

郑州市卫生和计划生育委员会文件

郑卫医〔2018〕48号

郑州市卫生和计划生育委员会 关于加强急性胸痛、急性脑卒中、严重创伤 急救能力建设的通知

各县（市、区）卫生计生委，市紧急医疗救援中心，各有关医疗机构：

为深入推进《进一步改善医疗服务行动计划（2018-2020年）》（国卫医发〔2017〕73号），探索创新省会郑州急诊急救服务模式，有效提升急性胸痛、急性脑卒中及严重创伤的急救能力，切实保障人民群众的生命健康，现将有关工作要求如下。

一、提高认识，高度重视

急性心脑血管疾病及严重创伤是危害人民群众生命健康

的主要病因，有效整合各级医疗机构和院前急救医疗相关资源、优势技术和救治力量，对提高急性胸痛、急性脑卒中及严重创伤救治效率，缩短病程，降低死亡率和致残率具有十分重要的意义，也是践行“健康中国 2030 规划纲要”的具体举措，对服务郑州国家中心城市建设，提升城市综合服务能力，也具有推动作用。各单位要高度重视，切实提高对急性胸痛、急性脑卒中及严重创伤急救能力建设重要性的认识，勇于探索、敢于创新，积极推进胸痛、卒中及创伤中心建设。

二、明确任务，统筹推进

各县（市、区）卫生计生委、市紧急医疗救援中心要建立区域协同、上下联动的院前急救工作流程、转诊转院方案和沟通顺畅的信息化渠道；加强各级 120 急救指挥调度人员的专业培训，充分发挥其在急性胸痛、急性脑卒中及严重创伤患者施救过程中的“中枢”作用；着力提升施救人员院前急救现场的心电图识别能力；组织开发急救信息共享平台、急救导航地图，有效整合信息数据资源，实现信息共享，逐步实现市、县（市、区）、乡全覆盖的急性胸痛、急性脑卒中及严重创伤急救网络体系。

各有关医疗机构要按照《河南省二、三级医院胸痛中心评价细则（试行）》、《河南省二、三级医院卒中中心评价细则（试行）》、《河南省二、三级医院创伤中心评价细则（试行）》要求，将胸痛、卒中及创伤中心建设纳入医院发展整体规划，统筹推进。要有效整合院内医疗资源，优化院内工作流程，以急诊科为主导，多科室、多部门通力合作，建立运行高效

的急救绿色通道。要进一步加强救护车抢救设备、物品、药品、急救信息终端设备、网络传输心电设备等的配备，满足急性胸痛、急性脑卒中及严重创伤患者的院前急救需求。力争在11月底前建成首批省胸痛、卒中及创伤中心，鼓励创建国家胸痛、卒中及创伤中心。

三、严格质控，确保成效

市卫生计生委结合我市实际，组织制定了急性胸痛、急性脑卒中及严重创伤相关工作质控标准（见附件）。将委托市紧急医疗救援中心组织专家定期对急救网络医院急性胸痛、急性脑卒中及严重创伤急救能力进行评价，坚持用制度规范流程，用标准把控质量，注重强化救治能力的技术指导，加大业务技能培训力度，实施全过程医疗质量控制管理，严把质控关口。对建成省、市胸痛中心、卒中中心及创伤中心的急救网络医院，统一悬挂郑州市高级或初级胸痛中心、卒中中心、创伤中心急救绿色通道标识，切实通过创建工作，以点带面，全面提升我市急性胸痛、急性脑卒中及严重创伤的救治能力和抢救水平。

四、加强宣传，合理引导

各单位要充分利用媒体平台，加大宣传力度，全面展示我市在急性胸痛、急性脑卒中及严重创伤急救能力的建设目标、工作计划、工作进度和建设成果。对通过胸痛、卒中和创伤中心评价的单位，要及时向社会进行公布，引导群众合理就医。

- 附件：1. 郑州市急性胸痛、急性脑卒中及严重创伤急救
医疗质量控制指标（试行）
2. 郑州市急性胸痛、急性脑卒中及严重创伤院前
急救工作流程（试行）
3. 郑州市院前急救远程心电诊断中心设置标准
（试行）
4. 郑州市救护车网络传输心电设备对接技术标准
（试行）
5. 郑州市急性胸痛、急性脑卒中、严重创伤急救
绿色通道标识图样（试行）



附件 1

郑州市急性胸痛、急性脑卒中及严重创伤 急救医疗质量控制指标

(试行)

一、急性胸痛急救医疗质量控制指标

(一) 院前急救医疗质量控制指标

1. 接诊胸痛患者心电图的检查比例。
2. 从接诊到完成首份心电图的时间。
3. 现场 STEMI 患者, 从急救现场远程传输心电图至具备胸痛救治能力的急救网络医院的比例。
4. 接诊胸痛患者后, 现场采集相关检验血液标本的比例。
5. 急性冠脉综合征、急性肺栓塞、急性主动脉夹层和张力性气胸等高危胸痛患者从现场转诊至具备胸痛救治能力的急救网络医院的准确率。

(二) 急救网络医院急救医疗质量控制基础指标

1. 全部 STEMI 患者中接受早期再灌注的比例。
2. 肌钙蛋白、D-二聚体、脑钠肽、血气分析等即时检测项目从抽血到获取报告的时间。
3. D-二聚体和肌钙蛋白等联合检测的比例。
4. 怀疑肺栓塞患者完成超声心动图或肺动脉 CT 血管造影检查的时间。
5. 急性冠脉综合征、急性肺栓塞、急性主动脉夹层和张

力性气胸患者的诊断符合率。

6. 急性肺动脉栓塞患者规范治疗的比例。

7. 接诊中低危胸痛患者 6 小时内分流（出院或转专科门诊）的比例。

（三）急救网络医院急救医疗质量控制分类指标

1. 具备介入或手术能力的胸痛急救网络医院。

（1）进行直接 PCI 治疗的 STEMI 患者，从进入医院到进行球囊扩张的月平均时间（D-to-B 时间）。

（2）进行直接 PCI 治疗的 STEMI 患者，从医院医务人员接诊到球囊扩张的月平均时间（FMC-to-B 时间）。

（3）导管室从接到通知到准备就绪可以开展 PCI 的时间。

（4）危重的急性肺动脉栓塞患者，从入院到开始静脉溶栓的时间；存在溶栓禁忌证的，从入院到开始实施导管碎栓、溶栓或手术取栓的时间和手术率。

（5）Stanford A 型主动脉夹层患者，从入院到开始实施外科手术的时间和手术率；不稳定性 Stanford B 型主动脉夹层患者，从入院到开始实施介入或外科手术的时间和手术率。

（6）张力性气胸患者，从入院到实施外科手术的时间和手术率。

（7）危重急性肺动脉栓塞患者的静脉溶栓率。

2. 不具备介入或手术能力的胸痛急救网络医院。

（1）需要转诊治疗的患者转诊率。

(2) 危重急性肺动脉栓塞患者的静脉溶栓率。

(3) 对于不能在 120 分钟内完成转运 PCI 的胸痛急救网络医院，适合溶栓的胸痛患者，接受溶栓治疗的比例；接受溶栓治疗的全部 STEMI 患者，入院至开始溶栓的时间；患者溶栓后转运的比例。

(4) 对于 120 分钟内能够完成转运 PCI 的胸痛急救网络医院，既往 6 个月，实施转运 PCI 的 STEMI 患者比例和向接诊医院传输心电图的比例；需要实施转运 PCI 的 STEMI 患者，从入院到转运出院的月平均时间（DIDO 时间）。

二、急性脑卒中急救医疗质量控制指标

（一）院前急救医疗质量控制指标

1. 现场脑卒中患者，进行心电图检查及从急救现场远程传输心电图至具备卒中救治能力的急救网络医院的比例。

2. 接诊卒中患者后，现场采集相关检验血液标本的比例。

3. 急性脑卒中患者从现场转诊至具备急性卒中救治能力的急救网络医院的准确率。

（二）急救网络医院急救医疗质量控制指标

1. 脑卒中患者抵达急诊接受 NIHSS 评分的比例。

2. 缺血性卒中患者在溶栓时间窗内接受静脉溶栓患者的比例。

3. 在抵达医院 60 分钟内，急性缺血性卒中患者接受静脉溶栓患者的比例。

4. 在发病 6h 内到达医院的急性缺血性卒中患者，从到达急诊至开始做多模式头颅 CT/CTA 或 MRI/MRA 的时间。完

成头颅 CT<25 分钟的比例；

5.对急性缺血性卒中患者，从入院到开始血管内治疗的时间。

6.对缺血性卒中患者，在静脉溶栓治疗 36h 内发生症状性颅内出血的患者比例。

7.对急性缺血性卒中患者，在接受血管内治疗的 36h 内发生明显颅内出血的患者比例。

8.对接受静脉溶栓或血管内治疗的急性缺血性卒中患者有治疗后 90 天 mRS 记录的患者比例。

9.诊断性全脑血管造影检查术后 24 小时内患者的卒中发生率和死亡率。

10.接受 CEA 或 CAS 治疗的患者在 30 天内卒中发生率和死亡率。

11.SAH、ICH、AVM 患者入院时病情严重程度评估率。

12.48 小时内动脉瘤破裂导致的 SAH 患者从就诊到行动脉瘤夹闭或介入术治疗的平均时间。

13.AVM 导致的卒中患者在 30 天内行外科或血管内治疗的比例。

14.卒中患者行去骨瓣减压、血肿清除术的比例及死亡率。

15.卒中患者行脑室外引流的比例及死亡率。

16.与华法林治疗相关的颅内出血率；INR 升高（INR > 1.4）患者从入院到给予促凝血治疗后 INR 达标的平均时间。

17.各类型卒中，颅内外动脉狭窄，SAH 或 TIA 患者入

组相关临床试验研究的比例。

三、严重创伤急救医疗质量控制指标

（一）院前急救医疗质量控制指标

急性创伤患者从现场转诊至具备急性创伤救治能力的急救网络医院的准确率。

（二）急救网络医院急救医疗质量控制指标

- 1.严重创伤患者到达医院后至开始进行抢救的时间。
- 2.从就诊到完成全身快速 CT、胸片和骨盆片的检查时间。
- 3.患者需紧急输血时，从提出输血申请到护士执行输血的时间。
- 4.存在有上呼吸道损伤、狭窄、阻塞、气管食管瘘等影响正常通气时建立人工气道时间。
- 5.张力性气胸或中等量气血胸时，完成胸腔闭式引流时间。
- 6.抢救室滞留时间中位数：急诊抢救室患者从进入抢救室到离开抢救室的时间（以小时为单位）由长到短排列后取其中位数。
- 7.严重创伤患者从入院到出院之间的手术次数。
- 8.严重创伤患者重症监护病房住院天数。
- 9.严重创伤患者呼吸机使用时长（以小时为单位）和呼吸机相关肺炎发生率。
- 10.严重创伤患者（ISS \geq 16 者）抢救成功率。
- 11.创伤患者入院诊断与出院时确定性诊断的符合率。

