

卫生健康委关于印发严重精神障碍管理治疗 工作规范（2018年版）的通知

国卫疾控发〔2018〕13号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生计生委：

为贯彻落实《精神卫生法》、《全国精神卫生工作规划（2015-2020年）》，适应精神卫生工作发展需要，结合《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》对严重精神障碍管理治疗工作的有关要求，我委组织编制了《严重精神障碍管理治疗工作规范（2018年版）》。现印发给你们（可从国家卫生健康委员会官网下载），请遵照执行。原卫生部发布的《重性精神疾病管理治疗工作规范（2012年版）》（卫疾控发〔2012〕20号）同时废止。

卫生健康委

2018年5月28日

严重精神障碍管理治疗工作规范 （2018年版）

严重精神障碍是指精神疾病症状严重，导致患者社会适应等功能严重损害、对自身健康状况或者客观现实不能完整认识，或者不能处理自身事务的精神障碍。为加强严重精神障碍患者发现、治疗、管理、服务，促进患者康复、回归社会，充分发挥各级卫生健康行政部门、精神卫生防治技术管理机构、精神卫生医疗机构（含精神专科医院和综合医院精神/心理科，下同）、基层医疗卫生机构在严重精神障碍患者管理治疗工作中的作用，明确各自职责、任务和工作流程，提高防治效果，根据《中华人民共和国精神卫生法》、《全国精神卫生工作规划（2015-2020年）》的相关要求，制定本工作规范。

本规范的服务对象为精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍等六种严重精神障碍的确诊患者。符合《中华人民共和国精神卫生法》第三十条第二款第二项情形并经诊断、病情评估为严重精神障碍患者，不限于上述六种疾病。

1. 机构、职责及保障条件

1.1 精神卫生工作领导与协调制度

县级以上卫生健康行政部门要主动配合当地人民政府建立精神卫生工作领导小组或部门协调工作机制，每年至少召开2次例会，研究制定辖区精神卫生政策和相关制度，统筹协调解决综合管理、救治救助、人才培养、机构运行、保障等问题，负责组织辖区精神卫生工作的开展与督导。探索建立精神卫生医疗机构、社区康复机构、社会组织和家庭相互支持的精神康复服务模式，完善医院康复和社区康复相衔接的服务机制。结合辖区实际建立“对口帮扶”等工作制度，在辖区组织开展精神卫生科普宣传、患者诊断复核、病情评估、调整治疗方案等。各级卫生健康行政部门应当主动与同级政法部门协调，将严重精神障碍患者规范管理率、服药率纳入当地平安建设的考核指标，提高患者救治管理水平。县级及乡

镇（街道）卫生健康部门要与政法、公安、民政、人力资源社会保障、残联等部门建立信息共享机制，定期交换患者相关信息。

乡镇（街道）医疗卫生机构要主动配合当地政府建立由政法、卫生健康、公安、民政、司法行政、残联等单位参与的精神卫生综合管理小组，指导村（居）民委员会建立由网格员、基层医疗卫生机构负责精神疾病防治的工作人员（以下简称精防人员）、派出所民警、民政干事、残疾人专职委员、家属、志愿者等组成的患者关爱帮扶小组，每季度至少召开1次例会，各部门根据工作实际通报重点工作情况。综合管理小组、关爱帮扶小组成员之间要加强协作，熟悉各自联系方式，及时保持沟通，协同随访患者，共同开展严重精神障碍患者日常筛查和登记，交换患者信息，全面了解辖区内在册患者和家庭的基本情况，解决患者管理、治疗、康复和生活中的难题，工作中注意保护患者个人隐私，避免将信息泄露给无关人员。

1.2 卫生健康行政部门职责

省级卫生健康行政部门会同有关部门制订辖区精神卫生工作规划和工作方案并组织实施。会同发展改革委等有关部门健全精神卫生服务体系。加强与当地财政等部门的沟通与协调，保障必要的工作经费。负责辖区精神卫生信息系统的建设及维护。组织开展辖区精神卫生工作督导、考核、评估及培训等。统筹辖区内精神卫生资源，对技术力量薄弱地区组织开展对口帮扶。对辖区内发生的精神障碍患者肇事肇祸案（事）件，应当积极组织开展相关调查，并上报调查结果。成立由精神卫生预防、治疗、康复等方面专家组成的专家技术指导组，负责技术指导、疑难患者诊治、质量控制和培训等。

市级卫生健康行政部门会同有关部门制订辖区精神卫生工作计划、方案并组织实施，保障必要的工作经费。统筹安排辖区精神卫生资源，组织精神卫生医疗机构对辖区县（市、区）开展对口帮扶。负责辖区精神卫生信息系统的管理。组织开展辖区精神卫生工作督导、考核、评估及培训等。对辖区内发生的精神障碍患者肇事肇祸案（事）件，应当积极组织开展调查，并逐级上报调查结果。成立由精神卫生预防、治疗、康复等方面专家组成的专家技术指导组，负责技术指导、疑难患者诊治、质量控制和培训等。

县级卫生健康行政部门会同有关部门制订辖区精神卫生工作计划、方案并组织实施，保障必要的工作经费。统筹协调落实精神卫生医疗机构对口帮扶基层医疗卫生机构工作。组织开展辖区精神卫生工作督导、考核、评估及培训等。负责与有关部门协调，推动区域内精神障碍康复体系建设。对辖区内发生的精神障碍患者肇事肇祸案（事）件，应当积极组织开展调查，并逐级上报调查结果。与政法、公安、民政、人力资源社会保障、残联等部门建立信息共享机制。

1.3 精神卫生防治技术管理机构职责

县级以上卫生健康行政部门应当在辖区内指定一所具备条件的精神卫生医疗机构为精神卫生防治技术管理机构（以下简称精防机构），承担精神疾病和心理行为问题的预防、治疗、康复、健康教育、信息收集等培训与指导，负责严重精神障碍管理治疗工作的业务管理。暂不具备条件的，可委托同级疾病预防控制中心或有关机构承担管理任务，并应当同时指定一所精神卫生医疗机构承担技术指导任务。各级精防机构设立防治办公室，具体负责精神卫生工作组织实施与日常管理。国家、省、地市、县级精防机构组成业务技术管理网络。

