

全国心脑血管疾病监测工作手册

(试行)

中国疾病预防控制中心慢病中心

2017.12

目 录

第一章 工作总则	1
一、背景	1
二、目的	2
三、监测信息	2
(一) 报告病种	2
(二) 报告内容	2
四、监测点与报告人	2
(一) 报告单位	2
(二) 报告人	2
(三) 监测点	2
五、监测方法	3
(一) 病例登记	3
(二) 信息上报	3
六、质量控制	3
(一) 加强领导	3
(二) 健全制度	3
(三) 质量督查	4
(四) 能力培训	4
七、数据安全与管理	4
八、职责分工	5
(一) 卫生计生行政部门	5
(二) 疾病预防控制机构	5
第二章 报告病种及相关定义、诊断标准	7
一、急性心肌梗死 (I21-I22)	7
二、心脏性猝死 (I46.1)	7
三、脑卒中 (I60-I64)	7
第三章 报告卡及说明	18
第四章 监测工作程序	22

一、报告程序	22
二、信息上报	23
第五章 监测系统使用	26
一、 用户	26
(一) 用户类型	26
(二) 用户关系	27
(三) 创建用户	28
(四) 业务授权	30
二、 系统访问	31
三、 业务流程	31
四、 信息上报与管理	32
五、 数据维护	33
六、 数据统计	33
(一) 人口数据	33
(二) 业务报表	33
第六章 培训方案及要求	34
一、国家级培训	34
二、省级培训	35
三、县级培训	36
四、培训流程	37
第七章 质控方案	40
一、质量控制原则	40
(一) 重视组织工作	40
(二) 统一质量控制方法	40
(三) 健全制度，加强工作督导	40
二、监测工作启动前的质量控制	40
三、培训环节的质量控制	41
四、数据收集和上报环节的质量控制	41
五、利用监测系统定期开展质量控制	42

六、质量控制相关核心指标.....	42
(一) 卡片填写质量.....	42
(二) 报告率.....	43
(三) 及时性.....	43
(四) 其他统计学指标.....	43
第八章 督导方案.....	44
一、目的.....	44
二、对象.....	44
三、组织管理.....	44
四、内容.....	44
五、方法.....	44
六、督导用表格.....	44
第九章 分析报告撰写与结果发布.....	54
一、监测报告撰写.....	54
二、心脑血管疾病监测结果、分析报告的发布.....	60
附件 1 国家卫生计生委及办公厅关于印发中国居民慢性病与营养监测工作方案(试行)的通知--正式公文.....	61
附件 2 中国疾病预防控制中心关于落实中国居民慢性病与营养监测工作相关要求的通知-----	71
附件 3 中国疾病预防控制中心关于下发中国疾病预防控制中心信息系统网络安全管理指南(试行)通知》.....	75
附件 4 《_____省(直辖市、自治区)心脑血管疾病监测工作组人员信息》.....	83

第一章 工作总则

一、背景

世界卫生组织(WHO)《2014年全球非传染性疾病现状报告》指出：2012年全球共有3800万人死于非传染性疾病，其中42%的人，即1600万人的死亡是本可避免的过早死亡（即70岁前）。并呼吁到2025年，全球心血管疾病、癌症、糖尿病或慢性呼吸系统疾病所致过早死亡率相对降低25%。根据《中国居民营养与慢性病报告（2015）》，2012年中国居民慢性病死亡率为533.0/10万（约死亡731万），占全部死亡的86.6%，其中，心脑血管疾病的死亡占49.6%，为278/10万（约死亡375万）。各类心脑血管疾病中，脑卒中死亡率为140.3/10万（约死亡190万），缺血性心脏病死亡率为98.0/10万（约死亡135万）。心脑血管疾病已经成为我国居民的首要死亡原因。有效防控心脑血管疾病已成为我国公共卫生领域的重要任务之一。

尽管我国已经建立了较为完善的死因监测系统，心脑血管疾病的死亡监测数据为我国心脑血管疾病防控工作提供了连续的、重要的科学依据。但是有关心脑血管疾病的发病情况监测却明显不足以提供全面的、反映我国居民情况的相关数据。国外的心脑血管疾病监测工作最早起步于上世纪50年代。WHO于1968年也出台了《心血管疾病监测方法：WHO技术手册》。发达国家的所积累的大量科学数据为全球的心脑血管疾病防控工作提供了宝贵的科学证据。我国的心脑血管监测工作起步较晚，最早始于上世纪70年代末启动的涵盖了我国北京在内26个国家39个研究中心的MONICA研究。之后，我国的天津市、四川省于上世纪80年代先后开展了心脑血管监测工作。随着经济发展和慢病防控工作的需要，浙江、上海、山东、重庆等其他省份和深圳、宁波等地区先后开展了这项工作，在工作机制、监测模式等方面积累了丰富的工作经验，但尚未建立全国性的心脑血管疾病监测体系，因而不利于我国心脑血管疾病防控工作的有效开展。

为此，国家卫生计生委于2014年9月下发了《国家卫生计生委办公厅关于印发中国居民慢性病与营养监测工作方案(试行)的通知》（国卫办疾控函[2014]814号），要求在全国31个省（自治区、直辖市）共计100个县（市、区）开展“中国居民心脑血管事件报告试点”工作。随后，中国疾病预防控制中心于10月21日下发了《中国疾病预防控制中心关于落实中国居民慢性病与营养监测工作相关要求的通知》（中疾控慢社发[2014]397号），其中下发了“中国居民心脑血管事件报告技术方案（试行）”，正式启动了该项工作。该试点工作开展以来，各项目省、试点县（市、区）

在工作机制、能力建设和信息平台搭建等方面的经验不断积累和完善，为进一步完善技术方案和具体工作要求奠定了基础。

二、目的

科学、动态、长期开展心脑血管疾病监测工作，及时获得完整、准确的居民心脑血管事件发病水平、分布特征和变化趋势，为制定心脑血管疾病防控的相关政策、干预策略和效果评价提供科学依据。同时，也有利于不断完善心脑血管疾病监测工作机制，有效促进各级各类相关机构的心脑血管疾病综合防控能力建设。

三、监测信息

（一）报告病种

本监测工作的报告病种包括（1）急性心肌梗死（I21-I22）；（2）心脏性猝死（I46.1）；（3）脑卒中：致死性和非致死性脑卒中（I60-I64），包括蛛网膜下腔出血、脑出血、脑梗死及未分类脑卒中。不包括一过性脑缺血发作（TIA）及慢性脑动脉硬化。

报告病种为以上疾病的急性发作事件，具体以发病 28 天为期，并以一次事件记录为一个病例，发病 28 天以后，若再次急性发作，应按又一新发病例报告。不包括陈旧性并处于恢复期的病例。急性发作后死亡和未死亡的病例均需报告。

（二）报告内容

报告内容包括门诊号、住院号、姓名、身份证号、性别、出生日期、民族、职业、工作单位、联系电话、户籍地址等基本信息，疾病诊断、ICD-10 编码、诊断依据、确诊时间、是否首次发病、确诊单位等疾病信息。

四、监测点与报告人

（一）报告单位

辖区内各级各类医疗机构均为报告单位，包括县及县以上综合医院、基层医疗卫生机构，专科医院、企业医院、收治地方病人的部队医院等。

（二）报告人

1. 各级各类医疗机构配备人员，对于符合条件的患者按照规范的流程，进行心脑血管急性事件报告卡的填写、收集与上报等。

2. 基层医疗机构负责辖区内的心脑血管事件的病例信息收集、审核和上报。

（三）监测点

综合考虑疾病监测工作基础及区域分布，目前在全国 31 个省（自治区、直辖市）

选择 100 个县（市、区）作为国家级心脑血管疾病监测试点，鼓励有条件的省可以扩大监测范围。

五、监测方法

全国心脑血管监测工作通过“重点慢性病监测信息系统”的“心脑血管事件登记”功能进行心脑血管事件登记报告。具体包括：

（一）病例登记

是指报告医疗单位临床医生，对符合上报条件的病例，及时填写《心脑血管事件报告卡》；由专人收集、整理、审核后，及时录入报告系统。

（二）信息上报

包括手工录入、批量导入、死亡补发、系统对接等途径。

1. 个案录入指对于临床医生填写的报告卡，由专人收集、整理、审核后，及时录入报告系统。

2. 批量导入指报告医疗单位利用本单位信息系统，进行信息提取后，按照规定的模板整理数据，之后再导入系统。

3. 死亡补发县级疾控中心专门人员对于系统中推送的死亡卡片进行比对审核，对确定未报告的病例责成居住地所在的基层医疗机构建立报告卡并核实完善报告信息。

4. 系统对接建有本地“信息系统”的监测点通过“系统对接”的方式将监测系统对接到国家《重点慢性病监测信息系统》的“心脑血管事件登记”中。

六、质量控制

各地应结合当地工作现状，按照本手册要求，制定并逐步完善相关工作规范和质量控制程序，保证报告质量。

（一）加强领导

各监测县（市、区）应建立监测领导组织机构，负责疾病监测工作的领导和协调；完善县、乡、村三级报告系统，由经过培训的专职业务人员负责监测工作，省、市、县根据需要成立监测工作技术指导和咨询组织，指导和协助解决监测工作中的技术问题。

（二）健全制度

各级医疗机构应建立健全发病报告管理制度、例会制度、个案核查制度、档案管理制度、培训制度和督导与考核制度等工作制度。县（市、区）疾病预防控制

制中心，每年 2 次对各医疗机构进行医院漏报调查，定期进行通报。

（三）质量督查

各级卫生计生行政部门每年定期组织开展辖区内心脑血管事件登记管理工作考核，并纳入对各单位年终考核内容，完善奖惩机制。各级疾病预防控制机构定期对辖区医疗机构或下级疾病预防控制机构进行技术指导和督导，发现问题及时修正并通报，保障各项工作顺利开展。

（四）能力培训

各级疾病预防控制中心要定期组织开展业务培训，不断提高报告人员业务技术能力和水平；各有关医疗机构要加强责任报告科室医务人员培训，确保报告的及时性、准确性。

七、数据安全与管理

按照《中国疾病预防控制中心关于下发中国疾病预防控制中心信息系统网络安全管理指南（试行）通知》与《中国疾病预防控制中心关于印发中国疾病预防控制中心信息系统用户与权限管理规范（2015 版）的通知》中疾控信息发〔2015〕167 号的要求，各项目省和监测点疾控中心及报告医疗机构应严格执行相关信息网安全管理工作。要求做到：

1. 设立重要慢性病综合监测系统的使用管理机构和管理岗位，指定专人负责承担相关设备管理、用户管理、安全管理等方面的工作。

2. 各级各类医疗卫生机构（包括疾控机构、医疗机构）必须使用专网或与互联网安全隔离的虚拟专网进行信息报告、审核、查询等工作。

3. 各级疾病预防控制机构负责辖区内信息报告系统用户与权限的管理，应根据信息安全三级等级保护的要求，制定相应的制度，推进分级电子认证服务体系建设，加强对信息报告系统的账号安全管理。

4. 各级疾控机构应按年度逐级做好系统管理员、业务管理员的备案工作；县区疾病预防控制中心同时做好医疗机构的用户备案。

5. 本着“谁使用，谁负责”的原则，信息系统使用人员不得转让或泄露信息系统操作账号和密码，坚决杜绝《重点慢性病监测信息系统》用户和密码共享（如上传至互联网或随意张贴），避免多人使用一个账号。发现账号、密码已泄露或被盗用时，应立即采取措施，更改密码，同时向上级疾病预防控制机构报告。

6. 疾病监测信息的对外发布按照有关规定和要求执行。除国家和省级卫生计生行

政部门可依法发布疾病监测信息外，责任报告单位和责任报告人员无权向社会和无关人员透露。

7.心脑血管监测信息报告、管理、使用部门和个人应建立数据使用的登记和审核制度，不得利用疾病监测数据从事危害国家安全、社会公共利益和他人合法权益的活动，不得对外泄露病人的个人隐私信息资料。除直报用户以外的其他用户应对病人个案信息中的个人隐私信息项进行常态化屏蔽，因流调、随访、访谈等业务确需使用的，可临时开放隐私信息，严格执行签审制度，相关工作结束后及时屏蔽。

8.各级疾控机构应定期对辖区内数据进行备份，备份数据保存至本地硬盘或其他介质，备份介质应与互联网隔离。

9.加强《重点慢性病监测信息系统》用户计算机的安全管理，必须安装计算机防病毒软件及防火墙并及时更新病毒库并更新软件。

10.加强各级系统使用人员的信息安全教育，增强其信息安全意识。定期对从事信息安全工作人员开展专业技术培训，提高信息安全保护能力。

八、职责分工

遵循分级负责、属地管理的原则，各有关部门与机构在心脑血管事件报告管理工作中的职责分工如下：

（一）卫生计生行政部门

1.负责本辖区心脑血管事件报告工作的组织实施，建立和完善辖区心脑血管事件报告系统，并为系统运行提供保障条件。

2.定期对各级医疗卫生机构心脑血管事件报告工作进行监督检查，将该项工作纳入辖区医疗卫生机构的年度考核。

3.依据相关规定，结合本辖区的具体情况，组织制定心脑血管事件报告工作实施方案，并落实心脑血管事件报告工作。

（二）疾病预防控制机构

1.国家疾病预防控制中心

（1）负责全国心脑血管事件报告业务管理、技术培训和指导工作，协助国家卫生计生委制定国家相关标准和方案。

（2）负责全国心脑血管事件信息的收集、分析和报告撰写，开展心脑血管事件报告管理质量评价。

（3）负责国家级心脑血管事件报告系统平台建设和维护，应用性能的改进与完

善，提供技术支持。

(4) 负责对全国心脑血管事件报告数据备份，确保数据安全。

(5) 开展全国心脑血管事件报告的考核和评估。

2.地方各级疾病预防控制中心

(1) 负责本辖区心脑血管事件报告业务管理、技术培训和指导工作，实施心脑血管事件报告管理规范和相关方案，建立健全心脑血管事件信息管理组织和制度。

(2) 负责本辖区心脑血管事件信息的收集、分析、报告和反馈，开展心脑血管事件报告管理质量评价。

(3) 负责本辖区心脑血管事件信息报告网络系统的维护，提供技术支持。

(4) 负责本辖区心脑血管事件报告数据备份，确保数据安全。

(5) 开展本辖区心脑血管事件报告的考核和评估。

县级疾病预防控制中心履行以上职责的同时，负责对本辖区内医疗机构和其他责任报告单位报告心脑血管事件报告信息的审核；负责定期与公安、民政等管理部门核对人口、死亡资料，及时反馈基层开展查漏补报，定期组织开展漏报调查工作。

3.各级各类医疗机构

(1) 各级各类医疗机构应建立健全心脑血管事件诊断、报告、登记和信息交换制度；

(2) 负责对本单位相关医务人员进行心脑血管事件报告培训，指定专门科室负责报告卡收集、审核、录入和上报。

(3) 负责定期开展自查，减少漏报，利用院内死亡数据，对院内心脑血管事件报告数据进行补漏。

(4) 协助疾病预防控制中心开展质量控制和医院漏报检查。

基层卫生医疗机构主要负责本辖区内发现的心脑血管事件的漏报和错报，及时进行入户调查，并按照程序补报。

第二章 报告病种及相关定义、诊断标准

心脑血管疾病监测的内容为以下病种的**急性发作事件**，包括：

(1) 急性心肌梗死 (I21-I22)；

(2) 心脏性猝死 (I46.1)；

(3) 脑卒中：致死性和非致死性脑卒中 (I60-I64)，包括蛛网膜下腔出血、脑出血、脑梗死及未分类脑卒中。**不包括**一过性脑缺血发作 (TIA) 及慢性脑动脉硬化。

一、急性心肌梗死 (I21-I22)

心脏生物标志物(最好是肌钙蛋白)增高或增高后降低，至少有一次数值超过参考值上限的 99 百分位值，并有以下至少一项心肌缺血的证据即可被诊断为急性心肌梗死^[1]：

(1) 缺血症状。典型症状是严重而持久的胸痛；不典型者表现为轻微疼痛甚至没有或其他症状。

(2) 新的心肌缺血心电图变化。新的 ST 段改变或左束支传导阻滞。

(3) 心电图出现病理性 Q 波。

(4) 影像学证据显示新的活力心肌丧失或区域性心壁运动异常。

二、心脏性猝死 (I46.1)

猝死 (sudden death) 指自然发生、出乎意料的突然死亡。各种心脏病都可导致猝死，但心脏病猝死中一半以上为冠心病所引起。

心脏性猝死：指由于心脏原因引起的无法预测的自然死亡，病人过去可有或无心脏病史，在急性症状开始的 1 小时内发生心脏骤停，导致脑血流的突然中断，出现意识丧失，病人如经及时救治可获存活，否则将发生生物学死亡。^[1]

三、脑卒中 (I60-I64)

(一) 脑卒中定义

脑卒中：俗称中风，是一组急性脑循环障碍所致的局限或全面性脑功能缺损综合征，包括缺血性和出血性脑卒中两大类。缺血性脑卒中即脑梗死，约占脑卒中的 60-80%；出血性脑卒中包括脑出血和蛛网膜下腔出血；还有未分类脑卒中^{[2][3]}。

