# 2024年关于心血管病高危人群早期筛查实施方案范文大全

来源：网络 作者：清风徐来 更新时间：2024-08-29

*第一篇：2024年关于心血管病高危人群早期筛查实施方案2024年关于心血管病高危人群早期筛查实施方案范文为做好心血管病高危人群早期筛查与综合干预项目实施工作，按照国家心血管病项目办《心血管病高危人群早期筛查与综合干预项目技术方案》、省卫健...*

**第一篇：2024年关于心血管病高危人群早期筛查实施方案**

2024年关于心血管病高危人群早期筛查实施方案范文

为做好心血管病高危人群早期筛查与综合干预项目实施工作，按照国家心血管病项目办《心血管病高危人群早期筛查与综合干预项目技术方案》、省卫健委和市卫健委的相关要求，结合我县实际，制定本实施方案。

一、目标任务

通过开展心血管病高危人群筛查和综合干预项目，探索建立卫生健康行政部门组织领导，疾控机构、医院和基层医疗卫生机构分工负责，防治结合的心脑血管疾病筛查、监测与干预体系，实现慢性病防治工作的可持续发展。具体任务包括：

（一）初筛调查。按项目要求，全县完成xxxx人筛查任务，筛出高危对象xxx人。

（二）高危对象干预和短期随访。对筛出的xxx名高危人群进行高危干预；高危干预完成x个月后，对全部高危对象进行一次短期随访，随访率≥xx%。

（三）长期随访。对xxxx年、xxxx年、xxxx年筛查的高危人群进行长期随访，随访率≥xx%。

（四）发病监测。开展心脑血管病急性事件回顾调查，建立心脑血管疾病发病与登记报告系统，掌握心血管病流行态势。

（五）慢病防控能力建设。完善疾控机构、医院和基层医疗卫生机构分工负责，防治结合的心血管病筛查、监测与干预体系，提高基层医疗卫生机构诊断、治疗与随访管理水平。

二、项目范围

我县确定心血管病高危筛查项目由县疾病预防控制中心、中心卫生院、镇卫生院、镇卫生院、社区卫生服务中心来共同完成初筛、短随、长随等工作，要尽量选择人口流动性较小的社区（村）开展工作，以保持目标人群稳定性。

三、项目内容与流程

（一）初筛对象选择。

1.初筛对象入选标准。应同时符合以下三个标准：

（1）年龄在xx-xx岁居民（xxxx年x月x日至xxxx年xx月xx日之间出生）。

（2）项目点常住居民（筛查前xx个月内在项目点居住x个月以上）。

（3）自愿参加且签署《知情同意书》。

2.目标人群的确定。根据省项目方案要求，我省初筛人群采用整群抽样方法，保证xx%以上的xx-xx岁居民能够被纳入。达不到上述要求的，需对漏查的居民进行补查并逐一说明。为此在选择目标人群时，具体要求如下：

（1）中心卫生院和镇卫生院分别从服务辖区内选取约xxxx人作为初筛对象并采集到初筛花名册，为减少调查对象的失访率，初筛对象应选择居住稳定的常住居民，花名册的采集必须严格，无论通过何种途径收集到的花名册，上报前要由村医或者村里工作人员核实，将户籍在但长期不在家或者搬至他处的人员剔除。

（2）初筛尽可能集中在其中几个村进行，也就是说将一个村的能够调查到的适龄人群调查完毕后再进行下一个村的调查。

（3）筛查对象性别和年龄的分布应与本地区第七次全国人口普查结果相近。

（二）筛查流程。

1.初筛人群摸底调查。从当地公安机关户籍部门或选定村（居）花名册登记的居民获得目标人群总人口及结构的详细信息，建立待筛查调查对象的详细人口档案。采用整群抽样的方法抽取辖区内所有xx-xx岁的当地居民组成筛查人群。

2.初筛调查。对筛查对象进行血压测量、身高、体重、腰围测量以及空腹指尖血快速血糖、血脂检测。然后，通过初步询问心血管健康状况，收集心血管病风险评估所要求的危险因素（吸烟、饮酒等生活方式，糖尿病、高血压、心血管病等疾病史、用药史、家族史等）项目数据采集系统将根据初筛采集信息自动判断筛查对象是否为心血管病高危对象。符合以下三条标准中的一条即可判断为心血管病高危对象。

（1）疾病史（符合以下四条中的一条即可）。心肌梗死、接受经皮冠状动脉介入治疗、接受冠状动脉搭桥手术、缺血型脑卒中或出血型脑卒中。

（2）血压和血脂（符合以下三条中的一条即可）。收缩压≥xxxmmHg或舒张压≥xxxmmHg，低密度脂蛋白胆固醇≥xxxmg/dL（x.xxmmol/L），高密度脂蛋白胆固醇

