#

# 医疗质量管理

# 核

# 心

# 制

# 度

2024年1月1日

目 录

[一、首诊负责制度 四](#_Toc6233)

[二、三级查房制度 五](#_Toc6236)

[三、会诊制度 七](#_Toc28858)

[四、分级护理制度 十二](#_Toc19613)

[五、值班和交接班制度 十四](#_Toc32617)

[六、疑难病例讨论制度 十七](#_Toc29530)

[七、危急重患者抢救制度 十八](#_Toc4989)

[八、术前讨论制度 二十](#_Toc7265)

[九、死亡病例讨论制度 二十一](#_Toc28216)

[十、查对制度 二十二](#_Toc31196)

[十一、手术安全核查制度 二十六](#_Toc16226)

[十二、手术分级管理制度 二十八](#_Toc12718)

[十三、新技术和新项目准入制度 三十一](#_Toc23974)

[十四、危急值报告制度 三十六](#_Toc11994)

[十五、病历管理制度 三十七](#_Toc25303)

[十六、抗菌药物分级管理制度 四十六](#_Toc6981)

[十七、临床用血审核制度 五十](#_Toc21307)

[十八、信息安全管理制度 五十三](#_Toc11334)

## 一、首诊负责制度

1、首诊负责制是指凡到医院就诊的病员，首诊的科室和医师对病员的检查、诊断、治疗和抢救均应承担责任的制度。

2、首诊医师应对所接诊病员详细询问病史，进行体格检查、必要的辅助检查和处理，做好病历记录，根据规定履行相应报告制度。经检诊后，如属本科疾病，首诊医师应负责处理；如诊治困难，应及时请上级医师指导；如不属本科疾病，或者同时存在其他专科疾病时，应及时请求会诊，除参加会诊的专科同意转科外，首诊医师应负责对病员继续进行处理。

3、首诊医师下班前应与接班医师做好床头交班，共同检诊病员，并做好记录后方能下班。

4、首诊医师对急、危、重病员，应根据抢救制度立即实施抢救，如不属本科疾病，应一面抢救一面请他科医师会诊。被邀请的医师，应立即赶到现场，明确为本科疾病后应接过病员按首诊医师的责任进行抢救。

5、经检诊或抢救后需要住院治疗的急、危、重病员，首诊医师应负责向病房联系，病房不得拒绝收治。如收治有困难时，应向医务部或院总值班报告，协调处理。

6、凡决定收入院或转院治疗的急、危、重病员，首诊医师应根据病情以及转院相关规定，指定医护人员护送入病房，或转送他院。

## 二、三级查房制度

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。对危重患者应随时查房，但至少不少于每日两次。

3、住院医师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。参加科室值班。

二、查房基本规范

1、查房前，在交班会上应明确查房的患者及患者数，以掌握本次查房的概况并能对查房时间加以控制，避免故此失彼。

2、下级医师及参加查房的护理人员应做好相应准备工作，如病历、影像学资料、化验检查报告、所需检查器材等。

3、查房应严格掌握医师级别，做到自上而下逐级严格要求。

4、查房时应衣着整洁、佩戴胸卡，站立时应有站姿，不得斜倚乱靠。查房不得交头接耳，更不允许说不适宜的语言，以免造成不良影响及后果。

5、查房时各级医师站位应予严格规定。科主任医师站立于患者右侧；主治医师站立于科主任医师右侧；住院医师站立于患者左侧，与科主任医师相对；护士长站立于床尾；其余相关人员站于周围，但应与主要查房人员保持一定距离，以确保充分的检查空间。

6、带教学生应在上级医师指导下进行各种检查与操作，并必须征得患者本人同意方可进行。

三、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。

## 三、会诊制度

（一）院内会诊制度

1、院内各科室在诊疗过程中，根据患者的病情需要或医疗管理相关规定，需要邀请其他科室的医师会诊时，应经过医疗组长或二线值班医师同意，经管医师或值班医师填写会诊单，主管医师或二线值班医师签名，将会诊单送达邀请科室。

2、应邀科室接到会诊单后，应派出主治医师或医疗组长及时完成会诊工作。紧急会诊可由总住院医师或值班医师先行处理，根据实际情况请示上级医师指导或由上级医师随后到达现场处理。一般会诊应在24小时（假节日在48小时内）完成。紧急会诊应在10分钟内到达现场。

3、邀请会诊医师应陪同会诊医师做好会诊工作，介绍患者情况、提供相关资料并协助完成会诊工作，做好会诊记录。会诊医师应根据常规诊察患者，并按照规定书写会诊意见。

4、各科室应对会诊工作情况及时进行登记和评价，作为科间评价和考核的依据。

（二）邀请院外会诊制度

1、各科室在诊疗过程中，根据患者的病情需要或者患者要求等原因，需要邀请其他医疗机构的医师会诊时应经科主任同意，经治医疗组应向患者说明会诊目的及费用等情况，征得患者同意后，签署会诊知情同意单，填写会诊申请单报医务部批准。当患者不具备完全民事行为能力时，应征得其近亲属或者监护人同意。

2、会诊申请单内容应包括拟会诊患者病历摘要、拟邀请医师或者邀请医师的专业及技术职务任职资格、会诊的目的、理由、时间、费用。医务部接到会诊申请单后加盖医务部公章，电话联系被邀请医院医务管理部门，并书面传真会诊单。接到对方确认后，通知邀请科室完善相关资料，做好接待和配合会诊医师的准备工作。

3、有下列情形之一的，科室不得提出会诊邀请

(1）会诊邀请超出我院诊疗科目或者我院不具备相应资质的；

(2）我院的技术力量、设备、设施不能为会诊提供必要的医疗安全保障的；

(3）会诊超出被邀请医师执业范围的；

(4）各级卫生行政部门规定的其他情形。

4、会诊费根据《医师外出会诊管理暂行规定》及相关规定执行。

5、邀请会诊时原则上由科主任主持，科主任外出或因工作原因无法主持时，应委托副主任或医疗组长主持，经管医疗组长及相关医务人员应陪同参加会诊工作，涉及需要检查治疗或者手术时，应邀请相关科室参加会诊工作，特殊情况由医务部或业务副院长主持会诊工作。

6、会诊结束后，医务部和邀请科室应对会诊情况进行登记备案，并将会诊情况通报应邀会诊医疗机构。

（三）应邀外出会诊制度

1、医院或各科室接到会诊邀请后，在不影响本院正常业务工作和医疗安全的前提下，由医务部会商相关科主任及时安排医师外出会诊。对于外出会诊可能影响我院正常业务工作，但确因特殊需要的情况下，由业务副院长或院长批准。

2、接受会诊邀请或者不能派出会诊医师时，医务部应及时通知邀请医疗机构。

3、医务科决定派出会诊医师后，应及时填写《外出会诊通知单》，通知会诊医师执行会诊任务，为会诊医师提供必要的帮助。

4、医师外出会诊严格执行有关卫生管理法律、法规、规章和诊疗规范、常规，不得违反规定接受邀请医疗机构报酬，不得收受或者索要患者及其家属的钱物，不得牟取其他不正当利益。