短暂性脑缺血发作 (Transient Ischemic Attack, TIA) 不属于本监测工作内容。该病是由颅内血管病变引起的一过性或短暂性、局灶性脑或视网膜功能障碍，临床症状一般持续 10~15 分钟，多在 1 小时内，不超过 24 小时。不遗留神经功能缺损

症状和体征，结构性影像学（CT、MRI）检查无责任病灶^{[2][3]}。

（二）临床表现

（1）症状突然发生。

（2）一侧肢体（伴或不伴面部）无力、笨拙、沉重或麻木。

（3）一侧面部麻木或口角歪斜（不包括周围性面瘫）。

（4）说话不清或理解语言困难。

（5）双眼向一侧凝视。

（6）一侧或双眼视力丧失或模糊。

（7）视物旋转或平衡障碍(同时伴有复视、饮水呛咳、吞咽困难、肢体麻木乏力、言语不清或昏迷之一者尤需高度怀疑脑卒中)。注意：单纯头晕或眩晕不作为卒中的临床表现。

（8）既往少见的严重头痛、呕吐。

（9）上述症状伴意识障碍或抽搐。

（三）卒中亚型的进一步诊断

1. 蛛网膜下腔出血（I60.0-I60.9）

蛛网膜下腔出血（subarachnoid hemorrhage, SAH）指脑底部或脑表面的病变血管破裂，血液直接流入蛛网膜下腔引起的一种临床综合征，又称为原发性蛛网膜下腔出血，约占急性脑卒中的 10%，是一种非常严重的常见疾病。也有因为脑实质内，脑室出血，硬膜外或硬膜下血管破裂，血液冲破脑组织流入蛛网膜下腔，称为继发性蛛网膜下腔出血。^{[2][3]}

影像学诊断检查

（1）**头颅 CT**：是首选的诊断方法。CT 显示蛛网膜下腔内高密度影可以确诊为蛛网膜下腔出血。CT 对于蛛网膜下腔出血诊断的敏感性在 24 小时内为 90-95%，3 天为 80%，1 周为 50%。

（2）**头 MRI**：当病后数天 CT 的敏感性降低时，MRI 可发挥较大作用。磁敏感成像序列可以更好地发现出血，或者 4 天后 T1 像能清楚地显示外渗的血液，血液高信号可持续至少 2 周，在 FLAIR 像则持续更长时间。因此，当病后 1-2 周，CT 不能提供蛛网膜下腔出血的证据时，MRI 可作为诊断蛛网膜下腔出血和了解破裂动脉瘤部位的一种重要方法。

.脑脊液（CSF）检查

通常 CT 检查已确诊者，腰穿不作为临床常规检查。如果出血量少或者起病时间较长，CT 检查可无阳性发现，而临床可疑下腔出血需要行腰穿检查 CSF。均匀血性脑脊液是蛛网膜下腔出血的特征性表现，且示新鲜出血，如 CSF 黄变或者发现吞噬红细胞、含铁血黄素或胆红素结晶的吞噬细胞等，则提示已存在不同时间的蛛网膜下腔出血。

2. 脑出血

脑出血（cerebral hemorrhage）是指非外伤性脑实质内血管破裂引起的出血，占全部脑卒中的 20%-30%，急性期病死率为 30%-40%。发生的原因主要与脑血管的病变有关，即与高血脂、糖尿病、高血压、血管的老化、吸烟等密切相关。脑出血的患者往往由于情绪激动、费劲用力时突然发病，早期死亡率很高，幸存者中多数留有不同程度的运动障碍、认知障碍、言语吞咽障碍等后遗症^{[2][3]}。

神经影像学诊断检查

（1）CT 检查

颅脑 CT 扫描可清楚显示出血部位、出血量大小、血肿形态、是否破入脑室以及血肿周围有无低密度水肿带和占位效应等。病灶多呈圆形或卵圆形均匀高密度区，边界清楚，脑室大量积血时多呈高密度铸型，脑室扩大。1 周后血肿周围有环形增强，血肿吸收后呈低密度或囊性变。动态 CT 检查还可评价出血的进展情况。

（2）MRI 和 MRA 检查

对发现结构异常，对检出脑干和小脑的出血灶和监测脑出血的演进过程优于 CT 扫描，对急性脑出血诊断不及 CT。

3. 急性脑梗死

急性脑梗死（Acute Cerebral Infarction）是由于脑组织局部供血动脉血流的突然减少或停止，造成该血管供血区的脑组织缺血、缺氧导致脑组织坏死、软化并伴有相应部位的临床症状和体征。也是最常见的卒中类型，约占全部脑卒中的 60%-80%，急性期的时间划分尚不统一，一般指发病后 2 周内^{[2][3]}。

头部 CT：在缺血性卒中 24-48 小时后，可显示梗死区域为边界不清的低密度灶。CT 检查对明确病灶、脑水肿和有无出血性梗死有很大价值，但对于小脑或脑干的病灶，常不能显示。

磁共振 (MRI)

MRI 一般在发病 6-12 小时后, 可见在 T₁ 加权像上低信号, T₂ 加权像上高信号, 出血性梗死显示其中混杂 T₁ 高信号。与 CT 相比, MRI 可以发现脑干、小脑梗死。弥散加权成像对早期诊断缺血性卒中的诊断较常规序列更敏感。

脑出血和脑梗死在没有条件进行 CT 或核磁共振检查的情况下, 可按以下几条鉴别:

(1) 脑出血病人多有高血压和脑动脉硬化病史, 而脑梗死病人多有短暂性脑缺血发作或心脏病史。

(2) 脑出血多在情绪激动或用力的情况下发病, 而脑梗死多在安静休息时发病。

(3) 脑出血发病急、进展快, 常在数小时内达高峰, 发病前多无先兆。而脑梗死进展缓慢, 常在 1~2 天后逐渐加重, 发病前常有短暂性脑缺血发作病史。

(4) 脑出血病人发病后常头痛、呕吐、颈项强直等颅内压增高的症状, 血压亦高, 意识障碍重。脑梗死发病时血压多较正常, 亦无头痛、呕吐等症状, 神志清醒。

(5) 脑出血病人中枢性呼吸障碍多见, 瞳孔常不对称, 或双瞳孔缩小, 眼球同向偏斜、浮动。脑梗死病人中枢性呼吸障碍少见, 瞳孔两侧对称, 眼球少见偏斜、浮动。

(6) 有风心病房颤病史的病人, 活动起病, 血压不高症状较重, 要考虑到脑栓塞, 分类到脑梗塞。

个别轻度脑出血病人临床症状轻, 与脑梗死相似, 两者难以鉴别。而大面积脑梗死病人, 出现颅内压增高, 意识障碍时, 也酷似脑出血, 临床上不好区分。要力争尽早做 CT 扫描检查。脑出血的 CT 表现为高密度阴影, 而脑梗死表现为低密度。

脑梗塞与脑出血简易鉴别:

- a) 脑梗塞多有短暂发生的脑缺血前兆症状 (TIA) (头晕目眩、肢体麻木、运动失灵), 而脑出血很少发生短暂的前兆。
- b) 脑出血意识障碍多见, 而脑梗塞病人很少见或没有。
- c) 脑出血呕吐呈喷射状, 脑梗塞一般有恶心, 呕吐的少。
- d) 脑出血瞳孔散大, 对光反射减弱、也可消失或斜视, 脑梗塞则很少改变。
- e) 脑出血多伴颈强, 脑梗塞没有。
- f) 发病时间脑出血为活动时, 脑梗塞为安静时。
- g) 有风心病房颤病史的病人, 活动起病, 血压不高症状较重, 要考虑到脑栓塞,

分类到脑梗塞。

(五) 未分类脑卒中

不属于以上各类的脑卒中则归入未分类脑卒中。

(六) 病种、临床诊断及判定要点

病种	临床诊断	判定要点
急性心肌梗死	是冠状动脉闭塞，血流中断，使部分心肌因严重的持久性缺血而发生局部坏死。	1.病史：典型的病史是出现严重而持久的胸痛。 2.心电图肯定性改变是出现异常、持久的 Q 波或 QS 波以及持续 1 天以上演进性损伤电流。 3.血清酶肯定性改变包括血清酶浓度的序列变化，或开始升高和继后降低。
心脏性猝死	指由于心脏原因引起的无法预测的自然死亡，病人过去可有或无心脏病史，在急性症状开始的 1 小时内发生心脏骤停，导致脑血流的突然中断，出现意识丧失，病人如经及时救治可获存活，否则将发生生物学死亡。	生物学死亡指标
脑卒中	蛛网膜下腔出血 指脑底部或脑表面的病变血管破裂，血液直接流入蛛网膜下腔引起的一种临床综合征，又称为原发性蛛网膜下腔出血。	1.突发的头部剧痛,伴恶心、呕吐 2.查体有脑膜刺激征 3.头颅 CT 显示蛛网膜下腔内高密度影 4.头 MRI：4 天后 T1 像显示高信号的外渗血液 5.脑脊液检查：均匀血性脑脊液
	脑出血 是指非外伤性脑实质内血管破裂引起的出血。	1.临床表现：活动和情绪激动时突发剧烈头痛，常伴呕吐，有神经功能缺损 2.查体血压明显升高，有局灶神经系统体征。 3.颅脑 CT 显示颅内脑实质血肿
	急性脑梗死 是由于脑组织局部供血动脉血流的突然减少或停止，造成该血管供血区的脑组织缺血、缺氧导致脑组织坏死、软化并伴有相应部位的临床症状和体征。	1.急性起病； 2.局灶神经功能缺损(一侧面部或肢体无力或麻木，语言障碍等)，少数为全面神经功能缺损； 3.症状或体征持续时间不限(当影像学显示有责任缺血性病灶时)，或持续 24 h 以上(当缺乏影像学责任病灶时)； 4.排除非血管性病因； 5.脑 CT / MRI 排除脑出血。
	未分类脑卒中 是不属于以上各类的脑卒中则归入未分类脑卒中。	

四、急性心脑血管事件 ICD10 编码与临床诊断的匹配关系

ICD10	名称	描述	与临床诊断的匹配关系
急性心梗			
I21	急性心肌梗死		≤4 周（28 天）的心肌梗死； 冠心病猝死中继发于心梗的心脏骤停的主要编码； 无症状性心肌缺血的 II 型：心梗后运动试验中发现心肌缺血，但患者当时无症状。
I21.0	前壁急性透壁心肌梗死	发生在心脏前壁的 ST 段抬高型≤4 周的心肌梗死	急性冠脉综合症的 ST 段抬高型心梗
I21.1	下壁急性透壁心肌梗死	发生在心脏下壁的 ST 段抬高型≤4 周的心肌梗死	急性冠脉综合症的 ST 段抬高型心梗
I21.2	其他部位的急性透壁心肌梗死	发生在心脏其他部位的 ST 段抬高型≤4 周的心肌梗死	急性冠脉综合症的 ST 段抬高型心梗
I21.3	未特指部位的急性透壁心肌梗死	发生在心脏未特指部位的 ST 段抬高型≤4 周的心肌梗死	急性冠脉综合症的 ST 段抬高型心梗
I21.4	急性心内膜下心肌梗死	发生在心脏内膜下的≤4 周的心肌梗死	急性冠脉综合症的 ST 段抬高型心梗
I21.9	急性心肌梗死，未特指	≤4 周的心肌梗死	
I22	随后性心肌梗死	指初次心梗发生后4 周（或28 天）内再次发生的心梗②	4 周（28 天）内复发的心肌梗死，或者为复发性心梗的早期再梗死； 冠心病猝死中继发于心梗的心脏骤停的主要编码；无 症状性心肌缺血的 II 型：心梗后运动试验中发现心肌缺血，但患者当时无症状。
I22.0	前壁的随后性心肌梗死	发生在心脏前壁的初次心梗发生后 4 周(或 28 天)内再次发生的心梗	急性冠脉综合症的 ST 段抬高型心梗
I22.1	下壁的随后性心肌梗死	发生在心脏下壁的初次心梗发生后 4 周(或 28 天)内再次发生的心梗	急性冠脉综合症的 ST 段抬高型心梗
I22.8	其他部位的随后性心肌梗死	发生在心脏其他部位的初次心梗发生后 4 周（或 28 天）内再次发生的心梗	急性冠脉综合症的 ST 段抬高型心梗
I22.9	未特指部位的随后性心肌梗死	发生在心脏未特指的初次心梗发生后 4 周（或 28	

	梗死	天)内再次发生的心梗	
心脏性猝死			
I46.1	被描述为心脏性猝死		冠心病猝死中病因不明的心脏骤停③作为主要编码；冠心病猝死中继发于心梗的心脏骤停作为附加编码。
脑卒中			
I60	蛛网膜下出血 包括：脑动脉瘤破裂， 不包括：蛛网膜下出血后遗症		
I60.0	颈动脉弯管和权的蛛网膜下出血		
I60.1	大脑中动脉的蛛网膜下出血		
I60.2	前交通动脉的蛛网膜下出血		
I60.3	后交通动脉的蛛网膜下出血		
I60.4	基底动脉的蛛网膜下出血		
I60.5	椎动脉的蛛网膜下出血		
I60.6	其他颅内动脉的蛛网膜下出血		
I60.7	颅内动脉的蛛网膜下出血，未特指		
I60.8	其他蛛网膜下出血		
I60.9	蛛网膜下出血，未特指		
I61	脑内出血		

I61.0	大脑半球的脑内出血，皮质下		
I61.1	大脑半球的脑内出血，皮质的		
I61.2	大脑半球的脑内出血，未特指		
I61.3	脑干的脑内出血		
I61.4	小脑的脑内出血		
I61.5	脑内出血，脑室内		
I61.6	脑内出血，多处局部		
I61.8	其他脑内出血		
I61.9	脑内出血，未特指		
I62	其他非创伤性颅内出血		
I62.0	硬膜下出血（急性）（非创伤性）		
I62.1	非创伤性硬膜外出血		
I62.9	颅内出血（非创伤性），未特指		
I63	脑梗死	脑梗死是由于脑组织局部供血动脉血流的突然减少或停止，造成该血管供血区的脑组织缺血、缺氧导致脑组织坏死、软化并伴有相应部位的临床症状和体征	
I63.0	由于入脑前动脉血栓形成引起的脑梗死		
I63.1	由于入脑前动脉栓塞引起的脑梗死	入脑前动脉闭塞或狭窄造成的栓塞性脑梗死,④	入脑前动脉栓塞引起的脑梗死(如颈内动脉、椎动脉

I63.2	由于入脑前动脉未特指的闭塞或狭窄引起的脑梗死		
I63.3	由于大脑动脉血栓形成引起的脑梗死		
I63.4	由于大脑动脉栓塞引起的脑梗死	大脑动脉闭塞或狭窄造成的栓塞性脑梗死,	大脑动脉栓塞引起的脑梗死(注意还包括大脑中动脉、大脑后动脉以及多发性或双侧的脑栓塞)。
I63.5	由于大脑动脉未特指的闭塞或狭窄引起的脑梗死		
I63.6	由于大脑静脉血栓形成引起的脑梗死, 非生脓性		
I63.8	其他脑梗死		
I63.9	脑梗死, 未特指		
I64	中风, 未特指为出血或梗死(脑中风、脑卒中)		

注: ①心肌梗死(简称心梗)的临床类型从发病时间、梗死深度和梗死部位三个维度来划分。根据心电图表现, 将心梗分为超急性期(起病后数小时内)、急性期(数小时-2天)、亚急性期(数天-2周)和慢性期(数周-数月后); 根据梗死的深度, 分为ST段抬高型(透壁性)和非ST段抬高型(非透壁性)两类; 根据梗死部位, 分为前壁、下壁(膈面)、侧壁、后壁等。临床上还将6-8周以后、已经愈合、没有症状的心梗称为陈旧性心梗。

ICD-10均以4周(28天)为急性和慢性的划分界限。凡从发病至入院(或接诊)的时间≤4周者, 均为急性, 分类于I21.-或I22.-; 而>4周者, 均视为慢性, 分类于I25.8。

②WHO网站上2010版ICD-10定义随后性心梗。 <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/I20-I25>。

③I46.-只能作附加编码, 心脏骤停只有在病因不明时才能作主要编码。若心脏骤停是因为其他类型的冠心病所致, 如心梗, 则主要编码应该是I21.-或I22.-, 若存在心梗的并发症, 如心源性休克、急性左心衰、心脏破裂、大面积肺梗死等, 也应同时作为附加编码, 这些并发症均可以成为心脏骤停的直接原因。Faye Brown. ICD-9-CM Coding Handbook(2006, Without Answers)[M]. Chicago: American Hospital Press, 2005: 262.

④脑栓塞是指血液中的各种栓子如心脏附壁血栓、动脉粥样硬化斑块等随血流进入脑血管并阻塞血管, 当侧支循环不能代偿时, 引起该动脉供血区脑组织缺血性坏死, 出现相应的神经功能障碍。刘雪平. 心脏疾病与脑栓塞[J]. 山东医药, 2008, 48(23): 105-106

注释:

【1】中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会.推荐在我国采取心肌梗死全球统一定义.中华心血管病杂志 2008 年 10 月第 36 卷第 10 期: 867-969

【2】吕传真,周良辅.实用神经病学(第 4 版). 上海科学技术出版社

【3】中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014【J】.中华神经内科学杂志, 2015,48(4): 246-257.

