

附件

中国疾病预防控制中心文件

中疾控信息发〔2016〕106号

中国疾病预防控制中心关于 印发全国传染病信息报告管理工作技术指南 (2016年版)的通知

各省、自治区、直辖市疾病预防控制中心，新疆生产建设兵团疾病预防控制中心：

为进一步加强全国传染病报告信息管理，提升报告质量，根据《传染病信息报告管理规范（2015年版）》，我中心受国家卫生计生委疾控局委托组织专家完成了《传染病网络直报工作与技术指南（2005试行版）》的内容更新，并经广泛征求意见，不断

补充完善，形成《全国传染病信息报告管理工作技术指南（2016年版）》。现予印发，原《传染病网络直报工作与技术指南（2005试行版）》同时废止。

附件：全国传染病信息报告管理工作技术指南（2016年版）



中国疾病预防控制中心

2016年9月18日

全国传染病信息报告管理
工作技术指南
(2016年版)



中国疾病预防控制中心

目 录

编审人员	1
前 言	2
编制依据	3
第一章 传染病信息报告管理	4
1.1 组织机构职责	4
1.1.1 卫生计生行政部门	4
1.1.2 疾病预防控制机构	5
1.1.3 医疗机构	6
1.1.4 卫生监督机构	8
1.1.5 采供血机构	8
1.2 传染病信息报告	8
1.2.1 报告病种	8
1.2.2 诊断与分类	10
1.2.3 登记与报告	10
1.2.4 传染病报告卡填报要求	14
1.2.5 报告程序与方式	23
1.2.6 报告时限	25
1.3 报告数据管理	25
1.3.1 审核	25
1.3.2 订正	27
1.3.3 查重	28
1.4 传染病疫情分析与利用	29
1.5 资料保存	32
1.6 信息系统安全管理	33
1.7 考核与评估	35
1.8 传染病报告质量综合评价	35
1.8.1 评价指标及规则	35
1.8.2 评价方式和频次	39
1.9 传染病信息报告质量评价调查和评估	39
1.9.1 目的	39
1.9.2 评估方法和内容	39
1.9.3 评估指标和计算方法	41
第二章 传染病用户认证与授权管理	42
2.1 用户管理	43
2.1.1 用户类型	43
2.1.2 用户职责	44

2.2 管理程序	45
2.2.1 管理员创建	45
2.2.2 本级与直报用户申请	45
2.2.3 本级与直报用户创建与系统分配	46
2.2.4 本级与直报用户授权	46
2.2.5 用户有效期与延期管理	46
2.2.6 变更管理	47
2.2.7 用户停用	48
2.2.8 用户启用	48
2.3 角色管理	48
2.3.1 角色创建	48
2.3.2 角色使用	48
2.3.3 角色分配	49
2.4 安全与审计	49
2.4.1 安全管理	49
2.4.2 审计管理	50
2.5 考核与评估	51
第三章 标准编码维护	51
3.1 工作内容	51
3.2 工作流程	52
3.3 工作要求	53
3.3.1 行政区划信息维护	53
3.3.2 机构信息维护	55
3.3.3 人口数据维护	58
第四章 数据交换技术指导方案(讨论稿)	60
4.1 适用范围	60
4.2 实施原则	60
4.2.1 省级统筹, 属地管理	60
4.2.2 源头采集, 多级交换	60
4.2.3 先行先试, 属地共享	60
4.3 组织管理	61
4.3.1 中国疾控中心	61
4.3.2 省级疾控中心	61
4.3.3 申请交换的市、县级疾控中心及各级各类医疗机构	61
4.4 交换内容	62
4.4.1 交换标准	62
4.4.2 交换方式	62
4.4.3 交换类别	63
4.5 技术路径	63
4.6 保障条件	65

第五章 网络直报条件及保障措施	67
5.1 硬件配置	67
5.2 人员要求	68
5.3 网络接入	69
第六章 中国疾病预防控制中心信息系统网络安全管理指南（试行）	70
6.1 总则	70
6.2 机构与职责	71
6.3 网络安全管理	73
6.4 接入管理	73
6.5 运行维护	74

编审人员

苏雪梅 中国疾病预防控制中心
郭 青 中国疾病预防控制中心
葛 辉 中国疾病预防控制中心
张 鹏 中国疾病预防控制中心
杜雪杰 中国疾病预防控制中心
金丽珠 中国疾病预防控制中心
陈 孟 中国疾病预防控制中心
王晓风 中国疾病预防控制中心
杜 昕 中国疾病预防控制中心
秦倩倩 中国疾病预防控制中心
徐立莉 中国疾病预防控制中心
张国民 中国疾病预防控制中心
宁桂军 中国疾病预防控制中心
金连梅 中国疾病预防控制中心
冯来强 北京市疾病预防控制中心
高燕琳 北京市疾病预防控制中心
夏卫东 天津市疾病预防控制中心
张艳丽 黑龙江省疾病预防控制中心
吴 莹 江苏省疾病预防控制中心
刘永孝 安徽省疾病预防控制中心
陈红缨 湖北省疾病预防控制中心
曹 杰 山东省疾病预防控制中心
陶 沁 贵州省疾病预防控制中心

前 言

《中国疾病预防控制中心信息系统》（以下简称网络直报系统）是承载信息报告、综合业务管理以及应用支撑的综合管理平台，涉及传染病、生命登记、慢性非传染性疾病、健康危害因素等业务领域，2007年依据信息安全等级保护管理办法定级备案为信息安全三级等保。

《传染病报告信息管理系统》是网络直报系统中最重要、最基础的业务系统之一，是实现国家、省（自治区、直辖市）、市（地区）、县（区）四级疾病预防控制中心对传染病疫情信息实时动态监测，实行监测信息一体化管理和共享的信息系统。为进一步加强传染病信息报告管理，提高报告质量，更好地适应传染病防控形势，以及信息化的发展，国家卫生计生委疾控局组织对《传染病信息报告管理规范》（卫办疾控发〔2006〕92号）进行修订，印发了《传染病信息报告管理规范（2015年版）》（国卫办疾控发〔2015〕53号）。为落实相关要求，确保报告系统的有效运行，充分发挥网络直报的优势，指导和规范各级各类医疗卫生机构的传染病信息报告管理工作，提高报告的效率与质量，为疾病防控提供及时、准确的监测信息，中国疾病预防控制中心受国家卫生计生委疾控局委托，组织专家依照相关法律、法规、规章和规定，结合各级网络直报工作需求制定本指南。本指南内容主要包括传染病信息报告管理、用户认证与授权管理、标准编码维护、网络直报条件及保障措施、公共卫生数据交换服务、系统网络安全管理等内容。

编制依据

《中华人民共和国传染病防治法》（2004年8月28日）

《传染病信息报告管理规范》（2015年10月29日）

《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理》（2003年11月7日卫生部第37号部长令），并于2006年8月24日进行修订

《电子病历系统功能规范（试行）》（2010年12月30日）

《人口死亡信息登记管理规范（试行）》

《疾病控制基本数据集》（WS 375.9-2012）

《基于健康档案的区域卫生信息平台技术规范》（WS/T 448-2014）

《基于电子病历的医院信息平台技术规范》（WS/T 447-2014）

《人口健康信息化建设指导意见实施方案》

第一章 传染病信息报告管理

1.1 组织机构职责

遵循分级负责、属地管理的原则，各有关部门与机构在传染病信息报告管理工作中履行以下职责。

1.1.1 卫生计生行政部门

负责本行政区域内传染病信息报告工作的管理。

(1) 负责建设和完善本行政区域内传染病信息网络报告系统，并为系统正常运行提供政策、经费保障条件。包括网络接入、与互联网安全隔离的虚拟专网（VPN）建设、用户第三方身份认证（数字证书）、设备维护和更新、现场技术指导、质量评估、技术培训及现场技术指导等经费。

(2) 依据相关法律法规，结合本行政区域的具体情况，组织制定传染病信息报告工作实施方案，落实传染病信息报告管理工作。

(3) 每年至少组织开展一次对各级医疗卫生机构传染病信息报告、管理等工作的监督检查，及时通报结果。

(4) 国家卫生计生委及省级地方人民政府卫生计生行政部门根据全国或各省（自治区、直辖市）疾病预防控制工作的需要，可调整传染病监测报告病种和内容。

1.1.2 疾病预防控制机构

负责本辖区内传染病信息报告工作的业务指导和技术支持。

(1) 中国疾病预防控制中心

①负责全国传染病信息报告业务管理、技术培训和指导工作，协助国家卫生计生委制定相关标准、技术规范和指导方案等。

②负责全国传染病信息的收集、分析、报告和反馈，预测重大传染病发生、流行趋势，开展传染病信息报告管理质量评价。

③动态监视全国传染病报告信息，对疫情变化态势进行分析，及时分析报告异常情况或甲类及按甲类管理的传染病疫情。

④负责国家信息报告网络系统的规划、建设、维护和应用性能的改进与完善，并为省级相关系统建设提供技术支持。

⑤负责对全国传染病信息报告数据备份，确保数据安全。

⑥开展全国传染病信息报告管理工作的考核和评估。

(2) 地方各级疾病预防控制机构

①负责本辖区的传染病信息报告业务管理、技术培训和指导工作，实施传染病信息报告管理规范和相关方案，建立健全传染病信息报告管理组织和制度。

②负责本辖区的传染病信息的收集、分析、报告和反馈，预测传染病发生、流行趋势，开展传染病信息报告管理质量评价。

③动态监视本辖区的传染病报告信息，对疫情变化态势进行分析，及时分析报告、调查核实异常情况或甲类及按甲类管理的传染病疫情。

④负责对本辖区信息报告网络及系统的维护和技术支持。包括网络直报系统运行的网络接入环境、用户授权和认证、基本信息、标准编码（如行政区划、机构、人口数据）等的维护和管理。

区域卫生信息平台或医疗机构已实现与国家数据中心直接数据交换的属地县（区）疾病预防控制中心，网络直报管理人员应每日监控交换平台的运行情况，确保数据交换的稳定与准确。

⑤负责对本辖区的传染病信息分析相关数据的备份，确保报告数据安全。备份数据包括个案信息、统计报表。应定期保存至本地硬盘或其他介质，或者通过数据交换方式将属地数据实时同步至本地。

⑥开展对本辖区的传染病信息管理报告工作的考核和评估。

县级疾病预防控制机构履行以上职责的同时，负责对本辖区内医疗机构和其他责任报告单位报告传染病信息的审核；承担本辖区内不具备网络直报条件的责任报告单位的传染病信息网络报告，指导承担基本公共卫生服务项目的基层医疗卫生机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心）对不具备网络直报条件的责任报告单位的传染病信息网络报告。

1.1.3 医疗机构

严格执行首诊医生负责制，依法依规及时报告法定传染病，负责传染病信息报告管理要求的落实。

(1) 制定传染病报告工作程序，明确各相关科室在传染病信息报告管理工作中的职责。

(2) 建立健全传染病诊断、登记、报告、培训、质量管理和自查等制度。

(3) 确立或指定具体部门和专（兼）职人员负责传染病信息报告管理工作。二级及以上医疗机构必须配备 2 名或以上专（兼）职人员，一级及以下医疗机构至少配备 1 名专（兼）职人员。

(4) 一级及以上医疗机构应配备传染病信息报告的专用计算机和相关网络设备，保障疫情报告及其管理工作。有条件的村卫生室、门诊部等也应配备专（兼）用计算机和相关网络设备，积极开展传染病信息网络直报。

(5) 负责对本单位相关医务人员进行传染病诊断标准和信息报告管理技术等内容的培训。

(6) 负责传染病信息报告的日常管理、审核检查、网络报告（数据交换）和质量控制，定期对本单位报告的传染病情况及报告质量进行分析汇总和通报。

(7) 协助疾病预防控制机构开展传染病疫情调查和信息报告管理工作考核与评估。

(8) 承担基本公共卫生服务项目的基层医疗卫生机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心）履行以上职责的同时，在县级疾病预防控制机构的指

导下,承担本辖区内不具备网络直报条件的责任报告单位的传染病信息网络报告。

(8) 私营、民营医疗机构,机关、企事业单位所属医疗机构、个体诊所、门诊部等均应按照规范和指南的要求执行。

1.1.4 卫生监督机构

配合卫生计生行政部门开展对传染病报告管理工作情况的监督检查,对不履行职责的单位或个人依法查处。

1.1.5 采供血机构

对献血人员进行登记。按《艾滋病和艾滋病病毒感染诊断标准》对最终检测结果为阳性病例进行网络报告。

1.2 传染病信息报告

属地管理原则:传染病报告遵循属地管理的原则,传染病报告实行首诊医生负责制。

责任报告单位和责任报告人:各级各类医疗卫生机构为责任报告单位;其执行职务的人员和乡村医生、个体开业医生均为责任疫情报告人。

1.2.1 报告病种

(1) 法定报告传染病,分甲、乙、丙三类,共39种。

① 甲类传染病:鼠疫、霍乱,共2种。

② 乙类传染病：传染性非典型肺炎、艾滋病（艾滋病病毒感染者）、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾、人感染 H7N9 禽流感，共 26 种。

