

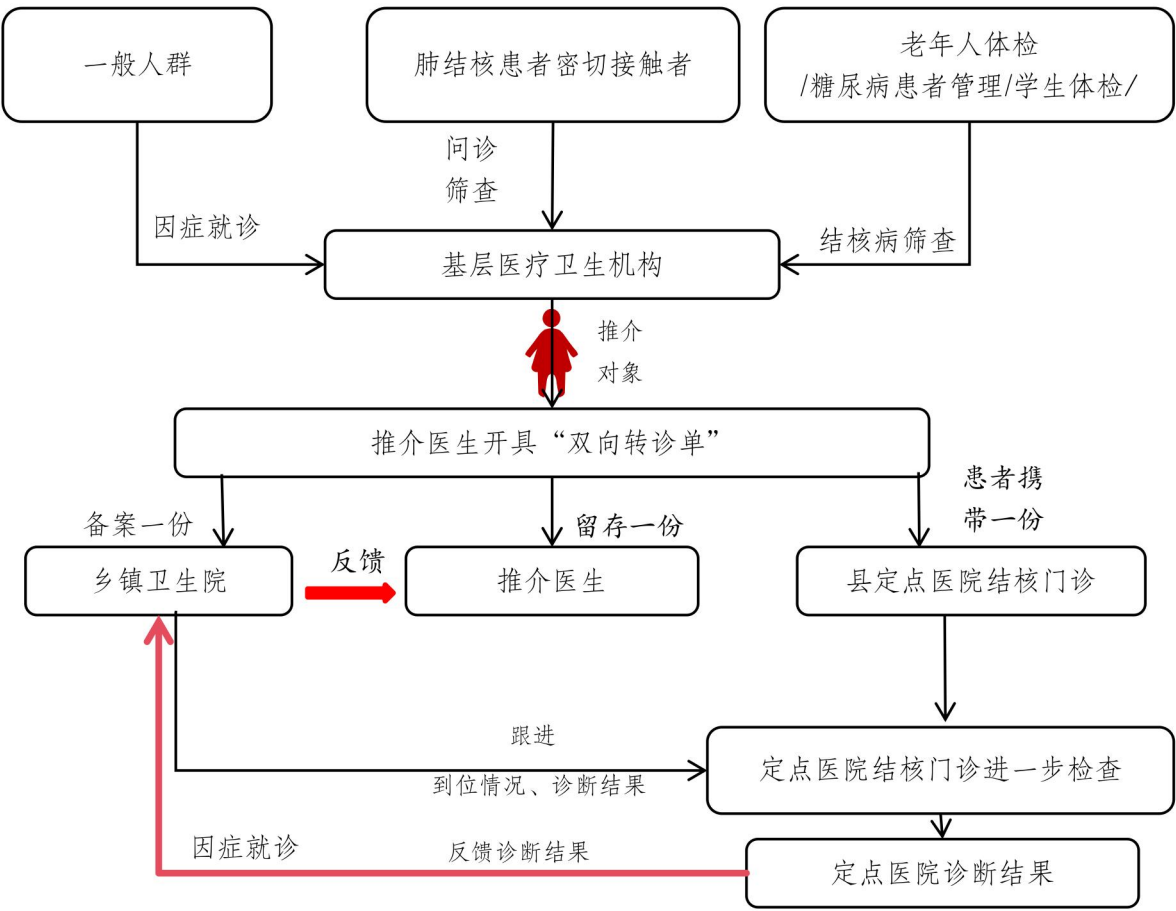
附件 1

肺结核患者或疑似肺结核患者转诊单

肺结核患者或疑似肺结核患者转诊单	
(非定点医疗机构填报) (三联)	
患者姓名 _____	
门诊或住院号: _____	性别 _____ 年龄 _____ (周岁)
住址: _____ 县(市、区) _____ 乡(街道) _____ 村(居委会)	
患者户主姓名 _____	联系电话: _____
患者工作单位 _____ (农户则无需填写)	
转诊原因: 1、有可疑肺结核症状 2、肺结核或可疑肺结核 3、出院治疗 (出院患者应附上住院期间的治疗记录摘要)	
请患者到: _____ (定点医院) 进行专业诊断和治疗	
地址: _____	联系电话: _____
转诊日期: 年 月 日	转诊医生:
转诊医院:	

