

上海市青浦区卫生健康委员会文件

青卫健预防〔2024〕5号

关于印发《上海市青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务体系建设项目实施方案》的通知

各医疗卫生机构：

根据《上海市加强公共卫生体系建设三年行动计划（2023-2025年）》（沪府办发〔2023〕9号）、《关于印发结核病、艾滋病等重大慢性传染病精准综合防治模式构建项目实施方案的通知》（沪疾控中心结艾〔2024〕1号）文件要求，为建立青浦区肝炎肝癌高风险人群筛查管理工作机制和服务体系，科学指导肝炎肝癌高风险人群筛查项目顺利实施，加快推进肝炎等重大

慢性传染性疾病分级诊疗制度建设，我委特制定《上海市青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务体系建设项目实施方案》，现印发给你们，请遵照执行。

特此通知。

附件：上海市青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务体系建设项目实施方案



附件

上海市青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务体系建设项目实施方案

上海市青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务体系建设项目，计划在青浦区建立慢性乙型肝炎患者的社区医疗管理体系。为更好的实现肝癌分级诊疗和专病医联体建设，项目结合辖区特点，形成“社区首诊、梯度转诊、分级诊疗、双向转诊”的慢乙肝和肝癌分层诊疗机制。

一、工作目标

本项目通过建立慢性乙型肝炎患者库，在社区卫生服务中心层面对患者进行肝癌风险分层和个体化管理，增强患者和基层医疗工作者对慢性乙型肝炎的疾病认识，提高抗病毒治疗率，推动肝炎患者肝癌的早发现、早诊断、早治疗，提高肝炎患者肝癌的总生存率，形成社区医疗管理体系实施方案，提升健康管理服务效率，保障公众健康，减少疾病负担，并结合紧密型城市医疗集团建设项目，打造肝炎肝癌高风险人群精准综合防治的“青浦模式”，并推广本项目的成果和经验。

二、组织保障

(一) 提高认识、加强领导

各单位应充分认识实施医防融合的慢乙肝人群长期全程管理与肝癌预防及诊治服务体系建设、开展慢乙肝人群规范定期肝癌筛查项目，对拓展青浦区慢乙肝全程管理服务内涵、优化辖区基本医疗和公共卫生服务体系、构建区域分级诊疗制度、保障市民健康的重要意义。各单位须切实加强组织与管理，按照工作部署，积极、稳妥、有序推进。由青浦区卫生健康委员会（以下简称“区卫生健康委”）牵头成立青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务体系建设项目实施管理领导小组和管理工作办公室（名单详见附件1）。

(二) 注重协调、密切合作

各单位应密切配合，完善合作机制，有效落实组织动员、筛查发现、转诊治疗、临床救治和随访管理的有序衔接，并做好信息报送，确保数据质量。项目实施过程中做到分工明确、责任到人，保证项目的顺利进行和工作质量。重点做到流程合理、优势互补、职责清楚、合作发展。

(三) 质量控制、督导评估

由区卫生健康委牵头成立青浦区慢乙肝及肝癌高风险人群公共卫生服务体系建设项目实施专家组（名单详见附件2），负责制定区域慢乙肝长期管理诊疗和肝癌诊治技术规范，开展项目工作的技术指导和业务培训。成立慢乙肝人群长期管理和肝癌筛

查项目实施工作组（名单详见附件3）负责项目实施过程中协调联系、质量控制和信息报送等工作。上海市疾病预防控制中心（以下简称“市疾病预防控制中心”）、青浦区疾病预防控制中心（以下简称“区疾病预防控制中心”）定期组织专家及相关机构开展督导考核和效果评估，确保工作顺利完成。

三、职责分工

（一）国家传染病医学中心（复旦大学附属华山医院）

国家传染病医学中心负责本项目的具体实施，提供医学和技术路线支持，职责包括协同区卫生健康委设立青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务体系建设项目工作组，制定肝炎肝癌高风险人群筛查的技术方案，制定筛查、转诊、随访等全流程综合防治管理方案、工作规范和技术标准；联合项目组单位组织实施对项目定点医疗机构、社区卫生服务中心相关医务人员业务技能培训；与市疾病预防控制中心共同建立肝炎肝癌筛查项目考核指标、考核机制以及评价体系，开展项目工作质量的分析及评估；设立慢乙肝和肝癌的多学科联合诊治专家团队；建立或完善专科诊室，指导社区卫生服务中心开展肝炎肝癌高危人群及患者的随访、转诊和健康管理；开设绿色通道接受来自社区卫生服务中心的患者转诊，疑难病例转诊；协助社区卫生服务中心做好患者的社区健康管理和教育，发挥技术支持的服务功能。

（二）区卫生健康委员会

区卫生健康委负责统筹项目的落地实施、组织协调，推进项

目实施并及时跟进工作进展；项目执行期间，牵头组织开展督导考核评估。

（三）区疾病预防控制中心

区疾病预防控制中心加强过程管理和沟通，指导辖区内社区卫生服务中心开展适宜的肝炎肝癌筛查、转诊及随访管理工作；与华山医院一起做好社区卫生服务中心工作人员业务技能培训；开展项目区级日常管理、组织开展各项工作；协助做好肝炎肝癌筛查及健康管理质量的督导和考核。

（四）青浦区卫生事业发展中心

青浦区卫生事业发展中心负责肝炎肝癌高风险人群筛查项目信息技术支持以及家医团队的患者签约、随访以及健康管理的督导和考核，落实并完善疾病预防控制信息系统肝炎肝癌高风险人群信息系统建设以及肝炎肝癌筛查及健康管理质量的督导和考核。

（五）复旦大学附属中山医院青浦分院

复旦大学附属中山医院青浦分院作为区定点医院，接收肝炎肝癌患者转诊的诊断与治疗，疑难病例转诊；协助社区卫生服务中心做好患者的社区健康管理和教育，发挥技术支持的服务功能。

