

附件 3

全国慢性病预防控制能力调查表  
(适用于基层医疗卫生机构)

省(自治区/直辖市): \_\_\_\_\_

地区 / 地级市 / 州: \_\_\_\_\_

区 / 县 / 县级市 / 旗: \_\_\_\_\_

被调查单位名称: \_\_\_\_\_

调查员姓名: \_\_\_\_\_

调查员职务: \_\_\_\_\_

调查员电话/传真: \_\_\_\_\_

调查员 E-mail: \_\_\_\_\_

请在此处加盖被调查单位公章

中国疾病预防控制中心

二〇一〇年七月

## 请在填表之前仔细阅读填表说明

### 全国慢性病预防控制能力调查表

(适用于基层医疗卫生机构)

#### 第一部分 基本情况

- 1、2009年，您单位服务辖区的范围：\_\_\_\_\_平方公里 . A1
- 2、2009年，您单位服务覆盖人口情况（以所在辖区公安部门登记数据为准）：  
家庭户数\_\_\_\_\_户； A21  
总人口数（常住人口）\_\_\_\_\_万人， . A22  
其中户籍人口\_\_\_\_\_万人， . A23  
暂住人口（办理暂住证）\_\_\_\_\_万人， . A24  
65岁以上老年人口\_\_\_\_\_万人。 . A25
- 3、举办您单位的主体为 A3  
(1) 全民 (2) 集体 (3) 社会团体 (4) 私人 (5) 其它
- 4、2009年，您单位总的在岗人员\_\_\_\_\_人， A41  
其中编制内人员\_\_\_\_\_人； A42  
在岗人员中执业（助理）医师\_\_\_\_\_人， A43  
在岗人员中注册护士\_\_\_\_\_人， A44  
在岗人员中药剂人员\_\_\_\_\_人。 A45
- 5、（仅询问社区卫生服务中心）  
辖区内规划设置\_\_\_\_\_个社区卫生服务站， A51  
2009年，已经设置\_\_\_\_\_个，（如果此处填“0”，则后面涉及社区卫生服务站的问题均跳过） A52  
其中与中心实行一体化管理的\_\_\_\_\_个。 A53
- 6、（仅询问乡镇卫生院）  
2009年，辖区内有\_\_\_\_\_个村卫生室。（如果此处填“0”，则后面涉及村卫生室的问题均跳过。） A6

