附件7

**2021年传染病防治监督抽查计划**

一、传染病防治监督抽查

（一）监督检查对象。

全市范围抽查30%二级以上医院、10%一级医院、5%基层医疗机构（社区卫生服务中心/站、诊所、乡镇卫生院、村卫生室等），40%疾病预防控制机构和采供血机构。

1. 监督检查内容（附表1-5）。

1.预防接种管理情况。接种单位资质情况；接种疫苗公示情况；接种前告知、询问受种者或监护人有关情况；执行“三查七对”和“一验证”情况；疫苗的接收、购进、储存、配送、供应、接种和处置记录情况。重点检查新冠病毒疫苗的接收、储存、接种等情况。

2.传染病疫情报告情况。建立传染病疫情报告工作制度情况；开展疫情报告管理自查情况；传染病疫情登记、报告卡填写情况；是否存在瞒报、缓报、谎报传染病疫情情况。

3.传染病疫情控制情况。建立预检、分诊制度情况；按规定为传染病病人、疑似病人提供诊疗情况；消毒处理传染病病原体污染的场所、物品、污水和医疗废物情况；依法履行传染病监测职责情况；发现传染病疫情时，采取传染病控制措施情况。

4.消毒隔离措施落实情况。建立消毒管理组织、制度情况；开展消毒与灭菌效果监测情况；消毒隔离知识培训情况；消毒产品进货检查验收情况；医疗器械一人一用一消毒或灭菌情况。二级以上医院以口腔科（诊疗中心）、血液透析和消毒供应中心为检查重点，无相关科室的，可根据情况自行选择重点科室。一级医院和基层医疗机构以医院口腔科或口腔诊所、美容医院、血液透析中心为检查重点，医院如无口腔科，可根据情况自行选择重点科室。

5.医疗废物处置。医疗废物实行分类收集情况；使用专用包装物及容器情况；医疗废物暂时贮存设施建立情况；医疗废物交接、运送、暂存及处置情况。

6.二级病原微生物实验室生物安全管理。二级实验室备案情况；从事实验活动的人员培训、考核情况；实验档案建立情况；实验结束将菌（毒）种或样本销毁或者送交保藏机构保藏情况。

二、工作要求

（一）各区要高度重视传染病防治国家监督抽查工作，结合我市传染病防治“双随机”抽查工作实际和重点，制订本辖区工作实施方案并组织实施。传染病防治监督抽查工作要与医疗卫生机构分类监督综合评价工作相结合，对抽取的单位采取分类监督综合评价方式进行检查。要及时将医疗卫生机构传染病防治分类监督综合评价结果通报给业务管理部门，将评价结果纳入日常管理措施中。

（二）针对新冠肺炎疫情常态化防控工作，要加大对医疗机构发热门诊、预检分诊、消毒隔离、医疗废物处置和病原微生物实验室生物安全监督检查力度。发现违法问题，严肃查处，重大案件及时上报查处情况。

（三）各区要于11月15日前完成全部抽查任务和数据填报工作，并将电子版监督检查工作总结（包括国抽检查情况，处罚情况，问题和建议）和附表7“案件查处汇总表”报送市卫生健康监督所。国抽最终汇总数据以国家信息报告系统形成的汇总表（附表6、7）为准，各区要做好数据核查工作，发现国家信息报告系统与实际数据不符的及时联系市卫生健康监督所。市卫生健康监督所于11月30日前将监督检查工作总结报市卫生健康委综合监督处。

