

# 第一篇 党务工作制度

## 党总支工作制度

1、宣传和执行党的路线、方针、政策，宣传和执行党中央、上级组织和本组织的决议，发挥党组织的战斗堡垒作用和党员的先锋模范作用，支持和协助行政负责人完成医院所担负的任务。

2、组织党员认真学习马克思列宁主义、毛泽东思想、邓小平理论、“三个代表”重要思想和党的路线、方针、政策以及决议，学习社会主义市场经济知识、科学文化知识、法律知识和业务知识。

3、研究决定党委工作计划及其落实措施；讨论、检查党组织自身建设工作。

4、按照干部管理权限，负责干部的选拔、教育、培养考核和监督；研究决定干部的任免(聘任、解聘)、调动、奖惩等事项。

5、讨论决定医院改革和发展以及医疗、教学、科研、行政管理等工作中的重大问题。

6、对党员进行严格管理，督促党员履行义务，保障党员的权利不受侵犯。

7、对党员进行监督，严格执行党的纪律，加强党风廉政建设，坚决同腐败行为作斗争。

8、加强和改进医院思想政治工作，推进社会主义精神文明建设；了解、反映群众的意见，维护群众的正当权益，帮助群众解决实际困难。

9、对入党积极分子进行教育、培养和考察，做好经常性的发展党员工作。

10、领导工会、共青团等群众组织和职工代表大会，支持这些组织依照各自的章程独立负责地开展工作。

11、根据上级党组织的要求广结合医院实际，做好统一战线和知识分子工作。

12、承担上级党组织交办的其他任务。

1、维护党的章程和其他党内法规，对党员进行遵纪守法教育。

2、检查党组织和党员贯彻执行党的路线、方针、政策和决议的情况。

3、协助院党总支加强党风廉政建设。

4、检查、处理党组织和党员违反党的章程和其他党内法规的案件，按照有关规定，决定或取消对这些案件中的党员的处分。

5、受理党员的控告和申诉。

## 党员管理制度

1、本支部在册的党员必须按支部工作安排参加各种组织活动，未经批准，不得缺席。

2、按照党章规定，如期足额缴纳党费。

3、坚持党员汇报制度，党员每季度向党小组或支部汇报思想、工作、学习。

4、尊敬，履岗尽职，处处起到先锋模范作用。

5、用于批评与自我批评，认真参加党支部（小组）民主生活会。

6、违反党的纪律，自觉配合接受组织调查、处理。

## 社会监督员制度

1、医院设立社会监督电话和意见箱，由专人负责管理。

2、建立医院所在地区联系制度，听取和了解所在地区群众反应与意见。

3、不定期向病人发放“满意度调查表”进行满意度调查。

4、聘请社会监督员，每年召开社会监督员座谈会1次，征求意见及建议，持续改进工作。

## 5、医院实施下列公开制度：

- (1) 上岗人员必须佩带附有本人照片、姓名、职称或职务等内容的胸卡。
- (2) 公开张贴卫生部制订的医务人员医德规范及实施办法。
- (3) 公开主要检查、治疗、手术、住院的收费项目及标准；公开常用药品价格和自费药品品种；
- (4) 对出院病人出具其费用结算凭证；
- (5) 公开专家门诊医生姓名、职称、专科、时间、挂号费标准等。
- (6) 公开医疗服务项目及药品价格标准，公开住院病人费用情况。门诊大厅内设立电子触摸屏查询机，病员就自己每日的住院费用开支、药品费用、检查治疗等情况，都可以随时进行查询，做到明白消费。

## 院务公开制度

为进一步推动和规范院务公开工作，结合上级要求和医院工作实际，特制定本制度。

一、明确领导责任制度。成立医院院务公开工作领导小组，落实院长第一执行人，工会第一监督人，群众第一评议人的工作职责。有关职能、临床、医技科负责人对本科室承担的院务公开工作负责的工作责任制度。

二、明确公开内容。院务公开内容除涉及国家秘密、公共安全、依法受到保护的商业秘密和个人隐私以外的医院事务，原则上都应公开，并做到政策依据公开、程序规则公开、工作过程公开、实施结果公开。

### (一)向社会公开的主要内容

#### 1、医院资质信息

(1) 依法执业登记的主要事项，包括名称、地址、主要负责人、所有制形式、诊疗科目、床位、职能科室设置。

(2) 门诊、急诊、住院的就诊程序，医生、护士安排。

(3) 工作人员上岗应佩戴有本人姓名、职务或职称的标牌。

(4) 医院服务区域、职能科室的位置格局以及抵达路径；服务流程和服务指南以及紧急情况下的疏散通道。

#### 2、医疗服务价格和收费信息

常规医疗服务价格、常用药品和主要医用耗材的价格，或提供价格查询服务。

#### 3、行业作风建设情况

(1) 医德医风建设的主要规定。

(2) 医务人员执业行为规范。

(3) 接受社会监督，优质、诚信服务承诺事项

(4) 医疗服务投诉信箱和投诉咨询电话。

#### 4、向患者服务公开的主要内容

(1) 对住院病人实行费用“每日清单”或查询制度。医院通过电子显示屏、费用查询机、费用查询服务等方式向患者提供包括药品、医用耗材和医疗服务的名称、数量、单价、金额等情况，出院时提供总费用明细清单。

(2) 为门诊患者提供费用清单。

(3) 为患者提供医院物价管理职能科室、费用查询部门及查询电话。

5、按照《医疗机构病历管理规定》向患者提供病历资料复印服务。

6、公安部、市公安局关于维护医疗机构正常秩序的通告。

7、其他按照法律法规或有关规定应向社会公开的事项。

## (二)向医院内部职工公开的院务主要内容

### 1、医院重大决策事项

(1)医院发展建设规划，年度工作计划、目标任务与工作总结及其完成情况。

(2)医院重大改革以及事关医院生存、发展的其他重大事项的方案和实施情况。

(3)重要人事任免、重大项目安排及大额度资金使用情况。

### 2、医院运营管理情况

(1)医院年度工作主要指标完成情况。

(2)年度财务预、决算基本情况。

(3)重大投资建设项目工程的决策，招投标，资金的投入等情况和重大工程建设修缮项目的招投标情况及工程的验收结果及工程决算等情况。

(4)药品和大型设备、高值医用耗材、大宗物品招标采购、购置和使用情况。

(5)社会化服务项目情况。

(6)接受社会及公民个人捐款物的使用和管理情况。

3、人事管理情况。包括人事管理和改革方案，工作岗位设置、岗位职责、岗位条件，新聘用工作人员的计划、招聘标准、程序和招聘情况，工作人员辞职、辞退、聘用、解聘的政策，内部绩效工资分配方案等。

### 4、领导班子建设和党风廉政建设情况

(1)党风廉政建设制度和职工民主管理制度。

(2)职工(代表)大会民主评议领导干部和职能科室中层干部情况。

(3)领导干部任期经济审计或离任审计的结果。

5、纠正行业不正之风投诉信箱、电话。

6、按照法律法规或有关规定需向内部职工公开的事项。

### 三、明确公开的形式

(一)对社会办事公开采用以下形式：

1、在门诊、住院部、办公区以及对公众服务窗口等醒目位置设立公开栏、宣传橱窗、电子显示屏公告栏。

2、编印、发放医院就医指南、宣传资料。

3、设立电子触摸查询装置、查询电话。

4、建立领导接待日制度(每周星期二上午)；在门诊、住院部、办公区设立投诉信箱、咨询和举报电话等。

5、通过医院局域网和医院网站公开医疗服务信息。

(二)对院内公开主要采取的形式

1、以职工代表大会为院务公开的基本形式。

2、职工(代表)大会闭会期间，属于临时突发性工作，根据公开事项的不同性质和要求，采用以下公开形式及时公开。(1)职工(代表)大会；(2)党政工联席会议；(3)院办公会、科主任会等形式进行公开；(4)院务公开栏、宣传橱窗；(5)内部简报、公告、通报、通知、宣传资料和医院网站等；

### 四、明确公开的程序

(一)按上级要求，制定院务公开目录，报市卫生局备案。

(二)通过其他形式进行院务公开的内容，应形成书面材料，由院办公会审核通过，方可发布并及时更新。

(三)每次公开的内容要有记载，公开的相关文件资料应按规定做好文书归档工作，做到有据可查。

## 院务公开监督制度

为进一步加强和完善院务公开工作，特制定以下制度：

- 1、医院成立由纪检组长、工会和职工代表组成的院务公开工作监督小组，负责监督院务公开工作，并对院务公开的具体内容、程序、形式及执行情况进行监督。
- 2、监督小组要及时对职工所关心的热点和党风廉政建设、班子建设等重点工作的公开内容进行监督。并确保其真实性、及时性，对发现的问题要及时提出整改。
- 3、要及时调整、研究、了解民情，充分真实地反映院务公开进展情况。对监督检查的工作情况要定期不定期地向全院职工代表大会进行报告。
- 4、院务公开监督小组负责向职工解答所关注的热点、焦点、难点问题。
- 5、检查医院有关规定，认真接待职工或病员的来访，对提出的意见和建议要及时、妥善处理。
- 6、建立院务公开意见箱、公示栏、公开电话，及时收集、解决群众的质疑问题。

院务公开电话：028—82271120

## 医院科务公开工作制度

为进一步加强和规范我院科务公开工作，根据医院《院务公开实施细则》制定本制度。

- 一、各科室必须成立科室科务公开领导小组，原则上由科主任、护士长担任组长，职工代表任成员。
- 二、科室科务公开领导小组的工作职责是：根据医院院务公开工作要求，研究制定科务公开的方法和措施，协调科室工作，解决本科室、班组在科务公开工作中的各种问题。对科务公开工作的问题和建议及时向医院院务公开领导小组汇报。
- 三、各科室的科务公开应遵循医院院务公开的原则，在形式和内容上结合实际开展。
  - 1、公开的内容至少应涵盖群众敏感的奖金分配方案、人员聘用、设备引进、新业务新技术的应用和开展等。
  - 2、公开的形式可采用科晨会、议事会、政治学习、板报等。
  - 3、科室要支持职工代表参加医院职代会会议；职工代表要认真听取和搜集职工意见，传达职代会精神。
  - 4、科室要轮流安排职工代表参加医院科联会会议，反映群众意见和建议，传达会议精神。

## 意见箱、意见本管理制度

- 1、医院在各临床、医技科室设置意见本，挂放在科室明显位置。党办每月对意见本进行一次全面的检查，并做好检查记录。意见本由科室指定专人进行管理，对病人填写的意见和建议，科室负责人要及时进行处理并将处理情况填写在意见本上，如在检查中发现科室无人管理、对病人反映的意见和建议不能及时处理的，责其科室限期整改。同时，按医院规定作出相应的处理。
- 2、医院在门诊部、住院部等明显部位设置意见箱。由党办派专人负责管理，每月开启一次。整理、调查病人反映的意见和建议，对于一般的意见和建议及时反馈相关科室，责其相关科室进行整改党办负责监督检查；对有效投诉、举报反映问题，党办组织人员进行调查核实，并按医院规定作出相应的处理。

## 院领导定期直接听取患者意见的制度

为进一步转变工作作风，密切联系患者，通过院领导与患者直接对话，倾听他们的意见和要求、批评和建议，及时解决患者实际问题，构建和谐医患关系，创建百姓满意医院，特制定本制度。

- 一、参加人员

院班子成员，特殊情况邀请相关部门负责人参加。

## 二、听取意见时间

定期每季度参加病区召开的患者（家属）工休座谈会

## 三、工作内容

- 1、患者均可利用这一时间向到会领导反映问题、提出意见和建议。
- 2、院领导认真听取、了解患者反映的问题，能现场解决的，提出处理意见，责成相关科室负责人或工作人员处理。不能立即解决的问题认真做好解释、疏导工作。

## 患者投诉接待、处理规定

为了规范我院投诉管理，加强医院行风及医德医风建设，规范投诉接待处理流程，预防、减少医疗纠纷的发生，根据卫生部、省卫生厅、市卫生局的相关规定，并结合我院实际情况，特制定我院患者投诉接待处理规定。

### 一、投诉接待部门

医院投诉处理工作实行首接负责制，医院党总支办公室为医院投诉管理办公室，承担医院投诉管理工作的专职机构。负责接待投诉人员就投诉反映问题做好记录，属职权范围内的及时调查落实并反馈，非职权范围应及时转交受理科室接待受理。各部门受理投诉的具体范围：

- 1、党办：受理医德医风及职工违纪违规方面的投诉；
- 2、医务科：受理医疗质量、医疗技术、医疗纠纷方面的投诉；
- 3、护理部：受理护理质量、护理纠纷方面的投诉；
- 4、财务科：受理医疗收费、物价方面的投诉。

### 二、接待时间：

- 1、党办及其他科室接待受理时间：

上午：8：00——12：00

下午：2：00——5：30

- 2、院领导 24 小时开通投诉电话：13308073017

- 3、院领导接访投诉：每周二上午（9:00—12:00），院长接待室。

### 三、投诉途径

#### 1、电话投诉：

党办：028——86543188

医务科：028——82200977

护理部：028——82208825

财务科：028——82271887

#### 2、来访投诉：门诊四楼党总支办公室、护理部办公室、医务科、财务科

#### 3、来信投诉：邮编：611230，地址：崇州市唐安西路 431 号；邮箱：czsdermyy@163.com

#### 4、意见箱：每周开箱一次

#### 5、院领导接访投诉：每周二上午（9：00—12:00），院长接待室

### 四、投诉处理

1、对患者投诉的问题要及时调查并向相关科室、部门下达崇州市第二人民医院患者投诉处理回执单，科室、相关部门接到投诉回执单必须 7 日内对投诉问题的处理及整改意见上报党办，党办抽查整改效果。对重大事件投诉的信息要迅速报告院领导。

2、实行投诉处理限时办结制，一般问题应在投诉后7日内答复，若因问题复杂需进一步调查时，应事先告知投诉者。

3、坚持“一切以患者为中心”的服务理念，健全医患沟通体制，加强医患交流，增强沟通效果，不断提升医疗质量和水平，提高患者满意度。

## 五、责任追究制

对违纪、违规按照医院相关规定处理。

## 医院员工投诉管理制度

1、为保障员工合法权益，维护医院声誉，监督各规章制度执行人员在执行过程中的行为，加强医院文化建设，特制定本制度。

2、本制度适用于医院全体员工。

3、员工投诉遵循逐级投诉的原则，即员工只能首先向被投诉人的直接上级进行投诉。

4、投诉应尊重事实，若因打击、报复等目的而捏造事实进行投诉，一经查实从重处分。

5、员工投诉渠道是：院长接待日、医院意见箱、医院网站、医院邮箱（[czsdermyy@163.com](mailto:czsdermyy@163.com)）、电话（028-82271120）

6、接受投诉者应在48小时内予以反馈，特殊事件投诉的反馈不得超过7天。

7、员工若对处理意见不满意或没有得到反馈，可向具有管辖权的更高一级领导投诉，直至向党总支书记投诉。

8、投诉内容主要有以下5个方面，即：

（1）员工合法权益受到侵害。 （2）部门间因协作而发生不作为，影响工作。

（3）损害医院利益，蒙骗医院，徇私舞弊。 （4）偷盗医院财产及包庇偷盗行为。

（5）上级处理事情不公，滥用职权。 （6）其它。

9、如有第八条第3、4款行为者，为保护员工免受打击、报复，可直接投诉到党总支书记信箱。

10、上级领导接到投诉后，立即进行调查，明确事实后追究有关人员责任。如上级领导不调查或敷衍了事，经更高一级领导查明后，也相应追究其责任。

11、投诉到党总支书记信箱之信件由党办主任登记、存档后，直接进行调查，根据查明事实情况和相关责任，给予有关人员相应处罚。

12、上级领导应注意为投诉者保密，有泄密者一律从重处分，造成严重后果者从重处罚。

13、本制度解释与修改权归党总支办公室。

14、本制度自下发之日起执行。

## 院长接待日制度

为加强医院和就医病员的联系，增进沟通，及时倾听病人及家属的意见、建议和要求，直接了解病人的需求，及时调整医院的服务功能，拓宽医疗服务领域，提高病人对医院的信任度和满意度，促进医院发展的重要措施，特建立崇州市第二人民医院院长接待日制度。

### 一、接待日时间

每周二上午为院长接待日，时间9:00时至12:00时。遇节假日顺延至工作日进行。

### 二、接待日前期准备工作

接待日前期准备工作由医院办公室负责。

1. 安排好院领导接待日值班表。值班表由院办每季度排定一次，并将值班表送交院领导。

2. 及时联系，确保领导到位。值班表一经排定，不再随意变动。院领导如遇特殊情况不能参加接待，须由本人与其他领导商调或委托院办调整。

3. 准备好接待日群众来访登记表。

### 三、接待地点

门诊院长接待室。

### 四、接待程序

1. 医院领导听取来访病员反映，并做好接访登记。必要时，通知有关责任科室到场接待处理。

2. 由参加接待的院领导或职能科室领导向来访群众答复、沟通与交流。涉及医疗纠纷等医患矛盾的，要积极引导来访人员依照法律程序处理。

### 五、交办、督办、反馈、建档

1. 交办。在来访接待中不能当时处理的，由参加接待的院领导在登记表中批示，提出意见，再由院办向有关承办科室交办，限期报结。登记表原件留存，复印交办。

2. 督办。来访接待日交办的信访案件，由院办负责跟踪督办。

3. 反馈。承办科室应根据院领导的批示要求及时查办。不得推诿、拖延、敷衍，要求在一周内办结，并将办理情况以书面形式向参加接待日的院领导汇报。

4. 建档。院长接待日来访登记表等有关材料由院办按月保管，年终统一归档。

接待原则：

文明接待、礼貌待人；恪守职责、秉公办事；处理答复，实事求是；坚持规范，正确引导；群众权益，切实维护。

## 医患沟通制度

为适应新形势，保护患者的合法权益，防范医疗纠纷的发生，维护良好的医疗秩序及广大医护人员的切身利益，确保医疗安全，化解医患矛盾，从更深层次上稳步提高医疗质量，特制定本制度：

### 一、医患沟通的时间

#### 1、院前沟通

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志上。

#### 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。患者的首次病程记录，应于患者入院后 8 小时内完成；急诊患者入院后，责任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、重症患者随疾病的转归的及时沟通；术前沟通；术中改变术式沟通；麻醉前沟通(应由麻醉师完成)；输血前沟通以及医保目录以外的诊疗项目或药品前的沟通等。

对于术前的沟通，应明确术前诊断、诊断的依据、是否为手术适应症、手术时间、术式、手术人员以及手术常见并发症等情况，并明确告知手术风险及术中病情变化的预防措施。对于麻醉前的沟通，应明确拟采用的麻醉方式、麻醉风险、预防措施以及必要时视手术临时需要变更麻醉方式等内容，同时

应征得患者本人或家属的同意并签字确认。对于输血前的沟通，应明确交代输血的适应症及必要性以及可能发生的并发症。

## 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、出院医嘱及出院后注意事项以及是否定期随诊等内容。

## 二、医患沟通的内容

### 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；(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、药物不良反应、手术方式、手术并发症及防范措施、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。

## 收受“红包”、“回扣”奖惩制度

1、医务人员违反规定收受“红包”、“回扣”，按照有关法律法规的规定，由医院依法没收非法所得，并根据“红包”、“回扣”的数额及情节，给予相应处理。收受累计金额1000元（含1000元），给予行政警告或者记大过处分；1000元以上不满5000元的，卫生技术人员停止6个月至1年的执业活动，额款在2000元以上的，有行政职务的一律先行免职，给予行政记过直到降级处分；5000元以上不满10000元的，建议有关部门吊销其执业证书，2年内不得申请重新注册，给予行政记大过至开除处分；10000元以上的，解除所聘任专业技术职务，给予开除处分。

2、医务人员违反规定收受“红包”、“回扣”的行为触犯刑律的，移交司法机关依法追究刑事责任。

3、受到以上行政处分和法律追究的医务人员中的中共党员，根据党纪的有关规定，给予相应的党纪处分或组织处理。

4、收受“红包”、“回扣”的人员，无论情节轻重，当年医德医风考核均为不合格，计入本人的医德医风档案。

5、专业技术人员违反规定收受“红包”、“回扣”，专业技术职务任期考核不得确定为优秀；受到以上纪律处分的确定为不合格；情节轻微有悔改表现免于处分的，可确定为基本合格。

6、专业技术人员违反规定收受“红包”、“回扣”的，当年不得申请参加初、中级专业技术职称任职资格考试；受到以上纪律处分的，在处分期间不得申请参加初、中级专业技术职称资格考试；经查实有收受“红包”、“回扣”的具有中级专业技术职称任职资格的当事人，自处理之日起3年内不得申报高级专业技术职称任职资格，已取得资格不予聘用。

7、医务人员索要或暗示索要“红包”、“回扣”的，病区（部门）负责人违反规定收受“红包”、“回扣”的，从重处分。

8、医务人员对患者馈赠钱物当时难以谢绝的，必须于24小时内上交医院党办，由党办及时退还患者。难以退还的，由医院统一处理。对无正当理由逾期不报告、不上交的，视同收受“红包”处理。

9、对主动缓解医患矛盾受到委屈，事迹突出者，给予奖励100-500元。

10、因医德医风事迹突出，受到市级表扬的给予奖励500元；受到局级表扬的，给予奖励300元；受到院内表扬的，给予奖励100元。

11、对于违纪事件举报属实者，给予100-500元，并对举报者予以严格保密。



## 医德考核制度

- 1、医院须把医德教育和医德医风建设作为目标管理的重要内容。
- 2、认真贯彻执行卫生部颁发的《医务人员医德规范及实施办法》。
- 3、医院要根据医德规范，结合实际情况，建立医德考核与评价制度，制定具体的、切实可行的医德考核标准及办法，建立医务人员医德档案。
- 4、医德考核以自我评价与社会评价、科室考核与上级考核、定期考核与随时考核相结合的办法进行。
- 5、医务人员的医德考核结果，要作为聘任、任职、提薪、晋升以及评优的重要条件之一。
- 6、医德考核成绩优秀者，应给予表彰和奖励；对医德考核成绩差者应进行批评教育；对于严重违反医德规范，触犯行政规章及法律者，应给予相应的处罚。

# 第二篇 行政、后勤管理制度

## 第一章 行政管理工作制度

### 第一节、会议制度

#### 院长办公会议制度

- 1、全院民主管理最高决策形式。
- 2、主持人：院长。
- 3、参加人员：院长、副院长、党总支书记、院长助理参加。
- 4、时间：每月召开1次。
- 5、地点：由医院办公室主任安排通知。
- 6、记录：院办公室主任。
- 7、会议内容与使命：
  - (1) 各位副院长向院长请示、汇报工作；
  - (2) 院长给各位副院长布置工作；
  - (3) 任免科室负责人，聘用有关人员；
  - (4) 仲裁院务委员会议的未决事宜；
  - (5) 研究决定人事变更、重大奖惩；
  - (6) 决定年度财务预算与决算，重大经费开支；
  - (7) 每月的财务分析及超概算调整；
  - (8) 检查各项行政主管的工作；
  - (9) 讨论各位副院长、各科室、各委员会提交的应决事宜；
  - (10) 讨论制定医院发展规划，全院性工作计划；
  - (11) 重大事故的报告；
  - (12) 传达上级的重要指示决定；
  - (13) 其他重要事宜讨论、决议。
- 8、注意事项：
  - (1) 院长办公会议的内容及时间由院长决定。
  - (2) 重要会议内容事先通知与会者作好相应准备。各副院长、各职能科室、各委员会提交讨论的重大

问题应以书面形式提前 2—3 天交院办公室主任，由院长审定是否列入会议内容。会后由院办公室主任按照会议决议，以书面形式通知相关人员，或以“院长办公会议决议”形式，印发有关科室或上报卫生行政主管部门备案，并负责会议决议的落实与督办。

(3) 院长因公外出或缺勤时，指定一名副院长主持会议。

## 院务委员会议制度

1、主持人：院长。

2、参加人员：院长、党总支书记、副院长、院长助理、各职能科室负责人，必要时邀请工会代表或与会议相关的中层干部参加。

3、时间：每月召开 1 次。

4、地点：由院办公室主任负责安排及通知。

5、记录：院办公室主任。

6、会议内容与使命：

(1) 传达上级有关方针、政策；

(2) 讨论医院发展规划，年度工作计划；全院性有关计划；

(3) 全院规章制度的修订；

(4) 通告院长办公会议决定；

(5) 审议财务预算、决算报告；

(6) 审议财务分析报告、成本管理分析报告；

(7) 规章制度执行情况通报；

(8) 检查职能科室每月工作计划完成情况；

(9) 院领导向各职能科室布置工作；

(10) 各职能科室工作协调。

7、注意事项：

(1) 各职能科室需要在院务委员会议上通告的事宜，应先书面提交院办，经院办汇总整理后报院长审定是否列入会议内容，会后院办形成会议纪要（督办通知单）下发到相关部门，下次会议时执行部门汇报执行落实情况。

(2) 除规定时间外，院务委员会可根据工作需要临时由院办公室通知召开。

(3) 院长因公外出或缺勤时，指定一位副院长主持会议。

## 党政联席会议制度

为了进一步规范党政班子的决策行为，逐步完善对权力的制约和监督，保证各项工作规范有序进行，促进医院又好又快发展，结合实际制定医院党政联席会议制度。

1、党政联席会议的议题由党政主要负责人商定，区别不同事项由党总支书记或院长主持。

2、参加党政联席会议的人员为院领导班子成员和党总支委员；也可根据会议议题，由党政主要负责人研究确定其他有关人员参加。

3、党政联席会议根据工作需要可以不定期召开。

4、每次党政联席会议应有明确的议题，会前应作必要的调研、沟通和协商，并由分管领导提出初步意见。

5、医院医疗、教学、科研、行政管理等工作中涉及“三重一大”范围的事项，严格执行“三重一大”决策程序相关规定，由党政联席会议讨论决定。

6、党政联席会议研究决定重要问题，与会人员都要充分发表意见，积极参与决策，实行决策的民

主化、科学化。

7、参加党政联席会议的人数应超过应到人数的 2/3 会议有效；会议讨论作出的决定，须经应到会半数以上成员通过方为有效。如对某些问题存在分歧，则不宜匆忙作出决定，待进一步调研、论证、充分协商后讨论决定。

8、所有参加党政联席会议的人员，必须严格遵守保密纪律，需保密的内容，应注意保密。

9、党政联席会议要做好记录，并注意归档保存。

## 第二节、行政管理工作制度

### 请示报告制度

凡有下列情况，必须及时向院领导或有关部门请示报告：

- 1、严重工伤、重大交通事故、大批中毒、甲类传染病等突发事件，必须动员全院力量抢救病员时；
- 2、凡有重大手术、重要脏器切除、截肢，首次开展的新手术、新疗法、新技术时；
- 3、将要实施紧急抢救生命的手术而患者家属或监护人不在时；
- 4、收治涉及法律和政治问题以及有自杀迹象的病员时；
- 5、发生医疗事故或严重医疗差错，损坏或丢失贵重器材时；
- 6、参加院外进修学习，接受来院进修人员时；
- 7、重大经济开支报批，签订重要的经济合同、协议时；
- 8、重要领导干部、知名人士和外宾住院、手术及特殊检查时；
- 9、发生患者逃跑、伤人、自杀迹象时；
- 10、涉外事项、丢失重要机密文件时；
- 11、严重违反医德医风和严重违反法纪的人和事；
- 12、职工发生打架斗殴或与社会上发生冲突时。

### 医院领导干部深入科室调查研究制度

- 1、医院领导干部要经常深入科室，调查研究、直接掌握一线工作情况，及时解决问题。
- 2、深入科室全面检查各项规章制度的执行情况，重点抓医疗、护理、教学、科研、预防、后勤、行风等工作，认真听取病员及家属、医务人员、科室领导的意见，表扬好人好事，纠正缺点错误。
- 3、院领导每年要参加业务实践，如查房、定期出门诊，参加重大手术、疑难病例的会诊、危重病人的抢救及其他业务活动。

### 医院院领导干部查房制度

- 1、院领导干部查房分为院长查房、分管院长查房。
- 2、院长查房由院办公室主持，各职能科室负责人参加；分管院长查房由相关职能科室主持，与分管工作有关的职能科室人员参加。
- 3、院长查房每月 1 次，副院长查房每月至少 1-2 次。
- 4、院长查房是对各科室医疗、教学、科研、护理、医德医风、劳动纪律、医保、收费及科室建设等工作进行全面检查与指导，并听取意见，解决问题；分管院长查房是对分管工作进行的全面检查与指导。
- 5、院领导干部查房要和现场办公结合起来，凡能立即解决的问题就地解决，对暂不能解决的要讲明原因或责成有关部门限期解决。
- 6、查房中发现的问题或隐患，要按医院有关规定限期整改。
- 7、查房中院领导确定有关职能科室办理的事项，职能科室要积极办理，并将办理结果及时向院领导汇报。

- 8、主持科室对在查房中提出需要解决的事项要加强督办，并将承办进展、处理结果向院领导汇报。
- 9、院领导干部查房记录，由主持科室使用专用记录本记录，并留存。

### **医院总值班制度**

- 1、院总值班由院领导及有关人员参加。
- 2、负责处理非办公时间内医疗、行政、后勤保障等方面的事宜，遇重大事宜及突发事件要及时上报，并亲临现场组织处理。
- 3、负责检查临床科室夜间值班人员的工作情况及全院安全状况。
- 4、接待好检查、来访人员，签收紧急文件。
- 5、做好值班记录，认真交接班，不得擅自离开岗位，交班后对未解决或未完成的事情，需交代相应科室继续办理。
- 6、按时参加总值班相关培训，并做好记录。
- 7、因公出差或病、事假不能参加值班时，由值班人员自己协商调整。若确有困难者，报告院办公室予以协调。
- 8、执行 24 小时值班制，参加总值班人员值班后第二天下午补休半天。节假日及星期天实行白、夜两班制，值班后按法定假日规定补休。

### **医疗、护理、行政夜查房制度**

- 一、在院长的领导下，由各职能科室、临床科室科主任、护士长及部分专业组长组成医疗、护理、行政夜查房小组，按照医院规章制度代替院领导行使职责。
- 二、查房小组每晚对医院进行全面巡视，并做好书面记录。
- 三、如在查房期间发生重大事件，查房人员应及时向分管副院长或院长汇报。
- 四、参加夜查房的人员由院办公室统一排班，如需换班，在与其他同事商定后还需通知院办并经同意后方可换班。
- 五、医疗、护理、行政夜查房人员的管理原始资料的保存等由院办公室负责。
- 六、每次查房时间为 7：00—11：00。

### **院办公室工作制度**

院办公室是协助院长处理医院行政日常工作的综合办事机构，其主要职能是通过在医院行政管理中的综合协调、审核把关及督察落实工作，实现参与政务、管理事务、搞好服务。

- 1、医院办公室在办公室主任的直接领导下，负责完成院长、副院长交给的医院行政管理和秘书工作。
- 2、组织起草全院行政工作综合性计划、总结、报告、规划、决定等文件，起草院长重要讲话。
- 3、安排各种行政会议，做好各种会议记录。负责督查医院文件、会议决定事项和院长指示的落实情况，定期安排院长查房。
- 4、负责医院行政公文的收发文处理与管理及医院行政发文的审核工作。
- 5、协调医院行政综合事务工作，对超过其职责范围的问题，提出处理意见，报院长决定。
- 6、组织处理需由医院行政直接处理的突发事件和重大事件。
- 7、统管印信。负责医院印鉴的保管、使用和审核并实施监督管理，开具对外行政介绍信及证明。
- 8、组织接待上级机关或兄弟单位来我院参观、访问，以及对院外的联络工作。
- 9、负责全院综合档案的管理、立卷、归档及查阅工作。
- 10、承办院领导交办的其它事项。

### **医院新闻发言人制度**

为进一步加强院务公开，规范医院新闻的发布行为，保障人民群众对医院工作的知情权，接受社会各界对医院工作的监督，为我院发展创造良好的舆论环境，特制定本工作制度。

## 1、新闻发言人的职责

(1) 新闻发言人由党总支书记及医院副院长担当，如遇紧急特殊事件发生，可由院领导指定或事件处理的主要负责人担当。

(2) 新闻发言人代表医院向新闻媒体，并通过新闻媒体向公众发布院务信息，通过介绍政策、通报情况、说明立场和回答新闻媒体记者提问等方式，实现医院与公众之间顺畅高效的沟通，为医院工作营造一个良好的舆论环境。

## 2、新闻发布的内容

(1) 医院的重大决策、重点工作、重要项目等。

(2) 医院发展形势。

(3) 涉及医院的重大问题、重要活动和社会关注的热点问题及重大突发性事件。

(4) 医院各部门工作中涉及社会的重要事项。

(5) 对新闻媒体有关报道的回应和事实说明。

(6) 其它应予新闻发布的事项。

## 3、新闻发布的形式

(1) 举办新闻发布会、记者招待会、新闻通气会、媒体集中采写等发布新闻信息。

(2) 通过书面形式发送新闻通稿。

(3) 邀请新闻媒体参加医院有关工作会议。

(4) 通过互联网发布新闻信息。

(5) 通过接受记者采访、向新闻界发表谈话发布新闻信息。

## 4、新闻发布的审批管理

(1) 涉及医院重要政策文件的发布，根据医院有关会议决议或院长批示进行。

(2) 对社会公众关注的热点问题、新闻媒体报道的敏感话题、重大突发事件的新闻发布，需由新闻发言人出面进行舆论引导，并报请上级有关部门批准进行。

(3) 新闻发布会，应于事前将发布的内容与形式报院长办公会议。

## 5、新闻发布的纪律

(1) 新闻发布要坚持正确的舆论导向，坚持新闻真实性原则，遵守新闻宣传纪律和有关保密规定，维护社会稳定。

(2) 举办新闻发布会就严格按照批准的内容进行，所发布的内容要按照确定的口径统一对外发布。如需变动，要重新审批。

(3) 未经授权任何人不得以医院名义和公职身份擅自发布院务信息。

## 信息公开工作制度

### 一、总则

1、为了保障公民、法人和其他组织依法获取公共卫生信息，提高卫生信息的透明度，保障公民、法人和其他组织依法获取与其利益密切相关的卫生信息，是医院主动接受社会监督，更好地为公众健康服务的具体体现。

2、卫生信息是指各级卫生行政机关和医疗卫生机构在履行职责和提供社会公共服务过程中制作或获取的，以一定形式记录、保存的信息。

### 二、公开范围

#### 1、信息公开包括：

医院情况：医院依法执业等级的主要事项，包括名称、地址、主要负责人、所有制形式、诊疗科目、准入许可、医疗设备配置、重点学科、科室布局、职能科室设置、工作人员姓名、职务、职称及主要

职责、领导简介以及科室规章等。

医疗收费：包括门诊、住院各种药品、检查、辅助治疗、医用耗材等项目价格收费依据和收费标准。

公告通知：包括上级主管部门下达的各项宜公开的信息、医院人事任免、招录招聘、招标采购。

卫生政策：包括城镇职工、城镇居民、新型农村合作医疗国家的相关医疗政策和免费医疗项目。

应急工作：包括应对突发公共卫生事件的应急预案、医院应急工作流程和职责。

诊疗工作：包括门诊、急诊、住院患者就诊流程。工作人员分工、安排。

卫生标准：包括涉及人体健康和医药卫生服务事项的各类技术标准。

行风建设：包括医德医风建设、病人的权利与义务、社会捐赠、医院服务投诉方式、上级部门投诉方式。

### 三、公开的方式和程序

1、 卫生信息公开工作要求。根据《中华人民共和国政府信息公开条例》和上级卫生行政主管部门的安排和部署，及时、准确、全面、真实公开属于主动公开范围的卫生部信息（包括医疗收费、卫生政策、应急工作、机构职能、公告通知）。

2、 卫生信息院外公开方式本着便利、快捷、有效的原则，采取医院网站、当地报刊、电视、广播、宣传单、短信等多渠道便于公众知晓的方式公开；

利用在门诊、病房以及对公众服务窗口等明显位置设立公开专栏、宣传橱窗、电子大屏幕公告栏；编制、印刷各类资料；

门诊利用视频播放公开各科室诊疗范围；

对门诊患者提供门诊发票、住院患者日清单的形式公开医疗费用信息；

设立院长接待日，公开医院业务查询电话、投诉信箱与投诉电话。

3、 对内公开采用医院院务公开栏、党政工作联席会、职工座谈会、职工代表大会的形式进行公开。

4、 公民、法人或其他组织可根据自身生产、生活等特殊需要，向医院申请公开所需信息，提交申请后，医院依申请内容：属公开内容的，依法进行公开；不属公开内容的，应以书面形式告知申请人并说明理由。依法不属于医院公开内容的，应向申请人进行解释、说明。

5、 申请公开内容涉及个人隐私、公开后可能损害第三方合法权益的，上级主管部门认为不宜公开的内容的不予公开，应对申请人做出书面解释、说明。

6、 对申请人提出的公开申请，属可公开范围的，应在申请人提出申请后 15 日内对申请人进行答复，如内容需经第三方同意公开的，可延时答复，但最长不超过 30 日。

7、 内容为突发性公共卫生事件的，应向上级卫生行政主管部门先进行提交，由上级卫生行政主管部门决定是否公开信息。

### 四、 附则

1、 法律、法规授权的具有管理公共事务职能的组织公开政府信息的活动，使用本条例。

2、 医院在信息公开依照《中华人民共和国保守国家秘密法》以及其他法律、法规和国家有关规定对拟公开的政府信息进行审查。

3、 信息不能确定是否可以公开时，应当依照法律、法规和国家有关规定报有关主管部门或者同级保密工作部门确定。

### 医院信息报送制度

根据《统计法》、《会计法》、《药品管理法》和卫生行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，推动信息报送工作步入制度化、规范化、科学化轨道，充分发挥信息工作在正确决策、科学管理、宣传服务中的重要作用，促进医院和谐、快

速、持续发展，特制定本工作制度。

1、医院信息报送工作由各分管院长领导，医务科、人事科、药剂科、总务科、信息科、财务科、预防保健科、门诊办等部门共同组成，根据卫统报表要求整理数据并汇总审核后，报各职能部门主任签字审核，及时按卫统报表要求直报上级卫生部门。

2、各归口医院行政职能科室的主要职责：

- (1) 医务科负责上报医疗服务数据及出院病人调查表的数据的审核工作。
- (2) 人事科负责提供人力资源表的数据并审核数据。
- (3) 设备科负责提供医用设备调查表的数据并审核数据。
- (4) 财务科负责提供医疗收入等数据并审核数据。
- (5) 信息科负责提供医院出院病人调查表的数据并审核数据。
- (6) 信息中心负责提供医疗服务数据并及时汇总按卫统报表要求直报上级卫生部门。

3、各归口行政职能科室要明确 1 名工作人员为本单位兼职信息员，从事具体信息报送工作。

4、各归口行政职能科室信息员的工作职责：

根据上级卫生统计工作报送要点，结合本部门实际工作，完成本部门信息的收集、编写、报送工作，定期向本科室主任报送信息审核，及时上报卫生统计部门。

5、信息报送程序及要求

各归口医院管理部门应按以下程序进行信息报送：

(1) 各归口行政职能科室医务科、人事科、药剂科、设备部、信息科（统计室）、财务科、预防保健等部门的信息员完成医疗、人力、财务、药品、设备、医疗统计等统计年报、季报、月报和实时报数据上报工作。经所在部门主管负责人审核同意，报送上级行政主管部门，同时整理成文，报分管院长。

(2) 对于各部门工作范围内的突发事件或其他重大紧迫事项，各部门信息员应首先及时告知本科室主任，同时向分管院长报告；并在口头报送后及时补送相关文字材料。

6、信息报送的基本要求：

(1) 各归口部门信息员要认真学习《统计法》、《会计法》、《药品管理法》，报送信息必须坚持时效性、真实性、完整性、准确性的原则，做到及时、准确、全面、实事求是。

(2) 重大突发性事件的报送必须注意时效性。重大事故、突发事件在发生后立即电话通报。

(3) 上报卫生部门的信息材料年报装订成册后及时转交档案室存档。

7、核查和问责制度

(1) 归口行政职能科室对报送的数据进行全面核查，定期对各归口部门报送信息进行统计整理，适当的信息将发布于院内网站，实现信息资源共享。

(2) 信息统计人员应对统计数据准确性负责，新建、重大统计指标需第二人复核。因工作疏忽造成的统计失真或自行修改统计资料、编造虚假统计数据一经发现严肃批评教育，造成重大影响的交医院处理。

## 医院管理协调制度

一、为了加强医院各部门的沟通和协调，满足医院各项工作需要，提高工作效率，特制定本制度。

二、医院管理协调制度旨在：

1、促进医院各部门规章制度的统一，形成合力，已发正确履行各自职责。

2、及时有效解决医院各项工作运行过程中存在和出现的突出矛盾和问题，促进医院“以病人为中心”的各项工作规范有序进行。

三、医院各职能科室室各项协调工作的牵头部门。

四、医院职能科室：院办公室、党总支办公室、人事科、医务科、护理部、财务科、信息科、预防保

健科、院感科、医保科、保卫科、总务科、质控科、宣传科、病案科和门诊办公室。

五、各职能科室要严格执行其工作制度，履行其岗位职责，为临床一线服好务，确保医院以医疗工作为中心的各项工作安全、高效运行。

六、协调制度主要通过下列形式得以实现：院务委员会，临床与护理、医技与临床科室沟通协调会，医院质量与安全、医疗质量与安全、药事管理、医院感染、输血等委员会组织的工作会和由医务科等职能科室召集的各种临时性协调会。

七、临床与护理、医技与临床科室沟通协调会不定期举行，临床与护理沟通协调会由医务科召集，医技与临床科室沟通协调会由门诊办公室召集；医疗质量安全、药事、医院感染、输血等管理委员会工作会，每季度举行一次，由相关职能科室召集；院务委员会定期举行，由院办组织召集。

八、临时需要协调的工作，牵头科室遵循下列原则，其他部门要全力配合：

- 1、涉及全院多部门的行政性事务需要协调时，由院办公室牵头。
- 2、涉及医德医风、行风建设、院务公开、新闻宣传及党建等需要协调的工作，由党总支办公室牵头。
- 3、涉及医疗工作需要协调的事项，由医务科牵头。
- 4、涉及护理工作需要协调的事项，由护理部牵头。
- 5、涉及院感、预防保健工作需要协调的事项，由院感科牵头。
- 6、突发公共卫生事件的协调牵头部门为院感科、医务科和保卫科，总协调牵头部门为院感科。
- 7、涉及院内治安、消防安全、综合治理等工作的协调牵头部门为保卫科。
- 8、涉及物资供应、设备维修、保洁等后勤保障服务工作的责任科室是总务科。
- 9、其他临时需要协调的工作牵头部门为相关的职能科室。

九、各牵头协调的部门要有详细的文字记录资料。

## 大事记录

1、医院大事记录由院办公室负责，每年一次汇编组卷。

2、各职能科室建立科室大事记，适时记录，年末送交院办。

3、大事记载必须一事一记，对时间发生的具体时间、地点，涉及的部门、人员和结果要记述清楚，维护事实的本来面貌。

4、大事记主要记载内容：

- (1) 本单位贯彻党的方针、政策中所采取的重大部署、措施、安排；
- (2) 本单位召开的重要会议，作出的重要决策；
- (3) 本单位颁发的“法规性”文件，如公约、方案、细则、办法、规章制度等；
- (4) 本单位中层以上干部的人事变动；
- (5) 本单位内设机构的增设、撤销、更名、分开等；
- (6) 重大的内、外事活动；
- (7) 本单位领导参加的各种重要会议和重要活动；
- (8) 本单位直接影响的异常自然变化及后果，如造成灾害的水、旱、火灾等；
- (9) 本单位的政治事件；
- (10) 重大的事故及后果，如车祸、电灾及重大的盗窃、伤亡等；
- (11) 上级对本单位的奖惩及本单位人事奖惩；
- (12) 其它需要记载的大事。



## 院办公会督查制度

为确保各项工作的顺利进行，进一步提高工作效率，保证工作质量，逐步建立运转协调、程序规范、办事高效的工作运转机制，现结合我院工作实际，制定本制度。

### 1、督查工作领导

督查工作在院班子的直接领导下，由院办具体负责督办。各职能科室按照承担的职责和领导批示具体落实。

### 2、督查工作的主要内容

- (1)市卫生局及上级部门等重要会议、文件、决定的贯彻落实情况。
- (2)医院办公会议布置的工作任务完成或落实情况。
- (3)院长行政业务查房缺陷整改情况。
- (4)院领导的批示和交办事项的贯彻落实情况。
- (5)其他需要督办落实的有关事项。

### 3、督查工作程序

(1)院办负责督查工作，将要承办的项填写“督办事项通知单”送达相关科室。

(2)各承办职能科室收到督办事项后，要严格按照工作程序及时办理，并在规定的时限内办结。一般情况下，急件应在2个工作日内办结，普通件在4个工作日内办结。对情况较为复杂或需要调研，短期内无法办结的事项原则上在1个月内办结。对督办事项、领导批示有明确时限的，应在批办的时限内办结。如遇特殊情况在规定时限内无法完成的，应及时在督办事项通知单上说明原因并交院办。

(3)各承办职能科室在办结督办事项后，在督办事项通知单上填写“督办事项处理结果”，及时反馈院办，院办负责汇总，并反馈院班子。

### 4、督查工作保证措施

(1)督查工作纳入各职能科室年度工作目标管理。年终，根据各职能科室承办事项的办结情况进行综合评定，并作为对各职能科室及其负责人的考核依据。

(2)各职能科室在接到“督办事项通知单”后，不得无故拒办或拖办，院办要及时做好督促检查工作。对拒办、拖办影响医院工作正常开展和造成恶劣影响的，将视情节轻重，追究有关职能科室负责人的责任。

## 公文管理制度

公文处理应当坚持实事求是、精简、高效的原则，作到及时、准确、安全。为规范我院公文处理工作，特制定本制度。

### 一、发文制度

(一)文稿的形成具体包括：拟稿、审核、签发、复核。

1、拟稿：由各职能科室按照公文书写规范拟定初稿。公文的种类包括：报告、请示、决定、通报、通知、简报、函、会议纪要等。

2、审核：行政序列发文，由办公室主任或副主任进行审核，党委序列发文由党委办公室主任进行审核。审核内容包括：是否符合党和国家的方针、政策，符合有关法律、法规的规定；是否与医院中心工作要求相一致；是否确需行文；是否经过协商、会签；行文方式是否妥当；是否符合行文规则和拟制公文的有关要求；公文格式是否符合规定。

3、签发：院内发文签发由院长签发。

4、签发人：报告、请示、决定和通报需打印签发人。

5、行文格式：报告、请示需使用上行文格式。

(二)公文的制作具体包括：校对、复核、缮印、用印、登记。

1、校对：校对工作由拟稿科室自行校对，校对人在发文稿纸上签署校对姓名。

2、复核：公文正式印刷前，办公室主任或副主任应当进行复核。复核内容包括：审批、签发手续是否完备；附件材料是否齐全；格式是否统一、规范；确定分送单位和印制的份数等。经复核需要对文稿进行实质性修改的，应按程序退回拟稿科室修改。

3、用印：在印毕的公文上加盖发文单位的印章，其作用标明公文的正式性质和法定效力。

(三)对外报送的不使用公文头的公文，需在院办登记并盖医院公章。

## 二、收文制度

(一)收文的分类：医院的收文分为内收文和外收文两大类。

1、外收文：上级各部门正式下发的各类文件、文书和资料；院领导和各职能科室参加各种工作会议带回的文件等，也必须及时交回院办按收文制度办理收文。

2、内收文：包括医院内部发文需院领导及职能科室负责人知晓的文件；上级部门尚未正式下发但与我单位关系密切的文件；各类与医院建设发展相关的简报；医院与外单位签订的各项协议、合同；院领导临时决定的其他需办理内收文的资料等。

(二)收文的办理

1、收文办理包括签收、登记、拟办、承办、催办等程序。

2、由办公室负责对公文进行签收、登记。

3、办公室主任或副主任应当及时对签收登记后的文件提出拟办建议，送院长批示。

4、院长批示后，由办公室主任或副主任按批示意见对公文进行分发。

5、按照院长批示进行第一轮公文传阅，即院长批示的承办部门分管领导及部门负责人阅办。需要两个以上部门办理的应当明确主办部门。紧急公文应当明确办理时限。

6、承办部门收到交办的公文后应当及时办理，不得延误、推诿。紧急公文应当按时限要求办理，确有困难的，应当及时予以说明。对不属于本部门职权范围或不宜由本部门办理的，应当及时退回办公室并说明理由。

7、公文办理中遇有涉及其他部门职权的事项，主办部门应当主动与有关部门协商。如有困难应及时向院办主任或副主任反映，并由院办主任或副主任牵头协调。

8、承办部门负责人签署意见后，进行第二轮公文传阅，即其他院领导、职能科室负责人传阅，以及时了解相关信息，达到信息共享和沟通的目的。

9、阅批公文时，院长同意院办主任提出的拟办建议，只需签名即可，院长如有其他考虑，应明确签署意见；对需办理或有具体请示事项的，分管院领导应当明确签署意见和日期，其他阅批人签字视为同意和已阅知。

10、送领导批示或者交有关部门办理的公文，办公室需要负责催办，作到紧急公文跟踪催办，重要公文重点催办，一般公文定期催办。对一般性公文，办公室应负责三天内收回，并对各部门的办理结果进行督查。

## 三、公文的归档

由办公室负责按规定程序对处置完毕的公文进行立卷归档、暂存、销毁。

四、本制度自印发之日起执行。

## 档案管理制度

为了加强档案工作的科学化管理，充分发挥档案在各项工作中的作用，特制定本制度。

1、凡在医院工作中形成的具有保存价值的文字、图表、图片、声像等不同载体的文件材料、光盘等都属于归档范围。

2、档案室具体负责档案资料的收集、整理、立卷归档和管理工作。

3、集中统一管理医院各门类 and 载体档案，为开展各项工作服务。

4、建立档案借阅制度，严格按审批权限和手续借阅档案。

5、认真做好借阅档案的登记与统计工作，注意反馈和收集利用效果。

6、做好档案的鉴定工作，对无保存价值、保管期限已到档案组织鉴定销毁。

7、做好防潮、防蛀、防火、防盗等工作，严格执行保密制度，维护档案的完整和安全。

8、一般在每年6月底前完成上年档案的整理归档工作。

## 保密工作制度

1、严格遵守国家保密法，保密守则十条和保密制度的有关规定。

2、加强文件管理。一切秘密文件、资料在收发、传阅、归档、保管、清退、移交、销毁等过程中，均应严格执行文书处理的有关规定及党内文书处理的有关规定，认真执行党内文件传阅规定，严禁在文件夹中自行取出文件，院领导、中层干部借阅文件必须办理借阅手续，以防止文件丢失和文件泄密后能明确责任。

3、严禁任何个人、科室擅自抄写、翻印、复印秘级文件。

4、与工作无关人员不得随意进入档案室、打字室。离开办公室要将文件入柜加锁，关好门窗。

5、节假日期间做好保密保卫工作，加强值班。

## 印章管理制度

### 一、总 则

1、为加强和规范医院印章的管理，维护印章的严肃性，确保印章安全使用和管理，结合医院实际，特制定本规定。

2、本规定所指印章包括院党总支和行政公章，崇州市第二人民医院公章、院领导公务私章、各职能部门、群团组织、医院专用印章(含崇州市第二人民医院字样的，如：财务专用章、体检章)等。

### 二、印章的管理

1、党总支办公室、院办公室(以下简称党办、院办)是医院各类印章的综合管理部门，负责保管、使用院党委和行政印章、院领导公务私章等。各科室要指定专人(监印人)保管、使用本部门印章。

2、医院非常设机构一般不刻制印章，确因工作需要应由科室提出申请，院办提出意见报院领导审批后刻制。

3、各科室负责人对本科室使用印章负有监管责任，要确保印章安全，不得在空白纸上用印。如发现问题，依照有关规定，要追究监印和管理人员的责任。印章若遗失要立即向本科室负责人、党办、院办及保卫科报告，并登报声明该印章作废。

4、重要材料使用印章必须办理使用登记手续。登记项目包括：用印日期、事由、印数、用印科室、批办人、经办人。监印人在用印时要审阅、了解用印内容，核实、清点用印数量，要坚持原则，对不符合规定的用印，有权拒绝。

5、印章原则上不借出使用，特殊情况需借出使用时，用印部门须出具申请，由印章监管人批准后方可借出，并派人监印。

### 三、印章的使用

#### (一)印章的使用范围

1、医院印章主要用于医院公文公函、职工各类证件和人事资料、医院行为合同或协议、项目申报书(表)、成果申报或鉴定书(表)、医院颁发的奖励证书及其它代表医院意见的事项等用印。

2、除医院授权的印章外，医院各科室印章原则上不对外使用，只能在本科室的职责范围内使用。严禁使用各科室印章对外签订合同及其它契约类文书。

3、专用印章是医院及有关科室履行某一专项业务而使用的印章。该印章只代表印章上刊明的使用范围。

4、院长公务私章属于医院的公务章，代表医院领导人的身份，是行使职务的标志。

#### (二)印章的使用程序

1、以医院名义发出的公文、公函，经党办、院办负责人审核签名、院领导签发后，方可使用医院印。

2、医院颁发的各种证书、证件用印，经承办科室造册、编号，科室负责人审核签名，报分管领导审批，方可使用医院印。

3、以医院名义对外签订协议、合同，按医院有关规定，经相关科室审核报院领导审批同意后，方可使用医院印。

4、医院统计报表、工资报表、财务报表等各类对外报表用印，须由相关科室负责人审核签名，院办审查，经院领导审批后，方可使用医院印。

5、各科室印章的使用，由该科室负责人批准，科室监印人员凭负责人签字，确认后方可使用印章。

### 四、附则

1、任何科室和个人违反本规定擅自刻制、使用印章，医院将按照有关规定给予当事人及科室主要负责人严肃处理。

2、本规定自发文之日起施行。

## 管理干部外出请假制度

为进一步加强医院干部管理，规范请假程序，增强组织纪律性，改进工作作风，提高医院干部的行政工作效率及应急能力，特制定本制度。

### 一、医院领导外出请假

院长、书记外出(指离开本地，包括出差、会议、休假等，下同)，由人事科负责向上级主管部门报告，并明确一名副院长临时主持工作。

副院长外出请假由院长审批。

### 二、职能科室干部外出请假

职能科室正职(含主持工作的副职)外出由院长审批，应明确一名专人临时主持工作，并报院办及办理请销假手续。

职能科室副职外出，请假应由正职审批，并报院办及办理请销假手续。

### 三、临床、医技科室干部外出请假

临床、医技科室正职(含主持工作的副职)外出，由分管医疗院长审批，同时，应明确专人临时主持工作，并报院办及办理请销假手续。临床、医技科室副主任外出请假由主任审批，并报院办及办理请销假手续。

### 四、护士长外出请假

护士长外出由护理部审批，3 天以上由护理部签署意见后，报分管医疗院长审批，并报院办办理请销假手续。

五、因病请假须出具医疗证明，遇特殊情况需续假的，要及时向分管领导报告，回单位后及时办理补假手续。

六、本制度同年底考核挂钩，并作为考核和奖惩的依据之一。

七、本制度自下发之日起实行。

## 医院文化建设制度

- 1、坚持以文化理念管理医院，以人为本，不断创新医院文化，提高和提升医院的核心竞争力。
- 2、抓好医院文化系统建设，建立医院文化建设长效机制。
- 3、抓好精神文明建设，确立办院宗旨、办院方针、价值观和服务理念。
- 4、抓好医院文化阵地建设，开辟医院文化建设新载体，坚持办好展版、宣传栏，提高职工文化素养。
- 5、加强医院形象宣传，树立品牌形象，发挥品牌效应。
- 6、深化精神文明建设活动，开展“创先争优”，每年开展一至二次全院性文体活动。
- 7、完善文化制度建设，增强员工凝聚力。
- 8、抓好物质文化建设，做到基础设施现代化、环境优化、医疗设备现代化、科技信息化。

## 计划生育工作制度

1、在院长领导和上级有关部门的指导下，认真落实党的计划生育方针、政策，严禁计划外生育，严格执行有关规定。

2、婚假：凡晚婚（男 25 周岁、女 23 周岁）婚假 15 天；符合婚姻法规定年龄（男 22 周岁、女 20 周岁），婚假 5 天；再婚者婚假 5 天。

3、生育史：凡顺产休假 90 天；在爱婴医院分娩，出院后 3 个月内确属纯母乳喂养产妇，享受增加 30 天纯母乳喂养产假；凡晚育者（女 24 周岁以上），按省计划生育条例增加产假 30 天；难产增加产假 15 天；多胞胎生育者每多生育 1 个婴儿增加产假 15 天。若产假中恰逢公休假日（包括元旦、春节、五一、国庆等）以及单位规定的假日，不再另增加休假天数。上述产假时间累计不超过 4 个月，多胎生育在 4 个月基础上累加。（详见医院各类休假规定）

4、哺乳：由所在单位在工作时间内，每天给两次哺乳（包括人工喂养）时间每次三十分钟（两次时间可合并使用），哺乳期不超过 12 个月。

5、自申请领取独生子女证起，由父母所在单位分别发给独生子女奖励金每月 5 元，至独生子女满 18 周岁止。

## 第二章 人事管理制度

### 一、人事科工作制度

1. 认真学习党和国家有关人事工作的方针、政策、法规、条例和规定，并严格执行。注意做好保密工作。
2. 建立健全各种规章制度，按客观规律办事，及时向分管领导汇报工作进展情况，科室人员做到互通情报，协调工作。
3. 经常深入科室，及时发现和解决问题，合理调配人员，提高工作效率，积极完成各项工作任务。
4. 坚持党性原则，吃苦在前、享受在后，忠诚老实，襟怀坦荡、遵守纪律。
5. 廉洁自律，实事求是，秉公办事，锐意进取，竭诚服务。

### 二、人事工作保密制度

- (一) 人事干部要认真学习党的方针政策，努力提高执行人事政策、法律法规的准确性。
- (二) 热爱本职工作，忠于职守，刻苦钻研业务，努力提高业务水平和工作能力。
- (三) 严格遵守保密制度，不向无关人员提供或泄漏职工的个人信息内容。不在办公室外讨论人事信息。
- (四) 人事资料要妥善保管、归档。按规定的保管年限和要求存放，并在保管期满后按规定程序销毁。
- (五) 涉及员工的证件号码、家庭成员信息等统计资料在使用后不得随意丢弃，无继续使用价值的要及时销毁。
- (六) 查阅档案，必须严格遵守保密制度，严禁在档案内涂改、圈划及撤换档案材料，不得泄漏被查档案。
- (七) 任何人不得查阅或借阅本人及亲属的档案。
- (八) 人事干部要严于律己，模范遵守以上规定，违反者追究当事人的责任。

### 三、卫生技术人力资源管理制度

1. 医院聘用具备资质的卫生专业技术人员是保障医疗质量与患者安全的基本准则。
2. 医院要有适合于本院的卫生专业技术人员的聘用制度、评价程序，具有活力的运行机制，使人力资源得到不断的更新，要注重卫生技术人员实际为患者提供诊疗服务的工作能力。
3. 医院有人力资源配置原则与工作岗位设置方案的文件，所配置的卫生技术人员全部符合《执业医师法》、《护士条例》规定的要求。
  - (1) 各科室人力资源配备合理并满足需要，各级各类卫生技术人员的梯队结构合理。
  - (2) 各级各类卫生技术人员的配比应当与医院功能任务相适应，与工作量相匹配。
  - (3) 医师的梯队结构与实际技能符合三级查房的要求；护理人员的数量与梯队（年龄和学历层次）结构合理，满足分级护理的质量保证需要。
  - (4) 当床位使用率大于 97% 时应当有人员的配比调整机制与人员储备机制。
  - (5) 主要临床、医技科室均配有中级卫生技术人员；
4. 建立实行全院岗位职务聘用的体制与程序，设置试用期，做到公开、公平、公正；对每一种岗位的职责、资质、实际能力有明确的要求。
5. 在院执业的卫生技术人员全部具备相应岗位的任职资格和实际服务能力，并是按照法规要求具有执业资格和在本院注册的。接受过不同等级的复苏技术培训的合格者。
6. 建立卫生技术人员能力定期考核机制。
7. 建立院、科两级人员紧急替代的制度与程序，以确保患者获得连贯诊疗，尤其是急诊、夜间与节假日。
8. 有保护医务人员职业安全的规范与措施。

#### 四、医院从业人员准入制度

医院治疗活动是一项专业性、技术性极强的工作，必须经过严格培训、考核合格后取得相应资质后才能进行，按照国家相关标准及医院管理规范的要求，结合我院实际情况，制定以下管理制度：

##### （一）、医师、医技类人员资格准入管理制度

- 1、严格按照《中华人民共和国执业医师法》和国家中医药管理局制定的《中医师、士管理办法（试行）》执行医师注册执业管理。
- 2、医务科严格审查医师资质，未取得医师执业资格者及未经医师执业注册者不得独立从事医疗工作。
- 3、严格遵守医师执业范围，严禁超范围执业；严格执行医疗技术准入与手术分准入与手术分级管理制度，严禁越级开展手术。
- 4、对取得医师资格证的人员，须将相关资料及时报人事科，人事科签字审核后，医务科为其办理注册手续并授予处方权，《执业医师证书》《医师资格证书》交人事科留档。
- 5、对新调入我院有执业资格的人员，必须在报到工作前先办理执业变更手续，再由本人提出书面申请、科室签具体意见后报医务科授予处方权后，方能独立执业。
- 6、新分配来院并取得了医师资格的研究生，须按程序进行医师执业注册，申请处方权。
- 7、已取得执业助理医师资格的人员，必须在执业医师指导下从事各项诊疗活动，不能独立执业。
- 8、医技人员必须取得相应专业技术资格，经科室考核合格后书面报送医务科，在审核同意备案后方可独立执业和出具相关检查报告。
- 9、（1）凡未取得规定学历的人员，不得从事临床、医技等医疗相关专业的诊疗活动。  
（2）师承中医的，必须有崇州市中医学学会师承介绍<公正>或证明，在带教老师的带领下才能从事诊疗活动。  
（3）实习生需持学校实习介绍，并在医务科报到后，指定带教老师按照所学专业方能进入实习岗位。
- 10、进修人员必须持医疗机构的介绍信，医教部门要严格把关，审验毕业证，若需要授处方权时必须注册到本院并获得授权。短期支援人员（上级指派）必须在执业注册范围内开展诊疗活动。
- 11、医师在开展 I 类 II 类诊疗活动时，须有院长的授权。
- 12、大型医疗设备操作<CT、MRI、彩超、高压氧舱>的工作人员，须获得省级以上大型医疗设备上岗证，专业培训合格证方能上岗。

##### （二）、护理类人员资格准入制度

- 1、严格按照《护士条例》执行护士注册执业管理。护理部负责本院护士注册管理工作，严格审查护士资质。
- 2、未取得护士执业资格者及未经护士执业注册者均不得独立从事护理工作。
- 3、严格遵守护士执业范围，严禁超范围执业。
- 4、从事护理工作的注册护理人员，必须自觉遵守《护士条例》有关规定。遵照执行卫生行政主管部门规定的其他条件。
- 5、对新进我院有执业资格的人员，在办理首次注册或变更执业注册后，方能独立执业。调入科室根据其实际业务能力试用 1 至 3 个月，经科室考试、考核确定能胜任本科室业务工作的，由科室出具意见后报护理部备案。
- 6、注册护士在特殊护理岗位工作必须经过相应岗位技能培训方可上岗。

##### （三）、药师资格准入管理制度

- 1、严格按照《药品管理法》、《医疗机构药事管理暂行规定》、《处方管理办法》等法规管理医院药学专业技术人员（以下称药师）
- 2、药剂科严格审查药师资质，未取得（中、西药学）药师资格者，不得独立从事药学专业技术工

作。确因医院工作需要需独立执业，对取得药士而未达药师职称的药剂人员，应从事药学专业技术工作满3年并对其进行人文素质、基础理论、专业技能、相关知识与技能进行必要的考试与考核，合格者，药剂科报主管院长同意，人事科备案后，可以独立从事药学专业技术工作。

3、对新调入有药师以上专业技术任职资格人员，先试用2个月试用期满后，药剂科应进行必要的综合考试与考核，合格者，药剂科报主管院长同意，人事科备案后，可以独立从事药学专业技术工作。

4、新到的院校毕业生，见习期为1年，不能独立执业，只能从事药士级别的工作，在上级药师指导下从事普通处方调配工作，并在药房制剂、库房间轮转强训。见习期满后，如取得专业技术任职资格，由本人将资格证书报人事科备案，按专业技术任职资格管理；如未取得专业技术任职资格，同见习期管理。

## 五、招聘、选留毕业生暂行办法

根据医院编制和人员配置现状，为加强各专业学科梯队建设，从高等医学院校招聘应届毕业生，以保证医院的持续发展，制定本制度。

### （一）招聘对象

各高等医学院毕业生。

### （二）招聘原则

1、贯彻“公开、平等、竞争、择优”原则，坚持德才兼备标准，既注重业务水平和工作能力，同时并重思想素质和职业道德情操水准。

2、坚持编制控制、工作急需、专业对口、人员优化原则。

3、坚持以学科建设为中心，人才梯队建设为重点，优化人力资源结构为目标，尽力充实薄弱学科，加强重点学科和特色学科的原则。

### （三）招聘条件

1、临床医疗专业本科学历。

2、基础理论知识扎实，专业基础，临床技能等相关的岗位能力考核合格。

3、思维敏捷，分析判断能力较强。

4、有一定的团队协作能力。

5、有胸怀奉献于医疗卫生事业的决心。

6、身体健康，有适应与行业岗位要求的身體条件。

### （四）招聘程序

1、编制招聘计划：每年10月底前各科室根据本部门编制和工作需要，拟定和编制次年招聘计划（内容包括：专业方向，需要人数，学历层次，其他要求等）交人事科。人事科汇总各部门上报计划后，提交医院审定。

2、发布招聘信息：人事科根据本年度用人计划，拟定招聘启示，公开岗位和任职条件。

3、试岗考核合格者参加医院组织的岗前培训。

4、签订就业协议

对符合录用条件的人员，在人事科签订《劳动合同书》。

### （五）其他事宜

1、如已签约的学生有违约者，人事科负责办理违约学生的相关赔偿手续。

2、在试用期内经考核不能胜任岗位要求者，人事科负责办理辞聘、解聘手续。

## 六、新职工岗前教育制度

岗前培训的目的是使每位新入院的职工能尽快适应医院的工作环境帮助他们了解医院，熟悉岗位明确自己的义务和责任，更快更好的胜任未来的工作。

（一）凡新进人员必须参加医院举办的新进人员岗前培训，未经岗前培训不得上岗，具体实施办法依本规定执行。

（二）岗前培训的时间、形式、内容：

岗前培训一般定于每年的 9 月份，具体内容包括：

- 1、岗前培训的重要性，教育新员工如何做一名合格的医院职工。
- 2、医院基本概况、劳动纪律教育、医院的院纪院规。
- 3、医院行风建设、医德规范教育、培养廉洁从医的责任意识。
- 4、《医疗机构管理条例》、《执业医师法》、《医疗事故处理条例》、《处方管理办法》、病案书写规范、医务人员岗位职责、医院核心制度、医疗安全措施、医患沟通及技巧。
- 5、《护士管理条例》、护理工作制度、护理人员岗位职责。
- 6、继续教育制度及临床住院医师规范化培训制度。
- 7、传染病基础知识及医院感染基础知识。
- 8、临床用血管理知识。
- 9、法制教育及消防安全常识教育。
- 10、医保政策培训。
- 11、其他各专业技能培训由各职能部门负责进行。

（三）培训办法及要求：

新进人员报到后，由人事科负责，医务科、护理部配合组织培训结业考核合格后方可上岗。

未参加集中培训的新上岗职工，试用期内除进行专业技术培训外，依照本规定要求进行自学。

（四）岗前培训由人事科具体负责，制定培训计划、安排具体学习日程，并组织考试。

## 七、医院职工解聘、辞聘管理规定

（一）医院职工的解聘、辞聘

- 1、解聘：医院定期对职工进行考核，将其工作绩效与岗位职责、岗位目标任务进行对照，判断其是否合格。如果连续多次考核不合格，医院便可根据职工聘任合同规定，解除与职工之间的聘用合同。
- 2、辞聘：当医院没有按照聘用合同履行其对职工的义务或者职工对医院的工作环境、工资报酬等不满时，职工可以主动解除其与医院之间的聘用合同。
- 3、诫勉制度：通过职工考核，医院对服务质量和服务态度较差的职工，或者绩效较差但不够解聘条件的职工、责令其限期改正，如果到期不改者，则予以解聘。

（二）医院职工解聘、辞聘制度的实施

根据有关文件精神和工作实践，医院职工解聘、辞聘制度的具体实施内容如下：

- 1、受聘职工有下列情况之一的，医院可随时单方面解除聘用合同。
  - （1）连续旷工超过 10 个工作日或 1 年内累计旷工超过 20 个工作日的；
  - （2）违反工作规定或者操作规程，发生责任事故，或者失职、渎职，造成严重后果的。
  - （3）严重扰乱工作秩序，致使医院或其他单位工作不能正常进行的。
  - （4）被判处拘役、有期徒刑或缓刑以及有期徒刑以上刑罚收监执行的。
  - （5）对在试用期内被证明不符合本岗位要求又不同意医院调整其工作岗位的。
- 2、受聘职工有下列情形之一的，医院可以单方面解除聘用合同，但是应当提前 30 日，以书面形式通知拟被解聘的职工。
  - （1）受聘职工患病或者非因公受伤，医疗期满后，不能从事原工作也不能从事由医院安排的其他工作的；
  - （2）受聘职工年度考核或者聘用期考核不合格，又不同意医院调整期工作岗位的，或者虽同意调整工



作岗位，但到新岗位后考核仍不合格的。

3、受聘职工有下列情形之一的，医院不得解除聘用合同。

- (1) 受聘职工患病或者负伤，在规定的医疗期内的；
- (2) 女职工在孕期、产期、哺乳期内的；
- (3) 因工负伤，治疗终结后经劳动能力鉴定机构鉴定为1至4级丧失劳动能力的；
- (4) 患职业病以及现有医疗条件下难以治愈的严重疾病或者精神病的；
- (5) 受聘职工正在接受纪律审查尚未作出结论的；
- (6) 属于国家规定的不得解除聘用合同的其他情形的。

4、有下列情形之一的，受聘职工可以随时单方面解除聘用合同。

- (1) 在试用期内的；
- (2) 考入普通高等院校；
- (3) 被录用或者选调为公务员的；
- (4) 依法服兵役的。

除上述情形外，受聘职工提出解除聘用合同未能与医院协商一致的，受聘职工应当坚持正常工作，继续履行聘用合同；6个月后再提出解除聘用合同仍未能与医院协商一致的，即可单方面解除聘用合同。

5、聘用合同订立时所依据的客观情况发生重大变化，致使合同无法履行，经医院、受聘职工双方协商不能就变更合同达成协议的，双方均可以单方面解除聘用合同。

6、受聘职工在涉密工作岗位的，解除聘用合同应当遵守国家有关涉密职工管理的规定。

## 八、医院职工年度考核制度

### (一) 考核范围和对象

在职在岗的专业技术人员、党政管理人员（职工）和工勤人员；

### (二) 年度考核的方法

年度考核工作实行两级负责制：医院、科室。具体考核以科室为单位，采取个人总结述职、民主测评、组织评鉴、领导审定的程序进行。

### (三) 考核内容及等次划分

1、考核的内容主要包括德、能、勤、绩四个方面。具体按各类人员岗位特点进行，在思想政治考核合格的基础上，重点考核工作实绩，即本人在年度从事的工作、完成工作任务的情况及取得的成效（数量、质量、成绩、效果等）。

2、考核结果分为优秀、称职、基本称职、不称职四个等次。其中优秀等次人员比例掌握在本部门实际参考人数的15%以内。

3、受行政、党内警告处分的人员当年参加考核，但不得确定为优秀等次。受行政记过、记大过，党内严重警告处分的当年参加考核，只写评语，不确定等次。行政上受降职、撤职、开除留用查看处分的，当年参加考核，确定为不称职。

4、在考核年度内服从工作安排或出现重大事故的责任人考核等次为不称职。

5、无正当理由不参加考核，经教育后仍拒绝参加的，考核等次确定为不称职。

### (四) 考核结果及使用

1、考核工作结束后，考核材料存入本人档案。

2、按照有关规定，考核结果作为职工个人岗位聘任、职称职务晋升、薪级工资调整、评选先进以及岗位绩效工资、年度（年终）奖等发放的重要依据。

3、年度考核确定为优秀等次人员，优先推荐评选先进。

考核结果为称职人员全额发给医院年度（年终）奖。

## 九、退休人员管理制度

1. 重视和加强退休人员管理工作，主要领导应经常亲自过问，分管领导要具体负责。
2. 退休人员的政治、生活待遇，按事业单位标准执行，无特殊情况，不得拖欠离退休费。
3. 积极组织退休人员开展形式多样、丰富多彩、健康有益的活动，丰富退休人员的生活。
4. 对退休人员做到“三必访”，即家庭生活困难必访；生病住院必访；出现其它异常情况必访。
5. 及时解决退休人员的实际困难，为退休人员办好事办实事和服务好。
6. 积极组织退休人员参加本单位组织的各类文化活动，使他们老有所乐。
7. 退休人员应积极理解和支持在职人员的工作，顾全大局，共同做好退休人员管理工作。

## 十、职工退休、病退、提前退休、退职制度

1. 根据国家有关规定，工作人员达到国家统一规定的年龄后，不需要本人申请，由人事科负责掌握，提前一个月通知本人和科室，达到法定退休年龄的当月即按程序办理退休手续；达到国家规定的病退年龄，由本人书面申请、经人力资源与社会保障部门指定医院所出具劳动能力鉴定证明，证明其符合病退条件的，可办理病退；达到特殊工种提前退休年龄，经本人书面申请，经人力资源与社会保障部门审查符合提前退休条件的，可办理提前退休。

2. 正常退休年龄，按照国家统一规定执行。男年满六十周岁，女（管理岗位）年满五十五周岁、（工勤岗位）年满五十周岁。

3. 本人的出生日期，应当以身份证的出生日期为准，但如发现弄虚作假，故意更改出生日期的要严加查处，并追究当事人责任。

4. 经劳动能力鉴定中心鉴定完全丧失劳动能力，又不具备国发（1978）104号文件规定的病退条件（男满50岁，女满45岁，工龄满10年）的职工，经本人书面申请，可办理退职。

5. 人事科将离退休（含病退）、退职手续办理完毕后，及时将办理结果、所需证件材料送达本人，并向离退休办介绍其关系。

6. 退休人员的退休待遇参照事业单位同级别退休人员标准执行。

## 十一、员工意外伤害（含感染、职业暴露、化学、放射等）管理制度

1. 医院应当制定防止和处理员工感染（包括化学、放射等）与职业损伤意外（包含注射针刺伤等）事件的管理文件，提供给员工遵守。

2. 医院根据国家现行法律、法规（如安全生产、劳动保护等）的要求，制定员工遭受感染（包括化学污染）与职业损伤后的应急处理程序与整改措施。

3. 应当能如实地追踪员工遭受感染与职业损伤的原因，有避免类似事件再次发生的措施。

4. 应当有对员工进行受到感染与职业损伤（含化学损伤等各类损伤）时紧急处理的基本知识与程序的教育和培训，使其能知晓相关的基本知识与程序。

## 十二、护理人员职业防护制度

1. 护理人员到岗前进行岗前教育，定期接受职业防护知识培训，增强护理人员的职业防护意识和防护知识。

2. 病房及工作区域通风良好，环境整洁。护理人员在日常工作中应采取最基本的防护措施，穿工作服和工作鞋，戴口罩、帽子，洗手。

3. 护理人员在进行护理操作或进行清洁、消毒工作时，应严格执行护理操作规程和护理工作制度，避免发生职业暴露。

4. 以下情况应戴手套，脱去手套后应认真洗手：

（1）接触患者血液、体液、分泌物、排泄物及其污染物品时。

- (2) 接触患者粘膜和非完整皮肤时。
- (3) 清理传染性患者用过的物品及进行清洁消毒时。
5. 当患者血液、体液、分泌物、排泄物等可能发生喷溅时，应当穿隔离衣，戴护目镜，穿鞋套等，以防感染。
6. 在护理传染性疾病患者时，根据疾病的主要传播途径来取相应隔离和防护措施，必要时来取双向防护。
7. 特殊岗位如消毒供应中心严格执行消毒供应中心职业防护规范，配置化疗药物必须做好个人防护，执行各项操作标准。
8. 及时清理被污染的被服及各种污染物，防止造成再次污染及微生物传播。
9. 及时处理被污染的医疗用品及设备，重复用的医疗仪器设备应进行清洁消毒。
10. 正确处理医用垃圾，避免造成交叉感染。
11. 若发生职业暴露，应立即采取紧急处理措施，并及时上报院感科，按照医院规定进行相应的身体检查和预防治疗。

#### (一) 医疗锐器伤的防护措施

1. 加强对临床护理人员教育，对医疗锐器伤的认识及重视，掌握预防医疗锐器伤的措施。
2. 在进行注射、抽血、输液、输血时，一定要保证足够的光线，严格按照操作规程进行操作。
3. 正确处理医疗锐器，避免发生锐器伤：
  - (1) 及时将用过的针头与注射器分离，用钳子夹住针头拔，不要用手将其折断毁坏。若针头带有血液或体液连同注射器一并弃入锐器盒中。
  - (2) 针头、安瓶等锐器应放在固定的锐器盒内，禁止将针头遗弃在不耐刺的容器中。
4. 禁止将针帽套回用过的针头。
5. 手持无针头套的注射器时，行动要特别小心，以免刺伤他人或自己。
6. 锐器和针头严禁与普通垃圾混放。

#### (二) 发生医疗锐器伤的应急处理

1. 护理人员如不慎被乙肝病毒（HBV）、丙肝病毒（HCV）、人类免疫缺陷病毒（HIV）等传染病污染的尖锐物体划伤或刺破皮肤时，按照以下步骤立即进行处理。
2. 立即由近心端向远心端挤压伤口，切忌只挤压伤口局部，尽可能挤出损伤处的血液。
3. 立即用肥皂水和流动水清洗。
4. 用0.5%碘伏或75%酒精对伤口局部进行消毒，必要时到外科进行伤口处理。
5. 污染眼部粘膜时，应用大量生理盐水反复冲洗粘膜。
6. 发生锐器伤后，及时上报医院感染管理科并按医院感染管理科指导和处理意见执行。

#### (三) 化疗防护工作规范

1. 接触化疗药品及相关处理时，必须做好个人防护，如穿防护衣或使用一次性围裙，截好口罩、帽子、眼罩、手套等，摘掉手套后应认真洗手。
2. 配置化疗药须穿隔离衣，戴双层手套、口罩。
3. 掰安瓶时用纱布包裹防止药液外溅，融粉剂时，溶酶沿安瓶壁缓慢注入瓶底，待药粉浸透后再搅动，注入药瓶中的负压不宜过高，以免拔针时药液外溅。
4. 使用较大注射器抽取药液，药液不宜超过注射器容量的3/4，防止药液外溅。
5. 操作时应确保空针及输液管接头处衔接紧密，以免药液外漏。
6. 不要将抽吸化疗药空针内的空气直接排到空气中。
7. 在配制化疗药、输入化疗药物时，如药液接触皮肤或溅到眼内应立即用大量清水冲洗，为患者更换

输液时戴手套。

8. 化疗药物应专人、专柜保管。药瓶有损坏时应及时处理，防止污染环境。

#### （四）医疗保健服务相关规定

1. 医院所有护理人员享受国家规定提供的各种假期如婚假、产假、工休假等。
2. 医院所有护理人员按医院要求进行全身免费体检。特殊岗位如消毒供应中心每年进行体检等。
3. 医院免费为护理人员提供如口罩、手套等各种职业防护物品。
4. 医院每月为护理人员发放护龄津贴及护士岗位工资。
5. 特殊岗位科室如放射科护理人员享受特殊岗位津贴。
6. 医院为每位护理人员购买六险一金。

### 十三、医务人员职业安全及职业暴露防护工作制度

（一）严格执行传染病预检分诊制度，加强对门诊导医及分诊台人员的培训，提高门诊对传染病病人或病毒携带者的预检分诊能力，为降低医务人员职业暴露的风险提供信息支持。

（二）加强医院感染预防和控制知识的培训，强化标准预防的意识，规范操作规程。

（三）严格遵守消毒、隔离制度并做好工作人员的自我防护，特别是在急诊、手术室、检验科、消毒供应中心、内镜室、口腔科、血透室和感染性疾病科等高危科室。

1. 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手套，操作完毕，脱去手套后立即洗手，必要时进行手消毒；

2. 在有可能发生血液、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；

3. 在有可能发生血液、体液大面积飞溅或者有可能污染医务人员的身体时，必须穿戴具有防渗透性能的隔离衣或者围裙；

4. 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）对临床各科人员进行岗前培训和在岗培训，正确掌握消毒、隔离方法和各项操作技能，配备相应的个人防护装备，落实相关工作人员的个人防护措施，防止因消毒操作不当可能造成的人身伤害。

（五）做好医疗废物和损伤性医疗器械处理工作，防止出现医疗废物管理不当出现的职业暴露。

（六）一旦发生经医务人员职业暴露，立即启动相应预案，做好对暴露的干预和处理措施，尽量将工作人员受到的危害减少到最小程度。

（七）医院感染管理科、医务科和护理部等职能部门应定期对各科职业暴露的防护情况进行检查，指导和督促，不断提高职工的职业防护意识和水平。

### 十四、职工奖惩制度

#### 第一章 总 则

第一条 为加强医院管理，规范全院职工行为，保障医院的正常工作秩序，不断提高医疗质量、服务水平和工作效率；表彰先进，充分发挥职工在医院建设和医疗服务工作中的积极性和创造性；惩戒过失，加强法制观念，防止和纠正违法违纪和失职行为；深化医院改革，树立忠于职守、救死扶伤，全心全意为患者服务的思想，增强职工的凝聚力、向心力，在全院营造良好的精神面貌，特制定本制度。

第二条 根据国家的有关规定，实行精神奖励与物质奖励相结合，以精神奖励为主。惩戒按照教育与惩罚相结合，以教育为主的原则进行。

第三条 奖励要及时、准确，实事求是，建立健全严格的约束机制，做到检查有尺度，考核有标准，奖惩有依据，按功过相当的原则实行奖惩。

## 第二章 奖励

第四条 受奖励的条件。医院职工在医疗、教学、科研、护理、管理、后勤保障和其它工作中完成任务出色，有下列‘情况之一者，应给予奖励。

(一)认真学习宣传党的路线、方针、政策，遵守国家法律、法规及规章制度以及医院的院规院纪，事迹突出者。

(二)热爱本职工作，在本职工作中尽职尽责，做出突出成绩或完成任务突出者。

(三)坚持原则，不谋私利，廉洁行医，艰苦奋斗，在抵制不正之风方面事迹突出者。

(四)及时发现重大事故苗头，并能及时报告或采取相应措施阻止事故发生，使医院或个人免受重大损失者。

(五)在各种意外事故发生时，敢于挺身而出，保护公共财产、群众、病人利益而免遭重大损失者。

(六)关于抑制和举报歪风邪气，敢于同一切违法和失职行为作斗争，对维护医院利益和正常工作秩序事迹突出者；

(七)见义勇为，舍己救人，获得群众好评者；

(八)在医疗、教学、科研、护理、管理、后勤保障及其它工作中有发明、创造或引进、开展新技术、新方法，取得较好的社会效益和经济效益，通过实践，被大家公认的填补了地区或医院空白者；

(九)对承担的科研项目，通过鉴定并获得省“优秀成果三等奖”、或地区优秀成果奖“二等奖”及以上，对医院发展及专业的提高有一定指导作用者；

(十)在各种紧急任务、重大医疗抢救和阶段性工作中事迹突出者；

(十一)工作责任心强，领导有方，善于管理，作风民主，干群团结协作，被评为“先进科室”的负责人；

(十二)在教学及管理工作中认真负责，言传身教，取得突出成绩者；

(十三)热心为患者或他人服务，主动为患者或他人排忧解难，事迹突出获得好评者。

(十四)在修(收)旧利废、“双增双节”工作中成绩显著者；

(十五)对改进工作和医院建设提出合理化建议，被采纳后获得较好效益者；

(十六)代表医院参加各种有益的社会活动，为医院争取荣誉者；

(十七)坚持财经制度，维护财经纪律，事迹突出者；

(十八)其它应给予奖励者。

第五条 奖励的种类和层次参照医院相关规定执行。

第六条 给予职工何种奖励，应根据功绩大小确定，事迹特别突出，有重大贡献者，可优先给予晋升专业技术职务、评比先进或申报劳动模范的奖励。评奖一般结合年度工作绩效考核进行。对于在某单项工作中有特殊贡献的人员可随时给予奖励。职工所受奖励，应在相应的范围公布并将有关材料装入本人档案，作为考核晋升任用的依据。

第七条 奖励的权限和程序。各种奖励原则是经相关会议决定，劳动模范报有关部门审批。各相关职能科室负责承办其职责范围内的奖励事项。

第八条 对在奖励工作中弄虚作假、徇私舞弊，或搞不正之风的，应按程序撤销奖励决定，并追究有关人员责任。

## 第三章 惩戒

第九条 对有下列违法、违纪和失职行为之一的，尚未构成犯罪或虽已构成犯罪，但情节较轻免于刑事处罚的职工，根据其行为发生的原因、情节轻重、损害后果大小、态度好坏，给予行政处分或经济惩罚。

- (一) 违反国家法律法规、规章制度、医院的院规院纪以及违反诊疗规范、操作常规者；
- (二) 利用职权或工作之便搞不正之风，索要钱物，行贿受贿，出具假证明、假报告、伪造病历，利用患者处方谋私，把在本院能够治疗的病人介绍给“关系户”从中牟利、损害医院利益者；
- (三) 腐化堕落、道德败坏、贪污、盗窃、嫖娼，造成恶劣影响经查证属实者；
- (四) 压制民主，打击报复，捏造事实陷害他人，侵犯人身权利者。
- (五) 政治思想落后，聚众赌博或传播淫秽物品等，造成不良影响者；
- (六) 挑拨离间，谩骂诽谤他人，酗酒闹事，无事生非，制造矛盾，纠缠领导，威胁他人，情节严重，影响医院正常工作秩序者；
- (七) 进行非组织活动，制造事端，破坏科室团结或医院声誉，造成不良后果者；
- (八) 以权谋私、损公肥私，损害医院利益者；
- (九) 挥霍、浪费医院资产、财产‘情节严重者；
- (十) 思想道德败坏，推倭、刁难病人，造成不良影响者；
- (十一) 受到党纪、团纪处分，还需同时给予行政处分或经济处罚者；
- (十二) 违反保密规定，失、泄机密，造成严重后果者；
- (十三) 违反财务制度，不按财务程序办事，造成不良后果或重大经济损失者；
- (十四) 不服从组织和上级领导工作安排、院内调动者；
- (十五) 未玩忽职守，工作失职，违反操作规程，造成重大损失或事故者；
- (十六) 经许可私自开展医疗服务、对外服务和横向联合或其他经营活动者；
- (十七) 无正当理由拒不开展或迟迟不能开展院领导或职能科室下达的检查、治疗或其它工作项目，或无正当理由新设备三月以上不能启用发挥效益者，以及擅自停止开展的检查、治疗和其它工作项目，造成不良后果者；
- (十八) 在特殊或紧急情况下，科室不服从院领导指挥和安排者；
- (十九) 拒不服从院总值班工作安排、人员调动，造成不良后果者；
- (二十) 不坚守工作岗位，出工不出力，消极怠工，不能完成工作任务，经批评教育不改者；
- (二十一) 官僚主义作风严重，指挥不当，造成重大损失者；
- (二十二) 未经科室负责人同意，擅自换班造成不良后果者；
- (二十三) 值班人员擅离职守，贻误抢救时机造成不良后果者；
- (二十四) 发生责任事故、安全事故、重大医疗事故的有关人员；
- (二十五) 卫生检查达不到要求，或工作环境脏、乱、差，造成不良影响，受到有关部门批评者；
- (二十六) 违章住房或不按物业管理有关规定，造成不良影响者；
- (二十七) 采摘院内花木，乱丢脏物，破坏环境卫生情节严重者；
- (二十八) 挪用公款、或借用公款逾期不还者；
- (二十九) 违反医院用电、用水、用气规定者；
- (三十) 不按数量发放药品或发放过期失效、变质药品、物品造成不良后果者；
- (三十一) 损坏办公场所设施或其它公共财产者；
- (三十二) 造成火灾或其它事故者；
- (三十三) 其它经认定应当给予惩戒的行为。

第十条 惩戒的种类和层次分为：批评教育、经济处罚、通报批评、警告、记过、记大过、降级、降职、撤职（包括专业技术职务）、开除留用察看、开除等。

第十一条 对职工犯有惩戒规定中一项或几项行为的，情节较轻，后果不严重，影响不大，认识态度较好的，可给予经济处罚或通报批评；对情节、性质较重、后果影响较大，但尚能认识错误的，可

给予警告或记过、记大过处分；对于情节、性质、后果、影响特别严重的，可给予开除留用察看或开除的处分。

第十二条 给予职工惩戒，必须坚持重证据、重调查研究，不轻信举报和片面言辞，始终做到事实清楚，证据确实充分，定性准确，惩戒恰当，手续完备，且惩戒的结果经得起相关检查及历史检验。

惩戒一般应经群众讨论，并应通知被惩戒人出席相关会议，充分陈述意见。

相关惩戒决定或结论应交被惩戒人本人签字确认。如被惩戒人拒绝在惩戒决定或结论上签字，经复查，事实确凿，该惩戒决定或结论正确、恰当的，应由组织写明意见，并执行惩戒决定或结论。确有错误的惩戒决定或结论，应立即予以纠正，并在一定范围内公布，消除影响。

#### 第四章 附 则

第十三条 本制度适用医院全体职工及科室。

第十四条 本制度与上级规定有矛盾之处以上级规定为准。

### 十五、考勤、请休假制度

#### （一）考勤制度

1. 医院职工应当遵守医院劳动纪律，做到上班不迟到、不早退、不脱岗、不旷工，严格执行工作制度，认真履行岗位职责，有事按规定请假。

2. 各科室应当严格执行各类休假规定，做好职工请休假的申请、审批、登记工作。

3. 各类休假均需在事先办理请假手续，凡对事后补假者，一经查实，一律视为无效。

4. 各科室考勤必须真实。各科室考勤员要严格履行职责，逐日如实登记本科室人员的出勤情况，同时要认真做好月统计汇总工作。

5. 对虚报、漏报、谎报考勤的行为，对请休假职工事先不办理请休假手续而事后补假的行为，以及本院医生对职工开具虚假病情证明的行为等，一经查实医院将视情节轻重追究当事职工及相关责任人的责任。

#### （二）请假制度

1. 职工各类休假由科室统一安排并应在当年休完，跨年无效。

2. 严格执行请假审批、登记制度。

（1）凡请假职工必须按照各类休假规定办理休假审批手续。

（2）无故不请假者，按旷工处理。

（3）职工休假均应在科室做好休假登记。

3. 休假审批手续作为考勤依据随当月考勤上报人事科。

#### （三）休假制度

##### 1. 年休假

（1）职工年休假以工作年限满 1 年、满 10 年、满 20 年的，从次月起分别按 5 天、10 天、15 天享受当年年休假。其中，11 月底以前累计工作满 10 年或 20 年的，按累计工作满 10 年或 20 年的休假天数安排当年的年休假；12 月累计工作满 10 年或 20 年的，从下一年度起享受规定的年休假天数。职工若参加有组织的休假活动的时间，应计算为本人当年的年休假时间。年休假期不包括法定节假日、双休日。

（2）职工有下列“情形之一的，不享受当年年休假：

①累计工作满 1 年不满 10 年的职工，当年请休病假累计 60 天及以上的；

②累计工作满 10 年不满 20 年的职工，当年请休病假累计 90 天及以上的；

③累计工作满 20 年以上的职工，当年请休病假累计 120 天及以上的；

④在各类院校连续脱产学习 6 个月及以上的；

⑤当年请休事假累计超过 15 天的；

⑥当年发生旷工者。

职工发生以上情形，而当年又已经请休了年休假的，则于次年不再享受年休假。

(3) 职工请休年休假需由本人事先提交书面申请，并严格按照下列审批程序同意后方可休假。

①行政、后勤科室和临床业务科室的一般职工需经科长、主任（护士首先要经过护士长同意）批准；年休假申请单随当月考勤表上报院人事科备案。

②护士长需护理部主任批准，并报护理部备案。年休假申请单随当月考勤表上报院人事科备案。

③中层干部：职能科室科长、主任、临床科主任需经分管院领导批准；批准后的年休假申请单随当月考勤表上报院人事科备案。

## 2. 婚假、计划生育假

职工按《四川省计划生育条例》、《女职工劳动保护规定》享受的婚假、产假、护理假、计划生育假，由院计生办负责审批办理，休假证明由所在科室随当月考勤表上报院人事科备案。

## 3. 病假

(1) 因病在门诊就诊需得休病假的职工，应持二级以上医院出具的病假证明，职工住院，出院需继续休息的以出院证为依据。

(2) 门诊病假：一次不得超过 5 天，连续给假不得超过 30 天；职工在门诊连续体病假 30 天以上（合 30 天），需持病历及各类检查单到医务科会诊（由相关临床科室、医务科、人事科、工会参加会诊）。

(3) 职工因患精神病休病假，须出具精神病专科医院的病历和病情证明。

(4) 职工因病连续请休病假 3 个月（含 3 个月）以上，由医院组织到指定医院进行检查确诊（其检查费由职工自理）。经检查被确诊为精神病、癌症、肾衰等疾病，且不够病退条件的方可继续病休，医院每半年应对其组织一次复查。

## 4. 事假

职工请事假，本人应提交书面申请。职工请休事假的审批权限规定如下：职工休事假时间在 3 天（合 3 天）以内由科室负责人审批；3 天以上 7 天（含 7 天）以内由分管院领导审批；7 天以上的由院人事科提交院长办公会审批。

## 5. 丧假

根据川人福（1993）4 号规定，职工直系亲属死亡，可以请休丧假。职工请休丧假，本人应提交书面申请，由科室负责人审批同意后，可给予 5 个工作日的丧假；如需到外地料理丧事的，根据路程远近，可另给路程假；期间一切费用自理。

## 6. 工伤

职工因工负伤，应根据国家工伤保险条例，由社会劳动保障部门确认为工伤后，按有关工伤规定享受假期工资和福利待遇。

## (四) 相关规定

1. 年休假原则上要求职工当年一次休完，享受探亲假的职工原则上也应与年休假合并一次休完。各科室管理小组应按照相关规定并结合本科室的具体情况制定科室休假管理细则，对职工确因工作原因不能一次性休完年休假的进行有效管理。

2. 大、中专毕业生实习期间请病、事假或产假超过二个月，见习期顺延。

3. 在职称晋升周期内，病假、事假累计超过 3 个月的，延聘 1 年。

4. 休假期间因患急、重症疾病不能按时回院上班的职工需请休病假，应当按要求出具当地公立医院的急诊医疗证明。



5. 请休假期满后未能及时返院者，应事先主动与科室联系，征得科室负责人同意，并及时请人代办续假手续；无故不办理续假手续的，按旷工处理。

6. 在上报考勤时，对尚在生病住院的职工应当由所在科室出具住院情况说明随考勤表上报院人事科备案；职工出院后应将出院证明交回所在科室并上报院人事科备案。

7. 关于补休假的规定，由各科室管理小组制定本科室请补休假管理细则，并上报分管院长审批，补休假原则上不得跨年度安排。

## 第三章 财务管理制度

### 第一节 医院财务管理制度

#### 财务科工作制度

1、按照《会计法》、《医院财务制度》和《医院会计制度》，全院财务实行统一管理，建立相应的财务管理制度、会计管理制度、物价管理制度以及完善财务部门相应的岗位责任制。

2、正确贯彻执行各项财经决策，加强监督，严格财经纪律，财会人员以身作则，奉公守法和一切贪污盗窃，违法乱纪行为作斗争。

3、合理组织收入，严格控制支出，凡是该收的要抓紧收全，凡是预算外的，无计划的开支应坚决杜绝，对于临时必须的开支应按审批手续办理。

4、根据本院事业计划，正确及时编制年度和季度的财务计划（预算）和办理会计业务，按照规定的格式和期限，报送会计月、季度，年报（决算）。

5、加强医院经济管理，做好科室的经济核算，并会同有关部门做好经济管理工作。

6、凡本院对外采购开支等一切会计事项，均应取得合理原始凭证（如发票、账单、收据等），原始凭证由经办人、验证人和院长签字审批后，方能以据报销，一切空白纸条，不能作为正式凭据，出差或因公借支，须经分管院长批准，任务完成及时办理结账报销手续。

7、会计人员要及时清理债权和债务，防止拖欠，减少呆账。

8、财务科应与有关科室配合，定期对房屋、设备、家具、药品、器械等进行经常性的监督，及时清查库存，防止浪费和积压。

9、每日收入的现金要当日送存银行，库存现金不得超过银行规定的限额。出纳和收费人员不得以长补短，如有差错，数额不大的由经手人负责，若有差错数额较大，经手人应及时找原因，并写出书面报告，报请院领导批准后处理。

10、原始凭证、账本、工资清册、财务决算等资料，以及会计人员交往，均按财政部门的规定办理。

11、按照国家统一的招标投标目录进行采购，建立目录外的药品、耗材、设备、物资、劳务的采购管理制度。

12、奖金分配的原则、标准、程序公开透明，体现按劳分配、效率优先、兼顾公平；坚持奖金分配不得与药品收入挂钩的原则。

13、加强医疗机构经济活动内控制度建设，建立重大经济事项集体决策制度和责任追究制度，保证国有资产的安全与完整。

#### 预算管理制度

1、成立预算管理组织机构：医院根据本单位的具体情况，成立医院预算管理委员会，由朱志忠院长担任组长，财务科科长担任副组长、相关职能部门的负责人为成员，建立领导集体决策制度。

2、预算编制的原则：

- (1) 真实性、全面性、及时性、规范性、准确性原则。
  - (2) 收支统管原则。
  - (3) 以收定支原则
  - (4) 统筹兼顾、保证重点原则
- 3、预算管理的内容：收入预算的编制、支出预算的编制、事业发展项目预算编制。
- 4、预算编制的程序：
- (1)、预算管理委员会依据医院发展战略及其要求，提出预算总目标。
  - (2)、各二级预算单位根据总目标编制本单位预算初稿，包括编制说明，上报预算办公室。
  - (3)、预算办公室对预算初稿进行审查、汇总，报预算委员会审批。
  - (4)、预算委员会审议、批准预算，报院务会审批。
  - (5)、院务会会审议、批准，报崇州市财政局。
- 5、预算执行的程序：
- (1) 财务部门将上级批复的预算按内别和用途下达至归口管理部门。
  - (2) 各归口管理部门严格按计划进度执行预算。
  - (3) 财务部门指定专人负责监督、落实预算的执行情况，定期汇报财务预算执行情况。
- 6、定期检查分析财务预算执行情况并形成书面报告。

### **财政补助拨款管理制度**

- 1、医院从财政和卫生主管部门取得的财政性事业经费和专项经费。
- 2、医院从上级主管部门取得的专款，应按照主管部门或财政部门核定的用款计划和预算的用途使用，未经同级财政部门或主管部门批准，不得改变用途。
- 3、财政专项资金应设置专用账户，专人管理、实行专款专用。
- 4、财政专项资金作好账簿登记和记录。
- 5、作好财政专项资金执行进度分析。

### **收入管理制度**

- 1、医院的全部收入要纳入财务部门统一核算和管理。其他部门和个人都不得私自收取任何费用。严禁私设“小金库”和帐外账。
- 2、医院的各项收入要认真执行国家的物价政策，严格执行国家制定的收费标准，依法组织收入。
- 3、医院取得各项收入必须开具按规定统一印制的票据。
- 4、各项收入按财务规定及时入账。
- 5、定期对收入进行分析。
- 6、建立收入岗位责任制。

### **门诊收费管理制度**

- 1、门诊收费工作由财务部门的收入人员来完成，收费人员应持有会计从业资格证书上岗。
- 2、医院财务部门要合理设置门诊收费岗位，并建立岗位责任制。
- 3、门诊收费应按照物价管理部门制定的收费标准和相关规定执行，做到不漏收、不重收和不多收。
- 4、门诊收费应严格遵守国家的有关货币资金管理规定，做到当日清点全部所收款项，当日结帐，当日送存银行。
- 5、门诊收入要实现管理系统内部双重核对，即收费系统内部至少提供两种以不同方式提取数据的

报表，实现两种报表之间核对一致。

6、门诊收入实行三级审核控制，即收费员、收费部门审核责任人和财务部门审核责任人三个层次。

(1) 收费员负责准确收取费用，按时结帐，并按照收费系统内显示的金额或开具票据存根上的金额，将收入及时上交收费部门审核人审核。

(2) 收费部门审核后责任人依据收费管理系统内显示的金额，要求收款员上交收入，核对一致后在系统内确认入账，并及时准确地将当日收入送存银行，并将银行进账单及收入日报表及时上交财务部门。

(3) 财务部门审核责任人负责将银行进账单与收入日报表核对一致后及时入账确认收入。

(4) 财务部门负责每月核对门诊收入月报表与当月所有日报表的收入总和是否一致。发现不一致的，需及时查明原因，予以纠正，并报告上级主管人员。

(5) 各环节经办人员及审核人员均应签字确认。

(6) 建立登记簿，做好交接环节的相关记录。

7、门诊收费员在收费过程中应严格履行岗位职责，收付现金做到唱收唱付，钱款当面点清，并开具正式收据。

8、财务和审计监察部门应对每位门诊收费员进行不定期的库存现金检查。

9、财务部门要加强对门诊收费印章的统一管理。

## 住院结算管理制度

1、住院收入是指医院在开展业务活动时，向住院患者提供医疗服务和药品所取得的收入，是医疗机构收入的主要组成部分。

2、住院结算工作由财务部门的结算人员来完成，**审计监察部门**要定期进行监督检查。

3、结算人员依据医生开出的“出院通知”及“患者医嘱”办理住院费用结算。

4、办理结算时，住院患者必须出示住院期间全部预交金收据，若预交金收据遗失，应按规定办理相关手续。

5、结算人员要依据物价政策、医保政策、大病统筹等政策严格审核住院患者医嘱计费情况，发现问题及时纠正，避免多收或漏收。结算人员不得擅自增减病人医药费用，更正差错需有书面报告，并经相关人员批准。

6、住院患者帐目结清后，未经财务主管批准任何人不得进行帐目调整。如确属正当理由申请更正的，应履行登记手续，说明更正理由，经核查部门审核无误签字认可后，由住院结帐室负责人批准，结算人员方可进行帐目更正。

7、住院收入应实现管理系统内部双重核对，即结算系统内部至少提供两种以不同方式提取数据的报表，实现两种报表之间数据核对一致。审核人员确定两种数据一致后方可确认收入。

8、住院结算岗位实行三级审核控制，即结算员、结算部门审核责任人和财务部门审核责任人三个层次。

(1) 结算员负责准确收取、及时录入费用，按时结帐，并按照结算系统内显示的金额或开具票据存根上的金额将收入及时上交结算部门审核责任人审核。

(2) 结算部门审核责任人依据结算管理系统内显示的金额，要求结算员上交收入，核对一致后在系统内确认入账，并及时准确地将当日收入送存银行，日报表上交财务部门。

(3) 财务部门审核责任人负责将银行进帐单与收入日报表核对一致后及时入账确认收入。

(4) 财务部门负责每月核对住院收入月报表与当月所日报表的收入总和是否一致。发现不一致的，需及时查明原因，予以纠正，并报上级主管人员。

(5) 各环节经办人及审核人均应签字确认。

(6) 建立登记簿，做好交接环节的相关记录。

9、财务和审计监察部门应对结算人员库存现金进行不定期盘查，防止截留、挪用、侵占。

## 门诊退费管理制度

1、患者在医院就诊，取得医院正式收据后，因故需退费，须提供正式收据、检查或治疗申请单、药品处方等原始付费凭证。以上单据需经医师或药师、医疗主管部门和财务部门负责人签字同意后退费。领取退费时领款人需在退款发票上签字。

2、收费员要严格遵守退费管理规定，严格审核退费手续，认真核查后予以办理退费。对违反规定私留患者收据、不符合退款手续和舞弊行为的，一经发现，应及时向上级主管人员报告。

3、收费员要将当天的退款单据与相对应的收据核对后妥善保管，随收费明细账上报，做到日清日结。

4、财务部门的稽核会计要逐日、逐笔审核退费。

5、相关检查、治疗科室要密切配合协作，对退费情况进行监督。

6、财务部门定期对退费金额及项目进行统计，并报相关管理部门进行综合分析。异常情况应及时上报审计部门。

## 住院退费管理制度

为进一步健全内部控制制度，规范经济行为，保障医院的经济利益和全院职工的利益不受损害，增强各科室工作人员的责任感，在患者中树立医院诚信可靠的社会形象，特制定本办法，规范住院患者在记账后需进行的退费处理流程，规定如下。

### （一）努力提高医疗费用记账质量

各业务科室的记账人员应熟悉记账操作，提高操作技能，保证记账数据的准确性，避免因工作疏忽而造成的记账错误；各科室应当加强对操作人员记账技能的培训与考核。各病区护士长、科室负责人及各相关职能科室应按要求认真履行审核职责，避免因人为因素给医院带来经济损失，以及给病人带来不便或引起投诉。

### （二）退费权限和流程

为了规范医院退费流程，加强退费管理，控制权限，退费权限和流程如下

1、各病区记账后，回退功能权限赋予记账人员；

2、各病区直接进行退费处理的权限赋予病区护士长；

3、在上述各工作站直接进行退费处理，须同时满足下列条件：

①同一工作站在单日内的退费次数不超过5次；

②同一患者在同一工作站单日内的退费次数不超过3次；

4、以上规定只包含在各病区发生的床位费、诊疗费，治疗费等，其余费用均在入院处办理退费。

5、手术室材料退费提交退费申请单，在入院处办理退费。

6、化验费用、CT、核磁、放射、检查费用（功能科）退费，提交退费申请单，在入院处办理退费。

### （三）由住院处进行退费（已办理结算后退费）

1、①临床科室费用调整：根据医嘱进行三单一致审核，审核，审查应调整费用，科室填写退费申请单，注明费用调整原因，项目、金额并由科主任、护士长签字；②结算失误，报告收费室负责人，由负责人对费用进行审查，收费员填写退费申请单，注明费用错误及调整原因、项目、金额，签字确认并有负责人签字确认。

2、结算员核对退费申请单、手续、签字是否安全，办理召回手续

3、经办人或患者持本人身份证全部结算单据到住院结算处办理

4、结算员收齐退费手续、已结清发票，重新为患者办理结算手续，原结算发票作为退费手续原结算发票作为退费依据。

5、结束员将收回的已结算发票，在系统中进行作废处理，并交财务科审核。

#### （四）处罚措施

相关职能部门将定期对科室的退费情况进行汇总分析，对于不认真履行职责的行为将做如下处罚：

- 1、因操作失误造成的退费次数明显过高的科室，给予全院通报批评，并扣发相关责任人绩效奖。
- 2、未认真履行审核职责而给医院造成经济损失的科室给予全院通报批评，并扣发相关责任人绩效奖。

### 票据管理制度

1、医院在印刷及购买各种票据前，必须持有四川省财政厅印发的《四川省财政监管票据购领证》，各种收费票据的印刷及购买必须到上级主管部门的指定地点办理。

2、医院所有票据的印刷购买需由财务部门统一办理。

3、医院所有票据的保管、发放和回收管理实行专人负责，建立登记簿，严格登记管理制度。领用部门需实行专人领用，专人保管，领用时需有责任人的签字，保证票据的安全使用。

4、各种票据在使用时必须按票据号码顺序使用，各联复写，项目填写完整清楚，收款人签名处均需完整签名，并在票据上加盖本单位财务专用章。填写错误的票据需加盖作废章，与存根联一并保存。

5、定期对回收的票据进行核销，移交档案管理人员，以备查对。发现问题及时查找原因，并及时处理。

6、专管人员在回收票据时，检查号码顺序，检查开出内容的合法性，发现问题应及时汇报，并制定改正措施。

7、专管人员负责有关票据的联系工作，保证单位各收费点的票据供给，确保使用的连续性。

8、定期对票据进行清查，做到帐实相符。

9、按会计档案的相关规定进行销毁，并取得销毁证明。

10、对违反规定有下列行为的，医疗机构应根据情节轻重进行处理：

- （1）转借、转让和代开票据；
- （2）私售和盗卖票据；
- （3）未经批准拆本使用票据；
- （4）丢失票据；
- （5）损（撕）毁票据；
- （6）未按规定开具票据；
- （7）未按规定缴销票据。

### 严禁设置“小金库”的管理制度

#### 1、总 则

（1）为进一步规范和强化医院财务管理，严肃国家财经纪律，禁止医院设置“小金库”，根据《中华人民共和国会计法》、《医院会计制度》、《医院财务制度》和其他有关法律、法规，制定本规定。

（2）本规定所称“小金库”，是指违反国家财经法规及其他有关规定，侵占、截留国家和医院的收入，未纳入医院法定会计账簿内(以下简称账内)核算的资产，私存私放的各项资金。

（3）医院财会部门应当统一负责医院银行账户的开设和管理工作，做好财务会计管理的各项基础工作，根据实际发生的经济业务事项进行会计核算，做到原始记录准确、完整，禁止以虚假的经济业务事项和资料进行会计核算。

医院财会部门应当严格遵守财务会计管理制度，将各项收支纳入账内管理和核算，做到账账、账证、账款、账实、账表相符，禁止设置“小金库”。

#### 2、收入管理

(1) 凡属医院经营业务范围内的各项收入，应当在依法设置的会计账簿上统一登记、核算，禁止违反《中华人民共和国会计法》和国家统一的会计制度的规定设置会计账簿登记、核算。

(2) 医院取得的各项收入必须开具统一规定的票据，严格按照医院财务会计制度规定确认、核算收入。

(3) 医院取得各项收入由财务部门统一核算，统一管理。其他任何部门、科室和个人不得收取款项。

(4) 医院应当按照规定的范围、标准和费率收取各项费用，并将收入全部纳入账内核算。禁止将收入存放在其他单位，或者以任何理由坐收坐支。

(5) 医院其他收入应当按照形成原因如数纳入对应账户核算，包括培训收入、利息收入、救护车收入、捐赠资金收入等。

(6) 医院经营各项业务所获得的回扣、佣金、好处费等收入一律纳入账内核算，禁止隐匿或者转移、私存私放、坐收坐支、私自用于个人福利。

### 3、支出管理

(1) 医院各项支出，包括医疗支出、药品支出、管理费用、财政专项支出和其他支出，应当严格按照医院会计制度规定，据实列入对应账户核算，禁止虚列、多列或者作其他账务处理。

(2) 医院以贷款形式筹集的各类资金，应当按照国家规定的适用利率提取应付利息，并按照规定结息，禁止多提或者少提应付利息。

(3) 医院财会部门应当严格控制各项成本费用支出标准，费用支出一律纳入账内核算。禁止虚列费用支出套取现金，用于其他支出或者转移存放到其他单位和个人。

医院财会部门应当按照规定使用费用科目，禁止以错用会计科目等手段调配、转移、列支成本费用，通过账外设账的形式私存私放资金。

(4) 医院其他支出应当按照发生原因如数纳入对应账户核算，包括财产盘亏损失、罚没支出、医疗赔偿支出、赞助捐赠支出、救护车补贴支出、其他支出等。

### 4、其他管理

(1) 医院在固定资产购建过程中所获得的回扣、佣金、好处费等收入，一律纳入账内核算，禁止通过任何形式隐匿或者转移、私存私放、坐收坐支。

医院以购买、租赁等方式获取大宗物品、工程和服务时，应当进行按照国家有关规定招标采购，禁止违反规定进行采购。

禁止科室和个人侵占国家和医院资产、私揽业务获取账外收入。

(2) 医院应当严格执行国家有关现金管理制度，加强现金管理，控制现金使用，做到库存现金账面余额与库存金额相符。禁止用不符合财务会计制度规定的凭证顶替库存现金、使用转账凭证套换现金、利用账户套取现金，将资金转移到账外。

(3) 医院应当建立健全财会监督制度，建立职责分明、相互监督的制约机制，严格各项业务的财务核算，从根源上消除形成“小金库”的各种隐患。

医院应当加强对财务的检查、考核力度，强化对收费票据及会计凭证的检查。

医院应当加强对各职能部门和业务科室的管理，禁止各职能部门和业务科室私存私放资金。

### 5、监督检查

(1) 医院应当健全、完善内部财务会计监督制度，明确记账人员与经济业务事项和会计事项的审批人员、经办人员、财物保管人员的职责权限，并相互分离、相互制约；明确重要经济业务事项的决策和执行的相互监督、相互制约程序；明确财产清查的范围、期限和组织程序；明确对会计资料定期进行内部检查的办法和程序。

(2) 医院财务部门对医院各职能部门和业务科室定期进行财务监督检查。发现部门和科室设置的“小金库”要及时责令改正，追回资产和资金，上缴非法所得。对使用“小金库”资金向个人发放的奖金、实物、津贴、补贴等，财务部门依照规定追回。

财务部门对医院的部门和科室私设“小金库”的行为，按照有关规定进行处理，追究部门科室负责人的行政责任。

### 费用审核、审批管理制度

为了规范医院各项成本费的审批、审核制度，合理开支各项费用，严格控制有关费用支出，根据《医院会计制度》、《医院财务制度》，以及国家相关法律、法规相关规定，结合医院实际，制定本制度。

一、费用审核、审批管理，应当遵循“合理支出、厉行节约、分级管理、逐级审批”的原则。

二、费用是指医院在业务开展活动过程中发生办公费、差旅费、业务招待、水电费、电话通讯费、维修费、材料购置费等费用。

三、严格按照税法和医院各种规定对报销中的各种单据按照预算管理、分组负责的原则审核，保证报销凭证的合法性、合理性。

四、医院对专项费用（如科室培训费用）有具体规定的，按规定手续审批后报销。对于下达年度费用预算定额的，财务科对医院各部门发生的费用进行审核，在费用定额内予以报销，超过计划的费用，由发生的科室向医院领导申请，批准后予以报销。

五、差旅费报销，应按照国家相关规定，借款时由出差人员在借款单上注明事由、目的地、出差天数等，如参加会议，要求出差人员附会议通知的复印件，并由科室负责人、主管院领导审批后方可借款。报销时，财务部门对出差过程中的费用严格审核，根据科室负责人、主管院领导、院长签字后方可报销。

六、业务招待费报销，医院发生的业务招待费用报销时，应当由发生科室填制相关报销单，附相关原始凭证，经科室负责人审批，报财务审核人员审核签字，报主管院领导审批后，经院长签字后，方可予以报销。

七、每月发生的各种托收的通信费、水电气费等，由院办、总务科及时将单据提交财务科审核，经审核后报主管院领导审批后，院长签字后方可办理付款。

八、日常费用报销必须手续齐备（附申请单等相应单据），在规定的报销时间内报销。报销单由经手人、部门（科室）负责人签字，报财务科审核后，经院长签后方可报销。

### 经费审批及报销制度

为规范会计行为，明确职责权限，适应医院预算管理和成本核算的需要，加强财务管理职能，使医院各项经费管理有章可循，特制定本规定。

1、医院的一切财务收支活动必须严格遵守国家法律法规和财务规章制度。

2、医院经费开支权限应体现统一管理，分级负责、集中控制的原则，执行“三重一大”的规定，坚持财务开支由授权审批、层层负责的原则。

3、医院各项经费开支的审批有明确审批权限规范与程序，实行先下级，后上级逐级上报审批的制度。

4、院长办公会集体讨论审批的事项：医院年度预算；预算内开支金额在限额以上的经费支出；对外投资、合作、捐赠、技术转让等事宜；其他重大经济事项。

5、报销的原始单据必须真实、合法、有效、必须是由税务部门监制的正式发票或财政部门监制的、适用的正式收据；字迹清楚，数字准确，不得涂改、挖补；出票单位的公章；对不符合规范的原始单据不予报销。

6、所有的借款必须在经济活动结束后 1 个月内报销。

7、严格现金管理，大于现金支付额度的支出，应使用银行转账支票结算，如因特殊原因使用现金时，应由财务部门负责人审核签字。

8、坚持权责对等原则，实行责任追究制度和重大经济事项实行领导负责制。

9、如有滥用职权、玩忽职守给医院带来经济损失的，应由直接经办人和第一审批人承担主要责任，并依据国家相关规定给予经济处罚和行政处分。

### 经费审批权限制度

根据财政部、卫生部《财务制度》关于“建立健全财务规章制度，规范经济秩序”的精神，为了进一步健全医院财务管理体制，规范财务管理，结合我院财务管理的现实情况，特制定如下规定：

1、医院财务科作为医院的唯一财务机构，在院长领导下，坚持“统一领导、集中管理”的财务管理原则，医院一切财务收支必须纳入财务部门统一管理，严禁医院、部门、科室设立账外账和“小金库”。

2、医院院实行“统一领导，集中管理”的财务管理体制，实行集体理财，贯彻执行“一支笔”审批经费开支制度。

3、每年预算经费，经医院院务会集体讨论通过后，在院长的领导下，由医院财务科具体组织实施。

4、医院年度预算经费指标下达到各业务主管部门，使用开支时，必须坚持“一支笔”的审批制度，并按以下审批权限办理：

(1) 医院各科室发生预算经费和专项经费，只要不改变经费用途，由科室主任签字，内审员审批，财务科审核，院长同意，准予报销。

(2) 重大经济事项超过 10 万元以上经院长办公会通过由院长审批；20 万元以上的重大经济事项，由院务会讨论决定后由院长审批。

5、差旅费的开支标准应严格执行崇二医[2014]78 号文件及其补充规定办理。工作人员到区外出差、开会，由分管领导视经费情况批准。凡出差人员超过政策规定范围的费用，由出差者自负。

6、业务招待费严格按照崇二医崇二医[2014]78 号文件及其补充规定执行。各部门业务接待，统一由院办公室安排，分管副院长审批，财务科审核，院长同意准予报销。

7、本通知自下文之日起实行，过去在关文件与本规定有相悖的，以本规定为准。

### 成本管理制度

1、医院在成本管理中心必须遵守国家法律、法规和政策。

2、成本管理的基本任务是：通过预测、计划、控制、核算、分析和考核，反映医疗机构经营成果，努力降低成本消耗，定期组织检查成本执行情况，针对薄弱环节，采取有效措施，改进管理。

3、成本管理的原则：

(1) 集中统一和分级管理相结合的原则；

(2) 医疗工作与经济管理相结合的原则；

(3) 全员、全过程、全要素控制原则；

(4) 精细管理原则；

(5) 整合优化内务部资源原则；

(6) 奖优罚劣的原则。

4、成本原理的内容是成本预测、成本计划、成本核算、成本控制、成本分析、成本信息与反馈以及成本决策等。

5、医院实行成本管理责任制。

医院成本管理工作实行法人负责制，在医院负责人的直接领导下，由财务部门具体负责，相关部



门分工负责业务归口的成本管理工作。财务部门组织实施成本管理工作，正确执行成本计划，准确核算成本。

6、医院的下列费用开支列入成本：

- (1) 人员支出；
- (2) 共用支出；
- (3) 对个人和家庭的补助支出。
- (4) 购置费在 50 万元以下的支出。

7、建立健全成本核算实施细则。

## 成本核算实施细则

随着市场竞争的加剧和卫生体制改革的不断深入，为了加强医院经济核算管理，促进增收节支，提高医院的社会效益和经济效益。医院必须加强和完善医院内部成本核算。我院实行院、科二级成本核算办法，促进全院增收节支。

### 一、成本核算内容

#### 1、医疗成本核算

医疗项目成本：以医疗项目为对象归集与分配费用，计算成本的方法。

门诊部和住院部综合成本：以门诊部或住院部为成本核算对象的综合方法。

病种成本：以医疗项目为对象归集与分配费用，计算成本的方法。

2、药品成本核算：各类药品有销售过程中的费用有多又少，药品销售成本应以药品类别为对象，归集与分配费用，计算各类药品的销售成本。即以西药、中成药、中草药为对象，计算各类药品的销售成本。

### 二、成本核算种类

1、医疗总成本核算：按医院总收入扣减总支出，再承担应当摊销的折旧及坏账损失等应计入成本的费用。

2、科室部门成本：核算本部门的成本核算，应计入部门的成本费用。

3、医疗项目成本：以医疗项目为对象归集与分配费用，计算出该项目的成本。

4、病种成本：就某一病种计算出该病种。

### 三、成本核算作用：

1、医院实行成本核算，是适应客观经济规律的要求。

2、医院实行成本核算，是科学管理的需要

3、医院实行成本核算，是深化改革的要求

4、医院实行成本核算，可为制定医疗收费标准，提供重要依据。

5、医院实行成本核算，是深化医院财务管理的重要措施。

### 四、成本核算方法

1、完全成本法

2、分项逐级分布结转法

3、成本项目的选择

### 五、成本核算原则

1、实际成本计价原则

2、成本分期核算原则

3、合法性原则

4、重要性原则

- 5、一贯性原则
- 6、权责发生制原则
- 7、配比原则
- 8、可靠性原则

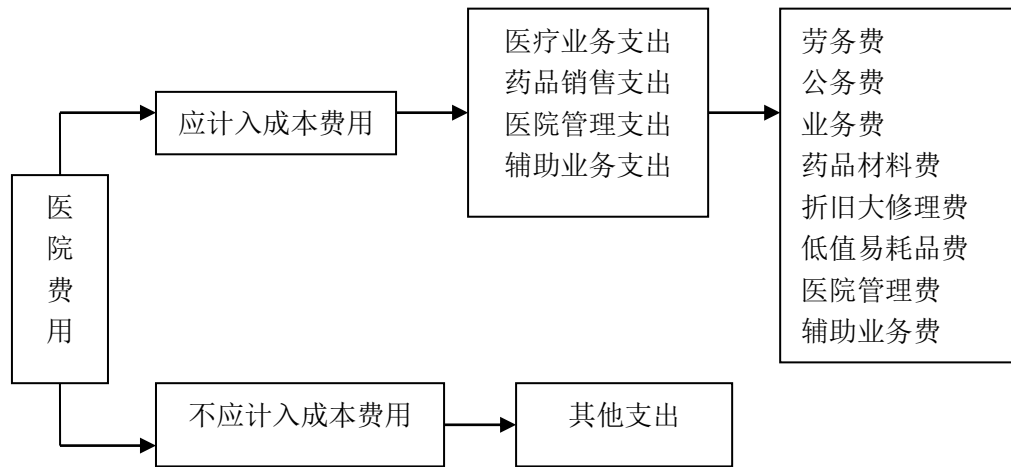
六、医院全成本核算

1、收入核算内容：医疗收入（挂号费、床位费、治疗费、注射费、诊察费、监护费、抢救费、氧气费、材料费、手术费），药品收入，其他收入（陪伴费、废品变价收入等）。

2、支出核算内容：人员支出（全院员工工资、津贴、夜班费、奖金、养老保险、公积金、福利费等），公用支出（业务费、交通费、预提费用、待摊费用、办公费、会议费、公务费、水电费、电话费、维修费、折旧费、招待费、保险费、培训费、差旅费等），成本支出（药品成本、卫生材料、一般材料、低易耗品、印刷品、低值易耗品），所有一切支出全部作为成本。

3、收入—支出=结余 才能核算当月医院全成本核算财务状况。

4、医院费用归集示意图



七、门诊部、住院部实行成本核算制度：

1、科室核算收入内容：

- (1) 临床资料分为内科、脑外科、骨科、普外科、手外科、重症监护科、手术室、外二科
- (2) 收入内容：挂号费、床位费、治疗费、注射费、诊察费、监护费、抢救费、氧气费、材料费、门诊手术费、住院手术费
- (3) 医技科室分为化验室、放射科、核磁共振室、彩超室、心电图室、脑电室、药剂科、分别以各科收入的收入 100%计入科室收入。其中药剂科以毛利收入作为科室收入。
- (4) 门诊医生收入内容：挂号费、治疗费、门诊手术费、诊察费。

2、支出核算的内容

- (1) 业务科室成本：工资、津贴、夜班费、上月奖金、差旅费、氧气费、办公用品、印刷品、卫生材料、低值易耗品、水电费、消毒费、维修费、设备折旧费、房屋租金、培训费、管理费用分摊等。
- (2) 费用分配，应按照受益的原则进行，即：谁受益、谁负担；受益多，多负担；受益少，少负担。
- (3) 直接费用计算方法：工资、补助工资、夜班费、奖金、卫生材料、其他材料、折旧、租金等直接计入各科室成本。
- (4) 间接费用计算方法：业务用煤、水费、电费、洗衣费、管理费用等按照不同方法进行分摊。
- (5) 煤的分配：P60

$$\begin{aligned} \text{每平方米} &= \frac{\text{计算期耗煤总金额} - \text{临时采暖工费用}}{\text{医院房屋总面积 (m}^2\text{)}} \\ \text{取暖煤金额} & \\ \text{某科室应摊煤费金额} &= \text{每平方米取暖煤金额} \times \text{该科室占用房屋总面积 (m}^2\text{)} \end{aligned}$$

#### (6) 水电费的分配

A 先计算出医院各部门用水占总用量的百分比，然后再计算出各部门用水的金额。

B 各部门再用不同方法分配到各科室。取暖用水，按取暖面积分配；洗衣用水，按被服总值分配；工休人员（工作人员和病员）用水，按人数、床位分配。

(7) 电费的分配：有计量器具的按实际用电量计算分配；无计量器具的，按不同方法计算。如：对动力电按使用单位的用电设备、使用时间，测试出占总的动力用电百分比，计算出分配金额。照明用电，按房间灯管（头）度数计算出每度灯管应负担金额，再计算出各科室用电金额。

(8) 洗衣费的分配：洗衣费的分配与各种被服有直接关系，可按各科室占用被服总值，计算出每百元被服应承担洗衣费的比率，然后再计算出各科室承担分配额。计算公式如下：

$$\begin{aligned} \text{每百元被服总值} &= \frac{\text{本期洗衣费} \times 100}{\text{本期被服总值}} \\ \text{应承担洗衣费} & \end{aligned}$$

### 八、成本核算的目标

- 1、医院实行成本控制
- 2、医院成本分析
- 3、经营预测决策和控制
- 4、分配激励作用

### 成本定额管理制度

为进一步规范医院成本费用管理，加强医院成本费用控制，增强医院整体竞争力，根据《医院会计制度》和《医院财务制度》，结合实际情况，制订本办法。

#### 一、成本费用定额编制方法

1、成本费用定额是合理编制预算的主要依据之一，也是成本费用管理的重要依据。根据各种费用性质的不同，将其分为人员经费定额、卫生材料费用定额、固定资产折旧定额、其他费用定额等。

2、成本费用定额的编制，应以年度预算为基础，本着实事求是，兼顾需要与节约的原则，对成本费用项目进行细化，并层层分解，形成预算分解机制。

3、费用定额的制订要与医院的运营实际和发展目标相一致。

4、成本费用控制要与资金管理紧密结合，对日常发生频率较高，开支金额较大的支出项目要加大管理控制力度。

#### 二、考核与奖惩

1、医院必须建立严格的考核制度，医院内部各科室（部门）要建立和完善各种台账、原始记录。

2、医院运营信息科、财务科等相关部门负责对定额成本费用执行情况进行考核，对实际与定额差异进行奖罚，纳入医院绩效考核。

3、医院要加强定额管理，做到全员参与，以达到降低成本费用的目的。

#### 三、其他

医院的全面预算管理委员会和成本核算领导小组，其主要任务：制定成本费用定额标准，对编报的预算及费用定额的可靠性和可行性进行审核。负责预算和费用定额执行的监督，并提出分析报告。

经费支出定额标准见崇二医（2014）78号文件

## 重大经济管理制度

### 重大经济事项集体决策管理

1、为规范和监督医院经济活动决策行为，提高决策的民主性、科学性，医院重大经济事项决策实行集体讨论制、领导负责制和责任追究制。

#### 2、医院重大经济事项是指：

(1) 涉及医院发展、建设的重大经济事项。  
(2) 规模较大的投资项目，资金调度，资金借贷、财务预算及其他重大财务资金的安排使用等金额重大的财、物问题。

(3) 医院的重大经济事项数额标准：单项金额达到 20 万元以上（含 20 万元）的经济事项。

3、医院研究决定重大经济事项应严格执行科学民主决策制度。严格遵守“集体讨论、民主集中、会议决定”的程序，实行集体议事，并以会议决定形式体现，不得以传阅会签或个别征求意见等形式代替集体议事和会议决定。具体程序如下：

(1) 咨询论证。医院有关部门对重大经济事项要在调查研究，广泛征求意见的基础上，提出议题，并报经医院分管领导同意，方可提请开会。

(2) 准备材料。由有关部门准备上会材料。

(3) 充分讨论。凡研究决定重大经济事项的会议，须有 70%以上领导成员到会方可举行，其中分管此项工作的领导成员必须到会。会议由院长主持。首先由分管院长或有关部门介绍，然后安排足够的时间对议题进行充分讨论。讨论中领导成员应表明赞同或不赞同意见。

(4) 做出决定。院长在听取领导成员充分发表意见的基础上，作出决定。

(5) 形成纪要。会议须形成院务会纪要。

(6) 重大经济事项决定后实院务公开。

4、实行权限管理，分级负责；谁决策、谁分管、谁负责的原则：医院决定重大经济事项，实行院长负责制，院长是第一责任人，分管院领导是第二责任人，经办人是第三责任人。

5、责任追究：对决策有关人员应签署“重大经济事项登记簿”，明确个人意见（同意、反对、弃权），项目集体讨论后按规定程序报批，分清级次，责任到人，建立事后审计评价和责任追究制度，形成决策失误的纠错改正机制，对违反决策程序、滥用职权造成损失的要追究责任。

6、医院重大经济事项集体决策的责任制度，由医院审计和医院上级主管部门监督执行。

### 重大经济事项决策责任追究管理制度

1. 为切实保证“重大经济事项领导负责制度”的有效贯彻执行，正确处理违反重大经济事项领导负责制的行为，特制定本制度。

2. 凡属“重大经济事项领导负责制度”适用范围中的领导均适用本制度。

3. 实施责任追究应坚持谁主管谁负责、客观公正、严肃纪律、惩罚与教育相结合的原则。

4. 责任追究要分清集体责任和个人责任、主要领导责任和重要领导责任，重在领导干部个人责任的追究，不得以集体责任代替个人责任。

5. 领导成员集体做出错误决定或采取错误行动的，追究领导班子的责任时，应根据各自所起的作用和应负的责任，对其主要负责人以及其他成员分别追究个人责任。其中明确提出反对意见的可不予追究。

6. 对领导干部实施责任追究的方式有：批评教育、责令书面检查、通报批评、待岗以及党纪、政纪处分，涉嫌犯罪的，由司法机关追究刑事责任。

对造成严重经济损失的领导干部，责令其予以经济赔偿，赔付金额按经济损失 10%~50%的范围，由医院党委会集体研究决定。

7. 有下列情形之一的，可免于追究或从轻、减轻处理：

- (1) 职责范围内出现经济问题，经查实不是领导干部失职造成的；
- (2) 对职责范围内出现的问题，敢于揭露，主动查处，认真整改的；
- (3) 积极采取措施，减轻或挽回损失，或有效阻止危害结果发生或扩大的。

8. 有下列情形之一，应从重或加重处理：

- (1) 推卸、转嫁责任的；
- (2) 在职责范围内出现问题后，采取掩盖、袒护等做法或不及时采取补救措施，致使危害结果扩大的；
- (3) 职责范围内多次发生重大经济案件或受到追究仍拒不纠正的。

