附件2：

**2014年上海市传染病防治重点监督检查工作方案**

一、监督检查对象和内容

**（一）预防接种管理**

**1.检查对象:**

辖区内设有预防接种（包括预防接种门诊、产科接种单位、卡介苗门诊、犬伤门诊以及社会办特需接种门诊）的医疗卫生机构，其中全部一级及以上医疗机构、门诊部以上社会办医疗机构、疾病预防控制机构，不少于30%的其他医疗机构。

**2.检查内容：**

重点检查接种单位和人员的资质；疫苗的接收、购进、分发、供应、使用登记；预防接种规范服务情况。

**（二）传染病疫情报告与控制**

**1.检查对象：**

辖区内全部一级及以上医疗机构、门诊部以上社会办医疗机构、疾病预防控制机构和采供血机构，不少于30%的其他医疗机构。

**2.检查内容：**

重点检查医疗机构传染病疫情报告制度建立，传染病疫情报告管理部门和人员落实，开展传染病疫情报告人员培训，传染病报告和登记，建立传染病预检、分诊制度，疫情应急处置预案，感染性疾病科或传染病分诊点设置、被传染病病原体污染的场所、物品以及医疗废物实施消毒或无害化处置等情况,个人防护情况。

**（三）医疗卫生机构消毒隔离管理**

**1.检查对象：**

辖区内全部一级及以上医疗机构、门诊部以上社会办医疗机构、疾病预防控制机构和采供血机构；不少于30%其他医疗机构。

**2.检查内容：**

依据《消毒管理办法》规定，检查医院消毒管理组织与消毒隔离制度建立完善和执行情况、医疗卫生人员接受消毒技术培训情况，定期开展消毒与灭菌效果检测情况，消毒产品进货检查验收、使用和管理情况。

**（四）医疗废物处置**

**1.检查对象：**

辖区内全部一级及以上医疗机构、门诊部以上社会办医疗机构、疾病预防控制机构及采供血机构；不少于30%的其他医疗机构。

**2.检查内容：**

一级及以上医疗机构、门诊部以上社会办医疗机构、疾病预防控制机构及采供血机构重点检查医疗废物分类收集、医疗废物内部运送和交接登记、医疗废物暂时贮存、是否将医疗废物混入生活垃圾或者一次性输液袋（瓶）等其他废物、医疗废物集中收运频次等医疗废物管理工作情况。其他医疗机构重点检查集中处置情况，包括将医疗废物交于哪家单位再转交集中处置单位，采用何种自行运送工具和方式，是否做好交接登记等。有条件的区县利用移动执法平台系统，对设有床位的一级及以上综合性医疗机构和社会办综合性医院开展医疗废物管理监督量化评估。

**（五）病原微生物实验室生物安全管理**

2014年实验室生物安全继续实施风险分类监管。各区县根据实际情况，将辖区内病原微生物实验室分为重点监管的二级实验室、一般监管的二级实验室以及一级实验室三个风险级别来开展2014年病原微生物实验室生物安全的日常监管工作。

**1.检查对象：**

各区县可以根据辖区内实验室的基本情况安排实验室生物安全日常监管工作，但应确保重点监管实验室一年不少于2次监督检查，一般监管实验室一年不少于1次监督检查，一级实验室一年监督检查覆盖率不低于50%。

**2.检查内容：**

对实验室备案、生物安全制度及实验档案建立情况、人员培训考核情况、生物安全柜维护使用、菌（毒）种样本采集运输和贮存情况等开展全面的监督检查。

**（六）基层医疗机构污水处理**

**1.检查对象：**

辖区内全部社区卫生服务中心、分中心、门诊部；不少于30%的口腔诊所、社区卫生服务站、村卫生室、其他类别诊所等。

**2.检查内容：**

依据《消毒管理办法》、《基层医疗机构医院感染管理基本要求》（国卫办医发[2013]40号）、《医疗机构水污染物排放标准》（GB18466-2005）等要求，依法开展基层医疗机构污水处理专项监管。开展基层医疗机构医院污水处理现况调查，加强医疗机构污水规范化处理培训指导和宣传，重点检查医疗机构污水处理制度建立与落实、污水处理设施建设与运行、污水处理方法、处理效果、排放情况等工作。

二、工作要求

1.各区县要根据传染病发生、流行的特点，有针对性地开展监督检查。冬春季节重点加强对呼吸道传染病疫情报告及控制、预防接种、医疗废物处置等的监督检查，夏秋季节重点加强肠道传染病疫情报告及控制、消毒隔离等监督检查。

