**附件：灵璧县2020年法定传染病报告管理质量考核方案**

根据《中华人民共和国传染病防治法》、《传染病信息报告管理规范（2015年版）》及《全国传染病信息报告管理工作技术指南（2016年版）》相关要求，为规范科学开展我县传染病报告管理质量考核工作，特制定本考核方案。

一、目的

（一）掌握全县各级各类医疗机构法定传染病报告质量和管理现状；

（二）指导全县各医疗卫生单位规范开展法定传染病报告管理工作，评估传染病报告管理质量，逐步形成规范化管理机制。

二、调查对象和范围

本年度内考核本辖区范围内所有县医院、县中医院，济安、安贞、二轻医院，乡镇卫生院和开发区社区卫生服务中心，每个乡镇或开发区卫生服务中心抽查一家村卫生室。

三、调查内容和方法

1.传染病报告管理工作

制定传染病报告工作程序，明确各相关科室在传染病信息报告管理工作中的职责，建立健全传染病诊断、登记、报告、培训、质量管理和自查等制度。确定医院传染病报告管理工作自查人员（含分管院长及相关临床科室主任等）、自查内容（是否报告、及时报告率）及奖惩等。发现漏报、不及时报告等问题时，能够提出针对性处理及整改措施。开展院内传染病报告数据的常规分析。对院内医护人员，尤其是新上岗的医护专业技术人员，开展传染病报告管理技术培训与考核。

2.登记与报告

2.1电子门诊日志（村级查纸质门诊日志）、出入院登记的使用情况

与诊疗传染病相关的感染科、急诊科、内科、儿科、皮肤科、肠道门诊、肝炎门诊及发热门诊等电子门诊日志和出入院登记薄项目设置及填写情况。

门诊日志至少要包括就诊日期、姓名、性别、年龄、职业、有效证件号、现住址、病名（初步诊断）、发病日期、初诊或复诊10项基本内容。

门诊日志应由临床医生填写，病名项目应填写诊断的病名，不能填写症状；出入院登记至少包括姓名、性别、年龄、职业、有效证件号、现住址、入院日期、入院诊断、出院日期、出院诊断、转归情况（是否死亡、死亡原因、死亡日期等）11项基本内容。如果医疗机构实施电子病历系统，且电子病历具有传染病报告卡内容的，上述纸质登记可免查。

2.2检验部门、影像部门传染病登记及反馈情况（含电子病历）

查阅检验部门和影像部门的登记项目设置及填写情况，异常结果的反馈。

检验部门登记项目应当包括送检科室或医生、病人姓名、年龄、检验结果、检验日期；放射科登记项目应当包括开单科室或医生、病人姓名、年龄、检验结果、检查日期，反馈机制以反馈制度、反馈记录或医生签字为准。

调查方法：现场查看本年度感染科、急诊、内科、儿科、皮肤科等与诊疗传染病有关科室的门诊日志、出入院病人登记本，检验部门和影像部门的登记本，检查登记本项目是否齐全、填写是否规范、有无漏登和缺项，填写不清晰或初步诊断填写症状的情况视为不合格。

3.人员及设备配备

二级及以上医疗机构必须配备2名或以上专（兼）职人员，一级及以下医疗机构至少配备1名专（兼）职人员。

应有网络直报设备（包括网络直报专用计算机、上网设备、报告专用电话或传真机），操作系统齐全（有防病毒软件），并有专人负责管理网络直报密码。

4.医疗机构电子病历系统中传染病报告管理功能

县直医院的电子病历管理系统是否具备传染病报告管理功能，能否自动打印传染病报告卡。

5.传染病报告质量

评价指标包括：传染病报告率、报告及时率、纸质报告卡填写信息完整率、准确率、纸质报告卡与网络报告信息一致率。具体内容和调查方法如下：

5.1查阅原始诊疗登记

查阅本年度以来门诊日志、出入院登记本记录，抄录初步诊断为法定报告传染病的病历信息，填写附表3。被查医疗机构使用电子病历时，则通过电子病历管理系统查阅电子病历信息。

5.2 抽查病例

县级及以上医疗机构抽查30例病例，其中门诊病例20例，住院病例10例；乡镇卫生院及社区卫生服务中心抽查10例门诊病例。病例分布应包括本年度不同月份的病例，抽查的相同病种不能超过50%。应当注意抽查呼吸道、肠道、虫媒及自然疫源性、血源及性传播传染病等不同传播途径的传染病。

住院病例需查阅病案资料，填写病例的发病日期、诊断日期。

5.3法定传染病报告质量评价指标和计算方法

① 法定传染病报告率：计算公式为：法定传染病报告率（%）=大疫情网络直报系统报告病例数/实查病例数×100。

② 报告及时率：查阅病例的诊断时间与大疫情网络直报系统该病例报告卡的生成时间，甲类及采取甲类预防控制措施的传染病的两者间隔在2小时及以内，其它乙、丙类传染病两者间隔在24小时及以内视为及时。