第三章 报告卡及说明

心脑血管事件报告卡是心脑血管疾病监测工作的核心内容。结合 2 年来全国心脑血管疾病监测工作开展的实践经验，本工作手册对 2014 年以来所使用的心脑血管事件报告卡（表 3-1）进行部分调整。表 3-2 列举了本次心脑血管事件登记卡的主要调整内容，更新后的报告卡见表 3-3。具体详述如下。

表 3-1 心脑血管事件报告卡

基本信息	
门诊号□□□□□□	住院号□□□□□□
姓名：_____	身份证号：□□□□□□□□□□□□□□□□□□
性别：男□ 女□	出生日期：□□□□年□□月□□日
民族：_____	职业：_____
工作单位：_____ 联系电话：_____	
户籍地址：_____省_____市（县）_____街道（乡）_____居委会（村）_____号	
现住地址：_____省_____市（县）_____街道（乡）_____居委会（村）_____号	
疾病信息	ICD 编码：□□□□
疾病诊断： 脑卒中：蛛网膜下腔出血□ 脑出血□ 脑梗死□ 未分类脑卒中□ 冠心病：急性心肌梗死□ 心脏性猝死□	
诊断依据（可多选） 临床症状：□心电图 □血管造影 □CT □磁共振 □体格检查 □超声检查 □实验室检查	
确诊时间：□□□□年□□月□□日	
是否首次发病：是□ 否□	
确诊单位：□1) 省级医院 2) 市级医院 3) 县级医院 4) 乡镇级医院 5) 其他 9) 不详	
转归：□ 1) 治愈 2) 好转 3) 未愈 4) 死亡 5) 其他	
死亡时间：□□□□年□□月□□日（仅当转归为 4 时填写）	
报卡单位：_____	报卡医师：_____
报告日期：□□□□年□□月□□日	

表 3-2 心脑血管事件报告卡更新说明

主要修订项目	原版(2014)	修订版(2016)
在本县区居住 6 个月以上	无	增加
发病时间	无	增加
诊断依据	为单选项	可多选, 按事件种类列出可选项
转归	包括治愈、好转、未愈、死亡、其他	仅关注死亡与生存, 并对死亡区分是否因本次事件死亡
死亡时间	均填写至日期	对心脏性猝死可填写详细的死亡时间

(1) 住院号(门诊号): 为调阅相关病历必须获得的索引信息, 可根据各医疗单位内部有关规定填写, 可用于审核、随访并方便报告单位对数据的利用。

(2) 联系人和联系电话: 填写的目的是方便事件的审核和随访, 可根据实际情况填写本人、家属、主治医生或其他人员的姓名。

(3) ICD-10 编码: 应避免混用、误用, 尤应避免在无法区分病变位置和分类亚目不明时将所有该类事件归入“未特指”。例如, I21、I21.0、I21.9 的含义分别代表“急性心肌梗死”、“前壁急性透壁心肌梗死”和“急性心肌梗死未特指”, 在不能明确急性心肌梗死病变部位时, 不应该将 I21 编为 I21.0 或 I21.9; 无辅助检查证据的脑卒中, 应尽可能根据症状体征对出血性或缺血性加以区分后再行编码。除 I64 外, 其他登记事件编码可填写至小数点后 1 位。心脏性猝死对应的唯一编码是 I46.1。

(4) 发病时间: 为必填项, 要求按照日期时间格式填写本次事件的发病时间。心脏性猝死应按照 24 小时制填至“小时”, 其他事件可填至年、月、日。住院患者的发病时间由医生根据患者的入院时间、主诉并结合病史进行判断。

(5) 转归: 对因本次急性事件死亡的病例必须填写“死亡”和“死亡时间”, 心脏性猝死应至少填至“小时”, 其他事件可填写至日期。此外, 心脑血管事件监测系统中死亡原因分为两类, 即急性心脑血管事件和其他原因导致的死亡, 分别对应因本次事件死亡和非本次事件死亡。出院后发生的“转归”相关内容可在死亡补发中完成。

(6) 诊断依据:

脑卒中的辅助诊断依据可以多选, 备选项有 CT、MRI、血管造影、腰穿、手术、

尸检或病理、死亡补发，但均应以急性起病和症状体征为最重要前提。

急性心肌梗死的诊断依据可以多选，备选项有心肌坏死生化标志物升高、心脏缺血症状、心电图提示新发缺血性改变、心电图提示病理性 Q 波形成、影像学证据提示新发局部室壁运动异常或存活心肌丢失、手术、尸检或病理、死亡补发。以心肌坏死生化标志物升高最为重要，心脏缺血症状、心电图提示新发缺血性改变和心电图提示病理性 Q 波形成成为重要的辅助指标，手术、尸检或病理、死亡补发为特定条件下的次要指标。

心脏性猝死的诊断依据为单选，备选项有尸检、推断和死亡补发，如果选择推断，则必须在发病 1 小时内死亡（有目击者）和无目击者条件下 24 小时内死亡中选择 1 项。

（7）最高诊断单位：医院级别以对该病做出最终诊断的医院为准。

（8）其他基本信息填写方法可参考第四章，姓名、身份证号、性别、出生日期、联系人和联系电话、户籍地址、现住地址、“在本县区居住 6 个月以上”以及所有疾病信息均为必填项，应如实准确填写。

表 3-3 急性心脑血管事件报告卡

基本信息	
住院号: □□□□□□	门诊号: □□□□□□
姓名: _____	身份证号: □□□□□□□□□□□□□□□□□□
性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期: □□□□年□□月□□日
民族: _____	职业: _____
工作单位: _____	联系人: _____ 联系电话: _____
户籍地址: _____省_____市(县)_____街道(乡)_____居委会(村)_____号	
现住地址: _____省_____市(县)_____街道(乡)_____居委会(村)_____号	
在本辖区连续居住 6 个月以上: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
疾病编码: ICD-10: I□□.□	
<input type="checkbox"/> 脑卒中 (<input type="checkbox"/> 蛛网膜下出血 <input type="checkbox"/> 脑出血 <input type="checkbox"/> 脑梗死 <input type="checkbox"/> 未特指) 诊断依据 (可多选): <input type="checkbox"/> 急性起病 <input type="checkbox"/> 症状体征 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> 腰穿 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 尸检或病理 <input type="checkbox"/> 死亡补发	
<input type="checkbox"/> 急性心肌梗死 诊断依据 (可多选): <input type="checkbox"/> 心肌坏死生化标志物升高, 以及 <input type="checkbox"/> 心脏缺血症状 <input type="checkbox"/> 心电图提示新发缺血性改变 <input type="checkbox"/> 心电图提示病理性 Q 波形成 <input type="checkbox"/> 影像学证据提示新发局部室壁运动异常或存活心肌丢失 或 <input type="checkbox"/> 手术 <input type="checkbox"/> 尸检或病理 <input type="checkbox"/> 死亡补发	
<input type="checkbox"/> 心脏性猝死 诊断依据 (单选, 如为推断, 需再单选一项推断依据): <input type="checkbox"/> 临床 <input type="checkbox"/> 推断: <input type="checkbox"/> 有目击者情况下发病 1 h 内死亡且排除可能非心脏原因死亡 <input type="checkbox"/> 无目击者情况下 24 h 内突发死亡且排除可能非心脏原因死亡 <input type="checkbox"/> 死亡补发	
发病时间: □□□□年□□月□□日 (心脏性猝死: □□时(24 小时制))	
首次发病: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
确诊单位: <input type="checkbox"/> 省级医院 <input type="checkbox"/> 市级医院 <input type="checkbox"/> 县级医院 <input type="checkbox"/> 乡镇级医院 <input type="checkbox"/> 其他	
转归 (限急性心肌梗死和脑卒中): <input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 (死于□□□□年□□月□□日; 死因: <input type="checkbox"/> 本次事件 <input type="checkbox"/> 非本次事件)	
报告单位: _____	报告医师: _____

报告日期: □□□□年□□月□□日

第四章 监测工作程序

一、报告程序

第 1 步：判断该病例是否为监测区内常住人口

具有监测点本地常住地址且连续居住 6 个月以上的所有居民均为心脑血管疾病监测对象，只要发生符合报告要求的心脑血管急性事件均应报告。对于已迁出监测区者，迁出后发生的心脑血管急性事件不需报告，迁出前在监测区报告过急性心脑血管事件的，应完善死亡结局。对于外来人口迁入监测区的，仅报告迁入后发生的急性事件。对于监测区内报告病例，应区分户籍人口和常住人口，人口性质发生变化时，以事件发生时的人口性质为准。

第 2 步：判断该事件是否为急性事件并明确诊断

本项工作仅对发病第 0~28 天的心脑血管急性事件进行登记，陈旧性、慢性等心脑血管疾病均不作为登记内容。所有监测工作均围绕“事件”进行，即“一事件一报告”。超过前次事件 28 天以外的新发生的心脑血管事件应作为一个新病例再次报告。

是否为“急性”主要依据临床判断，急性心肌梗死以当前临床医院所依据的相关指南为准，脑卒中事件的“急性”定义为急骤发展的局灶或全脑功能障碍，持续 24 小时以上。诊断一般以出院记录为准，非住院患者发生事件可参考其他医学记录。在必要的各项辅助检查的基础上，依据患者主诉可以初步判断是否急性事件，例如，“突发左侧肢体无力伴抽搐 1 天”，但亦应由临床医生紧密结合现病史和既往史。急性心肌梗死、心脏性猝死（或临床常用的“心源性猝死”）一旦临床确诊，即可判定为急性事件；各类脑卒中的临床诊断与“急性”并不对应，需根据主诉或现病史判断。

第 3 步：急性事件编码

按照 ICD-10 对急性事件进行编码，急性心肌梗死、心脏性猝死和脑卒中等三类急性事件的 ICD-10 编码分别为 I21~I22、I46.1 和 I60~I64。应按照编码规则准确编码。

第 4 步：填写报告卡

按要求完成心脑血管事件报告卡的填写。可根据报告单位自身情况选用纸质报告卡，在信息化程度较高的单位可直接采用电子报告的形式。

第 5 步：审核

各级医疗机构在心脑血管事件登记过程中应以日常医疗记录为准，保证登记卡填写完整、准确、真实、及时。对发现有误的病例信息应及时进行核对、随访和更正。患者出院后 10 个工作日内应完成登记卡的填写。

县级疾病预防控制机构项目管理人员需每个工作日上网对辖区内报出的登记卡进行审核，发现填写不合格者应注明具体审核意见，并反馈、督促报告单位核实、纠正。对于核实无误的《心脑血管事件报告卡》，县级疾病预防控制机构应于 7 天内通过网络对报告的发病信息进行审核确认。

2. 关于重卡的问题

判断重卡的标准是姓名、性别、出生日期与发病日期完全一致。出现判断困难时也可选择身份证号和户籍地等字段进行组合和匹配。

急性心脑血管事件患者发病 28 天之内可能存在不同医疗机构间的转诊，相同县区、相同类型（急性心肌梗死、心脏性猝死、蛛网膜下出血、脑出血、脑梗死、未特指脑出血或脑梗死）的急性事件 28 天之内禁止重复录入。在转诊过程中，监测系统管理部门赋予高一级医疗机构修订或合并较低级医疗机构报告卡的权限（以高级医疗机构为主卡）。

各级疾控中心应履行本级查重职责，并将查重结果逐级反馈至监测点所属的县区疾控中心，县区辖区内的重复报告由县区疾控中心自行删除，删重操作应注意补充完善缺失信息和保留较高级别报告单位的记录。

3. 补报

各级疾控中心应积极利用基层卫生服务网络，充分发挥社区医生（村医）和乡镇卫生院（社区卫生服务中心）作用，畅通社保、基本公共卫生服务、家庭医生签约服务等信息收集渠道，全面收集病例线索，做好漏报补报工作。

各级医疗机构应根据自身特点并结合病案科、信息科、医务科以及临床相关科室的工作特点，定期对本机构内可能存在的漏报问题进行分析、总结和处理，同时加强门急诊的漏报补报。

二、信息上报

1. 手工录入

即由报告单位在国家心脑血管疾病监测系统内按要求录入，要求做到信息及时、准确。

2. 批量导入

国家心脑血管疾病监测系统提供批量导入模板，报告单位责任人可将收集完毕的病例信息按照系统提供的模板格式进行整理，一次性将多条病例记录导入系统。批量导入应慎重，避免发生系统性错误。

3. 数据传输

信息化是慢病监测发展的趋势，国家鼓励有条件的省（自治区、直辖市）或地市逐步建立和完善区域性信息化平台，并在此基础上与国家心脑血管疾病监测系统实现信息交换。

4. 死亡补发

死亡补发是指根据死因监测系统推送数据查找未报告的心脑血管急性事件病例，完善相关报告，可以减少漏报、收集死亡结局信息和完善缺失信息。该工作由地方疾控中心负责组织，相关医疗机构应配合疾控机构开展数据收集、临床诊断以及漏报事件的补登记工作。

（1）死因监测系统推送内容

2015年2月前系统推送的仅是因心脏病、脑卒中引起的死亡病例。2015年3月中旬以后系统开始全死因推送已经死因库核实的病例。死因系统推送的内容包括致死性心脑血管事件、已经登记的非致死性心脑血管事件28天以外的非心脑血管死亡以及其他死亡病例。

（2）死因监测系统推送信息的利用

第1步：把死因推送病例区分为心脑血管死亡和非心脑血管死亡。

第2步：通过系统查重功能与心脑血管监测系统已登记的心脑血管急性事件进行比对，根据发病时间区分是一次事件还是二次事件；如果在28天以内，则按一次事件处理；如果在28天以外，则按二次事件再次报告。

如果是非心脑血管死亡，则应确定该病例是否存在已经登记的心脑血管事件，如果有，则其随访结局应记录为“死亡”；如果没有，不处理。

第3步：

把死因推送中发现的心脑血管死亡做如下区分：

1) 已经在心脑血管疾病监测系统中登记的病例，应进行信息比对，完善转归信息和其他已登记记录。

2) 确定为漏报的病例，由当地疾控机构或医疗机构建立新的心脑血管事件报告

卡，完成上报；其中，死因库推送至心脑血管事件登记系统的病例，如无法对信息作进一步核实，“诊断依据”可单选“死亡补发”。

需要强调的是，符合登记标准的心脑血管急性事件，无论死亡还是生存，都要求按照心脑血管事件报告程序报告，不能由死因系统信息简单代替。

第五章 监测系统使用

一、 用户

“心脑血管疾病监测”面向的使用用户是国家级、省级、市级、县区级的 CDC 用户，以及医院、基层医疗卫生机构用户。

(一) 用户类型

根据用户的实际业务组织机构和实际管理，将用户分为不同类型，如下图所示：

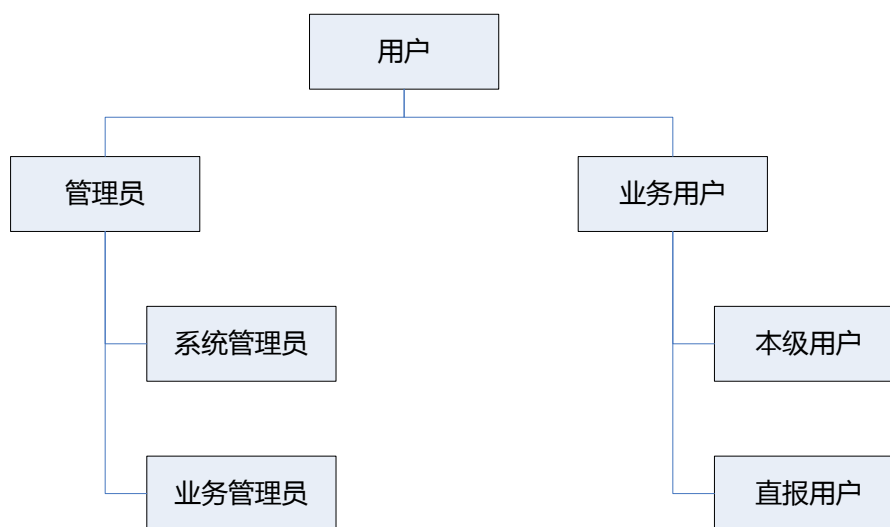


图 5-1 用户类型图

● 系统管理员

“系统管理员”负责本级或下级的用户创建、分配系统、重置密码、延迟过期时间、用户停用、用户启用等主要管理。“系统管理员”账户一般由各级（国家、省、市、区县）疾病预防控制中心信息中心科室管理。

● 业务管理员

“业务管理员”负责本级或下级用户的角色创建、角色分配、角色移除等主要授权管理。“业务管理员”账户一般由各级（国家、省、市、区县）疾病预防控制中心信息中心科室管理，“业务管理员”用户不可以授权任意级别的“系统管理员”用户。

● 本级用户

“本级用户”包括国家、省、市、县区的 CDC 的用户，“本级用户”可以对所管辖地区的医院、基层医疗卫生机构的“心脑血管事件登记”的数据进行查询、审核、导出、统计分析等。

