

2015年北京市基本公共卫生服务项目目录

| 序号 | 目录 | 项目 | 服务内容 |
|----|------------|------------------|---|
| 1 | 城乡居民健康档案管理 | 1. 居民健康档案的建立 | (1) 使用《国家基本公共卫生服务规范》要求的居民健康档案； (2) 通过门诊、入户服务（调查）、疾病筛查、健康体检等多种方式为居民建立健康档案，完善基本信息、健康体检记录，并根据其主要健康问题分类管理，服务提供情况填写相应记录； (3) 提供健康体检服务（包括一般健康检查、生活方式、健康状况及其疾病用药情况、健康评价等）； (4) 结合健康体检结果，对居民健康状况评估，重点人群纳入相应的健康管理； (5) 将居民健康档案及相关服务记录表单录入社区卫生服务信息系统。 |
| | | 2. 居民健康档案的使用 | (1) 通过门诊诊疗、随访等方式，及时更新、补充相应记录内容； (2) 更新、补充的记录及时录入电子健康档案； (3) 对于需要转诊、会诊的服务对象，由接诊医生填写转诊、会诊记录； (4) 健康档案使用每年至少更新1次。 (5) 定期清理死亡、迁出、无效档案。 |
| 2 | 健康教育 | 3. 提供健康教育资料 | (1) 编辑、印刷发放健康教育宣传资料，内容不少于12种，并及时更新补充，保障使用； (2) 在候诊区、观察室、健教室等场所或宣传活动现场播放音像资料，每年播放不少于6种，每周播放不少于3次。 |
| | | 4. 设置健康教育宣传栏 | 社区卫生服务中心制作宣传栏不少于2个，村卫生室和社区卫生服务站宣传栏不少于1个，宣传栏符合规范要求，每机构每2个月最少更换1次健康教育宣传栏内容。 |
| | | 5. 开展公众健康咨询活动 | 每年至少开展9次公众健康咨询活动，并发放宣传资料。 |
| | | 6. 举办健康知识讲座 | 定期举办健康知识讲座，社区卫生服务中心每月至少举办1次健康知识讲座，村卫生室和社区卫生服务站每两个月至少举办1次健康知识讲座。 |
| | | 7. 个体化健康教育 | (1) 在门诊提供个体化健康知识和健康技能服务； (2) 上门访视或巡诊服务时，提供个体化健康知识和健康技能服务。 |
| 3 | 预防接种 | 8. 预防接种管理 | (1) 为辖区内所有0~6岁儿童建立预防接种证和预防接种卡等儿童预防接种档案，辖区内出生的儿童（包括本市和外地户籍儿童）在出生后1个月内建卡、建证，外地来京学龄前儿童在来北京2个月内建卡、建证。 (2) 采取预约的方式，告知预防接种疫苗的种类、时间、地点和相关要求； (3) 每半年对责任区内儿童的预防接种卡进行1次核查和整理。 |
| | | 9. 预防接种 | 根据北京市免疫规划疫苗免疫程序，对适龄儿童进行常规接种。 |
| | | 10. 查漏补种 | 每年针对新入托、入学和转学儿童进行接种证查验和疫苗补种工作，并对学龄前流动儿童强化查漏补种工作。 |
| | | 11. 疑似预防接种异常反应处理 | 如发现疑似预防接种异常反应，接种人员应按照《全国疑似预防接种异常反应监测方案》的要求进行处理和报告。 |

