

云南省艾滋病抗病毒治疗 质量控制手册

主 编 劳云飞 周曾全 李田舒
副主编 楼金成 李 侠 陈庆玲
陆 濛 陈耀宏

云南出版集团公司
云南科技出版社

云南省艾滋病抗病毒治疗 质量控制手册

主 编 劳云飞 周曾全 李田舒
副 主 编 楼金成 李 侠 陈庆玲
陆 濛 陈耀宏

云南出版集团公司
云南科技出版社
· 昆明 ·

图书在版编目(CIP)数据

云南省艾滋病抗病毒治疗质量控制手册 / 劳云飞,
周曾全, 李田舒主编. —昆明: 云南科技出版社,
2018. 7

ISBN 978-7-5587-1515-0

I. ①云… II. ①劳… ②周… ③李… III. ①获得性
免疫缺陷综合征—治疗—手册 IV. ①R512.91-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第172013号

云南省艾滋病抗病毒治疗质量控制手册

主 编 劳云飞 周曾全 李田舒 副主编 楼金成 李 侠 陈庆玲 陆 濛 陈耀宏

责任编辑: 叶佳林

胡凤丽

唐 慧

特约编辑: 王晓锋

张永光

责任印制: 翟 苑

责任校对: 张舒园

书 号: ISBN 978-7-5587-1515-0

印 刷: 昆明木行印刷有限公司

开 本: 889mm × 1194mm 1 / 16

印 张: 6.25

字 数: 155千字

版 次: 2018年7月第1版 2018年7月第1次印刷

定 价: 26.00元

出版发行: 云南出版集团公司 云南科技出版社

地 址: 昆明市环城西路609号

网 址: <http://www.ynkjph.com/>

电 话: 0871-64190889

版权所有 侵权必究

《云南省艾滋病抗病毒治疗质量控制手册》

编委名单

编 审 董兴齐 李惠琴
主 编 劳云飞 周曾全 李田舒
副 主 编 楼金成 李 侠 陈庆玲 陆 濛 陈耀宏
责 任 编 辑 劳云飞 楼金成

主要撰写人员 劳云飞 周曾全 李田舒 楼金成 李 侠 陈庆玲 陆 濛
陈耀宏 安 靓 王 林 张娅玲 张月华 张 莎 杨 根
曹东冬 杨 杏 段祝聪 段 松 梅红英 闫 萍 章银娣
时 允 李品银 杨卫华 许元武 尹祖艳 李瑞清 和尚新
赵建全 王碧波 熊 俊 杨欣平 谢荣慧 张 米 宋 贤
许 多 陶 峰 邓继红 朱旭艳 汪习成 寇建琼 李 应
宦荣莲 肖明英 辉入僖 吴欣华 向青青 普 馨 龙娅琼

常用缩写

HIV	人类免疫缺陷病毒	IDU	静脉吸毒者
ABC	阿巴卡韦	3TC	拉米夫定
AIDS	获得性免疫缺陷综合征	NRTIs	核苷类反转录酶抑制剂
ART	抗反转录病毒治疗	NNRTIs	非核苷类反转录酶抑制剂
ARVs	抗反转录病毒药物	NVP	奈韦拉平
ALT	谷丙转氨酶	OI	机会性感染
AST	谷草转氨酶	PEP	暴露后预防
AZT	齐多夫定	SMZ	磺胺甲恶唑
ATT	抗结核病治疗	PCP	肺孢子菌肺炎
BMI	体质指数	PML	进行性多灶性白质脑病
CBC	全血细胞计数	PITC	医务人员主动提供艾滋病检测
CDC	疾病预防控制中心	PDCA	循环管理(戴明环)
CMV	巨细胞病毒	RPR	梅毒血清学试验
CD4	CD4-T淋巴细胞	RPV	利匹韦林
DOT	直接监督下服药	RAL	拉替拉韦
D4T	司他夫定	PSQ	匹兹堡睡眠质量指数
DNA-PCR	DNA聚合酶链式反应	PCP	非孢子菌肺炎
EFV	依非韦伦	PI	蛋白酶抑制剂
ETR	依曲韦林	RTV or/r	利托那韦, 单独使用或合用
FTC	恩曲他滨	MSM	男男性行为者
FPV	福沙那韦	MAC	膜攻击复合物
HIV	人类免疫缺陷病毒	MOCA	蒙特利尔认知评估表
HAV	甲型肝炎病毒	STD	性传播疾病
HBV	乙型肝炎病毒	STI	临床综合诊疗流程管理
HCV	丙型肝炎病毒	TB	结核
HB	血红蛋白	TCM	中药
Hb/HCT	血红蛋白含量/红细胞比容	TDF	替诺福韦
HAD	焦虑抑郁情绪测量表	TLC	总淋巴细胞计数
IDV	茚地那韦	ULM	检测上线
IDV/r	利托那韦与茚地那韦的合剂	VL	病毒载量
IRIS	免疫重建炎性反应综合征	WHO	世界卫生组织