- 12.年收治创伤患者人数。
- 13.接受外院转诊患者比例。
- 14.需要转诊治疗的创伤患者转诊比例。
- 15.创伤患者年平均住院日。

附件 2

郑州市急性胸痛患者院前救治流程

(试行)

一、接警（见图 1）

1. 急性胸痛患者呼叫 120，接警调度员准确记录呼救者基本信息、接车地址及联系方式；
2. 询问患者症状、意识状态，评估生命体征，指导可能的血压、心率的监测，指导必要的现场自救；
3. 优先调度就近救护车出诊。

二、出车

1. 急救站接到 120 急救指挥中心调度指令后，3 分钟内出车；
2. 救护车司机使用导航设备寻找最快捷的道路，随车平板电脑按照实际情况记录各相关时间节点；
3. 120 急救指挥中心跟踪出诊急救车，必要时协调联系。

三、途中

1. 出诊医师电话联系报警者，核实患者位置信息，初步询问患者现病史、既往病史、药物过敏史，初步评估患者生命体征，进行必要的自救互救指导；
2. 准备到达现场所需要的设备和药品，计划到达现场要采取的急救措施。

四、现场救治及转运（见图 2）

救护车到达现场后，记录到达时间，3 分钟内完成生命

体征的评估，进行现场救治；

1. 对于生命体征不稳定的急性胸痛患者，现场进行紧急救治，对于心脏骤停患者立即给予心肺复苏术；

2. 对于生命体征稳定及复苏成功的急性胸痛患者在 10 分钟内完成 12/18 导联心电图检查或连接远程实时 12 导联心电监护，将心电图信息传至目标医院。给予心电、血压、血氧饱和度监测，开放静脉通路，抽取心肌损伤标志物、D-二聚体、血常规、血生化、凝血功能等备检。

2.1 明确诊断 STEMI 的患者（见图 3、4）

①患者/家属同意实施急诊 PCI，无禁忌症者即刻给予阿司匹林肠溶片 300mg、替格瑞洛片 180mg/氯吡格雷片 600mg（年龄≤75 岁）或氯吡格雷片 300mg（年龄>75 岁）顿服，并电话联系最近的具备高级胸痛救治能力的急救网络医院，一键启动导管室（见图 5）。目标医院急诊工作人员提前在急诊门口等候，指引救护车直接送入导管室（见图 6）；

②患者/家属不同意实施急诊 PCI，同意静脉溶栓，无禁忌症者即刻给予阿司匹林肠溶片 300mg、氯吡格雷片 300mg（年龄≤75 岁）或氯吡格雷片 75mg（年龄>75 岁）顿服；

若为郑州市区内患者，电话联系最近的具备高级胸痛救治能力的急救网络医院，急诊直接送入 CCU；

若为郑州市区以外及县级区域患者，电话联系最近的具备初级/高级胸痛救治能力的急救网络医院，开通绿色通道给予静脉溶栓，并于 3-24h 内（溶栓成功）/尽早（溶栓失败）向最近的具备高级胸痛救治能力的急救网络医院转运

(见图 7);

③患者/家属不同意实施急诊 PCI 及静脉溶栓，无禁忌症者即刻给予阿司匹林肠溶片 300mg、替格瑞洛片 180mg 或氯吡格雷片 300mg，电话联系最近的具备初级/高级胸痛救治能力的急救网络医院，急诊直接送入 CCU;

2.2 明确/高度怀疑 NSTEMI-ACS 的患者

①无禁忌症者即刻给予阿司匹林肠溶片 300mg 顿服，并电话联系最近的具备高级胸痛救治能力的急救网络医院，急诊直接送入 CCU;

②胸痛持续不缓解者，每 5-10 分钟复查心电图，如心电图出现 ST 段抬高，进入 STEMI 救治流程;

2.3 高度怀疑主动脉夹层 (AD) 的患者，给予镇静、镇痛，使用药物控制收缩压在 100-120 mmHg、心率在 60-80 次/分。并电话联系最近的具备高级胸痛救治能力的急救网络医院，开通绿色通道，急诊直接送入 CT 室;

2.4 高度怀疑肺动脉栓塞 (PE) 的患者，密切监测生命体征，经鼻导管或者面罩吸氧、必要时无创/有创机械通气，维持血氧饱和度在 90%以上，并电话联系最近的具备高级胸痛救治能力的急救网络医院，开通绿色通道，急诊直接送入 CT 室;

2.5 经现场救治生命体征仍不稳定的急性胸痛患者、其他原因或者原因不明的急性胸痛患者，电话联系最近的具备初级/高级胸痛救治能力的急救网络医院，送入急诊科;

五、STEMI 患者预谈话内容

STEMI 是心血管疾病中的急危重症之一，此类疾病病情发展迅速，并发症凶险，随时有猝死的可能。远期可使患者的心功能受到不同程度的损害，影响患者个人及家庭的生活质量；

STEMI 是一种需要越早救治越好的疾病，最佳治疗时间窗是发病后 2 小时以内，俗称“黄金 2 小时”，随着缺血时间的延长，心肌细胞坏死越多，预后也会越差。急诊 PCI 是 STEMI 的最佳治疗手段，可以尽早开通闭塞血管，改善缺血心肌的血供，从而改善患者的预后。

急诊 PCI 是一种侵入性操作，有出血、感染、诱发心律失常、心衰等风险，但对 STEMI 患者来说，其获益远大于风险。

冠脉造影约需 3000 元，术中若需放置支架，一枚约需 10000 元，此费用均在医保、农合报销范围之内。关于费用问题无需担心，急性胸痛患者实行“先救治，后收费”的政策。

注：在沟通过程中可借助心脏模型、挂图或者 PCI 手术视频、动画等工具，有助于提高患者及家属对疾病的认识，便于缩短知情谈话时间。

六、交接

救护车到达目标医院后，快速与接诊医院（急诊科/导管室/CCU）有序交接（患者病情、院前救治措施及随行亲属），实现院前、院内无缝衔接，院前人员完成任务后，及时记录患者病情及信息等。