5、医师在会诊过程中发现难以胜任会诊工作的，应当及时、如实告知邀请医疗机构，并终止会诊。发现邀请医疗机构的技术力量、设备、设施条件不适宜收治该患者，或者难以保障会诊质量和安全的，应当建议将患者转往其他具备收治条件的医疗机构诊治。如果患者拟转入我院进一步诊治，应事前通知相关科室或者医务科做好相应准备。

6、医师外出会诊过程中发生的医疗事故争议，由邀请医疗机构按照《医疗事故处理条例》的规定处理。必要时我院协助处理。

7、医师在会诊结束返回我院2个工作日内将外出会诊的有关情况报告所在科室和医务部，并将《外出会诊通知回执》交回医务部。

8、班外时间紧急会诊邀请由总值班报告值班领导或者医务部负责人根据上述原则处理。

（四）会诊管理制度

1、我院会诊管理由医务科负责。

2、医务科应加强会诊管理工作，完善会诊登记，建立会诊管理档案，定期或者不定期进行会诊情况的科间评价，将会诊情况与科室、医师的考核工作相结合。

3、医师违反规定，擅自外出会诊或者在会诊中违反相关法律、法规、规章或者诊疗规范、常规，由医务部记入医师考核档案，情节严重的依法严肃处理。

4、会诊收入纳入医院财务部门统一管理，会诊收费和医师会诊报酬按照相关规定执行。

5、医师接受卫生行政部门调遣到其他医疗机构开展诊疗活动或者参加紧急救援行动的不适应本办法规定。

## 四、分级护理制度

（一）特级护理

1、病情依据

(1）病情危重，随时需要进行抢救的患者。

(2）各种复杂或新开展的大手术后的患者。

(3）严重外伤和大面积烧伤的患者。

2、护理要求

(1）除患者突然发生病情变化外，必须进入抢救室或监护室，根据医嘱由监护护士或特护人员护理。

(2）严密观察病情变化，随时测量体温、脉搏、呼吸、血压，保持呼吸道及各种管道的通畅，准确记录24小时出入量。

(3）制定护理计划或护理重点，有完整的特护记录，详细记录患者的病情变化。

(4）重症患者的生活护理均由护理人员完成。

(5）备齐急救药品和器材，用物定期更换和消毒，严格执行无菌操作规程。

（二）一级护理

1、病情依据

(1）重症患者、各种大手术后尚需严格卧床休息以及生活不能自理患者。

(2）生活一部分可以自理、但病情随时可能发生变化的患者。

2、护理要求

(1）随时观察病情变化，根据病情及医嘱定期测量体温、脉搏、呼吸、血压及记录24小时出入量。

(2）重症患者的生活护理应由护理人员完成。

(3）定时巡视病房，随时做好各种应急准备。

（三）二级护理

1、病情依据

(1）急性症状消失，病情趋于稳定，仍需卧床休息的患者。

(2）慢性病限制活动或生活大部分可以自理的患者。

2、护理要求

(1）定时巡视患者，掌握患者的病情变化，按常规给测量体温、脉搏、呼吸、血压。

(2）协助、督促、指导患者进行生活护理。

（四）三级护理

1、病情依据

生活完全可以自理的、病情较轻或恢复期的患者。

2、护理要求

(1）按常规为患者测体温、脉搏、呼吸、血压。

(2）定期巡视患者，掌握患者的治疗效果及精神状态。

## 五、值班和交接班制度

（一）医师值班、交接班制度

1、为确保医疗工作连续有效进行，各科室必须建立和完善值班、交接班制度。

2、各科室值班、排班工作由科主任负责。科室排班可以周安排，也可以月安排。排班表一式两份，一份留科室，一份送院办公室。值班人员一经确认，无特殊情况、未经许可不准个人私自换班。

3、值班医师必须具备注册执业医师条件和独立胜任本职工作能力。在读研究生、未取得执业医师资格的规范化培训医师、见习医师、实习医师不得独立值班。具有注册执业资格的进修医师必须经所在科室试用考核合格后，由科主任审签后报医务部审核，获得阶段性处方权后方可独立值班。

4、临床科室值班原则上应实行三线医师负责制，不具备条件的科室可以实行二线医师负责制。一线值班医师由住院医师（或总住院医师）或以上资格人员担任，二线值班医师由主治医师或以上资格人员担任，三线值班医师由主任、副主任医师资格人员担任。一线和二线值班医师必须坚守工作岗位；三线医师实行听班制，但必须去向明确、通讯畅通。

5、医技科室根据科室情况安排值班人员。人员配备、开展工作应满足临床需要，医师、技师分别独立值班，疑难报告有上级医师审核。

6、值班医（技）师必须坚守工作岗位，履行岗位职责，因手术、急会诊等工作需要离开病区，应向其他值班医师和值班护士交代去向，以保证联络。三线值班医师实行听班制度，但必须方位明确、通讯畅通、随请随到。

7、值班医师一般不脱离日常工作，可在正常班下班前一小时用膳，但必须在正常班下班前15分钟到达病区，接受各医疗组交办的医疗工作，危重病人、当日术后病人必须进行床边交班。值班技师应对设备情况与正常班人员进行交接。接班人员未及时到岗，交班人员不准离开岗位，应将情况报告科主任，等待接班人员到位交班后方可离开病区。

8、值班医师在值班期间进行的医疗处置工作必须及时做好医疗文书记录，值班情况按规定扼要记入交接班本，各级值班人员在当日交班记录上签字确认，次晨早会上进行集体交班。值班技师应将设备运行情况记录签字后进行集体交班。

（二）护理值班、交接班制度

1、值班人员必须坚守岗位，履行职责，保证各项治疗、护理工作准确及时地进行。

2、每班必须按时交接班，接班者提前5-10分钟到病房，清点物品、阅读病室交班报告、护理记录、交班记事本。在接班者未接清楚之前，交班者不得离开岗位。

3、值班者必须在交班前完成本班的各项工作，写好病室交班报告及各项护理记录，处理好用过的物品。遇到特殊情况应详细交待，与接班者共同做好交接班工作后方可离去。白班应为夜班做好物品准备，如抢救药品及抢救用物、呼吸机、氧气、吸引器、注射器、消毒敷料、被服等，以便于夜班工作。

4、交班中发现患者病情、治疗及护理器械物品等不符时，应立即查问。接班时发现问题，应由交班者负责。接班后因交接不清，发生差错事故或物品遗失应由接班者负责。

5、交接班内容及要求：

(1）交清住院患者总数，出入院、转科、转院、手术、生产、病危、病重、死亡人数以及新入院、手术前、手术日、分娩、危重、抢救、特殊检查等，患者的诊断、病情、治疗、护理、写出书面病室交班报告、护理记录、留送各种标本完成情况。

(2）床头交班查看危重、抢救、昏迷、大手术、瘫痪患者的病情，如：生命体征、输液、皮肤、各种引流管、特殊治疗情况及各专科护理执行情况。

(3）交、接班者共同巡视、检查病房清洁、整齐、安静、安全的情况。

(4）接班者应清点毒麻药、急救药品和其他医疗器械，若数量不符应及时与交班者核对。

## 六、疑难病例讨论制度

1、疑难病例讨论目的在于尽早明确诊断，制定最佳治疗方案，提高医疗质量，确保医疗安全，是提高诊断率、治愈率和抢救成功率的重要措施，是培养各级医师诊疗水平的重要手段。

