

# 目 录

## 第一部分

桐柏县疾病预防控制中心突发公共卫生事件应急预案.....	1
突发公共卫生事件接收报告记录及安排.....	13

## 第二部分

分则.....	16
暴发疫情处理应急预案.....	16
群体性不明原因疾病应急处理预案.....	20
食物中毒应急处理预案.....	29
自然灾害应急预案.....	32
群体性预防接种不良反应事件卫生应急处理预案.....	39
职业中毒应急处理预案.....	48
艾滋病病毒职业暴露应急预案.....	50
人感染高致病性禽流感疫情预防控制应急预案.....	54
传染性非典型肺炎疫情控制预案.....	77
霍乱疫情应急处理预案.....	86
鼠疫应急处理预案.....	97
流行性乙型脑炎应急处理预案.....	103
疟疾突发疫情应急处置预案.....	107
麻疹应急处理预案.....	114
狂犬病防控工作应急预案（试行）.....	122
手足口（EV71 感染）防控工作预案.....	122
伤寒副伤寒疫情应急预案.....	141
风疹疫情应急处置预案.....	148

细菌性痢疾疫情应急预案·····	152
中东呼吸综合征疫情防控卫生应急预案·····	157
突发中毒事件卫生应急预案·····	165
新型冠状病毒感染的肺炎应急预案·····	177
埃博拉出血热防控应急预案·····	181
卫生部食品安全事故应急预案(试行)·····	185
地震卫生应急预案·····	191
反恐怖卫生应急预案·····	195
突发生活饮用水污染事件卫生应急预案·····	200
网络安全应急预案·····	210

# 第一部分

## 桐柏县疾病预防控制中心 突发公共卫生事件应急预案

突发公共卫生事件是指突然发生，造成或者可能造成社会公众身心健康严重损害的重大传染病、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒以及因自然灾害、事故灾难或社会安全等事件引起的严重影响公众身心健康的公共卫生事件。多年来，在全市人民的共同努力下，疾病预防控制和突发事件的防范处理取得了较大成绩。但是，重大突发性公共卫生事件形势依然严峻，如重大传染病，各类中毒事件，意外事故灾难，自然灾害等时有发生。为了认真贯彻《中华人民共和国突发事件应对法》、《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国食品安全法》、《中华人民共和国职业病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》和《国家突发公共卫生事件应急预案》、《国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案》、《全国卫生部门卫生应急管理工作规范》、《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》等卫生法律法规，科学应对可能发生的各类突发公共卫生事件，快速、有效地做好突发公共卫生事件的应急处理工作，制止和减少对社会和人民群众的危害，保障公众健康和生命安全，结合我县实际，特制定本应急预案。

### 一、 突发公共卫生事件的监测

1、建立 24 小时专线值班电话，并对外公布（0377-68272859），落实中层干部轮流值班、中心领导带班制度，及时接收、详细记录突发事件的报告。

2、通过网络信息报告系统和周边疫情分析交换资料，以及定点医院监测点监测，及时收集、掌握突发事件动态，进行动态控制。

3、对初步认定的突发事件作出快速反应，值班人员应及时向主管领导和责任部门转递报告纪录，责任部门应及时详细核实事件报告，并进行跟踪监测，作出预警报告。

### 二、 突发公共卫生事件的分级

根据突发公共卫生事件性质、危害程度、涉及范围，我县突发公共卫生事件划分为特别重大（Ⅰ级）、重大（Ⅱ级）、较大（Ⅲ级）和一般（Ⅳ级）四级。

### （一）特别重大突发公共卫生事件（Ⅰ级）

有下列情形之一的为特别重大突发公共卫生事件（Ⅰ级）：

- 1、肺鼠疫、肺炭疽疫情波及邻省，并有进一步扩散趋势。
- 2、发生传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感病例，并有扩散趋势。
- 3、涉及邻省的群体性不明原因疾病，并有扩散趋势。
- 4、发生新传染病或我国尚未发现的传染病发生或传入，并有扩散趋势，或发现我国已消灭的传染病重新流行。
- 5、发生烈性病菌株、毒株、致病因子等丢失事件。
- 6、国务院卫生行政部门认定的其它特别重大突发公共卫生事件。

### （二）重大突发公共卫生事件（Ⅱ级）

有下列情形之一的为重大突发公共卫生事件（Ⅱ级）：

- 1、在一个县（市、区）行政区域内，一个平均潜伏期内（6天）发生5例以上肺鼠疫、肺炭疽病例；或者相关联的疫情波及2个以上的县（市、区）。
- 2、发生传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感疑似病例。
- 3、腺鼠疫发生流行，一个平均潜伏期内全市多点连续发病20例以上，或流行范围波及邻县。
- 4、霍乱1周内全市发病30例以上，或波及邻县，有扩散趋势。
- 5、乙类、丙类传染病波及2个以上县（市、区），1周内发病水平超过前5年同期平均发病水平2倍以上。
- 6、我国尚未发现的传染病发生或传入，尚未造成扩散。
- 7、发生群体性不明原因疾病，扩散到县（市、区）以外的地区。
- 8、发生重大医源性感染事件，同种同源的医源性感染（包括医院感染），发生5例以上病例或者直接造成3人以上死亡。
- 9、预防接种或群体预防性服药出现人员死亡。
- 10、一次食物中毒人数超过100人并出现死亡病例，或出现10例以上死亡病例。
- 11、一次发生急性职业中毒50人以上，或死亡5人以上。
- 12、境内外隐匿运输、邮寄烈性生物病原体、生物毒素造成我境内人员感染或死亡的。
- 13、省级以上人民政府卫生行政部门认定的其它重大突发公共卫生事件。

### （三）较大突发公共卫生事件（Ⅲ级）

有下列情形之一的为较大突发公共卫生事件（Ⅲ级）：

1、发生肺鼠疫、肺炭疽病例，一个平均潜伏期内病例数未超过 5 例，流行范围在一个县(市、区)行政区域以内。

2、腺鼠疫发生流行，在一个县(市)行政区域内，一个平均潜伏期内连续发病 10 例以上，或波及 2 个以上县（市）。

3、霍乱在一个县（市、区）行政区域内发生，1 周内发病 10—29 例，或波及 2 个以上县（市、区）。

4、一周内在一个县（市、区）行政区域内，乙、丙类传染病发病水平超过前 5 年同期平均发病水平 1 倍以上。

在缺乏前 5 年周平均发病水平资料的情况下，暂按下列标准：

（1）痢疾、甲肝、伤寒副伤寒、麻疹：在一个县（市、区）行政区域内，同一事件累计发病 100 例以上；或者累计发病 10 例以上并出现死亡病例。

（2）流脑、出血热：在一个县（市、区）行政区域内，同一事件累计发病 10 例以上，并出现死亡病例。

（3）流感：在一个县（市、区）行政区域内，同一事件累计发病数 500 例以上。

5、在一个县（市、区）行政区域内发现群体性不明原因疾病。

6、一次食物中毒人数超过 100 人，或出现死亡病例。

7、预防接种或群体预防性服药出现群体心因性反应或不良反应。

8、一次发生急性职业中毒 10-49 人，或死亡 4 人以下。

9、市卫健委认定的其它较大突发公共卫生事件。

#### （四） 一般突发公共卫生事件（Ⅳ级）

有下列情形之一的为一般突发公共卫生事件（Ⅳ级）：

1、腺鼠疫在一个县(市、区)行政区域内发生，一个平均潜伏期内病例数未超过 10 例。

2、霍乱在一个县（市、区）行政区域内发生，1 周内发病 9 例以下。

3、一次食物中毒人数 30-99 人，未出现死亡病例。

4、一次发生急性职业中毒 9 人以下，未出现死亡病例。

5、县级以上人民政府卫生行政部门认定的其它一般突发公共卫生事件。

### 三、突发公共卫生事件的报告

#### （一）报告范围与标准

根据《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》的要求，突发公共卫生事件相关信息报告范围，包括可能构成或已发生的突发公共卫生事件相关信息。突发公共卫生事件的确认、分级由卫生行政部门组织实施。

#### 1、传染病

(1) 鼠疫：发现1 例及以上鼠疫病例。

(2) 霍乱：发现1 例及以上霍乱病例。

(3) 传染性非典型肺炎：发现1 例及以上传染性非典型肺炎病例病人或疑似病人。

(4) 人感染高致病性禽流感：发现1 例及以上人感染高致病性禽流感病例。

(5) 炭疽：发生1 例及以上肺炭疽病例；或1 周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生3 例及以上皮肤炭疽或肠炭疽病例；或1 例及以上职业性炭疽病例。

(6) 甲肝/戊肝：1 周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生5 例及以上甲肝/戊肝病例。

(7) 伤寒（副伤寒）：1 周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生5 例及以上伤寒（副伤寒）病例，或出现2 例及以上死亡。

(8) 细菌性和阿米巴性痢疾：3 天内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生10 例及以上细菌性和阿米巴性痢疾病例，或出现2 例及以上死亡。

(9) 麻疹：1 周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生10 例及以上麻疹病例。

(10) 风疹：1 周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区等集体单位发生10 例及以上风疹病例。

(11) 流行性脑脊髓膜炎：3 天内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生3 例及以上流脑病例，或者有2 例及以上死亡。

(12) 登革热：1 周内，一个县（市、区）发生5 例及以上登革热病例；或首次发现病例。

(13) 流行性出血热：1 周内，同一自然村寨、社区、建筑工地、学校等集体单位发生5 例（高发地区10 例）及以上流行性出血热病例，或者死亡1 例及以上。

(14) 钩端螺旋体病：1 周内，同一自然村寨、建筑工地等集体单位发生5 例

及以上钩端螺旋体病病例，或者死亡1 例及以上。

(15) 流行性乙型脑炎：1 周内，同一乡镇、街道等发生5 例及以上乙脑病例，或者死亡2 例及以上。

(16) 疟疾：以行政村为单位，1 个月内，发现5 例（高发地区10例）及以上当地感染的病例；或在近3 年内无当地感染病例报告的乡镇，以行政村为单位，1 个月内发现5 例及以上当地感染的病例；在恶性疟流行地区，以乡（镇）为单位，1 个月内发现2 例及以上恶性疟死亡病例；在非恶性疟流行地区，出现输入性恶性疟继发感染病例。

(17) 血吸虫病：在未控制地区，以行政村为单位，2 周内发生急性血吸虫病病例10 例及以上，或在同一感染地点1 周内连续发生急性血吸虫病病例5 例及以上；在传播控制地区，以行政村为单位，2周内发生急性血吸虫病5 例及以上，或在同一感染地点1 周内连续发生急性血吸虫病病例3 例及以上；在传播阻断地区或非流行区，发现当地感染的病人、病牛或感染性钉螺。

(18) 流感：1 周内，在同一学校、幼儿园或其他集体单位发生30例及以上流感样病例，或5 例及以上因流感样症状住院病例，或发生1 例及以上流感样病例死亡。

(19) 流行性腮腺炎：1 周内，同一学校、幼儿园等集体单位中发生10 例及以上流行性腮腺炎病例。

(20) 感染性腹泻（除霍乱、痢疾、伤寒和副伤寒以外）：1 周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位中发生20 例及以上感染性腹泻病例，或死亡1 例及以上。

(21) 猩红热：1 周内，同一学校、幼儿园等集体单位中，发生10例及以上猩红热病例。

(22) 水痘：1 周内，同一学校、幼儿园等集体单位中，发生10 例及以上水痘病例。

(23) 输血性乙肝、丙肝、HIV：医疗机构、采供血机构发生3 例及以上输血性乙肝、丙肝病例或疑似病例或HIV 感染。

(24) 新发或再发传染病：发现本县（区）从未发生过的传染病或发生本县近5 年从未报告的或国家宣布已消灭的传染病。

(25) 不明原因肺炎：发现不明原因肺炎病例。

## 2、食物中毒

(1) 一次食物中毒人数30 人及以上或死亡1 人及以上；

(2) 学校、幼儿园、建筑工地等集体单位发生食物中毒，一次中毒人数5 人及以上或死亡1 人及以上。

(3) 地区性或全国性重要活动期间发生食物中毒，一次中毒人数5人及以上或死亡1 人及以上。

## 3、职业中毒

发生急性职业中毒10 人及以上或者死亡1 人及以上的。

## 4、其他中毒

出现食物中毒、职业中毒以外的急性中毒病例3 例及以上的事件。

## 5、环境因素事件

发生环境因素改变所致的急性病例3 例及以上。

## 6、意外辐射照射事件

出现意外辐射照射人员1 例及以上。

## 7、传染病菌、毒种丢失

发生鼠疫、炭疽、非典、艾滋病、霍乱、脊灰等菌毒种丢失事件。

## 8、预防接种和预防服药群体性不良反应

(1) 群体性预防接种反应：一个预防接种单位一次预防接种活动中出现群体性疑似异常反应；或发生死亡。

(2) 群体预防性服药反应：一个预防服药点一次预防服药活动中出现不良反应（或心因性反应）10 例及以上；或死亡1 例及以上。

## 9、医源性感染事件

医源性、实验室和医院感染暴发。

## 10、群体性不明原因疾病

2 周内，一个医疗机构或同一自然村寨、社区、建筑工地、学校等集体单位发生有相同临床症状的不明原因疾病3 例及以上。

## 11、各级人民政府卫生行政部门认定的其它突发公共卫生事件。

### (二) 突发公共卫生事件的认定

突发公共卫生事件值班人员或相关科室接到突发公共卫生事件报告，在相关科室调查核实的基础上，由突发公共卫生事件应急处理领导小组召集相关责任部门及

专业人员，对事件原因、调查结果、危害程度等进行分析和研究，做出初步认定结论，报南阳市卫健委、市疾病预防控制中心，并进行网络直报。较大突发公共卫生事件由南阳市卫健委认定，一般突发公共卫生事件由市卫生行政部门认定。

传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感、猪链球菌病和脊髓灰质炎等疫情，由省级以上卫生部门组织专家认定。

### （三）报告方式、时限和程序

突发公共卫生事件相关信息的责任报告单位和责任报告人，应当在2小时内以电话或传真等方式向属地卫生行政部门指定的专业机构报告，同时进行网络直报，直报的信息由指定的专业机构审核后进入国家数据库。不具备网络直报条件的责任报告单位和责任报告人，应采用最快的通讯方式将《突发公共卫生事件相关信息报告卡》报送属地卫生行政部门指定的专业机构。我中心接到突发公共卫生事件相关信息报告后，应对信息进行审核，确定真实性，并立即向市卫健委报告。

### （四）报告的内容

县疾病预防控制中心有关专业工作组参与基层突发事件的技术指导，按属地管理原则和规定程序逐级上报，并进行网络直报。但有关专业组事先应及时向中心领导小组汇报工作情况。报告发出应经中心主管领导审核签字。

#### 1、事件信息

信息报告主要内容包括：事件名称、事件类别、发生时间、地点、涉及的地域范围、人数、主要症状与体征、可能的原因、已经采取的措施、事件的发展趋势、下步工作计划等。具体内容见《突发公共卫生事件相关信息报告卡》。

#### 2、事件发生、发展、控制过程信息

事件发生、发展、控制过程信息分为初次报告、进程报告、结案报告。

##### （1）初次报告

报告内容包括事件名称、初步判定的事件类别和性质、发生地点、发生时间、发病人数、死亡人数、主要的临床症状、可能原因、已采取的措施、报告单位、报告人员及通讯方式等。

##### （2）进程报告

报告事件的发展与变化、处置进程、事件的诊断和原因或可能因素，势态评估、控制措施等内容。同时，对初次报告的《突发公共卫生事件相关信息报告卡》进行补充和修正。

重大及特别重大突发公共卫生事件至少按日进行进程报告。

### (3) 结案报告

事件结束后，应进行结案信息报告。达到《国家突发公共卫生事件应急预案》分级标准的突发公共卫生事件结束后，由相应级别卫生行政部门组织评估，在确认事件终止后2周内，对事件的发生和处理情况进行总结，分析其原因和影响因素，并提出今后对类似事件的防范和处置建议。

接到突发公共卫生事件报告，应记录报告人姓名、联系地址、联系电话、报告日期和时间等。

### (五) 信息监控、分析与反馈

1、根据卫生行政部门要求，建立突发公共卫生事件分析制度，每日对网络报告的突发公共卫生事件进行动态监控，定期进行分析、汇总，并根据需要随时做出专题分析报告。

2、对突发公共卫生事件分析结果要以定期简报或专题报告等形式向南阳市疾病预防控制中心和市卫健委报告，并及时向下一级卫生行政部门和各乡镇疾控机构反馈。不得擅自对外发布任何应急事件信息。

## 四、突发公共卫生事件的处理

### (一) 启动应急预案

较大及以上级别突发公共卫生事件发生后，由中心组织相关科室及专业人员，对突发公共卫生事件作出综合评估，初步判断事件的类型，根据事件的类型和严重程度等，向县卫健委提出启动突发公共卫生事件应急预案的建议。

### (二) 现场调查处理

突发公共卫生事件发生后，相关应急处理专业工作组应按照中心突发公共卫生事件应急处理领导小组和本预案规定的职责要求，立即到达岗位，开展现场调查处理和技术指导，针对突发公共卫生事件的原因和需要，采取相应的控制措施。要采取边调查、边处理、边抢救、边核实的方式，以有效措施控制事态发展。各类突发公共卫生事件应急预案详见第二部分专项预案 1-21。

## 五、突发公共卫生事件的评估

(一) 突发事件处理结束后，由相关责任部门负责在3个工作日内对突发事件做出专题调查报告，报告应当描述基本情况、流行特征、结论及预防措施。同时进行危害评估及效果分析。评估内容主要包括：事件概况、现场调查处理概况、病

人救治情况、所采取措施的效果评价、应急处理过程中存在的问题和取得的经验及改进建议。

(二)形成的专题调查报告和评估报告由中心向市卫健委和省疾控中心报送。

## 六、 突发公共卫生事件应急处理组织机构

### (一)组织指挥机构与职责

1、机构：成立突发公共卫生事件应急处理领导小组。

组 长：王方方

副组长：孟宪勇 王文 王大江 徐长发 李爱军 陈玉峰 聂瑞晓

郑向辉 胡梦影

成 员：李强 李雁北 陈立业 陈岩 李双叶 张蓬 石金月 仵志方 薛冬梅

穆朋玥 王伟华 李丹

2、职责：组织指挥、协调、管理突发公共卫生事件应急预案的组织实施。

领导小组下设应急办公室，应急办公室主任由王大江担任，成员为李强 李雁北 陈立业 陈岩 李双叶 张蓬 石金月 仵志方 薛冬梅 穆朋玥 王伟华 李丹等相关科长，负责突发公共卫生事件的综合协调工作。

### (二)应急处理专业工作组

1、重大传染病疫情应急处理工作组

组 长：王方方

副组长：孟宪勇

成 员：王 文 王大江 徐长发 李爱军 陈玉峰 聂瑞晓 郑向辉

胡梦影 李 强 李雁北 陈立业 陈 岩 李双叶 张 蓬 石金月

仵志方 薛冬梅 穆朋玥 王伟华 李丹 邓延鸽

职责与任务：负责新发及重大传染病、不明原因疾病、群体性预防接种不良反应的调查处理。包括：鼠疫、霍乱、传染性非典型肺炎、人感染高致病性禽流感、肺炭疽、肝炎、伤寒副伤寒、痢疾、出血热、艾滋病、疟疾，肠出血性大肠杆菌 O157:H7 感染性腹泻等新发传染病，群体性不明原因疾病，群体性预防接种不良反应，学生预防服药不良反应，重大活动期间或自然灾害期间发生的传染病，医院或实验室感染暴发，需要多部门参与控制的人、畜共患传染病等突发性事件。

2、重大食物中毒应急处理工作组

组 长：聂瑞晓

成 员：陈立业 李雁北 刘良豪 邓延鸽 刘一霖 李丹 李双叶

职责与任务：负责全县食物中毒事件的应急处理工作。

### 3、重大职业中毒应急处理工作组

组 长：李彦军

成 员：薛冬梅 杨阳 宋厚霖 李雁北 邓延鸽 李丹 李双叶

职责与任务：负责各类单位发生的职业病危害事故、重大化学污染、放射事故等突发事件的应急处理；按照专业规程，开展安全生产事故灾难的现场防疫工作。

### 4、环境消毒应急处理工作组

组 长：聂瑞晓

成 员：陈立业 李雁北 刘良豪 邓延鸽 刘一霖 李丹 李双叶

职责与任务：负责重大传染病控制、自然灾害期间传染病控制、医院或实验室感染暴发、意外污染等环境消毒处理，以及异常出现的病媒昆虫、动物等突发事件的应急处理工作。

#### （三）突发公共卫生事件检测组

组 长：徐长发

成 员：李双叶 何雨露 赵丽明 陈艳艳 符晓辉

职责与任务：负责各类突发公共卫生事件疾病危害因素检测的样品采集，实验室检测分析与报告等工作。

#### （四）信息管理与健康教育组

组 长：郑向辉

成 员：张蓬 李强 穆朋玥 曲晓敏 李蕤 王敏 石金月

职责与任务：负责各类突发公共卫生事件信息收集，分析利用，网络报告和卫生防病知识宣传及健康教育等工作。

#### （五）应急后勤保障组

组 长：王文

成 员：李强 穆朋玥

职责与任务：负责各类突发公共卫生事件应急处理资金、药品、器械等物资的计划、采购、储运、调度、使用、管理和供应保障。

## 七、 突发公共卫生事件应急组织管理

### （一）应急专业队伍的建设与培训

根据新时期疾控工作发展需要，充分利用好现有的人力资源，并不断调整充实专业技术队伍，鼓励在岗学习，进行经常性的专业技术培训和理论测试，每年有针对性的开展 1-2 次突发事件应急处理模拟实战演练，强化快速反应意识，不断提高流行病学调查、现场处置和实验室检测检验能力，以适应突发事件应急处理工作的需要。

## （二）开展大众健康教育

1、由于突发事件具有突发性、意外性、群体性等特征，充分发挥健康教育在预防和控制突发公共卫生事件方面的重要作用，利用现有宣传手段，采取多种宣传途径和形式，针对不同人群，开展经常性的宣传教育活动，增强公众对突发公共卫生事件相关知识的了解，提高公众的危机意识和防范意识，保证预防控制效果。

2、突发事件发生期间，在发生地区对公众广泛开展突发公共卫生事件应急知识的普及教育，宣传卫生科普知识，指导群众以科学的行为和方式对待突发公共卫生事件，帮助个人和群体掌握卫生保健知识，树立健康观念，动员群众参与、支持疾病控制工作。

## （三）考核管理

1、参与重大突发性公共卫生事件应急处理工作，是各职责部门和每位工作人员应尽的职责与义务，都应无条件地服从领导和统一指挥。我中心将各职责部门和个人参与突发事件应急处理工作纳入对科室、个人年度目标责任考核的一项内容，与奖惩挂钩，与个人职称晋升、评优挂钩。对成绩突出的科室和个人给与表彰奖励。对完不成任务的给予通报批评，并依据有关规定给与相应处理。

2、在突发公共卫生事件的预防、报告、调查、控制和处理过程中，有玩忽职守、失职、渎职等行为的，依据《突发公共卫生事件应急条例》及有关法律法规追究当事人的责任。

## 八、相关预案及卫生部规章

- 1、《国家突发公共事件总体应急预案》
- 2、《国家突发公共卫生事件应急预案》
- 3、《国家突发公共事件医疗卫生救援应急预案》
- 4、《国家鼠疫控制应急预案》（国办发〔2007〕46号）
- 5、《疟疾突发疫情应急处理预案》（卫疾控发〔2006〕55号）
- 6、《血吸虫病突发疫情应急处理预案》（卫疾控发〔2005〕263号）

- 7、《非职业性一氧化碳中毒事件应急预案》（卫应急发〔2006〕355号）
- 8、《传染病信息报告管理规范》（卫办疾控发〔2006〕92号）
- 9、《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》（卫办应急发〔2005〕288号）
- 10、《卫生部关于修改〈突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法〉（卫生部第37号令）的通知》（卫疾控发〔2006〕332号）
- 11、《国家自然灾害信息报告管理规范（试行）》（卫办应急发〔2006〕134号）
- 12、《传染性非典型肺炎防治管理办法》（二〇〇三年卫生部令第35号）
- 13、《医疗卫生机构灾害事故防范和应急处置指导意见》（卫办发〔2006〕16号）
- 14、王陇德主编：《卫生应急工作手册》（2005年版）
- 15、《河南省鼠疫应急处理预案》（试行）
- 16、《流行性乙型脑炎应急处理预案》（豫卫疾控〔2007〕32号）

## 突发公共卫生事件接收报告记录及安排

### 一、接收报告记录

接到公共卫生突发事件报告的相关科室人员或值班人员，要详细记录报告内容，并主动问清下列事项：

- 1、报告者姓名、所在单位、联系地址、通讯方式，记录报告日期和时间。
- 2、事件基本情况：包括事件名称、初步判定的事件类别和性质、发生地点、发生时间、发病人数、死亡人数、主要的临床症状、可能原因、已采取的措施及效果等。
- 3、是否已将情况报告至当地卫生院，如没有，应要求报告者向当地卫生院报告。
- 4、提出将病人送入就近大医院诊治的建议以及采取紧急控制措施的意见。
- 5、询问是否需要技术、物资支持，需要何种技术、物资支持。
- 6、建立联系的快捷方式，人员姓名、电话号码、传真号码、E-mail 地址。
- 7、记录人姓名，接报告时间及处理简况。
- 8、接收报告记录表如下：

### 接收报告记录表

报告人姓名		性别		职务/职称		单位	
突发事件详细地址	县市（区）		乡镇/街道		村（单位）		组
联系电话/手机号码			传真			E-mail	
事件发生开始时间	年 月 日 时 分			向上级 CDC 报告时间			
事件详细记录：							
提出紧急建议：							
记录人签名：	记录时间： 年 月 日 时 分						
上报领导：	上报领导时间： 年 月 日 时 分						

## 二、接收报告后的安排

1、接到突发公共卫生事件报告后，要立即将记录送有关部门，并向有关领导汇报。

2、相关科室应迅速向有关事发单位或当地卫生机构核查情况，提出行动建议，向有关领导汇报。发生在乡（镇、办）的要责成乡（镇、办）级卫生院落实行动意见。必要时向市 CDC、卫健委汇报。

3、根据初步了解的突发公共卫生事件情况，必要时组织人员、器械、药品、车辆，尽快赶赴现场。

①中心领导迅速调度有关专业技术人员、检验人员、后勤保障人员组成应急处理小组。

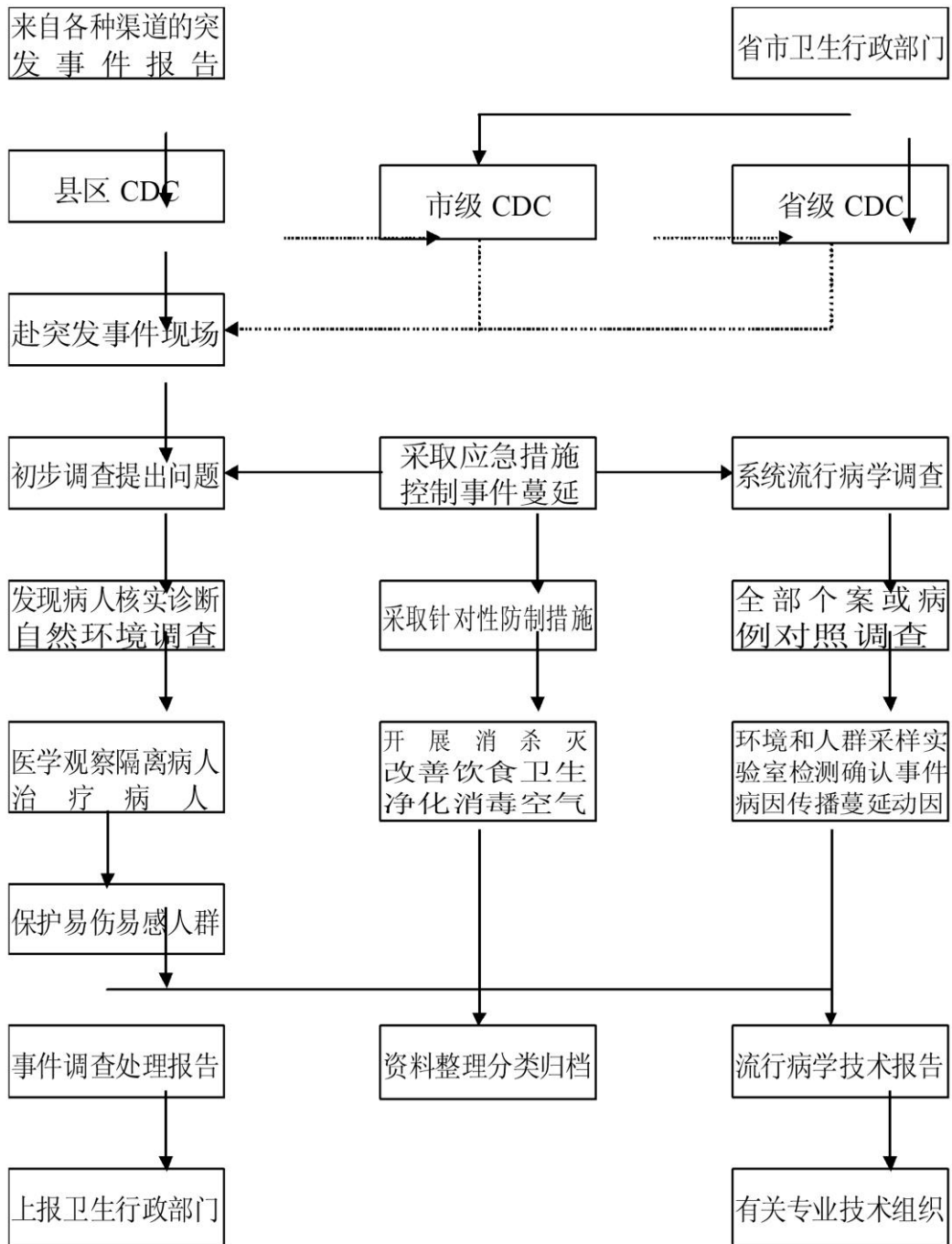
②诊断、检验器材准备：相关专业技术科室平时要准备好采样器材、现场快检仪器、常规医疗诊断器械，化验室要准备好相关试剂、采样器材等。

③器械药品：后勤科为应急小组准备消、杀、灭药品及现场急用药械，派出车辆。

④文书资料：应急小组自备个案调查表，采样单和参考书籍等资料。

⑤值班联络：相关业务科室安排人员值班，保证联系通畅。

## 突发公共卫生事件调查处理程序



—————> 表示基本工作程序

.....> 表示技术求助和支持

## 第二部分 分则

### 暴发疫情处理应急预案

为了预防和控制暴发疫情，保护人民健康和社会稳定，特制定本应急预案。

#### 一、暴发疫情概述

暴发疫情是由细菌、病毒、立克次氏体、支原体、衣原体、蛋白性感染因子、寄生虫和其他生物体引起的群体性疾病暴发。特点是：有或无共同的传染源；潜伏期长短依据病原特征，潜伏期短者第一代病例经常与第二代、第三代病例混合存在；病例呈簇状出现；不同病原体引起的暴发疫情临床表现不同，但绝大多数病人临床表现有发热。

#### 二、暴发疫情调查处理原则

调查处理暴发疫情的总体原则是迅速地控制流行；防止疫情蔓延、复发；探讨病因。

一是要发现确定传染源，消除传染源，或隔离治疗处于传染期的病人、病原携带者，消除其传播病原的状态；二是对疫源地、疫点进行有效地消毒、杀虫、灭害处理，取缔或限制所有促进传播的活动，切断传播途径；三是使用生物制品和预防性药物进行预防，保护易感人群，提高群体抗病能力；四是加强健康教育，严格饮水和食品卫生管理，改善个人卫生，改善外环境卫生质量。

#### 三、暴发疫情的调查处理程序

- 1、核实诊断，确证暴发。
- 2、初步调查，了解疫情的分布特征。
- 3、建立假设并采取控制措施。
- 4、深入调查，验证假设。
- 5、根据深入调查的结果，进一步落实控制措施并评价其效果。

#### 四、暴发疫情的现场调查处理

##### （一）现场流行病学调查

现场流行病学调查的目的：一是找出病因，二是找出传染源，三是确定传播途径，

四是查清密切接触者。从而实施隔离治疗病人、消除或控制传染源、切断传播途径、医学观察密切接触者、保护易感人群的措施。

专业技术人员到达现场后，尽快制订流行病学调查计划和方案，各级专业技术人员按照计划和方案，开展对突发事件累及人群的发病情况、分布特点进行调查分析，提出并实施有针对性的预防控制措施；对传染病病人、疑似病人、病原携带者及其密切接触者进行追踪调查，查明传播链，并向疾病预防控制机构通报情况。

#### 1、初步调查，判断暴发

①向接诊医生询问，并认真阅读病历，了解暴发病例的症状、体征、实验室和影像检查结果，临床诊断和治疗情况，并尽量做到直接询问病人的临床症状，并进行体格检查；对未入院治疗者，直接进行临床检查和询问，或向亲属了解相关情况。

②对暴发过程中的疑似病人或接触者进行登记，并按需要进行隔离治疗、调查、留验和医学观察。

③判断是否属于暴发。判断的原则是在较短时期内（一个潜伏期），一个单位、村庄、社区的小范围内发生大量临床表现相似的病人，即疾病发生的时、空间分布高度集中。

④判断暴发的同源性和多源性。将病例数按日（时）绘制直条图，如呈单峰，并呈对数正态分布，且疾病发生从开始到结束恰在该病的最短至最长潜伏期内，则认为该暴发为同源暴露所致。如呈现多峰，发病起止时间超过该病的潜伏期，则认为该次暴发是多源暴露或同源多次暴露。

#### 2、个案流行病学调查

①调查的目的主要是回答什么时候、什么地方、什么物质、动物或人传染给患者；作为患者可能在什么地方、什么时间、再传染给什么人。调查要围绕查清来龙去脉的思路进行。

②调查要使用统一个案调查表。

③对调查人员统一培训，使每个调查员对表中每项内容具有唯一的理解。

④调查时要努力找到每一个病人，逐个进行个案调查，尽量做到详尽。不要轻易放弃任何一个危险因素。

⑤个案调查的质量决定现场调查的质量。要求调查要客观，实事求是；努力提高

调查表中各项回答率；对表中设计的“不详”和“其他”栏目，要努力争取有应答。

⑥通过个案调查表的统计分析对暴发病例进行准确的“三间”分布描述。

### 3、外环境状况调查

主要是对疾病暴发时人群的饮食卫生状况，环境卫生状况，人群居住密度，昆虫和动物密度，密切接触动物的疾病流行情况等进行调查，与个案流行病学调查一并进行。

### 4、提出病因假设

①描述病例的“三间”分布特征，计算平均潜伏期。

②根据调查结果，初步分析病人共同暴露的危险因素和可能引起暴发的因素和环节。

③开展病例-对照调查，提出病因假设。

④在进行病因初步调查的同时，对当地人口、经济、风俗、卫生习惯、医疗卫生状况和既往疾病等有关情况进行调查，佐证假设的病因。

## (二)、统计描述，分析归纳

一代性暴发疫情和潜伏期较短的暴发疫情，通过描述性研究，绘制“三间”分布图，就可以找出相同暴露源、传播途径、传播动因和潜伏期，应用逻辑推理方法，探寻病因线索，形成病因假设。对潜伏期较长的疾病用病例对照分析。

## (三)、病原学检验鉴定

1、根据病因假设，采集相应的样本。样本采集要尽可能早，妥善保存。

2、安排实验，确定病因。

## (四)、采取相应措施、控制暴发

发现传染病疫情或接到传染病疫情报告时，应当及时采取下列措施：

1、对传染病疫情进行流行病学调查，根据调查情况提出划定疫点、疫区的建议，对被污染的场所进行卫生处理，对密切接触者，在指定场所进行医学观察和采取其他必要的预防措施，并向市卫健委提出疫情控制方案；

2、传染病暴发、流行时，对疫点、疫区进行卫生处理，向市卫健委提出疫情控制方案，并按照市卫健委的要求采取措施；

3、指导乡级疾病预防控制机构实施传染病预防、控制措施，组织、指导有关单

位对传染病疫情的处理。

(1) 对病人的措施：病人和疑似病人，进行隔离救治或隔离观察；病人可能排毒的场所，进行随时消毒；病人已被送往医院隔离治疗或迁出，对病人可能污染的物品、环境进行终末消毒。

(2) 对易感人群的措施：调查追踪处于传染期病人的密切接触者，进行留验和医学观察，发现继发病例，及时隔离治疗。对一般接触者和易感人群进行应急免疫接种或预防性服药。

(3) 对危险因素的措施：对暴发原因明确的，立即采取针对性强制措施，如隔离传染源，彻底消毒。对原因不明的主要是卫生知识宣传。

(4) 对环境的措施：根据污染的程度划分不同的区域，采取不同的措施。强制开展消、杀、灭和污染物的无害化处理和管理工作，进行空气消毒，加强水源管理，严格饮食卫生，开展爱国卫生运动等。

#### (五) 总结评价

1、确定暴发原因和特征，分析流行病学关联。确定初步诊断和实验室分析结果是否相符，判断初步假设与进一步流行病学调查结果是否吻合，检验流行病学调查结果与采取的防治措施的效果是否符合。

2、总结整个事件调查、处理的经验教训，从中得到启发。形成书面报告，上报和反馈。撰写学术论文，发表与交流。

3、建立疫情处理资料档案，包括疫情发生过程，调查工作过程，疫情发生原因、促进因素、疫区处理纪录，采取措施，处理结果和效果。

4、对已采取的防治措施进行效果评价，提出进一步的防治措施。

5、提出建议，预防疫情再发。

# 群体性不明原因疾病应急处理预案

## 一、总则

群体性不明原因疾病是指在短时间内，某个相对集中的区域内同时或相继出现多名具有共同临床表现的患者，呈现一定的聚集性，且病例不断增加，范围不断扩大，又暂时不能明确诊断的疾病。群体性不明原因疾病发生初期常因诊断不明，难以采取有针对性的防控措施，处理难度大，又极易引起社会的关注，造成公众恐惧情绪，甚至影响社会稳定和经济发展。

### （一）目的和依据

为了及时发现、明确诊断、恰当治疗、有效控制和消除群体性不明原因疾病的危害，指导和规范群体性不明原因疾病的应急处置工作，保障公众健康和生命安全，维护社会稳定，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《国家突发公共卫生事件应急预案》等规定，结合我县实际，制定本预案。

### （二）适用范围

本预案适用于市内突然发生严重影响公众安全的群体性不明原因疾病时，我中心参与的应急处理工作。

### （三）工作原则

#### 1、适宜处理原则

群体性不明原因疾病事件发生后，应根据已掌握的情况，尽快判定事件性质，评估其危害度，并根据疾病控制的基本理论和已有的疾病控制实践经验，选择适宜的应急处置措施。

#### 2、病原学与流行病学病因调查并重原则

对群体性不明原因疾病事件，在采取适当措施的同时，应尽快查找致病原因。对有些群体性不明原因疾病，特别是新出现的传染病暴发时，很难在短时间内查明病原的，应尽快查明传播途径及主要危险因素（流行病学病因），以控制疫情蔓延。

#### 3、调查与控制兼顾原则

对群体性不明原因疾病事件的处置，需坚持调查和控制并举的原则。在事件的不同阶段，应根据事件的变化调整调查和控制的侧重点。若流行病学病因（主要指传染源或污染来源、传播途径或暴露方式、易感人群或高危人群）不明，应以调查

为重点，尽快查清事件的原因。流行病学病因查清后，应立即采取针对性的控制措施。

#### 4、快速响应与规范调查相结合原则

对危害严重的群体性不明原因事件应尽快做出响应，采取控制措施。同时，按现场流行病学调查方法和步骤规范地开展调查。

#### 5、事件信息发布与公众引导原则

调查处置群体性不明原因疾病事件，应适时地与媒体、患者及其家属、社区进行沟通，充分利用、发挥媒体的积极作用，特别是对媒体已介入或群众反响较大的事件，更应主动引导媒体报道，正确对待社会传言，防止事件恶化。利用媒体向公众宣传防病知识，传达政府对群众的关心，正确引导群众积极参与疾病控制工作。事件信息发布按规定权限进行。

## 二、事件分级

特别重大群体性不明原因疾病事件：涉及我县和邻县的群体性不明原因疾病，并有扩散趋势。

重大群体性不明原因疾病事件：发生群体性不明原因疾病，扩散到县(市)以外的地区。

较大群体性不明原因疾病事件：在本县区域内发现群体性不明原因疾病。

市(县)卫生行政部门认定的相应级别的群体性不明原因疾病事件。

## 三、组织领导

见桐柏县疾病预防控制中心突发公共卫生事件应急预案。

## 四、监测与报告

### (一) 监测

疾控机构和医疗机构等监测报告机构根据群体性不明原因疾病监测数据及信息，及时进行收集汇总、科学分析、综合评估，早期发现潜在隐患。

#### 1、建立监测网络

建立县级监测机构(一级)、乡镇卫生院、社区卫生服务中心(站)(二级)和村卫生室(三级)组成的监测网络。

#### 2、设置监测点

根据所发生的群体性不明原因疾病的流行特征及防治工作需要，由县卫健委指定群体性不明原因疾病的监测点医院(按疫情发展需要适时调整监测点的设置)。

各监测点医院要根据群体性不明原因疾病发病特点和诊断标准开展病例监测，每日定时报告监测情况及收治病人的动态情况，实行“零报告”制度。

其它各级各类医疗卫生机构要按照群体性不明原因疾病发病特点和诊断标准，开展病人筛选，发现有可疑症状的病人要及时向辖区内监测机构报告。

## （二）报告

监测报告机构接到群体性不明原因疾病报告后，要详细询问事件发生的情况以及报告人、联系电话等，填写专用记录表格，根据报告程序立即向当地卫生行政部门和上级监测报告机构报告。

按照《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国职业病防治法》、《中华人民共和国食品卫生法》、《中华人民共和国突发事件应对法》、《突发公共卫生事件应急条例》和《国家突发公共卫生事件应急预案》等规定，有关责任报告单位和责任报告人应在规定时限内做好报告工作。报告内容应包括：群体性不明原因疾病发生的时间、地点、初步原因、发展趋势和涉及范围、人员伤亡与危害程度等情况；除上述内容外，还包括初步推断传播途径（或污染环节等）以及已经采取的控制措施等。负责调查处理的有关单位应在调查后 2 小时提交初步调查处理书面报告，疫情或事故结案后 5 个工作日内提交书面总结。

## 五、应急响应

应急处理工作应实行边调查、边抢救、边处理、边核实，科学有序、及时有效控制事态发展的原则。

### （一）启动预案

发生群体性不明原因疾病时，建议县卫健委立即启动群体性不明原因疾病应急处理预案。根据群体性不明原因疾病的级别和处理需要，按县卫健委的要求及时派出应急处理队伍到现场进行技术指导和处理。

### （二）初步核实、分析病因

对事件的真实性进行进一步核实，对所有患者进行个案调查。了解流行病学史、体征和检验结果，追寻共性特征。

通过现场疫情调查、环境调查和实验室检测等流行病学调查，初步分析探索引起群体性不明原因疾病的病因。

#### 1、寻找病因线索

通过对患者的症状、体征、实验室检测结果、临床治疗结果及转归等资料进行分析，为判定疾病主要影响的器官、病原种类、影响流行的环节提供最基本的线索。病因线索的调查先按感染性与非感染性两类查找病因线索，然后逐步细化。

(1)根据起病方式、发热（热度、热程、热型）、病情进展、常规检验结果，判定是感染性疾病，还是非感染性疾病；

(2)考虑为感染性疾病时，根据患者的症状、体征，实验室检测结果，以及诊断性治疗反应，进一步判定是细菌性、病毒性，还是其他病原微生物的感染，再判定有无传染性，然后通过临床综合分析提出可疑的病原；

(3)考虑为非感染性疾病时，需先判定是否为中毒。各类中毒都有相应的靶器官，根据疾病发生经过、毒性特点确定中毒的可能性。同时结合进食、职业史等暴露资料，寻找可能引起中毒的毒物线索。

(4)排除上述原因后，再考虑心因性、过敏性或其他原因的可能性。

## 2、建立病因假设

掌握背景资料，归纳疾病分布特征，从描述流行病学特征入手，形成病因假设。

### (1) 分析疾病的“三间”分布

①疾病的时间分布：分析疾病的时间聚集性，推测致病因子的性质（传染性、非传染性、感染性、化学性等）。

②疾病的地区分布：分析疾病的地区（居民社区、学校、工作、娱乐及其他公共场所、旅行地等）聚集性，找出可能的暴露地点，或将疾病与某种暴露相联系，提供潜在暴露来源及途径的线索。

③疾病的人群分布：找出与疾病有关的宿主（人群）特征，提供高危人群的线索，帮助探索特异暴露因素或传染源、传播方式等。

### (2) 提出病因假设

综合分析疾病的三间分布信息，以及其动态变化趋势，在合理的、能被调查事实所支持的、能解释大多数病例的前提下提出病因假设，包括致病因子、危险因素及其来源、传播方式（或载体）、高危人群等。

## 3、病因判定

结合流行病学调查、临床表现和实验室检测结果，判定病因与疾病的因果联系。

### (1) 病因判定方法

满足以下条件即可基本判定为病因：①从一定数量的病人中分离到该病原体；②大多数病人感染病后能产生针对该病原的抗体；③用该病原体作为病因能较好的解释大部分病例的临床表现及该事件的流行病学特点。

判断疾病与病因的因果联系的准则包括：暴露与疾病关联的时间顺序、关联的强度、剂量—反应关系、关联的可重复性、关联的“特异性”、关联的可解释性、暴露和疾病分布的一致性，终止暴露后的效应等。

#### （2）确定病因时应注意的问题

①中毒事件的毒物性质判定：分析出的毒物及其含量所产生的危害要与现场调查及患者的临床表现相符合。

②流行病学调查与实验室检测：寻找确切的群体性不明原因疾病的致病因子，必须借助实验室检测。通过实验室检测从病人或其他来源标本中找到的病原体、毒物等致病因子，是否就是该群体性不明原因疾病的致病因子，还必须通过致病因子与疾病的临床特征和三间分布是否一致的流行病学验证，才能确定两者之间的因果关系。

#### （三）标本的采集与运送

根据流行病学特点和临床表现确定采样范围和检测项目。

##### 1、正确采集适宜标本

(1) 感染性疾病患者需采集急性期和恢复期双份血清标本；

(2) 用于病原学分离的血液应按无菌操作要求。分离细菌等病原体的标本应在使用药物治疗前采集；

(3) 中毒性疾病应根据毒物进入体内的时间、可疑毒物的代谢等确定需要采集的标本；

(4) 必要时，可采集当地一定数量正常人群的相关标本作为对照检测。

##### 2、正确包装、贮存及运送标本

(1) 用于不同病原检测的标本需要注意在相应的温度下保存送检；

(2) 应特别注意可能含有高度传染性病原体的标本，当疾病传染性很强、病死率很高时，在采集，包装和运送标本时都应采取最严密的个人防护措施。

##### 3、注明对实验室检测的要求

检测原因不明疾病要将标本无菌地分成几等份，分别用于检测几种不同的可能病因假设（如感染性疾病的细菌、病毒等，非感染性疾病的毒物等）。需要在标本上注明分送的实验室以及检测的项目和检测方法。

#### （四）综合控制措施

##### 1、无传染性或传染性较弱的群体性不明原因疾病

发生无传染性或传染性较弱的群体性不明原因疾病，应急处理的原则为减少发

病、减少死亡、避免后遗症。主要应做好以下工作：

- (1) 救治危重病人，隔离治疗病人和疑似病人。
- (2) 对密切接触者进行医学观察，寻找共同暴露者。
- (3) 排查可疑致病源。
- (4) 疫点的处理，可能污染物品和环境的消毒。
- (5) 启动预警机制，进行公众健康教育。
- (6) 做好医护人员的合理防护。

## 2、不明生物因子引起的群体性不明原因疾病

对传染性强、传播速度快、危害严重的不明生物因子引起的烈性传染病，紧急时应严格采取如下应急处置措施：

(1) 应急救援工作人员进入疫区时，应先喷洒消毒、杀虫剂，开辟工作人员进入的安全通道，对工作人员采取保护性预防措施，立即对疫点和可能污染地区采样、进行现场检测；

(2) 重症病人立即就地抢救，待情况好转后再转送隔离医院，其他病人和疑似病人应立即就地隔离治疗或送隔离医院治疗。治疗前必须先采集相关标本，立即封锁疫点，进行彻底的消毒、杀虫、灭鼠，配置必要的隔离防护设施；

(3) 根据初步调查结果，确定隔离范围，提出大、小隔离圈及警戒圈的设置意见，报当地政府应急指挥机构批准；

(4) 严格实施消毒，谨慎处理人、畜尸体。在确保安全前提下，根据需要采集有关检验标本；

(5) 病人家属和病人的密切接触者应在洗澡更衣后，送往隔离场所留验、观察，并采取预防性服药等措施。新设立的隔离场所使用前须进行消毒、杀虫、灭鼠，配置必要的隔离防护设施；

(6) 疫点周围小隔离圈内可能被污染的物品、场所、环境、动植物等须进行消毒、杀虫、灭鼠等卫生学处理；

(7) 对大、小隔离圈内的人群应进行全面的检诊、检疫，并酌情给予化学药物预防或采取其他预防措施。如发现病人和密切接触者，应立即送往隔离医院治疗或隔离场所留检，观察。全面搜索大隔离圈的患病动物和动物尸体，所有动物应一律圈养；

(8) 对疫点、小隔离圈及现场临时隔离场所的消毒、杀虫、灭鼠效果进行检测。根据需要捕抓动物、昆虫标本送检。积极开展卫生防病宣传，加强食品、饮用水的卫生管理；

(9) 参加突发事件现场应急处理的工作人员应按要求进行防护，每天工作结束后用水彻底清洗身体，并接受医学检诊。

### 3、不明物理、化学因素引起的群体性不明原因疾病

对不明物理、化学因素引起的群体性不明原因疾病，在进行调查的同时，初步判断可能的污染源，再根据有关应急预案的规定，现场采取应急控制和消除致病、中毒、污染等各种因素的措施。

### 4、开展群防群控

群体性不明原因疾病发生时，发生地的乡镇（社区）以及村民委员会、居民委员会应当组织、发动群众，团结协作，群防群控，协助当地卫生行政部门和其他有关部门、医疗卫生机构做好疫情信息的收集和报告、人员的疏散隔离、公共卫生措施的落实工作，向居民、村民宣传疾病防治的相关知识。

#### （五）健康教育和技术培训

群体性不明原因疾病发生地区要迅速采取多种形式，广泛开展综合防治知识的宣传和健康教育，提高群众的自我防病意识和能力，引导群众养成良好的卫生习惯，要搞好家庭、环境卫生，做好自我防护，尽量避免与可疑病例接触，发生类似症状时及时主动就医。

针对事件性质，有针对性的开展卫生知识宣传教育活动，提高公众健康意识和自我防护能力，消除公众恐慌心理，开展心理危机干预工作。

对群体性不明原因疾病应及时组织相应的技术培训工作，提高医疗卫生工作人员的敏感性。

#### （六）开展医疗救治

当发生群体性不明原因疾病时，在开展病因推断、采取综合控制措施的同时，启动医疗救治工作机制，开展病人接诊、收治和转运工作，实行重症和普通病人分别管理，对疑似患者及时排除或确诊。做好消毒隔离、个人防护和医疗废物处理工作，防止院内交叉感染和污染。同时做好疫情报告。

#### （七）资料整理归档

- 1、报告记录；
- 2、应急处理机构组织形式及成员单位名单；
- 3、调查处理方案；
- 4、调查及检验、诊断记录和结果材料；
- 5、控制措施及效果评价材料；

6、总结及其它调查结案材料。

#### （八）信息发布与通报

事件信息发布与通报按规定权限进行。

### 六、事后评估

#### （一）资料收集

首先要有完善的群体性不明原因疾病暴发调查的程序，及时将调查所得的资料进行整理归档，包括：报告记录；应急处理机构组织形式及成员单位名单；调查处理方案；调查及检验、诊断记录和结果材料；控制措施及效果评价材料；总结及其它调查结案材料。