图 1 120 急救指挥中心从接听急性胸痛患者呼救到派车流程图

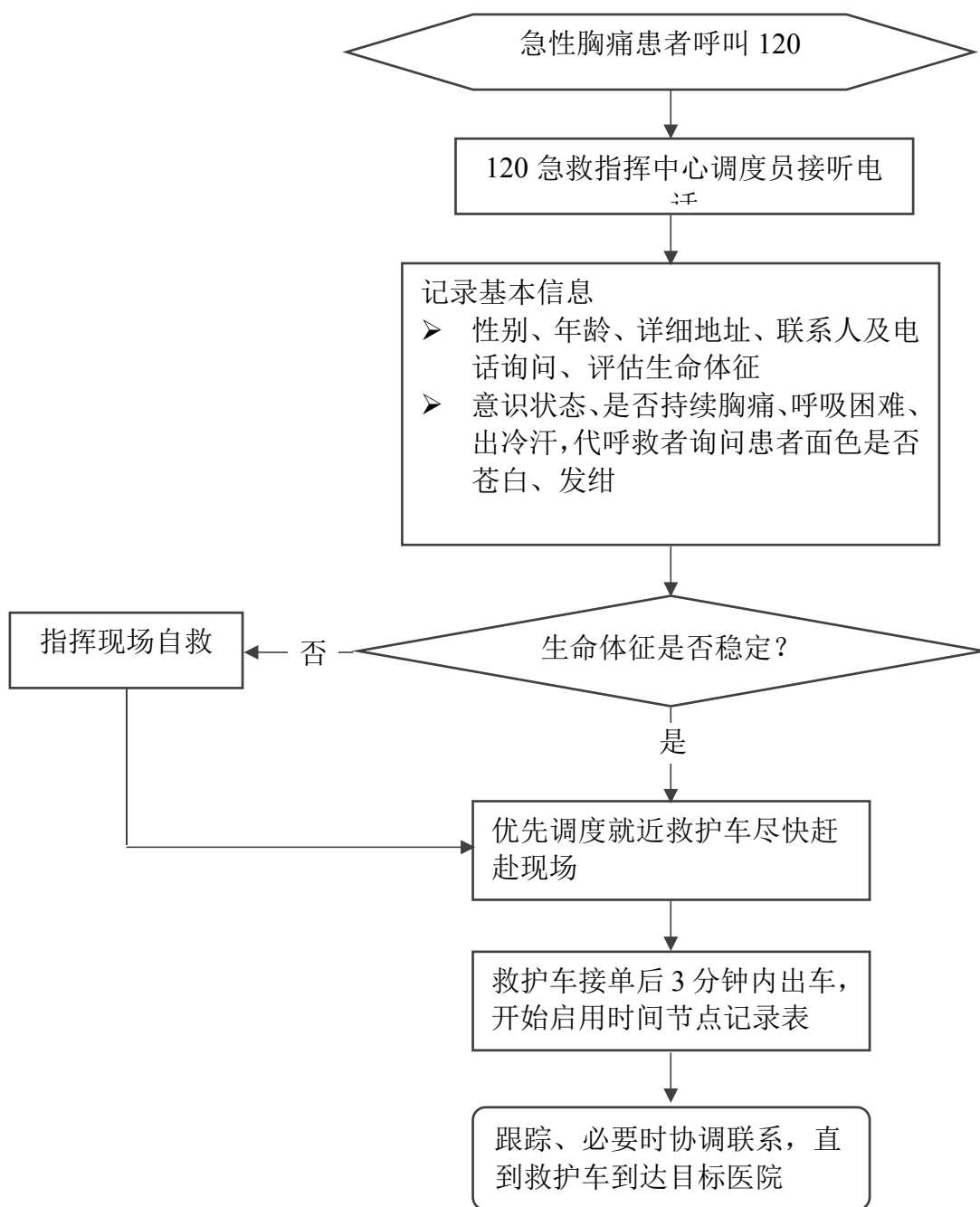


图2 急性胸痛患者的发病现场救治及转运流程图

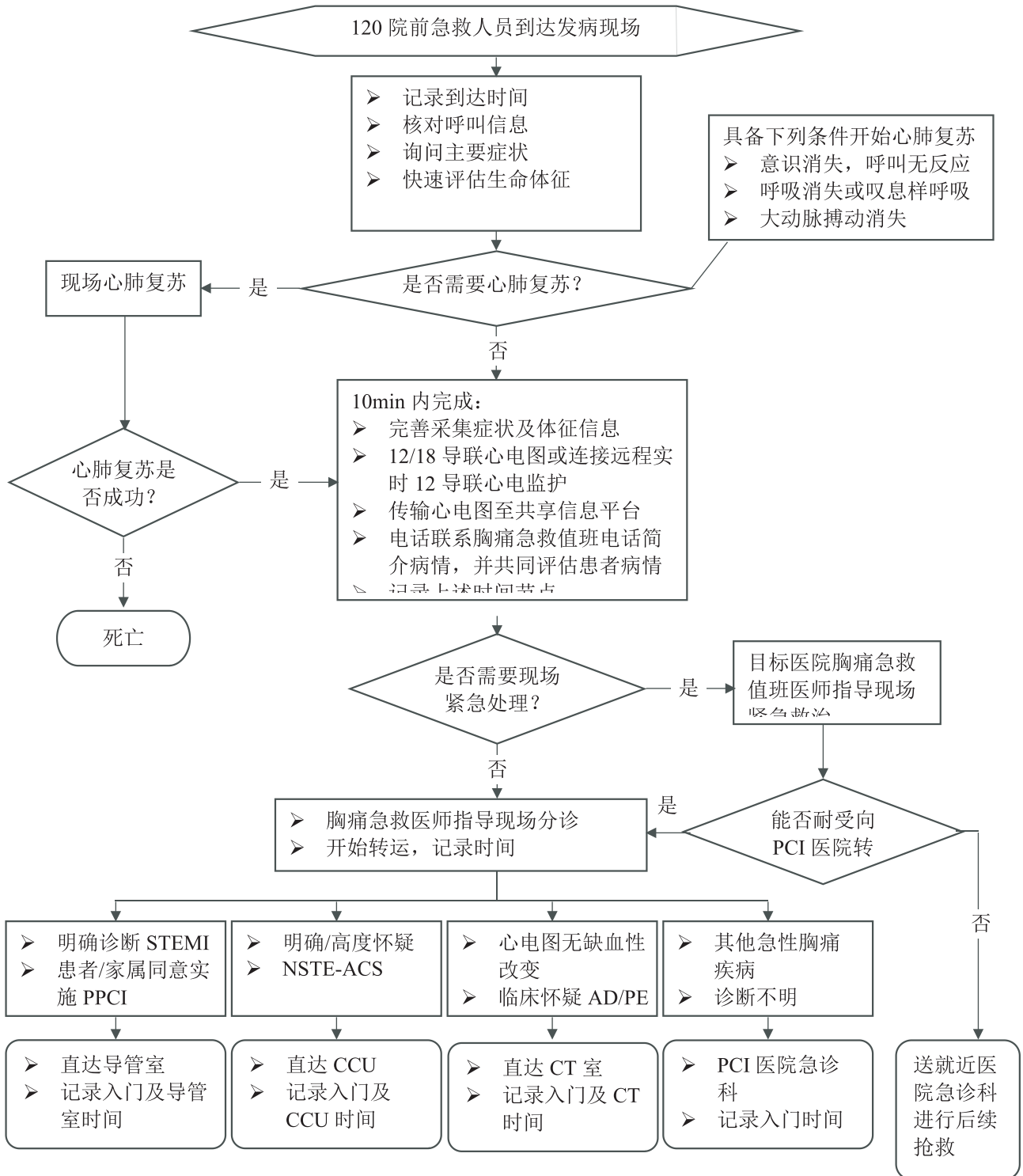


图3 STEMI 患者救治流程图

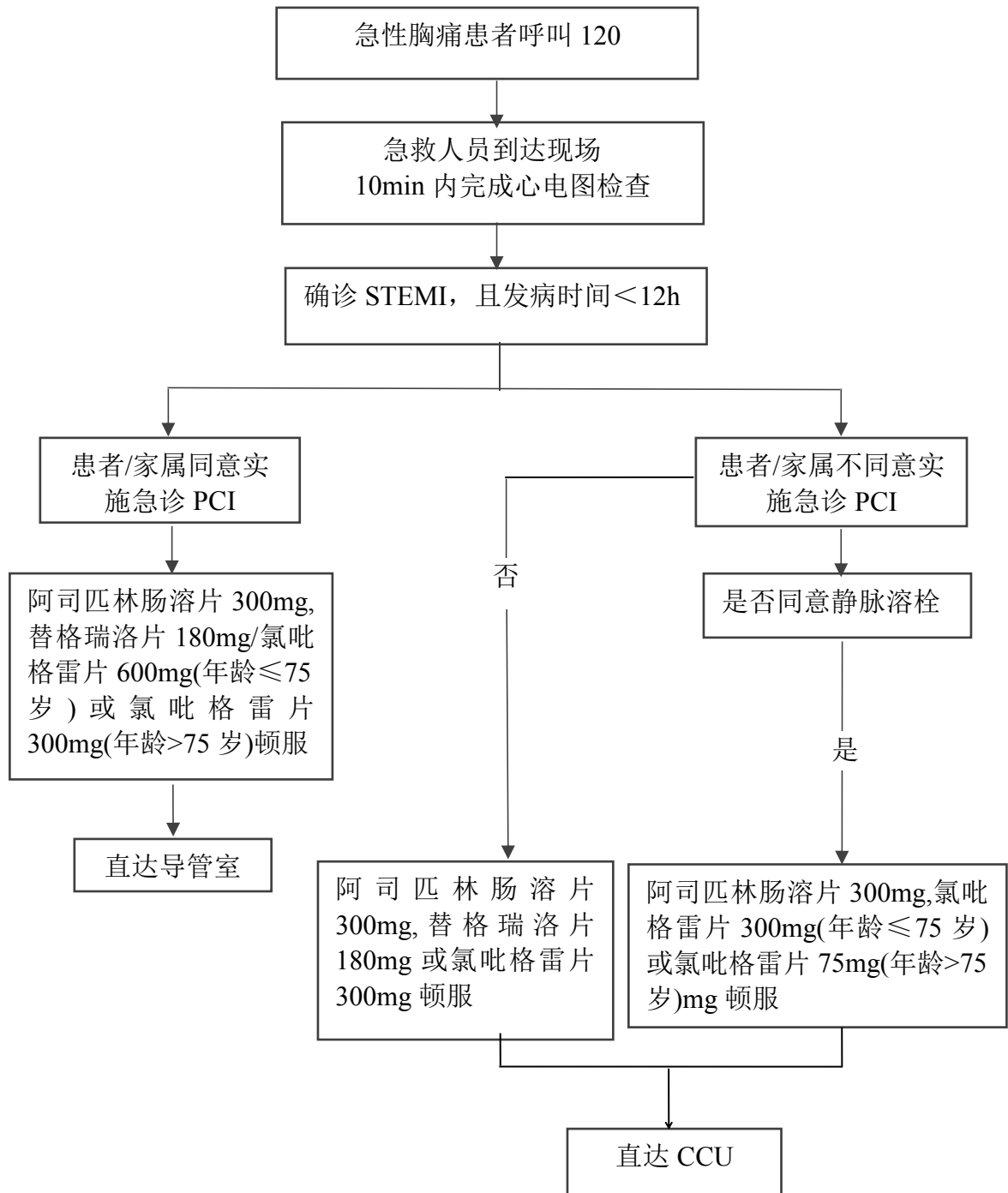


图4 STEMI 患者转运流程图

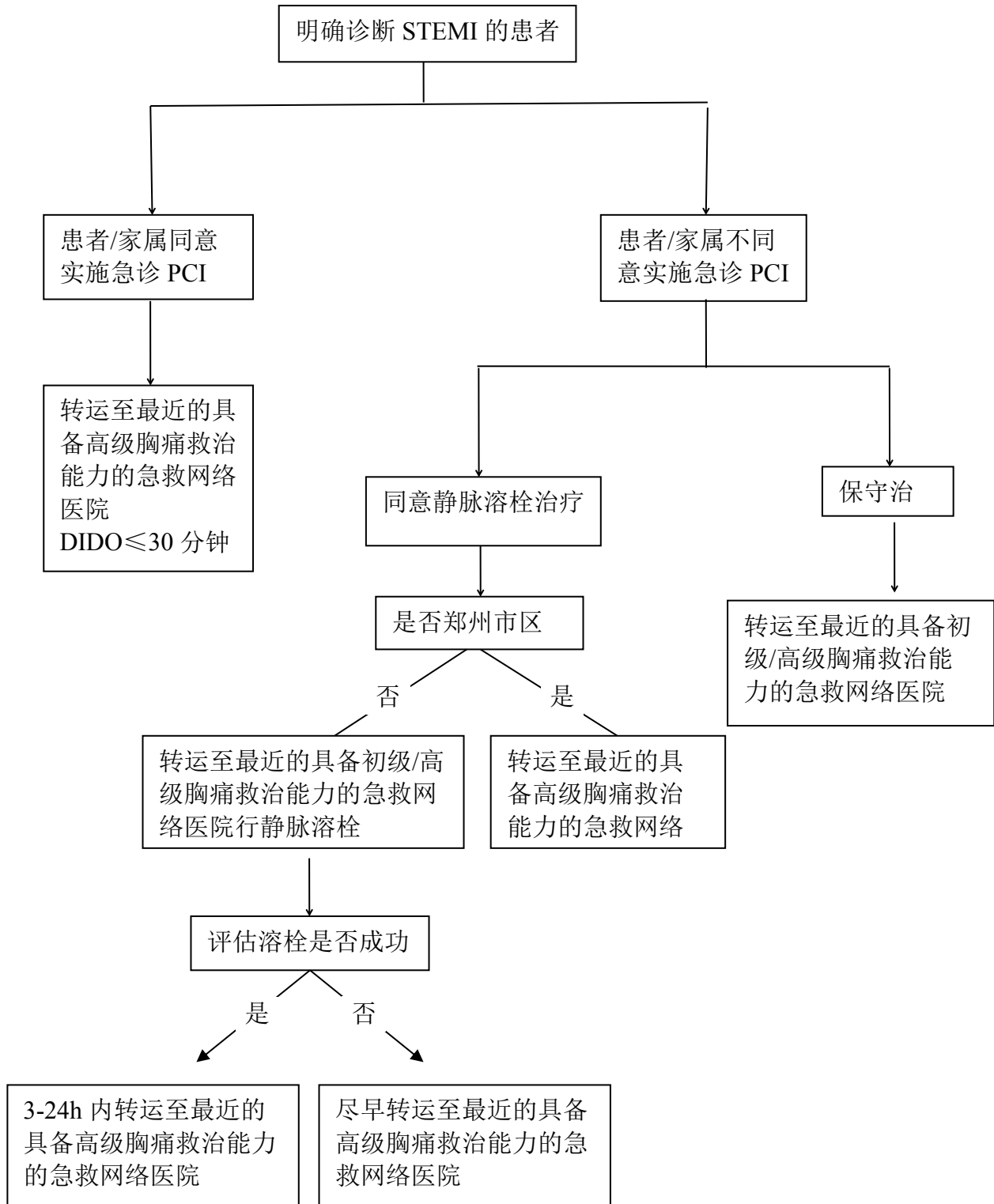


