附件1

直属学校学生常规体检项目

1.内科常规检查：心、肺、肝、脾、血压、肺活量；

2.眼科检查：眼外观、远视力、屈光度；

3.口腔科检查：牙齿、牙周；

4.外科检查：头部、颈部、胸部、脊柱、四肢、皮肤、淋巴结；

5.耳鼻咽喉科检查：听力、外耳道及鼓膜、外鼻、嗅觉、扁桃体；

6.形态机能检查：身高、体重、腰围、臀围；

7.实验室检查：血常规、丙氨酸氨基转移酶、结核分枝杆菌感染检测（①肺结核可疑症状筛查②结核菌素皮肤（PPD）试验）

8.中小学生心理行为初步筛查附件2

—直属学校学生体检情况反馈表

学校名称（盖章）： 填表时间:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 体检学生总数 |  | 体 检时 间 |  |
| 常规体检单位 |  | 常规体检每生费用 |  |
| 结核病检查单位 |  | 结核病检查每生费用 |  |
| 公用费支出 |  |
| PPD试验情况 |
| 应查人数 | 实查人数 | 一般阳性人数 | 中度阳性 人数 | 强阳性人数 | 确诊肺结核患者数 |
|  |  |  |  |  |  |

此表请于本校体检结束后立即上报市教育局德体卫艺处。

# 附件3

浙江省中小学生健康体检表

# （样张）

学校名称：

姓 名：

出生年月：

性 别：

民 族：

家庭住址：

# 浙江省卫生健康委员会印制

健 康 体 检 项 目

一、既往史：

疾病名称： 诊断日期： 年 月 日

二、体检项目：

|  |  |
| --- | --- |
| 检查项目 | 检 查 日 期 |
| 年月 日 | 年月 日 | 年月 日 | 年月 日 | 年月 日 | 年月 日 |
| 形态机能 | 身高（cm） |  |  |  |  |  |  |
| 体重（kg） |  |  |  |  |  |  |
| 腰围（cm） |  |  |  |  |  |  |
| 臀围（cm） |  |  |  |  |  |  |
| 医生签名 |  |  |  |  |  |  |
| 内科 | 心 |  |  |  |  |  |  |
| 肺 |  |  |  |  |  |  |
| 肝 |  |  |  |  |  |  |
| 脾 |  |  |  |  |  |  |
| 血压（mmHg） |  |  |  |  |  |  |
| 肺活量（ml） |  |  |  |  |  |  |
| 医生签名 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 检查项目 | 检 查 日 期 |
| 年月 日 | 年月 日 | 年月 日 | 年月 日 | 年月 日 | 年月 日 |
| 外科 | 头部 |  |  |  |  |  |  |
| 颈部 |  |  |  |  |  |  |
| 胸部 |  |  |  |  |  |  |
| 脊柱 |  |  |  |  |  |  |
| 四肢 |  |  |  |  |  |  |
| 皮肤 |  |  |  |  |  |  |
| 淋巴结 |  |  |  |  |  |  |
| 医生签名 |  |  |  |  |  |  |
| 耳鼻咽喉科 | 听力 |  |  |  |  |  |  |
| 外耳道与鼓膜 |  |  |  |  |  |  |
| 外鼻 |  |  |  |  |  |  |
| 嗅觉 |  |  |  |  |  |  |
| 扁桃体 |  |  |  |  |  |  |
| 医生签名 |  |  |  |  |  |  |
| 眼科 | 眼外观 |  |  |  |  |  |  |
| 远视力 | 右 |  |  |  |  |  |  |
| 左 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 检查项目 | 检 查 日 期 |
| 年月 日 | 年月 日 | 年月 日 | 年月 日 | 年月 日 | 年月 日 |
|  | 屈光度 | 右 |  |  |  |  |  |  |
| 左 |  |  |  |  |  |  |
| 医生签名 |  |  |  |  |  |  |
| 口腔科 | 牙齿 |  |  |  |  |  |  |
| 牙周 |  |  |  |  |  |  |
| 医生签名 |  |  |  |  |  |  |
| 实验室检查 | 血常规 |  |  |  |  |  |  |
| 丙氨酸氨基转移酶 |  |  |  |  |  |  |
| 结核分枝杆菌感染检测 |  |  |  |  |  |  |
| 医生签名 |  |  |  |  |  |  |
| 其它（自选项目） |  |  |  |  |  |  |
| 检查结论 |  |  |  |  |  |  |
| 主检医生签名 |  |  |  |  |  |  |