（3）心血管病危险因素评估。根据xxxx年世界卫生组织发布的《心血管病风险评估和管理指南》中的风险评估预测图，对全部筛查对象进行心血管病风险评估。如果筛查对象xx年心血管病患病风险≥xx%，则判定为高危对象。评估基于以下指标：年龄、性别、收缩压（测量两次，取其平均值，单位：mmHg）、目前是否吸烟（所有吸烟者或在评估前一年内戒烟者都视为吸烟者）、有无糖尿病（既往诊断糖尿病、服用降血糖药物或注射胰岛素者）、血总胆固醇（Totalcholesterol，TC，单位：mmol/L）。

3.高危对象调查。对初筛发现的高危对象进行心血管健康状况详细询问（包括吸烟、饮酒、体力活动、膳食情况等生活方式，疾病史，家族史，女性月经史以及生活质量评估等）。同时，还需进行十二导联心电图检查、心脏超声和颈动脉超声检查，旨在进一步了解高危个体的危险因素暴露情况及疾病特征。最后依据疾病防治指南，对高危对象提供规范干预建议。

（三）人群干预

1.非高危对象干预。根据筛查对象个体情况，结合减盐防控高血压干预，对非心血管病高危对象发放《健康手册》，并提供个性化生活方式干预建议。

2.高危对象干预。对所有高危对象发放《健康手册》，并对有高血压、血脂异常、糖尿病等疾病的高危对象，提供个体化的血压、血脂及血糖干预控制建议；经高危对象筛查发现的疑似心血管病患者，根据患者意愿，建议到医院进行进一步诊治。对既往已患心血管病（冠心病、心肌梗死及脑卒中等）的高危对象，提供个体化的药物治疗及康复建议。

（四）高危对象短期随访管理

高危对象调查及干预完成x个月后，对全部高危对象进行短期随访。随访内容包括心血管健康状况评估，血压、体重测量，空腹指尖血快速血糖、血脂检查，临床结局事件的支持性文件收集（收集过去x个月内住院或死亡病例的病案首页、出院小结、死亡证明等临床终点事件信息文件）。心血管健康状况评估包括高危对象存活状态、随访期间患者及住院情况、用药情况等。同时，再次向高危对象提供针对性的干预建议，进一步改进心血管病防治措施，持续实施规范化干预管理。

（五）长期随访管理

全部高危对象将纳入项目的长期随访管理，每年对全部高危对象进行随访，为保证超声检查结果具有可比性，超声检查项目应在同一家项目承担单位完成。长期随访旨在了解高危对象的发病、预后以及心血管病危险因素控制情况等，为进一步评估心血管病高危人群筛查及干预适宜技术提供数据支持。为优化资源配置，关注重点人群，提高干预管理质量，xxxx年度将继续调整随访频率和方式，将高危对象根据分层进行随访管理。分为极高危对象、中高危对象和特殊对象三类。项目工作人员提前从国家项目办获得随访名单，根据随访名单推荐的随访方式进行随访。

高危对象分层定义如下：

极高危对象：筛查当年因心血管病疾病史或世界卫生组织十年心血管病患病风险评分≥xx%被判定的高危对象。

中高危对象：筛查当年因高血压或血脂异常被判定的高危对象。

特殊对象：根据筛查对象家庭成员存在心血管病疾病史、治疗史、罕见家族遗传病特殊体征或长寿等情况判定的特殊对象。

长期随访内容包括：体格检查（血压、身高、体重、腰围）；颈动脉超声检查；心电图；实验室检查：包括尿常规（尿蛋白、葡萄糖、潜血和酮体）和血生化检查（血糖、总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白、载脂蛋白、谷丙转氨酶、谷草转氨酶、肌酐、尿素氮、糖化血红蛋白、血清肌酸激酶和肌酸激酶同工酶、超敏C反应蛋白）；心血管健康状况随访调查和干预：调查死亡和心血管病等发病情况，心血管病二级预防用药情况，吸烟、饮酒、体力活动、膳食情况等，并向高危对象提供针对性的干预指导；临床结局事件的支持性文件收集：收集过去一年内住院及死亡病例的临床结局事件的支持性文件。

（六）信息管理与质控

筛查单位在筛查当天将体格检查、实验室检查、调查问卷等数据录入至数据采集系统中，通过U盘将数据汇总至与项目专用服务器连接的计算机。

四、资金使用安排

经县心血管项目领导小组及质控组考核达到项目要求，拨付疾病预防控制中心、中心卫生院、镇卫生院初筛及短随工作经费，中心卫生院、镇卫生院、镇卫生院、街道社区卫生服务中心长随工作相应经费。疾控中心负责制定组织管理、技术培训、质控、督导及材料印刷、项目具体实施方案，做好项目高危人群初筛和干预随访工作，中心卫生院、镇卫生院、镇卫生院、街道社区卫生服务中心需要完成宣传动员、组织管理以及心血管疾病高危人群心脏彩超、颈动脉彩超、心电图检查，同时完成心脑血管疾病高危人群筛查与信息的收集和分析，以及心脑血管疾病防治知识的宣传教育。

五、保障措施

（一）加强项目实施的组织领导。县卫健局负责全县项目工作的组织领导。县项目管理办公室设在县疾病预防控制中心，负责我县心血管疾病高危人群筛查和干预项目的组织协调和监督管理，成立县质控专家组，负责项目质量控制。