前 言

中国艾滋病免费抗病毒治疗工作已经开展十多年，在各方的努力下，从治疗覆盖面到治疗效果都得到不断提升，取得了很好的成绩和丰富的经验。大量研究和实践证明，艾滋病抗病毒治疗在艾滋病防治中的地位越来越重要，治疗不仅能够降低患者的死亡率，在预防艾滋病的疫苗没有研制成功前，治疗还是一项很有效的预防艾滋病传播的手段。为此，2014年在墨尔本召开的第二十届世界艾滋病大会上，联合国艾滋病规划署提出了2030年终结艾滋病的愿景，同时提出到2020年力争实现三个90%的防治目标：90%的艾滋病感染者和病人知道自己的感染状况（即90%的发现率），90%已经诊断的感染者和病人接受抗病毒治疗（即90%的治疗率），90%接受抗病毒治疗的感染者和病人病毒得到抑制（即90%的治疗成功率）。中国政府采纳了这个策略，并在全国推广和实施。

随着治疗覆盖面的不断扩大，接受治疗患者人数逐年增加，同时患者治疗年限也不断延长，需要密切关注和持续地提升艾滋病抗病毒治疗的质量管理。艾滋病抗病毒治疗的管理到了从粗放式的考核指标管理转变为更加精细和系统化的质量管理，以确保治疗的有效，即患者体内病毒得到最大限度地抑制并恢复免疫系统功能，最终达到降低艾滋病发病率和死亡率、提升患者生活质量和避免病毒传播，尤其是耐药毒株传播的目标。

为建立云南省艾滋病抗病毒治疗质量控制体系，加强艾滋病抗病毒治疗质量控制工作，在云南省防治艾滋病局的领导和支持下，云南省艾滋病关爱中心和云南蓝天艾滋防治中心通过学习国外先进经验，征询临床治疗一线工作人员的建议和意见，经过多次现场测试、专家修改和多个试点的推广实践等步骤，历时3年，完成了《云南省艾滋病抗病毒治疗质量控制手册》的撰写。希望通过手册的使用，云南省能逐步建立

并完善一套有效并适合各级治疗机构实施的质量控制体系，从而达到以下4个目标：一是提高卫生主管部门、医院领导对艾滋病抗病毒治疗工作的评价和管理能力；二是提高医务人员对抗病毒治疗工作宏观和微观评价、管理的能力；三是提高医务人员在抗病毒治疗工作中的质量控制管理能力；四是进一步完善抗病毒治疗相关数据的收集、整理及数据质量控制，从而提高数据的分析及利用能力。

本手册的适用对象包括各级卫生行政部门、防艾局（办）相关领导和工作人员、抗病毒治疗定点医疗机构相关领导和医务人员（临床医生、护士、个案管理师和咨询师）。读者可根据各自不同的岗位，在充分理解抗病毒治疗质量控制的全局目标和工作思路后，对应本手册中所负责部分的工作要求，积极主动参与到这项工作中来，从而达到持续改进和提升抗病毒治疗工作质量的目的。

