

南县卫生健康局文件

南卫发〔2026〕59号

南县卫生健康局 关于加强冬病夏治穴位贴敷备案管理的通知

县直各医疗机构、各乡镇（中心）卫生院、各民营医院：

为规范我县“三伏贴”技术应用管理，提高临床疗效，保障医疗安全，根据《国家中医药管理局关于加强对冬病夏治穴位贴敷技术应用管理的通知》（国中医药医政发〔2013〕36号）及相关技术标准，结合我县实际，现就医疗机构开展“三伏贴”技术应用管理备案工作通知如下：

一、技术应用规范

（一）应用范围。“三伏贴”主要适用于反复发作的慢性呼吸系统疾病（如支气管哮喘、慢性支气管炎、过敏性鼻炎等），也可用于以反复发作、冬季加重为临床特点，中医辨证为寒证（寒

湿证、虚寒证等)的其他疾病。严禁为追求经济效益不合理扩大应用范围及应用人群。

(二)服务机构资质。开展“三伏贴”服务的机构,必须为具有卫生健康行政部门核准登记的中医科、中西医结合科或民族医学科、针灸科诊疗科目的医疗机构,并开展相应的中医药或民族医药服务工作。非医疗机构(如养生馆、美容院、药店、保健场所等)一律不得开展“三伏贴”服务。

(三)操作人员要求。对患者实施“三伏贴”操作的人员,应为中医类别执业医师或接受过穴位贴敷技术专业培训的卫生技术人员。各医疗机构应对本单位能够从事“三伏贴”操作的人员予以明确,并组织开展年度培训与考核,考核合格后方可上岗。

(四)处方及操作要求。“三伏贴”处方用药及穴位选择,应由具有主治医师及以上专业技术任职资格的中医类别执业医师拟定,明确其禁忌症及相关注意事项。操作规范应符合国家标准《针灸技术操作规范第9部分穴位贴敷》(GB/T21709.9—2008)和中华中医药学会《中医养生保健技术操作规范(Ⅱ)穴位贴敷》有关要求。开展“三伏贴”诊治需坚持辨证论治、因人施治。处方药物组成及用量、常用穴位的选择、有效性、安全性等须由相关专家论证。

二、严格备案管理

(一)备案申报。本县范围内拟开展“三伏贴”服务的各级

各类医疗机构，应于“初伏”前1周向县卫生健康局中医药管理股319室申报备案。

（二）备案内容。包括医疗机构名称、拟定处方的医师资质、对患者实施“三伏贴”操作的人员名单及资质、疾病名称及对应的处方用药、穴位选择、禁忌症、操作流程、注意事项及不良反应处理措施等（详情见附件）。

（三）备案流程。本机构已规范设置伦理委员会的，可经本机构伦理委员会组织，由相关专家论证审议通过。本机构未设置伦理委员会的，应提前准备备案资料（详情见附件）并汇总相关备案资料于“初伏”前1周报卫生健康行政部门备案。完成备案后，不得随意变更备案信息，如确需调整，应重新备案。已备案的医疗机构拟在下年度继续开展“三伏贴”服务工作的，应提前报告备案的卫生健康行政部门。如处方用药或操作穴位发生变化，需重新备案；如仅操作人员发生变更，需重新报备操作人员名单、资质及培训考核资料。

（四）效果评价和安全管理。医疗机构应积极开展“三伏贴”效果评价工作，收集相关数据，跟踪评价治疗效果。效果评估总结报告应于下一年度“三伏贴”服务开展前报备案的卫生健康行政部门，作为能否继续开展服务的重要参考依据。要建立健全不良反应监测与处置机制，制定应急预案，确保医疗安全。严禁夸大疗效、虚假宣传、误导患者，不得使用“包治百病”“根治”

