

郑州市二七区卫生和计划生育委员会文件

二七卫计〔2018〕153号

郑州市二七区卫生和计划生育委员会 关于印发二七区新生儿先天性心脏病筛查项目 实施方案（试行）的通知

各项目单位，区妇幼保健所：

现将《二七区新生儿先天性心脏病筛查项目工作方案（试行）》印发给你们，请参照执行。



二七区新生儿先天性心脏病筛查 项目工作方案（试行）

为帮助先天性心脏病患儿得到早期发现、早期诊断、及时治疗，按照《郑州市新生儿先天性心脏病筛查项目工作方案(试行)》的具体要求，促进新生儿先天性心脏病筛查项目在全区顺利开展，特制定本方案。

一、项目目标

推广新生儿先天性心脏病筛查适宜技术，尽早发现先天性心脏病患儿，及时诊断和治疗。

二、项目对象

具有郑州市户籍，出生 6-72 小时的新生儿。

三、项目内容

（一）开展健康教育

通过电视、网络、微信、微博等多种途径，开展多种形式的健康教育活动，宣传先天性心脏病的危害以及早筛查、早诊断、早干预的重要性，提高患儿家长对新生儿先天性心脏病筛查、诊断、治疗的知晓度和接受度。

（二）开展新生儿先天性心脏病筛查、诊断和治疗

采用听诊器和经皮脉搏血氧饱和度测定仪对出生后 6-72 小时的新生儿进行心脏杂音听诊和经皮脉搏血氧饱和度测定，对筛查阳性患儿进一步明确诊断，对确诊患儿进行治疗。

（三）开展质量控制与评估

组织开展项目督导和效果评估，了解新生儿先天性心脏病筛查开展情况。

四、实施原则

（一）知情选择原则

新生儿先天性心脏病筛查要充分尊重监护人意愿，维护群众合法权益，在知情同意的基础上自愿选择服务。

（二）义务告知原则

承担筛查服务的医疗保健机构及医务人员，应履行主动告知监护人先天性心脏病筛查的义务，宣传普及相关知识。

（三）规范服务原则

严格按照《河南省新生儿先天性心脏病筛查技术规范》要求提供服务。

（四）信息保密原则

项目单位要尊重被服务者的隐私权及知情权，不得向无关人员透露被服务者的相关信息和筛查结果，法律法规另有规定的除外。

五、项目实施流程

（一）筛查

二七辖区筛查机构：

郑大一附院、省妇幼保健院、郑大五附院、郑州市二院、郑州市六院。

筛查机构在获得监护人知情同意后，通过心脏听诊和经皮脉搏血氧饱和度测定，对出生后 6-72 小时的新生儿进行先天性心脏病筛查。对筛查阳性者，及时通知监护人，告知 1 周内转诊至新生儿先天性心脏病诊断机构，并将相关信息报送至二七区项目办。

（二）诊断

二七辖区诊断机构：郑大一附院、省妇幼保健院、郑大五附院。

新生儿先天性心脏病诊断机构对筛查阳性患儿进行超声心动图诊断，出具《超声心动图诊断报告单》并解释诊断结果。诊断阳性者转诊至新生儿先天性心脏病治疗机构，并将相关信息报送至二七区项目办及患儿筛查机构。

（三）治疗

二七辖区治疗机构：郑大一附院、省妇幼保健院、郑大五附院。

为确诊患儿治疗，或提出可行的指导建议，并将相关信息报送至二七区项目办及患儿筛查机构。

（四）随访

二七区妇幼保健所为二七区项目管理机构，督促筛查机构做好阳性患儿的随访工作。

六、项目组织管理

（一）成立项目领导组织

1. 成立工作领导小组

二七区辖区卫生计生系统是筛查技术服务的主要承担部门。为加强对先心病筛查工作的统筹协调和组织领导，确保此项工作落到实处，成立二七区新生儿先天性心脏病工作领导小组，并下设办公室负责项目工作的日常管理。

2. 组建技术指导组

为加强对先心病筛查的技术指导，成立项目工作技术指导组，协助二七区先心病工作领导小组，制定二七区先心病筛查工作的实施方案，开展技术指导、业务培训、绩效评价、质控督导等工作。