目 录

第一部分 艾滋病抗病毒治疗质量控制标准	(1)
I. 抗病毒治疗定点医院规范化管理制度	(1)
II. 抗病毒治疗门诊相关制度和必备条件	(5)
III. 抗病毒治疗相关检测要求	(8)
IV. 抗病毒治疗质量控制的关键指标	(11)
V. 抗病毒药品和试剂管理要求	(16)
第二部分 艾滋病抗病毒治疗质量控制工具	(17)
I. 工具1 抗病毒治疗流程中的各个环节相互关系和影响因素	(18)
II. 工具2 抗病毒治疗质量控制评价及改进方法	(19)
III. 工具3 抗病毒治疗数据质量核查方法	(29)
IV. 工具4 抗病毒治疗信息管理预警系统应用示例	(33)
V. 工具5 门诊抗病毒治疗医务人员业务能力自评表	(39)
VI. 工具6 机构间职责及协作流程	(43)
VII. 工具7 抗病毒治疗临床适宜性评估	(44)
VIII. 工具8 依从性教育及评估工具	(45)
IX. 工具9 抗病毒治疗患者脱失原因调查与分析方法	(51)
X. 工具10 抗病毒治疗患者死亡原因调查与分析方法	(56)
XI. 工具11 抗病毒治疗患者结核筛查流程	(64)
XII. 工具12 抗病毒药物的不良反应	(65)
XIII. 工具13 云南省抗病毒治疗失败患者二线药物更换流程	(67)
XIV. 工具14 抗病毒治疗患者个案管理模式	(68)

XV. 工具 15 焦虑抑郁及睡眠障碍、HIV 相关认知功能障碍筛查方法	(70)
XVI. 工具 16 抗病毒治疗工作报表	(82)
第三部分 使用说明	(84)
I. 使用对象	(84)
II. 使用方法	(85)
参考文献	(90)

第一部分

艾滋病抗病毒治疗质量控制标准

本手册从五大方面提供抗病毒治疗质量控制标准：①将艾滋病抗病毒治疗纳入医院规范管理体系，建立健全管理制度；②艾滋病抗病毒治疗门诊必须建立的相关制度和必备的基本条件；③艾滋病抗病毒治疗相关检测要求；④艾滋病抗病毒治疗质量控制必须重点关注的环节和指标；⑤艾滋病抗病毒治疗药品和试剂的管理要求。

每一个标准包含简短的陈述和目的，每个标准包含若干具体要求，每个要求分为必要要求（一级）和推荐要求（二级），这些内容和具体要求用于确定各项质量标准是否得到实施。

评估工作人员可以对照质量控制标准中的每项具体要求逐项进行测评。开展艾滋病抗病毒治疗的医院或者医务人员，也同样可以利用质量控制标准对自己的工作进行自评，以利于总结经验，找出并解决存在的问题。

I. 抗病毒治疗定点医院规范化管理制度

这部分标准的目的是要求从医院层面对艾滋病抗病毒治疗实行规范化和制度化的管理，共计 17 项，涉及所有项目的机构满分为 67 分，不涉及对下级机构督导和拨款的机构满分为 61 分。

评估内容	具体要求或解决办法	重要程度分级	评分和依据建议	考核方法	评分	备注
1. 政策制定和落实	1.1 了解艾滋病防治“三个 90%”的含义，了解实现三个 90% 的重要环节、相互关系、影响因素。详见工具 1。	一级	共 3 分： ①了解第一个 90% 含义和影响因素，各得 0.5 分，否则不得分； ②了解第二个 90% 和影响因素，各得 0.5 分，否则不得分； ③了解第三个 90% 和影响因素，各得 0.5 分，否则不得分。	访谈医院领导、科室主任、医务人员。		
	1.2 明确医院各部门抗病毒工作职责、工作流程。	一级	共 4 分： ①具备抗病毒治疗门诊的工作流程得 1 分，不具备不得分； ②药房具备与抗病毒治疗相关的工作职责和要求得 1 分，不具备不得分； ③检验科具备与抗病毒治疗相关的工作职责和要求得 1 分，不具备不得分； ④财务科具备与抗病毒治疗相关的工作职责和要求得 1 分，不具备不得分。	①科室管理办法、文件、资料； ②访谈医院领导和科室主任。		