国家级精防机构协助国家卫生健康委员会研究编制精神卫生工作规划和实施方案，参与有关政策的研究，编制技术规范和有关标准等。指导下级精防机构

工作，开展技术指导、培训、质量控制和效果评估等。负责国家严重精神障碍信息系统（以下简称信息系统）日常管理，定期编制信息简报，定期调查、分析、报告相关数据和工作信息。组织开展精神卫生健康教育和宣传。承担国家卫生健康委员会交办的各项任务。

省、地市级精防机构协助同级卫生健康行政部门起草精神卫生有关工作规划、计划、实施方案。指导下级精防机构工作，开展技术指导、培训、质量控制和效果评估。负责本级信息系统日常管理及信息上报工作，定期编制信息简报。组织开展精神卫生宣传和健康教育。承担同级卫生健康行政部门和上级精防机构交办的各项任务。承担对辖区技术力量薄弱的市（地、州）、县（市、区）的技术帮扶工作。

县级精防机构协助同级卫生健康行政部门起草精神卫生有关工作计划、实施方案等。指导基层医疗卫生机构开展严重精神障碍患者筛查、确诊患者登记报告、随访管理等工作。开展技术指导、培训、质量控制和效果评估。负责本级信息系统日常管理、信息上报及患者信息流转管理。定期调查、分析和报告基层医疗卫生机构患者管理的相关数据和工作信息，提出改进意见和建议。承担基层医疗卫生机构、乡镇（街道）相关部门工作人员的培训。开展精神卫生宣传和健康教育。承担县级卫生健康行政部门和上级精防机构交办的各项任务。

1.4 精神卫生医疗机构职责

精神卫生医疗机构包括精神专科医院、有精神专科特长的综合医院（含中医院等）。在严重精神障碍管理治疗工作中承担职责包括：提供各类精神障碍的诊断、治疗、联合会诊等诊疗服务。及时向上级精神卫生医疗机构转诊疑难重症和病情不稳定患者，对符合出院条件的患者及时办理出院并将患者信息转回社区。将本机构门诊和出院确诊的六种严重精神障碍患者和符合《中华人民共和国精神卫生法》第三十条第二款第二项情形患者的相关信息录入信息系统。对基层医疗卫生机构开展对口帮扶，提供随访技术指导。指导基层开展患者应急处置，承担应急医疗处置任务。开展院内康复并对社区康复提供技术指导。在精神卫生健康教育中提供专业技术支持。

1.5 基层医疗卫生机构职责

基层医疗卫生机构包括乡镇卫生院、社区卫生服务中心和村卫生室、社区卫生服务站。主要职责：承担《国家基本公共卫生服务规范》中严重精神障碍患者管理服务内容，包括登记严重精神障碍患者信息并建立居民健康档案，对患者进行随访管理、分类干预、健康体检等；配合政法、公安部门开展严重精神障碍疑似患者筛查，将筛查结果报告县级精防机构；接受精神卫生医疗机构技术指导，及时转诊病情不稳定患者；在上级精防机构的指导下开展辖区患者应急处置，协助精神卫生医疗机构开展应急医疗处置；组织开展辖区精神卫生健康教育、政策宣传活动；优先为严重精神障碍患者开展家庭医生签约服务。

1.6 人员保障

精神卫生医疗机构应当配备与当地工作相适应、业务能力强的精神科医师、护士、社会工作者及康复、心理治疗、公共卫生专业人员，从事严重精神障碍管理治疗等工作。要采取措施，保持人员队伍稳定，所有人员上岗前必须接受专业培训，每年参加地市级及以上举办的相关培训，使其临床诊疗能力和知识不断得到更新。

精防机构应当指定人员担任医疗质管员、业务管理员、数据质控员，分别负责组织协调社区医疗质量控制、管理信息系统用户、审核分析数据等工作。

基层医疗卫生机构应当确定适当数量的执业（助理）医师、注册护士、公卫医师专职或兼职开展严重精神障碍防治工作，要采取措施，保持人员稳定，确保其每年接受专业培训。

1.7 经费投入等保障条件

各地要按照《中华人民共和国精神卫生法》规定，根据精神卫生工作需要，加大财政投入力度，保障精神卫生工作所需经费，将精神卫生工作经费列入本级财政预算，并加强对任务完成情况和财政资金使用绩效的考核，提高资金使用效益，制定精神卫生从业人员的培养、引进和激励政策。各级卫生健康行政部门要切实做好承担精神卫生工作机构的房屋、人员、设备以及经费的落实；加大对精防机构承担工作所需经费的保障。

2. 患者的发现、诊断、登记和报告

2.1 患者早期发现

2.1.1 精神卫生医疗机构

居民自行到各级各类精神卫生医疗机构就诊或咨询时，对疑似严重精神障碍者，接诊医师应当尽可能明确诊断。非患者本人到医院咨询时，接诊医师应当建议患者本人来院进行精神检查与诊断。

2.1.2 基层医疗卫生机构

基层医疗卫生机构人员配合政法、公安等部门，每季度与村（居）民委员会联系，了解辖区常住人口中重点人群的情况，参考精神行为异常识别清单，开展疑似严重精神障碍患者筛查。精神行为异常识别清单包括：（1）曾在精神科住院治疗；（2）因精神异常而被家人关锁；（3）无故冲动，伤人、毁物，或无故离家出走；（4）行为举止古怪，在公共场合蓬头垢面或赤身露体；（5）经常无故自语自笑，或说一些不合常理的话；（6）变得疑心大，认为周围人都针对他或者迫害他；（7）变得过分兴奋话多（说个不停）、活动多、爱惹事、到处乱跑等；（8）变得冷漠、孤僻、懒散，无法正常学习、工作和生活；（9）有过自杀行为或企图。

对于符合上述清单中一项或以上症状的，应当进一步了解该人的姓名、住址等信息，填写精神行为异常线索调查复核登记表，将发现的疑似患者报县级精防机构，并建议其至精神卫生医疗机构进行诊断。

2.1.3 基层多部门疑似患者发现

县级精防机构参考精神行为异常识别清单，对乡镇（街道）办事处、村（居）民委员会、政法、公安、民政、残联等部门人员开展疑似患者筛查培训，培训内容包括上述人员在日常工作中发现疑似患者，及时与基层医疗卫生机构人员联系，进行信息交换共享等。

2.1.4 其他途径转介

各级各类医疗机构非精神科医师在接诊中，心理援助热线或网络平台人员在咨询时，应当根据咨询者提供的线索进行初步筛查，如属疑似患者应当建议其到精神卫生医疗机构进行诊断。监管场所内发现疑似患者可请精神卫生医疗机构指派精神科执业医师进行检查和诊断。