9. 追究工作在院党委和行政的统一领导下进行。

- (1) 给予批评教育、责令书面检查的处分，由上级负责人组织实施，必要时可请纪检、监察部门和组织、人事部门负责人参加；
- (2) 给予通报批评、待岗等处分的，由纪检监察部门或其他有关部门组织实施；
- (3) 给予党纪处分，由所在党组织或纪检部门按照党纪处分条例的规定办理；给予行政处分，由任免机关依法办理。

10. 本级查处的案件中涉及到上一级领导机关管辖和领导干部的责任时，应按照移送案件的有关规定提请上一级党委或纪检、监察部门处理。

11. 领导干部责任追究的有关材料按照有关规定归入干部的个人档案

## 重大经济项目跟踪和成本效益分析制度

为动态掌握重大经济项目的进展情况，为工作决策提供重要参考依据，建立重大经济项目跟踪记录和成本效益分析制度，制定本方案。

### 1、工作目标

跟踪、掌握、分析重大经济项目的进展情况，协调解决在重大经济项目推进过程中遇到的问题，加快推动重大经济项目的完成，完善由于新项目、新技术、新工作流程造成滞后的制度、规定或办法。

### 2、工作内容

#### (1) 确定跟踪记录对象

所有重大经济事项都应列入跟踪记录范围，按重要性原则确定跟踪记录、分析对象。如：在建工程，工程修复修缮，大型设备购置等。

#### (2) 建立报送制度

为了开展工作，畅通信息收集渠道建立定期报送制度。

①. 建立重大经济项目跟踪分析办公室，办公室设在财务科，指定专人为重大经济项目跟踪分析负责人，负责收集汇总、整理、分析效益等职责。

②. 责任科室职责。需指定一人负责联络督促重大经济项目受益班组按时报送相关材料，汇总本科室重大经济项目材料并报送重大经济项目办。

#### (3) 确定报送指标内容

重大经济项目跟踪办根据各经济事项类别、属性、特点，编制重大经济事项报表供各责任科室填报。

#### (4) 确定报送时间及通道

报送周期：每月一次，责任科室每月 7 日前报送重大项目办。

#### (5) 信息发布

加强信息发布不定期在院内刊物及信息平台发布

- ①. 院报。不定期在院报上发布重大项目的进展情况，供领导参阅，亦可对外发布。
- ②. 典型案例。从正或反两个方面来发掘典型经济项目，典型事例，总结经验，形成有关材料。
- ③. 不定期形成领导参阅材料。

#### (6) 注意事项

- ①. 真实性、及时性。真实有效、及时的报送相关数据、材料。
- ②. 保密性。未经医院批准，任何科办、班组或个人都不得随意对外发布数据等相关信息。

### 3、组织保障

- (1) 重大项目办：指定专人联系，专门负责此项工作。
- (2) 各责任科室：指定负责联系人。负责联络、填报事宜。

## 绩效奖金分配管理制度

1、贯彻落实国家事业单位收入分配制度改革精神，结合医院特点，制定相应科学、合理的资金分配与管理制度，不准科室承包、开单提成、医务人员奖金分配与所在科室收入直接挂钩。

2、设立奖金管理组织负责全院奖金管理工作，并有相关程序与制度。

3、奖金分配原则。

(1) 坚持始终把社会效益放在首位的原则，遵照卫生部关于“医疗机构不准再实行科室的收入和医生个人收入挂钩”的要求。

(2) 逐步健全和规范对医院的资金分配制度，突出医疗质量、技术水平、医疗服务在医院的组织绩效考核中的权重。

(3) 坚持优质、高效、低成本的原则，充分利用医疗资源，降低成本，为人民群众提供优质、高效、安全、便捷和经济的医疗服务。

(4) 坚持按岗定酬、按任务定酬、按业绩定酬的原则。

4、医院奖金分配的主要依据

(1) 医院内部进行奖金分配时应按照岗位职责，提出工作要求，明确任务指标，考核综合业绩。奖金应与综合考核指标挂钩，不得单纯与业务收入挂钩。

(2) 医院内部的绩效考核应根据岗位所承担的责任不同、风险不同、技术不同，并综合考虑工作质量、服务质量、工作数量、创新能力等因素，在规范成本核算的基础上，对于工作可以量化考核的部门以量化考核为主，难以量化考核的部门主要以岗位职责为基础进行考核。

(3) 医院内部奖金主要体现工作人员的工作业绩和实际贡献。奖金的分配应当重实情、重贡献，向优秀人才和关键岗位倾斜。分配形式和办法可以由医院根据本单位的目标任务和特点，根据考核结果自主确定。

## 流动资产管理制度

流动资产是指可以在一年内（含一年）变现或者耗用的资产。医院的流动资产包括货币资金、应收款项、预付款项、存货等。应按国家相关法规、条例、制度、办法，结合执行本院内控制度有效使用管理。

### (一) 现金管理制度

1、严格执行“现金管理暂行条例”和“现金管理实施细则”的各项规定。

(1) 业务开展和其他方式取得的一切现金应由财务科出纳或收费人员在当日或次日入医院开户银行的账号内。出纳人员要按发生时间顺序及时登记日记账，做到日清、日结，遵守库存现金限额，严格执行现金使用范围。

(2) 按“现金管理暂行条例”和“现金管理实施细则”的规定，要支付的现金，一律从银行取款支付，不得将其收入的现金坐支，严格执行现金收支两条线的管理办法。

(3) 设置专人管理现金，专职从事现金出纳工作。出纳处、收费员处实行定额现金管理；财务科长要不定期对定额现金执行抽查，杜绝白条抵库。

(4) 每日终了，出纳应在现金日记账登记完毕后核对账款；财务科长应不定期对现金账实行检查，按规定对长短款进行处理。

(5) 要定期清理核对各部门从财务部门领用的备用金。

(6) 出纳人员在办理现金支付业务时，必须严格遵守医院支出审批管理制度，审批人必须符合授权审批权限，大额支出另经财务部门负责人签字认可后方可支付。

(7) 一切现金支付，都有填写正式单据，需经财务人员审核后制单，领款人签字，到出纳处领取。

## 2、明确现金使用范围

(1) 支付单位职工个人工资、奖金、津贴、福利费及加班费等。

(2) 支付单位职工各种抚恤金、退职、退休金、丧葬补助费及国家规定的个人其他支出。

(3) 支付患者就诊医药费多余款及医药费退款。

(4) 1000 元以下的其他小额零星支出。

## 3、规范现金报销管理

(1) 必须具有付款单位名称、购物内容和收款单位财务专用章或发票专用章，报销发票的大小写金额必须一致，不能随意涂改。

(2) 签字手续遵守支出审批管理制度。

(3) 对违反现金管理条例的报销事项，有权拒付。

## (二) 备用金管理

备用金是指由财务部门拨出一笔固定数额现金，委托出纳或其他专人保管，用于办理部门日常零星支出，定期将有关业务凭证交给财务部门进行报销，并补齐备用金定额。医疗机构的备用金主要有：财务现金出纳备用金、门诊收费备用金、住院结算备用金、挂号备用金、食堂采购备用金等。

1、医院应根据自身业务活动需要确定备用金定额。为了保证备用金的安全，备用金使用部门应设专人对备用金进行管理，并进行相应的职务分离和监督控制。

2、备用金的领用必须经使用部门负责人权限内审批，由本人至财务部门办理领用手续。

3、备用金的报销必须依据合法的现金支付原始凭证，同时备用金使用部门的负责人应对原始凭证进行审核。

4、财务部门必须每年年底办理一次备用金审查和清理手续。

5、财务和审计部门应定期对备用金进行清查。定期核对备用金的账面余额和已报销凭证的合计数与备用金的定额是否相符。

## (三) 银行存款管理制度

1、认真贯彻执行国家的政策法规，严格遵守银行的各项结算制度和现金管理制度，接受银行监督。严格执行《中国人民银行关于颁发〈银行结算办法〉的通知》的规定。

2、加强银行账户的管理。

(1) 银行账户的开设由财务人员按规定在银行办理开户，其余人员不得代行办理；医院的银行账户，严禁其他单位和个人使用。

(2) 医院按国家规定只允许在银行开设一个基本账户。

(3) 银行账户预留印鉴由财务科（财务专用章）和院办（法人代表印模）分别管理。

3、单位银行账户只供本单位使用，不准出租、出借、套用或转让给其他单位和个人使用。加强银行票据的管理。银行结算票据由出纳员购买、保存和使用；出纳员应根据合法的记账凭正确填写结算

票据，送财务科长审核后加盖预留印鉴；作废的票据和凭证要妥善保管，以便备查。

依照《票据法》和中国人民银行《支付结算办法》，规范结算支付行为，加快资金周转，保证资金安全。不准签发空头和远期支票。

5、财务人员在办理银行存款支付业务时，必须沿严格遵守支出审批管理制度，审批人必须符合授权审批权限，大额支出另经财务部门负责人签字认可后方可支付。

6、加强银行预留印签的管理。按照财务内部控制的要求，支票、印签要由不同人员在不同地点妥善保管。

7、各种收支款项凭证必须如实填明款项的来源或用途，不得巧立名目、弄虚作假、套取现金、套取物资，严禁利用账户搞非法活动。

8、加强银行存款的对账工作。

(1) 对账人员不得兼职银行出纳，不得登记来账和其他帐务；

(2) 对账人员每月将银行存款日记账与银行对账单核对，调节未达账项；

(3) 填写未达账款调节表，每月核对总帐与银行日记账余额是否相一致；

(4) 对未达账项要求有明细情况说明。

9、财务部门要不定期对银行对账情况进行监督检查，并有详细的文字记录。

#### **(四) 货币资金票据管理**

1、遵守《中华人民共和国票据法》规定，管理货币资金票据。

2、货币资金票据的购买。财务部门派专人负责现金支票、银行转帐支票及各种银行单据的购买，并设立购买登记本，分类进行详细登记。

3、货币资金票据的保管。

(1) 购买后的票据交由票管员进行保管，并在登记簿进行登记。出纳人员领用应妥善做好空白票据的保管工作，因保管不善发生支票丢失所造成的经济损失由出纳人员负责。空白支票和财务印章要分别存放，两人保管。

(2) 任何人不准携带空白货币资金票据外出，如有特殊情况，必须经主管领导和财务部门负责人批准，并登记清楚用途及限额。

(3) 货币资金票据丢失应立即向开户银行办理挂失手续，同时向有关领导报告。

4、货币资金票据的签发。

(1) 一人不能签发票。

(2) 支票签发一律记名，签发支票必须填写清晰、项目完整，不得涂改。填写必须用碳素墨水填写，填齐所以项目。收款单位名称、签发日期、大小写金额及用途一律不得涂改，加盖银行预留印鉴必须清晰，带密码支票要核清密码号，如签发错误不得撕毁，应加盖“作废”戳记，连同存根一起妥善保管，并在支票使用登记簿上注明作废。

(3) 签发货币资金票据必须在银行账户余额内按规定向收款人签发，不准签发空头、远期票据，不准出租或转让货币资金票据，不准将货币资金票据交收款单位代签。

5、货币资金票据的领用。

(1) 使用部门在领用票据时必须手续齐备，由出纳人员在支票登记本上进行发放登记，领用人应签字领取。

(2) 领用人不准弄脏或撕毁货币资金票据，使用时不能超出限额。严禁将支票转借其他人员，领用人不得私自涂改支票。

6、货币资金票据报账。货币资金票据领用后必须在规定时间内报账，报账时要发票齐全，支票号填写准确，如领用的支票十日内没支付的，应及时退回财务部门。对原领支票在规定期限内未报账，



一般不允许再领取。

7、货币资金票据的核对。出纳人员随时将库存的实有票据与登记本进行核对，防止空白票据遗失和被盗用。

8、货币资金票据的背书转让。背书转让时印章要清晰完整、合法合规。

9、货币资金票据的核销。财务部门负责人应定期对出纳人员发放的票据进行核查，保证购买登记簿内容、实存票据、发生票据领用的真实准确。货币资金票据的注销必须符合有关制度要求，以确保货币资金的安全可靠。

10、收取外单位支票时，出纳人员要认真审核有效期，各项内容填写是否符合银行要求。有银行密码的支票不得遗漏密码；及时送存银行。如支票被银行退回，出纳人员要尽快通知经办人员向出票单位索换。

## （五）货币资金印鉴管理制度

### 1、印鉴的管理

（1）货币资金票据印鉴一般由单位财务专用章、单位负责人名章（或财务部门负责人名章）及经办人名章组成。

（2）货币资金印鉴须经开户银行和医疗机构主管部门备案后方可启用。

（3）货币资金印鉴必须要由不同人员在不同地点妥善保管。

（4）不等非法刻制印鉴，一经发现，对其主管负责人或直接责任人追究法律责任。

（5）更好印鉴时，须提出申请，经核准后刻制新印鉴。新印鉴启用后，应将原印鉴交回主管部门按规定进行销毁。

（6）印鉴丢失，经声明作废后，可按程序申请重新刻制。

### 2、印鉴的使用

（1）使用范围：财务专用章主要用于财务部门的收款发票、与银行相关的各种票据（如：现金及转帐支票、汇票、汇款单据等）；法人名章主要用于与银行相关的各种票据（如：现金及转帐支票、汇票、汇款单据等）。

（2）未使用的空白支票上不得加盖银行支票印鉴。

（3）加盖财务印鉴须经财务主管批准，不得擅自使用。

（4）印鉴离开单位财务部门要经过财务部门负责人批准，印章使用者取得印章后要办理签字手续，印章保管人员要备查登记，及时收回。

## （六）货币资金盘点核查管理制度

1、建立定期和不定期的现金盘点制度。每日要有出纳人员进行盘点，编制现金日报表，与现金日记账余额核对相符。财务部门负责人要组织专门人员不定期对现金进行盘查。

### 2、库存现金和备用金的盘查。

（1）建立库存现金与备用金检查记录表。

（2）将库存现金与现金日记账余额及总帐相核对。

（3）每日收支凭证要及时入账。

（4）严禁白条抵库。

（5）盘查发现差额，及时查清原因，按相关规定处理。

### 3、银行存款的盘查。

（1）建立银行存款检查记录表。

（2）按月核对银行存款日记账和银行对账单，编制银行存款余额调节表，调节未达账项。核对与

编表工作应由第三者承担。

(3) 检查大额未达账项和长期未达账项，并审查未达原因。

(4) 不定期派财务人员到开户银行核对银行存款余额。

## (七) 药品采购供应管理制度

为了认真贯彻执行《药品管理法》，规范药品采购行为，医院药品采购工作在主管院级领导下，药剂科主任对药品采购工作进行指导与监督下，药品采购员具体负责药品采购工作。

### 一、药品采购和保管

1、药品采购必须坚持如下基本原则：

坚持正宗、优质、品牌原则；坚持低价原则；坚持对方的配送时间长短、伴随服务质量、小品种供应能力与采购量相平行原则；坚持按计划采购原则；急救药品、特殊药品临时采购便捷原则。

2、药品采购实行规范化管理，药品采购包括中草药、中成药、西药及制剂用原辅料、包装材料等。所有药品必须在四川省药品招标（集中）采购中心定点采购。

3、药品采购计划以表格形式提出，一式三份，交由药剂科主任修改审核后，再交主管院长签字同意，药品采购员在网上采购；任何人不得私自向外发出计划，亦不能接受无计划送货。

4、网上采购完成，即打印采购清单，监督方签字同意，采购员在清单上签字后交采购员一份，药库一份、药剂科主任一份。

5、采购员负责按药品采购清单的要求一一落实。

6、药库保管员按保管程序和职责对入库药品质量、数量严格把关，药品保管员应严格药品入库手续，收集齐相关检验报告，并负责装订成册。药品入库应按《药品管理法》做好入库记录。对不符合要求的药品应拒绝入库，同时向药品采购员报告，由采购员及时作出退货或换货等处理，采购员不能作出处理的及计划外的药品应向药剂科主任报告。

7、药品发票由药品会计负责收集并核对发票上药品采购实价是否与采购清单上价格相符，若不符应先与采购员核实后冲减或从发票中核减并将清单附在相应发票后，月底交采购员签字，然后交药剂科主任签字确认，再交审计科进行审计，审计合格后再交分管副院长签字，签字后交财务科。

8、与药品采购相关的原始资料由相应主管人员妥善保存。

9、采购员要及时以书面表格的形式向药房及相关科室通报新药信息。

### 二、新药采购及使用管理

1、本文指的新药是指本院未使用过的药品。

2、新药的引进程序为：临床药理学室审查登记→相应临床科室主任提出申请→药剂科科内初评→医院药事委员会评审→主管院长审核→药事委员会主任（院长）审批→药品采购员采购→采购员购药

品采购信息通知申购临床科室主任和相应调剂部门。

3、引进的新药必须建立新药档案。

4、抗生素引进须交医院药事委员会讨论，按药物分类、分代确定基本品种个数。

5、专科用药、世界知名制药企业（如罗氏、杨森、中美史克等）的品种可适当放宽政策，可根据我院用药实际情况按需引进。

6、特殊药品、急救药品由采购员向药剂科主任、主管院级报告，同意后即可采购。

7、新药引进要做到进出平衡，控制品种数量无大的变化。进新药的同时要考虑淘汰部分旧的品种。

8、新药引进采取谁申报谁负责的原则，对药品使用负责。临床科室主任不得申购它科药品。

### 三、药品使用管理的几点其它要求

- 1、对临床使用的抗生素实行月销售金额排名，每月排出前 10 名。
- 2、严禁医药代表进入各临床科室进行与药品促销相关的活动，否则，一经查实，将清退其推介的品种。
- 3、严禁医院任何工作人员担任医药代表。严禁医院任何工作人员为药品推销商提供药品销售明细。
- 4、任何人不得收受、索要药品回扣。不得要求药品供应商为个人谋取私利，违者按相关政策严肃处理。

#### （八）新药遴选制度

- 一、新药报名及讨论不定期开展，由药事管理与药物治疗学委员会具体组织实施，院纪委负责人监督，检查其全过程。
- 二、药事管理与药物治疗学委员会负责对报名的新药进行收集整理汇总，编制新药讨论目录，内容应包括：每个品种的商品名、通用名、剂型、规格、社保属性、生产厂家、最高零售价、现有相同或同类品种的比较等。
- 三、遴选人员由药事管理与药物治疗学委员会全体委员和医院纪委在专家库中随机抽取的专家人员 10 名组成。参加人员必需严格执行纪检规定。
- 四、专家库由全院副高级以上技术职务任职资格的临床医学、药学、感染管理和医疗行政方面的专家组成。
- 五、院药事管理与药物治疗学委员会主任委员应参加每次评审。
- 六、药事管理与药物治疗学委员会集体讨论决定采购的药品品种、价格、及供应渠道。
- 七、讨论结果上报医院，由院长会集体讨论同意后方可执行。

#### （九）药品验收管理制度

- 1、药品的入库验收工作，应由药剂科完成。验收工作要由独立于请购、采购的库管人员担任。
- 2、药品的验收入库，应由验收人员根据合法有效的采购合同和物资发票，对所购药品进行验收，并对采购验收情况作详细记录。
- 3、验收人员应认真核对药品的品种、型号、规格、数量、质量、单价、金额以及供应商（厂家）等，对验收合格的，办理验收入库手续，库存保管人员填入库单并加盖经办人员的戳记。对验收不合格的，应及时反采购人员或供应商（厂家）予以处理，不得办理入库手续。其中发现质量不合格的应作退货处理。严格控制购进药品的质量。
- 4、库存保管人员应准确记录验收入库的货物品名、规格、型号、数量、单价、金额以及供应商（厂家）。
- 5、药品采购，均应符合有关质量技术要求，发票与采购订单（合同）要一致。
- 6、所有退货都要有准确记录，应注明退货品名、型号、规格、数量和退货原因，并经主管领导审批；没有办理验收入库的物品不准办理结算。
- 7、库存保管人员对验收过程中发现异常情况，应及时向有关部门领导报告；有关部门应及时查明原因，并作相应处理。
- 8、药剂科对药品验收入库后，凭发票和入库清单到财务部门报销（办理结算）。提供的票据需由采购人员、验收入库人员、归口管理部门负责人以及主管领导签字；财务部门对批准的预算计划验收入库手续、货物发票等有关原始凭据审核无误后进行相关的帐务处理。
- 9、如遇特殊医疗事件急需物资，验收人员无法第一时间到场验收的应在事后补办验收手续。
- 10、未办理验收入库手续的物品不得办理出库领用手续。

## **(十) 药品报损、报废、处置管理**

### **一、药品退货**

#### **1、药库发出的药品退回管理。**

(1) 药房保管员填写“药品退库申请单”，药库保管员复核曾经发货的批号和数量，经药品管理部门负责人批准后，通知药房保管员退回药品。

(2) 药品退回到药库，保管员和验收员应核对“药品退库申请单”的药品名称、数量、规格、批号、原购货日期和有效期后签字确认收货。如非药库发出的药品应拒收，并上报质量管理员处理解决。

(3) 验收员按进货验收的程序逐批号验收。

#### **2 过期药品退回管理。**

(1) 每月检查药品有效期，了解药品积压情况，发现过期失效药品应填写《药品过期失效报告表》交药库保管员与实物核对。

(2) 药库保管员填写“药品退库申请单”并按规定程序和审批手续后办理药品退库手续。

(3) 药库和财务部门按规定办理财务手续。药库保管员详细填写退出药品记录。

### **二、不合格药品的确认、处理、报损、销毁工作流程**

1、药品在任何环节中发现不合格的均首先应停止院内流通使用。并及时通知药品质量管理员，同时通知采购部门与供货方联系。

2、药品管理人员在例行的检查中发现不合格药品应立即通知药库保管员和采购员按规定的程序处理。

3、上级药监督检查部门抽查检验，或上级药检部门公告通知药库药房的保管员对在库不合格药品进行清查；保管员应根据药品监督管理部门的要求处理同批号药品。

#### **4、不合格药品的报损和销毁按以下规定执行：**

(1) 不合格药品的报损。保管员按月填写“报损药品清单”，上报质量管理员，由质量管理员填写“药品报损审批表”报药品管理部门负责人审核，由财务部门审核后，报主管领导批准。批准报损的药品要专人、转帐并划定专区管理。

(2) 报损需销毁处理的药品。质量管理员填写“报废药品销毁表”，报请药品管理部门负责人批准后，在质量管理、采购、财务审计等有关部门共同监督下进行销毁，并登记“药品销毁记录”。药品监督管理部门抽检查处的不合格药品，按照药品监督管理部门通知要求办理。

(3) 对于不合格药品，质量管理员应查明原因、分清责任，及时采取纠正和预防措施。每月进行一次汇总，上报药品管理部门负责人。

5、质量管理员对确认的不合格药品家里不合格药品台帐。台帐中应明确写明不合格药品的确认、报损、处理、销毁全过程。

## **(十一) 药品盘点管理**

1、加强药品核对管理。财务部门要根据审核无误的验收入库和发票、批准的采购计划、合同协议等相关证明及时办理支付，并及时入账报账；每月与药剂科核对帐目，保证账账相符、账实相符。

2、建立定期盘点制度，成立由单位领导、财务部门、审计部门和药剂科组成的清查盘点小组，定期对药品及库存物资进行监查盘点，贵重药品每月盘点一次，其他药品每季盘点一次。

3、盘点时应由盘点人依实际盘点数详实记录“盘点统计表”，一式两份，一份本部门存查，一份送财务部门，核算盘点盈亏。

4、盘点报告。有关部门应将“盘点单”的盈亏项目填列“盘点盈亏汇总表”及“项目盈亏汇总表”各一式四份，并填写差异原因及处理办法，报送主管院长审批、财务部门和审计部门存档。

5、财务部门依据审批后的盘点报告进行帐务处理，以确保账账相符、账实相符。

6、药品的缺损、报废和失效应及时分析原因，药剂科填写报损、报废单，经过技术部门鉴定，主管领导签署意见，经审计部门和财务部门审核，主管院领导批准，办理销账（卡）手续。专职房管理人员对医院的药品的保管负全责。

## （十二）高值医用耗材采购制度

为加强高值医用耗材的管理，规范高值医用耗材采购，保障医患和医院的合法权益，根据国家卫生和计划生育委员会《高值医用耗材集中采购工作规范（试行）》和四川省卫生厅《关于进一步加强贵重药品、高值医用耗材和昂贵医用设备采购使用管理工作的通知》的要求，特制订本制度：

### 1、高值医用耗材所指范围

指直接作用于人体、对安全性有严格要求，生产使用必须严格控制、价值相对较高的消耗型医用器械。主要由植入和介入材料组成，包括血管介入类、骨科植入、神经外科、电生理类、起搏器类、血液净化、眼科材料、口腔科等材料。

### 2 高值医用耗材采购原则

2、1 高值医用耗材采购通过政府建立的非营利性集中采购工作平台，集中采购入围目录内的高值医用耗材。

2、2 对于临床必须使用的高值医用耗材，但又属于政府集中采购平台中未涉及的高值医用耗材，须经分管领导审批同意，批量采购还需经医学装备委员会决策同意。

### 3、高值医用耗材采购程序

3、1 高值医用耗材需求科室应充分了解将使用的高值医用耗材的安全、功效和使用方法。

3、2 属于需购新种类高值医用耗材的，临床需求科室应填写书面的《新购医用耗材申请表》（见附件），并推荐三个建议品牌，详细阐述理由，经营管理小组签字后交设备室。

3、3 设备室收到《新购医用耗材申请表》后，应对购买可执行情况进行了了解、分析并给出初步意见，并充分征求物价、医保的意见及分管院长审批。

3、4 对于集中采购入围目录内的高值医用耗材，医学装备委员会根据科室的需求进行院内比选确定供应商。

3、5 对于临床必须使用的高值医用耗材，但又属于政府集中采购平台中未涉及的高值医用耗材，若批量采购，应由院内医学装备委员会根据临床科室需求进行比选、招标确定供应商。若少量采购，则由设备室根据临床科室需求，组织比选或跟标采购。

3、6 高值医用耗材的采购应对质量、价格、服务和信誉等进行综合评价。对于确定的供应商，应严格审核供应商提供的有效资质。

3、7 高值医用耗材供货前，应与供应商签订供货合同，廉政建设、产品质量法律责任承诺书。

3、8 高值医用耗材到货验收，应仔细核对配送的高值医用耗材规格、包装、数量等信息与合同签订品种规格、包装、数量等信息一致。

### 4 附件

《新购医用耗材申请表》

## （十三）库存物资采购管理制度

1、库存物资由医院具有请购权的部门统一采购。纳入政府采购和库存物资集中招标采购范围的，必须按照有关规定执行。

2、制定库存物资采购管理流程。明确采购计划编制、审批、购入、取得、验收入库、付款、仓储

保管、领用发出与处置等环节的控制要求，设置相应库存物资台帐，认真核对请购手续、采购合同、验收证明、入库凭证、货物发票等凭证，确保采购过程得到有效控制。

3、医院应当根据具体库存物资的性质及其供应情况确定采购方式。政府采购和库存物资集中招标范围以外的批量库存物资应通过招标统一采购或合同订货方式，小额零星库存物资的采购可以采用直接购买等方式，确保采购过程的透明化。

4、医院应当制定突发事件、紧急需求情况下，特殊采购的工作流程。

5、根据库存物资的用量和性质，加强安全库存量与储备定额的管理，根据供应情况以及业务需求确定批量采购或零星采购计划：

6、医院采购部门应当严格审核供应商的资质，充分了解和掌控供应商的信誉、合法证件以及供货能力等有关情况，采取由采购和使用等部门共同参与比制比价程序，并按规定的授权批准程序确定供应商。小额零星采购也应由被授权的管理部门进行审查。

#### **（十四）库存物资验收管理制度**

1、库存物资的入库验收工作，应由医疗机构被授权的管理部门完成。验收工作要由独立于请购、采购的库管人员担任。

2、库存物资的验收入库，应由验收人员根据合法有效的采购合同和物资发票，对所购库存物资进行验收，并对采购验收情况作详细记录。

3、验收人员应认真核对库存物资的品种、型号、规格、数量、质量、单价、金额以及供应商（厂家）等，对验收合格的，办理验收入库手续，库存保管人员填制入库单并加盖经办人员的戳记。对验收不合格的，应及时反采购人员或供应商（厂家）予以处理，不得办理入库手续。其中发现质量不合格的应作退货处理。严格控制购进库存物资的质量。

4、库存保管人员应准确记录验收入库的货物品名、规格、型号、数量、单价、金额以及供应商（厂家）。

5、库存物资采购，均应符合有关质量技术要求，发票与采购订单（合同）要一致。

6、所有退货都要有准确记录，应注明退货品名、型号、规格、数量和退货原因，并经主管领导审批；没有办理验收入库的物品不准办理结算。

7、库存保管人员对验收过程中发现异常情况，应及时向有关部门领导报告；有关部门应及时查明原因，并作相应处理。

8、具有请购权的部门对库存物资验收入库后，凭发票和入库清单到财务部门报销（办理结算）。提供的票据需由采购人员、验收入库人员、归口管理部门负责人以及主管领导签字；财务部门对批准的预算计划验收入库手续、货物发票等有关原始凭据审核无误后进行相关的帐务处理。

9、如遇特殊医疗事件急需物资，验收人员无法第一时间到场验收的应在事后补办验收手续。

10、未办理验收入库手续的物品不得办理出库领用手续。

#### **（十五）库存物资报损、报废、处置管理**

1、在院长及财务科长、总务科长领导下，按照财产物资管理要求，认真管理好，利用好各类各项财产物资。

2、在院长领导下由设备科、总务科、财务科、审计科联合组成清查小组对医院设备、仪器、低值易耗品、家具用具、材料物资等进行定期清查。期限一般为一年一次。通账、卡、物相对，进行实物清渣，做帐、卡、物相符。

3、对财产物资的正常报废，报废科室填定“报废表”，并写明报废原因。由财务科、总务科、审计室进行审查核准，作出批示，财产物资的非正常报废，除了按照正常程序审批外，还应追相关科室

或者责任人的经济损失。

4、财产物资报废后交回总务科，由总务科、财务科共同进行变价处置。处置收入交回财务科入帐。

5、设备报废后，由总务科、财务科联合起来对报废的设备进行变价处理，作出变价处理意见报主管院长审批，残值收入交回财务科入帐。

6、经主管院长审批后，财务科作出账务处理，保证账、实相符。

7、责任追究：

医院在财产物资处置的管理过程中，应当遵循公开、公正、公平的原则。各部门应积极配合管理，制止额固定资产处置中的各种违纪行为，防止财产物资流失，对违反相关财经法规，擅自处置财产物资的部门和个人，均应承担相应的经济责任。

## **(十六) 库存物资盘点管理**

1、加强库存物资核对管理。财务部门要根据审核无误的验收入库和发票、批准的采购计划、合同协议等相关证明及时办理支付，并及时入账报账；每月与总务科核对帐目，保证账账相符、账实相符。

2、建立定期盘点制度，成立由单位领导、财务部门、审计部门和总务科组成的清查盘点小组，定期对库存物资进行监查盘点，库存物资每季盘点一次。

3、盘点时应由盘点人依实际盘点数详实记录“盘点统计表”，一式两份，一份本部门存查，一份送财务部门，核算盘点盈亏。

4、盘点报告。有关部门应将“盘点单”的盈亏项目填列“盘点盈亏汇总表”及“项目盈亏汇总表”各一式四份，并填写差异原因及处理办法，报送主管院长审批、财务部门和审计部门存档。

5、财务部门依据审批后的盘点报告进行帐务处理，以确保账账相符、账实相符。

6、库存物资的缺损、报废和失效应及时分析原因，总务科填写报损、报废单，经过技术部门鉴定，主管领导签署意见，经审计部门和财务部门审核，主管院领导批准，办理销账（卡）手续。专职房管理人员对医院的库存物资的保管负全责。

## **(十七) 应收及预付款项的管理**

应收及预付款项是指医院在开展业务活动和其他活动过程中形成的各项债权，包括应收在院病人医疗款、应收医疗款、预付账款和其他应收款等。

1. 应收在院病人医疗款的管理

(1) 每月末由收入核算会计按医院收费系统提供的数据挂列月末在院病人医疗款。

(2) 收费结算部门负责应收在院病人医药费和应收医疗款的催收，财务部门负责定期督促。对催收无效的逾期应收账款，财务部门应报医务部门，通过法律程序等途径予以解决，尽量减少患者欠费。

(3) 在收费系统中，建立在院病人医药费用明细账，并严格按照会计期间统计《应收在院病人医药费报表》，每月进行核对，核对应收在院病人医药费与已收病人医药费之和是否与系统中核算发生的医药费总数一致。

(4) 医院应当按医药费合同单位设置应收医疗款明细账及时登记每一合同单位应收医疗款增减变动情况和信用额度使用情况，并定期与合同单位通过电话和函证等方式核对应收医疗款等往来款项。如有不符，应查明原因，及时处理。

(5) 医院应收医疗款中，涉及医疗保险和单位记账的应收医疗款，应进行每月核对，医疗保险应收医疗款必须核对当期医保基金中心实际付款、拒付之和与应收医疗款一致，并按照患者及所属区县建立医疗保险应收医疗款明细账和拒付医疗款明细账。

2 应收医疗款的管理

应收医疗款包括应收医保款、应收门诊病人医疗款、应收出院病人医疗款等部分

(1) 收入核算会计根据收款员结算单按社保单位挂列应收医保款，月末与医保科进行对账；收到医保拨款后应冲销应收医疗款，若出现误差应及时查明原因予以调账。

(2) 门诊病人原则上不予以欠费，但对危急、危重，抢救病人除外。收入核算人员月末根据审核后的门诊病人欠费记录挂列应收门诊病人医疗款。

(3) 对危急、危重、抢救病人应按医院有关负责人（含院总值班人员、职能部门负责人、病人所在科室负责人）签署的可以欠费金额、时间限度予以记账，并在病人在院期间做到随时催收，收费处负责人对催收不到的欠费，在病人出院后上报财务科。收入核算会计应于每月末根据已出院且欠费病人费用清单按病人姓名挂列应收出院病人医疗款。

(4) 医院英大按医药费合同单位设置应收医疗款明细账及时登记每一合同单位应收医疗款增减变动情况和信用额度使用情况，并定期与合同单位通过电话和函证等方式核对应收医疗款等往来款项。如有不符，应查明原因，及时处理。

(5) 医院应收医疗款中，涉及医疗保险和单位记账的应收医疗款，应进行每月核对，医疗保险应收医疗款必须核对当期医保基金中心实际付款、拒付之和与应收医疗款一致，并按照患者及所属区县建立医疗保险应收医疗款明细账和拒付医疗款明细账。

(6) 应于年末，采用余额百分比法，计提坏账准备。累计计提的坏账准备不应超过年末应收医疗款和其他应收款科目余额的 2%—4%。计提坏账准备的具体办法由省（自治区，直辖市）财政，主管部门确定。

对期限超过 3 年，确认无法收回应收医疗款应作为坏账处理，坏账损失经过清查，报经主管部门批准后在坏账准备中冲销。年度终了，应按年末应收医疗款和应收在院病人医药费科目余额的 3%—5% 计提坏账准备。当年坏账准备不足冲销的，应分清原因，分别处理。

## （十八）其他应收款管理

其他应收款是指除应收医疗款和应收在院病人医药费以外的其他各种应收和暂付款项。其主要包括部门备用金、差旅费借款和其他零星借款等。

应凭完整的内容手续凭据计入该项目，实行按单项事例三栏式账户组织核算，要求事项定义要准确，内容摘要要清晰，坚持按月核算。

1、财务部门应派专人负责清理和检查其他应收款，每月末做出其他应收款明细报表，及时督促款项的收回。

2、定期核对保证金和抵押金，确保在正常期限内收回。

## （十九）医疗欠费管理

1、住院患者在办理住院手续时，必须出示本人身份证或有效证件，其中医保患者还需将医保手册交至有关部门，详细填写住院卡并交纳医疗预收款，由住院处核实、登记后办理入院手续。

2、住院收费结算部门定期向临床科室发放《科室住院患者欠费汇总名单》，并向欠费患者发放《催缴住院费通知单》。

3、患者补足医疗预收款后方可办理结算手续。

4、财务部门应每周对在院以及出院患者的欠费情况进行统计汇总。编制《住院患者欠费情况监控表》，报医务部门、主管领导并抄送各临床科室。

5、财务部门应每月编制《出院患者欠费情况汇总表》，报医务处、临床科室和主管领导。

6、对出院患者医药欠费应由医院组织清欠小组负责催缴，重大欠费事项应及时上报主管领导。

7、对于因责任心不强而造成逾期应收医疗款和坏账损失的财务人员和其他相关人员，应在内部予以警告，造成重大损失的应予以经济处罚。



## 非流动资产的管理

### 固定资产管理制度

- 1、医院固定资产实行“统一管理，分科负责，计划供应”的管理原则。
- 2、医院固定资产的管理实行三级负责制即财务科负责总账，财产管理部门负责明细（设备科建立贵重仪器和医疗设备明细账，由专人负责；总务科建立房屋，建筑及家具、被服、其它设备明细账，由专人负责），使用部门负责台账。
- 3、财产管理部门与财会部门要定期对固定资产进行清查核实，做到账实相符，账账相符。
- 4、严格执行固定资产的验收制度，对新购入，调入及自制的固定资产，由库房保管员和相关人员共同验收后，填写入库单一式三联，一联入库凭证，二联随同原始凭证交财务科入账，三联交物资会计记账。
- 5、领用出库，由保管员填写出库单一式三联，一联库房下账，管理部门上账，二联交物资会计入账，三联交使用科室建账。
- 6、固定资产的报废，由使用科室提出申请，由设备科鉴定，报院长审批，通知财务科作调账处理。
- 7、对盘盈盘亏的固定资产，均应查明原因，按规定进行账务处理。

### 固定资产采购制度

- 1、医院应严格按照固定资产购建授权办理业务。明确各相关人员的审批权限及职制范围，各管理部门及经办人员应在被授权范围内行使职权，承担责任，不得越权审批。
- 2、固定资产采购由单位指定的采购部门统一采购，其他任何部门不得私自采购，任何采购都应有预算指标和申购计划单，并经被授权部门（人员）的审批后方能采购。
- 3、固定资产采购在 50 万以上，财务作专用基金开支；50 以下的购置作医疗支出开支。
- 4、在采购招标活动中，招标采购部门要认真做好与供应商有利益关系的回避工作，应向参加投标的供应商申明回避制度。

### 固定资产验收制度

为把住购进固定资产的质量关，对固定资产的验收活动规定如下：

- 1、新购建的固定资产，归口管理部门必须按经济合同规定的内容严格验收、清点，防止以劣充优、以少充多。发现实物与经济合同规定不相符时，要及时和供货单位或建设单位联系，并通过财务部门办理拒付手续。所购置固定资产出现质量问题应及时处理，并将处理情况详细记录备案。
- 2、新增的大型固定资产和竣工基建项目，归口归口部门应组织审计，财务部门和使用部门共同参与验收。
- 3、购入的固定资产，根据购入发票、入库单或调拨单办理验收核算。对大型设备的验收，归口管理部门要及时根据订货合同和发票装箱单与使用部门一起开箱验收，并做好验收记录，如发现设备质量问题，要及时办理退货和索赔手续；对竣工基建项目的验收，归口管理部门要根据施工合同、竣工决算、审计报告和质量报告及时组织验收。
- 4、及时办理验收合格固定资产的编号、建帐卡和入库手续。验收部门要根据收货单和领物单，设置分户帐及固定资产卡片；财务部门负责登记固定资产总分类帐；归口管理部门负责登记固定资产明细分类帐；使用部门负责登记固定资产分户帐（登记卡）。
- 5、固定资产应由使用部门负责人和保管人填写领物单，经归口管理部门负责人批准后领用。领物单位标明固定资产名称、型号、厂牌、规格、数量。领物单一式三联，一联交会计记账，一联交管理部门保管，一联交使用部门存查。

6、对医疗仪器设备新产品，须按国家有关标准样检验，在确保医疗安全的前提下，方可验收投入使用。

## 固定资产报废处置管理

为规范对固定资产的处置行为，防范资产的损失或流失，对固定资产的处置规定如下：

### 1、固定资产处置范围

- (1) 已过使用年限，技术性能落后已无法满足工作需要或长期不用闲置的设备及器材；
- (2) 设备仪器呆账损失、非正常损失、非正常损坏、遗失等；
- (3) 丧失原有功能，经技术鉴定无法修复、无法继续使用或修复成本超过接近新购价格，必须进行产权注销的设备仪器；
- (4) 因国家标准改变而不符合现在使用要求，且不能改装利用或国家规定应淘汰的技术性能落后、高能耗、低效率的设备仪器；
- (5) 因原设备仪器安防场地发生改变无法拆卸迁移或者继续使用易发生危险的设备仪器。

### 2、固定资产报批处置权限

- (1) 固定资产发生产权转让、注销产权、无偿调出、出售、报废和报损等事项时，必须经过审批程序后，由归口管理部门统一处置。
- (2) 凡属报废的固定资产，先由使用单位提出申请，填写“固定资产报废申请单”，注明处置理由并经使用部门负责人审核签字后，报送归口管理部门；
- (3) 单位应成立固定资产处置小组。处置小组由使用部门、归口管理部门、财务部门、审计纪检部门、专业技术专家等成员组成；

### 3、审批：

- (1) 固定资产处置经过及时监督后必须经固定资产处置小组审核批准，重大固定资产处置，实行领导集体决策，并按规定经上级部门审批通过后方可进行处置。
- (2) 未履行报批手续、为按规定审批权限或未按批复意见的，任何单位和个人不得擅自对固定资产进行处置。

4、医院无偿调出的固定资产，由归口管理部门与接受单位签署协议书，调整有关固定资产和资金账目；

5、经领导批准后需要让售的固定资产，医院财务、审计、纪检、设备等相关部门共同参与，公开竞标。

### 6、责任追究

医院在固定资产处置的管理过程中，应当遵循公开、公正、公平的原则。各部门应积极配合管理，制止额固定资产处置中的各种违纪行为，防止固定资产流失，对违反相关财经法规，擅自处置固定资产的部门和个人，均应承担相应的经济责任。

## 固定资产清查盘点管理

为了规范固定资产清查盘点工作，规定如下：

- 1、建立定期固定资产盘点制度。年终，需对固定资产实行全面清查盘点。
- 2、成立固定资产盘点小组。由盘点人、会点人、协点人及监点人组成：
  - (1) 盘点人由归口管理部门指派人担任，负责点计工作；
  - (2) 会点人由财务部门指派人担任，负责盘点记录；
  - (3) 协点人由使用报管部门担任，负责盘点时的料品搬运工作；
  - (4) 监点人由审计部门、负责盘点监督。

3、明确盘点内容。包括固定资产的实有数与账面结存数是否相符；固定资产的保管、使用、维修等情况是否正常。

4、盘点时应由会点人依实际盘点数详实记录“盘点统计表”，一式二份；归口管理部门应依据盘点结果编制“盘存单”，一式二份，一份本部门存查，一份送财务部门，核算盘点盈亏。

5、盘点报告。各有关部门应将“盘点单”的盈亏项目填列

“盘点盈亏汇总表”及“项目盈亏汇总表”各一式四份，并填写差异原因及处理办法，报送主管院长审批、财务部门和审计部门存档。

6、盘点盈亏处理。对固定资产盘盈，经主管部门批准后按同类固定资产价值或重置完全价值增加固定资产；对固定资产盘亏或毁损，按规定的程序报经主管部门批准后，冲减固定资产。

## 无形资产管理制度

为规范无形资产的管理行为，明确职责权限，防范资产管理风险，特制定本制度。

### （一）无形资产的含义

无形资产是指不具有实物形态而能为医院提供某种权利的资产。包括专利权、著作权、版权、使用权、非专利技术、商誉、医院购人的不构成相关硬件不可缺少组成部分的应用软件及其他财产权利等。

### （二）相关科室职责

相关科室分为三大类：使用部门、资产管理部、财务核算监督部门。

#### 1. 使用部门

使用部门，负责向资产管理部提出书面需求申请。对外购无形资产，参与相关询价招标比验收后纳入科室资产管理。

#### 2. 资产管理部

##### （1）设备科

负责对医疗设备附带的专用软件进行管理。根据部门需求收集信息，组织询价、招标、比选。组织无形资产验收，建立无形资产台账，办理无形资产的处置，定期对无形资产的安全性、适用性进行检查，及时处理资产使用过程中的故障。

##### （2）信息科

负责对除医疗设备专用软件以外的应用软件进行管理。根据医院和部门需求提出资产外购或自行研发的。对需外购的应用软件，应根据要求收集信息，组织询价、招标、比选；对自行研发的应用软件，应对研发过程进行有效监督。组织无形资产验收，建立无形资产台账，办理无形资产的处置，定期对无形资产的安全性、适用性进行检查。

##### （3）总务科

负责对土地使用权进行管理。应按照《中华人民共和国土地管理法》的相关规定进行管理。

#### 3. 财务核算监督部门

财务科负责建立无形资产台账，对无形资产进行会计核算，参与无形资产的验收、检查、处置工作，定期进行无形资产清查盘点

### （三）无形资产的取得与计价

#### 1. 无形资产的外购流程

各使用科室根据各自工作需要以书面形式向资产管理部提出申请（申请的具体要求参见各资产管理部的相关规定）；经资产管理部及院领导审核同意后（10万元以上的购置须经过院长办公会讨论通过），由资产管理部组织购入（比选、招标流程同固定资产）；所有无形资产经使用科室签收后纳入科室资产管理；资产管理部及时建卡、上账，并报财务科。

#### 2. 无形资产的研究与开发

自制无形资产研究开发完成后，由项目负责人向资产管理部门提出验收申请。资产管理部门会同使用部门，必要时聘请院外专家对自制无形资产进行验收，并根据验收结果填写验收报告。财务科根据验收报告、相关验收单据进行账务处理。

### 3. 无形资产的初始计价

购入的无形资产，按照实际支付的价款计价；自行开发并依法申请取得的无形资产，按依法取得时发生的注册费、聘请律师费等支出计价；接受捐赠的无形资产，按捐赠方提供的资料或同类无形资产估价计价；商誉除合作外，不得作价入账。

### 4. 无形资产的摊销

无形资产从取得当月起，在法律规定的有效使用期内平均摊入管理费用，法律没有规定使用年限的按照合同或单位申请书的受益年限摊销，法律和合同或单位申请书都没有规定使用年限的，按照不少于十年 的期限摊销。

### （四）无形资产的处置

无形资产不能继续使用时，由使用部门填写处置申请表，经资产管理部门、财务科、审计科、纪委审核同意后报院长办公会。院长办公会讨论通过后进入资产处置申请程序。

资产处置申请及审批流程严格按照上级主管部门和财政部门的规定执行

## 流动负债管理

### 预收医疗款管理

预收医疗款，是指医院预收住院病人的预交金。医院实行住院病人预交金制度，即病人住院时先交纳一定数量的预交金，出院时再根据住院期间实际所发生的费用结账，多退少补。医院实行预交金制度，对医院正常业务开展所需的流动资金起了一定的保证作用。医院要加强预交金管理，根据病人病情和治疗需要，实事求是合理确定住院病人预交金，一般以病种的正常治疗费用为标准，做到既能基本满足医疗业务工作开展的需要，又不增加病人的经济负担。收取病人预交金时，要开具统一规定的预交金收据，并及时交款登记入账。住院期间要经常检查预交金使用情况，预交金不足时应及时通知补交。病人出院应及时结算，预交金多退少补。

- 1、按照相关定制预交金额度和收取交金。
- 2、收取预收医疗款必须开具《预收金收据》，并做好相关信息的记录与核对。
- 3、严格执行预交金的收、退、作废的操作规程。
- 4、严禁挪用预收医疗款，当日预交金当日入账，不得坐支。
- 5、预收医疗款实现系统内双重核对，即收费系统内部至少提供两种以上不同方式 提取的数据，实现收款人员与审核人员之间的核对，数据一致后审核人员及时确认预收医疗款收入。
- 6、应收医疗款实行三级审核控制，即收款员、收费结算部门审核责任人和财务部门审核责任人三个层次。
- 7、财务和审计部门要对预收医疗款进行不定期检查，发现挪用的，依法追究当事人责任。

### 债务管理

医院的债务是指医疗机构所承担的能以货币计量，需要以资产或劳务偿还的债务，它代表的是医院对其债权人应承担的经济责任。

- 1、医院的债务主要分为流动负债和长期负债。流动负债包括：偿还期在一年以内的短期借款、应付账款、医疗预收款、预提费用、应交超收款、应付工资、应付职工福利费和应付社会保障费等。长期负债是指偿还期在一年以上的长期借款和长期应付款等。
- 2、严格控制债务规模。

- (1) 医院应树立效益意识和风险意识，防止因盲目扩大债务规模而影响医院正常业务的开展。
- (2) 大额债务属于医院的重大经济事项，需通过医院集体决策，决策前要做好充分的论证工作。
- (3) 控制应付账款规模，严格执行支出申请、审批、审核及支付的管理制度。

3、及时清理和结算债务。医院要及时组织相关人员清理各种应付款项和预收款等，对有关借款和应付款要保证在规定的期限内偿还和交纳。

- (1) 财务部门设置债务管理岗位，定期核对并及时清理债务。不得由一人办理债务业务的全过程。
- (2) 财务部门建立债务明细账，对应付款项进行核算。
- (3) 对不同性质的债务分别管理，及时清理并按照规定办理结算，保证各项债在规定期限内归还。
- (4) 因债权人原因确定无法偿还的债务，经上级主管部门批准可计入其他收入。

### 预提费用的管理

预提费用是医院按规定预先提取，但尚未支付的费用，如租金、借款利息等。要正确测算预提费用金额，使预提的费用科学合理，实际费用支出要与预提的金额核对，对多提少提的应及时核销。

### 应付职工薪酬和应付社会保障费的管理

应付职工薪酬是医院应付给职工的工资总额，是医院对职工个人的一种负债，是医院对职工的知识、技能、时间和精力耗费的一种补偿报酬。

应付社会保障费是指医院按规定应付给社会保障机构各种社会保障费。包括养老保险金、失业保险金、医疗保险金、住房公积金等。应付社会保障费按工资总额一定的比例计提的，因此要正确计算工资总额，足额提取社会保障费。

应付职工薪酬和应付社会保障费管理的基本要求是：正确反映工资总额的组成、发放等情况，按国家有关规定确定工资总额，及时提取社会保障费，保障职工的各项合法权益。职工工资应及时发放，防止因拖欠职工工资而带来的消极影响。应付社会保障费包括职工基本养老保险、失业保险、基本医疗保险以及住房公积金，直接关系到职工的切身利益和福利待遇，为了使职工解决后顾之忧，基本利益得到保障，医院应按国家有关规定，及时足额提取、缴纳社会保障费。

### 其他应付款管理

其他应付款是指医院应付、暂收其他单位或个人的款项。对其他应付款医院要及时清理结算，定期检查核对，不得长期挂账。对长期呆账无法确认的，报请上级主管部门审批核销。

## 非流动负债的管理

非流动负债是指偿还期在一年以上（不含一年）的长期借款、长期应付款等

### 长期借款管理

长期借款是指医院向银行或其他金融机构借入的偿还期在一年以上（不含一年）的款项。长期借款主要用于固定资产购建、固定资产的改扩建、固定资产的大修理以及流动资产的长期经营需要。长期借款要

控制借款数额。借入长期借款，应按规定报请主管部门、财政部门批准，按规定办理借入手续，支付长期借款利息，并按规定的期限归还借款，正确反映和监督长期借款的借入、借款利息的结算和借款本息的归还情况，遵守信贷纪律。

### 长期应付款的管理

长期应付款是指医院发生的一年以上（不含一年）的应付款项，如应付融资租入固定资产应付款，具有分期付款的性质。医院通过长期应付款取得固定资产，可以减少风险，缓解医院资金紧缺状况，但也要严格控制，认真分析，报请批准后实施。

## 净资产管理

### 收支结余管理制度

收支结余是指医院收入与支出相抵后的余额。包括：业务收支结余、财政项目补助收支结转（余）、科教项目收支结转（余）。

（一）当期各类收支结余的计算公式

1. 业务收支结余=医疗收支结余+其他收入—其他支出

其中：医疗收支结余=医疗收入+财政基本支出补助收入—医疗支出—管理费用

2. 财政项目补助收支结转（余）=财政项目支出补—财政项目补助支出

3. 科教项目收支结转（余）=科教项目收入—科教项目支出

（二）收支结余的结转与分配

业务收支结余应于期末扣除按规定结转下年继续使用的资金后，结转至结余分配，为正数的，可按历届国家有关规定提取专用基金，转入事业基金；为负数的，应由事业基金弥补，不得进行其他分配，事业基不足以弥补的，转入未弥补亏损。

财政项目补助收支结转（余）、科教项目收支结转（余）结转下年继续使用。

国家另有规定的，从其规定。

## 会计基础工作

### 原始凭证管理

原始凭证是指医院开展经济活动过程中取得的用来证明经济业务事项已经发生或完成的，以明确经济责任并用作记账依据的一种凭证。分为自制原始凭证和外来原始凭证。自制原始凭证主要由医疗收入报表、物资领料单、内部支票、工资表、奖金、劳务发放表、经济合同和协调等与财务收支有关的原始记录单据。原始凭证是会计核算的基础，做好原始凭证的审核、保管是医院加强财务管理的重要手段。

1、原始凭证应具备的基本内容

- (1) 凭证的名称；
- (2) 填制凭证的日期；
- (3) 填制凭证单位名称或者填制人姓名；
- (4) 经办人员的签名或者盖章；
- (5) 接受凭证单位名称；
- (6) 经济业务内容；
- (7) 数量、单价和金额。

2、原始凭证的填报和审核要求

(1) 从外单位取得的原始凭证，必须盖有填制单位的公章；从个人取得的原始凭证，必须由填制人员的签名或者盖章。

(2) 自制原始凭证必须由经办单位领导人或者其指定的人员签名或者盖章。对外开出的原始凭证，必须加盖本单位公章。

(3) 凡填由大写和小写金额的原始凭证，大写与小写金额必须相符。购买实物的原始凭证，必须由验证证明。支付款项的原始凭证，必须由收款单位和收款人的收款证明。

(4) 一式几联的原始凭证，应当注明各联的用途，只能以一联作为报销凭证。一式几联的发票和收据，必须用双面复写纸（发票和收据本身具备复写纸功能的除外）套写，并连续编号。作废时应当

加盖“作废”戳记，连同存根一起保存，不得撕毁。

(5) 职工出差借款凭据，必须附在记账凭证之后。收回借款时，应当另开收据或者退还收据副本，不得退还原借款收据。

(6) 经上级有关部门批准的经济业务，应当将批准文件作为原始凭证附件；如果批准文件需要单独归档的，应当在凭证上注明批注机关名称、日期和文件字号。

(7) 原始凭证不得涂改、挖补。发现原始凭证有错误的，应当由开出单位重开或者更正，更正处应当加盖开出单位的公章。原始凭据金额有错误的，应当由出具单位重开，不得在原始凭证上更正。

### 3、原始凭证的保管

(1) 对于数量过多的原始凭证，可以单独装订保管，在封面上注明记账凭证日期和编号，同时在记账凭证上注明附件另存和原始凭证名称及编号。

(2) 各种经济合同、协议、存款证明和存出保证金收据等重要的原始凭证，应另编目录，单独登记保管，并在有关的记账凭证和原始凭证上互相注明日期和编号。

(3) 原始凭证不得外借，其他单位如因特殊情况需要使用原始凭证时，经财经部门负责人批准，可以由保管人复制，并在专设的登记簿上进行登记。

从外单位取得的原始凭证如有丢失，应当取得原开出单位盖有公章的证明，并注明原来单据的号码、金额和内容等，由财务部门负责人和主管领导批准后，才能作为原始凭证

## 会计档案管理

会计档案是指会计凭证、会计账簿和财务报告等会计核算专业材料，是记录和反映单位经济业务的重要历史资料和证据。

### 1、会计档案的种类

(1) 会计凭证类：原始凭证、记账凭证、汇总凭证、其他会计凭证。

(2) 会计账簿类：总账、明细帐、日记帐、固定资产卡片、辅助账簿、其他会计账簿。

(3) 财务报告类：月度、季度、年度财务报告和其他财务报告，包括会计报表、附表、附注及文字说明。

(4) 其他类：银行存款余额调节表、银行对账单、其他应当保存的会计核算专业资料、会计档案移交清册、会计档案保管清册、会计档案销毁清册。

### 2、会计档案的保存

(1) **财务部门应设专门负责会计档案**，定期将会计资料按顺序立卷成册，编制保管清册。

(2) 采用电子计算机进行会计核算并用磁带、磁盘、光盘等磁性介质保存会计资料的，应当保存打印出的纸质会计档案。

(3) 会计档案的保管期限为永久保存和定期保存两类。保管期限从会计年度终了后的第一天算起，具体的保存年限详见附表。

(4) 会计档案保管期满需要销毁时，由本单位档案部门会同财务部门提出销毁意见，经财务部门负责人审查、院长批准，报上级有关部门批准后执行。由档案管理人员编制会计档案销毁清册，销毁时应由审计部门和财务部门、档案部门有关人员共同参与，并在销毁单上签名或盖章。

### 3、会计档案的借用

(1) 财务人员因工作需要查阅会计档案资料时，必须通过财务部门负责人同一，并按规定顺序及时归还原处；若要查阅入库档案，必须办理有关借用手续。

(2) 医院内部各部门因公需要查阅会计档案资料时，必须经其主管领导批准证明，经财务部门负责人同意后由档案管理人员接待查阅。

(3) 外单位人员因公需要查阅会计档案资料时，应持有单位介绍信，经财务部门负责人同意后由

档案管理人员接待查询。会计档案管理人员要详细登记查阅会计档案人员的工作单位、查阅日期、会计档案名称以及查阅理由。

(4) 会计档案一般不得带出室外，如由特殊情况需带出室外复印时，必须经财务部门负责人批准，并限期归还。查阅或者复制会计档案的人员，严禁再在会计档案上涂画、拆封和抽换。

#### 4、会计档案的移交

由于会计人员的变动或会计机构的改变等原因，会计档案需要移交时，需办理移交手续，并有监交人、移交人和接收人签字或盖章。

### 会计人员工作交接管理

会计人员工作交接是会计工作中的一项重要内容。会计人员调动工作或者离职时，与接替人员办理交接手续，是会计人员应尽的职责，也是做好会计工作的要求。

#### 1、交接前的准备工作

(1) 已经受理的经济业务尚未填制会计凭证的应当填制完毕。

(2) 尚未登记的账目应当登记完毕，结出余额，并在最后一笔余额后加盖经办人印章。

(3) 整理好应该移交的各项资料，对未了事项和遗留问题要写出书面说明材料。

(4) 编制移交清册，注明应该移交的会计凭证、会计账簿、财务会计报告、印章、现金、有价证券、支票簿、发票、文件、其他会计资料和物品等内容；从事财务计算机管理员的移交人员应在移交清册上列明会计软件及密码、会计软件数据盘和磁带等内容。

(5) 会计机构责任人和会计主管人员移交时，应将财务会计工作、重大财务收支问题和会计人员的情况等向接替人员介绍清楚。

#### 2、移交点收

(1) 现金要根据会计账簿记录余额进行当面点交，不得短缺，接替人员发现不一致或“白条抵库”现象时，应要求移交人员限期查清处理后再次移交。

(2) 有价证券的数量要与会计账簿记录一致，按照会计账簿余额交接。

(3) 会计凭证、会计账簿、财务会计报告和其他会计资料必须完整无缺，不得遗漏。如有短缺，必须查清原因，并再移交清册中加以说明，由移交人负责。

(4) 银行存款账户余额要与银行对账单核对相符，如有未达账项，应编制银行存款余额调节表相符；各种财产物资和债权债务的明细账户余额，要与总账由关账户的余额核对相符；对重要实物要实地盘点，对余额较大的往来账户要与往来单位、个人核对。

(5) 印章、收据、空白支票、发票以及其他物品等必须交接清楚。

(6) 交接双方还应在电子计算机上对有关数据进行实际操作，确认有关数据无误后方可交接。

#### 3、专人负责监交

(1) 一般会计人员办理交接手续，由会计机构负责人或会计主管人员监交。

(2) 会计机构负责人和会计主管人员办理交接手续，由单位负责人监交，必要时主管单位可以派人会同监交。

#### 4、交接后有关规定

(1) 会计工作交接完毕后，交接双方和监交人再移交清册上签名或盖章，并应在移交清册上注明：单位名称、交接日期、交接双方和监交人的职务和姓名、移交清册页数、需要说明的问题和意见等。

(2) 接替人员应继续使用移交前的账簿，不得擅自另立新账簿，以保证会计记录的连续性。

(3) 移交清册一般应填制一式三分，交接双方各执一份，存档一份。

#### 5、临时性交接有关规定

(1) 会计人员临时性离职或因病不能工作而需要接替或者代理的，会计主管人员或者院长必须指



定有关人员接替或者代理，并办理交接手续。

(2) 临时离职或者因病不能工作的会计人员恢复工作的，应当与接替或者代理人员办理手续。

(3) 移交人员因病或者其他特殊原因不能亲自办理移交的，经院长批准，可由移交人员委托他人代办移交，但委托人对所移交的会计资料的合法性、真实性承担法律责任。

#### 6、移交后的法律责任

交接工作完成后，移交人对再其经办会计工作期间内发生的会计凭证、会计账簿、财务会计报表和其他会计资料的真实性和完整性承担法律责任。

### 财务科收费室应急工作预案

为了确保医院收费处工作正常运行，给就诊病人就医提供优质便利的服务，创建百姓满意医院。结合财务科实际情况，特制定收费室收费应急工作预案。

#### (一) 系统出现故障、停电应急预案

1、遇收费电脑出现故障时，班组长应立即通知计算机中心维护人员，对故障计算机进行及时维护。同时该窗口启动手工工作，要求认真填制发票，待计算机维护好后，将手工发票录入计算机中，并确保数据准确。

2、如遇停电时，班组长应立即通知总务科电工班维护人员，对供电系统进行及时维护。同时该窗口启动手动工作，要求认真填制发票，待供电系统维护好后，将手工发票录入计算机中，并确保数据准确。

(二) 确保就诊病员挂号、收费窗口排队等候时间小于 10 分钟，如出现排队病人较多，应立即采取以下措施：

1、如遇病员排队等候时间大于 10 分钟时。1) 挂号窗口：班组长应立即启动 4 号窗口进行挂号。2) 收费窗口：班组长应立即启动 4 号窗口与西药专家门诊收费窗口进行划价收费。应急窗口当班挂号员、收费员应立即按应急预案的要求挂号收费，至解除排队拥挤的情况。

2、同时出现上述情况时，班组长应立即通知门诊咨询台当班人员已启动应急预案，要求及时协助作好对排队挂号、缴费病员的疏导、分流工作，至解除排队拥挤的情况。

## 财务内控制度

### 医院财务内监督制度和经济责任制

为了适应医院快速发展的需要，进一步加强医院财务管理制度化、规范化，使医院财务体系得以有效运行，以确保医院资产完整及会计信息的真实性、准确性，特制定财务内部监督检查制度。

#### 一、设立财务监督检查小组

检查小组定期、不定期的对医院财务执行情况进行监督检查，对发现的问题和薄弱环节，要采取有效督导措施，改进和完善医院财务管理制度。

#### 二、实施细则

##### (一)、财务预算监督检查

1. 医院财务是否按制度编制财务预算，一切收入、支出是否全部纳入预算管理。
2. 财务预算是否坚持以收定支、收支平衡、统筹兼顾、保证重点的原则，是否科学合理。
3. 检查预算的执行情况，是否按已编制的预算组织收入、安排支出。
4. 对预算执行中的问题，是否做出科学、客观地分析并采取了改进措施。

##### (二)、财务收入监督检查

1. 各项收入的取得是否符合国家的有关法律和政策规定，是否由财务部门统一核算、统一管理，是否设立帐外帐和“小金库”。

2. 门诊收款员、出纳员是否按规定的收款程序和要求进行工作，有无不按规定办理的现象。
3. 各位收费人员是否将当日所收的款项按财务规定时间交给出纳员，有无不及时交款或不交款现象。
4. 出纳员是否按时将发生的收入及时入账。
5. 票据管理员是否按规定管理收入票据，是否按要求发放、登记，跟踪收款票据使用的整个环节，是否存在票据遗失等现象；检查票据管理员是否进行认真审核门诊、住院退费单据、所附凭证是否完整及退费审批情况。
6. 预收金明细帐登记情况，是否及时准确的将发生的预收金收支入帐，月末是否将预收明细账余额并与总帐金额核对。

#### （三）、货币资金支付监督检查

1. 检查货币资金支付授权批准手续是否健全、是否严格执行审批程序、是否存在越权审批行为。
2. 各项货币资金支出是否符合国家有关财经法规、是否严格按照医院财务会计制度的规定确认、核算支出。
3. 银行预留印鉴财务专用章与印章是否按内控要求由专人分别保管。
4. 不定期检查库存现金的帐实相符情况，抽查银行对帐单、银行日记帐、银行存款余额调节表，核对是否相符。
5. 货币资金支出是否取得合理合法的原始票据，支出是否及时准确下帐。

#### （四）、药品、库存物资控制监督检查

1. 药品、库存物资的采购是否遵照国家相关规定，验收入库手续是否齐全；出库单是否填写详实、出库手续是否齐全。
2. 部门会计是否严格按照财务制度办理出入库手续、是否及时记账、及时按财务科要求上报月末报表；出入库单据汇总金额是否与月末汇总表、账簿一致。
3. 部门会计是否每月与财务科总帐进行核对，对帐情况如何，对于不相符的帐目是否按财务制度进行调整处理。
4. 物资管理部门是否定期进行盘点，盘点出实物与帐簿不符的情况是否查明原因，并采取相应的措施进行处理，是否存在物资损坏、长期积压而未采取处理措施的现象。对药品、库存物资的盘盈、盘亏、毁损的处理程序是否完备。

#### （五）、固定资产监督检查

1. 固定资产的购置、大修理、盘盈、盘亏、毁损报废、闲置、有偿转让等环节的会计核算是否执行国家有关法律法规和医院会计制度，固定资产技术改造、大修理替换下来的材料零部件是否存在越权处置或处置不当的情况。
2. 固定资产明细会计是否定期与财务对帐，对帐情况如何，固定资产档案管理是否完整、规范，档案与实物是否相符。
3. 闲置的固定资产是否已由供应科固定资产管理人员进行封存管理，并定期进行养护。
4. 毁损、报废的固定资产是否办理相关报批手续并进行财务处理。
5. 盘亏的固定资产是否查明原因并进行盘亏责任认定以及是否按国家有关的法律法规和医院有关制度进行处理。

#### （六）、债权和债务监督检查

1. 债权是否存在越权审批，审批手续是否健全，是否定期进行债权清理及债权帐龄分析。
2. 应收医疗款中病人欠费是否有领导批示。
3. 债务的执行情况是否存在越权审批，是否进行及时清偿清理。

### 三、经济责任追究制度

- (1)、对不按规定执行财务会计制度的，要限期改正。
- (2)、对违反财务会计制度规定，未造成严重后果的，要限期纠正，并对相关责任人予以通报批评。
- (3)、对违反财务会计制度规定，造成严重后果的，追究部门领导的行政责任。
- (4)、对违反财经法规的，按照《财政违法行为处罚处分条例》给予处理、处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

## 财务内部牵制管理

内部牵制制度，是指凡是涉及款项和财务收付、结算登记的任何一项工作，必须由两人或两人以上分工办理，以起到相互制约作用的一种工作制度，是内部控制制度的重要组成部分。

### 1、不得由一人办理收入业务的全过程

- (1) 提供服务与收取费用应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (2) 价格管理与价格执行应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (3) 收入票据保管与使用应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (4) 办理退费与退费审批应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (5) 收入稽核与收入经办应实行岗位和职务分离并形成内控监督体系。

### 2、不得由同一部门或同一人办理支出业务的全过程。

- (1) 支出的申请与审批应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (2) 支出的审批与执行应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (3) 支出的执行与审核应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (4) 支出的审核与付款结算应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系。

### 3、不得由一人办理货币资金业务的全过程。

(1) 现金和银行存款的支付，应由财务部门负责人或其授权的代理人审核，不能由同一个人办理付款业务；

- (2) 出纳不得兼任稽核、票据管理和会计档案保管工作；
- (3) 出纳不得兼任收入、支出、债权和债务账目的账务登记工作；
- (4) 严禁一人保管支付款项所需的全部印章。

### 4、不得由同一部门或一人办理药品及库存物资业务的全过程。

- (1) 药品及库存物资的请购与审批应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (2) 药品及库存物资的询价与确定供应商应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (3) 药品及库存物资的合同订立与审核应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (4) 药品及库存物资的采购与验收应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (5) 药品及库存物资的采购验收与会计记录应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (6) 药品及库存物资的付款审批与付款执行应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

### 5、不得由同一部门或一人办理固定资产业务的全过程。

- (1) 固定资产购建计划的编制与审批应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (2) 固定资产购建的验收取得与款项支付应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (3) 固定资产购建的审批与执行应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (4) 固定资产处置的申请与审批应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (5) 固定资产业务的执行与相关会计记录应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

### 6、不得由同一部门或一人办理对外投资业务的全过程

- (1) 对外投资项目的可行性研究与评估应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (2) 对外投资项目的决策与执行应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

- (3) 对外投资项目处置的审批与执行应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- 7、不得由一人办理债权或债务业务全过程
- (1) 债权或债务业务经办与会计记录应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (2) 债权或债务业务会计记录与出纳应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (3) 债权或债务业务经办与审批应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (4) 债权或债务业务总账与明细帐核算应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (5) 债权或债务业务审查与记录应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- 8、不得由同一部门或一人办理财务电子信息软件开发、系统操作、系统维护和档案保管等业务的全过程。
- (1) 财务电子信息软件开发与系统操作应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系
- (2) 财务电子信息系统操作与维护应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；
- (3) 财务电子信息系统操作和档案保管应实行岗位和职务分离，并形成内控监督体系；

## 财务内部稽核管理

财务内部稽核是指由专职或兼职的会计人员，对会计凭证、会计账簿、财务会计报表和其他会计资料进行审核，以保证凭证、账簿、报告和其他资料的真实、完整。

1、复核财务收支预算、成本和各项计划指标的依据是否科学和真实，有关计算是否正确，各项计划指标是否互相衔接等，审核后应提出建议或意见，以便修改和完善预算计划。

2、复核实际发生的经济业务或财务收支是否符合现行法律、法规和规章制度的规定。对审核中发现的问题，及时予以制止或者纠正。

3、复核会计科目使用的正确性。

4、复核会计凭证、会计账簿、财务会计报告和其他会计资料的内容是否真实、完整和计算是否正确、手续是否齐全、是否符合有关法律、法规和规章制度的规定。

5、复核各项财产物资的增减变动和结存情况，并与账面记录进行核对，确定帐实是否相符。不符时，应查明原因，并提出改进的措施。

## 第二节 物价管理制度

### 医疗服务价格管理制度

一、医院必须执行国家规定的收费项目和标准，进行医疗服务收费。各部门不得自行定价，不得随意提高收费标准、扩大收费范围和分解收费标准等进行收费。

二、加强收费管理工作，实行“三统一”、“两公开”制度。即：统一划价，统一收费，统一使用符合国家规定的收费票据；公开住院患者收费明细表，公开手术室消耗物品及使用特殊器械收费明细表。

三、所有收费项目的设置必须以《成都市医疗服务价格》标准为依据，不得擅自设立收费项目和分解项目收费，各科开展新增项目（需在成都市医疗服务价格标准范围内）事前向本院物价管理小组申报经审批同意后方可收费。

四、加强收费标准管理。

(一) 加强药品的收费管理。药品零售价均按国家的规定执行，不得自定收费标准。

(二) 加强大型医用设备检查的收费管理。购置大型设备仪器前，要向财务管理部门报送《设备购置论证报告》、收费标准预测和设备进货价格等资料，未经财务管理部门预审的资料，不予报批收费标准。

(三) 加强一次性医用材料的收费管理。应严格按照国家有关规定收取一次性医用材料费用。

(四) 单位收费系统软件中的收费标准数据库应分别由专人维护：医疗服务收费标准数据库应由财务部门专职物价收费管理员维护；药品收费标准数据库应由药剂科维护。其他任何部门和个人不得自行修改物价数据。

五、价格公示，建立患者监督制度。凡对患者可能造成较大经济负担的特殊检查、特殊治疗和特殊药品在实施或用药前，各医疗部门必须征得患者或家属的同意。

六、财务部门应设立专职物价收费管理员，对各医疗项目的收费情况进行复核检查，并给予具体指导。各医疗业务部门应设立一名兼职物价人员，对本部门的收费情况进行检查控制，以此建立医疗机构的服务价格管理网络。

(一) 专职物价收费管理员应加强对患者医药费用的审核检查，发现漏收费和少收费的情况，应及时与有关部门联系，努力追回。如发现滥用职权（如因人情关系）少收费或不收费的情况，应及时向领导汇报，给予责任人严厉处罚。

(二) 专职物价收费管理员有权将在检查过程中发现的多收费和乱收费的项目从患者医药费用中扣除，并及时查明原因，追求相关人员责任。

(三) 专职物价收费员有权对各业务科室的医疗服务收费监督检查，对擅自制定和提高医疗服务收费标准、分解服务、重复收费、降低服务质量变相涨价、巧立名目乱收费以及不按规定明码标价等行为，应按医疗机构管理条例从严查处。

七、各部门在记账时，应以患者实际发生的治疗、检查情况以及病史记录为依据，正确计算收费次数，正确记录收费等级，不得少收费、不收费、多收费或乱收费。

八、建立医疗服务项目的记录和费用复核制度。患者出院时，病区记账员要对患者住院期间发生的每一笔费用与病历记录进行核查。对核查过程中发现的多收、少收及漏收情况，予以纠正。

### **医疗服务价格公示查询管理制度**

为增加医疗服务价格和收费管理透明度，主动接受患者及社会的监督，消除患者对医疗费用的疑虑，依据《成都市医疗服务价格》的规定，特制定本制度。

一、根据国家有关规定医院有义务接受患者对价格问题的咨询和医疗费用问题的查询，需如实向患者提供价格或医疗费用信息。

二、在门急诊大厅设置滚动屏，按规定公布医疗服务项目和药品价格。公布的医疗服务项目及价格、药品名称及价格由专人进行维护，滚动屏设备由相关部门负责日常维护。

三、在门急诊和功能检查科等位置，分别按需要悬挂医疗服务（部分）项目价格公示牌，由专人负责其内容的维护和价格标准更新。

四、明码标价的内容要做到准确无误，根据政策变化及时更新和调整医疗收费价格标准。

五、公开物价管理部门的电话，设立举报箱、意见簿。专职物价管理员负责解答患者提出的有关医疗服务收费标准及药品价格问题，提供价格及相关政策的咨询服务。

六、住院结算部门应在正常工作时间设专人为在院患者提供住院费用的查询，各临床科室护士站有义务向患者解答与本科室相关的医疗服务收费问题，不能解释的要积极与物价管理部门联系，妥善做好患者询价工作。

七、住院结算部门和门急诊收费部门应根据患者需求打印费用清单，便于患者查询。

八、接受社会监督员的监督检查，不断改进工作。要认真对待患者的投诉，详细记载调查结果、处理意见、并及时回复当事人。

### **医保病人管理制度**

为进一步加强对我院基本医疗保险基金管理，控制医疗费用不合理增长，进一步规范医疗保险监督检查行为，确保基金的正常运行，根据成都市人民政府 154、155、165 号令和成劳社发[2008]129

号文件等相关政策的规定，特制定医院医保病人住院管理制度。

一、入院处在办理医保病人住院时，收取医保卡，必须要验证病人的医保证并核对身份证、姓名、性别、年龄，防止冒名顶替住院。

二、严格按病种收治各病区，做到专科专病专治。主管医生收交病人身份证复印件，留存病历内，不得将无住院指征的病人收入院治疗。

三、参保人员因车祸、自杀、自残、打架斗殴、酗酒、工伤或交通事故等导致的外伤，不属医保报销范围，主管医生接诊后仔细询问和检查，在病历中必须如实记录致病原因。

四、严格执行参保人员均次住院时间、均次费用、药品费用占医疗总费用比例、自费费用占医疗总费用比例控制标准，对达到出院标准的病人要及时通知其出院，杜绝“挂床现象”。

五、医保病人住院期间，临床科室应尽量满足病人的基本医疗需求，优先使用医保范围内的药品、检查和治疗项目。确需使用自费药品和自费项目的，应事先征得病人或家属的签字同意。

六、医保病人住院期间要求其遵守医院和医保管理规定，不能擅自离开病区。

七、临床用药应与本次住院的主要诊断和病历记载一致；不得在医嘱外开药，不得跨科室开药、搭车开药和超限量开药。要严格掌握用药指征和梯度，按照医保政策和抗生素使用原则，尽量使用疗效肯定的甲类药品。

八、住院病人费用实行“一日清单”制度，“一日清单”应在当日或次日交病人或家属认可。

## 医用高值耗材管理制度

为规范医院医用高值耗材采购行为，提高采购资金效益和采购工作的透明度，保证医用耗材的质量，根据有关规定，结合我院实际情况，制定本制度。

1. 医用高值耗材由设备科统一采购。

2. 医用高值耗材采购需求由使用科室以书面形式向设备科提出申请；。

3. 采购科室的采购计划送分管院长审批；

4. 纳入集中招标采购范围的，必须按照有关规定执行。

5. 采购医用高值耗材活动中，单位应向供应商索取、审查、保存以下加盖供货单位公章的资质证明文件复印件或原件：

(1) 《营业执照》复印件；

(2) 《医疗器械生产企业许可证》复印件和《医疗器械经营企业许可证》复印件；

(3) 相关产品注册证书、附件的复印件；

(4) 高值医用耗材生产企业或进口总代理商开具的授权委托书复印件，授权委托书应明确授权范围；

(5) 高值医用耗材销售人员的身份证明。

6. 医用高值耗材到货后，由设备科负责验收；未经验收的医用耗材，不得使用。

7. 无质量合格证明、过期、失效或者淘汰的医用高值耗材不得入库。

8. 设备科应核对供应商按合同规定提供的进项发票，确定渠道来源符合合同规定。

9. 医用高值耗材验收达标后，设备科应按产品号、批号建立库存帐。

10. 手术室完成手术后将所用材料的送货单送到设备科办理出库手续。

高值医用耗材：人工关节(髋关节、膝关节)、骨科内固定器械(骨钉、骨板)、人工晶体等。

质量合格证明：指生产企业、产品质量检验机构等，为表明出厂的产品经质量检验合格而附于产品或者产品包装上的合格证书、合格标签等标识。质量合格证明的形式主要有三种：合格证书、合格标签和合格印章。

## 医疗服务价格投诉管理制度

为了加强医院投诉管理，规范投诉处理程序，维护正常医疗秩序，保障医患双方合法权益，并不断提高医疗服务质量。根据《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》等法规、规章，特制定本制度。

- 1、投诉受理：财务科物价管理，投诉电话：82271887。
- 2、投诉方式：口头反应、信函、电话、意见箱等方式。
- 3、投诉接待人员应认真听取投诉人意见，核实相关信息，如实记录投诉人反映的情况，并经投诉人签字（或盖章）确认。
- 4、投诉接待人员应当耐心细致地做好解释工作，稳定投诉人情绪，避免矛盾激化。
- 5、投诉管理部门接到投诉后，应当及时向当事部门、科室和相关人员了解、核实情况，并采取院内医疗质量安全评估等方式，在查清事实、分清责任的基础上提出处理意见，并反馈投诉人。当事部门、科室和相关人员应当予以积极配合。
- 6、投诉处理按“分级负责，归口管理”的原则，将投诉的问题对相关科室及责任人调查核实，一经核查属实，对被投诉人或科室按卫生相关法律法规和医院医德医风奖惩办法及相关规定进行处理。
- 7、投诉处理结果及时反馈给投诉人、被投诉人或投诉科室。

## 物价监督考核制度

为了更好地贯彻执行《成都市医疗服务价格》收费标准，满足人民群众基本医疗服务需求，减轻患者负担，杜绝乱涨价、乱收费现象，严格规范收费标准，特制定医院物价员考核制度：

- 1、医院价管理部门负责全院医疗项目收费及药品价格管理工作，负责宣传、执行国家物价政策。
- 2、制定详细的考核标准。其中包括考核项目、检查考核内容以及考核后相应的扣分标准。考核项目和内容包括各科室对提供医疗服务收费的考核。
- 3、对所有存在医疗收费的科室设兼职物价员，兼职物价员负责对科室收费和药品价格的执行情况进行监督、新开展医疗项目的申报、收费政策的宣传等，并定期向物价管理部门汇报。
- 4、对药品价格、常用的医疗收费项目及标准，分别在门诊大厅电子滚动屏上公示，并在各收费科室悬挂本科室收费项目及标准的公示牌。
- 5、严格执行一日清单制度，病区每天为在院病人打印前一天的费用清单，住院收费处在病人办理出院结算时为出院病人打印住院费用明细表。
- 6、物价管理部门每季度对各科收费执行情况进行检查，并对兼职物价员的工作完成情况进行考核，如发现有违规情况，给予相应的处罚，并纳入科室价格管理绩效考核。
- 7、开通医疗收费举报电话，对有关医疗收费的查询和举报，由物价管理部门会同有关科室负责核查、落实处理。
- 8、对病人投诉中提出的问题依据病历进行核对，提出处理意见，对存在的问题及时反馈并要求科室限期改正。做好工作检查记录，对检查中出现的问题要提出改进方案，保证收费工作合理化。

## 惠民制度

建立惠民医疗制度是缓解群众“看病难、看病贵”满足贫困弱势群体就医需求，促进社会经济协调和可持续发展的一项有力措施，为把惠民医疗明确落实到实处，特就我院惠民医疗建设作出以下措施：

### 一、惠民对象

- 1、持有《低保证》者本人及其配偶、子女；
- 2、持有《残疾人证》者本人；

- 3、持有六级至以及《革命残疾军人证》者本人；
- 4、具有本市户籍、居住证的 70 岁以上（含 70 岁）无医疗保障的老年人实行门诊优惠；
- 5、持有我院《绿卡》者本人。

## 二、惠民项目

- 1、免收普通门诊挂号费；
  - 2、对持有《绿卡》的患者，以下项目优惠 10%
    - （1）检查费：放射、B 超、彩超、脑电、化验、磁共振、心电图优惠 10%；
    - （2）治疗费：护理费、氧气吸入、注射、换药、雾化吸入、胃肠减压、洗胃、物理降温、引流管冲洗、导尿优惠 10%；
    - （3）床位费优惠 10%。
  - 3、因病致贫的特困户病人根据实际情况，给予更大的医疗优惠；
  - 4、具有本市户籍、居住证 70 岁（含 70 岁）以上的，无医疗保障的老年人门诊总费用 10%。
- 注：1、凡属车祸病人、工伤病人不予与绿卡优惠；
- 2、惠民对象不实行重复优惠。

## 住院费用“一日清单”制度

- 1、根据《中华人民共和国消费者权益保护法》的文件精神，为方便患者医药费的了解和查询，对住院患者费用实行每日清单制度。
- 2、病区每天为在院病人打印费用清单，当日的“住院病人费用一日清单”必须于次日交给患者，双休日及法定节假日发生的费用在休假后第一个工作日交给患者。
- 3、费用清单的项目反映住院患者当日发生的所有费用，必须与住院收费处计费单上的项目、金额一致。
- 4、当患者对“清单”上反映的费用提出异议时，计费人员必须及时予以核查、解答或纠正。
- 5、患者出院时，住院费用核实无误后，给患者办理费用结帐手续，同时向患者提供总费用清单。

## 可收费耗材管理制度

- 1、医用耗材购进后，由保管员进行验收入库并做好验收记录。按照验收记录能追查到每批一次性无菌耗材的进货来源。
- 2、对《成都市医疗服务价格》“除外内容”和“说明”中未明确规定可另外计费的医疗器械、一次性医用消耗材料等，一律不得另外收费
- 3、严格可收费的一次性医用消耗材料的规定，并按实际购进价格加规定差率计收。
- 4、严格按病人实际消耗的卫生材料数量收费，未列入收费范围之内的一次性材料，不得进行收费
- 5、对于不经入库和出库的材料，不准录入计算机系统进行收费。

## 医疗费用审查制度及责任追究制度

为认真落实市卫生局《关于开展医药卫生乱收费专项治理工作的通知》精神，加强对医疗机构的价格检查工作，纠正医疗卫生单位乱检查、乱收费行为，切实解决群众“看病贵”的问题，特建立关于建立高额医疗费用审查制度及责任追究制度：

- 1、建立价格管理责任制。医疗机构主要负责人对价格管理负总责，经办人及物价管理人员负主要责任。
- 2、向社会公示医疗收费项目、收费标准，推行病人费用清单制度、收费查询制度和投诉处理制度。实行医疗服务和价格信息公示制度。



3、严格价格监管，严禁在国家规定之外擅自设立新的收费项目，禁止分解收费、比照收费和重复收费，强化合理用药、合理开展医学检查、规范会诊管理，规范诊疗行为。

4、严厉查处滥检查、大处方等加重病人负担的行为。

5、加强对全院临床、医技科室收费的检查和审核。定期对患者费用清单进行审查，发现问题，及时纠正。由物价管理小组负责，每月对全院病历进行抽查，随机抽查10份在（出）院患者费用清单，检查中按照不同要求、不同项目分别做好记录，对查出的问题积极整改。

6、制定详细的考核标准。其中包括考核项目、检查考核内容以及考核后相应的扣分标准。考核项目和内容包括各科室对提供医疗服务收费的考核。

7、针对医院价格行为实行科室考核。除对临床、医技科室绩效考核（4分）纳入价格管理工作考核外，情况严重者按医院行风考核一票否决，并追究科室负责人及责任医生责任。

### **医药收费复核制度**

为认真做好医院的价格管理工作，进一步规范收费行为，杜绝乱收费现象，增加医疗收费透明度，切实维护病人的知情权，对医院医疗服务及药品收费的复核规定如下：

1. 完善医疗服务项目的病历记录和费用核查工作，严禁医嘱外收费，全院医疗服务项目收费做到“不多收，不少收，不漏收”。

2. 科室记账员，每天对住院患者发生的费用，进行记账和医嘱的复核，发现问题，及时进行更正。

3. 对住院患者，科室逐项记录每日发生的医疗费用，在患者入院时，告知患者每日医疗费用查询方式，患者需要每日费用清单时，由科室向患者提供，供病人复核。

4. 对出院病人进行医药复核查：患者出院时，科室记账员要对患者住院期间发生的每一笔费用进行复核，及时办理未检查治疗项目和未用药品的退账。住院费用核实无误后，给患者办理费用结账手续，同时向患者提供总费用清单。

5. 对患者复核发现的收费问题，科室必须认真对待，及时改正，向患者表示歉意，同时要有整改措施。

6. 各科室每季度应对本科价格自查、出院病人费用复核中存在的问题作出分析和整改。

## **第四章 信息管理制度**

### **卫生统计数据与信息报送制度与流程**

1. 实时上报的信息

1.1 《卫生人力基本信息调查表》（川卫统2-1表）、《医用设备调查表》（川卫统3表），相关信息如有变动，须实时上报。

2. 月报表

2.1 次月10日前通过四川省卫生统计数据采集与决策支持系统向崇州市卫生局网上报《医疗服务月报表》（川卫统1-10表）。

2.2 次月10日前通过四川省卫生统计数据采集与决策支持系统向崇州市卫生局网上报《医疗机构双向转诊调查表》（川卫统1-12表）。

2.3 次月10日前通过四川省卫生统计数据采集与决策支持系统向崇州市卫生局网上报《医疗卫生机构综合业务月报表》（川卫统1-15表）。

3. 季报表

季后1月内通过四川省卫生统计数据采集与决策支持系统向崇州市卫生局网报《住院病案首页》（川卫统4-1表）。

#### 4. 年报表

次年1月20日前通过四川省卫生统计数据采集与决策支持系统向崇州市卫生局网报《医疗卫生机构年报表》(川卫统1-1表)。

### 信息报告问责制

医院信息统计应建立规范的数据质量控制体系,确保统计数据质量,特制定信息报告问责制如下。

#### 1. 医院内部信息统计质量控制体系

1.1 医院分管领导重视医院统计质量控制工作,分管领导为第一责任人,专业人员为具体责任人。

1.2 建立信息统计数据搜集、审核与报送流程、数据质量控制与考核流程,统计数据上报前,要完成逻辑性审核和技术性审核,数据上报前必须经医院领导审签,确保数据真实准确。

#### 2. 发生信息报告严重错误的问责

根据监察部,人力资源社会保障部、国家统计局第18号令(二00九年三月二十五日发布)相关规定,统计人员有下述行为之一的,规定给予记过或记大过处分;情节较重的给予降级或者降职处分;情节严重的给予撤职处分。

2.1 参与篡改统计资料,编造虚假数据的;

2.2 故意拖延、拒报统计资料的;

2.3 明知统计数据不实,不履行职责调查核实,造成不良后果的;

2.4 虚报、瞒报统计资料;拒绝提供情况、提供虚假情况或者转移、隐匿、毁弃原始统计记录、统计台账、统计报表以及与统计有关的其他资料的;

2.5 未经本人同意,泄露统计调查对象个人、家庭资料的。

## 第五章 病案管理制度

### 住院病案管理制度

1、病案室负责集中管理全院住院病案。

2、病人出院(或死亡)后,各科医生应及时完成各项病历记录,整理后由各科负责人及科主任审核签字,于病人出院后5个工作日内交病案室收回。病案人员每日下病区回收病历,做好交接记录。

3、病案回收后,病案室应及时编码,装订,严格按卫生部颁布标准执行。病案管理人员应接受疾病分类编码培训,并通过技能考核,方能从事编码工作。定期进行编码业务培训。每月对编码质量进行抽查。病案首页信息及时、准确地录入微机存储。

4、病案委员会组织专家查出院病案,将评审结果及时向临床科室反馈,确保病案质量的持续改进。

5、按规定为临床科研及医院管理提供病案。医务人员各种用途仅限查阅,不得复印。借出病案按规定办理手续,并示踪。借阅病案5个工作日内归还。

6、依照法律、法规和规章为患者及其授权委托人、司法机关和医疗机关人员提供病案复印服务,并做好复印登记。对废弃的病历复印资料,应及时毁形,保证患者隐私不泄露。

7、住院病案应保存30年,防止霉烂,虫蛀,火灾。病案库房应及时关闭,非病案管理人员不得进入库房,防止病案遗失。使用范围限临床,科研,医院管理,医疗保险、公检法及患者复印。

### 临床医师病案借阅制度

1、病案借阅仅限本院临床医师。

2、借阅病案应由病案管理人员入库抽取,非病案管理人员不得进入病案库房抽取病案。

3、临床医生应分别在病案借阅登记簿、病案借阅卡、病案借阅示踪卡、病案借阅记录单进行登记,字迹清晰工整。

4、病案管理人员认真核对借阅登记后，注明经办人姓名；病案借阅示踪卡插入所借病案的两边病历中间；病案借阅登记粘贴于病案末页，以防止篡改病案事件发生。

5、临床医师所借病案应在七个工作日内收回。病案管理人员应逾期未归还病案及时催还，并在借阅记录上注明催还日期。

6、临床医师归还借阅病案时，病案管理人员应认真核对，在病案借阅登记簿、病案借阅示踪卡、病案借阅记录注明归还日期并签名。

7、归还的借阅病案应由病案管理人员及时归档。

## 病历复印管理规定

为加强对我院病历复印的管理，保障患者的知情权利，根据《医疗机构病历管理规定》特制订规定。

### 一、病历复印申请人

- 1、患者本人或其他代理人
- 2、死亡患者近亲属或其他代理人
- 3、保险机构

### 二、病历复印申请的审核

1、申请人在病历归档后可在病案室提出病历申请。

2、申请人应提供下列证明材料：

2.1、申请人为患者本人的，应当提供有效身份证明；

2.2、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、申请人与患者代理关系的法定证明材料；

2.3、申请人为死亡患者近亲属的，应当提供患者死亡证明及其近亲属的有效身份证，申请人是死亡患者近亲属的法定材料；

2.4、申请人为死亡患者近亲属代理人的，应当提供患者死亡证明，死亡患者近亲属及其代理人的有效身份证明，死亡患者与其近亲属关系的法定证明材料，申请人与死亡患者近亲属袋里关系的法定证明材料；

2.5、申请人为保险机构的应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，患者本人或其本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，承办人员的有效身份证明，死亡患者近亲属或其代理人同意的法定材料。

2.6、公安、司法机关因办理案件，需要查询、复印或者复制病历资料的，可在公安、司法机关出具采集证据的法定证明及执行公务人员的有效身份证明后予以协助。

### 三、病历复印内容

可以为申请人复印的病历资料包括：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）、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病历报告、护理记录、出院记录等。

### 四、病历复印的办理

4.1、归档病案做到随到随印，完成复印后，病案管理人员应在复印申请单上签字并注明复印内容和复印页数，交患者核对签字，加盖病案复印专用章，并将复印申请单以及审核资料附于病历后备查。

4.2、遇特殊情况需复印运行病历，病区应指定专门人员携带病历送至医务科，由医务科审查并交病案室复印。

4.3 复印病历时应有申请人在场。

4.4 复印完毕后，病案管理人员应做好复印登记记录，按月完成病案复印工作统计报表。

4.5 复印病历应注意保护病人隐私，复印废弃的纸张应立即毁形。

## **第六章 总务科工作制度**

### **总务科工作制度**

1、牢固树立全心全意为全院医疗、教学科研服务、为职工、病员服务的思想，保证及时服务，不断改进服务态度，做好服务工作。

2、制定每年度的总务后勤工作计划及工作总结，使后勤保障工作与医疗中心工作同步进行。

3、加强物资管理工作，保证全院物资供应，严格执行物资采购入库、保管、报废等制度，做到帐物相符。坚持勤俭节约、修旧利废，坚持下收、下送、下修工作，切实为临床服务。

4、加强能源管理，保证医院燃料、油料的供应，保证水、电、气三通。做好定量记度、开展节约能源工作，严格执行上级有关政策法规。

5、负责全院基建、房屋改建维修、家具制作维修等工作。办好伙食团，保证职工、病员膳食供应，保证全院开水、热水供应。

6、负责全院环境保护及绿化工作，在院领导及相关委员会的指导下做好上述工作。

7、廉洁服务、公私分明。严禁私自利用医院物资、设备做人情或为自己换取好处。确系为职工服务但属非规定范围的维修、制作、必须经科长或院领导的批准。

### **水电工班组管理制度**

1、水电工必须持证上岗，做好安全用电的宣传工作。

2、对全院的水、电等设备、网线（管）进行维护保养，做到每周一次常规检查，每月一次安全大检查（门诊、医技、各病区、及各楼层的开关箱，每月分批进行开箱检查，配电房、水房、污水泵每周进行一次检查），并做好检查记录。

3、水电工每日到科室检查维修，事毕应填写维修单，由被查修科室负责人签字验收。各科室如有及时维修工作，如属抢修、抢救需要等，可立即打电话通知水电工到现场抢修，事后补办维修手续。

4、水电工做好水电表的计量工作，科室每月抄一次水电表，做到账表相符。在领料上做到领用与使用相符，手续齐全合理、合法，每次领用材料由科室护士长签字，用好多、签好多，严格杜绝多报维修材料等违规现象。

5、水电工接到维修单或电话通知必须在半个工作日完成，因工作量大无法完成的应及时向总务科反映，安排处理。对突发事件接通知后 10 分钟内到达现场处理。

6、实行 24 小时值班制，做到随叫随到，不迟到、早退、旷工、脱岗。

### **配电房操作制度**

- 1、严格遵守电器安全操作规程；
- 2、在操作中应了解各种电器的操作顺序；
- 3、严禁酒后参加维修与操作；

- 4、每周应对总配电盘的各电器部件进行仔细检查；
- 5、值班人员应随时巡查各开关、保险、一次线路、二次线路和电流表、电压表、互感器、线接头等的运行情况；
- 6、做到各电器良好运行，并做好交接班和运行记录；
- 7、做到经常保持配电房整洁卫生。

## **锅炉安全管理制度**

一、锅炉是医院的要害部门，除锅炉工作人员、有关领导及安全、保卫、生产管理人员外，其他人员未经有关领导批准，不准入内。

二、当班人员坚守岗位，提高警惕，严格执行安全技术操作规程和巡回检查制度。

三、非当班人员未经班长同意，不得开关锅炉的各种阀门、烟风门及电器开关。无证司炉工、水质化验人员不准单独操作。

四、禁止锅炉房存放易燃易爆物品，所需装用少量润滑油、清洗油的油桶、油壶，要存放于指定地点，并注意检查燃烧中是否有爆炸物。

五、锅炉在运行或压火期间不准关门，压火期间要有人监视。

六、锅炉房要配备灭火器材，认真管理，不要随意移动或挪作他用。

七、锅炉一旦发生事故，当班人员要准确、迅速采取措施，防止事故扩大，并立即报告相关部门处理。

## **司炉工交接班制度**

一、接班人员按规定班次和时间提前到锅炉房做好接班准备工作，并要详细了解锅炉运行情况。

二、交班者提前做好准备工作，进行认真全面的检查和调查，保持锅炉运行正常。

三、交接班时，如果接班人员没有按时到达现场，交班人员不得离开工作岗位。

四、交班者需要做到“五交”和“五不交”。“五交”即：锅炉燃烧、压力、水位和温度正常；锅炉安全附件、报警和保护装置灵敏可靠；锅炉本体和附属设备无异常；锅炉运行记录资料、备件、工具、用具齐全；锅炉房清洁卫生，文明生产。“五不交”即不交给喝酒和有病的司炉人员；锅炉本体和附属设备出现异常现象时不交；在处理事故时不进行交班；接班人员未到时，不交给无证司炉；锅炉压力、水位、温度和燃烧器不正常时不交。

五、交接班时由双方共同按巡回检查路线逐点逐项检查，将要交接的内容和存在的问题认真记录在案。

六、交接班要交上级有关部门和领导对锅炉运行方面的指令。

七、交接者在交接记录中签字后又发现了设备缺陷，应由接班者负责。

## **锅炉房巡回检查制度**

一、当班司炉工应对锅炉及附属设备的运行情况认真巡回检查。

二、随时监视压力表、温度表、水位表是否正常。

三、观察燃烧器、给水系统的水箱、水位计、水泵运行情况是否正常。

四、对燃气输送系统工作情况进行检查，炉体受压部件有无渗漏和转动机械设备是否完好。

- 五、观察各仪表指示信号有无异常变化。
- 六、排污阀和管道有异常情况以及仪表是否正常。
- 七、发现问题及时上报有关部门。

## 锅炉房清洁卫生制度

- 一、锅炉房不准存放与锅炉操作无关的物品，保持室内清洁卫生。锅炉备品备件、操作工具应放在指定位置，摆放整齐。
- 二、锅炉房地面、墙壁、门窗及设备要经常保持清洁卫生。
- 三、对锅炉炉体、管道定期油漆。
- 四、每班下班前，将工作场地、设备、仪表、阀门等打扫干净。
- 五、每周对锅炉房及所管区域进行一次大扫除，保持环境清洁优美。
- 六、相关部门要经常组织有关人员，对锅炉房的清洁卫生进行检查评比，奖勤罚懒，做到清洁卫生、文明生产。

## 物资供应管理制度

为健全和完善医院的物资供应管理工作，规范物资供应管理行为，提高物资供应管理的工作效率，确保医院工作的顺利进行，有效控制采购物资的质量、降低生产成本费用，现结合医院实际情况，特制订本制度：

- 一、在总务科的领导下，负责全院的耗材、日杂、办公、劳保、清洁、纸张表格用品的供应保管工作。
- 二、建立健全各类物资台账，做到账面清楚，账物相符。实行八小时供应制，有应急预案措施及相应的储备和应急购入渠道。
- 三、妥善保管库房物资，归类、摆放整齐，经常检查，防止损坏，做到有计划的购买，有计划的供应，不积压浪费，常用物资不缺少。
- 四、经常深入各科室，实行下收下送工作。了解物品使用情况和管理情况，随时掌握物品价格市场情况。
- 五、工作热情，态度和蔼。语言亲切，文明服务。
- 六、搞好室内外卫生，每日一小扫，每周一大扫，保持窗明地净，整齐有序。

## 医院物资申购、采购制度

为了规范申购、采购行为，保证采购质量，控制采购价格，提高采购效率，我院特制定以下物资申购、采购制度：

### 一、物资申购制度

- 1、各部门应根据节约原则，领用部门应提前报计划申购商品，各科室科主任或护士长填写《崇州市第二人民医院物资计划表》，向总务科提交。
- 2、总务科汇总提交采购计划给相关领导审核，审核后及时向主管领导审批，审批后交采购员进行统一采购，市场紧缺商品或因物流不畅等客观因素致不能及时入库的应通报相关部门。

### 二、物资采购制度

- 1、认真贯彻执行国家的经济政策和各项规章制度，遵守财经纪律，任何人不能以权谋私，假公济私，损害国家及医院利益。
- 2、加强计划管理，定期报计划，由领导批准，方可采购。保证全院供应工作，防止积压。
- 3、采购员负责全院的家具、办公、生活、取暖、电气、五金材料、等行政办公物资的采购管理及

供应工作。

4、库管人员应根据医院各科室对医疗、教学、科研、预防、生活工作的需要和消耗规律，熟悉和掌握各类物资供需状况及各类材料的用量。对大量低值易耗品，家具等必备物资的用量应做好计划，报总务科分管院领导审批后，安排计划采购。

5、除每月根据科室所需要物资书面申请，库房管理人员统计汇总，报采购员经相关领导审批后计划采购外，还必须完成临时性急需采购。

6、采购员要熟悉本职业务，掌握市场信息及各类物资规格、质量和技术指标、价格变化，注意节约开支，减少支出。

7、对医疗、教学、科研、生活等物品材料，在办好请购手续后，应全力以赴，积极采购。

8、执行财务制度，及时报销，认真验收入库，手续做到物、钱、凭证三对口，一次交物、一次清账。

9、坚守岗位，认真执行各项制度与规定，做到文明服务。

10、工作必须做到坚持原则，掌握标准、执行制度、严格财经纪律，不允许有损医院的现象存在，做到无计划不采购，质量规格不明不采购，价格不合理不采购。采购物资做到及时、准确、质量高。

## 一般物资的库房管理制度

1、库房物资管理要坚持分类码放，安全可靠，收发方便，整齐美观的原则。特殊物品要特殊保管。

2、库房要有防盗措施，保证通风良好，并符合安全规范的灯光照明，及防尘设施。

3、经常保持库房清洁卫生，库房内不得保存食品，防止鼠咬。

4、非库房工作人员，未经许可不得进入库房。

5、发现库房物品有异常，如霉变、受潮、破损等及时报告，并采取补救措施。

## 物资验收、入库、出库制度

为了提高物资使用效率，加强物资出验收、入库、出库管理，结合我院的工作实际，制定以下制度：

### 一、物资验收、入库制度：

1、物资验收工作是保证入库物资数量准确、质量完好的重要环节。验收人员必须认真、细致、准确、及时做好各项工作。验收前要认真检验验收工具的精度。严格遵守验收制度，细心核对到货凭证、收料依据、入库物资的数量和质量，做到数量、规格、品种准确无误，质量完好，配套齐全。入库物资必须在规定的期限内完成验收工作。

2、物资进库根据到货凭证，现场交接验收，必须按照合同条款内容、物资质量标准等内容的进行验收，并做好记录。验收内容包括：名称、品牌、规格、型号、数量、质量、尺寸、状况，随物配件、工具、随物技术资料等。

3、在验收超合同到货、积压物资、数量短缺、重量缺少、质次、损坏、不配套、技术资料不全的物资时，应立即查明原因，落实责任，做好验收记录。并与供货单位取得联系，按规定及时提出拒付、索赔、退货，并及时上报。

4、长期使用大批量物资，收货时按预先收到的合格样品，随机抽取进行对比验收，验收合格方能入库，否则应拒收。

5、物资验收入库后，入库单据要妥善保存，防止丢失。

## 二、物资出库有关规定：

1. 物资出库，保管人员要严格核对物资领料单内容，无误后方可发放。
2. 物资出库实行“先进先出、推陈出新”的原则，做到保管条件差的先出，包装简易的先出，易变质的先出，有保管期限的物资，要在期限内发出。
3. 物资出库单必须落实到使用部门，领料单上要有使用科室负责人、领料人签字。

## 物资报废制度

一、凡医疗器材因使用年久，自然老化不能修复，因技术落后、无使用价值，损坏后无修复价值时，以及一般物资因变质变残无法使用，可按程序及规定办理报废手续，予以报废。

二、需报废的各种器材，必须经维修部门和科室负责人进行鉴定，方可报废。

三、大型设备仪器报废时，由使用科室写出设备仪器使用后效益分析及报废理由的书面报告，由总务科、设备室鉴定作出评价，经财务科、院长签字后上报批准，方可办理报废手续。

四、报废时由科室填写报废单，一式二份，随同物品一起交总务科，办理报废手续。如因责任事故造成器材报废时，还应追究当事者责任。

## 财产物资管理制度

1、凡医院所需的各种财产物资（药品除外）均由总务科同意采购、供应、管理、维修，尽可能修旧利废，做到物尽其用，节约使用。

2、总务科负责管理财产、物资、建立健全账目，加强采、发、领、保管等管理制度，要求帐物相符。

3、各科室所需物资，要按计划经院领导批准列入当年计划进行采购、供应。

4、医院的财产物资，不准任何人私自取回或转让他人利用。重大财产物资的报废、报损及财产物资的变价或原价调拨，须具体情况，经科室评定，经主管院领导执行，不得擅自处理。

5、凡属于废旧物资要交旧领新，不得私自处理。

6、做到购回物品入库前，有人验收、签字，不得私自处理。

## 医疗废物管理制度

一、医疗废弃物必须与生活垃圾分类管理。

二、按《医疗废物管理条例》规定要求建立医疗废弃物专用的密封贮存室，标明标志并加锁，防止医疗废弃物的流失，泄漏和扩散。

三、由门诊指定专人对输液管和注射器类（经过消毒、毁形）、玻璃器皿类、组织血液样本、试管或其它类进行分类，分别用易燃无毒的软包装袋密封装好，并贴上分类标识卡。

四、分类包装好的医疗废弃物由清洁工人送至存放医疗废弃物的贮存室的专用密封桶中。

五、定期由后勤人员将医疗废物送至县卫生局指定地点，针头等类物品定期焚烧处理。并如实填写收运交接时间、种类、数量的医疗废弃物转移联单和经办人签名。

六、医疗废弃物贮存室每天由清洁工人清洗，并用 2500mg/L 的含氯消毒剂喷洒消毒。

七、对有关接触处理医疗废弃物的人员定期进行知识培训

## 污水处理管理制度

一、明确本岗位的职责范围，熟悉并掌握有关知识及操作制度。

二、上岗人员必须着工作服，要求服饰干净整洁。



三、严格按操作规程检查每一个操作单元的运行情况，不遵守操作规程造成设备损坏，应酌情予以赔偿和处罚。

四、定期巡回检查，巡视内容、顺序及具体操作按污水站的工艺流程，每小时不少于一次，发现问题及时处理，并做详细记录。

五、加强对设备、仪表、阀门的维护保养，定期加油、检修，设备严禁“带病运行”。设备维护、保养、检修应由专人负责，并做记录。

六、为了保证出水达标，必须加强工艺单元的工艺控制，使工艺单元达到最佳控制点。

七、认真填写操作记录，工作内容与操作记录必须相符，内容真实、数据准确。

八、加强危化品—盐酸的管理，取用盐酸时必须做好自我防护。

九、保持室内外整洁。整个污水站设责任区专人负责，要求室内整洁，桌面、地面洁净，无“跑、冒、漏、滴”事故点。设备、仪表、管道、阀门见本色。有影响设备及设备间卫生情况，要及时打扫，每周做一次室内外卫生大扫除。

## 氧气房安全工作制度

- 一、树立安全第一的思想，确保氧气的储、运、供安全。
- 二、做好防水、防爆、防泄漏工作，经常观察贮氧罐压力表工作情况，认真做好运行登记。
- 三、经常巡查病区中心供氧终端设施是否完好，发现问题及时维修更换。
- 四、氧气房禁油、防火，氧气房周围严禁火源。
- 五、非本科人员不得进入氧气房。
- 六、氧气房内不准存放易燃物品及其它杂物。
- 七、氧气房工作人员离开必须关门。

## 爱国卫生工作制度

1. 全院“爱国卫生工作”，由创建工作领导小组指挥、总务科部署检查、卫生服务队完成工作区卫生。
2. 全院职工都应养成爱清洁、讲卫生的良好习惯，树立以“除四害、讲卫生”光荣，不讲卫生耻辱的社会风尚。
3. 实行由卫生服务队按照科室和个人划分的范围包干制。
4. 认真搞好室内环境和个人的清洁卫生，实行门前三包。保持室内、个人清洁卫生。严格执行消毒隔离制度，搞好污水、污物、生活垃圾、医疗垃圾的处理，防止污染和交叉感染。
5. 坚持突击与经常相结合，实行定期与不定期检查制度。节假日前大搞突击卫生运动，每月大搞一次（每月末周五），每周小搞一次（每周星期五）。每天下班前要搞好清洁卫生，保洁组完成全院保洁工作。
6. 对全院职工、病员进行宣传教育，人人有责任维护、保持全院室内外经常性的清洁卫生，不得乱扔果皮、纸屑，不得随地吐痰。

## 绿化管理制度

- 1、花工对全院的绿化、美化、花草、树木的栽培、修枝、治虫等一系列工作实施全面管理。
- 2、花工必须严格按绿化、园林的统一要求，结合院内园地的实际情况，拟出栽培、种植花草、树木的规划和实施办法。
- 3、花工应严格按照季节的变化，遵照暖、光、水、热、气等职务生长规律，及时变换品种。
- 4、花工应严格执行保护花木的有关规定，不得随意砍伐花木。
- 5、花工有权利和义务保护花草、树木，敢于同损坏花木的不良行为作斗争。
- 6、应经常保持花园的清洁卫生，整洁美观。
- 7、花工应爱护公共财产，不人为损坏花体。

- 8、应严格管好农药、化肥，一旦丢失或人为被盗，追究当事人的责任。
- 9、努力学习，不断提高政治和栽培管理技术水平。

## 洗衣房安全管理制度

- 一、牢固树立全心全意为病人服务的思想，竭尽全力为临床科室提供一流的服务。
- 二、管理员应处处以身作则，合理安排本部门的工作，督促检查每位员工的工作，做到分工明确、责任到人，严格检查、奖惩分明。
- 三、热爱本职工作，有责任心、顾全大局、服从组织分配。
- 四、严格按照操作规程操作：污物入口—分类—消毒—洗涤—烘烫—折叠—整理—洁物出口。
- 五、清洗的被服布类要做到严格按照卫生部制定的《消毒技术规范》进行操作。病人物品和员工的工作服要分开洗涤，防止交叉感染。一定要做到洁物、污物分离，不干不净、有破损的物品不得出门。
- 六、被服由洗衣房负责收下送，并做好交接登记。物品的收发、折叠要严格按照规定进行，折叠整齐、统一规格、堆放有序，分门别类、科室明确、帐物相符，避免出差错。
- 七、被服工作服等破损时，经缝纫修补后方可发出。应报废的被服统一集中交回库房，并作好登记。
- 八、各岗位要保质保量地完成工作任务，布类清洗合格率要达到98%。
- 九、要严格按照操作规程使用洗衣机、熨烫机、升降机，平时注意各种设备的维护、保养，对设备的运行情况要有详细的了解，定期上油，以延长机器的使用寿命。
- 十、掌握一定基数的被服，对布类物品必须逐件清点，办理交换手续，发现差错及时处理。每年大清查一次。
- 十一、注意消防安全，严禁在洗衣房抽烟，烘烤东西，杜绝一切不良的事故隐患。
- 十二、严格遵守医院规章制度，严禁将家中私物带到洗衣房洗涤、晾晒。

## 食堂管理制度

- 1、严格执行食品卫生“五四”制和食品卫生管理法，搞好个人及环境卫生，坚持每天饭前、饭后打扫卫生，并做好防火、防盗、防中毒。
- 2、从病员的经济情况出发，配制符合治疗原则、卫生要求的膳食，保证供应病员和职工。
- 3、坚持每月到病房各科室广泛听取意见，作好记录。合理降低成本，不断扩大服务项目，改善服务态度，提高服务质量。
- 4、实行民主管理，严格审查。
- 5、精打细算，节约粮、煤、气、电、水、爱护公共财物，管好物资。

## 太平间工作制度

- 1、太平间作为接纳尸体和接待家属的特殊场所，不准五官人员进入太平间。
- 2、做好工作联系电话的记录，做好有据可查，严格做好尸体接送过程的核对工作，杜绝差错。
- 3、做好日常设备巡查并做好相关记录。设备发生故障及时与有关部门联系维修并向主管部门报告。
- 4、死者家属告别遗体时要维护好现场秩序。
- 5、提前做好尸体的储存和运送准备工作。
- 6、严格遵守医院规章制度，不得私下接受死者家属的馈赠。

## 第七章 保卫科工作制度

### 医院保卫科安全管理制度

第一章 总则 为了保护医院工作人员及患者的人身、财产安全和公共财产安全，维护医院的医疗和科研等工作秩序的正常进行，特制定本管理制度。

第一条 医院治安保卫工作贯彻“预防为主、单位负责、突出重点、保障安全”的方针。以保护本院人员和患者安全为突出要务。

第二条、保卫科专职负责医院的安全保卫工作。

## 第二章 职责

第一条、医院主要负责人对医院内部的治安保卫工作负责。

第二条、保卫科工作职责

1、根据医院实际情况，制定本院的消防、安全保卫工作计划并实施，定期组织消防、安全检查。落实隐患整改要求。

2、保护医务人员及患者的人身、财产安全，维护医院正常的医疗秩序。

3、做好院内消防、治安的预防工作，配合公安部门进行案件侦察和处理。

4、负责院内重点要害部位的巡视、巡查、安全防范等保卫工作。

5、配合有关科室对全院职工进行法制和遵守院规、院纪教育，提高全院职工的法制观念。

6、组织职工进行消防、安全防范知识、技能的培训，负责组织实施演练。提高全院职工消防和全防范的技能。

7、搞好实习生、进修生、临时工的管理工作，建立临时档案。

8、深入开展调查，密切掌握单位内部的治安动向，及时制定相应的防范对策。做好内部矛盾调解工作。

9、做好处理医疗纠纷和群体事件的保卫工作。

10、检查考核各科室安全制度落实情况，并将考核结果上报，对查出的不安全隐患提出整改意见并督促改正。

11、负责医院内部款项押运，保卫医院金融安全。

12、按上级公安部门要求贯彻落实各项业务。积极配合辖区派出所做好医院内部的户口管理工作。

13、坚持管理与服务相结合的原则，自觉接受群众监督。

14、完成院领导和上级部门交办的其它任务。

第三条、保卫科长职责

1、在院长和分管院长领导及公安部门业务指导下负责保卫科的全面工作。

2、制定本科室年度工作计划，并组织实施。

3、对本科室人员进行合理分工，督促和检查保卫人员的工作和值勤情况，查处安全隐患、严防安全事故发生。

4、抓好全科人员的思想政治工作，组织政治学习、业务学习，不断提高全体工作人员的政治素质和业务素质。

5、组织人员全力查办院内发生的各类刑事、治安案件。

6、负责检查和督导消防安全和安全保卫工作的开展和落实。

7、协调各科室关系，组织对全体职工的防火、防盗、防事故的安全教育，搞好群防群治工作。

第四条、保卫人员（门卫、保安）职责

1、负责医院内部的安全保卫及消防工作，打击发生在医院内部的各种违反犯罪活动。

2、对院内各部门和重点部位认真巡视检查，妥善处理各类事件，遇有重大事件要及时汇报领导。

3、负责清查院内闲散人员，对可疑人员要及时认真地询问、盘查。发现在医院内实施违法犯罪活动及扰乱医院正常工作秩序，危及患者、医护人员人身、财产安全的行为要立即制止并报告。

4、负责疏导院内、门前车辆，保证医院交通顺畅，各类车辆有序停放。

5、医院发生火灾或其它危及医院安全的事故后迅速赶赴现场进行扑救、抢险，并按照应急方案组织人员疏散。

6、做好对全院职工的安全防范及法制宣传教育工作，提高职工的安全防范及法制意识。

7、定期对医院各部位进行安全、消防检查并对职工进行消防技能演示和培训。

8、负责医院内部治安案件和民事案件的查处和调解，做好对各类违反违纪人员的帮教工作。

9、接待群众来访，做好外来公务人员的登记记录。

10、监督夜勤人员做好夜间巡视，确保医院财产安全。

11、完成上级领导赋予的其它任务。

## 保安巡逻制度

保安是医院的公开守护巡逻纠察力量，为了更好地确保医院和员工的生命财产安全，根据医院治安实际情况，制定以下保安巡逻制度。

1、明确保安肩负医院防火、防盗、防破坏、防治安灾害等重任，应时刻保持高度警惕，自觉遵守国家法令和医院的规章制度，坚持原则不徇私情，严格执勤，恪尽职守。

2、加强对医院要害部门和重要部位的安全护卫、巡查、白天保证每班一至二人在门诊住院部病区维护医疗工作正常秩序及重要部门的防范巡查，夜间坚持一至二小时间隔对院区域内进行安全巡查，发现隐患及可疑人员立即处理、汇报。

3、熟悉执勤区域内的环境与治安情况，对执勤区域内的环境、道路、电器设备和消防设施的位置、使用、检查等情况，一定要做到心中有数，善于和及时地发现治安情况及违法犯罪的可疑线索。

4、认真做好交接班及值班记录，对值班巡查的重要部门状态和发现的问题及时如何处理、汇报、均应登记清楚，明确交班。

5、因玩忽职守，巡查不到位，有安全隐患未发现、无记录造成被盗等治安案件发生，根据造成的后果追究值班人员的责任。

## 医院防火巡查制度

一、落实逐级消防安全责任制和岗位消防安全责任制，落实巡查检查制度。

二、消防工作归口管理职能部门每日对医院进行防火巡查，每月对医院进行一次防火检查并复查追踪改善。

三、检查中发现火灾隐患，检查人员应填写防火检查记录，并按照规定，要求有关人员在记录上签字。

四、检查部门应将检查情况及时通知受检部门，各部门负责人应每日进行防火安全检查，发现隐患及时整改。

五、对检查中发现的火灾隐患未按规定时间及时整改的，根据奖惩制度给予处罚。

## 医院安全巡查制度

为确保医院安全、稳定，保证医务人员和广大患者的人身、财产安全及正常的医疗秩序，维护社会的安定团结，牢固树立“安全第一、预防为主”的指导思想，切实承担医院管理和保护人员平安的责任，确保各项工作有序开展，制定医院安全巡查制度。

一、医院成立工作领导小组，制定综合治理工作方案和切实可行的措施。

二、充分利用一切可利用的宣传路径，进行经常性的安全教育和法制教育。

三、定期组织有关人员排查医院安全隐患，并及时进行整改，确保医院安全和医院周边环境秩序良好。

四、科室每月进行一次科室安全隐患排查，举行一次安全主题学习，增强医护人员安全意识，提

高防范能力，保障医护人员及患者的人身安全。

五、医院每月全面进行安全隐患排查，在自查的基础上，强化整改措施，提高医护人员安全防范意识。

六、医院值班保卫人员每天加强医院内部的巡查，发现问题及时上报，维护医院正常医疗秩序。

七、医院定期进行消防安全检查，对损坏和过期的灭火器进行维修更换，确保完好在位。

八、加强精密仪器室的安全巡查检查工作，严格实验操作规程，加强危险药品的管理，保证不发生意外伤害事故。

九、安全巡查检查的内容：

- 1、各种安全防范措施、制度落实情况，安全隐患整改情况。
- 2、安全设施、器材是否完好有效，安全疏散通道、出口是否畅通。
- 3、各科值班室、门诊室安全情况。
- 4、医疗设施、建筑、场地、食品卫生、重大危险源等安全情况。
- 5、安全责任人、主管人、安全员的工作情况。
- 6、电气：
  - (1)、配电间，配电箱卫生。
  - (2)、电缆头、接线端子、铜排是否发热、变色。
  - (3)、设备仪表指示是否正常。
  - (4)、空气开关是否有过载短路跳闸现象。
  - (5)、照明灯、消防指示灯具、开关是否正常。
  - (6)、空调机组声音正常，电机是否异发热。
  - (7)、卫生间电气设施是否正常。
- 7、水暖、空调：
  - (1)、阀门，水龙头动作灵活，无渗漏。
  - (2)、消防栓、喷淋头是否渗漏。
  - (3)、消防设施齐全完好。
  - (4)、空调管道及附件、阀门、仪表指示是否正常。
  - (5)、卫生间设施是否完好、无渗漏。
  - (6)、开水间设施是否完好。
  - (7)、玻璃、石材、门等有无损坏。
- 8、其他需要检查的内容。

## 视频监控隐私保护规定

- 一、监控设备的设置应作出公开、明确的标识；
- 二、严禁将监控设备以监控“空间”变成监控“个人”；
- 三、严禁监控资料被非法浏览、复制、传播或被商业化；
- 四、严格执行监控视频和图像采集、保管和使用的规章制度。

## 视频监控系统管理使用规定

为切实加强视频监控系统的管理，保障系统稳定运行，充分发挥系统效能，维护医院安全和治安秩序，特制定本规定：

- 一、视频监控系统使用权限归保卫科，由保卫科指定专人按程序操作、使用、维护，出现故障要及时报修。

二、除保卫科人员外，其他部门和个人不得进入监控室，无关人员不得查看监控录像。

三、管理人员不得泄露终端名称、密码、IP 地址等，不得删除自动摄录影像，不得擅自复制、转载录像内容。

四、管理人员不得改变监控探头方位，否则造成的一切不良后果及法律责任均由本人承担。

五、监控室内要保持整洁卫生，不得携带可能危及设备安全的任何物品入内。

六、外单位人员因工作需要查看监控录像，须持单位介绍信、本人身份证件，经分管领导批准后  
方可查看。

七、因个人违规操作造成设备损坏的，由责任人承担一切损失。

## 视频监控信息调阅拷贝申请表

申请人		证件类型		证件号码	
申请单位		科室领导签字		申请日期	
是否拷贝		部门领导签字		介绍信编码	
申请事由					
审批意见				审批人	
备注	1、院内工作人员申请调取信息由科室主任或职能科室负责人签字确认；拷贝监控信息须院级领导签字确认。 2、院外人员申请调阅拷贝监控信息须出具公安机关介绍信息件。				

## 视频监控中心管理制度

一、视频监控中心值班人员必须保持高度警惕及高度责任心，密切注意各部位情况增强安全观念，善于发现问题，认真做好值班记录。

二、视频监控中心值班人员负责 24 小时监视闭路电视、防盗报警信号，发现问题时，及时向有关领导或部门报告。

三、视频监控中心值班人员要严格执行交接班制度，交接班时应将机器设备的使用情况，有无可疑情况要交接记录清楚。

四、视频监控中心值班人员在值班时对所观察到的非正常情况，可疑人物，应进行详细记录，并视情况向有关领导或部门报告，采取必要的措施。

五、视频监控中心值班人员要对视频监控图像内所发生的事故及其他紧急情况  
进行记录。

六、非监控室人员不准进入，任何人不准在监控中心会客聊天。监控中心的值班人员不准离开监控室。

七、视频监控中心的视频监控图像使用登记制度，对图像信息的调取人员、调取时间、调取用途等事项进行登记。

八、视频监控中心的视频监控图像不得擅自删改，故意隐匿、毁弃留存期限内视频监控图像信息的原始记录；不得买卖散发、非法使用视频图像信息资料。

## 视频监控资源使用制度

为加强医院安全的防范措施，为医患人员安全、财产安全提供保障，医院进行了视频监控系统建设。为规范视频监控资源的应用，特制定本使用制度。

- 一、监控人员不得擅自复制、提供、传播图像信息资料。
- 二、监控人员不得擅自删改、破坏图像信息资料的原始数据记录。
- 三、单位或个人因需要调取、查看、复制视频系统图像信息和相关资料的，应当上报有关领导同意后方可提供。
- 四、对涉及单位秘密和职工个人隐私的图像信息予以保密。

## 视频监控资源使用程序

为规范视频监控资源的有效合理使用，特制定本使用程序。

- 一、单位或个人因需要调取、查看、复制视频系统图像信息和相关资料的应正确填写视频监控资源使用审批表。
- 二、将填写完整的视频监控资源使用审批表上报相关领导审批。
- 三、视频监控人员收取到相关领导签字同意的审批表后方可为对方调取相关的视频图像信息。
- 四、严禁未经许可的单位或个人调取、查看、复制视频系统图像信息。

## 视频监控信息调阅拷贝申请表

申请人		证件类型		证件号码	
申请人单位		科室领导签字		申请日期	
是否拷贝		部门领导签字		介绍信编号	
申请事由					
审批意见				审批人	
备注	1. 院内工作人员申请调阅监控信息须由科室副主任以上领导或职能科室负责人签字确认；拷贝监控信息须经院级领导或保卫科科长签字确认。 2. 院外人员申请调阅拷贝监控信息须出具公安机关介绍信原件。				

## 视频监控系统提取录相清单

编号	时间	地点	事件	备注

编号	时间	地点	事件	备注
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				

## 第八章 设备室工作制度



## 医疗检验检查耗材采购管理制度

为加强对医疗检验检查耗材管理，规范对医用耗材的使用，保证临床科室的供给，为病人提供安全优质的医用产品，并保障各参保病人的报销利益，特制定此管理制度。

- 1、申购科室及使用者在较充分了解需购耗材的功效和方法后，填写《医用耗材申请表》。
- 2、科室的申购报告须送交物价办公室和医保办公室签署意见，再交设备室，经分管院长审批同意后，由设备室按卫生主管部门的规定，以及医院的要求通知供货方提交相关的资质、并进行证照审核工作。
- 3、设备室对供方的资质、证照审核合格后，还需经院感、审计、纪委、及分管领导审批，通过后方可购置。
- 4、设备室按审批后的报告内容制订采购计划，交采购人员与供货方进行有关购置的洽谈，实施采购计划。
- 5、签订供货合同及产品质量法律责任承诺书。
- 6、设备库房在收到供货方送来的物品后，必须按规定、程序认真做好验收（特殊物品应会同科室、使用者共同验收）、登记、建账、入库、发放

## 设备室定期巡检管理制度

- 1、设备科维修人员负责每月对重点科室的抢救设备进行一次巡检；每季例行对全院各科室的医疗设备、仪器及使用情况进行一次巡查，并填写巡检记录，由被检部科室与巡检人员签字确认。节日、大假之前对重点科室重点设备增加一次巡检工作，每次的巡检记录妥善保存以备巡查。
- 2、巡检内容：了解部门、科室设备、仪器使用情况、维护、保养情况以及外部清洁、卫生等。
- 3、对凡购买保修的设备、仪器，督促保修单位按合同（协议）约定定期实行例行的巡检等工作。

## 医学装备强检、周期检定管理制度

- 1、认真贯彻执行国家计量法实施规定和医用计量管理工作的规定。
- 2、未经检定或不合格的计量器具，应视为失准，凡失准的计量器具禁止使用，应予封存，任何单位或个人不得启用，违者追究科室或个人责任。
- 3、由专职计量员编制医院的计量检测计划，列出检测设备、仪器的项目、内容、定期、按时完成检测工作。
- 4、凡由上级计量部门检定的设备、仪器，设备科开箱启封，其他部门、科室、个人不得拆卸、改装，违者视情节轻重追究其责任。
- 5、严禁使用到期或超期的计量器具进行量值传递，违者追究使用部门、科室及当事人的责任。

## 医学装备试用管理制度

- 1、科室需要试用设备、器械、医用耗材，首先向设备室申请。
- 2、设备室根据科室申请及市场调查，形成意见，报主管院长批示。
- 3、设备室负责对试用设备、器械进行资质审查，审查其合法性。
- 4、试用的设备、器械、医用耗材由设备室与供应商签订《医用设备、器械试用协议》，并严格执行。
- 5、设备室负责验收使用设备、器械。属于设备的填写《设备安装验收单》，属于器械的，供应商须出具盖鲜章的送货单，设备室按填明的数量、规格、批次、效期、品牌进行验收。
- 6、验收的设备、器械交付科室试用。
- 7、使用科室须指定专人管理试用设备。如发生非正常损失，按有关制度追究相关责任人。

8、试用结束，使用科室应提交书面试用报告，交设备室。

## 植入性材料管理制度

1 凡列入植入性医疗器械目录的医疗器械按本制度管理，购置植入性医疗器械时，必须先查验产品注册证，生产企业许可证、经营许可证、营业执照、产品合格证，以及生产商（直接或间接）合法销售授权书。

2 合同中产品的质量保证金条款（包括保险方式）必须明确并可操作执行，排除承诺人能力范围之外的承诺，并将质量保证金条款以适当方式告知病人。质量保证金条款的签章可采取以下 3 种方式：①由生产者签章；②由生产者在中国的办事处或代表处签章；③由生产者委托在中国负责代理销售产品单位签章。

3 应建立统一的采购和使用登记制度，记录保存已购人或已使用的植入性医疗器械的基本信息，包括品名、规格、型号/批号，进货日期、手术日期、手术医师姓名、患者姓名、住院号。

4 产品验收时应有企业确认的可追溯的唯一性标识如条码或统一编号，并对唯一性标识的内容、位置、标识方法以及可追溯的程度作出记录。

## 设备室继续教育制度

为改变医院设备室的文化结构层次，提高本科职工的思想政治素质。提高医学装备管理人员的管理水平，更好地为保障医院医疗、教育、科研工作的顺利进行，针对本科的职工继续教育订立如下制度。

一、 初级专业技术人员继续教育的主要任务，结合工作岗位的需要进行专业知识和技能训练，以期达到符合任职工作岗位的全部要求。

二、 中级专业技术人员继续教育的主要任务，结合本职工作学习新理论、新技术、新方法、新知识，培养独立解决复杂专业技术问题的能力。真正起到技术骨干、中坚力量的作用。

三、 高级专业技术人员继续教育的主要任务，学习和掌握新知识、新技术、新方法，把握其发展动向，用于改进指导本科室的工作，制订本科室业务发展规划，起到学科带头人的作用。

