

附件 1

新生儿先天性心脏病筛查项目技术规范（试行）

新生儿先天性心脏病筛查是早期发现先天性心脏病，开展早期诊断和早期干预的有效措施，是减少先天性心脏病对儿童健康危害、促进儿童健康发展的有力保障。

一、基本要求

（一）机构设置。项目省（区、市）卫生行政部门根据本行政区域规划的实际情况，指定具有相应能力的医疗机构开展新生儿先天性心脏病筛查和诊断治疗工作。

1. 筛查机构应当设在助产机构以及接受新生儿转诊的医疗机构，配有专职人员及相应设备和设施。

2. 诊治机构应当设在具有较强的先天性心脏病诊治技术水平的医疗机构中，应当具有较强新生儿和婴幼儿先天性心脏病诊治水平和团队，并配置相应的设备和设施。

（二）人员要求。

1. 筛查人员：经过培训具有相应能力的医师或护士。
2. 诊断人员：经过培训具有相应能力的医师。
3. 治疗人员：具有中级以上临床专业技术职称的心脏专科医师。
4. 文案人员：熟练掌握计算机操作技术且有档案管理工作经

验的人员。

(三) 房屋与设备要求。1.

房屋。

筛查机构：设置 1 间通风良好、环境安静的专用房间，并配备诊察床。

诊治机构：设置 1 间诊室，有“专窗”和“专人”接待筛查阳性转诊者，为先天性心脏病筛查阳性患儿提供绿色挂号就医通道。开展临床诊治的机构，除了满足作为诊断机构的要求外，还应设置用于收治先天性心脏病的重症监护室至少 1 间。

2. 设备。

(1) 筛查机构

设 备	用 途
听诊器；经皮脉搏血氧饱和度测定仪	新生儿先天性心脏病筛查
计算机及相关设备	数据录入、上报及分析

(2) 诊断机构

设 备	用 途
多功能彩色超声心动图诊断仪	诊断先天性心脏病的类型、评估严重程度及治疗效果
计算机并接驳网络	数据管理（保留结果原始数据）

(3) 治疗机构

设 备	用 途
多功能彩色超声心动图诊断仪、监护仪、呼吸机、DSA、体外循环机、麻醉机、除颤仪、起搏器等	开展临床治疗的机构，应配备有这些设备，用于进一步评估病情和治疗
计算机并接驳网络	数据管理（保留结果原始数据）

二、机构职责

(一) 筛查机构。

1. 严格按照《新生儿疾病筛查管理办法》要求，加强对新生儿先天性心脏病筛查工作的管理。
2. 建立各种筛查规章制度，遵守技术操作常规。
3. 做好筛查前的宣传教育，遵循知情同意原则，尊重监护人个人意愿选择。
4. 对进入筛查程序者，应当向其监护人出具筛查报告单并解释筛查结果，负责转诊及随访。
5. 进行新生儿先天性心脏病筛查基本信息登记、上报。

(二) 诊断机构。

1. 严格按照《新生儿疾病筛查管理办法》要求，加强对新生儿先天性心脏病诊断工作的管理。
2. 建立各种诊断规章制度，遵守技术操作常规。
3. 接受转诊，负责对筛查阳性的新生儿进行超声心动图诊断，出具《超声心动图诊断报告单》，告知监护人并解释诊断结果。
4. 进行新生儿先天性心脏病诊断信息登记、上报。

(三) 治疗机构。

1. 严格按照《新生儿疾病筛查管理办法》要求，加强对新生儿先天性心脏病治疗工作的管理。
2. 建立各种治疗规章制度，遵守技术操作常规。

3. 接受转诊，负责对筛查阳性的新生儿进行评估、治疗和随访。

4. 进行新生儿先天性心脏病治疗信息登记、上报。

三、技术流程

(一) 筛查。

1. 助产机构：正常新生儿从出生后 6-72 小时到出院之前在助产机构完成筛查，阳性患儿应当在出生后 7 天内转诊至省级卫生行政部门指定的新生儿先天性心脏病诊治机构接受超声心动图诊断。

2. 新生儿重症监护病房（NICU）：因各种原因未完成筛查即转诊至NICU 的新生儿，由助产机构通知 NICU 所在机构在出生后 72 小时内完成筛查，阳性患儿应当在出生后 7 天内完成超声心动图诊断。

3. 操作步骤。

(1) 清洁右手及任一足；

(2) 安抚受检儿，使其处于安静状态；

(3) 将经皮脉搏血氧饱和度监测仪固定于受检儿清洁后的右手手掌及足底部；

(4) 将听诊器放置于受检儿胸壁；

(5) 获取受检儿心脏杂音及经皮脉搏血氧饱和度数据。 4.

