

2025 年石狮市医疗卫生机构传染病防治 随机监督检查计划

一、监督检查对象

国家随机监督检查到的医疗机构、采供血机构和疾病预防控制中心。其中对上一年度传染病防治分类监督综合评价为重点监督单位的 100%检查。

二、工作要求

（一）要高度重视医疗卫生机构传染病防治国家随机监督检查工作，健全完善监督检查底档数据，结合我市实际制定本辖区工作实施方案并组织实施。医疗卫生机构传染病防治国家随机监督检查工作要与医疗卫生机构传染病防治分类监督综合评价工作相结合，抽到的单位采取分类监督综合评价方式进行检查。要将综合评价结果纳入日常管理措施中，与医疗机构不良行为记分、等级评审、校验等相衔接。

（二）要切实加强上报数据信息的审核，保证数据信息项目齐全、质量可靠，于 2025 年 11 月 5 日前完成医疗卫生机构传染病防治国家随机监督检查工作任务和数据填报工作。表头标记有“★”的汇总表尚不能通过“信息报告系统”填报直接生成，需填报汇总表上报信息。于 2025 年 6 月 5

日、11月5日前将我市医疗卫生机构传染病防治国家随机监督检查抽查工作阶段性工作总结和全年工作总结及其带“★”汇总表报送泉州市疾控中心。

附表：1.2025年医疗卫生机构传染病防治国家随机监督检查汇总表

2.2025年医疗卫生机构传染病防治国家随机监督检查抽检汇总表

3.2025年医疗卫生机构传染病防治国家随机监督检查案件查处汇总表

4.★2025年医疗卫生机构（口腔）传染病防治国家随机监督检查抽检汇总表

5.★2025年医疗卫生机构（口腔）传染病防治国家随机监督检查案件查处汇总表

附表 1

2025 年医疗卫生机构传染病防治国家随机监督检查汇总表

| | | 县（市、区） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--|--|
| | | 监督评价结果 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 监督类别 | | 单位 | | | | | | 综合管理 | | | | | | | | 预防接种管理 | | | | | | | | 法定传染病报告管理 | | | | | | | |
| | | 评价单位 | 优秀单位 | | 合格单位 | | 重点监督 | | 评价单位 | 该项优秀 | | 该项合格 | | 重点监督 | | 评价单位 | 该项优秀 | | 该项合格 | | 重点监督 | | 评价单位 | 该项优秀 | | 该项合格 | | 重点监督 | | | |
| | | 合计（家） | 单位数（家） | 百分率（%） | 单位数(家) | 百分率（%） | 单位数（家） | 百分率（%） | 合计（家） | 单位数（家） | 百分率（%） | 单位数（家） | 百分率（%） | 单位数（家） | 百分率（%） | 合计（家） | 单位数（家） | 百分率（%） | 单位数(家) | 百分率（%） | 单位数（家） | 百分率（%） | 合计（家） | 单位数（家） | 百分率（%） | 单位数（家） | 百分率（%） | 单位数（家） | 百分率（%） | | |
| 总计 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构 | 小计 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 三级 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 二级 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 一级 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基层 (其中诊所) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾控机构 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 采供血机构 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附表 1 续

2025 年医疗卫生机构传染病防治国家随机监督检查汇总表

| 监督类别 | | 监督评价结果 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|--------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | | 传染病疫情控制 | | | | | | 消毒隔离制度执行情况 | | | | | | 医疗废物处置 | | | | | | 病原微生物实验室生物安全 | | | | | | |
| | | 评价单位 | 该项优秀 | | 该项合格 | | 重点监督 | 评价单位 | 该项优秀 | | 该项合格 | | 重点监督 | 评价单位 | 该项优秀 | | 该项合格 | | 重点监督 | 评价单位 | 该项优秀 | | 该项合格 | | 重点监督 | |
| | | 合计 (家) | 单位数 (家) | 百分率 (%) | 单位数 (家) | 百分率 (%) | 单位数 (家) | 百分率 (%) | 合计 (家) | 单位数 (家) | 百分率 (%) | 单位数 (家) | 百分率 (%) | 单位数 (家) | 百分率 (%) | 合计 (家) | 单位数 (家) | 百分率 (%) | 单位数 (家) | 百分率 (%) | 合计 (家) | 单位数 (家) | 百分率 (%) | 单位数 (家) | 百分率 (%) | 单位数 (家) |
| 总计 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构 | 小计 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 三级 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 二级 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 一级 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 基层 (其中诊所) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾控机构 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 采供血机构 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

填表人：

联系电话：

填表日期：

审核人：

附表 2

2025 年医疗卫生机构传染病防治国家随机监督抽检汇总表

县(市、区)

| 监督对象 | 辖区 机构数(家) | 抽检任务 机构数 (家) | 完成抽检机构 数(家) | 抽检件数 | 合格件数 |
|------------------|--------------|--------------------|----------------|------|------|
| 三级医院 | | | | | |
| 二级医院 | | | | | |
| 一级医院 | | | | | |
| 基层医疗机构 (其中诊所) | | | | | |
| | | | | | |
| 合计 | | | | | |

填表单位 (盖章):

填表人：

联系电话:

填表日期:

附表 3

2025 年医疗卫生机构传染病防治国家随机监督抽查案件查处汇总表

_____县（市、区）

| 监督对象 | 辖区 机构数（家） | 检查 机构数 （家） | 抽检任 务机构 数（家） | 发现违 法行为 机构数 （家） | 案 件 数 | 行政 处分 人员数 | 行政处罚单位数 | | | | |
|------------------|--------------|------------------|--------------------|--------------------------|-------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|------------------|----|
| | | | | | | | 吊证 （家） | 警告 （家） | 罚款 （家） | 罚款金 额 （万元） | 其他 |
| 三级医院 | | | | | | | | | | | |
| 二级医院 | | | | | | | | | | | |
| 一级医院 | | | | | | | | | | | |
| 基层医疗机构 （其中诊所） | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 疾控机构 | | | | | | | | | | | |
| 采供血机构 | | | | | | | | | | | |
| 合计 | | | | | | | | | | | |

填表单位（盖章）：

填表人：

联系电话：

填表日期：

附表 4

★2025 年医疗卫生机构（口腔）传染病防治国家随机监督抽检汇总表

_____ 县（市、区）

| 监督对象 | 辖区 机构数（家） | 抽检任务 机构数（家） | 完成抽 检机构 数（家） | 抽 检 件 数 | 牙科综合 治疗台(管 路)治疗用 水项目不 合格件数 | 口腔器械 项目不合 格件数 | 医务人员 手表面项 目不合格 件数 |
|-------------------------|--------------|----------------|--------------------|------------|--|---------------------|----------------------------|
| 三级医院（或口腔科） | | | | | | | |
| 二级医院（或口腔科） | | | | | | | |
| 一级医院（或口腔科） | | | | | | | |
| 基层口腔专科医疗机构 （含门诊部，诊所） | （门诊部） | | | | | | |
| | （诊所） | | | | | | |
| 合计 | | | | | | | |

填表单位（盖章）：填表人：联系电话：填表日期：

