

T/HBAS

湖北省标准化学会团体标准

T/HBAS 2026—XXXX

医疗机构肝健康分层分级随访服务规范

Specification for Stratified and Tiered Follow-up Services of Liver Health in Medical
Institutions

（征求意见稿）

2026 – XX – XX 发布

2026 – XX – XX 实施

湖北省标准化学会 发布

目 次

前言 II

引言 III

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 总体基本原则 1

5 肝健康人群分层分级判定标准 2

6 分层标准化随访方案 3

7 数字化随访平台建设 with 操作规范 4

8 肝健康管理师随访操作要求 4

9 医防协同随访管理流程 5

10 随访质量控制与考核 5

11 标准实施、验证与反馈 6

附录 A （资料性） 肝病分层分级判定指标表 7

附录 B （规范性） 分层随访检查项目 with 周期清单 8

附录 C （资料性） 肝健康随访标准化表单模板 9

附录 D （资料性） 标准实施意见反馈表 14

参考文献 15

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。

本文件由湖北省第三人民医院提出。

本文件由湖北省预防医学会归口。

本文件起草单位：湖北省第三人民医院等。

本文件主要起草人：刘黎明等。

引 言

当前湖北省慢性病毒性肝炎、脂肪性肝病、肝硬化、肝癌高危人群基数庞大，长期规范随访是降低重症肝病发生率、改善患者远期预后的核心手段。省内各级医疗机构肝病随访流程、风险分级规则、随访周期、检查项目无统一标准，传统线下随访失访率高，缺少数字化闭环管控机制；肝健康管理师无标准化操作规范，AI 肝病数智化管理平台无统一落地标准，国家、行业仅发布肝病诊疗指南，缺少可直接落地的随访服务标准，存在标准空白。

为落实《中国防治病毒性肝炎行动计划（2025-2030年）》《湖北省肝健康促进创新行动》等政策要求，统一全省医疗机构肝健康分层分级随访流程、数字化管理要求、人员操作规范，建立医防协同标准化随访模式，结合湖北省医疗机构临床实践与多中心试点验证数据，制定本规范。

国内暂无专门针对肝病数字化分层随访的团体/地方标准，本标准首次融合临床分层分级+AI数字化闭环管理，技术内容领先现有单纯诊疗指南，具备省内引领性；国外标准仅覆盖单一病种，无医防协同数字化随访完整规范，本标准内容更贴合国内基层医疗机构使用场景。

医疗机构肝健康分层分级随访服务规范

1 范围

本文件规定了医疗机构肝健康随访的术语定义、分层分级判定标准、分层随访方案、数字化随访平台操作、肝健康管理师工作要求、医防协同流程、质量控制考核、标准实施管理等内容。

本文件适用于湖北省内各级综合医院、肝病专科医院、社区卫生服务中心开展的慢性肝病、肝健康高危人群分层分级随访管理工作；肝健康管理师、临床医师、信息化运维人员、公卫随访人员均可参照执行。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

肝健康分层分级

依据患者肝病病因、肝纤维化程度、病毒载量、肿瘤标志物、并发症、肝癌家族史等指标，将肝病人群划分为低危、中危、高危、极高危四个风险等级，差异化设置随访周期、检查项目与干预方案的管理模式。