2、凡入院2周以上诊断不明或者疗效较差的病例；住院期间相关检查有重要发现可能导致诊疗方案的重大改变；病情复杂疑难或者本院本地区首次发现的罕见疾病；病情危重或者需要多科协作抢救病例以及科室认为必须讨论的其他病例。

3、讨论由各医疗组提出或者科主任指定，科主任或医疗组长主持，本科医师、护士长以及责任护士参加，必要时邀请相关科室专家参加，特殊情况也可邀请职能部门、医院领导参加或者由医院组织全院性讨论。进修、实习的其他医务人员也应参加讨论会。

4、讨论前由经管住院医师将相关医疗资料收集完备，必要时提前将病例资料整理提交给参加讨论人员；讨论时由经管医师简明介绍病史、病情及诊疗经过；主治医师应详细分析病情，提出开展本次讨论的目的及关键的难点疑点等问题；参加讨论的人员针对该案例充分发表意见和建议；最后由主持人进行总结，并确定进一步诊疗方案。讨论由经管医师负责记录和登记。

5、讨论记录由主管医师审签，一式两份，一份附病历存档，一份存《质量管理手册》备查

## 七、危急重患者抢救制度

1、为及时有效抢救急危重病员，提高抢救成功率制定本制度。

2、抢救工作应由主治医师资格或以上人员主持。接诊住院医师发现病员病情危重应立即进行抢救，同时将情况报告上级医师。各级医务人员不得以任何理由拒绝急救处置。

3、抢救过程中需请他科会诊或者协助抢救，应及时邀请相关科室参加，紧急情况可以口头或者电话通知。

4、各科室接到抢救急会诊通知，应由主治医师资格及以上人员在10分钟内到达现场参加抢救工作，主治医师及以上人员如因其他医疗工作需要无法及时会诊，应由总住院医师或者值班医师先到达现场参加抢救，同时将情况向上级医师汇报，上级医师在其他医疗工作结束后应及时到达现场，指导抢救工作。

5、参加抢救的医务人员应严格遵守相关法律法规，执行各项医疗规章制度和各种技术操作规程，尊重患者及家属的知情同意权，严防差错事故和医疗纠纷的发生。

6、因紧急抢救实施口头医嘱，护士必须复述一遍，确定无误后执行，医师应及时补开医嘱。

7、抢救过程应由责任医师及时、详实、准确记录，抢救过程中来不及记录的，应在抢救结束后6小时内补记。

8、对于不宜搬动的急危重病员应就地进行抢救，待病情稳定后再护送至相应病房进一步处理，对立即需手术的病员应及时送手术室施行手术，经治医师应向病房医师或手术医师直接交班，需转院治疗的按转院制度执行。

9、遇重大抢救、突发公共事件应按照相关预案的规定及时报告，组织抢救。凡涉及法律、纠纷的病员，积极救治的同时应向有关部门报告。

10、各科室应做到抢救器材、设备、药品定人管理、定点放置、定品种数量、定期检修保养，及时消毒灭菌，整理补充，班班清点交接，确保齐全完备，随时可用。

11、科主任、护士长应定期对抢救病例组织讨论，总结经验，吸取教训，不断提高危重病人抢救水平。

## 八、术前讨论制度

1、术前讨论是防止疏忽、差错，保证手术质量的重要措施之一，必须认真执行。手术前讨论在术前准备基本完成时进行，也是对术前准备工作的最后一次检查。

2、凡大、中型手术以及新开展的手术，均应进行术前讨论。急诊手术时间不允许进行术前讨论，中型手术由主治医师以上确定手术方案，大型手术由副主任医师以上或科主任确定手术方案。

3、中型手术术前讨论由医疗组长主持，本医疗组医务人员参加，特殊情况应提交科室讨论。大型较复杂疑难和新开展手术的术前讨论应由科主任或由科主任委托副主任以上医师主持，手术医师、麻醉医师、本科室医师、护士长、责任护士及有关人员参加，并根据病情邀请相关专家参加。特殊病例需有院领导参加讨论。

4、术前讨论应取得麻醉医师会诊意见或邀请麻醉医师参加。

5、术前讨论应在术前一周内组织进行。经治医师应在讨论前做好各项准备工作，负责在讨论中汇报病情，提供有关资料，做好讨论记录和登记。参加人员应对手术指征、手术方案、术中可能出现的困难、危险、意外及防范措施、术后观察和护理要求等提出针对性意见和建议，充分进行讨论，最后由主持人总结并确定手术方案。

6、讨论记录由主管医师审签，一式两份，一份附病历存档，一份存《质量管理手册》备查。

## 九、死亡病例讨论制度

1、为总结死亡病例的诊疗经验，提高抢救成功率，降低临床死亡率制定本制度。

2、死亡病例均应在病人死亡后一周内进行讨论，尸检病例待病理报告后一周内完成，特殊死亡病例根据实际情况及时讨论。

3、讨论由科主任或医疗组长主持，必要时由医疗行政部门组织，科室或医疗组全体医师、护士长和责任护士及相关人员参加。

4、讨论中由经管医师汇报病情、诊疗与抢救经过及死因诊断，本组上级医师和参加抢救的其他医师予以补充。参加讨论人员应本着科学严谨的态度，对诊疗意见、死亡原因、抢救措施进行详尽分析，借鉴国内外对本病诊治的先进经验进行总结。讨论由经管医师负责记录和登记。

5、讨论记录由主管医师审签，一式两份，一份附病历存档，一份存《质量管理手册》备查。

## 十、查对制度

（一）临床查对制度

1、开具医嘱、处方或者各种申请单、治疗单、手术单等医疗文件，应查对病员姓名、性别、年龄、床号、住院号（门诊号）以及相关信息资料，加以核实。

2、执行医嘱时应进行“三查七对"：摆药后查；服药、注射、处置前查；服药、注射、处置前查；对床号、姓名、服用药的药名、剂量、浓度、时间、用法。同时应检查药品的质量和有效期，注意药物配伍禁忌，询问有无过敏史。

3、抢救病人执行口头医嘱时，执行者必须口头复诵一遍，核对无误后方可执行，并将使用后的空安瓿、药瓶或者相关包装等物品保留备查。

4、采集标本时应查对患者姓名、性别、床号与标本标签相符，标本质量与检查要求相符，在规定的时限内及时送检。

（二）输血查对制度

1、确定输血后，医护人员持输血申请单和贴好标签的试管，当面核对患者姓名、性别、病案号、门急诊/病室、床号、血型和诊断，采集血样。

2、医护人员或者专门人员将受血者血样与输血申请单送交输血科时，双方进行逐项核对。

3、输血科交叉配血要逐项核对输血申请单、受血者和供血者血样，复查受血者和供血者ABO血型（正、反定型），并常规检查患者Rh(D）血型（急诊抢救患者紧急输血时Rh(D）检查可除外），正确无误时进行交配血。

4、输血科两人值班时，交叉配血试验由两人互相核对，一人值班时，操作完毕后自己复核，准确无误后填写配血试验结果。

5、配血合格后，由医护人员到输血科取血，取血与发血的双方必须共同查对患者姓名、性别、病案号、门急诊/病室、床号、血型有效期及配血试验结果，以及保存血的外观等，准确无误时，双方共同签字后方可发出。