## 第二部分 基础配置

- 1、2009 年，您单位在岗的卫生技术人员为\_\_\_\_\_人， B11  
其中在编人员为\_\_\_\_\_人。 B12

- 2、您单位 2009 年到账的财政拨款经费为\_\_\_\_\_万元， . B21  
其中基本公共卫生服务经费\_\_\_\_\_万元。 . B22

- 3、2009 年，您单位所在县（区）人均基本公共卫生服务经费标准为\_\_\_\_\_元/人/年 B31

其中各级财政的投入比例分别为：

国家财政占\_\_\_\_\_ % B32

省级财政占\_\_\_\_\_ % B33

地市级财政占\_\_\_\_\_ % B34

县（区）级财政占\_\_\_\_\_ % B35

- 4、2009 年，您单位所在县（区）配置基本公共卫生服务经费时是否考虑到非户籍常住人口？ B4

(1) 是 (2) 否

**选择（2）请跳至本部分第 6 题**

- 5、2009 年，您单位所在县（区）非户籍常住人口人均基本公共卫生服务经费标准为\_\_\_\_元/人/年。 B5

- 6、2009 年，您单位所在县（区）是否针对基本公共卫生服务项目高血压病例管理设置单项财政经费补助标准？ B6

(1) 是 (2) 否

**选择（2）请跳至本部分第 8 题**

- 7、2009 年，您单位管理一名高血压病例获得财政补助额度为 \_\_\_\_\_元。 B7

- 8、2009 年，您单位所在县（区）是否针对基本公共卫生服务项目糖尿病病例管理设置单项财政经费补助标准？ B8

(1) 是 (2) 否

**选择（2）请跳至本部分第 10 题**

- 9、2009 年，您单位管理一名糖尿病病例获得财政补助额度为\_\_\_\_\_元。 B9

10、2009 年，您单位及您单位辖区内的社区卫生服务站/村卫生室慢性病防控相关设备或仪器的配备情况

相关设备或仪器名称	您单位是否配备 ①是 ②否	配备此设备或仪器的社区卫生服务站/村卫生室个数
体重秤	<input type="checkbox"/> B1011	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B1012
身高计	<input type="checkbox"/> B1021	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B1022
腰围尺	<input type="checkbox"/> B1031	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B1032
血压计	<input type="checkbox"/> B1041	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B1042
血糖仪	<input type="checkbox"/> B1051	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B1052
B 超	<input type="checkbox"/> B1061	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B1062
肺功能仪	<input type="checkbox"/> B1071	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B1072
心电图机	<input type="checkbox"/> B1081	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B1082
生化仪	<input type="checkbox"/> B1091	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B1092
X 线机	<input type="checkbox"/> B10101	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B10102
用于健康教育工作的影像设备	<input type="checkbox"/> B10111	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> B10112

### 第三部分 培训、指导情况

1、2009 年，您单位是否举办过慢性病防控相关的技术培训班？  C1

(1) 是 (2) 否

选择 (2) 请跳至本部分第 5 题

2、2009 年，您单位举办过\_\_\_\_次慢性病防控相关的技术培训班。  C2

3、2009 年，您单位举办的慢性病防控相关培训班培训的总人数为\_\_\_\_\_人次。

C3

4、2009 年，您单位所在辖区有\_\_\_\_个社区卫生服务站/村卫生室参加过您单位举办的慢性病防控相关培训班。  C4

5、2009 年，您单位是否有工作人员参加过其他单位举办的慢性病防控相关培训？  C5

(1) 是 (2) 否

选择 (2) 请跳至本部分第 7 题

6、请将 2009 年您单位工作人员参加慢性病防控相关培训的情况填入下表

培训举办单位	您单位是否有人员参加 ①是 ②否	您单位参加的次数	您单位参加的人次数
卫生行政部门	<input type="checkbox"/> C611 选择②请跳至下一行	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C612	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C613
疾控中心	<input type="checkbox"/> C621 选择②请跳至下一行	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C622	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C623
医院	<input type="checkbox"/> C631 选择②请跳至下一行	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C632	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C633
其它机构或部门	<input type="checkbox"/> C641 选择②请跳至本部分第7题	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C642	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> C643

7、2009 年，您单位是否对辖区内的社区卫生服务站/村卫生室开展过慢性病防控相关的现场技术指导？ C7

(1)是 (2)否

选择(2)请跳至第 10 题

8、2009 年，您单位开展过\_\_\_\_次慢性病防控相关的现场技术指导。 C8

9、2009 年，您单位对\_\_\_\_个社区卫生服务站/村卫生室开展过现场技术指导。 C9

10、2007-2009 年，您单位是否存有现行的国家级慢性病防控相关规范或指南（纸质版或电子版）？ C10

(1)是 (2)否

选择(2)请跳至第 12 题

11、请将 2007-2009 年您单位存有的现行国家级慢性病防控相关规范或指南的情况填入下表

国家慢性病防控相关规范或指南名称	您单位是否存有 ①是 ②否	最先获取渠道（单选） ①卫生行政部门 ②疾控中心 ③上级医院 ④媒体（报刊、网络等） ⑤自购 ⑥其他
《国家基本公共卫生服务规范》（2009）	<input type="checkbox"/> C1111 选择②请跳至下一行	<input type="checkbox"/> C1112
《中国成人超重和肥胖症预防控制指南》（2008）	<input type="checkbox"/> C1121 选择②请跳至下一行	<input type="checkbox"/> C1122
《中国成人血脂异常防治指南》（2007）	<input type="checkbox"/> C1131 选择②请跳至下一行	<input type="checkbox"/> C1132

