

ICS XXXX
CCS XXXX

DB50

DB50/T XX—202X

重 庆 市 地 方 标 准

川渝地区流动艾滋病病毒感染者协同服务 指南

（草案）

202X—XX—XX 发布

202X—XX—XX 实施

重庆市市场监督管理局

发 布

目 录

前言 II

引言 1

1 范围 2

2 规范性引用文件..... 2

3 术语和定义..... 2

4 服务原则..... 3

5 服务机构..... 3

6 服务对象..... 3

7 服务流程..... 3

8 服务内容..... 4

9 服务要求..... 4

附 录 A （资料性） 5

附 录 B （资料性） 6

附 录 C （资料性） 8

附 录 D （资料性） 9

附 录 E （资料性） 10

附 录 F （资料性） 11

参 考 文 献..... 13

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由重庆市疾病预防控制中心、四川省疾病预防控制中心提出。

本文件由重庆市卫生标准化技术委员会、四川省卫生标准化技术委员会归口。

本文件起草单位：重庆市疾病预防控制中心、四川省疾病预防控制中心、成都市东部新区服务委员会文化旅游体育局、四川省疾病预防控制中心。

本文件主要起草人：周超、冯燎、李菊梅、杨一挥、张维、杨薇、罗兴建、任建华、贺亚萍、高鑫、卢戎戎、马瑞、龙江、喻航、黄玉玲、谭天宇、赵亮。

本文件为首次发布。

引 言

艾滋病已成为严重危害全球人体健康的重大公共卫生问题。重庆市、四川省艾滋病病毒感染者（以下简称“感染者”）呈现区域分布不均，重点地区、重点人群防控尤其突出。一直以来，流动感染者服务是艾滋病防治的一大难题，国家相关技术指南虽涉及了流动感染者随访基本原则和职责分工建议，但并未形成具体的协同服务指南。各地区在探索流动感染者服务机制过程中，缺乏有效转介机制，且转介标准各不相同，不仅跨省之间标准不同，省内跨市州、市州内跨县区也存在不同，导致流动感染者异地转介难、追踪难、检测难、治疗难，成为艾滋病传播的高风险人群。流动感染者有效服务是流动感染者、基层艾防人员急难愁盼的问题，也是全国艾滋病防治的痛点难点问题。

随着成渝地区双城经济圈建设推进，川渝两地人口流动更加频繁，艾滋病防控难度更加困难，为切实推进川渝地区艾滋病防控一体化发展，加强流动艾滋病病毒感染者协同服务非常必要。川渝两地先行先试，在双方卫生健康委领导下，由各级疾控机构牵头，定点医院、妇幼保健院/妇计中心、基层随访机构参与，两地协同开展流动感染者协同服务工作。

本标准按照《艾滋病防治条例》（2019 年修订）、《中国遏制与防治艾滋病规划（2024—2030 年）》（国办发〔2024〕51 号）、《关于印发川渝地区流动艾滋病病毒感染者协同管理服务工作方案（试行）的通知》（川卫重传函〔2023〕197 号）的精神，为提升川渝地区艾滋病防治工作质量及规范流动感染者协同服务而制定。

本标准的制定是对国家现有艾滋病防治相关指南的有力补充，一是针对流动艾滋病病毒感染者服务这一全国性难题，把握成渝经济圈国家战略良机，创新建立流动感染者协同服务机制与流程，避免漏管失管，制定实施《川渝地区流动艾滋病病毒感染者协同服务方案》。二是明确了转介服务的条件，要求应转尽转，应接尽接。对不符合转介条件的感染者，流入地根据流出地请求提供 CD4 检测、病毒载量检测、抗病毒治疗等协助服务。三是根据《关于进一步推进川渝两地医疗机构检查检验结果互认工作的通知》（川卫函〔2025〕114 号）精神，川渝医疗机构检查检验结果实现互认，将助力推动两地流动艾滋病感染者协同服务。本标准作为流动感染者的检测、治疗、追踪、随访的全流程服务提供科学依据和支撑，对在全国进行推广应用提供参考。

川渝地区流动艾滋病病毒感染者协同服务指南

1 范围

本文件规定了川渝地区流动艾滋病病毒感染者协同服务对象、服务内容、服务流程等。
本文件适用于川渝地区流动艾滋病病毒感染者协同服务。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

WS 293 艾滋病和艾滋病病毒感染诊断
艾滋病病毒感染者随访工作指南 2016年版
国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册 2023年版

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。
或GB/T 20000.1界定的及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