附件4

儿童抑郁障碍自评量表

指导语：以下问题主要是了解你最近一周的感受，因此不要考虑怎样回答才“正确”，仅根据你的感觉如实回答。如果题目中，你没有类似的感受，就选“没有”；有时候会有，就选“有时有”；经常都会有，就选“经常有”。一次勾选每道题目的选项，注意不要漏项。

1、我像平时一样盼望着许多美好的事物

(A)经常有 (B)有时有 (C)没有

2、我睡得很香

(A)经常有 (B)有时有 (C)没有

3、我感到我总是想哭

(A)经常有 (B)有时有 (C)没有

4、我喜欢出去玩

(A)经常有 (B)有时有 (C)没有

5、我想离家出走

(A)经常有 (B)有时有 (C)没有

6、我肚子痛

(A)经常有 (B)有时有 (C)没有

7、我精力充沛

(A)经常有 (B)有时有 (C)没有

8、我吃东西很香

(A)经常有 (B)有时有 (C)没有

9、我对自己有信心

(A)经常有 (B)有时有 (C)没有

10、我觉得生活没什么意思

(A)经常有 (B)有时有 (C)没有

11、我认为我所做的事都是令人满意的

(A)经常有 (B)有时有 (C)没有

12、我像平常那样喜欢各种事物

(A)经常有 (B)有时有 (C)没有

13、我喜欢与家里人一起交谈

(A)经常有 (B)有时有 (C)没有

14、我做噩梦

(A)经常有 (B)有时有 (C)没有

15、我感到非常孤单

(A)经常有 (B)有时有 (C)没有

16、遇到高兴的事我很容易高兴起来

(A)经常有 (B)有时有 (C)没有

17、我感到十分悲哀，不能忍受

(A)经常有 (B)有时有 (C)没有

18、我感到非常烦恼

(A)经常有 (B)有时有 (C)没有

**量表计分**

共19个条目，每个条目分三级，分别为没有=0，有时有=1，经常有=2。其中1、2、4、7、8、9、11、12、13、16这10个项目为反向计分，即没有=2，有时有=1，经常有=0。各条目分值相加为量表得分，得分越高表示抑郁程度越高，15分为划界分。

**建议**

0-15分：当前未见明显抑郁情绪或状态。

16分及以上：有抑郁状态表现，建议尽快与校医取得联系或咨询专业医生。

附件5

抑郁筛查量表

指导语：根据过去两周的状况，你生活中以下症状出现的频率有多少？请看清楚问题后选择一个最贴切你情况的答案。

1、在过去两周里，做什么事都没兴趣，觉得没意思

(A)完全没有 (B)有几天 (C)一半以上的天数 (D)几乎每天

2、在过去两周里，感到心情低落、沮丧、没希望

(A)完全没有 (B)有几天 (C)一半以上的天数 (D)几乎每天

3、在过去两周里，入睡困难、睡不安稳或睡眠过多

(A)完全没有 (B)有几天 (C)一半以上的天数 (D)几乎每天

4、在过去两周里，感觉疲倦或没有活力

(A)完全没有 (B)有几天 (C)一半以上的天数 (D)几乎每天

5、在过去两周里，食欲不振或吃的太多

(A)完全没有 (B)有几天 (C)一半以上的天数 (D)几乎每天

6、在过去两周里，感觉自己很糟或觉得自己很失败，或让自己或家人失望

(A)完全没有 (B)有几天 (C)一半以上的天数

(D)几乎每天

7、在过去两周里，对事情专注有困难，例如阅读报纸或看电视时

(A)完全没有 (B)有几天 (C)一半以上的天数 (D)几乎每天

8、在过去两周里，动作或说话缓慢到引起别人的察觉，或正好相反，比平时更烦躁或坐立不安、动来动去

(A)完全没有 (B)有几天 (C)一半以上的天数 (D)几乎每天

9、在过去两周里，有不如死掉或用某种方式伤害自己的念头

(A)完全没有 (B)有几天 (C)一半以上的天数 (D)几乎每天

**量表计分**

共9个条目，每个条目分四级，分别为完全不会=0，有几天=1，一半以上的天数=2，几乎每天=3。各条目分值相加为量表得分，得分范围0-27分。

**建议**

0-4分：当前未见明显抑郁情绪。

5-9分：有轻度抑郁表现，建议平时放松心态。

10-14分：有中度抑郁表现，建议尽快咨询专业医生。

14分以上：有重度抑郁表现，建议尽快至医院进一步评估检查。

若第9题＞1分：有抑郁状态表现，建议至医院进一步评估检查。

附件6

父母评定问卷评估量表

请仔细阅读项目，根据最近两周孩子的主要行为表现，和他（她）同龄孩子比较后，做出最合适的选择，每项目分0~3四级评分，分别为0：无；1：稍有；2：相当多； 3：很多。