县疾控中心负责心血管疾病高危人群筛查和干预工作的组织实施，选定初筛目标人群，收集和分析项目数据；组织医疗卫生机构开展高危人群初筛，做好随访管理工作；建立当地心脑血管疾病监测系统；开展人群健康教育。同时，协助县卫生健康局完成各项目点心血管疾病高危人群筛查和干预工作的组织，项目进度、质量、数据及经费分配和使用情况的上报。

县人民医院作为县级质控及技术支持医院，负责项目相关临床检查的技术支持及质量控制，协助县项目办开展项目技术培训及考核等，同时承担对疑难复杂个体的心脏和血管超声等特殊检查工作。

（二）做好项目宣传动员，确保群众受益。针对项目重点人群，采取有针对性的宣传方式，进行心血管防治知识和早期筛查重要意义的宣传，使群众了解筛查的时间、地点、方法和流程等。对项目筛查发现的患者，给予费用减免等优惠措施，确保应治尽治，提高群众参与筛查的积极性。

（三）加强技术支持与督导考评。成立由疾病预防控制中心、医院、基层医疗卫生机构、乡村医生等相关专业的骨干人员组成的工作队，承担项目的具体实施，其中超声检测人员应具备x年以上心血管超声工作经验。建立项目培训考核制度，专业技术人员考核合格后方可从事项目相关技术工作。要实行责任制，明确职责任务，制定考核指标体系，分阶段、有步骤地组织开展督导检查和项目评估。

六、工作进度安排

项目组计划于xxxx年x月x日至x月x日完成xxxx人初筛，xxxx年x月x日至x月xx日完成高危调查工作，xxxx年x月xx日至xxxx年xx月xx日完成长随工作，xxxx年x月x日至x月xx日完成短随工作。八期项目预计在初筛、高危调查、短随、长随期间各安排一次考核。

**第二篇：心血管高危人群早期筛查方案**

心血管高危人群早期筛查方案

为做好心血管病高危人群早期筛查与综合干预项目实施工作，按照国家心血管病项目办《心血管病高危人群早期筛查与综合干预项目技术方案》、省卫健委和市卫健委的相关要求，结合我县实际，制定本实施方案。

一、目标任务

通过开展心血管病高危人群筛查和综合干预项目，探索建立卫生健康行政部门组织领导，疾控机构、医院和基层医疗卫生机构分工负责，防治结合的心脑血管疾病筛查、监测与干预体系，实现慢性病防治工作的可持续发展。具体任务包括：

（一）初筛调查。

按项目要求，全县完成2024人筛查任务，筛出高危对象500人。

（二）高危对象干预和短期随访。

对筛出的500名高危人群进行高危干预；高危干预完成3个月后，对全部高危对象进行一次短期随访，随访率≥95%。

（三）长期随访。

对2024年、2024年、2024年筛查的高危人群进行长期随访，随访率≥85%。

（四）慢病防控能力建设。

完善疾控机构、医院和基层医疗卫生机构分工负责，防治结合的心血管病筛查、监测与干预体系，提高基层医疗卫生机构诊断、治疗与随访管理水平。

（五）发病监测。

开展心脑血管病急性事件回顾调查，建立心脑血管疾病发病与登记报告系统，掌握心血管病流行态势。

二、项目范围

我县确定心血管病高危筛查项目由县疾病预防控制中心、中心卫生院、镇卫生院、镇卫生院、社区卫生服务中心来共同完成初筛、短随、长随等工作，要尽量选择人口流动性较小的社区（村）开展工作，以保持目标人群稳定性。

三、项目内容与流程

（一）初筛对象选择。

1.初筛对象入选标准。应同时符合以下三个标准：

（1）年龄在35-75岁居民（1946年1月1日至1986年12月31日之间出生）。

（2）项目点常住居民（筛查前12个月内在项目点居住6个月以上）。

（3）自愿参加且签署《知情同意书》。

2.目标人群的确定。根据省项目方案要求，我省初筛人群采用整群抽样方法，保证90%以上的35-75岁居民能够被纳入。达不到上述要求的，需对漏查的居民进行补查并逐一说明。为此在选择目标人群时，具体要求如下：

（1）中心卫生院和镇卫生院分别从服务辖区内选取约2024人作为初筛对象并采集到初筛花名册，为减少调查对象的失访率，初筛对象应选择居住稳定的常住居民，花名册的采集必须严格，无论通过何种途径收集到的花名册，上报前要由村医或者村里工作人员核实，将户籍在但长期不在家或者搬至他处的人员剔除。

（2）初筛尽可能集中在其中几个村进行，也就是说将一个村的能够调查到的适龄人群调查完毕后再进行下一个村的调查。

（3）筛查对象性别和年龄的分布应与本地区第七次全国人口普查结果相近。

（二）筛查流程。

1.初筛人群摸底调查。从当地公安机关户籍部门或选定村（居）花名册登记的居民获得目标人群总人口及结构的详细信息，建立待筛查调查对象的详细人口档案。采用整群抽样的方法抽取辖区内所有35-75岁的当地居民组成筛查人群。