联系人及电话：

市卫生健康监督所 宫婷83366865、张颖83366869

邮箱：wsjdscxk@wjw.beijing.gov.cn

附表：1．二级及以上医院传染病防治监督检查评价表

2．一级医院传染病防治监督检查评价表

3．未定级医疗机构传染病防治监督检查评价表

4．疾控机构传染病防治监督检查评价表

5．采供血机构传染病防治监督检查评价表

6．2021年传染病防治国家随机监督抽查汇总表

7．2021年传染病防治国家随机监督抽查案件查处汇总表

附表1

**二级及以上医院传染病防治监督检查评价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | 医院  类型 | | 综合□ 专科□ | 分级 | | | 三级□  二级□ |
| 综合评价结果 | | | | | | | 优秀□ 合格□ 重点监督□ | | | | |
| 项  目 | 监督检查内容 | | | | | 分值 | 评分标准 | | 得分 | 合计 | |
| 综合管理  （9分） | 1.建立传染病防治、疫情报告、医疗废物、生物安全等管理组织 | | | | | 2 | 是2；不齐全1；否0 | |  |  | |
| 2.建立传染病疫情报告制度 | | | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 3.建立预检、分诊制度 | | | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 4.建立生物安全管理等相关制度 | | | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 5.建立消毒隔离组织、制度 | | | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 6.建立医疗废物处置等制度及应急预案 | | | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 7.开展综合评价自查 | | | | | 2 | 是2，否0 | |  |  | |
| 8.本年度未发生擅自进行群体性预防接种 | | | | |  | 是为合格；否 | |  |  | |
| 9.进入人体组织或无菌器官的医疗用品执行一人一用一灭菌 | | | | |  | 是为合格；否 | |  |  | |
| 10.未发现重复使用一次性使用医疗器具 | | | | |  | 是为合格；否 | |  |  | |
| 11.未发现擅自开展高致病性或疑似高致病性实验活动 | | | | |  | 是为合格；否 | |  |  | |
| 预防  接种管理  \*（9分） | 1. 接种免疫规划疫苗经卫生健康行政部门指定或接种非免疫规范疫苗报卫生健康行政部门备案 | | | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  | |
| 2.接种疫苗遵守预防接种工作规范、免疫程序、疫苗使用指导原则、接种方案 | | | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 3. 疫苗接收、购进、储存、配送、供应、接种、处置记录 | | | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| 4.公示疫苗的品种和接种方法 | | | | | 1 | 是1；未更新或不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| 5.接种前告知（询问）受种者或监护人有关情况 | | | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 6.接收或者购进疫苗时索取并保存相关证明文件、温度监测记录 | | | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| \*7.按规定报告疑似预防接种异常反应、疫苗安全事件，并按规定对疑似预防接种异常反应组织调查、诊断 | | | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 | |  |  | |
| 8. 接种前实施“三查七对一验证” | | | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| 9.按规定接收、采购疫苗 | | | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| \*10.疫苗储存符合冷链储存有关规范要求 | | | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 法定传染病  疫情报告  （12分） | 1.专人负责疫情报告 | | | | | 2 | 是2；否0 | |  |  | |
| \*2.配备网络直报设施、设备并保证网络畅通 | | | | | 2 | 是2；否0 | |  |  | |
| 3.未瞒报、缓报和谎报传染病疫情 | | | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  | |
| 4.传染病疫情登记、报告卡填写符合要求 | | | | | 2 | 是2；不齐全1；否0 | |  |  | |
| 5.检验科、放射科设置阳性检验检测结果登记并记录 | | | | | 2 | 是2；不齐全1；否0 | |  |  | |
| 6.开展疫情报告管理自查 | | | | | 2 | 是2；否0 | |  |  | |
| 7.门诊日志、住院登记内容齐全 | | | | | 2 | 是2；不齐全1；否0 | |  |  | |
| 传染病  疫情控制  （15分） | 1.落实预检、分诊工作制度 | | | | | 2 | 是2；不规范1；否0 | |  |  | |
| 2.设置感染性疾病科或传染病分诊点 | | | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  | |
| 3.感染性疾病科或传染病分诊点设置规范 | | | | | 3 | 是3；欠规范1；否0 | |  |  | |
| 4.从事传染病诊治的医护人员、就诊病人采取相应的卫生防护措施 | | | | | 2 | 是2；不规范1；否0 | |  |  | |
| \*5.按规定为传染病病人、疑似病人提供诊疗 | | | | | 2 | 是2；否0 | |  |  | |
| \*6.设置传染病病人或疑似病人隔离控制场所、设备设施并有使用记录 | | | | | 3 | 是3；不齐全1；否0 | |  |  | |
| 7.消毒处理传染病病原体污染的场所、物品、污水和医疗废物 | | | | | 3 | 是3；不规范1；否0 | |  |  | |
| 消毒隔离制度  执行情况  （20分） | 1.消毒隔离知识培训 | | | | | 2 | 是2；资料不全 1；否0 | |  |  | |
| 2.消毒产品进货检查验收、使用和管理 | | | | | 2 | 是2；不齐全1；否0 | |  |  | |
| 3.随机抽查下列重点科室中的2个科室，检查消毒隔离制度执行情况 | | | | | 16 | 一个科室8分 | |  |  | |
| 重点科室 | 血液透析治疗室（中心）\* | 1.建筑布局及工作流程符合规定 | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 | |  |  | |
| 2.定期对水处理系统进行冲洗消毒，并定期进行水质检测 | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 | |  |  | |
| 3.开展消毒与灭菌效果监测 | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| 4.定期对病人开展乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等监测 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 5.有乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病专用隔离透析间(区)，有专用透析机 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 6.接触皮肤、粘膜的器械一人一用一消毒 | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  | |
| 7.规范使用消毒产品 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 8.每次透析结束应当消毒、灭菌并记录 | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| 9.配备医务人员个人防护和手卫生设施设备并规范使用 | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 | |  |  | |
| 内镜诊疗室  （中心）\* | 1.内镜清洗消毒与内镜的诊疗工作区域分开 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 2.不同部位（系统）内镜的诊疗工作分室进行 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| \*3.灭菌内镜的诊疗在达到手术标准的区域内进行 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 4.内镜及附件数量与医院规模和接诊病人数相适应 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 5.接触皮肤、粘膜的内镜一人一用一消毒 | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  | |
| 6.内镜及附件用后立即清洗、消毒或者灭菌 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 7.有清洗、消毒、灭菌工作记录 | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| 8.开展消毒与灭菌效果监测 | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| 9.规范使用消毒产品 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 口腔科  （治疗中心）\* | \*1.设有独立的器械处理区 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| \*2.回收清洗区与保养包装与灭菌区设有物理屏障 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| \*3.器械清洗、消毒、灭菌及存放符合要求 | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 | |  |  | |
| 4.灭菌包有标识标注有物品名称、包装者、灭菌批次、灭菌日期及失效限期等 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 5.接触皮肤、粘膜的器械一人一用一消毒 | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  | |
| 6.医务人员每次操作前后严格洗手或者手消毒 | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| 7.有消毒、灭菌工作记录 | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| 8.规范使用消毒产品 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 9.开展消毒与灭菌效果监测 | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| 消毒供应（室）  中心\* | 1.建筑布局及工作流程符合规定 | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 | |  |  | |
| 2.建立岗位职责、操作规程以及应急预案 | | | 0.5 | 是0.5；否0 | |  |  | |
| 3.清洗、消毒、灭菌的设施设备符合要求 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 4.个人防护用品配备符合要求 | | | 0.5 | 是0.5；否0 | |  |  | |
| 5.器械清洗、消毒或者灭菌、包装及标识符合要求 | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 | |  |  | |
| 6.有清洗、消毒、灭菌工作记录 | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| \*7.外来医疗器械与植入物管理符合要求 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 8.开展消毒与灭菌效果监测 | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  | |
| 9.规范使用消毒产品 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 10.消毒、灭菌物品存放符合要求 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 注射室(治疗室)\* | 1.诊疗区域内分区明确、洁污分开 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 2.配备手卫生设施 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 3.医务人员每次操作前后严格洗手或者手消毒 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 4.接触皮肤、粘膜的器械一人一用一消毒 | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  | |
| 5.抽出的药液注明开启日期和时间，放置时间未超过2小时 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 6.打开灭菌物品（棉球、纱布等），使用时间未超过24小时 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 7.按规定对环境、物表等进行清洁消毒 | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 | |  |  | |
| 8.碘伏等皮肤消毒剂注明开瓶日期或失效日期，并在有效期内使用 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 9.开展消毒与灭菌效果监测 | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
|  | 1.诊疗区域内分区明确、洁污分开 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
|  | 2.配备手卫生设施 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 输液室\* | 3.医务人员每次操作前后严格洗手或者手消毒 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
|  | 4.接触皮肤、粘膜的器械一人一用一消毒 | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  | |
|  | 5.抽出的药液、配好的静脉输注用无菌液体注明开启日期和时间，放置时间未超过2小时 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
|  | 6.打开灭菌物品（棉球、纱布等），使用时间未超过24小时 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
|  | 7.按规定对环境、物表等进行清洁消毒 | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 | |  |  | |
