

医院质量管理体系汇编

湖北科技学院附属第二医院

二〇一八年一月



《医院质量管理制度汇编》编委会

主任委员：黎群武

常务副主委：陈克全

副主任委员：刘祖松 余开湖 余后火 梅武轩 查文良
委 员：蔡慧兰 程 平 邓卫东 甘亚平 洪 丽
胡 荣 孔祥槐 黎练军 李 忻 毛开新
彭圣威 阮 英 涂亚莉 王兵华 王天龙
肖德琴 徐 魁 杨万云 余红光 余静萍
余琼华 余小平 乐治文 曾德志 赵正据
周天龙 周卫东 周益辉

(按拼音字母排序)

秘 书：洪 丽（兼） 徐美荣 但堂群



前 言

为了保证医院工作的正常运行，提高医疗质量和工作效率，使管理上台阶，服务上档次，必须建立和健全医院的各项规章制度、流程、预案，使医院各部门、各科室、各级各类人员在工作中有章可循。为此，我们根据国家相关医疗法律法规、二级甲等医院评审标准，结合本院实际情况，制订或修订了有关医疗的一系列制度、流程、预案，并汇编成册，便于广大医护人员学习，要求全院所有医护人员熟练掌握和严格执行。

该书共七大部分，包括医疗质量管理机构、医疗质量管理、手术与麻醉管理、医疗安全管理、医疗技术管理与培训、病历书写与病案管理、科室管理、护理质量管理、公卫院感相关制度与预案、门急诊管理、输血管理、急危重症抢救流程图集等十二个方面内容，涉及的相关制度流程如与我院原制度有冲突或不一致的，以该书为准。

由于整理编写时间仓促，这本《医疗质量管理体系汇编》难免涉及的范围和条款不全面、不准确，望在执行中，本着认真负责、实事求是、有利工作的态度，及时提出意见，便于日后修订或增补。

《医疗质量管理体系汇编》编委会

2018年1月



目 录

一、组织部分

医疗质量管理机构	1
1、医院质量与安全委员会组织架构图	3
2、医院质量管理委员会工作职责	4
3、医院质量管理委员会工作制度	4
4、关于印发《湖北科技学院附属第二医院质量管理综合考核办法》的通知	6
5、关于调整医学伦理管理委员会成员的通知	10
6、关于调整医疗质量与安全委员会的通知	12
7、临床科室医疗质控管理小组	13
8、医疗质量与安全委员会组织架构图	14
9、医疗质量与安全委员会工作职责	15
10、关于调整护理质量管理委员会的通知.....	16
11、护理质量管理委员会工作职责.....	17
12、护理质量管理委员会工作组成员及职责.....	17
13、关于调整医院感染管理委员会成员的通知.....	20
14、医院感染管理委员会职责.....	21
15、关于调整药事管理委员会和药物治疗委员会的通知.....	22
16、药事管理委员会与药物治疗委员会职责.....	23
17、关于调整临床输血管理委员会成员的通知.....	24
18、关于调整病案质量管理委员会的通知.....	25
19、病案质量管理委员会工作职责.....	26
20、关于成立医疗设备管理委员会的通知.....	27
21、医疗设备管理委员会工作职责.....	28
22、关于成立后勤物资采购与基建维修服务询价小组的通知.....	29

二、医疗部分

医疗质量管理	31
23、医疗质量管理办法.....	33
24、医院质量控制实施方案.....	40
25、医院质量管理流程.....	42



26、首诊负责制度	42
27、三级医师查房制度	43
28、会诊制度	44
29、急诊会诊制度	46
30、疑难、危重病例讨论制度	47
31、急危重症患者抢救制度	47
32、死亡病例讨论制度	48
33、交接班制度	49
34、住院患者身份识别、转接与登记制度	49
35、查对制度	51
36、医患沟通制度	52
37、住院时间超过 30 天的患者管理与评价制度	56
38、制定与更新临床诊疗指南与操作规范的规定	56
39、患者隐私保护制度	57
40、尊重民族风俗习惯和宗教信仰制度	57
41、医嘱制度	58
42、口头医嘱执行制度与流程	59
43、疑问医嘱澄清流程图	59
44、处方制度	60
45、抗菌药物分级管理制度	61
46、肠外营养疗法分级管理制度	62
47、病情报告制度	62
48、关于合理缩短术前平均住院日的相关规定	63
49、多学科联合会诊制度	63
50、多学科联合会诊申请表	64
51、多学科联合会诊流程图	65
52、审批处方权流程图	66
53、急诊会诊流程图	66
54、业务院长查房制度	67
手术与麻醉管理	69
55、手术分级管理制度	71
56、术前讨论制度	73
57、围手术期管理制度	74



58、手术审批制度	76
59、有创技术操作授权管理制度	76
60、重大疑难、致残手术报告审批制度与程序	77
61、“非计划再次手术”监测制度	78
62、非计划再次手术管理流程图	79
63、手术部位识别标示制度	80
64、术前准备管理制度	80
65、I类切口手术抗菌药物预防性使用管理制度	81
66、急诊手术管理规定	82
67、手术医师定期能力评价与再授权制度	83
68、手术人员技术档案及手术权限审批表	85
69、手术医师定期能力评价与再授权表	86
70、关于邀请院外教授会诊手术的管理规定	87
71、术后管理制度	89
72、术后镇痛治疗管理规范与程序	90
73、手术室标本管理制度及送检流程	92
74、复合伤病人首诊处理流程	93
75、手术后并发症风险防范制度	93
76、麻醉技术分级管理制度	94
77、麻醉医师能力评价与再授权制度	96
78、麻醉复苏室工作制度	98
79、手术风险评估制度	98
80、手术风险评估表	100
81、手术安全核查制度	101
82、手术安全核查表	102
医疗安全管理	103
83、临床科室医疗质量与安全控制小组工作制度	105
84、患者十大安全目标	105
85、医疗安全（不良）事件主动报告制度	105
86、医疗质量安全（不良）事件报告表	110
87、医疗质量安全事件审评制度	112
88、关于印发《湖北科技学院附属第二医院医疗纠纷 / 事故防范处理管理规定》的通知	113



89、医疗纠纷的处理制度与流程·····	119
90、医疗差错、事故登记报告处理制度·····	120
91、医疗质量保障制度·····	121
92、医疗风险差错、事故防范预案·····	121
93、医疗技术风险预警机制·····	123
94、重大医疗过失、医疗事故防范预案及应急处置预案·····	126
95、医疗事故或医疗争议应急处置预案·····	127
96、医疗争议和医疗事故处理预案·····	128
97、突发安全事件应急处置预案·····	131
98、医务人员履行患者参与医疗安全活动责任和义务的有关规定·····	132
99、患者参与医疗安全活动的规定·····	132
100、患者参与医疗安全的具体措施与流程·····	133
101、非医疗因素引起的意外伤害事件防范措施·····	135
102、放射医疗应急预案·····	135
103、医疗纠纷预警方案·····	137
104、患者病情评估制度·····	138
105、病情评估管理制度·····	139
106、重症患者分级查房及多科联合查房制度·····	140
107、临床“危急值”报告制度·····	142
108、“危急值”报告流程·····	144
109、“危急值”检查项目表与制定危急界限值·····	145
110、“危急值”报告登记表·····	148
111、临床科室“危急值”接收登记表·····	149
医疗技术管理与培训·····	151
112、新技术和新项目准入制度·····	153
113、医疗技术临床应用管理制度·····	153
114、新技术开展中的评估、中止及重新开展该技术的规定·····	155
115、关于外出参加学术会议的管理规定·····	155
116、实验性临床医疗管理制度·····	157
117、住院医师规范化培训管理制度·····	158
118、接受外院进修人员流程图·····	160
119、院外进修流程图·····	161
120、“三基三严”培训与考核管理制度·····	162



病历书写与病案管理	165
121、病历书写基本规范及管理制度	167
122、关于印发《病历书写基本规范》的通知	171
123、关于印发电子病历应用管理规范（试行）的通知	180
124、关于印发《中医病历书写基本规范》的通知	183
125、急诊留观记录书写基本规范	191
126、处方书写规范	192
127、申请单书写基本规范	193
128、湖北省门急诊病历质量考核评分标准	194
129、病历环节质量与终末质量督查制度	200
130、关于加强病历质量与病案管理的若干规定	200
131、关于印发《医疗机构病历管理规定（2013年版）》的通知	203
132、病案归档管理制度	207
133、病案借阅管理制度	207
134、病案库房保管制度	208
135、病案室信息保密利用制度	208
136、病案室工作制度	209
137、住院病历复印规定	209
138、病历复印流程图	210
139、病历归档入库、借阅流程图	211
科室管理	213
140、入院制度	215
141、转科、转院制度	216
142、转科、转院、留观服务流程	216
143、关键科室间患者转接流程	217
144、入院、出院流程	219
145、随访工作制度	221
146、特定患者随访制度	221
147、关于加强诊断证明书管理和规范使用的规定	222
148、晨会制度	223
149、转科交接登记制度	223
150、病人转运管理制度	224



151、外出会诊流程图 226

三、护理部分

护理相关制度 227

152、护理部工作制度 229

153、住院患者管理制度 229

154、病区环境管理制度 230

155、护士站、医护办公室管理制度 230

156、病历、实物紧急封存管理制度 231

157、探视、陪伴管理制度 231

158、分级护理制度 232

159、陪检陪送制度 233

160、门诊患者管理制度 234

161、病房预留床位管理制度 234

162、优质护理服务工作制度 235

163、患者身份识别护理制度 236

164、护理人员注册、执业准入制度 237

165、护理质量与安全管理委员会工作制度 238

166、住院患者请假外出管理制度 238

167、口头医嘱执行制度 239

168、病区药品一般管理制度 239

169、病区急救物品、器械管理制度 240

170、精神科病区安全管理制度 240

171、精神科分级护理制度 241

四、公卫院感部分

公卫、院感相关制度与预案 243

172、传染病信息报告管理制度 245

173、传染病疫情报告奖惩制度 246

174、对患有特定传染病的特定人群实行医疗救助制度及保障措施 247

175、传染病预检分诊制度及流程 248

176、控烟管理制度 249

177、健康教育管理制度 250



178、出生医学证明签发制度	251
179、医院突发公共卫生事件管理制度	252
180、突发公共卫生事件应急预案	253
181、医院感染管理制度	255
182、医院感染管理三级网络制度	257
183、医院感染委员会例会制度	258
184、医院感染质量管理及考核工作制度	258
185、医院感染管理培训制度	261
186、医院感染病例监测报告制度	261
187、医院感染暴发及医院感染突发事件的监测、报告、调查与控制制度	262
188、医院消毒灭菌及环境卫生学监测与质量改进制度	263
189、医院消毒隔离制度	265
190、手卫生制度	266
191、无菌技术的操作原则	268
192、医院消毒灭菌剂质量监督管理的规定	268
193、一次性使用无菌医疗用品的管理制度	269
194、医疗废物管理制度	269
195、医疗废物回收人员职责	271
196、医疗废物发生意外事故的应急预案	271
197、职业暴露的防护措施及登记报告处理制度	272
198、内窥镜消毒隔离制度	273
199、内镜清洗消毒管理工作制度	274
200、内镜室医护人员职业安全防护	276
201、口腔科消毒隔离制度	277
202、口腔诊疗器械清洗消毒管理工作制度	278
203、医院感染管理办法	280
204、医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则	286

五、门、急诊部分

门急诊管理	289
205、门诊部与医技科室协调工作制度	290
206、双向转诊制度与程序	291
207、门急诊急危重症患者处理应急预案	292



208、急诊抢救制度	293
209、急救绿色通道制度	294
210、急危重症患者优先处置制度流程	294
211、基层合作医疗机构建立急诊、急救转接服务制度	295
212、医技科室急诊工作制度	296
213、预约诊疗服务工作制度、规范及流程	297
214、电话、现场预约挂号流程图	298
215、门诊就诊流程图	299
216、急诊患者就诊流程	300
217、发热、腹泻、肝炎等感染性疾病病人就诊、入院流程图	301

六、输血部分

输血管理	303
218、临床用血审核制度	305
219、临床用血管理制度	305
220、临床输血过程的质量管理监控及效果评价制度	306
221、术中输血制度	308
222、临床输血反应报告、处理制度	308
223、临床抢救紧急用血应急预案	309
224、临床用血预警制度	311
225、临床输血医学文书管理制度	312
226、自体输血、围手术期血液保护管理制度	312
227、临床用血计划管理制度	313
228、输血标本采集与送检制度	314
229、输血核对制度	315
230、输血记录管理制度	315
231、输血后血袋回收登记处理制度	316

七、流程图

急危重症抢救流程图集	319
232、急危重病人抢救流程	321
233、急救通则 (Fist Aid)	322
234、休克抢救流程	323



235、过敏反应抢救流程	324
236、急性中毒诊疗抢救流程图	325
237、铅、苯、汞急性中毒诊疗流程图	326
238、急性药物中毒诊疗流程图	327
239、急性有机磷中毒抢救流程	328
240、急性左心功能衰竭抢救流程	329
241、成人无脉性心跳骤停抢救流程	330
242、儿童无脉性心跳骤停抢救流程	331
243、急性心肌梗死的抢救流程图	332
244、成人致命性快速心律失常抢救流程	333
245、高血压危象抢救流程	334
246、急性喉梗阻抢救流程	335
247、大咯血的紧急处理抢救流程	336
248、急性上消化道出血抢救流程	337
249、低血糖症抢救流程	338
250、抽搐急性发作期处理流程	339
251、全身性强直 - 阵挛性发作持续状态（癫痫持续状态）抢救流程	340
252、发热的诊断治疗流程	341
253、心动过缓急诊处理流程	342
254、急性昏迷诊断流程	343
255、急诊呼吸困难处理流程	344
256、高温中暑诊疗抢救流程图	345
257、淹溺院前抢救流程图	346
258、电击伤院前抢救流程图	347
259、批量伤员现场分拣步骤	348
260、严重创伤（多发伤、复合伤）急救程序	349
261、急诊外科急性腹痛诊断流程	350

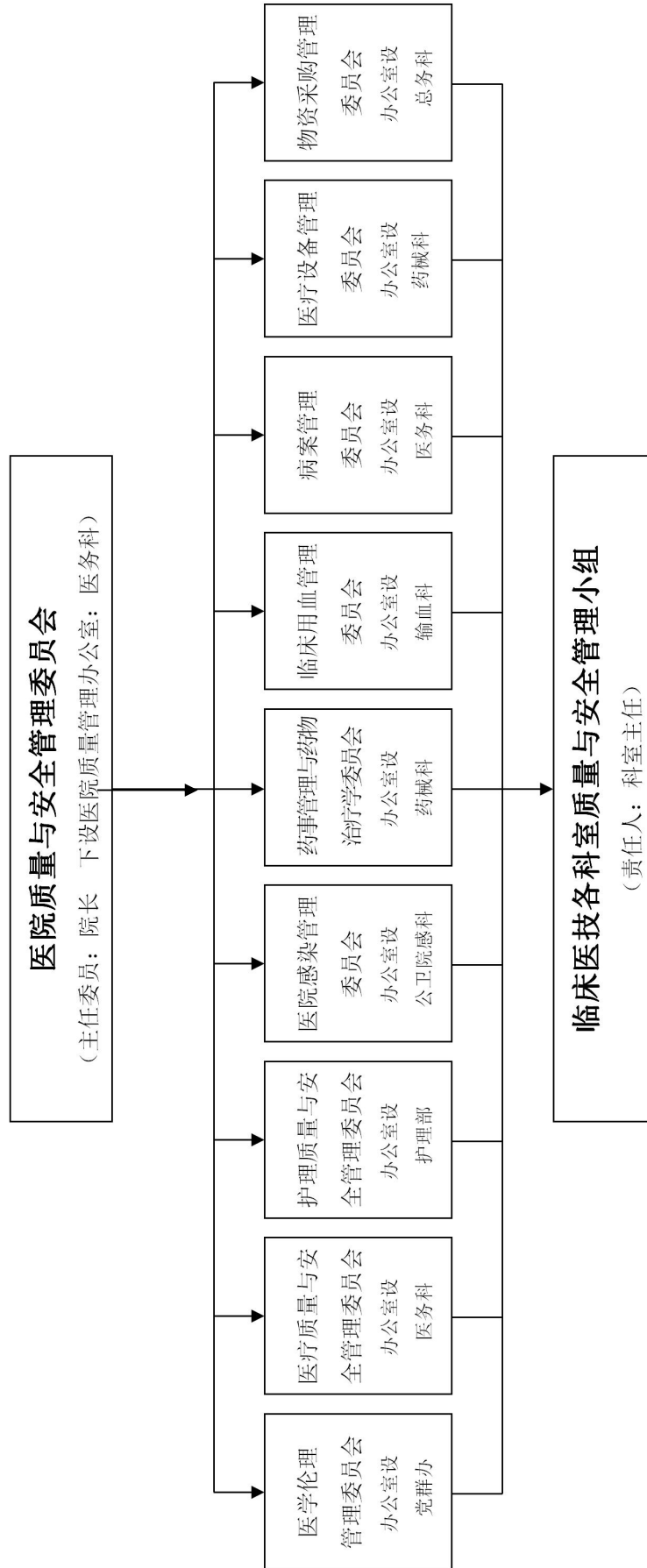


一、组织部分

医疗质量管理机构



医院质量与安全管理委员会组织架构图





医院质量管理委员会工作职责

- (一) 医院质量管理委员会在院长办公会领导下，负责医院质量管理工作。
- (二) 制定质量管理计划和实施办法，确定全面质量管理工作目标，督促、指导全院质量管理工作。
- (三) 研究布置医院全面质量管理工作，提出改进意见，指导推行标准化管理。
- (四) 组织开展质量检查和考核，提出奖惩意见。
- (五) 组织质量管理教育和质量管理骨干学习、培训。
- (六) 收集、整理、分析医院质量管理信息资料，及时向院长办公会报告。
- (七) 定期召开全体委员会会议，评价医疗质量，调查分析医疗缺陷的原因及性质，并提出改进措施。
- (八) 接受主任委员交办的有关事宜。

医院质量管理委员会工作制度

(一) 为贯彻落实《医疗质量管理办法》，医院医疗质量管理实行院、科两级负责制，医院设“医疗质量管理委员会”及“医疗质量检查小组”，业务科室成立以科主任、护士长为核心的“医疗质控小组”。

(二) 院医疗质量管理委员会办事机构设在质控办，具体工作由相关职能部门承担。医务科负责医疗质量管理，资料的汇集整理、考核评分及信息反馈工作；护理部负责护理质量管理，资料的汇集整理、考核评分及信息反馈工作；院感科负责院感质量管理，资料的汇集整理、考核评分及信息反馈工作；门诊办负责门诊质量管理，资料的汇集整理、考核评分及信息反馈工作；药剂科负责合理用药管理，资料的汇集整理、考核评分及信息反馈工作；输血科负责临床用血管理，资料的汇集整理、考核评分及信息反馈工作；党群办负责医德医风管理，资料的汇集整理、考核评分及信息反馈工作。

(三) 医疗质量管理委员会应根据医院发展规划研究、制定、修改、完善各科业务工作的质量标准，提高医疗质量，推动医院发展。

(四) 委员会应坚持原则，秉公办事，严格按照各项质量管理制度和质控评分标准，认真进行各项质量检查。

(五) 医疗质量检查小组进行质量考核及其评分，按我院制定的综合考核实施细则执行：

(六) 医疗质量检查每月 1 次，检查过程中发现的问题应详细记录，认真分析研究，并如实向科室反馈，必要时发出整改通知，限期改进。



(七) 委员会制定医疗纠纷(事故)防范措施,并督促落实。

(八) 委员会在医疗纠纷(事故)发生后,立即启动“医疗纠纷(事故)处理方案”,要求当事医务人员及科室按医疗不良事件报告制度及时上报,并组织人员现场进行调查及封存相关实物、病历资料。

(九) 委员会依据医疗事故技术鉴定结论,对发生医疗事故的责任科室、责任人及相关人员进行经济、行政处罚。

(十) 每年召开1—2次医疗质量扩大(科主任、护士长)会议,将医疗质量检查的情况及医疗纠纷(事故)的处理情况进行分析、总结和通报,保障医疗质量持续改进。



湖科附二 [2017]20 号
关于印发《湖北科技学院附属第二医院质量管理综合考核办法》的通知

各科室：

现将《湖北科技学院附属第二医院质量管理综合考核办法》印发给你们，请认真组织实施。

二〇一七年四月十二日

主题词： 医疗质量 管理委员会 调整

抄 报： 湖北科技学院

湖北科技学院附属第二医院办公室

二〇一七年四月十二日印发

共印 40 份



湖北科技学院附属第二医院质量管理综合考核办法

为了不断提高医技水平，改善服务态度，持续改进医疗质量，进一步规范管理，落实院科二级质量管理责任制，根据《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》，制定本办法。

（一）管理机构与职责

1、领导小组

组 长：黎群武

副组长：刘祖松 余开湖 陈克全 余后火 梅武轩

成 员（按姓氏拼音字母排名）：

蔡慧兰 邓卫东 樊学文 甘亚萍 洪 丽 胡 荣
孔祥槐 黎练军 李 忻 柳治国 龙洪清 吕红明
毛开新 彭圣威 钱定军 阮 英 涂亚莉 王兵华
吴甘霖 谢模英 徐 魁 徐良雄 杨万云 余红光
余静萍 余琼华 余小平 乐治文 曾德志 赵正据
周卫东 周益辉

质量管理综合考核领导小组下设办公室，办公室设在医务科，办公室主任：洪丽（兼），负责领导小组日常运行工作，召集各工作组制订考核标准，组织考核，整理分析汇报考核情况，形成考核结果。

领导办公室成员：

黎练军 余静萍 洪 丽 涂亚莉 周卫东 余红光 邓卫东
周天龙 王天龙

2、考核办公室设立七个工作组：

医德医风组：党群办

负责考评科室工作人员医德医风，查处违纪违规行为，处理相关投诉，收集患者意见，进行满意度调查。

医务组：医务科 精卫办 门诊办

负责考核医疗相关法规、制度落实，合理规范诊疗，医疗文书质量，医疗安全水平，以及科室人员培训学习情况。

护理组：护理部

负责考核护理相关法规，制度落实，合理规范护理，护理文书质量，护理安全水平以及科室人员培训学习情况。

院感组：院感办

负责考核院感相关法规、制度落实，规范消毒灭菌操作，医疗废物处置，职业防护情况。



合理用药组：药械科

负责考核特殊药品管理、合理用药落实，各类设备、试剂耗材管理，以及科室人员培训学习情况。

输血质量组：输血科

负责考核临床用血的合理性，用血相关的告知及审核制度落实，成分血使用比例。

协调组：医院办公室

负责协调考核工作，负责考核相关工作医院文件发布。

（二）考核方法与标准

1、考核流程：各工作组根据考核标准组织人员，每月对临床业务科室进行一次考核，每月初考核上个月的工作情况，并与平时不定期检查及院长查房等情况相结合得出结果，根据考核分值换算后，每月 10 号前将工作组负责人签字的考核成绩交领导办公室汇总，再经质量管理综合考核领导小组组长审核签字后于每月 15 号前报人事科。各工作组每个季度发一次考核情况及整改意见通报。

2、考核标准：见考核细则，另文发布。

3、考核对象：分为临床科室和医技科室。

临床类科室：外科、妇产科、五官科、麻醉科、内科、儿科、中医康复科、急诊科、精神科男病区、精神科女病区、心理科、老年病区 / 福利病区。

医技类科室：放射科、检验输血科、药剂科、超声科、机能科、病理科。

（三）考核分值分配情况

1、临床科室各工作组分值分配：

医疗质量及医疗核心制度落实情况考核，占综合考核成绩 30 分，由医务科按《医疗质量管理评价实施细则》评分；精卫办参加精神科考核。

门诊医疗质量考核占综合考核成绩 5 分，由门诊部按有关标准考核评分。

护理质量考核占综合考核成绩 20 分，由护理部按有关标准考核评分。

医德医风考核占综合考核成绩 10 分，由院医德医风办公室按有关规定考核评分。

院内感染控制考核占综合考核成绩 20 分，由院感科按有关规定考核评分。

合理用药考核占综合考核成绩 10 分，由药械科按有关规定考核评分。

输血质量考核占综合考核成绩 5 分，由输血科按有关规定考核评分。

2、医技类科室各工作组分值分配：

医疗质量考核占综合考核成绩 30 分，由医务科按《医疗质量管理评价实施细则》考核评分。

门诊医疗质量考核占综合考核成绩 10 分，由门诊部按有关标准考核评分。

医德医风考核占综合考核成绩 20 分，由院医德医风办公室按有关规定考核评分。

设备及耗材管理考核占综合考核成绩 10 分，由药械科按有关规定考核评分。

院内感染控制考核占综合考核成绩 30 分，由院感办按有关规定考核评分。



（四）有赔偿的医疗纠纷与科室绩效考核关联

发生医疗纠纷产生的赔偿，直接与科室绩效分配挂钩，对责任科室和责任人的处罚具体方案见《湖北科技学院附属第二医院医疗纠纷 / 事故防范处理管理规定》。



湖科附二 [2017]92 号

关于调整医学伦理管理委员会成员的通知

各科室：

随着医学的发展，越来越多的医学技术项目涉及到医学伦理问题，为规范医院医疗技术的医学伦理管理，因人员变动，现将我院医学伦理管理委员会成员调整如下：

主任委员：黎群武

副主任委员：刘祖松 余开湖 陈克全 余后火 梅武轩 查文良

委员：（按姓氏拼音字母排名）

蔡惠兰	曹文韬	邓卫东	樊学文	甘亚萍	洪丽	胡荣
黄忠	孔祥槐	李忻	柳治国	黎练军	龙洪清	吕红明
毛开新	彭圣威	阮英	涂亚莉	王兵华	吴甘霖	谢模英
徐魁	徐良雄	余红光	余静萍	余琼华	余小平	乐治文
曾德志	赵正据	周卫东	周益辉			

医学伦理管理委员会下设办公室，办公室设在党群办，黎练军同志兼任办公室主任。

主题词：医学伦理 管理委员会 调整

抄 报：湖北科技学院

湖北科技学院附属第二医院办公室

二〇一七年十二月十八日印发

共印 40 份



医学伦理管理委员会工作职责

（一）医院伦理委员会在医院党政班子的领导下，全面负责本院的医学伦理工作。

（二）维护患者及医务工作者的权益，论证本院的医学伦理及生命伦理问题，开展生命伦理学普及教育活动，对涉及人体或人体标本的项目进行伦理审查和批准，并提供咨询服务。

（三）评价、论证本院开展的涉及人体试验的科学研究课题的伦理依据，贯彻知情同意原则，审查知情同意文件，对研究课题提出伦理决策的指导性建议。

（四）讨论、论证本院临床实践中遇到的生命伦理难题，提出伦理咨询意见；接受医务人员或病人（包括病人亲属）的咨询与请求。

（五）对本院已经实施或即将引进的医学创新技术；对已经开展或即将开展的重大医疗技术等，进行生命伦理的讨论、论证。

（六）伦理委员会成员应接受有关生命伦理学和卫生法的教育和培训，以不断提升委员的素质和能力。



湖科附二 [2016]93 号

关于调整医疗质量与安全管理委员会的通知

各科室：

为了持续提高医疗质量，保障医疗安全，进一步健全院科二级管理，现将湖北科技学院附二医院医疗质量管理委员会组成人员进行调整，具体组成成员如下：

主任委员：黎群武

副主任委员：刘祖松 余开湖 陈克全 余后火 梅武轩 查文良

委员：（按姓氏拼音字母排名）

蔡惠兰	曹文韬	邓卫东	樊学文	甘亚萍	洪 丽	胡 荣
黄 忠	孔祥槐	李 忻	柳治国	黎练军	龙洪清	吕红明
毛开新	彭圣威	阮 英	涂亚莉	王兵华	吴甘霖	谢模英
徐 魁	徐良雄	杨万云	余红光	余静萍	余琼华	余小平
乐治文	曾德志	赵正据	周卫东	周益辉		

下设医疗质量控制办公室

办 公 室 主 任：洪 丽

医院医疗质量质控员：曹文韬

附：湖北科技学院附属第二医院临床科室医疗质控管理小组

主题词： 医疗质量 管理委员会 调整

抄 报： 湖北科技学院

湖北科技学院附属第二医院办公室

二〇一六年十二月二十日印发

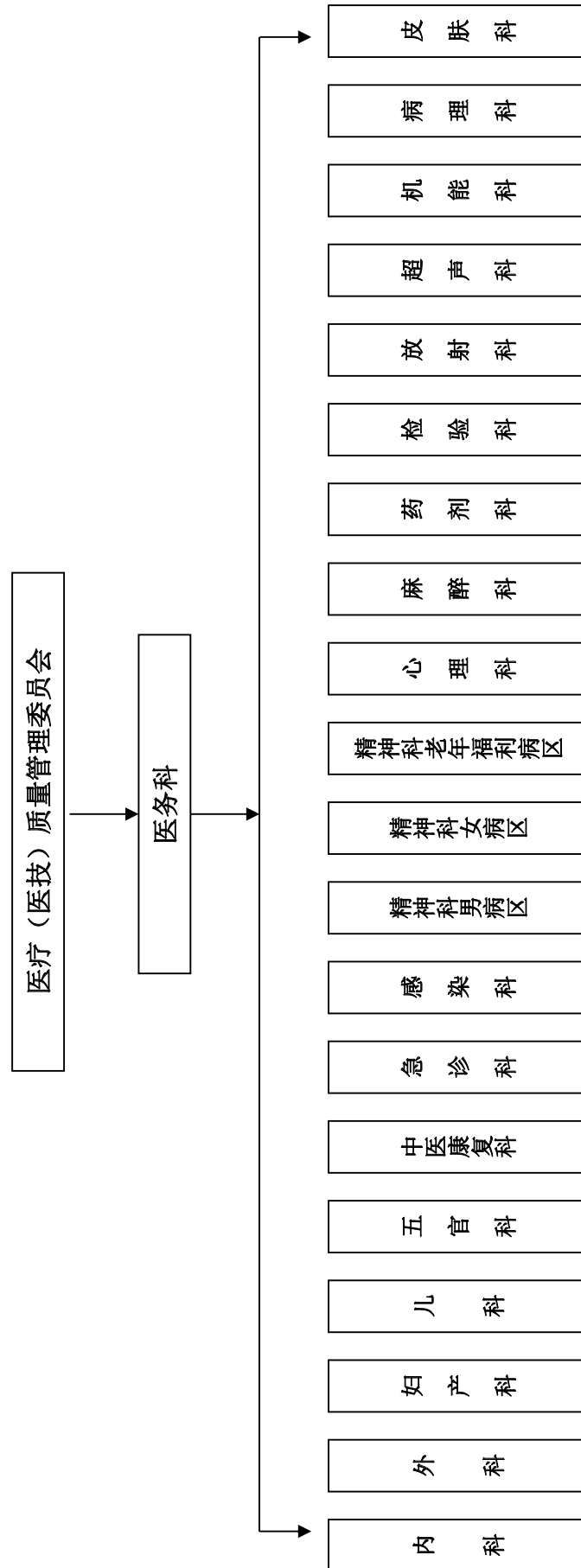


临床科室医疗质控管理小组

	科 室	组 长	质控员	
综 合 科 室	内 科	彭圣威	徐 魁	李 梅
	外 科	赵正据	程 建	沈晓玲
	妇产科	蔡慧兰	廖 丹	李永红
	儿 科	毛开新	周 红	唐春花
	五官科	孔祥槐	吴 峰	李瑞华
	急诊科	徐 魁	王 媛	
	中医康复科	胡 荣	余六平	徐 燕
	感染科	余琼华	黄铁军	朱建平
	麻醉科	肖德琴	刘 雯	刘湘燕
精 神 科	精神科男病区	王兵华	华曙光	饶俊华
	精神科女病区	曾德志	廖飞文	陈红梅
	精神科老年、福利病区	周益辉	肖劲光	魏 枫
	心理科	程 平	徐良雄	严芙蓉
医 技 科 室	超声科	李 忻	谷 菲	
	机能科	余小平	高 霞	
	检验科	周天龙	黄其志	黎 荣
	药剂科	余红光	唐 鹏	陈小明
	放射科	乐治文	汪素函	李宜生
	病理科	甘亚萍	杨 梅	



医疗质量与安全管理制度汇编





医疗质量与安全管理委员会工作职责

- (一) 负责全院医疗质量与安全工作的管理、监督、考核。
- (二) 负责全院医疗质量管理年度计划和总结工作，定期召开全院医疗工作会议。
- (三) 负责制定和完善全院医疗质量管理制度、持续改进方案；对各项医疗质量标准、各种医疗文件的书写进行规范；负责制定或更新医院各种临床诊疗指南和技术操作规范，并督促执行。
- (四) 审议医务科制定的有关医疗质量管理具体实施措施。对全院医疗工作中的安全隐患提出指导性的改进要求。
- (五) 负责依法执业管理；负责医院新技术和人员准入管理及手术分级管理、麻醉分级管理、抗生素使用分级管理。
- (六) 负责讨论、决定全院医疗工作中的差错、过失和事故等事件的院内处理意见。
- (七) 负责宣传贯彻质量方针、质量目标、质量管理的有关知识；开展对全院医务人员的质量意识、安全意识和医疗法律法规教育，并检查其执行、落实情况。
- (八) 定期组织相关人员对全院的医疗质量进行监督、检查、评价，并提出整改意见。按医疗质量标准规范医疗环节，使质量水平不断提高。
- (九) 负责编辑和内部发行每季度一期的《医疗工作简报》。



湖科附二 [2017]31 号

关于调整护理质量管理委员会的通知

各科室：

为进一步加强我院护理质量管理，规范护理行为，保障护理安全，现将我院护理质量管理委员会成员进行调整，并对相关职责重新修订，成员名单和相关职责如下：

主任：陈克全

副主任：涂亚莉

成员：黄晓青 王萍 李梅 沈晓玲 李永红 徐燕 阮翠兰
饶俊华 程文涛 陈红梅 严芙蓉 吴洁 唐春花 王媛
魏枫

委员会下设办公室，办公地点设在护理部，办公室主任：涂亚莉（兼），委员会设置六个工作组。（附后）

二〇一七年五月十日

主题词：护理质量 管理委员会 调整

抄 报：湖北科技学院

湖北科技学院附属第二医院办公室

二〇一七年五月十日印发

共印 40 份



护理质量管理委员会工作职责

(一) 负责组织制定、修订和完善医院护理质量管理方案和护理质量持续改进方案、各项质量检查标准和质量考核评价标准，建立质量可追溯机制。

(二) 负责组织制订并强化质量管理医院、职能部门、科室、个人各环节质量职责，推行护理质量责任制和责任追究制，提升质量管理意识和管理水平。

(三) 负责组织完善适用于医院的疾病护理常规和护理技术操作规程。

(四) 负责组织制订护理学习工作计划并督促落实，开展“三基”“三严”培训，提高护理人员理论和技术操作水平。

(五) 负责组织对临床科室护理质量管理的执行情况实行不定时检查和定期考核，量化考核结果，对检查和考核结果及时分析原因、评价结果、反馈意见，提出改进措施，落实整改结果，做好相关记录。

(六) 定期召开质量管理成员会议，通报护理质量与安全管理工作计划、工作进展情况、考核结果及分析情况、持续改进措施，并将工作情况上报医院医疗质量管理委员会。

(七) 负责组织建设护理安全监管平台，对全院护理安全实施监控，对护理不良事件、护理缺陷进行分析定性，及时提出护理工作存在的不足和加强管理的意见。

护理质量管理委员会工作组成员及职责

(一) 基础护理质量管理组

成 员：李永红 陈红梅 王小洁 王 溪

职 责：

1、负责检查临床科室是否落实分级护理制度、病区环境管理制度；责任制护理落实情况；健康教育、安全宣教落实情况；各种管道护理、安全用药护理落实情况；标本采集、陪送检新入院患者的护理；晨晚间护理、卧床护理、饮食护理、排泄护理的落实情况；护理计划的合理性与落实情况；出院患者健康教育与随访落实情况；抽查护理人员理论、技能情况等。

2、负责每月对基础护理质量进行一次全面的检查，并根据平时抽查及检查的结果，针对上月的问题突出重点。

3、负责对检查中存在的问题、薄弱环节进行汇总、分析，将检查结果反馈到科室护理质量管理小组，并提出整改意见，同时上报护理部，跟踪整改结果。

(二) 危重患者护理质量管理组

成 员：李 梅 沈晓玲 王 琦 唐玉梅

职 责：



1、负责检查临床科室是否落实危重患者抢救制度、危重（疑难）病人管理制度、护理会诊制度、病区急救药械管理制度等；是否有重危病人护理常规及技术规范、工作流程及应急预案、风险评估及安全防范措施等资料；是否严格按照规定和医嘱落实相关护理计划及措施；是否严格按照规定和医嘱落实围手术期、输血病人的护理常规、评估制定、操作规范及相关处理流程；是否落实压疮、管道等相关安全防护措施；相关操作是否落实护理告知及沟通；相关记录是否规范；抽查护理人员对抢救制度、程序的熟练程度等。

2、负责每月对危重病人护理质量进行一次全面的检查，并根据抽查及检查的结果，针对上月的问题突出重点复查。

3、负责对检查中存在的问题、薄弱环节进行汇总、分析，将检查结果反馈到科室护理质量管理小组，并提出整改意见，同时上报护理部，跟踪整改结果。

（三）病区综合管理质量检查组

成员：王萍 徐燕 吴洁 张红梅

职责：

1、负责检查各病区病房环境和服务质量；病区是否落实责任制护理措施及护士层级管理；病区是否有相关护理常规、操作规范及学习、落实措施；治疗室、抢救室药（物）存放是否正确、规范；病房环境、设施是否整洁、安全、合理；各种标识是否明确、规范；核心制度、管理规定落实、学习情况；病区人员工作作风、精神风貌等。

2、负责每月对病区综合管理质量进行一次全面的检查，并根据抽查及检查的结果，针对上月的问题突出重点复查。

3、负责对检查中存在的问题、薄弱环节进行汇总、分析，将检查结果反馈到科室护理质量管理小组，并提出整改意见，同时上报护理部，跟踪整改结果。

（四）护理文书质量管理组

成员：严芙蓉 唐春花 吴珊 黄娟

职责：

1、负责检查临床科室是否按《护理文书管理制度》、《护理文书书写规范及要求》落实护士交班报告、体温单、医嘱单、护理评估单、护理计划单、护理记录单的书写质量；是否严格落实手术清点单、手术安全检查单各项记录；各项记录的内容、时间、签名是否真实、准确、规范；危重病人是否及时、准确制订相关护理计划、护理措施，并根据病情变化调整；是否按时落实病案终末归档质控。

2、负责每月对护理文书质量进行一次全面的检查，并根据抽查及检查的结果，针对上月的问题突出重点复查。

3、负责对检查中存在的问题、薄弱环节进行汇总、分析，将检查结果反馈到科室护理质量管理小组，并提出整改意见，同时上报护理部，跟踪整改结果。

（五）护理安全质量管理组

成员：黄晓青 王媛 程文涛 魏枫



职 责：

1、负责检查临床科室护理质量与安全管理相关工作。检查是否落实住院病人唯一身份识别管理及识别措施；是否制定和落实重点环节病人的安全管理、应急管理预案；是否落实手术安全核查、风险评估、正确操作等措施；是否落实安全给药措施、护理不良事件登记报告制度、医嘱执行制度及流程、各种药品管理（存放、交接、登记）规定；是否有压疮、跌倒等风险评估、报告流程、防范措施；是否按医院感染控制相关规定落实消毒隔离、手卫生等工作；是否落实危急值接获登记、报告制度；是否落实病人实施相关护理操作的知情同意；病房各种设施及消防是否安全及处于应急状态。

2、负责每月对护理安全质量进行一次全面的检查，并根据抽查及检查的结果，针对上月的问题突出重点复查。

3、负责对检查中存在的问题、薄弱环节进行汇总、分析，将检查结果反馈到科室护理质量管理小组，并提出整改意见，同时上报护理部，跟踪整改结果。

（六）特殊科室护理质量管理组

成 员：阮翠兰 贺朝英 邓 敏 程江丽

职 责：

1、负责检查手术室护理质量，手术室护理人员资质、配置是否符合规定，布局、分区是否合理、明确；是否落实手术护士岗位职责、操作常规、手术物品清点、安全用药、标本管理、耗材管理等制度；是否实施手术病人“三方安全核查”、转运交接流程、风险评估、应急预案等；是否严格执行手术室消毒灭菌、物品存放等规定；是否落实相关制度、业务的学习，各项记录是否完整、正确。

2、负责检查急诊科、门诊输液室护理质量，急诊科护理人员资质、配置是否符合规定，布局、设施设备是否符合急诊要求；是否有相关安全管理制度、抢救流程、护理常规、突发事件应急预案及流程、危重病人转诊转运管理制度等；是否落实绿色通道管理、留观病人管理工作；抢救药、物储备和管理是否规范；输液室空间、环境是否符合敞亮清洁；严格执行消毒隔离管理工作；是否落实相关制度、业务的学习，各项记录是否完整、正确。

3、负责检查消毒供应室护理质量，消毒供应室护理人员资质、配置是否符合规定，布局、分区是否合理、明确；是否落实供应室各项规章制度、岗位职责，操作流程；消毒灭菌物品收送是否及时；清洗、消毒、灭菌、存放、转运是否按流程操作；设备维护、检测是否规范；是否落实相关制度、业务的学习，各项记录是否完整、正确。

4、负责每月对护理安全质量进行一次全面的检查，并根据抽查及检查的结果，针对上月的问题突出重点复查。

5、负责对检查中存在的问题、薄弱环节进行汇总、分析，将检查结果反馈到科室护理质量管理小组，并提出整改意见，同时上报护理部，跟踪整改结果。



湖科附二 [2017]88 号

关于调整医院感染管理委员会成员的通知

各科室：

由于医院人事变动，为了使我院医院感染管理工作有条不紊地进行，现将医院感染管理委员会成员进行调整，名单通知如下：

主任委员：黎群武

副主任委员：刘祖松 余开湖 陈克全 余后火 梅武轩 查文良

委员：（以姓名拼写首字母为顺序）

蔡惠兰 邓卫东 洪 丽 黄晓青 胡 荣 孔祥槐 李 忻 刘湘燕

刘世杰 毛开新 彭圣威 阮 英 阮翠兰 涂亚丽 王兵华 王天龙

徐 魁 徐良雄 肖德琴 余琼华 余红光 乐治文 余小平 余静萍

易世国 周卫东 赵正据 周天龙 周益辉 曾德志

委员会下设办公室，办公室设在公卫办，周卫东同志兼任办公室主任。

二〇一七年十二月十八日

主题词：医院感染 管理委员会 调整

抄 报： 湖北科技学院

湖北科技学院附属第二医院办公室

二〇一七年十二月十八日印发

共印 40 份



医院感染管理委员会职责

(一) 认真贯彻医院感染管理方面的法律法规及技术规范、标准，制定本医院预防和控制医院感染的规章制度、医院感染诊断标准并监督实施。

(二) 根据预防医院感染和卫生学要求，对本医院的建筑设计、重点科室建设的基本标准、基本设施和工作流程进行审查并提出意见。

(三) 研究并确定本医院的医院感染管理工作计划，并对计划的实施进行考核和评价。

(四) 研究并确定本医院的医院感染重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施，明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任。

(五) 研究并制定本医院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性疾病或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案。

(六) 建立会议制度，定期研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题。

(七) 根据本医院病原体特点和耐药现状，配合药事管理委员会提出合理使用抗菌药物的指导意见。

(八) 其他有关医院感染管理的重要事宜。



湖科附二 [2016]83 号

关于调整药事管理委员会和药物治疗委员会的通知

各科室：

为进一步贯彻执行《中华人民共和国药品管理法》及《医疗机构药事管理条例》的规定，加强我院基本药物的评定，保证临床用药的安全、有效、合理和经济，提高药物治疗水平，现调整药事管理委员会和药物治疗委员会成员组成。调整后人员名单如下：

主任委员：黎群武

副主任委员：刘祖松 余英宏 余开湖 陈克全 余后火 梅武轩

委员：（按姓氏笔画排序）

孔祥槐 毛开新 毛时斌 毛春华 王斌华 邓卫东 余红光 余琼华
周 红 周卫东 周益辉 涂亚莉 洪 丽 柳治国 赵正据 唐 鹏
徐 魁 徐良雄 彭圣威 曾德志 程 平 谢模英 蔡慧兰 樊学文
黎练军

委员会下设办公室，办公地点设在药械科。

二〇一六年十一月三十日

主题词：药事 管理委员会 调整

抄 报：湖北科技学院

湖北科技学院附属第二医院办公室

共印 40 份



药事管理委员会与药物治疗委员会职责

(一) 监督、检查医院贯彻执行国家有关药事管理法律、法规和卫生行政部门药事工作的规定。

(二) 负责制定医院药物临床应用指导原则、管理办法或实施细则，并督导实施。

(三) 根据国家《基本用药目录》，检查审定各科用药计划，制订调整本院“基本用药目录”和处方手册，定期审定需要增加或淘汰的药品品种。

(四) 审核各种申请购入新药和新制剂，并按有关规定报上级备案或批准。

(五) 审查药品采购计划及实际执行情况，决定特殊紧缺药品分配使用方案。

(六) 定期组织检查各科药品使用、管理情况及自配制剂的质量。

(七) 指导监督临床各科合理用药，分析药物不良反应，研究防止用药事故和药源性疾病的措施，确保安全有效用药。

(八) 督查毒、麻、精神及放射性等特殊管理药品的临床使用与规范化管理情况，及时研究存在的问题与隐患，提出改进与完善管理意见。



湖科附二 [2017]91 号

关于调整临床输血管理委员会成员的通知

各科室：

为加强临床科学合理用血，保障临床用血安全和医疗质量，根据我院人员变动情况，经院长办公会研究，决定对医院临床用血管理委员会成员进行调整，具体组成人员名单如下：

主任委员：查文良

副主任委员：周天龙

成 员：洪 丽 涂亚莉 赵正据 徐 魁

廖 丹 肖德琴 毛开新 余琼华

王兵华 曾德志 周益辉 程 平

委员会下设办公室，周天龙同志兼任办公室主任。

二〇一七年十二月十八日

主题词：调整 输血 管理委员会

湖北科技学院附属第二医院办公室

二〇一七年十二月十八日印发

共印 40 份



湖科附二 [2016]95 号

关于调整病案质量管理委员会的通知

各科室：

由于医院人事变动，现将附二医院病案质量管理委员会组成人员进行调整，具体组成成员如下：

主任委员：陈克全

副主任委员：洪 丽 涂亚莉

委 员：（按姓氏拼音字母排名）

蔡惠兰 曹文韬 邓卫东 甘亚萍 胡 荣 孔祥槐 李 忻 柳治国

龙洪清 吕红明 毛开新 彭圣威 阮 英 王兵华 王 萍 吴甘霖

谢模英 徐 魁 徐良雄 杨万云 余琼华 余小平 乐治文 曾德志

赵正据 周益辉

医院病案质量质控员：刘先凌

二〇一六年十二月二十日

主题词：病案质量 管理委员会 调整

抄 报： 湖北科技学院

湖北科技学院附属第二医院办公室

二〇一六年十二月二十日

共印 40 份



病案质量管理委员会工作职责

- (一) 在主管院长的领导下，全面负责医院门诊、住院病案质量的管理工作。
- (二) 监督执行有关病案管理的各项规章制度。
- (三) 制定本院病案管理的具体措施，并提出改进意见。
- (四) 组织定期或不定期检查，评比各科病案质量。
- (五) 讨论和确定疾病诊断和手术名称的统一命名。督促检查病案 ICD-10 编码。
- (六) 在临床医师和病案管理人员之间发挥桥梁作用，促进病案质量和管理质量的不断提高。
- (七) 定期对病案管理工作进行督促、检查和指导，征询各医疗业务部门对病案管理工作的意见和建议，听取病案室关于病案书写质量、病案管理及利用情况的汇报。
- (八) 发生重大问题应及时召开会议。



湖科附二 [2017]64 号

关于成立医疗设备管理委员会的通知

各科室：

为加强我院医疗设备使用安全，保障医疗质量，根据国家有关法律法规和上级相关文件精神，经院党政联席会议研究决定，成立医疗设备管理委员会，负责医疗设备临床使用安全管理工作，成员如下：

主任：黎群武

副主任：刘祖松 余英宏 余开湖 陈克全 余后火 梅武轩 查文良

委员：（按姓氏笔画排序）

孔祥槐 王兵华 王 媛 乐治文 毛开新 毛春华 李 梅 李永红
李 忻 余红光 余小平 刘湘燕 吴 洁 吴 芳 肖德琴 杨万云
陈红梅 沈晓玲 严芙蓉 周卫东 周益辉 胡 荣 洪 丽 赵正据
饶俊华 涂亚丽 徐良雄 徐 燕 唐 鹏 唐春花 彭圣威 蔡慧兰
曾德志 谢模英 魏 枫

委员会下设办公室，办公室设在药械科。

二〇一七年八月二十三日

主题词：医疗设备 管理委员会 调整

抄 报： 湖北科技学院

湖北科技学院附属第二医院办公室

二〇一七年八月二十三日

共印 40 份



医疗设备管理委员会工作职责

(一) 负责医疗器械产品质量、使用人员、技术规范、操作流程、设施环境等的安全管理。

(二) 建立医疗器械供方资质审核及评估制度, 审验生产厂家《医疗器械生产许可证》、《医疗器械注册许可证》和供货商的经营资格。

(三) 妥善保存高风险医疗器械购入时的包装标识、标签、说明书、合格证明等原始资料。

(四) 严格执行《医院感染管理办法》等有关规定, 防止医疗器械临床使用中的医院感染, 配合医院感染管理部门做好管控工作。

(五) 做好在用医疗器械预防性维护、检测与校准、临床应用效果等信息进行分析与风险评估, 保证在用医疗器械处于完好与待用状态、保障所获临床信息的质量和安全。对临床工程技术支持与保障的过程、结果进行记录并存入医疗器械信息档案。

(六) 负责有医疗器械临床使用安全事件的日常管理制度, 落实专人负责, 做好应对医疗器械临床使用安全事件的思想、组织和物资等方面的准备, 对安全事件做出快速反应, 果断处置。发生医疗器械安全事件时, 上报上级主管部门, 积极协助主管部门组织调查、分析、评估和追踪, 采取必要的安全控制措施。

(七) 组织开展新产品、新技术应用前规范化培训; 开展医疗器械临床使用过程中的质量控制、操作规程等相关培训并建立培训档案。

(八) 建立完整的一次性使用无菌器械登记追溯系统, 做好一次性使用无菌器械采购登记记录: 产品名称、型号/规格、产品数量、生产批号、灭菌批号、产品有效期、注册证号、生产企业名称、经营企业名称、条形码等。

(九) 定期请具有资质的国家法定机构、第三方机构、生产厂家做检测/校准并出具具有法律效力的医疗器械检测结果报告, 并做好档案登记和凭证保存工作。



湖科附二 [2017]93 号

关于成立后勤物资采购与基建维修服务询价小组的通知

各科室：

为了进一步规范后勤物资采购与基建维修服务工作，本着公正、公平、公开的原则遴选服务对象，以合理的价格、优质的服务，赢得医院需要采购的物资，完成好基建维修服务事项。经医院党政联席会议讨论，决定成立医院后勤物资采购与基建维修服务询价小组，对未达到招标金额的后勤物资采购与基建维修服务项目，将由询价小组集体现场询价确定。现将成员名单通知如下：

组 长：黎群武

副组长：余后火

成 员：王天龙 毛时斌 钱定军 黄 忠 葛 松

二〇一七年十二月十八日

主题词：成立 物资采购 维修服务 询价小组

湖北科技学院附属第二医院办公室

二〇一七年十二月十八日印发

共印 40 份



二、医疗部分

医疗质量管理



医疗质量管理办法

中华人民共和国卫生和计划生育委员会第 10 号令

《医疗质量管理办法》已于 2016 年 7 月 26 日经国家卫生计生委主任会议讨论通过，现予公布，自 2016 年 11 月 1 日起施行。

主任：李斌

2016 年 9 月 25 日

医疗质量管理办法

第一章 总则

第一条 为加强医疗质量管理，规范医疗服务行为，保障医疗安全，根据有关法律法规，制定本办法。

第二条 本办法适用于各级卫生计生行政部门以及各级各类医疗机构医疗质量管理工作。

第三条 国家卫生计生委负责全国医疗机构医疗质量管理工作。

县级以上地方卫生计生行政部门负责本行政区域内医疗机构医疗质量管理工作。

国家中医药管理局和军队卫生主管部门分别在职责范围内负责中医和军队医疗机构医疗质量管理工作。

第四条 医疗质量管理是医疗管理的核心，各级各类医疗机构是医疗质量管理的第一责任主体，应当全面加强医疗质量管理，持续改进医疗质量，保障医疗安全。

第五条 医疗质量管理应当充分发挥卫生行业组织的作用，各级卫生计生行政部门应当为卫生行业组织参与医疗质量管理创造条件。

第二章 组织机构和职责

第六条 国家卫生计生委负责组织或者委托专业机构、行业组织（以下称专业机构）制订医疗质量管理相关制度、规范、标准和指南，指导地方各级卫生计生行政部门和医疗机构开展医疗质量管理与控制工作。省级卫生计生行政部门可以根据本地区实际，制订行政区域医疗质量管理相关制度、规范和具体实施方案。

县级以上地方卫生计生行政部门在职责范围内负责监督、指导医疗机构落实医疗质量管理有关规章制度。



第七条 国家卫生计生委建立国家医疗质量管理与控制体系，完善医疗质量控制与持续改进的制度和工作机制。

各级卫生计生行政部门组建或者指定各级、各专业医疗质量控制组织（以下称质控组织）落实医疗质量管理与控制的有关工作要求。

第八条 国家级各专业质控组织在国家卫生计生委指导下，负责制订全国统一的质控指标、标准和质量管理要求，收集、分析医疗质量数据，定期发布质控信息。

省级和有条件的地市级卫生计生行政部门组建相应级别、专业的质控组织，开展医疗质量管理与控制工作。

第九条 医疗机构医疗质量管理实行院、科两级责任制。

医疗机构主要负责人是本机构医疗质量管理的第一责任人；临床科室以及药学、护理、医技等部门（以下称业务科室）主要负责人是本科室医疗质量管理的第一责任人。

第十条 医疗机构应当成立医疗质量管理专门部门，负责本机构的医疗质量管理工作。

二级以上的医院、妇幼保健院以及专科疾病防治机构（以下称二级以上医院）应当设立医疗质量管理委员会。医疗质量管理委员会主任由医疗机构主要负责人担任，委员由医疗管理、质量控制、护理、医院感染管理、医学工程、信息、后勤等相关职能部门负责人以及相关临床、药学、医技等科室负责人组成，指定或者成立专门部门具体负责日常管理工作。其他医疗机构应当设立医疗质量管理工作小组或者指定专（兼）职人员，负责医疗质量具体管理工作。

第十一条 医疗机构医疗质量管理委员会的主要职责是：

- （一）按照国家医疗质量管理的有关要求，制订本机构医疗质量管理制度并组织实施；
- （二）组织开展本机构医疗质量监测、预警、分析、考核、评估以及反馈工作，定期发布本机构质量管理信息；
- （三）制订本机构医疗质量持续改进计划、实施方案并组织实施；
- （四）制订本机构临床新技术引进和医疗技术临床应用管理相关工作制度并组织实施；
- （五）建立本机构医务人员医疗质量管理相关法律、法规、规章制度、技术规范的培训制度，制订培训计划并监督实施；
- （六）落实省级以上卫生计生行政部门规定的其他内容。

第十二条 二级以上医院各业务科室应当成立本科室医疗质量管理工作小组，组长由科室主要负责人担任，指定专人负责日常具体工作。医疗质量管理工作小组主要职责是：

- （一）贯彻执行医疗质量管理相关的法律、法规、规章、规范性文件和本科室医疗质量管理制度；
- （二）制订本科室年度质量控制实施方案，组织开展科室医疗质量管理与控制工作；
- （三）制订本科室医疗质量持续改进计划和具体落实措施；
- （四）定期对科室医疗质量进行分析和评估，对医疗质量薄弱环节提出整改措施并

组织实施；

(五) 对本科室医务人员进行医疗质量管理相关法律、法规、规章制度、技术规范、标准、诊疗常规及指南的培训和宣传教育；

(六) 按照有关要求报送本科室医疗质量管理相关信息。

第十三条 各级卫生计生行政部门和医疗机构应当建立健全医疗质量管理人员的培养和考核制度，充分发挥专业人员在医疗质量管理中的作用。

第三章 医疗质量保障

第十四条 医疗机构应当加强医务人员职业道德教育，发扬救死扶伤的人道主义精神，坚持“以患者为中心”，尊重患者权利，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。

第十五条 医务人员应当恪守职业道德，认真遵守医疗质量管理相关法律法规、规范、标准和本机构质量管理制度的规定，规范临床诊疗行为，保障医疗质量和医疗安全。

第十六条 医疗机构应当按照核准登记的诊疗科目执业。卫生技术人员开展诊疗活动应当依法取得执业资质，医疗机构人力资源配备应当满足临床工作需要。

医疗机构应当按照有关法律法规、规范、标准要求，使用经批准的药品、医疗器械、耗材开展诊疗活动。

医疗机构开展医疗技术应当与其功能任务和技术能力相适应，按照国家关于医疗技术和手术管理有关规定，加强医疗技术临床应用管理。

第十七条 医疗机构及其医务人员应当遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作，严格遵守医疗质量安全核心制度，做到合理检查、合理用药、合理治疗。

第十八条 医疗机构应当加强药学部门建设和药事质量管理，提升临床药学服务能力，推行临床药师制，发挥药师在处方审核、处方点评、药学监护等合理用药管理方面的作用。临床诊断、预防和治疗疾病用药应当遵循安全、有效、经济的合理用药原则，尊重患者对药品使用的知情权。

第十九条 医疗机构应当加强护理质量管理，完善并实施护理相关工作制度、技术规范和护理指南；加强护理队伍建设，创新管理方法，持续改善护理质量。

第二十条 医疗机构应当加强医技科室的质量管理，建立覆盖检查、检验全过程的质量管理制度，加强室内质量控制，配合做好室间质量评价工作，促进临床检查检验结果互认。

第二十一条 医疗机构应当完善门急诊管理制度，规范门急诊质量管理，加强门急诊专业人员和技术力量配备，优化门急诊服务流程，保证门急诊医疗质量和医疗安全，并把门急诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容。

第二十二条 医疗机构应当加强医院感染管理，严格执行消毒隔离、手卫生、抗菌药物合理使用和医院感染监测等规定，建立医院感染的风险监测、预警以及多部门协同干预



机制，开展医院感染防控知识的培训和教育，严格执行医院感染暴发报告制度。

第二十三条 医疗机构应当加强病历质量管理，建立并实施病历质量管理制度，保障病历书写客观、真实、准确、及时、完整、规范。

第二十四条 医疗机构及其医务人员开展诊疗活动，应当遵循患者知情同意原则，尊重患者的自主选择权和隐私权，并对患者的隐私保密。

第二十五条 医疗机构开展中医医疗服务，应当符合国家关于中医诊疗、技术、药事等管理的有关规定，加强中医医疗质量管理。

第四章 医疗质量持续改进

第二十六条 医疗机构应当建立本机构全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。医疗机构应当严格按照卫生计生行政部门和质控组织关于医疗质量管理控制工作的有关要求，积极配合质控组织开展工作，促进医疗质量持续改进。

医疗机构应当按照有关要求，向卫生计生行政部门或者质控组织及时、准确地报送本机构医疗质量安全相关数据信息。

医疗机构应当熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价，根据卫生计生行政部门或者质控组织发布的质控指标和标准完善本机构医疗质量管理相关指标体系，及时收集相关信息，形成本机构医疗质量基础数据。

第二十七条 医疗机构应当加强临床专科服务能力建设，重视专科协同发展，制订专科建设发展规划并组织实施，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。加强继续医学教育，重视人才培养、临床技术创新性研究和成果转化，提高专科临床服务能力与水平。

第二十八条 医疗机构应当加强单病种质量管理与控制工作，建立本机构单病种管理的指标体系，制订单病种医疗质量参考标准，促进医疗质量精细化管理。

第二十九条 医疗机构应当制订满意度监测指标并不断完善，定期开展患者和员工满意度监测，努力改善患者就医体验和员工执业感受。

第三十条 医疗机构应当开展全过程成本精确管理，加强成本核算、过程控制、细节管理和量化分析，不断优化投入产出比，努力提高医疗资源利用效率。

第三十一条 医疗机构应当对各科室医疗质量管理情况进行现场检查和抽查，建立本机构医疗质量内部公示制度，对各科室医疗质量关键指标的完成情况予以内部公示。

医疗机构应当定期对医疗卫生技术人员开展医疗卫生管理法律法规、医院管理制度、医疗质量管理与控制方法、专业技术规范等相关内容的培训和考核。

医疗机构应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标。

医疗机构应当将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升以及科室和医务人员绩效考核的重要依据。

第三十二条 医疗机构应当强化基于电子病历的医院信息平台建设，提高医院信息化



工作的规范化水平，使信息化工作满足医疗质量管理与控制需要，充分利用信息化手段开展医疗质量管理与控制。建立完善医疗机构信息管理制度，保障信息安全。

第三十三条 医疗机构应当对本机构医疗质量管理要求执行情况进行评估，对收集的医疗质量信息进行及时分析和反馈，对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警，对存在的问题及时采取有效干预措施，并评估干预效果，促进医疗质量的持续改进。

第五章 医疗安全风险防范

第三十四条 国家建立医疗质量（安全）不良事件报告制度，鼓励医疗机构和医务人员主动上报临床诊疗过程中的不良事件，促进信息共享和持续改进。

医疗机构应当建立医疗质量（安全）不良事件信息采集、记录和报告相关制度，并作为医疗机构持续改进医疗质量的重要基础工作。

第三十五条 医疗机构应当建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，并按照国家有关规定向相关部门报告。

第三十六条 医疗机构应当提高医疗安全意识，建立医疗安全与风险管理体系，完善医疗安全管理相关工作制度、应急预案和 workflows，加强医疗质量重点部门和关键环节的安全与风险管理，落实患者安全目标。医疗机构应当提高风险防范意识，建立完善相关制度，利用医疗责任保险、医疗意外保险等风险分担形式，保障医患双方合法权益。制订防范、处理医疗纠纷的预案，预防、减少医疗纠纷的发生。完善投诉管理，及时化解和妥善处理医疗纠纷。

第六章 监督管理

第三十七条 县级以上地方卫生计生行政部门负责对本行政区域医疗机构医疗质量管理情况的监督检查。医疗机构应当予以配合，不得拒绝、阻碍或者隐瞒有关情况。

第三十八条 县级以上地方卫生计生行政部门应当建立医疗机构医疗质量管理评估制度，可以根据当地实际情况，组织或者委托专业机构，利用信息化手段开展第三方评估工作，定期在行业内发布评估结果。

县级以上地方卫生计生行政部门和各级质控组织应当重点加强对县级医院、基层医疗机构和民营医疗机构的医疗质量管理和监督。

第三十九条 国家卫生计生委依托国家级人口健康信息平台建立全国医疗质量管理与控制信息系统，对全国医疗质量管理的主要指标信息进行收集、分析和反馈。

省级卫生计生行政部门应当依托区域人口健康信息平台，建立本行政区域的医疗质量管理与控制信息系统，对本行政区域医疗机构医疗质量管理相关信息进行收集、分析和反馈，对医疗机构医疗质量进行评价，并实现与全国医疗质量管理与控制信息系统互连互通。

第四十条 各级卫生计生行政部门应当建立医疗机构医疗质量管理激励机制，采取适当形式对医疗质量管理先进的医疗机构和管理人员予以表扬和鼓励，积极推广先进经验和



做法。

第四十一条 县级以上地方卫生计生行政部门应当建立医疗机构医疗质量管理情况约谈制度。对发生重大或者特大医疗质量安全事件、存在严重医疗安全隐患，或者未按要求整改的各级各类医疗机构负责人进行约谈；对造成严重后果的，予以通报，依法处理，同时报上级卫生计生行政部门备案。

第四十二条 各级卫生计生行政部门应当将医疗机构医疗质量管理情况和监督检查结果纳入医疗机构及其主要负责人考核的关键指标，并与医疗机构校验、医院评审、评价以及个人业绩考核相结合。考核不合格的，视情况对医疗机构及其主要负责人进行处理。

第七章 法律责任

第四十三条 医疗机构开展诊疗活动超出登记范围、使用非卫生技术人员从事诊疗工作、违规开展禁止或者限制临床应用的医疗技术、使用不合格或者未经批准的药品、医疗器械、耗材等开展诊疗活动的，由县级以上地方卫生计生行政部门依据国家有关法律法规进行处理。

第四十四条 医疗机构有下列情形之一的，由县级以上卫生计生行政部门责令限期改正；逾期不改的，给予警告，并处三万元以下罚款；对公立医疗机构负有责任的主管人员和其他直接责任人员，依法给予处分：

- （一）未建立医疗质量管理部门或者未指定专（兼）职人员负责医疗质量管理工作的；
- （二）未建立医疗质量管理相关规章制度的；
- （三）医疗质量管理制度不落实或者落实不到位，导致医疗质量管理混乱的；
- （四）发生重大医疗质量安全事件隐匿不报的；
- （五）未按照规定报送医疗质量安全相关信息的；
- （六）其他违反本办法规定的行为。

第四十五条 医疗机构执业的医师、护士在执业活动中，有下列行为之一的，由县级以上地方卫生计生行政部门依据《执业医师法》、《护士条例》等有关法律法规的规定进行处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

- （一）违反卫生法律、法规、规章制度或者技术规范，造成严重后果的；
- （二）由于不负责任延误急危患者抢救和诊治，造成严重后果的；
- （三）未经亲自诊查，出具检查结果和相关医学文书的；
- （四）泄露患者隐私，造成严重后果的；
- （五）开展医疗活动未遵守知情同意原则的；
- （六）违规开展禁止或者限制临床应用的医疗技术、不合格或者未经批准的药品、医疗器械、耗材等开展诊疗活动的；
- （七）其他违反本办法规定的行为。

其他卫生技术人员违反本办法规定的，根据有关法律、法规的规定予以处理。

第四十六条 县级以上地方卫生计生行政部门未按照本办法规定履行监管职责，造成



严重后果的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予行政处分。

第八章 附 则

第四十七条 本办法下列用语的含义：

（一）医疗质量：指在现有医疗技术水平及能力、条件下，医疗机构及其医务人员在临床诊断及治疗过程中，按照职业道德及诊疗规范要求，给予患者医疗照顾的程度。

（二）医疗质量管理：指按照医疗质量形成的规律和有关法律、法规要求，运用现代科学管理方法，对医疗服务要素、过程和结果进行管理与控制，以实现医疗质量系统改进、持续改进的过程。

（三）医疗质量安全核心制度：指医疗机构及其医务人员在诊疗活动中应当严格遵守的相关制度，主要包括：首诊负责制度、三级查房制度、会诊制度、分级护理制度、值班和交接班制度、疑难病例讨论制度、急危重患者抢救制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、查对制度、手术安全核查制度、手术分级管理制度、新技术和新项目准入制度、危急值报告制度、病历管理制度、抗菌药物分级管理制度、临床用血审核制度、信息安全管理等。

（四）医疗质量管理工具：指为实现医疗质量管理目标和持续改进所采用的措施、方法和手段，如全面质量管理（TQC）、质量环（PDCA 循环）、品管圈（QCC）、疾病诊断相关组（DRGs）绩效评价、单病种管理、临床路径管理等。

第四十八条 本办法自 2016 年 11 月 1 日起施行。



医院质量控制实施方案

(一) 目的: 通过科学的质量管理与控制, 建立正常、严谨的工作秩序, 确保医疗质量与安全, 树立良好的医德医风, 促进医院医疗技术水平、管理水平不断提高。

(二) 目标: 逐步推行全面质量管理与控制, 建立任务明确职责权限相互制约、协调与促进的质量保证体系, 使医院的医疗质量管理工作达到法制化、标准化, 设施规范化, 努力提高工作质量及效率。通过全面质量管理, 使我院医疗质量水平进一步提高。

(三) 健全质量管理及考核组织

1、建立院科两级质量管理组织

医院设立医疗质量管理委员会, 院长任主任委员, 其他院领导任副主任委员, 委员由医务科、护理部等相关职能部门及临床、医技科室主任组成。在院长及分管业务副院长的领导下负责全院医疗质量管理工作, 负责审议、制定、修订医疗质控方案; 督促检查医疗质量管理工作的执行情况; 定期召开全体委员会会议; 评价医疗质量, 调查分析医疗缺陷的原因及性质, 并提出改进措施。

各临床医药技科室设立质控小组。由科主任、护士长、质控医、护、技、药师等人员组成。负责贯彻执行医疗卫生法律法规和医疗、护理、院感等规章制度及技术操作规程, 对科室的医疗质量全面管理。

2、质量监督考核

医院医疗质量具体由分管副院长负责, 医务科、护理部分别组织医疗组、护理组进行监督考核。各科室成立的医疗质控小组对本科室的医疗质量随时指导、考核。

3、医院病案管理委员会、药事委员会、医院感染管理委员会、输血管理委员会分别负责相关事务和管理工作。

(四) 健全规章制度、规范医疗诊治行为

1、执行以岗位责任制为中心内容的各项规章制度, 认真履行各级各类人员岗位职责, 严格执行各种诊疗护理技术操作规程常规。

2、重点对十八项医疗核心制度的执行进行监督检查:

(1) 首诊负责制度; (2) 三级医师查房制度; (3) 会诊制度; (4) 疑难病例讨论制度; (5) 危重病人抢救制度; (6) 手术分级管理制度; (7) 术前病例讨论制度; (8) 新技术和新项目准入制度; (9) 临床用血审核制度; (10) 抗菌药物分级管理制度; (11) 查对制度; (12) 手术安全核查制度; (13) 分级护理制度; (14) “危急值”报告制度; (15) 死亡病例讨论制度; (16) 值班与交接班制度; (17) 病历书写基本规范与管理程度; (18) 信息安全管理程度。

3、医技科室要建立标本签收、查对、质量随访、报告双签字及疑难典型病例(理)讨论制度。逐步建立影像、病理、药剂与临床联合讨论制度。



4、健全医院感染管理制度和传染病管理，落实疫情登记报告制度，严格执行消毒隔离制度和无菌操作规程。

（五）加强全面质量管理、教育，增强法律意识、质量意识

1、实行执业资格准入制度，严格按照《执业医师法》规定的范围执业。

2、进行医疗卫生法律法规、部门规章制度和诊疗护理规范、常规及医疗质量管理等内容的学习。

3、对违反医疗卫生法律法规、规章制度及技术操作规程的人员进行个别强化教育。

4、各科室医疗质控小组应定期组织本科人员学习卫生法规、规章制度、操作规程及医院有关规定。

5、医疗质量管理委员会定期对各类医务人员进行“三基”强化培训，达到人人参与，人人过关。要把“三基”的作用贯彻到各项医疗业务活动和质量管理中。

（六）建立完整的医疗质量管理监测体系

1、分级管理及考核：

（1）各级医疗质量管理组织定期检查考核，对医疗、护理、医技、药品、病案、医院感染管理等的质量进行监督检查、考核、评价，提出改进意见及措施。

（2）职能部门要定期下科室进行质量检查。

（3）分管院长应组织职能部门和相关科室负责人，进行查房，督促检查质量管理工作。

（4）医院医疗质量检查小组每月定期组织科室检查、考核。

（5）各科室医疗质控小组应每月对本科室医疗质量工作进行自查、总结。

2、职能部门及各临床、医技、药剂科室、质控小组要制定切实可行的质量管理控制措施。要建立健全各种医疗质量记录本并登记。对各种质量指标做好登记、收集、统计，定期分析评价。

3、建立质量管理控制反馈机制：

（1）科室医疗质控小组每月自查自评，认真分析讨论，确定应改进的事项及重点，制定改进措施，并每季度有一次质控工作总结。

（2）医疗质量管理委员会定期（每季度）向临床医技科室下发医疗质量与医疗安全的分析。

医务科、护理部、院感科等有关部门应将医疗质量检查考核结果、存在问题分析后提出的整改意见，及时向临床、医技等科室质控小组反馈。科室质控小组应根据整改建议制定整改措施，并上报相关职能部门。

医疗质量管理委员会应定期召开会议，评价质量管理措施及效果分析，讨论存在的问题，制定整改计划及措施。

（七）加强医德医风建设

医德医风是医务人员的职业道德风尚，是社会主义职业道德风尚的重要组成部分。作为一种职业道德风尚，是医德医风在医疗卫生领域中的特殊表现，对提高医疗服务质量，



改进医院管理，推进医学发展，培养人才具有积极的影响。仪表端庄、态度诚恳、体贴耐心是检查病人时的基本医德医风要求。尊重人格、关心体贴、耐心细致、严谨求实、拒收礼金是医德医风的基本体现。

（八）简化就诊流程、提高医疗质量

- 1、合理设计、简化门诊流程和转科、会诊流程；
- 2、完善就医环境；
- 3、完善医院信息化建设；
- 4、完善突发事件预案；
- 5、完善组织体系和岗位职责建设。

（九）医疗质量管理奖惩办法

根据《湖北科技学院附属第二医院综合考核方案》，医疗质量的检查考核结果与科室、个人的效益工资挂钩，并作为科室和个人年终评先、晋升、外出进修学习依据。

医院质量管理流程

（一）全院医疗质量管理体系组织，在院长、分管院长的领导下开展各级医疗质量管理管理工作。

（二）全院医疗质量管理流程按我院的《医疗质量管理综合考核办法》及《考核细则》的标准执行，以常用的医疗统计指标及卫生行政部门规定的医疗监控指标（单病种质控）为质量控制目标。

（三）科室主任每月组织科室质控小组成员检查科室医疗及相关各方面的质量，做好记录并提出整改意见，每月交质控办。

（四）质控部门每月组织质控人员对科室进行质控，包括医德医风、医疗质量、护理质量、院感质量、药械管理、输血管理、门诊服务七个方面，并将检查问题反馈给科室进行分析整改。

（五）质控办每月将各质控部门的考核评分汇总，报人事科与绩效挂钩。

（六）各质控部门每季度总结全院质控工作情况，将检查结果及整改情况，在医疗质量管理委员会及每季度的《医疗工作简报》中进行通报。

首诊负责制

（一）病人首先就诊的科室为首诊科室，接诊医师为首诊医师，应对病人的检查、诊断、治疗、抢救、转科和转院等工作负责。

（二）首诊医师必须详细询问病史，进行必要的体格和辅助检查，做出初步诊断和处理，并认真书写病历。对诊断明确的病人应及时抢救治疗或提出处理意见；对诊断尚未



明确的患者应在对症及安全治疗的同时，及时请本科上级医师和专科医师会诊。

（三）严格执行交班制度，对新收病人及重症病人，首诊医师下班前，应与值班医师进行病床边交接，将病人的病情及诊疗注意事项交接清楚，并认真做好交接班记录。

（四）对急、重、危症病人，首诊医师应负责采取积极措施及时实施抢救；若需检查、住院，首诊医师应陪同或安排医务人员陪同检查、护送；经院内会诊因本院诊疗技术条件所限需转院者，首诊医师应做好护送转院的相关工作安排。

（五）门、急诊首诊医师在处理病人尤其是急、危、重症病人时，有组织相关人员会诊、决定收住科室等医疗行为的决定权，任何科室、任何个人不得以任何理由推诿或拒绝。

（六）首诊医师应对病人的去向或转归进行登记备查。

（七）首诊科室应建立病人住院档案，严格按照服务工作流程对病人进行诊治，不得推诿病人；对急诊抢救病人应争分夺秒，任何科室和个人不得以任何理由拒绝救治或延迟救治。

（八）首诊科室诊治过程中若发现病人有其他科室专业疾病存在，应履行医院会诊制度，及时明确病人的诊断，并作出相应的处理，有转科必要的由会诊科室书面提出意见。

（九）首诊科室通过检查发现病人非本科疾患时，在给予病人对症处理的同时行必要的辅助检查，及时邀请相关专业科室会诊并作出书面意见，并告知病人及家属目前病情及转科要求，必须派医务人员护送病人完成转科工作。

（十）对未办理入院手续、急诊科留观病人需转上级医院的，由急诊科医生护送转院；首诊科室对新收入院病人，经科内或院内会诊无诊疗处置条件须转上级医院的，由书面提出转院意见的科室派医生护送转院；对涉及多学科、多专业的危重病人由首诊科室报医务科协调安排相关专业医生护送转院。

（十一）凡在接诊、诊治、抢救病人或转院过程中未执行上述规定，推诿病人者，要追究首诊医师、当事人和当事科室的责任。

三级医师查房制度

医院建立三级医师治疗体系，实行主任医师（或副主任医师）、主治医师、住院医师查房制度。

（一）住院医师查房制度

1、住院医师查房的主要任务是密切观察病情变化，在诊疗计划原则下对病情作对症处理，遇到疑难复杂问题及时报告上级医师决定，住院医师对所有病人每日至少查房二次。住院医师查房应按时进行（上午、下午各一次），上午查房可以在主治医师的带领下同时进行，下午主要对重点病人查房。接到护士报告或病人反映，应随时查房。

2、应重视病人的主诉，并作相应的检诊，不允许不检查病人就处置。

3、查房发现的病情变化情况，应在病程记录中记载，并向上级医师报告。



4、落实医嘱执行情况和检查报告单，分析检验结果，提出进一步检查和治疗意见。

5、加强与病人的沟通，做好病人的思想工作，督促病人配合执行医嘱，如按时服药、卧床休息、适宜运动、饮食要求等。

6、做好上级医师查房前的准备，备好病历、影像检查胶片、检验报告和所需检查器材，上级医师查房时要报告病情，提出要解决的问题，及时做好查房记录。

（二）主治医师查房制度

每日上午带领住院医师对所管病人进行系统查房一次，接到下级医师或护士报告应随时到场重点查房。

1、听取住院医师报告和护士的反映，倾听病人的陈述。

2、对新入院、危重、诊断未明、治疗效果不好的病人进行重点检查和讨论，必要时报告主任（副主任）医师或提交科室病例讨论。

3、检查病历并纠正其中错误的记录。

4、检查医嘱执行情况治疗效果，决定病人出院、转院等。

（三）主任（副主任）医师查房制度

每周查房至少2次。主任（副主任）医师查房前，主治医师应督促经管医师做好有关准备，查房时经管医师简要报告病情后，作必要的补充。主任（副主任）医师应认真听取下级医师的报告和需要解决的问题，可在病人面前质询、答疑问题，可当场质询或答疑，对下级医师严格要求。

主任（副主任）医师查房内容包括：

1、审查新入院、危重病病人的诊断、治疗计划。

2、解决疑难病例诊疗问题。

3、决定重大手术及特殊检查治疗。

4、进行必要的教学工作。

5、审查和决定会诊，讨论病例。

会诊制度

会诊是发挥有关专业人员的集体智慧，更恰当地解决疑难病例的诊疗，是提高医疗质量、保障医疗安全的重要环节。会诊也是各科室之间或各医院之间协作的重要形式。

（一）在病人诊疗过程中，以下情况应及时提出会诊，以保障医疗质量和医疗安全。

1、住院病人住院时间超过7天，经科内三级医师查房后仍未能明确诊断或尚没有相对明确的提示诊断线索者。

2、病人虽已确诊，但经治疗疗效不佳或在治疗上遇到困难者。

3、病人住院期间出现其他专业的病情变化或伴发其他专业的疾病者。

4、病人病情复杂，同时伴有多系统症状或多器官功能损害者。



- 5、手术时出现需要其他专业的医师配合者。
- 6、门诊或急诊就诊的病人因病情需要其他专业的医师协助诊疗者。
- 7、病人或家属提出要求者。
- 8、因其他特殊情况，病人所在科的科主任或医务科认为需会诊者。

（二）各级医师应严格掌握各类会诊的指征，不应滥用会诊，以免影响其他正常的医疗工作。不能流于形式。

（三）会诊按照其性质分为科内会诊、科间会诊、门（急）诊会诊、手术会诊、院内多学科会诊和院外会诊，各类会诊的组织必须严格按照相应的程序。

1、科内会诊：由主管医师提出，科主任召集有关医务人员参加。

2、科间会诊：由主管病人治疗组的主治医师提出，主任（副主任）医师同意，填写会诊申请单。如因本科诊疗设备的限制，在病人病情允许的情况下，可带病人到相应专科检查（如需携带病历的，科室派医务人员携病历一同前往）。

3、门（急）诊会诊：由首诊医师提出，医生或护士电话通知被邀请科室的医师到指定诊室会诊。首诊医师须写好门（急）诊病历及初步诊断意见。

4、手术会诊：是指在手术过程中需要请其他专业医师协助处理的会诊。由主刀医师或其上级医师提出，电话通知相应专业的医师，应邀者得通知后应立即到场（如因事不能到场应说明原因，并提出代替人）。

5、院内多学科会诊：是指需要同时邀请3个科或以上的医师进行会诊的情况。由病人所在科的科主任提出会诊的目的和要求，并将会诊通知书送医务科，医务科确定参加会诊的科室（部门）人员，并通知有关人员在指定的时间参加会诊。会诊申请书放在病人住院病历的最前面备阅。会诊的主持人根据病人的具体情况、会诊的参加人员等，可相应确定由病人所在科的科主任、医务科科长或医院领导主持。

6、院外会诊：本院一时不能诊治的疑难病例，由专科主任提出，填写《会诊邀请函》及《会诊申请单》报医务科审批同意并存档。若病情危急，科主任可直接电话邀请上级医院专家后，立即报医务科，并明确会诊时间、被邀请专家的单位 and 姓名等信息，再由医务科通知对方医院医务科。会诊由申请科的专科主任主持。必要时，携带病历，陪同病员到院外会诊。但须在医务科备案。

（四）会诊（院外会诊除外）根据时限要求分为普通会诊和紧急会诊。

1、普通会诊在发出会诊邀请后24小时内完成。

2、紧急会诊须在确定会诊后10分钟内执行，需要紧急会诊时，上述第三条所规定的组织程序均可简化，责任医师（主管医师、值班医师或首诊医师）应用电话通知被邀请人，之后邀请人应补发会诊申请单给被邀请会诊医师。

3、属于抢救病人生命的紧急会诊，被邀请人必须在接到通知后以最快的速度到达会诊指定地点。

（五）会诊邀请科室必须做好以下各项工作：



1、责任医师要认真、清楚的填写会诊申请单的每项内容,尤其对通知单中的诊断意见、会诊目的、时间、地点、邀请人员、属普通或紧急会诊、申请时间等。

2、责任医师要认真、清楚的填写会诊申请书内容:包括病人姓名、住院号、病历摘要、必要的辅助检查及化验结果、初步诊断、会诊目的、书写日期等项。并根据第三条所规定的会诊邀请人权限,由申请会诊邀请人审阅后亲笔签名。

3、会诊时,病人的主管医师及与被邀请会诊医师相应级别的上级医师必须全程陪同会诊并详细介绍病人的情况。如主管医师因特殊情况不能在场时,其上级医师必须指定专人或亲自负责代替其陪同会诊的工作。如上级医师因特殊情况不能在场时,本科的二线值班医师必须在场陪同会诊。

4、责任医师要做好会诊前的准备和会诊记录,并实事求是地实施会诊意见提出的诊疗行为。

(六) 会诊被邀请人必须做好的工作:

1、未指名的普通会诊,由本院主治医师以上医师负责。

2、指名的普通会诊,原则上由指定的被邀请人负责,如被邀请人不能执行,应与邀请人协商后另行安排其他医师负责。

3、紧急会诊原则由被邀请科室的本院主治医师以上医师或二线值班医师负责。

4、普通会诊在接到会诊通知后 24 小时内完成。紧急会诊被邀请人须在 10 分钟到位。属于抢救病人生命的紧急会诊,被邀请人必须在接到通知后以最快的速度到达会诊指定地点。

5、应邀会诊医师在会诊时应做到如下几点:

(1) 详细阅读病历,了解患者的病情,亲自诊察患者,补充、完善必要的检查;

(2) 会诊医师须详细记录会诊意见,提出具体诊疗意见并开出本科医嘱,会诊记录包括会诊意见和建议、会诊医师的科室、会诊时间及会诊医师签名等;

(3) 必须充分尊重病人的知情权,对患者需要自费或部分自费的药物或医用材料及特殊用法须在会诊意见记录中注明,并告知患者和患者授权代理人履行签字手续;

(4) 对于疑难病例、诊断不明确或处理有困难的,须及时请本科上级医师协助会诊;

(5) 会诊过程中要严格执行诊疗规范;

(6) 严禁会诊医师不亲自查看病人而电话会诊。

急诊会诊制度

(一) 如遇到需处理的急、危、重症病人,首诊医务人员不得推诿,应争分夺秒采取最基本的抢救措施,然后告知相应科室参与处理并作交接班记录,书写抢救记录。

(二) 紧急情况下,急诊科人员可先电话告知要求急会诊,被邀科室在岗医师须在 10 分钟内到达会诊科室,同时要带上本专科所必须的抢救治疗及检查器械设备。特别是



遇到涉及多科的危重病人和多发伤病人的抢救，需及时请多学科急会诊，需求尽早赶到配合抢救。待病情有所缓解或事后在会诊单上补写应邀科室的处理意见。

（三）不超过 24 小时的留观病人需会诊时，可在急诊病历本上注明“已请 ×× 科急会诊”字样，并由急诊科值班护士与会诊科室电话联系，接受会诊科室不得推诿，并及时前来会诊。

（四）会诊时，急诊医师应为会诊准备好必要的临床资料，并陪同检查、介绍病情，应邀医师认真填写好会诊记录。

（五）会诊后需入院治疗者，接诊或会诊医师开出入院证，值班护士电话联系住院床位。由医生或护士护送入院。

（六）应邀参加急诊会诊的医师，应在安排好本科室工作后前去参加会诊；如遇特殊原因不能参加急诊会诊时，应及时委派相应专科资质的医师参加。

疑难、危重病例讨论制度

疑难病例：入院一周诊断不明确；住院期间实验室或其他辅助检查有重要发现，将导致诊断、治疗的变更；治疗效果不佳；院内感染者；疑难重大手术。

重危病例：病情危重或病情突然发生变化者。

（一）科室进行讨论，讨论会由科主任或副主任主持，病区医师均参加。

（二）讨论前，主管住院医师或进修医师负责收集病例资料，住院医师汇报病史，介绍病情和诊疗过程；主治医师应补充汇报病史、分析病情、提出讨论目的及观点；主任医师、副主任医师结合诊疗规范、国内外资料分析制定诊治措施。

（三）如科室讨论后诊断仍不明确，需将患者病情报告医务科，由医务科根据具体情况组织全院进行讨论。

（四）全院讨论时，患者所在科室将患者病情摘要送至拟参加讨论的相关科室专家和医务科，医务科负责通知并组织讨论。

（五）认真进行讨论，尽早明确诊断，修订治疗方案。讨论经过由经治医师记录整理，经主任医师（副主任医师）或主治医师审查后，分别记入病程记录和疑难危重讨论记录本。

急危重症患者抢救制度

（一）急危重症患者的抢救工作，一般由科主任或正（副）主任医师负责组织并主持抢救工作。科主任或正（副）主任医师不在时，由职称最高的医师主持抢救工作，但必须及时通知科主任或正（副）主任医师，特殊病人或需多学科协同抢救的病人，应及时报告医务科、护理部和主管院长，以便组织有关科室共同进行抢救工作。

（二）对急危重症患者严格执行首诊负责制，不得以任何借口推迟抢救，必须全力以赴，



分秒必争，各种记录及时全面，对有他科病情由主诊科负责邀请有关科室参加抢救。

(三) 参加危重患者抢救的医护人员必须明确分工，紧密合作，各司其职，坚守岗位，要无条件服从主持抢救人员的指挥及医嘱，但对抢救病人有益的建议，可提请主持抢救人员认定后用于抢救病人。

(四) 参加抢救工作的护理人员应在护士长领导下，执行主持抢救人员的医嘱，并严密观察病情变化，随时将医嘱执行情况 and 病情变化报告主持抢救者；执行口头医嘱时应复颂一遍，并与医师核对药品后执行，防止发生差错事故。

(五) 严格执行交接班制度和查对制度，各班应有专人负责，对病情抢救经过及各种用药要详细交班，所用药品的空安瓿瓶经二人核对方可离开，各种抢救药品，器械用后应及时清理，清毒，补充，物归原处，以备再用。

(六) 需多学科协作抢救的危重患者，原则上由医务科或医疗副院长等组织抢救工作，并指定主持抢救人员、参加多学科抢救病人的各科医师应运用本科专业特长，团结协作致力于病人的抢救工作。

(七) 病危、病重病人要填写病危通知单，一式两份，一份放入病历中，一份交病人家属。要及时、认真向病人家属讲明病情及预后，填写病情告知书，以期取得家属的配合。

(八) 因纠纷、殴斗、交通或生产事故、自杀、他杀等原因致伤的病员及形迹可疑的伤病员，除应积极进行抢救工作外，同时执行特殊情况报告制度，在正常工作日应向医务科和保卫科汇报，非工作日向医院总值班汇报，必要时报告公安部门。

(九) 不参加抢救工作的医护人员一般不进入抢救现场，但须做好抢救的后勤工作。

(十) 抢救工作中，药房、检验、放射或其他辅助科室及后勤部门，应满足临床抢救工作的需要，要给予充分的支持和保证。

死亡病例讨论制度

(一) 各科对每例死亡病例必须进行详细讨论，总结经验、吸取教训，提高临床诊疗水平。

(二) 死亡病例讨论必须在病人死亡后一周内完成，尸检病例在有病理报告后二周内进行。

(三) 死亡病例讨论必须由科主任或副主任医师以上职称的医师主持，全体医师和护士长参加。

(四) 主管医师汇报病史；负责抢救的经治医师汇报抢救经过，陈述死因；主治医师补充诊治过程，分析死因，指出可能存在的问题；副主任、主任医师重点对诊断、治疗、死因和存在的不足进行进一步综合分析，提出改进措施。

(五) 讨论记录由主管医师书写，在病程记录中另立专页，并标明“死亡病例讨论记录”。内容包括讨论日期、主持人及主要参加人员姓名、专业技术职务、死亡病例讨论



分析记录等，记录完成后随病历归档。

(六) 非正常死亡和有医疗纠纷死亡病人由医务科组织死亡病例讨论。

交接班制度

(一) 各科在非办公时间及节假日，须设有值班医师，可根据科室大小和床位多少，单独或联合值班。

(二) 值班医师每日在下班前到科室，接受各级医师交办的医疗工作，交接班时，应巡视病房，对危重病人应做好床旁交接。

(三) 各科医师在下班前应将新入院病人情况，危重病病人的病情及处理事项，手术病人情况及需要特殊观察的患者情况记入交班本，并做好口头交班工作。

(四) 值班医师负责各项临时性医疗工作和病人病情变化的临时处理，对急诊入院的病人及时检查，书写病历，给予必要的医疗处理，参加急诊手术。

(五) 值班医师遇有疑难问题时，应及时请示上级医师。

(六) 值班医师夜间必须在值班室留宿，不得擅自离开，护理人员邀请查看病人时，应立即前往巡视。如因公必须离开时，必须向值班护士说明去向及联系方式。

(七) 值班医师在每日病房交接班晨会上，应将病人情况重点向主治医师和病房全体工作人员报告，并向经治医师交清危重病人情况及尚待处理的工作。

(八) 值班医师每日需要填写交接班记录，重点记录危重患者的病情和治疗措施，以及新入院病人情况、急诊入院病人检查及处理，手术病人情况，死亡病人抢救和交班医生交班的所有事项。

(九) 药房、检验科、放射科、超声科、心电学科等科室，须根据情况安排好值班，坚守岗位，保证临床医疗工作的顺利进行，并做好记录。

住院患者身份识别、转接与登记制度

(一) 医护人员在各类诊疗活动中，必须严格执行查对制度，应至少同时使用姓名、性别、床号 3 种方法确认患者身份。

(二) 检查 ICU、病情危重、意识障碍、新生儿、围手术期、输血、不同语种或语言交流障碍等患者必须按规定使用“腕带”标识。

(三) 护士在为患者使用“腕带”标识时，实行双核对。“腕带”记载信息包括：患者姓名、性别、年龄、住院号、床号、科别、诊断、过敏史等。由病房责任护士负责填写。

(四) 护士在使用“腕带”作为识别标本时，必须双人核对后方可使用，若损坏需要更新时同样需要经两人核对。佩戴“腕带”标识应准确无误，注意观察佩戴部位皮肤无擦伤、血运良好。



(五) 介入治疗或有创治疗活动, 标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食前, 医护人员应让患者或家属陈述患者姓名, 并至少同时使用两种患者身份识别方法, 核对床头卡和腕带, 确认患者身份。

(六) 在执行医疗活动前, 实施者必须亲自与患者或其家属进行沟通, 严格执行查对制度, 保证对患者实施正确的操作。

(七) 手术患者在转运交接过程中, 必须有患者身份识别的如下具体措施:

1、手术患者进入手术室前, 由病房护士给患者使用“腕带”标识, 写清患者床号、姓名、性别、住院号、科别、血型后, 与手术室护士交接并填写病房与手术室对接单, 无误后方可进入手术室。

2、围手术期患者“腕带”使用时间必须依据护理部规定, 即手术前一日开始使用, 手术后病情危重期间使用(直至改为二级护理)、手术后病情稳定使用三日, 结束后由病房责任护士核对后取下。

(八) 急诊、病房、产房、手术室、ICU 之间患者识别, 必须有患者身份的如下具体措施:

1、急诊科危急患者转科: 由医护人员护送, 确保搬运安全; 出示患者在急诊就诊的复写病历、入院病历; 认真与科室护士交接, 内容包括患者的一般资料、病情、置管情况、特殊情况等, 并填写急诊科危重患者转接记录单, 无误后方可离开。

2、门诊急诊患者与 ICU、手术室、病房转接患者: 由医务人员护送, 确保转运安全; 出示患者在急诊就诊的复写病历、入院病历; 认真与科室护士交接, 内容包括患者自然情况、生命体征、意识状况、皮肤完整情况、出血情况、引流情况等, 填写门诊急诊患者与 ICU、手术室、病房对接记录单, 无误后方可离开。

3、病房与手术室转接患者: 病房护士认真查对、做好手术前准备; 认真与手术室护士进行交接, 内容包括: 床号、姓名、手术名称、生命体征、手术前准备、药物情况等, 并填写病房与手术室患者对接记录单。

4、手术室与病房转接患者: 手术后, 手术室护士仍应该按识别卡与病区做好病情、药物及物品的交接, 填写手术室与病房患者对接记录单, 无误后方可离开。

5、病房与 ICU 转接患者: 由医务人员负责转送, 保证搬运安全; 病房护士认真交接, 内容包括: 意识、瞳孔、生命体征、输液、各种引流、皮肤完整情况等, 填写病房患者与 ICU 对接记录单, 无误后方可离开。