附件 2

基层医疗卫生机构发现肺结核可疑症状者/疑似患者推介转诊流程



基层医疗卫生机构肺结核可疑患者推介转诊工作流程

附件 3

双向转诊单

姓名		性别		年龄	
现住址				电话	
推介原因	<input type="checkbox"/> 1.因症就诊 <input type="checkbox"/> 2.老年人体检 <input type="checkbox"/> 3.密切接触者筛查 <input type="checkbox"/> 4.糖尿病患者筛查或体检 <input type="checkbox"/> 5.学生体检结核病筛查 <input type="checkbox"/> 6.既往结核病患者 <input type="checkbox"/> 7.其他				
定点医院			结核门诊电话		
推介单位			推介单位联系电话		
推介医生			推介日期		

附件 4

转诊单（定点医疗机构填写）两联

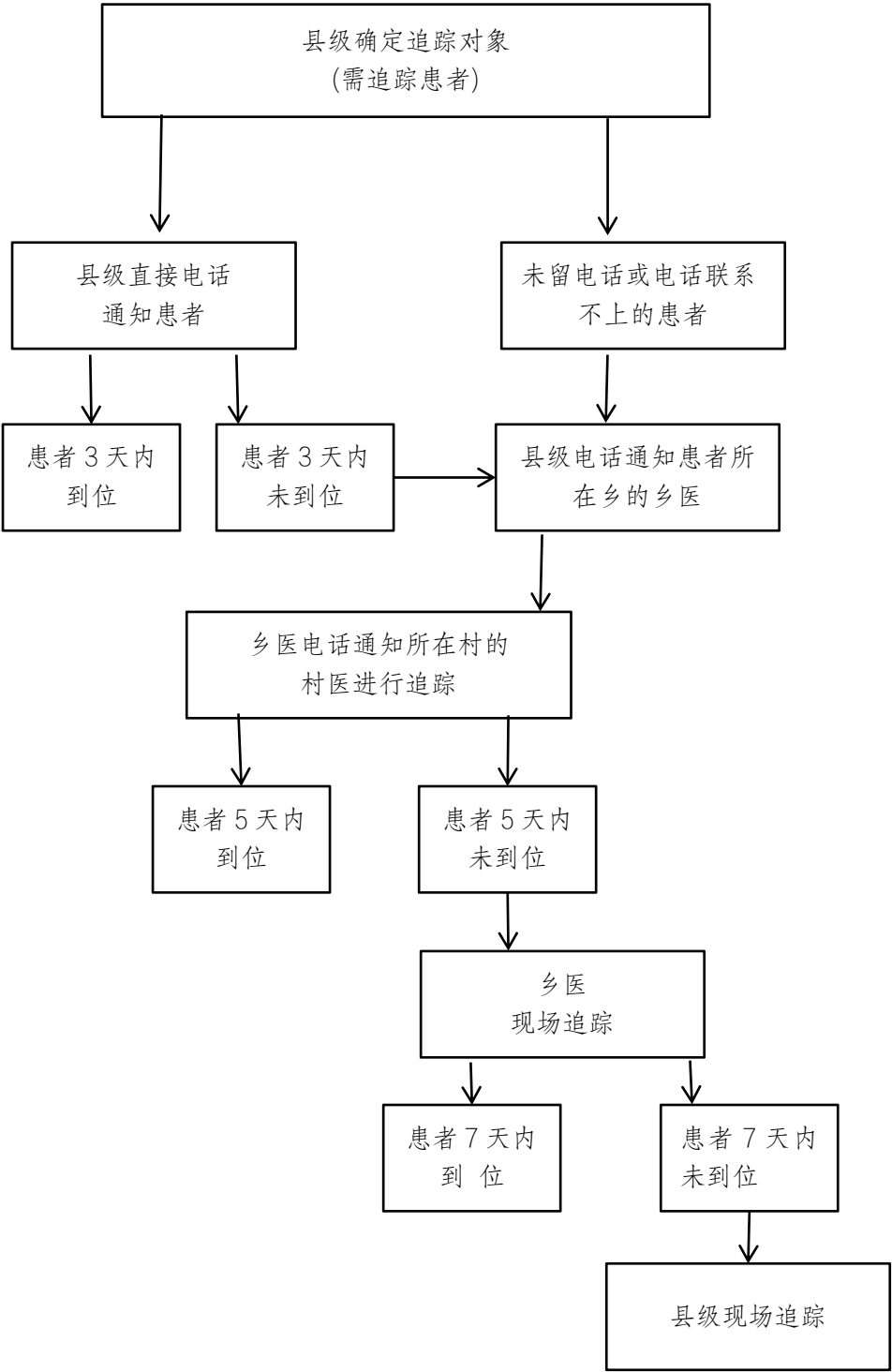
<p style="text-align: center;">转诊单（定点医疗机构填写） （两联）</p> <p>_____（机构名称）：</p> <p>现有患者_____性别_____年龄_____因病情或者患者管理需要，需转入贵单位，请予以接诊。</p> <p>初步印象：</p> <p>主要现病史（转出原因）：</p> <p>主要既往史：</p> <p>治疗经过</p> <p>_____（机构名称）转诊医生（签字）</p> <p>联系电话：_____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	<p style="text-align: center;">转诊单（转出）存根</p> <p>患者姓名_____性别_____年龄_____档案编号_____</p> <p>家庭住址_____联系电话_____</p> <p>于 年 月 日因病情需要或患者管理需要，转入单位_____</p> <p>科室_____接诊医生_____。</p> <p>转诊医生（签字）_____年 月 日</p>
---	---