筛查结果。

心脏杂音听诊和经皮血氧饱和度测定任何一项筛查阳性者，

均为筛查结果阳性，标准如下：

(1) 心脏杂音听诊：2 级及以上杂音者；

(2) 经皮血氧饱和度测定：

①右手和任一足经皮血氧饱和度低于 90%者；

②右手或任一足经皮血氧饱和度为 90~94%，或右手与任一足经皮血氧饱和度差异>3%者，于 2~4 小时内重复测定后，结果无变化者。

(二) 诊断。

筛查阳性的新生儿应当在出生7 天内转至诊断机构进行超声心动图诊断。

(三) 治疗。

对确诊为先天性心脏病的患儿由治疗机构进行全面评估，给予合理治疗。

(四) 随访。

筛查机构负责督促筛查阳性患儿转诊至诊断机构；治疗机构负责术后患儿和暂无手术指征患儿的随访；

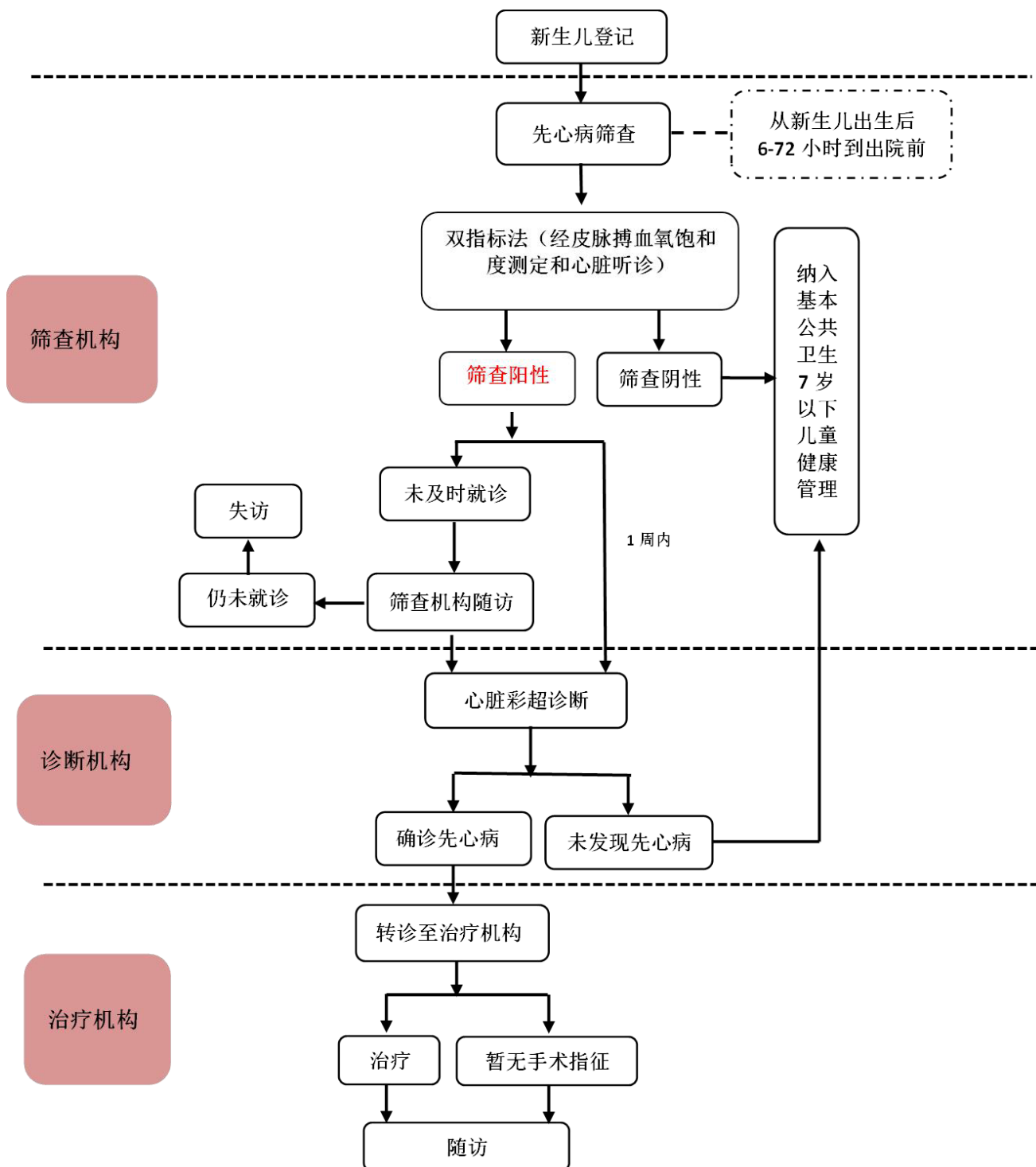
四、质量控制

卫生行政部门组织制订考核评估方案，定期对新生儿先天性心脏病筛查机构、诊治机构进行监督检查，对各个环节进行质量控制，发现问题及时采取改进措施。

新生儿先天性心脏病筛查、诊断和治疗机构按新生儿先天性心脏病筛查项目信息工作手册要求填报相关信息，做好信息管理

工作。

五、工作流程图



附件 2

云南省新生儿先天性心脏病筛查项目工作领导小组

- 组 长：**和向群 省卫生健康委副主任
- 副组长：**潘旭阳 省卫生健康委妇幼处处长