2.初筛调查。对筛查对象进行血压测量、身高、体重、腰围测量以及空腹指尖血快速血糖、血脂检测。然后，通过初步询问心血管健康状况，收集心血管病风险评估所要求的危险因素（吸烟、饮酒等生活方式，糖尿病、高血压、心血管病等疾病史、用药史、家族史等）项目数据采集系统将根据初筛采集信息自动判断筛查对象是否为心血管病高危对象。符合以下三条标准中的一条即可判断为心血管病高危对象。

（1）疾病史（符合以下四条中的一条即可）。心肌梗死、接受经皮冠状动脉介入治疗、接受冠状动脉搭桥手术、缺血型脑卒中或出血型脑卒中。

（2）心血管病危险因素评估。根据2024年世界卫生组织发布的《心血管病风险评估和管理指南》中的风险评估预测图，对全部筛查对象进行心血管病风险评估。如果筛查对象10年心血管病患病风险≥20%，则判定为高危对象。评估基于以下指标：年龄、性别、收缩压（测量两次，取其平均值，单位：mmHg）、目前是否吸烟（所有吸烟者或在评估前一年内戒烟者都视为吸烟者）、有无糖尿病（既往诊断糖尿病、服用降血糖药物或注射胰岛素者）、血总胆固醇（Totalcholesterol,TC，单位：mmol/L）。

（3）血压和血脂（符合以下三条中的一条即可）。收缩压≥160mmHg或舒张压≥100mmHg，低密度脂蛋白胆固醇≥160mg/dL（4.14mmol/L），高密度脂蛋白胆固醇<30mg/dL（0.78mmol/L）。

3.高危对象调查。对初筛发现的高危对象进行心血管健康状况详细询问（包括吸烟、饮酒、体力活动、膳食情况等生活方式，疾病史，家族史，女性月经史以及生活质量评估等）。同时，还需进行十二导联心电图检查、心脏超声和颈动脉超声检查，旨在进一步了解高危个体的危险因素暴露情况及疾病特征。最后依据疾病防治指南，对高危对象提供规范干预建议。

（三）人群干预

1.非高危对象干预。根据筛查对象个体情况，结合减盐防控高血压干预，对非心血管病高危对象发放《健康手册》，并提供个性化生活方式干预建议。

2.高危对象干预。对所有高危对象发放《健康手册》，并对有高血压、血脂异常、糖尿病等疾病的高危对象，提供个体化的血压、血脂及血糖干预控制建议；经高危对象筛查发现的疑似心血管病患者，根据患者意愿，建议到医院进行进一步诊治。对既往已患心血管病（冠心病、心肌梗死及脑卒中等）的高危对象，提供个体化的药物治疗及康复建议。

（四）高危对象短期随访管理

高危对象调查及干预完成3个月后，对全部高危对象进行短期随访。随访内容包括心血管健康状况评估，血压、体重测量，空腹指尖血快速血糖、血脂检查，临床结局事件的支持性文件收集（收集过去3个月内住院或死亡病例的病案首页、出院小结、死亡证明等临床终点事件信息文件）。

心血管健康状况评估包括高危对象存活状态、随访期间患者及住院情况、用药情况等。同时，再次向高危对象提供针对性的干预建议，进一步改进心血管病防治措施，持续实施规范化干预管理。

（五）长期随访管理

全部高危对象将纳入项目的长期随访管理，每年对全部高危对象进行随访，为保证超声检查结果具有可比性，超声检查项目应在同一家项目承担单位完成。长期随访旨在了解高危对象的发病、预后以及心血管病危险因素控制情况等，为进一步评估心血管病高危人群筛查及干预适宜技术提供数据支持。

为优化资源配置，关注重点人群，提高干预管理质量，2024将继续调整随访频率和方式，将高危对象根据分层进行随访管理。分为极高危对象、中高危对象和特殊对象三类。项目工作人员提前从国家项目办获得随访名单，根据随访名单推荐的随访方式进行随访。

高危对象分层定义如下：极高危对象：筛查当年因心血管病疾病史或世界卫生组织十年心血管病患病风险评分≥20%被判定的高危对象。

中高危对象：筛查当年因高血压或血脂异常被判定的高危对象。

特殊对象：根据筛查对象家庭成员存在心血管病疾病史、治疗史、罕见家族遗传病特殊体征或长寿等情况判定的特殊对象。

长期随访内容包括：体格检查（血压、身高、体重、腰围）；颈动脉超声检查；心电图；实验室检查：包括尿常规（尿蛋白、葡萄糖、潜血和酮体）和血生化检查（血糖、总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白、载脂蛋白、谷丙转氨酶、谷草转氨酶、肌酐、尿素氮、糖化血红蛋白、血清肌酸激酶和肌酸激酶同工酶、超敏C反应蛋白）；心血管健康状况随访调查和干预：