6、血袋有下列情况之一的，一律不得发出：标签破损、漏血；血液中有明显凝块；血浆呈乳糜状或暗灰色；血浆中有明显气泡、絮状物或粗大颗粒；未摇动时血浆层与红细胞的界面不清或交接面上出现溶血；红细胞层呈紫红色；过期或其他须查证的情况。

7、输血前由两名医护人员核对交叉配血报告单及血袋标签各项内容，检查血袋有无破损渗漏，血液颜色是否正常。

8、输血前由两名医护人员带病历共同到患者床旁核对患者姓名、性别、年龄、病案号、门急诊/病室、床号、血型等，确认与配血报告相符，再次核对血液后，用符合标准的输血器进行输血。

（三）手术查对制度

1、手术前接病员时应根据手术通知单与病历资料一起查对病员的姓名、性别、科别、床号、诊断、手术名称和术前用药、术中备用的特殊药品或者特殊耗材等。

2、手术前手术医师、护士、麻醉师应再次查对病员的姓名、诊断、手术部位、麻醉方法及麻醉用药。

3、手术中切除责任病灶或器官时，应再次核实，确认无误后方可实施切除手术。

4、术中输血遵照输血查对制度执行，术中用药遵照临床用药查对制度执行。

5、凡进行体腔或者深部组织手术，应在术前与缝合前清点所有辅料和器械数，由手术护士签字确认。

6、术中切除或者留取的标本应与标签、病历、病理申请单一同核对姓名、性别、年龄、科别、床号、住院号等基本信息以及标本的名称、部位、数量，及时送检。

7、术后病员送回复苏室、病室或者监护室时，交接双方应再次对病员的基本信息、生命体征、用药情况进行查对交接。

（四）发药查对制度

1、药学人员调剂处方前应对处方用药的适宜性进行查对审核：对规定必须做皮试的药物，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；处方用药与临床诊断的相符性；剂量、用法；剂型与给药途径；是否有重复给药现象；是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌等。

2、药学人员调剂处方时应做到“四查十对”：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、规格、数量、标签；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。

3、药学人员对麻醉、精神药品处方的查对处方颜色是否正确，处方内容是否齐全，处方剂量是否超限，处方与病历是否相符，处方医师是否具备麻醉处方权。

（五）医技检查查对制度

1、临床检验、病理检查，应对接受的标本进行查对：姓名、性别、病案号、门急诊/病室、床号、检查目的、标本质量和数量，检验结果应该经过指定的人员审核后发报告，（急诊单人值班时，值班人员应对结果认真审核，必要时再次核实后发报告），病理诊断应经过主治医师以上审核后发报告。发送报告时，应查对科别，避免错送，送达时应与科室有关人员进行查对签收。

2、影像、功能检查时，应对病员的姓名、性别、病案号、门急诊/病室、床号、检查号、检查部位、检查目的以及检查条件进行查对。检查结果应经审核后发报告。发送报告时，应查对科别，避免错送，送达时应与科室有关人员进行查对签收。

（六）供应室查对制度

1、接受器械包时查对名称、核定数量、质量、有无破损及初步清洁处理情况。

2、准备器械包时，查对名称、核定数量、质量、有无破损、清洁处理情况以及送消毒的日期。

3、灭菌时查对温度、压力、时间，灭菌后查对灭菌效果、指示剂及无湿包情况以及消毒日期。

4、发器械包时，查对名称、数量、以及消毒灭菌日期。

## 十一、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，同时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，其他有创操作应参照执行。

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。

（一）麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》中内容依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标示、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。

（二）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、手术部位与标示，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。

（三）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。

（四）三方确认后分别签名。

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：由手术医师或麻醉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负责核查。

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、医院医务部门、护理部门等医疗质量管理部门应根据各自职责，认真履行对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。

## 十二、手术分级管理制度

1、手术分级：手术及有创操作系指各类开放性手术、腔镜手术及介入治疗（以下统称手术）。依据其技术难度、复杂性和风险度分为四级：

(1）四级手术：技术难度大、手术过程复杂、风险度大的各种手术。

(2）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。

(3）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。

(4）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。

2、手术医师分级：

(1）住院医师：住院医师：从事住院医师岗位工作3年以内。高年资住院医师：从事住院医师岗位工作3年以上。

(2）主治医师：主治医师：从事主治医师岗位工作3年以内。高年资主治医师：从事主治医师岗位工作3年以上。

(3）副主任医师：副主任医师：从事副主任医师岗位工作3年以内。高年资副主任医师：从事副主任医师工作3年以上者。

(4）主任医师：主任医师：从事主任医师工作3年以内。资深主任医师：从事主任医师工作3年以上。

(5）根据三级医师负责制规定，上级医师有指导和监督下级医师的责任和义务。

3、医师手术权限：各级医师确定主持某级手术前，要在上级医师指导（本院或外院进修）下至少主持完成10例以上的病例并经考核合格。（各专科的具体完成例数由科室根据专科特点、手术复杂、难易程度调整并报医务部批准）

(1）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：可主持一级手术。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）主治医师：可主持二级手术。

(4）高年资主治医师：经上级医师批准，可主持三级手术。

(5）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，在上级医师临场指下或根据实际情况可主持一般新技术、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新技术、新项目手术。

(8）资深主任医师：主持四级手术及新技术、新项目手术和一般科研项目手术，经主管部门批准主持高风险科研项目手术。

(9）新调入聘任的各级医师独立开展手术前应有高一级的医师带教考核后参照上述原则核定权限。资深主任医师可由医院管理委员会考核认定。

(10）进修医师根据进修医师管理规定，由科室根据其职称和实际能力经考核后参照上述原则确定手术权限并报医务科批准执行。

(11）外请专家会诊手术根据卫生部《医师外出会诊暂行规定》执行。

4、资格准入手术权限：各级医师手术权限除符合上述要求外，同时必须符合各级卫生行政部门制定的技术准入资格。

5、手术审批权限：

(1）常规手术：四级手术由科主任审批；三级手术由科主任或主任医师审批；二级手术由副主任医师以上审批；一级手术由主治医师以上医师审批。

(2）资格准入手术：根据卫生行政主管部门规定执行。

(3）急诊手术：预期手术的级别在值班医生手术权限级别内时，可通知并施行手术。若属高风险手术或预期手术或术中发现手术权限超出值班医师手术权限级别时，应按规定报告上级医师处理。紧急抢救生命的情况下，应及时先予处置并同时报告上级医师。

(4）新技术：根据医院新技术准入制度执行。

## 十三、新技术和新项目准入制度

一、新技术项目包括：

1、使用新试剂的诊断项目；

2、使用二、三类医疗技术器械的诊断和治疗项目；

3、创伤性诊断和治疗项目；

4、生物基因诊断和治疗项目；

5、使用产生高能射线设备的诊断和治疗项目；

6、其它可能对人体健康产生重大影响的新技术、新项目。

二、我院对新技术项目临床应用实行三类、三级准入管理

1、第一类医疗技术项目：安全性、有效性确切，由我院审批后可以开展的技术。

2、第二类医疗技术项目：安全性、有效性确切，但涉及一定伦理问题或者风险较高，必须报省卫生厅批准后才能开展的医疗技术项目。

3、第三类医疗技术项目：安全性、有效性不确切，风险高，涉及重大伦理问题，或需要使用稀缺资源，必须报卫生部审批后才能开展的医疗技术项目。

三、新技术、新项目准入申报流程：

1、开展新技术、新项目的临床、医技科室，项目负责人应具有主治医师以上专业职称的本院职工，其认真填写《新技术、新项目开展申报表》，经科室讨论审核，科主任签字同意后报送医务科。