图5 院前一键启动导管室流程图

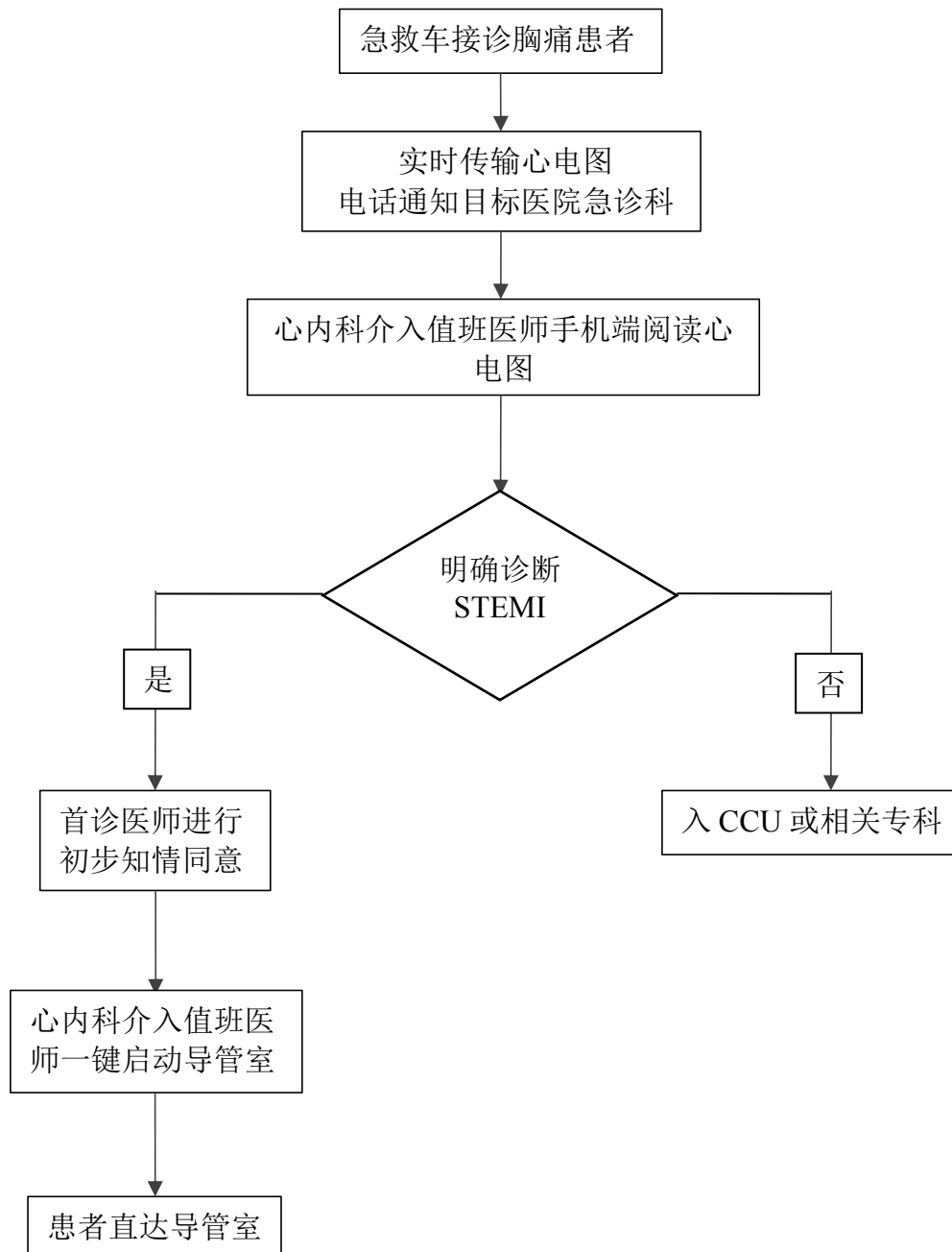


图6 外院送入 STEMI 患者直达导管室/CCU 流程图

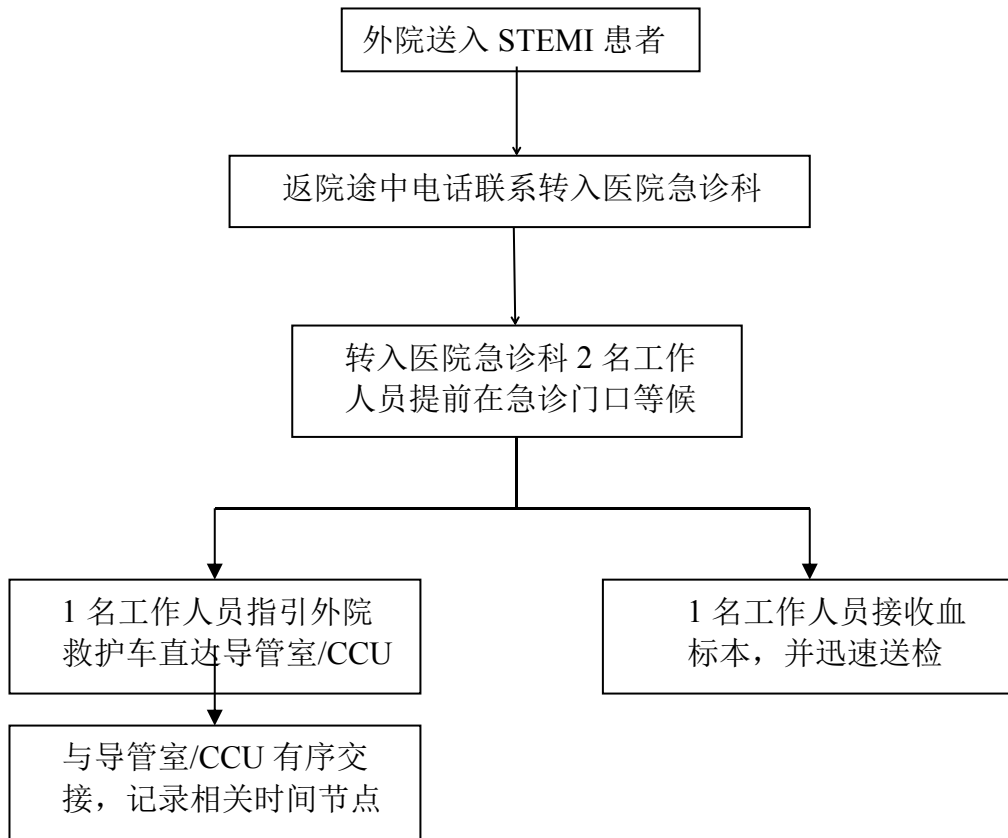
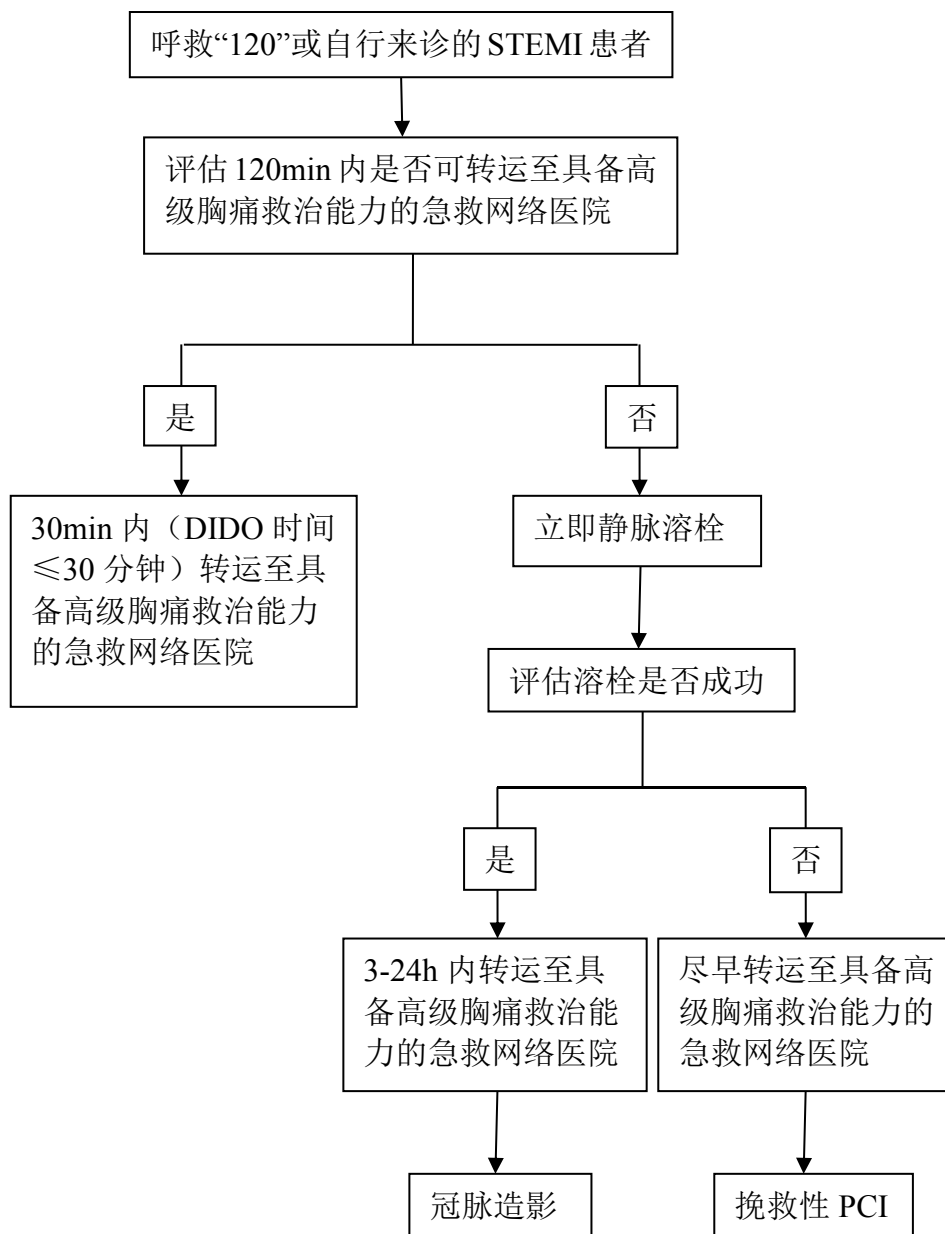


图 7 STEMI 患者由初级胸痛救治能力急救网络医院向高级胸痛救治能力急救网络医院转运流程图



*DIDO 时间: 指从患者在转出医院的入门到出门时间。

郑州市急性脑卒中患者院前救治流程

(试行)