（二）明确项目工作职责

1. 二七区卫生计生行政部门负责组织本辖区项目工作的具体实施、宣传动员、质控和监督指导，并协调财政部门为项目实施提供必要经费支持；根据《河南省新生儿先天性心脏病筛查项目技术规范》具体要求，做好辖区内新生儿先天性心脏病筛查机构、诊断机构和治疗机构向上级上报备案等工作。

2. 区妇幼保健所为项目管理机构，成立项目办公室，明确专人负责，在区卫生计生行政部门的领导下，接受上级技术指导组的指导，做好辖区内新生儿先天性心脏病筛查项目管理，并参与项目监督与评估。

3. 新生儿先天性心脏病筛查机构：负责做好筛查前宣传教育；遵循知情同意原则，规范开展筛查工作；向监护人出具筛查

结果并做好解释，负责对本机构筛查阳性者随访并转诊至诊断机构，同时将相关信息上报至二七区项目办；负责录入信息系统及相关信息的报送。

4. 新生儿先天性心脏病诊断机构：负责接受先天性心脏病筛查阳性新生儿转诊，对筛查阳性者进行超声心动图诊断；对本机构确诊患儿及时转诊至治疗机构，并向项目办及患儿筛查机构反馈诊断结果；负责录入信息系统及相关信息的报送。

5. 新生儿先天性心脏病治疗机构：负责接受确诊患儿，对本机构确诊患儿进行评估、治疗，向项目办及患儿筛查机构反馈治疗结果；负责录入信息系统及相关信息的报送。

（三）信息报送

新生儿先天性心脏病筛查、诊断、治疗机构要按照新生儿先天性心脏病筛查项目信息要求填报相关信息，并于每年 10 月 5 日、1 月 5 日、4 月 5 日、7 月 5 日前向二七区项目办上报项目进展报告。

信息系统登录网址：<http://www.nchd.org.cn/>

APP 下载链接：<http://www.nchd.org.cn/appdown/app.apk>

二七区项目办每年 10 月 10 日、1 月 10 日、4 月 10 日、7 月 10 日前向市级项目办提交项目上季度进展报告；

七、项目监督与评估

项目实行逐级监督指导与评估，区卫生计生行政部门及项目办定期组织项目实施情况的督导和质量评估（市级每年度至少 1

次，区级每年度至少2次），针对项目实施过程中出现的问题研究解决办法，保证项目实施效果。

质控评价指标包括：

- (一) 筛查率=实际筛查的新生儿人数/当年活产数×100%；
- (二) 筛查阳性率=筛查阳性的新生儿人数/实际筛查的新生儿数×100%；
- (三) 转诊到位率=转诊到位新生儿数/阳性转诊数×100%；
- (四) 筛查阳性心脏超声检查率=心脏超声检查数/筛查阳性的新生儿数×100%；
- (五) 阳性确诊率=确诊为先天性心脏病的患儿数/筛查阳性的新生儿数×100%；
- (六) 先天性心脏病发病率=当年确诊先天性心脏病患儿数/当年活产数×100%；
- (七) 死亡率=当年先天性心脏病死亡数/当年活产数×100%。

附件：1. 郑州市二七区新生儿先天性心脏病筛查领导小组名单

- 2. 郑州市二七区新生儿先天性心脏病筛查技术指导组成员名单
- 3. 河南省新生儿先天性心脏病筛查试点项目技术规范（试行）
- 4. 郑州市新生儿先天性心脏病筛查项目诊断机构名单
- 5. 郑州市新生儿先天性心脏病筛查知情同意书

6. 郑州市新生儿先天性心脏病筛查登记本
7. 新生儿先天性心脏病筛查阳性转诊单
8. 郑州市新生儿先天性心脏病筛查阳性转诊登记本
9. 郑州市新生儿先天性心脏病诊断登记本
10. 新生儿先天性心脏病诊断阳性转治单
11. 郑州市新生儿先天性心脏病诊断阳性转治登记本
12. 郑州市新生儿先天性心脏病治疗登记本

