

省委统筹疫情防控和经济运行 工作领导小组（指挥部）

鲁指办发〔2020〕36号

省委领导小组（指挥部）办公室 签发人：陈迪桂 宋军继

关于印发《山东省应对秋冬季新冠肺炎疫情 医疗救治工作方案》的通知

各市领导小组（指挥部），省委领导小组（指挥部）各成员单位：

为有效应对2020年秋季可能出现的新冠肺炎疫情，指导各地做好医疗救治，根据《关于印发应对秋冬季新冠肺炎疫情医疗救治工作方案的通知》（联防联控机制医疗发〔2020〕276号），在总结前期新冠肺炎医疗救治工作经验的基础上，我们制定了《山东省应对秋冬季新冠肺炎疫情医疗救治工作方案》，现印发给你们。请结合实际，研究制定本市工作方案，强化责任落实，做好应对秋冬季新冠肺炎疫情防控和医疗救治各项工作。

联系人：杨晓帆

联系电话：0531-67873218

省委统筹疫情防控和经济运行
工作领导小组（指挥部）办公室

2020年8月18日

（信息公开形式：依申请公开）

抄送：省属（管）医疗机构。

山东省应对秋冬季新冠肺炎疫情 医疗救治工作方案

一、总体要求

严格落实“四早”“四集中”原则，按照“及时发现、快速处置、精准管控、有效救治”的目标要求，全面夯实“五有三严”（有防护指南、有防控管理制度和责任人、有防护物资设备、有医护力量支持、有隔离转运安排，严格发热门诊设置管理、严肃流行病学调查、严防医院院内感染），建立健全分级、分层、分流的重大疫情医疗救治机制，全力保障群众健康。

二、工作重点

（一）预检分诊

1. 规范设置预检分诊。各级各类医疗机构应设置预检分诊点，设置标准应符合《预检分诊和发热门诊新冠肺炎疫情防控工作指引》（附件1）要求。

2. 强化预检分诊流程管理。医疗机构对所有来院人员均应进行“一看一测一查一问”（看是否佩戴口罩、测量体温、查验健康码、询问流行病学史），并对发热患者信息进行详细登记。未设置发热门诊的基层医疗卫生机构要充分发挥“哨点”作用，对发热患者信息进行登记，并积极引导不明原因发热患者到有发热门诊的医疗机构就诊。

3. 提高院前急救预检分诊能力。120急救中心接到求助电话

时，工作人员应第一时间询问患者是否有新冠肺炎流行病学史，并将可疑情况向出诊医务人员通报，指导医务人员做好个人防护。发热患者应转运至辖区内发热门诊的医疗机构就诊。

（二）发热门诊

1. 规范设置发热门诊。二级及以上综合医院、中医医院、妇幼保健院要在相对独立区域设置发热门诊和留观室。发热门诊设置应符合《山东省医疗机构发热门诊设置规范（试行）》《预检分诊和发热门诊新冠肺炎疫情防控工作指引》标准，落实设施设备和人员配备，严格防护措施。

各市应按照属地化管理原则对辖区内医疗机构发热门诊进行现场核验，通过“四个一批”（即新建一批、改扩建一批、迁建一批、提升一批）的方式，规范辖区内发热门诊设置，并向社会公布发热门诊所在医疗机构、地址和联系电话。发热门诊应落实24小时值班制，不得无故自行停诊。

2. 落实发热门诊闭环管理。医疗机构要实行预检分诊和发热门诊一体化闭环管理，规范和细化发热病人接诊、筛查、留观、转诊工作流程，确保所有来院患者经预检分诊后再就诊，发热患者全部由专人按指定路线引导至发热门诊就诊，防止发热患者与其他患者密切接触。

3. 坚持首诊负责制。发热门诊应安排具有呼吸道传染病或感染性疾病诊疗经验的医务人员出诊，做好发热病人基本身份信息登记，详细询问流行病学史，强化新冠肺炎临床症状早期识

别，不得以任何理由推诿病人，不漏诊任何一个可疑患者。

4. 强化首报负责制。发热门诊全部患者应进行新冠病毒核酸和血常规检测（必要时进行抗体、胸部 CT 等检查），可疑患者应全部留观，2 小时内报告疑似和确诊病例，24 小时完成流行病学调查，严密排查可疑患者，并按要求报送信息。

5. 规范病例转运。疑似和确诊病例要由专人专车（救护车）尽快转运至定点医院隔离治疗。各级卫生健康行政部门和医疗机构不得以任何理由延迟转诊疑似或确诊病例，对应诊断而未诊断、应转诊而未及时转诊造成新冠肺炎疫情传播扩散的，严肃追究相关人员责任。

6. 加强基层医疗卫生机构发热哨点诊室建设。根据《关于印发山东省基层医疗卫生服务能力提升行动三年规划的通知》（鲁卫发〔2020〕8 号）要求，按照《山东省基层医疗卫生机构发热哨点诊室基本标准》，在 2020 年 9 月底前完成乡镇卫生院和社区卫生服务中心发热哨点诊室建设。加强发热哨点诊室管理，优化服务流程，规范进行信息报告。

（三）定点医院

1. 确定定点医院。以市为单位，原则上按照二级及以上综合医院总床位数的 10% 准备救治床位，按照不少于救治床位数的 10% 准备重症监护床位。各市要科学规划，超前部署，在原有定点医院的基础上，结合区域人口、医疗资源现状，每个市确定 1 家市级定点医院和 1~2 家后备医院，每个县（市、区）确定 1 家县

(市、区)级定点医院。定点医院名称、地址和联系电话应通过多种渠道向社会公布，并以市为单位报省卫生健康委备案。

指定省胸科医院、青岛大学附属医院、省立医院(东院区)作为新冠肺炎医疗救治省级定点医院。

2. 梯次启用定点医院。各市要根据疫情发展态势和规律，按照《山东省新冠肺炎疫情控制应急预案(试行)》要求，梯次启用定点医院，并做好桌面推演和实战演练。当市域内本土确诊病例达到10例以上时，要在48小时内腾空1家定点医院或1个院区，集中力量开展救治。

3. 着力提高定点医院救治能力。对硬件条件不达标的定点医院进行改造，重点加强发热门诊“三区两通道”、供氧、通风、供暖、污水污物处理等设施改建，使之符合秋冬季传染病诊疗要求，满足满负荷收治患者条件。要加强定点医院医护力量配备，建立救治梯队，集中优质医疗资源支持。要向医疗技术力量较弱的定点医院整建制派驻高水平专业技术团队，派驻团队与腾空医院要同步进行。

4. 做好临时性扩充收治床位准备。各市要结合实际谋划做好方舱医院建设筹备工作，做好体育馆、展览馆等可分隔的封闭式大空间建筑改造为方舱医院的准备。在定点医院、后备医院仍无法满足收治需求时，启用方舱医院作为轻症患者的隔离治疗场所。

(四) 新冠肺炎病毒核酸检测

1. 快速提升核酸检测能力。各市要加快提升新冠肺炎病毒核酸检测能力，加大实验室新建、改造力度，实现日检测能力快速增长，切实发挥核酸检测在早期识别传染源、及时切断传播途径中的关键作用。核酸检测工作标准和工作流程按照《医疗机构新型冠状病毒核酸检测工作手册（试行）》（附件2）进行。所有核酸检测机构应积极开展实验室室内质控和室间质评，确保检测结果准确可靠。不具备独立检测能力的医疗机构要与具备检测能力的医疗卫生机构建立稳定的协作关系，保障日常诊疗检测需求。各市应向社会公布开展核酸检测的医疗卫生机构（含独立设置医学检验实验室）的名称、地址和联系电话。

2. 落实“应检尽检”。医疗机构应按照新冠肺炎疫情常态化防控工作要求，对重点人群全面落实“应检尽检”，对其他人群要主动提供服务，确保“愿检尽检”。

3. 严格核酸检测结果报告时限。发热门诊和急诊患者的核酸检测结果，应在4~6小时内报告；普通门诊、住院患者及陪护人员等人群的核酸检测结果，原则上应在12小时内报告；“愿检尽检”人群的核酸检测结果，一般在24小时内报告。发现核酸检测阳性结果时应按相关要求及时报告。

4. 核酸检测结果互认。通过省临床检验质控中心或疾控机构实验室室间质评的医疗卫生机构（含独立设置医学检验实验室）出具的核酸检测结果，山东省内互认。医疗卫生机构可采用纸质、快递、网络或信息化系统等多种形式，发放核酸检测报告，

并注意保护个人隐私。省卫生健康委将通过全民健康云平台对核酸检测结果进行信息采集，并与相关信息系统对接。

（五）新冠肺炎医疗救治

1. 严格落实“四集中”。按照“集中患者、集中专家、集中资源、集中救治”要求，原则上确诊病例应首先集中在市级定点医院进行救治。各市应加强组织协调、医护力量调配和医疗设备配备，确保“应收尽收”“应治尽治”。对轻型、普通型患者应尽早介入，防止轻症转为重症，重症病例按照“一人一策”原则，积极开展多学科诊疗，按照最新版诊疗方案科学救治，切实提高诊疗效果。

2. 充分发挥专家组作用。省、市级专家组密切联系，实时研判、分析疫情形势和病例信息，加强对定点医院和其他医疗机构的培训指导。出现重型、危重型病例时，市级专家组要直接接管，省级专家组第一时间现场会诊。一旦发生省内疫情蔓延，各级专家组应24小时值守，离开辖区时向卫生健康行政部门报备。

3. 提高多病共防、多病共治能力。各市要在做好秋冬季高发传染病的监测、分析、预警的基础上，提高医疗机构对新冠肺炎、流感、不明原因肺炎的临床诊断和鉴别诊断能力，及时推广应用新冠病毒快速检测技术，高效分流发热门诊、隔离留观室人员，避免发热门诊人群过多聚集。对有呼吸道症状、高度怀疑新冠肺炎的患者应在进行核酸检测的同时，进行流感病毒等其他呼吸道病原体的筛查。

4. 强化中西医协同。坚持中西医结合原则，统筹中西医资源，不断健全中西医共同参与、全程协作的中西医联合会诊制度，推动协同攻关、优势互补。定点医院要配备足够的中医药专家，负责确诊病例的中医辨证施治和病情观察，根据病情变化和转归及时调整治则方药，充分发挥中医药的独特作用和优势。

5. 做好新冠肺炎患者临床护理工作。要加大临床护理人力资源配置，护理与医疗全力协作，密切监测病情变化，认真开展整体护理工作。重型、危重型病例的临床护理按照《新冠肺炎重型、危重型患者护理规范》执行。

6. 积极开展心理干预。积极为确诊患者提供心理评估、心理支持和心理疏导服务。对需要心理援助的患者，开展有针对性的心理干预；对有精神行为问题的患者，及时组织精神科会诊，并提供危机干预和精神药物治疗；对需要持续心理救援或精神药物干预的出院患者，应完善其病例资料并转介至相应隔离场所，持续提供心理服务。

7. 加强恢复期血浆采集和使用。各市要制定恢复期血浆捐献宣传动员方案、激励政策和服务保障措施，动员新冠肺炎康复者捐献血浆用于临床救治，进一步提高重症患者的治愈率。恢复期血浆临床使用按照《新冠肺炎康复者恢复期血浆临床治疗方案（试行第二版）》执行。

（六）医疗机构感染控制

1. 强化重点环节管理。各级各类医疗机构要牢固树立“院

内零感染”的目标导向，严格执行院感制度，建立“三个一”内部察纠机制，即成立一个院感防控专班、建立一本问题整改台账、记录一本工作日志，全面加强重点科室、重点部门和重点环节的院感管理控制。

2. 科学做好个人防护。医疗机构全员落实标准预防措施，医务人员个人防护按照《医务人员个人防护指引》(附件3)执行。

3. 设置医疗缓冲区。要在急诊抢救室、手术室、病房设置缓冲区，用于暂未取得核酸检测结果情况下，急危重症患者的紧急救治，同时严格做好医务人员个人防护。缓冲区患者应单人单间隔离治疗。

4. 严格清洁消毒。认真落实《医院消毒卫生标准》《医疗机构消毒技术规范》和《关于全面精准开展环境卫生和消毒工作的通知》(联防联控机制综发〔2020〕195号)等文件规范要求，严格做好环境物体表面、医用织物、室内空气、诊疗器械等的清洁消毒，做好消毒质量控制和效果评价。

5. 规范医疗废物处置。严格做好医疗废物处置和污水排放，医疗废物与生活垃圾的分类、收集、存放与处置应符合《医疗废物管理条例》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》《医疗废物包装物、容器标准和标识》《医疗废物分类目录》等相关制度法规要求。

(七) 医疗资源储备

1. 统筹优质医疗资源。各市要对本地医疗力量，特别是呼吸、

感染、重症、护理、临床检验、院感防控等重点科室医疗力量进行摸底，做到底数清、情况明。市、县两级分别按照 100 个普通病例、20 个重症病例诊疗需求组建一线诊疗队伍。各医疗机构要加强统筹调配，保障临床一线医疗力量充足。鼓励医疗机构为重点岗位医护人员接种流感疫苗。

2. 加强应急物资储备。各市应配备必要的移动 CT 设备和负压救护车，市级以上定点医院应具备负压病房，配备体外膜肺氧合机（ECMO）和有创、无创呼吸机等抢救设备。各有关医疗机构配足配齐急救、抢救、监护、检测、重症救治等仪器设备，建立物资储备清单，做好医用耗材、药品、防护装备、消毒用品等储备工作，实行物资设备动态储备，并确保均处于完好备用状态。定点医院物资、药品储备量至少应满足 30 天满负荷运转需求。各市要加强区域内统筹，确保储备充足，调配渠道畅通。

3. 核酸检测能力储备。省、市、县分别组建机动核酸检测队伍，配备相应核酸检测设备（包括核酸提取仪、PCR 扩增仪、生物安全柜、病毒灭活设备、离心机及配套试剂、耗材等），做好日常培训和组织管理，随时待命。有条件的市要配备移动核酸检测实验室。要健全有资质社会检测机构的紧急动员机制，确保满足核酸检测实际需要。

4. 做好跨区域支援准备。省属（管）综合医院、中医医院和每个市指定 1 所三级甲等综合医院，做好必要时整建制派出医疗队进行省内和省际支援准备。医疗队应涵盖呼吸、感染、重症、

