

# 发热门诊患者就诊指引

国家感染性疾病医疗质量控制中心

发热门诊是发现急性传染病尤其是急性呼吸道传染病的哨点,是防止急性呼吸道传染病在医疗机构内暴发的第一道屏障,也在防止急性呼吸道传染病在社区进一步传播中发挥重要作用。为避免呼吸道传染病在医院内传播,发热门诊应当对常见急性呼吸道传染病开展筛查。筛查期间,发热门诊应当具备一定的抢救能力,对需要抢救的患者及时开展抢救,确保筛查患者的医疗安全。为落实国家卫生健康委员会发布的《全面提升医疗质量行动计划(2023-2025年)》,根据《中华人民共和国传染病防治法》、《医疗机构传染病预检分诊管理办法》、《医院感染管理办法》、《医院隔离技术规范》、《医疗机构消毒技术规范》、《发热门诊设置管理规范》等相关法规标准制定本指引。

## 一、门急诊预检分诊

(一) 医疗机构应当按照《医疗机构传染病预检分诊管理办法》,实行传染病预检分诊制度。

(二) 对发热(腋下体温 $\geq 37.3^{\circ}\text{C}$ )和(或)呼吸道症状或疑似为传染病的患者具有以下任一情况应当引导至发热门诊就诊,同时对预检分诊处采取必要的消毒措施。

1. 72小时内有发热、咳嗽、咽痛、鼻塞、流涕、嗅(味)觉减退、腹泻、皮疹、黄疸、结膜充血等相关临床表现;或原有慢性肺部疾病急性加重,伴或不伴发热。

2. 发病前2周内类似患者、可疑感染动物接触史。

3. 与患者密切接触的人群(指共同居住、生活、工作、学习或其他接触人员)有类似症状。

4. 聚集性发病。

5. 有疫区旅行史或居住史。

6. 其他疑似有传染病风险。

(三) 根据传染病的流行季节、周期和流行

趋势做好特定传染病的预检分诊工作。在接到卫健委和省、自治区、直辖市人民政府发布特定传染病预警信息后,或者按照当地卫生健康部门的要求,加强对特定传染病的预检分诊工作。初步排除特定传染病后,再到相应科室就诊。

(四) 对呼吸道等特殊传染病患者或者疑似患者,应采取隔离或者控制传播措施,并按照规定对患者的陪同人员和其他密切接触人员采取医学观察和其他必要的预防措施。

(五) 未开设发热门诊的医疗机构,应当及时将患者转诊到具备发热门诊的医疗机构诊疗,并做好病历资料的交接。

(六) 转诊特殊传染病患者或疑似传染病患者时,应当按照当地卫生健康部门的规定使用专用车辆。

(七) 医疗机构应当定期对预检分诊医务人员进行传染病防治知识的培训。

(八) 从事传染病预检分诊的医务人员应当严格遵守卫生管理相关法律、法规,认真执行临床技术操作规范、常规以及有关工作制度。

## 二、患者病情严重程度和传染性评估

(一) 发热门诊分诊护士对所有患者测量体温、询问流行病学史、临床表现等,进行传染性评估,将患者合理有序分诊至不同的就诊区域(或诊室),并引导患者及陪同人员就诊时规范佩戴口罩,做好手卫生,减少聚集。同时对病情严重程度开展评估,主要包括以下方面:①生命体征、血氧饱和度、意识状况等;②患者基本资料、来院方式、目前主要的临床问题、基础病史等。

(二) 发热门诊医生要充分评估患者病情的严重程度,决定患者就诊和处置的优先顺序,这是保证医疗质量和患者安全、确保急危重症患者能够得到及时救治的重要支撑。

(三) 发热门诊医生应熟练掌握qSOFA评分、CURB-65评分、GCS评分、出血程度评估等,早期识别重症病例,及时进行患者救治和分流。病情评估可参考急诊预检分诊分级标准,具体方案见

DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2023.06.001

基金项目: 2024年首都卫生发展科研专项(No. 首发2024-1-2172); 首都临床特色诊疗技术研究及转化应用项目(No. Z221100007422076); 2022年北京市卫生健康委员会高层次公共卫生技术人才建设项目(No. 学科带头人-01-02)

