

绵阳市残疾人联合会 绵阳市卫生健康委员会 文件

绵残办〔2020〕11号

绵阳市残疾人联合会 绵阳市卫生健康委员会 《关于深化0-6岁儿童残疾筛查工作 实施方案》的通知

各县(市、区)残联、卫健局、园区社发局:

为预防残疾的发生、减轻残疾程度,加快推进残疾人康复事业的发展,根据《残疾预防和残疾人康复服务条例》(国令第675号)和四川省、绵阳市人民政府《关于建立残疾儿童康复救助制度的实施意见》精神,为进一步健全全市残疾儿童“早筛查、早诊断、早干预”工作机制,提高残疾儿童康复救助的针对性、及时性和有效性,市残疾人联合会、市卫生健康委员会共同修订

了《绵阳市 0-6 岁儿童残疾筛查工作实施方案》（绵市残〔2016〕5 号），现印发你们，请遵照执行。

一、基本原则

加强组织领导，部门协作，健全开展早发现、早诊断、早干预的 0-6 岁儿童残疾健康管理服务全过程干预工作机制，逐步提高儿童残疾筛查、诊断、治疗和基本康复服务体系 and 政策保障水平。

二、工作目标

全面落实《残疾预防和残疾人康复服务条例》，健全儿童健康管理机制，深入组织开展辖区内新生儿疾病和未成年人残疾筛查、诊断服务，不断健全早筛查、治疗和康复的工作机制，加快推动筛查、转介、康复救助等服务信息共享，实现残疾儿童早发现、早诊断、早干预的工作目标，以确保疑似残疾儿童的残疾评估以及康复安置。

各县(市、区)残联、卫健局、园区社发局要严格按照《0-6 岁儿童残疾筛查工作规范（试行）》各项要求及《0-6 岁儿童残疾筛查工作转介流程图》（见附件 1），明确各自工作职责，规范工作流程，既要分工推动，又要形成合力，推进 0-6 岁儿童残疾筛查、诊断和康复衔接制度的有效落实实施优先干预。

三、筛查范围

0-6 岁儿童残疾筛查工作范围主要是开展视力、听力、言语、智力、肢体（重点是脑瘫、足内翻、足外翻、O 型腿、发育性髋

关节脱位、烧伤患儿矫形、小儿麻痹后遗症等)、孤独症等疑似残疾儿童、高危儿童的筛查。

四、工作职责

(一) 行政管理机构

1. 卫生健康行政部门

(1) 根据 0-6 岁儿童残疾筛查工作规范，制定当地相应的工作规划和实施方案。

(2) 依托基本公共卫生服务网络，组织实施 0-6 岁儿童残疾筛查管理工作。

(3) 制定 0-6 岁儿童残疾筛查人员培训规划，组织开展专业培训。

(4) 做好 0-6 岁儿童残疾筛查信息管理，建立信息共享工作机制。

(5) 建立完善质量控制和评估制度，对辖区内 0-6 岁儿童残疾筛查工作进行监督管理。

(6) 会同残联建立完善儿童残疾筛查干预信息报送系统，实现卫生健康和残联部门、专业机构之间的信息共享。

2. 残联

(1) 牵头组织制定残疾儿童康复救助办法，开展儿童残疾预防、康复政策宣传。争取政策支持，对符合条件的残疾儿童按规定给予救助，保障残疾儿童的合法康复权益。

(2) 做好残疾儿童转介和康复管理工作，组织开展残疾儿

童随访、家庭康复培训和指导工作。

(3) 建立残疾儿童信息通报系统，实现儿童残疾筛查、评估和康复信息共享。

(4) 联合卫生健康行政部门开展儿童残疾评估机构的认定和人员培训工作。

(5) 牵头组织残疾儿童康复机构的认定工作，开展康复机构的督导检查和质量评估工作。

3.0-6 岁儿童残疾筛查管理办公室

0-6 岁儿童残疾筛查管理办公室原则上设在各级妇幼保健机构负责群体保健工作的职能科室（妇幼健康管理部）。负责制定工作督导评估标准，组织督导检查及质量控制等工作；负责开展信息质控、分析工作。