中医、护理、临床检验、院感防控等专业，人数 150 人，其中医师 30 人，护士 120 人。

（八）出院患者长期健康管理

1. 严格做好出院患者随访复诊。严格落实《山东省新冠肺炎出院患者健康管理方案》，做好出院后 14 天集中隔离医学观察和出院后 14 天、28 天、三个月、半年随访复诊与核酸检测，实施定点医院、疾控机构和基层医疗卫生机构组团式服务管理，实现在院治疗和出院管理全闭环。

2. 强化出院患者康复治疗和心理疏导。认真落实《关于进一步加强新冠肺炎出院患者身心康复工作的通知》《新冠肺炎出院患者康复方案（试行）》《新冠肺炎出院患者主要功能障碍康复治疗方案》等文件要求，根据患者病情级别、功能障碍类型和医疗机构服务能力，分级分类明确康复机构和工作任务，扎实做好新冠肺炎相关的呼吸、心脏、躯体、心理、日常生活功能障碍康复和中医康复工作，促进患者全面恢复健康。

（九）正常医疗服务

1. 保障正常医疗秩序。各医疗机构要做好血液透析、肿瘤放化疗、孕产妇、慢病患者等需要定期复诊和长期治疗患者，以及急诊患者、儿科患者的诊疗管理，不得以疫情防控为由停诊、拒诊或延误治疗，相关患者核酸检测工作按照《关于疫情常态化防控下规范医疗机构诊疗流程的通知》执行。

2. 加强预约诊疗和互联网医疗服务。积极开展“互联网+医

疗服务”，通过预约诊疗、分时段就医、线上咨询、慢病管理长期处方等方式，满足患者正常就医需求。二级以上医院要全面推开预约诊疗，三级医院预约诊疗率要达到75%以上。

3. 规范探视和陪护管理。医疗机构要强化病区24小时门禁管理，无关人员禁止随意出入。要取消非必要的现场探视和陪护，确需陪护的可安排1名固定陪护人员，并发放陪护证。陪护证应有个人照片、身份证号、陪护对象所在病区等具体信息，防止冒用顶替。隔离留观室一律不安排陪护。医疗缓冲区患者原则上不安排陪护，特殊情况可固定1人陪护，与住院患者共同实行封闭式管理。鼓励医疗机构开展“无陪护病房”。

（十）医务人员业务培训和技能演练

1. 常态化开展业务知识培训。各医疗机构要采取理论知识与技能训练相结合的方式，对新冠肺炎防控方案、诊疗方案以及院感防控知识进行周期性全员培训，并开展理论知识和实践技能考核。

2. 常态化开展应急演练。各医疗机构要开展涵盖医务人员、行政管理、后勤人员的应急演练，形成全链条的演练模式。演练后要进行复盘总结，针对演练的每个环节进行研判，措施不到位的及时整改，确保演练取得实效。

三、保障措施

（一）强化组织领导。各市指挥部要做好秋冬季新冠肺炎医疗救治工作的组织领导和统筹协调，制定应对秋冬季新冠肺炎

疫情医疗救治工作方案，并强化落实。各级各类医疗机构要进一步细化实化疫情常态化防控实施细则，做到“一院一策”“一科一策”，并报卫生健康主管部门和属地卫生健康行政部门备案。相关卫生健康行政部门要对医疗机构疫情常态化防控实施细则逐一核验，指导医疗机构扎实稳妥做好疫情防控和医疗救治各项工作。

（二）强化统筹协调。要进一步明确部门责任分工，利用有限的“窗口期”尽快推进各项工作落实落地。发改部门要加强物资储备，确保满足医疗救治需求；工信部门要提高防护物资生产和供应能力，及时调度产能；公安部门要全力维护医疗机构的正常秩序；财政部门要按照新冠肺炎疫情防控有关经费保障政策，做好经费保障；卫生健康行政部门要指导医疗卫生机构做好发热门诊设置、核酸检测能力提升、人员梯队建设等工作，切实提高检测和救治能力；医保部门要落实确诊病例、疑似病例、医疗机构留观（隔离治疗、隔离留观）人员的医保报销政策，做好疫情期间的慢性病长处方报销工作，及时预拨医保基金；宣传部门要加强舆论引导，通过多种途径宣传普及新冠肺炎防控知识，讲好“抗疫故事”，树立正面典型。

（三）强化责任落实。各市要按照属地化管理原则，加强督导检查，杜绝有章不循，杜绝弄虚作假，对设施不完善、管理不到位的医疗机构要尽快整改。医疗机构改扩建、物资设备配备、人员培训演练、督导排查等工作应于2020年9月底前全部完成，

做到人员到位、设备到位、设施到位、物资到位、能力到位，切实保障秋冬季新冠肺炎医疗救治工作顺利开展。

- 附件：
1. 预检分诊和发热门诊新冠肺炎疫情防控工作指引
 2. 医疗机构新型冠状病毒核酸检测工作手册（试行）
 3. 医务人员个人防护指引
 4. 清洁与消毒指引
 5. 医务人员职业暴露处置指引
 6. 新冠肺炎疑似或确诊病例死亡患者处置指引
 7. 门急诊新冠肺炎疫情防控工作指引
 8. 住院病区新冠肺炎疫情防控工作指引
 9. 手术部（室）新冠肺炎疫情防控工作指引
 10. 消化内镜中心新冠肺炎疫情防控工作指引
 11. 感染性疾病科病房新冠肺炎疫情防控工作指引
 12. 儿科新冠肺炎疫情防控工作指引
 13. 产房新冠肺炎疫情防控工作指引
 14. 眼科新冠肺炎疫情防控工作指引
 15. 耳鼻喉科新冠肺炎疫情防控工作指引
 16. 口腔科新冠肺炎疫情防控工作指引
 17. 医技科室新冠肺炎疫情防控工作指引
 18. 血液净化中心（室）新冠肺炎疫情防控工作指引

附件 1

预检分诊和发热门诊新冠肺炎疫情 防控工作指引

一、预检分诊

（一）设置要求

1. 医疗机构应当设立预检分诊点。
2. 预检分诊点一般设立在门急诊醒目位置，标识清楚，相对独立，通风良好，具有消毒隔离条件。
3. 预检分诊点要备有发热患者用的口罩、体温表（非接触式）、手卫生设施、医疗废物桶、疑似患者基本情况登记表等。
4. 承担预检分诊工作的医务人员穿工作服、戴工作帽和医用防护口罩，每次接触患者前、后立即进行手卫生。
5. 预检分诊点实行 24 小时值班制（晚间设在急诊，有醒目标识）。

（二）工作流程

1. 应配备有经验的分诊人员，对进入门急诊的人员测量体温、询问是否有咳嗽、咽痛或胸闷、腹泻等症状，发现可疑患者，登记患者信息，指引患者及陪同人员正确佩戴口罩、注意咳嗽礼仪，由工作人员送至发热门诊就诊。
2. 没有设立发热门诊的，应当按照当地卫生健康行政部

门的规定,使用专用车辆将患者安全转诊至就近发热门诊进一步排查。

二、发热门诊

(一) 设置原则

1. 合理规划：医院发热门诊的设置应纳入医院总体规划,合理安排功能布局。二级及以上综合医院要在相对独立的区域规范设置发热门诊和留观室,有条件的乡镇卫生院和社区卫生服务中心可设置发热门诊(或诊室)和留观室。

2. 科学分区：发热门诊内部应严格设置防护分区,严格区分人流、物流的清洁与污染路线,采取安全隔离措施,严防交叉感染和污染。

(二) 设置要求

1. 选址

发热门诊应设置在医疗机构内独立区域,设有醒目的标识,具备独立出入口,与普通门(急)诊相隔离,与其他建筑、公共场所保持适当间距。

医院门口和门诊大厅要设立醒目的发热门诊标识,其内容要包括接诊范围、方位、行走线路及注意事项等。院区内应有引导患者到达发热门诊的明确指示标识。

2. 布局

(1) 发热门诊内应设置“三区两通道”,区分污染区、潜在污染区和清洁区,各分区之间有物理隔断,相互无交叉;设置患

者专用出入口、医务人员专用通道以及清洁物品和污染物品的出入口，各区和通道出入口应设有醒目标识；发热门诊空调通风系统做到独立设置。

（2）分区设置

污染区：污染区分为主要功能区和辅助功能区。主要功能区包括候诊区、诊室、留观室、护士站、治疗室、输液观察室等。辅助功能区包括预检分诊区（台）、挂号、收费、药房、检验、放射、辅助功能检查室、标本采集室、卫生间、污物保洁和医疗废物暂存间等。

候诊区应独立设置，尽可能宽敞，面积应能满足传染病防控需要。三级医院应可容纳不少 30 人同时候诊，二级医院应可容纳不少于 20 人候诊。发热门诊患者入口外有预留空间用于搭建临时候诊区，以满足疫情防控所需。候诊区要保持良好通风，必要时可加装机械通风装置。

诊室应为单人诊室，并至少设有 1 间备用诊室。诊室应尽可能宽敞，至少可以摆放一张工作台、一张诊查床、流动水洗手设施，并安装独立电话保持联系。

建议三级医院留观室不少于 15 间，二级医院留观室不少于 10 间，设置发热门诊的乡镇卫生院也应设置留观室。留观室应按单人单间收治患者。

潜在污染区：主要包括污染防护用品的脱卸区，可设置消毒物资储备库房或治疗准备室。

清洁区：主要包括工作人员办公室、值班室、清洁库房、防护服穿着区、医务人员专用更衣室、浴室、卫生间等。清洁区要设置独立出入口，并根据医务人员数量合理设置区域面积。

（三）设施设备配备

1. 医疗设备设施

基础类设备：应配置病床、转运平车、护理车、仪器车、治疗车、抢救车、输液车、污物车、氧气设备、负压吸引设备等。

抢救及生命支持类设备：应配置输液泵、注射泵（配置工作站）、电子血压计、电子体温计、血糖仪、手持脉搏血氧饱和度测定仪、心电监护仪（配置工作站）、心电图机、除颤仪、无创呼吸机、心肺复苏仪等。可配置有创呼吸机、雾化泵、负压担架。

检验类设备：应配置全自动生化分析仪、全自动血细胞分析仪、全自动尿液分析仪、全自动尿沉渣分析仪、全自动粪便分析仪、血气分析仪、生物安全柜等。可配置全自动血凝分析仪、特定蛋白分析仪。

放射类设备：有条件的医疗机构可设置 CT。

药房设备：有条件的医疗机构可配置 24 小时自动化药房。

辅助设备：电脑、监控、电话通讯设备、无线传输设备、自助挂号缴费机和污洗设备等。

2. 通风排风及空调设施

业务用房保持所有外窗可开启，保持室内空气流通，同时应

具备机械通风设施。通风不良的，可通过不同方向的排风扇组织气流方向从清洁区→潜在污染区→污染区。

空调系统应独立设置，设中央空调系统的，各区应独立设置。当空调通风系统为全空气系统时，应当关闭回风阀，采用全新风方式运行。

3. 消毒隔离设备设施

所有功能空间均应设手卫生设施，洗手设施应使用非手触式洗手装置。应配置空气或气溶胶消毒设施和其他有效的清洁消毒措施，配置应包括但不限于：全自动雾化空气消毒机、过氧化氢消毒机、紫外线灯/车或医用空气消毒机。

4. 信息化设备

具备与医院信息管理系统互联互通的局域网设备、电子化病历系统、非接触式挂号和收费设备、可连接互联网的设备、可视对讲系统等。

（四）人员配置

1. 发热门诊应配有具有呼吸道传染病或感染性疾病诊疗经验的医务人员，并根据每日就诊人次、病种等合理配备医师，疫情期间可根据实际诊疗量增配医师数量。发热门诊医师应熟练掌握相关疾病特点、诊断标准、鉴别诊断要点、治疗原则、医院感染控制、消毒隔离、个人防护和传染病报告要求等。

2. 在发热门诊工作的护士应具备一定临床经验，掌握相关疾病护理要点、传染病分诊、各项护理操作、医院感染控制、消

毒隔离、个人防护等。发热门诊应根据患者数量及隔离床位数量配备相应数量的护理人员，疫情期间根据实际患者数量酌情增加护士数量。

3. 所有在发热门诊工作的医务人员需经过传染病相关法律法规、传染病诊疗知识和医院感染预防与控制相关培训，经穿脱防护用品、手卫生、医用防护口罩适合试验等知识和技能考核合格后上岗。

（五）发热门诊管理

1. 发热门诊应当安排经验丰富的医务人员，指导患者测量体温、询问流行病学史、症状等，将患者合理、有序分诊至不同的就诊区域（或诊室），并指导患者及陪同人员正确佩戴口罩。

2. 发热门诊应 24 小时接诊，并严格落实首诊负责制，医生不得推诿患者。

3. 要对所有就诊患者询问症状、体征和流行病学史，为所有患者进行血常规、新冠病毒核酸检测，必要时还要进行新冠病毒抗体检测和胸部 CT 检查。

4. 发热门诊就诊患者采取全封闭就诊流程，原则上挂号、就诊、交费、检验、辅助检查、取药、输液等诊疗活动全部在该区域完成。发热门诊未设检验室的，患者标本采集后应立即密封处理、做好标识，第一时间通知专人密封运送至检验科。如患者需前往发热门诊以外区域检查，应当严格遵循“距离最短、接触人员最少、专人防护陪同”的原则，不与普通患者混乘电梯，检查

室单人使用，接诊医务人员做好防护，患者所处环境做好消毒。

5. 接诊医生发现可疑病例须立即向医院主管部门报告，医院主管部门接到报告应立即组织院内专家组会诊，按相关要求
进行登记、隔离、报告，不得擅自允许患者自行离院或转院。隔离留观病房若不能满足临床诊疗需要时，需另外设置隔离留观病区。

6. 疑似和确诊病例应尽快转送至定点医院救治。

7. 实时或定时对环境和空气进行清洁消毒，并建立终末清洁消毒登记本或电子登记表，登记内容包括：空气、地面、物体表面及使用过的医疗用品等消毒方式及持续时间、医疗废物及污染衣物处理等。

8. 发热门诊区域的医疗设备、物体表面、布草、地面、空气及空调通风系统的消毒和医疗废物的处置，应符合《医疗机构消毒技术规范》《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》等相关规定，并有相应的工作记录。

9. 污水排放和医疗废物与生活垃圾分类、收集、存放与处置应符合《医疗废物管理条例》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》《医疗废物包装物、容器标准和标识》《医疗废物分类目录》等相关法规的要求。

（六）医务人员个人防护要求

1. 医务人员应当遵循《医院感染管理办法》等相关要求，严格执行标准预防及手卫生规范。

2. 应配备符合标准、数量充足（至少可供1周使用）、方便可及的个人防护装备。

3. 医务人员应当按照标准预防原则，根据疾病的传播途径和医疗操作可能感染的风险选用适当的个人防护装备。日常接诊时戴工作帽、穿工作服、一次性隔离衣、戴医用防护口罩。如接触血液、体液、分泌物或排泄物时，加戴乳胶手套；在采集患者咽拭子标本、吸痰、气管插管等可能发生产气溶胶和引起分泌物喷溅操作时，穿一次性隔离衣或医用防护服，戴医用手套、医用防护口罩、护目镜/防护面屏等，必要时可选用动力送风过滤式呼吸器。

4. 进出发热门诊和隔离病房，要严格按照要求正确穿脱个人防护装备。在穿脱防护服、医用防护口罩等个人防护用品时，应有专人监督或二人一组互相监督，避免交叉感染。

5. 疫情期间，发热门诊工作人员应做好健康监测，每天测量体温。若出现咳嗽、发热等身体不适症状时，及时向单位主管部门报告。

医疗机构新型冠状病毒核酸检测工作手册

(试行)

为落实国务院应对新型冠状病毒感染肺炎疫情联防联控机制《关于做好新冠肺炎疫情常态化防控工作的指导意见》(国发明电〔2020〕14号)要求,进一步规范新型冠状病毒(以下简称新冠病毒)核酸检测的技术人员、标本采集、标本管理、实验室检测、结果报告等工作,保证检测质量,提高检测效率,满足新冠病毒核酸检测需求,特制定本手册。本手册适用于所有开展新冠病毒核酸检测的医疗机构。

一、技术人员基本要求

(一)采样人员。从事新冠病毒核酸检测标本采集的技术人员应当经过生物安全培训(培训合格),熟悉标本种类和采集方法,熟练掌握标本采集操作流程及注意事项,做好标本信息的记录,确保标本质量符合要求、标本及相关信息可追溯。

(二)检测人员。实验室检测技术人员应当具备相关专业的大专以上学历或具有中级及以上专业技术职务任职资格,并有2年以上的实验室工作经历和基因检验相关培训合格证书。实验室配备的工作人员应当与所开展检测项目及标本量相适宜,以保证及时、熟练地进行实验和报告结果,保证结果的准确性。

二、标本采集基本要求

（一）基本原则。

1. 各医疗机构的检测能力应当与门急诊就诊人次、住院人次等诊疗量相匹配，并与采集的标本量相适应，避免采集数量明显超出检测能力导致的标本积压、标本失效、检测结果反馈迟缓等问题。

2. 各医疗机构在采集标本时，要根据不同采集对象设置不同的采样区域，将发热患者与其他患者、“愿检尽检”人群分区采样，避免交叉感染。

3. 标本采集应当在满足本机构发热门诊、住院患者、陪护人员及院内职工的检测需求基础上，进一步保障其他重点人群“应检尽检”和一般人群“愿检尽检”的要求。

（二）采样点设置。医疗机构设置新冠病毒采样点应当遵循安全、科学、便民的原则。采样点应当为独立空间，具备通风条件，内部划分相应的清洁区和污染区，配备手卫生设施或装置。采样点需设立清晰的指引标识，并明确采样流程和注意事项。设立独立的等候区域，尽可能保证人员单向流动，落实“1米线”间隔要求，严控人员密度。

（三）人员配置及防护要求。每个采样点应当配备1~2名采样人员。合理安排采样人员轮替，原则上每2~4小时轮岗休息1次。采样人员防护装备要求：N95及以上防护口罩、护目镜、防护服、乳胶手套、防水靴套；如果接触患者血液、体液、分泌物

或排泄物，戴双层乳胶手套；手套被污染时，及时更换外层乳胶手套。每采一个人应当进行严格手消毒或更换手套。

（四）采样流程。各医疗机构应当建立新冠病毒核酸检测采样操作流程制度，根据采样对象类别确定具体采样流程，包括预约、缴费、信息核对、采样、送检、报告发放等。应当利用条码扫描等信息化手段采集受检者信息。标本采集前，采样人员应当对受检者身份信息进行核对，并在公共区域以信息公告形式告知核酸检测报告发放时限和发放方式。每个标本应当至少记录以下信息：1. 受检者（患者）姓名、身份证号、居住地址、联系方式；2. 采样单位名称、标本编号，标本采集的日期、时间、采集部位、类型、数量等。

（五）采集方法。应当采集呼吸道标本，包括上呼吸道标本（口咽拭子、鼻咽拭子等）或下呼吸道标本（呼吸道吸取物、支气管灌洗液、肺泡灌洗液、深咳痰液等）。其中，重症病例优先采集下呼吸道标本；根据临床需要可留取粪便标本。

1. 口咽拭子。被采集人员先用生理盐水漱口，采样人员将拭子放入无菌生理盐水中湿润（禁止将拭子放入病毒保存液中，避免抗生素引起过敏），被采集人员头部微仰，嘴张大，并发“啊”音，露出两侧咽扁桃体，将拭子越过舌根，在被采集者两侧咽扁桃体稍微用力来回擦拭至少 3 次，然后再在咽后壁上下擦拭至少 3 次，将拭子头浸入含 2~3ml 病毒保存液（也可使用等渗盐溶液、组织培养液或磷酸盐缓冲液）的管中，尾部弃去，旋紧管

盖。

2. 鼻咽拭子。采样人员一手轻扶被采集人员的头部，一手执拭子贴鼻孔进入，沿下鼻道的底部向后缓缓深入，由于鼻道呈弧形，不可用力过猛，以免发生外伤出血。待拭子顶端到达鼻咽腔后壁时，轻轻旋转一周（如遇反射性咳嗽，应停留片刻），然后缓缓取出拭子，将拭子头浸入含 2~3ml 病毒保存液的管中。

3. 深咳痰液。要求患者深咳后，将咳出的痰液收集于含 3ml 采样液的 50ml 螺口塑料管中。如果痰液未收集于采样液中，可在检测前，加入 2~3ml 采样液，或加入痰液等体积的痰消化液。可以采用痰液等体积的含 1g/L 蛋白酶 K 的磷酸盐缓冲液将痰液化。

4. 鼻咽或呼吸道抽取物。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（亦可用小儿导尿管接在 50ml 注射器上来替代收集器）。

5. 支气管灌洗液。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，并用采样液冲洗收集器 1 次（亦可用小儿导尿管接在 50ml 注射器上来替代收集）。

6. 肺泡灌洗液。局部麻醉后将纤维支气管镜通过口或鼻经过咽部插入右肺中叶或左肺舌段的支管，将其顶端契入支气管

分支开口，经气管活检孔缓缓加入灭菌生理盐水，每次 30~50ml，总量 100~250ml，不应超过 300ml。

三、标本管理基本要求

(一) 标本包装。所有标本应当放在大小适合的带螺旋盖内有垫圈、耐冷冻的标本采集管里，拧紧。容器外注明标本编号、种类、姓名及采样日期。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。

(二) 标本送检。标本采集后室温放置不超过4小时，应在 2~4小时内送到实验室。如果需要长途运输标本，应采用干冰等制冷方式进行保存，严格按照相关规定包装运输。

(三) 标本接收。标本接收人员的个人防护按采样人员防护装备执行。标本运送人员和接收人员对标本进行双签收。

(四) 标本保存。用于病毒分离和核酸检测的标本应当尽快进行检测，能在24小时内检测的标本可置于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）。应当设立专库或专柜单独保存标本。标本运送期间避免反复冻融。

(五) 混检标本的采集和检测。

1. 采样方法。按本手册“第二部分（五）采集方法”进行样本采集。

2. 样本混合。将采集的数个样本（原则上不超过5个）各取 200 μl 进行充分混合，形成混合待检样本。

3. 混检样本的结果判断与重测。检测结果先按照各检测试剂盒使用说明书的要求，对被检测基因位点逐一判定，出现任一位点阳性或能测出Ct值的混合样本，均作为重测对象，按照常规方法进行单样本核酸检测。

四、实验室管理基本要求

（一）实验室资质要求。开展核酸检测的实验室，应当符合《病原微生物实验室生物安全管理条例》（国务院令 第424号）和《医疗机构临床基因扩增检验实验室管理办法》（卫办医政发〔2010〕194号）有关规定，具备经过卫生健康行政部门审核备案的生物安全二级及以上实验室条件，以及临床基因扩增检验实验室条件。独立设置的医学检验实验室还应当符合《医学检验实验室基本标准（试行）》《医学检验实验室管理规范（试行）》等要求。

（二）实验室分区要求。原则上开展新冠病毒核酸检测的实验室应当设置以下区域：试剂储存和准备区、标本制备区、扩增和产物分析区。这3个区域在物理空间上应当是完全相互独立的，不能有空气的直接相通。各区的功能是：

1. 试剂储存和准备区：贮存试剂的制备、试剂的分装和扩增反应混合液的制备，以及离心管、吸头等消耗品的贮存和准备。

2. 标本制备区：转运桶的开启、标本的灭活，核酸提取及其加入至扩增反应管等。

3. 扩增和产物分析区：核酸扩增和产物分析。

根据使用仪器的功能，区域可适当合并。如采用标本处理、核酸提取及扩增检测为一体的自动化分析仪，标本制备区、扩增和产物分析区可合并。

(三) 主要仪器设备。实验室应当配备与开展检验项目相适宜的仪器设备，包括核酸提取仪、医用PCR扩增仪、生物安全柜、病毒灭活设备（如水浴锅等）、保存试剂和标本的冰箱和冰柜、离心机、不间断电源（UPS）或备用电源等。

(四) 实验室检测。实验室接到标本后，应当在生物安全柜内对标本进行清点核对，并对标本进行灭活处理。按照标准操作程序进行试剂准备、标本前处理、核酸提取、核酸扩增、结果分析及报告。实验室应当建立可疑标本和阳性标本复检的流程。

1. 试剂准备。应当选择国家药品监督管理部门批准的试剂，并在选择标本保存液和核酸提取试剂时，使用试剂盒说明书上建议的配套试剂。核酸提取方法与标本保存液和灭活方式相关，有些核酸提取试剂（如磁珠法或者一步法），容易受到胍盐或保存液中特殊成分的影响，特别是一步法提取多需要使用试剂厂家配套的标本保存液。

2. 标本前处理。已经使用含胍盐的灭活型标本保存液的实验室，这一环节无需进行灭活处理，直接进行核酸提取，而使用非灭活型标本保存液的实验室，则有 56℃ 孵育 30 分钟热灭活、化学灭活的处理方式。

3. 核酸提取。将灭活后的标本取出，在生物安全柜内打开标

本采集管加样。核酸提取完成后，立即将提取物进行封盖处理。在生物安全柜内将提取核酸加至 PCR 扩增反应体系中。

4. 核酸扩增。将扩增体系放入扩增仪，核对扩增程序是否与试剂说明书相符，启动扩增程序。扩增后产物置于含 1 mol/L 的盐酸中，应将产物全部浸泡至液体中，浸泡后将扩增产物移出实验室。

五、实验室质量控制与管理

各医疗机构应当加强核酸检测质量控制。实验室应对检测体系进行必要的性能验证，性能指标包括但不限于精密度和最低检测限。实验室要做好日常室内质控，按照《国家卫生健康委办公厅关于医疗机构开展新型冠状病毒核酸检测有关要求的通知》（国卫办医函〔2020〕53号）要求规范开展室内质控。应常态化接受国家级或省级检验质量控制。不按照本地要求参加室间质评的，或室间质评结果不合格的，或检测结果质量问题突出的，不得开展核酸检测。

质量管理包括人员的操作技能和生物安全培训，标本采集、运输、接收和保存，耗材的管理，试剂的选择和性能验证，质控品的合理设置及其有效判定，复检规则，结果的报告、解释与建议等。

六、核酸检测结果反馈基本要求

（一）报告时限。对于发热门诊、急诊患者，在 6 小时内报告核酸检测结果；对于普通门诊、住院患者及陪护人员等人群，

原则上在 12 小时内报告结果；对于“愿检尽检”人群，一般在 24 小时内报告结果。医疗机构应当为受检者出具检测报告，并告知其查询方式，不得以任何理由不出具检测报告。

（二）检测报告。各医疗机构应当按照《新型冠状病毒核酸检测报告单》的参考样式出具检测报告（见附件），在卫生健康行政部门的规定下，互认检测结果。医疗机构可采用纸质、快递、网络或信息化系统等多种形式，发放核酸检测报告，并注意保护个人隐私。发现核酸检测阳性结果时应按相关要求在 12 小时内报告。

七、核酸检测安全管理

（一）标本安全管理。标本转运箱封闭前，须使用 75%酒精或 0.2%含氯消毒剂喷洒消毒。标本包装应符合国际民航组织文件 Doc9284《危险品航空安全运输技术细则》的 PI602 分类包装要求。涉及外部标本运输的，应按照 A 类感染性物质进行三层包装。疑似或确诊患者标本应标示有特殊标识，并进行单独转运。检测完成后，若检测结果为阴性，剩余标本及核酸可在结果报告发出 24 小时后装入专用密封废物转运袋中进行压力蒸汽灭菌处理，随后随其他医疗废物一起转运出实验室进行销毁处理；若检测结果为阳性，剩余标本应进行复核检测。

（二）实验室检测安全管理。

1. 基本要求。标本灭活及检测应当在生物安全二级实验室进行，同时采用生物安全三级实验室的个人防护。开展新冠病毒

核酸检测的实验室应当制定实验室生物安全相关程序文件及实验室生物安全操作失误或意外的处理操作程序，并建立实验室环境消毒处理记录。

2. 实验前安全要求。应使用 0.2%含氯消毒剂或 75%酒精进行桌面、台面及地面消毒。消毒液需每天新鲜配制，不超过 24 小时。转运至实验室的标本转运桶应在生物安全柜内开启。转运桶开启后，使用 0.2%含氯消毒剂或 75%酒精对转运桶内壁和标本采集密封袋进行喷洒消毒。取出标本采集管后应首先检查标本管外壁是否有破损、管口是否泄露或有管壁残留物。确认无渗漏后，推荐用 0.2%含氯消毒剂喷洒、擦拭消毒样品管外表面（此处不建议使用 75%酒精，以免破坏样品标识）。如发现渗漏应立即用吸水纸覆盖，并喷洒有效氯含量为 0.55%的含氯消毒剂进行消毒处理，不得对标本继续检测操作，做好标本不合格记录后需立即进行密封打包，压力蒸汽灭菌处理后销毁。

