**融 水 苗 族 自 治 县**

汪洞乡人民政府文件

汪政发〔2021〕23号

汪洞乡人民政府

关于印发《汪洞乡高危孕产妇管理技术指导方案》的通知

各乡直机关单位及各村村民委：

现将《汪洞乡高危孕产妇管理技术指导方案》印发给你们，请认真贯彻执行。

汪洞乡人民政府

2021年7月8日

**公开方式：主动公开**

汪洞乡党政办公室　　　　 2021年7月8日印发

汪洞乡高危孕产妇管理技术指导方案

为认真贯彻落实《中华人民共和国母婴保健法》、《中华人民共和国母婴保健法实施办法》、《中国妇女发展纲要（2011—2020年）》、《中国儿童发展纲要（2011—2020年）》以及国务院《健康中国2030规划》，切实保障孕产妇分娩安全和母婴健康，根据《广西壮族自治区母婴保健管理办法》、《广西孕产期保健工作规范》和《自治区卫生计生委关于进一步加强母婴安全保障工作的通知》（桂卫妇幼发〔2017〕20号）要求，为做好我乡高危孕产妇服务管理工作，特制定本方案。

一、目标任务

通过进一步加强对高危孕产妇的服务管理，有效遏制我乡孕产妇死亡率反弹趋势，预防和减少孕产妇、婴儿死亡，切实保障母婴安全和全面两孩政策实施。

二、组织机构

成立汪洞乡高危孕产妇管理技术指导工作领导小组。

组 长：韦必料 汪洞乡党委委员、武装部长

副组长：梅 香  汪洞乡卫生院院长

成 员：唐智海 汪洞乡卫生院副院长

韦喜朵 汪洞乡卫生院副院长

韦雪玲 汪洞乡卫生院办公室主任

廖华燕 汪洞乡卫生院公卫主任

银丽爽　汪洞乡卫生院妇产科医生

邓 琳 汪洞乡卫生院妇保信息员

银玉耸 汪洞乡卫生院检验员

各村村委、各村村医、计生专干

领导小组下设办公室，办公室主任由梅香同志兼任，办公室设在卫生院，由邓琳协助高危孕产妇的服务管理和协调工作。

三、工作任务

高危妊娠对孕产妇及胎儿有较高危险性，可能导致难产或危及母婴安全。凡具备患有各种急慢性疾病和妊娠并发症、居住不良环境、不良社会因素等高危妊娠因素的孕产妇均称为高危孕产妇。因患有急危重妊娠并发症或合并症，或实验室检查结果达到危极值状态，需要紧急救治的孕产妇称为危重孕产妇。危重孕产妇包含在高危孕产妇的范畴之内。为做好高危孕产妇服务管理，各级医疗卫生保健机构需完成以下工作任务。

（一）加强高危孕产妇的动态管理。

**1.高危妊娠遵循早发现、早管理的原则。**

各级提供母婴保健技术服务的医疗保健机构对孕产妇实行全程跟踪管理，对所有要求生育的孕妇建立《广西母子健康手册》，并于检查当天将孕妇信息录入《广西桂妇儿健康服务信息管理系统》。

**2.医疗保健机构实行首诊负责制。**

对初诊建卡的孕妇要按首诊规范，详细地采集既往疾病史和孕育史，进行系统的全身体格检查，并进行首次高危因素筛查和高危评分，按孕产妇妊娠风险筛查表（见附件1）进行筛查，判断有无妊娠合并症和禁忌症。一旦发现高危因素，应进行专册登记并及时录入《广西桂妇儿健康服务信息管理系统》，并在《广西母子健康手册》封面上作高危标识，列入高危管理的范畴，同时按信息管理程序报告县妇幼保健院高危孕产妇管理办公室,县妇幼保健院应及时将信息反馈到孕妇居住地、户籍地的乡镇卫生院，由乡镇卫生院及时将信息反馈给孕妇居住地的村医，并提醒村医、村干部、村民小组长加以关注，进行重点跟踪管理，避免高危孕产妇漏报、漏管。

**3.高危孕产妇的诊疗原则。**

首诊建档立卡的基层医疗卫生机构，应当将妊娠风险筛查为阳性的孕产妇主动转诊到县级医疗保健机构（县人民医院、县妇幼保健院及县中医医院）接受妊娠风险评估。

**4.实行“分色”管理制度。**

各级医疗保健机构要按照国家统一的《孕产妇妊娠风险筛查表》《孕产妇妊娠风险评估表》严格对孕产妇的妊娠风险进行动态评估，并将评估值录入《桂妇儿系统》，《桂妇儿系统》将自动按照风险评估个案录入值及时标识为“绿、黄、橙、红、紫”5种颜色，实行“分色”管理制度。各级医疗保健机构要依托《桂妇儿系统》每天开展“网上监测”，寻找“黄、橙、红、紫”孕产妇，实行分色专案管理。

**5.实行“危重”签约服务制度。**

医疗保健机构与“黄、橙、红、紫”的孕产妇签订《危重孕产妇签约服务协议书》，签约医生要全面负责组织落实各项保健措施，依托《桂妇儿系统》进行监测管理，为每位危重孕产妇提供生育全程契约服务。

**6、实行“危重”服务责任制度。**

乡卫生院要加快推进“高危孕产妇急救中心”和“新生儿重症救治中心”建设，要及时健全、疏通危重孕产妇会诊、转诊、技术指导等双向协作运行机制，及时组织协调辖区急救专家联合急救。各级医疗保健机构要明确危重转诊责任、危重救治责任，按照“签约到人、分片包干、包干到人”的工作模式，划定责任片区、明确责任个人（见附件9）；乡卫生院不得以各种借口延误转诊、推诿转诊危重孕产妇，要避免出现医疗处理延误，提高抢救成功率。

**7.高危妊娠实行分级管理及要求。**

按照风险严重程度分别以“绿（低风险）、黄（一般风险）、橙（较高风险）、红（高风险）、紫（传染病）”5种颜色进行分级标识，加强分类分级管理。

（1）高危颜色标识：请统一贴在左上角妇幼标识的旁边，如果高危评估颜色加重的（如由黄色变橙色），要重新再贴一个颜色，并注明时间；如果高危评估颜色变轻（如由黄色变绿色），不用再贴。