（六）各社区卫生服务中心

各社区卫生服务中心按照方案和工作计划，组织开展项目实施，建立与管理工作办公室的沟通机制，接受管理工作办公室的管理和督导，按要求定期提交项目进展。

公共卫生条线工作人员：负责本街镇项目实施的日常管理，组织开展各项活动并跟进项目进展(工作内容与职责详见附件 4)，包括组织动员、现场筛查、健康教育、协助家庭医生完成患者调研、组织协调和督导、信息登记和数据报送等工作。

家庭医生团队：参与项目中相关培训、适宜对象转诊并落实社区分层随访管理，持续有效的开展线上和线下分类医疗与健康管理服务（工作内容与职责详见附件 5）、健康教育，按时完成项目指标。

（七）项目工作人员

项目工作人员与社区卫生服务中心家庭医生团队形成项目工作小组，由社区卫生服务中心家庭医生团队作为主体，由国家传染病医学中心聘请专业医疗和护理人员作为项目工作人员（需具备医学背景或执业医师/护士（师）资格证）加入青浦区家庭医生团队并提供支撑服务（名单详见附件 3）。按照社区卫生服务中心的要求，项目工作人员结合健康云平台信息化服务工具，协助家庭医生实现居民健康档案的建立和完善、线上咨询、线上转诊和预约指导、疫苗预约指导、协助居民相关量表的填报、健康计划的制定和跟踪落地、健康教育等工作（工作内容与职责详见附件 6）。

四、时间安排

2023 年 12 月-2024 年 2 月，制定项目工作手册和实施方案，召开工作启动会议；

2024年3月-2024年4月，召开区级启动会和社区卫生服务中心启动兼培训会，生成并分配试点待纳入患者名单；试点家庭医生联系患者签约进入项目，社区卫生服务中心组织基线肝癌风险筛查，完成基线肝癌风险分层，项目组对实施方案进行修改和审阅；

2024年4月-2024年7月，试点继续进行患者个体化随访管理，其他社区项目启动，完成启动会兼培训会的召开、患者签约和基线肝癌风险筛查；

2024年7月-2025年3月，各社区卫生服务中心进入项目患者进行个体化随访管理；

2025年3月-2025年6月，三年项目阶段总结，随访管理工作结合家庭医生签约管理，纳入常规工作要求。

五、肝癌风险分层管理

本项目将选择2个试点街镇（香花桥街道和练塘镇）优先启动，首先在试点完成患者签约和基线肝癌风险筛查，再适时启动其他9个街镇相关工作。

项目结合现有的肝炎筛查工作基础和本区医疗特色，积极开展肝癌高风险居民的临床筛查、追踪、随访以及相应的转介医疗服务（具体工作路线详见附件7）。

（一）目标人群

本项目针对青浦区常住人口中既往检查乙肝表面抗原（HBsAg）阳性人员开展肝癌风险筛查和分层管理，以全年龄段

人群作为研究对象，排除已确诊肝癌和已死亡的患者。

本次香花桥街道和练塘镇 2 家试点预计筛查共 450 人，每家社区卫生服务中心约 225 人，具体以社区卫生服务中心实际管理患者为准；本项目后续开展的 9 个街镇（10 家社区卫生服务中心），每家社区卫生服务中心约 225 人，具体以根据社区卫生服务中心内实际管理患者为准。

（二）患者签约

社区卫生服务中心按照项目组提供的患者名单联系患者签约。对于目前居住在青浦区内且无肝癌史的患者，家庭医生团队应建议其加入本项目，并由患者本人或其家属协助，在两周内进行项目签约（项目知情同意书见附件 8）。签约时需要系统内复核性别、年龄、身高、体重、肝癌史、肝癌家族史、糖尿病史、肝外恶性肿瘤史、吸烟史、饮酒史以及既往 6 个月内是否正在使用抗病毒治疗等基本信息。

成功签约本项目的患者，在家庭医生团队的指导下，完成系统中肝炎患者肝癌风险认知情况调查表，并定期进行肝癌风险筛查，检查是否有疑似发生肝癌的证据，重新评估肝癌发生的风险，以根据最新的风险分层及时调整管理策略。

（三）基线肝癌风险筛查

基于《中国人群肝癌筛查指南（2022，北京）》和《原发性肝癌的分层筛查与检测指南（2020 版）》，参考临床和检验专家的建议，同时结合国内外肝癌筛查的先进经验，本次肝癌筛查

将甲胎蛋白（AFP）、腹部超声以及对部分患者开展的腹部核磁共振（MRI）或腹部计算机体层成像（CT）检查作为肝癌筛查的检测项目，同时进行血常规、肝功能、乙肝两对半、HBV DNA 检测作为肝癌风险分层的检测项目，对签约项目人群进行风险分层管理。

签约患者将会获得免费的基线肝癌风险筛查，患者签约后，家庭医生团队应通知患者在规定时间来院检查，筛查项目包括：

1. 血液检测

包括风险分层所需项目血常规、肝功能、乙肝两对半、HBV DNA，以及肝癌筛查项目甲胎蛋白（AFP）。由家庭医生团队通知患者在规定时间空腹前往社区卫生服务中心进行血标本的采集，社区卫生服务中心在采血结束后免费提供早餐。要求采集 3 管全血：1 管紫帽管（2 毫升），2 管黄帽管（各 5 毫升），由国家传染病医学中心安排冷链送检（送样单详见附件 9），并及时将检测结果上传至信息平台。

2. 肝胆超声

主要观察肝脏有无疑似肝癌或明显的肝硬化表现。社区卫生服务中心为筛查对象提供腹部超声检查，由国家传染病医学中心专家团队对社区卫生服务中心相应的医务人员进行统一的人员技术培训，并提供超声仪器及辅助设备。项目执行期间，相关医务人员的工作安排由区级统筹安排(各社区医务人员名单详见附件 10)。