实验室操作人员进行标本热灭活时，温浴前需旋紧标本采集管管盖，必要时可用封口膜密闭管盖；温浴过程中可每隔 10 分钟将标本轻柔摇匀 1 次，以保证标本均匀灭活；温浴后标本需静置至室温或至少 10 分钟使气溶胶沉降，随后再开盖进行后续核酸提取。

3. 核酸提取和检测安全要求。标本进行核酸提取和检测时应尽可能在生物安全柜内进行操作。如为打开标本管盖或其他有可能产生气溶胶的操作，则必须在生物安全柜内进行。

4. 实验结束后安全要求。需对实验室环境进行清洁消毒。

(1) 实验室空气消毒。实验室每次检测完毕后应进行房间紫外消毒 30 分钟或紫外消毒机照射消毒 1 小时。必要时可采用核酸清除剂等试剂清除实验室残留核酸。

(2) 工作台面消毒。每天实验后，使用 0.2%含氯消毒剂或 75%酒精进行台面、地面消毒。

(3) 生物安全柜消毒。实验使用后的耗材废弃物放入医疗废物垃圾袋中，包扎后使用 0.2%含有效氯消毒液或 75%酒精喷洒消毒其外表面。手消毒后将垃圾袋带出生物安全柜放入实验室废弃物转运袋中。试管架、实验台面、移液器等使用 75%酒精进行擦拭。随后关闭生物安全柜，紫外灯消毒 30 分钟。

(4) 转运容器消毒。转运及存放标本的容器使用前需使用 0.2%含氯消毒剂或 75%酒精进行擦拭或喷洒消毒。

(5) 塑料或有机玻璃材质物品消毒：使用 0.2%含氯消毒剂或过氧乙酸或过氧化氢擦拭或喷洒消毒。

(三) 实验室医疗废物管理。

1. 基本要求。开展新冠病毒核酸检测的实验室应当制定医疗废物处置程序及污物、污水处理操作程序。所有的危险性医疗废物必须按照统一规格化的容器和标示方式，完整且合规地标示废物内容。应当由经过适当培训的人员使用适当的个人防护装备和设备处理危险性医疗废物。实验室应建立医疗废物处理记录，定期对实验室排风 HEPA 过滤器进行检漏和更换，定期对

处理后的污水进行监测，采用生物指示剂监测压力灭菌效果。

2. 医疗废物的处理措施。医疗废物的处理是控制实验室安全的关键环节，必须充分掌握生物安全废弃物的分类，并严格执行相应的处理程序。

(1) 废液的处理。实验室产生的废液可分为普通污水和感染性废液。普通污水产生于洗手池等设备，对此类污水应当排入实验室水处理系统，经统一处理达标后进行排放。感染性废液即在实验操作过程中产生的废液，需采用化学消毒（0.55%含氯消毒剂处理）或物理消毒（紫外照射 30 分钟以上）方式处理，确认彻底消毒灭活后方可排入实验室水处理系统，经统一处理达标后进行排放。污水消毒处理效果按《医疗机构水污染物排放标准》（GB18466）相关规定进行评价。

(2) 固体废物的处理。实验室固体废物应当分类收集。固体废物的收集容器应当具有不易破裂、防渗漏、耐湿耐热、可密封等特性。实验室内的潜在感染性废物不允许堆积存放，应当及时进行压力蒸汽灭菌处理。废物处置之前，应当存放在实验室内指定的安全位置。小型固体废物如检测耗材、个人防护装备等均需使用双层防渗漏专用包装袋打包密封后经过压力蒸汽灭菌处理，再沿医疗废物通道转运出实验室。

体积较大的固体废物如 HEPA 过滤器，应当由专业人士进行原位消毒后，装入安全容器内进行消毒灭菌。不能进行压力蒸汽灭菌的物品如电子设备可采用环氧乙烷熏蒸消毒处理。经消毒

灭菌处理后移出实验室的固体废物需集中交由医疗废物处理单位进行处置。

（四）实验室污染的处理。

1. 标本污染生物安全柜的操作台造成局限污染时：立即用吸水纸覆盖，并使用 0.55%含氯消毒剂进行喷洒消毒。消毒液需要现用现配，24 小时内使用。

2. 标本倾覆造成实验室污染时：保持实验室空间密闭，避免污染物扩散。立即使用润湿有 0.55%含氯消毒剂的毛巾覆盖污染区。必要时（如大量溢撒时）可用过氧乙酸加热熏蒸实验室，剂量为 $2\text{g}/\text{m}^3$ ，熏蒸过夜；或 $20\text{g}/\text{L}$ 过氧乙酸消毒液用气溶胶喷雾器喷雾，用量 $8\text{ml}/\text{m}^3$ ，作用 1~2 小时；必要时或用高锰酸钾-甲醛熏蒸：高锰酸钾 $8\text{g}/\text{m}^3$ ，放入耐热耐腐蚀容器（陶罐或玻璃容器），后加入甲醛（40%） $10\text{ml}/\text{m}^3$ ，熏蒸 4 小时以上。熏蒸时室内湿度 60%~80%。

3. 清理污染物时严格遵循活病毒生物安全操作要求，采用压力蒸汽灭菌处理，并进行实验室换气等，防止次生危害。

八、核酸检测信息化管理

医疗机构应当在卫生健康行政部门统筹下，做好标本采集、核酸检测、检测报告的信息对接工作。建立统一的信息采集扫码程序，信息应至少包括姓名、性别、年龄、身份证号、联系电话，做到标本采集的个人信息与医疗机构信息系统顺利对接，各医疗机构间应做到信息互通、互采、互认。

九、其他要求

因疫情防控需要等因素，医疗机构采集的标本量明显超出自身检测能力范围的，可以建立医疗机构间新冠病毒核酸检测协作机制，分散检测压力，保证时效性和有效性。

附

新型冠状病毒核酸检测报告单

(参考样式)

医疗机构名称:

姓名: 性别: 年龄:
联系电话: 人员类型: ID号/住院号:
病区/床号: 送检科室: 申请医师:
标本类型: 标本编号:

检验项目	检测结果	参考区间	检测方法
新型冠状病毒核酸检测	阴性		如实时荧光 PCR法
声明: 1. 本检测结果可能受到采样时间、采样部位及方法学局限性等因素影响,结果需结合临床进行分析。 2. 此报告仅对本次送检标本负责。			

签发时间: (此处加盖医疗机构公章)
采样时间: 接收时间:
检验人: 审核人:
联系地址: 联系方式:

填表说明:

1. 人员类型包括发热门诊、普通门诊、急诊、住院患者、陪护人员,本院职工,院外采样人员,其他机构送检等;
2. 发热门诊、普通门诊、急诊、住院患者需填写ID号、住院号、病区/床号、送检科室、申请医师。

附件 3

医务人员个人防护指引

一、医务人员个人防护应遵循《医院隔离技术规范》（WS/T311-2009）和《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南（第一版）》（国卫办医函〔2020〕65号）的要求。

二、医疗机构应进行个人防护全员培训，提高防护意识，熟练掌握新冠肺炎防治基本知识、方法与技能。规范消毒、隔离和防护工作；储备质量合格、数量充足的防护物资。

三、降低医务人员暴露风险。发热门诊、隔离留观区、隔离病区设置三区两通道及缓冲间，有条件的可设置负压病房；普通病区设置过渡病房（室），收治待排查患者。

四、医疗机构和医务人员应当标准预防措施，严格落实《医务人员手卫生规范》要求，做好诊区、病区（房）的通风管理，根据诊疗护理操作中可能的暴露风险选择适当的防护用品，具体如下：

（一）可能接触患者的血液、体液、分泌物、排泄物、呕吐物及污染物品时，戴清洁手套，脱手套后洗手。

（二）可能受到血液、体液、分泌物等喷溅时，戴护目镜/防护面屏、穿防渗隔离衣。

（三）可能出现呼吸道暴露时，戴医用外科口罩。

五、在严格落实标准预防的基础上，根据接诊患者疾病的传播途径，参照《医院隔离技术规范》(WS/T311)选择强化接触传播、飞沫传播和/或空气传播的感染防控，严格落实戴医用外科口罩/医用防护口罩、戴乳胶手套等隔离要求。

六、在新冠肺炎流行中高风险地区，按照接触新冠肺炎风险，在标准预防的基础上增加飞沫隔离、接触隔离的防护措施。在为疑似或确诊新冠肺炎患者进行产生气溶胶的操作时，增加空气隔离防护措施。根据不同工作岗位暴露风险的差异，根据有关文件要求选择防护用品，并根据风险评估适当调整，做到以下防护：

(一) 一级防护：预检分诊点，普通急诊留观区，门诊，普通病区，重症监护病房，密切接触者医学观察区，医务人员医学观察区，隔离病区的潜在污染区工作人员，以及进行普通患者手术，非新冠患者的影像检查与病理检查，发热门诊及隔离病区外的安保、保洁、医疗废物转运等工作人员；一级防护用品主要包括：医用外科口罩、一次性工作帽、工作服、一次性乳胶手套或丁腈手套等。

(二) 二级防护：发热门诊及隔离病区内，隔离重症病区，疑似及确诊患者影像检查及检验，消毒供应中心对新冠病区物品回收、清点及清洗时，疑似及确诊患者转运、陪检、尸体处置时，为疑似或确诊患者手术，新冠核酸检测时采用二级防护措施。二级防护主要防护用品：医用防护口罩、护目镜或防护面屏、一次性工作帽、穿防渗隔离衣或防护服、一次性乳胶手套或丁腈手

套、鞋套等。

(三)三级防护:有条件的医疗机构在为疑似或确诊患者实施可产生气溶胶操作、手术、新冠病毒核酸检测时可采用三级防护;为疑似或确诊患者实施尸体解剖时采用三级防护。三级防护主要防护用品:正压头套或全面防护型呼吸防护器、穿防渗隔离衣或防护服、一次性乳胶手套或丁腈手套、鞋套等。

七、正确使用防护用品,医务人员使用的防护用品应当符合国家有关标准。医用外科口罩、医用防护口罩、护目镜、隔离衣等防护用品被患者血液、体液、分泌物等污染时应当及时更换。

八、按《医务人员手卫生规范》要求实施手卫生,戴手套前应当洗手,脱去手套或隔离服后应当立即流动水洗手。

九、医务人员进入隔离病区(二级防护)穿脱防护用品的流程。

(一)医务人员进入隔离病区穿戴防护用品程序

医务人员通过员工专用通道进入清洁区,有条件的可以更换刷牙衣裤、换工作鞋袜,认真洗手后依次戴一次性帽子、医用防护口罩、穿防护服、一次性隔离衣、戴护目镜或防护面屏、手套(2副)、鞋套。

(二)医务人员离开隔离病区脱摘防护用品程序

1.医务人员离开污染区,进入第一脱摘区,手卫生后,依次脱摘防护面屏或护目镜、一次性隔离衣、鞋套、外层手套分置于专用容器中,之后手卫生。

2. 在第二脱摘区脱去医用防护服、内层手套、靴套，手卫生后，脱去医用防护口罩、一次性帽子，手卫生后，换医用外科口罩进入清洁区。

3. 每次接触患者后立即进行手的清洗和消毒。

4. 一次性医用外科口罩、医用防护口罩、防护服或者隔离衣等防护用品被患者血液、体液、分泌物等污染时应当立即更换。

5. 下班前应当进行个人卫生处置，并注意呼吸道与黏膜的防护。

十、严格执行锐器伤防范措施。患者使用后的医疗器械、器具应当按照《医疗机构消毒技术规范》要求进行清洁与消毒。

附件 4

清洁与消毒指引

一、环境物体表面清洁与消毒

（一）遵循原则

严格遵循《医院消毒卫生标准》（GB 15982-2012）、《普通物体表面消毒剂通用要求》（GB 27952-2020）、《医疗机构消毒技术规范》（WS/T 367-2016）、《医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范》（WS/T 512-2012）、《关于全面精准开展环境卫生和消毒工作的通知》（联防联控机制综发〔2020〕195号）等文件要求。

（二）感染防控要点

1. 加强日常环境物体表面清洁和消毒工作，消除污染的环境物体表面的传播隐患。

2. 按照单元化操作的原则，强化高频接触物体表面的清洁与消毒。

3. 严格执行医院环境清洁与消毒制度，有明显污染的情况下应先去污，再实施消毒。消毒可选用 500mg/L 含氯消毒液，或采用同等杀灭微生物效果的消毒剂。

4. 物体表面擦拭宜采用有效消毒湿巾，也可使用超细纤维抹布；地面清洁消毒宜使用超细纤维地布；清洁工具做到分区使

用（如采用机械热力清洗消毒的可统一使用），保持清洁工具清洁与干燥，宜集中机械热力清洗、消毒与干燥。使用过的或污染的保洁工具未经有效复用处理，不得用于下一个患者区域或诊疗环境，防止发生病原微生物交叉污染。

5. 预防消毒与随时消毒相结合。医疗区域预防消毒至少 1 次/天，中高风险区域至少 2 次/天；有明显污染随时消毒。高频接触的物体表面应增加消毒频次。

（三）终末清洁与消毒

1. 患者一旦出院或转科，应立即对病房或患者区域进行环境终末清洁与消毒工作，有效阻断病原微生物传播。

2. 应有序实施以“床单元”为单位的终末清洁与消毒工作，从医用织物到环境物体表面，先清洁、后消毒，从上到下，从相对清洁物体表面到污染物体表面，清除所有污染与垃圾。可搬离的医疗设备与家具，应在原地实施有效清洁与消毒后，方可搬离。

