**关于开展2019年校园结核病体检**

**筛查工作的通知**

各中小学（含职高）、托幼机构：

为加强各中小学（含职高）、托幼机构结核病预防控制工作，有效防范校园结核病疫情的传播流行，确保广大师生身体健康与生命安全，按照国家卫生计生委、教育部共同发布《学校结核病防控工作规范（2017版）》的要求(以下简称《工作规范》，结合我区学校实际，现就各中小学（含职高）、托幼机构学生结核病体检筛查工作要求如下：

一、高度重视、明确职责

各校园要高度重视学生身心健康，将结核病检查项目作为学校新生入学体检和教职员工常规体检的必查内容。严格贯彻落实《工作规范》各项要求，加强对校园结核病体检、筛查和防控工作的组织领导。指定专人负责学生结核病体检、筛查、统计及防控工作。同时，开齐开足健康教育课程，加强对学生的健康教育宣传，切实改善教学和生活环境，加强日常晨检因病缺课登记和追踪，并严格按照《工作规范》要求管理、上报。

二、认真落实学生、教职工结核病体检筛查工作

（一）体检筛查对象：

本年度所有入学（托）新生、教职工

（二）体检内容、承担部门及工作要求：

**1.托幼机构**

幼儿入托体检有区妇幼保健院负责组织实施，并由妇幼保健院直接向疾控上报相关数据。

具体体检内容：询问肺结核密切接触史+肺结核可疑状症状筛查；有肺结核密切接触史或肺结核可疑症状者开展PPD试验，PPD试验强阳性者作X光胸片检查。

**2.小学入学新生**

由各校保健室协同学校相关部门人员共同完成，向新生家长发放并填写《小学新生入学健康状况调查表》（附件1），调查表格收集整理并纳入学生健康档案，体检如有异常，请填写《学校新生/教职员工肺结核患者筛查表》（详见附件3），并报疾控，联系人：吴江，联系电话：023-89035614。

**3.初中、高中新生**

初中、高中新生入学结核病体检筛查由渝中区教委指定具有资质的医疗机构到校统一组织实施，并据实结算，原则上开学一个月内完成，请各校保健医生于2019年8月28日前在“渝中区教委学校卫生”工作群内上报新生人数。

具体体检内容：肺结核可疑症状筛查和结核菌素（PPD）皮肤试验；对肺结核可疑症状者或结核菌素（PPD）皮肤试验强阳性者需要进行胸部X光片检查。体检结果纳入学生健康档案，并由专人填写《学校新生/教职员工肺结核患者筛查表》（详见附件3），于2019年9月30日前上报区疾控中心，联系人：吴江，联系电话：023-89035614。

**4.教职员工常规健康体检**

各校园需按《工作规范》要求，将结核病检查项目作为

教职员工常规体检的必查项目，由具备资质的医疗卫生机构进行健康体检，并将体检结果纳入教职员工的健康档案。

（1）新教师入职体检入职前进行，教职员工常规体检每年1次，具体时间由学校决定。

（2）入职体检和常规体检均应包括胸部X光片检查等结核病检查项目。

教职员工健康体检发现的肺结核可疑症状者、或结核菌素（PPD）皮肤试验强阳性者、或胸部X光片检查异常者需到结核病定点医疗机构接受进一步检查。

各校要高度重视、明确职责分工，落实校园结核等传染病的各项防控措施，严格落实《工作规范》的各项要求，切实加强对师生的健康教育工作，切实改善教学和生活环境，加强日常晨检因病缺课登记和追踪等工作、规范休复学制度、疫情上报等重点防控环节的管理，确保师生生命健康。区教委、区卫健委将对校园结核病防控工作及《工作规范》落实情况加强监管，进行定期重点督导。

附件：1.小学新生入学健康状况调查表

2.中学新生入学结核病筛查知情同意书

3.学校新生/教职员工肺结核患者筛查表

重庆市渝中区教育委员会

2019年6月17日

**附件1**

**\_\_\_\_\_\_小学（盖章）新生入学健康状况调查表**

尊敬的学生家长：

[结核病](https://baike.baidu.com/item/%E7%BB%93%E6%A0%B8%E7%97%85/486860" \t "_blank)是由结核分枝杆菌引起的慢性传染病，可侵及许多脏器，以肺结核最为常见，可出现低热、乏力、咳嗽、咳痰、[咯血](https://baike.baidu.com/item/%E5%92%AF%E8%A1%80/9591481" \t "_blank)等临床症状，多有[结核病](https://baike.baidu.com/item/%E7%BB%93%E6%A0%B8%E7%97%85/486860" \t "_blank)的密切接触史。