附件 1

二七区新生儿先天性心脏病筛查 领导小组成员名单

一、领导小组

组 长：	王章正	二七区卫生计生委主任
副组长：	赵红霞	二七区卫生计生委副主任
成 员：	蒋秀娟	二七区卫计委妇幼科负责人
	耿 雪	二七区卫生计生委医政科负责人
	赵继文	二七区卫生计生委农卫科负责人
	崔开云	二七区卫生计生委财务科负责人
	张丽娜	二七区卫生计生委宣传科负责人
	张丽娟	二七区卫生计生委社区科负责人

二、领导小组办公室

办公室主任	边东亮	区妇幼保健所所长
办公室副主任	蒋秀娟	区卫生计生委妇幼科科长
	武英杰	区妇幼保健所副所长
	杨 华	区妇幼保健所项目办主任

附件 2

二七区新生儿先天性心脏病筛查 技术指导组成员名单

组 长：	边东亮	区妇幼保健所所长
副组长：	杨 华	区妇幼保健所项目办主任
成 员：	程秀永	郑大一附院新生儿科副主任
	张 茜	郑大一附院新生儿科副主任
	吉 玲	省妇幼保健院新生儿科主任医师
	董慧芳	省妇幼保健院 新生儿科副主任医师
	郭信长	郑大五附院儿科/新生儿科主任医师
	王志斌	郑大一附院心血管外科副主任医师
	范顺阳	省妇幼保健院 心脏外科 主任医师
	杨玉齐	省妇幼保健院心脏外科副主任医师
	高兴才	郑大五附院心胸外科主任医师
	薛亦白	郑大五附院心胸外科副主任医师
	赵先兰	郑大一附院产科主任
	许雅娟	省妇幼保健院产科主任医师
	杨培峰	省妇幼保健院产科副主任医师
	付建红	郑大五附院产科主任医师
	张瑞芳	郑大一附院超声科主任

吴娟 省妇幼保健院超声科副主任医师
刘云 省妇幼保健院超声科副主任医师
杨青 郑大五附院超声科主任医师

附件 3

河南省新生儿先天性心脏病筛查 试点项目技术规范（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

项目试点地区卫生计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. 信息管理人员：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患儿的心脏重症监护室至少 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

计算机及接驳网络	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
计算机及接驳网络	数据管理（保留结果原始数据）

二、机构职责

(一) 筛查机构

- 严格按照《河南省新生儿先天性心脏病筛查项目工作方案》要求，加强对新生儿先天性心脏病筛查工作的管理。
- 建立各种筛查规章制度，遵守技术操作常规。
- 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。
- 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，负责转诊至治疗机构。
- 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

- 严格按照《河南省新生儿先天性心脏病筛查项目工作方案》要求，加强对新生儿先天性心脏病筛查工作的管理。

案》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，负责转至治疗机构。
4. 进行新生儿先天性心脏病诊断信息登记、上报。

（三）医疗机构

1. 严格按照《河南省新生儿先天性心脏病筛查项目工作方案》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。
4. 进行新生儿先天性心脏病治疗信息登记、上报。

（四）随访机构

1. 严格按照《河南省新生儿先天性心脏病筛查项目工作方案》要求，加强对新生儿先天性心脏病治疗工作的管理。
2. 建立各种随访规章制度，收集、整理本辖区筛查机构阳性患儿信息。
3. 督促阳性患儿在规定的时间内完成转诊、治疗等工作，追踪治疗后患儿情况。
4. 进行新生儿先天性心脏病信息上报。

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计生行政部门指定的新生儿先天性心脏病诊断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