四、 继续教育采用理论知识学习、技术训练、参加各种学术会议、短期培训、进修学习、会议等形式。

五、 鼓励支持科室人员撰写医学装备应用、管理方面论文、开展新项目、科研技术。

六、 鼓励在职职工参加各类成人教育学习，凡利用业余时间进行自学，通过国家教委统一考试取得大专或本科学历者，医院给予奖励。

## 医学装备使用评价制度

1、设备室对全院医疗设备的效益情况进行监控，以便合理配置和充分发挥利用医疗设备并为院领导决策提供依据。

2、对单价在五十万元以上的医疗设备定期进行经济效益分析。

3、设备室与财务科负责统计各临床科室的医疗设备经济效益数据。

4、由财务科计算出各项医疗设备折旧、利润、利润率、上年同期对比，做出全院医疗设备经济效益分析报表和医疗设备经济效益评价并呈送院领导审阅。

5、医院设备管理委员会定期对贵重、大型医疗设备的使用情况进行评估。对能够充分利用，效益明显的给予表扬，对长期闲置、开展工作不利，保养维护不当的给予批评。

## 医学装备委员会工作制度

1 医学装备委员会在院长的监督指导下，由分管院长牵头开展工作。医学装备委员会下设办公室在设备室，作为常设机构负责日常工作。

2 委员会由分管院长、设备室、护理部、财务科、审计部门的负责人以及 2-3 名熟悉医疗设备的副高以上职称的医务人员等组成。

3 原则上每季度召开一次委员会会议。必要时医学装备委员会可以随时召开委员会会议或扩大会议研究相关问题。

4 应注意收集与医疗设备管理有关的信息和相关材料、文献。并将有关的信息及时通报医院相关临床科室。

5 每季度进行一次医疗设备运行情况的检查，有关问题及时通报相关临床科室。

## 医学装备使用人员操作培训及考核制度

1 一般医学装备在验收前、须由厂家工程师对医院至少两名以上操作人员进行现场或异地培训，培训之后由厂家工程师出题进行书面考试，考试合格后方可进行操作。

2 对国家有特殊要求的医学装备，使用科室派两名以上操作人员参加国内指定部门组织培训，取得合格证后方进行上机操作。

3 操作人员合格证有效期满后应及时进行培训，取得合格证后方可进行上机操作。

4 操作人员要求严格按照医学装备操作规程进行操作，违反操作规程引发的医疗事故责任自负。

5 具体程序

5、1 普通医学装备验收前→由厂家培训、考核合格后→上机操作。

5、2 国家有特殊要求的医学装备使用前→参加国内指定部门组织的培训→取得合格证后→上机操作。

## 应急物资和设备管理制度

1 为保障应急救援物资和设备处于良好状态，为发生突发事件救援时应提供物质保障，坚持预防为主，常备不懈，制定本制度。

2 平时做好一定数量的应急保障器材物质储备，以备应急状态下紧急使用；定期查看和更新储备物资，使之经常处于有效期和正常状态，并做好记录。

3 平时建好应急状态下的器材采购渠道，每种设备或器材供货方至少 3 家，保证应急物质可在 24 小时内到货。

4 应急状态下，设备和器材采购可采取先调拨，后议价的方式，以最快的速度保障供应。

5 应急状态下，应急保障小组有权临时调配临床科室闲置设备供应急保障使用。原则上不允许调配急诊室、ICU 病房、手术室的抢救仪器到其他科室使用。

## 医疗器械临床使用安全管理制度

为加强医疗器械临床使用安全管理工作，降低医疗器械临床使用风险，提高医疗质量，保障医患双方合法权益，根据卫生部《医疗器械临床使用安全管理规范（试行）》制定本制度。

1 医疗器械临床使用安全管理范围：医疗器械临床使用安全管理，是指医疗机构医疗服务中涉及的医疗器械产品安全、人员、制度、技术规范、设施、环境等的安全管理。

2 医院的设立由院领导负责的医疗器械临床使用安全管理委员会，委员组成如下：

主任：陈慎之

成员：陈富涛 袁小平 赵一红 陈锡丹 袁丽莎 陈云长 马娟 周幼凌 粟开玉

3 医疗器械临床准入与评价管理

3、1 设备室负责医疗器械临床准入与评价，建立医疗器械采购论证、技术评估和采购管理制度，建立医疗器械供方资质审核及评价制度，按照相关法律、法规的规定审验生产企业和经营企业的《医疗器械生产企业许可证》、《医疗器械注册证》、《医疗器械经营企业许可证》及产品合格证明等资质。

3、2 纳入大型医用设备管理品目的大型医用设备，设备室应在取得卫生行政部门颁发的配置许可证后办理准入。

3、3 设备室负责医疗器械采购。采购应当遵循国家相关管理规定执行，确保医疗器械采购规范、入口统一、渠道合法、手续齐全。

#### 4 医疗器械的安装、验收、调试管理

4、1 设备室负责医疗器械的安装、验收、调试管理。医疗器械的安装，应当由生产厂家或者其授权的具备相关服务资质的单位参加，由医院设备室负责组织实施，特种设备的安装、存储和转运应当按照相关规定执行，设备室应当保存相关记录。

4、2 设备室建立医疗器械验收制度，验收合格后方可应用于临床。医疗器械验收应当由具备相应资质的机构组织实施并与相关的临床科室共同评估临床验收试用的结果。

4、3 设备室应当按照国家分类编码的要求，对医疗器械进行唯一性标识，并妥善保存高风险医疗器械购入时的包装标识、标签、说明书、合格证等原始资料，以确保这些信息具有可靠性。

4、4 设备室应当对医疗器械采购、评估、验收等过程中形成的报告、合同、评价记录等文件进行建档和妥善保存，保存期限为医疗期限试用寿命周期结束 5 年以上。

#### 5 医疗器械临床使用管理

5、1 医疗器械临床使用人员必须参加医疗器械临床使用规范化培训，培训合格后方可使用，需取得国家相关部门资格证书的，应在取得相关合格证书后使用。

5、2 临床使用人员应当严格遵照产品使用说明书、技术操作规范和规程，对产品禁忌症及注意事项应当严格遵守，需向患者说明的事项、应当如实告知，不得进行虚假宣传，误导患者。

5、3 发生医疗器械临床使用安全事件或者医疗器械出现故障的，科室应当立即停止使用，并通知设备科安排检修；经检修达不到临床使用安全标准的医疗器械，不得再用于临床。

5、4 医疗器械临床使用安全事件是指，获准上市的质量合格的医疗器械在医疗机构的使用中，由于人为、医疗器械性能不达标或者设计不足等因素造成的可能导致人体伤害的各种有害事件。医疗器械临床使用安全事件实行实时报告制度，各科室严格按照《不良事件报告制度》的要求，及时报告相关职能部门并登记在册，登记内容包括发生时间、仪器名称、型号=事件内容、报告时间、报告部门、处置意见等。

5、5 医疗器械临床使用科室应按照仪器说明书要求定期进行仪器维护保养，并记录维护保养结果，设备室定期对医疗器械维护保养、安全事件报告情况进行监督检查。

5、6 医疗器械临床使用科室应当严格执行《医院感染管理办法》等有关规定，对消毒器械和一次性使用医疗器械相关证明进行审核。一次性使用的医疗器械按相关法律规定不得重复使用，按规定可以重复使用的医疗器械，应当严格按照要求清洗，消毒或者灭菌，并进行效果监测。

5、7 医护人员在使用各类医用耗材时，应当认真核对其规格、型号、消毒或者有效日期等，并进行登记。对使用后的医用耗材等，属医疗废物的，应当按照《医疗废物管理条例》等有关规定处理。

5、8 临床使用的大型医用设备、植入类医疗器械名称、关键性技术参数及唯一性标识信息应当记录到病例中。

#### 6 医疗器械临床保障管理

6、1 设备室应当定期对本院医疗器械使用安全情况进行考核和评估、形成记录并存档。

6、2 设备室应当对在用设备类医疗器械的预防性维护、检测与校准、临床应用效果等信息进行分

析与风险评估，并将结果定期报告医疗器械临床使用安全管理委员会，以保证在用设备类医疗器械处于完好与待用状态、保障所获临床信息的质量。

## 医学装备三级管理制度

为了规范和加强医院医学装备管理，促进医学装备合理配置、安全与有效利用，充分发挥使用效益，保障医疗安全，根据卫生部《医疗卫生机构医学装备管理办法》的相关规定：“医疗卫生机构的医学装备管理实行机构领导，医学装备管理部门和使用部门三级管理制度”。特制定本制度。

医学装备，是指医疗卫生机构中用于医疗、教学、科研、预防、保健等工作，具有卫生专业技术特征的仪器设备，器械、耗材和医学信息系统等的总称。

### 1 领导机构

1、1 医院医学装备委员会是医学装备管理的领导机构，负责对医院医学装备发展规划，年度装备计划，采购活动等重大项目进行评估，论证和咨询，确保科学决策和民主决策。

### 2 管理部门

2、1 设备室是全院医学装备管理的职能部门，在分管院长的领导下，负责医院医学装备管理全过程。

2、1、1 根据国家有关规定，建立完善医院医学装备管理工作制度并监督执行。

2、1、2 负责医学装备发展规划和年度计划的组织、制定、实施等工作。

2、1、3 负责医学装备购置、验收、质控、维护、修理，应用分析和处置等全程管理。

2、1、4 保障医学装备正常使用。

2、1、5 收集相关政策法规和医学装备信息，提供决策参考依据。

2、1、6 组织医院医学装备管理相关人员专业培训。

2、1、7 完成卫生行政部门和医院领导交办的其他工作。

### 3 使用部门

3、1 医院各临床，医技科室是医学装备使用部门，应设专职或兼职管理人员，在医学装备管理部门的指导下，具体负责本科室的医学装备日常管理工作。

3、1、1 凡有医疗设备的科室，要逐级建立使用管理责任制，制定专人管理，严格使用登记，认真检查保养，保持仪器设备处于良好状态，随时开机可用，并保证帐、卡、物相符。

3、1、2 新进仪器设备在使用前要由设备室负责验收，安装、调试、组织有关科室专业人员进行管理、训练、使用，使之了解仪器的构造、性能、工作原理和使用维护方法后，方可独立使用。凡初次操作者，必须在熟悉该仪器的人员指导下进行。在未熟悉该仪器的操作前，不得连接电源，以免接错电路，造成损坏。

3、1、3 使用人员要严格按照仪器的技术标准，说明书和操作规程进行操作。使用前判明其技术状态确实良好，使用完毕，应将所有开关，手柄放在规定位置。

3、1、4 不准搬动仪器，不得随意挪动。操作过程中操作人员不得擅自离开，发现运转异常时，立即通知设备室技术 查找原因，及时排除故障，严禁带故障和超负荷使用和运转。

3、1、5 仪器设备(包括主机、附件、操作手册)一定保持完整无缺，即使破损零部件，未经设备室检验亦不得任意丢弃。

3、1、6 凡属临床科研的仪器，科室间调剂使用时，必须经科室主任批准，仪器管理人员要办理交接手续，用毕及时归还，验收后放回原处。

3、1、7 仪器用完后，由管理人员检查，关机放好。若发现仪器损坏或发生故障，应立即查明原因和责任。如系违章操作所致，要立即报告设备室，视情节轻重进行赔偿或进一步追究责任。

## 设备室值班制度

按照二甲复审要求“医疗器械部门能提供“24 小时×7 天”连贯不间断的抢救设备、后勤保障支持服务”，为使医院医疗器械保障工作具有连贯性，保证医院工作的正常运行，结合医院实际，制定本制度。

- 1、 本制度指平时工作值班和国家法定节假日的值班。
- 2、 设备室值班的具体工作，修理急需修理的设备或及时通知厂家维修人员，急救设备的调用。
- 3、 医院设备室的值班，原则上合乎全科人员共同参与。
- 4、 设备室值班实行 24 小时值班制，每日 8：00 交接班。
- 5、 当班期间值班人员应保证随时对临床呼叫有应答，必要时间到现场处置。如有急事外出，应有人替班，并留下联系方式。
- 6、 值班人员应认真书写值班记录。

## 医疗器械不良事件报告制度

为了更好地加强医疗器械在临床使用中的监督管理，严格医疗器械使用的质量跟踪检测工作，保证医疗器械安全、有效地为临床服务，保障病人医疗安全，依据卫生部《医疗器械不良事件检测和再评价管理办法（试行）》，特制定本制度。

### 1 基本概念

1、1 医疗器械不良事件：是指获准上市的质量合格的医疗器械在正常使用情况下发生的，导致或者可能导致人体伤害的各种有害事件。

### 2 报告原则

2、1 基本原则：造成患者，使用者或其他人员死亡，严重伤害的事件已经发生，并且可能与所用的医疗器械有关，应当遵循可疑即报的原则。严重伤害包括三种情况：

2、1、1 危机生命；

2、1、2 导致机体功能的永久性伤害或者机体结构的永久性损伤；

2、1、3 必须采取医疗措施才能避免上诉永久性伤害或者损伤。

2、2 濒临事件原则：有些事件当时并为造成人员伤害，但临床医务人员根据自己的临床经验认为再次发生同类事件时，会造成患者、使用者或其他人员死亡或严重伤害，也需报告。

### 3 报告时限及流程

#### 3、1 报告时限

3、1、1 各业务科室凡发生突发、群发不良事件应立即报告医务科、设备科；凡导致死亡的事件应于发现或者知悉之日起 12 小时内上报，导致严重伤害、可能导致严重伤害或死亡的事件应于发现或者知悉之日起 24 小时内报告医务科、设备室。

3、1、2 设备室接各业务科室报告后按照以下时限报告所在地医疗器械不良事件监测技术机构。

3、1、3 突发、群发不良事件应在 24 小时内填报《可疑医疗器械不良事件报告表》（见附件）

3、1、4 导致死亡的事件应于发现或者知悉之日起 5 个工作日内报告，导致严重伤害、可能导致严重伤害或死亡的事件应于发现或者知悉之日起 15 个工作日内报告。

#### 3、2 报告流程

3、2、1 各业务科室设置医疗器械不良事件报告员，负责收集本科室不良事件的信息，按报告原则完整、准确、详细填写《可疑医疗器械不良事件报告表》（见附录），按时限要求上报医务科、设备室。设备室按照上诉时限报告所在地医疗器械不良事件监测技术机构报告。

### 3、3 报告要求

3、3、1 各业务科室要高度重视医疗器械不良事件报告工作，强化医务人员报告医疗器械不良事件的意识和自觉性，克服报告医疗器械不良事件对医院造成不良影响的错误观念，按照可疑即报原则认真做好医疗器械不良事件报告工作，尤其要高度重视濒临事件的报告，防患于未然，避免出现群发不良事件、死亡事件和严重伤害事件。

3、3、2 医务科、设备室要加强对医疗器械不良事件的法规、医疗器械不良事件的表现形式、近期不良事件监测情况、新产品进入医院的相关要求等内容的培训，尽可能避免医疗器械不良事件的发生。

3、3、3 设备室要每月定期与临床相关科室进行沟通，了解医疗器械使用情况，特别是要加强高风险产品、国家重点监测产品以及已发生不良事件产品的跟踪监测。

3、3、4 医务科、设备室要及时对发生的不良事件进行分析，并将严重的医疗器械不良事件信息反馈给相关科室，避免类似事件再次发生。

附件：《可疑医疗器械不良事件报告表》

## 医学装备报废管理制度

1、各临床科室对无使用价值或无修理价值的设备，应按医用设备报废程序履行相关手续，任何部门不得擅自报废处理设备。

2、设备的报废申请由使用科室负责人向设备室提出。设备室收到报废申请后，组织医院固定资产管理人员，维修技术人员和相关设备的工程师对拟报废的医学装备进行鉴定并提出意见。

3、设备室定期将拟报废的医用设备整理汇总并提交医院医学装备委员会讨论，再将讨论意见汇总后报院长办公会审批。

4、单价低于 50 万元，批量在 50 万元以下的医用设备，经院长办公会审批同意报废后，设备室固定资产管理人员、财务科物资会计及时下台帐和固定资产明细账，并按相关程序处理。

5、单价高于 50 万元，批量在 50 万元以上的医用设备，经院长办公会同意报废后，待收到医学装备委员会同意报废的批复后，设备室和财务科作相应的账务处理。

6、凡经上级审批报废的设备以及器械、低值耗材，设备科均要与使用部门办理好相关的下账、清点、交接、收入报废品库等手续，要做到账、卡、物相符。设备室在征得分管院领导同意后，与纪委、财务、审计等相关职能科室一起统一进行处理，维修人员应充分利用可用部件，做到物尽其用，经鉴定确认不能再用部分，作为废品变卖，处理后的残值及清单和接收部门的毁形说明均交财务科，任何部门或个人不得任意处理和私分残值，设备室应妥善保管处理结果以备查。

## 医学装备更新管理制度

依据卫生部相关规定，结合我院实际情况，特制定本制度。

1、医疗设备、仪器（单价 5 万元以下）的更新或添置，由需求科室提出书面申请，设备室审核并签署意见，呈报分管院长审批后实施采购。

2、医疗设备、仪器（单价 5 万元至 50 万元以下）的更新或添置，使用科室必须递交有简明设备论证的申请报告，由设备室审核并签署意见后呈交分管院长审批，再由设备室做好较充分的市场调查，交由医学装备委员会组织的申购科室管理小组成员参与的院内设备议标专门会议，对设备进行比选采购。

3、大型医疗设备、仪器（单价 50 万元以上的更新或添置，使用科室必须先填报大型医疗设备购置论证表，由设备室汇总列表呈报院设备委员会及专家讨论，根据医院发展规划，专业科室的发展、医院的财力等情况，确定全院的设备更新年度计划。并报院长办公会审核通过。

4、对已审批准予执行的设备更新计划，由医院责成设备室及其他人员进行购置前的考察、了解、论证；再由院医学装备委员会委员与申购科室管理小组成员一起审核后，按医院有关的设备购置办法进行实施。

## 医学装备维修保养管理制度

1 设备的使用人员应当认真阅读使用说明书，掌握设备的结构，性能，特点，适用范围，操作程序，保养知识和注意事项；大型、精密、贵重及有特殊要求的设备在投入使用之前应对使用人员进行培训，使用人员应持证上岗。严禁非操作人员使用设备。

2 新安装的设备在未进行使用调试和鉴定合格之前，任何人不得擅自启动使用。

3 凡需使用水、电、气的设备，在使用前应检查水、电、气的供应，检查是否有渗漏，堵塞现象，特别是电压的适配情况，符合要求时方可使用，用毕后应关闭水，气源阀门，拉开电闸，切断总电源。

4 电子设备需妥善接地，按规定使用保险。有输出线路的设备在使用时严禁输出端短路。

5 医用电子设备使用前需注意仪表，调节器，开关是否置于正常位置。启动时先插电源，然后按要求顺序开启阀掣，需预热的设备应有一定的预热时间，开机后如发现不能正常工作或有异常声，光显示时，应立即关机检查。

6 设备仪器在使用中其操作人员应随时观察运行情况以及各种仪表显示是否正常，如有异常应立即关机，严禁带故障操作和运行。

7 凡有外加调压，稳压装置的用电设备应随时观察以便及时校正。

8 用电设备在使用中遇到停电时，应关闭电源开关拉开电源闸，供电正常后再开闸重新启动。

9 自控停机的设备，严禁强行启动。

10 一般设备应间歇使用，连续使用时间不得超过设备额定连续工作时间。每日应作好所有记录。

11 设备在使用、搬运过程中应注意安全，防止碰撞、摔倒；带有交流电线路的仪器搬动时应将开关拨至“0”位，防止受震动而损坏。

12 天平、光学仪器要安置在稳定的工作平台上；不能用手直接接砝码，镜面部分。

13 严禁超温、超压使用设备，使用易燃、易爆及压力容器设备时，操作者不能脱岗。

14 仪器设备要作到八防：防潮、防震、防热、防尘、防腐蚀、防强光、防鼠虫害、严防腐蚀、有毒、有害的溶液溅附在仪器上，一旦发生应立即擦拭干净，吸引器要勤倒脏物，防止污物渗入马达。

15 计量器具应严格执行“计量法”的有关规定，定期送计量部门鉴定，检定合格后才能在有效期内使用。

16 设备室发生故障，使用人员不能排除，应首先切断电源，避免故障扩大。操作人员不得自行拆卸或改动结构。

17 凡购买保修的大型、精密、贵重设备出现较大故障，必须及时上报设备室，并及时通知厂家的技术人员到现场排除，使用科室同时做好记录，操作人员及院内设备维修人员均不得进行其内部保养及维修工作，不得私自打开设备检查，不能随意调整、更改原来的参数和结构。

18 超过质保期又未购买保险的大型、贵重设备出现故障，由科室通知设备室维修人员到现场排除因电源、保险、计算机等原因造成故障，如不能解决再由设备室联系厂家专业技术到场解决，科室使用人员必须同时到场，并参与故障讨论，维修价格谈判。

20 设备在使用、搬运、保管以及调拨移交中，应随时清点附件，防止遗失。

21 医用压力容器的使用应严格按照各相关安全操作规程执行。

## 设备室库房管理制度

1 库房管理人员严格执行工作出勤制度，节、假日采取备班制、在岗时需对库房认真进行管理。

2 严格审核各类物资的供货方物资、证照、坚持原则，不循私情，对合格的资源、证照、妥善管理备查。

3 严格把好各类物资的验收、登记、入库、建账、建卡的制度程序工作，对入库的各类物资实行



科学、规范、安全管理。

4 严格做好物质的分类（分品种、分组、分垛、分间距），按要求存放，并做好防火、防水、防尘、防鼠、虫害，防日晒、高温、通风、换气等安全措施，对用电设施不得随意增设，检查督促电工房经常予以检修。

5 严格禁止库房内使用明火，吸烟，禁止闲杂人员入内，下班前检查关好门、窗、水、电。

6 对配备的消防设施要熟悉、掌握使用、督促保卫部门定期检查、更换、以备应急时完好可用。

7 认真做好各类物质的进、出库微机管理，各类入、出库单清楚。

## 设备室计量管理制度

1 全院医学装备的计量管理在分管院长和设备室负责人的领导下，由专职计量员会同部门、科室兼职计量员密切配合搞好计量工作。

2 专、兼职计量员要认真学习、贯彻执行国家、省、市计量法的有关规定，按照国家、省、室计量主管部门的要求正确使用法定计量单位。

3 属于医疗装备固定资产的计量器具应按有关规定，建立健全计量技术档案，其内容包括：计量器具台账、分类账、检定合格证书等等，计量文件、技术档案不得随意涂改、缺页、遗失、并由专人负责妥善保管，并严格其借阅手续。

4 专职计量员对医院的计量器具实行帐、物管理，原则上每年核对一次，并做到帐、物相符，严格执行计量器具采购、调配、降级、报废、检定标准及制度。

5 加强计量器具的购置、安装验收、使用、检定、维修、报废工作。

6 加强计量器具的购置、安装验收、使用、检定、维修、报废工作。

6、1 购置：科室申请经院领导批准购置的计量器具，由需求部门提出计量器具的名称、型号、产地、精度和性能的书面要求，由分管院长审批后交购置部门实施采购。

6、2 购进的计量器具必须连同附件资料（计划书、装箱单、使用说明书、合格证等）交计量员和设备室审核、验收，并将计量器具按计量管理规定送检，待取得检定合格证书后方可发放投入使用，检定，验收不合格的计量器具则应办理退货。

6、3 计量器具入库时应统一建帐、建卡、未经验收入库的计量器具不准发放使用，违者追究当事人的责任。

6、4 使用：使用人员必须做到上岗前培训，大、中型计量器具应制定其操作规程，使用人员必须做到“六不用”即：没有有效检定证书的合格计量器具不用（包括使用前，使用后的检定）；有检定证书但已发现量值失准或出现非常状态不用；维修后计量器具若影响量值未经检定的不用；停用的计量器具不用；启用后没有具备使用条件的计量器具不用；计量器具不具备应有精度和条件的不用。

6、5 修理调试：计量器具的维护和保养由设备维修人员与使用部门、科室的有关人员共同承担，需要修理的计量器具由设备修理组修理，检、校达不到原技术要求和精度的计量器具，应做好降级使用，降级使用的计量器具由计量员和设备室负责处理，并对其计量器具注明明显标识。

6、6 报废：计量器具失准、不能进行正常的量值传递，经维修后等级达不到计量标准的计量器具需经使用部门申请、报计量员和设备室审核后认可，并出据报废鉴定报告，再由设备室统一办理相关报废手续。

7 停用或启用：计量器具停用或启用时，需经计量领导小组及设备科审核后填好停用或启用申请单。

8 对计量工作做出显著成效的人员或违反法律、法规，使计量器具造成损失的人员，按有关的奖、罚办法给予奖励或处罚。

## 设备室档案管理制度

- 1 医疗设备、仪器建档范围：凡单价在 5 万元以上的建立固定资产档案。
- 2 归档资料范围：
  - 2、1 购置申请，可行性验证报告，呈报审批报告，购置批准文件。
  - 2、2 订货合同（协议）供货方资质证照材料，运单、装箱清单、安装记录、培训记录、合格证、说明书、检测、检定报告、报关单、商检证、许可证、保修单、验收交接记录及其他资料。
  - 2、3 固资卡片、院内验收交接记录、使用登记、维修、保修、大修记录、技术改造记录、事故损坏记录。
- 3 所有档案存放于设备室档案室，由设备室专职档案人员进行管理：

## 医学装备使用管理制度

- 1 凡医院的设备，仪器均由设备使用部门专人保管，保管人员应严格执行相关的管理制度，定期核对帐物，并做到帐、卡、物相符，不得发生丢失，损坏，计量设备定期校准、检定，随时检查设备的情况，及时消除安全隐患，确保设备、仪器正常运行。
- 2 设备档案、台账由设备室专人保管，凡单价 5000 元及以上设备为固定资产管理的设备，应按相关规定建立健全其档案管理，并按管理要求，记载设备使用全过程的情况（使用、保养、维修、保修等）。
- 3 单价在 5 万元以上的设备，每次使用均在其使用登记本上按规定详细、精准记录。
- 4 凡购置的设备、仪器均应按其说明书制定操作规程。操作人员需经过培训，熟悉后方可使用。
- 5 设备仪器所在部门应定时、定期做好设备的维护工作，时常除尘、清洁保养、通电、防鼠害等工作，保持设备状态完好并做好相应记录，用后归放原为，盖上防尘罩。
- 6 使用设备、仪器的人员如在使用过程中发现设备、仪器有异常情况时，应立即停止使用并向保管人或科室负责人汇报等待、进一步检查、处理。
- 7 本部门的设备、仪器原则上在院内一律不予外借，如遇特殊情况时需经保管人和部门负责人同意，并与借用科室办理相关的借用手续和设备状况配件等的交接，当设备、仪器归还时还应进行设备状况配件等的交接，并详细在使用登记册上记载。
- 8 停用、报废的设备、仪器应按相关规定进行申报，涉及计量方面的还须向计量人员申报，从而进行相关的审验、封存、销账等手续。
- 9 凡院内的一切设备、仪器原则上均不能借出院外，如特殊情况需外借的则须由科室、设备管理部门共同向院领导书面报告，经同意后办理相关的借用手续，并要进行设备、仪器借出、收回的状况，配件等交接工作。

## 一次性医疗用品管理制度

- 1 严格执行省卫生厅要求的“一次性使用无菌医疗用品购货证件审核登记表”管理中的相关规定与要求审核资质。
- 2 申购科室及使用者在较充分了解其功效和方法后，由科主任提出申购理由并根据病人情况提交书面的申购报告，交设备室。
- 3 根据科主任提出的申请，通知供货公司资质及与产品相关的所有资质，由分管院长、纪委书记、院感科长、审计科长、设备科长、库房主管等人共同审核签名认可。
- 4 在供货方及物品的资质、证照审核合格后，设备室集体与供货方商谈购入价格及相关事宜。谈妥后，按相关流程进行采购。
- 5 设备库房在收到供货方送来的物品后，需严格按省卫生厅制订的表格“四川省一次性使用无菌医疗用品质量验收登记表”，逐项进行详细验收。

6 骨科耗材及植入耗材还需由科室提交患者使用详细清单（需主刀医生签名认可）及主刀医生提交的患者病情报告申请单，出库清单备注注明使用者、住院号、床位、姓名、主刀医生姓名。

7 物品入库后，打印入库清单，再根据科室计划通知科主任或护士长领取物品，并打印出库清单由科主任或者科护士长签名认可。

8 使用科室要有计划的领用一次性用品，确保在有效期内使用。如发现科室有过期物品，扣除除医疗设备管理有关分值外，还要承担全部经济损失。

## 医疗器材及耗材发放管理制度

医疗器材及高低值材料经正规程序验收入库后，按以下规定发放：

1 根据各科室计划通知科主任或护士长领取物品，并打印详细出库清单，签名认可。

2 科室领取物品时需科室严格验收物品、清单物品数量、规格。

3 对高低值耗材及植入材料的发放要严格按科室申请单，出库单上注明病人的姓名、住院号、主刀医生姓名，由科主任或护士长签名认可。

## 医学装备验收管理制度

1 凡经设备室购置的设备，仪器，均须经设备室组织验收。

2 设备、仪器到货安装，必须要有科室使用人员及设备室人员在场，实施设备验收程序工作，届时交接时须有供货方、使用部门、设备室人员参加。

3 凡入库的设备、仪器、在发放或调动时应进行交接验收，由设备室专人与接收使用部门双方共同验收。

4 验收程序：（1）外观验收；（2）开箱清点验收；（3）安装调试；（4）性能试验验收；（5）使用、运行验收；（6）交接验收。并在安装验收单上签字。

5 验收资料收集、保存；凡涉及的购置合同，供方资质证明、装箱清单、报关单、商检证、使用说明书、产品合格证等重要的验收货据均必须详细清点。所有资料必须是原件，如是复印件则必须加盖鲜章，资料内容不得涂改，购置合同与装箱清单的实物不符时，验收人员可酌情退货或拒绝验收及签字。

6 凡属需要在安装现场进行验收的设备，对其设备的外部条件（房屋条件、水、电设施等）是否适合、具备要先验证、不具备安装条件的应推迟安装、验收；另需按规定供、需双方共同开箱的、任何一方不得单独开箱验货，如果外包装损坏或水漫的，需在开箱前以文字备注或拒绝验收。

7 凡验收后的资料均应由设备室归档保管，设备的使用说明、保养须知等，可复印件作为随机资料交使用部门学习、掌握、保存。

## 设备室工作制度

一、凡属医疗、教学、科研所需的设备，均由设备室负责调配、供应管理和维修，同时负责全院的计量工作。

二、根据各科审批后的请购计划，结合医院设备储备情况编制采购计划。

三、一般医疗器械，按计划的品名、规格、型号、数量进行采购。贵重仪器应会同有关科室人员进行适宜性和可行性论证后按相关规定进行采购。

四、凡购入的设备，必须严格履行出入库手续。

五、购入或调入的国内、外贵重仪器，应由院方有关人员参加验收；然后入库上账立卡，建立仪器设备技术档案，制订领取、使用和管理制度。如发现问题要及时向有关部门联系，按规定进行处理（包括退货、索赔等）。

六、各种医疗设备的请领和保管，须由专人负责，贵重仪器应指定专人使用，定期维护保养。

七、贵重仪器的报废、报损，由科室填写申请单，经本科审核后送院领导或上级主管部门批准。

八、建立医疗器械应急保障机制，在遇到重特大事件时配合医院相关职能科室做好应急工作。

## 高值耗材采购制度

一、申购科室及使用者在较充分了解其功效和方法后，提交书面的申购报告（要求写出使用理由及建议品牌，单一来源产品必须写出理由、供应商，并由科室管理小组签字），送交设备室。

二、设备室收集整理是否购买提出初步意见，报分管院长审批。

三、分管院长审批同意后，由设备室按卫生主管部门的规定，以及医院的要求通知供货方提交相关资质、并进行证照审核工作。

四、设备室对供方资质、证照审核合格后，还需经院感、审计、及分管院领导审批，通过后方可进行采购。

五、政府统一集中招标采购耗材、设备室负责在招标目录内组织院内比选确定供应商，设备室结合业务科室需求每个品种比选国产、进口产品供应商，网上采购高值耗材。

六、非政府统一集中招标采购耗材，批量常用高值耗材需经医院医学装备委员会比选确定供应商，非常用、少量高值耗材由设备室比选采购。

七签订供货合同及廉政建设、产品质量法律责任承诺书。

## 第九章 医保科工作制度

一、认真贯彻执行上级主管部门下发的各项政策和管理规定，认真学习、掌握、宣传医保有关政策法规，有计划、有针对性地组织全院性培训，每年不少于一次。

二、根据市医保相关部门的政策法规要求，在分管院长的领导下，保证医院在医疗保险管理工作中，制订我院医疗保险管理工作的各项规章制度。

三、认真遵守和执行《定点医疗机构服务协议书》的各项规定，严格按照协议要求开展医保管理工作，扩大定点，不但提高医疗服务水平，努力为广大参保患者提供优质高效的服务。

四、督促、监测科室每日清单制执行情况，督促科室履行特殊检查、治疗、用药告知义务；执行住院清单费用审核制度。

五、定期下科室了解医保病人的住院情况，认真核对身份证、医疗卡复印件，禁止冒名顶替和挂床住院。

六、定期进行医疗保险考核，不但完善考核评价体系，促进临床合理检查、合理用药、合理治疗，收费合理。

七、定期对医保指标进行统计、分析、总结通报医保管理情况。

八、协助参保病人办理外伤报销手续、异地医保定点单位申请、门诊特殊疾病申请工作。

九、做好医保政策的宣传、咨询、解释工作，加强患者与医院的沟通。

十、支持和配合医疗保险经办机构的监督检查工作。

## 第三篇 医疗管理制度

### 第十章 医务科管理工作制度

#### 第一节 医务科

#### 风险评估制度与流程

为确保医疗质量，保障患者生命安全，在术前，主管医师、麻醉医师应根据患者病情、个体差异制定出适合每个患者详细、科学的手术麻醉方案，当患者病情变化的时候能及时调整修改方案，使患者得到及时、科学、有效的治疗。我院特制定手术风险评估制度。

一、手术患者都应进行手术风险评估。

二、手术、麻醉医师对患者术前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，拟施手术风险及利弊进行综合评估。

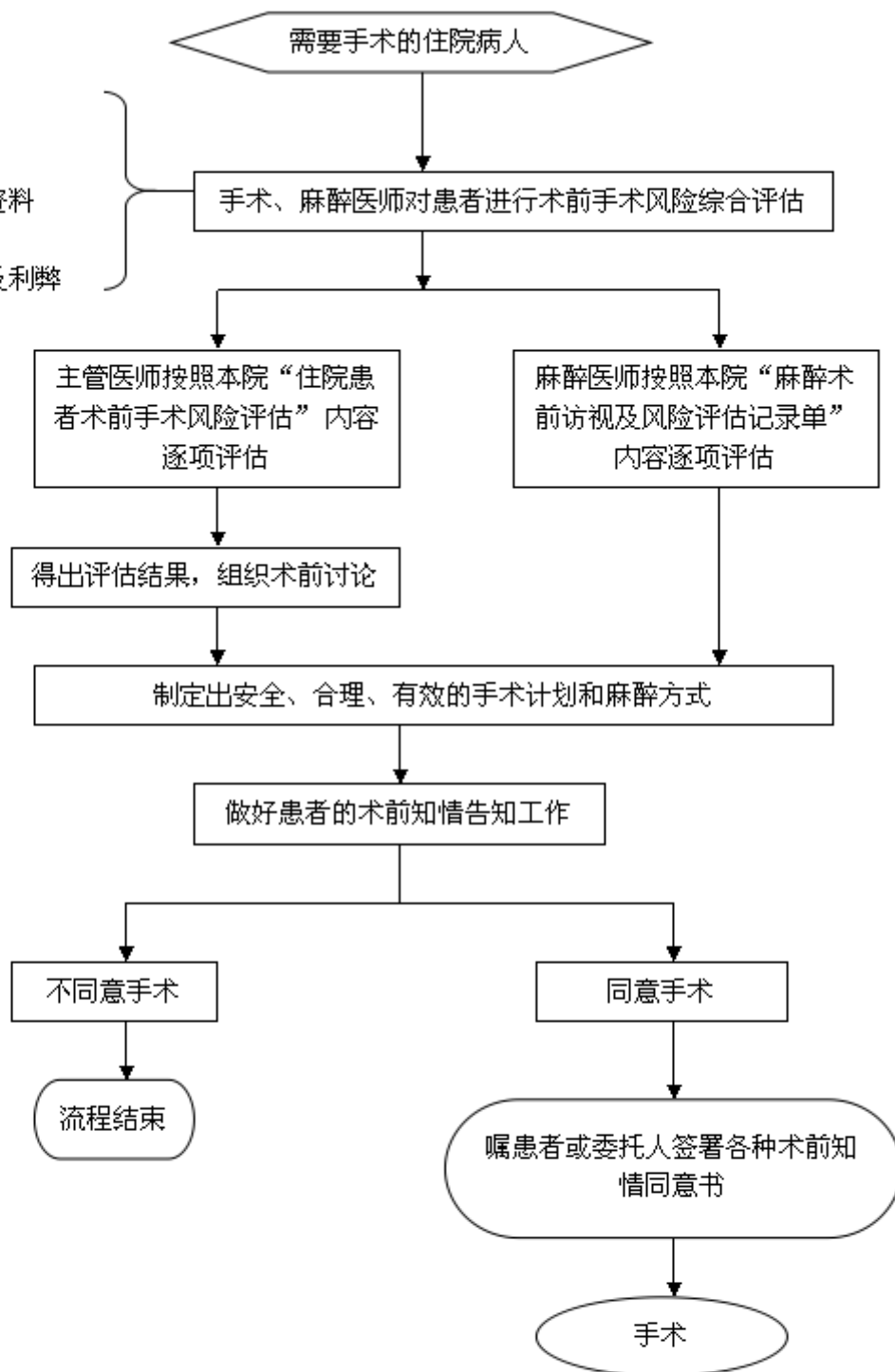
三、术前主管医师、麻醉医师应分别对患者按照本院“住院患者术前手术风险评估”、“麻醉术前访视及风险评估记录单”内容逐项评估，根据评估结果与术前讨论制定出安全、合理、有效的手术计划和麻醉方式。必须做好术前知情告知、告知患者或其委托人手术方案，手术、麻醉可能面临的风险，并嘱患者或委托人签字。对风险较大的手术，必须在科主任的主持下进行科内，甚至院内会诊，由科主任报告医务部备案。重大手术及残废手术必须填写《特殊、重大手术审批表》，经由医务科、医疗副院长审批签字方可进行。

四、手术、麻醉风险评估流程：

## 手术、麻醉风险评估流程

严格根据:

1. 病史
2. 体格检查
3. 影像与实验室资料
4. 临床诊断
5. 拟施手术风险及利弊



**备注:**

风险较大的手术：必须在科主任的主持下进行科内，甚至院内会诊，由科主任报告医务部备案。

重大手术及残废手术：必须填写《昆明市第一人民医院特殊重大手术审批表》，经由医务部主任、医疗副院长审批签字方可进行。

## 手术、麻醉风险评估填写内容：见附表

### 住院患者术前手术风险评估记录

科室：\_\_\_\_\_ 床号：\_\_\_\_\_ 姓名：\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_ 住院号：\_\_\_\_\_

入院日期：\_\_\_\_\_ 手术日期：\_\_\_\_\_ 评估日期：\_\_\_\_\_

术前诊断：\_\_\_\_\_

手术名称：\_\_\_\_\_

手术指征：明确，绝对手术指征 明确，相对手术指征 其他

手术禁忌征：无 有\_\_\_\_\_

手术人员：\_\_\_\_\_

既往手术史：无 有 手术名称\_\_\_\_\_

病史特征：\_\_\_\_\_

重要体征：\_\_\_\_\_

手术性质：紧急手术（限于抢救，术前要抽血，准备不超过 1 小时，以下评估内容可免填）  
急诊手术 限期手术 择期手术

手术切口分类：I类 II类 III类 IV类

评估病人感染情况：手术部位 有 无；其他部位 无 有 部位：\_\_\_\_\_

术前检查结果

1、急诊、择期手术基本检查

血常规：Hb\_\_\_\_\_，WBC\_\_\_\_\_×10<sup>9</sup>/L，Pt\_\_\_\_\_×10<sup>9</sup>/L，中性\_\_\_\_\_ 血型\_\_\_\_\_

凝血三项：正常 异常\_\_\_\_\_

心电图：正常 异常\_\_\_\_\_

胸片/胸透：（急诊手术可根据查体、病史决定是否进行此项检查）不需检查 正常  
异常\_\_\_\_\_

2、择期手术大中型手术必备检查

尿常规：正常 异常\_\_\_\_\_

肾功能：BUN\_\_\_\_\_Cr\_\_\_\_\_GLU\_\_\_\_\_K<sup>+</sup>\_\_\_\_\_Na<sup>+</sup>\_\_\_\_\_Ca<sup>+</sup>\_\_\_\_\_Cl<sup>-</sup>\_\_\_\_\_

肝功能：正常 异常\_\_\_\_\_

乙肝两对半：正常 异常\_\_\_\_\_

抗 HIV：阴性 阳性

3、年龄≥50 岁病人择期手术必备检查：

空腹血糖：\_\_\_\_\_ 血脂：\_\_\_\_\_

肺功能：\_\_\_\_\_

心功能：\_\_\_\_\_

术前讨论：时间\_\_\_\_\_地点\_\_\_\_\_人员\_\_\_\_\_

内容摘要（包括手术方案）：\_\_\_\_\_

术前准备：

1、术前一般准备：备皮 导尿 胃肠减压

2、术前特殊准备：无 消化道准备 术中用药 其他\_\_\_\_\_

3、血液及血液制品准备：不需要 有需要，术前准备 有需要，术中准备

4、知情同意书准备：手术知情同意书 麻醉知情同意书 输血知情同意书 授权委托书

评估建议：

按计划手术

推迟手术，处理措施：\_\_\_\_\_

取消手术，理由：\_\_\_\_\_

评估人：\_\_\_\_\_ 评估日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日\_\_\_\_\_时\_\_\_\_\_分

## 崇州市第二人民医院麻醉术前访视及风险评估记录单

一般情况	姓名: _____ 性别: (男/女) 年龄: ____岁 科室: _____ 床号: _____ 住院号: _____ 术前诊断: _____ 拟行手术: _____
简要病史	既往史: 高血压 脑血管意外 冠心病 哮喘 慢支炎 肝炎 肾病 出血性疾病 过敏性疾病 糖尿病 其他 过敏史: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 手术麻醉史: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 是否怀孕: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 输血史: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 是否月经期: 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 个人史: 烟 <input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> 其他 治疗用药史: 抗凝药 降压药 $\beta$ -阻滞剂 皮质激素 洋地黄 降糖药 其他
体检	一般状况: 差 尚可 一般 好 身高: _____ cm 体重: _____ kg Bp _____ mmHg PR _____ 次/分 RR _____ 次/分 T _____ °C 头颈部: 无异常/疤痕/颈短/颈部肿块/后仰困难 口腔: 张口 _____ cm; 牙齿: 正常 / 松动( ) 假牙( ) 缺牙( ) Mallampati 评级 I II III IV; 甲颏距离: <6cm 正常 相关病史: 有/无 颌面部损伤、气管压迫移位、睡眠呼吸暂停综合症、肢端肥大、先天畸形、风湿性关节炎 其他 胸: 正常 桶状胸 佝偻胸 腹: 一般 大腹 蛙状 脊柱: 正常 侧弯 强直 驼背 其他 心肺听诊: 正常 杂音(S D 级) 呼吸音粗 干啰音 湿啰音 痰鸣音 哮鸣音 其他 精神行为: 正常 嗜睡 昏迷 烦躁 谵妄 认知障碍 屏气试验: >30秒、<20秒; 肌力肌感觉: 上/下肢 1 无异常 2 左/右感觉异常 3 左/右肌力减退
实验室	血 Rt: RBC: _____ $\times 10^9/L$ ; Hb _____ g/L; Hct _____ %; PLT: _____ $\times 10^9/L$ ; WBC: _____ $\times 10^9/L$ 血型: A B AB O Rh( ) 凝血检查: 正常/异常 血糖值: ( ) mmol/L 血K <sup>+</sup> ( ) mmol/L 肝功 正常/异常 肾功 正常/异常 电解质 正常/异常 尿 Rt 正常/异常 大便 Rt 正常/异常 ECG 正常/异常 X-ray 正常/异常 甲肝( ) 乙肝( ) 丙肝( ) 抗 HIV( ) 梅毒( ) 其他检查: _____
评估	ASA 分级: I II III IV V E 心功能分级: I II III IV V 高血压分期: I II III 肺功能: 正常 异常 预测有无困难气道: 无 可疑 有
计划	麻醉方式: 全身麻醉 腰硬联合 硬膜外 腰麻 骶管麻醉 臂丛(肌间沟、锁骨上、腋下) 颈丛 神经阻滞 其他 _____
其他	麻醉适应症: 经过评估 无/有 相对麻醉禁忌 无/有 绝对麻醉禁忌 麻醉注意问题: 维持呼吸、循环稳定, 发现问题, 及时处理 其他 _____ 麻醉医嘱: 麻醉前常规准备 禁饮 h 禁食 h 术前用药 其他 _____

日期:

麻醉医师:

附件(背面):



### ASA 分级

- 1 正常健康
- 2 轻度系统性疾病
- 3 严重系统性疾病，日常活动受限但不丧失工作能力
- 4 严重的系统性疾病，已丧失工作能力，且经常面临生命威胁
- 5 不论手术与否，生命难以维持 24 小时的濒死病人

\*如系急症，在每级数字前加注“急症”或“E”

### 高血压分期

第一期： 血压达到确诊高血压的水平，但无器官损害，临床上无心、脑、肾受损的表现

第二期： 高血压并有器官损害，但有功能代偿能力，临床上有下列表现之一者：1) 体检、X 线、心电图或超声心动图检查见有左心室肥厚；2) 眼底动脉普通或局部变窄；3) 蛋白尿和或血浆肌酐浓度升高

第三期： 高血压伴有器官损害，并失代偿，临床上有以下表现之一者：1) 脑出血或高血压脑病；2) 左心衰竭；3) 肾功能衰竭

### Mallampati 气道分级评定

- |     |                     |
|-----|---------------------|
| 1 级 | 软腭、咽峡弓、悬雍垂、扁桃腺窝、咽后壁 |
| 2 级 | 软腭、咽峡弓、悬雍垂          |
| 3 级 | 软腭、悬雍垂根部            |
| 4 级 | 软腭                  |

### 张口度（是指上下齿间的距离）

- |            |          |
|------------|----------|
| 正常：        | >4.5 cm  |
| I 度张口困难：   | 2.5-3 cm |
| II 度张口困难：  | 1.2-2 cm |
| III 度张口困难： | <1 cm    |

心功能分级	屏气试验	临 床 表 现
I 级 II 级	30 秒以上 20-30 秒	普通体力劳动、负重、快速步行、上下坡，不感到心慌气短
III 级	10-20 秒	能胜任正常活动，但不能跑步或作较用力的工作，否则心慌气短
IV 级	10 秒以内	必须静坐或卧床休息，轻度体力活动后即出现心慌气短 不能平卧，端坐呼吸，肺底罗音，任何轻微活动即出现心慌气短

## 手术授权管理制度

### 一、实行手术资格申请：

1、科主任主持对每位医生在本专业的实际工龄、职称、工作能力进行审核。2、另对副高职称以上包括低职高聘的医师在充分掌握手术技能，拥有足够的一助工作量基础上，也可提出书面申请二、三级以上手术准入资格。

### 二、实行手术准入评议：

1、由本科室副主任医师以上专家组成的专家组对申请手术的医师在本专业的实际工龄、职称、工作能力等方面进行考核、评议，再经院专家委员会确认，授予特定手术准入资格，明确手术级别及授予日期。

2、不同年资的医生只能担当相应类型的手术，不能开展高于其年资和技能的手术。

### 三、实行特殊情况手术准入资格的授权：

对病情危重、急诊抢救手术，急诊医师虽无手术资格，但可超越被核准的手术类型范围准备手术，同时努力与上级医师取得联系。科主任视该手术医师具体操作技能，进行特别授权，准予主刀。

### 四、实行手术资格的否决：

1、一年连续两次同一手术存在明显技术性缺陷，经院专家委员会评议，视情况予以否决该手术准入资格 3-6 个月。待停刀期限满后，重新进行评论。

### 五、实行禁行令：

对无准入资格的医师，不论职称、级别一律不准主刀；进修生不得以主刀身份从事任何类型手术，若擅自主刀手术，按非法执业处理。

## 复评、取消、降低操作权限的相关规定

医院按照《医疗技术临床应用管理办法》管理规定，对临床手术医师手术授权复评、取消、降低操作权限做了如下规定：

发生下列情况之一者应取消操作权限：

1. 该项医疗技术被卫生部废除或者禁止使用；
2. 发生与该项医疗技术直接相关的严重不良后果；
3. 该项医疗技术存在医疗质量和医疗安全隐患可能；
4. 技术支撑条件发生变化或者消失；
5. 技术支撑条件存在伦理缺陷；
6. 该项医疗技术临床应用效果不确切；
7. 卫生行政部门规定的其他情形。

发生与该项医疗技术直接相关的严重不良后果应暂时降低操作权限，对于已终止或中止的诊疗技术项目的技术人员，条件成熟者，再次申请操作权限，条件及资料准备不充分，经进一步准备条件成熟者可进行复评。

## 医务人员资格、技术能力准入及授权管理制度

为认真贯彻《执业医师法》，确保医务人员依法执业，保障患者安全，制定本制度。

一、在医院执业的卫生技术人员全部具有执业资格，注册执业地点在本院或符合卫生行政部门相关规定（如多点执业、对口支援等），具有执业资格的研究生、进修人员经医院授权后在上级医师（含护理、医技）指导下执业。未取得执业证书者，不得独立从事临床诊疗活动及医技科室诊断工作。

二、凡来我院进修学习的医师，必须具备执业(助理)医师资格。进修学习的护士必须要具备执业

护士资格。进修医师不能独立为住院病人做麻醉手术和从事危险性比较大的各种操作，不能单独值班，不能自行决定请会诊或承担会诊；不能独立开具处方、医嘱。不能开具毒麻药、剧毒药、贵重药及诊断书等。无执业资格的见习医师、实习医师在上级医师指导下执业，不得独立开展诊疗活动。

三、从事母婴保健工作的医务人员应取得母婴保健专项技术服务资格方可开展母婴保健工作。

四、从事放射、核医学工作的医务人员应取得放射工作人员证后开展放射、核医学诊疗工作。

五、从事介入诊疗工作的医务人员应取得心血管疾病介入诊疗技术合格证、放射诊疗人员工作证后开展心血管疾病介入诊疗工作。

六、从事胃镜、肠镜检查人员应从事消化内科工作5年以上（含五年），并能熟练操作的医师；从事支气管镜检查、肺功能检查的人员应从事呼吸内科工作5年以上（含五年），并能熟练操作的医务人员。

七、手术、麻醉、病理检查实行分级授权管理制度，具体见《手术分级管理制度》、《麻醉医师资格分级授权管理制度》、《病理检查技术人员分级授权管理制度》。

八、从事临床检验工作的专业技术人员应当具有相应的专业学历，并取得相应专业技术职务任职资格。分子生物学实验室、H I V初筛实验室检验人员经培训考核后持卫生行政管理部门核发的上岗证方可独立工作。大型生化分析仪操作人员经过考核后持卫生部核发的上岗证上岗。输血科工作人员应经上级卫生行政部门输血管理与输血技术培训、取得上岗证后上岗。

九、从事彩超检查的医师应取得超声上岗证后开展彩超检查工作。

十、各专业医护人员依法取得资格准入后取得除医院有另行规定外的专业技术资格。

十一、手术技术准入、麻醉技术准入、病理技术和高风险诊疗操作、技术项目准入实行专项准入。

十二、上级卫生行政部门制定的二、三类技术项目、医院新开展的技术项目、手术、麻醉、介入、腔镜诊疗项目均为医院高风险技术项目，二、三类技术项目必须在医院获得上级卫生行政部门许可后开展。各科室开展高风险诊疗技术均应按照医院医疗技术临床应用准入和管理制度的要求获得准入后开展，各科室定期报告高风险技术项目开展现状，实行动态管理。

十三、技术准入实行动态管理，至少每二年复评一次，当出现下列情况，则应当复评、取消或降低其技术准入资格。

1、达不到技术准入所必需资格的人员。

2、对技术实施者的实际完成质量评价后，证明其实施的技术项目并发症的发生率超过技术项目规定的范围。

3、在开展技术项目过程中明显或屡次违反操作规程的。

十四、诊疗技术资格许可授权考评组织

医院成立诊疗技术资格许可授权考评小组。

十五、授权考评程序

1、医师由医务科、科主任负责考评。

2、各科室根据医务人员的理论水平和实际操作能力向科室提出授权考评申请，科室考评后向医院考评组织备案，经医院考评组织考核对符合条件的医务人员进行分级授权。

## 麻醉技术分级管理制度

遵照《医疗机构管理条例》、《中华人民共和国执业医师法》和《二级医院综合评审实施细则》（2012年版）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、医院科学技术委员会为本院“麻醉技术分级权限管理”的技术终审部门。

2、医务部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、麻醉科质量与安全管理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，报医务部。

### 3、医院审批

结合科室意见，医务部统一审核后，报医院科学技术委员会审批授权。

### 4、通过医院“OA系统”将医师麻醉技术权限全院公示，纳入医师技术档案管理。

## （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。医务部负责每年组织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，医务部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，由科室质量与安全管理小组、医务部、医院科学技术委员会严格考核后确定是否其恢复麻醉技术操作权限。

# 医疗机构手术分级管理办法

## 第一章 总 则

第一条 为加强医疗机构手术分级管理，提高医疗质量，保障医疗安全，维护患者合法权益，依据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》等法律法规，制定本办法。

第二条 本办法所称手术是指医疗机构及其医务人员使用手术器械在人体局部进行操作，以去除病变组织、修复损伤、移植组织或器官、植入医疗器械、缓解病痛、改善机体功能或形态等为目的的诊断或者治疗措施。

第三条 医疗机构实行手术分级管理制度。手术分级管理目录由卫生部另行制定。

第四条 本办法适用于各级各类医疗机构手术管理工作。

第五条 卫生部负责全国医疗机构手术分级管理工作的监督管理。

县级以上地方卫生行政部门负责本行政区域内医疗机构手术分级管理工作的监督管理。

## 第二章 手术分级及授权管理

第六条 医疗机构应当建立健全手术分级管理工作制度，建立手术准入制度，严格执行手术部位标记和手术安全核查制度，由医务部门负责日常管理工作。

**第七条 根据风险性和难易程度不同，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、难度大的手术。

第八条 医疗机构应当开展与其级别和诊疗科目相适应的手术。

第九条 医疗机构按照《医疗技术临床应用管理办法》规定，获得第二类、第三类医疗技术临床应用资格后，方可开展相应手术。

第十条 三级医院重点开展三、四级手术。二级医院重点开展二、三级手术。一级医院、乡镇卫生院可以开展一、二级手术，重点开展一级手术。

第十一条 二级医院开展四级手术应当符合下列条件：

- (一) 符合二级甲等医院的标准；
- (二) 有重症医学科和与拟开展四级手术相适应的诊疗科目；
- (三) 具备开展四级手术的人员、设备、设施等必要条件；
- (四) 经省级卫生行政部门批准。

第十二条 一级医院、乡镇卫生院、中心乡镇卫生院开展二级手术应当符合下列条件：

- (一) 符合一级甲等医院的标准；
- (二) 有麻醉科和与拟开展二级手术相适应的诊疗科目；
- (三) 具备开展二级手术的人员、设备、设施等必要条件；
- (四) 经核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门批准并向设区的市级卫生行政部门备案。

第十三条 社区卫生服务中心、社区卫生服务站、卫生保健所、门诊部（口腔科除外）、诊所（口腔科除外）、卫生所（室）、医务室等其他医疗机构，除为挽救患者生命而实施的急救性外科止血、小伤口处置或其他省级卫生行政部门有明确规定的项目外，原则上不得开展本办法规定的手术。

第十四条 择期手术患者，需要全身麻醉（含基础麻醉）或者需要输血时，其手术级别相应提升一级。麻醉前评估（ASA）III级以上，且需要全身麻醉支持时，应当在三级医院或者经省级卫生行政部门批准准予开展部分四级手术的二级甲等医院实施手术。

第十五条 遇有急危重症患者确需行急诊手术以挽救生命时，医疗机构可以越级开展手术，并做好以下工作：

- (一) 维护患者合法权益，履行知情同意的相关程序；
- (二) 请上级医院进行急会诊；
- (三) 手术结束后 24 小时内，向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案。

第十六条 医疗机构应当根据手术级别、专业特点、医师实际被聘任的专业技术岗位和手术技能，组织本机构专家组对医师进行临床应用能力技术审核，审核合格后授予相应的手术权限。

第十七条 医疗机构应当定期评估医师技术能力，适时调整医师手术权限，并纳入医师技术档案管理。

第十八条 除急危重症患者需急诊手术抢救外，外聘医师、会诊医师不得开展超出实施手术医疗机构所能开展最高级别的手术。进修医师手术权限管理按照卫生部和省级卫生行政部门相关规定执行。

### 第三章 监督管理

第十九条 县级以上地方卫生行政部门应当加强对本行政区域内医疗机构手术分级管理情况的监督检查。

第二十条 县级以上地方卫生行政部门应当建立医疗机构手术安全评估制度，对于存在安全风险的医疗机构和手术项目，应当立即责令其停止开展。

第二十一条 医疗机构出现下列情形之一的，卫生行政部门不得准予其开展相应级别手术；已经准予开展的，应当立即责令其停止开展：

- （一）超出登记的诊疗科目的；
- （二）未取得相应级别医疗技术临床应用资格的；
- （三）在申请相应级别手术临床应用过程中弄虚作假的；
- （四）由于人员、设备、设施等条件变化不再具备开展相应手术条件的；
- （五）省级以上卫生行政部门规定的其他情形。

第二十二条 医疗机构出现下列情形之一的，卫生行政部门应当立即责令其改正；造成严重后果的，依法追究医疗机构主要负责人和直接责任人责任：

- （一）开展卫生行政部门废除或者禁止开展的手术项目的；
- （二）擅自开展卫生行政部门明确要求立即停止的手术项目的；
- （三）擅自开展应当经卫生行政部门批准方能开展的手术项目的；
- （四）省级以上卫生行政部门规定的其他情形。

#### 第四章 附 则

第二十三条 本办法自 2012 年 10 月 1 日起施行。

## 手术分级管理及审批制度

### 一、医师分级

1. 低年资住院医师：大学本科专业四年以内、大专毕业五年以内中专毕业晋升为医师或考核达到医师水平者。
2. 高年资住院医师：大学本科专业五年以上、大专毕业六年以上。
3. 主治医师。
4. 正、副主任医师。

### 二、根据风险性和难易程度不同，手术分为四级：

1. 一级手术：风险较低、过程简单、技术难度低的手术；
2. 二级手术：有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术；
3. 三级手术：风险较高、过程较复杂、难度较大的手术；
4. 四级手术：风险高、过程复杂、难度大的手术。

### 三、参加手术范围

1. 低年资住院医师：在三级医师指导帮助下，首先熟练四级手术以后逐步掌握二级手术。
2. 高年资住院医师，先担任二级手术，并在上级医师指导下，逐步掌握三级手术。
3. 主治医师：熟练掌握二级手术，在上级医师指导下，逐步开展三级手术。
4. 正、副主任医师：指导二、三级手术，主持四级手术。

### 四、手术批准权限：手术批准权限，指决定病人的手术治疗方式，参加手术的人员及具体分工。

1. 一级手术由主治医师审批（主治医师不在的情况下，由指定高年资住院医师代理审批）。
2. 二级手术术前由专业组内讨论后，由主治医师批审。
3. 三级手术术前应科内讨论，由正、副主任医师或科主任审批，医务科、业务院长分别签审。
4. 四级手术、致残手术、重要脏器切除手术以及在本院新开展的手术，必须组织相关科室参加的全院讨论后，由科主任、正、副主任医师签署意见，上报医务科，由医务科长，业务院长分别审批。

## 定期能力评价与再授权制度

实施手术操作权限化管理，是确保手术安全的有效措施，是手术分级管理的最终目的。建立按细化种类取得手术权限的申报制度，熟练掌握一种，授予一种手术权限，实施动态化管理，具体实施内容如下。

### 一、明确手术分类标准：

按照我院开展的具体手术类别，将手术分为一级、二级、三级、四级。要求相关科室的各级人员掌握手术分类标准，对照手术分类标准申报手术权限并操作，低一级别手术种类完成 80 %方可开展高一级别的手术种类。

### 二、明确手术权限申报及审核程序：

申请人完成规定手术例数后，科主任根据其实际操作能力等条件，决定是否上升助手级别。申请者时要填写《手术权限申报表》，注明完成手术病历号；撰写手术体会，内容包括对手术适应证、手术步骤的认识等；填写《手术授权申报表》后交科主任，科主任根据其实际操作能力等条件，同意后则签署意见上报医务科。医务科根据其职称、手术权限申报材料等申报条件予以审核，对符合要求者报学术管理委员会；学术管理委员会（每季度召开一次会议），根据手术权限审批条件，结合本人围手术期水平、手术操作能力等进行综合评定，并签署审批意见。

### 三、各级医师手术权限申报条件：

1、低年资住院医师二年后可担任一级手术术者、二级手术助手。

1) 一级、二级、手术从二助、一助依次分别完成该种手术五例方可上升一个级别，由科主任将手术完成情况登记在《手术分级授权情况表》中，并签署意见。

2) 一级某种手术一助例数完成后，申请一级该种手术术者权限，填报《手术权限申报表》。低年资住院医师年资满三年，一级类手术完成 80%，并完成二级某种手术助手例数可申请担任二级该种手术术者，首次担任该种手术术者时需有上级医师指导。

2、高年资住院医师可担任二级、一级手术术者和部分三级类手术术者。参与三级类手术时，依次从三助、二助、一助做起，各级别完成手术例数五例后，科主任将手术完成情况登记于《手术分级授权情况表》中，并签署意见。申请担任三级某种手术术者时，需填报《手术权限申报表》。首次担任该种手术术者时需有上级医师指导。

3、低年资主治医师可担任三级手术术者和四级手术的助手。四级手术助手依次从三助、二助、一助做起，各级别完成手术例数五例后，科主任将手术完成情况登记于《手术分级授权情况表》中，并签署意见。低年资主治医师年资满三年，三级手术术种完成 80%，并完成四级某种手术助手例数可申请担任甲类该种手术术者，填报《手术权限申报表》。首次担任该种手术术者时需有上级医师指导。

4、高年资主治医师在上级医师指导下可担任部分四级手术术者。

5、副主任医师可担任四级手术术者。



## 崇州市第二人民医院术者权限申报表

申请人		科别		职称		任职时间	
手术类别				手术名称			
申请人完成 手术病历号							
手术体会		申请人签名 年 月 日					
科室意见		主任签名 年 月 日					
医务部意见		主任签名 年 月 日					
学术管理 委员会意见		主任签名 年 月 日					

# 医疗技术档案管理制度

一、档案管理范围：凡是以下材料应收集归档

1、医疗新技术的法令标准及各项规章制度

2、医疗新技术的操作常规、操作规程、质量标准等文件

3、医疗新技术质量调查和监督管理中形成的文字资料

4、医疗新技术造成的医疗纠纷调查、分析、处理结果等文字资料

二、医疗新技术应有立项、申报、审批等材料

三、档案资料应完整、规范、保密

四、档案资料应由专人保管、至少保存五年、销毁前必须经主管领导批准

## 手术医师能力评价与再授权制度及程序

实施手术权限化管理，是确保手术安全的有效措施，是手术分级管理的最终目的。依据我院《手术分级管理制度》的规定，制定本制度。

1. 手术医师能力评价

1.1 手术医师能力评价每两年一次。

1.2 手术医师能力评价由各专科科室质量与安全小组负责实施。

1.3 评价标准：

1.3.1 完成本级别手术种类 50%。无重大医疗过失或重大医疗质量与安全事件、重返手术率低于 2%，可控制手术并发症低于 10%，视为手术能力评价合格，可再授予同级别手术权限。

1.3.2 预申请高一级别权限的医师，除达到再授权标准外，尚同时具备以下条件：

1.3.2.1 有明确专项资格要求的手术，取得相应专项手术准入资格；

1.3.2.2 参与高一级别手术中，作为一助完成该级别手术 5 例，且无重大差错事故；

1.3.2.3 承担本级别手术时间满两年；

1.3.3 当出现下列情况之一者，取消或降低期手术操作权限：

1.3.3.1 达不到操作许可必须条件的；

1.3.3.2 对操作者实际完成质量评估后，经证明其操作并发症的发生率超过操作标准规定的范围者；

1.3.3.3 在操作过程中明显或屡次违反操作规程的；

1.3.3.4 在本级别手术种类完成达不到 50%。

2. 再授权程序

2.1 科室质量与安全小组在考核周期满 2 年前 1 个月，根据上述标准，对科室各级医师手术能力进行考核评价（评价表见附件一）。

2.2 科室质量与安全小组考核评价合格的，由医师本人提出手术医师资质再授权审批申请（申请表见附件二），科室管理小组签署意见交外科系统手术资格准入考核小组签署意见。

2.3 外科系统手术资格准入考核小组同意再授权的交医务科复核认定后，提交医院技术委员会相关学组成员讨论通过。

2.4 医院技术委员会讨论通过后由医务科下发再授权通知，各级医师按照再授权手术目录开展手术。

2.5 科室质量与安全小组考核评价不合格的，直接报给医务科予以取消手术资格或降低手术权限。

2.6 手术医师能力评价与再授权结果院内公示；

3. 监督管理

3.1 医务科履行手术医师能力评价与再授权工作的管理、监督职责；

3.2 对违反本规定的相关人员医务科直接暂停医师手术资格，直到按照本制度完成再授权后恢复手术权限。



## 手术医师资质再授权审批表

科室		姓名		性别		出生日期	
学位		学历		职称		专业时间	
已获得手术资格等级： <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 一级							
申请再授权手术资格等级及目录： <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 一级 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                     申请人签名：                      _____                      年    月    日                 </div>							
科室质量与安全管理小组考核意见： <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                     签名：                      _____                      年    月    日                 </div>							
外科手术资格准入考核小组意见： <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                     签名：                      _____                      年    月    日                 </div>							
医务科审核意见： <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                     负责人签名：                      _____                      年    月    日                 </div>							
院技术委员会意见： <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                     委员会签名：                      _____                      年    月    日                 </div>							

# 医疗技术档案管理制度

一、档案管理范围：凡是以下材料应收集归档：

- 1、医疗新技术的法令标准及各项规章制度。
- 2、医疗新技术的计划、总结。
- 3、医疗新技术常规、操作规程、质量标准等文件。
- 4、医疗新技术质量调查和监督检查中形成的文件。
- 5、医疗事故或医疗纠纷的来信来访调查分析，医疗事故鉴定书和处理意见。
- 6、新疗法、新技术的鉴定及实施中形成的文件材料。

二、材料必须真实反映情况，证书、文章、批文有原件，档案不得随便修改。

三、档案资料应注意完整、规范、保密、不得用圆珠笔书写、不得用热敏打印纸、不得任意抽样或遗失，不得向无关人员泄露。

四、所有档案资料应登记、分类、编号，并由专人保管。保存安全，防虫、防潮、防遗失。

五、归档资料中的质控资料及操作规程至少应保存五年。销毁前必须经科主任批准。

六、档案资料多时，为便于查阅可建立索引医学|教育网搜集整理。

七、查阅或外借科室档案必须经管理人员或科主任同意才准许。

八、上述档案亦可存入计算机，并按上述管理办法进行管理。未经允许，不得任意打开。或用加密措施保护档案安全。

九、过期作废的档案必须收回，防止误用。科室档案包括科室人员档案、质控档案、技术档案、行政档案、档案管理条例。

## 关于医疗技术管理的规定

### 一、目的

为了加强对本院医疗技术临床应用的管理，保障医疗安全，提高医疗质量，促进学科的发展，按照《医疗机构管理条例》和《四川省综合医院评审标准》规定，结合本院实际，制定本规定：

### 二、范围

本规定适用于本院范围内医疗技术项目的准入应用、培训、授权、监督评价、损害处置等。

### 三、职责

医院学术委员会负责各临床、医技科室医疗技术准入应用、监督评价、损害处置的管理及特殊技术项目（主要指临床各种有创的操作技术项目）操作人员的授权。

医务科负责新开展医疗技术的档案，并按规定向相关卫生主管部门报批。

各科室质控小组负责本科室拟开展新技术项目的申报及医疗技术项目开展人员的培训。

### 四、分类方法

本规定所指的医疗技术，分为新技术和现有技术。

（一）新技术是指在本院范围内首次应用于临床的诊断和治疗技术，含超出《医院管理评审》中二等甲级医院技术项目，主要分以下几类：

- 1、使用新试剂的诊断项目；
- 2、使用二、三类医疗器械的诊断和治疗项目；
- 3、创伤性的诊断和治疗项目；

4、其他可能对人体健康产生重大影响的新技术项目。

## （二）现有技术

现有技术包括专项技术和常规技术。

### 1、专项技术

是指经卫生行政部门核准后，医疗机构方可临床应用的现有技术项目。专项技术的项目目录、准入标准和应用规范，以市卫生局公布的为准。已经在本院开展的超过二级医院的专项技术项目由科室填写上报医务科，经医院核准后交医务科备案，并向当地卫生行政管理部门报告。

### 2、常规技术

是指专项技术以外的其他现有技术项目，由科室核准后向医务科报告备案。

## 五、准入应用

医疗技术准入应用应当遵循科学、安全、先进、合法以及符合社会伦理规范的原则。医疗技术的准入应用对应相应的医疗技术分类，即新技术和现有技术的准入，现有技术准入包括专项技术和常规技术准入：

### （一）新技术和专项技术的准入应用

1、开展的新技术、新业务要与医院的等级（二级甲等）、功能任务、核准的诊疗科目和专业技术能力相一致，已开展的三级医院诊疗技术项目要按规定向当地卫生行政主管报告。

2、拟开展新技术临床应用和专项技术临床应用的科室，科室向医院学术委员会提出申请，并填写《崇州市第二人民医院新技术新项目申请表》。某些特殊医疗技术项目，需要操作人员持证上岗的，需提供操作人员的上岗证。新开展的医疗技术、新业务由医务科建立该技术项目的技术档案。

3、由医务科组织院学术委员会成员和伦理委员会讨论科室提出拟开展的新技术和专项技术项目，并在申请表和准入审批表上填写讨论意见，讨论意见及时反馈至项目所在科室。

4、按要求需要报批的新技术、新业务，由科室填写《新技术新项目报告表》后交医务科，医院审核通过后向当地卫生行政管理部门报批，经审核批准通过后，医院按要求实施新技术、新项目。

5、申请开展新技术临床试验的，除提供上述材料外，必需征得患者的知情同意，并作好档案的保管工作。涉及医疗器械、药品的，还应当提供相应的批准文件。

6、新开展的新技术新项目的医疗质量管理按照《手术分级管理规定》执行。

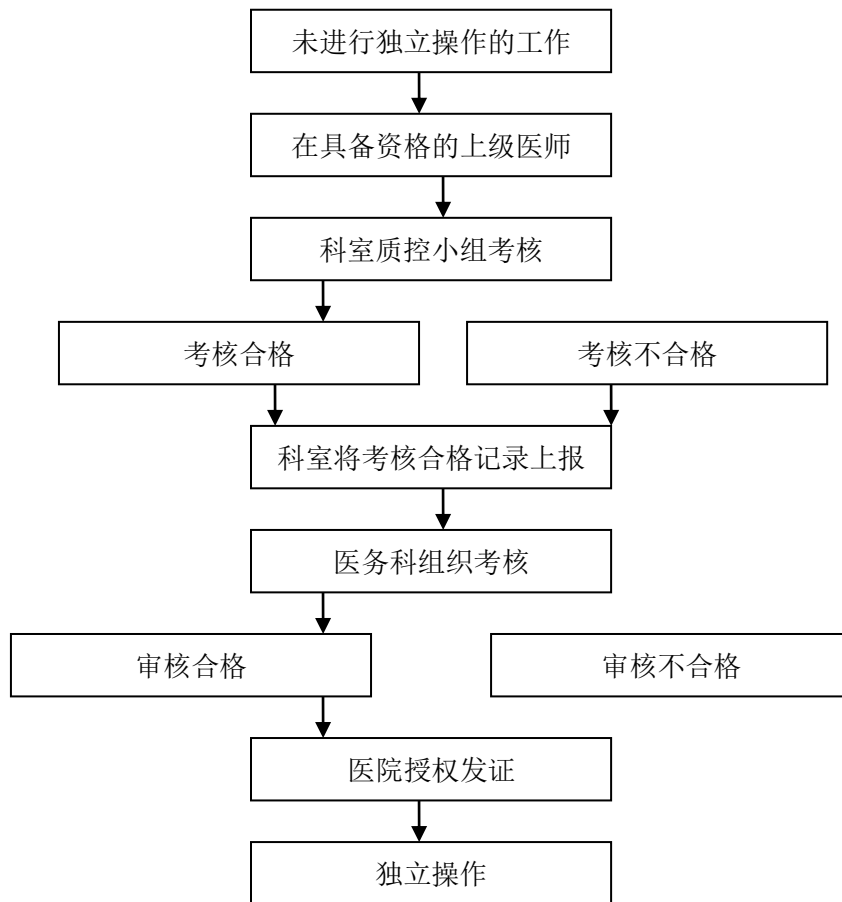
7、现有专项技术按照《手术分级管理规定》执行。审核登记记录由医务科归档保存，人员资质记录在科室《技术水平卷宗》保存。

### （二）常规技术

现有常规技术的应用由科室审核人员资格。按照技术规范，符合准入条件的，由科室质控小组讨论通过后授予相应的医疗技术项目操作资格，并在科室《技术水平卷宗》记录备案。不具备医疗技术项目操作资格的医师在执行该操作时应具备操作资格的上级医师的指导下执行。

## 六、培训与授权

各种医疗技术项目的操作人员在独立操作之前应该经过严格的培训。新上岗人员一般技术项目的操作在科室上级医师指导下进行操作，如何准入条件的，经科室质控小组考核合格后可单独进行操作；临床各种有创的操作技术项目，未进行独立操作的工作人员在独立操作之前必须严格按照下面的培训、考核程序，经考核合格后由医院发给该项技术操作的授权证书后方可独立操作。



## 七、监督与评价

新技术、新业务在临床试用前和试用期间，科质控小组和医院学术委员会对项目进行跟踪评估。根据评估结果，逐步完善准入标准和应用规范。

新技术、新业务自临床试用起3年内，由医务科组织院学术委员会至少每年一次对上一年度医疗技术项目的风险性、安全性、技术质量、疗效及费用等情况进行监测、评估。

## 八、损害处置

医院建立《医疗技术损害预警和处置预案》

新技术临床试用或者专项技术临床应用时，发生下列情形之一的，科室应当立即暂停临床应（试）用并上报医务科：

- （一）发生重大医疗意外事件的；
- （二）可能引起严重不良后果的；
- （三）因人员或技术发生变更，可能会影响到医疗技术的安全和质量的；
- （四）因设备或设施发生改变，可能会影响到医疗技术的安全和质量的；
- （五）发生其他意外情况，可能会影响到医疗技术的安全和质量的。

医务科对相关情况进行调查后，组织医院学术委员会及伦理委员会讨论，对适宜继续开展试用或者应用的，作出恢复临床应（试）用的决定；对不适宜继续开展试用或者应用的，作出停止临床应（试）用的决定。

## 权利医疗技术培训考核、授权程序

- 一、试用期医务人员经考核取得执业医师证后授予处方权。
- 二、科主任和专业组长对本科医师进行各种技术项目操作培训、指导，考核合格后医务科申请授予技术操作权利。
- 三、医务科组织学术委员会专家组对医师进行技术操作考核，合格者授予技术项目操作权利。
- 四、大型医用设备操作医师需经卫生部职业技能鉴定指导中心班干部培训考核，取得大型医用设备上岗合格证。
- 五、新开展的医疗技术项目我院无培训能力时派遣医务人员到上级医疗机构进行进修培训，取得合格证后回院方可开展该项技术。
- 六、医师在工作中不能胜任某项医疗技术操作时，取消其独立操作权利，经继续培训，考核合格后再次授予允许独立操作。

## 第二节 质控科

### 质控科工作制度

为保障我院医疗安全运行，提高医疗质量，医院设立医疗质量管理委员会，由分管院长负责，成员由医务科、护理部、质控办及临床、医技科室负责人组成。本着加强各科医疗质量安全管理工作的运作和协调，制定了此制度，具体内容如下：

- 1、根据医院全面质量管理要求，质控办在分管院长、医疗质量管理委员会和医务科统一协调的领导下，负责医院医疗质量的监控和管理工作。
- 2、负责医疗质量管理体系的建立和完善。按照医院相关制定，质控办制订质控工作的计划与方案，制定医疗质量检查标准、评价方法及奖惩措施，并将医疗质量考核指标纳入医院的年度目标考核。
- 3、协调各科室质量控制过程中存在的问题和矛盾，促进各部门之间相互配合工作。监督各科室质量自查情况，对质量自查要有记录，实行跟踪考核。定期组织会议收集科室主任和质控小组反映的医疗质量问题，认真总结工作中的经验和缺陷，及时向院领导反馈有关情况，并向有关部门通报质量控制结果。
- 4、质控办以定期和不定期的形式对全院医疗质量进行全面检查，尤其是对病历书写规范性及时性、医疗核心制度的贯彻执行、医疗技术操作规程和医疗、医技人员工作职责的执行情况、合理用药以及临床用血、知情告知等重点环节加大质量管理，控制医疗缺陷。对质量检查中发现的问题要进行认真研究及时反馈，提出整改措施和对策。
- 5、每季度召开一次医疗质量管理会议，对质量管理的经验进行交流总结，对医疗质量存在的问题进行讨论分析，提出具体整改意见，并评估落实效果。
- 6、临床医疗科室开展的新业务、新技术的审核，组织院内外会诊、协调重大急重危病人的抢救、疑难病人讨论、重大手术、废除性手术的讨论和审批工作；
- 7、医疗质量的检查结果上报，供领导作为评优、奖惩的参考和依据。
- 8、对医院医疗质量工作进行总结分析，做好文字记录，并负责做好质控工作中相关问题的答疑。



## 第三节 急诊科

### 急诊科管理工作制度

#### 急诊科设施配置及管理制度

##### 一、目的

使科室的设施齐全，管理制度完善，责任到人，使之随时处于完好、备用状态，提高工作效率和医疗服务质量。

##### 二、适用范围

急诊科室。

##### 三、职责

(一). 病区设施配置不完善的，科主任或护士长应及时向院领导及设备科报告申请。

(二). 病区的设施管理责任到人，并有定期检查、登记、签名。

(三). 护士长每周进行一次设施、器械的检查，护士每班当面清点交接，发现问题及时请维修工修理，发现遗失，当班护士应立即向科主任、护士长汇报，然后向院领导汇报。

(四). 对陈旧、磨损的设施使用不便，必须报废的，科主任或护士长应向设备科申请报废、更新。

##### 四、工作程序

(一). 病区设施策划及配置，按国家规定的病区设施要求配置病区所需设施及器材。

(二). 科主任、护士长负责收集设施及器材使用信息，如需要增加的设施、器材，填写购买申请单，送医院领导审批。

(三). 护士长负责对购买的设施及器材进行建账管理，并按病区及编号标识在醒目的位置。

(四). 护士长建立仪器使用登记本，当班人员负责使用后的清洁及维护，使该仪器处于备用状态。

(五). 使用当中发现故障，及时汇报护士长或科主任，同时汇报器械维修工及设备科。

(六). 每种器械、设施定人、定期、定地点、定数量管理，保证各种仪器、材料性能良好。

(七). 一切抢救器械、物品使用后，要及时归还原处，清理补充，并保持清洁、整齐。

(八). 病区的急救设施不准挪用、外借，非急救设施原则上也不准挪用，若其他科室要作短暂的借用，也要有登记，杜绝以私人的名义借用。

(九). 护士长每周全面检查一次科室所有设施、器械，对贵重仪器使用后应有记载。

#### 院前急救管理制度

##### 一、目的

院前急救设施齐全，人员配备管理，利于院前急救患者的救治，提高医疗服务质量。

##### 二、适用范围

急诊科一般情况下的院前急救过程控制（不包括灾害事故急救）。

##### 三、职责

(一). 由科主任、护士长负责督促配置救护车上院前急救所需的设施及药品。

(二). 由医务科、护理部和科主任、护士长负责配置救护工作所需的医生、护士、司机。

(三). 由护士长、护理责任护士认真做好院前急救的准备工作，急救箱及常用急救器材完好率必须保证达到 100%，并经常保持救护车箱内的卫生。

(四). 由出诊医护人员实施院前急救工作，并做好记录。

(五). 救护车司机要熟悉本区交通情况，保持车况良好，做好车辆的维护、保养和年审。

##### 四、工作程序：

(一).救护车设施策划及配置:按《基本医疗管理制度》的救护车设施要求配置所需设施及通讯器材,由科主任、护士长负责申请、领用。

(二).值班人员准时接班,熟悉了解上一班的救护情况,坚守岗位,认真作好院前急救的准备工作。

(三).值班人员接到呼救电话后,详细记录时间、地点、求救大致原因,并立即通知出诊医生、护士和司机(必要时派出护工)在5分钟内出诊,不得拒绝出车。有关救护车的工作程序详见《救护车的管理制度》。

(四).院前急救内容:出诊医生到达急救现场时,对患者应有高度负责精神,应立即检查患者,动作迅速,处理果断,根据病人情况可就地抢救,待病情稳定后再送回医院进一步抢救,转送过程应密切观察生命体征变化。如有3个以上的重伤者,应迅速报告科主任是否增援。

1、现场急救:目的在于挽救和维持基本生命,减轻途中痛苦和并发症,强调对症治疗。

①维持呼吸系统功能(包括吸氧、吸除痰及分泌物,呼吸兴奋剂,口对口人工呼吸,气管插管人工呼吸等)。

②维持循环系统功能(包括胸外心脏按压、心电监护、除颤、体外起搏器的使用,有生命危险的心率失常的药物治等)。

③维持中枢神经系统功能(急性脑血管病的处理,预防治疗脑水肿、降低颅内压治疗、控制癫痫等)。

④急性中毒、意外事故处理。

⑤脑、胸、腹、脊柱、四肢以及其他部位外伤的止血、包扎、固定、搬运。

⑥止痛、止吐、止喘、止血等对症处理。

2、途中救护:

①合理转运分流患者,但对转运伤病员要求快速安全。

②为避免突然刹车时造成车内伤病员和医护人员受伤,患者的担架应该很好固定,医护人员和陪护人员应该使用安全带或抓牢扶手,患者在车内应根据病情采取坐位、平卧位或头低足高位。

③四肢骨折的患者,给予外固定防止颠簸;脊柱骨折的患者卧硬板,以防止脊髓损伤;昏迷呕吐病人,将头侧向一边,避免呕吐时窒息;疑有颈椎骨折的病人,以颈领固定之,避免加重或造成高位截瘫。

3、出诊医生到达急救现场后,如患者已死亡,应详细询问患者家属或在场人员,了解发病情况及既往病史,做好记录,并明确通知其家属或在场人员。死亡原因证明由司法部门出具。

4.医护人员实施院前急救时要听从急救指挥中心、交警、公安人员的调度安排,保护有法律纠纷的现场。

5.出诊医护人员详细填写院前急救病历及已完成急救处理的措施,送转医院急诊室后作详细交接,完成院前急救任务后向急救指挥中心报告,返回后及时检查、补充抢救药物和更换物品等工作。

### 院内急救接诊、诊疗管理制度

一、目的

完善管理制度,健全设施配置,规范操作程序,利于急救患者及时得到救治,提高院内急救服务质量。

二、适用范围

急诊科对院内急救接诊、诊疗的过程控制。

三、职责

(一).由科主任、护士长负责急诊科人员日常工作安排。

(二).由科主任、护士长负责配置、领用急诊科急救所需设施及器材。

(三).由护士长、质控护士负责对急诊科设施及器材的管理、维护和使用记录进行控制。

(四).急诊科各级医护人员实施院内急救接诊、诊疗工作。

#### 四、工作程序

##### （一）. 急诊科设施策划及配置：

按国家对急诊科设施的规定要求配置所需的设施及器材。（详见《急诊科设施配置及管理制度》）

##### （二）. 日常工作安排：

科主任、护士长负责急诊科工作人员的日常工作安排，制定一定时间内的医、护人员值班表，并对医护人员的出勤情况进行检查以保证急诊科 24 小时开诊。

##### （三）. 急诊就诊范围：

为了急诊患者方便就医，及时得到救治，故制定急诊就诊范围：

- 1、急性外伤；
- 2、急性腹痛；
- 3、突发性高热；
- 4、各类休克；
- 5、各类大出血；
- 6、心、肺、脑、肝、肾功能衰竭或多脏器功能衰竭；
- 7、昏迷、抽搐、呕吐；
- 8、耳道、鼻道、咽部、眼内、气管、食管内异物或疼痛、出血；
- 9、中毒、中暑、自缢、淹溺、触电；
- 10、急性过敏；
- 11、其他急性病症。

急诊患者往往比较复杂，表现千差万别，因而不要死卡条文贻误病情。

##### （四）. 院内急救患者的接诊：

- 1、急诊值班人员坚守岗位，要严肃、认真、迅速、敏捷地救护患者，对患者态度和蔼、热情负责。
- 2、当遇有急、危、重患者时，分诊护士应立即将其送往急诊专科诊室进行救治，后补挂号手续。

##### （五）. 院内急救患者的诊断、治疗：

- 1、首诊医师对就诊患者认真负责，仔细询问病史、仔细查体，作必要的辅助检查，在最短时间内进行救治。具体工作程序参照《常见疾病基本诊疗规范》和《医疗护理技术操作常规》中各种急诊疾病的诊疗常规。
- 2、如果首诊医师发现就诊患者的病情涉及其他专科或确系他科诊治范围时，在完成各项检查并作了必要的处置、写好病历后，再请有关专科会诊。危重患者应由首诊医师陪送。
- 3、病情较重的患者，当值医师应决定是否收急诊留观或收住院，经抢救后的患者，如病情稳定或允许移动时，应迅速送入病房或手术室。
- 4、值班医师对急救留观患者负责观察病情变化，及时写好留观病历及观察记录，并做好交接班工作。
- 5、对传染病患者或疑似传染病患者应做好登记及报告工作，遇有交通事故、吸毒、自杀或有伤情异议等患者及涉及公安、司法情况时，由值班人员报告总值班，通知有关单位。
- 6、护士认真执行医嘱，及时配合医生抢救工作，要对急诊抢救设备、药品保证完好、充足，并做好护理观察记录。（详见《急诊医嘱执行管理制度》）
- 7、急诊科主任、主任医师、副主任医师要主持各种抢救工作及死亡病例讨论、会诊 工作，及时总结经验、教训。
- 8、当遇有特殊情况时，当值医师要及时、如实向上级领导报告，白天应向急诊科主任及医务科主任报告，夜间报告医院总值班，请求处理意见，避免造成不良影响或后果。

## 灾害事故急救管理制度

### 一、目的

完善管理制度、规范工作程序、合理利用资源配置，提高医院灾害事故急救能力，密切配合消防、公安、交通、人防、物资等部门进行抢险，使人民的生命财产损失降低到最低水平。

### 二、适用范围

本院急诊科及各临床科室、预防保健所。

### 三、职责

- (一). 由院领导组织成立灾害事故急救方案及领导小组。
- (二). 由急诊科主任、护士长负责监督执行院前（灾害事故）急救工作制度。
- (三). 以急诊科医护人员为核心，各临床科室辅助完成灾害事故的救护工作。

### 四、工作程序

(一). 医院加强急诊科建设，有固定的人员编制，充实技术骨干，配备必需的抢救设备，提高应急能力，严格执行《基本医疗管理制度》中的各项急诊规章制度。

(二). 设立灾害事故急救领导小组：详见本医院《对急救和救治突发性灾害的应急方案》、《接纳成批伤病患者的应急方案》。

(三). 院前灾害事故急救范围：包括自然灾害和人为灾害，如：暴雨、洪水、台风、地震、火山爆发、泥石流等自然灾害，火灾、车船飞机事故、矿山塌陷、爆炸、毒气泄漏、武装暴力等人为灾害。

(四). 急救过程：

(1) 医院遇有灾害事故急救时应立即报告卫生行政主管部门。

(2) 科主任及时通知医院急救领导小组，组织足够力量抢救，并及时将现场情况报告急救中心指挥调度室，通知有关医院做好接诊准备，或要求现场增援，并与公安、消防等部门进行协调，尽力完成院前救护任务。

(3) 遇灾害事故急救要严格实行就近、就地抢救原则，急、重、危患者生命体征不稳定时不得转院，首诊医院因病床、设备、技术条件所限确需转院而病情又允许条件下，由专人护送至目的医院，并进行详细病情交接。

(4) 急救的内容包括现场急救和途中救护，同《院前急救管理制度》。

(5) 院内临床科室及相应科室积极做好增援工作，不得以任何理由拒收患者。

(6) 值班人员严格执行《紧急情况及重大医疗事件报告制度》，并认真做好各项记录，如灾害性事故急救参加人员记录本、灾害性事故急救记录本。

(7) 医院内短期成批接诊传染病患者时，要及时报告，严格执行传染病报告制度。

## 急救和突发灾害救治应急方案

### 一、对普通散发病例的常规急救服务。

(一). 院内急救

我院设立有急诊科，实行全天候 24 小时急诊服务制度，分为：

- 1、内、儿、传染科系统急诊：设在医院急诊科。附设有急诊室、监护室、观察室等。
- 2、外科：急诊科设有外科急诊室，附设有清创间、抢救室、换药处置室等。
- 3、妇科、五官科：急诊科不能解决时，临时邀请妇科、五官科紧急会诊或直送手术室。

(二). 院外急救

#### 1、急救通讯指挥系统

①设有急诊科专线电话，号码：028-82214075

院内电话急诊科号码为：

外线—82214076

内线—8034

②院办公室设 24 小时总值班制，医院总值班电话为：

外线—13308073017

内线—8059

## 2、应急工作系统

①急诊人员：由急诊科医生、护士轮流值班，做到随时派出医、护人员在 5 分钟之内出诊。

②救护车：急诊科值班救护车 2 台，其他院内车辆为备用车，随时听候调遣。

③急诊出诊处理和程序：接到急诊电话和通知时，急诊科应立即派出医、护人员和救护车（5 分钟内出车）；如病情适宜转运回院时，由出诊医、护人员随车转运回院，并就地作相应基本处理，如：包扎、止血、固定等。病情不适宜转院的患者应在现场进行抢救，并尽可能通过电话向急诊科主任和院总值班领导报告。如遇情况特殊，在了解清楚真实情况，视具体需要由急诊科主任或院总值班领导配齐相关医、护人员、器械、药品及有关人员前往。

## 二、对突发的重大灾害性事件的应急处理

### （一）.信息处理

1、突发性的重大灾害性事件包括：严重的火灾、水灾、爆炸事故、建筑物倒塌事故、特大车祸事故、群体斗殴伤亡事故、集体中毒事故、暴发性疾病等情况，一旦接到上述通知和急救电话，必须立即报告院长，院长不在时，应立即报告副院长。

2、院长（或副院长）视事件性质与程度，决定是否向区卫生局、人民政府直接报告。

### （二）.指挥机构与职责

1、应付突发事件指挥部设在院办公室（或现场）。

2、总指挥：由院长担任。

总指挥职责：

①负责紧急动员全院人员参与急救行动；

②负责命令立即出动各相关应急分队；

③负责召集急诊救治指挥部成员制定急救方案；

④负责指挥全院各科互相协调；

⑤负责通过政府机关和新闻媒介向社会求助（包括药物及急救器材、运输工具、血源、上级指导人员等）。

3、副总指挥：由副院长担任。

副总指挥职责：

①担任各应急分队队长；

②指挥分队各小组迅速开展相关工作；

③协助总指挥工作，负责对指挥部人员的工作安排，以及急救工作具体部署，落实急救方案。

④总指挥不在院时，代理总指挥职责。

4、指挥部成员：

（院办负责人）：负责急救工作的通讯联络，具体落实各科协调，互相配合，实施人力、物资运输的供应。负责作好抢救工作人员的登记。

（急诊科主任）：负责第 1、2 应急分队的院前急救具体实施，参加制定急救方案。平时督导科内人员、物资保持应急状态与随时补充急救药品、物品。

（医务科主任）：负责实施医、药、技人员调配的落实，配合各分队、各科制定抢救方案、完成抢救

经过的书面记录和总结报告。

(护理部主任):负责实施护理人员的调配与安排,参加制定抢救方案。

(外科主任):负责外科相应病区及手术患者的诊疗与安排,组织制定本科范围内的应急抢救方案并督导措施落实。

(麻醉科主任):负责手术患者的手术安排和麻醉安排。

(妇科主任):负责妇科及手术患者的诊疗与安排,组织制定本科范围内的应急抢救方案,并督导措施落实。

(供应室主任):负责后勤物资的保障供应。

(车队队长):负责车辆运输、落实车辆调度措施。

### (三).常备急救物资及物品

1、仪器类:急诊科配备应有万能手术床、多功能抢救床、心电图机、除颤监护仪、呼吸机、洗胃机、输液泵、吸引器、输氧装置、血压脉搏监护仪、气管插管设备,以及各科治疗包、穿刺包、导尿包等。

2、药品类:能保障对外伤、出血、休克、心衰、呼衰、急性肾衰、肝衰、脑衰等相应急诊抢救的药品供应,并保持相对恒定数目。有关救护车存放急救药品物品,内、儿科出诊箱存放物品、外科出诊箱存放物品表、妇产科出诊箱存放物品及急救小推车备用药品基数、存药等应列表统计,并定期检查。

### (四).行政后勤部门

行政、后勤、物资、设备及其他人员的应急时做法:在重大事件的急救任务面前,时间就是生命,病情、灾情、伤员就是命令,无论工作时间或休息时间,无论白天还是黑夜,一旦接到领导命令,全院工作人员都要迅速到岗,一切工作部门都要开绿灯,所有手续从简,工作原则是先治病救人,后补办手续。全院同心协力,互相支持,有条不紊。

### (五).思想政治保证

1、救死扶伤的医德感召:全院工作人员树立以救死扶伤为己任,发扬吃苦耐劳、勇敢顽强的精神,并对党和人民生命财产高度负责,满腔热情、认真细致地做好本职工作。

2、思想政治的考验:共产党员、共青团员、积极分子在突发事件中要充分发挥先锋模范带头作用,勇往直前。

3、铁的纪律:凡在紧急救治时畏缩不前,临阵脱逃,借故回避,拈轻怕重,拒不服从指挥,袖手旁观等情况,皆按情节轻重,由医院或报上级部门严肃处理。

## 留观室工作制度

1、凡病情变化、疗效难以估计,诊断不明而不愿住院的患者均需在留观室留院观察。

2、留观的患者白天及前半夜由120医生及护士负责,下半夜由当班医生及护士负责观察及处理。并及时做好病历书写,交接班,书写交班记录。

3、医护人员必须不定期巡视病房,及时发现病情变化,及时修改诊断,调整治疗方案。

4、遇病情变化及诊断不明等情况,120医生及留观室护士应及时向主班医生或科主任提出会诊。

## 120 医师管理制度

1、在急诊科主任领导下,严格执行医院及急诊科各项规章制度。

2、必须严守岗位,听从指挥,随叫随到,完成任务后,须立即回院,不得在外担搁。接到120指令后,白天不超过3分钟,夜间不超过5分钟出车。必须按规定着装,带齐必备抢救物品。

3、病人文明礼貌,服务周到,遵守职业道德,按规定收费,严禁私收费及向病人索要钱物。

4、熟悉各抢救物品的摆放位置及使用方法,做好抢救物品的准备、检查、整理、更换工作,及时清理过期失效物品。

5、急救医护人员必须及时做好医疗文书记录,对危重病患者,及时做好病危通知并请家属签字,对现

场死亡的，只作死亡诊断，避免不安全因素，实行保护性医疗。

6、病人接回医院后，应向医生汇报病情及抢救经过，做好交班记录。

7、积极参加院部及科室各项政治、业务学习，提高业务水平。

8、在卫生包干区内做好清洁卫生工作。

### **绿色通道管理制度**

1、为了发扬救死扶伤的人道主义精神，迅速、及时、有效地抢救急危重病，凡进入急诊科的病员，应无条件进行生命支持抢救。

2、对绿色通道病员，实行优先抢救、检查和治疗，一切手续由护理员负责办理。如需要会诊，应及时通知会诊科室，会诊医生应在 5 分钟内到场。

3、绿色通道病员经急诊抢救后，病情相对稳定，需要住院者，由护理员协助办理住院手续，并由医务人员护送入住，同时做好交接班手续。

4、凡 110 或 120 送入我院的急危重病员，因无家属在场或费用困难，先由 110 或 120 经办人员填写绿卡，报医务处或总值班及时办理有关手续。医护人员应及时做好费用催交。

### **急诊科工作制度**

一、急诊科必须 24 小时开诊，随时应诊，节假日照常接诊。工作人员必须明确急救工作的性质、任务，严格执行首诊负责制和抢救规则、程序、职责、制度及技术操作常规，掌握急救医学理论和抢救技术，实施急救措施以及抢救制度、分诊制度、交接班制度、查对制度、治疗护理制度、观察室工作制度、监护室与抢救室工作制度、病历书写制度、查房会诊制度、消毒隔离制度，严格履行各级各类人员职责。

二、值班护士不得离开接诊室。急诊患者就诊时，值班护士应立即通知有关科室值班医师，同时予以一定处置（如测体温、脉搏、血压等）和登记姓名、性别、年龄、住址、来院准确时间、单位等项目。值班医师在接到急诊通知后，必须在 5~10 分钟内接诊患者，进行处理。对拒绝来急诊科诊治患者或接急症通知后 10 分钟不到的医师，急诊室护士随时通知医务科、门诊部或总值班室，与有关科负责人联系，查清原因后予以严肃处理。

三、临床科室应选派技术水平较高的医师担任急诊工作，每人任期不得少于 6 个月。实习医师和实习护士不得单独值急诊班。进修医师经科主任同意报医务科、门诊部批准，方可参加值班。

四、急诊科各类抢救药品、器材要准备完善，由专人管理，放置固定位置，经常检查，及时补充更新、修理和消毒，保证抢救需要。

五、对急诊患者要有高度的责任心和同情心，及时、正确、敏捷地进行救治，严密观察病情变化，做好各项记录。疑难、危、重症患者应在急诊科就地组织抢救，待病情稳定后再护送病房。对需立即进行手术治疗的患者，应及时送手术室进行手术。急诊医师应向病房或手术医师直接交班。任何科室或个人不得以任何理由或借口拒收急、重、危症患者。

六、急诊患者收入急诊观察室，由急诊医师书写病历，开好医嘱，急诊护士负责治疗，对急诊患者要密切观察病情变化并做好记录，及时有效地采取治疗措施。观察时间不超过 3 天。

七、遇重大抢救患者须立即报告医务科、护理部、门诊部，有关领导亲临参加指挥。凡涉及法律纠纷的患者，在积极救治的同时，要积极向有关部门报告。

### **急诊抢救室工作制度**

一、抢救室专为抢救患者设置，其他任何情况不得占用（尤其抢救室）。抢救的人一旦允许搬动，即应转移出抢救室以备再来抢救患者的使用。

二、一切抢救药品、物品、器械、敷料均须放在指定位置，并有明显标记，不准任意挪用或外借。

三、药品、器械用后均需及时清理、消毒，消耗部分应及时补充，放回原处，以备再用。

- 四、每日核对一次物品，班班交接，做到账物相符。
- 五、无菌物品须注明灭菌日期，超过 1 周时重新灭菌。
- 六、每周须彻底清扫、消毒一次，室内禁止吸烟。
- 七、抢救时抢救人员要按岗定位，遵照各种疾病的抢救常规程序，进行工作。
- 八、每次抢救患者完毕后，要作现场评论和初步总结。

### 急诊观察室工作制度

- 一、因病情需要，可在急诊科观察室短期观察患者（包括病情复杂难以确诊，需入院诊治而暂时无床又不能转出者）。
- 二、值班医师和护士，要严密观察病情变化，开好医嘱，及时填写急诊观察病历，随时记录病情和处理经过，认真做好交接班。
- 三、急诊观察室医师早、晚各查床一次，重症随时查看。主治医师每日查床一次，及时修订诊疗计划。
- 四、急诊观察室值班护士，要随时主动巡视患者的病情、输液、给氧等情况。发现病情变化，立即报告医师并及时记录。
- 五、加强基础护理，预防褥疮、肺炎等并发症的发生。
- 六、留观察者只许留一人陪伴（特殊情况除外）。
- 七、留观察时间原则上不超过 72 小时。

### 急诊就诊制度

- 一、由接诊护士询问病情确定就诊科目后，办理挂号，并通知有关科急诊值班医生。病情复杂难以立即确定科别者，由首诊科负责处理。
- 二、接诊医生检诊后，记录检查结果及处理意见。
- 三、传染病患者应到隔离室就诊。
- 四、对重病及病危患者应即刻通知值班医生作紧急处理，然后办挂号手续。须有专人陪伴，随时观察病情变化。
- 五、接诊护士测体温，必要时测呼吸、脉搏和血压（重危患者必须测血压），一般患者用腋表，小儿、昏迷、精神失常、惊厥患者用肛表。
- 六、需要抢救的危重病者，在值班医生到达前，护士可酌情先予急救处理，如止血、给氧、人工呼吸、胸外按压、吸痰等，亦可请其他值班医生进行初步急救，被邀请医生不得拒绝。
- 七、紫绀及呼吸困难者吸氧。体温超过 39℃ 可予冰袋或冰敷常温。呼吸心跳停止者即行胸外心脏按压、心内注射及气管内插管给氧、静脉输液等。
- 八、需要 X 光等检查的患者，就病情需要，须有工作人员或陪伴人员陪送，或通知有关科室到急诊科检查。
- 九、病情需要时，可邀请其他科值班医生会诊。遇有就诊者过多或疑。难病例，应及时请上级医生协助。遇有大批急诊或病情复杂，需要多方面合作抢救的患者，应通知急诊科主任、医务科科长及院长。所有会诊及一切处理经过，应记入病案。
- 十、病情需要时，可转入急诊观察室观察。
- 十一、多部位伤的患者或多种（两种以上）疾病共存的患者就诊时，应由病情最危重的科室首先负责诊治，其他科室密切配合。
- 十二、有急症需手术者，按医嘱作术前准备，并通知手术室，如须住院，由陪送人或护士代办住院手续。
- 十三、重危病者入院时，由护士亲自护送，并对病区护士作好交班。
- 十四、急症由于交通事故、服毒、自杀等涉及公安、司法者，应立即通知有关单位。
- 十五、护士应记录患者到达时刻、医生到达时刻及患者送入病区时刻。



## 值班工作制度

- 一、值班人员负责处理全日急诊工作，必须严守岗位，态度热情，工作细心，认真履行职责。实习人员参加值班时，应有专人指导。
- 二、各科室派责任心强，毕业 3 年以上的人员来急诊科工作，应将名单送医务科和急诊科。值班者不得擅自离开岗位。
- 三、值班护士交接班时，应检查一切急救用品的性能、数量及其放置位置，如有缺损或不适用时，应立即补充更换。放置位置有误时，立即改正。担任急诊医护人员如需出诊，必须有人代替工作。
- 四、严格执行交接班及查对制度。急诊及观察患者，应床旁交班，避免将处理未毕的事项交他人处理。

## 危重患者抢救制度

- 一、抢救工作须组织健全，分工周密，参加抢救的医护人员必须做到严肃认真、分秒必争。
- 二、在抢救中应由急诊科主任、护士或在场的最高职称的医生担任组织抢救工作，参加抢救的人员应服从指挥，准确地完成各项工作。抢救过程应严格执行正规技术操作及查对制度。
- 三、必要时由医院组织抢救组进行抢救，在听到抢救的呼叫讯号后，参加抢救人员立即奔赴急诊科参加抢救工作。
- 四、经抢救后病情允许移动时，应迅速送入监护室或病房。如需继续抢救或进行手术者，应预先通知病房或手术室做好准备。不能搬动而急需手术者，应在急诊室进行。留监护室继续抢救治疗者，待病情好转后再送入病区。
- 五、凡经抢救的患者，应有详细病案及抢救记录，抢救工作告一段落时，应作小结。

## 交通事故急救管理制度

- 一、重大交通事故造成伤亡已成为人类疾病的重要死因之一，急救管理原则是“先抢后救”、“先非医疗工程救险后现场医疗救护”。
- 二、在发生车祸事故后首先要将伤员从车内救出，燃烧或毒气等因素都会继续进一步威胁伤员，其原则是尽快将伤员从车内救出，这是抢救的第一环，否则无法进行有效的医疗处理。
- 三、第二环是现场急救，着重处理伤员的出血、窒息、休克等严重问题，进行止血、包扎、固定、注射强心剂、呼吸兴奋剂。
- 四、在保护生命和减轻伤残的原则下尽快进入第三环节，即医疗运输。借助救护车运送，有条件的还可采用直升飞机等，以使救护工作速度快、颠簸少、较平稳。

## 救护车管理制度

- 一、目的  
防止科室或私人随意使用救护车，避免影响急诊出车。保证救护车处于备用应急状态，随时接受急救中心指挥。
- 二、适用范围  
急诊科救护车的管理。
- 三、职责
  - （一）. 护士长、救护车司机每天检查救护车的车况、车容、抢救设备和药品。
  - （二）. 急诊班护士每班检查救护车的车况、车容、抢救设备和药品，做到及时更换和补充并做好登记。
  - （三）. 护理部每月检查救护车的车况、车容、抢救设备和药品。
  - （四）. 科主任、护士长对救护车进行严格管理，救护车只做医疗救护用，不得挪做他用。
  - （五）. 救护车司机必须保持车况良好、车容车貌整洁，接到电话 5 分钟内必须出车。并设有出车登记本，记录出车时间、地点、到达时间、随车人员等。
- 四、工作程序

(一).当医务人员接到 120 电话后,立即通知司机及值班医生、护士,携带必要的抢救设备 5 分钟内出发(用物见“救护车物品配备清单”)。由接 120 电话医生在出车登记本上记录 出车时间、地点、到达时间、随行人员等。

(二).药品、器材、物品用后均由出诊护士及时补充、清理、消毒,使其保持完好备用。护士长每天检查,急诊班、上夜、下夜三班要每班检查,并严格执行交接班制度,做好各种登记。发现抢救仪器有故障应及时报告科主任、护士长,并请维修工修理。

(三)救护车离开本院执行任务,须报本院医务科同意,并上报急救 医疗中心指挥调度室,以便指挥中心随时掌握救护车动向。

(四).出车执行 120 急救任务返回医院时,出诊医生须向急救中心指挥调度室报告出车情况并做好登记。

(五).车内禁止吸烟、摆放杂物。

(六).救护车司机定期做好车辆的检修、保养和救护车的清洁、消毒工作,保持车况良好,安全行驶。

### 救护车使用规定

一、救护车为医疗救护专用,实行 24 小时院内值班,由急诊科主任、护士长签发派车单。司机接到通知后,应在 5 分钟内做好出车准备,及时出车。

二、使用救护车一律按标准交费,一般情况先收费后出车。如情况紧急或通过电话 呼救者,可先出车,出车费由司机负责督促患者补交。

三、住院患者要求到外院就诊、检查或请外院医生会诊、手术者,均按上述收费标准,交纳出车费。

四、每月末由救护车司机将每次派车单和收费单据校对后交财务科审查收支情况,按医院出车补助标准,结算出车补助费。

五、非医疗用车,必须经业务院长签发派车单。私自派车、私自出车和出车不收费,查明责任者,按出车地点收费标准加倍罚款。

### 急诊患者接待分诊管理制度

#### 一、目的

通过对急诊患者接诊过程进行控制,使急诊患者及时、准确得到诊治,危重患者及时得到抢救,避免多科转诊,延误救治时机。

#### 二、适用范围

急诊科患者的接诊服务。

#### 三、职责

(一).急诊护士负责急诊患者接诊、分诊工作,按医嘱及时进行各种治疗和护理服务。

(二).急诊科护士长负责指导接诊、分诊工作,协调解决急诊患者接诊过程出现的问题及意外。

(三).护理部主任、急诊科主任负责协调解决特大意外、灾难事件及大的纠纷。

#### 四、工作程序

(一).急诊科专门设立一急诊班护士,负责接待来诊急诊患者,24 小时值班。

(二).接诊护士应按急诊患者病情轻、重、缓、急分别处理。

(1)对接受治疗的患者,当班护士根据需要安排坐姿或卧位,并介绍环境,交待注意事项及患者须知。

(2)对外伤的患者,接诊护士应做相应的初步处理,如止血包扎、固定制动等。

(3)高热患者按医嘱予以测量体温、物理降温,并安排床位、保暖等。在病历上做相应的记录,并按医嘱给予治疗及护理。

(4)急诊护士接到危重患者直接送入抢救室,通知相关医生抢救,并参加抢救工作,开通各种抢救通道,准备各种抢救仪器。遇到因科内条件限制不能处理的急诊患者(如心脏破裂、股动脉破裂等)应立即

送往手术室，争取抢救时间，在护送途中做好相应救治工作（如开通静脉通道等）。

(5)遇到由路人送来的无名氏，做好接诊救治工作的同时，护士应向患者询问他的地址、姓名、电话，根据患者提供的资料，联系其家人或朋友。

(6)对神志不清而无人照看者，在做好救治工作的同时，接诊护士和医生同时检查、清点患者的物品并登记、签名后暂时保管。根据患者随身物品所提供的资料，设法通知其家人或朋友。

### 急诊科病人入院护送制度

1、急诊科为急、危重病人入院设立了绿色通道：全体人员必须有急诊、服务、窗口意识，熟悉急诊科工作制度，严格执行各项规章制度和技术操作常规，坚守岗位。

2、对急、危重病人来急诊科就诊，医务人员必须在急诊科门口接诊，态度和蔼，用语文明。

3、凡急、危重病人接诊后严格按照各项抢救程序做好急诊抢救工作，陪同并护送病人做必需的检查，对严重颅脑外伤、胸腹联合伤、大出血等在抢救的同时做好术前一切准备，必要时送入手术室，危重病人电告病房做好床位准备及抢救的准备工作，对年老、体弱、行动不便者协助办理入院手续，护送入院。

4、护送患者时应注意安全、保暖、人文关怀，途中密切观察病情变化，保持输液、用氧及各管道通畅，对外伤骨折患者注意保持体位，减少痛苦。

5、传染病人做好消毒隔离工作，送入病房后要进行终末消毒。

6、送入病房后，应向病房医务人员做好交接班工作，如病情诊断、用药处置、生命体征、辅助检查、各管道通畅情况。接待病人、家属的咨询、问讯，指导医院路线、方向。

### 门（急）诊输液室工作制度

门诊输液室主要负责门诊病人的注射、输液治疗，以方便病人。

一、各种注射治疗应按处方和医嘱执行，对可能引起过敏的药物，必须按规定做好过敏试验。

二、严格执行查对制度，治疗前必须严格核对治疗单（输液单、注射单）和药物。（三查：查药品有无变色、沉淀、包装有无裂痕，药物的有效期，配伍禁忌，批号；七对：对姓名，药名，剂量、浓度、用法、时间、过敏药物是否已做过敏试验）；嘱病人保管好治疗单。

三、随时巡视病区输液病人，观察病情变化和输液情况，密切观察病人注射后的反应，发生注射反应或药物过敏反应要及时进行处置，并报告医师。注射要过敏药物的病人须观察15分钟后方可离开。

四、严格执行无菌操作规程，操作时戴好口罩、帽子；保持室内清洁卫生，空气流通，每日湿式清扫地面，治疗台面每日用消毒液擦拭，室内每日用三氧消毒机消毒一次，并做好登记。

五、准备好抢救药品、器械，放于固定位置；定期检查及时补充更换。

六、各种物品、药品分类放置、位置固定、标签完整、字迹清楚、专人保管，定期检查及时补充更换，保持整洁有序，用后放回原处。严格交接班制度，损坏物品要及时报告护士长登记，按规定赔偿或报损。

七、各种浸泡物品的消毒液按规定时间更换，并做好登记。各种无菌物品必须注明灭菌日期，超过一周者，重新灭菌。

八、注射器、输液器等一次性物品使用后须毁形、浸泡消毒后再集中处理，医用垃圾不要放入生活垃圾中，要按医疗废弃物管理制度统一处理。

### 肠道门诊工作制度

1、每年5月至10月开设腹泻病门诊，要求专人、专室、专设备，24小时值班。

2、严格执行各项诊疗技术操作规范和消毒隔离制度。

3、腹泻病门诊只准接诊腹泻病人，不得接诊其他病人。

4、做好腹泻病人的就诊专册登记，医学教育网搜集整理需抢救治疗及留床观察病人另做详细病历记录。

- 5、做好腹泻病人监测与统计工作，做到“逢泻必检、逢疫必报”。
- 6、对中、重型腹泻病人应在门诊积极抢救治疗或留床观察。
- 7、对漏报、瞒报、缓报疫情的，依法追究个人责任。

#### 发热门诊工作制度

发热门诊是我院急诊科在防控“非典”期间根据上级指示设立的，专门用于排查疑似“非典”病人，治疗发热患者的专用诊室。在该诊室工作的医务人员，应严格遵守“传染病防治法”和防控“非典”期间政府发布的相关法律、法规。做到“不漏报一个病人，不错报一个病人，不感染一个医务人员”。具体要求如下：

- 1：认真接待每一个发热患者，实行首诊负责制，决不允许推委、搪塞病患。
- 2：详细询问和记录流行病学调查表上所要求的内容，仔细填写特别是近两周的详细情况。
- 3：全面系统的检查患者的体温、脉搏、呼吸、血压。查血象，作胸透检查。如符合卫生部发布的“非典”病人诊断标准和疑似“非典”病人诊断标准的要立即报告院防治“非典”领导小组。并按传染病防治法的要求逐级准时上报。
- 4：对检查结果不能确定的病人，应提请院领导组织会诊后再做决定。
- 5：排出传染性非典型肺炎或疑似诊断后，患者持发热门诊的门诊病历证明到其他各科门诊就诊。
- 6：在发热门诊工作的医务人员应按要求穿戴隔离服、工作帽、12层口罩、防护眼镜、鞋套。离开发热门诊时应按相关隔离要求办理。
- 7：进入发热门诊就诊的患者应在医务人员的指导下带好口罩，病患离去后立即进行消毒处理。

### 第四节 门诊办

#### 门诊部工作制度

- 一、在院长领导下，负责做好门诊全面管理工作。
- 二、经常检查督促各科室工作制度和工作职责执行情况，加强信息反馈，提高服务质量。
- 三、做好门诊环境管理和秩序管理，达到环境整洁、舒适、安全、工作有序。
- 四、经常深入科室调查了解各项工作落实情况，进行分析，发现问题及时解决。并及时向院长汇报工作，提出改进工作措施。
- 五、健全和落实好本部门各项规章制度并组织实施。
- 六、严守工作岗位。每日检查开诊情况。
- 七、加强医德、医风建设，搞好门诊患者及社区合同单位满意度调查，进行分析改进工作措施，提高服务水平。
- 八、协助院领导抓好门诊医疗质量的管理。

#### 出具诊断证明、病休证明的规定

- 一、门诊医师要严格按照病情开写诊断、病休证明，并将其记录于病历。严禁开人情假条。急诊患者的病休证明一般不得超过3天。
- 二、证明盖章时须持挂号证（或小病历）在假期时间内有效，过期不予盖章，一般不补开病休证明。
- 三、凡属诊断证明（用于退休、离休、调换工种、意外事故等），须持有关单位证明信和病历，由本院指定的专业组医师开写，方可盖章。
- 四、计划生育证明（证明男方或女方无生育能力或儿童病残），须持县以上医疗单位转诊单或乡

以上计划生育办公室的介绍信，由本院指定的专业组医师 2 人以上签名。

五、须转外院诊疗者，由专业组副主任医师以上人员填写转诊病历，门诊部登记盖章。住院患者由医务科盖章，年终做好统计工作。

六、复工、复学证明，须持本单位建议复工、复学介绍信，经本院临床医师检查认可后，出具证明。

七、门诊医师不得开写外购药品证明。如有缺药，可与药房仓库联系或用其他药品代替。

八、非门诊医师开写的病休证明和病情诊断，不予盖章。门诊进修医师只允许出具病休证明，其他证明无效。

## 专家出门诊管理规定

为加强门诊工作管理，方便患者就医，根据医院目前的实际情况，经院内讨论决定，制定本规定。

1、专家门诊医师，应提前做好查房工作，安顿处理好自己收治的病员，确保医疗安全。专科门诊出诊时间：上午 9：30—11：30 时。

2、专家门诊不得随意停诊、迟到。

3、门诊部办公室应严格做好专家门诊管理工作，严格考勤考核，对各专家出勤情况做好仔细登记。

4、要求门诊登记日志、门诊病历、检查单、处方书写规范，严格执行首诊负责制和危重病人抢救制度，严禁推诿病人。

5、各科室主任配合门诊办安排好专家出门诊工作，各位专家严格遵守劳动纪律和各项规章制度，出诊日不迟到、不早退，不随意离岗、脱岗。

## 门诊病历书写制度

一、门诊病历是门诊医疗工作的原始记录，凡门诊病人不论初诊复诊都应建立门诊病历。

二、建立专科或专病的门诊病历保管制度。

三、门诊病历要求用钢笔书写，力求通顺、完整、简练、准确，字迹清楚、整洁，不得删改、剪贴、颠倒，医师要签全名。

四、门诊病历一般项目如病人姓名、性别、年龄、职业、籍贯、工作单位或家庭地址等内容在挂号时就应填写清楚。

五、医师要将病人主诉、现病史、既往史、各种阳性体征和必要的阴性体征、诊断或印象诊断、治疗和处理意见等记载于病历上。

六、每次诊察都要填写日期，病情急重者还要填写时间。

七、若要请求他科会诊，应将请求目的和本科初步意见填上，若要住院或转诊者也要填写住院原因或转诊摘要。

## 诊前准备制度

一、医护人员准时到岗。

二、护理人员提前做好各种物质准备（有的科室还要准备好消毒器械设备）。

三、各种单据的规范存放。

四、诊室的清洁卫生工作。

## 检诊制度

一、重视检诊工作，设立预诊、导诊处，由助理医师或经验丰富的老护士负责此项工作。

二、对初诊病人进行预诊分诊，较准确地进入相应专科避免挂错号要转科、转诊的麻烦和矛盾。

三、及时发现危重病人并作出相应处理。

四、及时发现传染病人，实行早期消毒隔离。

## 会诊转诊制度

一、为了保证较高的门诊质量，可根据病情需要，提出院内的科间会诊，经治医师必须提供病人的简要病史、体检结果和必要的辅助检查、初步诊断和会诊目的、要求等。

二、对院内科间会诊病人同样实行首诊负责制，必要时可陪同病人前往，或邀请会诊医师来科会诊。

三、接受会诊的科原则上应有主治医师以上人员接诊，并将检查结果和诊疗意见详细记载在病历上，转回原科。

四、若诊治结果认为确是本科专业范围，也可不转回原科，由本科负责处理到底。

五、凡院内难以解决需转往院外治疗者，门诊医师可提出转院意见，在病历上写明情况。

六、若属病情较重者应事先与转往医院联系妥当，防止意外事件发生。

## 消毒隔离制度

一、门诊病人流量大、病情杂，在诊疗和候诊过程中很易相互接触，因此凡发现传染病人必须立即作出处理，就地隔离消毒并根据病情转送传染病房或隔离病房，或转送传染病医院。

二、在传染病流行期间要设立临时检疫岗，对可疑者进行重点处理。

三、门诊应专设肠道传染病人的专用厕所。

四、注意对门诊诊室、治疗室内的空气、地面、墙壁、座椅、推车、轮椅、担架等定期消毒处理。

五、确诊或疑诊为法定传染病时必须及时填写传染病报告卡，防止漏报、错报。

六、按卫生行政部门规定，做好性病、职业病、肿瘤等疾病的登记报告。

## 门诊登记统计制度

一、要认真做好门诊各科工作日志的登记、收集、整理、核对和分析工作，保存原始登记报表，保证内容准确性。

二、定期分析门诊各科就诊情况，分析门诊病人就诊规律，提出有效措施和建议。

三、门诊登记范围应包括各科每日工作量、新病例登记、初复诊比例、疾病分类、转诊转院或入院人数，做到日报表、月报表按时上报。

## 门诊一般诊疗制度

一、门诊医师必须遵守门诊首诊医师负责制度，工作应认真负责，保证诊治质量，并尽量缩短候诊时间。

二、热情接待患者，根据主诉重点询问病史，进行全面的或重点的体格检查及必要的辅助检查，做到早期诊断，及时治疗，迅速处理。

三、根据门诊条件及病情需要决定检验项目及治疗方法，并交代清楚注意事项，采用特殊疗法时，务必掌握好适应症和禁忌症。

四、遇有疑难或不能处理的疾病，或两次复诊尚未确诊者，应及时请示上级医师或邀请会诊，并给以适当的治疗。

五、应随时警惕早期肿瘤，防止漏诊、误诊。

六、检查患者后应洗手，发现传染病时应按消毒隔离常规处理，并填写传染病报告卡片。

七、病情较重的患者，尤其是幼儿及老、弱病者，应设法收容治疗，或收住观察室进行治疗，防

止恶化。病情危急者，尤应简化诊断步骤，迅速抢救，如搬动可致病情加重时，宜就地抢救至病情允许时，再行搬动。

八、在门诊进行化疗、放疗，或使用激素、利尿药、抗生素等特殊治疗的患者，应及时复诊，观察反应与调整剂量。

九、言谈低声，对耳聋患者酌情采用写读。

十、注意保护性医疗。对癌症及某些预后不良的疾病，避免对患者直接说明，可向其家属或组织详细交待病情及预后。

## 会诊工作制度

一、若病情需要他科会诊或转专科会诊，须经本科门诊年资较高医师审签。

二、申请会诊科应提供简要病史，体检和必要的辅助检查所见，初步诊断、会诊目的与要求。

三、接受会诊科应按申请科的要求，由主治医师或指定的医师认真检查，并将检查结果及处理意见详细记录于病历上。

四、危重患者应先进行抢救，不宜搬动的患者及需要隔离的传染病患者，应邀会诊医师应迅速到达申请科进行会诊。

五、申请会诊尽可能不迟于下班前 1 小时，急诊会诊及特殊情况会诊随时进行。

## 处方填写制度

一、麻醉、成瘾性药品应用麻醉处方，不得和毒药、限剧药、普通药同开一张处方（中药除外）。

二、普通内服药一般开 3 天量，不超过 7 天，剧毒药不超过 1 日剂量，限剧药不超过 2 日剂量，成瘾性药品注射剂一般不超过 1 日量，如有超量，由医师重复签名。

三、限用药品一般由医师提出申请，经主治或主任医师审签。

四、急症用药，须在处方右上角注明“急”字，要求药房优先调配。

五、对不合格、不合理处方，药房有权拒绝调配。

六、医师、医士、进修医师有处方权，实习医师在医师指导下可开处方，其处方须经医师签字方可生效。医师签字或印模留样存于药剂科。

## 门诊手术制度

一、一般小手术，如表浅脓肿切开、表浅小肿瘤摘除、包皮环切术、轻症外伤等均可在门诊手术。

二、门诊手术须经医师诊察后决定，术前应向患者说明手术目的、经过、注意事项并预约手术时间等。急症手术随到随做。

三、术前应检查手术部位，严格执行查对制度，防止发生差错事故。

四、手术所用的敷料、器械及手术区域皮肤准备，均按消毒、备皮常规进行。

五、参加手术人员须按手术室无菌技术常规施行。手术时应细心认真，充分止血，缝合前检查敷料及器械，以免遗留物体在创口内，病理标本应妥善保管、及时送检。

六、术后给患者适当护理及休息，并预约复查及拆线日期，视病情需要亦可留观察室观察。手术经过由医师详细记录于病历内。

七、门诊手术室应有专人负责，保持清洁整齐，定期进行彻底清洁整顿和手术间空气消毒。手术器械定期检查、消毒，保证手术顺利进行（可参照手术室常规施行）。

八、术前谈话、签字制度。

## 门诊护理工作制度

- 一、各科室参加门诊工作的护士，在门诊部、护理部和本科护士长统一安排下进行工作。
- 二、门诊工作人员要坚守岗位，衣帽整齐。诊室应清洁卫生，有良好的候诊秩序。要进行候诊教育，宣传卫生防病、计划生育等知识。
- 三、门诊各级护理人员按岗位责任制工作，并掌握岗位职责标准。
- 四、各科门诊均应设分诊台，做到关心体贴病人、应态度和蔼，有礼貌、耐心地解答病人的问题，有计划地安排病人就诊。
- 五、加强检诊，作好分诊工作，严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染。
- 六、一切从病人利益出发，建立便民措施，对老弱和重病人给予照顾。
- 七、病人进行特殊检查 and 治疗的预约单要填写准确无误。

## 门诊与医技科室的协调机制

为切实提高就诊效率，缩短患者就诊等候时间，体现以病人为中心的服务宗旨，为病人提供又快又好的服务，特制定本协调机制。

- 一、日常出现的一些问题由门诊部及时解决，或科室与科室间直接联系解决。
- 二、门诊出现意外或突发事件由门诊部组织相关科室的成员召开紧急会议，进行紧急部署。
- 三、结合医院实际工作情况，辅助科室可实行分时段预约检查：
  - 1、住院病人安排在非门诊高峰时段检查，做影像、放射、心电图的病人一般安排在下午进行（急诊除外），与门诊高峰错开。
  - 2、做好预约就诊服务，让患者不同时间段就诊，分时段预约（如心超、肾脏血管 B 超，安排下午检查，上午保证空腹人员检查），减少就诊高峰值，有效缩短患者就诊等候时间。
  - 3、超声检查、影像检查、化验检查、心电图检查实行 24 小时服务制度，通过提供全天候检查保证患者随到随做，防止积压患者，以有效缩短患者检查等候时间。
  - 4、医技科室和其他辅助科室都负责检查结果查询，并提供检查结果查询服务。
  - 5、体检病人常规的化验检查可以在门诊部开具，普通用药可以在二楼便民药房开具，减短病人因开药、开单而排队等候时间。
  - 6、各医技科室必须在规定时间内发出报告（疑难病除外）。

## 门诊缩短患者等待检查时间的措施

- 1、优化服务流程，缩短病人排队等候检查的时间。
- 2、开展导医导诊服务，正确指导患者就诊。
- 3、增加服务窗口，减少等待时间。挂号高峰时间段，提前半小时上班，缩短病人挂号时间，收费高峰时间段，增加收费人员和收费窗口，缩短病人交费时间。
- 4、检验科常规检查项目提供快速检测方式。检验科采取分时段发报告的制度。
- 5、开展预约服务：电话预约，预约直线电话 82276139；医生工作站复诊预约，患者出院时可以通过医生复诊预约时间。

## 预约门诊预约诊疗工作制度及流程

- 一、各临床科室要根据医药卫生体制议案各项措施，结合我院实际情况，开展门诊预约诊疗服务。
- 二、门诊部要做好预约登记和门诊与住院部预约诊疗工作的衔接，各临床科主任应组织相关专家积极配合。



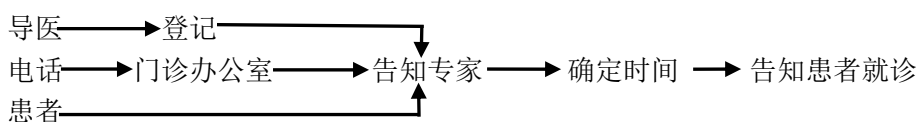
三、医院通过宣传栏、电子显示屏等多途径，宣传预约诊疗工作的意义、优势、方法，使广大患者和社会各界知悉，引导患者主动预约诊疗。

四、对预约就诊的患者要进行登记姓名、性别、年龄、就诊专科，并及时告知出诊医师，各出诊医师应及时上门诊治，优先诊疗预约患者。

五、预约方式：

- 1、电话：028-82276139
- 2、对出院复诊的患者实行中长期预约；
- 3、现场预约(导医)

五、预约流程：



## 医技科室兼顾门诊、急诊、住院的统一排程规则

为做好门诊和辅助科室之间的协调配合，充分调配医疗资源，制定本规则。

一、排程规则

- 1、急诊病人按危、急程度先进行检查排程规则。
- 2、门诊病人按照先后到达顺序，军人、孕妇、残疾病人先进行检查排程规则；
- 3、住院病人按照检查完成时间最短的先进行检查排程规则；

二、医技各科（药剂、检验、放射科、MRI、功能科、检验科）实行 8 小时工作制，24 小时值班制。

三、根据临床需要，放射科、彩（B）超、心电图提供床旁检查服务。

四、从开具急诊检查报告申请单起到出具检查结果时限：

- 1、MRI ≤48 小时。
- 2、CT ≤60 分钟。
- 3、X 光、彩（B）超、心电图、检验 ≤30 分钟。

## 门诊投诉接待管理制度

1、门诊投诉由门诊办指定专人负责病人的投诉接待工作。

2、门诊办受理病人的电话投诉、信函投诉及上门投诉等。

3、门诊办工作人员必须用医院统一的《投诉登记本》做好投诉记录。记录投诉者的基本信息及投诉内容与诉求，并记下投诉者的联系方式与电话号码。原始记录必须完整、真实，充分尊重投诉者叙述。

4、在处理投诉事件中要按工作流程规范办理。要注重调查研究，了解事实真相；要和颜悦色，平息矛盾；要办事公道，维护病人的合法权利；要及时处理与答复，让病人满意。

5、定期进行工作总结，将病人投诉内容进行归类整理，找问题，查症结，抓典型。并将文字性总结材料呈报上级领导，以便医院定期开展点评、教育及整改工作。

## 第五节 ICU

### ICU 收治、转入和转出标准及流程

转入收入 ICU 的患者，原则上需根据 ICU 的收治标准，经主管医师会诊同意后收入，节假日及夜班收治患者需及时向主管医师汇报。

从院内其他科室经会诊后转入的患者，应由原科室医护人员陪送入 ICU，且做好交接班，ICU 需预先做好抢救准备。

外院病人必须由 ICU 科主任会诊同意后收治入。

#### 一、收治范围

各种危重的急性可逆性疾病，需进行生命支持者，如各种休克，循环衰竭和心搏，呼吸骤停，各种原因引起的急性呼吸功能不全和呼吸衰竭急性发作。心肺复苏后需脑复苏的患者，溺水，电击伤复苏后患者，意外事故和严重创伤，各种类型中毒，多系统器官衰竭，昏迷及各种代谢性疾病危象，严重酸碱内环境失衡等。重大手术后需要密切监护和复苏，如心血管手术后，需行呼吸循环支持者，高龄半有并发症患者术后监护等。明确为脑死亡者，癌症晚期患者不应收 ICU。

#### 二、转入、转出标准

##### 1. 转入标准

病人需要加强治疗（第一优先权）应该优先于病人需要监护（第二优先权）和终末病人或预后恢复差的危重病人（第三优先权）。无论如何，当确定转入优先权时，必须事先客观的测定其疾病的严重程度及预后。

##### 第一优先权病人（Priority 1 Patients）

此组为危重的不稳定的患者并需要如：呼吸机支持，持续血管活性药物的输注等加强治疗（心胸外科术后病人或者感染中毒性休克）它也许适用于某些单位发展特殊转入标准（不同程度的低氧血症，低于某特殊血压标准低血压等）

第一优先权病人一般不限制其超过接受治疗范围。

##### 第二优先权病人（Priority 2 Patients）

这类患者需要进一步加强监护的服务，这些患者具有需要随时加强治疗的危险性，并且如使用肺动脉导管方法等加强监测对其有益（患者伴有心脏，肺部肾脏疾病基础状态，并已有急性严重性疾病或进行大的手术）

第二优先权病人一般不限制其所能接受治疗范围，第三优先权病人（priority 3 Patients）这些危重的不稳定患者以前为健康状态，或伴基础性疾病或急性疾病状态，即可能单独状态也可能联合状态。经过 ICU 治疗后有可能恢复或获得好处，达到其严重程度减轻。（患者具有恶性转移瘤并合并感染、心包填塞或肺部疾病；处于终末状态的或肺部疾病的患者合并急性严重疾病）病人为缓解急性疾病可接受加强监护治疗。

##### 例外（Exclusion）

1) 病人已确定脑死亡，做器官移植供体

2) 具有生存能力的病人，他拒绝进一步生命支持治疗且只是为“舒适的护理”这也不能除外 DNR 的患者。

3) 长久植物人状态的患者。

4) 需要 ICU 监测的生理状态稳定的患者。（来自血管外科术后病人；无合并酮症酸中毒糖尿病患者；脑震荡者或者轻度充血性心力衰）

## 2. 转出标准

第一优先权转出条件：当患者不需要加强监护治疗，或者当治疗失败具短期预后差，经过持续加强监护治疗恢复或好转可能性小。后者如患者包括三个或者更多器官衰竭，经进一步处理无反应的患者。第二优先权转出条件：当突然需要加强治疗的可能性减少者。第三优先权转出病人：当加强治疗的需要已不存在时，必须转出，但经过持续加强治疗其恢复或好转可能性小者，也许提前转出。例如：后者或许包括患者伴有晚期疾病（如慢性肺部疾病，末期心脏或肝脏疾病，广泛转移的肿瘤等）。

### 三、患者转出流程

患者转出 ICU 原则上由主管医师决定，转出时必须向病房医师详细介绍当前诊断，电解质，血常规及血气分析情况，目前治疗原则和 用药情况，现有液体的成分和浓度，有无特殊用药及剂量，浓度，有无并发症，需特别注意观察和处理的问题，进一步治疗和护理的问题的等，并将上述内容写入转科记录中。患者的转出应由 ICU 主管医生及科主任决定，少数患者可直接出院。