2.各区县在全面组织开展监督检查的同时，应当将2013年不合格单位及问题突出单位作为重点，要着力加强对容易造成传染病传播的相关机构重点部门的关键环节的监督检查，加大执法力度，对违法行为依法严肃查处，并及时复查整改落实情况，重大案件要及时向我委报告。

3.各区县请于2014年11月10日前将附表1-13及工作总结以书面版（加盖公章）和电子版报送至市卫生局卫生监督所。市卫生局卫生监督所请于2014年11月20日前将本市传染病防治重点监督检查工作总结及汇总表以书面版（加盖公章）和电子版报送我委。

联 系 人：市卫生计生委综合监督处 张震巍

联系电话：23117904 邮箱：jdc@smhb.gov.cn

联 系 人：市卫生局卫生监督所 秦婉婉 秦晓东

联系电话：33976203 33976205 邮箱：qinwanwan@hs.sh.cn

附表：1.2014年预防接种工作监督检查情况汇总表

2.2014年传染病疫情报告工作监督检查情况汇总表

3.2014年传染病疫情控制工作监督检查情况汇总表

4.2014年消毒隔离制度执行情况监督检查情况汇总表

.盖督范位5.2014年医疗卫生机构医疗废物处置监督检查情况汇总表

6.2014年病原微生物实验室生物安全监督检查情况汇总表

7.2014年传染病防治监督检查存在问题单位查处情况统计表

8.2014年传染病防治监督检查存在问题单位查处情况汇总表

9.基层医疗机构污水处理监督检查汇总表

10.无污水处理设施的基层医疗机构汇总表

11.基层医疗机构污水处理查处情况汇总表

12.基层医疗机构污水处理存在问题单位一览表

13.2014年传染病防治重点监督检查行政处罚情况汇总表

附表1

**2014年预防接种工作监督检查情况汇总表**

区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位类别** | | **检查**  **单位数** | **具有合法资质的接种单位数** | **持有接种人员上岗证的单位数** | **在接种场所的显著位置公示第一类疫苗的品种和接种方法的单位数** | **开展接种前告知和询问的单位数** | **第二类疫苗进货渠道符合《条例》要求的单位数** | **购进、使用的疫苗索证的单位数** | **按照计划分发第一类疫苗到下级疾控机构或接种单位、乡级医疗卫生机构的单位数** | **建立并保存疫苗购进、分发、供应记录的单位数** |
| **医疗机构（设有预防接种单位）** | **三级医院** |  |  |  |  |  |  |  | **＿** |  |
| **二级医院** |  |  |  |  |  |  |  | **＿** |  |
| **其他医疗机构** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **疾病预防控制机构** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：检查依据《传染病防治法》、《疫苗流通和预防接种管理条例》等。

填表人： 联系电话： 填表日期： 审核人： 单位负责人（签字）：

附表2

**2014年传染病疫情报告工作监督检查情况汇总表**

区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位类别** | **检查单位数** | **建立疫情报告制度并有专人负责的单位数** | **设有疫情登记记录的单位数** | **实现网络直报的单位数** | **开展疫情报告自查的单位数** | **未按照规定报告传染病的单位数** | **未按照规定报告传染病病例数** | **有疫情审核记录和疫情分析报告的单位数** |
| **三级医院** |  |  |  |  |  |  |  | **—** |
| **二级医院** |  |  |  |  |  |  |  | **—** |
| **其他医疗机构** |  |  |  |  |  |  |  | **—** |
| **采供血机构** |  |  |  |  |  |  |  | **—** |
| **疾病预防控制机构** |  |  |  |  | **—** |  |  |  |
| **合 计** |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.检查依据《传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》等。

2.发现的未按照规定报告传染病病种及数量：结核病 例，乙肝 例，人感染H7N9禽流感 例，其他 例。

填表人： 联系电话： 填表日期： 审核人： 单位负责人（签字）：附表3

**2014年传染病疫情控制工作监督检查情况汇总表**

区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位类别** | **检查单位数** | **检查单位中设置感染性疾病科（二级以上综合医院）或传染病分诊点（其他医疗机构）的单位数** | **建立落实预检分诊制度的单位数** | **设置对传染病病人及疑似病人采取隔离控制措施的场所的单位数** | **对传染病病原体污染场所、物品以及医疗废物实施消毒或者无害化处置并有工作记录的单位数** | **个人防护符合要求的单位数** |
| **三级医院** |  |  |  |  |  |  |
| **二级医院** |  |  |  |  |  |  |
| **其他医疗机构** |  |  |  |  |  |  |
| **合 计** |  |  |  |  |  |  |

