附件2：

奈曼旗2025年度基层医疗卫生机构提供服务的基本公共卫生服务项目内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目类别** | **服务对象** | **项目内容** | **执行内容** |
| 1、建立居民健康档案 | 辖区内常住居民，包括居住半年以上非户籍居民 | 1.1建立健康档案，实施信息化管理  1.2健康档案维护管理 | 建立健康档案。以孕产妇、0-6岁儿童、老年人、高血压、糖尿病、严重精神障碍和结核病患者等人群为重点，为辖区居住半年以上的户籍和非户籍居民建立统一、规范的居民健康档案。居民健康档案内容包括个人基本信息、健康体检、重点人群健康管理记录和其他医疗卫生服务记录。  健康档案维护管理。对已建立居民健康档案的居民，在为其提供基本医疗和基本公共卫生服务时，及时使用居民健康档案并更新，补充相应服务记录。  居民健康档案规范化电子建档率达90%以上。 |
| 2、健康教育 | 辖区内居民 | 2.1提供健康教育资料  2.2设置健康教育宣传栏  2.3开展公众健康咨询服务  2.4举办健康知识讲座  2.5开展个体化健康教育 | 配合有关部门开展公民健康素养促进行动；对青少年、妇女、老年人、0-6岁儿童家长、农民工等人群进行健康教育；开展健康生活方式和可干预危险因素的健康教育；开展高血压病、糖尿病、冠心病、哮喘、结核病、肝炎、艾滋病、手足口病、宫颈癌、乳腺癌等重点疾病健康教育；开展食源性疾病、职业卫生、放射卫生、环境卫生、饮水卫生、学校卫生等公共卫生问题健康教育；开展应对突发公共卫生事件、防灾减灾、家庭急救、出生缺陷防治等健康教育；宣传普及医疗卫生法律法规及相关政策。  其中基层医疗卫生机构提供不少于12种内容健康教育宣传印刷资料，播放教育影像资料不少于6种；苏木乡镇卫生院（社区卫生服务中心，下同）设置不少于2个健康教育宣传栏，嘎查村卫生室设置不少于1个宣传栏，每2个月至少更换一次健康教育宣传栏内容；苏木乡镇卫生院每年开展至少9次健康教育咨询及主题宣传活动；苏木乡镇卫生院每月至少举办1次健康知识讲座，嘎查村卫生室每2个月至少举办1次健康知识讲座；基层医疗卫生机构为居民提供服务时应开展个体化健康教育。 |
| 3、预防接种 | 辖区适龄儿童及其他重点人群 | 3.1预防接种管理  3.2 预防接种  3.3 预防接种异常反应处理 | 对0-6岁儿童建卡建证，接种乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、百白破疫苗、白破疫苗、麻疹疫苗、甲肝疫苗、流脑疫苗、乙脑疫苗、麻腮风疫苗等国家免疫规划疫苗，每个适龄儿童完成全程免疫规划需22剂次；接种覆盖率达到90%以上。  发现、报告预防接种中的疑似异常反应，并协助调查处理。  做好入托、入学查验接种证及查漏补种工作。  预防接种（含首针接种）补助经费按属地管理原则根据考核结果拨付至接种单位。 |
| 4、儿童健康管理 | 辖区内居住的0-6岁儿童 | 4.1新生儿家庭访视  4.2新生儿满月健康管理  4.3婴幼儿健康管理  4.4学龄前儿童健康管理 | 提供新生儿家庭访视。了解出生时情况、预防接种情况，重点询问和观察喂养、睡眠、大小便、黄疸、脐部情况，为新生儿测量体温、进行体格检查，对未在孕13周前建立《母子健康手册》的新生儿建立《母子健康手册》，提供育儿保健指导。  开展新生儿满月健康管理。结合疫苗接种，在基层医疗卫生机构进行随访，重点询问和观察新生儿的喂养、睡眠、大小便、黄疸等情况，对其进行体重、身长测量、体格检查和发育评估，绘制生长发育监测图，并提供育儿保健指导。  开展婴幼儿健康管理。满月后的随访结合疫苗接种开展共8次。服务内容包括询问上次随访到本次随访之间的婴幼儿喂养、患病等情况，进行体格检查，做生长发育和心理行为发育评估，提供母乳喂养、辅食添加、常见病防治等健康指导。  对6个月--3岁儿童每年做一次血常规（或血红蛋白）检测；对3岁以下儿童必须每年开展一次听力筛查。  开展学龄前儿童健康管理。为4-6岁儿童每年提供一次健康管理服务。服务内容包括询问上次随访到本次随访之间的膳食、患病等情况，进行体格检查，做生长发育和心理行为发育评估，绘制生长发育监测图，提供合理膳食、常见病防治等健康指导。为4-6岁儿童每年开展一次血常规（或血红蛋白）检测、视力筛查、为0-6岁儿童每年开展一次口腔指导和保健。  对健康管理中发现的有健康问题的儿童，如贫血、口腔发育异常、视力低常或听力异常等儿童，给予指导或转诊的建议。  新生儿访视率、儿童健康管理率分别达到90%以上。 |