续表

评估内容	具体要求或解决办法	重要程度分级	评分和依据建议	考核方法	评分	备注
1. 政策制定和落实	1.3 院内定期召开抗病毒治疗工作专题会,协调解决抗病毒工作中的困难和问题。	一级	共4分: ①每半年至少召开一次专题会(共2分),召开1次得1分,不召开不得分; ②通过专题会协调解决问题(共2分),解决1项问题得1分,不解决问题不得分。	①会议记录; ②会议产出支持文件,请被评估人举例说明或通过痕迹资料说明。		
	1.4 建立抗病毒治疗工作激励机制。	一级	共4分: ①有工作激励机制的资料(共2分),有明确文件得2分,只有间接文件得1分,无文件不得分; ②激励机制落实情况(共2分)落实得2分,未落实不得分。	①激励机制文件记录; ②访谈医院领导、科室主任、医务人员。		
	1.5 主导或参与抗病毒治疗工作督导,并掌握工作进度,促进抗病毒治疗工作的顺利开展。	一级	共4分: ①每半年组织或参与一次抗病毒治疗工作督导(共2分),组织或参与1次督导得1分,未组织参与督导不得分; ②督导后有跟进措施或结果(共2分),有跟进措施1项得1分,无不得分。 (注:指州级对县级或乡级督导,县级对乡级督导,无须督导下级治疗点的机构不考核此项)	①参与督导的资料; ②访谈督导人员或被督导人员。		
	1.6 领导认识 and 态度 (1) 医院领导是否参加抗病毒治疗工作专题会; (2) 医院领导是否到基层/科室解决抗病毒治疗工作相关问题; (3) 医院领导是否协调其他科室协助抗病毒治疗工作开展(临床科室、医技、职能、后勤部门等)。	一级	共4分: ①院领导每半年组织参与一次抗病毒治疗工作专题会(共2分每次1分),院长参加1次得1分,只有分管院长参加1次得0.5分,无领导参加不得分; ②院领导每季度深入抗病毒治疗科室了解、协调各相关科室工作(共2分每次1分),开展1次得0.5分,未开展不得分。	①会议通知及会议频率; ②深入科室的记录; ③与多部门沟通获得更多支持的资料; ④解决的问题。		
2. 协调与沟通	2.1 政策倡导 每季度至少向上级汇报1次抗病毒治疗工作,积极主动向上级争取支持,并解决问题。	一级	共4分: ①每季度的汇报记录或工作会记录(共2分),1次得0.5分,无不得分; ②获得上级的支持,有落实行动或制度(共2分),落实或解决1项得1分,未落实未解决不得分。	①会议通知及会议频率; ②向上级行文的文件资料; ③与多部门沟通获得更多支持的资料; ④请被评估人举例。		