（2）妊娠风险分级为“绿色”(低风险)，可在基层卫生院接受孕产期保健服务和住院分娩。风险分级为“黄色”、“橙色”、“红色”和“紫色”的孕产妇均属于高危孕产妇，应当建议其在县级及以上医疗保健机构接受孕产期保健服务和住院分娩。

（3）对妊娠风险分级为“黄色”的孕产妇，应当建议其在县级医疗机构接受孕产期保健和住院分娩。如有异常，应当尽快转诊到三级医疗机构。

（4）对妊娠风险分级为“橙色”的孕产妇，应当建议其在县级危重孕产妇救治中心接受孕产期保健服务，有条件的原则上应当在三级医疗机构住院分娩。

（5）妊娠风险分级为“红色”，建议尽快到三级医疗保健机构接受评估以明确是否适宜继续妊娠，如适宜继续妊娠，建议在县级危重孕产妇救治中心接受孕产期保健服务，原则上应当在三级医疗保健机构住院分娩;

（6）妊娠风险分级为“紫色”,应当按照传染病防治相关要求进行管理,并落实预防艾滋病、梅毒 和乙肝母婴传播综合干预措施。

（7）医疗保健机构对于孕产妇病情需要转运且具备转运条件的高危孕产妇，应对及时安排医务人员携带急救用品，相关病历资料随车护送转诊至上级危重孕产妇救治中心。对于不具备转运条件的，上级危重孕产妇救治中心应当通过电话等远程指导或派员赴现场会诊和指导。

（8）上级接诊单位要及时向转诊单位反馈转诊病人的诊断、治疗、处理、结局等信息，评价转诊是否及时和延误，并指导和纠正不正确的处理方法。

（9）对自己要求出院，但病情严重不允许出院的孕产妇，特别是高危孕产妇，应立即报告本院医务科、院领导、妇保院高危孕产妇管理中心直至卫生健康行政部门。动用一切力量，确保孕产妇的生命安全。

（10）医疗保健机构不得截留不属于本级管理范围的或本级不能诊治的高危孕产妇。

（11）各医疗保健机构医务科须每日掌握产科的住院危急重症孕产妇动态情况，各级医疗机构实行住院分娩危急重症孕产妇每日报告制度。

（12）医疗保健机构（辖区）设立专人负责本机构（辖区）高危孕产妇的随访管理工作。要求每天从《桂妇儿健康服务信息管理系统》查询出本机构（辖区）的高危孕产妇名单，进行专案随访和管理。并建立电子版《高危孕产妇登记本》。

（13）医疗保健机构（辖区）负责高危孕产妇随访或管理人员，每周将《高危孕产妇登记本》（“橙色”、“红色”、“紫色”）上报到融水县妇幼保健院保健部高危孕产妇管理群。

（14）凡妊娠风险评估为妊娠高危的孕产妇，医疗机构（辖区）必须从妊娠风险评估开始，追踪至产后42天。

（15）动态观察和评估高危妊娠的风险，及时干预，及早转诊。各医疗保健机构对高危孕产妇管理实行临床与保健相结合共同管理模式，临床诊治，保健跟踪管理。县妇幼保健院负责全县高危孕产妇信息管理，根据实际情况及时协调、调整高危孕产妇系统管理的归属问题。

（16）乡卫生院要进一步规范所辖医疗机构的诊疗科目，严禁超范围行医行为，杜绝违规截留孕产妇的现象发生。

（二）加强危重孕产妇救治及转运体系建设。

1.加大对我乡危重孕产妇救治及转运体系建设投入，汇同自治县发改局争取上级项目支持，不断提高我乡危重孕产妇救治及转运体系处置能力和救治水平。

2.县卫生健康局负责我县内高危孕产妇的监督管理工作，成立县危重孕产妇救治领导小组（附件3）和专家小组（附件4）。专家小组负责我县危重症孕产妇救治的技术支持，配合县妇幼保健院开展高危妊娠分级管理的督查和评估。

3.成立县级危重孕产妇救治中心。进一步建设完善县人民医院的危重孕产妇救治中心。救治中心遵照 “先诊疗后付费”的原则，保障救治“绿色通道”畅通。

县级危重孕产妇救治中心的电话和专家小组的专家联系电话（附件7）向各镇和村公告，以便基层医疗卫生机构在发生危重孕产妇救治时可随时与专家直接联系，缩短求助途径。

4.县医疗急救指挥中心（“120”）在接受产科急救求援出诊时，必须配备产科专业技术人员，或转给危重孕产妇救治中心出诊，如属危重孕产妇急救的应请求专家小组的专家出诊。县卫生健康局要统一调度辖区内的救护车用于危重孕产妇救治，各镇卫生院要落实危重孕产妇转运的交通工具。

5.紧急情况下转运危重孕产妇可请求县公安部门协助保障转运通道畅通。

（三）完善高危孕产妇转诊、会诊流程

1.高危孕产妇按照高危评分实施分级管理，并根据高危因素变化实施定向或双向转诊。

2.高危、危重孕产妇需要转诊或会诊时，首诊医生应认真书写病历记录和转诊通知单，要记录所发现的高危因素，转诊或会诊目的，以及定点转入的医院和专科。

（1）转诊不需护送的高危孕产妇，首诊医生应向孕产妇和家属告知高危因素对母婴的危害，明确转进的医院，需要协助诊治的专科，避免因病人或家属不知情而盲目转诊，延误病情；

（2）属危重孕产妇转诊的，首诊机构必须派出救护车和产科医护人员护送转诊。对转出的孕产妇应向县妇幼保健院报告，并实行跟踪、动态管理，掌握转归。

3.县级危重孕产妇救治中心接诊后，除为孕妇确诊外，应按照高危评分对高危孕妇今后的保健地点和分娩地点提出意见。非产科高危因素实行专科会诊制度，必须经专科会诊，共同讨论诊疗方案，并为其是否能继续妊娠或转诊提出医学意见。