| | | | |
|---|------------|-----------------------|--|
| 4 | 0-6岁儿童健康管理 | 12. 新生儿家庭访视 | <p>为新生儿建立《0~6岁儿童保健手册》，并于新生儿出院后1周内，到新生儿家中进行产后访视。</p> <p>(1) 了解儿童出生时情况、预防接种情况；</p> <p>(2) 为新生儿进行体格检查，开展先天性心脏病筛查、发育性髋关节脱位筛查等新生儿疾病筛查；</p> <p>(3) 有针对性地对家长进行母乳喂养、护理和常见疾病预防指导；</p> <p>(4) 对于低出生体重、早产、双多胎或有出生缺陷的新生儿根据实际情况增加访视次数。</p> |
| | | 13. 新生儿满月健康管理 | <p>新生儿满28天后，结合接种乙肝疫苗第二针进行随访，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、先天性心脏病筛查、发育性髋关节脱位筛查和发育评估。</p> |
| | | 14. 婴幼儿健康管理 | <p>分别在2~3月龄、5~6月龄、8~9月龄、11~12月龄、1岁5~6月、1岁11月~2岁0月、2岁5~6月、2岁11月~3岁0月时进行健康随访，服务内容包括询问婴幼儿喂养、患病等情况，进行体格检查、先天性心脏病筛查、发育性髋关节脱位筛查、口腔保健，做生长发育和心理行为发育筛查，进行健康指导；在8-12月龄进行儿童发育筛查（丹佛发育筛查法（DDST））。在婴幼儿6~9、18、30月龄时分别进行1次血常规检测。从6月龄起至3岁，每年进行一次听力筛查，可使用听性行为观察法，有条件者可使用筛查型耳声发射。</p> |
| | | 15. 学龄前儿童健康管理 | <p>每年为3~6岁儿童提供一次健康管理服务，服务内容包括膳食、患病等情况，进行体格检查，生长发育和心理行为发育筛查，血常规检测、先天性心脏病筛查、视力筛查、听力筛查和口腔保健，并进行健康指导。</p> |
| | | 16. 儿童营养性疾病管理（健康问题处理） | <p>对发现的维生素D缺乏性佝偻病、营养性缺铁性贫血、营养不良、超重、肥胖等进行登记管理，其中部分疾病按相应要求做专案管理，必要时转诊。</p> |

| | | | |
|---|---------|-------------|---|
| 5 | 孕产妇健康管理 | 17. 孕早期健康管理 | <p>(1) 孕12周前为孕妇建立《孕产妇保健手册》，在妇幼保健网络信息系统中准确录入相关信息，并发放识别码，以便相关机构及时开展孕产妇管理工作，并进行第1次产前随访；</p> <p>(2) 开展孕妇健康状况评估：询问既往史、家族史、个人史等，观察体态、精神等，必要时进行一般体检、妇科检查和相关实验室检查。</p> <p>(3) 开展孕妇健康状况评估和孕早期个人卫生、心理和营养保健指导；，特别要强调避免致畸因素和疾病对胚胎的不良影响，同时进行产前筛查和产前诊断的宣传告知。</p> <p>(4) 根据检查结果填写第1次产前随访服务记录表，对具有妊娠危险因素和可能有妊娠禁忌症或严重并发症的孕妇，及时转诊到上级医疗卫生机构，并在1周内随访转诊结果，并将随访结果录入妇幼信息系统。</p> |
| | | 18. 孕中期健康管理 | <p>对孕16~20周、21~24周孕妇各进行1次随访，对孕妇的健康状况和胎儿的生长发育情况进行评估和指导。</p> <p>(1) 孕妇健康状况评估：通过孕期随访，对孕妇健康和胎儿的生长发育状况进行评估，识别高危重点孕妇。</p> <p>(2) 对未发现异常的孕妇：进行孕期的个人卫生、心理、运动、营养指导和预防出生缺陷的产前筛查和产前诊断的宣传告知。</p> <p>(3) 对随访中发现的高危孕妇应根据就诊医疗卫生机构的建议督促其酌情增加随访次数；随访中若发现有异常情况，建议其及时转诊。并将高危随访信息录入妇幼信息系统，极严重高危及不宜妊娠上报妇幼保健院，必要时入户高危随访。</p> |
| | | 19. 孕晚期健康管理 | <p>(1) 督促孕产妇在孕28~36周、37~40周去有助产资质的医疗卫生机构各进行1次随访。</p> <p>(2) 开展孕产妇自我监护方法、促进自然分娩、母乳喂养以及孕期并发症、合并症防治指导。</p> <p>(3) 对随访中发现的高危孕妇应根据就诊医疗卫生机构的建议督促其酌情增加随访次数；随访中若发现有异常情况，建议其及时转诊。将高危随访信息录入妇幼信息系统，极严重高危及不宜妊娠上报妇幼保健院，必要时入户高危随访。</p> |
| | | 20. 产后访视 | <p>产褥期健康管理：收到分娩医院转来的产妇分娩信息后，应于3~7天内到产妇家中进行产后初访，分娩后28—30天第二次访视，如母婴有异常情况，酌情增加次数。满月结案时如仍存在高危因素，需继续随访至产后42天。访视后及时将信息录入妇幼信息系统。产后访视过程中应加强母乳喂养和新生儿护理指导，同时进行新生儿访视。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 通过观察、询问和检查，了解产妇一般情况、乳房、子宫、恶露、会阴或腹部伤口恢复等情况。 2. 对产妇进行产褥期保健指导，对母乳喂养困难、产后便秘、痔疮、会阴或腹部伤口等问题进行处理 3. 发现有产褥感染、产后出血、子宫复旧不佳、妊娠合并症未恢复者以及产后抑郁等问题的产妇，应及时转至上级医疗卫生机构进一步检查、诊断和治疗。 4. 通过观察、询问和检查了解新生儿的基本情况 |
| | | 21. 高危孕产妇管理 | 按《高危孕产妇管理要求》对高危孕妇《北京市高危孕产妇管理登记册》进行登记管理，实行定期随访；按高危妊娠的程度实行分类、分级管理，如上报、随访及转诊。 |