续表

评估内容	具体要求或解决办法	重要程度分级	评分和依据建议	考核方法	评分	备注
2. 协调与沟通	2.2 参加多部门协调和合作会议(防艾局、疾控、妇幼、乡镇卫生院、美沙酮门诊、民政、羁押场所等),相互沟通,共同解决抗病毒治疗的问题(详见工具6)。	二级	共4分: ①每季度参加多部门协调会议(共2分),参加1次得0.5分,不参加不得分; ②参加多部门协调会议解决与艾滋病抗病毒治疗相关的具体问题(共2分),落实或解决1项得1分,未落实或解决不得分。	①会议通知及会议记录; ②与多部门沟通获得更多支持的资料; ③请被评估人举例说明。		
3. 经费管理	3.1 是否按上级要求和工作进度合理使用经费。	一级	共4分: ①财务每季度报告经费的使用进度(共1分),报告得1分,不报告不得分; ②院内有专项经费使用的规定和文件(共1分),有得1分,没有不得分; ③医务人员监督服药费和CD ₄ 及病毒载量检测补助经费按要求及时发放(共1分),每项做到得0.5分,未做到不得分; ④病人交通补助费和常规检测费按要求及时发放(共1分),及时发放各得0.5分,未及时发放不得分。	①财务提供相应文件资料; ②访谈相关人员,了解抗病毒治疗点经费的兑现及使用情况。		
	3.2 州(市)级向下级拨经费是否及时。	一级	共1分: 及时拨付下级机构的经费(共1分),在收到经费内超过1个月未拨付不得分,在1个月内拨付得1分。 (注:如无须下拨下级治疗经费的机构不考核此项)	财务提供相应文件资料。		
4. 机构和人员能力建设	4.1 建立专家组,履行技术指导、督导和业务提升职能。	一级	共3分: ①专家组有专门的人员组成和工作职责(共2分),有人员名单和职责分别得1分,没有人员名单和职责不得分; ②专家组掌握辖区内抗病毒治疗工作动态(共1分),掌握得1分,不掌握不得分; ③专家组每半年对所有辖区内抗病毒治疗点进行技术指导和督导1次(共1分),开展一次得0.5分,未开展不得分。 (注:指州级对县级或乡级督导,县级对乡级督导,无须督导下级治疗点的机构不考核此项)	①专家职责、分工与相关工作成果; ②督导报告; ③访谈专家及其指导对象。		
	4.2 合理配置工作人员。治疗人数超过150人的治疗点,配备1名专职医务人员,并根据治疗人数的增加情况,适当增加治疗点工作人员数量。	一级	共4分,按两种分类打分: ①治疗人数超过150人的治疗点: a. 配备1名专职医务人员得2分,未配备不得分; b. 能根据治疗人数的增加情况,适当增加治疗点工作人员数量得2分。 ②治疗人数低于150人的治疗点:工作人员将50%以上的工作时间投入到抗病毒治疗工作中得4分,不足的不得分。	①查看资料; ②访谈工作人员。		

续表

评估内容	具体要求或解决办法	重要程度分级	评分和依据建议	考核方法	评分	备注
4. 机构和人员能力建设	4.3 医务人员须经过规范化的培训,具有从事抗病毒治疗的资质。	一级	共4分: 所有从事抗病毒治疗的医务人员获得中国疾控中心核发的培训合格证书或到上级医疗机构参加不低于2个月的进修学习得4分,没有培训的按比例扣分。	①查看资料; ②访谈工作人员。		
	4.4 医务人员具有从事抗病毒治疗所需的知识(详见工具5“门诊抗病毒治疗医务人员能力自评表”)。	二级	共4分: 根据工具5“门诊抗病毒治疗医务人员能力自评表”相关内容,对从事抗病毒治疗工作医务人员的业务能力进行评估,按实际掌握程度评分,完全掌握得4分;80%掌握得3分;70%掌握得2分;60%掌握得1分;60%以下不得分(1~4分)。	①查看资料; ②访谈工作人员。		
	4.5 定期开展艾滋病抗病毒治疗质量控制(见工具2)。	二级	共4分: 开展质量控制每年至少1次: ①分析艾滋病抗病毒治疗质量存在的问题得1分,否则不得分; ②有解决问题的计划得1分,否则不得分; ③有实施的活动记录得1分,否则不得分; ④有最终检查效果的记录和评价报告得1分,否则不得分。	①查看资料; ②访谈工作人员。		
5. 艾滋病抗病毒治疗数据的管理和使用	5.1 数据录入的及时性(数据录入延误,影响数据的统计、分析、利用)。	一级	共4分: 录入及时的病例不足60%得0分; 录入及时率达到70%得1分; 录入及时率达到80%得2分; 录入及时率达到90%得3分; 录入及时率达到100%得4分。	抽查纸质病历中随访表的填写日期(或者领药单、实验室数据发报告时间等),与数据库同一次随访的上报日期进行比较,实际随访日期与数据填报日期小于7天认为及时性较好(至少抽查10份)。		
	5.2 数据录入的一致性(详见工具3“抗病毒治疗数据质量核查方法”)。	一级	共4分(每份病例出现一个数据不一致即视为此份病例数据不一致): 一致的病例不足70%得0分; 录入一致率达到70%得1分; 录入一致率达到80%得2分; 录入一致率达到90%得3分; 录入一致率达到100%得4分。	抽查上报到数据库中的检验数据和处方数据,与检验报告单和实际处方(领药卡)数据进行比对,录入错误、有结果无报告单等情况视为不一致(至少抽10份,查看最近一次CD ₄ 、病毒载量、常规检测、处方,10份中应包括当年新人组患者病历1份,病毒载量检测报告单中大于1000拷贝的病例3份)。		
	5.3 数据的统计、分析、利用(详见工具4“抗病毒治疗信息预警系统应用示例”)。	二级	共4分: ①安装预警系统得1分,否则不得分; ②至少能说出预警系统的4个功能得1分,否则不得分; ③可以演示工作进展的数据分析得1分,否则不得分; ④毒副反应模块的异常预警指标已经处理得1分,否则不得分。	①查看资料; ②访谈工作人员; ③现场演示。		