6、病房与产房转接患者: 病房护士认真交接, 内容包括: 患者一般资料、子宫收缩情况、会阴准备情况、胎心音、药品、并发症等, 填写病房与产房患者对接记录单, 无误后方可离开。

7、产房与病房转接患者: 产房护士认真交接, 内容包括: 分娩情况、会阴情况、子宫收缩情况、药品应用情况、新生儿情况等, 填写产房与病房患者对接记录单。

8、导管室与病房转接患者: 由医护人员护送, 保证搬运安全; 导管室护士认真交接,



内容包括：患者自然情况、术式、穿刺部位、鞘管、止血方式、意识等，填写导管室与病房患者对接记录单。

查对制度

（一）临床科室

- 1、开医嘱、处方或进行治疗时，应查对患者姓名、性别、床号、住院号（门诊号）。
- 2、执行医嘱时要进行“三查七对”：操作前、操作中、操作后；对床号、姓名、药名、剂量、时间、用法、浓度。
- 3、清点药品时和使用药品前，要检查质量、标签、失效期和批号，如不符合要求，不得使用。
- 4、给药前，注意询问有无过敏史；使用剧、毒、麻、限药时要经过反复核对；静脉给药要注意有无变质，瓶口有无松动、裂缝；给多种药物时，要注意配伍禁忌。
- 5、输血时要严格三查八对制度，确保输血安全。

（二）手术室

- 1、接患者时，要查对科别、床号、姓名、年龄、住院号、性别、诊断、手术名称及手术部位（左、右）。
- 2、手术前，必须查对姓名、诊断、手术部位、配血报告、术前用药、药物过敏试验结果、麻醉方法及麻醉用药。
- 3、凡进行体腔或深部组织手术，要在术前与缝合前、后清点所有敷料和器械数。
- 4、手术取下的标本，应由巡回护士与手术者核对后，再填写病理检验送检。

（三）药房

- 1、配方时，查到处方的内容、药物剂量、配伍禁忌。
- 2、发药时，查对药名、规格、剂量、用法与处方内容是否相符；查对标签（药袋）与处方内容是否相符；查对药品有无变质，是否超过有效期；查对姓名、年龄，并交代用法及注意事项。

（四）血库

- 1、血型鉴定和交叉配血试验，两人工作时要“双查双签”，一人工作时要重做一次。
- 2、发血时，要与取血人共同查对科别、病房、床号、姓名、血型、交叉配血试验结果、血瓶（袋）号、采血日期、血液种类和剂量、血液质量。

（五）检验科

- 1、采取标本时，要查对科别、床号、姓名、检验目的。
- 2、收集标本时，查对科别、姓名、性别、联号、标本数量和质量。
- 3、检验时，查对试剂、项目，化验单与标本是否相符。
- 4、检验后，查对目的、结果。



5、发报告时，查对科别、病房。

(六) 病理科

- 1、收集标本时，查对单位、姓名、性别、联号、标本、固定液。
- 2、制片时，查对编号、标本种类、切片数量和质量。
- 3、诊断时，查对编号、标本种类、临床诊断、病理诊断。
- 4、发报告时，查对单位。

(七) 放射科

- 1、检查时，查对科别、病房、姓名、年龄、片号、部位、目的。
- 2、治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、条件、时间、角度、剂量。
- 3、发报告时，查对科别、病房。

(八) 康复理疗科

- 1、各种治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、种类、剂量、时间、皮肤。
- 2、低频治疗时，查对极性、电流量、次数。
- 3、高频治疗时，检查体表、体内有无金属异常。
- 4、针刺治疗前，检查针的数量和质量，取针时，检查针数和有无断针。

(九) 特殊检查室(心电图、脑电图、基础代谢等部门)

- 1、检查时，查对科别、床号、姓名、性别、检验目的。
- 2、诊断时，查对姓名、编号、临床诊断、检查结果。
- 3、发报告时查对科别、病房。

其他科室亦应根据上述要求，制定本科室工作的查对制度。

(十) 供应室

- 1、准备器械包时，查对品名、数量、质量、清洁度。
- 2、发器械包时，查对名称、消毒日期。
- 3、收器械包时，查对数量、质量、清洁处理情况。
- 4、高压消毒灭菌后的物件要查验化学指示卡是否达标。

医患沟通制度

为提高医疗服务质量，构建和谐医患关系，把对病人的尊重、理解和人文关怀体现在从患者入院到出院的医疗服务全过程中，进一步保障患者的知情同意权，与患者建立相互尊重、理解、信任的新型医患关系，维护患者切身利益，增强医护人员的责任意识和法律意识，提高医疗服务质量，确保医疗安全，现制定本院医患沟通制度，以加强医患沟通工作。

(一) 医患沟通的时间要求

1、门诊接诊沟通



门诊医师在接诊患者时，应根据患者的既往病史、现病史、体格检查、辅助检查等对疾病作出初步诊断，并安排在门诊治疗。对符合入院指征的可收入院治疗。在此其间门诊医师应与患者沟通，征求患者的意见，争取患者对各种医疗处置的理解。必要时，应将沟通内容记录在门诊病史上。

2、入院时沟通

病房接诊医师在接收患者入院时，应在首次病程记录完成时即与患者或家属进行疾病沟通。首次病程记录，应于患者入院后 8 小时内完成；急诊患者入院后，病区医师根据疾病严重程度、综合客观检查对疾病作出诊断，在患者入院后 2 小时内与患者或患者家属进行正式沟通。

3、入院 3 天内沟通

医护人员在患者入院 3 天内必须与患者进行正式沟通。医护人员应向患者或家属介绍患者的疾病诊断情况、主要治疗措施以及下一步治疗方案等。同时回答患者提出的有关问题。

4、住院期间沟通

内容包括患者病情变化时的随时沟通；有创检查及有风险处置前的沟通；变更治疗方案时的沟通；贵重药品使用前的沟通；发生欠费且影响患者治疗时的沟通；急、危、重症患者随疾病转归的及时沟通及医保目录以外的诊疗项目或药品使用前的沟通等。

5、出院时沟通

患者出院时，医护人员应向患者或家属明确说明患者在院时的诊疗情况、医嘱、出院后注意事项以及是否定期随诊等内容。以下几种病人在出院时必须向患方充分告知相关情况，并履行签字手续：

- (1) 对于临床治疗尚在进行，而因各种原因患者自动要求出院者；
- (2) 本次住院实施了各种医疗器械植（置）入性手术治疗者；
- (3) 患者出院后必须进行后续治疗或定期监测复查，否则可能出现严重后果者；
- (4) 出院后需严格按规范要求进行活动及功能锻炼者；

(5) 出院回访沟通：对已出院的患者，医护人员应采取电话、短信回访或登门拜访的方式进行回访沟通，对病人出院后病情恢复、用药、生活情况等方面进行详细了解和康复指导，并在出院患者登记本中做好必要登记。

(二) 医患沟通的内容要求

1、诊疗方案的沟通

(1) 既往史、现病史；(2) 体格检查；(3) 辅助检查；(4) 初步诊断、诊断；(5) 诊断依据；(6) 鉴别诊断；(7) 拟行治疗方案，可提供 2 种以上治疗方案，并说明利弊以供选择；(8) 初期预后判断等。

2、诊疗过程的沟通

医护人员应向患者或家属介绍患者的疾病诊断情况、主要治疗措施、重要检查的目



的及结果、患者的病情及预后、某些治疗可能引起的严重后果、药物反应、医疗药费情况等，并听取患者或家属的意见和建议，回答患者或家属提出的问题，增强患者和家属对疾病治疗的信心。医护人员要加强对目前医学技术局限性、风险性的了解，有的放矢的介绍给患者或家属，使患者和家属心中有数，从而争取他们的理解、支持和配合，保证临床医疗工作的顺利进行。责任医师必须对病人的诊断情况、主要治疗手段、重要检查目的及结果、某些治疗可能引起的严重后果、药物不良反应、手术方式、手术并发症及防治措施、医疗费用等情况进行经常性沟通，并将沟通内容记载在病程记录上。

护士在患者入院时，应向患者介绍医院及科室概况和住院须知，并把沟通内容记录在护理记录单上。

3、机体状态综合评估

根据患者的性别、年龄、病史、遗传因素、所患疾病严重程度以及是否患多种疾病等情况，对患者机体状态进行综合评估，推断疾病转归及预后。

（三）沟通方式及地点要求

1、分级沟通

沟通时要注意沟通内容的层次性。要根据患者病情的轻重、复杂程度以及预后的好坏，由不同级别的医护人员沟通。同时要根据患者或亲属的文化程度及要求不同，采取不同方式沟通。如已经发生或有发生纠纷的苗头，要重点沟通。

对于普通疾病患者，应由责任医师在查房时，将患者病情、预后、治疗方案等详细情况，与患者或家属进行沟通；对于疑难、危重患者，由患者所在的病区医务人员（主任或副主任医师、主治医师、住院医师和责任护士）共同与家属进行正式沟通；对治疗风险较大、治疗效果不佳及考虑预后不良的患者，应由病区主治医师、主任共同与患者沟通，并将会诊意见及下一步治疗方案向患者或家属说明，征得患者或家属的同意，在沟通记录中请患者家属签字确认，在必要时可将患者病情上报医务科，由医务科组织有关人员与患者家属进行沟通，必要时可请律师见证，签订医疗协议书。

2、集中沟通

对带有共性的常见病、多发病、季节性疾病等，由科主任、护士长、责任医师、护士等共同召集病区患者及家属会议，集中进行沟通，介绍该病发生、发展、疗程、预后、预防及诊治过程中可能出现的情况等，回答病人及家属的提问。每个病区每月至少组织1次集中沟通的会议，并记录在科室会议记录本上。沟通地点可设在医护人员办公室或工疗室。

3、出院访视沟通

对已出院的患者，医护人员采取电话、短信回访或登门拜访的方式进行沟通，并在出院患者登记本中做好记录。了解病人出院后的恢复情况和对出院后用药、休息等情况的康复指导。延伸的关怀服务，有利于增进患者对医护人员情感的交流，也有利于培养医院的忠诚患者。



（四）医患沟通的方法

1、沟通方法

（1）预防为主的沟通：在医疗活动过程中，如发现可能出现问题苗头的病人，应立即将其作为重点沟通对象，针对性的进行沟通。还应在早交班时将值班中发现的可能出现问题的患者和事件作为重要内容进行交班，使下一班医护人员做到心中有数、有的放矢地做好沟通与交流工作。

（2）变换沟通者：如床位医师与患者或家属沟通有困难或有障碍时，应另换其他医务人员或上级医师、科主任与其进行沟通。

（3）书面沟通：对丧失语言能力或需进行某些特殊检查、治疗的患者，患者或家属不配合或不理解医疗行为的、或一些特殊的患者，应当采用书面形式进行沟通。

（4）集体沟通：当下级医生对某种疾病的解释不肯定时，应当先请示上级医师或与上级医师一同进行沟通。

（5）协调统一后沟通：诊断不明或疾病病情恶化时，在沟通前，医-医、医-护、护-护之间要相互讨论，统一认识后由上级医师对家属进行解释，避免使病人和家属产生不信任和疑虑的心理。

（6）实物对照讲解沟通：医护人员可以利用人体解剖图谱或实物标本对照讲解沟通，增加患者或家属的感官认识，便于患者或家属对诊疗过程的理解与支持。

2、沟通技巧

与患者或家属沟通时应体现尊重对方，耐心倾听对方的倾诉，同情患者的病情，愿为患者奉献爱心的姿态并本着诚信的原则，坚持做到以下几点：

（1）一个技巧：多听病人或家属说几句，尽量让病人和家属宣泄和倾诉，对患者的病情尽可能作出准确解释。

（2）二个掌握：掌握病情、检查结果和治疗情况，掌握患者医疗费用情况及患者、家属的社会心理状况。

（3）三个留意：留意沟通对象的教育程度，情绪状态及对沟通的感受；留意沟通对象对病情的认知程度和对交流的期望值；留意自身的情绪反应，学会自我控制。

（4）四个避免：避免使用刺激对方情绪的语气、语调、语句、避免压抑对方情绪、刻意改变对方的观点；避免过多使用对方不易听懂的专业词汇；避免强求对方立即接受医生的意见和事实。

（五）每一份病历中必须有实质内容的沟通记录

（六）评价

1、医患沟通做为病程记录中常规项目，纳入医院医疗质量考核体系作为质控点。

2、因没有按要求进行医患沟通，或医患沟通不当引发医疗纠纷，从重处罚。



住院时间超过 30 天的患者管理与评价制度

(一) 为监控我院是否存在过度诊疗、服务流程不合理现象，减轻群众就医的经济负担，特制定本制度。

(二) 各科室必须严格执行住院患者管理方面的相关规定。

(三) 患者因某种原因需长时间（30 天以上）住院，科室应进行严格的监控和管理，建立专门的住院时间超过 30 天患者专项管理登记本，并向医务科报告。科室每季度应对患者长时间住院的原因进行讨论和分析，进行持续改进。

(四) 住院时间超过 30 天患者管理报告表的内容主要包括以下几项：患者姓名、住院号、入院时间、入院诊断、原因分析、长时间住院原因分析、后期治疗规划。

(五) 及时做好患者及家属的沟通工作，避免出现因沟通不及时或不清楚而出现的纠纷。

(六) 科室对住院时间超过 30 天患者的分析记录应及时登记外，必须附送一份交医务科存档，医务科每半年对住院时间超过 30 天患者的情况进行分析、汇总。

(七) 精神障碍大多属于慢性疾病，治疗周期较长，根据《国家卫生部办公厅关于印发双相情感障碍等 5 个重性精神病种临床路径的通知》（卫办医政发〔2012〕106 号）中的临床路径管理规定，几种常见精神科住院疾病（双相情感障碍、精神分裂症、持久的妄想性障碍、分裂情感性障碍、抑郁症等重性精神病种）标准住院日为 ≤ 56 天，我院暂将精神科病区住院日超过 56 天的患者纳入此类管理与评价范围。

制定与更新临床诊疗指南与操作规范的规定

(一) 临床诊疗指南与操作规范的制定与更新应遵循以下原则：安全、有效、合法、规范。

(二) 各临床科室应参照各级卫生行政部门、专业学术团体制定的《诊疗指南》与《操作规范》，结合我院现有资源，制定或者选用本专业主要病种的《诊疗指南》及各项诊疗操作的《操作规范》。

(三) 医院各科室应根据医学的发展需要，定期对临床指南及规范进行更新与改进，禁止使用已明显落后或不再适用的指南及规范。

(四) 严格规范临床指南 / 规范的临床准入制度，凡引进本院尚未使用的新临床指南 / 规范，首先需由本专业科室进行可行性研究，在确认其安全性、有效性及实用性评定基础上，本着实事求是的科学态度进行临床实践，经科室集中讨论和科主任同意后，填写“临床指南 / 规范更新申请表”交医务科，由医务科初步审核后再组织由业务院长、医疗管理人员、临床专家组成的临床指南专家工作小组中的 3-5 名相关专家进行评估、确认。



新的《诊疗指南》与《操作规范》应先培训、后执行。

(五) 医务科负责对各科室的培训及执行情况进行监督管理, 根据国内外权威指南和有关循证医学证据, 每 3-5 年更新符合本院实际情况的临床指南 / 规范。

(六) 医务科为各部门制定与更新临床诊疗指南、操作规范提供信息支持服务。

(七) 各科室在执行过程中发现原指南 / 规范存在缺陷, 应及时进行修改, 并提供充分的修改理由, 如卫生部、卫生厅或权威医疗机构的修改依据。个别学科 (如禽流感诊疗指南) 根据上级主管部门的要求及时更新。

(八) 本规定自发布之日起实施, 由医务科负责解释。

患者隐私保护制度

保护患者隐私是临床医学伦理学尊重原则、有利原则和不伤害原则的具体体现和要求。医务人员在执业活动中, 有关心、爱护、尊重患者和保护患者隐私的义务。由于医疗活动的特点, 医务人员在疾病诊疗活动中所处的特殊地位, 会主动或被动地了解患者的病史、症状、体征、家族史以及个人的习惯、嗜好等隐私、私密。

(一) 医务人员在实施诊疗过程中凡是涉及到患者的言语, 可能对患者造成伤害, 必须要执行保护性医疗制度, 避免在患者面前谈论, 以及在无关人员面前提及, 造成不必要的伤害。

(二) 各级医师在查房时, 可能对患者造成伤害的病例分析必须在教室或病室外进行。

(三) 患者的隐私在诊疗过程中仅向医务人员公开, 医务人员有义务也必须为其保守秘密, 维护患者的各种利益, 严格执行保护性医疗制度, 不得以任何方式泄露患者隐私与秘密, 未经患者本人同意, 不得向他人泄露。

(四) 对于可造成患者精神伤害、生理缺陷、有损个人名誉的疾病等, 履行告知义务时, 在不违背保护性医疗制度的前提下, 不得歧视患者, 要注意尊重患者。在向患者和家属告知病情时, 使用规范性语言, 特别要讲究语言艺术和效果。

(五) 未得到患者或其委托人 (监护人) 的同意, 医院无权向除司法机关、疾病控制中心以外其他单位提供病史资料。

尊重民族风俗习惯和宗教信仰制度

一、范围: 本制度适用在我院诊疗期间的少数民族患者及不同宗教信仰患者。

二、措施

(一) 医院重视宗教信仰和民族风俗知识的宣教工作, 通过医院网站、公共授课等形式宣传少数民族风俗习惯和宗教信仰知识。临床科室每年至少组织一次全员性的少数民族风俗和宗教信仰知识要点培训, 重点了解饮食和生活习惯方面的禁忌。



(二) 医生在病史询问过程中确认患者系少数民族或宗教信仰者后, 应主动了解其在生活和饮食方面的禁忌, 询问患者的需求, 并在病历中做好相应记录。

(三) 在诊疗过程中, 相关医务人员应做好交接工作, 并通过各种途径进一步了解该民族的风俗习惯。

(四) 食堂应给予患者提供适宜的饮食。涉及饮食禁忌的, 科室应提前通知食堂。食堂准备专用的炊具、餐具、餐厅、食品。

(五) 患者在院期间进行的宗教和民族活动, 凡属国家法律允许的, 医务人员要尊重和保护, 在条件许可时, 应主动提供相应的服务(交通地图、联系电话等)。不得嘲笑、歧视和在公共场所议论。

(六) 当患者的宗教和民族活动已经影响医院工作秩序和其他患者的就医环境时, 医务人员应做好劝导工作, 劝导过程中注意方式方法, 避免粗暴干涉。必要时医院与市宗教局联系, 妥善处理宗教事宜。

医嘱制度

(一) 医嘱应由具有医院认可的有处方权的医师下达方为有效, 无处方权的进修医师和实习医师不得开写医嘱。

(二) 医师未下达医嘱时, 护士一般不得给病人做对症处理。但遇抢救危重病患者的紧急情况, 医师不在时, 护士可针对病情临时给予必要处理, 但应做好记录并及时向经治医师报告, 补开医嘱。

(三) 医师下达的医嘱, 护士不得更改, 但护士有权检查下达的医嘱是否规范、可疑并提请医师注意纠正。

(四) 长期医嘱的下达、终止、更改由主治医师以上医师决定, 经治住院医师有权决定临时医嘱, 并根据上级医师的决定下达长期医嘱。医嘱的更改一般由本诊疗小组内上级医师或科主任更改。

(五) 不允许无处方权的进修医师、实习医师代开医嘱、代签名。

(六) 每天上午查房的医嘱一般在上班后二小时内开出, 要求层次分明、内容清楚。每项医嘱一般只能包含一个内容。医嘱开写、执行和取消必须签全名并注明时间。

(七) 医嘱不得涂改。如须更改或撤销时, 应用红笔填“取消”字样并签全名。

(八) 医师写医嘱后, 要复查一遍。护士对可疑医嘱, 必须查清后方可执行。医师对开出的临时医嘱应向护士交代清楚。

(九) 除抢救或手术外, 不得下达口头医嘱; 抢救或手术中下达的口头医嘱, 护士需复述一遍, 另一人核对药物后由护士执行, 事后医师要及时补记医嘱。

(十) 严禁不看病人开医嘱的行为。

(十一) 转抄和整理医嘱必须准确, 需经另一人查对后方可执行。

(十二) 手术后或分娩后，应停止术前和产前医嘱，重开医嘱，并分别转抄于医嘱记录单和各项执行单。

口头医嘱执行制度与流程

(一) 在非紧急、抢救情况下，护士不执行口头医嘱。

(二) 急、危、重症病人抢救或手术过程中，医生下达口头医嘱后，护士需清晰复述两遍，得到医生确认后方可执行，并完整保留药品安瓿瓶和抢救用品。

(三) 在执行口头医嘱给药时，需请下达医嘱者再次核对药物名称，剂量及给药途径，以确保用药安全。

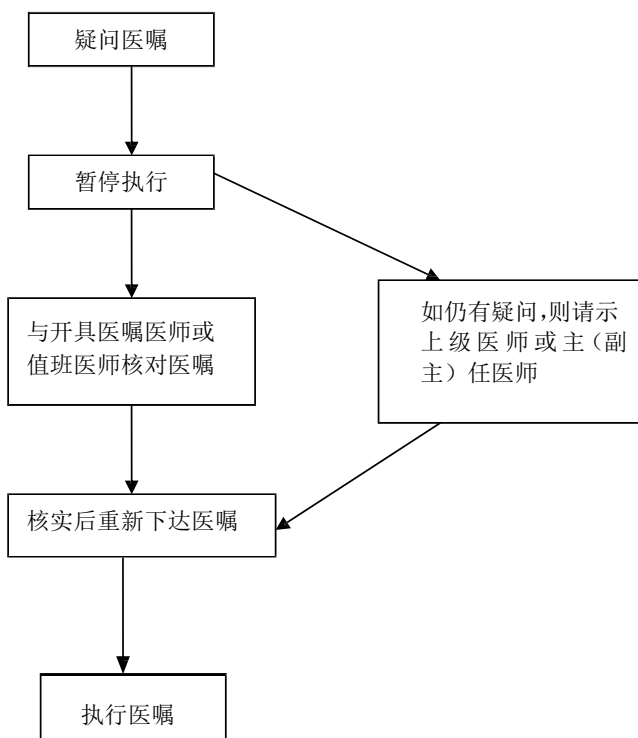
(四) 护士执行口头医嘱后及时在抢救用药记录本上记录口头医嘱执行情况，并由口头医嘱下达者和执行者签名。

(五) 抢救结束后医生及时（最迟 6 小时内）在病历中补记所下达的口头医嘱用药，口头医嘱执行护士将口头医嘱执行情况及病人抢救情况补记在护理文件中。

流程：

患者发生急危重症需立即抢救 → 医师开立口头医嘱 → 护士重复 → 医师确认无误 → 执行医嘱 → 抢救结束 → 补记书面医嘱

疑问医嘱澄清流程图





处方制度

一、处方权限规定

1、取得执业医师资格，注册在本院执业的医师处方权，由科主任提出意见，经医务科审查，报业务院长批准，医务科办理发放处方权手续，并将字样留于药剂科、医务科、信息科及医保办。

2、实习医师、进修医师必须在带教医师指导下开具处方，其处方由带教医师审签后才能生效。

3、麻醉药品处方应由主治医师以上医师经过培训由医务科批准授予麻醉药品处方权的医师签署方为有效。急救时，值班医师可按病情需要使用麻醉药品注射剂，用后由具有麻醉药品处方权的医师补签处方。

4、处方必须由医师本人书写，严禁先签好空白处方由他人临时填写药品、数量等。任何人不得模仿医师在处方上签字。

5、打印的电子处方必需由开具处方的医师签名后生效。任何人不得应用其他临床医师的工号进入医生工作站开具处方。

6、药剂师有权监督医师合理用药，对不合格的处方、大处方、滥用药品，药房有权拒绝发药。

二、处方书写规定

1、处方原则上用中文(必要时可用英文)，以蓝黑墨水或黑色墨水书写。要求字迹清晰，项目书写完全，药名、剂型、剂量、单位、用法书写正确，不得涂改，如有修改时，医师应在处方修改处签全名并注明修改时间。处方一律按实足“岁”或“月”填写。

2、药品名称、剂量单位以《中华人民共和国药典》为准。药典未记载者，可参照其他有关资料，写常用名称。剂量一律用阿拉伯数码书写。如因医疗需要，剂量超过药典规定时，医师须在剂量旁重加签字，方可调配。

3、药品用法应写明冲服、含化、口服或皮下、肌肉、静脉注射及每次剂量和每日用药次数。外用药品应写明用法及用药部位。

4、西药处方每一药品均需另起一行。麻醉药、精神药品、医疗用毒性药品与普通药，内服药与外用药不得开用一张处方。

5、每张处方仅限一人。严禁以甲病人名字给乙病人开方取药。

6、急诊处方应在处方右上方注明“急”字，药房应立即给予配发。

7、处方当日有效。特殊情况下需要延长有效期的，由开具处方的医生注明有效期，但有效期不得超过3天。

三、处方限量规定

处方用量一般不得超过3天，对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适



当延长，但医师应当注明理由，对麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品的处方用量，应当严格执行国家有关规定。

四、处方保管规定

1、每日处方按普通药品、麻醉药品、精神药品、毒性药品及限用药品分别装订，并加封面，集中妥善保存。

2、普通处方、急诊处方、儿科处方保存一年，医疗用毒性药品、第二类精神药品处方保存二年，麻醉药品和第一类精神药品处方保存三年。

五、处方检查规定

每月由门诊部、药剂科组织相关人员对全院的处方书写及合理用药进行检查，对不合格处方和大处方交医疗质量与安全委员会讨论，进行全院通报，并按相关规定给予处罚。

抗菌药物分级管理制度

根据抗菌药物特点、临床疗效、细菌耐药、不良反应、当地经济状况、药品价格等因素，将抗菌药物分为非限制使用、限制使用与特殊使用三类进行分级管理。

（一）分级原则

1. 非限制使用：经临床长期应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。

2. 限制使用：与非限制使用抗菌药物相比较，这类药物在疗效、安全性、对细菌耐药性影响、药品价格等某方面存在局限性，不宜作为非限制药物使用。

3. 特殊使用：不良反应明显，不宜随意使用或临床需要倍加保护以免细菌过快产生耐药而导致严重后果的抗菌药物；新上市的抗菌药物；其疗效或安全性任何一方面的临床资料尚较少，或并不优于现用药物者；药品价格昂贵。

（二）分级管理

1. “限制使用”的抗菌药物，须由主治医师以上专业技术职务任职资格的医师开具处方（医嘱）。

2. “特殊使用”的抗菌药物，须经抗感染或医院药事管理委员会认定的专家会诊同意后，由具有高级专业技术职称的医师开具处方（医嘱）。

3. 临床选用抗菌药物应遵循《抗菌药物临床应用指导原则》，根据感染部位、严重程度、致病菌种类以及细菌耐药情况、患者病理生理特点、药物价格等因素加以综合分析考虑，参照“各类细菌性感染的治疗原则”，一般对轻度与局部感染患者应首先选用非限制使用抗菌药物进行治疗；严重感染、免疫功能低下者合并感染或病原菌只对限制使用抗菌药物敏感时，可选用限制使用抗菌药物治疗；特殊使用抗菌药物的选用应从严控制。

4. 紧急情况下临床医师可以越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限于1天用量，并做好相关病历记录。



肠外营养疗法分级管理制度

肠外营养支持是纠正和救治营养不良的有力措施，但使用和管理不当可引起较多且严重并发症。为实现住院患者营养支持治疗合理、安全的目标，制定本规定。

（一）对于大手术、创伤的围手术期患者，肠外瘘患者，炎性肠道疾病患者、严重营养不良患者的肠外营养支持需主治或主治以上医师实施。

（二）对于合并有重要脏器功能不全如肝功能不全、肾功能不全、心功能不全、肺功能不全；炎性粘连性肠梗阻；重症急性胰腺炎患者的肠外营养支持，应用特殊肠外营养制剂：丙氨酰谷氨酰胺、脂肪乳注射液（C14-24）、结构脂肪乳注射液（C6-24）等，需副主任或副主任以上医师实施。

（三）医院医疗质量与安全委员会定期对全院医师肠外营养支持疗法进行培训和指导。

（四）医务科、护理部、药剂科对全院肠外营养的处方及合理性应用，每季度进行一次督导检查，对违规行为予以通报，按照有关规定处罚。

病情报告制度

（一）新入院病人经过住院医师检诊后，24小时内应该逐级向上级医师报告病情，提出初步诊疗意见；主治医师接报告后应及时核诊，遇疑难情况应向主任医师或科主任报告，由主任医师审定。新转入急危重症病人、疑难病人、医源性损伤病人、出现并发症病人、特殊关系病人、存在潜在纠纷病人等应及时报告科主任，必要时向医务科报告。

（二）值班护士、经管住院医师应随时观察病区住院病人的病情变化，重视病人主动反映的病情，发现病情变化必须及时向上级医师逐级报告。

（三）凡下达病重、病危通知的病人，均应填写病重、病危通知单一式两份，一份送达病人家属，一份存入病历；凡病人死亡应及时填写死亡医学通知书。

（四）发现传染病、医院感染病例，在积极采取措施的同时，应及时报告院感科采取相应措施。

（五）遇重大抢救应及时报告医务科或主管院领导，以期协调组织抢救工作。

（六）遇突发公共卫生事件应及时报告公卫院感科、医务科及分管院领导，以组织协调处理。

（七）遇“三无”患者需行救助治疗时，及时报告科主任，并向医务科或总值班报告。

（八）各科室均应建立差错事故登记制度，对发生的医疗问题应及时讨论、总结经验，并及时报告医务科。



关于合理缩短术前平均住院日的相关规定

手术病人术前平均住院日是衡量医院工作效率的重要指标。为达到择期手术患者术前平均住院日 ≤ 3 天的质量目标，特制定如下措施：

（一）所有新病人入院后，科主任须 24 小时内（急诊 8 小时内）查看，以提高首诊符合率。

（二）门诊、病房辅检术前一般不重复，所有辅检结果力争在入院 24 小时内获得报告。

（三）入院不能确诊病例，应及时请上级医师查房，适时组织科内、院内会诊并及时与患方沟通。

（四）积极推进单病种、临床路径管理，严格执行相关制度和规范，有效缩短术前平均住院日。

（五）外科、麻醉科、手术室根据疾病的轻重缓急，合理安排手术台次，严格遵循手术计划管理。

（六）麻醉科应建立麻醉复苏室，释放手术室空间，采取有效措施，提高手术室利用率。

多学科联合会诊制度

为规范我院院内多学科联合会诊流程，提高会诊效率与会诊质量，特制定本制度：

一、符合申请院内多学科联合会诊的条件

1、临床确诊困难（一般入院后超过 3 天不能确诊）或疗效不满意的疑难、危重、复杂患者；

2、恶性肿瘤患者；

3、拟邀请院外专家会诊或院内多科室会诊（超过 3 个专业）的病例；

4、出现严重并发症的病例；

5、已发生或可能出现医疗纠纷、医疗投诉的病例。

二、会诊说明

1、普通院内多学科联合会诊申请前，须经本科室科内讨论后方可申请，并有科内讨论记录。

2、邀请会诊科室需在会诊前准备好完整的病历资料，填写多学科联合会诊申请表至医务科，由医务科组织会诊。

3、院内多学科联合会诊应由科主任主持，并指定专人记录，会诊结束后由主治医师及时将会诊意见记录在病程记录中，并纳入疑难病历讨论本。在 1 周内填写会诊情况追踪表反馈给医务科。

4、院内多学科联合会诊若指定会诊医师，请注明会诊医师姓名。若未指定，相应科室原则上安排副主任及以上职称医师（或副主任）参加。



多学科联合会诊申请表

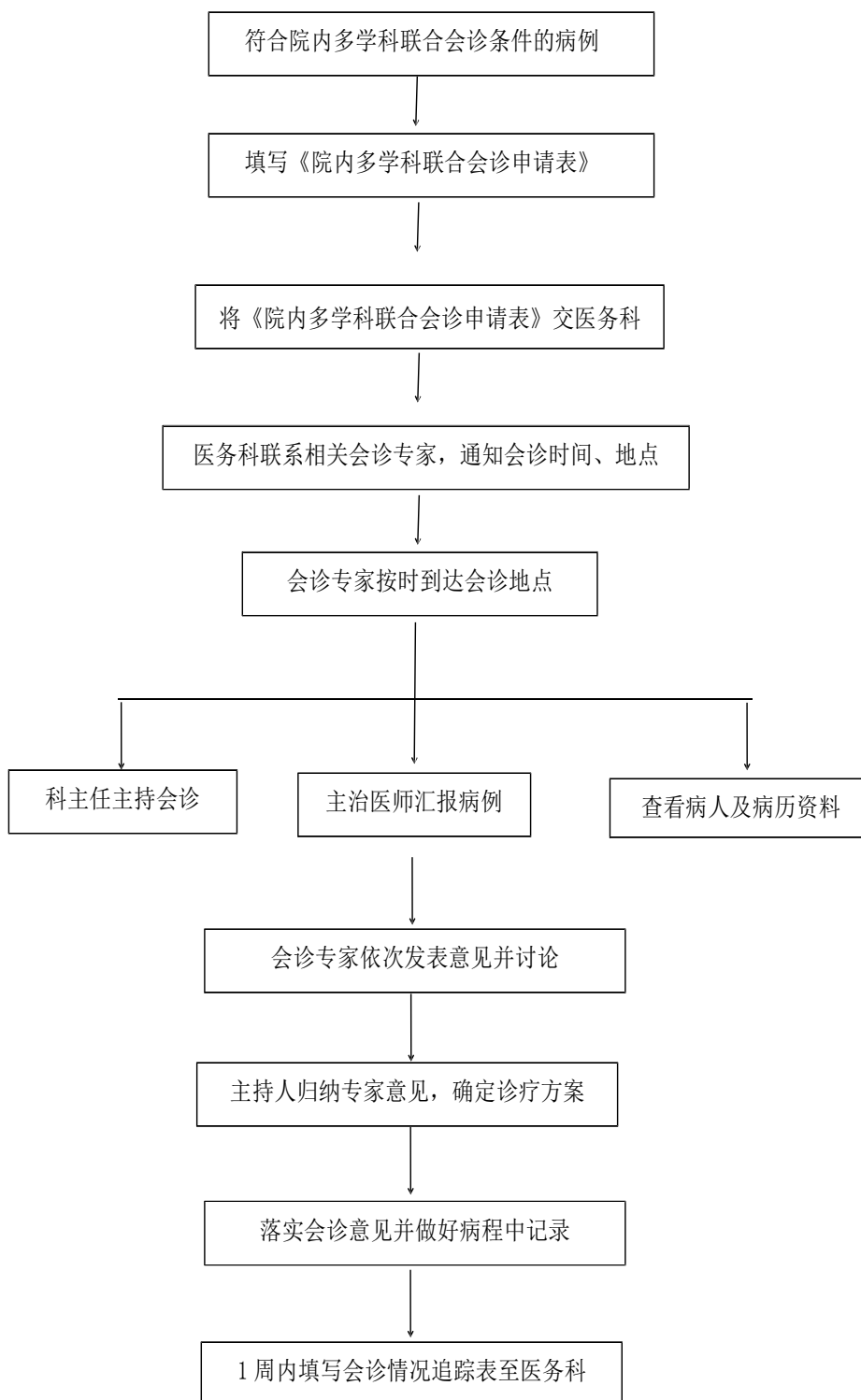
申请会诊科室：

申请时间：

患者姓名		性 别		年 龄	
住院号		会诊地点		会诊时间	
患者病情摘要：					
会诊理由及目的：					
拟请会诊科室或专家：					
患方意见：					
患者（授权委托人）签字： 年 月 日					
科室意见：					
科主任签字： 年 月 日					
医务科意见：					
科主任签字： 年 月 日					
备注：					

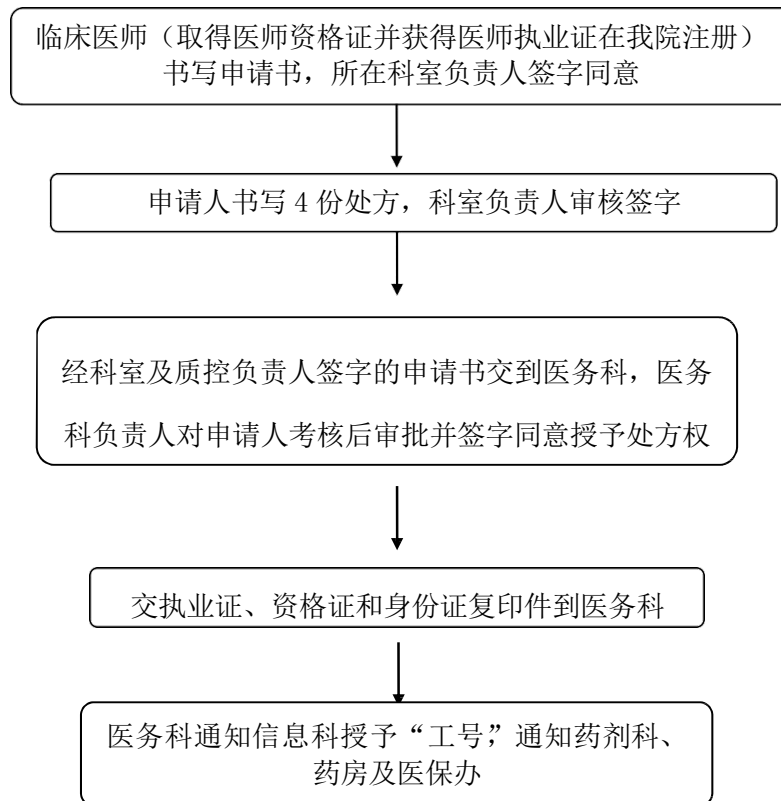


多学科联合会诊流程图

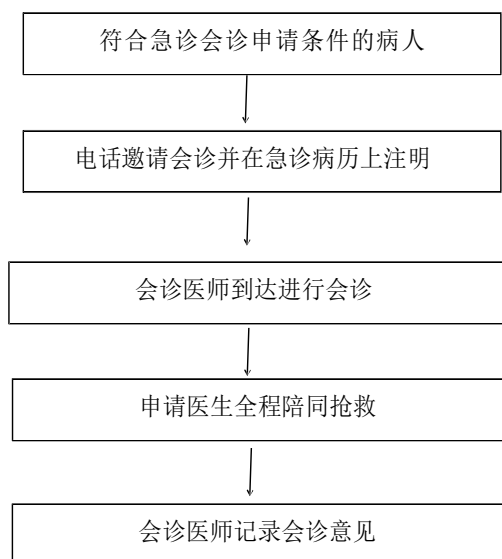




审批处方权流程图



急诊会诊流程图





业务院长查房制度

按二甲医院管理及质量标准，结合二甲医院等级评审要求和我院工作实际，特修订湖北科技学院附属第二医院业务院长查房制度。

一、业务院长查房实行周查制

(一) 查房时间：每周二上午 8:00

(二) 查房顺序：按全院统一业务查房安排通知执行，特殊情况另行通知。

二、业务查房组成部门及人员

(一) 分管院长；

(二) 医务科、护理部、院感公卫科、门诊部主要负责人；

(三) 根据工作需要，必要时通知财务科，信息科、总务科等相关职能科室主要负责人参加。

三、业务查房主要内容

业务查房主要检查科室运行的医疗、护理质量及相关管理工作。

(一) 听取科主任，护士长简要汇报近期科室管理，医疗质量，护理质量管理与业务发展等情况，听取科室对管理方面相关意见以及工作中存在的困难和问题。

(二) 各职能科室负责人提前参与科室相关工作的检查，掌握情况。医疗系列检查主要内容为：医疗核心制度的执行情况，运行病案质量，相关诊疗规范等；护理系列检查主要内容为：护理制度的执行，运行护理病案质量，护理管理等；公卫、院感等系列按二甲医院复核评审标准及医院制度规定进行检查。

(三) 各职能科室负责人对检查发现的问题，结合平时检查掌握的情况向科室反馈，提出改进措施，督促落实。

(四) 业务院长全面掌握检查情况，提出指导意见。

四、工作要求

(一) 医务科按业务查房安排提前通知被检查科室，被检查科室通知全科医护人员参加。科室做好相关准备工作。

(二) 各职能科室对考核情况实时做好记录，对发现的问题要与质量考核分挂钩，并列入当月质量考核内容进行通报。

(三) 业务查房参与人员不得无故缺席，因特殊情况缺席，职能科室负责人向分管业务院长请假，临床科室医护人员向科主任请假，无故缺席未请假者按医院相关制度处理。



手术与麻醉管理



手术分级管理制度

为了确保手术的安全和质量，加强我院各级医师的手术分级管理，根据《医疗机构管理条例》、《中华人民共和国执业医师法》，参照《医院管理评价指南（试行）》的要求，制定本制度。

（一）手术分级

手术指各种开放性手术、腔镜手术及介入治疗（以下统称手术）。依据其技术难度、复杂性和风险度，将手术分为四级：

四级手术：技术难度大、手术过程复杂、风险度大的各种手术。

三级手术：技术难度较大、手术过程较复杂、风险度较大的各种手术。

二级手术：技术难度一般、手术过程不复杂、风险度中等的各种手术。

一级手术：技术难度较低、手术过程简单、风险度较小的各种手术。

（二）手术医师分级

依据其卫生技术资格、受聘技术职务及从事相应技术岗位工作的年限等，规定手术医师的分级。所有手术医师均应依法取得执业医师资格。

1、住院医师

（1）低年资住院医师：从事住院医师岗位工作3年以内，或获得硕士学位、曾从事住院医师岗位工作2年以内者。

（2）高年资住院医师：从事住院医师岗位工作3年以上者，或获得硕士学位、取得执业医师资格、并曾从事住院医师岗位工作2年以上者。

2、主治医师

（1）低年资主治医师：从事主治医师岗位工作3年以内，或获得临床博士学位、从事主治医师岗位工作2年以内者。

（2）高年资主治医师：从事主治医师岗位工作3年以上，或获得临床博士学位、从事主治医师岗位工作2年以上者。

3、副主任医师

（1）低年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作3年以内，或有博士后学历、从事副主任医师岗位工作2年以内者。

（2）高年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作3年以上者。

4、主任医师：受聘主任医师岗位工作者。

（三）各级医师手术权限

1、低年资住院医师：在上级医师指导下，可主持一级手术。

2、高年资住院医师：在熟练掌握一级手术的基础上，在上级医师临场指导下可逐步开展二级手术。



3、低年资主治医师：可主持二级手术，在上级医师临场指导下，逐步开展三级手术。

4、高年资主治医师：可主持三级手术。

5、低年资副主任医师：可主持三级手术，在上级医师临场指导下，逐步开展四级手术。

6、高年资副主任医师：可主持四级手术，在上级医师临场指导下或根据实际情况可主持新技术、新项目手术及科研项目手术。

7、主任医师：可主持四级手术以及一般新技术、新项目手术或经主管部门批准的高风险科研项目手术。

8、资格准入手术，除必须符合上述规定外，手术主持人还必须是已获得相应专项手术的准入资格者。

9、任何级别医师所作的外科手术类别，均不可超出所受聘医院的外科手术执业范围。

（四）手术审批权限

手术审批权限是指对拟施行的不同级别手术以及不同情况、不同类别手术的审批权限。

1、常规手术

（1）四级手术：科主任审批，由高年资副主任医师以上医师签发手术通知单。

（2）三级手术：科主任审批，由副主任医师以上医师签发手术通知单。

（3）二级手术：科主任审批，高年资主治医师以上人员签发手术通知单。

（4）一级手术：主管的主治医师以上医师审批，并可签发手术通知单。

2、高风险手术

高度风险手术是指手术科室科主任认定的存在高度风险的任何级别的手术（含70岁以上高龄患者的手术）。须经科内讨论，科主任签字同意后报医务科，由医务科负责人审批或提交业务副院长审批，获准后，手术科室科主任或高年资副主任以上医师负责签发手术通知单。

3、急诊手术

拟作手术的级别在值班医师手术权限级别内时，可通知并施行手术。若属高风险手术或拟作手术超出自己手术权限级别时，应紧急报责任规定的上级医师审批，需要时再逐级上报。原则上应由具备实施该项手术资格的医师主持手术。在紧急抢救生命的情况下，而上级医生又暂时不能到场主持手术期间，任何级别的值班医生在不违背上级医生口头指示的前提下，有权、也必须按具体情况主持其认为合理的抢救手术，不得延误抢救时机。急诊手术如发现需施行的手术超出自己的手术权限时，应立即口头上报请示。

4、新技术、新项目、科研手术

（1）一般新技术、新项目手术及重大手术、致残手术须经科内讨论、由科主任填写“术前小结及审批表”，签署同意意见后报医务科备案，并由医务科负责人审批或提交业务副院长或院长审批。

（2）高风险的新技术、新项目、科研手术参照《卫生部医疗技术临床应用管理办法》



执行。

5、其他特殊手术

- (1) 被手术者系执外国或港、澳、台护照的人员。
- (2) 被手术者系特殊保荐对象、著名专家学者、知名人士及各党派负责人。
- (3) 70 岁以上的高龄病人的手术。
- (4) 器官摘除手术。
- (5) 可能导致毁容或致残的手术。
- (6) 已经或预期可能引致医、患或司法纠纷的手术。
- (7) 在本院发生的因手术后并发症需再次手术的。
- (8) 外院医师会诊主持手术的（异地行医必须按执业医师法和卫生部第 42 号令《医师外出会诊管理暂行规定》执行）。

6、外出会诊手术

本院执业医师受邀请到本市外单位或外地手术，必须按《执业医师法》和卫生部第 42 号《医师外出会诊管理暂行规定》的要求执行。外出手术医师所主持的手术不得超出其按本制度规定的相应手术级别。

7、外籍医师在本院行医手术的执业手续按国家有关规定审批。

（五）行政管理

1、各科室和各级医师必须严格执行本制度。

2、在急诊手术、探查性手术或非预期的中转手术中，如必须施行超手术权限的手术时，在不影响病人安全的前提下，应请示上级医师，如有必要应报科主任及医务科，术毕一周内补办相关手续。

3、对违反本规范超权限手术的责任人，一经查实，将追究责任人的责任；对由此而造成医疗事故的，依法追究相应的责任。

明确各级医师手术权限，是规范医疗行为，保障医疗安全，维护病人权益的有力措施，各临床科室及各级医师必须严格遵照执行。

术前讨论制度

为了确保医疗质量和保证医疗安全，病人住院期间在施行手术前，《手术分级管理制度》中规定的三级、四级和特殊手术均应进行术前讨论（急诊手术除外），一级、二级手术和其他手术根据病情由科主任决定是否进行术前讨论。

（一）术前应认真进行讨论和周密准备，每次术前讨论原则上全科人员参加。如新开展的手术或重大手术则要求麻醉医师及有关人员要参加。讨论时，必须事先做好准备，主管医师应收集齐备有关材料加以整理（必要时做出书面摘要，事先发给参加讨论的人员，预作发言准备）。讨论时由科主任或科主任委托的主持人（副主任医师以上）主持，主管



医师报告病案（包括一切检查资料），提出诊断、鉴别诊断、手术指征及术前准备情况，然后由主治医师补充。

（二）术前讨论重点为术前评估、术前准备、手术方案，预计手术中和手术后可能出现的意外及其并发症，订出手术方案、术后观察事项、护理要求以及相应的预防措施等。

（三）讨论时应充分发表意见，全面分析，任何意见均应有充分的理论依据，最后尽可能达到意见统一，并作出明确结论。主持人总结科内讨论意见。

（四）术前讨论记录由主管医师书写。讨论须即时记入科室相关记录本中，整理后的术前讨论意见及结论记录须在病程记录中另立专页，并标明“术前讨论记录”，由科主任或科主任委托的主持人审阅、并亲笔签名以示同意主管医师的记录，并随病历归档。

（五）术前讨论记录内容包括：讨论时间、讨论地点、主持人和参加者的姓名、职务（职称）；病人姓名、性别、年龄、入院时间、拟进行手术时间、最后诊断；参加者发言纪要，重点记录手术的可行性、术前准备、手术方案、麻醉方式、麻醉和手术中及手术后可能发生的危险及意外、防范措施、术后观察事项、护理要求等。术前总结按《病历书写规范》的规定执行。

围手术期管理制度

（一）术前管理：

1、凡需手术治疗的病人，各级医生应严格执行手术适应症，及时完成手术前的各项准备和必需的检查。准备输血的病人必须检查血型及感染筛查（肝功能、乙肝五项、HCV、HIV、梅毒抗体）。

2、手术前手术者及麻醉医师必须亲自查看病人，向病人及家属或病人授权代理人履行告知义务，包括：病人病情、手术风险、麻醉风险、自付费项目等内容，征得其同意并由病人或病人授权代理人签字。如遇紧急手术或急救病人不能签字，病人家属或授权代理人又未在医院不能及时签字时，按《医疗机构管理条例》相关规定执行，报告上级主管部门，在病历详细记录。

3、主管医师应做好术前小结记录。中等以上手术均需行术前讨论。重大手术、特殊病员手术及新开展的手术等术前讨论须由科主任主持讨论制订手术方案，讨论内容须写在术前讨论记录单上，并上报医务科备案。

4、手术医师确定应按手术分级管理制度执行。重大手术及各类探查性质的手术须由有经验的副主任医师及以上职称的医师或科主任担任术者，必要时须上报医务科备案。

5、手术时间安排提前通知手术室，检查术前护理工作实施情况及特殊器械准备情况。所有医疗行为应在病历上有记录。如有不利于手术的疾患必须及时请相关科室会诊。

6、手术前患者应固定好识别用的腕带，所标的信息准确无误；同时完成手术部位的标记。



（二）手术当日管理：

1、医护人员要在接诊时及手术开始前认真核对病人姓名、性别、病案号、床号、诊断、手术部位、手术房间等。病人进手术室前须摘除假牙，贵重物品由家属保管。

2、当日参加手术成员（手术医师、麻醉医师、台上与巡回护士、其它相关人员）应提前进入手术室，由手术者讲述重要步骤、可能出现意外的对策、严格按照术前讨论制定的手术方案和手术安全核对的要求执行。

3、手术过程中术者对病人负有完全责任，助手须按照术者要求协助手术。手术中发现疑难问题，必要时须请示上级医师。

4、手术过程中麻醉医师应始终监护病人，不得擅自离岗。

5、手术中如确需更改原订手术方案、术者或决定术前未确定的脏器切除，使用贵重耗材等情况时，要及时请示上级医师，必要时向医务科或主管院长报告；并须再次征得患者或家属同意并签字后实施。

6、核查术中植入的假体材料、器材标示上的信息及效期，条形码应贴在麻醉记录单的背面。

7、术中切除的病理标本须向患者或家属展示并在病案中记录。手术中切取的标本及时按要求处理，在标本容器上注明科别、姓名、住院号，由手术医师填写病理检查申请单。手术中需做冰冻切片时，切除的标本由手术室专人及时送病理科，专人取回病理报告。

8、凡参加手术的工作人员，要严肃认真地执行各项医疗技术操作常规，注意执行保护性医疗制度，术中不谈论与手术无关的事情。术中实施自体血回输时，严格执行《临床输血技术规范》。

（三）术后管理：

1、手术结束后，术者对病人术后需要特殊观察的项目及处置（各种引流管和填塞物的处理）要有明确的书面交待（手术记录或病程记录）。手术记录应在规定时限内及时、准确、真实、全面地完成。

2、麻醉科医师要对实施麻醉的所有病人进行麻醉后评估，尤其对全麻术后病人，麻醉科医师应严格依照全麻病人恢复标准确定病人去向（术后恢复室或病房或外科监护室）。并对重点病人实行术后 24 小时随访且有记录。病人送至病房后，接送双方必须有书面交接，以病历中签字为准。

3、凡实施中等以上手术或接受手术病情复杂的高危患者时，手术者应在病人术后 24 小时内查看病人。如有特殊情况必须做好书面交接工作。术后连续 3 天书写病程记录。

（四）围手术期医嘱管理：手术前后医嘱必须由手术医师或由术者授权委托的医师下达围手术期管理制度。



手术审批制度

(一) 手术审批的内容包括术前诊断、术前准备、手术方式、麻醉方式、参加手术人员及其具体分工等。

(二) 急诊病人需手术治疗者，一般手术须由主治医师以上职称的医师看过病人后方可决定是否手术，并决定手术方案；如遇疑难、危重等情况应及时请示科主任，必要时向医务科（或院行政总值班）汇报。

(三) 一般择期手术或限期手术病人的手术方案须由病区组织术前讨论后由主管医师决定。

(四) 对于重大手术、疑难手术、截肢手术必须在科内（或病区内）进行术前讨论（情况特殊时可请院内外专家会诊），由科主任决定，申请单科主任签字后，报医务科审批，同意后方可进行手术。

(五) 采用新技术开展的手术，必须组织讨论后制定出详细手术方案，充分估计手术中可能发生的情况，并拟定出具体的抢救措施，经科主任同意后，提前2周报医务科审批，医务科组织专家论证通过后，经分管院长审批同意，向卫生行政部门申请准入或备案后，方可实施治疗。

(六) 对一次住院同种疾病再次手术病人，须事先报医务科备案。

有创技术操作授权管理制度

(一) 普通有创诊疗操作技术资质审批

普通有创诊疗操作指临床常用低风险，操作简单、安全的有创操作：如导尿、胃肠减压、骨髓穿刺、浅表组织活检、B超引导下诊疗性腹穿、胸穿、外周血管穿刺、清创等，取得执业资格的医师或护士，在上级医师、护理人员的指导下成功完成一定例数的操作后，经科室考核后，予以资质准入，科室留存备案。

(二) 高风险诊疗操作技术分级审批

1、各科根据本专业有创诊疗操作技术的复杂性，难度和风险，列出高风险诊疗技术目录，报医务科及医院医疗质量与安全委员会审核，科室根据学科发展和技术变化，对目录进行定期更新。

2、各专业根据高风险诊疗操作过程的复杂性和技术的难度要求按项目进行资质准入，高风险诊疗操作技术分专业设置准入标准，取得主治医师职称方可提出最低难度的高风险诊疗操作技术项目的准入资质申请，大多项目要求副主任及以上职称方可申请准入资格，申请前必须完成5例以上操作的助手任务，并在上级医师（或有经验医师）指导下成功施行5例，经科室考评，根据相应项目考核，达到一定的技术水平，科室同意上报医务科审



核，经医院医疗质量与安全委员会专家组二级评审，分管院长审批后生效，获得相应高风险诊疗操作技术资格，方可进行独立操作。

（三）危重患者进行高风险诊疗操作管理

危重患者进行高风险诊疗操作须承担极大的医疗风险，为了保证操作质量，减少操作风险，对操作者有更高的要求，除非紧急抢救生命，在操作前要进行科室讨论，评估有创诊疗操作的利弊和选择，原则上要安排熟练掌握的医师负责具体操作，不得安排低年资技术不娴熟的医师进行操作。

（四）有创操作人员资格管理

各级医师的有创操作授权必须遵循《中华人民共和国执业医师法》特殊技术应用相关规定和要求，根据医师的技术资质（职称）和实际工作能力（技术考核认定），确定该医师所能实施和承担相应的有创操作项目。有创诊疗操作资格许可授权实行动态管理，每2年复评一次，进行操作技术能力再评价与再授权，再授权主要依照实际能力提升而变，不唯职称晋升而变动。当出现下列情况，取消其进行有创诊疗操作的权限。

- 1、达不到操作许可授权所必需资格认定的新标准者。
- 2、对操作者的实际完成质量评价后，经证明其操作并发症的发生率超过操作标准规定范围者。
- 3、在操作过程中明显或屡次违反操作规程者。

重大疑难、致残手术报告审批制度与程序

为降低手术风险、保证医疗质量，确保医疗安全，医院对重大疑难手术必须进行审批，特制定本制度。

（一）审批范围：

凡新开展IV类手术、特殊手术、破坏性手术、本院新开展手术、危险性较大手术、诊断未确定的探查手术或病情危重必须手术却无人陪同的急诊手术、特殊手术、有行政干预的手术、其他正、副主任医师或科主任认为要审批的手术，均属审批范围。

特殊手术是指：

- 1、被手术者系外宾、华侨、港、澳台同胞；特殊保健对象如高级干部、著名专家、学者、知名社会人士以及民主党派当地负责人；
- 2、有潜在的引起医疗争议、司法诉讼的手术，存在医疗纠纷的再次手术；
- 3、各种诊断不明的探查手术、手术失败后再次手术、手术后遗症再次手术、病情危重有重大手术风险的手术、预知预后不良的手术等；
- 4、外院医师来本院参加手术者，异地行医必须按照《执业医师法》、《医师外出会诊制度》等相关规定执行（手术审批按照手术类别决定）；
- 5、可能导致毁容或致残的手术；



6、其他，如高龄患者、伴随严重其他疾病等。

（二）报告审批程序：

科室对属于审批范围内的重大疑难手术须进行术前讨论。讨论后由经管医师填写“重大手术审批单”，主刀医师签名，科主任签署意见后，报告医务科长或业务院长审批备案。科主任或副主任医师以上人员签发手术通知单，决定手术者。急诊手术向科室最高级别值班医师和医院总值班汇报，办理相关手续。医务科长批准签字前必须审阅病历，包括：住院记录、术前讨论、手术同意书、麻醉同意书及术前小结。对患者病情、诊断、科室讨论结果做全面了解后，方可在“重大手术审批单”相应栏签字。对属于新手术的病例，执行《新技术开展报告审批制度》。

“非计划再次手术”监测制度

为了提高手术安全性，减少非计划再次手术的发生，降低医疗风险，特制定本监测制度。

（一）本制度所指的非计划再次手术，是指某位患者原手术的直接或间接并发症导致的再次手术。

（二）非计划再次手术是手术科室质量管理的重点，手术科室必须加强医疗安全制度的落实，重点是术前讨论、手术适应症、风险评估、术前查对、操作规范、术后观察及并发症的预防与处理、医患沟通制度的落实。以杜绝非计划再次手术风险的发生。

（三）实行患者病情评估与术前讨论制度，遵循诊疗规范制定诊疗手术方案，依据患者病情变化和再评估结果调整诊疗方案，均应记录在病历中。

（四）完成患者的手术前评估与术前各项准备后，方可下达择期手术医嘱（急诊抢救手术除外）。

（五）加强围手术期各环节管理：①术前环节：开展术前讨论，诊断、手术适应症是否明确，术式选择是否合理，风险评估，填写手术风险评估表（手术切口清洁程度、麻醉分级评估、手术持续时间等），手术方案，患者术前准备，针对患者病情术中意外情况处理的方案；与患者沟通并签署《手术同意书》、《输血同意书》、委托书等；术前麻醉医师查房与患者沟通并签署《麻醉知情同意书》；《手术安全核对表》（患者麻醉手术前、皮肤切开之前、患者离手术之前）内容完整。制定患者术后计划和护理计划，并记录病历中。②术中环节：按照《手术安全核对表》查对患者身份，手术部位等并签字；手术操作规范，输血规范，处理措施果断、合理，意外处理及术中术式改变履行告知等；器械敷料查对无误。③术后环节：观察及时、严密，并发症的早期预防、早期发现、及时妥善处理；麻醉医师查房等。落实术后医疗护理计划并记录。手术、麻醉记录书写规范，手术记录在24小时内完成，记录者必须是术者或第一助手（术者审签）。

（六）凡同一次住院再次手术，应一律在进行再次手术之前上报医务科，对于紧急手术应当在准备手术的同时上报，由医务科调查确定再次手术是否为非计划再次手术。

（七）非计划再次手术的管理由医务科牵头，护理部、麻醉科及各手术科室协作管理，



医务科负责再次手术病例的收集、监控、组织手术科室等协作管理，组织对再次手术的调查、干预等工作。

(八) 各手术科室同一病人一次住院期间的再次手术必须主动上报，并填写《非计划再次手术登记本》，不得瞒报和漏报，如发生瞒报和漏报，一经查实，将按医院有关规定对科主任和当事人进行处罚。

(九) 医务科在运行病历管理系统中采用实时监控的方式，随时发现和预警再次手术的发生。

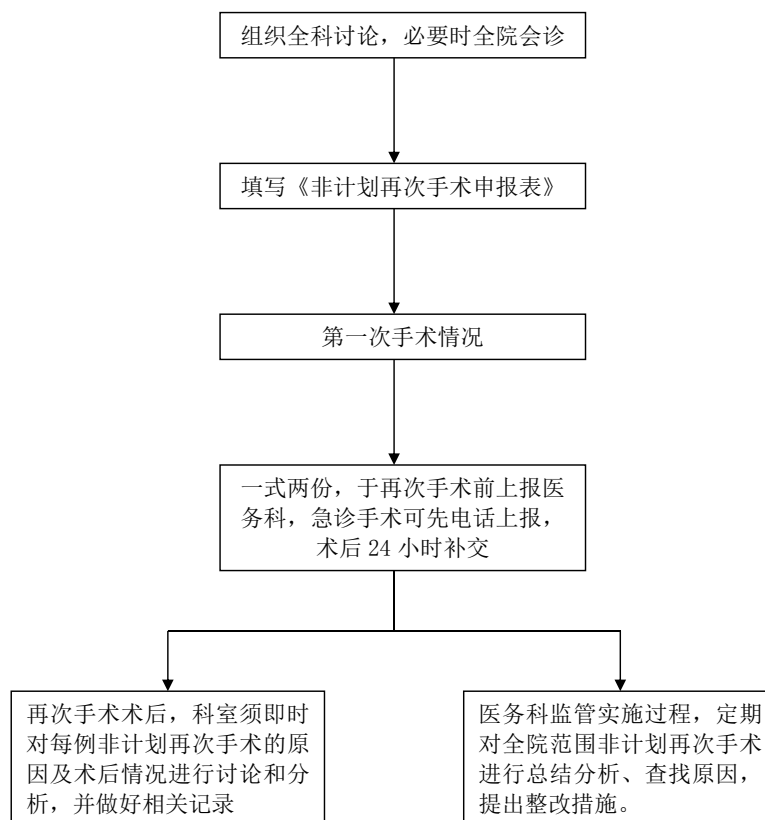
(十) 手术科室在发生非计划再次手术后，应本着客观的态度从疾病的评估、术式的选择、围手术期的管理、并发症的处理及感染控制等各层面进行认真分析，以总结经验、汲取教训，完善整改措施，并认真整改，从而提高手术质量，减少非计划再次手术的发生。

(十一) 医院每半年开展一次“非计划再次手术的讨论”的讨论分析，查找原因，总结经验、汲取教训，提出整改措施，并将整改要求反馈给有关科室认真整改。

(十二) 医生要加强三基三严训练，按照医院手术管理制度做好术前准备工作及术后观察工作，尽可能减少非计划再次手术。

(十三) 严格实行手术医师资格分级授权管理制度与规范，责任到每一位医师，把“非计划再次手术”作为定期能力评价与再授权的条件之一。如果发生医源性“非计划再次手术”，延迟半年授权；发生技术事故，则对手术资格降级处理。

非计划再次手术管理流程图





手术部位识别标示制度

为了确保手术患者的医疗安全，防止手术过程中患者及手术部位出现识别差错，特制定本制度。

(一) 涉及有双侧、多重结构(手指、脚趾、病灶部位)、多平面部位(脊柱)的手术时，对手术侧或部位应做标记。

(二) 临床医生在医疗活动中要严格执行《术前讨论制度》及《手术过程管理规范》。

(三) 经治医生在术前要明确手术切口位置、手术方式及手术目的。

(四) 手术患者在离开病区到手术室前，经治医生必须在即将手术的患者身体切口位置用记号笔对患者手术部位进行“+”图形体表标识、标示，并与患者或家属共同确认及核对。

(五) 手术室工作人员到病区接患者时必须查看即将手术患者的身体切口位置是否有记号笔标示，若无标示，禁止将患者接到手术室。

(六) 麻醉医生在为手术患者进行麻醉术前，严格遵守《查对制度》，同时必须查看即将手术的患者身体切口位置是否有标示，并查对术前切口标示是否和患者即将手术的部位一致。若无标示或标示与手术部位不一致，麻醉医生拒绝为患者进行麻醉手术，直至经治医生标示清楚方可进行麻醉。

术前准备管理制度

(一) 凡需手术治疗的患者，各级医生应严格掌握手术适应症及禁忌症，评估手术风险，如有不利于手术的疾病必须及时请相关科室会诊。

(二) 手术前完成各项准备和必需检查，如心电图、胸片、三大常规、凝血功能、肝功能、肾功能、电解质、血糖及感染筛查(乙肝、HCV、HIV、梅毒抗体)。

(三) 评估患者术中可能出血量，如出血量较大，术前需备血。

(四) 手术前麻醉医师必须亲自到病房访视患者，了解患者病情，评估其麻醉风险等级，向患者及家属或患者授权代理人履行告知义务，包括：麻醉风险、自付费项目等内容，征得其同意并由患者或患者授权代理人签字。如遇紧急手术或急救患者不能签字，患者家属或授权代理人又未在院不能及时签字时，按《医疗机构管理条例》相关规定执行，报告上级主管部门。

(五) 手术前手术主刀医师必须亲自查看患者，向患者及家属或患者授权代理人履行告知义务，包括：手术目的、手术风险、自付费项目等内容，征得其同意并由患者或患者授权代理人签字。如遇紧急手术或急救患者不能签字，患者家属或授权代理人又未在院不能及时签字时，按《医疗机构管理条例》相关规定执行，报告上级主管部门，在病历



详细记录。

(六) 主管医师应做好术前小结记录、术前讨论、手术审批。重大手术、特殊病员手术及新开展的手术等术前讨论须由科主任或副主任医师以上人员主持讨论制订手术方案，讨论内容须写在术前讨论记录单上，并记录在专用记录本中。

(七) 手术主刀医师确定应按手术分级管理制度执行。

(八) 手术时间安排提前通知手术室，所需特殊器械需在手术通知单上注明。

(九) 手术前患者应固定好识别用的腕带，所标的信息准确无误，同时完成手术部位的标记。

(十) 如行器官切除术，需征得其同意并由患者或患者授权代理人签署器官切除同意书，并报医务科及分管院长审批，一份存病历，另一份存医务科备案。

I 类切口手术抗菌药物预防性使用管理制度

(一) 为规范我院外科 I 类切口手术围手术期预防用抗菌药物（以下称预防用药）的管理，促进合理用药，减少细菌耐药性，降低医药费用，依据《抗菌药物临床应用指导原则》（卫办医政发〔2004〕285 号）和《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》（卫办医政发〔2009〕38 号）等规定，制定本制度。

(二) I 类切口手术的术野为人体无菌部位，局部无炎症、无损伤，也不涉及呼吸道、消化道、泌尿生殖道等人体与外界相通的器官。乳腺手术、血管外科手术、腹外疝手术、门体静脉分流术或断流术、脾切除术，以及经皮肤内窥镜的胃造瘘口术、腹腔镜胆囊切除术和内窥镜逆行胆胰管造影术等手术的预防用药纳入外科 I 类（清洁）切口手术管理。

(三) 本制度适用于外科 I 类（清洁）切口手术预防用药工作相关的医师、药师、护士、患者及其他相关人员。

(四) 外科 I 类（清洁）切口手术围手术期预防用抗菌药物的管理由院长牵头负责，抗菌药物临床应用管理领导小组和工作小组提供咨询与技术支持，医务科、药械科、院感科、护理部、外科、感染科、麻醉科、检验科等共同参与完成。

(五) 外科 I 类（清洁）切口手术预防用药应当遵循安全、有效、经济的原则。

(六) 预防用药不能代替严格的无菌操作。

(七) 严格控制新上市的、限制性使用和特殊使用的抗菌药物预防性应用于外科 I 类（清洁）切口手术。

(八) 对于有特殊病理、生理状况的患者，预防用药应参照《抗菌药物临床应用指导原则》、药品说明书等规定执行。

(九) 各临床科室、检验科、院感科应加强抗菌药物临床应用与细菌耐药监测工作，定期进行细菌耐药分析，并根据耐药病原菌的分布及其耐药状况，上报调整预防用药的种类，并及时通报。



(十) I类切口手术患者预防使用抗菌药物比例控制在30%以下。

急诊手术管理规定

(一) 目的：加强急诊手术的管理，确保急诊手术及时顺利开展。

(二) 适用范围：全院各临床手术科室。

(三) 各部门人员职责：

- 1、医生：决定急诊手术，通知手术室和麻醉科。
- 2、麻醉科：及时会诊、及时实施麻醉。
- 3、手术室：及时安排急诊手术。

(四) 急诊手术是指病情紧迫，经医生评估后认为需要在最短的时间内实施，否则就有生命危险的手术。

(五) 特急手术是指由于病情危重危及生命而需要进行紧急手术抢救的手术，如危及母子安全的产科急症、严重的肝脾损伤、严重的颅脑损伤、严重的开放性心胸外伤、气管异物、大血管破裂等。

(六) 工作制度及要求

1、急诊手术权限：病房急诊手术由病房科主任（或副主任医师以上人员）决定，并遵照《手术分级管理及审批制度》执行。

2、急诊手术范围：急诊手术指病情紧迫，需在最短时间内进行的手术，多见于创伤、急腹症、大出血、急性、严重感染、危及母子安全的产科急症等情况。

3、急诊手术流程：

①治疗医生发现病人需要急诊手术应立即请示科主任。

②决定手术后，立即通知手术室、麻醉科。

③由相关科室尽快完成必要的术前检查、配血、术前准备。

④决定急诊手术后，主刀或第一助手应详细向患者和（或）家属说明病情、手术必要性、手术风险、替代治疗等情况，征得患者和（或）家属签字同意。如患者因特殊原因（如昏迷）又无家属在身边，应报医务科或总值班审批。

⑤由手术医师、护士共同护送病人进入手术室。

4、抢救患者的特急手术，必须争分夺秒。

5、对特急手术患者应立即开通绿色通道。

6、急诊手术应提前通知手术室和麻醉科进行术前准备。特殊情况下（如需立即手术），手术室可先接受患者，尽可能缩短抢救时间，挽救患者生命。

7、是否危及生命的急诊手术的判定，由科主任负责确定，经治医生在联系手术时应予以说明。

8、医技科室等相关科室应无条件配合完成相关工作。



手术医师定期能力评价与再授权制度

实施手术操作分级管理，是确保手术安全的有效措施。为进一步加强对手术医师资格分级授权实施动态化管理，特制定本制度。

一、考核组织

医疗质量与安全委员会负责制定手术医师资质准入制度、手术评价标准、手术医师的技术考核、手术医师的手术分级审定，监督管理手术医师资质准入制度的执行，协调制定手术分类及手术医师资质准入范围和标准，定期和不定期考核手术科室执行情况。相关科室的质量与安全质控小组具体负责本科室手术医师能力评价与再授权工作。

二、手术医师定期能力评价

(一) 医院每两年对手术医师资质认定一次，定期对手术医师资质进行调整，对手术医师资质变动情况进行再授权。

(二) 评价标准

1. 能够主持本级别手术，且未发生医疗过错或事故者，可授予同级别手术权限；
2. 申请晋升高一级别手术权限的医师，应具备以下条件：
 - (1) 获得拟申请高一级别手术的卫生专业技术资格任职资格；
 - (2) 承担本级别手术时间满两年；
 - (3) 承担本级别手术期间无医疗过错或事故发生（以我院医疗质量安全管理委员会讨论结果为准）；
 - (4) 在上级医师指导下完成高一级别手术 5 例以上者。
3. 当出现下列情况之一者，取消或降低其手术操作权限：
 - (1) 达不到操作许可必需条件的；
 - (2) 对操作者的实际完成手术进行质量评价后，认定其质量水平达不到相应要求的；
 - (3) 在操作过程中明显违反操作规程的；
 - (4) 承担本级别手术期间发生 2 次医疗过错或 1 次医疗事故的；
 - (5) 在实施本级别手术期间，存在非计划再次手术记录的，当年度不得晋升上一级别手术资质；
 - (6) 在实施本级别手术期间，若发现有越级手术或未经授权擅自开展手术者，手术级别降低一级，3 次以上开展未经资质授权的手术者取消手术资质；
 - (7) 在实施本级别手术期间，发现非客观原因叫停手术每年度 3 次以上者，本年度不得晋升上一级别手术资质。

三、评价程序

(一) 各科室由科主任担任第一责任人，组织科室质量与安全质控小组根据上述规定，对科室开展的手术进行梳理、讨论，对手术医师资质进行评定，拟定各级手术医师手术级



别及手术范围并填写《医师手术分级再授权申报表》，提交医疗质量与安全管理委员会审核。

（二）医疗技术管理委员会复核认定后，再次授予相应手术级别。

（三）申请晋升高一级别手术权限的医师，需填写《手术医师定期能力评价与再授权表》，经科室质量与安全质控小组讨论通过后报医疗质量与安全管理委员会审核。

（四）医疗质量与安全管理委员会对其进行理论及技能考核评估，授予高一级别手术权限。

（五）对取消或降低其手术操作权限的医师，由科室质量与安全质控小组报医疗质量与安全管理委员会讨论通过，授予相应级别的手术权限。

（六）手术医师能力评价与再授权结果医务科备案。

四、监督管理

（一）医疗质量与安全管理委员会履行手术医师能力评价与再授权工作的管理、监督职责；

（二）对违反本规定的相关人员调查处理，并按照医院的相关规定追究其责任；

（三）对认定结果有异议者，可向院医疗质量与安全管理委员会提出申诉。



手术人员技术档案及手术权限审批表

姓名		性别		出生年月		参加工作 时间	
执业范围		取得执业 证书时间		技术职称		进修情况	
手术 分 级 范 围	手术者独立完成的手术： 特殊专业：						
科室意见							
医务科 意 见							
医疗质量 管理委员 会审批 意 见							



手术医师定期能力评价与再授权表

科室：

年 月 日

姓名		性别		出生年月	
专业技术职称				取得时间 聘任时间	
完成本级别 手术例数 (病案号)					
在上级医师指导下完成上一级手术例数 (病案号)					
有无医疗事故及 纠纷发生	有无非计划再次手术病例			有无越级手术	
	医源性原因		非医源性原因		
考评结果					
合格			不合格		
是否同意再授权同级别 手术	是否同意晋升上一级 别手术		是否再授权同级别手术	是否降低手术级别	
科主任意见：				年 月 日	
医务科意见：				年 月 日	



关于邀请院外教授会诊手术的管理规定

为提高我院医疗技术水平，促进学科建设和发展，满足病员诊治需要，规范会诊行为，根据国家卫计委关于《加强医师会诊管理规定》等文件精神，结合我院工作实际，特制定此规定，望严格遵守执行。

（一）根据患者病情，经科室或院内讨论（讨论记录备查），我院现有医疗技术水平难以解决问题，医疗安全难以保障的病例，可申请上级医院教授会诊或手术。

（二）有一定医疗风险，患者及家属强烈要求，可申请上级医院教授会诊或手术。

（三）科室申请会诊须先填写《会诊邀请函》和《湖北科技学院附属第二医院会诊申请单》，书面报医务科审核备案，医务科审核同意后，实施邀请会诊事宜。特别重大或特殊情形，医务科要报分管院长或院长。

（四）特别紧急或特殊原因需立刻请会诊、来不及书面报告时，先要电话报告医务科，会诊事后 24 小时内补报相关手续。

（五）会诊申请单定为统一格式，项目要填写清楚，必须有科主任签字和患者或家属同意签字。书面会诊申请单样式附后。

对违反会诊管理规定所造成的不良后果或医疗纠纷，医院将按有关制度追究科室和当事人行政及经济责任。



湖北科技学院附属第二医院邀请院外专家会诊（手术）申请单

患者姓名：	性别：	年龄：	住院号：
科室：	病区：	床号：	诊断：
专家姓名：	医院：		
病历简介：			
申请人：	与患者关系：		
由患者全部承担会诊费用		申请人签字：	
患方自愿承担会诊的不利后果		申请人签字：	
科室意见：			
			科主任： 年 月 日
医务科意见：			
			签 名： 年 月 日



术后管理制度

为保证医疗质量，保障术后患者安全，制定本制度。

（一）巡回护士手术结束前 15 分钟通知相关科室做好接收患者准备，由麻醉医师将患者送返病房，麻醉医师向主管医师交接术中用药，输血输液量及生命体征变化等情况，每位患者手术后的生命指标监测结果记录在病历中。

（二）术中切除组织必须送病检，不能主观臆断，以免误诊。

（三）术后生命体征不稳定或术前评估合并脏器功能不全患者，原则上术后先送监护病房，待生命体征平稳后转回普通病房。

（四）患者送至病房后，麻醉医师与病房护士应进行床头交接。麻醉医师必须对实施麻醉的所有患者进行麻醉术后评估，对全麻术后患者，实行术后 24 小时随访并记录。

（五）手术记录应由主刀医生或第一助手按《病历书写规范》格式书写，必须及时、真实、客观、详细描述手术过程、病灶情况、术中病情变化及处理情况（包括术中会诊及与家属谈话内容），对患者需要特殊观察的项目及处置（各种引流管和填塞物的处理）在手术记录或病程记录中要有明确的记录。

（六）术后医嘱必须由手术医师或由手术者授权委托的医师开具。

（七）每位患者手术后的生命指征监测结果需记录在病历中。

（八）手术当晚值班医生要主动巡视手术患者。接受三、四级手术或病情复杂的高危患者，必须由主刀医师及治疗组组长亲自查房，如有特殊情况必须做好书面交接工作。

（九）医务人员必须熟悉手术常见并发症，并将预防措施落实到位。对骨关节及脊柱等大型手术、高危手术患者做好风险评估，有预防“深静脉栓塞”、“肺栓塞”的常规与措施，对重大手术并发症的案例及时分析并上报医务科。医务科定期进行相应监管、分析与反馈。

（十）在术后适当时间，依照患者术后病情评估结果，拟定术后康复、再手术或放化疗等方案。

（十一）对特殊治疗、抗菌药物和麻醉镇痛药物的应用按国家有关规定执行。



术后镇痛治疗管理规范与程序

术后镇痛可以有效地减少病人的痛苦，对病人的术后恢复起到积极地帮助作用。术后镇痛管理主要是病区使用镇痛泵的规范化管理问题，我院根据上级卫生部门及我院的实际情况制定本规范。对镇痛泵的应用采取规范化管理，对护士参与手术后的疼痛管理提出了新的要求，即实施以护士为主体、麻醉师为督导的人性化管理。

（一）建立健全病区使用管理制度

指定病区 1 名主管护师负责建立病区镇痛泵管理档案，建立病区镇痛泵使用登记本并制定术后镇痛专用登记表；表格内容包括病人的姓名、性别、年龄、身高、体重、住院号、麻醉方式、疾病诊断、镇痛途径、药液配方、镇痛时间、镇痛效果以及并发症等观察项目。所有术后镇痛的病人都建立登记表，登记表的内容项目要认真填写完整，以备记录使用。

（二）建立术后疼痛病人管理工作流程

病人返回病房后护士首先与麻醉师严格交接班，了解手术方式、麻醉方法、PCA 泵药物配比情况、锁定时间、PCA 泵开放情况，护士告知病人及家属镇痛泵使用注意事项：严禁碰撞、挂起、坠地，一旦发生立即与护士联系；起床活动时镇痛泵低于穿刺部位；严禁在镇痛泵上连接液体以免药液稀释影响镇痛效果；不要频繁按压镇痛泵上的追加药物剂量按钮，评估病人麻醉恢复情况、疼痛强度，疼痛为中度时可按压镇痛泵追加镇痛药，观察镇痛效果，如效果不佳可与麻醉师联系。护士严格按流程操作。

（三）加强护理人员的规范化培训

- 1、科内护士学习人文关怀及疼痛的控制理论；
- 2、麻醉师讲解镇痛药、镇痛泵的应用过程以及异常事件的发生前兆和应对措施；
- 3、对护士进行疼痛管理理论知识的培训，尤其是术后镇痛的新观点、新方法等。

（四）加强镇痛治疗知识的普及

协调麻醉科工作，取得医生的支持与共同参与，宣传术后镇痛可以给病人带来的好处及对疾病康复的有利因素，争取临床医生的理解与支持。

对病房护士加强护理方面的培训，以便在临床护理工作中加强观察，及时反馈镇痛治疗过程出现的问题，全面提高病人的镇痛质量和满意度。

（五）做好宣教工作

术前护士宣教质量与镇痛效果密切相关，应选择多个时间点对病人进行强化宣教。

术前可让病人了解使用 PCA 泵可能出现的问题，如镇痛药的副反应、镇痛效果等，并带其访视正在使用 PCA 泵的病人；术毕回到病房待病人彻底清醒后重新讲解注意事项。

重视对病人及其家属的宣教工作，病人家属对镇痛治疗的理解和合作对提高镇痛治疗的质量非常重要，术前一定要对病人及其家属说明镇痛的方式和方法，镇痛泵的基本



原理和结构。对镇痛可能出现的副反应要事先对病人及家属说明，解除病人及家属的顾虑，提高术后镇痛的满意度。对镇痛不全的要分析原因，做好解释工作并妥善处理，给病人对术后镇痛以更多的了解，取得病人的配合。

PCA 泵的使用观察及 PCA 泵发生故障时能及时发出报警信号，护士应当及时查看报警信号提示的异常情况如输药导管堵塞、按钮失灵、电源不足、电脑程序设置错误、每小时用药超过预设等。

（六）建立资料汇总分析

建立交接班制度，定时对登记资料进行汇总和总结，分析病人的疼痛感受，对出现的问题及时改进，使得镇痛管理更加科学合理。

（七）保障各项管理制度的落实

1、严格查对制度。护理操作中严格“三查七对”，强化护理人员责任感。

2、严格交接班制度。加强镇痛泵使用中的管理，病人术毕回病房，责任护士要与麻醉师当面交接，并进行班班床旁交接，确保镇痛泵输注系统通畅。交接内容应包括检查每例病人镇痛泵是否正常输注、药液的剩余剂量，输注部位有无红、肿、皮肤过敏、出血、渗液、针头脱落等情况，在登记表上准确记录。定时查看导管接头是否固定牢固，有无脱落，导管有无扭曲或移动而损伤皮肤。

3、严密监测病人，警惕镇痛泵治疗期间病人并发症的发生。使用前详细向病人说明方法、操作原理和注意事项，取得病人的配合。告知病人勿随意调节镇痛泵上的按钮，出现疼痛时遵医嘱进行调节，出现并发症应及时分析原因，认真检查镇痛泵各项参数及输注程序。



手术室标本管理制度及送检流程

(一) 凡在手术室内实施手术所取下的组织、器官或与患者疾病有关的物体、异物等均视为手术标本。

(二) 无病理价值和保留价值的组织、器官、肢体等均应让家属看后并做好手术标本的登记，然后将其用 10% 福尔马林液固定，派专人送到殡仪馆烧毁。对无病理检查价值的体内异物、内固定物等，让病员家属看后做好登记并按医疗废弃物处理。

(三) 洗手护士负责术中妥善保管切下的标本，术后与手术医生核对无误后及时用 10% 福尔马林液固定，放入标本存放柜内并做好登记。

(四) 每日上午 9:00 时由手术室安排专人将登记本、病理检查申请单及标本袋上标签逐一核对无误后送病理科，双方再次进行核对并签字后交病理科工作人员。

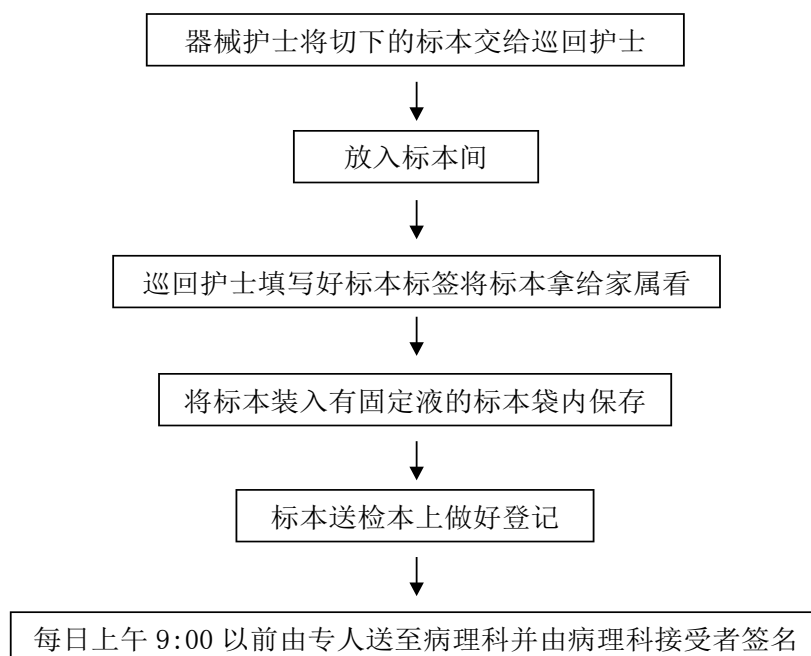
(五) 手术过程中需要做细菌培养、涂片者应事先开好化验单并记账，标本取下后应立即送检。

(六) 手术标本需放入带锁的存放柜内，家属看标本时不可带出手术室，严禁有实习生、进修生或其他人代为固定、存放、代送标本，防止标本遗失。

(七) 切下的手术标本必须及时用 10% 福尔马林液固定，必须按规定配置福尔马林液，并注明配置时间和负责人。固定液不少于标本的 5—10 倍，防止标本风干和腐败现象发生。

(八) 术中做冰冻切片检查时，手术标本必须立即干燥送检，严禁在标本袋内加入福尔马林等液体，如天气炎热，应用塑料袋装好冰块后放在冰冻切片标本周围，防止标本腐败。接听诊断报告电话时，必须按危急值管理制度和报告、接收流程执行，详细登记。

常规病检手术标本送检流程：





快速病检手术标本（冷冻切片）送检流程：

- 1、巡回护士准备标本袋，并在标本袋上填写病人一般信息。
- 2、打开标本袋，洗手护士或手术医生将病理组织标本放入标本袋，封袋。
- 3、巡回护士在快速病检申请单的“术中所见”栏内填写由主刀医生口述的术中所见。
- 4、核查并确认标本袋、病检申请单、麻醉记录单上病人信息是否完全一致。
- 5、巡回护士将手术标本及病检申请单一起交给护工。
- 6、护工在快速病检手术标本登记本上填写相关栏目内容并签名。
- 7、护工拿标本袋、病检申请单、标本登记本送至病理科，与接收者交接并签名。

复合伤病人首诊处理流程

（一）伤员进入急诊室，实行首诊负责制，首诊医师进行快速、全面的初步评估。

（二）根据评估结果，进行初期抢救，包括通气、输液抗休克、心肺脑复苏、控制出血、确定手术治疗等措施。

（三）初步控制窒息、休克、大出血后借助病史采集、体格检查、实验室检查、特殊检查做进一步评估，同时首诊医师完成急诊病历书写。

（四）进一步评估后，进行多发伤的再估计，包括动态观察，发现隐蔽的深部损伤、继发性损伤、并发症，如十二指肠破裂、胰腺损伤、隐形出血、继发颅内、胸内、腹内出血等。

（五）根据多发伤的再估计，请相关科室会诊，首诊医师向会诊医师介绍病情，会诊医师做出进一步诊断，按伤情严重程度，进行相应的手术及对症治疗。

（六）除留观者外，伤员转入相关科室病房动态观察治疗，急诊病历等相关记录交付转入科室。

手术后并发症风险防范制度

术后并发症的管理，是围手术期管理的关键环节，采取有效措施预防并发症的发生是重中之重，一旦发生术后并发症要及时采取针对性处理措施，确保围手术期病人安全，保证手术效果，特制定本制度。

（一）充分的术前准备，选择恰当的手术时机

1、术前讨论时，对疾病的诊断、手术方式、可能发生的并发症及采取的预防措施进行充分的讨论。

2、严格履行告知义务，向患者及家属说明手术的必要性、手术的方式、风险、可能发生的并发症和预后，征得患方同意，并在手术知情同意书上签字。

3、术前适应性训练：（1）练习床上大小便；（2）教会患者正确的咳嗽、排痰（深呼吸）



的方法；（3）指导患者如何保持良好的心理状态，保证充足的睡眠；（4）戒烟、戒酒。

4、按照各专业的诊疗常规，进行充分的术前准备。

5、术前进行全面的手术风险评估：对于可能影响术后恢复的因素如肺炎、血糖异常、心脑血管病变、水、电解质及酸碱平衡紊乱等应全面评估，采取必要的干预措施，选择手术时机，以降低术中、术后风险。

（二）手术后处理，防治可能发生的并发症

1、在医师的指导下，摆放适宜的术后体位。

2、手术医师在术后3日内每日查看病人，麻醉医师术后24小时内访视患者，观察病情变化有记录。针对不同手术、术后的不同时期和病人的具体情况，提前采取有效的预防措施，有针对性的观察患者是否出现早期并发症的表现，做到早发现、早处理。

3、术后连续3天书写病程记录，内容包括患者生命体征、病情变化、治疗方案及预防和处理并发症的措施。

4、仔细检查手术切口（包括各种引流管），观察切口对合及愈合情况，发现异常及时处理。

5、注意术后感染的预防和处理，合理使用抗菌药物。

6、根据病情、手术性质及麻醉方式，做好手术后护理及术后康复指导。

7、在对病情全面评估的前提下，鼓励术后患者床上活动或及早下床活动，并逐步增加活动量和活动范围。

（1）卧床活动：病人麻醉作用消失清醒后，可进行深呼吸及有效咳痰、翻身、四肢屈伸等运动。

（2）离床活动：根据手术种类及身体情况，在对患者进行全面评估后，先坐在床边做深呼吸和咳嗽，再在床旁站立、行走，逐步增加活动范围、次数。

8、对于非计划再次手术的患者，严格按照医院《非计划再次手术管理制度》的规定执行。

医务科、护理部对本制度的执行情况进行监管。

麻醉技术分级管理制度

遵照《医疗机构管理条例》和《中华人民共和国执业医师法》等文件精神，为加强麻醉操作管理，保证麻醉质量及麻醉患者的医疗安全，减少手术并发症，提高医疗质量，特制定麻醉医师分级授权制度如下，请严格执行。

一、麻醉患者的分级

参照美国麻醉医师协会（ASA）病情分级标准，将患者分为下列5级：

第1级：患者心、肺、肝、肾、脑、内分泌等重要器官无器质性病变；

第2级：有轻度系统性疾病，但处于功能代偿阶段；



第3级：有明显系统性疾病，功能处于早期失代偿阶段；

第4级：有严重系统性疾病，功能处于失代偿阶段；

第5级：无论手术与否，均难以挽救患者的生命。

二、特殊手术麻醉及操作技术

心脏、大血管手术麻醉，颅内动脉瘤手术麻醉，巨大脑膜瘤手术麻醉，脑干手术麻醉，肾上腺手术麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克患者麻醉，高位颈髓手术麻醉，器官移植手术麻醉，高龄患者麻醉，新生儿麻醉，控制性降压，低温麻醉。

三、新开展项目、极高风险手术麻醉

四、麻醉医师级别及麻醉技术权限

所有麻醉医师均应依法取得执业医师资格。依据其卫生技术资格、受聘技术职务及从事相应技术岗位工作的年限等，规定麻醉医师的级别及麻醉技术权限，具体如下：

（一）住院麻醉医师及麻醉技术权限

1、低年资住院麻醉医师：从事住院麻醉医师岗位工作3年以内；或获得硕士学位、曾从事住院麻醉医师岗位工作2年以内者，在上级麻醉医师指导下可开展ASA分级1-3级手术患者的麻醉，如神经阻滞麻醉、低位椎管内麻醉及部分全麻、气管插管术等。

2、高年资住院麻醉医师：从事住院麻醉医师岗位工作3年以上，或获得硕士学位、取得执业医师资格、并曾从事住院麻醉医师岗位工作2年以上者，在上级麻醉医师指导下可开展ASA分级1-4级手术患者的麻醉、初步熟悉前述特殊手术麻醉及操作技术。

（二）主治麻醉医师

1、低年资主治麻醉医师：从事主治麻醉医师岗位工作3年以内；或获得临床博士学位、从事主治麻醉医师岗位工作2年以内者，可独立开展ASA分级1-4级手术患者的麻醉、初步掌握前述特殊手术麻醉及操作技术。

2、高年资主治麻醉医师：从事主治麻醉医师岗位工作3年以上；或获得临床博士学位、从事主治麻醉医师岗位工作2年以上者，可独立开展ASA分级1-5级手术患者的麻醉，熟练掌握前述特殊手术麻醉及操作技术。

（三）副主任麻醉医师

1、低年资副主任麻醉医师：从事副主任麻醉医师岗位工作3年以内，可独立开展ASA分级1-5级手术患者的麻醉、确定亚专业麻醉工作。

2、高年资副主任麻醉医师：从事副主任麻醉医师岗位工作3年以上者，指导下级麻醉医师操作疑难患者的麻醉及处理下级麻醉医师麻醉操作意外、主持亚专业麻醉工作。

（四）主任麻醉医师：受聘主任麻醉医师岗位工作者，指导各级麻醉医师操作疑难患者的麻醉及处理各级麻醉医师麻醉操作意外，开展新项目、极高风险手术麻醉等。

五、医师麻醉技术分级权限管理

（一）组织管理

1、医院医疗质量与安全管理委员会为本院“麻醉技术分级权限管理”的技术终审部门。



2、医务科负责遵照卫生部及卫生行政主管部门的相关规定，进行麻醉医师麻醉技术分级权限的审定；定期和不定期监督执行情况。

3、麻醉科质量与安全质控小组负责本科医师的麻醉技术考核与评价及医师麻醉技术分级权限的初步审定。

（二）医师麻醉权限申报、审核、授予程序

1、医师个人提出申请

科室组织医师根据个人工作能力提出申请，认真填写《医师麻醉技术分级权限申报表》，申报与个人卫生技术资格、受聘技术职务及从事相应技术岗位工作的年限等资质及工作能力相对应的麻醉技术权限。

2、科室提出评审意见

结合申请者基本情况、医德医风、实际操作水平、并发症发生率、患者投诉和纠纷发生情况，初步认定其麻醉技术权限，由科室主任签字确认，报医务科。

3、医院审批

结合科室意见，医务科统一审核后，报医院医疗质量与安全管理委员会审批授权。

（三）分级麻醉技术权限监督管理要求

1、医院对麻醉技术实施严格技术准入管理，麻醉科应按照麻醉患者分级及特殊手术及操作技术分类，安排相应级别的麻醉医师依法执业。科室未按本规范执行的，一经查实，将追究科室负责人的责任。

2、任何人不得越级开展麻醉技术，未按本规范执行的，严格查处。对由此而造成的医疗事故，依法追究相应的责任。

3、遇紧急手术超出自己麻醉权限时，值班医师应紧急报告上级医生，遵照上级医生指示主持抢救工作，不得延误抢救时机。上级医生应迅速赶往现场，参与抢救。

4、医院对医师麻醉技术权限实施动态管理。医务科负责每两年组织一次医师麻醉技术权限的申报、审核、授予工作。对因各种原因被降级处理的麻醉医师，医务科应立即对其麻醉操作权限进行调整，并将调整结果及时送交科室。被降级处理的医师，可在降级期满后重新申报该类麻醉操作权限，由科室质量与安全质控小组、医务科、医院医疗质量与安全管理委员会严格考核后确定是否恢复其麻醉技术操作权限。

