

# 溱浦县卫生健康局文件 溱浦县财政局

溱卫健发〔2025〕11号

## 溱浦县卫生健康局 溱浦县财政局 关于印发溱浦县2025年新生儿疾病免费筛查 与诊断服务项目实施方案的通知

县妇幼保健院、各助产医疗机构：

为认真落实省委省政府2025年重点民生实事项目，切实做好新生儿疾病免费筛查与诊断服务工作，县卫生健康局和县财政局联合制定了《溱浦县2025年新生儿疾病免费筛查与诊断服务项目实施方案》。现印发给你们，请结合实际，抓好落实。

联系人及电话：县卫生健康局妇幼保健股杨玉香，0745-3225428。



（信息公开形式：主动公开）

# 溆浦县2025年新生儿疾病免费筛查与诊断 服务项目实施方案

为认真实施省委省政府 2025 年重点民生实事项目，切实做好新生儿疾病免费筛查与诊断服务工作，提高出生人口素质，制定本实施方案。

## 一、工作目标

优化新生儿疾病免费筛查与诊断服务流程，全面提升新生儿疾病筛查与诊断的准确性和及时性，降低新生儿疾病的致残率和死亡率。2025 年，为 3700 名新生儿免费提供听力障碍、致盲性眼病、遗传代谢病、先天性心脏病筛查与诊断服务，目标人群覆盖率达 100%。具体目标任务详见附件。

## 二、实施范围

全县范围内。

## 三、项目内容

### （一）服务对象

在溆浦县医疗机构分娩的新生儿。

### （二）服务内容

1. 新生儿听力障碍。开展健康教育，签署知情同意书；通过耳声发射（OAE）或自动听性脑干反应仪（AABR）进行筛查；筛查异常者通过声导抗、耳声发射（OAE）、听性脑干反应（ABR）、多频稳态反应、行为测听检查进行常规诊断。

2. 新生儿致盲性眼病。开展健康教育，签署知情同意书；通过眼外观检查、红光反射检查、光照反应检查进行筛查；筛查异常者通过广域视网膜眼底检查进行常规诊断。

3. 新生儿遗传代谢病。开展健康教育，签署知情同意书；通过“遗传四项”（苯丙酮尿症、先天性甲状腺功能减低症、先天性肾上腺皮质增生症、葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症）的生化检查进行筛查；筛查异常者根据生化检查结果、病史等，分病种进行常规诊断。

4. 新生儿先天性心脏病。开展健康教育，签署知情同意书；通过心脏听诊和经皮脉搏血氧饱和度测定进行筛查；筛查异常者通过超声心动图进行常规诊断。

### **（三）服务机构**

全县所有助产医疗机构。

### **（四）服务原则**

1. 免费服务。在本县医疗机构分娩的新生儿均可免费接受一次筛查服务，筛查异常者免费接受一次常规诊断服务。

2. 知情选择。注重宣传引导，坚持自愿参与、知情选择的原则，切实维护群众合法权益。

### **（五）服务费用**

#### **1. 新生儿疾病免费筛查与诊断经费标准**

（1）新生儿疾病筛查费用：听力障碍检查 82 元/人，致盲性眼病筛查 20 元/人，遗传代谢病筛查 120 元/人，先天性

心脏病筛查 30 元/人。

(2) 新生儿疾病诊断费用为：听力障碍诊断 550 元/人，致盲性眼病诊断 320 元/人，遗传代谢病诊断 600 元/人，先天性心脏病诊断 270 元/人。

2. 省财政与县财政补助资金分担比例为：脱贫县按 80: 20 分担。

3. 按照“应筛尽筛、应检尽检”的工作要求，各项目单位完成年度任务目标的，继续提供免费筛查与诊断服务所需的经费从下一年度经费中弥补。

#### **(六) 服务流程**

##### **1. 新生儿听力障碍**

(1) 承担新生儿听力筛查的医疗机构，在获得新生儿监护人知情同意后，通过听力筛查仪对出生后 48 小时至出院前新生儿进行一次免费听力筛查。未完成筛查即转诊的新生儿，由接受转诊的医疗机构在出院前进行一次免费筛查。对听力筛查未通过的新生儿在出生 42 天内由筛查机构再进行一次免费复筛。