3.2

肝健康管理师

医疗机构专职从事肝病患者随访、健康宣教、依从性管理、指标预警、生活方式干预的专业技术人员，具备肝病基础、慢病管理、数字化随访操作能力。

3.3

AI 数字化肝健康随访平台

具备电子档案存储、智能随访提醒、指标自动分层判定、异常指标预警、失访追踪、数据可视化、多渠道随访联动功能的信息化管理系统。

3.4

失访

达到预设随访时间节点，经多渠道提醒、电话回访、上门随访后，连续 2 次仍无法取得患者有效联系、未完成规定随访检查的情形。

3.5

肝弹性检测值（LSM）

肝脏瞬时弹性成像检测数值，用于无创判定肝纤维化分期，单位 kPa，作为分层分级核心判定指标。

3.6

医防协同随访

综合医院肝病专科与社区卫生服务中心联动，医院负责高危 / 极高危人群诊疗、精准筛查，社区负责低、中危人群常态化随访、健康宣教、基础指标监测的双向闭环管理模式。

3.7

随访闭环

从建档、风险分层、随访提醒、检查执行、指标评估、风险等级调整、干预宣教、失访追踪、档案更新全流程可追溯、可管控的标准化流程。

4 总体基本原则

4.1 临床循证原则

分层分级判定、随访周期、检查项目均依据国内权威肝病诊疗指南、多中心临床随访数据制定，兼顾医疗安全与资源效率。

4.2 数字化闭环原则

优先采用 AI 数字化平台实现随访全流程线上管控；基层信息化薄弱机构可采用“线上电话随访 + 纸质简易台账”过渡方案。

4.3 差异化分层原则

根据患者风险等级设置差异化随访问隔、检查项目、干预强度；指标出现恶化时自动缩短随访周期、上调风险层级。

4.4 医防协同原则

打通医院 - 社区双向转诊、随访数据互通，实现高危人群专科精准管理、低危人群基层常态化管理。

4.5 隐私安全原则

所有患者肝病随访数据、检验结果、个人身份信息遵循医疗数据隐私保护法规，平台加密存储、分级授权查阅，严禁外泄。

4.6 可考核可复制原则

设置明确随访质控量化指标，标准流程可在全省各级医疗机构统一落地、复制推广。

5 肝健康人群分层分级判定标准

5.1 分层判定核心指标

分层判定以以下指标为核心依据，综合评估后划分风险等级：

- a) 肝脏弹性检测 LSM 数值；
- b) 肝功能转氨酶、胆红素、白蛋白等生化指标；
- c) 肝炎病毒载量（HBV-DNA、HCV-RNA）；
- d) 肝癌肿瘤标志物（AFP、DCP、AFP-L3）；
- e) 腹部影像学（彩超、CT/MRI）结节、纤维化、肝硬化表现；
- f) 肝癌家族史、年龄、饮酒史、糖尿病、肥胖等危险因素；
- g) 并发症（腹水、食管胃底静脉曲张、肝性脑病等）。

5.2 四级分层人群界定

5.2.1 低危人群

对低危人群的界定满足全部条件：

- a) 单纯非酒精性脂肪肝， $LSM < 7.3\text{kPa}$ ，肝功能持续正常；
- b) 非活动性乙肝表面抗原携带，病毒载量低于检测下限，无肝纤维化；
- c) 年龄 < 30 岁，无肝癌家族史、无长期酗酒、无糖尿病肥胖；
- d) 无肝内结节、无肝硬化、无肝病并发症。

5.2.2 中危人群

对中危人群的界定满足任意一条：

- a) 慢性乙肝 / 丙肝活动期，经治疗后病毒可控， $LSM\ 7.3 \sim 9.5\text{kPa}$ ；
- b) 酒精性 / 代谢性脂肪性肝病伴轻度肝纤维化；
- c) 年龄 ≥ 30 岁，合并糖尿病、肥胖、长期饮酒单一危险因素，无肝内结节；
- d) 无肝硬化、无肝癌家族史。

5.2.3 高危人群

对高危人群的界定满足任意一条：

- a) 代偿期肝硬化，无恶性结节；
- b) 慢性肝病合并肝癌一级亲属家族史；
- c) $LSM \geq 9.5 \text{ kPa}$ ，肝纤维化中重度；
- d) 年龄 ≥ 40 岁，持续病毒阳性、代谢指标长期失控；
- e) 肿瘤标志物轻度升高，影像学无明确可疑结节。

5.2.4 极高危人群

对极高危人群的界定满足任意一条：

- a) 失代偿期肝硬化，伴腹水、食管静脉曲张等并发症；
- b) 影像学检出肝内可疑结节（LI-RADS ≥ 3 级）；
- c) 肿瘤标志物显著升高（AFP $\geq 20 \text{ ng/ml}$ 、DCP $\geq 40 \text{ mAU/ml}$ ）；
- d) 肝癌术后、肝移植术后随访人群；
- e) 病理证实肝异型增生结节。

5.2.5 分层动态调整规则

5.2.5.1 每次随访完成指标检测后，管理师 / 医师重新评估风险等级，更新电子档案分层标签。

5.2.5.2 出现以下情况立即上调一级风险、缩短随访周期：

- a) LSM 数值升高、肝纤维化进展；
- b) 病毒载量反弹、肝功能持续异常；
- c) 肿瘤标志物上升、新增肝内结节；
- d) 新增酗酒、血糖失控等危险因素。

