率，动态监测变异率。各医院要加强对本院实施临床路径管理病种的质量管理与控制，建立动态管理机制。对于符合进入临床路径标准的病例，其入组率不得低于 50％，入组后完成率不得低于 70％。到 2015 年末，力争实施临床路径管理的病例数达到本院出院病例数的 50％。加强对变异病例的管理，实施小组要定期组织对变异原因进行分析、评估，针对变异发生较为集中的环节，分析变异原因，发现问题并加以改进，逐步完善临床路径管理持续改进体系，力争临床路径实施的变异率≤15％。

（三）细化完善各病种临床路径及分路径。各医院要在我部印发的相关病种临床路径基础上，依据《临床诊疗指南》、《临床技术操作规范》、《国家基本药物目录》和《国家处方集》等规范性文件，进一步细化各病种临床路径，优化诊疗流程，明确治疗药物，限定使用的耗材，确定入、出院标准。对于同一疾病诊疗方案差异较大的，可以根据疾病的特点，进一步制订并细化各诊疗方案的分路径。

（四）建立完善综合绩效考核机制。各医院要逐步建立以医疗质量、医疗安全、医疗服务量、医疗服务效率、费用控制和患者满意度等为主要内容的综合绩效评估机制，不断完善医院和科室绩效考核制度，科学引导医务人员主动开展临床路径管理工作。

（五）利用信息化手段加强临床路径管理工作。各医院要进一步加强以电子病历为核心的医院信息化建设工作，探索临床路径管理与医院现有信息系统相衔接。同时，加强临床路径管理数据收集、分析工作，及时向卫生部临床路径管理信息网络直报系统上传数据。各省级卫生行政部门要充分利用信息平台，全面掌握辖区内各医院临床路径管理工作开展情况并及时上报相关信息。

（六）控制不合理医疗费用，与付费制度改革相衔接。在实施临床路径管理的基础上，科学测算单病种诊疗费用，引导医院和医务人员合理利用医疗资源，通过规范诊疗行为、提高医疗服务效率控制不合理医疗费用，并为开展单病种付费、按疾病诊断相关组付费（DRGs）等付费方式改革奠定基础。

三、临床路径管理工作评价指标

各医院要逐步建立临床路径管理工作评价指标体系，完善综合评估机制。重点评价以下指标：

（一）医疗质量管理与控制指标。

1. 效率指标。临床路径管理病种平均住院日较前缩短或持平，如有延长需分析说明原因。

2. 医疗质量与医疗安全指标。

（1）临床路径管理病种死亡率、医院感染发生率、手术部位感染率、再住院率、非计划重返手术室发生率、常见并发症发生率较前下降或持平，如有升高需分析说明原因。

（2）临床路径管理病种治愈及好转率较前升高或持平，如有下降需分析说明原因。

3. 加强对抗菌药物合理使用的管理。预防性抗菌药物使用率较前下降或持平，如有升高需分析说明原因。

（二）卫生经济学指标。

1. 加强对单病种总费用的监控。临床路径管理病种单病种总费用较前下降或持平，如有升高需分析说明原因。

2. 加强对重点科室医疗费用的监控。对心血管介入、神经血管介入、肿瘤、骨科等重点科室医疗费用加强监控，尤其是对高值耗材的使用进行管理。临床路径管理病种的单病种总费用较前下降或持平，费用增长率较前下降，如有升高需分析说明原因。

各级卫生行政部门和医院要加强组织领导，将临床路径管理作为医院常规管理模式，制订具体工作目标和实施方案并组织实施，加强对医务人员的培训，定期对临床路径实施效果进行评估、分析，建立持续改进体系。

各省级卫生行政部门要定期对工作开展情况进行督导检查，不断总结经验，及时发现问题并改进，将有关工作情况报我部医政司。我部将适时组织对各地临床路径管理工作进行督导。

联 系 人：卫生部医政司　连鑫、胡瑞荣、焦雅辉
电　　话：010－68792413、68792840、68792097
传　　真：010－68792513
邮　　箱：mohyzsylc@163.com

2012 年 10 月 11 日

卫生部关于食品安全综合协调与卫生监督局更名和职责调整的通知

卫人发〔2012〕68 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局，部直属各单位，部机关各司局：

经中央机构编制委员会办公室批准，卫生部食品安全综合协调与卫生监督局更名为卫生部食品安全与卫生监督局。其主要职责是：依法承担食品安全相关工作，组织拟订食品安全标准，组织开展食品安全监测、风险评估和预警工作，拟订食品安全检验机构资质认定的条件和检验规范；指导规范卫生行政执法工作；按照职责分工，负责职业卫生、放射卫生、环境卫生和学校卫生的监督管理；负责公共场所、饮用水等的卫生监督管理；负责传染病防治监督；整顿和规范医疗服务市场，组织查处违法行为；督办重大医疗卫生违法案件。

卫生部食品安全与卫生监督局设 11 个处室：综合处、法律事务与稽查处、食品安全规范指导处、食品安全标准管理处、食品安全监测预警处、食品安全评估处、职业卫生监督管理处、放射卫生监督管理处、环境卫生监督管理处、传染病防治与学校卫生监督处、医疗执法监督处。

特此通知。

2012 年 10 月 25 日

卫生部办公厅关于印发布鲁氏菌病诊疗指南（试行）的通知

卫办医政发〔2012〕117 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

为科学、规范、有效地开展布鲁氏菌病（以下简称布病）诊疗工作，提高我国布病诊疗水平，减轻布病对人民群众的健康危害，我部组织制定了《布鲁氏菌病诊疗指南（试行）》（可从卫生部网站医政管理栏目下载）。现印发给你们，供临床诊疗中参照使用。

2012 年 10 月 8 日

卫生部办公厅关于个别基层医疗卫生机构基本药物违规加价情况的通报

卫办政法发〔2012〕119 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局、新疆生产建设兵团卫生局：

近期，媒体报道了湖北和陕西两省的部分地区乡镇卫生院存在基本药物违规加价销售情况，在社会上造成了一定负面影响，有关地方卫生行政部门迅速查处，并对相关单位和个人进行了严肃处理。现将有关情况通报如下：

一、事件处理情况

（一）湖北省。湖北省黄石市阳新县黄颡口镇卫生院在销售基本药物过程中，对部分药品存在小额加价情况，并擅自提高一般诊疗费收费标准。阳新县卫生局对此作出处理：没收违规所得，给予黄颡口镇卫生院院长党内警告处分和行政记过处分。

（二）陕西省。陕西省宝鸡市扶风县法门中心卫生院黄堆分院和高新区的渭镇卫生院蜀仓分院在销售基本药物过程中，存在违规加价销售的情况。宝鸡市药品“三统一”（统一采购、统一价格、统一配送）办公室对此情况作出处理：没收违规所得，给予黄堆卫生院院长和药剂科负责人撤职处分；给予蜀仓卫生院院长行政记大过处分，对药房负责人解除劳动合同。

二、下一步工作要求

上述两起事件反映出个别基层医疗卫生机构负责人对政策认识不到位，未严格落实基本药物制度，增加了患病群众的就医负担。为杜绝此类事件，督促各地卫生行政部门和基层医疗卫生机构汲取教训，引以为戒，现提出如下要求：

（一）提高认识，严格落实基本药物制度零差率销售。地方各级卫生行政部门要深刻理解、充分认识建立国家基本药物制度的重要意义，加强组织领导，认真履行职责，狠抓工作落实，确保基层医疗卫生机构严格落实基本药物零差率及相关政策，保障人民群众利益。

（二）全面核查，强化行业监管职能。地方各级卫生行政部门尤其是县区级卫生局要强化行业监管职能，把监管重点放在医改重要政策的落实上，实现常态化巡视监管，对于存在问题的基层医疗卫生机构及相关负责人，要依法依规作出严肃处理。

（三）完善收费管理，加强信息公开力度。基层医疗卫生机构要严格执行物价政策和收费标准，规范收费内容，严禁分解项目、提高收费标准等违规行为。主动公开基层卫生机构所有药物的进货价与销售价，提高收费透明度。建立投诉举报机制，主动接受社会公众和新闻媒体的监督。

2012 年 10 月 11 日

卫生部办公厅关于 2012 年第三季度全国食物中毒事件情况的通报

卫办应急发〔2012〕120 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局，中国疾病预防控制中心、卫生部卫生监督中心：

2012 年第三季度，我部通过突发公共卫生事件网络直报系统共收到全国食物中毒类突发公共卫生事件（以下简称食物中毒事件）报告 65 起，中毒 2382 人，其中死亡 50 人。与 2011 年同期相比，报告起数减少 11.0%，中毒人数减少 26.1%，死亡人数减少 18.0%。现将有关情况通报如下：

一、食物中毒事件报告情况

（一）按月报告情况。

月份	报告起数	中毒人数	死亡人数
7 月	21	741	24
8 月	22	935	13
9 月	22	706	13
合计	65	2382	50

第三季度，8 月份报告的中毒人数最多，占总中毒人数的 39.3%；7 月份报告的死亡人数最多，占总死亡人数 48.0%。

（二）按食物中毒原因分类情况。

中毒原因	报告起数	中毒人数	死亡人数
微生物性	25	1276	13
化学性	4	163	1
有毒动植物及毒蘑菇	28	299	35
不明原因或尚未查明原因	8	644	1
合计	65	2382	50

第三季度，微生物性食物中毒事件的中毒人数最多，占总中毒人数 53.6%；微生物性食物中毒事件和有毒动植物及毒蘑菇引起的食物中毒事件的报告起数和死亡人数占总报告起数和死亡人数的 81.5%和 96.0%。

与 2011 年同期相比，微生物性食物中毒事件的报告起数和中毒人数分别减少 28.6% 和 44.0%，死亡人数增加 8 人；化学性食物中毒事件的报告起数减少 3 起，中毒人数减少 26.6%，死亡人数减少 24 人；有毒动植物及毒蘑菇引起的食物中毒事件的报告起数增加 16.7%，中毒人数减少 36.0%，死亡人数增加 29.6%。

（三）按食物中毒场所分类情况。

中毒场所	报告起数	中毒人数	死亡人数
集体食堂	12	856	1
家庭	38	559	45
饮食服务单位	11	815	2
其他场所	4	152	2
合计	65	2382	50

第三季度，发生在家庭的食物中毒事件的报告起数和死亡人数最多，分别占总报告起数和死亡人数的 58.5%和 90.0%；发生在集体食堂的食物中毒事件中毒人数最多，占总中毒人数的 35.9%。

与 2011 年同期相比，发生在集体食堂的食物中毒事件的报告起数减少 20%，中毒人数增加 6.6%，死亡人数减少 2 人；发生在家庭的食物中

毒事件报告起数增加 11.8%，中毒人数减少 40.0%，死亡人数增加 21.6%；发生在饮食服务单位的食物中毒事件报告起数减少 15.4%，中毒人数增加 14.6%，死亡人数增加 2 人。

（四）学生食物中毒事件报告情况。

中毒原因	报告起数	中毒人数	死亡人数
微生物性	6	301	1
有毒动植物及毒蘑菇	1	31	0
不明原因或尚未查明原因	2	352	0
合计	9	684	1

第三季度报告的学生食物中毒事件均发生于学校集体食堂。与 2011 年同期相比，学生食物中毒的报告起数增加 2 起，中毒人数增加 68.9%，死亡人数增加 1 人。

其中，微生物性引起的学生食物中毒事件报告起数最多，占其总报告起数的 66.7%。

（五）剧毒鼠药中毒事件报告情况。

第三季度，全国无剧毒鼠药中毒事件报告。

二、中毒事件原因分析

（一）按食物中毒原因分析，第三季度，微生物性食物中毒事件的中毒人数最多，占总中毒人数的 53.6%，主要是由沙门氏菌、蜡样芽胞杆菌、副溶血性弧菌、肉毒毒素等引起的细菌性食物中毒。这与夏季气温高、湿度大，食物易受到微生物污染有关。有毒动植物及毒蘑菇引起的食物中毒是第三季度食物中毒事件造成人员死亡的主要原因，主要中毒因素为毒蘑菇、河豚毒素和未煮熟的四季豆等。

（二）按食物中毒场所分析，第三季度，发生在家庭的食物中毒事件报告起数和死亡人数最多。其中，有毒动植物及毒蘑菇引起的食物中毒事件最多，分别占家庭食物中毒事件报告起数和死亡人数的 63.2%和 73.3%；其次是微生物性食物中毒事件，分别占家庭食物中毒事件报告起数和死亡人数的 23.7%和 22.2%。第三季度集体食堂食物中毒事件主要发生在学校，占集体食堂食物中毒事件总报告起数和中毒人数的 75%和 79.9%。

三、下一步工作要求

（一）各地卫生部门应认真分析本地区食物中毒事件发生情况，与教育、旅游等部门加强沟通与合作，有针对性地加强学校食堂、热点旅游景区餐饮单位等重点场所和农村地区自采野生蘑菇和野菜等重点环节的预防控制工作。

（二）各地卫生部门要与新闻宣传等有关部门密切配合，结合当地居民饮食结构、生活习惯以及气候特点等，采取多种形式开展食品安全知识宣传和健康教育工作，增强公众的食品卫生安全意识，促进公众养成良好的饮食卫生习惯，有效减少食物中毒事件的发生。

2012 年 10 月 16 日

卫生部办公厅关于印发卫生监督信息化建设指导意见(2012 版)的通知

卫办监督发〔2012〕121 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局,新疆生产建设兵团卫生局,卫生部卫生监督中心:

现将《卫生监督信息化建设指导意见(2012 版)》印发给你们,请参照执行。

2012 年 10 月 17 日

卫生监督信息化建设指导意见(2012 版)

为贯彻党中央、国务院关于深化医药卫生体制改革和加强卫生监督体系建设精神的要求,落实卫生部、国家中医药管理局《关于加强卫生信息化建设的指导意见》(卫办发〔2012〕38 号),规范指导全国卫生监督信息化建设,适应卫生监督事业发展需要,现就加强卫生监督信息化建设提出以下意见。