一、接警

1. 早期依据 FAST 初筛原则(见附表 1) 识别症状, 及时拨打 120。接警调度员准确记录呼救者基本信息、接车地址及联系方式。

2. 询问患者症状、意识状态, 评估生命体征, 指导可能的血压、心率的监测, 指导必要的现场自救。

3. 120 调度员根据呼救信息, 按照“就近原则”, 优先调度就近救护车出诊。

二、出车

1. 急救站接到 120 急救指挥中心调度指令后, 3 分钟内出车。

2. 救护车司机使用导航设备寻找最快捷的道路, 随车平板电脑按照实际情况记录各相关时间节点。

3. 120 急救指挥中心跟踪出诊急救车, 必要时协调联系。

三、途中

1. 出诊医师电话联系报警者, 核实患者位置信息。

2. 询问患者现病史、既往病史、药物过敏史, 初步评估患者生命体征, 根据 FAST 初筛原则(见附表 1), 初步识别疑似卒中患者, 并给予救治辅导。

3. 准备到达现场所需要的设备和药品, 计划到达现场

要采取的急救措施。

四、院前救治

1. 现场评估：急救医生询问病史、查体，根据 CPSS、LAPSS、院前卒中筛查量表（见附表 2.3），准确识别急性脑卒中患者。建议通过卒中现场评估分诊量表（FAST-ED 附表 4）、洛杉矶运动评分（LAMS 附表 5）、动脉闭塞快速评分（RACE 附表 6）、NIHSS 量表（附表 7）等评估卒中严重性，预测大血管闭塞 (LVO)。

2. 现场救治

①完善病史采集和体格检查，确定发病时间或最后表现正常的时间，8 分钟内完成首次院前 NIHSS 评分（见附表 5）。

②按照 ABC 评估和管理，严密监测意识、瞳孔、生命体征等变化；

③保持呼吸道通畅，给予吸氧使 $SpO_2 > 94\%$ ；

④建立静脉通路，避免大量静脉输液；

⑤监测血糖，对低血糖（ $< 60\text{mg/dl}/3.3\text{mmol/L}$ ）患者补充葡萄糖，应避免非低血糖患者使用含糖液体；

⑥对颅内压增高患者采取降颅压措施；

⑦采集血液进行血糖、血常规、凝血等检查备用；

⑧给予心电图检查并及时上传；

⑨避免过度降低血压；

⑩急救人员根据具体病情选择患者最佳体位，并兼顾患者的耐受性。

五、院前转运流程

1. 做到合理转运，应将疑似卒中患者在最短时间内转运至最近的卒中中心（国家认证）或具备初级/高级卒中救治能力的急救网络医院。避免院前救治措施的进行而延误对患者的转运。

2. 对于疑似大血管闭塞病变（LVO）患者，如果发病/最后正常时间小于6小时，且接诊医生评估转运不会延误妨碍静脉溶栓治疗，建议直接转运至最近的高级卒中中心或具备高级卒中救治能力的急救网络医院。同时通知转入医院急诊科提前启动绿色通道，在救护车上与患者及家属进行预谈话。

3. 对于发病/最后正常时间大于6小时疑似卒中患者，建议转运至最近的卒中中心或具备初级/高级卒中救治能力的急救网络医院，同时通知转入医院急诊科做好接诊准备。

4. 转运至初级卒中中心或具备初级卒中救治能力的急救网络医院的脑卒中患者，经院内再次评估，疑似大血管闭塞病变，符合下列条件之一者，需要尽快转运至高级卒中中心或具备高级卒中救治能力的急救网络医院：

①溶栓前NIHSS评分 ≥ 6 分，即电话联系最近的高级卒中中心或具备高级卒中救治能力的急救网络医院急诊科，提前启动绿色通道，做好桥接治疗准备。同时在转出医院急诊科建立静脉通路，10%溶栓药物静注完成后，立即开始转诊。DIDO时间 ≤ 30 分钟。

②溶栓结束后患者症状无好转或NIHSS评分减少 ≤ 4 分，

立即电话联系最近的高级卒中中心或具备高级卒中救治能力的急救网络医院，提前启动绿色通道，做好桥接治疗准备。DIDO 时间 ≤ 90 分钟。

六、院前与院内交接流程

1. 患方选择非本院就医时，急救小组立即上报 120 中心调度，通知转入医院做好接诊准备，同时出诊医生再次电话沟通转入医院，落实接诊准备情况。

2. 120 车到达转入医院急诊科，首先将血样转交给接诊医务人员，由专人负责将血样送至急诊检验科，优先处理。

3. 出诊医生护士和转入医院接诊医生护士进行床旁交接班，并在院前交接记录单上进行记录签字。

七、脑卒中预谈话内容

1. 根据 FAST 初筛原则，结合 CPSS、LAPSS、NIHSS 评分，首先应告知患者及家属患者脑卒中的诊断明确，此类疾病病情进展迅速，如不及时治疗，遗留的后遗症和并发症，将对患者及其家庭的造成很大的医疗负担，严重影响其个人及家庭的生活质量。

2. 目前医疗界对脑卒中有比较规范的治疗方案：出血性脑卒中可根据出血量选择保守或手术、介入治疗；缺血性脑卒中在时间窗内（3-4.5 小时）国际上公认的最有效的治疗手段是静脉溶栓，治疗方法简单，效果明确，是目前获益性最高的治疗手段，越早越好。

3. 溶栓治疗最大风险是出血，但是获益远远大于出血风险。

4. 价格大约 1 万-2 万。但是暂时不用考虑费用问题，急性脑卒中绿色通道救治原则就是“先救治，后交费”。

注：谈话时可用国家脑防委下发的宣传彩页边看图边沟通。或通过观看手机上小视频进行沟通。

附表 1

FAST 的初筛原则

F 即 face（脸），要求患者笑一下，看看患者嘴歪不歪，脑卒中病人的脸部会出现不对称，病人也无法正常露出微笑；

A 即 arm（胳膊），要求患者举起双手，看患者是否有肢体麻木无力现象；

S 即 speech（言语），请病人重复说一句话，看是否言语表达困难或者口齿不清；

T 即 Time（时间），明确记下发病时间，立即送医。

附表 2

辛辛那提院前卒中量表

(cincinnati prehospita stroke scale CPSS)

检查项目	正常	异常
面瘫（令患者示齿或者微笑）	双侧面部运动对称	双侧面部运动不对称
上肢无力（令患者闭眼，双上肢举起 10s）	双侧运动一致或双侧都不动	一侧不动或者一侧肢体下坠
言语异常（令患者说“老狗学不了新把戏”，国内有学者建议应用“吃葡萄不吐葡萄皮”）	言语正确清楚	发音含糊、用词错误或者不能言语

注：三项中任意一项异常，卒中的可能性 72%

附表 3

洛杉矶院前卒中筛查(LAPSS)

最后一次知道患者无症状的时间,日期: -----; 时间: -----

筛查标准

是 不详 否

- | | |
|---|---|
| 1. 年龄 > 45 岁 | 是 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 2. 无痫性发作或癫痫病史 | 是 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 3. 症状发生时间 < 24 h | 是 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 4. 发病前, 患者未卧床或依赖轮椅 | 是 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 5. 血糖在 60 ~ 400mg/dl (3.3 ~ 22.2mmol/L) | 是 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 6. 以下三项检查有明显左右不对称 | 是 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |

查体

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 微笑呲牙正常 <input type="checkbox"/> | 右侧低垂 <input type="checkbox"/> | 左侧低垂 <input type="checkbox"/> |
| 握力正常 <input type="checkbox"/> | 右侧力弱 <input type="checkbox"/> | 左侧力弱 <input type="checkbox"/> |
| | 不能抓握 <input type="checkbox"/> | 不能抓握 <input type="checkbox"/> |
| 臂力正常 <input type="checkbox"/> | 右侧漂移 <input type="checkbox"/> | 左侧漂移 <input type="checkbox"/> |
| | 右侧落下 <input type="checkbox"/> | 左侧落下 <input type="checkbox"/> |

LAPSS 筛查平均时间为 280 s

附表 4

卒中现场评估分诊量表

项目		FAST-ED 评分		NIHSS 评分	
面瘫	正常或轻微面瘫	0		0-1	
	部分或完全面瘫	1		2-3	
上肢无力	无落下	0		0	
	有落下, 或抗部分重力	1		1-2	
	不能抗重力, 或无活动	2		3-4	
语言改变	无语言改变	0		0	
	轻-中度	1		1	
	严重, 完全性失语, 无声	2		2-3	
眼球斜视	无	0		0	
	部分	1		1	
	强迫斜视	2		2	
失认/忽视	无	0		0	
	不能感知双侧同时的 1 种感觉刺激	1		1	
	不能识别自己的手或仅能感知一侧肢体	2		2	

附表 5

洛杉矶运动评分

项目	评分定义	分数
面瘫	无=0	
	有=1	
	正常=0	
握力	握力弱=1	
	无握力=2	
	无=0	
上肢瘫痪	摇摆下落=1	
	快速坠落=2	

附表 6

动脉闭塞快速评分

项目	指导	结果	评分	NIHSS 等值分
面瘫	让患者示齿或微笑	无（对称运动）	0	0~3
		轻度（轻微偏瘫）	1	
		中-重度（完全偏瘫）	2	
上肢运动功能	抬起上肢 90°（坐位）/45°（卧位）	正常-轻度（抬起上肢超过 10s）	0	0~4
		中度（抬起上肢小于 10s）	1	
		重度（不能抗重力抬起上肢）	2	
下肢运动功能	抬起下肢 30°（卧位）	正常-轻度（抬起下肢超过 5s）	0	0~4
		中度（抬起下肢小于 5s）	1	
		重度（不能抗重力抬起下肢）	2	
头眼偏斜（凝视）	观察双眼和头部偏向一侧	无（眼球可向双侧运动且无头部偏斜）	0	0~2
		有（可观察到眼睛或头部偏向一侧）	1	
失语（如右侧肢体瘫痪）	不能理解说出或写出的话，让患者做两个简单的指令：1. 闭上眼睛 2. 握拳	正常（正确执行两个指令）	0	0~2
		中度（正确执行 1 个指令）	1	
		重度（2 个指令均不能执行）	2	
失认（如左侧肢体瘫痪）	不能辨别熟悉物体，问患者： 1. “这是谁的胳膊？”（同时指向受累上肢） 2. “能活动这只胳膊吗？”	正常（能辨认上肢并试图移动上肢）	0	0~2
		中度（不能辨认上肢或没意识到上肢）	1	
		重度（不能辨认上肢且没意识到上肢）	2	
评分 > 4 分为严重卒中，且很有可能是 LVO				

附表 7

NIHSS 评分详表

美美国国立卫生研究院卒中量表 (NIH Stroke Scale, NIHSS)