5.2.5.3 规范干预满 6~12 个月，指标全面好转、纤维化逆转，可下调风险层级、延长随访间隔。

6 分层标准化随访方案

6.1 通用随访内容

- 6.1.1 采集病史：饮酒、用药、饮食、体重、睡眠、不适症状。
- 6.1.2 生活方式干预：减重、戒酒、控糖、低盐低脂饮食、运动指导。
- 6.1.3 用药管理：抗病毒、保肝、降糖降脂药物依从性核查。
- 6.1.4 肝病健康宣教、并发症预警科普。
- 6.1.5 联系方式更新、随访提醒渠道确认。

6.2 分风险层级随访周期与检查项目

6.2.1 低危人群随访周期与检查项目包括：

- a) 随访周期：每 12 个月 1 次；
- b) 必查项目：肝功能、肝脏彩超、肝弹性 LSM、血糖血脂；
- c) 可选项目：肝炎血清学标志物；
- d) 干预强度：年度健康宣教，线上轻量化随访提醒。

6.2.2 中危人群随访周期与检查项目包括：

- a) 随访周期：每 6 个月 1 次；
- b) 必查项目：肝功能、肝脏彩超、LSM、病毒载量（病毒性肝炎）、肿瘤标志物三联检（AFP/DCP/AFP-L3）、代谢指标；
- c) 干预强度：每半年一对一健康指导，线上月度提醒。

6.2.3 高危人群随访周期与检查项目包括：

- a) 随访周期：36 个月 1 次；
- b) 必查项目：全套肝功能、病毒载量、肝脏彩超、LSM、肿瘤三联标志物；每年 1 次肝脏增强 CT/MRI 基线筛查；

- c) 干预强度：专人管理，指标异常 24 小时内电话回访。
- 6.2.4 极高危人群随访周期与检查项目包括：
 - a) 基础随访周期：每 3 个月 1 次；每 6 个月完成肝脏增强 CT/MRI；
 - b) 必查项目：全套生化、凝血功能、病毒载量、肝脏彩超、肿瘤三联标志物、LSM；并发症患者加查腹水、胃镜筛查；
 - c) 干预强度：专科医师 + 管理师双人随访，指标异常立即专科会诊，启动快速转诊通道。

6.3 特殊人群随访调整

- 6.3.1 孕妇肝病患者缩短随访问隔至原周期 1/2，增加肝功能、凝血、肝脏超声监测。
- 6.3.2 老年、行动不便患者支持上门随访、远程视频问诊，检验可就近社区完成数据互通。
- 6.3.3 失访复访人群连续 2 次失访复访后，临时上调一级风险，连续 2 次规范随访达标后恢复原层级。

6.4 失访追踪规范

- 6.4.1 随访到期前 7 天，应平台自动短信、微信提醒。
- 6.4.2 到期未随访应在 3 个工作日内电话回访。
- 6.4.3 如电话失联，联系家属、社区卫生中心协助上门核实。
- 6.4.4 连续 2 次无法联系，标记为失访，纳入月度失访专项台账，持续追踪 6 个月；6 个月仍失联归档备注。

7 数字化随访平台建设 with 操作规范

7.1 平台核心功能要求

AI 数字化肝健康随访平台必须具备六大模块：

- a) 电子档案模块：完整存储患者基础信息、历次检验、影像、分层记录、随访记录；
- b) 智能分层判定模块：自动读取检验指标，按照本标准 5.2 条款自动判定风险等级；
- c) 随访智能提醒模块：分渠道（微信、短信、电话）定时推送随访通知，记录提醒日志；
- d) 指标动态预警模块：肝功能、肿瘤标志物、肝弹性超出阈值自动弹窗预警，推送管理师处理
- e) 失访追踪模块：自动统计失访名单，生成回访任务台账；
- f) 可视化质控看板：自动统计随访完成率、规范管理率、分层分布、失访率、高危检出数据。