3. 肝脏瞬时弹性超声

主要评估肝脏纤维化的程度，由国家传染病医学中心组织相应专业技术人员至社区卫生服务中心进行检查，并培训家庭医生进行初步报告解读。

在完成基线检查后，信息系统会将患者分为“高风险”、“中风险”、“低风险”三类，并以此制定个体化管理策略（风险分层的逻辑详见附件 11）。家庭医生、患者可在各自的客户端 APP 中查看检查结果和风险分层结果，家庭医生应与患者联系告知基线筛查结果和注意事项。

（四）个体化随访管理

基线风险分层结束后，家庭医生团队根据患者的肝癌风险级别，按照表 1 中的频率和检查项目提醒患者进行随访。建议低、中风险的患者分别每 12 个月、每 6 个月随访一次，建议高风险患者每 3 个月随访一次。

表 1 不同肝癌风险患者的随访

肝癌风险级别	AFP	腹部超声	MRI 增强	肝脏瞬时弹性超声	PIVKA-II	血常规	肝功能	乙肝两对半	HBV DNA
低风险	/12m [†]	/12m	-	-	-	/12m	/12m	/12m	/12m
中风险 [‡]	/6m	/6m	-	-	-	/6m	/6m	/6m	/6m
高风险	/3m	/3m	立即 [‡] ; /12m	/12m	/6m	/6m	/6m	/6m	/6m

备注：[¶]: m, 月；[†]: 基线风险分层为“不可评估”的患者也视同中风险患者进行随访；

[‡]: 基线风险分层为“高风险”的患者应立即追加 MRI 增强检查，排除肝癌，随后每 12m 复查。

项目执行期间，组织 3 次免费血液检查 [包括血常规、肝功

能、乙肝两对半、HBV DNA、AFP、PIVKA-II(仅高风险人群)]和腹部超声检查，以及2次肝脏瞬时弹性超声检查，每次由家庭医生团队负责通知相应患者在规定时间前来参加。社区卫生服务中心腹部超声发现有异常病灶，或血液学检查结果显著异常的患者，由家庭医生团队协助转诊到青浦区慢肝定点医院或国家传染病医学中心进一步检查。

当患者分层相关信息更新时，信息系统将自动为患者重新进行风险分层。信息系统检索到的在其他医院的检查数据，如果符合数据采集要求，也应纳入作为风险分层的依据。当风险分层结果发生变化时，家庭医生团队除及时提醒患者新的随访计划之外，还应提醒高危患者及时补充所需的其他检查，并对其进行疾病教育和患者咨询。

(五) 疑似/确诊肝癌患者的后续管理

1. 基线肝癌风险筛查中发现

当患者在基线筛查中，发现 AFP 水平高于正常值上限，或腹部超声结果提示“肝占位”、“肝结节”等肝脏可疑病灶时，应由社区卫生服务中心发放书面肝癌筛查结果通知(详见附件12)，并由家庭医生团队尽快联系患者，协助患者在青浦区慢肝定点医院或通过本项目绿色通道转诊至上级医院进一步完成肝癌诊断检查。

2. 个体化随访管理中发现

当患者在随访检查中发现疑似肝癌的证据，包括但不限于

AFP 水平高于正常值上限，或腹部超声结果提示“肝占位”、“肝结节”等肝脏可疑病灶时，应由社区卫生服务中心发放书面肝癌筛查结果通知（详见附件 12），并由家庭医生团队尽快联系患者，协助患者在青浦区慢肝定点医院或通过本项目绿色通道转诊至上级医院进一步完成肝癌确诊检查。

若患者随后确诊肝癌，家庭医生团队需要协助患者通过本项目绿色通道转诊至三级医院进行肝癌相关治疗，并按照结局事件上报要求在工作端 APP 中上报和确认。

（六）结局事件的抓取和上报

如果信息系统抓取到肝癌确诊信息，则判定为出现确诊肝癌的结局事件，立即提醒家庭医生团队联系患者进一步确认结局事件，明确肝癌分期，并协助患者进行后续检查与治疗。

家庭医生团队和公共卫生条线通过各种途径获知患者发生确诊肝癌或死亡的结局事件时，应及时确认事件信息，并在工作端 APP 进行确认。对于死亡事件，结合社区卫生服务中心各相关条线明确患者的死亡原因，如因其他疾病或突发情况死亡需确认患者死前是否已确诊肝癌。对于确诊肝癌事件，家庭医生团队应积极与患者或其家属联系沟通肝癌诊疗计划，提供咨询和帮助，收集肝癌分期所必要的信息，并通过工作端 APP 填写上传。家庭医生团队上报各类结局事件前，必须联系患者或家属进行确认。

（七）健康教育与干预措施评估

本项目对加入的患者进行规范化疾病随访和风险分层，进行

定向疾病教育，及时发现和修正问题。患者教育与调研整体相关内容在“系列培训”中，由国家传染病医学中心和市疾病预防控制中心组织相关培训内容，区级单位组织家庭医生参加并实施。

患者教育材料由国家传染病医学中心和区疾病预防控制中心负责，需要根据加入项目患者的不同疾病状态和肝癌风险，准备疾病基础知识、生活注意事项和心理辅导等多方面的教育材料，并在首例患者基线肝癌风险分层完成前提供。教育材料整合至信息系统中，在每次完成随访，肝癌风险分层更新后通过患者端APP投送。此外，家庭医生也可在任意阶段手动选择相应的教育材料推送给患者。社区卫生服务中心负责组织患者的线下疾病教育，以一对一、集体宣教等多种形式开展。患者教育的考核指标需体现在社区卫生服务中心的项目实施计划中。

干预措施评估由国家传染病医学中心和区疾病预防控制中心负责，从疾病认知和家庭医生满意度两个方面进行，并在首例患者基线肝癌风险分层完成前提供。调研问题整合至信息系统中，其中疾病认知调研在基线肝癌风险分层和每次肝癌风险分层更新后通过患者APP投送，家庭医生满意度调研在每次家庭医生与患者沟通后弹出提示，患者可以选择是否参与。