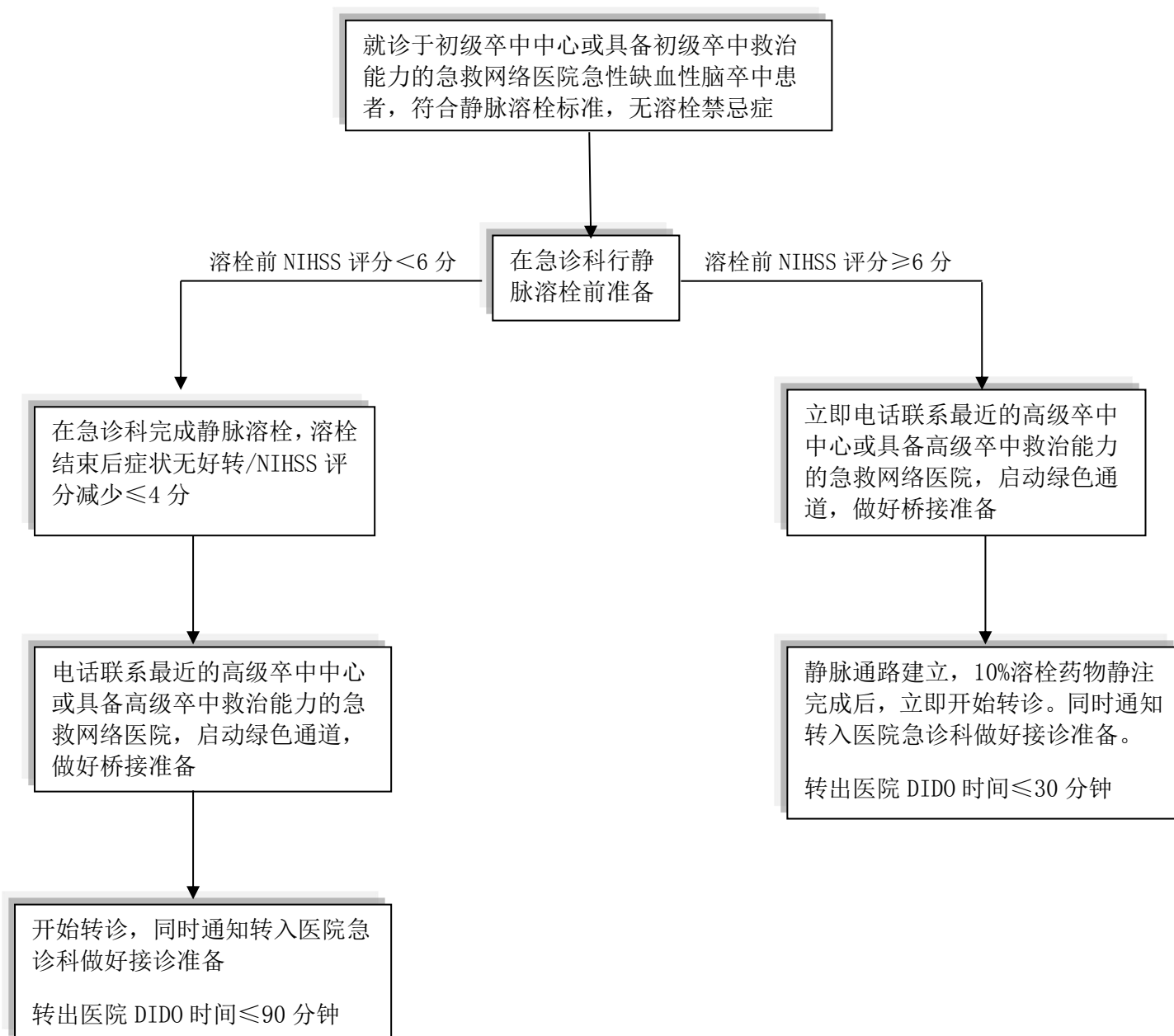
项目	评分标准	得分
<p>1a. 意识水平: 即使不能全面评价 (如气管插管、语言障碍、气管创伤及绷带包扎等), 检查者也必须选择1个反应。只在患者对有害刺激无反应时 (不是反射) 才能记录3分。</p>	<p>0 清醒, 反应敏锐</p> <p>1 嗜睡, 轻微刺激能唤醒病人完成指令、回答问题</p> <p>2 昏睡或反应迟钝, 需强烈反复刺激或疼痛刺激才有非刻板的反应</p> <p>3 昏迷, 仅有反射活动或自发性反应, 或完全无反应、软瘫、无反射</p>	
<p>1b. 意识水平提问: (仅对最初回答评分, 检查者不要提示) 询问月份、年龄。回答必须正确, 不能大致正常。失语和昏迷者不能理解问题记2分, 因气管插管、气管创伤、严重构音障碍、语言障碍或其他任何原因不能说话者 (非失语所致) 记1分。可书面回答。</p>	<p>0 两项均正确</p> <p>1 一项正确</p> <p>2 两项均不正确</p>	
<p>1c. 意识水平指令: 睁闭眼; 非瘫痪侧握拳松开。若双手不能检查, 可伸舌。仅对最初反应评分, 有明确努力但未完成的也给分。若对指令无反应, 用动作示意然后记录评分。对创伤、截肢或其他生理缺陷者, 应予适当的指令。</p>	<p>0 两项均正确</p> <p>1 一项正确</p> <p>2 两项均不正确</p>	
<p>2. 凝视: 只测试水平眼球运动。对自主或反射性 (眼头) 眼球运动记分。若眼球偏斜能被自主或反射性活动纠正, 记1分。若为孤立性周围性眼肌麻痹记1分。对失语者, 凝视是可以测试的。对眼球创伤、绷带包扎、盲人或有视觉或视野疾病者, 由检查者选择一种反射性运动来测试。建立与眼球的联系, 然后从一侧向另一侧运动, 偶尔能发现凝视麻痹。</p>	<p>0 正常</p> <p>1 部分凝视麻痹 (单眼或双眼凝视异常, 但无被动凝视或完全凝视麻痹)</p> <p>2 被动凝视或完全凝视麻痹 (不能被头眼反射克服)</p>	

<p>3. 视野: 用手指数或视威胁方法检测上下象限视野。若能看到侧面的手指记录正常。若单眼盲或眼球摘除检查另一只眼。明确的非对称盲(包括象限盲)记1分。若全盲(任何原因)记3分。濒临死亡记1分,结果用于回答问题11。</p>	<p>0 无视野缺损 1 部分偏盲 2 完全偏盲 3 双侧偏盲(全盲,包括皮质)</p>	
<p>4. 面瘫: 言语指令或动作示意,要求病人示齿、扬眉和闭眼。对反应差或不能理解的病人,根据有害刺激时表情的对称情况评分。有面部创伤/绷带、经气管插管、胶布或其他障碍影响面部检查时,应尽可能移至可评估的状态。</p>	<p>0 正常 1 轻微(鼻唇沟变平、微笑时不对称) 2 部分(下面部完全或几乎完全瘫痪,中枢性瘫) 3 完全(单或双侧瘫痪,上下面部缺乏运动中周围性瘫)</p>	
<p>5. 上肢运动: 上肢伸展: 坐位时上肢平举90°, 仰卧时上抬45°, 掌心向下, 要求坚持10秒。对失语者用语言或动作鼓励, 不用有害刺激。评定者可以抬起病人的上肢到要求的位置, 鼓励病人坚持。仅评定患侧。(如选“9 截肢或关节融合”, 9不计入总分。以下6. 下肢运动、7. 共济失调、10. 构音障碍中如选9, 均不计入总分)</p>	<p>0 上肢于要求位置坚持10秒, 无下落 1 上肢能抬起, 但不能坚持10秒, 下落时不撞击床或其他支持物 2 能对抗一些重力, 但不能达到或维持坐位90° 或卧位45°, 较快下落到床上 3 不能抵抗重力, 上肢快速下落 4 无运动 9 截肢或关节融合, 解释:</p>	<p>5a 左上肢 5b 右上肢</p>
<p>6. 下肢运动: 下肢卧位抬高30°, 坚持5秒。对失语者用语言或动作鼓励, 不用有害刺激。评定者可以抬起病人的下肢到要求的位置, 鼓励病人坚持。仅评定患侧。</p>	<p>0 于要求位置坚持5秒, 无下落 1 在5秒末下落, 不撞击床 2 5秒内较快下落到床上, 但可部分抵抗重力 3 快速下落到床上, 不能抵抗重力 4 无运动 9 截肢或关节融合, 解释:</p>	<p>6a 左下肢 6b 右下肢</p>
<p>7. 共济失调: 目的是发现双侧小脑病变的迹象。检查时睁眼, 若有视野缺损, 应确保检查在无缺损视野内进行。双侧指鼻、跟膝胫试验, 共济失调与无力明显不呈比例时记分。若患者不能理解或肢体瘫痪不记分。盲人用伸展的上肢摸鼻。若为截肢或关节融合记9分, 并解释。</p>	<p>0 无共济失调 1 一个肢体有 2 两个及两个以上肢体有 9 截肢或关节融合, 解释: 如有共济失调, 在: (标注☑) 左上肢☐右上肢☐左下肢☐右下肢☐</p>	

<p>8. 感觉：检查对针刺的感觉和表情，或意识障碍及失语者对有害刺激的躲避。只对与卒中有关的感觉缺失评分。偏身感觉丧失者需要精确检查，应测试身体多处：上肢（不包括手）、下肢、躯干、面部，确定有无偏身感觉缺失。严重或完全的感觉缺失记2分。昏睡或失语者记1或0分。脑干卒中双侧感觉缺失记2分。无反应及四肢瘫痪者记2分。昏迷病人（1a=3）记2分。</p>	<p>0 正常，没有感觉缺失 1 轻到中度感觉障碍，患侧针刺感不明显或为钝性或仅有触觉 2 严重到完全感觉缺失，面、上肢、下肢无触觉</p>	
<p>9. 语言：命名、阅读测试。要求病人叫出物品名称、读所列的句子。从病人的反应以及一般神经系统检查中对指令的反应判断理解能力。若视觉缺损干扰测试，可让病人识别放在手上的物品，重复和发音。气管插管者手写回答。昏迷记3分。给恍惚或不合作者选择一个记分，但3分仅给不能说话或不能执行任何指令者</p>	<p>0 正常，无失语 1 轻到中度失语：流利程度和理解能力部分下降，但表达无明显受限 2 严重失语，交流是通过病人破碎的语言表达，听者须推理、询问、猜测，能交换的信息范围有限，检查者感交流困难 3 哑或完全失语，不能讲或不能理解</p>	
<p>10. 构音障碍：不要告诉病人为什么做测试。读或重复表上的单词。若有严重的失语，评估自发语言时发音的清晰度。若因气管插管或其他物理障碍不能讲话，记9分。同时注明原因。</p>	<p>0 正常 1 轻到中度，有一些发音不清，虽有困难但能被理解 2 言语不清，不能被理解，但无失语或与失语不成比例，或失音 9 气管插管或其它物理障碍</p>	
<p>11. 忽视症：若病人严重视觉缺失影响双侧视觉的同时检查，皮肤刺激正常，记为正常。若失语，但确实表现为对双侧的关注，记分正常。通过检验病人对左右侧同时发生的皮肤感觉和视觉刺激的识别能力来判断病人是否有忽视。把标准图显示给病人，要求他来描述。医生鼓励病人仔细看图，识别图中左右侧的特征。如果病人不能识别一侧图的部分内容，则定为异常。然后，医生请病人闭眼，分别测上或下肢针刺觉来检查双侧皮肤感觉。若病人有一侧感觉忽略则为异常。</p>	<p>0 没有忽视症 1 视、触、听、空间觉或个人的忽视；或对任何一种感觉的双侧同时刺激忽视 2 严重的偏身忽视；超过一种形式的偏身忽视；不认识自己的手，只能对一侧空间定位</p>	
<p>总分</p>		