3. 消毒可选用 500mg/L 含氯消毒液，或采用同等杀灭微生物效果的消毒剂；有明显污染时先去污染再消毒。

4. 必要时可采取强化的终末消毒措施，即可以在上述清洁与消毒措施基础上，采用过氧化氢汽（气）化/雾化消毒，或紫外线辐照设备消毒，或采用同等杀灭微生物效果的消毒方法，按产品的使用说明进行消毒。

（四）疑似或确诊新冠肺炎患者接触物体表面、地面的清洁与消毒

1. 发现疑似或确诊新冠肺炎患者时，在患者离开该环境后，应对患者所处周围环境的物体表面、地面进行清洁与消毒，消毒可选用 1000mg/L 含氯消毒液至少作用 30 分钟，或采用同等杀灭微生物效果的消毒剂。如为留观病房则每日消毒不少于 2 次。

2. 有可见污染物时，应先使用一次性吸水材料清除污染物，再用 1000mg/L 的含氯消毒液或 500mg/L 的二氧化氯消毒剂等进行擦拭消毒，作用 30 分钟；或使用具有吸附消毒一次性完成的消毒物品。

3. 保持环境清洁、整齐。

（五）注意事项

1. 遵循“五要、六不”原则。“五要”，即：隔离病区要进行定期消毒和终末消毒；医院人员密集场所的环境物体表面要增加消毒频次；高频接触的门把手、电梯按钮等要加强清洁消毒；垃圾、粪便和污水要进行收集和无害化处理；要做好个人手卫生。“六不”，即：不对室外环境开展大规模的消毒；不对外环境进行空气消毒；不直接使用消毒剂对人员进行消毒；不在有人条件下对空气使用化学消毒剂消毒；不用戊二醛对环境进行擦拭和喷雾消毒；不使用高浓度的含氯消毒剂进行预防性消毒。合理使用消毒剂，科学规范采取消毒措施，同时避免过度消毒。

2. 使用合法有效的消毒剂，消毒剂的使用剂量、作用时间和注意事项参考产品使用说明。

3. 消毒剂对物品有腐蚀作用，特别是对金属腐蚀性很强，对

人体也有刺激，配制消毒液、实施环境清洁消毒措施时，应做好个人防护。

二、医用织物的清洁与消毒

（一）遵循原则

应严格遵循《医院医用织物洗涤消毒技术规范》（WS/T 508-2016）的要求。

（二）感染防控要点

1. 应保持清洁卫生。

2. 宜使用可水洗的医用织物，可擦拭的床垫。

3. 住院患者、急诊室患者应一人一套一更换，衣服、床单、被套、枕套至少每周更换1次；遇污染时应及时更换；更换后的医用织物应及时清洁、消毒；枕芯、被褥、床垫应定期清洁、消毒，被血液、体液污染时应及时更换，清洁、消毒。

4. 门诊诊间、治疗间的床单至少每天更换，如就诊人数较多，半天更换，有污染随时更换；如可能接触患者粘膜（如妇科检查等）的，应一人一换，或使用隔离单（如一次性中单等）。

5. 医务人员工作服应保持清洁，定时更换，如遇污染应随时更换；专用工作服专区专用，至少每日更换，遇污染应随时更换。

6. 宜使用具有防水阻菌阻尘功能的床上用品，可采用擦拭清洁与消毒。

7. 使用部门应备有足够的被服收集袋（桶），分别收集感染性织物、脏污织物及医务人员的工作服、被服；织物收集袋（桶）

应保持密闭。

8. 有明显血液、体液、排泄物等污染的被服，多重耐药菌或感染性疾病患者使用后的被服视为感染性织物，由产生的部门负责放置在专用袋中并有警示标识，洗衣部门需分开单独清洗消毒。

9. 明显污染且无法清洗的织物可按医疗废物处理。

10. 被服的收集运送车与干净被服发放车应分车使用，并有明显标志，收取和发放车辆应专用，并应密闭运送防止二次污染。

11. 应分别设有相对独立的使用后医用织物接收区域和清洁织物储存发放区域，标志应明确，避免交叉污染。

（三）疑似或确诊新冠肺炎患者接触织物的清洁与消毒

1. 宜使用可水洗的医用织物，可擦拭的床垫。

2. 当发现有疑似或确诊新冠肺炎患者，使用后的床单、被套等立即装入用双层专用袋鹅颈结式包扎，并贴有警示标识，密闭转运集中进行消毒、清洗；可用流通蒸汽或煮沸消毒 30 分钟；或先用 500mg/L 的含氯消毒液浸泡 30 分钟，然后按常规清洗；或采用水溶性包装袋盛装后直接投入洗衣机中，同时进行洗涤消毒 30 分钟，并保持 500mg/L 的有效氯含量；贵重衣物可选用环氧乙烷方法进行消毒处理。

3. 一次性床单等，使用后当作医疗废物处理。

4. 洗衣房宜单独区域进行消毒与清洗，环境通风，定期消毒。

5. 明显污染且无法清洗的织物可按医疗废物处理。

（四）注意事项

1. 实施病人单元整理、更换、清洁和消毒时，以及洗衣时应做好个人防护。

2. 医用织物收集过程避免扬尘和二次污染。

三、室内空气清洁与消毒

（一）遵循原则

应严格遵循《医院空气净化隔离规范》（WS/T 368-2012）、《经空气传播疾病医院感染预防与控制规范》（WS/T 511-2016）、《空气消毒剂通用要求》（GB 27948-2020）、《医院中央空调系统运行管理》（WS488-2016）、《公共场所集中空调通风系统卫生规范》（WS 394-2012）、《公共场所空调通风系统清洗消毒规范》（WS 396-2012）和《关于印发公众科学戴口罩指引（修订版）和夏季空调运行管理与使用指引（修订版）的通知》（联防联控机制综发〔2020〕174号）等文件要求。

（二）感染防控要点

1. 在建筑设计中应结合中央空调通风系统，合理配置新风系统、回风系统和排风系统，建立上送风下回风的气流组织，有效降低诊疗场所室内空气中微生物、气溶胶浓度。

2. 可选择自然通风或机械通风进行有效空气交换，每日通风 2~3 次，每次不少于 30 分钟；宜选择在中央空调通风系统中安装空气净化消毒装置，或在回风系统中安装空气净化消毒装置；室内也可配置人机共存的空气净化消毒机；有人情况下不

能使用紫外线灯辐照消毒和化学消毒。

3. 负压隔离病房，在保证有效换气次数的前提下，不必额外增加空气消毒措施。在患者出院或转科后，对腾空的负压病房做好环境物体表面终末清洁与消毒的基础上，如有洁净系统可连续开启通风机组自净 1 小时后使用；如无洁净系统，可使用过氧化氢汽（气）化/雾化等空气消毒设备进行空气消毒。

4. 化学消毒剂汽（气）化/雾化消毒应在无人情况下使用，可选择过氧化氢、二氧化氯等消毒剂，使用浓度和作用时间，按产品的使用说明进行。

5. 中央空调系统的日常管理应按《医院中央空调系统运行管理》要求进行，安全有效使用。

（三）疑似或确诊新冠肺炎患者所处室内空气的清洁与消毒

1. 当发现有疑似或确诊新冠肺炎患者时，在患者离开该环境后，应对患者所处室内环境进行通风与清洁消毒。

2. 疑似或留观患者应单间隔离，并通风良好，可采取排风（包括自然通风和机械排风），也可采用人机共存的空气消毒机进行空气消毒。无人条件下可用紫外线等对空气进行消毒，用紫外线消毒时，可适当延长照射时间到 1 小时以上。

3. 有条件的医疗机构可将患者安置到负压隔离病房。

4. 终末消毒，可使用过氧化氢汽（气）化/雾化等空气消毒设备进行空气消毒。

（四）注意事项

1. 注意诊疗场所的气流组织，应从清洁区域流向污染区域。
2. 选择的空气消毒设备，应符合国家有关管理规定，并按照使用说明。

3. 注意人员保暖。

四、诊疗器械、器具和物品清洗与消毒

（一）遵循原则

严格遵循《消毒供应中心 第1部分：管理规范》（WS 310.1-2016）、《消毒供应中心 第2部分清洗消毒及灭菌技术操作规范》（WS 310.2-2016）、《消毒供应中心 第3部分：清洗消毒及灭菌效果监测标准》（WS 310.3-2016）、《医疗机构消毒技术规范》（WS/T 367-2012）和《医院消毒卫生标准》（GB 15982-2012）等文件的要求。

（二）感染防控要点

1. 按照行业标准要求做好复用诊疗器械、器具和物品的收集、清洗、包装、灭菌或消毒、储存、运送的全流程工作，确保复用器械的使用安全。

2. 应采取集中管理方式，所有复用的诊疗器械、器具和物品由消毒供应中心负责回收、清洗、消毒、灭菌和供应。内镜中心、口腔科等科室的复用器械的清洗消毒，可按国家相关行业标准处理，也可集中由消毒供应中心处理。

3. 使用后的诊疗器械、器具与物品，在使用部门应先就地预处理，去除肉眼可见污染物，及时送消毒供应中心集中处理；无

法及时送消毒供应中心的器械和物品可使用器械保湿剂或及时进行初步清洗。消毒供应中心应遵循先清洗后消毒的处理程序，被朊毒体、气性坏疽及突发不明原因的传染病病原体污染的诊疗器械、器具和物品应先消毒。耐湿、耐热的器械、器具和物品首选热力消毒或灭菌方法。不耐热物品可选择化学消毒剂或低温灭菌设备进行消毒或灭菌。

4. 新使用的医疗器械与物品，应先了解材质与性能，选择合适的灭菌或消毒方法。

5. 血压计、听诊器、输液泵等医疗用品处理同物体表面。

(三) 疑似或确诊新冠肺炎患者诊疗器械、器具和物品的清洗与消毒

1. 可复用诊疗器械、器具和物品，使用后去除可见污染物后立即采用双层专用袋逐层密闭包装，做好标识，密闭运送至消毒供应中心集中进行处理；消毒供应中心可实行先消毒，再处理。

2. 或使用后立即使用有消毒杀菌的医用清洗剂或 1000mg/L 含氯消毒剂浸泡 30 分钟，采用双层专用袋逐层密闭包装，做好标记，密闭运送至消毒供应中心集中进行处理。

3. 灭菌首选压力蒸汽灭菌，不耐热物品可选择化学消毒剂或低温灭菌设备进行消毒或灭菌。

4. 建议使用一次性餐（饮）具，如非一次性餐具，清除食物残渣后，煮沸消毒 30 分钟，也可用有效氯为 500mg/L 含氯消毒液浸泡 30 分钟后，再用清水洗净。

（四）注意事项

1. 首选机械清洗、消毒，手工清洗注意个人防护。
2. 注意医疗器械处理间的环境通风、清洁与消毒。
3. 防止运送中再污染。

五、医疗废物管理

（一）遵循原则

应严格遵循国家颁布的《医疗废物管理条例》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》《医疗废物包装物、容器标准和标识》《医疗废物分类目录》等相关法规和文件要求。

（二）感染防控要点

1. 收集：医疗废物应放置在装有黄色垃圾袋的医疗废物桶中，禁止混入生活垃圾袋（黑色垃圾袋）中，医疗废物桶应加盖并有明显标识；锐器及时置于锐器盒中，避免扎伤。

2. 感染性隔离患者使用后的医疗废物需采用双层黄色医疗废物袋，分层封扎，做好标识，生活垃圾按照医疗废物处理。

3. 治疗室外使用后产生的医疗废物严禁入治疗室存放。

4. 医疗废物袋装量达 3/4 时应扎紧袋口后放入医用废物暂存容器（转运箱）中，锐器盒装量达 3/4 时封口，转运时放入转运箱中，转运箱应加盖后扣紧环扣。存放医疗废物的容器应防渗，医疗废物袋外表面粘贴医疗废物标志（感染性、损伤性、病理性、药物性、化学性），根据废物类型进行选择。

5. 医疗废物存放时间不超过 48 小时，集中回收后移交有资

质的医疗废物集中处置单位。

6. 病原体的培养基、标本和菌种、毒种保存液等高危险废物，应当在产生地点进行压力蒸汽灭菌或者化学消毒处理，然后按照感染性废物收集处理。

7. 医疗废物由医院专人、定时、定线、使用密封容器进行收集、运送，不污染环境。收集人员应做好必要的防护，如工作衣、手套等。每天运送结束后，应对运送工具进行清洁和消毒。

8. 医疗废物收集人员负责登记各部门产生的废物量，并请产生部门人员确认。

9. 暂存要求：集中存放医疗废物的房间必须上锁（或门禁），避免流失，并粘明显的警示标识和禁止吸烟饮食的标识，有防漏、防鼠、防蚊蝇、防蟑螂、防盗、防儿童接触等安全措施。有上下水、洗手等设施。每天对环境进行清洁与消毒，有污染时立即消毒；运送车辆每天清洁消毒。

（三）疑似或确诊新冠肺炎患者医疗废物的管理

1. 患者产生的生活垃圾与医疗废物均作为医疗废物处理。

2. 医疗废物收集桶应为脚踏式并带盖。

3. 医疗废物达到包装袋或者利器盒的 3/4 时，应当有效封口，确保封口严密。使用双层包装袋盛装医疗废物，采用鹅颈结式封口，分层封扎。

4. 盛装医疗废物的包装袋和利器盒的外表面被感染性废物污染时，应当增加一层包装袋。

5. 潜在污染区和污染区产生的医疗废物，在离开污染区前应当对包装袋表面采用 1000mg/L 的含氯消毒液喷洒消毒（注意喷洒均匀）或在其外面加套一层医疗废物包装袋；清洁区产生的医疗废物按照常规的医疗废物处置。

6. 含病原体的标本和相关保存液等高危险废物的医疗废物，应当在产生地点进行压力蒸汽灭菌或者化学消毒处理，然后按照感染性废物收集处理。

7. 每天运送结束后，对运送工具进行清洁和消毒，可使用 1000mg/L 含氯消毒液擦拭消毒；运送工具被感染性医疗废物污染时，应当及时消毒处理。

8. 医疗废物宜在医疗机构集中暂存于相对独立区域，尽快交由医疗废物处置单位进行处置，做好交接登记。

（四）注意事项

1. 锐器盒应符合国家标准，并严禁重复使用。
2. 医疗废物运送人员应做好个人防护。

医务人员职业暴露处置指引

一、预防是职业暴露的最佳处置方式，目前主要是物理预防措施，包括社交距离佩戴口罩、咳嗽礼仪、手卫生、环境清洁与消毒、通风及负压病房、早期发现和隔离患者。新冠肺炎尚缺乏暴露前预防措施（如疫苗）和暴露后预防措施（如预防性使用药物和血清抗体阻断发病等）。