|  | 8.碘伏等皮肤消毒剂注明开瓶日期或失效日期，并在有效期内使用 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
|  | 9.开展消毒与灭菌效果监测 | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
|  | 1.诊疗区域内分区明确、洁污分开 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
|  | 2.配备手卫生设施 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
|  | 3.医务人员每次操作前后严格洗手或者手消毒 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
|  | 4.接触皮肤、粘膜的器械一人一用一消毒 | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  | |
| 采血室\* | 5.处理针具时，禁止毁型、磨尖和双手回套针帽或更换 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
|  | 6.打开灭菌物品（棉球、纱布等），使用时间未超过24小时 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
|  | 7.按规定对环境、物表等进行清洁消毒 | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 | |  |  | |
|  | 8.碘伏等皮肤消毒剂注明开瓶日期或失效日期，并在有效期内使用 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
|  | 9.开展消毒与灭菌效果监测 | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| 感染性疾病科\* | 1.标识明确，相对独立，通风良好 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 2.布局流程合理，清洁区、潜在污染区、污染区分区清楚 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 3.功能间设置齐全 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 4.接触皮肤、粘膜的器械一人一用一消毒 | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  | |
| 5.配备必要的个人防护用品 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 6.对传染病病人、疑似传染病病人采取消毒隔离措施 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 7.有被传染病病原体污染的场所、物品、污水进行消毒记录 | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| 8.规范使用消毒产品 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 9.开展消毒与灭菌效果监测 | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| 手术室\* | 1.布局合理、洁污分开、分区明确、标识清楚，符合功能流程，医患双通道 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 2.配置消毒设施、手卫生设施 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| \*3.洁净手术部的建筑布局、基本配备、净化标准和用房分级等应当符合要求 | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 | |  |  | |
| 4.手术室无菌物品保存符合要求 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 5.工作区域每24小时清洁消毒一次。连台手术之间、当天手术完毕，对手术间进行清洁消毒处理 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 6.个人防护用品配备和使用符合要求 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 7.接触皮肤、粘膜的器械一人一用一消毒 | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  | |
| 8.规范使用消毒产品 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 9.开展消毒与灭菌效果监测 | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| 新生儿室\* | 1.建筑布局符合有关规定，洁污分开，功能流程合理 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 2.每个房间内至少设置1套非手触洗手设施、干手设施或干手物品 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 3.盛放奶瓶的容器、氧气湿化瓶、呼吸机湿化瓶、吸痰瓶、暖箱等器材每日消毒 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 4.按制度对地面、物表进行清洁、消毒 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 5.暖箱、蓝光箱及雾化吸入器、面罩、氧气管、体温表、吸痰管、浴巾、浴垫等接触皮肤、粘膜的器械一人一用一消毒 | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  | |
| 6.湿化液采用灭菌水 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 7.规范使用消毒产品 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 8.开展消毒与灭菌效果监测 | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| \*9.对患具有传播可能的感染性疾病、有多重耐药菌感染的新生儿的采取隔离措施并作标识 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 重症监护病房（ICU）\* | 1.医疗区域、医疗辅助用房区域和污物处理区域等相对独立 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 2.配置手卫生设施 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 3.每床配备速干手消毒剂 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 4.按规定对空气、床单元、便盆、地面等进行清洁消毒 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 5.接触皮肤、粘膜的器械一人一用一消毒 | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  | |
| 6.探视者进入ICU前后洗手或用速干手消毒剂消毒双手 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 7.规范使用消毒产品 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 8.开展消毒与灭菌效果监测 | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| 9.将感染、疑似感染与非感染患者分区安置 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 医疗废物处置  （15分） | 1.开展医疗废物处置工作培训 | | | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 2.医疗废物分类收集 | | | | | 2 | 是2；否0 | |  |  | |
| 3.医疗废物交接运送、暂存及处置登记完整 | | | | | 1 | 是1；不完整0.5；否0 | |  |  | |
| \*4.发生医疗废物流失、泄漏、扩散时，及时处理、报告 | | | | | 2 | 是2；否0 | |  |  | |
| 5.使用专用包装物及容器 | | | | | 2 | 是2；不规范1；否0 | |  |  | |
| \*6.隔离的传染病病人或疑似传染病病人产生的医疗废物使用双层包装并及时密封 | | | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 7.建立医疗废物暂时贮存设施并符合要求 | | | | | 2 | 是2；不规范1；否0 | |  |  | |
| 8.确定医疗废物运送时间、路线，使用专用工具转运医疗废物 | | | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 9.相关工作人员配备必要的防护用品并定期进行健康体检 | | | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 | |  |  | |
| 10.未在院内丢弃或在非贮存地点堆放医疗废物 | | | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| ▲11.医疗废物交由有资质的机构集中处置 | | | （▲：11与12只选一项） | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  | |
| ▲12.按照有关要求自行处置 | | |
| 13.医院污水经消毒处理并开展监测 | | | | | 1 | 是1；未监测0.5；否0 | |  |  | |
| 病原微生物实验室生物安全管理\*(15分) | 1.一、二级实验室备案证明 | | | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  | |
| \*2.三、四级实验室开展高致病性或疑似高致病性病原微生物实验活动审批文件 | | | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  | |
| 3.实验室建立生物安全委员会，建立健全实验室生物安全管理体系和感染应急预案 | | | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| 4.建立实验档案 | | | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| 5.按规定采集病原微生物样本，对所采集的样本的来源、采集过程和方法等作详细记录 | | | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 | |  |  | |
| 6.设施设备符合相应的条件要求，有生物安全标识和消毒设施（二级实验室有带可视窗的自动关闭门、生物安全柜等） | | | | | 2 | 是2；不规范1；否0 | |  |  | |
| 7.进入实验室配备个人防护用具齐全，实验室靠近出口处设有手卫生设施设备（二级实验室有洗眼器和喷淋装置） | | | | | 2 | 是2；不规范1；否0 | |  |  | |
| 8.从业人员定期培训并考核 | | | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 | |  |  | |
| 9.菌（毒）种和样本领取、使用、销毁登记记录齐全 | | | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  | |
| 10.菌（毒）种和样本保存条件符合规定 | | | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 11.实验室菌毒种及样本在同一建筑物消毒灭菌处理 | | | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 12.按规定对空气、物表等消毒处理 | | | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 | |  |  | |
| \*13.运输高致病性病原微生物菌(毒)种或者样本的批准证明、包装材料、运输人员防护措施及培训记录、运输交通工具等运输情况资料 | | | | | 1 | 是1；不齐全 0.5；否0 | |  |  | |
| 14.实验活动结束将菌（毒）种或样本就地销毁或者送交保藏机构保藏 | | | | | 1 | 是1；记录不全0.5；否0 | |  |  | |
| \*15.实验室工作人员出现该实验室从事的病原微生物相关实验活动有关的感染临床症状或者体征，以及实验室发生高致病性病原微生物泄漏时，依照规定报告并采取控制措施 | | | | | 1 | 是1；否0 | |  |  | |
| 监督抽检  \*（5分） | 根据监督工作实际开展1-2项监督抽检。重点抽检1-4类环境空气、物表；医护人员手；高、中、低危险度诊疗器械；血液透析等治疗用水和软式内镜终末漂洗用水等的微生物指标检测；使用的消毒剂有效成分含量测定、使用中消毒剂污染菌数检测；清洗消毒机、压力蒸汽灭菌器、干热灭菌器、小型压力蒸汽灭菌器物理参数检测；低温灭菌器灭菌效果检测（用生物指示物进行）；生物安全柜洁净度测定；紫外线辐射照度；医院污水总余氯测定或粪大肠菌群测定（使用非含氯消毒剂消毒的）等。 | | | | | 5 |  | |  |  | |
| \* | 环境空气□   抽检件数□□ 合格件数□□  抽检项次数□□  合格项次数□□ | | | | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  | |
| \* | 物体表面□   抽检件数□□ 合格件数□□  抽检项次数□□  合格项次数□□ | | | | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  | |
| \* | 医护人员手□  抽检件数□□ 合格件数□□  抽检项次数□□  合格项次数□□ | | | | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  | |
| \* | 医疗器材□   抽检件数□□ 合格件数□□  抽检项次数□□  合格项次数□□ | | | | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  | |
| \* | 治疗用水□   抽检件数□□ 合格件数□□  抽检项次数□□  合格项次数□□ | | | | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  | |
| \* | 消毒剂□    抽检件数□□ 合格件数□□  抽检项次数□□  合格项次数□□ | | | | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  | |
| \* | 消毒器械□   抽检件数□□ 合格件数□□  抽检项次数□□  合格项次数□□ | | | | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  | |
| \* | 污水□     抽检件数□□ 合格件数□□  抽检项次数□□  合格项次数□□ | | | | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  | |
| \* | 生物安全柜□  抽检件数□□ 合格件数□□  抽检项次数□□  合格项次数□□ | | | | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  | |
| 实际得分 | | | | | | | | | |  | |
| 应得分 | | | | | | | | | |  | |
| 标化得分 | | | | | | | | | |  | |

