

辽宁省发热伴血小板减少综合征 聚集性疫情应急处置预案

（征求意见稿）

1 总则

1.1 编制目的

进一步规范我省发热伴血小板减少综合征聚集性疫情的应急处置工作，指导各级疾病预防控制部门、医疗机构和疾病预防控制机构妥善开展疫情应对工作，及时、高效控制疫情传播蔓延，把疫情危害控制在最小范围，切实维护公众身心健康与生命安全，保障全省经济社会持续健康发展。

1.2 编制依据

根据《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国突发公共卫生事件应对法》《国家突发事件总体应急预案》《辽宁省公共卫生应急管理条例》《辽宁省人民政府突发公共事件总体应急预案》《辽宁省突发公共卫生事件应急预案》《发热伴血小板减少综合征防控技术指南（2024版）》等法律法规及文件，制定本预案。

1.3 适用范围

本预案适用于辽宁省行政区域内发热伴血小板减少综合征聚集性疫情的应急处置。

聚集性疫情指 2 周内，在病例的密切接触者中，出现 1 例及以上病例；或同一地理单元（村庄、山坡、树林、茶园、

景区等)内共同活动的人员中出现 2 例及以上病例。散发病例处置可参照本预案,适当简化措施。

1.4 工作原则

坚持以人为本、生命至上,预防为主、常备不懈,统一领导、多方协作,依法科学、精准施策,社会参与、群防群控的原则。

1.5 事件分级

根据发热伴血小板减少综合征聚集性疫情事件性质、危害程度、波及范围等,分为一般、较大和重大三个级别。

一般级事件:2周内,同一县区内出现2起及以上聚集性疫情;或同一起疫情累计报告病例 ≥ 3 例且有明确人间传播证据;或聚集性疫情累计死亡病例 ≥ 2 例。

较大级事件:2周内,同一地市3个及以上县区出现一般级别事件;或同一起疫情累计报告病例4-9例且有明确人间传播证据;或聚集性疫情累计死亡病例3-5例。

重大级事件:2周内,我省3个及以上地市出现较大级别事件;或同一起疫情累计报告病例 ≥ 10 例且有明确人间传播证据;或聚集性疫情累计死亡病例 > 5 例。

1.6 响应分级

一般级别对应县区响应、较大级别对应市级响应、重大级别对应省级响应。

2 组织体系及职责

2.1 应急处置指挥机构。卫生健康、疾病预防控制部门

牵头开展发热伴血小板减少综合征聚集性疫情应急处置指挥相关工作。根据疫情处置需要，向本级政府申请成立应急处置指挥机构，指挥机构成员单位包括但不限于卫生健康、疾病预防控制、宣传、公安、民政、农业农村、交通、林草等部门，各相关部门按照职责开展工作。按照疫情应对响应级别，省、市、县（区）级组建本地应急处置指挥机构，下级应急处置指挥机构接受上级应急处置指挥机构的指导，按照属地管理责任，具体落实各项应急管理措施。

2.2 职责分工

2.2.1 部门职责

卫生健康部门：统筹协调疫情应对工作，强化跨部门协调联动；组织医疗机构做好病例诊断报告、医疗救治、病例管理、感染控制和协助流调等工作。

疾病预防控制部门：负责疫情应对的具体实施，强化应对准备的日常管理；指导疾病预防控制机构做好疫情的监测预警、风险评估、流行病学调查、应急监测、实验室检测、信息报告和管理、消毒消杀等工作，提出防控措施及建议。

公安部门：配合疾病预防控制部门开展“三公（工）”流调；依法协助落实强制隔离和封锁等防控措施，有效维护治安秩序和社会稳定。

民政部门：负责安全处理病例遗体等工作；组织社区、街道、村委会配合开展居民区环境治理及蜚虫防制等。

农业农村部门：负责动物防疫监管工作，指导养殖场户

做好蜚虫防控工作，降低动物感染风险。

交通部门：在疫情处置期间协助做好人员和物资的高效运输。

宣传部门：组织相关单位客观、及时地报道疫情信息与处置情况，做好舆情跟踪与引导；协助疾病预防控制部门做好健康宣教和信息发布。

林草部门：指导林区作业人员防护，提供林区生态环境监测数据；协助疾控机构开展林区媒介蜚类应急监测与消杀。

2.2.2 疾病预防控制机构和医疗机构职责

省疾病预防控制中心负责全省疫情监测、分析、预警和报告；指导重大或复杂疫情的现场调查与处置；开展疑难样本的实验室检测、复核和基因测序分析；负责复杂场景消杀防制方案制定和防制效果评估；组织全省专业技术培训和应急演练；开展应用性科学研究，评估防控措施效果。

