

# “十四五”全国眼健康规划终期评估 (眼科资源调查) 医疗机构填报 操作手册 (20250309 版)

## 1. 编写目的

本文档编写目的是介绍“十四五”全国眼健康规划终期评估(眼科资源能力调查表)在线填报系统的操作说明及相关注意事项,各省卫生健康行政部门、有关医疗卫生机构通过此文档可了解系统各功能模块的操作。

## 2. 填报要求

2.1 本套报表需由医疗卫生机构填写,省级卫生健康行政部门无需填写本套报表。

2.2 省级卫生健康行政部门应当对所辖地区内医疗卫生机构上报数据的完整性进行审核。

2.3 各医疗卫生机构填报数据统计时段是自2024年1月1日起至2024年12月31日止。

## 3. 医疗机构用户操作流程

本次“十四五”全国眼健康规划终期评估(眼科资源能力调查表)将继续使用既往全国眼科服务能力调查系统,网址为 <http://nationalsurvey.zhinantech.com/site/login>,如图3-1所示。



图 3-1

### 3.1 注册

无论医疗机构是否参与过既往全国眼科服务能力调查和规划实施评估工作，今年首次登录本系统均需先注册后登录。点击“注册”按钮，进入用户注册界面，如图 3-2 所示。



图 3-2

进入注册页面后，请分别填写医疗机构登记号（不区分大小写，以前期各省医政医管部门或防盲办上报的本省参与此次评估的医疗机构名单中的医疗机构登记号信息为准）、医疗机构名称（以前期各省医政医管部门或防盲办上报的本省参与此次评估的医疗机构名单中的医疗机构名称为准）、医疗机构所在地、隶属关系、联系人信息等，并进行手机号验证。

**【注意】“隶属关系”将与后续填报套表中的“B5 隶属”相关联，本页面填报后，后续将无法修改，填报时请注意。**

**【注意】**联系人电子邮箱、电话和手机号请正确填写，确定后将无法修改，相关信息将用于密码修改或找回。

填写完毕后点击“**确定**”，并在确认注册信息无误后再次点击“**确定**”，如图 3-3 所示。



The image shows a registration form with a modal dialog box. The form fields include:

- 医疗机构登记号: (Medical Institution Registration Number)
- 医疗机构名称(全称): (Medical Institution Name (Full Name))
- 医疗机构所在地: (Medical Institution Location)
- 隶属关系: (Affiliation) - dropdown menu with error: 隶属关系不能为空.
- 联系人: (Contact Person) - sub-fields: 联系人姓名 (Contact Name), 联系人不能为空.
- 联系人电子邮件地址: (Contact Email Address) - sub-field: 联系人邮箱不能为空.
- 联系人电话: (Contact Phone) - sub-fields: 固话号码 (Landline Number), 格式为: 区号-号码 或 区号-号码-分机号. 比如 010-823xxxxxx; 联系人电话不能为空.
- 联系人手机: (Contact Mobile) - sub-fields: 手机号码 (Mobile Number), 获取验证码 (Get Verification Code), 手机验证码 (Mobile Verification Code), 联系人手机不能为空.

The modal dialog box is titled "提示" (Notice) and contains the text: "请确认您的注册信息无误" (Please confirm your registration information is correct). It lists the fields: 医疗机构登记号, 医疗机构名称(全称), 医疗机构所在地, 隶属关系: undefined, 联系人, 联系人电子邮件地址, 联系人电话, 联系人手机. The dialog has "取消" (Cancel) and "确定" (Confirm) buttons.

图 3-3

注册成功后页面如图 3-4 所示，请注意保存登录账号及登录密码。



图 3-4

【说明】评估系统仅限已上报的参与此次终期评估的医疗机构进行注册，若未上报则无法注册，如图 3-5 所示。

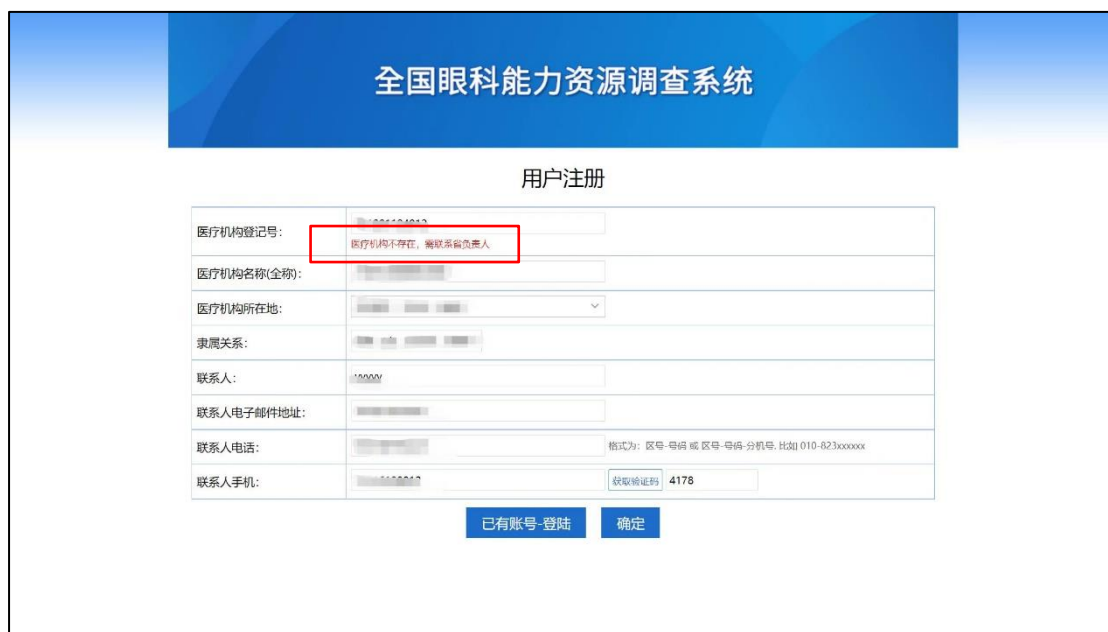


图 3-5

若出现“医疗机构不存在，需联系省负责人”的提示，则表示该医疗机构注册时所用信息与本省已上报的参与本次终期评估的医疗机构信息不符，请该医疗机构与本省评估工作联系人沟通，查询已上报信息是否正确或由本省评估工作联系人进行补充上报。

