

心脑血管疾病监测 报告管理流程与基本要求

湖北省疾病预防控制中心



心脑血管疾病流行现况和疾病负担

- CVD是我国居民首要死因
- 我国农村、城市心血管病分别占死因的46.74%和44.26%
- 中国CVD患病率处于持续上升阶段
- 推算CVD现患人数3.3亿
- 由心血管病导致的直接或间接医疗花费每年高达3133.66亿元



现状与需求

- 动态掌握发病变化趋势、探索危险因素，对于心血管病防治意义重大
- “健康中国”提出了具体目标和时间表
- 尚缺乏完善的监测体系和可靠发病数据：
 - 不利于科学评价CVD防控效果
 - 不利于支持卫生政策制定



发病监测项目目标

- **建立健全我省心脑血管病发病事件监测系统，长期、连续、系统地收集我省居民心脑血管病发病信息**
- **掌握我省城乡居民心脑血管事件发病情况和变化趋势**



监测对象

- **监测县（市、区）内所有18岁及以上的居民，包括辖区内户籍居民、常住居民和流动人口**



监测病种

- 急性心肌梗死 (I21-I22)
- 心绞痛 (I20) , 只报告接受PTCA/支架植入/或CABG的心绞痛病例
- 脑卒中 (I60、I61、I63、I64, 不包括I62) : 包括蛛网膜下腔出血、脑出血、脑梗死及未分类脑卒中
- 心脏性猝死 (I46.1)



报告内容

- **患者基本信息：姓名、性别、身份证号、出生日期、民族、职业、工作单位、联系电话、户籍地址等**
- **就诊或住院相关信息：门（急）诊号、住院号、报告医院等**
- **发病信息：疾病诊断、发病日期、诊断日期、ICD-10编码、诊断依据、是否首次发病、疾病转归等**



报告单位

- **监测县（市、区）内各级各类医疗卫生机构均为报告单位**
 - **县及县以上综合医院、专科医院、企业医院、收治地方病人的部队医院**
 - **基层医疗卫生机构：乡镇卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室及社区卫生服务站**



报告人

- 上述各级各类医疗卫生机构报告单位指定专人负责心脑血管病发病事件监测工作



报告卡填写要求

□ 心脑血管事件报告卡



心脑血管事件报告卡

编号: _____ 报卡单位地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区(县)		
门/急诊号: □□□□□□	住院号: □□□□□□	姓名: _____
证件类型: _____	证件号□□□□□□□□□□□□□□□□	
性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期: □□□□年□□月□□日	
民族: _____	职业: _____	婚姻状况: _____ 本人电话: _____
工作单位: _____		联系人: _____ 联系电话: _____
户籍地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区(县) _____ 街道(乡) _____ 居委会(村) _____ 号		
现住地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区(县) _____ 街道(乡) _____ 居委会(村) _____ 号		
在本辖区连续居住6个月以上: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
发病日期: □□□□年□□月□□日 首次发病: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ICD-10: _____		
诊断日期: □□□□年□□月□□日		
诊断: <input type="checkbox"/> 急性心肌梗死		
<input type="checkbox"/> 心绞痛(治疗措施: <input type="checkbox"/> PTCA <input type="checkbox"/> 支架植入 <input type="checkbox"/> CABG)		
<input type="checkbox"/> 脑卒中(<input type="checkbox"/> 蛛网膜下腔出血 <input type="checkbox"/> 脑出血 <input type="checkbox"/> 脑梗死 <input type="checkbox"/> 难分类的卒中)		
<input type="checkbox"/> 心脏性猝死: <input type="checkbox"/> 临床诊断 <input type="checkbox"/> 推断: <input type="checkbox"/> 有目击者情况下发病1h内死亡且排除可能非心脏原因死亡 <input type="checkbox"/> 无目击者情况下24h内突发死亡且排除可能非心脏原因死亡		
诊断依据(可多选):		
<input type="checkbox"/> 临床症状体征 _____ <input type="checkbox"/> 生化标志物(<input type="checkbox"/> 肌钙蛋白 <input type="checkbox"/> 其他生化指标) _____ <input type="checkbox"/> 心电图 _____ <input type="checkbox"/> 血管造影 _____ <input type="checkbox"/> 超声心动图 _____ <input type="checkbox"/> CT/CTA/SPECT _____ <input type="checkbox"/> MRI _____ <input type="checkbox"/> 腹穿 _____ <input type="checkbox"/> 手术 _____ <input type="checkbox"/> 尸检或病理 _____ <input type="checkbox"/> 补发 (<input type="checkbox"/> 死亡补发 <input type="checkbox"/> 医保系统补发 <input type="checkbox"/> 其它)		
出院记录: _____		
诊断单位: _____		诊断单位级别: <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级
转归: <input type="checkbox"/> 存活 <input type="checkbox"/> 死亡(填写死亡相关信息,如是心脏性猝死,不需填写)		
死亡时间: □□□□年□□月□□日		
根本死因: _____		
死亡原因编码 ICD-10: _____		
报告单位: _____	报告科室: _____	
报告医师: _____	报告日期: □□□□年□□月□□日	
审核医师: _____	审核日期: □□□□年□□月□□日	