附表 8

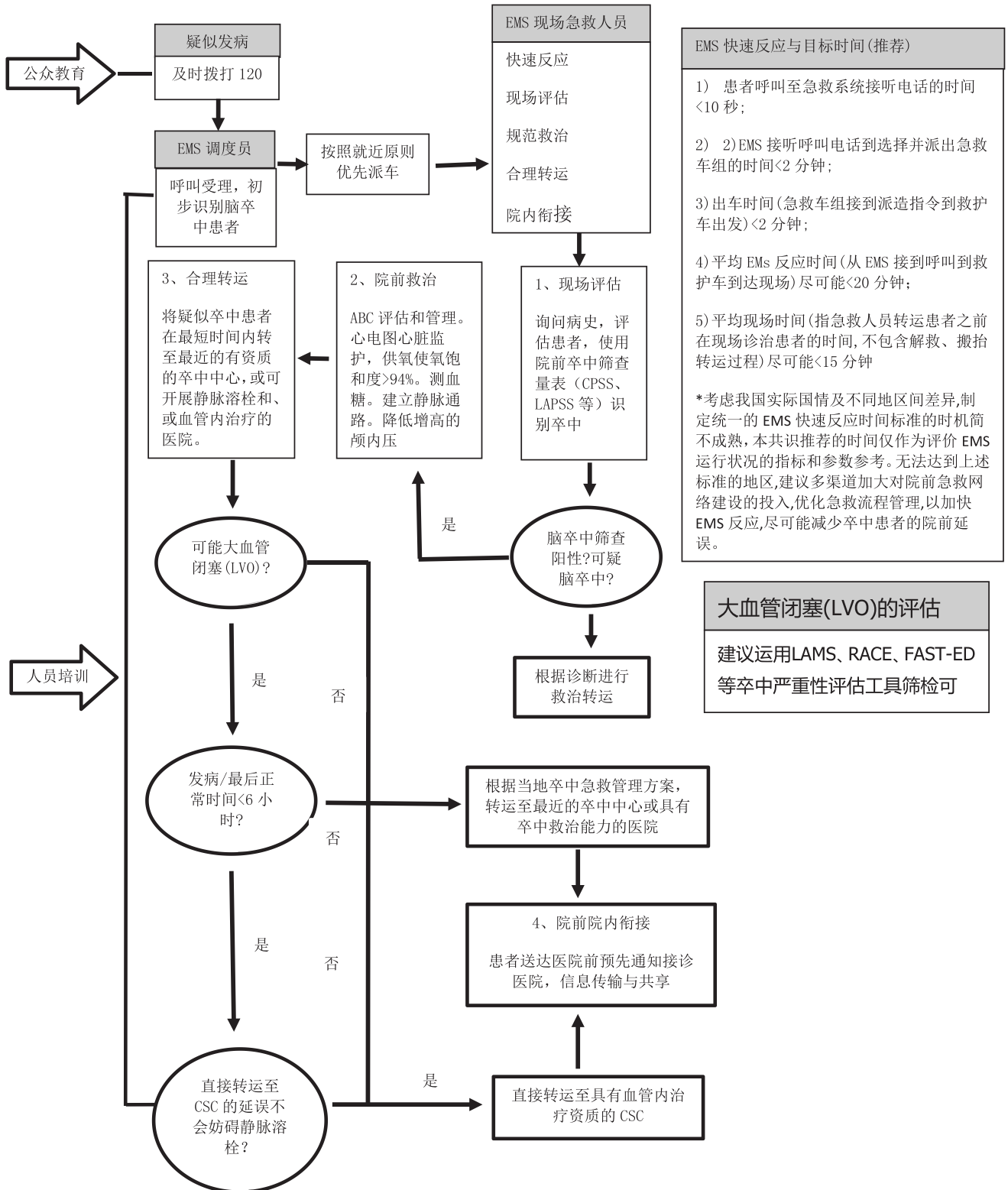
脑卒中患者由初级卒中救治能力急救网络医院向高级卒中救治能力急救网络医院转诊流程图



*DIDO 时间指患者在转出医院的入门到出门时间。

附表 9

急性脑卒中院前急救流程图



郑州市严重创伤患者院前救治流程

(试行)

一、接警

1. 急性创伤患者呼叫 120，接警调度员准确记录呼救者基本信息及联系方式；
2. 询问患者症状、意识状态，评估生命体征，指导可能的血压、心率的监测，指导必要的现场自救；
3. 优先调度就近救护车出诊。

二、出车

1. 急救网络医院接到 120 急救指挥中心调度指令后，3 分钟内出车；
2. 救护车司机使用导航设备寻找最快捷的道路，随车平板电脑按照实际情况记录各相关时间节点；
3. 急诊医师与创伤现场联系，初步了解伤员位置、人数、伤情、致伤原因、急救所需特殊物品等，进行必要的自救互救指导及联系可能帮助（如 110、119 等），同时计划到达现场要采取的急救措施。

三、现场救治及评估

1. 对于生命体征不稳定的严重创伤患者，现场进行紧急救治，对于心脏骤停患者立即给予心肺复苏术。
2. 根据 ABCDE 法分别对气道、呼吸、循环、功能、暴露和环境控制进行评估，发现危及生命的情况时应立即进行

处理。

初级评估：A、通畅气道与颈椎保护，手法开放（仰头提颏法或双手托颌法）或建立确切气道（气管插管） B、呼吸：通气与氧合（鉴别并处理危险情况：张力性气胸、连枷胸、大量血胸、开放性气胸） C、循环：控制出血（确定性止血，开放静脉通路） D、残疾和神经功能评估（GCS 评分、固定重要部位骨折） E、暴露与环境控制（防止低体温）

初次评估，特别是 ABC 阶段，只有在前一个项目达到复苏目标后才能继续下一个项目的评估。

三、现场救治及返院途中处理

1. 患者 GCS ≤ 8 分、TI ≥ 10 分，属严重创伤，需高度重视。对于不具备救治能力的出诊急救站应根据以下原则转运病员：送至高级创伤中心小于 15 分钟者，立即转送；大于 15 分钟者，可视病情送至初级创伤中心或有相应救治能力的急救网络医院，初步明确诊断、稳定病情后转至高级创伤中心。

2. 严密观察患者病情变化。护理人员 2-3min 记录并汇报病人血压、心率、脉搏、氧饱和度等。

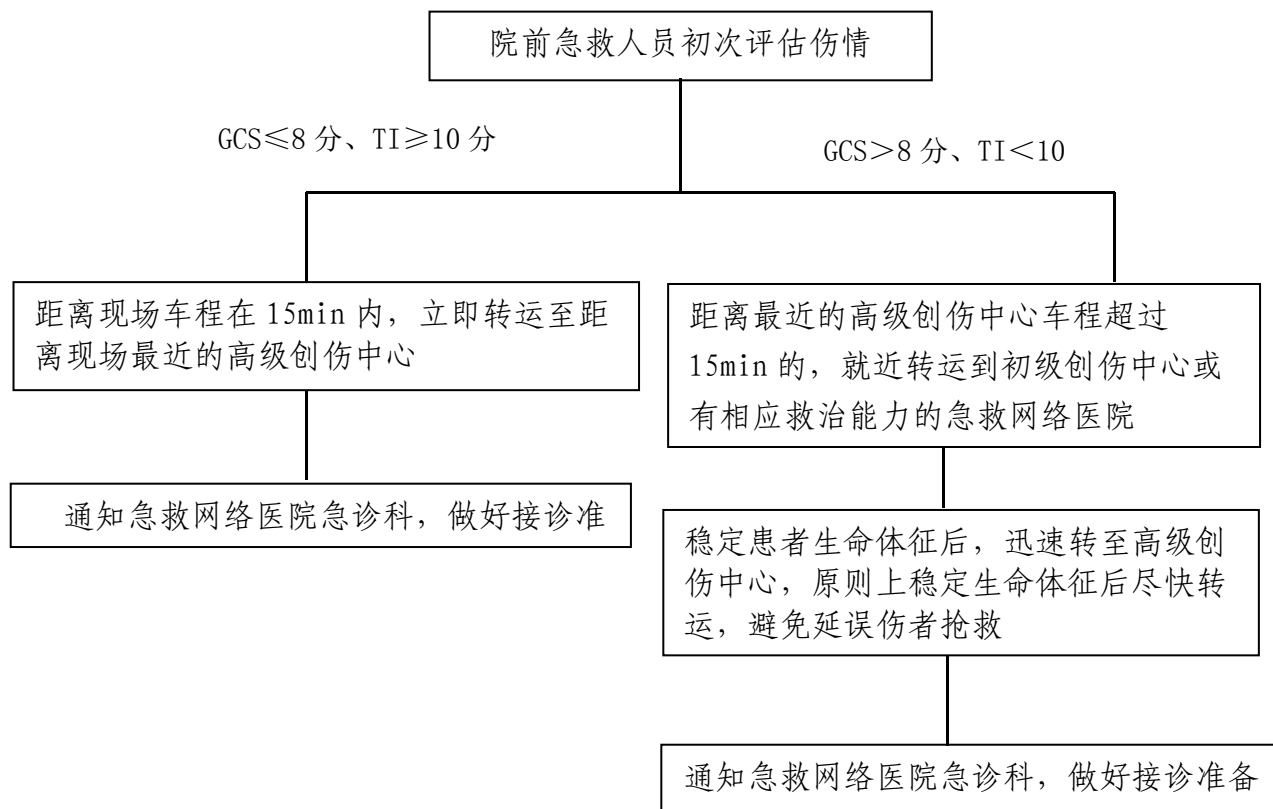
3. 与病人亲属沟通病情，签署病情告知书（随行亲属 1-2 人，最好熟悉病人情况、有决断能力）。

