

北京市卫生局文件

京卫妇字[2003]12号

关于印发《北京市0—6岁儿童听力筛查、诊断管理办法》的通知

各区（县）卫生局、各有关医疗保健机构：

为加强并规范本市0—6岁儿童听力保健工作，依据《中华人民共和国母婴保健法实施办法》及《北京市实施〈中华人民共和国母婴保健法〉办法》，我局制定了《北京市0—6岁儿童听力筛查、诊断管理办法》，现印发给你们，请各有关部门根据该规定中的相关内容，各司其责，认真贯彻执行。

附件：北京市0—6岁儿童听力筛查、诊断管理办法

二〇〇三年七月二十八日

主题词：卫生 妇幼保健 通知

抄送：卫生部基层卫生与妇幼保健司、市政府办公厅、市人大教科文卫体委、
北京市残疾人联合会、北京市妇女儿童工作委员会办公室

北京市卫生局办公室

2003年7月28日印发

共印600份

附件:

北京市 0-6 岁儿童听力筛查、诊断管理办法

第一章 总 则

第一条: 为保障儿童健康, 规范本市 0-6 岁儿童听力保健工作, 对有听力障碍的儿童做到早期发现、早期干预, 依据《中华人民共和国母婴保健法实施办法》及《北京市实施〈中华人民共和国母婴保健法〉办法》制定本办法。

第二条: 本办法所指儿童听力筛查工作是指对在我市出生及生活的 0-6 岁儿童, 按照生长发育阶段, 采用生理学检测法(如耳声发射(OAE)、脑干听觉诱发电位等(ABR))或/和行为测听的方法进行听力普遍检查。

第三条: 本行政区域内的医疗保健机构须按照本办法开展听力筛查技术服务, 实行医务人员指导和监护人知情同意的原则。

第二章 实 施

第四条: 本市各级从事助产工作的医疗保健机构应对出生 72 小时的新生儿在出院前进行听力筛查; 各级设有新生儿急救病房的医疗保健机构对收治的新生儿出院前要进行相应的听力筛查。

第五条: 新生儿听力筛查须在新生儿安静状态(睡眠、奶后)和周围安静环境下, 由专人用耳声发射或/和脑干听觉诱发电位的方法对其进行听力筛查。未通过者产后 42 天复查或直接转往北京市儿童听力诊断指定医疗机构。

第六条: 本市负责社区儿童保健工作的医疗保健机构对出生 28 天至 6

岁的儿童进行听力筛查，其筛查的年龄段、采用的方法及要求按照“北京市儿童保健工作常规”执行。

第七条：全市各级医疗保健机构要在筛查设备、人员技术水平达到要求的前提下开展此项工作。暂不具备筛查条件的医疗保健机构必须告之儿童监护人到具备筛查条件的医疗机构进行筛查。

第八条：各级医疗保健机构须将筛查出的可疑听力障碍儿童转往“北京市儿童听力诊断指定医疗机构”进行确诊。

第九条：本行政区域内的社区卫生服务中心（站）、地段保健科、乡卫生院要协助有关单位做好可疑听力障碍儿童的追访管理工作。

第十条：各级开展儿童听力障碍治疗和康复的医疗、康复机构负责听力障碍儿童的治疗、康复及家庭训练指导。

第三章 职责任务

第十一条：市级卫生行政部门负责全市 0-6 岁儿童听力筛查、诊断管理工作，负责制定相关管理规定；负责确定全市儿童听力诊断指定医疗机构的规划设置及组建专家指导组。

第十二条：区县卫生行政部门负责本行政区域内开展儿童听力筛查的监督管理工作，负责本辖区内儿童听力筛查、转诊、信息统计等网络的建立和协调管理工作。

第十三条：专家指导组负责对医疗保健机构开展儿童听力筛查、诊断工作进行技术评估和定期检查，并将检查评估结果报市卫生行政部门。完成市卫生行政部门交办的其他相关任务。

第十四条：北京妇幼保健院负责全市儿童听力保健工作的业务管理和信

息统计、分析、上报工作。

第十五条：区县妇幼保健机构负责辖区内儿童听力筛查工作的业务管理以及信息统计、分析、上报等工作。重点做好社区卫生服务中心、地段保健科、乡卫生院对 0-6 岁儿童听力筛查的技术指导、业务管理工作。

第十六条：北京市儿童听力诊断指定医疗机构负责对筛查出的可疑听力障碍儿童的诊断、治疗、康复、咨询指导或将确诊听力障碍的儿童转往相应的治疗、康复机构；负责出具“北京市 0-6 岁儿童听力诊断报告单”；负责相应的技术培训与质量控制及相关信息的统计上报工作。

第十七条：开展儿童听力筛查的医疗保健机构负责对儿童进行听力筛查、咨询指导及筛查前告知监护人知情的工作；负责出具“北京市儿童听力筛查报告单”并要将筛查结果填写在“北京市母子保健健康档案”中；负责本机构儿童听力筛查信息的统计上报工作等。

第四章 质量管理

第十八条：北京市儿童听力诊断指定医疗机构需按照“北京市儿童听力诊断指定医疗机构标准”进行设置，听力诊断设备要符合国家质量规定要求，并填报《设立儿童听力诊断指定医疗机构申请表》，上报市级卫生行政部门确认后，方可成为指定诊断机构。

第十九条：各级开展儿童听力筛查的医疗保健机构要按照北京市 0-6 岁儿童听力筛查管理网络程序开展筛查工作，人员要接受市级统一培训。房屋环境、设备、操作规程、人员须符合开展听力筛查的技术要求。

第二十条：建立北京市 0—6 岁儿童听力筛查信息系统，医疗保健机构负责筛查资料的登记、统计、上报。区县级妇幼保健机构负责本行政区域内

的医疗保健机构上报资料的收集、整理、分析，经区县卫生行政部门审核后，上报市级妇幼保健机构。市级妇幼保健机构负责汇总、整理、分析全市 0-6 岁儿童听力筛查、诊断的资料并上报市卫生行政部门。