1、坐立不安

0：无；1：稍有；2：相当多； 3：很多

2、吵闹，制造其它奇怪的声音

0：无；1：稍有；2：相当多； 3：很多

3、兴奋，冲动

0：无；1：稍有；2：相当多； 3：很多

4、注意力不集中，注意力易分散

0：无；1：稍有；2：相当多； 3：很多

 5、不能完成他/她开始从事的事情（注意时间短暂）

0：无；1：稍有；2：相当多； 3：很多

 6、好争吵

0：无；1：稍有；2：相当多； 3：很多

7、行动不加思考

0：无；1：稍有；2：相当多； 3：很多

8、爱发脾气（爆发的和无法预料的行为）

0：无；1：稍有；2：相当多； 3：很多

9、对抗行为

0：无；1：稍有；2：相当多； 3：很多

10、不合作

0：无；1：稍有；2：相当多； 3：很多

 **量表计分**

共10个条目，每个条目分四级，各条目分值相加为量表得分，得分范围0-30分。

**建议**

平均分≥1.0分为阳性，建议尽快至医院进一步评估检查。

附件7

**\_\_\_\_\_\_\_学校学生健康体检结核病筛检表**

（第一联体检医院交体检学生）

姓名： 年龄： 岁 性别：□男 □女

学校、年级和班级：

卡痕：□有 □无 肺结核密切接触史：□有 □无

可疑症状：□有 □无 1咳嗽咳痰22周；2咯血或痰带血；3发热；4胸痛。

注意：有下列情况请到市二医院门诊注射室或市红会医院急诊室检查

1.无卡痕、有密切接触史、有可疑症状者需做PPD （结核菌素）试验；

2.年龄N15周岁有可疑症状者、PPD （结核菌素）试验强阳性者需摄胸片；

3.凡肺结核可疑症状者、结核菌素皮肤试验强阳性者、胸部X光片异常者需痰检。

体检医生签名： ：体检日期：20年 月曰 学校（盖章）：

**\_\_\_\_\_\_\_学校学生健康体检结核病筛检表**

（第二联结核病筛检医院反馈给学校）

姓名： 年龄： 岁 性别：□男 □女

学校、年级和班级：

年 月 日 时结核菌素皮试，PPD IU, 年 月 日 时查看结果，硬结 mm,水泡 □有 口无，

糜烂□有口无，淋巴管炎 □有 口无，双圈反应 口 有口无。 痰检结果： 胸片检查：

体检医生签名： ：体检日期：20年 月 日；医院盖章（盖章）：

**\_\_\_\_\_\_\_学校学生健康体检结核病筛检表**

（第三联结核病筛检医院交体检学生）

姓名： 年龄： 岁 性别：□男 □女

学校、年级和班级：

年 月曰时结核菌素皮试，PPD IU, 年 月曰时查看结果，硬结 mm,水泡 口有口无，

糜烂 口有口无，淋巴管炎 □有 口无，双圈反应 口 有口无。 痰检结果： 胸片检查：

体检医生签名： ；体检日期：20年 月 日；医院盖章（盖章）：

**附件**8

学生结核菌素皮肤试验知情同意书

各位学生及监护人：

学校是学生高度聚集的场所，人群密度高，加上学习紧张、营养不足、身体处 于生长发育期，学生间一旦发生结核病，如果没有得到早期发现和控制，很容易在 校园内传播流行。根据《中国学校结核病防控指南（2020版）》的规定，需要在新 生入学常规体检中安排结核病检查，开展结核菌素皮肤试验筛查，这对于发现潜伏 感染的高危人群，早期采取干预措施，防止结核病疫情的蔓延，具有十分重要的意 义。为做好结核菌素皮肤试验筛查工作，现就有关事项告知如下：