2、在《申报表》中应就以下内容进行详细的阐述：

(1）、拟开展的新技术、新项目目前在国内外或其它省、市医院临床应用基本情况；

(2）、临床应用意义、适应症和禁忌症；

(3）、详细介绍疗效判定标准、评价方法，对有效性、安全性、可行性等进行具体分析，并对社会效益、经济效益进行科学预测。

(4）、技术路线：技术操作规范和操作流程；

(5）、拟开展新技术、新项目的科室技术力量、人力配备和设施等和各种支撑条件；

(6）、详细阐述可预见的风险评估以及应对风险的处理预案。

3、拟开展的新技术、新项目所需的医疗仪器、药品等须提供《生产许可证》、《经营许可证》、《产品合格证》等各种相应的批准文件复印件。

四、新技术、新项目准入审批流程：

1、首先医务科对科室递交《新技术、新项目开展申报表》进行审查，审查内容包括：

(1）、申报新技术、新项目是否符合国家相关法律法规和规章制度、诊疗操作常规；

(2）、申报的新技术、新项目是否具有科学性、先进性、安全性、可行性和效益性；

(3）、参加的人员资质和水平是否能够满足开展需要；

(4）、申报的新技术、新项目所使用的医疗仪器和药品资质证件是否齐全。

2、医务科审核合格项目，委托医疗技术伦理委员会进行论证，听取该项目负责人和科室答辩后，对专家讨论意见进行记录，并上报院办公会研究决定。

3、医院办公会研究决定后，医务科负责对二、三类新技术项目按程序进行市卫计委、内蒙古自治区卫计委、国家卫计委审批备案。审批后新技术项目通知科室可以按计划具体实施。

4、对于各科室所提出的新技术、新项目的准入申请，无论批准与否，医务科均于书面答复说明理由。

五、新技术、新项目临床应用质量控制流程：

1、批准后医疗新技术项目，实行科室主任负责制，按计划具体实施，医务科负责协调和保障，以确保此项目顺利开展并取得预期效果。

2、在新技术、新项目临床应用过程中，主管医师应向患者或其委托人履行告知义务，尊重患者及委托人的意见、在征得其同意并在“知情同意书”上签字后方可实施。

3、新技术、新项目在临床应用过程中出现下列情况之一的，主管医师应当立即停止该项目的临床应用，并启动应急预案，科室主任立即向医务科报告。

(1）、开展该项技术的主要专业技术人员发生变动或者主要设备、设施及其它关键辅助支持条件发生变化，不能正常临床应用的；

(2）、发生与该项技术直接相关的严重不良后果的；

(3）、发现该项技术存在医疗质量和安全隐患的；

(4）、发现该项技术存在伦理道德缺陷的。

六、新技术、新项目监督管理流程：

(1）、医务科做为主管部门，对于全院开展的新技术、新项目进行全程管理和评价，制定医院新技术项目管理档案，对全院开展项目不定期进行督查，及时发现医疗技术风险，并督促相关科室及时采取相应措施，

将医疗技术风险降到最低程度；

(2）、医务科定期追踪项目的进展情况，会同财务处对其疗效、社会效益及经济效益进行评估。

(3）、各科室在开展新技术、新项目过程中所遇到的各种问题，均应向医务科汇报，医务科将当年开展新技术、新项目的情况做出书面汇总，医务科针对汇总情况进行有重点的抽查核实；

(4）、各科室严禁未经审批自行开展新技术、新项目，否则，将视作违规操作，由此引起的医疗或医学伦理上的缺陷、纠纷、事故将由当事人及其科室负责人承担全部责任。

## 十四、危急值报告制度

一、危急值报告项目及标准：医院检验科、放射科、特检科建立危急值项目及标准。

二、临床科室及相关医技检查科室，应当建立《危急值报告登记簿》，内容包括：检验或检查时间、病人姓名、病案号、临床科室、项目危急值、复查结果（必要时）、通知时间、通知人、接听人、备注。

三、检验、检查人员发现病人的危急信息后，必须紧急电话通知当班护士，双方应复述核对、确认后登记。

四、接获危急值报告的护士应规范、完整、准确地记录患者识别信息、危急值内容和报告者的信息，按流程复核确认无误后，立即向经治或值班医生报告，并做好记录。医师接获危急值报告后应立即追踪、处置并记录。

五、职能部门对上述工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施。

## 十五、病历管理制度

（一）病历书写规范

1、病历书写应符合国家卫生计生委《病历书写基本规范（试行）》的相关规定，并在此基础上实施下列规范。

2、病历书写统一应用碳素墨水，门（急）诊病历和需要复写的资料也可以使用黑色圆珠笔。过敏药物在过敏栏内用红笔填写。上级医师审查修改下级医师病历时其修改内容和签名及日期用红笔。

3、各项记录时间统一使用公历，按照“年、月、日、时、分”顺序记录，时刻统一采用24小时制式。

4、病历书写应使用中文和医学术语以及通用的外文缩写，尚无正式译名的外文可用外文原文。简化字按照1964年中国文字改革委员会、文化、教育部联合公布的“简化汉字总表”规定执行。数字一律应用阿拉伯数字书写。

5、药名使用中文书写，确无译名可使用拉丁文或英文书写，不能用代替性符号或者缩写，一种药名不能中英文混写。

6、度量衡单位一律采用中华人民共和国法定计量单位，血压可以应用mmHg或者kPa.

7、凡过敏史明确时，直接在过敏史栏中填写过敏药物或者过敏原名称，如果病人认定无过敏史则填写“未发现”，如果病人昏迷或者监护人无法确定无过敏史时填写“不详".

8、病历中由患方提供的现病史和既往史中的疾病名称应加引号表示。

9、疾病诊断名称、编码依照“国际疾病分类”（ICD-10）书写，手术操作名称依照ICD-9-CM-3书写。疾病名称应主次分清、顺序排列，不可书写不恰当的简称。

10、诊断名称使用“初步诊断”、“入院诊断”与“出院诊断”。住院医师入院记录时的诊断为“初步诊断”，主治医师首次查房时确定的诊断为“入院诊断”。若“初步诊断”与“入院诊断”一致，主治医师应在“初步诊断”后签上姓名和时间；若不一致则在“初步诊断”后写出“入院诊断”并签上姓名和时间。若“入院诊断”与“出院诊断”不一致时，其“出院诊断”应由主治医师或者正（副）主任医师签上全名和时间。

11、入院体格检查者或者其他医院拟诊某疾病入院复查经检查未见异常者可诊断为“健康”或“排除某疾病”。如肿瘤已行切除手术再次入院治疗者，可将原有肿瘤诊断作为本次入院诊断，并在其后注明“（术后）".