| | | | |
|---|---------|-----------------|---|
| 6 | 老年人健康管理 | 22. 体检服务 | 每年为65岁及以上常住老年人提供一次免费体检服务。包括（1）生活方式和健康状况自理评估。通过问诊、老年人健康状态自评了解其基本健康状况、体育锻炼、饮食、吸烟、饮酒、慢性疾病常见症状、既往所患疾病、治疗及目前用药和生活自理能力等情况。（2）体格检查。包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行粗测判断。（3）辅助检查。包括血常规、尿常规、肝功能（血清谷草转氨酶、血清谷丙转氨酶和总胆红素）、肾功能（血清肌酐和血尿素氮）、空腹血糖、血脂、心电图检测和腹部黑白B超。 |
| | | 23. 健康指导 | 根据了解老年人健康状况和健康体检结果，进行有针对性的健康指导。 （1）对发现已确诊的原发性高血压和2型糖尿病等患者纳入相应的慢性病患者健康管理。 （2）对体检中发现有异常的老年人建议定期复查。 （3）进行健康生活方式以及疫苗接种、骨质疏松预防等健康指导。 （4）告知或预约下一次健康管理服务的时间。 |
| | | 24. 为老年人优先服务 | 在基层医疗卫生机构为本市老年人提供优先就诊和出诊服务 |
| 7 | 慢性病管理 | 25. 筛查 | （1）35岁及以上常住居民每年首诊测血压； （2）诊疗中发现的高危人群建议其定期筛查； （3）诊疗服务中发现血压、血糖异常患者预约其复查； （4）原发性高血压患者、确诊的2型糖尿病患者纳入社区管理； （5）发现继发高血压患者、其他类型糖尿病，或是存在危急情况，需转诊。 |
| | | 26. 随访评估并进行分类干预 | （1）高血压、糖尿病患者首诊应书写规范的首诊病历（SOAP），并进行随访评估，确定危险分级，并进行分类干预； （2）每年提供至少4次面对面的随访，按照《国家基本公共卫生服务规范》要求进行随访，随访记录录入健康档案和信息系統； （3）管理的糖尿病患者每年提供4次免费空腹血糖检测； （4）发现血压、血糖控制不满意，结合患者是否出现药物不良反应和新的并发症，或是原有并发症加重，应建议转诊上级医院，并在2周内随访转诊情况； （5）管理患者要进行有针对性的健康教育； （6）未能按照要求接受随访的社区管理患者，应主动与患者联系，保证管理的连续性。 |
| | | 27. 健康体检 | （1）管理的高血压、糖尿病患者每年进行1次较全面的健康检查（与随访相结合），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。 （2）管理患者的年度体检结果录入居民健康档案和社区卫生信息系统。 |