● 直报用户

“直报用户”包括医院、基层医疗卫生机构的用户，主要是采集“心脑血管事件登记”报告，进行数据登记和数据查询、修改、删除等本单位数据管理操作。

（二）用户关系

“系统管理员”和“业务管理员”用户可以登录系统对辖区内用户进行管理。国家级、省级、市级、区县级都有相应的“系统管理员”和“业务管理员”用户，一般为各级（国家、省、市、区县）疾病预防控制中心信息中心科室人员。业务用户（本级用户、直报用户）不可以登录访问《用户认证与授权管理系统》。

本系统用户关系图如下所示：

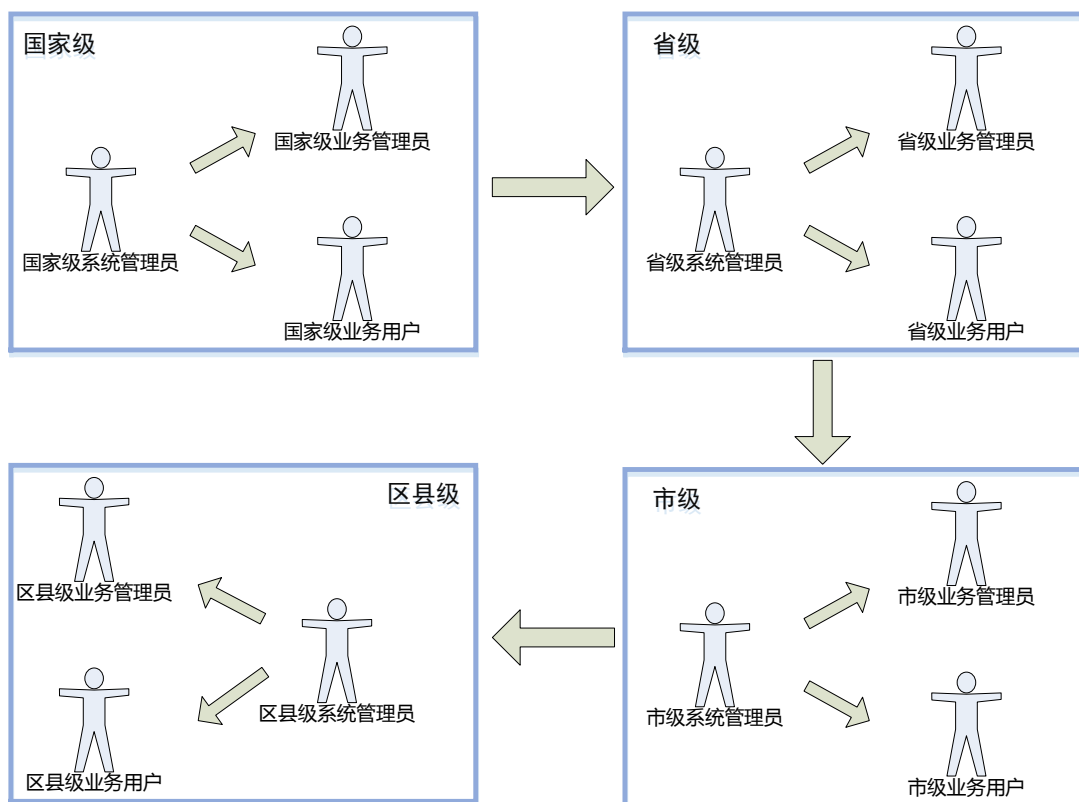


图 5-2 用户关系图

● 国家级系统管理员

“国家级系统管理员”负责创建“国家级业务管理员”、“国家级业务用户”和“省级系统管理员”的账户以及分配系统、重置密码、延迟过期时间、用户停用、用户启用等主要管理。

● 国家级业务管理员

“国家级业务管理员”负责对“国家级业务用户”和“省级业务管理员”创建角色、角色分配、角色移除等主要授权管理。

- **省级系统管理员**

“省级系统管理员”负责创建“省级业务管理员”、“省级业务用户”和“市级系统管理员”的帐号以及分配系统、重置密码、延迟过期时间、用户停用、用户启用等主要管理。

- **省级业务管理员**

“省级业务管理员”负责对“省级业务用户”、“市级业务管理员”创建角色（目前“国家级业务管理员”已创建好角色，可直接使用）、角色分配、角色移除等主要授权管理。

- **市级系统管理员**

“市级系统管理员”负责创建“市级业务管理员”、“市级业务用户”和“区县级系统管理员”的帐号以及分配系统、重置密码、延迟过期时间、用户停用、用户启用等主要管理。

- **市级业务管理员**

“市级业务管理员”负责对“市级业务用户”、“区县级业务管理员”创建角色（目前“国家级业务管理员”已创建好角色，可直接使用）、角色分配、角色移除等主要授权管理。

- **区县级系统管理员**

“区县级系统管理员”负责创建“区县级业务管理员”、“区县级业务用户”的帐号以及分配系统、重置密码、延迟过期时间、用户停用、用户启用等主要管理。

- **区县级业务管理员**

“区县级业务管理员”负责对“区县级业务用户”创建角色（目前“国家级业务管理员”已创建好角色，可直接使用）、角色分配、角色移除等主要授权管理。

（三）创建用户

《用户认证与授权管理系统》管理所有用户，需要内网（VPN）访问。创建用户需要本级或上级“系统管理员”登录《用户认证与授权管理系统》进行操作，同时为该用户选定《重点慢性病监测信息系统》系统。《用户认证与授权管理系统》的页面及操作如下：

内网地址（VPN）： <http://10.249.1.170/UAAMS>



图 5-3 用户认证与授权管理登录页面图

请确保所填写的用户信息是真实的（*号为必填项）

*用户姓名	<input type="text"/>
*用户登录名称	<input type="text"/> (登录名称不允许包含汉字)
*系统名称:	重点慢性病监测系统 (所选择系统的管理员拥有对填写用户修改、删除的权限)
*用户密码	<input type="text"/> 自动生成 密码由8-16个字符组成, 区分大小写(不能是9位以下的纯数字, 不能包含空格)
*密码确认	<input type="text"/>
密码强度	<input type="text"/> 为了提升您的密码安全性, 建议使用英文字母加数字或符号的混合密码
*所属地区	上海 <input type="text"/> 上一级 下一级 所属机构 北京市海淀区疾病预防控制中心
*手机号码	<input type="text"/>
*职责	直报用户
用户部门	<input type="text"/>
邮箱	<input type="text"/>
通讯地址	<input type="text"/>
开始日期	2016-08-27 <input type="checkbox"/>
结束日期	2017-08-27 <input type="checkbox"/>

图 5-4 用户认证与授权管理新增用户页面图

- 用户姓名

“用户姓名”是必填项，是指为账户所属人的名称。

- 用户登录名称

“用户登录姓名”是必填项，是指登录“业务系统”的用户名。

- 系统名称

“系统名称”是必填项，是指用户拥有该“业务系统”的登录权限（仅有登录系统的权限）。

- 用户密码

“用户密码”是必填项，可以使用自动生成，也可以手动设定，系统禁止弱密码，请设定“高强度”密码。

- 所属地区

“所属地区”是必填项，是指用户所属地区。

- 所属机构

“所属机构”是必填项，是指用户所属的机构单位。

- 手机号码

“手机号码”是必填项，是指用户的手机号码，手机号码绑定，主要是为了登录系统时接收验证“手机动态码”。

- 职责

“职责”是必填项，是指用户的类型，分为“系统管理员”、“业务管理员”、“本级用户”、“直报用户”等。

- 用户部门、邮箱、通讯地址

“用户部门”、“邮箱”、“通讯地址”是选填项，可以根据用户的实际情况进行操作。

- 开始日期、结束日期

“开始日期”、“结束日期”是指该用户的使用有效期限，有效期限不可以大于 1 年，如果用户过期，可以申请让本级或上级“系统管理员”进行延期。

(四) 业务授权

用户创建后需要本级或上级“业务管理员”登录《用户认证与授权管理系统》为新用户业务授权。具体方法是：“业务管理员”在“用户操作”中查询新增的用户，点击最右侧红色框中“追加角色”，为用户分配“重点慢性病监测信息系统”的相应角色。

The screenshot shows a web interface for user management. At the top, there are search filters for '所属地区' (Region) set to '海定', '所属机构' (Institution) set to '请选择', '用户姓名' (User Name) with a search box, and '登录名称' (Login Name) set to 'bj'. There are also radio buttons for '系统类型' (System Type) with '本级用户' (Local User) selected, and '排序类型' (Sort Type) with '降序' (Descending) selected. Below the filters is a table titled '用户信息列表' (User Information List) with columns: '用户姓名' (User Name), '登录名称' (Login Name), '地区' (Region), '机构' (Institution), '邮箱地址' (Email Address), '过期日期' (Expiration Date), and '操作' (Action). The first row shows '北京海淀区测试账号' (Beijing Haidian District Test Account) with a red box around the '操作' column containing icons for edit, delete, and '追加角色' (Add Role). The bottom of the table shows '1 results found, displaying 1 to 1' and a '显示记录数' (Show Record Count) dropdown set to '20'.

图 5-5 用户认证与授权管理用户操作页面图

“角色列表”中会显示目前系统中所有的角色，请根据用户的类型，为用户分配相应的角色，最迟等待 3 小时生效。此时用户已创建并授权完毕，生效后即可登录《重点慢性病监测信息系统》通过“心脑血管事件登记”功能进行心脑血管事件登记报告。



图 5-6 用户认证与授权管理分配角色页面图

二、 系统访问

国家级、省级、市级、区县级、医院机构的“本级用户”和“直报用户”，通过《重点慢性病监测信息系统》的“心脑血管事件登记”功能进行心脑血管事件登记和数据维护。

内网地址（VPN 用户）：<http://10.249.1.170>

国家级、省级、市级、区县级“本级用户”和“直报用户”使用内网地址访问系统。



图 5-7 业务系统登录页面图

● 手机动态码

首次登录系统需要验证“手机动态码”，记录用户最近一次 IP 段，若下次访问系统 IP 段发生变化，需要重新发送“手机动态码”，验证是用户本人在登录系统。“手机动态码”会发送到用户绑定的“手机号码”上，如果因为特殊原因无法收到“手机动态码”，请联系本级或上级“系统管理员”查询。

三、 业务流程

“心脑血管疾病监测”的数据主要通过 CDC、医院、基层医疗卫生机构进行“手工录入”、“批量导入”、“数据传输”、“死因推送”等方式进入系统。用户可以根据各自的相应权限对慢病上报信息进行查询、查看、修改、删除、查重合并、审核等操作，

并可根据患者的情况进行随访信息的录入，审核之后的数据参与系统相关的统计分析和生成图表展示。

系统总体业务流程如下图所示：

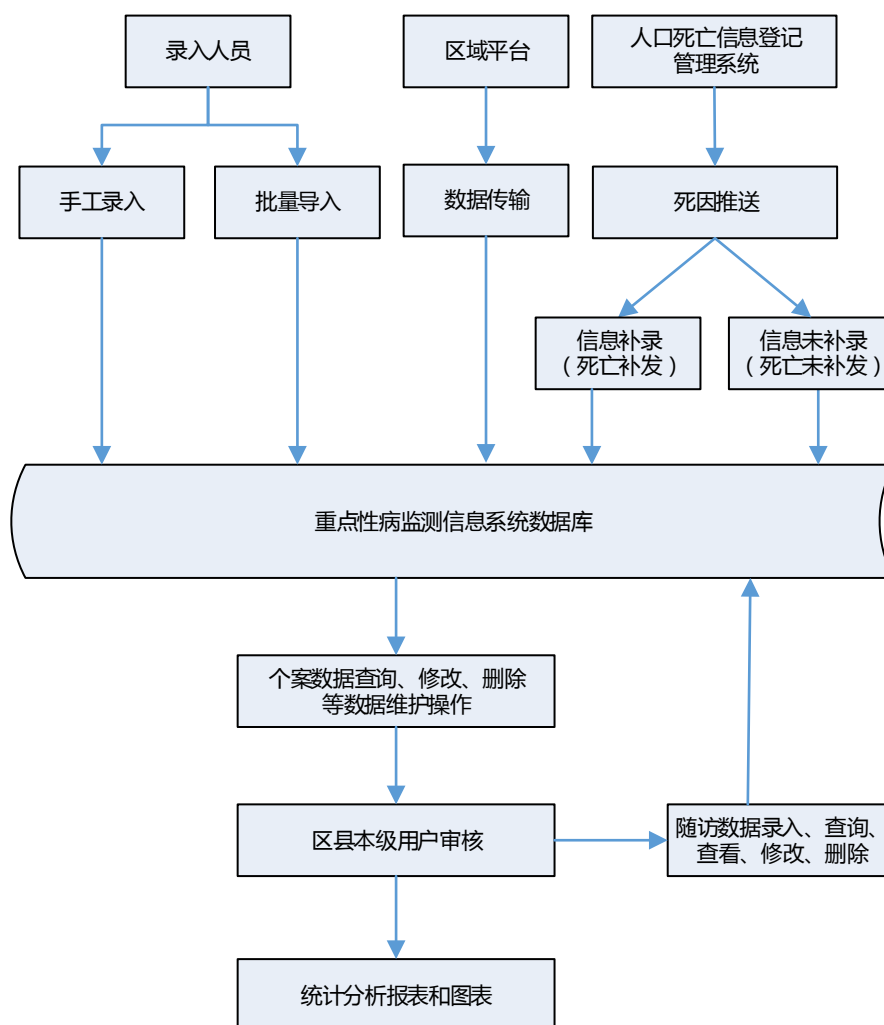


图 5-8 总体业务流程图

四、 信息上报与管理

● 手工录入

“手工录入”指登录系统，通过 web 的形式进行逐个病例卡信息手工填报。

● 批量导入

“批量导入”指对采集的数据按照“批量导入”模板和相应规则进行整理，通过系统的“批量导入”功能进行 Excel 导入。导入后的数据，需要进入“批量导入浏览”里面进行数据验证，确认导入的数据纳入正式个案管理中。

● 数据传输

“数据传输”指本地“区域平台”通过“数据对接”方式将监测系统对接到国家《重点

慢性病监测信息系统》的“心脑血管事件登记”中。

● 死亡未补发

“死亡未补发”指“心脑血管事件”尚未登记或已登记还未及时审核，而《人口死亡信息登记管理系统》中已存在“心脑血管”事件的死亡病例，《人口死亡信息登记管理系统》会把此病例个案卡推送到“心脑血管事件登记”中，还未补充缺失信息（如：发病时间、诊断依据等）的报告卡。

● 死亡补发

“死亡补发”指对从《人口死亡信息登记管理系统》推送过来的数据进行补充完善“发病时间”、“确诊日期”、“诊断依据”等诊断信息，形成完整的报告卡。

五、 数据维护

数据维护主要包含数据“查询”、“查看”、“修改”、“审核”、“订正”、“删除”、“数据导出”、“数据查重”、“合并”等主要功能，可以进行数据的完善和修正。

如果查询数据敏感数据项显示*****号，是因为用户被分配了“隐私角色”，“隐私角色”是《用户认证与授权管理系统》中一种为了数据保密，防止个案数据泄露而设定的角色。如国家级、省级等用户在业务中多是不需要查看个人姓名、身份证号、手机、电话、现住址等敏感数据项，把这些敏感项隐藏，防止因账号泄露而泄露患者数据，因此被业务管理员分配了“隐私角色”，如果特殊业务需要查看，可向本级或上级“业务管理员”申请取消该用户的“隐私角色”。

六、 数据统计

（一） 人口数据

“人口数据”是统计分析中的一部分，每年度从统计局获取，存储在《中国疾病预防控制中心基本信息系统》中，再进行推送到《国家重点慢性病监测信息系统》，无需用户进行维护。

（二） 业务报表

“业务报表”主要统计“各地区分年度脑卒中数量”、“各地区分年度完整率”、“各地区分年度心脑血管事件数量”、“各地区分年度致死性和非致死性数量”、“各地区分年度发病率”、“各地区分性别发病率”、“各地区分城乡发病率”、“各年龄组发病率”。

各地区的统计，如果“地区类型”选择“国家监测点、国家监测点与国家示范区重

合地区、国家监测点与国家示范区不重合地区”，则会直接一一统计辖区内所有的“国家监测点”情况，辖区内所有“国家监测点”统计一一列出；如果不选择，地区名称会显示当前地区的下级。不同年度统计跨年区间不允许大于 5 年。

公式：

发病数：辖区内以报告卡为计量单位的心脑血管事件确诊发病数

发病率：辖区内以报告卡为计量单位的心脑血管事件确诊发病数/辖区内人口总数
(十万分率)

第六章 培训方案及要求

心脑血管疾病监测与死因登记、肿瘤登记等监测工作的性质一致，是一项需要长期开展的系统工作。该项工作的开展涉及到心脑血管急性事件的诊断、疾病编码、卡片管理、系统使用、信息管理、数据统计等多领域、多学科、多层面的专业技术和科学管理。因而，有必要定期、规范、不断深入地开展针对各级、各类专业人员的专项培训，以确保数据的科学性和时效性，同时逐渐形成全国心脑血管疾病监测体系。