评价者： 陪同者： 评价日期： 年 月 日

附表2

**一级医院传染病防治监督检查评价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 医院类型 | | | 综合□ 专科□ | | | |
| 综合评价结果 | | 优秀□ 合格□ 重点监督□ | | | | | | |
| 项  目 | 监督检查内容 | 分值 | | | 评分标准 | | 得分 | 合计 |
| 综合管理  （9分） | 1.建立传染病防治、疫情报告、医疗废物、生物安全等管理组织 | 2 | | | 是2；不齐全1；否0 | |  |  |
| 2.建立传染病疫情报告制度 | 1 | | | 是1；否0 | |  |  |
| 3.建立预检、分诊制度 | 1 | | | 是1；否0 | |  |  |
| 4.建立生物安全管理等相关制度 | 1 | | | 是1；否0 | |  |  |
| 5.建立消毒隔离组织、制度 | 1 | | | 是1；否0 | |  |  |
| 6.建立医疗废物处置等制度及应急预案 | 1 | | | 是1；否0 | |  |  |
| 7.开展综合评价自查 | 2 | | | 是2，否0 | |  |  |
| 8.本年度未发生擅自进行群体性预防接种 |  | | | 是为合格；否 | |  |  |
| 9.进入人体组织或无菌器官的医疗用品执行一人一用一灭菌 |  | | | 是为合格；否 | |  |  |
| 10.未发现重复使用一次性使用医疗器具 |  | | | 是为合格；否 | |  |  |
| \*11未发现擅自开展高致病性或疑似高致病性病原微生物实验活动 |  | | | 是为合格；否 | |  |  |
| 预防接种  \*（9分） | 1. 接种免疫规划疫苗经卫生健康行政部门指定或接种非免疫规范疫苗报卫生健康行政部门备案 | ☆ | | | 是为合格；否☆ | |  |  |
| 2.接种疫苗遵守预防接种工作规范、免疫程序、疫苗使用指导原则、接种方案 | 1 | | | 是1；否0 | |  |  |
| 3. 疫苗接收、购进、储存、配送、供应、接种、处置记录 | 1 | | | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  |
| 4.公示疫苗的品种和接种方法 | 1 | | | 是1；未更新或不齐全0.5；否0 | |  |  |
| 5.接种前告知（询问）受种者或监护人有关情况 | 1 | | | 是1；否0 | |  |  |
| 6.接收或者购进疫苗时索取并保存相关证明文件、温度监测记录 | 1 | | | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  |
| \*7.按规定报告疑似预防接种异常反应、疫苗安全事件，并按规定对疑似预防接种异常反应组织调查、诊断 | 1 | | | 是1；不规范0.5；否0 | |  |  |
| 8. 接种前实施“三查七对一验证” | 1 | | | 是1；不齐全0.5；否0 | |  |  |
| 9.按规定接收、采购疫苗 | 1 | | | 是1；否0 | |  |  |
| \*10.疫苗储存符合冷链储存有关规范要求 | 1 | | | 是1；否0 | |  |  |
| 法定传  染病疫情报告  （12分） | 1.专人负责疫情报告 | 2 | | | 是2；否0 | |  |  |
| \*2.配备网络直报设施、设备并保证网络畅通 | 2 | | | 是2；否0 | |  |  |
| 3.未瞒报、缓报和谎报传染病疫情 | ☆ | | | 是为合格；否☆ | |  |  |
| 4.传染病疫情登记、报告卡填写符合要求 | 2 | | | 是2；不齐全1；否0 | |  |  |
| 5.检验科、放射科设置阳性检验检测结果登记并记录 | 2 | | | 是2；不齐全1；否0 | |  |  |
| 6.开展疫情报告管理自查 | 2 | | | 是2；否0 | |  |  |
| 7.门诊日志、住院登记内容齐全 | 2 | | | 是2；不齐全1；否0 | |  |  |
| 传染病  疫情控制  （15分） | 1.设置传染病分诊点 | ☆ | | | 是为合格；否☆ | |  |  |
| 2.对从事传染病诊治的医护人员、就诊病人采取相应的卫生防护措施 | 3 | | | 是3；不规范1；否0 | |  |  |
| \*3.按规定为传染病病人、疑似病人提供诊疗 | 3 | | | 是3；不规范1；否0 | |  |  |
| 4.发现需转诊疫情时，对传染病病人或疑似病人按规定转诊并记录 | 3 | | | 是3；不齐全1；否0 | |  |  |
| \*5.设置传染病病人或疑似病人隔离控制场所、设备设施并有使用记录 | 3 | | | 是3；不齐全1；否0 | |  |  |
| \*6.消毒处理传染病病原体污染的场所、物品、污水和医疗废物 | 3 | | | 是3；不规范1；否0 | |  |  |
| 消毒隔离制度  执行情况  （20分） | 1.消毒隔离知识培训 | 3 | | | 是3；资料不全 1；否0 | |  |  |
| 2.消毒产品进货检查验收 | 3 | | | 是3；不齐全1；否0 | |  |  |
| 3.配备医务人员个人防护用品 | 2 | | | 是2；不齐全1；否0 | |  |  |
| 4.配备手卫生设施、设备并规范使用 | 2 | | | 是2；不规范1；否0 | |  |  |
| 5.接触皮肤、粘膜的器械一人一用一消毒 | ☆ | | | 是为合格；否☆ | |  |  |
| 6.经压力蒸汽灭菌的物品包外必须标明物品名称、灭菌日期、失效日期 | 2 | | | 是2；不规范1；否0 | |  |  |
| 7.皮肤黏膜消毒剂及灭菌物品一经打开，均在有效期内使用 | 2 | | | 是2；不规范1；否0 | |  |  |
| 8.开展消毒与灭菌效果监测 | 4 | | | 是4；不齐全2；否0 | |  |  |
| 9.按规定对环境、物表等进行清洁消毒 | 2 | | | 是2；不齐全1；否0 | |  |  |
| 医疗废物处置  （15分） | 1.开展医疗废物处置工作培训 | 1 | | | 是1；否0 | |  |  |
| 2.医疗废物分类收集 | 2 | | | 是2；否0 | |  |  |
| 3.医疗废物交接运送、暂存及处置登记完整 | 1 | | | 是1；不完整0.5；否0 | |  |  |
| \*4.发生医疗废物流失、泄漏、扩散时，及时处理、报告 | 2 | | | 是2；否0 | |  |  |
| 5.使用专用包装物及容器 | 2 | | | 是2；不规范1；否0 | |  |  |
| \*6.隔离的传染病病人或疑似传染病病人产生的医疗废物使用双层包装并及时密封 | 1 | | | 是1；否0 | |  |  |
| 7.建立医疗废物暂时贮存设施并符合要求 | 2 | | | 是2；不规范1；否0 | |  |  |
| 8.确定医疗废物运送时间、路线，使用专用工具转运医疗废物 | 1 | | | 是1；否0 | |  |  |
| 9.相关工作人员配备必要的防护用品并定期进行健康体检 | 1 | | | 是1；不规范0.5；否0 | |  |  |
| 10.未在院内丢弃或在非贮存地点堆放医疗废物 | 1 | | | 是1；否0 | |  |  |
| ▲11.医疗废物交由有资质的机构集中处置 | （▲：11与12只选一项） | ☆ | 是为合格；否☆ | |  | |  |  |  |
| ▲12.按照有关要求自行处置 |
| 13.医院污水经消毒处理并开展监测 | 1 | | | 是1；未监测0.5；否0 | |  |  |
| 病原微生物  实验室生物  安全管理  \*(15分) | 1.一、二级实验室备案证明 | ☆ | | | 是为合格；否☆ | |  |  |
| 2.从业人员定期培训并考核 | 2 | | | 是2；不规范1；否0 | |  |  |
| 3.建立实验档案 | 2 | | | 是2；不齐全1；否0 | |  |  |
| 4.按规定采集病原微生物样本，对所采集的样本的来源、采集过程和方法等作详细记录 | 2 | | | 是2；不规范1；否0 | |  |  |
| 5.设施设备符合相应的条件要求，有生物安全标识和消毒设施（二级实验室有带可视窗的自动关闭门、生物安全柜等） | 2 | | | 是2；不规范1；否0 | |  |  |
| 6.进入实验室配备个人防护用具齐全，实验室靠近出口处设有手卫生设施设备（二级实验室有洗眼器和喷淋装置） | 2 | | | 是2；不规范1；否0 | |  |  |
| 7.实验室样本、菌（毒）种在同一建筑物消毒灭菌处理 | 2 | | | 是2；否0 | |  |  |
| 8.按照规定对空气、物表等消毒处理 | 1 | | | 是1；不规范0.5；否0 | |  |  |
| \*9.实验室工作人员出现该实验室从事的病原微生物相关实验活动有关的感染临床症状或者体征，依照规定报告并采取控制措施 | 1 | | | 是1；否0 | |  |  |
| 10.实验活动结束将菌（毒）种或样本就地销毁或者送交保藏机构保藏 | 1 | | | 是1；记录不全0.5；否0 | |  |  |
| 监督抽检  \*（5分） | 根据监督工作实际开展1-2项监督抽检。重点抽检1-4类环境空气、物表；医护人员手；高、中、低危险度诊疗器械；血液透析等治疗用水和软式内镜终末漂洗用水等的微生物指标检测；使用的消毒剂有效成分含量测定、使用中消毒剂污染菌数检测；清洗消毒机、压力蒸汽灭菌器、干热灭菌器、小型压力蒸汽灭菌器物理参数检测；低温灭菌器灭菌效果检测（用生物指示物进行）；紫外线辐射照度测定；医院污水总余氯测定或粪大肠菌群测定（使用非含氯消毒剂消毒的）；生物安全柜洁净度检测等 | 5 | | |  | |  |  |
| \* | 环境空气□   抽检件数□□ 合格件□□  抽检项次数□□ 合格项次数□□ | 5 | | | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  |
| \* | 物体表面□   抽检件数□□ 合格件数□□  抽检项次数□□  合格项次数□□ | 5 | | | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  |
| \* | 医护人员手□  抽检件数□□ 合格件数□□  抽检项次数□□  合格项次数□□ | 5 | | | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  |
| \* | 医疗器材□   抽检件数□□ 合格件数□□  抽检项次数□□  合格项次数□□ | 5 | | | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  |
| \* | 治疗用水□   抽检件数□□ 合格件数□□  抽检项次数□□  合格项次数□□ | 5 | | | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  |
| \* | 消毒剂□    抽检件数□□ 合格件数□□  抽检项次数□□  合格项次数□□ | 5 | | | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  |
| \* | 消毒器械□   抽检件数□□ 合格件数□□  抽检项次数□□  合格项次数□□ | 5 | | | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  |
| \* | 污水□     抽检件数□□ 合格件数□□  抽检项次数□□  合格项次数□□ | 5 | | | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  |
| \* | 生物安全柜□  抽检件数□□ 合格件数□□  抽检项次数□□  合格项次数□□ | 5 | | | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  |
| 实际得分 | | | | | | | |  |
| 应得分 | | | | | | | |  |
| 标化得分 | | | | | | | |  |