③ 丙类传染病：流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病，除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病、手足口病，共 11 种。

④ 国家卫生计生委决定列入乙类、丙类传染病管理的其他传染病和需要开展应急监测的其他传染病。包括新发、境外输入的传染病，如人感染猪链球菌、发热伴血小板减少综合征、AFP、埃博拉出血热、中东呼吸综合征、寨卡病毒病等。

（2）其他传染病

省级人民政府决定按照乙类、丙类管理的其他地方性传染病和其他暴发、流行或原因不明的传染病。

（3）不明原因肺炎和不明原因死亡等特定目的监测的疾病。

1.2.2 诊断与分类

责任报告人应按照传染病诊断标准（卫生计生行业标准）及时对传染病病人或疑似病人作出诊断。根据不同传染病诊断分类，分为疑似病例、临床诊断病例、确诊病例和病原携带者四类。其中，需报告病原携带者的病种包括霍乱、脊髓灰质炎以及国家卫生计生委规定的其他传染病。

采供血机构发现艾滋病病毒（HIV）抗体确证试验或核酸检测阳性的病例，应按 HIV 感染者报告，病例分类为确诊病例。

1.2.3 登记与报告

（1）责任报告单位或责任报告人在诊疗过程中应规范填写或由电子病历、电子健康档案自动生成规范的门诊日志、入/出院登记、检测检验和放射影像登记。

①门诊日志项目包括：就诊日期、姓名、性别、年龄、人群分类、有效证件号、现住址、病名（初步诊断）、发病日期、初诊或复诊。

初诊与复诊定义：病人首次到本院就诊定为初诊，慢性传染病的同一病人第二次到本院因该病就诊定义为复诊。

②入/出院登记项目包括：姓名、性别、年龄、人群分类、有效证件号、现住址、入院日期、入院诊断、出院日期、出院诊断、转归情况。

③检测检验登记项目包括：送检科室/送检医师、病人姓名、检验结果、检验日期。

④放射影像登记项目包括：开单科室/开单医师、病人姓名、检查结果、检查日期。

医疗机构电子病历系统的门诊日志、入/出院登记、检验检测登记和放射影像登记应按上述规定的项目进行设置。

(2) 首诊医生在诊疗过程中发现传染病病人、疑似病人和规定报告的病原携带者后，应立即按要求填写“传染病报告卡”，或通过电子病历、电子健康档案自动抽取符合交换文档标准的电子传染病报告卡，并按规定时限和程序进行报告。

(3) 医疗卫生机构网络直报管理人员应保证疫情信息报告的及时、准确与真实。在接到信息报告后，及时检查报告卡内容，如发现填写不完整、不准确，或有错项、漏项等情况，应及时通知报告人核对，核实无误后将传染病报告卡信息及时、准确、完整地录入至传染病报告信息管理系统或完成直接数据交换。

(4) 根据疫情报告先行的原则，责任报告单位和责任报告人发现传染病病人、疑似病人和规定报告的病原携带者时，无论是否实行专病管理必须首先填写传染病报告卡，并在传染病报告信息管理系统的数据库中完成信息报告或数据交换，再根据相关规定收集和报告流调、随访、诊治、转归等信息。

(5) 省级人民政府决定按照乙类、丙类管理的其他地方性传染病和其他暴发、流行或原因不明的传染病也应填报（或抽取）传染病报告卡。

(6) 慢性传染病的报告遵循原则：医疗卫生机构在做出艾滋病、乙

肝、丙肝、肺结核、梅毒、血吸虫病等慢性传染病诊断时，如已知该患者本次病程曾经作出诊断并被报告过，则可不再进行报告；如对该患者的报告情况不清楚，仅对首次就诊进行一次报告，再次就诊时诊断结果未发生变更则不再进行报告；跨年度的既往病例，如诊断变更或因该病死亡时应再次报告。

(7) 医疗卫生机构在开展健康体检、术前检查、孕产妇产前检查及住院常规检查等时，筛查出的乙肝、丙肝、梅毒等实验室血清抗体阳性结果者，但未经医生明确诊断或经医生诊断不符合传染病诊断标准的病例，不需报告。

(8) 重点传染病报告原则。

①肺结核

I. 治疗失败病例、返回病例、未完成疗程病例、中断治疗后重新治疗的既往肺结核病例，不需报告，可在门诊日志等登记册中记录为复诊病例。

II. 对新发现的、经规范治疗治愈后再次复发的病例需要报告。

III. 诊断为耐多药结核需要报告，并在备注栏中填写“MDRTB”。

②梅毒

I. 复发病例不需要报告。

II. 年度内或跨年度的梅毒血清随访检测阳性病例不需要报告。

III. 非梅毒螺旋体血清学试验阳性，而未做梅毒螺旋体血清学试验，

按疑似病例填报。

③丙肝

I. 既往已治愈再次感染的病例需要报告。

II. 抗-HCV 检测结果阳性，符合临床诊断但未开展 HCV RNA 检测的病例，填报“临床诊断病例”。

III. HCV RNA 检测结果阳性病例，填报“确诊病例”，并进一步填报“急性”或“慢性”。

IV. 18个月及以下的婴儿或幼儿，抗-HCV 阳性并不一定代表 HCV 感染，应以 HCV RNA 阳性作为其 HCV 感染报告的依据；6个月后复查 HCV RNA 仍为阳性者，可诊断为慢性丙型肝炎。

V. HCV RNA 检测结果阴性的病例，不论抗-HCV 检测结果如何，均不需要报告；已按抗-HCV 检测结果阳性报告的“临床诊断病例”，应订正为其他疾病。

④乙肝

I. 乙肝病原携带者，包括慢性 HBV 携带者和非活动性 HBsAg 携带者，不需要报告。

II. 以往曾在本院或其他医院诊断并明确报告过的乙肝病例，不需再次报告，应在门诊日志等登记册中记录为复诊病例。

⑤血吸虫病

I. 既往感染已治愈再次感染的血吸虫病病例需要报告。

II. 新发现(以往未登记入册)的晚期血吸虫病病例需要报告，按“未

分类”填报，并在备注栏中标明“晚期血吸虫病”。

III. 国外输入的血吸虫病病例需要报告，按照“未分类”填报，并在备注栏中标明“血吸虫病种类+输入国家”。

IV. 对于血清学检查阳性，有居住在流行区或曾到过流行区有多次疫水接触史者，未做病原学检查的病例，只能按照“临床诊断病例”+“慢性”上报，不能报作“确诊病例”+“慢性”。

(9) 责任报告单位应定期对本单位传染病报告工作开展自查，并将自查结果呈报本单位领导，同时在院内通报。如发现甲类或按甲类管理的传染病时，网络直报人员应立即向诊断医生核实，并报告分管领导，及时向本单位相关科室发出预警信息。

1. 2. 4 传染病报告卡填报要求

(1) 《传染病报告卡》采用统一格式，可使用纸质或电子形式填报，内容要完整、准确、填报人须签名。纸质报告卡要求用 A4 纸印刷，使用钢笔或签字笔填写，字迹清楚。电子交换文档应当使用符合国家统一认证标准的电子签名和时间戳。传染病报告卡填写说明如下：

①卡片编号：由责任报告单位自行编制填写，建议按年度编制，如年份（4 位数字）+科室代码（2 位数字，自行编号）+顺序号（4 位），如“2016-03-0001”，或者采用网络直报系统自动生成的编号。

②报卡类别：初诊病例和初诊死亡病例直接标识“初次报告”。对已填报过传染病报告卡的病人，在发生诊断变更或死亡时，必须再次填报传

染病报告卡，标识“订正报告”；

③姓名：填写患者或献血员的名字，应与有效证件的姓名保持一致。

④家长姓名：14岁及以下的患儿要求填写患儿家长姓名。

⑤有效证件号：必填项，原则上要求填写居民身份证号。如无法获取也可填写护照、居民健康卡、社会保障卡、新农合医疗卡，无法获取的原因可在备注中说明；暂无身份证号的婴儿、残障患者填写监护人的有效证件号；劳教、羁押或服刑人员可填写该患者所在场所的编号，备注中填写说明。

⑥性别：填写社会性别，在相应的性别前打√。

⑦出生日期：出生日期与实足年龄只填写其中一项。出生日期应详细填写出生年月日（公历），如不详时填写实足年龄并选择年龄单位。实足年龄/年龄单位：大于等于1个月、不满1周岁的，按月龄填写，年龄单位选择“月”；不满1个月的按日龄填写，年龄单位选择“天”。

⑧工作单位：民工、教师、医务人员、工人、干部职员必须填写发病时所在的工作单位名称，学生、幼托儿童填写所在学校（托幼机构）名称及班级。

⑨联系电话：填写可与患者保持联系的电话号码，以便病例追踪、核实和随访。

⑩病人属于：用于标识病人现住地址与就诊医院所在地区的关系，在相应的类别前划“√”。

I. 本县区：指病人为本地（县、区）居民。

II. 本市其他县区：指病人为本市其他县（区）居民。

III. 本省其他地市：指病人为本省其他地（市）居民。

IV. 外省：指病人为其他省居民。

V. 港澳台：指病人为港澳台居民。

VI. 外籍：指病人为外籍居民。

⑪现住址：指患者发病时的住址，而不是户籍所在地址。必须填写省、市、县、乡（镇）等信息外，还要详细填写村、组及社区、门牌号等可随访到患者的详细信息。具体情况如下：

I. 专程至外地就诊，应填写病人的常住地。如某病人患手足口病，该病人由 A 城市至 B 城市就诊，现住址应填写 A 城市。

II. 外出或至外地工作、出差、旅游等期间患病，应填写工作地、寄宿或宾馆等地址。

III. 如新发传染病的境外输入病例等无法提供本人现住址的，填写报告单位地址。

IV. 羁押或服刑人员患病，填写羁押或服刑场所地址。

⑫人群分类：病人同时符合分类中一种以上时，应选择与该病发生和传播关系较密切的分类。如食品厂工人、熟食店售货员都应填写餐饮食品业，而不填工人或商业服务；未详细列入分类的，如警察、飞行员、军人、和尚、道士、乞丐、劳教人员等可填写在“其他”项中，并注明具体分类；个体经营者应根据其经营活动的行业，选择相应的分类。

⑬病例分类：在相应的类别前划“√”。乙肝、血吸虫病、丙肝病例

根据所作出的“急性”或“慢性”诊断进行相应的填写；其余病种可不填写，按“未分类”录入。

符合 HIV 抗体确认试验、替代策略阳性或核酸检测阳性判断标准上报的 HIV 感染者或艾滋病病人应填报“确诊病例”。

⑭发病日期：填写病人本次就诊开始出现症状的日期，不明确时填本次就诊时间；病原携带者填写初次检出日期或就诊日期；HIV 感染者填写首次发现抗体阳性的初筛检测/核酸检测阳性日期；艾滋病病人填写本次就诊日期。

⑮诊断日期：须填写到小时。HIV 感染者或艾滋病病人填写接到确认（替代策略、核酸）检测阳性报告单的日期。

⑯死亡日期：填报因患该种传染病死亡的时间，因意外或非传染病死亡时，不需填报。艾滋病病人和 HIV 感染者死亡，不论是否因艾滋病死亡，均须及时进行死亡报告。

⑰疾病名称：在作出诊断的病名前打“√”。病人同时患两种及以上的传染病应分别报卡。

⑱其他法定管理以及重点监测传染病：填写纳入报告管理的其它传染病病种名称。

⑲订正病名：当卡片类别为“订正报告”时，填写订正前所报告的疾病名称。

⑳退卡原因：因报告卡填写不合格需退卡时，填写其原因。

㉑报告单位：报出传染病报告卡的单位、科室名称。

⑫填卡医生：传染病报告卡的医生姓名。

⑬填卡日期：填报本卡日期。

⑭备注：以上各项内容不能涵盖且需特别注明的信息。用户可填写文字信息，如说明传染途径、订正为其他疾病的病名、境外输入病例的输入地等信息。诊断为耐多药肺结核或订正诊断为耐多药肺结核的患者在此栏补充填写“MDRTB”。