调查死亡和心血管病等发病情况，心血管病二级预防用药情况，吸烟、饮酒、体力活动、膳食情况等，并向高危对象提供针对性的干预指导；临床结局事件的支持性文件收集：收集过去一年内住院及死亡病例的临床结局事件的支持性文件。

（六）信息管理与质控

筛查单位在筛查当天将体格检查、实验室检查、调查问卷等数据录入至数据采集系统中，通过U盘将数据汇总至与项目专用服务器连接的计算机。

四、资金使用安排

经县心血管项目领导小组及质控组考核达到项目要求，拨付疾病预防控制中心、中心卫生院、镇卫生院初筛及短随工作经费，中心卫生院、镇卫生院、镇卫生院、街道社区卫生服务中心长随工作相应经费。

疾控中心负责制定组织管理、技术培训、质控、督导及材料印刷、项目具体实施方案，做好项目高危人群初筛和干预随访工作，中心卫生院、镇卫生院、镇卫生院、街道社区卫生服务中心需要完成宣传动员、组织管理以及心血管疾病高危人群心脏彩超、颈动脉彩超、心电图检查，同时完成心脑血管疾病高危人群筛查与信息的收集和分析，以及心脑血管疾病防治知识的宣传教育。

五、保障措施

（一）加强项目实施的组织领导。

县卫健局负责全县项目工作的组织领导。县项目管理办公室设在县疾病预防控制中心，负责我县心血管疾病高危人群筛查和干预项目的组织协调和监督管理，成立县质控专家组，负责项目质量控制。

县人民医院作为县级质控及技术支持医院，负责项目相关临床检查的技术支持及质量控制，协助县项目办开展项目技术培训及考核等，同时承担对疑难复杂个体的心脏和血管超声等特殊检查工作。

县疾控中心负责心血管疾病高危人群筛查和干预工作的组织实施，选定初筛目标人群，收集和分析项目数据；组织医疗卫生机构开展高危人群初筛，做好随访管理工作；建立当地心脑血管疾病监测系统；开展人群健康教育。同时，协助县卫生健康局完成各项目点心血管疾病高危人群筛查和干预工作的组织，项目进度、质量、数据及经费分配和使用情况的上报。

（二）加强技术支持与督导考评。

成立由疾病预防控制中心、医院、基层医疗卫生机构、乡村医生等相关专业的骨干人员组成的工作队，承担项目的具体实施，其中超声检测人员应具备5年以上心血管超声工作经验。建立项目培训考核制度，专业技术人员考核合格后方可从事项目相关技术工作。要实行责任制，明确职责任务，制定考核指标体系，分阶段、有步骤地组织开展督导检查和项目评估。

（三）做好项目宣传动员，确保群众受益。

针对项目重点人群，采取有针对性的宣传方式，进行心血管防治知识和早期筛查重要意义的宣传，使群众了解筛查的时间、地点、方法和流程等。对项目筛查发现的患者，给予费用减免等优惠措施，确保应治尽治，提高群众参与筛查的积极性。

**第三篇：2024心血管病高危人群早期筛查与综合干预项目工作总结**

2024心血管病高危人群早期筛查与综合干预项目工作总结

一、项目实施概要

为落实国家心血管病高危人群早期筛查与综合干预项目工作，确保项目工作顺利实施，根据自治区卫生计生委《xxxxx心血管病高危人群早期筛查与综合干预项目实施方案》（宁卫计办发〔xxxx〕xxx号）工作任务要求，x县各项目承担单位和技术指导单位按照方案要求认真培训、动员，实施有序，指导承担工作的医疗机构顺利的完成了心血管病高危人群的初筛、短期随访、长期随访和综合干预工作。

（一）领导重视，各部门职责明确。

x县卫生和计划生育局制定下发了《xxxxx县心血管病高危人群早期筛查与综合干预项目实施方案》（贺卫计发〔xxxx〕xxx号），成立了心血管病高危人群早期筛查与综合干预项目领导小组，组长由县卫计局主管局长担任，副组长由县疾控中心主任担任，成员由各项目实施医疗机构主管院长及其他工作人员组成；项目办公室常设在县疾控中心，具体负责项目的培训、督导和质控等工作。实施方案明确了县疾控中心、x镇卫生院和x镇卫生院、常信乡卫生院在项目实施过程中的职责和主要任务；县第一人民医院为项目提供医疗技术支持，确保项目工作的顺利开展。

（二）认真培训，广泛动员，打好群众基础。

为了使我县各项目承担单位人员掌握xxxx项目工作任务和指标，进一步做好心血管病高危人群早期筛查与综合干预项目工作，xxxx年xx月xx日我县举办了《xxxxx县心血管病高危人群早期筛查与综合干预项目启动会暨技术培训班》，对参与项目的xx位县、乡医务人员详细培训了包括筛查流程、质量控制，样本采集、存储、转运、短期随访、长期随访等内容及其他注意事项。会上对做好我县心血管病高危人群早期筛查与综合干预项目工作进行了安排部署。利用各单位微信公众号，制作宣传展板、横幅标语、电子屏等多种宣传手段，广泛开展宣传和社会动员，普及项目核心知识及实施的目的和意义，提高社区群众项目知识的知晓率和筛查、干预的应答率。并且在开展筛查前，初筛单位对xx岁到xx周岁的常住居民进行了调查摸底，并及时上报至国家心血管中心。

