

传染病疫情管理指导小组和职责

为加强传染病疫情监测管理工作，及时、准确、标准上报疫情信息。根据《中华人民共和国传染病防治法》和《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》等法律法规的规定，经院长办公会议研究决定成立“传染病疫情监测疫情管理指导小组”。

同时决定：疫情管理由医院感染管理科负责，疫情管理直报员：梁梅英。

组 长：陈翠萍（副院长）

副组长：邓永洪（院感科主任）

成 员：梁芸娴、王雪冰、岑俊源、黄少勤、陈寿棠、
郑维聪、卢灶荣、高志芳、陈坚华、冯绍连、
叶朝阳、冯木四、黄智业、程世全、梁梅英。

办公室：医院感染管理科

邓永洪任办公室主任负责日常事务。

职责：

1、负责制定本地传染病的预防控制，医疗救治的施行方案，并组织施行。

2、负责传染病防治工作的组织、指导和协调，同时指导本院传染病的防治工作。

3、负责对本院传染病防治工作的施行进展催促检查和

指导。

陈翠萍负责协调、组织。邓永洪负责防治事务。梁芸娴、黄少勤、郑维聪、卢灶荣、陈坚华、冯绍连、叶朝阳负责救治工作。陈寿棠、程世全、黄智业负责物资、后勤保障工作。高志芳负责检验，冯木四负责放射；王雪冰负责治疗护理。岑俊源负责药物保障工作。

死亡病例报告管理指导小组

为及时发现诊断不明的、可能死于传染病的病例，及早采取措施控制疫情，为传染病和新发传染病监测和预警提供基线数据，及时、准确、标准上报疫情信息。根据《县及县以上医疗机构死亡病例监测施行方案》、和《关于对“不明原因肺炎病例”和“死亡病例”进展网络直报的通知》，等法律法规的规定，经院长办公会议研究决定成立“死亡病例报告管理指导小组”。

组 长：陈翠萍（副院长）

副组长：郑仕强（副院长兼医务科主任）

成 员：邓永洪、岑俊源、黄少勤、叶朝阳、梁雪梅、
陈坚华、冯绍连、邓家勤、纪业江、郑维聪、
卢灶荣、高锦华。

办公室：医院感染管理办公室

附件：死亡病例报告管理指导小组职责

死亡病例报告管理指导小组职责

- 1、负责对死亡病例报告管理工作进展监视，每半年对死亡病例报告管理工作进展一次检查，根据最新情况制定相应制度。
- 2、贯彻执行上级指示，在上级主管部门指导下，按照《县及县以上医疗机构死亡病例监测施行方案（试行）》开展工作。
- 3、制定死亡病例报告的管理制度、人员职责、报告流程。
- 4、协调处理本医院在死亡病例报告中遇到的特殊问题。
- 5、对死亡病例报告管理各环节进展监视检查。
- 6、对违背死亡病例报告管理工作的部门和个人进展惩罚。对在死亡病例报告管理工作中做出奉献的人员，给予表彰和奖励。

传染病管理科工作标准

1、认真贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》及其相关法规，以及卫生行政部门和疾病预防控制机构制定的有关传染病防治工作的要求和规定。

2、根据国家有关法规和条例，建立和健全医院疫情管理和报告制度，组织制定各项疾病预防工作方案，并组织施行。

3、做好医院传染病疫情管理和报告工作，负责全院传染病报告卡的搜集、审核、上报、订正（查重）工作，定期检查、指导和督促各科室做好医院疫情管理和报告以及死亡病例报告工作。

4、每天一次到检验科、放射科等科室进展检查传染病报告结果，发现未上报传染病科室，进展催促，及时上报。对各科室进展签收传染病疫报卡，并在签收的同时审卡填报内容，保证内容完好；对甲类和按甲类管理的传染病以及某些特殊病例可及时对病人进展调查，在不能排除的情况下，及时向疾病预防控制机构和本院指导报告疫情；对于结核病、乙肝等容易屡次入院就诊的病人，经过调查，排除一年内重复上报的可能，及时上报。