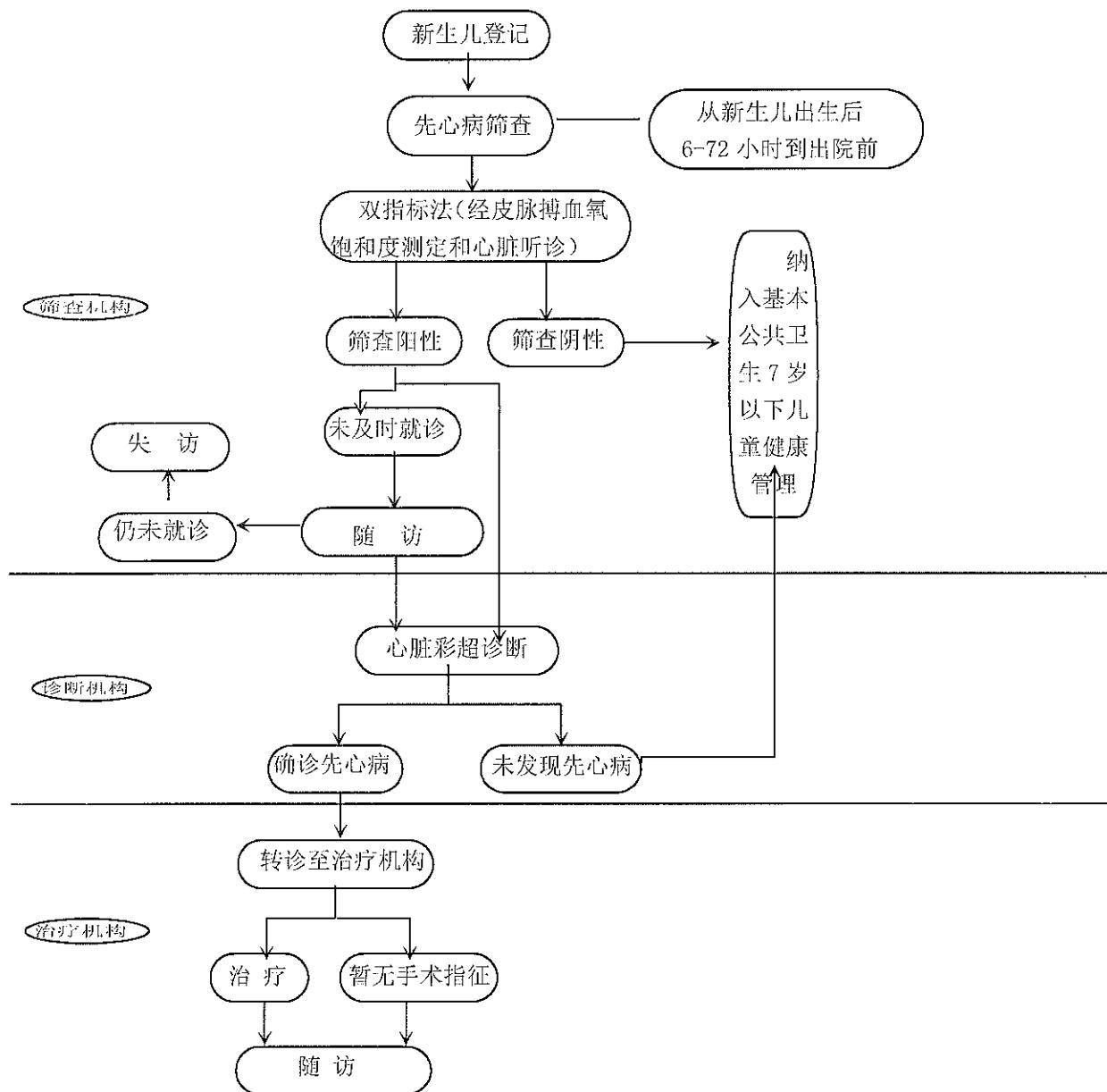
筛查机构、诊断机构、治疗机构负责将阳性患儿和暂无手术指征患儿的信息上报至患儿筛查机构所在地项目管理机构，项目管理机构负责阳性患儿随访工作。

四、质量控制

卫生计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、诊断机构及治疗机构进行监督检查，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、诊断和治疗机构要求填报相关信息，做好信息管理工作，并接受上级机构的监督指导。