2.2 患者诊断

精神科执业医师对符合诊断标准的严重精神障碍患者应当及时明确诊断。对连续就诊半年以上仍未明确诊断者，应当请上级精神卫生医疗机构进行诊断或复核诊断。不具备诊断条件的地区，可由卫生健康行政部门组织精神科执业医师协助当地开展疑似患者诊断。

2.3 登记报告与建档

2.3.1 精神卫生医疗机构

对门诊治疗的严重精神障碍确诊患者，精神卫生医疗机构应当及时填写严重精神障碍患者报告卡；对住院治疗的严重精神障碍患者，确诊后应当填写严重精神障碍患者报告卡，出院时补充填写严重精神障碍患者出院信息单。填表后10个工作日内录入信息系统，并转至患者所属基层医疗卫生机构；不能确定所属基层医疗卫生机构的，转至患者所属县级精防机构。

精神卫生医疗机构应当主动向患者本人和监护人告知社区精神卫生服务内容、权益和义务等，征求患者本人和（或）监护人意见并签署参加严重精神障碍社区管理治疗服务知情同意书。

2.3.2 基层医疗卫生机构

基层医疗卫生机构应当在5个工作日内接收由精神卫生医疗机构转来的严重精神障碍患者报告卡或出院信息单。对本辖区患者，及时建立或补充居民个人健康档案（含个人基本信息表和严重精神障碍患者个人信息补充表），10个工作日内录入信息系统。对于住址不明确或有误的患者，5个工作日内联系辖区派出所民警协助查找，仍无法明确住址者将信息转至县级精防机构。

对于辖区筛查确诊患者，基层医疗卫生机构应当及时建立或补充居民个人健康档案，10个工作日内录入信息系统。

2.3.3 县级精防机构

县级精防机构在接到严重精神障碍患者报告卡或出院信息单后的5个工作日内接收。10个工作日内落实患者现住址，将信息转至患者所属基层医疗卫生机构。必要时请县级公安机关协助，仍无法明确住址者将信息转至上级精防机构和公安部门。

2.3.4 其他情况

暂不具备网络直报条件的责任报告单位，可由所在地的县级精防机构代报。若网络、信息系统故障，无法通过信息系统完成信息流转时，应当通过传真、快递等方式在规定时限内完成患者信息流转，精神卫生医疗机构、基层医疗卫生机构、县级精防机构记录纸质档案转出及接收时间。待网络、信息系统恢复正常时及时完成信息补报。

3. 随访管理与指导

与国家基本公共卫生服务项目中的严重精神障碍患者管理服务相结合，由基层医疗卫生机构精防人员或签约家庭医生在精神科医师的指导下，对辖区内有固定居所并连续居住半年以上的患者开展随访服务。鼓励有条件的精神卫生医疗机构，承担辖区患者社区随访服务。对首次随访和出院患者，应当在获取知情同意或获得医院转介信息后的10个工作日内进行面访。

3.1 知情同意

对已建档患者，精防人员应当向患者本人和监护人宣传参与严重精神障碍管理治疗服务的益处，讲解服务内容、患者及家属的权益和义务等，征求患者本人和（或）监护人意见并签署参加严重精神障碍管理治疗服务知情同意书。对于同意参加社区服务管理者，由精防人员定期开展随访服务。对于不同意参加社区服务管理的患者，精防人员应当报告关爱帮扶小组给予重点关注并记录；关爱帮扶小组应当对患者信息予以保密。

符合《中华人民共和国精神卫生法》第三十条第二款第二项情形的患者，告知后直接纳入社区管理。首次随访及病情需要时，由精防人员与村（居）民委员

会成员、民警等关爱帮扶小组成员共同进行，充分告知患者本人和监护人关于严重精神障碍管理治疗服务的内容、权益和义务等。

3.2 随访形式

随访形式包括面访（预约患者到门诊就诊、家庭访视等）和电话随访。精防人员应当综合评估患者病情、社会功能、家庭监护能力等情况选择随访形式，因精神障碍评估缺乏客观检查指标，面见患者才能做出更为准确的评估，原则上要求当面随访患者本人。随访要在安全地点进行，注意保护自身安全，同时注意随访时的方式方法，保护患者及家庭隐私。

3.3 随访内容

包括危险性评估、精神症状、服药情况、药物不良反应、社会功能、康复措施、躯体情况、生活事件等。随访结束后及时填写严重精神障碍患者随访服务记录表，于10个工作日内录入信息系统。其中危险性评估分为6级：0级：无符合以下1-5级中的任何行为；1级：口头威胁，喊叫，但没有打砸行为；2级：打砸行为，局限在家里，针对财物，能被劝说制止；3级：明显打砸行为，不分场合，针对财物，不能接受劝说而停止；4级：持续的打砸行为，不分场合，针对财物或人，不能接受劝说而停止（包括自伤、自杀）；5级：持械针对人的任何暴力行为，或者纵火、爆炸等行为，无论在家里还是公共场合。

基层医疗卫生机构应当按照国家有关要求，每年对患者进行1-2次健康体检，必要时增加体检次数。

3.4 不同类别患者随访要求

根据患者危险性评估分级、社会功能状况、精神症状评估、自知力判断，以及患者是否存在药物不良反应或躯体疾病情况对患者开展分类干预，依病情变化及时调整随访周期。

3.4.1 病情稳定患者

病情稳定患者，指危险性评估为0级，且精神症状基本消失，自知力基本恢复，社会功能处于一般或良好，无严重药物不良反应，躯体疾病稳定，无其他异常的患者。

要求：继续执行精神卫生医疗机构制定的治疗方案，3个月时随访。

3.4.2 病情基本稳定患者

病情基本稳定患者，指危险性评估为1-2级，或精神症状、自知力、社会功能状况至少有一方面较差的患者。

要求：首先，了解患者是否按医嘱规律服药，有无停药、断药现象。其次，判断是病情波动或药物疗效不佳，还是伴有药物不良反应或躯体症状恶化，精防人员应当联系精神科医师，在其指导下分别采取在规定剂量范围内调整现用药物剂量和查找原因对症治疗的措施，2周时随访，若处理后病情趋于稳定者，可维持目前治疗方案，3个月时随访；未达到稳定者，应当建议其到精神卫生医疗机构复诊或请精神科医师结合“精防日”等到基层医疗卫生机构面访患者，对精防人员提供技术指导，并调整治疗方案，1个月时随访。