艾滋病病毒 Human Immunodeficiency Virus, HIV
即人类免疫缺陷病毒，是导致艾滋病感染的病原体。

3.2

艾滋病 Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS
又称为获得性免疫缺陷综合征，是由于机体感染HIV而引起的，以人体CD4+淋巴细胞减少为特征的进行性免疫功能缺陷，疾病后期可继发各种机会性感染、恶性肿瘤和中枢神经系统病变的综合性疾患。

3.3

艾滋病病毒感染者 HIV-infected person
是艾滋病病毒感染者和病人的简称，包含感染 HIV 后尚未发展到艾滋病阶段的个体和感染 HIV 后发展到艾滋病阶段的病人。

3.4

流动感染者 Floating infected person
“全民健康保障信息化工程-中国疾病预防控制信息系统”的艾滋病病例报告卡中的现住址和当前实际住址不一致的感染者。

3.5

转介服务 Referral management
流出地服务机构将符合条件感染者服务关系移交给流入地服务机构，此后该感染者的相关医疗卫生服务由流入地相关机构负责。

3.6

协助服务 Assist management
指流出地服务机构协调流入地服务机构，由后者协助完成病毒载量检测、CD4 检测、抗病毒治疗等相关医疗卫生服务。

3.7

流出地和流入地 Outflow and inflow areas
流出地指“全民健康保障信息化工程-中国疾病预防控制信息系统”的艾滋病病例报告卡中的现住址所在的县、市或者市辖区；
流入地指当前实际居住地所在的县、市或者市辖区。

3.8

单阳家庭 Sero-discordant couples

即夫妻双方（包括同居3个月以上的异性性伴）中一方为艾滋病病毒感染者，另一方为HIV抗体阴性的家庭。其中单阳家庭阴性一方称为单阳配偶。

3.9

CD4 检测 CD4 test

对细胞表面的 CD4 抗原进行标记并计数的方法，了解感染者体内的 CD4 细胞数量，CD4 细胞是 HIV 病毒攻击的主要靶细胞。

3.10

病毒载量检测 Viral load detection

通过聚合酶链锁反应（PCR）的技术检测感染者血浆（清）中 HIV RNA 的数量。

3.11

配偶检测 Spouse detection

指让单阳配偶接受 HIV 抗原、抗体或核酸检测。

4 服务原则

应接尽接、专人负责、隐私保护、信息保密。

5 服务机构

5.1 随访机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心、定点医院、妇幼保健院/妇计中心）具体实施流动感染者随访服务工作。流出地基层随访机构及时掌握感染者当前实际住址和联系方式，实施分类服务，将有转介和协助服务需求的告知辖区县（市、区）疾控机构，及时跟进后续进展。流入地随访机构配合流出地完成感染者转介和协助服务工作，及时反馈服务情况，并每季度上报报表。

5.2 县（市、区）疾控机构负责联系转介和协助服务具体事宜，每季度完成报表汇总、上报。流出地疾控机构向流入地疾控机构提出转介和协助服务需求；流入地疾控机构核实并确认相关信息后，启动转介和协助服务，并及时反馈流出地疾控机构。

5.3 市（州）疾控机构负责辖区县（市、区）疾控机构流动感染者转介和协助服务管理，开展质量控制、工作协调、技术支持以及报表的分析、上报。

5.4 省级疾控机构负责组织保障、沟通协调、评估指导等。

6 服务对象

6.1 **转介服务对象。**感染者愿意在流入地接受服务且满足以下任一条件：①感染者能提供其在流入地常住的相关资料证明，符合以下其中之一即可：购房证明、6个月及以上的租房证明或工作证明、入学证明、流入地认可的其它材料等；②多部门协查资料等证据表明感染者已在流入地居住6个月及以上；③感染者无法提供常住证明但流入地愿意主动纳入管理。

6.2 **协助服务对象。**不符合转介条件的，特别是单阳家庭，阳性育龄妇女、暗娼、男男同性性行为者、青年学生，未完成随访或未接受抗病毒治疗等重点人群和感染者。

7 服务流程

7.1 转介服务

7.1.1 感染者提出转介申请后，流出地随访机构核实转介条件，将符合条件的感染者信息报给辖区县（市、区）疾控机构，感染者填写“流动感染者自愿转介申请单”（见附录 A）（纸质版、电子版均可）。流出地疾控机构填写“流动感染者转介通知单”（见附录 B 表 B.1），在 5 个工作日内联系流入地疾控机构。