II. 抗病毒治疗门诊相关制度和必备条件

这部分标准的目的是促进艾滋病抗病毒治疗门诊具备基本的条件并且进行规范化管理，共计 12 项，涉及所有项目的门诊满分为 48 分，不涉及职业暴露处理的门诊满分为 44 分。

评估内容	具体要求或解决办法	重要程度分级	评分和依据建议	考核/计算方法	评分	评价
1. 诊疗环境	做好患者隐私保护工作，有利用消除患者就诊顾虑。	二级	共 4 分： ①有专门的咨询室，即诊室和咨询室不是同一房间（共 1 分），具备得 1 分，否则不得分； ②医务人员在独立的诊室诊疗患者（共 2 分），诊室能保证每次只有一名患者在场得 2 分，否则酌情扣分； ③有专门的患者宣教室/小组活动场地（共 1 分），有场地得 1 分，否则不得分。	现场查看。		
2. 有规范的抗病毒治疗流程和明确的人员分工	2.1 按照抗病毒治疗流程开展工作； 2.2 抗病毒治疗各环节有相应的责任人。	二级	共 4 分： ①具有规范的工作流程，工作流程上墙，并且按照流程开展工作（共 1 分），有流程得 1 分，否则不得分； ②有相应的责任人、人员有分工、人员有明确的工作职责（共 3 分），每项具备各得 1 分，否则不得分。	①查看资料； ②访谈工作人员。		
3. 请示汇报抗病毒治疗工作制度	定期向分管院领导汇报抗病毒治疗工作（汇报应该包括成绩、缺点、挑战、分析、建议等内容，能够使领导及时、准确了解抗病毒治疗工作的情况）。	一级	共 4 分： 每季度向分管院领导汇报抗病毒治疗工作（共 2 分），每完成 1 次得 1 分，否则不得分。	①查看资料； ②访谈工作人员。		
4. 抗病毒治疗临床适宜性评估	在开始治疗前，由经过抗病毒治疗培训的临床医师负责对 HIV 感染者进行评估（详见工具 7 “抗病毒治疗临床适宜性的评估”）。	一级	共 4 分： ①完成少于 5 条不得分； ②可完成 5 - 7 条得 1 分； ③可完成 8 - 10 条得 2 分； ④可完成 11 - 13 条得 3 分； ⑤可完成 14 条得 4 分；	①访谈工作人员； ②场访谈患者； ③查看资料。		