3.4.3 病情不稳定患者

病情不稳定患者，指危险性评估为3-5级或精神症状明显、自知力缺乏、有严重药物不良反应或严重躯体疾病的患者。

要求：精防人员在做好自我防护的前提下，对患者紧急处理后立即转诊到精神卫生医疗机构。必要时报告当地公安机关和关爱帮扶小组，2周内随访了解其

治疗情况。对于未能住院或转诊的患者，联系精神科医师进行应急医疗处置，并在村（居）民委员会成员、民警的共同协助下，至少每 2 周随访 1 次。

如患者既往有暴力史、有滥用酒精（药物）、被害妄想、威胁过他人、表达过伤害他人的想法、有反社会行为、情绪明显不稳或处在重大压力之下等情况，精防人员应当在村（居）民委员会成员、民警的共同协助下，开展联合随访，并增加随访频次。

3.5 失访患者判定及处理

失访患者包括：走失患者，因迁居他处、外出打工等不知去向的患者，家属拒绝告知信息的患者，正常随访时连续 3 次未随访到的患者（根据不同类别患者的随访要求，在规定时间内通过面访或电话随访未随访到患者或家属，2 周内应当再进行 1 次随访，超过 1 个月的时间内连续 3 次随访均未随访到）。

对失访患者，精防人员应当立即书面报告政法、公安等综合管理小组协助查找，同时报告上级精防机构，并在严重精神障碍患者随访服务记录表中记录上报。在得知危险性评估 3 级以上和病情不稳定患者离开属地时，精防人员应当立刻通知公安机关并报告上级精防机构。

3.6 随访常见问题及处置

所有患者每半年至少面访一次。电话随访时，要按照随访服务记录表要求，向患者或家属详细了解患者精神症状、服药依从性、不良反应、躯体情况、危险行为、病情是否稳定等情况，如发现患者病情有波动时要尽早面访，并请精神科医师给予技术指导。

精防人员要定期与村（居）民委员会成员、网格员、派出所民警等关爱帮扶小组成员交换信息，做好工作记录，特殊情况时随时交换信息。对于有暴力风险、家庭监护能力弱或无监护、病情反复、不配合治疗等情况的患者，应当书面报告关爱帮扶小组。属于公安机关列管对象，或既往有严重伤害行为、自杀行为等情况的患者，精防人员需与民警共同随访。乡镇卫生院（社区卫生服务中心）精防人员要及时汇总辖区严重精神障碍患者管理信息，并填写乡镇（街道）患者管理信息交换表，在召开精神卫生综合管理小组例会时与相关部门人员交换信息，并共同签字盖章。

对于不同意接受社区管理或无正当理由半年以上未接受面访的患者，精防人员应当报告关爱帮扶小组，协同宣传有关政策和服务内容，并加强社区关注和监护。

对于精神病性症状持续存在或不服药、间断服药的患者，精防人员应当请精神科医师共同对患者进行当面随访，必要时调整治疗方案，开展相应的健康教育，宣传坚持服药对于患者病情稳定、恢复健康和社会功能的重要性。

对于家庭贫困、无监护或弱监护的患者，在常规随访的基础上，关爱帮扶小组应当每半年至少共同随访 1 次，了解患者在治疗、监护、生活等方面困难及需求，协调当地相关部门帮助患者及家属解决问题。对近期遭遇重大创伤事件的患者，关爱帮扶小组应当尽快共同随访。必要时可请精神科医师或心理健康服务人员提供帮助。

对于病情稳定、社会就业、家庭监护有力、自知力较好的患者，患者和家属不接受入户访问的，精防人员要以保护患者隐私、不干扰其正常工作和生活为原则，可预约患者到门诊随访或采用电话随访。

对于迁居他处、外出务工等不在辖区内生活且知晓去向的患者，精防人员应当通过信息系统将患者信息流转至患者现居住地基层医疗卫生机构。患者现居住

地基层医疗卫生机构应当及时接受患者信息，按照有关规定对患者进行随访管理。在患者信息未被接收前，患者原居住地基层医疗卫生机构精防人员应当继续电话随访，与现居住地精防人员定期沟通。

3.7 对口帮扶与双向转诊

省级、地市级、县级卫生健康行政部门要统筹协调精神卫生医疗机构和基层医疗卫生机构建立对口帮扶制度、双向转诊制度，精神科医师与基层精防人员建立点对点技术指导。

精神卫生医疗机构每季度对帮扶的基层医疗卫生机构开展技术指导和培训，实行精神科医师与精防人员结对指导。技术指导和培训内容包括：辖区居民精神卫生科普知识讲座，患者症状识别及诊断，治疗药物调整，药物不良反应识别及处理，病情不稳定患者随访，患者个人信息补充表、随访服务记录表填写及检查和指导等。精神科医师应当至少每季度与对口帮扶地区的精防人员召开座谈会，由精防人员分别介绍其随访患者情况，精神科医师给予指导，并共同面访重点患者。有条件地区可每月开展1次。

精防人员随访发现病情不稳定或经社区初步处理无效需要转诊的患者，经患者或监护人同意后，填写社区至医院的转诊单，提交至精神卫生医疗机构，精神卫生医疗机构应当开通绿色通道优先收治基层医疗卫生机构转诊的患者。患者病情稳定后，精神科医师应当填写医院至社区的转诊单，转回患者所在的基层医疗卫生机构。

4. 居家患者药物治疗

4.1 药物使用原则

严重精神障碍属于慢性疾病。精神科执业医师应当按照相关疾病治疗指南，遵循“安全、早期、适量、全程、有效、个体化”原则开具药物治疗处方。患者应当坚持急性期、巩固期和维持期全程治疗，在巩固期和维持期坚持抗精神病药物治疗对降低病情复发风险具有重要价值。有条件地区推荐使用第二代抗精神病药物，以减轻药物不良反应，提高患者长期服药的依从性。对于治疗依从性差、家庭监护能力弱或无监护的、具有肇事肇祸风险的患者，推荐采用长效针剂治疗。