等绝对化用语。

三、加强组织监督

南县卫生健康局在每年“三伏贴”集中服务期间，将组织开展监督检查，重点核查和处置以下内容：是否按要求备案、人员资质是否符合要求、处方及穴位是否与备案一致、是否存在超范围应用、夸大宣传等行为。对未按要求备案、操作人员不符合要求等不规范行为的医疗机构，予以通报批评、督促改正，整改不到位的，禁止其开展“三伏贴”服务。诊疗行为涉嫌违法的相关线索，移送卫生监督执法部门；涉嫌非法行医且情节严重的，移送公安机关。

- 附件：1. 南县冬病夏治穴位贴敷技术汇总表
2. 南县冬病夏治穴位贴敷备案表
3. 南县冬病夏治穴位贴敷技术管理备案表
4. 南县冬病夏治穴位贴敷备案资料清单
5. 南县医疗新技术伦理初始审查申请表
6. 南县医疗新技术伦理初始审查资料清单



附件 1

南县冬病夏治穴位贴敷技术汇总表

医疗机构名称（盖章）：

序号	“三伏贴” 诊疗病种	处方用药	穴位选择	处方拟定医师				禁忌症及相 关注意事项
				姓名	执业类别	执业证编号	职称	
1								
2								
3								
4								

附件 2

南县冬病夏治穴位贴敷备案表

医疗机构名称: _____

联系人: _____

联系电话: _____

序号	诊疗病种	处方用药用量	穴位选择	处方拟定医师				禁忌症
				姓名	执业类别	执业证编号	职称	
专家论证意见								日期:
医疗机构承诺		本机构承诺该项技术已对照国家标准《针灸技术操作规范第9部分 穴位贴敷》(GB/T 21709.9—2008)和中华中医药学会《中医养生保健技术操作规范(Ⅱ) 穴位贴敷》等有关医疗技术管理规范进行自我评估,符合相应技术管理规范要求。						法定代表人(签字): 单位盖章: 日期:
备案卫生健康行政部门		意见:						签字(盖章): 日期:

备注: 本表一式两份, 医疗机构和备案卫生健康行政部门各保留一份。

附件 3

南县冬病夏治穴位贴敷技术管理备案表

医疗机构名称					
医疗机构类别	1. 综合医院 () 2. 中医医院 () 3. 专科医院 () 4. 妇幼保健院 () 5. 其他医疗机构 ()				
医疗机构性质	政府办 () 社会办 ()		医疗机构等级		
首例开展时间	年 月 日	上年度 开展例数		出现不良 反应例数	
医疗机构承诺	本机构承诺该项技术已对照国家标准《针灸技术操作规范第 9 部分穴位贴敷》(GB/T 21709.9—2008) 和中华中医药学会《中医养生保健技术操作规范 (II) 穴位贴敷》等有关医疗技术管理规范进行自我评估, 符合相应技术管理规范要求。 医院法定代表人 (签字) _____ 医院公章 _____ 年 月 日				
附件材料	1. 医疗机构执业许可证复印件 (加盖医院公章) ; 2. 本机构伦理委员会关于技术临床应用的论证材料, 无伦理委员会的, 由核准其执业注册的卫生健康行政部门组织相关专家论证审议材料。 (加盖医院公章) ; 3. 冬病夏治穴位贴敷技术汇总表, 包括 “三伏贴” 诊疗病种、处方用药、穴位选择、处方拟定医师、禁忌症及相关注意事项 (加盖医院公章) ; 4. “三伏贴” 处方用药及穴位选择拟定人的资质证明材料 (执业医师和职称证书复印件, 加盖医院公章) ; 5. “三伏贴” 操作人员的中医类别执业证书或接受过穴位贴敷技术专业培训证明。医疗机构对本单位能够从事 “三伏贴” 操作的人员予以明确并进行培训、考核证明 (加盖医院公章) 。				
负责备案的 卫生健康 行政部门	上述材料已收悉, 并予备案。 单位 (盖章) : _____ 年 月 日 经办人 (签字) : _____ 单位负责人 (签字) : _____				