二、医疗机构应当制订新冠病毒感染职业暴露报告制度及处置预案。

三、根据暴露风险评估选择恰当的处置方式。呼吸道暴露风险最高，血液体液暴露及皮肤暴露风险较低，血液体液暴露须同时考虑经血传播疾病风险。

四、呼吸道暴露处置

（一）常见呼吸道暴露：缺乏呼吸道防护措施、呼吸道防护措施破坏时（如口罩脱落）、使用无效呼吸道防护措施（如不符合规范要求的口罩）时与新冠肺炎患者或无症状感染者密切接触；新冠病毒环境污染的手接触口鼻或眼结膜等。

（二）呼吸道暴露后的处置措施

1. 发生呼吸道暴露后应尽快脱离暴露现场或立即佩戴合格口罩脱离暴露现场。

2. 脱离暴露现场后尽快报告有关部门（常为医院感染管理部门），仍未佩戴口罩者尽快佩戴合格口罩。

3. 有关部门（常为医院感染管理部门）接到报告后及时评估暴露风险。若暴露源患者被确定为新冠病毒感染者则感染风险较高；暴露时所处环境为隔离病房、发热门诊或隔离留观室，且有新冠病毒感染者存在时感染风险较高，否则风险较低。

4. 有关部门及时为高风险暴露者指定隔离地点实施单间隔离，暴露者应佩戴口罩。

5. 高风险暴露者单间隔离 14 天，禁止离开隔离区。期间若被诊断为新冠肺炎病例或无症状感染者，则转送至定点医疗机构。

6. 暴露源患者诊断尚未明确的应尽快明确诊断。若暴露源患者排除新冠病毒感染，暴露者可解除隔离。

五、血液体液暴露时的紧急处置

（一）发生血液体液喷溅污染皮肤时，即刻至潜在污染区用清水彻底清洗干净，用 75%乙醇或碘伏擦拭消毒，再用清水清洗干净。护目镜或防护面屏或口罩被污染时，即刻至潜在污染区及时更换；污染眼部时，即刻至潜在污染区用清水彻底清洗干净。防护服、隔离衣、手套等被污染时，及时至缓冲间更换。

（二）发生针刺伤时，先就近脱去手套，从近心端向远心端轻柔挤压，挤出受伤部位血液，流动水冲洗，75%乙醇或碘伏消毒刺伤部位，戴清洁手套，然后按血液体液暴露常规处理。

新冠肺炎疑似或确诊死亡患者处置指引

一、基本流程

(一) 疑似或确诊患者死亡后, 要尽量减少尸体移动和搬运, 由经培训的工作人员在严密防护下及时处理。

(二) 用有效氯 3000mg/L ~ 5000mg/L 的含氯消毒剂或 0.5% 过氧乙酸的棉球或纱布填塞尸体口、鼻、耳、肛门、气管切开处等所有开放通道或创口; 用浸有消毒液的双层布单包裹尸体, 装入双层尸体袋中, 由专用车辆直接送至指定地点尽快火化。

(三) 死亡患者住院期间使用的个人物品经消毒后方可由家属带回家。

二、工作人员个人防护

(一) 处置患者尸体的医务人员按照要求穿工作服、一次性工作帽、戴医用防护口罩、一次性隔离衣/医用防护服、一次性鞋套、戴乳胶手套、戴护目镜/防护面屏。

(二) 医务人员应按照医疗机构规定的防护用品穿脱流程在指定的区域穿脱防护用品, 并进行个人卫生处置。

门急诊新冠肺炎疫情防控工作指引

一、基本要求

门急诊是医疗机构疫情防控的第一关，存在人群密集、人员结构复杂、来源众多，流程环节多，涉及科室、部门多等现实情况，且秋冬季时室内通风较差，易发生呼吸道传染病的聚集和传播。各医疗机构应遵照《医疗机构门急诊医院感染管理规范》（WS/T 591-2018）等规范的要求，结合本机构实际，制定并落实门急诊常态化疫情防控方案。

二、防控要点

（一）切实履行告知义务。医疗机构应充分利用互联网、各预约平台、短信、海报、电子宣传屏等多种方式，在患者预约就诊、诊前一日和进入医院就诊时，将预检分诊和发热门诊有关要求告知患者及其陪同人员。医疗机构应在门急诊入口处、诊疗区域内采取多种途径加强健康宣教，内容包括：呼吸卫生、佩戴口罩、手卫生、社交距离等。

（二）实行预检分诊，落实体温检测、流行病学史问询和健康码识别等措施。要合理规划门急诊工作人员和患者的进出通道，并派专人值守，确保人人都接受预检分诊。落实医生首诊负责制，接诊医师应认真询问并记录流行病学史、是否有发热和呼

吸道症状。

（三）加强病例筛查。门诊出诊医师要加强对患者新冠肺炎症状和流行病学史的问诊，对不能排除新冠肺炎的患者，要及时安排专人引导至发热门诊就诊。对需要急诊急救的患者，要在做好防护的基础上给予治疗，不得以疫情防控为由停诊、拒诊或延误治疗。对于怀疑新冠肺炎的患者要在救治的同时进行核酸检测。

秋冬季为呼吸系统疾病高发季节，对有呼吸道症状患者应在进行新冠病毒核酸筛查的同时，进行流感病毒等其他呼吸道病原体的筛查。

（四）多途径限制诊区内人流。全面落实非急诊预约就诊制度，对门诊量大、诊区内人流密集的医疗机构应逐步推行分时段预约就诊制度，避免患者聚集；有条件的医疗机构应大力推行互联网门诊，要通过预约诊疗、分时段就医、线上咨询、慢病管理长期处方等方式，减少现场就诊量；充分利用信息化，优化就诊流程，坚持“一人一诊一室”，充分利用各类就诊、叫号、检查预约等系统，分流患者，避免患者在就诊大厅、候诊室聚集排队；严格落实门诊不输液制度，急诊应严格掌握输液指征，减少输液的患者。

（五）规范设置门急诊核酸采样点和其他呼吸道标本采样点。医疗机构应选定通风良好的区域开展核酸采集工作，对其他采集痰液、呼吸道分泌物的操作，也应在通风良好的房间内或室

外进行，避免在门诊大厅、候诊区等区域采集呼吸道标本。

（六）落实分级防护。要对门急诊工作人员分级分层防护知识、个人防护用品使用、规范接诊流程等进行培训，完善分级防护措施；门急诊、候诊大厅、预检分诊点以及诊室等均应配备足量手卫生和环境消毒用品，预检分诊台和诊室还应配备足量的个人防护用品；加强针对门急诊工作人员（含保洁、保安等工勤人员）的健康管理，每日开展体温检测和呼吸道症状监测，发热或有呼吸道症状的工作人员应暂停工作，并进行新冠病毒核酸检测。

住院病区新冠肺炎疫情防控工作指引

一、住院病区的分区和布局

(一) 每个住院病区应设置缓冲病区，用于临时隔离住院患者中可疑新冠肺炎病例或需住院治疗但未获得新冠肺炎筛查结果的患者。

(二) 缓冲病区应设置在相对独立的位置，不应穿插在普通病区中间。缓冲病区除污染区（患者隔离病室）外，还应至少设有潜在污染区，用于医务人员脱卸防护用品。潜在污染区的设置可利用缓冲病区相邻病房，或在缓冲病区外使用物理屏障隔出独立区域。有条件的病区，还可在缓冲病区内设置清洁区，用于穿戴防护用品。缓冲病区内清洁区、潜在污染区、污染区的相对位置应符合由洁到污的流线。缓冲病区与非缓冲病区之间应设置醒目标识。缓冲病区的病房应通风良好，关闭房门，开窗通风，通风不良时，放置可人机共处的空气消毒净化器进行持续空气消毒。采用集中通风系统时，应关闭缓冲病区的回风和送风。

二、科室和医务人员管理

(一) 科主任为科室疫情防控第一责任人。各科室应制定本科室可疑新冠肺炎病例应急处置预案及工作流程，并进行演练。加强科室内部管理，确保科室落实新冠肺炎医院感染防控各项

要求。

(二) 医务人员是个人健康安全的第一责任人，应严格自律，不聚餐，减少集中开会，杜绝科室间不必要的人员往来，严防医院感染。医务人员、医疗辅助人员等不应穿工作服进入休息室，严禁在污染区饮水、就餐，避免无防护条件下交谈。

(三) 医务人员日常工作时均应规范穿着工作服、佩戴医用外科口罩，并严格落实标准预防措施，强化飞沫传播、接触传播及空气传播的感染防控意识，根据所在区域及岗位正确选择和佩戴防护用品，做好手卫生。

(四) 医务人员进入缓冲病区时，应评估该病区内患者风险，根据《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南（第一版）》（国卫办医函〔2020〕65号）中医务人员防护的相关内容，采取相应防护措施。

(五) 医务人员应严格遵守按区域及岗位防护的规定，禁止穿戴防护服、隔离衣、护目镜、防护面屏、手套、鞋套等防护用品离开相应诊疗区域（转运可疑/疑似/确诊病例除外）。

(六) 各病区要对本院职工、进修生、研究生、实习生、保洁员、护理员等所有在岗医务人员加强培训、考核和督查，确保其正确掌握本岗位相应的医院感染防控措施。同时加强对新入科人员管理，确认其行程及健康状况符合防控要求。

三、患者的入院筛查和管理

(一) 择期住院患者应严格执行患者住院前筛查流程，如询

问流行病学史、进行血常规检测、新冠病毒核酸和抗体检测、肺部 CT 检查等，排除新冠肺炎后方可收治住院。

（二）筛查结果不全的患者需住院治疗时，应尽可能收治到缓冲病区隔离治疗；无条件设置缓冲病区的医院，应将患者暂时安置在各病区的缓冲病房单间收治，等待筛查结果。

（三）病区应适当控制收住院患者密度，床间距应符合《病区医院感染管理规范》（WS/T 510-2016）要求。

（四）患者住院期间，原则上不得离开病区（需到其他区域进行必要检查时除外），不串病室，全程佩戴符合国家要求的无呼气阀口罩（患者病情允许时）。

（五）加强对住院患者的体温和感染相关症状监测，如病区发现可疑新冠肺炎患者时，应立即启用缓冲病区，将可疑患者隔离收治，并报告医院相关部门。隔离病区内患者实行分组护理。同病区隔离患者的密接患者暂时原地隔离，病区暂停患者出入院，根据隔离患者诊断结果及相关部门流调结果做好患者后续处置。

四、住院患者陪护及探视管理

（一）加强探视和陪护管理，强化病区 24 小时门禁管理，无关人员禁止随意出入。取消非必要的现场探视和陪护，确需陪护的宜安排 1 名固定陪护人员，陪护人员应按医院相关规定进行筛查及健康监测，并佩戴符合国家标准的无呼气阀口罩，原则上不出病区，不串病室，不聚集。

(二) 医务人员应在病区外与患者家属交代病情或请家属签署相应医疗文书，非必要家属不得进入病区。

五、空气及环境物体表面清洁消毒

空气及环境物体表面清洁消毒按照“清洁与消毒指引”执行。

(一) 加强病区各病室、医疗辅助用房及值班室/休息室通风换气，通风不良的应辅以可人机共处的空气消毒器或紫外线辐照消毒（室内无人状态下）。

(二) 加强病区环境及物体表面清洁与消毒，适当增加清洁消毒频次，保持病区环境清洁无污染。

(三) 加强对环境清洁消毒效果监测，监测结果符合相关要求。

(四) 隔离病区患者转出或出院后，隔离病区应进行终末消毒，终末消毒方案按照“清洁与消毒指引”执行。

六、医用织物及医疗废物处置

住院病区中的医用织物及医疗废物的处置按照“清洁与消毒指引”执行。

手术部（室）新冠肺炎疫情防控工作指引

本指引遵照《新型冠状病毒肺炎防控方案》《关于落实常态化疫情防控要求进一步加强医疗机构感染防控工作的通知》《医院洁净手术部建筑技术规范》（GB50333-2013）和《医院空气净化管理规范》（WS/T 368-2012）的要求。

一、术前筛查

非急诊手术的患者：应在术前进行体温监测、流行病学史问询和健康码识别，并在术前完成新型冠状病毒核酸检测。

急诊手术患者：应根据病情进行相应处理，不能因为等待核酸检测采样或检测结果而延误治疗。若病情紧急而不能在术前完成新冠肺炎排查，则按新冠肺炎疑似病例进行手术及处置，待病情许可时尽快完成新冠肺炎排查。

二、手术安排

新冠肺炎确诊患者或不能排除新冠肺炎的患者的手术应尽可能安排在负压手术间进行。若无负压手术间，应将患者安置于具有独立净化机组且空间相对独立的手术间，术中关闭层流通风系统且增加手术间的排风，或将患者安置于配有空气消毒设备且空间相对独立的手术间，并关闭中央空调。不能排除新型冠状病毒感染的全麻患者的复苏应安排在手术间内进行。

三、终末处理

为新冠肺炎确诊患者或不能排除新冠肺炎的患者进行急诊手术时，严格遵循无菌操作和安全操作原则，限制手术间内人员数量及频繁的开关门，做好充分的术前准备工作。固定一名护士在手术间外进行物品传递工作；使用后的可复用器械、器具的清洗与消毒遵循“清洁与消毒指引”执行；终末处理要点如下：

空气消毒：空气净化系统自净时间至少 30 分钟，宜适当延长自净时间；无空气净化系统的手术间应使用空气消毒机进行消毒。

排（回）风口清洁消毒：空气消毒后，操作人员按要求做好个人防护，先更换排（回）风口过滤网，再用 1000mg/L 含氯消毒剂或 75%乙醇消毒剂擦拭消毒排（回）风口内表面，换下的过滤网按医疗废物处置。

物体表面清洁消毒：使用 1000mg/L 含氯消毒剂进行物体表面、地面消毒，作用 30 分钟。

使用后的手术单、床罩等织物建议按《医院医用织物洗涤消毒技术规范》处置；手术中产生的废弃人体组织应置于双层黄色医疗废物袋，分层封扎，做好标识，按病理性废物处置；产生的医疗废物均应采用双层黄色医疗废物袋，分层封扎，做好标识，按感染性医疗废物处置。