**一、PPD皮肤试验部位**

在左前臂掌侧中下1/3交界处作皮内注射。

**二、PPD皮肤试验反应的基本变化过程**

注射部位在皮试24小时后，皮肤反应逐渐加大，72小时达到高峰，出现红肿、硬结之后，逐渐消退。

**三、PPD皮肤试验阳性反应的处理**

经皮试后72小时测量，硬结反应5mm,或小于151nm但局部有丘疹、水疱、 溃疡、双圈或坏死者，建议作进一步检查或给予抗结核预防性治疗。

**四、PPD皮肤试验的禁忌症**

1.以前得过结核病的或做过结核菌素试验出现水泡的；

2.正在发高烧体温超过38度的或患传染病如麻疹、百日咳、流感、肺炎等；

3.有预防接种过敏史；

4.有弥漫性皮肤病的，比如牛皮癣、白瘢风、湿疹等；

5.有严重心脏病、肾炎及急性胃肠道疾病的；

6.正在使用免疫抑制剂的，如地塞米松，氢化考地松等。

**五、PPD皮肤试验其他注意事项**

1.在做皮试时，解开衣袖，放松胳膊肌肉；同时要保持安静，注意保暖，避免 空腹、劳累、睡眠不足等。

2.注射后在原地休息，观察30分钟后，如无不适方可离开。

3.不要在注射部位洗、擦、抓、揉，并保持局部干燥、清洁，以免感染发炎， 也不能涂抹任何药物和花露水、风油精、肥皂水刺激等，以免影响结果判断。

4.出现一般阳性的局部红肿、硬结，不需处理，7天左右可自行消退。

5.发热：多属热原反应，轻度发热无需特殊处理，一般于数小时内可恢复。中 度和重度发热者，要进行对症处理，并做好观察，直到发热改善。

6.水疱：小水疱时保持局部清洁、干燥，避免抓挠；大水疱时由医务人员用注 射器将水疱内液体抽出，用消毒纱布包扎，以免感染。

7.溃疡或坏死：保持局部清洁，涂擦0.05%地塞米松或0.025%氟轻松软膏，并 覆盖无菌纱布，以防感染。

8.试验后72小时准时到约定地点查看结果，提前或推迟会影响结果判断。

**请认真阅读以上信息，在同意或不同意后面的方框内打并签名。**

**同意口 不同意口**

家长（监护人）签名：**\_\_\_\_\_\_\_** **\_\_\_**年**\_\_\_**月**\_\_\_**日

附件9

**学生体检知情同意书**

亲爱的家长：

您好！

根据《学校卫生工作条例》以及省市卫生健康、教育等多部门关于学生体检工作的文件要求，杭州市将于新学年继续组织开展学生常规年度健康体检。参照国家卫生健康委、教育部《中小学生健康体检管理办法（2021年版）》的具体要求，结合我市实际，学生体检中将增加血常规以及丙氨酸氨基转移酶等采血监测项目以及心理行为量表初步筛查项目。学生体检是全市参保城乡居民健康体检工作的重要组成部分，由财政全额支持，家长和学生免费参与，希望能得到您的配合。请您知情同意并选择是否愿意参与检查，于 月 日之前将回执交给学校。检查结果可在体检完成后通过“杭州疾控”微信公众号查阅。

谢谢您的支持和配合！

杭州市教育局 杭州市卫生健康委

2022年 月 日

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**回 执**

学校： 班级： 学生姓名：\_\_\_\_\_\_

请选择：

□同意 □不同意

家长签名： 日期： 年 月 日

附件10

2022年中小学生健康体检工作衔接方案

1.**2022**年参保中小学生健康体检安排。

按原工作流程，由教育部门牵头组织健康体检，由学校与各承检机构对接完成体检工作。

2.关于**2022**年参保中小学生健康体检资金拨付问题。

2022年体检经费按各级财政原有基础安排，增加部分资金由各级财政拨付各级教育部门，待年度健康体检完成后予以拨付。

3.关于眼屈光检查问题。

中小学生眼屈光检查首选社区卫生服务中心，若无法提供的，可对接医联体牵头单位进行项目检查，对仍无法开展的，由杭州市儿童医院负责做好托底统筹。

4.关于结核分枝杆菌感染检测问题。

检查对象为所有中小学生。所有学生均需开展肺结核可疑症状问诊，其中，高一新生和寄宿制初中初一新生还需进行结核菌素皮肤(PPD)试验。结核菌素皮肤试验首选社区卫生服务中心，若无法提供的，可对接市红会医院和市二医院进行项目检查。

5.关于心理行为初步筛查的问题。

由市儿童医院牵头确定“中小学生心理行为初步筛查量表”，“学生健康状况综合监测评价系统”根据学生的年龄，生成心理行为初步筛查量表二维码，由学校校医负责发放。儿童抑郁障碍自评量表、抑郁筛查量表分别由中小学生扫码填写，父母评定问卷由父母扫码填写。

6.关于已预约**2022**年度体检的少儿医保参保人员问题。

按原计划落实健康体检，体检经费待完成健康体检后由卫健部门申请资金并予以拨付。

7.关于中小学生健康体检信息系统建设问题。

经协商，统一采用“学生健康状况综合监测评价系统”录入健康体检数据。