#### 心脏的介入治疗收治标准

1. PTCA 经皮腔内冠状动脉成形术；

2. 出血

3. 血压不稳定

4. IMC 无床转出标准

1. 血压被控制

2. BP 处于接受的参数

3. 腹股沟处稳定，鞘不需连续监护多系统损伤收治标准

- 1. 气道梗阻
- 2. 需要辅助通气
- 3. 需要血液动力学监测
- 4. 在术前及术后期间, 需要密切护士观察
- 5. 活动性出血或休克
- 6. 生命体征或者神经系统功能处于变动多系损伤；
- 或超出可接受参数之处转出标准
- 1. 呼吸不需要机械通气辅助达 24 小时 (ABG' s 处于正常或代偿正常范围之内)
- 2. 血液动力学不需持续监测
- 3. 生命体征, 神经系统功能 及肾功能处于可接受的范围内
- 4. 尿素氮及肌酐有所改善或无明白改变 x24 小时
- 5. 无发热
- 6. DNR

#### 心律失常（致死性心律失常）收治标准

- 1. 明确或恶性心律失常
- 转出标准
- 1. 遥测技术可以应用
- 2. 生命体征稳定 x24 小时
- 3. 酶无明显变化 (阴性) x36 小时
- 4. 无发热

#### 癫痫持续状态收治标准

- 1. 持续惊厥需要持续性监护护理

- 2. 气道梗阻需要辅助通气
- 3. 需要心脏监护
- 4. 生命体征不稳定
- 5. 明显神经系统功能障碍
- 转出标准
  - 1. 无惊厥活动 x24 小时
  - 2. 自主呼吸氧饱和度 > 92% x24 小时
  - 3. 稳定心脏, 神经及呼吸功能达 x24 小时

#### 肾衰衰竭收治标准

- 1. 不稳定生命体征需要经常评估
- 2. 慢性肾功能不全 (CHF) 的症状及体征
- 3. 需要紧急透析
- 4. 电解质不平衡  $K > 5.5$   $PH < 7.3$
- 5. 因电解质不平衡导致心律失常需要进行心脏监护观察
- 转出标准
  - 1. 生命体征稳定 x24 小时
  - 2. 电解质稳定
  - 3. BUN 及肌酸有所改善
  - 4.  $PH > 7.3$
  - 5. 无严重心律失常

#### 循环系统的损伤 (血管外科术后) • 收治标准

- 1. 观察移植开放 x24 小时
- 2. 观察术后出血及神经系统状态
- 3. 需要有创性监测
- 4. 已扩大的主动脉病患者
- 转出标准
  - 1. 移植开放的
  - 2. 无出血 x24 小时
  - 3. 无明显急性神经系统损害 x24 小时
  - 4. 无发热并且生命体征稳定

#### 主要外科病例收治标准

- 1. 术后麻醉需要辅助通气
- 2. 心脏监测 x24 小时
- 3. 术后期间需要医护人员密切观察进行药物处理
- 转出标准
  - 1. 自主通气 x24 小时
  - 2. 生命体征稳定 x24 小时

#### 药物中毒收治标准

- 1. 需观察呼吸状态并需要辅助通气者
- 2. 心脏心律监护 x24 小时
- 转出标准

- 1. 自主呼吸功能不需要辅助通气
- 2. 无心脏心律失常 x24 小时
- 3. 神经系统功能完整 x24 小时
- 4. BUN/肌酸/肝酶学有所改善或来改变 x24 小时

#### 移植收治标准

- 1. 需要观察 x24 小时~48 小时急性排斥反应
- 2. 观察抗急性排斥药物的付作用
- 转出标准
- 1. 无出血 x24 小时
- 2. 无明显排斥 x24 小时(无发热 SBP<90)
- 3. 自主呼吸功能不需要呼吸机辅助呼吸

#### 自杀企图(包括一氧化碳中毒)收治标准

- 1. 自杀预防
- 2. 需要医务人员密切观守
- 3. 需要心脏监护
- 转出标准
- 1. 稳定生命体征
- 2. 床边心理的医疗,可易达到
- 3. 内科医师医病转出

我院符合。

3. 对入住重症医学科的患者实行疾病严重程度评估。

## 保护性医疗制度和保护患者隐私制度

修订日期：2015 年 4 月

第 1 次修订

患者具有隐私权，隐私权必须得到保护。保护患者隐私是临床伦理学尊重原则、有利原则和不伤害原则的体现和要求。由于，医护人员在疾病诊疗活动中所处的地位特殊，会主动或被动地了解患者的病史、症状、体征以及个人的习惯、嗜好等隐私秘密。因此，医护人员在执业活动中，有关心、爱护、尊重患者的义务和保护患者隐私的义务。

一、医护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，以免在患者面前谈论，以及在无关人员面前提及，造成不必要的伤害。二、医护人员在查房时，可能对患者造成伤害的病情分析必须在病室外进行。

三、患者的隐私在诊疗过程中仅向医务人员公开，是不愿让他人知道的个人私有领域，医护人员有义务为其保守秘密，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。

四、医护人员在为异性患者进行诊疗、护理过程中，必须有二人以上人员在场，并注意加强对患者的保护。

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

## 关键科室患者识别、转接与登记制度

为确保患者医疗安全，完善关键流程（急诊、临床科室、手术室等）的患者识别措施，健全转科交接登记制度。特制定患者身份识别、转接与登记的相关制度。

1、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、年龄 2 种方法确认患者身份。

2、检查病情危重、意识障碍、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。

3、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。

4、护士在给使用“腕带”作为识别标示时，必须双人核对后方可使用，若损坏需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。

5、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。

6、在诊疗活动前，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。

#### 7、转科相关制度

(1)凡住院病人因病情需要转科者，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。

(2)转入科对需转入病人应优先安排，及时转科。如急危重病人，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，由转出科医师陪送至转入科。

(3)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，按联系的时间派人陪送到转入科，向值班人员交代有关情况。

(4)转入科应及时诊治或抢救转科病人，写好接收等记录。

(5)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。

(6)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。

8、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，结束后由病房负责护士核对后取下。

9、急诊、临床科室、手术室、ICU 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；出示患者在诊就诊的病例；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记录单，无误后方可离开。

(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例；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、病房对接记录单，无误后方可离开。

(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、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，手术室护士仍应按识别卡与病区做好病情、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。对于违反该制度的相关责任人，予以全院通报批评，并勒令定期整改，并处与一定金额的罚金。该制度从下发之日起执行。

## 第六节 麻醉科

### 麻醉科工作制度

一、负责麻醉者，在术前一天到科室熟悉手术病员的病历，各项检查结果，详细检查病员，了解思想情况，确定麻醉方式。开好术中医嘱。重大手术与术者一起参加术前讨论，共同制订麻醉方案。

二、麻醉前，应认真检查麻醉药品、器械是否完备，严格执行技术操作常规和查对制度，保证安全。

三、麻醉者在麻醉期间要坚守岗位，密切观察，认真记录。如有异常情况，及时与术者联系，共同研究，妥善处理。对实习、进修人员，严格要求，具体指导。

四、手术完毕，麻醉终止，麻醉者要把麻醉记录单各项写清楚。危重和全麻的病员，麻醉者亲自护送，并向值班人员交待手术麻醉的经过及注意事项。

五、麻醉后应进行术后随访。对全麻及其他重危病员，新开展的麻醉技术，应于二十四小时随访，将有关情况写入麻醉记录单。遇有并发症，应协同处理，严重并发症应向上级汇报。

### 差错事故防范制度

- 1、经常开展医疗安全教育，加强麻醉科全体人员的工作责任性和安全意识。
- 2、严格遵守各项制度和操作规程，定期检查实施情况并进行奖罚。
- 3、充分做好麻醉前准备，不论施行何种麻醉都要求做到思想、组织、药品、器械四落实。熟悉紧急用品的位置、熟练掌握气管内插管等应急能力和心肺脑复苏技术。
- 4、凡遇危重疑难病人，上级医师和科主任要亲临第一线，负责医师要密切观察病情并随时记录。发现问题及时处理。
- 5、严格查对制度，熟悉使用药物的药理作用，配伍禁忌，用药需二人核对药品、浓度、剂量。熟练掌握麻醉机、呼吸机及各种监护设备的使用和具备正确判断伪差及排除故障的能力。
- 6、使用易燃麻醉药品时，严防起火爆炸。室内各种气体钢瓶要有醒目标记，用后空瓶应移出手术间并挂牌表明。接触病人的电器设备严防漏电。
- 7、疼痛治疗和术后镇痛是新开展的技术，应加强管理，要有相应的质量和安全保证制度，不断总结经验，确保病人安全和止痛效果。
- 8、凡发生重大事件，应在 24 小时内报告所属市（地）**麻醉质控中心**，一周内书面报告省**麻醉质控中心**

### 麻醉前知情同意制度

为维护医患双方合法权益，不断提高医疗服务水平，依据国务院《医疗机构管理条例》、《执业医师法》、《侵权责任法》和我院《患者知情同意制度》等法律、法规和规章制度的要求，结合我科实际情况，修订本制度。

1、患者知情同意既是患者对病情严重程度、诊疗手术、麻醉方案、麻醉风险大小与益处、费用开支等真实情况有了解与被告知的权利，患者在知情的情况下有选择、接受与拒绝的权利。

2、麻醉前麻醉科医师必须向患者、近亲属或委托人交待为需要麻醉的手术患者或有创诊疗的患者施行麻醉是麻醉科医师的职责、并说明麻醉的充分合理性和必要性，并就术前注意事项、麻醉方式、麻醉相关的有创操作和可能发生的意外与并发症、术后镇痛的风险与益处和其他可供选择的方案，向患者、近亲属或委托人做详细交待。有关风险交待时，决不能回避可能发生或存在的（包括潜在的）危险性，争取取得患者、近亲属或委托人的理解，同意拟采用的麻醉方法、相关操作与治疗，并签署麻醉

知情同意书。

3、《麻醉知情同意书》是指麻醉前，麻醉医师向患者、近亲属或委托人告知拟施麻醉的相关情况，并由患者、近亲属或委托人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、病区、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、近亲属或委托人签署意见并签名，麻醉医师签名并填写日期，并将麻醉知情同意书存放在病历中。

4、由患者本人或其监护人、委托代理人行使知情同意权，对不能完全具备自主行为能力的患者，应由符合相关法律规定的人代为行使知情同意权。

5、对急诊、危重患者，需实施抢救性手术（有创诊疗或使用输血、血液制品）的麻醉时，在患者无法履行知情同意手续又无法与家属联系或无法在短时间内到达，而病情可能危及患者生命安全时，应紧急请示报告科主任、医教部值班室，或院总值班批准。

6、为保障患者安全所进行的有痛苦的或有一定危险的有创操作（如控制性低血压、人工低温、中心静脉穿刺置管、动脉穿刺置管等），在术前也要向患者、近亲属或委托人做好解释交待，说明诊疗项目的必要性、所存在的痛苦和危险性，体现在《麻醉知情同意书》中，可不单独签字，但不能回避可能会出现危险情况，也不能不切实际的夸大其危险性。

7、麻醉知情同意的告知地点包括患者床旁、麻醉科医师办公室或其他院内场所。术中突发事件的告知可与手术科室医师共同完成，告知次数和时间依据实际情况灵活确定。告知内容必须具备充分性、合理性和必要性，并将有关告知内容记录在《麻醉记录单》中。

## 复苏室工作制度

1、复苏室是临床麻醉工作的一部分，属于麻醉科领导，应由麻醉医师和麻醉护士共同进行管理。

2、复苏室必须配备经验丰富、技术精湛的的护士，具有扎实的临床护理基础，掌握各种监测方法，熟练地施行气管插管、心肺复苏、心律失常诊断和常规治疗，并能正确地使用呼吸器等特殊技术操作。

3、复苏室的监测设备、治疗用具、急救药物等都根据麻醉复苏要求配备齐全，病床必须装有车轮，以便随意推动，各项仪器设备应保证性能完好，处于应急状态。

4、患者收入或转出麻醉恢复室，均应由麻醉医师决定。麻醉专业护士协助麻醉医师负责病情监测与诊治。

5、手术病人送到复苏室后，麻醉医师必须向护士详细介绍病情，开出医嘱后，必须告知去向。

6、凡麻醉结束后尚未清醒，或虽已基本清醒但肌力恢复不满意的患者均应进入麻醉恢复室。

7、待患者清醒，肌力及呼吸恢复的情况评估合格后才能离开麻醉恢复室。

8、如遇到患者苏醒意外延长，或呼吸循环等功能不稳定者，应积极查找原因，及时处理，并考虑转ICU，以免延误病情。

## 交接班制度

1、遵守“接班不到，当班不走”的原则，特别是危重病人正处于危险中不交班，应协同处理，直致病情稳定。

2、值班人员必须坚守工作岗位，履行职责，保证各项工作及时准确有序进行。

3、每班必须按时交接班，接班者提前10分钟到科室进行交接班，在接班者未明确交班内容前，交班者不得离开岗位。不允许背靠背或电话交班。

4、交接内容包括：病人情况、麻醉经过、特殊用药、监测和输液输血，抢救气管插管用品的功能，管理药品等。

5、接班者如发现病情、治疗、器械药品交待不清，应立即查阅。接班时发现问题，应由交班者负责。接班后如因交接不清，发生差错事故或物品遗失，应由接班者负责。



## 麻醉科差错事故防范制度

1、经常开展医疗安全教育，树立预防为主思想，全心全意为病人服务。实行医疗安全责任制，要坚守岗位，集中精力，疑有意外先兆，立即妥善处理；按照各级医师职责和实际业务技术能力，安排手术病人的麻醉工作；

2、充分做好麻醉前准备，严格检查各种麻醉器械设备，保证抢救器具完好和抢救药品齐全；

3、严格遵守各项操作规程和消毒隔离制度，定期检查实施情况，防止差错事故；

4、严格查对制度。麻醉期间所有药物及输血、输液要做到“三查八对”，对药品、剂量、配制日期、用法、给药途径等要两人查对，特别要注意最易搞错的相似药物或相似安瓶。用过的安瓶等应保留到病人出手术室后丢弃，以便复查。

5、使用易燃易爆麻醉药，严防起火爆炸，各种麻醉气体钢瓶颜色要标志醒目；

6、没有麻醉机设备，严禁开展手术的麻醉工作，施行椎管内麻醉必须能掌握气管插管术。上岗工作不到一年或尚未取得执业医师资格和执业注册者不能单独担任主麻；严禁没有学历、非麻醉专业医师和未经过专业培训的人员担任麻醉工作，不允许一位麻醉医师同时实施两台手术的麻醉；

7、新技术的开展、新方法的使用和新药瓶的引进，必须经科主任的同意并经医院批准，并按照认真讨论后的预定方案实施；

8、严格进行交接班制度，坚持岗位交班、手术台旁交班。全麻、病情危机和疑难病例的手术一律不准交班，要协同处理。交班内容包括病人情况、麻醉经过、特殊用药、输血输液等；

9、围麻醉期的重大问题，应及时向科主任汇报，采取处理措施，医疗事故、医疗差错、麻醉意外和严重并发症均应进行全科讨论，吸取教训，认真整改。医疗事故、严重差错须向医务科报告；

## 麻醉科会诊制度

普通会诊：

1、普通会诊由麻醉科总住院医师负责，于接到纸质会诊单后 24 小时内进行会诊，并详实记录会诊情况，给出会诊意见，完成会诊记录。

2、若邀请会诊科室指定会诊医师级别，则由当日各线值班医师中相应级别医师负责。

急会诊：

1、白班急会诊由当日值班的二线医师负责，接到急会诊邀请电话后 10 分钟内必须赶到邀请会诊科室。

2、夜班急会诊由麻醉科总住院总医师负责，接到急会诊邀请电话后 10 分钟内必须赶到邀请会诊科室。

## 麻醉科术前、术后访视制度

### 一、术前访视制度

主治医师和住院医师应尽量争取同时访视术前病人。时机不允许时也可分别对第二天手术病人常规访视。探视病人时必须仪表端庄，衣着整洁，态度和蔼。住院医师必须在访视中携带听诊器、麻醉同意书和麻醉前探视单依次进行下列工作：

1、仔细全面阅读病历，包括心电图、超声心动图、胸片、造影、同位素及检验科各项常规生化检查，对病情、诊断和手术麻醉风险有一个总体了解。

2、了解手术方案和对麻醉的特殊要求。

3、探视病人：

1) 首先向患者行自我介绍，建立密切和谐的医患关系。

2) 与患者交谈，进一步了解病情及重要过去史。

3) 按照一定的顺序全面询问病史：必须包括主述、要求手术原因、现病史、过去史、手术麻醉史、外伤史、个人史、家族史、家族麻醉史、用药史及过敏史。仔细逐项填写麻醉前探视单。

- 4) 体格检查：应对与麻醉有关的各部位进行全面仔细的从头到脚的有顺序的体检并在麻醉前探视单做记录。
  - 5) 对患者进行亲切和蔼的安慰，消除其紧张与焦虑的情绪。
  - 6) 交代术前禁食、禁水，术前用药，更衣，小便等。
  - 7) 与患者说明麻醉的基本过程和入室后将要进行的各种操作，术后师根据病情和手术的要求决定，而且术中可能根据病情和手术变化而改变麻醉方法。
  - 8) 向患者解释麻醉科医师职责，鼓励病人提问并热情解答之。
  - 9) 向患者家属或/和患者讲述真实的病情，治疗、麻醉方案、可能的麻醉并发症、可能使用的麻醉方法。同时向患者及家属讲明麻醉意外保险项目，对于已同意购买麻醉意外保险的患者应在同意书上注明“已买麻醉保险”字样，便于出险后协助病人办理理赔手续。
  - 10) 讲明术后镇痛的必要性、优缺点、可能的价格和自费。
  - 11) 住院医师应请家属签署麻醉同意书，讲解所列内容的含义。（详见麻醉同意书签写规定）
- 4、住院医师如对手术方案或其他外科有关问题有疑问应与外科医师讨论和询问，必要时写下病史记录。住院医师应仔细填写麻醉探视单，对每项都应填写（阴性者填写负号），不得遗漏。根据病情开术前用药，每种药只占一行。制定麻醉计划。并将每位病人的情况于当晚 9 时前通过面谈或电话按下列顺序汇报给自己所属的上级医师：病史、体检、实验室检查、诊断和手术方案、术前用药，并请示第二天的麻醉方案和特殊准备措施，主治医师应借此机会对住院医师进行教学。
- 5、主治医师必须在第二天实施麻醉前确认麻醉同意书已签字，认真检查探视单并签字，主治医师应借此机会对住院医师进行教学。
- 6、新到住院医师或进修医师进入临床后，每月对术前访视单评审一次。连续三个月连续三次均不能达标的进修医师应退回，本院住院医师不准进入下一站轮转。
- 与麻醉相关的感觉和注意事项。特别要强调具体麻醉方法由麻醉科医

## 二、术后访视

麻醉后随访记录，术中或术后发生任何与麻醉有关的问题或病情不稳定或有特殊情况者必须随访。术后 1-3 天，对神经，呼吸，循环，消化和泌尿系统进行逐项观察，如发现并发症，应继续随访，并记录：

- 1、神经系统：头痛，感觉异常，意识状态
- 2、呼吸系统：气管插管后并发症，呼吸系统感染
- 3、循环系统：有无术后休克，心律失常，心绞痛等
- 4、消化系统：恶心，呕吐，腹胀等
- 5、泌尿系统：有无少尿，尿闭，血色尿或尿潴留，原因多与低血压，血型不合输血和药物损害有关，均需记录，并观察其治疗效果。

## 麻醉医师、药师审批制度

为严格我院麻醉药品精神药品的管理，保证麻醉药品和精神药品的合法、安全、合理使用根据国务院颁布的《麻醉药品和精神药品管理条例》、卫生部颁布《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》《麻醉药品和精神药品临床应用指导原则》和《处方管理办法》等有关法律、法规，结合我院情况特制定本制度。

1、按照上级主管部门的规定，定期对本院执业医师和药师进行麻醉药品和精神药品使用知识和规范化管理的培训，培训对象要求必须具备医师以上专业技术职称，5 年以上工作经验，所从事的工作与使用麻醉药品和精神药品相关等基本条件。

2、医师经考核合格的，由本院核发《麻醉药品、一类精神药品使用资格证书》，授予麻醉药品和第一类精神药品处方资格。

3、执业医师取得麻醉药品和第一类精神药品的处方资格后，方可在本医疗机构开具麻醉药品和第一类精神药品处方，但不得为自己开具麻醉药品和第一类精神药品处方。

4、药师经考核合格的，由本院核发《麻醉药品、一类精神药品调剂资格证书》，授予麻醉药品和第一类精神药品处方调剂资格。

5、执业药师取得麻醉药品和第一类精神药品的处方调剂资格后，方可在本医疗机构调剂麻醉药品和第一类精神药品处方。

6、负责将经考核合格的医师、药师签名留样并保管存档，医师开具麻精处方和药师调剂处方签名应与留样一致。医师、药师签名如有更改需到医务科进行变更登记并留样存档。

7、医务科须将具有麻醉药品、第一类精神药品处方资格的执业医师名单及其变更情况和签名留样及时在门诊药房和住院药房存档。

8、本院需将具有麻醉药品和第一类精神药品处方资格的执业医师名单及其变更情况，定期报送成都市卫生主管部门。

## 麻醉医师能力评价与再授权制度及程序

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《麻醉医师资格分级授权管理制度》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两年度复评一次。

(二) 评价标准：

1. 对本级别麻醉种类完成 80%者，视为手术能力评价合格，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的范围者；

(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《各级麻醉医师麻醉分级及麻醉范围》，提交医务处；

(二) 医务处复核认定后，提交医院讨论通过；

(三) 符合申请高一级别麻醉权限的医师，书写述职报告，填写“崇州市妇幼保健院麻醉医师资格准入申请表”，交本科室主任；

(四) 科主任组织科内专家小组对其技术能力讨论评价后，提交医务处；

(五) 医务处组织相关专家小组，对其进行理论及技能考核评估，提交医院讨论通过；

(六) 对取消或降低其麻醉操作权限的医师，科主任组织科内专家小组讨论，形成书面意见后，报医务处，医务处提交医院讨论通过；

(七) 医务处主任签批；

(八) 麻醉医师能力评价与再授权结果院内公示；

(九) 医务处备案。

### 三、监督管理

- (一) 医务处(质控办)履行麻醉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《医疗质量控制办法》的相关规定追究其责任。

## 麻醉医师资格分级授权管理制度及程序

### 一、麻醉与镇痛病人的分类

#### 1、参照美国麻醉医师协会(ASA)病情分级标准:I~V级

##### ASA 分级标准:

第一级:病人心、肺、肝、肾、脑、内分泌等重要器官无器质性病变;

第二级:有轻度系统性疾病,但处于功用代偿阶段;

第三级:有明显系统性疾病,功用处于早期失代偿阶段;

第四级:有严重系统性疾病,功用处于失代偿阶段;

第五级:无论手术与否,均难以挽救病人的生命。

#### 2、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,休克病人麻醉,高位颈髓手术麻醉,器官移植手术麻醉,高龄病人麻醉,新生儿麻醉,控制性降压,低温麻醉,有创血管穿刺术,心肺脑复苏等。

#### 3、新展开项目、科研手术。

#### 4、参考手术分级标准。

### 二、麻醉与镇痛医师级别

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,规范麻醉医师的级别。所有麻醉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,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任务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任务3年以内。

(2) 高年资副主任医师:从事副主任医师岗位任务3年以上者。

#### 4、主任医师:受聘主任医师岗位任务者。

### 三、各级医师麻醉与镇痛权限

#### 1、低年资住院医师

在上级医师指导下可展开ASA分级1~2级病人的麻醉如神经阻滞麻醉、低位椎管内麻醉及部分全麻,一二级手术(手术分级,下同)的麻醉,气管插管术等。

#### 2、高年资住院医师

在上级医师指导下可展开 ASA 分级 2-3 级病人的麻醉、二三级手术麻醉、初步熟悉心脏、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，休克病人麻醉，高位颈髓手术麻醉，器官移植手术麻醉，高龄病人麻醉，新生儿麻醉，支气管内麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等。

### 3、低年资主治医师

可独立展开 ASA 分级 2-3 级手术病人的麻醉、二三级手术麻醉、初步掌握心脏、大血管手术麻醉，颅内动脉瘤手术麻醉、庞大脑膜瘤手术麻醉，脑干手术麻醉，肾上腺手术麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克病人麻醉，高位颈髓手术麻醉，器官移植手术麻醉，高龄病人麻醉，新生儿麻醉，支气管内麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等，轮转疼痛门诊。

### 4、高年资主治医师

可独立展开 ASA 分级 3-4 级手术病人的麻醉、三四级手术麻醉、熟练掌握心脏、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，休克病人麻醉，高位颈髓手术麻醉，器官移植手术麻醉，高龄病人麻醉，新生儿麻醉，支气管内麻醉，控制性降压，控制性降温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等，轮转疼痛门诊。

### 5、低年资副主任医师

可独立展开 ASA 分级 4~5 级病人的麻醉、四级手术的麻醉，轮转疼痛门诊。

### 6、高年资副主任医师

指导下级医师操作疑难病人的麻醉及处置下级医师麻醉操作意外、疼痛门诊疑难病人诊治等。

### 7、主任医师

指导各级医师操作疑难病人的麻醉及处置各级医师麻醉操作意外、疼痛门诊疑难病人诊治，展开新项目、极高风险手术麻醉等。

## 三、麻醉与镇痛审批程序

1、麻醉科带教组长必须由高年资主治医师或副主任医师担任，带教组长按医师级别确定组内每例手术的麻醉医师名单。需要全科会诊的，至少提前 1 天交科主任组织全科会诊并审批。

2、科主任审批全科各医疗组每例手术的主麻、副麻名单，确保医师级别与手术分类相对应，签字生效。原则上，不同意越级手术。特殊状况下可以同意，但必需保证有上级医师在场指导。

3、病人选择医生时应以医疗组为单位，执行医师分级手术制度为前提。

## 四、麻醉与镇痛审批权限

手术审批权限是指对拟施行的不同级别手术以及不同状况、不同类别手术的审批权限。科主任的书面签字应落实在手术通知单的审批经过栏目中。

1、择期手术由科主任审批；

2、急诊手术由二线审批。

3、夜班及节假日手术由麻醉组长或二线审批。

## 五、特殊麻醉与镇痛审批权限

### 1、资格准入麻醉与疼痛诊治

资格准入麻醉与镇痛是指按市级或市级以上卫生行政主管部门的规定，需要专项资格认证或授权的麻醉与镇痛。由市级或市级以上卫生行政主管部门或其认可的专业学生机构向医院以及医师颁发专项麻醉与镇痛资格准入证书或授权证明。已取得相应类别麻醉与镇痛资格准入的麻醉医师才具有主持资格准入麻醉与镇痛的权限。

### 2、高度风险麻醉

高度风险麻醉是指麻醉科主任认定的存在高度风险的任何级别的手术。须经科内讨论，科主任签字同意后报医务科，由医务科决议自行审批或提交业务副院长审批，获准后，由指定的主任医师或高

年资副主任医师负责实施。

### 3、急诊手术麻醉

预期手术的麻醉级别在值班医生麻醉权限级别内时，可施行麻醉。若属高风险或预期麻醉超出自己麻醉权限级别时，应紧急报告二线值班，必要时向科主任上报。但在需紧急抢救生命的状况下，在上级医师暂时不能到场主持手术麻醉时期，值班医生在不违背医疗原则的前提下，有权、也必需按详细状况主持其以为合理的抢救，不得延误抢救时机。

### 4、新技术、新项目

(1) 一般的新技术、新项目须经科内讨论，同时按照《医疗技术临床应用资格能力评价和授权制度》的相关程序进行审批备案。

(2) 高风险的新技术、新项目须经科内由医院上报省卫生厅审批。必要时由省卫生厅委托指定的学术团体论证，并经专家委员会评审同意后方能在医院实施。

## 六、麻醉医师资格分级授权程序

(一) 麻醉医师可独立承担麻醉时，或麻醉医师根据前述有关条款需晋级承担上一级麻醉时，应当根据自己的资历、实际技术水平和操作能力等情况，书写述职报告，填写“崇州市妇幼保健院麻醉医师资格准入申请表”（见附件），交本科室主任；

(二) 科主任组织科内专家小组对其技术能力讨论评价后，提交医务处；

(三) 医务处组织相关专家小组，对其进行理论及技能考核评估；

(四) 医务处复核认定后，提交医院学术管理委员会讨论通过；

(五) 学术管理委员会主任签批；

(六) 手术医师资格分级授权结果院内公示；

(七) 医务处备案。

## 六、监督管理

(一) 医务处（质控办）履行管理、监督、检查职责；

(二) 按照本制度与程序对手术医师资格分级授权进行准入和动态管理；

(三) 不定期检查执行情况，其检查结果将纳入医疗质量考核项目中；

(四) 对违反本规范超权限手术的科室和责任人一经查实，将追究科室负责人的责任，并按照医院《医疗质量控制办法》的相关规定处理，由此引发的医疗纠纷，违规人员个人承担相应的法律和经济赔偿责任。

## 麻醉用具保管消毒制度

1、由专人负责麻醉用具的请领、保管。

2、在每个病人进行麻醉操作前后，麻醉者均应用肥皂或消毒剂及流水洗手。入手术室前应按规定着装。

3、麻醉机、回路、抽吸设备等处理：

(1) 每个病人麻醉结束后，所有可废弃的物料如吸痰管、气管导管、牙垫、双腔导管、喉罩、螺纹管等一次性用品，应按医院感染科管理要求处理，不能废弃的物品如呼吸囊待应用流水冲洗后放入薰箱进行消毒。

(2) 所有不废弃的金属器具应进行高压灭菌消毒。

(3) 咽喉镜在每次使用后，用水及消毒液冲洗，酒精擦净，检查电源处于备用状态。对患有传染病者，使用一次性喉镜片。

(4) 麻醉结束后用去污剂抹洗麻醉机、手推车、监护仪等。

4、椎管内及局部阻滞设备处理：

(1) 使用一次性穿刺包，使用前检查有效期，包装完整情况，及消毒标志，不合格者应更换。

(2) 硬膜外导管、连接器、注射器等使用后应废弃不用。

#### 5、药物及液体：

(1) 一般来说，麻醉科使用的药物大多是单剂量，如一病人未用完原则上应废弃不再使用。

(2) 静脉输液的液体及输液管、针头输液完毕应按医院有关规定处理。

(3) 二氧化碳吸收剂钠石灰，当不再有化学活性时，应废弃。

6、隔离的结核病人、乙肝病人等按规定特殊处理，尽量选用一次性用品。

## 麻醉与镇痛工作质量和安全管理规章制度

1、术前认真巡视病人，作好麻醉前评估工作，制订合理的麻醉方案。

2、根据病人的年龄、身体状况制订术后镇痛的方式及用药量。

3、术前认真核查手术病人所使用的麻醉药物均严格“三查、七对”。

4、麻醉中认真监测手术病人生命体征，不得串岗、离岗。

5、手术结束后认真评估手术病人，根据评估结果护送病人至病房或复苏室或重症监护室。并在床旁与接班护士作口头交接病人生命体征及注意事项，护送护士和接班护士作好病人交接工作。

6、定时随访病人，作好术后随访工作。了解病人镇痛情况，及时处理并发症及可能的意外情况。

## 第七节 血透科

### 血透室管理工作制度

一、以“患者至上”为宗旨，热忱为患者服务，不断提高医疗服务质量。保障医疗安全。

二、坚持岗位责任制，医师、护士、技师不得擅离职守。遵守各自的岗位规章制度。

三、基于卫计委发布的《医疗机构血液透析室基本标准》，《医疗机构血液透析室管理规范》，《血液净化标准操作规程 2010 版》对科室建设管理，开展工作。

三、由科主任全面负责科室管理工作，医师具体管理透析中心的医疗工作，护士长负责医疗护理工作及设备安全维护等工作，全科室建立完善的医疗质量与安全控制体系，定期开展质量控制工作，全体医护技师共同参与医疗质量管控工作。

四、严格遵守医院的各项规章制度。

五、严格遵守院感规章制度。保障血透安全有效的开展

六、严格按技术规范和操作规程进行医疗行为。

七、加强学术交流，不断提高专业水平，对新技术的开展应做到有指 证、有把握、有准备。\$ o9

W% n; p: C5 Z5 z

八、建立良好的医患沟通机制。

九、定期开展人员培训，，建立岗位规范化培训和考核制度，加强继续教育，加强职业安全防护工作。

十、注重卫生，爱护公物，防范安全事故。医护技之间团结友爱，互相帮助，沟通协作合力建设自己的科室文化。

### 血液透析室患者接诊制度

1、以“患者至上”为宗旨，热忱为患者服务，不断提高服务质量。

2、建立规范合理的透析接诊流程。

3、实行患者实名制管理，包括有效证件号码、联系电话、住址、工作单位等。

- 4、初诊血液透析患者要认真询问病史，进行乙肝、丙肝及艾滋病感染的相关检查。
- 5、对于发烧的血液透析患者，一定要首先排除传染性疾病，进行密切观察，必要时隔离透析，并上报医院有关部门。
- 6、常规进行血液透析的病人应该每半年进行一次有关乙肝、丙肝病毒及艾滋病等感染的检查。新病人前3个月每月进行一次有关乙肝、丙肝病毒及艾滋病等感染的检查
- 7、详细询问病史、查体，根据病情作出详细的透析计划。
- 8、建立完整的病历记录，透析病历包括首次病历、透析记录、化验记录、用药记录等。
- 9、严格医疗文书管理，严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。
- 10、建立良好的医患沟通渠道，对于与血液透析相关的有创操作，按照规定对患者履行告知手续，并签署知情同意书。
- 11、按照卫生部的相关要求，完成血液净化病例信息登记工作进行网络直报。

## 血液透析室工作流程

- 1、血液透析室接诊工作流程应体现快捷、准确、规范接诊患者，以优质的医疗服务满足透析患者要求。
- 2、科主任负责工作人员安排及日常管理工作；血液透析室医师负责具体透析相关工作。
- 3、医师采集病史，熟悉病情。
- 4、常规进行乙肝、丙肝及艾滋病，梅毒感染等相关检查。
- 5、医师根据血液透析适应征，符合血液透析指征的可以透析；存在禁忌症的不能透析；有相对禁忌症的予以纠正后根据情况决定是否透析；存在下列情况的分机分区透析：乙肝、丙肝传染期；以下情况的转有条件的医源透析：梅毒，艾滋病抗体（+）。
- 6、医师向患者及家属交代透析注意事项、签透析协议书，并要求病人或家属签字。
- 7、采集相关化验项目：血常规、凝血两项、生化七项、Ca、P、B.C.R.I、贫血三项、血清铁等。
- 8、首次透析前要建立暂时血管通路或永久性血管通路，要求住院完成。插管患者需住院，永久性血管通路：据病人情况右相应医师行动-静脉内瘘术。
- 9、患者进入透析室治疗前血液透析室医师给予称体重、量血压并根据患者病情变化及适应能力制定透析方案
- 10、透析病人收费包括透析费、透析用药、治疗操作费用等。  
门诊病人：每次透析前于门诊交费。  
住院病人：办理入院时于住院收费室交费。  
病人可预交费，已预交费用患者于每次透析后加以增减，因故（如转院、死亡等）不能继续透析者退还未透析部分费用。
- 11、完善相关医疗文书，并登记，分析医疗病人情况评估医疗质量，并作出相应的调整。

## 医疗及护理技术规范及操作规程制度

基本原则：一切医疗及护理操作制度以2010版血液净化操作规程为基本准则。具体操作规程见2010sop。

### 一、 医疗范围

治疗急、慢性肾功能衰竭，急性肺水肿，有机碳药物中毒，酒精中毒，免疫系统疾病如家族性红斑狼疮，神经系统疾病如格林-巴利氏病、重症肌无力，多发性骨髓瘤，高脂血症等病症。

### 二、 医疗方式

逐步开展：碳酸氢盐血液透析、血液透析滤过、血浆置换、血液灌流，单纯超滤等血液净化疗法。



### 三、 血液透析的适应症

#### 1、 急性肾功能衰竭

- 1) 高分解代谢者 (BUN 每日上升 25 以上) 立即进行。
- 2) 无尿 (小于 100ML/日) 或少尿 (小于 400ML/日) 者 48 小时以上, 体重增加 20KG/日。
- 3) 尿素氮 BUN > 80MG/DL
- 4) 血清肌法 SCR > 8MG/DL
- 5) 血钾 K > 6.5MEQ/L
- 6) 二氧化氮结合率 CO<sub>2</sub>CP? > 15MEQ/L
- 7) 有明显浮肿、肺水肿、恶心、呕吐、嗜睡、燥动、意识障碍者。

#### 2、 慢性肾功能衰竭

- 1) 内生肌法清除率 CCR 小于或等于 10ML/MIN (糖尿病患者小于或等于 15ML/MIN)。
- 2) 血清肌法 SCR 大于或等于 8—10MG/DL。
- 3) 尿素氮 BUN 大于或等于 80—100MG/DL

### 四、 血液透析禁忌症

#### 1、 相对禁忌症

- 1) 老年高危患者, 不合作的婴幼儿。
- 2) 严重出血或严重贫血。
- 3) 严重的低血压及休克。
- 4) 严重心脏病所致的心衰和肺水肿。
- 5) 肿瘤等全身疾病的晚期所致的肾衰。
- 6) 精神不正常不能合作者。

### 五、 血液透析并发症

透析疗法的医学并发症:

低血压、高血压、心率失常、失衡综合症、发热、头痛、恶心、呕吐、肌肉痉挛、急性溶血、呼吸困难、意识丧失、全身抽搐、精神异常、皮疹和瘙痒。

### 六、 急诊透析指征

- 1、 高血钾症: 血清钾 > 70MMOL/L, 无尿。
- 2、 严重左心衰竭: 呼吸困难不能平卧, 需吸氧, 咳粉红色泡沫样痰;
- 3、 严重酸中毒: COCP < 20MMHO、PH < 7.2, 严重电解质紊乱, 保守疗法不能纠正者。
- 4、 药物中毒深昏迷者, 并已在急诊洗过胃、下尿管者;
- 5、 符合上述条件者, 请注意以下事项:

透析前请化验: 血色素 (> 5.5G%)、血小板、出凝血时间、血型;

急诊透析时间一般不超过 3 小时, 高血钾征除外; 门诊病人必须通过急诊室; 病人血压稳定, 高压 100—90MMGH 以上, 低压 70MMGH 以上。

### 四, 血液透析装置操作规程

#### 血液灌流

##### (一) 治疗前准备

- 1、 灌流器的准备一次性应用的灌流器出厂前已经消毒, 所以在使用前注意检查包装是否完整、是否在有效期内。
- 2、 血管通路的建立与选择详见血液净化血管通路制备章节。
- 3、 体外循环的动力模式

(1) 非外源性动力模式依靠患者良好的心功能与血压，推动体外血路中血液的循环。仅限于医院无专用设备的急诊抢救时，而且患者无循环衰竭时的治疗。

(2) 外源性辅助动力模式利用专业血液灌流机或常规血透机或CRRT125设备，驱动并调控体外循环。

## (二) 操作程序及监测

### 1、灌流器与血路的冲洗

(1) 开始治疗前将灌流器以动脉端向上、静脉端向下的方向固定于固定支架上。

(2) 动脉端血路与生理盐水相连接并充满生理盐水，然后正确连接于灌流器的动脉端口上，同时静脉端血路连接于灌流器的静脉端口上。

(3) 启动血泵，速度以200~300 ml/min，预冲盐水总量2000~5000 ml 为宜。如果在预冲过程中可以看到游离的炭粒冲出，提示已经破膜，必须进行更换。

(4) 预冲即将结束前，采用肝素生理盐水充满灌流器与整个体外血路，最后将灌流器反转至动脉端向上、静脉端向下的固定方式，准备开始治疗。

如果患者处于休克或低血容量状态时，可于灌流治疗开始前进行体外预冲，预冲液可采用生理盐水、代血浆、新鲜血浆或5%白蛋白，从而降低体外循环对患者血压的影响。

2、体外循环体系的建立冲洗结束后，将动脉端血路与已经建立的灌流用血管通路正确牢固连接（如深静脉插管或动静脉内瘘），然后开动血泵（以50~100 ml/min 为宜），逐渐增加血泵速度。当血液经过灌流器即将达到静脉端血路的末端出口时，与已经建立的灌流用血液通路正确牢固地连接。

### 3、抗凝

(1) 治疗前患者凝血状态评估和抗凝药物的选择参照血液净化的抗凝治疗章节。

#### (2) 抗凝方案

1) 普通肝素一般首剂量0.5~1.0mg/kg，追加剂量10~20mg/h，间歇性静脉注射或持续性静脉输注（常用）；预期结束前30 分钟停止追加。实施前给予4mg/dl 的肝素生理盐水预冲、保留灌注20 分钟后，再给予生理盐水500ml冲洗，有助于增强抗凝效果。肝素剂量应依据患者的凝血状态个体化调整。

2) 低分子肝素一般选择60~80IU/kg，推荐在治疗前20~30 分钟静脉注射，无需追加剂量。同样肝素生理盐水预冲有助于增强抗凝效果（方法同上）。

(3) 抗凝治疗的监测和并发症处理参照血液净化的抗凝治疗章节

4、体外循环血流量的调整一般以100~200 ml/min为宜。研究表明，体外循环中血液流速与治疗效果显著相关，速度过快所需治疗时间相对较长，而速度较慢则需要治疗的时间相对较短，但速度过慢易于出现凝血。

5、治疗的时间与次数灌流器中吸附材料的吸附能力与饱和速度决定了每次灌流治疗的时间。常用活性炭吸附剂对大多数溶质的吸附在2~3 小时内达到饱和。因此，如果临床需要，可每间隔2 小时更换一个灌流器，但一次灌流治疗的时间一般不超过6 小时。

对于部分脂溶性较高的药物或毒物而言，在一次治疗结束后很可能会有脂肪组织中相关物质的释放入血的情况，可根据不同物质的特性间隔一定时间后再次进行灌流治疗。

6、结束治疗与回血急性药物中毒抢救结束后可采用空气回血。

### 7、监测

#### (1) 系统监测

1) 采用专用设备进行灌流治疗时，要密切观察动脉压、静脉压的变化。动脉压端出现低压报警时，常见于留置导管出现血栓或贴壁现象；动脉压端出现高压报警则常见于灌流器内血液阻力增加，多见于高凝现象，应追加肝素剂量；静脉压端出现低压报警，多见于灌流器内凝血；静脉压端出现高压报警时多见于除泡器内凝血、滤网堵塞。

2) 在依靠自身血压驱动的非外源动力灌流体系中, 没有完善的压力监测系统。应定期测定患者血压, 一旦患者出现低血压休克, 则有可能导致血液灌流不足而影响疗效; 动脉或静脉端除泡器内出现纤维蛋白沉积时, 提示抗凝剂量不足, 患者处于凝血倾向, 追加肝素剂量; 如果动脉端除泡器内血液平面逐渐升高, 提示灌流器内阻力升高, 多见于灌流器内凝血, 此时静脉端除泡器血液平面会逐渐下降, 必要时需要更换灌流器。

#### (2) 生命体征的监测

当患者进行灌流过程中应密切观察生命体征的变化。如果患者出现血压下降, 则要相应地减慢血泵速度, 适当扩充血容量, 必要时可加用升压药物; 如果血压下降是由于药物中毒所致而非血容量减少所致, 则应当一边静脉滴注升压药物一边进行灌注治疗, 以免失去抢救治疗的时机。

#### (3) 反跳现象的监测

1) 部分脂溶性较高的药物(如安眠药或有机磷类)中毒经过灌流后, 可以很快降低外周循环内的药物或毒物水平, 患者临床症状与体征得到暂时性地缓解, 治疗结束后数小时或次日外周组织中的药物或毒物再次释放入血, 导致患者二次症状或体征的加重。

2) 另一常见原因是没有进行彻底洗胃而在治疗结束后药物再次经胃肠道吸收入血。

3) 密切观察上述药物或毒物灌流治疗结束后患者状况, 一旦出现反跳迹象可以再次进行灌流治疗。

### 五、影响疗效的因素

(一) 毒物毒性的强弱。

(二) 两种或两种以上毒物同时中毒。

(三) 治疗时机灌流治疗过早则药物尚未形成血药浓度高峰, 过晚则药物过多地与外周组织结合。有下列情况者应尽早进行灌流治疗1、毒物中毒剂量过大或已达致死剂量(浓度)者, 经内科常规治疗病情仍恶化者。

2、病情严重伴脑功能障碍或昏迷者; 伴有肝肾功能障碍者; 年老或药物有延迟毒性者。

(四) 治疗时间一次灌流治疗时间不宜超过3 小时 (五) 特异性解毒药物的使用应与血液灌流同时使用, 但要注意吸附剂对解毒药的吸附作用, 必要时可加大相应剂量。

(六) 减少毒物吸收

1、灌流结束回血时可应用空气回血法, 因为生理盐水回血有可能增加毒物与吸附剂解离而再次进入血液的风险。

2、最大限度地降低药物的后续吸收是十分重要的手段, 如胃肠道中毒者应积极进行洗胃和(或)导泻, 皮肤中毒者积极清洗皮肤等。

### 六、并发症及处理

#### (一) 生物不相容性及其处理

吸附剂生物不相容的主要临床表现为灌流治疗开始后0.5~1.0 小时患者出现寒战、发热、胸闷、呼吸困难、白细胞或血小板一过性下降(可低至灌流前的30%~40%)。一般不需要中止灌流治疗, 可适量静脉推注地塞米松、吸氧等处理; 如果经过上述处理症状不缓解并严重影响生命体征而确系生物不相容导致者应及时中止灌流治疗。

#### (二) 吸附颗粒栓塞

治疗开始后患者出现进行性呼吸困难、胸闷、血压下降等, 应考虑是否存在吸附颗粒栓塞。在进行灌流治疗过程中一旦出现吸附颗粒栓塞现象, 必须停止治疗, 给予吸氧或高压氧治疗, 同时配合相应的对症处理。

#### (三) 出凝血功能紊乱

活性炭进行灌流吸附治疗时很可能会吸附较多的凝血因子如纤维蛋白原等, 特别是在进行肝性脑

病灌流治疗时易于导致血小板的聚集而发生严重的凝血现象；而血小板大量聚集并活化后可以释放出大量的活性物质，进而诱发血压下降。治疗中注意观察与处理。

#### （四）贫血

通常每次灌流治疗均会导致少量血液丢失。因此，长期进行血液灌流的患者，特别是尿毒症患者，有可能诱发或加重贫血现象。

#### （五）体温下降

与灌流过程中体外循环没有加温设备、设备工作不正常或灌流过程中注入了过多的冷盐水有关。

#### （六）空气栓塞

主要源于灌流治疗前体外循环体系中气体未完全排除干净、治疗过程中血路连接处不牢固或出现破损而导致气体进入到体内。患者可表现为突发呼吸困难、胸闷气短、咳嗽，严重者表现为紫绀、血压下降、甚至昏迷。一旦空气栓塞诊断成立，必须立即停止灌流治疗，吸入高浓度氧气、必要时可静脉应用地塞米松，严重者及时进行高压氧治疗。

### 单纯超滤

#### 一、定义和概述

单纯超滤是通过对流转运机制，采用容量控制或压力控制，经过透析器或血滤器的半透膜等渗地从全血中除去水分的一种治疗方法。在单纯超滤治疗过程中，不需要使用透析液和置换液。

#### 二、适应证和禁忌证

##### （一）适应证

1、药物治疗效果不佳的各种原因所致的严重水肿。2、难治性心力衰竭。3、急、慢性肺水肿。

##### （二）禁忌证

无绝对禁忌证，但下列情况应慎用：

1、严重低血压。2、致命性心律失常。3、存在血栓栓塞疾病高度风险的患者。

#### 三、治疗前患者病情评估

##### （一）生命体征评估

患者的意识状态、血压、心率、呼吸、血氧饱和度等。

##### （二）血容量状态评估

全面了解患者容量负荷状态，如水肿程度、体位（能否平卧）、心脏舒张期奔马律、双肺底部湿性罗音及胸、腹腔积液情况等。如条件允许，应测定中心静脉压(CVP)和(或)肺毛细血管楔嵌压(PCWP)，以客观评估患者的血容量状态。

##### （三）出、凝血功能评估

了解并观察患者脏器出血及各种引流液和伤口的渗血情况，检测出凝血相关参数。

##### （四）血液生化指标评估

应全面了解患者的肾功能、血清白蛋白水平、血清电解质浓度（血清钾、钠离子等）及酸碱平衡状态（CO<sub>2</sub>CP 或做血气分析）等，为确定治疗处方提供依据。

#### 四、设备选择

可依据各医院实际情况，选择普通血液透析机、单纯超滤机或连续性床旁血滤机等。在单纯超滤过程中，血液透析机处于旁路状态，连续性床旁血滤机置换液、透析液处于停止状态，通过跨膜压完成超滤过程。

#### 五、血管通路

临时（中心静脉导管）或长期血管通路（内瘘），参照血管通路建立章节。

#### 六、透析器或血滤器选择

推荐选择中、高通量的透析器或血滤器，可根据患者的体表面积、水肿程度选择适宜的滤器面积。

## 七、治疗方式和处方

(一) 选择单纯超滤，还是缓慢连续性超滤 (slow continuous ultrafiltration, SCUF) 应从患者病情及设备条件等方面权衡利弊后确定。SCUF 是利用对流原理清除溶质和水分的一种特殊治疗方式，特点是不补充置换液，也不用透析液，与单纯超滤比较，SCUF 的超滤率较低，持续时间可视病情需要延长，对血流动力学影响较小，患者更容易耐受，适用于心血管功能状态不稳定而又需要超滤脱水的患者。

(二) 单纯超滤原则上每次超滤量 (脱水量) 以不超过体重的4%~5%为宜。

(三) SCUF 的超滤率一般设定为2~5ml/min，可根据临床实际情况适时调整，原则上一次SCUF 的超滤液总量不宜超过4L。

## 八、抗凝

(一) 治疗前患者凝血状态评估和抗凝药物的选择参照血液净化的抗凝治疗章节。

(二) 抗凝方案

1、普通肝素：首剂量0.3~1.0 mg/kg，追加剂量0.1~0.5mg/kg·h，间歇性静脉注射或持续性静脉输注 (常用)，治疗结束前30~60 分钟停止追加。应依据患者的凝血状态个体化调整。

2、低分子肝素：一般选择60~80IU/kg (4000~5000IU)，推荐在治疗前20~30 分钟静脉注射，无需追加剂量。

3、阿加曲班：一般首剂量250 μg/kg、追加剂量2 μg/(kg·min)，或2 μg/(kg·min)持续滤器前给药，应依据患者血浆部分活化凝血酶原时间的监测，调整剂量。

(三) 抗凝治疗的监测和并发症处理：参照血液净化的抗凝治疗章节。

## 九、操作程序及监测

(一) 操作程序

1、打开设备开关，按照操作程序进行机器自检。

2、正确无菌操作，按顺序依次安装管路，连接透析器或血滤器，注意应将透析器或血滤器的滤出液出口在上端，以避免滤器膜外室中产生气体。

3、连接预冲液袋，预冲液推荐选择可用于静脉输入的袋装生理盐水1000ml，进行密闭式预冲，尽量避免使用瓶装生理盐水做预冲液，以减少开口。

对于临床上有高凝倾向的患者，推荐使用肝素生理盐水浸泡管路和滤器30 分钟，肝素生理盐水浓度一般为4% (配制方法为：生理盐水500ml 加入普通肝素20mg)，可根据临床实际情况做相应调整；肝素生理盐水浸泡过的管路和滤器，在上机前应给予不少于500ml 的生理盐水冲洗。

4、打开血泵开关，进行预冲，要求血泵速度小于180ml/min，依次将动脉壶、肝素管、滤器和静脉壶等部位的气体排净，确保整个管路系统充满液体，调节动静脉壶液面在2/3 处。预冲液体量按照不同透析器或滤器说明书的要求去做，如无特殊要求，不应少于800ml 生理盐水。

5、根据患者的病情特点和治疗要求设置超滤量、超滤时间；通常超滤率设定为1~2 L/h，但可依据实际临床情况进行调整。首次超滤量原则上不超过3L。

6、严格无菌操作，建立患者的血管通路，并给予抗凝药物。

7、调整血流量，血流量由50ml/min 开始，根据患者病情变化，缓慢提升血流量至150ml~200ml/min，并依据临床实际情况适时调整。血流量与超滤率一般为4: 1，当血流量过低不能满足超滤率要求时，机器将会报警。

8、完成目标超滤量后，将血流量调整至80~100ml/min，用生理盐水回血后下机，结束单纯超滤治疗。

(二) 监测

1、单纯超滤过程中注意监测患者的心率、血压等循环状态指标，有条件的医院推荐监测患者的有效循环血量情况，依据患者的各项指标变化，调整超滤率。

2、单纯超滤过程中注意监测动脉压、静脉压、跨膜压以及滤器的凝血情况，有条件的医院推荐监测凝血参数，动态调整抗凝药物用量，必要时可用生理盐水100ml 冲洗滤器。

## 十、并发症及其处理

### （一）滤器破膜漏血

由于滤器质量或运输及存放损坏，或跨膜压过高可导致滤器破膜，血液进入超滤液内，此时必须立即更换滤器。

### （二）滤器和管路凝血

由于患者存在高凝状态，或使用的抗凝药物剂量不足，或因静脉回血不畅，血流缓慢或血压降低等原因均可导致滤器和管路发生凝血，此时应立即增加抗凝药物（肝素或低分子肝素）剂量；有条件的医院应急检抗凝血酶III活性，如果患者抗凝血酶III活性低于50%，应改用阿加曲班作为抗凝药物；若静脉压、跨膜压在短时间内突然升高，管路、滤器颜色加深，应立即回血，避免凝血；若在下机时回血阻力突然升高，怀疑滤器管路有凝血时，应立即停止回血，以免血栓进入体内。

### （三）出血

使用抗凝药物剂量过大，可引起单纯超滤中患者发生出血情况，此时对于使用普通肝素或低分子肝素的患者，应暂时停用，并给与适量的鱼精蛋白拮抗，对于选用阿加曲班作为抗凝药物的患者，应暂时停用阿加曲班20~30 分钟，然后减量应用。

### （四）低血压

超滤率过大可导致低血压发生，通常发生在单纯超滤后期或结束前，在血清白蛋白或血红蛋白(Hb)水平明显降低的患者身上更易发生。患者早期表现为打哈欠、背后发酸、肌肉痉挛，或出现便意等，进而可有恶心、呕吐、出汗、面色苍白、呼吸困难和血压下降。此时应降低超滤率，必要时补充生理盐水或血清白蛋白制剂，对于经过上述处理后血压仍不能恢复正常的患者，应停止单纯超滤，并给予积极救治。

### （五）心律失常、猝死

对于心血管状态不稳定的患者，单纯超滤过程中有出现致命性心律失常，甚至猝死的可能，如出现上述情况，应立即停止单纯超滤，并给与积极抢救。对于这样的患者原则上推荐采用缓慢连续性超滤（SCUF）模式治疗。

## 十一、注意事项

（一）患者血细胞比容（Hct）水平越高，越容易在单纯超滤过程中因血液浓缩、血液粘度上升而使血流阻力增加。因此对于Hct 较高的患者，应适当增加抗凝药物的剂量。

（二）患者血清白蛋白水平越高，单纯超滤过程中血清蛋白成份越容易黏附于滤器膜上，而影响超滤效果；若血清白蛋白水平过低，血浆胶体渗透压下降，可以导致单纯超滤过程中患者组织间隙中的水分回流入血减少，血管再充盈不足，容易发生低血压而难以完成超滤目标，此类患者在单纯超滤过程中是否补充血清白蛋白制剂，应依据临床实际情况做出判断。

（三）温度过低将增加血液粘度，影响超滤效果。因此，单纯超滤过程中应注意给患者保温。

（四）单纯超滤过程中，血液中电解质成份将随水分等比例清除，因此超滤结束后患者体内各种电解质的总量、尤其是钠离子总量将降低；而超滤引起的有效循环血容量的下降，将刺激交感神经兴奋，促使钾离子从细胞内移向细胞外，因此，超滤结束后患者血清钾水平可能升高。

（五）选择高通量滤器，有助于完成目标超滤量；但超滤过程中氨基酸等营养物质的丢失也会因此而增多。

## 血液透析滤过

### 一、定义及概述

血液透析滤过（HDF）是血液透析和血液滤过的结合，具有两种治疗模式的优点，可通过弥散和对流两种机制清除溶质，在单位时间内比单独的血液透析或血液滤过清除更多的中小分子物质。

### 二、适应证和禁忌证

- （一）血液透析滤过适应证与血液滤过相似。
- （二）血液透析滤过禁忌证同血液透析。

### 三、治疗前患者评估

同血液透析及血液滤过。

### 四、治疗方式和处方

- （一）治疗方式：前稀释置换法、后稀释置换法及混合稀释法。
- （二）处方

- 1、常需较快的血流速度（建议 $>250$  ml/min）和透析液流速（ $500\sim 800$  ml/min），以清除适量的溶质。
- 2、置换液补充量：后稀释置换法为 $15\sim 25$ L，前稀释置换法为 $30\sim 50$ L。为防止跨膜压报警，置换量的设定需根据血流速度进行调整。

### 五、血管通路 见血管通路章节

同血液透析及血液滤过。

### 六、抗凝

- （一）治疗前患者凝血状态评估和抗凝药物的选择：参照血液净化的抗凝治疗章节。

- （二）抗凝方案

- 1、普通肝素：一般首剂量 $0.3\sim 0.5$  mg/kg，追加剂量 $5\sim 10$ mg/h，间歇性静脉注射或持续性静脉输注（常用）；血液透析结束前 $30\sim 60$  min 停止追加。应依据患者的凝血状态个体化调整剂量。
- 2、低分子肝素：一般选择 $60\sim 80$  IU/kg，推荐在治疗前 $20\sim 30$  min 静脉注射，无需追加剂量。
- 3、局部枸橼酸抗凝：枸橼酸浓度为 $4\%\sim 46.7\%$ ，以临床常用的一般给予 $4\%$  枸橼酸钠为例， $4\%$ 枸橼酸钠 $180$  ml/h 滤器前持续注入，控制滤器后的游离钙离子浓度 $0.25\sim 0.35$  mmol/L；在静脉端给予 $0.056$  mmol/L 氯化钙生理盐水（ $10\%$  氯化钙 $80$  ml 加入到 $1000$  ml 生理盐水中） $40$  ml/h，控制患者体内游离钙离子浓度 $1.0\sim 1.35$  mmol/L；直至血液净化治疗结束。也可采用枸橼酸置换液实施。重要的是，临床应用局部枸橼酸抗凝时，需要考虑患者实际血流量、并应依据游离钙离子的检测相应调整枸橼酸钠（或枸橼酸置换液）和氯化钙生理盐水的输入速度。
- 4、阿加曲班：一般首剂量 $250$   $\mu$ g/kg、追加剂量 $2$   $\mu$ g/(kg·min)，或 $2$   $\mu$ g/(kg·min)持续滤器前给药，应依据患者血浆部分活化凝血酶原时间的监测，调整剂量。
- 5、无抗凝剂：治疗前给与 $4$  mg/dl 的肝素生理盐水预冲、保留灌注 $20$ min后，再给予生理盐水 $500$ ml 冲洗；血液净化治疗过程每 $30\sim 60$ min，给予 $100\sim 200$  ml 生理盐水冲洗管路和滤器。

- （三）抗凝治疗的监测和并发症处理

参照血液净化的抗凝治疗章节

### 七、血滤器选择

HDF 使用的透析器与HF 使用的透析器类似，为高通量透析器或滤器。

### 八、置换液

见血液滤过章节。

### 九、操作程序及监测

**（一）物品准备：**血液透析滤过器、血液透析滤过管路、安全导管（补液装置）、穿刺针、无菌治疗巾、生理盐水、一次性冲洗管、消毒物品、止血带、一次性手套、透析液等。

## **（二）开机自检**

- 1、检查透析机电源线连接是否正常。
- 2、打开机器电源总开关。
- 3、按照要求进行机器自检。

## **（三）血液透析滤过器和管路的安装**

- 1、检查血液透析滤过器及管路有无破损，外包装是否完好。
- 2、查看有效日期、型号。
- 3、按照无菌原则进行操作。
- 4、安装管路顺序按照体外循环的血流方向依次安装。
- 5、置换液连接管安装按照置换液流向顺序安装。

## **（四）密闭式预冲**

- 1、启动透析机血泵80~100ml/min，用生理盐水先排净管路和血液透析滤过器血室（膜内）气体。生理盐水流向为动脉端→透析器→静脉端，不得逆向预冲。
- 2、将泵速调至200~300ml/min，连接透析液接头与血液透析滤过器旁路，排净透析器透析液室（膜外）气体。
- 3、机器在线预冲通过置换液连接管，使用机器在线产生的置换液，按照体外循环血流方向密闭冲洗。
- 4、生理盐水预冲量应严格按照血液透析滤过器说明书中的要求；若需要进行闭式循环或肝素生理盐水预冲，应在生理盐水预冲量达到后再进行。
- 5、推荐预冲生理盐水直接流入废液收集袋中，并且废液收集袋放于机器液体架上，不得低于操作者腰部以下；不建议预冲生理盐水直接流入开放式废液桶中。
- 6、冲洗完毕后根据医嘱设置治疗参数。

## **（五）建立体外循环（上机）**

### **1、血管通路准备**

#### **（1）动静脉内瘘穿刺**

- 1) 检查血管通路：有无红肿，渗血，硬结；并摸清血管走向和搏动。
- 2) 选择穿刺点后，用碘伏消毒穿刺部位。
- 3) 根据血管的粗细和血流量要求等选择穿刺针。
- 4) 采用阶梯式、钮扣式等方法，以合适的角度穿刺血管。先穿刺静脉，再穿刺动脉，动脉端穿刺点距动静脉内瘘口3cm 以上、动静脉穿刺点的距离10cm以上为宜，固定穿刺针。根据医嘱推注首剂量肝素（使用低分子肝素作为抗凝剂，应根据医嘱上机前静脉一次性注射）。

#### **（2）中心静脉留置导管连接**

- 1) 准备碘伏消毒棉签和医用垃圾袋。
- 2) 打开静脉导管外层敷料。
- 3) 患者头偏向对侧，将无菌治疗巾垫于静脉导管下。
- 4) 取下静脉导管内层敷料，将导管放于无菌治疗巾上。
- 5) 分别消毒导管和导管夹子，放于无菌治疗巾内。
- 6) 先检查导管夹子处于夹闭状态，再取下导管肝素帽。
- 7) 分别消毒导管接头。
- 8) 用注射器回抽导管内封管肝素，推注在纱布上检查是否有凝血块，回抽量为动、静脉管各2 ml 左



右。如果导管回抽血流不畅时，认真查找原因，严禁使用注射器用力推注导管腔。

9) 根据医嘱从导管静脉端推注首剂量肝素（使用低分子肝素作为抗凝剂时，应根据医嘱在上机前静脉一次性注射），连接体外循环。

10) 医疗废物放于医疗垃圾桶中。

## 2、血液透析滤过中的监测

(1) 体外循环建立后，立即测量血压、脉搏，询问患者的自我感觉，详细记录在血液滤过记录单上。

(2) 自我查对：

1) 按照体外循环管路走向的顺序，依次查对体外循环管路系统各连接处和管路开口处，未使用的管路开口应处于加帽密封和夹闭管夹的双保险状态。

2) 根据医嘱查对机器治疗参数。

(3) 双人查对：自我查对后，与另一名护士同时再次查对上述内容，并在治疗记录单上签字。

(4) 血液滤过治疗过程中，每一小时仔细询问患者自我感觉，测量血压、脉搏，观察穿刺部位有无渗血、穿刺针有无脱出移位，并准确记录。

(5) 如果患者血压、脉搏等生命体征出现明显变化，应随时监测，必要时给予心电监护。

## (六) 回血（下机）

### 1、基本方法

(1) 消毒用于回血的生理盐水瓶塞和瓶口。

(2) 插入无菌大针头，放置在机器顶部。

(3) 调整血液流量至50~100 ml/min。

(4) 关闭血泵。夹闭动脉穿刺针夹子，拔出动脉针，按压穿刺部位。

(5) 拧下穿刺针，将动脉管路与生理盐水上的无菌大针头连接。

(6) 打开血泵，用生理盐水全程回血。回血过程中，可使用双手揉搓血液滤过器，但不得用手挤压静脉端管路；当生理盐水回输至静脉壶、安全夹自动关闭后，停止继续回血；不宜将管路从安全夹中强制取出，将管路液体完全回输至患者体内（否则易发生凝血块入血或空气栓塞）。

(7) 夹闭静脉管路夹子和静脉穿刺针处夹子，拔出静脉针，压迫穿刺部位2~3min 左右。用弹力绷带或胶布加压包扎动、静脉穿刺部位10~20min 后，检查动、静脉穿刺针部位无出血或渗血后松开包扎带。

(8) 整理用物。测量生命体征，记录治疗单，签名。

(9) 治疗结束嘱患者平卧10~20 分钟，生命体征平稳，穿刺部位无出血，听诊内瘘杂音良好。

(10) 向患者交代注意事项，送患者离开血液净化中心。

### 2、推荐密闭式回血（下机）

(1) 调整血液流量至50~100 ml/min。

(2) 打开动脉端预冲侧管，用生理盐水将残留在动脉侧管内的血液回输到动脉壶。

(3) 关闭血泵，靠重力将动脉侧管近心侧的血液回输入患者体内。

(4) 夹闭动脉管路夹子和动脉穿刺针处夹子。

(5) 打开血泵，用生理盐水全程回血。回血过程中，可使用双手揉搓滤器，但不得用手挤压静脉端管路。当生理盐水回输至静脉壶、安全夹自动关闭后，停止继续回血。不宜将管路从安全夹中强制取出，将管路液体完全回输至患者体内（否则易发生凝血块入血或空气栓塞）。

(6) 夹闭静脉管路夹子和静脉穿刺针处夹子。

(7) 先拔出动脉内瘘针，再拔出静脉内瘘针，压迫穿刺部位2~3 分钟。用弹力绷带或胶布加压包扎动、静脉穿刺部位10~20 分钟后，检查动、静脉穿刺针部位无出血或渗血后松开包扎带。

- (8) 整理用物。测量生命体征，记录治疗单，签名。
- (9) 治疗结束嘱患者平卧10~20分钟，生命体征平稳，穿刺点无出血，听诊内瘘杂音良好。
- (10) 向患者交代注意事项，送患者离开血净中心。

## 十、并发症及处理

(一) **反超滤**：1、原因：低静脉压、低超滤率或采用高超滤系数的透析器时，在透析器出口，血液侧的压力可能低于透析液侧，从而出现反超滤，严重可致患者肺水肿。临床不常见。

2、预防：调整适当TMP（100~400 mmHg）及血流量（常>250 ml/min）。

(二) **蛋白丢失**：高通量透析膜的应用，使得白蛋白很容易丢失，在行HDF治疗时，白蛋白丢失增多，尤其是后稀释置换法。

(三) **缺失综合征**：高通量血液透析能增加可溶性维生素、蛋白、微量元素和小分子多肽等物质的丢失。因此，在行血液透析滤过治疗时，应及时补充营养。

## 血透病人护理常规

- 一、透析时严密观测生命体征，每小时测T、PR、BP遇有特殊情况随时监测，并记录。
- 二、严格按照医嘱设定透析条件（降水量、透析时间、除水速度），并经第二人查对。
- 三、透析中用药严格执行三查七对制度。
- 四、随时检查穿刺部位有无渗血、漏血，及时处理。
- 五、了解患者体重变化，随时与医生联系调节除水。病情变化，保证透析充分。
- 六、透析中出现低BP时，取头低脚高位，减慢除水速度，适当补充0.9%生理盐水。经常低BP者可采用高钠或取梯度高钠透析。
- 七、透析中高BP患者注意并发脑出血可采用低钠透析或考虑血容量增多的因增加除水。
- 八、加强透析中生活护理。
- 九、加强健康教育，积极进行卫生宣传，了解病人心理，教会病人自己调整入量，计算体重及保护内瘘的方法。
- 十、向患者介绍护理内瘘的知识，教会其爱护保养内瘘。
  - 1、保护术肢血管避免反复穿刺为内瘘吻合术创造条件。
  - 2、动-静脉内瘘吻合术后，术侧肢体发生肿用、疼痛、应抬高术肢，切忌压迫手术部位。鼓励患者活动术肢，反复握拳，增加血液循环。
  - 3、严密观察术后瘘情况可触摸到血管内搏动、听到血管杂音、发现异常及时处理。2-4周后、内瘘成熟可应用。
  - 4、内瘘仅限于透析用。不得用于取血或注射药物，且不能在内瘘侧肢体侧量血压，（抢救除外）。
  - 5、不断更换穿刺点，依次顺序更换以保护血管。
  - 6、防止血管瘤的形成，以松紧适度的护腕压迫血管怒张的部位。
  - 7、穿刺时严格执行无菌操作，动作轻柔敏捷。
  - 8、回血拔针后贴创可贴，上面用消毒纸卷压迫止血，嘱病人15分钟后取下，切忌压迫时间过长而形成内瘘血栓。
  - 9、压迫纸卷松紧度以在两侧触摸到血管转动为适宜。
  - 10、由于各种原因造成的内瘘血栓，应极时到医院做相应处理。

### 外瘘护理

- 1、严格无菌操作，接通血液管路及回血时均在无菌条件下严格完成。
- 2、无菌绷带包扎时顺通外瘘管，并将部分暴露以做一日和尚撞一天钟随时观察。
- 3、嘱病人睡眠时不可压迫外瘘肢体，闻及血管杂音（呼呼如风声）为通畅。

- 4、如发现外瘘管内有血浆球分离层，又听不到血管杂音时，视凝血堵塞，应立即处理。
- 5、发生凝血堵塞应在无菌条件下用导管绞痛，取出凝血块，缓慢入 5000 单位尿激酶，10—30 分钟后抽出导管，仍不能则需改内瘘。重手术，切忌用力注入管内，防止将血凝块压入血循环。
- 6、切忌用齿钳直接夹外瘘管。可垫以纱布防止夹破、剪断。

## 血透室医疗污物及废物处置制度

按照部颁【医疗机构医疗废物管理办法】结合 2010 版血液净化操作规程执行和制定我科医疗污物及废物处置制度

第一，设置专门污物处理室用来暂时存放生活垃圾和医疗废弃物，需分开存放，按相关部门要求分别处理。

第二，重复使用的消毒物品应标明消毒有效期限，超出期限的应当根据物品特性重新消毒或作为废品处理

第三，透析废水应排入医疗污水系统

第四，有专门的废物运输通道

第五，设立了专门医疗废物存放处医疗废物处理间，凡医疗废物均需装入加盖的污物桶内，并做到垃圾袋每日定时更换，污物桶每天定时清洁消毒。

第六，科室对医疗废物进行分类放置，并装入统一的专用垃圾袋，其中，特殊危险医疗废物使用红色垃圾袋、一般医疗废物使用黄色垃圾袋、生活垃圾使用黑色垃圾袋。对感染病人的医疗废弃物由专门的感染废弃物通道运送并处理。

第七，科室将医疗废物分装处理完毕后，由专门清洁工人将医疗废物按收置时间、地点规定，送到指定收置地点。

第八，科室运送垃圾工人应与收置点工作人员作好交接、登记，双方签字，保存记录 3 年。

第九，医疗废弃物不得乱放乱扔，不得进入清洁区，不得和生活垃圾混装，归置及运送中注意避免锐器伤，做好自身隔离保护措施。

## 医院感染控制及消毒隔离制度

1、从事血液透析工作人员应严格贯彻执行卫生部《医院感染管理规范（试行）》、《消毒管理办法》和《消毒技术规范》等有关规范。

2、清洁区应当保持空气清新，每日进行有效的空气消毒，空气培养细菌应 $<500\text{cfu}/\text{m}^3$ 。

3、为防止交叉感染，每次透析结束应更换床单，对透析单元内所有的物品表面（如透析机外部、小桌板等）及地面进行擦洗消毒。

4、物品表面细菌数 $<10\text{cfu}/\text{cm}^2$ 。明显被污染的表面应使用含有至少 $500\text{mg}/\text{L}$  的含氯消毒剂消毒。

5、乙型和丙型肝炎患者必须区分机进行隔离透析，并配备专门的透析操作用品车。护理人员相对固定。

6、新入血液透析患者要进行乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、梅毒及艾滋病感染的相关检查。对于HBsAg、HBsAb 及HBcAb 均阴性的患者建议给予乙肝疫苗的接种。对于HBV 抗原阳性患者应进一步行HBV-DNA 及肝功能指标的检测；对于HCV 抗体阳性的患者，应进一步行HCV-RNA 及肝功能指标的检测。每6 个月复查乙肝和丙肝病毒标志，每年复查梅毒和HIV 感染指标。

7、透析管路预冲后必须4 小时内使用，否则要重新预冲。

8、重复使用的消毒物品应标明消毒有效期限，超出期限的应当根据物品特性重新消毒或作为废品处理。

9、严格执行一次性使用物品（包括穿刺针、透析管路、透析器等）的规章制度。

10、透析废水应排入医疗污水系统。

11、废弃的一次性物品具体处理方法参见中华人民共和国卫生部 2002 年 11 月颁布的新版《消毒技术规范》

#### 治疗前准备

(一) 对于第一次开始透析的患者或由其它中心转入的患者必须在治疗前进行乙肝、丙肝、梅毒及艾滋病感染的相关检查。对于HBV抗原阳性患者应进一步行HBV-DNA及肝功能指标的检测；对于HCV抗体阳性的患者，应进一步行HCV-RNA及肝功能指标的检测，保留原始记录，登记患者检查结果。

(二) 告知患者血液透析可能带来血源性传染性疾病，要求患者遵守血液净化室（中心）有关传染病控制的相关规定如消毒隔离、定期监测等，并签署透析治疗知情同意书，透析器复用患者应同时签署透析器复用知情同意书。

(三) 建立患者档案，在排班表、病历及相关文件对乙肝和丙肝患者作明确标识

#### 工作人员着装及个人保护装置穿戴

(一) 工作人员从专门的工作人员通道进入血液净化室（中心）。于更衣室更换干净整洁工作服。

(二) 进入工作区，应先洗手，按工作要求穿戴个人防护设备，如手套、口罩工作服等。

(三) 医务人员操作中应严格遵循手卫生的要求穿戴个人防护装置。

(四) 处理医疗污物或医疗废物时要戴手套，处理以后要洗手。

(五) 复用透析器的工作人员应戴好手套、围裙、面罩、护目镜。

#### 工作人员手卫生

医务人员在操作中应严格遵守中华人民共和国卫生部2009 年颁发的有关医务人员手卫生规范，见附录。在透析操作中做到以下几点：

(一) 医务人员在接触患者前后应洗手或用快速手消毒剂擦手。

(二) 医务人员在接触患者或透析单元内可能被污染的物体表面时应戴手套，离开透析单元时，应脱下手套。

(三) 医务人员进行以下操作前后应洗手或用快速手消毒剂擦手，操作时应戴口罩和手套：深静脉插管、静脉穿刺、注射药物、抽血、处理血标本、处理插管及通路部位、处理伤口、处理或清洗透析机时。

(四) 在接触不同患者、进入不同治疗单元、清洗不同机器时应洗手或用快速手消毒剂擦手并更换手套。

(五) 以下情况应强调洗手或用快速手消毒剂擦手：脱去个人防护装备后；开始操作前或结束操作后；从同一患者污染部位移动到清洁部位时；接触患者粘膜，破损皮肤及伤口前后；接触患者血液、体液、分泌物、排泄物、伤口敷料后；触摸被污染的物品后。

#### 治疗物品转运

(一) 护士按治疗需要在治疗室（透析准备间）准备治疗物品，并将所需物品放入治疗车，带入治疗单元的物品应为治疗必须且符合清洁或消毒要求。

(二) 治疗车不能在传染病区和非传染病区交叉使用。

(三) 不能将传染病区患者的物品带入非传染病区。

(四) 不能用同一注射器向不同的患者注射肝素或对深静脉置管进行肝素封管。

#### 透析机消毒

(一) 透析机器外部消毒

1、每次透析结束后，如没有肉眼可见的污染时应对透析机外部进行初步的消毒，采用500mg/L的含氯消毒剂擦拭消毒。

2、如果血液污染到透析机，应立即用1500 mg/L浓度的含氯消毒剂的一次性布擦拭去掉血迹后，再用500mg/L浓度的含氯消毒剂擦拭消毒机器外部。

#### （二）机器内部消毒

- 1、每次透析结束时应对机器内部管路进行消毒。消毒方法按不同透析机厂家出厂说明进行消毒。
- 2、透析时如发生破膜、传感器渗漏，在透析结束时应机器立即消毒，消毒后的机器方可再次使用透析消耗品使用消毒处理

（一）严格执行国家食品药品监督管理局（SFDA）关于一次性使用物品的相关制度。经国家食品药品监督管理局批准的可复用透析器才可重复使用，复用必须遵照卫生部制定的《血液透析器复用操作规范》进行操作。

（二）透析器管路和穿刺针不能复用。

（三）乙肝病毒、丙肝患者、HIV及梅毒感染患者不得复用透析器/血滤器。

（四）透析器/血滤器复用的具体操作规程参照“透析器复用及质量控制”内容。

（五）一次性物品用于一个患者后应按医疗废物处理要求处理。

#### 空气和物体表面消毒

清洁区应当保持空气清新，每日进行有效的空气消毒，空气培养细菌应 $<500\text{cfu}/\text{m}^3$ 。

#### 医疗污物及废物处理

污物处理室用来暂时存放生活垃圾和医疗废弃物，需分开存放，按相关部门要求分别处理。

重复使用的消毒物品应标明消毒有效期限，超出期限的应当根据物品特性重新消毒或作为废品处理

#### 透析废水应排入医疗污水系统

（一）科室设立专门医疗废物存放处，凡医疗废物均需装入加盖的污物桶内，并做到垃圾袋每日定时更换，污物桶每天定时清洁消毒。（二）科室应对医疗废物进行分类放置，并装入统一的专用垃圾袋，其中，特殊危险医疗废物使用红色垃圾袋、一般医疗废物使用黄色垃圾袋、生活垃圾使用黑色垃圾袋。

（三）科室将医疗废物分装处理完毕后，由病房工人将医疗废物按收置时间、地点规定，送到指定收置地点。（四）科室运送垃圾工人应与收置点工作人员作好交接、登记，双方签字，保存记录3年。

#### 复用间消毒隔离制度

- 一、 进入室内穿工作服、专用鞋。
- 二、 严格执行复用操作规程，保持室内清洁整齐。
- 三、 房间内每日用紫外线照射2小时，有记录。每日用250MG/L的健之素消毒液擦拭桌面、柜内、地面一次。
- 四、 复用透析器、管路，专人专用，专人专盒，固定放置，柜内随时清理。储柜每月清洁消毒一遍。
- 七、 每日室内用空气消毒机做消毒一次，每月空气培养一次。

注：本制度由复用间复用工作人员负责监督执行。

#### 治疗室的消毒隔离制度

- 一、 进入治疗室要衣帽整洁、戴口罩、洗手、正规操作。
- 二、 每日紫外线消毒2小时，并专门登记使用时间，紫外线灯管每周照射两次。或空气消毒机消毒。
- 三、 室内清洁区、无菌区有明显标记。
- 四、 无菌物品与非无菌物品分别放置并位置固定，注明消毒日期消毒有效期，标记明显。
- 五、 每周二、五更换镊子罐、消毒液、碘洒、酒精，各无菌物品均有标签及消毒液日期。
- 六、 治疗车上层出不穷清洁区，下层为污染区。用完物品，车、盘清洁整齐。

八、 使用后的一次性注射器等用品，用 500MG/L 含氯消毒剂浸泡 1、注射器拉开针栓，使针管内充满消毒液，消毒液液面超过注射器，透析专用穿刺针用后打开子，使管内充满消毒液，浸泡于 500MG/L 的含氯消毒液内，消毒后的一次性用品，放入医用垃圾袋中，每日由卫生员，封闭运送至供应室、集中处理。

九、 止血带一人一根。

十、 生活垃圾与医用垃圾严格分开，医用垃圾用黑塑料袋包装送焚烧炉焚烧。

#### 血液透析室消毒隔离制度

一、 进入室内应站着工作服、穿专用鞋。

二、 操作进应戴口罩、帽子、严格执行无菌操作。

三、 空气消毒方法：每日透析结束后，紫外线照射 2 小时，清晨病人透析前开窗通风 1 小时；

四、 地面每日清洁 2 次，拖布专用，定期消毒。消毒方法为：每周四用 250MG/L 的含氯消毒液浸泡 10 分钟后清洗晾干。

七、 血压计袖带每周清洗一次；输液吊筐每周清洗后用石蜡油擦试，止血钳每周清洗一次，有血污随时清洗；氧气湿化瓶，每周用含氯消毒液用浸泡 10 分钟，清洗晾干后备用；吸氧管每人一根不可混用；体温表用 75%酒精浸泡消毒；消毒液每周更换 2 次。

八、 每月空气培养一次并作记录。

#### 感染控制监测

（一）透析治疗室物体表面和空气监测 每月对透析治疗室空气、物体、机器表面及部分医务人员手进行病原微生物的培养监测，保留原始记录，建立登记表。

（二）透析患者传染病病原微生物监测

1、对于第一次开始透析的新入患者或由其它中心转入的患者必须在治疗前进行乙肝、丙肝、梅毒及艾滋病感染的相关检查。对于HBV抗原阳性患者应进一步行HBV-DNA及肝功能指标的检测，对于HCV抗体阳性的患者，应进一步行HCV-RNA及肝功能指标的检测。保留原始记录，登记患者检查结果。

2、对长期透析的患者应该每6月检查乙肝、丙肝病毒标志物1次；保留原始记录并登记。

3、对于血液透析患者存在不能解释肝脏转氨酶异常升高时应进行HBV-DNA和HCV-RNA定量检查。

4、如有患者在透析过程中出现乙肝、丙肝阳性，应立即对密切接触者进行乙肝、丙肝标志物检测。

5、对于怀疑可能感染乙肝或丙肝的患者，如病毒检测阴性，其后1 ~ 3 月应重复检测病毒标志物。

（三）建议对乙肝阴性患者进行乙肝疫苗接种。

#### 医务人员感染监测及防范

（一）工作人员应掌握和遵循血液净化室(中心)感染控制制度和规范。

（二）对血液净化中心工作人员应定期进行乙肝和丙肝标志物监测。对于乙肝阴性的工作人员建议注射乙肝疫苗。

（三）工作人员遇针刺伤后

1、紧急处理办法：轻轻挤压伤口，尽可能挤出损伤处的血液，再用流动水冲洗（粘膜用生理盐水反复冲洗），然后用消毒液（如75%的酒精）进行消毒并包扎伤口。

2、填写《医务人员职业暴露登记表》，交医院感染管理办公室备案。

3、被HBV 或HCV 阳性患者血液、体液污染的锐器刺伤，推荐在24 小时内注射乙肝免疫高价球蛋白，同时进行血液乙肝标志物检查，阴性者于1~3月后再检查，仍为阴性可予以皮下注射乙肝疫苗。

#### 传染病报告

血液透析室（中心）发现新发的乙型肝炎、丙型肝炎或其他传染病应按照国家有关传染病报告制

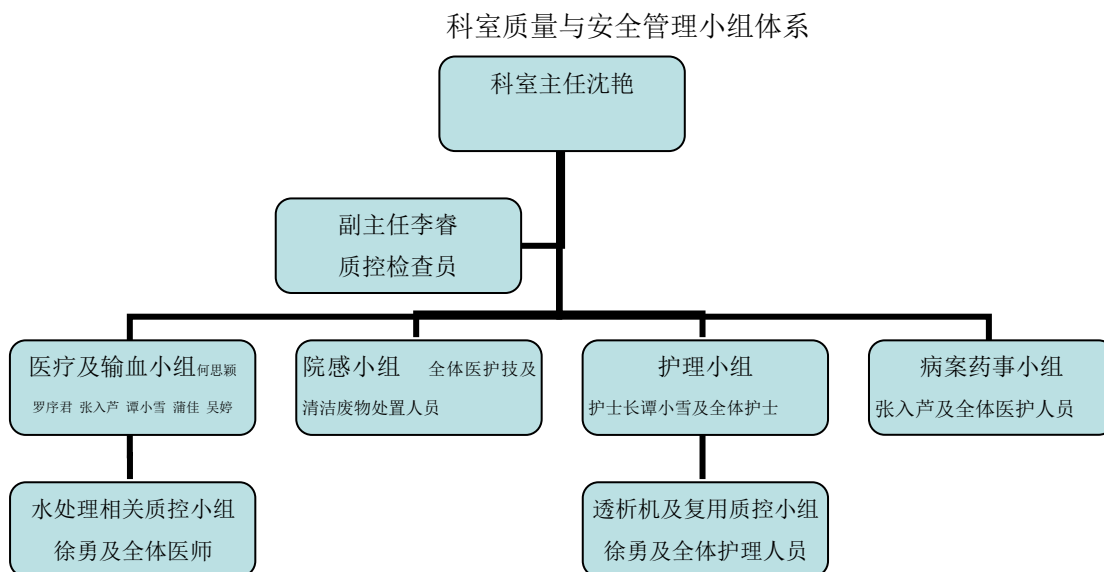
度报告相关部门。

## 医院职能部门检查制度及持续改进工作方案

- 1、医院各考核领导小组，各委员会和职能科室不定期的对科室进行相关分管内容的考核。
- 2、考核以后评价，总结，分析不足，并督促科室进行研讨切实可行的整改办法。
- 3、各质量管理目标负责人：行政副院长谭品玉负责行政，后勤总务的监督；医疗副院长陈慎之负责医疗质量与安全的监督；护理副院长康果负责护理质量的监督；院感科陈富涛负责院感的监督；药事委员会赵一红负责医药的监督；职能科室质量管理目标负责人为医务科：陈慎之； 护理部：陈锡丹；院感科：陈富涛；质控科 赵一红；
- 4、考核严格执行核心医疗制度。
- 5、强化质量监督。
- 6、重视环节质量。预防为主，防患未然。
- 7、根据本科室的具体情况和科室特色对重点环节严格把关。加强整改
- 8、对本科室的工作人员不定期的组织相关学习。加强医疗安全和医疗服务的学习的执行。
- 9、对医院提出的整改意见科室要整改并执行。并不断的学习。并传达至每个工作人员。

## 血透室质量与安全控制制度

- 1、科室主任为质量与安全第一责任人，制定每年的质量与安全管理工作指标
- 2、在医院质量与安全委员会的领导下工作
- 3、建立完善的科室质量与安全管理小组并每月开展工作
- 4、工作小组在科室主任的带领下每月开展质控活动，每月定期组织质控会议并学习相关知识，促进持续改进工作，并落实到人
- 5、每一季度对科室的质控及整改工作由科室质控检查员上报院质控部门并传达院质控部门的工作安排
- 6、质控内容为：十大安全目标，核心制度，血透病人的透析质量分析，血透室院感质量工作，危急值处理工作和 30 天住院病人的分析，不良反应事件的上报，病历及输血药事相关质控，护理质控，透析器复用质控，水处理及透析液相关指标质控，透析用内瘘及导管感染的相关质控，临床路径开展质控，应急预案及并发症的应急处理措施和流程



## 第八节 康复科

### 康复科管理制度

#### 一、康复科工作制度

(一) 严格遵守医院各项规章制度和各项操作规程, 执行医院休、请假、奖金发放等制度, 工作时间不准擅自离岗、吸烟、打闹、喧哗。

(二) 对伤残病人, 行动或卧床患者, 应坚持床边会诊及治疗, 急病人之所急, 帮病人所需, 以极大的爱心, 最大限度的帮助他们恢复身心健康。

(三) 坚持周会制度, 贯彻医院工作方针。科室工作, 每月有总结、有计划。加强精神文明建设, 拒收红包, 不开大处方, 不期瞒病人。加强科室各室间的协作。同志间的团结, 以大局为重, 不搞小团体。

(四) 坚持专业学习制度, 每日组织业务交流, 专人主讲, 提出新问题, 总结新方法, 制定新的操作方案, 以患者为本, 不断提高科室医技人员业务水平。

(五) 加强安全生产意识, 消除火、电隐患, 各治疗室明确责任人, 出现意外事故, 按医院奖惩条例追究当事人和责任人的责任。

### 理疗、针灸、运动、推拿室

#### 一、运动、理疗、针灸、推拿室负责人职责

(一) 贯彻执行院科两级规章制度, 严格管理本室仪器、家私、水、等器械, 防止丢失, 损坏及跑、漏等现象。

(二) 加强安全教育管理工作, 本室出现安全事故, 由各室责任人承责任, 并对当事人提出意见。

(三) 组织本室的专业学习及交流, 制定本室下级医师、实习进修人的培训计划, 监督本室人员的操作规程, 及时发现处理差错事故。全负责本室的临床医疗工作。

(四) 各室负责人, 以身作则, 带头完成临床医技工作, 不断提高自身业务水平。管理优秀者, 优秀进修外出学习, 更好的带动全室的工作。

#### 二、运动、理疗、针灸、推拿室管理制度

##### (一) 运动治疗室工作制度

- 1、凡需运动治疗患者, 由康复科医生填写治疗申请单。
- 2、运动治疗室的工作人员根据患者疾病的特点和患者的具体情况订合适的运动治疗方案。
- 3、对患者的功能状况进行定期评估, 并做好详细记录, 以确定患者问题, 拟定治疗目标修正及治疗方案。

4、在治疗过程中要密切观察、了解患者的情况和反应, 并向患者交注意事项和自我观察的方法, 取得患者的合作。

5、管理好运动治疗室的普通装备及功能训练器械, 经常维修、保养确保治疗安全。

6、运动治疗室工作人员要不断吸取国内外先进的治疗技术和方法, 以提高我们的治疗水平。保持治疗室清洁, 不得在治疗室内吸烟、喧哗。

##### (二) 理疗室工作制度

1、凡需理疗患者, 由接诊医生填写治疗申请单, 经理疗科医生检查后, 确定理疗种类与疗程。

2、理疗室技术人员应严格执行查对制度和技术操作规程, 治疗前交待注意事项, 治疗中细心观



察，发现异常及时处理，治疗后认真记录。

3、对不能搬动的住院病人，治疗后认真记录。

4、疗程结束后，应及时作出小结，填好治疗卡并妥善保管，供临床观察总结疗效。需继续治疗时应与理疗医生联系、确定，因故中断治疗应及时通知理疗医生。

5、进行高频治疗时，应除去病员身上的金属物（如手表等），注意地面与病员的隔离。病员和作者，在进行治疗时，切勿与砖墙、水管或潮湿地板接触。超高频治疗器械治疗前必须检查导线接触是否良好、极板有无裂纹、破损，否则不能使用。大型超声波禁用单极法，治疗中病员不得触摸机器。下班时，所有理疗器械一律切断电源。

6、爱护理疗仪器，使用前检查，使用后擦拭，定期维修。要避免震动损坏电子管或紫外线灯管。理疗机器每次治疗后应有数分钟的休息。

7、理疗室医师应经常到治疗室观察治疗过程，并与理疗室技术人员经常研究理疗方案及方法，不断改进理疗方法，探索理疗机器的新用途，发掘理疗新的应用范围。

8、理疗工作人员要坚持自学及重点进修学习，不断提高自身的业务能力，定期重点分析总结本科前五位病种的临床疗效，定期开展学术交流活动，提高理疗效果。

### （三）针灸室工作制度

1、严格无菌操作，针具必须严密消毒，防止交叉感染。凡留针治疗者，术者不得离开岗位，注意观察病员变化，取针时注意防止遗漏、断针。采取措施预防晕针、滞针和断针，如有发生迅速处理。使用电针时，应首先检查机器是否完好，输出是否正常，并根据病情，选用适当的强度，治疗完毕后将开关关闭，输出扭到零位。经常检查针灸是否完好，如不锐利或有弯曲时应及时修理，不易修直时应更换。

2、针灸时要严格遵守操作规程，注意解剖部位，防止发生意外。

3、对初次接受针灸的患者，如情绪紧张时，要先做好解释工作，消除患者疑虑，争取患者积极配合。

4、针灸室工作人员必须认真检查应诊病人，做好门诊病历及就诊登记，建立治疗观察卡。定期分析总结本科前五位病种的针灸治疗效果，不断改进提高针灸治疗效果。

5、针灸室外作人员应坚持岗位学习和临床科研，定期参加学术活动和学术交流，努力提高服务质量。

6、针灸室工作人员上班时，严禁在工作室内吸烟和喧哗。

### （四）推拿室工作制度

1、凡需推拿治疗的病人，需经推拿室医生详细检查病情并根据病员的体质强弱、老幼、性别、肥瘦等不同情况选择推拿部位及手法后，选好适当的体位，让病人暴露治疗部位，术者应按由浅入深，由轻到重，由慢到快的原则进行施术治疗。

2、在对异性病员推拿时，治疗部位暴露要适当，在进行治疗时要严肃认真，不得与病人开玩笑、聊天等。

3、在治疗室推拿时，术者要文明施术，选用手法要得当，不得为省力用肘部或脚跟等粗暴手法，更不能敷衍了事。

4、在保健性推拿时，病人应穿背心、裤衩、盖好按摩大单后可从上而下，先背后腹，先上肢后下肢，先舒盘扣点穴的原则进行施术。

5、推拿医生应坚持不懈的练功，不断提高推拿技术，真正达到有力、持久、均匀、深透的手法要求。

6、推拿医生在治疗后应及时洗手，注意清洁卫生。

7、推拿室工作人员上班时，不得在工作室内吸烟、喧哗。

## 第九节 中医科

### 中医科门诊工作制度

- 1、中医科应以继承、发掘、整理、提高祖国医学遗产为宗旨，积极搞好门诊工作。
- 2、中医科患者的诊断、治疗以中医治疗方法为主。
- 3、中医科的医疗工作必须以四诊八纲，理、法、方、药、辩证论治为指导原则，并积极采用现代医学技术，不断提高诊治水平。
- 4、加强门诊工作，积极开展门诊的中西医结合业务。
- 5、中医科除完成本科医疗工作外，还承担全院中医会诊，并承担中医的教学工作，认真带好进修、实习人员，定期开展中医学学术活动。
- 6、实行首诊负责制，坚守工作岗位，不得擅离职守，坚持医疗原则，按规定出具医学证明。
- 7、根据中医特色加强门诊建设，认真执行医院各项制度。
- 8、做好科内空气、物体表面、地面及医疗废弃物的消毒及处理工作，防止和控制医院内交叉感染，一旦发现传染患者，立即采取隔离等相关措施，并立即上报有关部门。

### 医患沟通制度

为了尊重患者权利，督促其履行义务，加强医患之间的沟通，根据《医疗机构管理条件》、《医疗事故处理条例》、《护士管理办法》和相关的规定，制定本制度：

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，对符合住院指针的可收入院治疗。在此期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历本上。

### 首诊负责制度

1、患者首先就诊的科室为首诊科室。接诊医生为首诊医生。首诊医师必须及时对患者进行必要的检查，做出初步诊断与处理，并认真书写病历。首诊医师不得以任何理由推诿、拒收、拒治患者。

2、患者被诊断为非本科疾患，首诊医师应及时转至其它科室诊疗。属于两科以上多种疾病的急、危、重患者，首诊医师应及时先抢救，并根据病情需要请他科会诊。严禁在患方面前争执、推诿。需抢救的患者，

3、必须转科治疗的患者，需经转入科室会诊同意（特殊情况除外，如需将患者直接送手术室，可先电话联系）。转科前，由首诊医师开写转科医嘱，并写转科记录，转出科室需派人陪送到转入科室，向接收医护人员交待有关情况，交接好病历资料方能离开。

四、因技术力量、设备条件限制本院不能诊治，病情允许转院的患者，须由责任医生或科主任通过医务科或院总值班先与接收医院联系同意后，按医院《转院制度》办理转院。首诊医生应当对患者的去向或转归进行登记备查。病情不允许转院的患者，若患者家属坚持要求转院，需要求患方签署《自动出院声明书》，同时在病历中按照自动出院做好相关的医疗文书记载。首诊医师可提供《病情介绍》或《出院证明》给患方。对患者按自动出院办理手续。

五、凡在接诊、诊治、抢救患者或转院过程中未执行上述规定，推诿患者，医院将按《医疗缺陷责任追究制度》处理当事人或科室。

## 中医科关于实施《医德规范》的制度

根据院部崇人医（1990）3号文的意见，为“勤俭办医院、树立全心全意为人民服务的医疗态度”作出努力，遵照院部要求和根据我科实际情况，特制定本制度：

1、工作中自觉树立社会主义医德医风，把维护病员生命，增进人类健康视作自己的崇高职责和神圣义务。

2、急病员所急，痛病员所痛，工作中谨慎周到，认真细致，准确及时，不敷衍，不马虎，对病员体贴友爱、和气谦逊，工作时间不串科聊天，不看小说，不带小孩，不陪家人。

3、尊重病员及其家属的尊严、自尊和意愿，对所有病员一视同仁，推行保护性医疗制度。

4、热爱自己专业，热爱祖国医学，刻苦钻研业务。努力提高技术水平，要求质量精益求精。

5、同事间互相尊重，团结中西医药护技各类同行，取长补短，提高技术。

6、举止言谈文明礼貌，工作严肃富有同情心，以端庄诚挚的态度，使病员可信可亲。

7、不得利用职业、职务之便，谋取私利，更不得以医易物，提倡廉洁行医。

## 中医科会议制度

为了很好地传递信息，使上情下达，下情上达，协调科内和科室与科室之间的工作，更好地为病员服务，特制订本制度。

1、按照院部部署，及时召开科内会议，学习或讨论有关内容。

2、学习、传达医院文件精神，传达科联会内容。

3、商讨工作中存在问题及改进方法，总结科内工作，制定工作和学习（包括政治和业务学习）计划。

## 中医科医疗差错事故管理制度

为保证医疗质量，防范医疗差错事故的发生，特制订本制度。

1、科内建立差错事故登记本，及时登记差错事故发生的原因、经过、后果、科主任定期组织科内讨论，总结经验教训，提出预防措施。

2、发生差错故事后，积极采取补救措施，以减少或消除由于差错事故造成的不良后果。

3、严格执行汇报制度，当发生差错事故后，科内立即按其性质，情节上报医务科，当事人在三天内写出书面检查材料，科内进行讨论，以提高认识，吸取教训，改进工作。

## 会诊制度

1. 凡遇疑难病例，应及时申请会诊。

2. 科间会诊：由经治医师提出，上级医师同意，填写会诊单。应邀医师应为本院高年资住院医师以上人员，一般要在两天内完成，并写会诊记录。邀请科室医生应陪同会诊医师会诊。如需专科会诊的轻病员，可到专科检查。

3. 急诊会诊：被邀请的人员，必须随请随到。夜班急诊会诊先由夜班医生会诊，必要时再请上级医师会诊。

4. 科内会诊：由经治医师或主治医师提出，科主任召集有关医务人员参加。

5. 院内会诊：平诊住院 7-10 天诊断不明或治疗效果不好、急诊或其他原因需要，由科主任提出，科主任准备各种资料，经医务科同意，并确定会诊时间，医务科提前通知有关人员参加。一般由申请科主任主持，医务科要有人参加。

6. 院外会诊：本院一时不能诊治的疑难病例，由科主任提出，经医务科同意，并与有关单位联系，确定会诊时间。会诊由医务科主持。必要时，携带病历，陪同病员到院外会诊。也可将病历资料，寄发有关单位，进行书面会诊。

## 中医科会议制度

为了很好地传递信息，使上情下达，下情上达，协调科内和科室与科室之间的工作，更好地为病员服务，特制定本制度。

- 1、按照院部部署，及时召开科内会议，学习或讨论有关内容。
- 2、学习、传达医院文件精神，传达科联会内容。
- 3、商讨工作中存在问题及改进方法，总结科内工作，制定工作和学习（包括政治和业务学习）计划。

## 中医科处方质量管理度

为认真书写医疗文献，保证医疗质量及患者安全，特制定本制度。

1. 门诊病历必须按照《四川省卫生厅关于中医病历书写规范》中规定的门诊病历格式进行认真书写，亦可根据病情需要，略作简要，但必须：1、项目（指一般项目）齐全；2、四诊（包括望闻问切）必须齐备，门诊部分力求详实简明，并先突出主诉部分，以后要有连续性和逻辑性；3、检查可包括实验检查，物理诊断以及其它现代检查手段的检查结果；4、诊断以中医辨病或辨证诊断为主，亦可结合西医诊断；5、治则、立法、选方、遣药均需齐备。评定方法按医务科评比标准执行，要求甲级门诊病历率大于 95%，乙级门诊病历率小于 5%，无丙级门诊病历出现。

1、 处方书写必须严肃认真，字迹清晰，尽量少用别名，签名必须全名，药品配伍如有十八反、十九畏及毒剧药品时，必须在该药名旁再次签名，并向病家作必要煎服法及注意事项等必要的交待。

## 保护患者隐私制度

患者具有隐私权，隐私权必须得到保护。保护患者隐私是临床伦理学尊重原则、有利原则和不伤害原则的体现和要求。由于，医护人员在疾病诊疗活动中所处于的地位特殊，会主动或被动地了解患者的病史、症状、体征以及个人的习惯、嗜好等隐私秘密。因此，医护人员在执业活动中，有关心、爱护、尊重患者的义务和保护患者隐私的义务。

1. 医护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、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。

2. 患者的隐私在诊疗过程中仅向医务人员公开，是不愿让他人知道的个人私有领域，医护人员有义务为其保守秘密，维护患者的各种利益，严格执行保护性医疗知道，不得以任何形式泄露患者隐私。

3. 医护人员在为异性患者进行诊疗、护理过程中，必须有二人以上人员在场，并注意加强对患者的保护。

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

## 第十节 高压氧舱

### 高压氧室安全管理制度

- 1、经常进行安全教育，不断增强医务人员安全意识和职业责任感，自觉地遵守各项安全管理制度。
- 2、建立健全各项安全管理制度，如机房安全管理制度、维修安全管理制度等，由科室安全员督促检查，促使措施落实。
- 3 严格遵守劳动纪律，操舱人员必须坚守岗位，不看书报、不做私事、不扯闲谈。
- 4、操舱人员应严格遵守操作规，未经医生同意，不得随便更改治疗方案。
- 5、每次治疗前，操舱人员必须对每个进舱人员进行认真检查，不得使火源、易燃、易爆及产生静电火花的物品带入舱内。
- 6 机房人员应经常检查、定期保养和维修各种设备带病工作。
- 7、未经本科室工作人员同意，不得随便进入治疗厅和机房。严禁任何人在大厅、更衣室和机房吸烟。
- 8 如设备发生故障，禁止在设备工作状态下进行检修，防止发生安全事故。
- 9 定期更换灭火器，使保持良好的备用状态。

### 高压氧室工作制度

- 1、 高压氧科（室）承担全院门诊、住院患者的高压氧治疗任务。
- 2、 高压氧科（室）承担本院医疗、科研、教学等各项工作，并认真完成上述各项工作任务。
- 3、 高压氧科（室）应建立交接班制度、学习制度、病案讨论制度及三级查房制度等。
- 4、 高压氧舱科（室）应特别注重安全管理，包括设备安全管理、治疗安全管理以及患者的安全管理等，并应分别制定安全管理制度，定期检查。
- 5、 高压氧科（室）工作场所内严禁吸烟。
- 6、 非本科（室）工作人员未经许可不得进入高压氧治疗区和机房、氧气房等处。
- 7、 高压氧科（室）实行首诊负责制，不得以任何原因推诿患者。对于抢救生命的危重患者，不得以经济等原因延误患者治疗。
- 8、 高压氧科（室）负责全院住院患者和急诊室的会诊工作。一般患者会诊应于接到会诊通知单后三天内完成，急诊会诊应于接到通知后 20min 内到达急救现场。

### 供氧间管理制度

- 1、 无关人员不得入内，氧气设备应指定专人负责管理操作。
- 2、 2、室内应经常通风。冬季室内气温应保持在 18 度左右。
- 3、 严禁烟火。设备检修需明火作业时，必须将所有氧气瓶移出供氧间，系统内的氧气必须彻底排除。
- 4、 操作人员不得穿钉鞋，不得带火种和易燃物进入氧气间。室内应备有灭火器材。
- 5、 5 供氧间的照明应使用防爆灯及开关，或者将开关设在室外。门窗应朝外开，并加以防护。
- 6、 操作人员必须熟悉供氧流程和减压器的使用方法，具有熟练安全操作技术。
- 7、 严禁双手及衣服沾有油脂或戴有油脂的手套去操作氧气设备，所使用的工具必须经脱脂处理。
- 8、 供氧间的工具应固定专用，不得随意挪作他用，以免沾有油污。
- 9、 氧气瓶在装入汇流排之前，应将气瓶出口清理干净，以免尘土等带入供氧系统。
- 10、 开关氧气阀门时，动作应缓慢。使用后瓶内留有不低于 0.4MPa 的余氧。

11、用后的氧气瓶和待用的氧气瓶应有明显标记，分开存放并避免烤晒。

12、用后的氧气瓶在运送和装卸时，应戴好瓶帽，并应避免碰撞。

13、严格执行交接班制度，做好使用记录和统计。

严格按照《气瓶安全监测规程》的有关规定管理和使用氧气瓶，并定期检查。使用前应检查氧气合格证、瓶色（天蓝色）及有无异味。

## 第四篇 护理管理制度

### 第十一章 护理管理制度

#### 护理各部门管理工作制度

##### 一、护理部工作制度

修订日期：2015年3月

第1次修订

（一）、在分管副院长的领导下，护理部实行护理部主任—护士长的二级管理。

（二）、根据院工作计划，结合临床医疗和护理工作实际，定期拟定医院护理工作计划，经分管领导批准后，具体组织实施，年度有总结。按医院总体规划，全院制定护理工作规划，并逐项开展、落实。

（三）、在护理部主任的具体主持下，坚持全面实施以病人为中心的责任制整体护理，建立健全各项护理质量管理工作制度、流程、预案、护理常规、技术操作规范各级护理人员岗位说明书。

（四）、经常深入科室，检查护理质量，督促检查各项工作的落实，杜绝护理事故，减少护理不良事件的发生，分析护理工作质量，发现问题及时解决，并作好记录。定期向院长汇报工作，提出改进工作措施。

（五）、经常督促检查工作制度和护理技术操作常规及护理人员工作职责的履行，严格落实各项规章制度和操作常规，检查和指导各科室完成工作计划，提高基础护理和疾病护理的质量。

（六）、定期、不定期召开会议，分析、总结、布置护理工作。对发生的护理不良事件进行追踪监测，实现护理质量的持续改进。

（七）、组织全院业务学习、护理查房与会诊，开展业务知识的学习和操作技术的训练，参与各科开展新业务、新技术的考核，并积极参与协调全院大型抢救、突发事件的人力、物力。

（八）、做好病房管理，达到环境整洁、安静、舒适、安全、工作有序的要求。对患者进行住院指导和生活管理，搞好基础护理，合理控制陪护，积极创造条件，搞好病房设置规范化。

（九）、掌握全院护理人员的工作学习、思想情况，关心护理人员，负责院内护理人员的调配，做到护理任务和力量的基本平衡，并及时向有关部门和主管领导提出护理人员升、调、奖、惩的意见。

（十）、负责全院护理人员医德医风教育，从思想、业务上不断的、有计划地提高护理人员的素质。

## 二、病房护理管理工作制度

修订日期：2015年3月

第1次修订

(一)、病房由护士长负责管理，全面负责病房财产、设备，并分别指派专人管理，建立账目，定期清点。

(二)、统一病房陈设，室内物品和床位要摆放整齐，固定位置，病房管理达到“四化”(管理目标化、工作制度化、操作规程化、设施规范化)，“八字”(整洁、舒适、安全、安静)，工作人员做到“四轻”(走路轻、关门轻、说话轻、操作轻)要求。

(三)、各级护理人员科学分工，明确各班工作岗位职责、标准、要求，保质保量完成工作。

(四)、严格执行各项规章制度、操作规程和护理常规。主动、及时巡视病房，严密观察病情变化，落实专科护理和基础护理措施，满足病人身心需要。

(五)、临床护理工作体现责任制整体护理，人性化服务，注意保护病人知情权和隐私权，严格落实“五心、三前、八声”服务理念。分管病人的护士要掌握病人的“十知道”(床号、姓名、诊断、病情、治疗、饮食、护理措施及检查阳性结果、性别、主要护理问题)，落实分级护理及病人的健康教育，加强与病人的沟通，保持良好的护患关系。

(六)、护理人员应具备处理护理意外事故和非护理因素不良事件的能力。

(七)、定期召开公休座谈会进行安全教育。健康教育指导，征求病人及家属意见，不断改进护理工作。

(八)、加强病人及探视、陪伴管理，按要求穿病员服，各科手术病人、重症监护室病人、五保户病人不得在病房吸烟、喝酒、赌博、闹事，维持正常医疗秩序。

(九)、合理安排工作时间，保证病人休息。晚9时到早6时、午睡时间一般不安排检查和治疗，谢绝探视，以保持病房安静。

(十)、做好病房内空气、物体表面、地面及医疗废弃物的消毒及处理工作，防止和控制医院内交叉感染，一旦发现传染病人，立即采取隔离等相关措施。

## 三、急诊护理工作制度

修订日期：2015年3月

第1次修订

(一)、贯彻“急救绿色生命通道”服务宗旨，急诊服务做到及时，安全、便捷、有效。

(二)、急诊要有独立的区域，分诊断区、治疗区、抢救区、观察区，各区有管理制度和流程，设备、人员、药品符合等《急诊科建设与管理指南(试行)》

(三)、急诊科护理人应该具有三年以上临床护理工作经验，固定护士不少于在岗护士的60%，在岗护士以上职称不少于40%，护士经过急诊专业训练，具备独立抢救能力，轮转人员上岗前培训并且有记录，护士长具备主管护师以上职称，5年以上急诊临床护理工作经验。

(四)、严格按照急诊工作流程，做好院前急救、接诊、分诊、抢救、处理、观察等工作，做好各项记

录。

(五)、急诊值班人员必须监守岗位，实行 7x24 小时服务。

(六)、急救药品、物品齐备，管理规范，做到“五定、五无、二及时、一专”，每班次交接，认真记录。“五定”(定数量品种、定位放置、定专人保管、定期消毒灭菌、定期检查维修)、“五无”(无裸装、无混装、无过期、无变质、无用药错误)、“二及”(及时检查、及时补充)“一专”(专人管理)。

(七)、抢救室急救设施，如心电监护仪、除颤器、呼吸机、洗胃机、负压吸引器等齐备完好，处于功能位。

(八)、救护车急救器材完备，如通讯设备、心电监护仪、除颤器、呼吸机、氧气、气管插管、创伤固定夹板、颈托、输液物品、铲式担架、负压吸引器等齐备完好，定期检查，做好交接记录。

(九)、有《重大突发公共卫生事件应急预案》，并有演练、记录。(十)、对传染病、疑似传染病以及特殊感染患者按照相关传染病诊治处理、上报和隔离保护。

(十一)、应该遵守《医院感染管理规范》，落实消毒隔离措施，做好空气、物体表面、地面及医疗废物的处理，落实做好手卫生规范。防止和控制医院感染。

(十二)、凡遇重大抢救及突发公共卫生事件要立即报告科主任和护士长，及相关院领导，并积极组织抢救。凡涉及法律纠纷的病人在积极救治的同时要及时报告相关部门。

## 四、门诊护理工作制度

修订日期：2015 年 3 月

第 1 次修订

(一)、护理人员有良好的仪容仪表，着装符合职业要求，佩戴胸牌，经过岗前、服务规范培训。

(二)、严格执行医院各项规章制度，严格执行首问负责制，提供就诊指南。关心、体贴病人，态度和蔼，礼貌待人，耐心解释。

(三)、加强门诊环境次序管理，门诊服务做到危重、老年、孕妇、残疾人、军人优先，残疾人就诊引导使用辅助工具、无障碍通道，有效落实患者的隐私保护，诊断室保持“一医一患”

(四)、为患者提供分时段预约就诊设立咨询台、流动护理服务、主动巡视，根据患者需求引导就诊。患者就诊过程中出现异常情况，及时处理，配合医生完成诊断及治疗。为患者提供轮椅、平车、雨伞、纸杯等。

(五)、门诊与住院部各病房加强联系，24 小时办理入院手续服务。

(六)、执行《医院感染管理规范》，做好空气、物表、地面的消毒，医疗废物正确处置，落实手卫生规范，防止和控制医院感染的发生。做好传染病或者疑似是传染病的预检分诊，准确、及时发热、肠道、传染病登记报告。

(七)、凡遇重大抢救及突发公共卫生事件要立即报告科主任和护士长，及相关院领导，并积极配合抢救。凡涉及法律纠纷的病人在积极救治的同时要及时报告相关部门。



## 五、重症医学科护理工作制度

修订日期：2015年3月

第1次修订

- (一)、重症医学科在护理部、科主任领导下，由护士长负责管理；
- (二)、保持病房整洁、舒适、安全、安静、避免噪音，不得在病房内大声喧哗；
- (三)、保持病房环境卫生，注意通风，每天通风2次：清晨下午各一次；
- (四)、医务人员着装整洁，严肃，不得在病房内接听手机、进食；
- (五)、患者住院期间应穿病员服，除必需生活用品外，不得存放过多物品；
- (六)、病房床位和物品摆放规范，所有与医疗、护理有关的仪器和物品，如监护仪、急救药品及一次性用品应放置在固定位置，使用后放在规定位置，不得随意乱放；
- (七)、急救仪器和用物应常备不懈，并指定专人负责每日清点、检查、填充，每班交接，做到有备无患；
- (八)、报警信号就是呼救，医护人员听到报警音必须立即检查，迅速采取措施，消除报警信号；
- (九)、病人做检查时必须有医护人员陪同送检，抢救药品、器械齐备，性能完好。
- (十)、值班医生值班期间不得离开病房；
- (十一)、按特级护理要求对病人实施护理。有护理计划，措施落实，记录规范完整。对患者压疮、坠床、人工气道突出例数与保护性约束有统计分析与改进；
- (十二)、严格执行医院感染管理各项要求，定期监测微生物指标，对三管监测发病率、感染率进行统计分析与改进。遇有严重感染、传染、免疫功能低下等患者应与其他患者隔离，有条件应安置在单间隔离病房，专人护理；
- (十三)、护士交接班时严格执行交接班制度，交接患者必须到床旁，接班护士确定无问题后，交班护士方可离开病房；
- (十四)、与医疗无关人员限制出入，科室外面公示家属探视制度，探视人员应遵守探视规定；
- (十五)、全科医护人员均有方便快捷的通讯联系方式以应付紧急情况，任何时候都要以病房的工作为先；
- (十六)、护士长全面附着保管病房及设备，并指派专人管理，建立账目，定期清点。如有遗失，及时查明原因，按规定处理。

## 六、血液透析室护理工作制度

修订日期：2015年3月

第1次修订

- (一)、护士长具备主管护师及以上专业技术职务任职资格，具备3年以上透析护理工作经验。
- (二)、护理人员具有3个月以上三级医院血液透析培训经历。

- (三)、建筑布局和工作流程符合医院感染控制要求。对血液传播性疾病患者实施分区、专机隔离透析。
- (四)、每周组织业务学习两次学习血液净化专业理论、并发症、应急预案和透析新技术，每月进行一次血液透析操作考核，定期进行业务考核做到人人过关，提高血透护理业务水平。
- (五)、严格执行各项规章制度和操作常规，检查透析耗材有无破损及过期。
- (六)、加强急救器材、物品、药品的管理，班班交接，做到完好备用。
- (七)、有效落实患者接诊、实名制登记与信息核对工作。
- (八)、连接、安装并预冲透析器和管路，调节透析机各项报警阈值。按照动静脉穿刺原则或导管处置原则正确建立患者血管通路。正确执行透析医嘱。
- (九)、透析过程中密切观察患者病情变化，及时发现、处理治疗中的并发症。观察患者穿刺针眼、管路及透析器接口有无渗血，每小时观察并记录生命体征及透析相关指标，记录规范、准确、及时、完整。透析过程中有效落实患者隐私保护措施。

## 七、手术室护理工作制度

修订日期：2015年3月

第1次修订

- (一)、手术室布局合理，符合功能流程和洁污分开的要求，各区域划分明确（限制区、半限制区、非限制区）。
- (二)、严格加强手术人员资源的管理，护士长应具备护师以上专业技术职务任职资格并具备3年以上手术室护理工作经验与一定的教学和管理能力。手术室护士与手术间之比不低于3:1，专科护士比例 $\geq 30\%$ ，手术室工作经历2年以内的护士占总数 $\leq 10\%$ 。
- (三)、手术室应有完善的突发事件的应急处理预案，并有相关的培训演练登记记录。对手术室护理人员进行岗位培训，应有相关专业理论知识技能、院感相关知识培训考核登记。对运送工人、保洁员有岗位培训及相关院感知识培训的考核及登记。
- (四)、凡进入手术室必须按要求更衣，贴身衣领及衣袖不得外露，戴口罩遮住鼻孔，头发不得露出帽子。有事外出应更换外出衣、鞋，非手术室工作人员未经许可不得擅自进入手术室，严格限制手术间参观人员。患呼吸道感染及面部、颈部、手部皮肤感染者原则上不可进入手术室。
- (五)、凡进入手术室人员，应严格遵守手术室规章制度，严格执行消毒隔离制度和无菌操作规程，防止交叉感染。
- (六)、严格按一类、二类、三类手术顺序实施手术，根据护士的资质能力及手术分级制度护理安排手术，每一手术间限设一张手术台。特殊感染及传染手术按特殊感染手术处理。有效落实急诊手术绿色通道的保障措施和协调机制，确保急诊手术的顺利施行。
- (七)、严格执行查对制度及三方核查制度，认真落实“十防”措施，防止标本遗失、异物残留、用气安全、术中压疮等错误确保病人安全。
- (八)、严格执行《医院感染管理办法》规定，手术器械及物品一用一灭菌。定期做环境卫生学及手术

器械、敷料包的消毒灭菌效果监测。加强一次性物品的管理，严防切口感染和医院感染，并做好相关资料的统计分析上报工作。

(九)、加强手术室急救器材、药品的管理，做到“五定、五无、二及时、一专”，严格交接班。贵重仪器专人保管。器械、物品原则上不外借，需外借时应由有关负责人批准。“五定”(定数量品种、定位放置、定专人保管、定期消毒灭菌、定期检查维修)、“五无”(无裸装、无混装、无过期、无变质、无用药错误)、“二及时”(及时检查、及时补充)、“一专”(专人管理)

(十)、凡入手术室病员须着病员服，且见有手术部位标识。

(十一)、护理人员主动配合医师完成手术和抢救工作，与临床科室和麻醉科保持良好的沟通，密切配合。

(十二)、严格按照卫生部《病历书写基本规范》、《四川省护理文书书写规范》及《卫生部办公厅关于在医疗机构推行表格式护理文书的通知》等规定书写手术护理记录单和手术室器械清点单；植入器材合格证及器械敷料的监测合格标志粘贴于记录单背面。

(十三)、坚持手术病人的术前访视、术后随访，满足病人需求。

(十四)、手术室保持安静，术中严禁谈论与手术无关的话题。

(十五)、坚持手术室清洁消毒制度，每周打扫清洁消毒，每日、每台手术后清洁消毒。手术的废物严格按《医疗废物管理条例》处理。

(十六)、有健全的质量管理体系，科质控小组成员分工明确，定期对《手术安全核查》执行率、手术部位正确标记执行率、异物遗留发生率、术中压疮发生率有统计分析改进，并进行自查分析讲评与上报。

## 八、消毒供应中心工作制度

修订日期：2015年3月

第1次修订

(一)、遵循卫通(2009)10号医院消毒供应中心(CSSD)二规一标制定对我院需要消毒或灭菌后重复使用的诊疗器械、器具和物品由CSSD回收，集中清洗、消毒、灭菌和供应，采取集中管理的模式。

(二)、根据CSSD的工作量及岗位需求，科学合理配置具有执业资格的护士、消毒员和其他工作人员。消毒员资质能力符合岗位要求，并具有特种设备作业证

(三)、工作人员必须必须经过相应的岗位培训，掌握各类诊疗器械清洗、消毒、灭菌知识。遵循标准预防的原则，严格执行相关规章制度、工作流程、操作规范。

(四)、消毒供应中心相对独立，周围环境清洁，无污染源，内部布局合理，三区划分清楚。工作区分去污区、检查包装区和无菌物品存放区，各区域有实际屏障，标识明确、路线及人流、物流由污到洁，强制通过，不得逆行。工作区域照明符合要求

(五)、严格执行卫生部颁布的医院消毒供应中心管理有关规定、各项规章制度、操作规程和质量标准，确保医疗安全。定期征求意见，改进工作，与临床科室保持良好的沟通。

(六)、室内应保持整洁，无菌室及包装室每日湿式打扫2次，循环式消毒机消毒2次，每周彻底大扫除1次。

(七)、做好物资管理,按月领取维修,定期下科室核对器械数目,降低破损率,节约原材料。

(八)、病区如需特殊物品,应事先联系,以便准备。科室应详细填写借物单,急救物品在用后及时归还,限期不超过 24h。

(九)、用过的器械先在科室初步处理,防止有药液、血液、胶布等凝固损坏器材。包布每日做到一换一洗一包装。传染病人用过的物品按消毒隔离的要求并应标明,以便供应室按消毒隔离要求进行处理。

(十)、可重复使用的器械,物品回收及下收、下送工作人员做到每日按规定路线做好物品封闭式运送。下收下送车辆,洁污分开,每日清洗消毒分区存放。各区按照操作规范流程进行。器械、器具和物品清洗质量日常监测、定期抽查。

(十一)、严格执行《医院感染管理办法》卫通(2009)10号医院消毒供应中心二规一标要求,保证各类器械、物品清洗、消毒、灭菌的可靠性,定期做好高压蒸汽灭菌效果监测和环境卫生学。消毒物品每季度监测 1 次,有记录。清洁剂、包装材料、消毒灭菌监测材料符合规范要求。器械、物品消毒灭菌合格率 100%,无菌物品包装规范、标识清楚,无不合格物品发放。

(十二)、压力蒸汽灭菌操作程序按《医院消毒技术规范》,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,化学监测每包进行,每天灭菌前进行 B-D 试验,生物监测每周进行,有植入物时随锅监测。

(十三)、一次性医疗用品验收、贮存、发放及回收按有关规定进行管理,并有登记。对购进的原材料、消毒洗涤剂、试剂、设备一次性使用无菌医疗用品等进行质量监督,杜绝不合格产品进入消毒供应室。严格区分灭菌与未灭菌物品,定点放置。对各类无菌物品应认真执行检查制度。一次性使用无菌医疗用品,拆除外包装后,方可移入无菌物品存放间。

(十四)、按照《医疗废物管理办法》做好医疗废物分类收集,密闭运送交接登记等工作。

(十五)、建立健全岗位职责、操作规程、消毒隔离、质量管理、监测、设备管理、器械管理(包括外来医疗器械)及职业安全防护等管理制度和突发事件的应急预案。

## 九、高压氧舱工作制度

制定日期: 2015 年 3 月

第 0 次修订

(一)、医护人员应着装整齐,仪表庄重,工作严谨、细心,一丝不苟,确保高压氧舱治疗时的安全。

(二)、非本室人员不得随意进入,参观者须经请示同意方可接待,室内严禁吸烟。

(三)、熟悉高压舱环境及各种设施的性能,掌握操作使用方法,保证各部件处于良好工作状态。

(四)、除操舱人员外,操纵台上所有仪表、开关、通讯联络系统一律不准随意触动。开舱期间不准私用舱内外专线联络电话。不准聊天、听音乐等。

(五)、舱内应备齐各种抢救物品、器械及常规用物,专人负责,定期检查、补充,定位放置,保持备用状态。

(六)、病员进舱前须更换棉织衣、裤、袜及拖鞋,严禁将易燃、易爆、怕压物品带入舱中,如化纤衣服(棉纶、尼龙、晴纶)、乙醇、打火机、火柴、钢笔、手表、手机等。每次进舱前严格督促检查,以免发生意外。

(七)、做好病人的解释工作，详细介绍进舱的注意事项，消除紧张心理，以取得病人合作。

(八)、禁止在舱内打闹、来回走动及大声喧哗，禁止随地吐痰，乱扔垃圾，更不准乱动舱内设备和用重物敲击舱壁，以免发生意外。

(九)、操作人员必须严守工作岗位，不准私自外出。要经常与舱内保持联系，询问病情变化，遇有特殊情况，立即报告医师，并做应急处理。

(十)、严格操作规程，认真做好操作记录，未经请示不准随便更改治疗方案。

(十一)出舱后清理舱内卫生，紫外线照射 30min，并及时通风 30min，地面用 0.2%过氧乙酸拖地，每周大扫除一次，每月空气培养一次，保持舱内清洁，整齐，物品放置有序。

(十二)、芽孢杆菌感染或传染病出舱后应全面彻底消毒，关舱三天，细菌培养连续三天阴性后，方可启用。

## 十、复苏室护理工作制度

制定日期：2015 年 3 月

第 0 次修订

为确保麻醉恢复期病人的安全性，手术室特设麻醉恢复组，此组由麻醉科主任和手术室护士长进行统一管理。

(一)、复苏组必须配备经验丰富、技术精湛的的护士，具有扎实的临床护理基础及急救知识，掌握各种监测方法，熟练地施行气管插管、心肺复苏、心律失常诊断和常规治疗，并能正确地使用呼吸器等特殊技术操作。

(二)、复苏室的监测设备、治疗用具、急救药物等都根据麻醉复苏要求配备齐全，病床必须装有车轮，以便随意推动，各项仪器设备应保证性能完好，处于应急状态。

(三)、患者收入或转出麻醉复苏室，均应由麻醉医师决定，凡麻醉结束后尚未清醒，或虽已基本清醒但肌力恢复不满意的患者均应进入麻醉恢复室。复苏组护士接病人后应与巡回护士认真交接并协助麻醉医师进行病情监测与诊治。手术病人送到复苏室后，麻醉医师必须向护士详细介绍病情观察要点，开出医嘱后必须告知其去向。

(四)、待患者清醒，肌力及呼吸恢复的情况评估合格可参照 Steward 评分，评分>4 分后方能离开麻醉复苏室，并按相关规定做好相应记录。

(五)、如遇到患者苏醒意外延长，或呼吸循环等功能不稳定者，应积极查找原因，及时处理，并考虑转 ICU，以免延误病情并由麻醉医生和复苏组护士一同护送，途中应严密观察病人病情变化，并与病房护士严格交接。

## 十一、内窥镜室工作制度

修订日期：2015 年 3 月

第 0 次修订

(一)、布局合理，诊断室、检查室、洗涤消毒室标识明确。

(二)、做好病人的预约和检查前的准备工作。

(三)、工作人员必须遵守国家相关规定，熟悉内窥镜室相关理论知识和技能，经过专业培训，考试

合格者方可上岗。

(四)、严格遵守各项规章制度和内窥镜室操作流程。积极配合检查，术中留取的组织标本查对后贴上标签送检。

(五)、严格执行《内窥镜室感染管理规范》，凡是进入体内组织、器官的活检钳必须灭菌，内窥镜必须一人一用一消毒，严防交叉感染。

(六)、严格执行《内窥镜清洗消毒技术规范》认真做好软、硬式内窥镜及其附件的清洗、消毒及保养工作，并做好记录。特殊感染和乙肝表面抗原阳性病人用后的内窥镜严格按照要求处置。

(七)、医护人员操作、清洁内镜时，应按照规定佩戴口罩、帽子、面罩或护目镜等，每次操作前后严格洗手并戴手套。

(八)、抢救器材、药品做到“五定（定数量品种、定位放置、定专人保管、定期消毒灭菌、定期检查维修）、二及时（及时检查维修，及时领取补充）”，严格交接班。

(九)、操作室、洗涤消毒室每月定期做好监测（空气、使用中的消毒液），各项监测达标。

(十)、内窥镜室要专人管理，做好物资和病人资料的管理工作。

(十一)、建立质量控制人员组与质量安全管理组对内窥镜室进行质量监管。

(十二)、运用质量管理工具开展质量管理与持续改进。

## 十二、治疗室工作制度

修订日期：2015年3月

第1次修订

(一)、室内布局合理，严格区分无菌区与有菌区，清洁区与污染区，无菌物品专柜放置，消毒物品均有消毒日期及失效期。室内用具清洁，摆放有序。无菌物品放置需离地面30cm以上。

(二)、保持治疗室清洁整齐，每完成一项工作即要随时清理，每日消毒2次。每周全面保洁一次。除工作人员外，其他人员不许在室内逗留。

(三)、严格执行无菌技术操作，医护人员进治疗室，必须穿工作服、戴工作帽及口罩。

(四)、药品管理有序，清洁整齐，内用药和外用药按有效期分类放置、标签清楚。

(五)、高危药品应单独安全放置并有醒目标识，超正常剂量使用有严格的流程规范管理。安瓿药不离盒。麻醉和精神药品专人、专柜上双锁管理，钥匙随身携带，每班清点并及时记录使用情况。贵重药品、自备药有清点记录本。

(六)、治疗车使用原则要求：物品摆放有序。

1、上层——为清洁区，操作过程中的用物及无菌用品。

2、下层——为污染区，放置使用过的物品及盛装容器。

(七)、合理使用冰箱，物品放置有序，药品标签清楚，有定期清洁化冰制度，无私人物品。

(八)、摆、发口服药前洗手，口服药盘清洁，药杯有盖并用清洁治疗巾覆盖，发药后药杯随时消毒。

(若不直接接触患者，药杯可每周消毒二次)

(九)、已用过的一次性注射器、输液器等，放入黄色医疗废物专用包装袋内，按感染性废物处理，不得返回治疗室；消毒物品与污染物品应严格区分、分别放置，各类消毒物品均有消毒日期。

(十)、掌握各种治疗的基本知识。

(十一)、干缸无菌持物钳，每 4 小时更换灭菌一次。

(十二)、定期进行空气和无菌物品采样培养。

(十三)、注意药物的配伍禁忌，严格执行查对制度；配液用过的注射剂，需继续使用者应当注明其启开日期与时分，仅限于当班时间内使用（有效期不超过 4 小时）。

### 十三、换药室工作制度

修订日期：2015 年 3 月

第 1 次修订

(一)、严格执行消毒与灭菌管理制度，工作人员进换药室要衣帽整齐、戴口罩，要尽量减少空气污染，不必要的人员及生活用品不准带入室内。

(二)、换药时严格执行无菌操作规程，每换药一次一洗手，为避免交叉感染，先处理清洁伤口，后处理感染伤口，特殊感染伤口尽量不在一般换药室内进行，或放在最后处理。处理时要戴手套，用过的敷料严格按照《医疗废物管理条例》收集、分类进行管理。换药时，根据伤口情况，换药物品依先后顺序一次备齐，保持台面整洁。

(三)、一次性使用的医疗用品不得重复使用，非一次性使用的医疗用品统一到消毒供应中心清洁消毒灭菌。干缸及持物钳 4 小时更换。

(四)、一次性使用的无菌物品标志明确；在有效期内使用。

(五)、换药室内应保持清洁，整齐，光线明亮通风好，灭菌溶液(生理盐水，呋喃西林溶液)每天更换，室内空气每天消毒 2 次，地面每天用消毒液拖擦 2 次，记录消毒时间及签名，每周彻底扫除一次，每月空气细菌培养一次并保存报告。