市级疾病预防控制中心负责辖区内疫情监测、调查处置和技术指导；复核县级疾病预防控制中心送检的样本；负责应急监测、消毒消杀技术指导和防制效果评估；指导医疗机构做好消毒隔离和个人防护；开展健康教育与风险沟通。

县（区）级疾病预防控制中心依法及时报告疫情信息，承担疫情的初步流行病学调查、相关样本采集和快速检测；开展密切接触者追踪和健康管理；负责消杀防制方案制定与现场实施，负责消毒方案制定与现场实施，包括环境表面、物品、排泄物、分泌物的消毒，以及媒介蜚类的密度监测；

指导疫点、疫区的消毒和蜚虫控制；实施社区层面的健康教育和防控指导。

医疗机构职责：规范设置并运行发热门诊，严格执行预检分诊制度；定期开展医务人员培训，提高早期识别、规范诊疗和自我防护能力；做好疑似病例排查，依法依规及时、准确报告疫情信息；规范采集临床标本，安全送至疾病预防控制机构进行检测；全力做好病例医疗救治工作，降低病死率；严格落实医院感染控制措施，防止医源性传播；积极配合疾病预防控制机构开展流行病学调查和相关防控工作。

2.3 应急处置专家咨询委员会。组建省级应急处置专家咨询委员会，由流行病学、临床医学（传染病、重症医学等）、病原生物学、微生物检验、媒介生物防控、动物防疫、院感控制、公共卫生管理等领域的专家组成。市级、县（区）级应急处置专家咨询委员会可参照省级的专业构成，结合本地实际情况予以确定。

主要职责：参与应急预案和技术方案的制定与修订；对疫情相关信息进行综合分析和风险研判，提出应对措施和建议；为应急响应的启动、调整、终止及事后评估提供决策建议；为日常防控和现场应急处置工作提供专业技术支持。

2.4 应急处置指挥机构运行机制

遵循“平急结合”原则，在疫情不同阶段动态调整。常态防控下，疫情监测的部门间定期通报监测数据情况，每年至少开展 1 次风险评估。聚集性疫情发生后，疾病预防控

制机构要及时向同级疾病预防控制部门进行报告。疾病预防控制部门迅速组织专家咨询委员会开展风险评估，形成决策建议报请卫生健康部门同意后报本级政府，成立应急处置指挥机构并启动应急响应，相关部门立即开展现场处置工作。根据疫情发展，应急处置指挥机构组织专家咨询委员会对疫情防控情况进行动态评估，适时调整响应措施或终止应急响应。

3 疫情监测和信息报告

3.1 疫情监测

法定传染病报告系统：各级医疗机构在发现发热伴血小板减少综合征疑似、临床诊断或确诊病例后，须于 24 小时内完成网络直报，疾病预防控制机构按规定及时审核与响应；

症状监测系统：依托重点地区哨点医疗机构开展以发热、血小板减少等核心指标的症状监测，主动监测异常情况并及时预警；

实验室监测网络：整合省、市疾病预防控制中心及重点医院实验室资源，建立发热伴血小板减少综合征病原学检测与基因序列分析网络，提升溯源与变异监测能力；

媒介与宿主监测：在疫区及高风险区域定期开展媒介蜚类种群密度和带毒率监测，同步追踪牛、羊、狗等动物宿主的感染状况，并及时共享监测信息；

环境监测：对重点地区植被、气候等生态因素进行动态监测，评估其对媒介蜚类孳生与分布的影响；

社会舆情监测：加强网络舆情监控，及时捕捉异常疫情线索并回应公众关切，增强疫情信息的社会协同发现能力。

3.2 事件报告

经核实确认发生聚集性疫情的县（区）级疾病预防控制机构应于2小时内在“突发公共卫生事件报告管理信息系统”完成网络报告，并根据事件进展及时进行进程报告和结案报告。聚集性疫情中的疑似病例、临床诊断病例和确诊病例均要进行个案网络直报，并在“突发公共卫生事件报告管理信息系统”中将聚集性疫情涉及的个案病例进行关联。

4 风险评估与预警

4.1 风险评估

常规风险评估：各级疾病预防控制部门应在每年流行季前会同相关部门进行一次全面风险评估，流行季期间定期开展风险评估。评估结果通报各相关风险部门，用于指导日常防控工作。

应急风险评估：发现聚集性疫情迹象或接到报告后，疾病预防控制部门应组织专业技术人员或多部门代表进行联合会商，综合分析疫情性质、危害程度、波及范围、控制难度及发展趋势，明确风险等级，按规定做好风险信息通报和向上级部门的报告等工作。