5、每月末，查阅全院本月的门诊日志、出入院登记、出院病历、放射科检查结果及检验科检验结果，发现漏报及时补报。

6、每月在全院通报上月疫情报告情况〔包括疫情动态，迟报、漏报的检查结果，并做出惩罚通告〕。

7、做好全院疫情报告和死亡病例报告工作，接到疫情报告卡和死亡病例报告后按规定时限通过国家传染病疫情监测信息系统进展网络报告。

8、每月与医务科核定死亡病例登记，发现漏报及时补报。

9、认真做好上级卫生行政部门对医院的疫情管理和报告的检查工作，配合疾病预防控制部门搞好疫情调查工作。

传染病疫情管理制度

1、疫情管理人员定时搜集传染病卡片并进展审核，对有疑问的卡片或填写不标准的卡片要及时向填写人员查询、核对，准确无误后及时将疫情信息进展网络直报，并做好登记。

2、对已报告的传染病卡片当诊断变更、死亡或误报时要及时做出订正报告，并重新填写传染病报告卡，卡片类别订正项，并注明原报告病名。

3、定期对已上报的传染病卡片进展查重，对重卡进展剔除。

4、发现本年度内漏报的传染病病例，应及时补报。

5、对甲类传染病和按照甲类管理的乙类传染病病人、

疑似病人和病原携带者，其他传染病和不明原因的疾病爆发、少见传染病和本地已消除的传染病的报告信息，立即上报院指导和当地疾病控制机构，经疾病控制机构确认后，按照法定时限通过网络报告信息。

6、疫情分析资料要及时向主管指导报告，使主管指导及时掌握动态。

7、传染病报告记录资料要保存3年，网络直报的疫情信息和相关资料定期导出，制成电子文档双重备份。

8、传染病疫情管理相关资料分类归档保存。

9、疫情管理人员未经答应，不得转让或泄露信息报告系统操作账号和密码。

10、对疫情信息资料做好保密工作，不得泄密。

传染病疫情报告制度

为了进一步加强我院的传染病疫情报告管理，进步报告的效率和质量，为疾病预防控制提供及时、准确的监测信息，根据《中华人民共和国传染病防治法》等相关法律法规和规章，给据我院实际情况制定本制度。

1、本院为法定传染病责任报告单位，本院执行职务的医务人员均为责任报告人。

2、在诊疗过程中发现法定传染病，由首诊医生或其他执行职务的人员，按要求标准填写传染病报告卡，并及时通知疫情报告人员。

3、由预防保健科负责全院传染病的搜集、审核、上报、订正和查重工作，并定期进展疫情资料分析。

4、责任报告人发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎、高致病性禽流感的病人、疑似病人或病原携带者时，应于2小时内以最快的方式向当地县级疾病预防控制机构报告。发现其他传染病和不明原因疾病爆发时，也应及时报告。对其他乙、丙类传染病病人、疑似病人和病原携带者在诊断后，应于24小时内进展网络报告。其他符合突发公共卫惹事件报告标准的传染病爆发疫情，按规定要求报告。

5、医院各门诊分别建立传染病门诊日志，肠道门诊设立肠道门诊日志，对各类传染病予以详细登记，并填报传染病报告卡。

住院部临床各科室要建立出入院登记簿，对本科所有入院传染病病人进展详细登记，按照规定及时上报。

实验室应根据化验结果，对所有传染病或疑似传染病应及时通知主诊医生或有关负责人。

6、对报告病人诊断变更、病人死亡或填卡错误时，应及时进展订正报告，卡片类别选择订正项，并注明原报告病名。发现漏报的传染病，应及时补报。

7、传染病报告卡应使用钢笔填写，内容完好、准确、标准，字迹清楚。

8、本院任何人员不得瞒报、漏报、谎报或授意别人隐瞒、谎报疫情。

传染病疫情报告流程

1、门诊部、住院部、检验科、放射科等有关科室接诊传染病患者时，首先进展登记，填写传染病报告卡，然后做好处置工作。

2、疫情管理员每次收取传染病报告卡的同时，要对卡片进展错项、漏项、逻辑错误检查，发现问题及时给予指正。

3、责任疫情报告人发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎高致病性禽流感的病人或疑似病人时，应立即通知相关指导、网络直报员，网络直报员接到报告后以最快的方式向当地疾病预防控制机构报告，当专家组确诊后将传染病报告卡通过网络报告。发现其他传染病和不明原因疾病爆发时，也应及时上报。

