

眉山市卫生和计划生育委员会

眉卫函〔2018〕95号

眉山市卫生和计划生育委员会 关于做好长春长生公司狂犬病疫苗接种者 跟踪观察和咨询服务相关工作的通知

各县（区）卫生计生局，市直医疗卫生单位：

根据《关于做好长春长生公司狂犬病疫苗接种者跟踪观察和咨询服务相关工作的通知》（国卫办医函〔2018〕671号）文件精神，为做好长春长生公司狂犬病疫苗接种者（以下简称接种者）跟踪观察和咨询服务工作，维护人民群众身体健康和生命安全，保护接种者合法权益，现将有关事项通知如下。

一、确定定点医疗机构

1. 市级定点医疗机构：眉山市人民医院
2. 县级定点医疗机构：眉山市中医医院、彭山区人民医院、仁寿县人民医院、洪雅县人民医院、丹棱县人民医院、青神县人民医院。

二、成立专家组

成立市级临床观察专家组，负责指导辖区内接种者跟踪观察和咨询服务工作，组织开展培训，并对情况复杂的接种者进行会诊（专家组名单见附件1）。

三、有关工作要求

1. 加强工作指导。各区县卫生计生局要制订有关预案和工作流程，明确各相关单位职责，对接种者实施全流程服务管理和指导。

2. 落实责任。接种单位主要负责同志是跟踪观察和咨询服务的第一责任人，要充分调动人力、物力、财力，确保相关工作顺利进行。

3. 加强人员培训。各区县卫生计生局要组织开展接种单位和定点医疗机构相关医务人员培训，重点针对常见问题解答、狂犬病相关症状体征及预防控制措施等进行培训，提高跟踪观察和咨询指导准确性、针对性，提升狂犬病识别能力和诊疗水平。

4. 加强宣传引导。各区县卫生计生局要通过官方网站等公布接种单位信息和咨询及诊疗服务流程，方便群众咨询、就诊。同时，要用通俗、易懂的语言和群众易于接受的方式进行解疑释惑，宣传科学的狂犬病防治知识和有关症状、体征观察要点。

各接种单位、定点医疗机构要做好接种者咨询、诊疗等相关信息记录、保存工作，接种单位对跟踪观察的接种者，应当填写

《长春长生公司狂犬病疫苗接种者跟踪观察记录单》(附件2),对电话、网络咨询的接种者,也要做好记录,在提供相关服务过程中不得收取费用。各区县卫生计生局要做好本辖区内跟踪观察和咨询服务的监督指导,我委将适时组织开展全市范围的督导检查

- 附件: 1. 眉山市市级临床观察专家组
2. 长春长生公司狂犬病疫苗接种者跟踪观察记录单

眉山市卫生和计划生育委员会

2018年8月7日



附件 1

眉山市市级临床观察专家组

组 长	龙鸿川	眉山市人民医院	副院长
副组长	冷 军	眉山市疾控中心	副主任
	刘俊英	眉山市人民医院	感染科科长
成 员	张强斌	眉山市人民医院	医务科主任
	刘 锋	眉山市人民医院	副主任医师
	李 佐	眉山市疾控中心	免疫规划科科长
	田良东	眉山市中医医院	主治医师
	李 珂	眉山市中医医院	医务科主任
	刘婵娟	东坡区疾控中心	主管护师
	成培金	彭山区人民医院	医务科主任
	尧 郁	彭山区人民医院	主治医师
	林文成	彭山区疾控中心	副主任医师
	廖志鸿	仁寿县人民医院	党委副书记
	魏子翔	仁寿县人民医院	医务科主任
	李永刚	仁寿县疾控中心	主管医师
	白 昊	洪雅县人民医院	医务科主任
	杨淑英	洪雅县人民医院	主管护师
	杨秀兰	洪雅县疾控中心	副主任医师

黄云贵	丹棱县人民医院	医务科主任
周维杰	丹棱县人民医院	副主任医师
姚 琴	丹棱县疾控中心	副主任医师
胡仁杰	青神县人民医院	医务科主任
王晓梅	青神县人民医院	主治医师
张 蓉	青神县疾控中心	副主任医师

附件 2

长春长生公司狂犬病疫苗接种者 跟踪观察记录单

姓名	身份证号	
居住地址	手机号码	
一、接种长春长生公司狂犬病疫苗情况 接种原因： <input type="checkbox"/> 暴露前预防 <input type="checkbox"/> 暴露后预防 接种时间： <input type="checkbox"/> 1 个月内 <input type="checkbox"/> 2 个月内 <input type="checkbox"/> 3 个月内 <input type="checkbox"/> 3 个月到 1 年		
二、观察描述 1. 基本生命体征（神志、精神、血压、体温、心率、脉搏、呼吸频率等） 2. 暴露部位情况（伤口是否愈合、暴露部位或附近是否存在疼痛或感觉异常等） 3. 相关症状体征（是否出现发热、头痛等症状，以及激动、易怒、恐惧、焦虑、兴奋、失眠等神经精神症状；是否出现“恐水”、“恐风”、“恐声”、咽喉疼痛、痉挛，交感神经兴奋症状，如流涎、多汗、心率快、血压增高等，继而出现瘫痪、意识障碍、呼吸循环衰竭等） 4. 不良反应情况（主诉存在何种不良反应，不良反应出现时间等） 5. 其他		
三、处置意见 1. 自我观察 <input type="checkbox"/> 2. 进行随访 <input type="checkbox"/> 3. 不适随诊 <input type="checkbox"/>		
接种单位名称：_____		
医务人员签名_____ 签名日期_____年____月____日		