| | | | |
|---|-----------------------|------------------|--|
| 8 | 重性精神疾病患者管理 | 28. 患者信息管理（登记建档） | 在将重性精神疾病患者纳入管理时，记录疾病诊疗相关信息，为患者进行一次全面评估，为其建立一般居民健康档案，并按照要求填写重性精神疾病患者个人信息补充表。 |
| | | 29. 随访评估 | 对应管理的重性精神疾病患者每年至少随访4次，每次随访应对患者进行危险性评估；检查患者的精神状况，包括感觉、知觉、思维、情感和意志行为、自知力等；询问患者的躯体疾病、社会功能情况、服药情况及各项实验室检查结果等。 |
| | | 30. 健康教育、康复指导 | 每次随访根据患者病情的控制情况，对患者及其家属进行有针对性的健康教育和生活技能训练等方面的康复指导，对家属提供心理支持和帮助。 |
| | | 31. 分类干预 | 根据患者的危险性分级、精神症状是否消失、自知力是否完全恢复，工作、社会功能是否恢复，以及患者是否存在药物不良反应或躯体疾病情况对患者进行分类分级干预。 |
| | | 32. 健康体检 | 在患者病情许可的情况下，每年进行1次健康检查。 |
| 9 | 传染病和突发公共卫生事件报告和 处理 | 33. 风险管理 | 在疾病预防控制机构和其他专业机构指导下，协助开展传染病疫情和突发公共卫生事件风险排查、收集和提供风险信息，参与风险评估和应急预案制（修）订。 |
| | | 34. 发现、登记 | 首诊医生在诊疗过程中发现法定报告传染病病人及疑似病人后，按要求填写《中华人民共和国传染病报告卡》；如发现或怀疑为突发公共卫生事件时，按要求填写《突发公共卫生事件相关信息报告卡》；发现管辖区域内学校、托幼机构、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位聚集性传染病疫情，及时登记。 |
| | | 35. 报告 | 在规定时间内进行传染病和/或突发公共卫生事件相关信息的网络直报，并留存《传染病报告卡》和/或《突发公共卫生事件相关信息报告卡》；发现报告错误，或报告病例转归或诊断情况发生变化时，及时进行订正；对漏报的传染病病例和突发公共卫生事件，应及时进行补报；对管辖区域内聚集性传染病疫情应按照相关管理规定时限向辖区疾控机构报告。 |
| | | 36. 处理 | 按照规定对管辖区域内传染病人进行医疗救治和管理及传染病疫情处置，按照相关疫情处理规范组织或协助开展传染病流行病学调查、疫点疫区处理、应急接种、预防性服药、密切接触者和危险因素暴露人员管理等预防控制措施；开展相关防病知识技能和法律法规的宣传教育。 |
| | | 37. 传染病管理 | 按规定开展管辖区域内病毒性肝炎、痢疾、猩红热、风疹、流腮、水痘等疾病的访视管理；协助上级专业防治机构做好艾滋病患者的宣传、指导服务以及非住院病人的治疗管理工作。 |

| | | | |
|----|------------|--------------------|--|
| 10 | 结核病患者健康管理 | 38. 可疑者推介转诊 | 首诊医生在诊疗过程中发现（疑似）肺结核患者后，及时对患者进行健康教育并将其转诊到属地结核病定点医疗机构；对于没有检查能力的机构，首诊医生发现肺结核可疑症状者时，及时对患者进行健康教育并将其推介转诊到属地结核病定点医疗机构；按照属地结防机构的部署，对辖区内非结防机构报告（疑似）肺结核患者开展追踪工作，督促其及时到结核病定点医疗机构就诊。 |
| | | 39. 患者随访管理 | 按照属地结防机构的部署，对辖区内确诊的肺结核患者开展督导服药管理工作，包括培训家庭督导员、定期对患者进行访视掌握患者服药及不良反应发生情况、督促患者进行按期复诊及开展相关检查等，保证其规律全程完成抗结核治疗。 |
| 11 | 卫生监督协管 | 40. 公共场所卫生服务 | 协助卫生监督机构对公共场所进行巡查，发现异常情况及时报告；协助卫生监督机构对公共场所从业人员开展业务培训。 |
| | | 41. 饮用水卫生安全巡查 | 对农村集中式供水、城市二次供水和学校供水进行巡查，协助开展饮用水水质抽检服务；协助对供水单位从业人员开展业务培训。 |
| | | 42. 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；协助有关专业机构对校医（保健教师）开展业务培训。 |
| | | 43. 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。 |
| 12 | 中医基本公共卫生服务 | 44. 重点人群中医药健康管理 | 针对社区老年人、妇女、儿童等重点人群制定中医药养生保健方案，指导开展具有中医药特色的养生保健活动，并在居（村）民健康档案中予以记录；每年为65岁及以上常住居民提供1次中医药健康管理服务，并在居民健康档案中予以记录；在儿童6、12、18、24、30、36月龄对儿童家长进行儿童中医药健康指导，并在儿童保健手册中予以记录。 |
| | | 45. 重点慢病管理 | 开展不少于4种慢性病患者健康管理服务，针对社区相关危险因素进行群体/个体中医药行为干预措施，并在居（村）民健康档案中予以记录。 |
| | | 46. 中医健康教育 | 对居民开展养生保健知识宣教，每年提供不少于6种有中医药内容的文字资料；播放不少于3种有中医药内容的音像资料，每周播放不少于3次；机构宣传栏每年至少宣传4次中医药健康教育内容；开展公众中医药健康咨询活动，每年不少于2次；定期举办健康知识讲座，每年举办中医药健康知识讲座不少于4次。 |