(二) 专业机构

1. 初筛机构

(1) 承担国家基本公共卫生服务的乡镇卫生院、社区卫生服务中心等基层医疗卫生机构为初筛机构。

(2) 在提供 0-6 岁儿童健康管理、健康检查服务的同时，开展 0-6 岁儿童残疾筛查、转介等工作。

(3) 掌握辖区内 0-6 岁儿童残疾基本情况，完成辖区内儿童残疾筛查信息管理、上报和反馈。

(4) 将初筛信息完整填写到《乡镇(社区)0-6 岁儿童残疾初筛登记表》（见附件 2）。对疑似残疾儿童填写《四川省 0-6

岁儿童残疾筛查转介表》（见附件 3），并通知患儿家长及时将初筛疑似残疾儿童转介至复筛机构进行复筛。

（5）开展针对性的健康教育活动，宣传儿童残疾预防和早期干预知识。

2. 复筛机构

（1）县（市、区）妇幼保健院、人民医院以及经省卫健委备案的新生儿听力筛查机构等医疗保健机构为复筛机构。

（2）对初筛疑似残疾儿童进行复筛，并填写《四川省 0-6 岁儿童残疾复筛一览表》（见附件 4）。

（3）对复筛过程中仍无法确诊的儿童，填写《四川省 0-6 岁儿童残疾筛查转介表》，将其转介到市级定点医疗保健机构做进一步评估诊断。

（4）为疑似残疾儿童提供适宜的干预、随访服务。

3. 评估机构

（1）四川省新生儿听力障碍诊治中心（四川大学华西医院）、四川省妇幼保健院、四川省八一康复中心等医疗机构为省级定点评估机构。四川省新生儿遗传代谢病筛查中心绵阳分中心（市妇幼保健院）、四川省新生儿听力障碍诊治中心绵阳分中心（市中心医院）、市三医院为市级定点评估机构，分别承担视力、肢体、智力、听力以及孤独症五类残疾儿童的评估工作。

（2）承担儿童残疾的评估工作，根据评估诊断结果填写《四川省 0-6 岁儿童残疾评估诊断一览表》（见附件 5）。

(3) 将评估结果及转介康复建议反馈至下级妇幼保健机构。

(4) 为残疾儿童提供康复需求和医疗需求等服务信息。

(5) 市级评估机构仍无法评估确诊的，应由其出具《四川省 0-6 岁儿童残疾筛查转介表》，转介到省级定点评估机构进行评估诊断。

(6) 建立和畅通儿童残疾评估、诊断的绿色通道，为残疾儿童提供优质、便捷服务。

4. 妇幼保健机构

(1) 负责承担辖区内 0—6 岁儿童残疾筛查工作的业务管理及质量评估。

(2) 推广适宜筛查技术，对辖区相关医疗卫生机构及托幼机构进行业务指导和培训。做好复筛、转介和随访等相关工作。

(3) 承担辖区内 0—6 岁儿童残疾筛查信息管理工作，对上报疑似残疾儿童实施分类登记及转介管理，与残联共享确诊残疾儿童信息。

(4) 为疑似残疾儿童提供适宜的干预、随访服务。

5. 康复机构

(1) 按照相关要求开展康复和早期干预服务，定期接受业务主管部门的质量控制和工作督导。

(2) 按规定做好服务对象基本信息、康复和干预信息的管理工作，定期向残联上报。

(3) 宣传残疾预防和康复知识，向服务对象家属、助残志愿者普及康复知识，传授康复和干预方法。

(4) 做好康复咨询和转介服务工作。

五、加强信息管理

(一) 基础信息

乡镇（街道）、社区（村）残疾人组织要积极主动配合卫生健康部门做好初筛、复筛工作，重点对县级妇幼保健院提供的复筛儿童名单进行跟踪随访，对明确诊断并符合 0-6 岁残疾儿童康复救助条件的残疾儿童，填写《四川省 0-6 岁儿童残疾复筛一览表》，并于每年 6 月 15 日和 12 月 15 日报县（市、区）残联。同时将残疾儿童的基本信息、康复需求及服务落实等情况录入“四川省‘量体裁衣’式残疾人服务信息平台”。

(二) 复筛信息

县（市、区）妇幼保健院在每个季度末的次月 15 日前，将《四川省 0-6 岁儿童残疾复筛一览表》电子版报送市妇幼保健院妇幼健康管理部，并抄报同级残联。县（市、区）残联按照上述时间将收集的信息报市残联。