评价者： 陪同者： 评价日期： 年 月 日

附表3

**未定级医疗机构传染病防治监督检查评价表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | |
| 综合评价结果 | | | | 优秀□ 合格□ 重点监督□ | | |
| 项    目 | 监督检查内容 | | 分值 | 评分标准 | 得分 | 合计 |
| 综合管理  （9分） | 1.建立传染病防治、疫情报告、医疗废物和/或生物安全等管理组织 | | 2 | 是2；不齐全1；否0 |  |  |
| \*2.建立传染病疫情报告制度 | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| \*3.建立预检、分诊制度 | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| \*4.建立生物安全管理等相关制度 | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 5.建立消毒隔离组织、制度 | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 6.建立医疗废物处置等制度及应急预案 | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 7.开展综合评价自查 | | 2 | 是2，否0 |  |  |
| \*8.本年度未发生擅自进行群体性预防接种 | |  | 是为合格；否 |  |  |
| \*9.进入人体组织或无菌器官的医疗用品执行一人一用一灭菌 | |  | 是为合格；否 |  |  |
| 10.未发现重复使用一次性使用医疗器具 | |  | 是为合格；否 |  |  |
| \*11未发现擅自开展高致病性或疑似高致病性病原微生物实验活动 | |  | 是为合格；否 |  |  |
| 预防接种  \*（9分） | 1. 接种免疫规划疫苗经卫生健康行政部门指定或接种非免疫规范疫苗报卫生健康行政部门备案 | | ☆ | 是为合格；否☆ |  |  |
| 2.接种疫苗遵守预防接种工作规范、免疫程序、疫苗使用指导原则、接种方案 | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 3. 疫苗接收、购进、储存、配送、供应、接种、处置记录 | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 |  |  |
| 4.公示疫苗的品种和接种方法 | | 1 | 是1；未更新或不齐全0.5；否0 |  |  |
| 5.接种前告知（询问）受种者或监护人有关情况 | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 6.接收或者购进疫苗时索取并保存相关证明文件、温度监测记录 | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 |  |  |
| \*7.按规定报告疑似预防接种异常反应、疫苗安全事件，并按规定对疑似预防接种异常反应组织调查、诊断 | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 |  |  |
| 8. 接种前实施“三查七对一验证” | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 |  |  |
| 9.按规定接收、采购疫苗 | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| \*10.疫苗储存符合冷链储存有关规范要求 | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 法定传染病  疫情报告  \*（10分） | \*1.门诊登记项目齐全 | | 3 | 是3；否0 |  |  |
| \*2.传染病疫情登记、报告卡填写符合要求 | | 5 | 是5；不齐全2；否0 |  |  |
| 3.未瞒报、缓报和谎报传染病疫情 | | ☆ | 是合格；否☆ |  |  |
| \*4.检验科、放射科设置阳性检验检测结果登记并记录 | | 2 | 是2；不齐全1；否0 |  |  |
| 传染病  疫情控制  \*（10分） | \*1.设置传染病分诊点 | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| 2.对从事传染病诊治的医护人员、就诊病人采取相应的卫生防护措施 | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| \*3.按规定为传染病病人、疑似病人提供诊疗 | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| 4.发现需转诊疫情时，对传染病病人或疑似病人按规定转诊并记录 | | ☆ | 是合格；否☆ |  |  |
| \*5.设置传染病病人或疑似病人隔离控制场所、设备设施并有使用记录 | | 2 | 是2；不齐全1；否0 |  |  |
| \*6.消毒处理传染病病原体污染的场所、物品、污水和医疗废物 | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| 消毒隔离制度  执行情况  （20分） | 1.消毒隔离知识培训 | | 2 | 是2；资料不全 1；否0 |  |  |
| 2.消毒产品进货检查验收 | | 2 | 是2；不齐全1；否0 |  |  |
| 3.配备医务人员个人防护和手卫生设施设备并规范使用 | | 3 | 是3；不规范2；否0 |  |  |
| 4.接触皮肤、粘膜的器械一人一用一消毒 | | ☆ | 是为合格；否☆ |  |  |
| \*5.高压灭菌的物品包外必须标明物品名称、灭菌日期、失效日期 | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| 6.所有消毒（碘酒、酒精）及灭菌物品（棉球、纱布等）一经打开，均在有效期内使用 | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| 7.按规定对环境、物表等进行清洁消毒 | | 3 | 是3；不齐全1；否0 |  |  |
| 8.规范使用消毒产品 | | 3 | 是3；否0 |  |  |
| 9.开展消毒与灭菌效果监测 | | 3 | 是3；不齐全1；否0 |  |  |
| 医疗废物处置(20分) | 1.开展医疗废物处置工作培训 | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 2.医疗废物分类收集 | | 3 | 是3；否0 |  |  |
| 3.医疗废物交接、运送、暂存及处置登记完整 | | 2 | 是2；不完整1；否0 |  |  |
| \*4.发生医疗废物流失、泄漏、扩散时，及时处理、报告 | | 2 | 是2；否0 |  |  |
| 5.使用专用包装物及容器 | | 3 | 是3；不规范1；否0 |  |  |
| \*6.隔离的传染病病人或疑似传染病病人产生的医疗废物使用双层包装并及时密封 | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 7.建立医疗废物暂时贮存设施并符合要求 | | 3 | 是3；不规范1；否0 |  |  |
| \*8.确定医疗废物运送时间、路线，使用专用工具转运医疗废物 | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| \*9.相关工作人员配备必要的防护用品并定期进行健康体检 | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 |  |  |
| 10.未在院内丢弃或在非贮存地点堆放医疗废物 | | 2 | 是2；否0 |  |  |
| ▲11.医疗废物交由有资质的机构集中处置 | （▲：11与12只选一项） | ☆ | 是为合格；否☆ |  |  |
| ▲12.按照有关要求自行处置 |
| \*13.医院污水经消毒处理并开展监测 | | 1 | 是1；未监测0.5；否0 |  |  |
| 病原微生物  实验室生物  安全管理  \*(17分) | 1.一、二级实验室备案证明 | | ☆ | 是为合格；否☆ |  |  |
| 2.从业人员定期培训并考核 | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| 3.建立实验档案 | | 2 | 是2；不齐全1；否0 |  |  |
| 4.按规定采集病原微生物样本，对所采集的样本的来源、采集过程和方法等作详细记录 | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| 5.设施设备符合相应的条件要求，有生物安全标识和消毒设施（二级实验室有带可视窗的自动关闭门、生物安全柜等） | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| 6.进入实验室配备个人防护用具齐全，实验室靠近出口处设有手卫生设施设备。（二级实验室有洗眼器和喷淋装置） | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| 7.实验室样本、菌(毒)种在同一建筑物消毒灭菌处理 | | 2 | 是2；否0 |  |  |
| 8.按照规定对空气、物表等消毒处理 | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| \*9.实验室工作人员出现该实验室从事的病原微生物相关实验活动有关的感染临床症状或者体征，依照规定报告并采取控制措施 | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 10.实验活动结束将菌(毒)种或样本就地销毁或者送交保藏机构保藏 | | 2 | 是2；记录不全1；否0 |  |  |
| 监督抽检  \*（5分） | 根据监督工作实际开展1-2项监督抽检。重点抽检1-4类环境空气、物表；医护人员手；高、中、低危险度诊疗器械；血液透析等治疗用水和软式内镜终末漂洗用水等的微生物指标检测；使用的消毒剂有效成分含量测定、使用中消毒剂污染菌数检测；清洗消毒机、小型压力蒸汽灭菌器物理参数检测；低温灭菌器灭菌效果检测（用生物指示物进行）；生物安全柜洁净度检测、紫外线辐射照度、压力蒸汽灭菌器、干热灭菌器物理参数检测；医院污水余氯测定或粪大肠菌群测定（使用非含氯消毒剂消毒的)等 | | 5 |  |  |  |
| \* | 环境空气□ 抽检件数□□ 合格件数□□ 抽检项次数□□  合格项次数□□ | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 |  |  |
| \* | 物体表面□ 抽检件数□□ 合格件数□□ 抽检项次数□□  合格项次数□□ | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 |  |  |
| \* | 医护人员手□ 抽检件数□□ 合格件数□□ 抽检项次数□□  合格项次数□□ | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 |  |  |
| \* | 医疗器材□ 抽检件数□□ 合格件数□□ 抽检项次数□□  合格项次数□□ | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 |  |  |
| \* | 治疗用水□ 抽检件数□□ 合格件数□□ 抽检项次数□□  合格项次数□□ | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 |  |  |
| \* | 消毒剂□ 抽检件数□□ 合格件数□□ 抽检项次数□□  合格项次数□□ | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 |  |  |
| \* | 消毒器械□ 抽检件数□□ 合格件数□□ 抽检项次数□□  合格项次数□□ | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 |  |  |
| \* | 污水□□  抽检件数□□  合格件数□□□  抽检项次数□□  合格项次数□□ | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 |  |  |
| \* | 生物安全柜□□ 抽检件数□□ 合格件数□□ 抽检项次数□□  合格项次数□□ | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 |  |  |
| 实际得分 | | | | | |  |
| 应得分 | | | | | |  |
| 标化得分 | | | | | |  |