(2) 对听力复筛未通过的新生儿，在 3 月龄内由新生儿听力诊断机构通过声导抗、听性脑干反应仪、耳声发射、多频稳态反应、行为测听等听力组合测试，进行一次免费的常规诊断，出具听力检测报告单，并给予诊治指导。

##### **2. 新生儿致盲性眼病**

(1) 承担新生儿致盲性眼病筛查的医疗机构，在获得新生儿监护人知情同意后，通过外眼检查、红光反射检查、光照反应检查对出生后 1 周内的新生儿进行一次免费筛查。未完成筛查即转诊的新生儿，由接受转诊的医疗机构在其出院前进行一次免费筛查。

(2) 对筛查异常者，由新生儿致盲性眼病诊断机构在获得监护人知情同意后，通过广域视网膜眼底检查进行一次免费的常规诊断，出具眼底检查报告单，并给予诊治指导。

### 3. 新生儿遗传代谢病

(1) 承担新生儿遗传代谢病筛查的采血机构，在获得新生儿监护人知情同意后，对出生 48 小时后至 7 天内的新生儿进行遗传代谢病初筛采血，并制成采血标本递送至辖区新生儿疾病筛查中心进行一次免费检测。对筛查异常者，由采血机构负责召回，再次进行遗传代谢病复筛采血，并制成采血标本递送至辖区新生儿疾病筛查中心进行免费复检。

(2) 对复筛异常者，由辖区新生儿疾病筛查中心在获得新生儿监护人知情同意后，根据病种进行一次免费的常规诊断，出具新生儿遗传代谢病诊断报告单，并给予诊治指导。

### 4. 新生儿先天性心脏病

(1) 承担新生儿先天性心脏病筛查的医疗机构，在获得新生儿监护人知情同意后，通过心脏听诊、经皮脉搏血氧饱和度测定对出生后 6-72 小时内的新生儿进行一次先天性心脏病

免费筛查。未完成筛查即转诊的新生儿，由接受转诊的医疗机构在其出生后 6-72 小时内或出院前进行一次免费筛查。

（2）对筛查异常者，由新生儿先天性心脏病诊断机构在获得监护人知情同意后，通过超声心动图检查进行一次免费的常规诊断，出具超声心动图诊断报告单，并给予诊治指导。

### **（七）服务管理**

县卫生健康局、妇幼保健院和承担新生儿疾病免费筛查与诊断服务的医疗机构均要指定 1 名信息员，负责新生儿疾病免费筛查与诊断服务项目信息管理工作。医疗机构为参检新生儿进行个案登记，妥善保存筛查与诊断服务资料。

## **四、职责分工**

### **（一）县卫生健康局**

1. 负责辖区新生儿疾病筛查与诊断服务项目的组织实施、宣传发动、人员培训、信息管理、质量评价和监督管理等工作。

2. 成立项目工作专家技术指导组，对项目实施执行进行日常督导检查，发现问题及时反馈并处置。

3. 将项目工作纳入 2025 年卫生健康工作目标责任制考核，保质保量完成工作任务。

### **（二）县财政局**

1. 根据全县新生儿疾病免费筛查与诊断服务任务数，按标准足额安排项目经费。

2. 会同卫生健康局加强经费监督管理，发挥资金绩效。

### **（三）县妇幼保健院**

协助县卫生健康局开展新生儿疾病筛查与诊断服务项目的组织实施、宣传发动、人员培训、信息管理、质量评价和监督管理等工作。

### **（四）新生儿疾病免费筛查与诊断服务机构**

按照《湖南省新生儿疾病筛查与诊断服务技术规范（试行）》要求，规范提供免费筛查与常规诊断服务。

## **五、工作要求**

卫生健康、财政等部门建立协同工作机制，科学组织项目实施。要充分发挥报刊、广播、电视、网诺等媒体的作用，加大新生儿疾病免费筛查与诊断服务项目宣传力度，营造良好的社会环境。