4.2 预警分级与发布

根据应急风险评估结论，确定相应级别的预警。

蓝色预警（三级）：风险评估结果为低风险，但存在风

险因素。例如：本地区出现多个散发病例，发生地域范围出现扩散，在历史疫源地以外地区；或媒介监测显示，本地蚊虫密度或带毒率显著超出基线水平；或动物宿主（如牛、羊、狗等）监测发现感染率异常升高；或上级部门或相邻地区通报有疫情风险等。

黄色预警（二级）：风险评估结果为中风险。满足下列任一条件：

（1）县区内出现聚集性疫情；

（2）出现死亡病例。

（3）县区级卫生行政部门认定需启动黄色预警（二级）的其他情况。

红色预警（一级）：风险评估结果为高风险。满足下列任一条件：

（1）2周内同一地市出现2起聚集性疫情；

（2）同一起聚集性疫情累计报告病例数达2例以上，存在明确的人间传播证据；

（3）聚集性疫情累计死亡病例数达到2例；

（4）地市级或省级卫生行政部门认定需启动红色预警（一级）的其他情况。

预警的发布不等同于应急响应的启动，而是为响应启动提供决策依据和准备时间。达到蓝色预警由县（区）级疾病预防控制中心发布健康提示；达到黄色预警由县（区）级疾病预防控制中心向相关部门通报预警信息，做好应急响应准

备；达到红色预警由市级疾病预防控制部门按照《传染病疫情预警管理办法（试行）》要求执行。疫情被正式确认并达到本预案的事件分级标准，则立即启动相应级别的应急响应。

5 应急响应

5.1 一般级事件的应急响应（县区级响应）

5.1.1 启动条件

达到一般级事件标准，由县（区）级应急处置指挥机构响应。

5.1.2 应急响应措施

5.1.2.1 疾控机构核心措施

流调处置：县区级疾控中心发现或接到聚集性疫情报告后，立即开展现场流行病学调查，追溯感染来源，掌握传播途径和相关影响因素。重点调查病例间的接触地点、接触时间、接触方式等，判定聚集性疫情性质为共同环境暴露或人际间传播，同步落实密切接触者的追踪与 14 天健康管理，在接触地划分风险区，开展病媒应急监测，并对污染场所与环境实施消毒与媒介生物控制等处置措施。

检测复核：县区级疾控中心开展病例、媒介、宿主动物、健康人群等标本的收集、运送、检测，检测能力不足的县区级疾控中心及时将样本送至上级疾控中心进行检测和存疑结果复核。

消杀防制：制定防制方案，结合病例活动和劳作的区域，查明蜚虫分布的区域和密度，确定化学防制的实施范围，选

用高效低毒杀虫剂开展化学防制，直到蜚密度下降率 $\geq 80\%$ ；指导社区、街道、村委会等做好环境整治和宿主动物管理工作并同时开展蜚虫防控健康教育工作。

信息报告：每日向市级疾控中心报送疫情进展（病例数、密接管理、病媒监测、消杀效果），及时上传“突发公共卫生事件报告管理信息系统”报告信息，确保无漏报、错报。

健康宣教：制作蜚防护、早期症状识别（发热、乏力、血小板减少等）宣传品、短视频等，组织开展线上线下宣讲。及时公布疫情信息，病媒风险提示，回应社会关切。

可视疫情发展态势与防控情况，请求市级在流调、检测和技术指导等方面提供支持。

5.1.2.2 医疗机构核心措施

病例救治：市级设立定点救治医院集中收治病例，开通救治绿色通道；组建含感染科、重症科、血液科的救治专班，落实“一人一策”救治方案。对县区医疗机构和基层医疗机构开展线上 + 线下培训和指导，重点讲解早期识别、重症预警、救治要点，提升基层先期处置能力。

院感防控：严格落实分区管理（清洁区、潜在污染区、污染区），医护人员接触病例体液或分泌物时应严格执行标准防护，根据预期暴露正确选择和使用个人防护用品；加强对病例陪护人员的个人防护指导和管理；每日对诊疗区域、医疗废物暂存点消毒 2 次，医疗废物双层包装、专人转运；