国家慢性病防控相关规范或指南名称	您单位是否存有 ①是 ②否	最先获取渠道（单选） ①卫生行政部门 ②疾控中心 ③上级医院 ④媒体（报刊、网络等） ⑤自购 ⑥其他
《中国居民膳食指南》（2007）	<input type="checkbox"/> C1141 选择②请跳至下一行	<input type="checkbox"/> C1142
《中国糖尿病防治指南》（2004）	<input type="checkbox"/> C1151 选择②请跳至下一行	<input type="checkbox"/> C1152
《中国高血压防治指南（2005年修订版）》	<input type="checkbox"/> C1161 选择②请跳至下一行	<input type="checkbox"/> C1162
《慢病管理业务信息技术规范》（2008）	<input type="checkbox"/> C1171 选择②请跳至第 12 题	<input type="checkbox"/> C1172

12、2007-2009 年，您单位是否存有本省各级现行的慢性病防控相关规范或指南（纸质版或电子版）？ C12

(1)是 (2)否

**选择（2）请跳至第四部分**

13、请将 2007-2009 年您单位存有的本省各级现行慢性病防控相关规范或指南的情况填入下表（如表格数量不足，请您按以下调查内容附纸填写）

慢性病防控相关规范或指南的名称（请填写文件全称）	分类 ①死因 ②心脑血管疾病 ③恶性肿瘤 ④慢性呼吸系统疾病 ⑤糖尿病 ⑥血压 ⑦血脂 ⑧膳食 ⑨超重或肥胖 ⑩烟草 <input type="checkbox"/> 其它	制定级别 ①省级 ②地市级 ③县区级	制定部门： ①卫生行政部门 ②疾控中心 ③其它
C1311	<input type="checkbox"/> C1312	<input type="checkbox"/> C1313	<input type="checkbox"/> C1314
C1321	<input type="checkbox"/> C1322	<input type="checkbox"/> C1323	<input type="checkbox"/> C1324
C1331	<input type="checkbox"/> C1332	<input type="checkbox"/> C1333	<input type="checkbox"/> C1334
C1341	<input type="checkbox"/> C1342	<input type="checkbox"/> C1343	<input type="checkbox"/> C1344
C1351	<input type="checkbox"/> C1352	<input type="checkbox"/> C1353	<input type="checkbox"/> C1354

#### 第四部分 参与慢性病防控相关项目的情况

1、2009 年，您单位是否参与了慢性病防控相关项目或科研工作？ D1

(1)是 (2)否

**选择（2）请跳至第五部分**

2、请将 2009 年您单位参与各级慢性病防控相关项目或科研工作的情况填入下表

项目或科研工作级别	2009 年参加数量
国家级	<input type="checkbox"/> D21
省级	<input type="checkbox"/> D22
地市级	<input type="checkbox"/> D23
县区级	<input type="checkbox"/> D24

## 第五部分 慢性病防控知识普及情况

- 1、2009 年世界高血压日（5 月 17 日）期间，您单位是否开展过相关知识宣传活动？  
(1) 是 (2) 否 E1
- 2、2009 年世界无烟日（5 月 31 日）期间，您单位是否开展相关知识宣传活动？  
(1) 是 (2) 否 E2
- 3、2009 年世界脑卒中日（6 月 24 日）期间，您单位是否开展相关知识宣传活动？  
(1) 是 (2) 否 E3
- 4、2009 年世界心脏病日（9 月最后一个星期日）期间，您单位是否开展相关知识宣传活动？  
(1) 是 (2) 否 E4
- 5、2009 年中国高血压日（10 月 8 日）期间，您单位是否开展相关知识宣传活动？  
(1) 是 (2) 否 E5
- 6、2009 年世界糖尿病日/联合国糖尿病日（11 月 14 日）期间，您单位是否开展相关知识宣传活动？  
(1) 是 (2) 否 E6
- 7、2009 年全民健康生活方式行动日（9 月 1 日）期间，您单位是否开展相关知识宣传活动？  
(1) 是 (2) 否 E7
- 8、2009 年，您单位是否举办过慢性病防控相关健康教育知识讲座？  
(1) 是 (2) 否 E8
- 选择 (2) 请跳至第 9 题、**
- 2009 年，您单位举办过\_\_\_\_\_次。 E81
- 2009 年，参加您单位举办的慢性病防控相关健康教育知识讲座的总人次数为\_\_人次。  
E82
- 9、2009 年，您单位是否制作过慢性病防控相关宣传册？  
(1) 是 (2) 否 E9
- 选择 (2) 请跳至第六部分**
- 2009 年，累计印刷\_\_\_\_\_册。 E91