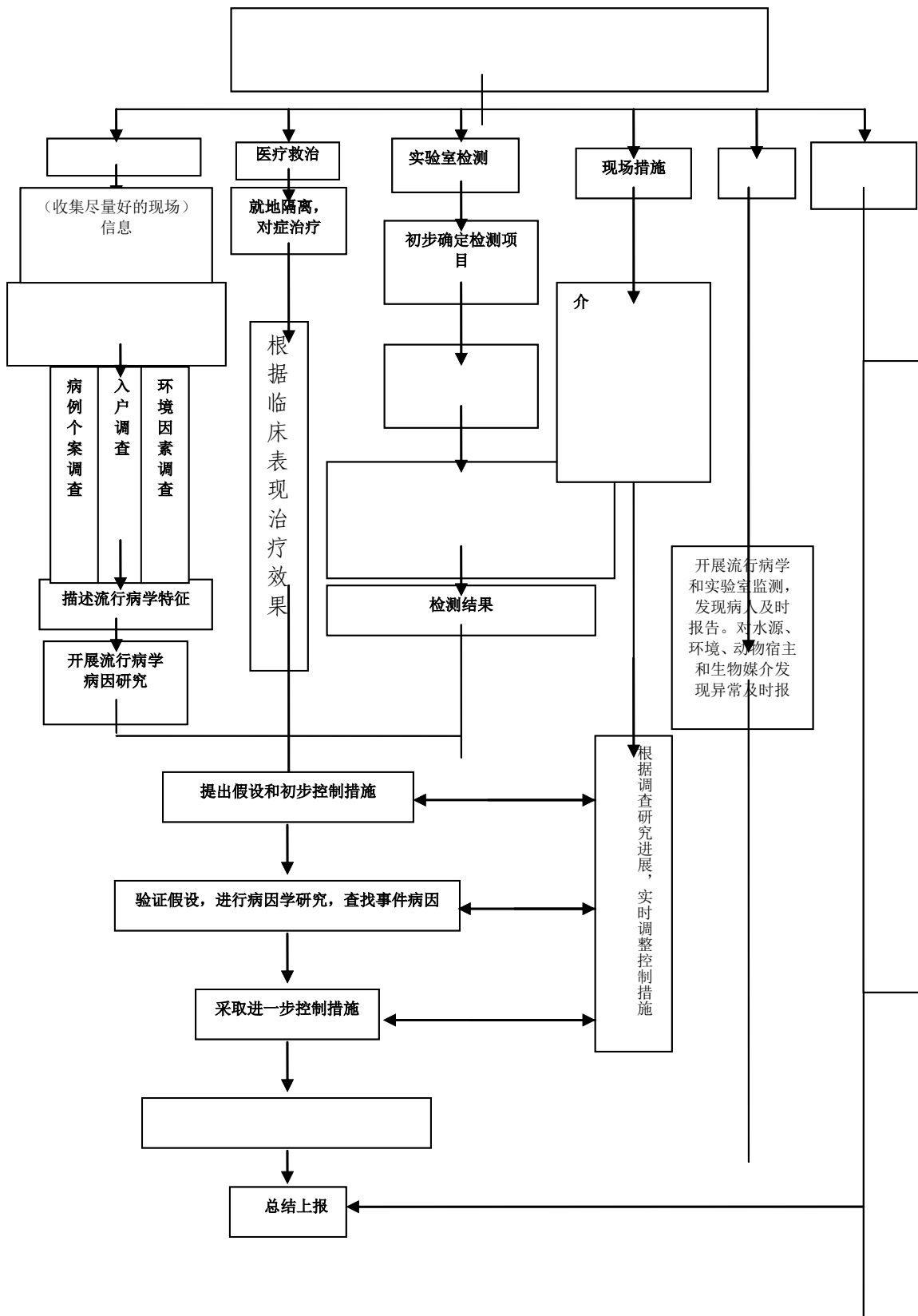
#### （二）评估内容

在资料齐备的前提下，对整个事件的调查处理进行综合评估，包括事件概况、现场调查处理概况、患者救治概况、所采取的措施、效果评价和社会心理评估等，总结经验、发现调查中存在的不足，提高以后类似事件的应急处理能力。

### 七、卫生部相关预案

《群体性不明原因疾病应急处置方案》（卫应急发〔2007〕21号）

附件： 桐柏县群体性不明原因疾病应急处理技术流程图



# 食物中毒应急处理预案

为了认真贯彻《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国食品安全法》、《中华人民共和国突发事件应对法》、《突发公共卫生事件应急条例》和《国家突发公共卫生事件应急预案》、《食品安全事故流行病学调查技术指南》等卫生法律法规，科学应对可能发生的各类突发公共卫生事件，快速、有效地做好突发公共卫生事件的应急处理工作，制止和减少对社会和人民群众的危害，保障公众健康和生命安全，结合我县实际，特制定本应急预案。

## 一、食物中毒概述

食物中毒包括群体性食物中毒和食源性疾病。群体性食物中毒是由于共同食用了某一被病原体或化学物质污染的食物，而造成群体性中毒，所有病例均有食入同一污染食物史，时间分布为单峰。群体性食源疾病可以由共同进食同一污染食物引起，也可由当时、当地生产保存的某类污染、变质食物，以及虫媒搬运病原体，广泛污染食物引起，所有病人不一定即使同一种污染食物，时间分布可分为单峰型也可为多峰。食物中毒的种类有微生物性、有毒植物性、化学性等。

## 二、食物中毒调查处理的原则

食物中毒调查处理的原则是：迅速查清中毒食物和中毒原因，阻断食源，避免其他人继续食入并继续中毒。一是要尽快确定中毒食物，控制中毒食物，阻止中毒人数扩大。二是要查清中毒原因，预防同类食物中毒的再次发生。三是对中毒者实施针对性抢救。四是加强食品卫生管理。

当接到食物中毒报告后，应立即组织人员赶赴现场严格按照程序进行调查处理，并采取相应的紧急控制措施防止事故扩大。如中毒人数 50 例或死亡 1 例以上，应以最快的通讯方式报告南阳市疾病预防控制中心和市卫健委。按有关规定，同时进行网络直报。

## 三、食物中毒调查处理程序

参见突发公共卫生事件调查处理程序。

## 四、食物中毒的现场调查处理

### （一）、现场调查

#### 1、中毒现场调查

（1）、造成食物中毒的五种情况：①所购原料变质或污染，包括生物性和化学性。②保存过程变质，主要是生物性的。③加工过程被污染，包括生物性和化学性污染。

④人为投毒，主要为化学性。⑤有毒动、植物。

(2)、深入食堂、厨房询问清楚 72 小时内各餐供应的食物，并列表登记，以便在个案调查时帮助调查对象回忆。

(3)、了解食品加工的环境卫生和饮用水卫生状况。

(4)、调查、登记食堂的厨房、库房存放食物品种和状况。

(5)、系统了解各种食品原料，包括调味品、添加剂的购置来源和现况，特别是新购入的食品原料情况。

(6)、查清已经食用食物的加工过程、保存条件和保存时间。

(7)、查炊事人员的健康状况。

(8)、询问炊事人员对发生食物中毒的看法。

## 2、对食物中毒者进行个案调查

(1)、食物中毒个案调查的唯一目的，是通过中毒者的调查，找出所有食物中毒者共同的食物源。

(2)、按照发病者必有进食被污染食物史，没进食者不发病，进食者也未必发病的原理，客观进行调查，不应主观臆断。

(3)、向接诊医生询问，并认真阅读病例，详细询问中毒病人的症状、体征，察看实验室、电生理和影像学检查结果，了解临床诊断情况，对未入院治疗者，直接进行临床检查和询问调查。

(4)、调查时要努力找到每一个中毒者，并努力调查清楚中毒症状发生前三天内的饮食情况，包括食入的正餐品种、数量，饮品的种类、数量，以及零食的种类、数量等。

(5)、调查中发现个别中毒者缺乏绝大多数中毒者共同食物源的食入史时，轻易不要剔除该食物源作为危险因素，要对其饮食史进一步系统追踪分析。

(6) 调查时一定要食物中毒者自己回答调查内容，中毒严重无法回答问题时，可向知情人询问，结果可作重要参考。

## 3、病例-对照调查

(1)、急性集体中毒一般通过个案调查和现场勘查，绘制“三间”分布特征，就可推算出平均潜伏期，继而找出共同的危险食源。

(2)、慢性、长潜伏期，反复污染和家庭食物中毒，要开展病例对照调查来进一步探索食物中毒的危险因素。

## (二) 统计分析

进行食物中毒病例统计分析的目的是揭示共同中毒的食源，所以统计分析是在个案调查的基础上，重点对潜伏期、72 小时内饮食种类和食物摄入量进行统计分析。

### （三）食物中毒的检验鉴定

围绕可疑食物，采集实验样品，采集样本应尽可能早，不同的样品，要使用不同的样品保存液或培养基，做好编号和登记。低温保存，尽早送检，一般不得超过 48 小时。根据调查情况，确定检验项目。

## 五、采取措施，控制暴发

（一）对中毒者的措施：立即进行催吐、洗胃、导泻，并根据食物性质给予吸附剂灌胃。尽早使用特效解毒药。

（二）对同一饮食人群的措施：密切注意健康变化，必要时给予医学观察和预防性服药。针对性地宣传普及食品卫生知识，防止食物中毒再发。

### （三）对危险因素的措施

1、对食物中毒原因明确者，立即采取针对性强制措施。如切断被污染的水源、禁售、禁食被污染的食物。对于可疑的食物，也要暂时封存，禁售和禁食。

2、对于发生食物中毒的食堂，应彻底清理、清洗和消毒。

3、加强对食堂工作人员食品卫生知识教育，做到食堂采购原料保证质量，厨房不放置有毒物品，做到食品与杂物分开，生熟加工分开，剩余食物充分加热后食用。

4、宣传教育群众提高自身防范能力，饭前便后要洗手，不饮生水，不吃生、冷、剩食，不食可疑污染食物。

## 六、总结评价

1、总结整理食物中毒调查、处理的经验教训，形成书面报告，上报、反馈和交流。

2、确定食物中毒发生的原因和特征，分析流行病学联系，从中得到启发，撰写学术论文。

3、建立食物中毒处理资料档案，包括发生过程、调查过程、发生原因、促进因素、处理记录、采取措施、处理结果及评价效果。

4、对已采取的防治措施进行效果评价，提出进一步的防治、监测措施。

5、提出建议，预防同类食物中毒再次发生。

## 七、相关预案及卫生部规章

1、《国家重大食品安全事故应急预案》

2、《食物中毒事故处理办法》（一九九九年卫生部令第 8 号）

# 自然灾害应急预案

为保证汛期及时有效地应对可能发生的灾情、疫情，确保我中心在灾害发生期间卫生防疫防病工作有条不紊地进行，保护全县人民群众健康和生命安全，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国食品安全法》、《国家防汛抗旱应急预案》、《河南省自然灾害预案》，等有关文件精神，制定自然灾害应急预案。

## 一、组织机构

成立自然灾害领导小组，在县防汛指挥部和县卫健委的统一领导下，指挥我中心防汛抢险和防疫工作。自然灾害领导小组下设办公室(见附件 1)。

组建自然灾害预备队（见附件 1），组建重大传染病疫情控制工作组，食物中毒预防及处理工作组，饮用水处理与消毒及水源选择与保护工作组，消、杀、灭工作组，信息管理与健康教育工作组，应急后勤保障工作组，卫生检验工作组。各组具体负责各项自然灾害工作的实施。

实行 24 小时自然灾害值班制度。值班电话：0377-68272859 。

## 二、工作职责

1、自然灾害领导小组办公室主要职责：具体协调防汛抢险和自然灾害工作，统一调配中心人力、物力资源；组织协调各专业工作组深入灾区、疫区开展防病灭病工作，督导各组工作；负责收集上报防汛自然灾害的有关信息。

2、重大传染病疫情控制工作组主要职责：严格按照河南省自然灾害预案中“重点传染病控制方案”要求，做好重大疫情的处理；重点抓好霍乱、伤寒、痢疾、肝炎、其他感染性腹泻病、钩端螺旋体病、疟疾、乙脑、鼠疫、炭疽等疫情的控制；按照上级的要求参与和协调各项工作。

接到重大疫情报告后，要严格按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》、《传染病信息报告管理规范》、《国家自然灾害与突发公共卫生事件信息报告管理规范》的规定报告，并以最快的方式报告上级卫健委；立即组织人员赶赴现场进行调查处理，按照要求采取控制措施。

3、食物中毒预防及处理工作组主要职责：严格按照河南省自然灾害预案中“食物中毒预防及处理方案”要求，搞好预防食物中毒知识宣传和措施指导工作；加强

食品卫生检查，严禁出售食品，防止食物中毒。

当接到食物中毒报告后，应立即组织人员赶赴现场严格按照程序进行调查处理，并采取相应的紧急控制措施防治事故扩大。如中毒人数 50 例或死亡 1 例以上，应以最快的通讯方式报告南阳市疾病预防控制中心和市卫健委。

4、饮用水处理与消毒及水源选择与保护工作组主要职责：严格按照预案中“饮用水的处理与消毒及水源选择与保护方案”要求，搞好水源的选择和保护工作；检验饮用水源水质，净化水源，指导灾区单位和群众处理好污水、垃圾和粪便；积极按照上级要求参与和协调各项工作，重点做好技术指导和水质监测。

发生生活饮用水污染事件后，应立即向县卫健委和市卫健委报告，并迅速组织人员赶赴现场调查处理，并采取控制措施防止事态扩大。

5、消、杀、灭工作组主要工作职责：严格按照预案中“消、杀、灭工作方案”要求，主动开展职责内工作，积极配合有关部门开展消、杀、灭工作指导和知识宣传；指导有关人员对尸体进行消毒、灭菌、火化或运往市外指定地点进行深埋。

洪灾期间要加强对蚊、蝇、鼠密度的监测工作，搞好信息和问题反馈，发生重大疫情或污染事件，接到报告应立即随有关工作组赶赴现场进行消毒。

6、信息管理与健康教育工作组主要工作职责：严格按照预案中“卫生宣传教育工作安排方案”要求，积极与新闻媒体配合大力开展多种形式的卫生宣传教育工作。

对方案中规定的各种卫生宣传品要做好内容安排和准备工作，如遇灾情，必须能够立即按照要求下发到基层或广为宣传。

7、应急后勤保障工作组根据计划要求，积极储备有关物品和器械，做好后勤保障工作。

8、卫生检验工作组根据工作实际情况要大力配合各专业工作组工作，保证及时准确地提供各项检验数据。

9、防汛抢险预备队主要职责：负责中心内汛情的抢险和公共财产的保护，并听从县卫健委和县防汛办的调遣，参与全县的防汛抢险战斗。

### **三、汛期一般预防措施**

1、进入汛期，发生汛情灾害，无传染病流行时，搞好外环境，特别是与人们密切相关水体的抽样监测，根据监测结果，采取不同的防范措施，必要时对生活饮用

水及周围环境等进行常规消毒，以防止肠道传染病、自然疫源性疾病等在汛期的发生和流行。

2、抓好灾区人群的食品卫生和环境卫生工作，及时进行食品卫生和环境卫生监督监测，严把病从口入关，防止食物中毒的发生。

3、及时做好洪涝地区临时垃圾点、厕所蚊、蝇、鼠类等方面的消杀工作。

4、开展各种形式的卫生宣传活动，宣传卫生防病知识，使群众养成食熟食，饮开水，饭前便后洗净手等良好的卫生习惯，提高群众的自我防病能力。

#### **四、汛期出现疫情时的防疫措施**

1、接到疫情报告时值班人员立即报告中心领导，并通知办公室和相关工作组。立即启动本预案，按照重大传染病疫情应急处理工作程序开展工作。

2、重大传染病控制组和卫生检验组要立即进行流行病学调查，及时采集样本进行检验，核实诊断结果，根据《传染病防治法》规定确诊的传染病人，及时上报上级有关部门。

3、凡确诊的传染病人、疑似病人，立即送就近的医院或医疗点进行隔离治疗，必要时进行家庭隔离，以防止病原体向外传播。

4、疫点处理坚持“时间早、范围小、措施严、抓落实”原则，对疫点内可能被污染的物品和场所进行严格消毒。

根据疫情发生情况，依据《传染病防治法》的规定，必要时提出对疫区（点）实行封锁的建议，以控制疫情蔓延。

5、加强水源防护，保证饮水安全。根据饮用水污染情况，及时实施消毒措施，迅速改善饮用水源的卫生状况。教育群众不饮用污染的水，认真落实饮用水消毒措施。加强饮用水源的卫生监督和水源防护，防止污染。及时做好汛期的饮用水水质检验。

6、切实搞好饮食卫生，对可疑污染食品禁止出售和食用，教育群众不吃腐败变质的食物，不暴饮暴食，不用未经消毒的水洗刷食具或洗涤生吃水果等。

7、加强疾病监测和汛期疫情报告，及时掌握疫情动态。对主要传染病和食物中毒实行每日报告和零报告制度，分析疫情趋势，采取针对性措施，防止和控制疫情的发生和流行。

## 五、演练

为了提高防汛防疫人员的防汛防疫意识和技能，锻炼队伍，保证一旦出现汛情、疫情时，能及时实施各项抢险防疫措施，将适时组织防汛抢险防疫人员进行模拟实战演练。

## 六、几点要求

1、实行分管领导和工作组长责任制，各工作组要按照不同汛期的工作内容认真采取相应的防治措施，防止疾病的发生和蔓延。对失职行为进行责任追究。

2、值班人员必须坚守岗位。对汛期发生的各种情况做出及时准确处置，并报告中心值班领导。

3、参加防汛人员必须熟悉所担负的工作，严格履行职责，保证通讯联络通畅，做到呼之即来，来之能战，战之能胜，不得以任何理由拒绝和延误防汛工作。防汛抢险队及防汛自然灾害队员在汛期，若离开市区必须向主管副主任请假，各工作组组长离开市区必须向中心主任请假。对造成不良后果者，追究直接责任人的责任。

4、各种防汛药械器材要按照中心制定的标准保证质优、量足、品种齐全，专人保管。防汛防疫药品、器材清单见附件 2。

5、各种防疫用药品、器材由后勤科负责保管。

6、防汛自然灾害值班车辆，非工作时间防汛指挥用车按值班制度执行，需要其他车辆时随时调遣。

## 七、相关预案及卫生部规章

- 1、《全国自然灾害预案》
- 2、《国家防汛抗旱应急预案》
- 3、《国家自然灾害救助应急预案》
- 4、《消毒管理办法》（二 00 二年卫生部令 第 27 号）
- 5、《河南省自然灾害预案》（豫卫疾控〔2003〕99 号）

## 附件 1

### 桐柏县疾病预防控制中心自然灾害工作组织机构 桐柏县疾病预防控制中心自然灾害领导小组

组 长：王方方

副组长：孟宪勇

成 员：王文 王大江 徐长发 李爱军 陈玉峰 聂瑞晓 郑向辉 胡梦影

#### 领导小组办公室

主 任：孟宪勇

副主任：王大江

成 员：李雁北 邓延鸽

#### 自然灾害预备队

队 长：王大江

副队长：李雁北 邓延鸽

成 员：李 强 李雁北 陈立业 陈 岩 李双叶 张 蓬 石金月 仵志方  
薛冬梅 穆朋玥 王伟华 李 丹 郑雅洁 杨 阳 陈艳艳 王 敏 符晓辉  
何雨露 李 蕤 曲晓敏 刘一霖 徐云帆 李 路

#### 重大传染病疫情控制工作组

组 长：王大江

成 员：李爱军 陈玉峰 徐长发 胡梦影 李雁北 陈 岩 刘良豪 杨 阳  
邓延鸽 朱新闻 徐 娟 王 敏 陈立业 王伟华 穆朋玥 李 丹 刘一霖  
李双叶

#### 食物中毒预防及处理工作组

组 长：聂瑞晓

**成 员：**陈立业 刘良豪 徐云帆 宋厚霖 仵志方 郑雅洁

**饮用水处理与消毒及水源选择与保护工作组**

**组 长：**徐长发

**成 员：**李双叶 何雨露 赵丽明 陈艳艳 符晓辉

**消、杀、灭工作组**

**组 长：**聂瑞晓

**成 员：**陈立业 刘良豪 徐云帆 宋厚霖 仵志方

**信息管理与健康教育工作组**

**组 长：**孟宪勇

**成 员：**张 蓬 李 强 穆朋玥 曲晓敏 李蕤

**卫生检验工作组**

**组 长：**徐长发

**成 员：**李双叶 何雨露 赵丽明 陈艳艳 符晓辉

**应急后勤保障工作组**

**组 长：**王 文

**成 员：**李 强 穆朋玥

## 附件 2

## 消杀、治疗、个人防护物资储备清单

品 名	单 位	数 量
84 消毒液	桶	5
酒 精	瓶	80
漂白泡腾片	件	5
碘 伏	瓶	60
疫情处置包	个	6
采样箱	个	6
医用外科手套	双	500
一次性帽子	个	300
一次性口罩	个	1200
防护镜	个	200
防护服	套	100
口罩 ( N95 )	个	400
背负式喷雾器	台	4

# 群体性预防接种不良反应事件卫生应急处理预案

## 一、总则

### （一）目的和依据

为及时发现、判定和妥善处理疫苗预防接种工作中发生的群体性预防接种不良反应事件，有效开展应急医疗救治和卫生学调查，按程序及时进行处理，预防、减少和平息事件产生的不良影响，增强公众对预防接种的信心，保证免疫规划正常实施，依据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《疫苗流通和预防接种管理条例》、《国家突发公共卫生事件应急预案》、卫生部《预防接种工作规范》、国家食品药品监督管理局、卫生部《药品不良反应报告和监测管理办法》等的规定，制定本预案。

### （二）群体性预防接种不良反应事件的概念和常见类型

预防接种不良反应事件，是指预防接种后发生的，可能与预防接种有关的医学事件。世界卫生组织按照预防接种不良反应事件发生的原因，将预防接种不良反应事件分为疫苗反应、实施差错、注射反应、偶合症及不明原因等五类。疫苗反应是由疫苗固有性质引起，在正确接种时诱发的反应；实施差错是由疫苗储运、准备或接种实施过程中失误导致的事故；注射反应可因受种者对注射的恐惧和疼痛而非疫苗引起的生理或心理反应；偶合症是因受种者在接种时正处于某种疾病的潜伏期或前驱期，接种后偶合发病；不明原因是指发生原因可能难以确定的反应或事件。

最常见的群体性预防接种不良反应事件包括接种疫苗后感染、接种事故和群体性心因反应三种类型。

1、接种疫苗后感染。接种疫苗后感染多是由于一次性注射器或针头重复使用、注射器或针头消毒不当、疫苗或稀释液被污染、稀释后疫苗搁置时间过长等原因所致，可引起注射部位局部化脓、脓肿、蜂窝组织炎，全身性感染、脓毒病、中毒性休克综合征、感染乙型肝炎等血液传播性疾病等。

2、接种事故。接种事故除因疫苗质量问题外，大多是因为接种工作人员责任心不强，造成接种途径错误、接种剂量过大或误将卡介苗作为其他疫苗和药物使用等所致。可引起接种局部红肿、溃疡、淋巴结肿大和溃烂，少数人可伴有体温升高、乏力、烦躁不安、食欲减退等全身症状。

3、群体性心因反应。是指在一个特定的群体中，由于接受了同一种“刺激因子”，如接种同一种疫苗，服用同一种预防性药物，由于个别人出现躯体异常不适反应，

而导致一批人同时或先后发生类似的连锁反应，是一种心理因素造成的接种反应。不是器质性疾病，其特点是各种检查均查不出疾病，症状与体征不符。其诊断依据是：（1）有一个异乎寻常而严重的应激事件作为诱因；（2）精神症状的发生与应激事件在时间上有紧密联系；（3）主要表现为精神症状、不出现意识障碍，并可伴有强烈的情绪变化及精神运动性兴奋或抑制；（4）症状与体征不符，各种检查均查不出疾病，持续时间不长，预后良好。

### （三）适用范围

本预案适用于我县在实施预防接种过程中或接种后发生的群体性预防接种不良反应事件的卫生应急处理工作。群体性预防接种不良反应事件的卫生应急处理应按照预防接种不良反应的有关处理规定和程序进行。

### （四）工作原则

接到群体性预防接种不良反应事件报告后，应根据已掌握的情况，尽快判定事件性质，评估其危害程度，做到反应迅速、准确定性、救治为先、减少危害，依据法律法规和规定，科学、有序、规范地开展卫生应急处理工作。

## 二、群体性预防接种不良反应事件分级

按照《国家突发公共卫生事件应急预案》和突发公共卫生事件分级标准，目前预防接种不良反应事件分为：

- 1、重大群体性预防接种事件（Ⅱ级）：预防接种出现人员死亡。
- 2、较大群体性预防接种事件（Ⅲ级）：预防接种出现群体性心因反应或不良反应。

## 三、组织机构

成立桐柏县疾病预防控制中心群体性预防接种不良反应事件卫生应急处理工作组，成员如下：

组 长：陈玉峰

成 员：胡梦影 刘一霖 徐云帆 王伟华 李路

群体性预防接种不良反应事件卫生应急处理工作组在中心突发公共卫生事件应急处理领导小组领导下，负责重大和较大群体性预防接种不良反应事件的卫生应急处理工作。

群体性预防接种不良反应事件的鉴定，按照相关法律法规和卫生部《预防接种异常反应鉴定管理办法》的有关规定，由市级以上预防接种不良反应诊断小组负责。

## 四、监测与报告

### （一）监测

1、各级疾病预防控制机构应建立、健全常态化的疫苗预防接种不良反应监测系统，及时、动态收集疫苗预防接种不良反应信息，及时报告、分析、评估，为早期防范、及时处理提供信息支撑。

2、群体性预防接种不良反应事件发生后，应加强对当地疫苗预防接种不良反应的应急监测工作，对当地人群和医院开展主动搜索工作，指定群体性预防接种不良反应事件的监测医院（并按疫情发展需要适时调整监测点的设置）。各监测医院要根据群体性预防接种不良反应事件的症状特点和诊断标准开展病例监测，每日定时报告监测情况及收治病人的动态情况。

3、其它各级各类医疗卫生机构要按照群体性预防接种不良反应事件的症状特点和诊断标准，开展病人筛选，发现有可疑症状的病人要及时按要求报告。

4、根据群体性预防接种不良反应事件的级别和发展进程，由市卫健委决定何时撤消群体性预防接种异常反应事件的应急监测工作。

### （二）报告

1、常规报告。各级各类医疗机构、疾病预防控制机构和接种单位及其执行职务的人员在发现预防接种不良反应、疑似预防接种不良反应或者接到相关报告，应当及时向所在地的卫生行政部门、药品监督管理部门报告，并填写疑似预防接种不良反应报告卡。

2、事件报告。发现怀疑与预防接种有关的死亡、群体性反应或者引起公众高度关注的事件时，市级疾病预防控制机构和接种单位及其执行职务的人员应当在发现后2小时内，向所在地卫生行政部门和药品监督管理部门报告。

接到报告的卫生行政部门、药品监督管理部门应当立即组织调查核实和处理，在接到与预防接种有关的死亡、群体性反应或者引起公众高度关注事件的报告时，应按规定的时限逐级向上一级卫生行政部门和药品监督管理部门报告。

属于突发公共卫生事件的，按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》的规定进行报告。

3、报告内容。主要包括：姓名、性别、年龄、儿童监护人姓名、住址、接种疫苗名称、剂次、接种时间、人数、主要临床特征、初步诊断和诊断单位、报告单位、报告人、报告时间等。

## 五、应急响应

卫生应急响应工作按照边调查、边核实、边抢救、边处理的原则，科学有序、

及时有效地控制事件的发展。发生群体性预防接种不良反应事件时，应按照分级负责的原则立即启动群体性预防接种不良反应事件卫生应急处理预案。根据群体性预防接种不良反应事件的级别和应急处理工作的需要，中心及时派出应急处理工作组到现场进行技术指导和处理。

### （一） 做好相关准备

接到群体性预防接种不良反应事件报告后，迅速组织有关专业技术人员、调集相关设施设备应急物资，立即赶赴现场，开展紧急医疗救护和调查处理等工作，同时向市卫健委报告。

### （二） 调查判定

按照实事求是、科学判定的原则，对接种单位、受种者家庭成员等开展流行病学调查，收集接种资料、疫苗相关材料、接种实施情况、临床资料、健康史、家族史或变态反应史等相关证据，对所接种同批次疫苗者进行取样，在全面调查的基础上进行科学分析和判定。必要时可对所用同批次疫苗进行封存。如是群体性预防接种不良反应事件鉴定专家组已作出鉴定的，依据鉴定专家组鉴定结论判定。

1、确定是否是群体性预防接种不良反应事件。在接到报告后，首先应根据群体性预防接种不良反应事件的概念和分级标准判定是否为一群群体性接种反应。可按群体性预防接种不良反应事件调查判定图（见附件1）的步骤进行调查。

2、群体性预防接种不良反应事件的调查。如已确定是一起群体性预防接种不良反应事件，可按群体性预防接种不良反应事件调查处理图（见附件2）的步骤进行调查和处理，以判明事件的性质、发生原因，需要采取的改进措施，保持公众对接种疫苗的信心。

3、群体性预防接种不良反应事件因果关系的判定。对群体性预防接种不良反应事件调查后，应判定与接种疫苗的因果关系。

### （三） 临床治疗

在开展全面调查的同时，卫生应急处理工作组应组织相关专家，根据所掌握的情况，对预防接种不良反应进行诊断，并指定医疗机构收治出现的预防接种不良反应者，进一步明确诊断、及早救治，减少危害。

#### 1、接种疫苗后感染

接种疫苗后感染多发生在同一接种地点、由同一原因所引起的多人感染。可分为局部感染和全身感染两种。

（1）局部感染治疗：常见的局部感染有局部脓肿、脓疱病、蜂窝组织炎、丹毒

等。①初起时，可用热毛巾、4%硼酸液或 5%硫酸镁作局部湿热敷，3—5 次/日，每次 15—20 分钟；②外敷鱼石脂软膏、消炎止痛膏；③脓肿形成后，可用较大针头反复抽脓，并注入青霉素于局部脓腔，每天或隔天 1 次，至痊愈为止。如全身症状明显则切开排脓；④应用抗菌药物，以青霉素为首选。

(2) 全身感染治疗：①应早期、足量选用敏感抗菌药物治疗，一般可先选青霉素钠静脉点滴，剂量应加倍。以后可根据情况更换抗菌药物；②早期彻底处理局部感染病灶，切开引流，保持通畅；③必要时补液，严重贫血可酌情输血及其他支持疗法。

## 2、接种事故

因造成接种事故原因多样，有用错疫苗、剂量过大或重复注射、接种途径错误、接种部位错误、继发感染、接种技术不规范、接种对象选择不当等。因此，在发现接种事故时，应及时报告、停止接种、及时调查、查明原因，并采取针对性治疗措施，积极救治患者。日常工作中，要加强培训、树立良好的工作责任心，接种前仔细阅读并遵守使用说明或规程，正确掌握禁忌症，认真做好安全注射，控制并降低接种事故的发生。目前接种事故的发生多见于卡介苗接种，其治疗原则如下：

(1) 全身治疗：①口服异烟肼，如同时加服利福平，则效果更好；②反应较重者可肌肉注射链霉素；③适当补充营养和维生素。

### (2) 局部治疗：

①立即用链霉素作局部封闭，越快越好，可使局部不发生溃疡或淋巴结肿大等异常反应；

②溃疡面较严重者，在用异烟肼液冲洗后，可撒异烟肼粉或利福平粉于溃疡面上。

### ③淋巴结肿大或破溃者的治疗：

干酪型：局部热敷，同时口服异烟肼，直至淋巴结缩小稳定为止。

脓肿型：用无菌注射器将脓液抽出，并用 5%异烟肼溶液冲洗，同时注入链霉素 10—20mg，必要时隔 7—10 日重复抽脓冲洗。

窦道型：用 20%对氨基水杨酸软膏或 5%异烟肼软膏局部涂敷，通常 1—3 个月可痊愈。

④在治疗局部溃疡或淋巴结脓疡时，肉芽组织增生会影响创面愈合，可用枯矾少许撒于创面上包好，创面即成清洁的较浅溃疡，再以 1%金霉素软膏外敷，创面渐平，且肉芽组织不再增生而收口，也可用硝酸银棒腐蚀或剪除，在创面撒 5%异烟肼

粉。

### 3、群体性心因反应

群体性心因反应的治疗处理，应在尽快消除疑虑，隔离管理的前提下，迅速开展以下工作：（1）了解掌握病情，及时选派当地有影响的临床、流行病学专家参加现场调查，掌握发病情况和可能的诱因，及时处理首发病例。（2）妥善处置和治疗患者，建立良好的医患关系，合理解释；可采用心理治疗，用语言暗示并配合适当理疗或按摩，催眠疗法、解释性心理疗法，引导患者及其家长正确认识 and 对待致病的精神因素，帮助其认识疾病性质。（3）若诊断明确后，应避免重复检查和不良暗示，并对症治疗。（4）争取当地相关部门的支持与配合，对事发地政府及有关部门的领导、儿童家长、学校老师，特别是在群体中起“核心”作用的人物，进行心理卫生知识的宣传；相关单位要向儿童家长耐心解释本病发生的原因，答复问题应明确肯定，解除可能有任何后遗症的顾虑。（5）尽快恢复正常的学习、生活秩序，减少紧张气氛，缩短“非常状态”的时间，尽快使学习、生活转入正常化，有利于病例症状消失后回到一个安全的环境，不致再发。（6）防止人为渲染，在调查和控制事件的过程中，要防止宣传媒体和人员的盲目参与、扩大事态，参加现场调查的人员应保持镇定和良好的秩序，以防人为的渲染、扩大，加重患者的心理负担。

4、对受种者在接种过程中或接种后发生死亡，怀疑与预防接种有关事件，应按照实事求是的原则，收集相关证据，且必须在 48 小时内进行尸体解剖检查，查明死亡原因。

#### （四）宣传与沟通

在处理群体性预防接种不良反应事件时，要与当地政府及其相关部门配合，在做好医疗救治和流行病学调查的基础上，还要做好与事件有关人员的宣传与沟通，做好相关法律法规和政策的解释，化解事件当事者双方的矛盾和冲突，减少或平息社会负面影响，使当事者能按照相关法律程序或预防接种不良反应处理程序配合做好事件的调查、取证、鉴定和处理工作。

#### （五）分析、评估与鉴定

根据调查和收集的资料，分析出现的群体性不良接种异常反应与预防接种在时间上的关联性、接种疫苗至出现异常反应平均间隔时间及趋势、判断异常反应是否与预防接种有关；如不能确定或冲突不能消除，则按照相关法律法规和卫生部《预防接种异常反应鉴定管理办法》进行处理。

## 六、善后处理

- 1、及时将群体性预防接种不良反应事件的卫生应急处理情况，向市卫健委报告。
- 2、如事件当事者直接进行法律诉讼，由法院受理，并按法律程序进行处理。应急处理工作组应配合法院做好调查取证、调解、执行等工作。
- 3、在调查并明确群体性预防接种不良反应事件原因和责任的基础上，相关部门应按照有关法律法规和规定对事件责任人进行处理。

## **七、事后评估**

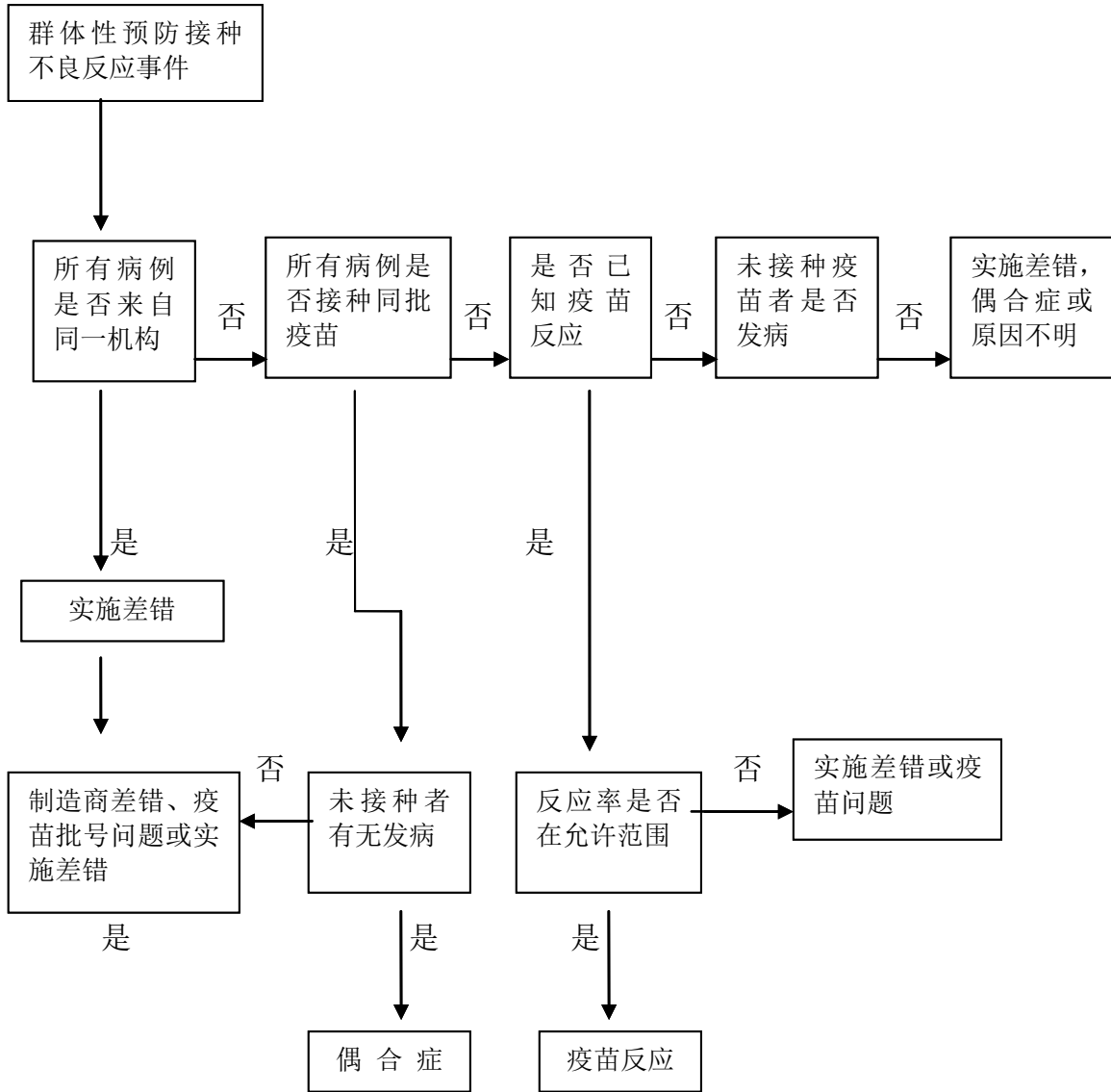
- 1、事件处理完毕，应及时将资料进行整理归档。包括：事件报告记录，卫生应急处理工作组人员名单，调查处理方案，调查及检验、诊断记录和结果材料，专家诊断鉴定材料，控制措施及效果评价材料，总结及其它调查结案材料等。
- 2、事件的综合评估。包括事件发生、发展、现场调查、患者救治、所采取的措施、鉴定、处理效果和社会心理等进行全面评估，总结经验、发现不足，进一步提高以后处理类似事件的应急能力和水平。

## **八、相关预案及卫生部规章**

- 1、《疫苗流通和预防接种管理条例》（国务院令第434号）
- 2、《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》（卫办应急发[2005]288号）
- 3、《预防接种工作规范》（卫疾控发[2005]373号）
- 4、《儿童预防接种信息报告管理工作规范（试行）》（卫疾控发〔2006〕512号）
- 5、《狂犬病暴露后处置工作规范（试行）》

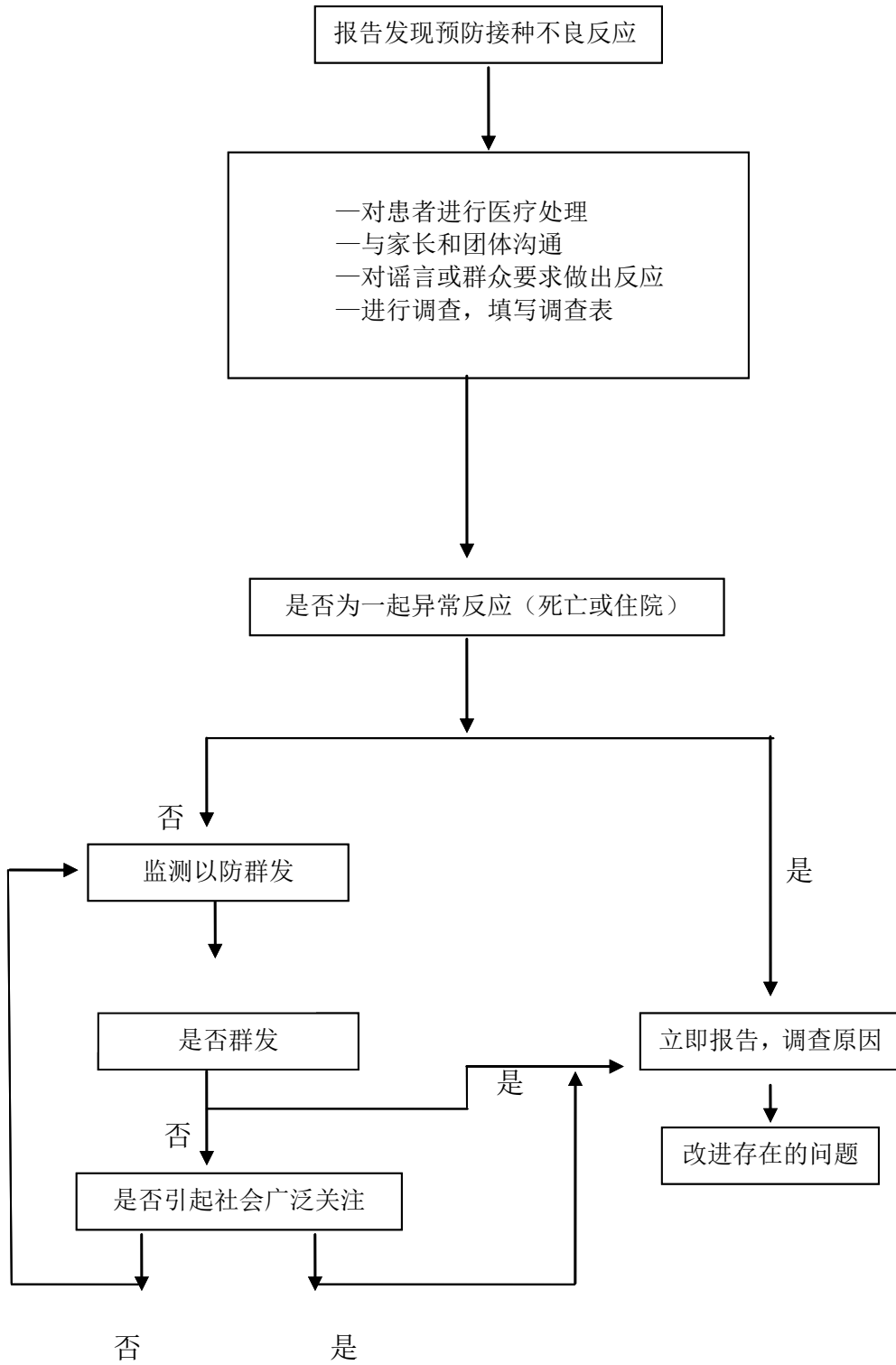
附件 1

群体性预防接种不良反应事件调查判定图



附件 2

群体性预防接种不良反应事件调查处理图



# 职业中毒应急处理预案

## 一、急性职业中毒突发事件的预警与报告

1、中心突发事件值班室及相关业务科室，接收职业中毒事故报告时，详细记录事故的发生地点、毒物种类、中毒原因、中毒人数和死亡人数等基本情况。

2、及时向带班领导汇报。

3、立即启动突发公共卫生事件应急预案，召集中心职业中毒应急处理工作组、值班车辆等，携带有关设施，迅速赶赴现场实施救援指导和调查工作。

4、急性职业中毒 10 人以上或死亡 1 人以上的重大事件，迅速报同级卫生行政部门和上级业务部门，并按有关规定，同时进行网络直报。

## 二、事故应急处理

1、停止导致职业危害事故的作业。

2、指导救护，将中毒者脱离现场，转移到空气新鲜的地方（皮肤污染吸收中毒者，立即脱去污染衣服），迅速送医院救治或医学观察。

3、指导控制职业病危害事故现场，防止事态扩大。需要进入现场关闭阀门或者堵塞泄漏时，指挥、抢险人员必须佩戴防毒面具，身穿防护服后方可进入现场。

4、封存造成职业病危害事故的材料、设备和工具等。

## 三、事故调查

1、进入现场勘验和调查取证，查明造成中毒事故的职业有害因素种类、职业病危害事故发生的经过、原因、人员伤亡情况和危害程度。

2、现场调查、勘验有详细记录，调查取证记录有调查人和被调查人签名。

3、现场有害因素监测

①确定有害因素测定的种类；

②划定监测范围；

③选择监测点及样品数；

④选择测定方法。

4、分析事故的原因。

5、提出防范措施和改进意见。

四、形成职业病事故调查处理报告和突发职业中毒事件危害评估报告，报市卫健委和南阳市疾病预防控制中心、送被调查事故单位。

五、建立、健全职业中毒事故应急调查处理资料档案。

六、组建桐柏县疾病预防控制中心重大职业中毒应急处理工作组（详见突发公共卫生事件应急处理机构与职责），负责桐柏县急性职业中毒等职业性突发事件的应急处理工作。

七、相关预案及规章

1、《国家安全生产事故灾难应急预案》

2、《职业病危害事故调查处理办法》（二〇〇二年卫生部令 第25号）

3、《放射事故管理规定》（二〇〇一年卫生部、公安部令第16号）

# 艾滋病病毒职业暴露应急预案

为了保障全县医务人员及相关工作人员的职业安全，有效预防医务人员和相关工作人员在工作中发生职业暴露感染艾滋病病毒，制定本应急预案。

## 一、定义

职业暴露是指医务人员、实验室工作人员及有关监管人员等在从事 HIV 感染者和艾滋病病人诊治、护理、监测、检验、司法管理等工作过程中意外被 HIV 感染者或艾滋病病人的血液、体液污染了皮肤或者黏膜，或者被含有 HIV 的血液、体液污染了的针头及其他锐器刺破皮肤，有可能被 HIV 感染的情况。

## 二、适用范围与工作原则

卫生、公安、司法等系统有关工作人员。具体包括从事艾滋病病毒检测的实验室人员，负责艾滋病病人和感染者医疗护理的医务人员，艾滋病预防控制工作人员，负责抓捕和监管感染了艾滋病病毒的嫌疑犯、犯人、吸毒人员以及性罪错人员的公安、监狱、劳教等系统的工作人员。

艾滋病病毒职业暴露事件应急处理的工作原则是预防为主、属地管理、部门负责，确保在发生艾滋病病毒职业暴露事件时，能够迅速、高效、有序地处理。

## 三、危险性评估

发生艾滋病病毒职业暴露后，应对暴露级别和暴露源病毒载量水平进行评估和确定。

### （一）暴露级别

根据暴露源（含有艾滋病病毒的体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品）的接触方式的不同，将艾滋病病毒职业暴露级别分为三级。

1、一级暴露：暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品；暴露类型为暴露源沾染了有损伤的皮肤或者粘膜，暴露量小且暴露时间较短。

2、二级暴露：暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品；暴露类型为暴露源沾染了有损伤的皮肤或者粘膜，暴露量大且暴露时间较长。

3、三级暴露：暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品；暴露类型为暴露源刺伤或者割伤皮肤，但损伤程度较重，为深部伤口或者割伤物有明显可见的血液。

## **(二) 暴露源病毒载量水平分为轻度、重度和暴露源不明三种类型**

1、经检验，暴露源为艾滋病病毒阳性，但滴度低、艾滋病病毒感染者无临床症状、CD4 计数正常者，为轻度类型。

2、经检验，暴露源为艾滋病病毒阳性，且滴度高、艾滋病病毒感染者有临床症状、CD4 计数低者，为重度类型。

3、不能确定暴露源是否为艾滋病病毒阳性者，为暴露源不明型。

## **五、暴露后的应急处理**

### **(一) 紧急局部处理措施**

1、用肥皂和流动水清洗被沾污的皮肤，用生理盐水冲洗粘膜。

2、如有伤口，应当在伤口旁端轻轻挤压，尽可能挤出损伤处的血液，再用肥皂液和流动水进行冲洗，禁止进行伤口的局部挤压。

3、受伤部位的消毒：伤口用消毒液（如 75%酒精，0.2-0.5%过氧乙酸，0.5%碘伏等）浸泡或涂抹消毒，并包扎伤口。被暴露的粘膜，应当反复用生理盐水冲洗干净。

### **(二) 预防性用药**

#### **1、用药时间**

预防性用药应当在发生艾滋病病毒职业暴露后尽早开始，最好在 4 小时内实施，最迟不得超过 24 小时；超过 24 小时的，也应当实施预防性用药。对于感染危险性很高的暴露者，即使间隔时间很长（比如 1-2 周），也应考虑使用预防性治疗。

#### **2、用药原则**

发生一级暴露且暴露源病毒载量水平为轻度时，可以不使用预防性用药；发生一级暴露但暴露源病毒载量水平为重度或者发生二级暴露但暴露源病毒载量水平为轻度时，使用基本用药程序。

发生二级暴露且暴露源病毒载量水平为重度或者发生三级暴露且暴露源病毒载量水平为轻度或重度时，使用强化用药程序。

暴露源病毒载量水平不明时，可以使用基本用药程序。

#### **3、用药方案**

预防性用药方案分为基本用药程序和强化用药程序。

(1) 基本用药程序：两种逆转录酶抑制剂，使用常规治疗剂量，连续服用 28 天。如齐多夫定 (AZT) 与拉米夫定 (3TC)，AZT 剂量为 300mg/片，每日 2 次，3TC 剂量为 300mg/片，每日 1 次。或参考抗病毒治疗指导方案。

(2) 强化用药程序：强化用药程序是在基本用药程序的基础上，同时增加一种蛋白酶抑制剂，如佳息患或利托那韦。均使用常规治疗剂量，连续服用 28 天。

## 六、应急后处理

### (一)、事故登记

发生事故的单位要建立事故登记制度，对事故情况按要求填写艾滋病职业暴露人员个案登记表，记录事故发生的时间、地点及经过；暴露方式；损伤的具体部位、程度；接触物种类（培养液、血液或其他体液）和艾滋病病毒载量水平；处理方法及处理经过（包括赴现场专家或领导活动）；是否采用暴露后预防药物，并详细记录用药情况、首次用药时间、药物毒副作用情况（包括肝肾功能化验结果）、用药的依从性状况。

### (二)、事故报告

发生艾滋病病毒职业暴露事件后，有关部门、单位和人员应立即报告市疾病预防控制中心，并同时采取应急处理措施。疾控机构在接到职业暴露事件报告后，应于 1 小时内按分级管理的原则，组织职业暴露防护技术小组进行暴露确认和采取措施，并报同级卫生行政部门和上级疾病预防控制中心。

中心突发事件值班室或有关业务科室接到艾滋病职业暴露的报告，应迅速向主管领导汇报。

小型事故（存在任何一种小的损伤或一级暴露）应指导相关医疗机构进行紧急处理，随后立即将事故情况和处理措施报告所在单位主管领导。

重大事故（存在严重损伤或二级及以上暴露）在指导相关医疗机构进行紧急处理的同时，要求向所在单位主管领导报告。必要时立即派专家到现场进行应急处理的具体指导，力争在暴露后最短时间（4 小时以内）开始预防用药。

### (三)、监测

重大事故中的暴露者要立即检测艾滋病病毒抗体，该血清留样备用。

暴露人员在暴露后要定期接受医疗卫生机构的随访和咨询，随访和咨询的内容包括：在暴露后的第 4 周、第 8 周、第 12 周及 6 个月时进行艾滋病病毒抗体检测，对服用药物的毒性进行监控和处理，观察和记录艾滋病病毒感染的早期症状等。

### (四)、保密

无论重大事故或小型事故，单位和个人对事故涉及的职业暴露者在整个处理过程中，均应采用统一编号，实行匿名制，注意做好保密工作。

## 七、组织管理

(一)、成立中心艾滋病病毒职业暴露防护技术指导组。

组 长：王大江

成 员：陈岩 李雁北 邓延鸽 李丹 朱新闻 徐娟

负责全县职业暴露危险性的评估和应急处理的指导，协调有关部门处理艾滋病病毒暴露后的预防用药。

(二)、县疾控中心负责暴露者和被暴露者的艾滋病病毒抗体检测确认工作；负责向南阳市疾控中心联系预防性药物；负责职业暴露危险性的评估和应急处理的指导，协调有关部门处理艾滋病病毒暴露后的预防用药，以及服药前后咨询及指导。

(三)、县疾控中心负责本辖区内暴露者和被暴露者的艾滋病病毒抗体初筛（及确认）、流行病学调查、日常检测工作；开展服药前后咨询及指导。

(四)、各级医疗机构负责暴露者和被暴露者就诊时的伤口消毒处理，进行初步的危险性评估。同时在 1 小时内分别向卫生行政部门和疾控机构报告。

(五)、职业暴露防护用药纳入全县艾滋病抗病毒治疗免费用药计划，药品由政府免费提供。县疾病预防控制中心常规储备 3—5 次应急处理事故用药，确保暴露者在第一时间服上药品。职业暴露防护用药不得擅自用于非职业性原因暴露的事件。

## 八、卫生部相关规章

(一)、《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则（试行）》（卫医发〔2004〕108号）

(二)、《卫生部办公厅关于做好艾滋病病毒职业暴露防护工作的通知》（卫办疾控发〔2004〕141号）

# 人感染高致病性禽流感疫情预防控制应急预案

## 一、总 则

### （一）、目的

为做好人感染高致病性禽流感（以下简称“人禽流感”）防控工作，提高人禽流感的防治水平和应对能力，及时、有效地采取各项防控措施，做到早发现、早报告、早隔离、早治疗人禽流感病例，控制疫情的传播、蔓延，保障广大人民群众的身体健康和生命安全，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》等法律法规和《国家突发公共卫生事件应急预案》、卫生部《人感染高致病性禽流感应急预案》、《河南省疾病预防控制中心突发人禽流感疫情预防控制预案（试行）》等，结合我县工作实际，特制订本预案。