12、报告单分门别类按照时间顺序粘贴，报告单小于A4规格的呈叠瓦状整齐粘贴。

13、表格式病历经省卫生行政部门审核批准实施。试行的电子病历符合“电子病历规范”要求，按照现行书写要求打印，签名在打印名字后应用手工签全名。严禁单独应用电脑文档格式和通过拷贝其他同类病历为模版单独应用打印病历。

14、病程记录中三级医师查房应根据我院实际聘任的专业技术职务记录，即医疗组长为高级职称人员按照实际具备的医疗技术职称（主任医师或者副主任医师）记录，主管医师、经管医师职务（包括高职低聘者）分别按照主治医师、住院医师职称记录。行政领导履行行政职责参与组织会诊抢救、行政查房时，按照行政职务记录；履行三级医师查房职责时，按照聘任的技术职务记录。

15、根据要求实施知情同意手续时应由患者本人签署同意书，患者不具备完全民事能力或者因病无法履行签字时，由其法定代理人、或者近亲属、关系人签字，在其法定代理人、或者近亲属、关系人无法到达现场及时签字的情况下，可通过电话等便捷通讯工具与法定代理人或者近亲属、关系人取得联系，征求意见，并根据其答复的意愿执行。如果无法取得联系或者患者紧急抢救需要时可由院长或者授权处理医疗事务的业务副院长、医务部主任或副主任、总值班正班签字。

16、门（急）诊病历由接诊医师书写，一般项目由患者本人或者挂号人员填写，药物过敏史由接诊医师填写。住院志由经治医师书写。

17、实习及试用期医务人员在学习期间，轮转的每个专业应书写完整大病历不少于5份，上级医师在全面了解病情基础上进行审查、修改并签字以示负责。实习医务人员书写的日常病程记录，带教医师应在24小时内进行审查、修改并签字以示负责。

18、具备执业资格的进修医师由科室根据其实际工作能力，报医务部考核合格后认定病历书写资格和医嘱处方权。

19、病历书写、记录者均应由相应的医务人员签署全名，字迹应清楚易于辨认，不准冒用或者临摹他人签名，不准采用编码代替签名。上级医师修改后签名应在下级医师签名的左侧，实习及试用期医务人员应在签名左侧划一斜杠，带教医师修改后签名在斜杠左侧。

（二）病历质量控制

1、科室质量管理小组负责对病历质量进行全程监控，并指定质控医师和质控护士根据病历书写规范中病历质量评定标准（试行）对全部出科病历进行评价，并将评价结果列为各级医务人员的业务考核内容，作为晋级、竞聘考核的必备项目。科室病历评价结果通过电子文档按月报送医务科、护理部和质量管理办公室。

2、医务科、护理部每月对各科住院病历质量进行抽查，并与科室病历评价结果进行对照，以了解科室的质量管理工作。门诊部、医务科每月对各科室的门诊病历进行抽查。

3、病案室负责对入库病历质量进行检查，及时督促完善，并对各科病历缺陷进行登记。

4、各职能部门的病历检查结果通过电子文档报质量管理办公室，质管办汇总后向全院通报，并列为科室管理质量的考核内容，作为年终考核的必备项目。

5、质量管理办公室每季度组织对全院的门诊病历、住院病历和出院病历进行抽查，并对院、科两级抽查结果进行质量分析，定期通过不同形式向全院反馈。

（三）病案管理制度

A、病案管理组织

县级妇幼保健计划生育服务中心病案管理委员会由分管副院长、医务、护理、质量管理、信息等相关职能部门和临床、医技医疗护理专家及病案室主任等组成。

2、病案管理委员会的职责：

(1）在院长的领导下，根据有关法律、法规及规章、规范，制定本院病历书写、病案管理的相关制度并组织实施，为临床医疗、教学和科研服务；

(2）定期对病案管理工作进行督促、检查和指导，监督有关职能部门和病案室严格执行关于病历借阅、查询、受理复印或者复制病历资料的相关制度；

(3）根据有关材料讨论和确定疾病诊断和手术名称的统一命名，制定病案书写标准，及时提出对临床医师、护理人员写好、用好病案的要求；

(4）组织各种形式的病案书写质量检查，评选优秀病案，交流书写和管理经验；

(5）审核科室申报新的病历书写内容、项目、格式以及表格式病历报告，提交省病案质量控制中心批准实施；

(6）组织病历书写与病案管理有关的教育培训；

(7）在临床医师和病案管理人员之间发挥桥梁作用，推进相互间的密切协作，收集科室对病案管理工作的意见和建议，促进病案书写和管理质量的不断提高；

(8）定期听取病案室对病案管理的情况报告；

(9）定期向质量管理委员会及院长提交病案管理委员会的工作报告。

B、病案管理

1、病案室工作职责

(1）在信息科长的领导下，根据相关法律、法规和规章、规范，做好病案室的管理工作，并逐步实施计算机网络管理和电子病历管理；

(2）负责集中管理全院病案，按时收取出院（包括死亡）病员的全部病案；对出院病人病案进行整理、查核、登记、编码、装订以及保管；

(3）把好病案书写质量初查关。督促有关医师修改、填补病案书写中的缺项和错误，及时反馈病案书写信息，促进病案书写质量不断提高；

(4）根据临床、教学和科研需要，配合临床随诊工作，负责调阅病案的供给和回收工作；

(5）根据相关法律法规，负责办理院际病案查询，受理病历的复印、复制病历资料等工作；

(6）配合统计人员做好有关统计资料的整理分析；

(7）做好病案储藏室的安全保管和病案内容的适当保密工作，采取防护措施消除危害病案安全的各种因素；

(8）做好制定和增印医疗表和印刷前的审核工作；

(9）承担病案信息管理专业实习、进修人员的教学工作，开展相关科研课题研究；

(10）每月向质量管理办公室报告病历归档、初查病历质量和病案借阅及归还情况，定期向病案管理委员会报告病案室的工作情况。

2、病案室质量管理

(1）病案实行个人唯一编码制，每个住院病员每次住院使用同一编码，如办理入院手续时出现两个编码，病案归档是应合并为一个编码；

(2）应用ICD-10进行疾病分类，应用ICD-9-CM-3进行手术操作分类；

(3）出院病历72小时回收率100%；

(4）疾病、手术操作分类编码正确率≥90%；

(5）住院病历准确提取率≥100%；

(6）病历借阅归还率100%；

(7）病历示踪卡正确填写率100%；

(8）病历遗失率0%；

(9）粘贴各类检验/检查报告单归档率100%；

(10）病案服务满意率≥95%.

3、病案管理制度

(1）门（急）诊病历管理

①门（急）诊病历实行病员负责保管制度；

②门诊病历应明确告知病员保管须知或者注意事项；

③病员住院时门诊病历应附住院病历之后，出院时连同出院小结交病员保管，住院病人死亡后其门诊病历应随同住院病历一并送病案室统一保管。

（2）住院病案管理

①病员住院期间病历由各科室负责保管，病历应保持整洁、排列有序、符合要求，科室应对住院病历严格管理，严防丢失，不符合规定或未经批准住院病历不允许查询或者复印、复制。

②病员出院时科室质控医师、质控护士应对病历质量进行评价，由科室指定专人送住院处，并通知家属办理结算手续；

③出院病历在办理出院结算手续后由病案室及时收回，死亡病历在7天内收回（科室完成死亡讨论），病案室质量管理员对病历及时审查并通知相关人员根据规范及时改正后入库存档，原则上永久保存，至少不低于30年，教学需要、特殊情况、特殊保健对象病历和涉及重大医疗过失或者医疗事故处理终结后病历单列保存；