附件3、4、5。

(四)发热门诊医生实时对留观患者进行病情监测与评估,当具有但不限于以下情况时需考虑重症或危重症病例。

1. 高热 $\geq 3$ 天,伴或不伴剧烈咳嗽、咳痰或胸痛;
2. 意识障碍和(或)定向力障碍;
3. 严重呕吐、腹泻,出现脱水表现;
4. 原有基础病明显加重或临床症状进行性加重;
5. 呼吸频率 $\geq 30$ 次/min;
6. 静息状态下,吸空气时指氧饱和度 $\leq 93\%$ ;
7. 动脉血氧分压( $\text{PaO}_2$ )/吸氧浓度( $\text{FiO}_2$ ) $\leq$

300 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa),高海拔(海拔超过1 000米)地区应根据以下公式对 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 进行校正: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \times [760/\text{大气压}(\text{mmHg})]$ ;

8. 收缩压 $< 90$  mmHg需要积极的液体复苏;
9. 血尿素氮 $\geq 7.14$  mmol/L;
10. 多器官功能不全;
11. 需要气管插管行机械通气治疗;
12. 脓毒症休克经积极液体复苏后仍需要血管活性药物治疗。

(五)发热门诊医生应熟练掌握常见呼吸道传染病重症高危因素,对重症风险进行评估,以便及时诊治。

1. 年龄 $< 5$ 岁的儿童;
2. 年龄 $\geq 65$ 岁的老年人;

3. 伴有以下疾病或状况者:心脑血管疾病、慢性呼吸系统疾病、糖尿病、肝脏疾病、肾脏疾病、血液系统疾病、神经系统疾病、肿瘤、维持性血液透析、免疫抑制患者等;

4. 肥胖(体重指数 $\geq 30$ );
5. 妊娠和围产期女性;
6. 重度吸烟者。

(六)发热门诊医师在接诊过程中,应注意询问并记录患者有关的流行病学史(发热及类似症状患者接触史,疫区、牧区旅居史,家禽、鸟类、动物及皮毛接触史,不洁饮食史,不熟肉类、海鲜进食史,生牛羊乳饮用史,蚊虫叮咬史,不安全性行为史,吸毒史,有无聚集性发病等)及职业史。

三、发热门诊传染病或疑似传染病隔离、留观与转诊

(一)接诊医生发现传染病或传染病疑似病例应按相关要求要求进行登记、隔离,并立即向科室负责人、医院主管部门报告,必要时组织院内专家组

会诊,并留院观察治疗。当留观室数量不能满足临床诊疗需要时,医疗机构需另外设置隔离留观区。

1. 应依据《医院隔离技术规范》及不同传染病病种相关防控技术指南等要求,制定符合传染病病种隔离要求的制度并认真执行。

2. 在标准预防的基础上,根据疾病的传播途径(飞沫传播、空气传播、接触传播和虫媒传播等)进行隔离并采取预防措施,防止传染病传播。

3. 疑似呼吸道传染病应当单间隔离,相同病原的患者可同居一室,隔离病房通风良好,符合呼吸道传染病隔离标准。

4. 一般医疗器械如听诊器、体温表或血压计等应专用,不能专用的物品如轮椅,在每次使用后须消毒。

5. 严格探视制度,非必要不探视,如需探视,探视人员应严格执行个人防护及手卫生。

(二)留观期间,发热门诊医师针对于不同传染病按照国家卫健委诊疗方案、行业诊疗指南或共识给予患者规范化治疗,包括早期抗病原治疗。

(三)留观期间医疗机构应协调急诊科、儿科、重症监护病房及其他科室和发热门诊建立绿色快速生命通道,对需要抢救的患者及时开展抢救,确保留观患者的医疗安全。承担区域内主要救治任务的医疗机构,感染性疾病科应设置独立的重症监护病房,满足传染病特别是呼吸道传染病的救治要求。

(四)对发现的需住院或转定点医院隔离治疗的急性呼吸道传染病感染者应按照相关规定尽快转送,并做好病历资料的交接。

#### 四、发热门诊医疗设备配置

##### (一)基础类设备

应配置病床、转运平车、护理车、仪器车、治疗车、抢救车、输液车、污物车、氧气设备、负压吸引设备等。

##### (二)抢救及生命支持类设备

应配置输液泵、注射泵(配置工作站)、电子血压计、电子体温计、血糖仪、手持脉搏血氧饱和度测定仪、心电监护仪(配置工作站)、雾化泵、心电图机、除颤仪、气管插管、无创呼吸机、有创呼吸机等。有条件的发热门诊配置负压担架、血液净化设备、心肺复苏仪等。