## 第八部分 主要慢性病患者、高危人群管理情况

1、请将 2009 年您单位开展高血压患者及血压正常高值者管理的情况填入下表

分类		您单位或所辖社区卫生服务站/ 村卫生室是否开展此项工作 ①是 ②否	2009 年此项工作的服务人数	其中利用计算机进行登记、随访的人数	2009 年随访 4 次及以上的人数	最后一次随访血压达到正常值的人数	2009 年您单位所在辖区有多少个社区卫生服务站/村卫生室开展此项工作
高血压患者管理	高血压患者建档	<input type="checkbox"/> H1111 选择②请跳至下一行	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H1112	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H1113	—	—	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H1116
	高血压患者随访管理	<input type="checkbox"/> H1121 选择②请跳至下一行	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H1122	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H1123	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H1124	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H1125	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H1126
高血压高危人群管理	对血压正常高值者进行建档	<input type="checkbox"/> H1211 选择②请跳至下一行	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H1212	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H1213	—	—	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H1216
	对血压正常高值者随访管理	<input type="checkbox"/> H1221 选择②请跳至第 2 题	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H1222	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H1223	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H1224	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H1225	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H1226

2、2009 年，您单位所在辖区是否有高血压患者自我管理小组？ □H2

(1) 是            (2) 否            (3) 不知道

3、2009 年，您单位所在辖区居委会或村委会工作人员是否参与本单位高血压患者随访管理工作？ □H3

(1) 是            (2) 否

4、2009 年，您单位是否曾转诊本单位管理的高血压患者到上级医院？ □H41

(1) 是            (2) 否

如果是，2009 年转诊到上级医院的高血压患者人数为\_\_\_\_\_人。 □□□H42

5、请将您单位 2009 年开展糖尿病患者及其高危人群管理工作的情况填入下表

分类		您单位或所辖社区卫生服务站/村卫生室是否开展此项工作 ①是 ②否	2009 年此项工作的服务人数	其中利用计算机进行登记、随访的人数	2009 年随访 4 次及以上的人数	最后一次随访血糖达到正常值的人数	2009 年您单位所在辖区有多少个社区卫生站/村卫生室开展此项工作
糖尿病患者管理	糖尿病患者登记	<input type="checkbox"/> H5111 选择②请跳至下一行	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H5112	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H5113	—	—	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H5116
	糖尿病患者随访管理	<input type="checkbox"/> H5121 选择②请跳至下一行	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H5122	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H5123	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H5124	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H5125	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H5126
糖尿病高危人群管理	对空腹血糖受损/糖耐量低减者进行登记	<input type="checkbox"/> H5211 选择②请跳至下一行	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H5212	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H5213	—	—	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H5216
	对空腹血糖受损/糖耐量低减者随访管理	<input type="checkbox"/> H5221 选择②请跳至第 6 题	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H5222	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H5223	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H5224	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H5225	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H5226

6、2009 年，您单位所在辖区是否有糖尿病患者自我管理小组？ H6

(1) 是      (2) 否      (3) 不知道

7、2009 年，您单位所在辖区居委会或村委会工作人员是否参与本单位糖尿病患者随访管理工作？ H7

(1) 是      (2) 否

8、2009 年，您单位是否曾转诊本单位管理的糖尿病患者到上级医院？ H81

(1) 是      (2) 否

如果是，2009 年转诊到上级医院的糖尿病患者为\_\_\_\_\_人。 H82

## 第九部分 慢性病康复

1、2009年，您单位是否对辖区内的脑卒中患者提供器械康复服务？  I1

(1) 是 (2) 否

选择(2)本次调查结束

2、2009年，您单位开展脑卒中患者器械康复工作的服务人数为\_\_\_\_\_人。  I2

填表人：\_\_\_\_\_ 填表时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

审核人：\_\_\_\_\_ 审核时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

# 全国慢性病防控能力调查表（适用于基层医疗卫生机构）

## 填写说明

### 一、基本说明

#### （一）调查对象

全国部分基层医疗卫生机构（社区卫生服务中心和乡镇卫生院）。

#### （二）调查方法

由县（区）级疾控中心承担慢性病防控的科科长（没有慢性病防控科所的，由中心办公室主任/副主任）走访被抽中的基层医疗卫生机构，询问基层医疗卫生机构的负责人和有关科室负责人。县区疾控中心分管慢性病防控工作的中心主任要负责确保联系畅通。