叶汉风 省人口计生科研所所长
郭光萍 省妇幼保健院院长
- 成 员：**李 楠 省卫生健康委妇幼处副处长
廖勇勤 省卫生健康委妇幼处副调研员
邹弘驹 省第一人民医院医务处副处长
范 群 省第二人民医院副院长
马林昆 省阜外心血管病医院副院长
曾 仲 昆明医科大学第一附属医院副院长
王 琳 昆明医科大学第二附属医院副院长
唐松源 昆明医科大学公共卫生学院教授
刘晓梅 昆明市儿童医院院长助理
谷 欣 昆明延安医院副院长
邓星梅 曲靖市妇幼保健院副院长
李慧英 大理州妇幼保健院副院长

领导小组办公室设在省人口计生科研所

- 主 任：**袁彦玲 省人口计生科研所科技科科长
- 成 员：**孔 彩 省人口计生科研所科技科
王 涛 省人口计生科研所科技科

附件 3

云南省新生儿先天性心脏病筛查项目收费参考

《云南省非营利性医疗价格服务价格（试行）》（云发改收费〔2005〕556 号）

项目编码	项目名称	计价单位	最高限价（元）
110200005	住院诊查费	日	一类价：3 二类价：2 三类价：1
110500001	体检费（心脏听诊）	人次	12
310701027	指脉氧监测	小时	2×2 部位（双手）=4
310701028	血氧饱和度监测	小时	2×2 部位（手足）=4
130900002	疾病健康教育	人次	2