7.2 平台数据质控规则

- 7.2.1 检验数据对接医院 LIS 系统，自动抓取，减少人工录入误差；手工录入数据双人复核。
- 7.2.2 所有随访操作、提醒、回访、预警处理全程留痕，操作日志保存不少于 5 年。
- 7.2.3 数据自动归档完整率 $\geq 98\%$ ，支持月度、年度数据导出用于质控与科研。

7.3 平台分级权限与隐私保护

- 7.3.1 权限分级。医师、肝健康管理师、质控管理员、信息化运维人员分角色授权，仅可查看本职范围内患者数据。
- 7.3.2 数据加密。患者身份、检验数据存储加密，外网访问需双重验证。
- 7.3.3 严禁导出、外传完整患者信息台账，科研使用需脱敏处理。

7.4 基层医疗机构轻量化落地要求

无完整信息化平台的社区卫生服务中心可采用轻量化方案：

- a) 简易电子台账表格自动计算分层风险；
- b) 统一线上短信随访提醒工具；
- c) 按月向牵头医院肝病专科同步随访数据，实现医防数据互通。

8 肝健康管理师随访操作要求

8.1 人员基本资质

- 8.1.1 具备护理、公卫、临床医学相关专业背景。
- 8.1.2 完成肝病分层随访标准、数字化平台操作、慢病干预、隐私保护专项培训并考核合格。
- 8.1.3 熟悉本标准分层判定、随访周期、检查项目、失访追踪全流程。

8.2 日常标准化操作流程

- 8.2.1 建档：新肝病患者入院 / 门诊就诊 24 小时内完成基础信息录入，采集基线检验指标，完成首次分层判定。
- 8.2.2 随访前准备：提前 3 个工作日调取患者历史档案、既往指标，预判风险变化。
- 8.2.3 随访实施：线上视频、电话、线下门诊随访，完整记录症状、用药、生活方式、检验结果。
- 8.2.4 分层更新：根据本次指标重新判定风险等级，更新档案标签，设置下一次随访时间。
- 8.2.5 异常处置：指标预警 24 小时内反馈主管医师，记录会诊、干预措施。
- 8.2.6 宣教干预：针对患者风险层级开展个性化饮食、运动、戒酒、用药依从性宣教。

8.3 依从性管理规范

- 8.3.1 每次随访评估患者复查、用药依从性，记录依从性评分。
- 8.3.2 依从性差患者增加随访提醒频次，联合家属共同干预。
- 8.3.3 建立依从性台账，纳入月度质控考核。

8.4 应急干预要求

出现以下紧急情况立即对接专科医师，启动急诊转诊：

- a) 重度黄疸、腹水增多、呕血黑便；
- b) 意识模糊、肝性脑病表现；
- c) 肿瘤标志物短期内成倍升高、肝内新发大结节；
- d) 严重药物肝损伤。

9 医防协同随访管理流程

9.1 双向分层分流规则

- 9.1.1 医院肝病专科负责：高危、极高危人群诊疗、精准影像筛查、并发症处理、分层方案制定。
- 9.1.2 社区卫生中心负责：低危、中危人群常态化随访、基础检验、生活干预、日常提醒、失访上门追踪。

9.2 双向转诊流程

- 9.2.1 社区随访发现指标恶化、风险升级、可疑结节：24 小时内转诊至上级医院肝病专科，同步上传随访电子档案。
- 9.2.2 医院完成诊疗、病情稳定后，出具分层随访方案，转回社区进行常态化管理。
- 9.2.3 建立转诊台账，记录转诊时间、原因、处置结果，闭环追踪。

9.3 医防数据互通要求

医院与社区随访平台建立数据接口，患者分层信息、检验结果、随访记录双向同步，避免重复建档、重复检查。

10 随访质量控制与考核

10.1 核心质控量化指标

全省统一考核标准：

- a) 随访完成率 $\geq 90\%$ ；
- b) 分层规范管理率 $\geq 85\%$ ；

- c) 失访率较基线下降 60% 以上；
- d) 异常指标 24 小时内处置率 100%；
- e) 随访档案完整率 100%。

10.2 日常质量控制措施

- 10.2.1 预验证：新上线随访流程、平台功能开展小范围试点，验证分层判定准确性。
- 10.2.2 数据校验：平台自动校验指标异常，每月人工抽查 10% 随访档案复核分层、记录完整性。
- 10.2.3 人员培训考核：每季度组织肝健康管理师标准复训、实操考核。
- 10.2.4 质控监督小组：每月抽查随访记录、回访录音、失访台账，发现问题限期整改。