注：检查依据《传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《医疗卫生机构传染病预检分诊管理办法》等。

填表人： 联系电话： 填表日期： 审核人： 单位负责人（签字）：

附表4

**2014年消毒隔离制度执行情况监督检查情况汇总表**

区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位类别** | **检查单位数** | **设置消毒管理组织单位数** | **开展消毒技术培训的单位数** | **定期开展消毒与灭菌效果监测的单位数** | **开展消毒产品进货检查验收和使用管理的单位数** |
| **三级医院** |  |  |  |  |  |
| **二级医院** |  |  |  |  |  |
| **其他医疗机构** |  |  |  |  |  |
| **采供血机构** |  |  |  |  |  |
| **疾病预防控制机构** |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |

注：检查依据《传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《消毒管理办法》等。

填表人： 联系电话： 填表日期： 审核人： 单位负责人（签字）：

附表5

**2014年医疗卫生机构医疗废物处置监督检查情况汇总表**

区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位类别** | **检查单位数** | **建立管理制度并有专（兼）职人员管理的单位数** | **分类**  **收集**  **单位数** | **使用专用包装物及容器的单位数** | **有登记记录的单位数** | **暂时贮存设施（暂存点）符合规定的单位数** | **暂时贮存时间不超过2天的单位数** | **运送工具的消毒和清洁符合要求的单位数** | **个人防护符合要求的单位数** | **开展培训的单位数** | **实行集中处置的单位数** | **需要医疗卫生机构代收后集中处置的单位数** | **自行处置设施、方法符合要求的单位数** |
| **三级医院** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **二级医院** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **其他医疗机构** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **采供血**  **机构** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **疾病预防 控制机构** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合 计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.检查依据《传染病防治法》、《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》、《医疗废物管理行政处罚办法》等。

2.本省医疗废物集中处置单位数 、医疗废物设计处理能力 吨/日、2013年实际处理医疗废物 吨。

2.数物机构填表人： 联系电话： 填表日期： 审核人： 单位负责人（签字）：

附表6

**2014年病原微生物实验室生物安全监督检查情况汇总表**

区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位类别** | **辖区内实验室数** | **检查实验室数** | **以下检查项合格的实验室数** | | | | | | | | | | |
| **一、二级实验室经备案** | **三、四级实验室持有《高致病性病原微生物实验室资格证书》** | **明显位置标示符合规定的生物危险标识和生物安全实验室级别标志** | **建立生物安全责任制、管理制度和突发事件应急预案** | **建立生物安全操作规程** | **有生物安全工作自查记录** | **有工作人员培训、考核记录** | **发生病原微生物被盗、被抢、丢失、泄露按规定报告的\*** | **发生实验室感染和高致病性病原微生物泄露按规定报告并采取控制措施的\*** | **按规定建立实验档案** | **菌（毒）种保存符合规定** |
| **三级医院** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **二级医院** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **其他医疗机构** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **采供血机构** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **疾病预防 控制机构** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合 计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.检查依据：《传染病防治法》、《病原微生物实验室生物安全管理条例》、《人间传染的病原微生物菌（毒）种保藏机构管理办法》等。

2.\*未发生过上述事件的，此项视为合格。

填表人： 联系电话： 填表日期： 审核人： 单位负责人（签字）：

附表7

**2014年传染病防治重点监督检查问题单位查处情况统计表**

区（县） 单位（盖章）：

| 项目 | 单位类别 | 检查  单位数 | 发现违法  行为单位数 | 责令整改数 | 发卫生监督意见书单位数 | 行政处罚 | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 立案数 | 一般程序案件数 | 简易程序案件数 | 警告单位数 | 罚款单位数 | 罚款（元） | 其他 |
| 预防接种 | 小计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 省级疾控机构 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 区县级疾控机构 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 三级医院（设有预防接种单位） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 二级医院（设有预防接种单位） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 社区卫生服务中心、乡镇卫生院（设有预防接种单位） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 传染病疫情报告 | 小计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 三级医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 二级医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 乡镇卫生院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 社区卫生服务中心/站 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他医疗机构 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 采供血机构 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 疾病预防控制机构 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 传染病疫情控制 | 小计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 三级综合医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 三级专科医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 二级综合医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 二级专科医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他医疗机构 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 消毒隔离制度执行情况 | 小计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 三级医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 二级医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 乡镇卫生院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 社区卫生服务中心/站 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 民营医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 美容门诊部、美容诊所 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口腔门诊部、口腔诊所 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他医疗机构 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医疗废物处置 | 小计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 三级医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 二级医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 乡镇卫生院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 社区卫生服务中心/站 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他医疗机构 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 疾病预防控制机构 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 采供血机构 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 病原微生物实验室生物安全 | 小计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 三级医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 二级医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他医疗机构 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 省级疾控机构 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 区县级疾控机构 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 采供血机构 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话： 填表日期： 审核人： 单位负责人（签字）：

