

附件 1

## 医疗机构法定传染病报告质量调查登记表（门诊、住院登记）

序号	医院级别标准 (1)	医院级别标准 (2)	病例来源 (3)	科室类型 (4)	患者姓名 (5)	有效证件号 (6)	性别 (7)	年龄 (8)	职业 (9)	现住址 (10)	疾病名称 (11)	发病日期 (12)	诊断日期 (13)	是否网络报告 (14)	网络直报系统中卡片 ID (15)	网络报告日期 (16)	备注 (17)
1																	
2																	
3																	

注：请在相应位置填写编号，（1）医院级别标准 1：①省级②地市级③县区级④乡镇级；（2）医院级别标准 2：①三级②二级③一级或未分级（以当年《医院分级管理标准》为准）；（3）病例来源：①门诊②住院；（4）科室类型包括：①内科②儿科③感染科④急诊⑤腹泻病⑥肝炎门诊⑦其他，请具体注明；（12）发病日期缺失时填写病人就诊日期；（15）网络直报系统中自动生成的唯一编号；（17）可填写未进行网络报告原因等。

被调查单位：

调查时间：      年    月    日

调查组成员：

## 附件 2

## 地方各级卫生计生行政部门调查表

单位名称:

级别: ①省级②地市级③县区级

检查内容	调查项目
1. 经费保障情况	1.1 下拨用于传染病报告管理工作经费: 【】①有②无。
2. 开展传染病报告管理督导检查情况	<p>2.1 是否定期组织传染病报告管理督导检查: 【】①是②否;  <u>如“①是”, 文件号为: _____; 同级卫生监督部门是否参与【】①是②否; 调查对象是否包括县级及以上民营和私营医院【】①是②否; 是否包括村卫生室、门诊部、诊所【】①是②否;</u>  <u>如“②否”, 请填写不能开展的原因: ;_</u></p> <p>2.2 对年度开展的督导检查有无总结并通报: 【】①有, 文件号为: _②无。</p> <p>2.3 对存在问题的医疗机构进行通报后, 是否进行督促整改: 【】①是②否</p>
3. 建立传染病信息报告管理的奖励机制	<p>3.1 是否建立传染病信息报告管理相关的奖励制度(不包括艾滋病、肺结核等专病管理): 【】①是②否。  <u>如“①是”, 上一年度是否根据制度开展对网络报告人员的奖励: 【】①是②否。</u></p>

被调查单位领导签字:

调查时间: 年 月 日

调查组成员签字:

## 附件 3

## 各级疾控中心调查表

单位名称:

级别: ①省级②地市级③县区级

调查内容	调查项目
1. 传染病网络直报常规监测管理工作情况	1.1 接收卫生计生行政部门下拨的传染病报告管理工作经费总额: 【】万元, 其中用于传染病常规监测工作管理经费【】万元, 用于专用设备更新维护【】万元; 1.2 有无传染病报告卡实时监测审核记录: 【】①有②无; 1.3 每天审核频次: 【】次。
2. 传染病报告质量管理指导及评估	是否开展传染病报告质量指导及评估: 【】①是②否; 如“②否”, 请填写不能开展的原因: 。
3. 传染病报告管理及网络直报相关技术培训情况	上一年度是否开展传染病报告管理及网络直报相关技术培训: 【】①是②否; 如“①是”, 有无会议通知: 【】①有, 文件号②无; 有无参加培训人员签到表: 【】①有②无; 有无培训考核记录: 【】①有②无; 如“②否”, 请填写不能开展培训的原因。
4. 网络直报专职人员及设备配备情况	4.1 本单位是否有负责传染病网络直报管理的专职人员【】①有②无, 如“①有”共【】人; 4.2 是否有传染病网络直报专用计算机: 【】①有②无, 如“①有”, 专用计算机使用年限(以配置最早尚在使用的为准): 【】年; 4.3 是否有专用笔记本电脑: 【】①有②无; 4.4 是否为疫情监测人员提供可实时连接传染病信息报告系统的装备(无线网卡或移动wifi): 【】①是②否; 4.5 是否为疫情监测人员提供加班、值班等补助: 【】①是②否; 4.6 是否建立疫情监测人员的调休等工作制度: 【】①是②否。
5. 用户信息安全管理情况	5.1 是否建立辖区中国疾病预防控制中心信息系统用户及授权安全管理制度: 【】①是②否; 5.2 是否有对下级系统管理员备案记录: 【】①有②无, 是否有对本级业务管理员备案记录: 【】①有②无; 5.3 县区疾控中心是否有对辖区医疗机构直报用户备案记录: 【】①有②无。 5.4 疾控中心是否对系统用户开展信息安全相关工作的培训: 【】①有②无。
6. 存在困难(本单位负责人组织讨论后填报)	6.1 目前本单位传染病监测与网络直报管理存在的主要困难和建议: ① ②

被调查单位领导签字:

调查时间: 年 月 日

调查组主要成员签字:

## 附件 4

# 医疗机构调查表

单位名称:

近 3 年年均门诊量: 人次; 全年传染病报告数: 人次

医院级别标准 1: ①省级②地市级③县区级④乡镇级

医院级别标准 2: ①三级②二级③一级或未分级;