4.2 常用抗精神病药物和心境稳定剂

第一代抗精神病药物包括氯丙嗪、奋乃静、氟哌啶醇、舒必利、五氟利多、氟哌啶醇癸酸酯注射液、棕榈酸哌普噻嗪注射液、氟奋乃静癸酸酯注射液、氟哌噻吨癸酸酯注射液等。

第二代抗精神病药物包括氯氮平、利培酮、奥氮平、喹硫平、齐拉西酮、阿立哌唑、氨磺必利、帕利哌酮、注射用利培酮微球和棕榈酸帕利哌酮注射液等。

心境稳定剂包括碳酸锂、抗抽搐类药物（如丙戊酸盐、卡马西平、托吡酯、拉莫三嗪等）和具有心境稳定作用的抗精神病药物（如氯氮平、利培酮、奥氮平、喹硫平等）。

4.3 药物不良反应及处理

常见不良反应：急性期治疗时常见过度镇静、体位性低血压、胃肠道反应、流涎、锥体外系不良反应、泌乳、月经不调、抗胆碱能反应等。巩固期和维持期治疗时常见体重增加及糖脂代谢异常，心血管系统不良反应和肝功能异常等。根据情况对症治疗，必要时减药、停药或换药。

严重不良反应：包括恶性综合征、癫痫发作、血液系统改变、剥脱性皮炎、严重心电图改变、5-羟色胺综合征，药物过量中毒等。一旦发现必须及时转诊和

处理。预防严重不良反应发生，应当定期进行详细的体检、血常规、血糖、肝功能和心电图检查，必要时可增加其他相关检查，并注意药物间相互作用。

4.4 注意事项

一般人群。按医嘱服药，服药期间勿饮酒、勿擅自减药或停药。密切观察和记录不良反应及病情变化。

老年人群。老年人药物代谢慢，常伴躯体疾病，可能合并服用多种药物，故治疗时应当谨慎，药物起始剂量低，加量要缓慢，尽量减少用药种类。

妊娠期妇女。精神科药物对胎儿存在潜在的不良影响。然而，精神障碍本身对胎儿有较大的不良影响；中断治疗也会使患者病情更加复杂，面临复发的风险。因此，在妊娠期控制病情对母亲和胎儿都非常必要。应当由患者、家属和精神科医师慎重权衡利弊后，作出孕期继续用药或停药的决策。

儿童。儿童的中枢神经系统处于持续发育过程中，对抗精神病药物的反应（包括疗效和不良反应）比较敏感，应当在全面评估的基础上谨慎选择药物，起始量低，缓慢加量。

5. 应急处置

应急处置包括对有伤害自身、危害他人安全的行为或危险的疑似或确诊精神障碍患者，病情复发、急性或严重药物不良反应的精神障碍患者的紧急处置。

各地卫生健康行政部门要协调相关部门建立由精防人员、民警、村（居）民委员会成员、网格员等关爱帮扶小组成员和精神科医师、护士等组成的应急处置队伍，组织危险行为防范措施等相关培训，定期开展演练。患者家属、监护人也应当参与应急处置。

承担应急处置任务的精神卫生医疗机构应当建立绿色通道，接收需紧急住院或门急诊留观的应急处置患者；设立有专人值守的应急处置专用电话，实行24小时轮班；配备快速起效药物、约束带等应急处置工具包。参加应急处置的精神卫生专业人员应当为具有丰富临床经验的精神科执业医师和注册护士。

5.1 应急处置工作流程

5.1.1 伤害自身行为或危险的处置

包括有明显的自杀观念，或既往有自杀行为者，可能出现自伤或自杀行为者；已经出现自伤或者自杀行为，对自身造成伤害者。

获知患者出现上述行为之一时，精防人员应当立即协助家属联系公安机关、村（居）民委员会及上级精神卫生医疗机构，由家属和（或）民警协助将患者送至精神卫生医疗机构或有抢救能力的医院进行紧急处置，如系服药自杀，应当将药瓶等线索资料一同带至医院，协助判断所用药物名称及剂量。

5.1.2 危害公共安全或他人安全的行为或危险的处置

发现患者有危害公共安全或他人安全的行为或危险时，精防人员或其他相关人员应当立刻通知公安民警，并协助其进行处置。精防人员应当及时联系上级精神卫生医疗机构开放绿色通道，协助民警、家属或监护人将患者送至精神卫生医疗机构门急诊留观或住院。必要时，精神卫生医疗机构可派出精神科医师和护士前往现场进行快速药物干预等应急医疗处置。

5.1.3 病情复发且精神状况明显恶化的处置

得知患者病情复发且精神状况明显恶化时，精防人员在言语安抚等一般处置的同时，应当立即联系上级精神卫生医疗机构进行现场医疗处置。必要时，协助家属（监护人）将患者送至精神卫生医疗机构门急诊留观或住院。

5.1.4 与精神疾病药物相关的急性不良反应的处置

发现患者出现急性或严重药物不良反应时，精防人员应当及时联系上级精神卫生医疗机构的精神科医师，在精神科医师指导下进行相关处置或转诊至精神卫生医疗机构进行处置。

5.2 常用处置措施

5.2.1 心理危机干预

根据现场情形判断现场人员的安全性，如果现场人员安全没有保障时，应当退至安全地带尽快寻求其他人员的帮助。处置时应当与患者保持一定的距离，观察好安全撤离路线。使用安抚性言语，缓解患者紧张、恐惧和愤怒情绪；避免给患者过度地刺激，尊重、认可患者的感受；同时对现场其他人的焦虑、紧张、恐惧情绪给予必要的安慰性疏导。

5.2.2 保护性约束

保护性约束是为及时控制和制止危害行为发生或者升级，而对患者实施的保护性措施。当患者严重危害公共安全或者他人人身安全时，精防人员或其他相关人员协助民警使用有效的保护性约束手段对患者进行约束，对其所持危险物品及时全部搜缴、登记、暂存，将患者限制于相对安全的场所。

5.2.3 快速药物干预

精神科医师可根据患者病情采用以下药物进行紧急干预。氟哌啶醇肌肉注射，可联合异丙嗪注射，必要时可重复使用；或氯硝西洋肌肉注射，必要时可考虑重复使用；或齐拉西酮注射；或奥氮平口崩片口服。用药后，注意观察药物不良反应。

5.2.4 急性药物不良反应对症处理

根据药物不良反应的具体表现采取对症处理，如出现急性肌张力障碍可用抗胆碱能药物治疗，静坐不能可降低药物剂量或使用 β 受体拮抗剂，急性激越可使用抗焦虑药物缓解。

5.3 处置记录

对患者实施应急处置前或应急处置过程中，参加处置人员应当与患者家属（监护人）签署严重精神障碍应急处置知情同意书。患者家属（监护人）无法及时赶到现场时，应当由现场履行公务的民警或其他工作人员签字证实。