填写说明：

- 1.本表供居民双向转诊转出时使用，由转诊医生填写。
- 2.初步印象：转诊医生根据患者病情做出的初步判断。
- 3.主要现病史：患者转诊时存在的主要临床问题。
- 4.主要既往史：患者既往存在的主要疾病史。
- 5.治疗经过：经治医生对患者实施的主要诊治措施。
- 6.两联，一份交患者、一份留存。电话告知转出地医疗机构或患者登记管理所在地定点医院，并做好记录。

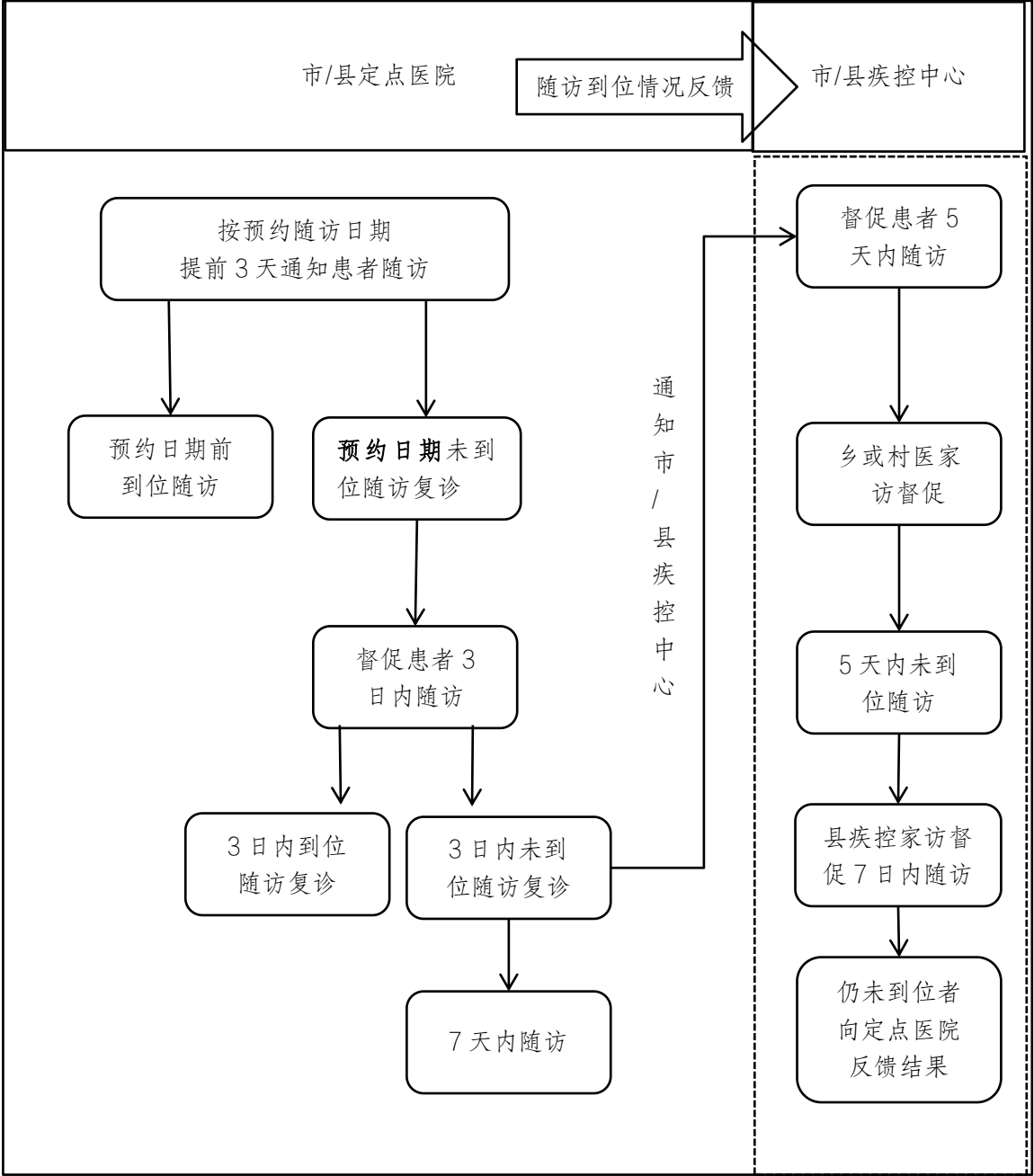
附件 5

肺结核患者/疑似肺结核患者追踪流程



肺结核/疑似肺结核患者追踪流程图

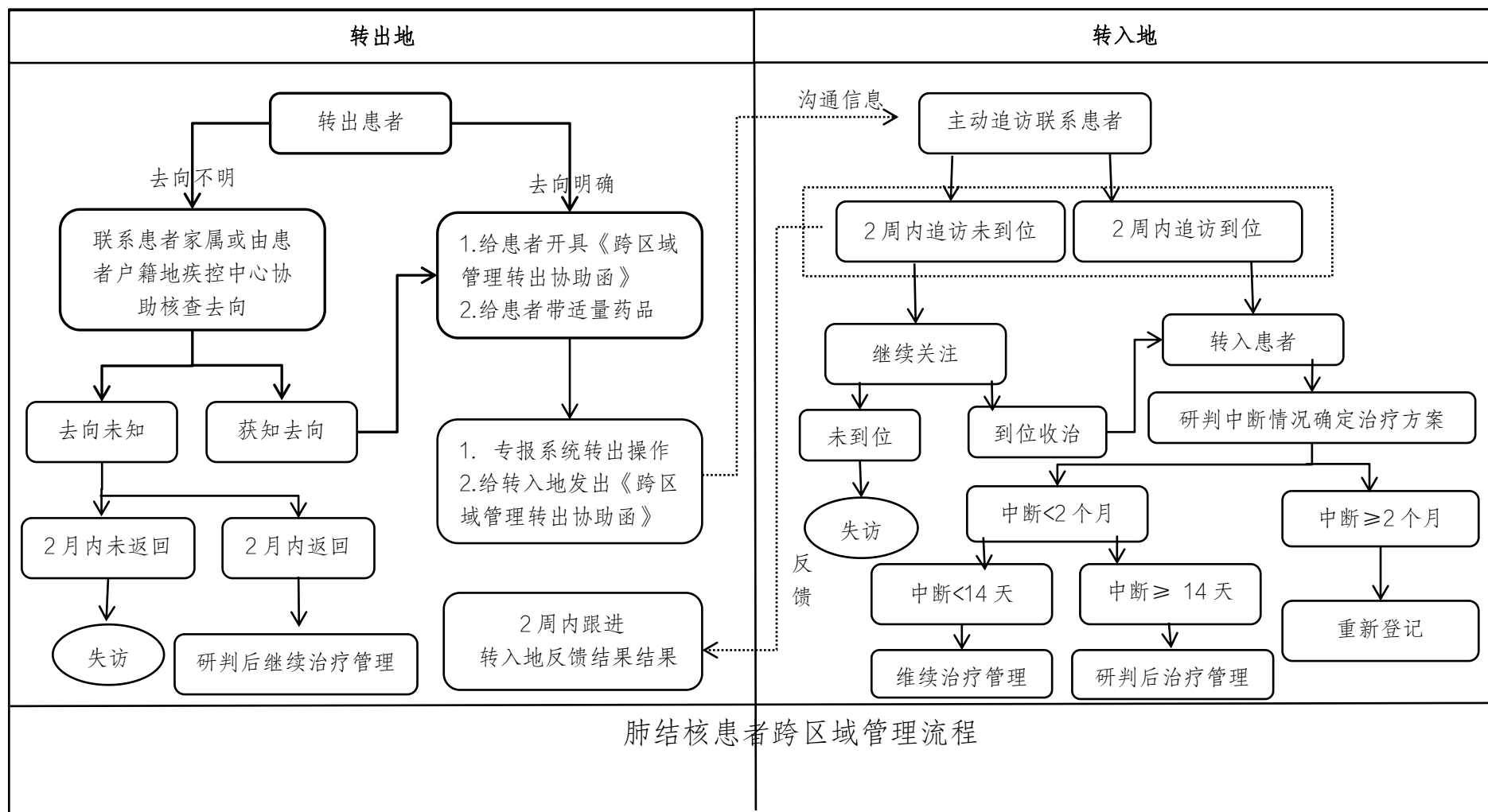
中断治疗肺结核患者追踪流程



中断治疗肺结核患者追踪流程

附件 7

肺结核患者跨区域管理流程



附件 8

肺结核患者休学诊断证明

肺结核患者休学诊断证明（参考）
（正面）

姓名		性别		年龄		身份证号码	
学校名称（具体到班级） 及地							
址							
户籍地址							
现住址							
本人联系电话		家长姓名					
		及联系电话					
诊断日期		诊断结果					
是否已进行抗结核治疗		若是，开始抗结核治疗的日期					
<p>根据原国家卫计委和教育部联合下发的《学校结核病防控工作规范（2017 版）》，该患者符合下述休学条件，需要休学隔离治疗：</p> <p><input type="checkbox"/>病原学阳性肺结核患者；</p> <p><input type="checkbox"/>胸部X光片显示肺部病灶范围广泛和/或伴有空洞的病原学阴性肺结核 患者；</p> <p><input type="checkbox"/>具有明显的肺结核症状；</p> <p><input type="checkbox"/>需休学的其他情况（注明：_____）。