##### (三)检验类设备

所有检验服务应在医疗机构医务、院感、护理、后勤及检验等多部门协调下,进行医疗需求和



生物安全风险评估来进行配置。为满足发热患者在发热门诊完成闭环就诊的要求,建议配置新冠病毒、流感病毒和其他常见呼吸道病原体核酸检测设备、化学发光免疫分析仪、全自动生化分析仪、全自动血细胞分析仪、全自动尿液分析仪、全自动尿沉渣分析仪、全自动粪便分析仪、血气分析仪、生物安全柜等。可配置全自动血凝分析仪、特定蛋白分析仪。

#### (四) 放射类设备

应配置独立的CT。

#### (五) 药房设备

有条件的应配置24小时自动化药房。

#### (六) 辅助设备

电脑、监控、电话通讯设备、无线传输设备、自动挂号缴费机、口罩售卖机(发热门诊外)和污洗设备等。

### 五、发热门诊诊疗能力要求

#### (一) 实验室检验能力

除常规检验外,医疗机构应结合传染病流行特点,配置多种病原体的抗原检测和抗原多联检项目,至少包括:①针对易引起急性呼吸道感染高发流行的病原体,如甲型和乙型流感病毒、新型冠状病毒、肺炎支原体、呼吸道合胞病毒等;②易引起急性病毒性感染腹泻的高发流行病原体,如诺如病毒、轮状病毒等。

二级及以上综合医院、传染病专科医院、儿童专科医院、中医医院应具备常见呼吸道感染病原体(如新型冠状病毒、流感病毒、呼吸道合胞病毒、肺炎支原体等)核酸(含快检)检测能力。妇幼保健院、肿瘤医院等专科医院、乡镇卫生院和社区卫生服务中心发热哨点应具备常见呼吸道感染病原体抗原(如流感病毒、新型冠状病毒等)检测能力。

建议有条件的医疗机构在发热门诊开展对上述常见病原的核酸即时检验和核酸多联检项目,以进一步提高检测效率。

#### (二) 抢救能力

1. 发热门诊应当具备一定的抢救能力,和急诊等其他科室之间建立绿色快速生命通道,对需要抢救的患者及时开展抢救,医院还应建立包括感染性疾病科、呼吸科、急诊、危重症医学科(ICU)、心内科、外科、产科、手术室等在内的多学科会诊、转诊协作机制,确保筛查患者的医疗安全。建议发热哨点、二级医院发热门诊应具备心

肺复苏、电除颤等基础生命支持能力,三级医院发热门诊应当具备高级生命支持能力。

2. 各区(县)应指定至少一家发热门诊作为本土疫情暴发期间密切接触者的发热等呼吸道症状的排查、抢救、分娩、血液透析和手术等。

### 六、发热门诊日常管理

(一) 开设发热门诊的医疗机构,临床业务管理由感染性疾病科负责,未设置感染性疾病科的机构可由急诊科、呼吸科或内科负责。建议由主管医疗的副院长对发热门诊的日常运行、多学科会诊、人员调配、物资准备等进行统筹管理。

(二) 配备一定数量、相对固定的具有呼吸道感染病或感染性疾病诊疗经验的内科医师。建议至少配备4名医师参与日常临床诊疗工作,至少应有1名医师具有感染科或相关专业(如呼吸危重症等)副高及以上职称。根据实际诊疗量及时增配医务人员数量,经培训考核合格后上岗。

(三) 发热门诊要严格落实首诊负责制,医务人员不得以任何理由推诿患者。

(四) 医疗机构应配备由感染、重症医学、急诊、院感管理、儿科、妇产科、影像、检验等相关专科医务人员组建的院内专家组,建立多学科会诊机制。

(五) 发现可疑传染病病例应按相关要求登记、隔离,并立即向主诊医师及医院主管部门报告,必要时组织院内专家组会诊,并留院观察治疗。当留观室数量不能满足临床诊疗需求时,需另外设置隔离留观区。建议二级及以上综合医院、儿童专科医院、中医医院按照“平疫结合”原则,设置不少于开放床位数的5%~10%用于突发疫情时疑似呼吸道传染病患者的隔离留观。

(六) 各区(县)应根据传染病流行形势和发热患者就诊人次合理安排发热门诊的开设数量和开诊时间。

(七) 对发现的需转定点医院隔离治疗的特殊传染病疑似或确诊患者应按照相关规定尽快转送至定点医院,并做好病历资料的交接。

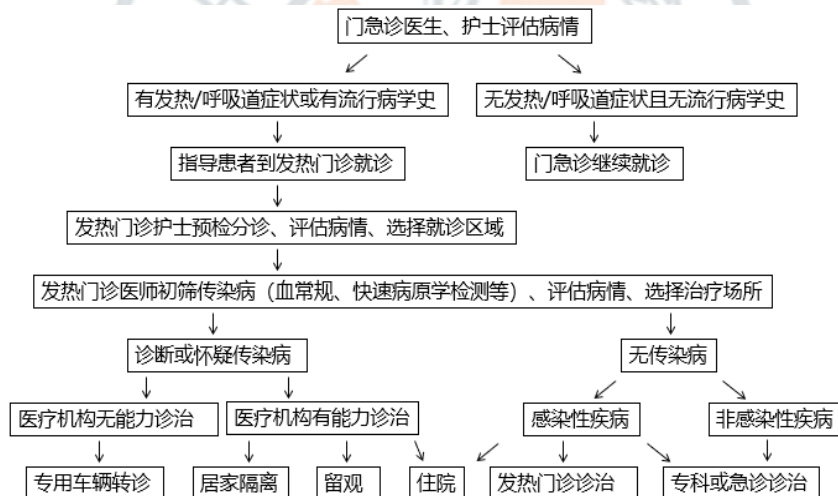
#### 附件:

1. 发热门诊就诊流程
2. 发热门诊预检分诊护士评估表
3. 预检分诊分级标准——成人患者
4. 预检分诊分级标准——儿童患者
5. 儿童生命体征评估参数

## 参 考 文 献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 卫生部关于二级以上综合医院感染性疾病科建设的通知(卫医发〔2004〕292号)[EB/OL]. 2004-12-03. <http://www.nhc.gov.cn/bgt/pw/10410/200412/6936fae254c04128893339081adbcaeb.shtml>.
- [2] 国家卫生健康委, 国家中医药局. 全面提升医疗质量行动计划(2023-2025年)[EB/OL]. 2023-5-29. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3585/202305/cfe6b26bce624b9f894cef021a363f3e.shtml>.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 医疗机构传染病预检分诊管理办法. (中华人民共和国卫生部令第41号)[EB/OL]. 2005-02-28. <http://www.nhc.gov.cn/wjw/c100022/202201/53780d90a4154c61b10a22c4b45499e6.shtml>.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 医院感染管理办法. (中华人民共和国卫生部令第48号)[EB/OL]. 2006-09-01. [https://www.gov.cn/ziliao/flfg/2006-07/25/content\\_344886.htm](https://www.gov.cn/ziliao/flfg/2006-07/25/content_344886.htm).
- [5] 中华人民共和国卫生部. 医院隔离技术规范(WS/T311-2009)[http://www.nhc.gov.cn/wjw/s9496/200904/40116/files/3f2c129ec8d74c1ab1d40e16c1ebd321.pdf].
- [6] 中华人民共和国卫生部. 医疗机构消毒技术规范[EB/OL]. 2012-4-5. [2023-1-1]. <http://www.nhc.gov.cn/wjw/s9496/201204/54510.shtml>.
- [7] 国家卫生健康委. 新型冠状病毒感染诊疗方案(试行第十版)[EB/OL]. 2023-1-6. <http://www.nhc.gov.cn/ylyjs/pqt/202301/32de5b2ff9b4eaa88e75bdf7223a65a.shtml>.
- [8] 国家卫生健康委. 流行性感冒诊疗方案(2020年版)[EB/OL]. 2020-11-4. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7653p/202011/a943c67d55c74e589d23c81d65b5e221.shtml>.
- [9] 《中华传染病杂志》编辑委员会. 发热待查诊治专家共识[J]. 中华传染病杂志, 2017, 35(11): 641-655.
- [10] 中华医学会呼吸病学分会. 中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南(2016年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(4): 253-279.
- [11] 北京市卫生健康委员会. 《北京市加强急诊预检分诊分级工作方案》[EB/OL]. [https://wjw.beijing.gov.cn/zwgk\\_20040/zxgk/201912/t20191230\\_1545244.html](https://wjw.beijing.gov.cn/zwgk_20040/zxgk/201912/t20191230_1545244.html).