4.接受转诊的医疗保健机构，在诊疗工作结束后，应填写转归反馈单，并及时反馈给转诊的医疗保健机构。反馈内容包括诊断和诊治经过，以及上送单位诊治的缺陷情况。

5.属高危妊娠上送的孕产妇，在治疗后，高危因素消除或病情好转，趋于稳定，适合基层医疗机构监测的，可转回当地医疗保健机构继续接受围产期保健。

（四）规范救治流程，提高救治质量

1.卫生院应成立本院危重孕产妇救治领导小组，由院长担任组长，分管副院长担任副组长。领导小组整合各学科卫生资源组成危重孕产妇救治专家小组，保证危重孕产妇的救治到位、及时.医疗机构把降低孕产妇死亡率、婴儿死亡率纳入医疗质量控制指标进行考核。

2.卫生院应建立院内的危重孕产妇救治应急预案，有危重孕产妇救治时，由医疗保健机构根据孕产妇病情需要启动应急预案，本院危重孕产妇救治领导小组组长或副组长应到救治现场协调医院资源参与救治，相关专科专家必须参与全程救治，不能以会诊的方式临时参与救治。

3.需要上级专家小组支持的，由医疗保健机构向县卫生健康局请求协调，或直接与上级专家小组的专家联系寻求技术支持，如产科主任正在参与救治无法亲自提出请求的，应由现场指挥的危重孕产妇救治领导小组组长或副组长提出请求。

4.有条件的医疗保健机构应建立血库进行储血，各医疗保健机构依托孕妇学校、产前门诊做好孕产妇家属的献血引导工作。

（五）严格实行危重、死亡孕产妇病例报告和点评制度

1.卫生院如有危重孕产妇救治，应及时报告县卫生健康局和县妇幼保健院。

2.卫生院发生孕产妇死亡时，应在 24小时内报告县卫生健康局和县妇幼保健院，县卫生健康局和县妇幼保健院分别及时向上一级卫生健康行政部门和妇幼保健院报告；并在1周内将孕产妇死亡相关资料：孕产妇死亡卡、孕产妇死亡调查报告附卷、病历摘要及病历复印件等资料上交到县妇幼保健院保健部。由卫生健康局组织有关专家对死亡病例进行评审，分析死亡原因，完善和改进救治能力。

3.县卫生健康局每季度组织 1次县级围产保健协作组或全县产科医护人员讨论病例，如有特殊情况，必要时可临时组织全县产科医护人员进行病例讨论，并挑选城区危重孕产妇专家小组的专家对病历点评分析，包括明确诊断，分析孕期保健、高危及危重孕产妇转诊和产科处理各环节存在问题、救治的经验、教训等进行全面的点评，通过实例分析，规范产科医护人员医疗行为，提高产科医护人员整体技术水平和责任意识、风险防范意识以及医患纠纷防范意识等，全面提高我县产科医务人员对危急重症孕产妇救治的实战技术水平。

（六）完善社会救助机制，保障危重孕产妇救治到位，避免因病致贫或因病返贫

1.在对高危孕产妇动态追踪管理过程中，村医和乡镇卫生院的妇幼人员应提示服务对象办理城乡居民基本医疗保险，并向其宣传妇幼健康服务项目的相关政策。

2.各级医疗保健机构应积极与民政部门沟通，了解相关民政救助政策并告知孕产妇及其家属。

3. 各级医疗保健机构应积极引导社会组织参与高危孕产妇管理相关的宣传、培训、救助等工作。

四、责任追究

对履行职责不力的单位和个人，按照《柳州市孕产妇服务管理责任追究制度（试行）》（附件8）追究相应责任。

附件：[1.孕产妇妊娠风险筛查表](http://www.nhfpc.gov.cn/ewebeditor/uploadfile/2017/07/20170731140104356.docx" \t "_blank)

[2.孕产妇妊娠风险评估表](http://www.nhfpc.gov.cn/ewebeditor/uploadfile/2017/07/20170731140118744.docx" \t "_blank)