续表

评估内容	具体要求或解决办法	重要程度分级	评分和依据建议	考核/计算方法	评分	评价
5. 新入组治疗患者依从性教育和治疗意愿评估	5.1 使用咨询内容清单； 5.2 咨询时间、内容、质量到位； (详见工具8“依从性评估工具”)。	一级	共4分，每个分项占1分： ①具有咨询清单得1分，否则不得分； ②进行治疗意愿评估得1分，否则不得分； ③能清楚讲述咨询的要点内容和个体化差异处理的得1分，否则不得分； ④现场观察或者模拟基本到位得1分，否则不得分。	①查看职责分工； ②查看咨询内容和清单； ③现场观察咨询患者，访谈患者。		
6. 采取有效措施保护患者隐私	6.1 保存好患者的纸质或电子档案； 6.2 在非工作场所，不公开患者的隐私信息。	二级	共4分： ①患者隐私泄露事件（共1分），未发生得1分，否则不得分； ②存储或上报病人资料的电脑设置安全（共1分），根据摆放地点和密码设置打分； ③对患者的纸质档案整理及时和归档（共1分），根据观察打分； ④档案柜是否有锁，有锁得1分，否则不得分。	观察医务人员对患者的随访过程，询问诊所是否发生因泄露患者隐私而发生纠纷，判断陌生人或与抗病毒治疗无关人员是否能轻易获得患者的纸质或电子档案。		
7. 预防和控制结核传播的有效措施	为了防止医院内结核交叉感染，诊室中有预防和控制结核传播的措施。	一级	共4分： ①诊室通风（共1分），通风得1分，否则不得分； ②配备紫外线消毒设备（共1分），有紫外线得1分，否则不得分； ③正确使用紫外线等消毒设备（共1分），定期正确使用得1分，否则不得分； ④为确诊的开放性肺结核患者发放一次性口罩，指导其正确佩戴（共1分），做到得1分，否则不得分。	访谈工作人员，查看资料，现场观察。		
8. 依从性促进活动	持续不断地开展依从性教育活动，争取患者达到95%以上的依从性。	一级	共4分： ①有依从性教育的材料（共1分），具备得1分，否则不得分； ②每季度至少开展1次依从性教育（共1分），具备得1分，否则不得分； ③由感染者/同伴组织依从性教育（共1分），具备得1分，否则不得分； ④有促进病人依从性的措施，例如依从性好的病人会有奖励（共1分），具备得1分，否则不得分。	访谈工作人员，查看痕迹资料。		

续表

评估内容	具体要求或解决办法	重要程度分级	评分和依据建议	考核/计算方法	评分	评价
9. 患者的病历资料	医务人员应妥善保存患者的医疗记录,以便长期连贯地记录患者的疾病进展、实验室结果以及药物的使用与调整情况。	一级	共4分(抽查病例中1例出现其中一种情况,该项不得分): ①有确证报告单和身份证复印件(共1分),分项具备各得0.5分,否则不得分; ②知情同意书及签字(包括拒绝治疗病人的知情同意书及签字)(共0.5分),具备得0.5分,否则不得分; ③领药卡和签字(共0.5分),都具备得0.5分,否则不得分; ④入组前有CD ₄ 报告单并有检测机构盖章(共1分),各分项具备分别得0.5分,否则不得分; ⑤入组前有相应的常规检测单据或信息得1分,否则不得分。	抽查在治患者病历档案5份,查看每位患者是否具备HIV确证报告单,身份证复印件,抗病毒治疗知情同意书(签字),患者领药卡,基线CD ₄ 报告单或转介卡。		
10. 治疗中脱失的管理	10.1 获得疾控中心的支持,定期对治疗中脱失患者进行脱失原因的分析,制定改进的措施; 10.2 动员失访的患者二次入组治疗,获得疾控中心的支持,寻找失访的患者,通过规范的咨询和教育,通过评估,将符合治疗条件的患者重新纳入治疗(参考工具9“抗病毒治疗脱失患者的原因调查与评估”)。	一级	共4分: ①针对未按时随访的病人的处理措施(共1分),有措施得0.5分,无措施不得分;处理措施的时间限制在未按时随访后1周得0.5分,否则不得分; ②每季度对治疗中的脱失患者情况进行梳理及联系(共1分),每季度梳理1次得0.3分,无措施不得分; ③脱失原因的分析(共1分),每季度分析1次得0.3分,无分析不得分; ④脱失病人名单及时通报疾控中心(共1分),每季度通报1次得0.3分,无通报则不得分。	①现场查看资料; ②访谈患者。		
11. 治疗患者死亡原因分析	发生在治疗过程中死亡的患者,必须进行原因分析,根据原因采取降低病死率的有效措施(参考工具10“抗病毒治疗死亡评估方案”)。	二级	共4分: ①每季度对治疗死亡患者进行梳理(共1分),每季度梳理1次得0.3分,无则不得分; ②每季度进行死亡原因的分析(共2分),每季度梳理1次得0.5分,无则不得分; ③把死亡病人名单与疾控中心沟通(共1分),每季度沟通1次得0.3分,无则不得分。	查看痕迹资料,现场访谈。		
12. 提供HIV职业暴露及干预	12.1 正确进行暴露后危险评估; 12.2 对于具有潜在HIV感染风险的人员应在暴露后尽快(2小时以内)开始预防性治疗,最好不要超过72小时; 12.3 规范开展HIV职业暴露后随访监测。	二级	共4分: ①了解危险性评估内容(共1分),具备得1分,否则不得分; ②清楚预防用药的时间和种类得1分,否则不得分; ③清楚处置的标本留存和报告制度得1分,否则不得分; ④清楚后续的随访要求得1分,否则不得分。 (注:医院明确职业暴露干预及咨询不在抗病毒治疗点进行的不评估此项)	访谈工作人员了解是否掌握一定的技能,查看痕迹资料。		