六、信息化管理

本项目依托健康云APP平台搭建项目专属界面以支持项目的信息化运行，分为家庭医生工作端、患者端和后台端。项目信息系统数据依托上海市卫生健康统计调查数据、青浦区区域卫生

信息平台数据、健康云平台数据等，并定期更新数据。

家庭医生工作端是家庭医生在线上对管理对象进行全流程管理和服务的信息化工具，主要功能包括：电子健康档案建档及查阅，协助居民专项签约进入管理体系，制定并跟踪执行健康计划随访管理，线上咨询，线上提醒等。

患者端是项目管理对象在线上体验和参与医疗服务和健康管理的信息化工具，主要功能包括：电子健康档案建档及查询、线上提醒、健康管理随访计划查看和体验功能等。

家庭医生工作端会在社区卫生服务中心启动会中对医生统一进行使用培训，并分发操作手册；患者端由家庭医生在签约时对患者及家属进行使用培训。

七、质量控制

为保证项目顺利实施并达到预期目标，必须对项目中的每一环节采取严格的质量控制措施，包括设计阶段的质量控制、人员培训的质量控制、现场工作的质量控制等。

（一）人员资质、培训及现场质量控制

由区级单位组织，国家传染病医学中心专家和技术支持人员主讲，对家庭医生进行肝癌疾病知识、本项目相关内容和健康云APP使用的培训。肝癌疾病知识和本项目相关内容培训由国家传染病医学中心负责，健康云APP使用由项目信息系统供应商负责，考核合格后方可开始项目。严格保证各个环节的工作人员具备所需的工作资质和工作背景，且经过培训考核合格后方可开始工作。

在现场工作的每一个环节设置质控员，以保证工作完成的质量。筛查完成后需经质控员确认所有筛查信息完整无误后方可结束筛查；所有信息上报前需经质控员核查后方可上报。

（二）数据的核查和上报

工作中涉及到的所有信息需经区级技术管理部门和人员、区级技术管理部门和人员确认无误后方可上报。

（三）督导和评估

区管理办公室每年对工作参与单位进行工作督导、评估和考核。市、区两级技术管理单位每年对参与单位进行不少于一次的工作督导，并在工作年度工作结束时给予评估和考核。

（四）工作总结

各单位定期对工作完成情况进行总结，及时了解工作进展情况，解决实际问题和困难。

八、经费保障

本项目涉及的工作人员培训、实验耗材、人员检查、劳务等费用均由上海市青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务体系建设项目的专项经费支撑，由国家传染病医学中心负责统筹协调。

- 附件：1. 青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务体系建设项目实施管理组成员名单
2. 青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务

体系建设项目实施专家组成员名单

3. 青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务
体系建设项目实施工作组成员名单
4. 青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务
体系建设项目社区公共卫生条线工作职责
5. 青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务
体系建设项目家庭医生团队工作职责
6. 青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务
体系建设项目家医助理工作职责
7. 青浦区慢乙肝患者的肝癌风险分层管理工作路线
8. 上海市慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务
体系建设项目知情同意书
9. 上海市社区居民肝癌筛查目标人群清单
10. 青浦区各社区 B 超医务人员名单
11. 肝炎患者肝癌风险分层逻辑
12. 上海市青浦区重点人群肝癌筛查结果通知及诊断
性检查建议书

附件 1

青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生 服务体系建设项目管理领导小组和 项目实施管理办公室成员名单

项目责任单位对项目实施进行规范管理，负责组织成立项目管理领导小组和管理工作办公室（具体成员名单如下）。各项目合作单位应落实项目实施人员，将该项目纳入单位工作目标与计划，按照项目实施方案确保各项目标和任务按期实现。

一、项目管理领导小组成员名单

组 长：胡 炯 区卫生健康委员会

副组长：潘俊锋 区疾病预防控制中心

成 员：叶开友 区卫生健康委员会

徐 喆 区卫生健康委员会

徐 龙 区卫生健康委员会

程 东 区卫生健康委员会

顾 青 区卫生健康事业发展中心

杜春玲 复旦大学附属中山医院青浦分院

王健翠 香花桥街道社区卫生服务中心

邹 云 练塘镇社区卫生服务中心

曹 红 夏阳街道社区卫生服务中心

张军 赵巷镇社区卫生服务中心
徐渊辉 重固镇社区卫生服务中心
汪玲燕 徐泾镇社区卫生服务中心
汪永锋 徐泾北大居社区卫生服务中心
郭晓虎 朱家角镇社区卫生服务中心
朱庆云 盈浦街道社区卫生服务中心
赵锦江 华新镇社区卫生服务中心
陈华星 白鹤镇社区卫生服务中心
张丽红 金泽镇社区卫生服务中心

二、项目管理工作办公室成员名单

主任：叶开友 区卫生健康委员会
副主任：黎桂福 区疾病预防控制中心
成员：张轶西 区卫生健康委员会
沈中英 区卫生健康委员会
蒋芳 区卫生健康委员会
任伟 区卫生健康委员会
周喆 区疾病预防控制中心
任志华 区疾病预防控制中心
仲文江 区疾病预防控制中心
丁佳俊 区卫生健康事业发展中心
顾英 区卫生健康事业发展中心

张斌 复旦大学附属中山医院青浦分院
张月珍 香花桥街道社区卫生服务中心
张计委 练塘镇社区卫生服务中心
张晓岚 夏阳街道社区卫生服务中心
戴海辉 赵巷镇社区卫生服务中心
张勤荣 重固镇社区卫生服务中心
徐建萍 徐泾镇社区卫生服务中心
马春来 徐泾北大居社区卫生服务中心
魏妍 朱家角镇社区卫生服务中心
蒋利芳 盈浦街道社区卫生服务中心
吴建刚 华新镇社区卫生服务中心
吴小琼 白鹤镇社区卫生服务中心
卢永红 金泽镇社区卫生服务中心