3.融水县孕产妇急救领导小组名单

4.融水县急危重症孕产妇抢救专家组名单

5.融水县乡级急救网络联系方式

6.孕产妇急危重症转诊网络流程图

7.融水苗族自治县危重孕产妇救治中心、急救专家小组联系方式

8.《柳州市孕产妇服务管理责任追究制度（试行）》

9.孕产妇服务管理责任县卫计局、县妇幼保健院人员分片包乡表

附件1：

**孕产妇妊娠风险筛查表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项　目 | 筛查阳性内容 |
| **1. 基本情况** | 1.1 周岁≥35或≤18岁  1.2 身高≤145cm，或对生育可能有影响的躯体残疾  1.3 体重指数（BMI）＞25 或＜18.5  1.4 RH血型阴性 |
| **2. 异常妊娠及分娩史** | 2.1 生育间隔<18月或>5年  2.2 剖宫产史  2.3 不孕史  2.4 不良孕产史（各类流产≥3次、早产史、围产儿死亡史、出生缺陷、异位妊娠史、滋养细胞疾病史、既往妊娠并发症及合并症史）  2.5 本次妊娠异常情况（如多胎妊娠、辅助生殖妊娠等） |
| **3. 妇产科疾病及手术史** | 3.1 生殖道畸形  3.2 子宫肌瘤或卵巢囊肿≥5cm  3.3 阴道及宫颈锥切手术史  3.4 宫/腹腔镜手术史  3.5 瘢痕子宫（如子宫肌瘤挖除术后、子宫肌腺瘤挖除术后、子宫整形术后、宫角妊娠后、子宫穿孔史等）  3.6 附件恶性肿瘤手术史 |
| **4. 家族史** | 4.1 高血压家族史且孕妇目前血压≥140/90mmHg  4.2 糖尿病（直系亲属）  4.3 凝血因子缺乏 |
| 4.4 严重的遗传性疾病（如遗传性高脂血症、血友病、地中海贫血 等） |
| **5. 既往疾病及手术史** | 5.1 各种重要脏器疾病史  5.2 恶性肿瘤病史  5.3 其他特殊、重大手术史、药物过敏史 |
| **6. 辅助检查\*** | 6.1 血红蛋白＜110g/L  6.2 血小板计数 ≤100×109/L  6.3 梅毒筛查阳性  6.4 HIV筛查阳性  6.5 清洁中段尿常规异常（如蛋白、管型、红细胞、白细胞）持续两次以上  6.6 尿糖阳性且空腹血糖异常（妊娠24周前≥7.0mmol/L；妊娠24周起≥5.1mmol/L）  6.7 血清铁蛋白＜20μg/L |
| **7. 需要关注的表现特征及病史** | 7.1 提示心血管系统及呼吸系统疾病：  7.1.1 心悸、胸闷、胸痛或背部牵涉痛、气促、夜间不能平卧  7.1.2 哮喘及哮喘史、咳嗽、咯血等  7.1.3 长期低热、消瘦、盗汗  7.1.4 心肺听诊异常；  7.1.5 高血压BP≥140/90mmHg  7.1.6 心脏病史、心衰史、心脏手术史  7.1.7 胸廓畸形 |
| 7.2 提示消化系统疾病：  7.2.1 严重纳差、乏力、剧吐  7.2.2 上腹疼痛，肝脾肿大  7.2.3 皮肤巩膜黄染  7.2.4 便血 |
| 7.3 提示泌尿系统疾病：  7.3.1 眼睑浮肿、少尿、蛋白尿、血尿、管型尿  7.3.2 慢性肾炎、肾病史 |
| 7.4 提示血液系统疾病：  7.4.1 牙龈出血、鼻衄  7.4.2 出血不凝、全身多处瘀点瘀斑  7.4.3 血小板减少、再障等血液病史 |
| 7.5 提示内分泌及免疫系统疾病：  7.5.1 多饮、多尿、多食  7.5.2 烦渴、心悸、烦躁、多汗  7.5.3 明显关节酸痛、脸部蝶形或盘形红斑、不明原因高热  7.5.4 口干(无唾液)、眼干(眼内有磨擦异物感或无泪)等 |
| 7.6 提示性传播疾病：  7.6.1 外生殖器溃疡、赘生物或水泡  7.6.2 阴道或尿道流脓  7.6.3 性病史 |
| 7.7 提示精神神经系统疾病：  7.7.1 言语交流困难、智力障碍、精神抑郁、精神躁狂  7.7.2 反复出现头痛、恶心、呕吐  7.7.3 癫痫史  7.7.4 不明原因晕厥史 |
| 7.8 其他  7.8.1 吸毒史 |