执行应急处置任务的精防人员或精神卫生专业人员，应当在应急处置完成后24小时内填写严重精神障碍患者应急处置记录单一式三份。其中，一份交本级精防机构，一份留存基层医疗卫生机构，一份留应急医疗处置机构。基层医疗卫生机构应当在5个工作日内通过信息系统上报处置记录。对未建档的患者，由精神卫生医疗机构在确诊后的5个工作日内登记建档，并录入信息系统。对已建档但未纳入管理的患者，在征得本人和（或）监护人同意后纳入社区管理，符合《中华人民共和国精神卫生法》第三十条第二款第二项情形的患者直接纳入社区管理。

6. 精神康复

精神康复是改善精神障碍患者社会功能，帮助患者回归家庭和社会的重要环节，包括医院康复和社区康复。医院康复由精神卫生医疗机构承担，精神科医师对患者进行药物治疗同时应当制定康复计划。社区康复由民政、残联等设立的社区康复机构（如日间康复中心、中途宿舍、职业康复机构等）承担，两者应当有机衔接。

6.1 人员

由精神科医师、护士、社会工作者及康复、心理治疗、心理咨询专业人员和志愿者等组成的医院康复团队为住院患者提供康复服务，为各类社区康复机构工

作人员提供康复技术指导和培训。由社会工作者及心理咨询、康复专业人员和志愿者等在专业技术人员指导下，向社区康复患者提供康复服务。

6.2 服务内容

康复服务人员与患者及家属共同制定个体化康复计划，开展康复技能训练。对住院患者，以帮助其正确认识疾病，学会按时按量服药和提高个人生活自理能力为主。对居家患者开展服药、生活技能、社交技能等方面的康复训练，同时指导患者家属协助患者进行相关康复训练，进一步提高患者服药依从性、复发先兆识别能力，逐步具备生活、社交和职业技能，改善患者生活质量，促进其回归社会。具备条件的地区，可建立患者个案管理团队，针对患者情况进行个案管理。

康复服务内容包括：服药训练、复发先兆识别、躯体管理训练、生活技能训练、社交能力训练、职业康复训练等。

服药训练。目的是教育患者正确认识疾病，养成遵照医嘱按时按量服药的习惯。培训内容包括药物治疗重要性和复发严重性教育，熟悉所服的药物名称、剂量，了解药物不良反应及向医师求助的方法。住院患者应当在医护人员指导下进行模拟训练，学会自觉遵医嘱按时按量服药。居家患者应当在社区精防人员指导和家属帮助下开展服药训练，逐步提高服药依从性，能按时复诊和取药，坚持按医嘱服药。

复发先兆识别。目的是预防复发。由医护人员和社区精防人员通过组织专题讲座、一对一指导等形式开展。内容包括帮助患者和家属掌握复发先兆表现，以及如何寻求帮助。如患者病情平稳后又出现失眠，食欲减退，烦躁不安，敏感多疑，遇小事易发脾气，不愿与人沟通，不愿按时服药，近期有重大应激事件导致患者难以应对等。出现上述表现时，患者和家属应当及时与精防人员联系，或尽早至精神卫生医疗机构就诊。

躯体管理训练。目的是采取针对性措施，提高躯体健康水平。严重精神障碍患者由于精神症状、药物不良反应等因素影响，存在活动减少、体能下降、体重增加、血糖血脂升高等问题。制定个体化的躯体管理计划，如对药物不良反应采取针对性干预措施，提升服药依从性；对超重患者制定训练计划，控制体重等。

生活技能训练。目的是提高患者独立生活能力。包括个人生活能力和家庭生活技能。通过模拟训练与日常实践相结合的方式进行，家属应当积极参与和督促患者实施。个人生活能力包括个人卫生、规律作息、女性患者月经料理、家务劳动、乘坐交通工具、购物等。家庭生活技能包括履行相应的家庭职责，如与家人一起吃饭、聊天、看电视，参与家庭事情的讨论，关心和支持家人等。

社交能力训练。目的是提高患者主动与人交往及参加社会活动的的能力。可通过角色扮演等模拟训练的方式，在社区康复机构或精神卫生医疗机构中开展。包括主动问候，聊天，接打电话，遵守约会时间，合理安排闲暇时间，处理生活矛盾，学会如何面试等。

职业康复训练。目的是提高患者的学习和劳动能力，包括工作适应性训练、职业技能训练等。住院患者以工作适应性训练为主。居家患者应当在康复机构中以模拟形式进一步开展职业技能训练。有条件地区可继续在保护性和过渡性就业场所中开展有针对性的、循序渐进的实践训练。

7. 人员培训

7.1 培训对象和目的

各级政府和卫生相关部门的行政管理人员。通过开展多层次多部门培训，使其了解开展严重精神障碍管理治疗工作的目的、意义、工作内容、相关法律法规及政策等。

各级专业机构和防治机构业务骨干。通过开展精神卫生专业知识和技能培训，使精神卫生医疗机构和防治机构业务骨干具备指导下级工作人员的能力，形成分级指导的师资队伍。

精神科执业（助理）医师、注册护士等精神卫生专业人员。通过开展培训、继续医学教育等，使其掌握严重精神障碍管理治疗相关法规、工作要求、工作程序和诊疗规定，以及全程服务所需的治疗、康复、评估和健康教育技术。

基层医疗卫生机构人员。由卫生健康部门组织培训，使其掌握必要的严重精神障碍管理治疗、康复、家属教育、社区宣传、大众健康教育等知识和技能、相关工作要求和规定，能够开展辖区内患者随访管理、康复指导等服务。

基层多部门人员。由精神卫生工作领导小组组织开展包括村（居）民委员会、政法、公安、民政、残联等综合管理小组、关爱帮扶小组成员以及社会工作者、志愿者等社区其他相关人员的培训，使其了解严重精神障碍管理治疗工作的目的和意义，掌握必要基本技能，主动配合、协助开展工作。

7.2 培训内容

包括严重精神障碍管理治疗工作相关的法律法规、管理规定、救治救助政策等；社区精神卫生工作协调、组织管理及评估；精神症状识别、风险评估与自我保护技术、应急处置；患者规范化治疗、不良反应管理、长期治疗策略、疗效评估；随访管理技术、精神康复技术、家属支持技术、心理咨询技术及信息化管理；大众心理健康、精神障碍预防、大众宣传教育技术等。随着工作进展，培训内容可根据当地情况及需求进行调整。