#### （三）相关定义

**慢性病：**本次调查中指心脑血管疾病、恶性肿瘤、糖尿病、慢性呼吸系统疾病（不包括精神卫生和口腔）。

**慢性病危险因素：**本次调查中指不合理饮食、身体活动不足、酒精使用、烟草使用、血压升高、血糖升高、血脂异常、超重和肥胖。

**慢性病预防控制工作：**本次调查中指针对调查中涉及的慢性病及其危险因素开展的一系列工作，包括政策倡导和发展、调查与监测、干预与管理、信息分析利用、评估、科学研究。

**慢性病防控能力：**有效、高效、可持续地履行慢性病预防控制领域中适当任务的能力，本部分调查中包括基础配置；培训、指导；项目参与；知识普及；患者、高危人群早期发现；患者、高危人群管理；患者康复等八部分。

### 二、填表要求

#### （一）总体要求

- 1、请调查员在开始调查之前仔细阅读填表说明。
- 2、填写过程中请调查员认真阅读调查内容、相关注释及填表说明，根据调查内容逐项询问，并根据被调查者的回答内容如实填写调查表。
- 3、调查表（纸质版）填写一律用钢笔或签字笔，要求字迹清楚，书写工整。（调查员在调查结束后，按调查内容填写网络版调查表）
- 4、调查表中，凡有备选答案的项目，请将相应选项的代码填入“□”内。表中没有备选答案的项目，请在相应位置上填写文字或数字。

- 5、对于有多个“□”的编码，（如 A21 等）如果填入的数字位数少于“□”的个数，“□”填写方式为右对齐，前面以“0”填充。如“□□□□□A21”，如果实际数为 18，则依次在框中填写“00018”，样式为：

0	0	0	1	8
---	---	---	---	---
- 6、如果多个“□”中有小数点，小数点前的数字填写方式同上，小数点后有数字的，数字保留到相应位数。如□□□.□A22，实际人口数为 654991 人，问卷中填写样式为：

0	6	5	.	5
---	---	---	---	---
- 7、问卷中需要填写数字的问题如果“无”请在题后所有“□”中填“0”；如果具体数字无法获得，请在题后所有“□”中填“9”。
- 8、问卷中涉及到跳转处，调查员要认真仔细查看问卷、询问问题，避免逻辑错误。
- 9、调查过程中仔细核对，避免漏填。
- 10、调查员填写完调查表后，由被调查基层医疗卫生机构中接受本次调查的人员进行审核，并在表后审核人处签字。
- 11、调查员应根据调查内容填写纸质版调查表，并完成在线填报。县疾控中心 8 月 20 日前完成在线填报。纸质版调查表加盖被调查单位公章后寄送至当地省级疾控中心。各省级疾控中心于 8 月 31 日前完成本省调查数据的审核和抽查工作。
- 12、各省疾控中心于 2010 年 9 月 15 日前将本省内的纸质版调查表统一寄送至中国疾控中心。

## （二）调查表封面

- 1、调查表编号：被调查单位的 9 位数编码，由中国疾控中心提供给各省级疾控中心，调查员按省级疾控提供的编码填写。
- 2、基层医疗卫生机构：本问卷调查的“基层医疗卫生机构”仅指被抽为调查对象的社区卫生服务中心和乡镇卫生院。
- 3、封面上的各项内容填写完整，以便核对。
- 4、被调查单位名称：填写被调查单位的全称。
- 5、调查员姓名：县（区）级疾控中心承担慢病防控工作科所的科所长姓名（没有慢性病防控科所的，担当调查员的中心办公室人员姓名）。
- 6、调查员电话和 E-mail 要求是本人常用的电话和邮箱，以便联系。
- 7、请调查员在填写完纸质版调查表后，要求在调查表封面上加盖被调查单位公章。