(三) 确认信息

市妇幼保健院对辖区内《四川省 0-6 岁儿童残疾复筛一览表》进行汇总后，在每个季度末的次月 25 日前将电子版报送省妇幼保健院保健部，并抄报同级残联。

(四) 评估信息

省妇幼保健院负责收集省级定点评估机构对疑似患儿作出的诊断结果，定期汇总填报《四川省 0-6 岁儿童残疾评估诊断一览表》，在每个季度末的次月 30 日前上报省卫生健康委和省残联。同时将信息反馈给市妇幼保健院，由其将信息反馈至辖区各县级妇幼保健院，由各县妇幼保健院通知患儿监护人。

（五）康复信息

各级残联应将确诊的残疾儿童纳入国家残疾儿童康复救助项目，实施康复救助，并填写《四川省 0-6 岁残疾儿童转介汇总表》（见附件 6），于每年 11 月 30 日前汇总全年数据报上一级残联。救助项目包括：聋儿（助听器）验配及康复训练，聋儿（人工耳蜗）植入及康复训练，脑瘫、智力、孤独症康复训练，肢体矫治手术，假肢、矫形器装配，辅助器具产品适配。

六、工作要求

（一）工作人员要求

1. 从事儿童残疾筛查的工作人员应接受市卫健委组织的儿童残疾筛查技术培训。

2. 从事儿童残疾评估的工作人员应具有医师执业资格，接受卫生健康行政部门和残联组织的儿童残疾评估技术培训，考核合格。

3. 从事儿童残疾康复工作的人员应具有国家职业资格证书或相应的专业技术证书。

（二）机构要求

1. 筛查机构。开展儿童残疾筛查的机构须经卫生健康行政部门认可,并依据开展儿童残疾筛查的要求配备相应的人员、设备和设施。

2. 评估机构。开展儿童残疾评估的机构需具有卫生健康部门颁发的《医疗机构执业许可证》,并经市卫健委和市残联联合认定。

3. 康复机构。开展残疾儿童康复干预的机构须按照相关规定登记注册,具有行业资质,依据残疾儿童康复的要求配备相应的人员、设备和设施。

(三) 转介要求

在开展 0-6 岁儿童残疾初筛、复筛、评估及康复工作过程中,需尊重家长的知情权和同意权,在家长自愿的原则上,进行转介、评估和康复服务。

1. 社区卫生服务中心、乡镇卫生院负责辖区内 0-6 岁儿童残疾的初筛工作,将疑似残疾的儿童信息登记在册,填写转诊单,定期上报和转介至县(市、区)妇幼保健院(见附件 2、3)。

2. 县(市、区)妇幼保健院负责辖区转介儿童的复筛工作,备案、上报疑似残疾儿童的信息,并转介至市妇幼保健院(见附件 3、4)。

3. 市妇幼保健院将疑似残疾儿童登记并转介至相应评估机构进行残疾评估(见附件 3)。评估机构将评估结果及转介信息反馈至市妇幼保健院(见附件 5)。由市妇幼保健院反馈至所辖

县（市、区）妇幼保健院。

4. 市妇幼保健院与辖区内残联进行信息交换。有康复需求的残疾儿童由残联负责联系康复机构，进行康复安置，开展机构康复、社区与家庭康复。

七、其他要求

（一）加强组织领导

各级残联和卫生健康行政部门要加强组织领导，明确工作职责，要将筛查工作纳入年度业务目标考核内容，落实责任，共同把 0-6 岁儿童残疾筛查工作做好、做实。

（二）加强培训指导

各级残联和卫生健康行政部门要争取财政支持，加强人员培训和技术指导，对辖区从事儿童残疾筛查的工作人员进行儿童残疾筛查技术培训。

（三）加强信息共享

建立残联、卫生健康行政部门联系制度，定期组织召开沟通协调会，通报工作进展，分析困难问题，提出解决措施。要加强残疾儿童筛查信息互通，实现全市残联、卫生健康部门信息共享，各级残联、卫生健康行政部门要明确 1 名联络人员，负责信息具体管理与交换。

