

海安市退役军人事务局

海退役军人〔2021〕27号

关于做好2021年优抚对象体检工作的通知

各镇（场）、街道退役军人服务站：

为切实关心优抚对象的身体健康，做到有病早发现、早防治，根据省政府办公厅2017年59号文件和市政府办2017年91号文件精神，今年继续由各区镇（街道）组织优抚对象进行健康检查。现就有关事项通知如下：

一、检查对象

享受抚恤补助的优抚对象。包括：“三属”（烈士遗属、因公牺牲军人遗属、病故军人遗属）、复员军人、残疾人员（残疾军人、人民警察、民兵民工、机关工作人员）、带病回乡退伍军人、参战涉核和铀矿开采退役人员、优抚一次性人员、实行补差

的上述对象、随军家属、农村籍 60 周岁以上老义务兵、老烈士子女。

二、检查项目

1. 常规检查：包括血压心率测量、血常规、尿常规；
2. 小生化：肝功能+表抗、肾功能、血脂血糖、心肌酶谱（三项）；
3. 肿瘤定量指标：甲胎蛋白、癌胚抗原、前列腺癌 F P S A（男）、宫颈癌（女）、消化道肿瘤 C A 199；
4. X 线胸透；
5. 彩超：肝、胆、脾、肾、胰、乳腺（女）；
6. 心电图。

三、体检时间安排

体检具体时间由区镇（街道）与相关医疗机构商定，但须在 8 月 10 日前完成。

四、体检工作要求

开展为优抚对象体检工作，体现了党和政府对共和国功臣的关爱之情，体检工作涉及的人多、面广、时间短、工作量大，各区镇（街道）负责人要高度重视，精心组织，落实责任，确保体检工作有序开展。各相关部门和单位要各司其职、紧密配合，共同完成体检任务。各区镇（街道）要认真审核医疗机构体检医疗资质，对不具备体检医疗资质的，原则上不予安排体检任务；要主动与医疗机构沟通，共同制定方案，做到周密细致；要安排专人具体负责，做到责任到位；要加强对医疗机构服务质量监督，

发现问题，及时处理；要书面通知优抚对象本人或监护人，做到不漏一人；要制订防护措施，做到安全无事故；要加强对体检工作全程检查监督。各医疗机构要安排医术精湛、业务素质高、责任心强的医务人员负责检查工作；对规定检查的项目一项不能少，并根据体检报告认真记载检查的情况；要及时与退役军人事务部门和优抚对象交换体检结果，同时将体检报告归入优抚对象的个人医疗档案；要如实填报有关统计报表；要妥善安排好优抚对象早餐。各优抚对象要积极配合，按指定时间，到指定医疗机构进行体检，逾期视作自动放弃，不予补检；体检结束后 15 天内，应主动到医疗机构领取体检报告，逾期不领，视同已知体检结果；需增加检查项目的，费用由本人负担。

各区镇（街道）将《海安市优抚对象体检记载表》和《海安市优抚对象体检统计表》等健康检查工作情况的电子和纸质材料，于 8 月 20 日前报市退役军人事务局。市退役军人事务局根据各区镇（街道）体检完成情况，按每人 300 元标准下拨经费。

- 附件：
1. 海安市优抚对象体检通知单
 2. 海安市优抚对象体检结论
 3. 海安市优抚对象体检记载表
 4. 海安市优抚对象体检统计表

海安市退役军人事务局

2021 年 6 月 18 日

附件 1

海安市优抚对象体检通知单

_____同志:

我镇(场)、街道定于_____年___月___日至___日,开展优抚对象免费体检活动,本次体检项目:常规检查(包括血压心率测量、血常规、尿常规)、小生化(肝功能+表抗、肾功能、血脂血糖、心肌酶谱三项)、肿瘤定量指标(甲胎蛋白、癌胚抗原、前列腺癌 F P S A〈男〉、宫颈癌〈女〉、消化道肿瘤 C A 199)、X 线胸透、彩超(肝、胆、脾、肾、胰、乳腺〈女〉)、心电图。请你于_____年___月___日上午___点___分前到_____医院进行体检,并请认真阅读注意事项。

注意事项: 1. 体检当日须空腹; 2. 体检前一天晚餐忌油腻食物, 20: 00 以后不再进餐; 3. 过期未参加体检的视为自动放弃; 4. 体检结束后 15 天之内, 本人或亲属到医院领取体检报告单, 逾期视同已知体检结果; 5. 注意途中安全, 行走不便或体虚者, 请家人护送、陪同, 否则责任自负; 6. 遵守体检规定, 服从组织方的统一安排; 7. 如需检查非规定项目的, 费用自付; 8. 因新冠疫情期间的影晌, 优抚对象及陪护人员需自行配带口罩, 做好个人防护。

(盖章)

年 月 日

回 执

本人收到体检通知, 并认真阅读了注意事项。

签收人:

年 月 日

附件 2

海安市优抚对象体检结论

姓名	性别	年龄	体检日期	医院
----	----	----	------	----

体检情况:

1. 常规检查:
2. 小生化:
3. 肿瘤指标:
4. X线胸透:
5. B超:
6. 心电图:

医生结论:

医生建议:

主治医师:

年 月 日

(此表由优抚对象本人或亲属领取)

附件 3

海安市优抚对象体检记载表

_____医院：

序号	姓名	属别	住 址	检查结果及建议	优抚对象 签字	联系 电话

负责人：

填报人：

年 月 日

此表一式三份，退役军人事务局、医院、退役军人服务站各存一份。

附件 4

海安市优抚对象体检统计表

镇（场）、街道（盖章）：

体检医院	优抚对象 总数	实检 人数	检查情况			未检 人数	未检原因			备注
			基本 健康	重大 疾病	慢性病		外出	未通知	其他	

单位负责人：

填报人：

《海安市优抚对象体检记载表》和《海安市优抚对象体检统计表》加盖公章，于 2021 年 8 月 20 日前报海安市退役军人事务局优抚褒扬科。