### （二）、指导思想和工作原则

坚持“预防为主，立足准备，指挥有力，协调有序，加强能力，有效应对”的指导思想，全面提高快速反应和应急处理能力，全面落实“早发现、早报告、早隔离、早治疗”措施，加强突发人禽流感疫情的预防控制，保障全县人民群众身体健康和生命安全，为确保社会稳定和促进经济发展服务。

突发人禽流感疫情预防控制工作要坚持“加强领导，密切合作；依法防控，科学应对；预防为主，防治结合；群防群控，分级负责”的工作原则，严格控制传染源，切断传播途径，防止疫情扩散，减少发病人数。

## 二、组织管理

### （一）、组织领导和机构

成立突发人禽流感疫情预防控制工作领导小组（见附件），全面领导人禽流感疫情预防控制工作。实行人禽流感防控工作主要领导负责制、防控工作责任制和责任追究制，明确任务、目标 and 责任。领导小组下设办公室、疫情监测报告组、实验检测组、疫情应急处置组和后勤保障组等工作机构（见附件）。

### （二）、职责分工

#### 1、办公室

为我中心突发人禽流感疫情预防控制工作领导小组办事机构，负责工作协调、人员培训、健康教育和宣传报道。

#### 2、疫情监测报告组

组织指导全县不明原因肺炎病例、医疗机构死亡病例、传染性非典型肺炎早期预警症状和流感监测，保证网络支持，指导和开展疫情网络直报，负责本县人禽流

感疫情及监测资料的收集、汇总分析、反馈和上报。

### 3、实验检测组

指导全县疾病预防控制机构和医疗机构样本的采集、保藏和运送。做好技术准备和试剂储备，负责向上级疾控机构运送样本。

### 4、疫情应急处置组

负责开展全市人禽流感疫情应急处置工作，配合上级疾控机构对全县人禽流感疫情的病例及疑似病例确认，指导、督导乡级人禽流感预防控制和监测工作，指导和参与现场流行病学调查、密切接触者的追踪与管理、疫区的消毒与处理，提出控制措施和建议。

### 5、宣传教育组

负责突发人禽流感疫情预防控制工作的卫生防病知识宣传及健康教育等工作，负责与新闻媒体的联络。

### 6、后勤保障组

负责突发人禽流感疫情预防控制工作的防护设备和用品、防治药品、消毒器械和药品、流行病学调查及医学观察等设备和物资的采购、储存、管理与发放，适时更新补充，确保应急需要，满足车辆需求。

## 三、人员培训与健康教育

### （一）、人员培训

在做好人禽流感预防控制知识全员培训的基础上，加强对乡级及市直医疗卫生单位疾病预防控制人员的师资培训，培训的重点为禽流感预防控制的基本知识，流行病学调查方法，预防控制措施，消毒、隔离和防护，标本采集、存放与运送，实验检测技术，相关法律法规等。对专业人员进行有关生物安全知识的培训，提高专业人员生物安全防护意识和能力。加强对医务人员禽流感防治知识的培训，要求每一位接诊医务人员都要掌握人禽流感诊疗、预防控制和流行病学调查的相关知识，提高基层医务人员早期发现病人的意识、能力和诊疗水平。

### （二）、健康教育

充分利用报纸、电台、电视、宣传版面等新闻媒体开展人禽流感防治知识的宣传与教育，提高群众自我防病意识和能力。动员群众报告可疑的急性发热病人和其他可疑的情况，增强全社会对人禽流感的防范意识和应对能力。在疫情发展的不同阶段，通过对社会公众心理变化及关键信息的分析，及时调整健康教育策略，组织相应的科普宣传，正确引导舆论。

## 四、应急处置

根据以下不同情况采取相应的应对措施。

(一)、本县尚未发现动物和人禽流感疫情

本县尚未发现动物和人禽流感疫情，但其毗邻地区发生动物或/和人禽流感疫情。应该采取以下措施：

- 1、密切关注周边省市县动物禽流感及人禽流感疫情动态,做好疫情预测预警,开展疫情风险评估。
- 2、做好各项技术及物资准备。
- 3、开展常规疫情、流感/人禽流感、不明原因肺炎病例、不明原因死亡病例的监测。
- 4、医疗机构开展不明原因肺炎的筛查工作。
- 5、开展人禽流感知识的健康教育,提高公众防控人禽流感知识水平。
- 6、配合有关部门开展动物禽流感疫情监测工作,防止疫区受染动物以及产品的输入。

(二)、本县有禽流感疫情,但尚未发现人禽流感疫情

本县内发生了动物禽流感疫情,但尚未发现人禽流感病例,应该采取以下措施:

- 1、与农业部门紧密协作,立即开展现场流行病学调查、密切接触者追踪和样品采集工作(附件2、3)。
- 2、启动人禽流感应急监测方案(附件4),全县各乡镇办实行人禽流感疫情日报告、零报告制度。
- 3、做好密切接触者的医学观察(附件5)。
- 4、按照职责分工,做好疫点内人居住和聚集场所的消毒处理工作(附件6)。
- 5、指导医疗机构做好医院内感染控制等准备工作。
- 6、做好疫情调查处理等人员的个人防护(附件6)。

(三)、本县出现人禽流感疑似病例,属重大突发公共卫生事件(Ⅱ级)

本县发现人禽流感疑似病例,但局限在一定的范围,没有出现扩散现象的,应采取以下措施:

- 1、启动人禽流感应急监测方案,实行人禽流感病例日报告、零报告制度。
- 2、按照人禽流感病例流行病学调查方案迅速开展流行病学调查工作,查明病例之间的相互关联,判定是否发生人传人现象。
- 3、按照密切接触者判定标准和处理原则,确定密切接触者,并做好医学观察。
- 4、按照职责分工,做好疫点内人居住和聚集场所的消毒处理工作。
- 5、督导、指导医疗机构做好人禽流感病例隔离和医院内感染控制工作。

6、开展流行病学调查和病例的主动搜索、标本采集等工作。

7、做好疫情调查处理、医疗救治、实验室检测等医务人员的个人防护（附件6）。

8、及时向本县有关部门和邻近省、市、县疾控机构通报有关情况。

9、进一步加强健康教育,提高公众卫生意识和个人防护意识,减少发生人禽流感的危险性,做好公众心理疏导工作,避免出现社会恐慌。

10、如经调查证实发现人传人病例,要根据疫情控制的需要,划定疫点和疫区范围,建议县卫健委报请县政府,采取学校停课、部分行业停业等防控措施。

（四）、发生人感染高致病性禽流感病例,并有扩散趋势,属特别重大突发公共卫生事件（I级）

证实人禽流感疫情出现人间传播病例并有扩散趋势,按照《卫生部应对流感大流行准备计划与应急预案（试行）》采取相应的措施。

### 五、疫情评估和总结

适时组织对疫区突发禽流感疫情预防控制效果评估,写出评估报告,报请解除疫情,转入常规防治。

疫情解除后,应及时总结疫情和调查处理情况上报。

### 六、相关预案及规章

（一）、《人感染高致病性禽流感应急预案》（卫应急发〔2006〕197号）

（二）、《卫生部应对流感大流行准备计划与应急预案（试行）》（卫办疾控发〔2005〕196号）

（三）、《卫生部农业部关于人畜共患传染病防治合作机制》（卫疾控发〔2005〕383号）

（四）、《河南省疾病预防控制中心突发人禽流感疫情预防控制预案（试行）》

**附件：**1、桐柏县疾病预防控制中心突发人禽流感疫情预防控制工作组织机构

2、人感染高致病性禽流感流行病学调查方案

3、人感染高致病性禽流感标本采集及实验室检测技术方案

4、人感染高致病性禽流感应急监测方案

5、禽流感密切接触者判定标准和处理原则

6、人禽流感消毒、院内感染控制和个人防护技术方案

## 附件 1

### 桐柏县疾病预防控制中心突发人禽流感疫情预防控制 工作组织机构

#### 突发人禽流感疫情预防控制工作领导小组

组 长：王方方

副组长：孟宪勇

成 员：王 文 王大江 徐长发 李爱军 陈玉峰 聂瑞晓 郑向辉 胡梦影

#### 领导小组办公室

主 任：孟宪勇

副主任：王大江

成 员：李雁北 邓延鸽

#### 突发人禽流感疫情预防控制工作机构

##### 一、疫情监测报告组

组 长：王大江

成 员：李雁北 邓延鸽 李丹 朱新闻 徐娟

##### 二、疫情应急处置组

组 长：王大江

成 员：李雁北 邓延鸽 李丹 朱新闻 徐娟

##### 三、实验检测组

组 长：徐长发

成 员：李双叶 何雨露 赵丽明 陈艳艳 符晓辉

##### 四、宣传教育组

组 长：孟宪勇

成 员：张 蓬 曲晓敏 李 蕤

##### 五、后勤保障组

组 长：王 文

成 员：李 强 穆朋玥

## 附件 2 人感染高致病性禽流感流行病学调查方案

为做好人感染高致病性禽流感（以下简称“人禽流感”）疫情的流行病学调查，预防和控制人禽流感病例的发生、传播，特制定本方案。

### 一 调查目的

（一）调查可能的传染源、传播途径及影响因素，为疫情的预防控制提供科学依据。

（二）发现和追踪病、死禽类及人禽流感病例的密切接触者。

（三）发现人传人的线索，并寻找其证据，为及时做好人禽流感大流行应对准备提供依据。

### 二 组织与准备

#### （一）启动条件

卫生行政部门或疾病预防控制机构通过监测系统报告、群众反映、媒体报道、疫情通报等途径获知本辖区内出现下列情况时，应及时开展流行病学调查：

- 1、发生经省级及以上农业部门证实的禽流感疫情。
- 2、发现人禽流感预警病例。
- 3、发现人禽流感疑似、确诊病例。
- 4、发现其他需要排除人禽流感的病例或需要开展调查的相关情况。

#### （二）组织及实施

1、县疾病预防控制中心负责开展禽流感疫情流行病学调查，应在接到疫情报告后 2 小时内开展现场流行病学调查，及时采取相应预防、控制措施，并将调查结果及时向卫生行政部门和上级疾病预防控制机构报告。根据需要，可请求上级部门给予技术支持和指导。

2、县疾病预防控制中心可应邀或受县卫健委派遣前往疫区指导当地疾病预防控制机构开展流行病学调查。

#### （三）调查准备

调查单位应迅速成立现场调查组，制定流行病学调查计划，明确调查目的、调查组人员组成，确定成员的任务及职责。调查组成员一般包括有关领导、流行病学工作者、临床医生、消毒人员、实验室工作人员、其它相关人员等。

### 三 调查内容和方法

#### （一）背景资料收集

### 1、当地地理、气象、人文等资料的收集

通过查阅资料、咨询当地相关部门等方法了解当地的地理状况（如地理位置、流域、海拔高度、地形地貌、植被、湖泊、河流、交通状况等）、气象资料（如年均气温、年均月气温、年均降雨量、年均月降雨量、年均湿度、当年月均气温及月均降雨量及月均湿度等）、农林业（土地使用、农业种植、养殖业、野生动物、候鸟迁徙情况等）、人口资料（最新的人口总数、年龄别构成、流动人口数）、社会经济发展指标（如国民经济总产值、人均产值、医院数量及床位数、学校数量等）、其它相关资料如特殊风俗及生活习惯等。

### 2、历史及横断面相关资料调查

通过查阅疾病预防控制机构及医院相关资料，了解当地一年内的流感样病例、不明原因肺炎、突发公共卫生事件的发生情况和主要传染病种类及发病情况，了解当地一年内的流感疫苗接种情况（接种疫苗型别、覆盖率、主要接种范围及对象、接种疫苗数量等）。

#### （二）动物疫情调查

##### 1、动物养殖及禽流感疫情情况

向省级农林部门及当地的农林部门了解当地禽类养殖业情况(包括家禽种类、数量、密度、免疫状况等)、历史上的禽流感疫情（是否发生、疫情发生地、诊断情况、动物类型、病原型别以及疫情发生处理情况等）、当年的动物禽流感疫情（是否发生、疫情发生地及疫区范围、诊断情况、动物类型、病原型别、发生经过及处理情况等）、动物尤其是禽类异常死亡情况、候鸟迁徙情况及禽流感监测情况等。

##### 2、当地禽类交易情况

调查当地及周围的农贸市场尤其是活禽交易市场情况。对市场内的活禽及禽类制品经营者进行调查、登记，了解货物来源、加工及交易方式、现场屠宰、防护情况、近期是否有异常表现等情况。

##### 3、当地动物饲养及动物疫情情况

参见病例的流行病学调查内容。

#### （三）病例搜索

疾病预防控制专业人员、乡村医生等在当地主要医疗机构采用查看门诊日志和住院病历等临床资料、入户调查等方式主动搜索不明原因肺炎病例、不明原因死亡病例。对搜索出的病例进行随访、筛查，直至排除人禽流感。

#### （四）病例的流行病学调查和标本的采集

对于搜索和报告的不明原因肺炎病例、人禽流感预警病例、人禽流感疑似病例、人禽流感医学观察病例等应及时开展流行病学调查和标本的采集。调查内容包括：病例基本情况、发病经过和就诊情况、临床表现、实验室检查、诊断和转归情况、居住地及家庭背景、个人暴露史、密切接触者情况等。

#### 1、临床资料

通过查阅病历及化验记录、询问诊治医生等方法，详细了解病例的临床表现、实验室检查结果、治疗进展等情况。

#### 2、病例所在地基本情况

(1)环境情况:通过现场调查了解病例居住地地理位置、人口资料、社区环境、交通状况、经济水平、卫生状况等情况。

(2)动物饲养情况:通过农业部门了解病例居住地所有养殖场及住户进行动物及家禽饲养情况调查，了解家禽种类、饲养方式、饲养规模、禽流感疫苗免疫接种、禽类交易情况等。

(3)动物疫情情况:向农业、林业部门了解当地动物疫情监测结果，特别是禽类的异常死亡情况。通过向兽医询问、入户调查的方式了解病例居住地一年内是否有家禽异常死亡情况，重点掌握近期内（6个月内，尤其是近1~2个月）发生禽流感或禽鸟类发病（死亡）情况（发生时间、动物发病表现、发病及死亡的动物种类、死亡数量、诊断结论及依据、处置情况等）。

#### 3、病例家庭及家居环境情况

通过询问及现场调查了解病例家庭人员情况、家庭居住位置、家居环境、家禽及家畜饲养情况、病死家禽及家畜情况。

#### 4、病例发病前活动范围及暴露史

(1)发病前7天内与人禽流感病例的接触情况：接触时间、接触方式、接触频率、接触地点、接触时采取防护措施情况等。

(2)发病前7天内与病死禽的接触及防护情况：饲养、贩卖、屠宰、捕杀、加工、处理病（死）禽，直接接触病（死）禽及其排泄物、分泌物等。

(3)发病前7天内有无其它接触可疑禽流感病毒污染物（如实验室污染）的情况。

(4)当病例无上述三项接触史时，重点调查其发病前7天内的活动情况，以了解其可能的环境暴露情况，如是否到过禽流感疫区或曾出现病（死）禽的地区旅行，是否到过农贸市场及动物养殖场所等。

#### 5、病例发病后的活动范围及密切接触者

确定病例发病后的详细活动范围，追踪密切接触者。

#### （五）高危人群的调查

1、通过现场调查及向农业、工商等部门了解情况等方式，掌握动物禽流感疫情，重点了解人禽流感疫情发生地的禽类养殖场、禽类散养户、屠宰场、禽类批发及交易市场、公园禽鸟类养殖场所的禽类饲养、捕捉、屠宰活禽、储藏、运输人员、禽类交易及经营人员以及宠物鸟类的养殖人员，并了解曾滞留禽类养殖、屠宰场所时间较长的人员情况。

2、向动物研究专业机构了解专业从事禽类研究及监测人员情况。

3、现场流行病学调查人员根据现场调查情况确定有潜在高危行为的人员。

#### （六）密切接触者的调查及处理（详见附件5）

#### （七）聚集性人禽流感病例

1、聚集性病例定义 以疫点为单位出现2例及以上人禽流感病例。

#### 2、聚集性病例的调查

从病例间的接触地点、接触时间、接触方式等方面了解病例间是否存在人传染人的可能性。

#### （八）其它相关调查及研究

#### 1、人禽流感感染因素研究

为探索人禽流感的危险因素，分析可能的感染方式、感染途径及影响因素，开展人禽流感的病例对照研究。调查内容可参考流行病学调查表。

#### 2、血清流行病学调查

对不同暴露机会、暴露方式、暴露时间及频次的人群开展血清流行病学调查，以了解是否存在轻型感染及隐性感染病例。

### 四、资料的分析、总结和利用

（一）在疫情调查处理进程中或结束后，应及时对流行病学资料进行整理、分析，撰写流行病学调查报告，并及时向上级疾病预防控制机构和同级卫生行政部门报告。

（二）在疫情调查结束后，各省级疾病预防控制机构将人禽流感病例流行病学调查表和流行病学调查报告上报中国疾病预防控制中心。

（三）流行病学调查原始资料、汇总分析结果、调查报告及时整理归档。

### 附件3 人感染高致病性禽流感标本采集技术方案

为及时、科学地采集和运送人禽流感病例或疑似污染环境等各种类型的标本，规范实验室检测程序和检测方法，提高检测质量，明确诊断或开展相关科学研究，特制定本方案。

#### 一、采集对象

(一) 人禽流感医学观察病例、疑似病例、临床诊断病例及需要进一步研究的确诊病例。

(二) 其它需要进行人禽流感诊断或排除者。

(三) 需要采集的环境标本。

#### 二、采集要求

(一) 从事人禽流感检测标本采集的技术人员必须经过生物安全培训和具备相应的实验技能。在标本采集过程中，采样人员参照(附件5)规定的防护措施进行安全防护。

(二) 住院病例的标本由所在医院医护人员在当地疾病预防控制机构专业人员指导下采集。

(三) 标本采集具体种类和数量由现场工作组确定。

(四) 密切接触者标本由当地疾病预防控制机构负责采集。

(五) 根据实验室检测工作的需要，结合病程再次采样。

#### 三、标本种类

每个病例应尽可能同时采集上、下呼吸道标本；需要排除人禽流感的死亡病例则依据《传染病病人或疑似传染病病人尸体解剖查验规定》(中华人民共和国卫生部令第43号)的规定采集尸体标本，没有条件进行尸体解剖的，可采集呼吸道灌洗液或经皮穿刺采集肺组织标本。

(一) 上呼吸道标本：包括咽拭子、鼻拭子、鼻咽抽取物、咽漱液、深咳痰液。最佳采集时间为发病后3天内。

(二) 下呼吸道标本：包括呼吸道抽取物、支气管灌洗液、肺组织活检标本。

(三) 尸检标本：病人死亡后应依法尽早进行解剖，在严格按照生物安全防护的条件下，进行尸检，主要采集肺、气管组织标本，条件允许下也可采集肝、肾、脾、心脏、脑、淋巴结等组织标本。

(四) 血清标本：每一病例必须采集血清标本，须采集急性期、恢复期双份血

清。第一份血清应尽早（最好在发病后7天内）采集，第二份血清应在发病后第3~4周采集。采集量要求5ml，以空腹血为佳，建议使用真空采血管。

（五）其它标本：如果病例有腹泻症状，可在发病后采集粪便标本；有胸水者可采集胸水标本。

#### 四、标本采集方法

（一）咽拭子：用2根聚丙烯纤维头的塑料杆同时擦拭双侧咽扁桃体及咽后壁，将头浸入含3ml采样液的管中，尾部弃去，旋紧管盖。

（二）鼻拭子：将1根聚丙烯纤维头的塑料杆拭子轻轻插入鼻道内鼻腭处，停留片刻后缓慢转动退出。取另一根聚丙烯纤维头的塑料杆拭子以同样的方法采集另一侧鼻孔。上述两根拭子浸入同一含3ml采样液的管中，尾部弃去，旋紧管盖。

（三）鼻咽抽取物或呼吸道抽取物：用与负压泵相连的收集器从鼻咽部抽取粘液或从气管抽取呼吸道分泌物。

将收集器头部插入鼻腔或气管，接通负压，旋转收集器头部并缓慢退出，收集抽取的粘液，并用3ml采样液冲洗收集器1次（亦可用小孩导尿管接在50ml注射器上来替代收集器）。

（四）咽漱液：用10ml不含抗菌素的采样液漱口。漱口时让患者头部微后仰，发“噢”声，让洗液在咽部转动。然后将咽漱液收集于50ml无菌的螺口塑料管中。无条件的可用平皿或烧杯收集咽漱液并转入10ml螺口采样管中。

（五）深咳痰液：要求病人深咳后，将咳出的痰液收集于50ml含3ml采样液的螺口塑料管中。

（六）呼吸道灌洗液：将收集器头部从鼻孔或气管插口处插入气管（约30cm深处），注入5ml生理盐水，接通负压，旋转收集器头部并缓慢退出。收集抽取的粘液，并用采样液涮洗收集器1次（亦可用小孩导尿管接在50ml注射器上来替代收集）。

（七）胸水：在B超定位下进行胸腔穿刺，抽取胸水5ml，置于无菌的塑料螺口管中。

（八）肺组织活检标本：在超声或X线定位下，经皮穿刺取肺组织活检标本，置于含3ml采样液的塑料螺口管中。

（九）尸检标本：每一采集部位分别使用不同消毒器械，以防交叉污染；每种组织应多部位取材，各部位应取20~50g，淋巴结取2个。

（十）粪便标本：采集5~10g粪便置于含5~10ml采样液无菌螺口管中，严格密封。

(十一) 血清标本：用真空负压采血管采集血液标本5ml，室温静置30分钟，1500~2000rpm离心10分钟，收集血清于2ml无菌螺口塑料管中。

**注：**常用的采样液配方为：pH 7.4~7.6的Hanks氏液或MEM/DMEM液。在采样液中需加入抗菌素，可用青霉素（终浓度为100U/ml）、庆大霉素（终浓度为1mg/ml）和抗真菌药物（终浓度为2μg/ml）。

## 五 标本包装

标本采集后在生物安全Ⅱ级实验室生物安全柜内分装成一式三份（分装标本的生物安全柜不能用于提取核酸）。一份当地检测用，一份送中国疾病预防控制中心检测，一份保存以备复核。

(一) 所有标本应放在大小适合的带螺旋盖内有垫圈、耐冷冻的塑料管里，拧紧。容器外注明样本编号、种类、姓名及采样日期。

(二) 将密闭后的标本放入大小合适的塑料袋内密封，每袋装一份标本。

(三) 标本有关信息填写“疑似人感染高致病性禽流感/不明原因肺炎病例标本送检单”见《疑似人感染高致病性禽流感/不明原因肺炎病例标本送检、接收、检测和结果报告反馈工作流程》（中疾控疾发[2005]526号），用另一塑料袋密封。

## 六 标本保存

用于病毒分离和核酸检测的标本应尽快进行检测，24小时内能检测的标本可置于4℃保存，24小时内无法检测的标本则应置于-70℃或以下保存。如无-70℃保存条件，则于-20℃冰箱暂存。血清可在4℃存放3天、-20℃以下长期保存。标本运送期间应避免反复冻融。标本应设立专库或专柜单独保存。

## 七 标本送检

(一) 上送标本

送省疾控中心进行初步检测，阳性标本送中国疾病预防控制中心复核。

(二) 标本运送的生物安全要求

按照《病原微生物实验室生物安全管理条例》（国务院424号令）和《可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输管理规定》（中华人民共和国卫生部第45号令）等有关规定执行。

## 附件 4 人感染高致病性禽流感应急监测方案

### 一 监测目的

早发现、早报告人感染高致病性禽流感病例，及时、有效地采取防控措施，预防可能出现的人感染高致病性禽流感疫情传播和蔓延。

### 二 监测启动条件

相关地区若发生以下情况之一，应立即启动人感染高致病性禽流感应急监测工作。

(一) 由省级农业部门确认发生动物高致病性禽流感疫情。

(二) 毗邻接壤国家或地区发生动物高致病性禽流感或人感染高致病性禽流感疫情。

(三) 出现人感染高致病性禽流感病例（包括医学观察病例、疑似病例、临床诊断病例、确诊病例）。

### 三 监测范围的确定

(一) 发生动物高致病性禽流感疫情

1、在县农业部门划定的动物疫区范围所涉及的乡镇开展应急监测工作。

2、若某县（市、区）的动物疫情发生在边界乡镇，则在与其边境相邻的其它县（市、区）开展应急监测工作。毗邻接壤国家在边境地区发生动物高致病性禽流感疫情或人感染高致病性禽流感疫情，在与其边境相邻的县（市、区）开展应急监测工作。

(二) 出现人感染高致病性禽流感病例

1、发生人感染高致病性禽流感病例时全市应立即启动应急监测。

2、若发现的人感染高致病性禽流感病例为输入病例，则应同时启动应急监测。

3、发生实验室污染引起的人感染高致病性禽流感病例，则应同时启动应急监测。

### 四 监测对象

监测范围内的发热（体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ）伴流感样症状病例及密切接触者。

### 五 监测时限

(一) 发生动物疫情的地区，应急监测开始于农业部门发现疫情之日；止于农业部门解除封锁后 7 天。

(二) 没有动物疫情，但出现人间病例时，应急监测始于卫生部门发现疫情之日，止于该病例的最后一例密切接触者的医学观察期的结束之日。

### 六 监测方法

(一) 病例的发现

1、被动监测 在应急监测期间，各级医疗机构对前来就诊的发热伴流感样症状

的病例进行登记和报告。

## 2、主动监测

(1) 县疾病预防控制中心对上报的发热伴流感样病例进行追踪和排查，每日将进展情况逐级上报到中国疾病预防控制中心和卫生部（见表 2）。

(2) 县疾病预防控制中心入户搜索、排查居民中是否有发热伴流感样症状的病例，每日将搜索、排查结果逐级上报到中国疾病预防控制中心和卫生部，并将病例送往医院治疗。

(3) 县疾病预防控制中心每日上报密切接触者医学观察表按（附件 4）执行。

(4) 上述病例若发展为不明原因肺炎，按不明原因肺炎监测方案执行；若发展为禽流感疑似病例，则按（附件 1）执行。

### （二）病例的流行病学调查、标本采集与检测

县疾病预防控制中心应在接到报告后 2 小时内对流感样病例进行详细的流行病学个案调查。必须按照相关要求和标准采集病例相关标本。

采集上、下呼吸道标本进行禽流感病毒的核酸检测和病毒分离，同时要采集病例的急性期和恢复期血清标本进行 A(H5N1) 亚型特异的抗体检测。

原则上，先由省级及以下疾控机构进行初步检测，阳性标本送中国疾病预防控制中心复核。省级疾控机构不具备检测条件的，送中国疾病预防控制中心或邻近具备相应条件和资格认证的省级疾控机构进行检测。同时各地要根据卫生部或中国疾病预防控制中心的要求，及时报告病例的有关流行病学和临床资料，应在 24 小时内将相关标本送上级疾控机构。

标本的采集种类、时间、运送、保存和检测具体内容，参见《人感染高致病性禽流感标本采集技术方案》（附件 3）和《可感染人类的高致病性病原微生物菌（毒）种或样本运输管理规定》。

### （三）报告与反馈

开展应急监测期间，监测范围内各级各类医疗卫生机构填写《人感染高致病性禽流感应急监测报告卡》（见表 1），并登陆“中国流感/人感染高致病性禽流感监测信息系统”进行报告，同时电话报告当地卫生行政部门和上级疾控机构。没有条件实行网络直报的，用电话和传真方式将《人感染高致病性禽流感应急监测报告卡》上报市疾病预防控制中心，由市疾控机构进行网络直报。疾病预防控制中心接到报告后，立即开展追踪排查工作，并将结果填写到（表 2）中，每日以电子邮件或传真方式逐级上报到中国疾病预防控制中心和卫生部。省级或国家级的检测、诊断结果及时逐级反馈，疾病预防控制中心根据反馈结果，及时更正病例的转归情况。

## 七 职责与分工

（一）县疾病预防控制中心负责本地区监测资料的收集、汇总分析，并及时反

馈及上报信息；对监测工作进行督导、指导，必要时进行现场调查；开展技术培训。

（二）县疾病预防控制中心具体承担病例的流行病学调查、随访，标本（病例鼻、咽拭子、血清及环境、动物标本等）的采集和运送；开展主动监测；负责当地资料的收集、汇总分析，并及时上报信息。

### （三）医疗机构职责

各级各类医院、诊所等医疗机构负责病例的发现及报告工作，协助市疾病预防控制中心进行流行病学调查及标本采集工作，对全体医护人员进行防治知识培训（尤其是传染病防治法及传染病相关知识的培训）。

## 八 监测系统督导和评价

卫生行政部门组织专家督导检查本辖区内的应急监测工作，评估监测的质量，发现问题及时纠正。可根据评价结果对应急监测进行必要的调整，注重新技术在监测中的应用。

督导和评估内容：密切接触者管理；登记的完整性和随访情况；发热伴流感样症状病人的登记和流调的及时性；现场工作质量与监测资料分析及上报的准确性与及时性；标本采集和运送情况。

## 九 保障

### （一）人员准备及培训

县疾病预防控制中心应建立应急反应队伍。参加监测工作的各单位应加强对各级医疗卫生和防疫人员的培训和教育，明确监测要求，包括病例定义、报告、调查、标本采集等程序与要求，明确各部门和人员的职责，特别是加强对儿科、感染性疾病科、呼吸内科、防保科医务人员的培训工作，以保证按要求报告疑似病例。

### （二）督导检查

上级部门定期对下级监测点进行督导检查，进行质量控制，发现问题及时解决。每年召开一次监测工作总结会，总结经验，分析监测工作中的问题，交流监测资料及所开展研究工作的结果，以促进防治工作的开展。

### （三）后勤保障

县疾病预防控制中心应准备好控制疫情所需的器械、消杀药品、诊断试剂、疫苗等物资。

## 附件 5: 禽流感密切接触者判定标准和处理原则

为及时、科学地判定动物禽流感及人禽流感的密切接触者，采取预防措施，控制禽流感在人间的发生和传播，制定如下判定标准和处理原则。

### 一 判定标准

#### (一) 禽流感病(死)禽的密切接触者

1、在病(死)禽所在地(禽场、禽散养户、野禽栖息地、宠物市场和饲养户及有关屠宰、经营单位等)直接从事饲养、观察研究、捕捉、装运、贩卖、宰杀、加工病(死)禽的人员及在这些场所内生活、工作过的其他相关人员，在农贸市场内特指那些直接从事贩卖、宰杀活禽或病(死)禽的人员及在贩卖、宰杀场所生活或工作的其他相关人员。

2、从事捕杀、处理(如处置禽尸体和环境清洁、消毒等)工作，但未按相应规范采取防护措施的人员。

3、直接接触病(死)禽及其排泄物、分泌物等的相关人员。

#### (二) 人禽流感病例的密切接触者

与出现症状后的人禽流感疑似病例或确诊病例共同生活、居住、护理的人员或直接接触过病例呼吸道分泌物、排泄物和体液的人员。

现场流行病学调查人员根据调查情况确定的其他密切接触者。

4、在没有防护措施的情况下，对可能被禽流感病毒污染的物品进行采样、处理标本、检测等实验室操作或者违反生物安全操作规程的工作人员。

### 二 密切接触者的调查及追踪

#### (一) 禽流感病死禽类密切接触者

对禽流感病死禽密切接触者入户调查，仔细询问每一个人的接触情况，并登记。

#### (二) 人禽流感患者的密切接触者

人禽流感患者的密切接触者填写流行病学调查表。

### 三 密切接触者的处理原则及措施

#### (一) 处理原则

1、密切接触者的医学观察由当地卫生行政部门组织实施。

2、根据密切接触者数量、接触程度等可采取集中医学观察或自我医学观察的措施。

3、观察期限暂定为 7 天(自最后接触病死禽类及人禽流感患者计算起)。

4、医学观察开始前，根据确定的观察期限判断实际观察时间。

## （二）处理措施

1、医学观察开始前，卫生行政部门指定的负责医学观察的医疗机构专业卫生人员必须通过口头或以告知书的方式，告知被观察对象以下内容：

①人禽流感的临床特点、传播途径等相关防治知识。

②负责医学观察的医疗机构联系人、联系方式，以便出现相关症状后进行报告。

2、在医学观察期间不限制医学观察对象的活动，但病（死）禽密切接触者须在疫区范围（疫点周围半径 3 公里）内活动。被观察对象如需离开疫区，必须得到当地政府的同意后方可离开疫区。

3、医学观察期间，负责医学观察的医疗机构的专业卫生人员每日对密切接触者测试 2 次体温，了解其身体健康状况（也可由患者自行测量体温，专业人员每天两次通过电话询问情况），并做好个案登记，市疾病预防控制中心每日按《禽流感密切接触者医学观察每日统计汇总表》汇总，录入到“中国流感/人禽流感监测信息系统”中，并报上级疾病预防控制中心和同级卫生行政部门。

4、医学观察期间，被观察对象出现发热等异常临床表现的，按照《人感染高致病性禽流感应急监测方案》进行诊断和报告，并按照《人感染高致病性禽流感流行病学调查方案》和《人感染高致病性禽流感标本采集及实验室检测技术方案》进行流行病学调查、采样和实验室检测。若发现密切接触者已出现肺炎可疑症状时，应立即通知指定医疗机构派专用车辆将其接入指定医院进行隔离诊治。

5、根据需要，对密切接触者进行血清流行病学调查，了解是否有人传染人、隐性感染或轻型病例并根据其具体接触方式、频度、时间分析相关影响因素。

6、对于输入病例的密切接触者，由疫情发现地的省级卫生行政部门将其有关流行病学资料直接通知病例来源地的相应机构，由来源地负责追踪和调查其密切接触者，处理措施同上。

7、若病例的密切接触者已离开原地，由疫情发现地的省级卫生行政部门直接通知其目的地的相应机构，由到达地负责追踪调查，处理措施同上。

## 附件6 人禽流感消毒、院内感染控制和个人防护技术方案

为规范做好消毒、隔离和个人防护等预防控制人禽流感措施，制定本方案。

### 一 现场消毒技术方案

#### (一) 消毒原则

发生疫情后，应及时有效地对污染物品进行消毒处理，采取严格的消毒措施。消毒工作应该由经过培训、有现场消毒经验的人员进行，针对不同的消毒对象采用相应的消毒方法。消毒工作应避免盲目性，如采取其他有效措施可以使污染物品无害化时，可以不进行消毒处理。

#### 1、仅出现动物禽流感疫情的现场消毒

仅出现动物禽流感疫情时，疾病预防控制机构可配合农业部门开展现场消毒。现场消毒工作原则上包括以下几个方面：

(1)对禽舍包括死禽和宰杀的家禽、禽粪和墙壁地面等进行终末消毒，必要时对禽舍的空气进行消毒。

(2)对划定的动物疫点内病、死禽可能污染的物品进行终末消毒。

(3)对划定的动物疫区内的饮用水应进行消毒处理，对流动水体和较大的水体等消毒较困难者可以不消毒，但应严格进行管理。

(4)对划定的动物疫区内可能污染的物体在出封锁线时进行消毒处理。

#### 2、出现人禽流感疫情的现场消毒

发生人禽流感疫情时，疾病预防控制机构配合农业部门针对动物禽流感疫情开展消毒工作，还要对发生人禽流感疫情的疫点进行消毒，并按《消毒技术规范》(2002版)进行消毒效果评价，以确保消毒处理有效。收治禽流感病人的医院应对病人污染或可能污染的区域进行消毒处理。现场消毒工作包括以下几个方面：

(1)配合农业部门针对动物禽流感疫情开展消毒工作，按《消毒技术规范》(2002版)进行消毒效果评价。

(2)对发生人禽流感的疫点、疫区进行现场消毒，消毒重点应包括病人的排泄物、病人发病时生活和工作过的场所、病人接触过的物品等。

(3)医院应同时按肠道传染病和呼吸道传染病的要求对禽流感病人诊疗过程中可能污染的物品进行消毒处理。

#### (二) 消毒方法

1、病房、病家和禽舍的地面、墙壁等一般物体表面 0.1%过氧乙酸溶液或 500mg/L有效氯含氯消毒剂溶液喷雾。泥土墙吸液量为 150 ml/m<sup>2</sup>~300 ml/m<sup>2</sup>，水泥墙、木板墙、石灰墙为 100 ml/m<sup>2</sup>，地面喷药量为 200 ml/m<sup>2</sup>~300ml/m<sup>2</sup>。以上消毒处理，作用

时间应不少于 60 分钟。

2、纺织品 耐热、耐湿的纺织品可煮沸消毒 15 分钟，或采取压力蒸汽灭菌的方法，或用 250mg/L 有效氯的含氯消毒剂浸泡 30 分钟；不耐热的纺织品可采取过氧乙酸熏蒸消毒。消毒时，将欲消毒衣物悬挂在密闭空间，按每立方米用 15% 过氧乙酸 7 毫升（1g/m<sup>3</sup>），放置瓷或玻璃容器中，加热熏蒸 2 小时。

3、动物及病人的排泄物、分泌物和呕吐物 稀薄者，每 1000 毫升可加漂白粉 50 克，搅匀放置 2 小时。尿液每 1000ml 加入漂白粉 5 克混匀放置 2 小时。成形粪便，1 份粪便加 20% 漂白粉乳剂 2 份，混匀后，作用 2 小时。对厕所和禽舍的粪便可以集中消毒处理时，可按粪便量的 1/10 加漂白粉，搅匀加湿后作用 24 小时。

4、餐（饮）具 首选煮沸消毒 15 分钟，也可用 0.1% 过氧乙酸溶液或 500 mg/L 有效氯含氯消毒剂溶液浸泡 15 分钟后，再用清水洗净。

5、食物 生吃的瓜果、蔬菜类可用 0.1%过氧乙酸溶液浸泡 15 分钟。病人的剩余饭菜不可再食用，在医院按感染性废物处理，在疫区可以煮沸 30 分钟，或用 20% 漂白粉乳剂浸泡 2 小时，也可焚烧处理。

6、盛排泄物或呕吐物的容器 可用 1000mg/L 有效氯含氯消毒剂溶液或 0.2% 过氧乙酸溶液浸泡 30 分钟，浸泡时，消毒液要漫过容器。

7、家用物品、家俱 可用 0.1% 过氧乙酸溶液或 500mg/L 有效氯含氯消毒剂浸泡 15 分钟，硬质物体表面也可按一般物体表面进行消毒处理。

8、手 用 0.5% 碘伏溶液或 0.5%氯己定醇溶液涂擦，作用 1~3 分钟。手的消毒也可用醇类免洗手消毒剂涂擦，自然干燥后即可。

9、人与动物尸体 动物尸体应焚烧或喷洒消毒剂后在远离水源的地方深埋，要采取有效措施防止污染水源。病人尸体宜尽快火化。

10、运输工具 车、船内外表面和空间可用 0.1% 过氧乙酸溶液或 500mg/L 有效氯含氯消毒剂溶液喷洒至表面湿润，作用 60 分钟。

11、垃圾 医院与禽流感有关的垃圾按感染性废物处理，疫区的可燃物质尽量焚烧，也可喷洒 10000 mg/L 有效氯含氯消毒剂溶液，作用 60 分钟以上，消毒后深埋。

12、污水 对小水体的污水每 10 升加入 10000mg/L 有效氯含氯消毒溶液 10 毫升，或加漂白粉 4 克。混匀后作用 1.5 小时后余氯为 4mg/L~6 mg/L 时即可。较大的水体应加强管理，疫区解除前严禁使用。

13、饮用水 对疫区的饮用水应进行消毒处理，保证其微生物指标符合《生活饮用水卫生标准》。

14、空气 对无法通风的空间受到污染后应进行空气消毒。房屋经密闭后，每立

方米用 15% 过氧乙酸溶液 7 毫升 ( $1 \text{ g/m}^3$ ), 放置瓷或玻璃器皿中加热蒸发, 薰蒸 1 小时, 即可开门窗通风; 或以 0.5% 过氧乙酸溶液 ( $8\text{ml/m}^3$ ) 气溶胶喷雾消毒, 作用 30 分钟; 也可使用紫外线进行消毒。

15、医疗器械 一次性医疗器械使用后按感染性废弃物处理, 可重复使用的医疗器械按《消毒技术规范》的有关要求进行消毒处理。

### (三) 评价原则

1、过程评价 发现疫情后, 是否及时对所有必须消毒的物体按规定的方法采取了有效的消毒措施。

2、效果评价 实验条件允许时, 可以按照《消毒技术规范》规定的方法进行效果评价, 当消毒前后自然菌的杀灭率 $\geq 90\%$ 时可以认为消毒合格。

## 二 人禽流感院内感染控制技术

### (一) 病人隔离原则

对人禽流感医学观察病例、疑似病例、临床诊断和确诊病例应尽早采取住院隔离, 确诊病例可置同一房间, 其余的应置单间隔离。限制病人只在病室内活动, 原则上禁止探视、不设陪护, 与病人相关的诊疗活动尽量在病区内进行。

### (二) 医院的隔离

#### 1、呼吸道感染疾病门诊

(1) 独立设区, 远离其他门诊、急诊, 出入口与普通门急诊分开, 标识明显。

(2) 分别设立医务人员和病人专用通道。

(3) 分清洁区、半污染区和污染区, 分区明确无交叉, 有明显标识。清洁区包括医务人员的值班室、更衣室、浴室、库房等, 半污染区包括消毒室和防护用品更换室等, 污染区包括病人可能进入的各类诊疗室、污物暂存处。在清洁区和半污染区、半污染区和污染区之间分别设立缓冲区, 并设隔离屏障。

(4) 诊室和留观室通风良好。

(5) 留观病人一人一间, 房间内设卫生间。

(6) 病人病情允许时应戴口罩, 不能离开留观室, 严禁病人间相互接触。

#### 2、人禽流感医学观察病例、疑似病例和临床诊断病例病区

(1) 独立设区, 与其他病区分隔无交叉, 并保持一定距离。

(2) 分清洁区、半污染区和污染区, 分区明显无交叉, 有明显标识。清洁区包括医务人员的值班室、会诊室、更衣室、浴室、库房等, 半污染区包括治疗室、医护人员办公室、消毒室和防护用品更换室等, 污染区包括病室、病区走廊和污衣、污

物暂存处等。在清洁区和半污染区、半污染区和污染区之间分别设立缓冲区，并设隔离屏障。

(3) 保持病区通风良好。

(4) 病区内产生的废弃物，均按感染性废物放入双层黄色垃圾袋中，损伤性废物放入利器盒，其它医用物品必须经过消毒后才能移出病区。

(5) 病人一人一间，房间内设卫生间。

(6) 病人戴医用防护口罩，禁止离开病房和相互探访。

(7) 原则上不设陪护，不得探视，若必须探视时，探视者必须严格按照规定做好个人防护。

### 3、人禽流感确诊病人病区

(1) 已建立负压病房的医院可以采取房间隔离。房间隔离的具体要求包括：

①使整个病区的空气定向流动，从办公区 → 走廊 → 缓冲间 → 隔离病房。

②隔离病房为污染区，隔离病房外的走廊与病房之间设立缓冲间，防护用品置于缓冲间内。

③医务人员进入隔离病房前，在缓冲间更换防护用品；离开隔离病房时，在缓冲间更换防护用品并进行手的卫生处理。

④病人的诊疗、护理工作和病人的生活活动在病室内完成。

⑤隔离病房应有隔离标志，并限制人员出入，进行出入人员登记。

(2) 未设负压病房的医院应做到以下隔离措施：

①独立设区，与其他病区相隔离，有明显标识。

②布局合理，分清洁区、半污染区、污染区，三区无交叉。清洁区包括医务人员的值班室、会诊室、外更衣室、淋浴室、库房等，半污染区包括治疗室、医护人员办公室、消毒室和内更衣室等，污染区包括病室、病区走廊和污衣、污物暂存处等。在清洁区和半污染区、半污染区和污染区之间分别设立缓冲区，并设隔离屏障。

③病区分别设立医务人员和病人专用通道。

④病区通风良好，保证空气流向从洁净区 → 半污染区 → 污染区。

⑤病区产生的废弃物，均按感染性废物放入双层黄色垃圾袋中，损伤性废物放入利器盒，其它医用物品必须经过消毒后才能移出病区。

⑥病人戴医用防护口罩，不得离开病区。

⑦重型病人应当收治在重症监护病房或者具备监护和抢救条件的病室，该病室禁止收治其他病人。

⑧原则上不设陪护，不得探视，病人病情危重应由医务人员及时向家属通报病情，若必须探视，探视者必须严格按照规定做好个人防护。

### 三 禽流感暴露人员防护指导原则

#### (一) 防护原则

接触或可能接触病、死禽类或禽流感病人的所有人员都应采取相应的防护措施，包括以下原则：

(1)应采取防护措施预防禽流感的呼吸道传播、消化道传播和接触传播。

(2)进入被传染源污染或可能被污染的区域时应戴医用防护口罩，防止呼吸道传播。

(3)接触病人、疑似病人、疫区内的病死禽等传染源及其体液、分泌物、排泄物时均应采用防护措施。接触传染源污染的物品时也应采取防护措施。

(4)既要采取措施预防人禽流感由病人传给医务人员，又要防止由医务人员传给病人。

(5)应根据暴露的危害程度分别采取基本防护、加强防护和严密防护的方法。

#### (二) 防护方法

##### 1、基本防护

(1)适用对象：医院诊疗工作中所有医务人员，可能接触病禽或病人的人员。

(2)防护用品：工作服、工作裤、工作鞋、工作帽和医用防护口罩。

##### 2、加强防护

(1)防护对象：进入留观室、病区的人员，进入疫区的人员，其他接触病、死禽和病人等传染源及其体液、分泌物、排泄物并包括其污染物品的人员。

(2)防护用品：隔离服、医用防护口罩、帽子、医用手套或橡胶手套、必要时使用防护镜或面罩、鞋套。

##### 3、严密防护

(1)防护对象：宰杀病禽的人员，对禽流感病人进行有创操作或尸体解剖的人员。

(2)防护用品：在加强防护的基础上增加使用正压面罩或全面型呼吸防护器。

#### (三) 更换防护用品顺序

根据防护用品的具体情况确定防护用品更换顺序，更换防护用品的顺序以方便更换防护用品为原则。工作结束后，更换防护用品的顺序原则上是先脱污染较重和体积较大的物品，后脱呼吸道、眼部等最关键防护部位的防护用品。对于常见的防护服，一般可按下列顺序穿脱防护用品。

##### 1、穿戴防护用品顺序

步骤 1: 戴帽子。

步骤 2: 穿防护服。

步骤 3: 戴口罩。

步骤 4: 戴上防护眼镜。

步骤 5: 穿上鞋套或胶鞋。

步骤 6: 戴上手套, 将手套套在防护服袖口外面。

## 2、脱掉防护用品顺序

步骤 1: 摘下防护眼镜, 放入消毒液中。

步骤 2: 解防护服。

步骤 3: 摘掉手套, 一次性手套应将里面朝外, 放入黄色塑料袋中, 橡胶手套放入消毒液中。

步骤 4: 脱掉防护服, 将里面朝外, 放入污衣袋中。

步骤 5: 将手指反掏进帽子, 将帽子轻轻摘下, 里面朝外, 放入黄色塑料袋中或污衣袋中。

步骤 6: 摘口罩, 一手按住口罩, 另一只手将口罩带摘下, 放入黄色塑料袋中, 注意双手不接触面部。

步骤 7: 脱下鞋套或胶鞋, 将鞋套里面朝外, 放入黄色塑料袋中, 将胶鞋放入消毒液中。

步骤 8: 洗手、消毒。

### (四) 防护用品的要求

防护服: 符合 GB19082-2003《医用一次性防护服技术要求》, 可为联体或分体式结构, 穿脱方便, 结合部严密。袖口、脚踝口应为弹性收口, 具有良好的防水性、抗静电性、过滤性效率和无皮肤刺激性。

防护口罩: 符合 GB19083-2003《医用防护口罩技术要求》, 口罩可分长方型和密合型, 应当配有鼻夹, 具有良好的表面抗湿性, 对皮肤无刺激, 气流阻力在空气流量为 85L/min 情况下, 吸气阻力不得超过 35mmH<sub>2</sub>O, 滤料的颗粒过滤效率应当不小于 95%。也可选用符合 N95 或 FFP2 标准的防护口罩。

其他: 应当满足实际使用需要。

# 传染性非典型肺炎疫情控制预案

## 一、总则

为了有效预防、及时控制和消除传染性非典型肺炎（以下简称非典）疫情，保障人民身体健康，维护社会稳定，根据国家有关法律法规，结合我县实际，特制定本预案。

本预案主要依据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《国内交通卫生检疫条例》、《国家突发公共卫生事件应急预案》、《传染性非典型肺炎防治管理办法》和卫生部有关非典防治技术方案编制。

非典防治工作坚持预防为主、防治结合、分级负责、科学防治、依法管理的原则，做到“早发现、早报告、早隔离、早治疗”，切断传播途径，迅速控制疫情在我县的传播和蔓延。

## 二、组织保障

### （一）组织领导和工作机构

成立传染性非典型肺炎预防控制工作领导小组（见附件1），全面领导非典预防控制工作。实行非典防控工作主要领导负责制、防控工作责任制和责任追究制，明确任务、目标 and 责任。领导小组下设办公室、疫情监测报告组、实验检测组、疫情应急处置组和后勤保障组等工作机构（见附件1）。

### （二）职责分工

#### 1、办公室

为我中心非典预防控制工作领导小组办事机构，负责工作协调、人员培训、健康教育和宣传报道。

#### 2、疫情监测报告组

组织指导全县不明原因肺炎病例、医疗机构死亡病例、非典早期预警症状和流感监测，保证网络支持，指导和开展疫情网络直报，负责本县非典疫情及监测资料的收集、汇总分析、反馈和上报。

#### 3、实验检测组

指导疾病预防控制机构和医疗机构样本的采集、保藏和运送。做好技术准备和试剂储备，负责向上级疾控机构运送样本。

#### 4、疫情应急处置组

负责开展全县非典疫情应急处置工作，配合上级疾控机构对全市非典病例的确认，指导、督导全市非典预防控制和监测工作，指导和参与现场流行病学调查、密切接触者的追踪与管理、疫区的消毒与处理，提出控制措施和建议。实行业务协调和疫情、技术咨询 24 小时值班制度。

#### 5、宣传教育组

负责非典预防控制工作的卫生防病知识宣传及健康教育等工作，负责与新闻媒体的联络。

#### 6、后勤保障组

负责非典预防控制工作的防护设备和用品、防治药品、消毒器械和药品、流行病学调查及医学观察等设备和物资的采购、储存、管理与发放，适时更新补充，确保应急需要。满足车辆需求。

### 三、分级负责

在非典防治工作中实行分级负责制度，疾病预防控制机构和医疗卫生机构职责分工如下：

#### （一）县疾控中心职责

1、为县政府及卫生行政部门提供防治决策技术支撑。

2、制定本县非典综合防治技术预案，并组织实施。

3、督促指导辖区各级医疗机构开设发热门诊；配合交通部门设置交通留验站，加强发热病例的主动监测，建立登记报告制度；配合民政部门建立盲流人群的留验观察机制；与基层政府组织配合对打工回乡人群进行主动流行病学监测。

4、参与发热病例医学观察对象的确定和非典疑似病例的初诊或排除，向上级报告疫情；开展发热病人的流行病学调查；对临床诊断病例和疑似病例涉及疫点进行划定，并开展密切接触者的追踪调查。

5、对辖区内医疗机构人员进行防治知识培训。指导并督促医疗机构对发热病人、确诊和疑似病人实施隔离措施，组织指导对疫点、疫区的消毒处理和病家终末消毒处理。

6、与本县疫情涉及区沟通流行病学追踪信息和解除追踪的信息反馈；向市疾控中心报告需要其他有关省市进行流行病学追踪和解除追踪的信息；指导乡镇及社区防保人员开展密切接触者追踪与随访和开展发热病例的流行病学主动搜索。

7、收集有关非典防治技术资料及现场图片、音像资料，配合当地宣传部门、

新闻媒体开展非典防治知识宣传教育；重要的图片音像资料应拷贝报市疾控中心备案。

8、对县教育、交通等部门的非典防治工作进行技术指导。

## （二）各级医疗机构的职责

1、各级各类医疗机构均应开设发热门诊，对疑似非典的发热病人进行隔离治疗观察，防止造成传播，并报告当地疾病预防控制机构，以利迅速开展流行病学调查。

2、各级医疗机构承担对观察病例的隔离治疗任务。

3、县级定点医院负责临床诊断病例和疑似病例的隔离治疗，并根据县卫生行政部门的要求，对辖区内各级医疗机构诊治发热病例进行技术指导。

4、技术条件较好、技术力量较强的医疗机构，在接到交通留验站等部门的请求时，应该给予专业技术支持。

## （三）乡镇及社区防保人员职责

在县疾控中心的指导下，开展辖区内临床诊断病例和疑似病例密切接触者的追踪与随访，开展发热病例的追踪调查。

## 四、非典疫情监测流程

交通留验站在检疫中发现发热病人，应立即送就近的医疗机构就诊，并按照《卫生部、财政部、铁道部、交通部、民航总局关于严格预防通过交通工具传播传染性非典型肺炎的通知》要求，决定对同行人员进行留验观察与否。发热病例可排除非典诊断的，对同行人员进行基本信息登记后放行；发热病人不能排除非典诊断时，待专家诊断组对发热病人进行临床诊断后，决定对同行人员进行留验观察或放行。