7.1.2 流入地疾控机构收到后及时开展核查，在 5 个工作日内将“流动感染者转介回执”（见附录 B 表 B.2、B.3）反馈至流出地。对符合转介条件的感染者，流入地要“应接尽接”；流入地在 5 个工作日内未反馈的，视同同意接受；若不同意接受转介，应向流出地反馈原因，由流出地核实感

染者信息后再次进行转介，或者纳入协助服务。

7.1.3 流出地随访机构收到流入地反馈后，及时更新需转介的感染者现住址、治疗等相关信息。流入地随访机构应主动与感染者联系，及时履行服务责任。

7.1.4 对于县（市、区）疾控机构确实无法解决的转介个案，可由流出地疾控机构逐级向省级疾控机构申请协调解决。感染者转介服务工作流程详见附录 C。

7.2 协助服务

7.2.1 对于不符合转介条件、无转介意愿以及其他需要服务的流动感染者，流出地随访机构可申请协助服务，由流入地协助完成随访服务。流出地随访机构应及时将协助服务的感染者信息和工作需求报给辖区县（市、区）疾控机构。

7.2.2 流出地与流入地县（市、区）疾控机构沟通后，5个工作日内将“流动感染者协助服务单”（附录 D 表 D.1）发给流入地，并积极主动对接流入地，及时掌握服务情况。

7.2.3 流入地疾控机构积极协调辖区相关定点医院、基层随访机构等解决协助服务需求，在 20 个工作日内向流出地反馈协助服务回执（附录 D 表 D.2）。若流入地能完成协助需求，在实际完成后 10 个工作日内向流出地反馈结果，同时按照相关要求将结果反馈给感染者本人；若不能完成协助需求，向流出地反馈具体原因。对于特殊紧急情况，如阳性育龄妇女准备怀孕、待产、已产，以及阳性暗娼失访等，应在最后一次随访后 2 个工作日内向流出地反馈。

7.2.4 免费检测项目可根据最新版本《艾滋病病毒感染者随访工作指南》《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册》相关工作要求实施。感染者协助服务工作流程详见附录 E。

8 服务内容

8.1 转介服务。①沟通并核实感染者是否符合转介条件：对符合转介条件的感染者，流入地随访服务机构不得拒绝或推诿转介。②修改疫情现住址：在确定可转介时，流出地随访机构在“全民健康保障信息化工程-中国疾病预防控制信息系统”中修改现住址。

8.2 协助服务。流入地随访机构根据流出地提出的协助服务需求开展工作。按照《艾滋病病毒感染者随访工作指南》《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册》中要求，对流动感染者提供抗病毒治疗药品、CD4 细胞检测、病毒载量检测、结核检测、配偶检测、阳性育龄妇女孕检、初筛阳性人员确证检测等服务。

9 服务要求

9.1 成立省级工作协调组，成员包括疾控机构、定点医院、妇幼保健院等。工作协调组建立会商制度，协调解决工作难题，提出相关经费预算，研究分析流动感染者协同服务成效，对存在的问题提出对策建议，每年至少开展 1 次现场指导和评估。

9.2 建立信息交换渠道，包括 QQ 群、邮箱等，用于川渝疾控机构推送转介和协助服务需求与进展等。在报送、传递、核实、反馈感染者相关信息时应遵守保密原则，注重保护隐私。流入地县（市、区）疾控机构建立动态服务报表（见附录 F），每半年报送本地省级疾控机构。

9.3 对转介和协助服务的感染者做到无缝、全程服务。流出地随访机构无依据不得擅自变更现住址信息；流入地不得无故不接。对推诿或服务不到位、不积极的进行通报和追责。

附 录 A
(资料性)

流动感染者自愿转介申请单

编号: _____

本人(卡片编号: _____, 身份证号: □□□□□□□□

□□□□□□□□), 因_____原因自愿在_____

(随访服务单位/抗病毒治疗单位)进行后续随访服务, 计划在本地居住_____

(年/月), 我承诺: 转介后积极遵守和配合当地服务政策, 请贵单位予以协助!