7.3 培训要求

省、地市级卫生健康行政部门要制定培训计划，储备和组建培训师资队伍。各级依照本工作规范的职责分工开展培训。省、地市级工作人员每年至少接受1次培训，县、乡级工作人员每年至少接受2次培训，有关要求按照继续医学教育相关规定执行。新上岗的精防人员和其他防治人员在上岗前需接受培训。鼓励有条件地区将精神卫生相关培训内容纳入继续教育项目。

8. 宣传与健康教育

通过开展多种形式的科普宣传和健康教育，提高大众尤其是重点人群对精神卫生、心理健康的重视程度，对精神障碍的识别能力和就医意识，普及“精神障碍可防可治”的知识与理念，营造接纳、理解和关爱精神障碍患者的社会氛围。

8.1 大众健康宣传

各级卫生健康行政部门要组织协调医疗卫生机构、健康教育机构、媒体、其他有关部门及社会资源，充分利用传统媒体和各种新媒体（广播、电视、书刊、影视、动漫、公益广告、网站、微信、微博、手机客户端等）开展多种形式的精神卫生宣传活动。普及《中华人民共和国精神卫生法》和精神卫生相关政策，增进公众对心理健康及精神卫生服务的了解；宣传心理健康和心理保健知识，提高自我心理调适能力。

精神卫生医疗机构要长期开展精神障碍防治知识宣教，并指导基层医疗卫生机构开展严重精神障碍防治知识的普及宣传，提高知晓率，促进社区常住及流动人口精神障碍的早期识别，及早诊治。

基层医疗卫生机构应当与村（居）民委员会共同开展社区心理健康指导、精神卫生知识宣传教育活动，创建有益于居民身心健康的社区环境。积极倡导社区居民对严重精神障碍患者和家庭给予理解和关心，平等对待患者，促进社区和谐稳定。

8.2 重点人群健康教育

8.2.1 患者和家属健康教育形式

医疗机构可通过健康知识讲座、家属联谊会、义诊、现场宣传活动等多种形式对患者和家属开展健康教育。健康教育要贯穿于治疗随访服务中。精神卫生医疗机构对首次确诊患者在进行临床治疗的同时应当开具健康教育处方。基层医疗卫生机构可结合日常随访、康复活动、健康体检等开展，提高患者和家属对于严重精神障碍的应对能力、治疗依从性，降低患者及家属的病耻感，预防向慢性和残疾转化。

8.2.2 患者及家属精神障碍知识宣传和护理教育

各级医疗机构要广泛开展精神障碍相关知识的科普宣传，如严重精神障碍的主要表现、常用药物知识等。教育患者和家属了解所患精神障碍的名称、主要症状、复发先兆识别和应对，所服药物名称、剂量、常见不良反应以及如何应对，体重管理，镇静催眠药物合理使用等。

精神卫生医疗机构在患者门诊就诊时或患者出院前、基层医疗卫生机构在随访患者时，要对家属开展患者日常生活、饮食、睡眠、大小便等护理知识，以及与患者沟通技巧等方面培训教育，提高家属护理患者能力。向患者及家属讲解长期维持治疗的重要性，培训药物管理知识，使家属能够督促患者服药，提高患者治疗依从性。

8.2.3 患者及家属意外事件预防

教育家属尽早发现患者自伤、自杀和危害公共安全及他人安全的企图，及时与社区精防人员、民警、村（居）民委员会成员等联系。精神发育迟滞伴发精神障碍者，要教育家属防止患者走失、自伤、被拐骗和受到性侵害；同时教育家属识别风险，加强自我保护等。癫痫所致精神障碍者，要教育家属防止癫痫发作时受伤致残。

8.2.4 患者及家属救治救助信息宣传

广泛宣传严重精神障碍患者救治救助相关政策，各部门及相关组织关于患者医疗及生活救助的信息和申请渠道，提供社区康复机构及相关活动信息，发生各类应急事件时相应的救治救助机构及联系方式。向患者及家属告知关爱帮扶小组成员的联系方式，教育家属在患者病情变化或遇到困难时及时向关爱帮扶小组求助。

8.2.5 青少年健康教育

根据严重精神障碍多在青壮年发病的特点，精神卫生医疗机构应当配合学校开展有针对性宣传教育活动，提高青少年对心理健康核心知识和精神障碍早期症状的知晓率。

9. 督导

9.1 督导要求

各级卫生健康行政部门要建立精神卫生工作督导制度，根据精神卫生工作规划和年度工作计划，制定年度督导计划和督导方案，定期组织开展工作督导，每年会同有关部门开展1次联合督导。开展督导工作时，要遵照督导计划进行检查，

坚持问题导向，查找工作中的薄弱环节，不流于形式，不走过场，发现问题及时提出整改建议和要求，被督导单位在规定时间内反馈整改情况。

9.2 督导形式和内容

汇报座谈。听取被督导单位相关部门的工作汇报；双方就有关情况进行讨论，了解被督导地区工作情况及存在问题。

查阅资料。包括检查各种管理或技术指导性文件、会议材料、工作记录、管理文档等资料；核实相关数据和填报内容；检查被督导者实际工作程序及操作过程。

现场检查。抽取精神卫生医疗机构（含精神障碍社会福利机构）、社区康复机构、村（居）民委员会、派出所、基层医疗卫生机构，进行现场检查，实地了解精神障碍患者管理服务情况及存在问题。

人员访谈。与患者、家属、综合管理小组、关爱帮扶小组工作人员等进行访谈，访谈对象由督导组随机选定。

9.3 反馈报告

督导组成员经集体讨论，分析总结被督导地区的成绩和亮点，分析存在主要问题及原因，提出解决建议。督导组与被督导地区相关单位召开反馈交流会。督导组应当口头反馈督导主要结果，提出改进意见和建议，与被督导单位就相关工作意见进行交流。

督导组在督导结束后 10 个工作日内向组织实施督导的单位提交督导报告。督导报告要实事求是反映督导情况，包括基本情况、督导内容、工作进展、存在问题及下一步建议等。

9.4 频次

国家卫生健康委员会每年选取部分省份进行重点督导。各省级卫生健康行政部门每年对所辖各市（地、州）进行 1 次督导。市（地、州）卫生健康行政部门每半年对所辖各县（市、区）进行 1 次督导。县（市、区）卫生健康行政部门每半年对所辖各乡镇（街道）进行 1 次督导。