发热门诊怀疑发热病员为非典的，应按卫生部预案立即对病人进行隔离治疗，并按规定时限报告县级疾控中心。

县疾控中心接到上级交办需查实的或各种途径报告的可疑疫情报告后，应派出专业人员进行调查核实（必要时可请公安、街道等部门派员协助调查），发现发热病人应及时动员病人就诊，同时着手收集发热病人流行病学和临床资料，提交市非典防治专家组进行初诊。

县疾控中心专业人员应参与专家诊断组，参加对怀疑为非典的发热病例的初诊工作，并指导督促医疗机构对初诊疑似病人实施隔离措施和对初诊疑似病例接触者的医学观察；组织指导对初诊疑似非典病例的生活工作环境和交通车辆的消毒工作，

同时配合县卫生行政部门收集完善病例资料报市专家诊断组诊断。

县非典专家诊断组对病例进行诊断后，定为临床诊断病例或疑似病例的，应立即向市卫健委和市疾控中心报告，以便市卫健委通知医学观察医疗机构将病例转送定点医院隔离治疗，并通知有关单位开展密切接触者流行病学追踪调查和转送后病房、环境与车辆的严格终末消毒。定点医院在对病人进行隔离治疗的同时，应按卫生部技术方案要求对病员进行采样并作好记录，送疾控中心转送上级疾控中心检验。疾控中心应对其隔离措施、环境及交通车辆的消毒进行指导。

临床诊断病例和疑似病例密切接触者已脱离医学观察或已由交通留验站放行的，首诊医疗机构或交通留验站所在地疾控机构应详尽提供接触者人员名单及其基本信息，通知所在地疾控机构进行流行病学追踪；接触者已离开县内的，应通过县疾控中心告知有关省市县进行追踪调查；排除疑似诊断的应向原通知地反馈信息解除追踪。

县疾控中心在接到上级交办或乡镇办要求进行流行病学调查的通知后，应派出专业人员或指派乡镇或社区防保医生进行流行病学追踪，并及时向县或有关乡镇办反馈追踪情况。

### **五、医学观察、隔离治疗和追踪随访的确定**

为防止疫情扩散，疾病预防控制机构应做好医疗机构医学观察、隔离措施的督促检查和临床诊断或疑似病例的流行病学追踪随访工作。在确定医学观察对象或解除观察时，应依据卫生部有关技术方案进行。确定要点如下：

留验观察：来自疫区且同行人员有发热者，留验时限依同行发热者临床诊治结果确定。

发热者医学观察：观察与否和观察时限根据临床指标和初步流行病学调查结果确定。

隔离治疗：发热病例临床检查结果和流行病学调查资料疑为非典感染者。

解除医学观察：临床治疗情况和专家诊断组排除非典，或流行病学可完全排除非典感染可能者。

流行病学追踪随访：非典临床确诊病例、疑似病例和医学观察病例的密切接触者。追踪随访基本指标：体温。观察时限：就地隔离 2 周。家庭隔离者可作电话随访

### **六、非典疫情报告及程序**

疾病预防控制机构必须如实报告疫情线索、疑似病例和临床诊断病例情况，报告必须按规定的时限、途径和方式进行。

### **七、病原学和血清学检查**

收治医院必须采集临床诊断或疑似病例病人的咽拭子及双份血清，交县疾控中心转送上级疾控中心检测。县疾控中心负责组织密切接触者标本的采集送南阳市疾控中心。

标本采集和运送应严格按卫生部下发的《非典型肺炎病例实验室检测标本采集技术指南（试行）》进行，标本采集时采集人要严格执行生物安全防护要求，必须穿戴好防护鞋套、衣裤、帽子、眼罩、口罩和手套。采集样品必须放入无菌塑料管内，加防护无菌外包装并作标志，在冷藏条件下保存并按规定时限运送。

### **八、非典疫点处理**

县疾控中心要组建非典疫点应急处理队伍，储备充足的消毒器材和药品，一旦非典疫情发生，在县疾控中心指导下划定疫点疫区，迅速组织对划定疫点疫区范围内的居室、设施及环境实施消毒。疫点的消毒应按照卫生部有关非典处理技术方案和消毒技术规范的要求进行。消毒人员须培训合格后方可上岗，实施消毒时应注意个人防护，严格遵守操作规程和消毒制度，防止感染。消毒应有条不紊，突出重点，不得遗漏，避免已消毒物品被再次污染，保证消毒效果。

### **九、医务人员防护**

各级医疗卫生和疾病预防控制机构在诊治和现场处理过程中，必须严格执行卫生部有关技术方案的要求，制定安全防护规章制度，提供一切必须的防护设施，采取措施督促参与诊疗和现场调查处理人员认真履行操作规程和程序，尽力降低医务人员的感染机率，确保医疗卫生和疾病控制人员安全。

县疾控中心在要求乡镇或社区防保人员进行流行病学追踪调查或主动搜索时，应对人员进行详细的安全防护培训，并要求穿戴防护用品进行工作，接触病人后应采取消毒、洗手等防护措施。

## 附件 1

### 桐柏县疾病预防控制中心传染性非典型肺炎预防控制 工作组织机构

#### 传染性非典型肺炎预防控制工作领导小组

组 长：王方方

副组长：孟宪勇

成 员：王文 王大江 徐长发 李爱军 陈玉峰 聂瑞晓 郑向辉 胡梦影  
李强 李雁北 陈立业 陈岩 李双叶 张蓬 石金月 仵志方 薛冬梅  
穆朋玥 王伟华 李丹 邓延鸽

#### 领导小组办公室

主 任：王大江

副主任：李雁北 邓延鸽

#### 传染性非典型肺炎预防控制工作机构

##### 一、疫情监测报告组

组 长：王大江

成 员：李雁北 邓延鸽 朱新闻 徐 娟 彭 松

##### 二、疫情应急处置组

组 长：王大江

成 员：李雁北 邓延鸽 朱新闻 徐 娟 彭 松

##### 三、实验检测组

组 长：徐长发

成 员：李双叶 陈艳艳 符晓辉 赵丽明 何玉露

##### 四、宣传教育组

组 长：孟宪勇

成 员：张 蓬 刘伟伟 曲晓敏 李 蕤

##### 五、后勤保障组

组 长：王 文

成 员：李 强 穆朋玥

## 附件 2

### 发热门诊、交通卫生检查站和疫情主动监测工作指南（试行）

#### 一、发热门诊工作指南

（一）为了及时发现和处理非典病例，各级各类医疗机构必须设立地理位置相对独立、处于医院下风向的发热门诊。基层医疗单位人员与房屋条件不能单独设立时，可设单一房间的发热门诊。

（二）发热门诊应包括诊疗室、观察室、药房等，并指派专职的医护人员，配备专用的医疗设备、抢救药品、消毒药械、个人防护用品以及采集样品的专用器材，并制订严格的工作制度与隔离消毒制度。

（三）实行发热病人登记，填写发热病人登记日志，基本信息包括：姓名、性别、年龄、工作单位、职业、详细地址、联系方式、发病日期、就诊日期、流行病学史、主要症状、检验检查结果、初步诊断、治疗方案等。外来或外出返乡患者应登记其原居住省市县详细地址或出差地址、单位地址及来渝投宿地址。必须防止因登记不详、字迹不清而延误疫情处理。

（四）经初步流行病学询问，结合临床症状和实验室常规检查怀疑非典患者，必须采取措施进行留验观察，并报告疾控中心，以便开展流行病学调查。

（五）医护人员必须按卫生部技术方案要求加强个人防护，防止因工作失误而感染非典。对发热病例中疑似非典感染者，应立即要求病员佩戴口罩，防止其造成传播。诊治高度怀疑非典感染病例后，必须对诊室及有关环境进行彻底消毒，防止院内感染发生。

（六）每天做好发热病例统计，按规定向当地疾控中心报告。

（七）县疾控中心应不定期进行抽查指导，发现并及时纠正诊治防护中存在的问题。

#### 二、交通卫生检查站工作指南

（一）人员组成：应包括交通、公安、民政和医务人员。

（二）工作态度：做到热情礼貌，用语文明，争取旅客的理解和配合。工作中坚持使用“欢迎到邓州”、“为了您、您的家人以及朋友的健康，请配合我们的工作”、“谢谢、给您们添麻烦了”等礼貌用语。需采取强制留验措施时，应文明执法，切忌态度粗暴。

（三）主要工作内容：

1、搜寻发热患者。对所有乘客进行体温测量，发现发热患者，请其立即戴上口罩，马上送指定的留验站就近的医疗机构进行针对性检查和观察。如不能排除非典，迅速按《传染病防治法》规定的报告渠道进行发热患者的病例报告。

2、司乘人员及车辆登记制度。如同行者中有发热病例，应作留验观察；如无发热病例或发热者可完全排除非典感染者，可在进行基本信息登记后放行。登记基本项目：姓名、性别、年龄、职业、家庭住址、工作单位、身份证号码、从何处来、往何处、联系方式等。车辆登记基本项目：车主、车牌号码、挂靠单位、是否专线等。

3、在旅行者中发热病例不能排除或疑为非典感染时，应将患者同车司乘人员留验观察适当时间，并详细记录每位同行人员的基本情况，结合临床检查结果可考虑放行，但当得知发热病例高度怀疑非典感染者时，应以适当的形式告之其目的地疾控中心，进行追踪随访。发热患者确诊或排除诊断后，应及时反馈相关信息。

4、健康教育。在进行交通留验时，应对司乘人员开展防治知识宣传教育，宣讲基本的防治知识，告诉乘客非典可防、可治、可控制，如出现不适，应立即到就近医院就诊，并报告当地疾病控制机构。

5、告之当地疾病预防控制机构的值班电话。

（四）交通卫生检查站应配备基本的消毒设施、药品和个人防护用品。如发现交通车辆或船舶、飞机上有发热病例时，应对交通工具实施必要的消毒处理。

（五）交通卫生检查站工作人员应注意个人防护，落实佩带防护口罩进行检疫、勤洗手等呼吸道传染病防护措施。

### 三、主动流行病学监测工作指南

（一）流行病学主动监测是及早发现病人，进行早隔离、早治疗，防止疫情扩散最有效的措施之一。县疾控中心应充分发挥主动流行病学搜索的作用，有效防止非典疫情扩散。

#### （二）密切接触者的处理原则

临床诊断病例和疑似病例的密切接触者必须就地进行隔离医学观察。如因各种原因造成接触者脱离留验观察的，必须进行流行病学追踪，发现后就地隔离治疗观察。

在对密切接触者进行隔离时，如遇不愿配合者，应尽力采取说服动员工作，如仍拒绝配合的，可要求公安部门实行强制隔离。

医学观察病例的密切接触者可实行在家医学观察，疾病预防控制机构应定期随

访，告知一旦出现发热症状应尽快到医疗机构就诊；同时告知疾控中心电话号码，以便其与疾控中心联系。

所有密切接触者医学观察期限为两周，当医学观察病例确诊为其它疾病时，其密切接触者可立即解除医学观察。

（三）县疾控中心在接到上级交办、有关疾病预防控制机构要求进行密切接触者流行病学追踪时，应立即派员进行调查核实，并将调查结果向要求调查单位反馈情况。

（四）在对发热病人进行流行病学调查时，应详细询问其流行病学史，并认真填写调查表格，杜绝遗漏，以便于专家进行诊断时根据流行病学确诊或排除诊断。

（五）接受疑似疫情线索的举报电话时，应要求对方告知来电号码、来电人姓名、住址或单位，以便现场核实困难时及时找举报人查询。如来电人不愿告知，应告诉其如果没有这些信息，这个电话将可能成为无效电话以争取来电人配合。

接到市民关于发热病人的信息电话时，应对内容进行初步核实。如能初步核实确有发热病人，应通知 120 先行将病人接送到就近的医疗机构发热门诊救治，疾病预防控制机构派员再到医疗机构进行流行病学调查，以提高工作效率。

（六）通过多种途径开展主动搜索。在城市应充分发挥社区医疗机构、公安派出所和街道居委会的作用，了解暂住人口、流动人员有无发热病人的情况，在农村地区应充分发挥乡镇政府、防保医生、乡村医生和中、小学学生的作用，了解在外打工者是否返乡及有无发热病人的情况。

（七）进行流行病学调查核实，特别是对发热病人、确诊或疑似病例密切接触者进行流行病学追踪时，现场调查人员必须采取严格的防护措施，佩带必须的防护用品，尽量少接触发热病人的分泌排泄物及用品。现场调查后，调查人员应立即采取洗手、消毒等防护措施。

# 霍乱疫情应急处理预案

霍乱是由 O1 血清群和 O139 血清群霍乱弧菌引起的急性肠道传染病，是以发病急、传播快、波及范围广、能引起大流行为特征的危害严重的甲类传染病，也是国际检疫传染病之一。为及时发现我县的霍乱疫情，迅速采取有效的控制措施，保障人民群众的身体与健康与生命安全，维护社会稳定，促进经济发展，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《国家突发公共卫生事件应急预案》、《全国霍乱监测方案（试行）》和《霍乱防治手册》等有关规定，结合我县实际，制定本预案。

## 一、目的

确保一旦发生霍乱疫情和重大突发疫情，能迅速查清，并及时采取有效措施予以迅速控制和扑灭疫情。

## 二、疫情判定与分级

### （一）疫情判定

接到霍乱疫情报告后，应立即向县卫健委报告。按照县卫健委的要求，由临床、流行病学和检验等专业组成的专家组，立即对疫情进行核实，并进行分析评估，依据本级的职责范围，确定疫情的级别，提出相应的控制措施。首例病例由省级组织专家进行核实确诊。

### （二）诊断标准

#### 1、诊断原则

对有腹泻，伴有呕吐的病人，从粪便或吐泻物检出 O1 群或 O139 群霍乱弧菌或夏秋季节霍乱流行期间的疫区内，在腹泻伴呕吐病人血清中检查出 O1 群或 O139 群霍乱弧菌的抗体有明显升高者即可诊断。

#### 2、诊断标准

霍乱病人诊断标准，参照国家标准《霍乱诊断标准及处理原则》（GB15984—1995）执行。

#### （1）疑似病例

具有下列三项之一者：

①凡有典型临床症状，如剧烈腹泻，水样便（黄水样、清水样、米泔水样或血水样），伴有呕吐，迅速出现脱水或严重脱水，循环衰竭及肌肉痉挛（特别是腓肠肌）的病例。

②霍乱流行期间，与霍乱病人或带菌者有密切接触史，并发生泻吐症状者。

③出现无痛性腹泻或伴有呕吐，且粪便或呕吐物霍乱弧菌快速辅助诊断检测试验阳性的病例。

#### (2) 临床诊断病例

具有下列三项之一者均可视为临床诊断病例：

①疑似病例的日常生活用品或家居环境中检出 O1 群或/和 O139 群霍乱弧菌者；

②疑似病例的粪便、呕吐物或肛拭子标本霍乱弧菌毒素基因 PCR 检测阳性者；

③在一起确认的霍乱暴发疫情中，具有直接接触史且在同一潜伏期内出现无痛性腹泻或伴呕吐症状者。

#### (3) 实验室确诊病例

①凡有腹泻症状，粪便、呕吐物或肛拭子标本培养 O1 群或/和 O139 群霍乱弧菌阳性者。

②在疫源检索中，粪便或肛拭子标本检出 O1 群或/和 O139 群霍乱弧菌前后各 6 天内有腹泻症状者。

### 3、暴发疫情定义

霍乱暴发是指一定地区一定人群中，在短时间内（一般指霍乱的最长潜伏期）突然出现较多的霍乱病例，其发病率超过一般流行年的平均发病水平。

#### (三) 疫情分级

##### 1、重大疫情[重大突发公共卫生事件（Ⅱ级）]

霍乱在我县流行，1 周内全市发病 30 例以上，或波及邻县，有扩散趋势。

##### 2、较大疫情[较大突发公共卫生事件（Ⅲ级）]

霍乱在 1 周内发病 10—29 例，或波及 2 个及以上乡镇。

##### 3、一般疫情[一般突发公共卫生事件（Ⅳ级）]

霍乱在一个县（市）行政区域内发生，1 周内发病 9 例以下。

#### (四) 预案启动条件

凡发生霍乱暴发流行和重大突发疫情，即可启动本预案。

对于既往无疫情的地区，发生本地感染的霍乱病例时，参照本预案执行。

## 三、对策与措施

### (一) 应急响应

根据《河南省突发公共卫生事件应急预案》规定的应急响应标准和级别进行应急响应。

## （二）加强领导，做好组织协调工作

成立县疾病预防控制中心霍乱突发疫情应急处理领导小组。

组 长：王方方

副组长：王大江

成 员：徐长发 李爱军 陈玉峰 聂瑞晓 郑向辉 胡梦影 李强 李雁北  
陈立业 陈 岩 李双叶 张蓬 石金月 仵志方 薛冬梅 穆朋玥 王伟华 李 丹  
邓延鸽

霍乱突发疫情应急处理领导小组负责组织指挥、协调、管理中心霍乱疫情应急处理预案的实施。领导小组下设办公室，王大江兼办公室主任，负责疫情应急处理的综合协调指挥。

## （三）加强疫情报告

当发生霍乱暴发流行或在既往无疫情地区发现首例当地感染的确诊病例时，执行职务的医疗保健、卫生防疫人员，应按照《中华人民共和国传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》的有关规定，以最快的通讯方式向疾病预防控制机构报告。接到疫情报告的疾病预防控制机构应以最快的通讯方式报告上级疾病预防控制机构和卫生主管部门进行网络直报，不得瞒报、漏报、缓报。

县疾病预防控制机构要认真填写“霍乱暴发疫情报告表”（附表1）、“霍乱病例登记表”（附表2）和“霍乱流行病学调查表”（附表3），并按规定及时上报有关部门。

## （四）开展流行病学调查和监测

发生霍乱暴发重大疫情，应及时组织开展流行病学调查，掌握霍乱暴发的流行规律，查明传染来源、传播途径和疫情波及的范围，阐明流行因素，为及时制定暴发疫情控制方案提供科学依据。调查方法主要有个案调查与暴发调查两种。

1、个案调查：是指发生霍乱单个病例（或带菌者）时，对传染源及疫点所进行的调查。主要为了了解患者的发病原因及疫源地现况，以便控制疫情蔓延，积累资料，作为开展流行病学分析的基础。对疫点、疫区应有计划、有目的地及时开展病原检索工作（包括接触者、水源和可疑食物等）。

2、暴发调查：暴发调查的对象，应该是发生病例的整个地区（单位）及与之有关的地区。暴发疫情调查主要用于群体急性感染，目的是确定暴发的原因。要迅速摸清发病的时间分布、地区分布及人群分布，确定可能的传染源与传播途径，提出紧急对策并考核对策的效果，尽快控制疫情。暴发疫情调查结果应及时报告上级卫

生行政部门和疾病预防控制机构。

#### （五）控制霍乱暴发疫情的措施

在发生疫情后，应迅速组织核实诊断，确定疫情的严重程度，以便及时采取针对性的控制措施，防止疫情续发、蔓延，并尽快扑灭疫情。

##### 1、疫点、疫区的划定及处理

疫点疫区处理的目的在于及时发现和管理传染源，切断传播途径，保护易感人群，以期迅速控制疫情之发展。

（1）疫点：指发生病人、疑似病人或发现带菌者的地方。一般指同门户出入的住户或与病人、疑似病人、带菌者生活上密切有关的若干户为范围。

处理原则：

坚持做到“早、小、严、实”，即时间要早，范围要小，措施要严，落在实处。疫点内有可能被污染的物品未经消毒不得带出。

隔离治疗传染源：病人、疑似病人和带菌者要就地隔离治疗。若转送病人，要随带盛放呕吐和排泄物的容器。对途中污染的物品、地面和运送病人之工具要随时消毒处理。

疫点消毒：认真做好随时消毒和终末消毒，特别要注意病人、疑似病人和带菌者呕吐及排泄物的消毒和处理。受污染的水源、缸水、物品、食具、衣物、病人吃剩的食物、地面、墙壁的都要分别情况消毒处理。要仔细追查病人，对疑似病人和带菌者近期内可能污染过的地方和物品应进行消毒。

接触者的管理：调查与传染源发病前 5 天内及病后有过饮食、生活上密切接触的人，了解健康状况特别是每天大便的次数和形状，限制他们的活动范围，对其排泄物要进行消毒，特别要注意防止污染水源。

验便及服药：疫点所有人员，自开始处理之日起每天验便一次，连续 2 次。给病家和密切接触者预防服药，以消除带菌。可用氟哌酸：成人每日 3 次，每次 0.4 克，连服三天；强力霉素：0.3 克，一次顿服，连服三天，注意不要空腹。

开展卫生活动：做好饮用水消毒，劝导群众不喝生水，不吃生冷变质食物，积极杀灭蝇蛆，改造环境卫生。

疫点的解除：所有人员验便连续两次阴性，无续发病人或带菌者出现可予以解除，或自疫点处理后 5 日内再无新病例出现时亦可解除。

（2）疫区：为防止疫点外污染造成续发感染和向外传播，根据疫点的地理位置、水系分布、交通情况、自然村落等特点来划定疫区。一般在农村以一个村或几个村、

一个乡或毗邻乡，在城市以一个居委会或一个街道为范围划为疫区。

处理原则：除按疫点处理原则外，必要时限制人群流动，严禁举办大型集会和聚餐，暂停集市贸易。加强饮水和食品的管理，做好卫生宣传教育，具体内容：

在霍乱高发季节，不喝生水，不吃生、冷、变质食品，不生吃或半生吃海鲜产品。不暴饮暴食。

养成饭前便后洗手的好习惯，厨房要清洁、餐具要卫生，生熟要分开，防蝇灭蝇不能忘。

不随地大小便，不乱倒垃圾污物，不污染水源。

发生腹泻要到医院检查，在医生指导下治疗。发现严重的吐泻病人，要及时向当地疾病控制部门报告，防止疫情的传播。

不要到不清洁的地方吃饭，从市场购买的熟食和隔餐食物超过四个小时要重新加热处理。

不要到疫区赶集、不要到病家或病村探视串门，不举办婚丧酒宴和节日聚会。

## 2、阳性水体的管理

对检出流行株的阳性水体，必须加强管理。应树立警示牌，告诫群众暂勿使用。在阳性水体周围检出病人和带菌者时，要引起高度警惕，防止水型暴发。与阳性水体有关的地区，要加强联防。对周围人群或重点人群进行监测；对水体周边进一步做好饮用水消毒和粪便管理，教育群众避免接触。在水体阳性期间，禁止在该水域从事捕捞等作业。

## 3、阳性食品和管理

对被霍乱弧菌污染的食品，必须管理，停止生产及销售，严防发生食源性传播、流行。要尽量查清可能的污染来源以及销售的去向，以便采取相应的防控措施。同时加强对同类品种和周围有关食品的监测。

## 四、疫情控制效果评价

疫情控制期间，在流行病学调查和病原学检测的基础上，动态分析疫情的发展趋势和防治措施的实施效果。

疫点和疫区在实施控制暴发流行应急处理预案后，所有人员验便连续两次阴性，无续发病人或带菌者出现时，如无粪检条件，自疫点处理后 5 日内再无新病例出现时，可视为暴发流行已得到初步控制，可转为常规防治和监测。同时应尽快向上级卫生行政部门和疾病预防控制机构报告调查和处理结果。

附表 1:

霍乱暴发疫情报告表

\_\_\_\_\_省 \_\_\_\_\_县 \_\_\_\_\_乡 \_\_\_\_\_年霍乱暴发情况

爆发次数	起止时间	病原血清分型(群)	发病人数	发病率	累计县、区	死亡人数

1、诊断依据:

2、传染源追索情况:

3、传播方式及因子:

4、采取的主要措施:

5、疫点调查小结:

填表单位 (盖章):

填表人 \_\_\_\_\_ 填表日期 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

附表 2:

霍乱病例 (包括带菌者) 登记表

填表单位 (盖章):

填表人 \_\_\_\_\_

填表日期 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

编号	姓名	性别	年龄	职业	户口所在地 或单位	发病 地点	发病 日期	是否本地感染		临床症 状分型			转 归		病原血清分型 (群)			带 菌 者
								本地	输入	轻	中	重	痊愈	死亡	小川	稻叶	0 <sub>139</sub>	

附表 3:

### 霍乱个案调查表

地区国标编码□□□□□□□□

病例编码□□-□□□□

1. 一般情况

1.1 姓名 \_\_\_\_\_, 若为 14 岁以下儿童, 家长姓名 \_\_\_\_\_

1.2 性别 (1) 男 (2)女

1.3 年龄 \_\_\_\_\_ (岁、月)

1.4 职业

(1)幼托儿童 (2)散居儿童 (3)学生 (4)教师 (5)保育员 (6)餐饮食品人员 (7)公共场所服务员 (8)商务人员 (9)医务人员 (10)工人 (11)民工 (12)农民 (13) 牧民 (14) 渔(船)民 (15)海员及长途驾驶员 (16)公务人员及职员 (17) 离退人员 (18)家政、家务及待业 (19)不详 (20) 其他

1.5 文化程度

(1)学龄前儿童 (2)文盲 (3)小学 (4)初中 (5)高中 (6)大学及以上 (7)不详

1.6 现住址 \_\_\_\_\_

户口地 \_\_\_\_\_

1.7 工作(学习)单位 \_\_\_\_\_

1.8 联系人 \_\_\_\_\_ 联系电话(办) \_\_\_\_\_ (宅) \_\_\_\_\_ (手机) \_\_\_\_\_

2. 发病情况

2. 1 发病日期 (yy/mm/dd)

2. 2 发病地点 (yy/mm/dd)

2. 3 首诊时间 (yy/mm/dd)

2. 4 首诊单位 \_\_\_\_\_

2. 5 诊断医院 \_\_\_\_\_

2. 6 报告时间 (yy/mm/dd)

2. 7 是否住院 (1) 是 (2) 否

2. 7. 1 住院时间 (yy/mm/dd)

2. 7. 2 出院时间 (yy/mm/dd)

3. 临床表现

3.1. 腹泻 (1) 有 (2) 无

- 3.2 腹泻持续\_\_\_\_天
- 3.3 每天最多泻 \_\_\_\_\_次
- 3.4 腹泻方式 (1) 喷射状 (2) 里急后重 (3) 通畅 (4) 失禁 (5) 绞痛
- 3.5 粪便性状 (1) 稀便 (2) 水样 (3) 米泔样 (4) 洗肉水样 (5) 大块粘膜
- 3.6 粪便量 (1) 多 (2) 少
- 3.7 呕吐 (1) 有 (2) 无
- 3.8 呕吐持续\_\_\_\_天\_
- 3.9 每天最多吐 \_\_\_\_\_次
- 3.10 呕吐物性状 (1) 食物 (2) 水样 (3) 米泔样 (4) 血水样
- 3.11 呕吐量 (1) 多 (2) 少
- 3.12 其他 (1) 发热 (2) 腹痛
- 3.13 失水情况(1)重度(2)中度(3)轻度
- 3.14 临床类型(1)重(2)中(3)轻
- 4 诊断依据
- 4.1 可疑流行病学史(1)有(2)无
- 4.2 临床表现典型(1)有(2)无
- 4.3 霍乱弧菌检验阳性(1)有(2)无
- 4.4 病原分型: (1) 小川型 (2) 稻叶型 (3) 彦岛型 (4) 0139 群 (5) 未分型
- 4.5 噬菌体-生物型
- 5 诊断结论 (1) 霍乱临床确诊病人 (2) 实验室诊断病例 (3) 带菌者
- 6 疫点情况
- 6.1 病人发病前的活动场所\_\_\_\_\_
- 6.2 活动时间 (yy/mm/dd)
- 6.3 病人发病后的活动场所 \_\_\_\_\_
- 6.4 活动时间 (yy/mm/dd)
- 6.5 病人吐泻地点\_\_\_\_\_
- 6.6 病人吐泻时间 (yy/mm/dd)
- 6.7 吐泻物倾倒场所 \_\_\_\_\_
- 6.8 吐泻物倾倒时间 (yy/mm/dd)
- 6.9 污染衣、被、席等地点\_\_\_\_\_
- 6.10 污物清洗时间 (yy/mm/dd)

- 6.11 疫点\_\_\_\_\_个
- 6.12 疫点范围\_\_\_\_\_户
- 6.13 疫点人数
- 6.14 终末消毒时间 (yy/mm/dd)
- 6.15 疫点内人群服药时间 (yy/mm/dd)
- 6.16 疫点内服药人数
7. 传染源和传播途径的追溯
- 7.1 病前本地乡、村、街道同样疾病的发生 (1) 有 (2) 无
- 7.2 同样疾病的发生时间 (yy/mm/dd)
- 7.3 病前五天内外出 (1) 有 (2) 无
- 7.4 去何地\_\_\_\_\_
- 7.5 该地有无同样疾病 (1) 有 (2) 无
- 7.6 有无在该地住宿用膳、带回水产品、其它食物 (1) 有 (2) 无
- 7.7 若有, 带回食物名称\_\_\_\_\_
- 7.8 病前五天内有无接触过同样病人 (1) 有 (2) 无
- 7.9 接触时间 (yy/mm/dd)
- 7.10 接触地点\_\_\_\_\_
- 7.11 接触方式 \_\_\_\_\_
- 7.12 病前五天内有无外人来家 (1) 有 (2) 无
- 7.13 来自何地\_\_\_\_\_
- 7.14 该地有无本病 (1) 有 (2) 无
- 7.15 有无在家住宿、用膳、带回水产品、其他食物 (1) 有 (2) 无
- 8 病前五天内饮食情况
- 8.1 有无饮生水 (1) 有 (2) 无
- 8.2 地点 \_\_\_\_\_
- 8.3 水源类型 \_\_\_\_\_
- 8.4 日期 (yy/mm/dd)
- 8.5 有无吃生冷食品 (1) 有 (2) 无
- 8.6 生冷食品名称\_\_\_\_\_
- 8.7 生冷食品数量\_\_\_\_\_
- 8.8 生冷食品来自何地\_\_\_\_\_

- 8.9 有无熟食冷吃 (1) 有 (2) 无
- 8.10 名称 \_\_\_\_\_
- 8.11 数量 \_\_\_\_\_
- 8.12 日期 (yy/mm/dd)
- 8.13 有无其他可疑食品 (1) 有 (2) 无
- 8.14 名称、来源 \_\_\_\_\_
- 8.15 生、熟饮具是否分开 (1) 是 (2) 否
- 8.16 有无暴饮、暴食 (1) 有 (2) 无
- 8.17 同餐人数
- 8.18 发病人数
- 8.19 发病日期 (yy/mm/dd)
- 8.20 病前五天内有无接触阳性水源 (1) 有 (2) 无
- 8.21 接触阳性水源方式 (1) 生吃食品 (2) 洗碗 (3) 漱口 (4) 游泳 (5) 其它
- 8.22 接触阳性水源地点 \_\_\_\_\_, 水源类型 \_\_\_\_\_
- 8.23 接触阳性水源日期 (yy/mm/dd)
- 9 病家卫生状况
- 9.1 饮水类型 (1) 浅井 (2) 深井 (3) 河 (4) 塘 (5) 沟 (6) 自来水
- 9.2 用水类型 (1) 浅井 (2) 深井 (3) 河 (4) 塘 (5) 沟 (6) 自来水
- 9.3 饮水是否消毒 (1) 是 (2) 否
- 9.4 用水是否消毒 (1) 是 (2) 否
10. 疫点调查小结:

填表日期 \_\_\_\_\_ 填表单位 \_\_\_\_\_ 调查者 \_\_\_\_\_

**填表说明:**

1. 选择性项目, 可在其选择项上划“√”;
2. 带菌者调查可使用此表格填写有关项目。

# 鼠疫应急处理预案

鼠疫是《中华人民共和国传染病防治法》规定管理的甲类传染病。鼠疫的防治，特别是鼠疫紧急疫情处理，关系到人民群众生命安全和社会政治稳定。我县目前虽然不是鼠疫疫区，但地处中原，交通便利，极有可能出现鼠疫突发事件。因此，鼠疫防治工作必须在政府统一领导下，组织协调全县各部门和社会各界共同参与。为切实做好全县鼠疫防治工作，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国国境卫生检疫法》、《国内交通卫生检疫条例》、《突发公共卫生事件应急条例》、《国家突发公共卫生事件应急预案》、《国家鼠疫控制应急预案》及国内外鼠疫疫情现状，结合我县实际特制订本预案。

## 一、预案启动条件

在我县行政区域内出现任何级别的鼠疫疫情均可启动本预案。

## 二、鼠疫疫情分级

根据鼠疫发生地点、病型、例数、流行范围和趋势及对社会危害程度，将人间鼠疫疫情划分为特别重大（Ⅰ级）、重大（Ⅱ级）、较大（Ⅲ级）和一般（Ⅳ级）四级。

### （一）、特别重大鼠疫疫情（Ⅰ级）

有下列情形之一的为特别重大鼠疫疫情（Ⅰ级）：

- （1）相关联的肺鼠疫疫情波及邻省，并有进一步扩散趋势；
- （2）发生鼠疫菌强毒株丢失事件。

### （二）、重大鼠疫疫情（Ⅱ级）

有下列情形之一的为重大鼠疫疫情（Ⅱ级）：

- （1）在我县行政区域内，1个平均潜伏期内（6天，下同）发生5例以上肺鼠疫或败血症鼠疫病例；
- （2）相关联的肺鼠疫疫情波及2个以上县（市、区），并有进一步扩散趋势；
- （3）在我县行政区域内发生腺鼠疫流行，1个平均潜伏期内多点连续发生20例以上，或流行范围波及相邻省辖市。

### （三）、较大鼠疫疫情（Ⅲ级）

有下列情形之一的为较大鼠疫疫情（Ⅲ级）：

- （1）在我县行政区域内，1个平均潜伏期内发生肺鼠疫或败血症鼠疫病例数1～

4 例；

(2) 在 1 个县（市）行政区域内发生腺鼠疫流行，1 个平均潜伏期内连续发病 10~19 例，或流行范围波及 2 个以上县（市）。

#### (四)、一般鼠疫疫情（Ⅳ级）

腺鼠疫在我县行政区域内发生，1 个平均潜伏期内病例数 1~9 例。

### 三、诊断标准

#### 流行病学线索

1、患者发病前 10 天到过鼠疫动物病流行区或接触过鼠疫疫区内的疫源动物、动物制品或鼠疫病人，进入过鼠疫实验室或接触过鼠疫实验用品。

2、突然发病，高热、白细胞剧增，在未用抗菌药物情况下（青霉素无效），病情在于 24 小时内迅速恶化并具有下列症候群之一者：

- (1) 急性淋巴结炎，肿胀，剧烈疼痛并出现强迫体位。
- (2) 出现重度毒血症、休克症候群而无明显淋巴结肿胀。
- (3) 咳嗽、胸痛、咯痰带血或咳血。
- (4) 重症结膜炎并有严重的上下眼睑水肿。
- (5) 血性腹泻并有重症腹痛、高热及休克症候群。
- (6) 皮肤出现剧痛性红色丘疹，其后逐渐隆起，形成血性水泡，周边呈灰黑色，基底坚硬。水泡破溃，创面也呈灰黑色。
- (7) 剧烈头痛、昏睡、颈部强直、谵语妄动、脑压高、脑积液混浊。

3、患者的淋巴结穿刺液、血液、痰液，咽部和眼分泌物以及尸体脏器或管状骨骨髓取材标本，分离到鼠疫菌。

4、患者 2 次（间隔 10 天）采集血清，用 PHA 法检测 F1 抗体呈现 4 倍以上增长。

疑似病例：具备 1 加 2 中任何一项。

确诊病例：疑似病例加 3 或 4。其中有 2.1 临床表现者为腺型鼠疫；有 2.3 临床表现者为肺型鼠疫。

### 四、疫情报告与信息管理

(一)、《中华人民共和国传染病防治法》规定的责任报告单位及报告人在发现鼠疫疑似病例后，应于 2 小时内将传染病报告卡通过网络报告，并以最快的通讯方式向疾病预防控制机构报告；接到报告后，疾病预防控制机构应在 2 小时内报告市卫生行政部门和市级疾病预防控制机构；卫生行政部门应在 2 小时内报告市人民政

府和市卫生行政部门；按此程序逐级上报至省级人民政府及卫生行政部门、疾病预防控制中心。

(二)、疑似病例经确诊后，由省级人民政府立即报告国务院并同时向卫生部报告，省级卫生行政部门和疾病预防控制中心在 1 小时内分别上报卫生部和国家 CDC。

县疾病预防控制中心承担责任范围内鼠疫疫情监测、信息报告与管理，负责收集、分析核实辖区内疫情信息和其他相关信息资料。

## 五、鼠疫疫情的分级反应

鼠疫应急反应等级的确认，特别重大鼠疫疫情（Ⅰ级），由卫生部予以确认；重大鼠疫疫情（Ⅱ级）由省级以上卫生行政部门予以确认；较大鼠疫疫情（Ⅲ级）由市级以上卫生行政部门予以确认；一般鼠疫疫情（Ⅳ级），由县级以上卫生行政部门予以确认。

### （一）、特别重大鼠疫疫情（Ⅰ级）的应急反应

特别重大鼠疫疫情应急处理工作由国务院统一领导。

### （二）、重大鼠疫疫情（Ⅱ级）的应急反应

重大鼠疫疫情应急处理工作由省人民政府组织领导。

### （三）、较大鼠疫疫情（Ⅲ级）应急反应

1、较大鼠疫疫情应急处理工作由南阳市人民政府组织领导。根据南阳市卫健委的建议和疫情处理的需要，成立鼠疫应急指挥部，掌握和分析疫情态势，确定应急处理工作任务并组织实施，及时将疫情变化和工作进展情况报告省人民政府。

2、南阳市卫健委根据疫情发生的时间、地点、传染源、发病情况，确定疫情严重程度，分析疫情发展趋势和提出应急工作建议，及时向市政府报告，同时报省卫生行政部门。

3、省卫生行政部门负责协调和指导疫情控制工作，派遣专家协助开展防治工作，提出应急处理工作的建议。省人民政府根据疫情和市政府的请求，确定对疫区进行紧急支援的任务和时限。

### 4、一般鼠疫疫情（Ⅳ级）的应急反应

(1) 一般鼠疫疫情应急处理工作由县人民政府组织领导。根据卫生行政部门的建议和疫情处理的需要，县人民政府成立鼠疫应急指挥部，组织有关部门密切配合，采取紧急处理措施，救治鼠疫患者，控制传染源，切断传播途径，做好疫区内生产、生活安排，保证疫情控制工作顺利进行。

(2) 市卫生行政部门和医疗卫生机构，要及时了解疫情态势，确定疫情严重程度，提出控制措施建议，及时向市人民政府报告并通报驻军领导机关，同时上报市卫健委。遇有紧急情况，可同时报告省卫生行政部门，直至卫生部。

(3) 市卫健委负责协调和指导疫区控制工作，协助分析疫情趋势，提出应急处理工作的建议。市政府根据疫情和市卫健委请求，确定对疫区进行紧急支援的任务和时限。

(4) 省卫生行政部门根据市卫健委的请求，给予必要的技术和物资支持。

#### 5、IV级预警（即动物间鼠疫疫情发生）后应采取的控制措施

(1) 县卫生行政部门建立疫区处理组织。卫生行政部门要迅速了解情况，掌握疫情态势，确定疫情严重程度，提出控制措施建议，立即向县人民政府报告并通报当地驻军领导机关。同时迅速逐级上报上级卫生行政部门，直至卫生部。

(2) 市卫健委负责协调和指导疫区控制工作，分析疫情趋势，提出应急处理工作的建议。市政府根据疫情和市卫健委请求，对疫区做出应急反应。

(3) 省卫生行政部门根据市卫生行政部门请求，给予必要的人力和物资支持。

#### 6、毗邻地区的应急反应

发生鼠疫疫情地区的卫生行政部门要及时向毗邻地区卫生行政部门通报疫情和已采取的措施。

当邻省、邻县市区发生鼠疫疫情时，应根据疫情特点、发生区域和发展趋势，主动分析我县受波及的可能性和程度，重点做好以下工作：密切保持与鼠疫发生地区的联系，及时获取相关信息；组织做好本县应急处理所需的人员与物资准备；加强鼠疫监测和报告工作；开展鼠疫防治知识宣传和健康教育，提高公众自我保护意识和能力；根据上级人民政府及其有关部门的决定，开展联防联控和提供技术、物资支援。

### 六、应急处理

(一)、立即组织重大传染病疫情应急处理工作组专家调查确认，并对疫情进行综合评估。并由有关专家组成疫情处理咨询组。

(二)、对疫情做出全面评估，根据鼠疫防控工作需要，依法提出隔离、封锁鼠疫疫区的建议。

(三)、划定隔离圈

隔离圈的范围按以下原则划定：

鼠疫患者在出现肺部症状后活动的范围，以及在此期间的直接接触者所在的范围。封锁期间禁止隔离圈内的人员外出，禁止无关人员进入隔离圈，必要时出动武装力量实施警戒。

#### （四）、实施医学留验。

在隔离圈内，除对发现的鼠疫病人实施隔离抢救治疗外，对隔离圈内的所有人全部进行医学留验，预防性投用抗菌药物。确定鼠疫病人的密切接触者名单，应按感染的病人进行预防性抗菌治疗。隔离圈内进行彻底的消毒、杀虫、灭鼠。

#### （五）、划定警戒圈。

设立警戒圈的目的是防止尚未发现的鼠疫病人或接触者感染更多的人。警戒圈的范围应根据实际情况确定，原则上包括可能的接触者的居住范围。同时限制外来人员进入警戒圈。

##### 1、警戒圈内实施医学观察

在警戒圈内，充分发动基层防保组织和居民组织力量，对全部居民进行宣传，要求居民不要外出逃避，接受医学观察。

组织防疫、医疗和村（居）民委员会的力量，对警戒圈内的所有居民，每日进行巡诊。发现病人，立即进行隔离治疗。

##### 2、在警戒圈内开展卫生运动，改善环境卫生条件。

（六）、对鼠疫病人就地隔离治疗。应派遣有能力的医护力量，尽可能地在诊断地点对病人进行治疗，避免长距离运送病人。没有进入医院的病人，不可送入医院；已进入医院的病人，应划定隔离区域，区域内不得收治其他病人。治疗病人时，应坚持“先取样，后治疗”的原则。

（七）、7、确定病人的感染地点，对感染地点和病人乘坐的交通工具停靠地点进行调查和监视，以便发现是否还有其他的感染者。同时实施消毒杀虫灭蚤等无害化处理。

（八）、对感染地点进行动物流行病学调查，确定动物病的存在范围并进行相应的处理。

（九）、在实施疫区封锁期间，有关地区应尽可能停止或减少造成人群大量集中或移动的活动。

#### （十）、实施交通检疫。

1、在实施疫区封锁的同时开始交通检疫，由宣布疫区封锁的人民政府报请国务

院卫生主管部门组织实施。交通检疫的主要内容为在发自疫区的公共交通工具上进行巡诊，对可疑的病人实施医学留验。交通检疫由铁路、公路、航空等部门的防疫机构执行。

2、在肺鼠疫病人确诊情况下，可报请国务院批准，由主管部门宣布停止交通工具在疫区停留，直至取消车次航班。

3、在解除疫区封锁的同时，由原宣部门停止交通检疫。

## **七、应急反应终止及评估**

### **（一）、鼠疫应急反应的终止**

鼠疫疫区控制工作按中华人民共和国国家标准《人间鼠疫疫区处理标准及原则 GB15978—1995》的要求全部完成相应应急处置工作，经验收大、小隔离圈内已达到灭鼠灭蚤标准及环境卫生标准，连续 9 天内无继发病例，疫区疫情控制临时指挥部可提交解除疫区封锁申请。由原宣布实施疫区封锁的人民政府宣布解除疫区封锁。

特别重大鼠疫疫情（Ⅰ级）由卫生部组织有关专家进行分析论证，提出终止应急反应的建议，报国务院或国家鼠疫应急指挥部批准后执行。

重大鼠疫疫情（Ⅱ级）、较大鼠疫疫情（Ⅲ级）、一般鼠疫疫情（Ⅳ级）分别由省、市、县级卫生行政部门组织有关专家进行分析论证，提出终止应急反应的建议，报本级人民政府或本级鼠疫应急指挥部批准后执行，并向上一级卫生行政部门报告。

### **（二）、鼠疫疫情处理工作评估**

#### **1、评估人员组织**

对特别重大鼠疫疫情（Ⅰ级）、重大鼠疫疫情（Ⅱ级）、较大鼠疫疫情（Ⅲ级）、一般鼠疫疫情（Ⅳ级）处理情况的评估，分别由卫生部和省、市、县级卫生行政部门组织相关人员组成评估小组，开展评估工作。

2、评估内容主要包括：疫区自然地理概况，发生疫情的原因，传染源、传播途径和流行因素，疫情发生、发展和控制过程，患者构成，治疗效果，染疫动物、蚤种类的分布，染疫动物密度和蚤指数，所采取措施的效果评价、应急处理过程中存在的问题和取得的经验及改进建议。评估报告报本级人民政府和上一级卫生行政部门。

# 流行性乙型脑炎应急处理预案

## 一、预案启动条件

在乙脑流行季节（7-9月），发生本病暴发流行时，即可在相应地区启动本预案。

1、10天内，一个行政村（居民委员会）发生5例及以上乙脑为暴发疫情。

2、以县为单位，10天内连续出现两个以上上述暴发点，或10日内发生乙脑病例20例以上；或出现两例以上死亡为重大疫情。

3、突发公共卫生事件：1周内，同一乡镇、街道等发生5例及以上乙脑病例，或者死亡两例及以上。

## 二、流行范围

（一）、流行范围波及2个或多个县的称为大范围暴发流行。

（二）、范围仅局限于数个乡（镇）的称为局部暴发流行。

（三）、范围仅局限于个别自然村的称为点状暴发流行。

## 三、诊断标准

### （一）、流行病学

在乙脑流行地区居住、在蚊虫叮咬季节发病或发病前期25天内在蚊虫叮咬季节到过乙脑流行地区旅行。

### （二）、症状体征

1、急性起病，发热、头痛、喷射性呕吐、嗜睡，可伴有脑膜刺激症状。

2、急性起病，发热2-3天后出现不同程度意识障碍，如昏迷、惊厥、抽搐、肢体痉挛瘫痪等中枢神经系统症状，或发展成中枢性呼吸循环衰竭。

3、脑脊液：压力增高，呈非化脓性炎症改变。

4、一个月内未接种过乙脑疫苗，脑脊液或血液中特异性IgM抗体阳性。

5、从脑组织、脑脊液或血清中分离到乙型脑炎病毒。

6、恢复期血清中特异性IgG抗体滴度比急性期有4倍以上升高或急性期抗体阴性、恢复期血清抗体阳性。

### （三）、病例分类

疑似病例：1 加 2.1 或 2.2 。

临床诊断病例：疑似病例加 2.3。

确诊病例：临床诊断病例加 2.4 或 2.5 或 2.6。

## 四、疫情报告

（一）、散发疫情：按照现行常规报告程序上报。

（二）、暴发疫情及重大疫情：按照《河南省突发公共卫生事件应急条例实施办法》实行日报告和零报告制度。

（三）、突发公共卫生事件：按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》的要求，进行初次报告、进程报告、结案报告。

## 五、病人治疗

病人应住院治疗，病室应有防蚊、降温设备，应密切观察病情，细心护理，防止并发症和后遗症。

### （一）、一般治疗

注意饮食和营养，供应足够水分，高热、昏迷、惊厥患者易失水，宜补足量液体，成人一般每日 1500—2000ml，小儿每日 50—80ml/kg，但输液不宜多，以防脑水肿，加重病情。对昏迷患者宜采用鼻饲。

### （二）、对症治疗

1 高热的处理：室温争取降至 30°C 以下。高温病人可采用物理降温或药物降温，使体温保持在 38—39°C（肛温）之间。一般可肌注安乃近，成人 0.5g，每 4—6 小时一次，幼儿可用安乃近肛塞，避免用过量的退热药，以免因大量出汗引起虚脱。

2 惊厥的处理：可使用镇静止痉剂，如地西洋、水合氯醛、苯妥英钠、阿米妥钠等，应对发生惊厥的原因采取相应的措施：①因脑水肿所致者，应以脱水药物治疗为主，可用 20%甘露醇（1—1.5g/kg），在 20—30 分钟内静脉滴完，必要时 4—6 小时重复使用。同时可合用呋塞米、肾上腺皮质激素等，以防止应用脱水剂后的反跳。②因呼吸道分泌物堵塞、换气困难致脑细胞缺氧者，则应给氧，保持呼吸道通

畅，必要时行气管切开，加压呼吸。③因高温所致者，应以降温为主。

3 呼吸障碍和呼吸衰竭的处理：深昏迷病人喉部痰鸣音增多而影响呼吸时，可经口腔或鼻腔吸引分泌物、采用体位引流、雾化吸入等，以保持呼吸道通畅。因脑水肿、脑疝而致呼吸衰竭者，可给予脱水剂、肾上腺皮质激素等。因惊厥发生的屏气，可按惊厥处理。如因假性延髓麻痹或延脑麻痹而自主呼吸停止者，应立即作气管切开或插管，使用加压人工呼吸器。如自主呼吸存在，但呼吸浅弱者，可使用呼吸兴奋剂如山梗菜碱、尼可刹米、利他林、回苏林等（可交替使用）。

4 循环衰竭的处理：因脑水肿、脑疝等脑部病变而引起的循环衰竭，表现为面色苍白、四肢冰凉、脉压小、产生有中枢性呼吸衰竭，宜用脱水剂降低颅内压。如为心源性心力衰竭，则应加用强心药物，如西地兰等。如因高热、昏迷、失水过多、造成血容量不足，致循环衰竭，则应以扩容为主。

### （三）、肾上腺皮质激素及其他治疗

肾上腺皮质激素有抗炎、退热、降低毛细血管通透性、保护血脑屏障、减轻脑水肿、抑制免疫复合物的形成、保护细胞溶酶体膜等作用，对重症和早期确诊的病人即可应用。待体温降至 38℃ 以下，持续 2 天即可逐渐减量，一般不宜超过 5—7 天。过早停药症状可有反复，如使用时间过长，则易产生并发症。

## 六、应急处理程序

### （一）分级处理

1、散发疫情：在县人民政府卫生行政部门领导下，县疾病控制机构负责调查处理。

2、暴发疫情：由县卫健委负责、省及市级疾病控制机构参与，县（区）级疾病控制机构协助调查处理。

3、大范围暴发及重大疫情：在省人民政府卫生行政部门领导下，必要时由省人民政府主管领导协调有关部门，并由省疾病控制机构和南阳市、桐柏县疾病控制部门参与调查处理。

### （二）疫情处理程序

主要针对暴发疫情及重大疫情的处理。

1、核实诊断：当各医院报告发现疑似病人和确诊病例后，应由县疾病预防控制中心核实疫情，并根据既往发病情况确定是否发生流行或暴发。

(1) 个案调查：应在临床受治的医院对乙脑患者进行个案调查，填写个案调查表，根据病人的临床表现、症状体征、检验结果、病人当年接种乙脑疫苗的情况进行确诊。

(2) 特异性检验：采集血清或脑脊液标本，于 24 小时内送至省疾病控制机构。经特异性乙脑病毒核酸扩增或对乙脑病毒抗体检查，核实疫情。

(3) 疫源地调查：在病人发病前的居住地进行。疫源地的情况，包括病人居住的环境、防蚊措施、居室周围的积水面积、蚊虫的密度、家中饲养牲畜情况。根据蚊虫的飞行距离不超过 1000 米，确定疫源地的范围。

2、防控措施：

(1) 开展以防蚊灭蚊为重点的爱国卫生运动，要特别注意做好外来人口集居地、建筑工地民工居住地、农村人口居住地环境卫生工作，切断乙脑传播途径。尽快在疫源地内采取灭蚊、防蚊措施如填平周围坑洼，及时清除粪便污水，管理好水源，消除蚊虫孳生地，扑打、烟熏或药杀室内成蚊，以降低蚊密度，减少感染机会，防止疫情扩散。

(2) 加强动物传染源管理，搞好家禽、家畜棚舍的环境卫生。

(3) 做好乙脑疫苗接种，对当年应注射疫苗但漏种的儿童补种乙脑疫苗。

(4) 开展健康教育，提高群众的防病意识。利用各种宣传媒介和多种宣传形式，开展预防流行性乙型脑炎知识宣传教育。教育群众加强个人防护，改变室外露宿的习惯，合理使用蚊帐，避免蚊虫叮咬，搞好环境卫生，减少蚊虫孳生地。

(5) 开展健康人群抗体监测和猪乙脑自然感染率监测工作。

# 疟疾突发疫情应急处置预案

疟疾是一种严重危害我县人民身体健康和影响社会经济发展的重大寄生虫传染病，曾在我县几次暴发流行，疟疾发病率最高达 34.76%。通过多年综合防治，疟疾疫情得到有效控制，危害明显减轻。但近几年，我县部分乡镇疟疾疫情出现回升，局部地区还有暴发点发生，输入性疟疾尤其是恶性疟也曾有发生，疟疾流行的因素尚未得到根本改变，疟疾的反复或暴发流行的潜在威胁依然存在。