一、卫生监督信息化建设的重要性

卫生监督事业经过十余年的快速发展,已经成为保障人民群众健康及其权益、维护公共医疗卫生秩序和社会稳定不可或缺的一支重要力量。随着社会经济发展方式的转变和我国卫生监督体制改革的开展,社会利益格局和人们思想观念深刻变化,卫生监督信息化为创新完善社会管理、推进卫生监督体系建设、提升社会管理效能和服务质量提供了新的途径。尤其是 2009 年医改工作全面启动以来,卫生监督信息化对于推进医改任务顺利实施、及时掌握医改工作动态、辅助科学决策发挥着重要作用。

二、总体框架、基本原则和工作目标

(一)总体框架。通过"十二五"期间卫生监督信息化建设,构建"两级平台为核心,覆盖四个层级的业务应用"的卫生监督信息体系架构,即以国家级和省级卫生监督信息平台建设为核心,覆盖国家、省、地市、县级的卫生监督业务应用。到 2015 年,建立全国卫生监督信息系统,为管理相对人和社会公众提供高效、安全、可及的现代公共卫生服务,为各级卫生监督机构和人员提供信息化管理和服务新模式,为各级卫生行政部门和管理者科学决策提供依据。

(二)基本原则。

1. 总体规划,分步实施。结合"十二五"时期卫生信息化建设总体思路,规划全国卫生监督信息化建设工作,充分利用现有基础网络、设备和人员,强化顶层设计。按照卫生监督业务和信息化发展目标,逐步开发、完善、推广卫生监督信息系统。

2. 统一标准,逐级负责。完善推行卫生监督信息标准和业务规范。卫生部负责国家级卫生监督信息化建设,指导全国卫生监督信息化工作,开发普遍适用的应用软件。各级卫生行政部门和卫生监督机构依据统一规划,遵循相关标准规范,组织实施。

3. 需求主导,突出重点。紧密结合卫生监督法

定职责，以卫生监督业务需求为主导，以应用和服务为重点，突出核心业务系统的建设推广，推动信息技术与卫生监督工作结合，满足卫生监督发展需要。

4. 互联互通，促进共享。结合当前卫生监督信息化的实际情况，充分利用现有信息资源，各级卫生监督机构建立纵向至各级卫生行政部门，横向至疾控、医疗等相关机构互联互通的信息共享机制。

5. 深化应用，确保安全。逐步加强卫生监督信息化建设的实用性和可操作性，既保持信息化的前瞻性，适度超前，又立足信息化的现状，解决问题。贯彻落实国家信息安全等级保护制度，确保卫生监督信息化建设安全、可靠、高效。

6. 试点先行，稳步推进。选择条件比较成熟的单位先行试点示范，加大对试点工作的支持指导力度。通过试点示范，探索科学的技术路线，积累经验，推广应用，指导全国，充分发挥试点示范的指导作用。

（三）工作目标。及时、全面反映全国卫生监督情况，规范卫生监督业务和执法行为，提高监督工作效率，实现由传统工作模式到信息化管理模式的转变。通过建立卫生监督信息资源中心，及时发布卫生监督信息，辅助分析决策，为科学决策提供数据基础。

三、重点任务

（一）重点建设国家级、省级卫生监督信息平台。

国家级和省级建立完善安全、稳定的卫生监督信息平台，满足各类应用系统对设备功能和性能的要求。以国家级卫生监督信息平台为依托，运行卫生监督信息报告系统和国家级各项业务应用系统，探索云计算技术在卫生监督信息化领域的应用，为部分地区提供软硬件平台托管服务。

地市级和县区级建立和完善本级网络硬件使用环境，有条件的地（市）可建立互联互通的市级卫生监督信息网络平台。

各级卫生监督信息平台建设参照《卫生监督机构装备标准（2011 版）》，也可适当提高建设标准。

（二）建立完善卫生监督信息标准体系。

按照卫生监督信息化发展目标和卫生部统筹规划，研究卫生监督信息化标准体系。制（修）订卫生监督信息化相关标准并向全国推广应用。加强卫生监督信息标准的宣贯工作，建立标准咨询服务机制和实施监督机制。

开发统一使用业务应用系统的省份，制订相应的卫生监督信息地方标准，并在全省范围推广应用。

（三）完善卫生监督业务应用系统。

国家组织推广卫生监督信息报告系统，完善重点调查相关功能。统一开发卫生监督监测与评价系统、卫生监督综合管理信息系统，完善卫生监督培训信息系统。试点应用卫生行政许可管理系统（基础版）以及卫生监督检查和行政处罚系统（基础版），应用手持执法终端和便携式打印机，规范卫生监督执法行为，提高工作效率。组织开发、试点应用卫生监督绩效考核系统（基础版），收集卫生监督工作相关绩效考核指标信息。探索物联网技术在卫生监督非现场监测领域的应用。

各省（区、市）要积极推广国家统一开发的卫生监督信息报告系统、卫生监督监测与评价信息系统、卫生监督培训信息系统；应用卫生监督信息国家标准，开发本省（区、市）范围统一使用的卫生监督业务应用系统和卫生监督绩效考核系统，也可应用国家组织开发的卫生监督业务应用系统（基础版）和卫生监督绩效考核系统（基础版），并根据实际情况适当改造。有条件的省份可以开发在全省（区、市）范围统一使用的其他业务应用软件，包括卫生监督省级综合管理信息系统、投诉举报处理信息系统、突发事件处置信息系统等。地（市）和县（区）要推广、应用国家或省级统一使用的卫生监督业务应用软件。

各地根据需要自行开发卫生监督网站平台和

办公自动化(OA)系统。

(四)建设卫生监督信息资源中心。

坚持信息共享、互联互通,大力推进国家级卫生监督数据资源中心建设,实现与国家级卫生综合管理平台的对接。围绕卫生监督法定职能开展业务分析,统一规划信息资源,建立元数据库、资源目录和标准数据库。国家建立卫生监督管理相对人基础数据库,实现管理相对人信息等基础信息的综合管理。开展对卫生监督信息的深入挖掘,建立完善卫生监督评价指标体系,强化对卫生监督信息的分析利用,为管理决策、公共服务提供依据。

各省(区、市)要建立标准化、规范化的省级卫生监督信息资源中心,为各级卫生监督机构提供共享信息。省以下卫生监督机构已自建业务系统并成熟使用的省份,要建立省级卫生监督数据交换平台,实现全省(区、市)卫生监督信息系统的互联互通。地(市)和县(区)卫生监督机构要充分利用信息资源中心,加强对卫生监督信息的分析利用。

(五)加强卫生监督信息安全保障体系建设。依据国家等级保护要求,国家和省级要实施积极防御与综合防范安全策略,加强安全技术体系、安全管理体系和安全运行维护体系建设,构建集"信息安全防护能力、安全风险监测能力、应急响应与恢复能力"为一体的综合防护体系。

(六)建设卫生监督信息化人才队伍。建立卫生监督信息化人才发展和培养长效机制,进一步完善继续教育、联合培养和人才引进制度,提高认识,普及信息化知识,加强对信息技术操作技能的培训。突出对复合型、创新型卫生监督信息化人才的培养。研究探索多种形式的激励机制,鼓励卫生监督信息化人员参加在职学习和职业培训。继续加大对人才培养的经费投入。重点建设国家级卫生监督信息化队伍、卫生监督信息化专家队伍和国家级运行维护队伍。加快建设省、地市、县三级系统管理员和信息报告管理员队伍。

四、保障措施

(一)加强领导,完善机构。各级卫生行政部门应当加强领导,确保由主管领导负责的卫生监督信息化建设工作组切实发挥作用,负责辖区内卫生监督信息化建设的组织实施。国家和省级卫生监督机构应当设立专门的信息化管理部门;地市和县区级卫生监督机构应当设立信息化管理部门或配备专职信息管理人员。

(二)科学规划,注重统筹。国家要统筹考虑,组织研究卫生监督信息化建设的总体规划、信息标准、功能规范。各地要按照国家统一规划,制订符合本地区实际情况的卫生监督信息系统建设规划,确定发展的总体目标和方向。

(三)保障投入,完善制度。各级卫生行政部门要主动争取当地政府对卫生监督信息化建设工作的重视和支持,将其纳入本地区卫生信息化重点规划项目。各地要完善卫生监督信息管理制度,规范和加强软硬件资产管理,加强综合利用,充分发挥地方的积极性和创造性,共建卫生监督信息化事业。

(四)加强培训,宣传普及。以岗位培训和继续教育为重点,建立多层次、分类别、多形式的信息化人力资源培训制度,应用卫生监督培训信息系统,培养一批既熟悉卫生监督业务,又掌握信息技术的复合型人才。利用网站平台宣传卫生监督信息化工作,为卫生监督信息化建设创造良好的社会基础。

(五)评估绩效,综合激励。依据全国卫生监督信息化工作实际情况,遴选考核指标,建立科学的信息化工作绩效考核评价体系。完善综合激励机制,加强对各地卫生监督信息化工作的考核,尤其是对信息化工作实绩的考核,激发卫生监督信息化队伍整体活力。

附件:卫生监督信息系统业务应用软件

附件

卫生监督信息系统业务应用软件

软件名称	功　能	备　注
卫生监督信息报告系统	对卫生监督信息实现网上直报和动态管理。	卫生部组织开发，统一使用
卫生监督监测与评价系统	实现卫生监督监测信息的网络报告和动态管理。	卫生部组织开发，统一使用
卫生监督综合管理信息系统	实现卫生监督综合管理信息的动态更新。	卫生部组织开发，统一使用
卫生监督培训信息系统	开展对各级卫生监督员的网络培训。	卫生部组织开发，统一使用
卫生行政许可管理系统（基础版）	规范卫生行政许可、审查、备案工作程序。对卫生监督管理相对人基本信息进行动态管理。	卫生部组织开发并试点应用，推荐使用相应标准和规范
卫生监督检查和行政处罚系统（基础版）	规范日常卫生监督检查工作，采集、处理各类日常监督、监测信息，出具现场执法文书，对日常卫生监督检查工作进行动态管理。	卫生部组织开发并试点应用，推荐使用相应标准和规范
卫生监督绩效考核系统（基础版）	收集卫生监督工作相关绩效考核指标信息，对机构和人员进行考核。	卫生部组织开发并试点应用，推荐使用相应标准和规范
卫生监督省级综合管理信息系统	为省本级行政管理和决策提供依据。	各省根据需要自行开发，全省使用
投诉举报处理信息系统	实现各类投诉、举报、咨询的信息化管理。	各省根据需要自行开发，全省使用
突发事件处置信息系统	实现突发公共卫生事件应急处置工作的信息化管理。	各省根据需要自行开发，全省使用
卫生监督网站平台	实现卫生监督相关信息发布、咨询、查询等功能，完善电子政务和网上审批系统，及时向公众发布卫生监督相关信息。	各地根据需要自行开发
办公自动化（OA）系统	发挥决策支持、信息管理、业务处理等功能，优化工作流程。	各地根据需要自行开发

卫生部办公厅关于开展卫生部康复医疗服务示范医院（三级综合医院）创建工作的通知

卫办医政发〔2012〕123 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

为进一步贯彻落实《“十二五”时期康复医疗工作指导意见》，发挥优秀康复医疗机构的示范、带动作用，引导全国提供康复医疗服务的各级各类医疗机构依照功能规范开展康复医疗服务，提高康复医学整体水平，我部决定组织开展“卫生部康复医疗服务示范医院”的创建工作。鉴于三级综合医院康复医学科在我国康复医疗服务体系中的主导地位，我部将于 2013 年先行遴选“卫生部康复医疗服务示范医院（三级综合医院）”。为此，我部制定了《卫生部康复医疗服务示范医院（三级综合医院）评选标准（试行）》（以下简称《标准》，见附件）。请你们参照《标准》组织辖区内相关医疗机构开展创建工作。现将有关要求通知如下：

一、各省级卫生行政部门和有关医院要统一思想，从深化医药卫生体制改革、提升康复医疗服务能力、满足广大人民群众康复医疗服务需求的高度，充分认识“卫生部康复医疗服务示范医院”创建工作的重要意义，切实加强组织领导，结合本地医疗服务实际情况，充分发挥医疗机构的积极性、主动性，认真组织开展创建工作。

二、各省级卫生行政部门和有关医院要认真贯彻落实《“十二五”时期康复医疗工作指导意见》和《综合医院康复医学科建设和管理指南》，以创建工作为契机和抓手，认真按照三级综合医院康复医学科的功能定位，提高服务能力和区域辐射带动能力，加强与基层医疗卫生机构的分工协作，推动急慢分治、分级医疗、双向转诊。

三、各省级卫生行政部门要及时对医疗机构创建工作进行指导，客观评价创建效果，务求创建工作取得实效。卫生部将于 2013 年开展相关遴选工作。在创建过程中如有问题和建议，请及时与我部医政司联系。

联 系 人：卫生部医政司　张睿

联系电话：010－68792785

传　　真：010－68792513

附件：卫生部康复医疗服务示范医院（三级综合医院）评选标准（试行）

2012 年 10 月 11 日

附件

卫生部康复医疗服务示范医院（三级综合医院）评选标准（试行）

卫生部康复医疗服务示范医院（三级综合医院）是指其康复医学科符合《综合医院康复医学科建设和管理指南》和《综合医院康复医学科基本标准》各项要求；能与院内相关临床科室密切合作，全面开展早期、专业的康复医疗，有效改善患者整体治疗效果；能充分发挥区域辐射带动作用，与专业康复机构和基层医疗机构建立双向转诊关系，实现分层级、分阶段康复；能承担区域内康复专业人员培训任务和康复医疗服务质量控制工作的三级综合医院。

一、康复医疗服务能力

（一）临床早期康复诊疗能力。康复医学科能与相关临床科室密切协作，深入其他临床科室开展早期康复诊疗服务，促进患者功能恢复，提高整体治疗效果，为患者转入专业康复机构或回归社区、家庭做好准备并提供个性化康复指导方案。

（二）康复医疗服务能力。康复医学科科室诊疗制度完善，流程规范，院内会诊、转诊渠道通畅，同时具备神经系统疾病、骨与关节伤病、内脏疾病、儿童疾病以及疼痛等疾病和损伤的急性期规范化康复诊疗能力。对于患者在治疗期间可能出现紧急、意外情况具备完善的处置预案和处置能力。科室达到以下指标：

平均住院日≤21 天；

年住院患者量≥600 人次；

年门诊和住院患者总康复治疗量≥20 万人次；

床位使用率≥90%；

院内年会诊量≥2500 人次。

（三）医疗服务质量控制与持续改进。康复医学科配备有完善的康复医疗质量管理与控制制度并能有效实施，医疗质量持续改进，并达到以下指标：

门诊处方合格率≥99%；

甲级病案合格率≥95%；

科室药占比≤25%；

科室住院患者康复功能评定率达到 100%；

年康复治疗技术差错率≤0.5%（在康复治疗过程中发生技术差错的人次数/接受康复治疗的患者总人次数）；

各类康复设备完好率≥98%。

二、区域辐射能力

（一）按照三级综合医院功能定位开展康复医疗服务。在区域康复医疗服务体系中充分发挥三级综合医院康复医学科作用，立足于患者疾病急性期的早期介入，与相关临床科室和下级医疗机构密切协作，改善患者预后，预防残疾发生，减轻残疾程度。在当地卫生行政部门协助下，至少与区域内 1 所康复医院（或以康复医疗服务为主的综合医院）或 3 所基层医疗机构或延续性医疗机构建立具有协议约定的合作关系，合作时间大于 1 年，合作内容涵盖技术、人员、管理和患者双向转诊等方面。科室 30%以上的出院患者能够转诊至合作医疗机构，且转诊制度完善、流程规范。合作医疗机构间建立完善的会诊和合作诊疗工作模式，确保转诊患者康复医疗规范、有效，并能提高合作单位的康复医疗服务能力，合作医疗机构间年会诊量不少于 600 人次，转（会）诊记录规范、完整。

（二）具备区域康复医疗专业人员培训能力。具有全面掌握现代康复医学理论和技术、临床教学经验丰富、专业门类齐全的师资队伍。具备开展区域内康复专业人员系统培训的设备设施和场

所，能够按照卫生部有关培训要求完成每年不少于50名学员的规范化培训任务。

（三）承担区域康复医疗服务质量控制任务。协助省级卫生行政部门开展区域内省级康复医疗质量控制工作，指导和带动区域内康复医疗机构的规范建设与管理。

（四）引领区域内康复医学发展。能够协助卫生行政部门研究、制定本区域康复医学管理政策和发展规划，有效利用国内外各类资源开展学术研究和对外交流，捕捉学科发展最新动态，推动学科健康、快速发展。

三、科室人员及设备设施

（一）医师。科室医师总数与病区床位数之比不小于1∶3，其中执业范围为康复医学者占医师总数的70%以上，具有高级专业技术职务任职资格者占医师总数的25%以上。

（二）康复治疗师。康复治疗师总数与病区床位数之比不小于1∶2，其中具有高级专业技术职务任职资格者占康复治疗师总数的5%以上，中级专业技术职务任职资格者占康复治疗师总数的25%以上。

（三）护士。科室护士总数与病区床位数之比不小于1∶3，均接受过全面的康复护理知识培训，掌握常见病、多发病的康复护理技术，熟练开展康复护理工作。

科室设备设施至少达到《综合医院康复医学科基本标准》要求，并能满足医疗、培训、科研等工作需要。

卫生部办公厅关于开展“视觉第一　中国行动”项目三期工作的通知

卫办医政发〔2012〕126号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

“视觉第一　中国行动”项目是卫生部与国际狮子会合作开展的防盲治盲项目，该项目在中国已成功实施两期，成果显著，对中国防盲治盲工作起到积极的推动作用。为进一步推动我国防盲治盲工作，实现“2020年前消除可避免性盲”（简称“视觉2020”）的全球目标，经研究，决定继续实施“视觉第一　中国行动”项目三期（简称“视中”项目三期）。“视中”项目三期自2012年开始，2016年结束，将主要致力于2016年前在中国消除致盲性沙眼（简称“根治沙眼”项目），并由世界卫生组织对项目成果进行评估。为确保项目高质量实施，取得实效，顺利通过世界卫生组织评估，现将有关事项通知如下：

一、统一思想，提高对项目重要意义的认识

沙眼可以导致盲和视力损伤，是世界卫生组织“视觉2020”目标中继白内障之外重点防治的眼病之一。虽然沙眼在我国的流行已经得到有效控制，但在个别地区、部分人群中仍呈流行状态，沙眼致盲问题还未完全根除。实施“根治沙眼”项目，开展全国范围的沙眼流行病学调查，对检出患者予以治疗，解决人民群众沙眼致盲问题，体现了党和政府以人为本、关注民生的执政理念，也彰显了我国政府积极履行“视觉2020”承诺的决心和态度，是我国防盲治盲工作的重要行动。我国是

世界上人口最多的发展中国家，在我国消灭致盲性沙眼，将为全世界根除致盲性沙眼，继而实现“视觉 2020”目标做出主要贡献。各级卫生行政部门和有关单位要进一步统一思想，提高认识，认真组织实施，做好项目工作。

二、周密部署，确保项目工作规范开展

“视中”项目三期由我部医政司牵头组织，卫生部医院管理研究所（卫生部“视中”项目办）负责具体实施和日常管理，并将邀请世界卫生组织的专家按照国际标准对项目工作进行全面评估。为确保项目工作取得实效，顺利通过世界卫生组织的评估，我部制定了《“视觉第一　中国行动”项目三期实施方案》（以下简称《实施方案》，见附件 1）和一系列项目操作手册。各省级卫生行政部门要按照《实施方案》要求，结合本地区工作实际，制定本省（区、市）“视中”项目三期实施方案及相关管理制度，并组建省级项目办公室，明确责任，精心组织，密切配合，加强监督，确保项目实施各个环节规范化、精细化、科学化。

为规范管理和使用“视中”三期项目经费，我部制定了《“视觉第一　中国行动”项目三期财务管理办法》（见附件 2）。各级卫生行政部门和有关单位要严格执行经费管理规定，加强对项目资金使用的监督，在项目实施过程中做到资金管理使用规范、安全、高效。卫生部将定期组织财务审计人员对各省资金使用管理情况进行检查督导。

三、点面结合，提高防盲治盲网络的服务能力

目前，我国防盲治盲网络已基本建立。“十二五”期间，防盲治盲工作重点是围绕《全国防盲治盲规划（2012—2015 年）》提高各级防盲治盲网络的服务能力。各省级卫生行政部门要统筹安排省内各项防盲治盲工作，以“视中”项目三期为契机，开展针对基层医务人员的沙眼防治知识培训，提高常见眼病的规范化诊疗水平。同时，加强项目宣传工作，采用群众易于接受、喜闻乐见的形式，宣讲用眼卫生知识，帮助广大人民群众养成正确的用眼和护眼习惯，从根源上遏制沙眼的发生和传播。

请各省级卫生行政部门认真遴选，于 11 月 7 日前将省级“视中”项目办公室登记表（见附件 3）传真或电邮至卫生部“视中”项目办，并将本省项目实施方案于 12 月 15 日前报至卫生部“视中”项目办。卫生部将对各地项目实施情况进行检查。各地项目实施进展及发现问题请及时报卫生部医政司和卫生部“视中”项目办。

卫生部医政司联系人：综合处　张睿

联系电话：010－68792785

传真：010－68792513

卫生部“视中”项目办联系人：詹磊磊、徐笑

联系电话：010－82334558

传真：010－82334558

电子邮箱：po_niha@163.com

附件：1.“视觉第一　中国行动”项目三期实施方案

2.“视觉第一　中国行动”项目三期财务管理办法

3.“视中”项目三期省级项目办公室登记表

2012 年 10 月 29 日

附件 1

“视觉第一　中国行动”项目三期实施方案

为解决群众沙眼致盲问题，在我国实现世界卫生组织提出的“2020 年前消除可避免盲”的全球目标，卫生部和国际狮子会将继续开展“视觉第一　中国行动”项目三期，利用 5 年时间在我国根除致盲性沙眼（简称“根治沙眼”）。

一、项目目标

用 5 年时间，在国际狮子会资助下，完成全国范围的沙眼流行病学调查，根据调查结果开展规范化干预，使我国 1—9 岁人群活动性沙眼患病率和 15 岁以上人群倒睫患病率连续 3 年低于世界卫生组织标准，实现 2016 年前在我国根治致盲性沙眼的目标。

二、项目内容

（一）执行时间。2012 年 5 月至 2016 年 12 月。

（二）项目任务。

1. 完成全国范围的沙眼流行病学调查和医务人员沙眼防治知识培训。

2. 根据沙眼流行病学调查结果开展规范化的干预，使 1—9 岁人群活动性沙眼患病率和 15 岁以上人群倒睫患病率连续 3 年低于世界卫生组织标准。

3. 建立沙眼防治应用技术体系，制订沙眼社区防治指南和技术操作规范。

4. 建立国家级沙眼防治工作信息平台。

5. 开展沙眼防治知识的宣传教育。

三、组织实施

（一）制定项目实施方案和管理办法。省级卫生行政部门要按照本实施方案要求，结合本省（区、市）防盲治盲工作情况和“视中”项目前期工作基础，制定本省（区、市）的项目实施方案和配套管理办法，采取切实可行的措施，确保项目顺利实施。

（二）成立省级项目办公室。各省级卫生行政部门要选择一个省内开展防盲治盲工作的骨干单位，承担省级“视中”项目办公室工作。省级“视中”项目办公室必须具备完成项目工作所需的人力、物力条件，并具有独立财务帐户。省级“视中”项目办公室负责完成卫生部“视中”项目办和省级卫生行政部门交办的各项项目任务，承担本省（区、市）项目的组织、协调和管理工作。

（三）成立省级项目专家组。各省级卫生行政部门要成立由眼科专家、流行病学专家、卫生统计学专家和防盲治盲管理人员组成的省级项目专家组，负责协助卫生行政部门开展省内沙眼流行病学调查、人员培训、沙眼干预以及沙眼患病率监测等各项项目工作。

（四）建立信息报送工作制度。为及时、准确了解各省项目执行情况，项目启动后，各省级“视中”项目办公室要按季度向卫生部“视中”项目办和省级卫生行政部门报告项目进展情况，并按年度提交项目进展报告和财务报告。各省信息报送情况将作为卫生部评价各省项目进展、分配年度预算的重要依据。

（五）项目检查与督导。各省级卫生行政部门要切实加强对项目实施情况的监督和管理，并注意总结经验和发现问题，及时改进，完善措施。项目检查与督导情况要及时向卫生部提交书面报告。

（六）项目资料存档要求。为如实记录项目进展，并做好评估准备，项目执行过程中所有文件均需归档保存。省级“视中”项目办公室应设专人负责项目资料的归档保存工作。档案资料需同时保存纸版和电子版。

（七）项目参考资料。为确保项目规范化开展，卫生部就人员培训、流行病学调查、规范化沙

眼干预以及监测评估等各个环节制定了操作手册，请在中国防盲治盲网下载（www. moheyes. com）。各省级卫生行政部门要组织相关人员认真学习，并在项目组织实施过程中遵照执行。

（八）“视中”项目成果归属。“视中”项目研究成果归属卫生部。项目相关成果、数据的使用和发表需事前报告卫生部“视中”项目办并取得卫生部同意。

附件 2

“视觉第一　中国行动”项目三期财务管理办法

第一章　总　则

第一条　为加强对“视觉第一　中国行动”项目三期资金的规范化管理和使用，根据《卫生部关于接受国（境）外资助的卫生国际合作项目管理办法（试行）》、《财政部关于国际金融组织和外国政府贷款赠款管理办法》和《商务部关于外国政府和国际组织对华无偿援助项目管理办法》等财经法律法规，制定本办法。

第二条　本办法中“项目经费”是指“视觉第一　中国行动”项目三期经费。“项目单位”是指接受卫生部“视中”项目办拨付项目经费的各级卫生行政部门或医疗卫生机构。

第三条　“视中”项目三期经费财务管理遵循以下原则：

（一）统筹规划，合理节约使用。“视中”项目经费是卫生资源的重要组成部分，要整合资源，统筹安排，避免交叉重复使用和资源浪费。

（二）集中管理，单独核算。“视中”项目经费由项目单位财务部门实行集中管理，单独核算，准确反映“视中”项目经费的各项业务活动。

（三）遵守协议要求，专款专用。严格遵守项目经费管理要求，认真组织“视中”项目三期实施工作，保证“视中”项目三期经费专款专用。

（四）加强预算管理，合理安排资金。根据《中华人民共和国预算法》和有关政策规定，结合项目工作需要，科学合理地编制、汇总、审核、统筹、平衡好预算，确保项目各年度预算编制有机衔接。着力提高预算编制科学化和精细化水平，确保项目资金专款专用，用到实处。严格遵守预算编报时间和程序规定，及时报送预算报表及相关资料。建立预算编制、执行、监督“三位一体”的运作体系，有效加强预算管理，完善预算监管体系。

第二章　财务管理职责

第四条　“视中”项目经费的收入与支出需由项目单位财务部门统一管理，并单独进行核算。

第五条　项目单位财务部门应根据审批后的项目预算，直接办理项目经费的收入、核算项目支出。

第六条　项目单位要指定职业道德好、业务能力强的财会人员负责“视中”项目财务管理工作。项目财务管理人员在项目执行期内应保持相对稳定。确需调整的，应按照《会计基础工作规范》办理交接手续。

第七条　需要安排地方配套资金的，按照项目单位预算编报程序，由项目单位财务部门纳入项目单位预算统一申报。

第八条　项目单位根据国家有关财务法律法规和“视中”项目三期合作协议有关条款，建立健全项目内部财务管理等制度，真实、准确、完整地核算和反映项目发生的各项业务活动。对外汇资金的核算与管理，严格执行国家外汇管理的有关规定。

第九条 项目单位在项目执行期间，应按照相关要求，对“视中”项目的会计核算资料及相关财务资料进行整理并妥善保管。项目结束后，应按会计档案管理要求管理。

第三章 资金管理

第十条 “视中”项目经费采用预算化管理。项目单位应根据项目执行进度编制总预算及年度或项目进度预算，经省级卫生行政部门核准后，报卫生部“视中”项目办审批。

第十一条 项目单位财务部门应按“视中”项目有关管理要求，本着节约、科学合理的使用原则，执行经费开支范围和标准。协议未明确规定的，项目单位参照现行国家财经法律法规和制度执行，制定项目经费管理方案，明确开支范围和标准。

第十二条 “视中”项目经费使用坚持专款专用，不得开支与“视中”项目无关的任何费用。严禁任何单位和个人截留、挤占、挪用，严禁虚列、套取“视中”项目经费。

第四章 采购与资产管理

第十三条 项目单位应加强“视中”项目的招标采购管理，除“视中”项目协议有特殊要求外，应按照《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国招标投标法》等有关法律法规执行，确保采购过程公开、公正、公平，降低采购成本。

第十四条 项目单位使用“视中”项目经费采购的设备、物资应及时办理验收、入库、出库手续，登记入账。达到固定资产核算起点的，按固定资产管理有关规定执行。

第十五条 项目执行期间形成的固定资产属于国有资产，依据“视中”项目三期合作协议规定的用途使用，按照国有资产管理的有关规定加强管理。

第十六条 项目执行完毕，应及时进行资产清查盘点，按有关规定办理资产移交手续，纳入项目单位国有资产统一管理，防止国有资产流失。

第五章 财务报告

第十七条 项目单位要建立项目财务会计报告制度，定期向省级卫生行政部门及卫生部“视中”项目办报送项目经费执行情况。主要包括项目执行情况、项目经费收支财务报表及财务分析等。

第十八条 项目结束，项目单位要及时办理项目经费结算，进行财务总结并形成书面报告。

第六章 监督检查

第十九条 项目单位应按照“视中”项目有关管理要求建立项目监督检查制度，由内部审计或者指定专职人员具体负责“视中”项目财务执行情况的监督检查。

第二十条 “视中”项目经费采用第三方审计原则进行资金监管，项目单位应积极配合工作，如实提供账目和相关资料。

第二十一条 对“视中”项目财务核算不规范、不按规定报送财务报告的项目单位，责令其纠正，逾期仍不纠正的予以通报批评。

第二十二条 对拖欠、滞留、挪用、虚列、套取“视中”项目经费的行为，依照《财政违法行为处罚处分条例》予以处理。

第七章 附 则

第二十三条 本办法由卫生部“视中”项目办负责解释。

第二十四条 本办法自发文之日起施行。

附件 3

“视中”项目三期省级项目办公室登记表

————————省(区、市)　　省级卫生行政部门联系人：

项目办所在单位名称：　　项目办地址：

	姓名	工作单位	职务	联系方式	
项目办负责人				固定电话：	移动电话：
项目办财务主管				固定电话：	移动电话：
项目办联系人				固定电话：	移动电话：
				传　　真：	电子邮箱：
地址：				项目办帐号：	
开户行：				开户行地址：	

卫生部办公厅关于 2012 年各地加强医药费用控制有关情况的通报

卫办医管发〔2012〕127 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

控制医药费用增长(以下简称“控费”)是“十二五”期间推进公立医院改革的一项重要任务。国务院印发的《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》(国发〔2012〕11 号)和卫生部、国务院医改办等五部门印发的《关于做好 2012 年公立医院改革工作的通知》(卫医管发〔2012〕53 号)，都对做好控费工作提出了具体要求。今年以来，各地结合实际，认真按照医改要求，在“控整体、抓源头、管终端”等方面开展了大量工作。现将有关情况通报如下：

一、控制医药费用增长情况

(一)控整体，优化医疗资源结构布局，提高医疗服务体系效率。各地在加强基层医疗卫生机构能力建设的同时，探索采取托管、建立医疗集团(联合体)、院办院管等方式，在医院与基层医疗卫生机构之间建立相对紧密的分工协作机制，逐步构建分级诊疗、双向转诊的就医格局，降低医疗费用。如江苏镇江市组建医疗集团，促进医疗资源下沉；武汉市第五医院对社区卫生服务中心进行人、财、物等统一管理和调配，建立“直管”的紧密

型分工协作模式，提升区域医疗服务整体水平和绩效。

（二）抓源头，降低医疗服务要素成本。一是建立健全药品和耗材集中招标采购制度。充分利用现代化物流手段，提高配送效率，降低流通环节成本。同时严肃查处医药购销领域的不正之风。二是鼓励优先使用基本药物和适宜技术。鼓励遴选国产优质药品和器材，取代进口产品，降低费用。山东省对二级以上医疗机构基本药物配备使用的范围、比例、采购配送等提出明确要求，促使公立医院优先配备使用基本药物。三是严格大型医疗设备准入和二、三类医疗技术临床应用准入管理，重点加强对高风险、高费用技术的准入管理。江苏、上海等地加强对心血管疾病介入诊疗、肿瘤治疗、关节置换等技术准入，从源头上保障质量安全，同时避免不合理使用。

（三）管终端，控制单体医疗机构医药费用。在外部监管方面，各部门通力合作，规范诊疗行为，推动适宜技术的使用，抓好关键科室和关键环节的控费工作。一是卫生行政部门加强对医疗机构用药及控费情况的监管。通过开展抗菌药物专项整治，规范医疗机构和医务人员对抗菌药物的使用；通过对关键科室和重点病种的费用加强监测，有的放矢地控制费用。部分地区卫生行政部门还将控费情况纳入医院评审评价中，对未达到控费目标的医疗机构实行“一票否决制”。二是医保部门积极推进基本医保支付方式改革。上海、镇江等地结合医疗联合体、医疗集团的建立，推进总额预付，促进医疗机构自觉下转病人；北京市试点按疾病分组（DRGs）付费；吉林省、河南省在部分县级公立医院探索按病种付费。三是办医主体将控费工作纳入对公立医院和院长的综合目标管理、绩效考核。四是建立社会广泛参与的控费监督机制，完善医疗服务信息公示制度。

在内部管理方面，公立医院普遍加强内部管理，创新服务方式。一是通过优化服务流程、开展日间手术、建立多学科会诊中心、提供“一站式”服务等方式，在保障医疗质量安全的前提下，科学缩短平均住院日，提高服务效率。北京大学第三医院以缩短平均住院日为切入点，从内部管理挖掘潜力，平均住院日已降至 6.87 天；上海交通大学附属仁济医院全面推行日间手术，目前涵盖 74 种手术，手术量占总手术量的 25%。以甲状腺良性肿瘤手术为例，平均住院天数降低到 1.35 天。二是规范诊疗行为。加强临床路径管理、开展处方点评、动态监测抗菌药物使用等。三是控制运行成本。加强成本核算、预算管理等，强化医院成本控制，减少浪费，控制费用。

二、控费工作下一步安排

我部于 2011 年印发了《卫生部办公厅关于各地开展医药费用控制有关工作情况的通报》（卫办医管发〔2011〕165 号），对控费工作提出明确要求，各地在认真落实这些要求的基础上，要进一步提高对控费工作的认识，逐步建立控费工作的长效机制。

（一）加强医院内部管理，提高医院运行效率。创新服务方式，通过优化服务流程、开展日间手术、建立多学科会诊中心、延伸护理服务等，缩短平均住院日，提高服务效率，降低医药费用。优先配备、使用基本药物，广泛使用适宜技术，实行同级医疗机构检查、检验结果互认，减少患者就医成本。加强财务管理，实行成本核算与控制，减少医院运行中的“跑冒滴漏”现象，杜绝不必要的浪费。建立激励约束机制，将成本和费用控制纳入医务人员绩效考核，促使医务人员自觉控费。

（二）强化医院外部监管，抓好控费关键环节。加强对关键环节和费用较高病种的监测，对费用增长速度较快的疾病诊疗行为进行重点监控。及时查处不合理用药、用材和检查以及重复检查行为。完善药品和耗材集中招标采购制

度，严格大型医疗设备和二、三类医疗技术临床应用准入管理，重点加强对高风险、高费用技术的准入管理。

要继续配合有关部门，推进医保支付方式改革。建立社会广泛参与的控费监督机制，完善医疗服务信息公示制度，定期向社会公布门诊、住院平均费用变化等信息。发挥社会各方监督作用。

（三）以控费工作为抓手，促进公立医院体制创新和机制转换。积极探索建立促进医疗资源纵向流动的办医体制，形成公立医院与基层医疗卫生机构之间相对紧密的分工协作机制，做好疾病康复和延伸服务，逐步形成分级诊疗、双向转诊、急慢分治的就医格局，提高区域整体医疗服务效率，降低医疗费用。

完善医院发展机制，建立现代医院管理制度。将控制医疗费用与控制医院单体规模紧密结合，引导医院转变发展模式和管理方式，通过加强内涵建设，完善以岗位管理为核心的人事管理制度，提高医院管理水平和运行效率。建立健全内部收入分配机制，提高人员经费支出占业务支出的比例，将调动医务人员的积极性转化为人民群众的健康效益，降低群众看病负担。

2012 年 10 月 26 日

卫生部办公厅关于印发《基孔肯雅热预防控制技术指南（2012 年版）》的通知

卫办疾控发〔2012〕128 号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局，中国疾病预防控制中心：

2008 年 6 月，我部印发了《基孔肯雅热预防控制技术指南（试行）》（卫办应急发〔2008〕109 号），对预防和控制基孔肯雅热起到了积极作用。为适应当前我国基孔肯雅热疫情形势，结合近年实际防控经验，指导各地进一步做好基孔肯雅热预防和处置工作，保护人民群众身体健康，我部组织制定了《基孔肯雅热预防控制技术指南（2012 年版）》。现印发给你们（电子版可从卫生部网站下载），请结合工作实际，认真贯彻执行。本指南自印发之日起施行，《基孔肯雅热预防控制技术指南（试行）》同时废止。

2012 年 10 月 30 日

卫生部办公厅关于印发食管癌手术治疗等3个临床路径的通知

卫办医政发〔2012〕129号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

按照深化医药卫生体制改革有关工作安排，为保障提高农村居民重大疾病医疗保障水平工作顺利推进，我部组织有关专家，在总结临床路径管理试点工作经验的基础上，结合我国医疗实际，研究制定了食管癌手术治疗、食管癌化疗和食管癌放射治疗等3个临床路径。现印发给你们，请从卫生部网站（医政管理栏目）下载相关临床路径。

请结合当地医疗实际，在我部制定的临床路径原则内，指导辖区内有关医院细化各相关病种的临床路径，并在开展重大疾病医疗保障和救助试点工作中实施。请及时总结食管癌等重大疾病医疗救治工作经验，将有关情况反馈我部医政司。

联系人：卫生部医政司医疗处　陈海勇、胡瑞荣、焦雅辉

电　话：010－68792413、68792840

邮　箱：mohyzsylc@163.com

2012年10月25日

食管癌手术治疗临床路径

（2012年版）

一、食管癌手术治疗临床路径标准住院流程

（一）适用对象。

第一诊断为食管癌行食管癌切除消化道重建术。

（二）诊断依据。

根据《临床诊疗指南－胸外科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）等。

1. 临床症状：进食哽咽、异物感；进行性吞咽困难；逐渐消瘦、脱水、乏力。

2. 辅助检查：上消化道造影、内窥镜检查、颈胸腹CT或胸部CT并颈部及腹部B超。

3. 病理学诊断明确（组织病理学、细胞病理学）。

（三）治疗方案的选择。

根据《临床诊疗指南－胸外科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）等。

行食管癌切除消化道重建术：

1. 经左胸手术，食管癌切除＋食管－胃胸内

或颈部吻合，胸腹部淋巴结清扫术；

2. 经右胸手术，食管癌切除＋食管－胃胸内或颈部吻合，胸腹两野淋巴结清扫术；

3. 经裂孔手术，食管癌切除＋食管－胃颈部吻合。

（四）标准住院日≤28 天。

（五）进入路径标准。

1. 第一诊断必须符合 ICD－10：C15/D00.1 食管癌疾病编码。

2. 符合手术适应证，无手术禁忌证。

3. 当患者合并其他疾病，但住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

（六）术前准备≤7 天。

1. 必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规＋镜检、大便常规＋潜血；

（2）凝血功能、血型、肝功能、肾功能、电解质、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）、血气分析等；

（3）肺功能、心电图、胸片正侧位、上消化道造影、内窥镜＋组织活检、颈部超声或 CT、胸部 CT（平扫＋增强扫描）、腹部超声或 CT（平扫＋增强扫描）。

2. 根据患者情况可选择：

（1）食管内镜超声；

（2）超声心动、24 小时动态心电图等心脑血管疾病检查项目，肿瘤标志物检测；

（3）全身骨显像，相关部位 MRI；

（4）胸上段及邻近主支气管的胸中段食管癌，行支气管镜检查。

3. 营养状况评估。根据住院患者营养风险筛查 NRS－2002 评估标准进行营养评估，对营养不良患者酌情进行围手术期营养支持。

（七）手术日为入院≤8 天。

1. 麻醉方式：全身麻醉。

2. 手术耗材：根据患者病情，可能使用吻合器和闭合器。

3. 术中用药：抗菌药物等。

4. 输血：视术中情况而定。

（八）术后住院恢复≤20 天。

1. 必须复查的检查项目：胸片、血常规、血生化、电解质、血气分析等。

2. 术后用药：

（1）抗菌药物使用：按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285 号）执行，进行预防及治疗性抗菌药物应用。

（2）根据患者情况选择抑酸、化痰、镇痛、解痉、抗气道炎症、抗凝等药物。

3. 营养支持：根据住院患者营养风险筛查 NRS－2002 评估标准进行营养评估，在围手术期注重肠内外营养支持。

（九）出院标准。

1. 病人一般情况良好，体温正常，胸片、血象提示无感染征象。

2. 可进流食。

3. 切口愈合良好，或门诊可处理的愈合不良切口。

4. 没有需要住院处理的与本手术有关并发症。

（十）变异及原因分析。

1. 有影响手术的合并疾病，需要进行相关的诊断和治疗。

2. 围手术期并发症，可能造成住院日延长或费用超出参考费用标准。

3. 高级职称医师认可的变异原因。

4. 患者及其他方面的原因等。

（十一）参考费用标准：3 万－6 万元。

二、食管癌手术治疗临床路径

适用对象：第一诊断为食管癌行手术治疗

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____门诊号：_____住院号：_____

住院日期：_____年____月____日　　出院日期：_____年____月____日　　标准住院日：≤28 天

时间	住院第 1 天	住院第 2—6 天	住院第 5—7 天(手术前 1 天)
主要诊疗工作	□ 询问病史及体格检查 □ 完成病历书写 □ 开化验单及检查申请单 □ 医师查房 □ 初步确定治疗方案	□ 上级医师查房 □ 临床分期与术前评估 □ 根据病情需要，完成相关科室会诊 □ 住院医师完成病程日志、上级医师查房记录等病历书写 □ 入院病历签字	□ 上级医师查房 □ 完成术前准备 □ 术前病例讨论，确定手术方案 □ 完成术前小结、签署手术知情同意书、输血同意书、授权同意书
重点医嘱	**长期医嘱：** □ 胸外科护理常规 □ 1 级—2 级护理 □ 饮食 **临时医嘱：** □ 血常规、尿常规＋镜检、大便常规＋潜血 □ 凝血功能、肝肾功能、电解质、感染性疾病筛查 □ 肿瘤标志物(可选) □ 肺功能、动脉血气分析(◎吸氧前◎吸氧后)、心电图 □ 食管内镜＋活检 □ 影像学检查：胸片正侧位、胸部 CT、上消化道造影、腹部超声或 CT、颈部超声或 CT	**长期医嘱：** □ 雾化吸入 □ 营养支持	**临时医嘱：** □ 拟明日全麻下行◎胸腹两切口◎左胸切口◎颈胸腹三切口，食管癌切除＋食管－胃吻合，淋巴结清扫术 □ 今晚流质饮食 □ 明晨禁食水 □ 今晚镇静药物(安定) □ 明晨留置胃管 □ 明晨留置尿管 □ 备皮 □ 血型 □ 备血 □ 抗菌药物皮试 □ 带入手术室用物 □ 其他特殊医嘱
主要护理工作	□ 介绍病房环境、设施和设备 □ 入院护理评估 □ 提醒患者转日空腹取血	□ 呼吸功能锻炼 □ 卧位咳痰锻炼	□ 宣教、备皮、洗肠等术前准备 □ 术后相关病房环境、情况介绍 □ 提醒患者禁食水
病情变异记录	□无 □有，原因： 1. 2.	□无 □有，原因： 1. 2.	□无 □有，原因： 1. 2.
护士签名			
医师签名			

时间	住院第 6—8 天(手术日)	住院第 7—9 天(术后第 1 天)	住院第 8—22 天(术后第 2—14 天)
主要诊疗工作	□ 留置胃管、留置十二指肠营养管 □ 留置导尿管 □ 手术 □ 术者完成手术记录 □ 住院医师完成术后病程记录、术后医嘱 □ 上级医师查房 □ 观察生命体征 □ 向患者及家属交代病情、手术情况及术后注意事项 □ 置放深静脉导管	□ 上级医师查房 □ 住院医师完成病程书写 □ 观察胸腔引流及胃肠减压情况 □ 观测生命体征 □ 注意肺部呼吸音 □ 鼓励并协助患者排痰 □ 监测相关化验结果 □ 切口换药 □ 胸片检查,确定十二指肠营养管位置	□ 上级医师查房 □ 住院医师完成病程书写 □ 视病情复查血常规、血生化及胸片 □ 营养支持(◎肠内◎肠外) □ 视胸腔引流情况拔除胸腔引流管并切口换药 □ 视情况停用或调整抗菌药物 □ 视情况停用或调整抑酸药、止疼药、止血药等 □ 视情况拔除胃管及十二指肠营养管
重点医嘱	**长期医嘱:** □ 食管癌术后护理常规 □ 特级或一级护理 □ 禁食水 □ 全麻术后护理 □ 气管插管护理常规 □ 氧气吸入 □ 清醒后半卧位 □ 保留胃管 □ 保留十二指肠营养管 □ 持续胃肠减压 □ 记出入量 □ 心电监护、血压监护、呼吸监护、血氧饱和度监护 □ 保留导尿接无菌袋 □ 会阴擦洗、会阴冲洗 □ 保留胸腔引流管(负压◎有◎无) □ 雾化吸入 □ 血气分析监测、血糖监测 □ 预防性应用抗菌药物 □ 镇痛、抑酸、化痰药物 □ 其他特殊医嘱 □ 中心静脉穿刺护理 □ CVP 监测 **临时医嘱:** □ 中心静脉穿刺置管 □ 明晨血常规、肝肾功能 □ 胸片 □ 其他特殊医嘱	**长期医嘱:** □ 半卧位 □ 鼻饲流质 **临时医嘱:** □ 静脉营养支持 □ 换药 □ 其他特殊医嘱 □ 纤支镜吸痰(酌情)	**长期医嘱:** □ 胸外科二级护理 □ 停胸腔闭式引流及负压吸引 □ 停胃肠减压 □ 停保留胃管 □ 停保留尿管 □ 术后 5—6 天进流食 □ 术后 7—9 天进半流食 □ 停记尿量、停吸氧、停心电监护 □ 停雾化 **临时医嘱:** □ 切口换药 □ 复查胸片、血常规、肝肾功能、电解质 □ 纤支镜吸痰(可选) □ 泛影葡胺上消化道造影(可选)
主要护理工作	□ 密切观察患者病情变化 □ 心理和生活护理	□ 密切观察患者病情变化 □ 指导术后咳嗽、呼吸训练 □ 术后心理与生活护理	□ 观察患者病情变化 □ 呼吸功能训练 □ 心理与生活护理
病情变异记录	□无 □有,原因: 1. 2.	□无 □有,原因: 1. 2.	□无 □有,原因: 1. 2.
护士签名			
医师签名			

时间	住院第 18—28 天(术后第 10—19 天)	出院日
主要诊疗工作	□ 上级医师查房 □ 住院医师完成病程书写 □ 视情况拔除十二指肠营养管,逐步恢复饮食 □ 视伤口愈合情况拆线 □ 病历及影像学资料留存	□ 上级医师查房,明确是否出院 □ 住院医师完成出院当日病程记录、出院小结、出院卡片、诊断证明、病历首页等,相关文件交予患者或家属 □ 向患者及家属交代出院后的注意事项,如饮食、复诊时间、后续治疗等 □ 各级医师完成相关病历签字
重点医嘱	**长期医嘱:** □ 胸外科二级护理常规 □ ◎半流食◎普通饮食 □ 停保留十二指肠营养管 **临时医嘱:** □ 切口拆线换药 □ 明日出院、出院诊断及出院带药(出院日前一天)	**出院医嘱:**
主要护理工作	□ 观察患者病情变化 □ 指导术后呼吸训练 □ 心理与生活护理 □ 指导恢复饮食 □ 指导患者及家属做好出院准备	□ 指导患者办理出院手续 □ 交代出院后的注意事项 □ 出院后饮食指导 □ 病历排序及督促医师签字,尽快归档
病情变异记录	□无 □有,原因: 1. 2.	□无 □有,原因: 1. 2.
护士签名		
医师签名		

食管癌化疗临床路径

(2012 年版)

一、食管癌化疗临床路径标准住院流程

(一)适用对象。

第一诊断为食管鳞癌(ICD—10:C15/D00.1),需行新辅助、术后辅助、根治性化疗或姑息性化疗的患者。

(二)诊断依据。

根据《临床诊疗指南—胸外科分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社)等。

1.临床症状:进食哽咽、异物感;进行性吞咽困难;逐渐消瘦、脱水、乏力。

2.体征:大多数食管癌患者无明显阳性体征。

3.辅助检查:上消化道钡餐、内镜检查、颈胸腹 CT 或胸部 CT 并颈部及腹部 B 超。

4.病理学诊断明确(组织病理学)。

(三)治疗方案的选择。

1.新辅助化疗:适用于 $T_3N_{1-3}M_0$ 和部分 $T_4N_{0-3}M_0$(侵及心包、膈肌和胸膜)食管癌患者。

2.术后辅助化疗:适用于ⅡB 期、Ⅲ期食管腺癌患者,及所有术后切缘阳性或肿瘤残留的食管癌患者。

3. 同步化疗：结合放疗治疗无法手术的Ⅱ、Ⅲ期食管癌患者。

4. 姑息性化疗：适用于Ⅳ期食管癌患者或治疗后复发患者。

5. 食管腺癌的化疗方案，可参考胃癌的化疗。

（四）临床路径标准住院日为 5—15 天。

（五）进入路径标准。

1. 第一诊断必须符合 ICD—10：C15/D00.1 食管鳞癌疾病编码。

2. 符合化疗适应证、无化疗禁忌证。

3. 当患者合并其他疾病，但住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

（六）明确诊断及入院常规检查需 3—5 天。

1. 必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规、大便常规；

（2）肝功能、肾功能、电解质、凝血功能；

（3）胃镜、食管造影、心电图；

（4）胸部 CT，颈、腹部 B 超、

2. 根据情况可选择的检查项目：

（1）ECT 全身骨扫描；

（2）必需检查的项目提示肿瘤有转移时，可进行相关部位 CT、MRI；

（3）合并其他疾病需进行相关检查：如心肌酶谱、24 小时动态心电图、心肺功能检查等；

（4）病理检查，明确肿瘤 HER2 状况（仅针对腺癌）。

（七）化疗前准备。

1. 进行体力状况评分。

2. 评估心脏、肝肾功能、骨髓储备。

3. 无化疗禁忌。

4. 患者、监护人或被授权人签署相关同意书。

（八）化疗方案。

根据《临床诊疗指南—胸外科分册》（中华医学会编著，人民卫生出版社）等，结合患者的病理分型、分期和身体状况选择方案和剂量。

食管鳞癌化疗方案：

1. DF 方案。

药物	剂量 mg/(m²)及途径		时间(天)及周期	
顺铂	60—80mg	IV	1	q21d
5—Fu	600—1000mg infusion over 24hs	IV	1—4	q21d

2. TP 方案。

药物	剂量 mg/(m²)及途径		时间(天)及周期	
紫杉醇	135—175mg	IV	1	q21d
顺铂	60—75mg	IV	2	q21d

3. IP 方案。

	药物	剂量 mg/(m²)及途径		时间(天)及周期	
方案 1	伊立替康	65mg	IV	1,8	q21d
	顺铂	30mg	IV	1,8	q21d
方案 2	伊立替康	120mg	IV	1	q21d
	顺铂	60—75mg	IV	1	q21d

4. DP 方案。

药物	剂量 mg/(m²)及途径		时间(天)及周期	
多西他赛	60—75mg	IV	1	q21d
顺铂	60—75mg	IV	1	q21d

药物	剂量 mg/(m²)及途径		时间(天)及周期	
吉西他滨	800—1000mg	IV	1,8	q21d
顺铂	60—75mg	IV	1,8	q21d

（九）化疗后必须复查的检查项目。

1. 化疗期间定期复查血常规，建议每周复查 1—2 次。根据具体化疗方案及血像变化，复查时间间隔可酌情增减。

2. 脏器功能评估。

（十）化疗中及化疗后治疗。

化疗期间脏器功能损伤的相应防治：止吐、保肝、水化、碱化、防治尿酸肾病（别嘌呤醇）、抑酸剂、止泻剂等。

（十一）出院标准。

1. 病人一般情况良好，体温正常，完成复查项目。

2. 没有需要住院处理的并发症。

（十二）变异及原因分析。

1. 治疗前、中、后有感染、贫血、出血及其他合

并症者，需进行相关的诊断和治疗，可能延长住院时间并导致费用增加。

2. 化疗后出现骨髓抑制，需要对症处理，导致治疗时间延长、费用增加。

3. 根据腺癌患者 HER2 表达情况，可选用针对 HER2 受体的靶向治疗药物联合化疗方案。

4. 70 岁以上的食管癌患者根据个体化情况具体实施。

5. 医师认可的变异原因分析。

6. 其他患者方面的原因等。

（十三）参考费用标准。

3000－18000 元/周期，针对不同治疗方案。

二、食管癌化疗临床路径表单

适用对象：第一诊断为食管癌（ICD－10：C15/D00.1）

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____门诊号：_____住院号：_____

住院日期：_____年____月____日　　出院日期：_____年____月____日　　标准住院日：≤15 天

时间	住院第 1－2 天	住院第 2－4 天	住院第 3－6 天（化疗日）
主要诊疗工作	□ 询问病史及体格检查 □ 交待病情 □ 书写病历 □ 开具化验单	□ 上级医师查房 □ 完成化疗前准备 □ 根据体检、彩超、胸部 CT、病理结果等，行病例讨论，确定化疗方案 □ 完成必要的相关科室会诊 □ 住院医师完成上级医师查房记录等病历书写 □ 签署化疗知情同意书、自费用品协议书、输血同意书 □ 向患者及家属交待化疗注意事项 □ 上级医师查房与评估 □ 初步确定化疗方案	□ 化疗 □ 住院医师完成病程记录 □ 上级医师查房 □ 向患者及家属交代病情及 □ 化疗后注意事项
重点医嘱	**长期医嘱：** □ 内科二级护理常规 □ 饮食：◎普食◎糖尿病饮食◎其他 **临时医嘱：** □ 血常规、尿常规、大便常规 □ 肝功能、肾功能、电解质、凝血功能 □ 胃镜、食管造影、心电图 □ 胸部 CT □ 颈、腹部 B 超	**长期医嘱：** □ 患者既往基础用药 ■ 防治尿酸肾病（别嘌呤醇） ■ 抗菌药物（必要时） ■ 补液治疗（水化、碱化） ■ 其他医嘱（化疗期间一级护理） **临时医嘱：** □ 化疗 □ 重要脏器保护 □ 止吐 □ 其他特殊医嘱	
护理工作	□ 入院介绍 □ 入院评估 □ 指导患者进行相关辅助检查	□ 化疗前准备 □ 宣教 □ 心理护理	□ 观察患者病情变化 □ 定时巡视病房
病情变异记录	□无 □有，原因： 1. 2.	□无 □有，原因： 1. 2.	□无 □有，原因： 1. 2.
护士签名			
医师签名			

时间	住院第 7—15 天(出院日)
主要诊疗工作	□ 完成出院记录、病案首页、出院证明等书写 □ 向患者交代出院后的注意事项,重点交代复诊时间及发生紧急情况时处理方法
重点医嘱	出院医嘱: □ 出院带药
主要护理工作	□ 协助患者办理出院手续 □ 出院指导,重点出院后用药方法
病情变异记录	□无 □有,原因: 1. 2.
护士签名	
医师签名	

食管癌放射治疗临床路径

(2012 年版)

一、食管癌放射治疗临床路径标准住院流程

(一)适用对象。

1. 第一诊断为食管癌(ICD—10:C15 伴 Z51.0,Z51.0 伴 Z85.001)。

2. 不适合手术治疗或患者不愿接受手术治疗的Ⅰ—Ⅲ期病例。

3. 不可切除的 T4 期肿瘤。

4. 需要术前/术后放射治疗。

5. 姑息性放疗。

(二)诊断依据。

根据《临床诊疗指南—胸外科分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社)等。

1. 临床症状:进食哽咽、异物感;进行性吞咽困难;逐渐消瘦、脱水、乏力。

2. 辅助检查:食管造影、内窥镜检查、颈胸腹 CT 或胸部 CT 并颈部及腹部 B 超。

3. 病理学诊断明确(组织病理学、细胞病理学)。

(三)放射治疗方案的选择。

根据《临床诊疗指南—胸外科分册》(中华医学会编著,人民卫生出版社)等,实施规范化放射治疗:

1. 对于不适合外科手术或拒绝手术的病例,根据患者的身体条件,可以选择放化同步治疗或

单纯放疗±化疗。

2. 颈部食管癌，T1b 分期及以上，可选放化综合治疗。

3. 对于 T2 期以上可手术的食管癌，可选择术前放化同步治疗。

4. T3 期以上或淋巴结阳性的，可选择术后放疗、化疗。

5. 对于切缘阳性的病例，应接受术后放疗。

6. Ⅳ期病例，可考虑局部姑息性放疗。

（四）临床路径标准住院日为≤55 天。

（五）进入路径标准。

1. 第一诊断符合 ICD－10：1. C15 伴 Z51. 0，Z51. 0 伴 Z85. 001 食管癌疾病编码。

2. 无放疗禁忌证。

3. 当患者合并其他疾病，但住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

（六）放射治疗前准备。

1. 必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规、大便常规；

（2）感染性疾病筛查、肝功能、肾功能；

（3）食管造影；

（4）胸部增强 CT 扫描。

2. 根据患者情况，可选检查项目：

（1）心电图、肺功能、超声心动图；

（2）凝血功能、肿瘤标志物；

（3）食管腔内超声检查；

（4）颅脑 MRI 检查；

（5）全身骨显像。

（七）放射治疗方案。

1. 靶区的确定：CT 扫描、吞钡造影、食管内超声检查，均可以为靶体积及其边界的确定提供参考。

2. 放射治疗计划：推荐使用 CT 模拟定位和三维计划系统，应该使用静脉或口服对比剂以增进显像。

3. 放射治疗剂量：术前放疗，总剂量 40Gy、常规分割；同期放化疗，总剂量 50. 4－60Gy、常规分割；单纯放疗剂量 60－64Gy、常规分割。

4. 脏器保护：为了减少术后肺并发症（比如有症状的肺炎），术前放疗推荐的剂量限制是全肺 V20＜20％并且 V10＜40％。根治性放射治疗推荐的剂量限制是全肺 V20＜37％。一般情况下，肝脏应保证 60％体积受照低于 30Gy，肾脏单侧应保证 2/3 体积受照低于 20Gy，脊髓剂量应低于 45Gy，心脏应保证 1/3 体积低于 50Gy，并且尽量降低左心室剂量。

5. 同步放化疗的化疗方案按相应的指南、诊疗规范执行。

（八）治疗中的检查和其他治疗。

1. 至少每周一次体格检查。

2. 每周复查血常规。

3. 密切观察病情，针对急性毒性反应，给予必要的治疗，避免可治疗的毒性反应造成治疗中断和剂量缩减。

4. 监测体重及能量摄入，如果热量摄入不足（＜1500 千卡/日），则应考虑给予肠内（首选）或肠外营养支持治疗，可以考虑留置十二指肠营养管或胃造瘘进行肠内营养支持。

5. 治疗中根据病情复查影像学检查，酌情对治疗计划进行调整或重新定位。

（九）治疗后复查。

1. 血常规、肝功能、肾功能。

2. 胸部及上腹 CT。

3. 食管造影，必要时可行内窥镜检查。

（十）出院标准。

1. 完成全部放射治疗计划。

2. 无严重毒性反应需要住院处理。

3. 无需要住院处理的其他合并症/并发症。

（十一）参考费用标准。

1. 二维外照射治疗：1. 5 万－2. 0 万元。

2. 三维适形放射治疗：4 万－7 万元。

二、食管癌放射治疗临床路径表单

适用对象：第一诊断为食管癌（ICD－10：C15 伴 Z51.0，Z51.0 伴 Z85.001）的患者。

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____门诊号：_____住院号：_____

住院日期：_____年____月____日　　出院日期：_____年____月____日　　标准住院日：≤55 天

时间	住院第 1 天	住院第 2－3 天	住院第 3－7 天
主要诊疗工作	□ 询问病史及体格检查 □ 交待病情 □ 书写病历 □ 开具检查化验申请 □ 初步诊断	□ 上级医师查房和评估 □ 完成放疗前检查、准备 □ 根据病理结果影像资料等，结合患者的基础疾病和综合治疗方案，行放疗前讨论，确定放疗方案 □ 完成必要的相关科室会诊 □ 住院医师完成上级医师查房记录等病历书写 □ 签署放疗知情同意书、自费用品协议书（如有必要）、向患者及家属交待放疗注意事项	□ 放疗定位，定位后 CT 扫描或直接行模拟定位 CT，或模拟机定位 □ 医师勾画靶区 □ 物理师初步制定计划 □ 医师评估并确认计划 □ 模拟机及加速器计划确认和核对 □ 住院医师完成必要病程记录 □ 上级医师查房 □ 向患者及家属交代病情及放疗注意事项
重点医嘱	**长期医嘱：** □ 放疗科 □ 1－3 级护理常规 □ 饮食：◎普食◎糖尿病饮食◎其他_____ **临时医嘱：** □ 血、尿、便常规 □ 肝肾功能 □ 食道钡餐造影 □ 胸部增强 CT □ 根据病情：骨 ECT 、头 MRI、肺功能、心电图、超声心动、腹部增强 CT 扫描 □ 其他_____	**长期医嘱：** □ 患者既往基础用药 □ 抗菌药物（必要时） □ 其他医嘱 **临时医嘱：** □ 其他特殊医嘱	
主要护理工作	□ 入院介绍 □ 入院评估 □ 指导患者进行相关辅助检查	□ 放疗前准备 □ 放疗前宣教（正常组织保护等） □ 心理护理	□ 观察患者病情变化 □ 定时巡视病房
病情变异记录	□有，原因： 1. 2.	□有，原因： 1. 2.	□有，原因： 1. 2.
护士签名			
医师签名			

时间	住院第 4—53 天(放疗过程)	住院第 53—54 天(出院日)
主要诊疗工作	□ 放疗开始 □ 上级医师查房,注意病情变化 □ 住院医师完成常规病历书写 □ 注意记录患者放疗后正常组织的不良反应的发生日期和程度	□ 上级医师查房,对放疗区域不良反应等进行评估,明确是否能出院 □ 住院医师完成常规病历书写及完成出院记录、病案首页、出院证明书等,向患者交代出院后的注意事项,如返院复诊的时间、地点,后续治疗方案及用药方案 □ 完善出院前检查
重点医嘱	**长期医嘱:** □ 患者既往基础用药 □ 抗菌药物(必要时) □ 其他医嘱 **临时医嘱:** □ 同期化疗 □ 正常组织放疗保护剂 □ 针对放疗急性反应的对症处理药物 □ 复查影像学检查 □ 调整治疗计划/重新定位 □ 其他特殊医嘱	**长期医嘱:** □ 患者既往基础用药 □ 抗菌药物(必要时) □ 其他医嘱 **临时医嘱:** □ 血常规、肝肾功能 □ 胸部 CT 检查 □ 出院医嘱 □ 出院带药
主要护理工作	□ 观察患者病情变化 □ 定时巡视病房	□ 指导患者放疗结束后注意事项 □ 出院指导 □ 协助办理出院手续
病情变异记录	□有,原因: 1. 2.	□有,原因: 1. 2.
护士签名		
医师签名		

卫生部办公厅关于印发原发性肺癌手术等3个临床路径的通知

卫办医政发〔2012〕130号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

按照深化医药卫生体制改革有关工作安排，为保障提高农村居民重大疾病医疗保障水平工作顺利推进，我部组织有关专家，在总结临床路径管理试点工作经验的基础上，结合我国医疗实际，研究制定了原发性肺癌手术、原发性肺癌内科治疗和原发性肺癌放射治疗等3个临床路径。现印发给你们，请从卫生部网站（医政管理栏目）下载相关临床路径。

请结合当地医疗实际，在我部制定的临床路径原则内，指导辖区内有关医院细化各相关病种的临床路径，并在开展重大疾病医疗保障和救助试点工作中实施。请及时总结肺癌等重大疾病医疗救治工作经验，将有关情况反馈我部医政司。

联系人：卫生部医政司医疗处　陈海勇、胡瑞荣、焦雅辉

电　话：010－68792413、68792840

邮　箱：mohyzsylc@163.com

2012年10月25日

原发性肺癌手术临床路径

（2012年版）

一、原发性肺癌手术临床路径标准住院流程

（一）适用对象。

1. 第一诊断为原发性肺癌（ICD－10：C34/D02.2）。

2. 临床分期（UICC 2009）为Ⅰ期、Ⅱ期和可完全性切除的ⅢA期非小细胞肺癌。

3. 临床分期（UICC 2009）为 $T_{1-2}N_0M_0$ 的小细胞肺癌。

4. 行肺局部切除/肺叶切除/全肺切除/开胸探查术（ICD－9－CM－3：32.29/32.3－32.5）。

（二）诊断依据。

根据卫生部《原发性肺癌诊疗规范（2011年版）》，卫生部《原发性肺癌诊断标准（2010年版）》等。

1. 高危因素：吸烟指数＞400年支，年龄＞45岁，肺癌家族史等。

2. 临床症状：早期可无明显症状。常见的症状有：刺激性咳嗽、血痰或咯血、胸痛、气促、发热等。

3. 辅助检查：胸部影像学检查，血肿瘤标记物，痰细胞学检查，纤维支气管镜等。

4. 细胞、组织学等病理学诊断阳性为确诊标准。

（三）治疗方案的选择。

按照卫生部《原发性肺癌诊疗规范（2011年版）》：

1. 肺部分切除术（包括肺楔形切除和肺段

切除）。

2. 肺叶切除术（包括复合肺叶切除和支气管、肺动脉袖式切除成型）。

3. 全肺切除术。

4. 上述术式应行系统性淋巴结清扫或采样。

非急诊手术治疗前，应当完成全面的治疗计划和必要的影像学检查（临床分期检查），充分评估决定手术切除的可能性并制订手术方案。

手术治疗应当尽可能做到肿瘤和区域淋巴结的完全性切除；同时尽量保留有功能的健康肺组织。视频辅助胸腔镜手术（VATS）主要适用于Ⅰ－Ⅱ期肺癌患者。

（四）标准住院日为≤21 天。

（五）进入路径标准。

1. 第一诊断符合 ICD－10：C34/D02. 2 肺癌疾病编码。

2. 心、肺、肝、肾等器官功能可以耐受全麻开胸手术。

3. 当患者合并其他疾病，但住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

（六）术前准备≤6 天。

1. 必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规、大便常规；

（2）凝血功能、血型、肝功能、肾功能、电解质、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等）；

（3）肺功能、心电图、动脉血气分析；

（4）痰细胞学检查、纤维支气管镜检查；

（5）影像学检查：X 线胸片、胸部 CT（平扫＋增强扫描）、腹部超声或腹部 CT、全身骨扫描、头颅 MRI 或增强 CT。

2. 根据患者病情，可选择以下项目：

（1）纵隔镜或 EBUS；

（2）经皮肺穿刺活检；

（3）超声心动图，24 小时动态心电图；

（4）肿瘤标志物；

（5）心脑血管疾病相关检查。

3. 术前风险评估。

（七）预防性抗菌药物选择与使用时机。

抗菌药物使用应按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285 号）执行。术前 30 分预防性使用抗菌药物。