### （三）调查内容

#### 第一部分 基本情况

- 1、第 1、2、4、5、6 题，请填写 2009 年最后一次统计的数据。
- 2、第 5、6 题，“辖区内设置的社区卫生服务站/村卫生室”：泛指被调查基层医疗卫生机构服务辖区内设置的所有社区卫生服务站（村卫生室）。如无特别说明，问卷中的“社区卫生服务站/村卫生室”都作此解释。如果被调查单位辖区内没有社区卫生服务站/村卫生室，此处所有“”中均填“0”，且表后其它有关社区卫生服务站/村卫生室的问题，均跳过。
- 3、第 5 题“一体化管理”社区卫生服务中心根据当地卫生行政部门的规定对辖区内的社区卫生服务站实行统一的一体化管理。

#### 第二部分 基础配置

- 1、第 1、2 题，请填写 2009 年最后一次统计的数据。
- 2、第 1 题“卫生技术人员”包括执业医师、执业助理医师、注册护士、药师（士）、检验技师（士）、影像技师（士）、卫生监督员和见习医（药、护、技）师（士）等卫生专业人员。不包括从事管理工作的卫生技术人员（如院长、副院长、党委书记等）。
- 3、第 2 题“财政拨款经费”指被调查基层医疗卫生机构 2009 年已到账的各级（国家、省、地市、县区）财政拨款经费，包括基本公共卫生服务经费。
- 4、第 3 题“所在县（区）人均基本公共卫生服务经费标准”是指 2009 年被调查基层医疗卫生机构所在县（区）各基层医疗卫生机构获得的基本公共卫生服务项目经费的基本补助数额。

#### 第三部分 培训、指导情况

- 1、本部分中“慢性病防控相关的培训”：指为开展慢性病防控相关专项工作或提高慢性病防控工作人员能力而开展的专业培训，包括继续教育，不包括一般讲座或学术交流。
- 2、第 1 题“您单位举办的慢性病防控相关培训班”主要是指对辖区内的社区卫生服务站/村卫生室及本单位的工作人员进行的慢性病防控相关培训，也包括对其它社区卫生服务中心和辖区外社区卫生服务站/村卫生室工作人员进行的慢性病防控相关培训。
- 3、第 3 题“培训的总人次数”：培训的总人次数=每次来参加培训的人数之和
- 4、第 5 题“工作人员参加过其它单位举办的慢性病防控相关培训”主要指本单位工作人员参

加的由卫生行政部门、疾控中心、医院等机构举办的慢性病防控相关培训。

- 5、第6题“您单位参加的人次数”：参加的人次数=每次参加培训的人数之和（根据不同举办机构，分类统计）
- 6、第7题“慢性病防控方面的现场技术指导”：指被调查单位针对慢性病防控工作中的一些技术问题，派专人到辖区内的社区卫生服务站/村卫生室开展现场指导工作。（包括工作督导但不包括以考核为目的的现场活动）。
- 7、第10题“国家级慢性病防控相关规范或指南”：仅指问卷中提及的《国家基本公共卫生服务规范》（2009）、《中国成人超重和肥胖症预防控制指南》（2008）、《中国成人血脂异常防治指南》（2007）、《中国居民膳食指南》（2007）、《中国糖尿病防治指南》（2004）、《中国高血压防治指南（2005年修订版）》、《慢病管理业务信息技术规范》（2008）等7种规范或指南。
- 8、第12题“本省各级现行的慢性病防控相关规范或指南”：被调查基层医疗卫生机构所在省各级（省、地市、县区）卫生行政部门、疾控中心等自行制定或转发的慢性病防控相关规范或指南。
- 9、第13题“慢性病防控相关规范或指南的名称”：填写慢性病防控相关规范或指南的全称。

#### 第四部分 参与慢性病防控相关项目情况

- 1、本部分中提及的“慢性病防控相关项目或科研工作”指被调查基层医疗卫生机构参与并与相关机构签有工作任务委托书或协议的各级（国家级、省级、地市级、县区级）科研课题或项目。
- 2、第1题“2009年，您单位是否参与了各级慢性病防控相关项目或科研工作”：无论参与项目（科研工作）的级别、数量、开始参与时间及参与时间跨度，只要被调查基层医疗卫生机构在2009年参与过各级慢性病防控相关项目或科研工作即选“是”。