备注：带\*的项目为建议项目，由筛查机构根据自身医疗保健服务水平提供。

附件2：

**孕产妇妊娠风险评估表**

|  |  |
| --- | --- |
| 评估分级 | 孕产妇相关情况 |
| **绿色**  **（低风险）** | 孕妇基本情况良好，未发现妊娠合并症、并发症。 |
| **黄色**  **（一般风险）** | 1. 基本情况  1.1 年龄≥35岁或≤18岁  1.2 BMI＞25或＜18.5  1.3 生殖道畸形  1.4 骨盆狭小  1.5 不良孕产史（各类流产≥3次、早产、围产儿死亡、出生缺陷、异位妊娠、滋养细胞疾病等）  1.6 瘢痕子宫  1.7 子宫肌瘤或卵巢囊肿≥5cm  1.8 盆腔手术史  1.9 辅助生殖妊娠  2. 孕产期合并症  2.1 心脏病（经心内科诊治无需药物治疗、心功能正常）：  2.1.1 先天性心脏病（不伴有肺动脉高压的房缺、室缺、动脉导管未闭；法乐氏四联症修补术后无残余心脏结构异常等）  2.1.2 心肌炎后遗症  2.1.3 心律失常  2.1.4 无合并症的轻度的肺动脉狭窄和二尖瓣脱垂  2.2 呼吸系统疾病：经呼吸内科诊治无需药物治疗、肺功能正常  2.3 消化系统疾病：肝炎病毒携带（表面抗原阳性、肝功能正常）  2.4 泌尿系统疾病：肾脏疾病（目前病情稳定肾功能正常）  2.5 内分泌系统疾病：无需药物治疗的糖尿病、甲状腺疾病、垂体泌乳素瘤等  2.6 血液系统疾病：  2.6.1妊娠合并血小板减少（PLT 50-100×109/L）但无出血倾向  2.6.2妊娠合并贫血（Hb 60-110g/L）  2.7 神经系统疾病：癫痫（单纯部分性发作和复杂部分性发作），重症肌无力（眼肌型）等  2.8 免疫系统疾病：无需药物治疗（如系统性红斑狼疮、IgA肾病、类风湿性关节炎、干燥综合征、未分化结缔组织病等）  2.9 尖锐湿疣、淋病等性传播疾病  2.10 吸毒史  2.11 其他  3. 孕产期并发症  3.1 双胎妊娠；  3.2 先兆早产；  3.3 胎儿宫内生长受限；  3.4 巨大儿；  3.5 妊娠期高血压疾病（除外红、橙色）；  3.6 妊娠期肝内胆汁淤积症；  3.7 胎膜早破；  3.8 羊水过少；  3.9 羊水过多；  3.10 ≥36周胎位不正；  3.11 低置胎盘；  3.12 妊娠剧吐 |
| **橙色（较高风险）** | 1. 基本情况：  1.1 年龄≥40岁  1.2 BMI≥28  2. 孕产期合并症  2.1 较严重心血管系统疾病：  2.1.1 心功能II级，轻度左心功能障碍或者EF40%～50%  2.1.2 需药物治疗的心肌炎后遗症、心律失常等  2.1.3 瓣膜性心脏病 (轻度二尖瓣狭窄瓣口＞1.5 cm2，主动脉瓣狭窄跨瓣压差＜50mmHg，无合并症的轻度肺动脉狭窄，二尖瓣脱垂，二叶式主动脉瓣疾病，Marfan综合征无主动脉扩张)  2.1.4 主动脉疾病（主动脉直径＜45mm），主动脉缩窄矫治术后  2.1.5 经治疗后稳定的心肌病  2.1.6 各种原因的轻度肺动脉高压（＜50mmHg）  2.1.7其他  2.2 呼吸系统疾病：  2.2.1 哮喘  2.2.2 脊柱侧弯  2.2.3 胸廓畸形等伴轻度肺功能不全  2.3 消化系统疾病：  2.3.1 原因不明的肝功能异常  2.3.2 仅需要药物治疗的肝硬化、肠梗阻、消化道出血等  2.4 泌尿系统疾病：慢性肾脏疾病伴肾功能不全代偿期（肌酐超过正常值上限）  2.5 内分泌系统疾病：  2.5.1 需药物治疗的糖尿病、甲状腺疾病、垂体泌乳素瘤  2.5.2肾性尿崩症（尿量超过4000ml/日）等  2.6 血液系统疾病：  2.6.1 血小板减少（PLT30-50×109/L）  2.6.2 重度贫血（Hb40-60g/L）  2.6.3 凝血功能障碍无出血倾向  2.6.4 易栓症（如抗凝血酶缺陷症、蛋白C缺陷症、蛋白S缺陷症、抗磷脂综合征、肾病综合征等）  2.7 免疫系统疾病：应用小剂量激素（如强的松5-10mg/天）6月以上，无临床活动表现（如系统性红斑狼疮、重症IgA肾病、类风湿性关节炎、干燥综合征、未分化结缔组织病等）  2.8 恶性肿瘤治疗后无转移无复发  2.9 智力障碍  2.10 精神病缓解期  2.11 神经系统疾病：癫痫（失神发作）、重症肌无力（病变波及四肢骨骼肌和延脑部肌肉）等  2.12 其他  3. 孕产期并发症  3.1 三胎及以上妊娠  3.2 Rh血型不合  3.3 疤痕子宫（距末次子宫手术间隔＜18月）  3.4 疤痕子宫伴中央性前置胎盘或伴有可疑胎盘植入  3.5 各类子宫手术史（如剖宫产、宫角妊娠、子宫肌瘤挖除术等）≥2次  3.6 双胎、羊水过多伴发心肺功能减退  3.7 重度子痫前期、慢性高血压合并子痫前期  3.8 原因不明的发热  3.9 产后抑郁症、产褥期中暑、产褥感染等 |
| **红色**  **（高风险）** | 1.孕产期合并症  1.1严重心血管系统疾病：  1.1.1各种原因引起的肺动脉高压（≥50mmHg），如房缺、室缺、动脉导管未闭等  1.1.2复杂先心（法洛氏四联症、艾森曼格综合征等）和未手术的紫绀型心脏病（SpO2＜90%）；Fontan循环术后  1.1.3 心脏瓣膜病：瓣膜置换术后，中重度二尖瓣狭窄（瓣口＜1.5cm2），主动脉瓣狭窄（跨瓣压差≥50mmHg）、马凡氏综合征等  1.1.4 各类心肌病  1.1.5 感染性心内膜炎  1.1.6 急性心肌炎  1.1.7 风心病风湿活动期  1.1.8 妊娠期高血压性心脏病  1.1.9 其他  1.2 呼吸系统疾病：哮喘反复发作、肺纤维化、胸廓或脊柱严重畸形等影响肺功能者  1.3 消化系统疾病：重型肝炎、肝硬化失代偿、严重消化道出血、急性胰腺炎、肠梗阻等影响孕产妇生命的疾病  1.4 泌尿系统疾病：急、慢性肾脏疾病伴高血压、肾功能不全（肌酐超过正常值上限的1.5倍）  1.5 内分泌系统疾病：  1.5.1 糖尿病并发肾病V级、严重心血管病、增生性视网膜病变或玻璃体出血、周围神经病变等  1.5.2 甲状腺功能亢进并发心脏病、感染、肝功能异常、精神异常等疾病  1.5.3 甲状腺功能减退引起相应系统功能障碍，基础代谢率小于-50%  1.5.4 垂体泌乳素瘤出现视力减退、视野缺损、偏盲等压迫症状  1.5.5 尿崩症：中枢性尿崩症伴有明显的多饮、烦渴、多尿症状，或合并有其他垂体功能异常  1.5.6 嗜铬细胞瘤等  1.6 血液系统疾病：  1.6.1 再生障碍性贫血  1.6.2 血小板减少(＜30×109/L）或进行性下降或伴有出血倾向  1.6.3 重度贫血（Hb≤40g/L）  1.6.4 白血病  1.6.5 凝血功能障碍伴有出血倾向（如先天性凝血因子缺乏、低纤维蛋白原血症等）  1.6.6 血栓栓塞性疾病（如下肢深静脉血栓、颅内静脉窦血栓等）  1.7 免疫系统疾病活动期，如系统性红斑狼疮（SLE）、重症IgA肾病、类风湿性关节炎、干燥综合征、未分化结缔组织病等  1.8 精神病急性期  1.9 恶性肿瘤：  1.9.1 妊娠期间发现的恶性肿瘤  1.9.2 治疗后复发或发生远处转移  1.10 神经系统疾病：  1.10.1 脑血管畸形及手术史  1.10.2 癫痫全身发作  1.10.3 重症肌无力（病变发展至延脑肌、肢带肌、躯干肌和呼吸肌）  1.11 吸毒  1.12 其他严重内、外科疾病等  2. 孕产期并发症  2.1 三胎及以上妊娠伴发心肺功能减退  2.2 凶险性前置胎盘，胎盘早剥  2.3 红色预警范畴疾病产后尚未稳定 |
| **紫色**  **（孕妇患有传染性疾病）** | 所有妊娠合并传染性疾病——如病毒性肝炎、梅毒、HIV感染及艾滋病、结核病、重症感染性肺炎、特殊病毒感染（H1N7、寨卡等） |

**备注：除紫色标识孕妇可能伴有其他颜色外，如同时存在不同颜色分类，按照较高风险的分级标识。**

**附表3**

**汪洞乡危重孕产妇急救专家小组名单**

    组 长：韦必料 汪洞乡党委委员、武装部长

副组长：梅 香  汪洞乡卫生院院长

成 员：唐智海 汪洞乡卫生院副院长

韦喜朵 汪洞乡卫生院副院长

韦雪玲 汪洞乡卫生院办公室主任

廖华燕 汪洞乡卫生院公卫主任

银丽爽　汪洞乡卫生院妇产科医生

邓 琳 汪洞乡卫生院妇保信息员

银玉耸 汪洞乡卫生院检验员

各村村委、各村村医、计生专干

高危孕产妇急救领导小组负责辖区内高危孕产妇和新生儿急救转诊的指挥组织和协调全乡危重孕产妇抢救应急预案的落实，急救领导小组下设办公室，办公室设卫生院，办公室主任由梅香同志兼职。