五、筛查流程图



注：筛查机构负责阳性患儿的随访工作

附件 4

郑州市新生儿先天性心脏病诊断机构名单

县(区)名称	机构名称	备注
金水区	河南省人民医院	
	河南省胸科医院	
	郑州大学第二附属医院	
	郑州大桥医院	
	郑州人民医院	“先心筛查”诊断机构
	郑州第九人民医院	
	郑州市妇幼保健院	
	郑州儿童医院	
中原区	金水区总医院	
	河南省直第三人民医院	
	中国人民解放军第 153 中心医院	
	郑州市妇幼保健院秦岭院区	
	郑州市中心医院	“先心筛查”诊断机构
二七区	郑州市中医院	
	河南省妇幼保健院	“先心筛查”诊断机构
	郑大一附院	
	郑大五附院	

管城区	郑州市第一人民医院 郑州市第三人民医院	“先心筛查” 诊断机构
惠济区	惠济区人民医院	“先心筛查” 诊断机构
上街区	郑州市第十五人民医院	“先心筛查” 诊断机构
高新区	郑州市中心医院（高新区）	“先心筛查” 诊断机构
经开区	郑州市第七人民医院	“先心筛查” 诊断机构
航空港区	河南省省立医院	“先心筛查” 诊断机构
郑东新区	郑大一附院 郑州市儿童医院	“先心筛查” 诊断机构
新密市	新密市妇幼保健院 新密市第一人民医院 新密市中医院	“先心筛查” 诊断机构
荥阳市	荥阳市妇幼保健院 荥阳市人民医院	“先心筛查” 诊断机构
登封市	登封市妇幼保健院 登封市人民医院 登封市中医院 郑州市第十六人民医院	“先心筛查” 诊断机构
中牟县	中牟县妇幼保健院 中牟县人民医院 中牟县中医院 中牟县第二人民医院	“先心筛查” 诊断机构

新郑市	新郑市公立人民医院	“先心筛查”诊断机构
	新郑市人民医院	
	新郑市第二人民医院	
	新郑市中医院	
	河南医学高等专科学校附属医院	

附件 5

新生儿先天性心脏病筛查知情同意书

新生儿姓名_____性别_____出生日期_____住院病历号_____

新生儿先天性心脏病筛查是新生儿时期对先天性心脏病实施的专项检查。新生儿出生后 6~72 小时期间，采用简单易行、无创伤性的两项指标进行筛查，即心脏杂音听诊和脉搏血氧饱和度测定。筛查结果分为阳性和阴性两种。筛查阳性者，应当及时转诊至新生儿先天性心脏病诊断中心或新生儿先天性心脏病评估治疗中心接受超声心动图检查，确诊为先天性心脏病的患儿应当及时接受进一步的评估和治疗。由于疾病的复杂性和筛查技术的限制，少部分孩子可能出现筛查结果假阴性的情况（即患有先天性心脏病但筛查结果阴性），因此，建议所有筛查结果阴性者，除了常规体检之外，平时需注意孩子是否存在呼吸急促、紫绀、多汗、反复肺炎、体重不增加等情况，如果有这些情况，及时将情况反馈给医生接受进一步检查。

知情选择

(1) 我已充分了解该项筛查的性质、目的、必要性、风险性和费用，理解筛查存在假阳性和假阴性的结果，对其中的疑问已经得到医务人员的解答。

我同意我监护的孩子接受新生儿先天性心脏病筛查。

监护人(签名): _____ 日期: ____ 年 ____ 月
____ 日

身份证号码(母亲): _____

电话: _____ 通讯地址: _____

(2) 我不同意我监护的孩子接受新生儿先天性心脏病筛查，我已被告知延误诊断先天性心脏病可能导致的不良后果。

监护人(签名): _____ 日期: ____ 年 ____ 月 ____ 日

筛查技术人员陈述

我已告知上述新生儿监护人先天性心脏病筛查的性质、目的、必要性、风险性和费用，并且解答了相关问题。

筛查技术人员(签名): _____ 日期: ____ 年 ____ 月 ____ 日

郑州市新生儿先天性心脏病筛查登记本

筛查机构：_____

登记时间：_____

序号	婴儿	性别	婴儿	母亲	母亲		心脏杂音	血氧饱和度值	筛查结果	筛查日期	筛查医师
	姓名	状态*	出生日期	姓名	身份证号	阴性	阳性	阴性	阳性		

*婴儿状态填写：正常、拒绝筛查、重症转诊、活产死亡。

说明：筛查结果异常判定标准：(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)