附件 4

云南省省级项目管理机构和治疗机构

一、 云南省省级项目管理机构

云南省人口和计划生育科学技术研究所

二、 云南省定点医疗机构

云南省第一人民医院

云南省第二人民医院

云南省阜外心血管病医院

昆明医科大学第一附属医院

昆明医科大学第二附属医院

昆明市儿童医院

昆明市延安医院

曲靖市妇幼保健院

大理州妇幼保健院

附件 5

中国红十字基金会 天使阳光基金资助申请表

申请人近期照片

申请人姓名：_____ 性别：_____ 身份证号码：_____

监护人姓名：_____ 与申请人关系：_____

家庭电话：_____ 手机：_____

户籍所在地：_____ 省（市、区） _____ 市 _____ 县 _____ 乡（镇） _____ 村

通讯地址：_____ 省（市、区） _____ 市 _____ 县 _____ 乡（镇） _____ 村

邮 编：_____

申请日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

申报须知

1. 本申请表由中国红十字基金会（简称中国红基会）根据《中国红十字基金会天使阳光基金资助管理暂行办法》印制并负责解释。
2. 该项目申请对象为 0-14 周岁患有先天性心脏病且需要手术治疗的中国籍贫困家庭儿童。
3. 本申请表由申请人法定监护人负责填报（用黑色钢笔或签字笔书写），并保证所有资料的真实性和完整性。
4. 申请人申报资料须经户籍所在地县级以上（含县级）红十字会审核后逐级申报，并由省级红十字会将相关信息报至中国红基会，中国红基会不直接受理个人提交的资助申请。
5. 本申请表的递交并不代表可以获得救助，申请资料一经递交不予退回。
6. 通过审批确定的救助对象名单在中国红基会和申请人户籍所在地省级红十字会官方网站上公示无异议后，向申请人监护人寄发《资助告知书》。请申请人监护人注意查收、领取。
7. 申请人须在通过评审并获得《资助告知书》的三个月内完成手术，未在有效期内手术的申请人如仍需要资助，须提交情况说明，并按提交说明的时间重新排队待资助。非有效期内的手术费用不予资助。
8. 大病救助项目为一次性救助，对已获得一次救助的患儿不受理重复申请。社会定向捐助患儿、需多次手术的复杂先心病患儿除外。
9. 对申报材料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，中国红基会保留依法追索救助款的权利。
10. 申请人在医疗过程中可能出现的医疗风险，由医患双方明确责任，中国红基会不承担任何责任。
11. 获得救助的申请人监护人有责任和义务为配合基金宣传提供必要的文字、照片、影像等资料，并同意使用申请人照片、影像等资料。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。

申请人监护人签名：

天使阳光基金资助申请表

申请人姓名		性别		出生年月 日		民族	
家庭成员 情况	姓名	年龄	与申请人关系	身份证号		工作或学习单位	
家庭经济 状况	户籍性质	A. 农业 B. 非农业		家庭人口总数			
	主要收入来源						
	家庭年收入			人均年收入			
	是否为建档立卡贫困户				A. 是 B. 否		
申请救助理由							

申请人医疗情况简述

1. 申请人确诊时间：_____年____月____日，确诊医院：_____；
2. 预计手术时间：_____；治愈预计需要多少费用：_____；
3. 申请人是否有医疗保险？如有，具体报销比例是多少？

申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料

1. **身份证明材料：**申请人及其监护人户口簿和身份证复印件。如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生证明或派出所开具的监护关系证明原件。
 2. **病情证明材料：**须提供最新病情医学检查报告单（超声心动图报告等）复印件。
 3. **建档立卡贫困户证明材料：**需提供县级扶贫部门出具的相关证明。
- 以上证明材料另附，与本申请表一起申报。如需留存请自行复印备份。

<p>村委会 (居委会) 意见</p>	<p>(申请人家庭情况是否属实)</p> <p style="text-align: right;">(单位公章)</p> <p>负责人签名: 联系电话: 年 月 日</p>
<p>县(市)级 红十字会 初审意见</p>	<p style="text-align: right;">(单位公章)</p> <p>负责人签名: 联系电话: 年 月 日</p>
<p>地(市)级 红十字会 初审意见</p>	<p style="text-align: right;">(单位公章)</p> <p>负责人签名: 联系电话: 年 月 日</p>
<p>省级红十字会 (或基金会) 复审意见</p>	<p style="text-align: right;">(单位公章)</p> <p>负责人签名: 联系电话: 年 月 日</p>

中国红十字基金会天使阳光基金办公室
地址: 北京市东城区干面胡同53号104室
邮编: 100010 电话: 010-85594853
网址: www.crcf.org.cn 扫二维码关注微信公众号

附件 6

爱佑慈善基金会孤贫先心病患儿手术治疗 项目资助申请书

爱佑慈善基金会“爱佑童心”项目组：

我是_____（患儿姓名）的监护人。该儿童患有先天性心脏病，因家庭经济收入较低，无力承担全部手术费用，现向爱佑慈善基金会“爱佑童心”项目组申请资助，以协助完成患儿手术治疗。