（三）实施有序，稳步推进，做好前期物资筹备。

为保证项目操作的严谨、数据的准确，按照国家项目办公室要求配备全国统一标准型号的仪器，做为项目规范检测检查的工具。统一印制所有调查所需的表格，并为每位调查对象购买了文件袋，以促进工作规范开展。

（四）做好督导检查及项目资金支配

为了完善项目质量管理体系，提高项目工作质量，县项目办建立了项目工作督查制度，以便及时发现、纠正工作中存在的问题。县项目办从项目开始每天对项目工作进展情况进行督导检查。督导的内容有项目工作文件设备（全流程）、现场管理（全流程）、初筛操作规范、生物样本分装、储存、高危对象调查与干预启动情况、短期随访及长期随访等工作的各个环节，对督导中发现的问题进行现场指导、讲解。xxxx项目工作经费为xx.x万，主要用于购买设备、试剂、资料印刷、高危、短期随访及长期随访对象调查、干预。

二、项目实施情况

（一）项目目标。

1.完成x县心血管病高危人群的早期筛查工作，获得全县心血管病高危人群流行现状，对心血管病高危人群进行综合干预和随访管理。

2.研究和评估心血管病高危人群筛查与综合干预适宜技术，为x建立并完善心血管病人群防治工作的综合体系和长效机制提供基础数据。不断加强和提高项目实施单位专业人员心血管病预防和控制工作的能力。

3.通过项目将防控重点精准聚焦于检出的心血管病高危对象，有的放矢，节约防控成本，切实降低心血管疾病的发病率。

（二）任务完成情况。

1.花名册上报情况。

按照国家项目办要求，xxxx年，新增常信乡卫生院为项目初筛单位，严格对常信乡的常住人口性别年龄结构真实性进行核实，通过核查xx-xx岁调查对象的年龄段和人口构成比，以此为据计算、分配初筛任务。按照方案要求，调查xxxx人预报x倍的人数。经过反复比对剔除了不符合年龄段、身份证号错误、电话号码错误和姓名错误的信息，我县常信乡卫生院实际上报xxxx人。

2.初筛调查完成情况。

经过前期的充分准备，自xxxx年x月x日，初筛调查和干预应用软件安装可正常使用，血脂、血糖等检测仪器到位后，我县“项目”工作正式启动。截止到x月xx日，累计初筛登记、调查xxxx人，初筛调查任务完成率xxx.xx%，检出高危对象xxx人，高危检出率xx.x%。初筛过程中，以系统判定的非高危对象中的xxx人作为对照完成高危对象问卷调查。回收知情同意书xxxx份；生物样品交接、储存符合国家要求，xxx人份生物样品全部按照要求转交国家心血管病中心。

3.高危对象调查完成情况

高危对象调查工作自x月xx日启动，于x月xx日结束。完成xxx人的心电图、心脏超声、颈动脉超声、肝功和尿常规检查；进行高危干预xxx人，调查率和高危对象干预率均为xxx.x%。

（三）项目质控情况

为了做好项目质量控制工作，x项目办成立了以县疾控中心慢病科工作人员为主要成员的质量控制组，与国家、省质控组和项目实施单位质控组及时沟通解决项目实施过程中存在的问题；向实施单位提供技术支持，指导其规范开展质量控制工作。县质控组不定期进行督导和技术指导，现场解决实际问题。与此同时县质控组和项目点质控员每天利用项目管理平台对当天的数据同步、项目进度、数据完整性、错误数据、高危对象检出比例等工作数据进行质量监测；按照方案要求监督生物样本的储存、运输和交接等事宜。

（四）云鹊医平台学习完成情况

xxxx年，参与心血管项目工作人员xx人，到目前为止，全县在云鹊医平台注册了xx人，但是只有xx人进行学习，xx人通过认证，xx人获得了培训证书。

三、项目成果及亮点

（一）发放礼品，提供早餐，提高初筛应答率。

为了促进该项目工作的顺利开展，提高群众参与的积极性，我县为每位调查对象提供手提袋和围裙等纪念品x份。由于本次调查方案的调整，初筛和高危调查均需要采集空腹血，考虑调查时间比较长，为所有到常信乡卫生院的初筛对象和到县第一人民医院的高危调查对象提供早餐，提高了初筛调查的应答率。

（二）与基本公共卫生项目衔接。

目前基层医疗机构承担工作内容较多，尤其是基本公共卫生服务涉及到的范围更广。而项目调查的部分人群恰好是基本公共服务的重点人群，在时间紧、任务重的情况下，各项目点将项目任务与基本公共卫生服务项目的重点人群年检有机结合，既完成了心血管病高危人群初筛调查，又完成了基本公共卫生服务项目工作。