四、工作人员防护要求

为非新冠肺炎疑似或确诊患者进行择期和限期手术时：手

术相关人员穿洗手衣、戴一次性工作帽、戴医用外科口罩、戴乳胶手套、戴护目镜/防护面罩（若有体液喷溅风险时），术者穿无菌手术衣。

为不能排除新冠肺炎的患者进行手术时：手术相关人员穿洗手衣、戴一次性工作帽、戴医用防护口罩（或正压头套）、戴护目镜/防护面罩、戴乳胶手套；术者穿防护服，外穿无菌手术衣；非术者穿防护服。

消化内镜中心新冠肺炎疫情防控工作指引

一、患者筛查

一般情况下，高风险区域应暂停非急诊内镜诊疗工作，对确需急诊内镜诊疗患者，需先行排除新冠肺炎。中风险或低风险区域就诊患者，建议在做好新冠肺炎筛查的前提下开展消化内镜诊疗工作，先预约后诊疗，诊疗时需携带新冠肺炎相关检查结果及内镜申请单等。

二、内镜中心合理布局，分区管理

根据具体情况将内镜中心划分为清洁区、潜在污染区和污染区，分区进行管理。严格控制医务人员和患者流向，防止交叉感染。

三、全员掌握防控知识，落实工作人员防护标准

通过各种形式对内镜中心全体工作人员进行培训。新冠肺炎疫情期间内镜中心进行分级防护。确诊新冠肺炎或疑似感染者诊疗区应穿戴工作帽、医用防护口罩(N95)、工作服、防护服、全面型呼吸防护器(有条件时)、手套(双层)、鞋套、防护靴套，并建议在负压操作间完成操作。

对于已排除新冠肺炎的患者，医务人员在诊疗区应穿戴工作帽、医用外科口罩、工作服、隔离衣、手套、鞋套；对未排查

新冠肺炎的患者，医务人员在诊疗区防护要求同确诊新冠肺炎或疑似感染者。

四、内镜及诊疗附件管理和消毒流程

应尽可能选择一次性使用附件，一人一用一丢弃。必须重复使用的诊疗器械、器具和物品应严格遵循先消毒，再清洗、消毒的原则。

中高风险区域内镜再处理流程参照中华医学会消化内镜学分会《新型冠状病毒肺炎疫情形势下消化内镜中心清洗消毒建议方案》。

内镜诊疗结束后不在床旁进行预处理（防止气溶胶在空气中过多暴露），内镜及可重复使用附件放入双层黄色医疗废物袋并密封，专人转运至洗消间。内镜送到洗消间后，立即全部浸泡于浓度为 0.2%~0.35%的过氧乙酸或有效氯浓度为 50~70mg/L 的酸性氧化电解水溶液中消毒（注射器向内镜各管道内充满消毒液），加盖密闭 5 分钟。之后进行常规清洗、酶洗，清洗液一人一更换，清洗槽和漂洗槽一用一消毒。最后在干燥台干燥，蓝色运镜袋打包，消毒打包好的内镜放入指定位置备用。

低风险区域内镜再处理流程参照《软式内镜清洗消毒技术规范》（WS507-2016）严格执行。

五、环境清洁消毒流程

患者诊疗结束后，诊疗区域应用含氯消毒剂（1000~2000 mg/L）进行桌面、墙面和地面消毒，所有可能接触物品（包括内

镜主机、操作台、监护仪、电外科工作站等)表面使用含氯消毒剂或 75%乙醇擦拭,保持 30 分钟后再用清水擦拭干净。诊疗间空气交换采用全程新风开放,自动空气消毒机或紫外线消毒 30 分钟以上。

六、应急处理流程

对于需急诊内镜但未排查新冠肺炎的患者,相关科室病房按照预设转运路线将患者转运至内镜中心,内镜中心应设置相对独立的诊疗操作间进行操作,有条件的建议使用负压操作间。诊疗操作间在患者进入之前做好相关准备工作,患者送至后立即手术,尽量缩短操作时间。手术尽量安排内镜中心非工作时间,当日内镜手术尽量减少相关人员,尽可能减少暴露风险。急诊内镜诊疗过程中工作人员防护级别按确诊患者标准进行。

感染性疾病科病房新冠肺炎疫情防控工作指引

一、设置要求

应设置“三区两通道”，清洁区、潜在污染区和污染区之间有缓冲区，缓冲区之间有物理隔离。在病区末端或相对独立区域设立 2~3 间缓冲病房，用于隔离不能排除新冠肺炎的患者。

二、工作要求

（一）非定点医院

对所有患者和陪护人员开展新冠肺炎相关筛查，排除新冠肺炎感染后方可收入住院，如不能排除，可安置在缓冲病区，要求单人隔离；原则上不安排陪护，特殊情况可固定 1 人陪护，陪护人员也需行新冠病毒感染相关排查和个人防护培训，排除新冠病毒感染后方可进入病区，与住院患者共同实行封闭式管理；患者住院期间如发现新冠肺炎疑似症状，要立即报告医院主管部门，由主管部门组织会诊，并进行新冠病毒核酸检测，如果不能排除的，按照要求转送定点医院隔离治疗。

（二）定点医院

新冠肺炎疑似病例或确诊病例原则上直入病房，由医务人员协助办理入院手续，优化入院流程，减少患者等候时间；疑似

病例安置在单人间，确诊病例可安置在多人间；应安排充足的医疗力量，根据防护用品更换时间合理安排班次；住院患者原则上不允许陪护，确需陪护者需对其进行新型冠状病毒核酸等相关筛查及个人防护培训；加强病房 24 小时门禁管理。患者及陪护住院期间除必要的检查和治疗外，不得离开病房。同时，加强患者及陪护人员宣教，使其了解新型冠状病毒的防护知识，指导做好手卫生、戴口罩、咳嗽礼仪、注意如厕卫生等。

三、医务人员个人防护要求

（一）医务人员应当遵循《医院感染管理办法》及相关法律法规的要求，严格执行标准预防及手卫生规范。

（二）进出发热门诊和隔离病房，要严格按照要求正确穿脱个人防护用品。在穿脱隔离衣/防护服、医用防护口罩等个人防护用品时，有条件的应有专人监督或二人一组互相监督，避免交叉感染。

（三）医务人员应根据医疗护理操作可能感染的风险，采取合适的个人防护。非定点医院医护人员日常查房时戴工作帽、戴医用外科口罩、穿工作服、必要时穿隔离衣。定点医院，如接诊疑似病例或确诊病例，医用外科口罩更换为医用防护口罩，穿医用防护服，接触血液、体液、分泌物或排泄物时，加戴乳胶手套；在采集患者咽拭子标本、吸痰、气管插管等可能发生气溶胶和引起分泌物喷溅操作时，加戴护目镜或防护面屏等，必要时佩戴呼吸头罩。

（四）疫情期间，工作人员应做好健康监测，每天测量体温，咳嗽等身体不适症状，并记录，有异常情况及时报告。

（五）按照《医疗机构消毒技术规范》，做好医疗器械、污染物品、物体表面、地面等清洁消毒。在诊疗过程中产生的医疗废物，应根据《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》等有关规定处置和管理。

儿科新冠肺炎疫情防控工作指引

一、基本要求

严格把握收治儿童患者适应症,满足住院治疗条件的儿童患者需先进行新冠病毒感染排查,排除新冠病毒感染后方可收治住院。原则上不安排陪护,特殊情况可固定 1 人陪护,陪护人员也需行新冠病毒感染排查,排除新冠病毒感染后方可进入病房区域。

二、儿科门诊区域防控指引

遵循门急诊新冠肺炎疫情防控工作指引;限制进入候诊区人数,儿科门诊限 1 人陪同,病情特殊时最多不得超过 2 人陪同,就诊人员注意与其他就诊者保持距离,并佩戴好口罩。

三、儿科病房防控指引

遵循住院病区新冠肺炎疫情防控工作指引。

(一)办理入院手续时,儿童陪护家属均需签署入院知情同意书,需要告知的内容包括但不限于:儿童患者为新冠肺炎易感人群,患者及防护人员需遵照病区“封闭式管理”制度等;医务人员应于患者入院前请其家属如实告知:患者是否有呼吸道症状、发热,是否有新冠肺炎确诊/疑似患者接触史等。

(二)新入院患者建议按单人单间收入缓冲病房隔离观察,如 3 天未出现可疑症状可收入普通病房。

产房新冠肺炎疫情防控工作指引

一、产房工作人员应熟练掌握新冠肺炎防治基本知识。

二、建立产房工作人员与产科病房及急诊科工作人员的联系机制，产房工作人员主动了解即将进入产房生产的产妇的情况，是否完成新冠肺炎筛查，产科病房和急诊科也应及时向产房工作人员通报即将进入产房的产妇的新冠肺炎筛查情况。

三、产房应设置备用（隔离）产房及备用（隔离）待产室。

四、产房应储备常用个人防护设施，如医用外科口罩、医用防护口罩、护目镜、防护面屏、隔离衣、医用防护服、手套、鞋套等物品，存放位置方便可及。

五、制定产房新冠肺炎消毒隔离与个人防护工作制度，放置在方便工作人员随时查阅的位置，工作人员应熟练掌握；至少应包括无新冠肺炎和疑似新冠肺炎产妇接产时消毒隔离与个人防护工作制度两部分。

六、不能排除新冠肺炎的产妇离开待产室后应及时对其进行清洁和终末消毒。有条件的医院对待排查的产妇可设置过渡待产室。对于已经进入待产室的不排除新冠肺炎的产妇，病情允许时应佩戴外科口罩，并尽可能及时采集鼻咽拭子或咽拭子进行检测，详细询问流行病学史，以期尽快确定或排除新冠肺

炎。

七、怀疑新冠肺炎的产妇离开产房后，应及时进行清洁及终末消毒。

八、接触不能排除新冠肺炎的产妇时，医务人员应做好个人防护，佩戴医用防护口罩、护目镜或者防护面屏，穿戴隔离衣或防护服、手套。产妇生产后，如仍待排查新冠肺炎，可以转入产科缓冲病房，如诊断为新冠肺炎疑似或确诊病例，要及时转入定点医院。

九、新冠肺炎疑似或确诊病例生产的新生儿可以转至新生儿病房隔离病室采集咽拭子检测核酸排查，阳性者继续隔离，有条件的转至定点医院。

眼科新冠肺炎疫情防控工作指引

一、眼科门诊防控工作指引

(一)眼科门诊设置有预检分诊台,对所有进入门诊的患者及患者家属进行体温测量、查健康码,询问流行病史,并专门配置免洗手消毒液供患者及家属手卫生使用。

(二)避免交叉感染的同时对眼科门诊检查设备进行保护,对患者可能接触的部位均贴有一次性保鲜膜,一用一更换。对于无法贴膜的部位,每检查完一位患者后,需使用消毒纸巾对仪器接触部位进行擦拭。

(三)眼科裂隙灯检查设备安装透明防护挡板,为近距离面对面的检查提供物理屏障。

(四)眼压检查设备眼压计位于诊室通风处,避免眼压检查时气溶胶传播。

(五)早产儿视网膜筛查仪器置于单独房间,尽量减少早产儿与其他患者接触。

(六)鼻泪道内窥镜治疗需摘下口罩且接触鼻腔粘膜,此项治疗前需行新冠肺炎排查,并严格实行检查预约制。

二、应急管理策略

眼科急诊患者就诊时需戴口罩,间隔至少 1.5 米以上排队

等候，不乱摸乱碰，不揉眼睛。如需在眼科手术室做急诊手术，医务人员在做好防护的基础上给予及时治疗，对高度怀疑且不能排除新冠肺炎的患者要在救治同时进行核酸检测。对救治后需留院治疗的，应在缓冲病区进行单人单间治疗，待排除新冠肺炎后转入普通病房。住院期间，患者及家属不得随意外出，护士做好住院患者及家属的健康宣教工作，减少人际传播。

三、眼科专科仪器和器械的管理

为了有效避免患者交叉感染，眼科专科仪器和器械均采用一人一用一消毒制度，即使用完毕后立刻消毒处于备用状态。由于眼科检查仪器属于精密器材，裂隙灯及非接触式眼压仪器等建议用保鲜膜包裹，使用后用 75%乙醇做物品表面消毒，可保护精密仪器在物体表面消毒时不受损；对于非接触性眼压计、检眼镜等眼科非接触性检查器具，可应用 75%乙醇或 3%过氧化氢棉球仔细擦拭后使用；一些特殊器材（如三面镜及 20D 镜头等）用 3%过氧化氢溶液浸泡消毒。检查室等医疗场所用每日定时紫外线照射 60 分钟进行空气及物品消毒处理。

耳鼻喉科新冠肺炎疫情防控工作指引

一、针对耳鼻喉科门诊病人的防控工作

由于耳鼻喉科门诊通常人流量较大，极易造成交叉感染。在耳鼻喉科门诊，要求患者在就诊时佩戴口罩，仅在鼻部及咽喉相关体格检查时短暂取下口罩。

耳鼻喉科有许多上呼吸道感染导致的发热，如：流感、急性扁桃体炎、急性鼻窦炎、急性中耳炎等。另外，鼻咽部部位的淋巴瘤患者也表现为反复持续发热。目前，各医院通常会将这部分病人分流到发热门诊，患者在发热门诊排除新冠肺炎等相关疾病后可能再次前往耳鼻喉科就诊。因此，对于发热病人，无论其是否感染了新冠肺炎，耳鼻喉科医务人员都应该做好足够的防护。

对不能排除新冠肺炎的急诊病例，医护人员要在做好防护的基础上给予及时治疗，同时进行核酸检测，对救治后需要留院治疗的，应先在缓冲区进行单人单间隔离治疗，排除新冠肺炎后再转入普通病房；医务人员应采取三级防护，穿戴一次性工作帽、医用防护口罩（N95 或 N99）、防护眼镜（防雾型），防护服外套一次性隔离衣和双层一次性乳胶手套，一次性长筒鞋套、使用全面型防护面罩、全面型呼吸防护器或正压式头套。