4、发现其他乙类传染病病人，疑似病人和病原携带者时，于24小时内通过传染病疫情监测信息系统进展网络报告。

5、发现丙类传染病和其他传染病时，应当在24小时内通过传染病疫情监测信息系统进展网络报告。

6、进展网络直报时，经查错、查重、订正后上报。同时登记在《疫情直报登记本》上备查。

7、传染病报告卡网络直报后，整理、装订、存档，保存三年。

8、每月将传染病疫情报告管理情况汇总，报医务处、

业务院长。

9、遇到特殊情况时，报告业务院长协调解决。

疫情报告卡片工作流程

(1) 管理人员搜集传染病卡



(2) 审核卡片的完好性、准确性



(3) 登记传染病卡片



(4) 录入卡片，进展网络直报



(5) 定期查重卡片及时订正卡片



(6) 制作卡片电子文档保存疫情资料

传染病疫情信息网络直报制度

为了进一步加强传染病疫情信息报告管理，确保报告系

病疫情报告管理工作，进步报告的效率与质量，为疾病预防控制提供及时、准确的监测信息，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》、《传染病信息报告管理标准》等相关法律法规，结合本院实际情况，制定工作制度如下：

1、本院为法定传染病疫情责任报告单位，本院执行职务的医务人员为责任报告人。

2、传染病报告实行谁接诊，谁报告，首诊医生负责制。

3、责任报告人在发现法定传染病病例后，根据诊断结果，按照规定时限及时填写传染病报告卡进展报告。发现漏报的应及时补报。

4、疫情管理人员应及时审核传染病报告卡，进展错项、漏项、逻辑错误等检查，如发现上述问题，立即向报告人进展核实、补充或订正，将审核后的传染病报告卡及时录入网络直报系统。

5、网络直报人员搜集到传染病报告卡片后，应该按照规定的时限和程序通过网络直报系统进展实时报告，以便上级疾病预防控制部门对信息进展审核、监测、统计分析和预测、预警。

6、已报告病例假如诊断发生变更、死亡时，责任报告人应及时进展订正报告，并重新填写传染病报告卡，卡片类别选择订正项，并注明原报告病名。

、疫情管理人员应每月对上月报告的传染病疫情进展监测、分析，并上报预防保健科和主管院长。

8、责任报告人和疫情管理人员应严格保护传染病病人、病原携带者、疑似病人、亲密接触者涉及个人隐私的有关信息、资料。

9、传染病报告卡应按编号装订，?传染病报告卡?及传染病报告记录应按有关规定保存，保存期限三年。

10、传染病责任报告人、疫情管理员、网络直报员瞒报、缓报、谎报传染病疫情的，给予直接责任人及其主管指导行政处分，并给予相当经济处分。

11、网络直报人员应保障网络直报系统有关设备和运行环境的平安，保障计算机功能正常发挥。经常检查直报系统平安状况，发现问题及时处理。

12、网络直报人员应对网络直报系统的帐户、密码等资料妥善保管，并严格保密。

传染病疫情网络直报员工作职责

1、传染病网络直报人员应具备计算机根本操作技能且熟习传染病疫情管理和网络直报业务，具备指导和培训医务人员开展传染病疫情报告的工作才能。

、网络直报人员在接到传染病疫情报告后，应及时审核传染病报告卡信息并录入直报系统；每月应对本单位传染病监测信息进展汇总分析，呈报本单位主管指导并向有关科室通报。

3、网络直报人员在网络直报或上报当地县（区）级疾病预防控制中心之前，需先对本单位填报的传染病报告卡进展审核。

①发现错项、漏项、逻辑错误等情况时，及时通知报告人核对；对重复报告的卡片进展标注，不再进展网络直报。

②发现以下情况时，建议立即对报告信息进一步核实：

I 发现甲类传染病和按照甲类管理的乙类传染病病人、疑似病人和病原携带者，卫生部规定按甲类传染病管理的其他乙类传染病和突发原因不明的传染病。

II 发现不明原因肺炎病例、不明原因死亡病例。

III 发现同一种急性传染病在同一自然村、街道、集体单位（场所）一日内出现 3 例及以上，或一周内出现 5 例及

如以上任何一种情况属实，应立即 报告当地县（区）级疾病预防控制机构，并按规定进展网络直报。

4、每周、月、季、年定期开展传染病漏报、迟报检查。认真执行传染病疫情管理奖惩制度和责任追究制度。

5、传染病报告卡应按编号装订，?传染病报告卡?及传染病报告记录应按有关规定保存，保存期限三年。

6、网络直报用户帐号的正式使用密码，一般应在 8 位以上，并有数字与英文字母组合，每月至少更改一次。网络直报人员未经上级系统管理员答应，不得转让或泄露网络直报系统操作帐号和密码，并防止在公共场所公开使用网络直报系统。