评价者： 陪同者： 评价日期： 年 月 日

附表4

**疾控机构传染病防治监督检查评价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | 综合评价结果 | 优秀□ 合格□ 重点监督□ | | |
| 项  目 | 监督检查内容 | | | 分值 | 评分标准 | 得分 | 合计 |
| 综合管理  （7分） | 1.建立传染病防治管理组织 | | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 2.建立传染病疫情报告制度 | | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 3.建立疫情调查制度 | | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 4.建立生物安全管理等相关制度 | | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 5建立医疗废物处置等制度及应急预案 | | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 6.开展综合评价自查 | | | 2 | 是2，否0 |  |  |
| \*7.本年度未发生擅自进行群体性预防接种 | | |  | 是为合格；否 |  |  |
| \*8.进入人体组织或无菌器官的医疗用品执行一人一用一灭菌 | | |  | 是为合格；否 |  |  |
| 9.未发现重复使用一次性使用医疗器具 | | |  | 是为合格；否 |  |  |
| 10.未发现擅自开展高致病性或疑似高致病性病原微生物实验活动 | | |  | 是为合格；否 |  |  |
| 预防接种  \*（20分） | 1.实施免疫规划，制定本地区第一类疫苗的使用计划 | | | ☆ | 是为合格；否☆ |  |  |
| 2.购进、接收疫苗时索取疫苗生产企业的证明文件、疫苗储存、运输温度监测记录 | | | 3 | 是3；不齐全1；否0 |  |  |
| 3.疫苗接收、购进、分发、供应、使用登记和报告记录 | | | 3 | 是3；不规范1；否0 |  |  |
| \*4.按照使用计划将第一类疫苗分发到下级疾病预防控制机构、接种单位、乡级医疗卫生机构 | | | 3 | 是3；不规范1；否0 |  |  |
| 5.经省级公共资源交易平台购进疫苗 | | | 3 | 是3；不规范1；否0 |  |  |
| 6.及时处理或者报告预防接种异常反应或者疑似预防接种异常反应 | | | 3 | 是3；不规范1；否0 |  |  |
| 7.开展宣传、培训、技术指导、监测、评价、流行病学调查、应急处置等工作并记录 | | | 5 | 是5；不齐全2；否0 |  |  |
| 法定传染病  疫情报告  \*（20分） | 1.专门部门和专职人员负责疫情报告 | | | 3 | 是3；否0 |  |  |
| 2.配备网络直报设施、设备并保证网络畅通 | | | 2 | 是2；否0 |  |  |
| 3.设置疫情值班、咨询电话并进行登记 | | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 4.未瞒报、缓报和谎报传染病疫情 | | | ☆ | 是为合格；否☆ |  |  |
| 5.及时审核确认辖区网络直报的传染病报告信息 | | | 3 | 是3；不规范2分；否0 |  |  |
| 6.开展疫情管理自查 | | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| \*7.传染病疫情登记、报告卡填写符合要求 | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 |  |  |
| 8.与相关部门传染病疫情信息通报 | | | 3 | 是3；不齐全2分；否0 |  |  |
| 9.接到疫情报告按规定进行调查核实 | | | 3 | 是3；不规范2分；否0 |  |  |
| 10.及时分析疫情报告、调查核实异常情况或甲类及按甲类管理的传染病疫情 | | | 3 | 是3；否0 |  |  |
| 传染病  疫情控制  （20分） | 1.制定本辖区内的传染病监测计划和工作方案 | | | 5 | 是5；不齐全2分；否0 |  |  |
| 2.依法履行传染病监测职责 | | | 5 | 是5；不规范2分；否0 |  |  |
| 3.制订传染病应急预案处置技术方案 | | | ☆ | 是为合格；否☆ |  |  |
| 4.发生传染病疫情时，采取传染病控制措施 | | | 5 | 是5；否0 |  |  |
| \*5.消毒处理传染病病原体污染的场所、物品、污水和医疗废物 | | （▲：5与6只选一项） | 5 | 是5；否0 |  |  |
| \*6.指导下级疾控机构、有关单位开展卫生学处理 | |  |  |
| 医疗废物处置  （10分） | 1.开展医疗废物处置工作培训 | | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 2.医疗废物分类收集 | | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 3.医疗废物交接、运送、暂存及处置登记完整 | | | 1 | 是1；不完整0.5；否0 |  |  |
| \*4.发生医疗废物流失、泄漏、扩散时，及时处理、报告 | | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 5.使用专用包装物及容器 | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 |  |  |
| 6.建立医疗废物暂时贮存设施并符合要求 | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 |  |  |
| 7.确定医疗废物运送时间、路线，使用专用工具转运医疗废物 | | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 8.相关工作人员配备必要的防护用品并定期进行健康体检 | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 |  |  |
| 9.未在院内丢弃或在非贮存地点堆放医疗废物 | | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| ▲10.医疗废物交由有资质的机构集中处置 | （▲：10与11只选一项） | | ☆ | 是为合格；否☆ |  |  |
| ▲11. 按照有关要求自行处置 |  |  |
| \*12.医院污水经消毒处理并开展监测 | | | 1 | 是1；未监测0.5；否0 |  |  |
| 病原微生物  实验室生物  安全管理  \* (20分) | 1.一、二级实验室备案证明 | | | ☆ | 是为合格；否☆ |  |  |
| \*2.三、四级实验室开展高致病性或疑似高致病性病原微生物实验活动审批文件 | | | ☆ | 是为合格；否☆ |  |  |
| 3.实验室建立生物安全委员会，建立健全实验室生物安全管理体系和感染应急预案 | | | 2 | 是2；不齐全1；否0 |  |  |
| 4.建立实验档案 | | | 2 | 是2；不齐全1；否0 |  |  |
| 5.按规定采集病原微生物样本，对所采集的样本的来源、采集过程和方法等作详细记录 | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 |  |  |
| 6.设施设备符合相应的条件要求，有生物安全标识和消毒设施（二级实验室有带可视窗的自动关闭门、生物安全柜等） | | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| 7.进入实验室配备个人防护用具齐全，实验室靠近出口处设有手卫生设施设备。（二级实验室有洗眼器和喷淋装置） | | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| 8.从业人员定期培训并考核 | | | 2 | 是2；不规范1；否0 |  |  |
| 9.菌（毒）种和样本领取、使用、销毁登记记录齐全 | | | 2 | 是2；不齐全1；否0 |  |  |
| 10.菌（毒）种和样本保存条件符合规定 | | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 11.实验室菌毒种及样本在同一建筑物消毒灭菌处理 | | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 12.按规定对空气、物表等消毒处理 | | | 1 | 是1；不规范0.5；否0 |  |  |
| \*13.运输高致病性病原微生物菌(毒)种或者样本的批准证明、包装材料、运输人员防护措施及培训记录、运输交通工具等运输情况资料 | | | 1 | 是1；不齐全0.5；否0 |  |  |
| 14.实验活动结束将菌（毒）种或样本就地销毁或者送交保藏机构保藏 | | | 2 | 是2；记录不全1；否0 |  |  |
| \*15.实验室工作人员出现该实验室从事的病原微生物相关实验活动有关的感染临床症状或者体征，以及实验室发生高致病性病原微生物泄漏时，依照规定报告并采取控制措施 | | | 1 | 是1；否0 |  |  |
| 监督抽检  \*（3分） | 根据监督工作实际开展1-2项监督抽检。使用的消毒剂有效成分含量、使用中消毒剂污染菌数；生物安全柜洁净度检测、紫外线辐射照度、压力蒸汽灭菌器、干热灭菌器物理参数检测等。 | | | 3 |  |  |  |
| \* | 消毒剂□  抽检件数□□ 合格件数□□ 抽检项次数□□  合格项次数□□ | | | 3 | 合格3分；1项次不合格0 |  |  |
| \* | 消毒器械□  抽检件数□□ 合格件数□□ 抽检项次数□□  合格项次数□□ | | | 3 | 合格3分；1项次不合格0 |  |  |
| \* | 生物安全柜□ 抽检件数□□ 合格件数□□ 抽检项次数□□  合格项次数□□ | | | 3 | 合格3分；1项次不合格0 |  |  |
| 实际得分 | | | | | | |  |
| 应得分 | | | | | | |  |
| 标化得分 | | | | | | |  |