10. 信息与资料管理

10.1 信息管理

10.1.1 信息上报

各级各类信息报告机构应当按照本规范的要求，在时限范围内上报患者登记建档、随访管理、应急处置等信息。各级精防机构应当及时收集、整理、汇总本辖区严重精神障碍管理治疗年度工作情况（1 月 1 日至 12 月 31 日），填写国家严重精神障碍信息系统中的年度报表。年度报表经同级卫生健康行政部门审核后加盖公章留存备案。县、地市、省级精防机构分别于次年 1 月 15 日、1 月 20 日、1 月 31 日前将本年度工作报表逐级汇总录入信息系统。

10.1.2 信息保护

相关工作人员要加强信息安全意识，注意保护患者个人隐私，不得将患者信息泄露给此项工作无关的任何机构与个人，不在公共场所公开谈论患者隐私。

严重精神障碍信息系统相关信息的使用和管理由专人负责，严格按照有关要求执行，任何人不可随意修改、删除、导出数据，不可随意扩大数据使用范围。个人账号及密码不得泄露给他人。信息数据及时备份，不得泄露给无关人员。

10.1.3 肇事肇祸案（事）件报告

各级相关工作人员通过各种途径（如其他人员反映、微博、微信、各类新闻媒体 APP、自媒体等）得知辖区精神障碍患者（或疑似精神障碍患者）发生肇事

肇祸案（事）件的信息后，应当立即报告当地公安部门、卫生健康行政部门和精防机构。卫生健康行政部门应当配合公安部门在 48 小时内组织相关人员调查肇事肇祸人员是否为精神障碍患者及既往治疗、随访管理等情况，并填写严重精神障碍患者肇事肇祸案（事）件调查表和撰写调查报告，逐级上报至省级卫生健康行政部门和省级精防机构。省级卫生健康行政部门在 48 小时内审核调查表和调查报告，并上报国家卫生健康委员会和国家级精防机构。

10.2 资料管

10.2.1 资料分类

资料包括政策文件资料、业务管理资料和患者个案资料等。

政策文件指各级政府及卫生健康等相关部门发布的有关严重精神障碍管理治疗工作的文件和函件。主要包括相关法规、规划、计划、实施方案等文件、批示和批复等。

业务管理资料指各级精防机构、基层医疗卫生机构开展严重精神障碍管理治疗工作的相关资料。主要包括：健康教育、宣传、培训、质量控制、督导、考核和评估等各项工作方案、工作制度、总结报告、培训教材、图像资料、人员联络信息等。

患者个案资料是指在开展工作过程中，产生的与患者治疗和管理有关的患者个人信息和资料。主要包括：筛查和诊断、门诊和住院治疗、应急处置、社区管理、家属教育、康复指导、肇事肇祸案（事）件报告等资料。

10.2.2 管理要求

（1）实行资料立卷制度，凡是工作中形成的具有保存价值的文件、会议资料、报告、音像资料等均应当立卷归档，存入档案柜。

（2）资料按顺序分类存放，做出相对应的文档目录清单，并随时更新。档案柜中的资料应当保持干净、整洁、明了。

（3）资料在收发、借阅、存档、销毁各环节中，应当严格登记。

（4）所有参与工作的人员，应当妥善保管资料，并做好保密工作，未经主管部门批准，不得随意扩大使用范围。

（5）若发生资料丢失或泄露，视情节轻重予以责任人相应的处罚。

（6）人员变动时，应当做好资料交接。

（7）政策文件和业务管理资料应当按类别、自然年度、时间顺序整理、归档。

（8）患者个案资料一人一档，至少保留 5 年，死亡患者资料至少保留 3 年。

10.3 工作总结和年度报表

工作总结和年度报表是各级卫生健康行政部门和严重精神障碍管理治疗工作实施单位通过自我检查和评估，了解各项任务完成情况及其效果的常用方法。

各级精防机构应当及时收集、整理、汇总本辖区严重精神障碍管理治疗年度工作情况，撰写工作总结，并通过信息系统填写严重精神障碍管理治疗工作年度报表，经同级卫生健康行政部门审核后逐级上报。省级精防机构于次年 1 月 31 日前审核汇总本省份年度报表，经省级卫生健康行政部门审核后加盖公章留存备案。

10.4 信息管理简报和统计指标

各级卫生健康部门要建立严重精神障碍信息管理定期通报制度，及时将严重精神障碍报告患病率、在册患者规范管理率、在册患者规律服药率等核心工作指标通报至当地人民政府、相关部门和辖区医疗卫生机构。各级精防机构按照同级

卫生健康行政部门要求，编制本辖区严重精神障碍信息管理月报、季报、年报，定期报送相关行政部门，并抄送上级精防机构。统计指标应包括报告患病率、在册患者管理率、在册患者规范管理率、在册患者服药率、在册患者规律服药率、居家患者病情稳定率等。

11. 质量控制

质量控制应当贯穿于严重精神障碍管理治疗工作全过程。开展严重精神障碍管理治疗工作的机构，应当指定专人负责本机构内部质控，并对下级机构进行质控。

11.1 质控内容

患者信息的真实性和准确性，信息上报和流转是否及时和规范；精防人员随访间隔和方式是否合理和规范，对患者危险性评估、病情分类判断、治疗及康复指导等是否恰当，对异常检查结果、药物不良反应处理是否及时；是否及时开展应急处置、记录是否完整等。

有无对口帮扶、双向转诊、培训和健康教育等相关工作制度和工作记录。核查精神卫生医疗机构对基层医疗卫生机构点对点技术支持的频次、指导病例数等。双向转诊及时性，精神卫生医疗机构是否开放绿色通道等。检查培训、健康教育的对象、频次、内容及效果等。

11.2 质控方式和要求

质控方式包括信息系统质控和现场质控。

数据质控员通过信息系统每月随机抽查不少于 30 例患者信息，至少对 1-2 个反映辖区工作的指标进行数据质控。业务管理员每月通过系统核查用户和权限分配的规范性、用户活动及机构变化情况。医疗质管员协调相关人员，通过电话核实、面访患者、与基层人员共同入户等方式，每次现场查看不少于 10 名患者的健康档案及随访记录，并当面核查不少于 5 名患者。

县级质控以乡镇（街道）为单位 1 年全覆盖，地市级质控以区县为单位 1 年全覆盖，省级质控以地市为单位 2 年全覆盖，国家级质控以省为单位 3 年全覆盖。

对质控中发现的问题要及时指出，定期通报，向同级卫生健康行政部门汇报。各级精防机构每年撰写质控报告，于次年 1 月 31 日前提交上级精防机构和同级卫生健康行政部门。