7、按时参加县区疾控中心召开的疫情例会制度。

8、组织全院医务人员学习传染病有关法规信息和知识。

9、工作人员要认真履行岗位职责，由于工作不负责任造成重大影响，按有关法规追究责任。

、传染病疫情报告工作的督查由“医院感染管理科疫情管理人员”负责。

2、责任报告人发现传染病时，应及时、标准填写“传染病报告卡”。

3、责任报告人发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎、高致病性禽流感的病人、疑似病人或病原携带者时，应立即 上报医院感染管理科，发现其他传染病和不明原因疾病爆发时，也应及时报告。对其他乙、丙类传染病病人、疑似病人和病原携带者在诊断后，应于 24 小时内进展网络报告。其他符合突发公共卫生事件报告标准的传染病爆发疫情，按规定要求报告。

4、医院感染管理科疫情管理人员定期到门诊部及住院部等科室检查是否有无漏报传染病。

5、医院感染管理科疫情管理人员负责院内自查传染病漏报外，配合区防疫站进展漏报抽查。并将检查结果报主管院长，必要时通报全院。

6、医院感染管理科疫情管理人员根据各科的漏报、瞒报、谎报、或授意别人隐瞒、谎报疫情中存在的问题，按传染病疫情管理奖惩制度和责任追究制度进展处置。

传染病漏报检查制度

制定本制度。

1、门诊医生要认真填写门诊日志，住院部各科室要认真填写病人出入院登记。

2、各科室必须建立传染病报告登记本，根据疫情报告时限及时填卡上报，各科室主任负责本科室的自查管理工作。

3、传染病管理科负责传染病疫情报告的督导检查工作。

4、传染病管理科根据标准搜集传染病报告卡，及时进展网络直报，并负责检查传染病报告，落实情况，对发现的问题要及时反响、责令改正。

5、传染病管理科必须对检查情况进展每月一次小结，每季度总结一次，年终进展全面检查。对发现漏报者必须上报院部，根据规定给予处分。

6、传染病管理科负责检查各临床科室的传染病疫情报告情况，传染病管理科要深化各科室开展督导工作，要求检查和督导有记录、有结果、有汇报。检查和督导每月一次。

为了进一步贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》，

使我院的传染病疫情报告工作真正科学化、制度化、标准化，进步医院传染病报告质量，制定本制度。

1、我院传染病防治管理施行医院、科室、责任人三级管理制度，由主管院长负责传染病疫情管理工作。

2、根据传染病报告程序落实疫情报告责任，各科室必须明确职责，落实责任。根据规定认真做好传染病疫情报告工作，不得漏报、迟报、谎报、瞒报。

3、医院感染管理科负责监视检查传染病疫报工作，实施每季小结，每年有总结。

4、对检查中发现的问题必须责令及时更正并根据情况施行处分。

5、凡漏报、迟报，未造成传染病疫情播散、爆发、流行者给予 50 元处分，情节严重者，根据传染病防治法有关规定处理，科室主任负连带责任。

6、对累计漏报、迟报超过 3 例者，扣除责任人当月劳务费 100 元，科室主任负连带责任。

7、全年发现传染病漏报超过 5 例者，扣除责任人当月劳务费 500 元，科室主任负连带责任，并给予通报全院。

8、责任报告人、疫情管理人员、网络直报人员由于工作不负责任，出现重大传染病误报事故，扣除 500 元劳务费，并全院通报批评，给予记过处分；情节严重，造成严重后果者，按照法规依法处理。

传染病疫情报告奖惩制度

为了有效预防、控制和消除传染病的发生与流行，保障人体安康，促进传染病的疫情报告管理，特制定本制度。

1、按照医院、科室、责任人三级管理制度落实奖惩制度。

2、全年度传染病疫情报告管理先进科室给予 300 元年终奖励，科主任 50 元奖励。

3、根据传染病检查上报情况对工作突出的先进个人给予年终 100 元奖励。

4、对发现传染病未能及时填卡上报或漏报者根据情节，根据院部指定的责任追究制度进展处理：

(1)凡漏报、迟报，未造成传染病疫情播散、爆发、流行者给予 50 元处分，情节严重者，造成疫情播散，根据传染病防治法规定处理。科室主任负连带责任。

(2)对工作督导不力，检查不及时造成漏报不能及时发现者，对责任科室及责任人给予 100 元罚款处理。

(3)对累计漏报、迟报超过 3 例者，扣除责任人当月 100 元劳务费，并全院通报，科室主任负连带责任。

(4)全年发现传染病漏报超过 5 例者，扣除责任人当年 500 元，并全院通报，科室主任负连带责任，并给予警告处分。

5、凡违背《传染病防治法》规定，未能及时上报传染病疫情，造成传染病爆发、流行且后果严重者，根据《传染病防治法》规定处理。

重大传染病误报责任追究制度

1、责任报告人接诊重大传染病疑似病人后，要立即报告疫情管理人员；疫情管理人员接到报告后，应立即报告医院指导，同时上报区疾病预防控制中心；待上级组织专家组核实后，责任报告人方可填写传染病报告卡片，然后由网络直报员按规定时限进展网络直报。