评价者： 陪同者： 评价日期： 年 月 日

附表5

**采供血机构传染病防治监督检查评价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | 总分 |  | 综合评价  结果 | 优秀□ 合格□ 重点监督□ | | |
| 项  目 | 监督检查内容 | | | 分值 | 评分标准 | | 得分 | 合计 |
| 综合管理  （10分） | 1.建立传染病防治管理、消毒隔离、医疗废物、生物安全等管理组织 | | | 3 | 是3；不全1；否0 | |  |  |
| 2.建立传染病疫情报告制度 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  |
| 3.建立生物安全管理等相关制度 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  |
| 4.建立消毒隔离组织、制度 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  |
| 5.建立医疗废物处置等制度及应急预案 | | | 1 | 是1；否0 | |  |  |
| 6.开展综合评价自查 | | | 3 | 是3，否0 | |  |  |
| \*7.本年度未发生擅自进行群体性预防接种 | | |  | 是为合格；否 | |  |  |
| 8.进入人体组织或无菌器官的医疗用品执行一人一用一灭菌 | | |  | 是为合格；否 | |  |  |
| 9.未发现重复使用一次性使用医疗器具 | | |  | 是为合格；否 | |  |  |
| 10.未发现擅自开展高致病性或疑似高致病性病原微生物实验活动 | | |  | 是为合格；否 | |  |  |
| 法定传染病  疫情报告  （10分） | 1.对献血人员进行登记，按《艾滋病和艾滋病病毒感染诊断标准》对最终检测结果为阳性病例进行网络报告 | | | 3 | 是3；不规范1；否0 | |  |  |
| 2.开展疫情管理自查 | | | 3 | 是3；否0 | |  |  |
| 3.传染病疫情登记、报告卡填写符合要求 | | | 4 | 是4；不齐全2；否0 | |  |  |
| 4.未瞒报、缓报和谎报传染病疫情 | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  |
| 消毒隔离制度  执行情况  （25分） | 1.开展消毒与灭菌效果监测 | | | 5 | 是5；不齐全2；否0 | |  |  |
| 2.消毒产品进货检查验收 | | | 5 | 是5；不齐全2；否0 | |  |  |
| 3.规范使用消毒产品 | | | 5 | 是5；不规范3；否0 | |  |  |
| 4.配备手卫生设施、设备并规范使用 | | | 5 | 是5；不规范2；否0 | |  |  |
| 5.医疗器械一人一用一消毒 | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  |
| 6.消毒隔离知识培训 | | | 5 | 是5；资料不全2；否0 | |  |  |
| 医疗废物处置  （25分） | 1.开展医疗废物处置工作培训 | | | 2 | 是2；否0 | |  |  |
| 2.医疗废物分类收集 | | | 2 | 是2；否0 | |  |  |
| 3.医疗废物交接、运送、暂存及处置登记完整 | | | 2 | 是2；不完整1；否0 | |  |  |
| \*4.发生医疗废物流失、泄漏、扩散时，及时处理、报告 | | | 2 | 是2；否0 | |  |  |
| 5.使用专用包装物及容器 | | | 3 | 是3；不规范1；否0 | |  |  |
| 6.建立医疗废物暂时贮存设施并符合要求 | | | 3 | 是3；不规范1；否0 | |  |  |
| 7.确定医疗废物运送时间、路线，使用专用工具转运医疗废物 | | | 3 | 是3；否0 | |  |  |
| 8.相关工作人员配备必要的防护用品并定期进行健康体检 | | | 3 | 是3；不规范1；否0 | |  |  |
| 9.未在院内丢弃或在非贮存地点堆放医疗废物 | | | 3 | 是3；否0 | |  |  |
| ▲10.医疗废物交由有资质的机构集中处置 | （▲：10与11只选一项） | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  |
| ▲11.按照有关要求自行处置 | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  |
| \*12.医院污水经消毒处理并开展监测 | | | 2 | 是2；未监测1；否0 | |  |  |
| 病原微生物  实验室生物  安全管理  (25分) | 1.一、二级实验室备案证明 | | | ☆ | 是为合格；否☆ | |  |  |
| 2.从业人员定期培训并考核 | | | 2 | 是2；不规范1；否0 | |  |  |
| 3.建立实验档案 | | | 3 | 是3；不齐全1；否0 | |  |  |
| 4.按规定采集病原微生物样本，对所采集的样本的来源、采集过程和方法等作详细记录 | | | 3 | 是3；不规范1；否0 | |  |  |
| 5.设施设备符合相应的条件要求，有生物安全标识和消毒设施（二级实验室有带可视窗的自动关闭门、生物安全柜等） | | | 3 | 是3；不规范1；否0 | |  |  |
| 6.进入实验室配备个人防护用具齐全，实验室靠近出口处设有手卫生设施设备。（二级实验室有洗眼器和喷淋装置） | | | 3 | 是3；不规范1；否0 | |  |  |
| 7.实验室样本、菌毒种在同一建筑物消毒灭菌处理 | | | 3 | 是3；否0 | |  |  |
| 8.按照规定对空气、物表等消毒处理 | | | 3 | 是3；不规范1；否0 | |  |  |
| 9.实验活动结束将菌（毒）种或样本就地销毁或者送交保藏机构保藏 | | | 3 | 是3；记录不全1；否0 | |  |  |
| \*10.实验室工作人员出现该实验室从事的病原微生物相关实验活动有关的感染临床症状或者体征，依照规定报告并采取控制措施 | | | 2 | 是2；否0 | |  |  |
| 监督抽检  \*（5分） | 根据监督工作实际开展1-2项监督抽检。重点抽检采血（浆）区、实验室空气；物表；使用的消毒剂有效成分含量、使用中消毒剂污染菌数；生物安全柜洁净度检测、紫外线辐射照度测定、压力蒸汽灭菌器、干热灭菌器物理参数检测等 | | | 5 |  | |  |  |
| \* | 环境空气□ 抽检件数□□ 合格件数□□ 抽检项次数□□  合格项次数□□ | | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  |
| \* | 物体表面□ 抽检件数□□ 合格件数□□ 抽检项次数□□  合格项次数□□ | | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  |
| \* | 消毒剂□  抽检件数□□ 合格件数□□ 抽检项次数□□  合格项次数□□ | | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  |
| \* | 消毒器械□ 抽检件数□□ 合格件数□□ 抽检项次数□□  合格项次数□□ | | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  |
| \* | 生物安全柜□ 抽检件数□□ 合格件数□□ 抽检项次数□□  合格项次数□□ | | | 5 | 合格5分；1项次不合格0 | |  |  |
| 实际得分 | | | | | | | |  |
| 应得分 | | | | | | | |  |
| 标化得分 | | | | | | | |  |