## 附件1 发热门诊就诊流程



## 附件2 发热门诊预检分诊护士评估表

## 一、基本信息

姓名: \_\_\_\_\_ 性别: \_\_\_\_\_ 年龄: \_\_\_\_\_ 手机号: \_\_\_\_\_

## 二、请您确认是否有以下流行病学史

①2周内发热或呼吸道感染患者接触史。□否 □是

②2周内可疑感染动物接触史。□否 □是

③2周内小范围如家庭、办公室、学校等场所所有≥ 2例发热或呼吸道症状病例。□否 □是

④2周内疫区旅行史或居住史。□否 □是

⑤您的同住人员、陪同亲属等密切接触者具有以上任一情况。□否 □是

## 三、以下内容护士填写

体温: \_\_\_\_\_ 脉搏: \_\_\_\_\_

血压: \_\_\_\_\_ 血氧: \_\_\_\_\_

意识: □清楚, □嗜睡, □模糊, □谵妄, □昏睡, □昏迷

附件3 预检分诊分级标准——成人患者

级别	病情严重程度	病情级别描述	指标维度		响应程序 时间及地点	标识 颜色
			客观评估指标	人工评定指标		
1级	濒危	正在或即将发生的生命威胁或病情恶化, 需要立即进行积极干预	心率> 180 次/min 或< 40 次/min; 收缩压< 70 mmHg/急性血压降低, 较平素血压低30~60 mmHg; SpO <sub>2</sub> < 80%且呼吸急促(经吸氧不能改善, 既往无COPD病史); 腋温> 41 ℃; 血糖< 3.33 mmol/L; 血钾> 7.0 mmol/L	心肺/呼吸停止或节律不稳定; 气道不能维持; 休克; 明确心肌梗死; 急性意识障碍/无反应或仅有疼痛刺激反应(GCS<9); 癫痫持续状态; 复合伤(需要快速团队应对); 急性药物过量; 严重的精神行为异常, 正在进行的自伤或其他行为, 需立即药物控制者; 其他危及生命、需要紧急抢救的情况	立即进行评估和救治, 安排患者进入复苏室或抢救室	红色
2级	危重	病情危重或迅速恶化, 如短时间内不能进行治理则危及生命或造成严重的器官功能衰竭; 或者短时间内进行治理可对预后产生重大影响, 比如溶栓、解毒等	心率: 150~180次/min或40~50次/min; 收缩压: > 200 mmHg, 或70~80 mmHg; SpO <sub>2</sub> : 80%~89%且呼吸急促(经吸氧不能改善); 发热伴粒细胞减少; ECG提示急性心肌梗死	气道风险: 严重呼吸困难/气道不能保护; 循环障碍, 皮肤湿冷花斑, 灌注差/怀疑脓毒症; 昏迷(强烈刺激下有防御反应); 急性脑卒中; 类似心脏因素的胸痛; 不明原因的严重疼痛伴大汗(脐以上); 胸痛疼痛, 已有证据表明或高度怀疑以下疾病: 急性心梗、急性肺栓塞、主动脉夹层、急性心肌梗死/心包炎、心包积液、异位妊娠、消化道穿孔、睾丸扭转 所有原因所致严重疼痛(7~10分); 活动性或严重失血; 严重的局部创伤-大的骨折、截肢; 过量接触或摄入药物、毒物、化学物质、放射物质等; 严重的精神行为异常(暴力或攻击), 直接威胁自身或他人, 需要被约束; 其他存在高风险、可能进展至危及生命或致残的情况	立即监护生命体征, 10 min内得到救治, 安排患者进入抢救室	红色
3级	急症	存在潜在的生命威胁, 如短时间内不进行干预, 病情可进展至威胁生命或产生十分不利的结局; 或者存在潜在的严重性, 如患者一定时间内没有给予治疗, 患者情况可能会恶化或出现不利的结局; 以及症状将会加重或持续时间延长	心率: 100~150 次/min或50~55次/min; 收缩压180~200 mmHg或80~90 mmHg; SpO <sub>2</sub> : 90%~94%且呼吸急促(经吸氧不能改善)	急性哮喘, 但血压、脉搏稳定; 嗜睡(可唤醒, 无刺激情况下转入睡眠); 间断癫痫发作; 中等程度的非心源性胸痛; 中等程度或年龄> 65岁无高危因素的腹痛; 任何原因出现的中重度疼痛, 需要止疼(4~6分); 任何原因导致的中度失血; 头外伤; 中等程度外伤, 肢体感觉运动异常; 持续呕吐/脱水; 精神行为异常: 有自残风险/急性精神错乱或思维混乱/焦虑/抑郁/潜在的攻击性; 吸入异物, 无呼吸困难; 吞咽困难, 无呼吸困难; 中等程度疼痛, 有一些危险特征; 无肋骨疼痛或呼吸困难的胸部损伤; 非特异性轻度腹痛; 轻微出血; 轻微头部损伤, 无意识丧失; 小的肢体创伤, 生命体征正常, 轻中度疼痛; 关节肿胀, 轻度肿痛	先于4级患者优先诊治, 安排患者在普通诊疗区候诊; 若候诊时间大于30 min, 需再次评估	黄色