附件 2

青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生 服务体系建设项目实施专家组名单

级别	专家职责	专家姓名	职称	所属医院
三级医 院绿色 通道	肝炎治疗	张文宏	主任医师	复旦大学附属华山医院
		张继明	主任医师	复旦大学附属华山医院
		黄玉仙	主任医师	复旦大学附属华山医院
		郑建铭	主任医师	复旦大学附属华山医院
		李 宁	主任医师	复旦大学附属华山医院
		蒋卫民	主任医师	复旦大学附属华山医院
		杨飞飞	主任医师	复旦大学附属华山医院
		秦艳丽	主任医师	复旦大学附属华山医院
		张 斌	主任医师	复旦大学附属中山医院青浦分院
		钱雪梅	副主任医师	复旦大学附属中山医院青浦分院
	肝癌治疗	丁慎华	主治医师	复旦大学附属中山医院青浦分院
		张巨波	主任医师	复旦大学附属华山医院
		黄 翊	主任医师	复旦大学附属华山医院
市疾病 预防控 制中心， 区疾病 预防控 制中心 和卫生 健康事 业发展 中心，社 区卫生 服务中 心	筛查、随 访管理	宁 镇	主任医师	上海市疾病预防控制中心
		任 宏	主任医师	上海市疾病预防控制中心
		叶开友	副主任医师	青浦区卫生健康委员会
		黎桂福	副主任医师	青浦区疾病预防控制中心
		左晓华	副主任医师	青浦区卫生健康事业发展中心
		林 兵	副主任医师	香花桥街道社区卫生服务中心
		张月珍	副主任医师	香花桥街道社区卫生服务中心
		崔金煌	副主任医师	练塘镇社区卫生服务中心
		张计委	副主任医师	练塘镇社区卫生服务中心

附件 3

青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生 服务体系建设项目实施工作组名单

单位	类别	姓名
上海市卫生健康统计中心	分管领导	曹剑峰
	联系人	崔 欣
上海市疾病预防控制中心	分管领导	沈 鑫
	联系人	任 宏
青浦区卫生健康委员会	分管领导	胡 焰
	联系人（疾病预防科）	叶开友
	联系人（医政管理科）	徐 龙
	联系人（基层卫生科）	徐 喆
	联系人（信息化管理科）	程 东
青浦区疾病预防控制中心	分管领导	黎桂福
	联系人（慢传科）	周 喆
复旦大学附属华山医院	分管领导（感染科）	张文宏
	联系人（感染科）	张琪然
	联系人（转诊）	李秀文
青浦区卫生健康事业发展中心	分管领导	左晓华
	联系人（社区科）	顾 英
复旦大学附属中山医院青浦分院	分管领导（感染科）	张 斌
	联系人（感染科、转诊）	蔡海燕
香花桥街道社区卫生服务中心	分管领导（预防科）	张月珍
	分管领导（社区科）	林 兵
	联系人	陈红芳
	项目工作人员	耿贵萍

练塘镇社区卫生服务中心	分管领导(预防科)	张计委
	分管领导(社区科)	崔金煌
	联系人	俞春明
	项目工作人员	周婷
夏阳街道社区卫生服务中心	分管领导(预防科)	张晓岚
	分管领导(社区科)	邬丹
	联系人	陈晓芸
	项目工作人员	刘肖肖
赵巷镇社区卫生服务中心	分管领导(预防科)	戴海辉
	分管领导(社区科)	韩梦迪
	联系人	杨丽萍
	项目工作人员	王娟
重固镇社区卫生服务中心	分管领导(预防科)	张勤荣
	分管领导(社区科)	张建
	联系人	徐军
	项目工作人员	朱怡尹
徐泾镇社区卫生服务中心	分管领导(预防科)	徐建萍
	分管领导(社区科)	潘蕾
	联系人	仲俏
	项目工作人员	应佳崎
徐泾北大居社区卫生服务中心	分管领导(预防科)	马春来
	分管领导(社区科)	
	联系人	王俊君
	项目工作人员	周常燕
朱家角镇社区卫生服务中心	分管领导(预防科)	魏妍
	分管领导(社区科)	郭晓虎
	联系人	李瑞祥
	项目工作人员	吴芬芬
盈浦街道社区卫生服务中心	分管领导(预防科)	蒋利芳
	分管领导(社区科)	朱庆云
	联系人	朱军
	项目工作人员	唐婷

华新镇社区卫生服务中心	分管领导（预防科）	吴建刚
	分管领导(社区科)	周 颖
	联系人	王 慧
	项目工作人员	沈悦悦
白鹤镇社区卫生服务中心	分管领导（预防科）	吴小琼
	分管领导(社区科)	高 中
	联系人	李利维
	项目工作人员	蒋 翠
金泽镇社区卫生服务中心	分管领导（预防科）	卢永红
	分管领导(社区科)	蒋雪美
	联系人	杨建峰
	项目工作人员	刘 刚

附件 4

青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务体系建设项目社区公共卫生条线工作职责

序号	工作职责	具体内容
1	组织动员	肝炎条线相关人员积极动员辖区内慢性乙肝患者开展肝癌筛查工作
2	现场筛查	联合其他科室工作人员,积极落实签约患者的集中筛查工作
3	健康教育	针对辖区内肝炎患者及其家属等开展线下健康教育,普及肝炎预防和诊疗知识;撰写肝炎防治科普推文,向辖区居民线上普及肝炎防治知识
4	疫苗接种	动员辖区内居民进行疫苗接种并做好预约登记
5	协助家庭医生完成患者调研	项目实施过程中,全程协助家庭医生开展慢性乙肝患者肝癌筛查工作
6	组织协调	积极传达上级部门下发的工作要求
7	项目督导	项目实施过程中,根据工作要求中的时间节点,积极开展项目督导工作
8	进展汇报	实时跟进项目进度,根据工作要求中的时间节点,做好项目进度汇报