(2) 艾滋病性病附卡

①接触史：可以多选，根据临床询问病史或流行病学调查情况，在其曾有过的所有接触经历前打“√”。接触史应按照如下规定选择：尽可能问清接触史，避免选择“不详”，如在“其他”前打“√”，则不可再选择“不详”。

注射毒品史：包括静脉或肌肉等注射毒品，不包括单纯口吸、鼻吸等不刺破皮肤、黏膜的吸毒方式。

非婚异性性接触史：指与非婚异性性伴（不包括固定的同居异性）的性接触经历。商业异性性接触史：指与非婚异性发生商业性性接触的经历。

非商业异性性接触史：指与非婚异性发生非商业性性接触的经历。

配偶/固定性伴阳性：指其配偶/固定性伴已被确诊感染 HIV。

男男性行为史：指有与男性间无保护的肛交或口交经历。

献血（浆）史：指 1998 年前献过血/血浆等。

输血/血制品史：指输受过全血/成份血/血浆/血制品等。

母亲阳性：指母亲已被确诊感染 HIV。

职业暴露史：指在从事艾滋病防治工作及相关工作的过程中因职业活动被 HIV 感染者或艾滋病病人的血液、体液，或携带 HIV 的生物样本、废弃物污染了皮肤或者黏膜，或者被含有 HIV 血液、体液污染的医疗器械及其他器具刺伤皮肤等情况，导致感染或可能感染 HIV 的情况。

手术史：包括各类手术及其他所有侵入性操作。

其他：上述未列举但可能造成 HIV 传播的接触史。如在此选项前打√，应在后面空白处进行说明。

②**性病史：**“有”指既往曾患过梅毒、淋病、生殖道沙眼衣原体感染或非淋菌性尿道炎、尖锐湿疣、生殖器疱疹、软下疳和性病性淋巴肉芽肿等中的一种或多种性病。

③**最可能的感染途径：**该项是由填表人根据 HIV 感染者或艾滋病病人的接触史和高危行为综合判断 HIV 感染者或艾滋病病人最可能的感染途径，并注意与年龄、性别等其他信息的逻辑校验。在相应的列举途径前打“√”。如果有不在列举范围内的明确的感染途径，在“其他”前打“√”，并将相应感染途径填写在“其他”后的下划线上。

注射毒品：推断注射毒品感染，须有注射毒品史。

异性传播：推断异性传播，须有非婚异性性接触史（包括商业性或非商业的），或者配偶/固定性伴阳性。

同性传播：推断同性传播，须有男男同性性接触史。

性接触+注射毒品：推断“性接触+注射毒品”感染，须既有高危性接触史，又有注射毒品史，且无法推断具体哪项感染。

采血（浆）：推断“采血（浆）”感染，须具备以下必要条件并符合参考条件中的一项，A. 必要条件： I . 1980 年及以前出生； II . 病例报告后，首次 CD4+T 淋巴细胞检测结果在 350 个/ μ l 及以下。 B. 参考条件： I . 报告病例需提供 1998 年及以前的采血浆证或在当地相关机构的采血浆记录中能够查到其相关记录； II . 既往大筛查时 HIV 检测结果为阳性（包括初筛阳性或替代策略阳性），后因各种原因未进行 HIV 确认实验而未报告的病例。

输血/血制品：对于 1998 年及以前输血感染，应同时具备以下三个条件： I . 应有医疗文件证明其受血地点和受血记录； II . 所在医院曾经有过输血感染 HIV 案例； III . 病例报告后，首次 CD4+T 淋巴细胞检测结果在 350 个/ μ l 及以下。1999 年及以后输血感染，应同时具备以下二个条件： I . 应有医疗文件证明其受血地点和受血记录。 II . 要进行血源（或供血者）追溯，血源 HIV 核酸检测（或供血者 HIV 抗体检测）结果为阳性。输血制品途径感染的报告在排除其他传播途径后，应同时具备以下二个条件： I . 报告病例有明确的医疗文件或医疗记录证明 1998 年之前曾经输注过 VIII 因子； II . 若是自购 VIII 因子，应提供当时购买发票或其他票据； III . 病例报告后，首次 CD4+T 淋巴细胞检测结果在 350 个/ μ l 及以下。

母婴传播：原则上母亲已经被确诊感染 HIV。

职业暴露：报告传播途径为“职业暴露”，需要按照《职业暴露感染艾滋病病毒处理程序规定》的相关要求进行。

④检测样本来源：按照所采集的血清样本的来源，在相应的内容前打

“√”。

术前检测：指各种手术前开展的检查。

受血（制品）前检测：对计划受血或血液制品治疗者的检查，不含术中或术后应急受血。

性病门诊：来自性病门诊的样品。

其他就诊者检测：除性病门诊以外的其他门诊、住院病人等的样品。

婚前检查（含涉外婚姻）：以结婚为目的开展的检查。

孕产期检查：孕产期的检查。

检测咨询：到检测咨询点的检测。

阳性者配偶或性伴检测：确诊感染 HIV 病例的配偶或性伴，含非配偶的其他同性或异性性伴。

女性阳性者子女检测：确诊感染 HIV 女性病例子女的检查。

职业暴露检测：见“接触史”中职业暴露的定义。

娱乐场所人员体检：指《公共场所卫生管理条例》规定中，对公共场所从业人员健康检查的娱乐场所人员部分的体检。

有偿供血（浆）人员检测：包括既往卖血（浆）及当前正规血站的可有偿供血（浆）人员。

无偿献血人员检测：来自无偿献血，能够识别真实身份的检查部分。

出入境人员体检：按照《中华人民共和国国境卫生检疫法》规定开展的体检。

新兵体检：新兵入伍前体检。

强制/劳教戒毒人员检测：指来自司法系统及公安系统的强制隔离戒毒所等监管场所的检测。

妇教所/女劳收教人员检测：指女性收容教育所等监管场所的检测。

其他羁押人员体检：除强制隔离戒毒所、女性收容教育所以外的监管场所中的羁押人员的检查。

专题调查：特指各种专门的流行病学调查，不包括各种日常的检测和筛查。

其他：不能归入以上来源的样本。

⑤实验室检测结论：在确认检测阳性、替代策略检测阳性或核酸检测阳性前打“√”。

确认（替代策略、核酸）阳性检测日期：填写确认（替代策略、核酸）阳性检测报告单的报告日期。

确认（替代策略、核酸）检测单位：填写出具确认（替代策略、核酸）阳性检测报告单的单位。

（3）乙肝附卡

①HBsAg 阳性时间：经医生询问获知，选择填报“>6 个月”或“6 个月内（包括 6 个月）由阴性转为阳性”；如无法获得准确信息，选择填报“既往未检测或结果不详”。

②首次出现乙肝症状和体征的时间：填写病人首次出现乙肝症状和体征的具体时间；如未出现症状或体征，选择填报“无症状”。

③本次 ALT：填报本次就诊时实验室检测的 ALT 具体结果。

④抗-HBc IgM 1:1000 检测结果：根据本次就诊时实验室检测结果，选择填报“阳性”或“阴性”；如未开展检测，选择填报“未测”。

⑤肝穿检测结果：填报本次就诊时的肝脏组织学检查结果，选择填报“急性病变”或“慢性病变”；如未开展检测，选择填报“未测”。

⑥恢复期血清 HBsAg 阴转，抗 HBs 阳转：对病人进行动态随访（一般在 6 个月内）获知，选择填报“是”或“否”；如未开展检测，选择填报“未测”。

（4）手足口病：

①实验室结果：填报本次就诊时实验室检测结果，EV71、COX A16、其它肠道病毒感染。

②重症患者：诊断为重症的病例选择“是”。

1.2.5 报告程序与方式

（1）传染病信息报告实行网络直报或直接数据交换。暂无网络直报条件的医疗机构，在规定的时限内将传染病报告卡信息报告至属地具备网络直报条件的乡镇卫生院、城市社区卫生服务中心或县级疾病预防控制中心进行网络报告，对报出的报告卡进行登记，同时传真或寄送传染病报告卡至代报单位。

（2）县级疾病预防控制中心、乡镇卫生院或社区卫生服务中心为不具备网络直报条件的报告单位代报传染病报告卡时，应以自身账号登录系统，若被代报单位已在网络直报系统中创建，则“报告单位”选择该卡片

的填写单位；若被代报单位未在系统中创建（如村卫生室、诊所），则“报告单位”选择自身，并在备注中注明传染病报告卡填写单位名称。

（3）区域卫生信息平台或医疗机构的电子健康档案、电子病历系统应当具备传染病信息报告管理功能，已具备传染病信息报告管理功能的要逐步实现与传染病报告信息管理系统的自动交换功能。

传染病报告管理功能模块至少包括门诊日志、出入院登记、放射影像、检测检验部门记录的浏览和导出、自动生成电子传染病报告卡、传染病报告卡管理、信息统计查询，以及数据交换接口等。

（4）军队医疗卫生机构向社会公众提供医疗服务时，发现传染病病例，应当按照相关规定进行传染病网络报告或数据交换。

（5）发现漏报的传染病病例应及时进行补报。

（6）现场调查时发现的传染病病例，由属地医疗机构诊断并报告。学校、幼托机构调查发现的，应由该机构门诊部或属地医疗机构进行报告；在社区、场所调查发现的，应由属地社区卫生服务中心或乡镇卫生院进行报告。

（7）具备网络直报条件的报告单位由于停电、网络设备故障、网络线路不通、改造、迁址等或其他原因不能进行网络报告，应及时报告属地县区级疾病预防控制中心进行代报。已实现自动交换的区域平台或医疗机构因交换平台故障等原因不能自动交换的，应按规定时限和程序通过网络直报系统进行报告。

1.2.6 报告时限

责任报告单位和责任疫情报告人发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎按照甲类管理的传染病病人或疑似病人时，或发现其他传染病和不明原因疾病暴发时，应于 2 小时内完成网络报告或数据交换。对其他乙丙类传染病病人、疑似病人和规定报告的传染病病原携带者在诊断后，应于 24 小时内完成网络报告或数据交换。

不具备网络直报条件的医疗机构应在规定时限内向属地乡镇卫生院、城市社区卫生服务中心或县级疾病预防控制机构报告，并于 24 小时内寄送出（或传真）传染病报告卡至代报单位。

1.3 报告数据管理

1.3.1 审核

(1) 责任报告单位对填报信息的内部检查

责任报告单位的传染病报告管理人员须对收到的纸质传染病报告卡或电子病历系统、电子健康档案系统中抽取的电子传染病报告卡的信息进行错项、漏项、逻辑错误等检查，对有疑问的及时向填卡人核实，对重复报告的卡片进行标注，不再进行网络报告。

检查时若发现以下情况，应立即报告属地县级疾病预防控制中心，并在规定时限内完成网络直报。

I. 发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎按照甲类管理的传染病病人或疑似病人,以及其他传染病和不明原因疾病暴发。

II. 发现不明原因肺炎病例或不明原因死亡病例。

III. 发现同一种急性传染病在同一自然村寨、街道、集体单位(学校、幼儿园、场所)一日内出现 3 例及以上,或一周内出现 5 例及以上。

(2) 各级疾病预防控制机构对信息的审核

①县级疾病预防控制中心传染病网络直报管理人员应每日(包括法定节假日)对辖区报告或直接交换的传染病信息进行审核,对有疑问的报告信息及时反馈报告单位进一步核实,对误报、重报信息应及时删除。

②对甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎按照甲类管理的传染病病人或疑似病人,以及其他传染病和不明原因疾病暴发的报告信息,应立即调查核实,于 2 小时内通过网络完成报告信息的三级审核确认。

对于其他乙、丙类传染病报告卡,由县级疾病预防控制中心或专病管理机构核对无误后,于 24 小时内通过网络完成审核确认。

③审核时如发现以下情况,建议结合本地实际,进一步核实并及时与本单位负责传染病控制工作的相关科室进行沟通,并以最快通讯方式及时报告上一级疾病预防控制中心和同级卫生计生行政部门。

I. 发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎按

照甲类管理的病人或疑似病人以及其他传染病和不明原因疾病暴发的报告信息；

II. 发现不明原因肺炎病例或不明原因死亡病例；

III. 发现聚集性的不明原因病例（3 例以上）；

IV. 以县（区）为单位，发现某种急性传染病在短期内（一周或一个潜伏期内）发病数较历史同期发病水平明显增加；

V 以县（区）为单位，发现发病率极低（或已经消灭、消除）的传染病。

④医疗机构对网络直报系统中已审核的病例的诊断进行变更后，若发生以下情况，须由疾病预防控制中心再次审核确认；

I. 非法定传染病订正为法定传染病；

II. 一种法定传染病订正为另一种法定传染病（包括病毒性肝炎各病种之间的订正）；

III. HIV 感染者订正为艾滋病病人；

IV. 疑似病例订正为临床诊断病例或确诊病例。

1.3.2 订正

（1）病例发生诊断变更、已报告病例因该病死亡，或填卡错误时，应由报告单位及时进行订正报告，并重新填写传染病报告卡或抽取电子传染病报告卡，卡片类别选择订正项，并注明原报告疾病名称，并按报告时限要求在网络直报系统中完成订正。