（三）高危调查和长期随访同步进行

1.每天由初筛单位预约xx名高危对象到县第一人民医院进行调查，并统一将高危核查表和预约花名册及时送达县第一人民医院，针对每位高危对象发放了高危调查预约通知单，预约通知单上详细说明高危调查时间段和携带资料，合理安排了时间，加快了工作进度，减轻了高危调查工作人员的负担和工作进度。

2.为了加快工作进度，在开展初筛和高危对象调查的同时，长期随访调查也一并进行。由县第一人民医院对B超数据质量把关，聘请第三方体检机构，深入x镇现场开展颈动脉B超，提高长期随访调查率，并且减轻群众负担。

（四）克服困难，保证项目顺利实施。

在我县第一人民医院仅有x台彩超的前提下，为了保证项目实施进度，高危干预期间我县医务人员节假日未休息，调整工作模式每天上午承接项目高危人群干预检查，其余时间开展门诊、急诊和住院病人的彩超检查，为保质保量的完成干预任务做出了应有的贡献。

四、项目实施过程中存在问题

（一）工作人员严重不足，一定程度上影响了工作进度。

基层医疗机构承担的工作较多，工作人员又严重不足，而项目调查中涉及的体格检查和实验室检查项目多，技术要求高，工作量巨大，各岗位没有替换人员，如有不在岗则严重影响工作进度。

（二）长期随访临床结局事件收集困难。

在长期随访调查中，临床结局事件共调查xx起，上报xx起，上报率为xx.x%，已达到国家xx%的要求。但在长期随访临床结局事件收集过程中遇到种种困难，主要原因为个别调查对象在区属医疗机构住院后进行即时结算，后续不需要病历，导致住院病案首页和出院小结无法收集；一些年迈病人不记得自己住院时间、地点导致无法收集到相关资料；部分病人不能积极配合工人员，以致病案首页和出院小结不能及时上传国家心血管网站。

（三）存在数据缺失

由于长期随访每天工作量较大，工作人员又严重不足，导致在电脑录入数据时有错项、漏项情况，致使长随数据有缺失，缺失率为x.xxx%。

（四）盛夏农忙季节，短期随访对象依从性低。

由于xx月中旬正处于盛夏农忙季节，群众的短期随访依从性跌至谷底，参与率直线下降，六月初每天的调查对象约xx人左右，严重影响了工作的整体进度，并且给工作人员的后期工作增加了难度。

五、工作建议

（一）建议各项目承担单位积极补充技术人员，加强调查队伍建设，提高工作效率和项目单位专业人员开展心血管病人群防治工作的能力。

（二）建议国家优化系统操作，能够将血糖血脂检测结果利用蓝牙适时传输到电脑，减少工作量避免人工输入错误的同时保证了数据的准确性，也能够使检测设备包得到很好的利用。

（三）加大经费的投入，让更多的老百姓享受国家惠民政策。

**第四篇：高危人群筛查工作方案（最终版）**

高危人群筛查工作方案

一、背景

2024年中国居民营养与健康状况调查结果显示，我国18岁及以上人群糖尿病的患病率为2.6%，空腹血糖受损率为1.9%；而糖尿病的相关危险因素——超重和肥胖在调查人群中所占的比例亦高达22.8%和7.1%，预示着糖尿病正成为一个严重的公共卫生问题。因此，为最大限度发现我市糖尿病病人并规范患者治疗和自我管理，全面开展糖尿病高危人群的筛查和干预随访工作，逐步降低糖尿病的发病水平和改善居民健康状况，特制定本筛查工作方案。

二、目标 1、2024年4月31日前完成全市范围的糖尿病高危人群筛查工作；

2、对筛查发现的糖尿病病人及高危人群进行定期随访管理，并对管理效果进行分析评价。

三、筛查标准

为提高糖尿病病人的发现率和资金有效利用率，筛查工作重点围绕下列高危人群进行：

1.曾经有轻度血糖升高（IGT或IFG）者； 2.有糖尿病家族史者（双亲或同胞患糖尿病）； 3．肥胖和超重者﹝体重指数﹙BMI﹚≥24Kg/m2﹞;4.妊娠糖尿病患者或曾经分娩巨大儿﹙出生体重≥4Kg﹚的妇女； 5．高血压患者﹙血压≥140/90mmHg﹚和﹙或﹚心脑血管病变者；

6.有高密度脂蛋白胆固醇降低（≤35mg/dl，即0.91 mmol/L）和/或高甘油三酯血症（≥250mg/dl即2.75 mmol/L）者； 7.年龄45岁以上,且常年不参加体力活动者。

四、筛查与建档

1、筛查渠道和方式 依据糖尿病高危人群筛查标准，逐村（社区）逐户或依据已建立的居民健康档案进行高危人群筛选和确定，筛选过程发现未建立健康档案的居民要及时给予建档。

前期组织大规模人群筛查以快速血糖仪测量为主（各单位可自购），血糖仪按工作原理一般分为光化学法和电极法两大类，各单位在购买和使用血糖仪时要仔细阅读使用说明书,注意了解仪器的特点和特殊要求。筛查时要按要求对样本采集和测量环节进行质量控制，对筛查发现的空腹血糖≥5.6mmol/L(100mg/dl)者,应建议其进一步明确诊断。