(六)、操作时，严格按照操作规程，严防差错事故的发生。

(七)、医疗废物，按照《医用废物分类目录》正确分类收集，医疗废物放黄色塑料袋，生活垃圾放黑色塑料袋。正确使用锐器盒，贴封口贴，将种类、重量、科室、日期填写清楚。

(八)、除固定敷料（绷带等），一切换药物品均需保持无菌，并注明灭菌有效日期，无菌溶液定期检查，无过期物品。

### 十四、注射室工作制度

修订日期：2015 年 3 月

第 1 次修订

(一)、注射室护士必须熟悉各种注射药物的剂量、药理作用、配伍禁忌及不良反应，掌握发生药物过敏的急救方法。

(二)、凡各种注射应当按处方和医嘱执行，对易致过敏的药物，必须按药品说明书规定做好注射前的药物过敏试验。

(三)、严格执行查对制度，对待患者热情、体贴。

(四)、密切观察注射后的情况，若发生注射反应或意外，应当及时进行处置，并通知医生。

(五)、严格执行无菌操作规程，操作时应当戴口罩、帽子。器械要定期消毒和更换。保证消毒液的有效浓度。注射时，使用一次性注射器。

(六)、备齐抢救药品及器械，放于固定位置，定期检查，及时补充更换。

(七)、每天要做好室内清洁卫生和消毒，定期采样培养。

(八)、严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染。

## 护理管理工作制度

### 一、病区管理制度

修订日期：2015年3月

第2次修订

(一)、病区由护士长负责管理，科主任及病区工作人员积极协助。

(二)、值班护士必须到床前向新住院患者详细、清楚地介绍住院规则。

(三)、保持病区安静、整洁、舒适，避免噪音，做到走路轻、说话轻、开关门轻、操作轻。

(四)、病区床单位的陈设和其他物品定位放置，整齐划一，未经护士长同意，不得随意搬动。保持床单位被服清洁卫生。

(五)、每天按时进行卫生清扫，保持病区清洁卫生，注意通风。病区内禁止吸烟。

(六)、在班医务人员必须穿工作服，戴工作帽、工作证，着装整洁，护理人员穿工作鞋。进行无菌操作时必须戴口罩。

(七)、护士长全面负责病区财物管理，分别指派专人保管，建立帐目，定期清点，如有遗失，及时查明原因，按规定处理。管理人员变动时，应做好交接手续。

(八)、男女患者必须分室安置，如遇特殊情况，需用屏风或隔帘。

(九)、病人出院后，及时更换被服，消毒病单位及用品。

(十)、做好陪护的管理工作，严格控制陪护人数。

(十一)、医护人员在班期间应坚守岗位，认真履行职责，不得在办公室聊天、打闹、玩电脑、耍手机、会友等，禁止在做各项护理操作时接听、拨打电话。病房冰箱不准放置私人物品。

(十二)、定期向病人宣传卫生科普知识，做好病人心理护理、生活护理，指导病人及家属遵守住院规则。

(十三)、定期召开公休座谈会，听取病人意见，相互沟通交流，改进工作。

(十四)、节约水电，按时熄灯，洗刷后及时关水龙头，杜绝长流水、长明灯。

(十五)、病房厕所要干净、无味。

(十六)、办公区环境干净、整齐，无食物及私人用品，各抽屉、柜内物品按要求放置，紧急通道及公共阳台不堆放杂物，保证通道畅通。



## 二、病人入院接待制度

修订日期：2015年3月

第3次修订

### （一）平诊病人

1、病人住院须持本院医生签发的住院证，办理入院手续，由门诊咨询处通知相关科室做好接待准备。

2、病房办公室或值班护士接到通知后，落实责任护士对新入院患者全面负责的工作责任制，专人及时接待入院患者，主动热情、态度和蔼、认真耐心。要尽快通知负责医师和责任护士等，妥善合理安排患者，避免等待时间过长。

3、病人进入病房，门急诊医护人员与病区责任护士严格按出入接口单进行交接，并在交接单上双签名。责任护士要向患者主动自我介绍，并认真核查新入院患者的住院信息，做好入院介绍。包括：病房环境、设施、责任医师及护士，作息时间、探视陪伴、安全管理等规章制度。同时，了解患者住院期间的需求，积极解答患者疑问，并给予帮助医护人员主动，热情接待病人。

4、责任护士负责测量新入院患者的生命体征，对新入院患者进行入院护理评估，并及时在护理评估、计划单上记录，根据医师医嘱及时填写高危告知书等记录单。评估内容包括患者生命体征、意识状态、自理能力、皮肤、饮食、睡眠、清洁情况、潜在护理风险及心理、社会状况等。并负责填写入院病历及各种卡片，做好入院登记。

5、责任护士要根据评估情况为患者提供必要的清洁、照护和心理支持等护理措施。同时，及时与医师沟通患者有关情况。

6、通知医生并协助完成体格检查，了解诊疗计划，要遵照医嘱有计划的及时完成入院患者的标本采集工作，帮助患者预约检查，并协助医师为入院患者实施及时、有效的治疗性措施。

### （二）急诊病人

1、急诊病人由入院处或急诊科通知收治病人，病房接到电话后，应询问病人年龄、性别、诊断、简要病情，以便安排床位及准备用物。

2、病人由急诊科医护人员直接送入病房或手术室，护送中应保证安全，抢救措施不得中断，与接收科室做好出入接口交接并在出入接口交接单上双签字。

3、尽快通知值班医生到场，及时执行医嘱。病区落实责任护士对入院患者全面负责的工作责任制，全面评估病人，严密观察病情变化，作好护理记录。

4、遇抢救病人时，护士立即实施护理抢救措施，冷静沉着，准确记录。

5、急诊病人最好留一名陪伴，以便询问病史，填写联系地址、电话等。病人的贵重物品交家属保管；无家属的病人，由3名医务人员共同将私人贵重物品清理、记录，交由护士长保管，做好有关安全和护理措施的告知事宜。

6、遇突发性公共卫生事件或有法律纠纷的事件时应及时通知相关部门。

## 三、病人出院制度

修订日期：2015年3月

第2次修订

（一）、根据医嘱责任护士通知病人及家属出院日期，并落实对出院患者全面负责的工作责任制。并协助办理出院手续。

(二)、应当根据出院医嘱, 提前通知患者及家属, 并详细指导其做好出院准备工作, 告知出院流程及注意事项。

(三)、责任护士要结合出院患者的健康情况和个体化需求, 做好出院指导和健康教育工作, 健康教育主题内容包括: 饮食、用药指导, 运动和康复锻炼, 复诊时间及流程, 居家自我保护及注意事项等, 必要时提供书面健康教育材料。

(四)、取得出院结账单后, 协助病人整理用物, 清点医院物品, 要为出院患者提供必要的帮助和支持, 确保患者安全离院。

(五)、整理出院病人病历、注销各种卡片。

(六)、对出院患者提供延续性护理服务, 通过电话或短信等形式提供随访服务。

(七)、完成出院患者床单元的清洁消毒等工作。

## 四、病人饮食制度

修订日期: 2015 年 3 月

第 2 次修订

(一)、医生根据病情决定病人的饮食种类, 开医嘱或更改医嘱后, 护士应及时通知病人及家属。

(二)、将特殊饮食标识标于床头卡上, 并告知病人特殊饮食或禁食的原因、时限和注意事项等。

(三)、特殊病情需要的饮食, 如鼻饲流质、无渣饮食及对温度、时间、喂食量有严格要求的饮食, 护士应严格执行医嘱, 正确喂食。

(四)、开饭前, 协助病人洗手。

(五)、必要时护理人员协助病人进餐。

(六)、病人家属自备的饮食, 须经护士检查后方可食用。

(七)、注意观察病人的进食情况, 按要求记录。

## 五、术前访视制度及程序

修订日期: 2015 年 3 月

第 2 次修订

术前一日, 由巡回护士到病房看病人, 向病人提供有关手术、麻醉、护理相关的信息, 提高病人对手术的应激能力。

(一)、了解病人一般情况及病史: 生命体征、有无运动障碍、过敏史、有无假牙及隐形眼镜, 女性是否在月经期, 有无听力、语言障碍、疾病、手术史、手术部位标识是否完善等。

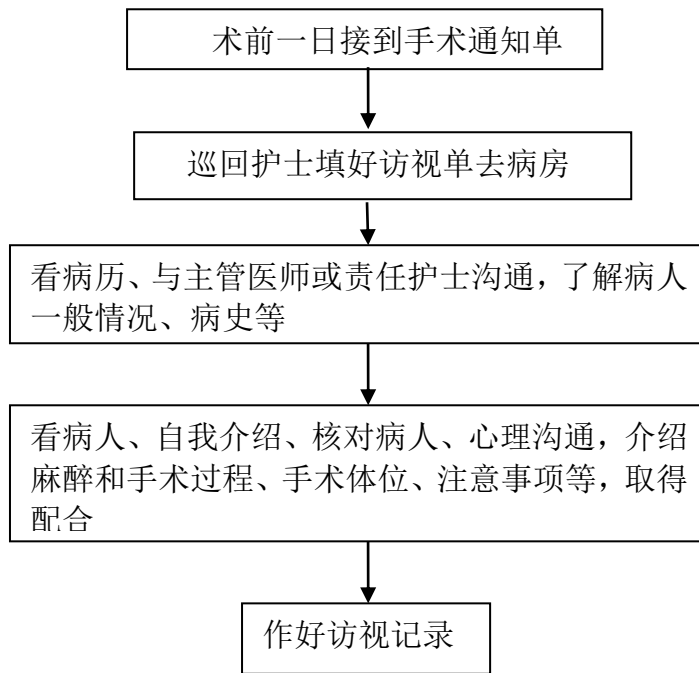
(二)、心理沟通, 解除病人焦虑, 介绍从进入手术室到离开手术室的大体过程、手术体位等。取得配合。

(三)、交待术前、术中注意事项: 保持皮肤清洁, 术前一晚充足睡眠, 手术日晨禁食、禁饮等。

(四)、查看病历, 熟悉各种术前检查及手术要求, 做好充分的物品, 器械及特殊准备, 心中有数, 对术中可能出现的意外有应急预案。

(五)、作好访视记录, 将病人情况与洗手护士等沟通, 以便更好地配合手术。

程序:



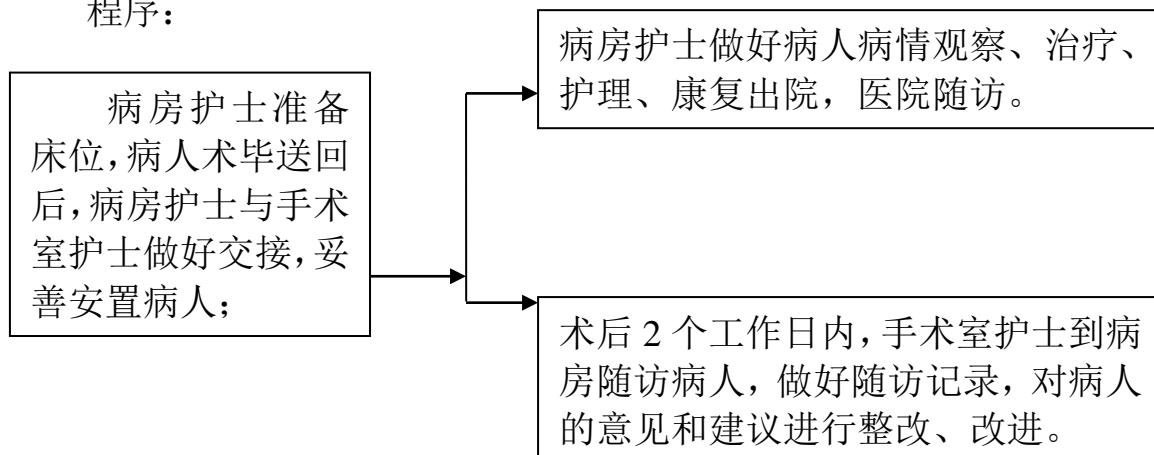
## 六、术后支持服务制度及程序

修订日期：2015年3月

第2次修订

- (一)、病房护士根据麻醉方式准备好床单元。
- (二)、病人送回病房后，手术室护士与病房护士详细交接：麻醉方式、病人术中及术后情况、病历、物品等，并双签字；病房护士检查病人生命体征、切口敷料、引流管、皮肤等情况，并填写术后评估。
- (三)、病房护士妥善安置病人，严密观察病情、准确执行医嘱，密切观察病情变化做好护理记录。
- (四)、各种管道妥善固定、通畅无阻、无受压、无折叠现象，有效引流，注意观察引流液的颜色、性状和量。观察切口敷料有无渗血、渗液现象，保持敷料清洁、干燥。注意安全防护，防止损伤，防止坠床。
- (五)、指导病人术后健康教育、康复功能锻炼，康复出院，医院随访。
- (六)、术后2个工作日内，手术室护士到病房随访病人：了解伤口及康复情况，观察病人有无因体位摆放不当而引起的并发症等，病人对手术室护理工作的满意情况、意见和建议；做好记录，对病人的意见和建议进行整改、改进。

程序：



## 七、各项护理操作前告知制度

修订日期：2015年3月

第3次修订

- (一)、行各项护理操作前，应尊重患者的知情权，认真履行告知义务。
- (二)、评估患者意识状况、文化程度及沟通能力，用适宜的方式和通俗的语言向患者讲解该项操作的目的、必要性。
- (三)、操作前使患者了解该项操作的流程、注意事项及由此带来的不适，取得患者配合，避免不必要的误会。
- (四)、必要时由患者家属签字。
- (五)、严格遵照各项操作规程进行，操作中注意语言、行为文明规范。
- (六)、操作中关键环节仍要随时解释，尽量减轻患者痛苦。
- (七)、操作中不得训斥、命令患者，做到耐心、细心、诚心地对待患者，护士应熟练各项操作技能，动作轻柔，尽可能减轻由操作带来的不适及痛苦。
- (八)、无论何种原因导致操作失败时，应及时礼貌性道歉，取得患者谅解。

## 八、无菌技术操作原则

修订日期：2015年3月

第2次修订

- (一)、无菌操作环境应清洁、宽敞，操作前半小时须停止扫地、更换床单等工作，避免人群流动，尘埃飞扬。
- (二)、无菌操作前，工作人员要穿戴整洁，帽子须遮全头发，口罩须盖住口鼻。最好用一次性口罩，一般情况下每4h更换一次，污染后应立即更换。刷洗双手，修剪指甲。
- (三)、无菌物品必须与非无菌物品分开放置且有明确标志。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名称、灭菌日期，按失效期先后顺序摆放。无菌包的有效期一般为7天，过期或受潮应重新灭菌。无菌物品一经使用后，必须再经无菌处理后方可使用，从无菌容器中取出的物品，虽未使用，也不可放回无菌容器内。
- (四)、进行无菌技术操作时，应首先明确无菌区和非无菌区。凡经过灭菌而未被污染的区域称无菌区，如已铺了的无菌盘内面，已消毒的手术野和穿刺部位等。
- (五)、进行无菌操作时，操作者身体应与无菌区保持一定距离；取放无菌物品时，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。避免面对无菌区谈笑、咳嗽、打喷嚏。用物疑有或已被污染应予更换并重新灭菌。
- (六)、无菌包内物品不慎污染或无菌包浸湿造成污染，需重新消毒。
- (七)、戴手套时应注意未戴手套的手不可触及手套外面，而戴手套的手则不可触及未戴手套的手或另一手套的里面，如发现破裂，应立即更换。脱手套时，须将手套口翻转脱下，不可用力强拉手套边缘。

或手指部分，以免损坏。

(八)、一套无菌物品只供一位病人使用，以防交叉感染。

## 九、住院患者外出管理制度

修订日期：2015年3月

第2次修订

(一)、患者住院期间未经医生许可不得私自外出。

(二)、住院患者外出须经医生批准并签字，住院患者外出之前医护交待注意事项，告知外出期间如有身体不适必须及时返回医院住院治疗。

(三)、私自外出患者如护士发现应及时报告当班医生，医护人员应及时做好以下工作：及时电话通知其家属或本人，再次告知医院住院管理规定，并让其在家属陪同下安全回院观察。仍未归者通知护士长及科主任，如特殊病人（精神、意识障碍等）离院者立即通知科主任、护士长，并报相关部门，并记录在护理记录栏内。

(四)、住院患者外出期间不得将机密文件、贵重物品及现金放在病房，否则后果一律由患者本人负责。

(五)、外出期间，如有身体不适必须及时返回医院住院治疗。

## 十、患者健康教育制度

修订日期：2015年3月

第2次修订

(一)、入院教育：

1、患者住院期间知道自己有哪些权利义务。2、知道自己的分管医生和护士。3、熟悉病区的生活环境：床头呼叫器的使用。4、了解医院规章制度：告知吃饭时间、查房时间、治疗时间、探视时间、护理级别等，住院期间不得擅自离院，未经主管医生允许不得擅自使用自购药。5、掌握标本留取、常规检查要点。6、学会用教育资料，掌握用药常识。7、凡入院患者健康教育覆盖率达100%。患者健康教育知晓率≥95%

(二)、住院教育：

1、常规住院教育：(1)您和家人是否可以参与教育活动。(2)诊疗活动的一般常识，学会反应病情、掌握检查的配合要点。(3)了解疾病的一般常识。(4)高危患者做好风险评估及措施，并告知病员及家属注意事项。(5)心理卫生教育。(6)介绍住院费用的查询。

2、特殊检查治疗前的教育：(1)非介入检查治疗前的教育。(2)介入性检查：告知检查前后的饮食及检查时配合要点。

3、手术前后教育；术前教育：(1)了解术前签字意义、(2)了解术前准备内容：身体方面、心理方面。术后教育：(1)术后环境介绍。(2)配合治疗、能力锻炼：配合护士完成术后护理，讲解患方对伤口、引流管的自我保护、情绪的调节、活动与休息、意外损伤的防范、特殊用药的相关知识等。(3)早期康复、功能锻炼。

(三)、出院教育：

1、出院后如何用药。2、如何活动和休息。3、如何加强营养。

4、学会自我保健和自我照顾、合理饮食、定时休息、适当运动、按时用药、适应社会、保持愉快。5、按时复查。

## 十一、陪伴探视制度

修订日期：2011年3月

第2次修订

(一)、陪伴、探视人员应遵守相关的法律法规及医院的规章制度，尊重医务人员，协助维持良好的医疗环境和医疗秩序。

(二)、探视者应遵守病房探视要求，在非探视时间如需探视病人者应取得病房负责人同意，防止交叉感染。学龄前儿童不宜进入病室探视。

(三)、根据病人病情需要，经护士长或主管医生同意，原则上留陪伴一人。

(四)、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；不能私自翻阅病历，如需了解病情，可向主管医生或值班医生询问。

(五)、陪伴和探视者不得睡病人病床，不得互窜病房及私自将病人带出院外，不得私自请外院医生诊治病人或自行用药。

(六)、探视、陪伴都应爱护医院公物，保持病室清洁卫生，不得在病房、病区大声喧哗，禁止吸烟、饮酒、娱乐、随地吐痰、扔垃圾等有损住院环境的行为。不得在病房蒸煮自带食品，节约水电，损坏公物按价赔偿。

## 十二、患者权利与义务告知制度

制定日期：2013年6月

第0次修订

(一)、患者有权享有知晓本人病情和医务人员要采取的诊断、治疗措施以及预后和费用方面的情况，并自主选择适合于自己需要和可能的治疗决策的权利。医务人员应充分尊重患者的这种权利并向患者告知：

- 1、所患疾病的发展概况及现时所处的进程。
- 2、应当立即采取的诊断措施和方法，这些诊断措施和方法可能发生的意外。
- 3、初步诊断或暂不能确定的诊断以及依据。
- 4、拟采取的治疗措施，包括可能出现的理想效果、可能出现的副作用及并发症和意外；如有多种可能的治疗措施时，应告知几种不同措施的不同效果。
- 5、诊断和治疗估计费用，医疗保险自费项目，不同措施所需费用。
- 6、患者或家属应予配合及注意的事项。

患者应使用真实姓名，并如实向医务人员提供病史，包括姓名、身份证号、住址或工作单位等。

(二)、患者应积极配合医护人员的诊疗活动，涉及手术、特殊检查、特殊治疗必须由病人本人及其近亲属签字，特殊情况例外。

(三)、自觉遵守医院规章制度，遵守公共场所规定，不得在院内做违法事件。

(四)、除生活必需品外，患者及家属的其他物品勿携入病房，贵重物品及钱物等请妥善保管好，若遗失责任自负。

(五)、住院期间不能外出或外宿，对擅自离院发生的一切后果责任自负。

### 十三、紧急状态护理人员调配制度

制定日期：2015年3月

第2次修订

(一)、遇到各种突发性的事件、大抢救、特殊病例、加床超过20%等，需要临时调配护士时，全院在岗护士要服从统一安排。

(二)、凡遇到以上情况，科室护理人员必须要逐级上报，由护理部启动机动人员库进行人员调配。

(三)、各科室护士长应按护理部要求，安排各班人员并保持联络通畅。

(四)、节假日及非正常上班时间，护士长不在班时，护理部有权调配在班护士，科室则应立即通知护士长到岗，安排好科室的工作，以保证住院病人的各项护理工作正常进行。

(五)、护理人力资源调配第一梯队为在岗护士、护士长。第二梯队为非在岗的护理人员。

(六)、当出现岗位人员不适应工作需要时，首先通知护士长安排调配人员，如果科室调配人力确实有特殊困难，报告护理部全院调配机动人员库。

(七)、各科室护士长、护士要有全院一盘棋的观念，当某病区由于疾病、意外、紧急状态批量抽调等造成护理人力严重不足紧急情况时，应补充病区护理人力。护理部可抽调其他科室护士给予支援，其他科室不得拒绝。

(八)、每次紧急调配人力后，及时总结，分析效果，表彰有功人员，调整梯队人员。

### 十四、午夜、节假日护理质量督导制度

修订日期：2015年3月

第2次修订

(一)、执行护士长夜查房制度。

(二)、大假期间由护理部主任、护士长组成督导检查组，进行轮转24h负责制，对各病区进行督导、检查。

(三)、加强中午班、大小夜班及节假日的督导力度，保证护理安全。

(四)、重点科室如急诊科、手术室、血透科、ICU等高风险科室要重点检查。

(五)、根据科室特点检查：人员在岗情况，抢救药品、物品、器材的配备，抢救程序及措施落实，加强高风险患者管理，基础护理及服务质量的到位情况等。

(六)、督导过程中发现的问题要及时反馈，并以质量改进建议书的形式反馈到本科护士长，限期改正，达到持续改进的目的。

### 十五、病房护理人员守则

修订日期：2015年3月

第2次修订

(一)、护理人员具有良好的仪表、仪容，着装、言行符合职业要求，严格遵守有关规章制度。

(二)、主动向病人介绍医院有关规章制度和情况。经常征求病人意见，不断改进工作质量，提高病人满意度。

(三)、工作认真负责，语言文明，态度诚恳，避免恶性刺激。对个别人提出的不合理要求应耐心解释，

既要体贴又要掌握原则。

(四)、遵守保护性医疗制度,有关病情恶化、预后不良等情况,由负责医师解释。

(五)、不对病员谈论其他医院或本院其他科室治疗和工作中存在的缺点和错误,避免造成不良影响。

(六)、尊重病人知情权,保护病人隐私,特殊治疗和检查应告知病人。

(七)、严格遵守操作规程、查对制度及消毒隔离制度等,耐心解释。选用合适的器械,减轻病人痛苦。

(八)、条件允许时,对危重和痛苦呻吟的病人应分别安置。病人死亡和病情恶化时应保持镇静,尽量避免影响其他病人。

(九)、合理安排工作时间,保障病人治疗和作息。

(十)、保持病房安静,空气流通,做好卫生宣教。

(十一)、重视病人心理护理,了解病人需要,积极协助解决,如难以达到病员要求时,要做好解释工作。

## 十六、护理人员医疗保健服务制度

修订日期:2015年3月

第2次修订

为贯彻执行国家相关法律法规要求,保障我院护理人员身心健康,使护理人员更好地发挥积极性,以饱满的热情和精神投入到深化医药卫生体制改革和保障人民群众身体健康的工作中,特制定《崇州市第二人民医院护理人员医疗保健服务制度》,内容如下:

从事直接接触有毒有害物质、有感染传染病危险工作的护士,有依照有关法律、行政法规的规定接受职业健康监护的权利;患职业病的,有依照有关法律、行政法规的规定获得赔偿的权利。医院为护士提供卫生防护用品,采取有效的医疗保健措施。

(一)、严格进行护理人员上岗前和在岗中体检。

(二)、每位护理人员建立一份健康档案,由职工保健科负责管理。

(三)、护士执业,有获得与其所从事的护理工作相适应的卫生防护、医疗保健服务。定期或不定期组织全体职工包括全体护理人员体检,原则上三年一次。

(四)、从事直接接触有毒有害物质、有感染传染病危险工作的护士,依照有关法律、行政法规的规定接受职业健康监护;供应室等特殊科室人群按有关要求额外进行体检。

(五)、每年对特殊科室护士进行一次健康体检;每两年对在职已婚女护士进行妇科检查。

(六)、保健医生经常关注本单位职工包括护理人员身体健康状况,给予相关的疾病预防指导。

(七)、凡医院护理人员统一参与医疗保险。护理人员诊治、住院、转诊、病休等由经治医生根据病情和有关医保管理规定处理。

(八)、对身体有恙的护理人员给予积极关心、帮助和适当的休假,但要办理请假手续。

(九)、严格按照医疗机构基本标准和医院编制标准,尽量配足配齐医务人员,重点向临床一线倾斜,充实临床一线护理人员数量,合理安排和调配人员,避免护理人员长期超负荷工作。同时,通过预约诊疗等办法,合理安排和分流患者,有效减轻护理人员的工作压力。

(十)、科室每年安排职工包括护理人员休假,特殊岗位(如放射科、CT室等)人员按要求休假。

(十一)、定期组织活动,调整护理人员心态,增强体质。

## 十七、护士岗位分级管理制度

修订日期:2015年3月

第1次修订

(一)、护理部对各级护理人员实行分层次培训。

(二)、制定不同层次护士的培训考核内容、方法及考核要求。



(三)、我院实行护士人力资源分级管理模式，对护理人员实施新手护士（N0级）、初级护士（N1级）、职称护士（N2级）、精通护士（N3级）、专家护士（N4级）五级管理，具体准入制度根据护士岗位分级管理办法。

(四)、根据护士的职称、学历、工作年限、并结合护士的工作能力、履行职责、理论、操作的考核、出勤率，医务人员的评价及科室综合考核等情况进行综合评估和考核后，对护理人力资源进行重新组合和分层次使用。

(五)、根据各科各级人员岗位说明书要求，制定各科不同层次护士绩效考核标准，定期进行考核。

(六)、加强培养专科护士，进一步完善护士的分级管理。

## 十八、护理人员行为规范管理

修订日期：2015年3月

第1次修订

### 护士素质要求

#### (一)、基本素质

- 1、认真遵守《医德规范》。
- 2、具有高度的事业心和责任感，高尚的职业道德和职业素质。
- 3、树立现代护理观，秉承“以人为本，满意服务”的服务理念，以病人为中心，实施整体护理。
- 4、认真遵守各项规章制度，严格执行各项技术操作的规程。

#### (二)、业务素质

- 1、不断学习护理基础理论、专科理论，以及新业务、新技术，不断提高和更新技术水平。
- 2、具有精湛的护理技术，熟练掌握使用新仪器。
- 3、规范书写护理记录。
- 4、护士应具有预防学、医学、公共卫生学、营养学、心理学、伦理学、社会学、法律学等多学科知识，更好地满足患者的需求。
- 5、掌握计算机网络知识，掌握一门外语，提高自身能力。

### 护士行为规范

护士是人们心中的健康使者，生命的守护神。当一个人因病住院，面对恐惧、忧虑、悲观甚至充满绝望的时候，护士的一言一行、一举一动都应给患者带来温暖、信任、安慰和希望。因此，护士必须不断提高自身修养，在工作中摒弃一切烦恼，以整洁端庄的仪表、优雅大方的举止、亲切和蔼的态度、积极向上的语言和患者沟通，增强其与疾病斗争的信心。

#### (一)、护士仪表

1、护士仪容应整洁简约、端庄文雅，淡妆上岗，不戴首饰，不浓妆艳抹，给人以亲切、端庄、纯洁、文明的形象。

2、燕帽应整洁无皱褶，用发卡固定于头顶，位置适当；头发要保持自然色，整齐、清爽；短发前不遮眉，后不过衣领，侧不掩耳；长发要梳理整齐并盘于脑后，发髻高低适中，发式素雅、端庄，不戴花哨怪异的头饰，以体现对职业的热情和对患者的尊重。

3、整洁合体的护士服是护士职业的象征，要保持洁净、平整，衣服领口、袖口及裙边不能外露，胸牌、护士表佩戴整齐，位置合适；护士服外不戴任何饰物；不留长指甲，不涂指甲油，不戴戒指；护

士鞋以白色为主，不穿高跟鞋、响底鞋。

## （二）、护士举止

举止是一种无声的语言，能真实地反映一个人的素质、受教育的程度及能够被人信任的程度，也是展示一个人才华和修养的重要外在形象。作为护士，更要对自己的日常举止和行为有所规范和要求。

1、站姿 站姿是培养优美仪态的起点。正确的站姿应头正颈直，双目向前平视，嘴唇微闭，面带微笑。挺胸、收腹、展肩、提臀、立腰，双肩放松，稍向下压，躯干挺直，身体重心在两腿中间，防止重心偏移；双臂自然下垂于身体两侧或重叠置于腹前，双腿直立，保持身体正直；膝和脚后跟要紧靠，脚尖分开呈  $45^{\circ}\sim 60^{\circ}$ ，或左脚在前，右脚在后呈丁字形。

2、坐姿 护士坐姿应优雅端庄，上半身挺直、两肩放松，下颌内收，颈直，腰立，使背部和臀部成一直角，双膝并拢，两手自然放于双膝部或椅子扶手上，亦可双手叠握置于一侧大腿上，或两手相握置于两腿上方中部。谈话时可以侧坐，上身与腿同时转向一侧，双膝靠拢，脚跟紧靠，也可右脚后退半步或双腿交叉；穿裙装入坐时，双手双腿同时向右平行  $45^{\circ}$ 。椅子不能坐得太满，也不能在椅子上前仰后合，要充分体现出谦逊、诚恳、娴静、稳重的神态。

3、走姿 协调稳健、轻松敏捷的步态给人以美感。护士行走时应精神饱满，收腹立腰，步态轻快、稳健，两臂自然均匀摆动；昂首挺胸，双目平视，下颌微收，面容平和自然，身体重心居中。切忌走路时东摇西晃、勾肩搭背、嬉笑打闹等不文明表现，注意走姿的端庄、自然。

## （三）、护士谈吐

护士与患者交谈时应注意谈话态度，要保持稳定的情绪和平静的心态，做到自然大方，开诚布公，发音吐字要稍慢，声音委婉柔和，速度适中；提倡“十字礼貌用语”：您好、请、对不起、谢谢、再见；要把握深浅和分寸，注意谦虚，掌握主动，语言简明扼要，并根据病员的文化程度、年龄、病情、职业、地位和性格不同选择合适的谈话方式。

## （四）、相关礼仪

1、电话礼仪 电话铃声一旦想起应尽快接听，通话时态度和蔼，用语文明，首先向对方问候并做简单的自我介绍，如“您好，这里是 xx 科病房，请问您找哪位？”

2、接待门诊患者礼仪 主动热情，使用文明用语，接待患者时，姿势端正，背部挺直，面对并注视患者，表情和蔼自然，切忌举目四顾。

3、接待急诊患者礼仪 要求急诊护士动作敏捷、技术熟练，具备良好的心理素质和行为习惯，必须有较强的应变能力，做到急而不慌，忙而不乱，争分夺秒，处理果断。并适时地给患者或家属必要的安慰。

4、接待住院患者礼仪 责任护士主动热情接待，如“您好，我是您的责任护士 XXX，您的主管医生是 XXX，有什么要求我会尽量帮您解决，祝您早日康复。”认真介绍环境，对患者进行健康教育，当患者有疑问时，应耐心细致地解释，直至患者明白，不能表现出不耐烦的样子。患者出院时做好相应的健康指导。

5、接待患者手术患者的礼仪 医护人员不仅会手术治疗，还要具备关心患者、尊重患者和文明礼貌的素质以保证手术成功。术前做好疏导工作，教会患者如何对待手术中的配合和术后注意事项；术中所有医务人员做到举止安详，千万不能在患者面前表现出惊讶、可惜的表情，也不要说“掉了”、“穿了”等易引起患者误解的话；术后给与安慰和鼓励。

6、接待老年患者的礼仪 对待老年人要尊敬和善，称呼“大爷”、“大娘”或冠以职务“某主任”、“某科长”，切忌直呼其名或床号，引起老年人的不愉快。

7、接待儿童的礼仪 儿童患者的特点是年龄小，生活不能自理，不善于语言表达。护士要细心查看，仔细倾听，善于从细微变化中发现问题，并注意尊重患儿，在儿童面前注意礼貌、礼节。

## 十九、护理质量管理体系

修订日期：2015年3月

第3次修订

- (一)、成立由分管院长、护理部主任、护士长组成的护理质量管理组织体系，指导检查、监督和协调职责。
- (二)、每年度制定完善护理目标和措施。
- (三)、负责制定各项质量评价考核标准、制度及流程，定期组织检查，发现问题及时反馈。
- (四)、实行护理部、护士长二级质量管理，护理部每月随机抽查同时，院质量管理委员会每月全面质量检查，科内质控小组每月检查两次，并进行自查、总结、评价、改进与记录。
- (五)、每月召开一次护理质量检查评价会，对护理工作中存在的问题、缺陷及安全隐患进行分析，提出整改措施，并以护理整改信息反馈发放至全院各科室。
- (六)、科室根据存在问题和反馈意见进行数据的收集、分析、整改，并以质量改进回复书的形式反馈护理部，以达到持续改进的目的。
- (七)、检查和指导各科室护理质控小组制定切实可行的护理质量管理方案和工作制度。落实质量管理目标、计划、效果评价方案及措施，护理质量检查考核的结果与科室、个人的绩效考核、年度考核等挂钩。
- (八)、定期组织护理业务、管理查房。对护士进行“三基、三严”培训考试，组织护理操作技能、抢救技能、新技术、新业务配合能力的考核、竞赛活动。
- (九)关键环节、重点部门、重要岗位有质量标准与质量保证措施，组织检查落实
- (十)建立不良事件报告制度。定期分析产生原因，制定改进措施。
- (十一)建立质量可追溯机制，有年、季、月质量分析、信息反馈、整改措施、效果评价，体现持续改进。
- (十二)护理工作质量检查结果作为科室进一步质量改进的参考及护士长管理考核重点。

## 二十、护理质量与安全管理委员会工作制度

修订日期：2015年3月

第2次修订

- (一)、护理质量与安全管理委员会，在主管副院长指导下，由护理部主任具体牵头并独立行使护理质量安全管理职责，全院科室护士长及护理人员参与和开展的日常工作，兼容质量安全管理与日常工作为一体的常设机构。
- (二)、根据护理工作的相关法律法规及护理质量标准，负责草拟、制定、修改和完善医院护理质量与安全管理方案及医院护理质量标准并组织实施。
- (三)、医院护理质量与安全管理委员会是医院管理的重要组成部分，也是医疗卫生工作的一环，护士的高尚医德是做好护理工作的重要保证，她协调着护理人员与病员、社会和医务工作人员之间的关系，护理人员应当遵守护理规范和要求。
- (四)、医院护理质量与安全管理委员会主要任务是负责在规定时间内开展护理质量与安全管理的质量安全查房，督促、检查护理工作的执行情况。运用PDCA循环，对临床护理质量进行质控，加强重点部门、重点环节的管理，确保各项核心制度的落实。
- (五)、认真调查研究，定期召开会议，对每月质控结果进行分析、评价、总结和改进，寻找护理质量缺陷和薄弱环节，提出改进措施，把没有解决的问题或新发现的质量问题转入下一个PDCA循环。
- (六)、加强护理质量缺陷管理，查找隐患，制定切实可行的防范护理事故预案，防止不良事件发生。

(七)、开展全院护理质量安全教育,努力提高护理人员的质量安全意识,对全院护理质量安全实行目标责任制,并将责任落实到科室和人。

(八)、定期组织护理人员业务学习操作、讲座、专题讨论,定期对护理人员进行业务操作考试,定期对护理人员进行业务知识考试。

(九)、根据护理人员编制标准及优化组合的原则,进行各科室间的人员配制及调动,负责各部门间的协调,确保护理质量

(十)、定期将各质量管理小组上报的资料进行汇总,及时向院领导汇报,并负责资料的保存。

## 二十一、护理部与有关科室协调关系制度

修订日期: 2015年3月

第2次修订

(一)、为保证护理工作的顺利进行,护理部要加强与相关科室的沟通协调。

(二)、严格履行岗位职责,需与相关科室共同完成的工作,要积极主动、密切配合,保证工作的顺利实施。

(三)、涉及重大事项或部门之间协调解决不了的,要及时按程序向分管领导请示汇报,不能延误工作的正常开展。

(四)、协调要讲成效,本着及早协调与连续协调相结合的原则,协调过程中按照科学的标准进行。

(五)、护理部与相关科室要统一思想、顾全大局,对工作中出现的矛盾和分歧要主动沟通协商解决。保证有条不紊地完成各项工作,实现医院的整体目标。

(六)、定期请医务科安排中级以上医生讲授相关专业知识(实习生、护士参加听课),与医务科协作,参与突发意外事件及公益活动。与药剂科工作人员协调药物的配制,参与毒麻药的管理,保障临床用药。与后勤部门做好协调,确保临床一线工作正常运转。根据临床需要,与设备科协调机制,定期进行医疗设备、器械的维修、维护,保障功能正常。

(七)、以人为本,是提高医疗质量的核心,不断持续改进与行政、后勤、总务、药剂等相关部门密切配合,协调各方面工作。

## 二十二、重点科室护理监管制度

制定日期: 2015年3月

第0次修订

(一)、各重点科室要有完善的各项规章制度、操作规程及应急预案。

(二)、加强对重点科室(急诊科、重症医学科、消毒供应中心、手术室、内镜室、血液净化中心等)的监管。

(三)、加强重点科室院感和患者安全管理。

(四)、护理部定期对重点科室进行护理质量检查与指导。

(五)、抽查护理人员对各种突发事件处理流程的掌握情况。

(六)、对重点科室存在的问题进行整改,并对整改效果进行追踪,持续改进重点科室的护理质量,保证护理安全。

## 二十三、护理沟通制度

修订日期: 2015年3月

第2次修订

护理人员与病人沟通时应遵守以下规定:

(一)遵循以下原则:

- 1、一个要求：要有诚信，尊重病人及其家属，具有同情心和耐心。
- 2、两个技巧：多倾听病人的询问，多向病人介绍病情、治疗效果和检查等情况。
- 3、三个掌握：掌握病人对医疗和相关服务的要求，及时掌握病人的病情发展情况，如实掌握病人的心理承受能力和思想活动。
- 4、四个留意：留意病人及其家属的基本人品、对疾病的认识度、交流沟通的能力和出现问题处理协调的接受度。
- 5、五个避免：避免操之过急强求病人、避免使用刺激语言或词语、避免使用病人不懂的医学专业词汇、避免强求改变病人的观点和避免压抑病人的情绪。
- 6、六种方式：预防为主针对性沟通、互换对象沟通、集体沟通、书面沟通、协调同意沟通和形象比喻沟通。

(二) 落实护患沟通的具体措施：

- 1、落实岗位职责：导医、门诊、急诊、病房等护理的岗位责任到人。
- 2、落实首问负责制、首接负责制、首诊负责制。
- 3、落实新入病人的入院介绍。
- 4、落实病人住院期间治疗、护理、手术、检查、费用的介绍，特殊检查、侵袭性操作与病人沟通并签定护理风险评估告知书，在做治疗和护理时与病人面对面沟通。
- 5、护士长或专业组长每日与病人面对面沟通，掌握病区病人基本情况。
- 6、每月召开公休座谈会 2 次以上，并有记录、病人或家属签名。
- 7、落实术前访视、术中关怀、术后随访。
- 8、落实出院指导和随访。

## 二十四、患者隐私保护制度

制定日期：2015 年 3 月

第 0 次修订

- (一)、护理人员在询问患者隐私时，应当态度严肃，不得嬉笑、嘲弄。
- (二)、患者的隐私应当在病历中详细记载，护理人员只有在诊疗护理需要时进行交流。
- (三)、不得在公共场合或向无关人员谈论患者的与疾病相关的特殊生活经历。
- (四)、不得在公共场合或向无关人员谈论患者的病情、身世、生活状况、生理缺陷等。
- (五)、未经患者许可、授权，不得将其疾病及相关隐私信息传播给他人。
- (六)、未经允许，不准任何无关人员参与其病案的讨论或会诊，应妥善保管其病历资料，不得让无关人员翻阅，更不能丢失，未经患者许可、授权，不得允许他人复印患者的病历资料；涉及公检法工作例外。
- (七)、进行医疗护理检查时若需要暴露患者身体部位，应先征得患者或监护人同意。对年长患儿，应视情况，在保证正常医疗、护理操作进行的前提下，对患儿的身体隐私部位进行适当的保护。男护士在女性隐私部位进行操作时，必须有女性医务人员在场。
- (八)、凡属国家法律允许的宗教信仰和民族习惯，在不影响医院工作和秩序的情况下，护理人员要尊重和保护，不得用任何方式议论、嘲笑、歧视和干涉。
- (九)、对住院病人进行体格检查时，尤其对隐私部位进行检查，要尊重病人医院决定是否请其家属离开。
- (十)、对病人进行诊疗护理操作时，涉及隐私保护的，操作前请无关人员离开，在操作前最好拉上屏风，必要时到专门的房间进行操作。
- (十一)、在进行体格检查、诊疗护理操作时，医务人员之间的交流要注意患者的隐私保护。

## 二十五、护理投诉管理制度

修订日期：2015年3月

第2次修订

(一)、护理投诉：凡医疗护理工作中，因服务态度、服务质量等引起病人或家属不满，并以书面或口头方式反映到护理部或有关部门转回护理部的意见。

(二)、护理部设专人接待护理投诉，建立投诉记录本，认真记录投诉事件的发生原因、分析、整改及效果。

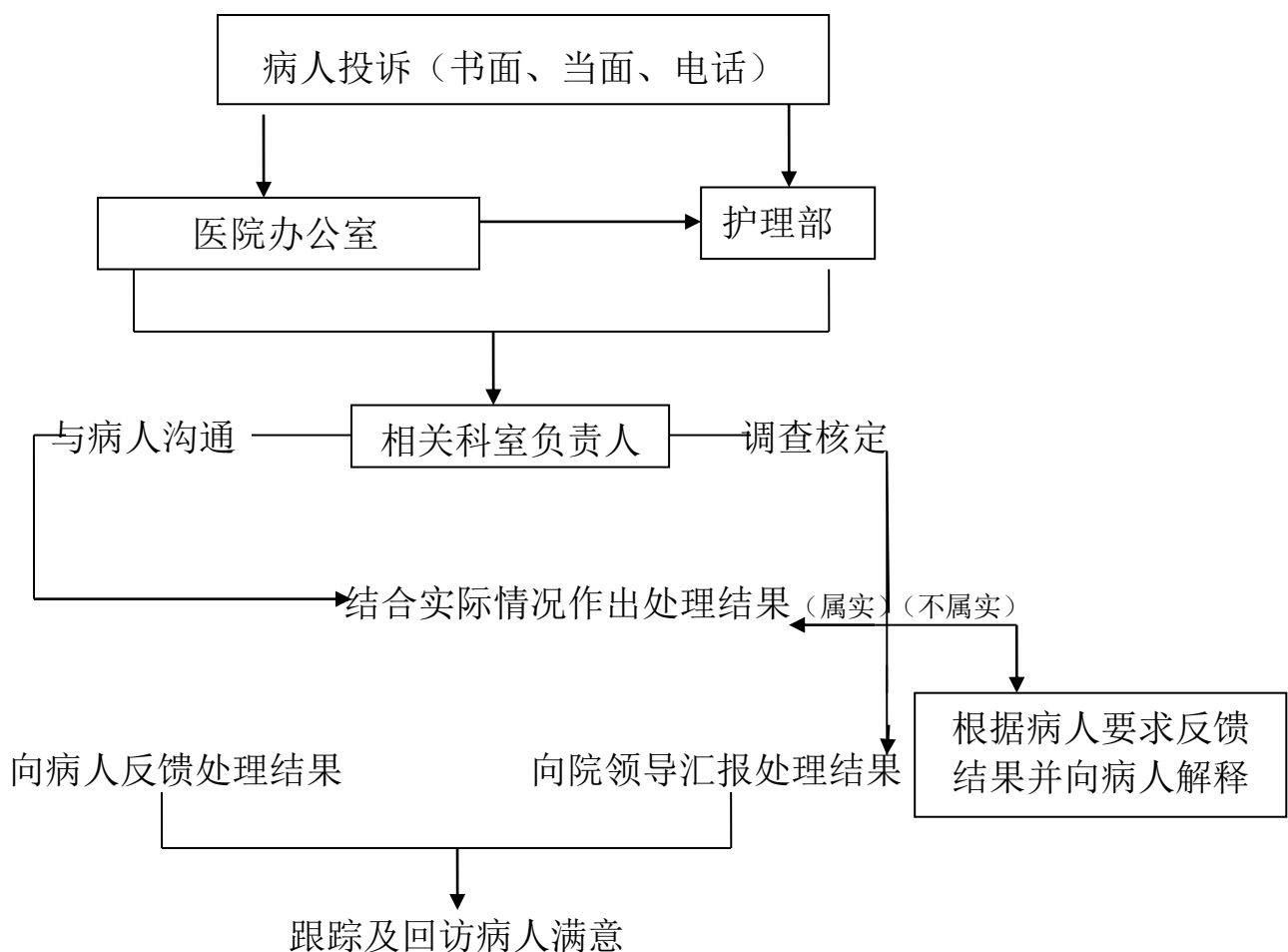
(三)、接待投诉人员要认真倾听投诉者意见，耐心解释，避免激化和引发新的冲突。

(四)、护理部接到投诉后，当事人书写事情经过，护理部及时组织调查、核实，所在科室应认真分析事发原因，及时总结、整改，并上报护理部科室讨论过程及处理意见。

(五)、投诉一经核实为有效投诉后，护理部应根据事件情节严重程度，予以相应的处理。

(六)、护理部每月在全院护士长会上总结、分析并指定相应措施，对全年无护理投诉科室给予表扬及奖励。对投诉造成不良影响的科室和个人，按照规章制度执行并纳入护士长目标考核。

### 附1：护理投诉处理程序：



### 附2：护理不良事件及有效护理投诉结果定性：

护理不良事件分级：

1、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。

2、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。

3、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要任何处理可完全康复。

4、IV级事件（隐患事件）：由于及时发现错误，但未形成事实。

5、护理投诉根据对患者造成的人身损害程度定性，按上述 1、2、3、4 点定性。

## 二十六、护士长夜间查房制度

修订日期：2014 年 3 月

第 2 次修订

夜查房：由全院护士长轮流参加。

（一）、护士长夜间值班时，行使护理部工作职权，负责检查指导全院护理工作。

（二）、值班者要履行职责，严肃认真，不漏岗，做到每夜有重点检查内容。

（三）、查房内容：了解各病房的工作量、危重病人护理、陪护管理、环境管理、抢救物品的准备、值班护士掌握病情的程序和工作态度。

（四）、发现大问题逐条记录，次日向护理部汇报，必要时应及时纠正。遇到技术上的困难应及时指导，对病房共有的问题，提交护理部在护士长会议上讨论解决。

（五）、查房形式：凡参加夜间查房者，都必须按表格要求逐项填写，严格按检查项目进行检查。如发现问题则详细记录在有关栏目内，并按检查标准给予打分，次日将护士长夜间查岗记录本上交护理部。同时值班护士向所属病区护士长汇报，次日晨在交班时向全科人员传达检查情况，对所存在问题采取必要措施及时改正。

（六）、由全院护士长轮流参加夜间值班，每周 2 次夜查房，节假日安排护士长轮转查房，护理部主任可随时抽查。

## 二十七、护理会议制度

修订日期：2014 年 3 月

第 1 次修订

（一）、每年召开两次全体护士大会，进行半年或全年工作总结，部署下半年或下一年度工作计划。

（二）、定期、不定期进行安全警示教育大会，对全院护士进行护理工作警示教育，提高护理质量与安全意识。

（三）、每半月召开一次护士长会议，由护理部主任总结本月护理工作，公布质量检查情况，交流先进经验，指出存在问题，研究改进措施，布置新的工作任务，学习管理知识及护理发展新动态等内容。

（四）、各护理单位每天上午召开晨会，由护士长主持，进行护理交接班，护士长传达会议精神和安排工作计划，进行护理教学提问等。

## 二十八、住院病历管理制度

修订日期：2014 年 3 月

第 2 次修订

（一）、严格执行《医疗机构病历管理规定》，住院病历应由护士长进行管理，护士长不在时由办公班护士或值班护士负责。

(二)、患者住院期间的病历，在病房要加锁保管、严格交接，院内进行会诊等借阅者一律签字，严禁病历外借。

(三)、病历中各种表格均按顺序整齐排列，不得撕毁、拆散、涂改或丢失，用后必须归还原处。

(四)、病历一般不允许出病房。需要手术、特殊检查的患者病历应由相关科室人员负责携带。

(五)、患者出院或死亡后，病历按出院要求顺序排列整齐，由病案室保管。

## 二十九、纠纷病历管理制度

修订日期：2014年3月

第2次修订

(一)、当出现纠纷和医疗争议，患者及家属要求封存病历时，病房要保管好病历，以免丢失。

(二)、完善护理记录，要求护理记录要客观、真实、准确、及时、规范；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。

(三)、检查体温单、医嘱单记录是否完整，包括医生的口头医嘱是否及时记录。

(四)、可复印病历资料：门（急）诊病历和住院病历中的住院志（即入院记录）、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（治疗）同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病历报告、护理记录、出院记录。

(五)、备齐所有有关患者的病历资料。

(六)、迅速与科领导、医务科（晚间及节假日与院总值班）联系。

(七)、病历封存后，由医务科指定专人保管。

附：紧急封存病历的程序：

1、病人及家属提出封存病历要求后，医护人员应及时向科主任、护士长汇报，同时上报医务科，在医患双方在场的情况下进行病历封存。

2、若发生在节假日、周末或夜间，直接通知院总值班备案，协助处理。

3、封存的病历由医务科保管，需要启封时，必须有医患双方在场。

4、封存方法：将病历装入文件袋内，两边开口处贴上封条，注明年、月、日、时、分，由双方签字。

## 三十、护理执业人员准入制度

修订日期：2014年3月

第2次修订

(一)、从事临床护理工作的人员，必须遵守《中华人民共和国护士管理办法》和《护士条例》执行护士注册执业管理。护理部负责本院护士注册管理工作，严格审查护士资质。

(二)、护理人员必须持有效护士执业注册证上岗，凡无注册证者，不允许从事临床护理工作。

(三)、护理人员必须按规定每五年效验一次，每年继续医学教育学分不得低于25分。

(四)、严格遵守护士执业范围，严禁超范围执业。

(五)、对新毕业、大中专院校毕业生进院严格由执业注册护士一跟一带领导下工作。

(六)、对新入院有执业资格的人员，在办理首次注册或变更执业注册后，方能独立执业。调入科室根据其实际业务能力试用1-3个月，考核确定能胜任本科室业务工作的，由科室报护理部。

(七)、注册护士在特殊护理岗位工作必须经过相应岗位技能培训方可上岗。



## 三十一、护士注册、执业管理制度

修订日期：2014 年 3 月

第 2 次修订

- (一)、严格贯彻执行医疗卫生管理法律、法规、规章制度和整体护理规范、常规，做到依法执业。
  - (二)、严格按照《护士条例》执行《护士执业注册管理办法》。严格审查护士资质，未取得护士执业证书者，不能独立从事护理工作。
  - (三)、严格遵守护士执业范围，严禁超范围执业。
- 1、护士首次注册每年一次：(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) 全国护士执业资格考试成绩合格者；(4) 年度考核合格者
  - 2、护士再次注册每五年一次：(1) 从事护理工作的注册护理人员；(2) 自觉遵守《护士条例》和《护士执业注册管理办法》有关规定；(3) 年度考核及继续教育学分合格者
  - 3、护理员只能在护士的指导下从事临床生活护理工作。
  - 4、护理专业在校生或毕业生进行专业实习和临床实践的，必须在带教护士的指导下进行。
  - 5、护理部或科护士长要定期检查各科排班表，有无非注册护士独立执业和书写护理记录；
  - 6、护士在执业中应当正确执业医嘱。观察病人的身心状态，对病人进行科学的护理。
  - 7、遇紧急情况应及时通知医生并配合抢救，医生不在场时，护士应当采取力所能及的急救措施。
  - 8、护士有承担预防保健工作、宣传防病治病知识、进行康复指导、开展健康教育、提供卫生咨询的义务。
  - 9、护士在执业活动中要注意保护患者隐私。
  - 10、护士在护理活动中有违反医院规章制度等按医院有关规定进行处理。

## 三十二、未注册护士（实习生）管理制度

制定日期：2015 年 3 月

第 0 次修订

- (一)、严格执行《中华人民共和国护士条例》的规定，没有取得护士执业资格的未注册护士及实习护生，不能独立从事护理工作。
- (二)、未注册护士及实习护生必须在带教老师的指导下完成各项临床护理操作。
- (三)、各科室认真落实未注册护士（实习护生）临床带教计划，注重培养爱岗观念、加强护理技能、理论与实践相结合能力的锻炼。
- (四)、科室对未注册护士（实习护生）进行出科考核、评价并记录。
- (五)、护理部对未注册护士（实习护生）的带教工作进行定期检查监督及反馈。

## 三十三、护理人员岗前培训管理制度

修订日期：2011 年 3 月

第 1 次修订

### (一)、培训目标：

毕业后一年抓好“三基”（即：基本理论、基本知识、基本技能）与临床实践相结合。工作中要求了解各科工作职责与程序，熟练掌握基础护理操作技术，了解专科护理理论与技能。

## （二）、具体要求：

安排各科及时轮转。护士长要经常组织召开新护士座谈会，了解其工作情况有何困难，并对其工作进行评议，以求不断克服缺点，尽快成长。

- 1、新护士进院前，必须接受护理部组织的“进院教育”和“服务规范训练”。各科室由护士长做好环境、规章制度与各类工作职责的介绍。
- 2、护士长应结合每个护士制定出具体培训计划。
- 3、护士毕业后第一年内，须加强临床护理实践，以临床护理工作为主，在执业护士带领下、指导下，从事临床护理工作，并学会护理文件书写记录，可适当安排白班。
- 4、参加所在科室及护理组织的各项业务学习。
- 5、新毕业的护士应不断加强自身素质修养（包括思想素质、业务素质和身体素质）。工作时，要仪表端庄，态度和蔼，工作认真，遵守劳动纪律，服从领导指挥，尊敬教学老师，勤奋好学，搞好团结。

## 三十四、护理教学管理制度

修订日期：2015年3月

第1次修订

（一）、为保证护理专业学生的专业能力培养，完成实习目标，达到实习要求，承担实习医院具有足够的空间、床位、教学仪器设备等物质资源满足护理专业学生的实习需要。

（二）、护理部主任专门负责临床护理教学（护理部干事协助），各专科护士长组成教学组。

（三）、教学成员具有深厚的专科以上的理论及技能操作能力，流畅的语言表达等教学能力。

（四）、具有完善的护理部—护士长护理教学组织管理体系，保证护理教学任务的组织实施及各层次临床护理教学任务顺利完成。

（五）、承担护理教学的护理单元应有专人负责教学。

（六）、根据护理教学层次要求认真选择临床护理教学老师。临床护理专业实习指导教师资格遴选的基本条件：

1、拥护党的基本路线，热爱护理教育事业，学风正派，治学严谨，能为人师表，认真履行临床护理教师职责。

2、学历及职称要求：承担专科层次的实习指导教师应具有大专以上学历或中级职称；承担中专层次的实习指导教师应具有大专以上学历或护师以上职称。

3、专业经历和实践经验：临床护理专业实习指导教师必须具有至少3年以上临床专科护理经历。

4、教师专业技术能力：实习指导教师须熟练掌握基础护理理论和操作技术；掌握本专业专科护理理论及操作常规；良好的教学指导和组织能力；良好的口头和书面表达能力；良好的生理和心理素质。

5、定期组织护理教学查房，及时解决临床护理教学中存在的问题。

6、营造良好的护理教学氛围，利于护理专业学生专业素质培养。

7、按照实习大纲要求及标准对学生实习能力进行评估和考核。

8、定期与教学单位沟通，交换教学计划落实和管理情况，做好教学协调工作。

9、定期进行教学工作小结和评估，及时征求实习同学对科室护理教学工作的意见和建议，保证教学效果，不断提高教学质量。

10、做好相关护理教学记录。

## 三十五、护理人员继续教育培训及考核制度

修订日期：2015 年 3 月

第 2 次修订

- (一)、按医院的继续医学教育计划要求，制定护理人员的继续医学教育培训计划及考核标准。
- (二)、护士继续教育学分要求
  - 1、护士每年都应参加继续教育活动，年度学分数不低于 25 学分，学时数不低于 75 学时。
  - 2、中级职称的护理人员每年需获得 I 类学分（国家级、省级项目）不低于 5 分；高级职称护理人员每年需获得 I 类学分（国家级、省级项目）不低于 10 分；获得 II 类学分（市级、院内项目、自学及其他活动）不低于 15 分；I 类、II 类学分不能相互替代。
  - 3、主管护师及以上职称人员，5 年内必须获得国家级护理学继续教育项目 5-10 学分。
- (三)、按照年度计划组织本院护理业务学习和护理查房活动。
- (四)、向科室提供各种学习信息，有计划的派出护理人员参加院外脱产培训。
- (五)、做好护理人员参加院内、外学习的签到和学分登记、审核工作。
- (六)、对未达到继续教育学分要求的护理人员不予延续注册。
- (七)、定期召开护理管理委员会会议，讨论继续教育工作。确保继续教育工作质量
- (八)、新护士必须进行岗前培训。由护理部负责组织护理专业相关内容培训。如院史教育、医院传统教育、医德医风教育、行政管理教育、护理规章制度、护士的基本素质及礼仪规范、护士职业道德规范、护理基本技术操作等。
- (九)、持续对在职护理人员开展在岗培训，按年度制定护理人员培训计划，内容应包括基础理论、基本操作、基本技能、专业技能、新业务技术及应急处理技能培训。
- (十)、在职人员应按时完成年度各项培训及学习计划。要求护士参训率和学习时间完成率达 100%，对未完成者给予处罚，并在当年的评先评优活动中一票否决。
- (十一)、定期开展护理三基“基本理论、基本知识、基本技能”训练，提高护理人员综合素质，每年制定并落实全院护士的三基考核计划。并在每月计划中安排落实。护理人员的三基成绩按照护理部目标管理奖惩条例执行，考核未通过者给予补考，补考仍未合格者停职培训并按本院奖惩办法处理。
- (十二)、根据专科发展趋势和需要，有计划选送相关护士进修学习新业务技术。进修学习结束后，科室应及时组织相关人员开展“传”“帮”“带”培训。
- (十三)、护士长每月对科室护士进行日常工作考核，三基技能考核至少每月一次，三基理论每季度一次。护士长对护士的考核内容交护理部汇总并存档。
- (十四)、对培训考核过程中确实存在的问题，应反馈至个人并由科室实施奖惩。
- (十五)、根据本部门具体情况每月 2 次业务学习，制定切实可行的学习计划，及时介绍国内外先进护理技术，交流科技成果，开展专科护理讲座，组织“三基三严”培训等。
- (十六)、护理人员积极应参加各项培训，参训人员原则不允许请假，特殊情况请假需提前与护士长申请，否则一律按违纪处理。每人次未办理请假手续擅自不参加学习扣学员 50 元。
- (十七)、加强 1—3 年内护士培训和继续教育，进行规范化训练。分层次对全院护理人员进行三基理论考试，当年入院护士每次考试都是必考的。其中理论考试 80 分为合格，技能操作 90 分为合格。年度考核成绩及日常提问成绩均计入个人业务档案。

(十八)、当学习与工作需要出现矛盾时, 应坚持工作第一原则进行安排。

(十九)、在专业技术培训的同时应定期对护理人员开展法律知识、职业道德教育, 提高医护人员的法律意识、责任意识、安全意识和工作责任心教育, 将安全医疗和安全护理贯穿于临床工作之中, 使他们自觉树立“安全责任重于泰山”的思想观念, 不断增强他们的安全意识和工作责任心。

## 三十六、护理人员聘用制度及管理规定

修订日期: 2015 年 3 月

第 1 次修订

(一)、护理人员录用采用“公平、公正、公开”的原则, 坚持标准、保证质量、全面考核、公正评价、平等竞争、双向选择、择优聘任。

(二)、坚持按需设岗、按岗计酬, 同工同酬。

(三)、聘用条件

1、具有完全民事行为能力, 在中等职业学校、高等学院完成普通全日制 3 年以上护理专业课程, 在综合医院完成 8 各月以上临床护理实习, 取得相应学历证书。

2、身体健康, 五官端正, 无生理缺陷, 经体检合格, 听力正常。

3、政治思想好, 素质好, 品德端正, 举止文雅, 爱岗敬业, 工作责任心强, 善良、耐心。

4、有较强的理解、记忆能力, 好学上进, 技能优秀。

5、已经取得护士执业注册资格者优先。

(四)、聘用程序按劳动人事部门有关管理规定执行, 双方必须严格遵守。

(五)、所有护士在招聘时都必须通过人事科、护理部的面试、理论和操作考试。

(六)、聘用期待遇、晋升、休假等按医院人事部门有关规定执行。

(七)、管理规定

1、建立聘用护士档案管理

对聘用护士的技术档案进行管理, 包括聘用护士的一般资料、学历变化、继续教育情况、论文发表、每年绩效考核、奖惩情况等, 护理部有详细记录。

2、进行岗前培训

定期参加医院护理部组织的各种形式的学习外, 科室利用晨会等时间反复学习医院的各项规章制度、护士职责、礼仪、职业道德规范、接受爱岗敬业教育等, 将观念从“使用”转变为“使用与培养相结合”, 培养新聘护士树立正确的人生观、世界观, 激发她们热爱护理专业, 培养全心全意为病人服务的思想。

3、试用期为 3 个月, 试用期满, 考核合格者签订聘用合同。

4、护理部和科室严格管理, 具体措施有:

(1) 严格执行交接班制度、查对制度、分级护理制度、病例书写规范等核心制度;

(2) 加强专业知识学习, 严格执行传、帮、带, 虚心向老同志学习;

(3) 加强技术操作培训和考核;

(4) 加强医护配合和护理工作的灵活性, 积极参加突发应急事件的处理;

(5) 积极参与护理质量控制;

(6) 建立良好的护患关系。

5、不断提高新聘护士的素质:

(1) 职业道德和形象的建设: 新聘护士上岗后, 个人行为就代表整个医院护理人员的形象, 因此要以各种护理规范为准则规范新聘护士的行为。

(2) 继续教育：新聘护士是一支年轻的护理队伍，操作能力、观察能力、判断能力、语言表达能力的强弱，直接影响护理质量，因此要加强新聘护士上岗后的继续教育。

(3) 团结互助，合理排班：采取护理人员参插排班，充分发挥新老护士结合的作用。

(4) 实施以人为本的护理管理：对待聘用护士和在编人员要一视同仁，力争做到人尽其用。

6、新聘护士薪酬的规定：

(1) 与本院护士一样，接受科室的绩效考核。

(2) 尚未取得护士执业注册资格的护士不能独立值班，只能在科室做辅助护士，工资由医院人事部门管理。

(3) 科室对护士工资实行二次分配，建立基于护理工作量、质量、患者满意度、护理难度和技术要求的绩效考核办法。

7、护理人员均由护理部统一安排调配，根据医院各科室情况，合理分配护理人员至各科室，护理部经与护士长联系后，有权抽调各科护理人员，护士长应给予支持。

8、护理人员根据各自不同职责按职上岗。

9、个人提出辞职要求，需提前一个月告知科室，并向科室上报书面辞职报告，由护士长签名后交到护理部、人事处。

## 三十七、护士管理规定

修订时间：2015年3月

第1次修订

(一) 本规定所称护士，是指经执业注册取得《中华人民共和国护士执业证书》(简称《执业证书》)，依照《护士条例》规定从事护理活动。本规定所称护士，是指经执业注册取得履行保护生命、减轻痛苦，增进健康的本院护理专业技术人员。

(二) 护士执业注册有效期为5年，护士必须按规定及时完成延续注册，未经护士执业注册者不得单独从事护士工作。

(三) 护士执业过程中必须遵守卫生法律法规、规章制度、技术规范、规范和职业首先。

(四) 护士必须按照《护理人员定期考核管理办法》完成培训及考核。

(五) 护士应接受在职培训、完成规范化培训和继续教育有关规定。护士应通过实践、教育、管理、学习等方式，努力提高专业技术水平。

(六) 护士应对其护理行为负责，热情工作，尊重每位病人，努力为病人提供优质护理服务。

(七) 护士应养成诚实、正直、慎独、上进的品格和沉着、严谨、机敏的工作作风。

(八) 护士在执业中应当加强责任心，正确执行医嘱，观察病人的身心状态，对病人进行科学的护理。遇紧急情况应及时通知医生并配合抢救，医生不在场时，护士应当采取力所能及的急救措施。

(九) 护士有承担预防保健工作、宣传防病治病知识、进行康复指导、开展健康教育、提供卫生咨询的义务。

(十) 护士依法履行职责的权利受法律保护，任何单位和个人不得侵犯。护士在执业中应保护患者的隐私，但法律另有规定的除外。

(十一)、遇有自然灾害、传染病流行、突发重大伤亡事故及其他严重威胁人群生命健康的紧急情况，护士必须服从卫生行政部门的调遣，参加医疗救护和预防保健工作。

(十二)、充分调动护理人员的工作积极性，完善护理人员调配制度，保证优质护理服务的开展。强化“以病人为中心”的服务理念，提供安全、优质、高效、便捷的护理服务。

(十三)、护士执业违反医疗护理规章制度及技术规范的，由医院护理部门视情节，予以警告、责令改正、终止在本院执业，并上报卫生行政部门终止其注册直至取消其注册。

(十四)、护士因个人原因要求调离时，必须本人提出申请，报护理部、人事科后，方可调动。

## 三十八、护理人员奖惩制度

修订日期：2014年3月

第2次修订

### （一）、奖励制度：

- 1、助人为乐，在社会上受到好评，为医院赢得荣誉。
- 2、见义勇为，为保护医院财产、病区安全及患者安全做出贡献。
- 3、服务态度好，经常受到患者、家属、周围同志及领导好评。
- 4、及时发现问题，有效地杜绝差错、事故、护理并发症及护理纠纷的发生。
- 5、认真带教，同学普遍反映好的。
- 6、带病坚持工作，主动加班加点，积极想办法为患者解决实际困难。
- 7、全年全勤，全年上夜班多于120个。
- 8、每年在正式期刊、报纸上发表专业文章，积极参与科研、著书成绩显著。
- 9、为医院或科室发展提出合理化建议，并采纳后产生一定效果的。
- 10、在市级以上单位活动中，团队精神好，为医院赢得荣誉者。凡符合以上内容之一者，均可酌情分别给予口头、通报表扬或奖金奖励等。

### （二）、惩戒制度（分为劝导、警告、停职、免职处罚）：

- 1、有下列情况之一者给予劝导批评。（1）上班浓妆艳抹、佩戴醒目首饰。（2）违反护士仪表规范。（3）在病房中扎堆聊天、大声说笑；工作时间干私活、看小说、睡觉；长时间打私人电话、聊天；迟到、早退、无故不按时交接班；上班使用电脑玩游戏，玩手机者。（4）穿工作服到院外、食堂、会议室。（5）对意外事故或重大事件未及时报告。（6）在医院内喧闹或辱骂，干扰医院正常秩序。
- 2、有下列情况之一者给予警告处分：（1）未经许可在工作时间内擅离职守。（2）散播错误的、恶意的信息或谣言。（3）未按请假规定无故缺勤。（4）违反公德或礼仪标准。（5）护理人员进行护理操作过程中违反操作规程。（6）不服从调配。（7）不能完成正常工作任务。（8）临时送假条，致使护士长无法调班（特殊情况例外）。（9）不虚心接受批评、检查、指导。（10）对上级交待的工作任务不按时完成。
- 3、有下列情况之一者给予停职检查处分：（1）由于工作疏忽、责任心不强，发生护理不良事件隐瞒不报，造成一定后果者。（2）在护理操作过程中违反操作规程，给病人带来痛苦，给医院造成不良影响者。
- 4、有下列情况之一者给予免职处分：（1）伪造医疗护理记录且情节严重；或私自将病历记录内容的信息透露给他人，造成不良后果。（2）偷窃或有意毁损医院或他人的财物。（3）工作期间自行注射麻醉药物或非法倒卖毒、麻、限、剧药。（4）以任何方式殴打或伤害患者及他人。（5）护理工作中出现严重过失，给医院造成不良影响或重大经济损失。（6）拒绝主管及上级领导的指导或工作安排。（7）值班时脱岗造成严重后果者。（8）索要、接受患者或家属财、物，对医院声誉造成不良影响。
- 5、说明：（1）停职指暂停1周以上，停职期间停发劳务费。（2）出现护理不良事件而产生护理纠纷按医院规定给予处理。

## 三十九、护士绩效考核评价制度

修订日期：2015年3月

第1次修订

（一）、医院根据功能任务、医院规模和服务量，将护士从按身份管理逐步转变为按岗位管理。科学设置护理岗位，实行按需设岗、按岗聘用、竞聘上岗，逐步建立激励性的用人机制。通过实施岗位管理，实现同工同酬、多劳多得、优绩优酬。

（二）、在改革临床护理模式、落实责任制整体护理到基础上，以实施护士岗位管理为切入点，从护理岗位设置、护士配置、绩效考核、职称晋升、岗位培训等方面制定和完善制度框架，建立和完善调动护士积极性、激励护士服务临床一线、有利于护理职业生涯发展的制度安排，努力为群众提供更加安全、优质、满意的护理服务。

（三）、不同岗位的护士数量和能力素质应当满足工作需要，特别是临床护理岗位要结合岗位的工作量、技术难度、专业要求和工作风险等，合理配置、动态调整，以保障护理质量和患者安全。

（四）、实行岗位绩效工资制度。根据护士的能力、年资、职称、学历等因素，将护士分为N0、N1、N2、N3、N4五个层级，以岗位职责为基础，以日常工作和表现（胜任力）为重点，绩效考核以护理服务质量、数量、技术风险和患者满意度为主要依据，注重临床表现和工作业绩，并向工作量大、技术性难度高的临床护理岗位倾斜，形式有激励、有约束的内部竞争机制，体现同工同酬、多劳多得、优绩优酬。

（五）、遵循考评内容确实反映实际工作岗位职责要求和考评简便易行的原则。

（六）、制定护士绩效考评方案及标准，科室按标准进行考核分配。

## 四十、护士的同工同酬、福利待遇、社会保险等制度

修订日期：2014年12月

第1次修订

为了维护护士的合法权益，规范护理行为，促进护理事业发展，保障医疗安全和人体健康，特制定本制度。

（一）、同工同酬制度

1、为外聘护士建立人事代理关系，解决聘用临时护士的档案管理、技术职称评审考核、工资福利待遇调整等问题。

2、在护理人员队伍中实行“岗高薪高、以岗定酬、同工同酬、绩效工资”的分配制度，同一岗位、同一职称、同样的技能就能享受同样的待遇。

3、同工同酬的条件

（1）劳动者的工作岗位、工作内容相同；

（2）在相同的工作岗位上付出了与别人同样的劳动工作量；

（3）同样的工作量取得了相同的工作业绩；

（4）不同种族、民族、身份的人同工同酬。

（二）福利待遇制度

1、医疗 每位护士都参加职工医疗保险，护士可根据自己的需要，进行体检。

2、节日津贴 按照我国的民族传统习惯，每年的清明节、端午节、中秋节、春节、三八妇女节医院

在节日为员工放假。

3、防暑降温费 医院给职工发放固定的防暑降温津贴。

4、娱乐活动 为了丰富员工业余生活，增加职工对医院文化的认同感，医院根据员工建议组织各种娱乐、文体活动。

### （三）、社会保险制度

医院为每位护士购买“六险一金”，具体五险即：养老保险、医疗保险、失业保险、生育保险和工伤保险、补充医疗险；一金即住房公积金。

### （四）、其他制度

1、有获得与其从事的护理工作相适应的卫生防护、医疗保健服务的权利。从事直接接触有毒有害物质、有感染传染病危险工作的护士，有依照有关法律、行政法规的规定接受职业健康监护的权利；

2、护士有按照国家有关规定获得与本人业务能力和学术水平相应的专业技术职务、职称的权利；有参加专业培训、从事学术研究和交流、参加行业协会和专业学术团体的权利。

3、护士有获得疾病诊疗、护理相关信息的权利和其他与履行护理职责相关的权利，可以对医疗卫生机构和卫生主管部门的工作提出意见和建议。

## 四十一、修订制度、职责、常规等相关文件的规定与程序

**修订日期：2015年3月**

**第1次修订**

（一）、医院护理部依据卫生、计生行政部门下发文件制定本院护理管理制度、岗位职责、工作流程。

（二）、卫生、计生行政部门下发新的文件、规范后，护理部组织学习领会其内容，报请领导批准后及时修订本院相关制度、职责。

（三）、修订护理管理制度、岗位职责必须经过全体护士长讨论，并公示修订内容广泛征求护士意见及建议。

（四）、护理管理人员根据征求的意见及建议修改修订的制度、职责相关内容。并注明修订时间。

（五）、医院护理管理制度、职责定稿后报请领导批准以文件的形式正式发布，同时宣布废止以前本项制度或职责。

（六）、各科室护士长组织相关人员学习，督导护士执行，保证制度落实。

（七）、护理管理人员在修订的护理管理制度、职责发布后定期督导检查各科室培训学习及执行情况。

### 附：修订制度、职责、常规等相关文件的程序

护理管理人员根据相关文件规定提出修订意见→报请分管领导经医院办公会讨论同意→召开护士长会议议定修订内容→根据护士长会议讨论内容成稿→再次召开护士长会议定稿→修改成稿→正式发布修订稿→组织相关人员学习→各级护理管理人员督导检查制度、职责执行情况。（试行→修改→批准→培训→执行的程序）



# 护理安全质量管理、核心制度

## 一、护理查房制度

修订日期：2014年12月

第2次修订

目的

- 1、通过行政查房，发现问题，提出解决问题的对策，提高护理质量和管理水平。
- 2、通过业务查房，提高护理人员的专业水平，了解国内外专科护理发展新动态。
- 3、通过教学查房，提高教学管理水平，提高学生的综合实践能力。
- 4、通过夜查房，解决和处理夜间护理工作中的重点问题，保证夜间护理工作顺利进行。

(一)行政查房

1、内容

- (1)、查护理质量，尤其是重危病人的护理质量。
- (2)、查服务态度、规章制度的执行情况。
- (3)、查岗位职责落实情况。
- (4)、查护理记录。
- (5)、查护理操作。
- (6)、查病房管理。
- (7)、查护理安全隐患。

2、要求

- (1)、护理部查房：由护理部主持，护理质控小组人员参加，每月1次，有重点检查内容。
- (2)、病区护士长查房：有计划安排检查内容，每周1次。

(二)、业务查房

1、内容

- (1)、分析讨论重危病人、典型、疑难、死亡病例。
- (2)、查基础护理、专科护理落实情况。
- (3)、结合病例学习国内外护理新动态、新业务、新技术。

2、要求

- (1)、护理部组织每季全院业务查房1次。
- (2)、病区护士长每年组织业务查房 $\geq 10$ 次。
- (3)、病区护士长参加医生查房每月1-2次。
- (4)、查房前预先告知有关人员查房的内容、目的,做好查房记录,保存资料。

(三)、教学查房

1、内容

- (1)、分析典型病例，指导护生运用护理程序。
- (2)、检查教学计划、教学目标落实情况。
- (3)、指导或示范护理技术操作。

2、要求

- (1)、负责教学的护理部主任应参与护理教学查房。

(2)、带教老师负责组织教学查房，每一轮学生至少 1 次。

(3)、护士长安排护生每月参加护理查房 1 次。

(四)、夜查房

## 1、内容

(1)、掌握全院危重、抢救病人的概况，帮助解决夜间护理工作中的疑难问题。

(2)、认真检查各岗位职责、制度落实情况及各科室的护理工作。

(3)、床头交接班落实情况。

## 2、要求

(1)、由全院护士长轮流参加夜间值班，每周 2 次夜查房，节假日安排护士长轮转查房，护理部主任可随时抽查。

(2)、帮助解决疑难问题，遇到特殊情况应作出应急处理。

(3)、查房中发现问题逐条记录，次日向护理部口头汇报并提交值班记录。

## 二、分级护理制度

修订日期：2014 年 1 月

第 2 次修订

(一)、患者入院，每天测体温、脉搏、呼吸四次，连续三天；体温在 37.5℃以上，每天测四次，连续三天；体温在 38.5℃以上，每隔四小时测一次；住院患者每天测体温、脉搏、呼吸二次，并询问大小便次数。每周测血压及体重一次（七岁以下儿童酌情免测血压）。其他按常规和医嘱执行。

(二)、进行健康教育活动。

(三)、患者入院后，应根据医嘱及病情决定护理分级，并做出标记（一览表、床头卡）。分级护理，是根据病情的轻重缓急，规定临床护理要求，在护理工作中达到明确重点，分清主次，合理安排人力，使护理工作有条不紊地进行，有利于提高护理质量。医师根据患者病情决定护理等级以医嘱形式下达。护理级别分为特级护理、一、二、三级护理，并做出标识（特护为红色、一级护理为蓝色、二级、三级护理可不标记）。

1、特级护理：具备以下情况之一的患者，可以确定为特级护理

(1)、病情危重，随时可能发生病情变化需要进行抢救的患者；

(2)、重症监护患者；

(3)、各种复杂或大手术后的患者；

(4)、严重创伤或大面积烧伤的患者；

(5)、使用呼吸机辅助呼吸，并需要严密监护病情的患者；

(6)、实施连续性肾脏替代治疗（CRRT），并需要严密监护生命体征的患者；

(7)、其他有生命危险，需要严密监护生命体征的患者。

对特级护理患者的护理包括以下要点：

(1)、派专人昼夜观察护理，及时制订特别护理计划并实施，严密观察生命体征及病情变化，准确、及时、细心地完成各项治疗、护理，认真填写特护记录、交班报告，明确护理要点；

(2)、根据医嘱，准确测量出入量；

(3)、检查急救车设备，背齐各种抢救药品、器材，熟练掌握各种抢救技术及各种抢救仪器的调试应用，观察异常情况处理及病人的对应变化，以便随时取用；

(4)、根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理

等，实施安全措施；

(5)、保持患者的舒适和功能体位；

(6)、实施床旁交接班.；

(7)、提供护理相关的健康指导。

2、一级护理：具备以下情况之一的患者，可以确定为一级护理

(1)、病情趋向稳定的重症患者；

(2)、手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；

(3)、生活完全不能自理且病情不稳定的患者；

(4)、生活部分自理，病情随时可能发生变化的患者。

对一级护理患者的护理包括以下要点：

(1)、严格卧床休息，协助生活，尽量减少会客及谈话；

(2)、严密观察病情变化，每小时巡视病人 1 次，病情有特殊变化随时巡视、观察、记录，必要时制订护理计划并实施，交班报告应交护理重点；

(3)、认真做好基础护理及晨、晚间护理；

(4)、根据病情 2-4 小时翻身一次，拍背、按摩皮肤及骨突部位，预防褥疮发生，绝对卧床病人温水擦澡每周 1-2 次，夏日每日 1 次；

(5)、昏迷、禁食病人生理盐水擦拭口腔每日 2 次；

(6)、按常规要求测体温、脉搏，每日 4 次，高热及有特殊情况时遵医嘱增加次数。瘫痪、牵引、卧石膏床病人的病情稳定，可每日 1 次；

(7)、准确、及时进行各项治疗护理，严密观察用药效果及反应；

(8)、按时送饭、送水、送便器到床边，协助病人洗漱及餐前洗手，保持清洁卫生；

(9)、按医嘱协助和鼓励病人床上活动或做被动性活动；

(10)、护士应做好病人的心理护理，使病人身心处于接受治疗的最佳状态；

(11)、提供护理相关的健康指导。

3、二级护理：具备以下情况之一的患者，可以确定为二级护理

(1)、病情稳定，仍需卧床的患者；

(2)、生活部分自理的患者；

对二级护理患者的护理包括以下要点：

(1)、保证病人卧床休息、在室内或病区适当活动，但不得离开病区；

(2)、根据患者病情，测量生命体征；

(3)、注意病情观察，每 2 小时巡视病房 1 次；

(4)、督促病人每周洗澡 1 次，夏天每日 1 次；

(5)、进行疾病保健宣传，协助离床锻炼，促进身心健康；

(6)、生活上给予必要的协助及照顾。

4、三级护理：具备以下情况之一的患者，可以确定为三级护理

(1)、生活完全自理且病情稳定的患者；

(2)、生活完全自理且处于健康期的患者。

对三级护理患者的护理包括以下要点

- (1)、在医护人员指导下生活自理;
- (2)、每 3 小时巡视患者, 观察患者病情变化;
- (3)、根据医嘱, 正确实施治疗、给药措施;
- (4)、督促个人卫生清洁, 每周洗澡 1 次, 夏天每日 1 次;
- (5)、进行卫生知识教育和康复指导工作。

### 三、护理病例讨论制度

修订日期: 2014 年 12 月

第 2 次修订

(一)、凡病情危重, 危急生命或难度较大及大手术和新开展的手术以及死亡病例, 均应进行护理病例讨论。

(二)、讨论由护士长和主管护师主持, 病区护士均应参加。

(三)、讨论时由责任护士汇报病史, 介绍病人病情, 目前采取的护理措施, 效果, 并提出问题。

(四)、主管护师及与其它护理人员, 根据病人的病情, 并结合病人的护理情况, 提出个人对护理病人的意见和建议。

(五)、外科大手术病例, 要讨论病人的术前、术后护理, 预防术后病人可能出现的护理并发症。

(六)、重大抢救、特殊病例, 根据面临的疑难、特殊问题及时分析、讨论、提出护理方案, 及时解决, 提高 护理技术水平。

(七)、讨论疑难、死亡病例, 结合病人情况, 参加抢救的护士, 要汇报抢救的经过, 护士长或主管护师就抢救配合, 病情观察, 基础护理, 护理记录等方面进行综合分析, 总结护理实践的成功经验, 找出存在的不足, 并提出改进措施, 不断提高护理实践能力。

(八)、讨论情况分别记录在护理病例讨论记录中。

### 四、危重病人抢救制度

修订日期: 2014 年 12 月

第 3 次修订

(一)、提高医护人员的抢救意识和抢救水平, 抢救患者时, 保持严肃、认真、积极而有序的工作态度, 做到人员到位、行动敏捷、有条不紊、分秒必争。做到思想、组织、药品、器械、技术五落实。

(二)、各种急救药品和器材定量、定位放置, 专人管理, 抢救物品一般不予外借, 每日进行核对检查一次, 班班交接, 账目相符, 经常检查维修, 以保证应急使用。

(三)、护士紧密配合医生参加抢救。医生未到前, 按《护士条例》要求, 护士应根据病情给予力所能及的抢救措施, 如及时给氧、吸痰、检测生命体征、建立静脉通路、行人工呼吸及心脏按压等。

(四)、密切观察病情变化, 保持呼吸道和各种管道通畅, 准确及时填写《护理记录单》, 记录时间精确。

(五)、在抢救患者过程中, 及时、正确执行医嘱。在执行口头医嘱时, 必须复述一遍, 两人核对后方可执行; 抢救结束后, 必须暂时保留安瓿, 经两人核对无误后方可弃去, 抢救结束 6 小时内据实补写医嘱并签名。

(六)、对病情变化、抢救经过、各种用药等, 应详细、及时、正确记录, 因抢救病人未能及时书写护理抢救记录的, 有关人员应当在抢救结束后 6 小时内补记, 并加以注明。

(七)、危、重症患者、特殊患者需做辅助检查时, 必须有医护人员陪同送检, 抢救药品、器械齐备, 性能完好。

(八)、抢救结束后, 做好抢救记录小结和药品、器械清理消毒工作, 及时补充抢救车药品、物品, 并使抢救仪器处于备用状态, 做好家属安抚工作。

## 五、护理会诊制度

修订日期：2014年12月

第2次修订

(一)、凡属复杂、疑难、危重护理病例，护理难度大、某一护理问题经常采取常规护理措施而效果不佳或遇到本专科不能解决的护理问题，需其他科或多科进行护理会诊的患者，包括专科特殊仪器、设备使用等，应当及时申请会诊。

(二)、科内会诊：由责任护士提出，护士长或主管护师主持，召集有关人员参加，并进行总结。责任护士负责汇总会诊意见并写会诊记录。并严格按护理会诊措施进行。

(三)、科间会诊：由要求会诊科室的责任护士提出，护士长同意后填写会诊申请单，送至被邀请科室。被邀请科室接到通知后由护士长或安排骨干赴申请科室会诊，并书写会诊记录。并严格按护理会诊措施进行。

(四)、全院性会诊：申请科室提出并填写会诊申请单送护理部，护理部接到申请后，及时组织相关科室的护士长或有经验的护理骨干到该科室查看病人，并讨论该采取的护理措施，集思广益，尽可能达到最佳的护理效果。申请科室护士长负责介绍患者的病情，并认真记录会诊意见。

(五)、会诊时间：护理会诊时间原则上在接到申请后24-48h完成，紧急会诊及时进行，会诊地点设在申请科室。

(六)、对会诊后采取措施的结果在护士长例会上进行研讨，以总结经验，不断提高护理水平。

## 六、护理查对制度

修订日期：2014年12月

第3次修订

查对制度的认真执行是保证护理工作质量，防止发生差错事故的有效措施。

(一)“三查八对”、“一注意”内容

1、“三查”：操作前、操作中、操作后查。

2、“八对”：认真严格地核对床号、姓名、药名、药物浓度、剂量、用法、时间和有效期。

3、“一注意”：用药过程中，须严密观察药效及副作用，做好有关记录。

(二)医嘱查对制度

1、处理医嘱应做到班班查对：处理医嘱者及执行者，均须双查对且签名。

2、对有疑问的医嘱必须问清楚后，方可执行。

3、抢救病人时，医师下达口头医嘱，执行者须复诵一遍，经双方核实无误后，方可执行，并保留用过的空安瓿，二人核对后弃去。

4、整理医嘱单或医嘱执行单后须经第二人查对。

5、医嘱必须每班查对，办公护士每日与当班护士查对并双签名，护士长每周大查对一次，护士长不在时，须指定护士进行查对签名。

(三)服药、注射、处置查对制度

1、服药、注射、处置前必须严格执行“三查八对”制度（即摆药后查；服药、注射、处置前、后查。严格查对床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间、用法和有效期）。

2、摆药前要检查药品质量，注意水剂、片剂有无变质，针剂有无裂痕。有效期和批号如不符合要求或标签不清者，不得使用。

3、摆药后必须经第二人核对后方可执行。

4、易致过敏药物，给药前应询问病人有无过敏史；使用毒麻、精神性药物时要经过反复核对，用后保留安瓿；给多种药物时，要注意配伍禁忌。

5、发药、注射时，如病人提出疑问，应及时查对，无误后方可执行。

#### （四）输血查对制度

1、医护人员到输血科取血时与发血双方共同做好“三查八对”。

“三查”：查对交叉配血报告单及血袋标签各项内容；查对血袋有无破损渗漏；查血液有无凝血块和溶血，颜色、质量是否正常。

“八对”：对病人姓名、性别、住院号、门急诊/病室、床号、血型、血液有效期及配血试验结果。

2、输血时由两名医护人员带病历共同到病人床旁，仔细进行查对无误后方可执行。

3、输血前监测生命体征，输血中注意观察，输血完毕后，血袋送回输血科（血库）至少保存一天，统一处理。

#### （五）手术查对制度

1、核对病人：应根据手术通知单和病历核对病人科别、床号、姓名、性别、年龄、诊断、手术名称、手术部位及标识，术前用药、药物过敏试验结果等。把好“四关”：

（1）接病人之前，与病房护士查对。

（2）进入手术间之间，与巡回护士查对。

（3）进入手术间之后，与麻醉医生查对。

（4）麻醉之前，与手术医生查对。

2、查对无菌包外 3M 指示带、包内灭菌指示卡显示灭菌是否合格，查看手术器械是否齐全、适用。

3、手术物品查对：

（1）体腔或深部组织手术使用的器械、缝针、纱布、纱垫等须认真清点数目。

（2）把好四关：手术开始前、关闭体腔前、体腔完全关闭后、皮肤完全缝合后，清点数目相符。

（3）清点责任人：洗手护士、巡回护士、主刀医生。四清点时，洗手巡回护士应对没见物品唱点两遍并准确记录。

4、手术取下的标本由洗手护士与手术者核对后，随同病理检验单送检。

#### （六）供应室查对制度

1、包装器械包时，查对品名、数量、质量、清洁度。

2、器械、敷料消毒完毕，查对是否注明失效期，并固定位置放置。

3、发放器械及各类无菌包时，查对物品数量，质量及清洁处理情况。

#### （七）饮食查对制度

1、每日查对医嘱后，核对病人床前饮食卡，查对床号、姓名及饮食种类。

2、发饮食前，查对饮食卡与饮食种类是否相符。

3、治疗饮食、肠内营养查对品名、剂量、方法。

4、就餐前在病人床前再查对一次。

## 七、护理文件书写与医疗文件管理制度

修订日期：2014 年 12 月

第 6 次修订

（一）、护理文件书写严格按照《卫生部办公厅关于在医疗机构推行表格式护理文书的通知》、卫生部《病历书写基本规范》（2010 年）、《病历书写基本规范及四川省病历质量评分标准汇编》（2011 年）及《四川省医院护理质量管理评价标准（2014 年版）》等规定执行。

（二）、各项护理文件书写要客观、真实、准确、及时、完整、规范。

（三）、护理文书必须由具备独立执业资格的护理人员完成；无独立执业资格的护理人员书写的护理记录，应由执业护士审核修改并签名。

(四)、护理部、科室定期对护理文件书写质量监控、检查、评价、反馈,促进书写质量改进。护士长应每天对危重病人护理记录进行质量控制,检查各种护理记录单的书写质量 1—2 次,做好质控记录。

(五)、体温单、医嘱单、护理记录单、专科护理记录单、手术护理记录单、手术器械清点单、护理评估、护理计划单、住院病人跌倒/坠床危险因素评估表、压疮危险因素评估表、入院告知书、高危告知书、约束告知书及过敏试验安全告知书等归入病历保存;长期医嘱执行单等其它护理记录按规定要求书写,并妥善保存 2 年;交班本保存 3 年;测温本、输液卡等保存三个月,以备查阅。

(六)、病房护士长负责医疗文件的管理,护士长不在时,由办公护士或值班护士负责管理。各班人员均按照管理要求严格执行。

(七)、住院期间的运行病历,用后必须归还原处。白天由办公室护士管理,中班、夜班由当班护士加锁保管,防止丢失。

(八)、病历中各种表格均应排列整齐,不得撕毁、拆散、涂改、伪造,保持完整、真实。

(九)、病人及家属不能私自翻阅病历及自行携带病历出科室。外出会诊或转院时,由工作人员携带病历。

(十)、出院或死亡病历须按规定排列整齐,统一交病案室保管,办公室护士做好审签和登记,护士长或质控员审核后在病历封面签名。

(十一)、病人及家属要求复印病历资料,按规定程序办理。

(十二)、病人及家属提出封存病历时,医护人员不可直接将病历交于病人或家属,通过医务科统一管理、办理。

(十三)、患者入院 2 小时进行自理能力等级 (Barthel 指数) 评分,并记录。

## 八、护理值班、交接班制度

修订日期: 2014 年 1 月

第 2 次修订

(一) 值班护理人员坚守岗位,履行职责,保证各项护理工作准确、及时进行。

(二) 掌握病室动态,严密观察病人病情变化,尤其是急诊、新入、危重、术后病人的病情变化,若发现异常须立即通知医生并配合处理,认真作好护理记录。

(三) 书写交班报告,字迹工整、清晰,内容简明扼要,有连贯性,医学术语运用规范。进修护士书写时须由带教老师审签。

(四) 交班种类

1、集体交接班:

(1) 早晨集体交接班应认真听取夜班交班,全面了解本病区病人情况,重点病人交接内容描述清楚。

(2) 护士长布置、讲评本周、本日重点工作,时间一般不超过 15 分钟。

2、各班次交接班:每班在下班前必须按时进行交接班。

(五) 交接班内容

1、交清病人总数、出入院、转科、手术、病危、死亡人数及病室管理中应注意的问题。

2、重点病人交接:抢救、危重、大手术病人护理完成情况;有无压疮、各种导管固定和引流通畅情况;危重病人护理记录;急诊、新入、特殊检查、治疗、输血及情绪异常的病人重点交接并记录。

3、医嘱执行情况,各种检查标本采集及各种治疗处置完成情况,对尚未完成的工作,应向接班者交代清楚。

4、急救器材、药品是否齐备完好。

5、交接班者共同巡视检查病房是否整洁、安静、安全、舒适。

#### （六）交接班的要求

1、值班者必须在交班前完成本班各项工作，书写交班报告及护理记录，整理好用物和病房环境，为下一班做好必要的准备工作。遇有特殊情况，应详细交代。

2、接班者提前 15min 到科室，在接班者未接清楚之前，交班者不得离开岗位。

3、接班者如发现病情、治疗、物品或药品等交待不清，应立即查询。接班时发现的问题由交班者负责；接班后发现问题，则由接班者负责。

4、交接班应进行床旁、口头及书面交班。

## 九、手术安全核查制度

修订日期：2014 年 12 月

第 2 次修订

（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），分别在进入手术场所前、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、手术与各种有创高危操作在患者进入手术场所前，对涉及到“左右”、“水平面”、“手指或脚趾”的手术，手术或操作医师应在手术部位作标示，并主动邀请患者（或家属）参与认定，在术前小结（病程录）中有记录。

2、麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》一次核对患者身份（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。

3、手术开始前：三方共同核查患者身份（姓名、住院号、年龄）、手术方式、手术部位与标识，并确定风险预警等内容。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。

4、患者离开手术室前：三方共同核查患者身份（姓名、住院号、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。

5、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，每一部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：有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，有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》应归入病例中保管，非住院患者《手术安全核查表》有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）、医疗机构相关职能部门应加强对本机构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、护理不良事件主动报告制度与激励机制

修订日期：2014年12月

第3次修订

护理不良事件是指在护理过程中发生的对患者不安全的、增加痛苦和负担的事件；可能引发纠纷、造成事故的事件。包括给药错误、治疗不及时、针刺伤、压疮、烫伤、跌倒、坠床、药物外渗、管道滑脱、标本错误、手术患者部位错误、手术器械遗留在体内等。为预防和及时处理护理不良事件，最大限度减轻不良后果，保障患者安全，实施护理质量的持续改进，制定本制度。每位护理人员都有报告和及时处理不良事件的责任和义务。

(一)、报告范围：凡在医院内发生的或在院外转运病人时发生的不良事件均属主动报告范围。

(二)、不良事件分级：

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要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。

(三)、护理不良事件上报程序：

1、一般不良事件（III、IV级事件）：立即报告护士长，24-48小时内填报《护理不良事件主动报告及监测表》上报护理部。

2、严重不良事件（I、II级事件）：当事人立即报告护士长、科主任或总值班，同时上报护理部，由护理部核实结果后上报分管院领导，护士长于6小时内填报《护理不良事件主动报告及监测表》，同时填写《医疗（安全）不良事件报告表》报送医务科。

(四)、报告形式：

1、口头报告：发生严重不良事件时，知情人员立即向护士长、科主任、总值班、护理部口头报告事件情况。

2、书面报告：知情人员书面填写《护理不良事件主动报告及监测登记表》上报护理部。

(五)、处置程序

1、护理不良事件一旦发生，当班医师护士应以病人为中心，立即采取补救措施，保证病人生命安全，使不良后果控制在最小程度。

2、发生护理不良事件后，应对发生事件的原始物品、资料保留或封存，必要时对现场和实物予以保护。

3、对已经或可能出现损害或纠结的护理不良事件，护理部要及时进行调查，采取积极补救措施，减轻损害后果。

4、对发生损害后果的护理不良事件，责任人应有书面材料，简述发生经过、造成原因，今后应吸取的教训。科室应有整改措施，有护理部组织护理质量管理委员会讨论定性，做出相应处理。

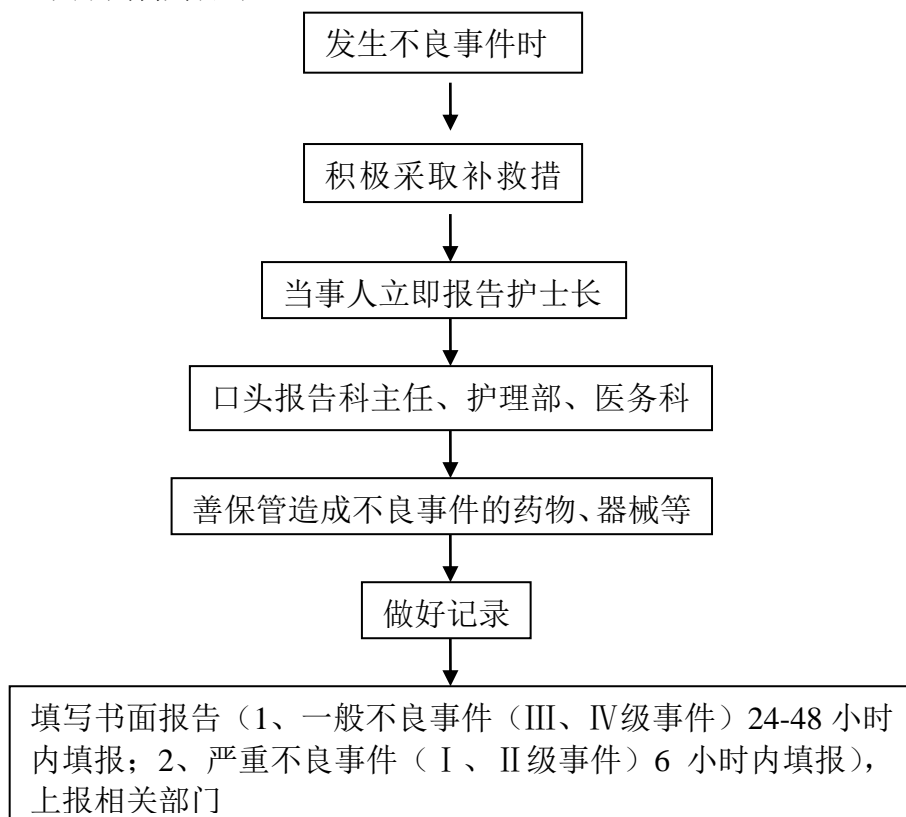
(六)、奖罚机制：

- 1、鼓励自愿报告，对主动报告且积极整改者，视情节轻重可减轻或免于处罚，并按照报告人的意愿对报告人行为给予保密。
- 2、对阻止重大安全事故发生的报告者予以200-500元现金奖励。
- 3、对可能发生的不良事件首先提出建设性意见的个人给予奖励。
- 4、对主动上报不良事件的非责任护士给予奖励。
- 5、对隐瞒、谎报、漏报的科室和个人，经查实，视情节轻重给予 50-2000元处罚；由此引发的纠纷或事故按本院《医疗质量若干规定》及《护理缺陷评价相关规定》处理。

（七）、护理不良事件的防范及处理

- 1、有护理风险防范制度及措施，对护理质量定期进行分析及改进。
- 2、发生护理不良事件后应及时评估事件影响，所在科室及护理部积极采取有效措施，尽量减少或消除不良后果。
- 3、发生护理不良事件后，科室应妥善保管有关记录、标本、化验结果及相关药品、器械等，不得擅自涂改、销毁。
- 4、发生护理不良事件后，所在科室认真填写《护理不良事件主动报告及监测登记表》，护士长应对事件发生过程及时调查，在一周内组织科内讨论，分析原因、影响因素及管理各个环节，提出改进意见及方案并呈交护理部，跟踪改进措施落实情况并评价效果。
- 5、护理部应及时组织护理质量管理委员会对发生的护理不良事件进行分析，并提出整改建议及处理意见，返回给科室并督促改进。

（八）、不良事件报告流程



附：《护理不良事件主动报告及监测表》

# 不良事件主动报告及监测登记表

发生日期: _____	报告日期: _____
事件类型: <input type="checkbox"/> 跌倒 <input type="checkbox"/> 坠床 <input type="checkbox"/> 烫伤 <input type="checkbox"/> 走失 <input type="checkbox"/> 自杀 <input type="checkbox"/> 自残 <input type="checkbox"/> 噎呛 <input type="checkbox"/> 错用药 <input type="checkbox"/> 漏用药 <input type="checkbox"/> 压疮 <input type="checkbox"/> 管道脱落 <input type="checkbox"/> 输液反应 <input type="checkbox"/> 输血反应 <input type="checkbox"/> 血液暴露 <input type="checkbox"/> 锐器伤 <input type="checkbox"/> 投诉 <input type="checkbox"/> 其他_____	
<b>病人资料</b>	
姓名_____ 床号_____ 性别_____ 年龄_____ 住院号_____ 诊断_____	
<b>护士资料</b> (若有, 请填写)	
姓名_____ 年龄_____ 性别_____ 职称_____ 工作年限_____	
是否造成病人损伤: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是_____	
是否造成护士损伤: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是_____	
简要经过及处置要点:	
原因分析:	
科室意见:	
参加讨论人员:	
护理部意见:	

## 十一、临床输血管理制度及实施细则

修订日期：2014 年 12 月

第 2 次修订

为保证临床输血安全，根据卫生部《医疗机构临床用血管理办法》（2012 年）、卫生部《输血相关法律法规》（2010 年）制定本实施细则。

### （一）、受血者血样采集与送检

- 1、确定输血后，医护人员持输血申请单、贴好与申请单号相同的试管，当面核对患者姓名、性别、年龄、病案号、病室/门急诊、床号、血型和诊断。小儿应由父母或监护人识别来采集血样。
- 2、采集血液时不准直接从输液管或正在输液的一侧肢体采集血液，以免血液稀释，降低抗凝滴度引起配血错误。
- 3、严格遵守一次只为一个病人采集血标本的做法。
- 4、采集后应立即进行准确的标识和记录，以便采集后的标本上可识别的病人信息与输血申请单上指定病人的唯一信息相同，并保证采集者和采集时间等可以准确的被识别。
- 5、注意混匀抗凝剂，以防血液凝集。
- 6、血液采集后，由专门负责人员将受血者血样和输血申请单送至输血科，双方进行逐项核对。输血科对临床所送标本经双方核对无误后进行标本登记，并签时间和全名。
- 7、受血者配血试验的标本必须是输血前 3 天之内。

### （二）、取血

配血合格后，由医务人员或科室专门负责人员持取血通知单到输血科取血，病员家属不得取血。取血与发血的双方必须查对病人床号、姓名、性别、年龄、住院号、血型、血液有效期及配血试验结果，准确无误后，双方共同签字方可发出。夏季气温高时，需在取血容器内放置冰袋并用毛巾隔离，避免与血袋直接接触。

有以下情形之一的，一律拒绝取用血液：

- 1、标签破损、字迹不清；
- 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、红细胞层呈紫色；
- 8、过期或其他须查证的情况。

血液发出后，受血者和供血者的血样保存于 2~6℃ 冰箱，至少 7 天，以便对输血不良反应追查原因。

### （三）、输血

- 1、输血前由两名医护人员核对交叉配血报告单、血型化验单及血袋标签各项内容并签名，检查血袋及血液质量，如有疑问应立即与血库联系。
- 2、取回的血液应尽快输注，从输血科取出后 30min 内输注，科室无自行储血。3—4 小时内输完 200—300ml 血液，对血管条件不好、不易穿刺的，应在穿刺成功后再取血，避免血液从输血科取回时间过长

引起溶血。输血前将血袋轻轻混匀，避免剧烈震荡，输入冷藏血液时，不必加温，输入前轻轻摇血袋4—5次，血液内不得加入其他药物，如需稀释只能加入静脉注射用生理盐水。

3、输血前常规监测生命体征一次，并记录完善。

4、输血时，由两名医护人员携带病历到患者床前，再次核对病人姓名、性别、年龄、病案号、门急诊/病室、床号、血型、血液有效期及配血试验结果，确认无误后，挂血型警示牌，用标准的输血器在严格无菌技术操作下进行输血。

5、输血前后用静脉注射生理盐水冲洗输血管道，如连续输注两袋或以上时，应用静脉注射生理盐水冲洗输血器后，再更换输血器输注下一袋血液，避免产生免疫反应。每袋血均有输血记录，输血记录书写规范、信息完整。

6、输血开始不能离开病人，床旁观察15min，输血过程中应先慢后快，输血开始前15min以15滴/min为宜，再根据失血量、贫血程度、病情和年龄、医嘱调整输注滴速，并严密监测生命体征，观察受血者有无输血不良反应，并做好记录，如出现异常情况应及时处理：

(1) 立即减慢或停止输血，更换输血器为输液器输入静脉注射用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，及时检查、治疗和抢救，并查找原因，做好记录。

7、疑为溶血或细菌性污染性输血反应时，应立即停止输血，用静脉注射生理盐水维持静脉通路及时报告上级医师，在积极治疗抢救的同时，做一下核对检查：

(1) 核对用血申请单、血袋标签、交叉配血试验结果。

(2) 核对受血者及供血者ABO血型、RH(D)血型。用保存于冰箱上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、血浆游血红蛋白含量、血浆结合珠蛋白测定、直接抗人球蛋白试验并检测相关抗体效价，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) 留取血、尿标本，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。

8、输血完毕后，医护人员应在输血标签、临时医嘱单、输血记录单(交叉配血报告单)上双签名。对有输血反应的应逐项填写输血不良反应回报单，并返还输血科(血库)保存，输血科(血库)每月统计上报医务科。

9、输血完毕后，医护人员将输血记录单(交叉配血报告单)贴在病历中，并将血袋送回输血科(血库)至少保存一天。

10、护士长要加强对输血规范的教育及管理，严格执行“三查八对”制度，确保输血安全。

#### **输血“三查八对”：**

“三查”：查对交叉配血报告单及血袋标签各项内容，查对血袋有无破损，查对血液颜色、质量是否正常

“八对”：对病人姓名、性别、年龄、病案号(门急诊/病室)、床号、血型、血液有效期及配血试验结果

**输血不良反应处理流程：**立即停止输血→更换输血器为输液器→改换生理盐水→报告医生→遵医嘱给药→严密观察并做好记录→必要时填写输血反应报告卡→上报输血科→怀疑严重反应时→保留血袋→

抽取患者血样→送输血科

## 十二、患者身份确认制度、方法及核对程序

修订日期：2014年12月

第3次修订

（一）、病人在院期间应被正确识别身份（包括门、急诊病人和住院病人）。留观患者、住院病人均应佩戴腕带作为身份识别标识。

（二）、医务人员在采集标本、给药、输液、输血、发放特殊饮食、诊疗活动及操作前应至少同时使用两种以上的患者身份识别方式对患者进行身份确认，如姓名、住院号、床号、年龄、出生年月等（禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据）。血透科病员身份核实以身份证和医保卡复印件作为身份识别依据。

（三）、无名氏患者，门诊使用“无名氏+编号、性别、就诊卡”，住院患者使用“床号、无名氏+编号、住院号”作为身份识别信息。

（四）、能有效沟通的患者，实行双向核对法，既除核对床头卡、腕带以外还要求患者自行说出本人姓名，确认无误后方可执行。

（五）、对无法有效沟通的患者，如手术、昏迷、神志不清、无自主能力的重症患者及不同语种或语言交流障碍、无名、儿童、镇静期间的患者必须按规定使用“腕带”标识作为患者身份识别标识；在进行各项诊疗操作前必须核对腕带及住院号、床号，识别患者的身份。

（六）、在实施任何介入或有创诊疗活动前，实施者应亲自与患者（或家属）沟通，作为最后确定的手段，以确保对正确的患者实施正确的操作。

（七）、对新生儿、意识不清、语言沟通障碍等原因无法向医务人员陈述自己姓名的患者，由患者陪同人员陈述患者姓名。

（八）、填入腕带的识别信息必须经两名医务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。腕带填写的信息字迹清晰规范，准确无误。项目包括：病区、床号、姓名、年龄、性别、住院号等信息。“腕带”原则上佩戴在病人“左手”，患者使用腕带松紧适度，皮肤完整无破损。定期检查腕带使用情况，科室每月督导并有记录。

（九）、完善并落实护理各关键流程（急诊、病房、手术室、重症医学科）的患者识别措施、交接程序与登记制度。住院重危患者到医技科室检查，由床位医师陪同，重症医学科危重病人由医护陪同，急诊科重危患者到医技科室检查，有急诊科医护陪同。

（十）、在检查、放射、CT、MRI、超声、放射治疗、高压氧等直接与患者当面接触的科室都应进行患者身份识别制度。

（十一）、在实施手术或其他有创高危诊疗的操作前，主要操作及巡回护士应主动与患者（或家属）沟通，再次确认患者姓名、住院号、性别、出生日期、身份证号、家庭电话等作为识别患者的手段，并将此过程在医疗文件中有所体现。

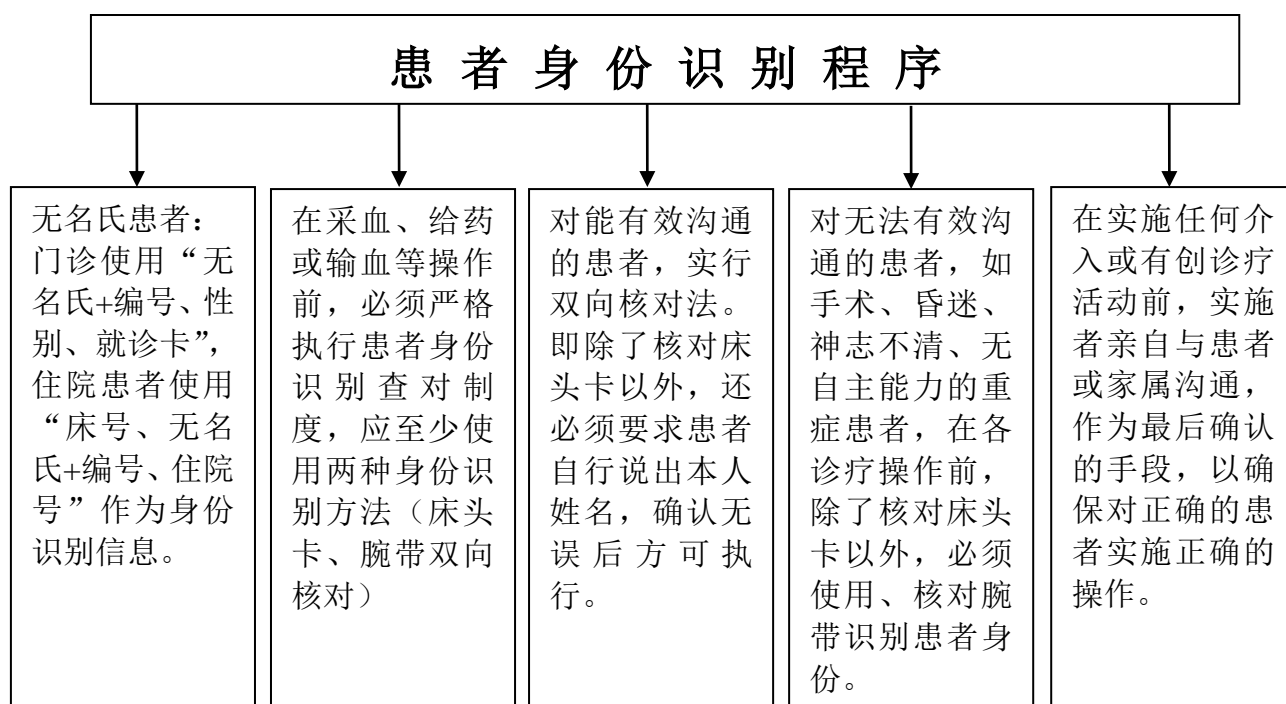
（十二）、手术前患者的病例、影像资料、术中特殊用药、器械等，病区护士与麻醉师（或手术室护士）之间应有交接与验收、双方签字，不允许由患者（或家属）自带相关资料到手术室。

（十三）手术与各种有创高危操作在患者进入手术场所前，对涉及到“左右”、“水平面”、“手指或脚趾”的手术，手术或操作医师应在手术部位作标示，并主动邀请患者（或家属）参与认定，在术前小结（病程录）中有记录。

(十四)、当患者在手术台上准备接受手术前，要“暂停”确认。手术医师、麻醉师及巡回护士应对患者的身份（两种标识）、手术部位、手术方式、关键性检查结果及各种签字手续等情况进行再次核查，确认无误后各自应在相关医疗文件上签字，否则不得实施手术。

(十五) 患者转科/转诊前，护士需对该患者进行病情与活动能力的评估、小结，对此类患者有身份、病情及病历资料的交接并做好记录。交接时再次确认患者信息，包括姓名、性别、年龄、住院号。确认无误后交接护士共同在交接口记录单上签字。

(十六)、对转诊/转科患者进行小结。



### 十三、院患者十大安全目标管理制度

修订日期：2015年3月

第3次修订

**目标一：严格执行查对制度，提高医务人员对患者身份识别的准确性。**

- 1、严格执行患者身份确认制度、方法及核对流程。
- 2、护理部有查对制度，要认真落实该项工作，将其作为护理部检查和督导的重点工作内容来抓。
- 3、与有关部门协商共同制定确认病人身份的制度和程序。尤其是完善关键流程（急诊科、病房、手术麻醉科、重症医学科之间流程）的患者识别措施，在全院实行转科病人交接口记录单交接签字制度。
- 4、健全与完善各科室患者身份识别制度，如重症医学科、急诊科、手术麻醉科、血透科等，作为重点科室来抓。
- 5、在标本采集、给药或输血前等各类诊疗活动前，必须严格执行查对制度，应至少同时使用两种患者身份识别方法，如姓名、住院号、腕带、床号等（禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据）。血透科病人身份核实以身份证和医保卡复印件作为身份识别依据。无名氏患者，门诊使用“无名氏+编号、性别、就诊卡”，住院患者使用“床号、无名氏+编号、住院号”作为身份识别信息。患者转科/转诊前，护士需对该患者进行病情与活动能力的评估、小结，对此类患者有身份、病情及病历资料的交接并做好记录。交接时再次确认患者信息，包括姓名、性别、年龄、住院号。确认无误后交接护士共同在交

接口记录单上签字。

6、实施任何介入或有创诊疗活动前，实施者应亲自与患者（或家属）沟通，作为最后确认的手段，以确保正确的患者实施正确的操作。

7、呼叫病人后，叫病人自行说出自己姓名，并查对腕带，确认对象无误后，方可进行下一步查对操作。

8、建立使用“腕带”作为识别标志的制度，对所有住院病人使用腕带，作为操作前、用药前、输血前等诊疗活动时辨别病人的一种有效的手段。对药物过敏、带管病人等特殊患者有明显的识别标识。

9、护理部落实督导检查，随时抽查核心制度，特别是查对制度执行情况。

### **目标二：严格执行手术安全核查制度和流程，防止手术患者、手术部位及术式错误。**

1、建立与实施手术前确认制度与程序，有手术安全核查表

2、手术科室的择期手术在手术医嘱下达之时，表明该手术前的各项准备工作已经全部完成，护士要再次进行核对，并作好相关记录。

3、手术与各种有创高危操作在患者进入手术场所前，对涉及到“左右”、“水平面”、“手指或脚趾”的手术，手术或操作医师应在手术或才做部位作标示，并主动邀请患者（或家属）参与认定，在术前小结（病程录）中有记录。

4、手术麻醉科要建立手术部位识别标志制度。

5、相应科室（手术科室）制定手术安全核查与手术风险评估制度与工作流程。

### **目标三：加强医务人员有效沟通，完善医疗环节交接制度，正确及时传递关键信息。**

1、严格执行开具医嘱的相关制度及澄清流程。

2、医务人员之间的有效沟通是作好工作的前提。护士要主动与医生进行沟通，多问、多请示。

3、做到正确执行医嘱，严禁执行用口头或电话通知的医嘱。

4、不执行有明显错误的医嘱并及时与医生进行沟通。

5、在对危重症者紧急抢救的特殊情况下，必要时可下达口头临时医嘱；护士应对口头临时医嘱完整复诵确认，在执行时双人核查，事后及时补记。

6、接获口头或电话通知的患“危急值”或其它重要的检验结果时，接获者必须规范、完整的记录检验结果和报告者的姓名与接收电话和口头通知的时间，进行复述确认无误后方可提供医师使用，并做好记录。

7、建立医务人员有效沟通机制，减少医务人员之间沟通方式的差异性。提供多种沟通方式和沟通渠道，确保沟通准确、通畅、便捷。

### **目标四：严格执行各项操作规范，减少医院感染的风险。**

1、制定并落实医护人员手卫生管理制度实施规范。

2、手部卫生各级卫生行政部门及我院已经有明确要求，护士必须无条件执行。

3、医护人员在临床诊疗活动中应严格遵循手卫生相关要求，尽可能降低医院内医疗相关感染的风险，如 VAP、CTBSI、CAUTI 及 SSI。

4、要贯彻并落实手部卫生管理制度和手部卫生实施规范。任何临床操作过程中都应严格遵循无菌操作规范，确保临床操作的安全性。

5、严格消毒灭菌，使用合格的无菌医疗器械，有创操作的环境消毒，应当遵循的医院感染控制的基本要求，确保医疗安全。

6、遵循医院感染控制的基本要求严格遵循各种废弃物的处理流程。



### **目标五：提高用药安全**

- 1、严格执行安全用药管理制度。
- 2、诊疗区药柜内的药品管理按要求管理。严格执行药局有关有慎用风险的药品管理制度和规范。
- 3、建立了单独存放高危药品箱，对高危药品单独管理，有明显标记。
- 4、所有处方或用药医嘱在转抄和执行时都应有严格核对程序，并由转抄和执行者签名确认。对不明确和不合理的用药及时与医师沟通再执行。
- 5、在开据与执行注射剂的医嘱（或处方）时要注意药物配伍禁忌，要熟悉常用药和特殊抢救药的配伍禁忌，对不清楚的药物在配伍时要及时请教药剂处。
- 6、执行输液操作规范与安全管理制度。护士要及时巡视病区，询问患者有否输液的不良感觉，如出现不良反应要及时处理、通知医生、作好相应处理并作好记录和呈报（药剂处、护理部等）。
- 7、病区应建立药物使用后不良反应的管处制度和程序，医师、护士知晓并能执行这些观察制度和程序，且有文字证明。
- 8、护理部要有登记，接到呈报后即刻到病区（夜间护士长总值班要到达病区）协助处理。在夜间和假日期间必要时护理部主任和病区护士长要到病区进行处理。

### **目标六：建立、强化临床实验室“危急值”报告制度**

- 1、严格按危急值报告登记制度执行。
- 2、“危急值”报告重点对象是急诊科、手术室、血透室、重症监护病房等部门的急危重症患者。护士要熟悉“危急值”的概念，一般包括：血钙、血钾、血糖、血气、白细胞计数、血小板计数、凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间、血红蛋白等。
- 3、对医技科室提供的“危急值”的报告，应按要求询问报告人、报告科室、报告内容、报告时间等，复述后，向医生提供并记录。
- 4、接到送来的“危急值”报告单后，要根据口头和电话记录再次核对，如有出入要及时反馈和向医生报告。

### **目标七：防范与减少患者跌倒、坠床等意外伤害**

- 1、严格执行防范与减少患者坠床与跌倒事件管理制度。
- 2、对体检、手术和接收各种检查与治疗患者，特别是儿童、老年、孕妇、行动不便和残疾患者等有跌倒、坠床风险的高危患者，要用语言提醒、搀扶、请人帮助或警示标志等办法告知跌倒、坠床危险，采取有效措施防止意外事件的发生。
- 3、对可能出现意外情况的患者要注意使用床档、约束带等，并有陪护。
- 4、科室要建立跌倒报告制度和呈报程序。
- 5、认真实施有效的跌倒防范制度与措施。
- 6、科室要合理安排值班护士，新老护士搭配合理。
- 7、科室要加强评估患者跌倒、坠床防范健康教育及反馈。
- 8、科室要有紧急情况下的人力调配方案。
- 9、护理部要进行检查和督导。

### **目标八：加强全员急救培训，保障安全救治。**

- 1、拟定护理人员急救技能培训计划，确定必备急救技能项目，并组织培训。
- 2、对过敏性休克、火灾、地震、溺水、中暑、电梯事故、气管异物、中毒等应急进行培训和演练，对

相关护理人员进行高级生命支持的培训。

3、各科室严格执行抢救车管理制度及安全用药管理制度，在规定的地点部署并实施统一的管理。

4、定期对护理人员急救技能及应急能力进行考评，建立考评标准及反馈机制。

5、加强护理人员急救时自身防护意识及自身救护能力评估，保障护理人员安全。

#### **目标九：鼓励主动报告医疗安全（不良）事件，构建患者安全文化**

1、严格执行护理不良事件主动报告制度与激励机制。

2、护理部拟定激励措施，鼓励护士并倡导他们主动报告医疗安全（不良）事件，作到实事求是、不隐瞒、不谎报、不拖延，提高不良事件上报率。

3、对及时进行呈报的护士，如责任在护士本人，根据情况适当减轻处罚。如责任在他人，给予适当表扬。

4、护理部对上报不良事件有反馈机制，在护士长例会上及时对重大不安全事件及时反馈，有根因分析和针对性的持续改进措施，并定期召开“护理安全警示教育大会”，从系统上减少/杜绝不良事件的发生。

5、科室加强不良事件上报相关制度和流程的培训，确保护理人员明确上报范畴、上报途径和上报流程。

6、提倡团结协作精神，加强团队的建设，积极进行“医院安全文化”建设活动。

7、使护士人人都有院（科）荣我荣的思想，要有集体荣誉感，在工作中相互协作、提醒不足或没有做不到位的工作，共同完成护理工作，营造患者安全文化氛围。

#### **目标十：建立医务人员劳动强度评估制度，关注工作负荷对患者安全的影响。**

1、医疗机构有责任和义务为医务人员提供安全、无疲劳的工作环境。

2、评估和制定组织内部合理的工作量。依据相关法律及医疗制度明确规定每天、每周最长工作时限，确保三方安全。

3、从系统、组织及个人层面充分认识疲劳的危害，提供预防疲劳的最佳实践指南。涉及体力劳动操作时，指导员工按体力操作安全指南工作。

4、进行组织内部风险评估，特别是开展重大、耗时、技术性强的医疗技术时，充分考虑医务人员体力和技术因素，制定安全可行的实施方案。

（五）充分利用质控工具和现代技术优化流程，减轻工作人员工作负荷，确保诊疗质量。

## **十四、崇州市第二人民医院护理文书书写实施细则**

**制定日期：2015年3月**

**第5次修订**

根据《卫生部办公厅关于在医疗机构推行表格式护理文书的通知》（2010年）、卫生部《病历书写基本规范》（2010年）、四川省病历质量控制中心《病历书写基本规范及四川省病历质量评分标准汇编》（2011年）及《四川省医院护理质量管理评价标准（2014年版）》制定本实施细则。

### **（一）、原则及要求**

1、护理文书书写的内容、关键时间与医疗一致。

2、护理记录体现分级护理要点，护理记录交接体现连续性。

3、承担护理文书书写的护士应具备护士执业资格。

4、护理文书书写要求客观、真实、准确、及时、规范（把病人的病情实实在在反映出来，对病人的观

察、护理措施用医学术语描述，不得拖延或提早记录，更不能漏记，保证内容及可靠程度真实无误，各种记录、护理表格逐项填写，避免遗漏）。

5、护理文书书写应规范使用中文和医学术语、文字工整、表述准确、语句通顺、标点正确。

6、通用的外文缩写可以使用外文。

7、护理书写一律用阿拉伯数字书写日期和时间，采用 24 小时制记录。

8、因抢救危重患者未及时书写病例的，有关护理人员应当在 6 小时内据实补记。

9、护理文书应按相应的内容书写，每个执业护士有自己的工号，有专门的身份识别和识别手段，对不同层级的护理人员有不同的权限设置，操作人员对本人身份识别标识负责，书写完记录后应及时保存，并进行电子签名。

## （二）、体温单书写

1、入院 3 天内的病人，转入三天内的病人，手术 3 天内的病人，危、重症患者病人每 4 小时测体温一次；体温 38℃ 以上的病人每 4 小时测体温一次，直至体温正常后的第三天；降温后半小时测体温一次，再根据病情随时监测；普通病人每日测体温两次（按 8：00、16：00 进行）。

2、身高、体重、血压，在入院日应当有记录，以后根据医嘱测量并记录，无医嘱者每周测一次并记录，患者无法测体重时，首次填写平车或轮椅，以后每周填写卧床。

3、大便填写每日一次；大便失禁用“※”表示，人工肛门用“☆”表示，灌肠符号用“E”表示，0/E 表示灌肠后无大便排出，1/E 表示灌肠后解大便一次，1 1/E 表示灌肠前自解大便一次，灌肠后又解大便一次。

4. 应用机械通气的患者，记录时用“R”表示，记录在相应的时间栏内。

5、手术病人手术当日在体温单上注明“手术”及手术时间，录入后将自动在体温单上生成。

6、体温单电子录入：只要录入数据准确完整，自动生成体温单。

## （三）、医嘱单

医嘱是医师在医疗活动中下达的医学指令，医嘱内容及起始、停止时间应当由医师决定，护士须及时、准确执行医嘱，对有疑问的医嘱，护士应与主管医师联系，确认无误后方可执行。

1、医嘱校对执行时间必须在开始时间或开始时间之后。

2、医嘱开具后应及时执行，临时医嘱应注明执行时间。

3、药敏试验执行后执行护士及时在医嘱单上填写皮试结果。

4、医嘱执行单转抄后需经第二人查对，无误后方可执行。

5、医嘱单打印后由护士长或办公班护士审核签名。

## （四）、护理记录单

1、专科护理记录单（神经脑观单、血糖监测单、肢端观察单）仍然使用手写。

2、目前除 ICU 护理记录单以手写方式记录外，其余所有科室一律使用电子病历。

3、护理评估、计划单，入院 2 小时内必须进行逐项评估，根据病人病情进行高危风险评估，并告知病人及家属，评估率及告知率达 100%。

4、危重病人、特殊病人、大手术病人必须有护理计划单，且护理计划符合病人病情，根据所制定的

护理计划对病人进行护理。

5、护理记录单记录频次按病人病情作以下记录：

(1) 危重病人严格按医嘱、病情变化或护理措施随时记录，白天最长不超过 2 小时，夜班最长不超过 4 小时，每班次有一次详细的文字记录。

(2) 一级护理记录：如果病情稳定，生命体征平稳，根据病人病情每班次记录一次，有病情变化随时记录。

(3) 对新入院的车祸伤病人，首先根据医嘱进行观察记录，无医嘱观察患者，前三天每班次至少有一次观察记录。

(4) 病员转科或转诊时有详细的病情评估记录。

(5) 坠床/跌倒总分 $\geq 4$  分的每周评估一次，压疮 $\leq 18$  分的每周评估一次，其余根据病情进行动态评估。

6、护理部、科室定期对护理文件书写质量监控、检查、评价、反馈，促进书写质量改进。危重病人护理记录每日每班有质控人员、护士长质控，凡未进行质控的科室，对护士长进行目标考核。

7、特殊用药及临时处理，都必须有效果观察记录。

8、出入接口单逐项填写、完善交接，不能缺失。

9、电子护理记录单，书写护理记录牵扯出入量的，必须按摄入量 and 排出量的格式书写，分项统计，白班与下夜有小结，24 小时总结时间为 8: 00，不足 24 小时的按实际时间记录（书写格式：输入 XXX ml，食入 XXX ml，引流管 XXX ml，小便 XXX ml，大便 X 次 X g）。并由下夜班护士在总结后填写在体温单上。

10、输血患者的记录：经两人核对无误后遵医嘱输入“RH (X)”血型“XX”型悬浮红细胞 XX u，血袋号 XX，15 滴/分。经床旁观察 15 分钟，病员无输血不良反应，调节滴速为 40 滴/分，密切观察。输血完毕，给与生理盐水 XX ml 冲管（有医嘱用药应遵医嘱用药并书写）。输血过程中严格监测病员生命体征、病情，并且记录完善，输血反应的应严格按病人病情、处理措施、效果评价等记录。

11、手术室记录包括手术护理记录单、手术清点记录、手术室清点器材登记本，是指巡回护士对手术病人术中护理情况及所用器械、敷料的据实记录。应在手术结束后即时完成，内容包括病人姓名、性别、年龄、科室、床号、住院病历号、手术日期与时间、手术间、手术名称、护理情况(包括术前、术中、术毕)、所用手术器械、敷料名称、数量的清点核对记录以及体内植入物条形码的粘贴，各项内容均需完善，并由器械护士和巡回护士双签名。

12、手术病人记录：(1)、直接从手术室回病房：病员于 XX 时 XX 分入手术室，在 XX 麻醉下行 XX 手术，手术顺利，术毕于 XX 时 XX 分在手术室护士陪同下 XX 安返病房，病员神志状况（如为全麻病员还应记录病员麻醉清醒程度）、病情、处理、告知内容等并进行双签名交接。(2)、从监护室回病房：病员于 XX 时 XX 分在监护室护士陪同下 XX 安返病房，病员神志状况、病情、处理、告知内容等并进行双签名交接。

13、护理记录单打印后由护士长或质控人员审核签名。

#### (五)、护理文书归档要求

体温单、医嘱单、护理记录单、专科护理记录单、手术护理记录单、手术器械清点单、护理评估计划单、住院病人跌倒/坠床危险因素评估表、压疮危险因素评估表、入院告知书、高危告知书、约束告知

书及过敏试验安全告知书等归入病历保存；长期医嘱执行单（输液、注射、口服、其它）妥善保存 2 年；交班本保存 3 年；测温本、输液卡保存 3 个月，以备查阅。

## 十五、医嘱执行制度及执行流程

修订日期：2015 年 3 月

第 2 次修订

### （一）、基本要求

- 1、医嘱由医师下达，护士执行医嘱应遵循及时、准确认真完整的原则，严格执行查对制度。
- 2、医嘱必须经过执业医师签名后才有效。
- 3、对有疑问的医嘱，护士应核实无误后方可执行。
- 4、凡需要下一班执行的医嘱要做好交流，交接清楚。

### （二）、长期医嘱

- 1、长期医嘱由执行护士在长期医嘱执行单上填写执行时间并签名。
- 2、长期备用医嘱（PRN），每次执行时应由医师在临时医嘱单上记录医嘱内容，护士执行后在临时医嘱单上记录执行时间并签名。

### （三）、临时医嘱

- 1、有效时间在 24 小时以内，护士应在规定时间内执行，对规定执行时间的临时医嘱，应在限定的时间内执行。即刻医嘱（ST）应在医嘱开出后立即执行。护士执行临时医嘱后，必须在执行时间标记栏内注明执行的准确时间并签全名。
- 2、临时备用医嘱（SOS）12 小时内有效，护士执行后，必须填写执行时间并签全名；若未执行则由当班护士，用红笔在此项医嘱栏内标注“未用”，并签名。
- 3、药物敏式结果记录：阳性以红笔作“+”标记；阴性以蓝笔作“-”标记，并签名。