随访责任单位(盖章):

感染者本人/监护人联系电话:

联系电话(传真):

电子邮箱地址:

感染者本人/监护人签名/电子印章:

随访人员(签名):

_____年_____月_____日

附 录 B (资料性)

表 B.1 流动感染者转介申请单

编号: _____:

现有我地感染者_____ (卡片编号: _____, 身份证号: □□□□□□□□□□□□□□□□), 由于_____的原因, 感染者自愿由现住址所在随访责任机构进行随访, 现居住地址为 _____ 省 _____ 市 _____ 县(市、区) _____ 乡(镇、街道) _____ 村 _____ (门牌号), 感染者联系电话_____。请贵单位给予相关的随访、关怀与救助。如有疑问, 请与我单位联系。

县(市、区)疾病预防控制中心(盖章):

联系电话(传真):

联系人员(签名):

_____年____月____日

表 B.2 流动感染者转介回执(副页 1)

编号: _____:

经核实感染者_____ (卡片编号: _____, 身份证号: □□□□□□□□□□□□□□□□), 现居住地址为 _____ 省 _____ 市 _____ 县(市、区) _____ 乡(镇、街道) _____ 村 _____ (门牌号), 联系电话_____, 信息属实。根据感染者意愿, 将由_____单位负责随访、关怀与救助工作。建议感染者在____年____月____日前到随访责任机构报到。

请在收到此回执后, 尽快在“中国疾病预防控制中心信息系统”中将其现住址进行更改。

县(市、区)疾病预防控制中心(盖章):

联系电话(传真):

联系人员(签名):

_____年____月____日

表 B.3 流动感染者转介回执（副页 2）

编号：_____：

经核实感染者_____（卡片编号：_____, 身份证号：□□□□□□□□□□□□□□□□），具有以下情况之一：①经联系感染者本人已不在本地居住，②你单位提供的联系方式无法联系到感染者本人，③感染者本人未及时按流入地要求到指导随访服务机构报到，④其它原因_____。故拒绝接收此感染者转介到本地。请勿随意在“中国疾病预防控制中心信息系统”中将其现住址进行更改。

县（市、区）疾病预防控制中心（盖章）

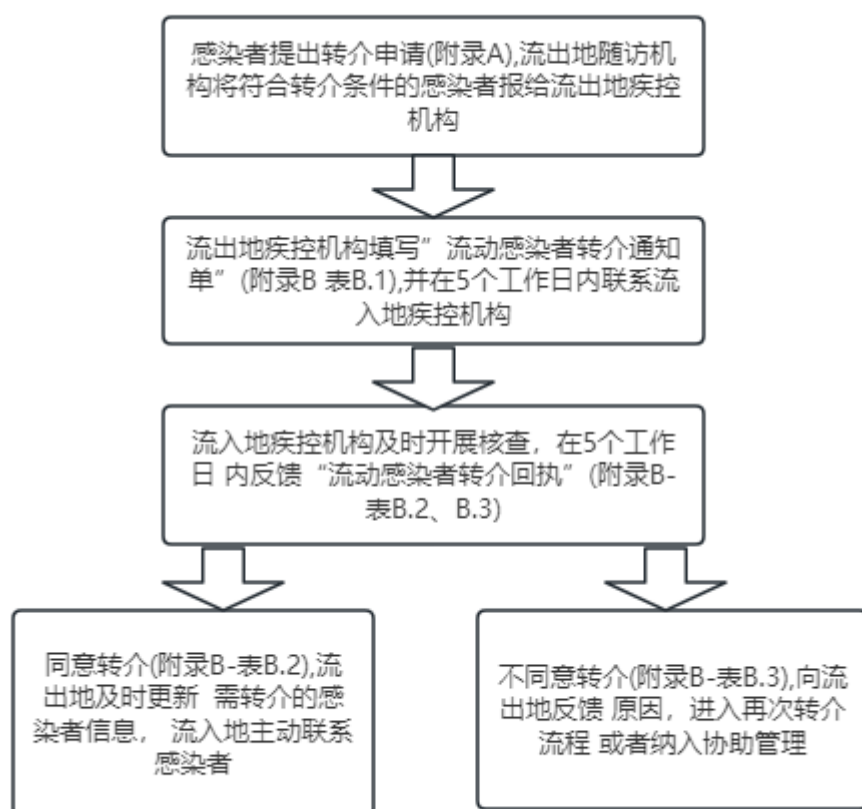
联系电话（传真）：

联系人员（签名）：

_____年_____月_____日

附录 C
(资料性)

流动感染者转介服务流程图



附 录 D
(资料性)

表 D.1 流动感染者协助服务单

编号: _____

_____:

经核实感染者_____ (卡片编号: _____, 身份证号: □□□□□□□□□□□□□□□□), 现居住地址为 _____ 省 _____ 市 _____ 县(市、区) _____ 乡(镇、街道)。该感染者属于以下人群之一: ①单阳家庭, ②感染育龄妇女, ③FSW, ④MSM, ⑤青年学生, ⑥初筛阳性未完成确证者, ⑦未按时完成首次随访, ⑧新报告感染者的性接触者, ⑨其它_____。请你单位协调在_____ (时间) 内完成以下项目(可选): ①CD4 检测, ②病毒载量检测, ③配偶检测, ④结核检测, ⑤孕情检测, ⑥确证检测, ⑦协查追踪, ⑧其它_____。请联系电话_____。