**附件4：**

**融水苗族自治县危重孕产妇急救专家小组名 单**

     组  长： 龚桂春   自治县卫生健康局副局长

      副组长：韦庆成   县妇幼保健院院长

            卢福明 县人民医院副院长 ，大外科主任

邱明霞 县中医医院副院长

      成   员：

           张 佳   县妇幼保健院副院长

梁美柔 县人民医院产科主任

黄尊华 县中医医院妇产科主任

邱科惠 县妇幼保健院妇产科主任

              严 俊 县人民医院大内科主任、血透室主任

黎 红 县人民医院心血管内科主任

严 俊 县人民医院大内科主任、血透室主任

韦昌华 县人民医院ICU主任

莫敏聪 县人民医院儿科主任

刘海军 县人民医院麻醉科主任

杨友新 县人民医院检验科主任

韦卫雄 县人民医院药剂科主任

        李慧灵 县中医医院心脑病科主任

黄晓颖 县中医医院肺病、内分泌科主任

粟显才 县中医医院ICU主任

林楚干 县中医医院儿科主任

韦泉球 县中医医院麻醉科主任

张军和 县中医医院检验科主任

邓健强 县中医医院药剂科主任

周仕成 县妇幼保健院儿科主任

胡常江 县妇幼保健院麻醉科主任

覃超安  县妇幼保健院医技科科长

林 莉 县妇幼保健院药剂科主任

专家技术小组成员接受指挥中心领导，接到抢救通知后，服从派遣，及时到达指定地点参加抢救工作。

附件6

**孕产妇急危重症转诊网络流程图**



附件8

**柳州市孕产妇服务管理责任追究制度（试行）**

第一章 总则

**第一条** 为加强孕产妇服务管理，切实保障母婴安全，提高我市妇女儿童保健水平，切实降低全市孕产妇死亡率，根据《中华人民共和国母婴保健法》《中华人民共和国母婴保健法实施办法》《母婴保健专项技术服务许可及人员资格管理办法》《医疗技术操作规范》《国家卫生计生委关于加强母婴安全保障工作的通知》《“健康中国2030”规划纲要》《关于印发母婴安全行动计划（2018-2020年）和健康儿童行动计划（2018-2020年）的通知》等相关法律法规及文件要求，结合我市实际，制定本制度。

**第二条**  全市各级卫生计生行政部门、各级医疗保健机构和医疗保健人员适用本办法。

**第三条** 本制度所称孕产妇死亡是指妇女在妊娠期至妊娠结束后42天以内，由于任何与妊娠或妊娠处理有关的或由此加重原因导致的死亡，但不包括意外事故死亡。

**第四条** 医疗保健机构必须在取得《医疗机构执业许可证》《母婴保健技术服务执业许可证》和相应人员技术资质的前提下，根据自身技术水平、服务能力，为孕产妇提供优质、安全的保健服务。医疗保健机构和人员应当根据孕产妇服务管理的要求，履行职责，做好孕产妇筛查和管理工作。

**第五条** 本制度采取责任倒查机制。即发生高危孕产妇服务管理不到位、发生可避免孕产妇死亡的，将逐级追查相关单位和人员责任。

第二章 服务管理

**第六条** 孕产妇保健服务管理按照属地管理和“谁主管、谁负责” 的原则进行。

**第七条** 由市、县（区）卫生计生行政部门牵头建立助产机构、危重孕产妇救治中心和血液中心联动机制，保障转运、救治、用血等重点环节。负责辖区危重孕产妇救治工作，设立市、县（区）两级危重孕产妇救治中心，完善高危孕产妇转诊救治网络建设。建立市县、县乡危重孕产妇会诊、转诊、技术指导等双向协作制度。转诊救治网络覆盖全部助产机构。

**第八条** 市妇幼保健院协助卫生计生行政部门指导市、县（区）两级高危孕产妇转诊救治网络建设；制定疑难危重孕产妇救治及转诊规范；做好高危孕产妇孕情的监测和追踪管理工作；负责开展技术培训；负责全市孕产妇死亡病例调查和评审工作。

县（区）妇幼保健院协助同级卫生计生行政部门，对县（区）级危重孕产妇救治中心和县、乡、村孕产妇保健、急救转诊网络等进行指导和管理，规范辖区内高危孕产妇转诊工作；负责辖区技术培训；协助市妇幼保健院开展相关工作。

**第九条** 市级产科质量控制中心职责：

（一）落实办公场所、专（兼）职人员及工作经费等保障；

（二）对全市提供孕产妇保健服务的医疗机构进行业务培训和产科质控督查，追踪整改落实情况；

（三）负责全市产科医疗质量信息的收集、统计、分析和评价。完成市卫生计生委交办的其他工作任务。

**第十条** 危重孕产妇救治中心（含具有产科救治能力的三级综合医疗机构，下同）职责：

（一）组建由多学科专家组成的危重孕产妇救治专家组，指导和协助辖区医疗保健机构做好危重孕产妇救治工作。定期派员下沉到辖区助产机构进行业务指导；

（二）建立畅通的急救绿色通道，设立专人负责辖区危重孕产妇的转、接诊工作。对于本级救治中心无法承担的任务，应及时向上级危重孕产妇救治中心转诊。转诊前应遵循“先会诊、后转诊”原则。对于不具备转运条件的，上级危重孕产妇救治中心应当通过电话、视频等远程指导或派员赴现场会诊、指导；

（三）加强产科质量管理，建立危重孕产妇评审制度，制定危重孕产妇救治应急预案，开展急救演练。接受市级产科质量控制中心督查。

**第十一条** 其他具有助产资质的医疗保健机构职责：

（一）落实孕产妇服务管理各项工作措施。按照《桂妇儿健康服务信息管理系统》管理要求，强化服务数据录入质量。落实首诊负责制，首诊医生对孕产妇进行妊娠风险筛查及评估。按要求对孕产妇进行规范管理；