### 3.2 登录

注册完成后可点击注册页面的“已有账号-登录”或重新登录 <http://nationalsurvey.zhinantech.com/site/login> 重新进入评估登录页面，依次输入机构登记号、密码和验证码，点击“登录”后进入此次评估系统，如图 3-6 所示。



图 3-6

### 3.3 选择填报年份

选择并点击“2024年调查问卷”进行填报。

### 3.4 填报

### 3.4.1 了解调查表简介

请仔细阅读调查表简介，了解调查时段、填报要求等信息。阅读完毕后点击“知道了，开始填报”开始正式填报工作。如图 3-7 所示。



图 3-7

### 3.4.2 填写套表

每页填写后，需点击“保存”后方可点击“下一页”或跳转至其他页面；若本页已填写完毕并准备提交，需点击“提交”后方可点击“下一页”或跳转至其他页面，如图 3-8 所示。在填报过程中不可同时打开多个窗口进行填报，在未点击“保存”或“提交”前不可随意跳转，会造成所填报数据的丢失。



图 3-8

本套表所有填报内容都不能为空，在套表填报过程中，系统会自动进行信息的自动校验和逻辑关系校验，如填报不正确会有相应提示，请按提示正确填写。所有数值型内容都为整数，如果数值型内容没有则用“0”表示。

本套表在未上报前，可对已填写并提交的内容进行再次修改或补充。如需要再次修改或补充，请点击“重新修改”按钮。如图 3-9 所示。



图 3-9

填报过程中，光标移动到菜单或“？”处，会有相应的填写提示。左侧菜单栏颜色含义：黑色字体表示该部分未填写或未提交，蓝色字体表示该部分当前正在进行填报，绿色字体表示该部分已填写并提交完毕。如图 3-10 所示。



图 3-10



### 3.4.3 需说明的事项

“A0 调查表编号”和“A1 填表日期”两项在全套调查表填写完毕并上报后由系统自动生成，无需填写。

“B3b 机构经纬度”需填写本医疗机构的经度和纬度，可自行登录以下网址 <https://map.jiqrxx.com/jingweidu/> 或其他类似网站进行查询。经纬度的填写应按照标准格式填写，例如东经 E:116° 25' 1.97" 和北纬 N:39° 54' 9.62"。

“B5 隶属”与注册页面的“隶属关系”相关联，在本页无法修改，请在注册页面填报时填写正确。

**【注意】**基层医疗卫生机构（社区卫生服务中心、社区卫生服务站、乡镇卫生院、村卫生室）填报本套表需填报“第一部分”、“第二部分 B1-B6”和“第七部分”，其他部分无需填报；非基层医疗卫生机构填报本套表需完整填报“第一部分”至“第六部分”，“第七部分”无需填报。

“B6 分类”中若选择“6. 基层医疗卫生机构”，则本表只需填写至 B6，从 B7 开始无需填写，点击“保存”或“提交”后，可直接至“第七部分 基层眼保健服务”填写，如图 3-11 所示；无需填写部分显示如图 3-12 所示。

“B6 分类”中若选择除“6. 基层医疗卫生机构”以外的选项，则需完整填报“第一部分”至“第六部分”，“第七部分”无需填写；无需填写部分显示如图 3-13 所示。



图 3-11



图 3-12



图 3-13

### 3.5 上报

所有数据填写并提交完毕后，请点击左侧菜单栏中的“**上报**”选项，进入上报页面。若有未填写的部分，则会提示未填写完毕部分，请返回补充完整，如图 3-14 所示。



图 3-14

在所有表格填写完毕后，方可点击“**表格填写审核完毕，上报**”，并在弹出的对话框中点击“**确定**”进行上报，如图 3-15 所示。



图 3-15

**【注意】**本套表上报成功后，所有数据将无法再次修改，上报前请仔细确认数据完成性及准确性。上报成功如图 3-16 所示。



图 3-16

### 3.6 导出打印

如需打印，可点击左侧菜单栏中的“导出打印”选项。进入打印页面后，点击左上角“打印”按钮，可打印本套表及所填内容，如图 3-17 所示。



如图 3-17

### 3.7 密码修改或找回

在首次注册密码后，点击首页的“**修改/找回密码**”，可自行通过注册时使用的联系人信息对登录密码进行修改或找回，如图 3-18 所示。若联系人信息丢失，请联系本省评估工作联系人进行查询。



图 3-18

### 3.8 重新修改申请

本套表上报成功后，所有数据将无法再次修改。确需修改，请从套表中提交“**重新修改申请**”，如图 3-19 所示。

进入页面后，请写明需修改原因后点击“**提交**”按钮，提交成功后，请耐心等待结果反馈，请勿重复提交。如图 3-20 所示。

后台技术人员会定时查询，并于一个工作日内进行处理。



图 3-19



图 3-20

#### 4. 咨询方式

各医疗机构填报过程中如遇问题请咨询本省评估工作联系人，由本省工作联系人汇总问题后反馈至全国防盲技术指导组办公室。