| 5、孕产妇健康管理 | 辖区内居住的孕产妇 | 5.1孕早期健康管理  5.2孕中期健康管理  5.3孕晚期健康管理  5.4产后访视  5.5产后42天健康检查 | 孕早期健康管理。为孕13周前的孕妇建立《母子保健手册》，开展产前随访，包括一般体格检查、妇科检查、健康状况评估和保健指导。  孕中期健康管理。为孕中期妇女开展2次产前随访，包括一般体格检查、妇科检查、健康状况评估和保健。为孕早、中期妇女开展健康检查，包括血常规 、尿常规、血型、乙肝、肝功能检查、肾功能检查，提供B超检查。  孕晚期健康管理。共2次，指导孕晚期妇女到有资质的医疗卫生机构进行产前检查。  产后访视。进行产褥期健康管理，询问和检查其一般健康状况及恢复情况，开展母乳喂养和新生儿护理指导，可与新生儿家庭访视一并进行。  产后健康检查。为正常产妇进行产后42天健康检查，包括一般健康检查、妇科检查和性保健、避孕、预防生殖道感染、婴幼儿喂养等指导。  早孕建册率和产后访视率分别达到90%以上。 |
| 6、老年人健康管理 | 辖区内65岁及以上居民 | 6.1生活方式和健康状况评估  6.2体格检查  6.3 辅助检查  6.4 健康指导 | 生活方式和健康状况评估。为65岁以上老年人开展生活方式、健康状况评估。  开展健康检查。对65岁以上老年人每年提供1次免费健康体检服务，包括一般体格检查、尿常规、血常规、空腹血糖、血脂、肝功能、肾功能、心电图、腹部B超检查。  健康指导。根据体检结果和老年人生活自理能力评估情况，提供相应健康指导。  65岁及以上老年人健康管理率到达65%以上。 |
| 7.1、高血压患者健康管理 | 辖区内35岁及以上原发性高血压患者 | 7.1.1筛查随访管理、自我管理  7.1.2健康体检  7.1.3干预控制 | 实施高血压患者体检、巡诊、健教三个方面免费十项综合防治措施，开展35岁以上居民首诊测血压，将发现的2级以下原发性高血压患者纳入健康管理，动员患者参加自我管理并进行指导。  筛查随访管理。对确诊的35岁以上原发性高血压患者进行登记管理，每季度对确诊的高血压患者至少随访1次，每年面对面随访至少4次，对约50%的血压控制不满意的患者增加2次随访。随访内容包括：一般检查、健康评估、行为调查及干预、血压测量、用药指导、健康教育等。**自我管理：建议建立高血压患者自我管理小组。**  健康体检。对原发性高血压患者，每年进行1次较全面的健康检查，包括常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行粗测判断。开展尿液分析、血细胞分析、血糖、血脂、心电图检查等必要的检查。  干预控制。对高血压患者通过规范管理进行干预控制，血压监测1年内连续两个季度控制在140/90mmhg（65岁以上老年人150/90mmhg）以内为控制满意。  高血压患者规范管理率达70%以上。 |
| 7.2、2型糖尿病患者健康管理 | 辖区内35岁及以上2型糖尿病患者 | 7.2.1筛查随访管理、自我管理  7.2.2健康体检  7.2.3干预控制 | 实施糖尿病患者体检、巡诊、健教三个方面免费十项综合防治措施，将发现的2型糖尿病患者纳入健康管理，动员患者参加自我管理并进行指导。  筛查随访管理。对确诊的糖尿病患者进行登记管理，每季度对确诊的糖尿病患者至少随访1次，每年面对面随访至少4次，对约50%的血糖控制不满意的患者增加2次随访。随访内容包括：一般检查、健康评估、行为调查干预、血糖检测、用药指导、健康教育等。**自我管理：建议建立糖尿病患者自我管理小组。**  健康体检。对确诊的2型糖尿病患者，每年进行1次较全面的健康检查，包括常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行判断。开展尿液分析、血细胞分析、血糖(空腹或餐后随机)、血脂、心电图检查等必要的检查。  干预控制。对糖尿病患者通过规范管理进行干预控制，血糖监测1年内连续两个季度控制在7mmol/L(空腹)或10mmol/L(餐后)以内为控制满意。  糖尿病患者规范管理率达到70%以上。 |
| 8、严重精神障碍患者管理 | 辖区内诊断明确，在家居住的严重精神障碍患者 | 8.1随访评估  8.2健康体检 | 随访管理。对登记的严重精神障碍患者，按照“应管尽管”的原则纳入随访管理。每季度进行一次随访评估，每年至少4次，随访包括预约患者到门诊就诊、电话追踪和家庭访视等方式，随访时需对患者进行危险性评估，同时进行生活用药指导，对患者家属开展针对性的健康宣传教育，指导患者家属对患者精神疾病症状进行监测，督导患者服药；鼓励和帮助患者进行生活功能康复训练，指导患者参与社会活动，接受职业训练。  健康体检。为纳入随访管理的严重精神障碍患者在患者病情的允许下，征得监护人与（或）患者本人同意后，每年进行一次健康体检。包括一般体格检查、血常规、血糖、肝功能、心电图检查。  在册规范化管理率达到80%以上。 |