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。

附件7

新生儿先天性心脏病筛查阳性转诊单存根

新生儿先天性心脏病筛查阳性转诊单

婴儿_____于____年____月____日在_____医院接受了新生儿先天性心脏病筛查，经评

估婴儿存在以下风险，建议于7日内至_____医院进行先天性心脏病诊断：

心脏杂音： 无 一级 二级 三级

四级 五级 六级

右手血氧饱和度：_____

任意脚血氧饱和度：_____

婴儿监护人（签字）：

监护人联系电话：

转诊医师（签字）：

转诊日期：

（左联服务机构留存，右联交至服务对象）

婴儿_____于____年____月____日在_____医院：

接受了新生儿先天性心脏病筛查，经评估婴儿存在以下风险，现转诊到你院进行先天性心脏病诊断：

心脏杂音： 无 一级 二级 三级

四级 五级 六级

右手血氧饱和度：_____

任意脚血氧饱和度：_____

转诊医疗机构（盖章）：

转诊医师（签字）：

转诊日期：

郑州市新生儿先天性心脏病筛查
阳性转诊登记本

筛查机构：_____

登记时间：_____

筛查序号	婴儿姓名	民族	详细地址	联系人与婴儿关系	联系方式	转诊医疗机构	转诊医师签名

郑州市新生儿先天性心脏病诊断登记本

诊断机构：_____

登记时间：_____

序号	婴儿姓名	性别	出生日期	母亲身份证号	诊断信息	诊断结果	诊断日期	诊断医师签字
----	------	----	------	--------	------	------	------	--------

注：“诊断信息”填写正常、动脉导管未闭 PDA、房间隔缺损 ASD、室间隔缺损 VSD、肺动脉瓣狭窄 PS、法洛四联症 TOF、复杂性先天性心脏病 CCHD、卵圆孔未闭 PFO、其他心脏病等。

“诊断结果”填写未发现心脏问题、发现心脏问题、心脏问题待确认。

附件 10

新生儿先天性心脏病诊断阳性转治单存根

婴儿 _____ 于 _____ 年 _____ 月 _____ 日在

_____ 医院接受了新生儿先天性心脏病诊断，经评估

婴儿存在以下风险，建议至 _____ 医院进行先天

性心脏病评估、治疗：

动脉导管未闭 PDA

房间隔缺损 ASD

室间隔缺损 VSD

肺动脉瓣狭窄 PS

法洛四联症 TOF

复杂性先天性心脏病 CCHD

先天性卵圆孔未闭 PFO

其他心脏病：_____

婴儿监护人（签字）：

婴儿 _____ 于 _____ 年 _____ 月 _____ 日 在

_____ 接受了新生儿先天性心脏病诊断，经评

估婴儿存在以下风险，现转诊到你院进行先天性心脏病评

估、治疗：

动脉导管未闭 PDA

房间隔缺损 ASD

室间隔缺损 VSD

肺动脉瓣狭窄 PS

法洛四联症 TOF

复杂性先天性心脏病 CCHD

先天性卵圆孔未闭 PFO

其他心脏病: _____

诊断医疗机构（盖章）：

诊断医师（签字）：

诊断日期：

郑州市新生儿先天性心脏病
诊断阳性转治登记本

诊断机构：_____

登记时间：_____

诊断序号	婴儿姓名	诊断信息	诊断结果	联系人	联系人与婴儿关系	联系方式	转治医疗机构	诊断医师签名

郑州市新生儿先天性心脏病治疗登记本

治疗机构: _____

登记时间: _____

序号	婴儿姓名	母亲身份证号	联系方式	评估日期	评估结果	是否手术	手术类型	结 果	治疗医师签字

注：“评估结果”填写：维持原诊断、修正诊断。

“手术类型”填写：开胸手术、经导管介入、镶嵌治疗。

“结果”填写：治愈、好转、未愈、死亡、自动出院、其他。

郑州市二七区卫生和计划生育委员会办公室 2018年12月20日印发