为了贯彻《传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》，有效控制疟疾的暴发流行或突发疫情，保障人民群众的身体健康，维护社会稳定与经济发展，根据《疟疾突发疫情应急处理预案》要求，结合我县实际，特制定本预案。

## 一、目的

一旦发生疟疾突发疫情，指导和规范各地迅速查清疫情，及时采取有效措施，控制和扑灭疫情，防止疫情扩散，保障人民身体健康，促进人与社会经济的协调发展。

## 二、工作原则

疟疾突发疫情处理工作原则为：贯彻预防为主方针，坚持统一指挥，分级负责，反应及时，科学应对，依法管理。

## 三、预案启动条件及应急处理终止

### （一）启动条件

- 1、近 3 年无疟疾病例发生的乡（镇），1 个月内同一行政村发现 5 例及以上当地感染的疟疾病例；
- 2、发现输入性恶性疟继发病例；
- 3、近 3 年有疟疾病例发生的乡（镇），1 个月内同一行政村发现 10 例及以上当地感染的疟疾病例。

凡出现以上情况之一时，视为疟疾突发疫情，应启动应急处理工作。

### （二）应急处理终止

- 1、疫点及其周围相邻居民点的疟疾诊断及疑似病例得到规范治疗，采取了必要的媒介控制措施，建立健全了疫情监测和报告网络，能及时发现和报告疫情；

2、自启动应急处理工作之日起，连续 30 天的疟疾发病人数比此前同期减少 50% 以上，且周围无新出现突发疫情的行政村；

3、根据流行病学调查和病原学监测结果，证实疫情趋于稳定，经上一级专家组的考查和认可后，可终止应急处理工作，转入常规防治和监测。

凡符合上述条件者，即可终止应急处理工作。

### （三）疟疾病例诊断

#### 1. 疑似疟疾病例诊断标准

（1）患者有发热症状，体温超过 38℃，并伴有畏寒、头痛，但无其他上呼吸道和消化道临床症状。

（2）未能进行实验室病原学检查（显微镜血涂片、病原免疫学或病原基因检查）或检查结果阴性。

（3）采用抗疟药治疗后未能证实是否有效。

#### 2. 疟疾病例诊断标准

（1）患者有发热症状，体温超过 38℃，热型具有典型的疟疾周期性发作特征。

（2）实验室病原学检查（显微镜血涂片、病原免疫学或病原基因检查）结果阳性。

（3）采用抗疟药治疗并证实治疗有效。

## 四、突发疫情分级

I 级：在 2 个及以上相邻省份的毗邻地区出现 10 起及以上突发疫情，疫情波及 2 个及以上市（地、州），且有大范围蔓延趋势。

II 级：在 1 个省内的 2 个及以上毗邻市（地、州）出现 5 起及以上突发疫情，疫情波及 2 个及以上县（市、区），且有扩大蔓延趋势。

III 级：在 2 个及以上毗邻的县（市、区）出现突发疫情，且有蔓延趋势。

IV 级：在 1 个县（市、区）范围内出现突发疫情。

## 五、应急响应

### （一）突发疫情报告

各级各类医疗卫生机构发现疟疾突发疫情时，应立即向县疾病预防控制中心报告，疾控中心接到报告后应当在 2 小时内向卫生行政部门报告，卫生行政部门应当

在 2 小时内向市人民政府报告，同时通过“突发公共卫生事件报告管理信息系统”进行网络直报。任何单位和个人不得瞒报、漏报、缓报。

## （二）突发疫情分级响应程序

I 级：由卫生部组织有关专家进行论证和处理。

II 级：由省卫生行政部门组织有关专家进行分析论证，提出启动或终止本预案的建议，报省级人民政府批准后实施，并向卫生部报告。

III 级：由市卫健委组织有关专家进行分析论证，提出启动或终止本预案的建议，报市人民政府批准后实施，并向省卫生行政部门报告，跨市的两个县（市、区）参照 II 级突发疫情执行。

IV 级：由县（市、区）卫健委组织有关专家进行分析论证，提出启动或终止本预案的建议，报市人民政府批准后实施，并向市卫健委报告。

## 六、紧急处置

### （一）流行病学调查

突发疫情的调查由市卫生行政部门组织市疾病预防控制中心具体实施。疾病预防控制中心接到突发疟疾疫情报告后，应在 24 小时内到达现场开展调查。通过流行病学调查，核实疟疾疫情，确定流行范围和流行强度，分析流行因素，制定防控方案。

1、确定调查范围 根据掌握的疟疾疫情确定流行病学调查范围，对范围内所有人群进行流行病学调查。

2、个案调查 由专业人员对每个疟疾病例（包括疑似病例、临床诊断病例、确诊病例）进行个案调查，由疾病预防控制中心逐级上报。

3、疫情核查 核查乡村各医疗卫生机构的疫情报表、发热病人血检登记表、抗疟药处方和发热病人血片标本，并通过疫区居民现场走访调查、疟疾病人个案调查、居民或小学生带虫调查等方法确定突发疫情的范围、强度和疟原虫种类。

4、蚊媒调查 进行媒介按蚊调查，确定主要传播媒介（情况紧急时媒介调查可推迟进行）。

5、发热病人血检乡（镇）卫生医疗机构应对所有发热病人进行登记和血检疟原虫，并对虫种进行鉴定。

## （二）现场处置

1. 治疗病人对所有发现的疑似、临床诊断和确诊疟疾病例，应及时进行规范的抗疟治疗，必要时还可进行一次清理复治。次年春季，对所有疟史病人进行一次休止期治疗。

1.1 间日疟病人可采用氯喹加伯氨喹 8 天疗法进行治疗。以氯喹成人总剂量（基质）1.2g 分 3 天口服，同时加服伯氨喹成人总剂量（基质）180mg，分 8 天口服。儿童用药剂量按剂量表要求进行。

1.2 恶性疟病人治疗 可选用口服青蒿琥酯、蒿甲醚、双氢青蒿素或双氢青蒿素加磷酸哌喹等青蒿素类药物及其复方制剂进行治疗，但第 1、2 天均各加服伯氨喹 22.5mg 顿服。

1.3 重症疟疾的治疗 可选用蒿甲醚、咯萘啶、青蒿琥酯钠等注射液进行肌内或静脉注射，在患者症状减轻后，加服伯氨喹 45mg，分 2 天口服。

2、人群预防服药 对发病率在 10%以上的乡、村，可根据情况对病人家属及其周围人群采用成人顿服哌喹 600mg 或氯喹（基质）0.3g 进行预防性服药，必要时可进行全民预防服药。

3、蚊虫防制 在媒介按蚊密度有异常升高时应实施媒介控制措施。可根据不同情况，以乡、村或村民小组为单位，采用拟除虫菊酯类杀虫剂对人、畜房进行喷洒或浸泡 / 喷洒蚊帐灭蚊，浸泡 / 喷洒蚊帐剂量为 20~30mg/m<sup>2</sup>。教育群众要安装纱门纱窗，正确使用蚊帐，不要室外露宿，减少人蚊接触。大力开展爱国卫生运动，消灭蚊虫孳生地。突发疫情应急处理工作人员应注意做好个人防护。

## 七、保障措施

### （一）组织领导保障

突发疟疾疫情发生后应立即启动预案，迅速建立疫情处理协调机制。疫情发生地人民政府要加强对疟疾突发疫情应急处理工作的领导，协调卫生、财政、宣传、教育、农业、公安、爱卫会等有关部门，按照各自的职责与分工，及时落实疫情应急处理所必需的人员、经费和物资，确保各项应急措施的落实。卫生行政部门迅速成立疟疾突发疫情应急处理工作领导小组，下设流行病学调查组、医疗救治组、物资保障组，分别负责突发疟疾疫情的流行病学调查、医疗救治和物资保障等工作。

## （二）技术保障

1、加强队伍建设 各级疾控机构应配备与防治工作相适应的专业队伍，提供必要的工作和生活条件，保证队伍的稳定。卫生行政部门应加强对疟疾突发疫情应急处理工作的技术和管理培训，结合本县疟疾防治工作实际，制定疟疾突发疫情应急处理演练计划，并组织演练。疾病预防控制机构要加强疟疾监测信息报告管理，做好疟疾疫情报告、监测数据等资料的核对、分析和报告工作，设立疟疾突发疫情报告和举报、咨询电话，并向社会公开。疾病预防控制机构应认真如实地填写“疟疾暴发疫情报告表”、“疟疾暴发流行病人个案调查表”（附表1），并及时上报省、南阳市疾病预防控制中心寄生虫病防治科。

2、健康教育 充分利用各种宣传媒体，采取多种方式宣传疟防知识，提高人民的疟疾防治知识水平，增强参与疟防工作自觉性。

## （三）经费及物资保障

卫生行政部门要争取财政保证疟疾突发疫情应急处置工作所需经费，重点解决应急物资储备、流行病学调查、现症病人治疗、高危人群预防服药、媒介防制、工作运转等经费。疾病预防控制中心做好疟疾突发疫情应急处理的物资储备，包括疟疾治疗药品（氯喹、伯氨喹、哌喹、咯萘啶、青蒿素类制剂等）、灭蚊药品（拟除虫菊酯类杀虫剂，如溴氰菊酯、氯氰菊酯及氟氯氰菊酯等）、设备及器材（显微镜、解剖镜、快速诊断试剂盒，以及其他与应急处理和救治有关的器材等）。应急储备物资应妥善保管，指定专人负责，建立专账，及时补充和更新。当出现大面积疟疾突发疫情时，县人民政府可以根据应急处理工作需要，在本行政区域内征用社会物资统筹使用。

## 八、突发疫情处理工作总结

突发疫情应急处理终止后，可转入常规防治和监测，继续做好疟疾疫情观察，及时发现和治疗疟疾病例，防止疫情反复。工作结束后要认真总结突发疫情处理工作经验，并在1个月内向南阳市卫健委和省卫生行政部门上报工作总结，同时抄报省、南阳市疾病预防控制中心。

附表：疟疾突发疫情病人个案调查表

附表:

## 疟疾突发疫情病人个案调查表

编号: \_\_\_\_\_

### 一、一般情况调查:

姓名: \_\_\_\_\_ 性别: \_\_\_\_\_ 年龄: \_\_\_\_\_ 职业: \_\_\_\_\_

户籍所在地: \_\_\_\_\_ 县(市) \_\_\_\_\_ 乡(镇) 村 \_\_\_\_\_

住 址: \_\_\_\_\_ 县(市) \_\_\_\_\_ 乡(镇) 村 \_\_\_\_\_

发病地点: \_\_\_\_\_ 县(市) \_\_\_\_\_ 乡(镇) 村 \_\_\_\_\_

发病日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 初诊日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

初诊医疗单位: \_\_\_\_\_ (包括私人诊所和卫生人员下乡随访)

临床诊断: ①疟疾 ②疑似疟疾 ③不明发热 ④其他

采血检查日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

镜检结果: ①间日疟原虫 ②恶性疟原虫 ③三日疟原虫 ④混合感染

其他疟疾检查结果: (请注明何种方法)

诊断为疟疾的依据: ①临床诊断 ②实验室诊断(镜检、快速诊断等)  
③抗疟药试治

本次发病: ①初发 ②复发

并发症: ①无 ②有(何种并发症 \_\_\_\_\_)

### 二、既往病史调查

①无 ②有(年 月 日, 在何处发病)

当时的治疗情况: ①无 ②有(年 月 日, 在何处给药)

正规治疗: ①有 ②无

清理复治: ①有 ②无

休根治疗: ①有 ②无

### 三、传染源及传播途径调查

1、发病前 10~30 天内外出史: ①无 ②有(天前到省市县)

外出原因：\_\_\_\_\_，住 \_\_\_\_\_天

住地防蚊措施：①无 ②有（蚊帐、纱门、纱窗）

2、近一月内家中及邻居亲友来访：①无 ②有

（来自 省 市 县），住宿 天

3、病家防蚊设施：①无 ②有（蚊帐、纱门、纱窗）

患者蚊帐使用情况：①无 ②有

患者露宿情况：①无 ②有

4、病家成员一个月内发热史：①无 ②有

（采血镜检：①无 ②有，结果 ）

5、患者 15 日内输血史：①无 ②有

6 患者献血史：①无 ②有（全血 血浆 ）

7、本次发病是：①血传 ②蚊传

8、本次发病的感染分类

①本地人口本地感染 ②本地人口本省外地感染 ③本地人口外省感染

④本省外地人口本地感染 ⑤外省人口本地感染

⑥外省人口外地感染本地发病

#### 四、本次治疗情况

抗疟药试治：①无 ②有 试治方法\_\_\_\_\_

住院治疗：①无 ②有

正规治疗：①无 ②有 方法 \_\_\_\_\_

调查单位（包括市、县）： \_\_\_\_\_

调查者： \_\_\_\_\_ 调查日期： \_\_\_\_年\_\_月\_\_日

# 麻疹应急处理预案

## 一、前言

麻疹是危害儿童生命健康极其严重的传染病之一。1965年我国报告发病数大约900万例，发病率达1432/十万。60年代初我国分离出麻疹野病毒并成功研制麻疹减毒活疫苗，1965年开始使用麻疹疫苗，并在全国广泛接种，特别是1978年实施儿童计划免疫工作之后，麻疹发病率急剧下降，年发病率在10/十万左右。近年来，由于多种因素的影响，麻疹发病率又有明显回升。世界卫生组织（WHO）估计全球每年仍大约有4500万例麻疹，其中100万婴儿和儿童死于麻疹。在疫苗可预防的疾病当中麻疹仍是死亡例数最多的疾病。为有效控制麻疹的发病和流行，保障广大儿童和人民群众的生命与健康，维护社会稳定和促进我县经济又好又快发展，现结合我县实际特制定麻疹暴发疫情应急处理预案。

## 二、目的

为了科学、规范、有效地预防和控制麻疹疫情，指导各地做到“早发现、早诊断、早报告、早隔离、早治疗”，在麻疹疫情暴发或突发重大疫情时，通过采取相应有效措施，迅速控制和扑灭疫情，尽最大可能防止或减少麻疹可能造成的损害，保障公众（特别是儿童）的身体健康和生命安全。

## 三、预案启动条件

凡发生麻疹暴发疫情，即一周内，同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生10例及以上麻疹，即启动本预案。

## 四、麻疹病例诊断标准和处理原则

参照国家《麻疹诊断标准及处理原则》GB15983-1995执行。

### （一）、诊断原则

麻疹是由麻疹病毒引起的呼吸道传染病，传染病强，在麻疹减毒活疫苗普遍应用后，不但存在症状典型的麻疹，而且存在症状不典型的病人，前者可根据临床表现结合流行病学作出诊断，后者需根据血清麻疹抗体的检测或麻疹病毒的分离阳性作出诊断。

## （二）、诊断标准

### 1、临床症状

2. 1. 1 全身皮肤出现红色斑丘疹。

2. 1. 2 发热（38℃或更高）。

2. 1. 3 咳嗽或上呼吸道卡他症状，结膜充血。

2. 1. 4 起病早期（一般于病程第 2-3 日）在口腔颊粘膜斑（KOpplik 氏斑）。

2. 1. 5 皮肤红色斑丘疹由耳后开始向全身扩展，持续 3 天以上呈典型经过。

2. 2 流行病学史与确诊麻疹的病人有接触史，潜伏期 6-18 天。

### 2. 3 实验室诊断

2. 3. 1 一个月内未接种过麻疹减毒活疫苗而在血清中查到麻疹 IgM 抗体。

2. 3. 2 恢复期病人血清中麻疹 IgG 抗体滴度比急性期有 4 倍或 4 倍以上升高，或急性期抗体阴性而恢复期抗体阳转。

2. 3. 3 从鼻咽分泌物或血液中分离到麻疹病毒，或检测到麻疹病毒核酸。

### 2. 4 病例分类

#### 2. 4. 1 疑似病例

具备 2.1.1 加 2.1.2 条者，或同时伴有 2.1.3 条者。

#### 2. 4. 2 临床诊断病例

疑似病例加 2.1.4 条或 2.1.5 条或 2.2 条。

#### 2. 4. 5 确诊病例

疑似病例加 2.3.1 条或 2.3.2 条或 2.3.3 条

具有任何一项临床症状加 2.3.1 条或 2.3.2 条或 2.3.3 条。

## 3、处理原则

### 3. 1 病人的隔离与治疗

发现疑似病例或诊断病例，应立即隔离，隔离期直至出疹后 5 天。并发肺炎者延长隔离期至出疹后 10 天。

对病人进行对症治疗和防治并发症治疗。

### 3. 2 对易感者的应急措施

3. 2. 1 对病人周围未发病的易感人群可实施麻疹减毒活疫苗的应急接种，应急接种覆盖面宜广，实施时间要尽早，应在接触病人的 3 日内接种。

3. 3. 2 与病人密切接触者中年幼、体弱或具有麻疹减毒活疫苗接种禁忌症者的易感人群，可注射含有高价麻疹抗体的人丙种（血浆或胎盘）球蛋白制剂作被动免疫。

3. 2. 3 与病人密切接触而未接种过麻疹疫苗的易感儿童应检疫 21 天。

## 五、暴发流行的判定标准

麻疹病例在短时期内与往年同期相比呈几倍或数十倍增长，或出现凶险病例增多，甚至出现死亡病例。范围波及 2 个或 2 个以上县成为大范围暴发流行，范围仅局限于数个乡镇的称为局部暴发流行，范围仅局限于个别自然村的称为点状暴发。

## 六、控制对策与措施

### （一）、组织领导

在发生暴发疫情时，根据疫情趋势和实际工作的需要，迅速成立疫情处理工作领导小组，由市政府统一领导，协调卫生、财政、教育、公安、宣传等部门，按照各自的职责与分工，做好预防与控制工作。及时安排疫情处理所需的防治经费、物资等并落实责任制，确保各项预防与控制措施落实到位。并成立由县疾控中心、县卫生监督、县综合性医院等部门参加的紧急疫情应急处理技术指导小组，研究制定麻疹疫情控制方案，落实各项预防控制措施。

### （二）、疫情报告

当出现麻疹暴发疫情或突发重大疫情时，县疾控中心在接到麻疹暴发疫情后，应及时进行核实、订正和流行病学调查，并将结果按要求录入“国家疾病报告管理信息系统”。二小时内电话报告上级疾病预防控制中心，同时报告县卫健委。县卫健委接到报告后，立即报告县人民政府。

### （三）、暴发疫情的监测

3. 1 在处理疫情期间除网络直报疫情外，同时建立临时疫情报告制度，如实行麻疹疑似病例、零病例报告或麻疹疫情动态日报告等制度，以及时掌握疫情发展动态，为卫生行政部门决策提供科学依据。

3. 2 加强对中小学校、托幼机构等人群密集的公共场所的工作联系，随时获取与疫情相关信息并采取相应措施。

3. 3 血清学监测，麻疹暴发时至少要对部分病人采血做麻疹 IgM 抗体监测。

#### (四)、疫情控制措施

##### 4. 1 预防措施

###### 4. 1. 1 加强健康教育力度

麻疹传播途径较难控制，大多数易感者在患者隔离前已受到感染，对患者的隔离只能起到一般的作用。重点放在提高易感人群的免疫力。因此，健康教育显得尤为重要，须充分利用宣传媒体和其他多种宣传形式，迅速开展预防麻疹等呼吸道传染病的防治知识宣传，提高群众的自我防病意识。

###### 4. 1. 2 麻疹疫苗的应急免疫接种

对易感儿童实行麻疹减毒活疫苗普种，是预防本病的首要措施。为提高麻疹疫苗免疫接种的成功率应保证疫苗的冷链保藏和运输，并接种足够的剂量。

主动免疫：疫苗可选用减毒活疫苗，疫苗需冷藏运输和储存。未患过麻疹的儿童均应接种麻疹减毒活疫苗。麻疹免疫策略在我国定为 8 个月初种，18-24 个月复种。每次皮下接种 0.5ml，各年龄剂量相同。应急接种易感者最好是在接触病人后 3 天内，完成疫苗接种，对防止发病和减轻病情会有显著效果。免疫抑制者和孕妇为疫苗禁忌症。

被动免疫：丙种球蛋白和胎盘球蛋白可以在短期内预防麻疹，年幼、体弱患病的易感儿童接触麻疹 5 天内注射人血丙种球蛋白 3ml 可防止发病，在接触 6 天内注射可减轻症状。接触 6 天后注射无效。免疫有效期为 3-8 周。

###### 4. 1. 3 流行期措施

###### 4. 1. 3. 1 病人与接触者的管理

对病人坚持早发现、早诊断、早报告、早隔离、早治疗的原则，隔离至出疹后 5 天。对接触者接种麻疹活疫苗或丙球，进行医学观察，必要时隔离，检疫期为 21 天。

###### 4. 1. 3. 2 疫源地消毒

麻疹属于呼吸道传染病，因此，针对传播途径杀灭空气中的病原微生物是控制其传播的关键。进行疫点消毒时应首选物理消毒的方法，即开窗通风，加强空气流通，并根据气候条件适时调节，同时保持内外环境清洁卫生。

在采用化学消毒的方法时，要注意选择合格的消毒剂。在喷洒消毒剂溶液时不宜超过墙面或地面的吸液量。地面消毒先由外向内喷雾一次，喷药量为 200ml/m<sup>2</sup> -300ml/m<sup>2</sup>，待室内消毒完毕后，再由内向外重复喷雾一次。以上消毒处理，作用时间应不少于 60 分钟。离开病家前，嘱让病家在达到消毒作用时间后开窗通风，擦拭打扫。

衣服和被褥应勤洗、勤晒，消毒可用加热的方法，也可用除菌消毒洗衣粉和洗涤剂清洗衣物。

## **七、流行病学调查**

一旦出现麻疹暴发疫情，必须迅速开展暴发疫情流行病学调查工作。县疾病预防控制中心在接到报告后，应立核实疫情和调查处理，在核实诊断、确诊暴发的基础上，根据麻疹疫情发生的规律，分别开展散发病例和暴发原因的追溯、调查。通过流行病学调查，查明传染来源、传播途径和疫情波及的范围，阐明流行因素，提出相应的预防控制措施，力争在最短时间内控制疫情的发展及扩散。

## **八、暴发疫情控制效果评价**

麻疹暴发疫情控制期间，应根据流行病学调查和病原学检测结果，对疫情发展趋势和防治措施的实施效果进行动态分析。

经过采取相应控制措施后，月新发病例显著减少或疫区在发生最后一例确诊病例后二周内无新发病例，经疫情应急处理专家组认定，可转入常规监测防治。并将疫情处理结果在一月内上报上级有关部门。

# 狂犬病防控工作应急预案（试行）

为有效预防和控制狂犬病发生和流行，保障人民群众健康安全，根据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国动物防疫法》，结合我县实际，制定本预案。

## 一、信息报告

（一）人狂犬病疫情报告实行首诊负责制。责任疫情报告人发现狂犬病病人或疑似病人时，必须按照法定传染病报告要求，城市于 6 小时内、农村于 12 小时内通过传染病疫情监测信息系统进行报告。乡、镇疾病预防控制机构发现狂犬病病人或一犬伤多人事件时，应及时向当地卫生行政部门及上级疾病预防控制机构报告，卫生行政部门及时向畜牧部门通报，并向同级政府汇报，由当地政府协调有关部门及时妥善处理。

（二）任何单位和个人发现疑似犬狂犬病、人狂犬病疫情，应分别向当地畜牧、卫生部门报告。对疑似患有狂犬病的犬，犬主应及时到当地畜牧部门进行检疫。对确认患有狂犬病的犬只，公安、畜牧部门应当依法捕杀并进行无害化处理。

（三）狂犬病防控管理工作信息报送实行“双轨”制。乡镇办政府向市政府报告本辖区防控工作情况，有关职能部门向上级行政机关报告本部门防控工作情况，人狂犬病疫情发生后 30 日内要实行每日“零报告”制度。有关职能部门按照职责分工及时向同级政府报送相关信息，提出防控工作建议。畜牧部门和疾病预防控制机构及时互相通报动物间和人间发生的人畜共患传染病疫情及相关信息。

## 二、部门、单位职责

狂犬病防控工作由各乡镇政府统一组织实施，按属地管理的原则，各中央、省、市直属企事业单位必须积极配合。各级政府要建立由公安、畜牧、卫生、工商、食品药品监管等部门参加的协调工作机制。各有关职能部门按照职责分工，各司其责，加强工作配合与信息交流。

（一）卫生部门负责人用狂犬病疫苗的供应和免疫注射；负责犬伤患者的伤口处理、病人救治、疫情统计、监测，做好狂犬病病人流行病学个案调查；负责人用狂犬病疫苗血清学监测；开展防控知识宣传教育。

（二）公安部门负责城区养犬的审批、管理，处理违章养犬，捕杀病犬、恶犬、野犬，查处拒绝、阻碍狂犬病防控工作人员依法执行公务的案件。

（三）畜牧部门负责兽用狂犬病疫苗的供应，对城乡准养犬只进行预防注射、

挂牌，发放《免疫证》；负责登记、统计养犬数量及犬只变动情况，开展动物带毒情况调查研究；负责犬的免疫、犬及其产品的检疫和管理；负责家畜狂犬病疫情统计、监测、犬伤家畜登记报告，对捕杀的犬类及患狂犬病死亡动物尸体进行无害化处理；在狂犬病疫情发生后，具体确定疫点周边半径 5 公里、5 至 15 公里区域内的犬类捕杀、紧急强制免疫范围报同级政府批准。

（四）工商行政管理部门负责稽查、取缔、关闭疫区及城区非指定范围内的犬、猫等动物交易市场，严防病死、不明原因死亡及强制捕杀的犬肉及其产品流入市场，协助畜牧、卫生部门对农贸市场出售的犬类及其产品进行检疫和卫生监督。

（五）食品药品监管部门负责狂犬病疫苗的质量监管。

（六）城市管理综合执法部门负责查处养犬破坏市容环境卫生的行为，严禁携带各类犬只进入公共活动场所、城区主要交通干道，协助公安机关查处违规养犬等行为。

（七）新闻宣传单位负责提供条件，配合卫生部门做好狂犬病预防知识的公益宣传工作。

（八）疾病预防控制机构负责人狂犬病疫情的监测、评估和流行病学调查，向政府提出防控建议；组织采集病人血清报送上级疾病预防控制机构进行诊断，配合畜牧部门划定疫点、疫区；监督、指导基层医疗卫生单位对疫点、疫区内污染物和场所实施消毒和无害化处理，培训、指导基层防疫人员，参与对疫点、疫区周围群众的宣传工作。

### **三、应急防控措施**

（一）人狂犬病疫情发生后，卫生行政部门应及时向同级畜牧、公安部门通报疫情，报请县人民政府启动应急防控措施。政府决定实施应急防控措施的，由畜牧部门划定犬类强制捕杀、紧急强制免疫涉及的行政村、居委会，统计、供应所需疫苗。公安、畜牧部门分别监督、指导犬只捕杀及无害化处理、强制免疫工作，及时将工作进展情况向同级政府和有关职能部门通报。

（二）疫情所在乡镇办为应急防控责任人，安排落实必要的防控狂犬病工作经费，储备必要的疫苗、药品、诊断试剂、器械、防护用品等，监督、审计狂犬病防控经费使用情况。

（三）疫点所在乡镇办协调、督促涉及的乡镇、街道办事处及有关部门落实应急防控措施，统一组织犬类捕杀、紧急免疫工作，对被犬咬伤人员开展回顾性调查并进行人用狂犬病疫苗补种，对被狂犬咬伤的家畜进行捕杀及无害化处理。

（四）犬类捕杀、免疫范围超出本行政区域的，所在乡镇办要及时报请市政府协调有关镇、街落实捕杀、免疫措施，同时向有关镇、街通报疫情及防治工作情况。

（五）疫情防控措施由涉及的乡镇办政府、负责具体实施。各乡镇办层层落实工作责任，明确具体责任人并严格实行责任追究制，确保将各项措施落到实处。

（六）发生一犬伤多人事件或短期内连续发现狂犬病人时，乡镇医疗卫生部门应开展专题调查，分析疫情防控形势及影响因素，为政府采取防控措施提供科学依据。一年内发生3例狂犬病病人或有流行趋势的乡镇，卫生部门应开展流行因素主动监测，统计犬伤者伤口规范处理率、狂犬病疫苗全程接种率、抗狂犬病血清使用率等资料，畜牧部门应统计辖区内犬密度、犬类等动物伤人情况，全面掌握疫情动态，及时调整防控对策，提高防治效果。

（七）县政府督查室负责督查防控措施落实情况，县政府办公室信息科负责有关信息的收集、汇总、上报。各级政府、各有关职能部门、单位及其工作人员未按照本预案规定履行狂犬病防控职责，造成人狂犬病疫情流行、扩散或其他严重后果的，依据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国动物防疫法》追究法律责任。

（八）畜牧、公安、卫生等有关部门根据防控措施落实情况和疫情进展提出解除疫情的建议，所在镇、街政府批准后予以公布，停止预案执行。

#### **四、犬类管理**

养犬必须经当地公安部门审批并经畜牧部门检查、免疫，分别在公安、畜牧部门领取《免疫证》（准养证），挂牌后实行拴养或圈养。对未挂犬牌、未实行拴养、圈养、免疫史不详的流浪犬只，农村由所在乡镇办政府、城区由所在地公安、畜牧部门进行捕杀。

#### **五、疫苗管理**

规范人用狂犬病疫苗的采购、供应和管理的工作，加强对疫苗供应渠道的监督检查，严禁不具备供应资质、条件的单位、个人经营人用狂犬病疫苗。采取多种形式，广泛宣传狂犬病预防知识和犬伤后伤口处理的正确方法，提高伤口处理的规范率和全程疫苗接种的及时率。

#### **六、其他**

本应急预案在实施过程中的有关问题，由各职能部门根据职责权限负责解释。

# 手足口病（EV71 感染）防控工作预案

手足口病是肠道病毒（柯萨奇 A16 型、埃可病毒或肠道病毒 71）感染引起的以出疹发热为主要特征的急性传染病，往年各地均有散在发生，国家以将此病列入丙类传染病管理。该病可在多年龄组人群引起感染，但常在 5 岁以下婴幼儿中造成暴发流行，传染源为病人和隐性感染者，传播方式主要是通过密切接触急性期病人的粪便、口腔分泌物、皮肤疱疹液中的病毒，经粪-口途径和呼吸道进入体内。临床表现主要以手、足、臀、口腔粘膜等部位斑丘疹和发热为特征，一般预后良好。部分患者可合并心肌炎、脑炎、脑膜炎、迟缓性麻痹等，严重者可引起死亡。为切实做好我县手足口病的防控工作，防止暴发流行，保护广大群众尤其是儿童的身心健康和生命安全，结合我县实际特制定本工作方案。

## 一、工作目标

通过全面落实以切断传播途径为主的综合性干预措施，控制手足口病疫情蔓延，降低发病率，严防重大疫情发生。

## 二、组织领导与职责分工

加强领导，健全组织，保障各项防控措施的落实。严格实行防控工作责任制，责任到人、措施到位，积极主动地开展好各项工作。

### （一）成立手足口病防控领导小组

成立由卫健委主任任组长、分管卫健委主任为副组长、相关职能科室和重点单位负责人为成员的手足口病防控领导小组。职责：统一领导和协调指挥手足口病的应急处理工作，防止疫情的扩散蔓延。领导小组下设综合协调与新闻宣传组、疫情防控组、医疗救治组、社区防控组、检查督导组、后勤保障组等六个工作组。

### （二）各工作小组组成及职责

#### 1、综合协调与新闻宣传组：

由卫健委主任为组长，委办公室、疾控科牵头，负责手足口病的新闻媒体采访接待、信息通报发布和防控知识宣传工作；负责领导小组的日常事务和防控信息的汇总报告工作；负责手足口病暴发疫情的应急处置协调工作。

#### 2、疫情防控组

由卫健委主任为组长，县疾病预防控制中心牵头，负责手足口病的日常防控工作，包括疫情监测预警、报告分析、流行病学调查、实验室检测、健康教育和防治知识咨询等方面工作。

### 3、医疗救治组

由卫健委主任为组长，业务科牵头，负责医疗机构手足口病病人的发现报告、医疗救治和院内感染的控制，特别是危重病病人的救治工作；根据需要及时组建医疗救治专家组指导各医院医疗救治；汇总各医疗单位医疗救治信息。

### 4、社区防控组

由卫健委主任为组长，疾控科、爱卫办牵头，负责城乡社区手足口病防治的组织动员、宣传、培训和环境卫生整治工作。

### 5、检查督导组

由卫健委主任为组长，县卫生监督所牵头，负责手足口病疫情防控的监督执法工作；对各级医疗卫生机构、托幼机构和学校防控措施的落实情况进行执法检查。

### 6、后勤保障组：

由卫健委主任为组长，财务科、疾控中心办公室牵头，负责应急物资（消杀药品、器材、防护用品、药品、器械、物资等）采购、储备、供应、运送工作，负责疫情值班和车辆调度工作。

## 三、技术措施

（一）严格疫情报告管理制度。全县各级各类医疗机构、执行疾病预防控制职务的医务人员均为责任报告人。发现手足口病病人后，要认真填写《传染病报告卡》，及时进行网络直报。

（二）按照属地管理原则，各乡镇卫生院防疫组及社区卫生服务中心防保科负责辖区散发疫情的流行病学调查；县疾病预防控制中心接到辖区首例重症病例报告及集中发病疫情后要及时进行流行病学调查，深入分析疫情的三间分布和流行特点，随时掌握疫情动态。

（三）疫情处理。根据疫情信息，查清病人的详细居住地址，将病家及其四邻和密切接触者家庭以及村庄、单位、居民区作为处理重点。

1、认真落实消毒处理措施，切断传播途径。病例发生所在地要及时组织开展爱国卫生运动，对垃圾、粪便、污水及时清运消毒，整治城乡卫生环境；对于患者的用品、衣物、呕吐物、排泄物及其容器等用含氯消毒剂以适当比例配比进行消毒；使用菊酯类杀虫剂杀灭蚊蝇，具体消毒方法见附件 2。严格保护生活饮用水源，尤其对于农村地区集中供水的村庄，要整治水源地周围环境，采取保护措施，严防水源污染。

2、对病人实行隔离治疗，严格管理传染源。对于传染源按照肠道传染病处理原则进行隔离，加强医院消毒和污物处理，杜绝院内感染；对住院治疗的患者，要限制其陪护和接触者人数，强化洗消措施；对居家治疗的病人及其接触者，由乡镇（街道）、村（社区）防保人员具体指导落实隔离措施和周边区域的消毒处理措施。

3、采取有效措施，保护易感人群。对托幼机构要加大管理力度，认真落实晨检制度，对发现的病人及疑似病人一定要及早隔离治疗。认真落实《消毒管理办法》的有关规定，对患儿的粪便、呼吸道分泌物及可能受污染的物品（衣物、被褥、餐饮具、玩具等）要随时进行消毒。必要时依法暂时关闭病例所在的学校、托幼机构及其他幼儿聚集场所，以保护易感儿童。

4、医疗机构要按照《卫生部肠道病毒（EV71）感染诊疗指南（2008年版）》和《医疗机构手足口病诊疗技术指南（试行）》，积极救治病人。要不断总结交流诊治经验，提高临床救治水平，尽可能避免死亡病例的发生，同时，积极配合疾控部门作好流行病学调查、消毒隔离和各种标本采集工作。进一步加强医疗机构感染性疾病科工作，落实预检分诊制度，设立发热与疱疹病例专门诊室，同时加强医院产房、儿科病房的消毒，防止新生儿、婴幼儿院内感染而导致严重后果。

5、完善诊疗记录。各级各类医疗机构包括村卫生室要建立、健全项目齐全的门诊日志，各医院的出入院登记必须详细、认真填写，必须要有详细的家庭地址、家长姓名和电话，以利于开展流调和传染源追踪。

6、开展健康教育，提高群众防病知识水平。以广播、电视、报纸、网络、宣传单等各种宣传形式，正面介绍肠道传染病的防病知识，告诫家长流行季节不要带儿童到人群聚集的公共场所，避免与患儿接触；纠正儿童不良卫生习惯，对儿童玩具、餐具、衣物、用品要经常消毒，家长要注意孩子的个人卫生，养成良好的卫生习惯，做到“洗净手，喝开水、吃熟食、勤通风、晒衣被”等。

7、强化培训，提高业务素质。各级医疗卫生单位要尽快完成本单位医务人员手足口病防治技术的全员培训，各乡镇卫生院及社区卫生服务中心负责对辖区社区卫生服务站、村卫生室、个体诊所、学校托幼机构相关人员的全员培训，进一步充实、提高防治队伍的技术力量。一是开展预防控制技术培训，提高疾控队伍的流调、采样、检测、监测和消毒等疫情处置技术水平，确保防控措施落实到位。二是开展诊疗技术培训，加强对医务人员手足口病的诊断、治疗、隔离消毒等知识的培训，使临床医生特别是农村地区的乡医、村医尽快熟悉手足口病的诊疗技术，确保做到早发现、早诊断、早报告、早隔离、早治疗。

(四) 加强卫生监督检查。要采取切实可行的有效措施，加强对餐饮业、食堂、生活饮用水的监督检查。餐饮业单位要进一步落实原料进货索证和验收制度，严格原料采购，严禁采购、使用病死或者死因不明的畜、禽及其制品、劣质食用油、不合格调味品、工业用盐或非食品原料和滥用食品添加剂。食品加工要严格遵守操作规范，无凉菜间的餐饮单位不得制作凉菜，对发生手足口病（EV71 感染）的重点区域，严禁出售凉菜。严格餐具、用具的清洗消毒，保证洗刷消毒设施正常运转，确保餐具等公共用具的消毒效果。供水单位要严格按照制水工艺制水，加强饮水消毒，确保出厂水和末梢水符合《生活饮用水卫生标准》，二次供水单位要对二次供水设施进行一次清洗消毒，同时加强饮水包括桶装水的监测。

#### 四、保障措施

(一) 经费保障。各单位要多渠道积极筹措资金，保证防治疾病所需经费。

(二) 人员保障。将各类技术人员充实到防病一线，进一步加强防治工作。

(三) 物资保障。做好消毒、杀虫药械及各类器械用品的储备和供应，为防疫、医疗机构配备必要的车辆和通信器材，以保障信息畅通和行动迅速。

手足口病 (Hand-foot-mouth disease, HFMD) 是肠道病毒（柯萨奇病毒、埃可病毒或肠道病毒 71 型等）引起的常见传染病之一，多发生于学龄前儿童，尤以 3 岁以下婴幼儿发病率最高，可引起发热和手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹，少数患者可引起心肌炎、肺水肿、无菌性脑膜脑炎、循环衰竭等致命性并发症。

## 附件一： 手足口病（EV71 感染）防控技术方案

近年来我国手足口病发病人数明显增多，部分省份出现了较大的疫情。2008年4月安徽省阜阳市发生一起由肠道病毒71型引起的手足口病疫情，同时考虑到我县近两年手足口病发病也有增多的趋势，为科学应对我县可能发生的手足口病疫情，特制定本技术方案。

### 一、疫情的发现与报告

各级医疗机构要加强对临床医师（尤其是感染性疾病科的临床医师）的培训，提高临床医师对手足口病的识别能力，发现手足口病病例后及时进行网络直报，发现短时间内就诊病例突然增多或集中某地点的情况时要及时报告当地疾病预防控制中心。

各类中小学、托幼机构要严格按照卫生部、教育部共同制定的《学校和托幼机构传染病疫情报告工作规范（试行）》（卫办疾控发〔2006〕65号）的要求开展传染病疫情报告工作，学校和托幼机构应当加强和完善学生晨检、因病缺勤病因追查与登记制度。当发现学生中短时间内出现多例手足口病病例时，学校疫情报告人应当立即报告当地疾病预防控制机构。当在同一宿舍或者同一班级1天内有3例或者连续3天内有多个学生（5例以上）患病，并有相似症状（发热、皮疹等）时，学校疫情报告人应当在24小时内报告县疾病预防控制中心。

各级疾病预防控制机构要加强对辖区内医疗机构、托幼机构、学校等重点单位的疫情监测、报告和管理工作的指导，提高其发现手足口病暴发疫情的能力和报告意识。

### 二、流行病学调查

#### （一）、调查前准备

成立调查处理小组，成员应包括流行病学、检验、消杀等人员。初步确定调查处理方案，准备好各种调查表格、采样用品、消杀药械等。

#### （二）、核实疫情

首先了解诊断是否明确，是否可靠。若诊断明确、可靠，则可明确疫情性质；否则需要进行初步调查来核实，与参与诊治的临床医生进行访谈，了解就诊的病人情况，收集病人的症状、体征和实验室资料，必要时亲自对现症病例进行体格检查

和采样检测，并询问其发病经过、诊治过程、有关的流行病学史、疾病传播以及危险因素等问题。最后，根据病例的临床表现、实验室结果，结合流行病学资料进行综合分析，对疫情做出初步判断。

### （三）、病例搜索与报告

开展病例调查的同时对疫情发生地各级医疗机构特别是基层医疗单位开展病例主动搜索。在搜索病例时可以使用敏感性高的病例定义，尽量不漏掉病例。搜索病例可采用多种方式和途径，一方面要加强已有的监测系统，提高发现病例的能力；另一方面要建立主动监测系统，如社区调查、接触者追踪等。病例搜索的目的在于尽可能发现所有的病例，对搜索到的病例要进行登记，并按要求进行报告。

### （四）、个案调查

对发现并核实后的每个病例都应及时地进行流行病学调查，完整地逐项地填写个案调查表。根据病人的临床症状、体征和实验室检验结果以及流行病学特点，了解手足口病发病及疫源地现况，以便控制疫情蔓延，积累资料，作为当地流行病学分析的基础。

在进行个案调查时应注意：对调查表中虽然没有列入，但有流行病学意义的内容也应详细询问和描述，尽可能收集一切对阐明流行有关材料，特别要注意详细收集指征病例和特殊病例的资料。

### （五）、专题调查

根据疫点范围内病人发生的时间、地点和人群分布特点，把从现场获得的资料加以对比，综合分析暴发的影响因素和初步假设，制定针对性的调查方案，开展暴发原因调查。

## 四、标本采集与检测

### （一）、标本种类

需要采集的标本包括脑脊液、粪便、血清、咽拭子、疱疹液等。当病人有中枢神经系统症状时应采集脑脊液、血清和粪便标本。当病人有出疹症状时应采集咽拭子、血清和粪便标本，若有疱疹时还应采集疱疹液。

### （二）、采样时间

脑脊液、粪便、咽拭子、疱疹液标本的采集应当在发病的急性期进行，血清标本应当在急性期（5天内）、发病后5-15天、发病3周后分别采集。

### （三）、标本采集

脑脊液、血清标本应采集至少 1 毫升，采集后应直接置于无菌塑料管内。咽拭子、疱疹液应用无菌棉签蘸取后置于含 1 毫升 5% 牛血清 MEM 的无菌塑料管内。粪便标本应当采集 5-8 克置干净的塑料管内。

#### （四）、标本保存

标本保存在 24 小时内可置于 4℃ 环境下，若保存超过 24 小时，则应置于 -20℃ 环境下，有条件的地区可置于 -70℃ 环境下。

#### （五）、标本运送

标本应在 4℃ 条件下，由专业人员使用标本运送箱尽快送至实验室。

#### （六）、标本检测

采集的标本应尽快送至具备相应检测条件的疾病预防控制中心进行病原学检测，主要检测方法有 PCR 核酸检测、病毒培养分离等。

### 五、预防控制措施

#### （一）、病人的隔离治疗

严格管理传染源，按照肠道传染病处理原则进行隔离，加强医院消毒和污物处理，杜绝院内感染；对住院治疗的患者，要限制其陪护和接触者人数，强化洗消措施；对居家治疗的病人及其接触者，由乡镇、村、社区防保人员具体指导落实隔离措施和周边区域的消毒处理措施。病人原则上应隔离治疗至主要症状消失，热度及红疹消退，以及所有水疱结痂为止。

#### （二）、疫点消毒处理

认真落实消毒处理措施，切断传播途径。疫情发生地要及时组织开展爱国卫生运动，对垃圾、粪便、污水及时清运消毒，整治城乡卫生环境；对于患者的用品、衣物、呕吐物、排泄物及其容器等用含氯消毒剂以适当比例配比进行消毒；使用菊酯类杀虫剂杀灭蚊蝇，具体消毒方法见附件 2。严格保护生活饮用水源，尤其对于农村地区集中供水的村庄，要整治水源地周围环境，采取保护措施，严防水源污染。

#### （三）、密切接触者的处置

密切接触者是指与病人处在同一工作、生活、学习环境中的的人群，包括托幼机构和学校的同班者、教职工、家庭成员等。对密切接触者要进行医学观察，一旦出现发热、出疹等症状和体征，要立即报告，在家或医院隔离治疗。

#### （四）、开展健康教育

在托幼机构、学校、医院等场所，开展饭前便后洗手、促进房间通风等相关内容的健康教育。以广播、电视、报纸、网络、宣传单等各种宣传形式，正面介绍肠道传染病的防病知识，告诫家长流行季节不要带儿童到人群聚集的公共场所，避免与患儿接触；纠正儿童不良卫生习惯，对儿童玩具、餐具、衣物、用品要经常消毒，家长要注意孩子的个人卫生，养成良好的卫生习惯，做到“洗净手，喝开水、吃熟食、勤通风、晒衣被”等。

#### （五）、加强疫情监测

要加强托幼机构和学校等集体单位疫情监测工作，定期到相关单位核查晨检记录或出勤记录，及时了解因病缺课、缺勤或医疗机构集中就诊情况，及时发现疫情，防止疫情蔓延。

#### （六）、加强卫生监督检查

采取切实可行的有效措施，加强对餐饮业、食堂、生活饮用水的监督检查。餐饮业单位要进一步落实原料进货索证和验收制度，严格原料采购，严禁采购、使用病死或者死因不明的畜、禽及其制品、劣质食用油、不合格调味品、工业用盐或非食品原料和滥用食品添加剂。食品加工要严格遵守操作规范，无凉菜间的餐饮单位不得制作凉菜，对发生手足口病的重点地区，严禁出售凉菜。严格餐具、用具的清洗消毒，保证洗刷消毒设施正常运转，确保餐具等公共用具的消毒效果。供水单位要严格按照制水工艺制水，加强饮水消毒，确保出厂水和末梢水符合《生活饮用水卫生标准》，二次供水单位要对二次供水设施进行一次清洗消毒，同时加强饮水包括桶装水的监测。

### 六、处置评估

在手足口病暴发流行控制期间，可根据流行病学调查和病原学检查的结果，对疫情发展的趋势和防治措施的实施效果进行动态分析。

疫情结束后，对疫情处置工作进行评估。评估内容主要包括现场流行病学调查质量、病原学查明情况、应急措施效果评价、应急处置过程中存在的问题、取得的经验等。

附：

- 1、手足口病流行病学个案调查表
- 2、手足口病疫点消毒技术要点

# 附 1

## 手足口病流行病学个案调查表

病例编码□□□□

### 一. 一般情况

1. 1 姓名 ，若为 14 岁以下儿童，父亲姓名 ，母亲姓名
1. 2 性别 (1) 男 (2) 女
1. 3 年龄 (岁、月)
1. 4 职业 (1)幼托儿童 (2) 散居儿童 (3) 学生 (4) 教师 (5) 保育员及保姆
- (6)炊炊食品业 (7) 商业服务 (8) 医务人员 (9) 工人 (10) 民工  
(11) 农民 (12) 牧民 (13) 渔(船)民 (14) 干部职员 (15) 离退人员  
(16) 家务及待业 (17) 其他 (注明) (18) 不详
1. 5 文化程度 (1) 学龄前儿童 (2) 文盲 (3) 小学 (4) 初中 (5) 高中   
(6)大学及以上 (7)不详
1. 6 现住址
1. 7 户口地
1. 8 工作(学习)单位
1. 9 联系电话:

### 二. 发病情况

2. 1 发病日期 年 月 日 时
2. 2 发病地点
2. 3 首诊时间 年 月 日 时
2. 4 首诊单位

### 三. 主要临床表现

3. 1 发热: (1)有 (2)无   
如有发热 3. 1. 1 最高体 °C
3. 2 皮疹: (1)有 (2)无   
如有皮疹

- 3.2.1 出疹日期 年 月 日
- 3.2.2 皮疹种类: (1)丘疹(2)疱疹(3)溃疡(4)结痂(5)结疤 (6)其他
- 3.2.3 皮疹性质: (1)痒感 (2)痛感 (3)其他
- 3.2.4 手部皮疹: (1)有 (2)无
- 3.2.5 足部皮疹: (1)有 (2)无
- 3.2.6 口部皮疹: (1)有 (2)无
- 3.2.7 臀部皮疹: (1)有 (2)无
- 3.2.8 躯干皮疹: (1)有 (2)无
- 3.2.9 四肢皮疹: (1)有 (2)无
- 3.2.10 其他部位皮疹: (1)有 (2)无 如有, 则具体部位
- 3.3 口腔溃疡 (1)有 (2)无
- 3.4 淋巴结肿大: (1)有 (2)无 如有, 则具体部位
- 3.5 恶心: (1)有 (2)无
- 3.6 呕吐: (1)有 (2)无
- 3.7 腹泻: (1)有 (2)无
- 3.8 并发症: (1)有 (2)无
- 如有并发症 3.8.1 病名, (1)心肌炎(2)脑膜炎(3)肺水(4)其他

#### 四. 实验室检查

- 4.1 血象: 采血时间 年 月 日  
结果: 白细胞 $\times 10^9/L$  中性粒细胞= % 淋巴细胞= %
- 4.2 血清学: 急性期采血时间 年 月 日 抗体滴度  
急性期采血时间 年 月 日 抗体滴度
- 4.3 病原学:
- 4.3.1 标本名称: (1)咽分泌物 (2)疱疹液 (3)粪便 (4)其他
- 4.3.2 分离结果: (1)阳性 (2)阴性
- 如阳性, 病原名称

#### 五. 流行病学调查 (病前 7 天内)

- 5.1 接触史
- 5.1.1 病前一周内有外出史: (1)有 (2)无 (3)不详
- 如有, 5.1.1.1 该地是否有该病流行: (1)有 (2)无 (3)不详
- 5.1.2 病前一周内是否有外地访客史: (1)有 (2)无 (3)不详
- 如有, 5.1.2.1 访客是否有相关症状: (1)有 (2)无 (3)不详

5.1.3 与该病患者接触史：(1)有 (2)无 (3)不详

如有，5.1.3.1 该病人姓名

5.1.3.2 与该病人关系

5.1.3.3 该病人发病日期 年 月 日

5.1.3.4 与该病人接触方式

5.1.3.4.1 同吃 (1)有 (2)无

5.1.3.4.2 同住 (1)有 (2)无

5.1.3.4.3 同生活 (1)有 (2)无

5.1.3.4.4 同工作 (1)有 (2)无

5.1.3.4.5 同学习 (1)有 (2)无

5.1.3.4.6 同玩 (1)有 (2)无

5.1.3.4.7 陪护 (1)有 (2)无

5.1.3.4.6 其他 (1)有 (2)无 请注明

5.2 饮食情况 (病前7天内)

5.2.1 吃生冷食品 (1)有 (2)无

5.2.2 生冷食品名称 购买地点

5.2.3 熟食冷吃 (1)有 (2)无

5.2.4 熟食品名称 购买地点

5.2.5 在外就餐史 (1)有 (2)无

5.2.6 就餐地点 (1)排档 (2)个体餐馆 (3)宾馆餐厅 (4)其他

## 六. 主要诊治情况

6.1 病人隔离：(1)是 (2)否

6.2 如隔离，隔离地点：(1)医院 (2)在家 (3)其他

6.3 如住院，住院时间： 年 月 日；

6.4 如住院，医院名称

6.5 医院级别：(1)省级 (2)市级 (3)县级 (4)乡级 (5)其他

6.6 使用的主要治疗：

6.7 转归：(1)痊愈 (2)好转 (3)恶化 (4)死亡 (5)留有后遗症 (名称)

6.8 如死亡，死亡日期 年 月 日

## 七. 小结

调查者单位：

调查者：

审查者：

调查时间： 年 月 日

## 附 2

## 手足口病疫点消毒技术要点

手足口病是肠道病毒引起的常见传染病，传播方式主要是通过密切接触急性期病人的粪便、口腔分泌物、皮肤疱疹液中的病毒，经粪一口途径和呼吸道进入体内。为了迅速控制手足口病的发生和流行，进行科学有效的现场消毒处置，特制订手足口病疫点消毒技术要点。

### 一 本底调查

接到疫情报告后，立即赶赴疫点现场进行本底调查工作，内容包括水源、环境污染情况、病人分布情况和蝇类孳生地、孳生物控制情况等，并进行详细记录。

### 二 组织准备

(一) 成立消毒专业队伍，由有关领导和专业技术人员组成，具体负责消毒工作的实施与技术指导工作。

#### (二) 消毒剂的选择与准备

由专人负责，进行消毒剂的选择与准备，要求选择简便易行、来源充足易得和必须持有有效批准文号的常用消毒剂，做到集中供应、配制和分发。

#### (三) 消毒器械的准备

在消毒剂准备的同时，及时做好器械准备工作，根据消毒环境的需要，选择和准备不同性能、用途的器械，包括家用类的小型喷雾器（有手扳式、手揷式、手推式塑料喷雾器）、手提式、背负式喷雾器（有 08 型、10 型等塑料或不锈钢喷雾器）、超低容量喷雾器、浸泡用的消毒容器、熏蒸式的加热熏蒸器（搪瓷或不锈钢容器）。