附件 5

青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务体系建设项目

家庭医生团队工作职责

序号	服务大类	服务小类	服务内容	内容详情
1	建立管理人群队列	1. 建立管理人群队列	1. 建立人群电子健康档案； 2. 根据项目出入组筛查条件，建立管理人群队列	建立目标人群的居民健康电子档案，并定期维护。 责任家庭医生对出现结局事件的人员，进行出组操作。
		1. 专项签约	1. 家庭医生进行签约	责任家庭医生判断居民签约状况，对未签约的居民，进行责任家庭医生匹配签约。
2	准备	2. 初筛	1. 第一轮项目筛查	1. 由项目工作人员通知进行第一轮项目筛查。家医团队和公共卫生条线共同对已筛查人员数据进行收集和回传。
		1. 随访计划以及筛查套餐	1. 辅助落实签约居民的分层随访计划。 2. 项目工作人员通知进行下一轮项目筛查，家庭医生提供辅助。	1. 责任家庭医生团队根据项目筛查指标（如血常规、肝功能、乙肝两对半等）并结合健康云系统中慢性肝炎患者已完成的筛查指标进行套餐（未完成的检查指标）配置。
3	管理人群风险分层	2. 宣教、跟	1. 宣传动员	1. 责任家庭医生团队开展社区患者的健康教育

		踪	
		2. 责任家庭医生敦促患者参加筛查	<p>1. 责任家庭医生团队敦促风险分层的低风险患者参加筛查。 (US+AFP (基础 HCC 筛查) , 12 月 1 次。)</p> <p>2. 责任家庭医生团队敦促风险分层的中风险患者参加筛查。 (US+AFP (基础 HCC 筛查) 6-12 月 1 次； MRI 增强 12 月 1 次)</p> <p>3. 责任家庭医生团队敦促风险分层的高风险患者参加筛查。 (US+AFP (基础 HCC 筛查) 6 月 1 次； MRI 增强每月 1 次；液体活检 12 月 1 次)</p> <p>4. 责任家庭医生团队对风险分层居民放弃筛查或其他特殊原因进行登记</p>
		3. 家庭医生完成咨询	<p>1. 责任家庭医生团队完成居民参加筛查的咨询 (线上)</p>
		1. 预约复查、转诊治疗	<p>1. 按居民的选择，责任家庭医生预约复查、转诊治疗的医院</p> <p>2. 责任家庭医生团队为居民预约复查、进阶检查 (CT/MR) 、转诊治疗医疗机构信息登记，并及时告知预约结果。</p> <p>3. 责任家庭医生团队与复查医院预约检查</p> <p>4. 责任家庭医生团队通知居民预约成功</p>
4	复查、转诊治疗	2. 责任家庭医生为居民改约	<p>1. 责任家庭医生团队为居民改约或弃约的登记、复查机构、责任家庭医生的改约告知及居民改约结果的通知。</p>
		2. 治疗结果获取	<p>1. 责任家庭医生获取就诊、出院小结情况</p>
		3. 转诊咨询	<p>1. 转诊咨询</p> <p>1. 责任家庭医生团队开展居民预约转诊咨询</p>
		4 康复咨询	<p>1. 康复咨询</p> <p>1. 责任家庭医生团队开展康复的咨询</p>
5	评估	1. 执行情况与评价	<p>1. 责任家庭医生对风险分层居民执行情况评价</p> <p>1. 责任家庭医生团队对风险分层居民进行知晓率和诊疗随访情况调研、宣教、签约和组织规范诊治+肝癌筛查，信息系统自动对执行情况进行评价；</p>