作为监护人，我们充分了解先天性心脏病手术作为医疗行为所存在的不确定性及各种风险，并已做好认定手术方案及承担手术风险和后果的准备。我们承诺按照项目组的有关要求接受术前检查、到定点医院手术治疗。我们知道，爱佑慈善基金会只在手术费用上给予我们资助，不承担手术效果、手术风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由定点医院和患者家属双方自行解决。

同时，我们同意为帮助宣传该项目，爱佑慈善基金会可以在报刊、杂志、书籍、电影和电视等各类媒体上无偿使用我的家庭和子女的照片，我将不对此提出异议并将积极配合项目的宣传活动。此外，我们同意将患儿病历等相关文件提供给爱佑慈善基金会，以供其详细了解患儿的病情、手术及康复状况。

监护人：_____（签字）

20 年 月 日

本申请书的递交并不代表已经获得项目救助，请患儿家长务必在出院前与医院项目联系人确认是否获得资助。提前将申请表交到医院的患儿，入院时请与医院项目负责人联系，告知患儿已入院，否则无法予以资助。

该项目申请不收取任何费用。如审核通过，救助款将直接拨付到医院。

患儿日常生活照片	粘 贴 处
全家合影照片	粘 贴 处

备注：全家合影照片最好是在自家住房前的合影（此页是必填项）

爱佑慈善基金会“爱佑童心”项目资助申请审核评估表

一、基础资料（手写）

患者姓名		性别		民族		患儿照片粘贴处或提供一张患儿近期生活照
出生年月日		家庭住宅电话				
患儿身份证号						
移动电话 (必填两个当地电话)	父亲		母亲			
	爷爷或奶奶		其他亲戚			
所在省		所在市		所属县		
详细地址						
监护人姓名		与患者关系		户籍类型	<input type="checkbox"/> 城镇户口	<input type="checkbox"/> 农村户口
监护人身份证号码				监护人微信号		
家庭成员（请提供每个成员的户口本、身份证复印件）						
姓名	与患儿关系		年龄	文化程度	职业	
家庭年总收入			当地人均年收入			

备注：职业（工人、职员、教师、公务员、个体工商户、务农、外出打工、无业、无劳动能力、其它）
本人保证上述资料正确无误，并愿意承担因虚报而引起的法律责任。

申请人签字：

申请时间： 年 月 日

家庭情况简介

《家庭情况简介》部分由患儿的监护人书写，需详细提供家庭的经济收入来源和费用支出情况，并签字。不会写字者可找人代写，但需代笔人签名，患儿家属接手印。
此部分内容填写的完整程度，将直接影响审核结果。

基本情况：

家庭住房情况	<input type="checkbox"/> 有房产	<input type="checkbox"/> 土坯房 <input type="checkbox"/> 砖瓦房 <input type="checkbox"/> 其它_____		
		面积	_____平方米 _____间	购/建房时间：_____年
	<input type="checkbox"/> 租房	面积：_____平方米	月租金：_____元	
主要农业生产工具	<input type="checkbox"/> 拖拉机 <input type="checkbox"/> 水稻收割机 <input type="checkbox"/> 插秧机 <input type="checkbox"/> 其它_____			
主要交通工具				

家庭经济收入来源：（按实际情况选择填写）

1) 固定职业收入：姓名+工作单位+职务+月收入

2) 农业收入：耕种（单位：亩）+农作物名称+每亩年收入

3) 畜牧业收入：家畜品种+数量+年收入

4) 打零工收入：姓名+工种+年工作时长（单位：月）+年收入

家庭支出情况介绍：（按实际情况选择填写）

1) 家庭成员重大疾病情况介绍（仅介绍需供养的亲属，列明病种及花费）：

2) 家庭重大变故情况介绍（时间、事件、花费金额）：

3) 家庭条件自述（请描述家庭真实情况，例如：孩子上学、老人抚养、有无外债情况等）：

4) 造成家庭经济困难的其它原因：

本人保证以上资料正确无误,如提供虚假信息则自动放弃本次申请。

患儿家属签字 (需摁手印):