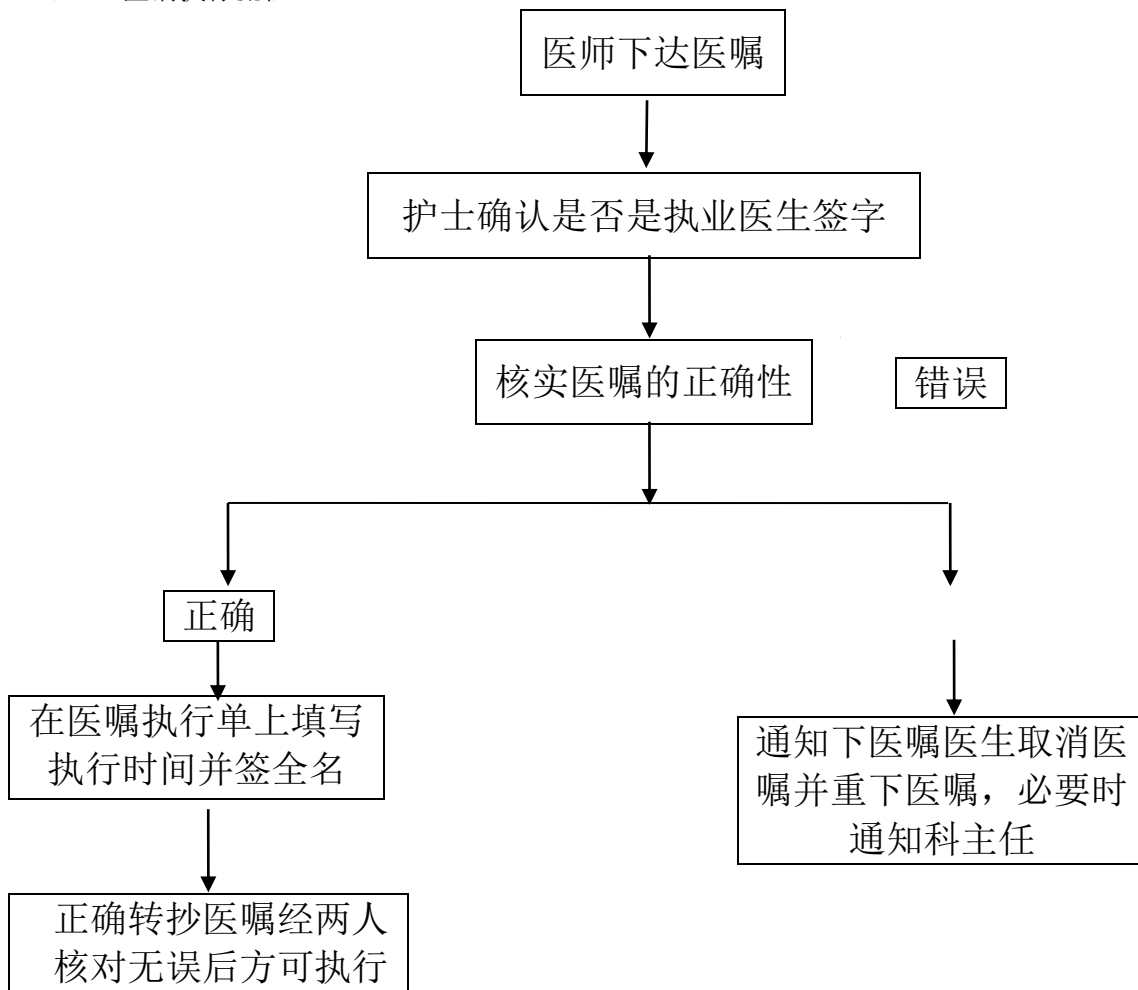
### （四）、口头医嘱

- 1、在非抢救情况下，护士不执行口头医嘱及电话通知的医嘱，口头医嘱只有在抢救或手术中可以执行。
- 2、危重抢救过程中，医生下达口头医嘱后，护士需重复一遍，得到医生确认后方可执行。
- 3、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。
- 4、抢救结束应请医生及时补记所下达的口头医嘱用药。

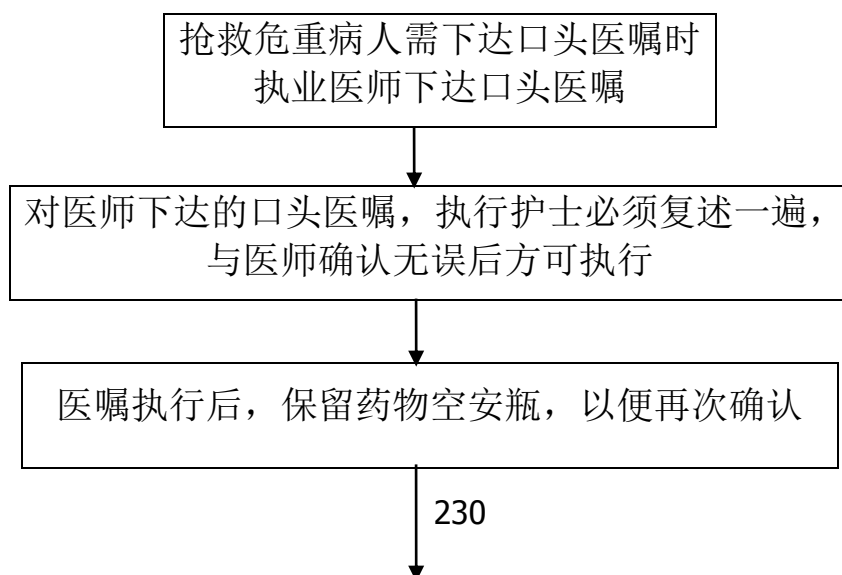
5、在接获重要检验结果或特殊紧急情况下下达的医嘱时，接听护士需对检验结果或医嘱内容进行复述，确认无误后方能记录和执行。

6、对擅自执行口头医嘱行为视为违规，一经发现酌情给予处理。

#### (五)、医嘱执行流程



#### 紧急情况下执行口头医嘱流程



抢救结束后医师在 6 小时内据实补记医嘱，执行护士查医嘱后签字

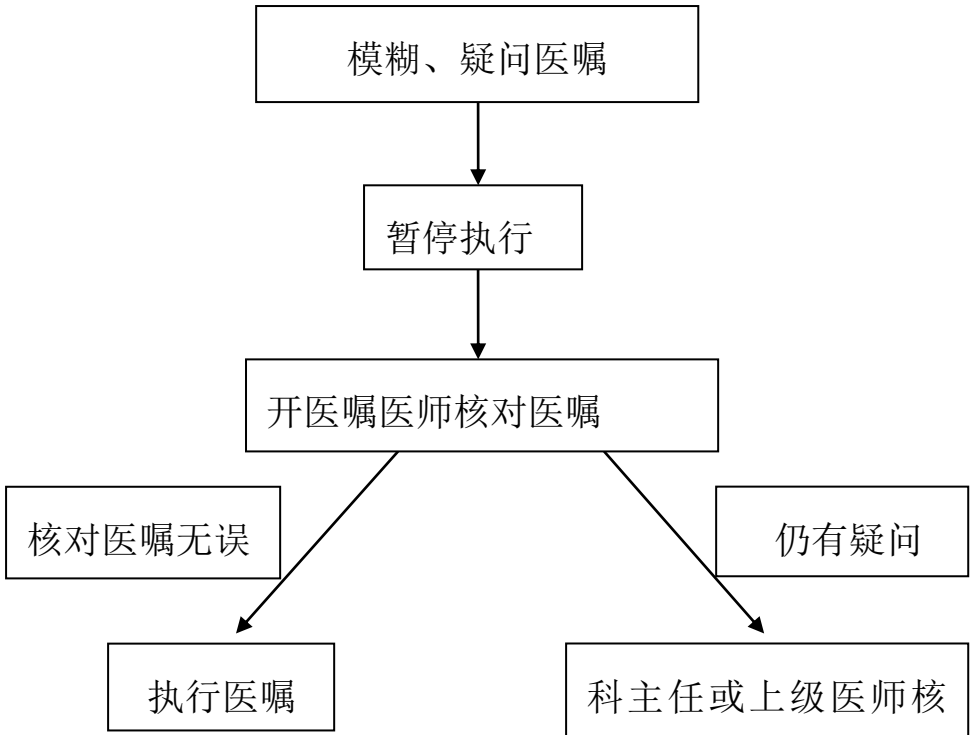
## 十六、开具医嘱的相关制度及澄清流程

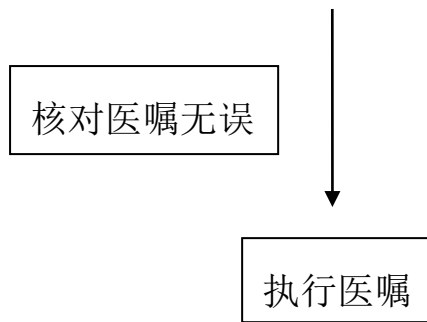
制定日期：2015 年 3 月

第 0 次修订

- （一）、医嘱要求层次分明，内容清楚。整理必须准确，一般不得修改（涂改）。临时医嘱应向护士交代清楚，医嘱要按时执行。开写、执行和停用医嘱必须签名并注明时间。医师开出医嘱后，要复查一遍，
- （二）、模糊不清有疑问医嘱是指医嘱开具不清楚，医嘱书写有明显错误（包括医学术语错误）、医嘱违反治疗常规、药物使用规则、医嘱内容与平常医嘱内容有较大差别、医嘱有其他错误或者疑问。
- （三）、护士接医生下达的医嘱后，认知阅读及核对，对模糊医嘱，必须查清后方可执行。首先询问开医嘱者；如果开医嘱者不在或无法联系到则需找上级大夫，上级大夫不在的情况下联系值班医师或总住院医师（总值班）；核对后重新下达并打印医嘱执行单，医嘱执行护士接医嘱执行单后，认真查对，严格按照医嘱的内容、时间等要求准确执行，不得擅自更改。
- （四）、医嘱执行后，应认真观察疗效与不良反应，必要时进行记录并及时与医生反馈。
- （五）、如遇抢救危重病人的紧急情况下，对于模糊医嘱护士可立即联系在科室就近的任一医师，在医师有责任积极了解病情并临时给予相应的紧急处置，同时及时与患者的主管医师沟通，主管医师无法联系到时，应寻找其上级医师或总住院，必要时直接汇报科室主任或副主任，抢救结束时应做好相关的记录。再此过程中推诿、延误抢救者根据情节严重情况和造成后果给予严厉的处罚。

### 模糊、疑问医嘱澄清流程





## 十七、保护性医疗制度和保护患者隐私制度

修订日期：2015年3月

第1次修订

患者具有隐私权，隐私权必须得到保护。保护患者隐私是临床伦理学尊重原则、有利原则和不伤害原则的体现和要求。由于，医护人员在疾病诊疗活动中所处的地位特殊，会主动或被动地了解患者的病史、症状、体征以及个人的习惯、嗜好等隐私秘密。因此，医护人员在执业活动中，有关心、爱护、尊重患者的义务和保护患者隐私的义务。

（一）、医护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，以免在患者面前谈论，以及在无关人员面前提及，造成不必要的伤害。

（二）、医护人员在查房时，可能对患者造成伤害的病情分析必须在病室外进行。

（三）、患者的隐私在诊疗过程中仅向医务人员公开，是不愿让他人知道的个人私有领域，医护人员有义务为其保守秘密，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。

（四）、医护人员在为异性患者进行诊疗、护理过程中，必须有二人以上人员在场，并注意加强对患者的保护。

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

## 十八、应用保护性约束告知制度

修订日期：2014年12月

第1次修订

（一）、根据病情对患者实施保护性约束，如有创通气、各类插管、引流管，有精神、神志障碍，治疗不配合等，并有保护性约束的知情告知同意书。

（二）、通知家属，说明目的和必要性，取得家属的理解和配合。

（三）、对清醒患者需实施保护性约束时，应向患者讲清保护性约束的必要性，取得患者的配合。

（四）、对昏迷或精神障碍患者，先向家属讲清必要性，取得家属的理解和配合后实施强制性约束，以保证患者的医疗安全。

（五）、注意做好约束处皮肤的护理，防止不必要的损伤。

（六）、对昏迷或精神障碍的患者，若家属不同意保护性约束则需要签字注明，由此发生的意外后果自负。

（七）、定期进行患者约束率的统计分析与改进。

## 十九、压疮风险评估、报告制度及流程

修订日期：2015年3月

第2次修订

（一）、压疮风险评估：



1、对瘫痪、意识不清、大小便失禁、水肿、痴呆、营养不良、高龄老人、病情危重、强迫体位者入院或大手术后当天内的压疮高危患者，需使用压疮危险因素评估单进行压疮风险评估。长期护理的患者入院时进行评估，此后第一个月内每周评估 1 次，之后每月评估 1 次；患者病情发生变化时随时评估，直到评估值至正常范围。告知患者及家属压疮预防的相关知识并有记录，定期进行案例分析。

2、高危患者入院时压疮风险评估率 100%。

### (二) 压疮风险上报制度及程序

1、对有可能发生压疮危险的高危患者，须提出压疮危险申报表。使用压疮危险因素评分表进行压疮风险评估，评分 $\leq 12$ 分时，患者高度水肿、极度消瘦等，申报压疮危险。

①申报程序：病房填写压疮危险病人申报登记表，护士长审核并填写意见后 24 小时内报护理部登记在案，质控人员到科室进行核查。

②监控处理：病房应根据患者的具体情况，制定预防措施必要时可申请院内护理会诊，护士长督查措施的落实并进行效果评价，护理部定期检查危重患者的基础护理落实情况。

2、对已上报的压疮危险患者，病房要加强管理，床旁悬挂防压疮警示标识，加强健康宣教并积极采取有效措施，密切观察皮肤变化，继续监控和评估，当评分 $\geq 18$ 分时，并结合病人病情实际，变动监控时间。

3、患者发生压疮或患者入院时带入压疮，须报告护士长，护士长在 24 小时内填写压疮登记表上报护理部，并在护理记录单上做好记录。记录内容必须与评估相符，能突出专科特点，如压疮的分期、部位、大小、潜行、窦道、基底情况、渗出液情况、周围皮肤情况等。按照压疮护理规范进行护理，必要时请伤口小组成员到床边指导，制定个体化的预防措施。

4、当患者转科时，将压疮登记表、压疮危险病人申报表转交所转科室继续填写。

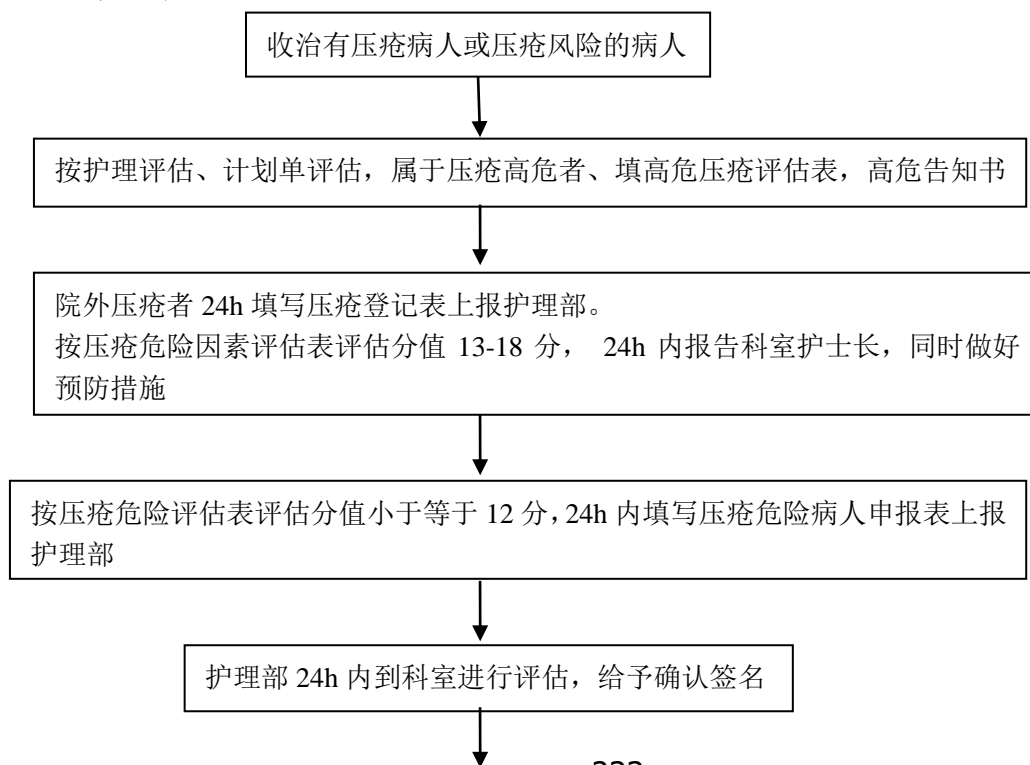
5、压疮上报流程（附后）

(三)、发生患者皮肤压疮的科室，如有意隐瞒不报，事后发现将按情节轻重给予严肃处理，并纳入护士长及科室绩效考核。凡因工作不负责任，交接班不严，翻身皮肤护理不完善而造成压疮发生者，扣罚当事人 200 元，并护理病人到皮肤完好为止，同时追究护士长管理，因病情不允许翻身者例外。

(四)、各病房设立压疮、难免压疮登记本，对压疮、难免压疮进行登记，护士长要定期组织科内人员，认真讨论，总结经验教训，不断改进护理质量。

(五)、有压疮数据收集、统计和分析

### 压疮上报流程



未达到分值者，科室仍应做好防护措施，继续观察，如分值降低可再次填表申报

病人好转出院，在压疮危险病人申报表/压疮登记表上填写转归

## 二十、防范与减少患者坠床与跌倒事件管理制度

修订日期：2015年3月

第2次修订

### （一）、防范制度与预防措施

- 1、评估患者情况，按分级护理巡视病房，病房地面保持干净无水迹，楼梯和走廊整洁通畅、光线明亮，有防滑标识。
- 2、床旁交班、查房、工休会时向病人进行安全宣教。
- 3、对容易发生跌倒的病人，如烦躁、意识不清、谵妄、昏迷、精神失常失去控制及年老体弱的病人、婴幼儿，责任护士应告知家属，并采取适当的保护措施如采用床档防止坠床，可下床者一定要有人陪护等。
- 4、转送病人或送病人作检查时，平车和轮椅必须使用安全栏和安全带，下坡应放慢速度，防止病人坠下。
- 5、对于极度躁动的患者，可应用约束带实施保护性约束，但要告知家属，注意动作轻柔，经常检查局部皮肤，以免对患者造成损伤。
- 6、在床上活动的患者，嘱其活动时要小心，做力所能及的事情，如有需要可以让护士帮助。
- 7、对于有可能发生病情变化的患者，要认真做好健康宣教，告诉患者不做体位突然变化的动作，以免引起血压快速变化，造成一过性脑供血不足，引起昏厥等症状。
- 8、教会患者一旦出现不适症状，最好先不要活动，应用信号灯告诉医护人员，给予必要的处理措施。
- 9、高危患者入院时跌倒/坠床风险评估率 100%。

### （二）、报告制度

- 1、每位护理人员都有及时处理和报告病人坠床与跌倒事件的责任和义务。
- 2、及时报告护理部（白天），节假日报告总值班。
- 3、报告程序：发生不良事件后，当班护士立即报告主管医生和护士长，必要时报告科主任，护士长及时汇报护理部。护理部接到汇报，立即到病房看望病人，护理部视情况严重程度汇报分管院长。
- 4、科室填写《护理不良事件主动报告及监测表》，及时交到护理部。

### （三）、伤情认定制度和流程

- 1、患者不慎跌倒或坠床时，护士应立即到患者身边，通知医生检查患者坠床时着力点，迅速查看全身状况，初步判断有无危及生命的症状、骨折或肌肉、韧带损伤等伤情认定。
- 2、配合医生对患者进行检查，根据伤情采取必要的措施，有危及生命的情况，积极配合医生进行抢救。
- 3、根据伤情认定，联系相关的检查科室，并护送病人检查。
- 4、加强巡视，巡视中严密观察患者病情变化，发现病情变化，及时向医生汇报。
- 5、及时、准确做好护理记录，认真做好交接班。

(四)、有跌倒/坠床的数据收集和统计，并进行分析。

(五)、流程

做好安全防范 → 发生坠床时 → 护士立即赶到 → 通知医生 → 伤情认定 → 判断病情  
→ 采取急救措施 → 加强巡视 → 严密观察病情变化 → 准确记录 → 做好交接班

## 二十一、防止各类导管脱落管理制度

修订日期：2015年3月

第1次修订

(一)、医务人员应当本着预防为主的原则，认真评估患者是否存在管路滑脱危险因素。

(二)、如存在上述危险因素，要及时制定防范计划与措施，并做好交接班。

(三)、对患者及家属及时进行宣教，使其充分了解预防管路滑脱的重要意义。

(四)、加强巡视，随时了解患者情况并做好护理记录，对存在管路滑脱危险因素的患者，根据情况安排家属陪伴。

(五)、护士要熟练掌握导管脱落的紧急处理原则，当发生患者管路滑脱时，要本着患者“安全第一”的原则，迅速报告医生采取补救措施，避免或减轻对患者身体健康的损害，将损害降至最低。

(六)、当事人要立即向护士长汇报，并将发生经过、患者状况及后果及时电话报护理部；并填写患者不良事件报告表，交护理部。

(七)、护士长要组织科室工作人员认真讨论，提高认识，不断改进工作。

(八)、发生管路滑脱的科室或个人，有意隐瞒不报，一经发现要严肃处理。

(九)、护理部定期组织质量与安全管理委员会进行分析，制定防范措施，不断完善护理管理制度。

## 二十二、患者安全转运制度

修订日期：2015年3月

第2次修订

(一)、病人转运包括所有病人从原来楼层或部门通过推床、轮椅等转运到其他部门。

(二)、一般病人转运须有护士或医院内其他人员陪同。

(三)、除病人责任护士以外的工作人员在转运病人前（包括病人去其他科室检查），须先通知责任护士。检查科室在检查过程中对该病人安全负责。

(四)、护士长、责任护士有权决定转运工具（包括约束带的使用），按病人病情安排人员护送。（除医生特殊医嘱外）

(五)、危重病人（手术病人）转运前护士应协同医生稳定病人病情，清空各引流管，妥善固定各种管道，确保病人各项指征能在一定时间内维持平稳方可转运。

(六)、危重病人（手术病人）转运前，根据病情通知接收部门准备各种仪器和抢救药物，并通告电梯等候，一切就绪后方可转出，以免耽误病情。

(七)、危重（躁动）病人转运前医护人员应向病人及家属做好解释、交代工作。

(八)、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（或检查时），护士严密观察

病人的生命体征和病情变化，关注管道是否正常和随身的各种仪器的工作情况。

(九)、转运过程中，病人一旦出现意外情况，遵医嘱利用随身携带的仪器、物品和药品进行就地抢救，并在事后及时补记病情变化和抢救过程。

(十)、转运后应向接诊人员详细交接班，做好到床后的所有护理治疗措施。

## 二十三、危重患者的风险评估及安全防范措施

修订日期：2015年3月

第3次修订

### (一)、危重患者护理的高风险因素

1、观察病情不细致、预见性不强所造成的风险：由于危重患者的病情危重，病情较复杂、变化快、并发症多，如果忽视专科知识不足，经验缺乏，粗心大意、责任意识淡薄、对病情没有预见性，没有发现病情变化，如患者猝死、突发上消化道出血、昏迷患者躁动坠床以致处理不及时，失去最佳抢救时机，容易造成医疗纠纷。

2、社会心理因素：由于疾病发展到不可逆性导致患者死亡，突然丧失亲人可导致极度悲痛的反应，例如拒绝接受、愤怒或抑郁。初期的打击可使亲属感到麻木和意识紊乱，随后情绪可能转化为愤怒，有时甚至会因此迁怒于医护人员，亲属往往对导致患者死亡的每个细节都十分关注，而这种强烈的情绪可能进一步加深医护人员和亲属之间的误会，引起医疗和护理的纠纷。

3、护患沟通不良所造成的风险：由于病情危重，清醒患者的恐惧和家属的焦虑很容易对病情过于紧张，对医护人员的治疗护理过分关注，工作稍有不慎，会引起家属的误解和不满，同时，病情的发展和转归关系到患者的生命安全及患者家庭的稳定，患者患病的自然过程或治疗、检查过程的风险都可使患者病情出现反复或加重。若护理人员忽视患者知情同意权，该讲明白的没讲明白，应该让患者知道的没有知道，与患者或其亲属之间的沟通问题处理不妥善可导致纠纷发生。

#### 4、人为的失误

(1) 规章制度落实不严 没有严格按照医疗护理操作规程办事。如常用抢救设备设定时检测，当患者出现病情变化，抢救时仪器、机械突然故障，危重患者转送时，救护车中急救器械、物品及护理人员不足，如一危重患者需要转院，当护士用车床把患者送上急救车时，患者病情出现变化，需要吸痰，但发现急救车没有吸痰管，护士只能到病房拿，从而延误抢救时机；又如巡视病房不及时，危重患者没有按照等级护理要求执行，如一级护理没有按要求一小时巡视1次病房，观察重症患者生命体征、意识等，病情发生了变化没有及时发现。

(2) 护理文书书写不规范 护理记录必须保证全面、真实、完整、及时、准确，是反映患者病情变化、疾病治疗护理经过及其治疗效果的原始记录，也是断定医护人员医疗行为是非以及诊疗措施实施情况的凭证。同时为举证倒置提供了重要依据。一旦发生医疗纠纷，护理记录即成为法律上的一种证据。护理文书是病历的重要组成部分，包括体温单、医嘱单、特别护理记录单、护理计划及交班报告等。如重型颅脑外伤病人，医嘱是观察生命体征变化30min/次，护士应该按照医疗护理常规认真落实，甚至10~15min就查一次，但没有记录。一旦患者死亡，而恰巧当时没有亲属陪护。如果发生医疗纠纷，亲属说是护士观察不细，延误了抢救时机，在法律上护理文书成为护士“不作为”的证据。

(3) 专业技术不熟练、护理操作不熟练, 如 1 例中毒腹泻的急诊患儿, 需要马上抢救, 补充血容量, 要开两条输液通道, 因静脉穿刺技术不过硬, 护士扎了很多次才扎上。后来患者病情发生变化, 亲属有可能抓住此不放, 认为是护士未能及时扎上针, 延误了用药。

## (二)、护理风险的防范措施

### 1、高度重视, 转变观念, 加强业务学习

护理人员必须高度重视护理风险的重要性和必要性, 从根本上转变观念, 提高执业风险意识及法律意识, 坚持不断学习法律教育及《医疗事故处理条例》, 牢固树立“安全第一、质量第一”的观念。规范护理操作行为。注意多学习有关医疗护理违法、触法事例和案件, 从中吸取教训, 引以为戒。加强学习专科理论知识, 注意理论联系实际, 对护理危重患者的每一个环节都要做到谨慎、耐心、细心、精心。做到有预见性, 对潜在的不安全因素重点防范, 如成立护理风险小组, 对与护理相关的各种风险种类进行了分析与评估, 确定可能发生的风险种类, 制定各种护理紧急风险预案。

### 2、制定完善医疗护理规章制度

科学完善合理的规章制度是防范差错事故及纠纷的良好基础, 制定各种护理质量关键流程及护理缺陷管理措施, 护理人员严格执行规章制度是防范差错事故的保证。

(1) 分级护理制度 必须落实分级护理要求, 危重患者 15~30min 巡视 1 次, 对病情进展做到心中有数。

(2) 急救室工作制度 成立专人管理小组, 包括急救物品管理、使用、保养、供应等, 使急救室设备及药品完好率达 100%, 熟练掌握各种急救设备的使用。加强护理操作训练, 掌握多学科业务知识及先进仪器的使用方法, 提高应急能力及思考能力, 成立专科技术操作培训组, 危重抢救质量管理组、检查、督促与护患纠纷、投诉处理组, 每周定期检查, 对执行不到位的问题要晨会上提醒, 每月进行点评。抢救时做到紧张有序, 不说与抢救无关的话, 认真做好抢救记录, 做到忙而不乱, 快而不慌, 准确无误。

(3) “三查八对”制度 必须准确及时执行“三查八对”制度, 对药物的性质、用法、剂量以及配伍禁忌要熟悉并掌握。抢救时执行口头医嘱应复述一遍给医生听, 核对无误后方可执行, 过后督促医生及时补开医嘱, 并签上准确执行的时间及全名。

(4) 严格消毒隔离制度 侵入性操作必须坚持无菌操作原则, 要事先向患者或家属讲清楚, 让患者或家属理解并签知情同意书, 免疫功能低下及传染患者按隔离种类落实隔离措施。

3、规范护理文书的书写 必须从法律角度严肃对待, 真实、客观地书写各种护理文书。观察巡视过程发现病情变化及药物反应及时全面记录; 执行完毕的医嘱及时签时间及全名; 护理计划与护理记录应保持一致, 以免贻误病情造成医疗纠纷。

4、加强护患沟通, 强调服务态度 危重患者病情复杂, 变化快, 抢救多, 工作人员紧张忙乱, 家属焦虑、担心。护理人员若不及时与家属沟通, 或与家属谈话时语言简单、态度生硬, 很容易引起家属的误解和不满。应对患者体贴关心、对患者家属能充分理解, 耐心回答患者家属提出的问题, 及时与患者家属沟通, 及时将病情变化、各种检查结果、医疗费用反馈给患者及家属, 告知其面临的危险, 使其理解可能发生的危险, 并通情达理地接受, 在给患者进行各种护理操作时, 要给予患者或家属知情同意权, 明确操作目的和注意事项, 使患者和家属明白各种操作检查均存在已知或未知的风险, 对护理工作中有可能发生的潜在危险, 与患者或家属协商共同分析利弊, 使患者理解, 主动接受风险、承担风险, 对于晚期绝症或危重濒临死亡的患者, 由于受现代医学技术的限制虽然医生已无妙手回春

之力，但若患者及家属要求继续治疗，医护人员应抱着只要有 1%的希望，就要进行 100%努力的态度竭力挽救患者的生命。合理满足患者及家属感情、心理等多方面的需要，从而减少纠纷发生。

### （三）、安全护理措施

#### 1、加强护理人员培训

严格落实值班、交接班、分级护理、病区管理及护理安全管理制度，加强对病人的病情观察，及时采取处理措施，学习药品管理法，增强消毒隔离意识，减少院内感染，提高护理文件书写质量。质控小组不定期检查，对存在问题及时整改。根据病人的不同需要，制定相应的护理计划。增强团队协作精神，倡导在急救的繁忙工作中相互提醒、相互监督，防范护理差错的发生。

#### 2、避免坠床

对意识障碍、躁动不安的病人使用床栏，并检查床栏是否处于完好状态。必要时使用约束带，向家属解释使用的目的、必要性。肢体功能障碍者协助其翻身，采取安全舒适的卧位。病人搬运时应有护理人员在场进行指导，加强对护工的安全培训和管理，在使用平车时使用安全带，重危病人在转运过程中有护理人员陪同并备好抢救用物。

#### 3、避免误吸、窒息

病人呕吐时头偏向一侧，及时清除呕吐物，床边备好吸引器及吸引用物。气管插管及气管切开病人要充分湿化气道，防止痰液结痂，翻身时给予扣背，使痰液松动易吸出。避免痰液稀释后病人无力咳出发生窒息。及早预防应激性溃疡的发生，如无禁忌，协助病人尽早进食。留置胃管病人进食前先抽取胃内容物，防止胃潴留呕吐引起误吸。

#### 4、避免意外拔管

对于躁动、意识不清病人妥善固定插管及各种引流管，增加保护性约束，适当地给予镇静，及时进行镇静评分，严密观察病人的躁动情况，及时采取应对措施。

#### 5、防止压疮

病人入院时进行皮肤状况评估和压疮评估，需使用压疮危险因素评估单进行压疮风险评估，对于长时间卧床的病人或易发生压疮的病人，定时进行翻身，给予卧气垫床，保持床铺及衣物的清洁、平整，大小便失禁者保持皮肤的清洁干爽，病人和陪护人员修剪指甲，使用约束带者注意局部皮肤情况。给予高蛋白、高维生素和足够热量的饮食，保证机体的需要。

#### 6、强化危重病人的细节管理

教育护士要有一丝不苟的“慎独”精神，组织护士回顾分析各类医疗护理事故、纠纷，都是由“小细节”“小隐患”引起的，要求护士重视细节，严格执行护理操作规范，安全管理规章制度等，制定突发事件应急预案、特殊用药、检查及病人知情同意制度、安全输液、输血制度、病人意外事故报告、院内感染制度等，要求严格按标准实施。护士长和高年资护士定期对年轻护士进行专业指导。了解病人及家属对病区安全管理方面的意见，及时改进工作，对存在的隐患妥善处理，保证护理安全。

## 二十四、危重病人报告制度

修订日期：2014 年 12 月

第 2 次修订

（一）、各科室对危重病人进行抢救治疗，护士长应及时向护理部报告，以便护理部掌握情况并协调协助各方面的工作，使病人得到最佳的护理与救治。

(二)、需要报告的危重病人包括:

- 1、需要特殊护理的病人。
- 2、住院期间病情突然发生变化需抢救的病人。
- 3、病人因病情危重急诊入院需进行抢救的病人。

(三)、报告程序及时间:

- 1、病房有危重病人时,当日由责任护士或主班护士报告护士长。
- 2、护士长接到报告后,当日查看病人并填写“危重病人上报登记表”,然后立即报告护理部。
- 3、护理部接到报告当日由专职人员到病房查看病人,检查记录指导协调护理工作。

(四)、抢救结果及时反馈到护理部,并认真做好总结,以提高救治水平。

## 二十五、危重病人护理质量管理制度

修订日期: 2015年3月

第3次修订

- (一)、对于特级护理或一级护理的病人,护理工作要责任到人。
- (二)、及时、清晰、准确地做好每位危重病人的护理记录并有责任护士签名。
- (三)、随时床旁巡视,观察患者病情。发现病情变化应及时通知医生并给予相应处理。
- (四)、危重、躁动患者的病床应有床档防护。
- (五)、严格执行查对制度和抢救工作制度,采取积极有效的防范措施,防止护理不良事件的发生。
- (六)、保持患者全身清洁无异味,无血、痰、便、胶布痕迹,保证患者卧位舒适。
- (七)、保证患者床单位整洁,及时为患者更换被服。
- (八)、掌握患者的病情和治疗护理方案,包括患者的姓名、年龄、诊断、手术时间、手术名称、治疗用药、饮食、护理要点、重要的化验值、心理状况等。
- (九)、保证各种管道畅通并妥善固定,采取相应的措施,保证患者的医疗护理安全,避免坠床、外伤、烫伤等情况发生,严格执行病人意外登记、上报、记录制度。
- (十)、熟悉掌握急救仪器的使用并了解其使用目的及报警的排除,仪器报警时能及时判断处理。
- (十一)、患者发生紧急情况时,护士应沉着、熟练地应用紧急状况下的应急预案。
- (十二)、做各种操作前后要注意洗手,患者使用的仪器及物品要专人专用,采取有效的消毒隔离措施,预防医源性感染。
- (十三)、护士长每日检查危重患者的护理质量,发现问题及时指导并督导整改,保证护理质量持续改进。
- (十四)、护理部对危重患者护理质量进行督导,对存在的问题进行分析、整改并有记录。

## 二十六、护理安全管理制度与监控措施

修订日期: 2015年3月

第2次修订

(一)、管理制度:

- 1、认真落实各级护理人员的岗位责任制,工作明确分工,团结协作,结合各科情况,制定切实可行的防范措施。
- 2、安全管理有专人负责,定期组织检查,发现事故隐患及时报告,采取措施及时处理。

- 3、严格执行查对制度和无菌技术操作规程，做好消毒隔离工作，预防院内交叉感染。
- 4、对危重、昏迷、瘫痪患者及小儿应加强护理必要时加床档、约束带，以防坠床，定时翻身，防止褥疮。
- 5、剧、毒、麻、贵重药品专人保管，加锁、帐物相符。
- 6、抢救器材做到“五定”，即定数量品种、定位放置、定专人保管、定期消毒灭菌、定期检查维修；“二及时”（及时检查维修、及时补充），抢救器械做好应急准备，一般不准外借。
- 7、抢救器材及用物保持性能良好，按时清点交接，严防损坏和遗失。
- 8、做好安全防盗及消防工作，定期检查消防器材，保持备用状态。
- 9、对科室水、电、暖加强管理，保证不漏水、漏电、漏气，如有损坏及时维修。
- 10、内服药和外用药标签清楚，高危药品、抢救药品、静脉药品等药品标识清楚，与药品相符，分别放置以免误用。

## **（二）、监控措施：**

### **1、氧气管理：用氧管理：**

- （1）、用氧过程中严格遵守操作规程。
- （2）、告知患者及家属勿在室内抽烟，氧气管道周围禁烟火和易燃品。
- （3）、定期检查氧气接口，发现漏气及时维修。
- （4）、吸氧设施有用氧安全警示“四防”标志（防热、防油、防火、防震），并系有安全带，氧气筒内的氧气不可用尽。
- （5）、氧气筒上有“空”“满”标识，严禁氧气瓶裸露，未套外套放于科室，并做好吸氧病人每日吸氧登记本记录。

### **2、对危重患者及小儿防止发生意外措施：**

- （1）、防坠床。小儿要使用有床档的小儿床；昏迷及烦躁患者有专人守护，必要时加床档。
- （2）、防烫伤。需要热敷的患者，护士要及时巡视，严格交接班；给婴幼儿、老人、昏迷、肢体瘫痪麻痹患者用热水袋时，温度 50℃ 以内，热水袋不可直接接触病员的皮肤。

### **3、制度落实：**

- （1）、执行分级护理，进行健康教育，术后及长期卧床初起活动者，有人扶持，动作要轻慢，以防因体位变化，引起虚脱。
- （2）、严格遵守操作规程，做好“三查八对”，按时巡视病房，发现不良反应及时处理。
- （3）、对急危重症患者，做好各项基础护理。（a）昏迷患者专人护理，床旁备好压舌板、开口器、舌钳、纱布、吸痰器等，及时清理口腔分泌物。（b）做好皮肤护理，定时翻身、拍背、按摩、防止压疮的发生。（c）烦躁患者给约束带固定，注意松紧适度，观察肢体血运、温度、颜色等变化。（d）严格执行不良事件主动报告制度与激励机制，发现隐患及时讨论处理并上报。
- （4）、消防措施：对全员进行消防知识培训，掌握灭火器的操作规程，灭火器及消防栓保持性能良好，钥匙定位放置。

## **二十七、重点环节应急管理制度**

**制定日期：2012 年 9 月**

**第 0 次修订**



(一)、科室应设立突发事件应急处理领导小组，科室领导（科主任和护士长）担任总指挥，负责对科室在治疗用药、输血核对、执行治疗操作、标本采集、围手术期、护理安全等重点环节的应急情况进行管理。

(二)、科室在护理工作中的关键环节管理中，应该有严格的规章制度，规范的抢救流程，在突发重点环节应急处理中，科室应该实行统一领导、统一指挥、责任追究。

(三)、科室应急领导小组应该由科室相关负责人组成，进行责任分管，组织应急梯队。科室各部门在各自职责范围内做好应急处理的相关工作。

(四)、对于护理工作中重点环节的应急管理应当遵守预防为主、常备不懈的方针，贯彻依靠科学、统一领导、反应及时、措施果断、加强合作的原则。

(五)、科室应建立重点环节日常监测，做好各个班次的交接班工作。科室应该加强护士抢救能力的训练，加强对护士安全意识的教育。做好护士的培训及演练，采取护士考核达标上岗的管理方法，做到人人知晓科室应急上报流程及应急预案，确保监测与预警系统的正常运行。

(六)、任何个人对突发事件不得隐瞒、缓报、谎报或者授意他人隐瞒、缓报、谎报。

(七)、科室突发事件应急处理领导小组接到报告后应当组织力量对报告事项进行调查核实、取证、采取必要的控制措施，及时报告调查情况并决定是否启动突发事件的应急预案。

(八)、突发事件应急预案启动后科室人员必须及时到达规定的岗位，服从统一指挥、调动。

(九)、科室应根据事件的关键环节管理出现的问题，组织相关人员分析、讨论，认真总结原因，对实施中发现的问题及时修订、补充、改进工作。

## 二十八、危急值报告登记制度

修订时间：2015年3月

第1次修订

为诊疗活动中医务人员之间的有效沟通，重要检查结果时要执行“ReadBack”程序，ReadBack即“写下你听到的，读你所写的，确认口头信息无误”，借此以确保信息接受者接收到正确的信息。

我院现执行电话报告检验数据及其他医技辅助科室异常数据接收，为确保医疗安全，特制定此制度。

(一)、在接获非书面（电话通知）的患者“危急值”或其它重要的检验（包括医技科室其它检查）结果时，接获者应大声进行复述、确认无误，并规范、完整的记录报告时间、患者姓名、床号、住院号、检查项目、检查结果、检查（验）科报告人员姓名等记录在危急值结果登记本上（见附表）。接获者需将自己姓名告知检查（验）科报告人员。

(二)、临床医护人员接到危急界限值的电话报告后，应及时识别，若与临床症状不符，要关注样本的留取是否存在缺陷。如有需要，即应重留取标本进行复查，若与临床症状相符在作完记录后必须立即通知到一名相关医生做出处理。

(三)、依以下次序通知医生：病人的主治医生、当班值班医生或科主任。

(四)、护士在接到送来的危急值报告单后，要根据口头和电话记录的检验结果再次核对，如有出入要及时反馈和向医生报告。

(五)、医院医疗管理职能部门应有自查、讲评、总结、改进与记录，每年至少要有一次总结。

附表：

## 危急值报告登记表

科室:

日期	时间	床号	姓名	住院号	项目名称及危急值	报告者		接受者 签名	复述(核对) 确认(无误后用√表示)	被通知的医生		处理	备注
						姓名	联系电话			时间	姓名		

## 二十九、不良事件防范管理制度

修订日期：2015年3月

第2次修订

### （一）、防止接错病人：

- 1、到病房接病人时，应持手术通知单，核对病房、姓名、性别、床号、住院号、手术名称、手术时间，询问是否禁食、大小便，是否用过术前药。清点所带物品。
- 2、手术与各种有创高危操作在患者进入手术场所前，对涉及到“左右”、“水平面”、“手指或脚趾”的手术，手术或操作医师应在手术或才做部位作标示，并主动邀请患者（或家属）参与认定，在术前小结（病程录）中有记录。
- 3、病人接入手术室送入所安排的手术间，值班护士再次核对。
- 4、麻醉前，手术开始前由麻醉医师、巡回护士、手术医师再次核对。

### （二）、防止手术部位错误：

- 1、医生填写手术通知单时，必须详细写明手术名称和部位。
- 2、放置体位前，巡回护士必须查看病历、X线片等，认真核对手术部位。对清醒病人，可直接询问病人。
- 3、手术开始前，手术者再次核对X线片，手术部位与标识，以杜绝手术部位错误。

### （三）、防止用药错误或药物过敏：

- 1、用药前必须严格执行“三查八对”制度。
- 2、使用易过敏的药物时，必须查看皮试结果。
- 3、手术台上用药必须由洗手护士或手术医生核对无误后使用，台上应用两种以上药物时，应做好标记，严防用错。
- 4、执行口头医嘱时，巡回护士应复述一遍，医生认可后，方能使用。
- 5、局麻药加肾上腺素时，先查看病历，如血压过高，应请示手术医生。
- 6、用过的安瓿、药瓶、血袋等放在固定位置，手术结束后方可丢弃。

### （四）、防止输血错误：

- 1、输血前交叉配血报告必须由本科室两人核对无误，并在配血单上签名。
- 2、检查采血日期及血液有无凝血或溶血、血袋有无裂痕。
- 3、输血过程中注意速度，保持通畅，观察有无反应。
- 4、两次输血间隔，用0.9%生理盐水冲净。
- 5、用过的血瓶及血袋放在固定位置，病人离开手术室后方可处理。

### （五）、防止电刀灼伤：

- 1、使用高频电刀要按操作规程进行操作，电极板要平整，放在肌肉丰满处，电极板与皮肤接触面积不得少于10cm×10cm，病人身体任何部位的皮肤不得接触手术台金属部分，严防灼伤病人。
- 2、使用时，“输出”旋钮从“零”位开始逐渐开大到适当位置，停止使用时，回到“零”位，关闭开

关。

3、严密观察电极板附着处，如有移位，及时整理，以防灼伤。

4、严格执行手术台旁交接班。

（六）、防止摔伤，碰伤和坠床：

1、接送病人前，检查推车有否损坏，车轮是否灵活。

2、推送病人时，嘱咐病人不要将手脚超出推车边缘，防止进出门时碰伤。病人头部应与推车人同一端。

3、神志不清、昏迷、小儿患者接送时应加以固定，入手术室后，有人看护，必要时加以束缚。

4、全麻病人未清醒前，应加以束缚，专人看护，防止发生意外。

（七）、防止压疮及皮肤损伤：

1、对有可能发生压疮危险的高危患者，需使用压疮危险因素评估单进行压疮风险评估，评分 $\leq 12$ 分时，患者高度水肿、极度消瘦等，申报压疮危险。对长期营养不良、卧床和已上报的压疮危险的病人，要做到勤翻身，勤巡视，合理使用各类大小便器，做好病人及家属的健康宣教告知，床旁悬挂防压疮警示标识，避免不必要皮肤损伤。

2、患者发生压疮或患者院外带入压疮，须报告护士长，护士长在 24 小时内填写压疮登记表上报护理部，并在护理记录单上做好记录。

（八）、防止器械、缝针等遗留在体腔或伤口内：

1、手术开始前洗手护士和巡回护士认真清点物品，做好记录并签字。

2、手术开始前，巡回护士认真清理手术间内纱布、纱垫等，手术过程中任何人不得将纱布等拿入手术间，防止和台上相混。

3、手术过程中，手术台上增加或取下的器械、敷料等必须由巡回护士点数、如实记录；

4、手术过程中，洗手护士应集中精力，密切观察手术进程，术中使用的纱布、纱垫等随时查点，做到时时心中有数。

5、手术结束，关闭体腔或伤口前后，洗手护士和巡回护士认真清点，确定无误方可缝合。如有疑问，术者必须认真检查伤口，必要时用 X 线机协助查找，并记录备案。

（九）、防导管脱落管理制度（包括中心静脉插管、气管插管等）

1、护士应本着预防为主的原则，认真评估带管患者存在管路滑脱危险因素，并严格落实挂“防导管滑脱”标识。

2、如存在危险因素，要及时采取防范措施，对患者及家属及时进行宣教，使其充分了解预防管路滑脱的重要意义。并做好交接班。

3、加强巡视，随时了解患者情况并记好护理记录，对存在管路滑脱危险因素的患者，根据情况安排家属陪伴。

4、护士要熟练掌握导管脱落的紧急处理预案，当发生患者管路滑脱时，要本着患者安全第一的原则，迅速采取补救措施，避免或减轻患者身体健康的损害或将损害降至最低。

5、当人事要立即向护士长汇报。

6、护士长要组织科室工作人员认真讨论，提高认识，不断改进工作。

7、发生管路滑脱，当事人有意隐瞒不汇报者，一经发现将严肃处理。

## 三十、安全用药管理制度

修订时间：2015 年 3 月

第 2 次修订

（一）、药品管理

- 1、根据药品种类、性质及储存要求分类放置，病房内基数药品应指定专人管理，负责领药、退药和保管工作。
- 2、科内各类药品要专柜、分类存放，标识醒目。
- 3、设有专用清点本，每日清点记录并有签名，检查药品数量和质量，做到“五无”（无裸装、无混装、无过期、无变质、无用药错误），药品标签清晰可辨，与药品相符。严禁使用标签模糊或涂改的药品。防止积压、变质，如发现有沉淀、变色、过期、标签模糊时，应立即停止使用，并重新领取补齐基数。
- 4、病房内所有基数药品，只能供住院患者按医嘱使用。其他人员不得私自取用。
- 5、基数药使用后要及时从药房领取补充，保证使用。患者剩余用药（如出院患者遗留的口服药）不得存入基数药中再次使用。
- 6、无外包装的口服药，从领取时日起在病房口服药瓶中保存最长1年时间（以自然年为一周期，如2015年1月1日-2015年12月31日），确保药品在有效期内。口服药有效期标识贴在标签正上方，药瓶颈部下缘。
- 7、病人贵重药品应注明床号、姓名、住院号，单独妥善存放。
- 8、高危药品，剧、毒、麻药品、冰箱药品、抢救药品按相关规定管理。

## **（二）高危药品管理制度**

高危险药品是指药理作用显著且迅速、易危害人体的药品。为促进该药品的合理使用，减少不良反应，制订如下管理制度：

- 1、高危险药品包括高浓度电解质制剂、肌肉松弛剂及细胞毒化药品等，具体品种见医院附录。
- 2、高危险药品应设置专门的存放药箱，不得与其他药品混合存放，每种高危药品分柜放置，并加锁管理，并放置有危险品标识。
- 3、高危险药品存放药箱应标识醒目，设置白底红字及危险品警示标识提醒护理人员注意。
- 4、对抢救车及冰箱内的高危药品设置警示标识，对易混淆的药品有警示标识。
- 5、高危险药品使用前要进行充分安全性论证，有确切适应症时才能使用。
- 6、各科根据附录，结合科室情况设定高危药品种类、基数，每天交接登记。

## **（三）、剧、毒、麻、高危险药品管理制度**

- 1、剧、毒、麻、高危险药品专人保管，数量固定，上锁管理，班班交接并签名。
- 2、病房毒、麻药品只能供应住院患者按医嘱使用，其他人员不得私自取用、借用。
- 3、使用毒、麻药品时，应登记并及时补充。
- 4、毒麻药品必须用专用处方开写，项目填写齐全，字迹清晰，医生签全名。
- 5、毒、麻药品要定期检查，如出现变质、过期应及时更换。
- 6、建立毒、麻药品使用登记本，注明患者姓名、床号、使用药名、剂量、使用日期、时间，并签字。

## **（四）、病区医用冰箱管理制度**

- 1、冰箱要专人管理，每周有护士负责冰箱的清洁除霜。
- 2、冰箱温度符合药品存放要求。

- 3、每日有温度监测记录。
- 4、冰箱内药物、试剂等用药要分类、有序放置，各类药品标签清楚，定基数、严格交接班进行清点、检查，有交接记录。
- 4、冰箱内病人的贵重药品应注明床号、姓名，单独妥善保存。
- 5、冰箱内开启后的药品（胰岛素），要有启用日期和过期日期。
- 6、冰箱内物品要做好无过期、无受潮、无霉点及无丢失。
- 7、冰箱内禁存私人物品。
- 8、需低温保存配置好的的液体，有效期不得超过 24h，如肝素封管液等，应注明药物名称，配置浓度，配置时间、责任者。
- 9、抽吸好的针剂，需低温保存，应放在铺好的无菌盘中，注明床号、姓名、药名、浓度、计量、有效时间，做好交接班。
- 10、若有血标本、病理标本应封存保存，防止倾倒污染其他物品，做好交接班及时送检。
- 11、冰箱内严禁放置痰标本、便标本和易爆等危险品。

#### **（五）、抢救药品管理制度**

- 1、凡抢救药品、物品必须固定在抢救车上，保持一定基数，按序号排列，定位放置，每日检查，每班交接药品数量、质量及有效期，保证随时取用。
- 2、建立抢救车药品、物品交接本，班班交接。
- 3、建立抢救车药品、物品定置图，确保医务人员能及时获取抢救药品和物品；建立抢救车药品更换登记本，有效期在 6 个月内的药品，做好标识，确保先进先用，有效期不足 1 个月的药品应送药房按程序换取有效批号的药品。
- 4、抢救药品、物品做到五固定：定数量品种、定位放置、定专人保管、定期消毒灭菌、定期检查维修；二及时：及时检查维修，及时领取补充。物品有明显标记，不准随意挪用。
- 5、抢救药品齐全，标签清晰，无变色、变质、过期失效、破损等现象。每种药盒只能放置相对应的一种药品。
- 7、抢救车内高危药品有警示标识。
- 8、抢救药品、物品使用后，在 24 小时内补充齐全，如因特殊原因无法补齐时，应及时交接，在交接本上做好登记并报告护士长协调解决，确保在抢救患者时能及时使用。
- 9、若因科室特殊原因（如急诊科救护车，重症医学科，内外科、高压氧舱抢救箱等科室），需要另外自备抢救药品盒/箱，管理制度严格按照抢救车管理制度执行。

### **三十一、观察和处置患者用药与治疗反应的制度与流程**

**修订日期：2013 年 4 月**

**第 1 次修订**

#### **观察和处置患者用药与治疗反应的制度**

- （一）、护士应熟练掌握常用药物的作用和不良反应

对易发生过敏的药物和特殊人群（婴幼儿、儿童、老年人、孕产妇、心肝肾功能不全的患者）应密切观察。如有过敏、中毒反应立即停止用药，报告医生，做好记录，必要时封存实物协助检验工作。

#### （二）、应用微量泵或特殊用药时应密切观察

如甘露醇、钙剂、呋塞米、西地兰、化疗药物等应加强巡视，密切观察用药效果和不良反应，发现问题及时停止用药，必须逐级报告护士长、护理部和药剂科，确保用药安全。

#### （三）、做好患者的用药指导。

护士用药前查看药物使用说明书，告知病人药物的作用及有可能发生的不良反应，指导正确用药。

（四）、发现给药错误时按应急预案处理 及时停药、报告，并积极采取补救措施，向患者做好解释工作，避免引起纠纷。

（五）、护士长要随时检查患者药物的使用及不良反应的发生情况，发现问题及时处理。

#### （六）、加强药物与治疗反应的观察

经常巡视病房，了解和观察患者的用药和治疗反应，除按分级护理要求巡视外还应根据患者的实际情况如使用特殊药物、婴幼儿、儿童、老年人、孕产妇、心肝肾功能不全等情况要增加巡视次数并加强沟通，注重了解患者感受，根据病情和药物性质调整输液滴速，观察有无发热、皮疹、恶心、呕吐等不良反应，一旦发生药物与治疗反应当班护士应做到：

1、立即停止药物的使用； 2、立即报告护士长，同时报告值班医生； 3、根据医嘱进行处理，情况严重者应配合医生，立即抢救； 4、落实相应的护理措施； 5、及时记录护士记录单，做好抢救观察记录； 6、发生输液反应时，应将撤下的输液器形成密闭状态，并用无菌治疗巾包裹，标明时间，冷藏备检。

#### （七）、加强重点药物观察

1、重点药是心血管系统药物，细胞毒化药物，抗菌药物，中枢性肌松药，抗精神失常药，中枢镇静催眠药。

##### 2、重点药使用前

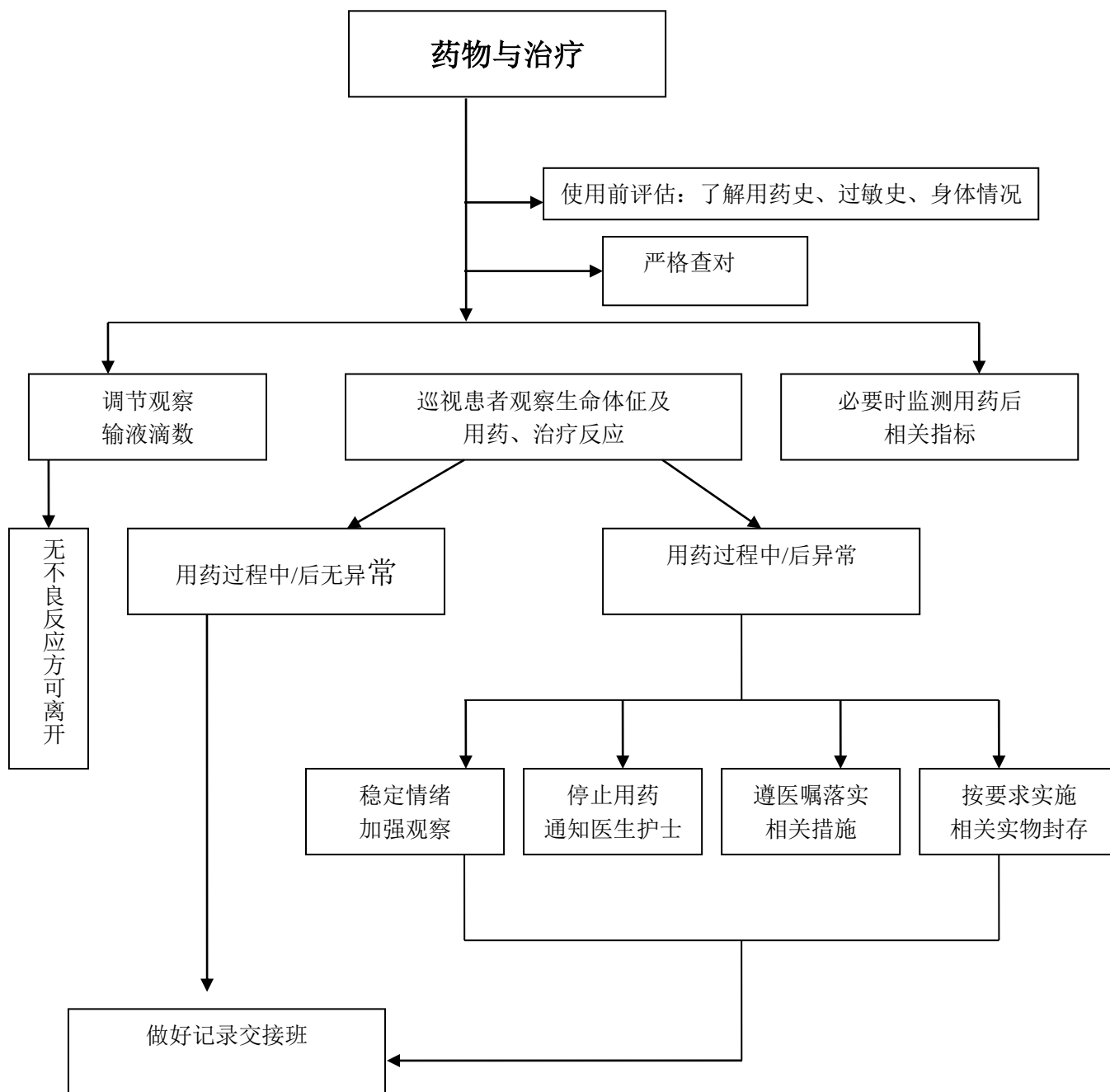
a) 应掌握药物基本知识和不良反应等。b) 询问患者药物过敏史及用药史，必要时监测生命体征。c) 认真执行医嘱，严格执行三查八对制度，注意配伍禁忌。d) 告知病人和家属将要使用药物名称、用法用量、可能出现不良反应。

3、重点药物使用中和使用后 a) 观察输液滴数，按患者病情，年龄及药物性质，合理调节滴数。b) 告知患者及家属不得自行调节滴数，用药中如有不适及时与医护人员联系。c) 加强巡视，观察生命体重和用药反应，及时询问和听取患者主诉。d) 必要时监测患者用药后相关指标，做好交接班。e) 患者出现用药不适或不良反应，应立即停药，及时通知医生采取有效措施，遵医嘱落实相关治疗与护理，并根据要求做好护理记录及交接班，并填报不良事件表，上报药剂科、护理部。

(八)、实施临床用药监控，加强药品不良反应和不良事件的监测上报。药剂科做好药品不良反应的监测工作，对所发生的药品不良反应进行登记，分析药品不良反应发生的原因。

(九)、科室专人收集药品使用说明书，定期组织护士学习。

## 药物使用与治疗流程



## 三十二、抢救车管理制度

修订日期：2015年3月

第3次修订

(一)、凡抢救药品、物品必须固定在抢救车上，保持一定基数，按序号排列，定位放置，每日检查，

每班交接，保证随时取用。

(二)、建立抢救车药品、物品交接本，班班交接。

(三)、建立抢救车药品、物品定置图，确保医务人员能及时获取抢救药品和物品；建立抢救车药品批号登记表，有效期在 6 个月内的药品，做好标识，确保先进先用，有效期不足 1 个月的药品应送药房按程序换取有效批号的药品。

(四)、抢救药品、物品做到五固定：定数量品种、定位放置、定专人保管、定期消毒灭菌、定期检查维修；二及时：及时检查维修，及时领取补充。物品有明显标记，不准随意挪用。

(五)、抢救必备物品齐全、性能良好，处于备用状态，完整率达 100%。无菌物品标识清晰，确保在有效期内。

(六)、抢救药品齐全，标签清晰，无变色、变质、过期失效、破损等现象。每种药盒只能放置相对应的一种药品。

(七)、抢救车内高危药品有警示标识。

(八)、抢救药品、物品使用后，在 24 小时内补充齐全，如因特殊原因无法补齐时，应及时交接，在交接本上做好登记并报告护士长协调解决，确保在抢救患者时能及时使用。

(九)、抢救车内的简易呼吸器及血压计定期进行检查，血压计有计量检测合格标识并在有效期内。

(十)、抢救车内抢救药品严格按序号与抢救药品变更登记本上所需登记项目一致。

## 三十三、标本采集应急管理制度

修订日期：2014 年 6 月

第 2 次修订

(一)、正确标本的采集

### 1、血液标本的采集

静脉采血时，除卧床病人，采血时一般取坐位，成人多用肘前静脉，婴幼儿常用颈静脉。使用止血带的时间不应超过一分钟，穿刺成功后应立即松开止血带。禁止在静脉输液管道内采血，从未输液的另一侧或输液部位以下的部位采血。血清(浆)标本的收集各科室应根据所检验项目的要求采用相应的标本收集管，并确定采血量。

血标本采集后，采血护士必须在离开患者床边之前，在血标本标签上表明患者姓名、科别、病案号及血标本采集日期，不要在采血前贴上标签，一位医护人员不得同时采集两位患者的血标本。

### 2、尿液标本的采集

一般由患者或护理人员按医嘱留取。取样时应注意明确标记，避免污染，使用合格的一次性洁净专用尿杯收集尿样。中段尿、导管尿等特殊尿样的采集由医护人员进行相关操作留取标本。

### 3、粪便标本的采集

留取后收集于合格的一次性洁净专用粪杯送检。应取新鲜标本，选取异常成分的粪便，如含有黏液、脓、血等病变成分的标本，外观无异的从表面、深处及粪端多处取材，取3~5g 及时送检。

### 4、阴道分泌物标本的采集

一般由妇科医师采集。采集阴道分泌物标本前24小时应避免性生活、盆浴。应于各种治疗、检查前采集标本，避免阴道冲洗或上药，被检者在采样前2小时不能排尿。患者取膀胱截石位。用阴道扩张器暴露宫颈，采样前，用棉拭子将宫颈口过多的分泌物轻轻擦拭干净。更换棉拭子，用生理盐水浸润



的棉拭子伸到宫颈管内0.5-2cm,稍用力转动两周,以取得分泌物及脱落细胞。

## 5、痰标本的采集

嘱病人先行清水反复漱口,并指导或辅助病人深咳嗽,从呼吸道深部咳出新鲜痰液于无菌容器送检。一般应采集清晨第一次咳出的痰液,采样时应收集带血丝部分或有干酪样颗粒的部分。痰液极少者可用溶液雾化吸入导痰。痰液收集于一次性洁净专用痰杯内及时送检。

## 6、其他标本的采集

脑脊液、胸腹水及支气管灌洗液等其他标本由临床医师按相应操作采集。

### (二)、临床不合格标本常见的原因

#### 1、标本溶血

主要是因为标本采集量不足,管内剩余真空的存在造成血球破裂;用注射器采血转装于采血管时,未卸下注射器针头(血样在一定压力下,通过狭小的通道受到挤压,血细胞变形或破裂);在摇匀抗凝剂,抗凝管摇匀方式错误或幅度太大(血样冲击力过大,破坏血球);使用干粉剂采血管时,不及时摇匀(其溶解接触面不均衡,介面温度过高,出现溶解热和反应热)。

#### 2、标本凝血

使用注射器采血时,分装量超过采血管额定量;抗凝管没有摇匀或未及时摇匀、摇匀方式错误;血液粘度高的病人,选择采血针型号过小,采血速度过慢;异常的开塞操作(即水剂的抗凝剂常吸附在丁基胶塞上),异常开塞后胶塞会带走部分预加的抗凝剂,导致抗凝剂剂量不足;由于患者疾病或自身因素造成血管条件不理想,致使抽血时间过长而导致血液凝固;多项采血时将血常规标本放在最后,导致拔针后针管内的血液返入试管,造成血量过多而凝固;止血带使用时间过长。

#### 3、采血容器不当、采血量过少

护士对检验相关业务和一些新开展业务不熟,造成对标本采集的容器选择和采血量缺乏正确的认识。

#### 4、标本与 LIS 系统扫码不相符

护士处理检验医嘱时未认真履行查对制度,造成标本容器上条码与患者姓名不相符;护士扫码未保存医嘱,造成实验室无法接受标本。

5、医嘱停止或使用已停止医嘱的条码张贴在血液标本,护士处理检验医嘱时未认真履行查对制度,采集后的标本未与采集后检验汇总单进行一一核对,造成实验室无法接受标本。

#### 6、输液侧采集标本

护士对标本采集要求不熟,造成标本采集时从患者输液侧采集标本。

#### 7、脂血标本

护士在标本采集前未告诉患者明确的禁食时间及禁食内容以及饮食因素对检验结果的影响,患者在采集标本前未空腹或者进食高脂食物。

#### 8、标本采集后未及时送检

护士对标本未引起足够的认识,导致标本采集后放置时间过长。

### (三)、不合格标本改进措施

#### 1、溶血的改进措施

使用不足量标本时,采血完毕后开启管塞片刻,放出管内多余真空;特殊情况需注射器采血分装于采血管时,应卸下针头,开塞后沿管壁缓慢注入;颠倒180度摇匀,尽量减小血样冲击力;及时摇匀5~

8次。对于一些血管条件不理想的患者，临床科室要重视，护士应不断提高自身静脉穿刺技术，做到一次成功。护理部经常组织技术操作训练，以促进和提高护士的穿刺技术。

## 2、凝血的改进措施

特殊情况需分装血样时，应以采血管额定量为准；及时轻轻颠倒180度，摇匀5~8次；选择适宜的采血针，或采血量小时边采集边摇匀；需开塞操作时，先将采血管底部向下轻敲或将其适当甩一甩，使得吸附在胶塞上的抗凝剂沿管壁滑下，开塞操作完毕后，合上胶塞颠倒180度，摇匀5~8次。提高护士的静脉穿刺技术，对于一些血管条件不理想的患者，科室要重视，护士应不断提高自身静脉穿刺技术，做到一次成功。

## 3、加强护士对标本采集知识的学习和培训

临床应将检验分析的意义、标本收集的规程等列入护理“三基”培训的内容中去，尤其对一些新开展的特殊检验项目实验室进行专题讲座，使血液标本的采集更规范。确保检验前标本的采集质量，并不断建立和健全标本采集质量管理标准与要求，使护理质量和检验质量得到同步提高。

## 4、加强护理规章制度的落实

做好“三查八对”，加强工作责任心；采血前再次认真查对医嘱与标本容器是否相符。

## 5、加强对患者、陪护人员的健康宣教力度

在对患者进行健康宣教时，正确指导患者做好检验标本留取前的准备，把留取标本的注意事项讲解清楚。

临床中，护士留取血液标本不合格，增加了实验室和下一班护士的工作量，还增加了病人的痛苦。因此，血液标本的质量问题是检验和护理工作质量控制的薄弱环节，应引起临床护士的高度重视，减少和杜绝不合格血液标本，提升护理质量，提高标本质量以保证实验室更好的为临床服务。

# 三十四、使用微量泵、输液泵、注射泵、特殊用药的管理办法

修订日期：2015年3月

第2次修订

- (一)、使用前认真阅读使用说明书，严格遵医嘱执行，严格按照微量泵、输液泵使用操作规程；
- (二)、科内加强输液泵使用培训，人人熟练掌握其使用方法。
- (三)、正确设定注射剂量防止注射错误延误治疗。
- (四)、使用期间加强巡视，查看输液泵的工作状态，及时排除故障，防止液体输入失控。
- (五)、输液泵没有外渗报警，使用期间注意观察注射部位有无隆起、外渗及红肿。
- (六)、若微量泵延长管处有回血，请查找原因及时处理，以防堵管，导致输液不畅。
- (七)、微量泵、输液泵使用过程中，必须严格巡视病人局部情况及全身情况，作好巡视记录。

# 三十五、仪器、设备管理制度

修订日期：2014年12月

第1次修订

- (一)、定位放置：各种仪器、设备等放在易取放的位置，并定位放置、标识明显，不得随意挪动位置，定期检查维护，保持性能良好。
- (二)、定人保管：各抢救仪器有专人负责保管，定期检查维护，所有护理人员均应具备识别主要报警信息的基本知识与技能，熟悉仪器性能及保养方法，制定标准操作程序，严格按操作规程使用，用毕

及时清洁、消毒处理。

(三)、每日检查抢救仪器、设备，如：简易呼吸器、吸痰器等性能完好，确保在备用状态。

(四)、新仪器使用前应由专业人员讲解仪器的使用、保管、注意事项，并示范操作，仪器、设备有使用说明。

(五)、各种仪器应有操作规程挂牌于仪器上。

(六)、各种仪器有名称、编号、型号、设备状态、所在科室、使用时间。

(七)、各类仪器设备建立账目，账物相符，做到无责任性损坏和遗失。

(八)、设备的请领、维修、借出、报废等要详细记录。

(九)、负责人更换时，须清点所有医疗仪器及设备，办理移交手续，移交人和接收人应签名。

## 三十六、常用仪器、设备使用应急管理预案

制定日期：2013年4月

第0次修订

(一)、心电监护仪突然出现故障应立即更换，必要时用手动血压计测量血压，立即通知设备科维修并做好标记，已坏或有故障的仪器不得出现在仪器柜内。

(二)、除颤仪突然出现故障应立即更换，并立即通知设备科维修并做好标记，已坏或有故障的仪器不得出现在仪器柜内。

(三)、中心吸痰装置突然出现故障应立即更换电动吸痰器或改用注射器抽吸吸痰法，不得中断病人抢救，并立即通知设备科检修，已坏或有故障的仪器标记明显不得出现在仪器柜内。

(四)、心电图机突然出现故障应立即检查故障出现原因，并同时通知设备科检修及通知心电图室完成心电图记录，已坏或有故障的仪器标记明显不得出现在病房内。

(五)、简易呼吸器使用中若呼吸囊出现故障、漏气等应立即更换呼吸囊，已坏或有故障的仪器标记明显并通知设备科检修，已坏的抢救仪器不得出现在抢救车内。

(六)、输液泵使用中出現报警等故障，应立即检查报警原因，必要时更换输液泵同时通知设备科检修，已坏或有故障的仪器不得出现在仪器柜。

(七)、注射泵使用中出現报警等故障，应立即检查报警原因，必要时更换注射泵同时通知设备科检修，已坏或有故障的仪器不得出现在仪器柜。

## 三十七、围手术期患者护理评估制度

制定日期：2014年4月

第0次修订

(一)、为围手术期患者的护理行为，制定此评估制度。

(二)、各手术科室的上级护师定期检查指导评估质量，质控组将围手术期患者的评估纳入管理，定期检查，持续改进。

(三)、对于急诊手术病人，协助医生急救的同时做好重要器官功能的评估，重点观察病人意识情况，有无水电酸碱失衡，及时测量呼吸、血压等生命体征，通知禁食，并给病人必要的安慰与解释。

(四)、对择期手术病人需评估病人的健康史、身心状况、诊断检查情况、手术分类及麻醉种类，术前加测病人生命体征，并评估病人的睡眠情况。

(五)、术后回病房第一时间要评估病人意识、液体、麻醉方式、生命体征、各种管道、切口引流情况、伤口敷料情况、自理能力和活动耐受力、用药情况及全身皮肤情况。

(六)、术后 72 小时内需评估病人的生命体征、手术伤口有无疼痛、有无渗血、渗液，包扎是否牢固，敷料有无脱落或感染、引流液的量、性质、颜色，根据专科特点还需评估专科情况。

(七)、对手术后病人常规评估病人的一般情况、体温的变化、重要脏器功能、麻醉恢复情况、切口及引流情况和病人的情绪反应。

(八)、责任护士在评估过程中必要时与医生及其他专业人员进行沟通。

(九)、结合护理计划及健康教育计划及时完成评估，书写护理记录。

## 三十八、手卫生管理制度

修订日期：2015 年 3 月

第 1 次修订

(一)、手卫生为洗手、卫生手消毒和外科手消毒的总称。

(二)、必须配备合格的手卫生设备和设施，必须用流动水，提倡用洗手液洗手。

(三)、重点部门如重症监护室、血透室、手术室、急诊室、消毒供应室、内镜室、必须安装非接触式水龙头开关。

(四)、洗手液的容器定期清洁和消毒。禁止将洗手液直接添加到未使用完的出液器中，必须在清洁、消毒取液器后再添加洗手液。

(五)、手消毒剂的包装和洗手后的干手物品（毛巾）或设施应避免造成二次污染。

(六)、每季度应对重点部门进行手卫生消毒效果的监测，当怀疑流行爆发与医务人员手有关时，及时进行监测。

(七)、所有医务人员必须掌握正确的手卫生方法，保证洗手与手消毒效果。

(八)、医务人员正确掌握洗手指征。

(九)、医务人员手无可见污染物时，可用速干手消毒剂消毒双手代替洗手。

(十)、医务人员正确掌握手消毒指征。

(十一)、医务人员手被感染性物质污染以及直接为传染病病人进行检查、治疗、护理或处理传染病病人污染物之后，应先用流动水冲净，然后使用手消毒剂消毒双手。

## 三十九、手卫生管理制度实施规范

修订时间：2015 年 3 月

第 1 次修

(一)、洗手与卫生手消毒

1、洗手与卫生手消毒应遵循以下原则：

(1) 当手部有血液或其他体液等肉眼可见的污染时，应用肥皂（皂液）和流动水洗手。

(2) 手部没有肉眼可见污染时，宜使用速干手消毒剂消毒双手代替洗手。

2、在下列情况下，义务人员应根据以上原则选择洗手或使用速干手消毒剂：

(1) 直接接触每个患者前后，从同一患者身体的污染部位移动到清洁部位时。

(2) 接触患者粘膜、破损皮肤或伤口前后，接触患者的血液、体液、分泌物、排泄物、伤口敷料等之后。

(3) 穿脱隔离衣前后，摘手套后。

(4) 进行无菌操作、接触清洁、无菌物品之前。

(5) 接触患者周围环境及物品后

(6) 处理药物或配餐前。

3、医务人员在下列情况时应先洗手，然后进行卫生手消毒

(1) 接触患者的血液、体液和分泌物以及被传染性致病微生物污染的物品后。

(2) 直接为传染病患者进行检查、治疗、护理或处理传染患者污物之后。

(二)、掌握洗手法(6步法)

1、取适量的速干手消毒剂于掌心；

2、严格按照洗手的揉搓步骤进行揉搓(洗手步骤如下)；

3、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。

(1) 掌心相对揉搓 (2) 手指交错，掌心对手背揉搓

(3) 手指交错，掌心相对揉搓 (4) 弯曲手指关节在掌心揉搓

(5) 拇指在掌中转动揉搓 (6) 指尖在掌心揉搓

(三)、外科手消毒

1、外科手消毒应遵循以下原则：

(1) 先洗手、后消毒。

(2) 不同患者手术之间、手套破损或手被污染时，应重新进行外科手消毒。

2、洗手方法与要求

(1) 洗手之前应先摘除手部饰物，并修剪指甲，长度应不超过指尖。

(2) 取适量的清洁剂清洗双手、前臂和上臂下 1/3，并认真揉搓。清洁双手时，应注意清洁指甲下的污垢和手部皮肤的褶皱处。

(3) 流动水冲洗双手、前臂和上臂下 1/3。

(4) 使用感受物品擦干双手、前臂和上臂下 1/3。

3、外科手消毒方法：

(1) 冲洗手消毒方法

取适量的手消毒剂涂抹至双手的每个部位、前臂和上臂下 1/3，并认真揉搓 2min-6min，用流动水冲净双手、前臂和上臂下 1/3，无菌巾彻底擦干。流动水应达到 GB5749 的规定。特殊情况水质达不到要求时，手术医师在戴手套前，应用醇类手消毒剂再消毒双手后戴手套。手消毒剂的取液量、揉搓时间及使用方法遵循产品的使用说明。

(2) 免冲洗手消毒方法

取适量的免冲洗手消毒剂涂抹至双手的每个部位、前臂和上臂下 1/3，并认真揉搓直至消毒剂干燥。手消毒剂的取液量、揉搓时间及使用方法遵循产品的使用说明。

4、注意事项

(1) 不应戴假指甲，保持指甲周围组织的清洁。

(2) 在整个手消毒过程中应保持双手位于胸前并高于肘部，使水由手部流向肘部。

(3) 洗手与消毒可使用海绵、其他揉搓用品或双手相互揉搓。

(4) 术后摘除外科手套后，应用肥皂(皂液)清洁双手。

(5) 用后的清洁指甲用具，揉搓用品如海绵、手刷等，应放到指定的容器中；揉搓用品应每人使用后消毒或一次性使用；清洁指甲用品应每日清洁与消毒。

(四)、卫生手消毒

医护人员各种操作前，应用皂液流动水冲洗双手。进行各种操作后，应进行手的卫生消毒。

1、各种治疗、操作前的消毒：进行各种治疗、操作前，医务人员用抗菌皂液和流动水洗手，如果手被感染性材料污染，应使用有效消毒剂搓擦 2min 后，用流动水皂液净擦干后进行各种操作。

2、连续治疗和操作的消毒：若接连进行治疗和操作时，每接触一个病人都应用抗菌皂液和流动水洗手

或快速手消毒液搓擦 2min。也可用氧化电位水洗手消毒。

#### (五)、接触传染病病人后手的消毒

(1) 医务人员为特殊传染病病人检查、治疗、护理之前，应戴一次性手套或无菌乳胶手套，每接触一个病众应更换一付手套，操作结束后用抗菌皂液及流动水洗手。

(2) 若双手直接为传染病病人检查、治疗、护理或处理传染病病人污染之后，应将污染的双手使用消毒液揉搓消毒 2min 后，再用皂液和流动水洗手。

(3) 连续进行检查、治疗和护理病人时，每接触一个病人后都应抗菌皂液流动水洗手。或用快速手抗菌消毒剂搓擦 2min。

(4) 接触污染物品、微生物实验室操作后手的消毒：医护人员接触污染源之前，应戴好一次性手套或乳胶手套，然后进行操作，操作后脱手套用皂液流动水洗净。如手直接接触污物者，操作后应将污染的双手使用含醇或碘手消毒剂搓擦 2min 再用皂液流动水洗净。

#### (六)、医务人员手卫生标准

不同环境下工作的医务人员，手卫生应达到如下要求：

1、I类和II类区域医务人员的手卫生要求应 $\leq 5\text{cfu}/\text{cm}^2$ 。I类和II类区域包括层流洁净手术室、层流洁净病房、普通手术室、产房、普通保护性隔离室、供应室洁净区、烧伤病房、重症监护病房等。

2、III类区域医务人员的手卫生要求应 $\leq 10\text{cfu}/\text{cm}^2$ 。III类区域包括儿科病房、妇产科检查室、注射室、换药室、治疗室、供应室清洁区、急诊室、化验室及各类普通病房和房间等。

3、IV类区域医务人员的手卫生要求应 $\leq 15\text{cfu}/\text{cm}^2$ 。IV类区域包括感染性疾病科、传染病科及病房。

4、各区域工作的医务人员的手，均不得检出致病微生物。

#### (七)、手卫生设施

##### 1、洗手与卫生手消毒设施

(1) 设置流动水洗手设施。

(2) 手术室、处置室、血液透析室、消毒供应中心等重点部门应配备非手触式水龙头。

(3) 应配备干手物品或设施，避免二次污染。

(4) 应配备合格的快速手消毒剂。

(5) 手卫生设施的设置应方便医务人员使用。

(6) 卫生手消毒剂应符合下列要求：

a) 应符合国家有关规定。

b) 宜使用一次性包装。

c) 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、无刺激性等。

##### (3) 外科手消毒设施

a) 应配置洗手池。洗手池设置在手术间附近，水池大小、高矮适宜，能防止洗手水溅出，池面应光滑无死角易于清洗。洗手池应每日清洁与消毒

b) 洗手池及水龙头的数量应根据手术间的数量设置，水龙头数量应不少于手术间的数量，水龙头开关应非手触式

c) 应配备清洁剂。

d) 应配备清洁指甲用品；可配备手卫生的揉搓用品。

e) 手消毒剂应取得卫生部许可批件，有效期内使用。

f) 手消毒剂的出液器应采用非手触式。消毒剂宜采用一次性包装，重复使用的消毒剂容器应每周清洁与消毒。

g) 应配备干手物品。干手巾应每人一用，用后清洁、灭菌；盛装消毒巾的容器应每次清洗、灭菌。

1) 应配备计时装置、洗手流程及说明图。

#### (八)、常用手消毒剂

- 1、醇类和胍类（醋酸氯己定等）复配的手消毒液
- 2、有效碘含量为 500mg/L 的碘伏溶液。
- 3、75%乙醇溶液或 70%异丙醇溶液。
- 4、氧化电位水。
- 5、卫生行政部门批准用于手消毒的消毒剂。

(九)、科室定期对医务人员进行手卫生的培训，并做好记录。

## 四十、消毒隔离制度

修订日期：2015 年 3 月

第 2 次修订

严格执行《传染病防治法》、《医院感染管理办法》及《医疗机构消毒技术规范》等法规，并达到以下要求：

(一)、进入人体无菌组织、器官或接触人体破损皮肤、黏膜、组织的诊疗器械、器具和物品应进行灭菌。能高压灭菌的首选高压灭菌，不能高压灭菌的选用低温等离子灭菌。

(二)、接触完整皮肤、黏膜的诊疗器械、器具和物品应进行消毒。按照感染危险程度采用高、中、低水平的消毒。

(三)、无菌物品专室、专柜存放，每日检查品名、有效期。无菌包一经打开不超过 24 小时；铺无菌盘不超过 4 小时；无菌干罐持物钳不超过 4 小时。无菌溶媒开启应注明开启时间。

(四)、各种用于注射、穿刺、采血等有创操作的医疗器具必须“一人一用一灭菌”。一次性使用的医疗器械和器具不得重复使用，用后的一次性物品按《医疗废物管理条例》处理。

(五)、诊疗用品如血压计袖带、听诊器等保持清洁，遇有污染应及时先清洁，后采用中、低效消毒剂进行消毒。

(六)、体温计(肛表或口表)、氧气面罩、麻醉面罩采用高水平或中水平消毒。

(七)、氧气湿化瓶、胃肠减压器、吸引器、引流瓶等通过管道间接与体腔黏膜接触如耐高温首选湿热消毒，不耐高温的采用中效或高效消毒剂消毒。

(八)、患者床单位、布类、用品、餐具、便器，做到“一人一用一消毒”，病人出院、转科或死亡后进行终末处理。床单、被套住院时间长，每周更换，遇污染及时更换；被芯、枕芯、褥子、病床隔帘、床垫等定期清洗与消毒；遇污染及时更换、清洗与消毒；如是传染病患者或特殊病原体感染患者以上物品按照特殊要求进行终末消毒或按医疗废物处理。

(九)、普通病房地面与物体表面的清洁与消毒，地面与物体表面无明显污染时采用湿式清洁；当受到明显污染时先用吸湿材料去除可见污染物，再清洁和消毒。治疗室、病室、厕所等区域的布巾、地巾专用，标识明确，分类清洗，布巾用 250lg/L、地巾用 500 lg/L 有效氯消毒剂浸泡 30min，冲洗消毒液，悬挂晾干备用，

(十)、普通病房空气净化首选自然通风，自然通风不良，采用机械通风。患者出院或死亡后选用通风、紫外线灯照射或有资质的空气净化设备进行消毒。

(十一)、医疗废弃物分类收集处理，感染性医疗废弃物置黄色塑料袋内，损伤性废弃物置硬性容器内，标识清楚、交接登记，密闭运送、无害化处理。特殊感染性废弃物放入指定容器中密封转运。生活垃圾置黑色塑料袋内。

(十二)、对医院感染重点部门的消毒隔离管理按照相关规范制定相应的措施。

(十三)、护理人员能正确掌握控制医院感染的基本措施、标准预防、消毒隔离方法。

(十四)、护理人员严格执行无菌操作、消毒隔离制度、手卫生规范，凡接触病人及操作前后均要进行手卫生。

(十五)、护理人员要加强自身防护，在班时必须穿工作服、裤、帽子，着装整齐；无菌操作时戴口罩；遵循“标准预防”原则，当接触血液、体液或损伤之皮肤、黏膜或组织时，均应戴手套。

## 四十一、护理人员职业防护制度

## 修订时间：2015年1月

## 第2次修订

(一)、护理人员到岗前进行岗前教育，定期接受职业防护知识培训，增强护理人员的职业防护意识和防护知识。

(二)、病房及工作区域通风良好，环境整洁。护理人员在日常工作中应采取最基本的防护措施，穿工作服和工作鞋，戴口罩、帽子，洗手。

(三)、护理人员在进行护理操作或进行清洁、消毒工作时，应严格执行护理操作规程和护理工作制度，避免发生职业暴露。

(四)、以下情况应戴手套，脱去手套后应认真洗手：

- 1、接触患者血液、体液、分泌物、排泄物及其污染物品时。
- 2、接触患者粘膜和非完整皮肤时。
- 3、清理传染性患者用过的物品及进行清洁消毒时。

(五)、当患者血液、体液、分泌物、排泄物等可能发生喷溅时，应当穿隔离衣，戴护目镜，穿鞋套等，以防感染。

(六)、在护理传染性疾病患者时，根据疾病的主要传播途径来采取相应隔离和防护措施，必要时采取双向防护。

(七)、特殊岗位如消毒供应中心严格执行消毒供应中心职业防护规范，配置化疗药物必须做好个人防护，执行各项操作标准。

(八)、及时清理被污染的被服及各种污染物，防止造成再次污染及微生物传播。

(九)、及时处理被污染的医疗用品及设备，重复用的医疗仪器设备应进行清洁消毒。

(十)、正确处理医用垃圾，避免造成交叉感染。

(十一)、若发生职业暴露，应立即采取紧急处理措施，并及时上报院感科，按照医院规定进行相应的身体检查和预防治疗。

(十二)、医疗锐器伤的防护措施

1、加强对临床护理人员教育，对医疗锐器伤的认识及重视，掌握预防医疗锐器伤的措施。

2、在进行注射、抽血、输液、输血时，一定要保证足够的光线，严格按照操作规程进行操作。

3、正确处理医疗锐器，避免发生锐器伤：

(1)及时将用过的针头与注射器分离，用钳子夹住针头拔，不要用手将其折断毁坏。若针头带有血液或体液连同注射器一并弃入锐器盒中。

(2)针头、安瓶等锐器应放在固定的锐器盒内，禁止将针头遗弃在不耐刺的容器中。

4、禁止将针帽套回用过的针头。

5、手持无针头套的注射器时，行动要特别小心，以免刺伤他人或自己。

6、锐器和针头严禁与普通垃圾混放。

(十三)发生医疗锐器伤的应急处理

1、护理人员如不慎被乙肝病毒(HB<sub>v</sub>)、丙肝病毒(HCV)、人类免疫缺陷病毒(HIV)等传染病污染的尖锐物体划伤或刺破皮肤时，按照以下步骤立即进行处理。

2、立即由近心端向远心端挤压伤口，切忌只挤压伤口局部，尽可能挤出损伤处的血液。

3、立即用肥皂水和流动水清洗。

4、用0.5%碘伏或75%酒精对伤口局部进行消毒，必要时到外科进行伤口处理。

5、污染眼部粘膜时，应用大量生理盐水反复冲洗粘膜。

6、发生锐器伤后，及时上报医院感染管理科并按医院感染管理科指导和处理意见执行。

(十四)化疗防护工作规范

1、接触化疗药品及相关处理时，必须做好个人防护，如穿防护衣或使用一次性围裙，戴好口罩、帽子、眼罩、手套等，摘掉手套后应认真洗手。

2、配置化疗药须穿隔离衣，戴双层手套、口罩。



3、掰安额时用纱布包裹防止药液外溅，融粉剂时，溶酶沿安瓶壁缓慢注入瓶底，待药粉浸透后再搅动，注入药瓶中的负压不宜过高，以免拔针时药液外溅。

4、使用较大注射器抽取药液，药液不宜超过注射器容量的 3 / 4，防止药液外溅。

5、操作时应确保空针及输液管接头处衔接紧密，以免药液外漏。

6、不要将抽吸化疗药空针内的空气直接排到空气中。

7、在配制化疗药、输入化疗药物时，如药液接触皮肤或溅到眼内应立即用大量清水冲洗，为患者更换输液时戴手套。

8、化疗药物应专人、专柜保管。药瓶有损坏时应及时处理，防止污染环境。

#### (十五) 医疗保健服务相关规定

1、医院所有护理人员享受国家规定提供的各种假期如婚假、产假、工休假等。

2、医院所有护理人员按医院要求进行全身免费体检。特殊岗位如消毒供应中心每年进行体检等。

3、医院免费为护理人员提供如口罩、手套等各种职业防护物品。

4、医院每月为护理人员发放护龄津贴及护士岗位工资。

5、特殊岗位科室如放射科护理人员享受特殊岗位津贴。

6、医院为每位护理人员购买六险一金。

## 四十二、易混淆药品管理制度

制定日期：2015 年 3 月

第 0 次修订

为加强药品的管理，保障患者的用药安全，根据药事管理相关要求，特制定本制度。

(一)、易混淆药品是指外观相似药品，一个品种两种规格药品，药品名称看似听似的药品。

(二)、加强易混淆药品管理，根据药剂科制定目录，科室加强此类药物管理。

(三)、易混淆药品储存应分类、分区、分开存放。

(四)、易混淆药品标签作统一标示，用以警示、区别（根据药剂科制作的统一标识为准）。

(五)、进行宣传、教育，防范用药差错。

## 四十三、临床路径和单病种护理质量控制度

制定时间：2015 年 1 月

第 0 次修订

(一)、护理部对各科室进行培训，掌握有关临床路径理论方法。

(二)、各科室根据科内临床路径表格内容完成临床护理工作。

(三)、科室各责任护士向患者和家属介绍临床路径实施的步骤和方法，以取得配合。

(四)、各科室护士根据临床路径表完成活动、饮食、护理、监测及出院指导。

(五)、护士长协调好医患、护患、医护之间的关系。

(六)、各科护士发现变异情况及时通知医师。

(七)、各科室责任护士协助医生做好出院前的患者满意度调查。

(八)、护士长监督每日进程，保证路径的顺利实施，保持病历完整性。

## 四十四、腕带识别标识制度

修订时间：2015年3月

第3次修订

为落实患者安全“十大目标”有关规定，我院自 2010 年起，启用了腕带标识管理制度，对全院范围内的手术、昏迷、危重、认知障碍、小儿等住院病人使用“腕带”。腕带标识作为各项诊疗操作时

辨识病人的一种手段，在 ICU、手术室、各临床等科室严格实施，有效提高了患者在诊治过程中的安全系数。

1. 病人标识应贯穿于整个医疗活动中，应用腕带，以达到以下目的：

(1) 病人流动过程中能被正确识别（如加床、转床、手术、外出检查）。

(2) 有过敏史者有醒目标记，随时提醒，方便核对。

(3) 意识模糊或不清者、无名氏患者、无法有沟通者能被正确识别。

(4) 医务人员在采集标本、给药、输液、输血、发放特殊饮食、诊疗活动及操作时能正确识别。

2. 腕带识别标识制度具体如下：

(1) 所有留观患者、住院病人需佩戴腕带。

(2) 腕带填入的识别信息必须经两人核对后方可使用。若有损坏，及时更新，同样需要经两人核对。

(3) 按操作规范给病人佩戴腕带，垫1~2指按紧搭扣，松紧适宜，防止扭曲、勒伤。

(4) 执行各项医疗、护理操作时均需核对腕带，不得仅以床号作为识别患者的依据，必须严格执行查对制度，操作前查对“腕带”识别标识，至少同时使用两种以上的患者身份识别方法对患者进行身份确认，如姓名、住院号、床号、年龄、出生年月等（禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据）。

3. 注意事项

(1) 告知病人及家属佩戴腕带的意义与重要性，住院或留观期间不能随意取下。

(2) 护理人员应随时注意腕带佩戴情况，如内容不完整或不清，应及时更换，更换时同样需要二人核对。

(3) 病人在办理出院手续后及时去除腕带。

(4) 死亡病人的腕带不要弃去，利于辨认。

## 四十五、护理人员岗位上的意外伤害的处理规定

制定日期：2015年3月

修订第0次

（一）、护理人员针刺伤的处理措施

1、医护人员在进行医疗操作时应特别注意防止被污染的锐器划伤刺破。如不慎被乙肝、丙肝、HIV 污染的尖锐物体划伤刺破时，应立即挤出伤口血液，然后用肥皂水和清水冲洗，再用碘酒和酒精消毒，必要时去外科进行伤口处理，上报院感科处理，进行血源性传播疾病的检查和随访。

2、被乙肝、丙肝阳性患者血液、体液污染的锐器刺伤后，上报院感科处理，抽血查乙肝、丙肝抗体，必要时同时抽患者血对比。

3、被 HIV 阳性患者血液、体液污染的锐器刺伤后，上报院感科处理，抽血查 HIV 抗体，必要时同时抽患者血对比，按 1 个月、3 个月、6 个月复查，及时服药，院感科进行登记、上报、随访等。

（二）、患者有自杀倾向时的处理措施

1. 发现患者有自杀倾向时，立即报告护士长及分管医生。

2. 检查患者病室内环境，若发现私藏药品、锐利器械等危险物品给予没收；锁好门窗，防止意外。

3. 告知家属 24h 监护，不得离开。

4. 详细交接班，密切注意患者心理便或，准确掌握心理状态。

5. 查找患者自杀原因，有针对性的做好心理护理，尽量减少不良刺激对患者的影响。

6. 发现患者自杀，通知医生立即赴现场，判断患者是否有抢救价值，如有可能立即抢救。

7. 保护现场，包括病室及自杀处。

8. 通知医务科或总值班，听从安排处理。

9. 做好家属的安慰工作。

（三）、患者发生坠床/跌倒的处理措施

1. 检查病房设施，不断改进完善，杜绝不安全隐患。

2. 当患者突然摔倒时，护士立即到患者身边，检查患者撞伤情况：通知医生判断患者的神志、受伤部位，伤情程度，全身状况等，并初步判断摔伤原因或病因。

3. 对疑有骨折或肌肉、韧带损伤的患者，根据摔伤的部位和伤情采取相应的搬运患者方法，将患者抬至病床；请医生对患者进行检查，必要时遵医嘱行 X 光片检查及其它治疗。
4. 对于摔伤头部，出现意识障碍等危及生命的情况时，应立即将患者轻抬至病床，严密观察病情变化，注意瞳孔、神志、呼吸、血压等生命体征的变化情况，通知医生，迅速采取相应的急救措施。
5. 受伤程度较轻者，可搀扶或用轮椅将患者送回病床，嘱其卧床休息，安慰患者，并测量血压、脉搏，根据病情做进一步的检查和治疗。
6. 对于皮肤出现瘀斑者进行局部冷敷；皮肤擦伤渗血者用碘伏或 0.1%新洁尔灭清洗伤口后，以无菌敷料包扎；出血较多或有伤口者先用无菌敷料压迫止血，再由医生酌情进行伤口清创缝合。创面较大，伤口较深者遵医嘱注射破伤风针。
7. 加强巡视，及时观察采取措施后的效果，直到病情稳定。
8. 准确、及时书写护理记录，认真交班。
9. 向患者了解当时摔倒的情景，帮助患者分析摔倒的原因，向患者做宣教指导，提高患者的自我防范意识，尽可能避免再次摔伤。

#### （四）、患者外出的处理措施

1. 患者入院时详细交代住院须知，告知患者住院期间不允许私自外出，以免贻误治疗、突发病情变化等严重后果。
2. 加强巡视，力所能及地帮助患者解决困难，尽量减少其外出机会。如必须外出，在病情允许的情况下，经主管医生批准，患者及家属在护理单上签字方可离开，并在规定时间内返回病房。
3. 一旦发现患者私自外出，要立即报告护士长，通知主管医生。
4. 通过患者所留下的通讯方式，与家属取得联系，共同寻找。
5. 必要时通知医务处、护理部或总值班。
6. 患者确属外出不归，需两人共同清理患者物品，贵重物品交保卫科。
7. 认真记录患者外出过程。

#### （五）、患者躁动症状时的处理措施

1. 护理人员应首先寻找躁动原因，及时通知医生，给予相应的处理。
2. 密切观察患者的病情，注意观察意识及生命体征的变化，保持呼吸道通畅。
3. 在监护病房的患者，要有专人看护，给予床档必要时使用保护性约束，防止患者误伤及自伤。
4. 对麻醉恢复期出现躁动的患者，与家属进行沟通，以减轻他们的紧张心理，取得合作。
5. 病情加重引起的躁动患者，护理人员及时通知医生，采取措施控制病情。
6. 昏迷患者病情逐渐好转出现的躁动，经常呼唤患者，了解意识恢复程度。
7. 对患者加强生活护理工作，增加患者舒适感，减少不良因素对患者的刺激。
8. 注意保持环境安静，减少声音对患者的不良刺激。
9. 如患者出现意识模糊或有异常者，护理人员要给患者加用床档，按时巡视患者，以免躁动患者发生坠床。
10. 护理人员对于躁动患者实施保护性约束时，要注意动作轻柔，以免对患者造成损伤，同时要经常观察被约束患者的肢体颜色。

#### （六）、停水和停电处理措施

1. 接到停水通知后，告知患者停水的时间，做好停水准备。
2. 做好应急准备，根据停水时间尽量储备水源，以备使用和饮用。
3. 突然停水时，白天与总务科联系，汇报情况，查询原因；夜间通知总值班，汇报停水情况。
4. 向患者做好解释工作，尽量协助患者解决因停水带来的不便。

#### （七）、失窃时的处理措施

1. 维持好病房秩序，对可疑人员进行询问。

2. 加强巡视，做好安全工作，随手带门，经常检查门窗。
3. 介绍住院须知时向患者介绍安全知识，保管好贵重物品及现金。
4. 一旦发生失窃，做好现场保护工作。
5. 通知保卫科或者总值班，协助做好侦破工作。

#### （八）、发生火灾的处理措施

##### 1、发生火灾

- （1）保持镇静前往查看失火的区域位置。
- （2）如火势较小，用灭火器、棉胎扑火，并通知保安。
- （3）如火势较大，立即拨打保安电话及火警电话“119”，并报告火灾的位置、火势、被围及受伤人员，是否有需要疏散的患者等，立即切断电源。报告护理部，协助保安参加扑救。
- （4）根据火灾的位置，确定是否疏散患者。若火灾发生在本病区，立即通知在岗人员共同维持秩序，稳定患者情绪；若不是发生在本病区的火灾，通知在场工作人员进入戒备状态，听从消防指挥中心调动。

##### 2、疏散患者以及自救

- （1）疏散患者时应注意以下几点：优先疏散老、小、危重患者及离火源最近的患者；从安全门经楼梯转移到安全地区，切勿乘坐电梯；有浓烟，用湿毛巾捂口鼻转移；离开后，关好门防止火势蔓延；清点患者及员工人数。
- （2）如处于被困情况下，楼层较矮时用床单或绳索连接后从窗户逃生；若楼层较高，情况允许下可打湿毛巾、棉被等物品。

## 四十六、静脉用药调配与使用操作规范

制定日期：2015年3月

第0次修订

（一）在病区治疗室内调配，需参考《静脉用药集中调配管理规范》有关要求严格管理，其他场所不能用于静脉用药的调配。

（二）进行静脉用药调配工作的人员需接受岗位专业知识培训，否则，不能进行此项工作。

（三）静脉用药调配操作程序：

1.按输液卡（医嘱执行单）核对摆放的药品名称、规格、数量、有效期等的准确性和药品完好性，检查输液袋（瓶）有无裂纹，瓶口有无松动、裂缝、输液袋（瓶）内有无沉淀、絮状物等，确认无误后，方能进行调配。

2.用消毒液消毒输液袋（瓶）口，待干。

3.除去药瓶盖，消毒胶塞；安瓿用砂轮切割后，消毒液擦拭消毒去除微粒。

4.选用适宜的一次性注射器，拆除外包装，旋转针头链接注射器，确保针尖斜面与注射器刻度处于同一方向。

5.抽取药液时，注射器针尖斜面应当朝上，紧靠安瓿瓶颈扣抽取药液，然后注入输液袋（瓶）中，轻轻摇匀。

6.溶解粉针剂，用注射器抽取适量静脉注射用溶媒，注入与粉剂的药瓶内，必要时可轻轻摇动助溶，全部溶解混匀后，用同一注射器抽出药液，注入输液袋（瓶）内，轻轻摇匀。

7.调配结束后，进行检查及核对：

（1）在此检查已配药液有无沉淀，变色，异物等；

（2）进行挤压试验，观察输液袋有无渗漏现象，尤其是加药处；

（3）按医嘱执行单内容逐项核对所用输液和空药瓶（安瓿）的药名、规格、用量等是否相符；

(4) 核检非整瓶(支)用量的患者的用药剂量和标识是否相符;

(5) 操作人员和核对人员应当分别签名, 签名需清晰可辨

(6) 核查完成后, 空安瓿等废弃物按规定进行处理。

8、输液调配操作完成后, 应立即清场, 用清水或 75%乙醇擦拭台面, 除去残留药液, 不得留有与下批输液调配无关的药物、余液、注射器等。

(四) 静脉用药混合调配注意事项:

1.不得采用交叉调配流程。

2.静脉用药调配所用的药物, 如果不是整瓶(支)用量, 则必须将实际所用计量在输液标签上有明显标识, 以便校对。

3.若有两种以上粉针剂或注射液需加入统一输液时, 应当严格按药品说明书要求和药品性质顺序加入, 并注意配伍禁忌; 对肠外营养液, 高危药品和某些特殊药品的调配, 应当执行相关的加药顺序调配操作。

4.调配过程中, 输液出现异常或对药品配伍、操作程序有疑点时应当停止调配, 保留相关药品及用具, 报告科主任、护士长。主管医生调整医嘱, 必要时报药剂科协商调整用药医嘱, 上述情况应做好详细记录, 防止再次发生。

5.调配操作危害药品注意事项:

(1) 危害药品调配应当重视操作者的职业防护, 严格按照有关规程操作;

(2) 危害药品调配完成后, 必须将留有危害药品的药瓶、安瓿等单独置于使用的包装中, 以供核查;

(3) 调配危害药品用过的一次性注射器、手套、口罩及检查后的安瓿、药瓶等等废弃物, 按规定统一处理;

(4) 危害药品溢出处理按照相关规范执行

(五) 静脉用药调配所用药品、医用耗材和物料符合有关规定。静脉用药调配所用的注射器等器具, 应当采用符合国家标准的一次性使用产品, 临用前应检查包装, 如有损坏或超过有效期的不得使用。

(六) 每日对操作台、治疗室进行清洁消毒处理。定期检测治疗室空气中的菌落数, 并有记录。

## 四十七、优质护理服务制度

修订日期: 2015 年 3 月

第 1 次修订

(一)、目的: 为了扎实推进我院优质护理服务, 加强护理内涵建设和提高技术水平, 为人民群众提供安全、优质、满意的护理服务, 特制定本制度。

(二)、“以病人为中心, 优质护理服务”是全院共同的工作, 实行医院院长负责制, 全院、全员参与, 全面开展优质护理服务, 覆盖率 100%。

(三)、护理部制定医院优质护理服务工作年度计划与实施方案, 经院长审核后组织全院实施, 护理单元根据医院工作计划制定本科室年度优质护理工作计划, 并实施。

(四)、护士长科学排班, 体现护士分层次使用, 以病人为中心, 为病人提供全面、全程、连续的护理服务。

(五)、护理人员严格执行法律法规及各项护理规章制度, 落实护理岗位职责及工作规范, 保证护理安全及优质护理措施落实到位。

(六)、实施“以病人为中心”的整体护理, 实行小组责任制护理模式, 责任护士评估患者需求, 制定个性化护理计划, 全面负责所管病人的病情观察、治疗、护理、健康教育心里知道及康复指导等, 责任组长除管理好自己负责的病人外, 同时负责对本组护士和病人护理的指导。

(七)、各科室加强对护理核心制度(分级护理、查对制度、交接班制度、安全输血等制度)及岗位职责进行培训和考核,人人知晓制度、职责,优质护理主题、目标、内涵等相关内容。

(八)、护理单元每月召开患者工休会,护理部日常查房,每月进行满意度调查,听取患者、医护人员意见和建议,对病人、医护人员反馈的问题及时改进,并做好记录,护理部追踪及成效评价。

(九)、护理单元每日护士长或护理组长巡查,质控小组根据考核标准每月自查1—2次,护理部每月检查一次,对优质护理存在的问题反馈临床提出改进意见,反馈当月对改进落实进行追踪检查记录,每季度进行成效评价和持续改进记录、数据和实例。

(十)、各支持保障部门根据职能分工,做好支持保障工作。

(十一)、根据医院推进优质护理服务工作的考评激励规定、措施和程序,结果作为绩效分配、晋升、评优重要依据。

#### **附:优质护理主题、目标、内涵**

**主题:**夯实基础护理,打造护理品牌,提供温馨服务

**目标:**我们将竭诚提供优质护理专业服务,努力实现患者满意、护士满意、社会满意、政府满意的工作目标。

**内涵:**

1、“以病人为中心”的护理理念和人文关怀融入到对患者的护理专业服务中,加强与患者的沟通交流,为患者提供人性化护理专业服务。

2、根据患者需求,提供全面、全程、连续的护理专业服务,促进护理工作更加贴近患者、贴近临床、贴近社会。

## **四十八、保障常用仪器、设备和抢救物品使用制度**

**制度日期:**2015年3月

**第0次修订**

(一)、凡有医疗仪器、设备和抢救物品的科室,要建立使用管理责任制,制定专人管理,严格使用登记。认真检查保养,随时保持其处于良好备用状态。

(二)、新进医疗仪器、设备和抢救物品在使用前要由设备科负责验收、调试、安装。组织有关科室专业人员进行操作管理、使用和训练,培训合格后方可独立使用。不熟悉使用方法者,不得连接电源,以免接错电路,造成损坏。

(三)、使用人员要严格按照其技术标准、说明书和操作规程进行操作。使用前,应判明其技术状态确实良好,使用完毕,应将所有开关,手柄放于规定位置,关机放好。若发现损坏或出现意外故障,应立即查明原因和责任,必要时报告设备科。

(四)、严禁带故障和超负荷使用。仪器损坏需维修时,科室按规定请设备科相关人员修理,修复后,按时交付使用。科室不得擅自将仪器、设备送外修。

(五)、医疗仪器、设备和抢救物品属于公用资产,应专管公用,任何人不准以任何借口作为私有财产垄断使用。

(六)、抢救物品原则上不外借。如遇突发事件,全院所有的急救设备,物资由设备科统一调配,任何科室不得以任何理由拒绝。

(七)、使用科室应按规定完成仪器设备日常维护、保养工作,并按要求做好仪器设备使用记录和维

护、保养记录。

(八)、医疗仪器、设备和抢救物品应定点、定位放置，放置房间应保持清洁、整齐，要经常注意门、窗、水、电的关闭，下班前仔细检查，以确保安全。

(九)、设备科、护理部定期组织对科室医疗设备和抢救物品使用情况进行检查，检查结果与科室绩效挂钩。

## 第五篇 医院感染、传染病管理制度

### 第十二章 院感科工作制度

#### 第一节 院感科

##### 一、医院感染管理委员会会议制度

1、原则上由医院感染管理委员会主任主持。每半年或一年召开一次委员会会议，讨论研究有关院内感染问题，听取专职人员工作汇报，针对医院情况提出对策。并着重落实解决重点或难点问题，遇到紧急情况随时组织召开或扩大成员会议。

2、每位参加会议的委员必须签到，如有特殊情况不能参加的，须提前向委员会主任请假。

3、出席人员不得少于委员会总人数的 3/4。

4、由感染管理科负责记录会议纪要，必要时并向有关部门汇报或通报。

5、会议通报医院感染管理工作的计划、制度、实施措施。

##### 二、多重耐药菌管理联席会议制度与多部门合作机制

###### (一)、联席会议的主要职责

在医院院务会的统一领导下，指导全院的多重耐药菌防控工作；针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防和控制等各个环节，结合实际工作。

组织对各级各部门贯彻执行多重耐药菌管理法律、法规、规章情况和防控工作责任制落实情况的督查；对存在问题定期分析、反馈，研究持续改进措施；

加强各部门之间的沟通和协调，保持信息通报渠道畅通，定期（每季度）通报多重耐药菌形势和防控工作状况。

###### (二)、联席会议的成员。

组长（总召集人）分管副院长；陈富涛。

组员：医院感染管理科、栗开玉

检验科（微生物实验室）、张维平、钟力

药学部、马红萍、向莎

医教科、马雁

ICU、刘瑶

血透室，李睿

###### (三)、联席会议日常工作机构；

联席会议由医院感染管理科具体承担联席会议的日常工作，负责了解、掌握并通报全院多重耐药菌防控工作状况，分析研究多重耐药菌防治工作中存在的突出问题并向联席会议提出对策建议，督促落实联席会议决定的事项。牵头部门为医院感染管理科，联席会议办公室主任由医院感染管理科长栗开玉兼任。

###### (四)、联席会议的工作规则、

原则上联席会议每年召开一次全体会议，由院感科负责召集联席会议成员参加，必要时可邀请相关单位和负责人及专家参加。

联席会议在医院领导班子的领导下开展工作，并定期、不定期地向院领导报告全院多重耐药菌防控工作情况；

联席会议召开的时间、地点和议题由联席会议办公室拟定并请示召集人后通知各成员。各成员要向联席会议报告本部门、本系统多重耐药菌防控工作开展情况及落实联席会议决议的情况，必要时按联席会议办公室通知提交书面材料；

联席会议办公室负责日常联络工作由院感科叶丹负责，联席会议召开后，印发会议纪要，发送联席会议各成员。联席会议作出的工作部署和决定，联席会议成员要及时向本部门主要领导报告，并抓好落实。工作情况要及时报联席会议办公室；

各联席会议成员必须按时参加联席会议，如因故不能参加应提前向召集人请假，并指定本部门室主任以上人员代替参加会议。

#### （五）、多重耐药菌管理多学科协作机制；

为了加强我院多重耐药菌医院感染的预防管理，根据《多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南》的精神，制定多部门协作机制如下：

##### 一)、临床科室：

1、加强医务人员手卫生。严格执行《医务人员手卫生规范》，医务人员在直接接触患者前后、进行无菌技术操作和侵入性操作前，接触患者使用的物品或处理其分泌物、排泄物后，必须洗手或使用速干手消毒剂进行手消毒。

2、在标准预防的基础上，严格实施隔离措施，预防多重耐药菌传播。尽量选择单间隔离，也可以将同类多重耐药菌感染患者或定植患者安置在同一房间。隔离房间或床头应当有隔离标识，在患者的医嘱中也注明多重耐药菌，提高医务人员的警惕性。

3、与患者直接接触的相关医疗器械、器具及物品如听诊器、血压计、体温表、输液架等要专人专用，并及时消毒处理。轮椅、担架、床旁心电图机等不能专人专用的医疗器械、器具及物品要在每次使用后擦拭消毒。

4、医务人员对患者实施诊疗护理操作时，应当将高度疑似或确诊多重耐药菌感染患者或定植患者安排在最后进行。

5、严格执行无菌技术操作和标准操作规程，避免污染，有效预防多重耐药菌感染。

6、加强多重耐药菌感染患者或定植患者诊疗环境的清洁、消毒工作。

7、严格执行抗菌药物临床使用的基本原则，切实落实抗菌药物的分级管理，严格执行围术期抗菌药物预防性使用的相关规定，避免因抗菌药物使用不当导致细菌耐药的发生。

8、患者隔离期间要定期监测多重耐药菌感染情况，直至临床感染症状好转或治愈方可解除隔离。

9、各科室院感管理小组每月对存在问题或缺陷进行分析讨论，制定整改措施，有落实情况记录，体现持续改进。

10、多重耐药菌感染者、疑似感染性疾病患者）到医技科室进行检查时，请申请医师在填写申请单时在右上角注明“多耐、或感染性疾病”字样，以便医技科室在对于其检查完毕后更换该病员所用后的物品进行特殊处理。并对其所检查时所用后的检查器械进行消毒或灭菌处理。医技科室将更换下的布类进行完整包装并注明“感染性”字样直接交供应室（供应室进行登记以便查证）进行灭菌、清洗再灭菌处理。

##### 二)药剂科：

1、有抗菌药物合理使用管理组织与制度；有分级管理制度及具体措施。



- 2、定期向临床医师提供最新的抗菌药物敏感性总结报告和趋势分析，正确指导临床合理使用抗菌药物，提高抗菌药物处方水平。
- 3、有临床治疗性使用抗菌药物的微生物送检率年度统计分析（细菌室协助药剂科完成）。
- 4、有临床治疗性使用抗菌药物种类与微生物检测种类年度统计分析（药剂科与细菌室协助完成）。
- 5、各种形式的抗菌药物合理使用及分级使用相关知识培训和考核，记录详实（药剂科完成）。
- 6、每季度公布各科室使用抗菌药物情况，并有促进抗菌药物合理使用的考核机制。
- 7、有围手术期抗菌药物的预防性使用规定并落实；有 I 类手术预防性抗菌药物使用规范。
- 8、每季度对各科室抗菌药物使用中存在问题或缺陷进行分析讨论，对落实情况体现持续改进。

### 三、) 细菌室：

- 1、每十天向院感科报告全院病原菌培养信息，将多重耐药菌纳入危急值报告。发现多重耐药菌感染患者和定植患者后，应当在第一时间报告院感科和相关临床科室（并有记录），以便采取有效的治疗和感染控制措施。
- 2、有细菌耐药监测机制和预警机制，每季度向全院公布一次临床常见分离细菌菌株及其药敏情况，包括全院和重点部门多重耐药菌的检出变化情况和感染趋势。
- 3、每季度公布我院前五位的医院感染病原微生物名称和前五位感染部位。
- 4、每季度对各科室微生物送检情况及细菌耐药检测中存在问题或缺陷进行分析讨论，对落实情况体现持续改进（有药剂科、微生物室、院感科完成）。
- 5、每年有细菌耐药监测变化趋势图和抗菌药物敏感性报告。

### 六)、 医院感染管理科：

- 1、获取准确的各科室患者耐药菌感染情况后及时督导所在科室按照规范防护，并每天随机到科室督查耐药菌感染控制制度落实情况。
- 2、对存在问题及时指出甚至处罚，对改进情况进行跟踪、督查，落实，体现持续改进。
- 3、每季度对各科室抗菌药物合理使用（包括围手术期）、微生物送检情况及细菌耐药检测中存在问题或缺陷进行分析总结，对落实情况体现持续改进。
- 4、制定培训计划，并不定期以各种形式对全院医护人员和微生物检验人员进行预防多重耐药菌危险因素、流行病学（有预防保健科完成）及控制措施进行培训，并对培训效果有追踪总结，通过耐药菌感染率体现防控的有效性，资料详实。

## 三、 医院感染管理科工作制度

- 1、在院长、分管院长领导下开展各项工作。遵守医院的各项规章制度。
- 2、加强医院感染管理和传染病疫情管理工作，定时下科室督促、检查和指导消毒隔离制度、医疗废物处置管理制度、传染病报告制度的落实和执行情况。
- 3、定期做好医院消毒效果监测、环境卫生学监测、医院抗生素使用情况监测、医院病原微生物耐药情况监测及医院感染病例发病率调查，参与医院抗菌药物使用情况监测，及时将上述调查、监测情况向院感委员会汇报，向相关医务人员通报、反馈。
- 4、认真做好传染病疫情报告工作，按规定时限网络直报，节假日安排人员值班，做到不漏报、不瞒报、不错报、不缓报。
- 5、认真履行消毒产品、一次性卫生用品的督促管理职责，定期检查消毒产品证件效期，及时发现过期证件和无效证件。
- 6、积极开展院内职工、实习、进修人员医院感染、传染病知识的培训教育工作。
- 7、虚心接受上级有关部门的督促、检查和指导。

## 四、 医院感染教育、培训考核制度

1、院感科每年制定当年医院感染管理培训、规划。使专业人员掌握医院感染的发生现状、发病规律和临床特点，不断更新知识，能够科学、有效地进行医院感染的监测、控制、管理。

2、每年必须对新上岗人员、进修生、实习生进行医院感染知识的岗前培训，时间不少于 3 学时。

3、教育和培训包括岗位培训、继续教育等。岗位培训是指为适应岗位医疗活动的需要而进行的专业培训，包括岗前培训。凡是从事医院感染管理控制的专职人员必须经过省级以上卫生行政部门举办的“医院感染控制培训班”，取得合格证后方可上岗工作。

4、医院要将医院感染理论知识和实际操作技能的考试和考核纳入绩效管理之中。

5、医务人员接受医院感染知识培训每年不少于 5 学时，医院感染管理专兼职人员每年至少参加省级以上培训 1 次，不少于 16 学时。通过培训使医院感染的教育达到制度化、规范化，具有高效性、实用性、可操作性，便于管理，有利于提高医疗护理及安全质量。

6、外出脱产学习费用由医院提供。

7、医院医、技、护人员每年进行“院感知识、传染病知识的考核”不得低于 85 分。考核成绩纳入当年绩效。

## 五、医务人员手卫生制度

为加强手卫生工作，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，特制定本制度。

一、医务人员禁留长指甲，上班时禁止佩戴假指甲、戒指，摘除手套后应当清洁双手后，再进行其他操作。

二、各临床科室治疗室、换药室、注射室、门诊各诊室要有流动水洗手设施，开关采用脚踏或感应式。不便于洗手时，应配备快速手消毒剂。

三、采用医用洗手液洗手

四、尽量选用一次性纸巾擦手。

五、洗手指征

5.1、直接接触病人前后，接触不同病人之间，从同一病人身体的污染部位移动到清洁部位时，接触特殊易感病人前后；

5.2、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；

5.3、穿脱隔离衣前后，摘手套后；

5.4、进行无菌操作前后，处理清洁、无菌物品之前，处理污染物品之后；

5.5、医务人员的手有可见的污染物或者被病人的血液、体液污染后。

《接触每个病人前后、接触病人粘膜和破损皮肤、伤口前后、进行无菌操作、接触清洁物品、无菌物品前、处理药物或配餐前、直接接触每个患者前后、接触患者体液、血液、分泌物、排泄物、伤口敷料后、接触患者周伟环境和物品后、穿脱隔离衣前后、摘手套后》

六、洗手时请用医用洗手液，流动水认真按照七步洗手法，认真揉搓掌心、指缝、手背、手指关节、指腹、指尖、拇指、腕部，每步骤时间不少于 15 秒钟。

七、手消毒指征

7.1、检查、治疗、护理免疫功能低下的病人之前；

7.2、出入隔离病房、重症监护病房、烧伤病房、新生儿重症病房和传染病病房等医院感染重点部门前后；

7.3、接触具有传染性的血液、体液和分泌物以及被传染性致病微生物污染的物品后；

7.4、双手直接为传染病病人进行检查、治疗、护理或处理传染病病人污物之后；

7.5、需双手保持较长时间抗菌活性时。

8、外科刷手应用刷子蘸洗涤剂将指甲内污物刷净，并洗净双手臂，擦干，再用手消毒剂刷手或泡手。刷手或泡手时间必须符合要求。具体方法见《医院消毒技术规范》。

9、外科洗手后使用无菌巾擦手，盛装无菌巾的容器应当干燥、灭菌。

10、用于刷手的海棉、毛刷及指甲刀等用具应当一用一灭菌或者一次性使用，洗手池应当每日清洁。

11、医务人员手无可见污染物时，可以使用速干手消毒剂消毒双手代替洗手。

12、外科手消毒剂应当符合国家有关规定，手消毒剂的出液器应当采用非接触式。

13、手卫生和消毒效果监测每月1次。当怀疑医院感染暴发与医务人员手有关时，应及时进行监测，监测的结果应符合国家有关规定。

14、卫生手监测标准

I类和II类区域医务人员的手卫生要求应 $\leq 5\text{cfu}/\text{cm}^2$ 。I类和II类区域包括：普通手术室、产房、供应室洁净区、重症监护病房等。

III类区域医务人员的手卫生要求应 $\leq 10\text{cfu}/\text{cm}^2$ 。III类区域包括母婴同室、妇产科检查室、注射室、换药室、治疗室、供应室清洁区、急诊室、化验室及各类普通病房和房间等。

IV类区域医务人员的手卫生要求应 $\leq 15\text{cfu}/\text{cm}^2$ 。IV类区域包括感染性病科、传染病科及病房。

四、院感科每年对全院职工进行手卫生考核。形式为现场洗手。合格率不得低于85%。

## 六、隔离、标准预防制度

1、医务人员在执业过程中必须遵照标准预防原则，针对不同情况实施标准预防措施。

2、应把病人的血液、体液、分泌物、排泄物均视为有传染性，须进行隔离，凡接触上述物质者均必须采取防护措施，不论是否有明显的血迹污染或是否接触非完整的皮肤与黏膜。

3、既要防止血源性疾病的传播，也要防止非血源性疾病的传播。

4、医务人员要遵守双向防护原则，既防止疾病从病人传至医务人员，又防止疾病从医务人员传至病人。手卫生、手套、隔离衣、口罩、护目镜或防护面屏、安全注射、穿戴合适的防护用品。

5、根据各种疾病的主要传播途径，采取相应的隔离措施，包括接触隔离、空气隔离和微粒隔离(飞沫隔离)。隔离标识清除。

6、医务人员应正确运用以下标准预防措施：

接触病人的血液、体液、分泌物、排泄物及污染的物品时，不论是否戴手套，都必须洗手。戴手套接触病人的上述物质及其污染物品时，接触病人黏膜和非完整皮肤前均应戴手套；对同一病人既接触清洁部位，又接触污染部位时，应更换手套。

上述物质可能发生喷溅时，应戴眼罩、口罩、并穿防护衣，以防止医务人员皮肤、黏膜和衣服污染。

被上述物质污染的医疗用品和仪器设备应及时处理，重复使用的医疗仪器设备用于下一病人前应进行灭菌或消毒。

污染的床单及时处理，防止接触病人的皮肤黏膜，以防污染衣物及微生物传播。

锐利器具和针头应小心处理，以防刺伤。

医护人员进行各项医疗操作、清洁及环境表面消毒时，应严格遵守各项操作规程。

## 七、医务人员职业暴露防护制度

1 医务人员进行有可能接触病人血液、体液的诊疗和护理损伤性操作时必须戴手套，操作完毕，脱去手套后立即洗手，必要时进行手消毒。

2 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。

3 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。

4 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。

5 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进行处理，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。

5、发生职业暴露后，院感科应协助当事科室认真查找原因，总结教训，加强防护措施，杜绝或减少类似事件发生。

6、医师在手术室进行手术时佩戴护目镜，每台手术后由负责清场护士清洗护目镜，如若护目镜已被污染则进行消毒后继续使用。

## 八、感染性疾病抗菌药物应用会诊制度

1、患者病情需要应用特殊使用抗菌药物应具有严格用药指征或确凿依据。

2、对患有严重感染性疾病，需使用三线特殊抗菌药物（如亚安培南、西司他丁、万古霉素）的患者，患者收治科室或主管医师不得擅自使用，应由医院集体会诊决定抗菌药物使用的品种、方法、时以及其他注意事项。

3、患者收治科室或主管医师对会诊意见应严格遵照执行，确保抗菌药物的使用安全可靠。并及时将治疗情况向医院感染管理科汇报，便于调整管理对策。

## 九、传染病转诊制度

1、医院实行传染病预检分诊制度，预检分诊处工作人员对来院患者中传染病病人、疑似传染病病人引导至感染性疾病科就诊。

2、感染性疾病科医生对病人进行进一步确诊，根据病情轻重，如须住院治疗的病人，感染科医生应通知急诊科安排救护车，将病人送至成都市传染病医院或其他具有传染科诊治能力的医院。病情危重的，须就地抢救，待病情稳定后再转院继续治疗。同时医生应按规定填写传染病报告卡。

3、感染性疾病科对疑似甲类或按甲类管理的传染病，应立即采取隔离措施，同时报告医院感染管理科、医务科等部门组织专家进行会诊，报告区疾控中心后决定是否转院。

## 十、不明原因肺炎报告、会诊制度

1. 医务人员应了解不明原因肺炎病例诊断标准。

同时具备以下 4 条不能作出明确诊断的肺炎病例：

(1)发热( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ )；(2)具有肺炎或急性呼吸窘迫综合征(ARDS)的影像学特征；(3)发病早期白细胞总数降低或正常，或淋巴细胞分类计数减少；(4)经抗生素规范治疗 3-5 天，病情无明显改善。

2. 医务人员应了解 SARS 预警指标。

符合以下情况之一的不明原因肺炎病例可定为 SARS 预警病例：(1)地市级专家组会诊不能排除 SARS 的不明原因肺炎病例；(2)两例或以上有可疑流行病学联系的不明原因肺炎病例；(3)重点人群发生不明原因肺炎病例：①医疗机构工作人员中出现的不明原因肺炎病例；②可能暴露于 SARS 病毒或潜在感染性材料的人员中出现的不明原因肺炎病例；③接触野生动物的人员发生的不明原因肺炎病例；(4)不明原因的肺炎死亡病例。

3. 人禽流感预警病例：

符合以下情况之一的不明原因肺炎病例可定为人禽流感预警病例：(1)接触禽类人员(饲养、贩卖、屠宰、加工禽类的人员、兽医、以及捕杀、处理病、死禽及进行疫点消毒的人员等)中发生的不明原因肺炎病例；(2)可能暴露于禽流感病毒或潜在感染性材料的人员中出现不明原因肺炎病例。(3)已排除 SARS 的不明原因的肺炎死亡病例。

#### 4、不明原因肺炎病例的报告

医务人员发现符合不明原因肺炎定义的病例后，应立即电话报告院感科（8308）、医务科(8302)，医务科应于 12 小时内组织本院专家组成员会诊和排查，仍不能明确诊断的，应由主管医师立即填写传染病报告卡(空白处注明“不明原因肺炎”)，由院感科人员 2 小时进行网络直报。

### 十一、传染病疫情报告制度

1、医院设立由主管领导任组长预防保健科负责的传染病疫情与公共卫生事件管理领导小组，负责我院传染病疫情报告和突发公共卫生事件网络直报工作的组织领导和落实。

2、防保科为传染病管理、疫情报告与突发公共卫生事件网络直报工作的主管科室，负责传染病与突发公共卫生事件网络直报、报告卡的收集和核对，及时输入有关信息，并建立传染病总登记簿。

3、医院实行首诊医师负责制。门诊医师必须按规定填写工作日志，对传染病、突发公共卫生事件和疫情履行报告职责。医院所设与诊治传染病有关的科室均应建立门诊日志、住院登记簿和传染病疫情登记簿。

4、执行职务的医务人员为责任疫情报告人。在执行职务过程中发现有突发公共卫生事件及法定传染病病人、疑似病人或病原携带者时，必须按照规定时限(甲类和按甲类管理的传染病 2 小时内报告、其他乙类和丙类传染病 24 小时内报告)和程序报告疫情。突发公共卫生事件时，必须在 2 小时内向当地疾控中心报告。

5、医务人员应积极配合疾病预防控制机构专业人员进行突发公共卫生事件和传染病疫情调查、采样与处理。

6、防保科应对在职医生、进修生、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。

7、防保科做好自检记录，明确报告时限和传染病卡片传递程序，建立传染病报告卡交接手续，实行签字制度。

8、责任疫情报告人在首次诊断传染病病人后，要立即填写传染病报告卡，传染病报告卡由院感科保存三年。

### 十二、医院感染监测及报告制度

1、各临床科室必须对住院病人开展医院感染监测，以掌握我院医院感染发病特点，为我院医院控制院内提供科学依据。

2、医院感染病例由临床主管医生按照卫生部《医院感染诊断标准》进行初步诊断，及时进行病原微生物检查，感染病例病原微生物检测率应 $\geq 40\%$ 。

3、明确诊断后，由经治医生在出院病例首页院内感染名称栏内填写医院感染疾病名称，并且认真填报“医院感染个案调查表”。医院感染病例必须于 24 小时内报告院感科，登记在专门的“医院感染病例报告登记本”上，由医院感染管理科专人签收。

4、短时发现同一病区(科室)，发生三例及以上同种病原体引起的感染，或症状相似的感染或疑似感染病例，该病区医师应在 12 小时内及时上报给医院感染管理科及相关职能部门，并进一步做病原体的分型鉴定、流行病学调查。

5、如确定为医院感染暴发流行，发生以下情况时，主管医生应于 6 小时内报告院感科：

- (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。

(6) .医院感染管理科或相应职能部门应立即上报院长，经核实后于 12 小时内报告上一级卫生行政部门。医院感染管理委员会要立即召开紧急会议，制定控制措施。

6、微生物实验室工作人员当发现有多重耐药菌、泛耐药菌、特殊病原菌、新发病原菌菌株时，应

按照危急值同时报告院感科及相应科室，院感科立即电话通知相应科室进行处理与防护。

7、确诊为传染病的医院感染病例，需按《中华人民共和国传染病防治法》的有关规定进行报告。

8、临床医生必须按照要求，认真填写“医院感染个案调查表”，该表作为病历的组成部分，列在病历首页。

9、感染管理科必须及时对监测资料进行网络直报，并每半年据此写出分析、效果评价报告，提出预防和整改措施。监测资料应妥善保存3年以上。

### 十三、医院感染聚集、暴发、流行、的监测措施与报告制度

#### 一、医院感染聚集、暴发流行的报告程序

1.1、5例以上疑似医院感染暴发；3例以上医院感染暴发。医院在12小时内报卫生局，卫生行政部门接到报告后，于24小时内逐级上报至省级卫生行政部门。省级卫生行政部门接到报告后组织专家进行调查。

1.2、确认发生以下情形的，应当于24小时内上报至卫生部。

1.2.1、5例以上医院感染暴发；

1.2.2、由于医院感染暴发直接导致患者死亡；

1.2.3 由于医院感染暴发导致3人以上人身损害后果。

1.3、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，在2小时内向所在地县级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。所在地的县级人民政府卫生行政部门确认后，应当在2小时内逐级上报至省级卫生行政部门。省级卫生行政部门进行调查，确认发生以下情形的，应当在2小时内上报至卫生部。

1.4、10例以上的医院感染暴发；

1.5、发生特殊病原体或者新发病原体的医院感染；

1.6、可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染。

1.7、诊断为传染病的医院感染，按《传染病防治法》的有关规定进行报告。

#### 二、医院感染聚集、暴发流行的监测、调查和措施；

我院在继续开展综合性监测的同时开展目标性监测，每年开展一次现患率调查，调查率大于95%。

2.1、全院综合性监测；连续不断地对所有临床科室的全部住院患者和医务人员进行医院感染及其有关危险因素的监测。

2.2 目标性监测；重点ICU三管、手术部位感染、呼吸机相关性肺炎的监测。入监护室的患者置三管者，立即进行细菌定值。如发生感染者，跟踪监测至痊愈。手术部位监测；凡手术者

5.1.2.4 细菌耐药性监测，具体监测方法按照附录F进行。

#### 5.2 医院感染调查方法

5.2.1 患病率调查，了解住院患者医院感染患病率。具体调查方法按照附录G进行。

5.2.2 临床抗菌药物使用调查，帮助了解患者抗菌药物使用率。具体调查方法按照附录H进行。

2.1、临床科室必须及时监测、查找原因，协助调查和执行控制措施。

2.2、防保科、院感科、检验科必须及时进行流行病学的监测、调查处理。

2.3、证实流行或暴发时；对怀疑患有同类感染的病历进行确诊，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水平，则证实有流行或暴发。

2.4、查找感染源；对感染病人、接触者、可疑传染源、环境、物品、医护人员及陪护人员等进行病原学检查。

2.5、查找引起感染的因素；对感染病人及周围人群详细的流行病学调查。

2.6、制定和组织落实有效地控制措施；包括对病人进行适当治疗，进行正确的消毒处理，必要时隔离病人甚至暂停接收病人。

2.7、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。

2.8、写出调查报告，总结经验，制定防范措施。

三、主管院长接到报告，应该组织相关部门协助防保科、医院感染管理和医务科开展流行病学调查与控制工作，并从人力、物力和财力方面给予保证。

#### 四、处罚

1、凡出现医院感染流行或暴发趋势的科室，主管医师、所在科室未在第一时间向防保科、院感科或有关部门报告者情节扣发半年奖金并在全院通报。

2、凡出现医院感染流行或暴发趋势的科室，未采取有效的控制措施的，将停止主管医师的执业资格并根据所造成的经济损失给予 20%经济处罚。

附：

院感聚集、爆发流行的调查上报程序  
疑似聚集、爆发流行事件的科室



科主任、护士长



院感科、预防保健科组织调查



业务院长



组织相关专家组进行鉴定确认  
报告市疾病预防控制中心和卫生局

#### 十四、一次性使用无菌医疗用品管理制度

1、医院所用一次性使用无菌医疗用品必须由设备科统一采购，使用科室不得擅自购进、更换任何一次性无菌用品。

2、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《生产企业许可证》、《产品生产许可证》、《产品注册证》和卫生行政部门颁发卫生许可批件。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》。