二、针对耳鼻喉科门诊检查的防控工作

在中高风险地区的耳鼻喉科门诊，建议采取严格防护措施。对于存在喷溅风险的患者，如：电子鼻咽喉镜、鼻出血、门诊紧急气管切开术，在条件允许情况下，应做到三级防护。

三、针对耳鼻喉科手术的防控工作

尚未排除新冠肺炎且需急诊手术的患者，需选择负压手术室或隔离手术室，尽量减少手术间内不必要的仪器、设备、物品，加强消毒隔离措施，准备隔离防护用品。气管插管应使用标准快速顺序诱导插管，尽可能使用肌松药物，最大程度避免患者呛咳引起飞沫传播。由于患者咽喉、血清中可能携带新冠肺炎病毒，为防止手术中血液喷溅，手术团队建议采用三级防护。手术后进行终末消毒。患者术后送入缓冲区病房，排除新冠肺炎后可转入普通病房。病房严格实行闭环式管理，患者及陪护人员严禁外出。

口腔科新冠肺炎疫情防控工作指引

一、口腔诊疗工作中主要风险点

口腔诊疗操作常常贴近病人口鼻，易受飞沫影响；部分口腔操作如使用气动高速涡轮手机和口腔超声设备操作，除产生飞沫外，还可以产生气溶胶。因此需要特别注意呼吸道防护，诊疗环境通风与清洁消毒及手卫生。

二、工作人员防护标准

医疗机构内所有工作人员须遵守《医务人员新冠肺炎疫情个人防护指引》，确保防护到位。防护标准如下：

（一）一级防护：适用于不使用气动高速涡轮手机和口腔超声设备操作的口腔医务人员；也适用于预检分诊岗位人员、门诊药房、收费人员、咨询工作人员、一般保洁人员、所有进入诊疗区域的工作人员。

防护要求：穿戴一次性工作帽、一次性医用外科口罩和工作服（白大褂），戴一次性乳胶手套，必要时使用防护护目镜或防护面罩。

（二）二级防护：适用于使用气动高速涡轮手机和口腔超声设备操作的口腔医务人员、进入污染区的器械处理人员、缓冲病区医务人员。

防护要求：穿戴一次性工作帽、一次性医用外科口罩/防护

口罩、防护面罩/护目镜、一次性乳胶手套、工作服（白大褂）外面加套隔离衣、一次性鞋套。

（三）三级防护：适用于接诊高风险患者且使用气动高速涡轮手机和口腔超声设备操作的口腔医务人员，在隔离区操作。

防护要求：穿防护服或穿工作服（白大褂），再穿一次性防护服，并戴一次性工作帽、使用全面型呼吸防护器或正压式头套，一次性乳胶手套，鞋套。

三、诊疗环境管理

可设置隔离诊室，各诊室内开展的口腔诊疗项目相同。隔离诊室接诊有可疑症状或流行病学史且不能提供排除新冠肺炎排查结果的急诊患者。严格执行《口腔诊疗器械消毒灭菌技术规范》，加强诊疗环境（物体表面、地面等）的通风和清洁消毒，严格终末消毒。

四、诊疗操作防控管理

（一）严格按照各专业诊疗规范进行操作，有条件者建议四手操作。

（二）治疗前建议患者进行口腔消毒和含漱，降低口腔操作产生的飞沫、气溶胶中的微生物数量。

（三）在诊疗过程中使用强、弱吸引器及时吸唾。使用弱吸引器时，应嘱患者勿闭唇咬住吸头、吸引器柄部尽可能位于患者口腔下方，且不要同时使用强吸引器，以避免产生回吸导致交叉感染。

医技科室新冠肺炎疫情防控工作指引

一、基本要求

（一）科室与医务人员管理

医务人员防护要求应按照国家卫生健康委印发的《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南（第一版）》（国卫办医函〔2020〕65号）中医务人员防护的相关内容执行。床旁检查操作人员应遵循区域岗位防护规定。

医务人员日常工作时应规范穿戴工作服、医用外科口罩，并严格落实标准预防措施，强化飞沫传播、接触传播及空气传播的感染防控意识，根据所在区域及岗位正确选择和佩戴防护用品，做好手卫生。

医务人员应严格遵守按区域岗位防护规定，禁止穿戴防护服、隔离衣、护目镜、防护面屏、手套、鞋套等防护用品离开相应诊疗区域（转运可疑/疑似/确诊病例除外）。

（二）患者就诊管理

宜实施非急诊全面预约就诊。各科室应设置预检分诊处，对患者及陪同人员进行预检分诊及体温检测，体温 $\geq 37.3^{\circ}\text{C}$ 时不得进入，并引导其前往发热门诊就诊。

有条件的医院，住院患者与门诊患者应分室进行检查，不具

备分室条件时应分时段进行检查。

应控制诊疗区域人员数量。候诊区域应设醒目 1 米间隔线，落实“一米线等候”措施，座位应设置醒目间隔就座标识。加强宣教，及时疏导，避免人员聚集。

检查室应执行“一室一患”。患者应全程佩戴符合国家要求的无呼气阀口罩。

检查过程中发现可疑新冠肺炎病例后，安排专人按指定路线引导患者至发热门诊，医务人员做好防护。检查室按要求消毒后方可诊查下一位患者。

（三）空气及环境物表清洁消毒

空气及环境物体表面清洁消毒按照“清洁与消毒指引”执行。

应加强检查室通风换气及空气消毒，通风不良的检查室宜使用人机共处的空气消毒器，不具备条件时应使用紫外线辐照消毒（室内无人状态下）。

（四）医用织物与医疗废物管理

医用织物及医疗废物按照“清洁与消毒指引”执行。

可疑新冠肺炎病例检查时宜使用一次性诊查床单。可疑病例产生的所有垃圾均按照《关于做好新型冠状病毒感染的肺炎疫情期医疗机构医疗废物管理工作的通知》（国卫办医函〔2020〕81号）处理。

二、重点医技科室防控要求

（一）发热门诊放射科防控要求

空气及环境物表清洁消毒：空气及环境物体表面清洁消毒按照“清洁与消毒指引”执行。检查间应使用紫外线辐照消毒（室内无人状态下）。有条件时宜使用可人机共处空气消毒器加强消毒；环境物体表面消毒应使用 1000mg/L 的含氯消毒液擦拭消毒，不耐腐蚀的设备表面可使用 75%乙醇擦拭消毒，遇污染随时消毒；仪器设备直接接触患者的部分应一患一消毒或使用一次性屏障保护覆盖物；疑似/确诊新冠肺炎病例检查后检查室进行终末消毒。终末消毒按照“清洁与消毒指引”执行。

医疗废物管理：不能排除新冠肺炎的患者产生的所有垃圾按照《关于做好新型冠状病毒感染的肺炎疫情期间医疗机构医疗废物管理工作的通知》（国卫办医函〔2020〕81号）处理。

（二）检验科核酸检测实验室防控要求

检验科核酸检测实验室防控要求按照《关于印发医疗机构新型冠状病毒核酸检测工作手册（试行）的通知》（联防联控机制医疗发〔2020〕271号）中相关要求执行。

（三）病理科接收新冠可疑病例标本防控要求

可疑新冠肺炎病例标本的转运：可疑病例标本放入专用标本袋，标本袋放置在带有生物安全警告标识的密封转运行内进行转运。

可疑病例标本的接收：应在生物安全二级以上实验室进行，医务人员采取三级防护。

人员防护：在病理科日常工作分区的基础上，进一步对不同

来源标本的走向途径进行分区、标识，便于工作人员采取相应等级的防护措施。细胞学检查室、冷冻快速制样、常规组织取材、分子病理核酸检测、前台接待及报告发放的工作人员，应穿戴工作服、一次性工作帽、医用防护口罩等防护用品；如进行存在液体喷溅可能的操作时，可加戴护目镜/防护面屏，一旦受到污染应及时更换。其他人员，应穿戴工作服、一次性工作帽、医用外科口罩等防护用品。

空气及环境物表清洁消毒：空气及环境物体表面清洁消毒按照“清洁与消毒指引”执行。加强生物安全柜的清洁消毒，生物安全柜内可使用 75%乙醇或其他有效消毒剂擦拭消毒。

医疗废物处理：按照国家卫生健康委印发的《关于做好新型冠状病毒感染的肺炎疫情期间医疗机构医疗废物管理工作的通知》（国卫办医函〔2020〕81号）处理。

血液净化中心（室）新冠肺炎疫情防控 工作指引

一、基本要求

血液净化中心应遵照《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南（第一版）》（国卫办医函〔2020〕65号）《关于落实常态化疫情防控要求进一步加强医疗机构感染防控工作的通知》《医院消毒卫生标准》（GB 15982-2012）、《普通物体表面消毒剂通用要求》（GB 27952-2020）、《消毒技术规范》（WS/T 367-2016）、《医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范》（WS/T 512-2012）进行新冠肺炎疫情防控。

二、患者管理

（一）一般管理

1. 在做好新冠肺炎排查基础上，进行相关诊疗。应严格落实预检分诊，对患者及陪同人员进行体温检测和流行病学史询问。透析前后均应测量体温，并做好登记。发现发热或符合新冠流行病学史的人员，由专人陪同患者至发热门诊排查。

2. 建立预约透析机制。每班次透析的患者及陪需按照预约时间进入透析治疗区域，避免在透析室内不必要的逗留，陪人应相对固定。在等候区需保持 1 米以上距离，间隔就坐。可根据空

间情况和流行趋势，安排患者固定分组透析治疗。

3. 患者进入治疗单元前，应更换治疗时专用衣物鞋帽，正确洗手或使用手卫生消毒用品消毒双手。在血液透析期间应全程佩戴符合要求的医用口罩（陪同人员也需佩戴口罩），做好手卫生，患者及家属进出血液透析中心（室）及更衣前后应手卫生。

4. 发热患者在没有排除新型冠状病毒感染之前，可由医护人员在隔离病房先行床旁连续性肾脏替代治疗（CRRT）。无 CRRT 治疗条件的透析中心（室）可在其他患者透析结束后再安排该患者单独进行透析治疗，透析结束后进行终末消毒；若患者有呼吸道症状，但已排除新型冠状病毒感染，可将患者安排至血液净化中心（室）一角、每日最后一班。

疑似或确诊病例透析治疗管理：疑似或确诊新冠肺炎的血液透析患者应立即转移至定点医院，依据病情需要和医疗条件进行 CRRT 或血液透析治疗。

（二）医学观察期的透析患者

1. 血液透析中心（室）维持性血液透析患者：因和新冠肺炎确诊患者密切接触而需要进行医学观察时，转至隔离病房进行单间隔离 CRRT 或血液透析治疗，其陪同家属（可以生活自理的患者建议不带陪同家属）及患者均不能离开隔离区，直至隔离期解除。需要住院的患者，转至缓冲病区治疗。

2. 血液透析中心（室）维持性血液透析患者：因去外省市或其他血液透析中心（室）回来后需要隔离，但确切没有疑似或确

诊病例接触史，可在本血液透析中心(室)与其他患者错峰透析，即错开上下机时间，安排在独立透析治疗间进行透析，结束后透析治疗间应做好消毒。无法安排在独立透析治疗间的，应在全部患者透析后，单独安排患者进行透析治疗，结束后透析治疗间应做好消毒。

3. 新冠肺炎康复患者：综合患者核酸、抗体、CT 检测结果，根据专家会诊意见，具体研判是否进行隔离透析。

(三) 新导入透析患者

经排查，排除新冠肺炎以及非医学观察期选择血液透析的患者，应收入病房后再进行血液透析；疑似或确诊新冠肺炎的患者，在定点医疗机构进行血液透析导入；处于医学观察期的患者，无紧急透析指征，可延缓至医学观察期结束后再进行透析导入；存在急透析指征的尿毒症患者，可先在急诊室进行 CRRT，排查新冠肺炎后按照上述方案执行。

三、医务及相关工作人员管理

(一) 建立工作人员健康监测制度：做好所有工作人员包括本科室医生、护士、工程师、保洁员等的健康监测工作，如有体温异常立即脱离工作环境，视情况予以医学干预，采取隔离措施。

(二) 全面落实并执行标准预防措施。工作人员注意做好防护，佩戴口罩，不聚集就餐。严格执行锐器伤防范措施。

四、消毒隔离及医疗废物管理

(一) 空气消毒。按照《医院空气净化管理规范》(WS/T368

-2012), 加强诊疗环境的通风和空气消毒。增加通风频率和时长, 在两个班次之间应安排通风时间至少 30 分钟; 不具备通风条件的区域可配备可人机共存的空气净化消毒器; 有条件的医疗机构可使用新风系统装置, 加强清洁消毒, 增加换气频率; 如发现疑似或确诊病例, 应立即关闭空调, 并加强空气的清洁、消毒。

(二) 环境物体表面消毒。护士站、预诊台: 使用符合规范的消毒湿巾擦拭物体表面 2 次/天, 或选择含有效氯浓度 500mg/L 消毒剂擦拭, 作用 30 分钟后清水擦拭干净。

血液透析机、治疗车等物体表面无肉眼可见污染物: 用 500mg/L 含氯消毒液, 或采用同等杀灭微生物效果的消毒剂进行喷洒、擦拭或浸泡消毒, 作用 30 分钟后清水擦拭干净。

被患者血液、体液、分泌物等污染物污染的医疗器械、物体、血透机表面: 应先使用一次性吸水材料清除污染物, 再用 1000mg/L 的含氯消毒液或 500mg/L 的二氧化氯消毒剂等进行擦拭消毒, 作用 30 分钟; 或使用具有吸附消毒一次性完成的消毒物品。

地面、墙壁: 有肉眼可见污染物时, 应先完全清除污染物再消毒。无肉眼可见污染物时, 可用有效氯浓度 500mg/L 的含氯消毒液擦拭或喷洒消毒。

患者高频接触点: 如体重称把手、按键、门把手、床栏杆等可增加消毒频率, 使用可达高水平消毒水平的湿巾消毒擦拭, 或选择 500mg/L 含氯消毒剂擦拭。

患者及家属等候区、更衣区：用 500mg/L 含氯消毒剂进行物品表面、环境的清洁消毒。

（三）接诊疑似/确诊病例后的终末清洁消毒参照“清洁与消毒指引”执行。

（四）疑似/确诊病例污染物处置（患者血液、体液、分泌物、呕吐物）参照“清洁与消毒指引”执行。

（五）医疗废物管理。参照“清洁与消毒指引”执行。