④病员出院后收到的检验、检查报告由科室统一送病案室，由病案室按规定对号粘贴到病员病历中；

⑤符合相关法律、法规和规章规定需要查询复印病历或复制病历资料时，现住院病历由医务部负责审核、复印和登记，出院病员病历由病案室负责审核、复印和登记，复印或复制的工本费由申请人按规定缴纳；

⑥实施医疗活动的医务人员、医疗服务质量监控人员需要时经医疗组长以及质量管理职能部门签字可以借阅病案，实习医护人员无权单独借阅病案，大数量（10份以上）借阅病案以及科研需要借阅病案，须经科主任或者相关职能部门批准；

⑦借阅病案原则上尽可能就地查阅，医疗工作需要一般病案借阅时限为2周，科研病案借阅时限为1个月，逾期不归档根据医疗质量管理条例处理，造成病案丢失责任者除按照有关质量管理条例处理外，承担由于丢失造成的相关法律责任；

## 十六、抗菌药物分级管理制度

一、分级原则

（一）非限制使用级抗菌药物：经长期临床应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。临床各级医师可根据需要选用。

（二）限制使用级抗菌药物：经长期临床应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较大，或者价格相对较高的抗菌药物。与非限制使用级抗菌药物相比较，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，不宜作为非限制级药物使用。使用需说明理由，并经主治及以上医师同意并签字方可使用。

（三）特殊使用级抗菌药物：具有明显或严重不良反应，不宜随意使用的抗菌药物；需要严格控制使用以避免细菌过快产生耐药的抗菌药物，包括某些用以治疗高度耐药菌感染的药物；新上市不足五年的抗菌药物，疗效或安全性方面的临床资料较少，并不优于现用药物的抗菌药物；价格昂贵的抗菌药物。使用应有严格的指征或确凿依据，需经有关专家会诊以及本科室主任同意，其处方须由副主任、主任医师签名方可使用。

二、分级管理办法

（一）明确各级医师和药师使用抗菌药物的权限，医师和药师经抗菌药物规范化培训并考核合格后，授予相应级别的抗菌药物处方权或调剂资格；明确我院抗菌药物分级目录，对不同管理级别的抗菌药物使用权进行严格限定。

（二）临床选用抗菌药物应遵循《抗菌药物临床使用指导原则》。预防感染、治疗轻度或者局部感染应当首选非限制使用级抗菌药物；严重感染、免疫功能低下合并感染或者病原菌只对限制使用级抗菌药物敏时，可以选用限制使用级抗菌药物；严格控制特殊使用级抗菌药物使用。

（三）患者需要使用限制级抗菌药物治疗时，应经具有主治医师以上专业技术职务任职资格的医师同意并签名；患者病情需要使用特殊使用级抗菌药物，应具有严格临床用药指征或确凿依据，经有关专家会诊同意后，处方需经具有高级专业技术职务任职资格医师签名。

（四）紧急情况下根据药物适应证或适应人群，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。如需继续使用，必须办理相关审批手续。

（五）下列情况可直接使用限制级及以上药物。

1、重症感染患者：包括重症细菌感染，对非限制使用级药物过敏或耐药者，脏器穿孔患者。

2、免疫功能低下患者伴发感染。

三、特殊使用级抗菌药物使用管理办法

见《特殊使用级抗菌药物临床应用管理制度》。我院抗菌药物目录中没有特殊级使用抗菌药物。

四、督导、考核办法

（一）抗菌药物管理工作小组、药剂科及医务科定期开展合理用药培训与教育，督导本院临床合理用药工作；依据《指导原则》和《实施细则》，定期与不定期对各科室应用抗菌药物进行监督检查，对不合理用药情况提出纠正与改进意见。

（二）将抗菌药物合理使用纳入医疗质量检查内容和科室综合目标管理考核体系。

（三）检查、考核办法：定期对门、急诊处方、住院病历包括外科手术患者预防性使用抗菌药物情况进行随机抽查。

1、门诊、急诊抗菌药物检查考核要点：

(1）患者基本情况书写，包括年龄、性别、诊断；

(2）抗菌药物使用情况，包括名称、规格、用法、用量、给药途径、是否按抗菌药物分级管理规定用药等。

2、住院病人抗菌药物检查考核要点：

(1）抗菌药物开始使用、停止使用、更换品种和超越说明书范围使用时是否分析说明理由，并在病程记录上有所记录；

(2）抗菌药物使用必须符合抗菌药物分级管理规定，当越级使用时，是否按照规定时间使用或履行相应的手续，并在病程记录上有所反映；

(3）抗菌药物联用或局部应用是否有指征，是否有分析，并在病程记录上有所记录；

(4）使用或更改抗菌药物前是否做病原学检测及药敏试验，并在病程记录上有所反映；对于无法送检的病例，是否已在病程记录上说明理由。（四）对违规滥用抗菌药物的科室及个人，医院将进行通报批评，情节严重者，将降低抗菌药物使用权限，直至停止其处方权。

## 十七、临床用血审核制度

一、血液资源必须加以保护、合理应用，避免浪费，杜绝不必要的输血。

二、临床医师和输血医技人员应严格掌握输血适应证，正确应用成熟的临床输血技术和血液保护技术，包括成分输血和自体输血等。

三、输血科负责临床用血的技术指导和技术实施，确保血液贮存、配血和其他科学、合理用血措施的执行。

四、输血申请应由经治医师逐项填写《临床输血申请单》，由主治医师核准签字，连同受血者血样于预定输血日期前由医护人员送交检验科备血。

五、决定输血治疗前，经治医师应向患者或其家属说明输同样异体血的不良反应和经血传播疾病的可能性，征得患者或家属的同意，并在《输血治疗同意书》上签字。《输血治疗同意书》入病历。无家属签字的无自主意识患者的紧急输血，应报医务科或分管院长同意备案并记入病历。危重抢救患者紧急情况下需要用血时，时间内报医务科审批，时间外报总值班，必须由当班医生及医务科或总值班签名，医务科及总值班备案。

六、根据病情需要，同一患者一天申请备血量达到或超过1600毫升时要履行审批手续，经治医师必须填写《大量用血审批表》，由科主任审核签字，医务科审批，检验科应及时联系备血，《大量用血审批表》必须由检验科保存备案。

七、配血合格后，由医护人员到检验科（血库）取血。取血与发血的双方必须共同查对患者姓名、性别、病案号、门急诊/病室、床号、血型、血液有效期及配血试验结果，以及保存血的外观等，准确无误时，双方共同签字后方可发出。

八、输血前由两名医护人员核对交叉配血报告单及血袋标签各项内容，检查血袋有无破损渗漏，血液颜色是否正常。准确无误方可输血。输血时，由两名医护人员带病历共同到患者床旁核对患者姓名、性别、年龄、病案号、门急诊/病室、床号、血型等，确认与配血报告相符，再次核对血液后，用符合标准的输血器进行输血。取回的血应尽快输用，不得自行贮血。输用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，如需稀释只能用静脉注射生理盐水，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。血液发出后不准退回。

九、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，及时报告上级医师，在积极治疗抢救的同时，做以下核对检查：

1、核对用血申请单、血袋标签、交叉配血试验记录；

2、核对受血者及供血者ABO血型、Rh(D）血型。用保存于冰箱中的受血者与供血者血样、新采集的受血者血样、血袋中血样，重测ABO血型、Rh(D）血型、不规则抗体筛选及交叉配血试验（包括盐水相和非盐水相试验）；