10.3 周期性质量测评

- 10.3.1 每季度开展随访质量自查，年度全面质控评审。
- 10.3.2 质控内容包含分层判定准确性、随访周期执行、数据完整性、失访管控、平台规范使用。
- 10.3.3 质控结果纳入科室、肝健康管理师绩效考核。

10.4 质量改进机制

每季度汇总质控缺陷，制定专项改进计划，明确目标、责任人、完成时限，跟踪改进效果，形成质控闭环。

11 标准实施、验证与反馈

11.1 实施准备

医疗机构实施本标准前完成四项准备：

- a) 组织准备：成立肝病随访标准实施工作组，明确临床、护理、信息化、公卫分工；
- b) 知识准备：全员开展本标准宣贯培训；
- c) 手段准备：完成 AI 随访平台部署或轻量化台账搭建；
- d) 物资人员准备：配齐肝健康管理师、随访办公设备、检验配套条件。

11.2 实施落地要求

- 11.2.1 制定本院标准实施细则，明确分层随访岗位职责、质控考核细则。
- 11.2.2 覆盖门诊、住院、社区转诊全流程肝病患者，统一执行分层分级规则。
- 11.2.3 建立实施记录台账，逐条记录标准条款落实情况，未落实项说明原因。

11.3 实施效果测评

标准实施满 6 个月、12 个月分别开展效果测评，从以下维度评估：

- a) 医疗质量：肝纤维化、早期肝癌检出率变化；
- b) 管理效率：随访完成率、失访率、医护工作负荷；
- c) 患者层面：依从性、满意度、长期预后改善；
- d) 数字化落地：平台数据完整度、预警处置效率；
- e) 社会效益：医防协同慢病防控能力提升。

11.4 意见反馈与标准修订

- 11.4.1 医疗机构使用过程中存在条款不适用、落地障碍、优化建议，填写附录 C 反馈表提交至湖北省预防医学会或牵头起草单位。
- 11.4.2 归口单位定期汇总反馈意见，组织临床、标准化、信息化专家研讨，根据实际需求开展标准修订、补充完善。

附 录 A
(资料性)
肝病分层分级判定指标表

肝健康人群分层分级判定汇总见表A.1。

表 A. 1 肝病分层分级判定指标表

风险层级	核心判定指标	关键管理要求
低危	LSM<7.3kPa; 肝功能正常; 无肝硬化、无肝癌家族史、无病毒持续阳性	年度随访, 基础代谢 + 肝脏超声筛查
中危	LSM 7.3-9.5kPa; 轻度肝纤维化; 单一肝病危险因素	半年随访, 增加肿瘤标志物筛查
高危	LSM≥9.5kPa; 代偿期肝硬化; 肝癌家族史; 肿瘤标志物轻度升高	3-6 个月随访, 年度增强影像筛查
极高危	失代偿肝硬化; 肝内可疑结节; 肿瘤标志物显著升高; 肝癌术后	每 3 个月基础随访, 半年增强 CT/MRI

附 录 B
(规范性)
分层随访检查项目与周期清单

各风险层级随访周期与必查项目清单见表 B.1 。

表 B.1 肝病分层分级判定指标表

风险层级	随访周期	必查检验 / 影像项目
低危	12 个月	肝功能、腹部彩超、肝弹性 LSM、血糖、血脂
中危	6 个月	全套肝功能、病毒载量、LSM、彩超、AFP/DCP/AFP-L3
高危	3~6 个月	全套生化、凝血、病毒载量、彩超、肿瘤三联检；每年 1 次增强 CT/MRI
极高危	3 个月	全套生化、凝血、病毒载量、彩超、肿瘤三联检；每 6 个月增强 CT/MRI

附 录 C
(资料性)
肝健康随访标准化表单模板

本附录规定湖北省肝健康分层随访配套标准化表单模板，涵盖建档、随访记录、失访追踪、异常处置、双向转诊全流程表单，各级医疗机构可直接打印、电子化录入使用，统一全省随访台账规范。肝健康人群分层随访建档登记表见图C.1。

