成县人民政府办公室文件

成政办发〔2025〕41号

成县人民政府办公室
关于印发成县基本公共卫生服务均等化项目
实施方案（第六版）增补的通知

各乡镇人民政府，县直有关单位：

现将《成县基本公共卫生服务均等化项目实施方案（第六版）增补的通知》印发你们，请结合实际，抓好贯彻落实。

成县人民政府办公室

2025年6月5日

成县基本公共卫生服务均等化项目实施方案（第六版）增补

为了切实加强对我县基本公共卫生服务均等化项目的组织管理，确保全县基本公共卫生服务顺利实施，根据《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》和甘肃省财政厅、甘肃省卫生和健康委员会、甘肃省医疗保障局《关于印发甘肃省基本公共卫生服务等5项补助资金管理办法的通知》（甘财社〔2024〕144号）等文件要求，现结合《成县人民政府办公室关于印发成县基本公共卫生服务均等化项目实施方案（第六版）的通知》（成政办发〔2023〕52号）通知要求，将慢性阻塞性肺疾病患者健康管理纳入基本公共卫生服务项目，现将具体项目增补说明如下:

一、增补内容

成县基本公共卫生服务均等化项目实施方案（第六版）服务项目12项，现增加“慢性阻塞性肺疾病患者健康管理”共13项，其他项目不变。

二、实施范围

全县17个乡镇、城关社区卫生服务中心、21所乡镇（中心）卫生院（分院）、村卫生室和县级基本公共卫生项目指导单位。

三、具体措施

筛查对象：辖区内35岁及以上常住居民;

筛查症状：具有持续性咳嗽、咳痰、气短、呼吸困难、喘息和胸闷等其他高风险因素症状；

确诊管理：对已确诊的患者进行登记管理；

随访管理：按每季度随访1次进行随访，对疾病控制不理想的患者按《规范》增加随访次数，每年集中开展1次健康评价综合体检，具体内容参照《居民健康档案管理服务规范》健康体检表。详情见附件：慢性阻塞性肺疾病健康服务规范（试行）。

四、量化标准

乡级补助标准：对确诊的慢阻肺病患者，每年提供1次健康检查，可与随访相结合。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、SpO_2、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，具备条件的基层医疗机构可提供1次肺功能检测，具体内容参照《居民健康档案管理服务规范》健康体检表，经费按照65岁及以上老年人健康体检标准。通过测量用力肺活量（FVC）和用力呼气一秒量（FEV1）60元/次进行补助。

村级补助标准：对确诊的慢阻肺病患者，每年至少提供4次随访，了解患者症状、用药情况和是否有急性加重情况等，相关信息应及时录入《慢性阻塞性肺疾病患者随访服务登记表》，对疾病控制不理想的患者按《规范》增加随访次数；随访内容包括：一般检查、健康评估、行为调查及干预、规范用药、健康生活方式指导及是否转诊等。补助标准参照《成县基本公共卫生服务均等化项目实施方案（第六版）村级量化考核标准》高血压患者随访进行补助。

五、实施时间

自本通知发布之日起实施。

附件：1.慢性阻塞性肺疾病患者健康服务规范（试行）

2.慢性阻塞性肺疾病患者随访服务记录表

附件 1

慢性阻塞性肺疾病患者健康服务规范

（试行）

一、服务对象

辖区内 35 岁及以上常住居民中慢性阻塞性肺疾病（以下简称慢阻肺病）患者。

二、服务内容

（一）建档

对辖区内慢阻肺病患者，已经有健康档案的，增加慢阻肺病随访服务相关内容；尚未建立健康档案的，应建立健康档案并记录慢阻肺病随访服务相关内容。

（二）首次随访

确诊为慢阻肺病的服务对象，进行首次随访时，需记录其吸烟史、用药情况、肺功能指标；若其近一年无肺功能检查结果，建议其在有条件的医疗机构进行肺功能检测，登记肺功能相关指标。首次随访应通过门诊或入户随访完成。

（三）随访评估和分类干预

对于确诊慢阻肺病的患者，每年至少提供 4 次随访，了解患者症状、用药情况和是否有急性加重情况等，相关信息应及时录入《慢性阻塞性肺疾病患者随访服务记录表》，具体随访内容如下：