（四）确保信息安全

各级残联、卫生健康行政部门、各类专业机构要高度重视信息安全，加强残疾儿童信息管理。各级残联、卫生健康行政部门

未经单位分管领导批准、各类专业机构未经行业主管部门批准，严禁将信息向外提供，确保残疾儿童个人信息安全，确保个人和家庭隐私得到保护。

市残联康复科联系人：黄娟

联系电话：0816-2343992 邮箱：9192457@qq.com

市卫健委妇幼处联系人：段笛

联系电话：0816-2337432 邮箱：598624038@qq.com

市妇保院妇幼健康管理部联系人：宋冠

联系电话：0816-2355826 邮箱：184906117@qq.com

- 附件：
1. 0-6 岁儿童残疾筛查工作转介流程图
 2. 乡镇(社区) 0-6 岁儿童残疾初筛登记表
 3. 四川省 0-6 岁儿童残疾筛查转介表
 4. 四川省 0-6 岁儿童残疾复筛一览表
 5. 四川省 0-6 岁儿童残疾评估诊断一览表
 6. 四川省 0-6 岁残疾儿童转介汇总表

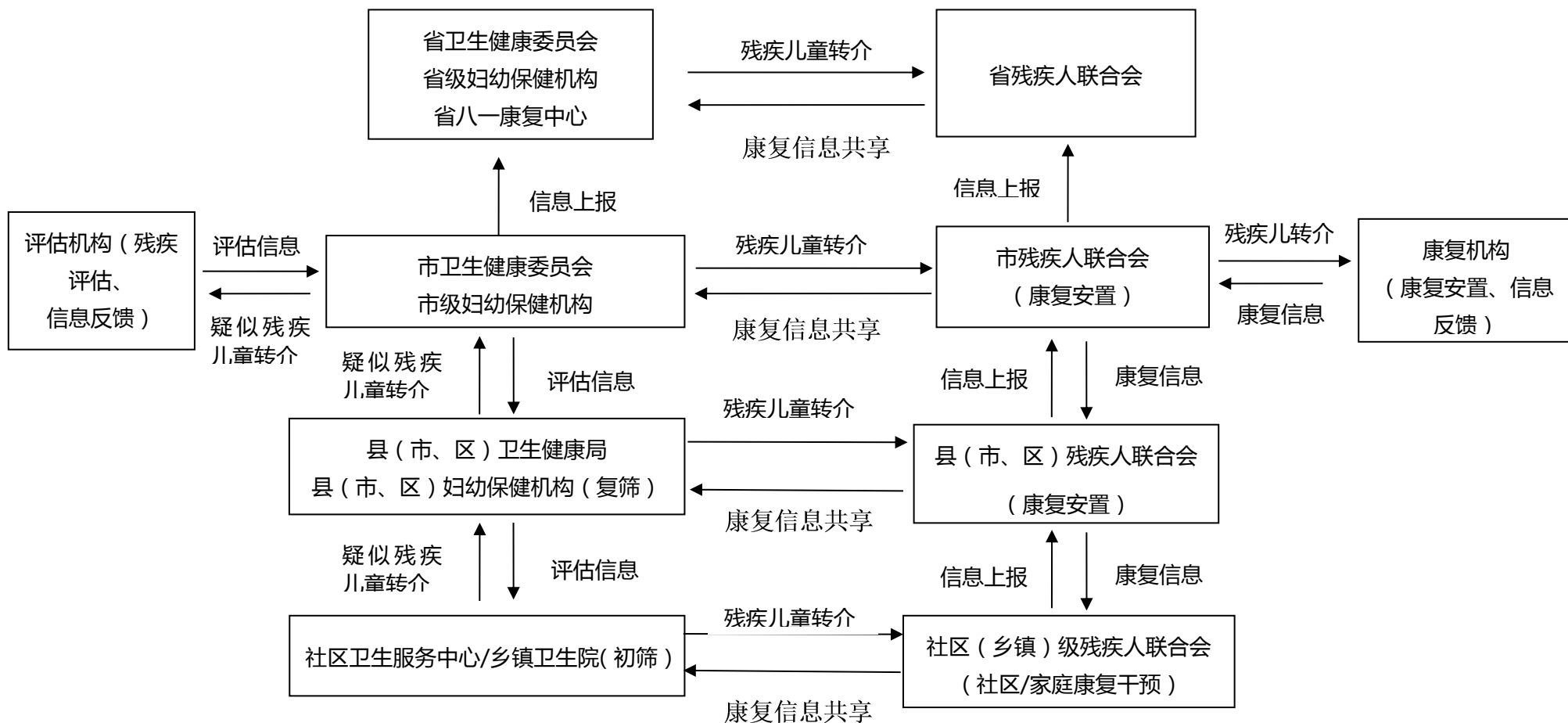
绵阳市残疾人联合会

绵阳市卫生健康委员会

2020 年 4 月 30 日

附件 1

0-6 岁儿童残疾筛查工作转介流程图



附件 2

乡镇(社区) 0-6 岁儿童残疾初筛登记表

编号	儿童姓名	性别	出生日期	家长姓名		家庭住址	联系电话	疑似残疾类型	登记日期	转归
				父亲	母亲					

填表说明：1. 该表用于登记 0-6 岁儿童残疾初筛阳性儿童的信息，由承担基本公共卫生服务的医疗卫生机构（社区卫生服务中心，乡镇卫生院等）进行填写。2. “疑似残疾类型”包括疑似视力残疾、疑似听力残疾、疑似肢体残疾和疑似发育偏异。

四川省 0-6 岁儿童残疾筛查转介表

儿童姓名			性 别	
出生日期	年 月 日		家长姓名	
联系方式	宅 电		手 机	
通讯地址			邮 编	
筛查情况	筛查机构	<input type="checkbox"/> 初筛机构 <input type="checkbox"/> 复筛机构		
	筛查结果	<input type="checkbox"/> 疑似视力残疾 <input type="checkbox"/> 疑似听力残疾 <input type="checkbox"/> 疑似肢体残疾（主要指脑瘫、足内翻、足外翻、o型腿、发育性髋关节脱位、小儿麻痹后遗症等）		
		<input type="checkbox"/> 疑似发育偏异（主要指智力残疾和孤独症）		
转介情况	转介机构			
		家长知情同意： 我已了解儿童残疾筛查和评估的必要性，同意在预约时间到指定机构进行筛查和评估，特此转诊。 家长签名：		
		医生签字：	转介日期：	

填表说明：此表由开展 0-6 岁儿童残疾筛查的初筛、复筛医疗卫生机构工作人员填写，一式两份，一份存档，一份由家长持有，并携带该表至上级机构就诊。

初筛（复筛）机构存根

儿童姓名_____性别_____出生日期_____住址_____

家长姓名（父亲）_____电话_____（母亲）_____电话_____

转介日期：_____

医生签名：_____

附件 4

四川省 0-6 岁儿童残疾复筛一览表

编号	儿童姓名	性别	出生日期	家长姓名	联系电话	初筛机构	初筛疑似残疾类型	复筛结果	登记日期	转归
							<input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 发育偏异			
							<input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 发育偏异			
							<input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 发育偏异			
							<input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 发育偏异			
							<input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 发育偏异			
