

# 威海市残疾人联合会 威海市财政局 威海市卫生和计划生育委员会

# 文件

威残联[2017]36号

---

## 关于做好0-6岁儿童残疾筛查工作的通知

各区市残联、财政局、卫计局,国家级开发区社会事业局:

为贯彻落实国务院《残疾预防和残疾人康复条例》,根据《关于印发<威海市0-6岁儿童残疾筛查规范(试行)>的通知》(威残联[2014]47号)和《关于印发<威海市残疾人精准康复服务行动实施方案(试行)>的通知》(威残联[2017]2号)要求,进一步做好0-6岁儿童残疾筛查工作,建立起早发现、早治疗和早康复的工作机制,有效减少、控制残疾的发生、发展,现就相关事宜通知如下:

### 一、工作目标

落实《新生儿疾病筛查管理办法》，普遍开展新生儿疾病筛查，逐步扩大疾病筛查病种和范围。做好儿童保健工作，广泛开展新生儿访视、营养与喂养指导、生长发育监测、健康咨询与指导，建立新生儿及儿童致残性疾病和出生缺陷筛查、诊断、干预一体化工作机制，提高筛查覆盖率及转诊率、随访率、干预率。

## 二、任务指标

全市0-6岁儿童残疾筛查率达到90%以上，转介率达95%以上。

## 三、筛查范围

0-6岁儿童残疾筛查工作范围：主要是开展视力、听力、智力、肢体、孤独症等疑似残疾儿童（未办理第二代残疾证的）筛查。

## 四、工作流程

按照《关于印发〈威海市0-6岁儿童残疾筛查规范（试行）〉的通知》（威残联〔2014〕47号）规定的流程和筛查技术要求，进行初筛、复筛、转介和评估，并使用文件中所附的工作用表。

### （一）初筛转介

将儿童残疾初筛纳入社区卫生服务中心、镇（街）卫生院、村卫生室职责，结合基本公共卫生服务项目0—6岁儿童健康管理要求，在儿童健康检查的同时，开展0—6岁儿童残疾初筛工作，将疑似残疾者转介到各区市妇幼保健机构进行初筛、登记。开发区可直接转介到威海市妇幼保健院。

### （二）复筛转介

各区市妇幼保健机构按照《规范》要求，将初筛阳性者转介至威海市妇幼保健院开展复筛，威海市妇幼保健院落实双向转诊制

度,完善转诊信息,复筛阳性者,达到办理残疾评定年龄的,转介到相关残疾评定机构,不能办理残疾评定的,进行康复评估或转介至相应的康复评估机构。

### (三)评估反馈

评估机构对疑似残疾儿童进行康复评估,填写评估结果,并将评估结果反馈至威海市妇幼保健院,由威海市妇幼保健院反馈至开发区残联(无县级妇幼机构)、县级妇幼保健机构并逐级反馈至初筛机构。

### (四)技术指导

为确保残疾评估质量,成立威海市儿童残疾评定专家组(见附件1)。

### (五)信息交流

威海市妇幼保健院将《威海市0-6岁儿童残疾评估一览表》(附件2)和《威海市0-6岁儿童残疾筛查统计表(年报)》(附件3)于每年6月10日之前,反馈至县级妇幼保健机构和开发区残联;县级妇幼保健机构反馈至县级残联,以便安排康复救助。

各区市(开发区)残联将《威海市0-6岁儿童残疾评估一览表》(附件2)和《威海市0-6岁儿童残疾筛查统计表(年报)》(附件3)于每年6月20日前报市残联。《0-6岁儿童疑似残疾复筛费补助领取登记表》(附件4)复印件于每年11月15日前报市残联。

### (六)筛查补助

根据《关于印发〈威海市残疾人精准康复服务行动实施方案(试行)〉的通知》(威残联[2017]2号),实施0-6岁儿童残疾筛

查康复服务项目,对复筛出的疑似残疾儿童,给予300元的筛查补助。符合条件的0-6岁复筛疑似残疾儿童,可于每年10月30日前,持威海市妇幼保健院盖章、签字的《0-6岁儿童残疾评估、康复安置转介单(医学诊断证明)》(附件5)原件 and 复印件、户口簿和监护人身份证,到区市(开发区)残联申请补助,区市(开发区)残联要做好精准康复系统的录入工作。

### **(七) 康复安置**

复筛疑似残疾的0-6岁儿童,申请残疾儿童康复救助项目时,需持户口簿、威海市妇幼保健院出具的《0-6岁儿童残疾评估、康复安置转介单(医学诊断证明)》(附件5)原件和复印件,由区市(开发区)残联办理康复安置手续。