(2) 疾病预防控制中心或专病管理机构对报告进行订正后，应将订正信息反馈至报告单位，报告单位根据反馈结果重新填写传染病报告卡或抽取电子传染病报告卡，卡片类别选择订正项。

(3) 对报告的疑似病例应及时进行排除或确诊。疑似病例订正为临床诊断或确诊病例，一种传染病订正为另一种传染病（包括病毒性肝炎各型的订正，如未分型肝炎订正为乙肝）应及时更新诊断日期；而同一病种由临床诊断订正为确诊病例，诊断日期可不更新。

(4) 实行专病管理的传染病，相应的专病管理机构或部门对报告的病例进行追踪调查时，发现传染病报告卡信息有误或排除时应在 24 小时内订正。已具备数据自动抽取交换功能时，系统将以唯一身份标识实现传染病个案信息与专病系统之间的数据联动。暂不具备条件的，专病管理机构或部门应及时在《传染病报告信息管理系统》中完成相关信息的动态订正，保证数据的一致性。

1.3.3 查重

(1) 报告单位、县级疾病预防控制中心需每日对报告信息进行查重，对重复报告信息及时删除。网络直报系统设有报告卡自动查重功能，可按照系统设置的默认条件查重，也可自行设置查重条件。

①填写有效身份证号的报告卡查重时，至少选择患者的有效证件号、疾病名称 2 个条件。

②未填写有效身份证号的报告卡查重时，选择患者姓名、性别、人群

分类、疾病名称、出生日期、现住址 6 个条件。

②病人在本年度内患同一种传染病但为 2 个及以上病程的，不作为重卡处理，建议在病人姓名后面加数字或其他字符以示区别。

(2) 重卡删除时须填写被保留传报卡的卡片 ID。删除卡在网络直报系统中字体显示为蓝色，经审核删除后可恢复；未审核删除后无法恢复。

(3) 排除重卡时，保留唯一报告卡的处理原则是：同一报告单位多次报告同一病例时，保留诊断分类级别高的卡片；不同报告单位报告同一病例时，为方便病例信息的及时订正，保留正在进行诊疗并管理病例的报告单位报告的卡片，若无法区分则保留级别高的报告单位报告的卡片；相同级别报告单位报告同一病例的传染病报告卡时，保留诊断分类级别高的卡片。HIV 感染者或艾滋病病人按照“先报保留、补全资料、删除后报”的原则，即如果信息不一致，要更新该病例先报告的个案信息，确保该病例相关信息完整准确。

1.4 传染病疫情分析与利用

传染病疫情分析是对所收集的传染病病例个案数据进行整理汇总后，使用适当的流行病学和统计学分析方法，描述传染病在人群中的分布特点、发展情况及其影响因素，评估疾病防控措施效果的过程。疫情分析要及时发送、反馈给相关的机构和人员，用于传染病预防控制策略和措施的制定、调整 and 评价。

(1) 统计规则

传染病监测数据的日、周、月、季和年度报告分析以《传染病报告信息管理系统》的统计数据为准。

①终审日期统计：在一定期间内，一定人群中发现并报告某病的病例数量，统计时以“终审日期”+“现住地址国标编码”为判定指标。国家卫生计生委对外公布数据采用此条件进行统计。

②按发病日期统计：在一定期间内，一定人群中某病新发病例的数量，统计时以“发病日期”+“现住地址国标编码”为判定指标。

③属地病例统计：根据属地化管理原则均以县（区）为单位按照现住地址进行统计，不含港澳台、外籍病例。

（2）常用指标及公式

$$\text{发病率} = \frac{\text{某年某病新发病例数}}{\text{该年平均人口数}} \times 100000 / 10\text{万}$$

$$\text{死亡率} = \frac{\text{某年死于某病人数}}{\text{该年平均人口数}} \times 100000 / 10\text{万}$$

$$\text{报告率} = \frac{\text{某病进行网络直报病例数}}{\text{某病已报病例数} + \text{某病漏报病例数}} \times 100\%$$

$$\text{新生儿发病率} = \frac{\text{当年新生儿发病例数}}{\text{当年} (0 \sim 28 \text{天}) \text{出生人口数}} \times 1000 / \text{千}$$

$$\text{发病上升 / 下降百分比} = \frac{\text{本期发病人数} - \text{上期（去年同期）发病人数}}{\text{上期（去年同期）发病人数}} \times 100\%$$

（3）疫情分析所需的人口资料以国家统计局部门数据为准。疫情分析所需的人口资料使用《基本信息系统》数据，数据来源国家统计局公布的数据。

(4) 省级及以上卫生计生行政部门定期发布的本行政区域传染病疫情信息，对外公布的法定传染病发病、死亡数以《传染病报告信息管理系统》中按终审日期和现住址统计的数据为准。单病种疫情信息通报和对外发布时，报告发病数和死亡数应与传染病报告信息管理系统数据保持一致。

(5) 各级疾病预防控制机构应每日对通过网络报告的传染病疫情进行动态监视，高度关注辖区内的聚集性病例、可能的传染病暴发疫情、不明原因或不明原因死亡等异常情况，对其“三间”分布特点、流行病学史及可能的流行趋势进行分析与预测。定期进行传染病疫情分析，当有甲类或按照甲类管理及其他重大传染病疫情报告时，随时作出专题分析和报告，要求如下。

①省级及以上疾病预防控制机构须按周、月、年进行传染病疫情分析。

②地（市）和县级疾病预防控制机构须按月、年进行传染病疫情分析。

③二级及以上医疗机构按季、年进行传染病报告的汇总或分析。

(6) 各级疾病预防控制机构要及时将疫情分析结果以信息、简报或报告等形式向上级疾病预防控制机构和同级卫生计生行政部门报告，并反馈到下一级疾病预防控制机构。县级疾病预防控制机构应定期将辖区内疫情分析结果反馈到医疗机构。医疗机构要将疫情分析结果及时在院内通报。

(7) 各级疾病预防控制机构发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎按照甲类管理的传染病、以及其他传染病和不明原

因疾病暴发等未治愈的传染病病人或疑似病人离开报告所在地时，应立即报告当地卫生计生行政部门，同时报告上级疾病预防控制机构，接到报告的卫生计生行政部门应当以最快的通讯方式向其到达地的卫生计生行政部门通报疫情。

（8）毗邻的以及相关地区的卫生计生行政部门，应当及时互相通报本行政区域的传染病疫情以及监测、预警的相关信息。

（9）信息利用实行分级分类管理。卫生计生行业内部实现互联共享，公民、法人或其他组织申请公开相关信息的，按照《政府信息公开条例》有关规定办理。各地港口、机场、铁路疾病预防控制机构、国境卫生检疫机关、动物防疫机构以及部队卫生部门等跨系统跨行业机构需共享传染病监测信息时，根据共享的监测信息范围，报相应级别的卫生计生行政部门批准后，由疾病预防控制机构提供数据。

1.5 资料保存

（1）各级各类医疗卫生机构的纸质《传染病报告卡》及传染病报告相关记录保存3年。不具备网络直报条件的医疗机构，其传染病报告卡由代报单位保存，原报告单位必须进行登记备案。

（2）各级各类医疗机构已实现传染病报告卡电子化的，符合《中华人民共和国电子签名法》，具备电子签名和时间戳视为与纸质文本具有同等法律效力，须做好备份工作，备份保存时间至少与纸质传染病报告卡保持一致。暂不符合条件的须打印成标准纸质卡片由首诊医生签名后保存备

案。

(3) 实现直接数据交换的医疗机构，电子交换文档（转换的 XML 文件）应当做好备份，保存时间至少与纸质传染病报告卡保持一致。

(4) 各级疾病预防控制机构应将传染病信息资料按照国家有关规定纳入档案管理。定期对《传染病信息报告管理系统》中的传染病卡片，以及生成的月、年度统计分析表导出保存。

1.6 信息系统安全管理

(1) 中国疾病预防控制信息系统下列所有子系统将依托全民健康保障信息化工程项目，由国家卫生计生委组织重新建设实施。在线系统暂停新建专病系统，暂停需要调整部署资源、环境、数据库的业务变更或功能调整。因国家卫生计生委相关监测内容、监测病种等调整，涉及对系统发生需求变更或功能调整时，应报国家卫生计生委疾控局批准，中国疾病预防控制中心风险评估后实施。

(2) 各级各类医疗卫生机构（包括疾控机构、医疗机构）必须使用专网或与互联网安全隔离的虚拟专网进行网络报告。

(3) 各级疾病预防控制机构负责辖区内信息报告系统用户与权限的管理，应根据信息安全三级等级保护的要求，制定相应的制度，建立分级电子认证服务体系，加强对信息报告系统的账号安全管理。

①全国或跨省应用的业务系统须采用双因子认证。国家级用户已实现数字证书认证，通过第三方完成身份认证。省及省以下用户采用短信认证

方式，访问系统时须填写系统发送的短信动态验证码，认证用户身份。具体如下：

I. 系统管理员和业务管理员访问《用户认证与授权管理系统》时每次访问均需要短信动态验证。

II. 直报用户、本级用户在访问省级门户时，系统监控到用户访问的IP地址发生变化时，需要填写预留手机的后4位，系统将每个月触发一次手机短信动态验证。

III. 艾滋病综合防治管理信息系统，开放艾滋病个案相关个人隐私授权的用户，每次访问均需要短信动态验证。

IV. 短信身份认证的方式和策略将随着用户管理的风险而调整。

②各级疾控机构应按年度逐级做好系统管理员、业务管理员的备案工作；县区疾病预防控制中心同时做好医疗机构的用户备案。

(4) 医疗机构的电子病历系统实施传染病报告功能时，应通过身份鉴别和授权控制加强用户管理，做到其行为可管理、可控制、可追溯。

(5) 本着“谁使用，谁负责”的原则，信息系统使用人员不得转让或泄露信息系统操作账号和密码，坚决杜绝网络直报系统用户和密码共享（如上传至互联网或随意张贴），避免多人使用一个账号。发现账号、密码已泄露或被盗用时，应立即采取措施，更改密码，同时向上级疾病预防控制中心报告。

(6) 传染病信息的对外发布按照有关规定和要求执行。除国家和省级卫生计生行政部门可依法发布传染病监测信息外，责任报告单位和责任

报告人以及传染病防治相关人员无权向社会和无关人员透露。

(7) 传染病信息报告、管理、使用部门和个人应建立传染病数据使用的登记和审核制度，不得利用传染病数据从事危害国家安全、社会公共利益和他人合法权益的活动，不得对外泄露传染病病人的个人隐私信息资料。除直报用户以外的其他用户应对传染病个案信息中的个人隐私信息屏蔽常态化，因流调、随访、访谈等业务需要，可临时开放隐私信息，严格执行签审制度，相关工作结束后及时屏蔽。

1.7 考核与评估

(1) 各级卫生计生行政部门定期组织对本辖区内的传染病信息报告工作进行督导检查，对发现的问题予以通报并责令限期改正。

(2) 各级疾病预防控制机构制定传染病信息报告工作考核方案，并定期对辖区内医疗机构和下级疾病预防控制机构进行指导与考核。

(3) 各级各类医疗机构应将传染病信息报告管理工作纳入工作考核范围，定期进行自查与通报。

1.8 传染病报告质量综合评价

1.8.1 评价指标及规则

目前对传染病网络直报信息报告质量综合评价的指标为：机构网络正常运行率、及时报告率、及时审核率、身份证填报完整率、重卡率、综合

指数。

(1) 机构信息网络正常运行率=网络正常运行机构数/机构总数×100%

用于掌握各级各类医疗机构网络直报工作运行情况，在统计期限内，传染病诊疗机构用户能够正常登录网络直报系统，视为机构信息网络正常运行。参与统计的机构指主要的传染病诊疗机构，按时间节点根据报告单位所属地区统计到各个地区，各级各类医疗机构每个月至少登录一次《传染病报告信息管理系统》；实现数据交换的区域卫生信息平台 and 医疗机构有病例报告，或有调用公共卫生数据交换服务平台接口记录，视为正常运行。