（二）建立危重孕产妇评审制度、孕产妇死亡报告制度；

（三）落实《医疗质量管理办法》，产科、儿科成立本科室医疗质量管理工作小组，严格执行助产技术规范，加强产科质量管理，接受市级产科质量控制中心督查；

（四）成立由分管院长任组长，多学科组成的危重孕产妇救治小组，负责院内危重孕产妇救治工作；

（五）严格按照《国家卫生计生委关于加强母婴安全保障工作的通知》“分色”管理要求，对孕产妇进行规范管理。及时向辖区妇幼保健院报送妊娠风险分级为“橙色”和“红色”的孕产妇信息。

**第十二条** 乡镇卫生院、社区卫生服务中心职责：

（一）健全乡、村保健管理网络，开展孕情摸底工作，全面掌握辖区孕产妇底数。负责村级卫生保健人员业务指导；

（二）按照《孕产妇妊娠风险筛查表》《孕产妇妊娠风险评估表》，对辖区孕产妇进行高危筛查和评估。落实孕产妇“分色”管理制度，指导高危孕产妇“分级”产检与住院分娩，对辖区高危孕产妇实行跟踪管理。按照《孕前和孕期保健指南（2018年）》要求，对无法提供相应孕期检查的，指导孕妇到有资质的医疗保健机构完善相关检查；

（三）有助产资质的基层医疗机构必须按照产科建设标准，落实产科人员、房屋、设备等。及时将危重孕产妇和新生儿转诊至上级医疗保健机构；

（四）负责辖区孕产妇及家属的孕育健康知识宣教，提升群众健康素养。加强产褥期保健工作，落实产后访视和新生儿访视工作。

**第十三条** 村卫生室、社区卫生服务站职责：

（一）协助乡镇卫生院或社区卫生服务中心完成辖区内育龄妇女、新婚妇女、待孕妇女摸底调查，及时对辖区内孕产妇进行登记上报，追踪其在孕12周前到辖区乡镇卫生院或社区卫生服务中心建立《广西母子健康手册》。接受上级业务指导和监督；

（二）配合开展以孕产妇保健为主要内容的健康教育。协助组织动员待孕妇女及孕产妇参加妇幼健康服务相关项目；

（三）配合乡镇卫生院、社区卫生服务中心对辖区孕产妇进行动态监管，及时报告孕产妇情况。对高危孕产妇实行追踪管理，动员高危孕妇提前住院分娩；对不听劝诫的高危孕产妇必须逐级汇报，确保其得到有效医疗保健服务。