附件 6

青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生 服务体系建设项目的项目工作人员职责

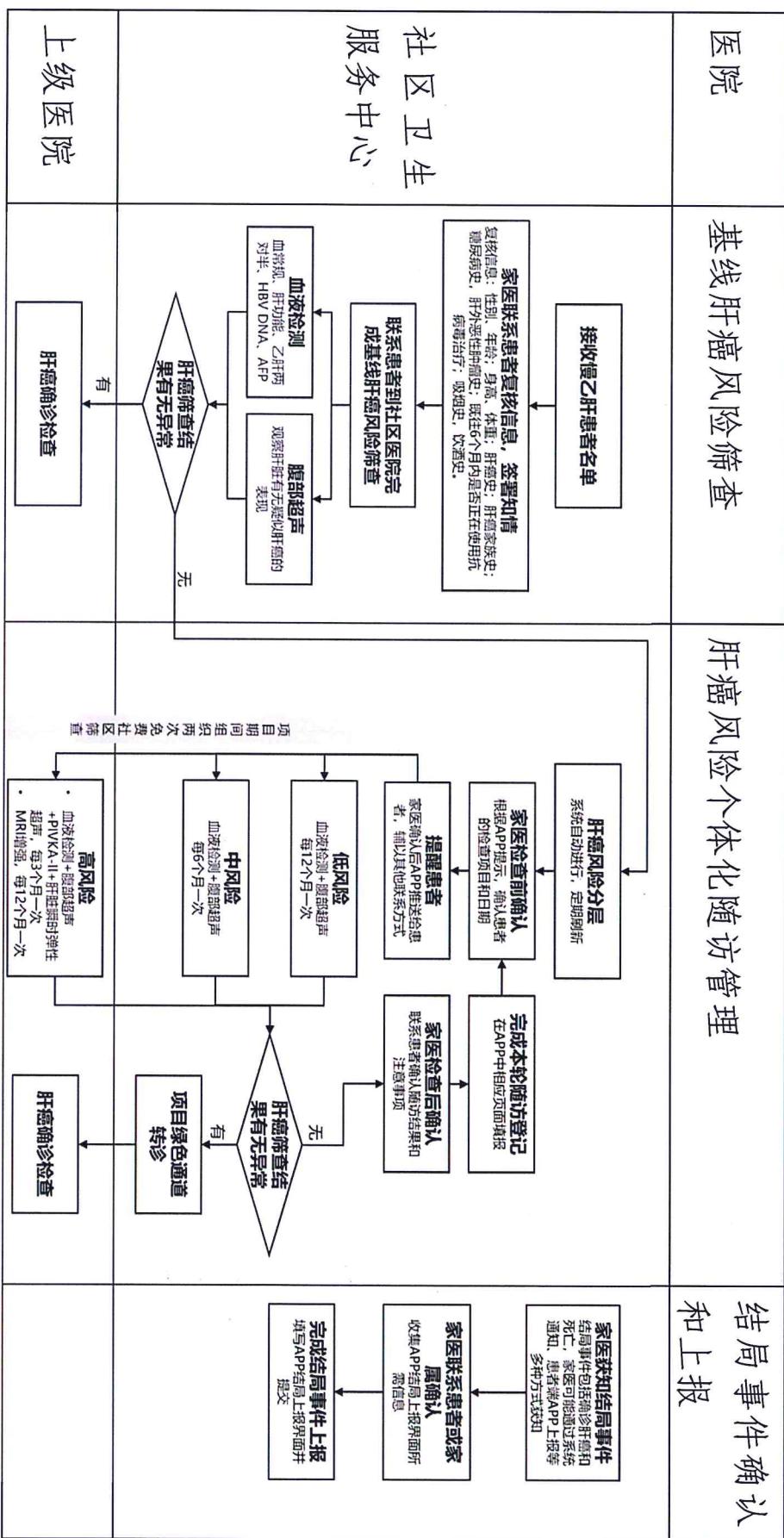
根据青浦区项目要求，共服务 12 个社区卫生服务中心，每个社区卫生服务中心配备 1-2 名具有医师或护士背景的专业人员作为项目工作人员，3-5 名医疗行业从业运营服务人员。项目工作人员需建立 AB 角制度，确保工作中不出现断档等情况发生；在必要的情况下，可通过协调机制实现 12 个社区卫生服务中心约 12 名项目工作人员及 30 名医疗行业从业人员并行触发服务，保障项目顺利执行。

日常协助工作，分为线上支持服务和线下现场服务。安排 4 名项目工作人员一周 5 个工作日上午 9: 00-下午 17: 30 线上执勤服务，确保 1 小时内响应家庭医生或管理对象的线上诉求；安排 1 名项目工作人员一周 1 个工作日上午 9: 00-下午 17: 30 到社区卫生服务中心现场服务。具体服务时间由社区卫生服务中心确定。

序号	服务项目	服务类别	服务标准
1	协助家庭医生建立人群电子健康档案和档案日常管理、更新、研判，对项目管理人群关键指标的分析研判、健康状况的评估以及风险的预测	线上/线下	2 次/年人
2	协助家庭医生指导目标人群在线健康档案查阅，健康咨询，信息推送服务	线上	2 次/年人
3	协助家庭医生完成项目管理人群健康管理计划的制定、执行与实施、管理的结果评定以及提出干预措施建议	线上/线下	4 次/年人
4	针对目标人群定期排查、跟踪、随访、按时序指导及管理	线上/线下	3 次/年人
5	协助家庭医生指导居民疫苗接种预约	线上	2 次/年人
6	协助家庭医生或指导管理人群进行转诊治疗的预约	线上/线下	2 次/年人
7	协助家庭医生或指导管理人群定期复查预约、结果研判、管理过程中的主动干预，治疗方案、预后康复方案的跟踪与执行	线上/线下	3 次/年人
8	协助家庭医生对管理对象的管理过程和结果进行质量评估	线上/线下	2 次/年人

附件 7

青浦区慢乙肝患者肝癌风险分层管理工作路线



附件 8

上海市慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生 服务体系建设项目知情同意书

尊敬的居民：_____

欢迎您参加 2023 年-2025 年的上海市慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务体系建设项目。在全球范围内，乙型肝炎病毒感染是肝细胞癌的首要病因，我国 2019 年《原发性肝癌诊疗规范》中明确规定慢性乙型肝炎在内的人群定义为肝癌高危人群。

一、筛查目的

肝癌可以通过早期筛查发现，及早干预，规范治疗，从而降低肝癌死亡率。超声、甲胎蛋白（AFP）、MRI/CT 等辅助诊断检查是经国内外验证有效的肝癌筛查方法。您所在的社区卫生服务中心可以提供肝癌防治相关健康教育及健康干预，方便您更好的了解肝癌防治知识及掌握健康技能。

二、筛查服务

您加入本项目，将会在项目试点期间得到每半年一次的免费检查机会，检查项目包括血常规、肝功能、乙肝两对半、HBV DNA、甲胎蛋白、腹部超声、异常凝血酶原（PIVKA-II）（仅针对高危患者）和肝脏瞬时弹性超声检查（每年一次）。每次检查结束后，家庭医生将会为您解读本次结果所反映的慢性乙型肝炎管理现状和进一步患肝癌风险的情况，并基于肝癌专家组制定的标准为您量身定制后续随访建议。同时，本项目专属绿色通道可为您提供定点医院就诊/转诊便利。

三、参加本项筛查的风险和获益

可能的获益：

通过相应的风险评估，根据风险高低进行肝癌筛查管理，定期接受必要的筛查检查，您有可能被发现患有某些疾病，包括癌症或癌前病变，以期得到早期诊断和治疗的机会，减少发病或延长生存期，提高生活质量。就整体而言，预期通过筛查能够提高居民整体的癌症早期诊断率，降低死亡率；就个体而言，每个人从这项筛查中的获益的程度是因人而异的。