</p> <p>医师/诊疗专家组签名：_____</p> <p>诊疗单位（盖章）：_____</p> <p>年 月 日</p>							

复学有关事项告知（参考）

（背面）

1.复学诊断证明由负责学生诊疗管理的结核病定点医疗机构开具。

2.复学条件：

（1）病原学阳性肺结核患者（含耐多药患者和利福平耐药患者）以及重症病原学阴性肺结核患者（包括有空洞/大片干酪状坏死病灶/粟粒性肺结核等）经过规范治疗完成全疗程，达到治愈或完成治疗的标准。

（2）其他病原学阴性肺结核患者经过2个月的规范治疗后，症状减轻或消失，胸部X光片病灶明显吸收；自治疗3月末起，至少两次涂片检查均阴性且至少一次结核分枝杆菌培养检查为阴性（每次检查的间隔时间至少满1个月）。如遇特殊情况的患者，需由当地结核病诊断专家组综合判定。

3.患者需要在结核病定点医疗机构规范接受抗结核治疗，并按时完成病原学检查。请妥善保管全部诊疗相关资料，作为开具复学诊断证明的依据。

4.若开具复学诊断证明的机构并非学校所在地的定点医疗机构，则需该学生患者就读学校/校区所在地的结核病定点医疗机构进行资料的复核，必要时需进行复查。

附件 9

肺结核患者复学诊断证明

肺结核患者复学诊断证明（参考）

姓名		性别		年龄		身份证号码	
学校名称(具体到班级)及地址							
户籍地址							
现住址							
本人联系电话				家长姓名及联系电话			
治疗前诊断结果							
开始抗结核治疗日期							
治疗肺结核的医疗机构名称及治疗时间	医疗机构1:		, 治疗起止日期:				
	医疗机构2:		, 治疗起止日期:				
	医疗机构3:		, 治疗起止日期:				
<p>根据原国家卫计委和教育部联合下发的《学校结核病防控工作规范（2017 版）》，该患者符合下述复学条件，建议复学：</p> <p><input type="checkbox"/> 病原学阳性肺结核患者以及重症病原学阴性肺结核患者（包括有空洞/大片干酪状坏死病灶/粟粒性肺结核等）经过规范治疗完成全疗程，达到治愈或治疗成功的标准。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他病原学阴性肺结核患者经过2个月的规范治疗后，症状减轻或消失，胸部X光片病灶明显吸收，治疗3月末、4月末涂片检查均阴性，并且至少一次结核分枝杆菌培养检查为阴性（每次涂片检查的间隔时间至少满1个月）。</p> <p>后续措施和要求：</p> <p><input type="checkbox"/> 学校校医或班主任应当协助医疗卫生机构督促患者按时服药并定期复查。</p> <p><input type="checkbox"/> 加强对患者的健康教育。</p> <p><input type="checkbox"/> 一旦出现病情恶化，须立即就医。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p style="text-align: right;">医师/诊疗专家组签名：</p> <p style="text-align: right;">诊疗单位（盖章）：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>							