续附件3

级 别	病情严重 程度	病情级别描述	指标维度		响应程序 时间及地点	标识 颜色
			客观评估指标	人工评定指标		
4级	非急症	慢性或非轻微的症 状,即便等待一段时 间再进行治疗也不会 对结局产生大的影响	生命体征平稳	病情稳定,症状轻微; 低危病史且目前无症状或症状轻微; 无危险特征的微疼痛; 微小伤口-不需要缝合的小的擦伤、裂伤; 熟悉的有慢性症状患者; 轻微的精神行为异常; 稳定恢复期或无症状患者复诊/仅开药; 仅开具医疗证明	顺序就诊,除非病情 变化,否则候诊 时间较长; 若候诊时间大于4小 时,可再次评估	绿色

注:患者级别以其中任一最高级别指标确定; 1 mmHg = 0.133 kPa

附件4 预检分诊分级标准——儿童患者

级 别	病情严重 程度	病情级别描述	客观评估指标	指标维度	响应程序 时间及地点	标识 颜色
			客观评估指标	人工评定指标		
1级	濒危	正在或即将发生的生 命威胁或病情恶化, 需要立即进行积极干 预	心率参考附表; 低血压(收缩压低于同年龄组正常值 的第5百分位数): 0~28日足月新 生儿< 60 mmHg; 1~12月婴儿< 70 mmHg; 1~10岁儿童< 70+ (2×年龄) mmHg; 10岁以上儿童< 90 mmHg; 呼吸频率参考附表; SpO <sub>2</sub> < 85%且呼吸急促(青紫型先天 性心脏病除外); 低体温< 35 ℃	心肺/呼吸停止或节律不稳定; 严重呼吸窘迫; 气道阻塞窒息需要紧急气管插管或气管切开; 昏迷/昏睡; 严重心律失常; 休克; 严重复合伤、大面积烧伤(需要快速团队应对); 惊厥持续状态; 急性中毒危及生命; 其他危及生命、需要紧急抢救的情况	立即进行评估和救 治,安排患者进入 复苏室或抢救室	红色
2级	危重	病情危重或迅速恶 化,如短时间内不能 进行治疗则危及生命 或造成严重的器官功 能衰竭; 或者短时间内进行治 疗可对预后产生重大 影响	心率参考附表; 呼吸频率参考附表; SpO <sub>2</sub> : 85%~89%; 3个月以上婴儿/儿童体温> 40 ℃; 3个月以内婴儿体温> 39 ℃	气道风险: 严重呼吸困难/气道不能保护; 急性哮喘重度发作; 急性溶血性贫血(重度); 急性出血性皮疹(暴发性紫癜); 重度脱水; 抽搐发作; 急性意识障碍(GCS < 9分); 高血压危象; 暴发性心肌炎; 胸痛/胸闷(疑张力性气胸、肺栓塞); 生命体征异常的腹痛,已有证据表明或高度怀疑以下疾病: 消化道穿孔、睾丸扭转等; 严重的活动性失血; 严重的局部创伤; 低血糖发作; 糖尿病酮症酸中毒; 吸入或经消化道摄入过量药物、毒物、化学物质等; 其他存在高风险、可能迅速进展至危及生命或致残的情况	立即监护生命体 征, 10 min内得到 救治,安排患者进 入抢救室	红色