报告卡填写要求 (1/5)

心脑血管事件报告卡

编号: _____		报卡单位地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区(县)	
门/急诊号: □□□□□□	住院号: □□□□□□	姓名: _____	
证件类型: _____	证件号□□□□□□□□□□□□□□□□□□		
性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期: □□□□年□□月□□日		
民族: _____	职业: _____	婚姻状况: _____	本人电话: _____
工作单位: _____		联系人: _____	联系人电话: _____
户籍地址: _____省_____市_____区(县) _____街道(乡) _____居委会(村) _____号			
现住地址: _____省_____市_____区(县) _____街道(乡) _____居委会(村) _____号			
在本辖区连续居住6个月以上: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
发病日期: □□□□年□□月□□日		首次发病: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	ICD-10: _____
诊断日期: □□□□年□□月□□日			
诊断: <input type="checkbox"/> 急性心肌梗死			
<input type="checkbox"/> 心绞痛 (治疗措施: <input type="checkbox"/> PTCA <input type="checkbox"/> 支架植入 <input type="checkbox"/> CABG)			
<input type="checkbox"/> 脑卒中 (<input type="checkbox"/> 蛛网膜下腔出血 <input type="checkbox"/> 脑出血 <input type="checkbox"/> 脑梗死 <input type="checkbox"/> 难分类的卒中)			
<input type="checkbox"/> 心脏性猝死: <input type="checkbox"/> 临床诊断			
<input type="checkbox"/> 推断:			
<input type="checkbox"/> 有目击者情况下发病1h内死亡且排除可能非心脏原因死亡			
<input type="checkbox"/> 无目击者情况下24h内突发死亡且排除可能非心脏原因死亡			

- 本项工作仅对发病第 0 ~ 28 天的相关心脑血管发病事件进行登记。
- 排除: 陈旧性、慢性心脑血管病例。
- 所有监测工作均围绕“发病”进行, 即“一发病一报告”。
- 超过前次发病28天以外的新发生的心脑血管发病应作为一个新病例再次报告。
- 对于心脏性猝死仅需报告一次。



报告卡填写要求 (3/5)

心脑血管事件报告卡

编号: _____ 报卡单位地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区(县)	
门/急诊号: □□□□□□	住院号: □□□□□□ 姓名: _____
证件类型: _____	证件号□□□□□□□□□□□□□□□□□□
性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期: □□□□年□□月□□日
民族: _____ 职业: _____ 婚姻状况: _____ 本人电话: _____	
工作单位: _____ 联系人: _____ 联系人电话: _____	
户籍地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区(县) _____ 街道(乡) _____ 居委会(村) _____ 号	
现住地址: _____ 省 _____ 市 _____ 区(县) _____ 街道(乡) _____ 居委会(村) _____ 号	
在本辖区连续居住6个月以上: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
发病日期: □□□□年□□月□□日 首次发病: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 ICD-10: _____	
诊断日期: □□□□年□□月□□日	
诊断: <input type="checkbox"/> 急性心肌梗死	
<input type="checkbox"/> 心绞痛 (治疗措施: <input type="checkbox"/> PTCA <input type="checkbox"/> 支架植入 <input type="checkbox"/> CABG)	
<input type="checkbox"/> 脑卒中 (<input type="checkbox"/> 蛛网膜下腔出血 <input type="checkbox"/> 脑出血 <input type="checkbox"/> 脑梗死 <input type="checkbox"/> 难分类的卒中)	
<input type="checkbox"/> 心脏性猝死: <input type="checkbox"/> 临床诊断	
<input type="checkbox"/> 推断:	
<input type="checkbox"/> 有目击者情况下发病1h内死亡且排除可能非心脏原因死亡	
<input type="checkbox"/> 无目击者情况下24h内突发死亡且排除可能非心脏原因死亡	