（八）手术日为入院≤7 天。

1. 麻醉方式：气管插管静脉复合全身麻醉。

2. 手术耗材：根据患者病情，可能使用吻合器和闭合器。

3. 术中用药：抗菌药物。

4. 输血：视术中出血情况而定。

5. 病理：冰冻切片。

（九）术后住院恢复≤14 天。

1. 必须复查的项目：

（1）血常规、肝功能、肾功能、电解质；

（2）胸片（术后第一天和拔胸腔闭式引流管之前各一次），必要时可行胸部 CT；

（3）病理检查参照卫生部《原发性肺癌诊疗规范（2011 年版）》。

2. 术后预防性使用抗菌药物：按照《抗菌药物临床应用指导原则》（卫医发〔2004〕285 号）执行。根据患者病情变化，调整抗菌药物用药时间及种类。

（十）出院标准。

1. 切口愈合良好，或门诊可处理的愈合不良切口。

2. 生命体征平稳。

（十一）变异及原因分析。

1. 有影响手术的合并疾病，术前需要进行相关的诊断和治疗。

2. 术后出现肺部感染、呼吸功能衰竭、心脏功能衰竭、支气管胸膜瘘等并发症，需要延长治疗时间或费用超出参考费用标准。

3. 高级职称医师认可的变异原因。

4. 患者以及其他方面的原因。

（十二）参考费用标准：3 万－5 万元（VATS 手术 4－6 万）。

二、原发性肺癌手术临床路径表单

适用对象：第一诊断为原发性肺癌（ICD－10：C34/D02.2）

行肺局部切除/肺叶切除/全肺切除＋系统性淋巴结清扫、开胸探查术（ICD－9－CM－3：32.29/32.3－32.5）

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____门诊号：_____住院号：_____

住院日期：_____年____月____日　出院日期：_____年____月____日　标准住院日：12－21天

时间	住院第1天	住院第2－6天（术前日）	住院第4－7天（手术日）
主要诊疗工作	□ 询问病史及体格检查 □ 完成病历书写 □ 开化验单及检查申请单 □ 主管医师查房 □ 初步诊断	□ 上级医师查房 □ 术前准备 □ 临床分期与术前评估 □ 术前讨论，确定手术方案 □ 根据病情需要，完成相关科室会诊 □ 住院医师完成病程日志及术前小结、上级医师查房记录等病历书写 □ 签署手术知情同意书、自费用品协议书、输血同意书、授权委托同意书	□ 术前留置尿管 □ 手术 □ 术者完成手术记录 □ 住院医师完成术后病程 □ 上级医师查房 □ 观察生命体征 □ 向患者及家属交代病情及术后注意事项
重点医嘱	**长期医嘱：** □ 胸外科二级护理 □ 普食 **临时医嘱：** □ 血常规、尿常规、大便常规 □ 凝血功能、血型、肝功能、肾功能、电解质、感染性疾病筛查 □ 肺功能、动脉血气分析 □ 心电图 □ 痰细胞学检查、纤维支气管镜检查 □ 影像学检查：胸片、胸部CT，腹部超声或CT、全身骨扫描、头颅MRI或CT	**长期医嘱：** □ 雾化吸入 **临时医嘱：** □ 明日全麻下拟行 ◎肺局部切除术◎肺叶切除术 ◎全肺切除术◎开胸探查术 □ 术前6小时禁食水 □ 术前晚灌肠 □ 术前备皮 □ 备血 □ 术前镇静药物（酌情） □ 备术中抗菌药物 □ 其他特殊医嘱 □ 必要时：纵隔镜、24小时动态心电图、超声心动图、经皮肺穿刺活检等	**长期医嘱：** □ 胸外科术后护理常规 □ 特级或一级护理 □ 清醒后6小时进流食 □ 吸氧 □ 体温、心电、血压、呼吸、脉搏、血氧饱和度监测 □ 胸管引流记量 □ 持续导尿，记24小时出入量 □ 雾化吸入 □ 预防性应用抗菌药物 □ 镇痛药物（酌情） **临时医嘱：** □ 其他特殊医嘱
主要护理工作	□ 介绍病房环境、设施和设备 □ 入院护理评估 □ 辅助戒烟	□ 宣教、备皮等术前准备 □ 提醒患者术前禁食水 □ 呼吸功能锻炼	□ 观察病情变化 □ 术后心理和生活护理 □ 保持呼吸道通畅
病情变异记录	□无 □有，原因： 1. 2.	□无 □有，原因： 1. 2.	□无 □有，原因： 1. 2.
护士签名			
医师签名			

时间	住院 5—8 天(术后第 1 日)	住院 6—12 天(术后第 2—7 日)	住院 13—21 天(术后第 8—14 日,出院日)
主要诊疗工作	□ 上级医师查房 □ 住院医师完成病历书写 □ 观察胸腔引流情况 □ 注意生命体征及肺部呼吸音 □ 鼓励并协助患者排痰 □ 必要时纤支镜吸痰	□ 上级医生查房 □ 住院医生完成病历书写 □ 视病情复查血常规、血生化及胸片 □ 视胸腔引流及肺复张情况拔除胸腔引流管并切口换药 □ 必要时纤支镜吸痰 □ 视情况停用或调整抗菌药物	□ 切口拆线 □ 上级医师查房,明确是否出院 □ 住院医生完成出院小结、病历首页等 □ 向患者及家属交代出院后注意事项 □ 根据术后病理确定术后治疗方案
重点医嘱	**长期医嘱:** □ 胸外科一级护理 □ 普食 **临时医嘱:** □ 血常规、肝肾功能、电解质 □ 胸片 □ 其他特殊医嘱	**长期医嘱:** □ 胸外科二级护理 □ 停胸腔闭式引流计量 □ 停记尿量、停吸氧、停心电监护 □ 停雾化 □ 停抗菌药物 **临时医嘱:** □ 拔胸腔闭式引流管 □ 拔除尿管 □ 切口换药 □ 复查胸片或胸 CT、血常规、肝肾功能、电解质(酌情) □ 其他特殊医嘱	**临时医嘱:** □ 切口拆线 □ 切口换药 □ 通知出院 □ 出院带药 □ 定期复诊
主要护理工作	□ 观察患者病情 □ 心理与生活护理 □ 协助患者咳痰	□ 观察患者病情 □ 心理与生活护理 □ 协助患者咳痰	□ 观察病情变化 □ 心理和生活护理 □ 术后康复指导
病情变异记录	□无 □有,原因: 1. 2.	□无 □有,原因: 1. 2.	□无 □有,原因: 1. 2.
护士签名			
医师签名			

原发性肺癌内科治疗临床路径

（2012 年版）

一、原发性肺癌内科治疗临床路径标准住院流程

（一）适用对象。

第一诊断为原发性支气管肺癌（ICD－10：C34/D02.2）：

1.非小细胞肺癌 IIa 期－Ⅲa 期，需行术前或完全性切除术后辅助化疗患者；

2.小细胞肺癌患者；

3.无手术指征的Ⅲb、Ⅳ期非小细胞肺癌患者；

4.复发或转移的肺癌患者；

5.需进行维持治疗的非小细胞肺癌患者。

（二）诊断依据。

根据卫生部《原发性肺癌诊疗规范（2011 年版）》，卫生部《原发性肺癌诊断标准》（2010 年版）。

1.高危因素：吸烟指数＞400 年支，年龄＞45 岁，肺癌家族史等。

2.临床症状：刺激性咳嗽、血痰或咯血、胸痛、气促、发热等。

3.辅助检查：胸部影像学检查，血肿瘤标记物，痰细胞学检查，纤维支气管镜等。

4.细胞、组织学等病理学诊断阳性为确诊标准。

（三）临床路径标准住院日为≤15 天。

（四）进入路径标准。

1.第一诊断必须符合 ICD－10：C34/D02.2 肺癌疾病编码，有明确病理细胞学诊断。

2.符合化疗适应证、无化疗禁忌证。

3.当患者合并其他疾病，但住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

（五）明确诊断及入院常规检查需≤7 天。

1.必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规、大便常规；

（2）肝功能、肾功能、电解质、凝血功能；

（3）胸部 CT、心电图；

（4）细胞学检查、病理检查。

2.根据情况可选择的检查项目：

（1）超声心动图；

（2）肿瘤标志物；

（3）肺功能；

（4）非小细胞肺癌行 EGFR 突变检测；

（5）症状提示可能有转移时，全身骨扫描、头 MRI、腹部 CT；

（6）合并其他疾病的相关检查。

（五）化疗前准备。

1.进行 ECOG 或 KPS 评分。

2.评估心脏、肝肾功能、骨髓功能等。

3.无化疗禁忌。

4.患者、监护人或被授权人签署相关同意书。

（六）化疗方案。

根据《卫生部原发性肺癌诊疗规范（2011 年）》，结合患者的病理分型、分期和身体状况选择方案和剂量。

1.非小细胞肺癌注。

（1）GP 方案。

药物	剂量 mg/(m^2.d)及途径	时间（天）及周期
吉西他滨	1000－1250mg 静脉滴注	1,8 每三周＊4
顺铂	75mg 静脉滴注	1 每三周＊4

（2）GC 方案。

药物	剂量 mg/(m^2.d)及途径	时间（天）及周期
吉西他滨	1000－1250mg 静脉滴注	1,8 每三周＊4
卡铂	AUC 5－6 静脉滴注	1 每三周＊4

(3)DP 方案。

药物	剂量 mg/(m².d)及途径		时间(天)及周期
多西他赛	75mg	静脉滴注	1 每三周 * 4
顺铂	75mg	静脉滴注	1 每三周 * 4

(4)DC 方案。

药物	剂量 mg/(m².d)及途径		时间(天)及周期
多西他赛	75mg	静脉滴注	1 每三周 * 4
卡铂	AUC 5—6	静脉滴注	1 每三周 * 4

(5)NP 方案。

药物	剂量 mg/(m².d)及途径		时间(天)及周期
长春瑞滨	25mg	静脉推注	1,8 每三周 * 4
顺铂	75—80mg	静脉滴注	1 每三周 * 4

(6)NC 方案。

药物	剂量 mg/(m².d)及途径		时间(天)及周期
长春瑞滨	25mg	静脉推注	1,8 每三周 * 4
卡铂	AUC 5—6	静脉滴注	1 每三周 * 4

(7)EP 方案。

药物	剂量 mg/(m².d)及途径		时间(天)及周期
依托泊甙	100mg	静脉滴注	1,2,3 每四周 * 4
顺铂	75—100mg	静脉滴注	1 每四周 * 4

(8)PP 方案(非鳞癌)。

药物	剂量 mg/(m².d)及途径		时间(天)及周期
培美曲塞	500mg	静脉滴注	1 每三周 * 4
顺铂	75mg	静脉滴注	1 每三周 * 4

(9)PC 方案(非鳞癌)。

药物	剂量 mg/(m².d)及途径		时间(天)及周期
培美曲塞	500mg	静脉滴注	1 每三周 * 4
卡铂	AUC 5—6	静脉滴注	1 每三周 * 4

(10)TP 方案。

药物	剂量 mg/(m².d)及途径		时间(天)及周期
紫杉醇	135—200mg	静脉滴注	1 每三周 * 4
顺铂	75mg	静脉滴注	1 每三周 * 4

(11)TC 方案。

药物	剂量 mg/(m².d)及途径		时间(天)及周期
紫杉醇	135—200mg	静脉滴注	1 每三周 * 4
卡铂	AUC 5—6	静脉滴注	1 每三周 * 4

注:ECOG PS=2 或高龄(>75 岁)患者,可采用单药化疗,上述方案中去除铂,剂量与使用方法同上。

2. 小细胞肺癌。

(1)EP 方案。

药物	剂量 mg/(m².d)及途径		时间(天)及周期
依托泊甙	100mg	静脉滴注	1,2,3 每三周 * (4—6)
顺铂	75—100mg	静脉滴注	1 每三周 * (4—6)

(2)EC 方案。

药物	剂量 mg/(m².d)及途径		时间(天)及周期
依托泊甙	100mg	静脉滴注	1,2,3 每三周 * (4—6)
卡铂	AUC 5—6	静脉滴注	1 每三周 * (4—6)

(3)CAV 方案。

药物	剂量 mg/(m².d)及途径		时间(天)及周期
环磷酰胺	600mg	静脉滴注	1,8 每三周 * (4—6)
长春新碱	1.4mg	静脉滴注	1,8 每三周 * (4—6)
多柔比星(表柔比星)	40mg(60mg)	静脉滴注	1 每三周 * (4—6)

(七)化疗后必须复查的检查项目。

1. 化疗期间定期复查血常规,建议每周复查 1 次。根据具体化疗方案及血像变化,复查时间间隔可酌情增减。

2. 每周评估血生化、肝肾功能。

(八)化疗中及化疗后治疗。

化疗期间脏器功能损伤的相应防治:止吐、保肝、水化、碱化、抑酸剂等。

(九)出院标准。

1. 病人一般情况良好,体温正常。

2. 没有需要住院处理的严重毒副反应或并发症。

(十)变异及原因分析。

1. 治疗前、中、后有感染、贫血、出血及其他合并症者,需进行相关的诊断和治疗,可能延长住院时间并致费用增加。

2. 化疗后出现骨髓抑制,需要对症处理,导致治疗时间延长、费用增加。

3. 根据腺癌患者 EGFR 突变情况,可选用相应靶向治疗药物治疗,如厄洛替尼、吉非替尼等。

3. 75 岁以上的肺癌患者根据个体化情况具体实施。

4. 高级职称医师认可的变异原因分析。

5. 其他患者方面的原因等。

(十一)参考费用标准。

3000—20000 元/周期,针对不同的化疗方案。

二、原发性肺癌内科治疗临床路径表单

适用对象：第一诊断为原发性肺癌（ICD－10：C34/D02.2）

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____门诊号：_____住院号：_____

住院日期：_____年____月____日　出院日期：_____年____月____日　标准住院日：≤15 天

时间	住院第 1 天	住院第 2－4 天	住院第 3－8 天（化疗日）
主要诊疗工作	□ 询问病史及体格检查 □ 交待病情 □ 书写病历 □ 开具化验单	□ 上级医师查房 □ 完成化疗前准备 □ 根据体检、彩超、穿刺病理结果等，行病例讨论，确定化疗方案 □ 完成必要的相关科室会诊 □ 住院医师完成上级医师查房记录等病历书写 □ 签署化疗知情同意书、自费用品协议书、输血同意书 □ 向患者及家属交待化疗注意 事项 □ 上级医师查房与评估 □ 初步确定化疗方案	□ 化疗 □ 住院医师完成病程记录 □ 上级医师查房 □ 向患者及家属交代病情及化疗后注意事项
重点医嘱	**长期医嘱：** □ 内科二级护理常规 □ 饮食：◎普食◎糖尿病饮食◎其他 **临时医嘱：** □ 血、尿、便常规 □ 凝血功能、肝肾功能、电解质、 □ 胸部 CT、心电图 □ 超声心动、骨扫描（视患者情况而定）	**长期医嘱：** □ 患者既往基础用药 ■抗菌药物（必要时） ■补液治疗（水化、碱化） ■其他医嘱（化疗期间一级护理） **临时医嘱：** □ 化疗 □ 重要脏器保护 □ 止吐 □ 其他特殊医嘱	
主要护理工作	□ 入院介绍 □ 入院评估 □ 指导患者进行相关辅助检查	□ 化疗前准备 □ 宣教 □ 心理护理	□ 观察患者病情变化 □ 定时巡视病房
病情变异记录	□无 □有，原因： 1. 2.	□无 □有，原因： 1. 2.	□无 □有，原因： 1. 2.
护士签名			
医师签名			