附表8

**2014年传染病防治重点监督检查问题单位查处情况汇总表**

区（县） 单位（盖章）：

| 项目 | 辖区内单位数 | 检查单位数 | 发现违法行为单位数 | 责令整改数 | 发卫生监督意见书单位数 | 行政处罚 | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 立案数 | 简易程序案件数 | 一般程序案件数 | 警告单位数 | 罚款单位数 | 罚款（元） | 其他 |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 三级医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 二级医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 一级医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 民营医院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 疾病预防控制中心 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 采供血机构 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他医疗机构 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话： 填表日期： 审核人： 单位负责人（签字）：

附表9

**基层医疗机构污水处理监督检查汇总表**

区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构类别 | 辖区医疗机构数 | 检查单位数 | 建立污水处理管理制度的单位数 | 配备医疗污水处理兼职人员的单位数 | 设有污水处理设施的单位数 | 污水处理设施正常运转的单位数 | 使用含氯消毒剂对医疗污水进行消毒的单位数 | 污水排入城镇污水处理系统的单位数 | 污水直接排入地表水的单位数 | 无污水处理设施的单位数 | 有20张床位以上医疗机构的检查单位数 | 20张床位以上医疗机构对污水消毒效果监测符合要求单位数 |
| 社区卫生服务中心 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 社区卫生服务分中心 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口腔门诊部 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / | / |
| 综合门诊部 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / | / |
| 口腔诊所 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / | / |
| 社区卫生服务站 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / | / |
| 村卫生室 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / | / |
| 其他 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话： 填表日期： 审核人： 单位负责人（签字）：

附表10

**无污水处理设施的基层医疗机构汇总表**

区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 检查单位数 | 无污水处理设施的单位数 | 已整改到位的单位数 | 承诺年内整改到位的单位数 | 2014年内无法整改到位的单位数 |
| 社区卫生服务中心 |  |  |  |  |  |
| 社区卫生服务分中心 |  |  |  |  |  |
| 口腔门诊部 |  |  |  |  |  |
| 综合门诊部 |  |  |  |  |  |
| 口腔诊所 |  |  |  |  |  |
| 社区卫生服务站 |  |  |  |  |  |
| 村卫生室 |  |  |  |  |  |
| 其他 |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话： 填表日期： 审核人： 单位负责人（签字）：

附表11

**基层医疗机构污水处理监督查处情况汇总表**

区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构类别 | 检查单位数 | 存在问题单位数 | 书面责令整改书数 | 发出卫生监督意见书数 | 立案单位数 | 行政处罚 | | |
| 警告单位数 | 罚款单位数 | 罚款（元） |
| 社区卫生服务中心 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 社区卫生服务分中心 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口腔门诊部 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 综合门诊部 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口腔诊所 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 社区卫生服务站 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 村卫生室 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话： 填表日期： 审核人： 单位负责人（签字）：

附表12

**基层医疗机构污水处理存在问题单位一览表**

区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | 医疗机构类别 | 存在具体问题 | 整改情况 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

填表人： 联系电话： 填表日期： 审核人： 单位负责人（签字）：

附表13

**2014年传染病防治重点监督检查行政处罚情况汇总表**

区（县） 单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗**  **卫生**  **机构** | **辖区内**  **单位数** | **违法行为查处情况** | | | | | | | | | | | |
| **查处**  **案件数**  **（件）** | **案由\*** | | | | | | **处理结果** | | | | |
| **A**  **（件）** | **B**  **（件）** | **C**  **（件）** | **D**  **（件）** | **E**  **（件）** | **F**  **（件）** | **警告**  **（户）** | **责令改正（户）** | **没收违法所得**  **（万元）** | **罚款**  **（户次）** | **罚款金额**  **（万元）** |
| **三级医院** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **二级医院** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **其他医疗机构** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **采供血机构** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **疾病预防**  **控制机构** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：**\***A违反预防接种有关规定；B违反传染病疫情报告有关规定；C违反传染病疫情控制有关规定；D违反消毒隔离有关规定；E违反医疗废物处置有关规定；F违反病原微生物实验室生物安全管理有关规定。

填表人： 联系电话： 填表日期： 审核人： 单位负责人（签字）：