调查内容	调查项目
1. 院内传染病报告管理情况	<p>1.1 门诊日志(含电子病历)项目设置是否齐全: <b>【】</b> ①是②否, 如“②否”, 缺失的项目选划“√”: 就诊日期□、姓名□、有效证件号□、性别□、年龄□、人群分类□、现住址□、病名(初步诊断)□、发病日期□、初诊或复诊□;</p> <p>填写项目是否规范: <b>【】</b> ①是②否, 如“②否”, 对填写不规范的项目选划“√”: 就诊日期□、姓名□、有效证件号□、性别□、年龄□、人群分类□、现住址□、病名(初步诊断)□、发病日期□、初诊或复诊□;</p> <p>1.2 出入院登记(含电子病历)项目设置是否齐全: <b>【】</b> ①是②否, 如“②否”, 缺失的项目选划“√”: 姓名□、有效证件号□、性别□、年龄□、人群分类□、现住址□、入院日期□、入院诊断□、出院日期□、出院诊断□、转归情况□;</p> <p>填写项目是否规范: <b>【】</b> ①是②否, 如“②否”, 填写不规范的项目选划“√”: 姓名□、有效证件号□、性别□、年龄□、人群分类□、现住址□、入院日期□、入院诊断□、出院日期□、出院诊断□、转归情况□;</p> <p>1.3 检验部门登记项目设置是否齐全: <b>【】</b> ①是②否, 如“②否”, 缺失的项目选划“√”: 送检科室/送检医师□病人姓名□检验结果□检验日期□;</p> <p>有无传染病诊断有关的异常检验结果的反馈记录: <b>【】</b> ①有②无;</p> <p>1.4 影像部门登记项目设置是否齐全: <b>【】</b> ①是②否, 如“②否”, 缺失的项目选划“√”: 科室/医师□病人姓名□检查结果□检查日期□;</p> <p>有无传染病诊断有关的异常检验结果的反馈记录: <b>【】</b> ①有②无; 如“①有”, 反馈的形式为: ;</p> <p>1.5 是否定期开展传染病报告质量自查: <b>【】</b> ①是②否; 如①是, 有无自查记录 <b>【】</b> ①有②无; 分管院长或临床科室主任是否参与自查: <b>【】</b> ①是②否;</p> <p>1.6 针对自查发现的问题是否及时通报: <b>【】</b> ①是②否; 是否及时整改: <b>【】</b> ①是②否; 是否有奖惩措施: <b>【】</b> ①有②无;</p> <p>1.7 是否开展传染病报告管理知识培训: <b>【】</b> ①是②否; 如“①是”参加培训人员有无签到表: <b>【】</b> ①有②无; 有无考核记录 <b>【】</b> ①有②无;</p> <p>1.8 是否对医务人员开展传染病诊断标准内容的培训: <b>【】</b> ①是②否</p>
2. 网络直报专职人员及设备配备情况	<p>2.1 本单位是否按照国家要求配备传染病网络直报管理的专(兼)职人员 <b>【】</b> ①是②否; 如“①是”, 人数为: ;</p> <p>2.2 是否有传染病网络直报专用计算机: <b>【】</b> ①有②无;</p> <p>2.3 是否为疫情监测人员提供加班、值班等补助: <b>【】</b> ①是②否;</p>

调查内容	调查项目
	2.4 是否建立疫情监测人员的调休等工作制度：【】①是②否
3. 医疗电子病历系统中传染病报告管理功能	<p>3.1 是否实现电子病历管理系统：门诊【】①是②否；住院【】①是②否</p> <p>3.2 是否具备传染病报告管理功能（同时实现传染病报告卡的自动报告和查询）：门诊【】①是②否；住院【】①是②否</p> <p>缺失的项目选划“√”：</p> <p>记录浏览与查询：门诊日志□、出入院登记□、放射影像□、检测检验□</p> <p>记录导出：门诊日志□、出入院登记□、放射影像□、检测检验□</p> <p>自动生成电子传染病报告卡：门诊□、住院□；</p> <p>传染病报告卡管理□、信息统计查询□、数据交换接口□</p> <p>3.3 是否能自动打印报告卡：【】①是②否；如“①是”，打印的纸质报告卡是否有首诊医生签名：【】①有②无。</p>
4. 用户信息安全	<p>4.1 直报用户是否向县区疾控中心备案：【】①是②否；</p> <p>4.2 是否有传染病报告专用计算机：【】①有②无，如“①有”，专用计算机使用年限（以配置最早尚在使用的为准）：【】年；是否安装防病毒软件：【】①是②否。</p>
5. 存在困难（由本单位负责人组织讨论后填报）	<p>目前本单位传染病报告管理存在的主要困难和建议：</p> <p>①</p> <p>②</p> <p>③</p> <p>④</p>

被调查单位领导签字：                    调查时间：    年    月    日

调查组主要成员签字：

附件 5

## 医疗机构法定传染病报告质量调查登记汇总表

序号	省份名称	地市名称	县区名称	医疗机构名称	医院级别标准 1	医院级别标准 2	实查登记病例数	网络报告病例数	报告率 (%)	报告及时病例数	报告及时率 (%)	实查纸质 (电子) 报告卡数	填写完整的纸质 (电子) 报告卡数	完整率 (%)	填写完整的纸质报告卡数	填写准确的纸质报告卡数	准确率 (%)	纸质报告卡中进行网络报告卡数	纸质报告卡与大疫情中报告卡一致的报告卡数	一致率 (%)	填写有效证件号完整的报告卡数	有效证件号填写完整率 (%)

