附件1

碘缺乏病防治监测评估方案

一、监测人群

所辖县（市、区）居住半年以上常住人口中的8-10周岁在校学生和孕妇。

二、监测任务

（一）8-10周岁在校学生家庭食用盐的碘含量、随机尿碘含量检测和甲状腺肿大情况监测。

（二）孕妇家庭食用盐的碘含量、随机尿碘含量检测和孕妇补碘率的调查。

三、监测方法和内容

（一）抽样方法。

每个监测县（市、区）按东、西、南、北、中划分5个抽样片区，在每个抽样片区随机抽取1个乡镇/街道，每个乡镇/街道抽取1所小学校，每所小学抽取8-10周岁在校学生42人（年龄均衡、男女各半），不足42人可在邻近的学校补齐。每个监测县（市、区）在所抽取的5个乡镇/街道中每乡镇/街道抽取21名孕妇（早、中、晚孕期均衡），人数不足可在邻近乡镇/街道补齐。

1. 方法和内容。
2. 基本情况。收集监测乡镇/街道的人口、上一年度经济收入情况等信息，填写表1。
3. 8-10岁儿童尿碘、盐碘含量检测和甲状腺检查。在上述每个监测乡镇/街道随机抽取的小学内，采集随机尿样（中段尿）5mL和学生家中食用盐样30g，检测尿碘和盐碘含量。采用B超法测量甲状腺容积，计算甲状腺肿大率（每县（市、区）3年检测一次），填写表2。
4. 孕妇尿碘、盐碘含量检测。每个监测县（市、区）在所抽取的5个乡镇/街道中，采集孕妇随机尿样（中段尿）5mL和家庭食用盐30g，检测尿碘含量和盐碘含量，填写表3。同时通过问卷，调查孕妇补碘情况，填写表4。

四、检测方法及判定标准。

（一）盐碘含量。采用《制盐工业通用试验方法碘的测定》（GB/T 13025.7-2012），川盐及其他强化食用盐采用仲裁法。按中国《食用盐碘含量》（GB26878-2011）来判定。

（二）尿碘含量。采用《尿中碘的砷铈催化分光光度测定方法》（WS/T 107.1-2016）或电感耦合等离子质谱法（WS/T 107.2-2016）。

（三）甲状腺容积。采用B超法，按《地方性甲状腺肿诊断标准》（WS 276）判定。

# 附表：1.碘缺乏病监测基本信息调查表

2.碘缺乏病监测8-10岁儿童个案表

3.碘缺乏病监测孕妇个案表

4.孕妇补碘率调查表

**表1 碘缺乏病监测基本信息调查表**

浙江省 市

**监测县信息**

1、县（市、区）名称： ；县代码：

2、国家级贫困县：是、否

3、县的地理类型（填数字） \_1=平原，2=山区，3=丘陵

4、是否沿海 ： 是，否；距海岸线的距离： 公里

5、县人口总数： 万；本县非农业人口数： 万

本县农业人口数： 万

6、本县上一年度总GDP： 万

7、本县上一年度人均可支配收入： 万

**监测乡镇/街道信息**

1、乡（镇、街道）名称： ；乡代码：

2、采样小学名称

3、乡的地理类型（填数字） \_1=平原，2=山区，3=丘陵

4、是否沿海 ： 是，否；距海岸线的距离： 公里

5、乡人口总数： 万；

6、本乡上一年度总GDP： 万

7、本乡上一年度人均可支配收入： 万

调查人： 调查日期： 年 月 日

**表2 碘缺乏病监测8-10岁儿童个案表**

浙江省 市 县（市、区） 乡（镇、街道） 村（居委会） 学校

**一、基本信息**

1、姓名： 学生编号：

2、性别：

3、年龄：

4、身份证号码：

5、家庭住址：

**二、查体**

6、甲状腺容积检查：左宽： 右宽：

左长： 左厚：

右长： 右厚：

7、是否有甲状腺结节： ①有 ②没有

若有结节，数量：

左叶： ① 1个 ②2个 ③ 3个 ④ 4个

右叶： ① 1个 ②2个 ③ 3个 ④ 4个

8、身高： 体重：

**三、实验室检查**

9、尿样编号： 尿碘：

尿样检测单位： 检测人：

10、盐样编号： 盐碘：

盐样检测单位： 检测人：

调查人： 调查日期： 年 月 日

**表3 碘缺乏病监测孕妇个案表**

浙江省 市 县（市、区） 乡（镇、街道） 村（居委会）

孕妇编号： ； 调查日期： 年 月 日

**一、基本信息**

盐样编号： 尿样编号：

1、孕妇姓名： 孕妇编号：

2、甲状腺病史：有，无；确诊的甲状腺疾病名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3、孕期：

4、年龄：

5、身份证号：

6、家庭住址：

7、一年内是否服用过碘制剂：是，否；制剂名称、剂量：

调查人： 调查日期： 年 月 日

**二、实验室检测**

8、尿碘： 检测人： 检测日期：

9、盐碘： 检测人： 检测日期：

**表4 孕妇补碘率调查表**

浙江省 市 县（市、区）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 乡（镇、街道） | 村名 | 孕妇姓名 | 补碘情况 | | | | | |
| 是否食  用孕妇专用碘盐 | 是否食用补碘制剂 | | | 是否食用富碘食物 | |
| 是/否 | 剂型 | 频率 | 是/否 | 频率 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：

1.表中选项，是填1、否填2；

2.补碘制剂包括：碘油丸填1、碘片填2、含碘的复合维生素（玛特纳、金施尔康、21金维他、SWISSE等）填3、其他填4；食用频率：1-3次/每天 填1、1-3次/每周 填2、1-3次/每月 填3、1-3次/每年 填4；

3.富碘食物包括：海带、紫菜和海苔等；食用频率：1次/每月填1、2-3次/每月填2、3次以上/每月填3。

调查人： 调查日期： 年 月 日