医疗机构联系人:

联系方式:

注: 此表一式 2 份 (分别由医疗机构、备案卫生健康行政部门保存) 。

附件 4

南县冬病夏治穴位贴敷备案资料清单

1. 《南县冬病夏治穴位贴敷技术汇总表》《南县冬病夏治穴位贴敷备案表》《南县冬病夏治穴位贴敷技术管理备案表》《南县医疗新技术伦理初始审查申请表》《南县医疗新技术伦理初始审查资料清单》一式两份。

2. 医疗机构执业许可证复印件 1 份（核原件，留复印件加盖医院公章）。

3. 处方用药详细说明 1 份，拟方医师医师执业证及职称证书复印件各 1 份（核原件，留复印件加盖医院公章）。

4. 操作流程、注意事项及不良反应处理措施等详细说明 1 份。

5. 操作人员名单及卫生专业技术证书复印件 1 份（核原件，留复印件）及培训、考核资料。

6. 持续开展的需提供上一年度效果评估总结报告。

附件 5

南县医疗新技术伦理初始审查申请表

医疗技术名称					
项目负责专业					
申请类别	☐ 手术 ☐ 诊断技术 ☐ 治疗技术 ☐ 检验检查 ☐ 护理技术或方法 其他:				
	☐ 引进 ☐ 创新; ☐ 国际先进 ☐ 国内先进 ☐ 院内首次				
项目所属专业	☐ 限制类医疗技术 ☐ 非限制类医疗技术				
项目指定联系人				联系方式	
项目主要负责人				联系方式	
项目主要相关人员资质					
科室	姓名	技术职称	承担任务	专项资格证名称	备注
项目拟定起止时间				入组例数:	例
招募人群特征:	☐ 患者 ☐ 健康者 ☐ 弱势受试者 ☐ 孕妇 ☐ 其他: () ☐ 年龄范围()				
孕妇 (选择孕妇, 填写此项)	☐ 没有通过经济利益引诱期终止妊娠 ☐ 研究人员不参与终止妊娠的决策 ☐ 研究人员不参与新生儿生存能力的判断				
知情同意	知情同意书应用文本: (如手术知情同意书、麻醉知情同意书、项目知情同意书等)				
	知情同意签字人: ☐ 患者 ☐ 监护人				
	申请免除知情同意书: (说明申请理由)				
	申请免除知情同意书签字: (说明申请理由)				
临床专家讨论意见					
其他单位的伦理意见		☐ 无 ☐ 有: ()			
本中心专业及项目负责人	本医疗机构内是否有同类项目正在开展 ☐ 无 ☐ 有: ()				
	专业是否已具备项目开展的设备、设施和其他辅助条件 是 ☐ 否 ☐				
	项目负责人是否已经取得项目相关的技术资质 是 ☐ 否 ☐				
项目负责人声明 ☐ 我保证以上信息真实准确, 并负责该医疗技术全过程中的质量保证, 承诺该医疗技术数据真实可靠, 操作规范。如有失实, 愿意承担相关责任。 ☐ 本人与该医疗技术项目之间的无利益冲突: ☐ 不存在 ☐ 存在 项目负责人签名: 日期:					
项目负责人所在专业意见:					
专业负责人签字:			日期:		

附件6

南县医疗新技术伦理初始审查资料清单

1. 医疗新技术伦理初始审查申请表1份。
2. 医疗机构执业许可证复印件1份。
3. 新技术项目实施方案1份（需详细处方用药用量、诊疗病种、穴位选择、禁忌症、技术规范等）。
4. 风险评估与应急预案1份。
5. 知情同意书文本1份（若申请免除知情同意书，请说明理由）。
6. 拟方医师医师执业证及职称证书复印件各1份。
7. 操作人员名单及卫生专业技术证书复印件1份及相关培训、考核资料。