因此，心脑血管监测工作培训的总体要求是不断提高各级、各类人员的相关知识水平、信息登记、管理和技术操作能力，并逐渐提高各级监测数据的有效利用能力。

培训按照国家、省、市、县不同级分别开展。按照分级指导、重点突出的原则，对不同级别各类人员有针对性、由浅入深、由易到难开展定期培训。培训的内容方面，对不同人员应根据工作性质有所侧重，做到有的放矢，抓住中心，兼顾到其他知识与技能。鼓励多种形式的培训活动，强调实际的培训效果。

一、国家级培训

1. 目的

国家级培训的目的是建立全国心脑血管疾病监测系统的高级师资队伍，为项目省（自治区、直辖市）开展心脑血管疾病监测、组织实施、质量控制、数据分析、报告撰写等提供人才与技术保障。

2. 培训对象

项目省（自治区、直辖市）、市、县（市、区）级疾控中心的心脑血管疾病监

测工作人员、报告医疗单位报病人员。

3. 培训教材

采用中国疾病预防控制中心统一中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心编制的《全国心脑血管疾病监测工作手册》等培训资料。

4. 培训方式

培训采用集中面授方式进行。根据工作方案的要求，结合监测工作需求，充分利用多媒体教学，软件演示及操作，可采用互动式教学方式，以提高学员的学习兴趣，使其掌握理论与实际操作技能。

5. 培训目标

掌握心脑血管监测的目的和意义，疾病登记的方法、质量控制要求、报告撰写等。

6. 培训安排

国家级培训由中国疾病预防控制中心慢病中心统一安排，每年举办 1 次，每次培训人数约 100-150 人。具体师资、时间、地点等将统一安排。根据培训内容，采用考卷方式对受训的师资进行考核。

表 6-1 全国心脑血管疾病监测工作一级培训安排

培训内容	培训要求	培训方式	培训时间	备注
监测方案介绍	理解	授课	1 小时	
报告卡及填写说明	掌握	授课与互动	2 小时	
信息收集程序	掌握	授课与互动	2 小时	
数据录入及管理	掌握	授课与互动	2 小时	
报告系统使用	掌握	授课与互动	2 小时	软件演示
质量控制	掌握	授课	1 小时	
培训方案	理解	授课	1 小时	
监测数据利用	理解	授课	1 小时	

二、省级培训

1. 目的

省级培训的目的是建立项目省（自治区、直辖市）内各级心脑血管疾病监测师资队伍，为开展相关工作等提供人才与技术保障。

2. 培训对象

项目省（自治区、直辖市）辖区内各市、县（市、区）级疾控中心的心脑血管

疾病监测工作人员、报告医疗单位管理人员和报病人员。

3. 培训教材

采用中国疾病预防控制中心统一中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心编制的《全国心脑血管疾病监测工作手册》等培训资料。

4. 培训方式

培训采用集中面授方式进行。根据工作方案的要求，结合监测工作要求，充分利用多媒体教学，软件演示及操作，可采用互动式教学方式，以提高学员的学习兴趣，使其掌握理论与实际操作技能。

5. 培训目标

掌握心脑血管监测的目的和意义，疾病登记的方法、质量控制要求和数据利用等。明确各类机构、各类人员的具体职责和各项工作环节的质控要求。

6. 培训安排

由项目省（自治区、直辖市）疾病预防控制中心统一安排，每年至少举办1次，每次约1-2天。具体师资由省级疾控中心心脑血管疾病监测工作相关部门、参加国家级培训的人员、信息系统技术人员等组成。根据培训内容，采用考卷方式对受训的师资进行考核。

表 6-2 全国心脑血管疾病监测工作省级培训安排

培训内容	培训要求	培训方式	培训时间	备注
监测方案介绍	理解	授课	1 小时	
报告卡及填写说明	掌握	授课与互动	1 小时	
信息收集程序	掌握	授课与互动	1 小时	
数据录入及管理	掌握	授课与互动	1 小时	
报告系统使用	掌握	授课与互动	1 小时	软件演示
质量控制	掌握	授课	1 小时	
监测数据利用	理解	授课	1 小时	

三、县级培训

1. 目的

目的是培训辖区内所有报告医疗机构的心脑血管疾病监测相关医务人员。为各监测点的报告工作质量提供技术保障。

2. 培训对象

辖区内所有具有心脑血管疾病报告病种诊断能力的医疗机构的相关医务人员。

包括上述医疗机构的管理人员、临床医生和报病人员。

3. 培训教材

以中国疾病预防控制中心统一中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心编制的《全国心脑血管疾病监测工作手册》为基础，根据工作需要和地方特点进行修订。

4. 培训方式和目标

强调培训的实效性。鼓励采用多种形式进行集中面授。结合实际工作条件，可采用互动式教学方式，以提高医疗机构人员对报病工作的重视，明确各类人员的职责，掌握报告卡的规范填写和报告的时效性，提高报告准确率，减少错报、漏报。

5. 培训安排

由县级疾病预防控制中心统一安排，可以根据医疗机构特点分类、分次进行。培训师资由县级疾控中心心脑血管疾病监测工作相关部门、参加国家级或省级培训的人员等组成。根据培训内容，采用考卷方式对受训的师资进行考核。

培训的内容和建议的安排见下表。根据具体情况，可以适当调整时间。

表 6-3 全国心脑血管疾病监测工作县级培训安排

培训内容	培训要求	培训方式	培训时间	备注
监测方案介绍	理解	授课	1 小时	
报告卡及填写说明	掌握	授课与互动	1 小时	
工作程序	掌握	授课与互动	1 小时	
报告系统使用	掌握	授课与互动	1 小时	软件演示
质量控制	掌握	授课	1 小时	

四、培训流程

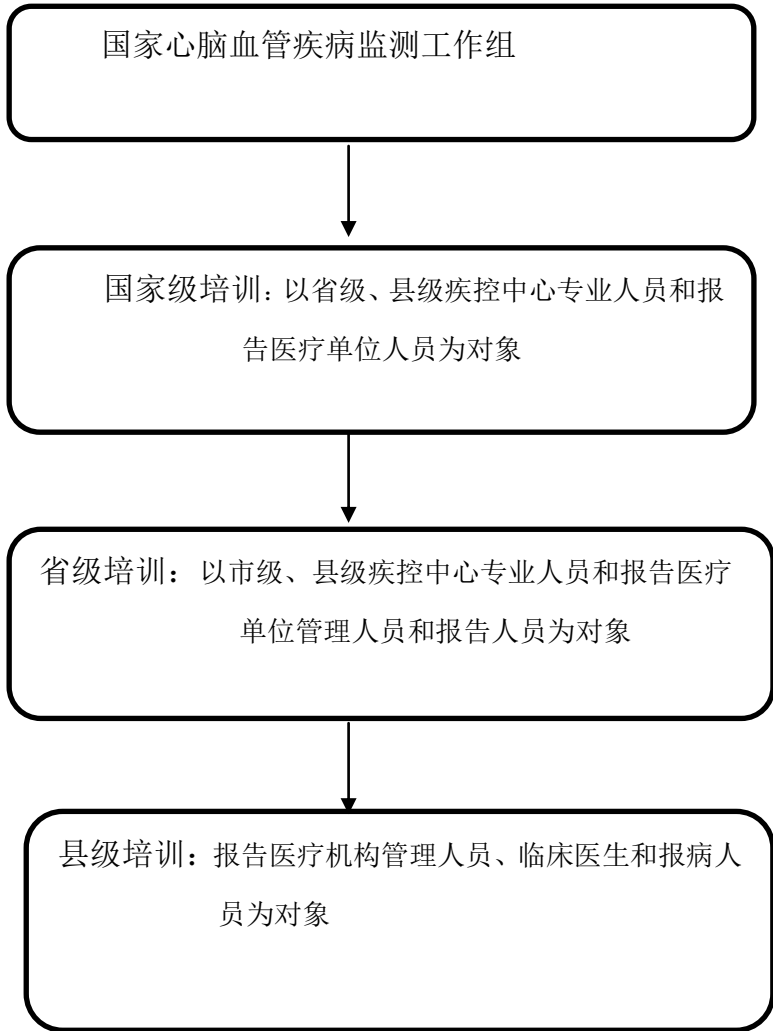


表 6-4 心脑血管疾病监测培训人员名单

培训地点

培训时间 年 月 至 日 培训级 别级

姓名	性别	年龄	单位	学历	专业	职称	联系电话

第七章 质控方案

为提高全国心脑血管疾病监测数据质量，避免和减少误差，保障全国心脑血管疾病监测工作高效有序的开展，特制定本质量控制方案。

一、质量控制原则

（一）重视组织工作

国家、省、县（市、区）各级疾病预防控制中心及监测点医院机构，应分别成立各自的监测工作组，各级监测工作组明晰职责，分级承担各自所辖区域内的监测质量的全程控制工作（图 1），并进行年终考评。工作组的组成应包括卫生计生行政部门、医院管理部门、临床医生、疾控部门的相关工作人员。

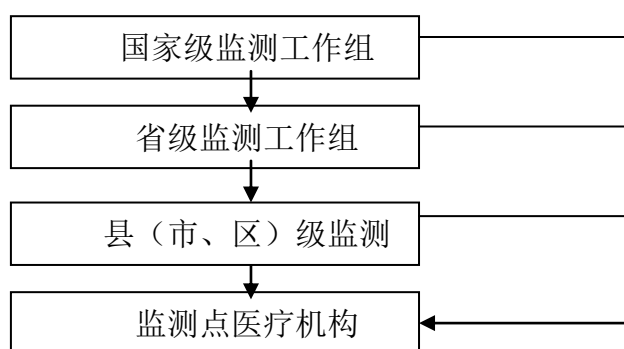


图 7-1 质量控制系统组织结构图

（二）统一质量控制方法

全国心脑血管疾病监测工作的各级单位，要采用统一的质量控制要求开展工作。对信息确认、心脑血管事件报告卡填写、数据管理、培训等制定统一的质控方案。

（三）健全制度，加强工作督导

各级医疗机构应建立健全发病报告管理制度、例会制度、个案核查制度、档案管理制度、培训制度和工作督导与考核制度等工作制度。各级监测工作组承担各自所辖区域内的心脑血管疾病监测的督导任务。定期开展漏报、错报、漏录、错录调查，评估监测系统的运行情况，保证数据质量。

二、监测工作启动前的质量控制

国家级心脑血管监测工作组通过预试验和专家咨询的方法对全国心脑血管监测方案的科学性和可行性进行论证，同时制订全国心脑血管监测方案和工作手册。设立全国心脑血管疾病监测技术指导组，为监测工作提供技术咨询和技术指导。

国家级心脑血管监测工作组掌握各省各级心脑血管监测工作组的人员情况。省

级心脑血管监测工作组统一收集本省各监测点心脑血管监测工作人员信息（见附件5），并上报给国家心脑血管监测工作组。国家级心脑血管监测工作组工作人员通过电话、电子邮件、现场督导等手段向省级工作组负责人反馈监测工作各环节的可疑错误信息，并要求其对错误进行核实及纠正。

省级及县（市、区）级心脑血管监测工作组在监测工作启动前必须尽量取得监测点卫计委的充分支持，包括下发文件，召开协调会议，形成例会制度、将监测工作纳入卫生工作的年度考核内容等。县（市、区）级监测工作组应与辖区内监测点医疗机构建立沟通机制，确保疾控部门和医院之间的协调工作顺利开展。

监测点医疗机构应成立心脑血管监测工作小组，落实专人（责任报告人）负责心脑血管监测工作的组织管理和质量控制，协调及指导医院内的心脑血管疾病监测工作。各报告单位根据工作实际，确定心脑血管疾病监测的工作流程，确保心脑血管监测工作顺利开展。

国家级心脑血管监测工作组负责报告卡片和工作手册等材料的统一编写，供各省心脑血管监测工作组使用。各省心脑血管监测工作组、县（市、区）级监测工作组逐级发放相关材料至相关机构。

三、培训环节的质量控制

国家级心脑血管监测工作组负责制定《全国心脑血管疾病监测工作手册》和统一的培训方案，合理安排教学内容。选择熟悉监测内容、具有良好的沟通技巧和一定培训经验的人员作为国家级师资，对省级和县（市、区）级心脑血管监测工作人员进行一级培训。

县（市、区）级心脑血管监测工作组在省级心脑血管监测工作组的指导下，使用《全国心脑血管疾病监测工作手册》和统一的培训方案对辖区内监测点医疗机构心脑血管监测管理人员进行二级培训，培训的重点是监测总体方案、监测的工作程序、监测对象的确定标准、报告卡的填写说明及质量控制方案等等参加二级培训的监测点医疗机构的管理人员，对本院内各相关科室所有医生（或护士）进行三级培训。培训的内容包括监测总体方案、监测的工作程序、监测对象的确认方法、报告卡的填写说明等等。

各级培训过程中严格培训纪律及考勤制度，培训结束后采用笔试的方式对受训人员进行考核，考核不合格者重新培训或予以更换。

四、数据收集和上报环节的质量控制

在使用纸质报告卡的监测点，医疗机构及社区卫生服务机构指定科室及专人每天收集本院内《心脑血管事件报告卡》，10-15个工作日内完成对卡片的审核，并进行网络报告，每月10日前将上月报告卡报送县级疾病预防控制机构。

县级疾病预防控制机构管理人员每个工作日需上网对辖区内报出的发病卡进行审核，发现填写不合格者应注明具体审核意见，并反馈、督促报告单位核实、纠正。对于核实无误的《心脑血管事件报告卡》，县级疾病预防控制机构应于7天内通过网络对报告的发病信息进行审核确认。

县（市、区）心脑血管疾病监测工作组每年组织1次对各医疗机构进行医院漏报调查，并将发现的问题及时反馈给医疗机构。

省级心脑血管工作组根据本省的实施计划，每年一次检查和督导辖区内县（市、区）级心脑血管监测工作组及监测点医疗机构心脑血管监测报告情况，发现问题解决问题。现场督导完成后应撰写督导报告，上报国家级心脑血管监测工作组，并及时反馈给被督导单位。

国家级心脑血管监测工作组负责制定全国心脑血管监测方案，确定心脑血管事件报告流程，提供统一的数据管理程序，明确数据收集、清理、核查和纠正的统一方法。每年不定期地对各省监测工作进行抽查督导。各级工作组的督导评估方法详见第八章：全国心脑血管疾病监测督导方案。

开展人群心脑血管疾病发病漏报调查，了解心脑血管疾病发病报告漏报环节，完善心脑血管疾病报告路径，减少漏报、错报、重报和误报，提高心脑血管疾病报告的完整性和准确性。

五、利用监测系统定期开展质量控制

利用国家重点慢性病监测平台的统计功能，国家级、省级和市（县、区）疾控机构可以定期了解监测点心脑血管疾病报告情况，实时掌握报告病例数量和质量，及时将发现的问题反馈给监测点医疗卫生机构，提高心脑血管疾病监测报告质量。

六、质量控制相关核心指标

报告质量包括卡片填写质量、报告及时性、审核率和审核及时性、漏报情况等。

（一）卡片填写质量

填写完整率 $\geq 95\%$ ，准确率 $\geq 95\%$ 。

1.填卡完整率（%）=填写完整卡片数/查卡数 $\times 100\%$

查看心脑血管事件报告卡必填项目是否填写完整，如姓名、身份证号、性别、

出生日期、民族、ICD 编码、诊断依据、发病时间、确诊单位、转归、死亡时间（转归为死亡的病例要求填写）、报告日期、审核日期等。缺任一项，则认为不完整。

2. 疾病诊断填写准确率 (%) = 疾病诊断填写准确卡片数 / 查卡数 × 100%

查看心脑血管事件报告卡的关键项目是否填写准确，指 ICD 编码在心脑血管疾病的 ICD 编码范围内，疾病诊断与 ICD 编码准确对应。错任一项，则认为不准确。

3. 录入准确性 (%) = 心脑血管事件报告卡与网络录入一致数 / 查卡数 × 100%

所有心脑血管事件报告卡，与网络报卡比较，计算关键变量（姓名、身份证号、性别、职业、出生日期、民族、户籍地址、现住地址、ICD 编码、诊断依据、确诊时间、是否首次发病、确诊单位、转归、死亡时间、报告日期、审核日期）的符合率，全部一致的为符合卡片。

卡片填写完整率可以由监测系统自动生成。疾病诊断填写准确率和录入准确率可以在现场质控时，抽取一定量纸质卡片进行核查，在不使用纸质报告卡的监测点，该两项指标不予计算。