代笔人签字 (如有代笔人签此处):

注: 农村患儿, 一名证明人必须为村干部 (如村支书、村主任、村妇联干部等); 城镇患儿, 一名证明人必须为所在地居委会工作人员; 父母外出务工, 一名证明人必须为常联系的工友。

证明人签名: _____ 电话: _____

身份证: _____ 地 址: _____

证明人签名: _____ 电话: _____

身份证: _____ 地 址: _____

证明人签名: _____ 电话: _____

身份证: _____ 地 址: _____

村委会电话: _____

工作单位人事部门电话: _____

村委会、乡（镇）政府审核意见（农村患儿）：

村委会、乡镇 政府 审核意见 (家庭情况是 否属实)	20 年 月 日 (盖章) 村委会电话(必填)	20 年 月 日 (盖章) 乡镇政府电话(必填)
--	-------------------------------	--------------------------------

居委会、街道办事处审核意见（城镇患儿）

居委会、街道 办事处 审核意见 (家庭情况是 否属实)	20 年 月 日 (盖章) 居委会电话(必填)	20 年 月 日 (盖章) 街道办事处电话(必填)
---	-------------------------------	---------------------------------

备注 盖章的贫困证明与此页可二选一。若提供贫困证明，贫困证明中需
开具此证明的办公电话 属低保家庭 需提供低保证及低保存折复印件。

有

昆明市儿童医院爱佑慈善基金会限价标准

单位：元

资助名称	0-1 岁		1-14 岁	
	治疗限价	资助上限	治疗限价	资助上限
先天性室间隔缺损（介入）（含中、轻度肺高压）	33000	16500	32000	16000
先天性房间隔缺损（介入）（含中、轻度肺高压）	26000	13000	25000	12500
先天性肺动脉瓣狭窄（介入）（含中、轻度肺高压）	治疗限价 21000，资助上限 10500			
动脉导管未闭（介入）（含中、轻度肺高压）	26000	13000	25000	12500
先天性室间隔缺损（直视）（含中、轻度肺高压）	治疗限价 31000，资助上限 15500			
先天性房间隔缺损（直视）（含中、轻度肺高压）	治疗限价 29000，资助上限 14500			
先天性肺动脉瓣狭窄（直视）（含中、轻度肺高压）	治疗限价 25000，资助上限 12500			
动脉导管未闭（直视）（含中、轻度肺高压）	治疗限价 19000，资助上限 9500			
<p>备注：</p> <p>1. 以上病种，实际治疗费用低于限价且无法在院即时结算的患儿，爱佑资助实际费用的 50%，上限参照此表。住院费用可在院即时结算患儿，报销比例$\geq 70\%$，爱佑资助剩余部分，上限参照此表；报销比例$< 70\%$，爱佑资助家长自付费用的 50%，上限参照此表。如有其它机构同时资助，出现结余，资助额度另行商议。如患儿医保报销按单病种结算，爱佑资助自付部分。</p> <p>2. 爱佑资助病种均为一次性手术根治病种。</p> <p>3. 患儿年龄的计算从出生日至患儿手术日。</p>				
以上四种简单病种中 2 种或 2 种以上合并（直视）	以限价最高的疾病费用为基础，每合并一种增加合并病种限额 30% 的费用为限额标准		治疗限价的 60%	
<p>备注：</p> <p>1. 简单病种复合型，实际治疗费用低于限价且无法在院即时结算的患儿，爱佑资助实际费用的 60%，上限参照此表。住院费用可在院即时结算患儿，报销比例$\geq 70\%$，爱佑资助剩余部分，上限参照此表；报销比例$< 70\%$，爱佑资助家长自付费用的 60%，上限参照此表。如有其它机构同时资助，出现结余，资助额度另行商议。</p> <p>2. 患儿年龄的计算从出生日至患儿手术日。</p> <p>3. 爱佑资助病种均为一次性手术根治病种。</p>				