							<input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 发育偏异			
							<input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 发育偏异			

- 填表说明：
1. 该表由县（市、区）妇幼保健机构填写，用于登记基层转介的 0-6 岁疑似残疾儿童复筛结果及转归信息。
 2. 将本表电子版按季度在每个季度末的次月 15 日前，向市妇幼保健院及当地县（市、区）残联进行共享和报送。
 3. 复筛结果填写：（1）视力残疾：全盲或低视力；（2）听力残疾；（3）肢体残疾：脑瘫、缺肢、内翻足、发育性髋关节脱位、背部囊性膨出物、小儿麻痹症、其他；（4）智力残疾；（5）孤独症。

四川省 0-6 岁儿童残疾评估诊断一览表

单位名称 _____

编号	儿童姓名	性别	出生日期	家长姓名	联系电话	转诊单位	疑似残疾类型 (视力、听力、肢体、智力、孤独症)	评估结果	登记日期
								<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 残疾, _____ 家长是否愿意康复: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
								<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 残疾, _____ 家长是否愿意康复: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
								<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 残疾, _____ 家长是否愿意康复: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
								<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 残疾, _____ 家长是否愿意康复: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
								<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 残疾, _____ 家长是否愿意康复: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
								<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 残疾, _____ 家长是否愿意康复: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
								<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 残疾, _____ 家长是否愿意康复: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
								<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 残疾, _____ 家长是否愿意康复: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
								<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 残疾, _____ 家长是否愿意康复: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

填表说明: 1. 该表用于 0-6 岁儿童残疾评估机构, 登记转介的 0-6 岁疑似残疾儿童的评估结果相关信息。

2. 评估结果栏中如确诊为肢体残疾, 请填写详细情况: 脑瘫、缺肢、内翻足、发育性髋关节脱位、背部囊性膨出物、小儿麻痹症等; 如确诊为视力残疾, 请填写详细情况: 全盲或低视力。