4. 提前通知院内创伤团队相关病情、预计到达时间、接车注意事项、是否开通绿色通道等。

四、到达医院

交接病人（病人受伤机制、病情、院前救治措施及随行亲属），完成任务后，及时记录患者病情及信息等。

郑州市急性创伤患者院前转运流程图



附表 1

创伤指数 (TI)

创伤指数 (TI) 评分				
指标	1	3	5	6
部位	肢体	躯干背部	胸腹	头颈
创伤类型	切割伤或挫伤	刺伤	钝挫伤	弹道伤
循环	正常	BP<102mmHg P>100 次/分	BP<79.5mmHg P>140 次/分	无脉搏
意识	倦怠	嗜睡	半昏迷	昏迷
呼吸	胸痛	呼吸困难	发绀	呼吸暂停
TI 值 5—7 分为轻伤；8—17 分为中到重度伤；>17 分为极重伤，预计约有 50% 的死亡率。 TI ≥10 分 送创伤中心医院				

附表 2

格拉斯哥 (GCS) 评分

格拉斯哥 (GCS) 评分					
睁眼反应		言语反应		运动反应	
正常睁眼	4	回答正确	5	遵命动作	6
呼唤睁眼	3	回答错误	4	定位动作	5
刺痛睁眼	2	含糊不清	3	肢体回缩	4
无反应	1	唯有声叹	2	肢体屈曲	3
		无反应	1	肢体过伸	2
				无反应	1

12-14 分为轻度意识障碍；9-11 分为中度意识障碍；8 分以下为重度意识障碍；3 分以下愈后极差。

附件 3

郑州市院前急救远程心电图诊断中心建设评分标准（100分）（试行）

评估项目	评审内容	评审方法	评分标准	分值
1. 组织管理 (30分)	由医院院长或分管副院长担任院前急救远程心电图诊断中心主任委员，负责急救远程心电图诊断中心的建设和重大决策，能够为急救远程心电图诊断中心的建设和运转提供保障。下设办公室，负责中心的具体运作	查看相关文件	①成立院前急救远程心电图诊断中心管理委员会得5分，没有得0分；②有明确文件支持远程心电图诊断中心建设得5分，没有文件支持得0分	10分
	具备远程心电图诊断中心管理制度及工作职责；具备危急值报告管理制度；建立心电图网络异常应急预案	查看相关文件	具备远程心电图诊断中心管理制度及工作职责；具备危急值报告管理制度；建立心电图网络异常应急预案得10分	10分
	设置专业的心电图诊断团队（团队人才梯队合理，至少有一名副主任医师及以上人员）具备完整的三级质控体系	查看工作量及工作流程	团队人才梯队合理，至少有一名副主任医师及以上人员得5分，没有得0分；具备完整的三级质控体系得5分，不具备得0分	10分
2. 基本条件 (40分)	提供24小时心电图远程诊断服务，具备快速接收诊断分析大量病例的能力。首份心电图从接收到明确诊断回传时间小于10分钟	现场查看工作流程	首份心电图从接收到明确诊断回传时间小于10分钟，得10分，不能，得0分；远程传输>300例/24小时，得5分，≤300例/24小时，得0分	15分
	使用十二导/十八导心电图记录仪（具备4G网络，具备直接打印功能）	现场查看	使用十二导/十八导心电图记录仪（具备4G网络，具备直接打印功能）得15分，不具备得5分	15分

评估项目	评审内容	评审方法	评分标准	分值
	具备 ST 段抬高型急性心肌梗死明确诊断后处理流程	现场查看	具备 ST 段抬高型急性心肌梗死明确诊断后处理流程得 5 分，没有得 0 分	5 分
	具备急诊心电图传输绿色通道及多途径传输（心电图诊断中心、胸痛中心值班人员、急诊科）	现场查看	具备急诊心电图传输绿色通道及多途径传输得 5 分，没有得 0 分	5 分
3. 信息管理 (20 分)	具备大容量服务器，建立心电图数据库，心电图网络系统可兼容多种网络设备，保证病例传输、各单位时钟统一。系统不断升级、功能拓展	现场查看	具备大容量服务器，建立心电图数据库，心电图网络系统可兼容多种网络设备，保证病例传输得 5 分，不具备得 0 分；各单位时钟统一得 5 分，不具备得 0 分；系统不断升级、功能拓展，具备得 5 分，不具备得 0 分	15 分
4. 培训情况 (10 分)	心电图诊断系统具备基本的分析、统计功能	现场查看	心电图诊断系统具备基本的分析、统计功能得 5 分，没有得 0 分	5 分
	至少半年进行一次心电图规范操作培训及常见的急危心电图识图培训，4 次/月科室内小讲课	现场查看	有培训资料及影像资料得 10 分，没有得 0 分	10 分

附件 4

郑州市救护车网络心电设备对接技术标准

(试行)

序号	设备名称	规格参数	标准
1	网络心电图机	1、全息实时同步 ≥ 12 导联心电图采集； 2、支持心电图采集后 4G/5G/WiFi 自动上传； 3、同屏可显示：3 通道，6 通道，12 通道，15 通道，18 通道； 4、报告格式：多种组合方式； 5、走纸速度 12.5mm/s, 25.0mm/s, 50.0mm/s； 6、输入阻抗： $\geq 10.0M\Omega$ ； 7、输入回路输入电流： $\leq 0.1\mu A$ ； 8、定标电压准确度（灵敏度）：最大允许误差为允差 $\pm 2\%$ ； 频响范围：0.05-150Hz 全频滤波； 9、连续采集心电图数据，并自动选取质量最佳的最有意义心律失常事件； 10、具有连续采集 20 分钟以上心电图波形，能保存和上传； 11、心电图可输出 XML、PDF、HL7 格式； 12、导联线：组合分体式； 13、具有采集前 10 秒的数据回顾功能，方便捕捉心率失常数据； 14、设备操作系统具有导联纠错功能：当操作医生将导联接错后，无需重新采集心电数据，可以通过软件纠正数据； 15、支持心电网络远程会诊功能 16、支持连接便携热敏打印机，现场打印诊断心电图。	具有医疗器械产品注册证，符合医疗信息交换标准 HL7
2	多参数生命体征信息采集终端	1、支持 12 或 18 导联心电图、血氧、血压、血糖、脉率、呼吸率等信息采集功能； 2、自带 7 寸及以上 TFT 高亮度真彩液晶显示屏，可将实时采集的相关信息输出在显示屏上； 3、血压测量准确、快速，安全性好/手动、自动（1-240 分钟）、连续三种测压模式，三种测压方式适用于成人、儿童及婴幼儿； 4、支持 ≥ 20 种心律失常波形自动分析，可存储、回放 ≥ 100 组 VPC，并可设置 VPC 自动触发打印；	具有医疗器械产品注册证，符合医疗信息交换标准 HL7

		<p>5、声光双重报警功能，可自主设置报警项目及报警上下限；</p> <p>6、内置 4G/5G/WIFI 通信网络支持，能将采集的十二导心电图及其它生命体征诊断数据实时上传到信息共享平台；</p> <p>7、支持心电图检测工作模式（主要用于远程诊断，及现场采集一份完整十二导心电图经确认后能自动上传信息共享平台）和生命体征监护模式（主要用于生命体征信息的远程实时监护，包括：十二导联心电图、心率、血压、血氧、呼吸、脉搏等信息）两种运行模式，并支持手工切换；</p> <p>8、可连接便携式打印机现场打印十二导心电图；</p> <p>9、内置不间断电源，便于急救现场数据采集；</p> <p>10、内置二代身份证阅读器；</p> <p>11、支持选配肺功能、尿常规、尿酸、总胆固醇、全自动生化、血红蛋白、血脂等采集模块</p> <p>12、可选配 USB 接口扫码枪设备，与多参数生命体征信息采集终端配合使用，支持派车单标识条形码、二维码扫描。</p>	
3	网络心电图监护仪	<ol style="list-style-type: none"> 1. 适用于成人、小儿、新生儿的监测。 2. 工作大气压力 57.0 ~107.4 kPa，满足高原地区的使用。 3. 转运监护仪，满足救护车，直升飞机和固定翼飞机,通过相关转运标准 4. ≥5 英寸彩色触摸显示屏，小巧便携。 5. IP44 防尘防水，易清洁和适用医院内外不同临床救治环境。 6. 坚固耐用，抗 1.2 米 6 面跌落，满足转运过程中的复杂临床救治环境。 7. 整机无风扇设计。 8. 内置锂电池供电，支持 ≥5 小时的持续监测。 9. 内置 DC 电源接口，可以进行车载充电。 10. 支持 3/5 导心电图，阻抗呼吸，血氧、无创血压和 2 通道体温。 11. 转运监护仪支持插入床旁监护仪插槽作为参数模块使用，即插即用。 12. 具有多导心电图监护算法，同步分析至少 2 通道心电波形，能够良好抗干扰。 13. 心率测量范围：成人 15 - 300 bpm，小儿/新生儿 15 - 350 bpm。 	具有医疗器械产品注册证，符合医疗信息交换标准 HL7

	<p>14. 波速提供 50mm/s, 25 mm/s、12.5 mm/s、6.25 mm/s 可选。</p> <p>15. 滤波模式提供诊断模式 (0.05 -150Hz), 监护模式 (0.5 -40Hz), ST 模式 (0.05 - 40Hz), 手术模式 (1-20Hz)。</p> <p>16. 提供 25 种心律失常事件的分析。</p> <p>17. 提供 ST 段分析,提供显示和存储 ST 值和每个 ST 的模板。</p> <p>18. 具有 QT/QTc 测量功能, 提供 QT, QTc 和 ΔQTc 参数值。</p> <p>19. 可显示弱灌注指数 (PI)。</p> <p>20. 提供双通道体温测量, 提供两通道体温测量差值显示。</p> <p>21. 提供手动、自动间隔、连续、序列四种无创血压测量模式。</p> <p>22. 120 小时 (分辨率 1 分钟) 趋势表、趋势图回顾。</p> <p>23. 1000 条事件回顾。每条报警事件至少能够存储 32 秒三道相关波形, 以及报警触发时所有测量参数值。</p> <p>24. 1000 条 NIBP 测量结果回顾。</p> <p>48 小时全息波形回顾。全息波形至少能存储所有测量值, 以及至少 3 道波形。</p> <p>25. 支持监护数据通过 4G/5G/WIFI 网络实时传输和展示。</p>	
--	--	--

备注: 网络心电图机每辆在线救护车必备; 多参数生命体征信息采集终端及网络心电监护仪, 可根据各急救站工作实际选配。

附件 5

郑州市急性胸痛、急性脑卒中、严重创伤 急救绿色通道标识图样

(试行)

一、高级胸痛、卒中、创伤中心标识图样



二、初级胸痛、卒中、创伤中心标识图样



郑州市卫生和计划生育委员会办公室

2018年9月17日印发