2、责任报告人未按规定程序直接填写重大传染病病例报告卡者，扣除当月工资和奖金，在全院进展通报批评。

3、疫情管理人员没有按照程序接收重大传染病病例报告卡者，扣除 1 个月工资和奖金，在全院进展通报批评。

4、网络直报人员没有按照程序，直接在网络直报系统报告重大传染病病例者，扣除 1 个月工资、全年奖金，全院通报批评，给予记过处分；情节严重，造成严重后果者，按下岗处理，违背法规者依法处理。

传染病法规知识培训制度

1、疫情管理人员、网络直报人员和有关院科指导要积极参加各种有关传染病知识培训，全面理解有关法律法规及其规章制度。

2、对全院医务人员或传染病管理委员会会员（各科负责人）每年进展一次传染病相关知识培训。

3、各科室负责人要对新毕业医护人员和进修生以及实习生必须进展传染病相关知识培训，经考试合格后，方可上岗。

4、培训内容主要包括：传染病防治法、传染病诊断标准、传染病防治法律制度、消毒隔离制度、手卫生知识、职业防护等。

5.各科室负责人定期对该科室人员进展传染病相关知识培训，每年两次，并记录签名。

医院门诊日志登记标准

1、门诊部各科室要建立门诊日志，详细登记接诊病人。

2、门诊日志要按照日志规定的工程填写详细、齐全，内容要保证真实可靠。（注明患者是初诊或复诊）

3、对门诊日志上登记需上报的传染病要做出明显标志，疫情上报后，医院疫情管理人员要标记。

4、对疑似传染病和确诊的传染病病例，要登记其详细内容（如：姓名、性别、年龄、发病日期、诊断日期、工作单位、身份证号、联络号码、家庭详细住址等），14岁以下儿童要登记家长姓名及病人其所在学校、班级等内容。

5、要经常核查所登记的门诊日志，发现问题及时补充、改正。

6、凡性病患者填写传染病报告卡的同时还要填写传染病符卡一份，同时上报。

7、年度完毕后，对全年的门诊日志核查无误后，按规定要求存入资料室，以备后查，在贮存过程中要做好防水、防火、防盗等措施，以保证门诊日志的妥善保管。

门诊医生传染病疫情报告制度

1、门诊医生发现传染病疑似和确诊病例时，要在门诊日志上认真登记，填写内容必须真实、准确、详细（包括姓名、性别、年龄、身份证号、职业、详细地址、发病日期、诊断日期、14岁以下儿童家长姓名等）。性病患者填写传染病报告卡的同时还要填写传染病符卡一份，并上报传染病管理科。疫情管理人员接到报告卡后，要在门诊日志、传染病登记本上在相应位置加标记。

2、门诊部各科室负责人要每周核查门诊日志，对漏报和误报的传染病要及时补报和订正传染病报告卡。疫情管理人员每月要认真检查一次门诊日志，防止漏报和错报现象的发生。

3、对传染病疑似或确诊病人，门诊医生要询问病人流行病学史，疑似病人确诊后，要及时填写传染病报告订正卡上报感染科。

4、要做好门诊日志的搜集和保管工作，以备后查。

5、严格执行传染病报告制度，假如漏报 1 例传染病，处分当班医生人民币 50 元，造成重大影响按有关法规依法处理。

住院病人传染病疫情报告制度

1、住院部医生对入院病例应认真填写出入院登记且各项内容填写完好。需报告的传染病要认真填写传染病报告卡，填写好相关内容，内容要真实、详细，字迹整洁，性病者填写传染病报告卡的同时还要填写传染病符卡一份，同时将填写好的传染病报告卡上报医院感染管理科，疫情管理人员收到传染病报告卡后，要在出入院登记本、传染病登记本的相应位置加标记。