附件 7

“奔跑的天使” 华润慈善基金儿童健康关爱项目救助申请

“奔跑的天使” 华润慈善基金儿童健康关爱项目：

我的孩子_____不幸患_____，因家庭贫困，无法负担治疗费用，恳请“奔跑的天使” 华润慈善基金儿童健康关爱项目向我们伸出援助之手，给予孩子救助。

作为患儿的监护人我承诺所提交的患儿的所有申报资料均具有真实性和完整性。我完全认定昆明市儿童医院对患儿的诊断和治疗方案，了解全部治疗风险，并愿意承担救助过程中产生的救助款以外的费用。我愿意提供患病儿童必要的反馈材料和照片等，在维护患儿权益前提下，同意使用患儿照片、录像等资料用于公益目的宣传。

申请人：

与患儿关系：

联系电话：

年 月 日

“奔跑的天使” 华润慈善基金儿童健康关爱项目申报须知

一、资助对象为云南地区户籍，家庭经济困难的 0-14 岁先心病（房间隔缺损、室间隔缺损、肺动脉瓣狭窄、动脉导管未闭）儿童。

二、患病儿童家庭需提供以下材料：

- 1、在“奔跑的天使”申报须知上签字确认已阅读。
- 2、按要求填写“奔跑的天使”项目申报表格并加盖公章。
- 3、提供患病儿童家庭户口簿复印件、监护人和患病儿童身份证复印件、联系方式。
- 4、提供患病儿童最新 2 寸免冠照片 1 张，6 寸生活照 1 张。
- 5、提供医保复印件或相应证明复印件。
- 6、提供低保证明复印件及编号。非低保户农村籍提供当地乡镇一级以上有关人民政府出具的贫困证明并盖章。非低保户城市籍有工作提供所在单位出具收入证明并盖章；城市籍无工作单位提供城市居委会出具家庭经济情况证明并盖章。

以上资料不完整的，提供相关书面说明材料，由“奔跑的天使”项目办公室审核。

三、患病儿童的所有申报资料由其法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性，经各地民政部门对资料进行审核并盖章确认。

四、对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，将追索其所获得的全部医疗资助，情节严重者将对之采取行政或法律手段进行诉讼。

五、申请表的递交并不代表已经获准得到医疗救助，申报资料的审核和审批工作由项目执行委员会负责。

六、申请人自愿承担患病儿童的诊断和治疗方案认定、治疗风险及救助过程中产生的救助款以外的费用。医院和患者之间的关系仅为医患关系。项目执行委员会对医疗救助过程中产生的医疗纠纷免责。

七、得到医疗资助的患病儿童监护人有责任和义务提供必要的反馈材料和照片等，在维护患儿权益前提下同意使用照片、录像等资料用于公益目的宣传。

八、救助款项仅用于患病儿童在昆明市儿童医院产生的医疗费用，救助款在医院结算不直接支付给个人或家庭。

九、“奔跑的天使”项目是由华润慈善基金联合昆明市儿童医院发起的公益项目，不向患病儿童家庭收取任何申请费用。

十、未尽事宜由项目执行委员会负责解释。

患病儿童监护人阅读后签字：

“奔跑的天使”项目执行委员会

时间：

“年 月 日

编号：

“奔跑的天使”华润慈善基金儿童健康关爱项目申报及审批表

姓 名		身份证号				2 寸 照片 黏贴
性 别		年 龄		民 族		
参保方式	新农合/医保/商业保险					
户籍地址						
监护人姓名		身份证号			与儿童关系	
监护人通讯地址						
监护人联系电话	1、		2、		3、	
监护人亲属联系电话	1、		2、		3、	
低保证号码 (附复印件, 贴后)			低收入证明情况 (附证明原件, 贴后)			
病 史						
入院诊断						
治疗方式						
执行委员会 审核意见 审核人签字和盖章	经审核, 该患儿确诊为 _____, 家庭贫困, 符合救助条件, 同意将该患儿纳入“奔跑的天使”儿童健康关爱项目进行救助。 签字: _____ 日期: _____ 年 月 日					
医务部 审核意见 审核人签字和盖章			财务科 审核意见 审核人签字和盖章			
	年 月 日			年 月 日		

我声明以上所填写内容真实。

儿童法定监护人签名：