#### 第五部分 慢性病防控知识普及的情况

- 1、第1-7题“相关知识宣传活动”指慢性病相关健康日期间被调查基层医疗卫生机构在辖区内开展的知识讲座、户外宣传、展板、发放宣传单页等慢性病防控知识宣传活动。
- 2、第8题“慢性病防控相关健康教育知识讲座”：主要是指被调查基层医疗卫生机构举办的向辖区内居民（村民）讲授慢性病防控相关知识的讲座。（要求讲座的主题是防控慢性病

或行为危险因素)

- 3、第 8 题“总人次”：2009 年参加每次讲座的居民（村民）人数之和。
- 4、第 9 题“制作过慢性病防控相关宣传册”指 2009 年被调查基层医疗卫生机构以自己的名义设计、印刷过或组织设计、印刷过慢性病防控相关宣传册。要求被调查基层医疗卫生机构对印刷宣传册提供过技术支持，但不一定提供过经费。

#### 第六部分 慢性病患者及高危人群早期发现

- 1、第 2 题“45 岁以上居民免费血糖检测”：被调查基层医疗卫生机构开展此项工作的目的是为了早期发现慢性病患者及高危人群，如果单纯是为慢性病患者提供此项服务则不算在其中。
- 2、2009 年被调查基层医疗卫生机构开展“首诊测血压、免费血糖检测、老年人免费健康体检”工作针对的人群年龄与问卷中提及的年龄不符时，如果实际受益人群包含问卷中提及的年龄段人群，则选择“是”。不包含或不全包含则选“否”。如被调查基层医疗卫生机构 2009 年开展过 60 以上老年人免费健康体检，则第 3 题选“是”，服务人数只填写调查表中提及的年龄段人数；如果被调查基层医疗卫生机构 2009 年开展过 70 以上老年人免费健康体检，则第 3 题选“否”。

#### 第七部分 慢性病病例报告情况

本部分是调查的是基层医疗卫生机构 2009 年是否开展过新发脑卒中病例、急性心梗病例及死亡病例报告工作，“报告例数”一定是 2009 年本单位开展此项工作报告的病例数。

#### 第八部分 主要慢性病患者、高危人群管理情况

- 1、第 1 题“血压正常高值者”收缩压 130~139mmHg/舒张压 85~89mmHg 为血压正常高值者。
- 2、第 1 题“血压达到正常值”收缩压<140 mmHg 且舒张压<90 mmHg。
- 3、第 5 题“空腹血糖受损/糖耐量低减者”  
“空腹血糖受损”指空腹血糖高于正常且又低于糖尿病诊断标准，空腹静脉血糖 $\geq 6.1\text{mmol/l}$ (110mg/dl)~<7.0mmol/l(126mg/dl)  
“糖耐量低减”（糖耐量受损）：负荷后 2 小时血糖 $\geq 7.8\text{mmol/l}$  (140 mg/dl)~<11.1 mmol/l (200 mg/dl)。
- 4、第 5 题“血糖达到正常值”：空腹静脉血糖<6.1mmol/l(110mg/dl)且糖负荷后 2 小时血糖

值 $<7.8$  mmol/l (140 mg/dl)则可视为正常者。

#### (四) 表尾内容

- 1、填表人：本调查问卷填表人应是县（区）级疾控中心慢性病防控科所科所长（没有慢性病防控科所的，由县（区）级疾控中心办公室主任/副主任承担）负责调查并填写调查表。  
填表人在问卷填写过程中遇到问题可随时向省级调查协调员进行咨询。
- 2、审核人：本问卷的审核人应是被调查基层医疗卫生机构中接受调查员询问的人员。

### 三、调查联系人

#### (一) 联系人

中国疾病预防控制中心慢性病防治与社区卫生处

联系人：司向 尹香君

联系电话：(010) 58900219 (010) 58900220

邮箱：sixiang1985@yahoo.cn yinxiangjun@yahoo.com

#### (二) 各省联系人

待定