（二）报告率

漏报率 ≤ 10%，死亡病例同时具有心血管病发病报告的比例 ≥ 90%。

人群心脑血管疾病报告的漏报率的数据由人群漏报调查获得。报告卡报告的漏报率由现场督导时，抽取一定量纸质卡片，与网络报告数据比较后获得。

死亡病例同时具有心血管病发病报告的比例是指由死因推送过来的病例，建立了心脑血管疾病发病报告卡的比例。

（三）及时性

报告单位报告及时率 ≥ 95%，疾控中心审核及时率 ≥ 95%。

1. 报告及时率 = 符合报告日期与确诊日期的差值在 30 天内的报告卡数量 / 总报告卡数量 × 100%

2. 审核及时率 = 符合审核日期与报告日期的差值在 15 天内的报告卡数量 / 总报告卡数量 × 100%

（四）其他统计学指标

1. 心脑血管事件年发病率 = 某年报告的心脑血管事件数量 / 户籍人口数量，发病率的单位是十万分之几。

2. 致死性事件的比例 = 结局为死亡的心脑血管事件数量 / 报告的心脑血管事件总数 × 100%

第八章 督导方案

一、目的

了解、检查心脑血管疾病监测工作开展情况，解决所发现的问题，总结经验。

二、对象

1. 对开展全国心脑血管疾病监测工作的各级工作组的工作情况进行督导检查。
2. 对监测点医疗机构的工作情况进行督导检查。

三、组织管理

1. 督导评估工作分国家级、省级和县（市、区）三级，分别由各级工作组统一安排。
2. 被督导地区的工作组人员共同参与。

四、内容

了解省级心脑血管疾病监测工作组、县（市、区）级心脑血管疾病监测工作组、监测点医疗机构的心脑血管监测工作的具体开展情况，包括监测工作总体实施、培训和督导开展、经费、人员保障、组织管理、信息上报、报告质量、资料分析、利用和管理等情况，了解各级工作组开展监测工作存在的主要困难和建议。

五、方法

采用听取工作汇报、询问、座谈、收集督导表要求的信息等方式开展现场督导。被督导的地区可以按照表 1 现场督导前需准备的基础资料或数据清单进行准备。

对于省级心脑血管疾病监测工作组，可使用表 2 省级疾控机构心脑血管疾病监测工作督导表开展督导。

对于县（市、区）级心脑血管疾病监测工作组，可使用表 3 县（市、区）级疾控机构心脑血管疾病监测工作督导表开展督导。

对于监测点医疗卫生机构，可使用表 4 监测点医疗机构心脑血管疾病监测工作督导表开展督导。

六、督导用表格

表 8-1 现场督导前需准备的基础资料或数据清单

表 8-2 省级疾控机构心脑血管疾病监测工作督导表

表 8-3 县（市、区）级疾控机构心脑血管疾病监测工作督导表

表 8-4 监测点医疗机构心脑血管疾病监测工作督导表

表 8-1 现场督导前需准备的基础资料或数据清单

为更高效地开展现场督导，请各接受督导的地区提前做好相应材料，以下内容供参考使用。

一、省级疾控中心

在国家级现场督导开始前准备以下材料或数据：工作报告，包括发病例数，事件发生率，分病种发病例数和事件发生率，培训覆盖的区县和培训人数，督导的次数，参与心脑血管疾病监测的工作人员情况。

二、县（市、区）疾控中心

在国家级现场督导开始前准备以下材料或数据：户籍人口数，常住人口数，乡镇（街道）数，县级及以上医疗机构数量，发病例数，事件发生率，分病种发病例数和事件发生率，培训覆盖的区县和培训人数，督导的次数，参与心脑血管疾病监测的工作人员情况。

在使用纸质报告卡的地区，县（市、区）心脑血管疾病监测工作组至少准备 20 份以上原始报告卡，供国家督导工作组翻阅使用。

在无纸质报告卡的地区，国家督导工作组可在督导现场登陆报告平台，查阅报告病例。

三、县及以上医疗机构、乡（镇、社区）级卫生院/卫生服务中心

在国家级现场督导开始前准备以下材料或数据：在使用纸质报告卡的地区，准备报告卡管理制度文件、心脑血管事件登记册，工作组相关工作记录，培训和督导记录，至少 20 份纸质报告卡。无纸化地区，准备培训和督导记录，登陆信息系统，以便督导组现场核查。乡（镇、社区）级卫生院/卫生服务中心还需准备辖区户籍人口数，辖区常住人口数，居委会（村）数量等数据。

表 8-2 省级疾控机构心脑血管疾病监测工作督导表

督导单位：_____省疾病预防控制中心
督导组成员：_____ 日期： 年 月 日
1. 总体实施
1.1 本省的心脑血管疾病监测工作是哪一年开始的_____年。 全省开展心脑血管疾病监测的县市区数量_____个， 占全省总县市的比例_____%。
1.2 有没有全省的心脑血管疾病监测工作方案？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无。 通知是由谁发文？
1.3 哪些地区通过国家平台上报病例？ <input type="checkbox"/> 国家监测点 <input type="checkbox"/> 省内其他地区
1.4 是否有本省的心脑血管事件报告信息系统？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
2. 培训情况
2.1 有无对下级疾控或医疗机构进行业务培训？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
2.2 培训内容： <input type="checkbox"/> 监测方案介绍 <input type="checkbox"/> 报告卡及填写说明 <input type="checkbox"/> 工作程序 <input type="checkbox"/> 监测系统使用 <input type="checkbox"/> 质量控制与督导 <input type="checkbox"/> 报告撰写与发布
2.3 培训对象： <input type="checkbox"/> 卫生计生行政人员 <input type="checkbox"/> 医院管理人员 <input type="checkbox"/> 临床医生 <input type="checkbox"/> 疾控人员
2.4 累计培训人数_____人，培训覆盖的地市级有_____个，占全省地市级的比例_____%。 培训覆盖的县市区的数量_____个，占全省县市区的比例 _____%。
3. 质量控制
3.1 今年是否对辖区内监测点进行过现场督导工作？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3.2 已采取的主要质量控制措施是： <input type="checkbox"/> 建立了省级心脑血管疾病监测工作组 <input type="checkbox"/> 按方案要求开展培训 <input type="checkbox"/> 定期开展督导，反馈发现的问题 <input type="checkbox"/> 按方案要求及时上报和审核病例 <input type="checkbox"/> 撰写分析报告 <input type="checkbox"/> 其他，请注明
4. 监测结果分析报告
4.1 是否有监测结果的年度分析报告？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4.2 监测分析报告提交或者分发给哪些机构？ <input type="checkbox"/> 媒体 <input type="checkbox"/> 卫生计生委 <input type="checkbox"/> 医疗卫生机构 <input type="checkbox"/> 其他，请注明
5. 是否有省级心脑血管疾病监测工作经费？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否。金额是多少？ 万元

督导内容	督导方式	结果	备注
报告质量			
1. 报告完整性			
发病例数和事件发生率(/10万)	查看既往分析报告或文件	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	合计、分县区
分病种发病例数和事件发生率(/10万)	查看既往分析报告或文件	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	合计、分县区
2. 卡片填写和编码质量	查看分析报告和其他记录	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	省级定期抽查
报告质量反馈			
1. 是否定期反馈分县区报告病例和发病率情况	查看记录	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	反馈指标: 反馈频次:
2. 是否定期反馈卡片质量问题	查看记录	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3. 是否建立长效质量监控和评估机制	查看记录	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
资料分析、利用与管理			
1. 有无年度数据分析报告	查看上年度分析报告	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
2. 数据库是否有备份	查看上年度数据库	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
3. 有无对上级主管部门进行反馈	查看相关资料(文件或报告)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
4. 有无对下级部门进行反馈	查看相关资料(文件或报告)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
组织管理			
(一) 组织领导	查看相关文件		
有无心脑血管监测工作小组	应由中心领导、相关责任科室负责人及具体管理工作人员组成	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
(二) 工作管理规章制度	查看相关科室文件和记录		
1. 培训制度	叙述落实情况, 查看培训记录	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
2. 定期考核评比通报制度	查看相关资料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
3. 督导制度	查看相关资料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
4. 有无年度工作计划及工作总结	查看相关资料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
(三) 人员配备			
1. 专职人员数量			
2. 兼职人员数量			
存在困难		本单位负责人组织讨论后填报	
1. 目前本省心脑血管监测工作存在的主要困难和建议:			
2. 你们如何评价本省的心脑血管监测数据质量, 对于提高数据质量有何建议?			

表 8-3 县（市、区）级疾控机构心脑血管疾病监测工作督导表

督导单位：_____省_____市_____市（县、区）疾控中心
督导组成员：_____ 日期：_____年_____月_____日

1. 总体实施

1.1 本地区的心脑血管监测工作是哪一年开始的？年。
1.2 有没有下发本地区的心脑血管监测工作方案？有 无。
通知是由谁发文？
1.3 辖区内应报告的医疗单位个数_____个，其中已开展报告的单位有_____个。
1.4 国家的系统直报平台使用是否顺畅？是 否
有哪些问题？

2. 培训情况

2.1 有无对下级疾控或医疗机构进行业务培训？有 无
2.2 培训内容：监测方案介绍 报告卡及填写说明 工作程序
监测系统使用 质量控制与督导 报告撰写与发布
2.3 培训对象：卫生计生行政人员 医院管理人员 临床医生 疾控人员
2.4 培训人数：_____人
2.5 覆盖地区：全市（县、区）均覆盖 只覆盖监测点所在的市（县、区）

3. 质量控制

3.1 今年是否对辖区内监测点进行过现场督导工作？是 否
3.2 已采取的主要质量控制措施是：
建立了省级心脑血管疾病监测工作组 按方案要求开展培训
定期开展督导，反馈发现的问题 按方案要求及时上报和审核病例
撰写分析报告 其他，请注明

4. 监测结果分析报告

4.1 是否有监测结果的年度分析报告？是 否
4.2 监测分析报告提交或者分发给哪些机构？
媒体 卫生计生委 医疗卫生机构 其他，请注明

5. 是否收到过下拨的项目经费，是 否。数额是_____万元

督导内容	督导方式	结果	备注
基本情况			
1. 户籍人口数	查看资料		分乡镇
2. 常住人口数	查看资料		分乡镇
3. 乡镇（街道）数	查看资料		
4. 县级及以上医疗机构数量	查看资料		
报告质量			
1. 报告完整性			
发病例数和事件发生率（/10万）	查看既往分析报告或文件	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	分乡镇
分病种发病例数和事件发生率（/10万）	查看既往分析报告或文件	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	分乡镇
2. 重卡数	查 2016 年 1-6 月		
3. 是否对死因系统推送的卡片进行补报	查看记录	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
质量反馈与监控			
1. 是否定期反馈心脑血管疾病发病情况	查看记录	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	反馈指标： 反馈频次：
2. 是否定期反馈卡片质量问题	查看记录	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3. 是否建立长效质量监控和评估机制	查看记录	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
资料分析、利用与管理			
1. 心脑血管疾病报告卡的发放有管理、登记（适用于使用纸质报告卡的地区）	查看相关资料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
2. 有无年度数据分析报告	查看上年度分析报告	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
3. 数据库是否有备份	查看上年度数据库	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
组织管理			
（一）组织领导	查看相关文件		
1. 有无心脑血管事件报告工作小组	应由中心领导、相关责任科室负责人及具体管理人员组成	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
2. 有无卫生计生委心脑血管监测相关文件	如有，请复印文件。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
3. 是否将该项工作纳入卫生计生委行政年度考核	如是，请注明考核标准。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
（二）工作管理规章制度	查看相关科室文件和记录		
1. 例会制度	区县是否定期召集乡镇召开例会，请提供相关记录	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
2. 心脑血管事件报告管理制度	叙述落实情况，并提供相关材料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	

表 8-4 监测点医疗机构心脑血管疾病监测工作督导表

督导单位：_____省_____市_____市（县、区）_____医院

督导组成员：_____ 日期： 年 月 日

1. 本单位参与心脑血管监测人员数：_____（个），其中专科医生_____（个）。

2. 是否有专人负责心脑血管监测的组织管理：有 无

3. 心脑血管事件报告的填报

3.1 心脑血管事件报告是在哪个科室进行填报？

3.2 是通过哪种途径上报病例：手工录入 批量导入

3.3 心脑血管事件报告的具体填写人是？

临床医生 公卫医生 护士 其他人员

3.4 填写人是否均接受过报告卡填报的培训：是 否

4. 心脑血管事件报告的审核

4.1 有没有进行心脑血管事件报告的审核？有 无

4.2 心脑血管事件报告卡由谁审核？

临床医生 公卫医生 护士 其他人员

4.3 有没有将审核发现的问题反馈给相关人员？有 无

5. 国家系统直报平台

5.1 是否使用过国家的系统平台报告病例？是 否

5.2 国家的系统平台是否使用顺畅？是 否

6. 数据分析和利用

6.1 是否对本单位报告的心脑血管事件病例进行过数据分析？是 否

内容	结果	备注
----	----	----

一. 组织管理		
1. 常规制度是否健全		查看相关文件和资料
(1) 例会制度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
(2) 心脑血管事件报告管理制度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
(3) 死亡补发病制度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
(4) 档案管理制度	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
2. 有无心脑血管事件登记册	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	查看相关资料
3. 有无心脑血管病例自查与奖惩记录	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	有检查记录和处理结果
二. 信息上报情况		
1. 有无网络直报专用计算机	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	现场查看专用计算机、上网设备等
2. 上网设备和网速情况		了解网速能否满足实际工作需要
三. 报告质量		
1. 补漏情况		查看记录
是否定期开展死亡病例补发病工作	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2. 漏报率(%) ^[1]		现场抄取 20 例心脑血管事件个案, 指标的计算见表注[1]。
3. 心脑血管事件报告卡的质量 ^[2]		查看医院现有纸质心脑血管事件报告卡 20 例, 不足以实际例数为准。指标的计算见表注[2]。
身份证号填写准确率 ^[2]		
ICD 编码填写完整率 ^[2]		
疾病诊断填写完整率 ^[2]		
诊断依据填写完整率 ^[2]		
四. 资料管理		
1. 心脑血管事件报告卡保存情况	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	医生填写心脑血管事件报告卡的纸质资料应保存完整。
2. 网上录入报告卡片的电子文档保存	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	将本单位的心脑血管事件报告卡从系统中导出后, 以电子文档形式保存。
问题与建议		本单位负责人组织讨论后填报
1 目前本单位心脑血管监测工作存在的主要困难和建议:		
2 你们如何评价本县(市、区)的心脑血管监测数据质量, 对于提高数据质量有何建议?		

注: [1] 从住院记录或门急诊病例中抄取 20 例心脑血管事件病例, 与网络报告数据比较, 凡无报告的为漏报, 计算医院心脑血管病例漏报率。

[2] 查看医院现有心脑血管事件报告卡 20 例，不足以实际例数为准。计算以下指标：

①填卡完整率（%）=填写完整卡片数/查卡数×100%。主要查看心脑血管事件报告卡内容必填项目是否填写完整（姓名、身份证号、性别、职业、出生日期、民族、职业、户籍地址、现住地址、ICD 编码、疾病诊断、诊断依据、确诊时间、是否首次发病、确诊单位、转归、死亡时间、报告日期）等。缺任一项，则认为不完整。

②疾病诊断填写准确率（%）=疾病诊断填写准确卡片数/查卡数×100%。主要查看心脑血管事件报告卡的关键项目是否填写准确（指 ICD 编码在心脑血管疾病的 ICD 编码范围内，疾病诊断与 ICD 编码准确对应）。错任一项，则认为不准确。

③录入准确性（%）=心脑血管事件报告卡与网络录入一致数/查卡数×100%。将所有心脑血管事件报告卡，与网络报卡比较，计算关键变量（姓名、身份证号、性别、职业、出生日期、民族、职业、户籍地址、现住地址、ICD 编码、疾病诊断、诊断依据、确诊时间、是否首次发病、确诊单位、转归、死亡时间、报告日期）的符合率，全部一致的为符合卡片。

第九章 分析报告撰写与结果发布

心脑血管疾病监测结果的分析是一项十分重要的工作，需要运用多学科的知识对监测结果进行综合分析。分析是把所收集到的数据经过科学加工，找出事物存在、发生、发展的规律。分析报告是心脑血管疾病监测成果的最终表现形式。报告结果的发布不仅可作为政策制定者的决策基础，也是公众和媒体健康教育的重要依据。

一、监测报告撰写

一份好的监测分析报告要具备客观性、正确性、科学性、指导性、可读性。客观性是指要真实地使用现存的数据进行分析，不弄虚作假，不随意丢失数据。正确性是在做分析报告的时候，要分析监测结果的正确程度，必要时候要重新调查资料的可靠程度。科学性是指结果的处理要科学，符合科学规律，撰写的报告要有逻辑。指导性是指通过本分析报告能够提出建设性意见，对其他地区或类似地区的心脑血管监测工作具有指导性意义。可读性是报告语言通顺、文辞使用恰当，文本规范，主题突出，观点明确，证据充分，结论正确等，能够吸引读者。

（一）第一部分 题目

要简明扼要，可以直接为“XXX省（自治区、市）XXXX年心脑血管监测分析报告”。

（二）第二部分 背景

1. 监测目的与意义

回顾全球、全国心脑血管发生情况以及本省、自治区、直辖市、计划单列市心脑血管防治工作情况。阐明目前当地所存在的问题以及本报告的形成的目的和意义。

2. 监测方法与内容

包括国家监测点的监测对象、人群的确定标准，监测的方式等。

3. 质量评价

对所有监测数据的来源过程的评价，对数据完整性、真实性、可靠性的评价、对结果表述正确性的评价，对监测系统简单性、灵活性、可接受性、敏感性和稳定性方面的评价等。

4. 监测工作程序描述和质量控制

描述监测工作的组织管理，扼要说明监测工作的整个工作流程是否符合科学设计，如何进行质量控制以保证监测结果的科学性和正确性。

（三）第三部分 主要结果

这部分内容需要运用流行病学的标准方法，描述性地分析心脑血管疾病在时间、空间、人群的分布情况以及影响因素。心脑血管监测数据的信息来自于“中国居民心脑血管事件报告卡”，该卡片收集了调查对象的人口学特征信息、疾病诊断、诊断依据、确诊时间、确诊地点、是否首次发病、疾病转归、报告时间以及报告途径等信息。据此可以做以下分析：

1. 基本情况

可以描述报告事件的数据质量情况，如报告卡中各变量的报告率、报告填写完整率、报告及时率、审核及时率等。分析报告病例来源，描述各种途径报告的病例数量及占总报告病例的比例。描述各病种的诊断依据情况、确诊单位情况、疾病转归情况等。部分表格样式见表 9-1 - 表 9-5。

表 9-1 XXX 省（自治区、市）XXXX 年心脑血管事件报告变量填写情况（%）

变量	地区 1	地区 2	合计
患者姓名				
性别				
身份证号码				
出生日期				
联系电话				
民族				
职业类别				
文化程度代码				
.....				