#### (四) 防护用品的准备

为了防护病源微生物对消毒人员的污染和消毒剂的腐蚀作用，必须准备防护用品，必须具备有严密隔离、密封性能和有效防护作用。包括衣、裤、口罩、眼睛、帽子、橡胶或乳胶手套、橡胶长统靴等。

### 三 常用消毒方法

#### (一) 排泄、分泌物的消毒：

1、稀薄的粪便、呕吐物、痰液等：每 L 污物加漂白粉 200g 拌匀加盖、作用 2~6h；或每 L 污物加 2%含氯消毒剂 2000ml；拌匀后放置 2h。

#### 2、尿液消毒：

每 L 尿液加入漂白粉 10~30g,或加次氯酸钙 1.5g,或加 0.1%含氯消毒剂 100ml,充分搅拌后加盖,放置 2h。

### 3、干结粪便消毒:

干结粪便不能加干漂白粉,在 1 份干粪便中加入 20%漂白粉乳剂(含有效氯 5%)2 份、或加入 5%含氯消毒剂 2 份,充分拌匀,放置 2h。

#### (二) 便器、痰盂、痰杯等消毒:

用 1~5%漂白粉上清液、或用 0.2%~0.5%过氧乙酸溶液、或用 0.5%含氯消毒剂,浸泡 30~60min,浸泡时必须淹没被消毒容器,浸泡后用清洗冲洗干净。

#### (三) 食具、药杯、药瓶、剩余食物的消毒:

采用煮沸消毒,煮沸 15~30min,或可用流动蒸气消毒 30min,或用 0.025%~0.05%含氯消毒剂、或 0.5%过氧乙酸溶液浸泡 30~60min,浸泡时应淹没被浸泡容器,浸泡后用清水冲洗。

剩余食物(包括饭菜、水果)消毒:用 0.2%~0.5%过氧乙酸溶液浸泡 10min,或用 20%漂白粉乳剂、0.5%有效氯含消毒剂浸泡 2h 后,按上述方法消毒后,不能食用,应焚烧处理。

#### (四) 衣服、被褥、玩具等消毒:

耐热、耐湿纺织品:可采用煮沸消毒、煮沸 15~30min,或可高压蒸气消毒。

其它纺织品和玩具等:可采用 0.1%~0.3%过氧乙酸,或 0.2%漂白粉上清液浸泡 30~60min,消毒后再用清水漂洗;或用福尔马林 50~125ml/m<sup>3</sup> 加热熏蒸 1~3h(消毒间),或用过氧乙酸 3g / m<sup>3</sup>(温度 20℃,相对湿度 70~80%)熏蒸,密闭 90min。耐热耐湿纺织品也可按上述浸泡和熏蒸消毒,其它类纺织品和玩具也可煮沸和高压蒸气消毒。但衣服、被褥熏蒸消毒时必须松散,不能堆积,最好按每件挂起起来。无论采用哪一种消毒方法消毒后,均应用清水漂洗。

#### (五) 地面、墙壁、门窗、家具,运送病人工具等消毒:

采用 1%~5%漂白粉上清液、或用 0.2%~0.5%过氧乙酸溶液、或用 0.1%~0.2%含氯消毒剂滞留喷洒;泥土质面喷 150~300ml/m<sup>2</sup>;水泥、木板、石灰面喷洒 100 ml/m<sup>2</sup>;作用 30~60min。喷洒量根据质面吸水程序可增可减,喷洒程序:地面应从外到内,墙壁窗应从上到下,从左到右,墙面喷洒高度为 2m,亦可采用上述有效浓

度消毒剂洗擦消毒，作用 30~60min。运输车外表和担架用 0.5%过氧化乙酸溶液或 1%有效氯含氯消毒剂喷洒至湿润，车内按墙、窗有效剂量喷洒，作用 30~60min。

**(六) 书报、纸张、信件、化验单、饭菜票等纸质物品和钱币消毒：**

可用高压蒸气消毒、或用福尔马林 50~125 ml/m<sup>3</sup>（消毒间）薰蒸消毒，或用过氧化乙酸 15%溶液 7ml/m<sup>3</sup>（相当于 1 g/m<sup>3</sup>）密闭房间熏蒸消毒 1~3h。无价值纸质品应焚烧处理。

**(七) 生活污染水消毒：**

疫点污水应尽量集中在缸、桶中进行消毒。每 10L 污水加入有效氯为 1%的消毒液 10mL，或加漂白粉 4g。混匀后作用 1.5~2 小时，余氯 $\geq$ 6.5mg/L 时即可排放。对疫区内污染的生活污水，可使用含氯消毒剂进行消毒。静止的污水消毒，应先测定污水容积，而后按有效氯 0.08%~0.1%的量，将消毒剂投入污水中。搅拌均匀，作用 1~1.5 小时。检查余氯在 4~6mg/L，即可排放。对流动污水的水体，应作分期截流。截流后测污水容量，再按静止污水水体消毒的方法和要求进行消毒和检测。符合要求后放流，再引入并截流新来的污水，如此分期依次进行消毒处理。

**(八) 手消毒：**

用 0.2%过氧化乙酸溶液、或 75%酒精、或 0.1%苯扎溴铵溶液浸泡 1~3min，涂擦消毒可用 0.5%有效碘伏溶液擦手 1~3min，或用 0.2%过氧化乙酸棉球、纱布块擦拭，然后用肥皂清水刷洗 1~2 分钟。

**(九) 厕所消毒：**

厕所的四壁和地面消毒：方法同 3.5。粪坑内的粪便可按粪便量的 1/10 漂白粉加入，或加含氯消毒剂，有效氯含量在粪便中应达到 2%，作用 12~24h。

#### **四 蝇类孳生地及孳生物的控制**

根据疫点本底调查情况，应及时控制成蝇密度，采用化学杀虫剂杀灭成蝇，消除蝇类孳生场所和蝇类孳生物。

## 附件二： 手足口病（EV71 感染）诊疗处置意见

手足口病（EV71 感染）多发生于学龄前儿童，尤以 3 岁以下年龄组发病率最高。可引起手、足、口腔等部位的斑丘疹、疱疹，少数患者可引起脑炎、脑脊髓炎、脑膜炎、肺水肿、循环衰竭等。传染源为现症患者和隐性感染者，主要通过人群密切接触（呼吸道和消化道）等途径传播。

### 一、临床表现

#### （一）一般病例表现

急性起病，发热，口腔粘膜出现散在疱疹，手、足和臀部出现斑丘疹、疱疹，疱疹周围有炎性红晕，疱内液体较少。可伴有咳嗽、流涕、食欲不振、恶心、呕吐、头痛等症状。部分病例仅表现为皮疹或疱疹性咽峡炎。

#### （二）重症病例表现

少数病例（尤其是 3 岁以下者）可出现脑炎、脑脊髓炎、脑膜炎、肺水肿、循环衰竭等。

1、神经系统：精神差、嗜睡、头痛、呕吐、易惊、肢体抖动、无力或瘫痪；查体可见颈抵抗、腱反射减弱或消失；危重病例可表现为频繁抽搐、昏迷，脑水肿、脑疝。

2、呼吸系统：呼吸浅促、困难，呼吸节律改变，口唇紫绀，口吐白色、粉红色或血性泡沫痰；肺部可闻及痰鸣音或湿罗音。

3、循环系统：面色苍白，心率增快或缓慢，脉搏浅速、减弱甚至消失，四肢发凉，指（趾）发绀，血压升高或下降。

### 二、实验室检查

（一）末梢血白细胞：一般病例白细胞计数正常，重症病例白细胞计数可明显升高。

（二）血生化检查：部分病例可有轻度 ALT、AST、CK-MB 升高，重症病例血糖可升高。

（三）脑脊液检查：外观清亮，压力增高，白细胞增多（危重病例多核细胞可多于单核细胞），蛋白正常或轻度增多，糖和氯化物正常。

（四）病原学检查：特异性 EV71 核酸阳性或分离到 EV71 病毒。

(五) 血清学检查：特异性 EV71 抗体检测阳性。

### 三、物理学检查

#### (一) X 线胸片

可表现为双肺纹理增多，网格状、点片状、大片状阴影，部分病例以单侧为著，快速进展为双侧大片阴影。

#### (二) 核磁共振

以脑干、脊髓灰质损害为主。

#### (三) 脑电图

部分病例可表现为弥漫性慢波，少数可出现棘（尖）慢波。

#### (四) 心电图

无特异性改变。可见窦性心动过速或过缓，ST-T 改变。

### 四、诊断

在流行季节发病，常见于学龄前儿童，婴幼儿多见。

#### (一) 临床诊断

1、以发热、手、足、口、臀部出现斑丘疹、疱疹为主要表现，可伴有上呼吸道感染症状。

2、部分病例仅表现为手、足、臀部皮疹或疱疹性咽峡炎。

3、重症病例可出现神经系统受累、呼吸及循环衰竭等表现，实验室检查可有末梢血白细胞增高、血糖增高及脑脊液改变，脑电图、核磁共振、胸部 X 线检查可有异常。

#### (二) 确定诊断

临床诊断基础上，EV71 核酸阳性、分离出 EV71 病毒或 EV71 IgM 抗体检测阳性，EV71 IgG 抗体 4 倍以上增高或阴性转为阳性。

### 五、治疗

#### (一) 一般病例治疗

- 1、注意隔离，避免交叉感染，适当休息，清淡饮食，做好口腔和皮肤护理。
- 2、对症治疗：发热、呕吐、腹泻等给予相应处理。
- 3、病因治疗：可适当选用利巴韦林等抗病毒药物。

## （二）重症病例治疗

EV71 感染目前尚无特效药物治疗，临床根据重症病例脏器受累采取相应的对症治疗。

1、密切监测体温、呼吸、心率、血压和血氧饱和度，采取吸氧、降温、镇静、止惊措施。

2、控制颅内高压：可选择甘露醇、白蛋白+速尿，酌情应用糖皮质激素，重症病例可给予短期大剂量冲击疗法。

3、一旦出现中枢性呼吸衰竭或呼吸窘迫，应尽早呼吸支持治疗，气管插管使用正压机械通气。

4、根据血压循环变化，选用血管活性药物和正性肌力药物，如多巴胺、多巴酚丁胺、肾上腺素、去甲肾上腺素等。

5、维持水电解质平衡，监测血气及血糖变化，维持血糖正常水平，一旦出现高血糖，静脉泵注胰岛素（从 0.05  $\mu$ /kg.h 开始，根据血糖调整）。

6、重要脏器的保护性治疗，选用果糖二磷酸钠或磷酸肌酸静注、H<sub>2</sub> 受体阻滞剂或质子泵抑制剂等。

7、静脉注射免疫球蛋白，总量 2g/kg，分 2 天给予。

8、预防和监控院内感染，酌情应用抗生素。

## 六、危重病人的早期发现

具有以下特征的患儿有可能在短期内发展为危重病例，更应密切观察病情变化，开展必要的辅助检查，有针对性的做好救治工作：

（一）年龄小于 3 岁；

（二）持续高热不退；

（三）精神差、呕吐、抽搐、肢体抖动或无力；

（四）外周血白细胞计数明显增高；

（五）高血糖；

（六）高血压或低血压；

（七）呼吸、心率明显增快。

### 附件三： 防控手足口病健康教育方案

在手足口病流行季节，针对目标人群一家长、幼托和医护人员以及广大群众，通过健康教育和健康促进等手段，广泛普及预防手足口病的科学知识，增强社会、家长、幼托和医护人员防护意识，减少和降低该病发生和流行，保护广大婴幼儿的健康，维护社会稳定。

#### 一、健康教育形式

（一）、各级疾病预防控制机构和健康教育机构要组织开展医疗、教育以及相关部门、人员的技术培训，有针对性地进行手足口病的疫情概况、流行趋势、预防知识要点、健康教育技巧、方法等方面的能力培训，提高他们开展健康教育工作的能力。

（二）、在各级医疗机构加强医院感染控制的宣传教育工作，提高广大医护人员预防院内交叉感染的自觉意识，重点进行医院产房、儿科病房的消毒，防止新生儿、婴幼儿院内感染而导致严重后果。

（三）、在各级幼教机构组织开展托幼机构员工的防治手足口病的健康教育能力培训，使他们掌握和了解相关知识和技能。在托幼机构、中小学开展饭前便后洗手，房间通风等相关内容的健康教育措施，增强预防意识和能力，开展托幼机构晨间体检，及时发现及时隔离治疗。在每一所幼教机构落实专人负责健康教育工作。

（四）、各级疾病预防控制机构和幼教机构要通过定期组织召开家长会、讲座、发放宣传材料等形式向孩子家长宣传手足口病防治知识，提高广大家长的防范意识。教育家长尽量少让孩子到拥挤公共场所，减少被感染机会。如果孩子出现发热、出疹等症状及时就诊，及时隔离规范治疗。

（五）、在流行季节通过广播、电视、报刊、网络等大众传媒，采取电视字幕、新闻报道、专题讲座、专家热线等形式广泛深入地进行预防手足口病知识的专题宣传和防治动态的新闻报道。通过黑板报、面对面宣传、宣传发放材料等形式，开展社区内预防手足口病健康知识宣传教育，使广大群众认识和了解科学防治方法，减少不必要的恐慌。

(六)、通过开展爱国卫生运动提高广大城乡居民讲卫生、除陋习，养成良好的个人卫生习惯，积极预防传染病的发生。

## 二. 宣传教育要点

(一)、养成良好的个人卫生习惯和饮食习惯，饭前便后洗手、勤洗澡。

(二)、喝开水，不喝生水，吃熟食，不吃生冷食物，剩饭剩菜要加热后再食用。

(三)、家长要经常对孩子居住的房间进行通风换气。

(四)、尽量少带孩子去拥挤的公共场所，特别是尽量避免与其他有发热、出疹性疾病的儿童接触，减少被感染的机会。

(五)、注意搞好孩子营养的合理搭配，还要让孩子休息好，适当晒晒太阳，增强自身的免疫力。

(六)、注意家庭室内外的清洁卫生，家庭成员的衣服、被褥要在阳光下曝晒。

(七)、家禽、家畜要圈养，避免人、畜混住一处，尤其要减少儿童与家禽、家畜的直接接触。

(八)、家长平时要多注意观察孩子身体状况的变化，一旦发现孩子有发热、出疹等表现，应尽早带孩子到医院就诊，并积极配合医生的治疗。

(九)、托幼机构做好晨间体检，发现疑似病人，及时隔离治疗。

(十)、托幼机构应每日对玩具、用具等进行清洗消毒，减少间接接触传播。

(十一)、强化医院感染控制工作，避免院内交叉感染。

(十二)、加强食品与环境卫生工作，减少手足口病经食品及场所传播。

# 伤寒副伤寒疫情应急预案

## 一 总则

### （一） 编制目的

为了有效控制伤寒、副伤寒的暴发流行，加强对伤寒、副伤寒疫情的快速反应和应急处理能力，确保一旦发生伤寒、副伤寒流行和突发疫情，及时采取有效措施，迅速控制和扑灭疫情，保障人民群众的身体健康和生命安全，促进经济发展和维护社会稳定，结合我县实际特制定本预案。

### （二） 编制依据

本预案根据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国国境卫生检疫法》、《中华人民共和国食品卫生法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《国内交通卫生检疫条例》、《国家突发公共卫生事件应急预案》、《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》、《突发公共卫生事件应急预案》及其他有关规定编制。

### （三） 适用范围

本预案适用于预防和控制桐柏县行政区域内的伤寒、副伤寒疫情。

### （四） 工作原则

预防为主，常备不懈；统一领导，分级负责；依法管理，依靠科学；属地管理，加强合作；平战结合，快速反应。

### （五） 疫情分级

根据伤寒、副伤寒疫情发生、传播速度和范围，本预案将伤寒、副伤寒疫情划分为特别重大（Ⅰ级）、重大（Ⅱ级）、较大（Ⅲ级）和一般（Ⅳ级）四级，并依次采用红色、橙色、黄色和蓝色进行预警。

## 二、 应急组织指挥体系及职责

### （一） 应急指挥机构的组成及职责

#### 1、 组织机构

桐柏县卫健委突发公共卫生事件应急管理领导小组（以下简称领导小组）负责伤寒、副伤寒防控工作的组织、协调和领导，根据疫情控制需要，可设立监测与疫情处理、医疗救治、新闻宣传、社区防控、检查督导、后勤保障等工作组。监测与疫情处理组由县疾病预防控制中心牵头，医疗救治组由局业务科牵头，新闻宣传组由局办公室和公共卫生科牵头，社区防控组由局疾控科和爱卫办牵头，检查督导组由县卫生监督所牵头，后勤保障组由局财务科和办公室牵头。

县卫健委突发公共卫生应急处置办公室（以下简称应急办）承担领导小组办公室的职责

县突发公共卫生事件应急处理专家咨询组（以下简称专家咨询组）承担技术指导工作。

各医疗卫生单位可以参照市卫健委应急处理指挥机构的组成，结合本单位实际情况，成立相应应急处理领导机构，负责辖县内突发公共卫生事件卫生应急工作的指挥和协调。

## 2、领导小组职责

（1）在县委的统一领导下，负责全县卫生系统伤寒、副伤寒防控工作，制定伤寒、副伤寒应急预案、政策和措施，统一指挥伤寒、副伤寒的应急处理，对各地防控应急工作提供指导。

（2）根据县内外伤寒、副伤寒疫情发展态势，组织力量落实各项防控措施。

（3）向县政府、市卫健委报告有关伤寒、副伤寒疫情及应急处置情况。

（4）对各乡镇办、全县各医疗卫生单位伤寒、副伤寒防控工作和责任制落实情况进行检查。

（5）组织开展医疗救治、心理危机干预和健康教育。

（6）加强与县级有关部门单位及毗邻县（市）和上级卫生行政部门的协调和沟通。

（7）负责对卫生行政部门领导干部和医疗卫生机构法人履行职责的情况进行监察。

## 3、应急办职责

（1）在领导小组的领导下，具体组织实施全市伤寒、副伤寒应急工作。

（2）负责各工作组的协调工作，及时汇总有关信息，做好上报及与有关部门的信息沟通工作。

（3）对应急处理工作进行评价和总结，起草预案和组织演练。

（4）提出确定和调整专家咨询委员会名单的建议。

（5）承担领导小组的日常工作和领导小组交办的其他各项工作。

## 4、监测与疫情处理组职责

（1）负责组织开展伤寒、副伤寒疫情监测。

（2）负责疫点、疫区的划定和卫生学处理。

（3）根据需要组织开展密切接触者医学观察、预防性服药和重点人群应急接种。

(4) 组织开展流行病学调查，对疫情作出全面的评估。

#### 5、 医疗救治组职责

(1) 指导各医疗机构实施医疗救治和心理危机干预工作。

(2) 组建、派遣医疗应急专家队伍指导和支援医疗救治。

(3) 汇总各地医疗救治情况。

#### 6、 新闻宣传组职责

(1) 负责审核并组织伤寒、副伤寒防控和应急处理情况的新闻发布。

(2) 跟踪社会舆论，及时对外澄清事实，主动引导舆论。

#### 7、 检查督导组职责

(1) 组织伤寒、副伤寒应急处置的监督执法工作。

(2) 组织对各级医疗卫生机构防控措施落实情况的监督检查。

(3) 组织对食品、饮用水的卫生监督工作。

#### 8、 后勤保障组职责

(1) 负责协调卫生应急工作中资金预算的落实。

(2) 负责协调应急工作中的物资后勤保障。

(3) 负责办理有关捐赠事宜。

### (二) 专家咨询组职责

(1) 对伤寒、副伤寒疫情的确定及采取相应措施提出建议。

(2) 对伤寒、副伤寒应急防控及准备工作提出建议。

(3) 参与制订、修订应急预案和技术方案。

(4) 对伤寒、副伤寒应急处理进行技术指导。

(5) 对疫情应急响应的启动、终止及后期评估提出意见。

(6) 承担领导小组和办公室交办的其他工作。

### (三) 医疗卫生机构职责

#### 1、 医疗机构

(1) 负责伤寒、副伤寒疑似病例、病例的监测、报告和标本采集。

(2) 负责伤寒、副伤寒疑似病例、病例的救治及治疗进展情况的报告。

(3) 负责伤寒、副伤寒疑似病例就地隔离治疗，确诊后及时转送定点医院或市传染病医院隔离治疗。

(4) 做好院内技术培训、消毒隔离、个人防护、医疗废弃物处理等工作，防止院内交叉感染和外环境污染。

## 2、院前急救机构

负责伤寒、副伤寒病例的急救和转运。

## 3、疾病预防控制机构

- (1) 负责伤寒、副伤寒疫情的监测、报告和分析。
- (2) 协助医疗单位开展伤寒、副伤寒病例的血清学、病原学检测。
- (3) 负责伤寒、副伤寒疫情的流行病学调查和疫点、疫区的卫生学处理。
- (4) 负责伤寒、副伤寒密切接触者的医学观察、预防性服药的技术指导。
- (5) 开展伤寒副伤寒防控知识的宣传和防治人员的专业培训。

## 4、卫生监督机构

(1) 依法开展对医疗卫生机构疫情监测、报告的监督检查，负责监督消毒隔离、个人防护等措施及疫点、疫区防控措施的落实。

(2) 围绕疫情处理开展饮水卫生、食品卫生、环境卫生等的卫生监督和执法稽查。

(3) 协助卫生行政部门依据《突发公共卫生事件应急条例》和有关法律法规，调查处理应急工作中的违法行为。

# 三 监测、预警与报告

## (一) 监测

### 1、监测机构

市疾病预防控制中心和各医疗卫生机构。

### 2、监测内容

根据流行病学指征及防治工作的需要，按照《桐柏县伤寒、副伤寒监测方案》的要求做好常规疫情监测、暴发疫情监测和实验室监测工作。在突发疫情事件发生后，在疫情发生地村卫生室（社区卫生服务站）、社区卫生服务中心（乡镇卫生院）、市直医疗机构设立监测点，开展主动搜索，及时发现病人和带菌者，对所有病例和带菌者进行个案调查，并进行报告。

## (二) 预警

### 1、预警发布

县卫健委应急管理领导小组根据医疗卫生机构报告的伤寒、副伤寒疫情监测信息，按照疫情分级标准和专家咨询组的建议，及时向政府和上级卫生行政部门提出相应级别的预警建议，并经政府同意后由相应机构向社会公告预警。

依次用红色、橙色、黄色和蓝色表示特别重大、重大、较大和一般四个预警级别。

## 2、 预警变更与解除

根据伤寒、副伤寒疫情的变化动态，领导小组在参考专家咨询组评估意见基础上，向县政府和上级卫生行政部门提出原发布预警的变更或解除的建议，经县政府同意后由相应机构向社会发布。

### （三）报告

任何单位和个人都有权向县卫健委、县内各医疗卫生单位和市政府及其有关部门报告伤寒、副伤寒疫情，也有权向上级政府部门举报不履行或者不按照规定履行伤寒、副伤寒应急处理职责的部门、单位及个人。

#### 1、 报告单位和报告人

（1）责任报告单位和报告人：各医疗卫生机构及其它有关单位为责任疫情报告单位；医疗卫生从业人员、街道（乡镇）办公共卫生管理员和村（社区）公共卫生联络员为责任疫情报告人。

（2）义务报告单位和报告人：除责任报告单位和报告人外的任何单位和个人均有义务向卫生行政部门和疾病预防控制机构报告相关信息。

#### 2、 报告时限和程序

（1）责任报告单位和报告人发现伤寒、副伤寒疫情或疑似疫情，应当在 2 小时内以电话或传真等方式向县疾病预防控制中心报告，具备网络直报条件的要同时进行网络直报。

（2）县疾病预防控制中心接到疫情报告后应对信息进行审核，确定真实性，2 小时内向市卫健委和上级疾病预防控制机构报告。

（3）接到疫情报告后，县卫健委应当在 2 小时内向县政府报告，同时向上级卫生行政部门报告。并立即组织进行现场调查确认，及时采取必要的防控措施，随时报告事态变化情况。

（4）县疾病预防控制中心、各医疗卫生单位接到义务报告单位和报告人有关伤寒、副伤寒疫情相关信息的报告，应立即组织核实，情况可疑的应立即按规定程序报告。

#### 3、 报告内容和要求

（1）报告内容包括《传染病报告卡》、《伤寒、副伤寒病例个案调查表》。

（2）为了及时掌握疫情发展趋势，可建立临时的疫情报告制度，如实行疑似病例日报或零报告等疫情动态报告等。

## 四、应急响应和终止

### （一）分级响应

#### 1、IV级应急响应

县卫健委在接到疫情报告后，应立即启动以疫情社区卫生服务中心（乡镇卫生院）为主体的先期处置机制，并组织专家调查确认，对疫情进行综合评估。在确认事件发生后，应立即启动本预案，组织医疗救治、疾病预防控制、卫生监督及卫生行政管理等专业人员，深入疫点、疫区开展伤寒、副伤寒疫情控制工作。

根据疫情程度，划定疫点、疫区范围，加强病人隔离治疗和管理，严格出院标准，对饮用同一污染水源或污染食品的可疑感染人员和接触者进行医学观察、采样检测及预防性服药，必要时可对重点人群开展针对菌型的伤寒vi菌苗的免疫应急接种；做好疫点消毒和灭蝇工作，落实以“三管一灭”（水源、粪便、饮食管理和灭蝇）为重点的综合防控措施；加强疫情监测和疫源检索，及时发现和管理传染源；加强食品、饮用水卫生监督，大力开展爱国卫生运动，做好粪便管理和环境整治；加强人群卫生宣传和健康教育；并按照规定及时向县政府和上级卫生行政部门报告。必要时报请南阳市卫健委派遣专家对市卫生部门应急处理工作进行技术指导。

#### 2、III级应急响应

在IV级应急响应的基础上增加以下措施：

县卫健委接到较大伤寒、副伤寒疫情的报告，立即组织专家调查确认，并对疫情进行综合评估，建议市政府启动突发公共卫生事件应急预案，成立伤寒、副伤寒疫情控制临时指挥部，经报上级人民政府批准，宣布疫区，对疫区实施必要的预防控制措施。

同时，在县政府伤寒、副伤寒疫情控制临时指挥部的统一领导和指挥下，成立县卫健委伤寒、副伤寒疫情防控各工作组，按照上级卫生行政部门提出的要求，结合本地实际情况，在县卫健委应急领导小组的领导下，各司其职，各负其责，相互配合，科学有序地开展伤寒、副伤寒疫情防控工作。根据需要，提请南阳市卫健委派遣专家指导和帮助。

#### 3、II级和I级应急响应

在III级应急响应的基础上增加以下措施：

在县政府伤寒、副伤寒疫情控制临时指挥部的统一领导和指挥下，按照上级卫生行政部门提出的要求，动员全县卫生系统的力量，全力开展伤寒、副伤寒疫情的防控工作。及时收集和分析疫情动态，上报防控工作的效果和进展，当好县政府伤寒、副伤寒防控工作的技术参谋。

### （二）、应急响应的终止

应急响应终止的必需条件是：在传染源隔离后，自疫点处理后伤寒 23 天，副伤寒 15 天内无新病例出现。

一般伤寒、副伤寒疫情应急响应终止，由县卫健委经专家咨询组论证后，报请县政府批准后实施。

较大伤寒、副伤寒疫情应急响应终止，由南阳市卫健委经专家咨询委员会论证后，报请市政府批准后实施。

重大伤寒、副伤寒疫情应急响应终止，需报请省政府批准后实施。

特别重大伤寒、副伤寒疫情应急响应终止，需报请国务院批准后实施。

## 五、后期评估

伤寒、副伤寒疫情结束后，县卫健委应组织有关人员对防控工作进行评估，总结防控工作取得的成绩、经验及工作中存在的问题，以指导今后的应急处理工作。评估报告上报市政府和上级卫生行政部门。

## 六、保障措施

### （一）物资、经费保障

各医疗卫生机构应按各自伤寒、副伤寒防控工作的职责，储备应急物资，种类包括药品、疫苗、医疗急救器械、消杀药械、检测设备和试剂、防护器材等。县卫健委根据应急处理的需要编制经费预算，向市政府提出应急控制经费的预算报告。

### （二）组织保障

县卫健委要加强伤寒、副伤寒疫情监测、预警和报告体系、伤寒、副伤寒疫情控制体系、医疗救治体系、卫生监督体系及应急指挥体系的建设，建立应急救治和应急防疫机动队，确定定点隔离治疗医院。

### （三）技术保障

县卫健委要加强医疗卫生人员伤寒、副伤寒疫情控制、病例诊断治疗、实验室检测等相关知识技能的培训，根据防治工作实际，开展应急演练，提高应急处理能力。

## 七、预案制定

本预案由县卫健委组织制定并发布实施，根据预案的实施情况和工作需要对预案定期进行评估，及时更新、修订和补充。各医疗卫生单位可参照本预案结合实际制定本单位的伤寒、副伤寒防控应急预案。

## 八、附则

预案解释部门

本预案由桐柏县卫健委负责解释。

# 风疹疫情应急处置预案

## 一、概述

风疹是由风疹病毒引起的一种常见的急性呼吸道传染病。以发热、全身皮疹为特征，常伴有结膜炎、耳后及枕部淋巴结肿大。由于全身症状一般较轻，病程短，往往容易被忽视，但是近年来风疹爆发流行中重症病例屡有报道，而且孕妇早期感染风疹，90%以上胎儿将会出现先天性心脏病、先天性青光眼、先天性白内障、唇腭裂、小头畸形、耳聋、全身性骨病等疾病，严重的可以引起流产、死胎。风疹是与麻疹非常相似的呼吸道传染病，二者在临床上很难区分，只能通过实验室诊断，在传染病疫情监测上，被视为麻疹的疑似病例。

## 二、应急处理要点

### （一）相关定义

1、风疹疑似病例：发热、出疹或伴有咳嗽、卡他性鼻炎或结膜炎症状之一者，或任何经过训练的卫生人员诊断为麻疹/风疹的病例均为风疹疑似病例。

2、风疹疑似病例爆发：风疹疑似病例爆发是指一定地区一定人群中，在短时间内（一般指风疹的最长潜伏期）突然出现较多的风疹病例其强度超过一般流行年的平均发病水平。暴发的定义是相对的，随风疹控制各阶段目标的不同可随之改变，只要风疹发病超过期望水平即可认为是暴发。目前具体暂定如下：村（街道居委会）或一个集体单位 10 天内发生 2 例或 2 例以上麻疹/风疹疑似病例，以乡镇（街道办事处）为单位，10 天内发生 5 例或 5 例以上风疹疑似病例即为暴发。

3、突发公共卫生事件相关信息报告标准：1 周内同一学校、幼儿园、自然村寨、社区等集体单位发生 10 例及以上的风疹病例。

### （二）疫情发现

1、在下列情况下，学校、托幼机构、自然村寨、福利收容羁留机构等集体单位应尽快向县疾病预防控制中心报告。

（1）符合风疹疑似病例定义；

（2）短期内出现多例发热、出疹性病例，调查发现其中有聚集性或有流行病学关联时；

(3) 监测发现风疹样病例明显超过历史同期水平;

(4) 学校、托幼机构等因病缺勤短期内异常增加;

2、疾病预防控制机构应定期开展主动监测和主动搜索,以早期发现疫情。

### (三) 疫情报告

根据 2003 年卫生部第 37 号令《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》规定,任何医疗卫生单位或人员发现风疹(疑似)病例后在 24 小时内,通过传染病疫情监测系统向发病地区的疾控机构报告。1 周内,同一学校、幼儿园、自然村寨、社区、建筑工地等集体单位发生 10 例及以上麻疹/风疹病例,根据《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范(试行)》规定,获得突发公共卫生事件相关信息的责任报告人,应当在 2 小时内以电话或传真方式向属地卫生行政部门指定的专业机构报告,具备网络直报条件的同时进行网络直报,直报的信息由指定的专业机构审核后进入国家数据库。不具备网络直报条件的责任人,应采用最快的通讯方式将《突发公共卫生事件相关信息报告卡》报送属地卫生行政部门指定的专业机构,接到《突发公共卫生事件相关信息报告卡》的专业机构,应对信息进行审核,确定真实性,2 小时内进行网络直报,同时以电话或传真等方式报告卫生行政部门。

接到突发公共卫生事件相关信息报告的卫生行政部门应当尽早组织有关专家进行现场调查,如确认为实际发生突发公共卫生事件,应根据不同的级别,及时组织采取相应的措施,并在 2 小时内向市人民政府报告,同时向上一级人民政府卫生行政部门报告。如尚未达到突发公共卫生事件标准的,专业防治机构密切跟踪事态发展,随时报告事态变化情况。

除按上述发病传染病报告系统进行报告外,还要通过网络系统按照以下要求进行专门报告。

1、报告程序和时限:指发现风疹疑似病例或接到疫情后,要在 12 小时内以最快的形式(如电话、电报或派人)报告疫情,具体要求为:

(1) 散发病例报告:村(街道居委会)卫生室发现辖区内的每一例散发病例,要向乡镇办卫生院报告,乡镇办卫生院要马上向县疾控中心报告,县综合性医院可直接向县疾控中心报告,县疾控中心及时向南阳市疾控中心报告。

(2) 暴发病例报告：乡镇办卫生院接到辖区内风疹疑似病例或病例暴发，要马上向县疾控中心报告。县疾控中心接到辖区内风疹疑似病例暴发报告时，要及时到现场进行核实，流调，同时报告县卫健委。学校、托幼机构等集体单位出现疫情暴发，除向县卫健委报告外，还要向教育局报告。

2、县教育局、卫健委，应在学校、托幼机构等易出现风疹病例聚集性发病的单位应建立向所在地卫生院常规报告的渠道。各级各类学校负责本校传染病疫情报告工作的专人或兼职教师一旦发现暴发疫情苗头，应主动向所在地卫生院报告，所在地卫生院应及时进行核实上报

#### (四) 报告内容

报告内容包括疫情报告单位、疫情报告时间、疫情发生地、疫情发生单位概况、接到报告的发病数及病例分布情况等；结案报告包括首末例病例发病时间，发病人数和死亡人数，病例的年龄分布、发病时间分布、发病班级分布、环境状况、采样情况、检测结果、疫情性质、措施等。

### 三、响应及评估

县卫健委接到风疹疫情报告后，按照有关规定组织开展评估、确定事件级别；进行报告和通报；协调有关部门和专业机构开展事件调查与处理；并根据疫情控制工作需要向县人民政府提出成立应急指挥部的建议。

### 四、现场疫情控制

#### (一) 隔离病人

1、发现发热、出疹性病例时，及时就医并回家休息或安排在单独宿舍区居住，记录在册，追踪转归并报告县疾控中心。

2、病人出疹 5 天内要隔离，28 天内不参加集体活动，不进入公共场所。

(二) 实行每天晨检制度，发现异常学生，应及时就医并回家休息。

(三) 保持公共、教学、生产活动等场所的通风换气。

1、自然通风不良的场所增加机械通风设备，如无必要，应停止使用空调设备，并保证足够的通风量。

2、使用分体空调的场所上一节课（活动）后，应开启门窗或启动换气风扇换气，换气完毕再继续使用，换气时间按风扇流量、室内空间大小，保证室内空气交换 1 次以上。

（四）根据实际情况对学校（单位）提出停止集体活动范围，必要时调整发病班级的教室，尽可能减少与发病班级学生的接触，尽量避免全校或较多人员聚会。需局部和全校停课，要慎重考虑，以有利控制疫情发展为原则。根据疫情规模，必要时市人民政府报经上一级政府决定，可以采取停工、停业、停课等紧急措施，防止疫情的进一步扩散蔓延。

（五）加强宣传教育，重点是保持个人卫生。

- 1、用纸巾掩着口鼻打喷嚏、咳嗽，用过的纸巾妥善处理勿乱扔；
- 2、在打喷嚏、咳嗽或擦鼻子后洗手；
- 3、保持家居教室空气流通；
- 4、避免接触病人；
- 5、接触病人及处理呼吸道分泌物后应立即洗手，看护患者时戴口罩；
- 6、通过良好的饮食规则和充足的休息，建立良好的机体免疫；
- 7、有病及时就医并在家休息。

（六）应急免疫

风疹暴发单位，市疾控中心及有关主管部门要按照《中华人民共和国传染病防治法》、《疫苗流通和预防接种管理条例》要求，密切配合，根据发病情况确定应急免疫的目标人群，及时对未发病人群进行疫苗应急免疫，防止疫情进一步蔓延。

## 五、响应终止和妥善处理

经实验室确诊后，末例风疹病例治愈 23 天后无新发病例出现，由县卫健委组织专家进行分析论证，提出终止应急响应的建议，报县人民政府或应急指挥部批准后终止。

妥善处理工作主要是加强风疹疑似病例的监测工作。

# 细菌性痢疾疫情应急预案

## 一、总则

### （一）编制目的

为了有效控制细菌性痢疾（以下简称菌痢）的暴发流行，加强对菌痢疫情的快速反应和应急处理能力，确保一旦发生菌痢流行和突发疫情，及时采取有效措施，迅速控制和扑灭疫情，保障人民群众的身体健康和生命安全，促进经济发展和维护社会稳定，结合我县实际特制定本预案。

### （二）编制依据

本预案根据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国国境卫生检疫法》、《中华人民共和国食品卫生法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《国内交通卫生检疫条例》及其他有关规定编制。

### （三）适用范围

本预案适用于预防和控制本县行政区域内的菌痢疫情。

### （四）工作原则

预防为主，常备不懈；统一领导，分级负责；依法管理，科学防治；属地管理，加强合作；平战结合，快速反应。

### （五）疫情分级

根据菌痢疫情发生、传播速度和范围，划分为特别重大（Ⅰ级）、重大（Ⅱ级）、较大（Ⅲ级）和一般（Ⅳ级）四级，并依次采用红色、橙色、黄色和蓝色表示。

## 2 应急组织指挥体系及职责

卫健委突发公共卫生事件应急领导小组（以下简称领导小组）负责菌痢防控工作的组织、协调和领导，根据疫情控制需要，可设立监测与疫情处理、医疗救治、新闻宣传、社区防控、检查督导、物资保障等专业组。监测与疫情处理组由疾控处牵头，医疗救治组由医政中医处牵头，新闻宣传组由局办公室牵头，社区防控组由基妇处和局爱卫办牵头，检查督导组由卫监处和监察室牵头，物资保障组由财务科牵头。

## 二、县卫健委承担领导小组办公室的职责

突发公共卫生事件应急处理专家咨询委员会（以下简称专家咨询委员会）承担技术指导工作。

各乡镇卫生单位参照市卫健委应急处理指挥机构的组成，结合本地实际情况，

成立相应应急处理领导机构，负责本行政区域内突发公共卫生事件卫生应急工作的指挥和协调。

### 三、监测、预警与报告

#### （一）监测

##### 1、监测机构

疾病预防控制机构和各级医疗机构。

##### 2、监测内容

###### （1）常态监测

在平时未发生菌痢突发疫情的情况下，实施常规疫情监测，各级各类医疗卫生机构发现菌痢病例和疑似病例，及时进行报告。

###### （2）非常态监测

在发生菌痢突发疫情时，根据流行病学指征及防治工作的需要，进入非常态监测。在疫情发生时增设肠道门诊的检菌点，要求所有就诊的腹泻病人到肠道门诊就诊，加强腹泻病人监测，做到“有泻必采，有样必检”；未设立肠道门诊的医院、门诊部、村卫生室（社区卫生服务站）、私人诊所等医疗机构做好前来就诊腹泻病人的登记和转诊工作。

根据突发疫情的监测需要，加强对城乡结合部、建筑工地、学校、流动人口聚集地、规模企业、饮食服务场所等重点场所的主动监测工作，主动搜索病人和带菌者。同时，加强实验室的病原学监测。

#### （二）预警

卫生行政部门应急领导小组根据医疗卫生机构报告的菌痢疫情监测信息，按照疫情分级标准和专家咨询委员会的建议，及时向县政府提出相应级别的预警建议，并由县政府向社会公告预警。

预警变更与解除由领导小组根据菌痢疫情的变化动态，在参考专家咨询委员会评估意见基础上，向县政府提出建议，经县政府同意后向社会发布。

#### （三）报告

任何单位和个人都有权向卫生行政部门和政府及其有关部门报告菌痢疫情，也有权向上级政府部门举报不履行或者不按照规定履行菌痢应急处理职责的部门、单位及个人。

##### 1、报告单位和报告人

（1）责任报告单位和报告人：各级医疗卫生机构及其它有关单位；医疗卫生从

业人员、乡镇（街道）公共卫生管理员和村（居委会）公共卫生联络员。

（2）义务报告单位和报告人：除责任报告单位和报告人外的任何单位和个人均有义务向卫生行政部门和疾病预防控制机构报告相关信息。

## 2、报告时限和程序

（1）责任报告单位和报告人发现菌痢疫情或疑似疫情，应按照《中华人民共和国传染病防治法》规定，在疾病监测信息报告管理系统和突发公共卫生事件管理信息系统进行网络直报，同时电话通知疾病预防控制机构。县级医疗机构向县疾控中心报告。

（2）疾病预防控制机构接到疫情报告后应当在 2 小时内向本级卫生行政部门和上级疾病预防控制机构报告。

（3）接到疫情报告后，卫生行政部门应当在 2 小时内向市政府报告，并同时向上级卫生行政部门报告。并立即组织进行现场调查确认，及时采取各项防控措施。

（4）县疾病预防控制机构，及乡镇卫生院（社区卫生服务中心）的防保科，接到义务报告人和单位有关菌痢疫情相关信息的报告，应立即组织核实，情况可疑的应立即按规定程序报告。

## 3、报告内容和要求

（1）报告内容包括《传染病报告卡》、《菌痢病例个案调查表》。

（2）为了及时掌握疫情发展趋势，可建立临时的疫情报告制度，如实行疑似病例日报或零报告等疫情动态报告等。

## 四、应急响应和终止

### （一）IV级应急响应

县卫生行政部门确认事件发生后，应立即启动本级预案，组织专业人员进行调查、评估，做好细菌性痢疾暴发疫情控制工作。

（1）积极抢救治疗病人。对所有已发现的菌痢病人和疑似病例，应给予积极的治疗。对重症细菌性痢疾患者应及时收治住院，并给予隔离。医院难以收治病人时，应设立临时隔离治疗点，就地隔离治疗病人。隔离治疗点要加强管理，符合传染病的隔离消毒要求，防止交叉感染。解除隔离标准：病人隔离至临床症状消失，停药后粪便培养 2 次阴性。

（2）对密切接触者的医学管理。对密切接触者进行医学留验，观察一个最长潜伏期，同时粪检 2 次，搜索带菌者并隔离治疗。

（3）全面开展饮用水消毒与管理、教育群众不饮用生水，对被污染的公共饮用水

源要消毒处理，必要时经有关部门批准，暂时停用，插上警示牌。

(4) 对病家和临时隔离治疗点中被污染的厕所、地面、食具、衣物、用品等实施消毒，病人的粪尿排泄物要严格消毒。

(5) 做好饮食行业、食品摊点的卫生管理，加强《食品卫生法》执法检查，取缔无证摊贩，对不符合卫生要求的食品，特别是生冷食品，要加强管理。疫区要劝阻群众聚餐。

(6) 大力开展健康教育，使群众了解细菌性痢疾的发病原因、传播途径和防治方法，提高群众自我保护意识。

县卫健委在接到疫情报告后，应及时作出综合分析、组织专家对应急处理工作进行技术指导，必要时提请南阳市卫健委进行技术支持。

## (二)、Ⅲ级应急响应

在Ⅳ级应急响应的基础上增加以下措施：

(1) 县卫健委接到较大菌痢疫情的报告，立即组织专家调查确认，并对疫情进行综合评估，必要时建议县政府启动突发公共卫生事件应急预案，成立菌痢控制临时指挥部，经报上级人民政府批准，宣布疫区，对疫区实施必要的预防控制措施。同时，组织医疗救治、疾病预防控制、卫生监督及卫生行政管理专家，深入疫点、疫区指导菌痢疫情控制；必要时报请南阳市卫生厅派遣专家指导和帮助。

(2) 卫生行政部门在政府的领导下，按照上级卫生行政部门提出的要求，结合本地区实际情况开展菌痢疫情的防控工作。

## (三)、Ⅱ级应急响应

在Ⅲ级响应的基础上增加以下措施：

在县政府菌痢疫情控制临时指挥部的统一领导和指挥下，建立卫健委菌痢疫情控制各专业组，在领导小组的领导下，各司其职，各负其责，相互配合，科学有序地开展菌痢疫情防控工作。

## (四)、Ⅰ级应急响应

1、在Ⅱ级响应的基础上增加以下措施：

在县政府的统一领导下，按照县政府菌痢控制临时指挥部的统一安排，动员全县卫生系统的力量，全力开展菌痢疫情的防控工作。及时收集和分析疫情动态，上报防控工作的效果和进展，当好政府菌痢防控工作的技术参谋。

2、应急响应的终止

应急响应终止的必需条件是：传染源及可疑的传染源消除，末例菌痢病例发生

后经过最长潜伏期无新的病例出现。

一般菌痢疫情应急响应终止，由卫生行政部门经专家咨询委员会论证后报请县政府批准后实施。

较大菌痢疫情应急响应终止，由县卫健委经专家咨询委员会论证后报请南阳市政府批准后实施。

重大菌痢疫情应急响应终止，需报请省政府批准后实施。

特别重大菌痢疫情应急响应终止，需报请国务院批准后实施。

## 五、后期评估

菌痢疫情结束后，卫生行政部门应组织有关人员对防控工作进行评估，总结防控工作取得的成绩、经验及工作中存在的问题，以指导今后的应急处理工作。评估报告上报本级政府和上级卫生行政部门。

## 六、保障措施

### （一）、物资、经费标准

各医疗卫生机构应按各自菌痢防控工作的职责，储备应急物资，种类包括药品、医疗急救器材、消杀药械、检测设备和试剂、防护器材等。县卫健委根据应急处理的需要编制经费预算，向县政府提出应急控制经费的预算报告。

### （二）、组织保障

县卫健委要加强菌痢疫情监测、预警和报告体系、控制体系、医疗救治体系、卫生监督体系及应急指导体系的建设，建立应急救治和应急防疫机动队，确定定点隔离治疗医院。

### （三）、技术保障

县卫健委要加强医疗卫生人员菌痢疫情控制、病例诊断治疗、实验室检测等相关知识技能的培训，根据防治工作实际，开展应急演练，进一步提高其应急处理能力。

# 中东呼吸综合征疫情防控卫生应急预案

## 一、总则

### （一）编制目的

为科学、规范、有效、及时防范和应对可能出现的中东呼吸综合征疫情，完善防范工作措施，落实各项应急准备工作，通过开展监测、预检分诊和防控知识宣传，实现早发现、早报告、早诊断、早隔离、早治疗的目的，最大程度地减少疫情对公众健康造成的危害，维护社会稳定。

### （二）编制依据

依据《中华人民共和国突发事件应对法》、《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国国境卫生检疫法》、《国家突发公共卫生事件应急条例》、《国家突发公共卫生事件应急预案》、《国家卫生计生委中东呼吸综合征防控方案（第二版）》、《国家卫生计生委中东呼吸综合征诊疗方案（2015）》、《河南省人民政府突发公共事件总体应急预案》、《河南省实施〈突发公共卫生事件应急条例〉实施办法》、《河南省中东呼吸综合征卫生应急预案（试行）》（豫卫应急[2015]5号）等法律、法规、技术规范。

### （三）适用范围

本预案适用于我县疾控中心在辖区内开展中东呼吸综合征疫情监测、报告和突发疑似疫情应急处置工作。本预案将根据疫情形势变化和评估结果、及时更新。

### （四）工作原则

#### （1）预防为主，外堵内防

提高全社会对中东呼吸综合征的防范意识，落实各项防范措施，做好人员、技术、物资和设备的应对准备，对外严防疫情输入，对内防止疫情扩散。与有关部门密切配合，针对与中东地区和其他疫区国家往来人员等重点人群开展宣传、检疫、监测，各级医疗卫生机构加强严重急性呼吸道感染(SARI)和不明原因肺炎病例监测和预检分诊工作，及时追踪疫情形势，评估疫情风险，关注舆情动态，回应社会关注。

#### （2）统一领导，分级负责

在县人民政府的统一领导下，由县卫健委负责全县中东呼吸综合征疫情防范和应对工作。各级社区、医疗部门在市疾控中心的指导下，按照属地管理、分级负责的原则，主动加强与有关部门的联系沟通，共同做好防控工作。

### （3）依法规范，积极应对

各级卫生及相关职能部门，按照充分准备、快速反应、有效处置的要求，严格依法开展中东呼吸综合征疫情防范和应对工作，制（修）订中东呼吸综合征卫生应急预案、技术方案和工作制度，完善卫生应急体系，强化常规监测，积极开展风险评估，落实应急物资储备，开展专业技术培训，组织应急演练。

### （4）信息共享，联防联控

在县人民政府的统一领导下，各级卫生及相关职能部门加强与宗教、检验检疫、旅游、公安、财政、交通、外事、食品药品监督、工商、铁路、民航、宣传等部门的合作，完善联防联控机制，各司其职，及时沟通相关信息，动员社会力量，采取综合措施，积极应对疫情。

## 二、应急体系及职责

### （一）应急组织指挥

#### 1、组织指挥机构

在县卫健委领导下成立桐柏县疾控中心中东呼吸综合征防控工作领导小组，负责我县的中东呼吸综合征疫情防控应急工作，领导小组成员名单（详见附表），卫生应急处置小组成员由中心应急办、传染病防治科、卫生检验科、病媒控制科、健康教育科、后勤与财务科等相关科（室）负责人为成员。领导小组下设卫生应急办公室，应急办主任负责协调各相关科室结合当地实际，制定相应的卫生应急预案，成立卫生应急组织机构，做好辖区内的中东呼吸综合征防控工作。

#### 2、中东呼吸综合征防控领导小组职责

（1）根据疫情防控形势向县卫健委提出防控策略建议和措施。加强与有关部门和上级卫生计生行政部门的协调与沟通。

（2）负责本县辖区中东呼吸综合征防控工作，组织制（修）订中东呼吸综合征卫生应急预案和有关技术方案，并组织实施。

（3）根据中东呼吸综合征疫情形势，组织做好疫情各项应对准备和应急处置等工作。

（4）对各级医疗卫生机构，开展中东呼吸综合征防控工作的情况进行督导检查。

#### 3、专家组

桐柏县疾病预防控制中心成立应对中东呼吸综合征疫情防控风险评估专家组。主要职责是：

(1) 追踪研判中东呼吸综合征疫情形势，分析评估我区疫情风险，提出防控策略、处置措施和建议；

(2) 开展中东呼吸综合征防范和应对工作技术指导、督导检查 and 跟踪评估；

(3) 参与制（修）订卫生应急预案和防控技术方案；

(4) 承担上级交办的其他任务。

## （二）疾病预防控制机构

(1) 疾病预防控制中心组织、评估和督导相关监测工作，收集、整理、分析、上报相关疫情信息，对疫情进行研判，开展风险评估和应急处置效果评估；开展专业技术培训，指导并参与现场流行病学调查和疫情处置，对辖区疫情防控工作进行督导检查；开展实验室检测，加强实验室生物安全管理、质量控制和技术指导；做好应急储备物资的管理工作，密切关注舆情动态，积极回应社会关注。

(2) 负责开展流行病学调查及疫情处置，负责相关标本采集，对疑似病例及其密切接触者进行追踪调查，实施医学观察。收集、汇总、上报相关信息，指导辖区各级各类医疗机构开展疫情防控工作，提供技术指导。开展相关人员培训，实施健康教育。

(3) 疫点的消毒。对确诊病例、临床诊断病例及疑似病例住院前的场所、工作场所，由疾控中心进行疫点消毒。对确诊病例、临床诊断病例及疑似病例所乘坐的交通工具，由疾控中心指导相关单位进行严格消毒处理。对确诊病例、临床诊断病例及疑似病例首诊医院不是定点医院的医疗机构，由疾控中心指导医疗机构严格按照《医疗机构消毒规范》进行全面、细致、无死角的消毒处理。密切接触者集中隔离场所的日常消毒，在疾控中心的指导下，由承担隔离医学观察任务的单位负责。消毒方法参照《医疗机构消毒规范》及《医院空气净化管理规范》进行。

## （4）个人防护

疑似病例的流行病学调查和采样着二级防护。密切接触者的追踪和流行病学调查着一级防护，必要时需佩戴眼罩或防护面罩。密切接触者的病例标本采集着二级防护。病例标本核酸检测在生物安全二级实验室完成。疾病控制和临床医护人员严格执行手卫生、消毒及个人防护等措施。

## （三）健康教育机构

采取多种形式，全面做好健康教育和健康促进，普及中东呼吸综合征、流感、人禽流感等突发急性呼吸道传染病相关防治知识，引导全社会正确认识、积极参与疫情防范和应对。

### 三、 监测、病例确认与报告

#### （一） 监测

##### 1、 不明原因肺炎病例监测

各级医疗机构、疾病预防控制机构，严格按照《全国不明原因肺炎病例监测、排查和管理方案》的要求，开展不明原因肺炎病例监测、排查和管理工作，及时发现中东呼吸综合征冠状病毒感染病例线索。

