

# 淮安市淮阴区卫生健康委员会 淮安市淮阴区教育体育局

淮卫发〔2024〕18号

## 关于做好 2024 年托幼机构卫生保健工作的 通 知

各卫生健康单位、各托幼机构：

为进一步提高托幼机构卫生保健工作水平，切实加强对全区托幼机构卫生保健工作的监督管理，保障广大儿童身心健康，现就做好 2024 年全区托幼机构卫生保健工作通知如下：

### 一、强化思想认识，不断提升保健服务能力

托幼机构是儿童集体生活和学习的场所，托幼机构卫生保健工作是国家基本公共卫生服务的重要组成部分，做好托幼机构卫生保健工作对有效预防儿童感染性疾病及意外伤害、提高广大儿童的健康水平、增强全民族健康素质具有十分重要的意义。各托幼机构要高度重视卫生保健工作，园

（所）长及相关保健人员要进一步增强做好机构卫生保健工作的责任感和紧迫感，学习贯彻《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》及《托儿所幼儿园卫生保健工作规范》，健全各项卫生保健制度并落实到位。要按“150 名儿童设 1 名专职卫生保健人员”的要求配备卫生保健人员，卫生保健人员上岗前应当接受岗前培训并取得《托幼机构卫生保健人员上岗证》，掌握托幼机构卫生保健基础知识以及卫生消毒、传染病防控和营养膳食管理等技能；保育员应接受基本的卫生保健知识培训；园长全面负责托幼机构卫生保健工作，上岗前须经市级以上妇幼保健机构组织的卫生保健知识培训且考核合格，每年至少参加 1 次区级以上卫生保健培训或例会。通过有计划的业务培训和学习，不断提高卫生保健业务能力。

## **二、规范健康检查，全力促进儿童健康成长**

儿童入托幼机构前，必须到区妇幼保健院进行入园健康体检，合格后方可入园；儿童离开托幼机构 3 个月以上须再次接受健康检查合格方可入园。各托幼机构要和区妇幼保健院、辖区基层医疗机构加强沟通联系，合理安排六一和入园 2 次体检时间，规范完成体检工作，体检发现阳性病例要有《家长告知书》，同时督促家长带儿童到医疗保健机构做进一步检查，并做好统计上报和阳性病例跟踪随访工作。

**（一）做好“六一”儿童健康检查。**按照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》要求，每年免费为 3-6 岁儿童提供一次健康管理服务。2024 年检查时间定于 4-6 月份，4 月

中旬区妇幼保健院组织培训、4月下旬各基层医疗机构进入辖区托幼机构进行体检，体检计划提前一周报至区妇幼保健院群保科，群保科负责现场督查指导，6月底前体检结束。体检情况汇总表和总结纸质材料随6月份妇幼卫生情况月报表一并交区妇幼保健院群保科。服务内容包括询问上次随访到本次随访期间的膳食、患病等情况，进行体格检查和心理行为发育评估、血常规检查和视力筛查，进行合理膳食、生长发育、疾病预防、预防伤害、口腔保健等健康指导。对健康管理中发现的儿童营养性疾病和常见病，托幼机构须督促家长带儿童到医疗保健机构规范诊疗。体检收费项目要有知情同意书，注明收费项目及收费标准。所有体检表格内容要填写齐全，不得有空缺项。各基层医疗机构的体检工作由分管院长牵头，日程安排由托幼机构和基层医疗机构共同协商确定。儿童体检表（江苏省儿童保健手册）必须经主检医生签字、体检机构盖章，整个体检过程由托幼机构协助完成。

**（二）做好儿童入园健康检查。**儿童在入园前须到区妇幼保健院儿童保健科进行体格检查，具体体检时间由托幼机构和体检机构协商确定。体检结果3个月内有效，体检率要保证达到100%。患有传染病的儿童不得入园（所），须到定点医疗单位就诊，治疗痊愈后获得医疗单位健康证明方可入园（所）。区妇幼保健院必须按照《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》中规定的体检项目进行体检，收费标准依据《淮安市医疗服务项目价格目录清单（2020版）》。每年开学时，托幼机构凭儿童体检表、预防接种证明、《江苏省儿