表 9-2. XXX 省（自治区、市）XXXX 年心脑血管事件报告质量分析（%）

	报告填写完整率	报告及时率	审核及时率
地区 1			
地区 2			
.....			
合计			

表 9-3. XXX 省（自治区、市）XXXX 年心脑血管事件报告病例来源情况（%）

	急性心肌梗死		脑卒中		心脏性猝死		合计	
	系统	死因	系统	死因	系统	死因	系统	死因
	直报	推送	直报	推送	直报	推送	直报	推送
地区 1								
地区 2								
……								
合计								

注：脑卒中包括缺血性脑卒中、出血性脑卒中和未分类脑卒中。

表 9-4. XXX 省（自治区、市）XXXX 年致死性病例报告情况（%）

	男性		女性		合计	
	例数	占比	例数	占比	例数	占比
地区 1						
地区 2						
…						
合计						

表 9-5. XXX 省（自治区、市）XXXX 年心脑血管事件报告单位情况（%）

	省级医院		地市级医院		……	合计	
	例数	占比	例数	占比	……	例数	占比
地区 1							
地区 2							
…							
合计							

表 9-6. XXX 省（自治区、市）XXXX 年心脑血管事件首次发病的病例所占比例（%）

	男性		女性		合计	
	例数	占比	例数	占比	例数	占比
地区 1						
地区 2						

	男性		女性		合计	
	例数	占比	例数	占比	例数	占比
合计						

2. 心脑血管疾病发病率描述

按时间和地域，描述监测点心脑血管疾病发病例数、发病率、病种构成，其中发病率可以分性别和年龄段计算。基本样式见表 9-7-表 9-11。

表 9-7. XXX 省（自治区、市）XXXX 年心脑血管事件报告例数及构成

	急性心肌梗死		缺血性脑卒中		出血性脑卒中		未分类脑卒中		心脏性猝死		合计	
	例数	占比	例数	占比	例数	占比	例数	占比	例数	占比	例数	占比
地区 1												
地区 2												
...												
合计												

表 9-8. XXX 省（自治区、市）XXXX 年心脑血管事件发病率（/10 万）

	性别	户籍人口（万）	急性心肌梗死		脑卒中		心脏性猝死		合计	
			例数	率	例数	率	例数	率	例数	率
地区 1	男性									
	女性									
	合计									
地区 2	男性									
	女性									
	合计									
...										
合计										

表 9-9. XXX 省（自治区、市）XXXX 年心脑血管事件发病率性别比（男性/女性）

	急性心肌 梗死	缺血性脑 卒中	出血性脑 卒中	未分类脑卒 中	心脏性猝 死	合计
地区 1						
地区 2						
...						
合计						

表 9-10. XXX 省（自治区、市）XXXX 年分年龄心脑血管事件发病率（/10 万，男）

地区	年龄 (岁)	户籍人口(万)	急性心肌梗死		脑卒中		心脏性猝死		合计	
			例数	率	例数	率	例数	率	例数	率
地区 1	0~									
	5~									
	10~									
	15~									
	20~									
	25~									
	30~									
	40~									
	45~									
	50~									
	55~									
	60~									
	65~									
	70~									
	75~									
	80~									
	85~									
合计										
地区 2										
...										
合计										

表 9-11. XXX 省（自治区、市）XXXX 年分年龄心脑血管事件发病率（/10 万，女）

地区	年龄 (岁)	户籍人口(万)	急性心肌梗死		脑卒中		心脏性猝死		合计	
			例数	率	例数	率	例数	率	例数	率
地区 1	0~									
	5~									
	10~									
	15~									
	20~									
	25~									
	30~									
	40~									
	45~									
	50~									
	55~									
	60~									
	65~									
	70~									
	75~									
	80~									
85~										
	合计									
地区 2										
...										
合计										

3. 心血管病发病情况

描述急性心肌梗死和心脏性猝死的发病率，可以计算分性别和年龄段发病率，并比较男性和女性发病比。。有条件的地区可以进一步分析各种 ICD 编码的心血管病发病情况。表格样式可以参见 2.总体描述部分。

4. 脑血管病发病情况

描述脑卒中，包括缺血性脑卒中、出血性脑卒中和未分类脑卒中的发病情况，可以计算分性别和年龄段发病率，并比较男性和女性发病比。可以比较各脑卒中各亚型间的发病情况。表格样式可以参见 2.总体描述部分。

（四）第四部分 结论

根据数据结果的分析，找出心脑血管疾病的流行特点，确定防控的优势人群，给出一个正确的防控建议。

（五）第五部分 建议或拟采取的措施

根据心脑血管疾病监测主要结果结合经济发展等因素进行综合分析，明确当地心脑血管疾病的流行特点；分析评价现存的心脑血管监测系统的可行性；是否需要新建、扩建和改建目前的监测系统。结合本省的死因监测系统以及危险因素监测系统结果，提出预防控制心脑血管发生及减少心脑血管发生的主要措施。

二、心脑血管疾病监测结果、分析报告的发布

各监测省、自治区、直辖市、计划单列市有权使用当地心脑血管监测数据用于制定规划、科研等。可对外（包括报纸、电台、电视等新闻媒体）发布当地心脑血管流行现状；也可以在刊物上以论文或者其它形式发布心脑血管监测结果。但不得未经授权发布他省、自治区、直辖市的心脑血管监测结果。

附件1 国家卫生计生委及办公厅关于印发中国居民慢性病与营养监测工作方案(试行)的通知--正式公文

国家卫生和计划生育委员会办公厅

国卫办疾控函〔2014〕814号

国家卫生计生委办公厅关于印发中国居民慢性病与营养监测工作方案(试行)的通知

各省、自治区、直辖市卫生计生委(卫生厅局),新疆生产建设兵团卫生局:

为建立慢性病与营养监测信息管理制度,完善慢性病与营养监测体系,明确工作职责,规范工作流程,提高公共卫生服务补助资金使用效率,做好中国居民慢性病与营养监测工作,我委组织制定了《中国居民慢性病与营养监测工作方案(试行)》(可从 <http://www.nhfpc.gov.cn> 下载)。现印发给你们,请按照要求认真组织实施。



(信息公开形式:主动公开)

中国居民慢性病与营养监测工作方案 (试行)

为贯彻落实《中国慢性病防治工作规划（2012-2015年）》和《中国食物与营养发展纲要（2014-2020年）》，建立慢性病与营养监测信息管理制度，完善我国慢性病与营养监测体系，特制定本方案。

一、目标

（一）总目标。

通过对现有慢性病及其危险因素监测、营养与健康状况监测进行整合及扩展，建立适合我国国情的慢性病及危险因素和营养监测系统。长期、连续、系统地收集信息，全面掌握我国居民营养状况、主要慢性病患病及相关影响因素的现状和变化趋势。建立慢性病与营养相关数据共享平台与机制，实现数据深入分析与综合利用，及时发布权威信息，为政府制订和调整慢性病防控、营养改善及相关政策，评价防控工作效果提供科学依据。

（二）具体目标。

1. 掌握我国不同地区、不同年龄及不同性别居民主要食物和营养素摄入量、膳食结构现状及变化趋势。了解不同食物营养成分的现状及其变化趋势。

2. 掌握我国不同地区、不同年龄及不同性别居民身高、体重、头围、腰围、血压、血糖、血脂等生长发育及健康指标现

况和变化趋势。

3. 掌握我国不同地区、不同年龄及不同性别居民烟草使用、饮酒、身体活动不足等慢性病行为危险因素流行现况和变化趋势。

4. 掌握我国不同地区、不同年龄及不同性别居民营养不良、营养素缺乏、肥胖、高血压、糖尿病、血脂异常、慢性阻塞性肺病、脑卒中和急性心梗等主要慢性病的患病或发病现况，居民高血压、糖尿病知晓率、治疗率、控制率及变化趋势。

5. 定期发布慢性病与营养监测报告，对相关防控措施效果进行评估，为制定和调整国家相关政策提供科学依据。

二、监测范围及频率

以全国 605 个死因监测点为基础，结合当地实际情况及工作延续性确定监测范围。抽取 302 个点开展中国成人慢性病与营养监测，抽取 100 个点开展中国居民心脑血管事件报告试点，抽取 150 个点开展中国儿童与乳母营养健康监测，抽取 125 个点开展中国居民慢性阻塞性肺病监测试点。抽取 50 个点开展农村义务教育学生营养健康状况监测。在 20 个点开展中国食物成分监测。

从 2014 年开始，每 3 年完成 1 轮中国居民慢性病与营养监测工作。第一轮监测工作（2014-2016 年）监测点及工作任务分配见表 1。

表 1 2014-2016 年中国居民慢性病与营养监测现场工作任务表

工作任务	监测点 (个)	年度			代表性	国家级技术支持机 构职责分工
		2014	2015	2016		
中国成人 慢性病与营养监测	302		√		全国 省级	牵头负责单位：中国 疾控中心慢病中心， 协同单位：中国疾控 中心营养所
中国儿童与乳母 营养健康监测	150			√	全国	牵头负责单位：中国 疾控中心营养所， 协同单位：中国疾控 中心慢病中心
中国居民慢性 阻塞性肺病监测试点	125	√			全国	牵头负责单位：中国 疾控中心慢病中心
中国居民心脑血管 事件报告试点	100	√	√	√	全国	牵头负责单位：中国 疾控中心慢病中心
农村义务教育学生 营养健康状况监测	50	√	√	√	全国	牵头负责单位：中国 疾控中心营养所
中国食物成分监测	20	√	√	√	全国	牵头负责单位：中国 疾控中心营养所

三、抽样方法

(一) 以人口特征、社会经济、地理分布等作为样本代表性抽样依据，采用多阶段分层整群抽样方法，抽取监测点开展以下监测。

1. 中国成人慢性病与营养监测。抽取 302 个具有全国和省级代表性的监测点，每个监测点（区/县）中抽取 3 个乡镇（街道），每个乡镇（街道）抽取 2 个村（居）委会，每个村（居）委会抽取 45 户居民进行调查，其中 20 户开展连续 3 天 24 小时膳食调查。调查对象为在该地区居住 6 个月以上的 18 岁及以上

居民，全国样本量不低于 18 万人，其中孕妇样本量不低于 9000 人。

2. 中国儿童与乳母营养健康监测。抽取 150 个具有全国代表性的监测点，每个监测点（区/县）中抽取 2 个乡镇（街道），每个乡镇（街道）抽取 2 个村（居）委会，每个村（居）委会抽取 0-5 岁儿童 100 名，6-17 岁儿童青少年 60 名，2 岁以下儿童的母亲 25 名。其中，对 12 名 0-5 岁儿童、18 名 6-17 岁儿童青少年、5 名 2 岁以下儿童的母亲进行膳食调查，样本不足者酌情增加村（居）委会。全国样本量不低于 11 万人。

3. 中国居民慢性阻塞性肺病监测试点。抽取 125 个具有全国代表性的监测点，每个监测点（区/县）中抽取 3 个乡镇（街道），每个乡镇（街道）抽取 2 个村（居）委会，每个村（居）委会抽取 100 户居民进行调查。监测对象为在该地区居住 6 个月以上的 40 岁及以上居民，全国样本量不低于 7 万人。

4. 中国居民心脑血管事件报告试点。在中国成人慢性病与营养监测的 100 个监测点上同时常规开展中国居民心脑血管事件报告试点。监测点内县及县以上综合医院、基层医疗卫生机构，专科医院、企业医院、收治地方病人的部队医院等具有心脑血管病诊断能力的医疗机构均为责任报病单位。监测对象为监测点内具有本地户籍的居民，覆盖人口 5500 万人。

（二）在全国集中连片特殊困难地区抽取 50 个监测点（区/县）开展农村义务教育学生营养健康状况监测。分别从学校食堂、企业（单位）和家庭（个人）3 种供餐模式的学校中，各随机选择 20% 的小学 and 初中，每校各年级抽取 1-2 个班，每年级

40 人左右。全国样本量不低于 5 万人。

（三）在全国 19 个省份和深圳市开展中国食物成分监测。每省（市）抽取 3 个点进行采样，每个采样点采集 30 种食物样品，全国样品量不低于 600 个。

四、监测内容与方法

（一）中国成人慢性病与营养监测。

1. 询问调查。收集个人及家庭的基本信息、危险因素暴露情况、主要慢性病患者及卫生服务等。

2. 体格测量。测量身高、体重、腰围（孕妇除外）和血压。

3. 生化检测。检测血液中血红蛋白、空腹血糖、糖化血红蛋白、胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇，抽样检测维生素 A、维生素 D、锌等微量营养素，铁蛋白、C 反应蛋白、胰岛素、尿酸、促甲状腺激素（TSH）、三碘甲状腺原氨酸（T3）、L-甲状腺素（T4）、尿钠、尿碘和可得宁等。

4. 膳食调查。对参加膳食调查的家庭成员实施 3 天家庭食用油和调味品称重调查以及 3 天 24 小时膳食回顾调查。对其余调查对象进行食物消费频率调查。

（二）中国儿童与乳母营养健康监测。

1. 询问调查。收集个人及家庭的基本信息，营养与健康相关行为危险因素暴露情况等。

2. 体格测量。测量身高（身长）、体重，6 岁及以上调查对象测量腰围和血压，3 岁以下调查对象增加头围测量。

3. 生化检测。

0-5 岁儿童：检测血液中血红蛋白、维生素 A、维生素 D、

铁蛋白、转铁蛋白受体、锌、铅等。

6-17 岁儿童青少年：检测血液中血红蛋白、空腹血糖、血脂，抽样检测维生素 A、维生素 D、锌、铅等。

2 岁以下儿童母亲：检测血液中血红蛋白、空腹血糖、血脂，抽样检测维生素 A、维生素 D、铁蛋白、转铁蛋白受体、锌等。

4. 膳食调查。对参加膳食调查的家庭成员实施 3 天家庭食用油和调味品称重调查以及 3 天 24 小时膳食回顾调查。对其余调查对象进行食物消费频率调查。对 0-5 岁儿童开展喂养行为调查。

（三）中国居民慢性阻塞性肺病监测试点。

1. 询问调查。收集个人及家庭的基本信息、呼吸道症状、病史及危险因素暴露情况等。

2. 体格测量。测量身高、体重、腰围和血压。

3. 肺功能检查。

（四）中国居民心脑血管事件报告试点。

对监测点内所有医疗机构就诊的急性心肌梗死（I21-I22）、心脏性猝死（I46.1）、脑卒中（I60-I64）等心脑血管事件病例进行网络上报，有条件的地区从医院信息系统（HIS）抽取相关信息。

（五）农村义务教育学生营养健康状况监测。

1. 询问调查。收集学校及所在县（区）基本情况，学生个人基本信息和学习成绩、缺课、就餐及健康知识知晓情况等。

2. 体格测量。测量身高和体重。

3. 生化检查。检测血液中血红蛋白、维生素 A、维生素 D

等。

4. 膳食调查。对学校食堂采用食物记账法调查。

（六）中国食物成分监测。

1. 食物样品信息调查。收集食物品种、产地、主要生产过
程、采样时间、地点、部位、数量、处理方法等基本信息及图
片。

2. 成分测定。必测指标包括能量、蛋白质、脂肪、碳水化
合物、水分、灰分、胆固醇、9种矿物质（磷、钾、钠、钙、铁、
锌、镁、铜、锰）、6种维生素（A、E、B₁、B₂、C、胡萝卜素）、
氨基酸，脂肪酸；选测指标包括膳食纤维、叶酸、尼克酸、生
物素、泛酸、硒、碘、反式脂肪酸。