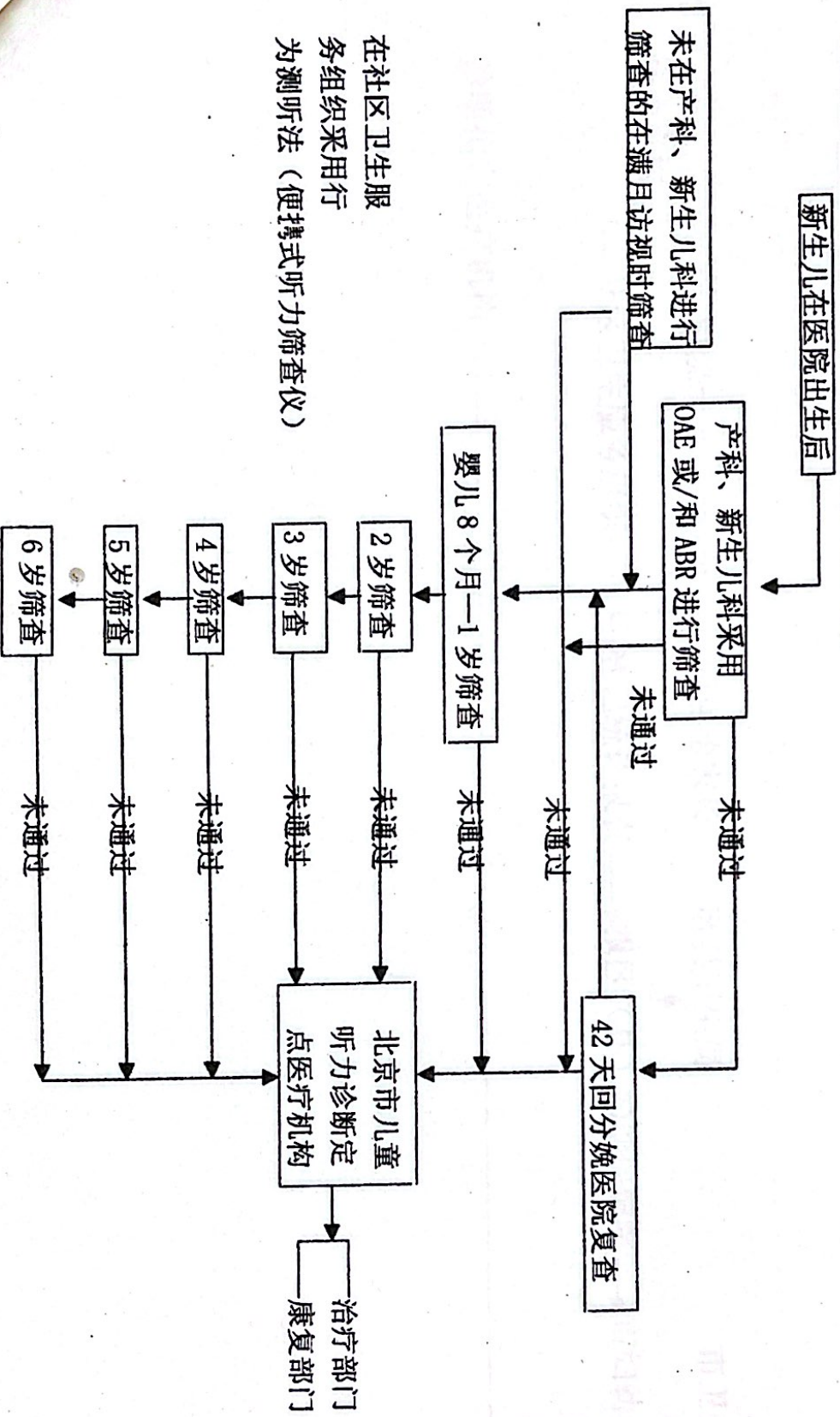
第五章 附 则

第二十一条：在儿童听力筛查、诊断过程中发生的医疗纠纷，按照《医疗事故处理条例》有关规定执行。

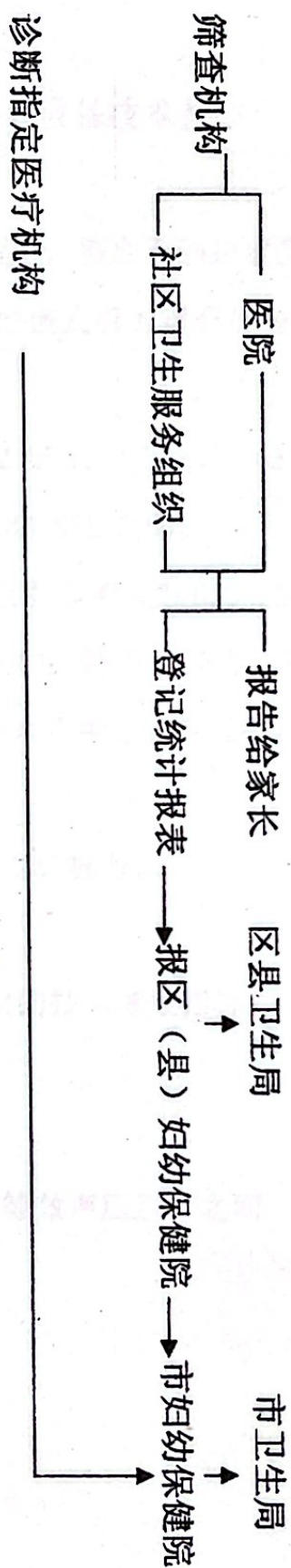
第二十二条：本办法自 2003 年 9 月 1 日起试行实施，由市卫生局负责解释。

- 附件：
1. 北京市 0-6 岁儿童听力筛查管理网络图
 2. 儿童听力筛查设备技术参数
 3. 北京市新生儿听力筛查报告单（样式）
 4. 北京市 0-6 岁儿童听力障碍诊断报告单（样式）
 5. 北京市儿童听力诊断指定医疗机构标准
 6. 设立儿童听力诊断指定医疗机构申请表（样式）

北京市 0-6 岁儿童听力筛查管理网络图:



北京市 0-6 岁儿童听力筛查信息管理网络图:



北京市儿童听力筛查设备技术参数

筛查设备须符合国家技术质量的规定，符合下列技术参数：

一、北京市社区卫生服务组织使用便携式听力筛查仪进行筛查的技术参数指标：

- 1、应设频率：0.5 kHz、1 kHz、2 kHz、3 kHz、4 kHz。
- 2、应设声强：20 dB SPL 至 100 dB SPL 之间。
- 3、设有纯音、啞音、窄带噪声以上中心频率为 0.5 kHz、1 kHz、2 kHz、3 kHz、4 kHz，还要设有滤波复合音（如：钟声、蛙鸣、鸟鸣等）。
- 4、纯音、啞音、窄带噪声、滤波复合音中心频率误差：不大于正负 3%，波形总失真：不大于正负 5%。
- 5、设有插入性耳机，可分测出左右耳听力。
- 6、操作简单，携带便利。

二、新生儿听力筛查用耳声发射仪的技术参数指标：

1、瞬态声诱发耳声发射（TEOAE）

刺激声：短声（click）

刺激强度：0—85dB pesPL（峰值等效声压级）之间

扫描时间：20ms

信号延迟：可调

信号叠加：50—260 次

2、畸变产物耳声发射（DPOAE）

刺激声：两个连续纯音 f_1 和 f_2

刺激声强度: L_1 较 L_2 高于 10—15dB SPL

($L_1=65$ dB SPL, $L_2=55$ dB SPL 或 $L_1=65$ dB SPL, $L_2=50$ dB SPL)