童保健手册》为儿童办理入园手续。

**（三）做好托幼机构工作人员健康检查。**托幼机构工作人员必须每年接受一次健康体检，体检工作由区妇幼保健院统一组织。体检按照《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》规定的健康检查项目进行，依据《淮安市医疗服务项目价格目录清单（2020版）》规定标准收费。胸部 X 线检查为所有教职工每年常规体检的必查项目，食堂工作人员除了在区妇幼保健院取得“托幼机构工作人员健康合格证”外，还需到具有资质的医疗机构进行甲型和戊型肝炎抗体测定，取得“食堂从业人员健康证”方可上岗。在岗工作人员患有精神病者，应当立即调离托幼机构；患有发热、腹泻等症状，流感、活动性肺结核等呼吸道传染性疾病，痢疾、伤寒、甲型病毒性肝炎、戊型病毒性肝炎等消化道传染性疾病，淋病、梅毒、滴虫性阴道炎、化脓性或渗出性皮肤病等疾病者须离岗，治愈后须持治愈证明及托幼机构工作人员健康合格证方可回园（所）工作。各托幼机构要按规定时间组织好在岗工作人员每年一次的健康检查工作，食堂工作人员需要取得区妇幼保健院签发的健康证明和具有资质的医疗机构签发的从业人员健康证明，各托幼机构保健人员要负责本单位职工体检的组织、协调和信息反馈工作，确保在园职工体检率达 100%。

**（四）做好在园儿童眼保健和视力健康检查。**区妇幼保健院、基层医疗机构和各级各类托幼机构要严格按照上级文件精神要求，规范开展托幼机构儿童眼保健和视力检查，将眼部健康数据（包括屈光度、眼轴长度、屈光介质参数等）

录入健康电子档案并及时更新，随入园、入学、转园等实时转移。

### **三、抓好重点工作，持续提高卫生保健工作质量**

**（一）切实加强园内季节性传染病防控工作。**各单位要认真对照上级文件精神要求，及早部署园内全年传染病防控工作，普及新型冠状病毒肺炎、手足口病、水痘、诺如病毒性腹泻、流感、流行性腮腺炎、麻疹、肺结核、H7N9 等传染病的防治知识，认真落实晨午检及全日观察、消毒隔离等卫生保健工作制度，做好传染病和缺勤儿童登记、随访、上报工作。发现疑似患病儿童或工作人员时应当及时通知离园诊治。发现确诊传染病患儿应立即报告所在地基层医疗卫生单位公共卫生管理所，对患儿所用的物品应及时进行消毒处理。对于同一托幼机构发生多例传染病疑似病例的，要及时上报所在基层医疗机构公共卫生管理所、区疾病预防控制中心防疫科、区妇幼保健院群保科。按规定查验入园儿童的《预防接种证》，发现疫苗漏种的儿童要及时提醒家长尽快补种。

**（二）规范落实儿童膳食与营养管理工作。**营养合理、膳食安全是儿童健康成长的根本保障，儿童处于生长发育的关键时期，托幼机构儿童所需的膳食营养比中小學生要求更高，除了日常的能量消耗外，还必须提供儿童生长发育所需的营养。各托幼机构要高度重视膳食与营养管理工作，成立园内伙食管理委员会，根据儿童营养需求制定带量食谱，托幼机构伙食费用与小学生、老师严格分开，盈亏不超过 $\pm 2\%$ ，并每月向家长公布。严格对照带量食谱烹调食物，每

月定期开展营养分析，及时修订不合理食谱，达到平衡膳食，荤素、精细、软硬搭配合理。

### **（三）严格开展新设立托幼机构招生前卫生评价工作。**

新设立的托幼机构应当按照《托儿所幼儿园卫生保健工作规范》卫生评价的标准进行设计和建设，招生前须向区卫生健康委递交“托幼机构卫生评价申请书”，区卫生健康委根据评价要求组织专业人员在 20 个工作日内对提交申请的托幼机构进行卫生评价。根据评价结果出具“托幼机构卫生评价报告”。卫生评价为“合格”的托幼机构，即可向教育部门申请注册；凡卫生评价为“不合格”的托幼机构，整改后重新申请卫生评价。