麻醉医师能力评价与再授权制度

实施麻醉操作权限化管理，是确保麻醉安全的有效措施，是麻醉分级管理的最终目的。依据我院《麻醉技术分级管理制度》的规定，对麻醉医师资格分级授权实施动态化管理。

一、麻醉医师能力评价

（一）麻醉医师能力评价时间为每2年复评一次。

（二）评价标准：



1、对本级别麻醉种类完成 80% 者，且麻醉效果评价达到 90% 以上，视为手术能力评价合格，麻醉科在科主任主持下每半年评定一次，可授予同级别手术权限；

2、预申请高一级别麻醉权限的医师，除达到本级别麻醉种类完成 80% 以外，尚同时具备以下条件：

(1) 符合受聘卫生技术资格，对资格准入手术，麻醉者必须是已获得相应专项麻醉的准入资格者；

(2) 在参与高一级别麻醉中，依次从辅麻到主麻做起，分别完成该级别麻醉 5 例者；

(3) 承担本级别麻醉时间满两年度；

(4) 承担本级别麻醉期间无医疗过错或事故主要责任（以我院医疗质量管理委员会讨论结果为准）。

3、当出现下列情况之一者，取消或降低其麻醉操作权限：

(1) 达不到操作许可必需条件的；

(2) 对操作者的实际完成质量评价后，经证明其操作并发症的发生率超过操作标准规定范围者；

(3) 在操作过程中明显或屡次违反操作规程。

二、工作程序

(一) 科主任组织科内专家小组，根据上述规定，对科室《各级医师麻醉分级及麻醉范围》（所称“麻醉范围”，系指卫生行政部门对我院核准的诊疗科目内开展的手术）进行梳理、讨论，制定新年度《各级医师麻醉分级及麻醉范围》，提交医务科。

(二) 医务科复核认定后，提交医院学术管理委员会讨论通过。

(三) 符合申请高一级别麻醉权限的医师，书写述职报告，填写“湖北科技学院附属第二医院麻醉医师资格准入申请表”交本科室主任。

(四) 科主任组织科室医疗质量与安全质控小组成员对其技术能力讨论评价后，签字生效，提交医务科。

(五) 医务科组织医院医疗质量与安全管理委员会成员，对其进行能力考核评估，讨论通过。

(六) 对取消或降低其麻醉操作权限的医师，科主任组织科室医疗质量与安全质控小组成员讨论，形成书面意见后，报医务科，医务科提交医院医疗质量与安全管理委员会讨论通过。

(七) 分管副院长签批。

(八) 麻醉医师能力评价与再授权结果通知科室。

(九) 医务科备案。

三、监督管理

(一) 医务科履行麻醉医师能力评价与再授权工作的管理和监督职责。

(二) 对违反本规定的相关人员调查处理，并按照医院《医疗质量控制办法》的相



关规定追究其责任。

麻醉复苏室工作制度

- (一) 复苏室在麻醉科领导下，由分管的主治医师和护士长共同管理。
- (二) 复苏室日间开放，夜间急诊手术由主麻兼行麻醉复苏期观察。
- (三) 复苏室人员要有较高的专业理论知识，熟练掌握各项护理操作技术。
- (四) 坚守工作岗位，不准擅自离岗。密切观察病情，做好各项记录。
- (五) 各种抢救药品、器具要做到固定，保持良好备用状态。
- (六) 严格执行清洁消毒隔离制度，不允许入室探视。
- (七) 严格交接班，认真执行岗位责任制。及时完成病历书写。
- (八) 麻醉病人达到出复苏室标准时，由复苏室医师决定何时转回原病室。
- (九) 复杂的大手术、估计生理功能在短时间内不会稳定、随时会出现严重并发症者，手术后则直接转送 ICU。
- (十) 原则上由复苏室医师送复苏后的病人回病房。

手术风险评估制度

为了保证医疗质量，保障患者生命安全，使患者手术效果得到科学客观的评估，诊治医生应根据患者病情及个体差异的不同制定出适应每个患者详细、科学的手术方案，当患者病情变化的时候能够及时调整修改手术方案，使患者得到及时、科学有效的治疗，我院特制定患者手术风险评估制度。

一、手术患者都应进行手术风险评估。

二、手术医师、麻醉医师对病人进行手术风险评估时要严格根据病史、体格检查、影像与实验室资料、临床诊断、拟施手术风险与利弊进行综合评估。

三、术前主管医师、麻醉医师、巡回护士应对病人按照手术风险评估表内容逐项评估，根据评估的结果与术前讨论制定出安全、合理、有效的手术计划和麻醉方式。必须做好必要的术前知情告知，告知患者或者其委托人手术方案、手术可能面临的风险，并嘱患者或委托人签字。手术风险评估分级 ≥ 2 分时，必须在科主任的组织下进行科内甚至院内会诊，由科主任报告医务科。

四、病人在入院经评估后，本院不能治疗或治疗效果不能肯定的，应及时与家属沟通，协商在本院或者转院治疗，并做好必要的知情告知。

五、手术风险评估填写内容及流程

术前 24h 手术医师、麻醉医师、巡回护士按照手术风险评估表相应内容对病人进行评估，做出评估后分别在签名栏内签名。由手术医师根据评估内容计算手术风险分级。



评估内容如下：

1、手术切口清洁程度

手术风险分级标准将手术切口按照清洁程度分为四类：I类手术切口（清洁手术）、II类手术切口（相对清洁手术）、III类手术切口（清洁-污染手术）、IV类手术切口（污染手术）。

2、麻醉分级（ASA 分级）

手术风险分级标准根据患者的临床症状将麻醉分为六级。

P1：正常的患者；p2：患者有轻微的临床症状；p3：患者有明显的系统临床症状；p4：患者有轻微明显系统临床症状，且危及生命；p5：如果不手术患者将不能存活；p6：脑死亡的患者。

3、手术持续时间

手术风险分级标准根据手术的持续时间将患者分为两组：即为“手术在标准时间内完成组”、“手术超过标准时间完成组”。属急诊手术在“□”打“√”。

4、手术类别由麻醉医师在相应“□”打“√”。

5、随访：切口愈合与感染情况在患者出院后 24h 内由主管医生填写。



手术风险评估表

科室：_____ 床号：_____ 姓名：_____ 住院号：_____ 日期：_____ 年_____ 月_____ 日
拟实施手术名称：_____

1、手术切口清洁程度			
I 类手术切口（清洁手术）	<input type="checkbox"/>	0	III 类手术切口（清洁 - 污染手术）
			<input type="checkbox"/> 1
手术野无污染；手术切口周边无炎症；患者没有进行气道、食道和 / 或尿道插管；患者没有意识障碍。		开放、新鲜且不干净的伤口；前次手术后感染的切口；手术中需采取消毒措施的切口。	
II 类手术切口（相对清洁手术）	<input type="checkbox"/>	0	IV 类手术切口（污染手术）
			<input type="checkbox"/> 1
上、下呼吸道，上、下消化道，泌尿生殖道或经以上器官的手术；患者进行气道、食道和 / 或尿道插管；患者病情稳定；行胆囊、阴道、阑尾、耳鼻手术的患者。		严重的外伤，手术切口有炎症、组织坏死，或有内脏引流管。	
手术医生签名：_____			
2、麻醉分级（ASA 分级）			3. 手术类别
P1：正常的患者；除局部病变外，无系统性疾病	<input type="checkbox"/>	0	1. 浅层组织手术
			<input type="checkbox"/>
P2：患者有轻微的临床症状；有轻度或中度系统性疾病	<input type="checkbox"/>	0	2. 深部组织手术
			<input type="checkbox"/>
P3：有严重系统性疾病，日常活动受限，但未丧失工作能力	<input type="checkbox"/>	1	3. 器官手术
			<input type="checkbox"/>
P4：有严重系统性疾病，已丧失工作能力，威胁生命安全	<input type="checkbox"/>	1	4. 腔隙手术
			<input type="checkbox"/>
P5：病情危重，生命难以维持的濒死病人	<input type="checkbox"/>	1	
P6：脑死亡的患者	<input type="checkbox"/>	1	
麻醉医生签名：_____			
4、手术持续时间			
T1：手术在 3 小时内完成	<input type="checkbox"/>	0	随访：切口愈合与感染情况
			切口甲级愈合 <input type="checkbox"/>
T2：完成手术，超过 3 小时	<input type="checkbox"/>	1	切口感染 --- 浅层感染 <input type="checkbox"/>
			深层感染 <input type="checkbox"/>
急诊手术	<input type="checkbox"/>		在与评价项目相应的框内“□”打钩“√”后，分值相加即可完成！
巡回护士签名：_____			
手术风险评估：手术切口清洁程度（分）+ 麻醉 ASA 分级（分）+ 手术持续时间（分）= 分， NNIS 分级：0- <input type="checkbox"/> 1- <input type="checkbox"/> 2- <input type="checkbox"/> 3- <input type="checkbox"/>			



手术安全核查制度

(一) 手术安全核查是由具有执业资质的手术医师、麻醉医师和手术室护士三方（以下简称三方），分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，共同对患者身份和手术部位等内容进行核查的工作。

(二) 本制度适用于各级各类手术，其他有创操作可参照执行。

(三) 手术患者均应配戴标示有患者身份识别信息的标识以便核查。

(四) 手术安全核查由手术医师或麻醉医师主持，三方共同执行并逐项填写《手术安全核查表》。

(五) 实施手术安全核查的内容及流程：

1、麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。

2、手术开始前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标识，并确认风险预警等内容。手术物品准备情况的核查由手术室护士执行并向手术医师和麻醉医师报告。

3、患者离开手术室前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式、术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。

4、三方确认后分别在《手术安全核查表》上签名。

(六) 手术安全核查必须按照上述步骤依次进行，每一步核查无误后方可进行下一步操作，不得提前填写表格。

(七) 术中用药、输血的核查：由麻醉医师或手术医师根据情况需要下达医嘱并做好相应记录，由手术室护士与麻醉医师共同核查。

(八) 住院患者《手术安全核查表》应归入病历中保管，非住院患者《手术安全核查表》由手术室负责保存一年。

(九) 手术科室、麻醉科与手术室的负责人是本科室实施手术安全核查制度的第一责任人。

(十) 医务科应加强对本院手术安全核查制度实施情况的监督与管理，提出持续改进的措施并加以落实。



手术安全核查表

科 别: _____ 患者姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____
 住院号: _____ 麻醉方式: _____ 手术方式: _____
 术 者: _____ 手术日期: _____

麻醉实施前	手术开始前	患者离开手术室前
患者姓名、性别、年龄正确: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 手术方式确认: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 手术部位与标识正确: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 手术知情同意: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 麻醉知情同意: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 麻醉访视单: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 麻醉设备安全检查完成: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 静脉通道建立: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是否有过敏史: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 抗菌药物皮试结果: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 仪器设备检查完成: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 皮肤是否完整: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 术野皮肤准备: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 困难气道: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 已准备设备 误吸风险: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 已准备设备 术前备血: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 输血同意书: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 假体 <input type="checkbox"/> / 体内植入物 <input type="checkbox"/> / 影像学资料 <input type="checkbox"/> 其他: _____	患者姓名、性别、年龄正确: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 手术方式确认: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 手术部位与标识确认: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是否需要相关影像资料: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 手术、麻醉风险预警: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 手术医师陈述: _____ 预计手术时间 <input type="checkbox"/> 预计失血量 <input type="checkbox"/> 手术关注点 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/> 麻醉医师陈述: _____ 麻醉关注点 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/> 手术护士陈述: _____ 物品灭菌合格 <input type="checkbox"/> 仪器设备 <input type="checkbox"/> 术中特殊用物 <input type="checkbox"/> 术前术中特殊用药情况 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/> 其他: _____	患者姓名、性别、年龄正确: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 实际手术方式确认: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 手术用药、输血的核查 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 手术用物清点正确: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 手术标本确认: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 皮肤是否完整: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 各种管路: 中心静脉通路 <input type="checkbox"/> 动脉通路 <input type="checkbox"/> 气管插管 <input type="checkbox"/> 伤口引流 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 导尿管 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 患者去向: 恢复室 <input type="checkbox"/> 病房 <input type="checkbox"/> ICU病房 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 其他: _____
手术医师签名: _____ 麻醉医师签名: _____ 手术室护士签名: _____	麻醉医师签名: _____ 手术室护士签名: _____	手术医师签名: _____ 麻醉医师签名: _____ 手术室护士签名: _____



医疗安全管理



临床科室医疗质量与安全控制小组工作制度

(一) 医疗质量与安全控制小组负责科室医疗、护理质量管理。

(二) 负责对本科室医疗质量管理和人员培训工作，提高科室医务人员质量意识，树立质量第一的观念。

(三) 依据医院制定的质量与安全持续改进管理标准及质量控制体系。有义务对科室医疗质量管理的发展趋势进行前瞻性研究，探索更为严谨、更为科学的医疗质量管理评价方法。

(四) 根据医院和科室发展情况，对医院、科室医疗质量与安全持续改进管理提出意见。

(五) 质控员每周要对运行中的病历至少抽查3份或以上，认真查找问题。每月召开一次小组例会，讨论总结当月医疗、护理质量情况，制定下月质量管理目标及达标措施。特殊情况可随时召开会议，对发现的问题要在会上反复强调，找出原因，及时改正或改进。

(六) 对科室医疗工作进行全面质量管理，依据质量管理目标及切实可行的达标措施，定期检查、考核与评价，对护理技术操作、消毒隔离及消毒灭菌效果，进行严格的指导和监测，鉴定、分析医疗差错事故，推行新理念、新技术，认真落实相关管理制度。

患者十大安全目标

- 一、正确识别患者身份；
- 二、强化手术安全核查；
- 三、确保用药安全；
- 四、减少医院相关性感染；
- 五、落实临床“危急值”管理制度；
- 六、加强医患有效沟通；
- 七、防范与减少意外伤害；
- 八、鼓励患者参与患者安全管理；
- 九、主动报告患者安全事件；
- 十、加强医学装备及信息系统安全管理。

医疗安全（不良）事件主动报告制度

医疗安全（不良）事件报告是发现医疗过程中存在的安全隐患、防范医疗事故、提高医疗质量、保障患者安全、促进医学发展和保护患者利益的重要措施。为达到国家卫



委提出的病人安全目标，落实建立与完善主动报告医疗安全（不良）事件与隐患缺陷的要求，特制定本制度。

一、目的

规范医疗安全（不良）事件的报告，强调主动报告，不良事件进行全面管理，增强全院职工风险防范意识，及时发现不良事件和安全隐患，及时并有效避免医疗差错与纠纷，保障病人安全；通过对获取的医疗安全信息、不良事件进行分析，有利于发现存在的不足，提出改进措施，从医院管理体系、运行机制与规章制度上进行有针对性的持续改进；提高对错误的识别能力，不断吸取经验教训，避免此类事件的再次发生。

二、适用范围

凡在医院发生的与患者安全相关的不良事件与隐患、缺陷，医院内与患者安全相关的部门、科室、人员均适用。医院鼓励医务人员主动、自愿报告不良事件。

三、医疗安全（不良）事件的定义和等级划分

（一）定义

不良事件是指临床诊疗活动中以及医院运行过程中，任何可能影响病人的诊疗结果、增加病人的痛苦和负担并可能引发医疗纠纷或医疗事故，以及影响医疗工作的正常运行和医务人员人身安全的因素和事件。

（二）等级划分

医疗安全（不良）事件按事件的严重程度分 4 个等级（SH9 分类法）：

I 级事件（警告事件）—— 非预期的死亡，或是非疾病自然进展过程中造成永久性功能丧失。

II 级事件（不良后果事件）—— 在疾病医疗过程中是因诊疗活动而非疾病本身造成的病人机体与功能损害。

III 级事件（未造成后果事件）—— 虽然发生了错误事实，但未给病人机体与功能造成任何损害，或有轻微后果而不需任何处理可完全康复。

IV 级事件（隐患事件）—— 由于及时发现错误，但未形成事实。

四、医疗安全（不良）事件报告的原则：

（一） I 级和 II 级事件属于强制性报告范畴，责任科室及个人必须第一时间报告至医院职能部门。

医院应遵照国务院《医疗事故处理条例》（国发〔2002〕351 号）、卫生部《医疗质量安全事件报告暂行规定》（卫医管发〔2011〕4 号）规定，在发生以下类别事件后，按要求及时上报市卫计委。

一般医疗质量安全事件：造成 2 人以下轻度残疾、器官组织损伤导致一般功能障碍或其他人身损害后果。自事件发现之日起 15 日内，上报有关信息。

重大医疗质量安全事件：1、造成 2 人以下死亡或中度以上残疾、器官组织损伤导致严重功能障碍；2、造成 3 人以上中度以下残疾、器官组织损伤或其他人身损害后果；3、



国务院卫生行政部门和省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门规定的其他情形。自事件发现之时起 12 小时内，上报有关信息。

特大医疗质量安全事件：造成 3 人以上死亡或重度残疾。医疗机构应当自事件发现之时起 2 小时内，上报有关信息。

（二）III、IV 级事件属于自愿报告系统范围，是强制报告系统的补充，具有自愿性、保密性、非处罚性和公开性的特点。

1、自愿性：医院各科室、部门和个人有自愿参与的权利，提供信息报告是报告人（部门）的自愿行为。

2、保密性：该制度对报告人以及报告中涉及的其他人和部门的信息完全保密。报告人可通过不良事件报告表、网络、信件等多种形式具名或匿名报告，相关职能部门将严格保密。

3、非处罚性：报告内容不作为对报告人或他人违章处罚的依据，也不作为对所涉及人员和部门处罚的依据。

4、公开性：对医疗安全信息及其结果进行分析，用于医院、部门和科室的质量持续改进，但对报告人和被报告人的个人信息参照保密性原则给予保密。

五、医疗安全（不良）事件的报告内容

（一）报告事件资料（事件发生时间、地点、受影响的对象、相关人员、事件发生后的不良后果）。

（二）报告事件类别（如诊疗、护理、药物、器械、手术、输血、感染、公共意外、治安、其它意外事件等）与主要内容（信息传递与接受、治疗、方法 / 技术、药品调剂分发、输血、器械使用、导管操作、医学技术检查、生活护理、营养与饮食、物品运送、放射安全、诊疗记录、知情同意、设备设施、其他等）。

（三）事件发生后立即采取的处理措施。

（四）上报相关部门立即处置。

六、医疗安全（不良）事件的上报

（一）报告形式

不良事件应早发现早报告，当发生不良事件后，当事人和当事科室要积极、主动进行不良事件报告。

1、书面报告，不良事件须填写《医疗安全（不良）事件报告表》，记录事件发生的具体时间、地点、过程、采取的措施等内容报告相关职能部门；

2、紧急电话报告，不良事件可能迅速引发严重后果的（如意外坠楼、术中死亡、住院期间意外死亡等）紧急情况使用。

（二）报告部门

报告部门：发现不良事件，相关科室、人员按照不良事件报告原则、不良事件报告类别及报告形式，及时向相关职能部门主动报告进行处置。



- 1、医疗相关不良事件：报告医务科
- 2、护理相关不良事件：报告护理部
- 3、感染相关不良事件：报告院感公卫科
- 4、门诊相关不良事件：报告门诊部
- 5、药品与器械相关不良事件：报告药械科
- 6、公共意外不良事件：报告总务科
- 7、治安相关不良事件：报告总务科
- 8、投诉医德医风不良事件：报告党群办
- 9、其他不良事件：报相关职能部门

（三）报告程序

1、I、II级不良事件报告流程

主管医护人员或值班人员在发生或发现 I、II 级严重不良事件或情况紧急事件时，应在处理事件的同时先电话上报相关职能部门进行处置，同时按医院相关部门对差错、事故报告处理制度的程序进行上报；当事科室需在 24 小时内填写《医疗安全（不良）事件报告表》并提交相应职能科室。

2、III、IV级不良事件报告流程

报告人在 24—72 小时内填报《医疗安全（不良）事件报告表》，并提交相关职能部门。

3、如发生或者发现已导致或可能导致医疗事故的医疗安全（不良）事件时，医务人员除了立即采取有效措施，防止损害扩大外，应立即向所在科室负责人报告，科室负责人应及时电话向医务科、办公室或护理部等相关职能部门报告，按医院《医疗纠纷（事故）处理办法》相关规定程序处理。

七、职责

（一）医务人员和相关科室

- 1、识别并主动报告各类医疗安全（不良）事件。
- 2、提出初步的改进建议。
- 3、相关科室负责落实医疗安全（不良）事件的改进措施。

（二）各职能部门

- 1、指派专人负责收集《医疗安全（不良）事件报告表》。
- 2、接到报告后立即进行协调和处理，向主管院领导汇报，并调查分析事件发生的原因、影响因素及管理等各个环节，制定对策及整改措施，督促相关科室限期整改，及时消除不良事件造成的影响。

- 3、负责对不良事件进行整理分析，向医院医疗质量管理委员会报告，提出系统改进办法，在一定范围内开展相关教育培训，减少或避免类似事件再次发生。

（三）质量管理部门

- 1、指派专人负责汇总各部门、科室报送的《不良事件汇总表》。



2、对全院医疗不良事件进行汇总和分析。

3、对发生频率较高的或重大的医疗安全（不良）事件组织相关职能部门专题讨论，并提出改进建议，必要时上报医院质量管理委员会加以研究解决。

4、负责组织对全院医务人员进行医疗不良事件报告知识的相关培训。

八、奖惩机制

由各职能部门提出，对主动、及时上报不良事件的人员和科室，将根据不良事件的具体情况给予免责、减轻处罚或奖励处理；凡发生严重不良事件但隐瞒不报的科室和个人，一经查实，根据事件具体情况给予当事科室和个人相应的行政和经济处罚。

（一）鼓励自愿报告，对主动报告Ⅲ、Ⅳ级不良事件且积极整改者，每报告 1 例给予 20 元奖励；

（二）对于主动报告 I、II 级不良事件者，医院将根据事件处理结果酌情减轻或免于处罚；

（三）对于隐瞒不报经查实，视情节轻重给予 200 — 2000 元的处罚，同时发生严重医疗不良事件未主动报告的科室将取消年终评先评优资格；由此引发纠纷或事故的另按《湖北科技学院附属第二医院医疗纠纷（事故）处理办法》进行处罚；

（四）每年由医院医疗质量管理委员会对不良事件报告中表现突出的个人和集体提出奖励建议，并报请医院批准后给予奖励。



医疗质量安全（不良）事件报告表

报告日期： 年 月 日 时 分 事件发生日期： 年 月 日 时 分

A. 患者资料			
1. 患者姓名：	2. 年龄：	3. 性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	4. 病区 床号 病案号
5. 临床诊断：		6. 在场相关人员：	
B. 不良事件情况			
6. 事件发生主要经过：			
7. 事件发生场所： <input type="checkbox"/> 急诊 <input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 病区 <input type="checkbox"/> 医技部门 <input type="checkbox"/> 行政后勤部门 <input type="checkbox"/> 其它：			
C. 不良事件类别 <input type="checkbox"/> 一般事件 <input type="checkbox"/> 重大事件			
<input type="checkbox"/> 病人辨识事件：诊疗过程中的病人或身体部位错误（不包括手术病人或部位错误）。 <input type="checkbox"/> 检验病理放射等技术诊查中，丢失或弄错标本，拍错部位，配错血；漏报、错报、迟报结果等引起的不良事件 <input type="checkbox"/> 手术事件：手术治疗中开错部位、摘错器官、遗留异物在病员体内的事件。 <input type="checkbox"/> 麻醉事件：麻醉方式、部位、药品剂量错误，麻醉过程中不认真观察病情变化。 <input type="checkbox"/> 医疗处置事件：诊断、治疗、技术操作不当等引起的不良事件。 <input type="checkbox"/> 烧烫伤事件：治疗或手术后发生烧烫伤。 <input type="checkbox"/> 呼吸机事件：呼吸机使用相关不良事件。 <input type="checkbox"/> 管路事件：如管路滑脱、自拔事件。 <input type="checkbox"/> 输血事件：医嘱开立、备血、传送及输血不当引起的相关不良事件。 <input type="checkbox"/> 针扎事件：包括针刺、锐器刺伤等不良事件； <input type="checkbox"/> 药物事件：医嘱、处方、调剂、给药、药物不良反应、药物过敏等相关的不良事件。		<input type="checkbox"/> 特殊药品管理事件：病人在院内自行服用或注射管制药品； <input type="checkbox"/> 医疗设备事件：设备故障导致的不良事件。 <input type="checkbox"/> 院内感染相关事件：可疑感染暴发事件。 <input type="checkbox"/> 跌倒事件：因意外跌至地面或其它平面。 <input type="checkbox"/> 公共设施事件：医院建筑、通道、其它工作物、有害物质外泄等相关事件。 <input type="checkbox"/> 治安事件：如偷窃、骚扰、侵犯、暴力事件。 <input type="checkbox"/> 伤害事件：如言语冲突、身体攻击、自伤等事件。 <input type="checkbox"/> 患者不满：患者或家属对工作人员不满。 <input type="checkbox"/> 非预期事件：非预期重返ICU或延长住院时间。 <input type="checkbox"/> 患者约束事件：不适当约束或执行合理约束导致的不良事件。 <input type="checkbox"/> 医疗沟通事件：因医疗信息沟通过程或沟通信息失真导致的不良事件，包括检验检查结果判读错误或沟通不良。 <input type="checkbox"/> 不作为事件：医疗护理工作中已经发现问题，但未及时处现导致的不良事件。 <input type="checkbox"/> 其它事件：非上列之异常事件。	



D. 事件发生对病人或家属的影响

潜在不良事件 无伤害 轻度伤害 中度伤害 重度伤害 极重度伤害

E. 事件发生后及时处理与分析

事件发生的可能原因	
-----------	--

立即采取的措施及病人目前的状况：

事件处理情况：

F. 不良事件评价

主管部门意见陈述：

G. 持续改进措施

报告人： 医师 技师 护士 其他

报告人签名：

联系地址：

联系电话：

- 1、医疗不良事件（medical adverse event）是指因诊疗活动而非疾病本身造成的损害。包括诊断治疗的失误及其相关的设施、设备引起的损害等。不良事件包括可预防的和不可预防的两种。
- 2、潜在不良事件（potential adverse event）是指由于不经意或是及时的介入行为，而使其原本可能导致的不良事件或情况并未真正发生在病人身上。
- 3、无伤害：事件发生在病人身上，但是没有造成任何的伤害。
- 4、轻度伤害：事件虽然造成伤害，但不需或仅需稍微的处理或观察；如捏伤、擦伤、皮肤小撕裂伤。
- 5、中度伤害：需额外的探视、评估或观察，但仅需要简单的处理；如缝合、夹板固定、冰敷、抽血检查、包扎或止血治疗。
- 6、重度伤害：除需要额外的探视、评估或观察外，还需住院、延长住院时间或会诊等特别处理。
- 7、极重度伤害：造成病人永久残障或永久功能障碍。



医疗质量安全事件审评制度

为保证医疗安全，提高医疗服务质量，进一步增强全院职工特别是医务人员的医疗安全保障意识和医疗风险的防范意识，强化医疗安全的监控机制，更有效的防止医疗质量安全事件的发生，制定本制度。

（一）全院职工，尤其是医务人员，在实施诊断、治疗和其他服务的过程中，由于诊疗过错、医药产品缺陷等原因，造成患者死亡、残疾、器官组织损伤导致功能障碍等明显人身损害的事件，无论患者与家属有无投诉，都属于医疗质量安全事件的审评范围。

（二）医疗质量安全要遵守“以病人为中心”的服务宗旨，以强化医疗质量管理为主要内容，以医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规为准绳，以深挖细查质量要素的各方面、医疗过程的各环节中存在的安全隐患为主要手段，及时消除医疗安全隐患并警示责任人和责任科室，限期整改从而达到确保医疗安全的目的。

（三）医疗质量安全事件审评工作由医务科牵头，医院各职能部门、各临床科室密切配合，各负其责，全面抓好落实。

1、针对医疗质量安全事件本身开展审评工作。对于属于一般医疗质量安全事件如造成2人以下轻度残疾、器官组织损伤导致一般功能障碍或其他人身损害后果的，医务科组织相关科室在3日内组织审评。属于重大医疗质量安全事件如造成2人以下死亡或中度以上残疾、器官组织损伤导致严重功能障碍；造成3人以上中度以下残疾、器官组织损伤或其他人身损害后果。或特大医疗质量安全事件造成3人以上死亡或重度残疾。医务科应立即组织相关科室开展审评。通过详细调查，分析医疗安全事件产生的原因，存在的漏洞和薄弱环节，提出防范建议形成书面审评意见，下达整改通知书及处理意见。

2、围绕事件本身，召开全院或相关科室会议，开展自查自纠，深挖医疗安全隐患，排查医疗不安全因素进行全面改进。

3、根据医疗质量安全事件等级，参考情节轻重、本人态度和一贯表现，确定处罚力度，可为通报、警告、停岗、辞退等处理。并报医疗质量安全考核委员会与绩效考核挂钩。构成医疗事故的按我院医疗事故处理办法执行。

（四）由医务科牵头负责对整改情况进行反馈和监督。



湖科附二 [2016]97 号

关于印发《湖北科技学院附属第二医院医疗纠纷 / 事故防范 处理管理规定》的通知

各科室：

院党政联席会议审议通过，现将《湖北科技学院附属第二医院医疗纠纷 / 事故防范处理管理规定》的通知印发给你们，请遵照执行。

二〇一六年十二月二十二日

主题词： 医疗事故 防范处理 管理规定

抄 报： 湖北科技学院

湖北科技学院附属第二医院办公室 二〇一六年十二月二十二日印发

共印 40 份



湖北科技学院附属第二医院

医疗纠纷 / 事故防范处理管理规定

第一章 总 则

一、为了防范医疗纠纷 / 事故发生，维护正常医疗秩序，保障医疗安全，依据《执业医师法》、《医疗事故处理条例》、《关于维护医疗机构秩序的通告》等法规，重新修订本院医疗纠纷 / 事故防范处理管理规定。（以下简称《规定》）

二、《规定》所指医疗纠纷，是指医患双方对医院的医疗、护理行为和结果及其原因、责任在认识上产生分歧而引发的争议；医疗事故是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。

三、各级医务人员在医疗活动中，必须严格遵守各级卫生行政管理部门法律、法规、规章制度、诊疗常规和护理规范。要树立以病人为中心理念，改善服务态度，提高质量，增强法制观念与安全意识，提高医患沟通技巧。

四、为加强医疗纠纷 / 防范处理管理，统筹医院医疗纠纷 / 事故防范处理中事务，成立医疗纠纷 / 事故防范处理管理工作委员会（下简称委员会）和责任评估专家组（名单附后），院长任委员会主任，科主任为科室医疗安全第一责任人。委员会下设办公室，办公室设在医务科，负责日常运行和医疗纠纷责任院内专家评定组织工作。

五、医院各相关职能部门职责：

医务科负责医疗纠纷的接待、调查、答复和处理。

医院办公室负责医疗纠纷处置工作中与上级行政管理部门的汇报及医院各部门的合理调配，以及新闻媒体的接待工作。

护理部负责因护理方面原因所引起医疗纠纷的接待、调查、答复和处理。

总务科负责医疗纠纷场所的安全保卫工作以及与公安部门的汇报联系工作，并负责医疗纠纷处置工作的后勤保障工作。

财务科负责医疗纠纷处置后的赔付款支付、医疗费减免以及执行医院对相关责任人员进行经济处罚的决定等工作。

其它相关部门和科室应当配合做好相关工作。

第二章 医疗纠纷 / 事故的防范

六、科室应有计划的组织全科人员学习有关法律法规等，增强医疗安全意识。

七、各级医务人员应遵守劳动纪律，坚守岗位，当班及节假日值班人员不得擅自离岗。

八、各科室应严格执行各项查对制度，严把发药、注射、静滴、抽血、输血或血液制品、检查、化验、治疗、手术、麻醉等诊疗技术关。



九、未获得相应执业证书的医务人员，禁止单独从事医疗活动。

十、各临床科室医护人员须保证 24 小时在岗。危重抢救应分秒必争、紧张有序，组织严密，上下级各负其责。在场人员不讲与抢救无关的话，无关人员不得介入。医务人员务必在抢救结束后 6 小时内据实完成抢救病历记录，并附加补记说明。定期做好急诊科、各科室抢救病房、手术室药品、物品、器械、敷料的补充和日常维护。

十一、各种药物注射应严格按医嘱执行，护士应密切观察注射过程，对发生不良反应或意外者，应及时报告医生进行处置。门诊患者注射后发生不适症状的必须留观。

十二、严格执行医院知情同意管理制度。知情告知过程，应严谨、客观、科学、实事求是，不夸大疗效；与患者或家属谈话签字时，要认真耐心明确，不简单化，不敷衍了事，不冷淡厌烦。无处方权医生、进修实习医生不得与患者或家属谈知情同意。病情复杂或特殊治疗应由本院主治医师以上人员知情告知。重大有创检查、治疗或应用新治疗方法及实验治疗知情告知时，应有医务科介入，必要时向业务院长汇报，并发症及不良后果的应对方案一并知情告知。

十三、严禁在病区治疗室、换药室、处置室、病房等开展手术（除诊断性穿刺外）。

十四、严格执行医院重大手术报告管理制度。凡重大、疑难、新开展及特殊病例的手术（截肢、重要脏器切除、脏器移植等）须上报医务科。

十五、严格执行医院新业务、新技术申报准入制度。

十六、各临床科室应认真及时做好病程记录及上级医师查房记录及签字确认、会诊记录、疑难病例讨论记录、手术、麻醉、死亡病例讨论等记录。

十七、患者或家属要求终止治疗、出院或转院时，病程记录中应详细记录原因，并由患者或家属签字确认。

第三章 医疗纠纷 / 事故的处置

十八、患者或其家属对诊疗活动提出异议时，主管医生或主管护士应热情接待，客观解释和安抚，并及时上报科主任或护士长，其他人员不得随意解释。

十九、科主任或护士长在听取汇报后，应立即了解情况，积极处理争议，力争问题妥善解决在科内。

二十、患者或其家属对科室解释尚存在较大异议时，由科主任或护士长上报医院主管部门：医疗、医技投诉由医务科处理；护理服务质量由护理部处理；医德医风方面由党群办公室协调相关部门处理；涉及治安方面由总务科负责处理等。

二十一、医院投诉接待实行“首诉负责制”，及时受理、调查、处理患者投诉。

患者或其家属直接到医院职能部门投诉时，首次接待人员应进行投诉登记管理，内容包括：投诉科室、床号、病人姓名、年龄、家庭住址、联系电话、主管医师、主管护士姓名等。随后，责成当事科室主任或护士长解释，并将处理意见书面上报主管部门。非职能部门接到投诉时应及时转交至相关职能部门处理，各部门建立接待台账。

二十二、发生下列重大医疗过失时，当事人应立即向科室主任报告，科室主任应立

即向医务科科长和分管院长报告。同时，科室应迅速组织积极抢救，做好各种记录：

（一）在进行麻醉、手术、特殊检查、特殊治疗、输血或血液制品、各种途径用药时，患者突然发生医疗意外的。

（二）手术切错部位、发错药病人已服用、输错血或出现严重输血反应、疑似药物引起严重不良反应的。

（三）急诊危重患者经抢救无效死亡，家属即刻提出异议的。

（四）患者住院或门诊就医期间，发生非医疗意外（摔伤、自杀、死亡等）。

二十三、医疗纠纷 / 事故管理部门有权决定，患方、当事科室和医务科三方当场封存病历（可以用复印件）、疑似与纠纷相关的血液、药品、注射液等封存物派专人保管。

二十四、发生医疗纠纷 / 事故后，严禁涂改、伪造、隐匿、销毁医疗文书；严禁患者及其家属抢夺医疗文书。

二十五、在科主任和医务科同意下，患者或其家属有权复印门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单、影像检查报告、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录等。

二十六、无法判断死因或其家属对死亡诊断有争议而引起的医疗纠纷 / 事故，科室和医院均有权要求尸检。科室或医务科应及时告知家属，尸检应在死亡后 48 小时内进行，若具备尸体冻存条件，可延长至 7 日。患方拒绝或拖延尸检的，当事医生应客观书写病程记录，并由患者家属或第三方见证人签字确认。

二十七、引起医疗争议的当事人和与之相关人员、科室、部门，须积极配合医院主管部门进行医疗争议处置。

二十八、主管部门受理医疗纠纷 / 事故事件后，应迅速调查，同时告知患者或其家属解决医疗纠纷 / 事故的途径。

（一）医患双方协商途径。

（二）医患双方或单方要求医学会医学鉴定途径。

（三）辖区医疗纠纷人民调解组织参与协调途径。

（四）直接向人民法院诉讼途径。

二十九、主管部门受理医疗纠纷 / 事故事件的，调查处理途径如下：

（一）和当事科主任或当事人了解患方的质疑答案，当事科主任或当事人应给出符合事实的合理解释。

（二）初步认定当事人在诊疗护理中，是否存在违规、过失、缺陷、不足等。经医务科或医务科组织一定范围院内专家复议确定后，进行医患双方协议处理。参照《医疗事故处理条例》中有关条例，决定酌情给患者或其亲属赔偿。

（三）医患双方协议不成，可建议其进入医学会医疗事故鉴定、向医疗纠纷人民调解组织申请调解或向人民法院诉讼解决途径。

三十、患方通过医学会医疗事故鉴定、向医疗纠纷人民调解组织申请调解或直接向



人民法院诉讼时，医务科应组织好当事科主任和当事人，做好申诉、答辩、出庭等准备工作。

三十一、当医疗纠纷 / 事故经医学会鉴定或人民法院判决，定为事故或判决应负过错责任承担经济赔偿时，医务科应及时汇报分管院长、院长，并提交院长办公会讨论通过。

第四章 医疗纠纷 / 事故的责任

三十二、造成医疗纠纷 / 事故的直接责任人，应根据等级、情节轻重，本人态度和一贯表现给予经济处罚。相关科室主任、护士长负有连带责任，承担部分经济赔偿。

三十三、造成医疗纠纷 / 事故直接责任人是否给予行政处分，由主管部门联同人事科等部门商议后，提交院长办公会议决定。

三十四、造成医疗纠纷 / 事故的原因、教训、改进措施及承担责任划分和经济处罚比例等，由医务科组织医院委员会专家评估分析。

三十五、医院委员会仲裁评估分析会，组成人数应为 5 人以上单数，根据半数以上成员的一致意见形成结论。报告院长办公会决定。对责任科室和责任人处罚参照下列方法进行。（科室承担的处罚金额按全额经济损失计算，当事人承担的处罚金额按保险赔付后的实际经济损失计算）

（一）经济损失在 2000 以内，当事人承担后全部由当事科室承担。超出部分按下列办法执行。

（二）完全责任。经济处罚当事人 15%，科主任和 / 或护士长 3%。科室承担 60%。

（三）主要责任。经济处罚当事人 10%，科主任和 / 或护士长 2%。科室承担 50%。

（四）次要责任。经济处罚当事人 5%。科主任和 / 或护士长 1%，科室承担 40%。

（五）轻微责任。经济处罚当事人 3%。科室承担 40%。

（六）无责任的经济赔偿。科室承担 40%。

（七）个人承担的费用最高限额为每起 5000 元，科室承担的费用最高限额为每起 50000 元。

（八）医务人员擅自外出会诊、出诊，造成医疗事故的，按非法行医论处，除承担全部经济损失及责任外，医院将视情节轻重给予行政处分及 500-2000 元的经济处罚。

（九）医院在特定情况下出于人道主义考虑给予患者的补偿，科室与个人不受纪律处分，也不承担任何经济责任。

（十）对玩忽职守造成的严重医疗事故，经济处罚当事人 30%-50%，并按第三十三条追加行政处理。

（十一）对因严重不负责任、违反相关规章制度或操作规范导致恶性医疗事故争议、或因医疗缺陷给医院造成重大不良影响、或一年内连续发生两起以上医疗事故争议并导致民事赔偿的责任人，经医院医疗纠纷 / 事故处理委员会研究，除按上述规定处罚外，同时对责任人以降级、降职、职称缓晋等处理；必要时停止院内执业资格、调离工作岗位。

（十二）对积极配合使医疗事故争议得到妥善处理或无明显违规事实的责任人，经医院医疗纠纷 / 事故处理委员会研究，可酌情减轻处分。



三十六、医院主管部门应将医疗纠纷 / 事故的原因书面告知科室及当事人，科主任组织科室讨论后上报改进措施。处理意见通报全院。

三十七、进修生、研究生、实习生造成的医疗纠纷 / 事故，由科主任和带教人员承担相应责任，对直接责任人应由科室查明情况，提出处理意见，上报主管部门。

三十八、主管部门进行医疗争议调查时，当事人 / 科室不得以任何借口懈怠、推诿、逃避及不配合。否则，从重处罚。

三十九、医疗纠纷 / 事故如涉及服务态度恶劣、生、冷、硬、推等，追加当事人行政处分及 2% 经济处罚。

四十、聘用人员所造成的医疗纠纷 / 事故按本《规定》执行。

四十一、严禁医务人员间挑拨离间，激化矛盾。严禁医务人员怂恿患者及其家属上告。如有违犯，一经查实，处 1000-10000 元罚金或解聘。

四十二、本《规定》自二 0 一七年元月一日开始实施。

附 1：医疗纠纷 / 事故处理委员会成员名单

附 2：医疗纠纷 / 事故处理委员会专家组成员名单

湖北科技学院附属第二医院医疗纠纷 / 事故处理委员会

二 0 一六年十二月十三日

医疗纠纷 / 事故处理委员会成员名单

主 任：黎群武

副主任：刘祖松 余英宏 余开湖 陈克全 余后火 梅武轩

成 员：各部门负责人、各科室主任护士长（按姓名拼音字母排名）

蔡惠兰 陈红梅 程 平 邓卫东 樊学文 甘亚萍 洪 丽
胡 荣 黄 忠 孔祥槐 黎练军 李 梅 李 忻 李永红
柳治国 龙洪清 吕红明 毛开新 彭圣威 钱定军 饶俊华
阮翠兰 阮 英 沈晓玲 唐春花 涂亚莉 王兵华 王明星
王 萍 王天龙 魏 枫 吴甘霖 吴 洁 谢模英 徐 魁
徐良雄 徐 燕 鄢爱平 严芙蓉 杨万云 易世国 余红光
余静萍 余琼华 余小平 乐治文 曾德志 赵正据 周卫东
周益辉

委员会办公室组成：

主 任：洪 丽

成员：（按姓名拼音字母排名）

邓卫东 钱定军 涂亚莉 王天龙 余静萍



医疗纠纷 / 事故处理委员会专家组成员名单

(按姓名拼音字母排名)

手术专业组: 余后火 蔡惠兰 成忠炉 邓卫东 洪 丽 黄 忠
孔祥槐 廖 丹 吕红明 钱定军 赵正据

非手术专业组: 陈克全 梅武轩 胡 荣 柳治国 龙洪清 毛开新
彭圣威 吴甘霖 谢模英 徐 魁 徐美荣 余琼华
周 红

精神科专业组: 刘祖松 程 平 王兵华 王天龙 曾德志 周益辉

医技专业组: 余开湖 甘亚萍 李 忻 汪素涵 杨万云 周天龙

护理院感组: 涂亚莉 周卫东 黄晓青 顾桂英

医疗纠纷的处理制度与流程

为了妥善处理医疗纠纷,依据《医疗事故处理条例》(国务院令第351号)相关规定,特制定本制度。

(一) 定义

医疗纠纷是指患方在医院就诊过程中因对医疗机构实施的医疗诊疗行为持有异议而引发的纠纷。

(二) 适用范围

全院临床、医技科室

(三) 规程

1、医务科接到患者或家属对我院诊疗行为有异议后,科室能协调解决的给予协调沟通解决,科室不能解决的,要求双方向医务科提供书面材料,便于调查了解情况。收到材料后告知患方,院方将于2周内给出答复意见。

2、医务科将患方提交材料交给当事科室,要求根据患者反映情况查找我院医疗行为有无过错,与患者的损害结果有无相应关系,进行科内认真分析讨论,一周内以书面形式报至医务科。

3、医务科组织人员调查了解情况,调阅病历等相关资料。及时组织院内专家分析、病案讨论、死亡讨论等,掌握事实真相,做好协调工作。

4、医务科结合患方提交材料及调查的情况和当事科室提交的诊疗经过的情况说明,提出初步协调方案,向院领导汇报。

5、积极做好与患方协调和沟通的工作,并将医院初步调查意见反馈于患方。



(1) 确定医院无过失、无责任的，应将整个诊治过程向患方解释清楚，取得患方的理解。

(2) 确定因医疗过失给患方造成损害的，若患方存有协商解决的愿望，将与患方协商解决，并签订协议书。若患方不愿接受我院所能给予的答复或赔偿额度，建议患方走法律程序维护自己的合法权利。

6、在处理纠纷的同时，相关科室应做好随时进入诉讼程序的应诉准备工作。

医疗差错、事故登记报告处理制度

(一) 医务科、门诊部、护理部及各临床科室、医技科室都应建立医疗差错、事故登记、讨论报告制度。由科主任、护士长或指派专人登记发生差错、事故的经过、原因及后果，务必做到准确，及时组织讨论，总结经验教训，分清责任。

(二) 凡发生医疗差错、事故或可能是医疗差错、事故的事件，当事人应立即向本科室负责人报告。科室负责人及时向医务科、门诊部或护理部报告。发生严重差错或医疗事故后，应立即组织抢救，并报告医务科和院领导。对重大事故，妥善做好善后工作。当事人及所在科室应主动填写差错登记表或医疗事故登记表。

(三) 差错、事故发生后，如不及时（当即）汇报，或有意隐瞒，事后发现，要根据情节轻重予以严肃处理。

(四) 差错、事故发生后，医务科、护理部及其它有关职能部门，要认真调查事故的详细经过，并必须于当班或当时完成调查经过（含讨论），尽快做出准确的科学结论，由医院依照有关规定进行处理。

(五) 医务科、护理部在组织调查处理医疗事故或医疗纠纷过程中，应有专人保管有关病案和资料，任何人不得涂改、伪造、隐瞒、销毁、丢失病案资料，违者按情节轻重予以严肃处理。

(六) 为查明事故和医疗纠纷原因，必要时向死者家属提出尸检要求，要有书面要求及家属的答复意见。如拒绝和拖延尸检而影响对死因的判断，由拒绝和拖延一方负责。为确保尸检结果的可靠性和准确性，应在患者死亡后 48 小时内进行尸检。

(七) 情况调查清楚后，由医院、科室向家属、单位做详细说明。任何人不得随意向其家属及单位解释。

(八) 各科室要严格执行各项规章制度，积极采取措施，有效防止和避免重大差错事故的发生。



医疗质量保障制度

为落实《医疗事故处理条例》，规范我院诊疗行为，提高医疗质量，确保医疗安全，特制定本制度。

- (一) 医务人员在诊疗过程中严格遵守医德规范，恪守职业道德。
- (二) 严格遵守诊疗护理常规，要具备高度工作责任心。
- (三) 严格按照《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》中的规定来规范执业行为。
- (四) 各科室要及时完成病人的诊疗，做到合理检查，合理用药。
- (五) 严格按国家卫计委《病历书写规范》要求，及时、规范的完成病历书写并归档。
- (六) 尊重患者对自己病情、诊断、治疗的知情权利，在实施手术，特殊检查，特殊治疗前履行告知义务。
- (七) 严格按国家卫计委《医疗机构病历管理规定》做好病历保存工作。
- (八) 严格按照要求认真做好消毒管理工作，减少院内感染发生。
- (九) 做好一次性用品的使用、购进管理及消毒、毁形回收工作。
- (十) 按照新《药品管理法》要求，做好药品、器械的进购、验收及管理工作。
- (十一) 各科室要做好大型、精密仪器的保养和维护工作。
- (十二) 按照收支两条线管理要求，做好财务管理。
- (十三) 健全院科二级质控组织。医疗安全质控、院感质控等领导小组，要认真履行职责，做好医疗质量管理工作，并定期进行督查考评。
- (十四) 医务人员如违反诊疗、护理常规及岗位责任制，玩忽职守，发生医疗差错事故，按照《医疗事故处理条例》及《医院奖惩制度》的有关规定追究当事人责任。

医疗风险差错、事故防范预案

- (一) 医疗安全实行院、科两级管理，科主任是所在科室医疗安全管理的第一责任人。
- (二) 各类人员均要注重医德修养，认真履行岗位职责，坚守工作岗位。严格遵守各项操作规程、规章制度、文明服务，以确保医疗质量和服务质量，杜绝医疗事故，避免医疗纠纷发生。
- (三) 做好医患沟通，切实落实科内沟通制度。就患者病情、治疗方案、预后以及治疗期间的其他一应事务，需及时耐心、细致沟通，达到患方理解、知情，该形成书面材料的及时完成。倾听患者对医疗服务的合理意见，并及时予以反馈。特别加强对下列患者的关注与沟通：
 - 1、低收入阶层的患者；
 - 2、孤寡老人或虽有子女，但家庭不睦者；



- 3、在与医务人员接触中已有不满情绪者；
- 4、预计手术等治疗效果不佳者；
- 5、本人对治疗期望值过高者；
- 6、对交代病情中表示难以理解者；
- 7、有发生征兆或已发生院内感染者；
- 8、病情复杂，各种信息表明可能产生纠纷者；
- 9、住院预交金不足者；
- 10、已经产生医疗欠费者；
- 11、需使用贵重自费药品或材料者；
- 12、由于工伤、交通事故有可能推诿责任者；
- 13、患者选医师诊疗者；
- 14、特殊身份的患者。

（四）医、护、技人员要认真执行各种查对制度，医嘱、处方、药品、手术、输血、收集标本以及签发的各类报告等均按要求认真查对，以达到准确无误。护理人员要作好三查七对，严格执行医嘱，经常巡视病房，认真观察病情，书写护理记录。

（五）凡重大手术和科室开展新业务、新技术、重要脏器切除等手术，必须按规定由科主任签字后报医务科、主管院长批准后方可实施；如施行紧急手术又无家属及关系人在场或其它特殊情况时，应向科主任、医务科或总值班报告。经授权人批准后实施手术。

（六）做好仪器设备的日常管理，排除安全隐患。要求科室有专人管理大型或贵重仪器、心电监护仪、呼吸机等，定时检查氧气开关、电插座、急救物品，确保在应急状态下可以随时启用，并做好交接和使用记录。

（七）合理使用药物，注意药物配伍禁忌和药物不良反应，特别关注老年人和儿童的用药安全，禁止将喹诺酮类药物使用于18岁以下人群。严格掌握药物的适应症，严禁滥用抗生素，第三代头孢类抗生素一般不得预防性使用。

（八）重视院内感染的预防和控制工作，充分发挥院、科感染监控人员的作用，对于已经发生的院内感染及时登记报告，不得隐瞒，服从专业人员的技术指导。

（九）各医技科室在做有创检查时，必须配备抢救设备，并保证随时可用；在接到急诊检查申请后必须尽快安排。药械科保证药品的正常进货渠道及质量，保证抢救药品及时到位。

（十）做好病历书写，严格执行《中华人民共和国执业医师法》、《病历书写基本规范》、《医疗事故处理条例》的要求及时、认真完成。

（十一）从维护全局出发，科室之间、医护之间、临床医技之间、门诊与急诊之间、门、急诊与病房之间应相互配合；严禁在患者面前诽谤他人和他科、抬高自己等不符合医疗道德的行为。

（十二）认真履行落实医疗安全（不良）事件报告制度。



医疗技术风险预警机制

一、目的: 为了及早发现医疗技术风险,加强预警监控,防止医疗事故,确保医疗安全,制定本预警机制。

二、范围: 医疗技术风险是指医疗服务过程中存在或出现的可能发生医疗失误或过失导致病人死亡、伤残以及躯体组织、生理功能和心理健康受损等不安全事件的危险因素,无论不良后果是否发生以及患者是否投诉,均属预警监控范围。

三、原则: 医疗技术安全预警工作要遵守“以病人为中心”的服务宗旨,以卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规为准绳,以深挖细找医疗质量和安全各环节存在的安全隐患为主要手段,达到及时消除安全隐患并警示责任人,从而确保医疗安全的目的。

四、要求: 医院领导、职能管理部门、各科室、各级各类专业技术人员,按职责和分工,各司其职,各负其责,做好预警工作。

五、技术风险预警分级

根据工作和医疗活动中因失误造成的医疗缺陷的性质、程度及后果,将技术风险预警分为三级。

(一) 一级预警项目

指违反有关法律、法规、规章、操作规程和常规,但尚未给患者及医院造成损害或招致患者投诉等不良后果的情形。

1、违反工作纪律

- (1) 上班或值班时间擅自离岗、脱岗,班前班中饮酒影响正常工作;
- (2) 为患者进行诊疗服务过程中,不遵守职业礼仪,聊天、玩手机;
- (3) 违反职业道德和医疗保护原则,不负责任地透露或散布有关患者的情况;
- (4) 不负责任地任意解释医院规定和其他科室、其他医务人员的工作,造成患方误会或不满。

2、诊疗工作中违反医疗有关规定

- (1) 违反医德规范,以医谋私,吃拿卡要,收受红包;
- (2) 违反诊治规范;
- (3) 违反首诊负责制有关规定;
- (4) 危重患者来诊后,未在3分钟内开始抢救;
- (5) 门急诊医师对3次就诊未能确诊的患者未安排会诊或请上级医师复诊;
- (6) 门诊、急诊或住院医师会诊时,未在规定时间内到达,或未诊查患者只看病历进行“书面会诊”或“电话会诊”;
- (7) 门急诊医师不见病人即开具“住院通知单”;



- (8) 病房医师不查病人即开写医嘱;
- (9) 三级医师查房不及时、不认真,记录、签名、签审不规范、不及时;
- (10) 住院患者病情恶化处理效果不佳时,未及时请上级医师会诊指导;
- (11) 疑难病例未及时提请科内、科间或院外会诊;
- (12) 对需要立即执行的医嘱,医师未通知护理人员从而导致执行延迟;
- (13) 对危重患者未进行床头交接班,或未按规定书写交班记录;
- (14) 临床医师发现传染病未按要求进行报告,出现迟报、漏报;
- (15) 麻醉医师对手术患者术前未查房,或术后 24 小时内未随访;
- (16) 手术科室对重大手术未按手术分级管理权限履行报批手续;
- (17) 手术医师在手术后未及时诊查患者,患者手术后 3 日内无上级医师查房;
- (18) 因医方对择期手术准备不足,延误手术进行;
- (19) 供应或使用过期失效的灭菌器械或不合格材料,尚未造成不良后果;
- (20) 护理环节未正确执行医嘱;
- (21) 错采标本,错贴标签,错用抗凝剂等导致不能正常检验;
- (22) 违反处方管理规定,药物适应症、禁忌症、剂量、用法、配伍等方面出现错误,尚未造成不良后果;
- (23) 发生严重工伤、重大事故、传染病暴发流行等事件时,未及时上报;
- (24) 患者转科治疗过程中,转出科室未提前联系妥当或转入科室借故拒绝或拖延转入。

3、医疗保障缺陷

- (1) 抢救药品器材质量不合格,过期失效,供应、补充、更换不及时,账物不符;
- (2) 设备、器材出现故障,维修不及时影响正常使用;
- (3) 医技科室对仪器设备疏于维护,违规操作,导致结果失真;
- (4) 医技科室疏于查对,弄错标本、项目或检查部位;
- (5) 遗失检查检验标本;
- (6) 特殊标本、病理标本保存时间不符合规定;
- (7) 检查检验结果出现可疑、矛盾资料或意外阳性结果时,未进行复核、主动报告或未通知临床科室及时复查;
- (8) 药械科未能及时发现处方中用药不当、用法错误、配伍禁忌、违规超量等风险;
- (9) 调配中药处方时,对需要先煎、后下、冲服等特殊处理的药物未单包注明;
- (10) 调配中草药不使用计量器具;
- (11) 营养餐内有异物或质量问题,卫生达不到规定要求;
- (12) 划价收费错误,导致患方投诉;
- (13) 计算机网络疏于维修和管理,导致运行故障,影响正常工作。

4、诊疗记录缺陷



- (1) 门急诊医师未及时、规范书写门急诊病历；
- (2) 门急诊病历、住院病历中未记录药物过敏史，输血患者未记录输血史；
- (3) 未在规定时间内完成入院记录、首次病程记录、日常病程记录及规定应当记录的其他资料；
- (4) 对转科转院患者，未书写转科、转院记录；
- (5) 对意外死亡病例，未及时报告医务科或总值班；
- (6) 大中型手术未按手术分级管理规定进行术前讨论并完成讨论记录；
- (7) 未认真履行知情同意手续，并及时、规范、严密地签订知情同意文书；
- (8) 诊疗资料记录不真实、不完善、不及时、不规范，造成安全隐患；
- (9) 出具各种虚假诊断证明，或超越专业权限出具医学证明；
- (10) 各种诊疗记录和资料书写不规范、字迹潦草、签名不正规、越权签名或未进行审签；
- (11) 以刮、涂、擦等违规方式修改病历资料；
- (12) 诊疗科室、病案室保管不周，造成病历丢失、损坏或被违规复制。

(二) 二级预警项目

- 1、因发生一级风险预警引起患方投诉；
- 2、一年内累计发生两次及两次以上风险预警；
- 3、由于责任者的过失，造成非事故性医疗缺陷，给医院造成经济损失（经协商、调解或法院判决），金额低于 3000 元人民币。

(三) 三级预警项目

- 1、一年内发生两次及两次以上二级风险预警；
- 2、由于责任者的过失，造成非事故性医疗缺陷，给医院造成经济损失（经协商、调解或法院判决），金额超过 3000 元人民币；
- 3、出现医疗事件酿成医疗纠纷，虽未认定为医疗事故，但责任者过失严重，情节恶劣，严重损害了医院声誉；
- 4、发生严重违反医德医风事件，被上级通报或新闻媒体曝光，造成较坏的社会影响。

六、医疗技术风险预警信息来源

- 1、各级各类查房：医师三级查房、护理查房、临床药师查房、院长查房、医德医风查房等；
- 2、职能管理部门日常检查、监督、考核、评价、分析、反馈；
- 3、各级各类专业技术人员日常工作中的反映和积累；
- 4、义务监督员提供；
- 5、卫生行政部门和上级领导机关监督检查提示或通报；
- 6、患方反映、投诉、举报；
- 7、医疗纠纷、医疗事故启示等；



8、医疗技术风险预警处置程序。

七、立案

自查立案：医务科、护理部、门诊部、临床科室、医技科室、药械科及其他有关部门日常工作中检查发现预警项目内容，均有权利和义务立案处理。

投诉立案：院办公室、党群办、医务科、护理部等职能部门接到投诉，经核实确认风险预警内容时，应在 24 小时内立案。

八、处理程序

属于自查立案的，应当限期整改并做好记录。

属于投诉立案的，应在受理投诉 48 小时内通知被投诉单位并限期整改。

被二、三级医疗技术风险预警警示的当事科室或当事人，接到通知后最迟在 48 小时内必须主动作出检讨或说明，根据情节、后果、态度和整改结果，10 日内作出处理。

经依法鉴定认定为医疗事故的医疗事件，按照处理医疗事故的相关规定以及医院有关规定处理。

九、处罚

根据警示等级、情节轻重与后果，参照态度和一贯表现，确定处罚度。

做出处罚决定时，要区别直接责任与间接责任，合理地确定责任者在综合原因中应负的责任比重。

对于受到风险警示的部门和个人，坚持教育为主、处罚为辅的原则；对于及时发现风险、努力补救、避免重大事故发生的工作人员，应当给予一定的奖励。

重大医疗过失、医疗事故防范预案及应急处置预案

为了提高医疗质量，确保医疗安全，杜绝医疗隐患及医疗事故的发生，医院成立了重大医疗过失、医疗事故防范领导小组，建立了医疗安全的长效预警机制、预案和处理程序。

（一）职责：

1、建立了医疗安全的长效预警机制，严格执行医疗安全的核心制度，确保医疗质量，防范重大医疗过失及医疗事故的发生。

2、对存在的医疗缺陷及安全隐患进行定期督查整改。

3、加强对全院医护人员的安全意识及法律法规的培训教育。

4、对已发生的医疗纠纷及过失等及时上报，协调处理。

（二）防范预案：

1、报告程序：

（1）医护人员必须坚持以病人为中心，以提高医疗服务质量为目的，严格履行岗位职责及各项规章制度，严格执行临床操作及诊治规范。



(2) 严格执行“首诊负责制”及“查对制度”等核心制度。

(3) 加强各类药品的管理，特殊药品要做到“定量、定位、定人”管理。

(4) 认真做好交接班工作。对危重病人特别加强交接班。

(5) 重大医疗过失行为或事故，造成病人伤害或死亡的，责任人必须立即报告科主任和医务科，医务科在 12 小时内将调查了解的情况报上级卫生行政部门。

(6) 对不同程度的医疗过失行为，责任人和责任科室都必须首先终止过失行为，及时报告，同时配合相关部门和人员完成调查了解工作，个人必须写出书面情况报告和认识。

(7) 科室在接到重大医疗过失或事故报告后，必须高度重视，立即组织人员进行调查，了解和分析，制定补救措施，协调处理、化解矛盾、缩小影响范围，维持科内、院内正常医疗秩序，同时须上报院职能主管部门。

(8) 科室在调查了解核实的过程中必须对医务人员发生的重大医疗过失行为和事故在科内进行讨论分析、总结教训，并有详细的整改措施上报医务科，科室要做好登记备查。严格执行重、特大医疗过失、事故登记报告制度。

2、处理程序：

(1) 严重过失行为和事故

科室内先进行调查了解核实，进行调解处理，如处理不了，按程序上报医务科和分管领导，由医务科组织事故应急领导小组进行调解，协商解决，调解结果留医务科备案，并由院方和患者直系亲属签署“调解协议”。

(2) 重大医疗过失行为和事故

按程序报医务科、分管院长，由医务科和护理部调查核实，科室和事故相关责任人必须配合，并及时上级卫生行政主管部门，由院部组织讨论处理意见。院方和患方首先协商解决，如协商无效或不能达成一致可申请卫生行政主管部门组织进行调解，如不服调解可依法向人民法院提起诉讼。

(三) 医院医疗纠纷、医疗事故处理委员会要对事故发生、过程进行书面总结及讨论，及时分析原因，总结教训，并追究事故责任人的相关责任。

医疗事故或医疗争议应急处置预案

当发生医疗事故或医疗争议时，应及时采取以下措施：

(一) 当发生医疗事故时所在科室应及时向医务科、护理部及医院领导汇报，并可请求技术支援，以采取有效治疗措施，防止损害的扩大。

(二) 医务科组织人员对医疗事故、医疗争议或医疗过失行为进行调查核实，封存有关病历资料及相关物品，必要时院办组织人员对现场进行摄像，及时从监控电脑中刻录出发事时的图像资料。

(三) 保卫科组织力量维护医疗秩序及保证工作人员的安全，必要时向当地公安机



关报告。

(四) 护理部协同医务科组织人员向患者及家属做好耐心细致的解释说明工作，并告知有关事件进展情况。

(五) 发生重大医疗过失行为时，医院应在 12 小时内向市卫计委汇报。

(六) 在处理医疗事故、医疗事故争议或医疗过失行为时，应及时要求医院法律顾问介入整个事件的解决。

(七) 护理部协同医务科对医疗事故或医疗过失行为及时进行处理并做好各项善后工作。

(八) 必要时医院办公室要做好新闻媒体的解释工作。

(九) 发生医疗事故或医疗争议后，所在科室应及时做好家属方面的工作。

(十) 作好相关记录，要明确时间（确定到分钟）、地点、人员及相关内容。

医疗争议和医疗事故处理预案

第一章 总 则

第一条 为了妥善处理医疗争议和医疗事故，缓解医患矛盾，避免或减轻医疗事故发生后的损害，特制订本方案。

第二条 医务科负责医疗服务投诉和争议的接待，并负责医疗事故的调查和处理，其他有关职能部门应与医务科密切配合。

第三条 发生医疗争议或医疗事故的科室，应当积极配合有关职能部门处理医疗争议或医疗事故，并采取积极的措施，减少或消除医疗争议或医疗事故造成的负面影响。

第四条 医院对发生医疗争议或医疗事故的科室和直接责任人员，按医院有关规定处理。

第二章 医疗争议的处理

第五条 党群办负责公布医院的投诉电话和其他投诉方式，党群办、门诊部、医务科受理患者的电话及信函投诉，接待直接投诉人员，建立投诉登记本。

第六条 患者在临床医技科室发生医疗争议的，对于一般性的问题，临床、医技科室应该向患者做好解释工作，争取理解。解释后患者未能理解或仍有较大争议，科室应当及时向有关职能部门报告。

第七条 相关部门在接到患者医疗争议投诉后，应该根据投诉内容处置：医疗、医技的投诉由医务科处理；护理服务质量方面的由护理部处理；医德医风方面的由党群办处理等。

第八条 医疗争议不是医疗事故的，负责处理医疗争议的科室，应当向患方解释，并将处理意见告知患方，做好沟通工作，尽量争取患方的理解。



第三章 医疗事故的处理

第九条 医务人员在医疗活动中发生或者发现医疗事故，或者可能引起医疗事故的医疗过失行为，应当立即向科室负责人报告。科室负责人应当及时向医务科报告。医务科接到报告后，立即进行调查、核实，有关科室应当配合医务科进行调查。医务科调查核实后，将有关情况向分管院长报告。

第十条 导致患者死亡的医疗事故，可能为二级以上的医疗事故以及导致3人以上的人身损害后果的医疗事故，分管院长应该向院长报告。院长应该在12小时内向卫计委报告。

第十一条 发生医疗事故或严重医疗争议后，有关临床医技科室和有关职能部门，应当做好患者一方的解释和说服工作，缓解医患矛盾。如果发生扰乱医院工作秩序的事件，立即报告保卫科。对可能引发恶性案件的重大事件，应该报告市卫计委和公安机关。

第十二条 临床和医技科室发生或者发现医疗过失行为，科室和医务人员应当立即采取有效措施，避免或者减轻对患者身体健康的损害，防止损害扩大。严禁隐瞒不报，致使患者健康损害扩大的情况发生。

第十三条 医务科或者其他职能部门，在接到临床和医技科室发生或者发现医疗过失行为的报告后，应当立即前往现场。根据医疗过失的情况或者患者健康的损害程度，组织力量采取补救措施，其他临床医技科室应当积极配合。

第十四条 发生医疗争议和医疗事故后，患者要求复印或者复制病历的，应当允许患者或者家属复印或者复制其门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理资料、护理记录以及其他客观病历资料。

第十五条 患者要求复印病历资料的，由医务科病案室办理，复印时，应当有患者或者家属在场。复印完毕后，病案室应当在复印的病历资料上签上“与原件相同”的字样，并加盖印章。

第十六条 发生医疗争议或医疗事故后，患者要求复印或者复制病历的，死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊意见、病程记录不得复印或者复制。这些资料应当在医患双方在场的情况下封存，由医院保管。正在治疗使用的病历，不得封存原件，可以封存复印件。启封时，医患双方应当在场。

第十七条 患者的不良后果可能是输液、输血、注射、药物等引起的，应当对现场实物进行封存，封存的现场实物由医院保管，如果家属强行要求保管则后果自负。封存和启封应该有患者或者家属在场。需要检验的，医院应当与患方共同商定，指定具有检验资格的检验机构进行检验。医院与患方无法达成共识的，应该申请卫计委指定。疑似输血引起不良后果，需要对血液进行封存保留的，应当通知提供该血液的采供血机构派员到场。

第十八条 如果患者死亡，医院与患方不能确定死因或者对死因有异议的，医院应该告知患方在患者死亡后48小时内进行尸检；同时，应该告知患方如果拒绝或者拖延尸检，



超过规定时间，影响对死因判定的，应该由患方承担责任。尸检应当经死者近亲属同意并签字。

第十九条 市医学会受理医疗事故技术鉴定的，医务科应该在收到医学会的通知之日起 10 日内提交有关医疗事故技术鉴定的资料、书面陈述及答辩，包括以下内容：

- (一) 住院患者的病程记录、死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、会诊意见、上级医师查房记录等病历资料原件；
- (二) 住院患者的住院志、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理资料、护理记录等病历资料的原件；
- (三) 抢救急危患者，在规定时间内补记的病历资料原件；
- (四) 封存保留的输液、注射用品和血液、药物等实物，由具有检验资格的检验机构对这些物品、实物做出的检验报告；
- (五) 与医疗事故技术鉴定有关的其他材料。

第二十条 医院在接到市医学会医疗事故技术鉴定书后，不是医疗事故的，医院没有过失责任的，医务科及有关科室应该做好患者一方的工作。医院对首次医疗事故技术鉴定结论有异议，可以申请再次鉴定。医院有过失责任的，应该尽快与患方协商解决。

第二十一条 协商解决赔偿应当考虑医疗事故等级、医疗过失行为在医疗事故损害后果中的责任程度、医疗事故损害后果与患者原有疾病状况之间的关系等等。赔偿范围和数额应当依照《医疗事故处理条例》的规定确定，不得扩大赔偿范围和金额。

第二十二条 协商解决医疗事故的赔偿，必须制作协议书。协议书应当说明医患双方的基本情况和医疗事故的原因、医患双方共同认定的医疗事故等级以及协商确定的赔偿数额等，并由医患双方在协议书上签名。患方签字一般由患者本人签字，患者本人不能签字的，由患者的近亲属或委托的其他关系人签字。

第二十三条 与患方协商解决后，医院应当自协商解决之日起 7 日内向市卫计委做出书面报告，并附具协议书。

第二十四条 如果协商解决不成，医院应当与患方协商，申请医调委调解，并提交有关材料。医调委调解成功后，医患双方应当按照调解书的要求尽快履行。

第二十五条 患方向人民法院提起民事诉讼的，医院应当积极组织力量，准备应诉。医务科会同相关职能部门及有关科室和当事人做好以下准备工作：

- (一) 确定诉讼代理人；
- (二) 书写并提交答辩状；
- (三) 申请医疗事故技术鉴定；
- (四) 收集有关资料和证据；
- (五) 收集证人证言；
- (六) 收集有关技术和管理规范；
- (七) 收集有关医学文献。



第二十六条 经人民法院调解或者解决后，医院在收到生效的人民法院的调解书或者判决书之日起7日内，向卫计委做出书面报告，并附具调解书或者判决书。

第二十七条 未经市医学会鉴定，而由医院与患方协商解决的医疗纠纷事故，在事后由本院医疗纠纷/事故处理委员会依照有关章程进行鉴定，分清等级和责任（与市医学会鉴定起相当作用），并按本预案**第四条**处理。

第二十八条 医疗事故处理完毕后，医务科将有关材料归档，并进行管理。

第二十九条 医疗纠纷事故处理完毕后，由医务科组织相关职能科室及当事科室和责任人，对事故原因进行深刻分析，从中吸取经验教训，并提出下一步持续改进措施。

突发安全事件应急处置预案

（一）目的：为了有效维护医院正常工作秩序，快速、有效地处置突发安全事件，维护医院和病人的正当权益，特按照公安部门的有关要求并结合我院实际情况，制定本预案。

（二）在下列之一情况下启动本预案

1. 病人有自杀倾向或已经自杀的；
2. 无名氏或无家属人员病情危重或死亡的；
3. 病人家属停尸闹事的；
4. 病人或家属打砸医院，故意损坏医院公私财物的；
5. 医务人员或工作人员人身安全受到威胁的；
6. 病人家属聚众冲击会场、办公室或严重干扰医院正常工作秩序的；
7. 需要启动本预案的其他情形。

（三）工作原则

1. 科室发现异常情况立即通知科室负责人、医务科、保卫科，但继续按医疗常规救治病人并作好相关记录；
2. 保卫科负责维护医院内秩序，保护医务人员及公私财物，及时向公安部门报告；
3. 医务科接待家属投诉，作好记录，并组织调查、取证、研究，必要时予以适当回复；
4. 医务科向医院分管领导报告，必要时向卫计委报告；
5. 医务科牵头成立处置小组，处置小组全面负责突发安全事件处置工作；
6. 党群办负责向政府部门汇报情况并做好接待工作；
7. 总务部负责工作人员后勤保障工作；
8. 医务科作好材料归档工作，并组织相关人员认真分析经验、教训。

医疗纠纷/事故处理委员会办公室设在医务科，电话：8890357。每次发生突发安全事件后，由医务科牵头，根据突发事件的科室和性质成立处置小组，该小组在医调委和公安相关政府部门协调下，负责完成该突发安全事件的处置工作。



医务人员履行患者参与医疗安全活动责任和义务的有关规定

医疗安全是医患双方共同的责任，鼓励患者参与医疗安全管理不仅充分体现了患者的权利，也诠释了医院以患者为中心的服务理念。诊疗过程中患者参与医疗安全有助于及时发现不良因素、可有效的避免医疗缺陷、保证医疗安全，增加医疗透明度，对构建和谐医患关系将起到积极促进作用。为此，我院制定以下规定：

（一）引导患者在就诊时应提供真实病情和真实信息，并向患者宣传提供真实病情和有关信息对保障诊疗服务质量与安全的重要性。

（二）针对患者的疾病和诊疗信息，为患者和家属提供相关的疾病和健康知识的教育，协助患方对诊疗方案的理解与选择。

（三）实施任何诊疗活动前，医务人员应亲自与患者或家属沟通，取得患者或家属的确认；其中特殊检查（治疗）、创伤性诊治活动前需知情同意签字确认，作为最后确认的手段，以确保实施操作等医疗行为的顺利进行。

（四）主动邀请和鼓励患者参与医疗安全管理，尤其是患者在接受手术、介入或有创操作前告知其目的和风险，并请患者参与手术部位的确认。

（五）需要使用设备或耗材的，为患者提供设备和材料的相关信息。让患者对操作有所了解，以确认设备及耗材和患者身份具有唯一对应性，以及和相应费用的对应性。

（六）标本采集、输血、药物使用等各类诊疗活动时，请患方自报姓名、诊断和相关药物过敏或严重不良反应信息，告知患者用药目的与可能的不良反应，鼓励患者主动获取安全用药知识，充分体现患者的知情权，输血、药物治疗时，邀请患者主动参与查对。

（七）护士在进行护理和心理服务时，应告知患者护理操作的目的、操作的步骤、以及如何配合及配合治疗的重要性。

（八）对儿童、老年、孕妇、行动不便和残疾患者，用语言提醒、搀扶、请人帮助和警示标识等办法邀请患方主动参与防止患者跌倒事件的发生。

（九）医生、护士必须认真对待患者或亲属对病情和各项诊疗活动的反映及意见。

（十）医院建立投诉机制，向患方公开本院接待患者投诉的主管部门、投诉的方式及途径。

患者参与医疗安全活动的规定

为了降低医疗风险，避免诊疗差错，提高医疗质量，保障医疗安全。对诊疗活动中需要患者参与的作如下规定：

（一）各临床医疗、医技科室医务人员应针对患者的疾病诊疗信息利用入院宣教，病情告知等方式和机会向患者（近亲属）提供相关健康知识的宣教，协助患方对诊疗方案



的理解与选择。

(二) 在手术切口(范围)标记时,请患方参与认定,手术、麻醉实施前再由手术医生,麻醉师、巡回护士执行最后确认程序。

患者接受手术,有创诊疗操作前医务人员应主动邀请患方说出身份,并参与疾病诊断和部位、手术方式,操作项目的核对。

(三) 标本采集、输血、药物使用等各类诊疗活动时,请患方自报姓名,诊断和相关药物过敏或严重不良反应信息,医患双方主动查对。

(四) 医务人员有责任教育经治的患者在就诊时必须提供真实病情,真实的诊疗信息,检查资料,并告知其对诊疗服务质量与安全的重要性。

(五) 医生、护士必须认真对待患者或亲属对病情和各项诊疗活动的反映及意见。

(六) 医生、护士、药师应采用多种形式和渠道向患者宣传用药安全知识,让患者了解用药的目的和不良反应,主动提供既往用药情况,留意核对药袋、输液瓶上的姓名、药名等,避免出错,及时提供与用药相关的病史如过敏史、糖尿病史等。

(七) 药剂师在适当的场合张贴安全用药知识宣传资料,印制常用药物使用科普折页,特殊药物小贴士,在相应科室护士站、药物咨询窗口分发。

(八) 各科室利用黑板报、宣传栏、专题讲座等方式,为患者及其家属提供参与医疗安全活动的知识,鼓励患者参与医疗安全活动。

患者参与医疗安全的具体措施与流程

为了鼓励患者及其家属参与医疗安全活动,尊重患者的知情同意权、选择同意权,提升疾病的治愈好转率,保障医疗质量和患者生命安全,制定本措施与流程。

(一) 患者及家属参与医疗安全活动,是对患者和家属知情同意权、选择权的重视,让患者在医疗活动中实施自己的知情同意权、选择权,并且参与其中,同时获取信息。

(二) 进一步落实医务人员对患者及其家属的健康知识教育,以知情告知等形式,对患者及其家属的健康教育知识进行宣传,并记录。

(三) 落实出院患者回访制度。医院职能科室及病区进行出院患者回访工作,并进行记录小结分析。对患者治疗效果,满意度情况,改进意见等调查,促进医疗持续改进。临床医疗、医技科室医务人员主动为患者及其家属提供相关的健康宣教,提供健康管理相关信息,积极配合医务人员实施预防和处理措施。以提高患者/家属的知情权和自我护理能力,利于改善患者的健康状况。

(四) 主动邀请患者及其家属参与治疗计划的制定、实施和医疗决策过程。最大限度地促进医患沟通,有利于医务人员根据患者病情及个体差异的不同,制定出适应每个患者的详细、科学的治疗(手术)方案,当患者病情变化的时候能够及时调整修改治疗(手术)方案。患者在接受手术、介入或有创操作前引导患者在就诊时应提供真实病情和真实



信息，并向患者宣传提供真实病情和相关信息对保障诊疗服务质量与安全的重要性；针对患者的疾病和诊疗信息，为患者（或患者近亲属）提供相关的疾病和健康知识的教育，协助患方对诊疗方案的理解与选择。

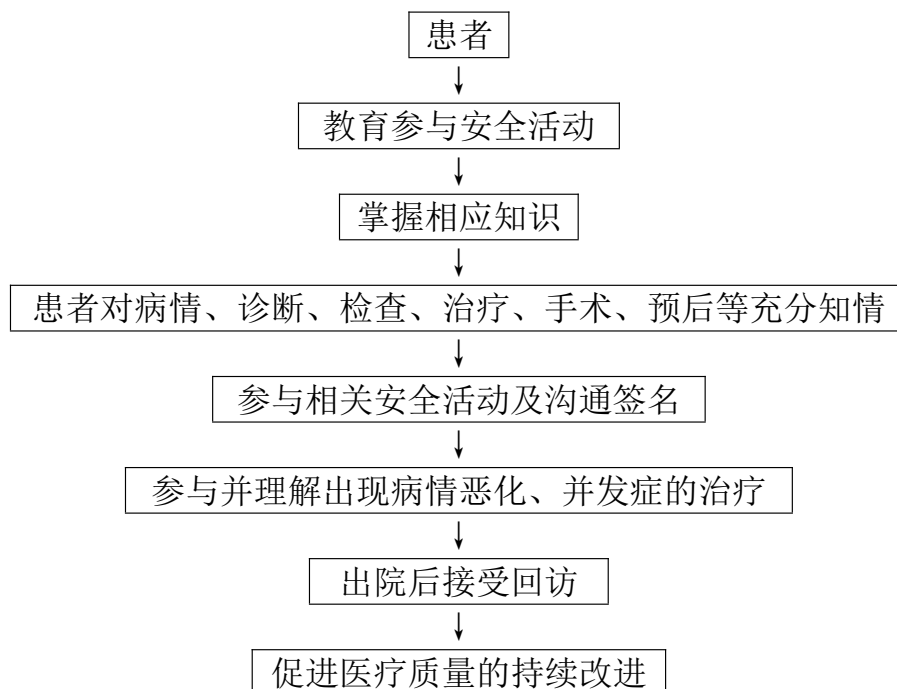
（五）详细告知操作的目的、操作方式和风险，并请患者参加手术部位的确认，需要使用设备或耗材的，为患者（或患者近亲属）提供设备和材料的相关信息，让患者对操作有所了解，以确认设备及耗材和患者身份具有唯一对应性；取得患者（或患者近亲属）的确认后，需知情同意签字确认，作为最后确认的手段，以确保实时操作等诊疗活动的顺利进行。

（六）使用药物治疗（尤其是特殊用药）前，主管医生应依据药品使用说明书等资料，向患者告知用药目的、相关的药理作用和可能的不良反应。鼓励患者主动获取安全用药知识，如果患者对于主管医生的告知不理解或认为不全面，可建议患者到药剂科进行咨询。取得患者（或患者近亲属）同意进行特殊用药前，应在知情同意书上签字确认，作为最后确认的手段。

（七）使用输血治疗前针对患者的疾病及病程，临床在需要使用输血治疗前，详细告知输血的目的、操作方式和可能的风险，并向患者，或患者近亲属，解释输注血液的来源、保存及检验方法及进行输血前检验的目的和必要性等；

（八）需要使用设备或耗材的，为患者（或患者近亲属）提供设备和材料的相关信息，让患者对操作有所了解，以确认设备及耗材和患者身份具有唯一对应性，以及和相应费用的对应性。取得患者（或患者近亲属）同意进行输血治疗前，应在知情同意书上签字确认，作为最后确认的手段。公开本院接待患者投诉的主管部门、投诉的方式及途径。

流程：





非医疗因素引起的意外伤害事件防范措施

意外是一种潜在有害的、无意识的和医疗之外的突发事件，意外可引起伤害，也可以不引起伤害。伤害是指运动、热量、化学、电、放射线等能量交换过程中造成的组织损害，一般伤害是可以预知和预防的，部分心理不良因素造成的自杀、自残等意外伤害也需引起高度重视。为了有效防范这些意外的发生，保障患者及职工的生命安全，特制订此防范措施：

（一）危重患者、患有绝症或遇到较大心理打击的患者，会发生失落、沮丧、紧张、压抑等心理反应，可能产生悲观厌世甚至自杀或自残念头。医务人员要仔细观察，及时发现这些异常表现，及时对患者进行心理疏导，多尊重、理解、关心患者，并且及时与家属沟通，取得家属的配合，提高患者战胜疾病的坚强信心，防止病人发生自杀或自残的事件。

（二）病房配置多功能病床，危重患者利用防护栏防止病人坠床，转运病人或护送病人完成特殊检查时，担架、推车需有防护设施，防止发生坠床及再损害事件。

（三）病房有防虫、防鼠措施，防止虫鼠咬伤。

（四）卫生间安装扶手，走廊张贴“小心地滑”等醒目标识，防止摔伤。

（五）进入病区有禁烟标志，防止氧气及易燃物品着火引起火灾。

（六）加强易燃易爆仪器设备的管理，规范操作，电器设备、蒸汽管道安装规范，有安全防护措施，有故障请专业人员及时维修，防止病人及家属意外触电或烫伤。

（七）加强对未成年人、部分精神病人的监护、管理，如儿科住院病房安装护栏，对危险行为及时干预教育，防止意外发生。

放射医疗应急预案

为应对可能发生的放射事故，确保有序地组织开展事故救援工作，最大限度地减少或消除事故和紧急情况造成的影响，避免事故蔓延和扩大，维护正常的医疗工作秩序，特制定本应急响应预案。

本预案适用于放射场所内潜在的安全隐患或紧急情况下，可能发生的造成人员及设备设施事故的应急准备与响应控制工作。

（一）术语和定义

1、辐射源：发射或能发射电离辐射的装置或物质。

2、事故：造成死亡、疾病、伤害、损坏或其他损失的意外事故。

3、环境影响：全部或部分地区，有组织的活动、产品或服务及环境造成的任何有害或有益的变化。

（二）职责



主管负责人对应急组织人员、救护计划和方法、救护器材和设备以及联络方式等都要进行明确布置和安排。

1、放射危险性的主要表现

当发生意外及人为等原因（如：射线装置、放射性同位素失控）时，会发生工作人员或公众受到意外照射。

2、事故应急与响应指挥系统

放射事故应急处理领导小组负责放射事故应急第一时间、第一现场的有关工作，并将放射事故的程度做初步判断及时上报上级领导部门，通报相关科室。

3、事故预防责任制度的准备

为避免或减少事故发生，平时就要做好应急演练与准备工作，落实岗位责任制和各项制度。坚持对射线作业人员安全、应急常识的教育工作。做好应急准备，定期组织专业学习和训练，提高自救能力。坚持对从事放射工作人员的防护知识培训与剂量监护。

4、事故发生后报告程序及现场保护

发生事故后，要立即关闭放射线机，切断电源。疏散周边科室人员及危险人群，封闭现场，上报公卫科和医院办公室，通知保卫科维持现场秩序，通知急诊室对受辐射人员实施救治。通知设备科对故障设备做出初步判断和安全处理，并保护现场以备事故原因调查。

5、当进行事故的调查时，全科人员要积极配合，查清事故原因，不得以任何理由拒绝调查或提供伪证。

事故调查工作结束后，根据调查结论，对责任人进行处理。组织全科人员召开事故教育大会，杜绝类似事故的再次发生，并在医院统一部署下定期组织演练，一旦事故发生时可立即应对。



医疗纠纷预警方案

为了提高医疗质量保证医疗安全，及时发觉医患纠纷苗头和安全隐患，使医疗纠纷防范于未然，及时化解已经出现的矛盾，最大程度上降低医院的经济损失和负面影响，特制定本预警方案：

一、医疗纠纷易发人群：

- 1、新入院的特别是病情不稳定的危重病人；
- 2、疗效可能不满意的病人；久治不愈的病人；
- 3、需急诊手术直接送入手术室而无法确定收治科室者；
- 4、经济困难及费用过大的病人；
- 5、妊娠合并其他疾病，如肺炎、心脏病、肝病、肾病、脑血管病、败血症等；
- 6、有严重合并症或有严重复合伤需要多科室多专业协作者；
- 7、病情可能突然变化的病人，如颅脑损伤、闭合性胸腹损伤、心脑血管病、动脉瘤、病重的新生儿、小儿等；
- 8、有自杀史、自杀倾向的病人；
- 9、有精神异常、心理变态需要特殊看护对待者；
- 10、有纠纷史的病人，扬言要扯皮的病人；
- 11、入院3日不能确诊或估计在我院确诊困难的病人；
- 12、术前诊断不明确的病人；
- 13、术中发现意外情况的病人；
- 14、术中死亡的病人；
- 15、病情危急又拒绝手术签字者，或签字后未能进行手术者；
- 16、术后器械、敷料清点数量有误的病人；
- 17、需要二次手术的病人；
- 18、术后可能致残或功能障碍的病人；
- 19、老年手术病人（易并发心、肺、脑血管等严重并发症）；
- 20、院外治疗效果不佳而转入的病人；
- 21、需要大量备血、输血者或需要稀有血型血液者；
- 22、特殊体质如恶液质、过敏体质、处于超敏状态（过敏性皮炎、休克）的病人；
- 23、医务人员亲属或亲属中有医务、法律工作者的病人；
- 24、病人或家属不配合检查、治疗的；
- 25、发药、配药、注射药物错误者；
- 26、注射药物时（后）发生输液反应、过敏性休克、抽搐的；
- 27、发生坠床、坠车、坠楼、摔倒、触电、烧伤等意外伤害事件者；



28、群体性中毒、外伤者；

29、其他特殊人群，包括弃婴、无家属者、家属恶意离院者、既往与医务人员有私人怨恨的病人、社会闲杂人员等；

30、医务人员认为有必要报告的其他情形，如病历丢失。

二、预警方案：

医护人员发现上述医疗纠纷易发人群时，要有高度的防范意识，做好必要的解释、沟通工作，确保医疗文书记录的完善和规范，并及时向上级医生或护士长报告，如上级医生或护士长处理不了，应及时向科室负责人报告。

科室负责人接到报告后应深入了解情况，作好调查、分析、解释、沟通、协调工作，及时处理、化解矛盾，防范事态扩大及医疗纠纷发生，必要时做好应对医疗纠纷的准备。

如科室负责人认为事态严重，则向医务科报告，紧急情况下可电话报告后补送书面报告，一般情况下要求书面报告（非行政上班时间向医院总值班报告）。医务科接到科室负责人书面报告后备案并提出应对意见，进行适当干预，必要时组织相关部门和人员作好调查处理工作。

医务科必要时向院领导报告。

医务人员和科室未及时报告并产生了严重后果的，在纠纷处理时将被加重处罚。同时，医院对及时发现医患纠纷苗头和安全隐患并积极处理，避免了重大纠纷事故的有功人员给予适当的嘉奖。

患者病情评估制度

为了保证医疗质量，保障患者生命安全，依据《二级综合医院评审标准》，特制定本院患者病情评估制度，自发布之日起开始执行。

一、目的

保障患者从门诊、入院至出院，得到医务人员客观科学的病情评估，且根据评估结果对患者作出及时科学的诊疗、护理计划。

二、评估范围、时机、时限、记录要求

凡接诊患者均应进行病情评估，包括门诊患者评估、住院患者入院时、首次上级医师查房、病情变化时、手术麻醉前、手术后第一天、出院前等。

（一）门诊患者评估：综合评估门诊患者病情，准确掌握收住院标准，严禁将需要住院治疗的患者安排在门（急）诊观察。若判定患者需要住院治疗但患者提出拒绝，必须履行知情告知手续，告知可能面临的风险，且在门诊病历中记录，并由患者或家属签字。

（二）对住院患者进行评估，视病情不同，评估内容可涉及：专科病情、疼痛、生活自理能力、压疮、营养、跌倒/坠床、深静脉血栓、烫伤、导管脱落、自伤、走失等内容，并作出相应病情评估记录及医患沟通。



(三) 首次上级医师查房应含有对患者进行病情评估的内容, 且对住院医师的病情评估、诊疗方案的适宜性进行核准并签字。

(四) 评估时机及时限:

1、首次入院时: 在首次病程记录中应体现有病情评估内容, 记录置于辅助检查部分和诊断及依据部分之间。普通患者病情综合评估应在 8 小时内完成; 急危重患者在 1 小时内完成; ICU 患者应在 15 分钟完成。

2、首次上级医师查房: 病情评估记录置于病史特点部分后。

3、3 天内有《医患沟通记录》, 内容应包括病情评估内容。

4、病情变化时: 病程记录中随时评估、随时记录。

5、手术麻醉前、手术后第一天: 术前讨论或术前小结中应体现有病情评估内容; 术后评估参考住院患者评估内容, 至少包括疼痛、切口情况等。

6、出院前: 出院当日病程记录中体现有病情评估内容。

三、专科病情评估

由各科选定常见病种、急危重病种, 根据各专业临床诊疗指南中提及的评分标准进行评估, 其他相关评估表见以下:

(一) Braden 压疮评分表

(二) ADL 生活自理能力评分表

(三) 营养风险评估表

(四) 疼痛评分表

(五) 跌倒 / 坠床评分表

(六) Autar 深静脉血栓评分表

(七) 自伤风险评估表

(八) 走失风险评估表

(九) 烫伤风险评估表

(十) 导管滑脱危险因素评估表

四、评估人资质要求

本院具备执业资格的医师、护士。

病情评估管理制度

为了保证医疗质量, 保障患者生命安全, 使患者从进院开始就能够得到客观科学的评估, 医生能够做出详细科学的治疗计划, 当病情变化的时候能够及时调整修改治疗方法, 使患者得到科学有效的治疗, 根据有关文件精神要求, 结合我院实际情况, 制定病情评估管理制度:

(一) 对患者进行评估工作必须由注册的执业医师和护士实施。



(二) 医院制定患者评估的项目、重点范围、评估标准与内容、时限要求、记录文件格式、评估操作规范与程序。

(三) 患者评估的结果需要记录在住院病历中，用于对患者的诊疗活动进行指导。

(四) 医院医务科、护理部定期实施检查、考核、评价和监管患者评估工作，对考核结果定期分析，及时反馈，落实整改，保证医疗质量。

(五) 医师对接诊的每位患者都应进行病情评估。重点加强手术前、麻醉前、急危重患者的病情评估、危重病人营养评估、住院病人再评估、手术后评估、出院前评估。

(六) 医师对门诊病人进行评估时要严格掌握住院标准，严格按照以患者的病情作为制定下一步治疗的依据，严禁将需住院治疗的病人进行门诊观察治疗。假如门诊医生决定需要住院的患者拒绝入院治疗，医生必须做好必要的知情告知，详细告知患者可能面临的风险，并要求患者签名。

(七) 病人入院后，主管医师应对病人全面情况进行评估，包括病情轻重、急缓、营养状况等作出正确的评估，作出正确的诊断，参照疾病诊治标准，制定出经济、合理、有效的治疗方案并告知患者或者其委托人。

(八) 对病人在入院后发生特殊情况的，应及时向上级医生请示，再请科主任共同再次评估。必要时可申请会诊，再集体评估。

(九) 病人在入院经评估后，本院不能治疗或治疗效果不能肯定的，应及时与家属沟通，协商在本院或者转院治疗，并做好必要的知情告知。

(十) 麻醉科手术室实行患者病情评估制度，对手术科室的病人进行风险判断，要求手术科室在术前小结、术前讨论中予以评估，及时调整诊疗方案。

(十一) 手术前实行患者病情评估，术前主管医师应对病人按照手术风险评估表内容逐项评估。

(十二) 对于急危重症患者实行患者病情评估，根据患者病情变化采取定期评估、随机评估两种形式。及时调整治疗方案。

(十三) 临床医生除了对患者的病情进行正确科学的评估，还应该对患者的心理状况作出正确客观的评估，全面衡量患者的心理状况，对有可能需要作心理辅导的患者进行必要的登记并作记录，医生给予必要的心理支援。

(十四) 所有的评估结果应告知患者或其病情委托人，病人不能知晓或无法知晓的，必须告知病人委托的家属或其直系亲属。

(十五) 患者评估的结果需要记录在住院病历中，用于对患者的诊疗活动进行指导。

重症患者分级查房及多科联合查房制度

为了确保重症患者能够得到持续医疗救治，落实医院各级医师分级查房及多科联合查房的职责，保证患者得到连贯性医疗服务，不断提高医疗质量，培养良好的医疗行为和



医疗习惯，制定三级医师分级查房及多学科联合查房制度。

患者查房从范围分为科内查房，科间查房，院内查房；从级别分主任/副主任（科主任）查房，主治医师查房，住院医师查房。

一、科内查房

（一）查房频次及时限

1、科主任、副主任医师查房。每周至少 1 次，应有主治医师、住院医师、护士长等有关人员参加。住院期间，对一般病情的新入院患者的首次查房应在其入院 48 小时内完成。对危重患者，副主任医师以上人员应即时查房，并有查房记录。

2、主治医师查房。对一般病情患者的查房每日至少 1 次，由住院医师及有关人员参加，住院医师负责记录和落实诊疗计划。负责对新入院的一般病人在 24 小时内查房；对新入院的危重患者应在 8 小时内查房；对住院期间的危重患者应随时查房，且至少不少于每日两次。