发病日期: 为必填项, 要求按照日期时间格式填写本次疾病的发病日期。住院患者的发病日期由医生根据患者的入院时间、主诉并结合病史进行判断。

诊断日期: 诊断日期为患者接触医疗机构的时间, 即: 从住院病历获得的病例以住院日期作为诊断日期; 从门/急诊获得的病例以门/急诊就诊时间作为诊断日期。



报告卡填写要求（4/5）

心脑血管事件报告卡

编号：_____ 报卡单位地址：_____省_____市_____区（县）		
门/急诊号：□□□□□□	住院号：□□□□□□	姓名：_____
证件类型：_____	证件号□□□□□□□□□□□□□□□□□□	
性别：□男 □女	出生日期：□□□□年□□月□□日	
民族：_____	职业：_____	婚姻状况：_____ 本人电话：_____
工作单位：_____ 联系人：_____ 联系人电话：_____		
户籍地址：_____省_____市_____区（县）_____街道（乡）_____居委会（村）_____号		
现住地址：_____省_____市_____区（县）_____街道（乡）_____居委会（村）_____号		
在本辖区连续居住6个月以上：□是 □否		
发病日期：□□□□年□□月□□日 首次发病：□是 □否 ICD-10：_____		
诊断日期：□□□□年□□月□□日		

诊断：□急性心肌梗死
□心绞痛（治疗措施：□PTCA □支架植入 □CABG）
□脑卒中（□蛛网膜下腔出血 □脑出血 □脑梗死 □难分类的卒中）
□心脏性猝死：□临床诊断
□推断：
□有目击者情况下发病1h内死亡且排除可能非心脏原因死亡
□无目击者情况下24h内突发死亡且排除可能非心脏原因死亡

诊断病种四选一，
注意勾选亚型、手术、推断类型。



报告卡填写要求 (5/5)

诊断依据 (可多选):

临床症状体征 **★** 生化标志物 (肌钙蛋白 其他生化指标) **★**

心电图 **★** 血管造影 **★** 超声心动图 **★**

CT/CTA/SPECT **★** MRI **★** 腰穿 **★**

手术 尸检或病理

补发 (死亡补发 医保系统补发 其它)

出院记录: **★** _____

诊断单位: _____ 诊断单位级别: 一级

转归: 存活 死亡 (填写死亡相关信息。如是心脏性猝死, 不需填写)

死亡时间: □□□□年□□月□□日

根本死因: _____

死亡原因编码 ICD-10: I□□.□□□

报告单位: _____ 报告科室: _____

报告医师: _____ 报告日期: □□□□年□□月□□日

审核医师: _____ 审核日期: □□□□年□□月□□日

补充上传相关入院记录、诊断结果、出院小结等。

“金标准”

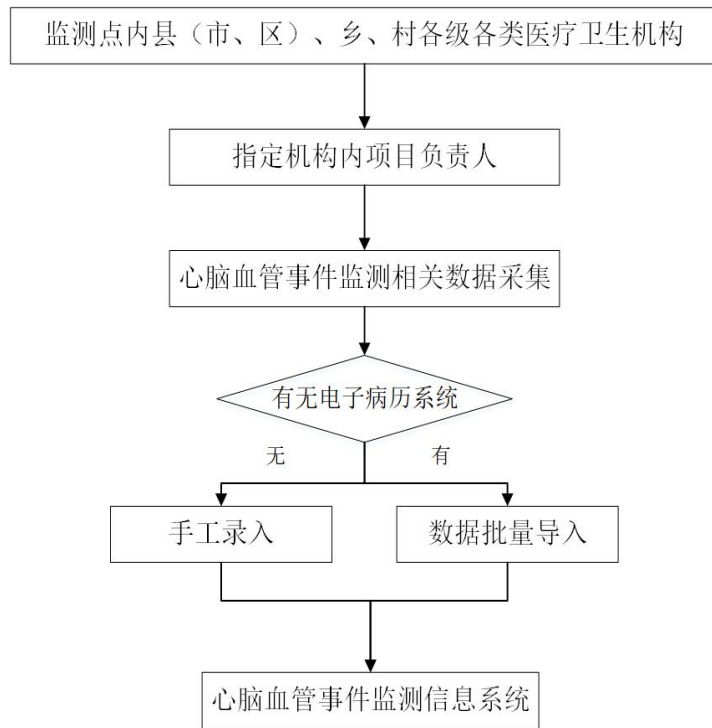
脑卒中 — 诊断依据是否选择 CT / CTA / SPECT 或 MRI, 其他诊断依据不限