3、立即抽取受血者血液加肝素抗凝剂，分离血浆，观察血浆颜色，测定血浆游离血红蛋白含量；

4、立即抽取受血者血液，检测血清胆红素含量、血液游离血红蛋白含量、血浆结合珠蛋白测定、直接抗人球蛋白试验并相关抗体效价，如发现特殊抗体，应作进一步鉴定；

5、如怀疑细菌污染性输血反应，抽取血袋中血液做细菌学检验；

6、尽早检测血常规、尿常规及尿血红蛋白；

7、必要时，溶血反应发生后5-7小时测血清胆红素含量；

十、输血完毕，医护人员对有输血反应的应立即通知输血科，并逐项填写患者输血不良反应回报单，并返还输血科保存。输血科每月统计上报医务科备案。

十一、凡血袋有下列情形之一者，一律不得发出：

1、标签破损、漏血；

2、血袋有破损、漏血；

3、血液中有明显凝块；

4、血浆呈乳糜状或暗灰色；

5、血浆中有明显气泡、絮状物或粗大颗粒；

6、未摇动时血浆层与红细胞的界面不清或交界面上出现溶血；

7、红细胞层呈紫红色；

8、过期或其他须查证的情况。

## 十八、信息安全管理制度

第一章 计算机安全管理

1、医院计算机操作人员必须按照计算机正确的使用方法操作计算机系统。严禁暴力使用计算机或蓄意破坏计算机软硬件。

2、未经许可，不得擅自拆装计算机硬件系统，若须拆装，则通知网络管理技术人员进行。

3、计算机的软件安装和卸载工作必须由网络管理员进行。

4、计算机的使用必须由其合法授权者使用，未经授权不得使用。

5、医院计算机仅限于医院内部工作使用，原则上不许接入互联网。因工作需要接入互联网的，需书面向医务科提出申请，经签字批准后交网络管理员负责接入。接入互联网的计算机必须安装正版的反病毒软件。并保证反病毒软件实时升级。

6、医院任何科室如发现或怀疑有计算机病毒侵入，应立即断开网络，同时通知网络管理员负责处理。网络管理员应采取措施清除，并向主管院领导报告备案。

7、医院计算机内不得安装游戏、即时通讯等与工作无关的软件，尽量不在院内计算机上使用来历不明的移动存储工具。

8、未经部门领导批准，任何人不得改变网络拓扑结构，网络设备的布置和参数的配置。

网络使用人员行为规范：

1、不得在医院网络中制作、复制、查阅和传播国家法律、法规所禁止的信息。

2、不得在医院网络中进行国家相关法律法规所禁止的活动。

3、未经允许，不得擅自修改计算机中与网络有关的设置。

4、未经允许，不得私自添加、删除与医院网络有关的软件。

5、未经允许，不得进入医院网络或者使用医院网络资源。

6、未经允许，不得对医院网络功能进行删除、修改或者增加。

7、未经允许，不得对医院网络中存储、处理或者传输的数据和应用程序进行删除、修改或者增加。

8、不得故意制作、传播计算机病毒等破坏性程序。

9、不得进行其他危害医院网络安全及正常运行的活动。

第二章 网络硬件的管理

网络硬件包括服务器、路由器、交换机、通信线路、不间断供电设备、机柜、配线架、信息点模块等提供网络服务的设施及设备。

1、各职能部门、各科室应妥善保管安置在本部门的网络设备、设施及通信。

2、不得破坏网络设备、设施及通信线路。由于事故原因造成的网络连接中断的，应根据其情节轻重予以处罚或赔偿。

3、未经允许，不得中断网络设备及设施的供电线路。因生产原因必须停电的，应提前通知网络管理人员。

4、不得擅自挪动、转移、增加、安装、拆卸网络设施及设备。特殊情况应提前通知网络管理员，在得到允许后方可实施。

5、各科主任指定本科室工作站的计算机由专人管理，并把管理人员的名字连同管理机的机器号报到信息中心，由计算机中心做统一登记。

6、各科室交换机、路由器设备由科主任、护士长监督管理，不得让其它电脑任意接入院内网络。

7、在各科工作站计算机上，除了医院指定用系统外上不得安装运行任何程序及游戏，不得私自卸载任何软件，不得私自存储任何文件，不得任意外接任何设备（如U盘、移动硬盘、移动光驱、蓝牙等），不得私自更换计算机及网络设备，必须保证各工作站的单一工作姿态，计算机中心将不定期检查，如果发现将追究管理计算机指定人员的责任并上报医院给予行政和经济处罚或回收电脑使用权。

8、各科室计算机禁止无关人员在工作站上进行系统操作，实习生须在代教医生的指导下才可以使用计算机，代教医生不得为自己方便私自让实习生单独为病人做开医嘱等的系统操作，实习生不可单独使用计算机。

任何操作员离开计算机后必须先退出系统，下班后必须关闭计算机，或做好交班工作。

9、计算机操作员（医生、护士）不得将其本人系统操作密码任意告诉其它人，包括实习生。

10、当计算机出现故障时，操作员应该积极主动的配合维修人员，尽快的恢复工作状态。

11、计算机出现故障后，当维修人员检查出是人为破坏或操作失误等情况后，维修人员需把情况向计算机所属部门的科主任汇报，并要求科主任提出处理意见。

12、各科室必须严格保证计算机周围卫生、通风情况，不得乱放杂物在计算机周围，爱护计算机，让水、强磁性物品、零食等远离计算机。

13、电脑或网络出现故障后应及时报告网络管理办公室安排处理，不得擅自拆卸机箱和插拔网线。

14、各科室负责人要加强对本科室计算机的使用管理，如操作人员违反制度，造成不良后果的，除追究当事人责任外，还要追究科室负责人的责任。

15、在接入电脑的电路上不得任意接入其它任何电器，以防止以外发生。

第三章 软件及信息安全

1、未经部门领导批准，任何人不得改变网络拓扑结构，网络设备的布置和参数的配置。

2、不得在医院局域网上利用计算机技术侵占其它用户的合法利益，不得制作、复制和传播妨害医院稳定的有关信息。

3、禁止在医院局域网上制造传播计算机病毒木马，不得故意引入计算机病毒木马。

4、在工作时间内，不得在计算机上打游戏、听歌、看电视、下载、偷菜、随意安装软件

5、爱护计算机，下班请按时关闭电脑。

6、计算机等办公设施均由专人使用负责，使用人应加以爱护，如系人为损坏，则由使用人负责承担维护费用。

7、计算机及外设所配软件及驱动程序交网络管理人员保管，以便统一维护和管理。

8、管理系统软件由网络管理员按使用范围进行安装，其他任何人不得安装、复制、传播此类软件。

9、网络资源及网络信息的使用权限由网络管理员按医院的有关规定予以分配，任何人不得擅自超越权限使用网络资源及网络信息。

10、网络的使用人员应妥善保管各自的密码及身份认证文件，不得将密码及身份认证文件交与他人使用。

11、任何人不得将含有医院信息的计算机或各种存储介质交与无关人员，更不得利用医院数据信息获取不正当利益。

 阆中博爱医院（归档）

 2024年1月1日