计算公式为：报告及时率（%）=及时报告病例数/大疫情网络直报系统报告病例数×100。

③ 纸质报告卡填写的完整率：纸质传染病报告卡的关键字段信息，包括病例姓名、性别、年龄、职业、有效证件号、病人属于、现住详细地址、疾病名称、发病日期、诊断日期、病例分类、死亡日期（如果无死亡，此项不纳入考核）、填卡日期、报告单位和报告人，填写无缺失计为完整。

计算公式为：纸质报告卡填写的完整率（%）=纸质报告卡填写完整数/抽查纸质报告卡数×100

④ 纸质报告卡填写的准确率：上述关键字段填写完整且诊断日期与填卡日期无涂改（若更改需有更改者签名），其它内容填写无逻辑错误视为准确。医疗机构已建立电子病历系统且具备自动生成传染病报告卡功能时，可不对报告卡填写的准确性进行评价。

计算公式为：纸质报告卡填写的准确率（%）=纸质报告卡填写准确数/纸质报告卡填写完整数×100

⑤ 网络报告信息一致率：纸质报告卡内容与网络报告电子卡内容均符合，视为一致。上述关键字段若有任一项不符合，视为不一致。

计算公式：一致率（%）=×100

医疗机构的检查结果记录于附表1、附表2、附表3，并现场反馈存在主要问题及建议。

**附表1:灵璧县2020年传染病报告管理目标考核指标及评分标准(乡镇及县直医疗机构）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **指标名称** | **指标数据获得途径**  **及方法** | **评分标准** | **满分（2）** | **得分** |
| 组织制度 | 防保所（科）查看本年度传染病报告管理组织、相关制度及执行情况（文件、纸质或上墙资料）：报告管理组织、传染病报告质量管理制度、传染病登记及诊断制度、传染病自查及奖惩制度、传染病培训制度。 | 缺少一项扣0.05分，扣完为止。 | 0.4 |  |
| 电子门诊日志、出入院登记 | 查看内儿科电子门诊日志：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、初复诊；出入院登记簿：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。 | 每缺少一项扣0.05分，扣完为止。 | 0.3 |  |
| 检验及影像部门登记 | 检验和影像科室：送检科室/送检（开单）医师、病人姓名、检验（检查）结果、检验（检查）日期、传染病诊断有关的异常检验（检查）结果的反馈记录 | 每缺少一项扣0.05分，扣完为止。 | 0.3 |  |
| 法定传染病报告率、及时率、准确率 | 从被查单位电子门诊日志、住院登记抽查10例2020年初诊的法定传染病病例，计算报告率、及时率和准确率。 | 报告率、准确率低于95%每减少1个百分点扣0.1分，扣完为止。及时率低于100%每减少1个百分点扣0.1分，扣完为止。 | 1 |  |

**被考核单位： 被考核单位签字： 考核人签字： 考核日期：**

**附表2:灵璧县2020年传染病报告管理目标考核指标及评分标准（村级）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **指标名称** | **指标数据获得途径**  **及方法** | **评分标准** | **满分（7）** | **得分** |
| 组织制度 | 查看传染病报告管理组织、相关制度及执行情况（纸质或上墙资料）：传染病报告管理组织、传染病报告管理制度、传染病门诊登记制度。 | 缺少一项扣0.5分，扣完为止。 | 1 |  |
| 门诊日志、传染病登记簿 | 查看纸质门诊日志：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、初复诊。  查看传染病登记簿：患者姓名、家长姓名（14岁及以下）、有效证件号、性别、年龄、职业、现详细住址、户口地、病名、发病日期、初诊日期、登记日期、上报日期、订正情况。 | 门诊日志每缺少一项扣0.2分，扣完为止。  传染病登记簿登记项目缺少一项扣0.2分，现住址登记不详细扣0.2分，无传染病登记报告扣3分，扣完为止。 | 3 |  |
| 法定传染病报告率、及时率 | 抽查门诊日志2020年初诊的5例法定传染病病例（不够5例全部查），计算报告率、及时率、准确率。 | 报告率、及时率、准确率要求100%，每漏报1例扣1分，迟报1例扣1分，错报1例扣1分，扣完为止。 | 3 |  |
| 传染病疫情转诊 | 根据县级掌握疫情调查处置资料，查看转诊记录。 | 截留传染病人，导致疫情扩散和蔓延的扣7分（不得分） |  |  |

表3**灵璧县** 医院/卫生院（社区卫生服务中心）法定传染病报告质量调查登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 病例来源  (1) | 科室  类型  (2) | 患者  姓名  (3) | 性别(4) | 年龄(5) | 职业(6) | 现住址（7） | 疾病  名称  (8) | 发病  日期  (9) | 诊断  日期 (10) | 是否  录入(11) | 是否  及时  录入  （12） | 纸质报告卡填写是否完 整（13） | 纸质报告卡填写是否准确（14） | 纸质报告卡信息与网络报告信息是否一致（15） | 不一致  字段  信息  (16) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注： （1）病例来源：①门诊②住院；

（2）科室类型包括①内科 ②儿科 ③感染科 ④急诊 ⑤肠道门诊 ⑥肝炎门诊 ⑦其他，请注明（如呼吸内科、消化内科）。

**被查单位领导 调查时间 年 月 日**

**调查人员**