机构正常登录：指用户在传染病报告信息管理系统登录页面输入“用户名”、“密码”、“验证码”后“确定”可进入系统，视为用户正常登录，用户信息中所在机构不能为空，否则会影响计算。

传染病诊疗机构：指机构代码为 A 至 J，包括：A：医院、B：社区卫生服务中心（站）、C：卫生院、D：门诊部、诊所、医务室、村卫生院、E：急救中心（站）、F：采供血机构、G：妇幼保健院（所、站）、H：专科疾病预防控制中心（所、站）、J：疾病预防控制中心（防疫站）。美容医院、按摩医院和精神病医院等专科医院以及职业病防治院、药物解毒所等专科疾病防治院（所、站）等不参与评价。

(2) 及时报告率=及时报告卡片数/报告卡片总数×100%

评价依据：甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎按照甲类管理的传染病病人和疑似病人诊断后 2 小时内完成网络报告。其

他乙丙类传染病病人、疑似病人和规定报告的病原携带者诊断后 24 小时内完成网络报告。

评价范围：所有法定传染病报告卡，包括原始卡、订正卡、已删除卡。当非法定传染病订正为法定传染病、乙丙类传染病订正为甲类传染病时将再次纳入评价。

统计规则：网络直报系统中报告卡的录入时间与医生诊断时间的间隔在 2 小时或 24 小时之内，计为及时报告。原始卡为录入时间与（初次）诊断时间的间隔时间；订正卡为订正报告时间与（修改后）诊断时间的间隔时间。

(3) 及时审核率=及时审核卡片数/审核卡片总数×100%

评价依据：甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎按照甲类管理的传染病病人和疑似病人须在报告卡录入后 2 小时内完成省、地、县三级疾病预防控制中心审核；其他乙、丙类传染病和规定报告的病原携带者在报告卡录入后 24 小时内完成县级疾病预防控制中心审核。

评价范围：所有法定传染病报告卡，包括原始卡、订正卡、已删除卡。已审核病例诊断发生变更需再次审核的纳入统计。

统计规则：网络直报系统中报告卡终审时间与录入时间的间隔时间在 2 小时或 24 小时之内，计为及时审核。原始卡为终审时间与录入时间的间隔时间；订正卡订正终审时间与订正报告时间的间隔时间；未审核状态的删除卡为删除时间与录入时间/订正报告时间的间隔时间。疾病预防控

制中心及专病管理机构（部门）报告或订正的传染病报告卡，默认为已审核状态，终审时间与录入时间（或订正报告时间）一致不参与统计。

(4) 重卡率=重卡数/现住址为本地区的卡片总数×100%

评价依据：县区疾病预防控制中心每日对现住址为本县区的病例进行查重和排除。

统计范围：本年度报告的所有卡片，每年1月份则包括上一年度12月份报告的卡片。

统计规则：未填写有效证件号的卡片姓名、性别、年龄（±1岁）、人群分类、病种、现住址（国标到县区）全部一致则判定为重卡；填写有效证件号的卡片居民身份证号、疾病名称一致则判定为重卡。

(5) 居民身份证填报完整率=居民身份证号码填写完整的卡片数/报告卡片总数×100%

评价依据：传染病报告卡须填报患者有效证件号，包括居民身份证、健康卡、社会保障卡、新农合医疗卡等，尚未获得有效证件的婴幼儿和残障患者可填写监护人有效证件号。

统计范围：不包括港澳台、外籍、31天及以下婴儿，以及未审核和已删除卡。

统计规则：按传染病报告卡的最终状态统计。填报居民身份证件号的传染病报告卡纳入统计，即填报15或18位符合居民身份证校验规则，记为完整。

(6) 综合指数（%）=机构正常运行率×0.2+及时报告率×0.2+及时审

核率 $\times 0.2 + (100 - \text{重卡率}) \times 0.2 + \text{居民身份证填报完整率} \times 0.2$

1.8.2 评价方式和频次

各级根据实际情况对传染病的疫情报告质量做出客观评价，建议按月度和年度分别评价信息报告质量。中国疾病预防控制中心以季度为单位通报全国网络直报信息报告质量。

1.9 传染病信息报告质量评价调查和评估

1.9.1 目的

评价各级各类医疗卫生机构法定传染病信息报告质量；掌握全国各级卫生计生行政部门、各级各类医疗卫生机构的法定传染病报告管理履职、制度落实等情况；了解法定传染病报告管理工作中存在的问题，认真分析研究，提出具有针对性的解决方法，为传染病防控工作提供科学依据。

1.9.2 评估方法和内容

(1) 评价范围：全国各级卫生计生行政部门和各级各类医疗卫生机构。

(2) 抽样方法：全国和省级评估采用分层多阶段整群抽样方法。

(3) 评估形式：组织现场调查，采用定性和定量相结合的方法，其中定量调查为主，定性调查为辅。

①定性调查通常采用听取汇报、现场填写调查问卷、现场资料核查、网络直报现场操作等方法,对下级的信息报告管理工作评估并反馈意见和建议。

②定量调查通过查阅医疗卫生机构的原始诊疗登记,与报告至网络直报系统的数据进行比较,获得法定传染病报告率、报告及时率、纸质报告卡填写完整率、报告卡填写准确率、报告卡与网络报告信息一致率等指标。

(3)内容和评估方法:

①法定传染病报告质量评估

查阅门诊日志、出/入院登记簿,抄录初步诊断为法定传染病的病例信息。被查医疗机构使用电子病历时,则通过电子病历管理系统查阅电子病历信息,如电子病历系统不具备病人病历的查询浏览功能,应从数据库中导出所有就诊病人的电子病历信息。遇门诊日志缺失或只有感染科门诊日志时则查阅相关科室医生的诊断处方。

抽查的病例应当包括本年度不同月份的病例,县级以上医疗机构相同病种不能超过50%。应当注意抽查呼吸道、肠道、虫媒及自然疫源性、血源及性传播传染病等不同传播途径的法定传染病。对于乙肝、肺结核、血吸虫病等慢性传染病仅抽查初诊病例。

②各级各类医疗卫生机构管理情况调查

卫生计生行政部门:了解用于传染病信息报告相关工作的经费保障及组织开展传染病报告质量督导检查等情况。

疾病预防控制中心:了解在网络直报方面的经费投入、网络建设以及

直报能力；调查日常监测情况，包括传染病报告卡核实、查重及审核的频次等；了解开展辖区传染病信息报告质量评估和技术指导情况；了解开展传染病信息报告相关技术培训情况；了解从事传染病信息报告管理工作的专职人员和设备使用情况；核实中国疾病预防控制中心信息系统用户加强信息安全管理的落实情况。

医疗机构：调查院内传染病报告管理的组织机构建设和制度；传染病报告管理相关工作，包括报告质量自查、评估及相关技术培训；了解医疗机构电子病历系统中传染病报告的管理和应用。定量调查获得包括法定传染病报告率、报告及时率、报告卡填写完整率、报告卡填写准确率、报告卡与网络报告信息一致率等指标；核实中国疾病预防控制中心信息系统用户加强信息安全管理的落实情况；了解传染病报告管理专职人员和专用设备配备情况。

③收集各单位提出的建议和意见。

1.9.3 评估指标和计算方法

法定传染病报告率=进行网络报告的法定传染病病例数/实查登记病例数×100%。

报告及时率=报告及时病例数/网络报告病例数×100%。

纸质（电子）传染病报告卡填写完整率=填写完整的纸质（电子）报告卡数/实查纸质（电子）报告卡数×100%。

纸质报告卡填写的准确率=填写准确的纸质报告卡数/填写完整的纸

质报告卡数×100%。（医疗机构已建立电子病历系统且具备自动生成传染病报告卡时，可不对报告卡填写的准确性进行评价）

网络报告信息一致率=纸质报告卡与系统中报告卡一致的报卡数/纸质报告卡中进行网络报告卡数×100%。

第二章 传染病用户认证与授权管理

用户认证及授权是中国疾病预防控制信息系统规范化管理，国家核心业务信息系统数据安全和稳定运行的重要保障，负责系统用户账号管理，用户系统操作权限分配管理，完成用户登录访问及对业务数据增、删、改、查的权限控制。为了进一步加强用户安全管理，2015年扩展了系统日志管理，个人敏感信息屏蔽、短信身份证认证等功能。

全国各省、市、县可根据国家网络直报系统的要求及传染病信息报告工作管理规范等相关制度，完善本级各类用户在系统中的职能划分与角色定位，明确各级疾病预防控制机构对辖区内各业务系统用户权限维护的责任，制订相应的制度，加强对系统帐户和密码的管理，最大限度地降低帐户和密码泄漏时，对网络直报系统及其数据安全产生的风险。

2.1 用户管理

2.1.1 用户类型

(1) 系统管理员

系统管理员负责《中国疾病预防控制信息系统》各级各类用户管理工作。系统管理员实行逐级管理，各级系统管理员在上一级系统管理员的指导下，负责职责范围内的各级各类用户管理工作。

(2) 业务管理员

业务管理员负责本业务系统各级各类用户权限管理工作。业务管理员实行逐级管理，各级业务管理员在上一级业务管理员的指导下负责所管业务系统的权限管理工作。《中国疾病预防控制信息系统》中各业务系统分别配备相应的各级业务管理员。

(3) 本级用户

各级疾病预防控制机构或其他各类同级卫生机构使用《中国疾病预防控制信息系统》中的各业务子系统，执行数据审核、统计分析等数据管理工作任务的责任人。

(4) 直报用户

各类医疗卫生机构使用《中国疾病预防控制信息系统》中的各业务子系统执行数据录入、个案管理等工作任务的责任人。

2.1.2 用户职责

(1) 系统管理员

负责本级的业务管理员、本级用户以及下一级系统管理员的用户账号管理，县区级系统管理员还需负责辖区内直报用户的账号管理。内容包括制定或指导辖区内各级用户权限管理操作流程、各类用户的创建、有效性及延期管理、密码管理、手机号码关联及管理、分配业务系统，对下级系统管理员开展《用户认证与权限管理系统》的操作培训和技术指导，制定相应的管理流程，主动跟踪发现所管理用户调离岗位等的情况，及时停用其账号等。

(2) 业务管理员

负责本级用户及下一级业务管理员的权限管理，县区级业务管理员还需负责辖区内直报用户的权限分配与管理。内容包括：配合本级系统管理员制定或指导辖区内各级权限管理操作流程，各类用户的角色分配，角色的创建与管理，涉及个案数据的隐私项管理，对下级业务管理员开展《用户认证与权限管理系统》的操作培训和技术指导，为所管理的本业务系统用户提供相应业务系统的操作培训和技术指导，制定相应的管理流程，主动跟踪发现所管理用户调离岗位等情况，及时撤销其原岗位权限等。

(3) 本级用户

负责辖区内相关业务数据审核、数据管理、数据质量监控、统计分析、报表汇总及信息反馈等。

(4) 直报用户

负责本机构或所管片区内相关业务数据的收集、录入、个案数据或自录数据的管理等。

2.2 管理程序

2.2.1 管理员创建

各级系统管理员账户在《中国疾病预防控制中心信息系统》上线运行时已由系统自动创建。上级系统管理员应开展对下一级系统管理员的备案管理工作。

各级业务管理员账户在各业务系统上线运行时，由本级系统管理员负责创建，由上一级业务管理员授权使用，上级业务管理员应开展对下一级业务管理员的备案管理工作。

2.2.2 本级与直报用户申请

(1) 各级卫生计生行政部门及疾病预防控制中心

填写用户所辖地区的用户申请表及相关系统权限申请表，经本部门主管领导签字批准后，交本级疾病预防控制中心系统管理员及业务管理员。

(2) 医疗卫生机构

填写所在县区的用户申请表与相关系统的权限申请表，经本单位主管领导签字批准后，交予所在辖区县（区）级疾病预防控制中心系统管理员

与业务管理员。

(3) 其他用户

填写用户所在辖区的用户申请表及权限申请表，经本单位领导签字批准后，向同级卫生计生行政部门的相关业务主管部门提出申请，由卫生计生行政部门批示本级疾病预防控制中心办理。

2.2.3 本级与直报用户创建与系统分配

系统管理员根据用户申请表，经系统管理员所在部门领导批准后，创建用户，为用户分配用户申请使用的业务系统。并对提交的用户申请表进行存档管理，将用户名、初始密码等信息反馈给用户。

2.2.4 本级与直报用户授权

(1) 功能授权

各业务管理员根据用户提交的业务子系统权限申请表经本部门领导批准后，给已创建的用户授予相对应的角色。严格控制隐私信息查询、浏览、导出权限。并对提交的权限申请表进行存档管理。