五、职责与分工

（一）国家卫生计生委疾病预防控制中心负责中国居民慢性
病与营养监测的组织管理工作，会同有关司局落实中央财政支
持的监测经费，开展监督指导和效果评价，适时发布中国居民
慢性病与营养监测报告。中国疾病预防控制中心负责成立由慢
性病、营养、统计、流行病学、临床等领域专家组成的国家级
技术专家组，指导调查设计、现场实施、质量控制和数据分析
等工作。中国疾病预防控制中心牵头组建由国家心血管病中心、
全国脑防办、全国妇幼监测办公室、北京大学等单位参加的国
家级工作组，办公室设在中国疾病预防控制中心慢病社区处。
国家级工作组负责牵头制订技术方案和工作手册，组织技术培
训、现场督导、国家级实验室检测、质量控制、数据收集和结
果分析，完成工作报告，提出政策建议。

（二）省级卫生计生行政部门负责本辖区监测工作的组织管理，协调落实配套资金，组织本省相关专业机构制订工作方案，开展督导检查 and 绩效评估，及时督促完成工作报告并上报国家卫生计生委疾病预防控制中心。各省级疾病预防控制中心牵头负责组织技术培训、现场督导、质量控制、数据收集和结果分析，对部分样品进行检测，及时完成技术报告并上报中国疾病预防控制中心。

（三）地市级卫生计生行政部门负责本辖区监测工作的组织实施，组织疾病预防控制中心等相关专业机构开展督导检查和技术支持。

（四）县区级卫生计生行政部门负责辖区内各监测点监测工作的组织实施，以疾病预防控制中心为主体成立现场工作队，开展现场调查、部分样品现场检测，数据录入、审核与上报工作。

六、数据管理

（一）数据收集与录入。按照国家技术方案要求，充分利用现代信息技术，由各监测点负责数据收集、初审与录入工作，逐级上报或直报中国疾病预防控制中心。省级疾病预防控制中心主要负责定期审核各监测点数据质量，发现问题及时解决。中国疾病预防控制中心负责提供技术支持，并对上报数据进行终审和汇总。

（二）数据安全。数据的收集、录入和审核部门均应按照国家有关规定加强数据安全，及时对数据进行备份，防止意外丢失和泄密。

(三) 数据共享与发布。建立数据共享机制，提高数据使用效率，国家卫生计生委和各省级卫生计生行政部门适时发布监测结果。具体数据管理办法参见《中国居民慢性病与营养监测数据管理办法（试行）》。

七、督导与质量控制

国家卫生计生委疾病预防控制局会同有关司局和中国疾病预防控制中心等单位，对各级监测工作承担单位开展督导和检查，监督和评估工作进度、效果和经费使用情况。地方各级卫生计生行政部门组织对辖区内监测工作的督导评估，发现问题及时协调解决，保证任务如期完成。

每个监测点实验室性能验证合格后方可开展现场调查。国家工作组将对每个省（市、区）第一个启动现场调查工作的监测点进行技术指导和质量控制，本省其他监测点应派人到现场观摩。国家工作组对其余监测点的现场工作进行随机抽查和督导。省级工作组应对本省所有监测点的现场工作进行督导和质量控制。对技术力量较为薄弱的监测点，国家或省级工作组将给予重点技术指导，促进该监测点按时保质完成监测任务。年度监测任务结束后，国家工作组将进行工作考评。

中国疾病预防控制中心文件

中疾控慢社发〔2014〕397 号

中国疾病预防控制中心关于落实中国居民 慢性病与营养监测工作相关要求的通知

各省（自治区、直辖市）疾控中心、新疆生产建设兵团疾控中心：

根据《国家卫生计生委办公厅关于印发中国居民慢性病与营养监测工作方案（试行）的通知》（国卫办疾控函〔2014〕814 号）要求，中国疾病预防控制中心负责成立国家级技术专家组并牵头组建国家级工作组，办公室设在慢病社区处。为把有关要求落实到位，按时保质完成监测任务，现将有关事项通知如下：

一、加强疾控机构监测工作组织管理

为了加强对监测工作的组织和管理，中国疾控中心内部成立中国居民慢性病与营养监测工作领导小组，王宇任组长，梁晓峰任副组长，领导小组办公室主任及各监测专题工作组组长为成员，

包括：吴静、王临虹、马冠生、姜垣、周脉耕、马吉祥、赖建强。

领导小组办公室设在中国疾控中心慢病社区处，吴静任办公室主任，办公室工作人员包括：翟屹、司向、王丽敏、方利文、陈晓荣、赵丽云、胡晓琪、王竹、肖琳（名单随工作调整更新）。

根据各项监测任务，成立监测专题工作组，实行专题工作组组长负责制和牵头部门负责制。专题工作组及分工见附件1。

国家级工作组由各监测专题工作组构成。

国家级技术专家组由各监测专题技术专家组构成。

二、进一步明确监测工作职责分工

监测工作领导小组负责全面统筹管理和组织协调，领导小组办公室负责具体落实、日常管理和督办考核。

各监测专题工作组的组长和牵头部门负责联合相关部门并成立监测专题技术专家组，具体组织和完成监测专题任务，包括：制订技术方案和工作手册、进行伦理学审查和统计表备案、组织技术培训、现场督导、国家级实验室检测、质量控制、数据收集和结果分析，完成工作报告，提出政策建议等。

各监测专题技术专家组负责指导调查设计、现场实施、质量控制和数据分析等工作。

国家级工作组和国家级技术专家组按照工作方案总体要求履行职责。

三、制定各监测专题技术方案

根据各项监测任务，我中心组织专家制定了相关技术方案，

并征求了地方意见。现印发各地（详见附件 2-7），请参照实施。

四、地方疾控机构做好监测工作的具体要求

各省级疾病预防控制中心要争取卫生计生行政部门的支持和相关部门配合，牵头负责组织技术培训、现场督导、质量控制、数据收集和结果分析，对部分样品进行检测，及时完成技术报告并上报中国疾病预防控制中心。

地市级疾病预防控制中心要联合相关专业机构共同开展督导检查和技术支持。

县区级疾病预防控制中心要在卫生计生行政部门的领导和协调下，做好现场调查、部分样品现场检测，数据录入、审核与上报工作。

各省（自治区、直辖市）疾控中心、新疆生产建设兵团疾控中心要高度重视慢性病与营养监测工作，按照工作方案及本文件的要求，由主要领导亲自负责并认真部署，组建并加强工作队伍，明确并细化职责分工，完善工作机制和保障，周密组织实施，确保各项任务落实到位。

- 附件：1. 中国居民慢性病与营养监测专题工作组及分工
2. 中国成人慢性病与营养监测技术方案（试行）
3. 中国儿童与乳母营养健康监测技术方案（试行）
4. 中国居民慢性阻塞性肺病监测技术方案（试行）
5. 中国居民心脑血管事件报告技术方案（试行）

-
6. 农村义务教育学生营养健康状况监测技术方案(试行)
7. 中国食物成分监测技术方案（试行）



抄送：国家卫生计生委疾控局、中国疾病预防控制中心控烟办、慢病中心、营养健康所

中国疾病预防控制中心办公室

2014年10月21日印发

校对入：翟屹

中国疾病预防控制中心文件

中疾控信息发〔2015〕160号

中国疾病预防控制中心关于印发 中国疾病预防控制中心信息系统网络安全 管理指南(试行)的通知

各省(自治区、直辖市)疾控中心、新疆生产建设兵团疾控中心，
中心直属各单位、相关挂靠单位：

为进一步加强中国疾病预防控制中心信息系统网络安全管理，经广泛征求意见，组织修订形成了《中国疾病预防控制中心信息系统网络安全管理指南(试行)》。现印发给你们，请遵照执行。



- 1 -

中国疾病预防控制中心信息系统网络安全 管理指南（试行）

第一章 总则

第一条 为加强中国疾病预防控制中心信息系统网络（以下简称“中国疾控信息网”）的安全管理工作，根据国家信息安全的相关法律和法规，结合中国疾控信息网建设和运行的实际情况，制定本管理指南。

第二条 中国疾控信息网是指由中国疾病预防控制中心统一规划，以中国疾病预防控制中心为中心节点，专用于中国疾病预防控制中心信息系统使用的裸光纤、数字电路（SDH）、虚拟专网（VPN）等与互联网隔离（含逻辑隔离）的计算机信息网络的总称。

第三条 中国疾控信息网由国家-省（直属单位、挂靠单位）间网络和省级及省级以下网络两部分组成。本指南适用于各级各类建设、运维、接入和管理中国疾控信息网的单位（以下简称“接入单位”）。包括使用中国疾病预防控制中心相关重要信息系统的各省级疾病预防控制中心及中国疾病预防控制中心直属各单位、相关挂靠单位等接入单位。

第四条 中国疾控信息网遵循“统一规划、分级建设、协同运营”的原则，按照“谁主管谁负责、谁运行谁负责、谁使用谁负

责”的原则，分级管理、责任到人。各级疾控信息网接入单位负责本级（本单位）疾控信息网安全管理工作。

第五条 省级及省级以下中国疾控信息网接入单位的中国疾控信息网管理，可由省级疾病预防控制中心根据本地区特点，遵照本指南制定本地区相关管理办法报中国疾控中心审核后执行，并在实际运行中不断完善。

第六条 在中国疾控信息网上运行的各业务应用系统的运维和管理部门参照本指南的相关条款另行制订专门的信息系统安全管理办法并执行。

第七条 各级中国疾控信息网接入单位在进行中国疾控信息网规划、设计和建设时应同步做好安全保障，并落实好运行维护管理中的安全检查、等级测评和风险评估等经费。

第八条 任何单位和个人，不得利用中国疾控信息网从事危害国家利益、集体利益和公民合法权益的活动，不得危害中国疾控信息网的安全。

第九条 国家信息系统安全等级保护第三级相关标准和要求，均适用于中国疾控信息网的管理，并以国家标准为准。

第二章 机构与职责

第十条 中国疾控信息网安全管理工作实行领导负责制，各中国疾控信息网接入单位应落实一名主要领导负责网络安全工作。

第十一条 中国疾病预防控制中心是中国疾控信息网的主管

部门，负责中国疾控信息网的规划建设、技术支持指导和组织协调等工作。主要职责包括：

（一）贯彻执行国家信息安全的相关法律和法规，指导、协调和规范中国疾控信息网安全工作；

（二）组织制定和修订中国疾控信息网安全总体规划、IP地址规划、安全策略、标准规范和各项管理制度；

（三）接受上级网络安全主管部门指导，向有关部门报告中国疾控信息网网络安全重大事件；

（四）组织中国疾控信息网信息安全等级保护工作，组织开展信息安全自查、检查和风险评估，对全网安全运行状况进行分析、研判和通报；

（五）负责国家级中国疾控信息网的网络与信息安全管理工
作，与省级疾病预防控制中心、直属单位、挂靠单位共同管理国家-省（直属单位、挂靠单位）间的中国疾控信息网系统；

（六）制定国家级中国疾控信息网安全应急预案，组织开展应急演练；

（七）组织信息安全宣传、教育和培训。

第十二条 各省级疾病预防控制中心根据总体规划与要求分级建设省级及省级以下各级节点的中国疾控信息网。各省级疾病预防控制中心、中心直属单位、挂靠单位等中国疾控信息网节点应设立中国疾控信息网使用管理机构和管理岗位，指定专人负责承担中国疾控信息网的设备管理、用户管理、安全管理等方面的

工作。

第十三条 省级疾病预防控制中心需根据业务应用需求,及时升级和扩容省级及省级以下中国疾控信息网,提升稳定性与兼容性,满足各级各类用户的使用需求。在升级和扩容网络系统时,应遵循全国疾病预防控制系统 IP 地址规划,统一部署,确保互联互通。

第十四条 各省级疾病预防控制中心、中心直属单位、挂靠单位应根据中国疾控信息网应用需求和网络安全现状,参照本指南第十条,制定适应本地区、本单位的中国疾控信息网维护管理制度。

第三章 网络安全管理

第十五条 国家-省(直属单位、挂靠单位)间中国疾控信息网执行信息安全等级保护第三级的安全要求,包括物理层、链路层、网络层、传输层、会话层、表示层和应用层。

第十六条 各级中国疾控信息网单位都要开展网络安全监控工作,及时发现、定位、分析、控制安全事件,定期向上一级管理部门汇报网络安全状况。加强安全审计工作,审计记录的保存时间不少于 3 个月。

第十七条 各级中国疾控信息网单位都要加强终端安全管理,必须安装计算机防病毒系统并及时更新补丁。业务应用系统在接入中国疾控信息网前,应按照信息安全等级保护的要求,通

过安全检查和风险评估。

第十八条 各级中国疾控信息网单位都应组织制定本级中国疾控信息网网络与信息安全应急预案并定期开展应急演练。

第四章 接入管理

第十九条 中国疾控信息网以中国疾病预防控制中心为中心节点，各省疾病预防控制中心、中心直属单位等二级机构直连中国疾控中心节点。省级疾病预防控制中心至少需要要有两条或两条以上的线路到中心节点。

第二十条 各省疾病预防控制中心、直属单位等二级机构应保证与其业务应用相适应的网络带宽，原则上各级到中心的主线路不低于 50M 独享，确需与单位上网共享时，需要适当增加总带宽，并保留足够带宽。

第二十一条 中国疾病预防控制中心负责建设的信息安全等级保护三级的信息系统，须使用中国疾控信息网接入。

第二十二条 中国疾病预防控制中心负责国家级用户的中国疾控信息网接入管理，各省级疾病预防控制中心负责省级及省级以下各级接入单位的中国疾控信息网接入管理。

第二十三条 各省级疾病预防控制中心可根据本地区特点，进一步细化省级及省级以下中国疾控信息网的接入审批制度，并严格执行。

第二十四条 使用基于互联网的虚拟专网接入，在每次用户登

录系统时，需要采用受中国疾控中心或省级疾控中心安全管理中心控制的口令、数字证书、实名手机短信以及其他具有相应安全强度的两种或两种以上的组合机制进行用户身份鉴别，并对鉴别数据进行保密性和完整性保护。用户口令密码需要符合复杂度要求。中国疾控信息网的接入终端，使用客户端方式启动虚拟专网后禁止同时访问互联网资源。

第五章 运行维护

第二十五条 中国疾病预防控制中心负责国家-省（中心直属单位、挂靠单位）间中国疾控信息网的设备配置实施与调整。各单位在维护国家-省（直属单位、挂靠单位）间中国疾控信息网的设备时，应至少提前2个工作日，书面或通过协同办公系统告知中国疾病预防控制中心及各相关单位，未经许可不得擅自更改国家-省（中心直属单位、挂靠单位）间中国疾控信息网的设备配置。中国疾病预防控制中心在维护国家-省（中心直属单位、挂靠单位）间中国疾控信息网的设备时，涉及影响省级疾病预防控制中心（中心直属单位、挂靠单位）访问中国疾控信息网的，应提前2个工作日，书面或通过协同办公告知各相关单位。遇有紧急情况调整或中断处理时，应在处理后及时告知，事后完成相关登记。

第二十六条 省级及省级以下各级接入单位的中国疾控信息网的接入设备与线路状况监控由各省级疾病预防控制中心负责。

第二十七条 国家-省（直属单位、挂靠单位）间中国疾控信

息网要求不间断运行。各级中国疾控信息网单位应采取切实可行的措施及时处理各类告警和故障。

第二十八条 中国疾控信息网各接入单位应当按照信息系统安全等级保护三级的要求，负责组织在本级中国疾控信息网开展定期或不定期的网络与信息安全自查与风险评估，配合上级单位做好本级中国疾控信息网的信息安全检查和风险评估工作。

第二十九条 加强各级中国疾控信息网单位人员的信息安全教育，增强其信息安全意识。定期对从事信息安全工作人员开展专业技术培训，提高信息安全技能。

第三十条 建立信息安全考核机制，定期对各级中国疾控信息网接入单位开展信息安全考核，重点考核信息安全等级保护涉及的信息安全风险评估、安全测评、安全应急预案管理等工作落实情况。

第六章 附则

第三十一条 本管理指南由中国疾病预防控制中心负责解释和修订。

第三十二条 本办法自发布之日起开始执行。

抄送：国家卫生计生委疾控局、规划信息司，中心办公室。

中国疾病预防控制中心办公室

2015年9月22日印发

校对入：张烨

附件4 《_____省（直辖市、自治区）心脑血管疾病监测工作组人员信息》

1. 省级心脑血管疾病监测工作组

1.1 本省心脑血管监测的负责人

姓名：_____ 联系电话：_____ 邮箱：_____ 职务（职称）：

1.2 本省心脑血管监测工作组成员

姓名：_____ 职称：_____ 职能：_____

姓名：_____ 职称：_____ 职能：_____

姓名：_____ 职称：_____ 职能：_____

2. 地级市心脑血管疾病监测工作组

2.1 本市心脑血管监测的负责人

姓名：_____ 联系电话：_____ 邮箱：_____ 职务（职称）：

2.2 本市心脑血管监测工作组成员

姓名：_____ 职称：_____ 职能：_____

姓名：_____ 职称：_____ 职能：_____

姓名：_____ 职称：_____ 职能：_____

3. 县（市、区）心脑血管疾病监测工作组

3.1 本县（市、区）心脑血管监测的负责人

姓名：_____ 联系电话：_____ 邮箱：_____ 职务（职称）：

3.2 本县（市、区）心脑血管监测工作组成员

姓名：_____ 职称：_____ 职能：_____

姓名：_____ 职称：_____ 职能：_____

姓名：_____ 职称：_____ 职能：_____