2、定期核查出入院登记本，对漏报和误报的传染病要

及时给予补报和订正，订正后的传染病报告卡要及时上报医院感染管理科。疫情管理人员每月要认真检查一次出入院登记本，防止漏报和错报现象发生。

3、疑似病人确诊后要及时填写传染病报告卡上报医院感染管理科。

4、病人出院时，假如与入院诊断病名不符，需订正的传染病要及时填写订正传染病报告卡，并及时上报医院感染管理科。

5、要保管好出入院登记本，以备后查。

6、严格执行传染病报告制度，假如漏报 1 例传染病，处分当班医生人民币 50 元，造成重大影响按有关法规依法处理。

检验科疫情报告管理制度

1、检验科所有工作人员均为法定传染病责任报告人，发现甲、乙、丙类传染病病例，都有责任和义务进展报告。

2、实验室人员应根据化验结果，对所有传染病或疑似传染病应及时通知主诊医生或有关负责人。

3、检验标本的检测结果为阳性或超过国家标准或超过正常值范围等，可以确定为传染病者，检测结果必须有专人保管。或者由检验科指派专人每日分两次将检测结果分送开其化验单的医生。

4、对传染病阳性检测结果要用传染病登记本专门登记。

5、责任报告人发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎、高致病性禽流感的病原携带者时，应立即通知开其化验单的医生或医院感染管理科。

7、任何个人对传染病病例阳性检验结果及其病人相关资料有保密的义务。

8、检查发现漏报按有关规定进展处理。

传染病病例登记和转诊制度

1、门诊日志和登记本，包括门〔急〕诊、检验科、放射科等，对传染病病例，要详细记录就诊病人的根本情况，工程齐全，书写标准，14岁以下儿童必须注明家长姓名。初诊病人，注明“传染病卡已报”，复诊病人注明“复诊”字样，首诊发现传染病人立即转传染科门诊或当地传染病医院。

2、临床科室、检验科、放射科等必须建立传染病登记本，记录工程和内容与门诊日志及出入院登记本相一致，且在一定时间段内，二者人数相符合。

3、传染病管理科应建立全院传染病登记本，对各科室

报告的传染病病例信息，详细登记，并定期进展汇总分析。

4、不具备传染病诊疗条件的科室，在发现传染病病人或疑似病例时，要认真、详细地做好登记，及时填写传染病报告卡并将病例转送到定点医疗机构治疗。

突发公共卫惹事件管理制度

为加强突发公共卫惹事件管理工作，提供及时、科学的防治决策信息，有效预防、及时控制和消除突发公共卫惹事件的危害，保障公众身体安康与生命平安，现根据《突发公共卫惹事件应急条例》等法律法规的规定，制定本制度。

1、突发事件应急处理各部门要遵循预防为主、常备不懈的方针。贯彻分级负责、反响及时、措施果断的应急工作原那么，建立应急管理网络，并行使相应的权利和职责，各级有关科室和相关人员应通力合作，保证各项应急工作的顺利执行。加强法制观念，依法应对突发事件。一旦突发事件

发生，立即启动应急系统。

2、各有关部门应首先保证突发事件应急处理所需的、合格的通讯设备、医疗救护设备、救治药品、医疗器械、防护物品等物资的调配和储藏，做好后勤保障工作。服从卫生主管部门突发事件应急处理指挥部的统一指挥。

3、传染病管理科在院长的指导下要组织相关科室，建立流行病学调查队伍，负责开展现场流行病学调查与处理，搜索亲密接触者、追踪传染源，必要时进展隔离观察；进展疫点消毒及其技术指导。

4、按照法律要务实行首诊医生负责制，发现疑似的突发公共卫生事件疫情时，应立即用 通知疫情管理人员，疫情管理人员要立即报告院长，同时向县区疾病预防控制中心进展报告。任何单位和个人不得隐瞒、缓报、谎报或授意别人隐瞒、缓报、谎报。

5、医院对因突发事件致病的人员提供医疗救护和现场救援，对就诊病人进展接诊治疗，并书写详细、完好的病历记录；对需要转送的病人，应当按照规定将病人及其病历记录的复印件转送至接诊的或者指定的医疗机构。有权要求在突发事件中需要承受隔离治疗、医学观察的病人、疑似病人和传染病病人亲密接触者在采取医学措施时予以配合。回绝配合的，报公安机关依法协助强迫执行，并配合卫生行政主管部门进入突发事件现场进展调查、采样、技术分析和检验，

6、对传染病要按《传染病防治法》等相关的法律法规要求，做到早发现、早报告、早隔离、早治疗，切断传播途径，防止扩散。严格执行各项消毒隔离、医院感染控制等各项制度和措施，做好人员防护，防止穿插感染和院内感染的发生，做好污物、污水的无害化处理。

7、医院承当责任范围内突发公共卫生事件和传染病疫情监测信息报告任务，建立突发公共卫生事件疫情信息监测报告制度并定期对医生和实习生进展有关突发公共卫生事件和传染病疫情监测信息报告工作的培训。