## 编写专家组成员

**专家组长(按姓氏笔划排序):** 高燕、蒋荣猛

**执笔专家:** 刘雅芬(北京大学人民医院)、韩冰(国家感染性疾病医疗质量控制中心、北京市感染性疾病质量控制和改进中心、首都医科大学附属北京地坛医院)

**专家组(按姓氏笔划排序):** 丁洋(辽宁省感染质控中心、中国医科大学附属盛京医院)、马洁(江苏省感染质控中心、东南大学附属第二医院)、毛小荣(甘肃省感染质控中心、兰州大学第一医院)、王芙蓉(内蒙古自治区感染质控中心、内蒙古自治区第四医院)、王贵强(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会副主任委员、北京大学第一医院)、代丽丽(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会委员、首都医科大学附属北京佑安医院)、卢洪洲(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会委员、深圳市第三人民医院)、叶寒辉(福建省感染质控中心、福建医科大学附属孟超肝胆医院)、谢松松(新疆生产建设兵团感染质控中心、石河子大学第一附属医院)、玉艳红(广西壮族自治区感染质控中心、广西医科大学第一附属医院)、石荔(西藏自治区感染质控中心、西藏自治区人民医院)、刘映霞(国家感染性疾病临床医学研究中心、深圳市第三人民医院)、孙成栋(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会委员、北京积水潭医院)、池祥波(重庆市呼吸道传染病质控中心、重庆市公共卫生医疗救治中心)、许能奎(福建省感染质控中心、福建省立医院)、张志成[江西省感染质控中心、南昌市中心医院(青山湖院区)]、张凯宇(吉林省感染质控中心、吉林大学第一医院)、张忠法(山东省感染质控中心、山东省公共卫生临床中心)、张臻云(山西省感染质控中心、山西医科大学第一医院)、李兴旺(国家感染性疾病医疗质量控制中心、北京市感染性疾病质量控

制和改进中心、首都医科大学附属北京地坛医院)、李家斌(安徽省感染质控中心、安徽医科大学第一附属医院)、杨文杰(天津市感染质控中心、天津市第一中心医院)、杨宝山(黑龙江省感染质控中心、哈尔滨医科大学附属第一医院)、沈银忠(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会委员、上海市公共卫生临床中心)、卓玛(青海省感染质控中心、青海省第四人民医院)、宗志勇(四川省感染质控中心、四川大学华西医院)、林锋(海南省感染质控中心、海南省人民医院)、罗新华(贵州省感染质控中心、贵州省人民医院)、连建奇(陕西省感染质控中心、空军军医大学唐都医院)、赵彩彦(河北省感染质控中心、河北医科大学第三医院)、唐红(四川省感染质控中心、四川大学华西医院)、耿嘉蔚(云南省感染质控中心、云南省第一人民医院)、高志良(广东省感染质控中心、中山大学附属第三医院)、高孟秋(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会委员、首都医科大学附属北京胸科医院)、高燕(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会委员、北京大学人民医院)、曹阳(吉林省传染科质控中心、长春市传染病医院)、梁红霞(河南省感染质控中心、郑州大学第一附属医院)、盛吉芳(浙江省感染质控中心、浙江大学医学院附属第一医院)、谢青(上海市感染质控中心、上海交通大学医学院附属瑞金医院)、谢雯(国家感染性疾病医疗质量控制中心、北京市感染性疾病质量控制和改进中心、首都医科大学附属北京地坛医院)、鲁晓擘(新疆维吾尔自治区感染质控中心、新疆医科大学第一附属医院)、黄燕(湖南省感染质控中心、中南大学湘雅医院)、蒋荣猛(国家感染性疾病医疗质量控制中心、北京市感染性疾病质量控制和改进中心、首都医科大学附属北京地坛医院)、熊勇(湖北省感染质控中心、武汉大学中南医院)

(收稿日期: 2023-11-20)

(本文编辑: 温少芳)

国家感染性疾病医疗质量控制中心. 发热门诊患者就诊指引[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版), 2023,17(6):361-368.