3、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，进口的无菌医疗用品应具灭菌日期和失效期等中文标识。

4、由专人负责建立登记帐册，并认真进行审核和填写审核表，并建立一厂一卷。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。

5、供应室应备有无菌物品储存发放室，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 $\geq 5\text{cm}$ ；大包装在储存库房拆包后以清洁车送入无菌贮存发放室。室内有空气消毒装置，定期消毒，室内空气的洁净度应达到国家 II 类标准。不得将包装破损、失效、霉变的产品发放至使用科室。

6、一次性无菌物品发放至临床科室后，科室拆中包装后存放在无菌柜内，柜内外的环境要求干燥、清洁无尘，通风良好，按生产日期的先后使用，以保持物品的洁净和不过期。使用前仔细查看，小包装有无破损、失效、产品有无不洁净等。如注射器应光滑、无毛刺，质量刻度清晰，无硅油集聚现象，空针活塞与芯杆连接好，抽吸时有良好的密封性。输液器要求导管柔软、透明光滑、无杂质、调速器灵敏。

7、使用过程中，要观察病人有无不良反应，若发生热原反应、感染或其它异常情况时，使用科室要及时向供应室、院感科报告，供应室填写不良反应表，及时留取样本送检，按规定详细记录，并由院感科立刻组织检查，如发现情况确切，立即通知库房，停止发放和使用该批号产品，并及时报告当地药品监督管理部门，不得私自退货、换货，同时送市疾控中心或市药监所作产品质量检查(费用由厂家支付)。

8、一次性使用无菌医疗用品用后，须按当地卫生行政部门规定进行集中处置，禁止重复使用和回

流市场。

9、医院感染管理科要对一次性使用无菌医疗用品的采购、管理和回收处理进行监督检查。

### **十五、可重复使用的医疗器械消毒灭菌制度**

1、可复用的医疗器械严格按照卫生部标准执行。由医院供应室严格按照十个环节质量进行消毒和灭菌。

2、耐高温的金属手术器械：使用后由使用科室保湿存放，供应室回收，按规定程序清洗、灭菌或消毒。

3、不耐高温的金属手术器械：去污染和清洗之后，可采用快速压力蒸汽灭菌器灭菌。灭菌物品须裸露，取出的物品尽快使用，不能储存。也可采用低温灭菌方法进行灭菌。

### **十六、医疗废弃物管理制度**

1、医院的医疗废物必须通过政府指定的、有资质的医疗废物处置厂家运输和处置，不得通过其他途径处置。

2、医院总务科督促保洁公司收集处置医疗废物。一般情况每日收集2次，收集时间早8：30、下午2：30。行走路线应单向，不逆行。

3、医疗废物必须按照感染性废物、病理性废物、损伤性废物、药物性废物、化学性废物分类收集，并分别用标识明确的专用容器盛装，其中损伤性废物必须用防穿透的利器盒盛装。

4、传染病病人或者疑似传染病病人产生的生活垃圾，按照医疗废物进行处置，用双层黄色垃圾袋包装并及时密封，严防二次污染。

5、医疗废物盛装量不宜超过容器的3/4，以免溢出污染环境，或给运送人员带来损伤。医疗废物运送人员在接收医疗废物时，应检查外观是否按规定进行包装、标识，不得打开包装袋取出医疗废物。做到日产日清，存放时间不得超过2天。

6、医疗废物交接必须登记，项目包括：医疗废物来源、种类、重量、交接时间、处置方法、最终去向以及交接双方经办人签名等。

7、医疗废物收集、贮存和运送的专用容器、运输工具、暂存地地须有醒目标识，用具、场地必须每日用1000MG/L含氯消毒剂消毒、清洗。

8、医疗废物中病原体的培养基、标本和菌种、毒种保存液等高风险物，在处置前必须就地消毒。

9、从事医疗废物收集、运送、贮存、处置等工作人员应参加相应的培训，掌握和应用职业卫生防护措施。

### **十七、医疗废物分类收集制度**

1、医疗废物必须按照感染性废物、病理性废物、损伤性废物、药物性废物、化学性废物分类收集，并分别用不同的黄色专用包装袋或容器包装，其中损伤性废物必须用防穿透的利器盒盛装。

2、传染病病人或者疑似传染病病人产生的生活垃圾，按照医疗废物进行管理和处置。

3、医疗废物盛装量不宜超过容器的3/4，以免溢出污染环境，或给运送人员带来损伤。医疗废物在暂时贮箱中易腐败散发恶臭，应做到日产日清。用后的收集箱应每日清洁消毒。

4、医疗废物运送人员在接收医疗废物时，应检查外观是否按规定进行包装、标识，不得打开包装袋取出医疗废物。

5、从事医疗废物收集、运送、贮存、处置等工作人员和管理人员，应参加相应的培训，能够掌握和应用有效的职业卫生防护措施。

### **十八、医院污水处理管理制度**

1、严格执行污水排放标准的有关规定。

2、保持污水排放系统顺利通畅，定期对医院排放系统进行维修。设备发生故障，应及时记录故障发生时间、故障现象、维修单位意见、维修后设备运行状况。

3、工作人员做好自身防护，采集污水时戴手套，操作后洗手。

4、每日监测污水总余氯2次，并做好登记。有不达标的检测结果及时向总务科、医院感染管理科报告，及时查找原因。



- 5、每月做好污水粪大肠杆菌检测，有报告并备查。
- 6、每年做好致病菌(沙门氏菌、志贺菌)检测，不得少于2次。
- 7、常态下污水排放余氯含量应 $>2\text{mg/L}$ ，传染病流行期间，应增加消毒剂的投放量，污水的余氯含量应 $>6\text{mg/L}$ 。
- 8、保持室内空气流量，环境清洁。
- 9、污水处理原料妥善保管，合理配比。

## 十九、消毒灭菌效果监测制度

医院对可重复消毒灭菌的物品必须进行以下监测，合格后方可投入使用。发生不合格项应及时认真查找原因，及时向有关领导、有关部门通报，采取积极有效的改进措施。

### (一)、压力蒸汽灭菌

- 1、工艺监测：每锅登记温度、压力、时间、锅次、消毒员等。
- 2、化学监测：每个无菌包包内放化学指示卡，包外粘贴3M指示胶带。
- 3、B-D试验：每锅、每日一次。
- 4、生物监测：每月一次，无菌试验每月一次。含植入人体材料的手术包(骨科包)须每锅进行生物监测，合格后方可使用。

### (二)、紫外线

- 1、日常监测：灯管应用时间、累计照射时间、使用人签名。
- 2、紫外线灯管强度监测：每半年一次。

### (三)、消毒剂

- 1、细菌总数：碘、酒精、过氧乙酸、氯每季监测一次，作为灭菌剂的消毒剂(戊二醛)每月监测一次。
- 2、化学监测(浓度)：氯等使用前监测，戊二醛每日用前监测。

### (四)、内窥镜

- 1、各种消毒后的内窥镜(喉镜、气管镜等)的细菌总数每季监测一次。
- 2、各种灭菌后的内窥镜(如腹腔镜、关节镜、胆道镜、膀胱镜、胸腔镜等)，活检钳的细菌总数每月监测一次。

(五)、血液净化系统：透析用水细菌总数每月监测一次；透析用水内毒素透析液每季度监测一次；细菌总数每季度监测一次。

(六)、医院污水：污水余氯浓度每日监测2次；粪大肠杆菌总数及致病菌每月监测一次。

## 二十、环境卫生学监测制度

环境卫生学监测报告包括：空气、物体表面、医护人员手监测。医院感染管理科负责指导、实施以下监测。发生不合格项应组织相关人员及时认真查找原因，及时向有关领导、有关部门通报，采取积极有效的改进措施。

1、重点科室(手术室、重症监护室、供应室无菌区、治疗室、换药室)的手、物表、空气的细菌总数每月监测一次。

2、当有医院感染流行，怀疑与环境因素有关时，应及时进行监测。

3、医院各类环境卫生学标准：

II类环境：(普通手术室、供应室无菌区、烧伤病房、重症监护室、血液透析室)空气 $\leq 200\text{cfu/m}^3$ ，物体表面 $\leq 5\text{cfu/cm}^2$ ，医护人员手 $\leq 5\text{cfu/cm}^2$ 。

III类环境：(儿科病房、治疗室、注射室、换药室、供应室清洁区、急诊抢救室、化验室、各类普通病房)空气 $\leq 500\text{cfu/m}^3$ ，物体表面 $\leq 10\text{cfu/cm}^2$ ，医护人员手 $\leq 10\text{cfu/cm}^2$ 。

IV类环境：(感染科或感染隔离病房)物体表面 $\leq 15\text{cfu/cm}^2$ ，医护人员 $\leq 15\text{cfu/cm}^2$ 。

以上环境均不得检出致病性微生物。

## 二十一、医院保洁与环境消毒制度

1、观察室、抢救室、治疗室、重症监护室空气消毒同诊室的消毒，地面湿式清扫，保持清洁，遇污染

时及时消毒。2、各床头柜抹布分开，用后用有效氯 1000mg/L 的含氯消毒剂浸泡消毒，每日擦拭 2 次，各病房和科室的拖把、抹布互相分开，用完消毒，病人出院或换病床及时对所住病房清洁消毒。

3、诊断床、诊断桌、平车、轮椅每日消毒 1-2 次，被血液、体液污染时及时用有效氯 2000mg/L 的含氯消毒液消毒。

4、卫生洁具分开使用，治疗室、办公室、病房、厕所分别设置专用拖布，标记明确（绿、黄、红），分开清洗，用后消毒，悬挂晾干备用。

5、特殊保洁场所要求配备专用清洁工具，各病房和科室的拖把、抹布互相分开，用后立即清洗消毒。

6、要有专用的清洁车，避免保洁用品乱放消毒，各种清洁用具分区固定使用。

7、生活垃圾（黑色）等分别用不同颜色的垃圾袋盛装，运至指定地点日产日清。地面湿式清扫，保持清洁，遇污染时及时消毒。

## 二十二、无菌技术操作制度

1、在执行无菌操作时，明确物品的无菌区和非无菌区。

2、执行无菌操作前，先戴帽子、口罩、洗手、并将手擦干，注意空气和环境洁。

3、夹取无菌物品、必须使用无菌持物钳。

4、进行无菌操作时、凡未经消毒的手、臂均不可直接接触无菌物品或超过无菌区取物。操作者应与无菌区保持一定的距离、以免污染无菌区。

5、无菌物品必须保存在无菌包或灭菌容器内、不可暴露在空气过久。无菌物品与非无菌物品应分别放置。无菌包一经打开、即不能视为绝对无菌、应尽快使用、凡已取出的无菌物品虽未使用也不可再放回无菌容器内，超过 24 小时后必须重新灭菌，不得继续使用。

6、无菌包应按消毒日期顺序放置在固定柜橱内、并保持清洁干燥，与非无菌物分开放置，并经常检查无菌包或容器是否过期，过期物品重新消毒灭菌。

7、无菌溶液应根据要求避光保存或冷藏。开瓶后 4 小时更换，而且必须注明开瓶日期、时间（分钟）。

8、无菌盐水及酒精棉球罐每周消毒两次，容器内敷料，如干棉球、纱布块等，不可装得过满。以免在取物时接触容器外部而污染。

10、高压灭菌消毒物品（要有明显的标识，要写明消毒与失效日期，一般保存日期为 7 天（冬季不超过 10 天）过期重新灭菌。

10、手术室空气消毒制度，定期(1 个月)进行一次细菌微生物监测。紫外线消毒有照射时间登记。

11、输液一律使用一次性输液器，用后作为感染性医废交医废暂存室。

12、各种换药弯盘及小器械严禁浸泡，一律送供应室处理。

## 二十三、手术室消毒隔离制度

1、手术室的布局应符合功能流程，明确划分污染区、清洁区、无菌区，并有区域标志，一室不能多用。进入手术区必须进行二次更衣。污染物品、清洁物品、无菌物品应存放在相应的区域内，不得洁污混装。

2、应设分类手术间，每一手术间只设一张手术台。连台手术必须做好终末清场和消毒工作。

3、手术器械及物品必须一用一灭菌，能压力蒸汽灭菌的不使用化学消毒剂浸泡。备用刀片、剪刀等器具应采用小包装压力蒸汽灭菌。

4、手术用器具、物品的清洁和消毒，应先去污染，彻底清洗干净，再消毒或灭菌。感染病人用过的医疗器材和物品要先消毒，彻底清洗干净，再灭菌。所有医疗器械在检修前应先消毒或灭菌。置入人体无菌组织和器官的内镜必须经过灭菌或低温灭菌方式处理后方可使用。

5、麻醉用器具应定期清洁、消毒，接触病人的用品应一用一消毒；严格遵守一次性卫生用品保管、使用、用后处理的有关规定。

6、严格遵循外科洗手规范。

7、医务人员必须严格遵守消毒灭菌制度和无菌技术操作规程。

8、严格执行卫生、消毒制度，采用湿式清洁，每周固定卫生日。

9、严格限制手术室人员数量。

10、特殊感染病人手术通知单上应注明感染情况，严格隔离管理。术后物品标记明确，由供应室按规定程序处置，废弃标本组织注明标识，消毒后按隔离要求处理，手术间严格终末消毒，并记录备案。

11、接送病人的推车定期消毒，车轮应每次清洁，车上物品保持清洁。接送隔离病人的平车用后应严格消毒。

12、腔镜的洗涤消毒、灭菌过程必须符合国家规范，重要环节记录备案。

13、手术废弃物品须分类放置处置，封闭运送，无害化处理。特殊感染废物双袋密封，注明标识，送医疗废物暂存地。

## 二十四、重症监护室消毒隔离制度

1、布局要合理，设治疗区(室)和监护区、医疗辅助区域、污物处理区域、医务人员生活区域、监护区、治疗区(室)、监护区每天进行空气消毒。重症监护室应具备足够的洗手设施。

2、感染与非感染病人应分室安置，特殊感染病人单独安置。诊疗护理活动应采取相应的隔离措施，控制交叉感染。

3、工作人员进入 ICU 要穿专用工作服、换鞋（或穿鞋套）、戴帽子、口罩，与病人接触前要洗手，患有感染性疾病者（职工与探视者）不得进入。

4、发现疑似感染暴发迹象应及时逐级上报。发现散发的医院感染病例应及时按照院感暴发或流行有关控制流程报告并登记，以便院感科掌握情况。

5、严格执行无菌技术操作规程，严格执行手卫生规范，必要时戴手套。无菌物品、清洁物品、污染物品应放置在相应的区域，不得混放。一次性卫生用品的保管、使用及用后处理应严格遵守有关规定。

6、注意病人各留置管路的观察、局部护理与消毒，加强医院感染的监测。

7、加强抗感染药物的管理，防止病人发生菌群失调；加强细菌耐药性的监测。

8、加强对各种监护仪器设备、卫生材料及病人用物的消毒与管理。所用物品须一人一用一灭菌或消毒。凡一次性使用的物品不得重复使用。可复用的呼吸机管路使用后必须灭菌(高效消毒剂达到灭菌作用时间)后方可使用。

9、严格限制探视人数，探视者应更衣、换鞋，与病人接触前要洗手。

10、对特殊感染或高度耐药的病人，应采取相应的严格消毒隔离措施。

## 二十五、口腔科防止院内感染制度消毒隔离制度

1、手机必须一人一用一消毒。采用专用手机消毒、注油灭菌器械消毒手机。

2、保持室内清洁，每天操作结束后应进行终末消毒处理(空气、物体表面)。

3、对每位病人操作前后必须洗手；操作时必须戴口罩、帽子，必要时戴手套、防护镜。

4、无菌物品应专柜存放，不得与其他物品混放。负责消毒管理的工作人员应定期检查无菌物品的失效期，凡过期包不得存放在无菌柜内。

5、口腔科常用器械，每用一人次后，要进行高压灭菌或消毒，未经消毒灭菌的器械，不准给第二个人使用。器械消毒灭菌应按照“去污染——加酶清洗——消毒灭菌”的程序进行。

6、凡接触病人伤口和血液的器械(如手机、牙钻、车针、扩大针、拔牙钳、挺子、凿子、手术刀、敷料等)用后均应灭菌；常用口腔科检查器、充填器、托盘等每人用后均应灭菌。使用卡式灭菌器时，其灭菌方法、保存时限严格按使用说明操作。

7、器械采用物理灭菌法灭菌，并建立监测措施和登记。如使用化学灭菌剂，每日必须进行有效浓度的测定。

8、麻药应尽量采用小包装，现抽现用，启封后使用时间不得超过 24 小时。

9、修复技工室的印模、蜡块、石膏模型及各种修复体应使用中效以上消毒方法进行消毒。

10、诊疗过程中产生的用后的医疗废物应当按照卫生部《医疗机构医疗废物管理办法》及医院有关规

定、流程进行处理。

10、做好空气、物表、地面及医疗废弃物的消毒与处理，防止和控制医院交叉感染。发现传染病人，立即采取隔离等相关措施。

## 二十六、营养室消毒隔离制度

1、布局和工艺流程合理，设专用交通通道和出入口，应设有消毒、更衣、盥洗、通风、冷藏、防腐、防蝇、防鼠、洗涤、污水排放和废弃物存放等设施。操作间、厨房进出口应设洗手装置。

2、营养厨房的配置管理要求、食品与食具的卫生要求，对工作人员的要求应执行《中华人民共和国食品卫生法》的有关规定。

3、待加工食品与直接入口食品的储存、加工场所及用具应严格区分，有明确的标志，不得互相交叉，防止食品受到污染。

4、工作人员应经常保持个人卫生，加工出售食品时应将手洗净，穿戴干净的工作衣、帽。

5、保持内外环境的清洁卫生，清洁工作均应湿式打扫，每日、每周、每月定人、定点、定要求做好清洁消毒工作。

## 二十七、输血科消毒隔离制度

1、布局合理，有清洁区、半清洁区和污染区。血液储存、发放处、成分室、采血室和输血治疗室设在清洁区，血液检验、处置室设在污染区，办公室设在半清洁区。

2、进入血库的血液及试剂必须有国家卫生行政部门和国家药品监督管理部门颁发的许可证。

3、必须严格执行卫生部颁布的《医疗机构临床用血管理办法(试行)》和《临床输血技术规范》规定的程序进行管理和操作。

4、保持环境清洁，每日清洁桌面、地面，被血液污染的台面应用高效消毒剂处理(如 1000-2000mg/L 含氯消毒剂)，并有消毒登记。

5、血冰箱应专用于储存血液及成分血，定期清洁和消毒，防止污染。每月对冰箱的内壁进行生物学监测，不得检出致病性微生物和霉菌。

6、工作人员上岗前应注射乙肝疫苗。接触血液必须戴手套，脱手套后要洗手。一旦发生体表污染或锐器刺伤，应及时按相关规定处理。

7、废弃的一次性使用后的医疗用品、废血和血液污染物必须分类收集，并进行无害化处理。对于报废的血应将血袋剪破，用高压灭菌器灭菌后倒入医院下水道。

## 二十八、内镜室消毒隔离制度

1、内镜室设诊查区、洗涤消毒区、清洁区。

2、限制不必要的人员进入，患者进入必须更鞋。

3、保持室内清洁，操作结束后严格进行消毒处理。使用后的台面用消毒液擦拭消毒，空气每日用空气消毒机消毒，并保存记录。

4、建立内镜的消毒灭菌记录、使用中消毒剂的浓度监测记录本，每日时监测使用中消毒剂的有效浓度，低于有效浓度立即更换。

5、使用后的内镜及配件应立即去污染、(加酶)清洁，清除管道中的血液、粘液及活检孔内的残留组织，酶剂必须一用一换，不重复使用；洗净的内镜沥干水分后再进行消毒。按照《清洗消毒及灭菌技术操作规范；清洗消毒及灭菌效果监测标准》执行。

6、内镜在每个病人使用后需 2000mg/L 万金消毒液浸泡 10 分钟以上，特殊感染的病人使用后需浸泡 40 分钟。

7、消毒后的内镜，储存前应先干燥处理，再悬挂保存于无菌柜内。

8、活检钳应灭菌处理，4000mg/L 万金消毒液浸泡 40 小时以上并妥善保存(容器应灭菌)，污染后重新灭菌。

9、HbsAg 阳性病人和其他特殊感染的病人应提前预约，集中检查，用后应先消毒，再常规清洗消毒。

10、室内的无菌物品、清洁物品、污染物品应分区域独立存放，不得混装。

- 11、操作人员在操作和洗涤内镜时应穿戴一次性口罩、帽子、专用工作服及手套。
- 12、工作人员定期体检，上岗前接种乙肝疫苗，一旦发生体表黏膜污染、锐器损伤，应及时按相关规定处理。

## 二十九、各治疗室、处置室、换药室、注射室消毒隔离制度

1、室内布局合理，清洁区、污染区明确，标志清楚。无菌物品按灭菌日期依次放入专柜，过期重新灭菌；

2、医务人员进入室内，应衣帽整洁，戴好口罩，严格执行无菌技术操作规程。

3、无菌物品必须一人一用一灭菌。

4、抽出的药液、开启的静脉输入无菌液体必须注明时间，超过 2 小时后不得使用；启封抽吸的各种溶媒超过 24 小时不得使用，尽量采用小包装。外用生理盐水开启后使用时间不应超过 24 小时。

5、碘酒、酒精应密闭保存，每周更换 2 次，容器每周灭菌 2 次，尽量使用小包装消毒液。常用无菌敷料罐每天更换并灭菌；置于无菌储槽中的灭菌物品(棉球、纱布等)一经打开，使用时间不超过 24 小时。

6、治疗车上物品应排放有序，上层为清洁区、下层为污染区；进入病室的治疗车、换药车应配快速手消毒剂。使用后治疗车应清理废物后，经清洁、消毒后再送回治疗室。

7、各种治疗、护理及换药操作应按清洁伤口、感染伤口、隔离伤口依次进行，特殊感染伤口如：炭疽、气性坏疽、破伤风等应就地(诊室或病室)严格隔离，处置后进行严格终末消毒，不得进入换药室；特殊感染性敷料应放在黄色防渗漏的污物袋内，贴上“特殊感染”标识后及时处理。

8、坚持每日清洁、消毒制度，地面湿式清扫。

## 三十、病房消毒隔离制度

1、遵守医院感染管理的规章制度。

2、在医院感染管理科的领导下开展预防医院感染的各项监测，按要求报告医院感染发病情况，对监测发现的各种感染因素及时采取有效措施。

3、患者的安置原则应为：感染病人与非感染病人分开，同类感染病人可相对集中，特殊感染病人单独安置。

4、病室内应定时通风换气，必要时进行空气消毒；地面应湿式清扫，遇污染时即刻消毒。

5、病人的衣服、床单、被套、枕套每周更换 1-2 次，枕心、棉褥床垫定期用床单位消毒机消毒，被血液体液污染时及时更换；禁止在病房走廊清点更换下来的衣物。

6、病床应湿式清扫，一床一套，床头柜应一桌一抹布，用后均需消毒。病人出院、转科或死亡后，床单元必须进行终末消毒处理。

7、弯盘、治疗碗、药杯、体温计等用后应立即消毒处理。

8、各类监护仪器设备、卫生材料等使用后均应按规时限、规定方法进行相应消毒或处置。

9、餐具便器应固定使用，保持清洁，定期消毒和终末消毒。

10、对传染病患者及其用物按传染病管理的有关规定，采取相应的消毒隔离和处理措施。

11、传染性引流液、体液等标本需消毒后排入下水道。

12、治疗室、配餐室、病室、厕所等应分别设置专用拖布、标记明确，分开清洗，悬挂晾干，定期消毒，污染后及时消毒。

13、医疗废物与生活垃圾应分类分别收集；医疗废物按相关规定处置。

## 三十一、感染性疾病科消毒隔离制度

1、感染性疾病科应布局合理，与其他病室保持一定距离。

2、不同的传染病人应分开安置，接触病人时按隔离要求采取相应隔离措施。

3、医务人员在诊查不同病种的病人间应严格洗手与消毒；教育病人食品、物品不混用，不互串病房；病人用过的医疗器械、用品等均应先消毒后清洗，然后根据需要再消毒或灭菌。病人出院后严格终末消毒。

4、空气、物体表面及地面应常规消毒。

5、病人的排泄物、分泌物必须经过消毒处理后方可排放；固体污物标注“特殊感染”后按规定程序进行无害化处理。

6、严格陪护探视制度。陪护者应穿隔离衣及鞋套；探视者应穿一次性鞋套，根据病种隔离要求，探视者可穿隔离衣。

### 三十二、门诊、急诊科消毒隔离制度

1、急诊科儿科门诊应与普通门诊分开，自成体系，设单独出入口和隔离诊室，建立预约分诊制度，发现传染病人或疑似传染病者，应到指定隔离诊室，并及时消毒。

2、传染科门诊、肝炎、肠道门诊等应做到诊室、人员、时间、器械固定；挂号、候诊、取药、病历、采血及化验、注射等与普通门诊分开。肠道门诊必须设立专用厕所。建立日常清洁、消毒制度。

3、各诊室要有流动洗手设备，或有手消毒设备。

4、急诊抢救室及平车、轮椅、诊查床等应每日定时消毒，被血液、体液污染时应及时消毒处理。

5、急诊抢救器材应在消毒灭菌的有效期内使用，一用一消毒或灭菌。

6、凡门急诊病人一律按照疑似传染病处理和防范。

### 三十三、供应室控制院感、消毒隔离制度

1.消毒供应中心布局应按去污区、检查包装区及灭菌区、无菌物品存放区、办公生活区，严格划分，路线采取强制通过的方式，不准逆行，各区人员不得随意在各区来回穿梭。

2.工作人员必须着装整洁、换鞋入室，按要求洗手，必要时，着防护服、戴手套、口罩，严格遵守各区操作原则。

3.严格划分去污区、检查包装区及灭菌区、无菌物品存放区，三区标志醒目，非灭菌物品不得与灭菌物品混放。灭菌物品应存放于灭菌物品存放间的货柜或架上。

4.分别设置污染、清洁、灭菌物品的发放窗口和通道，不得交叉。回收的污染物品均应经过标准清洗流程后再包装灭菌。

5.下送车与下收车应分开放置、分开使用。每天下送下收完毕回科室后应对车辆进行清洗消毒处理。清洗用具如拖帕、盆、桶、抹布等严格按小区分开专用，不得交叉使用，不得污染环境和工作人员。

6.去污区所有回收人员必须遵循标准防护原则和操作流程。被朊病毒体污染的一次性诊疗器械应直接焚烧。接触污染物品后必须洗手。

7.有条件的应安装层流净化装置，保持无菌物品存放间的层流净化，空气菌落数 $\leq 200\text{cfu}/\text{m}^3$ ；检查包装及灭菌区层流净化，空气菌落数 $\leq 500\text{cfu}/\text{m}^3$ ；一次性无菌物品库房每日用空气消毒器消毒一次，空气菌落数 $\leq 500\text{cfu}/\text{m}^3$ 。

8.去污区及手套室、敷料室、无菌物品存放区的传递窗每日用空气消毒器消毒一次。每日用空气消毒器照射或消毒溶液擦洗消毒一次。

9、去皮按照《清洗消毒及灭菌技术操作规范》、《清洗消毒及灭菌效果监测标准》执行。

质量监测员应认真履行职责，做好各项监测工作。

### 三十四、血液透析室消毒隔离制度

1、血液净化室应设置在清洁、安静的区域。清洁区包括透析准备间、无菌物品存放间、干库房、湿库房、水处理间。半污染区包括透析间、病人通道工作人员通道、工作人员办公室。污染区包括污物通道及污物间。

2、布局应合理，清污路线不交叉。透析准备间、透析间应达到《医院消毒卫生标准》中规定的II类环境要求。一台透析机和一台透析床为一个透析治疗单元，透析治疗单元的面积不小于 $5\text{m}^2$ ，透析单元之间的间隔应大于 $0.8\text{m}$ 。

3、备用的消毒物品、无菌物品、静脉穿刺包、透析器、管路、穿刺针等耗材应在透析准备间储存备用。

4、血液透析室应在清洁区设置储藏消耗品、布类、文件的干库房，物品应分类存放；在清洁区设置储存透析液或透析干粉的湿库房，通风良好，安置空调，保持较低的室温。

5、对透析机应定期消毒，严格监测。透析器、一次性管路只能一次性使用。

6、工作人员在更衣室更换衣服、工作帽和工作鞋后方可进入透析准备间和透析间，并严格洗手。病人需要更换消毒拖鞋后方可进入透析间。工作人员应定期体检，操作时必须注意消毒隔离，加强个人防护，备好防护用品。

7、病人透析前应常规进行艾滋病、肝炎、梅毒等病原学等筛查。对患有或可疑传染病的病人应加强隔离和防护，透析完毕应严格消毒。肝炎、梅毒等特殊病人的透析管道必须一次性使用。

8、在处理病人血液、体液、分泌物和污染物后；接触不同病人之间；对同一病人从污染部位到清洁部位诊疗操作时；脱手套后，使用无菌皂液、手消毒剂或含酒精的速干手消毒剂。

9、正确使用防护用品。

手套：当接触血液、体液、分泌物、排泄物或粘膜时应戴手套(清洁手套、无菌手套)；在接触两个病人之间应更换手套。

面罩或护目镜：当进行可能引起血液、体液、分泌物或排泄物喷溅的操作时应戴面罩或护目镜。使用后应进行适当消毒处置。

塑料围裙：冲洗管路或透析器应使用塑料围裙以隔离血液、体液、分泌物、排泄物。可重复使用的围裙，应按《消毒技术规范》进行处置。不能重复使用的围裙，应按医疗废物进行处置。

帽子、鞋套：当有可能发生病人的血液、体液、分泌物或排泄物飞溅、溢出或渗漏污染头发或鞋子时，应戴帽子、鞋套。使用后按医疗废物进行处理。

10、对透析中发生发热反应的病人应及时进行血培养，查找感染源，采取控制措施。

11、医院感染科每月对透析液进行微生物的监测，发现问题及时整改。当疑有透析液污染时应加强采样，及时监测。透析器入口液的细菌总数必须 $\leq 200\text{cfu} / \text{ml}$ ，出口液的细菌总数必须 $\leq 2000\text{cfu} / \text{ml}$ ，并不得检出致病微生物。

12、正确处置病人使用后的设备和污染的布类。所有可重复使用的设备和布类在病人使用后均应进行清洁和消毒处置才能使用。

13、透析室应设置专门污染区用来暂时存放医疗废物(使用过的透析器、管路、穿刺针、注射器、医用手套等)，按照医疗废物管理要求进行存放和处理。一次性透析管路应在防护下进行初步毁形。应避免长期贮存散在的医疗废物。

### 三十五、医院保洁与环境消毒制度

1、观察室、抢救室、治疗室、重症监护室空气消毒同诊室的消毒，地面湿式清扫，保持清洁，遇污染时及时消毒。

2、各床头柜抹布分开，用后用有效氯 1000mg/L 的含氯消毒剂浸泡消毒，每日擦拭 2 次，各病房和科室的拖把、抹布互相分开，用完消毒，病人出院或换病床及时对所住病房清洁消毒。

3、诊断床、诊断桌、平车、轮椅每日消毒 1-2 次，被血液、体液污染时及时用有效氯 2000mg/L 的含氯消毒液消毒。

4、卫生洁具分开使用，治疗室、办公室、病房、厕所分别设置专用拖布，标记明确（绿、黄、红），分开清洗，用后消毒，悬挂晾干备用。

5、特殊保洁场所要求配备专用清洁工具，各病房和科室的拖把、抹布互相分开，用后立即清洗消毒。

6、要有专用的清洁车，避免保洁用品乱放消毒，各种清洁用具分区固定使用。

7、生活垃圾（黑色）等分别用不同颜色的垃圾袋盛装，运至指定地点日产日清。地面湿式清扫，保持清洁，遇污染时及时消毒。评论加载中...

### 三十六、检验科生物安全管理制度

#### 一、进入实验室

只允许被批准的人员进入实验室工作区域，实验室门必须保持关闭。

#### 二、个人防护

2.1.在实验室工作的所有时间内必须穿工作服、带工作帽。

2.2.在所有直接或间接接触血液、感染物质或感染动物的操作中，必须带合适的手套，操作完毕后，按无菌原则摘下手套后必须洗手。

2.3.在处理感染物质或感染动物和在离开实验室工作区域之前，工作人员必须洗手。

2.4.当眼睛和面部有可能溅上液体和被紫外线照射时，应戴安全镜和面罩。

2.5.禁止穿戴实验室防护衣服和戴手套到实验室以外的地方去。

2.6.实验室内禁止穿拖鞋。

2.7.实验室工作区内禁止吃东西、饮水化妆和擦洗隐形眼镜。

2.8.实验室工作区内禁止储放食品和饮料。

2.9.实验室防护衣不应和通常衣服存放在同一柜内或厨内。

三、操作过程：

3.1.严禁用口吸液体。

3.2.不能往嘴里放东西，不能舔食标签。

3.3.正确执行所有技术操作规程，最大程度减少气溶胶及飞沫，无论何时当有高浓度气溶胶危险时，必须在生物安全柜内进行工作。

3.4.限制使用皮下注射针头和皮下注射器，皮下注射针头和皮下注射器不能用来吸取东西或挪作他用。除非是进行非肠道注射或从动物身上吸取液体。

3.3.5.所有喷溢、明显或潜在接触到感染物质的事故发生时，都必须向实验室管理人员报告，并要有书面记录。

3.6.必须制定清理喷溢的书面规程并按之行事。

四、实验室工作区

4.1.实验室必须保持清洁、干净，不得存放于工作无关的杂物。

4.2.在有潜在危害物质喷溢后和当天工作结束后，应清洁工作台表面。

4.3.所有被污染的物质、标本和培养物在处理 and 清洁之前必须进行消毒。

4.4.必须按照可执行的国家和（或）国际法规进行包装和运输。

4.5.当窗户可被打开时，应在窗户上安装防节肢动物网。

五、生物安全实验室管理

5.1.实验室负责人（科主任）负责保证生物安全管理计划和手册的制定和编写。

5.2.实验室管理人应该保证提供实验室安全的定期培训。

5.3.应该提醒实验室工作人员注意特殊危险，要求操作人员月阅读安全或操作手册，执行标准的操作程序，实验室管理人员应保证工作人员理解操作程序。实验室必备一本安全或操作程序。

5.4.如从事动物实验，要有动物控制方案。

5.5.需要时应给所有的工作人员提供正确的医学评价、监督和治疗，保存充分的医学记录。

5.6.危险时可采集实验室工作人员和其他人的基线血清，根据国家或地方指导原则正确储存，也可根据所接触的微生物和实验室功能定期采集其他标本。

### **三十七、检验科毒株保管制度**

1、保管应有专人负责，保存于冰箱中，房门双人加锁，确保菌种安全。保管人员变动时，必须严格交接手续。

2、菌种应有严格的登记，包括形态，分离日期，鉴定日期，签发者，主要鉴定性能（包括形态、染色、抗原结构、动物致病力等），并注明使用、转移、销毁情况及原因。

3、各种菌种应按规定时间接种，一般在接种三次后作一次全面的鉴定，注意菌种有无污染及变异，如发现变异时，应及时更换。

4、菌种保存范围及向外单位转移，应按国家卫生部规定执行。

5、所有存在菌种应具备清单。

### **三十八、标本采集运输制度**

1、标本的采集是关系到检验结果的准确，如标本采集不当，即使是最好的检测手段也难以弥补在采集



标本时引入的误差和错误。

2、血液标本：分普通管及抗凝管 2 类；抗凝管又按不同的抗凝剂分为血常规（EDTS）、出凝血（3.2%枸橼酸钠）、血沉（3.8%枸橼酸钠）、生化（促凝胶）及（肝素钠）几个类型。

3、在采血时，对照检验单上项目，核对科别、床号、姓名、性别、年龄，按不同的项目对照所需的管子采集。

4、空腹血一般在 10—14 小时，一般要求一个项目的采血量在 1—2 毫升，如有抗凝剂管子抽完血后需轻轻颠倒混合。

5、护士在采集完标本后，对照标本与申请资料及病人信息完全相符后，在 9：30 前由专人、专柜（箱）送到检验科。

6、在运输途中，不得任意逗留，或交与他人转送，避免丢失或搞错标本。

7、标本送达检验科，必须由检验科人员逐一核对审核无误后，双方签字，方可离去。

8、标本在核对过程中，如发现病人信息有误，或申请项目不符合或标本破损、过少或凝集等，应退回关标本人，并在标本不符合要求本上登记并签字。

9.手术室切下的病理组织严格使用“病理组织”转运箱。

### 三十九、消毒药械监督管理制度

1、医院感染管理委员会是医院感染管理工作的技术指导管理机构，医院感染管理科为其办事机构，按照国家有关规定，具体负责对全院使用的消毒药械购入、储存和使用等进行日常监督、检查和指导管理，对存在问题及时汇报医院感染管理委员会。

2、设备科为消毒剂、消毒器械、化学指示物、生物指示物、灭菌包装物的采购科室，应根据临床需要和医院感染管理委员会对消毒药械的监督管理意见进行采购和管理。

3、在采购消毒药械时设备科应索取加盖供货方印章的如下证件并妥善保管：

(1)生产企业所在地省级卫生行政部门发放的消毒产品生产企业卫生许可证（有效期四年，每年复核一次）的复印件；

(2)卫生部颁发的消毒剂、消毒器械卫生许可批件(有效期四年)的复印件；

(3)经过消毒产品检验机构检验合格后出具的检验报告(全国范围有效，有效期六个月)复印件；

(4)核准有医疗器械生产或经营范围的营业执照复印件。

4、采购进口的消毒药械，应索取加盖经营企业印章的卫生部颁发的卫生许可批件(有效期四年)的复印件。

5、医院自配消毒药剂，应严格按照无菌技术操作程序和所需浓度准确配制，并按要求登记配制浓度、配制日期、有效期等，以备查验。

6、为配合监督管理，设备科在新产品入库前必须及时通知医院感染管理科。

7、消毒药械的使用是保障消毒隔离工作的重要措施，为确保临床工作的顺利进行，一方面临床常用产品，设备科应按照消毒药械的质量管理要求，提前做好贮备工作；另一方面非常用产品，使用科室应根据需要提前制订计划送交设备科；同时医院感染管理科有义务提供相关产品信息。

8、设备科应严格采购、验收制度：

(1)采购：检查证件是否齐全有效、产品与证件是否相符、消毒剂的检验报告是否包括有效成分含量测定和杀灭微生物效果检测、消毒器械的检验报告是否包括消毒作用因子强度测定报告和杀灭微生物检测报告等。

(2)验收：对每批进入的消毒药械应按《消毒药械包装标识要求》随机抽样验收。

9、设备科必须做好相关产品的有效证件及资料的备案存档工作，再次购货前应重新审查证件的有效性，必须做到证件齐全、有效。

10、建立登记帐册，记录每次到货时间及产品名称、数量、规格型号、批号、卫生许可证号、有效期等。

11、严格保管，不得将损坏、超过有效期限等的不合格消毒药械发放给临床。

12、各使用科室应准确掌握消毒药械的使用范围、方法、注意事项；掌握消毒灭菌药剂的使用浓

度、配制方法、更换时间、影响消毒灭菌效果的因素等，发现问题及时报告医院感染管理科予以解决。

13、超过有效期的证件及验收记录应另外妥善保存至少二年。

14、本制度监督管理的消毒药械包括：

(1)消毒剂：

(2)消毒器械：

(3)生物指示剂：

(4)化学指示物：

(5)灭菌包装物：

(6)卫生部规定的纳入消毒剂、消毒器械管理的其他物品。

#### 四十、普外科烧伤病房医院感染管理制度

1、医务人员直接与病人接触，既是治疗者，也可能成病原体的传播媒介和储藏处。医务人员进入病房须戴帽子、口罩、进行治疗和护理前后应认真洗手。加强非医务人员的教育和管理，包括病房保洁员、护工和家属，督促潮湿环境的清洁，不留死角，做好餐具消毒，保持病室墙面、台面、地面和物品表面的清洁；督促护工洗手和加强自身卫生工作，减少工作人员戴菌以引起交叉感染。

2、清洁、消毒和通风，使病房空气保持新鲜，防止交叉感染。大面积烧伤病人、创面有感染病人和恢复期病人要分别安置，以免造成交叉感染。

3、烧伤病房内空气的污染与多种因素有关。在人员流动频繁、清扫房间、病室密不透风的情况下，空气中的细菌数会明显增加，尤其是在为感染创面换药和做晨晚间护理时，空气污染更为严重。污敷料、被服应入袋，尽快撤离病室；减少每个房间病人数、限制陪客、定时开窗通风、不在换药时开风扇。按照Ⅱ类环境空气消毒，循环风紫外线空气消毒器的使用是减少空气污染的有效方法，可在有人的房间进行消毒。动态空气消毒器由高强度紫外线灯和过滤系统组成，可以有效地滤除空气中的尘埃，并可将进入消毒器空气中微生物杀死。

4、要重视烧伤病房内各类物品的清洁消毒。

1) 每个病人物品专用，床单有污染及时更换；

2) 床头柜专用，每日用含氯消毒液擦拭，做到一桌一巾，用后消毒晾干。

3) 换药时注意无菌操作，保持治疗车干燥，换药后脱去手套才能推治疗车，治疗车重复使用前用消毒液擦拭。

5、应积极治疗原发病，增加营养摄入，提高机体抵抗力，必要时遵医嘱口服抗生素，防止肠道细菌移位。

6、预防烧伤创面感染，可以局部用药，也可全身用药。局部应用抗生素抑制烧伤创面定植微生物生长，常用药物有磺胺嘧啶银、速愈平等。

#### 四十一、目标性监测制度

按照《四川省综合医院评审标准》二级医院在开展综合性监测二年后应开展目标性监测；三级医院必须开展目标性监测，（ICU 监测、抗菌药物使用监测、重点部位的监测：呼吸道、泌尿道、手术切口、血液）。呼吸机相关性肺炎感染率%、动静脉置管血管感染率%、新生儿感染监测。落实重点部位医院感染预防控制措施。特制订以下制订并严格执行。

1、开展细菌耐药性监测，重点监测耐万古霉素肠球菌（VRE）、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐甲氧西林凝固酶阴性（MRSCON）、多重耐药 G 杆菌等。抗菌药物临床应用与细菌耐药性监测等。

2、制订医院感染聚集、爆发流行的监制度、控制措施。建立医院感染暴发流行应急预案、报告程序。开展医院感染流行病学调查，并有调查资料、整改措施、评估及反馈。

3、按照 2009《医院监测规范》针对高危人群、高发感染部位等开展的医院感染及其危险因素监测，重症医学科感染监测、项目为三管监测（呼吸机相关性肺炎、血管内导管、所致血性感染、留置尿管所致感染、气管插管/气管切开置管操作后肺炎、血液灌流/透析所致感染）。认真做好呼吸机相关肺炎的监测和记录。

4、手术室和手术科室做好手术部位（手术切口）。每一例手术由医师、麻师、护士填写“手术切口

感染监测表”，监测每一例手术。如发生手术切口感染则连续性追踪、填写相关表格，出院后将表格报院感科。

#### 四十二、(1) 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。

1、手术患者都应进行手术风险评估。

2、医生、麻醉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。

3、术前主管医师、麻醉师、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 $\geq 2$ 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。

4、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。

5、手术风险评估填写内容及流程

(一)、术前 24h 手术医生、麻醉师、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。由手术医生根据评估内容计算手术风险分级。

(二) 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（相对清洁切口）、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：患者有轻微的明显系统临床症状，且危及生命；p5：如果不手术的患者将不能存活；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。

(2) 手术安全核查制度

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。

#### 四十三、多重耐药菌监测制度、控制措施

加强对耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）、产超广谱 $\beta$ -内酰胺酶（ESBLs）的细菌和多重耐药的鲍曼不动杆菌等实施目标性监测，及时发现、早期诊断多重耐药菌感

染患者和定植患者，加强微生物实验室对多重耐药菌的检测及其对抗菌药物敏感性、耐药模式的监测，根据监测结果指导临床对多重耐药菌医院感染的控制工作。如发生凡耐药菌，检验科立即填写《多重耐药菌处置表》随同检验报告送达主管医师进行相应处置，出院后将此表连同感染案登记表一同报院感科。检验科凡检出多重耐药菌一律按照危及值电话报告病区医师和院感科。检验科并同时将“多重耐药菌患者处置表”报病区主管医师。院感科将对每一例患者进行防护督导并填写“多重耐药菌监测报告及处置反馈表”

住院部各临床科室及 ICU，凡治疗性使用抗菌药物前的患者，一律进行病原菌筛查，筛查的病原菌；外伤病员筛查的病原菌主要为多耐、金葡球菌、肠杆菌属、鲍曼白杆菌，铜绿假单胞菌。监护室病原菌筛查菌种为：多耐肺炎克雷伯氏菌、肠杆菌属、鲍曼白杆菌，铜绿假单胞菌未进行病原菌筛查的主管医师将按照一列扣 50 元进行处罚。

#### (一). MRSA 和 VRE 的预防

##### 1、 MRSA 的控制

合理使用抗生素：目前临床滥用抗生素的现象，对 MRSA 的流行起了一定的扩散作用，因此，在选择抗生素时应慎重，以免产生 MRSA 菌株，如对大手术后预防深部葡萄球菌感染，使用第一代和第二代头孢菌素为好(如头孢唑啉、头孢呋肟等)，第三代头孢菌素抗葡萄球菌效果反而不如第一代效果好。第三代头孢菌素的长期使用与 MRSA 的出现率呈平行关系。

##### 2、早期检出带菌者

加强对从其他医院转入者及 MRSA 易感者的检查，尤其是筛查高危人群如烧伤病区、ICU、血液科的病人，提高病原学监测送检率，能保证早期检测和恰当的预防措施得以实施。同时细菌室应选用准确的检测手段，发现 MRSA，及时向临床报告，以便控制感染和隔离治疗。

##### 3、加强消毒制度

医护人员检查病人前后要严格洗手消毒，应用一次性口罩、帽子、手套，医疗用品要固定，以防交叉感染。

##### 4、VRE 感染的预防

特点：VRE 定植于肠道而不引起感染症状；VRE 不引起腹泻；VRE 定植或感染高危险性的病人。因此，筛选 VRE 是必要的，尤其在上述高危病人：

- 1) 重症病人(ICU 病人)
- 2) 免疫抑制病人(化疗或移植病人)
- 3) 中心静脉导管留置病人
- 4) 延长住院时间、近期使用广谱抗生素治疗，或接受口服或静脉万古霉素治疗的。

#### 三. MRSA 和 VRE 的报告

- 1、发现 MRSA 和 VRE 病人首先要列入危急值报告，并电话报告科主任、护士长，及时隔离病人；
- 2、如果是医院感染必须在 24 小时之内填卡上报医院感染管理部。

#### 四、MRSA 和 VRE 感染控制措施

##### (一)、 MRSA 感染控制措施

- 1、告知工作人员和病人有关注意事项，减少工作人员和病人在病房内的传播。
- 2、将感染或带定植菌的病人隔离于单间、隔离单位或将同类病人隔离于较大的病房。
- 3、将 MRSA 肺炎病人安置于带有气源性感染警示的房间内治疗。
- 4、工作人员接触感染或定植病人后要加强洗手，严格按照标准洗手六步法进行认真洗手，配合速干手消毒剂消毒。
- 5、每天严格用含有效氯 1000mg/L 的消毒剂擦拭物体表面。
- 6、医疗护理病人或处置 MRSA 污染物品时要戴手套、穿隔离衣或围裙。
- 7、MRSA 病人产生的医疗废物应装入双层黄色塑料袋有效封口，袋外加注特殊感染警示标识，与医疗废物暂存处专职人员专项交接。
- 8、携带 MRSA 的手术医生不得进行手术，直至检测转为阴性。

## （二）、VRE 感染控制措施

采用标准预防联合额外接触预防。所有工作人员、访视者或任何其他人员，在进入病人房间时必须严格遵守标准预防和接触防护措施。

- 1、标准预防：应用于所有患者的预防措施，不管病人处于感染的还是疑似感染状态。
- 2、接触预防：作为标准预防的补充，以减少微生物通过直接或间接接触传播的危险性为目的的预防措施。（接触传播：微生物通过手或仪器设备的直接接触传播或在感染者或定植者与易感人群之间间接接触传播。）
- 3、每天必须进行环境清洁，这是基础要求。有污染用有效氯 1000mg/L 的消毒剂擦拭。
- 4、工作人员接触感染或定植病人后要加强洗手，严格按照标准洗手六步法进行认真洗手；或用抗菌洗手液、速干手消毒剂消毒。
- 5、病人的医疗护理物品专用。
- 6、任何物品从病人房间移出后，在转至医院的另一区域或用于其他病人前，均必须高效消毒。
- 7、VRE 病人产生的医疗废物应装入双层黄色医废袋有效封口，袋外标识清楚，送医疗废物暂存处。

## 四十四、多重耐药菌感染隔离、防控措施

多重耐药菌已逐渐成为医院感染的重要病原菌。常见的包括耐甲氧西林的金黄色葡萄球菌(MRSA)、耐万古霉素肠球菌(VRE)，产生超广谱β-内酰胺酶(ESBL)的细菌和多重耐药的鲍曼不动杆菌等，医院内多重耐药菌感染患者隔离的重要性不亚于特殊传染病患者的隔离，具体措施如下：

1、主管医师接到微生物室或院感科电话通知后立即按照相应隔离要求下“隔离医嘱”。隔离患者 标识明确 收治科室应对多重耐药菌感染患者和细菌定植患者实施隔离措施，首选单间隔离，也可以将同类细菌感染或定植者安置在同一病室，隔离病室不足时可考虑进行床边隔离。多重耐药菌感染患者或定植患者不能与气管插管、深静脉留置导管、有开放伤口或者免疫功能抑制的患者住同一病室。

按照医院隔离技术规范（2009 年 4 月 1 日颁布）的要求，设置隔离病室时，应在门上粘贴隔离标识，多重耐药菌感染为接触隔离，应为蓝色标识。隔离病室须限制、减少人员出入。进行床旁隔离时，接触隔离标识可贴在床尾床号牌上。医务人员从事医疗护理的各项操作，应遵循先非感染患者后感染患者的原则，避免因医护操作造成交叉感染。

患者临床症状好转或治愈，连续两次细菌培养阴性(每次间隔>24 小时)方可解除隔离。

2、医务人员着装 医务人员应当严格遵守无菌技术操作规程，特别是实施中心静脉置管、气管切开、气管插管、留置尿管、放置引流管等操作时，应当避免交叉污染，减少感染的危险因素。接触隔离患者的血液、体液、分泌物、排泄物等物质时，应戴手套。在从事可能污染工作服的操作时，应穿隔离衣。进行可能产生气溶胶的操作(如吸痰或雾化治疗等)时，应戴标准外科口罩和护目镜。

3、医务人员手卫生 医务人员实施诊疗护理时，须严格执行手卫生规范。在直接接触患者前后；对患者实施诊疗护理操作前后；接触患者体液或者分泌物后；摘掉手套后；接触患者使用过的物品后以及从患者的污染部位转到清洁部位实施操作时；手部皮肤如有明显污染（接触患者血液、体液、分泌物），应当用皂液和流动水洗手，手部皮肤无明显污染，可以使用含酒精的快速手消毒剂做手消毒。

4、常规消毒措施 隔离病室患者接触过的一切物品，如被单、衣物、各类医疗器械等应先行消毒处理，然后再清洁（洗）、消毒、灭菌。

进行床旁检查（如便携式照片、心电图、B 超）的仪器在检查完成后须用消毒剂进行擦拭消毒。

如患者离开隔离病室到医技科室做检查，主管医师应电话通知该诊疗科室或在检查单上标注患者感染情况，便于检查科室作好相关准备，防止感染的传播。患者检查完毕后，其接触过的物体表面要及时进行消毒处理；如感染患者转送至其他科室时，须向转诊科室说明针对患者采用的接触传播预防措施。

隔离病室须固定专用的保洁工具（抹布、拖布）进行室内清洁和消毒，避免与其他病室的保洁工具

交叉使用。患者经常接触的物体表面、设备设施表面，每日进行清洁和擦拭消毒，使用过的抹布、拖布用专用的水池或桶清洗、消毒处理。

5、严格医疗废物管理 患者用过的所有敷料、一次性医疗器械等医疗废物须放入专用黄色医疗废物袋内，锐利器具用后及时放入专用利器盒内,由专业的环卫公司统一收集，进行无害化处理。

附：常见多重耐药菌感染患者的隔离措施（选自《医院隔离技术规范》）

常见多重耐药菌感染患者的隔离措施

	耐甲氧西林/苯唑西林的金黄色葡萄球菌	耐万古霉素的金黄色葡萄球菌	其他多重耐药性菌
患者安置	单间或同种病原同室隔离	单间隔离	单间或同种病原同室隔离
人员限制	限制、减少人员出入	严格限制、医护人员相对固定，专人诊疗护理	限制、减少人员出入
手部卫生	遵循 WS/T313-2009	遵循 WS/T313-2009	遵循 WS/T313-2009
眼口鼻防护	近距离操作如吸痰、插管等戴防护镜	近距离操作如吸痰、插管等戴护目镜	近距离操作如吸痰、插管等戴防护镜
隔离衣	可能污染工作服时穿隔离衣	穿一次性穿隔离衣	可能污染工作服时穿隔离衣
仪器设备	用后应清洁、消毒和/或灭菌	专用，用后清洁与灭菌	用后应清洁、消毒和/或灭菌
物体表面	每天定期擦拭消毒，擦拭用抹布用后消毒	每天定期擦拭消毒，抹布专用，擦拭用抹布用后消毒	每天定期擦拭消毒，擦拭用抹布用后消毒
终末消毒	床单位消毒	终末消毒	床单位消毒
标本运送	密闭容器运送	密闭容器运送	密闭容器运送
生活用品	无特殊处理	清洁、消毒后，方可带出	无特殊处理
医疗废物	防渗漏密闭容器运送，利器放入利器盒	双层医疗废物袋，防渗漏密闭容器运送，利器放入利器盒	防渗漏密闭容器运送，利器放入利器盒
解除隔离	临床症状好转或治愈	临床症状好转或治愈，连续两次细菌培养阴性	临床症状好转或治愈

#### 四十五、皮肤与软组织感染的防控制度与措施、

皮肤软组织感染预防控制制度

1.外伤及软组织感染，及时彻底清创并处理体表软组织的损伤，积极治疗原发病，如扁桃体炎、龋齿及手足癣感染。对住院的危重症病人应加强皮肤护理，勤翻身，防止褥疮产生。锻炼身体，增强体质，及早治疗糖尿病等。注意个人卫生，常洗头、洗澡，衣服宽松，减少皮肤摩擦和刺激。积极治疗皮肤病，减少抓破损伤。注意皮肤出现的浅表伤口，防止继发感染。

2、褥疮预防方法有：1、避免局部皮肤长期受压，勤翻身，保护骨隆起处和支持身体空隙处；2、尽量避免潮湿、摩擦及排泄物刺激；3、增进局部血液循环，对于易发生褥疮的病人应经常检查受压部位；4、增加营养摄入，增强体质。

3、烧伤感染 1、加强感染监控严重烧伤后感染发生发展有一过程，且变化快，注重感染早期症状，及早采取措施，便于终止其进一步发展。有效的监控措施包括对有细菌定植的病人的病情进行监控，做到及时送创面分泌物培养；环境卫生监控。医院成立感染监控小组，及时地发布细菌感染发生状况

#### 四十六、药剂科院感风险评估与控制措施、控制制度

药剂科院感风险评估	控制措施	控制制度
-----------	------	------

<p>抗菌药物乱用是发生医院感染的重要因素。抗菌药物乱用主要表现在预防用药过多、病毒感染患者使用抗菌药物治疗、不做病原学监测和药敏实验仅凭经验用药、盲目频繁更换抗菌药物、抗菌药物联用缺乏依据甚至三联、四联使用、抗菌药物使用不当等。</p>	<p>加强抗生素合理使用管理，每月统计抗菌药物消耗使用量和使用品种种类。与院感办、检验科配合，根据医院常见病原菌耐药谱，采购各种抗生素。临床药理学应结合抗生素药理特点，结合检验科提供本院耐药菌株的特点及药敏实验结果，指导临床医生合理使用抗生素。做到有计划的将抗生素分期、分批交替使用，以保证抗生素的活力和有效性。临床药理学与医生保持联系，定期分析抗生素的使用，有效把住抗生素的使用关，并做好药物不良反应的监测工作，较少药源性疾病的发生率。</p>	<p>抗菌药物病历点评制度，每月抽取 30 分 I 类切口病历进行点评，对不合理使用抗菌药物的进行诫勉谈话并通报批评，对合理使用抗菌药物的医生进行 200 元/元奖励 抗菌药物动态监测，每月对我院抗生素进行监控，发现异常使用的抗生素分析其合理性，若不正常使用，上报上级部门，采取相关干预措施。</p>
<p>处方调配过程中污染，造成交叉感染。药房是医院的窗口科室，是患者凭处方取药的必经之处，故发药窗口也是最易成为交叉感染的公共场所。由于患者通过处方作为传媒，来自各种就诊患者的传染源，交叉感染机会较多，造成药房存在不同的污染。</p>	<p>加强院感宣传力度，增强药剂人员的院感意识，养成调配前后洗手的习惯，减少医院感染率</p>	<p>严格遵守药剂科质控制度，学习院感知识，勤洗手。质控小组人员不定期对本科室人员着装、手卫生、药房卫生进行检查，对存在较小问题的当事人进行教育；对存在严重问题的部门，本部门负责人要作相关检讨和整改意见</p>
<p>药剂科内部自身污染，药房的空气及药房调配处方过程中使用器具如：药勺、药袋、注射单、数药板，操作人员的手（包括消毒前、消毒后）以及发药台、存药柜等。</p>	<p>定期做好室内物品卫生工作，做好调配处方过程中各种用具的卫生消毒。</p>	<p>严格遵守药品调剂制度，规范操作。药剂科接受全院和患者的监督，若存在操作不当的情况可以反馈到药剂科主任处，科主任进行调查取证，一旦情况属实将对当事人进行相关处罚，处罚力度视情况轻重决定。</p>

#### 四十七、感染性疾病科医院感染风险评估及整改措施

	院感风险评估项目	整改措施
一	腹泻、发热门诊布局及环境是否合理，存在交叉感染风险	在现有条件下，优化腹泻、发热门诊布局，健全诊断室，留观室及清洁、污染、医务人员通道的设置。
二	科室消毒隔离制度是否健全和执行，是院感的指导思想	建立健全合理的消毒隔离制度并切实的实际操作，认真执行
三	诊室各类器材在使用中是否存在交叉感染，病人之间，医患之间的感染的风险评估	对各类器材专科专用，定期消毒，有记录
四	使用的耗材及相关用具是否有不合格的风险评估	使用的一次性物品、消毒液等必须有卫生行政部门颁发的卫生许可证及临床使用许可证
五	医务人员的自身安全风险评估，及医务人员间，医务人员与病人间的院感风险评估	医务人员定期体检，注意严格无菌操作与个人防护。工作人员上岗应更衣、换鞋、戴帽子、戴口罩、严格洗手
六	感染病人作为院感的源头，为风险最大的感染个体	强化预检分诊，病人在进入医院后即由专门通道进入诊室，采取相应隔离、消毒措施，减少医院内感染。
七	各类感染病人风险评估	及时对传染病病人上报并及时确诊。符合转院的及时转院。

八	感染病人转运的风险评估	加强对司机的传染病隔离、消毒措施的培训，做好救护车在转运前及转运后的消毒工作。注意医务人员及司机的个人防护。
九	留观病人的风险评估	对需要留观的病人，做好其思想工作，在未确诊前，严格按照消毒隔离制度执行。确诊后及时转院。
十	环境及用具的感染评估 手卫生作为感染科的院感重点加以检测	每日紫外线照射有累计、擦拭记录。紫外线灯管每半年监测一次有合格记录，加强诊室用具、物品表面的消毒，并定期检测定植菌。每月有空气培养。物体表面、医务人员的手有卫生学监测，每月有记录
十一	医疗废物相关院感评估，	清洁用品分室使用，有标记，悬挂晾干。医疗垃圾分类处置（医疗垃圾、生活垃圾、传染性垃圾分开）
十二	医疗操作及护理操作的院感风险评估	定期对医务人员进行院感及感染性疾病相关知识的培训，并定期考核。并应用于实际操作中。
十三	病人自身的院感因素	病人的素质和教育的重视，必须在治疗的同时不断的灌输院感重要性，知识性及自身的操作护理。
十四	持续改进	知识的更新，环境的改变，新生物的发现，人员的调整等都要求院感知识及操作监测不断的持续改进

## 第二节 防保科

### 预防保健科工作制度

- 1、贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》，发现疫情，按规定时限、程序逐级上报，并做好登记管理工作。
- 2、严格按照国务院颁布的《突发公共卫生事件应急条例》要求，及时准确上报各级主管部门。
- 3、严格执行卫生部《疫苗流通和预防接种管理条例》，按上级卫生部门要求做好辖区内各种疫苗的接种工作。
- 4、做好全重点科室人员的健康体检工作，建立健康档案，对重点科室人员的身体健康状况进行科学分析，为医院提出合理性建议。
- 5、督促检查各科室对传染病的登记工作，定期对医护人员开展传染病知识培训和考核。
- 6、利用各种宣传工具，开展多种形式的健康教育，配合有关部门开展健康教育和咨询工作。

### 医院传染病法规知识培训制度

- 1、疫情管理人员、网络直报人员和有关院科领导要积极参加各种有关传染病知识培训，全面了解有关法律法规及其规章制度。
- 2、对全院医务人员每年进行两次传染病相关知识培训。
- 3、新入院的医生和实习生必须进行传染病相关知识培训，经考试合格后，方可上岗。
- 4、培训内容主要包括：传染病防治法、突发公共卫生管理条例、卫生部 37 号令（突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法）、传染病监测信息工作指南、传染病诊断标准、传染病信息报告系统工作管理技术规范等。



- 5、疫情管理人员和网络直报人员必须接受上级疾控部门的培训，经考试合格后方可上岗。
- 6、拒绝参加培训者按有关制度处置。

## 传染病预检分诊制度

- 1、医疗机构应当设立感染性疾病科或传染病分诊点，具备消毒隔离条件和必要的防护用品，严格按照规范进行消毒和处理医疗废物。
- 2、从事预检、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，认真执行临床技术操作规范、常规以及有关工作制度。
- 3、各科室的医师在接诊过程中，应当按要求对病人进行传染病的预检。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或分诊点就诊，同时对接诊处采取必要的消毒措施。
- 4、根据传染病的流行季节、周期、流行趋势和上级部门的要求，做好特定传染病的预检、分诊工作。初步排除特定传染病后，再到相应的普通科室就诊。
- 5、对呼吸道等特殊传染病病人或者疑似病人，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及其他必要的预防措施。
- 6、不具备传染病救治能力的，应当及时将病人转诊到具备救治能力的医疗机构诊疗，并将病历资料复印件转至相应的医疗机构。

## 传染病登记报告制度

- 1、法定传染病分三类，39种。甲类2种，乙类26种，丙类11种。其它传染病11种。
- 2、发现甲类及按甲类管理的传染病（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或发现其他传染病和不明原因疾病暴发时），应于2小时内将传染病报告卡通过网络报告。
- 3、对乙、丙类传染病病人、监测传染病、疑似病人和规定报告的传染病病原携带者在诊断后，应于24小时内进行网络报告。
- 4、霍乱、艾滋病、脊髓灰质炎需报告病原学携带者。
- 5、报告乙型肝炎、血吸虫病需填写急性或慢性。
- 6、14岁以下的儿童病例，填写传染病报告卡时应填写家长姓名。
- 7、传染病的订正报告：诊断的病种变化；诊断的类型变化（如肺结核、梅毒的分型）；已诊断的病人死亡。

## 传染病病人转诊制度

- 一、不得随意进行传染病病例的转诊，如确需转诊时必须严格按照有关规定办理审批手续。
- 二、处于隔离期的传染病病例不得转诊（特殊情况除外），严防传染病传播。
- 三、转诊传染病病例时，应当将病人或疑似病人转诊到具备救治能力的医疗机构诊疗，并将病历资料复印件转至相应的医疗机构。
- 四、转诊传染病或疑似病人时，应当按照卫生行政部门的规定使用专用车辆。
- 五、结核病人的转诊按有关规定执行。
- 六、转诊传染病病例应当详细填写转诊登记记录，记录的内容包括患者姓名、性别、年龄、职业、详细住址、时间、门诊号或住院号、诊断、主要处理、目前情况、转诊时间、转入医疗机构、注意事项等。

## 医院感染管理制度

- 1、为加强医院感染管理，有效预防和控制医院感染，保障医疗安全，提高医疗质量，制定本规范。

2、根据国家和本地区卫生行政部门有关医院感染管理的法规、标准，拟定全院医院感染控制规划、工作计划，组织制定医院及各科室医院感染管理规章制度，经批准后，具体组织实施、监督和评价。

3、负责全院各级各类人员预防、控制医院感染知识与技能的培训、考核。

4、负责进行医院感染发病情况的监测，定期对医院环境卫生学、消毒、灭菌效果进行监督、监测，及时汇总、分析监测结果，发现问题，制定控制措施，并督导实施。

5、对医院发生的医院感染流行、暴发进行调查分析，提出控制措施，并组织实施。

6、参与药事管理委员会关于抗感染药物应用的管理，协助拟定合理用药的规章制度，并参与监督实施。

7、对购入消毒药械、一次性使用医疗、卫生用品进行审核，对其储存、使用及用后处理进行监督。

8、开展医院感染的专题研究和讲座。

9、及时向主管领导和医院感染管理委员会上报医院感染控制的动态，并向全院通报。

## 突发公共卫生事件及传染病疫情管理制度

为严格执行中华人民共和国《传染病防治法》和国务院公布《突发事件应对法》，加强传染病的管理，避免延误传染病疫情报告时限，特作如下规定：

一、经治医师发现法定传染病病员时，必须严格执行疫情报告制度，立即报告并填写传染病报卡，直报员接到传染病报告后，必须在规定时间内通过传染病疫情监测信息系统进行报告。

二、如发现漏报或满而不报者，将视情节严重程度及造成后果大小作出严肃处罚，乃至追究行政责任。

三、报告时限：

1、甲类传染病、传染性非典型肺炎和乙类传染病中艾滋病、肺炭疽、脊髓灰质炎的病人、病原携带者或疑似病人，应于2小时内通过传染病疫情监测信息系统进行网络报告。

2、对其它乙类传染病病人、疑似病人和伤寒副伤寒、痢疾、梅毒、淋病、白喉、疟疾的病原携带者、丙类传染病和其它传染病，应当在24小时内通过传染病疫情监测信息系统进行报告。

四、报告内容：

1、应报告的传染病分为甲类、乙类和丙类。

甲类传染病指：鼠疫、霍乱；

乙类传染病指：病毒性肝炎、细菌性和阿米巴痢疾、伤寒和副伤寒、艾滋病、淋病、梅毒、脊髓灰质炎、麻疹、百日咳、白喉、流脑、猩红热、流行性出血热、狂犬病、钩端螺旋体病、布鲁氏菌病、炭疽、传染性非典型肺炎、斑疹伤寒、流行性乙型脑炎、血吸虫病、黑热病、疟疾、登革热、肺结核、新生儿破伤风、流行性感冒；

丙类传染病指：丝虫病、包虫病、麻风病、非淋菌性尿道炎、尖锐湿疣、生殖器疱疹、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、除霍乱、痢疾、伤寒和副伤寒以外的其它感染性腹泻病。

2、对病毒性肝炎、梅毒、疟疾、肺结核要做分型报告，艾滋病病毒感染者也需要报告。

病毒性肝炎分为甲型、乙型、丙型、戊型和其它及未分型五类；

梅毒分为一期、二期、三期、胎传和隐性五类；

疟疾分为间日疟、恶性疟和未分型三类；

肺结核分为涂片(+)、菌培(+)、痰检菌(-)和未痰检四类。

## 传染病、中毒、突发公共卫生事件网络直报管理制度

为贯彻执行《传染病防治法》、《突发事件应对法》，进一步完善我院传染病疫情、中毒、群体群伤、不明原因疾病和突发公共卫生事件的报告工作，制定本制度。

一、做好门诊登记和传染病登记工作及医院死亡病例登记工作。责任报告人首次发现传染病病人时，按照《中华人民共和国传染病报告卡》的要求填写报告。报告卡的填写必须使用兰黑色钢笔或签字笔填写，项目完整、准确，字迹清楚，填报人签名。督促本辖区卫生人员依法做好疫情登记报告工作。

二、收集和报告传染病疫情、中毒、群体群伤、不明原因疾病和突发公共卫生事件相关信息，及时实行网络直报。

三、报告时限：严格按照《传染病防治法》规定的时限上报疫情，及时做好疫情订正报告工作。对甲类传染病、非典和乙类中的艾滋病、肺炭疽、脊灰的病人、病原携带者、或疑似病人，应于 2 小时内，通过传染病疫情检测信息系统进行报告。对其他乙类传染病病人、疑似病人和伤寒副伤寒、菌痢、梅毒、淋病、乙肝、白喉、疟疾的病原携带者城镇应于 6 小时内通过传染病疫情检测信息系统进行报告。对丙类和其他传染病应于 24 小时内通过传染病疫情检测信息系统进行报告。

四、每月按时做好收集、汇总、填表上报工作。报表一式两份，一份上报，一份签字留存。

五、疫情报告人必须严格按《传染病防治法》有关规定认真做好疫情登记统计报告工作，若玩忽职守造成零报、漏报、不报、迟报传染病疫情的，将视情节和后果，依法追究责任人。

## 院艾滋病疫情监测管理制度

根据《中华人民共和国传染病防治法》、卫生部和河南省有关艾滋病防治法规文件，切实加强我院艾滋病疫情管理工作，决定建立长效监测管理机制，以保证准确、及时、系统、全面地了解 and 掌握艾滋病的诊治数据及疫情上报管理，制定本制度。

1、全院职工要提高建立艾滋病长效监测管理机制的认识，各科室要加强对监测工作的领导，建立高效的疫情监测系统，及时准确收集和报告疫情数据。

2、艾滋病疫情报告实行首诊负责制，门诊患者和转入住院患者，各科室要详细登记。凡手术病人术前或者需要进行侵入性检查的病人检查前必须开展 HIV 初筛检测，经实验室 HIV 初筛试验阳性者，实验室和首诊医生要登记患者姓名、性别、年龄、详细住址、联系电话并且留存足量血清后立即上报预防保健科，预防保健科及时上报市卫生防疫站，经流行病学调查和实验室复筛后，阴性者及时向医院反馈结果，阳性者上报三门峡疾控中心确认，接到三门峡疾控中心确证结果后由市防疫站按照有关规定上报，并将结果通知医院预防保健科。

3、各有关部门必须将 HIV 感染者、艾滋病病人及艾滋病病人死亡者的详细资料报送预防保健科，预防保健科及时准确向市防疫站上报。

4、门诊和住院病人的管理按照“HIV 病人管理规定”执行。重点要求：（1）各种表格、病历须按要求详细填写，不得空项。（2）住址要详细填写到“村民组（门牌号）”或“某小区（某单位）某楼号某单元门牌号”。（3）联系方式等。

5、疑似 AIDS 住院患者必须做 HIV 初筛试验，初筛试验阳性者由检验科专人登记，然后送三门峡市疾病预防控制中心进行确证。采送标本要严格按照要求做好防护，避免污染环境及交叉感染。“HIV 抗体检测确认报告”须复印附病历后，同时在病程记录中单独记录一次“HIV 抗体检测确认报告”。

6、我院接触 HIV 感染者、AIDS 患者、死亡者的各个环节均应按要求防护、消毒，避免交叉感染。

7、我院接触 HIV 感染者、AIDS 患者、死亡者资料的各个环节均应做好保密工作。

8、在 AIDS 诊疗、管理工作中，因玩忽职守、不作为等情况，造成医疗纠纷者给予通报批评、罚款 50~100 元；造成医疗事故者罚款 200~500 元、停职检查 3~6 个月；造成疫情扩散者做下岗处理，同时按有关法律法规追究责任。

## 医院传染病法规知识培训制度

1、疫情管理人员、网络直报人员和有关院科领导要积极参加各种有关传染病知识培训，全面了解有关法律法规及其规章制度。

2、对全院医务人员每年进行两次传染病相关知识培训。

3、新入院的医生和实习生必须进行传染病相关知识培训，经考试合格后，方可上岗。

4、培训内容主要包括：传染病防治法、突发公共卫生管理条例、卫生部 37 号令（突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法）、传染病监测信息工作指南、传染病诊断标准、传染病信息报告系统工作管理技术规范等。

5、疫情管理人员和网络直报人员必须接受上级疾控部门的培训，经考试合格后方可上岗。

6、拒绝参加培训者按有关制度处置。

## 预防保健科工作制度

1、贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》，发现疫情，按规定时限、程序逐级上报，并做好登记管理工作。

2、严格按照国务院颁布的《突发公共卫生事件应急条例》要求，及时准确上报各级主管部门。

3、严格执行卫生部《疫苗流通和预防接种管理条例》，按上级卫生部门要求做好辖区内各种疫苗的接种工作。

4、做好全重点科室人员的健康体检工作，建立健康档案，对重点科室人员的身体健康状况进行科学分析，为医院提出合理性建议。

5、督促检查各科室对传染病的登记工作，定期对医护人员开展传染病知识培训和考核。

6、利用各种宣传工具，开展多种形式的健康教育活动，配合有关部门开展健康教育和咨询工作。

## 传染病报告资料使用和保存制度

1、纸质传染病报告卡保留三年。

2、电子疫情报告卡、统计表等每月硬盘、软盘备份，全年光盘刻录存档。

3、其他疫情管理资料妥善保存。

4、对全年的疫情资料进行统计分析。

## 传染病漏报奖惩制度

为加强疫情管理，将各类法定传染病报告直接与各级临床医师奖金挂钩，达到提高院内各类传染病报告质量的目的，根据《传染病防治法》及其《实施办法》特制定本制度。

### 一、惩罚

1、各级临床医师：

凡不报、迟报一例者，扣发当月奖金 100 元整并限期补报。

漏报和谎报者，扣发当月奖金 200 元整。

因不报、迟报、漏报、谎报造成严重后果者，扣发全月奖金，并全院通报批评。

因上述原因而造成传染病扩散、流行者，按《传染病防治法》追究法律责任。

2、各病区、检验中心、医学影像科应督促开单医师报卡工作，检查发现漏登一例，扣发当事人当月奖金 50 元整，并限期补登，未及时督促开单医师报卡者，扣发当月奖金 100 元整。

### 二、奖励

- 1、能够及时、准确的向预防保健科上报各类传染病报告卡者，将在年终给予 100-200 元整的奖励。
- 2、能够积极配合预防保健科疫情报告工作的相关科室可经院部批准给予 1000-2000 元整的科室奖励。

## 传染病疫情登记与转诊制度

1、门诊日志和登记本，包括门（急）诊、检验科、放射科等，对传染病病例，要详细记录就诊病人的基本情况，项目齐全，书写规范，14 岁以下儿童必须注明家长姓名。初诊病人，注明“传染病卡已报”，复诊病人注明“复诊”字样，首诊发现传染病人立即转传染科门诊或当地传染病医院。

2、临床科室、检验科、放射科等必须建立传染病登记本，记录项目和内容与门诊日志及出入院登记本相一致，且在一定时间段内，二者人数相符合。

3、传染病管理科应建立全院传染病登记本，对各科室报告的传染病病例信息，详细登记，并定期进行汇总分析。

4、不具备传染病诊疗条件的科室，在发现传染病人或疑似病例时，要认真、详细地做好登记，及时填写传染病报告卡并将病例转到本院的传染科。

## 传染病综合管理制度

### 一、加强领导 健全组织

根据传染病防治法、传染病防治法实施办法、突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法、医疗机构传染病预检分诊管理办法等法律法规的要求。

- 1、成立了医院传染病管理领导小组。
- 2、明确了 3 名专职疫情管理员。
- 3、明确了专职网络直报员。
- 4、设立了传染病预检分诊点。

### 二、建章立制 明确责任

- 1、定期对医务人员进行传染病防治知识培训。

培训内容：

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方面。

要求：

医务人员培训考核合格率 100%

进修和新上岗人员需经培训合格后才能上岗

- 2、加强传染病防控宣传工作

根据传染病流行季节、周期、流行趋势做好相应传染病防控宣传栏目

- 3、建立健全预检分诊医务人员的

工作流程和岗位职责

- 4、建立健全了传染病疫情登记、报告及转诊制度

- 5、建立健全传染性疾病预防控制和救治制度

结合我院实际情况出台了《崇州市第二人民医院突发公共卫生事件应急预案》、《崇州市第二人民医院突发人禽流感防治预案》，做到早发现、早报告、早隔离、早治疗。

### 三、求真务实 规范疫情信息管理

制订了《崇州市第二人民医院传染病疫情报告奖罚制度》

在检查中发现不报、漏报和迟报者，将按照医疗质量管理扣分标准进行处罚，年底一次性在安

全奖中扣罚

2006年1月-2008年11月份共查出艾滋病 例,梅毒 例、乙肝及病毒携带者 例、丙肝 例、肺结核 例,并已进行了网络直报,漏报率为零。

建立了医院传染病工作例会制度

疫情管理员、网络直报员要每月对上报情况进行核对

对信息进行计算机异地备份(U盘或刻光盘),按要求的时间进行保留(三年)

对门诊日志、检验科、输血科、保健科、信息科的登记进行检查和核查,尤其是相对接触传染病较多的内科门诊、妇科门诊、外科门诊等

## 检验科传染病疫情报告管理制度

- 1、检验科所有工作人员均为法定传染病责任报告人,发现甲、乙、丙类传染病病例,都有责任和义务进行报告。
- 2、发现传染病病例要填写传染病报告卡。
- 3、检验标本的检测结果为阳性或超过国家标准或超过正常值范围等,能够确定为传染病者,检测结果必须有专人保管。或者由检验科指派专人每日分两次将检测结果分送开具化验单的医生,或者由检验科指定专人填写传染病报告卡。
- 4、对传染病阳性检测结果要用传染病登记本专门登记。
- 5、传染病报告卡按要求逐项填写,不得有漏项、缺项和逻辑错误。卡片填好后报送预防保健科或由疫情管理人员收取。
- 6、责任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、高致病性禽流感的病原携带者时,应立即电话通知开具化验单的医生或预防保健科。
- 7、任何个人对传染病病例阳性检验结果及其病人相关资料有保密的义务。
- 8、检查发现漏报按有关规定进行处理。

## 门诊医生传染病疫情报告制度

1、门诊医生发现传染病疑似和确诊病例时,要在门诊日志上认真登记,填写内容必须真实、准确、详细(包括姓名、性别、年龄、职业、详细地址、发病日期、诊断日期、14岁以下儿童家长姓名等)。同时填写传染病报告卡并上报预防保健科。疫情管理人员接到报告卡后,要在门诊日志相应位置加盖“疫情已报”章。

2、门诊部各科室负责人要每周核查门诊日志,对漏报和误报的传染病要及时补报和订正传染病报告卡。防保科疫情管理人员每月要认真检查一次门诊日志,避免漏报和错报现象的发生。

3、对传染病疑似或确诊病人,门诊医生要询问病人流行病学史,疑似病人确诊后,要及时填写传染病报告订正卡上报防保科。

4、要做好门诊日志的收集和保管工作,以备后查。

5、严格执行传染病报告制度,如果漏报1例传染病,处罚当班医生人民币50元,造成重大影响按有关法规依法处理。

## 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《突发公共卫生事件应急条例》

等法律法规的规定，制定本制度。

1、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。

2、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。

3、传染病管理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。

4、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。

5、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。

6、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。

7、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。

8、发现人畜共患传染病时，疾病预防控制机构和农、林部门应当互相通报疫情。

9、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。

## 住院病人传染病疫情报告制度

1、住院部医生对入院病例应认真填写出入院登记且各项内容填写完整。需报告的传染病要认真填写传染病报告卡，填写内容要真实、详细，同时将填写好的传染病报告卡上报报保科，疫情管理人员收到传染病报告卡后，要在出入院登记本的相应位置加盖“疫情已报”章。

2、定期核查出入院登记本，对漏报和误报的传染病要及时给予补报和订正，订正后的传染病报告卡要及时上报防保科。防保科疫情管理人员每月要认真检查一次出入院登记本，避免漏报和错报现象发生。

3、疑似病人确诊后要及时填写传染病报告卡上报防保科。

4、病人出院时，如果与入院诊断病名不符，需订正的传染病要及时填写订正传染病报告卡，并上报防保科。

5、要保管好出入院登记本，以备后查。

6、严格执行传染病报告制度，如果漏报 1 例传染病，处罚当班医生人民币 50 元，造成重大影响按有关法规依法处理。

### 第三节 感染性疾病科

#### 感染性疾病科工作制度

感染性疾病科是医院排查疑似感染性疾病的病人，感染性疾病患者的专用诊室。在该诊室工作的医务人员，应严格遵守“传染病防治法”的相关法律、法规。做到“不漏报、不错报、不感染”等。具体要求如下：

1、医务人员必须具备高度的工作责任性和严格的工作态度，认真接待每一位发热患者，认真做好预检分诊工作，实行首诊负责制，绝不允许推诿病人。

2、对每个发热病人必须首先进行详细的流行病学调查，根据流行病学资料、症状和体征、实验室检查和肺部影像学排查综合判断得出临床诊断，避免漏诊。

3、对确诊或疑似病例，必须立即按程序填写资料，上报院防保科，不得延迟或漏报病例。遇有疑难病症，应及时汇报上级医生（上级领导）组织会诊，确定治疗方案，以免延误病情。

4、进入发热门诊就诊的患者应在医务人员的指导下带好口罩，患者离开病室后立即进行消毒处理。

5、医务人员必须认真填写发热病人就诊详细资料及甲流上报登记制度，做好相关病例备案工作。

6、消毒隔离要求：

1) 在感染性疾病科工作的医务人员应按要求穿戴隔离衣、工作帽、12 层口罩、准备防护眼镜、鞋套等。离开发热门诊时应按相关隔离要求办理。

2) 诊断室必须保证良好通风换气，保持空气新鲜和环境清洁，室内每天进行空气消毒两次。

3) 凡病人使用后的体温表用 2000mg/L 含氯制剂浸泡 1 小时后冲洗擦干保存备用，消毒液每日更换 1 次。病人使用后的一次性用品（注射器、针头、压舌板）及床单位等按消毒隔离原则进行处理。

4) 诊室内用具物品每天用 2000mg/L 含氯制剂擦拭或浸泡，包括诊察桌、窗台、候诊椅及电脑键盘等，血压计、听诊器每次使用后用含消毒液的湿布擦拭。室内各办公桌、治疗台、诊察床等每次用消毒液擦拭消毒。

5) 所有垃圾（医用垃圾和生活垃圾）分别用双层黄色垃圾袋袋口扎紧后密闭送医废室处理。

6) 医务人员护理、检查、治疗病人后，应做好手消毒，（快速洗手液或流动水按 7 步洗手法洗手消毒），重视标准预防工作，避免发生交叉感染。

#### 感染科护理工作制度

一、感染科严格按照《中华人民共和国传染病防治法》有关要求进行管理。

二、布局合理，设污染区、半污染区、清洁区及缓冲带，分区明确，标识清楚。



三、感染病房应有流水洗手设备，开关采用脚踏式、肘式或感应式，接触病人前后应严格清洗消毒双手。

四、护理人员进入病房时应按要求着装，戴帽子、口罩。

五、严格执行《医院院感管理办法》，严格执行传染病护理常规和消毒隔离制度。

六、病人住院观察期间，不得互串病室，不可随意外出，病人活动最好是局限于污染区内。病人外出检查应由工作人员陪同并采取一定消毒隔离措施。

七、病人出院（包括转院或死亡）后，床单及所用物均须严格终末消毒处理。凡病人接触过的物品如病历、票证、检查单、诊断用品、被服等用物均需消毒处理后送出病区。

## 第六篇 医技科室管理制度

### 第十三章 药剂科工作制度

#### 第一节 药剂科

##### 药事管理与药物治疗学委员会工作制度

一、药事管理与药物治疗学委员会设主任委员一名，由医院主管院长担任；副主任委员由药学部门负责人担任；委员由具有高级技术职务任职资格的药学、临床医学、护理和医院感染管理、医疗行政管理等人员组成。

二、负责宣传教育、监督检查我院贯彻落实医疗卫生及药事管理等有关法律、法规、规章的执行情况。审核制定我院药事管理和药学工作规章制度，并监督实施。

三、根据《国家基本药物目录》、《处方管理办法》、《国家处方集》、《药品采购供应质量管理规范》等制订本院机构《药品处方集》和《基本用药供应目录》。建立新药引进审批制度，制定新药遴选原则，组织对新药的评审论证工作。

五、建立由医师、临床药师和护士组成的抗菌药物临床应用管理组织，开展临床合理用药工作。对我院临床诊断、预防和治疗疾病用药全过程实施监督管理。遵循安全、有效、经济的合理用药原则。

六、建立临床用药监测、评价和超常预警制度，定期组织临床药师对医师处方、用药医嘱的适宜性进行点评与干预。点评结果及时通报反馈，发现问题及时沟通解决。

七、制定我院基本药物临床应用管理办法，建立并落实抗菌药物临床应用分级管理制度。定期组织临床药师对抗菌药物合理使用情况进行统计分析，及时反馈通报和解决问题。

八、建立药品不良反应、用药错误和药品损害事件监测报告制度，临床科室发现药品不良反应、用药错误和药品损害事件后，应当积极救治患者，立即向药学部门报告，并做好观察与记录。按照国家有关规定向相关部门报告药品不良反应。

九、开展临床药学工作，并提供必要的工作条件，制订相应管理制度，加强领导与管理。

十、临床使用的药品应当由药学部门统一采购供应。其他科室或者部门不得从事药品的采购、调剂活动，不得在临床使用非药学部门采购供应的药品。

十一、制订药品采购制度和工作流程，编制药品采购计划，按规定购入药品；严格执行药品入库检查、验收制度；不得购入和使用不符合有关规定的药品。

十二、制定和执行药品保管制度，定期对库存药品进行养护与质量检查。药品库的仓储条件和管理应符合药品采购供应质量管理规范的有关规定。

十三、麻醉药品、精神药品等特殊管理的药品，应当按照有关法律、法规、规章的相关规定进行管理和监督使用、定期进行培训和检查，发现问题及时纠正处理。

十四、药学专业技术人员应当严格按照《药品管理法》、《处方管理办法》、药品调剂质量管理规范等有关法律、法规、规章制度和技术操作规程，认真审核处方或者用药医嘱，经适宜性审核后调剂配发药品。发出药品时应当告知用法用量和注意事项，指导患者安全用药。为保障患者用药安全，除药品质量原因外，药品一经发出，不得退换。

十五、建立健全医院药品质量管理体系，按照国家法律、法规，对医院药品的采购、贮存、调剂、和临床使用等全过程实施严格的管理与监督；定期进行检查，对存在的问题及时沟通解决。

十六、每半年召开工作会议，有完整的会议记录，对我院药事工作定期做阶段性分析、总结，并针对存在的问题采取有效措施予以解决。

十七、每年进行一次有关药事管理法律法规。合理用药等知识培训。

## 药剂科工作制度

一、认真贯彻执行《药品管理法》、《药品管理法实施办法》、《医疗机购药事管理暂行规定》、《麻醉药品、精神管理条例》、《处方管理办法》、《药品不良反应监测管理办法》等有关法律、法规。

二、在医院院两委的统一领导及医务科的指导下开展各项工作，规范、科学地管理全院药品，为医院医疗需要及时准确地调剂处方，供应质量合格的药品，配合医疗需要积极开展医院药学及其科研工作。

三、根据医院临床需要，编制药品采购计划，做好药品采购、保管、供应工作。

四、为保证临床用药安全有效，建立健全药品检查和验收制度，不合格药品不准入库和供临床使用。

五、积极宣传用药知识，不定期向临床介绍新药知识，监督、指导合理用药、规范用药。

六、负责收集药品不良反应信息，定期向药品监督管理部门及卫生行政部门上报“ADR”数据。

七、定期组织本科人员开展法律、法规及业务知识的学习和讲座。

八、负责接收各类药学专业实习生的实习管理工作。

九、负责医院药事会交办的日常工作。

十、定期组织人员抽查处方和出院病历，检查处方合格率、抗菌药物使用情况等，并对其进行评价。

十一、配合医务科检查各科室麻醉药品、精神药品等的使用、保管、记录、安全等情况。

## 西药库房工作制度

一、药库应在科主任领导下开展各项工作，工作人员应该严格遵守医院的规章制度和科室管理有关规定，严格执行有关法律法规，认真负责地保证贮存药品质量，做好药品供应工作，杜绝差错事故发生，确保用药安全、有效。

二、根据临床需要编制科学合理的药品采购计划，每周两次编制药品采购计划经科主任审核审批后方可采购药品，不得违规采购药品。

三、应经常征求临床科室对药品供应的意见，改进供应工作。

四、采购的药品入库应严格遵守检查验收制度，验收合格后方可入库。检查验收项目包括：药品名称、规格、数量、批号、效期、质量包装、真伪、药品价格、批准文号、生产企业及其它有关证明材料等。对检查验收不合格的药品不得入库并及时退货，如发现为假劣药应当场封存，上报当地药监部门处理。

五、入库后的药品应按要求及时入帐登记和输入计算机管理。

六、入库后的药品应按药品性质进行分类定位储存（内服药与外用药分开，注射剂与口服、外用药分开，液体制剂与固体制剂分开，低温储藏药品应放入冰箱内），药品摆放应整齐，垛与垛之间应留有间

隙；麻醉药品专柜（保险柜）存放，精神药品专柜存放；做好通风、避光、除湿、防火、防爆、防盗、防鼠等工作。

七、发出药品时应遵循先进先出、先产先出、近效期先出、易变质药先出的原则，以保证药品质量安全有效。

八、应经常检查库存药品质量，防止药品变质、过期失效、霉烂、虫蛀等，如发现不合格药品不得发出使用，并按药品报损制度处理。对近效期药品（提前六个月）应及时上墙明示并记录备查。

九、加强与医药公司的联系，确保药品的供应，尽可能做到药品不脱销、不积压；加强与各药房之间的联系，及时通知暂缺或新到的药品品种。

十、按照药房请领药品清单，及时送药到各药房。

十一、每日（星期日未上班除外）记录常温库、阴凉库的温湿度和冰箱内的实际温度。

十二、每季度完成药品盘点工作，做到帐物 100%相符，如发现帐物不符有误差时应及时查找原因并上报科主任。

十三、麻醉药品、精神药品等特殊药品的采购管理按相关管理规定执行。

十四、对各种原始凭据（购药发票、入库清单、各种证明文件等）应妥善保管以备查。

十六、做好库房安全和卫生工作，库房内严禁吸烟，非工作人员不得进入库房内，不得在库房内会客。

注：1、常温库温度：0—30℃；2、阴凉库温度：小于或等于 20℃；3、低温库（冰箱）温度：2—8℃；4、正常相对湿度：45%—75%。

## 药品采购供应管理制度

为了认真贯彻执行《药品管理法》，规范药品采购行为，医院药品采购工作在主管院级领导下，药剂科主任对药品采购工作进行指导与监督下，药品采购员具体负责药品采购工作。

### 一、药品采购和保管

1、药品采购必须坚持如下基本原则：

坚持正宗、优质、品牌原则；坚持低价原则；坚持对方的配送时间长短、伴随服务质量、小品种供应能力与采购量相平行原则；坚持按计划采购原则；急救药品、特殊药品临时采购便捷原则。

2、药品采购实行规范化管理，药品采购包括中草药、中成药、西药及制剂用原辅料、包装材料等。所有药品必须在四川省药品招标（集中）采购中心定点采购。

3、药品采购计划以表格形式提出，一式三份，交由药剂科主任修改审核后，再交主管院长签字同意，药品采购员在网上采购；任何人不得私自向外发出计划，亦不能接受无计划送货。

4、网上采购完成，即打印采购清单，监督方签字同意，采购员在清单上签字后交采购员一份，药库一份、药剂科主任一份。

5、采购员负责按药品采购清单的要求一一落实。

6、药库保管员按保管程序和职责对入库药品质量、数量严格把关，药品保管员应严格药品入库手续，收集齐相关检验报告，并负责装订成册。药品入库应按《药品管理法》做好入库记录。对不符合要求的药品应拒绝入库，同时向药品采购员报告，由采购员及时作出退货或换货等处理，采购员不能作出处理的及计划外的药品应向药剂科主任报告。

7、药品发票由药品会计负责收集并核对发票上药品采购实价是否与采购清单上价格相符，若不符应先与采购员核实后冲减或从发票中核减并将清单附在相应发票后，月底交采购员签字，然后交

药剂科主任签字确认，再交审计科进行审计，审计合格后再交分管副院长签字，签字后交财务科。

8、与药品采购相关的原始资料由相应主管人员妥善保存。

9、采购员要及时以书面表格的形式向药房及相关科室通报新药信息。

## 二、新药采购及使用管理

1、本文指的新药是指本院未使用过的药品。

2、新药的引进程序为：临床药理学室审查登记→相应临床科室主任提出申请→药剂科科内初评→医院药事委员会评审→主管院长审核→药事委员会主任（院长）审批→药品采购员采购→采购员将药品采购信息通知申购临床科室主任和相应调剂部门。

3、引进的新药必须建立新药档案。

4、抗生素引进须交医院药事委员会讨论，按药物分类、分代确定基本品种个数。

5、专科用药、世界知名制药企业（如罗氏、杨森、中美史克等）的品种可适当放宽政策，可根据我院用药实际情况按需引进。

6、特殊药品、急救药品由采购员向药剂科主任、主管院级报告，同意后即可采购。

7、新药引进要做到进出平衡，控制品种数量无大的变化。进新药的同时要考虑淘汰部分旧的品种。

8、新药引进采取谁申报谁负责的原则，对药品使用负责。临床科室主任不得申购它科药品。

## 三、药品使用管理的几点其它要求

1、对临床使用的抗生素实行月销售金额排名，每月排出前 10 名。

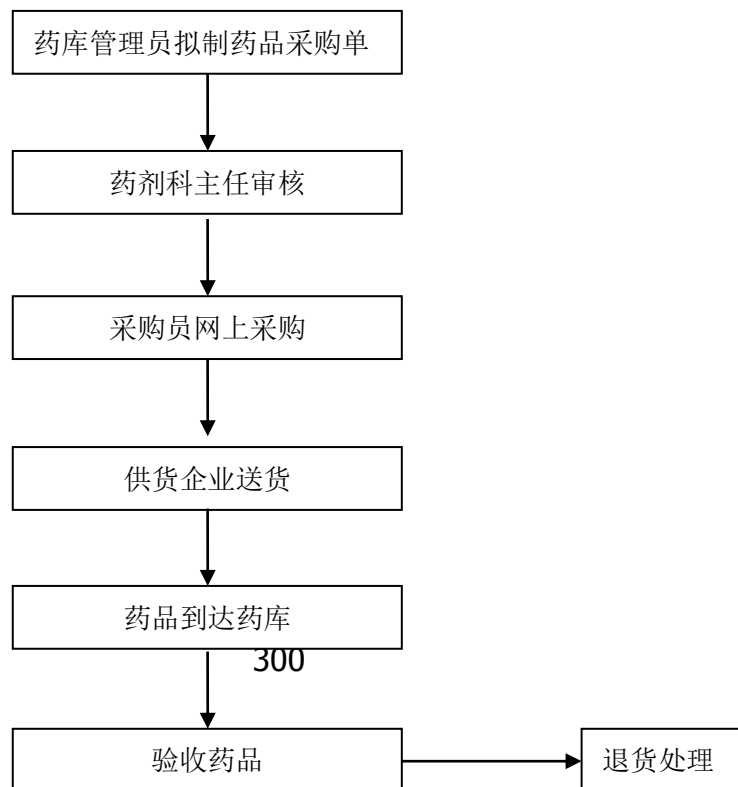
2、严禁医药代表进入各临床科室进行与药品促销相关的活动，否则，一经查实，将清退其推介的品种。

3、严禁医院任何工作人员担任医药代表。严禁医院任何工作人员为药品推销商提供药品销售明细。

4、任何人不得收受、索要药品回扣。不得要求药品供应商为个人谋取私利，违者按相关政策严肃处理。

## 附件：药品采购工作流程

### 药品采购工作流程



## 药品出库、复核管理制度

一、药品出库应严格遵循“先进先出、近期先出、按批号发货”原则。

二、药品库房管理人员应根据药剂科各部门的药品请领计划，进行药品出库，并同时打印“药品出库单”。

三、药品库房保管人员按“药品出库单”所列药品品名、规格、厂牌、批号、数量进行发货。发货结束后，应认真复核“品名、剂型、规格、数量、生产企业、批号、有效期”等，核对无误后，在药品出库单上签字。

四、药品出库复核与检查中，如发现以下问题应停止发货，并及时报告处理：

- (1) 药品包装内有异常响动和液体渗漏；
- (2) 外包装出现破损、封口不牢、衬垫不实、封条严重损坏等现象；
- (3) 包装标识模糊不清或脱落；
- (4) 药品已超过有效期。

五、下列药品不得出库：

- (1) 过期失效、霉烂变质、虫蛀、鼠咬及淘汰药品；
- (2) 包装破损、瓶签（标签）脱落，污染，模糊不清的品种；
- (3) 怀疑有质量变化，未经质量管理部门明确质量状况的品种；
- (4) 其他要求暂停使用的品种。

六、药品现库时必须当面清点，交接清楚，由药库保管员、药房领药人员在药品出库单上签字。对近效期药品、有特殊储存要求的药品，需特殊管理的药品应告知领用部门，注意加强管理。

## 门诊西药房工作制度

一、工作人员应严格遵守医院的规章制度和科室管理有关规定，严格执行有关法律法规和处方调剂操作规程，认真负责地保证药品及工作质量，杜绝差错事故发生，确保用药安全有效，做好药房各岗位的工作。

二、药品调配人收到处方后，应按处方调剂操作规程详细审查，确认无误后方可进行调配，非本院处方及无处方权的医师处方不得调配。

三、对错误处方，应退回请原开方医师更正；对缺药处方，应先请药房负责人解决，确实无法解决的，退请原开方医师进行更改，调剂人员均不得擅自变更。对滥用药品，存在配伍禁忌和多处涂改的处方，调剂人员有权拒绝调配。问题严重的应及时报告药房负责人处理。

四、调配处方时应认真、细致、迅速、准确，做好“四查、十对”、不得估计取药，严禁用手直接接

触药品；坚持调配、发药核对制，严防调配差错发生；发出的药品必须在药袋上注明药品名称、用法、用量和患者姓名，整瓶或整盒的药品要注明用法、用量。调配人、核对发药人均应在处方上签全名或加盖专用签章。

五、病人取药时，发药人员应当呼对姓名，并按药品说明书或处方用法，向患者口头交待药品的用法、用量、注意事项等。

六、药房应有计划地请领、储备药品、防止积压损失或缺药。

七、药房药品按使用频率结合药品性质、剂型、用途进行分类定位存放保管，急救药品专位集中存放，便于应急取用。低温储藏的药品应按要求放入冰箱等专用设施中存放。

八、麻醉药品、精神药品的使用、保管、处方调配及消耗登记等，必须严格执行有关管理规定。

九、药房负责人为药品质量的第一责任人，应组织班组人员按药品效期管理制度的要求，经常检查药品质量和效期（每月一次），发现问题及时处理，做到近效期药品先用，不得发出质量不合格或过期失效的药品，凡过期失效、霉变、注射剂变色、松盖、破口、浑浊等的药品严禁使用，并按药品报损制度处理。可疑药品必须经药检鉴别再行决定。

十、对已发出的药品，原则上不予退回。如因药物过敏或病情变化需退药的，其退回药品应包装完好、可识别的药品，并要有医师签名及发票。

十一、按照差错事故登记制度建立差错事故专用登记本，凡发生差错事故应如实记录、报告，若有意隐瞒不记不报者，一经查实，视情节轻重按医院和科室规定予以严肃处理。

十二、设立药品咨询服务台，可由具有较强理论知识的药师负责咨询服务。配备相关专业书籍及新版工具书等。发现药品不良反应情况应及时登记、报告。

十三、每日将各类处方分别装订统计，处方保管期限按《处方管理办法》规定执行；超过保管期的处方按规定程序报批后方可销毁。

十四、药房内的设施设备、用具等应保持清洁、整齐、物品放置有序。严格执行安全工作制度，非本科室人员无工作需要不得进入药房。按期完成药品盘点，盘点账目金额应符合要求。

十五、遵守首问负责制，对待病人应热心、耐心、细心、文明礼貌，使用文明用语。努力改善服务态度，提高服务质量。

## 住院部药房工作制度

一、工作人员严格遵守医院的规章制度和科室有关规定，严格执行有关法律法规和处方调剂操作规程，认真负责地保证药品及工作质量，杜绝差错事故发生，确保用药安全有效，做好药房各岗位的工作。

二、住院部药房负责全院住院病人用药、病人出院带药的处方调配发药。

三、调配发药时应认真、细致、迅速、准确，做好“四查、十对”，坚持调配发药核对制，严防调配差错发生；不得估计取药，不得用手直接接触药品；发出的药品必须在药袋上注明药品名称、用法、用量和患者姓名，整瓶或整盒的药品要注明用法、用量。调配人、核对发药人均应在处方上签全名或加盖专用签章。

四、病人取药时，发药人员应当呼对姓名，并按药品说明书或处方用法，向患者口头交待药品的用法、用量、注意事项等。

五、药房应有计划地请领、储备药品，防止积压损失或缺药。

六、药房药品按使用频率结合药品性质、剂型、用途进行分类定位存放保管，急救药品专位集中存放，便于应急取用。低温储藏的药品应按要求放入冰箱等专用设施中存放。

七、麻醉药品、精神药品的使用、保管、处方调配及消耗登记等，必须严格执行有关管理规定。

八、药房负责人为药品质量的第一负责人，应组织班组人员按药品效期管理制度的要求，经常检查药品质量和效期（每月一次），发现问题及时处理，做到近效期药品先用，不得发出质量不合格或过期失

效的药品，凡过期失效、霉变、注射剂变色、松盖、破口、浑浊等的药品严禁使用，并按药品报损制度处理。可疑药品必须经药检鉴别再行决定。

九、对已发出的药品，原则上不予退回。如因药物过敏或病情变化需退药的，其退回药品应包装完好、可识别的药品。

十、按照差错事故登记制度建立差错事故专用登记本，凡发生差错事故应如实记录、报告，若有意隐瞒不记不报者，一经查实，视情节轻重按医院和科室规定予以严肃处理。

十一、经常与临床科室沟通征求意见，了解药品使用管理情况，保证临床基本药品的供应。掌握药物疗效及药品不良反应的反馈信息，对药品不良反应情况及时报告“ADR”小组。

十二、每日将医嘱打印单及各类处方分别装订，处方保管期限按《处方管理办法》规定执行；超过保管期的处方按规定程序报批后方可销毁。

十三、药房内的设施设备、用具等应保持清洁、整齐、物品放置有序。严格执行安全工作制度。

十四、每季度完成药品盘点，盘点账目金额应符合要求。

十五、遵守首问负责制，对待病人应热心、耐心、细心、文明礼貌，使用文明用语。努力改善服务态度，提高服务质量。

## 中药房工作制度

一、工作人员应严格遵守医院的规章制度和科室管理有关规定，严格执行有关法律法规和处方调剂操作规程，认真负责的保证药品及工作质量，杜绝差错事故发生，确保用药安全有效，做好药房各岗位的工作。

二、中药房负责门诊中药处方、各病区住院病人用药、出院带药处方的中药处方的调配发药以及便民药房的药品零售发药。

三、药品调配人收到处方后，应按处方调剂操作规程详细审查，确认无误后方可进行调配，非本院处方及无处方权的医师处方不得调配。

四、对错误处方，应退回原开方医师更改；对缺货处方，应先请药房负责人解决，确实无法解决的，退请原开方医师进行更正，调剂人员均不得擅自变更。对滥用药品、存在配伍禁忌和多处涂改的处方，调剂人员有权拒绝调配。问题严重的应及时报告药房负责人处理。

五、调配处方时应该认真、细致、迅速、准确，做好“四查、十对”，坚持调配发药核对制，严防调配差错发生；不得估计取药，核对发药人对发出的药品必须在药袋上注明药品名称、用法、用量和患者姓名，整瓶或整盒的药品要注明用法、用量。调配人、核对发药人均应在处方上签全名或加盖专用签章。

六、病人取药时，发药人员应当呼对姓名，并按药品说明书或处方用法、向患者口头交待药品的用法、用量、注意事项等。

七、掌握药材炮制技术及“十八反、十九畏”、孕妇禁忌用药等配伍禁忌，能鉴别药材、饮片的真伪优劣，保证配方药材的质量，调配处方时必须认真细心，按方称量，一方多剂时，分包要等量，不得估计取药，更不得以手代称，每剂药量误差不得超过5%，小儿用药和毒剧药品必须逐剂、逐味称量。

八、方剂中如有先煎、后下、另煎、烊化、冲服、胶类等药材时必须单包注明，并向患者交代清楚。需临时炮制的药材，应按处方进行加工，需打碎的要打碎，该去头足、去包装的须剔去干净后在配方。

九、加工、炮制毒性中药时，必须按《药典》及有关中药炮制规范进行，符合要求后方可供配方用，处方中凡未注明“生用”的毒性中药应给予炮制药。

十、严格执行特殊药品管理制度，中药毒性药品应有专人保管，专柜加锁，专方调配，建立专用帐册，

处方单独保存 2 年。

十一、药材饮片装斗及配方时应避免撒落，防止串斗。

十二、药房应有计划地请领、储备药品，防止积压损失或缺药。药房内的设施、用具应保持整洁，物品摆放有序，磅称、戥称要经过校对，确保称量准确。

十三、每季度完成药品盘点，盘点帐目金额应符合要求。

十四、每日将医嘱打印单及各类处方分别装订，处方保管期限按《处方管理办法》规定执行；超过保管期的处方按规定程序报批后方可销毁。

十五、严格执行安全工作制度，非本科室人员无工作需要不得进入药房内。

十六、遵守首问负责制，对待病人应热心、耐心、细心、文明礼貌，使用文明用语。努力改善服务态度，提高服务质量。

## 药房值班工作制度

一、门诊西药房实行 24 小时值班制度。

二、法定节假日的值班由各部门事先安排的值班人员负责。

三、值班人员应严格按医院、药剂科的规章制度的要求进行工作。

四、值班人员不得擅自离职守，不得推委塞责。

五、值班期间，遇不能处理的重大、紧急、疑难问题，应及时向医院值班室报告。不能解决的向有关部门和药剂科主任报告。

六、各部门安排长期和节、假日临时应班人员，负责非工作时间的业务重大、疑难事项和临时事项的处理。

七、因故不能值班（应班）时，应提前 1 个工作日以上报本科室主管领导批准，进行调整。

## 药品的购入、验收制度

一、为规范本中心药品购进和验收管理的工作，确保从合法企业购进合法、质量可靠的药品，根据《药品管理法》、《成都市医疗机构药品使用质量管理暂行规定》，并结合本中心实际，特制定本制度。

二、药品采购员负责本中心所有药品的购进工作，严禁临床科室或者医务人员擅自采购、推销药品。药品采购员必须根据中心药事管理小组审批的采购方案实施网上采购相应药品。

三、药品质量管理员应做好首营企业和首营品种的审核工作。向供货单位索取如下资料并建立档案备查：

（一）加盖供货单位公章的《药品生产许可证》或《药品经营许可证》以及营业执照复印件；

（二）《药品生产质量管理规范》认证证书或者《药品经营质量管理规范》认证证书；

（三）注明质量条款的书面合同或质量保证协议书；

（四）企业法定代表人签字或盖章的销售人员授权委托书。授权书应当载明授权销售的品种、地域、期限，注明销售人员的身份证号码。

（五）销售人员的身份证复印件；

（六）除集中招标药品外，对首营品种，还需索取该品种的药品批准文号、药品的包装、标签、说明书等资料。

四、购进进口药品时，药品采购员应索取加盖供货单位公章的以下资料：

（一）《进口药品注册证》（或《医药产品注册证》）复印件，《进口药品批件》复印件；

（二）《进口药品检验报告书》复印件或注明“已抽样”并加盖口岸药检所公章的《进口药品通关单》复印件；



国家食品药品监督管理局规定批签发的生物制品，需要同时索取口岸药品检验所核发的批签发证明复印件。

进口麻醉药品、精神药品，应当同时索取其《进口药品注册证》（或《医药产品注册证》）复印件、《进口准许证》复印件和《进口药品检验报告书》复印件。

上述资料由药品采购员负责定期整理，归档备查。

五、药品质量管理员对首营企业（或首营产品）审核合格后报中心主任进行审批，审批合格后，药品质量管理员将其列入合格供应商名录，并建立合格供应商档案。

六、药品采购员临时需要从其他药品供应商采购药品的，需要向供应商索取本制度所列的相关材料，报药品质量管理员和中心主任审批合格后方可购进。

七、购进的药品应有合法票据，做到票、帐、货相符，单位的财务人员负责原始购进票据的保管，应按月装订成册，原始票据保存至超过药品有效期一年，但不得少于三年。

八、药品采购员须建立真实完整的药品购进记录。药品购进记录必须注明药品的通用名称、生产日期、批准文号、剂型、规格、产品批号、有效期、生产厂商、供货单位、购货数量、购进价格、购货日期以及国务院药品监督管理部门规定的其它内容。

药品购进记录应保存至超过药品有效期一年，但不得少于三年。

九、在购进药品时不得有下列行为：

- （一）未经有关部门批准购进其他医疗机构配制的制剂；
- （二）从无《药品生产许可证》、《药品经营许可证》的企业购进药品；
- （三）从药品经营企业购进其超范围经营的药品；
- （四）从药品生产企业购进非该企业生产的药品；
- （五）伪造药品购进记录；
- （六）购进药品说明书、标签、包装不符合规定的药品。

十、严格遵守国家规定，对购进药品实行检查验收，由药品验收员负责购进药品的验收工作。

十一、药品验收员应根据原始凭证逐批验收并记录，做到票、帐、物相符。药品验收员验收药品后需做出验收结论并签字。药品质量验收应包括查验药品外观性状、药品内外包装、标签、说明书、药品合格证明文件等内容。必要时应抽样送检验机构检验，对不符合规定的药品，不得购进和使用。验收按照如下原则进行：

- （一）检查药品外观性状、内外包装、标签、说明书及标识等各项内容，药品的包装和所附说明书应有生产企业名称、地址，有药品的品名、规格、批准文号、产品批号、生产日期、有效期等；
- （二）标签或说明书上应有药品的成份、适应症或主治、用法、用量、禁忌、不良反应、注意事项以及贮藏条件等；
- （三）中药材及中药饮片应有包装，并附有质量合格的标志。每件包装上需标明中药材品名、产地、供货单位、质量合格标志；中药饮片标明品名、规格、产地、生产企业、生产批号、生产日期，实施批准文号管理的中药饮片注明药品批准文号。

## 药品的贮存、养护制度

一、药品按贮存条件分类贮存，对于每种药品根据贮藏温度要求，药房配备冷藏柜以及空调以保证药品按照规定条件贮存，药品库房设立冷库（2—10℃）、阴凉库（20℃以下）、或常温库（10—30℃）内，各库房相对湿度应保持在规定范围内。

二、按照药品性质与用途分类贮存，严格做到：药品与非药品（后者系指不具备药品批准文号的物质）分开、内服药与外用药用分开、易串味药与一般药分开、品名或外包装易混淆的品种应分区存放。

三、麻醉药品、精神药品必须做到专人负责、专库（柜）存放、专帐记录、专用处方、专册登记。危

险药品要专库（柜）隔离存放。

四、药品库库存药品要按批号顺序存放，实行色标管理。不合格药品、待检药品及退货药品要单独存放，并有明显的标识。

五、药品码放要留有规定的距离：药品与地面的间距不小于 10cm、药品与墙面的间距不小于 10cm,与屋顶的间距不小于 30cm、药品与空调的间距不小于 30cm、码放要做到合理、整齐、牢固、无倒置。

六、定期检查贮存药品的质量和存放环境，并做好记录，根据检查情况及时采用正确的通风、防潮、避光、降温等养护措施。

七、各部门应经常查询效期药品的库存情况，各班组药柜负责人必须每月、查询近 6 个月效期的药品，并填写近效期药品报表给组长，组长及时对 6 个月以内效期药品的数量逐月上报药品中心库房及科室进行调剂处理。

## 药品验收质量管理制度

**目的：**为保证药品质量，保障患者用药安全，杜绝假药、劣药进入医院。

一、药品到货后，由药库人员将药品引入待验区待验。

二、凡到货药品，验收人员必须按照随货同行单据对照实物进行验收。仔细检查、核对药品的品种、规格、数量、生产企业、生产日期、生产批号、有效期，药检报告及外观质量等项目，合格后在随货同行单上签字确认。

三、特殊药品，须经两人共同验收。冷藏药品应检查是否为冷藏车运送，并且查看随货温度计，是否符合冷藏条件。

四、验收时发现数量、规格、包装等与采购计划不符的药品，及时反馈给采购员，采购员及时与供货单位联系处理，问题解决后方可入库。

五、药品包装有损漏、破裂、水渍、污染等质量问题，不予入库。

六、药库人员及时将验收合格药品按药品储存要求定位存放于合格区域内。

七、根据验收人员已签字确认的随货同行单，及时准确输入计算机并经过校验后，妥善保存。送货单和发票由采购员统一整理保存、备查。每月统计装订一次，交科主任审批后，送财务药品会计。

八、药品验收记录应保存 3 年。

## 药剂科质量管理制度

一、由药剂科主任及各部门负责人组成质量管理小组。

二、质量管理小组进行评估、监督、指导、管理医院药品质量和药事活动。

三、质量管理小组以《药品管理法》和有关药品监督管理的法律、法规为依据，负责制订和修订药剂科的各项工作制度、人员职责，并开展药品质量监督检查。

四、质量管理小组逐步建立和完善质量保证体系。逐步建立药房质量管理体系的目标和评估指标、评估方法，并以次对质量体系进行评审和改进。

五、质量管理小组负责制订和修订重大药事质量事件的报告与联系程序。提高对重大药事质量事件的反应效率。

六、药剂科质量管理小组定期对医院所有药品进行全面的质量监督检查。

七、处理与药学工作有关的差错、医疗事故、药品质量不合格事故、严重的药品不良反应事件等。

八、对药房质量保证体系进行评审，监督质量持续性改进的落实。分析和处理质量管理员上报的药品质量和工作质量问题。

## 药品质量信息反馈制度

一、医院药品不良反应监测网络成员、药剂科各部门负责人为药品质量专职信息员，做好药品质量信息的反馈工作，药剂科汇总信息，向药物与治疗学委员会报告。

二、各级药品管理部门下的药品质量的文件信息，药品信息员要及时传递给有关岗位和人员，布置并落实到日常质量管理工作中。

三、药剂科重视患者对药品质量的评价，在各药房设立药品质量反馈信息表，认真收集药品质量反馈信息。

四、药品 ADR 监测是重要的药品质量信息来源，对临床发生三例以上同种药品、同样批号的药品出现 ADR 的情况，予以密切关注，汇总分析后立即上报药剂科。

五、全院医护药人员发现可疑的药品不良事件应及时报告临床药学室，同是临床药学工作人员要深入临床，收集和征集医护人员所反映的药品质量情况并认真核实。

六、药剂科工作人员应认真对待质量问题的查询和处理，发现有假、劣药，应及时报告。

七、对全院的死亡病例，临床药学工作人员应参与核实，分析、总结，对符合药品不良事件标准的病例依法报告。

八、药学工作人员定期对全院各科室所用药品进行检查，项目包括药品有效期及药品储存条件等问题，保证药品质量。

九、遇医、药、护、患人员针对药品的质量投诉，药学人员应认真接待，仔细倾听，详细登记，会同科主任认真处理。

十、药品质量信息管理应纳入科室质量控制小组的赏规会议议题进行讨论，沟通药品质量信息情况，分析研究药品质量及质量管理工作中存在的问题，提出改进措施。

## 药品质量监控管理制度

一、检查药品库和各调剂部门药品质量管理情况，有无过期、变质药品，并做好检查记录。

二、定期对临床科室的备用基数药品、急救药品的保管和质量情况进行检查，发现质量问题应及时与有关科室沟通，并做好相关登记和记录。

三、药剂科应定期进行药品质量监控分析讨论，对期间发生的药品质量问题，提出改进意见和措施，做好落实，并有详实的记录。

四、保证药品储存环境：药房是药品集散的重地，药品的存放直接影响药品的质量。药房应设有空调、冰柜，药品要分类保存，创造良好的通风和适宜的温度环境，保证药品的质量。

### 五、人员管理

1、加强业务学习，提高药剂人员素质。

2、服务质量的管理：药房要求药剂人员收到处方后严格执行“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；查合理用药，对临床诊断。详细检查处方的各项内容是否完整，检查药物的剂型、规格、剂量是否正确、有无超量及配伍禁忌。如有不符合规定的与医师联系更正。在调配时认真仔细、反复核对，实行双人复核制，复核正确后方可发给患者，发药时要细心交待用法用量，同时要根据药物的特性对患者要特别交待，从而使药物发挥最大疗效。

### 六、药品的质量管理

药品的质量直接关系到患者的安危，药房是药品质量的最后一道关口，药房药品管理的好，就能避免伪劣假冒药品流向患者。

1、加强效期药品的检查使用

2、特殊药品管理 血液制品及低温保存的药品宜放置于冰箱，见光易分解的药品要避光保存，以确保药品的质量和疗效。麻醉药品的管理要严格执行“五专”管理，同时对每张处方的限量、对长期连续用药的患者都做了有关规定，杜绝了滥用麻醉药品现象。

3、加强处方管理 处方管理是质量控制的重要环节，定期检查分析处方，处方质控时发现不合格处方，对开方医生及发药人员给予经济处罚，对科室进行通报批评，使处方书写质量保持一个好的状态。

4、药品的经济管理 ①日处方统计：每天下午下班前将微机统计金额与处方统计金额进行核对，记入账册；②每季度进行药品盘点，检查进入、发出药品的数量、金额是否相符，上报科室。

#### 七、调剂管理

1、调剂室环境管理 药品按内服外用分开；按用途陈列上柜，要求摆放整齐、标志醒目。

2、调剂的具体步骤 ①收方；②检查处方；③调配处方；④包装贴标签；⑤复查处方；⑥发药。

## 基本药物优先合理使用规定

为了进一步规范国家基本药物使用和管理，减轻人民群众负担，保障群众基本用药，扎实推行我院基本药物制度。根据卫生局文件要求结合我院工作实际，特制定本规定：

一、本院采购的基本药物符合一品两规的原则，基本药物作为首选药物使用。使用基本药物品种数不得少 50%，使用基本药品金额不得少于药品总金额的 50%。

二、定期公示基本药物价格。

三、基本药物购进、保管、不良反应的监督管理应遵守国家药品管理法律、法规和规章。

四、实行处方点评制度，按《处方点评规范》点评处方内容，对评定为不合理处方和超常处方进行经济处罚，由分管副站长组织基本药物领导小组，按季度定期对基本药物处方和处方调剂指标执行情况进行追踪检查、统计分析。定期公布不合理处方与药品调剂以及超常预警，干预不合理用药行为。

五、药剂科要加强药事管理，完善医师处方、药师调剂监督检查和药师审核处方制度。

六、医师和药师要根据患者病情，合理开具和调剂所需药品，对药品的有关情况有告之义务。患者有权知悉处方所列药品的相关信息，有优先选择治疗效果相同或相近基本药物权利。

七、药事领导小组加强合理用药宣传工作，提高医护人员合理用药意识，改变不良用药行为。

八、优先使用国家基本药物情况列入科室绩效考核范围，签订目标责任书，并对不达标科室进行相应处罚。科室使用基本药物品种数未按比例达标，每低于 1%扣减科室绩效 100 元人民币；使用基本药物金额未达标的，每低于 1%扣减科室绩效 100 元人民币。由于特殊情况或特殊病人因素未达标，结合处方点评酌情扣减。

九、医务人员有下列行为之一的，给予通报批评，年内考核为不合格：

（一）故意不使用基本药物；

（二）不按照《处方管理办法》规定和《基本药物处方集》和《国家基本药物临床应用指南》相关要求开具处方；

（三）不正确引导患者接受基本药物治疗，故意制造医患矛盾和纠纷的；

（四）不按规定执行基本药物价格或如实统计药品使用情况，弄虚作假者；

（五）不按规定认真查验药品的入库、出库，发现假劣药品或质量可疑药品没有及时报告。

## 急救备用药品管理制度

### 一、目的

为加强药品的管理，以确保需要时患者得到抢救和治疗用药，保证用药安全，特制订抢救、备用基数药的管理与使用制度：

二、急救药品要有专车专柜存放，要有固定地点，以便紧急时以最快的速度使用。

三、急救药品要有清晰的药品目录。急救药品要齐全，符合医院相关药品目录，以满足临床抢救病人的需要。

四、科室备用药品主要供病房临时周转使用，其品种和数量由各病房根据临床需要制定并列出药品目录清单进行基数管理，经科主任和病房护士长签字后，交住院药房备案，由值班护士采取交接班管理制度。病房规定的药品基数可以根据实际情况定期进行调整。

五、病房应设专人管理药品，日常工作中由护理人员负责病房药品的请领补充，并对药品的数量、有效期和质量进行检查。定期检查病房储存药品的有效期，在有效期 3 个月前可返回住院部药房调换新批号，因管理不善造成药品过期失效由病房自行承担经济损失。对于医院不再使用品种应及时交回药剂科；

六、病房药柜内的注射药、口服药与外用药应严格分开放置。凡抢救药品，必须在抢救车内存放并保持一定基数，每日检查，定位存放，保证随时应用。麻醉药品、第一类精神药品及高危药品则按医院相关规定执行。

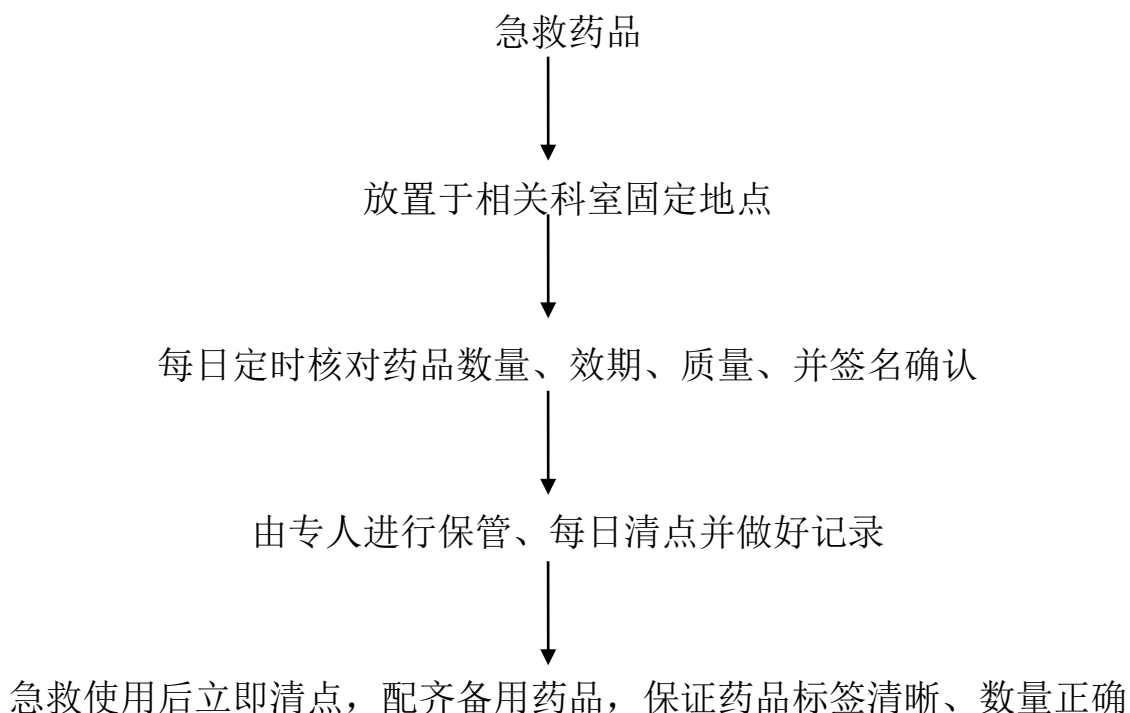
七、药剂科定期对病房存贮药品定期检查（每月至少一次）检查，核对药品种类、数量与药品清单是否相符，有无过期变质现象。

八、要专人定期对急救药品、备用药品进行清点，对用过的药品要及时补充，对近效期管理内的药品要及时采取预警，及时处置超过有效期、标记模糊的急救药品。

九、加强病房药品的储存管理，防止药品的丢失和损坏，药品应储存在所要求的储存环境中，注意防潮防晒，要放置在通风、干燥、避光处。

十、急救药品使用后，应在进行登记，并当日及时向药剂科领用补齐数量，以备下次及时使用。

## 附录：急救药品管理流程



# 临床科室急救、备用药品领用制度

一、目的：为了规范医院各科室急救、备用药品的存储，及领用、补充流程规范，确保急救、备用药品安全、有效，特制订以下补充流程：

二、急救药品品种由护理部统一制定，备用药品可由各病房根据临床

需要制定并列出现品目录清单（清单格式见附表二），经科主任和病房护士长签字后，交住院药房备案。

二、科室在第一次领用急救、备用药品时，可由科室根据申请品种录入电脑单，药房按照所录品种配发，金额当月报财务科统一结算。

三、科室在使用急救、备用药品后应及时补充，以便下次使用，补充时，临床科室按医师为患者所开具的医嘱（电子医嘱），及时提交电脑单，并到电脑单住院部药房领用，住院二部所属科室则到住院二药房领用。

四、各科室在使用急救、备用药品时，严格按照效期管理，做到效期

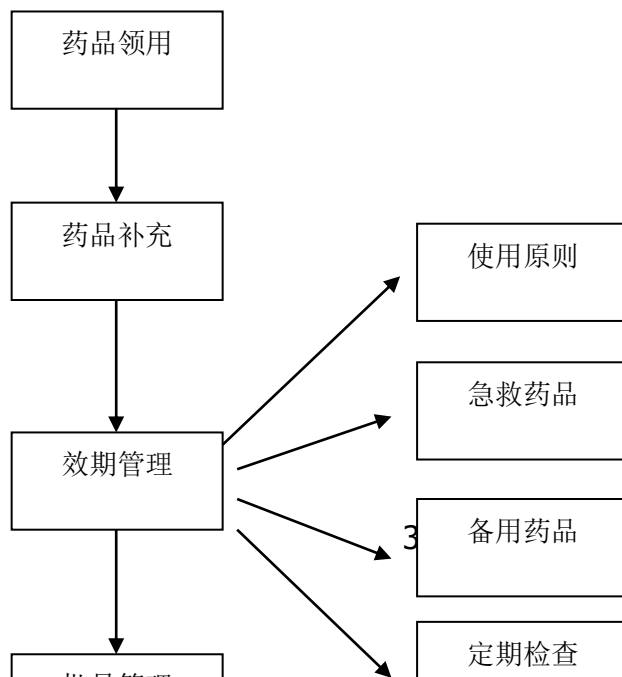
药品先进先用、近期先用。急救药品在近效期三个月时，可到住院部药房申请更换；效期三个月内则按照第一次领用药品核算，所需费用由科室自行承担。备用药品由于药品品种为科室常用品种，科室需严格按照效期管理，药房不负责更换。备用药品如有长期不使用者应主动与住院部药房联系，及时交回，并及时调整备用药品目录，原则上半年一次。

五、每月药房人员指定专人定期到科室对急救、备用药品进行检查，发现近效期急救药品应为其更换；效期三个月及失效药品（急救、备用）则统一收回并登记销毁，补领急救、备用药品费用科室自行承担。

六、为了方便临床科室抢救患者时方便，避免抢救车中同一药品品种出现不同批号导致管理混乱，确保药品效期在三个月之外，科室可申请将其更换为同一批号。

七、科室若出现药品损坏需要报损时，需填写报损申请单并由科室主任签字上报药剂科，药剂科负责按报损处理，报损经确认后方可为其补换。

流程：



## 药师处方审核调配和用药交待制度

调剂人员必须由按照卫生部《处方管理办法》规定，取得药学专业技术职务任职资格人员，包括主任药师、副主任药师、主管药师、药师、药士职称的人员担任。

### 1、收方

收方时，逐项检查处方前记

处方医生写错药品名称、规格、剂量、数量、单位、药物次数、用法等未进行修改或虽已修改但修改处未签名的，请医生修改签名并注明修改日期后再配方。

### 2、审方

认真审核处方，正文和后记书写是否清晰。对方用用药适宜性进行审核：

2.1 对规定必须做皮试的药物，处方医师是否注明过敏试验及试验结果；

2.2 处方用药与临床诊断的相符性；

2.3 剂量、用法；

2.4 剂型与给药途径；

2.5 是否有重复给药现象；

2.6 是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌。

注：审查处方中是否含麻醉药品、精神药品、毒性药品，如含有这三类药品，按《麻醉药品精神药品管理制度》、《医疗用毒性药品管理制度》的有关规定调配药品，应审查是否使用规定的专用处方。处方符合要求的，进行调配。

发现处方中医生签名有疑问时（非本人签名或签名医生不具处方权），立即与处方医生或医务部取得联系，消除疑问后方可配药。

对于不规范处方或不能判定其合法性的处方，不得调剂。

告知处方医师，但不得擅自更改或者配发代用药品。

### 3、调配。

调配药品应准确、迅速，遵守“近效期先出”的发药原则。需要拆零的药品，应使用药物匙分装，严禁用裸手接触药品；不拆零的药品注意保证其包装完整。严禁配发过期失效、霉坏、虫蛀、变质或其他不合格的药品。