8、发现人畜共患传染病时，疾病预防控制机构和农、林部门应当互相通报疫情。

9、发现瞒报、缓报、谎报或授意别人不报告突发性公共卫生事件或传染病疫情的，回绝接诊病人的，拒不服从突发事件应急处理指挥部调度的对其主要指导、主管人员和直接责任人给予行政处分，造成疫情播散或事态恶化等严重后果的，由司法机关追究其刑事责任。

为进一步加强疫情监测，进步疾病监测系统的预警才能，及时发现诊断不明、可能死于传染病的病例，主动采取

析其动态变化趋势，加强对可能发生的传染性非典型肺炎疫情等新发传染病和不明原因疾病的防范工作,特制定本制度。

1、在医疗过程中患者死亡后，须填报《死亡病例报告卡》，对死亡案例进展死因医学诊断并由诊治医生填报《死亡医学证明书》。

2、医务处组织有关专家对死亡病例进展实地调查核实，采集病史，并在死亡证明书上加盖公章。

3、诊治医生在开具死亡证明书后3天内，病案室应完成死因编码工作。

4、网络直报人员在开具死亡证明书后7天内完成网络直报工作。在进展直报时要认真填写根本信息：姓名、性别、年龄、职业、发病日期、诊断日期、报告日期、报告单位；死亡信息：死亡日期、死亡原因〔直接死因、根本死因、与传染病相关的死因及不明死因〕。对于不明原因死亡病例，要在《医学死亡证明书》反面〈调查记录〉一栏填写病人病症、体征。

5、病案室做好原始死亡医学证明书的保存与管理，协助县级疾病预防控制机构开展相关调查工作。

6、医务处要定期检查各科室死亡报告情况，并对预防保健科网络直报工作进展定期督导，发现问题及时解决。

传染病管理科死亡病例报告工作流程

1、在医疗诊治过程中患者死亡后，处置医生须填写《死亡病例报告卡》，对死亡案例进展死因医学诊断并由诊治医生填报《死亡医学证明书》。

2、医务处组织有关专家对死亡病例进展实地调查核实，采集病史，并在死亡证明书上加盖公章。

3、诊治医生在开具死亡证明书后3天内，病案室指定专业人员按照ICD-10要求完成死因编码。

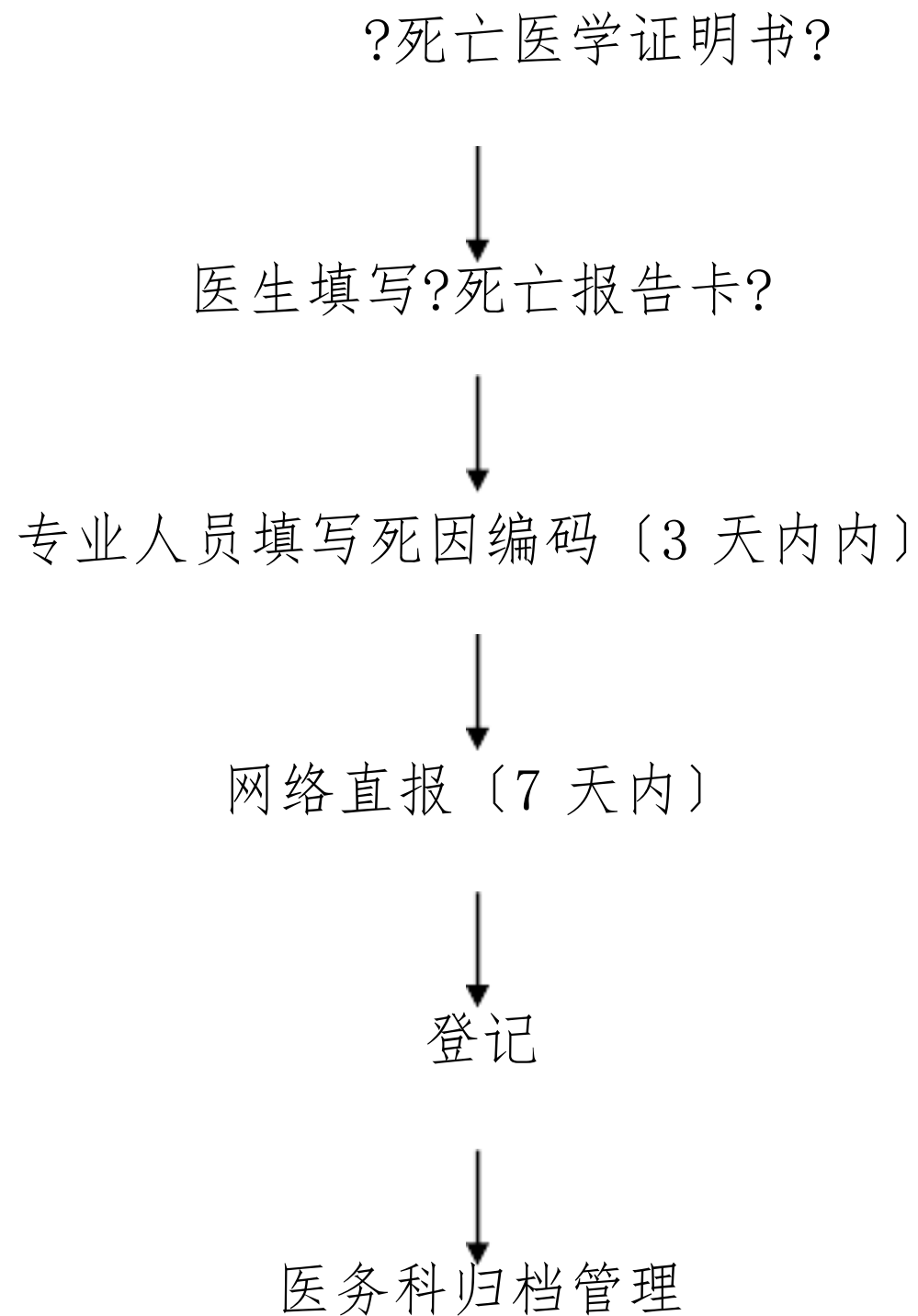
4、网络直报人员在开具死亡证明书后7天内完成网络直报工作。在进展直报时要认真填写基本信息：姓名、性别、年龄、职业、发病日期、诊断日期、报告日期、报告单位；死亡信息：死亡日期、死亡原因（直接死因、根本死因、与传染病相关的死因及不明死因）。对于不明原因死亡病例，要在《医学死亡证明书》反面〈调查记录〉一栏填写病人病症、体征。