请贵单位给予协调并完成。如有疑问, 请与我单位联系。

县(市、区)疾病预防控制中心(盖章):

联系电话(传真):

联系人员(签名):

_____年_____月_____日

表 D.2 流动感染者协助服务单回执(副页)

编号: _____

_____:

经核实感染者_____ (卡片编号: _____, 身份证号: □□□□□□□□□□□□□□□□), 现居住地址为 _____ 省 _____ 市 _____ 县(市、区) _____ 乡(镇、街道), 联系电话_____, 信息属实。根据感染者意愿, 将协调本地(疾病预防控制机构/医院/社区卫生服务中心)完成_____。请贵单位及时告知感染者并随访感染者相关信息。

县(市、区)疾病预防控制中心(盖章):

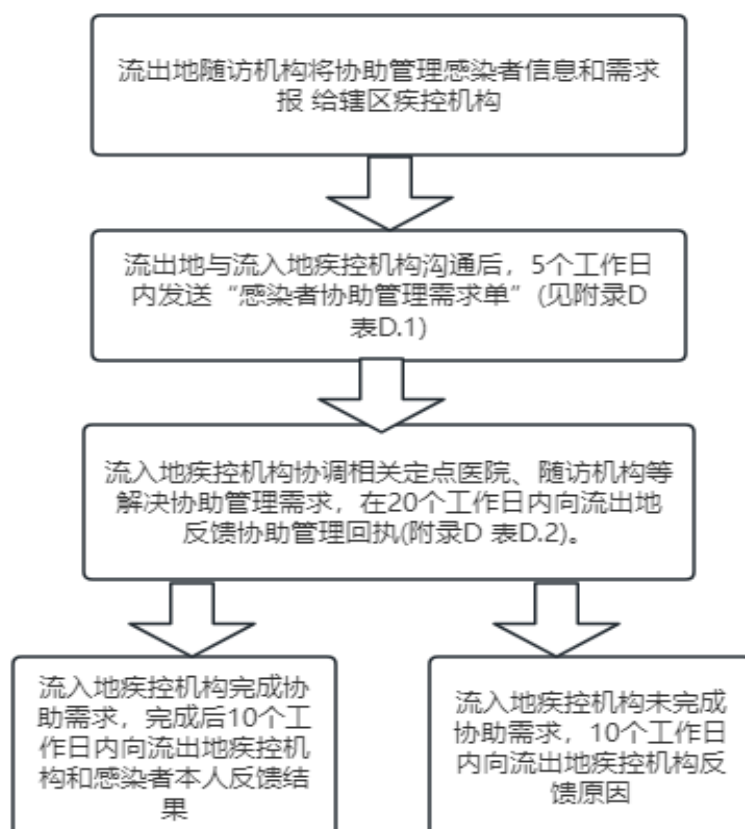
联系电话(传真):

联系人员(签名):

_____年_____月_____日

附录 E
(资料性)

流动感染者协助服务流程图



附 录 F
(资料性)

表 F.1 流动感染者转介服务报表

报告单位		流出地			流出地提出协助管理需求日期	卡片编号	性别	需协助管理项目（①CD4检测,②病载载量检测,③配偶检测,④结核检测,⑤孕情检测,⑥确证检测,⑦协查追踪,⑧其它____（详细备注需协助项目）	流入地			流入地协助管理医疗卫生机构	完成协助管理情况（是、否）	实际反馈流出地结果日期	备注	县级协调过程	县级联系人	市级协调过程	市州联系人
市	区(县)	省	市	区(县)					省	市	区(县)								

表 F.2 流动感染者协助服务报表

报送单位		编号	流出地			流出地 提出协 助管理 需求日 期	卡 片 编 号	性 别	流入地			流入地 协助管 理医医 疗卫生 机构	符合 转介 管理 条件 (请 按方 案列 举)	完成转 介管理 情况 (是、 否)	实际反 馈流出 地结果 日期	县级 协调 过程	县级 联系 人	市级 协调 过程	市州 联系 人
市	区 (县)		省	市	区 (县)				省	市	区 (县)								

参 考 文 献

- [1] 《艾滋病防治条例》（2019年修订）
- [2] 《艾滋病病毒感染者随访工作指南》（2016年版）
- [3] 《国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册》（第 5 版）
- [4] 《全国艾滋病检测技术规范》（2020 年修订版）