| 9、结核病患者健康管理 | 辖区内确诊的肺结核患者、肺结核可疑者、（包括耐多药患者） | 9.1筛查和推介转诊  9.2第一次入户随访  9.3督导服药和随访管理  9.4结案评估 | 发现、报告肺结核可疑症状者或疑似肺结核患者，推介转诊。对确诊的肺结核患者进行后期督导访视，并落实患者的治疗管理。  推介或转诊患者：发现辖区内的疑似肺结核患者并进行转诊（完整的传染病报告卡并及时网络报告、三联转诊单、登记本完整）。专业机构应将确诊信息及时通知辖区基层医疗机构，方便开展后续管理。  开展第1次入户随访服务。  督导服药和随访管理。  督导服药。采取医务人员督导服药与家庭成员督导服药多种形式督导服药。  随访评估。按照《结核病管理规范》进行随访评估。  分类干预。按照《结核病管理规范》进行分类干预。  结案评估。按《规范》要求开展结案、评估、转诊。  肺结核患者管理率达90%以上，规则服药率达90%以上。 |
| 10、中医健康管理 | 辖区内65岁以上老年人、0-3岁儿童 | 10.1老年人中医体质辨识  10.2儿童中医调养 | 中医体质辨识。对老年人开展中医体质辨识，根据不同体质进行个性化养生保健知识、常见疾病等中医健康指导。覆盖率达50%以上。  儿童中医调养。每年为0-3岁儿童开展2次中医调养保健服务，包括饮食起居和捏脊穴位按摩等指导，覆盖率50%以上。 |
| 11、传染病及突发公共卫生事件报告和处理 | 辖区内服务人口 | 11.1风险排查  11.2传染病的发现、登记、报告和处置  11.3突发公共卫生事件的发现、登记、报告和处置 | 协助专业机构开展传染病疫情和突发公共卫生事件风险排查、收集和提供风险信息，参与风险评估和应急预案制（修）订。  及时发现并按要求登记、报告传染病病人和疑似病人；协助有关部门做好疫点处理等其他传染病防治工作；开展结核病、艾滋病、手足口病等传染病防治知识宣传和咨询服务；配合专业公共卫生机构，对非住院结核病人、手足口病人进行随访管理。  及时发现并按要求登记、报告食源性疾病、食物中毒和群体性不明原因疾病以及其他严重影响公众健康的事件；协助相关机构开展重大传染病、群体性伤害事件以及突发公共卫生事件的应急救护、转诊，并做好卫生学调查处置。  传染病和突发公共卫生事件的报告率分别达到95%以上。 |
| 12、卫生计生监督协管 | 辖区内居民 | 12.1食品安全信息报告  12.2饮用水卫生安全巡查  12.3学校卫生服务  12.4非法行医和非法采供血信息报告  12.5计划生育相关信息报告 | 食源性疾病信息报告。发现或怀疑有食物中毒、食源性疾病、食品污染等线索和事件，及时向有关部门报告。  饮用水卫生安全巡查。协助卫生监督机构对农村集中式供水、城市二次供水和学校供水进行巡查，发现异常情况及时报告。  学校卫生服务。协助卫生监督机构定期对学校传染病防控开展巡访，发现问题隐患及时报告，指导学校设立卫生宣传栏，协助开展学生健康教育。  非法行医和非法采供血信息报告。定期对辖区内非法行医、非法采供血开展巡访，发现相关信息及时向卫生监督机构报告。  协助苏木乡镇（街道）卫计办做好区域人口变动、利导政策实施、节育手术开展等信息收集、报告工作。  卫生计生监督协管信息报告率、报告及时率达90%以上；协助开展的饮用水卫生、学校卫生、非法行医和非法采供血巡查数每2个月不得少于1次；卫生计生监督协管服务建档率达100%。 |
| 13、慢性阻塞性肺疾病患者健康服务。 | 辖区内35岁及以上常住居民中慢性阻塞性肺疾病患者。 | 13.1建档  13.2首次随访13.3随访评估和分类干预13.4健康检查 | 对辖区内慢阻肺病患者，已经有健康档案的，增加慢阻肺病随访记录相关内容；尚未建立健康档案的，已经建立健康档案并记录慢阻肺病随访服务相关内容。  确诊为慢阻肺病的服务对象,进行首次随访时,需记录其吸烟史、用药情况、肺功能指标;若其近一年无肺功能检查结果,建议其在有条件的医疗机构进行肺功能检测,登记肺功能相关指标。首次随访应通过门诊或入户随访完成。  对于确诊慢阻肺痛的患者,每年 至少提供4次随访,了解患者症状、用药情况和是否有急性加重情况等,相关信息应及时录入《慢性阻塞性肺疾病患者随访服务记录表》。  对确诊的慢阻肺病患者,每年提供1次健康检查,可与随访相结合。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、SpO2、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查。具备条件的基层医疗卫生机构可提供1次肺功能检测。 |