## **五、经费来源**

筛查补助经费由各区市、开发区残联从精准康复专项资金中列支。

## **六、工作要求**

### **(一) 加强组织领导**

残联和卫生计生部门加强组织领导,明确工作职责,要将筛查工作纳入年度业务目标考核内容,落实责任。

### **(二) 加强培训指导**

残联和卫生计生部门争取财政支持,加强人员培训和技术指导,对辖区从事儿童残疾筛查的工作人员进行相关技术培训。

### **(三) 实现信息共享**

建立残联、卫生计生行政部门联系制度,定期组织召开沟通协调会,通报工作进展,分析困难问题,提出解决措施。要加强残疾

儿童筛查信息互通,实现残联、卫生计生部门信息共享。

#### (四) 确保信息安全

残联、卫生计生部门、各类专业机构要高度重视信息安全,加强残疾儿童信息管理。任何人严禁擅自将信息向外提供,确保残疾儿童个人信息安全,确保个人和家庭隐私得到保护。

- 附件: 1. 威海市0-6岁儿童残疾评定专家组  
2. 威海市0-6岁儿童残疾复筛评估一览表  
3. 威海市0-6岁儿童残疾筛查统计表(年报)  
4. 0-6岁儿童疑似残疾复筛费补助领取登记表  
5. 0-6岁儿童残疾评估、康复安置转介单(医学诊断证明)



2017年8月28日

附件1

## 威海市0-6岁儿童残疾评定专家组

姓名	单位	职称	评定范围
许培斌	威海市妇幼保健院	主任医师	智力低下
宋 晶	威海市妇幼保健院	主任医师	
宋 晶	威海市妇幼保健院	主任医师	孤独症
张宛夏	经区医院	主任医师	
肖红强	威海市立医院	副主任医师	肢体残疾
毕海静	威海市妇幼保健院	副主任医师	
兰信堂	威海市立医院	主任医师	听力残疾
张恩东	威海市妇幼保健院	主任医师	
吕博文	威海市立医院	副主任医师	视力残疾
孟 薇	威海市妇幼保健院	主任医师	

附件 2

## \_\_\_\_\_ 区（市）0-6 岁儿童残疾复筛评估一览表

填表单位：威海市妇幼保健院（公章） 填表人签字： 科室主任签字： 填表时间：

编号	儿童姓名	性别	身份证号码	家长姓名	联系电话	复筛疑似残疾类型	评估结果	登记日期
						<input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 孤独症	<input type="checkbox"/> 正常	
							<input type="checkbox"/> 残疾， 家长是否愿意康复： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
							<input type="checkbox"/> 正常	
						<input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 孤独症	<input type="checkbox"/> 正常	
							<input type="checkbox"/> 残疾， 家长是否愿意康复： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
							<input type="checkbox"/> 正常	
						<input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 孤独症	<input type="checkbox"/> 正常	
							<input type="checkbox"/> 残疾， 家长是否愿意康复： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
							<input type="checkbox"/> 正常	
						<input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 孤独症	<input type="checkbox"/> 正常	
							<input type="checkbox"/> 残疾， 家长是否愿意康复： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
							<input type="checkbox"/> 残疾， 家长是否愿意康复： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

填表说明：该表由威海市妇幼保健院填写，并反馈至县级妇幼保健机构和开发区残联。

附件3

## 年度威海市0-6岁儿童残疾筛查统计表（年报）

填表单位：威海市妇幼保健院（公章） 填表人签字：

科室主任签字：

填表时间：

区 市	筛查 人数 合计	筛查出 疑似人 数合计	疑似中 确诊人 数合计	视力		听力		肢体		智力		孤独症	
				疑似视 力残疾	确诊 人数	疑似听力 残疾	确诊 人数	疑似肢 体残疾	确诊 人数	疑似智 力残疾	确诊 人数	疑似智 力残疾	确诊 人数
荣成市													
乳山市													
环翠区													
文登区													
高 区													
经 区													
临港区													
合 计													

填表说明：该表由威海市妇幼保健院填写，并反馈至县级妇幼保健机构和开发区残联。

附件 4

## \_\_\_\_\_区（市）0-6 岁儿童疑似残疾复筛费补助领取登记表

（     ）残联：（公章）

填表人签字：

分管领导签字：

填表时间：

序号	儿童姓名	性别	身份证号码	家庭住址	家长姓名	联系电话	家长签字	领取时间

填表说明：该表由各区市（开发区）残联填写，并于每年11月15日前将复印件报市残联。

附件 5

0-6 岁儿童残疾评估、康复安置转介单  
(医学诊断证明)

编号:

儿童姓名:	身份证号:	性别:	年龄:
家长姓名:	宅电:	手机:	
住址 (户口本住址):			
1.复筛结果,疑似: <input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 孤独症			
2.评估建议:转介至 <input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 孤独症类定点评估机构进行评估。			
3.康复安置意见:建议安置至 <input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 孤独症类定点康复机构进行康复			
家长是否愿意康复: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		家长签字:	

医生签字:

威海市妇幼保健院 (盖章)

转介日期:



