

通州区代开药服务白名单管理办法

（征求意见稿）

为切实解决失能老年人开药不便难题，规范代开药服务流程，保障用药安全，根据《关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知》（国卫医发〔2018〕8号）、《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令 第735号）、《关于进一步规范就医管理有关问题的通知》（北京市医疗保险管理中心 2021 年 12 月 10 日发布）等文件精神，结合本区实际，制定本管理办法。

一、服务对象

需同时满足以下三个条件：

1. 经民政部门评估为失能的老年人；
2. 患有高血压、糖尿病、冠心病、脑血管病、慢性阻塞性肺病、高脂血症和骨关节疾病等慢性疾病需长期服药，且无法自行前往医疗机构开药的患者；
3. 家属无法定期前往医院代为开药的患者。

二、代开药人员

需同时满足以下三个条件：

1. 养老机构、养老驿站指定工作人员。
2. 诚实守信，遵纪守法，关爱患者，敬业负责，保护患者隐私；无违法犯罪记录。
3. 接受过基础医疗知识及药品管理培训。

三、备案材料

（一）患者材料：

1. 身份证复印件；
2. 失能服务协议书复印件；
2. 慢性病用药处方；
3. 《代开药授权委托书》（附件 1）；

（二）代开药人员材料：

1. 身份证复印件、工作证（劳动合同）复印件；
2. 《代开药服务白名单备案申请表》（附件 2）；

四、备案流程

1. 患者白名单备案流程

由患者向所在养老机构或驿站提出申请，填写《代开药授权委托书》（附件 1），养老机构或驿站收集患者申请材料交于社区卫生服务中心进行审核、评估、备案，形成代开药服务患者白名单台账（附件 3），并进行动态管理、及时更新。

2. 代开药人员白名单备案流程

养老机构或驿站向区民政局提交代开药人员材料。区民政局 10 个工作日内完成代开药人员白名单备案，形成代开药人员白名单台账（附件 4），并将《代开药服务白名单备案申请表》2 份盖章反馈至养老机构或驿站，养老机构或驿站自留 1 份，交由社区卫生服务中心 1 份。

五、代开药服务规范

（一）代开药品范围

高血压、糖尿病、冠心病、脑血管病、慢性阻塞性肺病、

高脂血症、骨关节等慢性疾病，不含精神类疾病。相关指导用药目录、用药指南，参考《北京市 8 类慢性病长期处方用药指南（2024 试行版）》（京卫医〔2024〕69 号）（附件 5），各医疗机构可根据诊疗能力和病种分布情况，在保证合理用药和用药安全的前提下，可以适当扩展用药目录。

以下负面清单内的药品不得在代开药品范围：医疗用毒性药品，放射性药品，易制毒药品，麻醉药品，第一、二类精神药品等特殊药品；抗微生物药物，国家重点监控药品，需血药浓度监测类药品，静脉使用药品，以及对储存条件有特殊要求的药品（胰岛素除外）。原则上，中草药不纳入代开药范围。

（二）操作流程：

服务流程图见附件 6，具体步骤为：

1. 代开药人员持患者社保卡、确诊医院的门诊病历（或出院诊断证明）、上次就诊处方单（如患者在备案社区卫生服务中心有近 3 个月以内的电子病历和处方单，则无需提供既往病历和处方单）以及代开药人员身份证至备案社区卫生服务中心开具药品并留存处方；社区卫生服务中心应认真进行身份和证件识别，并登记、留存代开药信息登记表（附件 7），代开药登记信息包括但不限于：患者姓名、身份证号、联系电话、就医诊断、代开药人姓名、身份证号、联系电话、与患者的关系等。代开药记录应保存三年以上备查。

2. 药品由药师密封交于代开药人员。

3. 代开药人员 24 小时内将药品及处方送达患者，将医

保卡归还患者，现场核对金额和药品，做到账物相符，在处方上由老人或照护人和代开药人员双方签字确认，代开药人员拍照留存双方签字处方照片，处方照片保存 3 年以上。

六、监督与责任

（一）为保障患者财产安全，在代开药期间产生的门诊费用，一律采用现金结算，不允许使用患者医保个人账户支付。

（二）代开药人员未按规范操作导致用药事故、私用医保卡账户余额等问题，取消资质并依法追究法律责任。

（三）养老机构和养老驿站对代开药人员负有监管责任，对于提供服务期间出现因为代开药执行过程中引发的不良事件，尤其是对患者造成损失和伤害的，养老机构和养老驿站承担连带责任。如造成经济损失的，由养老机构和养老驿站先行对受害人进行全额赔偿，再由养老机构和养老驿站向违法的代开药人员追责。

（四）请养老机构或养老驿站严格筛选代开药人员，一家养老机构或养老驿站代开药人员数量不得超过 3 人。

附件：

附件 1：《代开药授权委托书》

附件 2：《代开药服务白名单备案申请表》

附件 3：代开药服务患者白名单台账

附件 4：代开药人员白名单台账

附件 5：《北京市 8 类慢性病长期处方用药指南（2024 试行版）》（京卫医〔2024〕69 号）

附件 6: 代开药信息登记表

附件 7: 代开药服务流程图

北京市通州区卫生健康委

2025 年 4 月 24 日

代开药授权委托书

委托方（患者）信息

姓名：_____ 身份证号：_____

联系电话：_____ 住址：_____

委托方（患者）法定监护人信息

姓名：_____ 身份证号：_____

联系电话：_____

受托方（代开药人员）信息

姓名：_____ 身份证号：_____

联系电话：_____ 单位名称：_____

一、授权事项及范围

委托方因行动不便，并且家属无法定期前往医院代为开药，故授权受托方代为办理以下事项：

（一）授权事项

受托方可在_____（医疗机构全称）代为办理以下事项：

1. 挂号及代述病情（仅限委托方已确诊的慢性病）；
2. 代取医生开具的慢性病处方药品；
3. 代缴医药费用并领取药品；
4. 代查询、领取与本次委托相关的病历、检查报告、发

票等医疗信息。

(二) 授权疾病：_____（列明慢性病名称）；

(三) 授权药品范围：详见委托方慢性病用药处方。

二、法律声明与责任条款

(一) 委托方声明

1. 本人具有完全民事行为能力，自愿授权受托方代开药；

2. 不具备完全民事行为能力的人员或精神障碍患者需由法定监护人签署；

3. 已充分了解代开药可能存在的风险，如药品副作用、剂量误差等；

4. 承诺提供的病情及用药信息真实，因隐瞒病史导致的后果自行承担；

5. 承诺直系亲属无法定期前往医院代开药；

6. 由接受代开药服务产生的个人自付医疗费用，需由委托方自行承担，不得拖欠受托方；

7. 对受托方行为有异议时，有权向代开药人员所在单位申请暂停服务。

(二) 受托方义务

1. 严格按照医嘱代开药；

2. 不得转借、倒卖代开药品或利用医保卡套现;
3. 对委托方病情及隐私信息严格保密, 泄露信息需承担法律责任;
4. 受托方不得将代理事项转委托第三方;
5. 受托方不得扣用委托方的医疗费用。

(三) 医疗机构责任

1. 定期核查患者病情, 及时调整用药;
2. 发现异常用药 (如超剂量、药物冲突) 时, 有权暂停发药并通知委托方。

(四) 风险提示

1. 代开药可能导致病情沟通不充分, 延误治疗风险由委托方自行承担;
2. 因受托方操作失误 (如错领药品) 造成的损害, 委托方可向受托方追责。

三、授权期限

自____年__月__日起至____年__月__日止 (最长不超过1年), 或委托方书面撤销时自动终止。

四、附则

1. 本承诺书一式四份, 委托人、受委托人、社区卫生服务中心、养老机构/养老驿站各留存一份。
2. 争议解决: 如因本委托产生纠纷, 双方同意向法院提

起诉讼。

委托方签字（指纹）：_____ 日期：_____

委托方法定监护人（指纹）：_____ 日期：_____

受托方签字（指纹）：_____ 日期：_____

养老服务机构（盖章）：_____ 日期：_____

医疗机构备案（盖章）：_____ 日期：_____

附件 2

代开药服务白名单备案申请表

养老服务机构名称：_____

统一社会信用代码：_____

法定代表人/负责人：_____

联系电话：_____

机构地址：_____

申请日期：_____

一、申请事项

申请将本机构工作人员____名，具体信息如下：

姓名：____，身份证号：_____；

姓名：____，身份证号：_____；

姓名：____，身份证号：_____

纳入本单位代开药人员白名单，为辖区失能老人提供慢性病药物代开服务。

二、服务流程

1.收集患者备案材料，交于社区卫生服务中心进行审核。
最终审核通过后，获取本机构范围内患者白名单。

2.代开药人员持患者医保卡、上次就诊处方单至指定医疗机构开药；

3.社区卫生服务中心将患者药品密封交付代开药人员；

4.代开药人员 24 小时内将药品及处方送达患者，将医保

卡归还患者，现场核对医保卡余额和发票，双方在发票上签字确认，代开药人员留存签字发票。

5.定期回访老人用药情况，记录反馈至医疗机构。

三、数据与隐私保护

老人健康信息仅用于代开药服务，不得外泄

四、承诺书

（一）本单位承诺：

- 1.严格遵守《中华人民共和国药品管理法》等相关法规；
- 2.代开药服务仅限于失能人员慢性病用药，不涉及麻醉、精神类等特殊管制药品；
- 3.接受区民政局监督，若服务终止或人员变动，立即报备；
- 4.对代开药人员进行监管，共同承担经济、药品安全和保密责任。

单位名称（盖章）：_____

法定代表人签字：_____

日期：_____

（二）代开药人员承诺：

本人作为代开药人员，自愿为辖区失能老人提供慢性病药物代开服务，现郑重承诺如下：

1.合法合规性

(1) 严格遵守《中华人民共和国民法典》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规；

(2) 仅在社区卫生服务中心进行审核备案的患者白名单范围内开展服务，不超范围代开药品。

2.处方真实性

(1) 仅凭合法医疗机构开具的有效处方代开药；

(2) 不伪造、篡改处方，不为非服务对象代开药品，不诱导服务对象购买非必需药品；。

3.药品管理

(1) 不涉及麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品等特殊管制类药品；

(2) 与患者或家属严格核对药品名称、剂量、有效期及缴费金额，做到账物相符。

4.隐私保护

对服务对象的病历、处方、个人信息严格保密，未经授权不得向第三方泄露；

5.责任承担

(1) 如因本人操作失误或违规行为导致医疗纠纷、药品安全问题，自愿承担相应法律责任；

(2) 承诺人服务资格终止时，需主动交还代开药服务相关证件。

承诺人签字（手写）：_____日期：_____

附则

（一）本承诺书一式三份，承诺人、所属养老服务机构、区民政局各留存一份；

（二）区卫生健康委有权对代开药人员服务行为进行动态监管，违规者取消白名单资格；

（三）代开药人员白名单有效期届满前 30 日，需重新申请；

（四）若发现违规代开药行为，或任何违反法律条例的行为，立即取消资格并依法追责；

区民政局审批意见

☐ 符合条件，同意纳入白名单，有效期_____年。

☐ 不符合条件，不予通过

审批单位（盖章）：_____

经办人签字：_____

日期：_____

附件 3

代开药服务患者白名单

序号	姓名	身份证号	联系电话	养老机构、驿站名称

附件 4

代开药人员白名单

序号	姓名	所在单位	身份证号	联系电话	服务范围

北京市卫生健康委员会

京卫医〔2024〕69号

北京市卫生健康委员会关于印发 北京市8类慢性病长期处方用药指南 (2024试行版)的通知

各区卫生健康委、北京经济技术开发区社会事业局，市中医药局、市医管中心，各有关医疗机构：

为贯彻落实国家卫生健康委办公厅、国家医保局办公室《关于印发长期处方管理规范（试行）的通知》（国卫办医发〔2021〕17号），结合北京市实际情况，市卫生健康委组织制定了北京市8类慢性病长期处方用药指南（2024试行版）。现印发你们，请参照执行。

北京市卫生健康委员会

2024年9月10日

糖尿病患者门诊长期处方用药指南 (2024 试行版)

一、糖尿病患者门诊长期处方管理流程

(一) 适用对象

适用于诊断为糖尿病，用药方案稳定、依从性良好、病情相对平稳、需长期药物治疗的糖尿病患者。

(二) 糖尿病患者长期处方管理流程

糖尿病患者符合长期处方开具标准的，可由医生开具处方。首次长期处方应当由二级及以上医疗机构具有与疾病相关专业的中级及以上专业技术职务任职资格的医师开具，或由基层医疗卫生机构具有中级及以上专业技术职务任职资格的医师开具。每次处方前医师必须亲自诊查患者并判断是否符合长期处方条件。医师可参考糖尿病患者药物治疗管理随诊表单(见附表1和附表2)，对糖尿病长期处方患者进行评估，记录长期处方患者的情况及治疗方案，对于复诊患者进行简化评估，依据患者具体情况调整治疗方案或转诊。糖尿病药物治疗的长期处方管理流程见附图。

(三) 糖尿病患者药物治疗长期处方的评估

1. 糖尿病及相关危险因素的评估：包括血糖控制情况、心血管疾病危险因素的评估、糖尿病急性并发症及慢性并发症的评估、评估伴发疾病、既往用药。

2. 糖尿病药物治疗方案的记录。

3. 降糖药物治疗方案评估，具体包括：降糖药疗效评估、降糖药品种选择合理性、降糖药用法用量合理性、有无用药禁忌、有无药物不良反应、有无药物相互作用。

4. 心血管危险因素的干预及糖尿病慢性并发症、伴发疾病的治疗药物记录。

（四）糖尿病患者长期处方开具标准

符合以下情况时，可由医生开具 8-12 周的长期处方。

1. 诊断必须包含糖尿病。

2. 药物治疗方案稳定、依从性良好、病情相对平稳、经药物治疗血糖水平达到血糖控制目标且血糖控制稳定 3 个月及以上；无严重低血糖病史（严重低血糖：需要他人帮助治疗的严重事件，伴有意识和/或躯体改变，无特定血糖界限）。

糖尿病患者长期处方常用药品信息见附表 3。

（五）糖尿病患者长期处方治疗及随诊注意事项

1. 糖尿病患者随诊时，需评估治疗反应、了解患者对药物的耐受情况和不良反应、分析血糖是否稳定达标和其他危险因素的状况。患者需提供血糖监测的情况，包括：指血血糖监测数据或动态血糖监测数据，随诊时使用“糖尿病患者药物治疗管理随诊表”作为参考。

医师应当向糖尿病患者说明使用长期处方的注意事项，并由患者自愿选择是否使用。

2. 随诊间隔及诊疗推荐:

对于病情稳定、血糖控制稳定在 3 个月以上者, 建议开具 8-12 周的长期处方。

对于既往血糖控制不佳、依从性差、严重慢性并发症或出现药物不良反应的患者应增加随访频次, 不建议长期处方。

3. 定期进行心血管危险因素、心力衰竭、慢性肾脏疾病及糖尿病急慢性并发症的评估。

建议间隔 3 个月进行血糖、尿常规、糖化血红蛋白等指标检查, 同时评估患者血压控制情况。

建议间隔 6-12 个月进行肝功、肾功、血脂、血尿酸、血常规、尿白蛋白肌酐比、眼底检查、颈动脉及下肢动脉彩超、心电图检测筛查慢性并发症。

对于既往评估已发现存在糖尿病慢性并发症的患者, 根据慢性并发症的严重程度酌情增加随诊频率。

4. 患有多种疾病需要长期联合用药的患者, 建议在上级医院咨询药师门诊后, 再进行长期延续治疗。

5. 患者病情发生变化时应及时就诊。

二、糖尿病长期处方患者双向转诊标准

(一) 糖尿病长期处方患者下转至基层卫生医疗机构标准

糖尿病患者经过药物降糖治疗后, 临床病情稳定, 血糖控制达标且控制稳定 3 个月, 可考虑下转至基层卫生医疗机构。

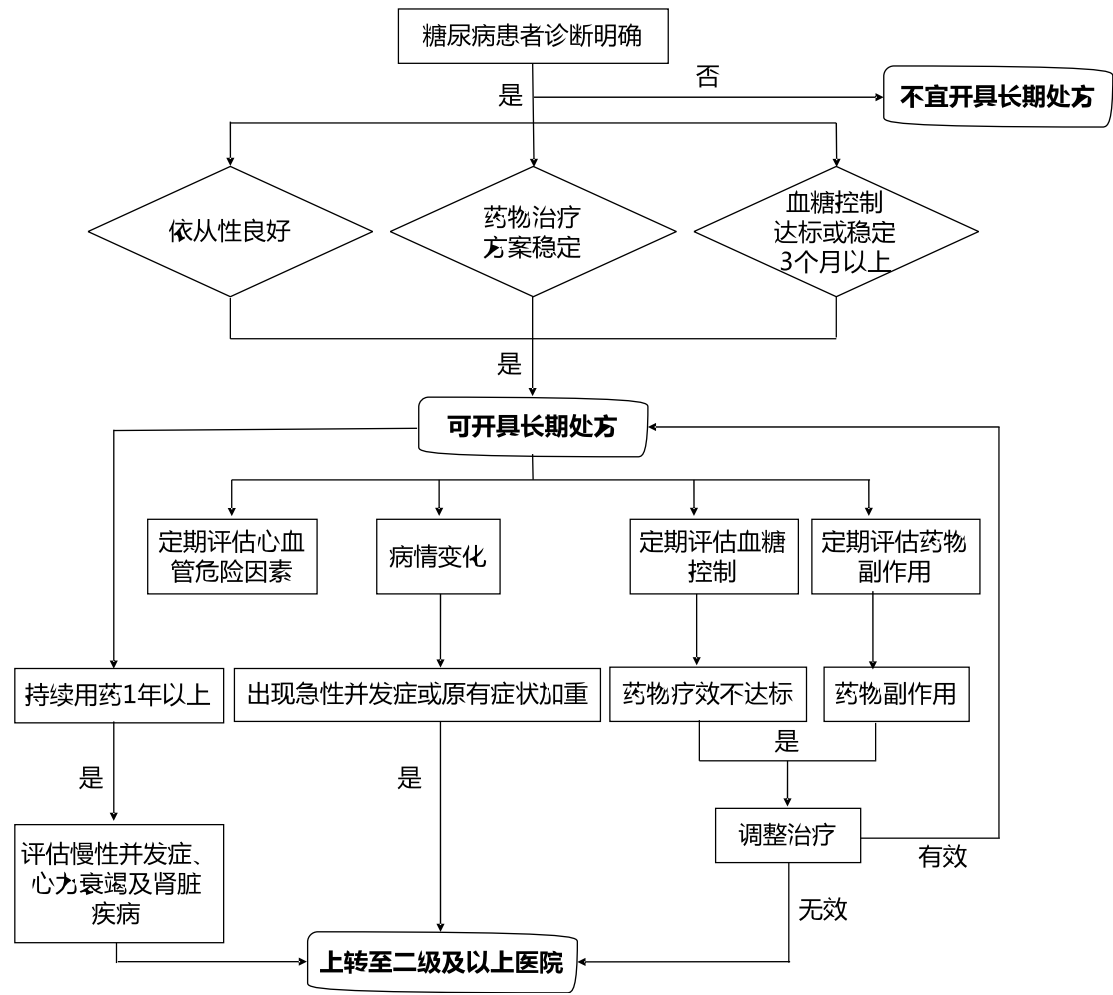
(二) 糖尿病长期处方患者上转至二级及以上医疗机构标准

基层卫生医疗机构就诊的糖尿病患者，如有以下情况之一，可转至上级医疗机构：

1. 持续在社区用药 1 年以上，需要到上级医院进行慢性并发症评估，进行相关检验检查。
2. 患者血糖控制不达标，经调整治疗无效者。
3. 患者病情变化，出现严重并发症或病情不稳定。
4. 依据患者症状变化需要完善特殊检查。
5. 因药物不良反应不能坚持原治疗方案。
6. 基层医师认为需转诊的其他情况。

附图

糖尿病患者的药物治疗长期处方管理流程



附表 1

门诊长期处方糖尿病患者药物治疗管理随诊 (首诊患者)

适用对象：门诊糖尿病患者 填表日期：_____年____月____日
 患者姓名：_____性别：_____年龄：_____就诊号：_____
 身高：_____m 体重：_____kg BMI：_____kg/m²

项目	首次诊断糖尿病的记录
血糖记录及相 关评估	☐ 评估并记录血糖水平：自测空腹血糖_____, 餐后 2 小时血糖_____, 低血糖 发作情况_____, 糖化血红蛋白_____, 糖化白蛋白_____ ☐ 评估心血管疾病危险因素、☐ 评估糖尿病慢性并发症情况、☐ 评估共患疾病、 ☐ 记录既往用药 心血管风险水平分层：☐ 高危, ☐ 极高危 ☐ 询问有无家族病史：糖尿病家族史, 高血压家族史, 高血脂家族史, 冠心病家族 史 ☐ 询问生活方式, 包括：吸烟；饮酒；规律运动；饮食结构 药物过敏史：☐ 有, 药物:-----; ☐ 无 ☐ 体格检查：血压_____mmHg 心率_____bpm 腰围-----cm 下肢和足部皮肤情况_____ ☐ 评估肝肾功能：☐ 正常, ☐ 异常 (ALT-----/AST-----, Cr-----, BUN -----,)
降糖药物治 疗方案记录	(品种、用法用量、服药时间)

降糖药物治疗 方案评估	☐ 评估降糖药物疗效 ^a ☐ 评估降糖药品种的合理性 ^b ☐ 评估降糖药用法用量的合理性 ^c ☐ 评估是否存在用药禁忌 ^d ☐ 评估药品不良反应 ^e （如果有，药物：-----；不良反应种类：-----）			
心血管危险因素 的干预及伴 发疾病的药物 治疗方案管理	☐ 如血脂不达标，进行血脂管理 ☐ 如血压不达标，进行血压管理 ☐ 如血尿酸不达标，进行血尿酸管理 ☐ 是否抗血小板、抗栓治疗			
自我监测	空腹血糖	餐后 2 小时血糖	睡前血糖	低血糖发作情况
指血血糖				
动态血糖监测 （基层医疗机 构就诊者非必 须）	葡萄糖目标范围内时间 (%)	葡萄糖低于目标范围时间 (%)	葡萄糖高于目标范围时间 (%)	
静脉血血糖 控制指标	静脉空腹或餐后 2h 血糖	糖化血红蛋白	糖化白蛋白	
有无不良反应	0=无；1=有 ----- (年 / 月 / 日)		不良反应类型	
糖尿病急性并 发症情况	类型	发作时间	诱因	检验结果
	糖尿病酮症酸中毒			
	高血糖高渗状态			

糖尿病慢性 并发症情况	类型	确诊时间		目前治疗	近期检查结果
	视网膜病变				
	肾脏病变				
	神经病变				
	糖尿病足				
心血管合并症					
AST/ALT			Cr/BUN	尿 ACR	
其他检查					
医师签名					

附表 2

门诊长期处方糖尿病患者药物治疗管理随诊
(复诊)

适用对象：门诊糖尿病患者 填表日期：_____年____月____日

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____就诊号：_____

身高：_____m 体重：_____kg BMI：_____kg/m²

项目	随诊糖尿病的记录			
病史	☐ 询问生活方式，包括：吸烟；饮酒；规律运动；饮食结构 ☐ 上次就诊至今新发不适症状等情况 ☐ 体格检查：血压_____mmHg 心率_____bpm 腰围-----cm 下肢和足部皮肤情况_____			
目前降糖方案 记录	(品种、用法用量、服药时间)			
自我监测	空腹血糖	餐后 2 小时血糖	睡前血糖	低血糖发作情况
指血血糖				
动态血糖监测 (基层医疗机 构就诊者非必 须)	葡萄糖目标范围内时间 (%)	葡萄糖低于目标范围时间 (%)	葡萄糖高于目标范围时间 (%)	
静脉血血糖	静脉空腹或餐后 2h 血糖	糖化血红蛋白	糖化白蛋白	

控制指标			
有无不良反应	0=无; 1=有 ----- (年 / 月 / 日)	不良反应类型	
糖尿病急性并发症情况	类型	发作时间	诱因
	糖尿病酮症酸中毒		
	高血糖高渗状态		
糖尿病慢性并发症情况	类型	确诊时间	目前治疗
	视网膜病变		
	肾脏病变		
	神经病变		
	糖尿病足		
心血管合并症			
AST/ALT		Cr	尿 ACR
其他检查			
医师签名			

附录

不同人群的血糖控制目标

糖尿病人群	血糖控制目标			原则
	空腹血糖 (mmol/L)	非空腹血糖 (mmol/L)	糖化血红蛋白 (%)	
65 岁以下的成年非妊娠糖尿病患者	4.4-7.0	4.4-10.0	< 7.0	对于年轻、病程短的患者，在患者耐受的情况下，如低血糖发生风险低，可酌情调整糖化血红蛋白目标为 < 6.5%
65 岁以上糖尿病患者				
健康状态良好(合并症少, 认知和功能状态完好)、预期寿命长	4.4-7.0	4.4-10.0	< 7.0-7.5	
健康状态欠佳(合并多种慢性疾病, 或存在轻中度认知功能受损)	5.0-8.3	5.6-10.0	< 8.0	
健康状态差(需要长期护理, 或合并终末期的慢性疾病, 或中重度认知功能受损), 预期寿命短	5.6-10.0	6.1-11.1	血糖控制决策不依赖糖化血红蛋白, 以避免低血糖和症状性高血糖为主	
未成年人	4.4-7.0	4.4-10.0	< 7.0	

附表 3

糖尿病患者长期处方常用药品信息

药品类别	药品名称	规格
双胍类	二甲双胍（普通/肠溶片/胶囊）	250 mg
		500 mg
		850 mg
		1000 mg
	二甲双胍缓释片/胶囊	250 mg
		500 mg
		750 mg
		1000 mg
磺脲类	格列本脲	2.5 mg
	格列吡嗪	2.5 mg
		5 mg
	格列吡嗪控释片	5 mg
	格列齐特	80 mg
	格列齐特分散片	40 mg
	格列齐特缓释片	30 mg
		60 mg
	格列喹酮	30 mg
	格列美脲	1 mg

		2 mg
格列奈类	瑞格列奈	0.5 mg
		1 mg
		2 mg
	那格列奈	60 mg
		120 mg
	米格列奈钙	10 mg
噻唑烷二酮类	罗格列酮	4 mg
	吡格列酮	15 mg
		30 mg
α -糖苷酶抑制剂类	阿卡波糖	50 mg
		100 mg
	伏格列波糖	0.1 mg
		0.2 mg
		0.3 mg
	米格列醇	25 mg
		50 mg
		100 mg
DPP4 酶抑制剂类	西格列汀	25 mg
		50 mg
		100 mg
	沙格列汀	2.5 mg

		5 mg
	维格列汀	50 mg
	利格列汀	5 mg
	阿格列汀	6.25 mg
		12.5 mg
		25 mg
	替格列汀	20 mg
	瑞格列汀	50 mg
		100 mg
SGLT2 抑制剂类	达格列净	5 mg
		10 mg
	恩格列净	10 mg
	卡格列净	100 mg
		300 mg
	艾托格列净	5 mg
	恒格列净	5 mg
		10 mg
其他新型降糖药物	多格列艾汀片	75 mg
	西格列他钠片	16 mg
复方制剂	罗格列酮二甲双胍	罗格列酮 2mg/二甲双胍 500mg
	吡格列酮二甲双胍	吡格列酮 15mg/二甲双胍

		500mg
	二甲双胍格列吡嗪	格列吡嗪 2.5mg/二甲双胍 250mg
	瑞格列奈二甲双胍	瑞格列奈 1mg/二甲双胍 500mg
	二甲双胍恩格列净	恩格列净 5mg/二甲双胍 500mg
	达格列净二甲双胍缓释片	达格列净 5mg/二甲双胍 500mg
		达格列净 10mg/二甲双胍 1000mg
	西格列汀二甲双胍	西格列汀 50mg/二甲双胍 500mg
		西格列汀 50mg/二甲双胍 850mg
	西格列汀二甲双胍缓释片	西格列汀 50mg/二甲双胍 500mg
		西格列汀 50mg/二甲双胍 1000mg
		西格列汀 100mg/二甲双胍 1000mg
	沙格列汀二甲双胍缓释片	沙格列汀 5mg/二甲双胍缓

		释片 500mg
		沙格列汀 5mg/二甲双胍缓 释片 1000mg
		沙格列汀 2.5mg/二甲双胍 缓释片 1000mg
	二甲双胍维格列汀	维格列汀 50mg/二甲双胍 850mg
		维格列汀 50mg/二甲双胍 1000mg
	利格列汀二甲双胍	利格列汀 2.5mg/二甲双胍 500mg
		利格列汀 2.5mg/二甲双胍 850mg
		利格列汀 2.5mg/二甲双胍 1000mg

冠状动脉粥样硬化性心脏病患者门诊 长期处方用药指南（2024 试行版）

一、冠状动脉粥样硬化性心脏病患者门诊长期处方管理流程

（一）适用对象

适用于经相关检查，符合冠状动脉粥样硬化性心脏病（以下简称冠心病）诊断，用药方案稳定、依从性良好、病情相对平稳、需长期药物治疗的冠心病患者。

（二）冠心病患者长期处方管理流程

冠心病患者符合长期处方开具标准的，可由医生开具处方。首次长期处方应当由二级以上医疗机构具有与疾病相关专业的中级以上专业技术职务任职资格的医师开具，或由基层医疗卫生机构具有中级以上专业技术职务任职资格的医师开具。每次处方前医师必须亲自诊查患者并判断是否符合长期处方条件。医师可参考长期处方管理路径表单（见附表1），记录长期处方患者的情况及治疗方案，必要时调整治疗方案或转诊。冠心病药物治疗的长期处方管理流程见附图。

（三）冠心病患者长期处方开具标准

冠心病患者，同时符合以下情况时，可由医生开具4-12周的长期处方。

1. 患者经相关检查，冠心病诊断明确。

2. 病情相对稳定，无需再进行复杂的治疗，可以进入恢复阶段。

3. 心血管专科治疗方案确定，持续用药方案无调整 3 个月以上。

4. 冠心病相关临床实验室检查指标基本正常或平稳。

（四）冠心病患者长期处方注意事项

医师应当向冠心病患者说明使用长期处方的注意事项，并由患者自愿选择是否使用，在接诊冠心病长期处方患者时需注意以下事项：

1. 控制危险因素：积极治疗高血压病、糖尿病、高脂血症等危险因素，遵循相关疾病管理指南管理血压、血糖、血脂。

2. 改变生活方式：合理摄入能量及营养；增加身体活动；戒烟、限酒；控制体重。

3. 医生注意监测患者症状，关注患者病情变化。

4. 医生根据患者情况，定期复查血常规、血生化、肌钙蛋白等实验室检查，监测血糖、血脂等指标，推荐 3 至 6 个月为检查周期，必要时调整治疗方案。定期复查，如心脏超声、颈动脉超声、冠脉 CTA 等，推荐 6 个月至 1 年为检查周期，必要时转诊至二级及以上医疗机构进行检查。

5. 急性冠脉综合征 6 个月内不宜开具 4 周以上长期处方。

6. 患有多种疾病需要长期联合用药的患者，建议在上级医疗机构咨询药师门诊后，再进行长期延续治疗。

7. 患者病情发生变化时应及时就诊。

（五）冠心病常用药物

冠心病通常是指冠状动脉发生粥样硬化引起管腔狭窄或闭塞，导致心肌缺血、缺氧或坏死而引起的心脏病，常用药物主要包括抗血小板药物、调脂药物、硝酸酯类药物、 β 受体阻滞剂、钙离子拮抗剂（CCB）等，相关疾病患者长期处方常用药品信息见附表 2。

二、冠心病患者长期处方双向转诊标准

（一）冠心病患者长期处方下转至基层卫生医疗机构标准

冠心病患者经过急性期治疗后，临床病情稳定，患者家庭和/或基层医疗卫生机构能够提供必要的支持和照护，且符合冠心病患者长期处方开具标准，可考虑下转至基层卫生医疗机构。

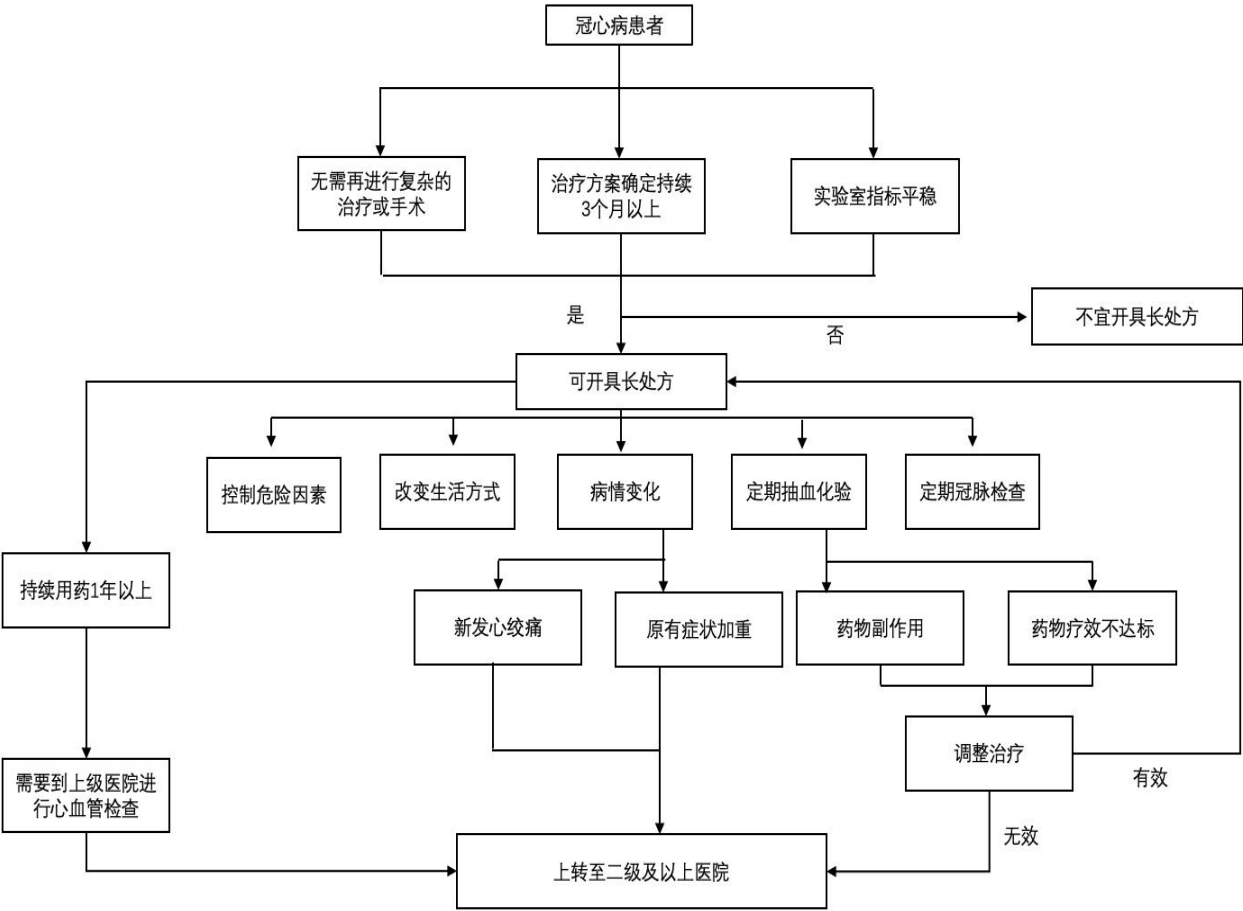
（二）冠心病患者长期处方上转至二级及以上医疗机构标准

基层卫生医疗机构就诊的冠心病患者，如有以下情况之一：

1. 持续在基层卫生医疗机构用药 1 年以上，需要到上级医疗机构进行冠脉或其他心脏相关检验及检查。
2. 就诊时发现新发心绞痛症状或原有症状加重。
3. 因药物疗效不达标或不良反应不能坚持原治疗方案，调整治疗无效者。

附图

冠心病患者长期处方管理流程



附表 1

冠心病患者长期处方管理路径表单

适用对象	冠心病长期处方患者				
填表日期	年 月 日				
患者姓名		性别		年龄	
1. 冠心病患者长期处方开具标准（填写否，不建议开具长期处方）					
冠心病诊断明确	是		否		
病情相对稳定，无需复杂治疗	是		否		
心血管专科治疗方案确定	是		否		
持续用药 3 个月以上，无需频繁调整治疗方案	是		否		
相关临床实验室检查指标基本正常或平稳	是		否		
2. 心血管内科专科治疗方案记录					
用药记录					
冠心病治疗	临床症状				

方案管理	血常规				
	血生化（肝肾功能、血脂、 血糖等）				
3.1 治疗方案评估（填写是，建议上转至二级及以上医疗机构）					
用药时长	持续用药 1 年以上	是		否	
临床症状	新发心绞痛或原有症状 加重	是		否	
3.2 治疗方案评估（填写否，建议上转至二级及以上医疗机构）					
药物相关	药物疗效满意	是		否	
	药物无明显不良反应	是		否	
	有上述情况但调整治疗 有效	是		否	
医师签名					

附表 2

冠心病患者长期处方常用药品信息

药品分类	药品名称	规格
抗血小板药	阿司匹林	25 mg
		50 mg
		0.1 g
	氯吡格雷	25 mg
		75 mg
	替格瑞洛	60 mg
		90 mg
	西洛他唑	50 mg
	吲哚布芬	0.2 g
调脂药物	阿托伐他汀钙片	10 mg
		20 mg
	辛伐他汀片	10 mg
		20 mg
	匹伐他汀钙片	2 mg
	普伐他汀钠片	40 mg
	瑞舒伐他汀钙片/胶囊	5 mg
		10 mg
		20 mg

	氟伐他汀钠缓释片	80 mg
	氟伐他汀钠胶囊	20 mg
	洛伐他汀片	20 mg
	非诺贝特胶囊	0.1 g
		0.2 g
	苯扎贝特片	200 mg
	吉非罗齐胶囊	300 mg
	阿昔莫司胶囊	0.25 g
	依折麦布片	10 mg
	海博麦布片	10 mg
β 受体阻 滞剂	酒石酸美托洛尔	25 mg
		50 mg
	琥珀酸美托洛尔缓释片	47.5 mg
	比索洛尔片	2.5 mg
		5 mg
	卡维地洛	6.25 mg
		12.5 mg
	阿罗洛尔	5 mg
		10 mg
硝酸酯类 药物	单硝酸异山梨酯片	10 mg
		20 mg
	单硝酸异山梨酯缓释片	30 mg

		40 mg
		50 mg
		60 mg
	硝酸异山梨酯片	5 mg
钙离子拮抗剂	硝苯地平缓释片	20 mg
		30 mg
	硝苯地平控释片	30 mg
	苯磺酸氨氯地平片	5 mg
	非洛地平片/缓释片	2.5 mg
		5 mg
	盐酸地尔硫草片	30 mg
	盐酸地尔硫草缓释	90 mg
	盐酸维拉帕米片	40 mg
ACEI	卡托普利	12.5 mg
		25 mg
	依那普利	2.5 mg
		5 mg
		10 mg
	赖诺普利	5 mg
		10 mg
	雷米普利	2.5 mg
	福辛普利	10 mg

	培哚普利	2 mg
		4 mg
	贝那普利	10 mg
ARB	缬沙坦	80 mg
	氯沙坦	50 mg
		100 mg
	厄贝沙坦	75 mg
		150 mg
	替米沙坦	40 mg
		80 mg
	坎地沙坦	4 mg
		8 mg
	奥美沙坦	20 mg
	阿利沙坦	240 mg
其他药物	尼可地尔片	5 mg
	盐酸曲美他嗪片	20 mg

慢性阻塞性肺疾病患者门诊长期处方用药指南 (2024 试行版)

一、慢性阻塞性肺疾病患者门诊长期处方管理流程

(一) 适用对象

适用于诊断为慢性阻塞性肺疾病，用药方案稳定、依从性良好、病情相对平稳、需长期药物治疗的慢性阻塞性肺疾病患者。

(二) 慢性阻塞性肺疾病患者长期处方管理流程

慢性阻塞性肺疾病患者符合长期处方开具标准的，可由医生开具处方。首次长期处方应当由二级以上医疗机构具有与疾病相关专业的中级以上专业技术职务任职资格的医师开具，或由基层医疗卫生机构具有中级以上专业技术职务任职资格的医师开具。每次处方前医师必须亲自诊查患者并判断是否符合长期处方条件。医师可参考慢性阻塞性肺疾病患者药物治疗管理随诊表单（见附表1和附表2），对慢性阻塞性肺疾病长期处方患者进行评估，记录长期处方患者的情况及治疗方案，对于复诊患者进行简化评估，依据患者具体情况调整治疗方案或转诊。慢性阻塞性肺疾病药物治疗的长期处方管理流程见附图。

(三) 慢性阻塞性肺疾病患者药物治疗长期处方的评估

1. 危险因素的评估：全面询问并记录患者危险因素，包括年龄、性别、体重指数，是否暴露于吸烟、燃料烟雾、空气污染、职业粉尘和化学物质等环境，儿童期是否患有严重或反复下呼吸

道感染，有无支气管哮喘或气道高反应性，遗传因素。

2. 慢性阻塞性肺疾病病情评估：详细记录患者如下信息：（1）症状特点，咳嗽病程；痰液颜色、性状、量；呼吸困难程度，有无进展，活动耐量；（2）并发症情况，右心功能不全、冠心病、呼吸衰竭、自发性气胸、骨质疏松、焦虑/抑郁；（3）体征，脉搏血氧饱和度、胸廓形状、呼吸频率、胸部叩诊、听诊。（4）肺功能检查，按照气流受限程度进行肺功能评估，评估慢阻肺严重程度，监测疾病进展、治疗反应及预后；（5）血常规，监测外周血嗜酸粒细胞、白细胞、中性粒细胞、淋巴细胞及血红蛋白水平；（6）急性加重风险，前一年的急性加重次数。

3. 慢性阻塞性肺疾病鉴别诊断：与哮喘（可变的气流阻塞、夜间或清晨加重，伴有过敏、鼻炎或湿疹）、支气管扩张症（大量浓痰伴细菌感染，影像学可见支气管扩张征象）、充血性心力衰竭（肺水肿、心脏扩大）、肺结核（影像学可见浸润灶或结节状、空洞样改变，病原微生物学可确诊）、闭塞性细支气管炎（可于儿童期发病，呼气相 CT 显示低密度影）、弥漫性泛支气管炎（多为男性、非吸烟者，伴有慢性鼻窦炎，影像学可见弥漫性小叶中央结节影）等疾病鉴别。

4. 支气管舒张剂、吸入糖皮质激素及其他药物治疗方案评估：支气管舒张剂、吸入糖皮质激素疗效评估，支气管舒张剂、吸入糖皮质激素品种选择合理性，支气管舒张剂、吸入糖皮质激素用法用量合理性、有无用药禁忌、有无药物不良反应、有无药

物相互作用。

5. 慢性阻塞性肺疾病发病因素的干预及伴发疾病的治疗药物记录。

（四）慢性阻塞性肺疾病患者长期处方开具标准

1. 诊断必须包含慢性阻塞性肺疾病。

2. 需要排除慢性阻塞性肺疾病急性加重、充血性心力衰竭、支气管扩张症、肺结核、闭塞性细支气管炎、弥漫性泛支气管炎。

3. 药物治疗方案稳定、依从性良好、病情相对平稳、经药物治疗症状稳定 3 月及以上。

慢性阻塞性肺疾病患者长期处方常用药品信息见附表 3。

（五）慢性阻塞性肺疾病患者长期处方治疗及随诊注意事项

1. 慢性阻塞性肺疾病患者随诊时，需评估治疗反应、了解患者对药物的耐受情况、分析慢性阻塞性肺疾病控制是否稳定达标和其他危险因素的状况。患者需演示吸入装置使用的情况，随诊时使用“慢性阻塞性肺疾病患者药物治疗管理随诊表”作为参考。

医师应当向慢性阻塞性肺疾病患者说明使用长期处方的注意事项，并由患者自愿选择是否使用。

2. 随诊间隔及诊疗推荐：

在以下情况建议开具 4-12 周的长期处方：GOLD A、B 组慢性阻塞性肺疾病，无急性并发症及严重靶器官损伤，病情相对稳定在 3 个月以上；GOLD E 组慢性阻塞性肺疾病、有靶器官损伤或有合并症，病情相对稳定在 3 个月以上者。

对于既往症状控制不佳、依从性差、进行性靶器官损害、严重靶器官损伤或出现药物不良反应的患者应增加随访频次，不建议长期处方。

3. 定期进行危险因素评估及靶器官损伤的评估

建议间隔 3-6 个月进行心电图、肝功、肾功、血糖、血脂、血常规、尿常规等指标检查，间隔 12 个月进行肺功能检查、心脏超声、必要时应进行血气分析测定、6 分钟步行试验及 mMRC 呼吸困难问卷评估。

4. 患有多种疾病需要长期联合用药的患者，建议在上级医院咨询药师门诊后，再进行长期延续治疗。

5. 患者病情发生变化时应及时就诊。

二、慢性阻塞性肺疾病长期处方患者双向转诊标准

（一）慢性阻塞性肺疾病长期处方患者下转至基层卫生医疗机构标准

慢性阻塞性肺疾病患者经过药物调整，临床病情稳定且控制稳定 3 个月，可考虑下转至基层卫生医疗机构。

（二）慢性阻塞性肺疾病长期处方患者上转至二级及以上医疗机构标准

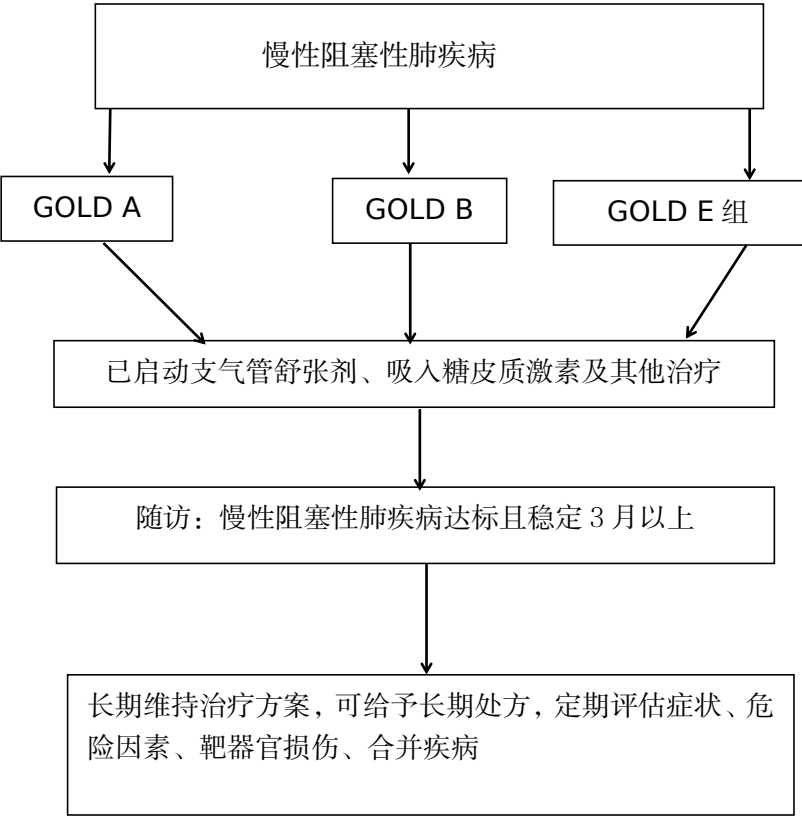
基层卫生医疗机构就诊的慢性阻塞性肺疾病患者，如有以下情况之一，可上转至二级及以上医疗机构：

1. 持续在社区用药 1 年以上，需要到上级医院进行慢性阻塞性肺疾病靶器官情况评估，进行相关检验检查。

2. 就诊时发现症状及体征波动：患者呼吸困难或咳嗽、咳痰加重，可伴有呼吸急促或心动过速，经调整治疗无效者。
3. 患者病情变化，出现严重并发症或病情不稳定。
4. 依据患者症状变化需要完善特殊检查。
5. 因药物不良反应不能坚持原治疗方案。

附图

慢性阻塞性肺疾病患者的药物治疗长期处方管理流程



附表 1

门诊长期处方慢性阻塞性肺疾病患者药物治疗管理随诊（首诊患者）

适用对象：门诊慢性阻塞性肺疾病 填表日期：_____年____月____日

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____病历号：_____

身高：_____体重：_____BMI：_____

项目	首次诊断慢性阻塞性肺疾病的记录
危险因素、症状、 体征、严重程度 记录及相关评估	☐ 评估危险因素 ☐ 评估并记录症状、体征 ☐ 询问生活方式，包括：吸烟；饮酒；规律运动；饮食结构 药物过敏史：☐ 有，药物：-----；☐ 无 ☐ 评估肺功能： 慢性阻塞性肺疾病严重程度分层：☐ A 组，☐ B 组，☐ E 组 ☐ 评估靶器官损害 ☐ 评估共患疾病 ☐ 记录既往用药
药物治疗方案记 录	（品种、用法用量、服药时间）
支气管舒张剂等 药物治疗方案评 估	疗效评估 ☐ 评估支气管舒张剂、吸入糖皮质激素品种的合理性 ☐ 评估支气管舒张剂、吸入糖皮质激素用法用量的合理性 ☐ 评估祛痰、平喘等其他药物疗效及合理性 ☐ 评估是否存在用药禁忌

	☐ 评估药品不良反应（如果有，药物：-----；不良反应种类：-----）		
危险因素的干预 及伴发疾病的药 物治疗方案管理	☐ 如环境危险因素，进行宣教 ☐ 如呼吸衰竭，进行长期家庭氧疗 ☐ 如肺动脉高压、心力衰竭，进行出入量管理		
诊室症状		过去一年急性加重次数	
有无不良反应	0=无；1=有 ----- （年/月/日）	靶器官损害	0=无；1=有 ----- （年/月/日）
不良反应类型		靶器官损害情况	
医师签名			

附表 2

门诊长期处方慢性阻塞性肺疾病患者药物治疗
管理随诊（复诊）

适用对象：门诊慢性阻塞性肺疾病 填表日期：_____年____月____日

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____病历号：_____

身高：_____体重：_____BMI：_____

项目	随诊慢性阻塞性肺疾病的记录		
诊室症状		近期急性加重次数	
有无不良反应	0=无; 1=有 ----- (年/月/日)	靶器官损害	0=无; 1=有 ----- (年/月/日)
不良反应类型		靶器官损害情况	
医师签名			

附表 3

慢性阻塞性肺疾病患者长期处方常用药品信息

药品类别	药品名称	规格
抗胆碱能药物	噻托溴铵	吸入粉雾剂：18 μg
吸入糖皮质激素 和支气管舒张剂 联合用药	格隆溴铵福莫特罗	气雾剂：格隆铵 7.2 μg：福莫特罗 5.0 μg
	乌美溴铵维兰特罗	吸入剂：维兰特罗 25 μg：乌美铵 62.5 μg
	茛达特罗格隆溴铵	吸入剂：茛达特罗 110 μg：格隆 溴铵 50 μg
	沙美特罗替卡松	吸入剂：沙美特罗 50 μg：氟替卡 松 100 μg 沙美特罗 50 μg：氟替卡松 250 μg 沙美特罗 50 μg：氟替卡松 500 μg
	茛达特罗莫米松	吸入剂：茛达特罗 150 μg：莫米 松 80 μg
	倍氯米松福莫特罗	气雾剂：丙酸倍氯米松 100 μg： 福莫特罗 6 μg
	布地奈德福莫特罗	吸入剂：布地奈德 160 μg：福莫

		特罗 4.5 μg 布地奈德 80 μg: 福莫特罗 4.5 μg 布地奈德 320 μg: 福莫特罗 9 μg
	布地格福	气雾剂: 布地奈德 160 μg: 格隆铵 7.2 μg: 福莫特罗 4.8 μg
	茛达格莫	吸入剂: 莫米松 150 μg: 茛达特 罗 50 μg: 格隆溴铵 160 μg
	氟替美维	吸入剂: 氟替卡松 100 μg: 维兰 特罗 25 μg: 乌美铵 62.5 g
	倍氯福格	气雾剂: 倍氯米松 87 μg: 福莫特 罗 5 μg: 格隆溴铵 11 μg
茶碱	氨茶碱	片剂: 0.1 g、0.2 g 缓释片: 0.1 g、0.2 g
	多索茶碱	片剂: 0.2 g、0.3 g、0.4g 胶囊剂: 0.2 g、0.3 g 散剂: 0.2 g
	二羟丙茶碱	片剂: 0.2 g
	茶碱	片剂、胶囊剂、缓释片、控释片: 0.1 g
祛痰药及抗氧化	乙酰半胱氨酸	片剂: 0.2 g、0.5 g; 泡腾片: 0.6

剂		g 胶囊剂：0.2 g 颗粒剂：0.1 g、0.2 g
	氨溴索	片剂、胶囊、分散片：30 mg 口服溶剂：30 mg/10 ml、300 mg/100 ml
	桉柠蒎	胶囊：0.3 g
	羧甲司坦	片剂：0.1 g、0.25 g 口服液：10 ml/0.2 g、10 ml/0.5 g、100 ml/2 g、100 ml/5 g
	福多司坦	片剂：0.2 g； 口服液：5 ml/0.4 g、100ml/8g、50ml/4g

*注：茶碱类药物个体差异较大，视个体病情变化选择最佳剂量和用药方法。必要时监测血药浓度。

高脂血症患者门诊长期处方用药指南 (2024 试行版)

一、高脂血症患者门诊长期处方管理流程

(一) 适用对象

适用于诊断为高脂血症，用药方案稳定、依从性良好、病情相对平稳、需长期药物治疗的高脂血症患者。

(二) 高脂血症患者长期处方管理流程

高脂血症患者符合长期处方开具标准的，可由医生开具处方。首次长期处方应当由二级以上医疗机构具有与疾病相关专业的中级以上专业技术职务任职资格的医师开具，或由基层医疗卫生机构具有中级以上专业技术职务任职资格的医师开具。每次处方前医师必须亲自诊查患者并判断是否符合长期处方条件。医师可参考高脂血症患者药物治疗管理随诊表单（见附表 1 和附表 2），对高脂血症长期处方患者进行评估，记录长期处方患者的情况及治疗方案，对于复诊患者进行简化评估，依据患者具体情况调整治疗方案或转诊。高脂血症药物治疗的长期处方管理流程见附图。

(三) 高脂血症患者药物治疗长期处方的评估

1. 血脂水平、类型及预防等级：需评估患者血脂水平、高脂血症类型（高甘油三酯血症、高胆固醇血症、混合型高脂血症）并根据患者临床情况判断动脉粥样硬化心血管疾病（ASCVD）预

防等级（一级预防、二级预防）及危险分层。

2. 降脂药物治疗方案的记录。

3. 降脂药物治疗方案评估，具体包括：降脂药疗效评估、降脂药品种选择合理性、降脂药用法用量合理性、有无用药禁忌、有无药物不良反应、有无药物相互作用。

4. 心血管危险因素的干预及伴发疾病的治疗药物记录。

（四）高脂血症患者长期处方开具标准

1. 诊断必须包含高脂血症（包括高甘油三酯血症和高胆固醇血症）。

2. 药物治疗方案稳定、依从性良好、病情相对平稳、经药物治疗血脂水平达到血脂控制目标且稳定 3 月及以上。

高脂血症患者长期处方常用药品信息见附表 3。

（五）高脂血症患者长期处方治疗及随诊注意事项

1. 高脂血症患者随诊时，需评估治疗反应、了解患者对药物的耐受情况、分析血脂是否稳定达标和其他危险因素的状况。患者需提供血脂检测结果，随诊时使用“高脂血症患者药物治疗管理随诊表”作为参考。

医师应当向高脂血症患者说明使用长期处方的注意事项，并由患者自愿选择是否使用。

2. 随诊间隔及诊疗推荐：

在以下情况建议开具 4-12 周的长期处方

（1）血脂控制已达标，肝肾功、肌酸激酶稳定。

(2) 用药相对固定, 预计 3 个月内用药无调整。

3. 患有多种疾病需要长期联合用药的患者, 建议在上级医院咨询药师门诊后, 再进行长期延续治疗。

4. 患者病情发生变化时应及时就诊。

二、高脂血症长期处方患者双向转诊标准

(一) 高脂血症长期处方患者下转至基层卫生医疗机构标准

高脂血症患者经过药物降脂治疗后, 临床病情稳定, 血脂达标且控制稳定 3 个月, 可考虑下转至基层卫生医疗机构。

(二) 高脂血症长期处方患者上转至二级及以上医疗机构标准

基层卫生医疗机构就诊的高脂血症患者, 如在治疗过程中出现以下情况之一, 可转至二级及以上医疗机构:

1. 持续在社区用药 1 年以上, 需要到上级医院进行高脂血症及其合并疾病、靶器官损害等方面进行相关检验及检查评估。

2. 随诊过程中出现严重高胆固醇血症 ($\text{LDL-C} \geq 4.9 \text{ mmol/L}$) 或严重高甘油三酯血症 ($\text{TG} \geq 5.6 \text{ mmol/L}$), 且合并 2 项及以上高危因素者;

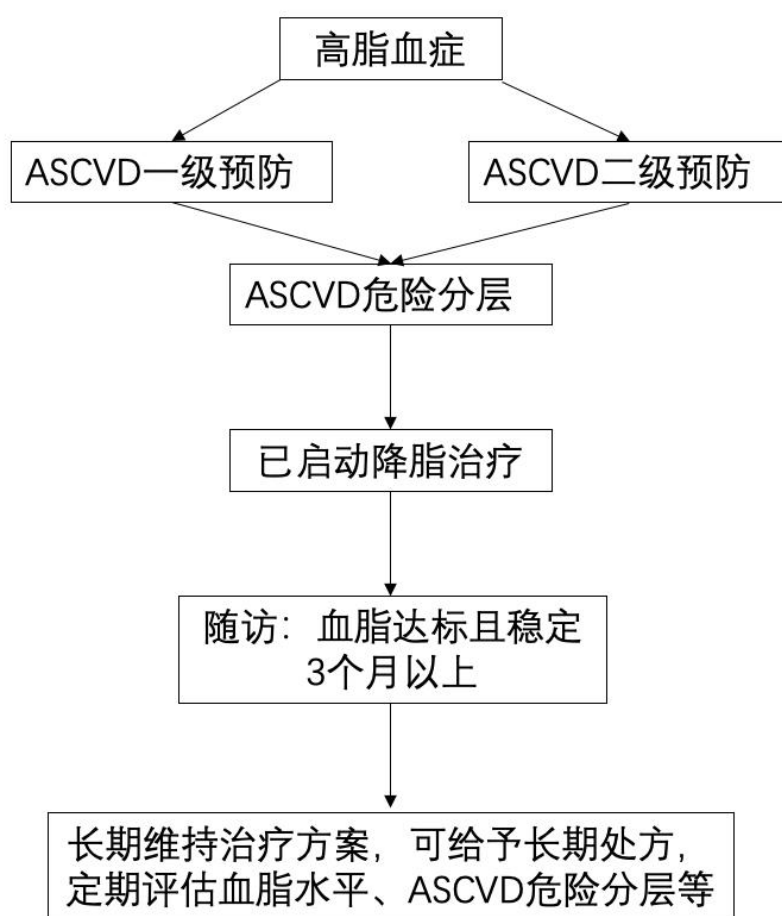
3. 随诊过程中出现严重肝、肾疾病者, 随诊中提出备孕计划或发现妊娠的患者;

3. 降脂治疗后血脂不能达标, 或有严重药物不良反应者。

4. 依据患者症状变化需要完善特殊检查。

附图

高脂血症患者的药物治疗长期处方管理流程



门诊长期处方高脂血症患者药物治疗管理随诊 (首诊患者)

身高: 体重: BMI:

- 44 -

本次就诊后 制定降脂药 物处方	(品种、用法用量、用药时间)
血脂目标值	TG: LDL-C: 其他:
医师签名	

附表 2

门诊长期处方高脂血症患者药物治疗管理随诊
(复诊)

适用对象：门诊高脂血症 填表日期：_____年____月____日

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____病历号：_____

身高：_____体重：_____BMI：_____

项目	随诊高脂血症的记录				
此次血脂	TC _____ TG _____ LDL-C _____ HDL-C _____ LP-a _____			☐ 已达标 ☐ 未达标	
有无不良反应	☐ 无 ☐ 有 _____ (年/月/日)		若有，不良反应具 体描述		
有无新发临床疾病	☐ 无 ☐ 有 _____ (年/月/日)		若有，新发疾病名 称		
是否调整治疗	☐ 否 ☐ 是 _____ (具体调整内容)				
本次就诊后制定降脂 药物处方	(品种、用法用量、用药时间)				
AST/ALT		Cr		CK	
医师签名					

附录

不同人群的高脂血症控制目标

ASCVD 风险	LDL-C 推荐目标值
低危	$< 3.4\text{mmol/L}$
中、高危	$< 2.6\text{mmol/L}$
极高危	$< 1.8\text{mmol/L}$ 且较基线降低幅度 $> 50\%$
超高危	$< 1.4\text{mmol/L}$ 且较基线降低幅度 $> 50\%$

附表 3

高脂血症患者长期处方常用药品信息

药品类别	药品名称	规格
他汀类	阿托伐他汀钙片	10 mg
		20 mg
	辛伐他汀片/胶囊	10 mg
		20 mg
		40 mg
	匹伐他汀钙片	1 mg
		2 mg
	普伐他汀钠片/胶囊	10 mg
		20 mg
		40 mg
	瑞舒伐他汀钙片/胶囊	5 mg
		10 mg
	氟伐他汀钠缓释片	80 mg
	氟伐他汀钠胶囊	40 mg
贝特类	非诺贝特胶囊	0.1 g
		0.2 g
	苯扎贝特片	200 mg
	吉非罗齐胶囊	300 mg
其他类	阿昔莫司胶囊	0.25 g

	普罗布考片	0.125 g
	依折麦布片	10 mg
	海博麦布片	10 mg
复方制剂	阿托伐他汀，氨氯地平	阿托伐他汀 10 mg，氨氯地平 5 mg
	阿托伐他汀，氨氯地平	阿托伐他汀 20 mg，氨氯地平 5 mg

骨关节炎患者门诊长期处方用药指南 (2024 试行版)

一、骨关节炎患者门诊长期处方管理流程

(一) 适用对象

适用于诊断为原发性髋关节骨关节炎、膝关节骨关节炎，用药方案稳定、依从性良好、病情相对平稳、需长期药物治疗的骨关节炎患者。

(二) 骨关节炎患者长期处方管理流程

骨关节炎患者符合长期处方开具标准的，可由医生开具处方。首次长期处方应当由二级以上医疗机构具有与疾病相关专业的中级以上专业技术职务任职资格的医师开具，或由基层医疗卫生机构具有中级以上专业技术职务任职资格的医师开具。每次处方前医师必须亲自诊查患者并判断是否符合长期处方条件，医师可参考长期处方管理路径表单（见附表1）对骨关节炎长期处方患者进行评估，记录长期处方患者的情况及治疗方案，对于复诊患者进行简化评估，依据患者具体情况调整治疗方案或转诊。骨关节炎药物治疗的长期处方管理流程见附图。

(三) 骨关节炎患者药物治疗长期处方的评估

1. 骨关节炎及危险因素的评估：包括骨关节炎病情分级、心血管危险因素的评估、胃肠道危险因素的评估、肝脏及肾脏危险因素的评估、评估伴发疾病及用药情况、既往用药。

2. 骨关节炎药物治疗方案的记录。

3. 骨关节炎治疗方案评估，具体包括：疗效评估、药物选择合理性、用法用量合理性、有无用药禁忌、有无药物不良反应、有无药物相互作用。

4. 伴发疾病的治疗药物记录。

（四）骨关节炎患者长期处方开具标准

1. 诊断必须包含骨关节炎或原发性骨关节病。

2. 需要排除类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、痛风性关节炎等其他疾病导致的关节病变。

3. 药物治疗方案稳定、依从性良好、病情相对平稳。

骨关节炎患者长期处方常用药品信息见附表 2。

（五）骨关节炎患者长期处方治疗及随诊注意事项

1. 骨关节炎患者随诊时，需评估治疗反应、了解患者对药物的耐受情况、分析症状缓解是否稳定达标和其他危险因素的状况。患者需提供疼痛缓解情况及日常活动恢复情况。

医师应当向骨关节炎患者说明使用长期处方的注意事项，并由患者自愿选择是否使用。

2. 随诊间隔及诊疗推荐：

在以下情况建议开具 4-12 周的长期处方：

（1）早期及中期骨关节炎，无手术治疗指征，骨关节炎症状明显，需药物治疗干预，无心血管系统、胃肠道、肝脏及肾脏用药禁忌。

(2) 晚期骨关节炎，有手术治疗指征，但患者因其他合并症无法耐受手术或者拒绝手术，无骨关节炎药物治疗禁忌。

对于既往骨关节炎症状控制不佳、依从性差或出现药物不良反应的患者应增加随访频次，不建议长期处方。

(3) 定期进行危险因素评估

建议间隔 1 个月进行肝功、肾功、生化、血常规、凝血等指标检查。

(4) 患有多种疾病需要长期联合用药的患者，建议在上级医疗机构咨询药师门诊后，再进行长期延续治疗。

(5) 患者病情发生变化时应及时就诊。

二、骨关节炎长期处方患者双向转诊标准

(一) 骨关节炎长期处方患者下转至基层卫生医疗机构标准

骨关节炎患者经过药物治疗后，临床病情稳定，症状控制稳定 3 个月，可考虑下转至基层卫生医疗机构。

(二) 骨关节炎长期处方患者上转至二级及以上医疗机构标准

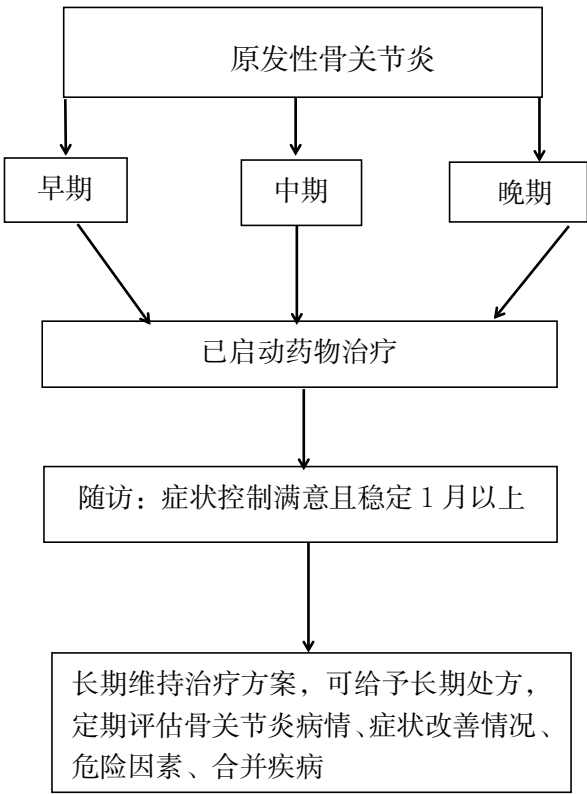
基层卫生医疗机构就诊的骨关节炎患者，如有以下情况之一，可转至二级及以上医疗机构：

1. 持续在社区用药 1 个月以上，需要到上级医疗机构进行骨关节炎进展情况评估，进行相关检验检查。
2. 就诊时发现患者症状缓解不明显，经调整治疗无效者。
3. 患者病情变化，出现严重并发症或病情不稳定。

4. 依据患者症状变化需要完善特殊检查。
5. 因药物不良反应不能坚持原治疗方案。

附图

骨关节炎患者的药物治疗长期处方管理流程



附表 1

骨关节炎患者长期处方管理路径表单

适用对象	骨关节炎长期处方患者				
填表日期	年 月 日				
患者姓名		性别		年龄	
1. 骨关节炎患者长期处方开具标准（填写否，不建议开具长期处方）					
骨关节炎诊断明确	是		否		
主要症状	疼痛□	僵硬□	肿胀□	活动受限□	
病情相对稳定，无需复杂治疗	是		否		
骨科专科治疗方案确定	是		否		
持续用药是否超过 1 个月	是		否		
相关临床实验室检查指标基本正常或平稳	是		否		
危险因素评估无禁忌	是		否		
无相关药物相互作用	是		否		
2. 骨科专科治疗方案记录					
	药品类别	药品名	剂量	剂量单位	
骨关节炎 常用药物	口服非甾体类抗炎药	双氯芬酸			
		氨糖美辛肠溶片			
		吲哚美辛			

		醋氯芬酸		
		舒林酸		
		吡罗昔康		
		美洛昔康		
		布洛芬		
		洛索洛芬		
		萘普生		
		艾瑞昔布		
		塞来昔布		
		依托考昔		
		萘丁美酮		
		尼美舒利		
	外用非甾体类抗炎药	双氯芬酸二乙胺 乳胶剂		
		氟比洛芬凝胶贴 膏		
		洛索洛芬钠贴剂		
		酮洛芬贴剂		
	氨基葡萄糖类	氨基葡萄糖类		
骨关节炎 治疗方案 管理	临床症状			
	血常规			
	凝血			

	血生化（肝肾功能、血脂、 血糖等）				
3.1 治疗方案评估（填写是，建议上转至二级及以上医疗机构；填写否，可考虑下转至基层卫生医疗机构）					
用药时长	持续用药 1 月及以上	是		否	
临床症状	骨关节炎症状无缓解 或原有症状加重	是		否	
3.2 治疗方案评估（填写是，可考虑下转至基层卫生医疗；填写否，建议上转至二级及以上医疗机构）					
药物相关	药物疗效满意	是		否	
	药物无明显不良反应	是		否	
	有上述情况但调整治疗有效	是		否	
医师签名					

附表 2

骨关节炎患者长期处方常用药品信息

药品类别	药品名称	规格
口服非甾体类抗炎药	双氯芬酸	25 mg
		50 mg
		75 mg
		100 mg
	氨糖美辛	吲哚美辛 25 mg+氨基葡萄糖 75 mg
	吲哚美辛	25 mg
	醋氯芬酸	50 mg
		100 mg
		200 mg
	舒林酸	100 mg
	吡罗昔康	10 mg
		20 mg
	美洛昔康	7.5 mg
		15 mg
	布洛芬	100 mg
		200 mg
		300 mg

		400 mg
	洛索洛芬	60 mg
	萘普生	100 mg
		250 mg
	艾瑞昔布	100 mg
	塞来昔布	100 mg
		200 mg
	依托考昔	30 mg
		60 mg
		90 mg
		120 mg
	萘丁美酮	250 mg
		500 mg
	尼美舒利	50 mg
		100 mg
外用非甾体类抗炎药	双氯芬酸二乙胺乳胶剂	20 g
	氟比洛芬凝胶贴膏	40 mg
	布洛芬乳膏	20 g
	洛索洛芬钠贴剂	50 mg
	酮洛芬贴剂	30 mg

提示注意：对有条件的医疗机构，优先推荐氟比洛芬凝胶贴膏、洛索洛芬钠贴剂等 NSAIDs 外用剂型，因为相较口服 NSAIDs，外用 NSAIDs 治疗 OA 疼痛的有效性相近，并且胃肠道不良事件、心血管事件风险显著降低，而被 OA 指南优先推荐。且贴剂透皮吸收入血，长期使用形成稳定血药浓度，不推荐与口服非甾体药物同时使用。

高血压病患者门诊长期处方用药指南 (2024 试行版)

一、高血压病患者门诊长期处方管理流程

(一) 适用对象

适用于诊断为原发性高血压，用药方案稳定、依从性良好、病情相对平稳、需长期药物治疗的高血压病患者。

(二) 高血压病患者长期处方管理流程

高血压病患者符合长期处方开具标准的，可由医生开具处方。首次长期处方应当由二级以上医疗机构具有与疾病相关专业的中级以上专业技术职务任职资格的医师开具，或由基层医疗卫生机构具有中级以上专业技术职务任职资格的医师开具。每次处方前医师必须亲自诊查患者并判断是否符合长期处方条件。医师可参考原发性高血压患者药物治疗管理随诊表单(见附表1和附表2)，对高血压病长期处方患者进行评估，记录长期处方患者的情况及治疗方案，对于复诊患者进行简化评估，依据患者具体情况调整治疗方案或转诊。高血压病药物治疗的长期处方管理流程见附图。

(三) 高血压病患者药物治疗长期处方的评估

1. 血压及危险因素的评估：包括血压控制情况、心血管危险因素的评估、高血压靶器官损害的评估、评估伴发疾病、既往用药。

2. 高血压药物治疗方案的记录。

3. 降压药物治疗方案评估，具体包括：降压药疗效评估、降压药品种选择合理性、降压药用法用量合理性、有无用药禁忌、有无药物不良反应、有无药物相互作用。

4. 心血管危险因素的干预及伴发疾病的治疗药物记录。

（四）高血压病患者长期处方开具标准

1. 诊断必须包含高血压。

2. 需要排除肾血管性高血压、急慢性肾病相关高血压、主动脉缩窄性高血压、内分泌性高血压、呼吸睡眠暂停综合征、药物性高血压、单基因遗传高血压等继发性高血压。

3. 药物治疗方案稳定、依从性良好、病情相对平稳、经药物治疗血压水平达到血压控制目标且血压稳定 3 月及以上。

高血压病患者长期处方常用药品信息见附表 3。

（五）高血压病患者长期处方治疗及随诊注意事项

1. 高血压病患者随诊时，需评估治疗反应、了解患者对药物的耐受情况、分析血压是否稳定达标和其他危险因素的状况。患者需提供血压测量的情况，包括：家庭血压或 24 小时动态血压，随诊时使用“原发性高血压患者药物治疗管理随诊表”作为参考。

医师应当向高血压病患者说明使用长期处方的注意事项，并由患者自愿选择是否使用。

2. 随诊间隔及诊疗推荐：

在以下情况建议开具 4-12 周的长期处方：

(1) 1 级高血压，无急性靶器官损害及严重靶器官损伤。

(2) 2 级及以上高血压、有靶器官损伤或有合并症，病情稳定、血压控制稳定在 3 个月以上者。

对于既往血压控制不佳、依从性差、进行性靶器官损害、严重靶器官损伤或出现药物不良反应的患者应增加随访频次，不建议长期处方。

(3) 定期进行危险因素评估及靶器官损伤的评估

建议间隔 3-6 个月进行心电图、肝功、肾功、血糖、血脂、血常规、尿常规、尿微量白蛋白、同型半胱氨酸等指标检查，间隔 12 个月进行超声心动图检查、颈动脉超声、有条件时应进行主动脉压力测定、脉搏波传导速度及踝臂指数测定。

(4) 患有多种疾病需要长期联合用药的患者，建议在上级医疗机构咨询药师门诊后，再进行长期延续治疗。

(5) 患者病情发生变化时应及时就诊。

二、高血压病长期处方患者双向转诊标准

(一) 高血压病长期处方患者下转至基层卫生医疗机构标准

高血压病患者经过药物降压治疗后，临床病情稳定，血压达标且控制稳定 3 个月，可考虑下转至基层卫生医疗机构。

(二) 高血压病长期处方患者上转至二级及以上医疗机构标准

基层卫生医疗机构就诊的高血压病患者，如有以下情况之一，可上转至二级及以上医疗机构：

1. 持续在社区用药 1 年以上，需要到上级医疗机构进行高血压靶器官情况评估，进行相关检验检查。

2. 就诊时发现血压波动：患者血压不达标，经调整治疗无效者。

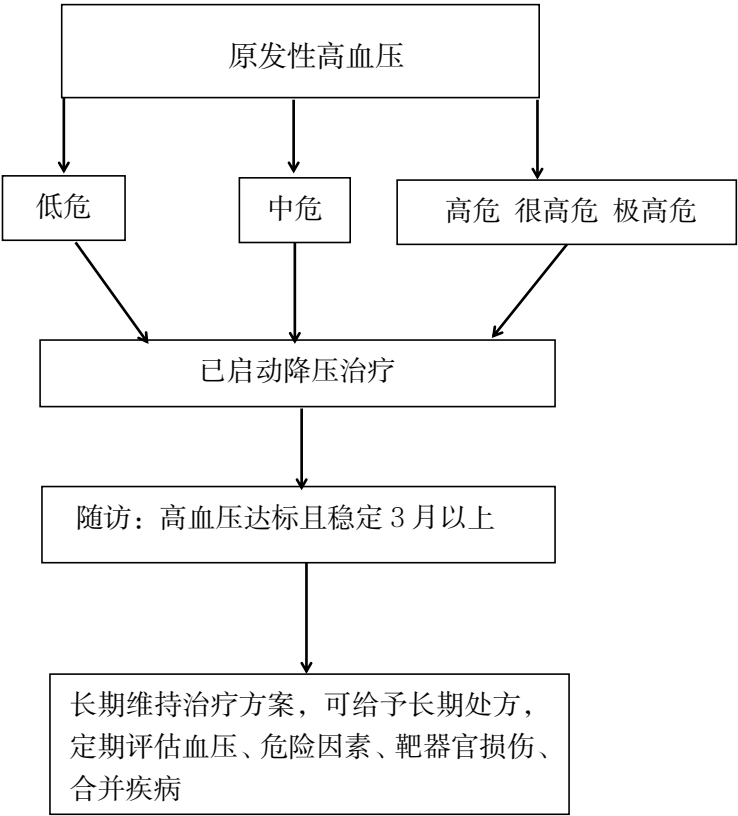
3. 患者病情变化，出现严重并发症或病情不稳定。

4. 依据患者症状变化需要完善特殊检查。

5. 因药物不良反应不能坚持原治疗方案。

附图

高血压患者的药物治疗长期处方管理流程



附表 1

门诊长期处方原发性高血压患者药物治疗 管理随诊（首诊患者）

适用对象：门诊原发性高血压

填表日期：_____年____月____日

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____病历号：_____

身高：_____体重：_____BMI：_____

项目	首次诊断高血压的记录
血压记录及 相关评估	☐ 评估并记录血压水平：诊室血压_____/____mmHg，既往最高_____/____mmHg ☐ 评估心血管危险因素、☐ 评估靶器官损害、☐ 评估共患疾病、☐ 记录既往用药 心血管风险水平分层：☐ 低危，☐ 中危，☐ 高危，☐ 很高危 ☐ 询问有无家族病史：高血压家族史，糖尿病家族史，冠心病家族史 ☐ 询问生活方式，包括：吸烟；饮酒；规律运动；饮食结构 药物过敏史：☐ 有，药物：-----；☐ 无 ☐ 评估肝肾功能：☐ 正常，☐ 异常（ALT----/AST-----,Cr-----）
降压药物治 疗方案记录	（品种、用法用量、服药时间）
降压药物治 疗方案评估	☐ 评估降压药物疗效^a ☐ 评估降压药品种的合理性^b ☐ 评估降压药用法用量的合理性^c

	☐ 评估是否存在用药禁忌 ^d ☐ 评估药品不良反应 ^e (如果有, 药物: -----; 不良反应种类: -----)		
心血管危险因素 的干预及伴发 疾病的药物治 疗方案管理 ^j	☐ 如血脂不达标, 进行血脂管理 ☐ 如血糖不达标, 进行血糖管理 ☐ 是否抗血小板、抗栓治疗		
诊室血压		近期家庭血压	
有无不良反 应	0=无; 1=有 ----- (年/月/日)	靶器官损害	0=无; 1=有 ----- (年/月/日)
不良反 应 类 型		靶器官损害 情况	
AST/ALT		Cr	
医师签名			

附表 2

门诊长期处方原发性高血压患者药物治疗管理
随诊（复诊）

适用对象：门诊原发性高血压 填表日期：_____年____月____日

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____病历号：_____

身高：_____体重：_____BMI：_____

项目	随诊高血压的记录		
诊室血压		近期家庭血压	
有无不良反 应	0=无；1=有 ----- (年/月/日)	靶器官损害	0=无；1=有 ----- (年/月/日)
不良反 应 类 型		靶器官损害 情况	
AST/ALT		Cr	
医师签名			

附录

不同人群的血压控制目标

高血压人群	血压控制目标	原则
一般高血压患者	<140/90mmHg	- 在患者能耐受的情况下,逐步降压达标 - 如能耐受,这些患者的血压水平还可以进一步降低 - 舒张压低于 60mmHg 的冠心病患者,应在密切监测血压的情况下逐渐实现降压达标
高血压伴慢性肾病	<130/80mmHg (有蛋白尿)	
	<140/90mmHg (无蛋白尿)	
高血压伴糖尿病	<130/80mmHg	
高血压伴冠心病	<140/90mmHg	
高血压合并心力衰竭	<130/80mmHg	
高血压伴脑卒中	<140/90mmHg	
老年高血压	65~79 岁, <150/90mmHg, 如能耐受, <140/90mmHg; ≥ 80 岁, <150/90mmHg	

附表 3

高血压病患者长期处方常用药品信息

药品类别	药品名称	规格
CCB	氨氯地平	5mg
	左旋氨氯地平	2.5mg
	硝苯地平缓释片	20mg
		30mg
	硝苯地平控释片	30mg
	贝尼地平	8mg
	非洛地平	2.5mg
		5mg
	非洛地平缓释片	5mg
	乐卡地平	10mg
	尼群地平	10mg
	西尼地平	5mg
		10mg
	地尔硫卓	30mg
	地尔硫卓缓释	90mg
ACEI	卡托普利	12.5mg
		25mg
	依那普利	2.5mg

		5mg
		10mg
	赖诺普利	5mg
		10mg
	雷米普利	2.5mg
	福辛普利	10mg
	培哌普利	2mg
		4mg
	贝那普利	10mg
ARB	缬沙坦	80mg
	氯沙坦	50mg
		100mg
	厄贝沙坦	75mg
		150mg
	替米沙坦	40mg
		80mg
	坎地沙坦	4mg
		8mg
	奥美沙坦	20mg
	阿利沙坦	240mg
ARNI 类	沙库巴曲缬沙坦	100mg
	沙库巴曲缬沙坦	200mg

β 受体阻滞剂	琥珀酸美托洛尔缓释片	47.5mg
	酒石酸美托洛尔片	25mg
		50mg
	酒石酸美托洛尔缓释	25mg
	比索洛尔	2.5mg
		5mg
	卡维地洛	10mg
	阿罗洛尔	10mg
	拉贝洛尔	100mg
α 受体阻滞剂	特拉唑嗪	2mg
	哌唑嗪	1mg
		2mg
	多沙唑嗪控释片	4mg
噻嗪类利尿剂	氢氯噻嗪	25mg
	呋达帕胺	2.5mg
	呋达帕胺缓释片	1.5mg
保钾利尿剂	阿米洛利	2.5mg
	氨苯喋啶	50mg
	螺内酯	12mg
		20mg
袢利尿剂	呋塞米	20mg
	托拉塞米	10mg

复方制剂	培哚普利, 氨氯地平	培哚普利 10mg; 氨氯地平 5mg
	氨氯地平, 贝那普利	氨氯地平 10mg; 贝那普利 10mg
	奥美沙坦酯, 氨氯地平	奥美沙坦酯 20mg; 氨氯地平 5mg
	缬沙坦, 氨氯地平	缬沙坦 80mg; 氨氯地平 5mg
	氯沙坦, 氨氯地平	氯沙坦 100mg, 氨氯地平 5mg
	奥美沙坦酯, 氢氯噻嗪	奥美沙坦酯 20mg; 氢氯噻嗪 12.5mg
	厄贝沙坦, 氢氯噻嗪	厄贝沙坦 150mg; 氢氯噻嗪 12.5mg
	氯沙坦钾, 氢氯噻嗪	氯沙坦钾 50mg; 氢氯噻嗪 12.5mg
		氯沙坦钾 100mg; 氢氯噻嗪 12.5mg
	培哚普利, 吲达帕胺	培哚普利叔丁胺 4mg; 吲达帕胺 1.25mg
	替米沙坦, 氢氯噻嗪	替米沙坦 80mg; 氢氯噻嗪 12.5mg
	缬沙坦, 氢氯噻嗪	缬沙坦 80mg; 氢氯噻嗪 12.5mg
	尼群地平, 阿替洛尔	尼群地平 5mg; 阿替洛尔 10mg
	比索洛尔, 氨氯地平	比索洛尔 5mg, 氨氯地平 5mg
	复方利血平氨苯喋啶片	氢氯噻嗪 12.5mg, 氨苯喋啶 12.5mg, 硫酸双肼屈嗪 12.5mg, 利 血平 0.1mg
	阿托伐他汀, 氨氯地平	阿托伐他汀 10mg, 氨氯地平 5mg
	阿托伐他汀, 氨氯地平	阿托伐他汀 20mg, 氨氯地平 5mg

脑血管病患者门诊长期处方用药指南 (2024 试行版)

一、脑血管病患者门诊长期处方管理流程

(一) 适用对象

适用于经相关检查，符合脑血管病诊断，用药方案稳定、依从性良好、病情相对平稳、需长期药物治疗的脑血管病患者。

(二) 脑血管病患者长期处方管理流程

脑血管病患者符合长期处方开具标准的，可由医生开具处方。首次长期处方应当由二级以上医疗机构具有与疾病相关专业的中级以上专业技术职务任职资格的医师开具，或由基层医疗卫生机构具有中级以上专业技术职务任职资格的医师开具。每次处方前医师必须亲自诊查患者并判断是否符合长期处方条件。医师可参考长期处方管理路径表单（见附表1），记录长期处方患者的情况及治疗方案，必要时调整治疗方案或转诊。脑血管病药物治疗的长期处方管理流程见附图。

(三) 脑血管病患者长期处方开具标准

脑血管病患者，同时符合以下情况时，可由医生开具4-12周的长期处方。

1. 患者经相关检查，脑血管病诊断明确。经病因评估相关检查，导致脑血管病的病因明确，考虑脑血管病。

2. 病情相对稳定，无需再进行复杂的治疗，可以进入恢复阶

段。

3. 神经科专科治疗方案确定，持续用药方案无调整 3 个月以上。

4. 脑血管病相关临床实验室检查指标基本正常或平稳。

（四）脑血管病患者长期处方注意事项

医师应当向脑血管病患者说明使用长期处方的注意事项，并由患者自愿选择是否使用，在接诊脑血管病长期处方患者时需注意以下事项：

1. 控制危险因素：积极治疗高血压病、糖尿病、高脂血症等导致脑血管病的原发疾病，遵循相关疾病管理指南管理血压、血糖、血脂。

2. 改变生活方式：合理摄入能量及营养；增加身体活动；戒烟、戒酒；控制体重。

3. 医生注意监测患者症状，关注患者病情变化。

4. 医生根据患者情况，定期复查血常规、血生化等实验室检查，监测血糖、血脂、同型半胱氨酸等指标，推荐 3 至 6 个月为检查周期，必要时调整治疗方案。定期复查脑血管检查，如脑血管超声、颈动脉超声、头颈 CTA、MRA 等，推荐 6 个月至 1 年为检查周期，必要时转诊至二级及以上医疗机构进行检查。

5. 心源性栓塞、病因不明、脑动脉严重狭窄需手术等脑血管病患者不宜开具 4 周以上长期处方。

6. 患有多种疾病需要长期联合用药的患者，建议在上级医院

咨询药师门诊后，再进行长期延续治疗。

7. 患者病情发生变化时应及时就诊。

（五）脑血管病常用药物

脑血管病的 70%~80% 为缺血性脑血管病，常用药物主要包括抗血小板药物、调脂药物，相关疾病长期处方常用药品信息见附表 2。导致脑血管病的原发病的常用药物，如高血压药物、抗凝药物、控制血糖药物使用请参考相关疾病规范指南。

二、脑血管病患者长期处方双向转诊标准

（一）脑血管病患者长期处方下转至基层卫生医疗机构标准

脑血管病患者经过急性期治疗后，临床病情稳定，患者家庭和/或基层医疗卫生机构能够提供必要的支持和照护，且符合脑血管病患者长期处方开具标准，可考虑下转至基层卫生医疗机构。

（二）脑血管病患者长期处方上转至二级及以上医疗机构标准

基层卫生医疗机构就诊的脑血管病患者，如有以下情况之一，可至二级及以上医疗机构：

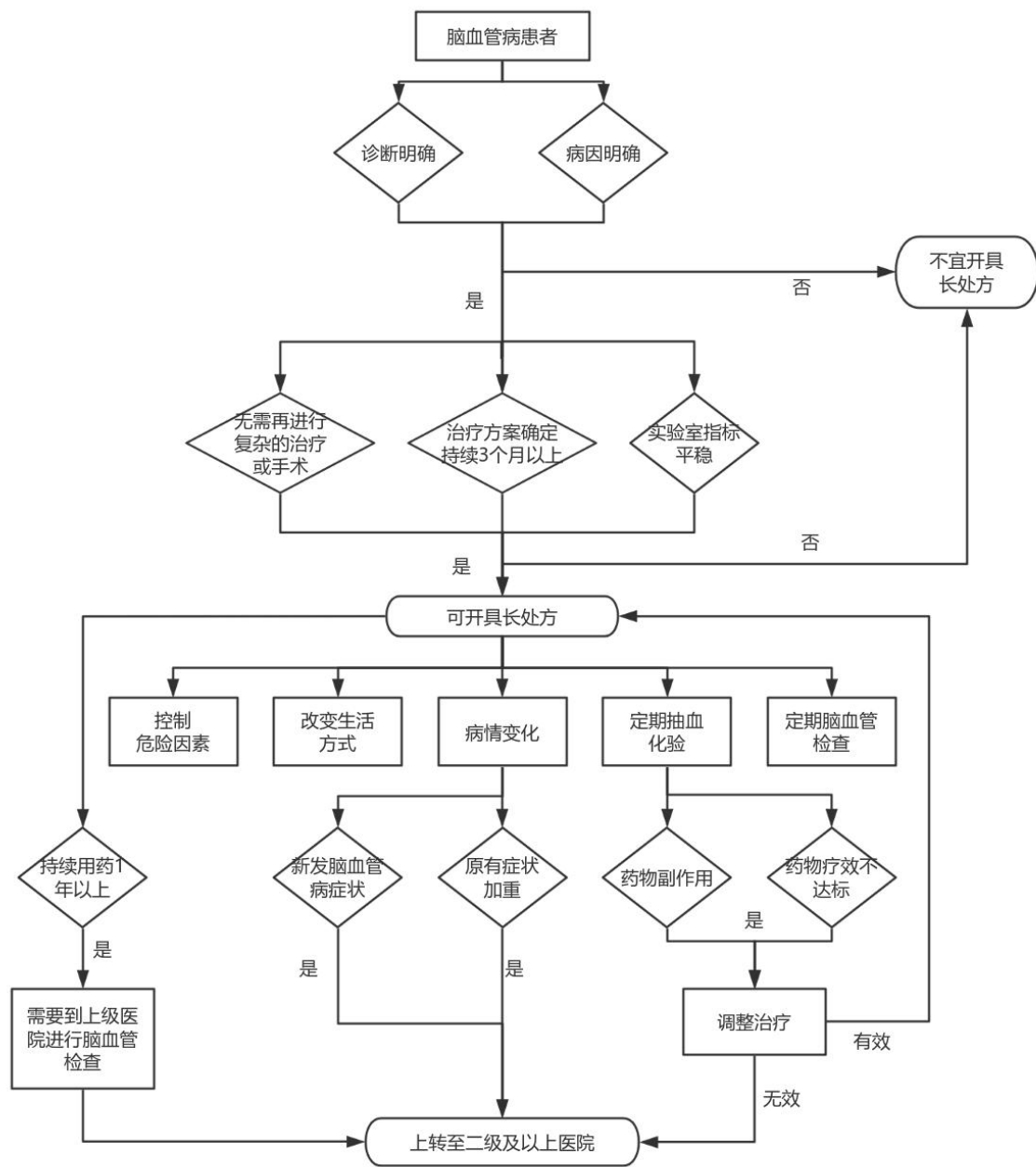
1. 持续在社区用药 1 年以上，需要到上级医院进行脑血管相关检验及检查。

2. 就诊时发现新发脑血管病症状或原有症状加重。

3. 因药物疗效不达标或不良反应不能坚持原治疗方案，调整治疗无效者。

附图

脑血管病患者长期处方管理流程



附表 1

脑血管病患者长期处方管理路径表单

适用对象	脑血管病长期处方患者				
填表日期	年 月 日				
患者姓名		性别		年龄	
1. 脑血管病患者长期处方开具标准（填写否，不建议开具长期处方）					
脑血管病诊断明确	是		否		
病情相对稳定，无需复杂治疗	是		否		
神经科专科治疗方案确定	是		否		
持续用药 3 个月以上，无需频繁调整治疗方案	是		否		
相关临床实验室检查指标基本正常或平稳	是		否		
2. 神经科专科治疗方案记录					
	药品类别	药品名	剂量	剂量单位	
脑血管病 常用药物	抗血小板药物	阿司匹林肠溶片			
		氯吡格雷			
		替格瑞洛			

			西洛他唑		
			吲哚布芬		
			其他		
	调脂药物	他汀类药物	阿托伐他汀		
			瑞舒伐他汀		
			氟伐他汀		
			普伐他汀		
			辛伐他汀		
			匹伐他汀		
		其他调脂药物	依折麦布		
			海博麦布		
			非诺贝特		
			普罗布考		
	其他				
其他药物					
脑血管病 治疗方案 管理	临床症状				
	血常规				
	血生化（肝肾功能、血脂、 血糖等）				
3.1 治疗方案评估（填写是，建议上转至二级及以上医疗机构）					
用药时长	持续用药 1 年以上	是		否	

临床症状	新发脑血管病症状或 原有症状加重	是		否	
3.2 治疗方案评估（填写否，建议上转至二级及以上医疗机构）					
药物相关	药物疗效满意	是		否	
	药物无明显不良反应	是		否	
	有上述情况但调整治 疗有效	是		否	
医师签名					

附表 2

脑血管病患者长期处方常用药品信息

药品分类	药品名称	规格
抗血小板药	阿司匹林	25mg
		50mg
		0. 1g
		0. 3g
	氯吡格雷	25mg
		75mg
	替格瑞洛	60mg
		90mg
	西洛他唑	50mg
	吲哚布芬	0. 2g
调脂药物	阿托伐他汀	10mg
		20mg
	瑞舒伐他汀	5mg
		10mg
		20mg
	辛伐他汀	5mg
		10mg
		20mg