3、住院医师查房。对所管患者要全面负责，对一般患者每日至少查房两次，危重患者随时观察病情变化并及时检查处理，执行上级医师指示，书写整理病历，及时完成病程记录，汇总、归纳、整理、分析各种检查化验结果，出现情况及时报告上级医师。负责检查医嘱执行情况。

（二）查房内容要求

1、科主任、副主任医师查房。应及时解决疑难病例的诊断和治疗，并能体现出当前国内外最新医疗水平的进展。审查对新入院疑难病症或危重患者的诊断、治疗计划。审查重大手术的适应症及术前准备情况。进行必要的教学工作，包括对各级医师的指导，重点帮助主治医师解决在诊疗工作中未能解决的问题。抽查医嘱和护理执行情况及其病历书写质量。

2、主治医师查房。要求对新入院、危重、诊断未明、分型不清、治疗效果不好的患者进行重点检查，听取医生、护士的反映、倾听患者陈述，对出、转院标准进行判断并及时上报上级医师或科主任。对下级医师的病历书写和病程记录进行检查，及时发现问题并给予具体帮助和指导。检查医嘱执行情况。

3、住院医师查房。要求重点巡视危重、疑难、新入院、诊断不清及手术患者，同时有计划地巡视一般患者。审查各种检查报告单，分析检查结果，提出进一步检查和治疗的意见。检查医嘱执行情况，修改医嘱及开特殊检查医嘱。听取患者对治疗和生活方面的意见并提出建议。负责修改实习医师书写的病历，帮助实习医师做好新入院患者的体格检查及病历书写工作。住院医师要详细记录上级医师的诊疗意见，认真执行上级医师的指示，并及时向上级医师报告。负责书写病历相关内容，要求对危重患者随时检查并记录。

二、联合查房

危重患者涉及到多学科医疗专业，他科专业情况比较明显，为了患者能够得到持续连贯医疗诊治，改进医疗服务和流程，提高诊治率，执行多科联合查房制度。



(一)科间查房。由经治医师提出,上级医师同意后填写会诊查房申请单。非急诊会诊,将申请单送到被邀科室主任或邀请查房医师,会诊医师应在24小时内会诊查房,并完成会诊查房记录。急诊会诊查房,以电话邀请被邀请的医师,被邀医师应当在规定的10分钟内参加查房,完成会诊查房记录。

(二)多科查房。由科主任向医务科提出,并提供病历摘要。医务科确定查房时间并安排相应的医学专家在规定的时间内参加查房,由业务院长或高年资最高技术职称的相应专业的专家汇总各专家查房后总结。查房工作一般由科主任主持,住院医师要做好会诊前的准备,并详细介绍病史,做好查房记录。

临床“危急值”报告制度

为加强对临床“危急值”的管理,确保将“危急值”及时报告临床医师,以便临床医师采取及时、有效的治疗措施,确保病人的医疗安全,杜绝病人意外发生,特制定本制度。

(一)“危急值”是指检验、检查结果与正常预期偏离较大,当出现这种检验、检查结果时,表明患者可能正处于危险边缘,临床医生如不及时处理,有可能危及患者安全甚至生命,这种可能危及患者安全或生命的检查数值称为危急值,危急值也称为紧急值或警告值。

(二)各医技科室(医学影像科、B超、心电图、内窥镜等)全体工作人员应熟练掌握各种危急值项目的“危急值”范围及其临床意义,检查出的结果为“危急值”,在确认仪器设备正常,经上级医师或科主任复核后,立即电话报告临床科室,不得瞒报、漏报或延迟报告,并在《危急值结果登记本》中详细做好相关记录。

(三)临床科室接到“危急值”报告后,应立即采取相应措施,抢救病人生命,确保医疗安全。

(四)具体操作程序:

1、当检查结果出现“危急值”时,检查者首先要确认仪器和检查过程是否正常,在确认仪器及检查过程各环节无异常的情况下,立即复查,复查结果与第一次结果吻合无误后,检查者立即电话通知患者所在临床科室或门急诊值班医护人员,并在《检查危急值结果登记本》上详细记录,记录检查日期、患者姓名、性别、年龄、科别、住院号、检查项目、检查结果、复查结果、临床联系人、联系电话、联系时间、报告人、备注等项目,并将检查结果发出。检验科对原标本妥善处理冷藏保存一天以上,以便复查。

2、临床科室接到“危急值”报告后,须紧急通知主管医师、值班医师或科主任,临床医师需立即对患者采取相应诊治措施,并于6小时内在病程记录中记录接收到的“危急值”检查报告结果和采取的诊治措施。

3、临床医师和护士在接到“危急值”报告后,如果认为该结果与患者的临床病情不相符或标本的采集有问题,应重新留取标本送检进行复查。如复查结果与上次一致或误差



在许可范围内，检查科室应重新向临床科室报告“危急值”，并在报告单上注明“已复查”。报告与接收均遵循“谁报告（接收），谁记录”的原则。

（五）“危急值”报告涉及所有门、急诊及病区病人，重点对象是急诊科、手术室、各类重症监护病房等部门的急危重症患者。

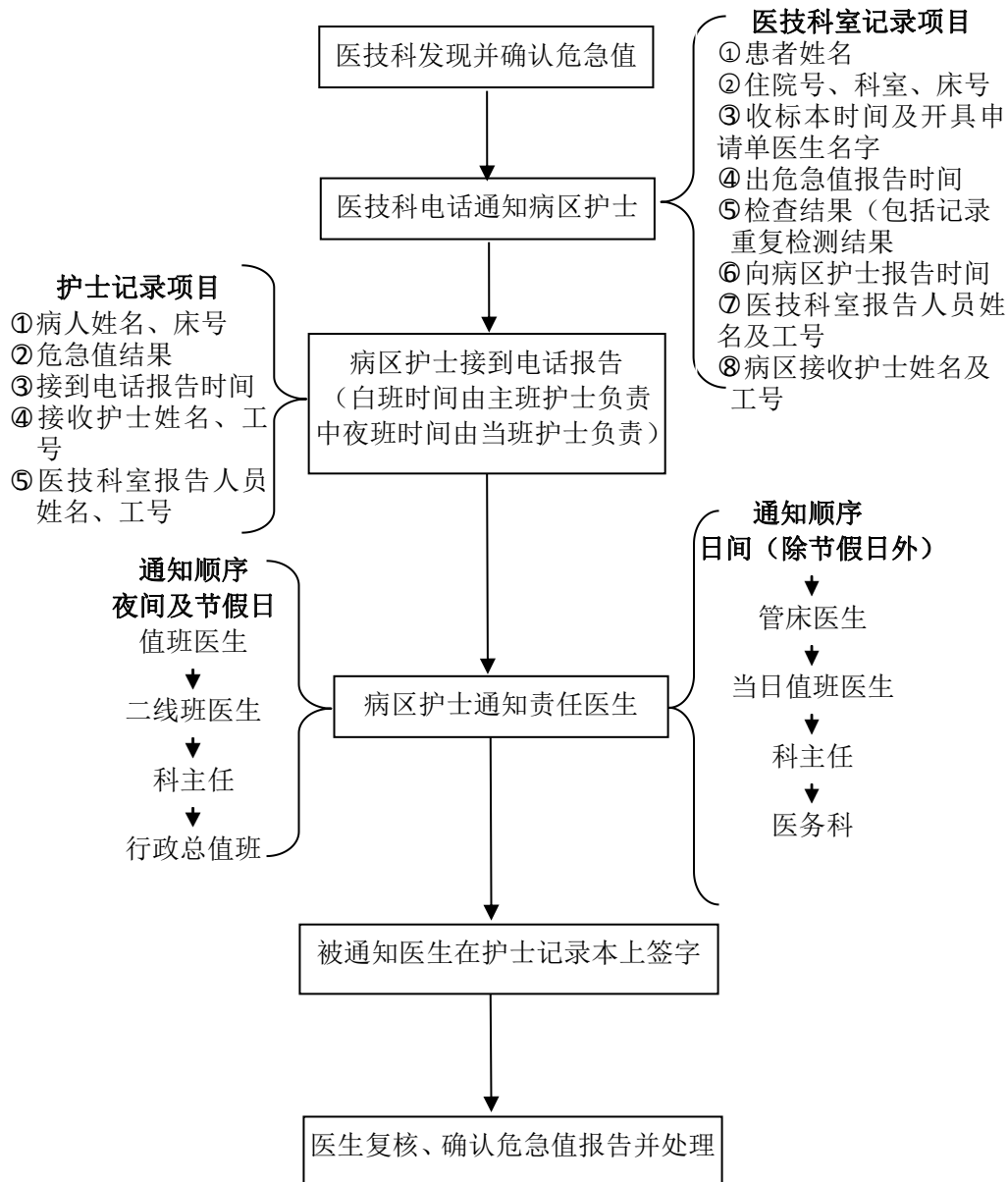
（六）“危急值”报告科室包括：检验科、放射科、CT室、超声科、心电图室等医技科室。

（七）为了确保该制度能够得到严格执行，相关职能部门定期对所有与危急值报告有关的科室工作人员，包括临床医护人员进行培训，内容包括危急值数值及报告、处理流程。

（八）“危急值”报告作为科室管理评价的一项重要考核内容。医务科对科室的危急值报告工作定期检查并总结。重点追踪了解患者病情的变化，或是否由于有了危急值的报告而有所改善，提出“危急值”报告的持续改进措施。



“危急值”报告流程



要求：

1. 病区接到危急值后必须在半小时内作出相应处理。
2. 病区护士接报告后必须通知到一名责任医生，首先通知管床医生，如通知不到，请通知当日值班医生，按上图所示类推。



“危急值”检查项目表与制定危急界限值

一、检验科“危急值”设定表

检 验 项 目	科 室	低 值	高 值	单 位
钾		< 2.8	> 6.0	mmol/L
钠		< 120	> 160	mmol/L
氯		< 85	> 120	mmol/L
钙		< 1.5	> 3.30	mmol/L
尿素氮			> 26	mmol/
肌酐			> 600	umol/L
二氧化碳		< 10	> 40	mmol/L
葡萄糖		< 2.5	> 30	mmol/L
葡萄糖	新生儿科	< 1.7	> 16.6	mmol/L
总胆红素			> 257	umol/L
总胆红素	新生儿科		> 340	umol/L
淀粉酶			> 1000	U/L
肌酸激酶			> 2000	U/L
胆碱脂酶		< 3500		U/L
谷丙转氨酶			> 1500	U/L
谷草转氨酶			> 1500	U/L
高敏肌钙蛋白			> 262	Pg/mL
肌红蛋白			> 220	Pg/mL
白细胞		< 1.0	> 30	10 ⁹ /L
中性粒细胞绝对数	新生儿科	< 0.5		10 ⁹ /L
血红蛋白		< 50		g/L
血红蛋白	新生儿科	< 85	> 250	g/L
血小板		< 30	> 900	10 ⁹ /L
凝血酶原时间			> 35	秒
INR			> 3.0	
活化部分凝血酶原时间			> 100	秒
血液培养			阳性	
脑脊液培养			阳性	
脑脊液染色镜检			阳性	
HIV-Ab			阳性	
法定细菌性传染病(如沙门菌、志贺菌、霍乱弧菌)			阳性	



二、放射科“危急值”报告范围

- 1、急性颅内血肿合并脑疝
- 2、急性脑挫裂伤合并脑疝
- 3、急性大面积脑梗死
- 4、大量气胸或液气胸
- 5、气管及支气管异物
- 6、外伤性支气管断裂
- 7、急性肺水肿
- 8、急性主动脉夹层或动脉瘤
- 9、急性心衰
- 10、肺动脉栓塞
- 11、消化道穿孔
- 12、急性绞窄性肠梗阻、肠扭转
- 13、腹腔脏器大出血
- 14、出血坏死型胰腺炎
- 15、食道异物穿孔
- 16、休克、昏迷病人

三、超声科“危急值”报告范围

- 1、急诊外伤见腹腔积液，疑似肝脏、脾脏或肾脏等脏器破裂出血的危重病人
- 2、急性胆囊炎考虑胆囊化脓并急性穿孔
- 3、急性出血坏死性胰腺炎
- 4、怀疑宫外孕破裂并腹腔内出血、黄体破裂、卵巢囊肿蒂扭转
- 5、晚期妊娠出现羊水量过少并胎儿心率过快或过慢（羊水指数 <5 ，羊水最大前 6、后径 $<2\text{cm}$ ）、怀疑胎盘早剥大量隐性出血、S/D 明显异常、脐带脱垂
- 7、心脏增大并合并急性心衰
- 8、大面积心肌坏死
- 9、大量心包积液合并心包填塞（心包膜和心外膜之间最大舒张期暗区 1.0cm 为少量积液， $1.0—1.9\text{cm}$ 之间为中等量，大于 2.0cm 则为大量）
- 10、二尖瓣腱索断裂并伴大量返流
- 11、急性胸腔大量积液
- 12、急性睾丸扭转
- 13、急性下肢动脉栓塞、颈动脉血栓，急性栓塞
- 14、急性下肢静脉血栓形成
- 15、主动脉夹层
- 16、急性肝炎并大量腹水或肝脏明显缩小



四、心电检“危急值”报告范围

心功能室心电检查危急值			
序号	可能疾病	心电描述	危急程度
1	急性冠脉综合征	急性心肌梗塞	猝死
2		ST 段显著下移 (导联相关性 >0.5mv)	猝死
3		ST 段显著抬高 (导联相关性 >0.5mv)	猝死
4	病窦综合征	窦性停搏	晕厥, 猝死
5		显著心动过缓 (常规 <35bpm/ 动态平均值 <45bpm)	晕厥
6	房室传导阻滞	高度房室传导阻滞	晕厥, 猝死
7		几乎完全性房室传导阻滞	晕厥, 猝死
8		完全性 (3 度) 房室传导阻滞	晕厥, 猝死
9	室性心动过速	室性心动过速 > 180bpm (时长 >30s)	晕厥, 猝死
10	尖端扭转型心动过速	尖端扭转型心动过速	晕厥, 猝死
11	室扑, 室颤	室扑, 室颤	晕厥, 猝死
12	室上性心动过速	室上性心动过速 > 200bpm (时长 >30s)	晕厥
13	房扑	房扑 1:1 > 200bpm (时长 >30s)	晕厥
14	房颤合并预激综合征	房颤合并预激综合征	晕厥, 猝死
15	长 RR 间期	长 RR 间期 > 3.0s	晕厥, 猝死
16	高钾血症	T 波高尖	猝死
17	低钾血症	异常 U 波	猝死
18	长 QT 间期综合征	长 QT 间期 >550ms	猝死
19	短 QT 间期综合征	短 QT 间期 <300ms	猝死
20	起搏器植入术后	起搏功能异常	晕厥, 猝死

五、胃镜：消化道活动性出血

六、病理科“危急值”报告范围

项目	极限值	备注
内镜活检标本	见有浆膜外组织	提示活检后导致的消化道穿孔
子宫刮取标本	见有平滑肌组织或浆膜组织	提示子宫刮取时过深, 有可能导致子宫穿孔或发生穿孔
切缘标本	见有肿瘤细胞	提示手术切除不干净
冰冻标本过大, 取材过多	报告时间超过 30 分钟	
冰冻结果报告	30 分钟内	



“危急值”报告登记表

科室：

记录时间：20 年

送检时间	病人姓名	住院号	床号	危急值内容	报告人	接收人	报告时间(min)	报告方式	备注(处理情况)

说明：请将报告时间记录到分钟。



临床科室“危急值”接收登记表

患者姓名	性别	年龄	住院号	诊断	接收时间 (具体到分)	危急值 内容
报告人	接收人	报告方式	报告医生时间 (具体到分)	医生签名	是否需要 复检	
<p>处理记录:</p> <p style="text-align: right;">医生签名:</p>						
<p>备注:</p>						



医疗技术管理与培训



新技术和新项目准入制度

(一) 新技术应按国家有关规定办理相关手续后方可实施。

(二) 实施者提出书面申请, 填写《开展新业务、新技术申请表》, 提供理论依据和具体实施细则、结果及风险预测及对策, 科主任审阅并签字同意后报医务科。

(三) 医务科组织学术委员会专家进行论证, 提出意见, 报主管院长批准后方可开展实施。

(四) 新业务、新技术的实施须同患者签署相应协议书, 并应履行相应告知义务。

(五) 新业务、新技术实施过程中, 由医务科负责组织专家进行阶段性监控, 及时组织会诊和学术讨论, 解决实施过程中发现的一些较大的技术问题。日常工作由相应控制医师和监测医师完成。

(六) 新业务、新技术完成一定例数后, 科室负责及时总结, 并向医务科提交总结报告, 医务科召开学术委员会会议, 讨论决定新业务、新技术是否在临床全面开展。

(七) 科室主任应直接参与新业务、新技术的开展, 并作好科室新业务、新技术开展的组织实施工作, 密切关注新项目实施中可能出现的各种意外情况, 积极妥善处理, 做好记录。

医疗技术临床应用管理制度

为加强医疗技术临床应用管理, 建立完整合理的医疗技术准入和管理制度, 促进医学科学发展和医疗技术进步, 提高医疗质量, 保证医疗安全, 根据《中华人民共和国执业医师法》、《湖北省医疗技术临床应用指南》(试行)、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》及《医疗技术管理办法》的规定, 结合我院实际, 特制定本制度。

一、医疗技术是指医院及医务人员以诊断和治疗疾病为目的, 对疾病做出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康而采取的诊断和治疗措施。

二、我院开展医疗技术临床应用严格遵守卫生计生委《医疗技术临床应用管理办法》(试行)的相关规定。医疗技术临床应用遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。未经临床研究论证, 安全性、有效性不确切的医疗技术, 医疗机构不得开展临床应用。

三、各科开展医疗技术应当与各科的功能任务相适应, 应具备符合资质的专业技术人员、相应的设备、设施和质量控制体系, 并遵守技术管理规范。

四、严格遵守医疗技术临床应用管理制度, 并对医疗技术实行分级、分类管理。

五、建立医疗技术临床应用负面清单管理制度, 对禁止或者限制类临床应用的医疗



技术实施负面清单管理。省卫生计生委负责全省医疗技术临床应用管理工作。县级以上地方卫生计生行政部门具体负责本辖区内医疗机构医疗技术临床应用监督管理工作。医院医疗质量与安全委员会对本院医疗技术临床应用和管理承担主体责任。院长是本院医疗技术临床应用和管理的第一责任人。

六、医疗技术临床应用负面清单分为“禁止类技术”与“限制类技术”。

“禁止类技术”，即临床应用安全性、有效性不确切，或者存在重大伦理问题，或者卫生计生行政部门明令禁止临床应用以及临床试验阶段或临床淘汰的医疗技术。

“限制类技术”，即安全性有效性确切，但是技术难度大、风险高，对医疗机构的服务能力、人员水平有较高要求，需要限定条件；或者消耗稀缺资源、涉及重大伦理风险，需要严格监管的技术。

七、医院制定有本院医疗技术临床应用管理目录，对目录内的手术进行分级管理。根据风险性和难易程度，手术分为四级：

一级手术是指风险较低、过程简单、技术难度低的手术；

二级手术是指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术；

三级手术是指风险较高、过程较复杂、难度较大的手术；

四级手术是指风险高、过程复杂、难度大的重大手术。

八、医院对医师每两年进行一次手术、麻醉、有创操作考核和授权，根据医师的专业能力和培训情况，授予或者取消相应的级别和具体权限。

九、医院对已经在临床应用的医疗技术定期进行评估，重点评估技术的适宜性、有效性和质量安全情况。对于质量、安全存在重大问题以及落后、淘汰的医疗技术，应当及时停止临床应用，并调整出本院技术临床应用管理目录。

十、医院和科室依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术，并为医务人员建立医疗技术临床应用管理档案。

十一、医院和科室应当为医务人员参加医疗技术临床应用规范化培训创造条件。

十二、科室开展的“限制类技术”目录应当纳入本院院务公开范畴，主动向社会公开，接受社会监督。

十三、医院对各科的医疗技术临床应用情况进行质量控制，对医疗技术临床应用情况进行日常监测与定期评估，及时向科室反馈质控和评估结果，并作为监管、评审、评价的依据。

十四、医院应当按照要求及时、准确、完整地统计相关医疗技术开展情况数据信息。

十五、医疗技术临床应用过程中出现下列情形之一的，应当立即停止该项医疗技术的临床应用：

（一）该项医疗技术被国家或省级卫生计生行政部门列为“禁止类技术”；

（二）从事该项医疗技术主要专业技术人员或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化不能满足相关技术临床应用管理规范要求，或影响临床应用效果；



(三) 该项医疗技术在本机构应用过程中出现医疗质量、医疗安全或伦理问题的或者发生与技术相关的严重不良后果的;

(四) 发现该项医疗技术临床应用效果不确切, 或者存在重大质量、安全或者伦理缺陷的;

(五) 卫生计生行政部门规定的其他情形。

新技术开展中的评估、中止及重新开展该技术的规定

为确保医院可持续发展, 广泛应用新技术, 真正做到开展新技术安全、实用、可行、廉价、高效等, 特制订如下规定。

(一) 开展新技术的评估

1、各科在开展新技术前必须向医院申报, 重大技术项目(按卫生行政主管部门规定), 在医院评估后再向卫生主管部门申报。

2、科室在医院收到申报后组织相关人员对开展该技术的技术力量、设施、实用性、安全性、医疗费用、社会效益向主管部门申报批准后方可开展该项技术。

(二) 开展新技术的中止

1、在开展某一项新技术中如发现工作人员技术不熟练, 设备设施老化, 出故障率高, 或主要技术人员离岗等情况时应立即中止该项技术。

2、在开展新技术中出现重大医疗纠纷或重大损害事件时, 应立即中止并查明原因, 上报院方。

(三) 中止后重新开展该技术的有关规定

1、主要技术人员离岗后, 其它工作人员技术水平符合要求, 符合执业标准、经院方重新评估后可重新开展。

2、设备设施改进符合标准要求, 经评估后可重新开展。

3、重大医疗纠纷或重大损害事件经评估后认定并非技术人员技术水平或设备设施等原因所致, 可重新开展。

关于外出参加学术会议的管理规定

第一条 专业技术人员外出参加学术会议是了解、掌握国内外最新知识及学术动态、交流临床经验的重要途径。为合理利用医院的继续教育经费, 达到既节约开支, 又能收到成效的目的, 现结合我院实际, 制定《关于外出参加学术会议的管理规定》。

第二条 有良好的政治素质, 能完成本职工作任务, 业绩突出者。

第三条 原则上在本院工作5年及以上的专业技术人员, 取得中级职称(含中级职称)或拥有硕士学位者。



第四条 有以下问题者不予批准参加学术活动或短期学习：

- 1、有较严重的医德医风问题，给医院造成经济损失及恶劣影响者。
- 2、因工作责任心不强，服务不到位，导致纠纷给医院造成损失和影响者。
- 3、院内培训学分不达标者。
- 4、年度三基考核不达标者。

第五条 由中华医学会总会及中华医学会各学科分会主办的全国性学术会议；由中华医学会各学科分会与地方医学会（或学科分会）合作主办的全国性学术会议。此类学术会议的通知上必须盖有中华医学会公章（学术会务部章）或者中华医学会各学科分会公章；中华医学会各分会公章以及地方医学会公章（学术会务部章）或者地方医学会各学科分会公章。

第六条 由省市级医学会 / 医师学会各学科分会主办的医学年会或学术会议。此类会议的通知上必须盖有省级或市级学会各学科分会公章。

第七条 上述各级医学会 / 医师学会召开的委员（理事）工作会议，医院报销会议费用。

第八条 由国家、省、市或同级卫生行政主管部门组织（包括专科医院）的法定或指定培训。

第九条 担任医学学术刊物的编委会成员（编委委员及以上职务）可参加该杂志召开的学术会议。

第十条 出席各种学术会议，费用不需要医院报销者，仍须办理相关审批手续。

第十一条 省市级各专业学会委员、理事、学术刊物编委委员及以上职务者可参加其专业学会召集的会议各 1 次，参加省及省以上学术会议，原则上一次不超过 2 人参加。

第十二条 正高专业技术人员或学科带头人，每两年可参加国家级学术会议 1 次。

第十三条 凡在权威期刊发表论文者，可参加相关专业国家级学术会议 1 次。

第十四条 承担科研课题的项目负责人除参加医院审批的学术会议外，可每年参加课题研究方向相关的学术会议 1 次。

第十五条 严格控制各类文化机构组织召开的以营利为目的的学术水平不高的各类学术会议和培训班。

第十六条 审批程序：凡要求外出参加学术会议人员，本人持会议通知，到医务科审核，备案，条件符合者领取外出学习培训审批单，经所在科室主任、医务科负责人同意后，报分管副院长、院长签字批准。

第十七条 会议审批实行归口管理，按程序审批，凡未按程序审批、医务科未备案者，财务科一律不予报销。

第十八条 外出参加学术活动，要提前安排好科室工作，对因工作安排不当而造成不良后果者，视情节给予严肃处理，并停止其下一年度参会资格。

第十九条 参会人员外出学习后，回院一周之内，在科内进行学习交流（科主任组织）。



第二十条 报销范围：会务费、交通费、住宿费、差旅补贴等，标准按照财务有关规定执行。

第二十一条 经批准外出参加学术活动者，应按期直达会议地点，并按时往返，不得绕道或中途逗留，违者，其绕道或中途逗留费用、补助由本人自理，并视情况作出相应处理。

第二十二条 外出参加学术活动的时间原则上一般不得超过学术会议规定时间，特殊情况需提前向科室负责人、医务科汇报，经分管院长批准后方可延长学术活动时间；科室负责人需延长学术活动时间应经院长批准。

第二十三条 本规定由医务科负责解释。

实验性临床医疗管理制度

为规范实验性临床医疗研究行为，切实保障受试者的权益，按照伦理学及有关法律法规，特制定本制度。凡是开展以人体为对象的实验性临床医疗，按本管理制度执行。

一、开展实验性临床医疗的原则

- (一) 符合伦理道德规范。
- (二) 受试者自愿参加，并有权在实验性临床医疗的任何阶段自主退出。
- (三) 严格执行受试者知情同意制度。
- (四) 对受试者的个人资料严格保密。

二、开展实验性临床医疗的申请与审批

- (一) 申请人资质：实验性临床医疗项目负责人须具备主治医师以上资质。
- (二) 申请审批程序：

1、完成一系列相关文件的制订，并向医务科提交。

2、上报医务科材料包括：

(1) 《开展实验性临床医疗申请审批表》。

(2) 实验性临床医疗方案，内容包括项目名称、研究背景、研究目的、实验设计、病例选择、病例数、实验时间、实验材料、实验方法、实验过程观察、实验过程记录、疗效与安全性评价方法、实验质量控制方案等。

(3) 实验性临床医疗的知情同意书，内容包括实验名称和目的、实验材料情况简介、实验简易流程、受试者受益和风险、受试者的权益、医疗信息的保密措施等。

(4) 实验性临床医疗方案的详细实施流程，包括与相关合作辅助部门之间协同工作的流程。

(5) 实施实验性临床医疗的相关管理制度及风险防范预案。

(6) 实验所需药物、器械、设备及其生产经营单位的相关注册文件。

(7) 与实验性临床医疗相关的其他必要文件。



- 3、医务科组织相关部门进行审核后，提交业务院长进行审查。
- 4、院领导审批通过后，提交院伦理委员会与院质量与安全管理委员会审批。
- 5、院伦理委员会与院质量与安全管理委员会审批通过后，由医务科通知相关部门准入开展。

三、实验性临床医疗的知情告知

(一) 临床实验开始前，研究者必须向受试者提供有关临床实验的详细情况，进行知情同意告知。

(二) 需强调受试者自愿参加临床实验，并有权在临床实验的任何阶段退出。

(三) 受试者在充分知情同意下签署“知情同意书”后，临床实验方能开始。知情同意书应作为临床实验文档保存备查。

四、实验性临床医疗过程中特殊情况的处置

(一) 如研究方案在临床实验实际执行过程中出现问题，需要对研究方案进行修订，修订的研究方案需再次报请医院质量与安全管理委员会审查并通过后方可实施。

(二) 如发现涉及实验用的重要新资料，则必须将知情同意书修改并送医院质量与安全管理委员会批准后，再次取得受试者的同意。

五、实验性临床医疗不良事件的处置与记录

(一) 报告：为保障受试者的安全，发生在实验性临床医疗研究期间的任何不良事件，必须在 24 小时内报告主要临床研究者或负责人；严重不良事件应向医务科立即口头上报，8 小时内书面上报。

(二) 处置：

- 1、按医学需要积极妥善处置。
- 2、必要时医院有权终止该项研究。

(三) 记录：如实填写不良事件记录表，记录不良事件的发生时间、严重程度、持续时间、采取的措施和转归。

六、实验性临床医疗实行个案全程管理制。

七、项目结束后，项目负责人需完成项目总结报告，并上报医务科备案。

住院医师规范化培训管理制度

(一) 培训总体时间安排两年：第一阶段，在全院临床科室范围内，轮转参加各主要科室的临床医疗工作，进行全面系统的临床工作基本训练；第二阶段，进行专业训练，深入学习和掌握本专业的临床技能和理论知识。

(二) 培训方法：临床实践以在岗培训为主，由科室集体指导。

(三) 培训质量的考核和评估：

- 1、科室考评：每一科室轮转结束，由科主任组织考评小组人员，以无记名投票方法



对住院医师的医德医风、临床技能、教学能力作出综合评价，记入轮转手册。

2、综合考评：对工作的责任心、服务态度，遵纪守法、劳动纪律的评定，由人事科负责；医疗作风的评定：有无差错、事故，团结互助、顾大局、识大体的表现，由医务科负责。

3、评为优或良者为合格。

4、专业理论考试包括专业技术及临床决策能力两方面：前者由专家对住院医师的病史采集、体检能力、医疗操作技能、手术操作技能等进行面对面考核；而后者则分别在第一阶段与第二阶段培训结束时进行。

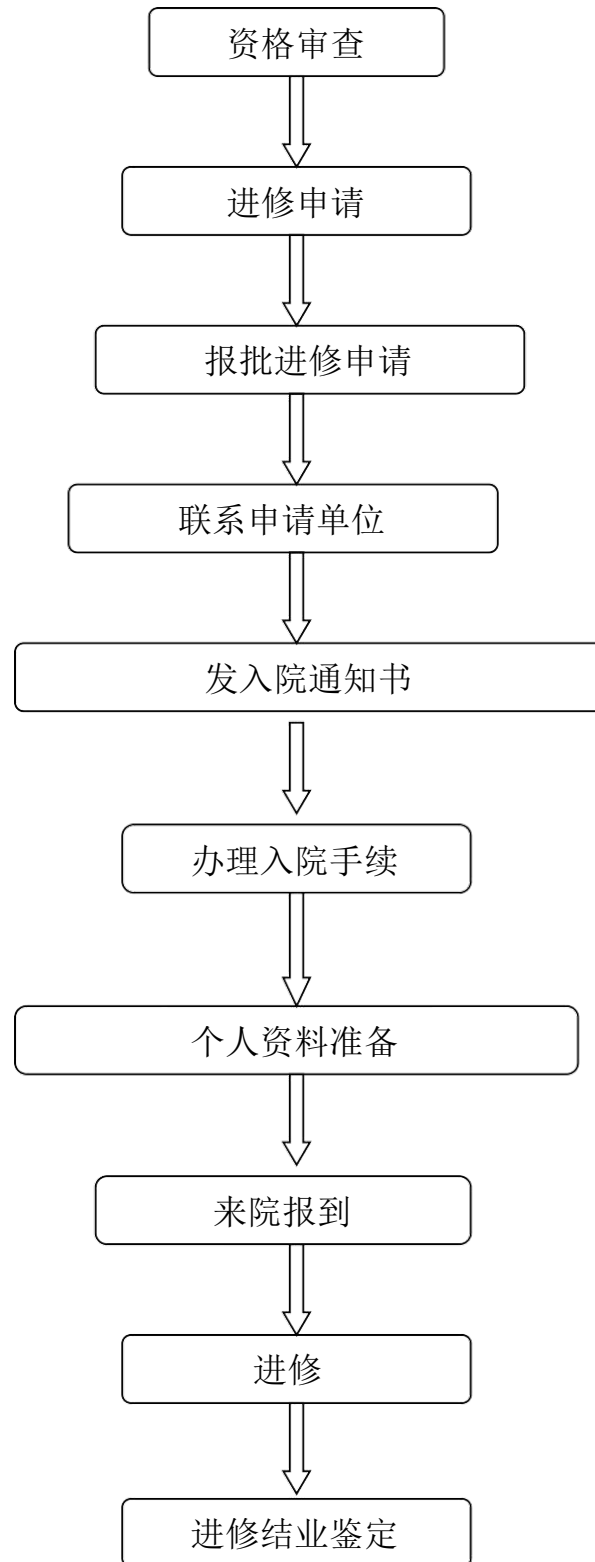
（四）住院医师培训管理原则

- 1、坚持思想素质与业务素质相结合的原则。
- 2、理论联系实际并以实践为主的原则。
- 3、坚持自学与辅导相结合并以自学为主的原则。
- 4、坚持工作与学习相结合，以工作为主的原则。
- 5、坚持严谨作风，扎实基础，宽广知识，注重能力培养的原则。

（五）完成国家与省级住院医师规范化培训的医师不参加本院的住院医师规范化培训。

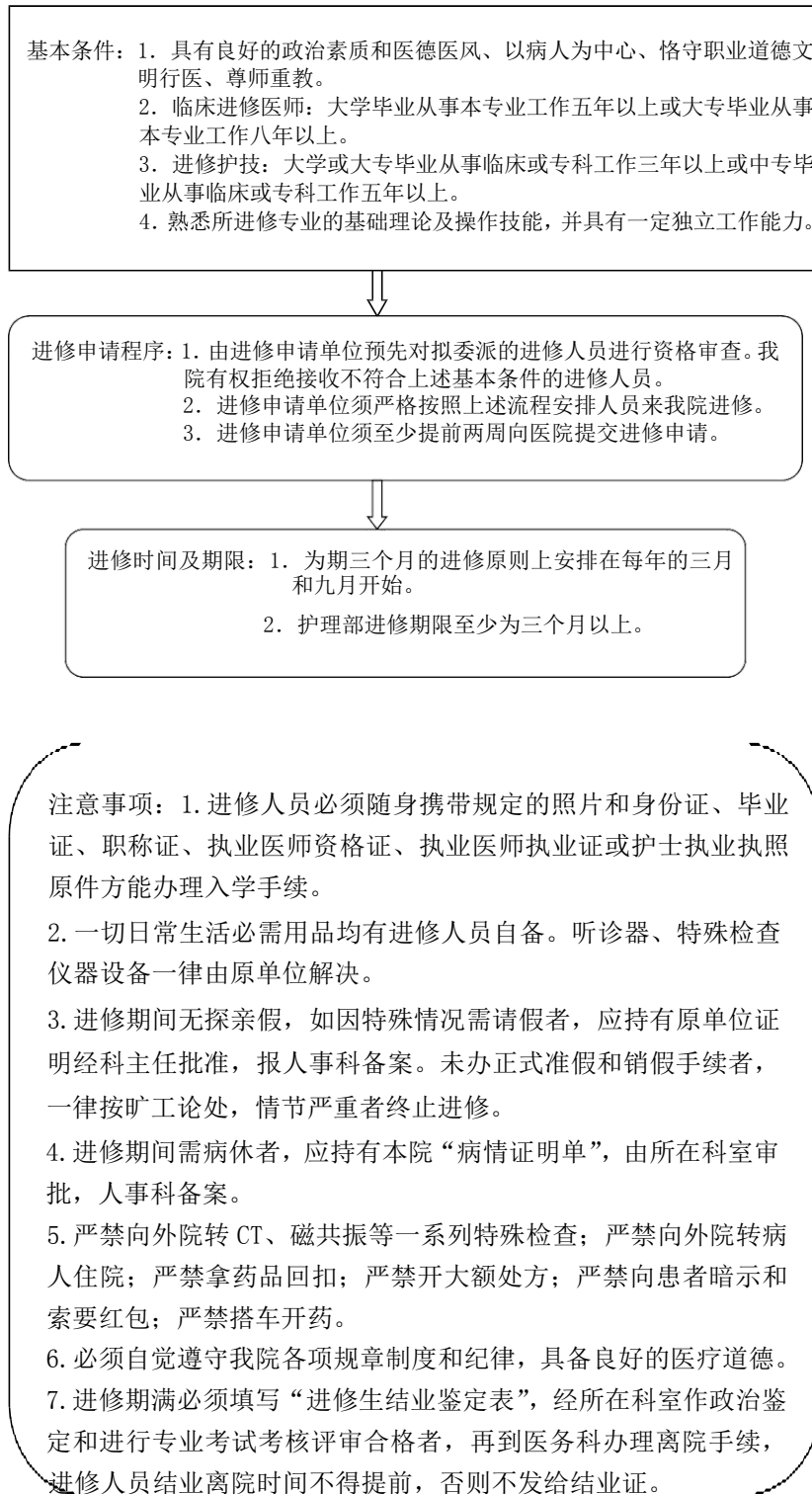


接受外院进修人员流程图





院外进修流程图





“三基三严”培训与考核管理制度

“三基三严”是体现医务人员整体素质和医疗水平的重要途径。“三基”即：基本理论、基本知识、基本技能，“三严”即：严格要求、严谨态度、严肃作风。各级各类医疗卫生技术人员均应参加“三基三严”培训，“三基”考核必须人人达标，确实把“三严”作风贯彻到各项医疗业务活动和管理工作的始终。为了能更有效的进行“三基”、“三严”管理，提高医务人员的专业知识水平及医疗服务质量，保持良好的工作作风，特制定本制度。

一、指导思想

坚持对医务人员“基本理论、基本知识、基本技能”（简称“三基”）的培训、考核，培养“严格要求、严谨态度、严肃作风”（简称“三严”）的工作作风，不断提高医院医务人员的业务水平及职业素养，为患者提供优质高效的医疗服务。

二、组织领导与管理制度

（一）健全各种相关医疗管理组织

充分发挥医疗管理体系的职能作用。院长、分管医疗业务的院领导、相关职能科室（医务科、护理部、公卫院感科等）及科主任、护士长层层把关、环环紧扣、严格管理，保证医疗工作正常运转。

（二）完善三基三严培训计划、职责

1、根据医院的总体要求和医院医疗工作的实际情况，从医疗管理、医疗技术水平、服务态度等方面不断修订和完善科室医务人员“三基三严”培训计划及培训内容。

2、全院医务人员要有严谨的工作态度，积极参加科室及医院组织的各类“三基三严”培训，认真执行各项规章制度、操作规程、诊疗常规，强化慎独精神，一丝不苟的完成各项工作，把“三严”作风贯彻到医疗工作的始终，保证医疗安全，提高医疗水平，满足病人需求。

三、工作目标

（一）“三基三严”培训人人参加，“三基三严”考核人人达标。

（二）把“三严”作风贯彻到医疗工作和管理工作的始终。

（三）切实提高医务人员临床基本操作技能及诊治水平。

四、“三基三严”培训方式

（一）日常培训—科主任负责制的培训方式

日常培训指科室内部在科主任、护士长带领下日常性的学习工作。培训采用科主任负责制，科室应成立由主任担任组长的“三基”考核小组，在年初制定本科室、本专业“三基”培训计划、内容和考核标准，将培训计划交医务科。

（二）定期培训—医院统一组织实施的培训方式

由医务科组织培训，通过集体授课、集体学习、学习后考试、现场操作等方式进行培训。



五、“三基”培训内容

(一) 基本理论和基本知识：加强医务人员对医学专业基础理论、基本知识、基本技能及本专业医学技能的掌握，多组织教学查房和疑难病例讨论；经常性的结合实际病例，听取病情汇报，讲解、分析病情、诊断、鉴别和治疗方案，指导操作，修改病历；积极组织进行适用于科室专业知识的集中培训。医务科负责组织安排病历书写规范、法律法规、核心制度、急救知识、应急预案、传染病防治知识、抗生素、中药注射剂的合理使用、医学影像、心电图的解读等相关理论及知识的培训。

(二) 基本技能操作：医务人员基本技能操作的培训内容：基本操作和体格检查等。

六、考核方式、考核对象

(一) 科室自评：科主任负责成立科室考核小组，考核小组长（原则上由科主任担任）具体负责科室培训考核工作，要求每季度进行一次，填写培训考核总结。

(二) 医院考评：医院依托医务科成立“三基三严”考核小组，每年进行一次集中“三基”的培训考核。由医务科组织相关人员进行实践技能考试和理论考试。

七、“三基三严”考核结果

考试结果纳入医疗质量考核评分，跟科室绩效挂钩。



病历书写与病案管理



病历书写基本规范及管理制度

一、病历书写的一般要求

1、病历书写要认真执行卫生部制定的《病历书写基本规范》，应当客观、真实、准确、及时、完整。

2、病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水，需复写的病历资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。力求文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。

3、各种症状、体征均须应用医学术语，不得使用俗语。

4、病历书写应当使用中文，通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。中医术语的使用依照有关标准、规范执行。诊断、手术应按照疾病和手术分类等名称填写。

5、度量衡均用法定计量单位，书写时一律采用国际符号。一律采用中华人民共和国法定计量单位，如米（m）、厘米（cm）、升（L）、毫升（ml）、千克（Kg）、克（g）、毫克（mg）等书写。

6、病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用 24 小时制记录。

7、病历的每页均应填写病人姓名、住院号和页码。各种检查单、记录单均应清楚填写姓名、性别、住院号及日期。

8、因抢救急危患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后 6 小时内据实补记，并加以注明。

9、对按照有关规定需取得患者书面同意方可进行的医疗活动（如特殊检查、特殊治疗、手术、输血、自费药的使用及实验性临床医疗等），应当由患者本人签署同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因无法签字时，应当由其近亲属签字，没有近亲属的，由其关系人签字；为抢救患者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者被授权负责人签字。因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况通知患者近亲属，由患者近亲属签署同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

10、按规定真实、客观地完成患者评估制度相关内容。

二、门诊病历书写要求

1、门诊病人一律建立门诊病历，患者保管。

2、病历应使用蓝色（黑色）钢笔、圆珠笔书写。

3、病历一律用中文填写，力求通顺、准确、简练、完整，字迹清晰工整、不潦草，重要字段不得有涂改。

4、医师签字要签全名。



5、初诊病历书写要求：(1)认真逐项书写首次病历，不可漏项；(2)有就诊日期；(3)有患者主诉、病史、查体；(4)有检查、初步诊断、处置；(5)有医师签名。

6、复诊病历书写要求：(1)有就诊日期；(2)有患者治疗后自觉症状的主诉（简明扼要、重点突出）、治疗效果、重要检查结果；(3)有病情变化后的查体；有初诊阳性体征的复查；(4)有处置、复诊时间；(5)有医师签名；(6)有药物过敏史者，应在门诊病历首页注明过敏药物名称；(7)病历中详细记录治疗方案，应有药名、剂量、用法、数量；(8)开具诊断证明、休假证明和重要病情交待，病历中要有记录；(9)诊断书写要规范，待查病例要有印象诊断，不能确诊的病例要有鉴别诊断，跨科开药要有相应的疾病诊断。

三、急诊病历书写要求

原则上与门诊病历相同，但应突出以下几点：

- 1、急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。
- 2、必须记录体温、脉搏、呼吸和血压等有关生命体征。
- 3、危重疑难的病历应体现首诊负责制，应记录有关专业医师的会诊或转接等内容。

4、抢救危重患者时，应当书写抢救记录。对需要即刻抢救的患者，应先抢救后补写病历，或边抢救边观察记录，以不延误抢救为前提。

四、住院病历书写要求

（一）书写时间和审阅要求

1、新入院患者由见习医师、住院医师或值班医师在 24 小时内完成住院病历（或表格病历）。患者因同一种疾病再次或多次入住本院，应写再次或多次入院记录，要求及特点按《病历书写基本规范》（2016 年版）的规定。

2、对入院不足 24 小时即出院的患者，可只书写 24 小时入出院记录。记录应详细记录主诉、入院时情况、查体、入院诊断、诊治经过、出院的理由以及患者或家属的签字；入院时间超过 8 小时的应书写首次病程记录；24 小时入出院记录应于患者出院后 24 小时内完成。

3、入院不足 24 小时死亡的患者，可只书写 24 小时入院死亡记录，必须详细记录主诉、入院时情况、查体、入院诊断、抢救经过、死亡时间、死亡原因、死亡诊断，24 小时入院死亡记录应于患者死亡后 24 小时内完成。

4、急症和危重患者入院后，值班医师要及时书写首次病程记录，在不妨碍抢救的前提下，尽快完成住院病历。

5、实习医师或进修医师等（未取得我院注册执业资格的医师）书写的病历，必须由本院取得注册执业资格的住院医师修改、补充以及审阅签字。病区无住院医师时，则由主治医师负责修改、补充和审阅签字。上级医师修改过多或书写不合格者应重写。病历书写完毕其真实性必须由患者或家属签字确认。

6、住院时间过长的患者，每月应写一次阶段小结。阶段小结原则上由住院医师按有关格式书写，主治医师负责审阅签字。交（接）班记录、转科记录可代替阶段小结。主治



医师按《住院时间超过 30 天的患者管理与评价制度》要求完成相关表格填写。

7、医师变更时，由交班医师在交班前完成交班记录；接班后，由接班医师及时完成接班记录。

8、患者转科时，由转出病区医师及时书写转科记录，接收病区医师于患者转入后 24 小时内完成接收记录。转科患者属危重患者，应及时完成接收记录。书写文件必须符合我院转院转科规定。

（二）病程记录书写要求

1、首次病程记录由本院注册执业医师书写，在病人入院 8 小时内完成。书写内容包括病例特点、诊断依据及必要的鉴别诊断以及诊疗意见等。

2、日常病程记录由实习医师、进修医师或住院医师书写；书写时首先书写“病程记录”为标题，另起一行标明记录日期，再另起一行记录具体内容。对病危、病重患者应根据病情变化随时记录，每天至少 2 次。

3、日常病程记录内容包括：

（1）上级医师对诊断和鉴别诊断的分析，当前诊治措施、疗效的分析以及下一步诊疗意见。

（2）患者病情发展或变化（主要症状和体征的判定，处理情况及治疗效果）。

（3）与治疗 and 预后有关重要化验结果和特检报告，应有确切的记录。

（4）重要治疗的名称、方法、疗效及反应和重要医嘱的修改及理由。

（5）凡待诊、诊断不明确或原诊断需修正时，应及时进行修正并记录修正诊断的依据和理由。

（6）胸腔穿刺、腹腔穿刺、骨髓穿刺、腰椎穿刺、心包穿刺、肾穿刺和床旁静脉切开等各种有创诊疗操作经过均按统一格式记录书写。术前一定要有告知同意书。

（7）胃镜、纤支镜、胆道镜、直肠镜、膀胱镜等重要操作后，均应有术后情况记录。术前一定要有患者同意书。

（8）患者以及其委托人（代理人）拒绝治疗或检查，应有相关的记录，并说明拒绝的理由以及患者或其委托人（代理人）的签字。

（9）患者死亡后，其委托人（代理人）签署死亡通知书后是否同意尸解，应有相关记录。

（10）与患者委托人（代理人）沟通的主要内容以及对其交待的特殊事项应有记录；手术患者应有与患者或其委托人谈话主要内容的记录。

（11）手术患者术中改变麻醉方式、手术方式和临时决定摘除器官应有委托代理人同意的记录和签字。

（12）输血病人输血当天要有病程记录，记录病员有无输血反应。

（13）患者出院当日应有记录，重点记录患者出院时的情况。自动出院者，应记录注明，并有患者或其代理人（委托人）的签名。

4、新入院患者 48 小时内，主治医师应进行首次查房。急诊危重入院病人，24 小时



内应有副主任医师以上人员或科主任的查房记录。首次查房记录重点记录主治医师对病史、查体的补充以及诊断的分析依据和治疗用药的依据，凡记录上级医师查房内容时，均应注明查房医师的全名及职称，若系（副）主任医师代理主治医师查房的要有注明。

5、上级医师查房后 1—2 天内，应检查审阅查房记录是否完整、准确并签字。

6、住院期间需他科医师协助诊治时，按《会诊制度》规定进行会诊，同时，分别由申请医师和会诊医师书写申请会诊记录和会诊记录。

7、患者入院时间大于一周未确诊时，应组织全科讨论。入院诊断为待查、患者入院时间大于两周未确诊时，应组织多科多专业讨论。大查房和多科会诊时，由主管医师按统一格式要求书写大查房记录和多科会诊记录。在科室危重疑难病人讨论记录本中记录每个发言医师的分析。病历记录中，一律不记录每个发言医师的分析，而只记录较统一的总结性诊断和诊疗措施意见。

8、凡危重、急症患者的病程记录中，必须有三级医师的查房记录。记录时，应写出查房医师的全名和相应职称。

9、危重患者抢救记录必须反映出整个抢救过程，包括：上级医师的指示、抢救治疗使用的药物、抢救措施、患者病情的转归以及参加抢救人员的姓名和职称等。

10、在实施保护性医疗措施时，经治医师按有关法律法规征询患者委托代理人意见后，决定是否告之患者本人。其决定意见应当及时记录，并有患方委托代理人签名认可。

（三）专项记录书写要求

1、手术患者的病历必须书写术前小结；患者病情较重、难度较大的中型以上手术应书写术前讨论，术前讨论由中级职称以上的医师主持，内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施、参加讨论者的专业技术职务、讨论日期；急诊手术患者可只写术前小结，但必须有中级职称以上医师查看患者的分析、诊断以及需施行手术治疗指示的记录。

2、外科手术患者均由麻醉医师填写表格式麻醉记录。

3、在术后 24 小时内，手术医师必须完成手术记录，同时应有主刀医师的签名。

4、患者死亡后，由经治医师在 24 小时内，按统一格式填写死亡记录，并在一周内完成死亡讨论和死亡讨论记录。

5、患者出院后，经治医师应在 24 小时内完成书写出院记录。

6、病历首页应按《卫生部关于修订下发住院病历首页的通知》的要求认真填写。首页的入院诊断以患者入院第一次主治医师查房诊断意见为准。

7、病历首页疾病的治愈、好转判定标准，一律按照卫生部《病种质量评定标准》填写，危重患者抢救成功标准按照《急症抢救标准和抢救成功标准》填写。

（四）中医、中西医结合病历应包括中医、中西医结合诊断和治疗内容。

（五）医患合同书写要求

1、特殊检查、特殊治疗、手术、实验性临床医疗等，应由患者本人签署同意书，患



者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字。

2、在签署各种医患合同时，经治医师应向患者、患者法定代理人或委托人告知该种医患合同的目的、内容以及可能出现的风险，并就这些问题与患方进行沟通。

3、各种医患合同中，凡需患者填写的内容必须由患者签署；需其法定代理人或委托人填写的，则由其法定代理人或委托人签署。

4、具备完全民事行为能力的患者，因文化水平低不能完成签署者，可由他人代写，但患者必须用右手食指在其名字处按红色印记。

5、不具备完全民事行为能力的患者，则由其法定代理人或近亲属签署有关医患合同。

6、患方拒绝签署医患合同时，医务人员应在当天病程记录中，如实记录拒签时间、合同名称及其理由。

7、各种医患合同中各项内容，必须填写完整、准确。

(六) 检验和检查报告单书写要求：

1、各种检验和检查报告单的内容包括受检人的姓名、性别、年龄、病室、床号、住院号、检查项目名称、检验结果、报告日期以及报告单编号。

2、报告项目应与送检或申请检查项目一致。

3、检验报告单要填写具体的量化或定性数据或数值，同时应有正常范围参考值。

4、检验报告单除有报告人签名外，应有审核人签名或印章。

5、各种报告单字迹要清楚，字句通顺，书写无涂改。

6、影像学 and 病理学报告结果如证据不足，原则上不报告疾病诊断，但影像和组织细胞形态学具有特异性者除外。

7、所有检查资料和报告结果应有存档，并妥善保管。

8、进修医师、见习医师不能单独出报告，其签署报告结果必须有本院执业医师的复核签字。

9、凡计算机打印的各种报告单，必须有报告人亲笔签字。

关于印发《病历书写基本规范》的通知

卫医政发〔2010〕11号

各省、自治区、直辖市卫生厅局，新疆生产建设兵团卫生局：

为规范我国医疗机构病历书写行为，提高病历质量，保障医疗质量和医疗安全，根据《医疗事故处理条例》有关规定，2002年我部印发了《病历书写基本规范（试行）》（以下简称《规范》）。《规范》实施7年多来，在各级卫生行政部门和医疗机构的共同努力下，我国医疗机构病历质量有了很大提高。

在总结各地《规范》实施情况的基础上，结合当前医疗机构管理和医疗质量管理面临的新形势和新特点，我部对《规范》进行了修订和完善，制定了《病历书写基本规范》。



现印发给你们，请遵照执行。执行中遇到的情况及问题，及时报我部医政司。

附件：病历书写基本规范

二〇一〇年一月二十二日

病历书写基本规范

第一章 基本要求

第一条 病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。

第二条 病历书写是指医务人员通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得有关资料，并进行归纳、分析、整理形成医疗活动记录的行为。

第三条 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。

第四条 病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水，需复写的病历资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。

第五条 病历书写应当使用中文，通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。

第六条 病历书写应规范使用医学术语，文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。

第七条 病历书写过程中出现错字时，应当用双线划在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。上级医务人员有审查修改下级医务人员书写的病历的责任。

第八条 病历应当按照规定的内容书写，并由相应医务人员签名。

实习医务人员、试用期医务人员书写的病历，应当经过本医疗机构注册的医务人员审阅、修改并签名。

进修医务人员由医疗机构根据其胜任本专业工作实际情况认定后书写病历。

第九条 病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用 24 小时制记录。

第十条 对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况告知患者近亲属，由患者近亲属签署知情同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

第二章 门（急）诊病历书写内容及要求

第十一条 门（急）诊病历内容包括门（急）诊病历首页（门（急）诊手册封面）、



病历记录、化验单（检验报告）、医学影像检查资料等。

第十二条 门（急）诊病历首页内容应当包括患者姓名、性别、出生年月日、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、药物过敏史等项目。

门诊手册封面内容应当包括患者姓名、性别、年龄、工作单位或住址、药物过敏史等项目。

第十三条 门（急）诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

初诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史，阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果，诊断及治疗意见和医师签名等。

复诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

第十四条 门（急）诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

第十五条 急诊留观记录是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录，重点记录观察期间病情变化和诊疗措施，记录简明扼要，并注明患者去向。抢救危重患者时，应当书写抢救记录。门（急）诊抢救记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录书写内容及要求执行。

第三章 住院病历书写内容及要求

第十六条 住院病历内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病危（重）通知书、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查资料、病理资料等。

第十七条 入院记录是指患者入院后，由经治医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料，并对这些资料归纳分析书写而成的记录。可分为入院记录、再次或多次入院记录、24小时内入出院记录、24小时内入院死亡记录。

入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后24小时内完成；24小时内入出院记录应当于患者出院后24小时内完成，24小时内入院死亡记录应当于患者死亡后24小时内完成。

第十八条 入院记录的要求及内容。

（一）患者一般情况包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院时间、记录时间、病史陈述者。

（二）主诉是指促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。

（三）现病史是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况，应当按时间顺序书写。内容包括发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、睡眠和饮食等一般情况的变化，以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。

1. 发病情况：记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因。

2. 主要症状特点及其发展变化情况：按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、



持续时间、程度、缓解或加剧因素，以及演变发展情况。

3. 伴随症状：记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。

4. 发病以来诊治经过及结果：记录患者发病后到入院前，在院内、外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号（“”）以示区别。

5. 发病以来一般情况：简要记录患者发病后的精神状态、睡眠、食欲、大小便、体重等情况。

与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。

（四）既往史是指患者过去的健康和疾病情况。内容包括既往一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、食物或药物过敏史等。

（五）个人史，婚育史、月经史，家族史。

1. 个人史：记录出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史。

2. 婚育史、月经史：婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间（或闭经年龄），月经量、痛经及生育等情况。

3. 家族史：父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。

（六）体格检查应当按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，一般情况，皮肤、粘膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部（胸廓、肺部、心脏、血管），腹部（肝、脾等），直肠肛门，外生殖器，脊柱，四肢，神经系统等。

（七）专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

（八）辅助检查指入院前所作的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应分类按检查时间顺序记录检查结果，如系在其他医疗机构所作检查，应当写明该机构名称及检查号。

（九）初步诊断是指经治医师根据患者入院时情况，综合分析所作出的诊断。如初步诊断为多项时，应当主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断。

（十）书写入院记录的医师签名。

第十九条 再次或多次入院记录，是指患者因同一种疾病再次或多次住入同一医疗机构时书写的记录。要求及内容基本同入院记录。主诉是记录患者本次入院的主要症状（或体征）及持续时间；现病史中要求首先对本次住院前历次有关住院诊疗经过进行小结，然后再书写本次入院的现病史。

第二十条 患者入院不足24小时出院的，可以书写24小时内入出院记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、出院时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院情况、出院诊断、出院医嘱，医师签名等。

第二十一条 患者入院不足24小时死亡的，可以书写24小时内入院死亡记录。内



容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、死亡时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过（抢救经过）、死亡原因、死亡诊断，医师签名等。

第二十二条 病程记录是指继入院记录之后，对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。内容包括患者的病情变化情况、重要的辅助检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

病程记录的要求及内容：

（一）首次病程记录是指患者入院后由经治医师或值班医师书写的第一次病程记录，应当在患者入院 8 小时内完成。首次病程记录的内容包括病例特点、拟诊讨论（诊断依据及鉴别诊断）、诊疗计划等。

1. 病例特点：应当在对病史、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征，包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。

2. 拟诊讨论（诊断依据及鉴别诊断）：根据病例特点，提出初步诊断和诊断依据；对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析；并对下一步诊治措施进行分析。

3. 诊疗计划：提出具体的检查及治疗措施安排。

（二）日常病程记录是指对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。由经治医师书写，也可以由实习医务人员或试用期医务人员书写，但应有经治医师签名。书写日常病程记录时，首先标明记录时间，另起一行记录具体内容。对病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少 1 次，记录时间应当具体到分钟。对病重患者，至少 2 天记录一次病程记录。对病情稳定的患者，至少 3 天记录一次病程记录。

（三）上级医师查房记录是指上级医师查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。

主治医师首次查房记录应当于患者入院 48 小时内完成。内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。

主治医师日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格医师查房的记录，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

（四）疑难病例讨论记录是指由科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持、召集有关医务人员对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录。内容包括讨论日期、主持人、参加人员姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见等。

（五）交（接）班记录是指患者经治医师发生变更之际，交班医师和接班医师分别对患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录。交班记录应当在交班前由交班医师书写完成；接班记录应当由接班医师于接班后 24 小时内完成。交（接）班记录的内容包括入院日期、交班或接班日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前



情况、目前诊断、交班注意事项或接班诊疗计划、医师签名等。

(六) 转科记录是指患者住院期间需要转科时, 经转入科室医师会诊并同意接收后, 由转出科室和转入科室医师分别书写的记录。包括转出记录和转入记录。转出记录由转出科室医师在患者转出科室前书写完成(紧急情况除外); 转入记录由转入科室医师于患者转入后 24 小时内完成。转科记录内容包括入院日期、转出或转入日期, 转出、转入科室, 患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、转科目的及注意事项或转入诊疗计划、医师签名等。

(七) 阶段小结是指患者住院时间较长, 由经治医师每月所作病情及诊疗情况总结。阶段小结的内容包括入院日期、小结日期, 患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名等。

交(接)班记录、转科记录可代替阶段小结。

(八) 抢救记录是指患者病情危重, 采取抢救措施时作的记录。因抢救急危患者, 未能及时书写病历的, 有关医务人员应当在抢救结束后 6 小时内据实补记, 并加以注明。内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等。记录抢救时间应当具体到分钟。

(九) 有创诊疗操作记录是指在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作(如胸腔穿刺、腹腔穿刺等)的记录。应当在操作完成后即刻书写。内容包括操作名称、操作时间、操作步骤、结果及患者一般情况, 记录过程是否顺利、有无不良反应, 术后注意事项及是否向患者说明, 操作医师签名。

(十) 会诊记录(含会诊意见)是指患者在住院期间需要其他科室或者其他医疗机构协助诊疗时, 分别由申请医师和会诊医师书写的记录。会诊记录应另页书写。内容包括申请会诊记录和会诊意见记录。申请会诊记录应当简要载明患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的, 申请会诊医师签名等。常规会诊意见记录应当由会诊医师在会诊申请发出后 48 小时内完成, 急会诊时会诊医师应当在会诊申请发出后 10 分钟内到场, 并在会诊结束后即刻完成会诊记录。会诊记录内容包括会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。申请会诊医师应在病程记录中记录会诊意见执行情况。

(十一) 术前小结是指在患者手术前, 由经治医师对患者病情所作的总结。内容包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施麻醉方式、注意事项, 并记录手术者术前查看患者相关情况。

(十二) 术前讨论记录是指因患者病情较重或手术难度较大, 手术前在上级医师主持下, 对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施所作的讨论。讨论内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施、参加讨论者的姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、讨论日期、记录者的签名等。

(十三) 麻醉术前访视记录是指在麻醉实施前, 由麻醉医师对患者拟施麻醉进行风



险评估的记录。麻醉术前访视可另立单页，也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号，患者一般情况、简要病史、与麻醉相关的辅助检查结果、拟行手术方式、拟行麻醉方式、麻醉适应证及麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱、麻醉医师签字并填写日期。

（十四）麻醉记录是指麻醉医师在麻醉实施中书写的麻醉经过及处理措施的记录。麻醉记录应当另页书写，内容包括患者一般情况、术前特殊情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、手术方式及日期、麻醉方式、麻醉诱导及各项操作开始及结束时间、麻醉期间用药名称、方式及剂量、麻醉期间特殊或突发情况及处理、手术起止时间、麻醉医师签名等。

（十五）手术记录是指手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录，应当在术后 24 小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时，应有手术者签名。手术记录应当另页书写，内容包括一般项目（患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号）、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理等。

（十六）手术安全核查记录是指由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方，在麻醉实施前、手术开始前和病人离室前，共同对病人身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核对的记录，输血的病人还应对血型、用血量进行核对。应有手术医师、麻醉医师和巡回护士三方核对、确认并签字。

（十七）手术清点记录是指巡回护士对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录，应当在手术结束后即时完成。手术清点记录应当另页书写，内容包括患者姓名、住院病历号（或病案号）、手术日期、手术名称、术中所用各种器械和敷料数量的清点核对、巡回护士和手术器械护士签名等。

（十八）术后首次病程记录是指参加手术的医师在患者术后即时完成的病程记录。内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等。

（十九）麻醉术后访视记录是指麻醉实施后，由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。麻醉术后访视可另立单页，也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号，患者一般情况、麻醉恢复情况、清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管等，如有特殊情况应详细记录，麻醉医师签字并填写日期。

（二十）出院记录是指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结，应当在患者出院后 24 小时内完成。内容主要包括入院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院情况、出院医嘱、医师签名等。

（二十一）死亡记录是指经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录，应当在患者死亡后 24 小时内完成。内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过（重点记录病情演变、抢救经过）、死亡原因、死亡诊断等。记录死亡时间应当具体到分钟。



(二十二) 死亡病例讨论记录是指在患者死亡一周内, 由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持, 对死亡病例进行讨论、分析的记录。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、记录者的签名等。

(二十三) 病重(病危)患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对病重(病危)患者住院期间护理过程的客观记录。病重(病危)患者护理记录应当根据相应专科的护理特点书写。内容包括患者姓名、科别、住院病历号(或病案号)、床位号、页码、记录日期和时间、出入液量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察、护理措施和效果、护士签名等。记录时间应当具体到分钟。

第二十三条 手术同意书是指手术前, 经治医师向患者告知拟施手术的相关情况, 并由患者签署是否同意手术的医学文书。内容包括术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险、患者签署意见并签名、经治医师和术者签名等。

第二十四条 麻醉同意书是指麻醉前, 麻醉医师向患者告知拟施麻醉的相关情况, 并由患者签署是否同意麻醉意见的医学文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、病案号、科别、术前诊断、拟行手术方式、拟行麻醉方式, 患者基础疾病及可能对麻醉产生影响的特殊情况, 麻醉中拟行的有创操作和监测, 麻醉风险、可能发生的并发症及意外情况, 患者签署意见并签名、麻醉医师签名并填写日期。

第二十五条 输血治疗知情同意书是指输血前, 经治医师向患者告知输血的相关情况, 并由患者签署是否同意输血的医学文书。输血治疗知情同意书内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、病案号、诊断、输血指征、拟输血成份、输血前有关检查结果、输血风险及可能产生的不良后果、患者签署意见并签名、医师签名并填写日期。

第二十六条 特殊检查、特殊治疗同意书是指在实施特殊检查、特殊治疗前, 经治医师向患者告知特殊检查、特殊治疗的相关情况, 并由患者签署是否同意检查、治疗的医学文书。内容包括特殊检查、特殊治疗项目名称、目的、可能出现的并发症及风险、患者签名、医师签名等。

第二十七条 病危(重)通知书是指因患者病情危、重时, 由经治医师或值班医师向患者家属告知病情, 并由患方签名的医疗文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、科别, 目前诊断及病情危重情况, 患方签名、医师签名并填写日期。一式两份, 一份交患方保存, 另一份归病历中保存。

第二十八条 医嘱是指医师在医疗活动中下达的医学指令。医嘱单分为长期医嘱单和临时医嘱单。

长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院病历号(或病案号)、页码、起始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、执行时间、执行护士签名。临时医嘱单内容包括医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、执行时间、执行护士签名等。

医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。医嘱内容应当准确、清楚, 每项医嘱



应当只包含一个内容，并注明下达时间，应当具体到分钟。医嘱不得涂改。需要取消时，应当使用红色墨水标注“取消”字样并签名。

一般情况下，医师不得下达口头医嘱。因抢救急危患者需要下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍。抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱。

第二十九条 辅助检查报告单是指患者住院期间所做各项检验、检查结果的记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、住院病历号（或病案号）、检查项目、检查结果、报告日期、报告人员签名或者印章等。

第三十条 体温单为表格式，以护士填写为主。内容包括患者姓名、科室、床号、入院日期、住院病历号（或病案号）、日期、手术后天数、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、出入液量、体重、住院周数等。

第四章 打印病历内容及要求

第三十一条 打印病历是指应用字处理软件编辑生成并打印的病历（如 Word 文档、WPS 文档等）。打印病历应当按照本规定的内容录入并及时打印，由相应医务人员手写签名。

第三十二条 医疗机构打印病历应当统一纸张、字体、字号及排版格式。打印字迹应清楚易认，符合病历保存期限和复印的要求。

第三十三条 打印病历编辑过程中应当按照权限要求进行修改，已完成录入打印并签名的病历不得修改。

第五章 其他

第三十四条 住院病案首页按照《卫生部关于修订下发住院病案首页的通知》（卫医发〔2001〕286号）的规定书写。

第三十五条 特殊检查、特殊治疗按照《医疗机构管理条例实施细则》（1994年卫生部令第35号）有关规定执行。

第三十六条 中医病历书写基本规范由国家中医药管理局另行制定。

第三十七条 电子病历基本规范由卫生部另行制定。

第三十八条 本规范自2010年3月1日起施行。我部于2002年颁布的《病历书写基本规范（试行）》（卫医发〔2002〕190号）同时废止。



关于印发电子病历应用管理规范（试行）的通知

国卫办医发〔2017〕8号

各省、自治区、直辖市卫生计生委、中医药管理局，新疆生产建设兵团卫生局：

为贯彻落实全国卫生与健康大会精神及深化医药卫生体制改革有关要求，规范电子病历临床使用与管理，促进电子病历有效共享，推进医疗机构信息化建设，国家卫生计生委、国家中医药管理局组织制定了《电子病历应用管理规范（试行）》。现印发给你们（可从国家卫生计生委官方网站“医政医管”栏目下载），请遵照执行。

国家卫生计生委办公厅

2017年2月15日

电子病历应用管理规范（试行）

第一章 总 则

第一条 为规范医疗机构电子病历（含中医电子病历，下同）应用管理，满足临床工作需要，保障医疗质量和医疗安全，保证医患双方合法权益，根据《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国电子签名法》、《医疗机构管理条例》等法律法规，制定本规范。

第二条 实施电子病历的医疗机构，其电子病历的建立、记录、修改、使用、保存和管理等适用本规范。

第三条 电子病历是指医务人员在医疗活动过程中，使用信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数字、影像等数字化信息，并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录，是病历的一种记录形式，包括门（急）诊病历和住院病历。

第四条 电子病历系统是指医疗机构内部支持电子病历信息的采集、存储、访问和在线帮助，并围绕提高医疗质量、保障医疗安全、提高医疗效率而提供信息处理和智能化服务功能的计算机信息系统。

第五条 国家卫生计生委和国家中医药管理局负责指导全国电子病历应用管理工作。地方各级卫生计生行政部门（含中医药管理部门）负责本行政区域内的电子病历应用监督管理工作。

第二章 电子病历的基本要求

第六条 医疗机构应用电子病历应当具备以下条件：



(一) 具有专门的技术支持部门和人员，负责电子病历相关信息系统建设、运行和维护等工作；具有专门的管理部门和人员，负责电子病历的业务监管等工作；

(二) 建立、健全电子病历使用的相关制度和规程；

(三) 具备电子病历的安全管理体系和安全保障机制；

(四) 具备对电子病历创建、修改、归档等操作的追溯能力；

(五) 其他有关法律、法规、规范性文件及省级卫生计生行政部门规定的条件。

第七条 《医疗机构病历管理规定（2013年版）》、《病历书写基本规范》、《中医病历书写基本规范》适用于电子病历管理。

第八条 电子病历使用的术语、编码、模板和数据应当符合相关行业标准和规范的要求，在保障信息安全的前提下，促进电子病历信息有效共享。

第九条 电子病历系统应当为操作人员提供专有的身份标识和识别手段，并设置相应权限。操作人员对本人身份标识的使用负责。

第十条 有条件的医疗机构电子病历系统可以使用电子签名进行身份认证，可靠的电子签名与手写签名或盖章具有同等的法律效力。

第十一条 电子病历系统应当采用权威可靠时间源。

第三章 电子病历的书写与存储

第十二条 医疗机构使用电子病历系统进行病历书写，应当遵循客观、真实、准确、及时、完整、规范的原则。

门（急）诊病历书写内容包括门（急）诊病历首页、病历记录、化验报告、医学影像检查资料等。

住院病历书写内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病危（重）通知单、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查报告、病理报告单等。

第十三条 医疗机构应当为患者电子病历赋予唯一患者身份标识，以确保患者基本信息及其医疗记录的真实性、一致性、连续性、完整性。

第十四条 电子病历系统应当对操作人员进行身份识别，并保存历次操作印痕，标记操作时间和操作人员信息，并保证历次操作印痕、标记操作时间和操作人员信息可查询、可追溯。

第十五条 医务人员采用身份标识登录电子病历系统完成书写、审阅、修改等操作并予以确认后，系统应当显示医务人员姓名及完成时间。

第十六条 电子病历系统应当设置医务人员书写、审阅、修改的权限和时限。实习医务人员、试用期医务人员记录的病历，应当由具有本医疗机构执业资格的上级医务人员审阅、修改并予以确认。上级医务人员审阅、修改、确认电子病历内容时，电子病历系统应当进行身份识别、保存历次操作痕迹、标记准确的操作时间和操作人信息。

第十七条 电子病历应当设置归档状态，医疗机构应当按照病历管理相关规定，在患



者门（急）诊就诊结束或出院后，适时将电子病历转为归档状态。电子病历归档后原则上不得修改，特殊情况下确需修改的，经医疗机构医务部门批准后进行修改并保留修改痕迹。

第十八条 医疗机构因存档等需要可以将电子病历打印后与非电子化的资料合并形成病案保存。具备条件的医疗机构可以对知情同意书、植入材料条形码等非电子化的资料进行数字化采集后纳入电子病历系统管理，原件另行妥善保存。

第十九条 门（急）诊电子病历由医疗机构保管的，保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 15 年；住院电子病历保存时间自患者最后一次出院之日起不少于 30 年。

第四章 电子病历的使用

第二十条 电子病历系统应当设置病历查阅权限，并保证医务人员查阅病历的需要，能够及时提供并完整呈现该患者的电子病历资料。呈现的电子病历应当显示患者个人信息、诊疗记录、记录时间及记录人员、上级审核人员的姓名等。

第二十一条 医疗机构应当为申请人提供电子病历的复制服务。医疗机构可以提供电子版或打印版病历。复制的电子病历文档应当可供独立读取，打印的电子病历纸质版应当加盖医疗机构病历管理专用章。

第二十二条 有条件的医疗机构可以为患者提供医学影像检查图像、手术录像、介入操作录像等电子资料复制服务。

第五章 电子病历的封存

第二十三条 依法需要封存电子病历时，应当在医疗机构或者其委托代理人、患者或者其代理人双方共同在场的情况下，对电子病历共同进行确认，并进行复制后封存。封存的电子病历复制件可以是电子版；也可以对打印的纸质版进行复印，并加盖病案管理章后进行封存。

第二十四条 封存的电子病历复制件应当满足以下技术条件及要求：

- （一）储存于独立可靠的存储介质，并由医患双方或双方代理人共同签封；
- （二）可在原系统内读取，但不可修改；
- （三）操作痕迹、操作时间、操作人员信息可查询、可追溯；
- （四）其他有关法律、法规、规范性文件和省级卫生计生行政部门规定的条件及要求。

第二十五条 封存后电子病历的原件可以继续使用。电子病历尚未完成，需要封存时，可以对已完成的电子病历先行封存，当医务人员按照规定完成后，再对新完成部分进行封存。

第六章 附 则

第二十六条 本规范所称的电子签名，是指《电子签名法》**第二条**规定的数字电文中以电子形式所含、所附用于识别签名人身份并表明签名人认可其中内容的数据。“可靠的电子签名”是指符合《电子签名法》**第十三条**有关条件的电子签名。



第二十七条 本规范所称电子病历操作人员包括使用电子病历系统的医务人员，维护、管理电子病历信息系统的技术人员和实施电子病历质量监管的行政管理人员。

第二十八条 本规范所称电子病历书写是指医务人员使用电子病历系统，对通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得的有关资料进行归纳、分析、整理形成医疗活动记录的行为。

第二十九条 省级卫生计生行政部门可根据本规范制定实施细则。

第三十条 《电子病历基本规范（试行）》（卫医政发〔2010〕24号）、《中医电子病历基本规范（试行）》（国中医药发〔2010〕18号）同时废止。

第三十一条 本规范自2017年4月1日起施行。

关于印发《中医病历书写基本规范》的通知

国中医药医政发〔2010〕29号

各省、自治区、直辖市卫生厅局、中医药管理局，新疆生产建设兵团卫生局，中国中医科学院：

为规范中医病历书写，提高病历质量，保障医疗质量和医疗安全，根据《医疗事故处理条例》有关规定，2002年卫生部和国家中医药管理局印发了《中医、中西医结合病历书写基本规范（试行）》（以下简称《规范》）。《规范》执行以来，在各级卫生、中医药管理部门和医疗机构的共同努力下，中医病历质量有了很大提高。

在总结各地《规范》执行情况的基础上，结合当前医疗机构管理和医疗质量管理面临的新形势和新特点，卫生部和国家中医药管理局对《规范》进行了修订，制定了《中医病历书写基本规范》。现印发给你们，请遵照执行。执行中遇到的情况及问题，请及时反馈国家中医药管理局医政司。

附件：中医病历书写基本规范

二〇一〇年六月十一日

中医病历书写基本规范

第一章 基本要求

第一条 病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。

第二条 中医病历书写是指医务人员通过望、闻、问、切及查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得有关资料，并进行归纳、分析、整理形成医疗活动记录的行为。

第三条 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。



第四条 病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水，需复写的病历资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。

第五条 病历书写应当使用中文，通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。

第六条 病历书写应规范使用医学术语，中医术语的使用依照相关标准、规范执行。要求文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。

第七条 病历书写过程中出现错字时，应当用双线划在错字上，保留原记录清楚、可辨，并注明修改时间，修改人签名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。上级医务人员有审查修改下级医务人员书写的病历的责任。

第八条 病历应当按照规定的内容书写，并由相应医务人员签名。

实习医务人员、试用期医务人员书写的病历，应当经过本医疗机构注册的医务人员审阅、修改并签名。

进修医务人员由医疗机构根据其胜任本专业工作实际情况认定后书写病历。

第九条 病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用 24 小时制记录。

第十条 病历书写中涉及的诊断，包括中医诊断和西医诊断，其中中医诊断包括疾病诊断与证候诊断。

中医治疗应当遵循辨证论治的原则。

第十一条 对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书。患者不具备完全民事行为能力时，应当由其法定代理人签字；患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者授权的负责人签字。

因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况告知患者近亲属，由患者近亲属签署知情同意书，并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的，由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

第二章 门（急）诊病历书写内容及要求

第十二条 门（急）诊病历内容包括门（急）诊病历首页（门（急）诊手册封面）、病历记录、化验单（检验报告）、医学影像检查资料等。

第十三条 门（急）诊病历首页内容应当包括患者姓名、性别、出生年月日、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、药物过敏史等项目。

门诊手册封面内容应当包括患者姓名、性别、年龄、工作单位或住址、药物过敏史等项目。

第十四条 门（急）诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。

初诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史，中医四诊情况，阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果，诊断及治疗意见和医师签名等。

复诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、中医四诊情况，必要的体格检查



和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。

急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

第十五条 门（急）诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成。

第十六条 急诊留观记录是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录，重点记录观察期间病情变化和诊疗措施，记录简明扼要，并注明患者去向。实施中医治疗的，应记录中医四诊、辨证施治情况等。抢救危重患者时，应当书写抢救记录。门（急）诊抢救记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录书写内容及要求执行。

第三章 住院病历书写内容及要求

第十七条 住院病历内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病危（重）通知书、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查资料、病理资料等。

第十八条 入院记录是指患者入院后，由经治医师通过望、闻、问、切及查体、辅助检查获得有关资料，并对这些资料归纳分析书写而成的记录。可分为入院记录、再次或多次入院记录、24小时内入出院记录、24小时内入院死亡记录。

入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后24小时内完成；24小时内入出院记录应当于患者出院后24小时内完成，24小时内入院死亡记录应当于患者死亡后24小时内完成。

第十九条 入院记录的要求及内容。

（一）患者一般情况包括姓名、性别、年龄、民族、婚姻状况、出生地、职业、入院时间、记录时间、发病节气、病史陈述者。

（二）主诉是指促使患者就诊的主要症状（或体征）及持续时间。

（三）现病史是指患者本次疾病的发生、演变、诊疗等方面的详细情况，应当按时间顺序书写，并结合中医问诊，记录目前情况。内容包括发病情况、主要症状特点及其发展变化情况、伴随症状、发病后诊疗经过及结果、睡眠和饮食等一般情况的变化，以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料等。

1. 发病情况：记录发病的时间、地点、起病缓急、前驱症状、可能的原因或诱因。

2. 主要症状特点及其发展变化情况：按发生的先后顺序描述主要症状的部位、性质、持续时间、程度、缓解或加剧因素，以及演变发展情况。

3. 伴随症状：记录伴随症状，描述伴随症状与主要症状之间的相互关系。

4. 发病以来诊治经过及结果：记录患者发病后到入院前，在院内、外接受检查与治疗的详细经过及效果。对患者提供的药名、诊断和手术名称需加引号（“ ”）以示区别。

5. 发病以来一般情况：结合十问简要记录患者发病后的寒热、饮食、睡眠、情志、二便、体重等情况。

与本次疾病虽无紧密关系、但仍需治疗的其他疾病情况，可在现病史后另起一段予以记录。



(四) 既往史是指患者过去的健康和疾病情况。内容包括既往一般健康状况、疾病史、传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史、食物或药物过敏史等。

(五) 个人史，婚育史、月经史，家族史。

1. 个人史：记录出生地及长期居留地，生活习惯及有无烟、酒、药物等嗜好，职业与工作条件及有无工业毒物、粉尘、放射性物质接触史，有无冶游史。

2. 婚育史、月经史：婚姻状况、结婚年龄、配偶健康状况、有无子女等。女性患者记录经带胎产史，初潮年龄、行经期天数、间隔天数、末次月经时间（或闭经年龄），月经量、痛经及生育等情况。

3. 家族史：父母、兄弟、姐妹健康状况，有无与患者类似疾病，有无家族遗传倾向的疾病。

(六) 中医望、闻、切诊应当记录神色、形态、语声、气息、舌象、脉象等。

(七) 体格检查应当按照系统循序进行书写。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压，一般情况皮肤、粘膜，全身浅表淋巴结，头部及其器官，颈部，胸部（胸廓、肺部、心脏、血管），腹部（肝、脾等），直肠肛门，外生殖器，脊柱，四肢，神经系统等。

(八) 专科情况应当根据专科需要记录专科特殊情况。

(九) 辅助检查指入院前所作的与本次疾病相关的主要检查及其结果。应分类按检查时间顺序记录检查结果，如系在其他医疗机构所作检查，应当写明该机构名称及检查号。

(十) 初步诊断是指经治医师根据患者入院时情况，综合分析所作出的诊断。如初步诊断为多项时，应当主次分明。对待查病例应列出可能性较大的诊断。

(十一) 书写入院记录的医师签名。

第二十条 再次或多次入院记录，是指患者因同一种疾病再次或多次住入同一医疗机构时书写的记录。要求及内容基本同入院记录。主诉是记录患者本次入院的主要症状（或体征）及持续时间；现病史中要求首先对本次住院前历次有关住院诊疗经过进行小结，然后再书写本次入院的现病史。

第二十一条 患者入院不足 24 小时出院的，可以书写 24 小时内入出院记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、出院时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院情况、出院诊断、出院医嘱，医师签名等。

第二十二条 患者入院不足 24 小时死亡的，可以书写 24 小时内入院死亡记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、入院时间、死亡时间、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过（抢救经过）、死亡原因、死亡诊断，医师签名等。

第二十三条 病程记录是指继入院记录之后，对患者病情和诊疗过程所进行的连续性记录。内容包括患者的病情变化情况、证候演变情况、重要的辅助检查结果及临床意义、上级医师查房意见、会诊意见、医师分析讨论意见、所采取的诊疗措施及效果、医嘱更改及理由、向患者及其近亲属告知的重要事项等。

中医方药记录格式参照中药饮片处方相关规定执行。



病程记录的要求及内容：

（一）首次病程记录是指患者入院后由经治医师或值班医师书写的第一次病程记录，应当在患者入院 8 小时内完成。首次病程记录的内容包括病例特点、拟诊讨论（诊断依据及鉴别诊断）、诊疗计划等。

1. 病例特点：应当在对病史、四诊情况、体格检查和辅助检查进行全面分析、归纳和整理后写出本病例特征，包括阳性发现和具有鉴别诊断意义的阴性症状和体征等。

2. 拟诊讨论（诊断依据及鉴别诊断）：根据病例特点，提出初步诊断和诊断依据；对诊断不明的写出鉴别诊断并进行分析；并对下一步诊治措施进行分析。诊断依据包括中医辨病辨证依据与西医诊断依据，鉴别诊断包括中医鉴别诊断与西医鉴别诊断。

3. 诊疗计划：提出具体的检查、中西医治疗措施及中医调护等。

（二）日常病程记录是指对患者住院期间诊疗过程的经常性、连续性记录。由经治医师书写，也可以由实习医务人员或试用期医务人员书写，但应有经治医师签名。书写日常病程记录时，首先标明记录时间，另起一行记录具体内容。对病危患者应当根据病情变化随时书写病程记录，每天至少 1 次，记录时间应当具体到分钟。对病重患者，至少 2 天记录一次病程记录。对病情稳定的患者，至少 3 天记录一次病程记录。

日常病程记录应反映四诊情况及治法、方药变化及其变化依据等。

（三）上级医师查房记录是指上级医师查房时对患者病情、诊断、鉴别诊断、当前治疗措施疗效的分析及下一步诊疗意见等的记录。

主治医师首次查房记录应当于患者入院 48 小时内完成。内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、补充的病史和体征、理法方药分析、诊断依据与鉴别诊断的分析及诊疗计划等。

主治医师日常查房记录间隔时间视病情和诊疗情况确定，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情的分析和诊疗意见等。

科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格医师查房的记录，内容包括查房医师的姓名、专业技术职务、对病情和理法方药的分析及诊疗意见等。

（四）疑难病例讨论记录是指由科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持、召集有关医务人员对确诊困难或疗效不确切病例讨论的记录。内容包括讨论日期、主持人、参加人员姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见等。

（五）交（接）班记录是指患者经治医师发生变更之际，交班医师和接班医师分别对患者病情及诊疗情况进行简要总结的记录。交班记录应当在交班前由交班医师书写完成，接班记录应当由接班医师于接班后 24 小时内完成。交（接）班记录的内容包括入院日期、交班或接班日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、交班注意事项或接班诊疗计划、医师签名等。

（六）转科记录是指患者住院期间需要转科时，经转入科室医师会诊并同意接收后，由转出科室和转入科室医师分别书写的记录。包括转出记录和转入记录。转出记录由转出



科室医师在患者转出科室前书写完成（紧急情况除外）；转入记录由转入科室医师于患者转入后 24 小时内完成。转科记录内容包括入院日期、转出或转入日期，转出、转入科室，患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、转科目的及注意事项或转入诊疗计划、医师签名等。

（七）阶段小结是指患者住院时间较长，由经治医师每月所作病情及诊疗情况总结。阶段小结的内容包括入院日期、小结日期，患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、诊疗计划、医师签名等。

交（接）班记录、转科记录可代替阶段小结。

（八）抢救记录是指患者病情危重，采取抢救措施时作的记录。因抢救急危患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后 6 小时内据实补记，并加以注明。内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等。记录抢救时间应当具体到分钟。

（九）有创诊疗操作记录是指在临床诊疗活动过程中进行的各种诊断、治疗性操作（如胸腔穿刺、腹腔穿刺等）的记录。应当在操作完成后即刻书写。内容包括操作名称、操作时间、操作步骤、结果及患者一般情况，记录过程是否顺利、有无不良反应，术后注意事项及是否向患者说明，操作医师签名。

（十）会诊记录（含会诊意见）是指患者在住院期间需要其他科室或者其他医疗机构协助诊疗时，分别由申请医师和会诊医师书写的记录。会诊记录应另页书写。内容包括申请会诊记录和会诊意见记录。申请会诊记录应当简要载明患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的，申请会诊医师签名等。常规会诊意见记录应当由会诊医师在会诊申请发出后 48 小时内完成，急会诊时会诊医师应当在会诊申请发出后 10 分钟内到场，并在会诊结束后即刻完成会诊记录。会诊记录内容包括会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。申请会诊医师应在病程记录中记录会诊意见执行情况。

（十一）术前小结是指在患者手术前，由经治医师对患者病情所作的总结。内容包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施麻醉方式、注意事项，并记录手术者术前查看患者相关情况。

（十二）术前讨论记录是指因患者病情较重或手术难度较大，手术前在上级医师主持下，对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施所作的讨论。讨论内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施、参加讨论者的姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、讨论日期、记录者的签名等。

（十三）麻醉术前访视记录是指在麻醉实施前，由麻醉医师对患者拟施麻醉进行风险评估的记录。麻醉术前访视可另立单页，也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号，患者一般情况、简要病史、与麻醉相关的辅助检查结果、拟行手术方式、拟行麻醉方式、麻醉适应证及麻醉中需注意的问题、术前麻醉医嘱、麻醉医师签字并



填写日期。

(十四) 麻醉记录是指麻醉医师在麻醉实施中书写的麻醉经过及处理措施的记录。麻醉记录应当另页书写, 内容包括患者一般情况、术前特殊情况、麻醉前用药、术前诊断、术中诊断、手术方式及日期、麻醉方式、麻醉诱导及各项操作开始及结束时间、麻醉期间用药名称、方式及剂量、麻醉期间特殊或突发情况及处理、手术起止时间、麻醉医师签名等。

(十五) 手术记录是指手术者书写的反映手术一般情况、手术经过、术中发现及处理等情况的特殊记录, 应当在术后 24 小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时, 应有手术者签名。手术记录应当另页书写, 内容包括一般项目(患者姓名、性别、科别、病房、床位号、住院病历号或病案号)、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理等。

(十六) 手术安全核查记录是指由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方, 在麻醉实施前、手术开始前和病人离室前, 共同对病人身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核对的记录, 输血的病人还应对血型、用血量进行核对。应有手术医师、麻醉医师和巡回护士三方核对、确认并签字。

(十七) 手术清点记录是指巡回护士对手术患者术中所用血液、器械、敷料等的记录, 应当在手术结束后即时完成。手术清点记录应当另页书写, 内容包括患者姓名、住院病历号(或病案号)、手术日期、手术名称、术中所用各种器械和敷料数量的清点核对、巡回护士和手术器械护士签名等。

(十八) 术后首次病程记录是指参加手术的医师在患者术后即时完成的病程记录。内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等。

(十九) 麻醉术后访视记录是指麻醉实施后, 由麻醉医师对术后患者麻醉恢复情况进行访视的记录。麻醉术后访视可另立单页, 也可在病程中记录。内容包括姓名、性别、年龄、科别、病案号, 患者一般情况、麻醉恢复情况、清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管插管等, 如有特殊情况应详细记录, 麻醉医师签字并填写日期。

(二十) 出院记录是指经治医师对患者此次住院期间诊疗情况的总结, 应当在患者出院后 24 小时内完成。内容主要包括入院日期、出院日期、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院诊断、出院情况、出院医嘱、中医调护、医师签名等。

(二十一) 死亡记录是指经治医师对死亡患者住院期间诊疗和抢救经过的记录, 应当在患者死亡后 24 小时内完成。内容包括入院日期、死亡时间、入院情况、入院诊断、诊疗经过(重点记录病情演变、抢救经过)、死亡原因、死亡诊断等。记录死亡时间应当具体到分钟。

(二十二) 死亡病例讨论记录是指在患者死亡一周内, 由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师主持, 对死亡病例进行讨论、分析的记录。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、记录



者的签名等。

(二十三) 病重(病危)患者护理记录是指护士根据医嘱和病情对病重(病危)患者住院期间护理过程的客观记录。病重(病危)患者护理记录应当根据相应专科的护理特点书写。内容包括患者姓名、科别、住院病历号(或病案号)、床位号、页码、记录日期和时间、出入液量、体温、脉搏、呼吸、血压等病情观察、护理措施和效果、护士签名等。记录时间应当具体到分钟。

采取中医护理措施应当体现辨证施护。

第二十四条 手术同意书是指手术前, 经治医师向患者告知拟施手术的相关情况, 并由患者签署是否同意手术的医学文书。内容包括术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险、患者签署意见并签名、经治医师和术者签名等。

第二十五条 麻醉同意书是指麻醉前, 麻醉医师向患者告知拟施麻醉的相关情况, 并由患者签署是否同意麻醉意见的医学文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、病案号、科别、术前诊断、拟行手术方式、拟行麻醉方式, 患者基础疾病及可能对麻醉产生影响的特殊情况, 麻醉中拟行的有创操作和监测, 麻醉风险、可能发生的并发症及意外情况, 患者签署意见并签名、麻醉医师签名并填写日期。

第二十六条 输血治疗知情同意书是指输血前, 经治医师向患者告知输血的相关情况, 并由患者签署是否同意输血的医学文书。输血治疗知情同意书内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、病案号、诊断、输血指征、拟输血成份、输血前有关检查结果、输血风险及可能产生的不良后果、患者签署意见并签名、医师签名并填写日期。

第二十七条 特殊检查、特殊治疗同意书是指在实施特殊检查、特殊治疗前, 经治医师向患者告知特殊检查、特殊治疗的相关情况, 并由患者签署是否同意检查、治疗的医学文书。内容包括特殊检查、特殊治疗项目名称、目的、可能出现的并发症及风险、患者签名、医师签名等。

第二十八条 病危(重)通知书是指因患者病情危、重时, 由经治医师或值班医师向患者家属告知病情, 并由患方签名的医疗文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、科别, 目前诊断及病情危重情况, 患方签名、医师签名并填写日期。一式两份, 一份交患方保存, 另一份归病历中保存。

第二十九条 医嘱是指医师在医疗活动中下达的医学指令。医嘱单分为长期医嘱单和临时医嘱单。

长期医嘱单内容包括患者姓名、科别、住院病历号(或病案号)、页码、起始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、执行时间、执行护士签名。临时医嘱单内容包括医嘱时间、临时医嘱内容、医师签名、执行时间、执行护士签名等。

医嘱内容及起始、停止时间应当由医师书写。医嘱内容应当准确、清楚, 每项医嘱应当只包含一个内容, 并注明下达时间, 应当具体到分钟。医嘱不得涂改。需要取消时, 应当使用红色墨水标注“取消”字样并签名。



一般情况下，医师不得下达口头医嘱。因抢救急危患者需要下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍。抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱。

第三十条 辅助检查报告单是指患者住院期间所做各项检验、检查结果的记录。内容包括患者姓名、性别、年龄、住院病历号（或病案号）、检查项目、检查结果、报告日期、报告人员签名或者印章等。

第三十一条 体温单为表格式，以护士填写为主。内容包括患者姓名、科室、床号、入院日期、住院病历号（或病案号）、日期、手术后天数、体温、脉搏、呼吸、血压、大便次数、出入液量、体重、住院周数等。

第四章 打印病历内容及要求

第三十二条 打印病历是指应用字处理软件编辑生成并打印的病历（如 Word 文档、WPS 文档等）。打印病历应当按照本规定的内容录入并及时打印，由相应医务人员手写签名。

第三十三条 医疗机构打印病历应当统一纸张、字体、字号及排版格式。打印字迹应清楚易认，符合病历保存期限和复印的要求。

第三十四条 打印病历编辑过程中应当按照权限要求进行修改，已完成录入打印并签名的病历不得修改。

第五章 其他

第三十五条 中医住院病案首页应当按照《国家中医药管理局关于修订印发中医住院病案首页的通知》（国中医药发〔2001〕6号）的规定书写。

第三十六条 特殊检查、特殊治疗按照《医疗机构管理条例实施细则》（1994年卫生部令第35号）有关规定执行。

第三十七条 中西医结合病历书写参照本规范执行。民族医病历书写基本规范由有关省、自治区、直辖市中医药行政管理部门依据本规范另行制定。

第三十八条 中医电子病历基本规范由国家中医药管理局另行制定。

第三十九条 本规范自2010年7月1日起施行。卫生部、国家中医药管理局于2002年颁布的《中医、中西医结合病历书写基本规范（试行）》（国中医药发〔2002〕36号）同时废止。

急诊留观记录书写基本规范

（一）病情不明需短期观察，或病情短期可缓解的急诊疾病患者，可收住急诊观察室。留住观察时间三级医院不超过48小时，二级医院不超过72小时。留住观察期间需书写急诊留住观察记录，有留住观察记录号，并在相应的留住观察患者登记本内登记，注明留住观察患者的去向。如留住观察患者住院诊治，应在登记本上显示住院的科别和住院号。

（二）留住观察患者转入急诊病房或院内其它病区继续治疗或抢救时，留住观察记



录留急诊科存档。

(三) 急诊留住观察记录应包括体温单、医嘱单、入观察室记录、病程记录、检验检查粘贴单和护理记录单。

1、入观察室记录书写:

一般项目: 姓名、性别、年龄、住址、入观察室时间、观察床位号、急诊留住观察记录号和药物过敏史等。

简单病史: 主诉、现病史及相关病史。

体格检查及辅助检查(重要体征、化验和检查结果); 初步诊断和处理措施; 医师签名。

2、病程记录书写内容: 记录日期和时间、病情变化和治疗情况、辅助检查结果、医师签名; 上级医师查房时应予以记录, 注明查房医师姓名和职称; 出观察室需有记录。留住观察期间, 重、危患者病情突然变化时, 应随时记录。病危、病重及特殊检查治疗的患者需家属知情同意签名, 经治医师或值班医师签名。

3、医嘱单: 除护理观察项目外, 检查或治疗项目需每次开具, 出观察室时应开具医嘱, 并有执行护士签名。

4、体温单、检验检查粘贴单和护理记录单同住院病历。

处方书写规范

处方格式

由三部分组成:

1、前记: 包括医疗机构名称, 处方编号, 费别、患者姓名、性别、年龄、门诊或住院病历号, 科别或病室和床号、临床诊断、开具日期等, 并可添加专科要求的项目。

2、正文: 以 RP 或 R 标示, 分列药品名称、规格、数量、用法用量。

3、后记: 医师签名和 / 或加盖专用签章, 药品金额以及审核、调配、核对、发药的药剂人员签名。(签全名, 并清晰可辨。)

基本要求:

1、处方书写要求由具有处方资格的医师书写(注册的执业医师; 执业助理医师、未注册医师开具处方需由在本院注册执业医师签字, 科主任负责把关), 一般项目完整, 字迹清晰, 药品易辨认, 并与病历记载相一致。麻醉处方由具有麻醉处方资格医师书写。

2、处方应用钢笔、碳素笔、圆珠笔的蓝色或黑色墨水书写。处方中修改、增加、减少之处均需医师签名及注明修改日期。每张处方只限于一名患者的用药。

3、处方一律用规范的中文或英文名称书写(不得用两种文字, 分子式, 自编缩写或用代号, 错别字)。书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范, 不得使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句。

4、年龄必须写实足年龄, 婴幼儿写日、月龄。必要时, 婴幼儿要注明体重。西药、



中成药、中药饮片要分别开具处方。

5、西药、中成药处方，每种药品须另起一行。每张处方不得超过五种药品。开具处方后的空白处应划一斜线，以示处方完毕。

6、中药饮片处方的书写，可按君、臣、佐、使的顺序排列；药物调剂、煎煮的特殊要求注明在药品之后上方，并加括号，如布包、先煎、后下等；对药物的产地、炮制有特殊要求，应在药名之前写出；剂量写在右下方；数量及煎服法分别注明。

7、用量一般应按照药品说明书中的常用剂量使用，特殊情况需超剂量使用时，应注明原因并再次签名。

8、药品剂量与数量一律用阿拉伯数字书写。剂量应当使用公制单位：重量以克（g）、毫克（mg）、微克（ μg ）、纳克（ng）为单位；容量以升（L）、毫升（ml）为单位；国际单位（IU）、单位（U）计算。片剂、丸剂、胶囊剂、冲剂分别以片、丸、粒、袋为单位；溶液剂以支、瓶为单位；软膏及霜剂以支、盒为单位；注射剂以支、瓶为单位，应注明含量；饮片以剂或付为单位。

9、处方一般不得超过7日用量；急诊处方一般不得超过3日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师必须注明理由。麻醉、精神药品的处方用量应当严格执行国家有关规定。开具麻醉处方时应有病历记录。

10、过敏性药物根据药品说明书规定，需做皮试的一定要在处方上注明“皮试”或“续用”。

11、处方为开具当日有效，特殊情况需延长效期的，由开具处方的医师注明有效期限，但最长不得超过3天。

12、为便于药学专业技术人员审核处方，医师开具处方时，除特殊情况外必须注明临床诊断，对暂不能确诊的病例，可用某某症状待查。

申请单书写基本规范

1、各种申请单按规范要求填写，项目填写完整（包括姓名、性别、年龄、日期、科别、门诊号、病史、检查部位、目的、诊断、签名等），特别是病史、检查部位、目的等项目填写内容要具体，字迹清晰。

2、B超申请单还要注明检查的方式，如经腹部或经阴道。病史描述中必须包含月经史。

3、各种化验单书写规范，项目完整，字迹清晰，送检标本栏填写必须准确，送检标本必须与所检项目相符。



湖北省门急诊病历质量考核评分标准

患者姓名 _____ 科室 _____ 总分：_____

书写项目	项目分值	检查要求	扣分标准	扣分分值	扣分及理由	项目得分		
一、一般项目 5 分			得分：_____					
一般项目	5	一般项目齐全。封面姓名、性别栏尽量要求患者本人或者其近亲属填写	缺项或填写不规范要求	0.5 / 项				
		急诊就诊时间填写具体到分						
		有过敏史写清致敏源（含药物），无药物过敏史则填写“无”	未填写过敏史，	5				
		诊疗过程中发现新过敏药物时应增补，注明时间并签名。	诊疗过程中发现新过敏药物时，未填写过敏史	5				
		未注明时间，未签名。		1 / 项				
二、首诊记录、复诊记录 30 分			得分：_____					
首诊记录	30	主诉	1. 简明扼要，不超过 20 个字，能导出第一诊断；	无主诉	10			
			2. 主要症状、体征及持续时间	主诉不规范	2			
	现病史	30	现病史	简述本次疾病发展诊疗过程，有重要的鉴别诊断资料，叙述层次清楚。诊治经过涉及其它医疗机构的，应记录医疗机构名称及简要经过。	无现病史	15		
					病史不能反映主要疾病发展及诊疗过程	5		
					无重要鉴别资料	5		
					诊治经过涉及其它医疗机构的，未记录医疗机构名称及诊疗经过	3 / 项		
既往史	30	既往史	既往健康情况，有无特殊疾病及家族史。	无既往史	5			
				记录不规范	1 / 处			
复诊记录	30	复诊记录	1、书写要求在初诊要求上适当简化突出病情变化与疗效；转录重要检查结果；记录新出现的症状与体征及诊疗反应。 2、门（急）诊实施特殊检查（治疗）前应履行知情同意谈话手续，并登记；实施后应及时在门急诊病历中完成相应记录。	无记录	20			
				记录不规范	5 / 处			
				未记录新出现的症状与体征及诊疗反应	10			
				特殊检查（治疗）后无记录	20			
		同一医师接诊同一病症三次未能确诊者，须请上级医师或专科医师会诊。	无上级医师或专科医师会诊	10				
急诊留观（抢救）记录在门（急）诊病历中，其考核评分在《门（急）诊病历质量管理评分考核表》中考核完成。								



书写项目	项目分值	检查要求	扣分标准	扣分分值	扣分及理由	项目得分
三、体格检查 25分			得分：			
体格检查	25	简明记录生命体征、阳性体征、具有鉴别诊断意义的阴性体征； 复诊体检重点检查体征变化及新出现体征。	无体征记录	25		
			无生命体征	5		
			无阳性体征	10		
			无重要阴性体征	5		
			体征记录不规范	2/处		
			复诊时体征变化及新出现体征未记录	5/处		
四、辅助检查 5分			得分：			
辅助检查	5	记录就诊前在其它或者本医疗机构已行的检查。包括：医院名称、检查时间、项目、检查编号（CT、病理检查）结果，有无报告单等。	未记录就诊前在其它或者本医疗机构已行的检查情况	5		
			重要检查项目填写不规范。	1/处		
五、初步诊断 10分			得分：			
初步诊断	10	诊断正确、主次排列有序，诊断用语规范	无诊断	10		
			诊断不确切，依据不充分	5		
			主次排列颠倒	2		
			诊断用语不规范	3		
六、诊疗意见 20分			得分：			
诊疗意见	20	根据初步诊断决定需要进行的检查、治疗； 处理意见每项一行，药物治疗要求写明剂型、剂量和用法； 特殊检查（治疗）实施前应履行知情同意谈话签字手续； 对患者拒绝的检查或治疗应予以说明，必要时可要求患者签名； 应注明是否需要复诊及复诊要求。	处理不合理、不正确	20		
			不规范	2/处		
			未履行知情同意谈话签字手续	20		
			患者拒绝的检查或治疗未予记录，无患者签名	10		
			未注明复诊及复诊要求	3		
七、医师签名 5分			得分：			
医师签名	5	医师签名应清晰、可辨，签全名。	医师未签名	5		
			签名无法辨认	2		
		试用期医务人员书写后须有上级医师签名。	无上级医师冠签字	5		

说明：1. 本标准适用于医疗机构的门（急）诊病历质量评价。

2. 评价总分 100 分，病历等级评价：>75 分为合格；≤ 75 分不合格病历。



湖北省住院病历质量考核评分标准 (2016 年版)

项 目	缺陷内容	扣分标准	总分值	扣分理由	扣分
1.病案首页	1.1 缺首页或首页空白	5	5		
	1.2 填写缺项或不规范、错误	1/项			
	1.3 诊断填写不完整、规范	1/项			
	1.4 签名不清	1/项			
2.出院/死亡记录	2.1 出院/死亡记录	2.1.1 缺记录或未在患者出院（或死亡）后 24 小时内完成	丙	10	
		2.1.2 缺项或记录有缺陷	1/处		
		2.1.3 缺医师签名	2		
		2.1.4 死亡记录无死亡原因、死亡时间	1/处		
	2.2 死亡病例讨论记录	2.2.1 缺记录	丙		
		2.2.2 记录不规范	1/处		
3.入院记录/再次入院记录	3.1 基本要求	3.1.1 缺记录或未在患者入院后 24 小时内完成	丙	2	
		3.1.2 无执业医师资质人员书写的病历，未在 72 小时内经本院医师审签	2		
	3.2 一般项目	3.2.1 缺项或错误或不规范	0.5/项	1	
	3.3 主诉	3.3.1 超过 20 个字、未导出第一诊断	2	3	
		3.3.2 不规范或用诊断名称代替	1		
	3.4 现病史	3.4.1 与主诉不相关、不相符	2	5	
		3.4.2 起病时间描述不准确或未写有无原因或诱因	1		
		3.4.3 部位、时间、性质、程度及伴随症状描述不清楚	1/项		
		3.4.4 缺有鉴别诊断意义的重要阴性症状与体征	1/项		
		3.4.5 一般情况未描述或描述不全	1		
		3.4.6 入院前的检查及诊治经过未描述或描述有缺陷	1/项		
	3.5 既往史	3.5.1 缺重要脏器尤其与鉴别诊断相关的疾病史	1/项	3	
		3.5.2 缺传染病史、预防接种史、手术外伤史、输血史	1/项		
		3.5.3 缺药物、食物等过敏史或描述有缺陷，或与首页不一致	1		
	3.6 个人史	3.6.1 缺个人史，或遗漏诊治相关的个人史	0.5/项	1	
		3.6.2 婚姻、月经、生育史缺项或不规范	0.5/项		
	3.7 家族史	3.7.1 缺遗传史	1	1	
		3.7.2 家族中有死亡者，死因未描述；或未记录父母情况	0.5		
	3.8 陈述者签名	3.8.1 缺陈述者签名或不一致	2	3	
		3.8.2 未注明签名时间	1		
3.9 体格检	3.9.1 不齐全，填写不完整、不规范	1/项	5		



项 目	缺陷内容	扣分标准	总分值	扣分理由	扣分
查	3.9.2 专科检查不全面；应有的鉴别诊断体征未记录或记录不全	2/项			
	3.10 辅助检查 3.10.1 结果未记录或记录有缺陷，外院检查未注明医院名称及检查编号	1	1		
	3.11 病史小结 3.11.1 缺病史小结	1	1		
	3.12 初步诊断 3.12.1 缺初步诊断	1	1		
4. 病程记录	4.1 首次病程记录	4.1.1 缺记录或未在患者入院后 8 小时内完成	丙	5 (手) 7 (非)	
		4.1.2 未归纳提炼，条理不清，照搬入院病史、体检及辅助检查	2		
		4.1.3 缺分析讨论，无必须鉴别诊断	2		
		4.1.4 诊疗计划用套话、无针对性、无具体内容	2		
	4.2 上级医师首次查房记录	4.2.1 缺记录或未在患者入院后 48 小时内完成	10	3 (手) 5 (非)	
		4.2.2 缺分析讨论、缺鉴别诊断	2		
		4.2.3 分析讨论不够，或与首次病程记录中的内容雷同	2		
	4.3 上级医师首次查房记录	4.3.1 主治医师日常查房无内容、无分析、无处理意见或其它缺陷	1—3	5 (手) 8 (非)	
		4.3.2 副主任以上医师查房无分析及指导诊疗意见	1—3		
		4.3.3 缺上级医师查房	1.5/次		
	4.4 日常病程记录	4.4.1 未及时记录患者病情变化、观察记录无针对性、对新发现的阳性无分析及处理措施等	1/次	10 (手) 15 (非)	
		4.4.2 未按规定记录病程记录（病危随时记至少每天 1 次，病重至少每 2 天 1 次，病情稳定至少每 3 天 1 次）	1/次		
		4.4.3 未记录影响诊治的异常检查结果，或无分析、判断、处理的记录	1/次		
		4.4.4 未记录重要诊疗措施，未对更改的药物、治疗方案进行说明	1/次		
		4.4.5 对病情危重患者，病程中未记录向患者近亲属告知的相关情况	2		
		4.4.6 缺会诊意见或在发出申请后 48 小时内未完成，急会诊未在 10 分钟内完成	2/次		
		4.4.7 会诊记录单缺会诊申请理由及目的、缺会诊意见、会诊记录有缺陷	1/项		
		4.4.8 病程记录中缺会诊意见及执行情况	1/次		
		4.4.9 缺有创诊疗操作记录或未在操作结束后即刻书写	10		
		4.4.10 有创诊疗操作记录，缺操作过程、有无不良反应、注意事项及操作者姓名	1/项		
4.4.11 输血或者使用血液制品当天病		1			



项 目	缺陷内容	扣分标准	总分值	扣分理由	扣分
4.5 围术期记录	程中无记录或记录有缺陷		12 (手)		
	4.4.12 缺抢救记录或抢救医嘱未在抢救结束后 6 小时内完成	3			
	4.4.13 抢救记录内容有缺陷	1/项			
	4.4.14 开具的抢救医嘱与抢救记录内容部一致	2			
	4.4.15 缺交、接班记录, 转科记录, 阶段小结	3			
	4.4.16 未在规定时间内完成交、接班记录, 转科记录, 阶段小结	2			
	4.4.17 交、接班记录, 转出与转入记录雷同	2			
	4.4.18 缺出院病程记录	2			
	4.4.19 病程书写有其他缺陷、缺项、漏项	酌情			
	4.5.1 缺术前小结/术前讨论	丙			
	4.5.2 术前小结/术前讨论记录有缺项、漏项	0.5/处			
	4.5.3 缺“急诊抢救手术记录”	丙			
	4.5.4 缺手术前一天病程记录	2			
	4.5.5 缺手术前、后麻醉医师查看患者访视记录	2			
	4.5.6 缺手术记录或术后 24 小时内完成	丙			
	4.5.7 非手术者或一助书写的手术记录	10			
	4.5.8 手术记录缺陷或写错或不规范	0.5/处			
	4.5.9 一助书写的手术记录缺手术者冠签	5			
	4.5.10 缺麻醉记录单或麻醉记录	丙			
4.5.11 未记录麻醉中的病情变化和处理措施	1/项				
4.5.12 麻醉记录缺项或写错或不规范	0.5/项				
4.5.13 缺术后首次病程记录或非手术医师书写	2/处				
4.5.14 术后首次病程记录缺项或写错或不规范	0.5/项				
4.5.15 缺术后 3 天中某一天的病程记录	1/次				
4.5.16 术后 3 天内无手术者或上级医师查看患者的记录	1				
4.5.17 缺手术安全核查记录单	5				
4.5.18 手术安全核查记录单缺陷(医师部分)	0.5/处				
4.5.19 缺手术风险评估表	5				
4.5.20 手术风险评估表填写缺项(医师部分)	0.5/处				
5.知情同意及授权委托	5.1 手术或特殊检查、治疗无患者/代理人签名的知情同意书	丙	10		
	5.2 知情同意书缺项、错误或不规范	0.5/项			



项 目		缺陷内容	扣分标准	总分值	扣分理由	扣分
		5.3 使用自费项目缺患者签名的知情同意书	1			
		5.4 放弃抢救时, 缺患者近亲属签署意见并签名的医疗文书	1			
		5.5 非患者签名或缺授权委托书	丙			
		5.6 非授权委托人代理人签署的知情同意书	丙			
		5.7 授权委托书填写内容及人数与代理人签名内容及数量不一致	1			
6. 医嘱单及辅助检查	6.1 医嘱单	6.1.1 医嘱开具、停止、取消不规范	0.5/项	5		
		6.1.2 医嘱内容不规范或有非医嘱内容	0.5/项			
		6.1.3 医嘱无执业注册医师签名或冠签	0.5/项			
	6.2 辅助检查	6.2.1 住院 48 小时以上缺血尿常规化验结果, 也未转抄门诊化验结果	1	3		
		6.2.2 缺输血前 9 项检验报告单或化验结果记录, 或缺拒绝时患者或委托人签字	2			
		6.2.3 未完成术前常规检查	0.5/项			
		6.2.4 辅助检查报告单不全或丢失	1/处			
	7. 书写基本原则		7.1 有涂改或伪造病历等行为	丙	5	
7.2 修改不规范			1/处			
7.3 日期和时间未使用阿拉伯数字和 24 小时制记录			0.5/项			
7.4 缺记录医师签名			1/处			
7.5 医师签名代签			3/处			
7.6 各项记录单眉栏填写不完整或信息记录有误			1/处			
7.7 病历中记录内容相互矛盾			2/处			
7.8 拷贝或抄袭行为导致的严重错误			10			
医技科室		1.1 辅助检查报告单修改不规范				
		1.2 检验报告单、输血交叉配血单未双签 (值班时间除外)				
		1.3 缺麻醉、特殊检查治疗知情同意书或缺项, 或缺少授权				
		1.4 手术安全核查表麻醉部分缺项, 手术风险评估表麻醉分级记录缺项				
		1.5 其他问题例如手术风险评估表中手术持续时间缺项				

说明:

(1) 本标准适用于医疗机构的终末病历和运行病历质量评价。(2) 终末病历评价总分 100 分, 甲级病历 >90 分, 乙级病历 >75 分且 ≤90 分, 丙级病历 ≤75 分。(3) 运行病历评价总分 85 分, 甲级病历 >75 分, 乙级病历 >60 分且 ≤75 分, 丙级病历 ≤60 分。(4) “扣分标准” 标记“丙”的, 缺 1 项直接扣 25 分, 为丙级病历 (单份病历不再续查)。(5) 对病历中严重不符合规范, 而本表未能涉及的, 可说明理由直接扣分。(6) 每项项目分值为该项目扣分上限, 小项扣分值累加不超过该项目分值。



病历环节质量与终末质量督查制度

(一) 病案质检工作在病案委员会领导下, 由医务科组织病案室协助开展工作, 严格执行湖北省卫计委住院病历考核评分标准。

(二) 各病区兼职质控员在科主任、护士长的领导下做好本科运行病历的督查, 严格控制乙级病历, 杜绝丙级病历, 确保甲级病历率 $\geq 90\%$ 。

(三) 由各临床科室住院医师或晋升主治医师 1—2 年内的兼职质控员每月轮流到病案室对出院病历进行质量考核。

(四) 对有严重缺陷的病案进行登记, 及时返回科室修改。

(五) 兼职质控员每月考核后对所考核的病历质量作出评价报告交医务科。医务科根据评价报告及各科室病历的评分, 按质量管理方案的规定进行奖惩。

关于加强病历质量与病案管理的若干规定

根据《医疗事故处理条例》、《医疗机构病历书写规范(2016年版)》、《湖北省门急诊病历质量考核评分标准(2016版)》、《湖北省病历质量考核评分标准(2016版)》、《医疗机构病历管理规定(2013年版)》、等级医院评审标准等相关法规, 为规范我院病历书写, 建立病历质量监控组织, 强化病历质量管理, 持续改进病历质量, 特制定我院病历质量持续改进管理及奖惩办法。

一、病历质量组织管理

1、病案三级质控组织:

第一级: 各科室成立病历质量管理小组, 科主任任组长、护士长、质控医师、质控护士为成员。负责出科前的全部病历质控工作, 每月由科主任负责召开一次病历质量管理小组例会, 解决本科病历质量问题并有记录, 以备后查, 从及时性、真实性、完整性、规范性四方面对病案质量进行监控。

第二级: 病案室设置专门病历质检员, 主要负责归档病案每月及时性、完整性、规范性检查(抽查归档病案 20—30%)及奖惩工作, 检查合格的病案归档上架, 不合格病案通知责任科室及时整改。

第三级: 院病案管理委员会负责每季(抽查归档病案和运行病历及门诊病历 10%)对全院病历质量管理各环节监督检查、执行奖惩。

2、建立院、科二级病历质控员队伍:

院病案管理委员会下设质控中心, 质控中心由病案专家督导组、病案管理办公室病案质检组成员、各住院科室病历质控员(以上报病案管理办公室为准)组成, 形成院、科二级病历质控员队伍。强化全院病案基础、环节、终末质量管理和控制。



二、强化病历质量管理和控制

1、病案质控目的：

按卫生部 2010 版《病历书写基本规范》、《湖北省医疗机构病历书写规范（2016 年版）》、《医疗机构病历管理规定》、等级医院评审标准要求，通过每月、每季定量抽查全院归档病案、运行病历及门诊病历，强化病历质量管理，持续改进病历质量，确保病案书写的及时性、完整性、整洁性、真实性、规范性、科学性。

2、病案质控目标：

(1) 病案甲级率大于 90%，无丙级病案。

(2) 出院病案在 7 日内归档率 100%。

3、病案质控检查方法：

(1) 病案质量检查标准以卫生部制定的《病历书写基本规范》、《住院病历书写质量评估标准》、《医疗机构病历管理规定》为评价标准。

(2) 终末质量评价（归档病历）：住院病历质量评价实行百分制，按《湖北省病历质量考核评分标准（2016 版）》、《住院病案首页数据质量评分标准》评价，如存在一项单项否决，该病历为不合格住院病历（按丙级病案），不再进行病历质量评价。对筛选合格的住院病历按照评分标准进行质量评分。对每一书写项目内的单项扣分采取累加计分法，最高不超过本项目的标准分值。分值划分：病案首页项目 10 分，入院记录 20 分，病程记录 50 分，出院记录 10 分，辅助检查及医嘱 5 分，书写基本要求 5 分，总分 100 分。等级划分： ≥ 90 分为甲级病案； > 75 分 < 90 分为乙级病案； ≤ 75 分为丙级病案。

(3) 环节质量评价（运行病历）：对住院病历环节质量评价时，先除去“病案首页”10 分和“出院记录”10 分两项，即 80 分评价后换算成 100 分制再评病历等级，等级标准同终末病历。

(4) 每次对病案基础、环节、终末质量进行质控，应有记录和评分。

(5) 归档病历质量首先由书写病历的临床医师参照标准进行自查，在病历送达病案室之前由科室病历质控员把关，保证出科病历书写质量，确保出科无丙级病历、自评甲级率大于 90%。

(6) 病历送达病案室归档后，由病案管理办公室质控人员每月通过抽查归档病案（20—30%），对归档病历书写质量的及时性、完整性、规范性、整洁性进行检查来评定病历等级，计算甲级病案率。并将问题以“整改通知”形式下达书写科室，限期 72 小时内对问题病案整改并及时返还病案室。

(7) 医院医务科每季组织对全院各住院科室部分运行病历和终末病历及部分门诊病历进行随机抽查（10%），强化病案内涵质量控制，并把病案质量检查结果作为医院对科室医疗质量和医疗安全及评优综合考核的条件。

三、奖惩

（一）处罚：



- 1、住院科室病历质量管理小组无病案质控月记录、未指定病历质控员，扣科室 200 元。
- 2、门急诊病历：每份不合格病历，扣款 50 元。
- 3、住院病历：

(1) 出院病案归档延期，每份每天扣科室 10 元，按天累计，科室病案未归档率达 5%，扣 1 分，依此累加计分，直到 5 分全部扣完为止。

(2) 凡遗失住院病历，扣款 100 元，除责令其科室和当事人重写、整理及恢复该病历外，因此而造成医院的经济损失，由当事人和科室共同承担，并通报全院。

(3) 每发现一份丙级病案扣当事人 200 元，扣科室 300 元。

(4) 临床科室乙级病案率大于 10%，扣科室 1000 元。

4、病历首页：病历首页缺项 ≥ 5 项，按丙级病历处理。

5、归档病历医护记录严重不符，每份扣科室 200 元。

6、病历不完整或缺其它重要医疗记录，每份扣当事人 100 元。

7、科室归档病历出现丙级病案，年终评先评优（科室和个人）一票否决。

(二) 奖励：

住院科室全年病案甲级率大于 90%，无丙级病案，出院病案规定时间内归档率 100%，作为科室和个人评先评优、晋升职称优先条件。

1、作为年终院“优秀病案科室”单项奖及评先评优资格条件。

2、作为个人职称晋升优先资格条件。

3、作为个人评优评先资格条件。

四、本办法从 2016 年 10 月 1 日起执行，由病案管理委员会负责修订、解释，并负责全院监督执行。



关于印发《医疗机构病历管理规定（2013年版）》的通知

国卫医发〔2013〕31号

各省、自治区、直辖市卫生厅局（卫生计生委）、中医药管理局，新疆生产建设兵团卫生局：
为进一步强化医疗机构病历管理，维护医患双方的合法权益，使病历管理满足现代化医院管理的需要，国家卫生计生委和国家中医药管理局组织专家对2002年下发的《医疗机构病历管理规定》进行了修订，形成了《医疗机构病历管理规定（2013年版）》（可以从国家卫生计生委网站下载）。现印发给你们，请遵照执行。

国家卫生计生委 国家中医药管理局
2013年11月20日

医疗机构病历管理规定（2013年版）

第一章 总 则

第一条 为加强医疗机构病历管理，保障医疗质量与安全，维护医患双方的合法权益，制定本规定。

第二条 病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。病历归档以后形成病案。

第三条 本规定适用于各级各类医疗机构对病历的管理。

第四条 按照病历记录形式不同，可区分为纸质病历和电子病历。电子病历与纸质病历具有同等效力。

第五条 医疗机构应当建立健全病历管理制度，设置病案管理部门或者配备专（兼）职人员，负责病历和病案管理工作。

医疗机构应当建立病历质量定期检查、评估与反馈制度。医疗机构医务部门负责病历的质量管理。

第六条 医疗机构及其医务人员应当严格保护患者隐私，禁止以非医疗、教学、研究目的泄露患者的病历资料。

第二章 病历的建立

第七条 医疗机构应当建立门（急）诊病历和住院病历编号制度，为同一患者建立唯一的标识号码。已建立电子病历的医疗机构，应当将病历标识号码与患者身份证明编号相关联，使用标识号码和身份证明编号均能对病历进行检索。

门（急）诊病历和住院病历应当标注页码或者电子页码。



第八条 医务人员应当按照《病历书写基本规范》、《中医病历书写基本规范》、《电子病历基本规范（试行）》和《中医电子病历基本规范（试行）》要求书写病历。

第九条 住院病历应当按照以下顺序排序：体温单、医嘱单、入院记录、病程记录、术前讨论记录、手术同意书、麻醉同意书、麻醉术前访视记录、手术安全核查记录、手术清点记录、麻醉记录、手术记录、麻醉术后访视记录、术后病程记录、病重（病危）患者护理记录、出院记录、死亡记录、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、会诊记录、病危（重）通知书、病理资料、辅助检查报告单、医学影像检查资料。

病案应当按照以下顺序装订保存：住院病案首页、入院记录、病程记录、术前讨论记录、手术同意书、麻醉同意书、麻醉术前访视记录、手术安全核查记录、手术清点记录、麻醉记录、手术记录、麻醉术后访视记录、术后病程记录、出院记录、死亡记录、死亡病例讨论记录、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、会诊记录、病危（重）通知书、病理资料、辅助检查报告单、医学影像检查资料、体温单、医嘱单、病重（病危）患者护理记录。

第三章 病历的保管

第十条 门（急）诊病历原则上由患者负责保管。医疗机构建有门（急）诊病历档案室或者已建立门（急）诊电子病历的，经患者或者其法定代理人同意，其门（急）诊病历可以由医疗机构负责保管。

住院病历由医疗机构负责保管。

第十一条 门（急）诊病历由患者保管的，医疗机构应当将检查检验结果及时交由患者保管。

第十二条 门（急）诊病历由医疗机构保管的，医疗机构应当在收到检查检验结果后 24 小时内，将检查检验结果归入或者录入门（急）诊病历，并在每次诊疗活动结束后首个工作日内将门（急）诊病历归档。

第十三条 患者住院期间，住院病历由所在病区统一保管。因医疗活动或者工作需要，须将住院病历带离病区时，应当由病区指定的专门人员负责携带和保管。

医疗机构应当在收到住院患者检查检验结果和相关资料后 24 小时内归入或者录入住院病历。

患者出院后，住院病历由病案管理部门或者专（兼）职人员统一保存、管理。

第十四条 医疗机构应当严格病历管理，任何人不得随意涂改病历，严禁伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

第四章 病历的借阅与复制

第十五条 除为患者提供诊疗服务的医务人员，以及经卫生计生行政部门、中医药管理部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门或者人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病历。



第十六条 其他医疗机构及医务人员因科研、教学需要查阅、借阅病历的，应当向患者就诊医疗机构提出申请，经同意并办理相应手续后方可查阅、借阅。查阅后应当立即归还，借阅病历应当在3个工作日内归还。查阅的病历资料不得带离患者就诊医疗机构。

第十七条 医疗机构应当受理下列人员和机构复制或者查阅病历资料的申请，并依规定提供病历复制或者查阅服务：

- (一) 患者本人或者其委托代理人；
- (二) 死亡患者法定继承人或者其代理人。

第十八条 医疗机构应当指定部门或者专(兼)职人员负责受理复制病历资料的申请。受理申请时，应当要求申请人提供有关证明材料，并对申请材料的形式进行审核。

- (一) 申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明；
- (二) 申请人为患者代理人的，应当提供患者及其代理人的有效身份证明，以及代理人与患者代理关系的法定证明材料和授权委托书；
- (三) 申请人为死亡患者法定继承人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料；
- (四) 申请人为死亡患者法定继承人代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人及其代理人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料，代理人与法定继承人代理关系的法定证明材料及授权委托书。

第十九条 医疗机构可以为申请人复制门(急)诊病历和住院病历中的体温单、医嘱单、住院志(入院记录)、手术同意书、麻醉同意书、麻醉记录、手术记录、病重(病危)患者护理记录、出院记录、输血治疗知情同意书、特殊检查(特殊治疗)同意书、病理报告、检验报告等辅助检查报告单、医学影像检查资料等病历资料。

第二十条 公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门，因办理案件、依法实施专业技术鉴定、医疗保险审核或仲裁、商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，经办人员提供以下证明材料后，医疗机构可以根据需要提供患者部分或全部病历：

- (一) 该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门出具的调取病历的法定证明；
- (二) 经办人本人有效身份证明；
- (三) 经办人本人有效工作证明(需与该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门一致)。

保险机构因商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，还应当提供保险合同复印件、患者本人或者其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，应当提供保险合同复印件、死亡患者法定继承人或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

第二十一条 按照《病历书写基本规范》和《中医病历书写基本规范》要求，病历



尚未完成，申请人要求复制病历时，可以对已完成病历先行复制，在医务人员按照规定完成病历后，再对新完成部分进行复制。

第二十二条 医疗机构受理复制病历资料申请后，由指定部门或者专（兼）职人员通知病案管理部门或专（兼）职人员，在规定时间内将需要复制的病历资料送至指定地点，并在申请人在场的情况下复制；复制的病历资料经申请人和医疗机构双方确认无误后，加盖医疗机构证明印记。

第二十三条 医疗机构复制病历资料，可以按照规定收取工本费。

第五章 病历的封存与启封

第二十四条 依法需要封存病历时，应当在医疗机构或者其委托代理人、患者或者其代理人在场的情况下，对病历共同进行确认，签封病历复制件。

医疗机构申请封存病历时，医疗机构应当告知患者或者其代理人共同实施病历封存；但患者或者其代理人拒绝或者放弃实施病历封存的，医疗机构可以在公证机构公证的情况下，对病历进行确认，由公证机构签封病历复制件。

第二十五条 医疗机构负责封存病历复制件的保管。

第二十六条 封存后病历的原件可以继续记录和使用。

按照《病历书写基本规范》和《中医病历书写基本规范》要求，病历尚未完成，需要封存病历时，可以对已完成病历先行封存，当医师按照规定完成病历后，再对新完成部分进行封存。

第二十七条 开启封存病历应当在签封各方在场的情况下实施。

第六章 病历的保存

第二十八条 医疗机构可以采用符合档案管理要求的缩微技术等对纸质病历进行处理后保存。

第二十九条 门（急）诊病历由医疗机构保管的，保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 15 年；住院病历保存时间自患者最后一次住院出院之日起不少于 30 年。

第三十条 医疗机构变更名称时，所保管的病历应当由变更后医疗机构继续保管。

医疗机构撤销后，所保管的病历可以由省级卫生计生行政部门、中医药管理部门或者省级卫生计生行政部门、中医药管理部门指定的机构按照规定妥善保管。

第七章 附 则

第三十一条 本规定由国家卫生计生委负责解释。

第三十二条 本规定自 2014 年 1 月 1 日起施行。原卫生部和国家中医药管理局于 2002 年公布的《医疗机构病历管理规定》（卫医发〔2002〕193 号）同时废止。



病案归档管理制度

为进一步加强我院病案管理工作，提高病历质量，提升服务效能，特规定如下：

（一）病人出院后需在出院一周内将电子病历归档，纸质病历须同时到病案室归档。

（二）严格执行院内病案交接制度，病案工作人员与临床移交病案人员双方核对无误后，在“病历交接登记本”上签字，病案室应及时向临床科室查询催交未归档病历。

（三）病历首页信息录入必须完整，疾病诊断和手术名称必须按国家 ICD—10 标准填写（有疑问可与病案室联系），以便医院信息系统的统计，如填写不完整，电子病历将不能提交。

（四）每月对病历归档进行考核，出院所有病历必须于一周内归档，超过期限按月考核标准扣分：科室病案未归档率达 5%，扣 1 分，依此累加计分，直到 5 分全部扣完为止，与当月医疗质量考核绩效挂钩。

病案借阅管理制度

（一）借阅病案应在病案室进行，尽量做到不借出病案室，既有利于病案的管理，又可解决交叉使用的需要。

（二）个别或少量病案可根据需要随时提供，批量借阅应预先约定日期，可酌情采取分期分批借阅的方法，以免影响他人借阅，保证病案的有序供应。

（三）借阅病案要办理借阅手续，要妥善保管和爱护，不得转借他人，不准在病案上标注、涂改、污损、撕页，并按规定时间归还。

（四）非从事临床、教学和科研的本院人员及实习人员无权病案，进修医生如有进修科室指定任务，应经所在科主任批准，方可借阅。

（五）复诊病人、病案讨论或死亡病例讨论需借原住院病案时，由本院经治医师或主管医生办理借阅手续，用毕后及时归还。

（六）病案借阅后要按期归还 [单份病案三日期限，少量病案一月期限，批量病案（50 份以上）借阅时间不得超过三个月]，凡借阅病案逾期不归还者，按相关的病案管理条例处罚。

（七）病案涉及病人隐私，一般不外借，公检法、保险机构或其他需查阅者可持有效证明在病案室查阅或复印有关允许复印的客观资料。患者及家属不得借用病案，如需要可按相关规定办理复印手续。

（八）病案室应做好病案借阅、登记、催交工作，借阅后的病案归还时由病案管理人员审核后归档上架。



病案库房保管制度

为了确保病案的安全、完整，延长其保管年限，特制订病案库房保管制度。

(一) 医院设置独立的病案库房，库房必须与其他工作用房分开，使用面积适应工作需要，并预留一定的空间。

(二) 库房内配置必要的防护设施、设备，做到符合防盗、防鼠、防虫、防光、防尘、防湿、防高温等八防要求。

(三) 病案密集架结实、美观，排列整齐有序，归档病案封面、封底符合规范要求。

(四) 库房内禁止存放病案以外的物品（特别是易燃易爆物品）。进入库房不得使用明火或吸烟，保持库房内清洁卫生。

(五) 每日做好库房温、湿度记录，下班时检查门、窗、水、电等安全情况。

(六) 定期（每季度一次）检查病案保管情况。

(七) 病案的存、取一律由管理人员办理，非病案管理人员不得进入库房。接待参观、考察需要领导批准。

病案室信息保密利用制度

(一) 管理人员必须有良好的职业道德，严禁泄露病历中涉及的国家机密和个人隐私。

(二) 利用病历档案要手续完备，符合管理规定。对利用者的无理要求，管理员既要坚持原则，又要说明情况。

(三) 利用者一般情况下只能在病案科阅览，不得随意将病案带出科室。病人重新入院或病例讨论，必须由住院医师签署意见方可办理借用手续。

(四) 司法取证或外单位利用病历，需持单位介绍信及相关证明材料，经医务科批准后方可调阅，一般情况下只能摘抄部分有关内容，特殊情况可提供一定范围内容的复印件。

(五) 借出、调阅的病历出现拆散、涂改、损坏、抽走页面、丢失等现象，根据情节按《病案管理制度》给予必要的处罚。

(六) 加强对病案资料的管理，做到定期清点和检查，集中保管，以防丢失泄密。

(七) 严格执行资料借阅制度，不准把机密资料私自外借，不准随便摘录资料，不得与非有关人员交谈涉及资料内容。

(八) 对外信息公开或发布信息前应由科室负责人审查，重要信息报分管领导签字审批。

(九) 因玩忽职守造成资料丢失或泄密者，视情节轻重依纪、依法处理。



病案室工作制度

- (一) 在医务科科长领导下完成病案室各项工作。
- (二) 负责全院住院病历的收回、整理、装订、归档、保管和利用工作。
- (三) 负责出院病历的登记,做好姓名、疾病、手术的计算机索引和网络编码编目工作。
- (四) 负责再入院病人病历的借阅工作,为医疗、教学、科研提供有关资料,根据医院规定向公检法司、病人或家属及其它单位或个人提供病案资料查阅、利用。
- (五) 认真做好病历保管工作,使病历保持清洁、整齐、通风干燥,做好防火、防盗、防潮、防霉、防虫工作。

住院病历复印规定

根据国务院《医疗事故处理条例》和卫生部《医疗机构病历管理规定》,所有由医院保管的病历一律不能外借,但可按规定复印病历。本院病历复印规定如下:

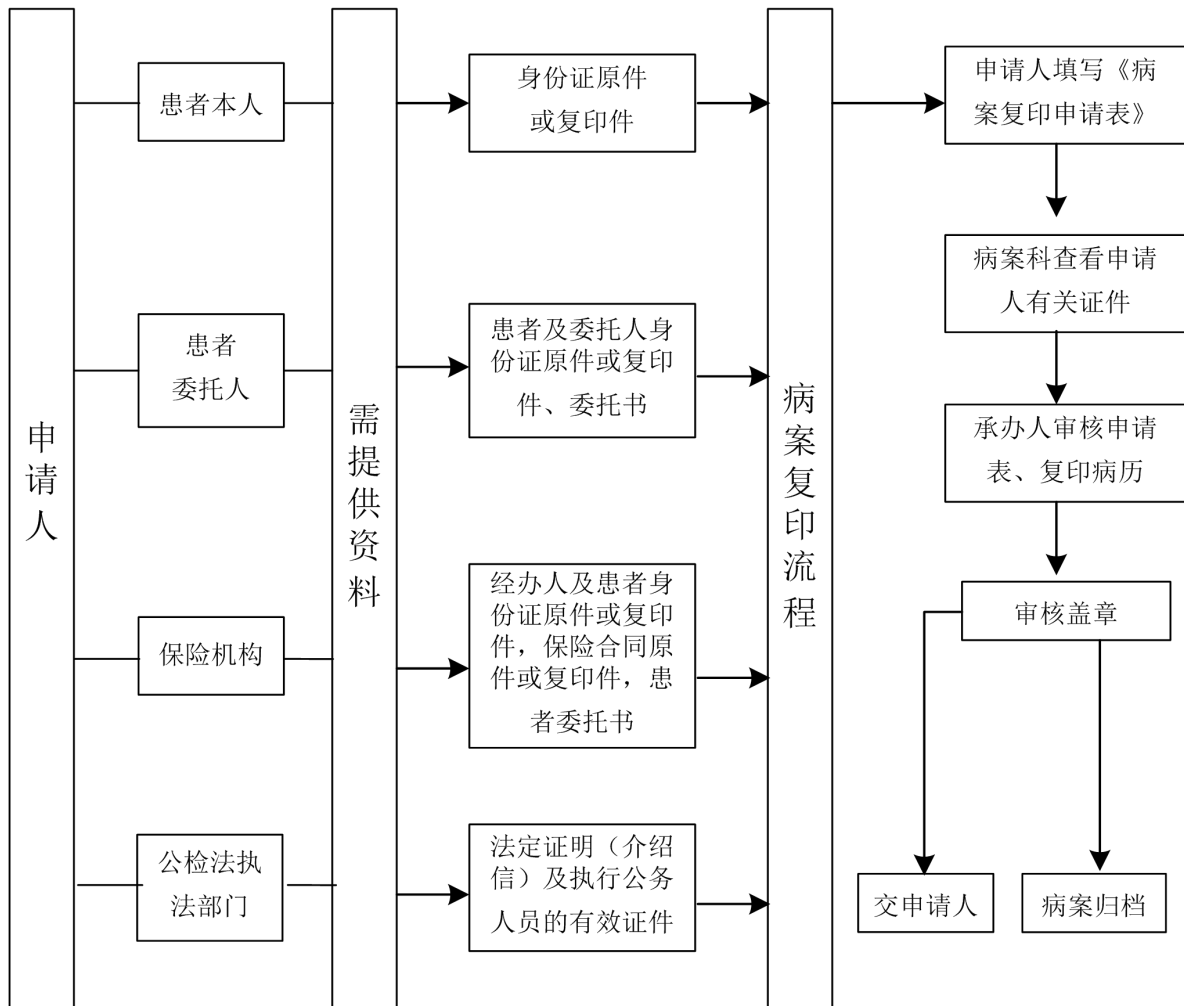
- (一) 病人复印病历应提供身份证明在申请人在场的情况下,到本院病案室复印,并加盖病历资料复印证明专用章。
- (二) 受理病历复印的时间: 归档住院病历的复印在病人出院后 10 个工作日内受理,由病案室负责办理。病人住院期间需复印病历的,应当由病区指定专门人员负责陪同复印。
- (三) 允许复印的病历资料包括: 门(急)诊病历;住院病历中的入院记录、体温单、医嘱单、化验单(检验报告单)、医学影像检查资料、特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、麻醉记录、病理报告、出院记录。
- (四) 发生医疗事故争议时,医患双方在场的情况下,封存死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊意见、病程记录等。封存的病历资料由院方保管。
- (五) 受理病历复印的申请人: 患者本人或其代理人、死亡患者近亲属或其代理人、保险机构。
- (六) 病历复印申请人需提供如下证明材料:
 - 1、申请人为患者本人: 患者的有效身份证明。
 - 2、申请人为患者代理人: 患者的有效身份证明、代理人的有效身份证明、患者的授权委托书。属代理人: 患者死亡证明、近亲属的有效身份证明、代理人的有效身份证明、近亲属关系的法定证明材料、代理关系的法定证明材料,以及近亲属授权委托书。
 - 3、申请人为死亡患者近亲属: 患者死亡证明、近亲属的有效身份证明、近亲属关系的法定证明材料(户口簿)。
 - 4、申请人为死亡患者近亲属的,应当由病区指定专门人员负责陪同复印。
 - 5、申请人为保险机构: 保险机构介绍信、保险合同复印件、承办人的有效身份证明、



患者本人或其代理人的授权委托书

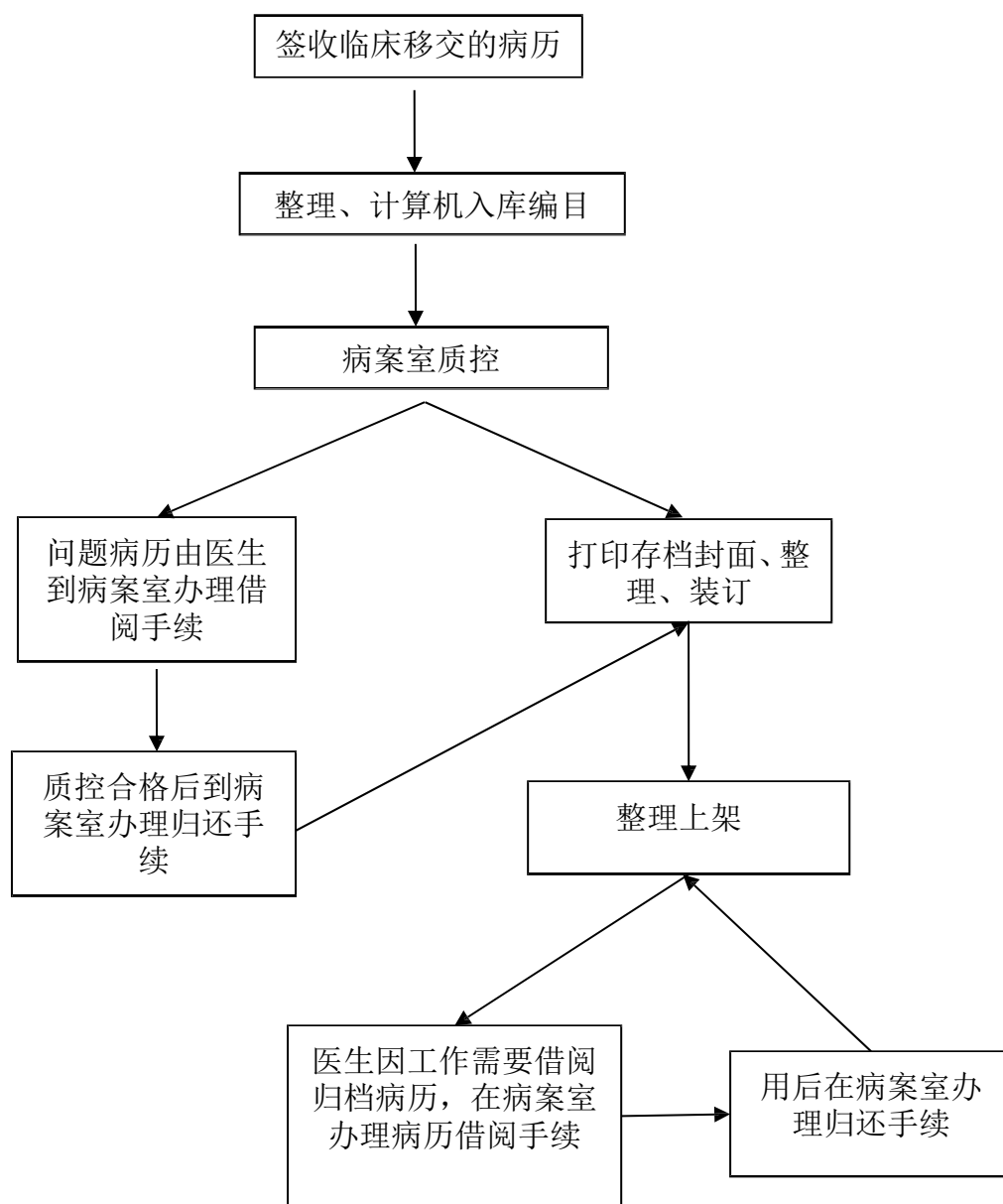
6、公安、司法机构：采集证据的法定证明、执行公务人员的有效身份证明。病历复印申请批条及申请人有关证明材料病案室留档备案。

病历复印流程图





病历归档入库、借阅流程图





科室管理



入院制度

（一）入院保障程序：

1、临床各科室、门诊部、医务科、护理部及医院总值班通力合作，保证有住院指征的病人一天 24 小时均可及时入院诊疗。

2、在本院注册具有执业医师资格的医师方有资格收治其专业范围的病人，所有住院证上必须写明入院初步诊断或收住的正当理由，并向病人及其家属做好以下解释工作：住院的理由，初步治疗计划，治疗的预期结果，初步估计的住院费用，其他有助于病人及其家属做出住院决定的信息。

3、关注在就医和入院治疗过程中存在某些困难的病人，如老年人、残疾人、语言交流和听说功能受损者，并给予一定帮助。

4、所有病人入院前需交纳预交款，对于病情不稳定急需抢救的病人，必须先抢救病人，然后补办入院手续。

（二）平诊病人入院程序：

1、门诊医师在初步评估病人的基础上，对确需住院治疗的病人，衡量医院提供的服务和设施能否满足其治疗疾病的需求，如能满足其需求，则决定病人入院并签发住院证。

2、病人至入院收费处办理入院手续，填写入院前的有关信息，支付费用。

3、入院收费处将病人的信息输入电脑，病人携带门诊病历、检查报告单、住院证便可入病区。

4、进入病区后接诊护士开始初次评估，通知病区主管医师。

（三）急诊病人入院程序：

1、急诊医师根据病情需要决定病人入院，诊断不清可先请会诊，再由急诊医师与专科会诊医师协商后，决定入院。

2、病人家属办理入院和交费手续。

3、对于有入院指征的急诊病人，如因医保付费问题或其他原因，病人或其家属拒绝入院，必须在门诊日志上签字并由医师记录说明病人拒绝入院原因。

4、急诊护士通知相应病区护士，作好病人接收准备，必要时安排护士或陪检人员护送到病区。

5、急诊危重病人，医师、护士需陪同患者到达住院病房。并填报交接记录。

6、值班医师在值班期间收治入院的急诊患者归属：根据专科情况，由专科收治。专科情况不明时，由首诊科室值班医师负责。多科情况由临床情况最紧急，需优先处理的专科负责。必要时由医务科协调安排。



转科、转院制度

(一) 患者在住院期间需要转科时，经转入科室医师会诊和上级医师或科主任同意接收后方可转科。

(二) 转科前由经治医师开转科医嘱，并写好转出记录。按预定时间转科。急、重症患者应待病情相对稳定后再转科。

(三) 患者因病情变化，经治医师因休息、出差等缺席时，一律由值班医师全权处理，不得以任何借口推诿。

(四) 转科时由护理人员陪送患者到转入科室，并向值班医护人员交清患者病情，转入科室的接诊医师要及时书写转入记录。

(五) 患者需要转科，但专科界限不清，疾病诊断主与次难以划分时，会诊后由两科医师分别报告各自科主任，由科主任协商决定，仍不能解决的，由医务科决定。

(六) 住院患者转院须经科内讨论，科主任决定。医保、农合患者转院须经分管院长批准。

(七) 患者在转院途中病情可能加重或死亡时，应留院处置，待病情稳定后再行转院。较重患者转院时应派医护人员护送或报告 120 急救中心转运。

转科、转院、留观服务流程

(一) 转科服务流程

1、病人经评估后因病情需要转科，经知情同意及转入科会诊同意后，由主管医生开出病人转科医嘱，并写好转出记录。

2、责任护士根据医嘱与转入科室联系，完成本病区应实施的诊疗护理措施及护理文书书写，并通知病人 / 家属做好转科准备。

3、护士核对长期、临时医嘱，结算病人在本病区所用的药物及治疗费用，注销各种诊疗卡（床头卡、治疗卡、给药卡等）。

4、责任护士征求病人对本科室的工作意见，并协助病人整理物品，清点被服，携带病历、药物护送病人至转入病区；转科时由所在科室提供平车、轮椅、氧气等物品，平诊患者转科时应有护士护送，急危重症患者转科时应有医生、护士同时护送，并提供必要的抢救设备、措施。

5、责任护士与转入科室的护士交接病历及药物，待转入科室接收病历并安置好病人，双方在床边交接病人的病情及护理情况后方可离开（急危重症患者应有转出、转入科医师、护士共同进行床边交接）。转入科办好转入手续，转入科书写转入记录。

(二) 转院服务流程

1、转院提起：因本院限于技术、设备条件，无法诊治或按照有利于病人的原则；



- 2、转院决定：由经管主治医师以上提出、科主任同意；
- 3、转院应严格指征，做好风险评估，凡生命体征不稳定、转院途中可能加重病情者应留院处置；
- 4、转院前，应做好知情告知、知情同意签字手续，充分告知风险，且做好防范预案；
- 5、重症病人转院，由所在科室医护陪送，并适当配备途中抢救治疗药品及器械，与接诊医院做好交接后方可离开；
- 6、转院时，当班或者经管医师应该书写转院记录或者行相关病历资料复印，交予患者带走，办理出院手续，协助联系车辆；
- 7、因其他原因要求转院的病人，可以由其本人、家属或单位自行联系解决，按自动出院处理。

（三）急诊留观服务流程

- 1、根据病情需要，必须急诊观察的病人，可在观察室进行观察，观察时间一般不超过72小时。
- 2、有下列病情可选择急诊留观：
 - ①暂不能确诊，病情又不允许返回者。
 - ②诊断明确短期内可治愈者。
 - ③符合入院条件病区暂无床者。符合入院条件，但患者及家属不同意住院治疗。
 - ④其他需要留观者。
- 3、凡留观病人，应由经诊医师开具留观通知单，办理收住手续后，送入观察室。
- 4、需留观的患者，医师应向值班护士交待病情、观察项目、观察要求、注意事项，按规范下达医嘱，完成病历书写。护士应随时巡视，密切观察病情，做好治疗、护理工作，发现病情变化及时报告医生，及时、准确完成护理记录。对危重患者，护士应做到“六掌握”：姓名、病情、诊断、治疗及各种检查报告指标和心理状态。
- 5、留观患者根据病情需要由值班医师或护士长商定陪伴人员，人数不超过2人。非陪伴人员不得在观察室内逗留。
- 6、留观病人应遵守本院各项有关规章制度，探视人员和陪伴人员不得在观察室内喧哗和吸烟。
- 7、患者离开急诊观察室或急诊监护室，应有医师的医嘱，护士根据医嘱为患者办理出院、转科、转院手续，做好费用结算和健康宣教。
- 8、急性传染病及精神病患者不属留观范畴。

关键科室间患者转接流程

（一）急诊与手术室的交接程序

医师开出医嘱；护士收到并确认；通知病人办理入院手术；佩戴腕带；与医生确认



是否通知麻醉科及手术室，术前准备工作；整理病历；等待通知；与麻醉师、手术室护士详细交班。

（二）急诊与 ICU 交接程序

医师开出住院证，家属办理手续；核对病人信息；通知 ICU 护士，等待 ICU 通知；准备抢救用物品；与 ICU 护士详细交班。

（三）急诊与病房交接程序

医师开出住院证，家属办理手续；核对病人后；通知病区主班护士，准备物品等待通知；转运前评估病情，与接收科室护士详细交接班。

（四）手术室 / 麻醉科与病房 / ICU 术前交接和术后交接的程序与内容

术前交接：病房择期手术病人术前交接；核对手术交接核查表；准备病历及药物至术前准备室；病房护士与术前护士交接。

术后交接：麻醉医师开出转病房医嘱；术后恢复室护士通知病人回病房时的准备事项；送病人至病房；评估病人后病房护士与术后护士进行交接。

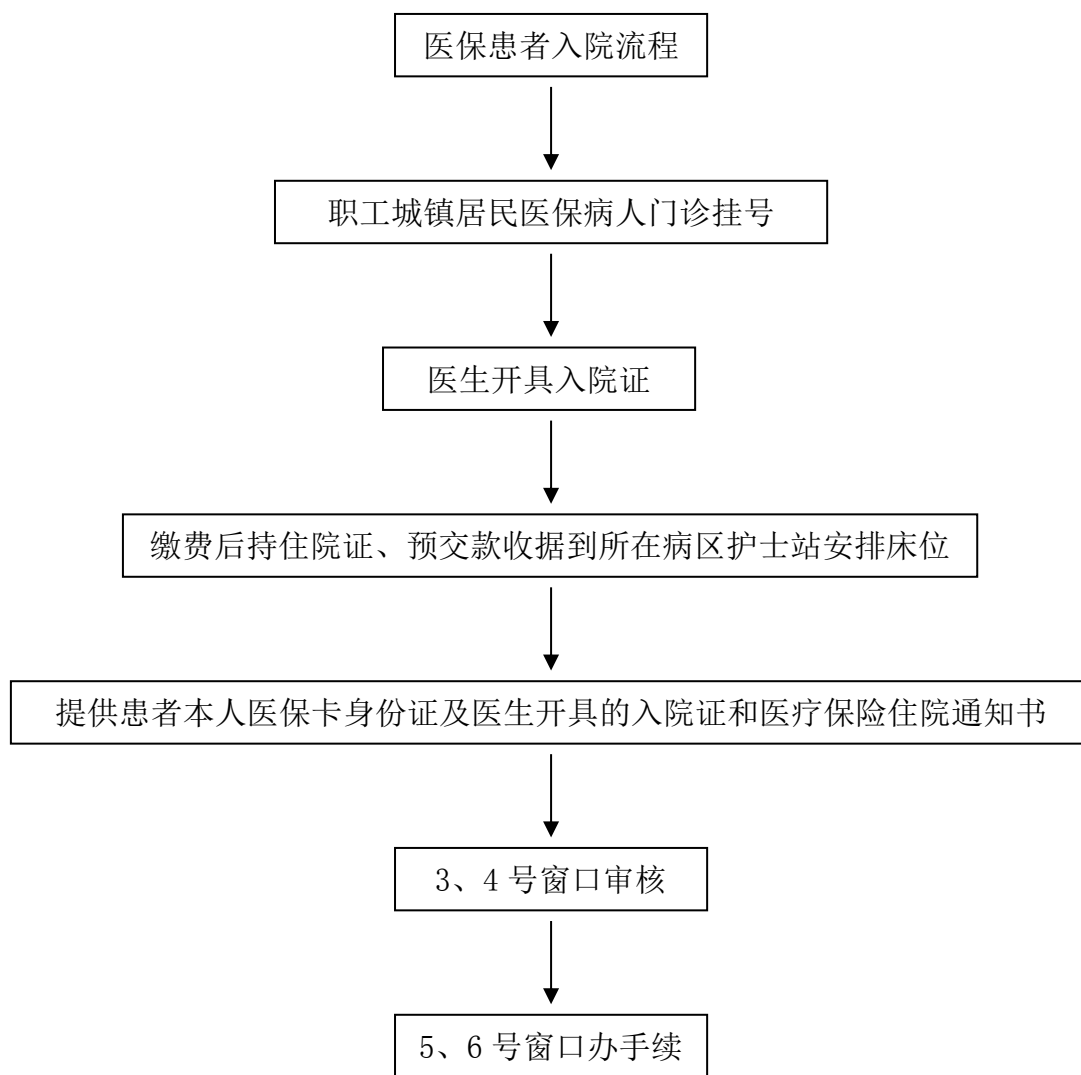
（五）病人在院内转运时需要填写交接转运单的环节

如：急诊、产房、新生儿室、病房、手术、ICU。



入院、出院流程

1、职工、城乡居民医保患者住院结算流程

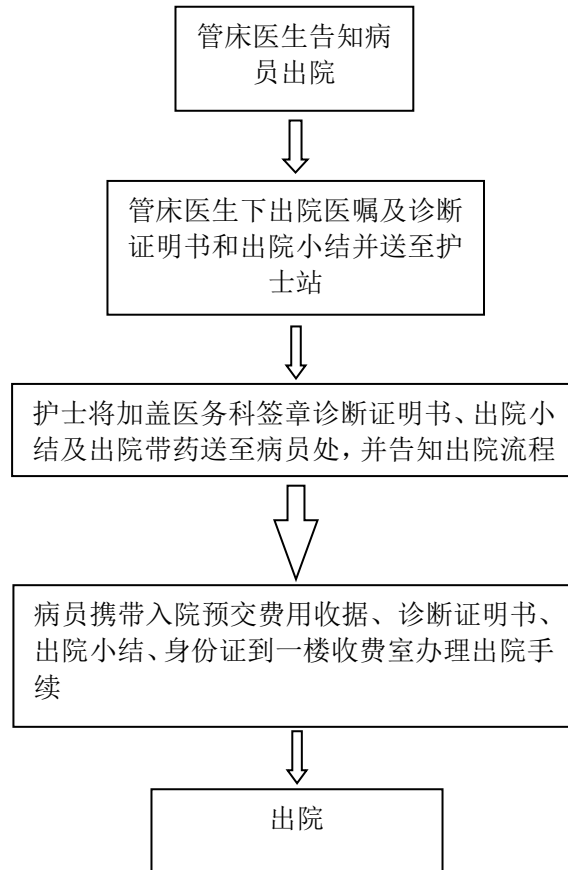


备注：1、如您未带职工医保卡、城乡居民卡，可先办理自费住院，但务必于2日内备齐相关证件办理医保变更手续。以免给您带来不必要的麻烦。

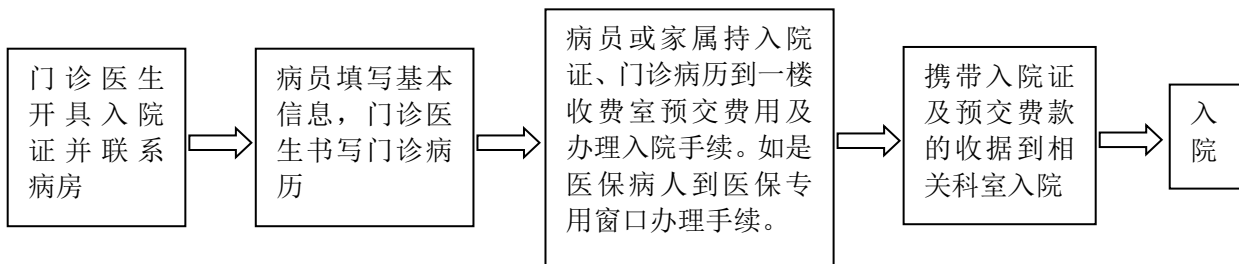
2、办理地点：一楼大厅收费窗口。



2、自费患者出院流程



3、入院流程





随访工作制度

为了积极推行医院倡导的院前、院中、院后一体化医疗服务模式，将医疗服务延伸至院后和家庭，使住院病人的院外康复和继续治疗能得到科学、专业、便捷的技术服务和指导，特制定出院病人随访制度。

（一）建立出院病人信息档案，内容应包括：姓名、年龄、单位、住址、联系电话，住院治疗结果、出院诊断和随访情况等内容。

（二）随访范围：所有出院后需院外继续治疗、康复和定期复诊的患者均在随访范围内。

（三）回访要求：由经治医生负责对需要随访的出院病人进行随访。通过与病人或家属的沟通，详细收集病人资料并记录，在病人出院 3-5 天内进行第一次电话回访，特殊病人根据需要随时回访。

（四）随访方式：包括电话随访、接受咨询、书信联系等。

（五）随访内容包括：一是了解出院病人出院后的治疗效果、病情变化和恢复情况，指导病人如何用药、如何康复、何时回院复诊、病情变化后的处置意见等专业技术性指导；二是进行住院满意度调查并征求病人及家属的建议和意见。

（六）医院和各科向社会公布医疗和咨询服务电话，接受健康咨询、预约专家、预约检查。

（七）工作人员应耐心解答病员及家属的有关咨询，凡属专业性较强的问题不能准确回答的，要很礼貌的告诉对方找有关科室或专家咨询，并告之联系方式。

（八）医院每年召开一次医德医风监督员座谈会，征求社会和病人的意见和建议；倾听患者提出的合理化建议，改善医院的服务质量。

特定患者随访制度

为了切实搞好优质医疗服务，提高医疗质量，加强医患之间的沟通，提高我院临床 / 科研水平，要求各主管医师对特定患者（临床 / 科研需要）实行随访。为进一步加强对随访患者规范管理，特制定如下规定。

一、随访责任

主管医师作为实施特定患者随访工作第一责任人，从思想上要高度重视，积极安排好对出院特定患者随访工作，确保患者对医院服务质量满意，切实提高我院临床与科研水平。科主任根据病种确定随访时间并监督执行。

二、随访方式

为特定患者建立随访档案，根据病情实施随访，以电话随访、门诊复查相结合的方



式进行随访。

三、随访的要求

(一) 办理入院手续时有关工作人员应要求病人详细填写工作单位、家庭住址、职业、联系电话等项目。

(二) 科室必须做好随访病人登记记录，不断积累丰富临床经验，从而确保疾病诊治效果，提高治愈率。

(三) 主管医师应认真填写随访患者登记表，详细询问病人出院后的身体状况，并做好记录。同时指导患者出院后的健康教育，并让患者本人填写随访记录。

(四) 随访医师出诊时必须衣帽整齐、礼貌待人、热情服务。

关于加强诊断证明书管理和规范使用的规定

为了提高我院医疗的社会公信力，强化医疗行为的法治观念和医德意识，必须加强诊断证明书的管理和规范使用。为此特规定如下：

(一) 按照原卫生部《诊断证明管理规定》，出具医学诊断证明书的人员应为具有主治医师及以上职称，住院医师当班时，请示上级医师同意后开具，上级医师需在存根栏加签。在本医疗机构注册的执业医师，出具诊断证明书的医师对所做出的诊断负法律责任。医师不得出具与自己执业范围无关或者与执业类别不相符的医学证明文件。

(二) 医师必须亲自诊查患者并有我院的相关检查、检验结果或上级医院近期相关疾病检查结果（生化结果三天，影像结果一周有效）后方可出具医学诊断证明书。医学诊断书应客观、全面，每项诊断都应具备科学的、客观的诊断依据，并与病历中记载的病情和检查结果相符，主要处理意见也应在病历中记载备查。

(三) 医师开具的诊断证明书必须填写完整（包括姓名、性别、年龄、职别、疾病标准全称）。原则上，急诊开具病休假时间一般不超过3天，门诊不超过1周，慢性病不超过2周，特殊情况不超过1个月。出院病人的诊断证明书由各临床科室经治医师出具，病休时间超过一个月的必须由科主任签字，超过两个月的必须由医务科审批。

(四) 对事后的医学诊断证明书，一般不予补办。确有特殊情况的，要以事实为依据，由医师亲自核实后并经医务科批准才能补办，补办时落款时间必须书写为补办当日日期，同时注明“补办”二字。

(五) 诊断证明、休假证明只证明患者疾病诊断和是否需要病休，以及时间或医疗建议，不得出现疗养、免夜班等非临床医学治疗内容，不应提及与医疗不相关的其他处理意见。

(六) 诊断证明书的发放、保管、使用、签署、盖章必须符合医院的有关规定和手续。住院部已盖章的空白诊断证明书必须妥善保管，层层领用签字。做到责任可追溯。防止遗失和被盗用。



此规定的解释权在医务科，特此通知，请各临床科室遵照执行！

晨会制度

晨会又称每天工作例会，是业务科室进行交接班（晚班向白班交班）、布置当天工作、协调科内相关人员的会议。

（一）晨会的准备与组织

1、晨会由科主任或护士长主持，全科医护人员参加，每天上午上班后准时召开，每周一次工作小结。晨会时间不超过 30 分钟，重要内容要有详细记录。

2、晨会前，科主任或护士长应事先查阅夜班值班人员交班记录，向夜班值班人员了解有关病人情况和其他工作情况，做到心中有数。

3、夜间值班医护人员晨会前必须完成交接班记录的书写，做到规范、重点突出、简明扼要。

（二）晨会内容

1、进行交接班，夜间值班人员应简明扼要，报告病人出入院情况和危重、手术、特殊诊治前后的病人病情变化。

2、听取有关医务人员的情况反映，能及时协调处理的及时处理。

3、布置当日工作。

4、传达上级指示和医院干部会议、党政联席会议、支部会议等会议精神。

5、传达有关职能部门的通知等。

6、强调工作纪律、医德医风和医疗质量与安全方面的问题。

转科交接登记制度

为确保患者医疗安全，完善关键流程（急诊、临床科室、手术室）的转科患者识别措施，健全转科交接登记工作，特制定本制度。

（一）医护人员在为患者办理转科交接时，必须严格执行查对制度，门（急）诊患者至少同时使用姓名、年龄 2 种方法确认患者身份；住院患者必须按规定使用“腕带”标识识别；无表达能力的三无人员必须佩戴“腕带”标识，利用编号（门诊号、住院号）识别，保证转科交接无误。

（二）凡住院患者因病情需要转科者，经转入科会诊同意，并在会诊申请单上签署意见，转出科持会诊单联系好床位，方可转科。

（三）转入科对需转入患者应优先安排，及时转科。如属急危重患者，转入科应尽快解决床位；如转科过程中有导致生命危险的可能，则应待病情稳定后，由转出科医师和护士陪送至转入科。



(四)转科前由经治医师开出转科医嘱,并写好转科记录,通知住院处,按联系的时间,根据患者病情派相应人员陪送到转入科,向值班人员交接有关情况。转出科室护送人员和转入科室接收人员均应即时在转入科室的《转科交接登记本》上规范、真实填写交接内容,双方签名确认。

(五)转入科应及时诊治或抢救转科病人,写好转入记录。

(六)危重病人转科时,转出科医师应向转入科医师当面交代病情。

(七)如病情需两科共管者,应以原所在科室为主,共同负责协商解决,定期按时查房。

(八)手术患者在转运交接过程中,必须有患者身份识别的如下具体措施:手术患者进入手术室前,由病房护士给患者使用“腕带”标识,写清患者床号、姓名、性别、住院号、科别、血型后,与手术室护士交接并填写病房与手术室对接单,无误后方可进入手术室。

(九)急诊、临床科室、手术室之间患者识别,必须有患者身份识别的如下具体措施:

1、急诊科危重患者转科:由医务人员护送,确保搬运安全;出示患者在急诊就诊的病历;认真与科室护士交接,内容包括患者一般资料、病情、置管情况、特殊情况等,并填写急诊科危重患者转接相关记录单,双方确认无误签名后方可离开。

2、门诊急诊患者与手术室、病房转接患者:由医务人员护送,确保搬运安全;出示患者在急诊就诊病历;认真与科室护士交接,内容包括患者自然情况、生命体征、意识状况、皮肤完整情况、出血情况、引流情况等,填写门诊急诊患者与手术室、病房交接相关记录单,双方确认无误签名后方可离开。

3、科室与手术室转接患者:科室护士认真查对,做好手术前准备;认真与手术室护士进行交接,内容包括:床号、姓名、手术名称、生命体征、手术前准备、手术部位标识、药物情况等,并填写科室与手术室患者对接记录单。

4、手术室与科室转接患者:手术后,手术室护士仍应与病区做好病情、药品及物品的交接,填写手术室与科室患者对接记录单,无误后方可离开。

病人转运管理制度

为了规范我院病人转运(离科检查或治疗、转科、转院)的管理,保障医疗质量、医疗安全,现规定如下:

一、病人转运前医护人员应先稳定病人病情,对病人进行评估,确保病人各项生命指征在一定时间内维持平稳方可转运。根据病人的病情及活动自理能力,选择安全的运送方式。一般情况下由亲属或陪送人员护送,正在输液或途中可能需要护理的应有护士护送,病情不稳定或重危病人须由医生、护士护送;一级护理病人、病情危重或行走困难者,应用平车或轮椅运送。

二、一般病人转运



1、一般病人检查转运：医护要告知病人及其护送亲属转运时间、到达检查科室名称、地点、转运途中注意事项，以及出现突发情况时与医生的联系方式。

2、一般病人转科转运：由转出科室责任医护人员携带完整病案陪送病人前往转入科室，并提前电话通知转入科室做好接待准备工作。

3、一般病人出院转运：由所在科室指导病人及其亲属办好出院手续，嘱带好所需物品资料，交待途中注意事项。对行动不便或高龄患者且陪护人员只有一人时，科室应主动派专人协助病人亲属护送病人到医院内所乘交通工具上。

三、危重病人转运

1、危重病人转运必须安排医护人员护送。负责转运危重病病人的医护人员要具有一定的临床经验，转运途中要严密观察病人的生命体征和病情变化。

2、危重病人离科检查或治疗转运：主管医师、护士须携带必要的救治药品等全程陪同，提前通知相关检查科室做好接待准备，保证病人随到随做。

3、危重病人转科转运：由转出科室责任医护人员携带完整病案陪送病人前往转入科室，根据病情通知接受科室准备相关仪器和抢救药品，并告知电梯等候，确保转运畅通，并做好床边交接。

4、实施全麻手术的病人，术后须由手术医师、麻醉医师、手术室护士护送至监护病房，并进行交接。

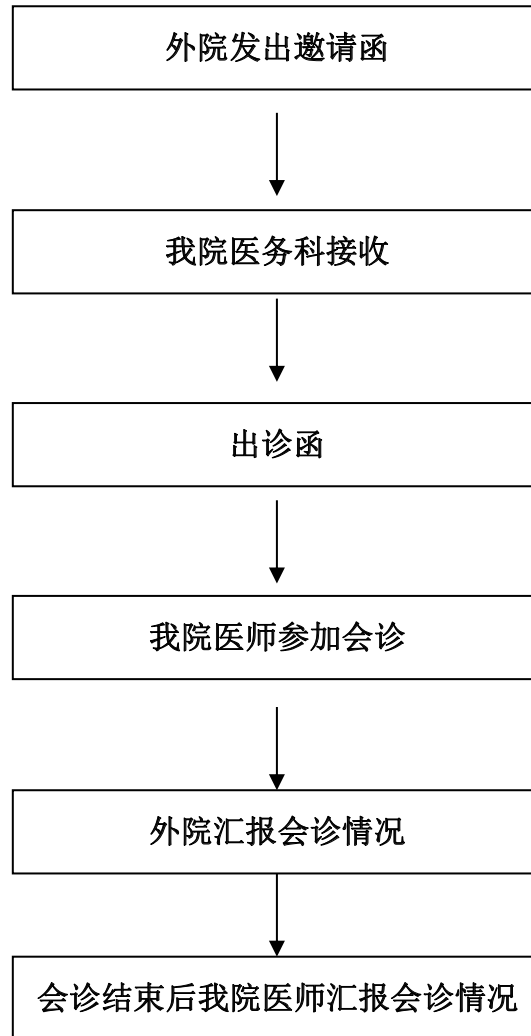
5、危重病人因限于我院技术水平、设备条件或患特殊疾病，诊治困难需转上级医院治疗者，按以下四种情形进行转院转运：一是对未办理入院手续、急诊科留观病人需转上级医院的，由急诊科医生护送转院；二是住院病人需转院的，经科内讨论，科主任批准同意后，由本科室医生护送转院；三是新收入院病人，首诊科室经院内会诊须转上级医院的，由书面提出转院意见的会诊科室派医生护送转院；四是涉及多学科、多专业的危重病人，首诊科室报医务科（中、夜、节假日报总值班）协调安排相关专业医生护送转院。

四、转运过程中，病人一旦出现紧急意外情况，医护人员要进行就地抢救，事后及时补写记录。

五、违反本规定处置病人导致不良后果由当事人自己负责，引发医疗安全事件（纠纷）按照责任因素处罚。



外出会诊流程图





三、护理部分

护理相关制度



护理部工作制度

- 1、建立健全的护理管理组织体系，实行二级护理管理，建立护理垂直管理体系。
- 2、实行目标管理，制定中长期工作规划、年计划、月工作重点，并认真组织落实，半年及年终有工作总结。
- 3、建立健全各项护理工作制度、疾病护理常规及护理技术规范。
- 4、落实岗位管理，建立健全各级护理人员岗位职责、岗位考核标准和绩效考核工作。
- 5、认真实施优质护理服务。
- 6、负责护理质量与护理安全管理工作：制定全院护理质量管理计划并组织实施；健全护理质量考核标准，每月组织护理质量检查，护士长工作质量考核，负责全院护理不良事件的管理，落实上报、原因分析及讨论，达到持续改进。
- 7、每季度组织一次全院护理查房。
- 8、坚持薄弱时间的查房制度。
- 9、每月进行全院护理工作满意度调查至少一次，病房每月进行护理工作满意度调查至少一次。
- 10、执行会议制度，每月召开护士长例会，总结分析护理工作情况。
- 11、参与全院护理人员的聘任、调配、奖惩、培训、选留等有关事宜，向医院提出意见和建议，做好人力资源的应急调配，重大问题及时请示报告。
- 12、负责护理教学科研管理工作：负责全院护士的在职继续教育培训和考评；负责护生的临床实习管理工作；负责护理科研管理工作。
- 13、负责护理对外交流工作，接待同行来医院参观，选派骨干赴上级医院学习。
- 14、重视护理文化建设，规范护理服务。
- 15、全院护士业务考试严格按照考核制度执行。
- 16、完成医院交办的其他工作事宜。

住院患者管理制度

- 1、住院患者需保持医院环境整洁、安静，不随地吐痰，不乱丢果皮、纸屑，禁止在病区内吸烟、喧哗。
- 2、患者须留陪护者，由医生根据病情开具医嘱；患者家属需遵守医院探视、陪伴管理制度。按患者外出管理制度执行。
- 3、遵守病房作息时间，维持病房良好秩序，病房电视开放时间以不影响查房及患者休息为原则。
- 4、住院患者饮食应严格遵照医嘱的要求，自己不得随意更改。



5、病区内禁止烹饪生食或使用电饭煲、电炉等大功率电器，加热食品可在工作人员指导下正确使用病区内提供的微波炉。

6、患者不得互串病房或自行调换床位，防止交叉感染；不得翻阅病案及其他有关医疗记录，如有疑问，可向医生咨询。

7、患者在住院期间应积极配合各种治疗和护理。

8、患者须妥善保管随身携带的贵重物品，防丢失。

9、发现违反医院规章制度的患者，及时劝阻，加强宣教。

10、住院部显著位置配备意见箱，方便患者对医院工作提出意见或建议。

病区环境管理制度

1、病区应保持安静、整洁，温度、湿度适宜，给病人一个好的休养环境。

2、病区内严禁吸烟，加强微波炉、开水器等的管理，严禁携带大功率电器和易燃、易爆物品，如酒精炉、电炉等进入病区，以免污染环境及引发火灾。

3、加强病区的安全管理，注意病区防火、防盗，经常做有关安全方面知识宣传，保障病人住院期间的安全。

4、医护人员要做到“四轻”（走路轻、说话轻、关门轻、操作轻），限制探视时间及探视人数，保持病区安静。

5、护理人员做好晨、晚间护理，整理床单位，整理办公室及休息室，保持整洁，物品摆设规范；保洁员做好清洁卫生及污物处理，保证病区清洁整齐。

6、病室内温湿度适宜。定时开窗通风，保持病区内空气新鲜。

7、严格执行消毒隔离制度，包括墙面、地面、床单元、空气等消毒处理，避免院内感染的发生。

8、病区设有消防措施，备有消防栓，要求人人做到会报警、会使用消防器材、会疏散逃生，保证消防通道的畅通。

护士站、医护办公室管理制度

1、室内陈设按医院设置规定地点整齐、有序摆放，标识清晰。

2、医护人员不得在护士站、医护办公室闲谈，非本院工作人员未经允许不得进入护士站及医护办公室。患者、家属及探视人员不得翻阅病历资料。

3、护士站及医护办公室无私人物品，交接班时做到事清、物清、室内清洁整齐。

4、保持病区呼叫系统性能良好，随叫随到。



病历、实物紧急封存管理制度

1、发生医疗事故争议时，需要紧急封存病历，内容有死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊意见、病程记录、护理记录等。

2、应当在医患双方在场的情况下封存和后封并加盖印记证明。封存的病历资料可以是复印件，由医疗机构保管。

3、疑似输液、输血、注射、药物等引起不良后果的，医患双方应当共同对现场实物（包括输液器、注射器、残存的药液、血液、药物 W 及服药使用的器皿等）进行封存和启封，封存的现场实物由医疗机构保管；需要检验的，应当由双方共同指定的具有依法检验资格的检验机构进行检验；双方无法共同指定时，由卫生行政部口指定。封存物品送检启封时，双方当事人共同在场，在场的双方当事人应具有完全民事行为能力，均保证 2 人以上。

4、封存病历前护士应完善的工作：

（1）完善护理记录，要求护理记录要完整、准确、及时，护理记录内容全面与医疗记录一致，如患者死亡时间、病情变化时间、疾病诊断等。

（2）检查体温单、医嘱记录单是否完整，包括医师的口头医嘱是否及时记录。

（3）病历封存后，由医务科指定专职人员保管。

5、可复印病历资料

包括门（急）诊病历和住院病历中的入院记录、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查、知情同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录等。

探视、陪伴管理制度

1、陪伴、探视人员应遵守法律法规及医院的规章制度，尊重医务人员，有义务协助维持良好的医疗环境与医疗秩序，保持病房清洁、安静，病区内禁止吸烟。爱护医院公共财物，如有损坏，照价赔偿。

2、按管理规定有序探视患者，每次不超过 2 人；为了保证患者的健康和安全，对于须留陪护的患者，由医生根据病情开具留陪医嘱，经护士长或责任护士同意，原则上留陪伴一人。学龄前儿童不宜进入病室。传染患者不得探视、陪伴。

3、探视者应按探视时间、管理规定有序探视患者。非探视时间无特殊情况不得探视，如需探视应由病房负责人同意。

4、陪伴、探视人员不得随意进入治疗室、重症监护室、医生、护士办公室；不能翻阅病历，如需了解病情，可向主管医生或住院总医生以及值班医生询问；不得谈论有碍患者健康和治疗的 事宜，应协助医务人员，鼓励患者配合治疗和护理。

5、为保证患者休息及安全，陪伴和探视人员不得靠、坐、卧病床、互串病房及私自



将病人带出院外。在查房及治疗时间，陪伴应主动离开病室，如需了解病情，待查房后向医护人员询问。

分级护理制度

分级护理是根据病人病情等级和自理能力等级，给予不同级别的护理。医护人员应根据患者的病情和自理能力的变化动态调整患者护理分级。

一、特级护理

护理对象：维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者；病情危重，随时可能发生病情变化需要监护、抢救的患者；各种复杂或大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者。

护理要点：

- 1、安排责任护士专人 24 小时护理，制订护理计划，严密观察患者病情变化，监测生命体征，及时准确做好护理记录。
- 2、根据医嘱，正确实施治疗、给药及护理措施。
- 3、根据医嘱，准确记录出入液量。
- 4、备好急救所需药品和用物，保持完好备用状态。
- 5、根据病人病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管道护理等，实施安全护理措施。
- 6、保持病人的舒适和功能体位。
- 7、做好相关的健康指导。
- 8、实施床边交接班，护士长每天检查护理工作落实情况。

二、一级护理

护理对象：

- 1、重病、病危、各种大手术后及需要绝对卧床休息、生活不能自理者。
- 2、各种内出血或外伤、高烧、昏迷、肝肾功能衰竭、休克及极度衰弱者。
- 3、瘫痪、惊厥、子痫、早产婴、癌症治疗期。

护理要点：

- 1、每 30 分钟 -1 小时巡视病人一次，观察病人病情变化。
- 2、根据病人病情，测量生命体征。
- 3、根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。
- 4、据病人病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管道护理等，保持病人“三短九洁”（指 / 趾甲、头发、胡须短、颜面、口腔、皮肤、眼、鼻、耳、肛门、四肢、会阴部清洁），实施安全防护措施。
- 5、提供护理相关的健康指导。
- 6、及时、准确、完整书写护理记录。



三、二级护理

护理对象：

1、病重期急性症状消失，特殊复杂手术及大手术后病情稳定及行骨牵引，卧石膏床仍需卧床休息，生活不能自理者。

2、年老体弱或慢性病不宜过多活动者。

3、一般手术后或轻型先兆子痫等。

护理要点：

1、根据病人病情，每 1-2 小时巡视病人一次，观察病人病情变化，测量生命体征并做好相关护理记录。

2、根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。

3、根据病人病情，正确实施护理措施和安全措施，协助病人落实生活护理，保持床单元清洁、整齐。

4、提供护理相关的健康指导。

四、三级护理

护理对象：

1. 轻症、一般慢性病、手术前检查准备阶段、正常孕妇等。

2. 各种疾病术后恢复期或即将出院的病人。

3. 可以下床活动，生活可以自理。

护理要点：

1、根据病人病情，每 2-3 小时巡视病人一次，观察病人病情变化，测量生命体征，并做好相关护理记录。

2、根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。

3、提供护理相关的健康指导。

4、指导、落实生活护理及进行功能锻炼。

陪检陪送制度

1、对门诊危重患者及行动不便的患者，门诊护士要陪送就诊、检查和治疗。

2、对急诊危重患者，急诊室护士要协助挂号、陪送检查，收入院过程中须由医生或护士专送。

3、住院患者进行各种辅助检查，由护理人员陪同。

4、检查预约申请单要求当班办理。

5、住院危重患者离科检查或治疗时，主管医师须携带必要的抢救药品等全程陪同。一般住院患者离科检查或治疗时，由护理人员陪同。

6、陪检人员应按医嘱认真核对患者的姓名、床号、年龄、住院号、诊断、检查项目，



并确认患者已落实检查前的准备工作。

7、陪检人员应根据患者的病情、运用轮椅或平车送患者去检查，并保证患者的安全和舒适。

8、陪检人员在送检过程中守护患者身旁，密切观察患者的病情变化，如有特殊病情变化，应立即到就近科室并通知相关人员立即采取抢救措施，并迅速与本科室科主任、护士长及医生联系。

9、陪检人员态度和蔼、关心体贴患者、做好健康教育及心理护理工作，消除患者紧张也理。

10、陪检过程中，陪检人员不得将病历资料交给患者或患者家属，检查完毕将病历一同带回本科室妥善存放。

11、送输液患者做检查时，陪检人员应保护患者的静脉输液通道，保持通畅，防止外渗。

12、检查完毕，护送患者回病房，及时取回检查报告单交给管床医生。

13、如有未完成的检查项目，应认真及时与下一班次的护士交班。

14、实施全麻手术的患者，术后须由麻醉医师、手术室护士护送至病房，并进行交接。

门诊患者管理制度

1、患者按就诊流程挂号就诊。

2、患者需保持公共环境干净整洁，维护良好就诊环境。

3、患者就诊按序就诊，候诊区内禁止喧哗、抽烟。

4、患者和家属在交费或等候检查时妥善保管随身携带的贵重物品，以防丢失。

5、上、下扶梯的老人及小孩需有人帮扶陪同，避免发生意外。

6、行动不便患者就诊，由导医护士提供帮助与指引。

7、门诊显著位置配备意见箱，公布投诉电话，方便患者对医院工作提出意见或建议。

病房预留床位管理制度

1、为保证急危重症患者及时入院急救，各科室预留一间病房，设置1-2张急救床位，床头标识醒目。

2、急救病床专为急救患者设置，普通患者不得占用。

3、床边备有急救器械及急救药品，标识清晰，按要求放置。急救器械及急救药品不得挪用或外借。

4、床位专人负责，床边设施班班交接，保证急救工作顺利进行。

5、急救药品使用后需及时清理、及时补充，确保药品齐全。

6、急救器械及时清理、消毒、补充，确保仪器性能完好，处于备用状态。



优质护理服务工作制度

1、成立护理工作领导小组，定期召开会议，研究解决护理工作中存在的有关问题。院领导定期进行行政查房，及时听取意见，采取改进措施，提高护理服务水平。

2、制订并落实工作方案。根据医院实际，制订切实可行的“优质护理服务示范工程”活动工作方案，有明确的进度安排，各有关部门职责清晰、分工协作，工作方案能够有效落实。

3、加强全院各部门和医务人员对正确理解开展“优质护理服务示范工程”活动的目的、意义、工作实质和具体措施等的培训。根据卫生部印发的相关文件、规范，组织开展全员培训，使护理管理者和护士充分认识改革护理工作模式的必要性，为患者提供整体护理服务。

4、加强宣传交流，加大宣传力度，在全院营造深化“以病人为中心”的服务理念，为患者提供优质护理服务的活动氛围，并在工作中不断总结经验，及时在全院推广，让患者受益。

5、加强临床护理管理，建立健全护理工作规章制度，制订并落实疾病护理常规和临床护理技术规范 and 标准以及建立护士岗位责任制，落实护理管理职能，建立完善的护理管理组织体系。

6、合理调配护士人力资源，掌握全院护理岗位、护士分布情况。积极建立机动护士人力资源库，保证应急需要和调配。

7、转变护士工作模式，实行整体护理责任包干工作制，根据护士能力及患者的护理级别、护理工作量安排每名护士负责患者的数量，保证为患者提供全程、连续的护理服务。

8、建立健全绩效考核制度。根据护士工作量、护理质量、患者满意度等对护士进行综合考评，将考评结果与护士薪酬分配、晋升、评优等相结合。护士的薪酬分配向临床一线工作量大、风险较高、技术性强的岗位倾斜，体现多劳多得、优劳优酬。

9、听取患者及医护人员的意见和建议，按要求进行患者满意度调查。调查内容客观，调查资料可信度高，并根据反馈意见采取改进措施，不断提高医护人员及患者的满意度，持续改进。

10、各相关部门为优质护理的持续开展提供支持保障措施。建立健全支持保障系统，形成全院工作服务于临床的格局。

11、科室对优质护理工作落实情况进行督查，对存在问题要有改进措施。

12、护理部对科室落实优质护理工作情况每月进行一次检查，对检查结果进行评价分析，将存在的问题及时反馈给科室，同时提出整改措施，并对改进意见落实情况实施追踪检查和成效评价，有持续改进。



患者身份识别护理制度

1、严格执行查对制度，准确识别患者身份。在进行各项治疗、护理活动中，应同时使用床头卡、治疗卡、腕带等方法确认患者身份；对能有效沟通的患者，要求患者自行说出姓名，确认无误后方可执行。

2、完善并落实护理各关键流程（急诊、病房、手术室、监护室、产房之间流程）的患者识别措施、交接程序与记录。对住院患者使用“腕带”作为患者识别标识，在进行各项诊疗操作前认真核对患者腕带信息，准确确认患者的身份。

3、腕带识别信息填好后必须经两名护理人员核对后方可使用，若损坏需更新时，需要经两人重新核对。

4、腕带的信息字迹清晰规范，准确无误。项目包括：病区、床号、姓名、性别、年龄、住院号等信息。

5、患者使用腕带舒适，松紧度适宜，皮肤完整无破损，且加强对患者腕带使用情况的检查。

6、在手术患者转运交接中有识别患者身份的具体措施如：手术患者进手术室前，由病房护士与接病人的手术室工作人员核对患者身份信息，手术室护士核对无误后方可接入手术间。

7、护士在采血、给药或输血等操作前，必须严格执行患者身份识别查对制度，应至少使用两种身份识别方法（床头卡、手腕带、双人核对），不得仅以床号作为识别的依据。

8、在实施介入或有创诊疗活动前，实施者亲自与患者（或家属）沟通，陈述患者姓名，作为最后确认的手段，以确保对正确的患者实施正确的操作。



护理人员注册、执业准入制度

- 1、严格按照《护士条例》执行护士注册执业管理。
- 2、护理部严格审查护士执业资质，未取得护士执业资格者或未经护士执业注册者不得从事临床护理工作。
- 3、严格遵守护士执业注册范围，严禁超范围执业。
- 4、护士注册管理

根据《护士条例》第二章护士注册规定：

(1) 护士执业，应当经执业注册取得护士执业证书。申请护士执业注册，应当具备下列条件：1. 具有完全民事行为能力；2. 在中等职业学校、高等学校完成国务院教育主管部门和国务院卫生主管部门规定的普通全日制3年以上的护理、助产专业课程学习，包括在教学、综合医院完成8个月以上护理临床实习，并取得相应学历证书；3. 通过国务院卫生主管部门组织的护士执业资格考试；4. 符合国务院卫生主管部门规定的健康标准。

(2) 护士执业注册申请，应当自通过护士执业资格考试之日起3年内提出；逾期提出申请的，除应当具备前款第（一）项、第（二）项和第（四）项规定条件外，还应当在符合国务院卫生主管部门规定条件的医疗卫生机构接受3个月临床护理培训并考核合格。

(3) 申请护士执业注册的，应当向拟执业地省、自治区、直辖市人民政府卫生主管部门提出申请。收到申请的卫生主管部门应当自收到申请之日起20个工作日内做出决定，对具备本条例规定条件的，准予注册，并发给护士执业证书；对不具备本条例规定条件的，不予注册，并书面说明理由。护士执业注册有效期为5年。

(4) 护士在其执业注册有效期内变更执业地点的，应当向拟执业地省、自治区、直辖市人民政府卫生主管部门报告。收到报告的卫生主管部门应当自收到报告之日起7个工作日内为其办理变更手续。护士跨省、自治区、直辖市变更执业地点的，收到报告的卫生主管部门还应当向其原执业地省、自治区、直辖市人民政府卫生主管部门通报。

(5) 护士执业注册有效期届满需要继续执业的，应当在护士执业注册有效期届满前30日向执业地省、自治区、直辖市人民政府卫生主管部门申请延续注册。收到申请的卫生主管部门对具备本条例规定条件的，准予延续，延续执业注册有效期为5年；对不具备本条例规定条件的，不予延续，并书面说明理由。护士有行政许可法规定的应当予以注销执业注册情形的，原注册部门应当依照行政许可法的规定注销其执业注册。

(6) 县级以上地方人民政府卫生主管部门应当建立本行政区域的护士执业良好记录和不良记录，并将该记录记入护士执业信息系统。护士执业良好记录包括护士受到的表彰、奖励以及完成政府指令性任务的情况等内容。护士执业不良记录包括护士因违反本条例以及其他卫生管理法律、法规、规章或者诊疗技术规范的规定受到行政处罚、处分的情况等内容。



护理质量与安全管理委员会工作制度

1、医院成立护理质量与安全管理委员会，负责护理质量标准制定、修订、质量检查及督导工作。

2、护理质量管理委员会办公室设在护理部，全院护理质量管理工作由护理部负责组织实施。实行院、科二级管理，即护理部质控组——病区质控小组二级控制。护理部成立基础护理质量管理、危重患者护理质量管理、病区综合质量管理、护理文书质量管理、护理安全质量管理和特殊科室护理质量管理等七个质控组。各组由护理部主任或护士长任组长。成员是主管护师以上职称及护理骨干等。其任务是：协助护理部定期对全院各项护理质量进行检查、考核，做好全院的护理质量控制和考评工作，定期对护理工作中存在的问题进行讨论分析，提出改进措施及时加以改进。

3、护理部每月按照护理质量考核标准安排各项质量检查，并对检查结果进行分析、讨论、评价，提出整改措施。

4、护士长每月对本科室护理质量进行检查、分析，并针对存在问题制订质量改进措施，按实事求是的要求将自查的原始资料记录完善保存，月底将检查结果上报护理部。病区质量控制小组每周对护理质量进行检查，发现问题及时处理和改进。