第三章 救治与报告

**第十四条** 市、县（区）卫生计生行政部门要建立由分管领导牵头负责的保障母婴安全协调机制，成立危重孕产妇救治领导小组，指导辖区危重孕产妇救治工作。

**第十五条** 各级医疗保健机构进行孕产妇抢救时，须及时向院内危重孕产妇救治小组和辖区危重孕产妇救治领导小组报告，必要时请求上级危重孕产妇救治中心支持。

**第十六条** 落实《医师外出会诊管理暂行规定》要求，规范会诊制度。

**第十七条** 建立孕产妇死亡个案报告制度，各医疗保健机构发生孕产妇死亡后第一时间向辖区妇幼保健院报告。各级医疗保健机构必须认真配合妇幼保健机构进行孕产妇死亡调查，不得瞒报孕产妇死亡情况。

**第十八条** 成立市、县（区）级孕产妇死亡评审专家组，对辖区内孕产妇死亡个案进行评审。市、县（区）卫生计生行政部门对评审发现的问题进行通报，督促落实改进。

第四章 责任确定

**第十九条** 各级卫生计生行政部门依据每季度市级孕产妇死亡评审结论对相关单位和个人进行责任追究。

**第二十条**  有下列情形之一造成孕产妇死亡的，属责任追究范围：

（一）未按《国家基本公共卫生服务规范》要求，对辖区孕产妇进行规范管理，导致孕产妇漏筛漏管的；

（二）未按相关法律法规及文件要求管理高危孕产妇，导致高危孕产妇漏筛漏管的；

（三）未按要求对高危孕产妇进行“分色”管理，截留高危孕产妇，转诊不及时、不到位的；

（四）未按要求执行孕产妇会诊制度，延误救治的；

（五）未对建档立卡的贫困孕产妇积极开展救治的；

（六）违反相关医疗技术操作规范的；

（七）其他经孕产妇死亡评审专家组评审为可避免死亡的。

1. 责任追究

**第二十一条** 县（区）卫生计生行政部门有下列情形的，由市卫生计生委给予全市通报批评，并抄送各级人民政府。情节严重的，进行约谈，年度考核不得评先评优。

（一）年度内辖区孕产妇死亡率超标，且可避免死亡人数超过死亡孕产妇总数50%的；

（二）辖区危重孕产妇救治中心、助产机构管理不到位，产科质量不合格，人员资质不符合要求的；

（三）辖区内母婴保健工作监管不到位，截留高危孕产妇造成严重后果的；

（四）因危重孕产妇救治、转诊不规范，孕产妇急救网络不畅通，导致孕产妇死亡的；

（五）其他因卫生计生行政部门履责不到位，造成孕产妇死亡控制工作落实不到位的。

**第二十二条** 妇幼保健机构有下列情形的，由同级卫生计生行政部门进行责任追究。情节严重的，由同级卫生计生行政部门对其分管领导进行诫勉谈话，年度考核不得评先评优。

（一）辖区内孕产妇死亡率超标，且可避免死亡人数超过死亡孕产妇总数50%的；

（二）孕产妇系统管理率未达标的；

（三）高危孕产妇服务管理工作不到位，未协助医疗机构对分级为“橙色”和“红色”的孕产妇追踪管理的；

（四）瞒报或漏报孕产妇死亡的；

（五）其他由于未认真履职履责，导致孕产妇死亡的。

**第二十三条** 市级产科质量控制中心有下列情形的，由市卫生计生委给予通报批评，并限期整改。情节严重的，由市卫生计生委取消产科质控中心挂靠单位资格。

（一）未对全市助产机构开展产科质控督查，未追踪整改落实情况的；

（二）产科质控中心挂靠单位产科发生重大医疗事故或造成重大社会影响的不良事件等。

**第二十四条** 危重孕产妇救治中心有下列情形的，由同级卫生计生行政部门给予通报批评，并限期整改。情节严重的，由同级卫生计生委取消危重孕产妇救治中心资格，并对分管领导进行诫勉谈话。

（一）连续发生孕产妇死亡，或存在严重医疗质量和医疗安全问题的；

（二）拒绝或推诿转诊的危重孕产妇，急救绿色通道不畅通，延误救治的；

（三）未严格执行高危孕产妇“分色”管理及报告制度，截留高危孕产妇造成严重后果的。

（四）未完成卫生计生行政部门交办的其他事项。

**第二十五条** 各级助产机构有下列情形的，由同级卫生计生行政部门通报，并限期整改。情节严重的，单位年度考核不得评先评优，同时对其分管领导进行诫勉谈话。

（一）未按照孕产妇服务管理要求，落实各项工作措施的；

（二）未执行高危孕产妇“分色”管理及报告制度，截留高危孕产妇造成严重后果的；

（三）产科急救流程不规范，抢救不及时，推诿病人的；

（四）未完成卫生计生行政部门交办的其他事项。

**第二十六条** 各级助产机构有下列情形的，由同级卫生计生行政部门给予行政警告，《母婴保健技术服务执业许可证》年度校验为不合格，限期整改。对拒不整改的，由卫生计生行政部门给予停业整顿3个月。对拒不整改造成严重后果的，撤销其《母婴保健技术服务执业许可证》。

（一）未取得助产技术资格的人员从事助产技术服务的；

（二）年度内发生1例可避免死亡的孕产妇的；

（三）未及时申请《母婴保健技术服务执业许可证》校验的；

（四）产科质量不达标的。

**第二十七条** 医疗保健机构在从事医疗活动中发生医疗事故，造成孕产妇死亡的，按《医疗事故处理条例》的有关规定处理。非法执业导致孕产妇死亡的，由各级卫生计生执法监督部门依法严肃查处，构成犯罪的移交司法机关追究刑事责任。

**第二十八条** 医护人员不履行或者不正确履行自己的职责的，调离母婴保健技术服务工作岗位三个月，期满经考核合格后方可上岗，年度考核不得评先评优。

根据《中华人民共和国母婴保健法实施办法》，有下列情形之一的，由原发证部门撤销相应的母婴保健技术执业资格或者医师执业证书：

1. 因延误诊治，造成严重后果的；
2. 给当事人身心健康造成严重后果的；

（三）造成其他严重后果的。

**第二十九条** 基层医疗卫生机构（乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心、社区卫生服务站）出现下列现象，由县（区）卫生计生行政部门通报批评，取消年度评先评优资格，并核减当年基本公共卫生服务补助经费。

（一）未掌握辖区孕情，未落实孕产妇妊娠风险筛查，造成严重后果的；

（二）未执行高危孕产妇“分色”管理及报告制度，截留高危孕产妇的；

（三）瞒报或漏报孕产妇死亡的；

（四）未完成卫生计生行政部门交办的其他事项。

**第三十条**  被追究的基层医疗卫生机构要根据职责分工，追究分管领导及相关人员的责任，年度考核不得评先评优，同时要与医务人员个人收入挂钩。

**第三十一条** 孕产妇死亡责任追究程序如下：

（一）责任追究按照“谁监管，谁追究”的原则进行。对单位领导干部的责任追究，按其管理权限进行；

（二）责任追究自市级孕产妇死亡评审结束之日起，在一个月内处理完毕，特殊情况可适当延长，最长不超过三个月；

（三）各县（区）卫生计生行政部门对孕产妇死亡责任追究不到位，或没有进行责任追究的，市卫生计生委有权责令改正；

（四）对卫生计生行政部门采取的责任追究行政行为有异议，可以向上级卫生计生行政部门或同级人民政府申请行政复议。

**第三十二条** 被责任追究的单位和个人，要认真整改。对未认真整改，工作无明显改进，从严处理。

第六章 奖励机制

**第三十三条** 市卫生计生委对年度孕产妇死亡率为零、完成妇幼健康服务工作主要指标且全市排名前三的县（区）卫生计生行政部门，及在妇幼健康服务工作表现突出的单位及个人进行通报表扬。

**第三十四条** 县（区）卫生计生行政部门对妇幼健康服务工作表现优秀、孕产妇服务管理工作落实较好的乡镇卫生院、社区卫生服务中心，按照基本公共卫生服务补助资金管理的要求，给予资金倾斜。

**第三十五条** 各医疗保健机构、助产机构要对妇幼健康服务工作表现优秀、孕产妇保健管理工作表现突出的个人给予表彰和奖励。

第七章 附则

**第三十六条** 本制度若执行中与相关法律法规或上级规定相抵触时，以法律法规或上级规定为准。

**第三十七条** 本制度自下发之日起施行。

附件9：

**汪洞乡孕产妇服务管理责任人员分片包村表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **各村名称** | **乡政府领导** | **联系电话** | **乡卫生院领导** | **联系电话** | **乡卫生院业务技术人员** | **联系电话** |
| 腾合村 | 韦必料 | 13481987066 | 梅 香 | 18277268053 | 银丽爽 | 13481292230 |
| 廖合村 | 韦必料 | 13481987066 | 梅 香 | 18277268053 | 邓 琳 | 13481290202 |
| 八洞村 | 韦必料 | 13481987066 | 唐智海 | 18277268053 | 邓 琳 | 13481290202 |
| 罗洞村 | 韦必料 | 13481987066 | 唐智海 | 18277268053 | 银丽爽 | 13481292230 |
| 产儒村 | 韦必料 | 13481987066 | 梅 香 | 13768224636 | 韦雪玲 | 13481293201 |
| 新合村 | 韦必料 | 13481987066 | 韦喜朵 | 13768224636 | 银丽爽 | 13481292230 |
| 结合村 | 韦必料 | 13481987066 | 梅 香 | 13768224636 | 韦雪玲 | 13481293201 |
| 平时村 | 韦必料 | 13481987066 | 韦喜朵 | 13471231069 | 廖华燕 | 18878237273 |
| 池洞村 | 韦必料 | 13481987066 | 唐智海 | 13471231069 | 廖华燕 | 18878237273 |