##### 2、 其它监测

各级医疗机构加强对发热伴呼吸道症状病例的监测，切实做好预检分诊工作。发现发热伴呼吸道症状病例异常增多，或发现病人发病前 14 天内去过中东地区国家、疫区或接触过中东呼吸综合征疑似病例或确诊病例，应及时向疾病预防控制机构报告，并采取必要的隔离、防护措施。

#### （二） 病例确认

各级医疗机构发现的中东呼吸综合征疑似病例，必需经县卫健委行政部门组织的专家进行初步排查。接到首例中东呼吸综合征疑似病例报告后，应于 2 小时内派专家组进行判定。辖区首例确诊病例由国家卫生和健康委员会专家组进行最终判定，后续确诊病例由市专家组确认。如果国家卫生和健康委员会对病例确认程序进行调整，从其最新规定。

#### （三） 病例报告

（1）各级医疗机构发现符合中东呼吸综合征疑似病例诊断的，应于 2 小时内按照传染病报告程序进行报告。

（2）医学观察对象出现相关症状后，负责医学观察的人员应立即向当地疾病预防控制机构报告。

（3）确认发生中东呼吸综合征病例的，以县（乡、社区）为单位实行病例“日报告”和“零”报告制度。逐级汇总，于每日 11:00 前上报县卫健委。

### 四、 疫情信息发布

按《卫生部关于法定传染病疫情和突发公共卫生事件信息发布方案》规定，由相关卫生行政部门发布疫情信息。未经授权任何政府部门机关单位与个人均不得向社会发布或透露疫情信息。

### 五、 防范与应对

根据中东呼吸综合征疫情的波及范围和危害程度，将防控工作划分为防范准备和应急响应两个阶段。

（一）防范准备阶段：中东呼吸综合征病毒尚不具备持续人传人的能力，在境外有病例发生，国内仅有输入性病例发生时，应积极主动防范疫情输入，做好应对疫情的各种准备工作。

（二）应急响应阶段：我辖区境内出现病例，积极采取应对措施，开展联防联控。应急响应分为 IV 级、III 级、II 级、I 级。根据对疫情认识的不断深入和形势发展，适时对应急响应进行调整。

（三）防范准备：各承担卫生应急处置小组，认真做好以下几方面工作：

（1）根据制订预案和工作方案。结合疫情特点，按照职责组织制订本专业的卫生应急预案、工作方案和工作制度。

（2）开展培训和应急演练。强化应急能力，开展专业培训和演练，规范应急工作流程，提高发现、救治和疫情处置能力。

（3）储备应急物资。按照满足需求、避免过度原则，落实好防护用品、消杀药械、治疗药械、检测试剂等相关应急物资储备。

（4）强化监测和风险评估。各级疾病预防控制机构对辖区内，从中东地区国家等疫区返回的人员实施医学观察、健康随访等。密切跟踪疫情动态，定期开展风险评估，加强与国家疾病预防控制中心的信息沟通。

（5）医疗救治准备。各定点救治医疗机构落实病人救治各项准备工作，做好医疗救治人员队伍、药品器械、技术设备等保障，做好随时接收病人的准备。

（6）加强横向联系。与宗教、旅游、检验检疫等部门加强联系，及时通报疫情相关信息。了解与中东地区国家等疫区密切往来相关人员信息，提供技术支持，协助相关部门做好中东呼吸综合征疫情防范和应对准备工作。

（7）宣传教育。加强与媒体的合作，充分利用广播、电视、报纸等新闻媒体，广泛宣传中东呼吸综合征防控知识，回应社会关注。

（四）应急响应和终止

#### 1、IV 级响应

辖区内如出现输入性病例或国内其他省（市、区）出现聚集性病例，在防范准备工作的基础上，落实以下工作：

（1）全面落实国家卫生和健康委员会、中国疾病预防控制中心制订下发的有关通知和技术方案要求；进一步强化专业技术培训和应急演练，做好应急物资储备。

（2）疾病预防控制机构进入 24 小时疫情应急值班状态，密切关注疫情动态，对疫区返回人员实施医学观察。

(3) 强化与宗教、检验检疫、民航监管等部门的联防联控机制。

(4) 开展防控工作督导检查，加强疾病预防控制机构传染病防治实验室生物安全，落实各项防控措施。

(5) 开展更广泛的宣传健康教育活动和爱国卫生运动，提高大众的防病意识和技能。

## 2、III级响应

辖区境内出现本土感染病例，在IV级响应的基础上，做好以下工作：

(1) 在转送病例到定点医院接受治疗，医务人员要做好个人防护和医院感染控制。

(2) 县疾病预防控制中心对病例展开流行病学调查，分析可能的感染来源，确定密切接触者，组织对密切接触者进行追踪并实施医学观察。指导做好疫点卫生处理。

(3) 病例发生地启动“零报告”、“日报告”制，所有医疗

机构开展严重急性呼吸道感染(SARI)和不明原因肺炎病例监测，加强传染病预检分工作，对具有流行病史的发热伴呼吸道症状病例要立即采取隔离和防护措施，并采集标本。

(4) 按照相关规定和程序，及时向有关部门和地区通报疫情相关信息，向社会发布疫情信息。

(5) 县疾病预防控制中心加强疫情研判和风险评估，为制定、调整防控策略提供依据。

(6) 指导各地做好疫情防控工作，派专家组对出现病例的辖区进行巡回指导。

(7) 向市卫生健康委员会提出防控建议。

## 3、II级响应

如出现两个以上的散发病例，或在出现聚集性病例，疫情存在扩散的趋势。在III级响应的基础上，做好以下工作：

(1) 疾病预防控制机构及时组织开展聚集性病例流行病学调查，深入分析病例的流行病学特征，为监测和防控工作提供更充分的依据。开展聚集性病例传播链调查，追踪密切接触者，进行以居家为主的医学观察。

(2) 病例发生地卫健委行政部门主动向社会公布疫情报告、咨询电话，鼓励群众报告病例或疑似病例，及时进行排查。未发生病例的地区，各级医疗机构要启动发热伴呼吸道症状病例监测工作，发现异常及时排查，及时隔离、及时采样。

(3) 积极向当地财政申请专项经费，充实应急物资储备。组织开展多部门参与的应急演练，强化职责，完善机制，细化流程，提高能力。

(4) 对来自疫区的人员实行检疫，测量体温，进行登记，对体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 者进行医学观察。对疑似病例按照就近送县级以上综合医院进行治疗、排查，并及时报告当地疾病预防控制机构。确诊后转入定点医疗机构救治。

(5) 卫健委行政部门根据疫情防控需要，依法向同级人民政府提出实施停产、停业、停课等紧急措施建议。

(6) 重点做好医疗机构、学校和托幼机构、养老院、大型工矿企业、车站、机场及大型活动等人群聚集地的防控工作。

(7) 加强舆情监测，对社会关注的热点、敏感问题及时做出回应，消除恐慌，维护稳定。

(8) 在全辖区启动病例“零报告”、“日报告”制。

#### 4、I 级响应

如出现社区水平的流行或多点暴发，疫情有进一步扩散趋势，依据国家卫生健康委员会的有关规定，在II级响应的基础上，做好以下工作：

(1) 根据防控工作实际，统一调配卫生资源，加强危重病人的救治工作，报请省级专家组加强对各市、县（区）的指导，必要时派工作组驻点指导。

(2) 根据疫情发展情况，适时增加定点治疗医院的数量。

(3) 进一步加强与国家卫生健康委员会、中国疾病预防控制中心的信息交流，收集、掌握更多的资料和信息，指导防控工作。必要时邀请国家级专家对防控工作指导。

(4) 依据国家制定的应急预案、技术方案和防控策略，根据疫情形势及时调整防控策略。

(5) 向公众发出取消或推迟赴疫区非必要的出行建议。

(6) 充分发挥中医药作用，开展中医药在疫情防控 and 医疗救治中的应用性研究，及时总结推广。

#### 5、响应的调整与终止

县卫生健康委员会组织专家对辖区的疫情形势进行科学研判、对防控效果进行评估，根据研判和评估结果，或结合国家对疫情防控策略的调整，疫情防控领导小组及时做出调整响应级别或终止应急响应的决定。

#### 6、后期评估

中东呼吸综合征疫情处置工作结束后，参与处置工作的卫健委行政部门要组织专家对应急处置工作进行全面评估。评估结果报同级人民政府和上一级人民政府卫生计生行政部门。

## 六 保障措施

### （一）经费和物资保障

各级卫健委行政部门要积极向当地财政部门申请卫生应急物资储备和工作经费。落实专业人员培训、宣传教育、疫情监测、病人救治、流行病学调查处理等工作所需经费，保障各项防控措施落实到位。各级各类医疗卫生机构要根据实际工作需要，储备必要的应急装备，保证交通工具处于良好运行状态。

### （二）人员和技术准备

各级卫健委行政部门应负责组建由流行病学、临床医学、实验室检测等专家组成的专家组，负责辖区防控工作的业务指导和人员培训，做好病人诊治和疫情处理工作。组织应急演练，提高应急意识和实战能力。针对各级各类卫生技术和管理人员，开展以中东呼吸综合征、不明原因肺炎病例等内容为主的技术培训。定点医疗救治机构要成立医疗救治专家组，开展全员培训，提高医护人员的发现、报告意识和鉴别诊断能力。疾病预防控制机构应当组建流行病学调查、消毒隔离、实验室检测等应急工作队，有序开展应对工作。

### （三）宣传教育

各级卫健委行政部门要加强与宣传部门的联系，利用广播、电视、报刊、互联网、手机短信等多种形式对社会公众开展中东呼吸综合征防控及卫生科普知识宣传，充分发挥社会团体在普及卫生知识方面的作用。

### （四）法律保障

依法开展中东呼吸综合征疫情防控工作，各级各类医疗卫生机构和人员要认真履行职责，落实工作责任制。对失职渎职，造成防控工作失误或疫情扩散的，依据有关法律法规和规定追究相关人员的责任。

# 突发中毒事件卫生应急预案

## 目 录

### 一、总则

- (一) 编制目的
- (二) 编制依据
- (三) 适用范围
- (四) 工作原则
- (五) 事件分级

- 1、特别重大突发中毒事件（I级）
- 2、重大突发中毒事件（II级）
- 3、较大突发中毒事件（III级）
- 4、一般突发中毒事件（IV级）

### 二、组织体系及职责

- (一) 卫生行政部门
- (二) 医疗卫生机构

- 1、化学中毒救治基地及指定救治机构
- 2、相关医疗机构
- 3、疾病预防控制机构
- 3、卫生监督机构

- (三) 专家组
- (四) 卫生应急专业队伍

### 三.监测、报告与风险评估

- (一) 监测
- (二) 报告
- (三) 风险评估

### 四.信息通报

### 五.应急响应

- (一) 应急响应原则
- (二) 分级响应
- (三) 响应措施

## 1、组织协调

## 2、现场处置

- (1) 脱离接触
  - (2) 现场医疗救援区域设置
  - (3) 样本采集和毒物快速检测
  - (4) 现场洗消
  - (5) 现场检伤及医疗救援
  - (6) 病人转运
  - (7) 病人救治
  - (8) 医疗卫生救援人员的防护
  - (9) 公众健康防护和宣传教育
  - (10) 心理援助
- (四) 应急响应的终止
- (五) 应急响应工作评估
- (六) 非事件发生地区卫生应急措施

## 六.保障措施

## 七.预案的制定与更新

## 八. 附则

- (一) 名词术语
- (二) 预案实施时间

### 一、总则

#### (一) 编制目的

有效控制突发中毒事件及其危害，指导和规范我县突发中毒事件的卫生应急工作，最大限度地减少突发中毒事件对公众健康造成的危害，保障公众健康与生命安全，维护社会稳定。

#### (二) 编制依据

依据《中华人民共和国突发事件应对法》、《中华人民共和国食品安全法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《危险化学品安全管理条例》、《中华人民共和国食品安全法实施条例》、《国家突发公共卫生事件应急预案》、《国家突发公共卫生事件医疗卫生救援应急预案》等法律、法规和预案。

### （三）适用范围

本预案适用于我县辖区内各类突发中毒事件的卫生应急工作。致病微生物引起的感染性和传染性疾病按相关预案处置。

### （四）工作原则

以人为本，有效处置；统一领导，分工协作；信息共享，快速响应；加强管理，强化保障。

### （五）事件分级

根据突发中毒事件危害程度和涉及范围等因素，将突发中毒事件分为特别重大（I级）、重大（II级）、较大（III级）和一般（IV级）突发中毒事件四级。食物中毒及急性职业中毒事件按照《国家突发公共卫生事件应急预案》的分级标准执行。

#### 1、特别重大突发中毒事件（I级）

有下列情形之一的为特别重大突发中毒事件：

（1）一起突发中毒事件，中毒人数在100人及以上且死亡10人及以上；或死亡30人及以上。

（2）在一个县（市）级行政区域24小时内出现2起及以上可能存在联系的同类中毒事件时，累计中毒人数100人及以上且死亡10人及以上；或累计死亡30人及以上。

（3）全国2个及以上省（自治区、直辖市）发生同类重大突发中毒事件（II级），并有证据表明这些事件原因存在明确联系。

（4）国务院及其卫生行政部门认定的其他情形。

#### 2、重大突发中毒事件（II级）

有下列情形之一的为重大突发中毒事件：

（1）一起突发中毒事件暴露人数2000人及以上。

（2）一起突发中毒事件，中毒人数在100人及以上且死亡2-9人；或死亡10-29人。

（3）在一个县（市）级行政区域24小时内出现2起及以上可能存在联系的同类中毒事件时，累计中毒人数100人及以上且死亡2-9人；或累计死亡10-29人。

（4）全省2个及以上市（地）级区域内发生同类较大突发中毒事件（III级），并有证据表明这些事件原因存在明确联系。

（5）省级及以上人民政府及其卫生行政部门认定的其他情形。

### 3、较大突发中毒事件（III级）

有下列情形之一的为较大突发中毒事件：

- （1）一起突发中毒事件暴露人数 1000-1999 人。
- （2）一起突发中毒事件，中毒人数在 100 人及以上且死亡 1 人；或死亡 3-9 人。
- （3）在一个县（市）级行政区域 24 小时内出现 2 起及以上可能存在联系的同类中毒事件时，累计中毒人数 100 人及以上且死亡 1 人；或累计死亡 3-9 人。
- （4）全市（地）2 个及以上县（市）、区发生同类一般突发中毒事件（IV 级），并有证据表明这些事件原因存在明确联系。
- （5）市（地）级及以上人民政府及其卫生行政部门认定的其他情形。

### 4、一般突发中毒事件（IV级）

有下列情形之一的为一般突发中毒事件：

- （1）一起突发中毒事件暴露人数在 50-999 人。
- （2）一起突发中毒事件，中毒人数在 10 人及以上且无人员死亡；或死亡 1-2 人。
- （3）在一个县（市）级行政区域 24 小时内出现 2 起及以上可能存在联系的同类中毒事件时，累计中毒人数 10 人及以上且无人员死亡；或死亡 1-2 人。
- （4）县（市）级及以上人民政府及其卫生行政部门认定的其他情形。

## 二、组织体系及职责

### （一）卫生行政部门

在桐柏县人民政府和县卫生健康委员会统一领导下，县卫生行政部门负责组织、协调我县突发中毒事件的卫生应急工作，负责统一指挥、协调特别重大突发中毒事件的卫生应急处置工作。卫健委卫生应急办公室负责突发中毒事件卫生应急的日常管理工作。

各级卫生行政部门在本级人民政府领导下，负责组织、协调本行政区域内突发中毒事件的卫生应急工作；配合相关部门，做好安全生产或环境污染等突发事件中，涉及群体中毒的卫生应急工作。按照分级处置的原则，省级、地市级、县级卫生行政部门分别负责统一指挥、协调重大、较大和一般级别的突发中毒事件的卫生应急工作。

### （二）医疗卫生机构

各级各类医疗卫生机构是突发中毒事件卫生应急的专业技术机构，结合各自职责做好应对突发中毒事件的各种准备工作，加强专业技术人员能力培训，提高快速

应对能力和技术水平。发生突发中毒事件后，在本级人民政府卫生行政部门领导下，开展卫生应急处理工作。

### 1、化学中毒救治基地及指定救治机构

省卫生行政部门及地方各级政府卫生行政部门应当确立本级化学中毒救治基地或指定救治机构，作为承担突发中毒事件卫生应急工作的主要医疗机构。化学中毒救治基地及指定救治机构应做好以下工作。

(1) 国家级化学中毒救治基地要根据需要承担特别重大级别的突发中毒事件现场卫生应急工作和中毒病人救治工作，以及指导和支持地方救治基地卫生应急工作；全面掌握突发中毒事件卫生应急处置技术，开展中毒检测、诊断和救治技术的研究；协助卫生部制订突发中毒事件卫生应急相关技术方案；负责全国突发中毒事件的毒物检测、救治技术培训和指导，以及开展全国化学中毒信息咨询服务工作。

(2) 省级化学中毒救治基地开展辖区内突发中毒事件现场医学处理工作；负责辖区内的突发中毒事件的救治技术指导和培训；开展中毒检测、诊断和临床救治工作，以及中毒信息咨询工作等。

(3) 市（地）级化学中毒救治基地或指定救治机构，负责辖区内突发中毒事件的现场处理和临床诊治技术指导；面向辖区提供中毒信息服务；承担本辖区内中毒事件现场医学处理工作。

(4) 县（市）级化学中毒救治基地或指定救治机构，负责辖区内突发中毒事件的现场处理和临床诊治技术指导；面向辖区提供中毒信息服务；承担本辖区内中毒事件现场医学处理工作。

### 2、相关医疗机构

(1) 开展突发中毒事件和中毒病例报告工作。

(2) 开展中毒病人的现场医疗救治、转运、院内诊疗工作。

(3) 向当地人民政府卫生行政部门报告中毒病人转归情况。

(4) 协助疾病预防控制机构开展中毒病人的流行病学调查，并采集有关生物样本。

### 3、疾病预防控制机构

(1) 开展突发中毒事件的监测、报告和分析工作。

(2) 开展突发中毒事件的现场调查和处理，提出有针对性的现场预防控制措施建议。

(3) 开展突发中毒事件的现场快速鉴定和检测，按照有关技术规范采集样本，

开展中毒事件样本的实验室鉴定、检验和检测工作。

(4) 开展突发中毒事件暴露人群的健康监护工作。

(5) 开展突发中毒事件的健康影响评价工作。

#### 4、卫生监督机构

(1) 在卫生行政部门领导下，协助对参与突发中毒事件处置的医疗卫生机构有关卫生应急措施的落实情况开展督导、检查。

(2) 协助卫生行政部门依据有关法律法规，调查处理突发中毒事件卫生应急工作中的违法行为。

(3) 根据“三定”规定明确的职责，对突发中毒事件肇事单位和责任单位进行卫生执法监督。

#### (三) 专家组

各级卫生行政部门设立突发中毒事件专家组，其主要职责：

对突发中毒事件应急准备提出咨询建议，参与制订、修订突发中毒事件相关预案和技术方案。

对确定突发中毒事件预警和事件分级及采取相应的重要措施提出建议，对突发中毒事件应急处理进行技术指导，对突发中毒事件应急响应的终止、后期评估提出咨询意见。

承担突发中毒事件应急指挥机构和日常管理机构交办的其他工作。

#### 2.4 卫生应急专业队伍

各级卫生行政部门成立突发中毒事件卫生应急专业队伍，配备必要处置和保障装备，定期组织专业培训、演习和演练。

接受本级卫生行政部门调用，参与突发中毒事件应急处理工作。

### 三、监测、报告与风险评估

#### (一) 监测

各级卫生行政部门指定医疗卫生机构开展突发中毒事件的监测工作，建立并不断完善中毒实时监测分析系统，组织辖区医疗卫生机构开展突发中毒事件涉及的中毒病人相关信息的收集、整理、分析和报告等工作；组织开展针对特定中毒或人群的强化监测工作；组织同级中毒救治基地（或指定救治机构）和疾病预防控制机构开展毒物、突发中毒事件及其中毒病例的实时监测和数据分析工作。

#### (二) 报告

突发中毒事件的责任报告单位、责任报告人、报告时限和程序、网络直报均按

照《国家突发公共卫生事件应急预案》执行。

突发中毒事件报告分为首次报告、进程报告和结案报告，应当根据事件的严重程度、事态发展和控制情况及时报告事件进程。

首次报告内容包括突发中毒事件的初步信息，应当说明信息来源、危害源、危害范围及程度、事件性质和人群健康影响的初步判定等，也要报告已经采取和准备采取的控制措施等内容。

进程报告内容包括事件危害进展、新的证据、采取的措施、控制效果、对事件危害的预测、计划采取的措施和需要帮助的建议等。进程报告在事件发生的初期每天报告，对事件的重大进展、采取的重要措施等重要内容应当随时口头及书面报告。重大及特别重大的突发中毒事件至少每日进行进程报告。

结案报告内容包括事件发生原因、毒物种类和数量、波及范围、接触人群、接触方式、中毒人员情况、现场处理措施及效果、医院内处理情况等，还要对事件原因和应急响应进行总结，提出建议。结案报告应当在应急响应终止后 7 日内呈交。

### （三）风险评估

县级以上人民政府卫生行政部门应当组织专家，开展毒物及突发中毒事件对公众健康危害的风险评估，为政府相关部门开展中毒预警和制定防控对策提供参考。发生突发中毒事件或发现可能造成突发中毒事件的因素后，根据有毒物质种类、数量、状态、波及范围、接触人群以及人群中中毒症状等，及时开展动态评估，提出预防和控制建议。

## 四、信息通报

各级卫生行政部门在处理突发中毒事件过程中，及时向环境保护、安全生产监督管理、公安等相关部门通报卫生应急处理情况；并及时获取其他相关部门处理突发中毒事件涉及的相关信息，以便及时掌握相关突发事件涉及的中毒卫生应急工作情况。

## 五、应急响应

### （一）应急响应原则

发生突发中毒事件时，各级卫生行政部门在本级人民政府领导下和上一级卫生行政部门技术指导下，按照属地管理、分级响应的原则，迅速成立中毒卫生应急救援现场指挥机构，组织专家制定相关医学处置方案，积极开展卫生应急工作。

### （二）分级响应

I 级响应：达到特别重大突发中毒事件后，国务院卫生行政部门立即启动 I 级

应急响应，迅速开展卫生应急工作，并将应急工作情况及时报国务院。省级卫生行政部门在本级政府领导和国务院卫生行政部门指导下，立即组织协调市（地）、县（市）级卫生行政部门开展卫生应急处理工作。

Ⅱ级响应：达到重大突发中毒事件后，省级人民政府卫生行政部门立即启动Ⅱ级应急响应，迅速开展卫生应急工作，并将应急工作情况及时报本级人民政府和国务院卫生行政部门。国务院卫生行政部门应当加强技术支持和协调工作，根据需要组织国家卫生应急救治队伍和有关专家迅速赶赴现场，协助开展卫生应急处理工作。

Ⅲ级响应：达到较大突发中毒事件后，市（地）级人民政府卫生行政部门立即启动Ⅲ级应急响应，迅速开展卫生应急工作，并将应急工作情况及时报本级人民政府和上一级卫生行政部门。省级卫生行政部门应当及时组织专家对卫生应急处理工作提供技术指导和支持。国务院卫生行政部门根据工作需要及时提供技术支持和指导。

Ⅳ级响应：达到一般突发中毒事件后，县（市）级人民政府卫生行政部门立即启动Ⅳ级应急响应，迅速开展卫生应急工作，并将应急工作情况及时报本级人民政府和上一级卫生行政部门。市（地）级卫生行政部门应当及时组织专家对卫生应急处理工作进行技术指导。省级卫生行政部门应当根据工作需要提供技术支持。

### （三）响应措施

#### 1、组织协调

各级人民政府卫生行政部门在本级人民政府或其成立的突发事件应急指挥部统一领导，上一级人民政府卫生行政部门业务指导下，调集卫生应急专业队伍和相关资源，开展突发中毒事件卫生应急救援工作。

#### 2、现场处置

具备有效防护能力、现场处置知识和技能医疗卫生应急人员承担突发中毒事件卫生应急现场处置工作，并详细记录现场处置相关内容，按流程转运病人并做好交接工作。

##### （1）脱离接触

卫生部门积极配合公安、安全生产监督管理、环境保护等部门控制危害源，搜救中毒人员，封锁危险区域以及封存相关物品，防止人员继续接触有毒物质。

##### （2）现场医疗救援区域设置

存在毒物扩散趋势的毒物危害事件现场，一般分为热区（红线内）、温区（黄线与红线间）和冷区（绿线与黄线间）。医疗救援区域设立在冷区，并可结合现场

救援工作需要，在医疗救援区域内设立洗消区、检伤区、观察区、抢救区、转运区、指挥区、尸体停放区等功能分区。

### （3）样本采集和毒物快速检测

现场调查人员在了解事件发生过程和发生地情况后尽早进行样本采集工作。采集样本时应当注意根据毒物性质和事件危害特征采集具有代表性的样本，选择合适的采样工具和保存、转运容器，防止污染，采集的样本数量应当满足多次重复检测。

在有条件时，现场调查人员应当尽早开展现场应急毒物检测，以便根据毒物检测结果指导开展现场处置工作。

### （4）现场洗消

在温区与冷区交界处设立现场洗消点，医疗卫生救援人员协助消防部门对重伤员进行洗消，同时注意染毒衣物和染毒贵重物品的处理。

### （5）现场检伤及医疗救援

现场检伤区设立在现场洗消区附近的冷区内，医疗卫生救援队伍负责对暴露人员进行现场检伤。参照通用检伤原则以及毒物对人体健康危害特点，将中毒病人及暴露人员分为优先处置、次优先处置、延后处置和暂不处置四类，分别用红、黄、绿、黑四种颜色表示。标红色为必须紧急处理的危重症病人，优先处置；标黄色为可稍后处理的重症病人，次优先处置；标绿色为轻症病人或尚未确诊的暴露人员，可延后进行处置；标黑色为死亡人员，暂不处置。红标者应当立即送抢救区急救，黄标者和绿标者在观察区进行医学处理，黑标者送尸体停放区。

现场医疗救援工作由卫生行政部门指挥和调度。中毒病人和暴露人员经现场医学处理且病情相对平稳后，转运至指定的医疗机构等。现场医学处理人员要记录相关病人和暴露人员的现场医学处理措施，与转运病人的医务人员做好交接工作，并定期向卫生行政部门汇报相关信息。

### （6）病人转运

卫生行政部门要指定医疗机构接收救治病人，做到统一调度，合理分流。

转运过程中，医护人员必须密切观察中毒病人病情变化，确保治疗持续进行，并随时采取相应急救措施。负责转运的医护人员与接收病人的医疗机构要做好病人交接，并及时向卫生行政部门报告转运及交接情况。

### （7）病人救治

卫生行政部门根据需要组织制定突发中毒事件的诊疗方案，并组织开展指导检查工作。

接收病人的医疗机构，做好病人的接收、救治和医学观察工作，并及时向卫生行政部门报告相关信息。根据毒物特点及病人情况，必要时对病人进行二次洗消。

#### （8）医疗卫生救援人员的防护

进入现场参与医疗卫生救援的人员，要了解各类防护装备的性能和局限性，根据毒物种类及危害水平选择适宜的个体防护装备，在没有适当个体防护的情况下不得进入现场工作。

#### （9）公众健康防护和宣传教育

各级卫生行政部门根据突发中毒事件特点和卫生防护要求，向当地政府及有关部门提出公众健康防护措施建议，开展中毒自救、互救及其卫生防病知识等公众健康影响的宣传教育工作。

公众健康防护措施的**建议**主要包括：

发生有毒气体泄漏事件后，根据当地气象条件和地理位置特点，暴露区域群众应当转移到上风方向或侧上风方向的安全区域，必要时应当配备逃生防毒面具。

发生毒物污染水源、土壤和食物等中毒事件后，应当立即标记和封锁污染区域，及时控制污染源，切断并避免公众接触有毒物质。

#### （10）心理援助

发生中毒事件后，各级卫生行政部门在同级人民政府领导下，配合相关部门和团体，开展心理援助工作。根据需要组织有关专业人员开展心理疏导和心理危机干预工作。

### （四）应急响应的终止

各级卫生行政部门要适时组织专家对是否终止突发中毒事件卫生应急响应进行评估，并根据专家组的建议及时决定终止卫生应急响应。

突发中毒事件卫生应急响应的终止必须同时符合以下条件：突发中毒事件危害源和相关危险因素得到有效控制，无同源性新发中毒病例出现，多数中毒病人病情得到基本控制。

### （五）应急响应工作评估

突发中毒事件卫生应急响应结束后，承担应急响应工作的卫生行政部门应当组织有关人员对突发中毒事件卫生应急工作进行评估，及时总结卫生应急工作中的经验、教训。评估报告上报本级人民政府和上一级卫生行政部门。

### （六）非事件发生地区卫生应急措施

可能受到突发中毒事件影响地区的卫生行政部门，应当根据突发中毒事件的性

质、特点、发展趋势等情况，分析本地区受波及的可能性和程度，重点做好以下工作：

- (1) 密切关注事件进展，及时获取相关信息。
- (2) 加强重点环节的人群健康监测，提出安全防护建议。
- (3) 组织做好本行政区域的卫生应急处理所需的人员与物资准备。
- (4) 有针对性地开展中毒预防控制知识宣传教育，提高公众自我保护意识和能力。

## 六、保障措施

各级卫生行政部门按照《国家突发公共卫生事件应急预案》、《国家突发公共卫生事件医疗卫生救援应急预案》要求，做好突发中毒事件卫生应急的体系、技术、队伍、资金及血液供应等保障，开展培训演练和公众健康教育等工作。

地方各级卫生行政部门根据相关预案和规范的要求，结合本地区实际，组织专家提出本级基本解毒药品及其他急救药品、器械（包括洗消等）、基本防护用品储备，以及基本现场检测设备和仪器配备的建议，并协调配合有关部门予以落实。

各级卫生行政部门与安全生产监督管理、环境保护等相关部门积极协调，做好突发公共事件涉及的中毒事件卫生救援工作；与工业和信息化等部门配合，协助其做好解毒药品及其他急救药品、医疗设备和器械、防护用品的生产、储备、调用等卫生应急保障工作。

县级以上各级人民政府、卫生行政部门及有关单位，为参加突发中毒事件应急处理的医疗卫生人员购买人身意外伤害保险，给予适当补助和保健津贴。

## 七、预案的制定与更新

本预案由卫生部制定并发布。

根据突发中毒事件的形势变化和实施中发现的问题，卫生部对本预案更新、修订和补充。

## 八、附则

### (一) 名词术语

**毒物：**在一定条件下（接触方式、接触途径、进入体内数量），影响机体代谢过程，引起机体暂时或永久的器质性或功能性异常状态的外来物质。

**中毒：**机体受毒物作用出现的疾病状态。

**突发中毒事件：**在短时间内，毒物通过一定方式作用于特定人群造成的群发性健康影响事件。

同类事件：指事件的发生、发展过程及病人的临床表现相似的事件。

暴露者：发生突发中毒事件时，在一定时间内，处于毒物扩散区域范围内，并可能受到毒物危害或影响的人员。包括在事件发生初期，难以判定是否有明确的毒物接触史、是否有不适症状和异常体征的人员。

## （二）预案实施时间

本预案自印发之日起实施。

# 新型冠状病毒感染的肺炎应急预案

为科学、规范、有效地应对可能发生的关于新型冠状病毒感染的肺炎疫情，做到早预防、早发现、早报告、早隔离、早治疗，保障人民群众的生命安全与身体健康，结合我县实际，特制订本应急预案。

## 一、高度重视疫情防控工作

2019年12月31日武汉发生不明原因病毒性肺炎疫情以来，疫情防控工作涉及人民群众身体健康和生命安全，关系经济发展和社会稳定，党和国家主要领导人高度重视，针对疫情防控工作曾多次作出重要批示，要求各级卫生健康部门一定要从讲政治、讲大局、讲科学的高度出发，把疫情防控作为当前头等大事抓好抓实，按照《国家卫生健康委办公厅关于印发新型冠状病毒感染的肺炎诊疗和防控等方案的通知》(国卫明电(2020)6号)要求，立即行动起来，扎实落实各项防治措施，切实做好疫情防控工作。县卫健委积极贯彻国家和县卫健委要求各单位要提高认识、增强忧患意识，春节将至，春运期间人员流动规模大，虽然疫情目前还仅局限在武汉市，但我县存在疫情输入的风险较大，做好防控工作尤为重要。

## 二、加强组织领导

成立新型冠状病毒感染的肺炎防治领导小组，负责对新型冠状病毒疫情的应急处理的统一领导、统一指挥，并协调各科室之间的相互配合工作。疫情应急处置组坚持24小时电话值班制度，做好疫情应对准备工作，确保在接到报告后迅速到达现场，开展卫生应急处置工作。

组 长：王方方

副组长：孟宪勇 王文 王大江 徐长发 李爱军 陈玉峰 聂瑞晓

郑向辉 胡梦影

成 员：李强 李雁北 陈立业 陈岩 李双叶 张蓬 石金月 仵志方 薛冬梅

穆朋玥 王伟华 李丹

下设五个卫生应急处置小组：

1、流调组：李雁北 邓延鸽 刘一霖 杨阳 王敏 郑雅洁 王伟华 李丹  
流调组负责流行病学调查，疫情信息的收集、汇总、上报工作，搜集整理国内外相关的最新信息资料，并提交领导小组，开展现场流行病学调查工作。

2、采样组：李双叶 符晓辉 陈艳艳 赵丽明 何雨露

采样组负责协助进行疑似病例现场采样与检测工作。

3、消毒组：聂瑞晓 陈立业 刘良豪

消毒组负责疫区疫点的消毒处理，对消毒效果进行监测，将消毒工作的信息收集上报。

4、宣传组：张蓬 刘伟伟 曲晓敏 李蕤

负责组织开展新型冠状病毒感染的肺炎防控知识宣传教育；协调宣传部门，做好媒体和公众公共卫生风险沟通工作。

5、后勤保障组：李强 穆朋玥

后勤保障组负责及时提供处理所需的各类物资、药品、试剂和车辆的调配。

### 三、物资储备

配备必要的通讯设备，并储备一定数量的处理疫情所需的各种器械、试剂、消毒药品和防护器材。

### 四、疫情监测、报告与处理

新型冠状病毒感染的肺炎的发病机制可能与 SARS 有相似之处，可发生急性呼吸窘迫综合征和急性肾功能衰竭等多器官功能衰竭。因此中心应加强对肺炎病例的监测。

#### （一）病例定义

##### 1、病例判定标准

基于目前对新型冠状病毒感染的肺炎的认识，病例暂无明确的人传人证据，但不能排除有限人传人的可能，疾病最长潜伏期为 14 天，潜伏期可能无传染性。

##### 2、掌握可疑暴露者和密切接触者的管理要求

（1）由卫生健康行政部门会同农业、工商、交通等相关部门，组织进行健康告知，嘱其出现发热（体温  $\geq 37.3$ ）及咳嗽等急性呼吸道感染症状时要及时就医，并主动告知其职业或动物接触情况等。

（2）至少每天早、晚 2 次体温测量询问是否出现急性呼吸道症状或其他相关症状及病情进展，填写《新型冠状病毒感染的肺炎病例密切接触者医学观察登记表》。

（《新型冠状病毒感染的肺炎病例密切接触者医学观察统计日报表》和《新型冠状病毒感染的肺炎病例密切接触者医学观察每日统计汇总表》）。

医学观察期间出现发热、咳嗽、气促等急性呼吸道感染症状者，则立即向当地的疾病预防控制机构、卫生健康行政部门报告，并按规定送定点医疗机构诊治，采集标本开展实验室检测与排查工作。

##### 3、管理形式

集中隔离医学观察：应保障分室居住。

居家隔离医学观察：居家医学观察的密切接触者应相对独立居住，尽可能减少与共同居住人员的接触。

医学观察期限：自最后一次与病例发生无有效防护的接触后 14 天。

告知医学观察的缘由、期限、法律依据、注意事项和疾病相关知识。负责医学观察的联系人和联系方式。。

解除医学观察条件为

14 天医学观察期满时，未出现症状；

如果其接触的疑似病例排除新型冠状病毒感染的肺炎诊断。

## （二）发现与报告

各部门要按照《国家卫生健康委办公厅关于印发新型冠状病毒感染的肺炎诊疗和防控等方案的通知》（国卫明电(2020)6 号）和“四快一稳一整治”的要求，做好防控工作。“四快”，即信息报告要快，织牢不明原因肺炎监测和医疗机构发热门诊预检“两张网”，强化网络直报，发现疫情要立即上报；启动联防联控机制要快，各地发现疫情后要迅速建立政府领导、社会参与、防治结合、群防群控的机制；医疗救治要快，提前做好救治准备，加强物资储备和人员培训，强化重症救治，尽全力挽救群众生命；防控措施要快，一旦发现病例，首先采取隔离措施，相关密切接触者要追踪到位。要强化可疑病例就近医治和疫情防控属地化管理，防止疫情扩散。“一稳”，即确诊要稳。我省首诊病例须经国家卫生健康委专家复核后再确定。“一整治”，即开展环境整治。

大力开展爱国卫生运动，要会同有关部门重点加强车站等人群聚集公共场所和农贸市场环境整治，防止疾病传播；要加强信息发布和舆情引导，实事求是、科学宣传疫情防护知识，讲清疫情特点、防治要点，让群众知晓放心，做好宣传工作，避免引发群众恐慌，影响社会稳定。

## （三）病例的流行病学调查、采样与检测、环境消毒、流行病学调查及标本采集。

疾控中心将开展对发病前两周内有关武汉旅行史，或武汉市相关市场，特别是农贸市场直接或间接接触的流行病学调查，重点了解病例的基本情况、临床表现、发病前 2 周内活动范围、接触动物情况和暴露情况、以及发病后至隔离治疗期间接触人员情况等，必要时根据个案流行病学调查情况组织开展病例主动搜索。对病例开展标本采集、运输、保存。

## （四）环境消毒

1、对医疗场所的消毒：各级各类医疗机构应当重视和加强消毒、隔离和防护工作，为医务人员提供充足的防护用品，确保诊疗区域的工作环境达到切断传播途径，

保护医务人员的安全救治患者的需求。严格按照《医疗机构消毒规范》，做好医疗器械、污染物品、物体表面、地面等的清洁和消毒；按照《医院空气净化管理规范》要求进行空气消毒。

2、疫点的消毒：对临床诊断病例及疑似病例住院前的生活场所、工作场所，所乘坐的交通工具，密切接触者集中隔离场所的日常消毒参照《医疗机构消毒规范》及《医院空气净化管理规范》进行消毒。

## **五、个人防护**

疑似病例的流行病学调查和采样着二级防护。密切接触者的追踪和流行病学调查着一级防护，必要时需佩戴眼罩或防护面罩。密切接触者的病理标本采集着二级防护。病例标本核酸检测在生物安全二级实验室完成。疾病控制和临床医护人员严格执行手卫生、消毒及个人防护等措施。

## **六、做好健康教育工作**

要积极开展疫情监测，利用媒体和网络宣传普及疫情防控知识及时回应公众热点问题，解疑释惑，做好疫情防控沟通工作。加强对重点旅游场所、学校、托幼机构、养老院、大型企业以及大型人群聚集活动场所的健康教育和风险沟通工作。

## **七、加强医疗卫生机构专业人员培训与督导检查**

开展各医疗卫生机构专业人员中东呼吸综合征病例的发现与报告、流行病学调查、标本采集、实验室检测、病例管理与感染防控、风险沟通等内容的培训，提高防控能力。

## **八、责任及分工**

发生新型冠状病毒感染的肺炎疫情时，按属地管理的原则进行处理。市疾病预防控制中心赶赴现场处理疫情，并报告桐柏县卫生健康委协助处理疫情。

## **九、信息发布**

按《卫生部关于法定传染病疫情和突发公共卫生事件信息发布方案》规定，由相关卫生行政部门发布疫情信息。未经授权任何政府部门机关单位与个人均不得向社会发布或透露疫情信息。

目前新型冠状病毒传染源尚未找到，疫情传播途径尚未完全掌握，疫情传播还存在很大的不确定性。要依法依规做好疫情发布工作，省卫生健康委是国家授权我省疫情唯一发布单位，各地不得随意发布疫情。疫情防控关键岗位要安排熟悉防控工作的人员留足人、值好班，确保疫情防控相关信息及时上报，切实保障假日期间各项疫情防控措施得到有效落实。

# 埃博拉出血热防控应急预案（试行）

2014年4月以来，世界卫生组织公布在西非的几内亚、利比里亚、塞拉利昂及尼日利亚等国家先后暴发埃博拉出血热疫情，由于人群普遍易感，我可能出现病例输入的风险。为做好疫情防控工作，根据省卫生计生委《关于印发河南省埃博拉出血热防控应急预案（试行）的通知》（豫卫〔2014〕62号），结合本县实际情况，特制定本预案。

## 一、目的

做好防控埃博拉出血热疫情输入以及我县境内发现病例时的应急处置等工作，全力保护人民群众身体健康，维护经济平稳发展和社会稳定。

## 二、原则

坚持“依法规范、联防联控、外堵输入、内防扩散”的原则，针对疫情发展的不同态势，强化风险评估，科学、统一地做好埃博拉出血热疫情的防控和应急处置工作。

## 三、依据

依据《中华人民共和国突发事件应对法》、《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国国境卫生检疫法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《国内交通卫生检疫条例》、《国家突发公共卫生事件应急预案》、《河南省突发公共卫生事件应急办法》、《河南省突发公共卫生事件应急预案》等编制。

## 四、适用范围

本预案适用于以下情形：准备阶段（IV级响应，国外出现暴发，中国内地及港澳台地区未出现病例）；III级响应（中国内地、港澳台地区、本省、本县出现输入病例）；II级响应（本县出现二代病例）；I级响应（出现本地病例引起持续传播的病例）。

## 五、组织管理

### （一）成立领导小组和防治专家组

成立桐柏县疾病预防控制中心防控埃博拉出血热疫情领导小组，由主任任组长（具体人员组成见附件1），承担全县卫健委系统埃博拉出血热疫情防控领导工作。成立防治专家组，由应急管理、消毒及院内感染控制、流行病学、医疗救治、实验室检测、生物安全等方面的专家组成。领导小组职责及防治专家组职责如下：

1、领导、指挥、协调全市各级卫生部门、做好疾病预防控制、各级医疗及相关

机构做好埃博拉出血热疫情预防控制和医疗救治工作。

(1) 建立多部门合作工作机制；

(2) 建立科学决策和预警机制，落实综合协调，加强信息管理，组织专家开展风险评估和形势研判；

(3) 组织对预案和技术方案的制订与完善工作；

(4) 开展医疗救治与防控能力动态评估工作，做好医疗救治和公共卫生干预准备工作，做好应急队伍的准备；

(5) 指导、督导各级卫生计生部门落实疫情监测、检测、健康宣传和教育、风险沟通和培训等疫情防范和应急准备工作。

2、建立埃博拉出血热疫情监测信息沟通机制，确保信息交流渠道畅通。

3、建立埃博拉出血热病毒实验室检测工作机制，做好检测试剂、生物安全及防护用品、消杀药械等相关物资储备；

4、按规定及时、统一向社会公布有关埃博拉出血热疫情疑似病例和确诊病例信息，向公众发出健康风险提示，并提出相关措施建议。

## (二) 领导小组工作机制

领导小组定期召开会议，及时了解相关防治工作的进展情况，协调解决准备与应对工作中存在的问题。根据科学技术进步和实践经验，及时更新预案，保持预案科学性、实用性和指导性；采用工作简报或专报等形式，通报和交流工作信息；通过组织监督检查，督促有关部门落实防控措施。

## (三) 应急指挥组织

县卫健委负责组织、协调应急管理与处置工作，并根据应急处理工作的需要，向县政府提出启动埃博拉出血热疫情联防联控机制的建议。

## 六、疫情防范与应急措施

准备阶段（IV级响应）：国外出现暴发，中国内地及港澳台地区未出现病例。

(一) 成立防治专家组，负责开展疾病信息收集、风险评估和提出防治工作建议。定期向政府部门提供决策建议，并指导各地做好准备工作。

(二) 根据国家《埃博拉出血热防控方案》、《埃博拉出血热诊疗方案》和省制订的埃博拉出血热疫情相关技术方案，由县卫健委委托县疾控中心组织开展埃博拉出血热病例的发现、排查、报告和管理的技术培训，并开展相关演练。

(三) 指定定点收治医院，做好可疑病例的筛查与管理。指定桐柏县人民医院为埃博拉出血热患者定点收治医院，开展定点收治医院的救治与院感防控能力评估，

建立分级收治流程。

（四）根据埃博拉病毒检测的生物安全要求，现阶段对疑似和可疑病例的标本指定由桐柏县疾病预防控制中心的生物安全实验室进行 PCR 初筛检测。采集标本后应由专人专车尽快送指定实验室，标本的保存和运输要严格遵守卫生部门规定的病原微生物运输的生物安全要求。

（五）建立防控协作机制，落实信息交流。加强与本级旅游部门及相关涉外机构的信息沟通与协作。

（六）建议检疫部门加强对境外动物贸易的检疫管理，严防因动物贸易输入病毒。

（七）做好应急物资和技术储备等准备工作。县疾病预防控制中心检验科要加强生物安全管理，加强现场调查、临床救治、实验室检测技术和防护装备的准备工作。定期对疾控机构、定点收治医院及实验室开展生物安全防护督导检查。做好检验试剂、消毒药械和防护物资等储备。

（八）加强风险沟通工作。积极开展舆情监测，加强公众的健康宣传与教育，强化疫情防范意识。

（九）其他措施。卫生部门要加强与本级公安、街道等部门的协作，摸排外籍人员来往情况；聚居地周边的医疗机构应加强监测，一旦发现可疑病例应立即报告。

III级响应：本县出现输入病例。

在做好准备阶段（IV级响应）工作的基础上，进一步落实以下措施：

（一）完善预案和工作方案。防治专家组根据疫情形势，进一步完善预案和各类相关工作技术方案。

（二）当本县出现输入病例时，做好病例隔离救治和院感控制，开展密切接触者追踪。依照《埃博拉出血热诊疗方案》做好病例的诊断，防止医院内感染事件的发生。依据《埃博拉出血热诊疗方案》、《埃博拉出血热防控方案》评估界定密切接触者，对密切接触者采取隔离医学观察措施，并做好个人防护和消毒措施。

（三）开展应急监测与风险评估。及时启动应急监测，开展风险评估，在出入境检验检疫、旅游外侨等部门间强化信息互通，适时调整监测和应对策略，加强和完善防控措施。

（四）加强与有疫情地区的应急协作与信息跟踪。

（五）加强与公安等部门的合作，做好密切接触者的跟踪工作。指导当地政府做好密切接触者隔离医学观察工作。

（六）各级定点收治医院应做好收治病人的准备，加强院感防控工作。

（七）做好信息管理，加强信息通报与发布。

**II级响应：**本县出现二代病例。

在做好III级响应工作的基础上，进一步落实以下措施：

（一）启动联防联控机制。提请县政府启动联防联控机制，部门各司其职，开展防控工作。

（二）严格加强病例的隔离管理，加强院感控制，对相关诊疗人员实行隔离医学观察。救治医院应确保对人员配置、床位准备、防护用品、药物和救治设备等保障需要。

（三）落实密切接触者管理。严格开展密切接触者追踪，应对密切接触者采取隔离医学观察。

（四）加强风险沟通工作，做好信息报告和发布管理。各地疫情信息逐级上报；统一发布疑似或确诊病例的相关信息。

（五）进一步加强健康宣传和教育，及时向公众发出健康风险提示，并提出相关措施建议。

**I级响应：**出现本地病例引起持续传播。

（一）进一步强化联防联控机制。

（二）全县启动应急监测，加强各级医疗机构门急诊预检分诊管理。

（三）加强和充实定点救治医院的医疗救治能力，统一调配医疗资源，实行集中病人、集中专家、集中资源、集中救治，降低发病和病死率。加强对参与救治的医务人员的医学观察等健康管理。

（四）根据疫情严重程度，必要时设置临时密切接触者医学观察场所和疑似病例专用就诊隔离观察区。

（五）必要时提请政府实行区域封锁和交通检疫以限制疫情的传播蔓延。

## **七、应急响应的级别调整或终止**

根据疫情发展形势，根据省专家组的评估意见，组织县防治专家组评估提出本县响应级别调整或终止建议。

# 卫生部食品安全事故应急预案（试行）

## 一、总则

### （一）编制目的

建立健全卫生部门应对食品安全事故的运行机制，有效组织开展特别重大食品安全事故的医疗卫生应对工作，保障公众健康与生命安全。

### （二）编制依据

依据《中华人民共和国突发事件应对法》、《中华人民共和国食品安全法》、《中华人民共和国食品安全法实施条例》等法律法规和《国家突发公共事件总体应急预案》、《国家食品安全事故应急预案》等规范性文件制定本预案。

### （三）适用范围

本预案适用于卫生部开展《国家食品安全事故应急预案》（以下简称《预案》）规定的特别重大食品安全事故相关应急准备和应急处置等工作，以及指导和支持地方卫生部门开展重大及以下级别食品安全事故的应急准备和应急处置等工作。

食源性疾病中涉及传染病疫情的，按照《中华人民共和国传染病防治法》和《国家突发公共卫生事件应急预案》等相关规定开展疫情防控和应急处置。

### （四）事故处置原则

按照“以人为本，减少危害；统一领导，分级负责；科学评估，依法处置；居安思危，预防为主”的原则，充分发挥卫生部门的职能作用，最大限度地避免或减少食品安全事故造成的人员伤亡和健康损害。

## 二、组织机构及职责

### （一）卫生部特别重大食品安全事故应急工作领导小组及其职责

发生特别重大食品安全事故，国务院批准启动 I 级应急响应并成立国家特别重大食品安全事故应急处置指挥部（以下简称指挥部）时，根据指挥部的要求和实际工作需要，卫生部成立特别重大食品安全事故应急工作领导小组（以下简称领导小组），统一领导和协调全国卫生系统的食品安全事故应急处置工作。领导小组组长由卫生部主要负责同志担任，副组长由有关分管负责同志担任。

领导小组成员单位根据特别重大食品安全事故的性质、类别和应急处置工作的需要确定，主要包括卫生部办公厅、规财司、应急办、疾控局、医政司、医管司、监督局、科教司、国际司，国家食品药品监督管理局食品安全监管司，国家中医药局医政司，中国疾控中心，食品风险评估中心、卫生监督中心、健教中心（新闻中心）

等。

领导小组主要职责是：参与指挥部的工作，牵头负责指挥部医疗救治组、检测评估组的工作，配合国务院食品安全办做好指挥部办公室的相关工作；研究确定特别重大食品安全事故医疗卫生应对的决策部署，组织、协调开展特别重大食品安全事故的医疗救治、流行病学调查、检测分析评估等工作。

## （二）领导小组工作组设置及职责

1、综合协调组。应急办牵头，成员包括应急办、监督局、办公厅、规财司、科教司、国际司、中国疾控中心、食品风险评估中心和卫生监督中心。负责综合协调卫生部特别重大食品安全事故应急处置工作，承担指挥部检测评估组事故评估相关工作，并配合指挥部办公室做好相关工作。

2、医疗救治组。医政司牵头，成员包括医政司、医管司、国家中医药局医政司。承担指挥部医疗救治组具体工作，负责组织、协调开展特别重大食品安全事故相关人员医疗救治工作。

3、检测分析组。监督局牵头，成员包括监督局、中国疾控中心和食品风险评估中心。负责组织、开展特别重大食品安全事故相关检测及检测结果分析，承担指挥部检测评估组检测相关工作。

4、调查处置组。监督局牵头，成员包括监督局、疾控局，食品药监局食品安全监管司，中国疾控中心、食品风险评估中心。负责组织、开展特别重大食品安全事故相关因素流行病学调查和事故现场卫生学处理工作，配合指挥部事故调查组、危害控制组做好相关工作。

5、新闻宣传组。办公厅牵头，成员包括办公厅、应急办、监督局、中国疾控中心、食品风险评估中心、健教中心（新闻中心）、健康报社参加。负责卫生部特别重大食品安全事故应急处置舆情监测研判、风险沟通和信息发布工作，并配合指挥部新闻宣传组做好相关工作。

领导小组各工作组同时承担领导小组组长及副组长交办的其他相关工作。

## （三）卫生部食品安全事故应急专家委员会

卫生部成立由食品安全、流行病学、临床医学、毒理学、卫生检验、卫生管理等方面专家组成的食品安全事故应急专家委员会（以下简称专家委员会），对食品安全事故应急管理提供决策咨询和技术建议。应急办负责联系和协调专家委员会的日常管理工作。

领导小组及其工作组根据特别重大食品安全事故应急处置工作需要，组织专家

委员会专家对事故进行分析评估，为事故级别的评估核定、应急响应级别的调整和终止提出建议，对事故医疗救治、流行病学调查、检测分析等应急处置工作提供技术指导和支持。

#### （四）应急处置专业技术机构

各级医疗机构、疾控机构及卫生行政部门所属的食品安全相关技术机构，应当在卫生行政部门的组织领导下开展应急处置相关工作。

### 三、 应急保障

#### （一） 信息保障

1、建立健全食源性疾病预防、医疗救治等信息网络，由办公厅负责食品安全信息网络体系的统一管理。

2、监督局牵头，建立健全食源性疾病预防信息网络；制定食品安全事故信息报告制度，组织收集和分析食品安全事故信息；设立信息报告和举报电话，畅通信息报告渠道，确保食品安全事故的及时报告与相关信息的及时收集。