5、护理部每月组织召开一次护理质量分析会，对每月护理质量进行分析和总结，并提出持续的质量改进措施。

住院患者请假外出管理制度

1、患者请假外出必须经主管医生批准。

2、护士接到医生批准后，应对请假患者详细交代注意事项，并记录、签名。

3、住院患者外出前，护士应协助患者妥善收存放置在病房内的物品，防止丢失。

4、住院患者外出期间，应注意自身安全和防护，若发生病情变化或其他意外一律由患者本人负责。

5、患者返院后应立即向主管医生和护士报到，以便及时进行病情观察和治疗。

6、发现患者未按时返院或未经请假私自外出，当班护士应立即报告主管医生、医务部、保卫科和护理部，并设法与患者或家属取得联系。

7、对患者外出或请假情况，护士应如实做好护理记录。



口头医嘱执行制度

在非抢救情况下，护士不执行口头医嘱及电话通知的医嘱，对擅自执行口头医嘱的行为视为违规，一经发现，酌情给予处理。如遇特殊抢救情况或手术中必须执行口头医嘱时，应严格遵循口头医嘱执行制度。

（一）抢救中执行口头医嘱

1、危重抢救过程中，医生根据病情下达口头医嘱后，护士必须重复 2 遍，得到医生确认后方可执行。

2、在执行口头医嘱给药前，必须经 2 人核对药物名称、浓度、剂量，以确保用药安全方可给药。

3、抢救过程中所使用的药瓶应保留至抢救结束，并做好抢救及用药记录。

4、抢救结束 6 小时内应督促医生据实补齐医嘱并签名。

（二）手术中执行口头医嘱

1、术中，主管医生及麻醉医生所做的口头医嘱，巡回护士执行前应复诵 2 遍，并同另 1 人核对药名、浓度、剂量后，方可执行。

2、用药后，应保留药瓶，以备核对，待手术结束后方可弃去。

3、执行医嘱完毕后，应在病历医嘱栏内做好记录，同时告知麻醉医生记录于麻醉记录单上。

病区药品一般管理制度

1、病区内根据病种需要可以配备一定基数的药品，保障住院病人能及时按医嘱使用，其他人员不得私自取用。

2、护士长指派专人负责领药、退药和管理药品等工作。

3、药品应根据其种类与性质（如针剂、内服药、外用药等）分别放置，标识醒目；麻醉药、剧毒药、高浓度药、抗精神病药物等应单独存放，加锁保管。每月定期检查并登记药品质量，防止积压变质，如发生沉淀、变色、过期、标识模糊或涂改，不得使用。

4、抢救车内药品必须定数量品种、定位放置，标识清楚、醒目，每班检查，并记录，保证充足备用。

5、特殊及贵重药品应注明床号、姓名、住院号，单独存放并加锁。

6、需要冷藏的药品（如冻干血浆、白蛋白、胰岛素等）应放置在冰箱内，有标识。



病区急救物品、器械管理制度

- 1、凡急救物品、仪器等，必须定位放置、标识醒目、定期检查、定专人保管、定期维修保养，处于完好备用状态。
- 2、急救仪器醒目处应悬挂仪器使用操作程序及保养、消毒方法，以便指导使用。
- 3、急救物品、仪器每日专班或专人检查并登记。
- 4、每次用后及时补充、清洁消毒，急救车须贴封条，责任人详细检查登记。
- 5、急救物品、仪器在使用过程中，如发现问题，应及时向护士长汇报，及时维修，并做好登记。
- 6、急救物品及仪器一般情况不得外借。

精神科病区安全管理制度

- 1、严格执行交接班制度。新病人及有严重自杀、逃跑、毁物及保护性约束等的病人应作重点交接班。
- 2、病人出入病室要清点人数，并有工作人员陪伴。严防病人趁机出走或将违禁物品带入病室。
- 3、病人外出活动前，要对室外活动场所进行安全检查，消除不安全因素。
- 4、根据分级护理标准对病人进行巡视，三防病人重点巡视。夜间病人上厕所时应及时查看。午休和夜寝时勿使病人蒙头睡觉，以防意外。
- 5、病人洗澡应有工作人员照料，防止烫伤、跌倒、溺水或逃跑。理发、刮胡须、修剪指甲时须专人监护，不得将危险工具直接交给病人使用。
- 6、病室各种设备，如电器、灭火器、门窗、玻璃、床架等应定期检查，若有损坏，应及时申请修理。
- 7、病人吸烟应集中在指定地点，防止乱扔烟蒂引起火灾。
- 8、工作人员出入治疗室、配餐室、洗漱室、储藏室等处的门应随时锁好。钥匙、剪刀、消毒液、注射器、体温计、氧气筒、约束带等均应定量定位放置，并详细交接班。一旦发现数量不符，必须及时追查并报告护士长。
- 9、每周两次安全大检查。检查病人衣服口袋、床铺、褥垫、床头柜和病人活动场所等，检查内容包括病人是否藏有药品、钱、绳索、刀剪、碎玻璃片、火柴等，并做详细记录。
- 10、对前来探视者作好解释宣传工作，不得把危险品、限制物等直接交给病人。巡视情况均记录在巡视单上。



精神科分级护理制度

精神科分级护理是医生根据病人病情轻重和对自身、他人及周围环境安全的影响程度分为特级护理及一、二、三级护理。躯体疾病的护理按相应疾病的分级护理标准执行。

一、特级护理

护理对象：

- 1、精神障碍伴有严重躯体疾病，病情危重、生活完全不能自理者。
- 2、有明显意识障碍，有极严重的自杀、自伤危险或自杀未遂者。
- 3、受伤或自杀未遂后果严重、生命体征不稳定者。
- 4、因精神药物引起的严重药物不良反应如恶性症状群、急性粒细胞减少等，出现危险、危及生命者。。

护理要点：

- 1、设 24 小时专人护理，安置在重管室严密观察病情变化，每班评估病情及时制定护理计划，保持水电解质平衡，准确记录出入量，并作好护理记录。
- 2、认真落实基础护理及各项治疗和护理措施，保持各种导管的通畅，严防并发症，确保病人安全。对意识障碍、躁动不安病人应有防护措施，防止烫伤与坠床。
- 3、备好急救物品和药品，以备抢救之需。
- 4、实行封闭式管理。

二、一级护理

护理对象：

- 1、重症但尚不需特护的病人，如自杀、癫痫发作、木僵、谵妄、瘫痪、中毒、外伤病人；或需严格卧床休息，生活不能自理者。
- 2、较明显的自杀、自伤或极度兴奋躁动者，或严重的被害、自罪妄想、幻觉可能导致的患者自杀、出走、伤人者。
- 3、特殊治疗需要严密评估病情和加强监护的病人，如 ECT 者，以及大剂量精神药物治疗或有明显不良反应者。
- 4、入院一周内的病人。
- 5、接受司法鉴定者。

护理要点：

- 1、安置于重点病室，实行封闭式管理，专人监护，需严密评估病情，重点交接班。
- 2、病人以重病室内活动为主，不能脱离护士视野，外出必须由工作人员陪同，生活物品由工作人员保管。合并传染病病人必须隔离，防止交叉感染和感染扩散。
- 3、严格执行危险物品管理制度，定期检查危险物品，定期检查病人有无外伤。
- 4、有自杀、自伤、冲动、毁物行为的病人，适当予以保护性约束，并应注意保护带的松紧度，经常更换保护的位置，做好基础护理及安全防护。
- 5、对长期卧床不能自理生活者，做好基础护理，防止并发症。同时加强生活护理，



保证生理需要，每天评估病情并记录，病情变化随时记录，并报告医生及时处理。

6、酌情进行针对性心理疏导。

三、二级护理

护理对象：

1、一级护理病人病情好转而且稳定，精神症状不危害自己和其他人，或仅有一般躯体病症。

2、有轻度自杀、外走念头，能听劝说且无行为者。

3、生活自理尚需协助，或年老体弱、儿童病人。

护理要点：

1、安置于一般病室，以封闭式管理为主，病人可在工作人员的陪同和保证安全的情况下参加户外活动，个人生活物品可由病人自行管理。

2、定时巡视，15分钟查房一次，密切观察、评估病情及治疗反应，作好记录。

3、督促或协助病人进行生活料理。

4、有计划地安排病人集体活动和参加工娱疗等各项康复活动。

5、进行针对性的健康教育，做好心理护理。

6、护理记录每周至少1次，病情变化随时记录并报告医师做好相应的处理。

四、三级护理

护理对象：

1、经治疗症状基本消失、病情稳定，等待出院的康复期病人。

2、无自杀、自伤、冲动、外走危险的病人。

3、生活能自理的病人。

护理要点：

1、安置于一般病室，可酌情实施半开放式管理，用物自行管理。

2、充分调动病人的积极性，鼓励病人参加病区管理、集体活动和工娱治疗，逐步培养和锻炼回归社会的适应能力。

3、评估病情，了解病人出院前的心理状态并进行心理护理、康复训练和健康教育。

4、护理记录每周1次，住院半年以上且病情稳定者每半月护理记录1次，病情变化等及时记录。

5、对病人进行疾病、治疗、防复发和社会适应等方面的健康教育。



四、公卫院感部分

公卫、院感相关制度与预案



传染病信息报告管理制度

一、总则

(一) 目的

1、提高传染病监测的敏感性和疫情报告的及时性，做到“早发现、早报告、早隔离、早治疗”。

2、提高传染病疫情监测报告质量，及时、准确的掌握传染病的发病情况和流行病学分布特征，为有关部门制定科学、有效的预防控制措施提供依据。

(二) 根据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《传染病监测信息网络直报工作与技术指南》、《传染病信息报告管理规范》等文件以及国家有关规定，制定本制度。

(三) 疫情报告及信息管理工作的原则

- 1、医院传染病报告实行首诊负责制，谁接诊，谁报告，网络直报的原则。
- 2、任何科室和个人不得隐瞒、缓报、谎报。

(四) 适应范围

本制度适用于全院所有临床医生。

二、传染病疫情监测信息报告管理制度

(一) 组织管理

医院传染病防治领导小组负责全院的传染病防治工作。公卫科为职能科室，负责传染病疫情报告管理日常工作，传染病信息管理员监督上报工作，具体职责为：

1、公卫科负责医院传染病信息收集、网络报告与管理；负责传染病监测信息网络维护和管理；对疫情资料的报告、分析与反馈；对全院传染病疫情报告工作进行督导检查 and 考核；负责对全院医务人员进行传染病知识和技能的培训，每年两次。

2、全院各科室门诊和病房及放射科医生负责规范填写传染病报告卡并报告公卫科。

(二) 传染病疫情报告信息审核

1、疫情管理人员一旦发现传染病病例异常增加、罕见传染病病例、突发公共卫生事件等相关公共卫生信息，要及时核实信息同时向医院及相关部门报告，并为业务科室及时提供传染病疫情信息。

2、公卫科负责处理日常及假日白天疫情，夜间重大传染病疫情由医院总值班人员向院领导报告请示处理。

3、公卫科对所收集传染病报告卡填写信息进行审核，不能有逻辑性错误及漏填、错填情况。

4、未经上级部门许可，不可随意公开传染病病患信息和疫情。

(三) 传染病信息报告病种、报告时限



需要报告的传染病，包括法定传染病和监测传染病，具体为：

1、法定传染病：共 39 种：

甲类传染病：鼠疫、霍乱（2 种）

乙类传染病：传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾、甲型 H1N1 流感。（26 种）

丙类传染病：流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病、手足口病、除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病。（11 种）

2、监测传染病及其他疾病：共 11 种

非淋菌性尿道炎、尖锐湿疣、生殖性疱疹、羌虫病、水痘、森林性脑炎、生殖道沙眼衣原体感染、肝吸虫病、人感染猪链球菌病、不明原因肺炎、AFP 病例。医务人员发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感的病人或疑似病人时，或发现其他传染病和不明原因疾病暴发时，应立即电话通知院领导、公卫科及相关职能科室；对其他乙类、丙类传染病病人、疑似病人和规定报告的传染病病原携带者的诊断后，应 24 小时内进行网络报告。

（四）质量控制

公卫科每月上旬对全院各科前一月传染病疫情工作进行考核和通报。主要考核内容是传染病疫情的迟报、漏报情况及传染病报告卡填写是否规范。

传染病疫情报告要求

（1）填卡要求：传染病疫情报告内容必须填写完整、准确，字迹清楚，易于辨认，填报人须签全名。按照《传染病卡填写要求及收卡标准流程》要求逐项详细填写，不符合填写要求的报告卡为填报不规范卡片。

（2）报告时限：甲类传染病立即报告；乙类、丙类及监测传染病按以下时限要求：各科门诊、病房一旦诊断传染病（疑似）病例后，经治医生必须立即填写传染病报告卡，诊断 24 小时内将传染病报告卡报送至公卫科；逾期报送为迟报，未报送或诊断后超一周报送的为漏报。

传染病疫情报告奖惩制度

为加强传染病报告管理，提高报告质量，及时提供准确的信息，依据《中华人民共和国传染病防治法》等相关法律、法规，制定本制度。

（一）《中华人民共和国传染病防治法》第二十一条规定，各医疗机构为责任报告单位，



其执行职务的人员为责任疫情报告人。

(二) 报告时限：责任疫情报告人发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感的病人或疑似病人时，应于 2 小时内将传染病报告医院公共卫生科；对其他乙、丙类传染病病人、疑似病人和规定报告的传染病病原携带者在诊断后 24 小时内报告医院公共卫生科。

(三) 填写《传染病报告卡》的质量要求：内容填写必须完整，不得漏项；填写各项目要准确，病人住址等要具体详细，字迹工整易辨认，填报人签名；诊断与报告日期必须为同一天。

(四) 公共卫生科每月查看相关科室门诊日志、住院登记本，核对传染病病例是否已报告，核实报告卡填写质量。

(五) 为了杜绝传染病的漏报及迟报现象，同时保障传染病报告卡的质量，特制定奖罚措施：

- 1、对传染病漏报 1 例的科室按照质量考核标准扣除 1 分。
- 2、对传染病迟报的科室按照质量考核标准扣除 1 分。迟报 2 例以上的科室，质量考核不得分。
- 3、对传染病报告卡填写漏项缺项的科室按照质量考核标准扣除 0.5 分。
- 4、对传染病上报及时、准确、无漏报的科室要予以通报表扬，并纳入年终评先，评优条件。
- 5、根据《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》第四十条，执行职务的医疗卫生人员瞒报、缓报、谎报传染病疫情的，由县级以上卫生行政部门给予警告，情节严重的，责令暂停六个月以上一年以下执业活动，或者吊销其执业证书。造成疫情扩散或事态恶化等严重后果的，由司法机关追究其刑事责任。

对患有特定传染病的特定人群实行 医疗救助制度及保障措施

根据《传染病防治法》及其他相关法律法规，结合医院实际，对特定传染病的特定人群制定如下相关制度：

(一) 医院应对特定传染病病人或者疑似传染病病人提供医疗救护、现场救援和接诊治疗，书写病历记录以及其他有关资料，并妥善保管。

(二) 医院实行对特定传染病预检、分诊制度；对传染病病人、疑似传染病病人，应当引导至相对隔离的分诊点进行初诊。

(三) 医院医务人员要主动为前来就诊的患者提供 HIV 检测咨询，遵循“知情不拒绝”的原则，尽多尽早地发现感染者。



(四) 如院内发现 HIV 阳性者, 及时与公共卫生科取得联系, 公共卫生科第一时间告知市疾控并采取相应措施, 任何人员不得随意泄露患者 HIV 感染隐私。

(五) 对 HIV 感染者提供咨询、关怀及转介服务, 积极向患者宣传国家实行对农民和城市经济困难的艾滋病免除部分检查及治疗费用, 对孕产妇实行母婴筛查和阻断, 对经济困难的艾滋病病人给予经济救助的“四免一关怀”政策。

(六) 对在我院就诊的疑似或确诊肺结核病例, 及时开具到市结防所就诊的转诊单, 并告之部分项目实行免费政策。

(七) 出现重大传染病疫情时, 要严格执行先救治、后结算费用的规定, 简化入院手续、及时开展救治工作; 患者住院或者留院观察时, 免交住院预交金等一切费用, 办理登记手续后直接留院观察或入院治疗, 严禁因为费用问题延误救治或者推诿病人。

(八) 经费及物资保障: 出现重大传染病疫情时, 所需经费和物资耗材由公共卫生科提出申请, 财务、后勤保障、器械等科室共同保障落实。

(九) 通信与交通保障: 出现重大传染病疫情时, 由于实际工作的需要, 医院办公室应安排通信设备和交通工具。

(十) 在发生突发公共卫生事件及特定传染病时, 要严格按照上级部门要求执行相关救治及救助措施。

传染病预检分诊制度及流程

为规范本院传染病预检、分诊工作, 有效控制传染病疫情, 防止医院内交叉感染, 保障人民群众身体健康和生命安全, 根据《中华人民共和国传染病防治法》、《医疗机构传染病预检分诊管理办法》等规定, 制定本制度。

(一) 传染病分诊点应当标识明确, 相对独立, 通风良好, 流程合理, 具有消毒隔离条件和必要的防护用品。

(二) 传染病分诊点的工作人员在预诊过程中, 应当注意询问病人有关的流行病学史、职业史, 结合病人的症状和体征等对来诊的病人进行传染病的预检。经预检为传染病病人或者疑似传染病病人的, 应当将病人分诊至感染性疾病科, 同时对接诊处采取必要的消毒措施。

(三) 医院应当根据传染病的流行季节、周期和流行趋势做好特定传染病的预检、分诊工作。医院应当在接到卫生部和省、市人民政府发布特定传染病预警信息后, 或者按照当地卫生行政部门的要求, 加强特定传染病的预检、分诊工作。必要时, 设立相对独立的针对特定传染病的预检处, 引导就诊病人首先到预检处检诊, 初步排除特定传染病后, 再到相应的普通科室就诊。

(四) 对呼吸道等特殊传染病病人或者疑似病人, 医院应当依法采取隔离或者控制传播措施, 并按照规定对病人的陪同人员和其他密切接触人员采取医学观察和其他必要的



预防措施。

(五) 医院不具备传染病救治能力时，应当及时将病人转诊到具备救治能力的医疗机构诊疗。

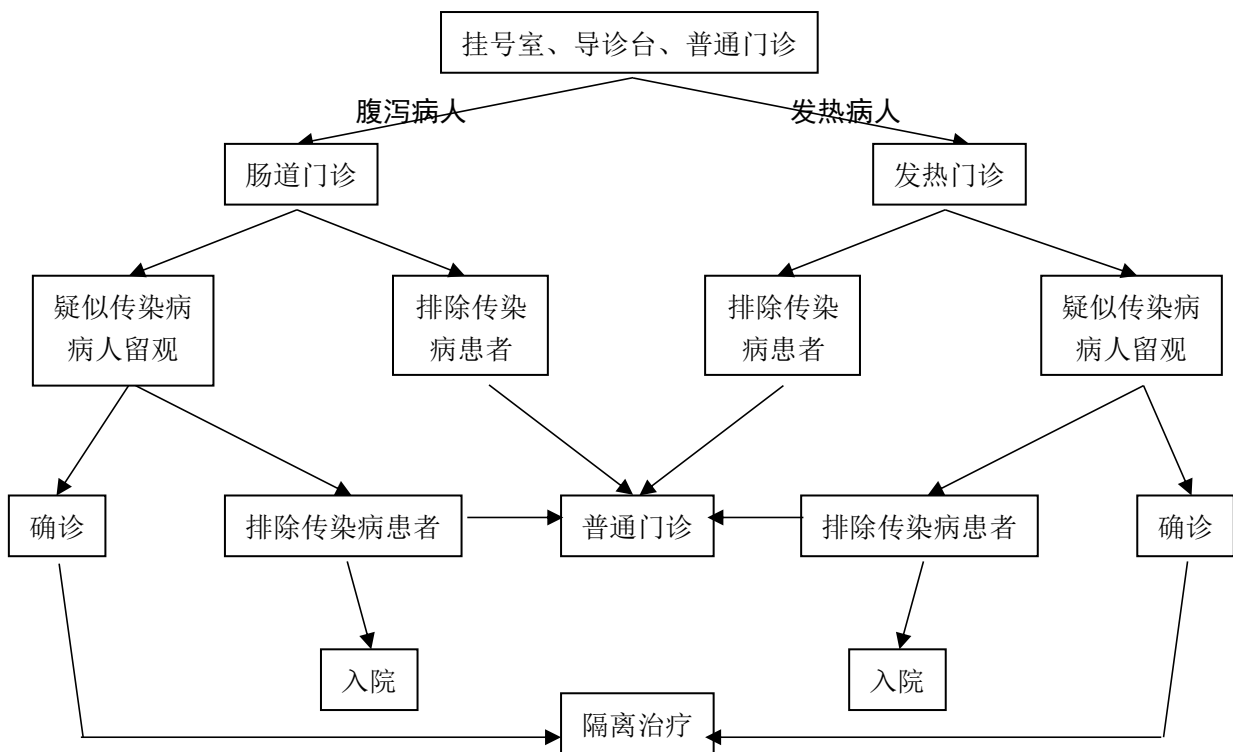
(六) 感染性疾病科和传染病分诊点应当采取标准防护措施，按照规范严格消毒，并按照《医疗废物管理条例》的规定处理医疗废物。

(七) 医院应当定期对医务人员进行传染病防治知识的培训，培训应当包括传染病防治的法律、法规以及传染病流行动态、诊断、治疗、预防、职业暴露的预防和处理等内容。

(八) 从事传染病预检、分诊的医务人员应当严格遵守卫生管理法律、法规和有关规定，认真执行临床技术规范、常规以及有关工作制度。

(九) 医务人员应服从卫生行政部门对医院预检分诊工作的监督管理，不得违反《中华人民共和国传染病防治法》等有关法律、法规和《医疗结构传染病预检防治管理办法》的规定。

传染病预检分诊流程：



控烟管理制度

吸烟有害，不仅会导致多种疾病，而且污染空气，危害他人健康。为了更好的开展控烟工作，创建无烟医院，特制定如下控烟制度，要求全院职工严格遵守。

(一) 成立控烟领导小组

院控烟领导小组由分管院长作为小组组长，公卫科负责人为控烟办公室主任，相关



职能科室主任为组员。

各临床科室相应成立控烟小组，负责本科室控烟工作，实行院科二级管理。

（二）设立控烟督导员和巡查员

医院控烟督导员：控烟小组成员为督导员，负责监督控烟工作进行；各科室主任做为科室责任人，督导本科室范围内控烟工作；医院控烟巡查员：保洁员、安保员纳入控烟巡查员，负责院区公共场所控烟劝阻工作。总务科对控烟巡查员进行统一管理。

（三）院内落实无烟环境具体举措

- 1、公共场所张贴禁烟标志；
- 2、院内所有工作场所、病区、诊区禁止吸烟；
- 3、医院设立控烟宣传板块及健康教育处方，向市民群众进行控烟知识宣传，全体职工均是控烟义务宣传员；
- 4、设立院外吸烟点，并张贴引导标识；工作人员不得穿工作服在吸烟区吸烟；
- 5、全体医务人员应掌握控烟知识、方法和技巧，对吸烟者提供简短的劝阻指导。

（四）职责与任务划分

- 1、院办公室负责行政办公区控烟督导、检查工作；
- 2、门诊控烟工作由门诊办公室负责；
- 3、公卫科负责监督住院部控烟工作；
- 4、各病区成立控烟工作小组，由科主任担任小组长，为第一负责人；
- 5、控烟工作纳入公卫科绩效考核，每月检查结果依绩效考核评分细则处理。

健康教育管理制度

根据《湖北省健康教育与健康促进工作规范》的有关要求，为了促进我院健康教育工作的进一步科学化、规范化、制度化，制定本制度：

（一）门诊健康教育工作制度

- 1、各科室根据患者不同需求，制作有针对性健康教育资料，设立健康资料免费取阅处。
- 2、各科候诊室护士在病人候诊时，采用口头讲解形式开展本科常见病、多发病宣传。
- 3、医生在接诊患者过程中，有针对性进行口头健康教育，并在病历上记录，并发放相关健康处方。
- 4、门诊大厅设立健康教育宣传栏，健康资料免费取阅处，门诊办公室需保持资料齐全。
- 5、大厅电子屏、电视滚动播放健康教育知识，每日不少于 30 次。
- 6、根据群众需求组织开展健康教育大课堂及义诊。

（二）病区健康教育工作制度

- 1、各科根据病患需求开展健康宣教，以个别指导与集体讲解相结合方式进行，宣传对象主要为病员及家属。



2、医护人员在诊疗过程中、出院时均应根据病情和心理进行健康指导，病历、护理单应有体现。

3、各科定期召开病员及家属学习会，宣传常见病、多发病的防治、护理知识，每月1次。

4、病区内设立健康宣传栏，由科室根据发病规律定期更换。

5、病区健康教育工作纳入每月绩效考核，健康知晓率进行季度考核。

6、各科需设立健康教育资料免费取阅处。

（三）考核方式

公卫科每月对健康宣传栏、科内健教学习记录、健康资料摆放、病历和护理单健教记录进行考核，如不合格根据《公共卫生科绩效考核分值标准》扣除相应绩效考核分值。

出生医学证明签发制度

（一）签发机构应设立《出生医学证明》签发窗口，并在签发窗口公示《出生医学证明》签发流程、需要提交的材料、签发责任人员、联系电话，方便群众办理《出生医学证明》。

（二）签发机构在对孕妇进行产前保健和对待产孕妇进行产时保健过程中，应以书面的方式，向新生儿父母或监护人明确告知办理《出生医学证明》必要性及办理流程、需要提交资料和注意事项。

（三）签发人员应指导新生儿父母或监护人填写《〈出生医学证明〉首次签发申请表》，认真审查其提交的相关资料，发现疑问及时澄清，采取有效措施防止弄虚作假，确保信息真实、准确。

（四）采录、上传新生儿出生时间、性别、孕周、体重、身长等信息时，应严格依据产房或病房接生人员填写《新生儿出生医学记录》，新生儿姓名及父母信息应严格依据并查对《〈出生医学证明〉首次签发申请表》。

（五）《出生医学证明》必须采用电脑打印机打印，一律不得手写《出生医学证明》。

（六）证件打印后，应指导领证人反复核对《出生医学证明》的所有信息，并要求领证人在《出生医学证明》领发登记表上签名领取。



医院突发公共卫生事件管理制度

为加强突发公共卫生事件管理工作，提供及时、科学的防治决策信息，有效预防、及时控制和消除突发公共卫生事件的危害，保障公众身体健康与生命安全，现根据《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》、《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》等法律法规的规定，制定本制度。

（一）突发事件应急处理各部门要遵循预防为主、常备不懈的方针。贯彻分级负责、反应及时、措施果断的应急工作原则，建立应急管理网络，并行使相应的权力和职责，各级有关科室和相关人员应通力合作，保证各项应急工作的顺利执行。加强法制观念，依法应对突发事件。一旦突发事件发生，立即启动应急系统。

（二）各有关部门应首先保证突发事件应急处理所需的、合格的通讯设备、医疗救护设备、救治药品、医疗器械、防护物品等物资的调配和储备，做好后勤保障工作。服从卫生主管部门突发事件应急处理指挥部的统一指挥。

（三）公共卫生科、医务科在院长的领导下要组织相关科室，建立流行病学调查队伍，负责开展现场流行病学调查与处理，搜索密切接触者、追踪传染源，必要时进行隔离观察；进行疫点消毒及其技术指导。

（四）按照法律要求实行首诊医生负责制，发现疑似的突发公共卫生事件疫情时，应立即用电话通知疫情管理人员，疫情管理人员要立即报告院长，同时向辖区疾病预防控制机构进行报告。任何单位和个人不得隐瞒、缓报、谎报或授意他人隐瞒、缓报、谎报。

（五）医院对因突发事件致病的人员提供医疗救护和现场救援，对就诊病人进行接诊治疗，并书写详细、完整的病历记录；对需要转送的病人，应当按照规定将病人及其病历记录的复印件转送至接诊的或者指定的医疗机构。有权要求在突发事件中需要接受隔离治疗、医学观察的病人、疑似病人和传染病病人密切接触者在采取医学措施时予以配合。拒绝配合的，报公安机关依法协助强制执行，并配合卫生行政主管部门进入突发事件现场进行调查、采样、技术分析和检验，不得以任何理由予以拒绝。

（六）对传染病要按《传染病防治法》等相关的法律法律要求，做到早发现、早报告、早隔离、早治疗，切断传播途径，防止扩散。严格执行各项消毒隔离、医院感染控制等各项制度和措施，做好人员防护，防止交叉感染和院内感染的发生，做好污物、污水的无害化处理。

（七）医院承担责任范围内突发公共卫生事件和传染病疫情监测信息报告任务，建立突发公共卫生事件疫情信息监测报告制度并定期对医生和实习生进行有关突发公共卫生事件和传染病疫情监测信息报告工作的培训。

（八）发现瞒报、缓报、谎报或授意他人不报告突发性公共卫生事件或传染病疫情的，拒绝接诊病人的，拒不服从突发事件应急处理指挥部调度的，对其主要领导、主管人员和



直接责任人给予行政处分，造成疫情播散或事态恶化等严重后果的，由司法机关追究其刑事责任。

突发公共卫生事件应急预案

为及时、高效、妥善处理突发公共卫生事件，有效应对并及时控制突发事件给人民健康造成的危害，做好医疗救护工作，避免和减少人员伤亡，保障广大人民群众的生命健康，依据《传染病防治法》、《传染病防治法实施办法》、《突发公共卫生事件应急条例》等有关法律法规，制定本预案。

（一）组织机构

成立突发传染病及公共卫生事件应急领导小组，设立应急办公室。负责统一组织协调突发传染病及公共卫生事件的应急行动，下达应急处置工作任务，并及时向市应急指挥部和市卫计委报告处置情况。应急办下设四个工作小组：医疗救援组、疫情监测网络直报组、应急物资设备供应组、场所及物品消毒消杀组。

（二）信息报告程序

1、发生突发传染病或突发公共事件时，现场发现者应在第一时间向医院办公室或公共卫生科报告。

2、信息报告内容：包括时间、地点、信息、来源、规模、涉及人员、人员伤亡及财产损失，事件起因及性质、影响范围，事件发展事态和采取的措施等。

3、医院办公室或公共卫生科接报告后应立即向应急领导小组负责人报告突发事件情况，应急领导小组应根据突发事件性质、现状和趋势决定是否启动应急预案。

（三）应急处置

1、处置原则：按照切断传播途径、保护易感人群、严密控制传染源和密切接触者、有效救治病人、减少死亡、防止事态升级的原则进行应急处置。

2、经应急领导小组批准启动应急预案后，各部门紧急调集人员、物资、交通工具以及调用相关设施、设备等；必要时，配合卫生行政主管部门进行人员疏散或隔离，并可依法对传染病疫区进行封锁。所有科室及个人应当服从应急领导小组的统一指挥，相互配合，各司其职，集中力量保证突发事件的有效控制，努力将损失降到最低。

3、后勤保障要尽一切努力充分保证突发事件应急处理所需的防护用品、物资（包括生活必需品）的供应。药械科要保证药品、医疗救护设备的供应。

4、根据突发事件的类型，相关专业人员应当对事件现场进行紧急处置，对参加突发事件应急处理的工作人员及可能受到影响的人群进行分类指导，制定相应的防护控制措施，保障人员安全，防止交叉感染，提供突发事件防治知识的宣传资料，为应急处理领导小组提供及时准确的信息。

5、各科室应当严格落实“首诊负责制”，对在突发事件中致病的人员提供医疗救护



和现场救援服务。对就诊患者必须接诊治疗，并书写详细、完整的病历记录；对需要转送的患者，应当按照规定将患者及其病历记录转送至接诊地或者指定的医疗机构。并结合疫情，采取相应卫生防护措施，防止交叉感染和污染。

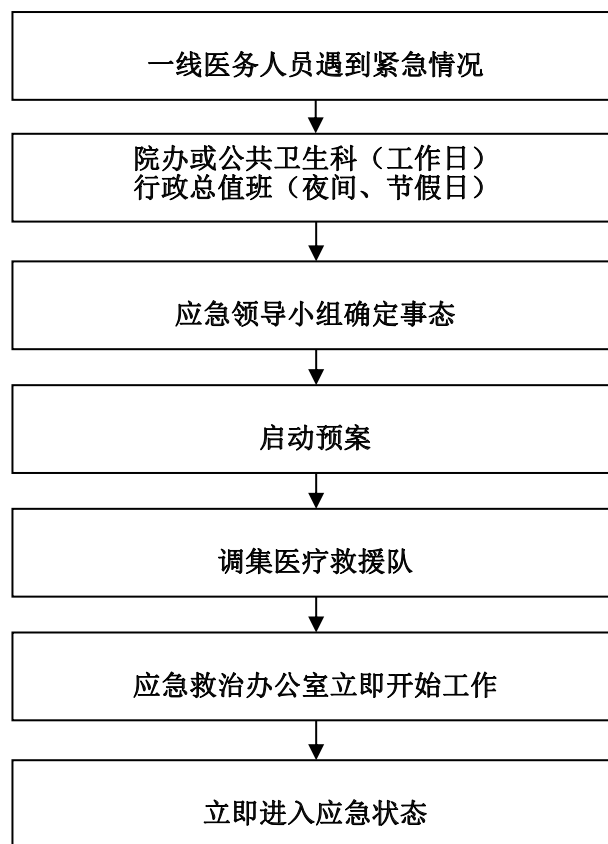
6、公共卫生科、医务科、护理部、办公室等部门应当对突发事件现场等采取控制措施，宣传突发事件防治知识，及时对易受感染的人群和其他易受损害的人群采取应急接种、预防性投药、群体防护等措施。

7、医务人员应当配合卫生行政主管部门或其他部门指定的专业技术机构，开展突发事件的调查、采样、技术分析和检验。

8、对新发现的突发传染病、不明原因的群体性疾病、重大食物和职业中毒事件，立即上报卫生主管部门，并采取控制措施。

9、对收治的传染病患者、疑似传染病患者，依法报告属地主管部门和疾病预防控制中心。对传染病做到早发现、早报告、早隔离、早治疗，切断传播途径，防止扩散。

(四) 应急启动程序



(五) 工作要求

1、平时做好应急抢救物资的准备，包括救护车、急诊抢救设备和药品的完好并齐全。加强急诊绿色通道的日常管理。

2、强化卫生应急管理规范，加强救治工作组成员及医务人员应急处置能力的培训，适时演练。

3、一旦发生突发公共卫生事件，第一时间组织人员对患者进行救治，落实相关卫



生防护、监测检验和疫情控制措施。

4、各类突发公共卫生事件处置完成后，应急领导小组办公室及时对应急处置工作进行总结、分析和评估。

（六）附则

应急领导小组有权根据突发事件的变化和实施中发现的问题及执行过程中的经验或失误及时修订、补充、调整和完善本预案。

医院感染管理制度

（一）医院感染管理委员会的职责：

- 1、认真贯彻医院感染管理方面的法律法规及技术规范、标准，制定本医院预防和控制医院感染的规章制度、医院感染诊断标准并监督实施；
- 2、根据预防医院感染和卫生学要求，对本医院的建筑设计、重点科室建设的基本标准、基本设施和工作流程进行审查并提出意见；
- 3、研究并确定本医院的医院感染管理工作计划，并对计划的实施进行考核和评价；
- 4、研究并确定本医院的医院感染重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施，明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任；
- 5、研究并制定本医院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性病例或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案；
- 6、建立会议制度，定期研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题；
- 7、根据本医院病原体特点和耐药现状，配合药事管理委员会提出合理使用抗菌药物的指导意见；
- 8、其他有关医院感染管理的重要事宜。

（二）医院感染管理科职责

- 1、对有关预防和控制医院感染管理规章制度的落实情况进行检查和指导；
- 2、对医院感染及其相关危险因素进行监测、分析和反馈，针对问题提出控制措施并指导实施；
- 3、对医院感染发生状况进行调查、统计分析，并向医院感染管理委员会或者医疗机构负责人报告；
- 4、对医院的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理等工作提供指导；
- 5、对传染病的医院感染控制工作提供指导；
- 6、对医务人员有关预防医院感染的职业卫生安全防护工作提供指导；
- 7、对医院感染暴发事件进行报告和调查分析，提出控制措施并协调、组织有关部门进行处理；
- 8、对医务人员进行预防和控制医院感染的培训工作；



- 9、参与抗菌药物临床应用的管理工作；
- 10、对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具的相关证明进行审核；
- 11、组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作；
- 12、完成医院感染管理委员会或者医疗机构负责人交办的其他工作。

(三) 科室感染管理小组主要职责

- 1、制定本科室医院感染管理规章制度并组织实施；
- 2、督促检查本科室有关医院感染管理的各项工作，对医院感染可疑病例、可能存在的感染环节进行监测，并采取有效防治措施；监测及监督检查情况每月在医疗质量安全工作会上反馈；
- 3、对医院感染散发病例按要求登记报告，发现有医院感染流行趋势时，及时报告医院感染管理科，并积极协助调查；
- 4、按要求对可疑或确诊医院感染病例留取临床标本进行细菌学检查及药敏试验；
- 5、监督检查本科室抗感染药物使用情况；
- 6、组织和参加有关医院感染管理知识的培训学习；科内每半年组织一次医院感染知识业务学习；
- 7、加强医德医风教育，严格监督执行医院感染管理制度、无菌技术操作、手卫生规范、消毒隔离制度，切实做好卫生员、陪护、探视者的卫生学管理；
- 8、有针对性进行目标监测，采取有效措施，降低本科室医院感染发病率。

(四) 医务科在医院感染管理工作中履行下列职责：

- 1、协助组织医师和医技部门人员预防、控制医院感染知识的培训。
- 2、监督、指导医师和医技人员严格执行无菌技术操作规程、抗感染药物合理应用、一次性医疗用品的管理等有关医院感染管理的制度。
- 3、发生医院感染流行或暴发趋势时，统筹协调感染科组织相关科室、部门开展感染调查与控制的工作；根据需要进行医师人力调配；组织对病人的治疗和善后处理。

(五) 护理管理部门在医院感染管理工作中履行下列职责：

- 1、协助组织全院护理人员预防、控制医院感染知识的培训。
- 2、监督、指导护理人员严格执行无菌技术操作、消毒、灭菌与隔离、一次性使用医疗用品的管理等有关医院感染管理的规章制度。
- 3、发生医院感染流行或暴发趋势时，根据需要进行护士人力调配。

(六) 总务后勤科在医院感染管理工作中应履行下列职责：

- 1、负责组织医院废弃物的收集、运送及无害化处理工作。
- 2、负责组织污水的处理、排放工作，符合国家“污水排放标准”要求。
- 3、监督医院营养室的卫生管理工作，符合《中华人民共和国食品卫生法》要求。
- 4、对洗衣房的工作进行监督管理，符合医院感染管理要求。

(七) 药剂科在医院感染管理工作中应履行下列职责：



- 1、负责本院抗感染药物的应用管理，定期总结、分析和通报应用情况。
- 2、及时为临床提供抗感染药物信息。
- 3、督促临床人员严格执行抗感染药物应用的管理制度和应用原则。
- 4、医院药剂科应根据临床需要和医院感染管理委员会对消毒灭菌药械选购的审定意见进行采购，按照国家有关规定，查验必要证件，每批次向厂家索要相关检测报告单监督进货产品的质量，并按有关要求登记。要求责任人，分管科主任双签字。

(八) 检验科在医院感染管理工作中应履行下列职责：

- 1、负责医院感染常规微生物学监测。
- 2、开展医院感染病原微生物的培养、分离鉴定、药敏试验及特殊病原体的耐药性监测，定期总结、分析，向有关部门反馈，并向全院公布。
- 3、发生医院感染流行或暴发时，承担相关检测工作。

(九) 设备科在医院感染管理工作中应履行下列职责：

对购入的消毒器械、一次性医疗用品，必须符合卫生部《消毒管理办法》和一次性使用医疗用品管理办法，做到各种证件齐全。为确保消毒器械的消毒质量，要做到定期维护、修理、防止因设备维护不当而造成的医院感染发生。

(十) 医务人员在医院感染管理中应履行的职责：

- 1、严格执行无菌技术操作规程等医院感染管理的各项规章制度。
- 2、掌握抗感染药物临床合理应用原则，做到合理使用。
- 3、掌握医院感染诊断标准。
- 4、发现医院感染病例，及时送病原学检验及药敏试验，查找感染源、感染途径，控制蔓延，积极治疗病人，如实填表报告；发现有医院感染流行趋势时，及时报告感染管理科，并协助调查。发现法定传染病，按《传染病防治法》的规定报告。
- 5、参加预防、控制医院感染知识的培训。
- 6、掌握自我防护知识，正确进行各项技术操作，预防锐器刺伤。

医院感染管理三级网络制度

为加强医院感管理，医院实行医院感染管理三级网络制度：

(一) 医院感染管理委员会对医院感染管理科的工作进行监督、检查，并提出具体要求和对策。由分管副院长进行。

(二) 医院感染管理科对各临床科室感染管理小组（监控网络小组）的工作进行监督、检查，并及时反馈意见，提出改进措施，同时负责接受来自全院各科的业务咨询。

(三) 各科室感染管理小组人员每月对科室内的医院感染、消毒隔离、无菌技术、保洁工作、一次性无菌物品使用、医疗废物管理、业务学习、专业培训等进行监督、检查，做好记录，并及时向感染管理科报告。



医院感染委员会例会制度

为切实加强医院感染管理，提高医疗质量，确保医疗安全，预防和控制医院感染的发生，根据《医院感染管理办法》的要求建立医院感染管理委员会例会制度。

(一) 每年第一季度、第三季度各召开一次医院感染管理委员会会议，汇报上年度工作总结、下年度工作计划。反馈医院感染管理中存在的问题及改进措施。

(二) 传达医院感染有关文件精神及动态，研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题；听取委员会指导，接受委员会任务并具体实施。

(三) 与医务科一起组织科主任、护士长每季度的质量安全会议反馈医院感染管理中存在的问题及改进措施。

医院感染质量管理及考核工作制度

为切实加强医院感染管理，提高医疗质量，确保医疗安全，预防和控制医院感染的发生，根据《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》、《中华人民共和国传染病防治法》、《消毒管理办法》、《医疗废物管理条例》等法律法规要求，制定医院感染管理科质量与考核工作制度如下：

一、质量目标

1、严格按《医院感染管理办法》《消毒技术规范》《医疗废物管理条例》的规定，确保医院清洁、消毒、灭菌与隔离，无菌技术操作，手卫生规范，医院感染监测，抗菌素合理应用，污水污物处理等各项工作达标。

2、根据《湖北省医院管理评审医院感染管理与持续改进》相关规定，制定“医院感染管理质量考核评价标准”将医院感染各项质量指标控制在质量标准以内，如医院感染发病率应低于 10%，一类切口感染率应低于 0.5%。漏报率应低于 10%；常规无菌器械灭菌合格率达 100%；无菌物品一人一用一灭菌执行率达 100%。病原学送检率到 30%；使医务人员医院感染知识知晓程度达 80% 以上。

二、质量管理

(一) 组织管理

1、成立医院感染管理委员会，定期（每年 1-2 次）召开医院感染管理委员会会议，汇报全年工作计划，上年度工作总结。反馈医院感染管理中存在的问题及改进措施，听取委员会指导，接受委员会任务并具体实施。

2、建立健全医院感染管理监控网络，各科室设置感染管理监控小组，由科主任、护士长、监控医生、监控护士组成，负责本科室的感染管理工作，并具体落实到班次及人员。科内每月根据“医院感染管理质量考核评价标准”有监督、有检查、有反馈、有记录。



（二）制度管理

各级人员必须遵守医院感染管理相关的法律法规、部门规章及医院感染管理的各项规章制度。

应遵守的法律法规及部门规章：《医院感染管理办法》、《消毒技术规范》、《消毒管理办法》、《医院感染诊断标准》、《医疗废物管理条例》、《中华人民共和国传染病防治法》、《内镜清洗消毒技术操作规范》、《医疗机构口腔诊疗器械消毒技术规范》、《血液透析器复用操作规范》、《抗菌药物临床应用指导原则》等。

应遵守医院感染管理制度：“医院感染管理组织及有关部门职责”、“医院感染质量管理与考核制度”、“医院感染培训制度”、“医院感染病例监测报告制度”、“医院感染暴发及医院感染突发事件的监测、报告、调查、与控制制度”、“医院环境卫生学及消毒灭菌监测与质量改进制度”、“医院消毒隔离制度”、“消毒药械管理制度”、“一次性无菌医疗用品的管理工作制度”、“医务人员职业卫生防护制度”、“手卫生制度”、“无菌操作技术制度”、“医疗废物的管理制度”、“生物安全管理工作制度”、“抗菌药物合理应用管理制度”、“各重点部门的医院预防与控制制度”。

（三）医院感染控制与监测

1、医院感染病例监测：开展医院感染病例前瞻性调查，及时发现并报告医院感染病例，及时分析感染原因，提出控制措施。在全面综合性监测工作基础上，结合回顾性和目标性监测，以进一步完善医院感染病例监测工作。对医院感染暴发或医院感染突发事件及时报告。

2、消毒灭菌管理：做到对进入人体组织或无菌器官的医疗用品必须达到灭菌要求，接触皮肤粘膜的器械和用品，必须达到高水平的消毒要求。根据物品污染后的危害程度选择消毒、灭菌方法以确保消毒和灭菌效果。

3、消毒灭菌及环境卫生学监测：按工作计划，全院重点感染环节和高危科室应每月进行环境卫生学及消毒灭菌效果监测，其它科室环境卫生学监测每季一次。感染管理科每季重点监测高危科室和重点人群。并及时对监测结果进行分析、反馈。当有医院感染爆发流行，怀疑与医院环境卫生学因素有关时，及时进行监测。定期对消毒灭菌剂和一次性无菌医疗用品进行抽样监测，不符合标准的严禁临床使用。

4、对重点部门的医院感染管理：根据《湖北省医院感染管理质量评价标准》的要求制订重点部门的医院感染预防与控制措施及流程，并严格督查落实。

5、抗感染药物管理：在“医院药事管理委员会”的领导下，临床医生严格遵守抗感染药物合理使用原则，提高病原学送检率，依据细菌培养和药敏实验结果合理选用抗感染药物。检验科每季向临床公布常见致病菌、药敏试验及细菌耐药性监测结果，发现特殊病原菌感染及时报告感染管理科。药剂科每季向临床医务人员提供抗感染药物使用的相关信息。

（四）培训与考核



1、医院感染管理科协助人力资源部加强医院感染管理知识的普及与提高，按制度定期组织全院性院感知识培训、岗前培训、总务后勤人员及医疗废物收集人员培训、各科室组织院感知识培训每半年一次。

2、不定期对医务人员进行相关院感控制知识、职业暴露防护、标准预防、手卫生规范及消毒隔离制度等进行书面和现场考核。

（五）污水污物管理

1、各科严格遵守“医疗废物管理制度”，分类收集、出科及上交交接双签字，由感染科每月核对各科及全院出入总数量。

2、检验科的微生物培养物不能直接倒入下水道、必须高压灭菌后出科。

3、严格遵守污水管理制度，专人负责，污水排放符合国家《污水排放标准》。

（六）医务人员职业暴露防护

1、医务人员加强职业暴露防护意识，认真执行“医务人员职业卫生防护制度”，落实“标准预防”的各项措施，正确合理有效地使用防护用品，防止职业暴露的发生。

2、发生职业暴露后按规定流程处理、上报和随诊。

三、考核评价

（一）考核方法

1、科室自查：根据法律法规、部门规章、《湖北省医院感染管理质量考核评价标准》及医院感染的各项规章制度，按“医院感染管理质量考核评价标准”打分，每月5号前上交感染科。

2、感染管理科抽查：感染管理科根据“医院感染管理质量考核评价标准”不定期下科室进行考核检查，检查结果、改进措施及时反馈给所查科室，以引起科室领导重视，并与季度综合目标考核挂钩。

3、单项检查：感染管理科不定期下科室检查医疗废物处理情况、医疗器械消毒灭菌质量、医院感染漏报情况等，一项一次不达标扣款50元。

4、全院检查：与医务科、护理部、药剂科等相关科室一起全面检查，汇总医院感染各项监测资料及平时抽查结果，医院感染漏报率合计总分。

（二）处理反馈

1、现场对当事人或科主任、护士长指出存在问题，提出整改要求。

2、参加每月护士长例会，通过护理管理路径向护士长反馈信息，提出改进措施。

3、通过医院感染管理委员会会议及科主任、护士长每季的全院质量安全工作会议反馈信息，指出存在问题，提出整改要求。

4、每季定期对医院感染各项监测资料、考核结果进行汇总分析，针对薄弱环节和出现的问题，提出改进意见，以《医院感染管理季度简讯》形式，将监测结果以网络及书面形式及时反馈给各相关科室及院领导。并通过周会由分管院长向全院通报。

5、根据“医院感染管理质量考核评价标准”计分，并与科室奖金及效益工资挂钩。



医院感染管理培训制度

为使医院内各级各类医务人员在 医院感染管理中认真履行各自的岗位职责，不断了解和更新医院感染管理基础理论和相关进展，熟练掌握医院感染预防控制知识和相关技能，特制定医院感染管理培训工作制度如下：

（一）医院感染管理委员会负责对感染管理相关人员进行业务培训；

（二）医院感染管理专职人员需参加全国、省、市内专业培训，每人每年不少于15学时，以具备感染管理专业水平，以利工作；

（三）感染管理科负责全院各级各类人员的医院感染管理知识培训：

1、每年对新上岗人员，进修、实习人员和工勤人员进行感染管理知识岗前培训，时间不少于3小时，考试合格方可上岗；

2、各科每年至少组织2次医院感染相关知识培训，内容包括医院感染管理知识和法律法规；

3、每年至少开展2次全院性感染管理知识培训，内容包括各类感染管理基础知识、管理要求、医院内各类消毒隔离规章制度和最新法律法规等；

4、根据每年最新管理要求和规范，及时有重点地组织专科感染管理培训；

5、随时接受来自全院各科、各类人员咨询，并给予业务指导；

6、随时将最新管理要求和规范下发各科，并组织学习和考试；

7、发现问题随时进行现场教育和个别指导。

医院感染病例监测报告制度

（一）根据《医院感染管理办法》的要求，医院必须对住院病人进行医院感染病例监测，以及时掌握本院医院感染发病率、高发部位、高发科室、高危因素、病原体特点及耐药性等，为医院感染控制提供科学依据。

（二）临床各科室医师，要熟悉《医院感染诊断标准》，并不断加强有关院内感染的基础理论学习，不断提高院内感染控制的水平。认真填写感染病例登记表。

（三）在医院感染管理委员会的领导下，科室感染管理小组及各临床医生负责评估医院感染发生的危险性，发生医院内感染病例24小时内上报感染科，也可电话上报。否则按漏报计数。感染管理科接电话后2小时内到达科室，查看感染病例，协助采集标本，与医生一起分析医院感染的危险因素，并针对导致医院感染的危险因素，实施预防与控制措施。

（四）发现特殊医院感染病例或暴发流行时，应立即按医院感染暴发报告制度报告，及时进行隔离治疗，采取有效的预防与控制措施，积极救治患者。



(五) 检验科及时向感染管理科及临床科室反馈微生物的耐药性变迁情况。

(六) 院感专职人员要深入科室，督促检查院内感染病例诊断报告执行情况，标本送检情况。将院内感染控制在8%以内，漏报率控制在此10%以内。漏报纳入医院感染管理质量考核评价标准。针对医院感染的高发部位、高危科室、重点人群在临床主任、护士长及医生护士的配合下以前瞻性调查的方法对医院感染病例进行监测，回顾性调查作为补充，并在以上监测的基础上每年开展1-2项目标性监测。

(七) 总结分析医院感染信息，每月汇总向分管院长反馈，特殊情况及时反馈。每季向各科室反馈。

医院感染暴发及医院感染突发事件的 监测、报告、调查与控制制度

一、医院感染暴发及医院感染突发事件的监测与报告制度

(一) 出现医院感染流行趋势时，经治医师应及时向本科室医院感染监控小组负责人报告，并立即填表报告医院感染管理科。

医院感染管理科应于2小时内报告主管院长和医务科(科)，并通报相关部门。医院感染委员会经调查证实发生以下情形时，应当于12小时内向所在地的县级地方人民政府卫生行政部门报告，并同时向所在地疾病预防控制机构报告。

- 1、5例以上医院感染暴发；
- 2、由于医院感染暴发直接导致患者死亡；
- 3、由于医院感染暴发导致3人以上人身损害后果。

(二) 医院发生以下情形时，应当按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范(试行)》的要求进行报告：

- 1、10例以上的医院感染暴发事件；
- 2、发生特殊病原体或者新发病原体的医院感染；
- 3、可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染。

(三) 医院发生的医院感染属于法定传染病的，应当按照《中华人民共和国传染病防治法》和《国家突发公共卫生事件应急预案》的规定进行报告和处理。

二、调查与控制制度

出现医院感染流行或医院感染突发事件时，应采取下列调查与控制措施：

1、各科室应当及时发现医院感染病例和医院感染的暴发，分析感染源、感染途径，协助调查和执行控制措施。积极救治患者。

2、医院感染管理科必须协助所在地的疾病预防控制机构及时进行流行病学调查，查找感染源、感染途径、感染因素，采取控制措施，防止感染源的传播和感染范围的扩大。基本步骤为：



(1) 证实流行或暴发：对怀疑患有同类感染的病例进行确诊，计算其罹患率，若罹患率显著高于该科室或病房历年医院感染一般发病率水平，则证实有流行或暴发。

(2) 查找感染源：对感染病人、接触者、可疑传染源、环境、物品、医务人员及陪护人员等进行病原学检查。

(3) 查找引起感染的因素：对感染病人及周围人群进行详细流行病学调查。

(4) 制定和组织落实有效的控制措施：包括对病人作适当治疗，进行正确的消毒处理，必要时隔离病人甚至暂停接收新病人。

(5) 分析调查资料，对病例的科室分布、人群分布和时间分布进行描述；分析流行或暴发的原因，推测可能的感染源、感染途径或感染因素，结合实验室检查结果和采取控制措施的效果综合做出判断。

(6) 写出调查报告，总结经验，制定防范措施。

3、主管院长接到报告，应及时组织相关部门协助医院感染管理科开展流行病学调查与控制工作，并从人力、物力和财力方面予以保证。

4、当其它医院发生医院感染流行或暴发时，应对本地区或本院同类潜在危险因素进行调查并采取相应控制措施。

5、确诊为传染病的医院感染，按《传染病防治法》的有关规定进行管理。

医院消毒灭菌及环境卫生学监测与质量改进制度

一、监测制度

(一) 消毒灭菌监测

1、使用中的消毒剂、灭菌剂：应进行生物和化学监测。

生物监测：

消毒剂：I、II类科室及重点科室每月一次，III类科室每季度一次。其细菌含量必须 $< 100\text{cfu/ml}$ ，不得检出致病性微生物。

灭菌剂：各科室每月监测一次，不得检出任何微生物。

化学监测：应根据消毒、灭菌剂的性能定期监测浓度，如含氯消毒剂、过氧乙酸等应每日监测，对戊二醛的监测应每周不少于一次，浸泡内窥镜的戊二醛每天监测。各项监测结果记录在消毒登记本上。

2、消毒、灭菌物品监测。灭菌物品每月一次，消毒物品每季一次。进入人体无菌组织、器官或接触破损皮肤、粘膜的医疗用品必须无菌。接触粘膜的医疗用品细菌菌落总数应 $\leq 20\text{cfu/g}$ 或 100 cm^2 ；致病性微生物不得检出。接触皮肤的医疗用品细菌菌落总数应 $\leq 200\text{cfu/g}$ 或 100cm^2 ；致病性微生物不得检出。

3、压力蒸汽灭菌：必须进行工艺监测、化学监测和生物监测。

工艺监测：每锅进行，应每锅监测并详细记录（锅号、压力、温度、时间、灭菌物品、



灭菌操作者签名等项) 。

化学监测：每包进行，灭菌物品包装外均应粘贴灭菌指示胶带，注明灭菌日期和失效期，包内尚需进行中心部位的化学监测。预真空压力蒸汽灭菌器每天灭菌前进行 B—D 试验。

生物监测：每月进行，新灭菌器使用前必须先进行生物监测，合格后才能使用；对拟采用的新包装容器、摆放方式、排气方式及特殊灭菌工艺，也必须先进行生物监测，合格后才能采用。

4、紫外线消毒：应进行日常监测、紫外灯管照射强度监测和生物监测。

日常监测：包括灯管应用时间、累计照射时间和使用人签名。对新的和使用中的紫外灯管应进行照射强度监测，新灯管的照射强度不得低于 $100 \mu W/cm^2$ ，使用中灯管不得低于 $70 \mu W/cm^2$ 照射强度监测应每半年一次。

生物监测：必要时进行，经消毒后的物品或空气中的自然菌应减少 90.00% 以上，人工染菌杀灭率应达到 99.90%。

5、各种内窥镜：必须每月进行监测。各种灭菌后的内窥镜（如腹腔镜、关节镜、胆道镜、膀胱镜、胸腔镜、宫腔镜等）、活检钳等灭菌物品：不得检出任何微生物。消毒类内窥镜（如胃镜、肠镜、喉镜、气管镜等）及其它消毒物品：细菌菌落总数应 $\leq 20cfu/件$ ；致病性微生物不得检出。

6、血液净化系统：必须每月对入、出透析器的透析液进行监测。当疑有透析液污染或有严重感染病例时，应增加采样点，如原水口、软化水出口、反渗透水出口、透析液配液口等，并及时进行监测。当检查结果超过规定标准值时，须再复查。标准值为：透析器入口液的细菌菌落总数必须 $\leq 200cfu/ml$ ，出口液的细菌菌落总数必须 $\leq 2000cfu/ml$ ，并不得检出致病微生物。

（二）环境卫生学监测

1、包括对空气、物体表面和医护人员手的监测。I、II类科室及重点科室每月一次，III类科室每季度一次。

2、卫生学标准：

	空气	物体表面	医护人员手
	cfu/m ³	cfu/cm ²	cfu/cm ²
I类	≤ 10	≤ 5	≤ 5
II类	≤ 200	≤ 5	≤ 5
III类	≤ 500	≤ 10	≤ 10
IV类	≤ 15	≤ 15	

说明：

I类科室

层流洁净手术室、层流洁净病房普通手术室。



II类科室及医院感染重点科室

普通手术室、产房、婴儿室、早产儿室、普通保护性隔离室、供应室无菌区、烧伤病房、重症监护病房、门诊小手术室、门诊妇产科、口腔科、检验科、新生儿病房、介入中心、胃镜室、配置中心、血透中心、感染性疾病科、灭菌类的内窥镜及附件。

III类科室

儿科病房、妇产科检查室、注射室、换药室、治疗室、供应室清洁区、急诊室、化验室、各类普通病房和房间。

IV类

传染病科及病房。

(三) 医院污水的监测。由污水处理人员负责监测。监测要求：余氯量检测每日二次；粪大肠菌群检测每月一次；志贺菌和沙门菌等致病菌检测每半年一次。

二、质量改进制度

1、各科室必须遵照执行《消毒技术规范》《医院感染管理办法》中的清洁、消毒、灭菌与监测管理规定，正确清洁、消毒、灭菌物品，根据以上规定做好环境卫生学及消毒灭菌效果监测工作。

2、各科室固定一名兼职监测护士或护士长做医院感染监测工作。每月根据要求及科内物品危险性选择采样，及时回收报告结果，发现不合格时查找原因并向护士长报告，整改后再次监测。护士长监督检查监测结果。

3、感染管理科负责监测员的培训指导与督促检查工作，并定期对医院感染高危科室、重点人群进行监测。

4、定期到检验科查看监测结果，每月分析评价；发现不达标情况及特殊致病菌及时反馈科室并查找原因，提出整改措施，监测整改结果。

5、检验科按要求为各科提供监测用品，有特殊原因提前通知科室。监测结果超标或有特殊致病菌时及时通知感染管理科。

6、感染管理科每年对全院监测结果进行分析评价。

医院消毒隔离制度

(一) 医务人员必须遵守消毒灭菌原则，进入人体的或无菌器官的医疗用品必须灭菌；接触皮肤黏膜的器具和用品必须消毒。

(二) 用过的医疗器材和物品，应先去污染，彻底清洗干净，再消毒或灭菌；其中感染症患者用过的医疗器材和物品，应先消毒，彻底清洗干净，再消毒或灭菌。所有医疗器械在检修前应先经消毒或灭菌处理。

(三) 根据物品性能选择物理或化学方法正确进行消毒或灭菌。耐热、耐湿物品灭菌首选物理灭菌法；手术器具及物品、各种穿刺针、注射器等首选压力蒸汽灭菌；油、粉、



膏等首选干热灭菌。不耐热物品如各种导管、精密仪器、人工移植物等可选用化学灭菌法，如环氧乙烷灭菌等，内窥镜可选用环氧乙烷灭菌或2%戊二醛浸泡灭菌。消毒首选物理方法，不能用物理方法消毒的方选化学方法。尽量取消浸泡灭菌。

(四) 不可采用甲醛自然熏蒸法对无菌物品进行熏蒸灭菌。

(五) 采用浸泡方法消毒医疗用品的，应在容器外明显处标明消毒剂名称、浓度、有效时间等，正在消毒与消毒好的器械应置于不同的容器。

(六) 医务人员进行各种诊疗操作(包括穿刺、换药、手术等)时，应严格执行无菌操作，按规定洗手、戴口罩和工作帽。

(七) 连续使用的氧气湿化瓶、雾化器、呼吸机管道、早产儿暖箱的湿化器等器材，必须每天消毒，用毕终末消毒，干燥保存。

(八) 不可在病房走廊内清点污染被服。

(九) 保持环境清洁，定时对空气、物体表面及地面进行清洁，必要时消毒处理。地面湿式清扫，拖洗工具使用后应先消毒清洗，再晾干。

(十) 严格按《传染病防治法》执行，传染病人应专科收治，普通病房不可混住传染病病人。

(十一) 病人餐具必须经蒸汽或煮沸消毒后备用，便器必须经消毒液浸泡消毒后备用。

手卫生制度

为加强医务人员手卫生工作，预防和控制医院感染，提高医疗质量，保障医疗安全和医务人员的职业安全，所有医务工作者人员必须遵守以下规定。

一、医务人员洗手指征：

(一) 直接接触病人前后，从同一病人身体的污染部位移动到清洁部位时。

(二) 接触病人黏膜、破损皮肤或伤口前后，接触病人的血液、体液、分泌物、排泄物、伤口敷料之后；

(三) 穿脱隔离衣前后，摘手套后；

(四) 进行无菌操作，接触清洁、无菌物品之前；

(五) 接触患者周围环境及物品后；

(六) 处理药物或配餐前。

二、手卫生设施

(一) 设置流动水洗手设施。

手术室、产房、导管室、层流洁净病房、骨髓移植病房、器官移植病房、重症监护病房、新生儿室、母婴室、血液透析病房、烧伤病房、感染疾病科、口腔科、消毒供应中心等重点部门应配备非手触式水龙头。有条件的医疗机构在诊疗区域均宜配备非手触式水龙头。

(二) 应配备清洁剂。盛放皂液的容器应为一次性使用，重复使用的容器应每周清



洁消毒。皂液有浑浊或变色时及时更换，并清洁消毒容器。

(三) 应配备干手物品或者设施，避免二次污染。

(四) 应配备合格的速干手消毒剂。

(五) 手卫生设施的设置应方便医务人员使用。

(六) 手卫生消毒剂应符合下列要求：

1、应符合国家有关规定；

2、宜使用一次性包装；

3、医务人员对选用的手消毒剂应有良好的接受性，手消毒剂无异味、刺激性。

三、医务人员洗手的方法：

(一) 采用流动水洗手，使双手充分浸湿；

(二) 取适量肥皂或者皂液，均匀涂抹至整个手掌、手背、手指和指缝；

(三) 认真揉搓双手至少 15 秒钟，应注意清洗双手所有皮肤，清洗指背、指尖和指缝，

具体揉搓步骤为：

1、掌心相对，手指并拢，相互揉搓；

2、手心对手背沿指缝相互揉搓，交换进行；

3、掌心相对，双手交叉指缝相互揉搓；

4、右手握住左手大拇指旋转揉搓，交换进行；

5、弯曲手指使关节在另一手掌心旋转揉搓，交换进行；

6、将五个手指尖并拢放在另一手掌心旋转揉搓，交换进行；

7、必要时增加对手腕的清洗。

(四) 在流动水下彻底冲净双手，擦干，取适量护手液护肤。

四、正确使用洗手液：

医务人员洗手使用皂液、在更换皂液时，应当在清洁取液器后，重新更换皂液或者最好使用一次性包装的皂液。禁止将皂液直接添加到未使用完的取液器中。

五、合理使用速干手消毒剂：

医务人员手无可见污染物而又不方便流水洗手时可以使用速干手消毒剂消毒双手代替洗手。具体方法是：

(一) 取适量的速干手消毒剂于掌心；

(二) 严格按照洗手的揉搓步骤进行揉搓；

(三) 揉搓时保证手消毒剂完全覆盖手部皮肤，直至手部干燥，使双手达到消毒目的。

六、医务人员在下列情况时应当进行手消毒：

(一) 接触患者的血液、体液和分泌物以及传染性致病微生物污染的物品后；

(二) 直接为传染病患者进行检查、治疗、护理或处理传染患者的物品后。

手消毒的方法是：

先用流动水按七部洗手法洗手，然后使用手消毒剂按七步洗手法揉搓步骤进行揉搓，



消毒双手。

无菌技术的操作原则

(一) 无菌操作环境应清洁、宽敞、定期消毒；物品布局合理；无菌操作前半小时应停止清扫工作、减少走动、避免尘埃飞扬。

(二) 无菌操作前，工作人员要戴好帽子和口罩，修剪指甲并洗手，必要时穿无菌衣、戴无菌手套。

(三) 进行无菌操作时，应首先明确无菌区、非无菌区、无菌物品的概念。

(四) 无菌物品与非无菌物品应分开放置，并有明确标志；无菌物品不可暴露于空气中，应存放于无菌包或无菌容器中；无菌包外需标明物品的名称、灭菌日期，按先后顺序摆放；无菌包的有效期一般为7天。

(五) 进行无菌操作时，操作者身体应与无菌区保持一定距离；取放无菌物品应面向无菌区；取用无菌物品时应使用无菌持物钳；手臂应保持在腰部或治疗台面以上，不可跨越无菌区，手不可接触无菌物品；无菌物品一经取出，即使未用，也不可在放回无菌容器内；避免面对无菌区谈笑、咳嗽、打喷嚏；如用物疑有污染或已被污染，应予更换并重新灭菌；非无菌物品应远离无菌区。

(六) 一套无菌物品只供一位病人使用一次。

医院消毒灭菌剂质量监督管理的规定

为了保障医疗安全，根据《医院感染管理办法》及《消毒管理办法》的有关规定，必须加强医院消毒灭菌剂质量监督管理。具体措施如下：

(一) 医院药剂科要指定一名科主任负责分管消毒灭菌剂的管理工作，严把消毒灭菌剂审核关。

(二) 医院药剂科应根据临床需要和医院感染管理委员会对消毒灭菌药械选购的审定意见进行采购，按照国家有关规定，查验必要证件，每批次向厂家索要相关检测报告单监督进货产品的质量，并按有关要求登记。要求责任人，分管科主任双签字。

(三) 药剂科应将各种证件送一份感染科备查。消毒灭菌剂一旦选定合格厂家后，不得随意更换，如需更换产品。要通知感染管理科进行质量监督，否则后果自负。

(四) 医院感染管理委员会要对全院使用的消毒灭菌药械进行监督管理。感染管理科按照国家有关规定，具体负责对全院消毒灭菌药械的购入、储存和使用进行监督、检查和指导，对存在问题及时汇报医院感染管理委员会。



一次性使用无菌医疗用品的管理制度

(一) 医院所用一次性使用无菌医疗用品必须由设备部门统一集中采购，使用科室不得自行购入。

(二) 医院采购一次性使用无菌医疗用品，必须从取得省级以上药品监督管理部门颁发《医疗器械生产企业许可证》、《工业产品生产许可证》、《医疗器械产品注册证》和卫生行政部门颁发卫生许可批件的生产企业或取得《医疗器械经营企业许可证》的经营企业购进合格产品；进口的一次性导管等无菌医疗用品应具有国务院药品监督管理部门颁发的《医疗器械产品注册证》。

(三) 每次购置，采购部门必须进行质量验收，订货合同、发货地点及货款汇寄帐号应与生产企业 / 经营企业相一致，并查验每箱（包）产品的检验合格证、生产日期、消毒或灭菌日期及产品标识和失效期等，进口的一次性导管等无菌医疗用品应具灭菌日期和失效期等中文标识。

(四) 医院保管部门专人负责建立登记帐册，记录每次订货与到货的时间、生产厂家、供货单位、产品名称、数量、规格、单价、产品批号、消毒或灭菌日期、失效期、出厂日期、卫生许可证号、供需双方经办人姓名等。

(五) 物品存放于阴凉干燥、通风良好的物架上，距地面 $\geq 20\text{cm}$ ，距墙壁 $\geq 5\text{cm}$ ；不得将包装破损、失效、霉变的产品发放至使用科室。

(六) 科室使用前应检查小包装有无破损、失效、产品有无不洁净等。

(七) 使用时若发生热原反应、感染或其它异常情况时，必须及时留取样本送检，按规定详细记录，报告医院感染管理科、药剂科和设备采购部门。

(八) 医院发现不合格产品或质量可疑产品时，应立即停止使用，并及时报告当地药品监督管理部门，不得自行作退、换货处理。

(九) 一次性使用无菌医疗用品用后，须进行消毒、毁形、并按当地卫生行政部门的规定进行无害化处理，禁止重复使用和回流市场。

(十) 医院感染管理科须履行对一次性使用无菌医疗用品的采购、管理和回收处理的监督检查职责。

医疗废物管理制度

(一) 根据《医疗废物管理条例》及卫生部《医疗卫生机构医疗废物管理办法》规定制定医院医疗废物管理制度。

(二) 医院废物管理实行全员参与、依法管理。

(三) 医务科、护理部、门诊部负责监督、指导各有关科室医疗废物的分类收集、包装、



登记工作。

(四) 医院感染管理办公室负责各项相关制度落实的日常监督、技术指导及全员培训。

(五) 总务处负责污水处理及医疗废物的运送、储存、暂储地设施的日常管理，保证收集、运送、储存地人员的个人防护物质，每年对上述人员进行体检一次。

(六) 医院废物实行分类收集法。

(七) 病区内的生活废物，应用黑色塑料袋封装，转运在指定的生活垃圾场集中点，由总务处负责定时运出。

(八) 病区产生的医疗废物：

1、被病人血液、体液、排泄物污染的物品；

2、一次性使用的医疗、卫生用品，医疗器械等；

3、废弃的医学标本、血液、血清等。应处置在带有危险废物标识的专用污物桶中，用黄色垃圾袋封装后，由专用路线运至医疗垃圾暂储地。

(九) 检验科、病理科、手术室产生的医疗废物：(1)、被病原体污染的培养基、标本、菌种、毒种保存液等，应首先在产生地进行压力蒸汽灭菌或者化学消毒处理，然后按感染性废物处理；(2)、手术中产生的人体组织器官，病理切片后废弃的人体组织，病理腊块；实验动物组织、尸体等。应处置在带有危险废物标识的专用污物桶中，用黄色塑料袋封装后，由专用线路运至医疗垃圾暂储地。

(十) 各类损伤性废物，如抽药针、注射针、头皮针、采血针、缝合针、手术刀、备皮刀、解剖刀、手术锯等；载玻片、玻璃试管、玻璃安瓿等应用带有危险废物标识的利器盒收集。

(十一) 药物性废物、化学性废物、放射性废物依照国家相关法规、标准执行，交由专门机构处置。

(十二) 隔离病人、或者疑似传染病病人产生的生活废物、医疗废物、应处置在带有危险废物标识的专用污物桶中，用双层黄色塑料袋封闭后，由专用线路运至医疗垃圾暂储地。

(十三) 医疗废物的交接、运送：科室实行双签字交接，暂储地实行联单转移交接；每日登记，资料保存三年。运送容器盛装不得超过 3 / 4，路途不得遗撒、丢失。

(十四) 医院污水排放应符合国《医院污水排放标准》。

(十五) 焚烧垃圾实行交接双签字及焚烧数量、时间登记。

(十六) 处罚措施

1、科室医疗垃圾未按要求分类收集或登记签名，一次罚款 20 元；

2、回收人员未按要求回收、保管或无害化处理，一次罚款 10 元；

3、对一次性用品流失或作一般废物处理的个人各罚款 100 元。如造成严重后果的将承担相关刑事责任。



医疗废物回收人员职责

(一) 一次性使用的废弃物回收工作，由总务处指定专人负责统一回收至医疗废物暂贮地，废弃物的保存、清理和卫生工作有专人负责。

(二) 回收人员应将医疗废物密闭运送，不得遗洒、暴露和污染周围环境。

(三) 注意个人防护，上岗应着装整齐，佩戴胸卡，操作时要戴口罩、胶皮手套。工作前后应及时清洗和消毒双手。

(四) 废物贮存地应每日消毒、清洗、做好环境卫生，每周一次大扫除。室内、外应保持干净整洁。各种污物密闭存放，室内地面及四壁不能有血迹、污垢和污物残留。

(五) 定期对贮存地进行喷药和消毒，防止蚊蝇滋生，杀灭蟑螂和老鼠。

(六) 违反以上规定和原则应给予适当的经济处罚，情节严重者给予开除及相关的法律、法规处罚。

医疗废物发生意外事故的应急预案

为了加强医疗废物的依法管理，认真贯彻落实国务院《医疗废物管理条例》杜绝医疗废物发生意外后流向社会，造成危害，特制定本预案。

一、目的：

确保一旦发生意外流失医疗废物时，能及时采取有效措施，迅速控制范围，减少危害到最小程度。

二、预案启动条件：凡出现医疗废物的流失、泄漏、扩散等意外事故时，立即启动本预案。

(一) 发生废弃的一次性使用输液器、注射器回收数目流失大于 30% 时，应快速反应启动本预案。

(二) 发生感染性废物中实验室的菌种、毒种、病原体泄露、流失，有造成工作人员感染扩散时，立即启动本预案。

(三) 发现特殊感染病人（如艾滋病、禽流感、SARS）的医疗废物流失时，立即启动本预案。

(四) 发生废弃的麻醉、精神、放射性、毒性药物流失，泄露，扩散等意外事故时，立即启动本预案。

三、对策与措施：

(一) 加强组织领导，各部门互相配合

在发生医疗废物流失、泄漏、扩散等意外事故时，可根据事故发生地，疫情蔓延的趋势和处理工作的需要，成立疫情工作领导小组或事故紧急处理领导小组，研究制定预防



与紧急处理方案。按照相关部门的职责进行分工，及时安排疫情处理所必需的人员和相关的物质配备，落实责任制，确保各项预防与控制工作落到实处。

（二）疫情报告

当院内出现因医疗废物的流失、泄漏、扩散而导致重大疫情发生传染病的暴发、流行时；不明原因的群体性疾病；传染病的菌种、毒种丢失；重大的职业性感染时；应立即向医院领导报告。2小时内向上级主管领导报告，6小时内向有关卫生监督机构和疾控中心报告。

（三）对收集人员，暂存人员进行培训，做好个人防护，安全守卫工作，防止丢失各种医疗废物，造成重大危害。

四、应急处理：

（一）突发意外事件发生后，立即组织有关人员突发事件进行综合评估，提出应急预案的建议。

（二）指定人员进行意外事故的调查、确证、处置、控制和评价。

（三）应急预案启动后，应根据预案规定的职责要求，服从应急小组的统一指挥，立即到达规定的岗位。

（四）各类人员应服从统一指挥，相互配合协作，集中力量开展相应的调查。

（五）突发意外事件发生后，应配备相应的防护物品，对调查人员采取防护措施，防止交叉感染，必要时对相关人员进行疏散和隔离。

（六）突发意外事件发生后，相关人员必须如实接受调查，积极配合调查，不得以任何理由予以拒绝。

（七）出现因医疗废物发生意外后，造成人员伤害时，应积极进行隔离、观察与治疗。

五、处罚责任：

（一）医疗废物发生意外事故后，相关科室及个人应如实报告上级领导，不得以任何理由隐瞒，缓报和谎报。

（二）医疗废物意外流失发生后，相关收集、储存人员应积极配合调查，对拒绝调查的给予纪律处分和相关罚款。

（三）对突发事件发生期间，随意散布谣言，造成工作、生活秩序混乱的给予相应处理。

（四）造成严重后果的应按照相关的法律、法规条例进行处理。

职业暴露的防护措施及登记报告处理制度

一、预防职业暴露的措施

医务人员的职业暴露防护措施应当遵照标准预防原则，对所有病人的血液、体液及被血液、体液污染的物品均视为具有传染性的病源物质，医务人员接触这些物质时，必须采取防护措施。



(一) 医务人员进行有可能接触病人血液、体液的诊疗和护理操作时必须戴手套，操作完毕，脱去手套后立即洗手，必要时进行手消毒。

(二) 在诊疗、护理操作过程中，有可能发生血液、体液飞溅到医务人员的面部时，医务人员应当戴手套、具有防渗透性能的口罩、防护眼镜；有可能发生血液、体液大面积飞溅或者有可能污染医务人员的身体时，还应当穿戴具有防渗透性能的隔离衣或者围裙。

(三) 医务人员手部皮肤发生破损，在进行有可能接触病人血液、体液的诊疗和护理操作时必须戴双层手套。

(四) 医务人员进行侵袭性诊疗、护理操作过程中，要保证充足的光线，并特别注意防止被针头、缝合针、刀片等锐器刺伤或者划伤。

(五) 使用后的锐器应当直接放入耐刺、防渗漏的利器盒，或者利用针头处理设备安全处置，也可以使用具有安全性能的注射器、输液器等医用锐器，以防刺伤。

(六) 禁止将使用后的一次性针头重新套上针头套。禁止用手直接接触使用后的针头、刀片等锐器。

二、发生职业暴露后的处理措施

医务人员发生职业暴露后，应当立即实施以下局部处理措施：

(一) 用肥皂液和流动水清洗污染的皮肤，用生理盐水冲洗粘膜。

(二) 如有伤口，应当在伤口旁端轻轻挤压，尽可能挤出损伤处的血液，再用肥皂液和流动水进行冲洗；禁止进行伤口的局部挤压。

(三) 受伤部位的伤口冲洗后，应当用消毒液，如：75%乙醇或者0.5%碘伏进行消毒，并包扎伤口；被暴露的粘膜，应当反复用生理盐水冲洗干净。

三、登记报告制度

(一) 医务人员发生职业暴露后报告科室医院感染管理小组进行局部处理，填写报告卡报感染办。

(二) 感染办负责调查暴露源情况，暴露程度，填写“职业暴露情况登记表”，并采取必要的预防措施，以防类似事件的再发生。

(三) 到传染科就诊、随防和咨询。

(四) 每月汇总登记表向院领导反馈并向湖北省医院感染监控中心报告。

内窥镜消毒隔离制度

(一) 严格划分候诊区、诊疗区、清洗消毒区，设内镜及无菌物品贮藏室。

(二) 不同部位内镜诊疗工作应分室进行，不同部位内镜的清洗消毒槽应分开设置。

(三) 凡进入人体无菌组织、器官或经外科切口进入无菌腔隙的内镜及其附件必须灭菌。

(四) 凡穿破粘摸的内镜附件必须灭菌，如活检钳、高频电刀等。



(五) 凡进入人体消化道、呼吸道等与粘膜接触的内镜, 必须达到高水平消毒。采用 2% 戊二醛浸泡消毒, 必须按规范要求达 10—45 分钟。使用前彻底冲净残留消毒液, 防止对病人造成伤害。

(六) 灭菌内镜必须做到一人一用一灭菌, 可选用低温灭菌。采用 2% 戊二醛浸泡灭菌, 必须按规范要求要达 10 小时, 使用前用无菌水彻底冲净残留消毒液, 防止对病人造成伤害。

(七) 内镜中心(室) 诊疗台及其配套设施, 应每天清洁、消毒, 一旦污染应及时清洁消毒。

(八) 进行内镜诊疗工作的医护人员、对内镜及其附件等进行清洗消毒处理的工作人员, 应做好个人安全防护, 戴口罩帽子、防护目镜或面罩, 穿防渗透围裙和袖套, 戴手套。

(九) 内镜室应作好诊疗登记、消毒登记工作, 登记内容包括病人姓名、使用内镜的编号、清洗、消毒时间及操作人员姓名等事项。

(十) 定期对内镜及其附件进行消毒与灭菌效果监测, 以确保消毒、灭菌质量。

- 1、2% 戊二醛浓度监测每天一次并登记。细菌学监测每月一次
- 2、灭菌内镜及附件无菌试验每月一次。
- 3、消毒内镜细菌学监测每月一次
- 4、内镜室工作人员手、空气和物体表面细菌学监测每月一次。

(十一) 保持室内清洁, 每天操作结束后对诊疗环境进行终末清洁消毒处理, 每周彻底清洁处理一次。

(十二) 各种设备、仪器表面, 每天清洁, 保持物品清洁无尘。

(十三) 诊疗区域、清洗消毒区域每天定时开窗通风, 保持空气清新。每天工作结束后, 空气以紫外线灯照射消毒 30 分钟。

(十四) 凡接受内镜诊疗的患者必须进行 HBV、HCV、HIV 筛选, 急诊病人除外。

内镜清洗消毒管理工作制度

为进一步加强和规范我院内镜清洗消毒工作, 规范内镜诊疗行为, 保障医疗质量和医疗安全, 根据卫生部《内镜清洗消毒技术操作规范》要求, 结合本院具体情况, 制定我院“内镜清洗消毒管理工作制度”如下。

一、主要管理部门

内镜清洗消毒管理工作是医疗质量管理、护理管理、医院感染管理、设备采供保障和后勤管理的重要内容, 包括医护人员合理配备、业务培训、无菌操作、内镜及其附件的足量配置、消毒设施的配备、内镜的清洗消毒及环境保洁等, 因此各相关职能部门必须相互配合, 共同管理。

二、科室管理

- 1、内镜清洗消毒和质量控制由相关科室科主任或护士长全面负责管理, 专职技术人



员负责具体实施。医教部、护理部、感染管理科负责督导、检查。

2、消毒内镜诊疗工作应在相应科室内镜中心（室）进行，灭菌内镜诊疗工作必须在手术室进行。

3、内镜中心（室）应配备相应专职技术人员。专职人员应配合科主任做好本中心（室）的消毒隔离管理工作，全面负责内镜及其附件的清洗消毒、无菌器械及消毒内镜供应、诊疗环境整洁、消毒灭菌常规质量控制和保洁等工作。

4、手术室护理人员全面负责灭菌内镜及其附件的清洗消毒和灭菌工作，确保为每一病人提供的内镜及其附件都能达到灭菌要求。

三、内镜、必备附件、诊疗及清洗消毒设施配备与管理

1、内镜配备 内镜数量配备应与接诊病人数相适应，便于周转。

2、活检钳及其附件配备 应足量配备，确保一人一用一灭菌。

3、专用清洗消毒灭菌设施配备 如流动水、流动水清洗槽（2%戊二醛消毒5槽）、负压吸引器、干燥设备、高压水枪、记时器、多酶洗液、纸塑包装袋、封口机等，以保证内镜及其附件的清洗与消毒灭菌需要。不同部位内镜清洗槽分别设置，不可混用。

4、灭菌内镜数量不能满足接诊病人需求时，可配备过氧化氢等离子等低温灭菌器，以缩短清洗灭菌时间，满足临床需要。

5、做好内镜等各种精密仪器、消毒清洗及急救设备的日常维护、维修管理，保证所有设备性能处于良好备用状态，确保正常运行。

四、内镜及其附件的消毒灭菌原则

1、凡进入人体无菌组织、器官或经外科切口进入无菌腔隙的内镜及其附件必须灭菌，如腹腔镜、胸腔镜、胆道镜、关节镜、膀胱镜、输尿管镜、脑室镜、宫腔镜、椎间盘镜等，做到一人一用一灭菌。

2、凡穿破粘摸的内镜附件必须灭菌，如活检钳、高频电刀等。

3、凡进入人体消化道、呼吸道等与粘摸接触的内镜，必须达到高水平消毒，如胃镜、各类肠镜、呼吸道内镜等。

4、诊疗病人极少，内镜数量多（如腹腔镜），能做到一人一用一灭菌的，使用后可选用环氧乙烷灭菌。

5、诊疗病人多，内镜数量少（如腹腔镜），急等周转的，使用后可选择灭菌周期短，又能达到效果的灭菌方法，如过氧化氢等离子灭菌器灭菌（灭菌周期仅28-55分钟）。否则增加内镜数量，以确保为每一病人提供的内镜手术前均达到灭菌要求。

6、尽量取消浸泡灭菌法，如果一定要采用2%戊二醛浸泡灭菌，必须按规范要求要达10小时，使用前用无菌水彻底冲净残留消毒液，防止对病人造成伤害。

7、甲醛自然挥发熏蒸不能达到消毒灭菌效果，不能用于内镜的消毒和灭菌。

8、内镜中心（室）诊疗台及其配套设施，应每天清洁、消毒，一旦污染应及时清洁消毒。

9、进行内镜诊疗工作的医护人员、对内镜及其附件等进行清洗消毒处理的工作人员，



应按医院相关规定做好个人安全防护工作（详见附件）。

内镜室医护人员职业安全防护

进行内镜诊疗工作的医护人员、对内镜及其附件等进行清洗消毒处理的工作人员，应按医院相关规定做好个人安全防护工作。

一、严格洗手

洗手是防止医院内感染传播和个人防护的主要措施之一，因此要求在下列情况下医护人员必须流水洗手或用快速手消毒剂擦手：

- 1、穿脱工作服前、后；
- 2、直接接触病人前、后；
- 3、直接进行两病人内镜诊疗操作之间；
- 4、进行无菌操作前、后；
- 5、戴手套前和脱手套后；
- 6、戴口罩前和脱口罩后；
- 7、处理病人物品之后；
- 8、处理医疗废物之后；
- 9、环境清洁处理之后；
- 10、接触未经消毒处理的医疗设备仪器以后；
- 11、饭前便后；

二、防护用品使用

1、戴手套

为防止医院内交叉感染和保护医务人员免遭污染，在下列情况下必须戴手套：

- (1) 进行内镜诊疗操作时，必须配戴无菌手套，每治疗1位病人更换1付手套。
- (2) 进行无菌操作时配戴无菌手套。
- (3) 有可能接触病人血液、唾液或受病人血液、唾液污染的敷料、物品时应戴乳胶手套。
- (4) 处理医疗废物时应戴乳胶或橡胶手套。
- (5) 清洗消毒内镜及其附件等医疗器械时戴乳胶手套，必要时戴橡胶手套。

注：

- ①戴手套不能替代洗手，脱手套后一定要洗手。
- ②戴好手套以后，只能在规定范围内进行相关诊疗活动，不要随意触摸其他清洁或污染物品，更不能随意开启无菌物品容器。
- ③操作过程中一旦发现手套破损应立即更换。
- ④不要用污染的手触摸病历，电脑键盘等清洁物品，书写病历和诊断报告前应先脱



手套洗手后再书写。

- ⑤因事离开诊疗室应脱去手套，返回后再戴新手套。
- ⑥不要用戴手套的手整理头发、揉眼、搔抓皮肤、调整口罩等。
- ⑦工作中不可使用极易破损的一次性塑料薄膜手套。

2、规范着衣和戴帽

- (1) 上班时必须穿工作服和戴工作帽。
- (2) 进行内镜诊疗活动的医护人员应在工作服外加套一次性反套隔离服，以防止飞溅的血液、分泌物污染工作人员自身。
- (3) 离开诊疗场所应脱去隔离服，以防污染周围环境。
- (4) 清洗内镜及其附件等医疗器械时应穿防渗透隔离衣或围裙、袖套。

3、戴口罩

- (1) 进行内镜诊疗活动、无菌操作、开启无菌物品容器时均应戴口罩，每 3-4 小时更换 1 次，潮湿时立即更换。
- (2) 清洗内镜医疗器械时应戴外科口罩或带有防护面罩功能的口罩。

三、安全使用化学消毒剂

诊疗活动中既要防止微生物对诊疗环境的污染，也要防止化学消毒剂对环境的污染，因此要求：

- (1) 内镜清洗消毒间和诊疗场所应分开，防止消毒剂泄漏对工作人员造成的伤害。
- (2) 凡使用含氯消毒剂、2% 戊二醛等进行浸泡消毒物品的，一定要注意加盖、密闭，防止因消毒剂挥发弥散在空气中对人体造成伤害。
- (3) 不可使用甲醛等醛类消毒剂进行空气消毒。
- (4) 诊疗场所应定时通风换气，减少有害气体的污染。

以上请从事内镜诊疗专业的相关医护人员认真学习，遵照执行。

口腔科消毒隔离制度

(一) 口腔门诊诊疗区与清洗消毒区分开设置，并设无菌物品存放间、处置间和污物间，各区域之间设有形屏障。

(二) 各诊疗椅之间应设屏障，以预防和减少因诊疗活动产生的污染飞沫对相邻诊疗环境污染。

(三) 进入病人口腔内的所有口腔诊疗器械，必须达到一人一用一消毒或灭菌。

(四) 凡接触病人伤口、血液、破损黏膜或者进入人体无菌组织的各类口腔诊疗器械，使用前必须达到灭菌。

(五) 接触病人完整粘膜、皮肤的口腔诊疗器械，使用前必须达到高效消毒。

(六) 凡接触病人体液、血液的修复、正畸模型等物品，送技工室操作前必须消毒。



(七) 工具类物品,如技工钳、雕刻刀、调刀、腊匙等应每天进行清洗浸泡消毒处理。

(八) 口腔门诊综合治疗台及其配套设施,应每天清洁、消毒,一旦污染应及时清洁消毒。

(九) 进行口腔诊疗工作的医护人员、清洗消毒人员,按规定做好个人安全防护工作。治疗操作时,必须戴口罩、帽子,戴一次性手套,操作前后洗手。

(十) 保持室内清洁,每天操作结束后,对各区域环境、物品、物体表面进行终末清洁消毒处理,有明显污染的先以含氯消毒剂擦拭,再以清洁水彻底清洁。每周彻底清洁处理一次。

(十一) 各种设备、仪器表面,每天用清洁水擦拭,有污染时以消毒剂擦拭,保持物品清洁无尘。

(十二) 诊疗区域、清洗消毒区域每天定时开窗通风,保持空气清新。每天工作结束后,空气以紫外线灯照射消毒 30 分钟。

(十三) 根据规范要求应对口腔诊疗器械进行消毒与灭菌效果监测,以确保消毒、灭菌质量。

口腔诊疗器械清洗消毒管理工作制度

为进一步加强我院口腔诊疗器械清洗消毒工作的管理,确保口腔器械清洗消毒质量,保障医疗安全,根据卫生部“卫医发[2005]73号”文件精神和最新颁布的《医疗机构口腔诊疗器械消毒技术操作规范》要求,制定我院“口腔诊疗器械清洗消毒管理工作制度”如下。

一、主要管理部门

口腔诊疗器械清洗消毒管理工作是医疗质量管理、护理管理、医院感染管理、设备采供和后勤保障管理等重要内容,包括人员配备、业务培训、无菌操作、设施配备、诊疗器械清洗消毒及诊疗环境保洁等,因此各相关职能部门应相互配合,共同管理。

二、科室管理

1、口腔诊疗器械清洗消毒和质量控制工作由口腔科科主任或护士长全面负责管理,专职护理人员负责具体实施。医教部、护理部、感染管理科负责督导、检查。

2、完善科室内各项管理工作制度,如消毒隔离制度、业务培训制度、无菌操作制度、诊疗器械清洗消毒制度、医疗废物安全管理制度、诊疗环境保洁制度、医务人员安全防护制度等。

3、配备专职护理技术人员和保洁人员。护理人员应配合科主任做好科室消毒隔离管理工作,全面负责本科室口腔器械清洗消毒、无菌器械供应、医疗环境整洁和保洁人员管理等工作。

三、诊疗器械清洗消毒设施配备和管理



为保证口腔诊疗器械清洗消毒与灭菌效果，必须配备相关清洗消毒设施，如：清洗槽、流动水、多酶洗液、口腔诊疗器械专用清洗机或超声清洗机、快速压力蒸汽灭菌器、干热灭菌器、纸塑包装袋、封口机、注油机等，并做好日常维护、维修管理，确保所有设备能正常运行。

四、诊疗器械清洗消毒原则

- 1、进入病人口腔内的所有诊疗器械，必须达到一人一用一消毒或灭菌。
- 2、凡接触病人伤口、血液、破损黏膜或者进入人体无菌组织的各类口腔诊疗器械，使用前必须达到灭菌。
- 3、接触病人完整粘膜、皮肤的口腔诊疗器械，使用前必须达到消毒。
- 4 凡接触病人体液、血液的修复、正畸模型等物品，送技工室操作前必须消毒。
- 5、口腔门诊综合治疗台及其配套设施，应每天清洁、消毒，一旦污染应及时清洁消毒。
- 6、进行口腔诊疗工作的医护人员、对口腔诊疗器械进行清洗消毒处理的工作人员，应按医院相关规定做好个人安全防护工作。

五、消毒灭菌效果监测管理

根据规范要求定期对口腔诊疗器械进行消毒与灭菌效果监测，以确保消毒、灭菌质量。

- 1、含氯消毒剂每天监测并登记。戊二醛浓度每周监测并登记。
- 2、灭菌器械、灭菌剂无菌试验及手、物表、空气微生物培养每月一次。
- 3、使用中紫外线灯管强度每半年监测一次，由感染管理科监督进行。
- 4、快速压力蒸汽灭菌器灭菌监测：工艺和化学监测每锅进行并登记。生物监测每月一次。

(1) 工艺监测：应每锅进行，包括蒸汽压力、温度、开始时间、灭菌结束时间等，并记录保存。化学监测：纸塑包装本身有化学指示变色块，无须再粘贴化学指示胶带，每锅内放置一条化学指示卡，灭菌周期结束后观察其颜色变化，判断是否达到灭菌要求。

(2) 生物监测：每月一次，将内含式嗜热脂肪杆菌芽孢一只置于排气口上方，经一个灭菌周期以后，取出后送检验科做培养。特殊情况随时监测。

六、环境卫生管理

- 1、保持室内清洁，每天操作结束后进行终末清洁消毒处理，每周彻底清洁处理一次。
- 2、各种设备、仪器表面，每天清洁，保持物品清洁无尘。
- 3、诊疗区域、清洗消毒区域每天定时开窗通风，保持空气清新。每天工作结束后，空气以紫外线灯照射消毒 60 分钟。