	匹伐他汀	1mg
		2mg
		4mg
	普伐他汀	10mg
		20mg
		40mg
	氟伐他汀	20mg
		40mg
		80mg
	依折麦布	10mg
	海博麦布	10mg
		20mg
	非诺贝特	0.1g
		0.2g
	普罗布考	0.125g
		0.25g

精神疾病患者门诊长期处方用药指南 (2024 试行版)

一、精神疾病患者门诊长期处方管理流程

(一) 适用对象

适用于经相关检查,符合精神疾病诊断(精神分裂症、双相情感障碍、抑郁障碍、焦虑障碍、失眠障碍、认知障碍与痴呆、注意缺陷与多动障碍、抽动障碍等),用药方案稳定、依从性良好、病情相对平稳、需长期药物治疗的精神疾病患者。

(二) 精神疾病患者长期处方管理流程

精神疾病患者符合长期处方开具标准的,可由医生开具处方。首次长期处方应当由二级以上医疗机构具有与疾病相关专业的中级以上专业技术职务任职资格的医师开具,或由基层医疗卫生机构具有与疾病相关专业的中级以上专业技术职务任职资格的医师开具。每次处方前医师必须亲自诊查患者并判断是否符合长期处方条件。医师可参考长期处方管理路径表单(见附表1),记录长期处方患者的情况及治疗方案,对于复诊患者进行简化评估,必要时调整治疗方案或转诊。精神疾病药物治疗的长期处方管理流程见附图。

(三) 精神疾病患者药物治疗长期处方的评估

1. 精神症状及危险因素的评估:(1)目前精神症状是否稳定,是否有新发的幻觉妄想,情绪有无明显的波动;(2)“两害”风

险的评估：有无自杀自伤、冲动攻击等风险或行为；（3）评估伴发或新增躯体疾病、既往及目前用药情况；（4）复发危险因素的评估，包括用药的依从性、睡眠状况、生活应激因素等。

2. 精神药物治疗方案评估：精神药物疗效评估、精神药物品种选择合理性、精神药物用法用量合理性、有无用药禁忌、有无药物不良反应、有无药物相互作用、有无依赖风险。

3. 其他治疗方式如物理治疗、心理治疗记录；伴发躯体疾病的治疗药物记录。

（四）精神疾病患者长期处方开具标准

精神疾病患者，同时符合以下情况时，可由医生开具 4-12 周的长期处方：

1. 患者经相关检查，精神疾病诊断明确。经检查除外器质性疾病或精神活性物质所致急性精神紊乱状态。

2. 病情相对稳定，精神科专科药物治疗方案明确。

3. 相关临床检查检验指标基本正常或平稳。

（五）精神疾病患者长期处方治疗及随诊注意事项

医师应当向精神疾病患者和家属说明使用长期处方的注意事项，并由患者和家属自愿选择是否使用。在接诊精神疾病长期处方患者时需注意以下事项：

1. 评估用药的依从性：明确患者是否按时、按量服用药物，有无漏服、藏药、私自停药等情况。

2. 注意监测患者症状及用药安全性，关注患者病情变化。

3. 根据患者情况，定期进行精神心理评估，包括脑功能成像检查、90 项症状清单、抑郁自评问卷、焦虑自评问卷、“两害”风险等，推荐 3 个月至 6 个月为检查周期，同时定期复查血常规、血生化、血药浓度、心电图等检查检验项目，根据检查评估结果及时调整治疗方案。必要时转诊至二级及以上医疗机构进行检查。

4. 近 1 年内发生“两害”行为的患者不宜开具 4 周以上长期处方。

5. 患有多种疾病需要长期联合用药的患者，建议在上级医疗机构咨询药师门诊后，再进行长期延续治疗。

6. 患者病情发生变化时应及时就诊。

（六）精神疾病常用药物

精神疾病常用药物主要包括抗精神病药、心境稳定剂、抗抑郁药、抗焦虑药、促认知药、精神兴奋类药等，相关疾病长期处方常用药品信息见附表 2。

二、精神疾病患者长期处方双向转诊标准

（一）精神疾病患者长期处方下转至基层卫生医疗机构标准

精神疾病患者经过急性期治疗后，临床病情稳定，患者家庭和/或基层医疗卫生机构能够提供必要的支持和照护，且符合精神疾病患者长期处方开具标准，可考虑下转至基层卫生医疗机构。

（二）精神疾病患者长期处方上转至二级及以上医疗机构标

准

基层卫生医疗机构就诊的精神疾病患者，如有以下情况之一，可上转至二级及以上医疗机构：

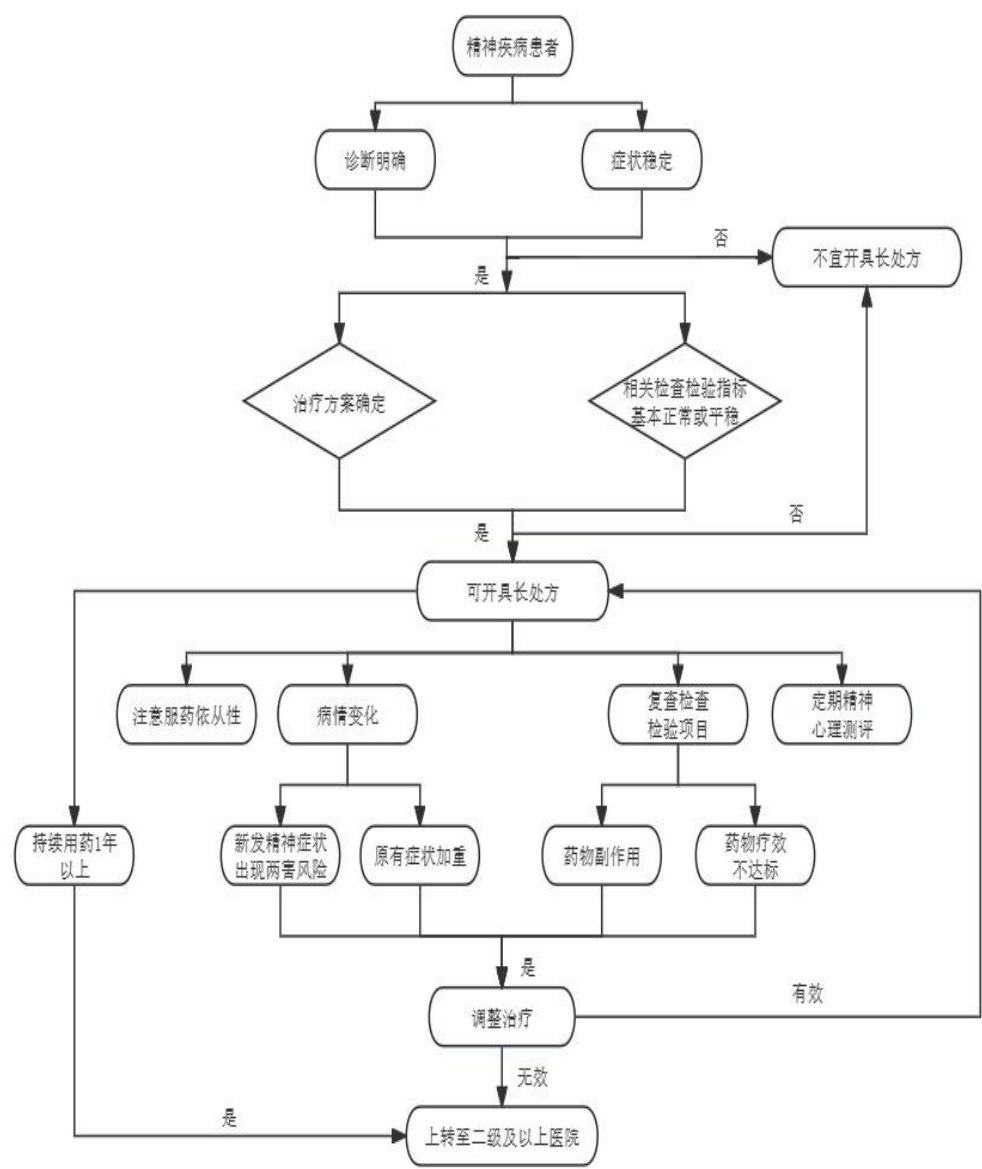
1. 持续在社区用药 1 年以上，需要到上级医疗机构进行精神症状评估及相关检验、检查。

2. 就诊时发现精神症状波动，出现“两害”风险或服药不依从，调整治疗无效者。

3. 因药物疗效不达标或不良反应不能坚持原治疗方案，调整治疗无效者。

附图

精神疾病患者长期处方管理流程



附表 1

精神疾病患者长期处方管理路径表单

适用对象	精神疾病长期处方患者				
填表日期	年 月 日				
患者姓名		性别		年龄	
1. 精神疾病患者长期处方开具标准（填写否，不建议开具长期处方）					
精神疾病诊断明确	是		否		
病情相对稳定，药物治疗方案明确	是		否		
相关临床检查检验指标基本正常或平稳	是		否		
2. 精神科专科治疗方案记录					
	药品类别	药品名	剂量	剂量单位	
精神疾病 常用药物	抗精神病药				
	心境稳定剂				
	抗抑郁药				
	抗焦虑药				

	促认知药				
	精神兴奋类药				
	其他药物				
精神疾病 治疗方案 管理	精神心理评估				
	血常规				
	血生化（肝肾功能、血脂、 血糖、电解质等）				
	药物浓度监测				
3.1 治疗方案评估（填写是，建议上转至二级及以上医疗机构）					
用药时长	持续用药 1 年以上	是		否	
临床症状	精神症状波动或出现 “两害”风险，调整 无效	是		否	
3.2 治疗方案评估（填写否，建议上转至二级及以上医疗机构）					
药物相关	药物疗效满意	是		否	
	药物无明显不良反应	是		否	
	有上述情况但调整治	是		否	

	疗有效				
医师签名					
日期					

附表 2

精神疾病患者长期处方常用药品信息

药品类别	药品名称	规格
抗精神病药	富马酸喹硫平片	25 mg
		0.1 g
		0.2 g
	富马酸喹硫平缓释片	50 mg
		0.2 g
		0.3 g
	阿立哌唑片	5 mg
		10 mg
	阿立哌唑口崩片	5 mg
		10 mg
	氯氮平口腔崩解片	25 mg
		0.1 g
	氯氮平片	25 mg
	五氟利多片	20 mg
	利培酮片	1 mg
		2 mg
	利培酮口崩片	1 mg
	利培酮口服溶液	30 ml

	奥氮平片	5 mg
		10 mg
	奥氮平口崩片	5 mg
	帕利哌酮缓释片	3 mg
		6 mg
	盐酸氯丙嗪片	50 mg
	盐酸哌罗匹隆片	4 mg
	氨磺必利片	0.2 g
	舒必利片	0.1 g
	布南色林片	4 mg
	奋乃静片	2 mg
	氟哌啶醇片	2 mg
	盐酸鲁拉西酮片	40 mg
	盐酸硫必利片	0.1 g
心境稳定剂	托吡酯片	25 mg
	丙戊酸钠口服溶液	300ml:12g
	丙戊酸钠片	0.2 g
	丙戊酸钠缓释片	0.5 g
	丙戊酸镁缓释片	0.25 g
	拉莫三嗪分散片	50 mg
抗抑郁药	盐酸舍曲林片	50 mg
	盐酸安非他酮缓释片(II)	0.15g

		0.3g
	阿戈美拉汀片	25 mg
	盐酸文拉法辛胶囊	25 mg
	盐酸文拉法辛缓释胶囊	75 mg
	盐酸文拉法辛缓释片	75 mg
	琥珀酸地文拉法辛缓释片	50 mg
	盐酸曲唑酮片	25 mg
		50 mg
	盐酸曲唑酮缓释片	150 mg
	草酸艾司西酞普兰片	5 mg
		10 mg
	草酸艾司西酞普兰口服溶液	10ml:10mg
	盐酸帕罗西汀片	20 mg
	盐酸帕罗西汀肠溶缓释片	25 mg
	盐酸氯米帕明片	25 mg
	盐酸度洛西汀肠溶胶囊	20 mg
		30 mg
		60 mg
	盐酸度洛西汀肠溶片	20 mg
	盐酸氟西汀分散片	20 mg
	盐酸氟西汀胶囊	20 mg
	盐酸米那普仑片	25 mg

	马来酸氟伏沙明片	50 mg
		100 mg
	盐酸阿米替林片	25 mg
	米氮平片	15 mg
		30 mg
	盐酸米安色林片	30 mg
	氟哌噻吨美利曲辛片	0.5 mg (氟哌噻吨) / 10 mg (美利曲辛)
	氢溴酸西酞普兰片	20 mg
	氢溴酸西酞普兰口服溶液	10 ml/20 mg
	盐酸多塞平片	25 mg
抗焦虑药	盐酸丁螺环酮片	5 mg
	枸橼酸坦度螺酮胶囊	5 mg
	枸橼酸坦度螺酮片	10 mg
促认知药	盐酸美金刚片	10mg
	盐酸美金刚口服液	120ml/240mg
	氢溴酸加兰他敏片	5mg
	盐酸多奈哌齐片	5mg
	尼麦角林片	5mg
	重酒石酸卡巴拉汀胶囊	1.5mg
	甲磺酸双氢麦角毒碱片	1mg
	茴拉西坦分散片	0.1g

精神兴奋类药	可乐定透皮贴片	1mg/1.25cm ²
	盐酸托莫西汀胶囊	10mg
		25mg
		40mg
其他精神科用药	盐酸异丙嗪片	25mg
	盐酸苯海索片	2mg

（此件公开发布）

附件 6

代开药信息登记表

序号	患者 姓名	身份证号	联系电话	就医诊断	代开药 人姓名	身份证号	联系 电话	与患者 关系

代开药服务流程图