III. 抗病毒治疗相关检测要求

这部分标准的目的是促进艾滋病抗病毒治疗各种检测符合要求和规范，共计 13 项，涉及所有项目的机构满分为 27 分，不涉及病毒载量（VL）和 CD₄ 检测实验室的机构满分为 25 分。

评估内容	具体要求或解决办法	重要程度分级	评分和依据建议	考核途径	评分	评价
1. 开展病毒载量检测的机构	及时对属地的病毒载量标本进行检测和结果反馈，为临床提供决策依据。	一级	共 4 分： ①有检测要求的相关文件（资料）得 1 分，否则不得分。 ②开机频率：1) 多于两个月，不得分；2) 每两个月，得 1 分；3) 每个月，得 2 分； ③报告单有审核人签字得 0.5 分，否则不得分。 ④检测结果按规范出具得 0.5 分，否则不得分。 (注：未设置病毒载量检测实验室的机构不考核此项)	查看文件（资料）和实验室报告单。		
2. 病毒载量（VL）检测的样本采集及标识	2.1 合适的抗凝剂； 2.2 合适的采血量（6 - 8ml）； 2.3 样本的混匀符合要求； 2.4 血样信息标识清晰。	二级	共 2 分，抽检中有 1 份标本不符合要求视为不合格。 ①VL 标本采集合格得 1 分，否则不得分； ②有信息完整的送检单且采血管信息清晰可辨得 1 分。	①查看现场，各抽查 10 份标本； ②查看资料； ③访谈工作人员。		
3. 病毒载量的样品处理	3.1 采血后 6 小时内离心样品，分离血浆，离心条件符合要求（1500 - 3000rpm. 10 分钟）； 3.2 样品分装符合要求。	一级	共 1 分，一份标本不符合要求视为不合格。合格得 0.5 分，不合格不得分。样品分装符合求得 0.5 分。	①查看现场、抽查 10 份标本； ②查看资料； ③访谈工作人员。		
4. VL 样本的保存和运输	4.1 保存温度符合要求（4 天内可在 4℃ 保存，3 个月内应冻存在 -20℃，3 个月以上应冻存在 -70℃，不能使用自动除霜冰箱）； 4.2 血浆样品冻融不超过 3 次； 4.3 样品在 -20℃ 以下运输，避免样品融化； 4.4 防止样本变质、泄露及污染。	一级	共 1 分，一份标本不符合要求就视为不合格。合格得 1 分，不合格不得分。	①查看现场； ②查看资料； ③工作人员； ④访谈检测点工作人员，了解标本有否冻融情况。		