频率比: $f_2/f_1=1.1—1.5$ (应至少设 0.8k、1k、1.5k、2k、3k、4kHz 6 个测试频率点)

三、听性脑干诱发电位仪的技术参数指标:

刺激声: 短声 (click) 或短纯音 (tone burst) 或短音 (tone pip)

刺激声强度: 0dB—120dB SPL 之间

刺激声给声速率: 0.2—180 次/秒

刺激极性: 疏波短声或交替短声

低通滤波截止频率: 10Hz—300Hz

高通滤波截止频率: 1kHz—5kHz

分析时间: 5.0—20ms

叠加次数: 1000—2000 次

耳机: 应设有气导耳机 (TDH 系列) 和插入式耳机

附件 3

北京市（某医院）新生儿听力筛查报告单（样式）

编号：_____

监护人姓名：_____身份证编号：_____

新生儿姓名：_____性别：_____出生_____年_____月_____日

户口所在地址：_____

现住址：_____

联系电话：_____

听力筛查方法：☐ 耳声发射（瞬态、畸变） ☐ 听性脑干诱发电位

听力筛查结果：左耳：通过 未通过（_____dB HL/SPL）

右耳：通过 未通过（_____dB HL/SPL）

建议：_____

检查者签字：_____

筛查日期：_____年_____月_____日

（医院盖章）

复筛方法：☐ 耳声发射（瞬态、畸变） ☐ 脑干诱发电位

复查结果：左耳：通过 未通过（_____dB HL/SPL）

右耳：通过 未通过（_____dB HL/SPL）

建议：_____

转诊医院：_____

检查者签字 _____

医生签字 _____

复筛日期：_____年_____月_____日（医院盖章）

此报告单各医院自行印制，一式两联，一连给儿童家长，二联医院存留。

附件 4

北京市（某医院）0-6 岁儿童听力诊断报告单（样式）

编号：_____

儿童姓名：_____性别：_____ 出生 年 月 日

监护人姓名：_____ 身份证号码：_____

诊断方法：_____

诊断结果：左耳 _____ 右耳 _____

医生建议：_____

医生签字：_____

诊断日期： 年 月 日

（医院盖章）

此报告单由各诊断指定医疗机构自行印制，一式两联，一连交给儿童家长，二联医院留存。

北京市儿童听力诊断指定医疗机构标准

一、职责任务：

(一) 设专台负责各筛查医疗保健机构上转的听力障碍可疑儿童诊断工作，并保证这些儿童的及时就诊。

(二) 负责相关信息的统计、分析、上报。

(三) 负责听力筛查医务人员的培训。

(四) 负责听力筛查医疗保健机构的技术质量评价。

(五) 出具北京市儿童听力障碍诊断报告。

(六) 对确诊的听力障碍儿童提供早期干预意见。

二、人员要求与职责：

至少要具有 4 名专业人员，其中临床听力学医师 2 名，技术人员 2 名。

(一) 中心负责人：具有副高医师以上职称，从事临床听力学工作 5 年以上，负责听力诊断中心的业务管理工作。

(二) 临床听力学医师：要求具有从事听力学或耳鼻咽喉科临床工作 5 年以上的医师承担，负责听力障碍可疑儿童的确诊和早期干预工作。

(三) 负责儿童听力障碍诊断的技术人员：要求具有听力学 2 年以上工作经验并经过听力学培训。

三、设施配置要求：

(一) 房屋要求

1、设电反应测听室一间：要能隔声、屏蔽，隔震，本底噪声小于 30dB (A 声级)，使用面积大于 10 平方米，要配诊察床。

2、纯音测听室一间：要能隔声，本底噪声小于 30dB (A 声级)，使用面积大于 10 平方米。

3、咨询诊室一间，面积大于 10 平方米，配诊察床。

(二) 听力检查诊断设备：

设备名称	用途
诊断性脑干诱发电位仪 1 台	诊断听力损失程度及部位
诊断性耳声发射仪 1 台	诊断听力损失频率
中耳声导纳分析仪 1 台	诊断中耳积液引起的听力障碍
诊断性纯音听力计 (有声场、视觉强化功能)	辅助性听力诊断
便携式听力计 (插入式耳机)	辅助性听力诊断

附件 6

设立儿童听力诊断指定医疗机构申请表

申请医院名称:		法人:
地址:		联系电话:
邮编:	听力诊断工作负责人:	
申请医院简况:		
申请医院意见:		
院长签字: (盖章)		

注：请附听力诊断科室房屋、设备清单和机构人员每个人的工作简历