(2) 隐私授权

申请隐私信息查询、浏览、导出及修改等操作的本级用户，应开展隐私信息承诺管理及备案工作。

2.2.5 用户有效期与延期管理

用户有效期设置不得超过1年。超过有效期的用户如果需要继续使用，

应由用户提出书面申请，经用户部门主管领导审批后，由系统管理员延长其使用期限，最长不超过1年。

2.2.6 变更管理

(1) 系统管理员：发生变更应及时向上级系统管理员报告。填写上一级下发的系统管理员备案表，经本单位主管领导签字批准后，交上一级疾病预防控制中心系统管理员办理。上级系统管理员应立即停用原有账号，严格按用户创建流程建立新的系统管理员账号。

(2) 业务管理员：业务管理员变更应及时向本级系统管理员及上级业务管理员报告。填写用户所在辖区的用户申请表，经本部门主管领导签字批准后，交本级疾病预防控制中心系统管理员。本级系统管理员应立即停用原有账号，按用户创建流程建立新的用户账号。填写上一级业务管理员制定的业务管理员备案表交上一级业务管理员。上一级业务管理员应检查原有账户状态，如未及时停用须立即取消相关权限，按用户授权流程为新账号办理授权。

(3) 本级用户与直报用户：使用权限进行变更时，应重启权限申请流程，填写权限申请表并标注现用账号，由业务管理员对其权限进行变更。使用系统进行变更的，应重启用户申请流程，填写用户申请表并标注现用账号，由系统管理员进行系统变更。

(4) 各类用户的手机号码等用户信息发生变更时，应及时向本级系统管理员（直报用户向县级系统管理员）提出申请，由系统管理员核实信

息准确性后进行变更。

2.2.7 用户停用

用户不再使用《中国疾病预防控制中心信息系统》时，业务管理员应及时解除该用户相应权限，系统管理员停用该用户账号。

2.2.8 用户启用

对于已经停用的用户账号，如该用户需要重新使用系统，重启用户及权限申请流程，系统管理员重新启用账号，业务管理员重新授权。

2.3 角色管理

2.3.1 角色创建

角色命名应以清晰明确、言简意赅为原则，命名不应与角色属性相矛盾。角色中的功能权限具体明确、避免嵌套，新角色在使用前必须经过测试。在系统功能发生变更后，业务管理员应及时调整角色以适应新的业务要求。

2.3.2 角色使用

业务管理员可使用上级创建的可用角色，也可根据业务需求自行创建、管理、维护角色。

2.3.3 角色分配

角色分配应与岗位需求吻合，避免功能扩大。同一账户被赋角色不得存在功能互相矛盾、嵌套情况。

2.4 安全与审计

2.4.1 安全管理

(1) 实名管理

系统内所有用户信息均必须采用真实信息，即实名制登记。

(2) 隐私管理

系统管理遵守保密性原则。逐级开展隐私承诺管理、系统管理员及业务管理员备案管理。在未获得司法授权或法律部门另有规定情况下，不得以任何理由泄露或公开个人信息。

(3) 密码管理

系统管理员建立用户时，应为其分配独立的初始密码，并单独告知用户，不得设置通用密码，不得将初始密码公开或告知除用户本人之外的其他人。用户本人不得将账户、密码泄露给他人。

(4) 账户管理

①用户应对其使用的账户负责，对其所获得的数据信息负有保密的责任，账号不得随意公开和转让。

②系统管理员账户信息发生泄露或遗失，应立即向上级系统管理员报告，上级管理员应立即停用其系统管理员账户权限，同时对系统用户账号及数据安全进行核查，采取相应的措施。

③普通用户及业务管理员账户信息发生泄露和遗失，须立即通知本级系统管理员。本级系统管理员应立即停用该用户账户，保留书面情况记录，采取相应的措施。

(5) 身份认证

各级应逐步实现各级各类用户使用经卫生行政部门资格认证的电子认证证书登录《中国疾病预防控制信息系统》。尚未实现电子认证证书登录系统的省份，使用手机短信息验证码进行身份认证。

2.4.2 审计管理

各级疾病预防控制机构应定期组织对系统权限、用户等管理工作的专项审计，每年不得少于1次。

(1) 系统管理员审计

对系统管理员用户管理情况进行检查，调离相关岗位的用户账号应及时注销。系统管理员应对用户申请表进行存档管理并妥善保管。

(2) 业务管理员审计

对所管理的系统中用户权限进行检查，业务管理员应严格按照用户权限申请表分配权限；对岗位职责变更的用户，应及时按照权限或变更或根据申请表进行权限重新分配。业务管理员应妥善保管权限申请或变更表

单。

(3) 用户审计

用户需按时更换密码。账号需专人专用，不得多人共用。账号丢失需及时向本级系统管理员报告。

2.5 考核与评估

各级疾控机构制定考核方案，定期组织考核，并反馈考核结果。

第三章 标准编码维护

标准编码的正确与否对网络直报系统的运行效率、系统安全起着至关重要的作用，是网络直报系统的核心内容之一。编码标准化也是进行信息交换和实现信息资源共享的重要前提。

全国以乡镇为基础的地区及编码、各级各类医疗卫生机构信息在标准编码管理系统中创建和管理。

3.1 工作内容

每年需要各级疾病预防控制中心维护的标准编码共有 3 项：行政区划信息、机构信息、人口数据。

(1) 行政区划信息维护包括：行政区划的新增、拆分、合并、名称和属性变更。

(2) 机构信息维护包括：机构的新增、拆分、合并、删除、名称和属性变更，行政区划发生变化后与机构的关联等。

(3) 人口数据维护：中国疾病预防控制中心统一购买和更新，省级疾控中心核实确认。

3.2 工作流程

(1) 每年 10-12 月，中国疾病预防控制中心统一下发相关文件，组织各省级疾病预防控制中心以县区为单位开展下一年度本辖区行政区划、机构信息和人口数据的维护工作。

(2) 省级疾病预防控制中心负责组织收集辖区内所有的行政区划和机构信息。省级业务管理员负责通过《标准编码系统》进行核对、维护等操作。

(3) 全国以县区为单位分性别、年龄组人口数据由中国疾病预防控制中心统一购置。各级疾病预防控制中心可通过《基本信息系统》查询、下载辖区人口数据。

(4) 行政区划、机构信息和人口数据属于网络直报系统基础数据，为各业务系统服务。在开展编码维护工作时，各项数据须提交当地死因登

记管理部门、性病艾滋病中心、结核病中心、免疫规划中心以及其他具有专病管理系统的部门汇审、签字后方可进行维护。

3.3 工作要求

3.3.1 行政区划信息维护

(1) 维护原则

行政区划年度内不能进行任何变更，年度内行政区划若发生新增、拆分、合并、改名等情况，仍需按原行政区划编码管理和使用。

(2) 数据来源

网络直报系统使用的行政区划及其编码以国家统计局最新颁布的县及县以上行政区划代码为标准。例如 2016 年行政区划编码采用的是国家统计局颁布的截止 2014 年 10 月 31 日县及县以上行政区划代码。

(3) 行政区划属性说明

地区编码：编码共 8 位，按顺序从左往右每两位组成一组数字，分别表示省、地、县、乡镇（街道）。前 6 位执行国家统计局颁布的行政区划代码，后 2 位自行编制。地区信息如下：

中文地区名称：地区全称。

英文地区名称：拼音全称。

贫困县区标记标记：根据实际情况选择

是否省管县：根据实际情况选择

城市农村标记：根据实际情况选择

东中西部标记：系统自动默认，不需要填写。

地区级别：根据该地区的地区编码自动生成。

行政级别：省级：省、直辖市、自治区；地市级：地、市、州（盟）；
县级：县、县级市、区、旗；乡镇级：乡、镇、街道。

边境和少数民族地区：根据实际情况选择。

（4）维护规则

①行政区划未发生变化的，不能随意更改其代码，以免给系统造成大量数据转换的负担。

②县及县以上行政区划代码（即行政区划代码的前6位）和名称必须与国家统计局最新颁布的县及县以上行政区划代码和名称保持一致。

③乡镇级编码（即行政区划代码的后2位）由于没有国标，可采用流水号方式进行编制。但是，各地在进行维护时需与当地民政部门确认，最大程度地避免乡镇（街道）名称不一致、不规范，或随意增加乡镇（街道）等情况的出现。

④新增地区在行政区划代码表中暂无编码的，可按照统计局公布的行政区划代码规则自行编制，待下一年度行政区划代码正式发布后再作修改。

⑤开发区等尚未建立独立的行政区划，但其行政机构完全独立，且成立了与县级疾控机构在职能和业务上完全相仿的属地疾控机构，则可以根据实际情况和工作需要，按照一个县区进行维护。维护时，需提交该地区的行政区划示意图（电子地图）和人口资料。建议根据国家颁发的行政区

划进行维护，尽量减少此类地区。

⑥直辖市虚拟地区统一名称为“市辖区”和“县”，省直管县，应建立“省直辖县行政区划”的虚拟地区。除直辖市、省直管县外，其他省份不能建立其它虚拟地区。

⑦不详乡镇（*****99）为系统自动生成，不能自己创建，已自行建立的不详市和不详区县应删除。由于其名称都相同，所以关联时易出错，应格外注意。

⑧地（州）、县（区）发生拆分或合并变化时，需要详细调查情况并注明拆分比例，便于人口的计算，并同时收集变化地区的电子地图。

3.3.2 机构信息维护

（1）维护原则

年度内不允许删除已创建的机构，但可以新增加机构，可以修改机构属性信息，但若变更“机构类型”，须省级业务管理员报送变更申请，由国家级业务管理员进行修改。

（2）数据来源

卫生计生行政部门负责提供辖区内各级各类医疗卫生机构名单和机构属性。医疗机构创建应至少包括县及县以上医院（含民营、私营及企事业单位所属医疗机构）、承担基本公共卫生职责的乡镇卫生院、社区卫生服务中心。

（3）机构属性说明

单位名称：单位全称。

组织机构代码（9位）：组织机构代码是由国家授权的权威管理机构向我国境内（港澳台除外）依法注册、依法登记的企业、事业单位、机关、社会组织（社会团体、民办非企业单位、基金会）和个体工商户（有工商营业执照、有注册名称和字号、有固定经营场所并开立银行账号的）及其他组织颁发的一个在全国范围内唯一的、始终不变的代码标识。可通过全国组织机构代码管理中心网站（<http://www.nacao.org.cn/>）进行查询。

机构编码：县（区）的地区编码+3位流水号，系统自动生成。

单位类型：按照单位的名称和开展的主体业务活动选择，单位类型分为二级填报，先选择一级大类（如：A. 医院），再选择二级的具体类型（如：A100. 综合医院）。

经济类型：分为国有全资、集体全资、股份合作、联营、私有、合资合作等。

管理类型：分为营利性医疗机构、非营利性医疗机构。

单位级别：分为国家级、省级、市级、县级、乡镇级、村级（行政）。单位类型为医院的机构，单位级别由该单位的卫生计生主管部门（即核发该医疗机构执业许可证的行政主管部门）决定，分为国家级、省级、市级、县级。企事业单位职工医院、厂矿医院、铁路医院、民营医院、学校医院、军队医院、合资、外资医疗机构均按照卫生计生行政部门的医疗机构分级标准“三级三等”进行分级，一级为乡镇级；二级及以上为县级及以上；单位类型为其他医疗机构的，其中乡镇（街道）卫生院、社区卫生服务中心

(站)、门诊部、诊所(医务室、卫生所)、村卫生室等按乡镇级或村级划分；专科疾病防治院(所、站)、疗养院、护理院(站)、妇幼保健院(所、站)、临床检验中心等由该单位的卫生计生主管部门决定，分为国家级、省级、市级、县级、乡镇级；疾病预防控制中心包括卫生防疫站、预防保健中心，卫生监督机构包括卫生监督所(局、总队)和卫生监督中心等由该单位的卫生计生主管部门决定，分为国家级、省级、市级、县级。

单位分级分等按照卫生计生委的医疗机构分级标准“三级三等”进行分级分等。包括：无级别、一级无等、一级丙等、一级乙等、一级甲等、二级无等、二级丙等、二级乙等、二级甲等、三级无等、三级丙等、三级乙等、三级甲等、三级特等。

卫生机构分类代码：根据卫生部关于下发《卫生机构(组织)分类代码证》的通知(卫统发[2002]117号)，各级各类卫生机构和卫生社会团体均发放《卫生机构(组织)分类代码证》，此代码由22位数字(或英文字母)组成，包括9位组织机构代码和13位机构属性代码。机构属性信息中单位类型(对应卫生机构(组织)类别代码)、经济类型(经济类型代码)和管理类型(对应机构分类管理代码)均应根据分类代码证进行维护。