七、麻醉药品使用管理

请注明启用日期和时间，启封后使用时间不超过 24 小时，现抽现用，尽量采用小包装。

八、医疗废弃物处理

- 1、尖锐针器、刀片等废弃物，应放入标准黄色防渗漏利器盒内收集。
- 2、非锐利医疗废弃物，如手套、防护套、一次性弯盘、压舌板、敷料等，放入黄色



医用垃圾袋内收集。

- 3、废弃消毒剂、污水等，排入规定下水道，由医院污水处理站按规范处理。
- 4、其他医疗废弃物处理按医院“医疗废物安全处理暂行规定”执行。

医院感染管理办法

中华人民共和国卫生部令

第 48 号

《医院感染管理办法》已于 2006 年 6 月 15 日经卫生部部务会议讨论通过，现予以发布，自 2006 年 9 月 1 日起施行。

部长 高强

二〇〇六年七月六日

医院感染管理办法

第一章 总 则

第一条 为加强医院感染管理，有效预防和控制医院感染，提高医疗质量，保证医疗安全，根据《传染病防治法》、《医疗机构管理条例》和《突发公共卫生事件应急条例》等法律、行政法规的规定，制定本办法。

第二条 医院感染管理是各级卫生行政部门、医疗机构及医务人员针对诊疗活动中存在的医院感染、医源性感染及相关的危险因素进行的预防、诊断和控制活动。

第三条 各级各类医疗机构应当严格按照本办法的规定实施医院感染管理工作。

医务人员的职业卫生防护，按照《职业病防治法》及其配套规章和标准的有关规定执行。

第四条 卫生部负责全国医院感染管理的监督管理工作。

县级以上地方人民政府卫生行政部门负责本行政区域内医院感染管理的监督管理工作。

第二章 组织管理

第五条 各级各类医疗机构应当建立医院感染管理责任制，制定并落实医院感染管理的规章制度和工作规范，严格执行有关技术操作规范和工作标准，有效预防和控制医院感染，防止传染病病原体、耐药菌、条件致病菌及其他病原微生物的传播。

第六条 住院床位总数在 100 张以上的医院应当设立医院感染管理委员会和独立的医院感染管理部门。

住院床位总数在 100 张以下的医院应当指定分管医院感染管理工作的部门。



其他医疗机构应当有医院感染管理专（兼）职人员。

第七条 医院感染管理委员会由医院感染管理部门、医务科门、护理部门、临床科室、消毒供应室、手术室、临床检验部门、药事管理部门、设备管理部门、后勤管理部门及其他有关部门的主要负责人组成，主任委员由医院院长或者主管医疗工作的副院长担任。

医院感染管理委员会的职责是：

（一）认真贯彻医院感染管理方面的法律法规及技术规范、标准，制定本医院预防和控制医院感染的规章制度、医院感染诊断标准并监督实施；

（二）根据预防医院感染和卫生学要求，对本医院的建筑设计、重点科室建设的基本标准、基本设施和工作流程进行审查并提出意见；

（三）研究并确定本医院的医院感染管理工作计划，并对计划的实施进行考核和评价；

（四）研究并确定本医院的医院感染重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施，明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任；

（五）研究并制定本医院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性疾病或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案；

（六）建立会议制度，定期研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题；

（七）根据本医院病原体特点和耐药现状，配合药事管理委员会提出合理使用抗菌药物的指导意见；

（八）其他有关医院感染管理的重要事宜。

第八条 医院感染管理部门、分管部门及医院感染管理专（兼）职人员具体负责医院感染预防与控制方面的管理和业务工作。主要职责是：

（一）对有关预防和控制医院感染管理规章制度的落实情况进行检查和指导；

（二）对医院感染及其相关危险因素进行监测、分析和反馈，针对问题提出控制措施并指导实施；

（三）对医院感染发生状况进行调查、统计分析，并向医院感染管理委员会或者医疗机构负责人报告；

（四）对医院的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理等工作提供指导；

（五）对传染病的医院感染控制工作提供指导；

（六）对医务人员有关预防医院感染的职业卫生安全防护工作提供指导；

（七）对医院感染暴发事件进行报告和调查分析，提出控制措施并协调、组织有关部门进行处理；

（八）对医务人员进行预防和控制医院感染的培训工作；

（九）参与抗菌药物临床应用的管理工作；

（十）对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具的相关证明进行审核；

（十一）组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作；

（十二）完成医院感染管理委员会或者医疗机构负责人交办的其他工作。



第九条 卫生部成立医院感染预防与控制专家组，成员由医院感染管理、疾病控制、传染病学、临床检验、流行病学、消毒学、临床药学、护理学等专业的专家组成。主要职责是：

- (一) 研究起草有关医院感染预防与控制、医院感染诊断的技术性标准和规范；
- (二) 对全国医院感染预防与控制工作进行业务指导；
- (三) 对全国医院感染发生状况及危险因素进行调查、分析；
- (四) 对全国重大医院感染事件进行调查和业务指导；
- (五) 完成卫生部交办的其他工作。

第十条 省级人民政府卫生行政部门成立医院感染预防与控制专家组，负责指导本地区医院感染预防与控制的技术性工作。

第三章 预防与控制

第十一条 医疗机构应当按照有关医院感染管理的规章制度和技术规范，加强医院感染的预防与控制工作。

第十二条 医疗机构应当按照《消毒管理办法》，严格执行医疗器械、器具的消毒工作技术规范，并达到以下要求：

- (一) 进入人体组织、无菌器官的医疗器械、器具和物品必须达到灭菌水平；
- (二) 接触皮肤、粘膜的医疗器械、器具和物品必须达到消毒水平；
- (三) 各种用于注射、穿刺、采血等有创操作的医疗器具必须一用一灭菌。

医疗机构使用的消毒药械、一次性医疗器械和器具应当符合国家有关规定。一次性使用的医疗器械、器具不得重复使用。

第十三条 医疗机构应当制定具体措施，保证医务人员的手卫生、诊疗环境条件、无菌操作技术和职业卫生防护工作符合规定要求，对医院感染的危险因素进行控制。

第十四条 医疗机构应当严格执行隔离技术规范，根据病原体传播途径，采取相应的隔离措施。

第十五条 医疗机构应当制定医务人员职业卫生防护工作的具体措施，提供必要的防护物品，保障医务人员的职业健康。

第十六条 医疗机构应当严格按照《抗菌药物临床应用指导原则》，加强抗菌药物临床使用和耐药菌监测管理。

第十七条 医疗机构应当按照医院感染诊断标准及时诊断医院感染病例，建立有效的医院感染监测制度，分析医院感染的危险因素，并针对导致医院感染的危险因素，实施预防与控制措施。

医疗机构应当及时发现医院感染病例和医院感染的暴发，分析感染源、感染途径，采取有效的处理和防控措施，积极救治患者。

第十八条 医疗机构经调查证实发生以下情形时，应当于 12 小时内向所在地的县级地方人民政府卫生行政部门报告，并同时向所在地疾病预防控制机构报告。所在地的县级



地方人民政府卫生行政部门确认后，应当于 24 小时内逐级上报至省级人民政府卫生行政部门。省级人民政府卫生行政部门审核后，应当在 24 小时内上报至卫生部：

- (一) 5 例以上医院感染暴发；
- (二) 由于医院感染暴发直接导致患者死亡；
- (三) 由于医院感染暴发导致 3 人以上人身损害后果。

第十九条 医疗机构发生以下情形时，应当按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》的要求进行报告：

- (一) 10 例以上的医院感染暴发事件；
- (二) 发生特殊病原体或者新发病原体的医院感染；
- (三) 可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染。

第二十条 医疗机构发生的医院感染属于法定传染病的，应当按照《中华人民共和国传染病防治法》和《国家突发公共卫生事件应急预案》的规定进行报告和处理。

第二十一条 医疗机构发生医院感染暴发时，所在地的疾病预防控制机构应当及时进行流行病学调查，查找感染源、感染途径、感染因素，采取控制措施，防止感染源的传播和感染范围的扩大。

第二十二条 卫生行政部门接到报告，应当根据情况指导医疗机构进行医院感染的调查和控制工作，并可以组织提供相应的技术支持。

第四章 人员培训

第二十三条 各级卫生行政部门和医疗机构应当重视医院感染管理的学科建设，建立专业人才培养制度，充分发挥医院感染专业技术人员在预防和控制医院感染工作中的作用。

第二十四条 省级人民政府卫生行政部门应当建立医院感染专业人员岗位规范化培训和考核制度，加强继续教育，提高医院感染专业人员的业务技术水平。

第二十五条 医疗机构应当制定本机构工作人员的培训计划，对全体工作人员进行医院感染相关法律法规、医院感染管理相关工作规范和标准、专业技术知识的培训。

第二十六条 医院感染专业人员应当具备医院感染预防与控制工作的专业知识，并能够承担医院感染管理和业务技术工作。

第二十七条 医务人员应当掌握与本职工作相关的医院感染预防与控制方面的知识，落实医院感染管理规章制度、工作规范和要求。工勤人员应当掌握有关预防和控制医院感染的基础卫生学和消毒隔离知识，并在工作中正确运用。

第五章 监督管理

第二十八条 县级以上地方人民政府卫生行政部门应当按照有关法律法规和本办法的规定，对所辖区域的医疗机构进行监督检查。

第二十九条 对医疗机构监督检查的主要内容是：



- (一) 医院感染管理的规章制度及落实情况；
- (二) 针对医院感染危险因素的各项工作和控制措施；
- (三) 消毒灭菌与隔离、医疗废物管理及医务人员职业卫生防护工作状况；
- (四) 医院感染病例和医院感染暴发的监测工作情况；
- (五) 现场检查。

第三十条 卫生行政部门在检查中发现医疗机构存在医院感染隐患时，应当责令限期整改或者暂时关闭相关科室或者暂停相关诊疗科目。

第三十一条 医疗机构对卫生行政部门的检查、调查取证等工作，应当予以配合，不得拒绝和阻碍，不得提供虚假材料。

第六章 罚 则

第三十二条 县级以上地方人民政府卫生行政部门未按照本办法的规定履行监督管理和对医院感染暴发事件的报告、调查处理职责，造成严重后果的，对卫生行政主管部门主要负责人、直接责任人和相关责任人予以降级或者撤职的行政处分。

第三十三条 医疗机构违反本办法，有下列行为之一的，由县级以上地方人民政府卫生行政部门责令改正，逾期不改的，给予警告并通报批评；情节严重的，对主要负责人和直接责任人给予降级或者撤职的行政处分：

- (一) 未建立或者未落实医院感染管理的规章制度、工作规范；
- (二) 未设立医院感染管理部门、分管部门以及指定专（兼）职人员负责医院感染预防与控制工作；
- (三) 违反对医疗器械、器具的消毒工作技术规范；
- (四) 违反无菌操作技术规范和隔离技术规范；
- (五) 未对消毒药械和一次性医疗器械、器具的相关证明进行审核；
- (六) 未对医务人员职业暴露提供职业卫生防护。

第三十四条 医疗机构违反本办法规定，未采取预防和控制措施或者发生医院感染未及时采取控制措施，造成医院感染暴发、传染病传播或者其他严重后果的，对负有责任的主管人员和直接责任人员给予降级、撤职、开除的行政处分；情节严重的，依照《传染病防治法》第六十九条规定，可以依法吊销有关责任人员的执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第三十五条 医疗机构发生医院感染暴发事件未按本办法规定报告的，由县级以上地方人民政府卫生行政部门通报批评；造成严重后果的，对负有责任的主管人员和其他直接责任人员给予降级、撤职、开除的处分。

第七章 附 则

第三十六条 本办法中下列用语的含义：

- (一) 医院感染：指住院病人在医院内获得的感染，包括在住院期间发生的感染和



在医院内获得出院后发生的感染,但不包括入院前已开始或者入院时已处于潜伏期的感染。医院工作人员在医院内获得的感染也属医院感染。

(二) 医源性感染: 指在医学服务中, 因病原体传播引起的感染。

(三) 医院感染暴发: 是指在医疗机构或其科室的患者中, 短时间内发生 3 例以上同种同源感染病例的现象。

(四) 消毒: 指用化学、物理、生物的方法杀灭或者消除环境中的病原微生物。

(五) 灭菌: 杀灭或者消除传播媒介上的一切微生物, 包括致病微生物和非致病微生物, 也包括细菌芽胞和真菌孢子。

第三十七条 中国人民解放军医疗机构的医院感染管理工作, 由中国人民解放军卫生部门归口管理。

第三十八条 采供血机构与疾病预防控制机构的医源性感染预防与控制管理参照本办法。

第三十九条 本办法自 2006 年 9 月 1 日起施行, 原 2000 年 11 月 30 日颁布的《医院感染管理规范(试行)》同时废止。



医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则

卫医发〔2004〕108号

第一章 总 则

第一条 为维护医务人员的职业安全，有效预防医务人员在工作中发生职业暴露感染艾滋病病毒，制定本指导原则。

第二条 本指导原则所称艾滋病病毒职业暴露是指医务人员从事诊疗、护理等工作过程中意外被艾滋病病毒感染者或者艾滋病病人的血液、体液污染了皮肤或者粘膜，或者被含有艾滋病病毒的血液、体液污染了的针头及其他锐器刺破皮肤，有可能被艾滋病病毒感染的情况。

第三条 各级各类医疗卫生机构应当按照本指导原则的规定，加强医务人员预防与控制艾滋病病毒感染的防护工作。

第二章 预 防

第四条 医务人员预防艾滋病病毒感染的防护措施应当遵照标准预防原则，对所有病人的血液、体液及被血液、体液污染的物品均视为具有传染性的病源物质，医务人员接触这些物质时，必须采取防护措施。

第五条 医务人员接触病源物质时，应当采取以下防护措施：

（一）医务人员进行有可能接触病人血液、体液的诊疗和护理操作时必须戴手套，操作完毕，脱去手套后立即洗手，必要时进行手消毒。

（二）在诊疗、护理操作过程中，有可能发生血液、体液飞溅到医务人员的面部时，医务人员应当戴手套、具有防渗透性能的口罩、防护眼镜；有可能发生血液、体液大面积飞溅或者有可能污染医务人员的身体时，还应当穿戴具有防渗透性能的隔离衣或者围裙。

（三）医务人员手部皮肤发生破损，在进行有可能接触病人血液、体液的诊疗和护理操作时必须戴双层手套。

第六条 医务人员在进行侵袭性诊疗、护理操作过程中，要保证充足的光线，并特别注意防止被针头、缝合针、刀片等锐器刺伤或者划伤。

第七条 使用后的锐器应当直接放入耐刺、防渗漏的利器盒，或者利用针头处理设备安全处置，也可以使用具有安全性能的注射器、输液器等医用锐器，以防刺伤。禁止将使用后的一次性针头重新套上针头套。禁止用手直接接触使用后的针头、刀片等锐器。

第三章 发生职业暴露后的处理措施

第八条 医务人员发生艾滋病病毒职业暴露后，应当立即实施以下局部处理措施：

（一）用肥皂液和流动水清洗污染的皮肤，用生理盐水冲洗粘膜。



(二) 如有伤口, 应当在伤口旁端轻轻挤压, 尽可能挤出损伤处的血液, 再用肥皂液和流动水进行冲洗; 禁止进行伤口的局部挤压。

(三) 受伤部位的伤口冲洗后, 应当用消毒液, 如: 75% 酒精或者 0.5% 碘伏进行消毒, 并包扎伤口; 被暴露的粘膜, 应当反复用生理盐水冲洗干净。

第九条 医务人员发生艾滋病病毒职业暴露后, 医疗卫生机构应当对其暴露的级别和暴露源的病毒载量水平进行评估和确定。

第十条 艾滋病病毒职业暴露级别分为三级。

发生以下情形时, 确定为一级暴露:

- (一) 暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品;
- (二) 暴露类型为暴露源沾染了有损伤的皮肤或者粘膜, 暴露量小且暴露时间较短。

发生以下情形时, 确定为二级暴露:

- (一) 暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品;
- (二) 暴露类型为暴露源沾染了有损伤的皮肤或者粘膜, 暴露量大且暴露时间较长; 或者暴露类型为暴露源刺伤或者割伤皮肤, 但损伤程度较轻, 为表皮擦伤或者针刺伤。

发生以下情形时, 确定为三级暴露:

- (一) 暴露源为体液、血液或者含有体液、血液的医疗器械、物品;
- (二) 暴露类型为暴露源刺伤或者割伤皮肤, 但损伤程度较重, 为深部伤口或者割伤物有明显可见的血液。

第十一条 暴露源的病毒载量水平分为轻度、重度和暴露源不明三种类型。经检验, 暴露源为艾滋病病毒阳性, 但滴度低、艾滋病病毒感染者无临床症状、CD4 计数正常者, 为轻度类型。经检验, 暴露源为艾滋病病毒阳性, 但滴度高、艾滋病病毒感染者有临床症状、CD4 计数低者, 为重度类型。不能确定暴露源是否为艾滋病病毒阳性者, 为暴露源不明型。

第十二条 医疗卫生机构应当根据暴露级别和暴露源病毒载量水平对发生艾滋病病毒职业暴露的医务人员实施预防性用药方案。

第十三条 预防性用药方案分为基本用药程序和强化用药程序。基本用药程序为两种逆转录酶制剂, 使用常规治疗剂量, 连续使用 28 天。强化用药程序是在基本用药程序的基础上, 同时增加一种蛋白酶抑制剂, 使用常规治疗剂量, 连续使用 28 天。预防性用药应当在发生艾滋病病毒职业暴露后尽早开始, 最好在 4 小时内实施, 最迟不得超过 24 小时; 即使超过 24 小时, 也应当实施预防性用药。

发生一级暴露且暴露源的病毒载量水平为轻度时, 可以不使用预防性用药; 发生一级暴露且暴露源的病毒载量水平为重度或者发生二级暴露且暴露源的病毒载量水平为轻度时, 使用基本用药程序。发生二级暴露且暴露源的病毒载量水平为重度或者发生三级暴露且暴露源的病毒载量水平为轻度或者重度时, 使用强化用药程序。暴露源的病毒载量水平不明时, 可以使用基本用药程序。

第十四条 医务人员发生艾滋病病毒职业暴露后, 医疗卫生机构应当给予随访和咨询。



随访和咨询的内容包括：在暴露后的第4周、第8周、第12周及6个月时对艾滋病病毒抗体进行检测，对服用药物的毒性进行监控和处理，观察和记录艾滋病病毒感染的早期症状等。

第四章 登记和报告

第十五条 医疗卫生机构应当对艾滋病病毒职业暴露情况进行登记，登记的内容包括：艾滋病病毒职业暴露发生的时间、地点及经过；暴露方式；暴露的具体部位及损伤程度；暴露源种类和含有艾滋病病毒的情况；处理方法及处理经过，是否实施预防性用药、首次用药时间、药物毒副作用及用药的依从性情况；定期检测及随访情况。

第十六条 医疗卫生机构每半年应当将本单位发生艾滋病病毒职业暴露情况进行汇总，逐级上报至省级疾病预防控制中心，省级疾病预防控制中心汇总后上报中国疾病预防控制中心。

第五章 附 则

第十七条 本指导原则所称医疗卫生机构指依照《医疗机构管理条例》的规定取得《医疗机构执业许可证》的机构及疾病预防控制机构、采供血机构。公安、司法等有关部门在发生艾滋病病毒职业暴露后的处理方面，可以参照本指导原则。

第十八条 本指导原则所称体液包括羊水、心包液、胸腔液、腹腔液、脑脊液、滑液、阴道分泌物等人体物质。

第十九条 本指导原则自2004年6月1日起实施。



五、门、急诊部分

门急诊管理



门诊部与医技科室协调工作制度

为了进一步加强门诊与医技科室（包括检验科、影像科、超声科、机能科、病理科、药剂科）之间的协调，提高门诊工作效率，根据有关要求制定门诊与医技科室协调工作制度。

（一）门诊部和医技科室之间加强协调、沟通，更好地为服务对象服务。

（二）门诊部医师按照医院“合理检查、合理治疗、合理用药”的要求，根据病情开具合理的检查申请，医技科室按照医技科室相关规范及时检查并及时发出报告。

（三）门诊部医师对检查有特殊要求的，请事先与相应医技科室联系、沟通，医技科室应积极配合，更好的满足患者需求。

（四）门诊部医师的检查申请要求不明确的，医技科室应主动与相关医生电话沟通，确保检查的针对性，减少病人的来回往返。

（五）门诊部医师对检查结果有异议的，应及时与医技科室沟通，必要时医技科室再次复核。

（六）急诊患者需要进行特检科项目检查时，正常上班 8 小时之外，可以拨打总值班电话：153-0724-9956

（七）门诊部医师在接到辅助科室“危急值”报告时，相关医生要根据“危急值”情况进行处置和登记。

（八）门诊部医师在接到门诊药房工作人员在药品审核、调配过程中，怀疑处方配伍不恰当或出现超常规用法、用量等不合格处方通知时，门诊部医师要立即进行修正，确保用药安全。

（九）门诊部医师发现门诊药房发药不正确时，应立即电话与门诊药房联系，让门诊药房工作人员来再次核对或亲自将相关药品送到门诊药房核对，不得让病人到门诊药房来回往返。

（十）由于门诊部医师和医技科室之间的协调配合的原因出现的投诉，将按照有关规定查找原因，对责任人按照医院的规定给予处罚。



双向转诊制度与程序

为了给患者提供方便、快捷、优质、连续性的医疗服务，进一步加强我院与上、下级医院之间的联系，逐步形成一个有序的转诊网络，特制定本制度。

一、高度重视双向转诊工作，对于只需进行后续治疗、疾病监测、康复指导，护理等服务的患者，医院应结合患者意愿，宣传、鼓励、动员患者转入相应的乡镇卫生院或社区卫生服务中心，由下级医院完成后续康复治疗。

二、建立健全组织领导体系，加强双向转诊管理，将其作为工作的重点任务之一。医院成立双向转诊领导小组，以分管副院长为组长，财务科、精防办、门诊部等职能科室主任为副组长，各临床科室科主任为成员。

三、双向转诊协议医院双方要保持通讯畅通，遇危、急病人和大批伤员时直接沟通，建立急救绿色通道。

四、我院负责接收各乡镇卫生院、社区卫生服务中心转诊的患者，上级医院转回的病情稳定患者，使转诊患者得到及时、有效的诊治。如遇急重症患者，根据病情，协议医院拨打我院急诊科急救电话或将病人转入我院急诊科，急诊科任何医务人员不得延误及推诿病人，要保证及时、有效的抢救治疗。

五、根据患者病情需要，病房科主任或诊疗组长认定确需要转出的病人，需与上级医院或下级医院做好联系，保证病人在转出过程中的安全。

六、转诊程序

（一）转入病人：接转诊病人后，在接诊科室进行转诊登记，实行优先就诊、检查、交费、取药；需住院者优先安排。

（二）转出病人：根据病情，需要转到上级医院进一步治疗的患者，在征得科室主任同意、患者及家属同意后，科室医生进行登记、填写出院小结，联系好上级医院，医护人员要护送患者转院，确保患者安全转入上级医院，并做好病情交接工作。符合下转条件者在征得科室主任同意、患者及家属同意后，由科室医生进行登记、填写出院小结，并联系好下级医院。由患者家属附带相关诊疗资料，将患者转送至下级医院。

七、双向转诊需具备的条件

（一）转上级医院条件（除急诊抢救外）

- 1、由于我院治疗条件有限，不能实施有效救治，且转运途中风险相对较小的患者；
- 2、多次诊断不明确或治疗无效的病例，疑难复杂病例；
- 3、甲、乙、丙类传染病及其他需要住院治疗的新发传染病人；
- 4、疾病诊治超出我院核准诊疗登记科目的病例，因技术、设备限制或其他原因不能处理的病例。

（二）转下级医院



- 1、各种危重症患者经救治后病情稳定进入疗养康复期；
- 2、诊断明确，不需特殊治疗或需要长期治疗的慢性病患者；
- 3、手术愈合后需要长期康复的患者；
- 4、老年病人护理和照护；
- 5、心理障碍等精神疾病恢复期可以在社区进行恢复性治疗的患者；
- 6、经治疗后病情稳定具有出院指征，家属要求继续康复治疗者。

八、加大宣传教育力度，使医务人员充分认识双向转诊工作的重大意义，明确自己应当承担的责任和义务，增强自觉性、主动性和积极性。

九、定期与签订双向转诊协议的上下级医院进行沟通，加强联系，改进转诊协调配合能力。

十、全院各部门互相配合、沟通协调，作好双向转诊衔接工作。各科室医务人员要做好转诊登记。财务科、门诊部、精防办等职能科室采取定期检查与随机抽查相结合的办法，加强双向转诊工作的督促指导，及时总结经验，发现和解决问题，并将检查考核情况纳入月考核。财务科做好转诊统计协调和总结工作。

门急诊急危重症患者处理应急预案

为向急危重症患者提供快捷、安全、有效的诊疗服务，提高抢救成功率，制定本预案。

（一）要求

- 1、门急诊医师应严格执行 24 小时值班制度，值班确实保证在岗在位，不准串岗，干私事。
- 2、确保抢救室医疗设备及药品状态良好，处于备用状态，随时准备投入使用。
- 3、不准以任何理由推诿、拒绝抢救处理急危重患者。

（二）逐级报告程序

1、值班医师在接诊危重患者后，要立即询问病史和查体，做出初步诊断，快速完成生命体征的测量和记录。医师迅速开出医嘱交待护士执行。病情紧急可先下口头医嘱，由护士复述后执行，抢救结束后立即据实补记。在紧急处理后尽快完成门诊病历，抢救记录等资料。并向患者家属详细告知病情，初步诊断，治疗方案和风险程度等，听取患者家属对抢救治疗的意见，取得合作。

2、如值班医师处理有困难时，应在进行紧急抢救的同时，迅速报告本科上级医师到达现场参加抢救。如上级医师处理仍有困难，要迅速向科主任报告，科主任要立即调动本科人员，并与相关科室联系参与抢救。紧急情况下可口头或电话请会诊，但应据实补记会诊记录。

3、遇 2 人以上严重中毒等突发事件时，白天值班医师要立即向科主任报告，夜班要向总值班报告。由科主任或总值班负责协调组织人员参加抢救，科主任或总值班处理有困



难时要向医务科请求支持。特别严重事件值班医师可直接向医务科或分管院长报告请求支援。

4、在发生医疗纠纷或可能发生医疗纠纷前兆时，要迅速报告上级医师和科主任到场处理做好病历记录等文书工作，听取患者及其家属的意见和要求。然后组织本科有关人员进行讨论，写出书面意见向医务科汇报。

急诊抢救制度

(一) 急诊抢救室在急诊科主任、护士长的领导下实行 24 小时工作制，做好急、危、重症的抢救工作。

(二) 抢救室人、物应随时处于应急状态，保证急救药品“四定”、“三及时”，即定品种数量、定地点放置、定人保管、定期检查维修，及时检查、及时消毒、及时补充。

(三) 抢救室医护人员在抢救工作中要密切合作，以“高速、高效、高度责任感，一切为了病人”为宗旨，抢救果断迅速、分秒必争、操作娴熟、分工明确，严防差错事故。严格执行无菌技术操作，严格遵守查对制度、交接班制度及请示报告制度。

(四) 尊重危、重症优先处置权。对危重病员，坚持“三先三后”“三不转”。

1、“三先三后”：先救治后检查；先入抢救室后分科；先抢救后收费。

2、“三不转”：病情不稳不转；诊断不明不转；危重病员不转协作医院。

(五) 遇执行公务受伤的执法人员、警察、武警官兵、军人、见义勇为者，优先接诊迅速开放绿色生命通道。

(六) 加强法律意识和自我保护意识，凡属抢救病员，都应有详实、准确的记录，内容包括病员一般情况、所属科别、初步诊断、生命体征、所做检查及结果，所采取的抢救措施、转归等，时间应精确到分钟。各种抢救药品的空瓶、输液空瓶、输血空袋，应暂时保留，以便复核查对。

(七) 严守保护和保密原则，关爱病员，尊重病员隐私。遇病情较重病员，医生应及时发出书面病危通知书。

(八) 尊重病员及家属的知情同意权，及时如实告知病员的病情、所采取的医疗措施、医疗风险等。对有风险的治疗应严格履行签字告知手续，同时尽量避免对病员产生不利后果。

(九) 病员在抢救室内的时间一般不得超过六小时，医生应及时根据病情做出收入院或留住观察室的决定。生命体征不稳定的病员，需有医生或护士陪送入院，与病房或观察室医护人员详细交接。传染病或可疑传染病者及时转传染病院。

(十) 抢救室不接收外院转来的死亡病员，应由转送医院接回。

(十一) 严格控制麻醉处方和精神病用药处方的管理，医护间应密切协作，对已知或可疑成瘾者，护士应提醒医生。



(十二) 严格按标准收费, 确保电脑录入准确。如病员对收费有疑问, 当班护士应给予耐心解释。

(十三) 加强病历管理。病员本次就诊所持病历由抢救室护士保管, 待病员离开抢救室时返还病员。

(十四) 抢救工作结束, 应认真做好抢救登记和抢救记录, 急诊科定期进行抢救培训和重危病人讨论, 不断提高急诊抢救水平。

急救绿色通道制度

为保证危急重病人能够得到及时、准确、有效的抢救, 我院急诊科开设并实施急救绿色通道, 制定急救绿色通道制度如下:

(一) 急救绿色通道基本原则: 对急危重病人一律实行优先抢救、优先检查、优先治疗的原则。

(二) 急救绿色通道范围: 所有生命体征不稳定的病人或预见可能出现危及生命的各类危急重病人。

(三) 对开放绿色通道的病人, 检查、手术、住院实行全程护送服务。

(四) 急诊科值班医护人员必须坚守岗位, 在病人到达 5 分钟内实施抢救, 急诊科呼叫院内抢救会诊, 原则上 10 分钟内到达。

(五) 重大抢救报告科主任, 必要时报告医务科, 晚上报告总值班。组织院内抢救小组进行抢救。

(六) 开放绿色通道方法: 白天可由科主任、护士长签字直接开放, 夜间当班医护人员汇报总值班后开放。需住院病人: 白天汇报医务科, 晚上汇报总值班后开放绿色通道。

(七) 对绿色通道抢救的病人, 急诊医生必须尊重家属知情权, 及时报告病情变化, 需发放病危通知时, 做好书面签字。

(八) 为保证抢救的及时、有效进行, 对绿色通道抢救病人需要实施各类有创操作时, 急救医生按照国家的有关规定和实际情况, 可以先操作后补谈话的原则实施。

(九) 严格执行首诊负责制, 不得以任何理由推诿、延误急危重病病人的抢救。

(十) 在急救绿色通道专用登记本上做好相关的登记。

急危重症患者优先处置制度流程

为切实做好急诊患者的抢救及后续治疗工作, 提供快速、有序、有效和安全的诊疗服务, 尽最大可能保证患者的生命安全, 让人们真正感受到“救死扶伤、治病救人”的医学人道主义精神, 保证病情重患者能够得到及时、有效的抢救治疗, 制定优先处置制度:

(一) 建立优先处置通道, 符合条件者及时启动优先处置通道。进入“优先处置通道”



的病人：是指各种休克、昏迷、心肺骤停，严重心律失常，急性重要脏器功能衰竭垂危者。

(二) “优先处置通道”的工作要求及诊疗程序如下：

1、急诊科必须对所有急诊病人实行 24 小时应诊制和首诊负责制。

2、送入急诊抢救室的病人，是否进入“优先处置通道”，由抢救室的当班医生根据病情决定，凡进入“优先处置通道”的病人，不需办理挂号、候诊等手续，立即给予抢救，提供全程服务。

3、进入“优先处置通道”的病人，各有关科室必须优先诊治和简化手续，各科室间必须密切配合，相互支持。

4、全院职工必须执行我院设立急诊“优先处置通道”的决定，凡对进入“优先处置通道”的病人如有发现推诿病人或呼叫不应、脱岗离岗的个人和科室，除按规定处理外视对病人抢救的影响程度追究其责任。

(三) 对群体伤及突发公共卫生事件病情危重者，急诊科在积极救治的同时要上报行政总值班，必要时上报主管副院长、院长及卫计委。

流程：急诊一危重病人先抢救后挂号交费一急诊医生接诊一病人评估一必要的辅助检查一危重病人立即抢救一进入抢救室一待抢救结束后、病情稳定，护士协助补挂号、交费一病情再评估一转普通病房。

基层合作医疗机构建立急诊、急救转接服务制度

根据上级部门的有关规定及我院的实际情况，我院逐步与基层卫生院建立双向转诊服务。为了加强双向转诊管理，把转接服务工作真正落到实处，特制订本制度。

(一) 转接程序

接到转诊单后在接诊科室进行登记，门诊就诊者免收挂号费，实行优先就诊、检查、交费、取药；提供预约门诊检查；组织会诊；需住院者优先安排，由接诊科室协调处理住院手续事宜，安排专人接至病区。

(二) 转接条件

- 1、各种损伤（工伤、交通事故、房屋倒塌、烧、烫伤等）、急性中毒（毒物、毒气、毒品等）伤情严重或较重者；
- 2、各种原因致大出血、咯血者；
- 3、急慢性疾病，病情较危、重者或社区卫生服务机构难以实施有效救治的病例；
- 4、诊断不明确或常规治疗无效的病例，疑难复杂病例；
- 5、精神障碍疾病的急性发作期病例；
- 6、疾病诊治超出本机构核准诊疗登记科目的病例，因技术设备限制或其他原因不能处理的病例。

(三) 加强管理与监督



1、宣传：加大宣传教育力度，使医务人员充分认识转接服务工作的重大意义，明确自己应当承担的责任和义务，增强自觉性、主动性和积极性。

2、加强沟通协调：全院各部门互相配合、沟通协调，作好转诊衔接工作，确保转入方及被转者满意。

3、开展督促检查：采取定期检查与随机抽查相结合的办法，加强转接工作的督促指导，及时总结经验，发现和解决问题，并将检查考核情况通报全院。

医技科室急诊工作制度

（一）各科临床医师，根据病情实际需要，填写检查申请单，并注明“急！”字样，同时用电话通知相关医技科室值班人员。危重病人应行床边检查，急诊病人应有专人护送至检查科室，血、尿等检验标本由护理人员送到检验科。

（二）医技科室值班人员，接到急诊检查电话后，应立即作好检查前准备，对行床边检查者要在10分钟内到达病人床边，床边心电图、B超检查应立即发报告，床边X线检查、CT检查报告时间为30分钟。

（三）检验提供24小时急诊检验服务，严格执行急诊检查管理制度，危急值报告制度，做好急诊样本签收及报告的时间记录。

急诊检验结果回报时间：临检为30分钟、生化为60分钟。

（四）急诊检查范围：

- 1、急诊病人和急诊观察病人。
- 2、门诊中的急危重病人。
- 3、住院病人病情突然变化者。

（五）急诊检查项目：

心电图、B超、X线检查、CT检查、临床检验项目 [A：血常规检验、凝血酶原时间、部分凝血活酶时间测定、血型鉴定、交叉配血、疟原虫等。B：尿液常规检验、淀粉酶测定等。C：脑脊液及各种穿刺液常规检验。D：大便检验（常规检验、潜血检验等）及临床生化检验（钾、钠、氯、钙、肌酐、尿素氮、血气分析、血清淀粉酶、血糖、肌酸激酶、肌酸激酶同工酶、乳酸脱氢酶、急诊肝功能、心功能、肾功能等）]。其他项目可根据临床与病人病情的具体情况与检验值班人员及时取得联系。

（六）目前尚未安排24小时值班的医技科室，要求作好中、夜班、双休日急诊检查安排，确保通讯联络畅通，做到随叫随到，确保临床急诊需求。



预约诊疗服务工作制度、规范及流程

为进一步提高服务质量，构建和谐医患关系，规范我院预约挂号服务，推进文明有序挂号就诊，根据上级有关文件精神要求，现制定门诊预约制度如下：

（一）门诊部全面协调医院门诊预约诊疗工作，负责预约挂号服务的监督和管理，本着公开、公平的原则加强门诊预约挂号管理，与相关部门密切协作，全面做好预约门诊工作。

（二）预约挂号适用于初诊、复诊患者。预约挂号方式包括现场预约、电话预约。预约挂号提前3天开始预约，截止时间为就诊前一日12:00。预约挂号范围只限专家门诊。

（三）预约挂号采取实名制，患者预约、就诊均应提供真实、有效的实名身份信息和证件，接待人员必须做好预约就诊人员相关信息和就诊需求登记，安排好预约就诊相关工作。

（四）为方便患者，导诊预约台具体办理预约挂号手续、登记联络、领取预约就诊号、提供咨询等服务。

（五）预约患者就诊当天到导诊预约台通报本人有关信息和就诊需求，工作人员核对无误后，领取预约号，指导患者就诊。过时未到的预约患者，预约作废，请患者按正常秩序就诊或另行预约。

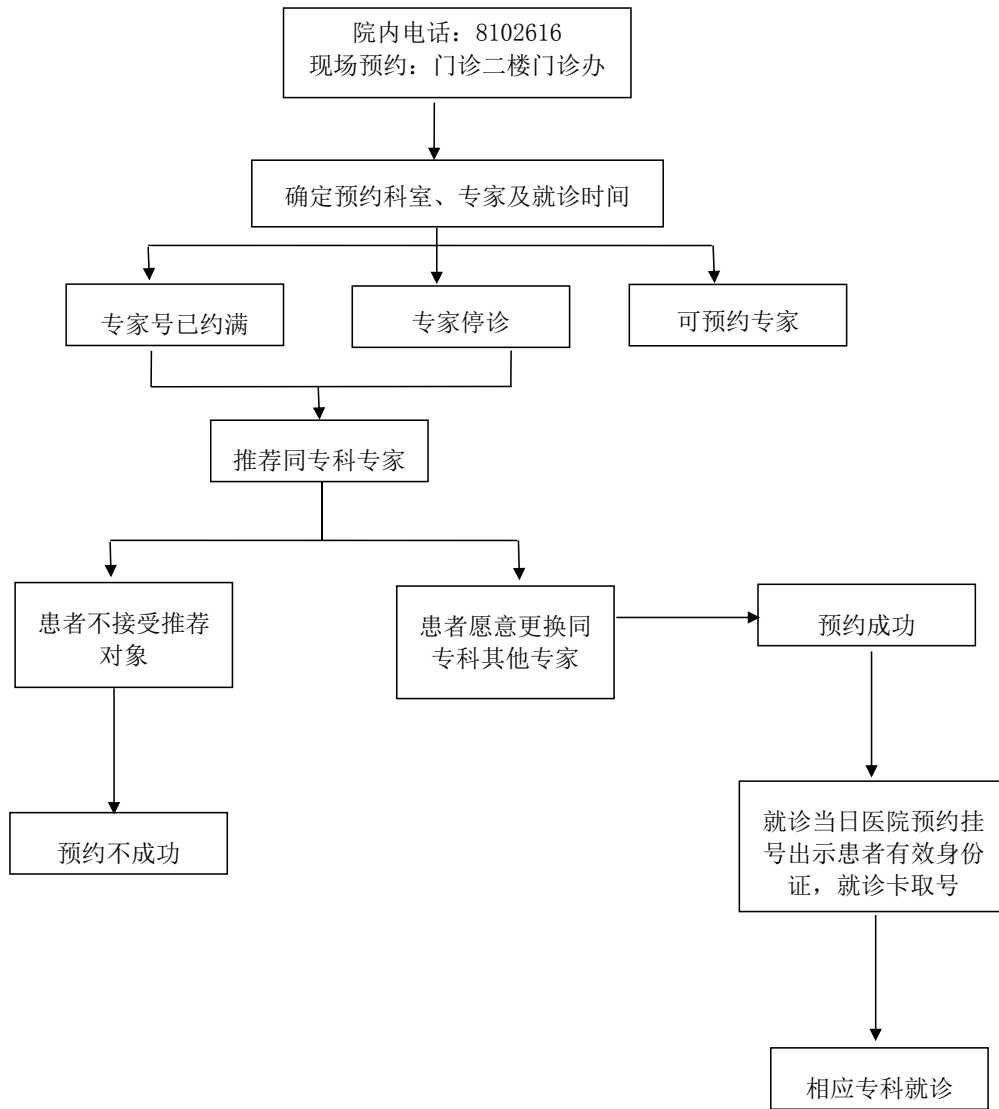
（六）导诊人员根据预约号按顺序优先安排患者就诊。

（七）医院通过网络、门诊公示牌等方式公示专家门诊和专科门诊信息、预约挂号须知、预约流程及预约方式。

（八）为保障预约门诊工作的有序开展，各科室和医生严格按要求出门诊，不得随意停诊和换人。若因故需停诊或换人，科室安排好替诊医生并在前一天下午16点前告知门诊部。

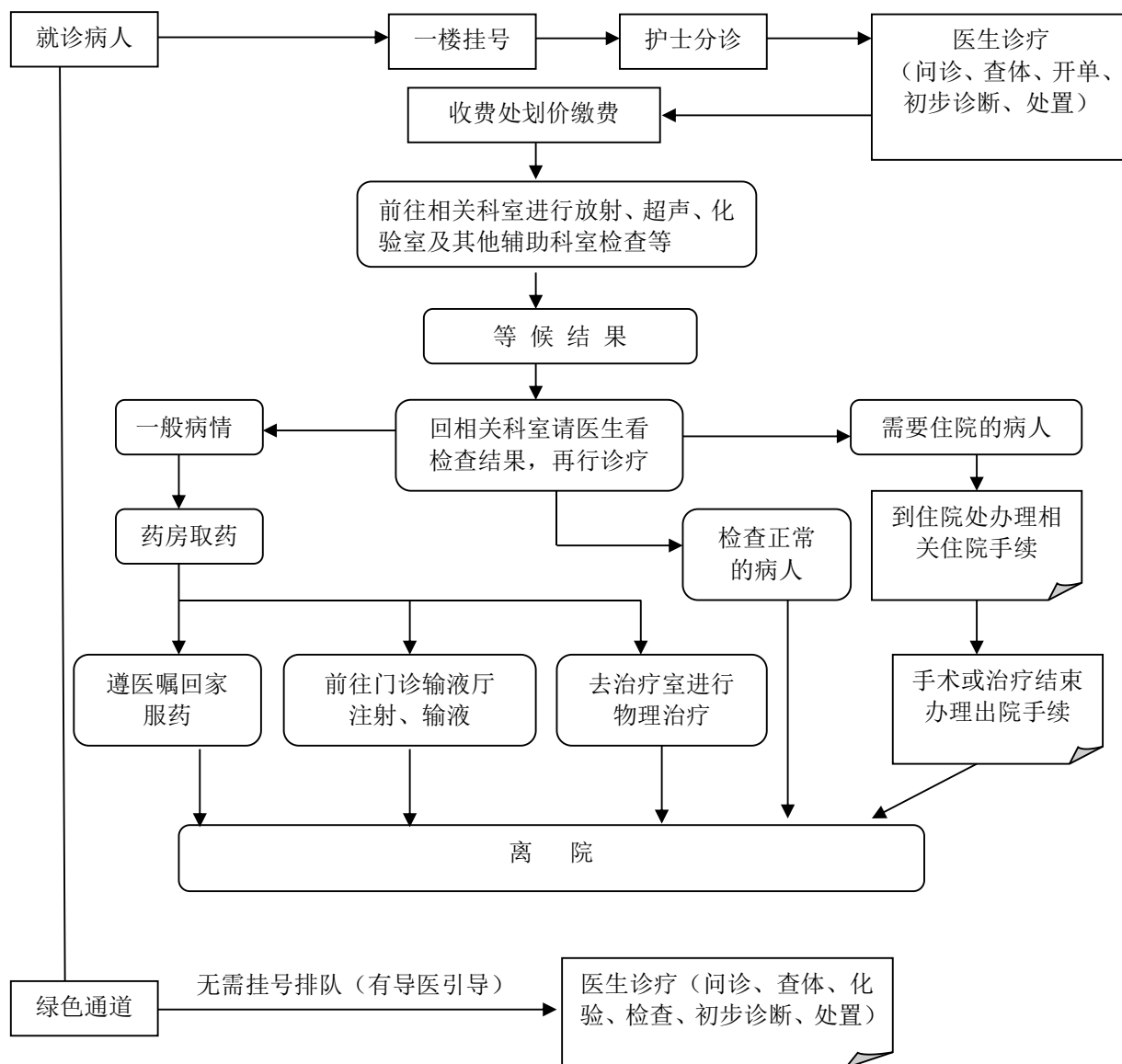


电话、现场预约挂号流程图



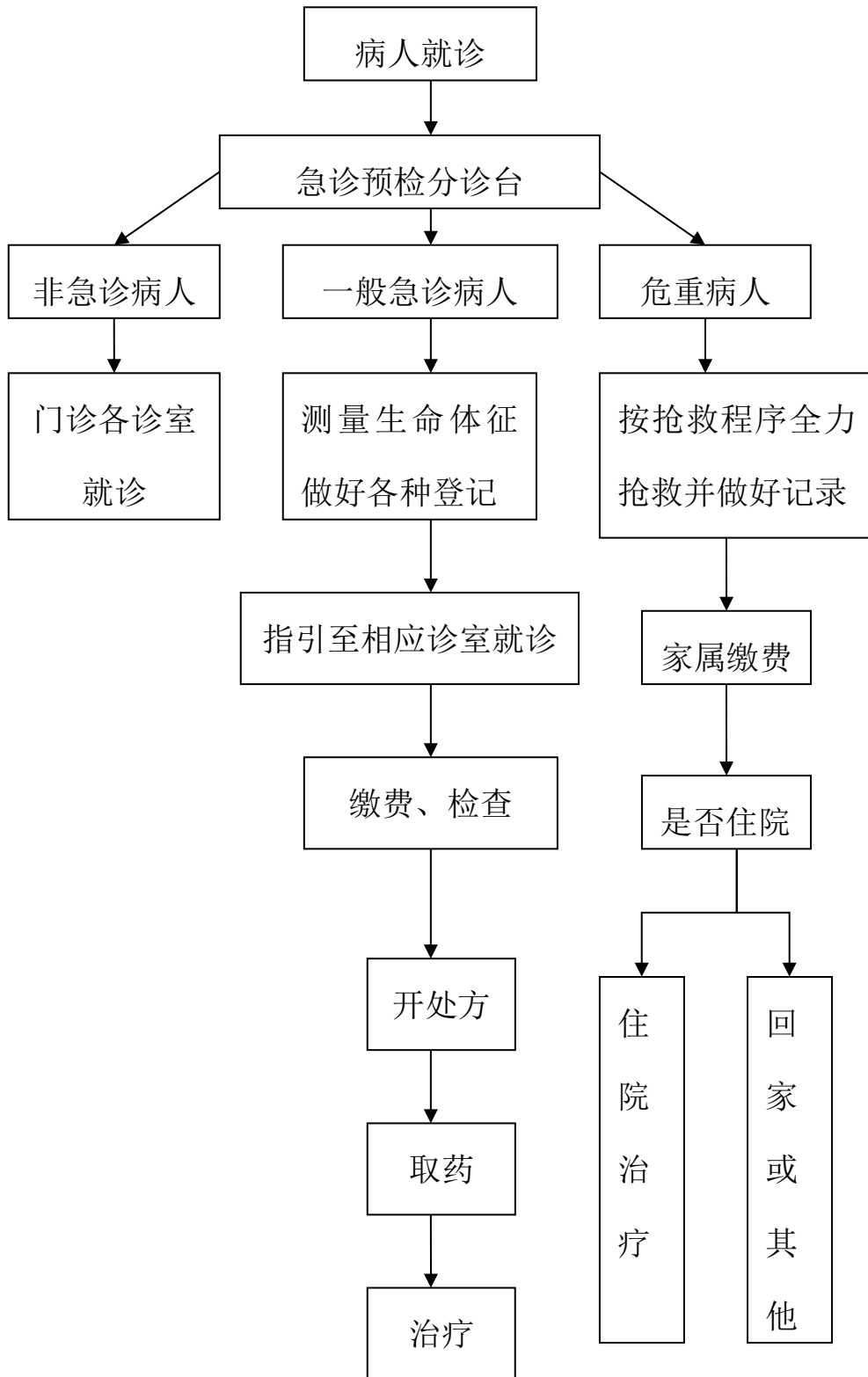


门诊就诊流程图

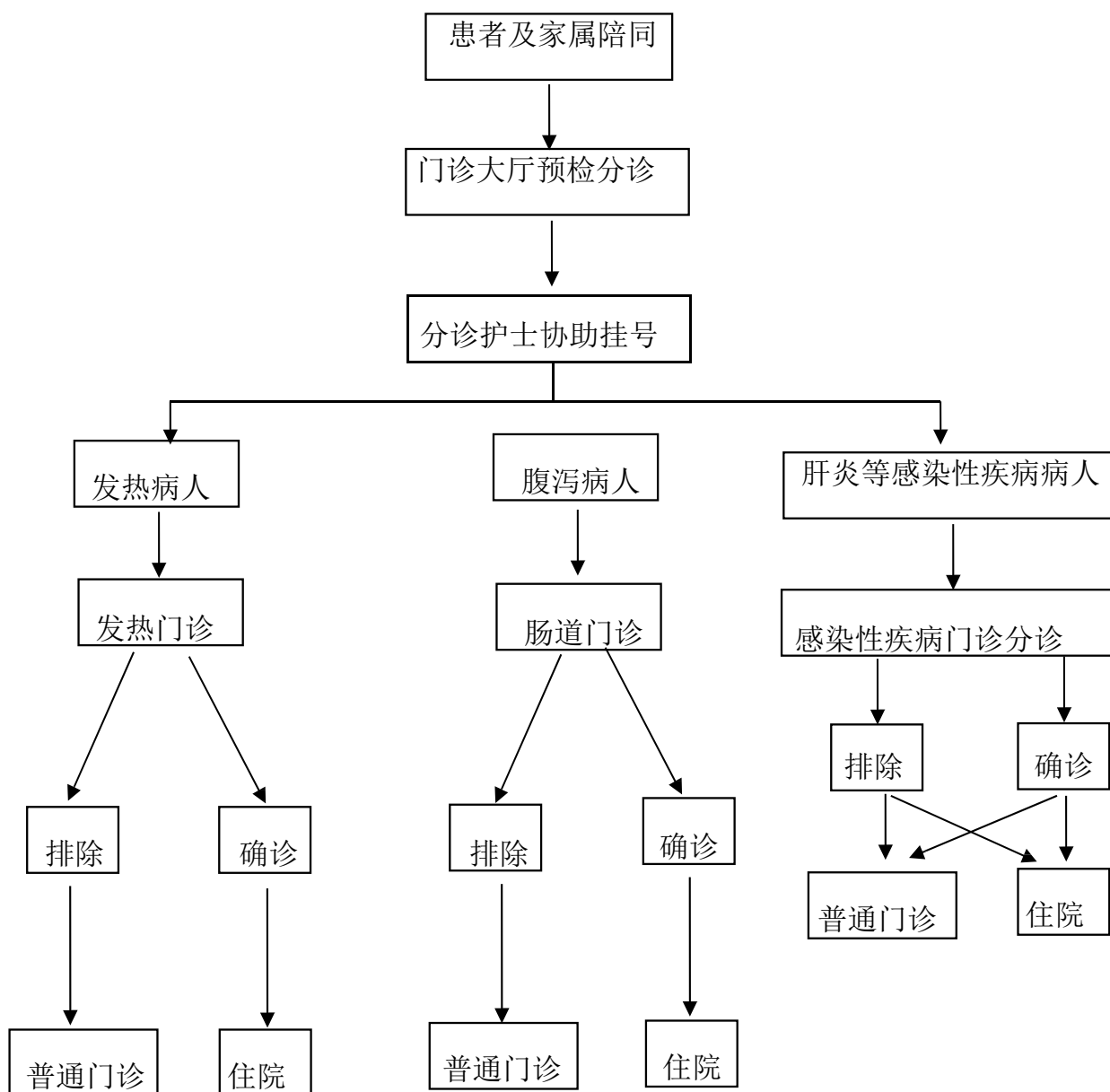




急诊患者就诊流程



发热、腹泻、肝炎等感染性疾病病人就诊、入院流程图





六、输血部分

输血管理



临床用血审核制度

(一) 临床用血应严格执行《医疗机构用血管理办法》和《临床输血技术规范》有关规定，提倡科学合理用血，杜绝浪费、滥用血液，确保临床用血的质量和安

(二) 医院输血科在输血管理委员会的领导下，负责临床用血的规范管理和技

(三) 临床用血前，应当向患者及其家属告知输血目的，可能发生的输血反应和经血液途径感染疾病的可能，根据输血技术规范进行相关项目的检验，由医患双方共同签署输血治疗同意书并存入病历。

(四) 无家属签字的无自主意识患者的紧急输血，报医务科同意、备案，并记入病历。

(五) 临床用血适应症根据《输血技术规范》执行，临床用血指征： $HGb < 100g/l$ ，且 $HCT < 30\%$ 。

(六) 平诊临床输全血一次用血、备血量超过 1600 毫升时要履行报批手续，由科室主任签名后报医务科。急诊、抢救用血经主管医师以上同意后可随时申请，但事后应当按照以上要求补办手续。

(七) 临床用血严格执行查对制度，输血时发生不良反应，立即根据输血技术规范进行处理并填写《输血不良反应报告单》。

(八) 临床输血完毕后，应将输血记录单（交叉配血报告单）贴在病历中，并将血袋送回输血科保存和处理。做好输血观察记录。

(九) 成分输血具有疗效好、副作用小、节约血液资源以及便于保存和运输等优点，应积极推广，成分输血率应高于 90%。

临床用血管理制度

为了加强临床用血管理，杜绝血液的浪费和滥用，严格掌握输血适应症，科学合理地用血，特制订本制度：

(一) $HGb > 100g/L$ ， $HCT > 30\%$ 且无其他明显输血指征，不得输血。

(二) 一次性备血 1600ML 以上必须开大量用血审批单。

(三) 急诊病人输血前，临床医师必须及时采集肝功能、乙肝五项、抗 HIV、抗 HCV、梅毒等的血标本，输血后在输血申请单上补上实验室检查结果，或通知血库。

(四) 经治医师向患者及家属告知输血目的和输血风险，并由医患双方共同签署《输血治疗同意书》。

(五) 凡需用血 1600ML 以上者，应提前两天向输血科提出申请，并报医务科审批，



取得同意后方可用血，并注意合理用血。

(六) 各种输血表格、输血前实验室检查项目必须填写完整、齐全；及时填写输血不良反应。科室每季度进行自查、分析查找不足，进行持续改进。职能科室对各临床科室督察每年不低于2次。

临床输血过程的质量管理监控及效果评价制度

临床输血的质量和安​​全贯穿着输血的全过程，为加强对临床输血质量的管理，对输血环节的质量监控，特制订本院临床输血质量管理及效果评价制度。

一、根据《临床输血流程》规范执行输血管理工作。

二、各临床用血科室定期进行自查，医务科、输血科、护理部遵照我院《临床输血质量考核标准》对临床用血科室定期进行质量督查。

三、制订并落实输血工作相关培训计划，新护士岗前培训中安排输血相关知识培训。全院的《医疗工作简报》中有输血工作简报专栏，普及输血相关知识（法律、法规，临床急诊用血预案等）。

四、各临床用血科室针对自查、及职能科室督查的问题进行原因分析，制定有效整改措施并记录。

五、临床输血过程的质量管理监控及效果评价流程：在《中华人民共和国献血法》、《医疗机构用血管理办法（试行）》、《临床输血技术规范》的指导下制定本流程：

(一) 输血前：

1、血液到达科室后必须马上输注，不得在科室贮存；如果患者有突发情况导致暂时不能输注，应立即送回输血科代为贮存。

2、由两名护士核对发血报告单及血袋标签上各项内容，检查血袋有无破损，血液颜色是否正常。准确无误后方可输血。

(二) 输血操作：

1、由2名医护人员带病历共同到患者病床核对患者姓名、年龄、病历号、科室、床号、血型等，确认与发血单相符，再次核对血液后，用输血器进行输血。

2、输血前后用静脉注射生理盐水冲洗输血管道，并记录。

3、输血前将血袋内的成分轻轻混匀，避免剧烈震荡。血液内不得加入其他药物。

4、输血时速度的控制：输血时应先慢后快，再根据病情和年龄调整输注速度：

(1) 一般情况下，成人输注红细胞速度为5—10ml/min，或5—10ml/(kg·h)。

(2) 年老体弱、婴幼儿及心肺功能障碍者，输注速度宜慢至1ml/(kg·h)。

(3) 急性大出血患者需快速输血时，成人输血速度可达50—100ml/min，或>50ml/(kg·h)，儿童>15ml/(kg·h)。

(4) 血浆输注速度一般为：在心功能正常的情况下，一般速度为5—10ml/min为宜，



约 75—150 滴 / 分。

(5) 1U 冷沉淀应在 10min 内输完。

(6) 1 个治疗量的血小板应在 30min 内输完。

5、输血时，如遇红细胞输注不畅时，可能因红细胞积于血袋下端所致，护士可将血袋从挂钩上取下，平放于手掌上，以上下 30 度夹角、每分钟 60 次频率摇摆血袋，使红细胞充分混匀后继续输注。

6、输注过程中发生堵塞时，要及时更换输血器，不可强行挤压过滤网和输血管道，以免凝块进入患者血管，造成血管栓塞。

7、同一输血器连续使用 5h 以上应更换，时间过长，部分血液成分在过滤器的黏附沉淀，影响滴速；也有发生细菌污染的可能，易引发输血不良反应。

8、同时输注多种血液成分时，应先输注血小板、冷沉淀，再输注红细胞、血浆等。

9、连续输用不同供血者的血液时，前一袋血输尽后，用静脉注射生理盐水冲洗输血器，再接下一袋血继续输注。

10、如果大量输血、冷型自身免疫性溶血性贫血患者输血、换血治疗等情况下需要对血液进行加温（32℃）。

（三）输血观察：

输血中严密观察受血者有无输血不良反应，如出现异常情况应及时处理：

1、减慢或停止输血，用静脉输注生理盐水维持静脉通路。

2、立即通知值班医师和输血科值班人员，及时治疗、抢救和检查，并查找原因，做好记录。

3、疑为溶血性或细菌污染性输血反应，应立即停止输血，用静脉注射生理盐水维护静脉通路，立即报告上级医师，积极治疗抢救。立即封存血袋和输血器，配合输血科抽样做相关检查。

（四）输血记录

1、记录内容：①在《输血及输血不良反应登记本上》逐项、规范填写相关内容。②在护理记录单上填写输注血液品种、容量，开始输注时间、结束时间、有无输血反应等。

2、输血完毕后，医护人员将血液发血单贴在病历中，并将血袋送回输血科至少保存 1 天。

3、输血完毕，医护人员对有输血反应的应逐项填写患者《临床输血不良反应回执单》，送至输血科保存。

附表：临床输血质量考核细则



临床输血质量考核细则

检查内容	考核方法	扣分标准
1. 严格掌握临床用血（及血制品）适应症，科学、合理用血，按制度履行相关手续。	抽查 10 份病例	不符合输血指标或无审批 1 例扣 1 分，无输血前检查 1 例扣 10 分，无输血后登记扣 1 分。
2. 输血谈话签字率 100%。	抽查 10 份病例	1 例未签字扣 5 分。
3. 成分血使用率 $\geq 90\%$ ，全血和成分血适应症合格率 $\geq 90\%$ 。	查血库计划成分使用率	成分血使用率每降低 1% 扣 1 分。

术中输血制度

（一）凡术中需输血者，主管医师应于术前备好血标本，填好输血申请单，注明手术输血日期和备血量送血库。如需血量大或有特殊要求（如成分输血等），主管医师均应提前与血库直接联系妥当。

（二）术中需输血时，应由输血科联系取血。取血人员每次只许取 1 名病人所需的血液，以免发生差错。

（三）输血前应仔细查对病人姓名、住院号、血型及输血申请单等 3 遍，取血人在血库查对 1 遍，麻醉医师与巡回护士查对 1 遍，输血或加血者查对 1 遍。

（四）按手术进行情况调整好输血速度，密切观察输血反应。有特殊反应者，应保留余血备检。凡输两个以上供血者的血液时，应在两者之间输以少量生理盐水，两者不可直接混合。

（五）输血毕，保留血袋，以备查对。

（六）输血起始、完毕时间及输血量，由麻醉医师记录于麻醉记录单上。

临床输血反应报告、处理制度

在临床输血过程中应按发生不良反应时处理流程规范执行，努力降低临床输血不良反应发生率和对患者的损害程度，保证患者安全、合理、有效输血。

（一）在输血时，医护人员要密切观察受血者有无不良反应，如出现异常情况，要立即减慢或停止输血，用静脉注射生理盐水维持静脉通路；立即通知值班医生和输血科值班人员；按患者发生输血不良反应的应急预案，及时抢救、治疗和检查，并查找原因，做好记录。



(二) 所有输血不良反应及处理经过均应在病历中作详细记录, 同时要电话上报并逐项填写输血不良反应回执单上报输血科。

(三) 如为护理人员未能认真执行输血相关制度、流程、操作规范所致输血不良反应须按护理不良事件上报流程, 填写护理不良事件报告表上报护理部。

(四) 各科室发生输血不良反应均应及时上报, 隐瞒不报者, 一旦发现与其当月绩效考核挂钩。

(五) 疑为溶血性或细菌污染性输血反应, 应立即停止输血, 用静脉注射生理盐水维护静脉通路, 立即报告上级医师, 积极治疗抢救。立即封存血袋和输血器, 配合输血科抽样做相关检查。

临床抢救紧急用血应急预案

(一) 目的

为保障临床紧急用血安全, 输血科在特殊血液成分及稀有血型血液量库存不足时, 制定配合性输注和非同型输注的抢救用血应急预案。

(二) 适用范围

本预案适用于遇到血液量库存不足(特殊血液成分及稀有血型的血液)时临床急救用血的管理。

1、组织与职责

- (1) 医务科负责根据实际情况, 决定是否启动本预案。
- (2) 医务科负责各科室协调与相关信息的收集、传达, 并监督预案的执行。
- (3) 输血科负责预案的具体实施, 并及时向医务科汇报执行情况。
- (4) 各临床科室承担各自的应急工作。

2、预案的启动程序

(1) 在 ABO 和 RhD 同型血液成分的储存量不能满足紧急输血的需要时(患者因失血性休克致使病情急危重, 且不立即输血会危及患者生命时), 应本着抢救生命为第一原则, 实施配合性或非同型血液成分制品输注。输血科应及时联系咸宁市中心血站紧急调血, 同时请医务科(总值班)协调。保证紧急情况下的输血救治。

(2) 主治医师负责填写《输血治疗知情同意书》、《临床输血申请单》, 并在《输血治疗知情同意书》注明临床输血紧急性、必要性和所需血液品种及剂量, 同时注明可能存在的不良反应。在征得患者或其亲属签字同意后, 报科主任及医务科批准备案, 最后送输血科实施。

(3) 输血科工作人员在接到《临床输血申请单》后, 在确定同型血液成分制品数量不能满足供应情况下, 启动紧急非同型血输注应急预案。

- (4) 紧急 ABO 非同型血液输注选择原则



受血者 血型	红细胞			血浆及冷沉淀	
	首选	次选	三选	首选	次选
A	A	O	无	A	AB
B	B	O	无	B	AB
O	O	无	无	O	A、B 及 AB
AB	AB	A 或 B	O	AB	无

(5) 输血科在接到《临床输血申请单》及交叉配血标本后，按“急诊用血”或“紧急用血”标准配血。

(6) 已输入大量 O 型红细胞成分后，能否输注与患者同型的血液应视具体情况而定。当患者原 ABO 血型的红细胞与新采集的患者血标本血清相合时，可以输注与患者原血型同型的血液（在改输原同型的血液时，须更换输血器）。若交叉配血试验由于 ABO 抗体所致不合时，则应继续输注 O 型红细胞。

(7) Rh (D) 阴性患者抢救输血

患者为 Rh (D) 阴性，没有检测到抗 -D，男性患者或无生育能力的女性患者，在紧急情况下，可输 Rh (D) 阳性血，但必须征得患者家属的同意，并在《输血治疗知情同意书》上注明。若以后有抗体产生，以后输血只能输注 Rh (D) 阴性血。

患者为 Rh (D) 阴性，体内虽未检测到抗 -D，但患者是有生育能力的妇女（包括未成年女性）应输 Rh (D) 阴性血液；如一时找不到 Rh (D) 阴性血液，不立即输血会危及患者生命，此时应本着抢救生命第一的原则，先输 Rh (D) 阳性血抢救，因为生命权优于生育权，没有了生命谈何生育，更谈不上“将来输血”。抗体一般在 2—5 个月内产生，最快也要在 2 周以后。只要患者渡过危险期就有充裕时间寻找 Rh (D) 阴性血液。经治医生要在《输血治疗知情同意书》上注明可能产生抗 -D，将来只能输 Rh (D) 阴性血液或发生新生儿溶血病，征得家属同意后才能实施。

尽管血小板表面无 D 抗原，但血小板制品中含有一定量的红细胞（可使患者致敏），故 Rh (D) 阴性生育期的女患者（包括未成年女性）应输 Rh (D) 阴性血小板。紧急情况下要输注 Rh (D) 阳性血小板须征得患者家属或监护人签名同意。至于 Rh (D) 阴性男性患者或 Rh (D) 阴性无生育能力的女性患者只要体内无抗 -D，可输 Rh (D) 阳性血小板。

Rh (D) 阴性患者需要输注血浆和冷沉淀时，可按 ABO 同型或相容输注，不考虑 Rh (D) 血型。因为血浆或冷沉淀中虽然存在少量红细胞基质，但并无完整的红细胞。红细胞基质与完整的红细胞相比免疫原性很弱，所以 Rh (D) 阴性患者可以输 Rh (D) 阳性血浆和冷沉淀。

我国《临床输血技术规范》第十条规定：对于 Rh (D) 阴性和其他稀有血型患者，应采用自身输血、同型输血或配合性输血。第十五条规定：急诊抢救患者紧急输血时 Rh (D) 检查可除外。所谓“配合性输血”是指供、受者配血相合，而不是供、受者血型完全相同。但供、受者配血相合只证明受者体内没有针对供者红细胞的血型抗体，这种情况下不会发



生溶血性输血反应，但受者有可能被供者免疫。配合性输血是紧急情况下抢救患者生命的重要措施之一。

Rh（D）阴性患者急诊输注 Rh（D）阳性血时，须报科主任和医务科备案。

（三）应急预案审批流程

1、任何患者需进行抢救非同型输注和配合性输注时，必须先征得患者同意，并按要求签署《输血治疗知情同意书》。

2、报科主任签字批准。

3、报医务科签字批准。

4、以上手续完成后，方可进行输血。

（四）输血后管理

1、输血科按规定保留全血及血清样本备查，在出库记录单上注明“特殊输血”字样以示区别，并签名。所有原始记录保存 10 年。

2、紧急非同型血液输注，不能输注全血，只能输注红细胞。红细胞只要求主侧配血相合，次侧配血不作要求。血浆和冷沉淀可以相容性输注。

3、紧急血液输注时，临床医护人员必须严密观察，如出现输血不良反应，应及时处理并报告输血科和医务科或总值班。

临床用血预警制度

为规范血液制剂库存量不足时，保证患者输血治疗的顺利进行，建立院内预警机制，特制定本制度。

（一）输血科接到咸宁市中心血站血液库存预警时，将预警信息报医务科，由医务科向院内临床科室发布预警信息。

（二）输血科如遇到医院紧急用血或稀有血型用血时，立即向咸宁市中心血站申请，如血站存储不足时，委托其向省城及其它地区调配，以确保用血安全。

（三）患者手术备血不能满足，输血科于手术日前一天下午 5 点前通知到申请医生。特殊血液制剂如血小板、洗涤红细胞、冷沉淀等不能满足临床，由输血科于当日下午 5 点前通知到申请医生。

（四）临床科室接到预警信息或输血科无法满足供血要求时，积极动员患者亲友开展互助献血，根据咸宁市现行亲友互助献血政策，献血数量无硬性指标，但为保证输血治疗的顺利进行，献血量尽可能接近治疗量；符合自体输血适应症的患者，积极动员患者开展自体输血。

（五）经输血科申领，院内筹措血液库存仍然无法满足临床需要时，应进行院级层面协调和调剂，必要时进行院内无偿献血紧急招募。



临床输血医学文书管理制度

根据《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》及《病历书写基本规范》等要求，为确保临床用血信息客观真实、完整、可追溯，特制定本制度。

(一) 医院临床用血管理委员会按照上级卫生行政部门的要求，统一印制规范各类临床用血的医学文书。

(二) 输血医疗文书的保管要求

1、《临床用血申请单》、《发血单》、《输血不良反应回执单》、《血液出库登记表》等，由输血科保存十年；

2、《输血治疗知情同意书》、《发血单》、《输血记录单》以及输血前检查报告单随住院病历保存。

3、输血科的血液出入库、贮存记录、有关输血前检查原始资料需保存十年。

(三) 执行输血文书查阅要求

1、医院工作人员由于工作需要查阅档案，根据医院有关规定按批准范围查阅，未经同意不得随意翻阅、摘抄、复印。

2、外单位须查阅档案时，应持单位介绍信，经医务科同意，方可查阅。

3、禁止将档案借出档案室，严禁在档案上涂改、抽换拆卸、圈点、划线和污损，并做好查阅记录。

(四) 执行文档销毁要求

保存十年以后的档案，由医务科监督销毁，并做好销毁记录存科室备案。

自体输血、围手术期血液保护管理制度

根据《医疗机构临床用血管理办法》第二十二条和《临床输血技术规范》第七条规定，为保障医疗质量和安全，对围手术期输血加强管理，推行节约用血的新型医疗技术，开展自体输血技术，特制订本制度。

(一) 麻醉科与手术科室和输血科建立有效的沟通，积极开展自体输血，严格掌握术中输血适应症，合理、安全输血。

(二) 大力开展血液保护，积极采用围手术期血液保护措施，尽量做到少出血、少输血、不输血和自身输血。

(三) 手术方式及手术性措施的选择

1、根据患者疾病情况采取微创手术，选择小切口，避开大血管入路等手术措施，减少术中储血；

2、手术操作细致，止血彻底；



- 3、正确使用止血带；
- 4、自视下动脉阻断；
- 5、动脉内球囊阻断术。

(四) 使用血浆代用品，适当范围内用低分子右旋糖酐铁、羟乙基淀粉、明胶等代血浆补充血容量，以维持正常组织灌注。

- 1、当失血量 <20% 血容量时，可单独用血浆代用品补充；
- 2、失血量 20 ~ 40% 血容量时，代血浆与红细胞各输一半；
- 3、失血量 >50% 血容量时，输代血浆 1/3，红细胞 2/3。

(五) 麻醉师采用控制性降压技术，主刀医师和麻醉师综合评估后，具体参照《术中控制性低血压技术指南》。

(六) 自体输血技术应严格掌握适应症，参考《自身输血指南》具体实施。

- 1、经治医师应动员符合要求的患者接受自体输血技术，提高输血治疗效果和安全性。
- 2、医院将临床科室动员患者自身输血作为评价科室和医师个人工作业绩的重要考核内容。
- 3、储存式自身输血由输血科负责采血和储血，经治医师负责输血过程的医疗监护。
- 4、手术室内的自体血回收由输血科操作，急性等容性血液稀释和术野自身血回输及术中控制性低血压等医疗技术由麻醉科医师负责实施。

(七) 临床科室、麻醉科、输血科做好输血文书记录。

临床用血计划管理制度

根据《中华人民共和国献血法》第十六条和《医疗机构临床用血管理办法》第十四条规定，医疗机构应当科学制订临床用血计划。为保证我院临床遵循合理、科学的原则，避免浪费和滥用血液，同时确保临床用血的供应，特制定此制度。

(一) 制定年度用血计划：输血科根据上年度用血量，将实际用血量与以往临床用血统计数据逐月相比，按医院业务增长计划，合理制定全院及临床用血科室年度用血计划。

(二) 制定月用血计划：库存血量是上一年同期每月用血总量上升约 10%，上月呈报下月用血计划。

(三) 制定日用血计划：根据临床科室用血实际用量、是否有偏型现象、血站发出的血液有效期远近等情况综合考虑进行贮血，由科室主班人员向血站进行每日用血计划的申报。具体参见《血液库存管理制度》。

(四) 重点保证急诊、孕产妇、危重症患者抢救等特殊医疗对象的血液供应。

(五) 对于突发性公共事件引起的血液需求增加，由输血科、医务科协调，向咸宁市中心血站申报要求增加血液供应计划，由中心血站进行协调。

(六) 临床用血计划的评估：定期对每月的用血计划、入库量和实际出库量进行分析，



评估用血计划制定是否合理，若不合理则重新制定。

输血标本采集与送检制度

为了保障临床安全用血，规范输血标本采集与送检，制定本制度。

(一) 采集配血标本护士必须具有初级以上护士职称，实习 / 进修护士不得进行。

(二) 明确患者用血申请，核对患者信息如姓名、性别、年龄、住院号、科别、床号等。

(三) 准备采血材料，并明确正确的血量及核对试管标识信息，最后由采血者在试管上和用血申请单上填写采血日期并签字。

(四) 标本分类

1、血型标本：EDTA-K2 抗凝管 2ml。

2、交叉配血标本：EDTA-K2 抗凝管、促凝管各 3-5ml，交叉配血标本有效期为 3 天，标本是否可用，请提前与输血科联系。

3、输血科其它检验项目标本：直接抗人球蛋白试验、新生儿溶血病筛查、不规则抗体筛查、输血前检查、血型抗体效价等（前两项 EDTA-K2 抗凝管 2-3ml，后三项促凝管 3-5ml）。

4、输注不同血液成分需采集的标本

(1) 需交叉配血的血液成分：红细胞

①首次输血：采集血型鉴定标本，交叉配血、不规则抗体筛查标本和输血前检查标本。

②再次输血：超过 3 天（从采血时算起）需采集交叉配血、不规则抗体筛查标本，未超过 3 天不需采样（样本量不足或样本溶血等情况输血科会通知重新采样）。

(2) 不需交叉配血的血液成分：血浆、冷沉淀、血小板

①首次输血：需采集血型鉴定标本和输血前检查样本。

②再次输血：输过血的患者，不需要抽标本。

(五) 采集血标本过程

1、确保在采集标本时，床边正确核对患者；

2、填写好申请单下方双份信息小条，其中一份剪切粘贴到标本采集试管。

(六) 质量标准要求

1、正确完整的血标本标识，与申请单一致；

2、正确核对采血过程，不能在输液同一侧采集血标本；

3、标本无溶血；

4、正确记录。

(七) 血标本交接运送

1、送标本人员必须是医护人员，严禁患者家属送标本；

2、标本送到输血科后应由医护人员和输血科人员核对信息并签字；



3、有以下情况，输血科拒绝接收血标本：

- (1) 标本标识涂改、不完整或不清晰；
- (2) 标本无标识；
- (3) 标本量不足；
- (4) 标本质量有问题。

输血核对制度

根据《临床输血技术规范》及《二级综合医院评审标准实施细则》的要求，为了保证临床用血安全，规范输血全过程的核对，避免输血发生差错，制定本制度。

(一) 输血科发血核对内容：由输血科发血者与用血科室当班护士共同执行核对，其标签标记的血型与受血者的血型无误；按规定检查领取的血液必须与发血单相符，确认受血者是否正确；血液发出时必须附相容性检测的记录；血液发出前，还要检查血液是否发生溶血、是否有细菌污染迹象以及其他肉眼可见的任何异常现象。

(二) 治疗室核对内容：血液取回后，主班护士与另一医务人员在输血前对患者资料及血袋相关信息的确认：受血者姓名、性别、年龄、科别、住院号、床号、血型、交叉配血单、供血者献血码、血型、血液类别、血量、有效期、血液有无溶血变质、血袋有无渗漏，确认无误后将血液送到床边准备输血。

(三) 床边输血核对内容：输血前，由两名医护人员持病历再次确认患者姓名、住院号、床号、血型、并与申请单及血袋标签核对（清醒患者进行上述确认，对昏迷患者必须进行输血申请单、床号、腕带或其他标识的核对，确认无误后方可输血）。

(四) 质量标准要求：

- 1、必须双人核对无误（受血者资料与血袋资料、配血记录）；
- 2、床前核对确认，确认受血者身份、血型无误。

输血记录管理制度

输血记录是临床输血过程的记录和历史资料，是处理医疗纠纷时的重要证据之一，为确保临床用血信息客观真实、完整、可追溯，特制定本制度。

(一) 本制度适用于临床输血的记录，包括输血申请单、病程记录、手术记录、麻醉记录、护理记录等。

(二) 原始记录规定的项目应认真及时填写，字迹工整、清晰，数据真实，不得遗漏、涂改，更不准任意撕毁。

(三) 确实需要更改者，可用钢笔划杠修改，并由更改人签全名和时间，原更改内容应清晰可辨。



(四) 输血申请单的填写:

1、输血申请单送到输血科时都应填写完整, 不合要求将退回科室重新填写, 受血者所有输血前检测项目请用数字和文字表示, 不能用“+/-”表示; 医师申请权限为主治医师及以上职称。

2、若患者需要抽取输血血样, 请填写“采集血样执行人签名”及采集时间, 和“送交人签名”及时间; 若患者不需要抽取血样, 请填写“送交人签名”及时间, “采集血样执行人签名”及采集时间不需要填写。

(五) 输血治疗病程记录采用单列, 内容完整详细, 至少包括以下内容:

- 1、患者输血治疗前评估(症状、体征、血常规、凝血功能等输血指征);
- 2、输血的目的(纠正贫血、失血、凝血功能障碍等);
- 3、输血的性质(急诊、平诊、手术);
- 4、输注成分(红细胞、血浆、冷沉淀、血小板等);
- 5、血型和数量(U、ml、人份、治疗量);
- 6、输血治疗过程记录(有无主观不适、体征变化);
- 7、输血疗效评价(症状体征有无好转, 检测指标有无好转);
- 8、有无输血反应。

(六) 对不同输血方式要进行选择并记录, 如异体输血或自体输血。

(七) 输血治疗后, 应有相应的病程记录, 对输血疗效进行评价, 包括:

- 1、患者症状和体征有无好转(贫血、缺氧、出血等有无好转);
- 2、输注后有无进行相应指标的复查;
- 3、实验室检查指标有无好转(Hb、Hct、PLT、纤维蛋白原、凝血因子等)。

(八) 输血治疗过程记录应在病程记录、麻醉记录、手术记录和护理记录中有所体现。

1、手术输血患者其手术记录、麻醉记录、护理记录、术后记录中出血与输血量要完整一致; 输血量与发血量一致。

2、均要对输血进行如实记录, 包括输血种类、血型、数量、输血开始和结束时间。

(九) 输血不良反应记录应逐项填写《患者输血不良反应回执单》, 包括患者信息、血型、血液类型、用量、输血不良反应发生的时间、不良反应类型、临床症状和体征、处理措施与转归等内容, 并送输血科保存。

(十) 每年对新员工进行临床用血医学文书书写规范培训及考核, 保证临床用血医学文书填写的规范性。

输血后血袋回收登记处理制度

为保证临床输血安全, 减少血液传播疾病发生, 确保输血血袋的可溯源性, 特制定输血后血袋回收登记处理制度。



(一) 临床输血完毕后将血袋登记好放置暂存处，然后由输血科室当班护士送至输血科。

(二) 当班护士与输血科工作人员核对血袋数量，登记交接时间、科室、血型、血液品种、血袋编号。

(三) 双方签字后，将血袋放入 2 ~ 8℃ 专用冰箱内保存。

(四) 血袋保存 24 小时后，输血科保洁人员按医院感染管理要求，进行装袋封存并登记，移交医院暂存处，由专职人员进行无害化处理。

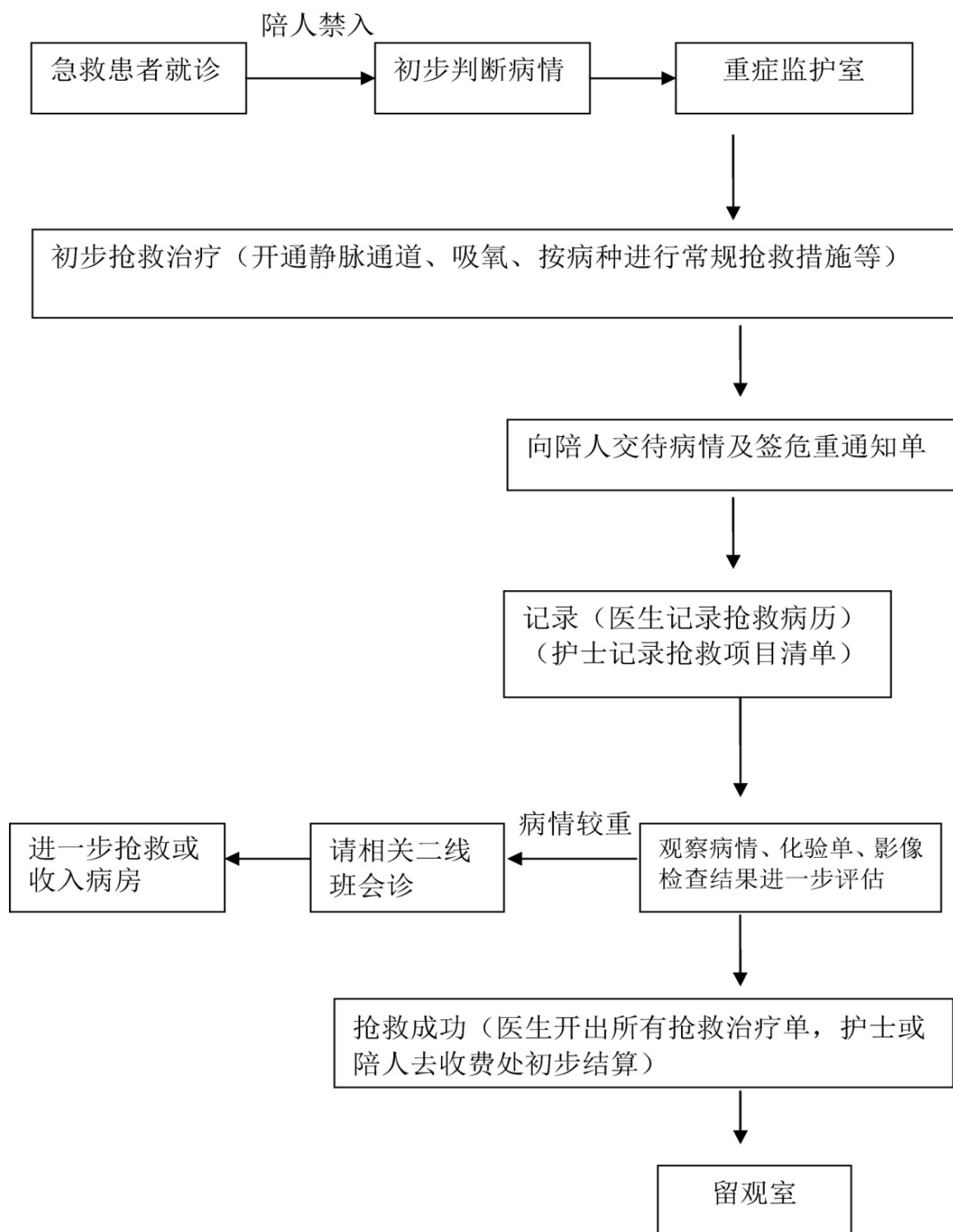


七、流程图

急危重症抢救流程图集



急危重病人抢救流程

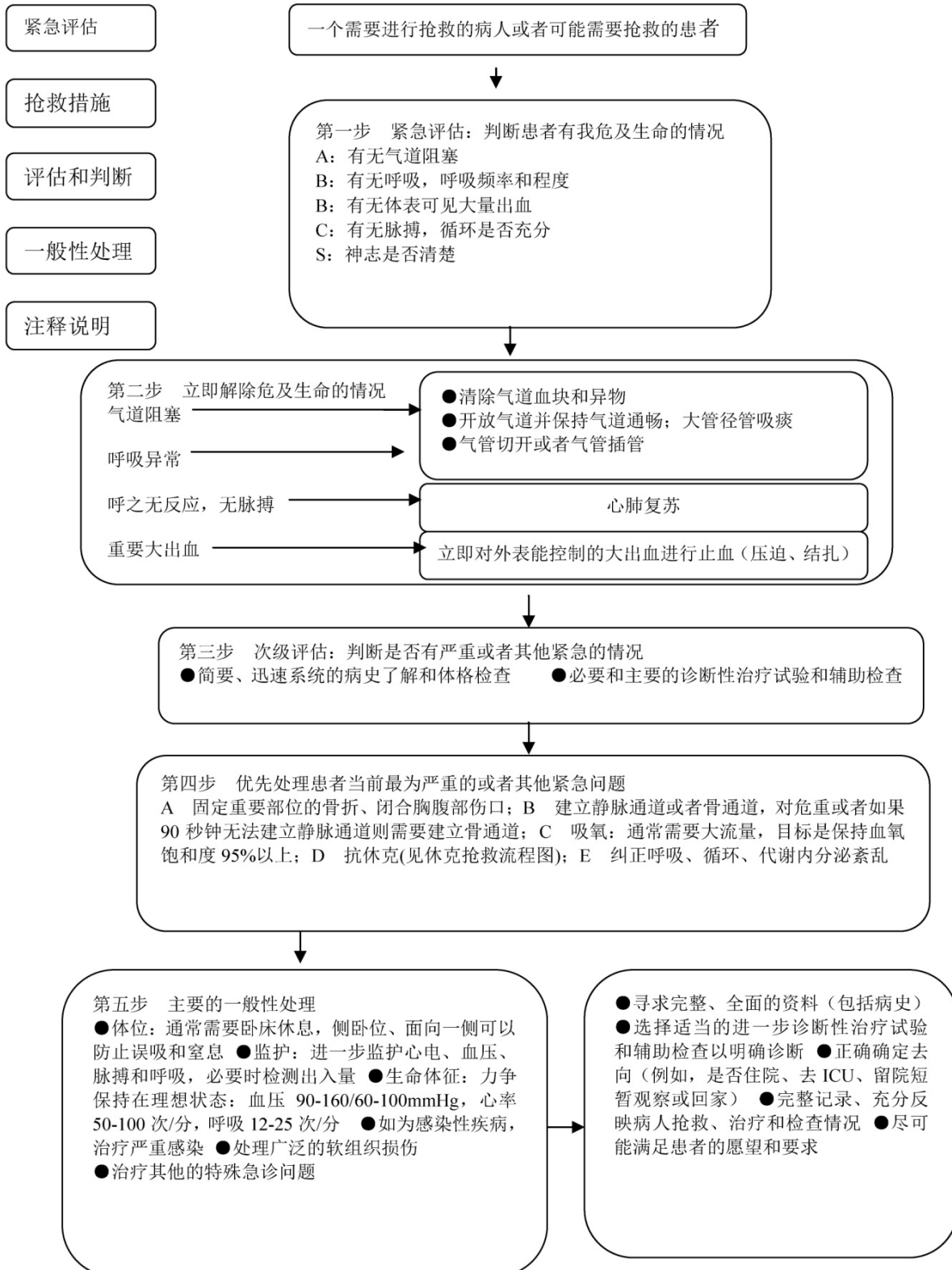


说明：1. CT、X、检验等检查项目需根据患者病情及抢救押金情况而定。

2. 急救药物若缺可由护士去药房借用后一起结算。

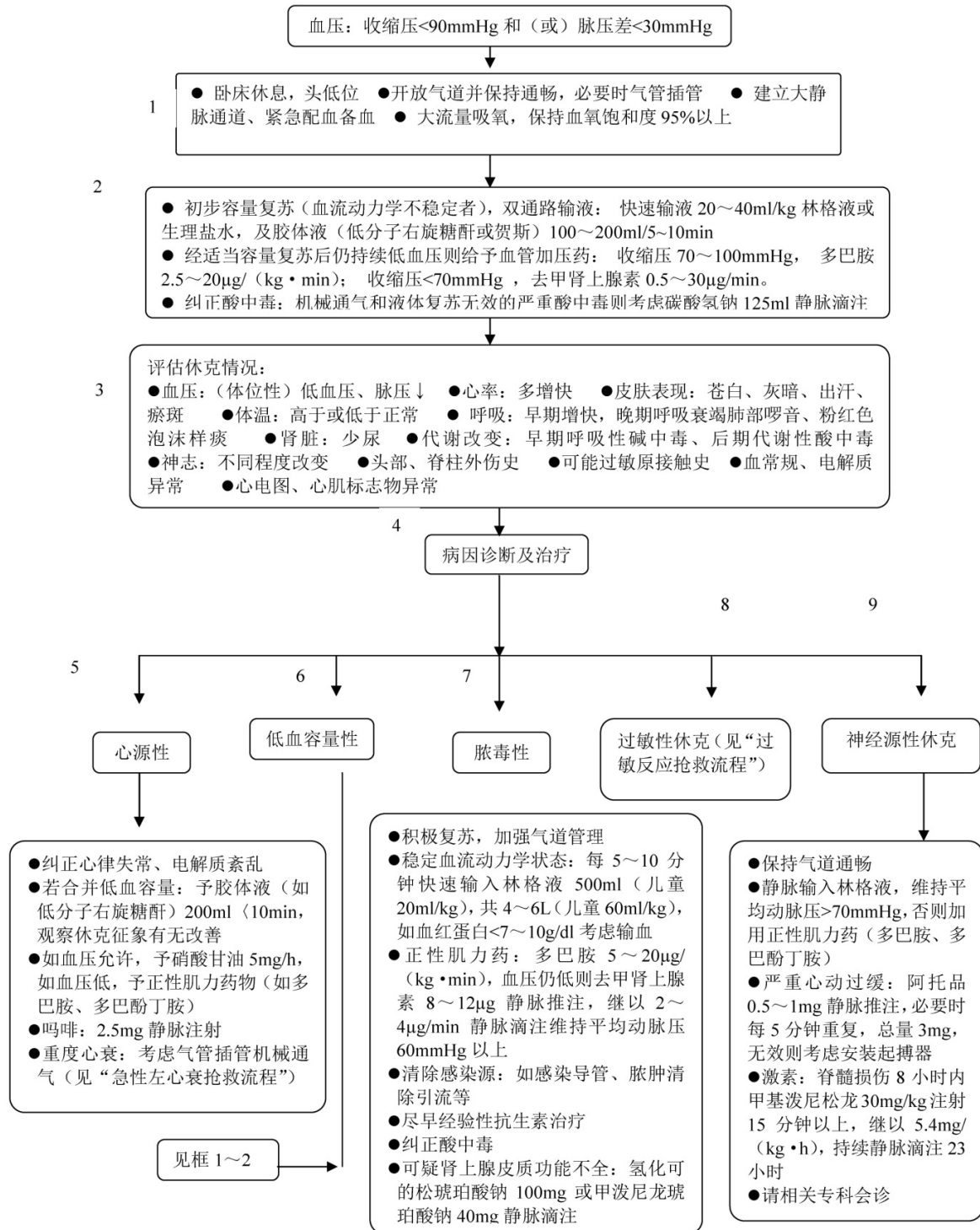


急救通则 (First Aid)