附件：

1. 溆浦县 2025 年新生儿疾病免费筛查与诊断服务项目目标人群数

2. 湖南省 2025 年新生儿疾病免费筛查与诊断服务项目月统计报表

附件1

## 溆浦县2025年新生儿疾病免费筛查与诊断服务项目目标人群数

| 序号 | 机构名称      | 目标人群数 |
|----|-----------|-------|
| 1  | 溆浦县人民医院   | 1810  |
| 2  | 溆浦县中医医院   | 560   |
| 3  | 溆浦城南医院    | 590   |
| 4  | 怀化济民医院    | 234   |
| 5  | 溆浦县第二人民医院 | 6     |
| 6  | 溆浦县第三人民医院 | 251   |
| 7  | 溆浦仁康医院    | 113   |
| 8  | 低庄镇中心卫生院  | 15    |
| 9  | 玛丽妇产医院    | 121   |
|    | 合计        | 3700  |

附件2

湖南省2025年新生儿疾病免费筛查与诊断服务项目月统计报表

| 填报单位（盖章）： |       | 统计期限：____年__月__日至____年__月__日 |         |      |         |      |      |        |           |         |          |        |      |      |        |           |         |      |        |          |      |      |        |           |         |      |        |        |           |        |           |         |  |  |  |  |  |
|-----------|-------|------------------------------|---------|------|---------|------|------|--------|-----------|---------|----------|--------|------|------|--------|-----------|---------|------|--------|----------|------|------|--------|-----------|---------|------|--------|--------|-----------|--------|-----------|---------|--|--|--|--|--|
| 项目单位      | 新生儿人数 | 新生儿听力障碍                      |         |      |         |      |      |        |           |         | 新生儿致盲性眼病 |        |      |      |        |           |         |      |        | 新生儿遗传代谢病 |      |      |        |           |         |      |        |        | 新生儿先天性心脏病 |        |           |         |  |  |  |  |  |
|           |       | 初筛人数                         | 初筛未通过人数 | 复筛人数 | 复筛未通过人数 | 诊断人数 | 确诊人数 | 干预治疗人数 | 筛查目标人群覆盖率 | 筛查阳性干预率 | 筛查人数     | 筛查阳性人数 | 诊断人数 | 确诊人数 | 干预治疗人数 | 筛查目标人群覆盖率 | 筛查阳性干预率 | 筛查人数 | 初筛阳性人数 | 复筛人数     | 诊断人数 | 确诊人数 | 干预治疗人数 | 筛查目标人群覆盖率 | 筛查阳性干预率 | 筛查人数 | 筛查阳性人数 | 超声检查人数 | 确诊人数      | 干预治疗人数 | 筛查目标人群覆盖率 | 筛查阳性干预率 |  |  |  |  |  |
|           | 人     | 人                            | 人       | 人    | 人       | 人    | 人    | 人      | %         | %       | 人        | 人      | 人    | 人    | 人      | 人         | %       | %    | 人      | 人        | 人    | 人    | 人      | 人         | 人       | %    | %      | 人      | 人         | 人      | 人         | %       |  |  |  |  |  |
|           |       |                              |         |      |         |      |      |        |           |         |          |        |      |      |        |           |         |      |        |          |      |      |        |           |         |      |        |        |           |        |           |         |  |  |  |  |  |
|           |       |                              |         |      |         |      |      |        |           |         |          |        |      |      |        |           |         |      |        |          |      |      |        |           |         |      |        |        |           |        |           |         |  |  |  |  |  |
|           |       |                              |         |      |         |      |      |        |           |         |          |        |      |      |        |           |         |      |        |          |      |      |        |           |         |      |        |        |           |        |           |         |  |  |  |  |  |

填报人：

审核人：

联系电话：

填报时间：

此页无正文。