结核单位类型：由肺结核专病管理员维护。

是否为区域所属疾病预防控制中心(必填项)：疾病预防控制中心填写，系统默认为“是”，当辖区疾病预防控制中心不是区域所属疾病预防控制中心时应填写“否”，如铁道疾病预防控制中心应填写“否”。

是否虚拟疾病预防控制中心(必填项)：疾病预防控制中心填写，系

统默认为“否”，虚拟地区建立虚拟疾控机构时，应填写“是”。

单位地址：单位所在的详细地址。

单位电话：区号+电话。

（4）维护规则

①新增机构，需由县级疾病预防控制中心向省级疾病预防控制中心提交申请和所增机构的详细信息，由省级业务管理员进行维护。省级疾病预防控制中心需要根据相关要求，自行设定机构申请表，内容应包括机构的各项属性信息。

②新增的机构必须建立在县（区）级目录下，所选择行政区划编码要注意与该单位所属的县（区）编码保持一致。

③一个单位挂两块牌子的医疗机构，如县人民医院同时挂社区卫生服务中心，原则上以医疗机构执业许可证内容为依据，按最高级别维护；级别相同时维护承担基本公共卫生服务项目的机构。

④医疗机构属性信息中“组织机构代码”为必填项。同时重点核对医疗机构属性中单位分级分等属性信息。

3.3.3 人口数据维护

（1）维护原则

人口数据以年度为周期更新，年度内不进行任何更改。每年年初对上一年度和本年度人口数据更新。例如 2016 年年初更新的人口数据实际为 2014 年年末人口数。

（2）数据来源

全国到县区分性别、年龄组人口数据由中国疾病预防控制中心统一购置。

（3）维护规则

①人口数据在基本信息系统中维护，该系统主要完成基本公共卫生信息、卫生服务能力资料等的维护功能。其中国家、省（自治区、直辖市）、市（地）、县（区）的分地区，性别、年龄的人口信息与网络直报中各业务应用系统共享，即网络直报系统各业务应用系统统计模块中发病率的计算，均调用了基本信息系统的人口信息，如计算传染病发病率时就调用了基本信息系统中的相关人口数据。

②人口数据在基本信息系统中更新后，各省级疾病预防控制中心组织地市级、县级疾病预防控制中心完成对本辖区常住人口数据的核对。对系统中暂无人口数据的地区，或发生拆分、合并调整的地区，或与当地统计部门发布数据相差较大的地区（以县区为单位超过 10 万以上），需由各省级疾病预防控制中心统一收集汇总，加盖省级疾病预防控制中心公章提交国家疾控中心，同时报送人口数据调整模版 Excel 电子数据。

③各地申请调整人口数须以当地统计部门对外发布的人口数据为准，不得擅自随意填报。如需调整，原则上省级总人口数以国家统计局发布的数据为准，不能调整；各地市人口数之和必须等于省级总人口数（包括分年龄组数据）；各地总人口数等于男性与女性总人口数，且等于各年龄组总人口数。

第四章 数据交换技术指导方案(讨论稿)

为指导医疗卫生机构通过电子病历、电子健康档案、区域卫生信息平台或各级公共卫生信息平台实现与中国疾病预防控制中心信息系统数据交换，解决医疗机构重复手工填报的问题；提高数据采集工作效率；提升数据质量；特起草本方案，用于规范数据交换流程并对交换工作进行有序管理。

4.1 适用范围

本方案适用于各级卫生计生行政部门、承担传染病报告、突发公共卫生事件管理、人口死亡登记及慢病监测管理的各级各类医疗卫生机构，实现基于中国疾病预防控制中心信息系统数据交换平台的数据交换与共享。

4.2 实施原则

4.2.1 省级统筹，属地管理

各地推动或开展跨平台异构信息系统与中国疾病预防控制中心信息系统实施数据交换工作，须由省级疾病预防控制中心统一组织实施，并对辖区的数据交换工作实行统筹规划。交换内容实行属地化分级管理。

4.2.2 源头采集，多级交换

本方案涉及的交换内容均须由信息采集的责任报告单位抽取并提供标准电子交换文档，并支持具备条件的医疗机构、区域平台与省级平台实现统一交换。

4.2.3 先行先试，属地共享

以省为单位统筹组织的前提下，辖区内具备数据交换条件并愿意实施数据交换工作的医疗机构、区域平台与省平台可先行先试。国家将对实施

交换的省级疾病预防控制中心或省级人口健康信息平台实现属地数据共享反馈。

4.3 组织管理

4.3.1 中国疾控中心

(1) “中国疾病预防控制中心信息系统数据交换平台”的开发、部署、维护与技术支持，保障网络接入、服务器运行正常及数据传输稳定可靠。

(2) 制定交换技术实施方案、指导各级数据交换业务。

(3) 国家-省级间疾控安全专网的统一规划、部署与运行维护。

4.3.2 省级疾控中心

(1) 自行制定省内数据交换工作管理规范，对数据交换工作进行指导、数据核查，对省内交换工作进行有序管理，向中国疾控中心提交省内各机构的交换申请。保障通过交换上传的数据有效性、准确性、及时性等与各业务现行网络报告规范要求一致。

(2) 承担本级数据交换接口的开发；监控和维护工作；保障网络接入；服务器运行正常及数据传输稳定可靠。

(3) 按照相关数据标准进行对照转换、维护值域代码对照关系。按照中国疾病预防控制中心信息系统年度编码转换工作要求，对本级接口基础编码进行更新、维护与转换工作。

(4) 协助国家-省级间安全专网的部署与运行维护。省以下安全专网的统一规划、部署与运行维护。

4.3.3 申请交换的市、县级疾控中心及各级各类医疗机构

(1) 需按照本省数据交换管理工作要求开展数据交换管理工作。按

照属地化管理原则，逐级提出交换申请。

(2) 承担本级数据交换接口开发与测试，本级交换接口的维护工作，保障网络接入、服务器运行正常及数据传输稳定可靠。

(3) 按照相关数据标准进行对照转换、维护值域代码对照关系。按照中国疾控信息系统年度编码转换工作要求，对本级接口基础编码进行更新、维护与转换工作。

(4) 实时监控，保障数据的有效性、准确性、及时性等与各业务现行网络报告规范要求一致。

4.4 交换内容

4.4.1 交换标准

本方案涉及交换信息包括：法定传染病报告个案信息、人口死亡登记个案信息、重点慢病监测个案信息及突发公共卫生事件报告信息。

4.4.2 交换方式

符合交换条件的省级公共卫生（疾病预防控制）信息平台、区域卫生信息平台及医疗机构相关信息系统调用中国疾病预防控制中心信息系统交换接口服务，将需要交换的数据组织成规范的数据格式，通过调用WebService 接口服务实现数据交换。

(1) 医疗机构直接交换

暂无区域人口健康信息平台或省级平台的可由医疗机构的相关信息系统与“中国疾病预防控制中心信息系统数据交换平台”交换数据，区域人口健康信息平台或省级平台建立后，应与区域人口健康信息平台或省级平台实现数据交换，不再与“中国疾病预防控制中心信息系统数据交换平台”直接

进行数据交换。

(2) 区域平台交换

暂无省级平台的可由区域人口健康信息平台与“中国疾病预防控制中心信息系统数据交换平台”进行数据交换，省级平台建立后应与省级平台实现数据交换，不再与“中国疾病预防控制中心信息系统数据交换平台”直接进行数据交换。

(3) 省级平台交换

省级公共卫生（疾病预防控制）信息平台可直接与“中国疾病预防控制中心信息系统数据交换平台”进行数据交换。暂不进行数据采集交换的省级平台可申请属地化数据反馈。

4.4.3 交换类别

(1) 数据采集交换

传染病数据应首先交换从医疗机构抽取的原始报告卡个案信息，再进行修改、审核、订正及删除等数据交换。死亡登记个案信息与重点慢病个案信息可交换已审核个案。

(2) 属地化数据反馈

数据反馈应按照属地化管理原则，可反馈本地区报告数据及其它地区报告的住址为本地区的个案数据。除省级外，实现数据交换的其它各级平台应实现数据双向交换或数据采集单向交换。

4.5 技术路径

中国疾病预防控制中心配套开发中国疾病预防控制中心信息系统的数据交换平台，主要功能是提供统一认证授权管理、接收各级交换个案数据将数据分拣至各业务系统及按属地化管理原则将数据分发给省级公共卫生

（疾病预防控制）信息平台。实施流程如下：

（1）环境准备

准备软硬件及网络环境，按规范要求通过网络调试、测通，准备测试用服务器，提交《中国疾病预防控制信息系统数据交换网络测试确认表》。

（2）申请测试

在“中国疾病预防控制信息系统数据交换平台”申请测试，系统自动分配测试授权码表，与测试平台进行接口调试，调试成功后，上传测试数据。

（3）交换测试

测试数据质量监控，省级公共卫生（疾病预防控制）信息平台与区域人口健康信息平台接口调试成功后，监控时间不少于 22 个工作日，上传测试数据不少于 1000 条，交换成功率与数据准确率达 100%，上传数据平均用时在 2 分钟内。医疗机构相关信息系统接口调试成功后，监控时间不少于 10 个工作日，上传测试数据不少于 100 条，交换成功率与数据准确率达 100%，上传数据平均用时在 5 分钟之内。

（4）申请授权码

在“中国疾病预防控制信息系统数据交换平台”上申请正式网授权码。

（5）申请交换

由省级疾控中心正式发函致中国疾控中心申请进行正式交换，附系统测试报告与《中国疾病预防控制信息系统数据交换确认表》。如申请省级数据单向下行则无需填写此表。

（6）分配授权码

中国疾控中心分配正式网授权码并回函。

(7) 试运行

转入试运行，以谁交换、谁监控为原则，每日进行数据质量监控，需连续监控 30 个工作日，要求达到本地正式数据与”中国疾病预防控制中心信息系统数据交换平台”正式数据一致性为 100%。

(8) 质量审核

省级疾控中心数据质量进行核查，未达到试运行要求的及时报告中国疾控中心，暂缓交换工作。达到试运行要求的由交换机构出具试运行报告，经省级疾控中心审核，提交到中国疾控中心。

(9) 正式运行

转入正式运行，各交换单位保障数据交换接口正常运行，确保与原有的业务数据报告管理要求一致。

(10) 质量监控

无论何种原因无法保证数据报告要求，数据质量考核指标有一项或多项未达到实施数据交换前水平的，各交换单位应立即停止交换并恢复现有手工报告（登记）工作。

4.6 保障条件

(1) 关键基础设施

①各级平台：平台交换推荐专用服务器 2 台，交换服务器内存需达到 16GB 及以上，物理 CPU 2 个或以上，CPU 主频 2.2GHz 或以上，可用数据存储环境 500GB 及以上，服务器双机做双活或主备部署。具体服务器性能配置可依交换的数据范围、辖区机构数、人口数、区域平台级别等因素做调整。专用服务器安装 JDK1.6.0.22 及以上版本并设置环境变量。

各省级疾控中心需提供接入由国家疾控中心统一分配 IP 地址，统一

管理的安全专网所需的网络交换机、网线等设备。其它各级疾控中心需提供所在辖区疾控中心要求接入的安全专网所需网络交换机、网线等设备

②医疗机构：医疗机构至少需要专用服务器与备用服务器各 1 台。服务器内存需达到 8GB 及以上，CPU 需达到 2.2GHZ 处理器及以上，可用存储环境 50GB 及以上。专用服务器安装 JDK1.6.0.22 及以上版本并设置环境变量。提供按所在县/区疾控中心要求接入安全专网所需的网络交换机、网线等设备。

（2）安全保障

①信息采集电子签名：各级应按传染病信息报告管理规范（2015 年版）的相关要求推进信息系统建设，实现符合国家统一认证标准的电子签名与时间戳。

②数据传输存储安全加密：各级信息平台，医疗机构信息系统应先行实现接入中国疾控中心安全专网，在中国疾控中心安全专网内进行数据交换测试与实际应用。

③用户访问控制电子认证：与中国疾病预防控制信息系统实现数据交换的信息平台或信息系统，必须先行实现借助电子证书进行用户登录与访问控制。

④数据利用隐私保护：属地化反馈数据在使用时须采取必要隐私信息保护技术手段，建立有效的隐私保护管理体系。

第五章 网络直报条件及保障措施

5.1 硬件配置

(1) 国家疾病预防控制中心：在现阶段建设的国家公共卫生信息网络平台的基础上，按照平台建设的内容要求、建设原则和技术路线，兼顾国家卫生信息化中长期发展规划，有计划、按步骤实施网络平台的硬件设备装备和升级，确保传染病信息直报等系统的安全、稳定运行和持续发展。