肝健康人群分层随访建档登记表			
建档编号		建档日期	____年__月__日
患者姓名		性别/年龄	____ / ____岁
身份证号		联系方式	
户籍/居住地址			
工作单位			
建档机构		建档人	
基础疾病类型	☐ 非酒精性脂肪肝 ☐ 酒精性肝病 ☐ 慢性乙型肝炎 ☐ 慢性丙型肝炎 ☐ 肝硬化（代偿期/失代偿期） ☐ 肝癌术后 ☐ 肝移植术后 ☐ 其他_____		
高危危险因素	☐ 肝癌家族史（一级亲属） ☐ 长期酗酒 ☐ 糖尿病 ☐ 肥胖 ☐ 高龄（≥40岁） ☐ 病毒持续阳性 ☐ 其他_____		
基线核心指标	肝弹性LSM: _____kPa; 肝功能: ☐ 正常 ☐ 异常; 病毒载量: ☐ 低于检测下限 ☐ 阳性（数值_____）; 肿瘤标志物: AFP _____ng/ml、DCP _____mAU/ml、AFP-L3 _____; 腹部影像: ☐ 正常 ☐ 纤维化 ☐ 肝硬化 ☐ 可疑结节 ☐ 其他_____		
首次风险分层	☐ 低危 ☐ 中危 ☐ 高危 ☐ 极高危	预设随访周 期	_____
常用随访渠道	☐ 微信 ☐ 短信 ☐ 电话 ☐ 门诊现场 ☐ 上门随访		
家属紧急联系人	姓名: _____ 关系: _____ 电话: _____	建档状态	☐ 正常建档 ☐ 补建档案
备注			

图 C.1 肝健康人群分层随访建档登记表

肝健康分层随访记录表见图C.2。

肝健康分层随访记录表			
建档编号		随访次数	第_____次随访
随访日期	_____年__月__日	本次随访方式	☐ 门诊 ☐ 电话 ☐ 微信线上 ☐ 上门
当前风险层级	☐ 低危 ☐ 中危 ☐ 高危 ☐ 极高危	层级调整情况	☐ 无调整 ☐ 上调一级 ☐ 下调一级
主诉/不适症状	☐ 无不适 ☐ 乏力 ☐ 腹胀 ☐ 肝区隐痛 ☐ 食欲减退 ☐ 黄疸 ☐ 其他 _____		
生活方式核查	饮酒： ☐ 无 ☐ 偶尔 ☐ 长期（每日_____ml）； 饮食： ☐ 低盐低脂 ☐ 高脂高糖 ☐ 不规律； 运动： ☐ 规律运动 ☐ 极少运动 ☐ 不运动；体重变化：_____kg		
用药依从性	☐ 规律服药 ☐ 间断服药 ☐ 自行停药 ☐ 自行换药； 用药名称及剂量：_____		
核心复查指标	1. 肝弹性 LSM：_____kPa； 2. 肝功能：_____； 3. 病毒载量：_____； 4. 血糖/血脂：_____； 5. 肿瘤标志物：AFP_____、DCP_____、AFP-L3_____；6. 腹部影像结果：_____；7. 凝血功能/并发症情况：_____		
健康宣教干预	☐ 戒酒指导 ☐ 饮食调控 ☐ 运动指导 ☐ 用药宣教 ☐ 并发症预警科普 ☐ 复查依从性教育 ☐ 心理疏导		
异常指标说明	☐ 无异常 ☐ 存在异常（具体指标及数值：_____）		
本次处置措施	☐ 常规随访，按期复查 ☐ 强化干预，缩短随访周期 ☐ 转诊专科会诊 ☐ 启动异常预警处置		
下次随访时间	_____年__月__日	随访人签字	
审核医师签字		备注	

图 C. 2 肝健康分层随访记录表

肝健康随访失访追踪台账见图C.3。

肝健康随访失访追踪台账									
序号	建档编号	患者姓名	风险层级	应随访日期	首次提醒方式及时间	二次回访处置	社区上门核实	最终状态	追踪人/备注
1							☐ 是 ☐ 否	☐ 复访 ☐ 失访	
2							☐ 是 ☐ 否	☐ 复访 ☐ 失访	
3							☐ 是 ☐ 否	☐ 复访 ☐ 失访	
台账统计	本月应随访人数：_____人；未按时随访人数：_____人；失访人数：_____人；复访追回人数：_____人；失访率：_____%								