评价者： 陪同者： 评价日期： 年 月 日

填表说明

1.根据医疗卫生机构类别和级别，选择相应的监督检查评价表，对医疗卫生机构综合管理、预防接种管理、法定传染病疫情报告、传染病疫情控制、消毒隔离制度执行情况、医疗废物处置、病原微生物实验室生物安全管理、监督抽查8个项目进行检查评分。年度内以最后一次检查评分结果为准。

2.应采用标化分作为医疗卫生机构综合评价的最终得分。标化分=实际得分/应得分×100。实际得分为现场评价后的总得分，应得分为评价表设定的总分数(100分)减去合理缺项后的分数。

3.评价结果。（1）优秀单位：标化分大于85分、关键项合格且本年度未因违反传染病防治法律法规受到行政处罚；（2）合格单位：标化分60-85分且关键项合格；（3）重点监督单位：标化分小于60分或关键项不合格。

4.监督抽查项目都可以标化。

5.为关键项，如发生即认定为重点监督单位。

6.☆为重点项，此项不合格则该项目整体不得分。

7.\*为合理缺项，未做监督抽检或评价的医疗卫生机构没有该项情况（无该项职能）。

8.▲为二者选择一个。

附表6

**2021年传染病防治国家随机监督抽查汇总表**

区

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 监督评价结果 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 监督类别 | | 单位 | | | | | | | 综合管理 | | | | | | | 预防接种管理 | | | | | | | 法定传染病报告管理 | | | | | | |
| 评价单位 | 优秀  单位 | | 合格  单位 | | 重点  监督 | | 评价单位 | 该项  优秀 | | 该项  合格 | | 重点  监督 | | 评价单位 | 该项  优秀 | | 该项  合格 | | 重点  监督 | | 评价单位 | 该项  优秀 | | 该项  合格 | | 重点  监督 | |
| 合计（家） | 单位数（家） | 百分率(%) | 单位数(家） | 百分率(%) | 单位数（家） | 百分率(%) | 合计（家） | 单位数（家） | 百分率(%) | 单位数(家） | 百分率(%) | 单位数（家） | 百分率(%) | 合计（家） | 单位数（家） | 百分率(%) | 单位数(家） | 百分率(%) | 单位数（家） | 百分率(%) | 合计（家） | 单位数（家） | 百分率(%) | 单位数(家） | 百分率(%) | 单位数（家） | 百分率(%) |
|
| 总计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医疗机构 | 小计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 三级 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 二级 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 一级 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基层  （其中诊所） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 疾控机构 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 采供血机构 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / | / | / | / | / | / | / |  |  |  |  |  |  |  |

填表人：　 　　　　 联系电话： 填表日期： 审核人：

附表6续

**2021年传染病防治国家随机监督抽查汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 监督类别 | | 监督评价结果 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 传染病疫情控制 | | | | | | | 消毒隔离制度执行情况 | | | | | | | 医疗废物处置 | | | | | | | 病原微生物实验室生物安全 | | | | | | |
| 评价单位 | 该项  优秀 | | 该项  合格 | | 重点  监督 | | 评价单位 | 该项优秀 | | 该项  合格 | | 重点监督 | | 评价单位 | 该项  优秀 | | 该项合格 | | 重点  监督 | | 评价单位 | 该项  优秀 | | 该项  合格 | | 重点  监督 | |
| 合计（家） | 单位数（家） | 百分率(%) | 单位数(家） | 百分率(%) | 单位数（家） | 百分率(%) | 合计（家） | 单位数（家） | 百分率(%) | 单位数(家） | 百分率(%) | 单位数（家） | 百分率(%) | 合计（家） | 单位数（家） | 百分率(%) | 单位数(家） | 百分率(%) | 单位数（家） | 百分率(%) | 合计（家） | 单位数（家） | 百分率(%) | 单位数(家） | 百分率(%) | 单位数（家） | 百分率(%) |
| 总计 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医疗机构 | 小计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 三级 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 二级 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 一级 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基层  （其中诊所） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 疾控机构 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 采供血机构 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人：　 　　　　 联系电话： 填表日期： 审核人

附表7

**2021年传染病防治国家随机监督抽查案件查处汇总表**

区

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 监督对象 | 辖区  机构数 | 检查  机构数 | 发现违法行为机构数 | 案件数 | 行政  处分  人员数 | 行政处罚单位数 | | | | |
| 吊证  （家） | 警告（家） | 罚款（家） | 罚款  金额  （万元） | 其他 |
| 三级医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 二级医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 一级医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 基层医疗机构  （其中诊所） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 疾控机构 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 采供血机构 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表单位（盖章）： 填表人：　 　　　　 联系电话： 填表日期：