(2) 省级疾病预防控制中心：建立省级疾病预防控制中心局域网络平台及虚拟专网(VPN)，装配网络安全设备保证疾病预防控制中心信息的安全传输。至少应配备的主要网络硬件设施有：路由器、交换机、防火墙、VPN 设备、WEB 服务器、数据库服务器、其他应用服务器、数据阵列存储设备等，以及其他安全设备，并保证足够的出口带宽及设备冗余，避免单点故障。同时，配备可无线上网的专用笔记本电脑和无线上网卡，用于网络直报管理及维护。

(3) 设区的市级疾病预防控制中心：建立市级疾病预防控制中心局域网络平台及虚拟专网(VPN)，配备必要的网络设备、安全设施保证疾病预防控制中心信息的安全传输，传染病疫情信息实现 VPN 接入，有条件的地区建议采用网关到网关接入方式。至少应配备的主要网络硬件设施有：防火墙、交换机、VPN 设备。同时，配备可无线上网的专用笔记本电脑和无线上网卡，用于网络直报管理及维护。

(4) 县区疾病预防控制中心：建立县区级疾病预防控制中心局域网络平

台及虚拟专网（VPN），应配备网络直报专用计算机、激光打印机及上网设备、长延时 UPS、普通纸激光传真机、长途电话等配套设备。有条件的县区可参照设区的市级标准装配。至少应配备的主要网络硬件设施有：防火墙、交换机、VPN 设备。同时，配备可无线上网的专用笔记本电脑和无线上网卡，用于网络直报管理及维护。

（5）责任报告单位：配备网络直报专用计算机及上网设备、UPS 等配套设备，通过所属辖区疾病预防控制中心接入 VPN 网络登陆直报信息系统。不具备网络直报条件的县（区）级以下的责任报告单位，建议配备传真机或以其它最快方式，将传染病报告卡报送属地县（区）级疾病预防控制中心。

5.2 人员要求

（1）责任报告单位的网络报告管理人员：具备计算机基本操作技能且熟悉传染病疫情管理和网络直报业务，具备培训指导医务人员开展传染病疫情报告工作的能力。

（2）县级疾病预防控制中心：传染病网络直报管理人员：具备公共卫生、流行病学或相近专业，能结合网络直报信息分析本辖区传染病疫情的发生和流行情况，熟悉计算机操作和文字处理，具备培训指导辖区内医疗机构开展传染病疫情报告和管理工作的能力。建议设置网络管理岗位，熟悉网络基本维护、能完成本级 VPN 网络的管理和运维。

（3）设区的市级疾病预防控制中心：①传染病网络直报管理人员：

具备公共卫生、流行病学或相近专业，能结合网络直报信息分析本辖区传染病疫情的发生和流行情况，能熟练使用计算机，具有指导和培训下级疾病预防控制中心及医务人员开展传染病疫情报告和管理的能力。②网络管理人员：负责管理和维护本级疫情信息网络平台和 VPN 网络，负责对县级疾病预防控制中心疫情网络直报人员计算机技术的指导和培训，保障网络的快速通畅和信息安全。

(4) 省疾病预防控制中心：①传染病信息监测及分析人员：具备公共卫生、流行病学或相近专业，较系统地掌握流行病学理论，具备一定的传染病疫情管理经验，能较系统地使用计算机分析和处理疫情信息，对重大疾病流行趋势进行监测和预测预警，具备指导和培训下级疾病预防控制中心及责任报告单位业务人员开展传染病疫情报告、管理和分析工作的能力。②网络管理人员：负责管理和维护省级疫情信息网络平台和 VPN 网络，保障网络的快速通畅和信息安全，负责对设区的市级疾病预防控制中心的网络管理人员进行技术指导和培训。

(5) 各单位应根据工作性质和工作量安排一定数量工作人员，并制定相关工作人员的工作职责。

5.3 网络接入

各级疾病预防控制中心应做好网络接入与网络安全管理工作，按照中国疾病预防控制中心下发的《网络安全管理指南》等相关要求，建立机构、落实经费、指定专人，制订相关制度与办法，遵照执行。

第六章 中国疾病预防控制中心信息系统网络安全管理指南（试行）

6.1 总则

（1）为加强中国疾病预防控制中心信息系统网络（以下简称“中国疾控信息网”）的安全管理工作，根据国家信息安全的相关法律和法规，结合中国疾控信息网建设和运行的实际情况，制定本管理指南。

（2）中国疾控信息网是指由中国疾病预防控制中心统一规划，以中国疾病预防控制中心为中心节点，专用于中国疾病预防控制中心信息系统使用的裸光纤、数字电路（SDH）、虚拟专网（VPN）等与互联网隔离（含逻辑隔离）的计算机信息网络的总称。

（3）中国疾控信息网由国家-省（直属单位、挂靠单位）间网络和省级及省级以下网络两部分组成。本指南适用于各级各类建设、运维、接入和管理中国疾控信息网的单位（以下简称“接入单位”）。包括使用中国疾病预防控制中心相关重要信息系统的各省级疾病预防控制中心及中国疾病预防控制中心直属各单位、相关挂靠单位等接入单位。

（4）中国疾控信息网遵循“统一规划、分级建设、协同运营”的原则，按照“谁主管谁负责、谁运行谁负责、谁使用谁负责”的原则，分级管理、责任到人。各级疾控信息网接入单位负责本级（本单位）疾控信息网安全管理工作。

（5）省级及省级以下中国疾控信息网接入单位的中国疾控信息网管理，可由省级疾病预防控制中心根据本地区特点，遵照本指南制定本地区

相关管理办法报中国疾病预防控制中心审核后执行，并在实际运行中不断完善。

(6) 在中国疾控信息网上运行的各业务应用系统的运维和管理部门参照本指南的相关条款另行制订专门的信息系统安全管理办法并执行。

(7) 各级中国疾控信息网接入单位在进行中国疾控信息网规划、设计和建设时应同步做好安全保障，并落实好运行维护管理中的安全检查、等级测评和风险评估等经费。

(8) 任何单位和个人，不得利用中国疾控信息网从事危害国家利益、集体利益和公民合法权益的活动，不得危害中国疾控信息网的安全。

(9) 国家信息系统安全等级保护第三级相关标准和要求，均适用于中国疾控信息网的管理，并以国家标准为准。

6.2 机构与职责

(1) 中国疾控信息网安全管理工作实行领导负责制，各中国疾控信息网接入单位应落实一名主要领导负责网络安全工作。

(2) 中国疾病预防控制中心是中国疾控信息网的主管部门，负责中国疾控信息网的规划建设、技术支持指导和组织协调等工作。主要职责包括：

①贯彻执行国家信息安全的相关法律和法规，指导、协调和规范中国疾控信息网安全工作；

②组织制定和修订中国疾控信息网安全总体规划、IP 地址规划、安

全策略、标准规范和各项管理制度；

③接受上级网络安全主管部门指导，向有关部门报告中国疾控信息网网络安全重大事件；

④组织中国疾控信息网信息安全等级保护工作，组织开展信息安全自查、检查和风险评估，对全网安全运行状况进行分析、研判和通报；

⑤负责国家级中国疾控信息网的网络与信息安全管理，与省级疾病预防控制中心、直属单位、挂靠单位共同管理国家-省（直属单位、挂靠单位）间的中国疾控信息网系统；

⑥制定国家级中国疾控信息网安全应急预案，组织开展应急演练；

⑦组织信息安全宣传、教育和培训。

（3）各省级疾病预防控制中心根据总体规划与要求分级建设省级及省级以下各级节点的中国疾控信息网。各省级疾病预防控制中心、中心直属单位、挂靠单位等中国疾控信息网节点应设立中国疾控信息网使用管理机构和管理岗位，指定专人负责承担中国疾控信息网的设备管理、用户管理、安全管理等方面的工作。

（4）省级疾病预防控制中心需根据业务应用需求，及时升级和扩容省级及省级以下中国疾控信息网，提升稳定性与兼容性，满足各级各类用户的使用需求。在升级和扩容网络系统时，应遵循全国疾病预防控制系统IP地址规划，统一部署，确保互联互通。

（5）各省级疾病预防控制中心、中心直属单位、挂靠单位应根据中

国疾控信息网应用需求和网络安全现状，参照本指南第十条，制定适应本地区、本单位的中国疾控信息网维护管理制度。

6.3 网络安全管理

(1) 国家-省(直属单位、挂靠单位)间中国疾控信息网执行信息安全等级保护第三级的安全要求，包括物理层、链路层、网络层、传输层、会话层、表示层和应用层。

(2) 各级中国疾控信息网单位都要开展网络安全监控工作，及时发现、定位、分析、控制安全事件，定期向上一级管理部门汇报网络安全状况。加强安全审计工作，审计记录的保存时间不少于3个月。

(3) 各级中国疾控信息网单位都要加强终端安全管理，必须安装计算机防病毒系统并及时更新补丁。业务应用系统在接入中国疾控信息网前，应按照信息安全等级保护的要求，通过安全检查和风险评估。

(4) 各级中国疾控信息网单位都应组织制定本级中国疾控信息网网络与信息安全应急预案并定期开展应急演练。

6.4 接入管理

(1) 中国疾控信息网以中国疾病预防控制中心为中心节点，各省疾病预防控制中心、中心直属单位等二级机构直连中国疾病预防控制中心节点。省级疾病预防控制中心至少需要要有两条或两条以上的线路到中心节点。

(2) 各省疾病预防控制中心、直属单位等二级机构应保证与其业务应

用相适应的网络带宽，原则上各级到中心的主线路不低于 50M 独享，确需与单位上网共享时，需要适当增加总带宽，并保留足够带宽。

(3) 中国疾病预防控制中心负责建设的信息安全等级保护三级的信息系统，须使用中国疾控信息网接入。

(4) 中国疾病预防控制中心负责国家级用户的中国疾控信息网接入管理，各省级疾病预防控制中心负责省级及省级以下各级接入单位的中国疾控信息网接入管理。

(5) 各省级疾病预防控制中心可根据本地区特点，进一步细化省级及省级以下中国疾控信息网的接入审批制度，并严格执行。

(6) 使用基于互联网的虚拟专网接入，在每次用户登录系统时，需要采用受中国疾病预防控制中心或省级疾病预防控制中心安全管理中心控制的口令、数字证书、实名手机短信以及其他具有相应安全强度的两种或两种以上的组合机制进行用户身份鉴别，并对鉴别数据进行保密性和完整性保护。用户口令密码需要符合复杂度要求。中国疾控信息网的接入终端，使用客户端方式启动虚拟专网后禁止同时访问互联网资源。

6.5 运行维护

(1) 中国疾病预防控制中心负责国家-省（中心直属单位、挂靠单位）间中国疾控信息网的设备配置实施与调整。各单位在维护国家-省（直属单位、挂靠单位）间中国疾控信息网的设备时，应至少提前 2 个工作日，书面或通过协同办公系统告知中国疾病预防控制中心及各相关单位，未经许可不得擅自更改国家-省（中心直属单位、挂靠单位）间中国疾控信息

网的设备配置。中国疾病预防控制中心在维护国家-省（中心直属单位、挂靠单位）间中国疾控信息网的设备时，涉及影响省级疾病预防控制中心（中心直属单位、挂靠单位）访问中国疾控信息网的，应提前 2 个工作日，书面或通过协同办公告知各相关单位。遇有紧急情况调整或中断处理时，应在处理后及时告知，事后完成相关登记。

（2）省级及省级以下各级接入单位的中国疾控信息网的接入设备与线路状况监控由各省级疾病预防控制中心负责。

（3）国家-省（直属单位、挂靠单位）间中国疾控信息网要求不间断运行。各级中国疾控信息网单位应采取切实可行的措施及时处理各类告警和故障。

（4）中国疾控信息网各接入单位应当按照信息系统安全等级保护三级的要求，负责组织在本级中国疾控信息网开展定期或不定期的网络与信息安全隐患自查与风险评估，配合上级单位做好本级中国疾控信息网的信息安全检查和风险评估工作。

（5）加强各级中国疾控信息网单位人员的信息安全教育，增强其信息安全意识。定期对从事信息安全工作人员开展专业技术培训，提高信息安全技能。

（6）建立信息安全考核机制，定期对各级中国疾控信息网接入单位开展信息安全考核，重点考核信息安全等级保护涉及的信息安全风险评估、安全测评、安全应急预案管理等工作落实情况。