图 C. 3 肝健康随访失访追踪台账

肝健康随访异常指标预警处置单见图C.4。

肝健康随访异常指标预警处置单			
处置单号		建档编号	
患者姓名		当前风险层级	☐ 低危 ☐ 中危 ☐ 高危 ☐ 极高危
发现异常时间	____年____月____日 ____时	预警来源	☐ 平台自动预警 ☐ 人工随访发现 ☐ 检验科室反馈
异常指标详情	指标名称：____；检测数值：____；参考范围：____；异常程度： ☐ 轻度 ☐ 中度 ☐ 重度		
异常风险评估	☐ 肝纤维化进展 ☐ 病毒反弹 ☐ 肝功能损伤加重 ☐ 肿瘤标志物异常升高 ☐ 新增可疑结节 ☐ 并发症加重 ☐ 其他_____		
初步处置措施 (24 小时内)	☐ 电话回访告知风险 ☐ 加急预约复查 ☐ 上调风险层级 ☐ 暂停常规随访、启动专项监测		
专科会诊情况	☐ 无需会诊 ☐ 已会诊（会诊时间：____；会诊医师：____；会诊意见：____）		
最终干预方案	_____		
处置完成时间	____年____月____日	处置人签字	
审核人签字		处置状态	☐ 已闭环处置 ☐ 持续监测中
备注			

图 C. 4 肝健康随访异常指标预警处置单

医防双向转诊单见图C.5。

医防双向转诊单			
转诊单号		转诊类型	☐ 社区转医院 ☐ 医院转社区
患者信息	姓名：_____ 性别/年龄：_____ 联系方式：_____ 建档编号：_____		
原发肝病		当前风险层级	☐ 低危 ☐ 中危 ☐ 高危 ☐ 极高危
转出机构/科室		转入机构/科室	
转诊原因	☐ 指标恶化、风险升级 ☐ 检出可疑肝内结节 ☐ 并发症出现/加重 ☐ 需专科精准影像筛查 ☐ 病情稳定，转回基层常规随访 ☐ 其他 _____		
转出方病情摘要	近期核心指标、症状、治疗及随访情况：_____		
转出随访建议	随访周期：_____；重点监测指标：_____；干预及用药要求：_____ _____		
转出经办人	签字：_____ 日期：_____	转入接收人	签字：_____ 日期：_____
转入处置结果	接收后诊疗/随访处置情况：_____；后续管理方案：_____		
转诊闭环状态	☐ 已闭环 ☐ 持续跟进中	备注	
表单使用说明：1. 所有表单需随患者随访流程实时填写，一人一档、一次一记，全程留痕；2. 纸质表单需归档留存，保存期限不少于5年，电子表单同步上传随访平台存档；3. 失访台账、异常处置单、转诊单需按月汇总统计，纳入月度质控考核；4. 各级医疗机构可在本模板基础上微调格式，不得删减核心登记项。			

图 C.5 医防双向转诊单

附 录 D
(资料性)
标准实施意见反馈表

湖北省团体标准实施信息反馈表见表 D.1 。

标准名称及编号	T/HBAS XXXX—2027 医疗机构肝健康分层随访管理规范
标准适用性	☐ 完全适用 ☐ 部分不适用 ☐ 不适用
条款协调性	与现行肝病指南、医疗法规是否协调 ☐ 是 ☐ 否
标准落地阻力	☐ 无 ☐ 基层信息化不足 ☐ 人员不足 ☐ 流程复杂 ☐ 其他
实施存在问题	(文字填写)
修改意见	需修改章节： 具体修改建议：
总体处置建议	☐ 维持现有条款 ☐ 局部修改 ☐ 大幅修订
反馈信息	反馈人： 单位： 联系方式：

参 考 文 献

- [1] 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
- [2] 《慢性乙型肝炎防治指南（2025 版）》
- [3] 《非酒精性脂肪性肝病防治指南（2025 版）》
- [4] 《肝硬化诊疗指南（2025 版）》
- [5] 《肝癌防治指南（2025 版）》
- [6] 《中国防治病毒性肝炎行动计划（2025-2030 年）》
- [7] WHO 2025 慢性病毒性肝炎长期管理指南