结核病可防可治，若出现上述任何症状且持续时间≥2周，应尽早到结核病定点医院进行检查诊断。

为了解学生健康状况，请家长如实填写孩子的健康信息，并将调查表交回学校，感谢您的配合。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **内 容** | **选 项** | **备 注** |
| 1 | 家里是否有正患结核病的亲属？ | 是（ ）  否（ ） | 请在对应栏目划“√” |
| 2 | 您的孩子近期是否接触过结核病病人？ | 是（ ）  否（ ） |
| 3 | 您的孩子是否有低热、乏力、咳嗽、咳痰、[咯血](https://baike.baidu.com/item/%E5%92%AF%E8%A1%80/9591481" \t "_blank)症状且持续时间≥2周？ | 是（ ）  否（ ） |

学生姓名： 家长签名： 日期：

**附件2：**

**\_\_\_\_\_中学（盖章）新生入学结核病筛查知情同意书**

尊敬的各位家长：您好！

[结核病](https://baike.baidu.com/item/%E7%BB%93%E6%A0%B8%E7%97%85/486860" \t "_blank)是由结核分枝杆菌引起的慢性传染病，可侵及许多脏器，以肺结核最为常见，常出现低热、乏力、咳嗽、咳痰、[咯血](https://baike.baidu.com/item/%E5%92%AF%E8%A1%80/9591481" \t "_blank)等临床症状。青少年是结核病的高发人群。早发现、早诊断、早治疗是结核病防治的重要措施。

为了您孩子的身体健康，为了更好地防控结核病，控制校园疫情，按照《重庆市学校结核病防控工作规范（2017版）》（渝卫发[2017]105号）要求，我们将对您的小孩开展结核病筛查，现将相关事宜告知家长，请仔细阅读，希望得到您的全力配合和支持。

**一、筛查内容**

结核菌素皮肤试验（简称PPD试验）。

**二、筛查对象**

初一新生、高一新生；初中寄宿制学生。

**三、检查方法**

PPD试验：取0.1mLPPD注射液（卡介菌纯蛋白衍生物）注射于左前臂掌侧前1/3处皮内，注射后72小时检查注射部位局部反应。

**四、筛查时间及方式**

筛查时间2019年9月1日至9月30日，由学校统一组织完成。

1. **筛查费用：**

由学校按教委相关文件据实结算。

**六、注意事项**

（一）禁忌症：患急性传染病（麻疹、百日咳、流行性感冒、水痘、肝炎等）、急性眼结合膜炎、急性中耳炎、广泛皮肤病者及过敏体质者。

（二）重要提示：PPD试验后观察至少30分钟；注射部位不能用手抓、擦，以免感染，24小时内不能接触水，也不能涂抹任何药物及粘贴创口贴，以免影响结果判断；如出现水泡、浸润、溃疡或发热时，及时报告老师，一般能自行消退或自愈，必要时到医院就诊。

（三）渝中区结核病定点医院（重庆长航医院）咨询电话：023-68582503。

学生姓名： 性别： 班级：

家长姓名： 关系（母亲/父亲/其他）

家长签字（同意/不同意）：

附件3：  **（盖章）学校新生/教职员工肺结核患者筛查表**

新生筛查□ （幼儿园□、小学□、非寄宿制初中□、寄宿制初中□、高中□、技工学校□、大专院校□）

高二学生筛查□ 教职员工体检□

全校应筛查总人数： 实际筛查总人数： 填表人： 填表时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | （学生/教职员工）姓名 | 性别 | 年龄 | 联系电话 | 筛查时间 | 筛查方式（请填编号） | 肺结核  接触史 | | 肺结核  可疑症状 | | PPD试验检查 | | 胸片结果 |
| 有 | 无 | 有 | 无 | 结果（mm） | 未做 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表说明：

**表格内容仅填写PPD阳性、PPD强阳性病例和确诊为肺结核患者的详细信息。**