急性心肌梗死或心绞痛或者心脏性猝死 — 诊断依据是否选择心电图或肌钙蛋白 (或其他生化指标) 或血管造影, 其他诊断依据不限



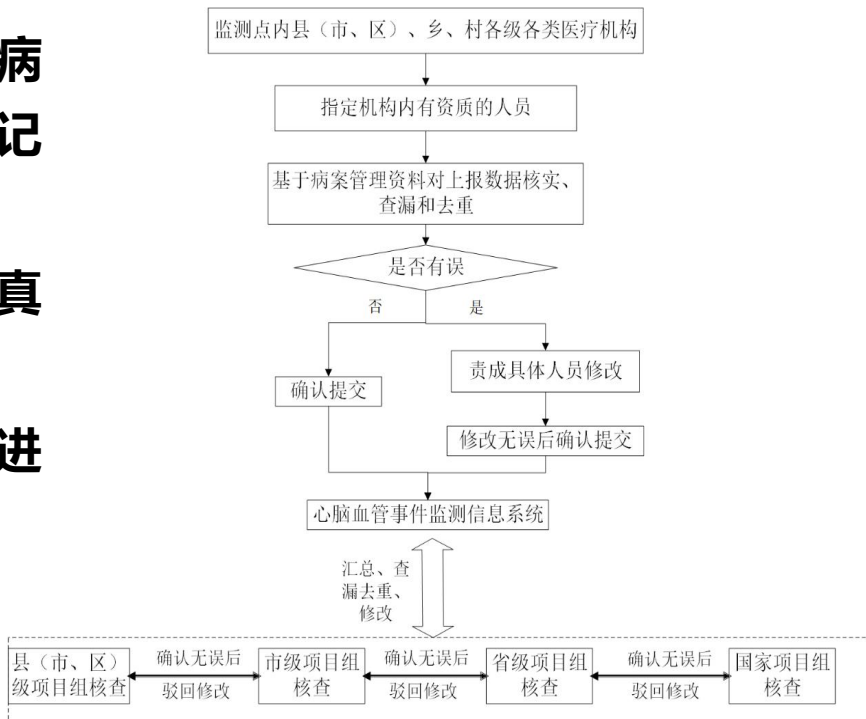
报告流程

- 通过ICD整数位、小数点后一位或诊断名称等筛选上报所需病例
- 按要求完成心脑血管病发病报告卡的填写
- 有电子病历系统的报告单位可批量导入
- 无电子病历系统的报告单位可通过电脑登陆监测信息系统进行上报



报告卡分级审核流程

- 各级医疗机构在心脑血管病发病监测登记过程中应以日常医疗记录为准
- 保证报告卡填写完整、准确、真实、及时
- 对发现有误的病例信息应及时进行核对、随访和更正



质量控制指标及要求 (1/3)

□ 卡片填写质量

□ 填写合格率≥95%

填卡合格率=填写合格卡片数/查卡数×100%

录入准确性=心脑血管发病报告卡与网络录入卡一致数/查卡数
×100%



质量控制指标及要求 (2/3)

□ 及时性

- 报告单位报告及时率 $\geq 95\%$ ，审核及时率 $\geq 95\%$

报告及时率 = 符合报告日期与诊断日期差值在30天内的报告卡数量 / 总报告卡数量 $\times 100\%$

审核及时率 = 符合审核日期与报告日期的差值在10个工作日内
的报告卡数量 / 总报告卡数量 $\times 100\%$



质量控制指标及要求 (3/3)

□ 漏报率

□ 要求漏报率 $\leq 10\%$

□ 其他统计学指标

□ 心（脑）血管病年发病率=某年报告的户籍人口心（脑）血管发病数量/户籍（常住）人口数量

□ 发病率的单位是以十万做分母



谢谢

(Thanks)

