

巴中市卫生和计划生育委员会文件

巴市卫发〔2018〕36号

巴中市卫生和计划生育委员会 关于印发《巴中市艾滋病检测点管理办法》的 通 知

各区县卫生计生局，委直属医疗卫生单位：

为进一步加强艾滋病检测工作，扩大检测服务覆盖面，提高检测的可及性，强化艾滋病检测点的合理设置和常态管理，根据《全国艾滋病检测工作管理办法》，结合我市工作实际，我委制定了《巴中市艾滋病检测点管理办法》，现印发给你们，请按照文件要求，认真贯彻执行。

巴中市卫生和计划生育委员会

2018年11月26日



巴中市艾滋病检测点管理办法

为进一步扩大艾滋病检测覆盖面，提高检测的可及性，同时便于艾滋病检测点的合理设置和常态管理，以确保艾滋病检测工作质量，依据《全国艾滋病检测工作管理办法》，制定本管理办法。

一、艾滋病检测点的设置

各区县卫生行政部门根据辖区内艾滋病流行情况及实验室条件，确定承担艾滋病检测工作的检测点。艾滋病检测点可设在社区卫生服务中心、乡镇卫生院、以及其他暂时不具备初筛实验室条件的医疗机构等有检测需求的单位。

二、艾滋病检测点基本要求

1. 人员条件：至少由 2 名经过市级以上艾滋病检测技术培训并获得培训证书的卫生专业技术人员组成。

2. 建筑条件：需有艾滋病检测区域或专用实验台，能开展简便、快速检测。

3. 设备条件：需配备快速试验所必须的物品，包括加样器、普通冰箱、操作环境温度控制设备、消毒与污物处理设备、一次性消耗品、安全防护用品。

4. 管理要求：需建立实验室管理制度和覆盖主要工作内容的作业指导书；按实验要求，做好实验原始记录和其它必要记录。

三、艾滋病检测点的职能

（一）开展艾滋病病毒抗体的快速筛查试验。

(二)负责将艾滋病病毒抗体快速筛查呈阳性反应的样品送当地区县疾病预防控制中心艾滋病筛查实验室。

(三)定期汇总艾滋病检测资料，并上报当地区县疾病预防控制中心艾滋病筛查实验室。

(四)开展艾滋病自愿咨询检测工作。

(五)开展检测质量管理、业务培训，做好职业防护。

四、艾滋病检测点的申请和验收程序

(一)申请设立艾滋病检测点的机构或单位应填写“艾滋病检测点资格审批申请表”(附表1)，按照属地管理原则，向当地区县卫生行政部门提出申请。

(二)对符合规定、材料齐全的申请单位，由所在区县卫生行政部门指定2人以上人员组成艾滋病检测点评审专家组，专家组成员源自当地艾滋病初筛(确证)实验室，并经过省级以上艾滋病检测相关培训。

(三)专家组根据本办法中艾滋病检测点基本标准对申请单位进行现场验收，同时使用5份盲样对其实验操作及结果判读进行现场操作考核。

(四)专家组根据现场验收情况签署意见，并填写《巴中市艾滋病检测点审评验收情况一览表》(附表6)，报区县卫生行政部门审批，区县卫生行政部门对通过验收的申请单位发出批复通知，同时抄送市卫生行政部门和市疾病预防控制中心备案，未通过验收者整改后可重新提出申请。

(五) 区县卫生行政部门每年 11 月汇总检测点建立情况，填写“县（区）艾滋病检测点情况一览表”（附表 7），上报市卫生行政部门和市疾病预防控制中心。

五、艾滋病检测点的管理

(一) 开展艾滋病检测工作的单位必须经过验收合格，未经验收或验收不合格的单位不得开展艾滋病检测工作。

(二) 区县疾病预防控制中心艾滋病筛查实验室负责辖区内检测点的质量考评、技术指导以及现场督导。对违反检测工作要求，质量考评不合格的艾滋病检测点由区县疾病预防控制中心艾滋病筛查实验室上报区县卫生行政主管部门，由当地卫生行政部门视情况给予通报批评、停止工作、限期改进或撤销检测点的处理。

(三) 市卫生计生委将组织市级专家不定期对全市艾滋病检测点进行抽查和指导，并将相关情况通报全市。

(四) 迁移艾滋病检测点以及被撤销检测点资格的单位，按本“办法”上述规定重新申请、验收。

六、附则

(一) 本“办法”涉及的检测工作要求和内容等均应严格按照《全国艾滋病检测技术规范》（2015 年修订版）执行；

(二) 本“办法”自下发之日起实施。

附表 1

艾滋病检测点资格审批申请表

申请单位: -----

地 址: -----

邮 编: -----

电 话: -----

联 系 人: -----

E-mail: -----

年 月 日填

一、艾滋病检测点人员名单及基本情况:

姓名	性别	年龄	技术职称	何时何地取得检测点上岗证	备注

二、实验室仪器、设备情况:

仪器设备名称	厂家	型号	购买时间	运转状况	核实者

注: 1、仪器、设备表格不够可另附页

2、运转状况可按运转正常、需小修、需大修三档填写

三、申请理由:

单位(盖章)

-----年-----月-----日

四、专家组验收意见:

组长 (签字)

专家 (签字)

-----年-----月-----日

五、卫生行政 (或主管) 部门审评结果:

单位 (盖章)

-----年-----月-----日

附表 2

HIV 抗体筛查报告

REPORT OF HIV ANTIBODY SCREENING TESTING

秘密 SECRET

编号 NO.

送检单位 FROM				送检日期 DATE	年 月 日 YEAR MONTH DAY
送检标本 SPECIMEN				送检人群 POPULATION	
姓名 NAME		性别 SEX		年龄 AGE	职业 OCCUPATION
国籍或民族 NATIONALITY			地址 ADDRESS		
检测方法 METHODS	日期 DATE			检测结果 RESULTS	
快诊					
结论 CONCLUSION					
检测者 OPERATOR				报告日期 DATE	年 月 日 YEAR MONTH DAY
筛查单位或实验室 (公章) INSTITUTION OR LABORATORY	备注 NOTE				

附表 3

艾滋病检测点 HIV 抗体复检检测单

秘密

编号 NO:

送检单位				送检日期			
送检标本				送检人群			
姓名		年龄		性别		职业	
国籍		民族		婚姻状况		文化程度	
身份证号					联系电话		
现住址							
户籍地址							
初筛实验试验		检测方法	检测日期	试剂厂家	批号	有效期	结果
检测者				审核者			
送检单位 (公章)				备注:			
电话:							
邮编:							

附表 5

(单位) HIV 快速检测原始记录

样品来源 _____ 样品类型 _____ 收样日期 _____

试剂厂家 _____ 试剂批号 _____ 试剂效期 _____

检测数量 _____ 室内温度 _____ 检测日期 _____

实验流程：取出试剂放至室温，取样品 _____ μL 于加样处，_____ 分钟内
读取结果。

样本	结果描述		结果判断	备注
	血清对照" C" 出现红色线	样本" T" 出现红色线		
	血清对照" C" 出现红色线	样本" T" 出现红色线		
	血清对照" C" 出现红色线	样本" T" 出现红色线		
	血清对照" C" 出现红色线	样本" T" 出现红色线		
	血清对照" C" 出现红色线	样本" T" 出现红色线		
	血清对照" C" 出现红色线	样本" T" 出现红色线		
	血清对照" C" 出现红色线	样本" T" 出现红色线		
	血清对照" C" 出现红色线	样本" T" 出现红色线		
	血清对照" C" 出现红色线	样本" T" 出现红色线		
	血清对照" C" 出现红色线	样本" T" 出现红色线		
	血清对照" C" 出现红色线	样本" T" 出现红色线		
	血清对照" C" 出现红色线	样本" T" 出现红色线		
	血清对照" C" 出现红色线	样本" T" 出现红色线		
	血清对照" C" 出现红色线	样本" T" 出现红色线		

检测者：

复核者

附表 6

艾滋病检测点审评验收情况一览表

申报单位名称:

评审内容	评审情况	
1. 人员		
经艾滋病确证中心或确证实验室的培训, 获得艾滋病检测资格证	名	
2. 建筑条件		
是否有专用实验室或专用实验区域	是	否
3. 设备		
普通冰箱	有	无
加样器 (仪)	有	无
离心机	有	无
消毒与污物处理设备	有	无
安全防护用品	有	无
恒温设施	有	无
4. 文件管理		
1) 作业指导书		
样本采集及运送	有	无
快速检测	有	无
消毒与污物处理设备	有	无
2) 记录		
实验原始记录	有	无
冰箱/冰柜温度记录	有	无
实验室环境温度记录	有	无
消毒与污物处理设备使用及维护记录	有	无
5. 盲样检测		
操作是否规范	是	否
检测结果是否全部正确	是	否

评审专家组 (签字):

年 月 日

巴中市卫生计生委办公室

2018年11月26日印发