### **四、实施督查评审，合力提高保健工作水平**

根据《托儿所幼儿园卫生保健工作规范》、《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》要求，区卫生健康委、区教育体育局于 2024 年 6 月份组织人员进行托幼机构卫生保健工作复评审，评审对象为至 2023 年底在区教育局注册、区卫生健康委备案且卫生保健合格的单位。相关托幼机构要对照上级文件要求提前做好自查自纠工作，针对存在问题及时整改，并准备好近 2 年卫生保健工作台账迎接复评审，台账统一按照《托幼机构卫生保健评估细则》分类归档。所有托幼机构做好迎接 2024 年度淮安市托幼机构卫生保健复评审准备。

有下列情形之一的，由卫生行政部门责令限期改正，通报批评；逾期不改的，给予警告；情节严重的，由相关行政部门依法给予行政处罚：

(一) 未按要求设立保健室或者配备专业卫生保健人员的；

(二) 聘用未进行健康检查或者健康检查不合格的工作人员的；

(三) 未定期组织工作人员健康检查的；

(四) 招收未经健康检查或健康检查不合格的儿童入托幼机构的；

(五) 未严格按照《托儿所幼儿园卫生保健工作规范》开展卫生保健工作的；

(六) 托幼机构未按照规定履行卫生保健工作职责，造成传染病流行、食物中毒等突发公共卫生事件的，卫生健康行政部门、教育体育行政部门依据相关法律法规给予处罚。

附件：1.儿童入园（所）健康检查表

2.托幼机构工作人员健康检查表

3.托幼机构工作人员体检、儿童入园（所）体检项目、收费标准及依据

淮安市淮阴区卫生健康委员会



淮安市淮阴区教育体育局



2024年2月5日

## 附件 1

## 儿童入园（所）健康检查表

|                                                                                     |                                                    |      |           |    |           |                   |       |     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------|-----------|----|-----------|-------------------|-------|-----|----|
| 姓名                                                                                  |                                                    | 性别   |           | 年龄 |           | 出生日期              | 年 月 日 |     |    |
| 既往病史                                                                                | 1.先天性心脏病 2.癫痫 3.高热惊厥 4.哮喘 5.结核病可疑症状及结核病接触史<br>6.其他 |      |           |    |           |                   |       |     |    |
| 过敏史                                                                                 |                                                    |      |           |    |           | 儿童家长确认签名          |       |     |    |
| 体格检查                                                                                | 体重                                                 | kg   | 评价        |    | 身高<br>(高) | cm                | 评价    |     | 皮肤 |
|                                                                                     | 眼                                                  | 左:   | 远视力<br>筛查 | 左: | 耳         | 左:                | 口腔    | 牙齿数 |    |
|                                                                                     |                                                    | 右:   |           | 右: |           | 右:                |       | 龋齿数 |    |
|                                                                                     |                                                    | 屈光筛查 |           |    |           |                   |       |     |    |
|                                                                                     | 头颅                                                 |      | 胸廓        |    |           | 脊柱四肢              |       | 咽部  |    |
|                                                                                     | 心肺                                                 |      | 肝脾        |    | 外生殖器      |                   | 其他    |     |    |
|                                                                                     | 其他                                                 |      |           |    |           |                   |       |     |    |
| 辅助检查                                                                                | 血红蛋白 (Hb)                                          |      |           |    |           | 丙氨酸氨基转移酶<br>(ALT) |       |     |    |
|                                                                                     | 其他                                                 |      |           |    |           |                   |       |     |    |
| 检查结果                                                                                |                                                    |      |           |    | 医生意见      |                   |       |     |    |
| 医生签名: _____ 检查单位: _____<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>体检日期: 年 月 日 (检查单位盖章) |                                                    |      |           |    |           |                   |       |     |    |

## 附件 2

托幼机构工作人员健康检查表

|                                  |                                                                          |    |  |    |      |       |  |    |    |    |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----|--|----|------|-------|--|----|----|----|
| 姓名                               |                                                                          | 性别 |  | 年龄 |      | 婚否    |  | 编号 |    | 照片 |
| 单位                               |                                                                          |    |  | 岗位 |      |       |  | 民族 |    |    |
| 既往史                              | 1. 肝炎      2. 结核      3. 皮肤病      4. 性传播性疾病<br>5. 精神病      6. 其他受检者确认签字： |    |  |    |      |       |  |    |    |    |
| 身份证号                             |                                                                          |    |  |    |      |       |  |    |    |    |
| 体格检查                             | 血压                                                                       |    |  |    | 心肺   |       |  |    | 肝脾 |    |
|                                  | 皮肤                                                                       |    |  |    | 五官   |       |  |    | 其他 |    |
| 化验检查                             | 丙氨酸氨基转移酶 (ALT)                                                           |    |  |    |      | 滴 虫   |  |    |    |    |
|                                  | 淋球菌                                                                      |    |  |    |      | 梅毒螺旋体 |  |    |    |    |
|                                  | 外阴阴道假丝酵母菌 (念珠菌)                                                          |    |  |    |      | 其 他   |  |    |    |    |
| 胸片检查                             |                                                                          |    |  |    |      |       |  |    |    |    |
| 其他检查                             |                                                                          |    |  |    |      |       |  |    |    |    |
| 检查结果                             |                                                                          |    |  |    | 医生意见 |       |  |    |    |    |
| 医生签名：                      检查单位： |                                                                          |    |  |    |      |       |  |    |    |    |
| 体检日期：    年    月    日 (检查单位盖章)    |                                                                          |    |  |    |      |       |  |    |    |    |

备注：

1. 滴虫、外阴阴道假丝酵母菌指妇科检查项目。
2. 胸部 X 光片检查作为新上岗人员及所有教职工常规体检的必查项目。
3. 凡体检合格者，由健康检查单位签发健康合格证。
4. 甲型肝炎抗体测定和戊型肝炎抗体测定仅作为食堂人员到指定医疗机构办理从业人员健康证需要的检查项目（淮阴区指定医院为淮阴医院和王营社区卫生服务中心）

### 附件 3

## 托幼机构工作人员体检项目 、 收费及依据

|                 |             |      |
|-----------------|-------------|------|
| 血清丙氨酸氨基转移酶      | 250305007-b | 5元   |
| 阴道分泌物检查（滴虫、霉菌）  | 250104014   | 7元   |
| 淋球菌培养           | 250501014   | 20元  |
| 梅毒螺旋体特异抗体测定     | 250403053   | 35元  |
| 体检费             | 110500001   | 15元  |
| 胸片检查 DR （数字化摄影） | 210102015   | 60元  |
| 合计              |             | 142元 |

### 儿童入园（所）健康检查项目、收费标准及依据

|           |             |      |
|-----------|-------------|------|
| 血细胞分析     | 250101015-b | 18元  |
| 丙氨酸氨基转移酶  | 250305007-b | 5元   |
| 视网膜视力检查   | 310300004   | 26元  |
| 声导抗测听     | 310401010   | 65元  |
| 氟导入儿童龋齿预防 | 130200002   | 13元  |
| 体检费       | 110500001   | 15元  |
| 合计        |             | 142元 |

注：托幼机构工作人员、儿童入园（所）健康检查项目依据卫生部、教育部2010年第76号令《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》、江苏省卫生和 health 委员会办公室、省教育厅办公室《关于转发学校结核病防控工作规范（2017版）的通知》（苏卫办疾控〔2017〕21号）和《关于在全省建立幼儿园儿童视力健康电子档案的通知》（苏卫妇幼〔2019〕11号），收费标准依据《淮安市医疗服务项目价格目录清单（2020版）》。