开展院感风险排查并整改落实。

5.2 较大级事件应急响应（市级响应）

5.2.1 启动条件

达到较大级事件标准，由市级应急处置指挥机构启动响应。

5.2.2 应急响应措施

在一般级事件应急响应措施基础上，强化或增加以下措施：

流调升级：市级疾控中心组建 10 人以上流调专家组进驻疫情县区协助工作，指导跨县区传播链排查；开展病例基因测序。

扩大监测：在聚集性疫情发生地的医疗机构采用查看门诊日志、住院病历等临床资料、入户调查、随访观察密切接触者等方式，主动搜索病例并采集相关样本开展实验室检测。

防制效果评估：定期开展疫区防制效果（蜚密度、环境消毒消杀合格率），效果不佳时立即调整方案（更换药物或增加频次）。

技术督导：组建市级卫生监督专班，每日督查疫情县区流调、消杀、密接管理工作，形成问题清单，立即进行整改。

院感强化：卫生监督加强对病例救治医院的督查，重点是防护用品使用、消毒流程、医疗废物处置，发现违规行为立即叫停整改；依据流调结果，对可疑暴露的医护人员开展

每日健康监测，监测至暴露后最长潜伏期，若出现症状立即隔离排查。

视疫情发展态势与防控情况，请求省级在流调、检测和技术指导等方面提供支持。

5.3 重大级事件应急响应（省级响应）

5.3.1 启动条件

达到重大级事件标准，由省级应急处置指挥机构启动响应。

5.3.2 应急响应措施

在较大级事件应急响应措施基础上，强化或增加以下措施：

省级指挥机构统一领导，建立联防联控机制，调集全省流调力量开展传播链深度调查，明确传播路径。省级疾控中心开展病毒基因测序，对疑难样本复核，避免误诊。建立跨地市物资调拨通道，调拨省级应急消杀物资支援疫情地市，建立呼吸机、血小板输注设备等紧缺资源调配机制，定点医院防护用品、急救药品、检测试剂满足2周需求。成立省级医疗救治工作组（含重症救治专家），重症救治专家进驻疫情地市或远程指导定点医院重症病例救治；省级专家咨询委员会每日开展研判，分析疫情趋势并提出防控调整建议。

视情况报请国家派出现场工作组予以指导和支持。

5.4 应急响应调整与终止

调整或终止响应应按照“谁启动，谁调整”、“谁启动，

谁终止”的原则。

5.4.1 响应调整：启动响应的指挥机构组织专家咨询委员会对疫情防控效果（新增病例数、密接管理率、消杀效果、病死率等）进行评估。疫情受控（连续 7 天无新增、密接全部解除监测、消杀效果达标）则下调级别；疫情进一步扩散达到相应级别则上调响应级别。调整决议需在评估后 24 小时内发布执行。

5.4.2 响应终止：最后一例病例发病后连续 2 周无新增，且密切接触者完成 14 天监测、疫点及疫区消杀效果达标，专家评估后提出终止应急响应建议，疾控部门报指挥机构批准后，24 小时内发布终止公告。

5.5 总结评估

疫情应急响应终止后 2 周内，疾病预防控制机构应对聚集性疫情的发生和处置情况进行复盘评估，分析其原因和影响因素，提出今后应对类似疫情的防范和处置意见，报卫生健康、疾病预防控制部门。评估内容至少包括疫情发生、发展和控制过程，传染源和传播途径，病例和密切接触者，所采取措施的效果评价，应急处置过程中存在的问题和取得的经验及改进建议。

6 保障措施

6.1 技术保障

各级疾病预防控制机构应全面提升发热伴血小板减少综合征应急处置能力，规范传染病应急队伍建设，持续开展

培训与应急演练，提升流行病学调查、现场处置和实验室检测能力。省疾病预防控制中心负责发热伴血小板减少综合征检验技术研发与方法优化，按照国家标准提升常规检测水平，并为全省流调、现场处置与实验室检测工作提供全面技术支撑。各级机构应切实完善基础设施与实验室设备，提升检验检测水平和流行病学调查能力，确保“及时响应、迅速控制”的应急处置机制有效运转。

6.2 物资保障

各级人民政府相关部门做好物资常态化储备，加强维护与更新。依据疫情风险动态评估需求，科学测算并调整物资配置。强化应急演练，优化审批、调拨、运输与交接流程，确保应急状态下物资高效调配。

6.3 经费保障

各级人民政府相关部门应建立传染病疫情应急处置经费保障机制，合理安排工作经费，确保发热伴血小板减少综合征聚集疫情监测预警、应急响应各阶段资金及时拨付、高效使用。

6.4 监督检查

各地要结合本地疫情形势和防控工作需要，定期组织开展重点机构、重点场所、重点人群防控、应急演练、疫情报告及处置等工作的督导检查，发现问题及时督促整改，确保疫情防控和处置各项政策措施落实落细。

7 附则

7.1 应急预案制定与修订

本预案由省疾病预防控制中心、省卫生健康委、省委宣传部、省公安厅、省民政厅、省交通厅、省农业农村厅、省林草局联合组织制定，并根据法律法规更新、疫情防控实践经验及上级预案调整情况，及时修订完善。

7.2 本预案自发布之日起实施，由省疾病预防控制中心负责解释。