1.随访患者是否有呼吸困难加重、喘息、胸闷、咳嗽加剧、痰量增加、痰液颜色和（或）粘度改变、发热，或出现全身不适、失眠、嗜睡、疲乏、抑郁、意识不清等症状，或出现口唇紫绀、外周水肿体征，或出现严重并发症如心律失常、心力衰竭等，对有急性加重症状的患者及时转诊到上级医院进一步诊治。对于转诊者，乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）应在2周内主动随访转诊情况。

2.若不需转诊，询问上次随访到此次随访期间患者慢性咳嗽、咳痰、呼吸困难、喘息或胸闷等呼吸系统症状发作及控制情况。

3.随访患者用药情况，评价患者用药依从性，指导患者正确使用吸入药物装置。

4.随访患者危险因素暴露情况。对于吸烟者要教育、督促戒烟。对于居住环境中使用生物燃料者，劝说其加强通风、改用清洁能源。对于仍有粉尘职业接触者，劝说其加强职业防护。

5.随访了解患者是否有慢阻肺病的合并症及共患疾病，包括心血管疾病、骨质疏松、焦虑抑郁、肺癌、感染、代谢综合征和糖尿病等。

6.如果患者长期家庭氧疗，随访患者每天氧疗时间、吸氧流量、有无不良反应。

7.随访时行脉搏氧饱和度（SpO2）检查；随访患者是否每年行肺功能检测，登记相关指标：一秒钟用力呼气容积（FEV1）、用力肺活量（FVC）及一秒率（FEV1/FVC）、FEV1占预计

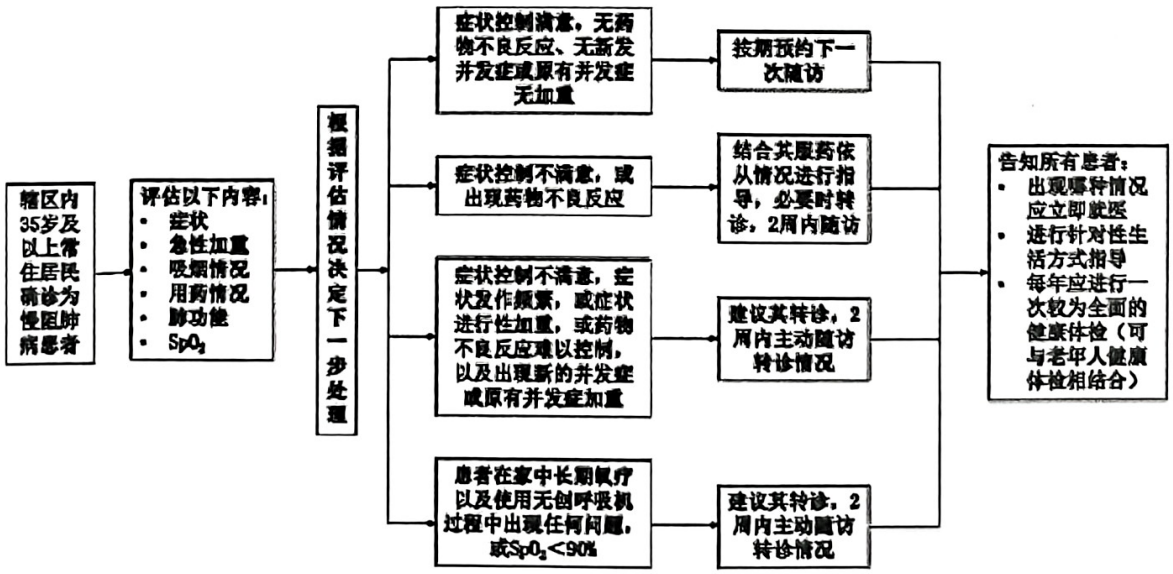
值百分比。建议慢阻肺病患者每年至少进行1次肺功能检测。

8.随访过程中发现患者有频繁急性加重、长期SpO2＜90%、现有药物无法维持症状稳定、药物不良反应难以控制、新发合并症或原有合并症加重等情况，及时建议并协助患者联系上级医院进行就诊，并记录患者病情变化及治疗调整情况。

（四）健康检查

对确诊的慢阻肺病患者，每年提供1次健康检查，可与随访相结合。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、SpO2、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查。具备条件的基层医疗卫生机构可提供1次肺功能检测。具体内容参照《居民健康档案服务规范》健康体检表。

三、分类随访服务流程



四、服务要求

（一）慢阻肺病患者的健康服务由医生负责，应与门诊服务

相结合，对未能按照健康服务要求接受随访的患者，乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）应主动与患者联系，保证健康服务的连续性。

（二）随访包括预约患者到门诊就诊、电话追踪和家庭访视等方式。可以利用小程序、应用软件（APP）等互联网信息技术，实现远程健康服务。

（三）各级卫生健康行政部门要统筹协调医疗卫生机构及时把重大公共卫生服务“慢性阻塞性肺疾病高危人群早期筛查与综合干预项目”、省市区县相关筛查工作发现的慢阻肺病患者以及门诊服务等途径确诊的慢阻肺病患者信息反馈至辖区的乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）进行建档登记，方便其掌握辖区内居民慢阻肺病的患病情况。

（四）发挥中医药在改善临床症状、提高生活质量、防治并发症中的特色和作用，积极应用中医药方法开展慢阻肺病患者健康服务。

（五）发挥膳食营养、运动等非药物措施在疾病早期的干预作用。

（六）开展家庭医生签约服务，加强宣传，告知服务内容，将更多的确诊患者及时纳入服务范围。

（七）每次提供服务后及时将相关信息录入患者健康档案。

五、评价指标

（一）慢阻肺病患者规范健康服务率=按照规范要求进行慢阻肺病患者健康服务的人数/年内已接受健康服务的慢阻肺病患

者人数×100%。

（二）慢阻肺病患者服务人群重度急性加重住院率=统计时期内辖区接受健康服务的慢阻肺病患者因慢阻肺病急性加重住院的人数/同期内辖区接受健康服务的慢阻肺病患者总数×100%。

附件 2

慢性阻塞性肺疾病患者随访服务记录表

姓名：　　编号□□□-□□

随访日期		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
随访方式		1门诊 2家庭 3视频 4电话□	1门诊 2家庭 3视频 4电话□	1门诊 2家庭 3视频 4电话□	1门诊 2家庭 3视频 4电话□
症状	1.呼吸困难 2.喘息 3.胸闷 4.咳嗽 5.咳痰 6.发热 7.全身不适、失眠、嗜睡、疲乏、抑郁、意识不清等	□/□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□/□
		其他：	其他：	其他：	其他：
体征	口唇紫绀				
	外周水肿				
	呼吸频率				
	心　　率				
	体质指数				
	其　　他				
合并症	1.心血管疾病 2.骨质疏松 3.焦虑抑郁 4.肺癌 5.感染 6.代谢综合征和糖尿病	□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□
		其他：	其他：	其他：	其他：
生活方式指导	日吸烟量(支)				
	运　　动	__次/周__分钟/次 __次/周__分钟/次	__次/周__分钟/次 __次/周__分钟/次	__次/周__分钟/次 __次/周__分钟/次	__次/周__分钟/次 __次/周__分钟/次
	心理调整	1良好 2一般 3差 □	1良好 2一般 3差 □	1良好 2一般 3差 □	1良好 2一般 3差 □
	遵医行为	1良好 2一般 3差 □	1良好 2一般 3差 □	1良好 2一般 3差 □	1良好 2一般 3差 □
	疫苗免疫史	是否接种以下疫苗： □无□有，请勾选： □流感疫苗 □肺炎球菌疫苗 □新冠病毒疫苗	是否接种以下疫苗： □无□有，请勾选： □流感疫苗 □肺炎球菌疫苗 □新冠病毒疫苗	是否接种以下疫苗： □无□有，请勾选： □流感疫苗 □肺炎球菌疫苗 □新冠病毒疫苗	是否接种以下疫苗： □无□有，请勾选： □流感疫苗 □肺炎球菌疫苗 □新冠病毒疫苗

辅助检查	SpO_2					
	肺通气功能(若未做可不填)	FEV_1				
		FVC				
		FEV_1/FVC				
		FEV_1占预计值百分比				
服药依从性			1规律 2间断 3不服药 □	1规律 2间断 3不服药 □	1规律 2间断 3不服药 □	1规律 2间断 3不服药 □
药物不良反应			1无 2有_____□	1无 2有_____□	1无 2有_____□	1无 2有_____□
用药情况	药物名称1					
	用法用量		每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	药物名称2					
	用法用量		每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	药物名称3					
	用法用量		每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	其他药物					
	用法用量		每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
其他治疗	家庭氧疗		每日_____小时， 氧流量_____L	每日_____小时， 氧流量_____L	每日_____小时， 氧流量_____L	每日_____小时， 氧流量_____L
			副作用 1无 2有	副作用 1无 2有	副作用 1无 2有	副作用 1无 2有
	无创呼吸机使用		每日_____小时	每日_____小时	每日_____小时	每日_____小时
			副作用 1无 2有	副作用 1无 2有	副作用 1无 2有	副作用 1无 2有
此次随访分类			1控制满意 2控制不满意 3不良反应 4并发症 □	1控制满意 2控制不满意 3不良反应 4并发症 □	1控制满意 2控制不满意 3不良反应 4并发症 □	1控制满意 2控制不满意 3不良反应 4并发症 □
转诊	原因					
	机构及科别					
下次随访日期						
随访医生签名						

填表说明:

1. 本表为慢阻肺病患者在接受随访服务时由医生填写。每年健康体检后填写城乡居民健康档案服务规范的健康体检表。已建立电子健康档案的患者，其个人信息如年龄、住址以及已经接受高血压、2 型糖尿病等慢性病患者健康服务的重点人群服务信息，可依托信息技术与现有基本公共卫生信息系统中的数据或随访信息表整合共享，无需重复填报。

2. 症状：如有其他症状，请填写在“其他”一栏。

3. 体征：外周水肿主要指球结膜水肿及双下肢水肿。体质指数=体重（kg）/身高的平方（m2）。如有其他阳性体征，请填写在“其他”一栏。

4. 合并症：如有其他合并症，请填写在“其他”一栏。

5. 生活方式指导：在询问患者生活方式时，同时对患者进行生活方式指导，对吸烟者进行劝导戒烟。与患者共同制定下次随访目标。

日吸烟量：不吸烟填“0”，吸烟者写出每天的吸烟量“××支”。

运动：填写每周几次，每次多少分钟。即“××次／周，××分钟／次”。横线上填写目前情况，横线下填写下次随访时应达到的目标。

心理调整：根据医生印象选择对应的选项。

遵医行为：指患者是否遵照医生的指导去改善生活方式。

疫苗免疫史：指患者相应疫苗免疫史。

6. 辅助检查：记录患者在上次随访到此次随访之间到各医疗机构进行的辅助检查结果。

脉搏氧饱和度（SpO2）：每次随访需检测并记录数值。

肺通气功能检测：建议患者每年至少检测一次，记录 FEV1、FVC、FEV1/FVC、FEV1 占预计值百分比，若未检查可不填写。

7. 服药依从性：“规律”为按医嘱服药，“间断”为未按医嘱服药，频次或数量不足，“不服药”即为医生开了处方，但患者未使用此药。

8. 药物不良反应：如果患者使用的药物有明显的药物不良反应，具体描述哪种药物，何种不良反应。

9. 用药情况：根据患者整体情况，填写在表格中，应记录患者使用的口服药、吸入药物。药物名称需注明商品名和剂量，如为吸入药物，用法用量需记录每日几次，每次几吸。

10. 其他治疗：在家长期吸氧的患者，需记录每天吸氧累计多少小时，吸氧流量是多少，有无副作用。在家使用无创呼吸机辅助通气的患者，需记录每天使用呼吸机累计多少小时，有无副作用，包括机器是否报警或其他故障等。

11. 此次随访分类：根据此次随访时的分类结果，由随访医生在4种分类结果中选择一项在“□”中填上相应的数字。“控制满意”意为慢阻肺病症状控制满意，无其他异常；“控制不满意”意为慢阻肺病症状控制不满意，无其他异常；“不良反应”意为存在药物不良反应或其他治疗的不良反应；“并发症”意为出现新的并发症或原有并发症出现异常。如果患者同时并存几种情况，填写最严重的一种情况。

12. 转诊：如果转诊，要写明转诊的医疗机构及科室类别，如××市人民医院呼吸科，并在原因一栏写明转诊原因。

13. 下次随访日期：根据患者此次随访分类，确定下次随访日期，并告知患者。

14. 随访医生签名：随访完毕，核查无误后随访医生签署其姓名。

成县人民政府办公室　　2025年6月5日印发