参加的风险：

肝癌的发病原因是复杂的，包括病毒性感染、内分泌、遗传等因素。目前对于癌症的研究尚不能确定每个人患癌的真正病因，对某一个体患某种癌的风险评估是基于流行病学为基础的常见危险因素作为评判标准进行的。评估为高风险并不意味着您已经患有癌症，需要接受进一步的临床检查进行确诊。评估为低风险时，也需要进行常规的体检，关注癌症常见的症状，有任何不适或症状，建议及时前往医院就诊。

四、保密原则

您填写的所有信息和检查结果我们都严格保密，在未经您同意的情况下不会向任何人和机构泄露。

五、问题咨询

您在参加此次活动过程中如有任何疑问，可咨询所在的社区卫生服务中心。

本人已阅读该知情同意书，了解该项目的内容，且同意参加本项目。

居民签名： 日期：

医务人员签名： 日期：

附件 9

上海市社区居民肝癌筛查目标人群清单

青浦区_____社区卫生服务中心

附件 10

各社区卫生服务中心 B 超医务人员名单

单位	姓名	职称
香花桥街道社区卫生服务中心	黄文谨	主治医师
练塘镇社区卫生服务中心	周 英	主治技师
	陆军芳	医师
夏阳街道社区卫生服务中心	陈静一	主治医师
盈浦街道社区卫生服务中心	钟育琦	副主任医师
	李 燕	副主任技师
	陈惠琴	主管技师
赵巷镇社区卫生服务中心	朱彩虹	主治医师
	杨 洁	医师
重固镇社区卫生服务中心	吴益平	主管技师
白鹤镇社区卫生服务中心	吴 婷	主治医师
	朱玉芳	主管技师
	顾翠婷	技师
徐泾镇社区卫生服务中心	沈燕鸿	主治医师
	贾慧敏	医师
徐泾北大居社区卫生服务中心	-	-
华新镇社区卫生服务中心	李军芳	主治医师
	凌霞雯	主治医师
金泽镇社区卫生服务中心	张静红	主治医师
	陈锦慧	主治医师
	蒋维芳	主管技师
朱家角镇社区卫生服务中心	董燕妹	医师

附件 11

肝炎患者肝癌风险分层逻辑

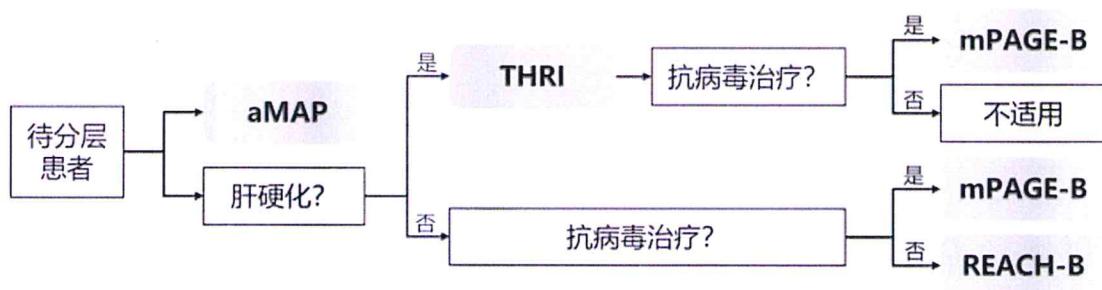


图 基线肝癌风险分层逻辑

首先，所有患者均会进行 aMAP 评分，并根据是否伴有肝硬化决定后续风险分层流程。所有伴肝硬化的患者都需要进行 THRI 评分，随后接受抗病毒治疗的患者再进行 mPAGE-B 评分，而未接受抗病毒治疗的肝硬化患者不再适用其他评分。对于不伴肝硬化的患者，仅需根据是否接受抗病毒治疗，分别选择 mPAGE 评分和 REACH-B 评分。

所有评分结果均按照肝癌风险分为“高风险”、“中风险”、“低风险”三类，因此，如果患者完成全部所需检查，在系统中应有 2-3 个风险评分结果。取每位患者所有风险评估中级别最高的一项作为该患者的基线肝癌风险，并以此制定个体化管理策略。

当患者未在规定时间内完成所有检查项目时，若现有检查结果支持至少一项可行的风险评分，则以可行的风险评分结果中最高风险级别确定该患者的基线肝癌风险；若现有检查结果不足以支持任一项可行的风险评分，则该患者在系统中被标记为“不可评估”，后续按照中风险患者进行管理。

附件 12

上海市青浦区重点人群肝癌筛查结果通知及 诊断性检查建议书

尊敬的居民-----：

您好，感谢您参加上海市慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务体系建设项目。您在-----年----月----日的肝癌风险筛查中，我们发现您有如下检查结果异常：

经初步评估，此异常可能与肝癌发生相关，为了您的健康，我们建议您尽快到上级医院进行全面评估确诊，并制定治疗方案。

请携带：1. 本《建议书》，2. 病历，3. 检查单，4. 使用中的药物清单，5. 本人社保卡或身份证件，前往上级医院就诊。

您可以选择前往国家传染病医学中心（复旦大学附属华山医院）（地址：上海市静安区华山路 493 号；联系人：-----，手机号：-----）通过项目绿色通道就诊，也可联系您的责任家庭医生-----（手机号：-----）寻求后续处理的建议及转诊帮助。

青浦区_____社区卫生服务中心（盖章）
年 月 日

上海市青浦区

公文拟稿纸

签发(会签)人:  2023年3月27日	核稿人: 301办公室 2024年3月14日	拟稿人: 马晓 2024年3月14日	
是否公开 主动公开 依申请公开 免于公开	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	秘密 等级 保密期限	紧急程度

标题：关于印发《上海市青浦区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务体系项目建设方案》的通知

附件：上海市浦东区慢性肝炎及肝癌高风险人群公共卫生服务体系体系建设实施意见

主送：各医疗卫生机构

抄送:

发文: 育卫健秘[2024]5号 2024年3月27日封发

用毕请同正文一齐送档案室归档