5、对5岁以下死者都要填写一份《死亡病例符卡》

报告流程

患者死亡





为及时发现诊断不明的、可能死于传染病的病例，及早采取措施控制疫情，为传染病和新发传染病监测和预警提供基线数据，同时理解医疗机构死亡病例的死因构成，分析其动态变化趋势，标准临床医生正确填写?死亡医学证明书?，

1、根本信息：姓名、性别、年龄、职业、发病日期、诊断日期、报告日期、报告单位；

2、死亡信息：死亡日期、死亡原因〔直接死因、根本死因、与传染病相关的死因及不明死因〕。

3、对于不明原因死亡病例，要在“医学死亡证明书”反面〈调查记录〉一栏填写病人病症、体征；假如是呼吸系统不明原因死亡病例，须填写体温是否超过 38℃，是否有咳嗽、呼吸困难、抗生素治疗无效及肺炎或 SARS 的影像学特征，以及白细胞是否正常。

4、医学死亡证明书，一式三联。第二、三联给死者家属注销户口和火化用，第一联先由医院进展登记后，交由网络直报员负责上网报告，录入完成后，交由医院档案室管理。

5、填写死亡证明书时，一定要注意工整填写，使第三联的字迹可以识别。

6、死亡证明书缺少“发病日期”与“诊断日期”两项，临床医生在填写时要在死亡证明书的空白处填上，以使进展网络直报。

急诊死亡病例登记规定

、急诊科要建立死亡病例登记簿。

2、急诊死亡病例登记簿应包括姓名、性别、年龄、职业、住址、就诊日期，疾病诊断，死亡日期，死亡原因等根本内容。

3、急诊科要有指定人员负责死亡病例的登记、管理和资料保管。

4、负责死亡病例登记的人员要认真填写急诊死亡病例登记簿，做到填写完好、准确、及时。

5、死亡病例要及时上报医务科并进展网络直报。

6、登记报告责任人要高度认真负责，对登记报告中出现迟报、误报现象的按有关规定进展处分。

1、住院部要建立死亡病例登记簿。

2、住院部死亡病例登记簿应包括姓名、性别、年龄、职业、住址、就诊日期，疾病诊断，死亡日期，死亡原因等根本内容。

3、住院部要有指定人员负责死亡病例的登记保管和管理。

4、负责死亡病例登记的人员要认真填写死亡病例登记簿，做到填写完好、准确、及时无缺项。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/848061037111006044>