3、医政司牵头，建立健全医疗救治信息网络，实现信息共享。

#### （二） 人员及技术保障

1、应急办牵头组织、指导食品安全事故卫生应急处置相关培训，加强应急处置能力建设，提高快速应对能力和技术水平。

2、科教司负责协调、组织、指导食品安全事故应急相关科研项目，指导食品安全事故应急相关培训工作。

#### 3、物资与经费保障

规财司牵头协调保障食品安全事故应急处置、产品抽样及检验等所需物资与经费。

#### 4、宣教培训

监督局牵头，依法依职责，加强对食品安全法律、法规、标准和食品安全知识的宣传、教育，指导食品安全事故流行病学调查与现场卫生处理相关培训，促进专业人员掌握食品安全相关工作技能，提高消费者的风险意识和防范能力。

### 四 监测预警、报告

#### （一） 监测预警

监督局牵头，会同国务院有关部门根据国家食品安全风险监测工作需要，在综合利用现有监测机构能力的基础上，制定和实施加强国家食品安全风险监测能力建设规划，建立覆盖全国的食源性疾病预防、食品污染和食品中有害因素监测体系。卫生

部根据食品安全风险监测结果，对食品安全状况进行综合分析，对可能具有较高程度安全风险的食品，提出并公布食品安全风险警示信息。

## （二）事故报告

监督局牵头，建立卫生部门食品安全事故报告机制，及时收集、汇总和分析有关监管部门提供的信息和卫生系统报告的食品安全事故信息。重大及以上级别食品安全事故信息及时向应急办通报。

## 五 应急响应

按照《国家食品安全事故应急预案》规定，食品安全事故分为特别重大、重大、较大和一般四个级别。根据食品安全事故分级情况，食品安全事故应急响应分为Ⅰ级、Ⅱ级、Ⅲ级和Ⅳ级响应，分别由国务院和省、市、县级人民政府启动应急响应。

### （一）应急机制启动

监督局在组织收集和分析食品安全事故信息过程中，发现可能达到特别重大级别的食品安全事故，要会同食品风险评估中心和中国疾控中心及时向部应急办提出组织开展事故级别核定的建议。应急办根据建议，及时组织专家进行分析评估，核定事故级别。对评估达到特别重大食品安全事故级别，需启动Ⅰ级应急响应的，由卫生部和食品安全办向国务院提出启动Ⅰ级应急响应的建议。

### （二）分级响应

在国务院批准启动食品安全事故Ⅰ级应急响应，成立国家特别重大食品安全事故应急处置指挥部后，卫生部在指挥部的统一指挥与调度下，按相应职责做好事故应急处置相关工作。

地方政府卫生行政部门在处理重大及以下级别食品安全事故需要卫生部支持的，由应急办负责组织、协调国家级专业技术机构、专家和有关资源，为地方卫生部门开展食品安全事故应急处置工作提供指导和支持。

食源性疾病中涉及传染病疫情的，由应急办、疾控局按照《中华人民共和国传染病防治法》和《国家突发公共卫生事件应急预案》等相关规定开展疫情防控和应急处置。

### （三）应急处置措施

国务院启动食品安全事故Ⅰ级应急响应，卫生部成立特别重大食品安全事故应急工作领导小组后，领导小组各工作组要按照相应职责做好事故应急处置相关工作，最大限度减轻事故危害。

综合协调组负责统筹协调特别重大食品安全事故应急响应阶段的医疗救治、流

行病学调查、实验室检测和信息报告管理等工作；及时向中办、国办、国务院食品安全办和相关部门报告和通报特别重大食品安全事故及处置信息；及时组织开展事故发展趋势评估，提出调整应急响应级别和终止应急响应的建议；协调特别重大食品安全事故应急处置所需设施、设备和物资的储备和调用；负责与世界卫生组织等国际组织、有关国家及港澳台地区卫生部门联络协调，处理涉外相关事务；协调、支持专家委员会开展工作；负责卫生部特别重大食品安全事故应急工作领导小组各类工作文件材料整理、归档工作。

医疗救治组负责协调、组织、指导医疗机构开展因特别重大食品安全事故引起健康危害的人员的医疗救治工作，制定相应救治方案，根据事件处置工作需要，调派医疗专家或相应救治力量。

检测分析组负责提出特别重大食品安全事故样品或标本等的检测方案和要求，组织实施相关检测，综合分析各方检测数据，为查找事故原因和采取控制措施提供参考依据。

调查处置组负责规范、组织、指导调查机构开展特别重大食品安全事故有关因素流行病学调查和事故现场卫生学处理工作；负责食源性传染病疫情的相关处置。

新闻宣传组负责舆情监测研判，协调相关司局组织答问口径；发布相关信息，传播健康知识；对应急处置工作组织宣传报道；协调新闻宣传主管部门做好舆论引导；配合相关部门做好信息发布工作。

#### （四）检测分析评估

监督局组织中国疾控中心、国家食品安全风险评估中心或有能力的地方疾控机构及其他相关技术机构对引发食品安全事故的相关危险因素及时进行应急检测，并对检测数据进行综合分析和评估。

#### （五）应急响应级别调整及终止建议

应急办要根据食品安全事故的发展和处置进展情况，及时组织专家进行分析评估，对事故发展趋势和事故后果进行分析预测，对调整应急响应级别、应急处置措施和终止应急响应提出具体意见，并及时以卫生部名义向指挥部提出调整应急响应级别或终止应急响应的建议。

根据下级人民政府卫生行政部门的请求，由应急办及时组织专家对地方重大及以下级别食品安全事故响应级别的调整和终止的分析论证提供技术指导与支持。

## 六 后期处置

### （一）总结

特别重大级别食品安全事故应急响应工作结束后，由应急办组织领导小组有关单位及时对卫生部门食品安全事故应急处置工作进行总结，评估应急处置工作开展情况和效果，提出相关工作建议，完成总结报告，报经领导小组同意后，以卫生部名义报国务院及食品安全办。

## （二）奖励

对在食品安全事故应急管理和处置工作中作出突出贡献的先进集体和个人，应当给予表彰和奖励。

## （三）责任追究

对迟报、谎报、瞒报和漏报食品安全事故重要情况或者应急管理工作中有其他失职、渎职行为的，依法追究有关责任单位或责任人的责任。

# 七 附则

## （一）预案管理与更新

食品安全事故有关的法律法规被修订，部门职责或应急资源发生变化，应急预案在实施过程中出现新情况或新问题，由应急办牵头，结合实际及时修订与完善本预案。

中国疾控中心、食品风险评估中心参照本预案，制定本单位食品安全事故应急预案。

## （二）演习演练

应急办负责组织开展卫生部的食品安全事故应急演练，并指导地方卫生部门做好食品安全事故应急演练，检验和强化应急准备和应急响应能力。同时，要通过对演习演练的总结评估，完善应急预案。

## （三）预案实施

本预案自发布之日起施行。

# 地震卫生应急预案

## 一、总则

### （一）编制目的

为使地震卫生应急能够协调、有序和高效进行,提高地震灾害卫生应急能力,最大程度地救治伤员,减少人员伤亡,减轻经济损失和社会影响。

### （二）编制依据

依据《河南省突发公共卫生事件应急预案》、《河南省自然灾害卫生应急预案》、《桐柏县突发公共事件医疗卫生救援应急预案》、《桐柏县地震卫生应急预案》等法律法规、预案,制定本预案。

### （三）适用范围

桐柏县范围内发生地震灾害卫生应急工作适用于本预案。

### （四）工作原则

政府领导,部门配合,依法防控,科学应对,预防为主,防治结合,群防群控,分级负责。

## 二、组织指挥体系及职责

### （一）指挥机构

县疾控中心在县人民政府和卫健委的统一领导下,成立地震灾害卫生应急领导小组。

县疾控中心地震灾害卫生应急领导小组负责桐柏县地震灾害卫生应急指挥和协调处置工作。领导小组组长由疾控中心主任担任,副组长由主管应急工作的副主任担任,小组成员由应急办办公室、传染病防治科、消杀与病媒控制科、计划免疫科、健康教育和后勤保障科等相关业务人员担任。

### （二）日常管理机构

桐柏县疾控中心卫生应急办公室负责地震灾害卫生应急日常管理工作。

## 三、应急响应

### （一）分级响应

#### 1、地震灾害事件分级

◆特别重大地震灾害(I级),是指造成300人以上死亡,或直接经济损失占该地区上年国内生产总值1%以上的地震;发生在人口较密集地区7.0级以上地震,可初判为特别重大地震灾。

◆重大地震灾害(II级),是指造成50人以上,300人以下死亡,或造成一定经济损失的地震;发生在人口较密集地区6.5-7.0级地震,可初判为重大地震灾害。

◆较大地震灾害(III级),是指造成20人以上、50人以下死亡,或造成一定经济损失的地震;发生在人口较密集地区6.0-6.5级地震,可初判为较大地震灾害。

◆一般地震灾害(IV级),是指造成20人以下死亡,或造成一定经济损失的地震;发生在人口较密集地区5.0-6.0级地震,可初判为一般地震灾害。

## 2、地震底急响应分级和启动条件

◆应对特别重大地震灾害,启动I级响应。由灾区所在省(区、市、县)人民政府领导灾区的地震应急工作;国务院抗震救灾指挥部统一组织领导、指挥和协调国家地震应急工作。国家卫生部负责组织协调开展灾害卫生应急工作,灾区各级卫生行政部门按卫生部部署要求,在当地政府的统一领导下开展灾区卫生应急工作。地震灾害卫生应急响应启动后,非灾害地区卫生行政部门要服从上级卫生行政部门的指挥调度,对灾害地区给予必要的卫生应急支持。

◆应对重大地震灾害,启动II级响应。由灾区所在省(区、市、县)人民政府领导灾区的地震应急工作;中国地震局在国务院领导下,组织、协调国家地震应急工作,省级卫生行政部门负责组织协调开展灾害卫生应急工作,并及时向上级卫生行政部门和当地人民政府报告。必要时请国家卫生行政部门支持。灾区市、(县)、区级卫生行政部门按省卫生厅的部署要求,在当地政府的领导下开展灾害卫生应急工作。

◆应对较大地震灾害,启动III级响应。在灾区所在省(区、市、县)人民政府的领导和支持下,由灾区所在县人民政府领导灾区的地震应急工作;中国地震局组织、协调国家地震应急工作。县级卫生行政部门负责组织协调开展灾区卫生应急工作,并及时向上级卫生行政部门和当地人民政府报告。省级卫生行政部门较强工作指导,提供必要的支持。灾区县卫生部门按县疾控中心的要求,在本级人民政府领导下,开展灾区卫生应急工作。

◆应对一般地震灾害,启动IV级响应。在灾区所在省(区、市、县)人民政府和县人民政府的领导和支持下,由灾区所在县人民政府领导灾区的地震应急工作;中国地震局组织、协调国家地震应急工作。县级卫生行政部门负责组织协调开展灾区卫生应急工作,并及时向上级卫生行政部门和当地人民政府报告。市级卫生行政部门加强工作指导,提供必要的支持。

## (二) 响应措施

### 1、信息报送和报告

根据上级有关要求，实行地震灾害卫生应急信息日报制度，将灾情、伤情、病情、疫情和卫生应急工作进展等信息每日向上级卫生行政部门进行书面报告。加强与有关部门信息沟通和联系，及时互通相关信息。所有灾区防病信息要按国家、省、市、县有关要求及时在“国家救灾防病报告管理信息系统”进行网络报告，没有条件的地方要利用传真、电话等方式迅速上报。

## 2、医疗救援

积极开展灾区医疗救护，做好现场抢救、伤病员运转、设立临时医疗救护站，同时积极开展巡回医疗。

## 3、疾病监测与报告

加强灾区疾病监测和疫情报告，启动灾害相关疾病监测日报和零报告。

## 4、饮用水与食品卫生

加强灾区饮用水卫生监督，指导做好饮用水源保护和饮用水消毒；加强灾区食品卫生监督工作，防止食物中毒和食源疾病的发生。

## 5、环境卫生

组织专业人员指导群众及时清除、处理垃圾、人畜粪便和尸体。对倒塌的房室和公共场所要及时做好消毒和卫生处理。指导灭蚊蝇灭鼠工作。

## 6、卫生宣传

充分利用各种宣传手段和传播媒介，做好卫生防病宣传教育工作，与宣传部门密切配合，有针对性的开展自救、互救及卫生防病科普知识宣传。要注重发挥乡镇政府（街道办事处）、村民委员会（社区居委会）和社会团体在救灾防病工作中的作用。

## 7、疫情控制

根据受灾地区有可能发生的疾病风险，开展适宜的应急服药和应急接种工作。发生传染病疫情后，做好疫情调查、处理控制工作。

## 8、临时安置点管理

提供临时安置点的医疗服务，重点做好孕产妇、老人、婴幼儿等特殊人群的医疗卫生保障；加强疫病情监测与控制、饮用水和食品卫生监督监测等工作；指导临时厕所的设置和建立；开展环境卫生监测和消杀灭菌等无害化处理，以及卫生宣教工作。

## 9、流动人口医疗卫生服务

加强对来自灾区流动人口的医疗卫生服务，及时发现传染病病人，采取措施防止疫病的扩散。灾区医疗单位对外来人员加强疾病监测和必要的预防接种工作。

## 10、重点人群医疗卫生服务

及时向因灾滞留在车站、码头和道路的人员，抢险救灾人员提供医疗卫生服务。

## 11、自救与防护

受灾的医疗卫生机构, 迅速开展自救工作, 最大可能的恢复医疗服务功能, 参与救灾人员注意做好自身防护, 在保障自身安全的情况下, 开展救灾防病工作。

## 12、心理干预

卫生健康部门根据需要, 适时开展受灾群众的心理干预。

### (三) 响应的终止

灾情和救灾工作稳定, 经评估, 灾害所直接引发的卫生隐患基本消除, 由启动响应的卫生健康行政部门决定终止应急响应。

## 四、恢复重建与善后

### (一) 恢复重建

灾区医疗卫生机构与设施的恢复和重建工作, 要在县人民政府的统一领导下纳入地方人民政府灾后重建整体计划, 统一规划, 优先安排, 确保医疗卫生保障体系的快速恢复和重建。

组织开展灾后卫生评价, 继续做好灾后防灾工作, 迅速恢复和重建疾病监测系统, 指导受灾地区做好灾民回迁前的卫生学评价和环境清理, 协助县爱委办开展爱国卫生运动, 加强对恢复生产、重建家园的公共卫生监督和指导等工作, 确保大灾之后无大疫。

### (二) 善后处置

积极稳妥、深入细致地组织做好善后处置。对参与地震灾害卫生应急工作的伤亡人员、应急处置工作, 以及紧急调集、征用有关单位及个人的物质等, 要按规定向有关部门申请给予抚恤、补助或补偿。

### (三) 总结与评估

县疾控中心积极参与组织对救灾防病中的经验教训和恢复重建等工作进行调查, 认真总结评估, 及时向上级卫生健康行政部门报告总结评估结果。

## 五、责任与奖励

### (一) 责任

对地震灾害卫生应急工作中, 有玩忽职守、失职、渎职等行为的, 依据相关法律和相关规定追究责任。

### (二) 奖励

对参与地震灾害卫生应急处理工作做出突出贡献的先进集体和个人, 依据相关法律法规和相关规定给予表彰和奖励。

# 反恐怖卫生应急预案

为及时、有效地控制和降低恐怖事件对广大人民群众造成的生命与健康危害，保障公众生命安全，维护社会稳定和经济发展，提高卫生系统应对恐怖袭击的能力和水平，现结合我县卫生系统工作实际，特制定本预案。

## 一、编制依据

国家有关法律、法规和《桐柏县防范和处置恐怖性事件工作方案》、《桐柏县处置恐怖事件工作预案》、《桐柏县处置生物化学恐怖袭击事件工作预案》、《桐柏县处置劫持人质恐怖事件应急预案》、《桐柏县处置劫持公共交通工具恐怖事件应急预案》、《桐柏县处置爆炸恐怖袭击事件工作预案》。

## 二、适用范围

本预案适用于处置恐怖组织和恐怖分子在我县范围内及周边利用生物战剂、化学毒剂、核与辐射、水污染、爆炸、劫持人质、劫持公共交通工具、爆炸等手段进行恐怖袭击，给公众生命和国家、公民财产造成危害的恐怖袭击事件及发生恐怖事件后的医疗救援和卫生防疫工作。

## 三、基本原则

（一）统一指挥原则。按照县委、县政府的统一部署，在县反恐怖工作协调小组的组织指挥下，积极开展医疗救援工作。

（二）及时处置原则。坚持“及时发现、及时报告、及时救治、及时控制”的原则，做到处置工作的统一、有序、快速、高效。

（三）条块结合原则。县卫健委负责全县反恐卫生应急工作，各卫生单位应当在当地政府的领导下，服从卫生行政主管部门的统一调度，积极开展工作。

## 四、防范、监测与报告

### （一）防范

1、大力加强重点目标、重点部位、敏感场所的安全防范工作。全县各医疗卫生单位要加强本单位内部，尤其是水、电、气、热、油、危险化学品以及仪器设备、设施等重点部位、敏感场所的安全防范工作。做到迅速启动处置预案，增加保卫力量，从严部署，严密防范，加强安全职责，落实人防、物防、技防。不给恐怖分子可乘之机。

2、各单位要明确反恐工作定位，履行反恐工作职能。协调有关部门积极参与反

恐防范工作，形成整体联动的工作格局。

## （二）监测

1、在认真做好现有疾病监测信息管理系统工作的基础上，重点监测鼠疫、炭疽、禽流感等传染病疫情和化学毒素、生物毒素等引发的中毒事件。

2、重点监测敏感县域医疗卫生机构出现的不明原因疾病、常见病治疗无效或效果不良、疾病发病或死亡增多等异常现象，并及时分析报告有关情况。

3、加强重大疫情等突发公共卫生事件监测信息的分析，及时发现异常现象，排除或确认生物、化学、核和辐射、水污染恐怖袭击事件。

4、协同有关部门，对储存、使用和运输生物战剂、化学危险品、放射源的有关单位以及易造成环境污染、人体危害和社会恐慌的重要场所进行卫生学评价，对可能出现的情况进行预测，做好相应的应急准备。

## （三）报告

恐怖事件发生并造成人员伤亡后，各医疗卫生机构及其工作人员必须按照规定的报告时限和程序进行报告。县卫健委在接到报告后迅速组织有关人员进行调查核实及现场处置，并将有关情况及时报告本级人民政府和上级卫生行政主管部门。

## 五、预案的启动与终止

### （一）启动预案

当发生恐怖事件并造成人员伤亡，我县反恐怖工作协调小组启动相关反恐怖应急预案时，县卫生行政部门报经县政府批准后立即启动本预案。

### （二）终止预案

伤病人员得到及时救治，恐怖事件得到有效控制，县卫生行政部门适时向县人民政府提出终止卫生应急响应的建议，经县政府批准后终止。

## 六、组织体系

### （一）领导机构

成立桐柏县卫健委反恐怖工作协调小组（以下简称协调小组），协调小组下设办公室，并设医疗救援组及疾病控制与卫生监督组 2 个工作组。各医疗卫生单位都要成立相应机构，负责本区域内的反恐怖卫生应急工作，并受卫健委统一指挥安排。

### （二）协调小组职责

制定我县反恐怖袭击医疗救援的策略，负责恐怖事件期间的卫生应急组织协调、现场急救、临床治疗、疾病预防控制、卫生监督等工作；统一安排、调用医疗物资、设备和人员；指定反恐怖工作定点医疗救治单位，部署及落实各项反恐医疗救援应

急措施；组织急救常识公众宣传；向县政府及上级卫生行政部门报告工作。县人民医院为我县反恐怖工作定点医疗救治单位。

### （三）协调小组办公室

协调小组下设办公室在卫健委应急办，应急办作为领导小组的日常办事机构，其成员由县卫健委办公室、政工科、医政科、财务科、爱卫办等科室，以及各医疗卫生单位的相关负责人组成。日常工作由市卫健委应急办承担。

### （四）协调小组办公室职责

- 1、随时掌握工作动态，及时向县政府和县反恐怖工作协调小组报告；
- 2、组织预案制定及各项反恐怖准备的检查工作；
- 3、组织召开协调小组会议，起草有关文件，并协调落实协调小组决定的事项。
- 4、组织进行反恐怖卫生应急演练；
- 5、组织实施本预案，制定应急控制措施；
- 6、在恐怖事件发生后，迅速了解、收集、汇总和报告卫生应急救护等情况；
- 7、与现场各专业组以及各有关部门的应急机构保持联系，及时传递有关信息、传达有关决定和指示；
- 8、审查有关的宣传报道内容；
- 9、处理协调小组日常事务。
- 10、负责反恐怖应急医疗救治定点医院的检查指导和管理考核工作。
- 11、负责反恐怖应急事件中各医疗机构收治人员动态情况的汇总和报告工作。

### （五）专项工作组职责

#### 1、医疗救援组：

主要职责：

- （1）发现恐怖事件伤病人员，立即实施救治并报告；
- （2）加强医疗机构紧急救治能力建设和设备、物资、技术、人力贮备；
- （3）积极救治病人，组织专家对疑难病人进行会诊，制定科学合理的治疗方案；
- （4）收集、报告恐怖袭击事件受伤人员救治等相关信息。
- （5）完成协调小组交办的其他临时性工作。

#### 2、疾病控制与卫生监督组：

（1）负责恐怖袭击事件等突发公共事件的监测、信息分析、信息报告以及各类恐怖袭击事件卫生防病、流行病学调查等工作；

- （2）提出应对生物、化学等恐怖袭击事件医疗卫生救援工作计划、物资储备和

人员装备计划；

(3) 负责对恐怖分子投放的各种传染性病毒、病菌进行实验检测和消毒工作，对恐怖现场可能发生的市域性传染病作出预警性报告和采取相应措施；

(4) 参与对生态环境、公共场所等的生化检测工作；

(5) 组织对饮用水、食品等的生化监测工作；

(6) 及时提出保护公众健康的措施和建议；

(7) 收集、报告相关信息；

(8) 完成协调小组交办的其他临时性工作。

## 七、保障措施

### (一) 物资保障

各医疗卫生单位必须做好恐怖事件伤员救治的有关药品、设备、器械、疫情控制所需的消毒药品、现场处置所需防护用品等物资的储备工作。

### (二) 人员保障

各医疗救护、疫情处置等应急处理队伍要开展业务培训、实战演练，不断增强应急处置能力。培训工作自上而下，逐级进行，使参与者都能熟悉业务、掌握技术，胜任工作。

## 八、卫生应急工作程序和制度

1、各医疗卫生单位一旦接诊、接报发生恐怖袭击事件相关信息、危害严重的中毒事件、影响公共安全的放射性物质泄露事件、群体性原因不明的疾病，以及其他严重影响公众健康事件的信息或就诊者，要立即电话报县卫健委应急办，值班电话0377-68272859。

2、县卫健委应急办接报后，要立即会同相关单位、科室核实情况，及时向局领导汇报。同时组织相关专家，根据核实情况和事件危害大小，提出应对策略、方案以及响应级别，协调小组组长有权决定是否宣布进入反恐应急状态。

3、一旦宣布进入应急状态，协调小组办公室根据事件的性质、类别和领导指示，负责通知相关科室和单位主要负责人参与反恐应急指挥和应急处置。

4、各有关单位要服从协调组组长的统一指挥，对组长授权协调小组办公室下达的指令，要立即贯彻执行，有不同意见的可以当场提出建议，建议未被采纳的，要按下达指令迅速办理。如有推诿或拒绝执行的，将按组织纪律严肃处理。

5、各单位接到通知后，要立即进入反恐应急状态，组织相关科室、单位工作人员进入工作岗位，并确保各项设备功能正常使用。同时要立即组织开展反恐应急调

查处置工作，同时要组织后备人员随时待命，一旦需要，立即增援。

6、接到通知的各专家组成员要在 20 分钟到指定地点集结待命。

7、工作协调小组办公室负责统一汇总各方面情况后，编写相关信息资料，正式上报、对外通报的书面材料，由反恐怖工作协调小组组长签发。

8、对外新闻宣传工作，由卫健委政工科负责，提供新闻稿件交县政府新闻办或根据需要安排记者采访。参加医疗救治的单位和个人应遵守保密制度和保密纪律，未经允许不得随意接受采访和对外发布、泄露反恐应急处置的相关信息和情况。

9、协调小组办公室在反恐应急处置基本结束后，要组织专家和专业机构对处置情况进行分析评估，对在应急处置中表现突出的单位和个人进行表彰奖励；对在反恐应急处置中严重失职、造成不良影响的单位和个人将依法追究责任。

# 突发生活饮用水污染事件卫生应急预案

## 一、总则

### （一）编制目的

为有效预防、及时控制和消除突发生活饮用水污染事件的危害，将水源性疾病防控工作纳入法制化、科学化、规范化的管理轨道，做好生活饮用水污染事件的卫生应急处置工作，保障广大人民群众的身心健康，维护社会稳定和经济发展，特制定本预案。

### （二）编制依据

《突发事件应对法》、《传染病防治法》、《生活饮用水卫生监督管理办法》、《生活饮用水卫生标准》（GB5749-2006）、《河南省突发公共卫生事件应急预案》、《河南省突发环境污染事件卫生应急处置技术方案》、《河南省饮用水污染和生态破坏突发公共事件应急预案》、《桐柏县卫生局突发公共卫生事件应急预案》、《桐柏县卫生局突发生活饮用水污染事件卫生应急预案》和《桐柏县卫生局突发公共卫生事件应急预案》等

### （三）适用范围

本预案所指生活饮用水污染事件是指因物理化学生物等化学指标、毒理学指标、细菌学指标、放射性指标发生改变，超过国家卫生标准和卫生规范的限值或要求，造成或可能造成公众健康危害的事件。

本预案适用于本行政区域内发生的生活饮用水污染事件的卫生应急处置工作、致病微生物引起的感染性或传染性疾病按有关传染病疫情应急预案进行处置。

### （四）工作原则

预防为主，常备不懈；统一领导，分级负责；遵循科学，依靠群众；平战结合，快速反应。

### （五）事件分级

根据生活饮用水污染事件发生的危害程度和涉及范围，将生活饮用水污染事件划分为四级。未达 IV 级的可参照本预案执行，但上级卫生行政部门要求网络直报的按照 IV 级事件执行。

#### 1、特别重大事件（I 级）

生活饮用水污染致急性病例 30 例及以上或者出现死亡 10 人及以上；或出现相关传染病 I 级疫情。跨省际有特别严重的人员中毒、伤亡的饮用水污染事件。国务

院及其卫生行政部门认定的其他特别重大饮用水污染事件。

## 2、重大事件（Ⅱ级）

生活饮用水污染致急性病例 10-29 例，或出现 3-9 人死亡；或出现相关传染病Ⅱ级疫情。省级及以上人民政府及其卫生行政部门认定的其他重大饮用水污染事件。

## 3、较大事件（Ⅲ级）

生活饮用水污染致急性病例 3-9 例，并出现 3 人以下死亡；或出现相关传染病Ⅲ级疫情。市级及以上人民政府及其卫生行政部门认定的其他较大饮用水污染事件。

## 4、一般事件（Ⅳ级）

生活饮用水污染致急性病例 3-9 例；或出现相关传染病Ⅳ级疫情。市（县）级及以上人民政府及其卫生行政部门认定的其他一般饮用水污染事件。

## 二 组织与职责

### （一）县卫健委职责

1、建立由专业技术人员组成的应急处理领导小组，制定、修订、完善生活饮用水污染事件卫生应急预案，并检查督导预案的实施。

2、培训生活饮用水污染事件应急处理专业技术人员，建立健全由各乡村、社区、单位组成的生活饮用水污染监测报告网络。

3、做好建设、环保、水务、安监、公安等部门之间的沟通合作，决定本系统在生活饮用水污染应急处理中遇到的问题，视事件危害的不同程度，在规定时限内负责向上级报告处理情况。

4、发生生活饮用水污染事件时，即时组织应急机构赶赴现场，根据调查核实的情况，上报告县政府启动预案，并于 1 小时内组织、征集、调用生活饮用水污染应急处置必要的人员、仪器、物资和交通工具，到达污染现场；组织专家组对污染控制的方案、进度进行评估、改进，对控制效果进行评价。

5、保护参与生活饮用水污染应急处置人员人生安全，保障生活饮用水污染各种应急物资储备和经费预备。

### （二）县疾控中心职责

1、建立生活饮用水水质与污染事件检测工作小组和应急调查工作小组，根据本区常年水源性疾病发生情况及国内外动态，配备生活饮用水污染检测必需的仪器、试剂、标准品、法定或科学的检测方法，建立健全水源性疾病监测预警网络，并开展饮用水污染对人体健康影响和风险评估、预测研究。定期向县卫健委卫生局报告应急物资储备情况。

2、全天候受理生活饮用水污染事件报警，做好书面报告资料的收集或口头报告情况的登记工作，即时电话核实发病初步情况，提出先期处置意见，并及时报告县卫健委。

3、随时响应县卫健委的应急调用，组织相应的人力、物力，负责开展流行病学调查，采集样品进行实验室检测，及时报告检测结果；发现为传染病疫情时，按相关传染病应急预案提出疫情控制方案，并报县卫健委同意后，及时采取必要的控制措施。

4、对污染的水体、水处理设备、设施、物品、场所的卫生处理进行技术服务。

5、向社会各界宣传、普及防范生活饮用水污染的知识，对单位或家庭自备用水进行技术指导和服务。

### （三）县卫生监督所职责

1、建立生活饮用水污染应急处理工作小组，利用国家卫生监督信息系统，建立健全生活饮用水供水安全基础信息数据库及水质监测报告网，制定并实施年度生活饮用水安全监督监测计划，并按要求及时报告生活饮用水水质监测情况和供水安全基础信息数据动态情况。

2、全天候受理生活饮用水污染事件报警，做好书面报告资料的收集或口头报告投诉情况的登记工作，即时派出二名以上小组成员到达现场，进行先期处置并报告县卫健委。

3、随时响应县卫健委的应急调用，组织相应的人力、物力，负责开展现场卫生学调查，对生活饮用水污染事件进行分析评估，对可疑污染源和污染物提出控制建议，对确定饮用饮用水污染的二次供水单位责令立即停止供水，必要时经县卫健委同意，报请其他机关应急机构和新闻媒体，协同追踪、控制因使用被污染的饮用水污染的食物及相关物品，避免事态进一步扩大。

4、监督指导供水单位卫生处理，依法追究肇事单位或个人法律责任。

5、监督指导生活饮用水污染事件应急机构相关登记报告及技术服务情况，依法查处不履行相应职责的单位和个人案件。

### （四）各医疗机构职责

1、建立水源性疾病应急救治工作小组，根据本辖区常年水源性疾病发生情况及国内外动态，配备水源性疾病救治必要的设备、仪器、药物、试剂及临床实验所需物品，并开展应急救援演练，定期向县卫健委报告应急物资储备情况。

2、属地登记、并开展单位或公民自备用水防病咨询。

3、及时向县疾病预防控制中心和卫生监督所报告水源性疾病发病就诊救治情况。

4、随时响应县卫健委的应急调用，组织相应的人力、物力，负责病人的抢救、临床实验检测和诊疗，配合疾控部门开展流行病学调查（包括提供记录病人症状、体征、临床实验检测结果、救治用药等病历及病人血、尿、粪便、呕吐物等卫生实验检测用样品）；发现为传染病疫情时，按相关传染病应急预案采取控制措施。

5、对医疗机构内病人或者疑似病人污染的场所、物品、排泄物进行必要的卫生处理。

### 三 预防与预警

#### （一）量化管理

采取部门与专家评估相结合的方式，对日供水在 1000 立方米以上(或供水人口在 1 万人以上)的集中式供水单位卫生安全状况进行量化分级，确定信誉度等级，依信誉度等级落实相应监管内容和频次。信誉度等级的划分按照《河南省饮用水供水单位卫生监督量化分级管理实施办法》（试行）执行。

#### （二）主动监测

开展突发公共卫生事件信息报告网络监测，以水质监测报告网及水源性疾病监测网对水质的化学性污染、生物性污染和水源性疾患进行全面、系统、持续监测，内容包括：水源水、出厂水、二次供水、末梢水及涉及饮用水卫生安全产品、水处理设施消毒和从业人员卫生。在风险评估的基础上，制定监测计划，对重点饮用水的安全状况、重点污染物的危害水平进行分析，发现有可能影响人体健康的异常饮用水时，对异常饮用水的供水情况、可能暴露人数进行调查，根据该异常饮用水含有的致病因子导致疾病的可能性及预警等级作出初步判定。

#### （三）重点监护

对日供水在 1000 立方米以下（或供水人口在 1 万人以下）的集中式供水单位进行重点指导；对辖区内供 30 人以上饮用的单位或居民分散式自备用水进行登记和防病咨询服务，分析为高风险的予以制止。

#### （四）公开受理

县疾病预防控制中心和卫生监督所向居民公开生活饮用水污染或水源性疾病报警电话，并对生活饮用水污染或水源性疾病报警即时电话核实，内容包括：生活饮用水污染或水源性疾病发生时间、地点、可疑污染物、受影响的供水人群、发病人数、症状、已采取的措施、报告人、联系电话等，根据预警等级作出初步判定。

#### （五）分级预警

预警级别依次采用蓝色、黄色、橙色和红色四个等级来表示生活饮用水污染突发事件即将发生或者发生的可能性增大。县卫健委应根据监测信息和专家评估意见，及时向县政府提出相应级别的预警建议，并由县政府向社会发布预警。

1、蓝色预警（1级）：自备用水、二次供水、管水受到污染，可能造成水源性疾病发生，或将影响区域性1千人以上、5千人以下居民供水。

2、黄色预警（2级）：自备用水、二次供水、管网水受到污染，发生水源性疾病的可能性增大，或将影响区域性5千人以上、1万人以下居民供水。

3、橙色预警（3级）：生活饮用水受到严重污染，估算的人群暴露程度足以发生水源性疾病，或将影响区域性1万人以上、3万人以下居民供水。

4、红色预警（4级）：生活饮用水受到严重污染，已出现急性病例或传染病暴发疫情，或将影响区域性3万人以上居民供水的紧急状态。

#### 四 响应与处置

##### （一）预警期响应

##### 1、蓝、黄色预警准备

县政府发布蓝、黄色警报后，县卫健委应立即启动本级预案并采取以下措施：

（1）组织负有特定职责的应急机构收集、分析有关信息，预测影响范围及可能发生的饮用水污染事件级别。

（2）向社会或可能影响人群宣传避免、减轻危害的常识，公布咨询电话。

（3）制止自备用水，责令二次供水单位立即停止供水，建议供水单位启动临时供水措施，检查输送水管道、送水车、储水容器的清洗消毒情况，检测送供水水质，指导供水单位、二次供水单位、自备用水单位对供水管网、供用水设施进行卫生处理。

##### 2、橙、红色预警准备

县政府发布橙、红色警报后，在蓝、黄色预警准备的基础上增加以下措施：

（1）、估算和落实准备参加应急的人员构成和数量。

（2）、调集应急所需能正常使用的物资、设备、工具。

（3）、通知暴露人群采取预防措施；必要时通知下游水厂和居民停止取用水。

（4）、制止自备用水，责令二次供水单位立即停止供水；建议集中供水单位调整水处理工艺或停止供水；对启用的应急储备水源及供、送水过程进行全程监控。

（5）、增加对水源水、出厂水、管网末梢水、二次供水或分散式供水的监测样本和监测频次，及时掌握水质变化趋势。

(6)、建议县政府并协助有关部门采取减少、控制、消除污染物污染范围和危害程度的措施。

### 3、调整与解除

根据风险因素的变化动态，县卫健委在参考专家评估意见的基础上，及时向县政府提出原预警建议的调整或解除，经县政府同意后向社会发布。

## (二) 应急处置

### 1、IV 级处置

县卫健委在初步确认 IV 级事件发生后，应及时向县政府和上级卫生行政部门报告，并在 1 小时内组织应急人员到达现场开展救治、调查和评估，根据水源性疾病发生的范围、危险因素等，采取有效的防控措施，必要时提请上级有关部门派专家指导和帮助。

#### (1) 病人的抢救和治疗

根据已掌握的信息，相对集中病人，按病情轻重，制订比较一致的治疗方案，对病人进行抢救治疗，控制病情的进一步发展。选择有效措施加速毒物排出、阻止毒物的吸收和减低其毒性，并给予特殊的解毒药物以及相应的对症治疗；发现传染病疫情，按相关传染病应急预案采取防控措施。

#### (2) 卫生学、流行病学调查

及时了解现场环境、当地水文地质、废水排放、化肥使用、污物处理、水源防护情况以及其他可能影响水源性疾病发生、发展、变化的因素，检查管网末梢水质并按顺序检查取水、输水、净水、蓄水、配水设施及水源水和各环节水质的变化情况；追踪调查可能发病的全部暴露者，进行医学观察；通过三间分布，提出病因假设，包括致病因子，危险因素及其来源、污染方式（或介质）、高危人群等；根据病因假设，通过病例对照研究、队列研究等分析性流行病学方法进行假设检验，根据流行病学病因假设，提出初步的控制措施，包括消除污染源、减少暴露或防止进一步暴露，保护易感或高危人群。

#### (3) 现场控制

① 保护现场，停止饮用引起或可能引起水源性疾病的生活饮用水，向可能受影响的人群发出预警信息；

② 供、用水设施停止一切清洗，以免清除掉污染物；

③ 供、管水人员不得流失，以免遗漏调查取证对象；

④ 传染病疫情按相关传染病应急预案采取措施；

⑤做好现场监督检查记录规范制作各类执法文书、收集相关证据材料。

#### (4) 样品采集

根据病人出现的临床症状和检验目的选择样品的种类。一般包括原水、管网水、末梢水、二次供水、出厂水、污染水、污染介质、病人呕吐物、血液、尿液、大便等，各类样品均应以最短的时间内采集送检。

#### (5) 实验室检验

① 根据病人的临床症状和流行病学调查资料分析，尽快推断致病因素，确定检验项目；

②实验室收到样品后应在最短时间内检验，并出具检测报告；

③必要时对可疑污染物进行毒理学鉴定。

#### (6) 阶段报告

① 接收治疗水源性疾病或疑似水源性疾病病人的各类医疗卫生机构，应在 2 小时内向县疾病预防控制中心和卫生监督所报告；县疾病预防控制中心和卫生监督所接到报告后，双方应立即联合进行初步核实，2 小时内向县卫健委和上级机构作出初步报告；县卫健委在接到报告后 2 小时内向县政府和上级卫生行政部门报告。报告内容包括事件发生的时间、地点、单位、发病人数和死亡人数、临床症状，发生的可能原因及已采取的措施，需要解决的问题和要求等。

② 根据已调查的情况，县疾控中心应于 24 - 48 小时内对初步报告事件的可能因素和新发生情况等修正和补充，并上报县卫健委和上级疾控中心，县卫健委在接到报告后 2 小时内向县政府和上级卫生行政部门报告。

#### (7) 信息发布

根据阶段报告，县卫健委应及时向县政府提供事件有关信息，经县政府同意后向社会发布，正确引导社会舆论。首次信息发布时间力争在假设病因引起某种疾病的最长潜伏期内。

### 2、Ⅲ级处置

在 IV 级处置的基础上增加以下措施：

(1) 县卫健委接到报告后，立即组织专家评估确认，并建议县政府启动突发公共卫生事件应急预案，组织医疗救治、疾病防控、卫生监督及卫生行政管理专家，成立生活饮用水污染防控临时指挥部，必要时可报请上级卫生行政部门派遣专家指导和帮助。

(2) 县卫健委在县政府的领导下，按照县政府生活饮用水污染防控临时指挥部

提出的要求，结合当地实际情况开展防控工作。

### 3、 II级处置

在III级处置的基础上增加以下措施：

(1)在省、市政府生活饮用水污染防控临时指挥部的统一领导和指挥下，建立县卫健委生活饮用水污染控制各专业组，并在县卫健委的领导下，各司其职，相互配合，科学有序地开展防控工作。

(2)每日向县政府和上级卫生行政部门报告事件的发展、变化与处置进程。

### 4、 I级处置

在II级处置的基础上增加以下措施：

在国务院、省政府的统一领导下，按照县政府生活饮用水污染防控临时指挥部的统一安排，动员全县卫生系统的力量，全力开展生活饮用水污染控制工作。及时收集和分析动态，上报控制工作的发展、变化与处置进程。

### 5、 I级处置

在II级处置的基础上增加以下措施：

在国务院、省政府的统一领导下，按照县政府生活饮用水污染防控临时指挥部的统一安排，动员全县卫生系统的力量，全力开展生活饮用水污染控制工作。及时收集和分析动态，上报控制工作的效果和进展，当好政府的技术参谋。

## 五、恢复与重建

### (一) 消除危险因素

县疾控中心在查明致病因子及其来源、污染方式(或介质)后，县卫生监督所应及时指导自备用水单位、二次供水单位、集中式供水单位制定恢复正常供用水计划，经县卫健委同意，上报县政府。县疾控中心负责对污染的水体、水处理设备、设施、物品、场所的卫生处理提供技术服务和经处理的水源水、出厂水、管网末梢水、二次供水或自备用水水质检测，县卫生监督所负责采集经处理的水源水、出厂水、管网末梢水、二次供水或自备用水水质，防控同源二次污染事件发生；各医疗机构负责对医疗机构内病人或者疑似病人污染的场所、物品、排泄物必要的卫生处理。

### (二) 终止应急状态

应急状态终止的必需条件是：生活饮用水污染源消除，末例病例发生后经过最长潜伏期无新的病例出现。

一般应急状态终止，由县卫健委组织专家委员会论证，报请县政府批准。

较大应急状态终止，由县卫健委组织专家小组论证，报请市政府批准。

重大应急响应终止,需报请省政府批准。

特别重大应急状态终止,需报请国务院批准。

### (三) 补充消耗物资

应急状态终止后,县卫健委应组织专家对生活饮用水污染事件造成的损失进行评估,尽快补充应急消耗的物资、恢复日常工作秩序,并报告县政府和上级卫生行政部门,争取财政专项补偿。

### (四) 总结事件全程

县卫健委应组织有关人员对发生的突发生活饮用水污染事件防控工作进行全面评估、总结防控工作取得的成绩、经验及工作中存在的问题,以指导今后的应急处理工作。评估报告在事发一个月内上报市政府和上级卫生行政部门。

## 六 保障与支持

### (一) 技术保障

县卫健委建立功能完善、反应迅速、运转协调的突发公共卫生事件卫生应急机制;改善卫生应急处置专业技术机构基础设施和实验室条件;加强生活饮用水污染事件卫生应急专业队伍建设,提高医疗救治、现场调查处置和实验室检测检验能力;组织开展生活饮用水污染事件的监测和预警工作;组织开展生活饮用水污染事件的应急处置演练,定期修改或更新单位应急预案。

### (二) 物资保障

县卫健委建立生活饮用水污染事件卫生应急处置的物资储备(包括诊断试剂、消毒药械和检测检验设备等)。发生生活饮用水污染事件时,根据应急处置工作需要及时调用应急储备物资,并及时补充,确保应急所需。

### (三) 经费保障

县卫健委积极协调政府有关部门,落实财政专项补助政策,保证生活饮用水污染事件监测预警、医疗救治、人员培训、应急演练、物资储备、实验检测等应急处置的各项经费。

### (四) 宣传教育

各医疗卫生机构要加强相关卫生法律、法规的宣传教育,强化供水单位、涉水产品生产企业负责人及从业人员的法律法规和卫生知识的培训,预防和减少生活饮用水污染事件的发生。要利用广播、电视、报刊、互联网、宣传手册等多种形式,对公众广泛开展预防生活饮用水污染事件知识的普及教育,宣传卫生科普知识,指导公众以科学的行为和方式应对生活饮用水污染事件,提高公众的自我保护意识和

心理承受能力。

#### **（五） 奖励与惩戒**

县卫健委对参与生活饮用水污染应急处置的人员，应给予适当补助和保健津贴，对工作中作出突出贡献的单位和个人给予表彰和奖励，对工作中致病、致残、死亡的人员，政府应给予优厚的补助和抚恤。

县卫健委对未按本预案或不履行本预案规定职责的行为应给予通报批评，对导致严重后果的单位主要负责人和直接责任人依法给予行政或纪律处分，直至移送司法机关追究其刑事责任。

#### **七、附则**

本预案自印发之日起实施

# 网络安全应急预案

## 一、总则

### （一）编制目的

为提高中心处置网络与信息安全突发事件的能力，形成科学、有效、反应迅速的应急工作机制，确保重要计算机信息系统的实体安全、运行安全和数据安全，最大程度地预防网络信息安全突发事件，减少其造成的损害，保障信息安全，特制定本预案。

### （二）编制依据

《中华人民共和国突发事件应对法》、《中华人民共和国计算机信息系统安全保护条例》、《计算机病毒防治管理办法》、《国家网络与信息安全事件应急预案》、《网络安全法》、《信息系统安全等级保护基本要求》等相关法律法规。

### （三）工作原则

坚持以预防为主，预防与应急相结合；坚持定期演练与常备不懈相结合；坚持分级管理、逐级负责、责任到人的原则，充分发挥集体力量，共同做好中心网络与信息安全事件的预防与处置工作。

### （四）事件分类分级

本预案所称网络与信息安全突发事件，是指中心信息系统突然遭受不可预知外力的破坏、毁损、故障，发生对国家、社会、公众造成或者可能造成重大危害，危及公共安全的紧急事件。

#### 1. 事件分类

网络与信息安全事件分为有害程序事件、网络攻击事件、信息破坏事件、信息内容安全事件、设备设施故障和灾害性事件等。

（1）有害程序事件分为计算机病毒事件、蠕虫事件、特洛伊木马事件、僵尸网络事件、混合程序攻击事件、网页内嵌恶意代码事件和其他有害程序事件。

（2）网络攻击事件分为拒绝服务攻击事件、后门攻击事件、漏洞攻击事件、网络扫描窃听事件、网络钓鱼事件、干扰事件和其他网络攻击事件。

（3）信息破坏事件分为信息篡改事件、信息假冒事件、信息泄露事件、信息窃取事件、信息丢失事件和其他信息破坏事件。

（4）信息内容安全事件是指通过网络传播法律法规禁止信息，组织非法串联、煽动集会游行或炒作敏感问题并危害国家安全、社会稳定和公众利益的事件。

(5) 设备设施故障分为软硬件自身故障、外围保障设施故障、人为破坏事故和其他设备设施故障。

(6) 灾害性事件是指由自然灾害等其他突发事件导致的网络与信息安全事件。

## 2. 事件分级

根据网络与信息安全突发事件的可控性、严重程度和影响范围，一般分为四级：I级（特别重大）、II级（重大）、III级（较大）和IV级（一般）。

(1) I级（特别重大）、II级（重大）。重要网络与信息系统发生全局大规模瘫痪，事态发展超出中心控制能力范围，需要由第三方安全服务机构介入处置，并上报县网络与信息安全相关部门协调解决，对国家安全、社会秩序、经济建设和公共利益造成特别严重损害的信息安全突发事件。

(2) III级（较大）。某一部分的重要网络与信息系统瘫痪，对国家安全、社会秩序、经济建设和公共利益造成一定损害，但在中心控制范围之内的信息安全突发事件。

(3) IV级（一般）。重要网络与信息系统使用效率上受到一定程度的损坏，对公民、法人和其他组织的权益有一定影响，但不危害国家安全、社会秩序、经济建设和公共利益的信息安全突发事件。

## 二、组织机构及职责

在中心党组的统一领导下，设立网络与信息安全应急小组（以下简称应急小组），应急小组由信息部门分管领导担任组长，由信息技术处、综合处的部门负责人任副组长，信息技术处技术员、办公室网站管理员和后勤保障人员担任组员。应急小组主要职责是：

（一）落实县信息化建设领导小组和中心党组做出的决定和措施；

（二）拟订中心应对信息安全突发事件的工作计划和应急预案，报中心领导批准后组织实施；

（三）汇总有关信息安全突发事件的各种重要信息，进行综合分析，并提出建议；

（四）监督检查、协调指导信息安全突发事件预防、应急准备、应急处置、事后恢复与重建工作；

（五）组织信息安全常识、应急知识的宣传培训；

（六）完成中心领导交办的其它工作。

## 三、监测预警和先期处置

### （一）信息监测与报告

秉承“早发现、早报告、早处置”的原则，加强对各类网络与信息安全突发事件和可能引发网络与信息安全突发事件的有关信息的收集、分析判断和持续监测。当发生网络与信息安全突发事件时，及时向中心领导汇报。报告内容主要包括信息来源、影响范围、事件性质、事件发展趋势和采取的措施等。

### （二）预警处理与预警发布

1. 对于可能发生或已经发生的网络与信息安全突发事件，网络安全员应立即采取措施控制事态，并在 2 小时内进行风险评估，判定事件等级并发布预警。必要时启动相应的预案，通知第三方安全服务机构介入，同时向中心领导汇报。

2. 督促第三方安全服务机构第一时间对信息进行技术分析、研判，根据问题的性质、危害程度，提出安全警报级别。

### （三）先期处置

1. 当发生网络与信息安全突发事件时，技术人员应做好先期应急处置工作，立即采取措施控制事态，必要时采用断网、关闭服务器等方式防止事态进一步扩大，同时通知第三方安全服务机构介入，并向中心领导报告。

2. 对有可能演变为Ⅲ级网络与信息安全突发事件，技术人员对处置工作提出建议方案，并作好启动本预案的各项准备工作。应急小组根据网络与信息安全突发事件发展态势，视情况决定组织设备厂商或者系统开发商应急支援力量，做好应急处置工作。对有可能演变为Ⅱ级或Ⅰ级的网络与信息安全突发事件，在经中心领导批准后，上报县政府有关部门，组织第三方安全服务机构协助调查处理，积极做好应急处置工作。

## 四、应急处置

### （一）应急指挥

本预案启动后，应急小组要迅速收集相关信息，掌握现场处置工作状态，分析事件发展趋势，研究提出处置方案，调集和配置应急处置所需要的人、财、物等资源，统一指导网络与信息安全应急处置工作。

### （二）应急支援

本预案启动后，应急小组可根据事态的发展和处置工作需要，及时向中心领导汇报，申请第三方安全服务机构协助处理，调动必需的物资、设备，支援应急工作。

### （三）信息处理

应对现场信息进行收集、分析和上报。督促第三方安全服务机构对事件进行动

态监测、评估，及时将事件的性质、危害程度和损失情况及处置工作等情况及时报中心领导，不得隐瞒、缓报、谎报。

#### （四）扩大应急

经应急处置后，事态难以控制或有扩大发展趋势时，应实施扩大应急行动。要迅速上报中心领导，组织召开专题会议，根据事态情况，研究采取有利于控制事态的非常措施。

#### （五）应急结束

网络与信息安全突发事件经应急处置后，应急小组应将各监测统计数据报中心领导，提出应急结束的建议，经领导批准后实施。

### 五、后期处置

#### （一）善后处置

在应急处置工作结束后，要迅速采取措施，抓紧组织抢修受损的基础设施，减少损失，尽快恢复正常工作，统计各种数据，查明原因，对事件造成的损失和影响以及恢复重建能力进行分析评估，认真制定恢复重建计划，迅速组织实施。

#### （二）调查和评估

在应急处置工作结束后，应急小组应立即组织第三方安全服务机构介入，对事件发生及其处置过程进行全面的调查，查清事件发生的原因，总结经验教训，写出调查评估报告。

### 六、应急保障

#### （一）通信保障

应急小组成员应时刻保持手机畅通，以确保发生信息安全事故能及时联系到位。

#### （二）装备保障

各重要信息系统在建设系统时应事先预留出一定的应急设备，做好信息网络硬件、软件、应急救援设备等应急物资储备工作。在网络与信息安全突发事件发生时，由应急小组负责统一调用。

#### （三）数据保障

重要信息系统应建立容灾备份系统和相关工作机制，保证重要数据在受到破坏后，可紧急恢复。容灾备份系统应具有一定兼容性，在特殊情况下各系统间可互为备份。

#### （四）经费保障

网络与信息系统突发公共事件应急处置资金，应列入中心年度财政预算，切实予以保障。

## **七、监督管理**

### **（一）宣传教育和培训**

将网络与信息安全突发事件的应急管理、工作流程等列入相关处室年度培训内容，增强应急处置工作中的组织能力。加强对网络与信息安全突发事件的技术准备培训，提高工作人员的防范意识及技能。

### **（二）预案演练**

建立应急预案定期演练制度。通过演练，发现应急工作体系和工作机制存在的问题，不断完善应急预案，提高应急处置能力。

### **（三）责任与奖惩**

认真贯彻落实预案的各项要求与任务，建立分级布置、监督检查和奖惩机制。中心按预案的规定不定期进行检查，对各项制度、计划、方案、人员、物资等进行验证，并以演习的评定结果作为是否有效落实预案的依据。对未有效落实预案各项规定的进行通报批评，责令限期改正。