时间	住院第 9—15 天(出院日)
主要诊疗工作	□ 完成出院记录、病案首页、出院证明等书写 □ 向患者交代出院后的注意事项,重点交代复诊时间及发生紧急情况时处理方法
重点医嘱	出院医嘱: □ 出院带药
主要护理工作	□ 协助患者办理出院手续 □ 出院指导,重点出院后用药方法
病情变异记录	□无 □有,原因: 1. 2.
护士签名	
医师签名	

原发性肺癌放射治疗临床路径

(2012 年版)

一、原发性肺癌放射治疗临床路径标准住院流程

(一)适用对象。

1. 第一诊断为原发性肺癌(ICD—10:C34 伴 Z51.0,Z51.0 伴 Z85.101)。

2. 符合根治性放疗指征。

3. 符合术前/术后放化综合治疗指征。

4. 符合姑息性放疗指征。

(二)诊断依据。

根据卫生部《原发性肺癌诊疗规范(2011 年版)》,卫生部《原发性肺癌诊断标准(2010 年版)》等。

1. 高危因素:吸烟指数>400 年支,年龄>45 岁,肺癌家族史等。

2. 临床症状:早期可无明显症状。常见的症状有:刺激性咳嗽、血痰或咯血、胸痛、气促、发热等。

3. 辅助检查:胸部影像学检查,血肿瘤标记物,痰细胞学检查,纤维支气管镜等。

4. 细胞、组织学等病理学诊断阳性为确诊标准。

(三)放射治疗方案的选择。

根据卫生部《原发性肺癌诊治规范(2011 年)》实施规范化放射治疗:

1. 因医学原因或其他原因不能接受手术治疗时,Ⅰ期病例可选择根治性放疗;对于Ⅱ期Ⅲ期的病例,优先选择同步放化疗,也可选择序贯放化疗,不能耐受时行单纯根治性放疗。

2. 对于 T_3/T_4,N_0/N_1,M_0 的肺上沟肿瘤,应行术前同步放化疗,而后行手术切除+化疗;若判定肿瘤不能切除,则行根治性同步放化疗。

3. Ⅳ期病例以全身治疗为主,放射治疗可以作为原发或转移病灶的局部治疗手段;脑转移病例,颅内病变的处理,首选放射治疗,采用全脑照射或单发及少发病灶的立体定向放射治疗,或两

者的联合应用。

4. 手术后达到 R0 切除，纵隔淋巴结阳性（N_2）的病例，术后可选择辅助化疗或放化疗。肿瘤残留（R1 或 R2 切除），可选同步放化疗、序贯放化疗或放疗。切缘阳性的病例，应尽早开始放疗。

5. Ⅱ－Ⅲ期（局限期）小细胞肺癌优先行同步放化疗，完全缓解者行预防性全脑照射；Ⅳ期（广泛期）化疗有效者行预防性全脑照射。

6. 姑息性放疗：如有指征，针对原发或转移病灶以及疼痛、压迫等症状，可以酌情选择姑息性外照射治疗，提高生存质量。

（四）临床路径标准住院日为≤54 天。

（五）进入路径标准。

1. 第一诊断符合 ICD－10：C34 伴 Z51. 0，Z51. 0 伴 Z85. 101 原发性肺癌疾病编码。

2. 无放疗禁忌证。

3. 当患者合并其他疾病，但住院期间不需要特殊处理也不影响第一诊断的临床路径流程实施时，可以进入路径。

（六）放射治疗前准备。

1. 必需的检查项目：

（1）血常规、尿常规、大便常规；

（2）肝功能、肾功能、电解质；

（3）肺功能、心电图、动脉血气分析；

（4）痰细胞学检查、纤维支气管镜检查；

（5）影像学检查：X 线胸片、胸部 CT（平扫＋增强扫描）、腹部超声或腹部 CT、全身骨扫描、头颅 MRI 或增强 CT。

2. 根据患者病情，可选择以下项目：

（1）纵隔镜或 EBUS；

（2）经皮肺穿刺活检；

（3）超声心动图，24 小时动态心电图；

（4）心脑血管疾病相关检查；

（5）肿瘤标志物检查。

3. 放疗风险评估。

（七）放射治疗方案。

1. 靶区确定：放疗计划应基于相同体位的 CT 模拟图像，推荐使用静脉造影剂以增加准确性。靶区应包括 GTV（CT 可见病灶）、微小病灶边缘（CTV）、靶区运动范围以及定位误差，得到最终 PTV。

2. 治疗方式：根治性治疗和术前或术后放疗应采取适形或适形调强放射治疗技术。

3. 剂量选择：术前放疗剂量 45－50Gy，1. 8－2Gy 常规分割；根治性放疗一般需要 60－74Gy，体部立体定向放疗（SBRT）剂量 5－12. 5Gy/次，4－12 次；同步化疗时为 60－70Gy，2Gy 常规分割；术后放疗 R0 病例 50－54Gy，R1 病例 54－60Gy，R2 病例 60－70Gy，1. 8－2Gy 常规分割。姑息治疗旨在减轻症状，总剂量可以适当减低。

4. 脏器保护：应常规评估危及器官的剂量体积直方图，限制其受照剂量。常规分割三维适形放疗或调强放疗技术，推荐的正常组织剂量限制为：脊髓＜50Gy，全肺 V20＜37％，全肺平均剂量＜20Gy，心脏 V40＜100％、V45＜67％、V60＜33％，食管平均剂量＜34Gy，臂丛神经总剂量＜66Gy。对于肺切除术后患者，其肺组织放射耐受性可能显著降低，应该考虑更严格的正常肺组织剂量限制，尽量降低放射剂量。肺叶切除后的病例，剩余全肺 V20＜25％；全肺切除后的病例，健肺 V20＜10％。

5. 同步放化疗的化疗方案按照《原发性肺癌诊治规范（2011 年）》实施。

（八）治疗中的检查和其他治疗。

1. 每周体格检查至少 1 次。

2. 每周复查血常规。

3. 密切观察病情，针对急性毒性反应，给予有力的支持治疗，避免可治疗的毒性反应造成治疗中断和剂量缩减。

4. 治疗中根据病情复查影像学检查，酌情对治疗计划进行调整或重新定位。

（九）治疗后复查。

1. 血常规、肝功能、肾功能、肿瘤标记物。

2. 根据患者病情，可考虑复查胸部 CT，腹部超声或 CT，头颅 MRI，全身骨扫描。

（十）出院标准。

1. 完成全部放射治疗计划，或因客观原因不能继续放射治疗。

2. 无严重毒性反应需要住院处理。

3. 无需要住院处理的其他合并症/并发症。

（十一）参考费用标准。

1. 常规外照射：1.5 万—2 万元。

2. 三维适形放疗：大约 4 万—7 万元。

二、非小细胞肺癌放射治疗临床路径表单

适用对象：第一诊断为原发性肺癌（ICD—10：C34 伴 Z51.0，Z51.0 伴 Z85.101）

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____门诊号：_____住院号：_____

住院日期：_____年____月____日　出院日期：_____年____月____日　标准住院日：≤54 天

时间	住院第 1 天	住院第 2—3 天	住院第 3—7 天
主要诊疗工作	□ 询问病史及体格检查 □ 交待病情 □ 书写病历 □ 开具检查化验申请 □ 初步诊断	□ 上级医师查房和评估 □ 完成放疗前检查、准备 □ 根据病理结果影像资料等，结合患者的基础疾病和综合治疗方案，行放疗前讨论，确定放疗方案 □ 完成必要的相关科室会诊 □ 住院医师完成上级医师查房记录等病历书写 □ 签署放疗知情同意书、自费用品协议书（酌情）、向患者及家属交待放疗注意事项	□ 放疗定位，定位后 CT 扫描或直接行模拟定位 CT，或模拟机定位 □ 医师勾画靶区 □ 物理师初步制定计划 □ 医师评估、确认计划 □ 模拟机及加速器计划确认和核对 □ 住院医师完成必要病程记录 □ 上级医师查房 □ 向患者及家属交代病情及放疗注意事项
重点医嘱	**长期医嘱：** □ 放疗科 1—3 级护理常规 □ 饮食：◎普食◎糖尿病饮食◎其他_____ **临时医嘱：** □ 血常规、尿常规、大便常规 □ 肝功能、肾功能、电解质 □ 胸部增强 CT □ 肺功能、心电图、 □ 根据病情：骨 ECT、腹部 CT、头 MRI、超声心动 □ 其他_____	**长期医嘱：** □ 患者既往基础用药 □ 抗菌药物（必要时） □ 其他医嘱 **临时医嘱：** □ 其他特殊医嘱	
主要护理工作	□ 入院介绍 □ 入院评估 □ 指导患者进行相关辅助检查	□ 放疗前准备 □ 放疗前宣教（正常组织保护等） □ 心理护理	□ 观察患者病情变化 □ 定时巡视病房
病情变异记录	□有，原因： 1. 2.	□有，原因： 1. 2.	□有，原因： 1. 2.
护士签名			
医师签名			

时间	住院第 4—53 天(放疗过程)	住院第 53—54 天(出院日)
主要诊疗工作	□ 放疗开始 □ 上级医师查房,注意病情变化 □ 住院医师完成常规病历书写 □ 注意记录患者放疗后正常组织的不良反应的发生日期和程度	□ 上级医师查房,对放疗区域不良反应等进行评估,明确是否能出院 □ 住院医师完成常规病历书写及完成出院记录、病案首页、出院证明书等,向患者交代出院后的注意事项,如返院复诊的时间、地点,后续治疗方案及用药方案 □ 完善出院前检查
重点医嘱	**长期医嘱:** □ 患者既往基础用药 □ 抗菌药物(必要时) □ 其他医嘱 **临时医嘱:** □ 同期化疗 □ 正常组织放疗保护剂 □ 针对放疗急性反应的对症处理药物 □ 复查影像学检查 □ 调整治疗计划/重新定位 □ 其他特殊医嘱	**长期医嘱:** □ 患者既往基础用药 □ 抗菌药物(必要时) □ 其他医嘱 **临时医嘱:** □ 血常规、肝肾功能 □ 胸部 CT 检查 □ 出院医嘱 □ 出院带药
主要护理工作	□ 观察患者病情变化 □ 定时巡视病房	□ 指导患者放疗结束后注意事项 □ 出院指导 □ 协助办理出院手续
病情变异记录	□有,原因: 1. 2.	□有,原因: 1. 2.
护士签名		
医师签名		

卫生部发布 2012 年 10 月全国法定传染病疫情

2012 年 10 月(2012 年 10 月 1 日零时至 10 月 31 日 24 时),全国(不含台港澳,下同)共报告法定传染病 574 404 例,死亡 1454 人。其中,甲类传染病中鼠疫无发病、死亡报告,霍乱报告 16 例,无死亡。乙类传染病中除传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感和白喉无发病、死亡病例报告外,其余 22 种传染病共报告发病 293 278 例,死亡 1415 人;报告发病数居前五位的病种依次为病毒性肝炎、肺结核、梅毒、细菌性和阿米巴性痢疾、淋病,占乙类传染病报告发病总数的 96%。

同期,全国共报告丙类传染病发病 281 110 例,死亡 39 人。报告发病数居前三位的病种依次为手足口病、其它感染性腹泻病和流行性腮腺炎,占丙类传染病报告发病总数的 96%。

附件

2012 年 10 月全国法定传染病发病、死亡统计表

病　名	发病数	死亡数**	病　名	发病数	死亡数**
甲乙丙类总计	**574404**	**1454**	流行性脑脊髓膜炎	11	1
甲乙类传染病合计	**293294**	**1415**	百日咳	87	0
鼠疫	0	0	白喉	0	0
霍乱	16	0	新生儿破伤风	73	6
传染性非典型肺炎	0	0	猩红热	2804	0
艾滋病	4012	1011	布鲁氏菌病	1954	1
病毒性肝炎*	119602	66	淋病	8292	0
甲型肝炎	1922	0	梅毒	34449	7
乙型肝炎	95678	55	钩端螺旋体病	94	1
丙型肝炎	16678	10	血吸虫病	318	0
戊型肝炎	1743	1	疟疾	221	0
肝炎未分型	3581	0	**丙类传染病合计**	**281110**	**39**
脊髓灰质炎	0	0	流行性感冒	7331	1
人感染高致病性禽流感	0	0	流行性腮腺炎	25211	0
甲型 H1N1 流感	7	1	风疹	913	0
麻疹	447	0	急性出血性结膜炎	2865	0
流行性出血热	1296	10	麻风病	55	0
狂犬病	136	133	斑疹伤寒	235	0
流行性乙型脑炎	81	8	黑热病	11	1
登革热	199	0	包虫病	265	0
炭疽	20	0	丝虫病	0	0
细菌性和阿米巴性痢疾	18029	2	其它感染性腹泻病	97832	2
肺结核	100091	168	手足口病	146392	35
伤寒和副伤寒	1055	0			

* 病毒性肝炎发病数和死亡数分别为甲肝、乙肝、丙肝、戊肝、未分型肝炎报告发病数和死亡数的合计。

** 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的依据。