2、复核鉴别

糖尿病诊断标准是依据临床症状、空腹、任意时间血浆葡萄糖水平或口服葡萄糖耐量试验（OGTT）的空腹和2小时血糖值来进行判定。对筛查发现的血糖异常者，要根据诊断的标准方法进一步确诊；对于血糖处于临界水平者，两周后重复检测空腹血糖或OGTT，以进一步明确诊断。

明确诊断为糖尿病者，纳入糖尿病患者管理；诊断为空腹血糖受损或糖耐量减低者，纳入糖尿病高危人群管理。

3、建档管理

对复核确诊的糖尿病病人，均要建立居民健康档案，对已经建立健康档案者要及时对档案中的个人及家族史、行为危险因素、血糖测量结果等信息进行更新并录入网络。为糖尿病病人及时建立专项管理卡，并将信息录入到公共卫生服务信息系统疾控管理——糖尿病管理子系统，进行定期随访管理。

对复核诊断为空腹血糖受损或糖耐量减低的糖尿病高危人群，因公共卫生服务信息系统“糖尿病高危人群管理模块”尚在开发阶段，对此部分人群要求对个人健康档案信息进行维护，并逐一进行登记，进行跟踪干预指导和转归评估。

五、随访管理

糖尿病患者的管理以定期家庭随访为主（每3个月1次），同时可根据实际情况辅以门诊随访、电话随访、集体随访等形式增加管理频次。随访的内容、要求参照《乳山市糖尿病综合防治工作实施方案》（乳卫发[2024]54号）执行。糖尿病高危人群（空腹血糖受损或糖耐量减低者）的随访频次为每6个月1次，随访时侧重提供膳食和身体活动等个体化行为指导服务。

六、组织实施

卫生局负责糖尿病高危人群筛查工作方案的制定、综合协调和组织管理，并按照5元/人标准和实际筛查人数拨付工作经费。市疾控中心负责筛查工作技术指导、质量控制和评价。各镇卫生院、社区卫生服务中心负责辖区内糖尿病高危人群的筛选、筛查建档、随访管理、信息收集及录入等工作。

各镇卫生院、社区卫生服务中心在组织糖尿病高危人群筛查的同时，对已通过各种方式和途径发现并纳入管理的糖尿病患者要逐一进行复核，纳入时诊断标准不准确的患者要重新进行复测，确保糖尿病病人及高危人群分类准确，为科学评价管理效果提供真实的基础信息。

**第五篇：2024年布鲁氏菌病高危人群筛查工作总结**

2024年布鲁氏菌病高危人群筛查工作总结

根据《xxxx年x布鲁氏菌病高危人群筛查方案》的要求，县疾控中心于xxxx年x-xx月在辖区内开展了布病高危人群筛查工作，现将结果总结如下:

一、筛查对象与方法

（一）筛查对象

1.高危职业人群中的接触者，如从事牛羊等家畜养殖，乳、肉、皮等畜产品贩运、屠宰、加工，兽医等职业人群。

2.流行区、流行季节医疗机构就诊的有接触史的发热病人。

3.布病疫情调查处理时，在疫点病例搜索时所有的接触者。

（二）筛查方法

1.血清学初筛实验:平板凝集试验（PAT）、虎红平板凝集试验（RBPT）阳性皆可疑。

2.血清学确证实验:试管凝集试验（SAT）滴度。

二、筛查结果

（一）高危人群筛查

由县疾控中心采集重点人群血样，进行血清学检测。共调查有接触史的重点人群xxxx人，试管凝集试验阳性结果≥x∶xxx的共有xx人，经流行病学调查确诊新发布病患者x人，复发及隐性感染xx人，布病检出率x.xx%，并对确诊新发布病患者进行了传染病网络直报。

（二）网报布病统计结果

xxxx年x-xx月，传染病报告系统共报告现在居住地为我县的布病病例xx人，报告发病率为x.xx/xx万，低于xxxx年（xx.xx/xx万）发病率水平。

三、存在的问题

（一）群众防治布病意识不强。企业职工在生产中，未按要求穿戴工作服、帽子、口罩、雨鞋和乳胶手套等，不能正确进行个人消毒；病死或流产的死胎不能做到深埋，有的直接当成狗食；个别养殖人员在接触牲畜时有吃零食或吸烟等不良的生活习惯。

（二）部分兽医在给牲畜接种疫苗时，自我防护措施不到位。

（三）宣传不到位。个别乡镇对布病防治工作重视力度不够，不能积极宣传，使得宣传工作滞后。群众对布病知识了解较少，有些养殖户既使对其进行宣传劝说，也不愿采血检测布病。

四、建议

建议畜牧、卫生、教育、村委会等相关部门大力配合，加大宣传力度，对重点人群有步骤、有重点的进行宣传，提高群众的防病意识和自我保护意识，减少布病感染的机率。

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！