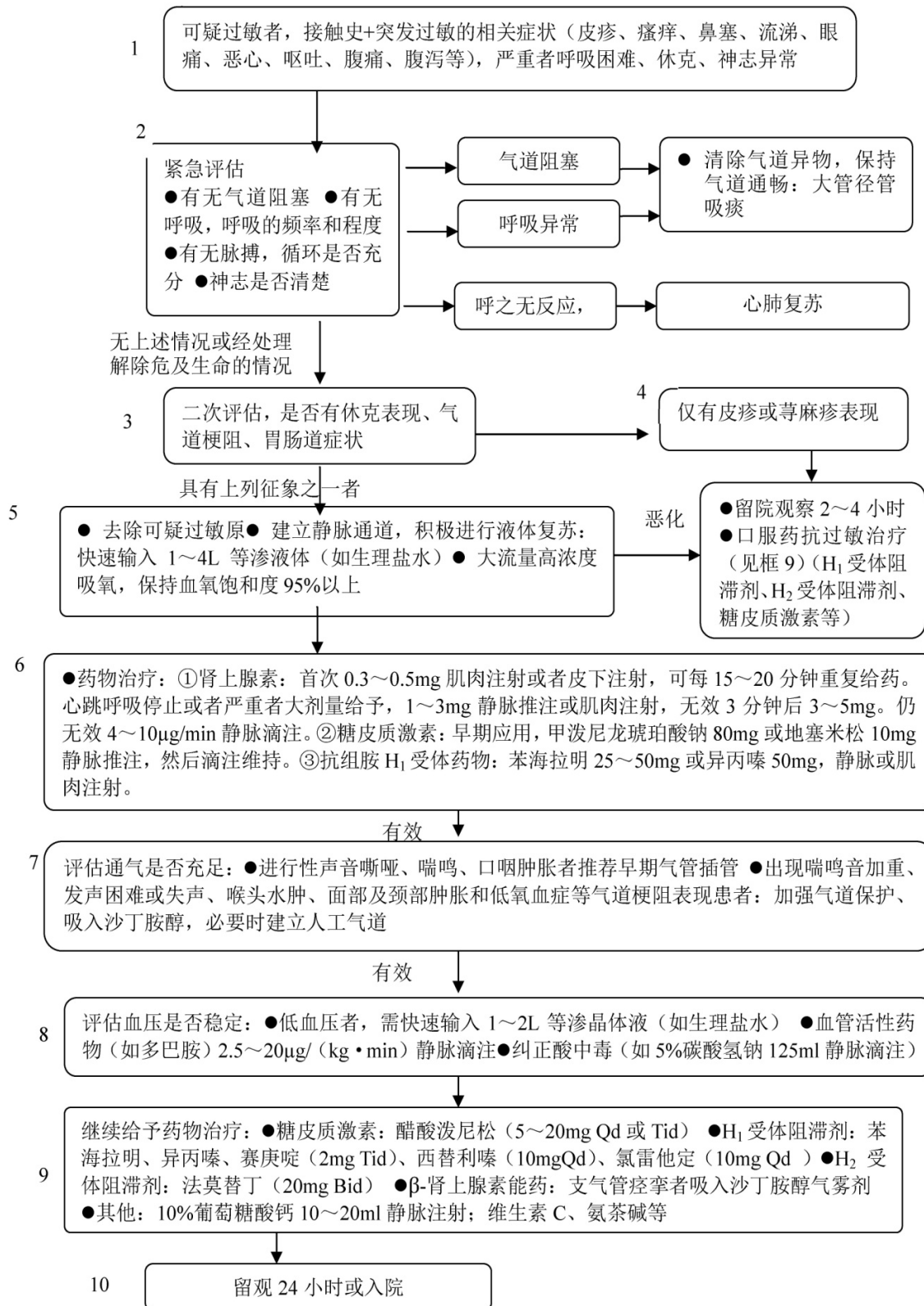


休克抢救流程



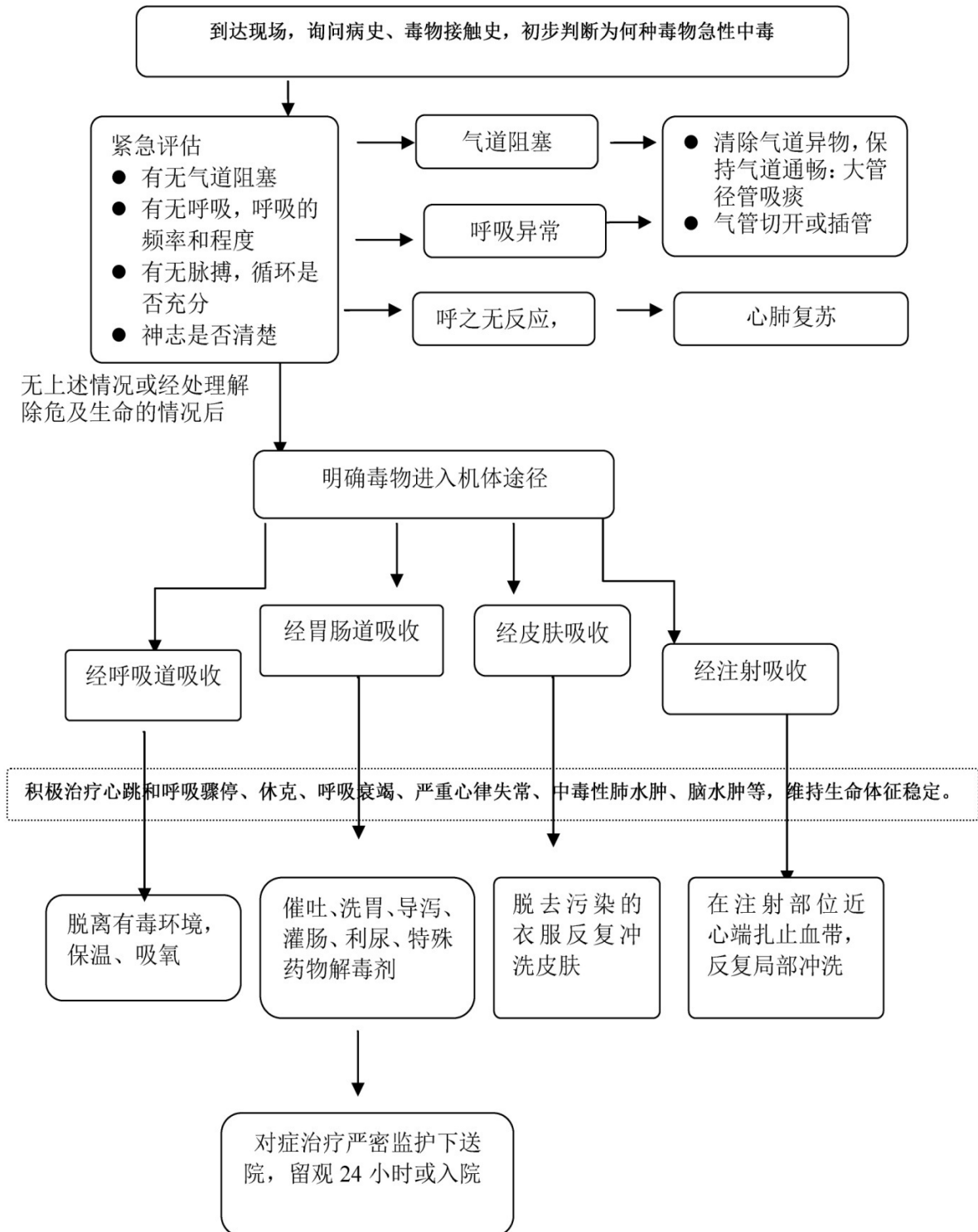


过敏反应抢救流程



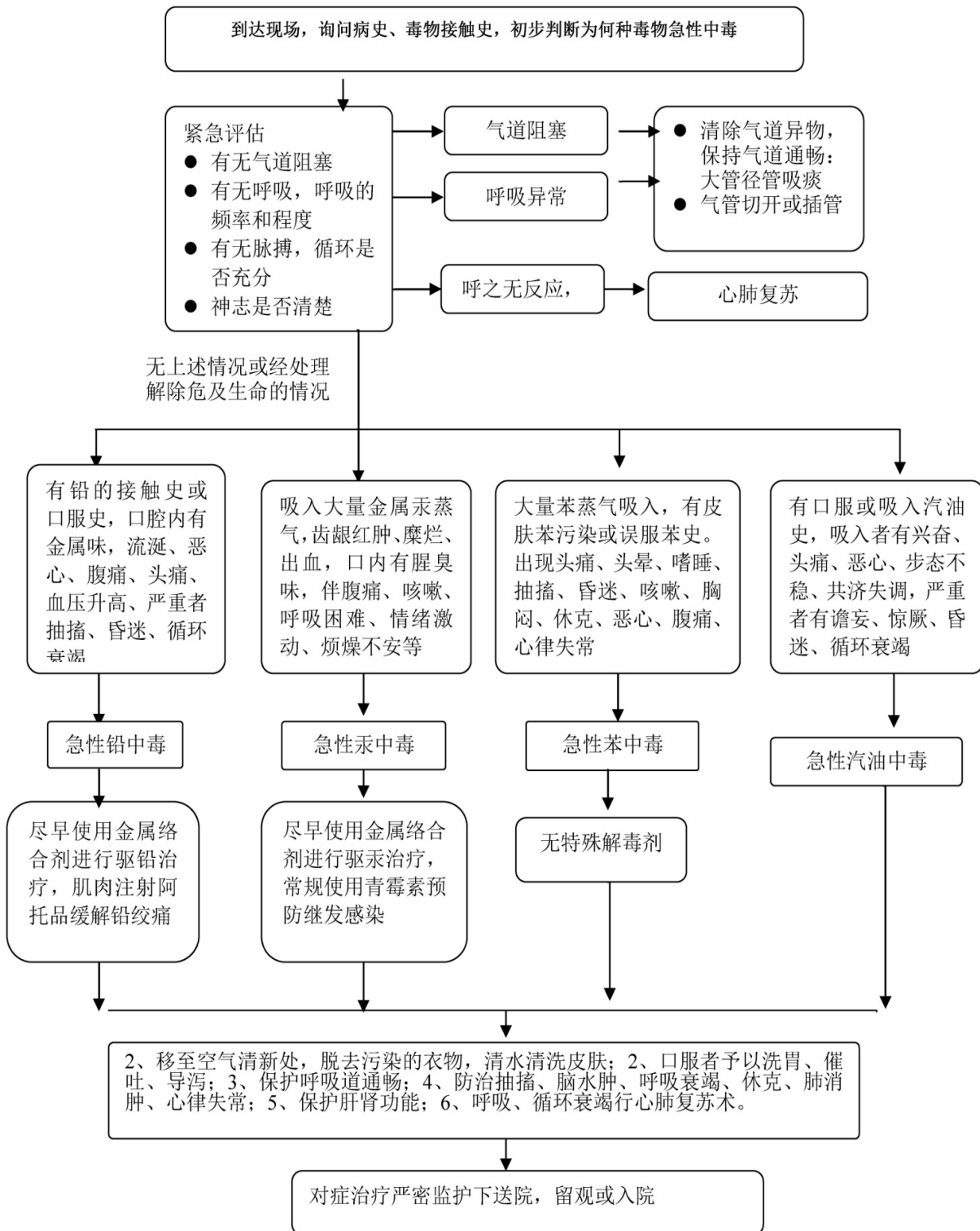


急性中毒诊疗抢救流程图



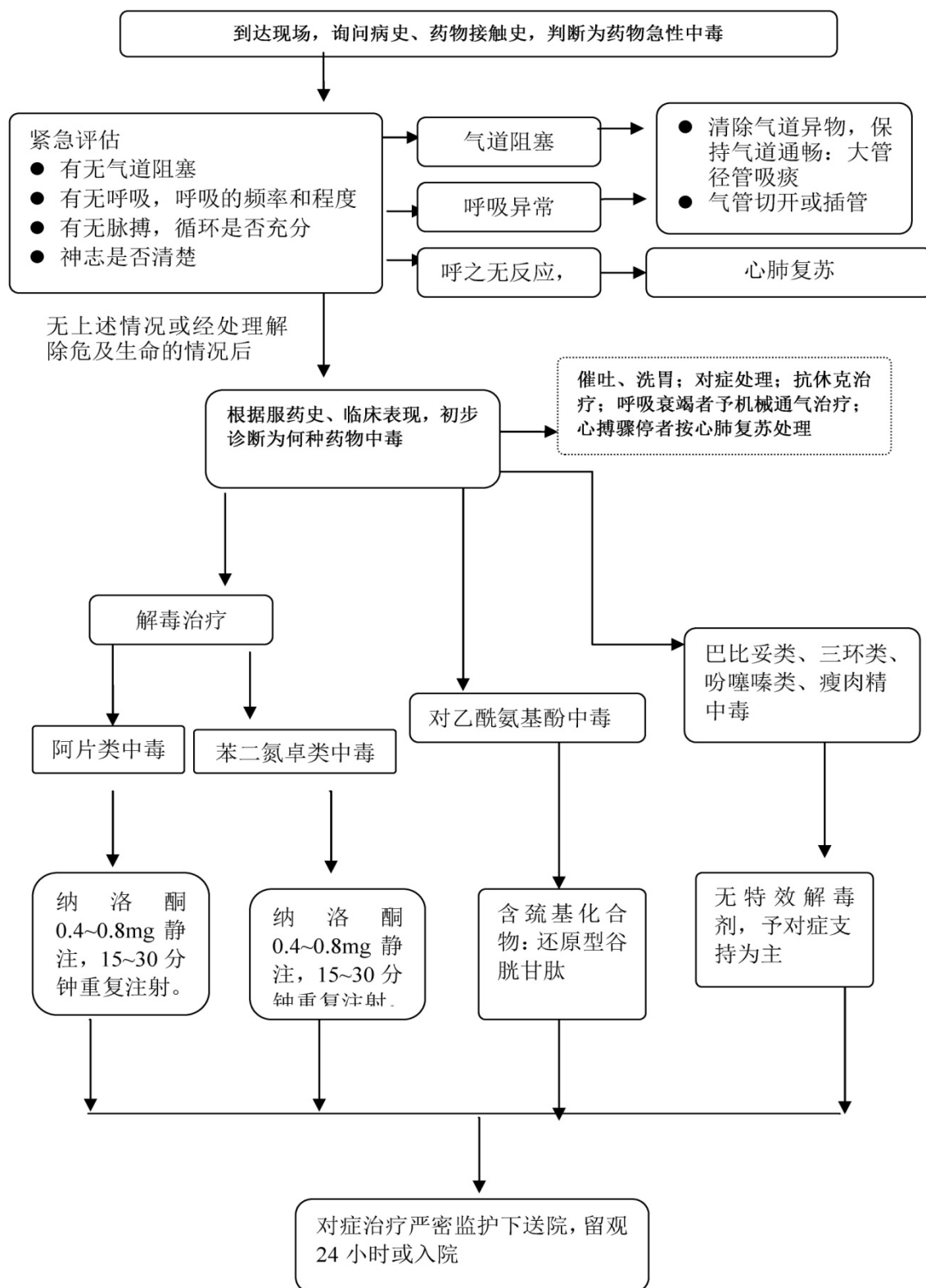


铅、苯、汞急性中毒诊疗流程图



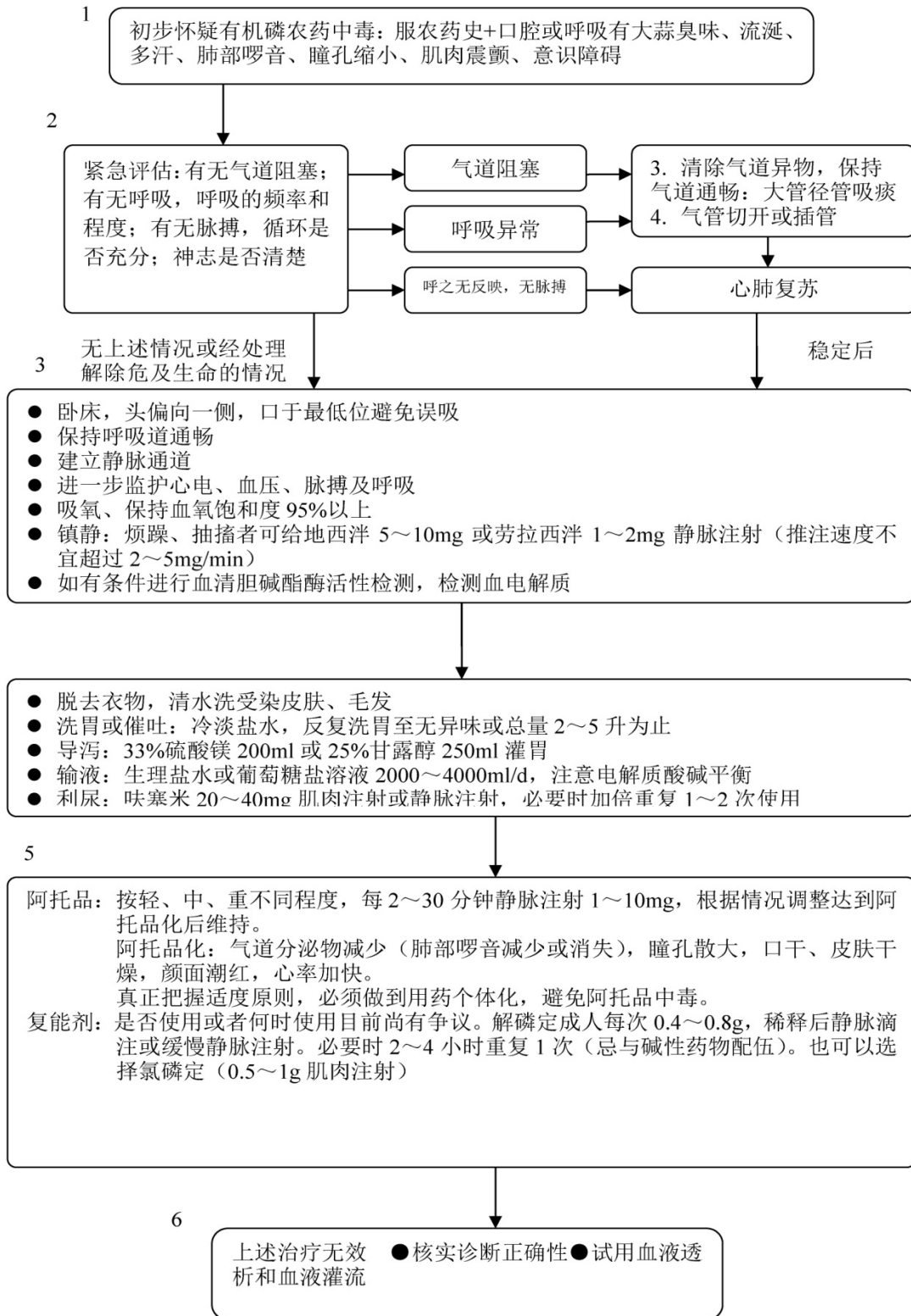


急性药物中毒诊疗流程图



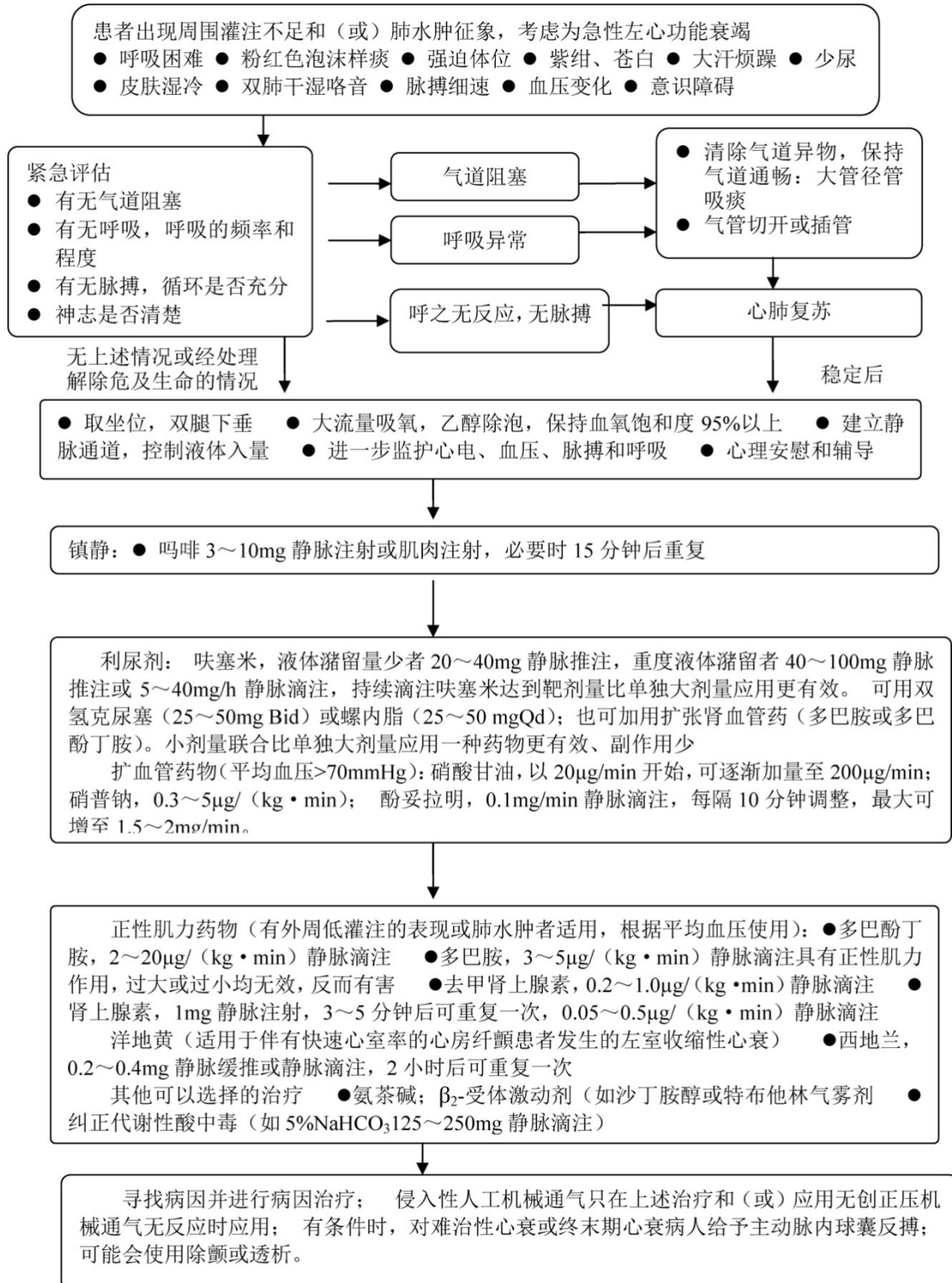


急性有机磷中毒抢救流程



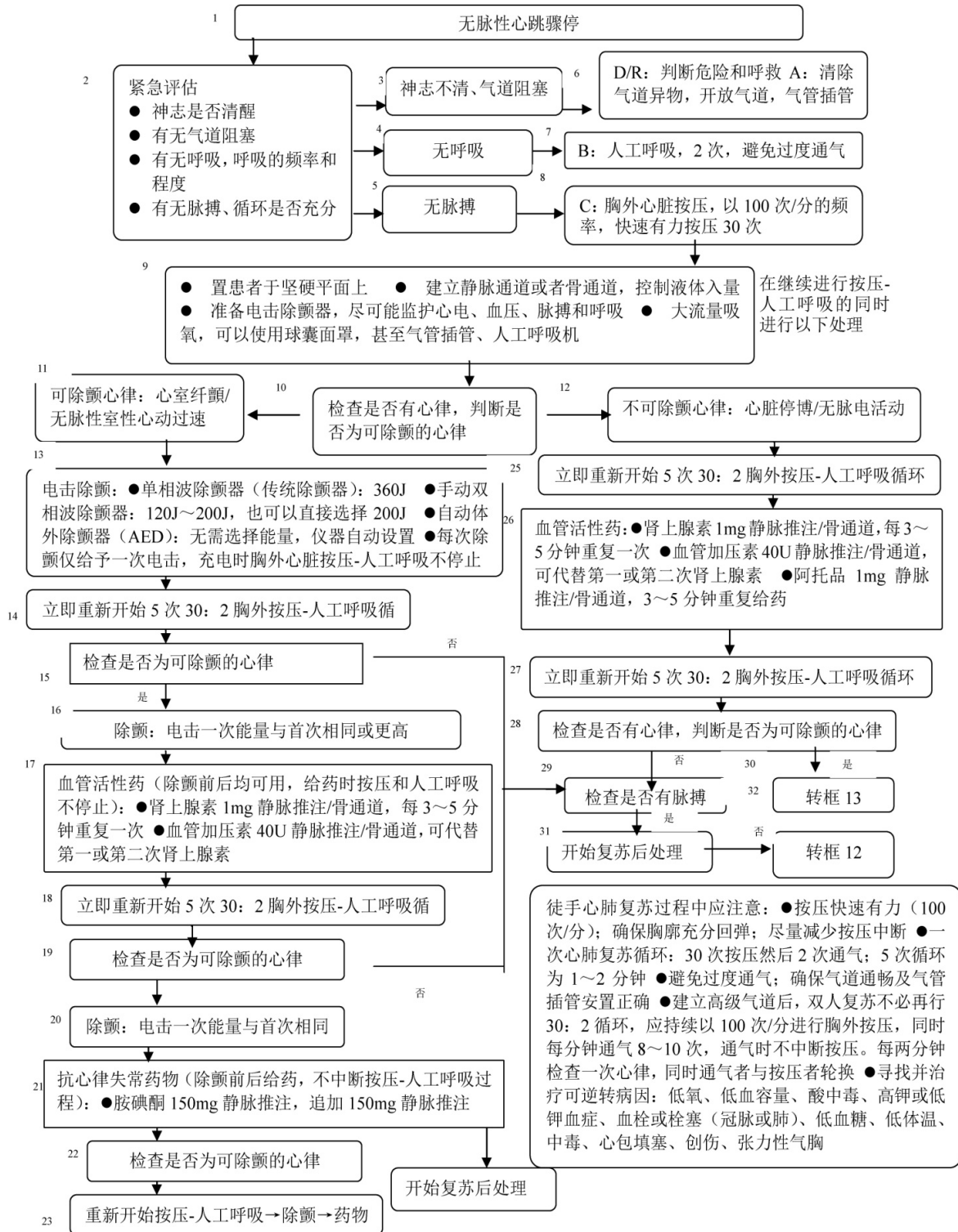


急性左心功能衰竭抢救流程



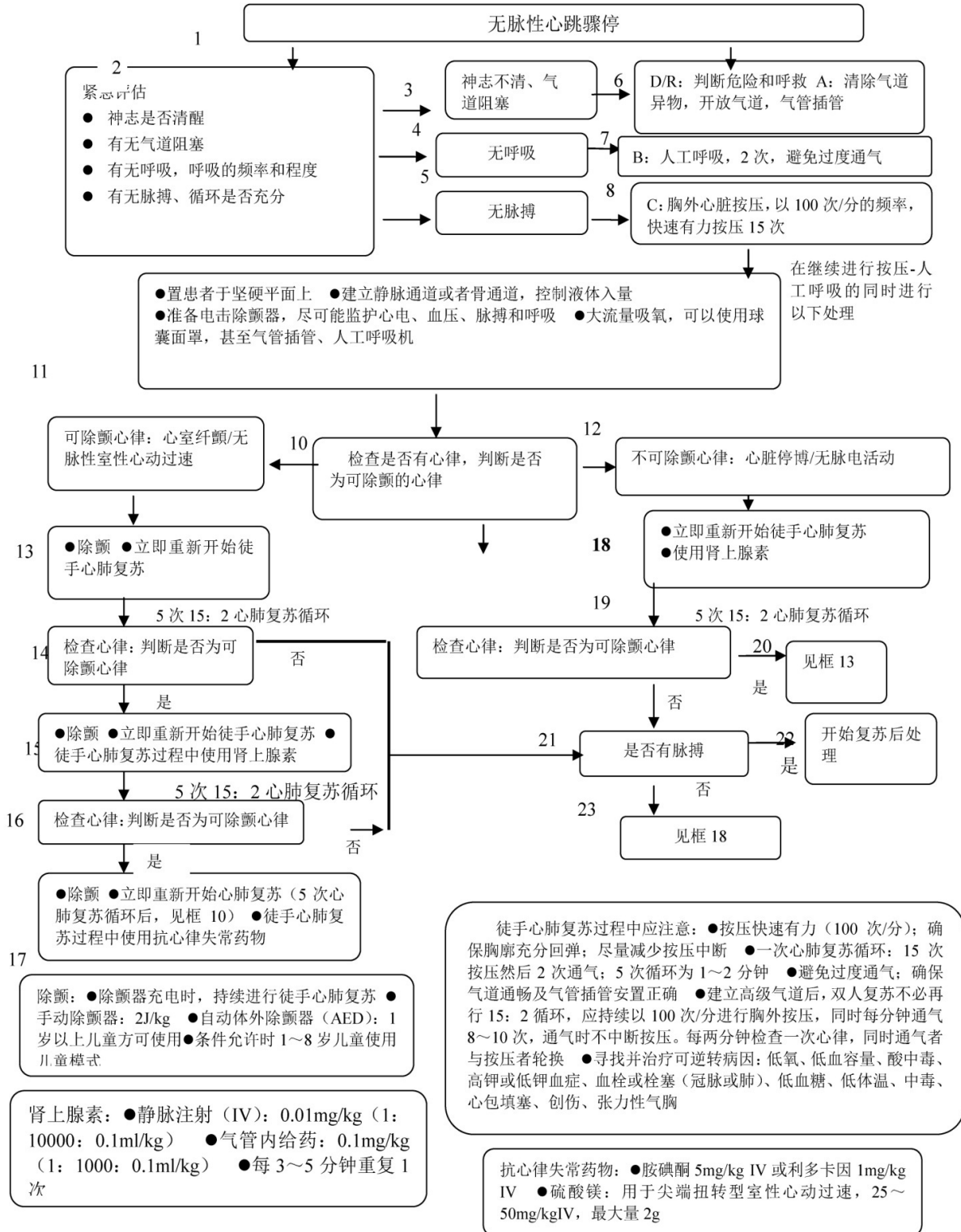


成人无脉性心跳骤停抢救流程



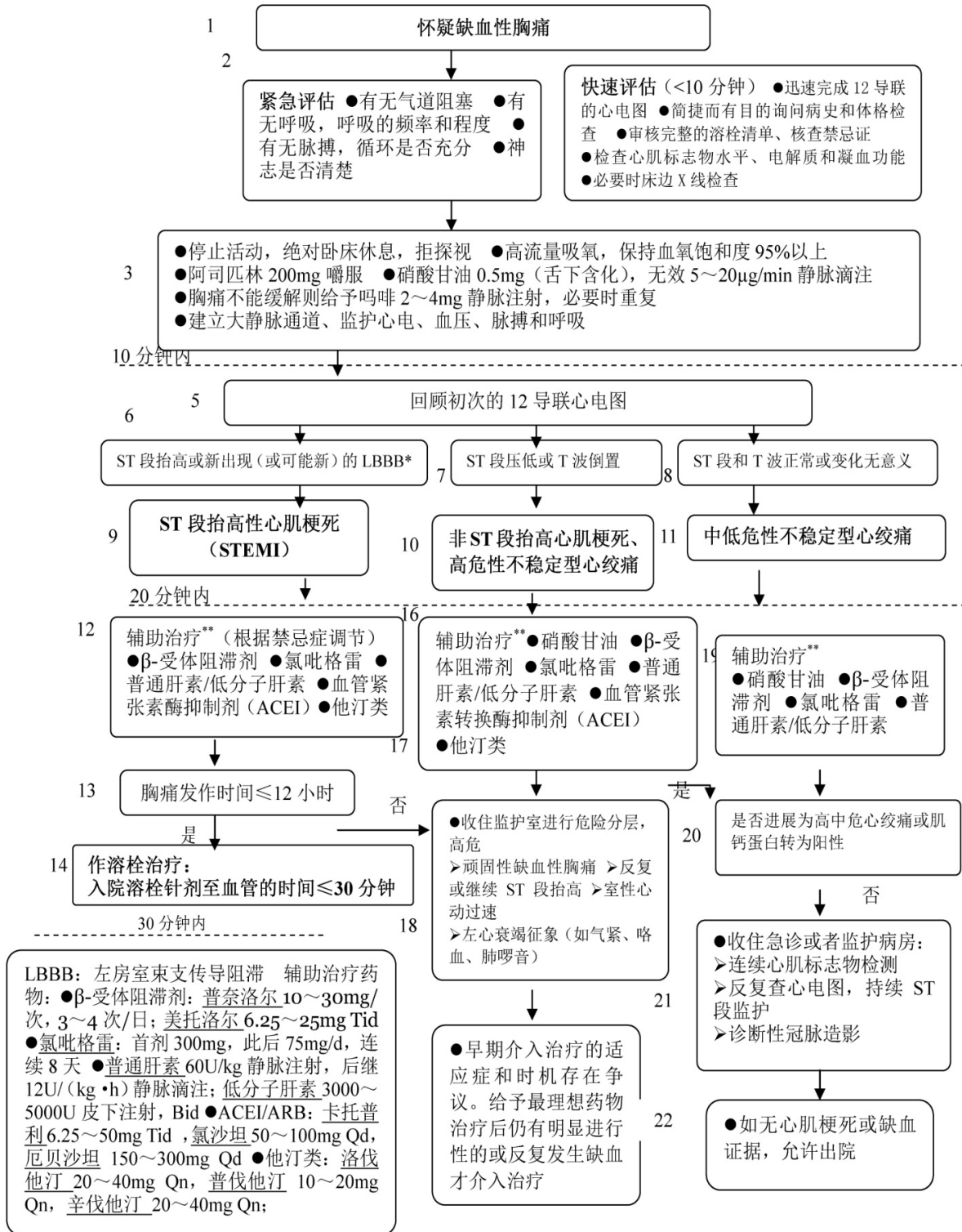


儿童无脉性心跳骤停抢救流程



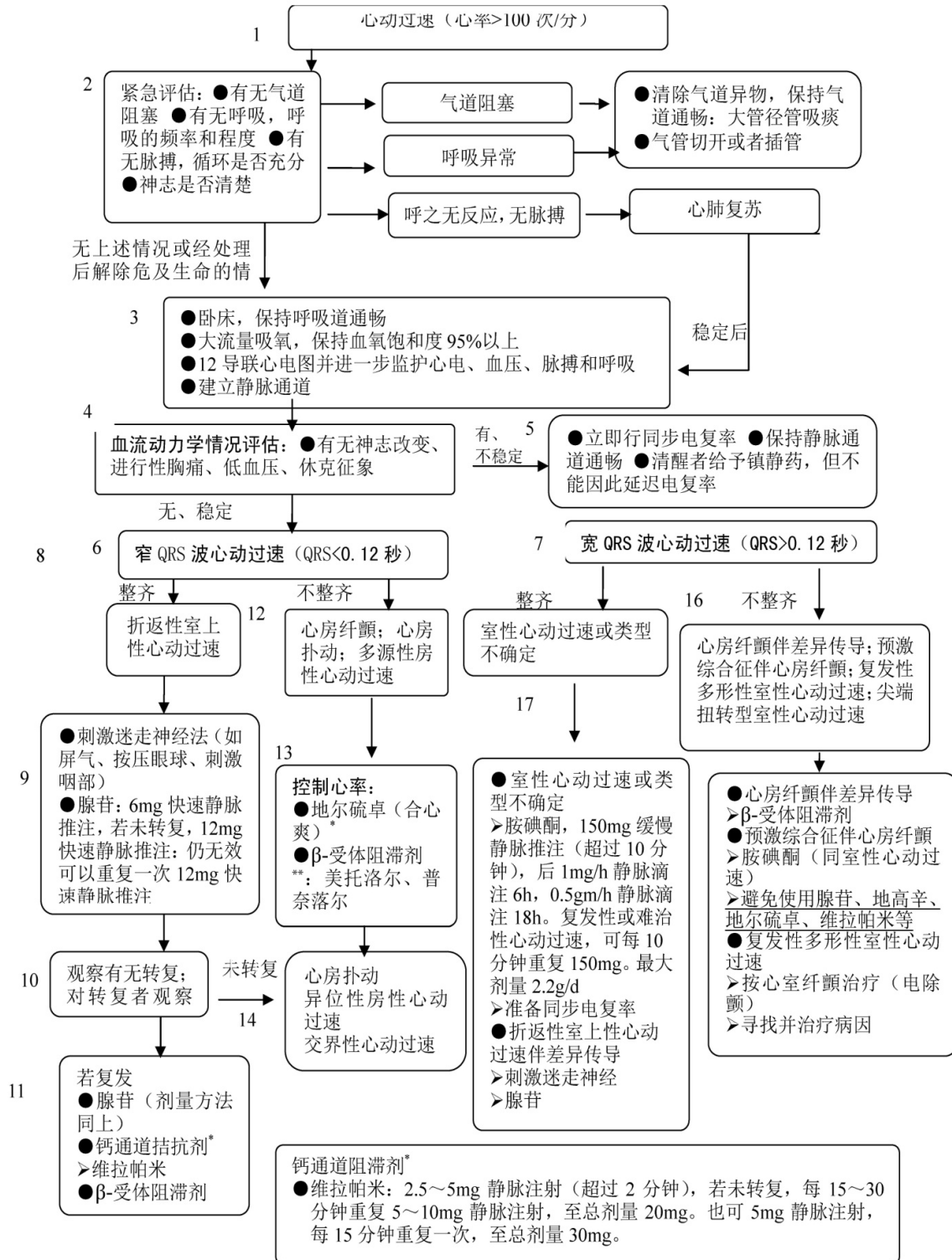


急性心肌梗死的抢救流程图



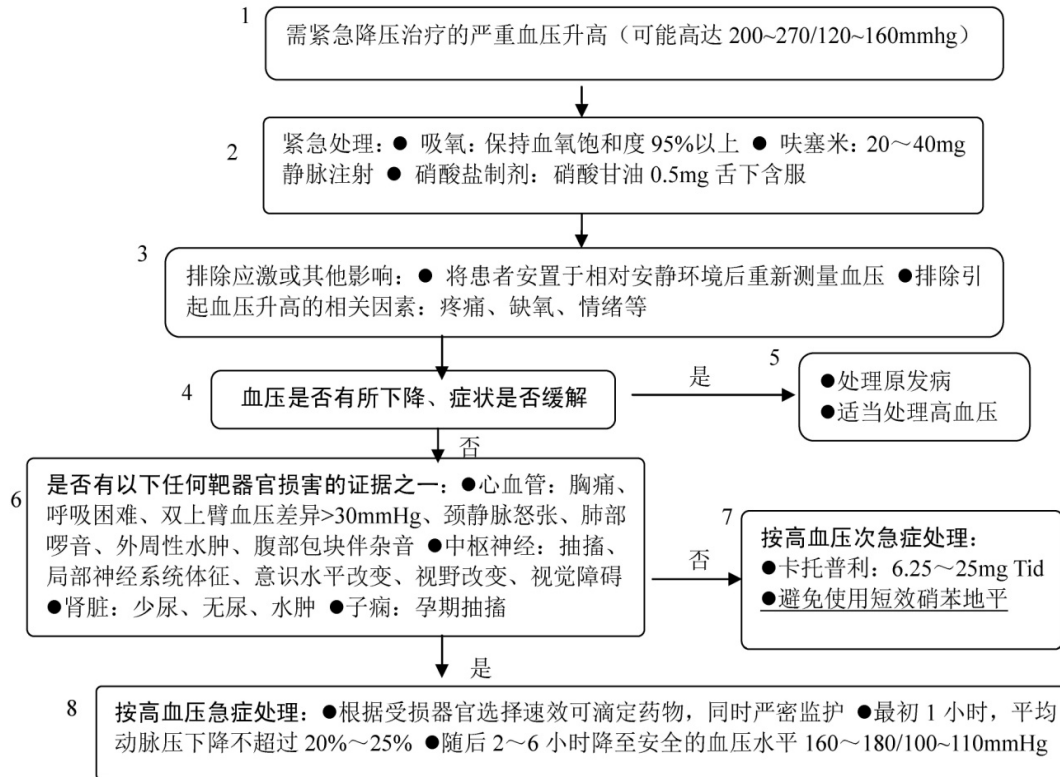


成人致命性快速心律失常抢救流程





高血压危象抢救流程

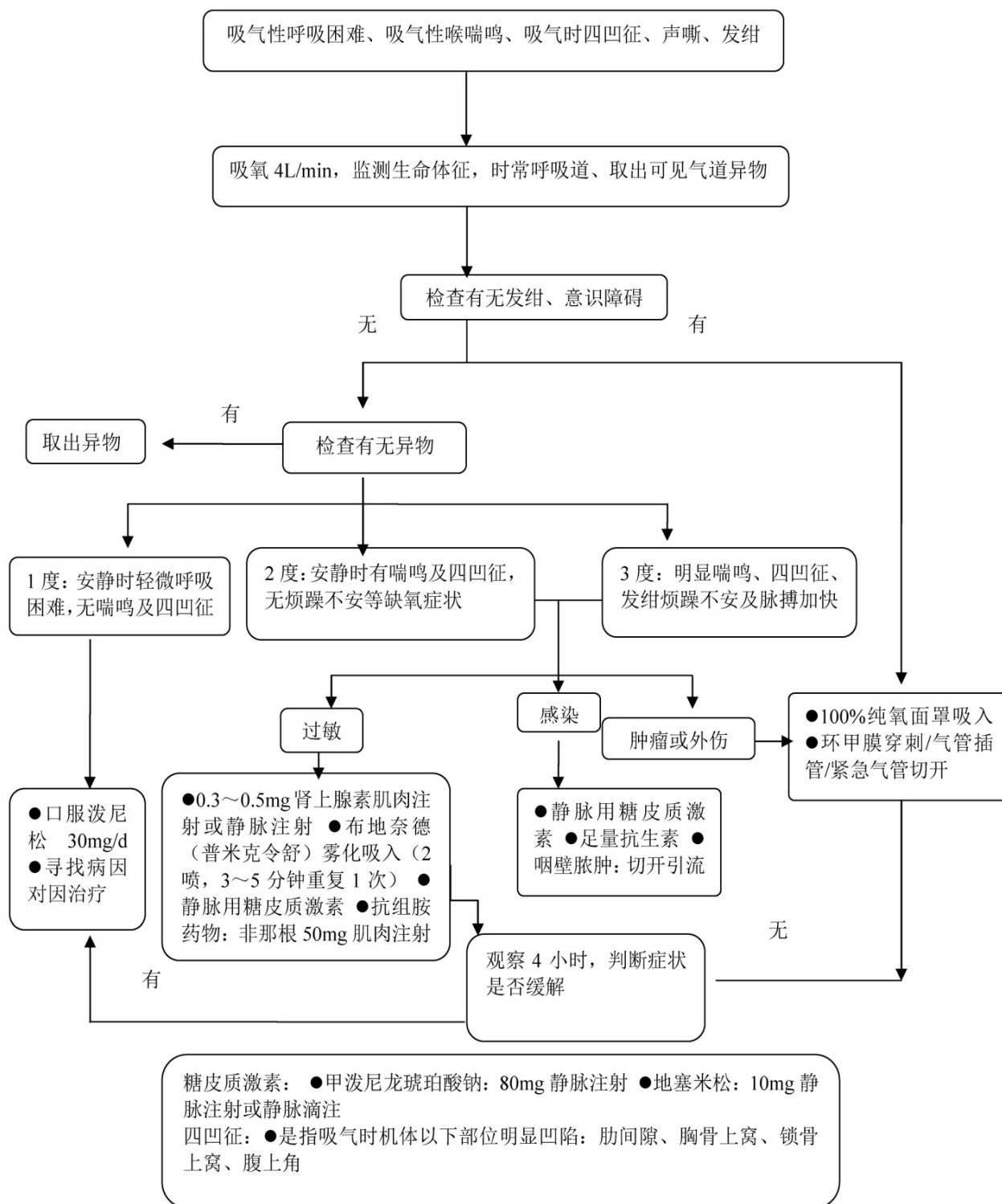


药物使用方法: ●利尿剂: 呋塞米, 适用于各种高血压危象, 静脉常用量为 40~120mg, 最大剂量为 160mg ●作用于 α 受体的药物: →酚妥拉明: 对嗜铬细胞瘤引起的高血压危象有特效。每 5 分钟静脉注射 5~20mg, 或 0.2~0.54mg/min 静脉滴注 ●钙通道拮抗剂 (CCB): →双氢吡啶类钙通道阻滞剂: 尼卡地平对急性心功能不全者尤其低心输出量适用, 但对急性心肌炎、心肌梗死、左室流出道狭窄、右心功能不全并狭窄患者禁用。5~10mg/h 静脉滴注; 尼莫地平多用于蛛网膜下腔出血者 ●血管扩张剂 →硝酸甘油: 起始 5 μ g/min 静脉滴注, 若无效, 可每 3~5 分钟速度增加 5~20 μ g/min, 最大速度可达 200 μ g/min →硝普钠作用时间短, 奇效很快, 停滴血压即回升。起始 0.3~0.5 μ g/(kg·min) 静脉滴注, 以 0.5 μ g/(kg·min) 递增直至合适血压水平, 平均剂量 1~6 μ g/(kg·min)

各种高血压与降压目标: >高血压性脑病: 160~180/100~110mmHg。给药开始 1 小时将舒张压降低 20%~25%, 但不能>50%, 降压防止脑出血 >脑出血: 舒张压>130mmHg 或收缩压>200mmHg 时会加剧出血, 应在 6~12h 之内逐渐降压, 降压幅度不大于 25%; 血压不能低于 140~160/90~110mmHg。此外, 凡脑血管病变急性期有脑水肿、颅内压升高时禁用一切血管扩张药 >蛛网膜下腔出血: 收缩压 130~160mmHg, 防止出血加剧及血压过度下降 >脑梗死: 一般不积极降压, 稍高的血压有利于缺血区灌注, 除非血压>200/130mmHg; 24 小时内血压下降应<25%, 舒张压<120mmHg, 如考虑紧急溶栓治疗, 为防止高血压所致出血, 血压达 185/110mmHg 就应降压治疗 >高血压性急性左心功能不全: 立即降压治疗, 凡能降压的药物均可通过降压治疗心衰 >恶性高血压: 在数日内静脉用药及 (或) 联合多种药物降血压降到 160/100mmHg >急性主动脉夹层: 收缩压 100~120mmHg, 心率 60~70 次/分。将血压迅速降低到维持脏器血液灌流的最低水平。常合用减慢心率及扩血管药, 如乌拉地尔、尼卡地平+拉贝洛尔等。主动脉根部病变的 Stanford A 型病人应紧急手术 >儿茶酚胺过剩: 对嗜铬细胞瘤 α 受体阻滞剂是首选, 最好同时合并使用 β 受体阻滞剂 >围手术期高血压: 血压波动显著, 应使用作用快的降压药物 >子痫: 尽快使舒张压将至 90~100mmHg

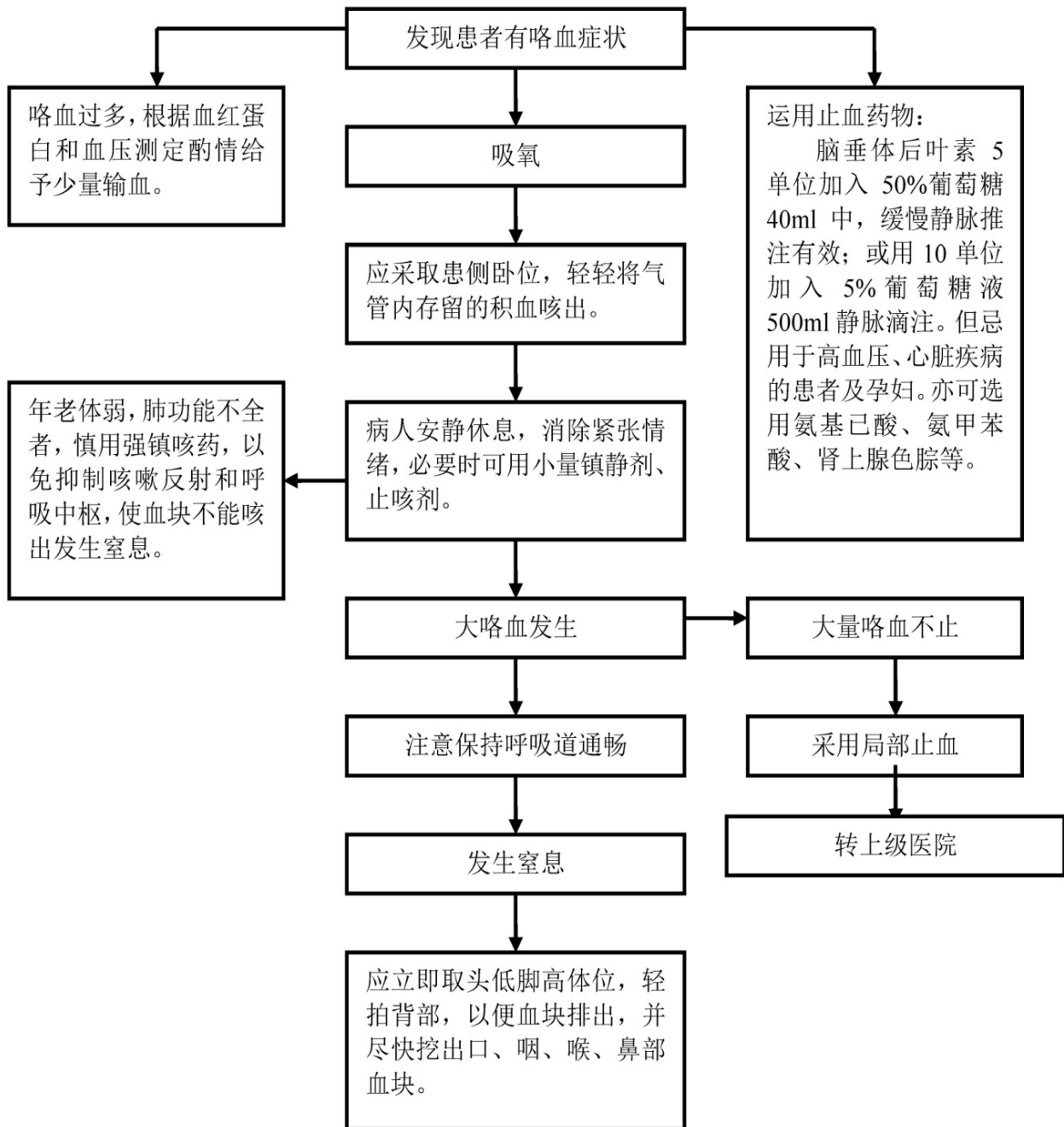


急性喉梗阻抢救流程



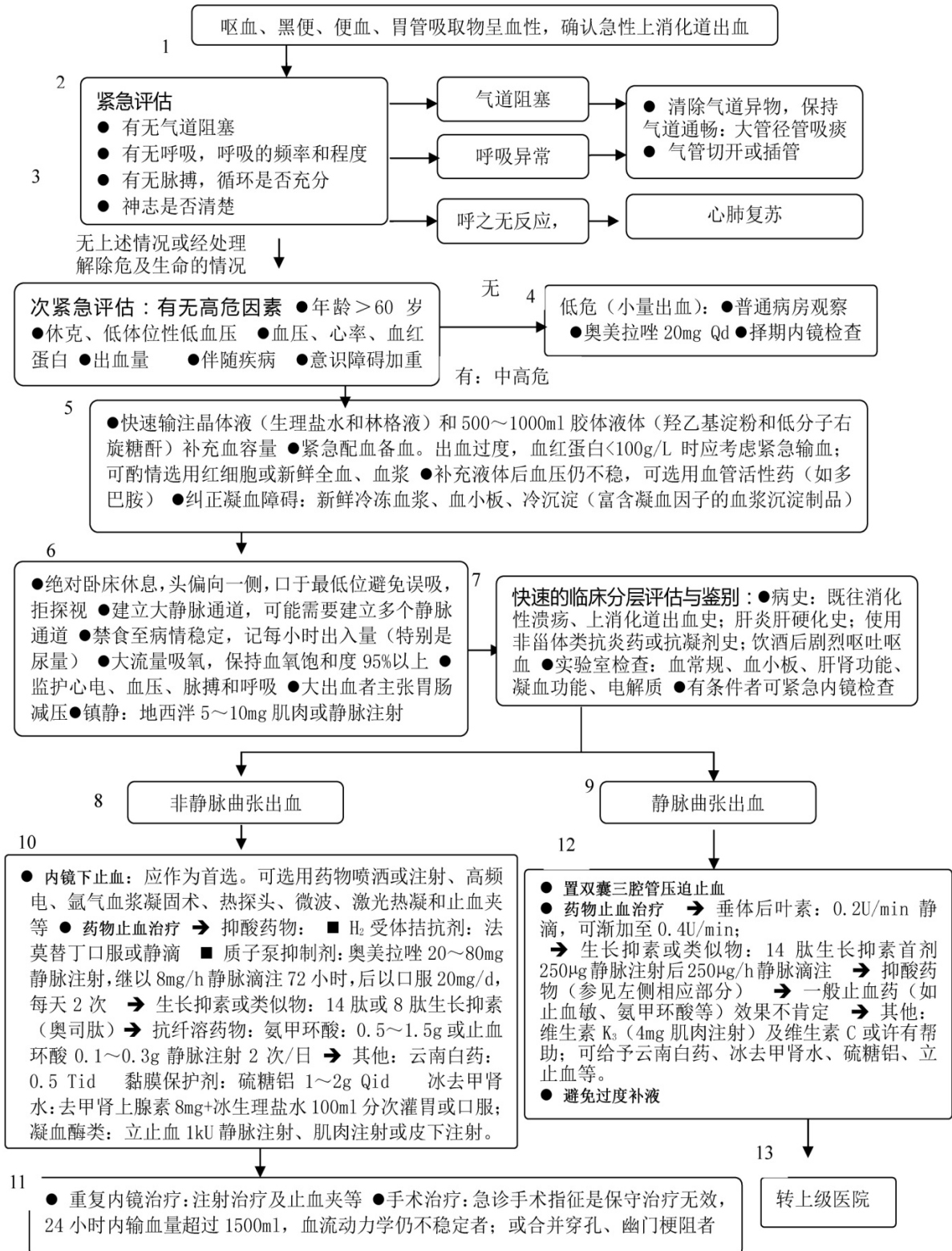


大咯血的紧急处理抢救流程



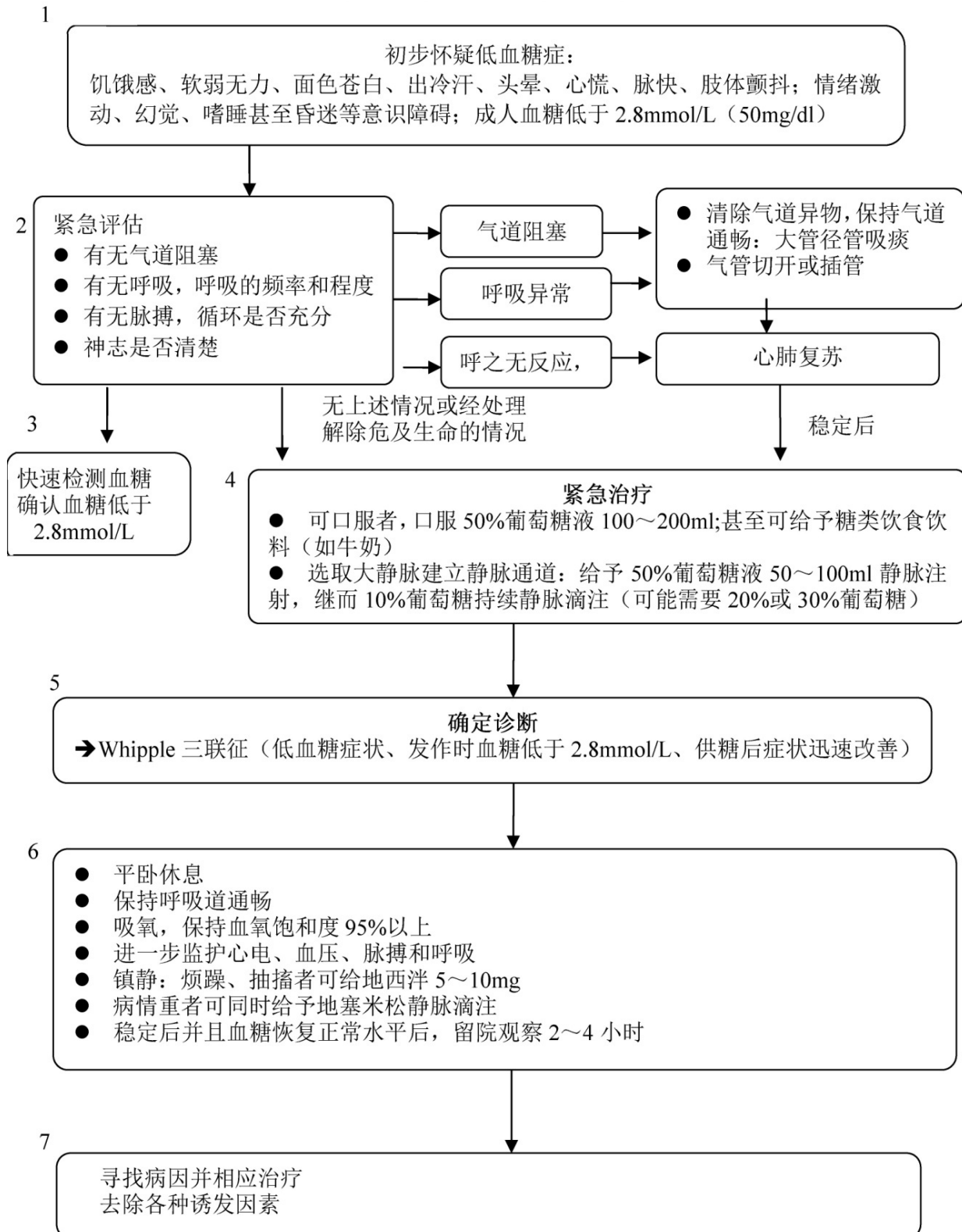


急性上消化道出血抢救流程



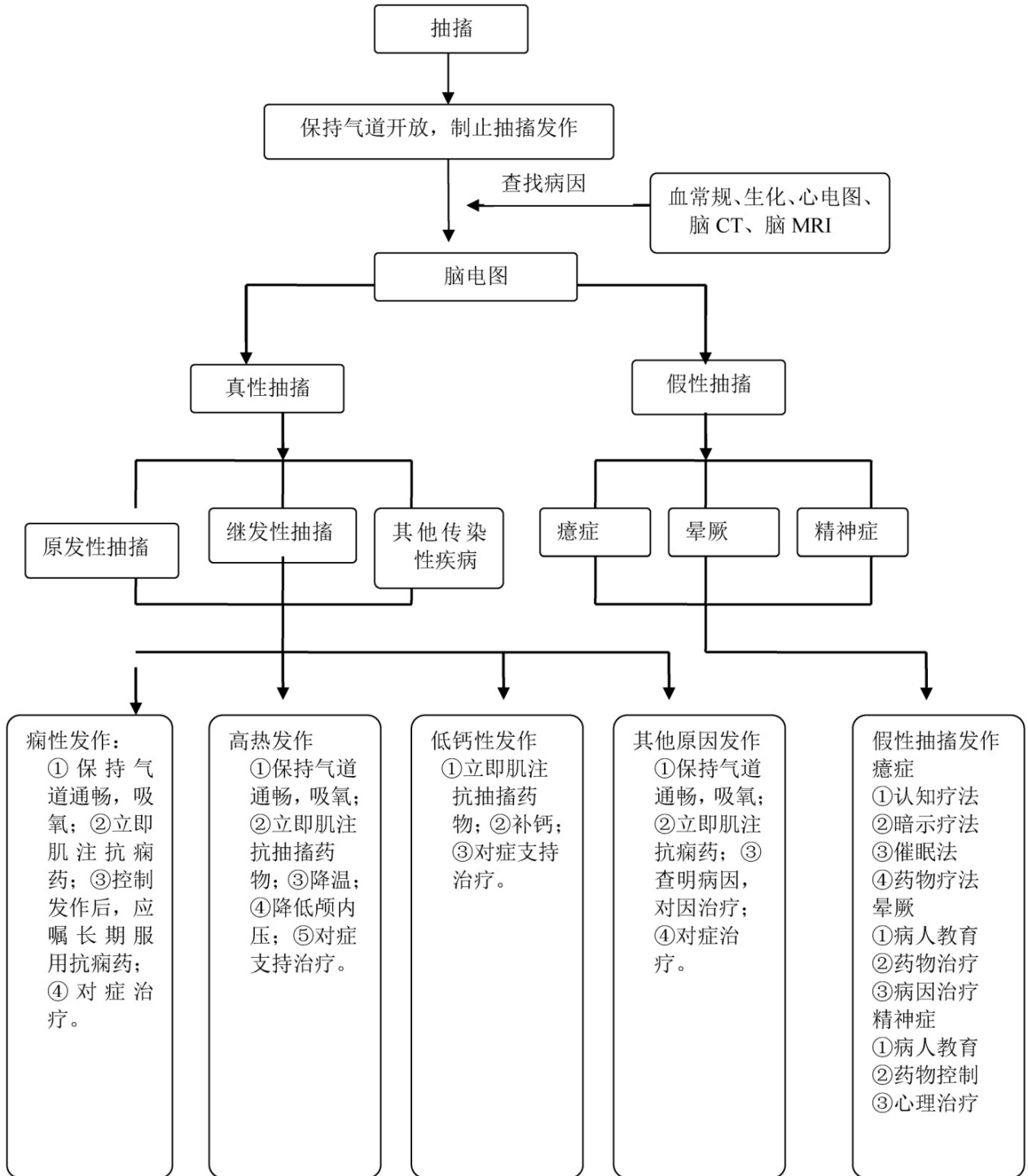


低血糖症抢救流程



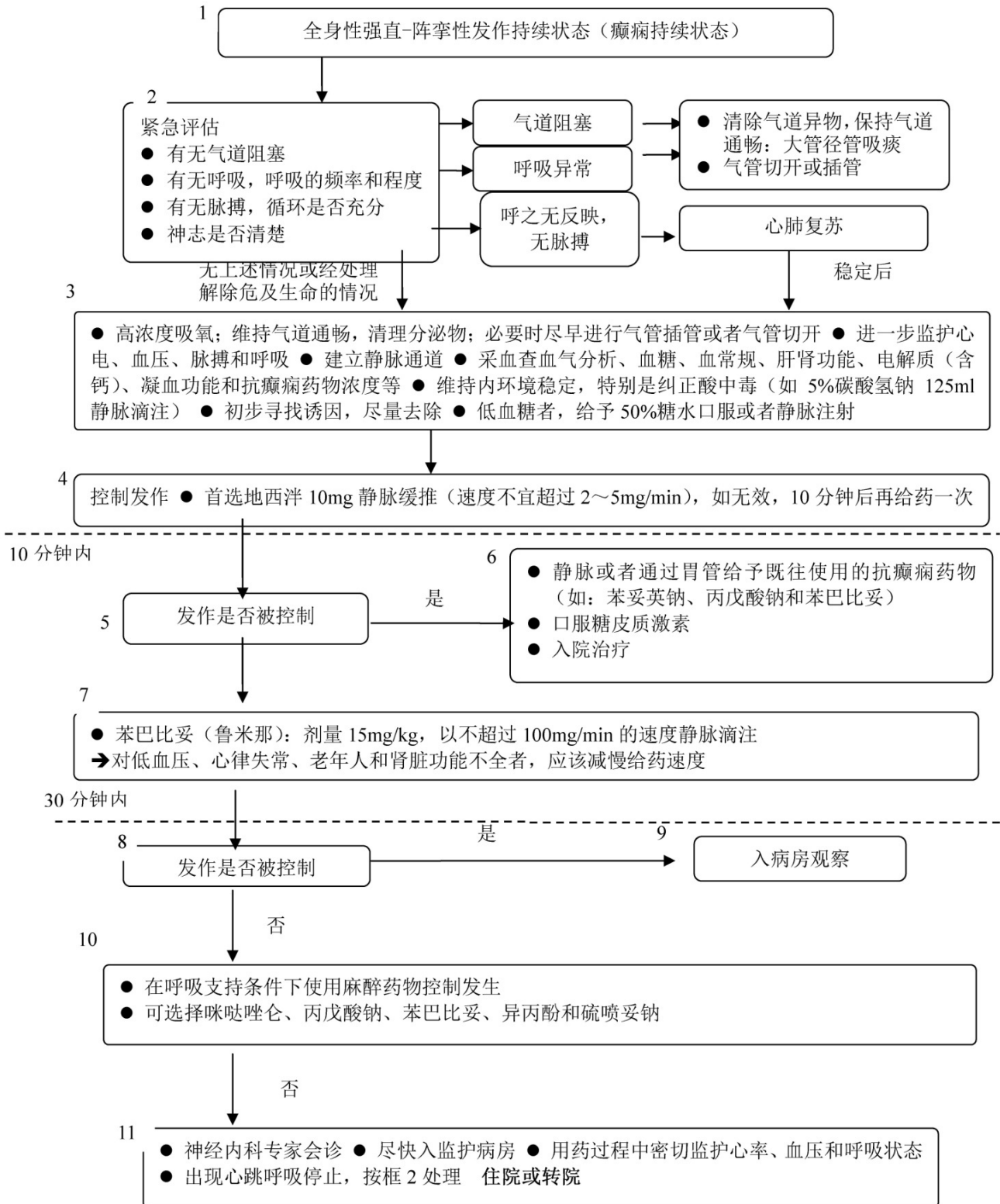


抽搐急性发作期处理流程



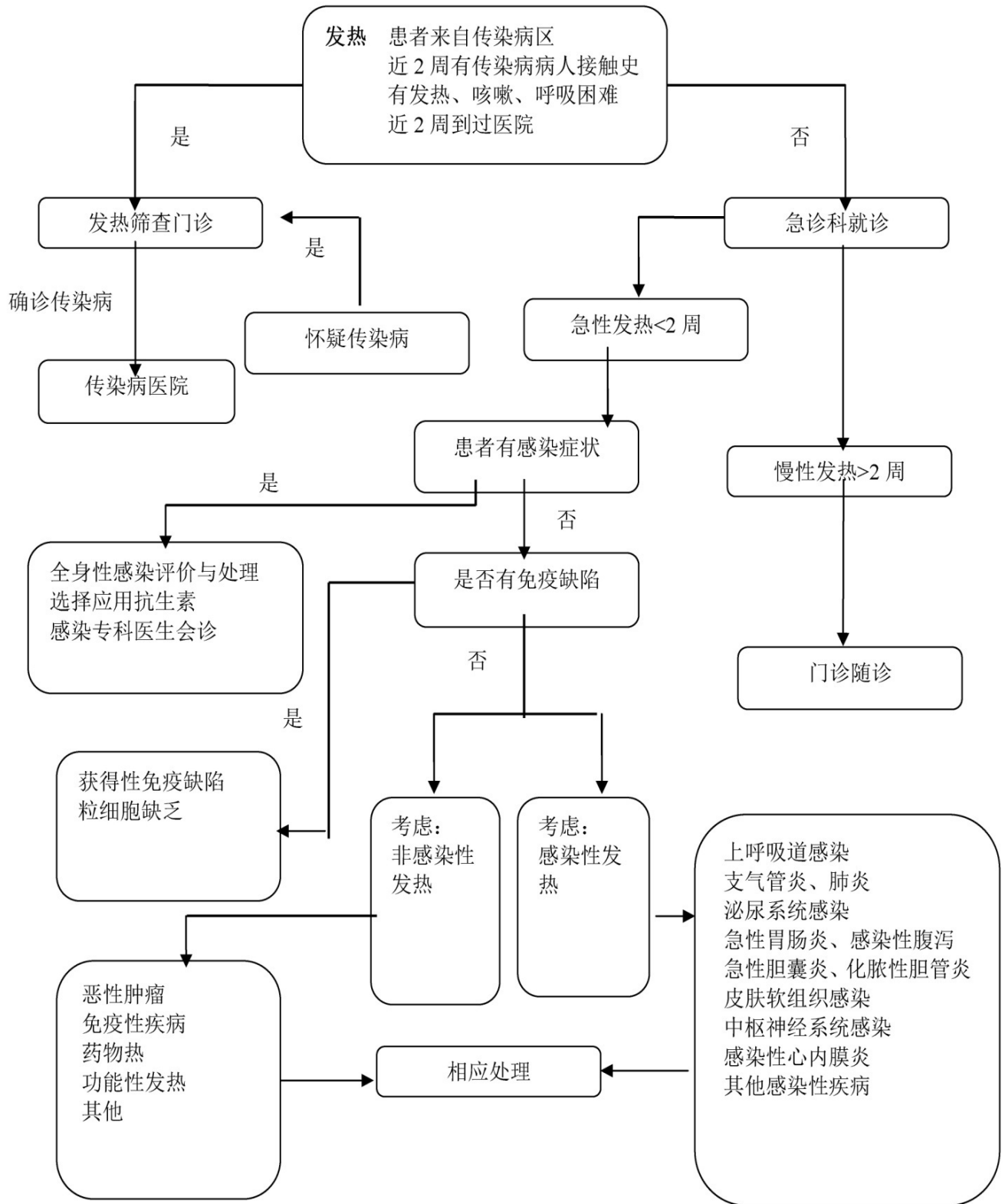


全身性强直-阵挛性发作持续状态（癫痫持续状态）抢救流程



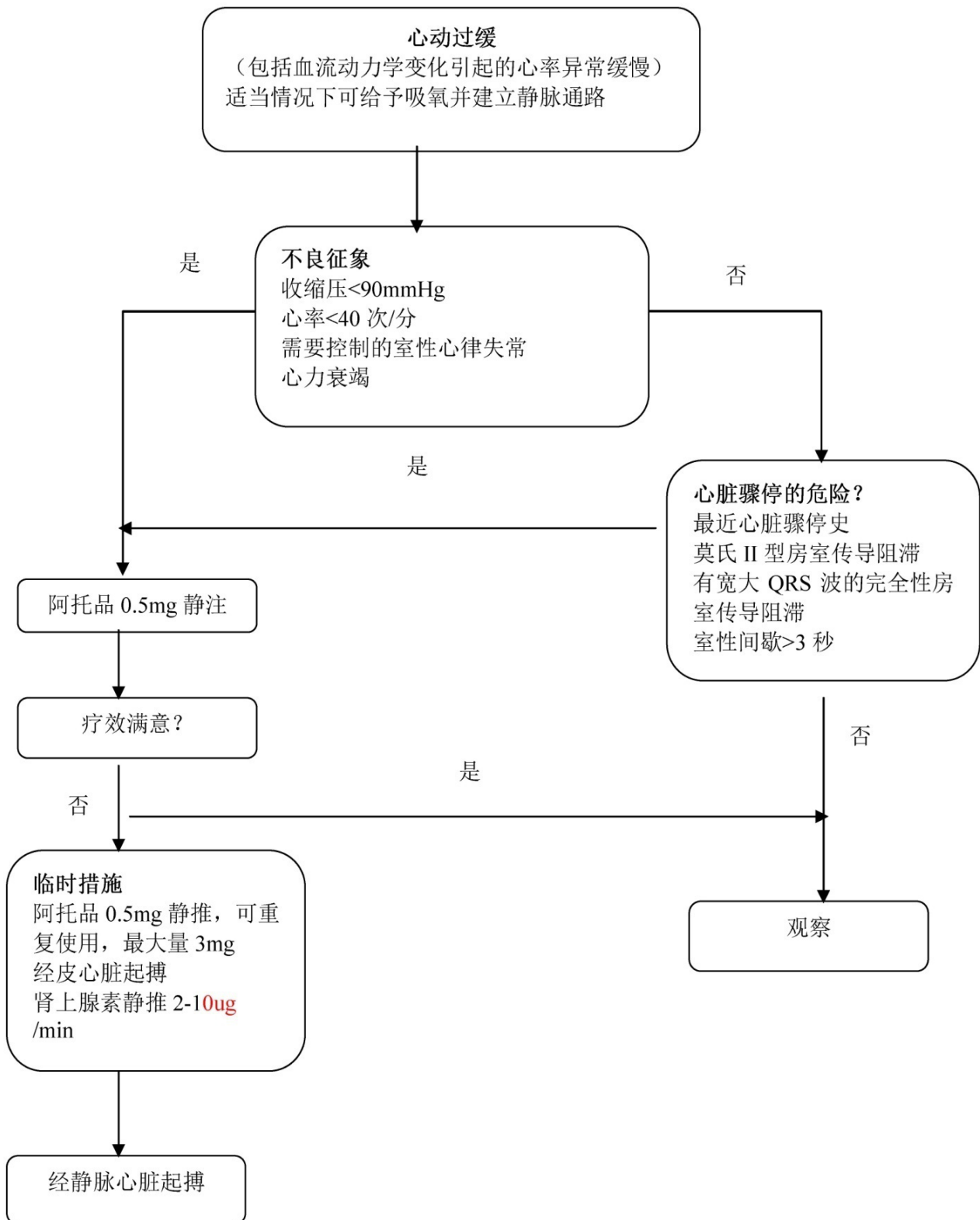


发热的诊断治疗流程



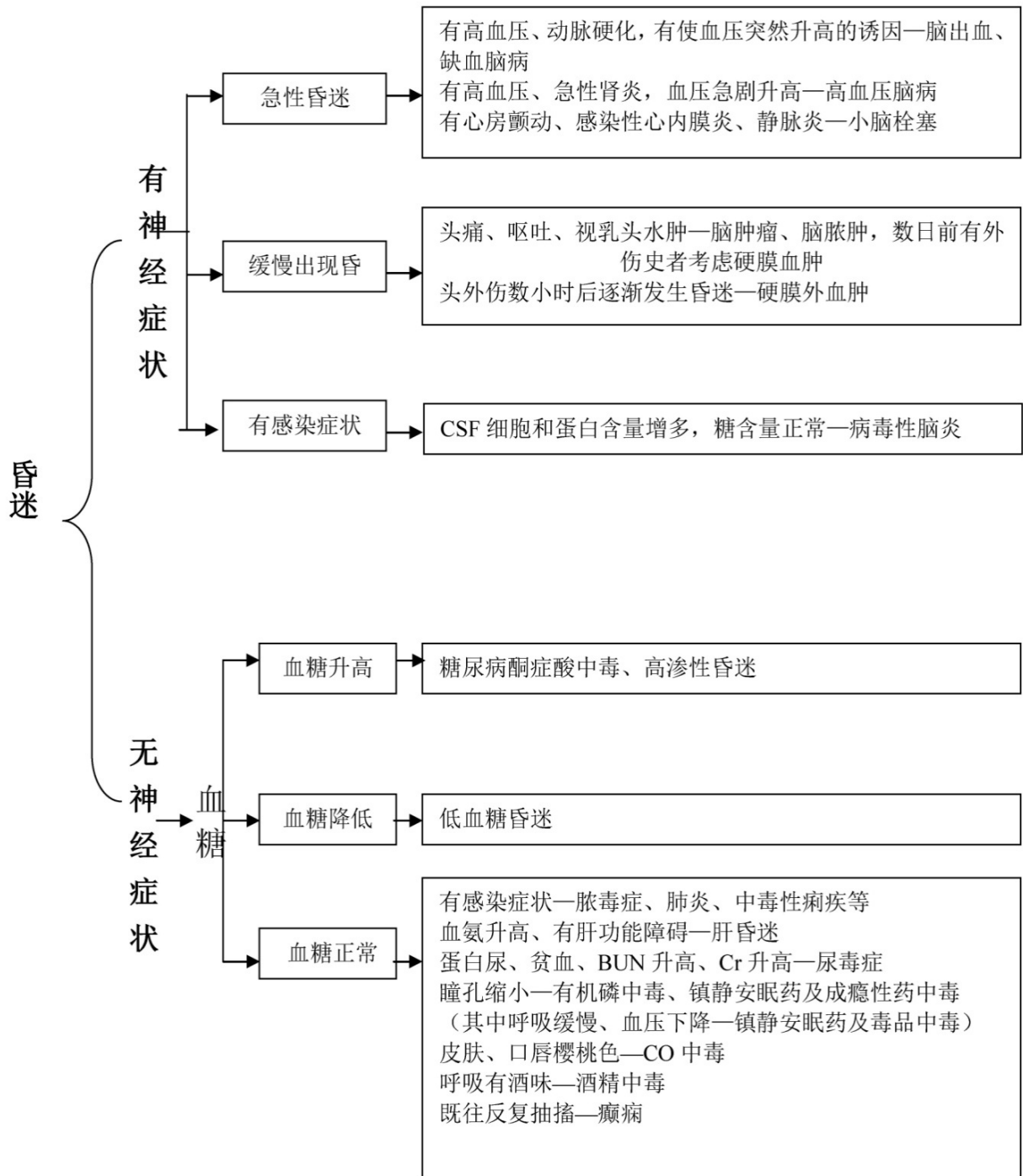


心动过缓急诊处理流程



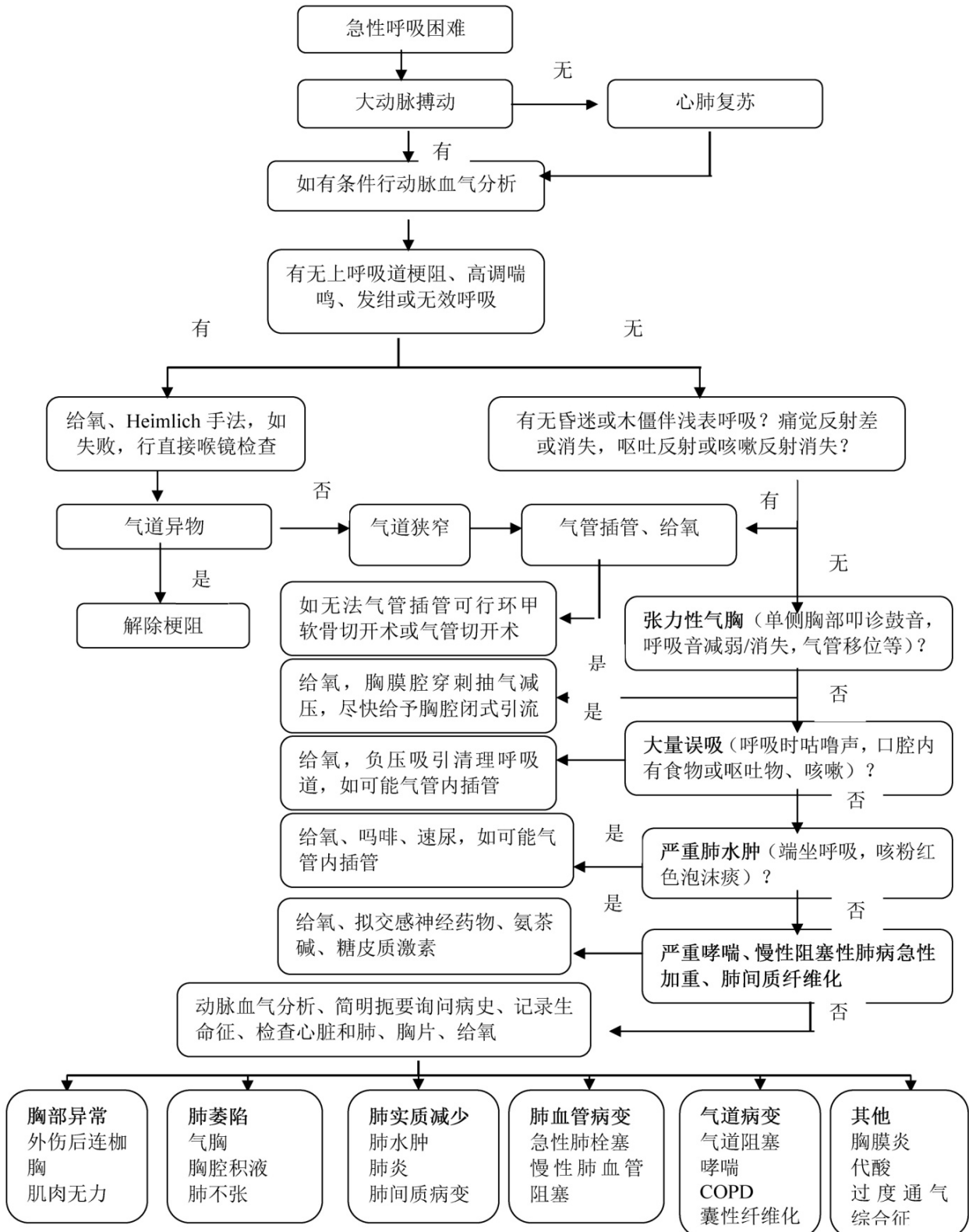


急性昏迷诊断流程



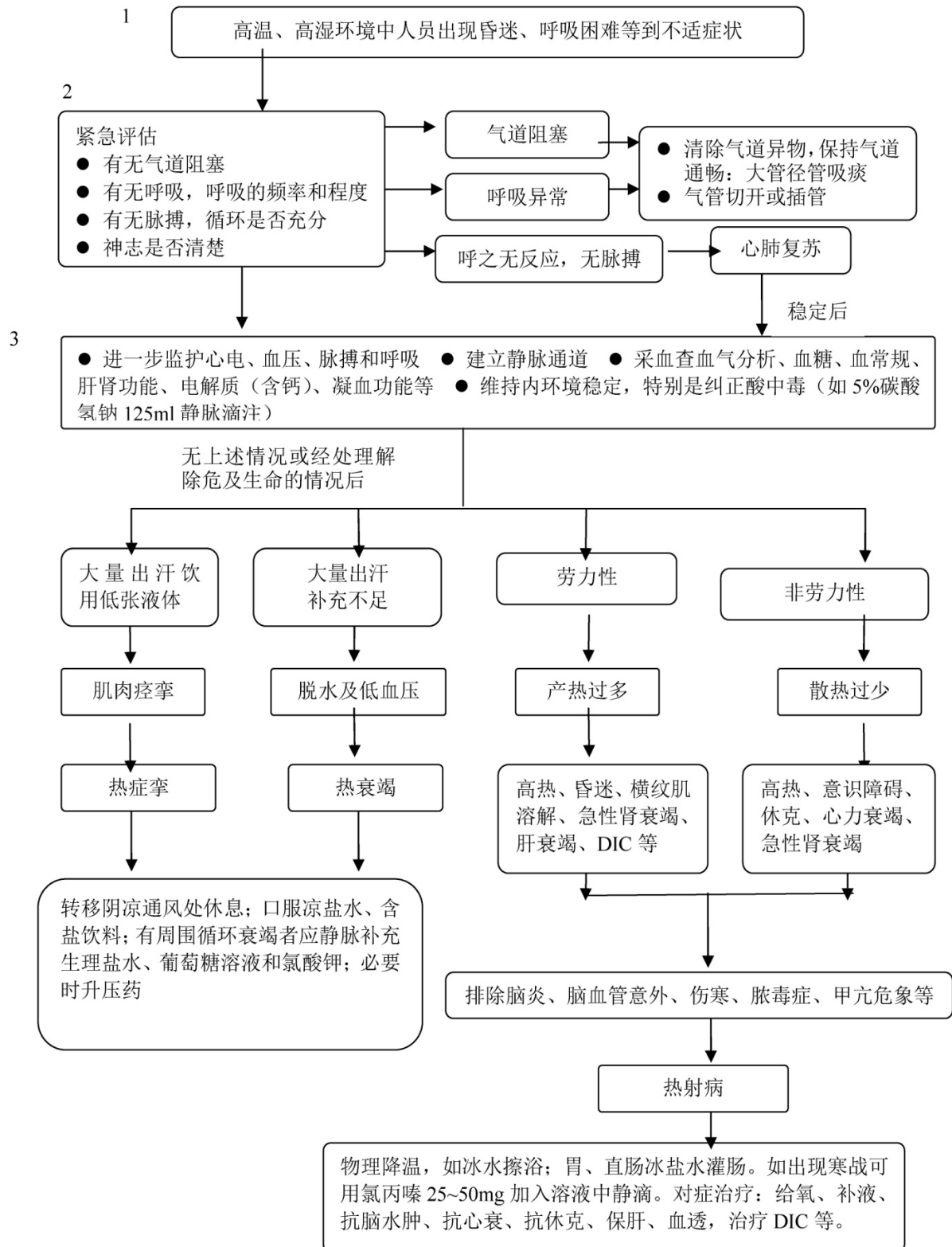


急诊呼吸困难处理流程



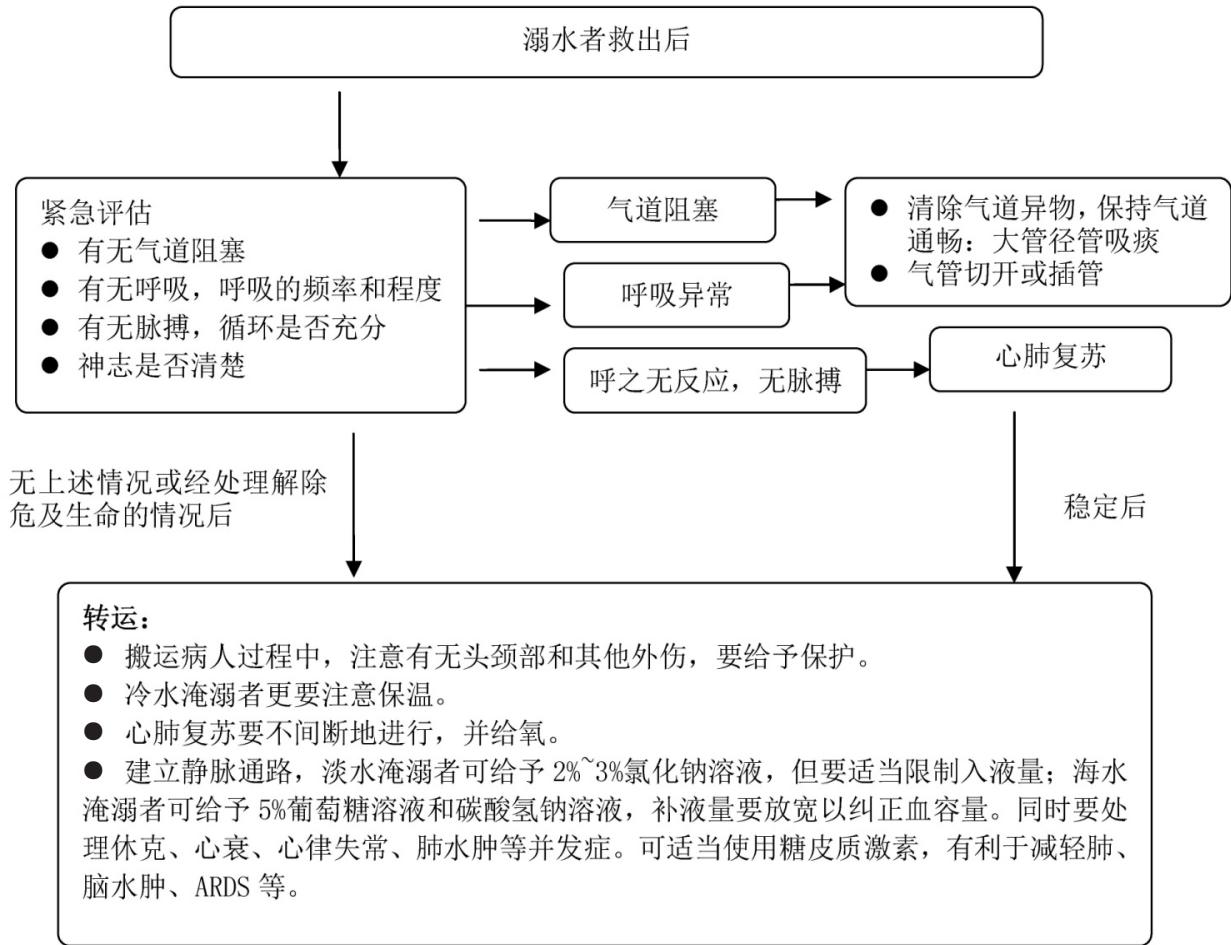


高温中暑诊疗抢救流程图



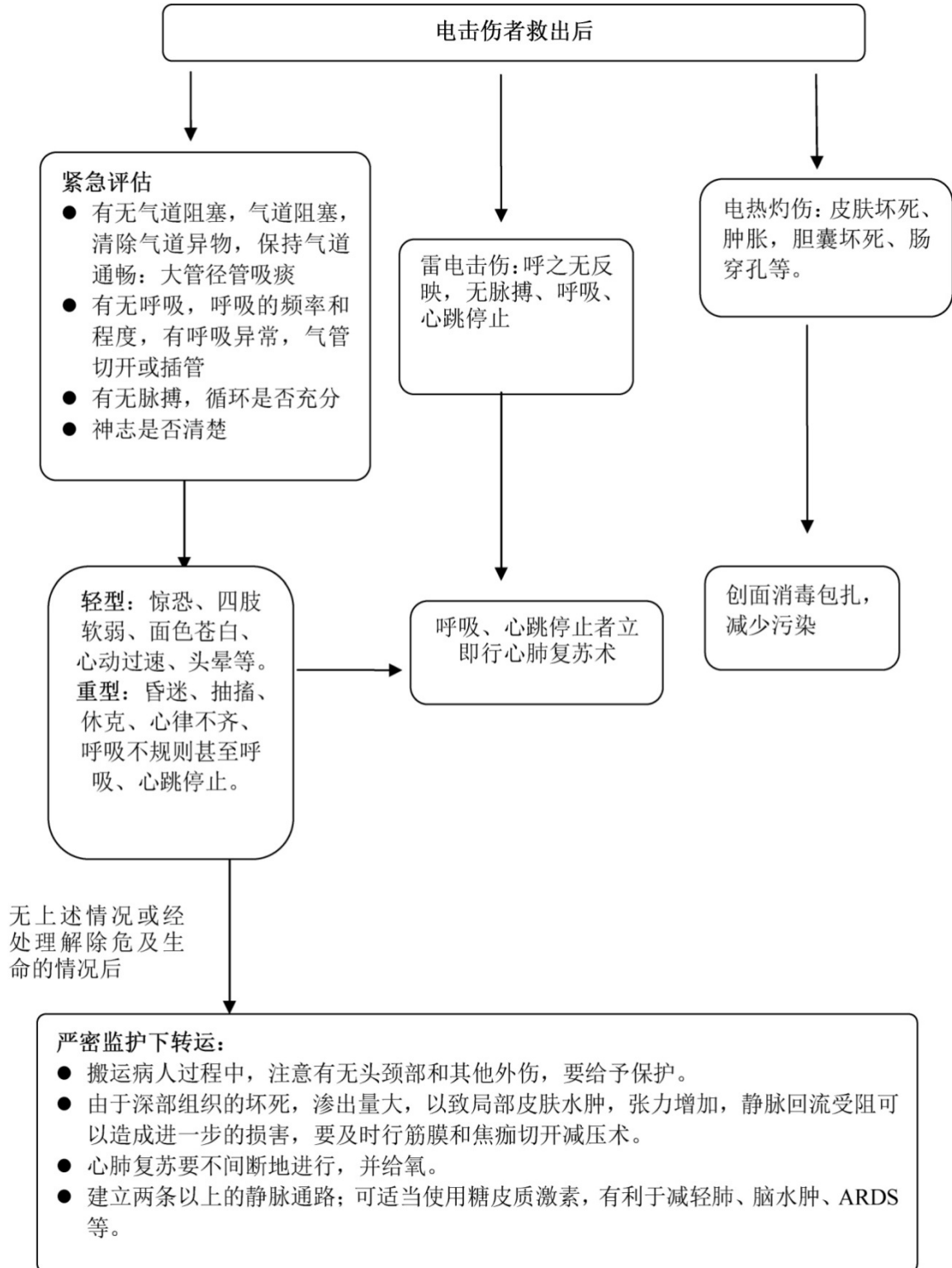


淹溺院前抢救流程图



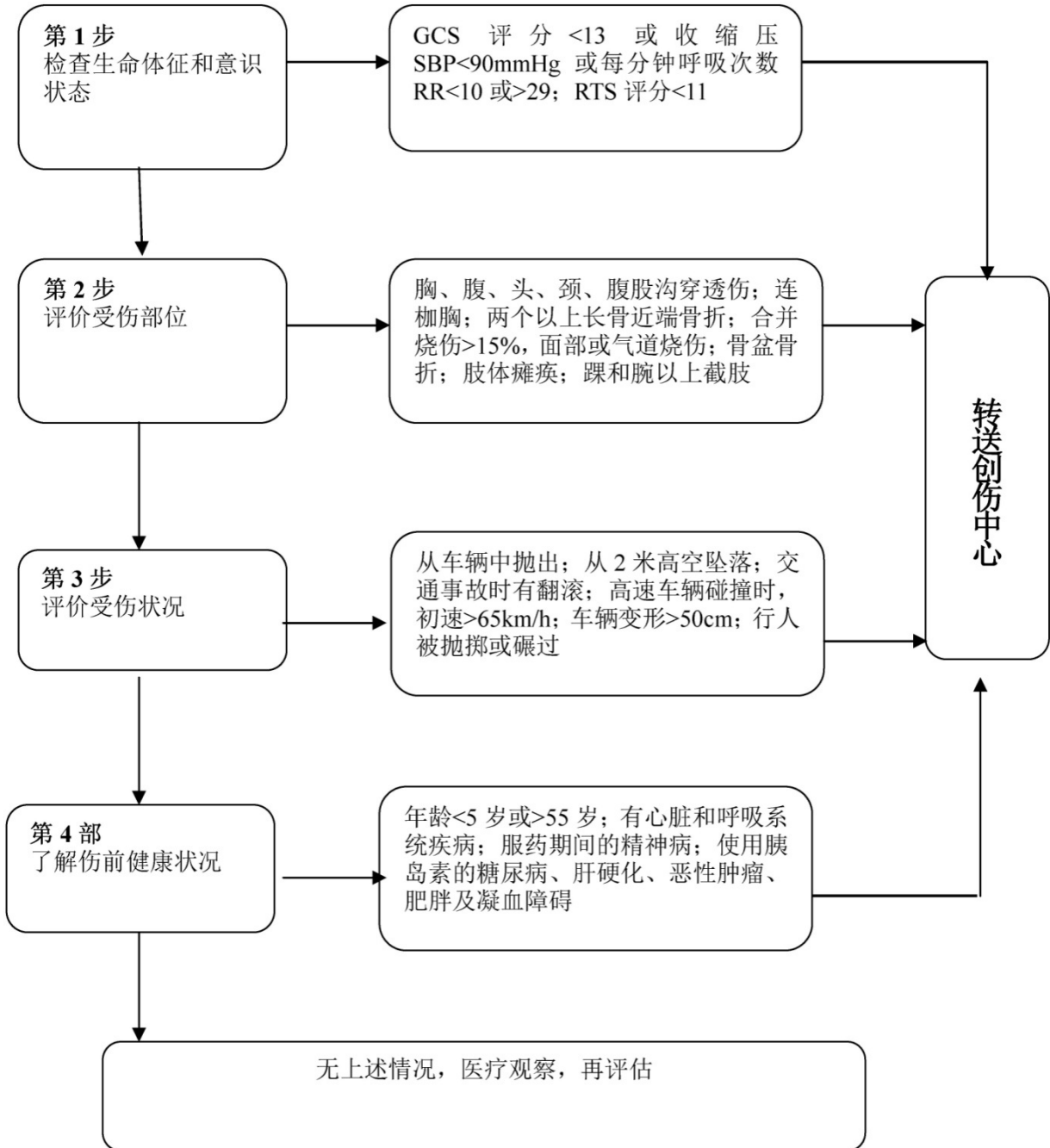


电击伤院前抢救流程图



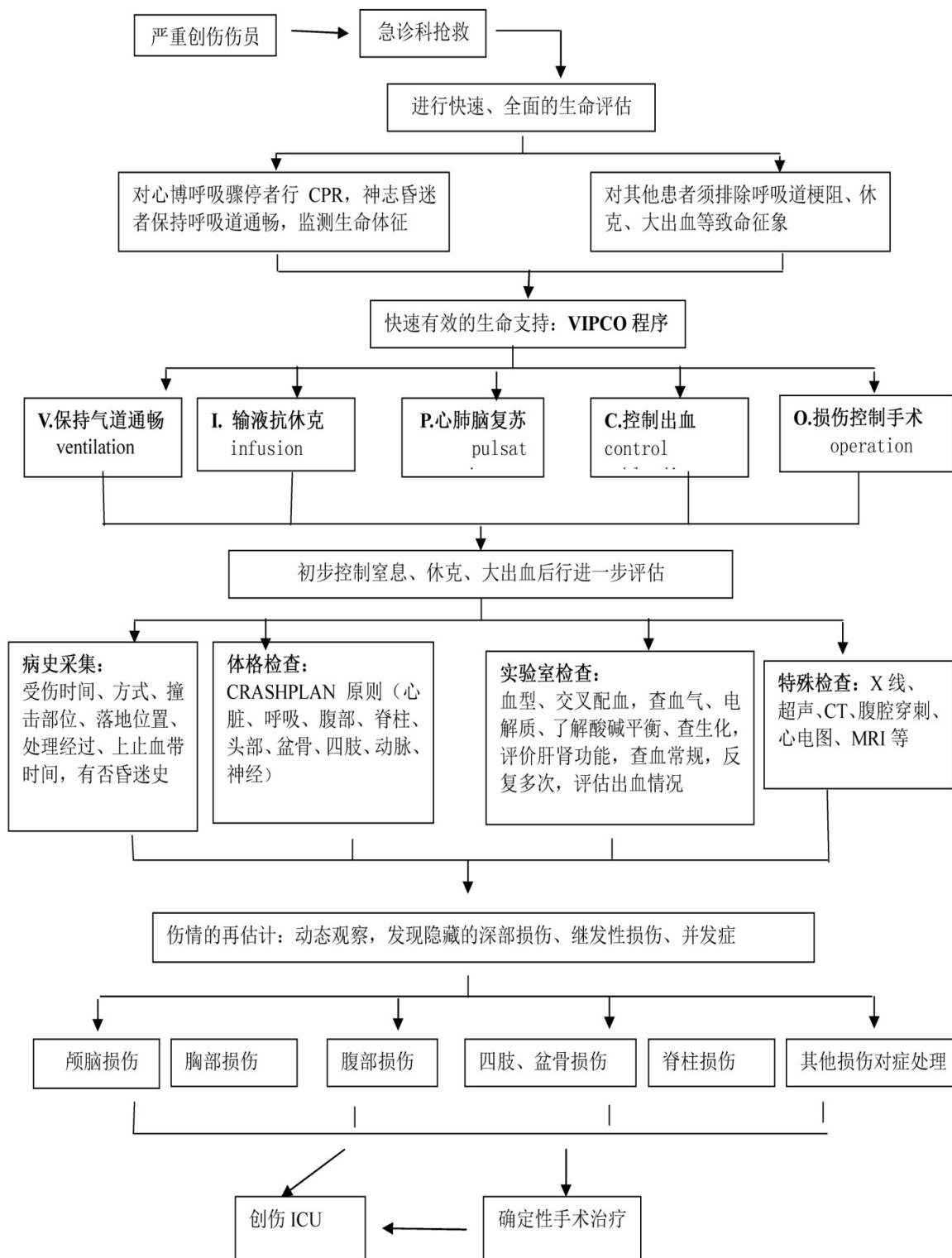


批量伤员现场分拣步骤





严重创伤（多发伤、复合伤）急救程序





急诊外科急性腹痛诊断流程