正确书写药袋或粘贴标签。药品标签写明每种药品名称、规格、生产日期、有效期，准确调配药品。调配处方时必须做到“四查十对”：

3.1 查处方，对科别、姓名、年龄；

3.2 查药品，对药名、剂型、规格、数量；

3.3 查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；

3.4 查用药合理性，对临床诊断。

#### 4、核对

向患者交付药品前，须按“四查十对”内容进行核对工作。

对于病人药物后可能产生较严重的不良反应，应向病人交代清楚，并交代药品使用方法、药物注意事项及药品保存方法。在处方的核对药师签名处签写全名。

#### 5、发药

向患者交付药品时，对患者进行用药交待与指导。发出药品时应按处方医嘱或药品说明书，向患者或其家属进行相应的用药交待与指导，包括每种药品的用法、用量、注意事项等。

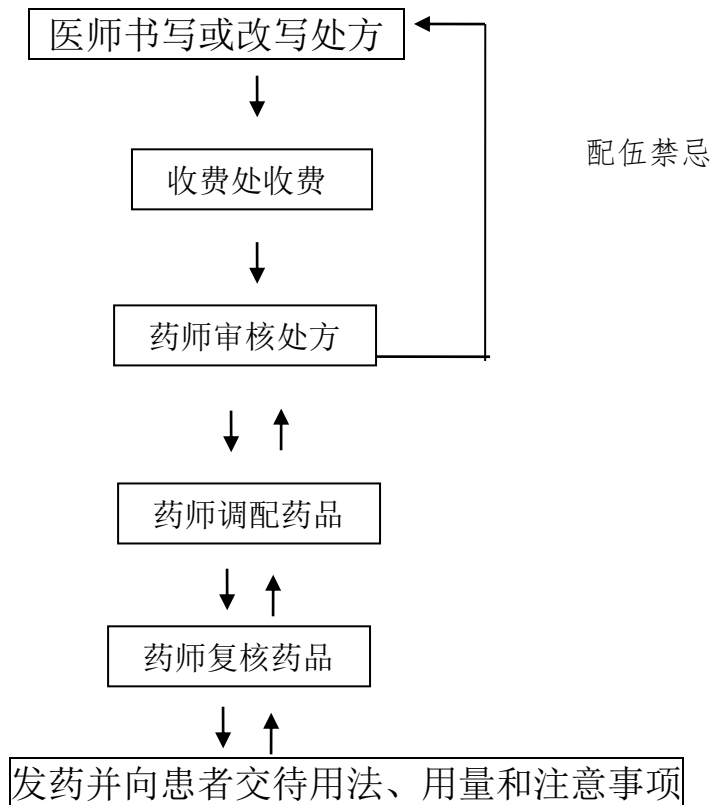
发出的药品应注明患者姓名和药品名称、用法、用量。

在完成处方调剂后，审方、调配、核对、发药人员应当在处方上签名。

注：普通处方按先后顺序调配，对于老年体弱、残疾人士、孕乳妇和其他活动不方便者优先调配，急诊处方随到随配。

### 调配后的处方按规定处理和保管

流程：



### 药师审核处方/用药医嘱制度

一、目的：为保障患者合理用药，维护患者合法权益，避免产生不必要的医患纠纷，保障医疗质量和医疗安全。

二、药师及以上药学人员承担处方审核工作，依据《处方管理办法》的相关要求审核处方/用药医嘱是否规范、适宜。



三、处方/用药医嘱必须经过审核，审核合格后方可放行调配发放。

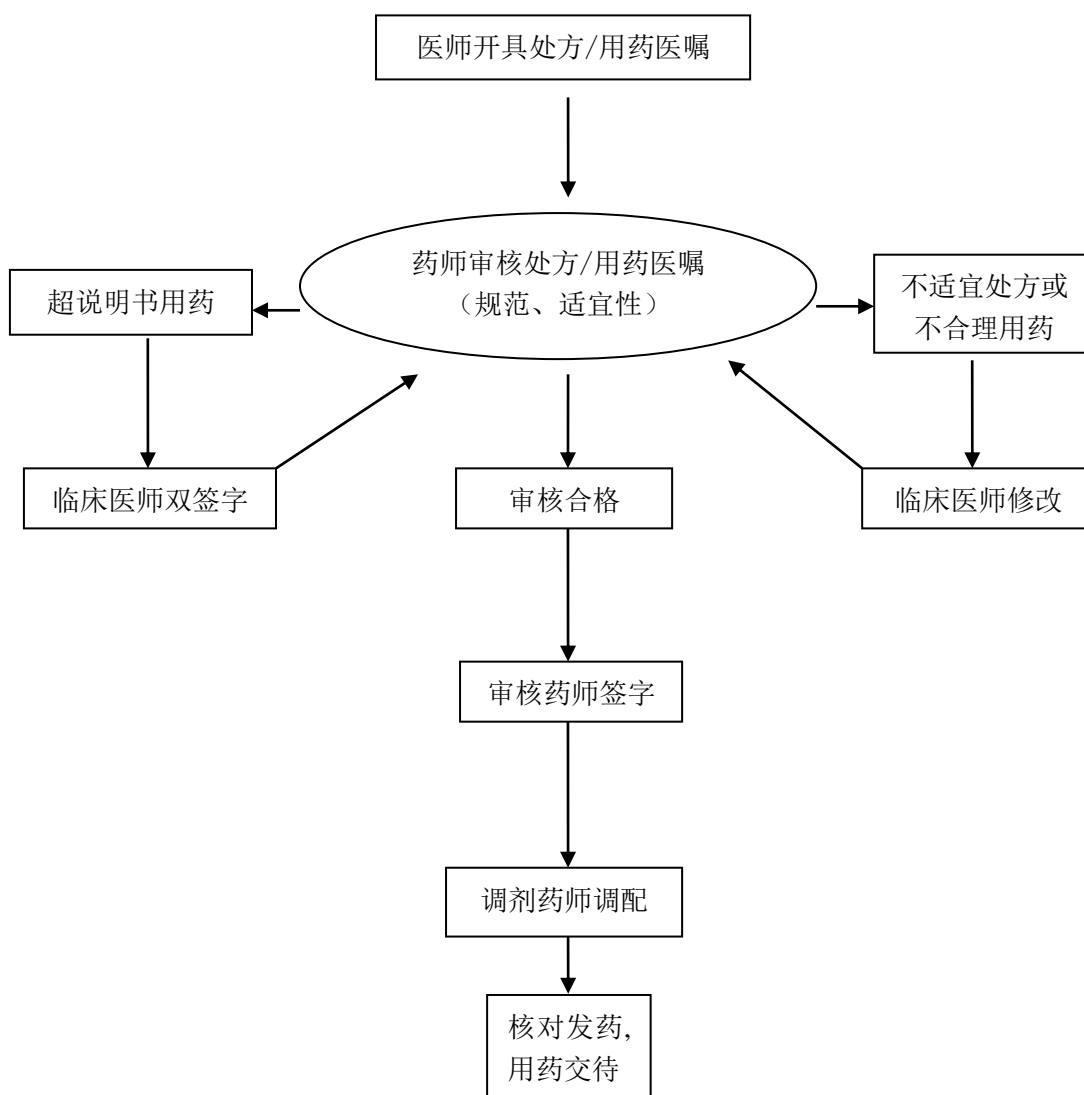
四、处方审核岗位药师对处方按照“四查十对”严格审核处方。

五、发现不适宜处方或不合理用药进行处方干预，及时电话联系处方医师，请临床医师修改，药师不得擅自改处方。处方审核合格后方可进行调剂。药师发现严重不合理用药或者用药错误，应当拒绝调剂，及时告知处方医师，并应当记录，按照有关规定报告。

六、如果患者病情需要超说明书用药时，应符合医院的《超说明书用药管理规定》。

七、审核合格的处方必须由处方审核岗位药师签字确认，调剂药师调配，药师核对后发药。

## 附录：药师审核处方/用药医嘱流程



## 药品调剂制度和操作规程

一、目的：建立处方调配的标准操作程序，保证处方调配的准确性，确保病人用药的安全、有效。

## 二、标准：

### 1 收方

### 2 处方审核

#### 2.1 确认处方合法性

2.1.1 处方医师是否具有相应处方权。

2.1.2 处方笺类别是否按规定选用。

2.2 对方用药适宜性进行审核。

2.2.1 规定必须做皮试的药品，处方笺上是否注明过敏试验及结果的判定。

2.2.2 处方用药与临床诊断的相符性。

2.2.3 剂量、用法的正确性。

2.2.4 选用剂型与给药途径的合理性。

2.2.5 是否有重复给药现象。

2.2.6 是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌。

2.2.7 其他不适宜情况。

2.3 药师对于不规范处方或者不能判定其合法性的处方，不得调剂。

2.4 药师按照“四查十对”审核处方，认为存在用药不适宜时，应当以合适的方式告知处方医师，请其确认或者重新开具处方。处方经修改后应在修改处签名并注明修改日期。

2.5 药师发现严重不合理用药或者用药错误，应当拒绝调剂，及时告知处方医师，按医院有关规定逐级报告并记录。

### 3 调配处方

调配人员根据处方按序准确配方并签名。

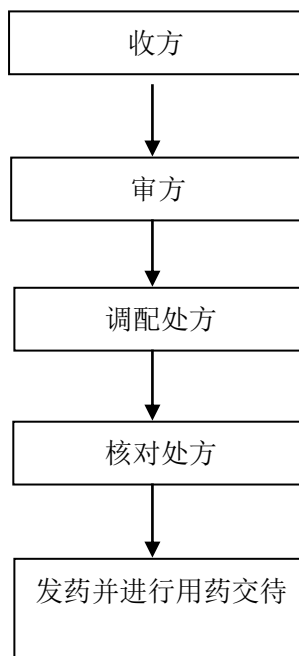
### 4 核对处方

再次核对处方，重点核对处方所列药品与所调配药品是否一致，确认正确无误后签名。

### 5 发药

核对患者身份，逐一将药品交付患者，提供发药清单，提醒患者对单核对药品并进行用药交待与指导。

## 附件：药品调剂流程



## 药品拆零管理制度

一、为保证药品质量，规范药品拆零使用行为，特制定本制度。

二、拆零药品是指因医嘱需要药房将药品从最小包装（瓶或盒）中取出，分装入其他包装材料的药品。

三、药房应配备必备的拆零工具，如药匙、瓷盘、拆零药袋、医用手套等，并保持拆零工具清洁卫生。  
四、拆零前，应检查被拆零药品的包装及外观质量，凡发现质量可疑及外观性状不合格的药品，不得使用。

五、药品临时拆零时，将药品放入专用的药品包装袋密封，写明药品名称、规格、数量、用法、用量、有效期、批号等项目，核对无误后，方可交给患者。不得将不同批号药品混装于一袋，也不得将不同厂家的同名药品混装于一袋。

六、尽量将已拆零药品用完后再进行拆零，避免先拆零药品长期压在瓶底不用导致质量下降。

七、应做好拆零药品使用记录，内容包括：拆零日期、药品通用名称、厂家、规格、批号、有效期、拆零数量等，操作人、核对人共同签名。

## 药品贮存与养护管理制度

一、药品按温、湿度要求储存于相应的库中。

二、药品储存应实行色标管理。其统一标准是：待验药品区、退货药品区为黄色；合格药品库（区）、待发药品库（区）为绿色；不合格药品区为红色。

三、搬运和堆垛应严格遵守药品外包装图示标志的要求，规范操作。怕压药品应控制堆放高度，定期翻垛。

四、药品应按批号集中堆放。有效期的药品应分类相对集中存放，按批号及效期远近依次或分开堆码并有明显标志。对近效期药品，应按月填报近效期药品催销表。

五、药品堆垛应留有一定距离。药品与墙、屋顶（房梁）的间距不小于 30 厘米，与散热器或供暖管道的间距不小于 30 厘米，与地面的间距不小于 10 厘米。

六、对退回的药品应及时验收，并做好退货记录。经验收合格的药品，由保管人员记录后方可存入合格药品库（区）；不合格药品由保管人员记录后放入不合格药品区。退货记录应保存 3 年。

七、不合格药品应存放在不合格品区，并有明显标志。不合格药品的确认、报告、报损、销毁应有完善的手续和记录。

八、药品与非药品、内服药与外用药、处方药与非处方药、品名或外包装容易混淆的品种应分库（区）存放。

九、麻醉药品、一类精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品应当专库或专柜存放，双人双锁保管，专帐记录。记录长期保存，照计划量购买供应药房，帐物相符。

十、对库存药品应根据流转情况定期进行养护和检查，并做好记录。检查中，对由于异常原因可能出现问题的药品、易变质药品、已发现质量问题药品的相邻批号药品、储存时间较长的药品，应进行抽样送检。

十一、库存养护中如发现质量问题，应悬挂明显标志和暂停发货，并尽快通知质量管理部门予以处理。

十二、应做好库房温、湿度的监测和管理。每日应上、下午各一次定期对库房温、湿度进行记录。如库房温、湿度超出规定范围，应及时采取调控措施，并予以记录。

十三、建立药品养护档案，内容包括药品养护档案表和养护记录、台帐、检验报告书、查询函件、质量报表等。

十四、药库内保持整洁卫生，库内禁止吸烟，避免意外事故发生。

十五、工作人员须认真履行岗位职责，下班前检查门、窗、水、电，注意防火防盗。

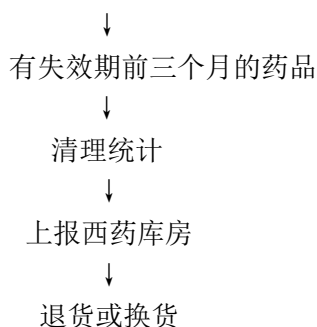
## 药品有效期管理相关制度与处理流程

一、药房、库房在进出药品时严格执行药品的效期管理制度，入库验收时药品的外包装及瓶签应用明显的生产日期、有效期、批号，对没有生产日期、有效期、批号的及失效期前半年的药品，收货人员应拒绝收货。（抢救、特殊药品除外）。

二、药品的存放，同种药品按有效期长短次序摆放，严格遵守药品的出库原则，做到“先进先出，易

变先出，近期先出”。

三、药品入库后做好养护记录、以后每季一循环抽查、发现问题及时上报及时解决。失效期前半年的，每月循环抽检质量，并进行公示，及时与临床沟通尽快将药品使用并与采购人员联系要求退货或换货。发现有失效期前半年的药品→公示并与临床沟通尽快解决



## 过期、失效药品处理制度

为加强药品的管理，保障医疗安全《药品管理法》等有关法律法规，制订本制度。

一、过期、失效药品：指超过有效期或者储存养护不当（破损、变质、因质量问题召回的药品等）不能使用的药品。

二、住院病区将过期、失效药品（含急救车、小药柜）连同一份清单（清单至少写明：药品名称、规格、数量）交回住院药房。

三、门急诊各科室将过期、失效药品（含急救车、小药柜）连同一份清单（清单要求同上），交回门诊药房或急诊药房。

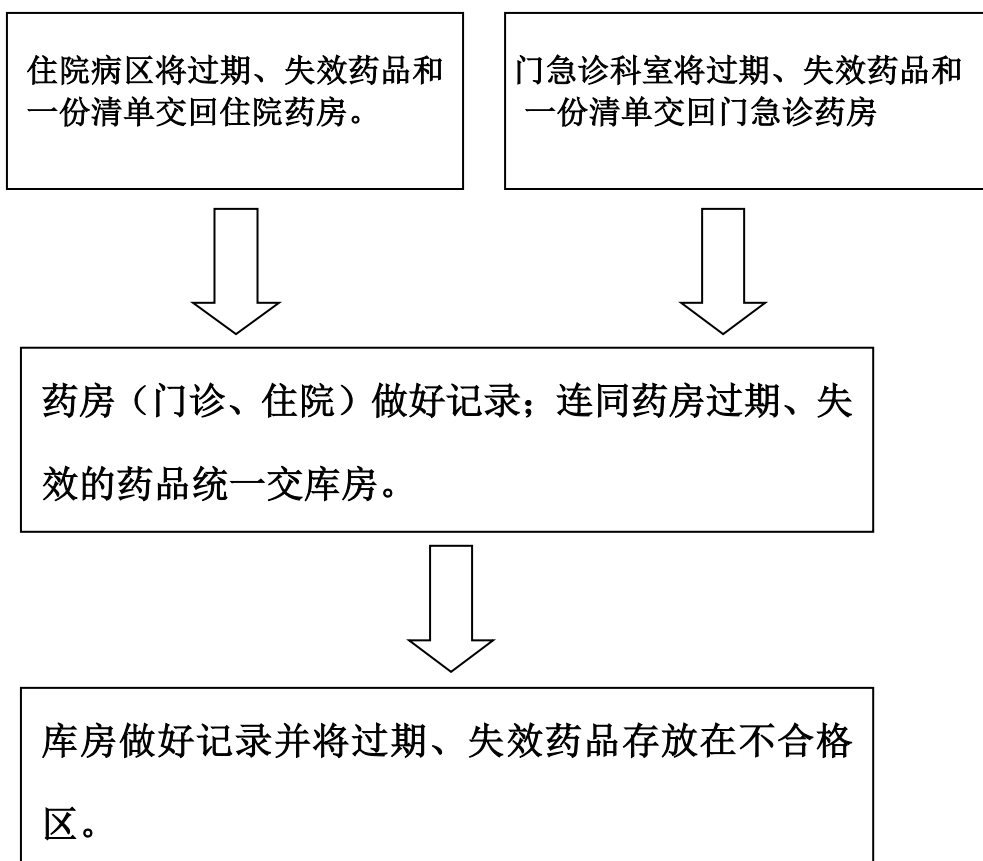
四、药房（门诊药房、住院药房）收回过期、失效的药品时作好记录，并统一交回库房。

五、库房将所有过期、失效药品（含各科室交回的过期、失效药品）放在不合格区内，并作好记录。

六、过期、失效药品作为医疗废物，交医疗垃圾暂存处统一处理。

### 附件 1

#### 过期、失效药品处理流程



## 附录 2

### 药库和药房过期、失效药品记录表

#### 药房：

药品名称	规格	单位	数量	生产厂家	交回部门	交回原因	交回时间	交回人	接受人	交库时间

填写说明：

1. 单位：填写药品的最小包装单位，如支、瓶、片等。
2. 交回部门：病区名称，如果是本药房的就填写本药房。
3. 交回原因：超过有效期，质量原因召回、破损、变质等。

#### 药库：

药品名称	规格	单位	数量	生产厂家	交回部门	交回原因	交回时间	交回人	接受人	处理时间

填写说明：

1. 单位：填写药品的最小包装单位，如支、瓶、片等。
2. 交回部门：病区名称，如果是本药房的就填写本药房。
3. 交回原因：超过有效期，质量原因召回、破损、变质等。
4. 处理时间：交医疗垃圾暂存处时间。

## 发药差错登记报告的制度与程序

为了记录工作中的差错、事故，总结经验，防止类似事件发生，依照《中华人民共和国药品管理法》及实施条例、《医疗机构药事管理规定》，特制订本制度。

一、药品发生差错、事故后，有关责任人应及时进行差错的事故的登记

二、药品使用差错的登记、报告内容包括以下几个方面：

(1) 差错发现及发生的时间、有关人员姓名；

(2) 差错情况、特征的概述；

(3) 事故与差错的责任分析及责任者，并按有关规定对责任人进行处理。

三、发现差错所在部门立即采取有效措施予以弥补和纠正，并立即上报科室主任，科室在当天报告医务科，并在一周内写出药品使用事故书面报告，送医务科。

四、差错发生后，所有相关人员不得弄虚作假、隐瞒、掩盖事实，如果发现，要追查当事人的责任，并按有关规定严肃处理。

五、医务人员在医疗活动中发生严重用药错误，或患者对其提出质疑时，无论医务人员有无过失，都必须耐心听取患者倾诉，不许推诿或逃避患者或家属投诉或询问，并在 12 小时内报告本科室负责人。

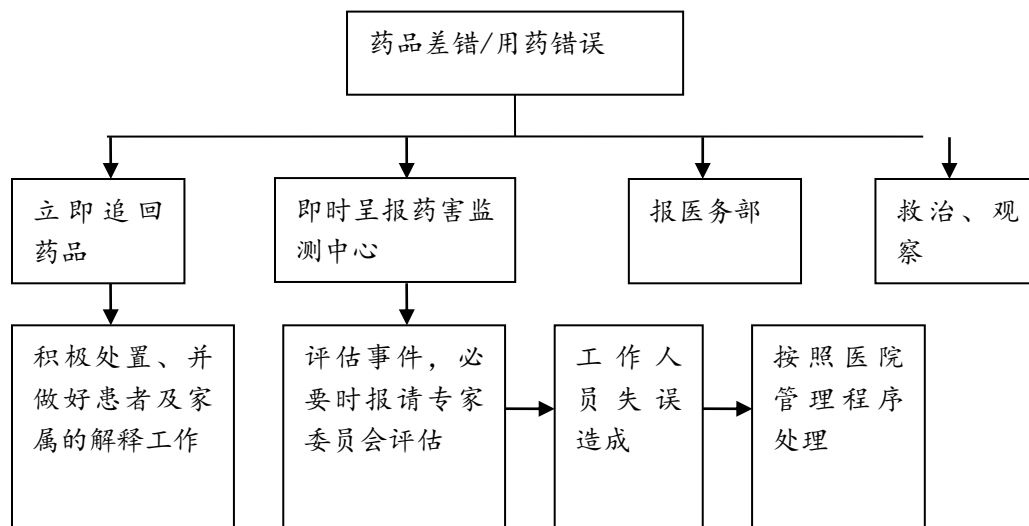
六、科室负责人书面报告内容应包括：(1)用药错误情况：对用药错误进行描述，损害严重程度，事件

发生顺序, 所涉及人员及工作环境。(2)问题调查: ①患者治疗经过, 是否已用药②最初的错误是由哪个医务人员所致③错误导致的结果(例如: 死亡、损害程度)④采用何种干预使患者未发生用药错误⑤错误发生于何时和如何被发现的⑥错误发生在什么场合⑦错误是否涉及其他工作人员⑧是否向患者提供了咨询(3)药品情况: 药品的通用名、商品名、剂型、批号、含量或浓度、制药公司、包装形式或大小。(4)患者情况: 年龄、性别、诊断等。

七、如发生药物损害, 报告我院药剂科(82202961)

八、接到科室负责人报告, 院医务部或质量管理科应视造成损害程度逐级上报。

附录: 流程



## 贵重药品管理制度

为了使药品管理能做到有章可循, 根据药剂科现有药品品种的数量及使用情况, 制定本规范:

### 一、定义

贵重药是在供应临床应用的所有药品中, 依据药品零售价筛选出来的需要采取特殊管理方法的药品。具体规定如下:

- ①针剂: 药品拆零价 $\geq$ 150元的药品。
- ②口服剂型: 整包装药品价格 $\geq$ 300元。
- ③其他: 对于临床上比较紧缺的药品如: 人血白蛋白、破伤风人免疫球蛋白等也按照贵重药品来管理。

### 二、管理

- ①药库药品信息员负责在药品主数据库上添加贵重药标记。
- ②各调剂室对符合上述条件的药品设专人进行管理, 保证每种药品的数量与帐卡数量相符, 来源去处清楚可查。
- ③贵重药专柜存放, 专帐登记, 专人管理。
- ④每日清点, 发现帐物不符时及时报告, 及时处理。
- ⑤调配处方时需登记帐卡, 并签字。
- ⑥定期检查有效期, 拆零的药品需要保留原包装, 以便于效期管理。

## 贵重药品目录

药品名	规格	药品名	规格
玻璃酸钠注射液	2.5ml:25mg	复方 $\alpha$ -酮酸片	0.63g
破伤风人免疫球蛋白	250iu	硫酸氯吡格雷片	75mg
脂肪乳氨基酸葡萄糖	1440ml	醋酸奥曲肽注射液	0.1mg:1ml
吗替麦考酚酯胶囊	0.25g	环孢素软胶囊	25mg

# 药品召回管理制度

一、目的：为保障患者用药安全，有质量缺陷的药品由药剂科、医务部和护理部有关责任人员以有效的方式通知患者或其家属更换药品或收回药品。

## 二、标准

1、药剂科负责召回药品的相关具体工作。

2、药品召回的范围

①、国家药品监督管理部门、药品生产厂商要求召回的药品。

②、本院在药品使用过程中发现的药品质量异常、群体不良反应事件等需召回的药品。

③、药品召回期限：自药品发出之日起或药品被宣布要求召回之日起，到药品包装上标明的使用有效期限终止的时间范围即为药品的召回期限。

④、药品召回程序：

接到上级主管部门药品召回通知后，迅速封存待召回药品，停止发放使用。

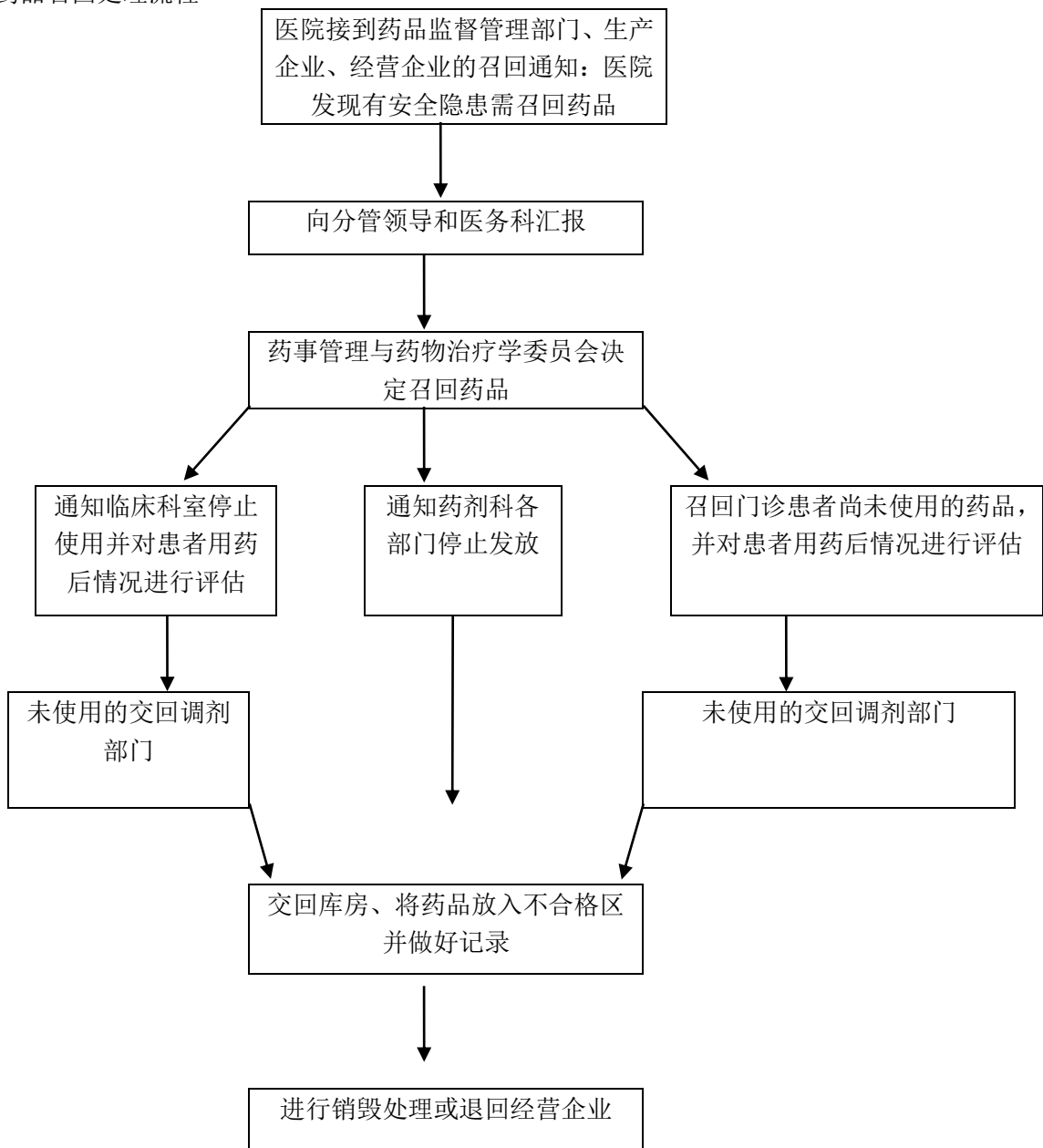
医院发现需召回药品，应立即停止使用，迅速召回。

⑤、召回药品的处理

召回的药品，由保存药品单位分品种封存打包，列出药品清单，注明药

品名称、生产商、规格、剂型、数量、采购日期、供货商名称、金额，退回药库。药库办理退药手续。

附件 1：药品召回处理流程



## 易混淆药品管理制度

一、易混淆药品包括包装相似、听似、看似药品、一品多规药品、多剂型药品等。

二、易混淆药品的陈列：

原则上易混淆药品应分开放置，避免同一排放置。

对于听似、看似、多规、多剂型的易混淆药品应放置不同的“警示标识”，且全院统一。

三、易混淆药品的使用：

护士在给患者使用易混淆药品时，亦应仔细核对药品名称、规格、剂型、产地等信息，确认无误后方可给患者使用。

## 处方医师/药师签名留样管理制度

一、根据《处方管理办法》规定，特制定本制度。

二、处方医师的签名式样和专用签章必须与在药剂科留样备查的式样相一致，不得任意改动，否则应重新登记留样备案。

三、药学专业技术人员签名式样应在药剂科留样备查。

四、医师或药师取得资格后，凭医务处通知，应亲自到药房签名留样。或亲自将专用签章式样留存于药剂科。并填写《医生处方权及签名留样登记册》，药师填写《药师签名留样登记册》。

五、医院计算机中心凭药剂签署的通知单，更新医生处方权信息及药师处方调配权信息。

六、药剂科取得医生/药师签名式样后，应扫描成图像文件，上传于“医院药学服务网”-“医务人员签名式样数据库”中，以提供药房或计价人员检索。

七、医生/药师签名式样发生改变或处方权限、处方调配权限发生变更的，应及时药药剂科更新登记册。处方签名必须与数据库中留样一致，否则视为无效签名

## 药剂科药品价格管理制度

一、为了加强药品价格管理，及时，有效，准确的依法调整药品价格，确保医患双方的利益，特制定本规定。

二、认真执行《中华人民共和国价格法》。

三、根据省医疗机构药品集中招标挂网药品采购暂行办法、《药品差比价规则（试行）》（国家发改委（2005）9号）、《药品差比价规则（试行）有关问题的通知》（发改价格（2005）605号）、省物价局相关规定及《XX省药品集中采购挂网药品动态管理办法》等文件的有关规定，对购进药品严格分类核实药品质量层次，依法执行相应药品价格。

四、对国家、省市相关物价部门集中统一调整的药品价格，药剂科应实时根据国家发改委、省物价局、省药品集中招标采购信息的通知，根据“就低不就高”的调价原则，及时调整药品价格。

五、对医院药物与治疗学委员会讨论通过的新药，不属于本省医疗机构药品集中招标挂网药品采购范围的，必须要求供应商提供该品种的《药品价格公示表》（加盖药品配送企业印章），严格执行公示表的价格。

六、药剂科认真组织学习，并按照相关法定调价依据，接到通知后对药剂科各药品储存部门的库存药品进行盘点，由药品库房统一更新药品价格，并将调价品种、数量制表汇总上报。

七、在门诊及住院病区设置电子触摸屏，建立药品价格自主查询平台，药房药物咨询窗口接受患者价格咨询及价格投诉，并开通价格投诉电话，接受社会监督。



## 价格公示制度

一、根据《中华人民共和国消费者权益保护法》的规定，医院有义务向患者提供医疗服务内容及医疗服务价格的查询，对医疗机构医疗服务价格，药品价格及可收费医用耗材价格进行公示。

二、医院采取多种形式进行公示。设立公示栏、公示牌、价目表或电子屏，电子触摸屏（费用查询机）等。

三、公示做到项目齐全、内容真实合法、标识醒目、字迹清晰、长期固定设置在收费场所或方便群众查阅又不易损坏的地方。

四、公示内容不能随意删减，实行动态管理，对变更的价格及收费项目和标准，根据上级文件精神及时变更。

## 价格投诉制度

为了严格执行有关医疗服务价格，规范医疗服务行为，接受病人监督，更好地为病人服务，制定本制度。

一、医疗价格的投诉处理程序和办法，实行“首问负责制”，全院各科室、各职能部门人员必须无条件接受病人对医疗价格提出的投诉。

二、如病人系书面投诉或电话投诉，首问科室或部门人员应将书面材料转交价格管理办公室，价格管理办公室对于病人投诉的问题要认真调查、核实；如病人投诉系当面投诉，各首问科室或部门人员应将病人带至价格管理办公室，当面交接。

三、价格管理办公室接到病人的投诉后（书面、电话或当面）首先要安抚病人，并根据投诉内容，按照我院《处理病人投诉管理办法》要求及时或在1—5天内给予答复。

四、对于病人的投诉问题要认真调查、核实，经查实如我院有关当事人确未违反有关医疗服务价格或药品价格政策，不存在乱收费等问题，要在最短时间内，向病人耐心说明、解释，取得病人的谅解；经查实确系我院有关当事人违反相关医疗价格政策，有多收费情况，一定要如实退回多收部分，并根据情况给予适当赔偿，对当事人按照有关规定进行处罚。

五、如病人对处理结果不满意时，建议按照我院《处理病人投诉流程》进行进一步处理，直至建议病人采取法律途径。

## 药剂科药品盘点制度

1、实行药品等实物管理的各部门，即：门诊中、西药房、西药库房、住院部西药房，每季度按规定时间（每月20日，遇节假日或双休日，可提前或顺延）盘点；中药房贵重饮片和特殊药品称重实盘，其他饮片每季度实盘，西药库房必须建立实物台账备查。

2、盘点人员认真核对药品批号效期并对其外观性状检查。如有近效期、破损者，须严格按照医院和科室相关制度执行。

3、为确保盘点数据的准确性，同时为尽量减少盘点对日常工作的影响，盘点应尽可能安排在正常工作时间以后；药品清点表一式三份，现场盘点后由参加盘库的科室药品质量与安全管理组成员、药品会计和部门负责人签字确认，分别各执一份。

4、盘点应按照盘点操作流程有序进行，从盘点处理开始至盘点完成期间不得进行任何微机操作。

5、每次盘点结束后，在规定的时间内及时根据帐面数字和实存数编制盘点表，并进行汇总，在盘点结束后5日内报科室药品质量与安全管理小组，报科主任批准后进行帐务处理。

6、发生盘点盈亏的情况，要查明盈亏的原因，进行积极整改，超出控制指标规定时，部门负责人须写出分析报告，并上报科室药品质量与安全管理小组。

- 7、各部门工作人员必须参加每次盘点，特殊情况须向部门负责人请假；药品质量安全管理小组和药品会计参加每次中、西药房和西药药库的药品盘点。
- 8、盘点期间发生微机异常现象，应及时与网络中心联系解决，必要时向科主任报告。

## 处方点评制度

### 一、组织管理

医院处方点评工作在医院药物与治疗学委员会和医疗质量管理委员会领导下，由医院医疗管理部门和药学部门共同组织实施。

1. 医院药学、临床医学、临床微生物学、医疗管理等多学科专家组成的处方点评专家组，为处方点评工作提供专业技术咨询。

处方点评专家组

组长：陈慎之

副组长：赵一红

成员：陈富涛、王国洪、袁小平、董彦、陈云长、王在春、方根修、康果、谢全贵、刘文学、张维平、栗开玉、陈锡丹、吴崇耀、沈艳、王在春、董彦、谢全贵、刘文学、万杰

2. 成立处方点评工作小组，负责处方点评具体工作

组长：赵一红

副组长：马红萍

成员：卓越、张永强、余波、李婕、郑昂、任加强、赵崇伟、陈霞、李睿、李晓君、杨凤霞、向莎、罗春梅、付培、胡萍静、张曦

### 二、工作机制和主要职责

处方点评管理是根据相关法规、技术规范，对处方书写的规范性及药物临床使用的适宜性（用药适应证、药物选择、给药途径、用法用量、药物相互作用、配伍禁忌等）进行评价，发现存在或潜在的问题，及时以书面形式向医疗质量管理委员会、药事管理与药物治疗学委员会及相关职能部门通报，制定并实施干预和改进措施，促进临床药物合理应用。

建立专项处方点评制度。由处方点评专家组根据医院药事管理和药物临床应用管理的现状和存在的问题，确定专项点评的范围和内容，对特定的药物或特定疾病的药物使用情况进行处方点评。处方点评坚持科学、公正、务实的原则，须有完整、准确的书面记录，对处方和医嘱通过信息技术进一步确认。

### 三、实施办法和持续改进措施

1. 处方和医嘱单抽取：医院药学部门应当会同医务处和门诊部，根据医院诊疗科目、科室设置、技术水平、诊疗量等实际情况，确定具体抽样方法和抽样率，其中门急诊处方每月点评处方 100 张；病房（区）医嘱单的每月点评出院病历绝对数 30 份。抗菌药物处方（医嘱）实施专项点评，重点对感染科、外科、呼吸科、重症医学科等临床科室以及 I 类切口手术病历进行点评。每月组织对 25% 的具有抗菌药物处方权的医师所开具的处方、医嘱进行点评，每名医师不少于 50 份处方，实际处方、医嘱低于 50 份的，应全部点评。

2. 处方点评：点评处方（医嘱）将分为合理处方和不合理处方。不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方（具体标准见附件 2）。

（1）处方点评工作小组按照《处方点评工作表》（见附件 3）对门急诊处方进行点评，以患者住院病历为依据，按照《病房（区）用药医嘱单点评表》对病房（区）用药医嘱单实施综合点评。

（2）处方、医嘱点评工作应坚持科学、公正、务实的原则，有完整、准确的书面记录。处方点评

工作小组在点评工作过程中发现不合理处方、医嘱，应当及时报告医疗质量管理部门，并每月形成点评结果报告，点评点评报医务处。

(3) 医务处、门诊部按各自职责对提交的点评结果进行审核，定期公布处方点评结果，通报不合理处方；根据处方点评结果，对医院在药事管理、处方管理和临床用药方面存在的问题，进行汇总和综合分析评价，对涉及到的个人及科室根据相关规定进行考核及惩罚。并提出质量改进建议，向医院药事管理与药物治疗学委员会和医疗质量管理委员会报告；发现可能造成患者损害的，应当及时采取措施，防止损害发生。

(4) 医院药事管理与药物治疗学委员会根据医疗质量管理部门提交的质量改进建议，研究制定有针对性的临床用药质量管理和药事管理改进措施，并责成相关部门和科室落实质量改进措施，提高合理用药水平，保证患者用药安全。

### 3. 考核与奖罚办法：

(1) 对处方点评结果将在医院进行通报，并实行奖惩制度。对点评中存在不合理用药的处方和病历视情况轻重处以 20 元/份、50 元/份、100 元/份、200 元/份的经济处罚，具体处罚金额由处方点评管理工作组讨论决定；对点评中未存在不合理用药的病历给予 200 元/份的奖励。

(2) 对开具不合理处方（医嘱）的个人和科室将以《处方管理办法》、卫生部卫医管发〔2010〕28 号《医院处方点评管理规范》为依据进行相关考核。

(3) 对出现超常处方 3 次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其处方权；限制处方权后，仍连续 2 次以上出现超常处方且无正当理由的，取消其处方权。

(4) 一个考核周期内 5 次以上开具不合理处方的医师，应当认定为医师定期考核不合格，离岗参加培训；对患者造成严重损害的，应当按照相关法律、法规、规章给予相应处罚。

(5) 抗菌药物处方（医嘱）点评结果根据相关处罚规定执行。

(6) 药师未按规定审核处方、调剂药品、进行用药交待或未对不合理处方进行有效干预的，医院应当采取教育培训、批评等措施；对患者造成严重损害的，应当依法给予相应处罚。

本规定自下发之日起执行。

## 抗菌药品购进管理制度

一. 为了保证购进药品的合法、合格，保证人民用药安全。根据《药品管理法》、《药品管理法实施条例》、《药品经营质量管理规范》、《抗菌药物临床应用管理办法（征求意见稿）》制定本制度。

二. 严格执行《抗菌药品购进管理制度》，未经审核批准不得购进。

三. 购进药品前，采购员必须向供货企业索取加盖该企业原印章的《药品经营许可证》、《营业执照》复印件，并与供货单位签订药品质量保证协议书，协议书须标明有效期。购进药品前，采购员必须对供货企业的销售人员进行资格审查，审查的内容包括：企业法人签署的业务员委托书原件、业务员身份证复印件，证件加盖供货企业原印章。

四. 购进抗菌药物的品种严格执行我院《抗菌药品目录》，采购人员不得自行增减。

五. 我院抗菌药物品种原则上不超过 35 种，同一通用名称注射剂型和口服剂型各不超过 2 种，处方组成类同的复方制剂 1-2 种；三代及四代头孢菌素（含复方制剂）类抗菌药物口服剂型不超过 5 个品规，注射剂型不超过 8 个品规，碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不超过 3 个品规，氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型和注射剂型各不超过 4 个品规，深部抗真菌类抗菌药物不超过 5 个品规。

六. 凡临床需要使用我院抗菌药物目录外的药品或新药时，必须由临床科室提出书面申请，启动临时采购程序。经药事管理与药物治疗学委员会审批后方可采购，采购员不得自行决定。

七. 临时采购程序：因特殊感染患者治疗需求，需使用本院采购目录以外抗菌药物的，由临床科室提出申请，说明申请购入抗菌药物名称、剂型、规格、数量、使用对象和使用理由，经医务处审批、

分管领导签字后，由药剂科临时一次性购入使用。同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序不得超过 5 次。如果超过 5 次，要讨论是否列入本院抗菌药物采购目录。调整后的采购目录抗菌药物总品种数不得增加。

八、购进药品应有合法票据，并按规定建立购进记录，做到票、帐、货相符。购进记录注明药品的品种、剂型、规格、有效期、生产企业、供货单位、购进数量、购进日期等内容。购进票据和记录应保存至超过药品有效期一年，但不得少于二年。

## 抗菌药物遴选和定期评估制度

为规范抗菌药物的遴选采购和临床的合理使用，特制定本制度：

一、医院抗菌药物应当由药剂科门统一采购供应，其他科室或者部门不得从事抗菌药物的采购、调剂活动，不得在临床使用非药剂科门采购供应的抗菌药物。

二、医院应当按照药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称购进抗菌药物，优先选用《国家处方集》、《国家基本药物目录》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的抗菌药物品种。

三、医院购进抗菌药物品种不得超过 35 种；同一通用名称抗菌药物品种，注射剂型和口服剂型各不得超过 2 种，处方组成类同的复方制剂 1—2 种。具有相似或相同药学特征的抗菌药物不得重复采购。

三代及四代头孢菌素（含复方制剂）类抗菌药物口服剂型不得超过 5 个品规，注射剂型不得超过 8 个品规；碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不得超过 3 个品规；氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型和注射剂型各不得超过 4 个品规；深部抗真菌类抗菌药物不得超过 5 个品规；具有相似或相同药学特征的药品不得重复采购。。

四、医院抗菌药物采购目录（包括采购抗菌药物的品种、剂型和规格）应向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门备案。

五、医院确因临床工作需要，需采购的抗菌药物品种、规格超过上述规定，应向设区的市级以上卫生行政部门提出申请，并详细说明理由。由设区的市级以上卫生行政部门核准其申请抗菌药物的品种、规格的数量和种类。

六、我院新引进抗菌药物品种，应当由临床科室提交申请报告，经药剂科门提出意见后，报抗菌药物管理工作组审议。抗菌药物管理工作组 2/3 以上成员审议同意后，提交药事管理与药物治疗学委员会审核，经药事管理与药物治疗学委员会 2/3 以上委员审核同意后方可列入采购供应目录。

对存在安全隐患、疗效不确定、耐药严重、性价比差或者违规促销使用等情况的抗菌药物品种，抗菌药物管理工作组和药事管理与药物治疗学委员会可以提出清退或者更换意见。清退或者更换获得抗菌药物管理组 1/2 以上成员同意后执行，并报药事管理与药物治疗学委员会备案。清退或者更换的抗菌药物品种原则上 6 个月内不得进入本院药物采购供应目录。

## 细菌动态监测与超常预警管理制度

为继续深入贯彻卫生部《抗菌药物临床应用指导原则》，进一步加强和规范抗菌药物临床应用管理，根据《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）等文件精神，结合医院工作实际，制定本制度。

1. 及时向临床科室全院的细菌耐药情况，做到每季度通报 1 次。该工作由药剂科、院感科和医学检验科共同参与完成。院感科和医学检验科负责提供相关的病原学检测数据，药剂科负责对数据进行分析、评价和总结。细菌耐药分析结果由院办向全院公布。

2. 针对主要目标细菌耐药率的不同，采取不同的预警及处理措施，以指导临床抗菌药物合理应用。

(1) 对主要目标细菌耐药率超过 30%的抗菌药物，应及时将预警信息通报本院医务人员。

(2) 对主要目标细菌耐药率超过 40%的抗菌药物，应提示临床医务人员慎重经验用药。

(3) 对主要目标细菌耐药率超过 50%的抗菌药物，应提示临床医务人员参照药敏试验结果选用。

(4) 对主要目标细菌耐药率超过 75%的抗菌药物，应暂停该类抗菌药物的临床应用，根据追踪细菌耐药监测结果，再决定是否恢复其临床应用。

3. 严格控制围手术期抗菌药物预防性应用的管理，特别是要重点加强 I 类切口手术预防用药的管理。

4. 治疗性应用抗菌药物需要有指征，应尽早查明感染病原，根据病原种类及细菌药物敏感试验结果选用抗菌药物。在开始抗菌治疗前，先留取相应标本，立即送细菌培养，以尽早明确病原菌和药敏结果。危重患者在未获知病原菌及药敏结果前，先给予抗菌药物经验治疗，获知细菌培养及药敏结果后，对疗效不佳的患者调整给药方案。

5. 严格执行抗菌药物分级管理制度，特别是加强“特殊使用”抗菌药物的使用和管理。特殊使用的抗菌药物需由药事管理与药物治疗学委员会认定、具有抗感染临床经验的感染或相关专业专家及临床药师共同会诊同意，并由具有临床科主任或主任医师资格的医生开具处方后方可使用。

6. 医院合理用药评价专家组每月对全院抗菌药物情况进行评价分析，并将各科室抗菌药物使用情况列入考核目标。各临床科室要严格控制抗菌药物占全部药品的合理比例，并实行奖惩制度，使用抗菌药物的“冒尖医生”将成重点监控对象。

7. 每个月对抗菌药物的用量按品种汇总排序，对零售金额排于前 10 位的药品跟踪其生产厂家、供货商并进行公示；连续 3 个月零售金额位居前 3 位的药品警示，并停药 2 个月处理；若短期内某品种用药量异常，且是非医保类品种，经药事管理与药物治疗学委员会调查该品种若存在不合理用药趋势，则进行限量使用处理。

8. 临床药理学室调查排前 3 位抗菌药物品种使用集中的临床科室，调查的不合理用药事件，均报药事管理与药物治疗学委员会。药事管理委员根据上述抗菌药物分析报告，定期讨论决定，对明显不合理的品种应给予暂时停止使用。

## 抗菌药物临床应用监督管理制度

一、医院抗菌药物管理工作组加强对医院抗菌药物临床应用情况的监督检查。

二、医院建立抗菌药物临床应用情况排名、公示和诫勉谈话制度。对各临床科室和医务人员抗菌药物使用量、使用率和使用强度等情况进行排名，对排名情况予以公示；对排名后位或者发现严重问题的部门负责人、医师进行诫勉谈话，情况严重的予以通报。

三、医院组织相关专业技术人员对抗菌药物处方、医嘱实施点评，并将点评结果作为临床科室和医务人员绩效考核依据。

四、我院应当对出现抗菌药物超常处方 3 次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其特殊使用级和限制使用级抗菌药物处方权；限制处方权后，仍连续出现 2 次以上超常处方且无正当理由的，取消其抗菌药物处方权。

五、医师出现下列情形之一的，我院应当取消其抗菌药物处方权：

- (一) 抗菌药物培训考核不合格的；
- (二) 未按照规定开具抗菌药物处方造成严重后果的；
- (三) 未按照规定使用抗菌药物造成严重后果的；
- (四) 开具抗菌药物处方牟取私利的。

六、药师连续 3 次以上未按照规定审核抗菌药物处方与医嘱，或者发现处方不适宜、超常处方未进行干预且无正当理由的，取消其抗菌药物调剂资格。

七、医师出现以下情形之一的，由市级以上卫生行政部门按照《执业医师法》第三十七条的规定给予警告或者责令暂定六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其执业证书；构成犯罪的，依

法追究刑事责任：

- (一) 未取得抗菌药物处方权或者被取消抗菌药物处方权后仍开具抗菌药物处方的；
- (二) 未按照本办法规定开具抗菌药物处方造成严重后果的；
- (三) 使用未经批准抗菌药物的；
- (四) 索取、收受药品生产、经营企业财物或者通过开具抗菌药物牟取不正当利益的；
- (五) 违反本办法其他规定的。

八 药师出现以下情形之一的，由市级以上卫生行政部门按照《药品管理法》有关规定，给予警告或者责令暂定六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，依法给予降级、撤职、开除处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

- (一) 违反《药品管理法》第二十六条、三十四条的规定，违法购入未经批准抗菌药物的；
- (二) 违反《药品管理法》第二十七条的规定，未调剂审核处方、医嘱，造成患者严重损害的；
- (三) 未按照本办法规定，私自增加抗菌药物品种和规格的；
- (四) 违反《药品管理法》第九十条的规定，在药品购销、临床应用中牟取不正当利益的；
- (五) 违反本办法其他规定的。

## 抗菌药物临时申购制度

1、按卫生部《全国抗菌药物联合整治工作方案》（卫医政发[2010]111）精神和《卫生部办公厅关于做好抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》（卫办医政发[2011]56号）要求，为满足临床特殊患者治疗需求，临床科室需要使用医院35种抗菌药物以外的品种，可以向医院药事管理与治疗学委员会抗菌药物管理工作组提出申请，并填写临时采购抗菌药物申请表。

2、临时采购抗菌药物申请表必须由临床科室学科主任谨慎提出，同时应填写细菌培养、药敏试验结果及其他申请理由。

3、按卫生部规定，同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序不得超过5次。如果超过5次，抗菌药物管理工作组应当进行调查，决定是否同意继续临时采购或者列入常规药品采购程序。

4、临床药师应详细了解患者病情，查阅患者治疗记录、细菌学资料、药敏试验结果，并谨慎提出会诊意见和建议。临床药师还需针对临床提出申请的抗菌药物与我院现有的同类品种进行比较，现有品种有同类可替代药品而申购理由不充分时，不得签署同意意见。同时对下一步抗感染治疗方案提出建议和药学监护意见，详细记录会诊情况，做好患者住院期间随访，对临时申购使用的抗菌药物临床疗效进行评价。适时将评价结果反馈给临床和医院药事管理与治疗学委员会抗菌药物管理工作组。

5、医院药事管理与治疗学委员会抗菌药物管理工作组收到申请单后，及时对申请单进行评价，经药剂科主任同意后上报分管院长审批，药剂科库房根据分管院长审批意见进行采购，并记录采购次数。

6、医院纪委和医院药事管理与治疗学委员会抗菌药物管理工作组对临床提出的抗菌药物临时申购单进行适时监控，若发现在申请过程中有违反纪律的行为，医院将按相关规定对学科主任和相关责任人做出处罚。

7、医院药事管理与治疗学委员会抗菌药物管理工作组办公室设在药剂科主任办公室。

8、申请流程：科室对患者病情进行讨论，提出初步申请意见→相关临床科室会诊同意→临床药师同意→药剂科同意→分管院长同意→院长同意→药品库房采购→通知病房取药。特殊紧急情况可直接由分管院长审批。

# 高危药品管理制度

高危药品是指药理作用显著且迅速、若使用不当或发生用药错误会对患者造成严重伤害/死亡的药品。为保障用药安全，提高工作质量，切实加强高危药品管理，特修订高危药品管理制度

一、根据药品化学性质和临床实际使用情况，制定我院高危药品目录，并定期修订。

二、高危药品实施全院统一的警示标志、统一字体（白底红字）和统一药品目录（见附表），在使用各环节中给予药师、护士、医师等相关人员警示提示。

高危药品统一警示标志：



三、高危药品的贮存与保管，需有专门的存放区域或专用药盒放置，并有警示标识。

四、高危药品应实行专人管理。各药房、药库以及各病区、诊室需指定专人负责高危药品的养护、清点等管理。

五、临床医师开具高危药品处方时，应认真核对药品名称、剂量及给药途径等，严格按照说明书用法用量执行，严禁超说明书用药。

六、高危药品调剂须凭医师开具的处方或医嘱单，经药师审核后予以调配，严格按照“四查十对”进行调剂。发药时向患者进行用药交待，保证患者安全用药。

七、高危药品静脉给药时应双人核对，给药过程中，应密切加强对患者的监护，注意高危药品的给药方式、输注时间、渗漏处理等环节，严格按要求控制，保障用药安全。

八、静脉用高危药品的配置，根据卫生部《静脉用药集中调质量管理规范》制定的管理规定、操作规程等进行调配或在有防护措施的条件下进行配置。

九、应高度重视并密切关注高危药品使用过程中可能出现的不良反应，加强安全性监测，一旦发生应立即对症处理，对其不良反应（事件）按照“可疑即报”的原则按要求程序上报，并在病历中有记录。

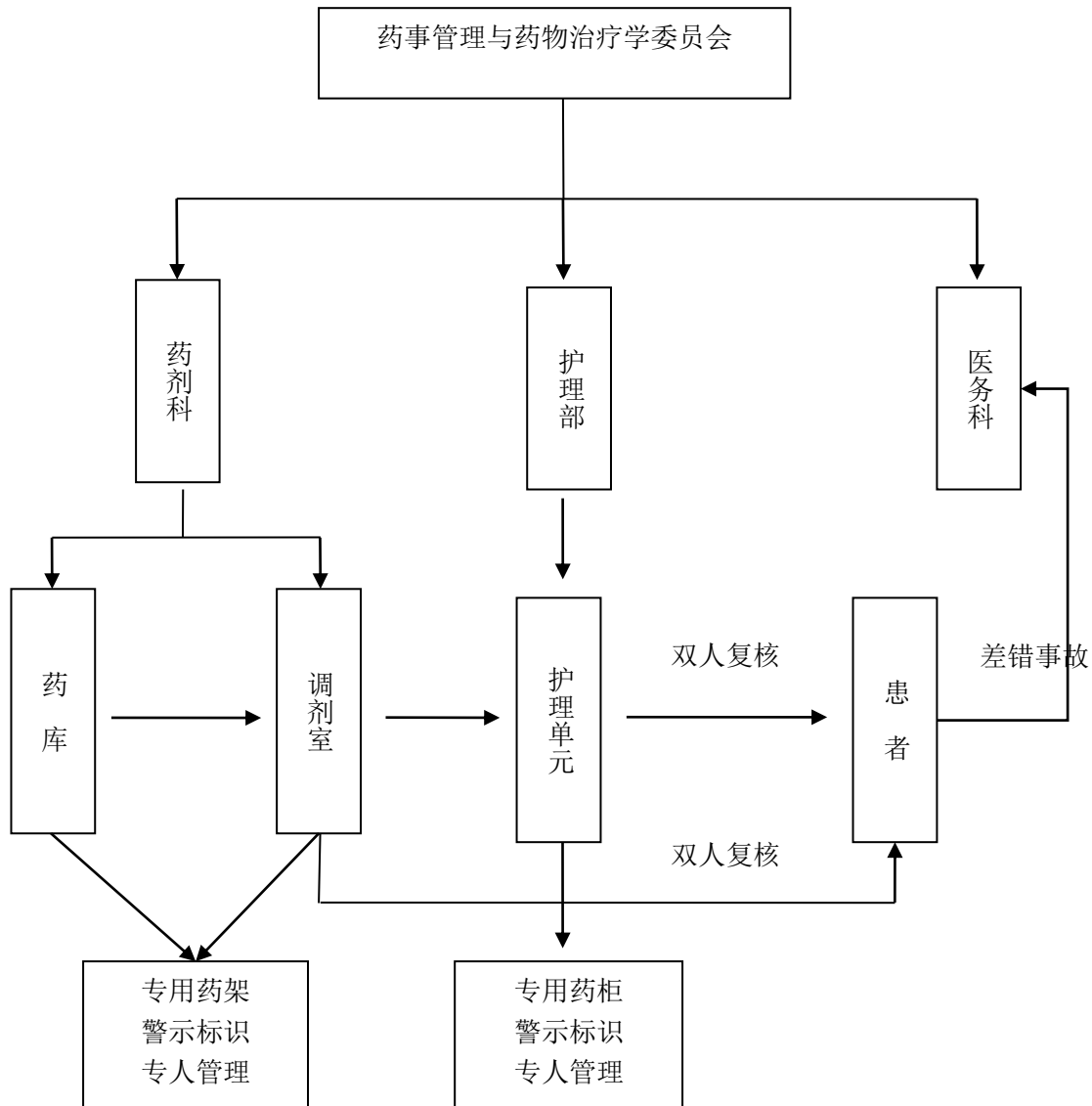
十、医务科、药剂科、护理部应每月对各工作室、诊室及护理单元的高危药品管理及使用情况进行督导检查，及时发现问题，分析、总结、反馈并对照问题督促落实整改。

附件 1：崇州市第二人民医院高危药品管理流程

附件 2：崇州市第二人民医院高危药品目录

## 附件 1

## 高危药品管理流程



### 附件 2

### 崇州市第二人民医院高危药品目录

药品名称	规格
门冬胰岛素注射液（诺和锐 笔芯）	3ml：300 单位/支 3ml：100 单位/支
精蛋白重组人胰岛素（甘舒霖 N 笔芯）	3ml：300 单位/支
精蛋白重组人胰岛素（甘舒霖 N）	10ml：400 单位/支
30/70 混合重组人胰岛素注射液（甘舒霖 30R 笔芯）	3ml：300 单位/支
30/70 混合重组人胰岛素注射液（甘舒霖 30R）	10ml：400 单位/支
精蛋白生物合成人胰岛素注射液（预混 50R） （诺和灵 50R 笔芯）	3ml：300 单位/支
精蛋白生物合成人胰岛素注射液（预混 30R）	3ml：300 单位/支



(诺和灵 30R 笔芯)	
精蛋白锌重组赖脯胰岛素混合注射液 (50R) (优泌乐 50)	3ml: 300 单位/支
精蛋白锌重组赖脯胰岛素混合注射液 (25R) (优泌乐 25)	3ml: 300 单位/支
甘精胰岛素注射液 (来得时预填充)	3ml: 300 单位/支
胰岛素注射液	10ml: 400 单位/支
精蛋白锌重组人胰岛素混合注射液 (优泌林 70/30)	3ml: 300 单位/支
重组人胰岛素注射液 (甘舒霖 R 笔芯)	3ml: 300 单位/支
精蛋白重组人胰岛素注射液 (优思灵 USLIN N 笔芯)	3ml: 300 单位/支
精蛋白重组人胰岛素混合注射液(50/50)(优思灵 USLIN 50R 笔芯)	3ml: 300 单位/支
重组人胰岛素注射液 (优思灵 USLIN R 笔芯)	3ml: 300 单位/支
精蛋白重组人胰岛素混合注射液(30/70)(优思灵 USLIN 30R 笔芯)	3ml: 300 单位/支
浓氯化钠注射液	10ml: 1g
葡萄糖酸钙注射液	10ml: 1g
硫酸镁注射液	10ml: 2.5g
氯化钾注射液	10ml: 1g
50%葡萄糖注射液	20ml: 10g
盐酸肾上腺素注射液	1ml: 1mg
重酒石酸去甲肾上腺素注射液	1ml: 2mg
盐酸异丙肾上腺素注射液	2ml: 1mg
盐酸多巴胺注射液	2ml: 20mg
重酒石酸间羟胺注射液	1ml: 10mg
氨茶碱注射液	10ml: 0.25g
盐酸利多卡因注射液	5ml: 0.1g
盐酸普罗帕酮注射液	10ml: 35mg
硫酸阿托品注射液	2ml: 1mg
盐酸胺碘酮注射液	3ml: 0.15g
注射用硝普钠	50mg/支
去乙酰毛花苷注射液	2ml: 0.4mg
注射用维库溴铵	4mg/支
氯化琥珀胆碱注射液	2ml: 0.1g
氟脲嘧啶注射液	10ml: 0.25g
注射用丝裂霉素	2mg/支
注射用甲氨蝶呤	5mg/支
羟喜树碱注射液	5ml: 5mg
复方泛影葡胺注射液	20ml: 12g
地高辛片	0.25mg/片
肝素钠注射液	2ml: 12500 单位
丙泊酚注射液	20ml: 200mg
吸入性七氟烷	120ml/瓶
灭菌注射用水	500ml

## 药品配送企业引进管理规定

为规范药品配送渠道，建立和完善医院药品配送体系，确保临床用药安全有效。根据《中华人民共和国药品管理法》、《中华人民共和国药品管理法实施条例》、《药品流通监督管理办法》等法律法规制定管理规定。

### 一、药品配送企业条件

承担本院药品配送业务的药品经营企业应具备下列条件。

(1) 已取得《药品经营许可证》、《企业法人营业执照》，并通过《药品经营质量管理规范》的药品批发企业所配送药品有特殊要求的，应具有与所配送品种相适应的相关资质。

(2) 注册资本不低于 500 万元人民币。

(3) 三年内无经营假药、劣药行为，有良好的诚信记录。

(4) 按照药品采购配送相关规定，具有相应的药品配送条件，所配送的药品能够在协议规定的时限内送达。

(5) 药品生产企业设立的药品配送企业，原则上只能向医院配送本企业生产的药品品种。

### 二、申报程序

凡具备上述条件的药品批发企业可向医院药物与治疗学委员会提出引进申请，并提交以下资料：药品配送企业申请报告《药品经营许可证》、《营业执照》和《药品经营质量管理规范证书》复印件（加盖企业公章）

### 三、资格认定

(1) 申请药品配送企业，由医院药物与治疗学委员会负责审批，必要时应由药物治疗学委员会组织对药品配送企业进行现场考察，合格后，正式确定该企业在规定范围内从事本院药品配送业务。

(2) 正式确认承担医院药品配送的企业，应填写《药品配送企业备案登记表》、《药品配送企业印章式样备案表》，并签定药品配送协议。

(3) 配送企业的一个配送周期为两年，期满前 60 日内重新审核确定。

(4) 在配送合同有效期内，配送企业因自身原因需要退出配送的，应提前 60 日书面通知医院药剂科。在原合同解除前，原配送企业应按合同规定履行配送义务。

## 药剂科药物性废物管理制度

为加强药剂科各种药物性废物的管理，根据国务院《医疗废物管理条例》及本院《医疗废物处理管理办法及流程》的规定，结合药剂科实际，特制定以下管理制度：

一、及时收集医院产生的药物性废物，并按照类别分别置于防渗漏、防锐器穿透的专用包装物或者密闭的容器内。

盛装有药物性废物的包装窗口应有明显的警示标识和警示说明。

二、具备存放药物性废物的暂时储存设施、设备；暂时储存的时间不得超过 2 天。暂时储存设施、设备应当定期消毒和清洁。

三、使用防治漏、防遗撒的专用运送工具，按照医院确定的内部药物性废物运送时间、路线，将医疗废物收集、运送至处理地点。运送工具使用后应单个在指定的地点及时消毒和清洁。运送医疗废物的专用车辆不得运送其他物品。

四、根据就近集中处置的原则，及时将医疗废物交由医疗废物集中处置。对环境无污染的药物性废物可按一般性废物处理，能够焚烧的，应当及时焚烧，不能焚烧的消毒后集中处理。

五、对报损药品，药剂科按规定定期进行销毁，并如实填写销毁记录。销毁时监销人员必须在场，销

毁记录应有销毁人，监销人，科室负责人签字。

六、医院回收旧玻璃瓶，必须按医院相关规定进行。医院回收旧玻璃瓶，集中存放，集中破碎后交由指定单位进行收购处理。  
施。

## 麻醉药品、精神药品管理制度

为了加强我院的麻醉药品及精神药品的管理和使用，保证麻醉药品和精神药品的合法、安全、合理使用，防止流入非法渠道，根据《中华人民共和国药品管理法》和《麻醉药品、精神药品管理条例》的相关规定和要求，修订麻醉药品、精神药品管理制度，本制度适用于医院麻醉、精神药品采购、储存、使用管理全过程。

1、医务部、药剂科、护理部、保卫科负责本实施制度相关条款的监督、检查工作。

2、设立麻醉、精神药品管理小组，负责院内麻醉、精神药品的管理；建立麻醉、精神药品使用专项检查制度，定期组织开展检查，做好检查记录，及时纠正存在的问题和隐患。并将检查结果列入年度责任目标考核。

3、建立并严格执行麻醉、精神药品的采购、验收、储存、保管、发放、调配、使用、报残损、销毁、丢失及被盗案件报告、值班巡查等制度，制定各岗位人员职责。

4、定期对我院执业医师进行有关麻醉药品和精神药品使用知识的培训、考核，经考核合格的，授予麻醉药品和第一类精神药品处方资格。对涉及麻醉、精神药品工作的管理、药学、护理人员进行有关法律、法规、专业知识、职业道德的教育和培训。

5、根据医疗需要由药剂科编制麻醉药品注射剂年度采购计划报卫生部门批准后到指定医药公司购买，其他剂型采取报备管理，购时登记。采购人员按用药情况采购，保持合理库存。所购买药品由医药公司直接送至医院，不得自行提货，付款应当采取银行转帐方式。

6、麻醉、精神药品入库验收必须货到即验，至少双人开箱验收，清点验收到最小包装，验收记录双人签字。入库验收应采用专簿记录，内容包括：日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、供货单位、质量情况、验收结论、验收和保管人员签字。

7、在验收中发现缺少、破损的麻醉、精神药品应双人清点登记，报医院主管领导批准，并加盖公章后向供货单位查询、处理。

8、储存麻醉、精神药品实行专人负责、专库（柜）加锁。对进出专库（柜）的麻醉、精神药品建立专用帐卡，进出逐笔记录，记录内容包括：日期、领用部门、领药单号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位做到帐、物、批号相符。专用帐卡应保存至药品有效期期满之日起不少于五年。发药人、复核人和领用人应在领药单上签字，领用单据保存三年。（**麻醉药品和一类精神药品应做到专人负责、专柜加锁、专用帐册、专用处方、专册登记，并做好记录。**）

9、过期、损坏的麻醉药品和精神药品应当登记造册。销毁时应当向卫生行政部门提出书面申请，并在卫生行政部门和医院保卫部门的监督下进行，销毁情况应登记。

临床科室破损及过期的麻醉、精神药品应交回药剂科统一销毁，并有记录。

10、根据临床需要在门诊、住院药房设置麻醉、精神药品周转柜，库存不得超过周使用数量。周转柜应有交接班清点记录，各药房每天核对处方数量与日消耗数量必须一致，使用 HIS 系统的还应与 HIS 系统统计的日消耗量一致。处方单独存放，按月汇总。麻醉药品处方至少保存 3 年，精神药品处方至少保存 2 年。

11、临床科室可根据实际需要申请固定的基数品种和数量，经医务部批准后到药剂科领取，建立管理制度及专用登记本，专人保管，交接班有记录。临床使用基数药应遵循先批次先使用的原则，防

止药品过期。

12、开具麻醉药品应遵循《崇州市第二人民医院处方管理实施细则》的有关规定。

13、住院病人及持《麻醉药品专用卡》的门诊病人，麻醉药品注射剂处方一次不超过三日用量，麻醉药品控（缓）释制剂处方一次不超过十五日用量，其它剂型的麻醉药品处方一次不超过七日用量；第一类精神药品注射剂处方一次不超过七日用量，其它剂型的第一类精神药品处方一次不超过十五日用量。

因病情需要必须使用麻醉药品短期镇痛、止咳或作检查的门诊患者，门诊每张处方注射剂不得超过单次常用量，只限患者就诊时使用，患者凭处方到急诊注射室或检查室注射，严禁将注射剂交与此类患者。片剂、酞剂、糖浆剂不得超过三日常用量，连续使用不得超过七天。

14、药师调配麻醉、精神药品时，应遵循《崇州市第二人民医院处方管理实施细则（试行）》的有关规定，并按有关规定进行登记。

15、麻醉药品专用处方应当专册登记。专册登记内容包括：姓名、性别、年龄、身份证号、病历号、临床诊断、药品名称、规格、数量、处方医师、处方编号、处方日期、发药人、复核人。

专用帐册的保存应当在药品有效期满后不少于2年。

16、中、重度慢性疼痛患者可以按规定申请办理《麻醉药品专用卡》。患者可委托其亲属或监护人持卡及本人身份证开方取药。

17、严重慢性非癌痛治疗若需使用麻醉药品应遵守《强阿片类药物治疗慢性非癌痛使用指南》中的各项规定开具药品。

18、麻醉、精神药品库存必须配备保险柜，门、窗有防盗设施，安装报警装置。门诊急诊药房、住院药房设麻醉、精神药品周转柜，均应配备保险柜。病区、手术室存放麻醉、精神药品均应配备必要的防盗设施。

19、对麻醉、精神药品的购入、储存、发放、调配、使用实行批号管理和追踪。必要时应能及时查找或追回。

20、麻醉药品空白专用处方的管理由医务部负责，应统一编号，计数管理，建立完善的保管、领取、使用、退回、销毁管理制度。

21、患者使用麻醉、第一类精神药品注射剂或贴剂的，再次调配时药房须将原批号的空安瓿或用过的贴剂收回，并记录收回的空安瓿或废贴数量。

22、急诊、各临床科室、手术室使用麻醉、第一类精神药品注射剂后需将空安瓿收集后交回原领药药房，药房应核对批号和数量，并作记录。

23、药房收回的麻醉、第一类精神药品注射剂空安瓿、废贴应由专人负责计数、监督销毁，并作记录。

24、门诊药房不得为患者办理麻醉、精神药品退药。患者不再使用的麻醉、精神药品，药剂科无偿收回并按规定销毁。

25、各临床科室使用的麻醉、第一类精神药品注射剂必须由本科工作人员到药房领取。

26、发现如下情况之一，应当立即报告院保卫科，由保卫科报告所在地公安部门、药品监督管理部门和卫生主管部门：

（1）麻醉、精神药品在运输、储存、保管过程中发生丢失或被盜、被抢的；

（2）发现骗取或冒领麻醉、精神药品的。

27、麻醉药品是指列入麻醉药品目录的物质和其他物质。精神药品是指列入精神药品目录的物质和其他物质。精神药品分为第一类精神药品和二类精神药品。

28、对违反本规定的行为，医院有义务通报药品监督管理部门和卫生主管部门，按照有关法律、

法规依法查处，构成犯罪的，移交司法机关追究刑事责任。

本制度的实施情况将纳入院对科责任目标考核。本制度由药剂科负责解释，从发布之日起执行。

附件：调整麻醉药品、精神药品管理领导小组名单

#### 调整麻醉药品、精神药品管理领导小组名单

组 长：朱志忠（院长）

副组长：赵一红（院长助理、医务科副科长）

成 员：陈慎之（业务副院长）

马红萍（药剂科副科长）

陈锡丹（护理部主任）

陈 斌（保卫科长）

吴崇耀（麻醉师）

向 莎（药剂师）

张 曦（药剂师）

### 麻醉、第一类精神药品三级管理制度

一、目的：为了加强和规范我院麻醉药品、第一类精神药品使用管理，保证临床合理需求，严防麻醉药品、第一类精神药品流入非法渠道。

二、做到“药库、药房、临床科室”三级管理。建立由分管负责人，医疗管理、药学、护理、保卫等部门参加的麻醉、精神药品管理机构，指定专职人员负责麻醉药品、第一类精神药品日常管理工作。

三、麻醉药品、第一类精神药品管理列入本单位年度目标责任制考核，建立麻醉药品、第一类精神药品使用专项检查制度，并定期组织检查，做好检查记录，及时纠正存在的问题和隐患。

四、根据本院医疗需要，按照有关规定购进麻醉药品、第一类精神药品，保持合理库存，购买药品付款应当采取银行转账方式。

五、药库在验收麻醉药品、第一类精神药品入库时必须做到货到即验，双人开箱验收，清点至最小包装，验收记录双人签字。并采用专簿记录，内容包括：日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、供货单位、质量情况、验收结论、验收和保管人员签字。

六、在验收中发现缺少、缺损的麻醉药品、第一类精神药品应当双人清点登记，报医院负责人批准并加盖公章后向供货单位查询、处理。

七、储存麻醉药品、第一类精神药品实行专人负责、专库（柜）加锁。对进出专库（柜）的麻醉药品、第一类精神药品建立专用账册，进出逐笔记录，内容包括：日期、凭证号、领用部门、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、发药人、复核人和领用签字，做到账、物、批号相符。

八、药房设置的麻醉药品、第一类精神药品周转库及窗口基数应保持合理库存，做到帐物相符。

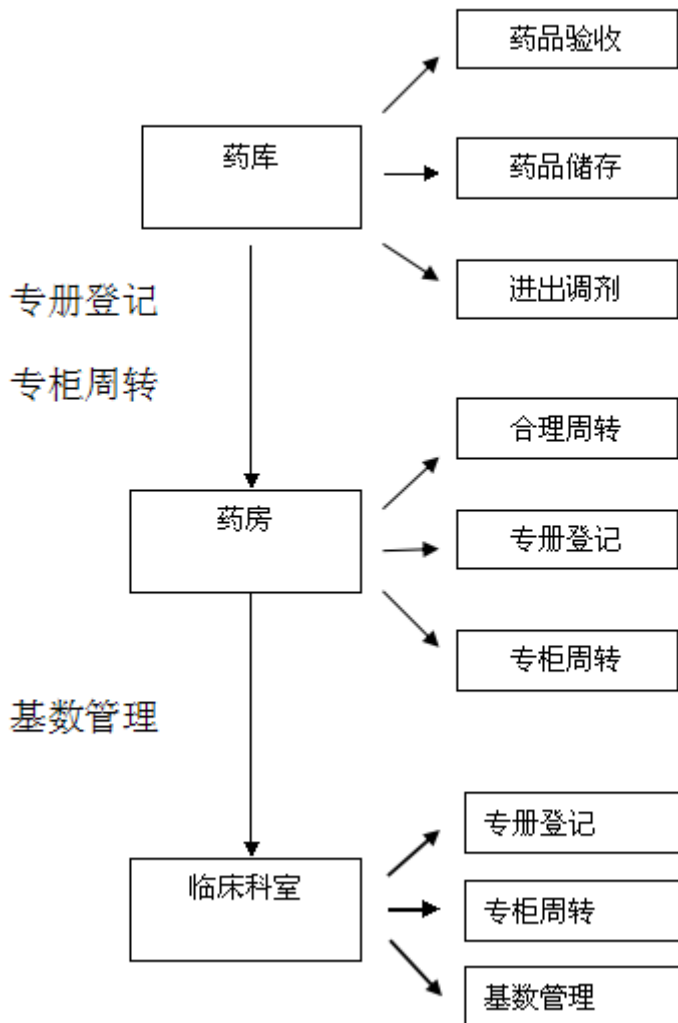
九、药房对麻醉药品、第一类精神药品处方应进行专册登记，专用帐册的保存应当在药品有效期满后不少于2年。

十、药房设置的麻醉药品、第一类精神药品周转库（柜），手术室及病区设置的基数的应当配备保险柜，有必要的防盗设施

十一、对麻醉药品、第一类精神药品的购入、储存、发放、调配、使用等全过程实行批号管理和追踪。

十二、临床科室及手术室麻醉、第一类精神药品管理参照本院《麻醉、第一类精神药品管理制度》。

## 麻醉、第一类精神药品三级管理流程



## 麻醉药品、第一类精神药品五专管理制度

一、目的：为了加强和规范我院麻醉药品、第一类精神药品使用管理，保证临床合理需求，严防麻醉药品、第一类精神药品流入非法渠道

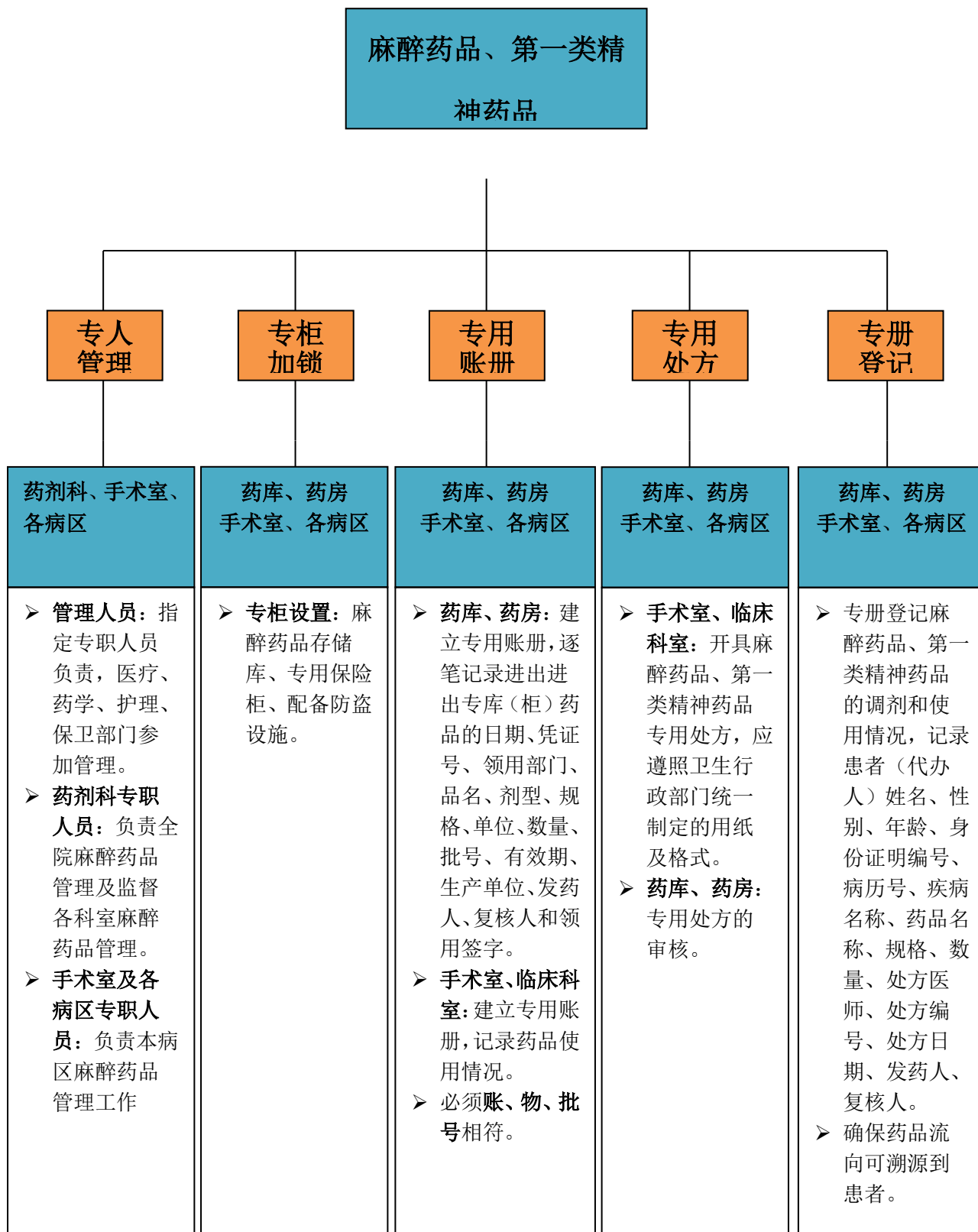
### 二、标准：

- 1、“五专”管理指：专人管理、专柜加锁、专用账册、专用处方、专册登记。
- 2、建立由分管负责人负责，医疗管理、药学、护理、保卫等部门参加的麻醉、精神药品管理机构，指定专职人员负责麻醉药品、第一类精神药品日常管理工作。
- 3、药剂科、手术室及病区应制定专人负责管理麻醉药品；药剂科专职人员负责全院麻醉药品管理及监督各科室麻醉药品管理，手术室及病区专职人员负责本病区麻醉药品管理工作。
- 4、药库、药房、手术室及病区设置的麻醉药品存储库应配备保险柜，有相应的防盗设施，做到麻醉药品、第一类精神药品专柜存放。
- 5、药库、药房在对进出专库（柜）的麻醉药品、第一类精神药品建立专用账册，进出逐笔记录，内容包括：日期、凭证号、领用部门、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、发药人、复核人和领用签字，做到账、物、批号相符。
- 6、手术室及各临床科室使用本科室存储的麻醉药品基数时，应建立专用账册和专册登记，做到账、物、批号相符。确保药品流向可溯源到患者。

7、在开具麻醉药品、第一类精神药品处方时，应使用专用处方，其处方用纸及格式遵照卫生行政部门统一制定的用纸及格式

8、在调剂和使用麻醉药品、第一类精神药品时，应使用专册登记。

**附件：麻醉、第一类精神药品五专管理流**



## 麻醉、第一类精神药品购用《印鉴卡》管理制度

- 一、《印鉴卡》由医疗机构或药学部门指定专人保管。
- 二、药品采购人员须经过批准，凭《印鉴卡》向市的定点批发企业购买麻醉药品和第一类精神药品
- 三、《印鉴卡》有效期为三年。《印鉴卡》有效期满前三个月，应当成都市卫生局重新提出申请。
- 四、当《印鉴卡》中医疗机构名称、地址、医疗机构负责人、医疗管理部门负责人、药学部门负责人、采购人员等项目发生变更时，医疗机构应当在变更发生之日起3日内到成都市卫生局办理变更手续。

## 麻醉药品、第一类精神药品采购制度

- (1) 麻醉药品、第一类精神药品采购工作由药学专业技术人员负责。采购人员工作责任心强，业务熟悉，掌握国家有关法律法規并经过培训、考核合格，人员保持相对稳定。
- (2) 根据本单位医疗需要，按照有关规定购进麻醉药品、第一类精神药品，保持合理库存。
- (3) 根据本机构麻醉药品、第一类精神药品使用情况定期制订采购计划，经科室负责人审核报麻醉药品、精神药品管理小组批准后，凭《麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡》，到具备麻醉药品、第一类精神药品批发资质的定点批发企业购进。
- (4) 麻醉药品、第一类精神药品购进付款应采取银行转账方式。
- (5) 麻醉药品、第一类精神药品由药品供应单位派专人负责押运送到医疗机构药品仓库，医疗机构不得自行提货。
- (6) 有关麻醉药品、第一类精神药品的药品购进计划、供货商业单位资质证明等文件应分类归档保存。
- (7) 抢救病人急需麻醉药品、第一类精神药品库存不足时，经科室负责人批准后，采购人员可以从其他医疗机构或者定点批发企业紧急借用，抢救工作结束后，应当及时将借用情况报所在地设区的市级药品监督管理部门和卫生主管部门备案。

## 麻醉药品、第一类精神药品验收制度

- (1) 药品库房负责验收麻醉药品、第一类精神药品工作的药学专业技术人员应当工作责任心强，业务熟悉，掌握国家有关法律法規并经过培训、考核合格，人员保持相对稳定。
- (2) 麻醉药品、第一类精神药品入库验收必须双人验收，货到即验，清点验收到最小包装，验收记录双人签字。入库验收后立即存于保险柜，入库账目当日完成。
- (3) 麻醉药品、第一类精神药品入库验收应有真实完整的购进验收记录，采用专用账册。登记内容包括药品的通用名称、剂型、规格、批准文号、生产批号、有效期、生产厂商、供货单位、供货数量、单位、购进价格、供货日期、凭证号、质量情况、验收结论、验收人员和保管人员签字。专用账册的保存期限应当在药品有效期期满之日起不少于5年。

## 麻醉药品、精神药品储存制度

- (1) 负责麻醉药品、第一类精神药品储存工作的药学专业技术人员应当工作责任心强，业务熟悉，掌握国家有关法律法規并经过培训、考核合格，人员保持相对稳定。
- (2) 由专人负责，储存于保险柜中双人双锁储存管理麻醉药品、第一类精神药品，分类摆放并有明显标志。
- (3) 储存麻醉药品、第一类精神药品的专库应有防火、防鼠、防潮设施，有避光、通风、监测湿度的设备以及符合用电要求的照明设施。
- (4) 储存麻醉药品、第一类精神药品的地方应设有防盗门、窗等防盗装置和监控报警装置，每月检查一次并有检查记录。



(5) 第二类精神药品应设专柜储存，并建立专用账册，实行专人管理。专用账册的保存有效期应当自药品有效期期满之日起不少于5年。

(6) 门诊、病房等药品调剂室储存麻醉药品、第一类精神药品的，应当专人负责，配备保险柜双人双锁管理，并配备必要的防盗设施。设周转柜（橱）的，应当加锁保管，每天交接班并有记录。

(7) 临床科室按一定基数储存的麻醉药品、第一类精神药品应专柜储存，药品数量为本科室一日常用量，双人双锁保管，专册登记，交接班应有记录。

## 麻醉药品、第一类精神药品保管制度

(1) 药库、调剂室负责保管麻醉药品、第一类精神药品工作的药学专业技术人员应当工作责任心强，业务熟悉，掌握国家有关法律法规并经过培训、考核合格。

(2) 保管麻醉药品、第一类精神药品药学专业技术人员应当按照麻醉药品、第一类精神药品的质量管理要求保管，采取必要的防潮、防鼠等措施，保证药品质量。

## 麻醉药品、第一类精神药品发放制度

(1) 药库负责发放麻醉药品、第一类精神药品工作的药学专业技术人员应当工作责任心强，业务熟悉，掌握国家有关法律法规并经过培训、考核合格。

(2) 麻醉药品、第一类精神药品需领取部门单独提交麻醉药品、第一类精神药品申领单，双人复核签字。

(3) 对进出专库（柜）的麻醉药品、第一类精神药品建立专用账册，进出逐笔记录，内容包括药品通用名称、剂型、规格、批号、有效期、凭证号、日期、领用部门、发药人、复核人和领用人签字，做到帐、物、批号相符。专用帐册的保存期应当自药品有效期期满之日起不少于5年。

(4) 临床科室由专人到药品仓库领取科室存放的基数麻醉、第一类精神药品，应当面验收点清，在有关账簿上签字。

(5) 紧急情况下经有关领导批准，可以将麻醉药品、第一类精神药品借给其他医疗单位抢救病人，一周内作好帐物处理手续并将借用的情况向所在地设区的市级药品监督管理部门和卫生主管部门备案。

(6) 麻醉药品、第一类精神药品出库运输必须有相应的安全措施。

(7) 麻醉药品、第一类精神药品发放应按照“先产先出”、“近效期先出”和按批号发放的原则

## 麻醉药品和精神药品使用管理制度

(1) 执业医师应当掌握国家有关麻醉药品和精神药品管理的法律法规并经培训、考核合格取得麻醉药品和精神药品处方权后，方可在本机构开具麻醉药品和精神药品处方。处治疗需要，不得为他人开具麻醉药品、精神药品处方或为自己开具该类药品处方。

(2) 取得麻醉药品和精神药品处方权的医师应当按照卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则，开具麻醉药品和精神药品处方。

(3) 门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的，首诊医师应当亲自诊查患者，建立相应的病历，要求其签署《知情同意书》。开具麻醉药品、第一类精神药品处方时，应当同时在病历中记录。病历中应当留存下列材料复印件：

- (一) 二级以上医院开具的诊断证明；
- (二) 患者户籍簿、身份证或者其他相关有效的身份证明文件；
- (三) 为患者代办人员身份证明文件。

(4) 除长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门(急)诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外,麻醉药品注射剂仅限于医疗机构内使用。

(5) 为门(急)诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂,每张处方不得超过3日常用量;控缓释制剂,每张处方不得超过15日常用量;其他剂型,每张处方不得超过7日常用量。

(6) 为门(急)诊患者开具的麻醉药品注射剂,每张处方为一次常用量;控缓释制剂,每张处方不得超过7日常用量;其他剂型,每张处方不得超过3日常用量。

(7) 为门(急)诊患者开具的第一类精神药品注射剂,每张处方为一次常用量;控缓释制剂,每张处方不得超过7日常用量;其他剂型,每张处方不得超过3日常用量。;哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时,每张处方不得超过15日常用量。

(8) 第二类精神药品一般每张处方不得超过7日常用量;对于慢性病或某些特殊情况的患者,处方用量可以适当延长,医师应当注明理由。

(9) 为住院患者开具的麻醉药品和第一类精神药品处方应当逐日开具,每张处方为1日常用量。

(10) 对长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门(急)诊癌症患者和中、重度慢性疼痛患者,每3个月复诊或随诊一次。

## 麻醉药品、第一类精神药品安全管理制度

(1) 麻醉药品、精神药品库必须配备保险柜,门、窗有防盗设施,并安装报警装置。

(2) 对麻醉药品、第一类精神药品的购入、储存、发放调配、使用实行批号管理和追踪,必要时可以及时查找或者追回。

(3) 对麻醉药品、第一类精神药品的空白专用处方的管理,防止被盗和丢失。

(4) 麻醉药品、第一类精神药品储存各环节应指定专人负责,明确责任。

(5) 门诊、住院药房设麻醉药品、第一类精神药品周转库(柜)的,应当配备保险柜,并配备必要的防盗设施。每日专人负责保管、发放,交接班应有记录。

(6) 手术室存放基数麻醉药品、第一类精神药品,应存放于双人双锁的保险柜中,并配备必要的防盗设施。每日专人负责保管、发放、交接班应有记录。

(7) 对麻醉药品、第一类精神药品注射剂空安瓿、及患者剩余不用的麻醉药品、第一类精神药品进行回收,定期销毁并作记录。

## 麻醉药品、第一类精神药品失效、报损和销毁制度

(1) 对存放在本单位的过期、失效麻醉药品、第一类精神药品,均应登记造册,报经本机构麻醉药品、精神药品管理领导小组批准后,向当地卫生主管部门提出申请,由卫生主管部门负责监督销毁并做记录。

(2) 对在储存、保管、调剂、使用过程中造成麻醉药品、第一类精神药品残损的,应填写破损记录单,书面写出造成残损的过程、原因,报麻醉药品、精神药品管理委员会批准后,向当地卫生主管部门提出申请,由卫生主管部门负责监督销毁并做记录。

(3) 用过的麻醉药品、第一类精神药品空安瓿应报麻醉药品、精神药品管理领导小组批准后定期销毁并作记录。

(4) 麻醉药品、第一类精神药品处方、专册登记、消耗记录、专用帐册等须每年整理装订成册,单独存放,专人保管,保存期满后报麻醉药品、精神药品管理领导小组批准,定期监督消耗并作记录。记录内容包括销毁类别、记录时段、销毁日期、消耗方式、批准人、监督人、销毁人。

## 麻醉药品和精神药品处方管理制度

(1) 麻醉药品、精神药品处方应使用专用标准处方，麻醉药品、第一类精神药品处方印刷用纸为淡红色，右上角标注“麻、精一”，由取得麻醉药品、第一类精神药品处方权的医师按规定开具；第二类精神药品处方印刷为白色，右上角标注“精二”，由执业医师根据相关规定开具。

(2) 医师开具麻醉药品、第一类精神药品处方应当字迹清楚，不得涂改。

(3) 患者的一般情况、临床诊断要填写清楚、完整，与病历记载相一致；还应当包括患者身份证明编号及代办人姓名、身份证明编号。

(4) 药品名称应当使用药品通用名称，剂量、规格、用法、用量、要准确规范。

(5) 麻醉药品、第一类精神药品处方医师的签名式样和专用签章应当与院内药学部门留样备查的式样相一致，不得任意改动，否则应当重新登记留样备案。

(6) 对麻醉药品和第一类精神药品处方，应按年月日逐日编制顺序号，逐方登记。麻醉药品、第一类精神药品处方单独存放，按月汇总，处方保持期限为3年。第二类精神药品处方单独存放，保存期限为2年。处方保存期满后，经麻醉药品、精神药品管理领导小组批准，登记备案，方可销毁。

## 麻醉药品、第一类精神药品使用专项检查制度

(1) 麻醉药品、精神药品管理领导小组每月对本机构的麻醉药品、第一类精神药品使用管理及安全存储等情况组织专项检查并作好检查记录，及时纠正存在的问题和隐患。

(2) 专项检查的内容：

- 1) 麻醉药品、第一类精神药品的采购、出入库、保管、养护情况；
- 2) 麻醉药品、第一类精神药品相关医疗文书的书写备案情况及处方的开具、使用、调剂、保存、登记情况；
- 3) 麻醉药品、第一类精神药品价格及调整情况；
- 4) 麻醉药品、第一类精神药品的回收、报废、空包装的登记处理情况；
- 5) 临床各科室基数药品的使用管理情况；
- 6) 使用麻醉药品、第一类精神药品患者随诊、复诊情况；
- 7) 麻醉药品、第一类精神药品安全储存情况；
- 8) 麻醉药品、第一类精神药品相关法律、法规培训考核情况及管理制度的落实情况。

(3) 对检查过程中发现的问题要如实记录并提出书面整改意见，限期整改。

## 麻醉药品、第一类精神药品使用人员培训、考核制度

(1) 根据《麻醉药品和精神药品管理条例》规定，医疗机构应进行麻醉药品、第一类精神药品相关知识和考核。

(2) 培训对象为医疗机构执业医师及相关药学专业技术人员

(3) 培训和考核内容包括

(一) 《药品管理法》、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《处方管理办法》、《执业医师法》、《〈麻醉药品和第一类精神药品购用印鉴卡〉管理规定》、《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》等相关法律、法规、规定；

(二) 医疗机构内麻醉药品和精神药品使用及管理制度；

(三) 麻醉药品、精神药品临床应用指导原则；

(四) 癌痛、急性疼痛和重度慢性疼痛的规范化治疗；

(五) 麻醉药品、第一类精神药品不良反应的防治。

(4) 培训方式采用集中授课的方式。

(5) 培训结束后培训单位应当对执业医师及相关药学专业技术人员进行考核，考核方式为考试。成绩合格者方可授予麻醉药品和第一类精神药品处方资格和调剂资格。

(6) 每年组织麻醉药品和精神药品相关知识培训、考核工作。

(7) 对于在培训和考核工作中弄虚作假的医疗机构和相关人员，由当地卫生行政部门取消其相关资格。

## 麻醉、第一类精神药品病历管理制度

一、门诊癌痛患者和中、重度慢性疼痛患者，因疾病需要长期使用麻醉药品、第一类精神药品，启用“麻醉药品、第一类精神药品专用病历”。

二、办理专用病历的患者须提供下列材料：

- 1、二级以上医院开具的诊断证明；
- 2、患者户籍簿、身份证或者其他相关有效身份证明文件；
- 3、为患者代办人员身份证明文件；
- 4、知情同意书。

在专用病历中留存上述证明材料的复印件

三、专用病历的首页必须由具有麻醉和第一类精神药品处方权的首诊医师亲自检查患者后填写，要求其签署《知情同意书》，首页及知情同意书填写完整后，加盖“麻、精药专用病历”字样后即可启用。

四、为方便病人，专用病历原则由挂号室保存。

五、患者持专用病历，到相关科室由具备麻醉药品、第一类精神药品处方权的医师开具处方。

六、复诊时患者凭身份证到病历保管处领取专用病历。

七、患者（或代办人）需凭麻醉药品专用病历、身份证及麻醉处方到药房取药。取药后由药房收回，药房在 24 小时内将专用病历交回挂号室。

## 麻醉、第一类精神药品临床使用管理制度

根据麻醉药品临床应用指导原则药物治疗的基本原则是：

- 1、选择适当的药物和剂量。应按 WHO 三阶梯治疗方案的原则使用镇痛药。
- 2、选择给药途径。应以无创给药为首选途径。有吞咽困难和芬太尼透皮贴剂禁忌证的，可选择经舌下含化或经直肠给药。对经口服或皮肤用药后疼痛无明显改善者，可经肌肉或静脉注射给药。全身镇痛产生难以控制的不良反应时，可选用椎管内给药或复合局部阻滞疗法。
- 3、制定适当的给药时间。对慢性持续疼痛，应依药物不同的药代动力学特点，制定合适的给药间期，治疗持续性疼痛。定时给药不仅可提高镇痛效果，还可减少不良反应。如各种盐酸或硫酸控释片，口服后的镇痛作用可在用药后 1 小时出现，2~3 小时达高峰，持续作用 12 小时；而静脉用吗啡，在 5 分钟内起效，持续 1~2 小时；芬太尼透皮贴剂的镇痛作用在 6~12 小时起效，持续 72 小时，每 3 天给药 1 次。故定时给药是非常重要的。
- 4、调整药物剂量。疼痛治疗初期有一个药物剂量调整过程。如患者突发性疼痛反复发作，需根据个体耐受情况不断调整追加药物剂量，增加药物幅度一般为原剂量的 25%~50%，最多不超过 100%，以防各种不良反应特别是呼吸抑制的发生。对于因其他辅助性治疗使疼痛明显减轻的长期应用阿片类患者，可逐渐下调药物剂量，一般每天减少 25%~50%，药物剂量调整的原则是保证镇痛效果，并避免由于减量而导致的戒断反应。当出现不良反应而需调整药物剂量时，应首先停药 1~2 次，再将剂量减少 50%~70%，然后加用其他种类的镇痛药，逐渐停用有反应的药物。

5、镇痛药物的不良反应及处理。长期使用阿片类药物可因肠蠕动受抑制而出现便秘，可用麻仁丸等中药软化和促进排便；常见的恶心、呕吐可选用镇吐药或氟哌啶类镇静、镇吐药；对呼吸抑制等严重不良反应，应及时发现及时进行生命支持，同时使用阿片受体拮抗药，如纳络酮进行治疗。如发生过量使用阿片类导致的严重呼吸抑制，应立即注射 0.4mg 纳络酮，如果 20 分钟内呼吸仍无改善，可能是由于 0.4mg 的纳络酮不足以逆转摄入体内的阿片类，此时应继续注射纳络酮，直至呼吸改善。

6、辅助用药。辅助治疗的目的和方法，应依不同疾病、不同类型的疼痛决定。辅助治疗可加强镇痛效果，减少镇痛药剂量，减轻药物不良反应。如非甾体类消炎药对骨转移、软组织浸润、关节筋膜炎及术后痛有明显的辅助治疗作用；糖皮质激素对急性神经压迫、内脏膨胀痛、颅内压增高等均有较好的缓解作用；三环类抗抑郁药是治疗神经痛、改善抑郁和失眠的较理想的药物；对骨转移引起的疼痛，除放射治疗和前述治疗外，降钙素是近年来使用较有效的药物。

总之，疼痛治疗时，选用多种药物联合应用、多种给药途径交替使用、按时用药、个体化用药，可提高镇痛效果。

## 麻醉药品、精神药品调剂制度

(1) 各调剂室由双人审核、调配、核发麻醉药品、第一类精神药品。负责麻醉药品、第一类精神药品调剂工作的药学专业技术人员应当工作责任心强，业务熟悉，掌握国家有关法律法规并经过培训、考核合格。

(2) 具有药师以上专业技术职务任职资格的人员负责麻醉药品、第一类精神药品处方的审核、评估、核对、发药以及安全用药指导；药士以上职称人员从事处方调配工作。

(3) 门诊调剂室应固定麻醉药品、第一类精神药品发药窗口。

(4) 门诊、住院药房设置的麻醉药品、第一类精神药品周转柜（橱），应当每天结算、交接班，交接班应有记录。

(5) 严格按《处方管理办法》及有关法律、法规的要求审核处方、调配、核发麻醉药品、第一类精神药品，对不符合规定的处方拒绝发药。

(6) 根据麻醉药品、第一类精神药品处方开具情况，按麻醉药品、第一类精神药品品种、规格对其消耗量逐日进行专册登记，登记内容包括药品通用名称、规格、发药日期、用药数量。专册保存期限为 3 年。

(7) 对严重违反有关规定开具的麻醉处方及在调配过程中发生的意外情况，值班人员应及时向有关领导汇报。

## 麻醉药品、第一类精神药品回收制度

(1) 对门（急）诊确需使用麻醉、精神药品注射剂的患者，使用后由门诊药品调剂室及时回收空安瓿，由专人负责并做好回收记录。

(2) 对住院患者确需使用麻醉、精神药品注射剂的，使用后由临床各科室在 24 小时内将注射剂空安瓿交回病房药品调剂室，由专人负责，做好回收记录。

(3) 患者不再使用麻醉药品、第一类精神药品时，应将剩余的麻醉药品、第一类精神药品进行现场销毁，双人签字，并填写患者使用麻醉、第一类精神药品剩余量登记本。

## 麻醉药品、第一类精神药品丢失及被盗案件报告制度

(1) 应当按照有关规定加强安全管理，严防麻醉药品、第一类精神药品的丢失及被盗。

(2) 发生麻醉药品、第一类精神药品被盗、被抢、丢失或骗取、冒领麻醉药品、第一类精神药品及其他流入非法渠道的情形的，案发后应当立即采取必要的控制措施，同时向所在地公安机关和药品监督管理部门以及主管卫生行政部门报告。

(3) 麻醉药品、第一类精神药品处方、验收记录、专用帐册、登记记录等由专人按有关规定保存，严禁丢失。如发生丢失，应立即向上级领导报告。

(4) 如发生丢失及被盗案件，根据情节应当追究当事人、责任人的相关责任。

## **麻醉药品、精神药品质量管理、失窃报告和药品不良反应报告制度**

1、麻醉药品、精神药品应严格管理，制度落实、责任到人。

2、麻醉药品、第一类精神药品须实时库存管理，帐物相符，如有误差应及时查实，遇失窃应保留现场，迅速向院保卫科、分管院长汇报，并向所在地卫生行政管理部门、公安机关、药品监督管理部门报告。

3、凡因管理失职造成麻醉药品失窃者，追究当事人的责任。

4、药库采购员按有关规定到指定的医药公司采购麻醉药品和精神药品，采购的麻醉药品和精神药品由相关医药公司用专车送到药库，药库工作人员必须逐支逐盒检查麻醉药品、精神药品的质量和完整性；每次门诊、病区药房领用麻醉药品、精神药品时，保管员必须认真核对、检查，并请领用人员协助校对，数量当面点清，及时办理出库、入库手续。

5、药库保管员和药房麻醉药品、精神药品管理员应经常检查在库麻醉药品、精神药品的质量情况，避免过期失效，如储存过程中出现药品变质，应立即向科主任汇报，按规定办理报损手续，在所在地卫生行政部门工作人员监督下销毁。

6、麻醉药品、第一类精神药品在发放和使用过程中必须按照国家有关法律法规严格管理。用药前医生应给患者建立相应的完整病历，对患者的用药史详细询问，了解有无使用麻醉药品、第一类精神药品史、成瘾史、戒断史，以决定用药选择方案。发现骗取或者冒领麻醉药品、第一类精神药品的应当立即向所在地卫生行政管理部门、公安机关、药品监督管理部门报告。

7、当患者发生药品不良反应时，除采取积极治疗措施外，并按照《药品不良反应报告和监测管理办法》上报。

## **麻醉药品、第一类精神药品紧急借用制度**

(1) 抢救病人急需麻醉药品、第一类精神药品而本医疗机构无法提供时，可以从其他医疗机构或者定点批发企业紧急借用。

(2) 抢救工作结束后，应当于一周内办好帐物处理手续并及时将借用情况报所在地设区的市级药品监督管理部门和卫生主管部门备案。

## **麻醉药品、第一类精神药品交接班制度**

(1) 调剂室、各病区麻醉药品、第一类精神药品交接班应有专门交接班登记本，登记内容主要包括：日期、时间、药品通用名称、数量、交班人签名等。

(2) 应当场交接清楚，帐物相符。如发现丢失、损坏，立即查问，分清责任，并有登记，及时查找、补充，必要时向上级领导报告。

(3) 接班者应提前 10 分钟进岗，认真清点，未交接清楚前交班者不得离开岗位。

## 麻醉药品、第一类精神药品麻醉科储存管理制度

一、麻醉药品、第一类精神药品管理人员应当掌握与麻醉、精神药品相关的法律、法规、规定，熟悉麻醉药品、第一类精神药品使用和安全管理的工作。

二、应当配备工作责任心强、业务熟悉的专业技术人员负责麻醉药品、第一类精神药品的领用、储存保管及管理工作，人员应当保持相对稳定。存放麻醉药品、第一类精神药品应当配备保险柜。

三、凭麻醉药品、第一类精神药品处方及空安瓿到药房领取麻醉药品、第一类精神药品，领取后数量不得超过本各部门固定基数。

四、应建立麻醉药品、第一类精神药品交接班制度，对麻醉药品、第一类精神药品实行班班交接，并填写交接班登记表。

五、使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂时应有使用登记。

六、使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂时，应对未用完的最小包装剩余药液进行销毁，销毁应有两人在场，并做好销毁记录。

七、发现下列情况，应当立即向麻醉、精神药品管理部门报告：

1、在储存、保管过程中发生麻醉药品、第一类精神药品丢失或者被盗、被抢的；2、发现骗取或者冒领麻醉药品、第一类精神药品的。

八、麻醉药品、第一类精神药品管理责任人：科室负责人和专职管理人员。

## 麻醉药品、第一类精神药品批号管理制度

为加强麻醉药品、第一类精神药品的管理，保证麻醉药品和精神药品的合法、安全、合理使用，防止流入非法渠道，便于麻醉药品溯源，根据相关法律法规规定，结合我院实际情况，特制定麻醉药品和第一类精神药品批号管理制度，要求麻醉药品和第一类精神药品从采购、验收、储存、保管、发放、调配、使用、报残损、销毁各环节都要加强批号管理，具体内容如下：

一、采购供应和验收：购进药品，必须有真实、完整的药品购进记录。药品购进记录必须注明药品的通用名称、剂型、规格、批号、有效期、生产厂商、供货单位、购货数量、购进价格、购货日期以及国务院药品监督管理部门规定的其他内容。麻醉、一类精神药品入库验收时必须货到即验，至少双人开箱验收，清点验收到最小包装，验收记录双人签字，验收内容专簿记录，内容包括：日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、供货单位、质量验收结论、验收和保管人员签字。

二、储存保管发放：对进入专柜的麻醉、一类精神药品建立专用帐册，进出必需逐笔记录，记录内容包括：日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、领用部门、发药人、复核人和领用人签字，做到帐、物、批号相符。

三、药房调剂登记：药房对麻醉药品、第一类精神药品调剂处方进行专册登记，内容包括：患者（代办人）姓名、性别、年龄、身份证明编号、病历号、疾病名称、药品名称、规格、数量、批号、处方医师、处方编号（按年月日逐日编制顺序号）、处方日期、发药人、复核人

四、各病区、手术室等调配使用麻醉、一类精神药品注射剂时应收回空安瓿，核对批号和数量，并作记录。

五、退药：接到退药时，门诊药房负责人和医务科经办人应对上交药品情况进行登记，内容包括：日期、患者姓名、性别、年龄、药品、规格、数量、批号、上交人签名和经办人签名。

六、销毁过期的麻醉、一类精神药品应建立销毁档案，包括销毁日期、时间、地点、品名、规格、数量、批号、有效期、方法等，销毁人员、监督人员签字。

## 第十四章 检验科工作制度

- 1、本科工作人员必须严格执行岗位责任制度和各项规章制度，认真执行检验技术操作规程，保证检验质量和安全，严格执行查对制度，对检验结果加强查对，复查、审查，严防发生差错事故。
- 2、检验单由医师逐项填写，要求字迹清楚，目的明确。普通检验，一般应于当日发出报告。急诊检验应在检验单上注明“急”字，随采随验，及时发出报告。对不能及时检验的标本，要妥善保藏。标本不符合要求者，应重新采集。
- 3、认真核对检查结果，填写检验报告单，做好登记，审核后发出报告。检验结果与临床不符或可疑时，主动与医师联系，重新检查。并填写与临床沟通记录本。检验人员不得随意给病人讲解与本科无关问题。
- 5、检验科提供24小时急诊检验服务，急诊检验报告时间：临检项目≤30分钟出报告，生化、免疫≤2小时出报告。
- 6、检验结束后，要及时清理器材、容器经清洗、干燥、灭菌后放回原处，医疗废弃物按规定妥善处理，防止污染。
- 7、检验室内应保持清洁整齐，认真执行检验仪器的规范操作规程，定期保养、检测仪器，不得使用不合格的试剂和设备。检验科仪器、试剂由专人负责，三证齐全，符合国家有关部门标准和准入范围。检验收费管理由专人负责，检验收费经过成都市物价部门核准，检验科人员知晓自己的履职要求。
- 8、为了确保检验质量，检验科建立并完善实验室质量保证体系，开展室内质量控制，参加室间质量评价活动，定量校正计量仪器，符合国家标准。
- 9、配合临床医疗工作，开展新的检验项目和技术革新。
- 10、制定检验后标本保留时间和条件，并按规定执行。废弃物处理按国家有关规定执行。
- 11、加强检验室安全管理和防护，做好生物及化学危险品、防火等安全防护工作，遵守安全管理规章制度。

### 静脉采血室工作制度

#### 一、抽血时间：

为每天上午 8:00—10:00, 工作人员必须准时抽血。

#### 二、消毒隔离：

1. 抽血者必须衣服端正，带口罩抽血。
2. 抽血时必须执行一人一带一纸一针一管一手消，皮肤用碘伏消毒。
3. 当抽血者的手被污染时必须及时消毒。
4. 用后的针头必须放于专用的锐器盒容器内。

#### 三、核对：

抽血者必须仔细核对检验单的检验项目，病人姓名清晰与否，收费是否正确，防止差错发生。

卫生制度：每天抽血后对窗口，抽血台及其他工作台面用有效氯含量为 250-500mg/L 的消毒液擦洗，然后再用自来水擦洗，每天用有效氯含量为 1000-2000mg/L 的消毒液拖地板一次。

### 各专业实验室管理制度

1. 使用本实验室仪器必须严格按照操作规程，未掌握仪器性能及步骤前，不得使用。
2. 实验中使用挥发性、强腐蚀性及毒性试剂时，必须在生物安全柜中进行操作。若不慎发生污染，及时采取措施处理，并报告实验室管理人员。
3. 实验过程中，注意按技术规范有秩序地进行，实验完毕立即将仪器用具等归位，并将器皿、废物



等清理。

4. 实验人员所使用的试剂及特殊实验用品要做好标记，在冰箱或实验台架内保存，放在指定位置，若需要使用实验室内其他人员的试剂及实验用品时，要事先经本人同意。

5. 下班前按实验室生物安全管理办法要求做好本科室的清洁卫生。

6. 值班人员值班时检查水、电（除必须的仪器设备外）是否关好，检查门窗，做好防火、防盗工作。

## 实验室安全管理制度

### 1、目的

为了营造一个安全有效、秩序良好的实验室环境，达到“科学、规范、安全、高效”的目的，特制订本实验室管理规定。

### 2、适用范围

规定适用于进入实验室内所有人员。

### 3、实验室管理人员职责

#### 3.1 实验室负责人

3.1.1 负责实验室日常管理，组织安排测试任务顺利进行；

3.1.2 负责管理实验室业务流程，指导分析人员及时、准确的完成各项分析工作；

3.1.3 负责实验室质量控制，维护实验室质量体系，审核、监控测试数据和结果；

3.1.4 负责实验室安全检查与突发事件处理；

3.1.5 负责监督检查实验室日常卫生，有权安排本实验室所有相关人员严格执行实验室日常卫生制度。

3.1.6 负责仪器设备的验收和台帐建档工作；

3.1.7 负责仪器设备的使用、维护、期间核查和周期检定；

3.1.8 负责仪器设备在检定周期内使用和检验标识的管理；

### 4、实验室管理办法

4.1 实验室工作人员必须严格遵守国家安全法规和公司有关制度，确保安全文明从事研发工作。

4.2 实验室出口、走廊是安全通道，任何时候应保持畅通。实验室配置的灭火器、消防砂、消防水带等供消防使用，任何部门或个人不能随便移动或挪作它用。

4.3 实验室要保持整洁、安静，物品摆设要整齐、规范、科学，做好四防、五关、一查（防火、防盗、防破坏、防灾害事故；关门、窗，水、电、气；查仪器设备）。

4.4 所有进入实验室的人员应服从实验室管理人员安排，采取必要安全措施，保证人身及仪器设备的安全。

4.5 实验室的仪器设备，未经管理人员许可，任何人不得擅自开关、使用和移动实验室中的任何设备。

4.6 对于有规定的预热时间的仪器设备，使用设备的人员必须提前预热登记。

4.7 不得将与实验无关人员带入实验室。

4.8 由于责任事故造成仪器设备的损坏，要追究使用人的责任。

### 5、实验室安全管理制度

5.1 实验室应制定相应实验室规则及实验室安全制度。根据本实验室情况制定严格的操作规程及防火、防盗管理制度，实验室内部人员要严格执行。进入实验室的外来人员都必须遵守实验室有关的规章制度。

5.2 实验室工作人员及参加实验的人员必须认真学习实验仪器的安全技术操作规程，熟悉各仪器

使用方法及注意事项。

5. 3 所有试剂都有指定位置，试剂使用和购买后要放入指定位置，各种试剂要有正确清晰的标签，包括名称、浓度、规格等，按正确方法取用。

5. 4 实验室应指定专人负责实验室设备及人身的安全。负责本室的安全技术监督、检查工作；对于贵重精密仪器设备、危险物品，应由具有业务能力的专人负责操作。

5. 5 来实验室工作的人员，必须有实验室工作人员在场或经过上机操作培训与考核。实验人员进入实验室应穿着实验服。与实验室工作无关的人员不得擅自进入实验室，外单位来访人员如需进入实验室，必须经实验室负责人批准同意后，才能进入实验室。

5. 6 不得在实验室饮食、娱乐，使用化妆品，实验室操作用的玻璃容器、器皿不能用来盛载食物和饮料，实验室的冰箱、冰柜不可存放食物。

5. 7 实验室及走廊禁止吸烟，特别是在有易燃、易爆的试剂气体场所或做有关实验时，严禁烟火。

5. 8 实验工作结束后，必须关好电源、仪器开关。下班前，实验室负责人必须检查操作的仪器及整个实验室的门、窗和不用水、电、气路，并确保关好。清扫易燃的纸屑等杂物，消灭隐患。确认安全无误，方可离室。节假日前各室人员应进行安全检查，确保实验室安全。

5. 9 若仪器设备在运行中，实验人员不得离开现场。对需要长时间连续进行的化学实验，必须派两人轮流替换照看。实验使用过后废液、废渣应按规定收集、排放或到指定地点进行处理，禁止将废溶剂、反应废液向下水道倾倒。

5. 10 对危险性大的化学反应，如易爆、剧毒等，要经过上级批准，在安全防范措施具备的条件下进行。在进行有毒、有害、有刺激性物质、有腐蚀性物质操作或开展易燃等化学实验时，应戴好防护手套、防爆面具、防护镜，此类实验操作必须确保两人以上。

5. 11 实验室根据实际情况，配备一定数量的消防器材，消防器材要摆放在明显、易于取用的位置，并定期检查，确保有效，严禁将消防器材移作别用。实验室人员必须熟悉常用灭火器材的使用。如遇火警，除应立即采取必要的消防措施灭火外，应马上报警，并及时向上级报告。火警解除后要注意保护现场。

5. 12 稀释硫酸时，必须在硬质耐热烧杯或锥形瓶中进行，只能将浓硫酸慢慢注入水中，边倒边搅拌，温度过高时，应等冷却或降温后再继续进行，严禁将水倒入硫酸中。

5. 13 开启易挥发液体试剂前，先将试剂瓶放在自来水流中冷却几分钟。开启时瓶口不要对人。易燃溶剂加热时，必须在水浴中进行，避免明火。

5. 14 装强腐蚀性、有毒或易爆物品的器皿，应由操作者亲自洗净。

5. 15 移动、开启大瓶液体药品时，不能将瓶直接放在水泥地板上，最好用橡胶垫或草垫垫好，如为石膏包封的用水泡软后打开，严禁锤砸，敲打，以防破裂。

5. 16 用试管加热液体时，不可将管口对人，以免溅出伤人。

5. 17 将玻璃棒，玻璃管，温度计等插入或拔出胶塞胶管时均应垫有棉布，不可强行插入或拔出，以免折断伤人。

5. 18 严格实验室钥匙的管理，钥匙的配发应由有关负责人统一管理，不得私自借给他人使用或擅自配置钥匙。

5. 19 如有盗窃和事故发生，立即采取措施，及时处理，必须按规定上报，不准隐瞒不报或拖延上报，重大事故要立即抢救，保护事故现场。

5. 20 因人为原因造成实验室事故的，按有关规定对当事人进行纪律处分，并根据情节轻重追究有关人员的经济 and 法律责任。

## 6、仪器安全管理制度

### 6. 1 仪器设备的管理

6. 1. 1 仪器设备购入、验收合格后，由管理员办理入库、出库手续，并建立《仪器设备台帐》。

6. 1. 2 仪器设备有检定规程，有授权检定机构的仪器设备，应送授权的法定计量检定机构检定或校准；没有检定规程的仪器设备，由实验室按自校或互校方法进行自校或互校。

6. 1. 3 经验收合格,并具有计量器具许可证、样机试验报告、出厂合格证或检测报告(鉴定证书)的测量仪器,应在仪器上加贴合格或准用标志,方可批准启用。

6. 1. 4 管理员至少每年两次对测量设备进行核查。

6. 1. 5 复检(校)后的检定(校准、检测)证书或报告原件存入仪器设备档案,向使用者提供复印件。

6. 2 仪器设备的使用与操作

6. 2. 1 仪器设备由专人负责保管。

6. 2. 2 操作者必须掌握所用仪器设备工作原理、技术性能、操作规程、维护保养等技能。

6. 2. 3 实验室仪器药品清点归位,检查实验仪器是否运作正常,无灰尘蛛网及污垢,对量筒,烧杯等易碎易裂之仪器应清点其数量,并呈报废数,根据清点结果,对损坏或缺失仪器药品进行报修,并及时请购。

6. 2. 4 每台仪器设备必须按照校准规范,监测/检测规范、使用说明书等制定作业指导书。

6. 2. 5 贵重仪器设备的使用者应填写仪器设备使用记录表,其内容应包括:使用时间、开机目的、使用前及使用过程中状况、使用人。

6. 2. 6 凡经过记载有错误、或显示的结果有疑问、或通过检定等方法证明仪器设备有缺陷时,应立即停止使用,并对其加以明确停用标识,如可能将其贮存在规定的地方直至修复;修复的仪器设备必须经校准、检定(验证)或检定证明其功能指标已恢复。

6. 3 仪器设备的维护与维修

6. 3. 1 实验室所有仪器设备应得到正常维护,仪器设备应由专门人员按使用说明书和维护程序的要求给予维护。

6. 3. 2 送检的监测仪器设备取回验收后,应给予维护和检查。

6. 3. 3 仪器设备应建立仪器设备使用维修档案,记录设备投入使用以来运行状况、包括交接、检定、校准、使用情况、故障、维修等所有信息。

6. 3. 4 长期不用的仪器设备每周开机通电半小时,以达到除湿的目的,或以其它方式定期维护保养,使它们一直处于良好状态。

7、卫生工作制度

7. 1 实验室卫生管理按定人定区域划分,实行片区负责制。

7. 2 实验室工作必须保持严肃、严密、严格、严谨;室内保持整洁有序,不准喧哗、打闹、抽烟。

7. 3 严格卫生责任制,各实验室应有专人负责卫生管理工作,室内卫生要定期打扫,保持实验室窗明台净、地面无可见污渍、仪器摆放整齐、实验台面一尘不染。每日实验结束后清理废物桶和水池管道,防止堵塞和腐蚀。实验完毕,应立即进行清洁整理,将使用仪器清洗干净,玻璃仪器放入烘箱干燥,物归原处,将实验台,通风橱整理干净。

7. 4 实验室工作人员上岗操作时,应按相关规定佩戴标识、穿着实验服、帽。

7. 5 实验中产生的“三废”按相关规定妥善处理,剧毒废弃物由实验室统一处理,不得私自倾倒。

7. 6 实验用过的仪器应及时清洗干净,放回指定位置,化学药品归药品室,不得滞留现场。

7. 7 实验室、门口及走廊不准堆放杂物,要求整洁通畅。保证实验室恒温(20~25℃)、恒湿(相对湿度65~85%)无尘、无震动、通风良好。

8、本管理规定自至下发之日起执行。

## 实验室生物安全管理制度

1. 临床实验室生物危害性评估与处理

患者的血液、尿、便、胸腹水、痰液和骨髓等是检验标本,同时也可能是病原体载体。如处理不当,就会污染环境,感染工作人员,甚至在人群中播散。所以,必须充分认识其危害性和重要性,严格管理。

- 1.1. 每日的血液、尿、便、胸腹水、痰液和骨髓等患者检验标本，从接受标本到操作都要在相应工作区进行。检验后，按照医院和科室的规定严格管理。需要留存的标本放在专用留存处，不需要留存的标本按照医院感染管理规定分类处理。
- 1.2. 标本接收和处理区，工作后要按医院感染规定正确处理。
- 1.3. 平时注意国家、省市的传染病疫情报告，防止标本传播传染病的潜在危险。
- 1.4. 空气是某些病原微生物传播的媒介。平时应注意室内空气的流通，保持新鲜。疫情期间，要加强空气消毒，切断传染途径。
- 1.5. 对有感染性的标本应评价出生物危害性的级别，以便按照医院规定处理。

## 2. 生物安全人员培训及相关安全制度

为了加强工作人员的生物安全意识，增强生物安全的专业知识，掌握防范措施，检验科建立以下生物安全培训制度：

- 2.1. 工作人员要从专业书刊自觉地学习有关生物安全的相关知识和法规，提高自己防范生物危害的能力。
- 2.2. 积极参加省临检中心、省医学会等机构有关生物安全的专业培训，掌握专业防范生物危害的技能。
- 2.3. 科内组织相关的生物安全知识学习，提高对生物安全重要性的认识和防范能力，保证工作人员和科室的安全，使检验工作顺利进行。

## 3. 生物安全实验室管理制度细则

### 3.1. 进入实验室

3.1.1. 只允许被批准的人员进入实验室工作区域。

3.1.2. 实验室门必须保持关闭。有门禁系统。

### 3.2. 个人防护

3.2.1. 在实验室工作的所有时间内必须穿工作服、带工作帽。

3.2.2. 在所有直接或间接接触血液、感染物质操作中，必须带合适的手套，操作完毕后，按无菌原则摘下手套后必须洗手或手消。

3.2.3. 在处理感染物质在离开实验室工作区域之前，工作人员必须洗手。

3.2.4. 当眼睛和面部有可能溅上液体和被紫外线照射时，应戴防护镜和面罩。

3.2.5. 禁止穿戴实验室防护衣服到实验室以外的地方去。

3.2.6. 实验室内禁止穿拖鞋。

3.2.7. 实验室工作区内禁止吃东西、饮水化妆和擦洗隐形眼镜。

3.2.8. 实验室工作区内禁止储放食品和饮料。

3.2.9. 实验室防护衣不应和日常工作服存放在同一柜内或厨内。

### 3.3. 操作过程：

3.3.1. 严禁用口吸液体。

3.3.2. 不能往口里放东西，不能舔食标签。

3.3.3. 正确执行所有技术操作规程，最大程度减少气溶胶及飞沫，无论何时当有高浓度气溶胶危险时，必须在生物安全柜内进行工作。

3.3.4. 所有喷溢、明显或潜在接触到感染物质的事故发生时，都必须向实验室管理人员报告，并按照实验室职业暴露管理要求进行处理，要有书面记录。

3.3.6. 必须按照职业暴露处理程序处理。

### 3.4. 实验室工作区

3.4.1. 实验室必须保持清洁、干净，不得存放于工作无关的杂物。

3.4.2. 在有潜在危害物质喷溢后和当天工作结束后，应清洁工作台表面。

3.4.3. 所有被污染的物质、标本和培养物在处理 and 清洁之前必须进行消毒。

- 3.4.4. 必须按照可执行的国家和（或）国际法规进行包装和运输。
- 3.4.5. 当窗户可被打开时，应在窗户上安装防节肢动物网。
- 3.5. 生物安全实验室管理
  - 3.5.1. 实验室负责人负责保证生物安全管理计划和手册的制定和编写。
  - 3.5.2. 实验室管理人应该保证提供实验室安全的定期培训。
  - 3.5.3. 应该提醒实验室工作人员注意特殊危险，要求操作人员月阅读安全或操作手册，执行标准的操作程序，实验室管理人员应保证工作人员理解操作程序。实验室必备一本安全或操作程序。
  - 3.5.4. 如从事动物实验，要有动物控制方案。
  - 3.5.5. 需要时应给所有的工作人员提供正确的医学评价、监督和治疗，保存充分的医学记录。
  - 3.5.6. 危险时可采集实验室工作人员和其他人的基线血清，根据国家或地方指导原则正确储存，也可根据所接触的微生物和实验室功能定期采集其他标本。
- 3.6. 培训重点内容
  - 3.6.1. 如何防止呼吸道吸入危险（如产生气溶胶）例如：用接种环、在培养皿上划线、接种、吸取、涂片、打开培养箱、采集全血（血清）标本、离心。
  - 3.6.2. 如何防止消化道吸入危险：如：处理标本、涂片和培养。
  - 3.6.3. 使用注射器或针头所致皮下损伤的危险。
  - 3.6.4. 处理血或其它有潜在危险性的致病性物质。
  - 3.6.5. 对感染物质的消毒和处理。
  - 3.6.6. 处理动物时可能导致的咬伤、抓伤。
4. 安全防护设备使用及措施
  - 4.1. 防护设备

实验室最常见的防护设备为生物安全柜，使用时应注意：

    - 4.1.1. 工作时生物安全柜的防护玻璃罩须拉下至适当的位置。
    - 4.1.2. 可用无尘纸置于风口，看仪器是否正常运作。
    - 4.1.3. 不要将不必要的物品置于柜内，以至于造成排气量的减少。
    - 4.1.4. 当生物安全柜或通风橱有故障时，请于有关技术人员联系检修。
    - 4.1.5. 使用完后请保持柜中的整洁。
  - 4.2. 第二个常用的紧急防护设备为紧急淋浴器及洗眼器，使用时也应注意：
    - 4.2.1. 熟悉它的位置及使用的方法。
    - 4.2.2. 请勿放置物品在紧急淋浴器及洗眼器的附近阻碍通行。
    - 4.2.3. 要定期检查紧急淋浴器及洗眼器是否操作正常。
  - 4.3. 防护措施
    - 4.3.1. 进入实验室，要严格按照实验室操作规程工作，防止意外事故的发生。
    - 4.3.2. 在实验室工作时，必须确切地了解每一个动作可能发生的危险及应采取之安全防护工作。
    - 4.3.3. 善于使用一些防护设备如眼罩、手套等。
    - 4.3.4. 有毒物质一定要在生物安全柜进行操作。
    - 4.3.5. 隐形眼镜可能会让化学品附着以致伤害眼睛，因此不要使用。
    - 4.3.6. 在工作区域应保持清洁，所有化学品应详加标示。
    - 4.3.7. 使用化学品后双手需洗净方能饮食。
    - 4.3.8. 处理废弃物时，应遵守有关废弃物处理之规定。
    - 4.3.9. 熟悉紧急应变的步骤及工作区域之紧急应变设备（如灭火器、逃生呼吸器等）之放置位置。
    - 4.3.10. 实验室同一房间，不管任何时间必须要有至少两人在其中作实验或协作。
5. 检验科废弃物及尖锐器具的处理制度

检验科依照“医院医疗废弃物管理办法”进行。平时主要注意：

- 5.1. 盛放生物废物的容器应防漏，坚固而不易穿刺，可密封并要避免装的太满。
  - 5.2. 尖锐破损物要放在专用的硬质容器中。
  - 5.3. 医疗垃圾放入黄色垃圾袋。
  - 5.4. 盛放生物废物的容器应置入高压灭菌袋中送去灭菌。
  - 5.5. 所有能在实验室消毒的物品，在送出实验室前尽可能先进行一次消毒处理。
    - 5.6. 盛放生物废物的容器要做到安全转送。
6. 防触电、化学损伤的措施
    - 6.1. 预防触电
      - 6.1.1. 电掣插头、插座要安装在妥善合理的位置，以利于工作。
      - 6.1.2. 电线及电器应定期请专业人员进行检修，发现损坏应及时请专业人员更换维修，疑有损坏或短路，切勿自己动手去检修。
      - 6.1.3. 将金属物件插入电插座中。
      - 6.1.4. 湿手切勿开关电闸。清洁电器时，应先关上电闸。
      - 6.1.5. 电线、插座要与用电量相符，不宜超负荷运行。
    - 6.2. 触电急救
      - 6.2.1. 拉闸，紧急切断电源。
      - 6.2.2. 一时不能切断电源时，用绝缘性能好的物品（如木棍、竹竿、塑料制品等）拨开电源。
      - 6.2.3. 切记在未切断电源前，急救者不能接触伤员，以免自身触电。
      - 6.2.4. 电灭火后，注意检查伤员心跳呼吸，若发现心跳呼吸停止，当即做心外按摩和口对口人工呼吸，待心跳呼吸恢复后即刻转送就近医院处理。
    - 6.3. 预防化学损伤
      - 6.3.1. 所有化学物品均应放置在适当的储存位置。
      - 6.3.2. 可燃、易燃性化学品不可与纸、塑料类及产生高温器材放在同一处。
      - 6.3.3. 仪器药品室内要严禁明火。
      - 6.3.4. 酒精灯要添加燃料时，应在火熄灭后将灯移至安全、不挡风、周围没有易燃易爆物的地方。
      - 6.3.5. 油漆、颜料、石蜡等易燃物应装在金属罐内。
      - 6.3.6. 必须熟悉实验室的防火通道、灭火器材，保持防火通道通畅，灭火器材可靠，熟记火警电话。
    - 6.4. 化学损伤急救
      - 6.4.1. 立即脱去被致伤因素浸质的衣服，并迅速用大量清水长时间冲洗。忌涂油膏和甲紫、红汞等有色药物。
        - 6.4.2. 若现场有条件创面可用中和剂。强酸烧伤可用5%碳酸氢钠或食用碱水冲洗；强碱烧伤可选弱酸或食醋冲洗。值得注意的是，酸碱中和反应时亦会产生热，仍需冷水冲洗，中和不能取代冷水冲洗，切勿为寻找中和剂而耽误冲洗时间。
        - 6.4.3. 头面部化学烧伤时尤其注意眼睛是否有烧伤：伴有眼睛烧伤时应首先冲洗眼睛，面部冲洗时要保护好眼睛，勿使冲洗液流入眼内。
        - 6.4.4. 生石灰烧伤应首先移去体表石灰粉末再冲洗，以防石灰与水反应生成氢氧化钙过程产热加重烧伤。
        - 6.4.5. 烧伤亦该先用干布擦掉磷颗粒，如有条件可在暗室内根据“磷光”判断去除是否彻底。大量冷水冲洗后，用1%硫酸铜溶液擦洗，再以5%碳酸氢钠溶液冲洗湿敷以中和磷酸。也可用湿敷料包裹，禁用油纱，防止磷溶解在油脂向被吸收中毒。
7. 针对意外事故的处理程序

临床实验室有潜在事故的工作涉及多个方面，例如，医学微生物、仪器、腐蚀性化学试剂、触电等，所以在这些工作方面要严格按照操作规程进行，防止事故的发生。但是，在一些不可预见的情况下，发生了意外事故，按以下程序进行：

- 7.1. 根据事故原因的性质和防护常识，立即进行必要的处置。
- 7.2. 及时向专业组长和科主任汇报，并上报医院主管部门。
- 7.3. 立即通知医院相关部门，及时处理。
- 7.4. 必要时汇报给医院领导协调解决。

## 检验科化学危险品管理制度

1. 检验科使用的易燃、易爆、剧毒、强腐蚀等物品属于危险品。
2. 危险品的采购根据国家有关规定购买。
3. 危险品的运送由医院专人专车专人运送。
4. 危险品的储藏及使用
  - 4.1. 由指定专业人员保管。
  - 4.2. 危险品必须贮放在危险品柜内，分类隔离存放，认真密封。
  - 4.3. 危险品柜要放置在安全合适的地方，有必要的消防和防护措施。
  - 4.4. 危险品柜周围严禁任何烟火及不安全因素。
  - 4.5. 对化学危险品，应定期检查，防治变质、自燃或爆炸。
  - 4.6. 危险品出入贮存柜，要严格验收，做好登记。
  - 4.7. 定期清点库存物品，做到帐物相符。
  - 4.8. 对违反本制度的有关人员，视其情节轻重给予行政处分，构成犯罪的由司法机关依法追究刑事责任。

化学危险品分类：

- 1、爆炸物品：如硝化棉、苦味酸等。
  - 2、氧化剂：如过氧化钠、硝酸铵、过氯酸等。
  - 3、压缩和氧化气体：如氧、氢、氯等。
  - 4、自燃物品：如黄磷、硝化纤维胶片等。
- 遇水燃烧物品：如金属钠、碳化钙等。
- 1、易燃物品：如醚、醇、汽油等
  - 2、依然物品：如红磷、镁粉等。
  - 3、剧毒物品：如氢化物、砷化物等。
  - 4、腐蚀物品：如强酸、溴、氢氧化钠、甲醛等。

## 易燃、易爆物品的储存使用制度

为了加强对易燃易爆物品的安全管理，预防、控制和消除易燃物品的危害，保障人员的身命安全及财产安全，根据《危险化学品安全管理条例》及其它有关法律、法规的规定，特制定本制度。

易燃、易爆物品设置专门的储藏室、储藏柜，由专人管理负责本科室易燃易爆危险物品的储存和使用的日常管理。

## 一、储存和使用管理

1、储存、使用人员必须熟悉易燃易爆危险物品的性能，掌握个人防护和安全操作方面的知识，防止造成污染或人身伤害；

2、储存、使用人员在操作过程中，应穿戴好必要的防护用品，并按有关操作规程进行操作；

3、根据易燃易爆危险物品的种类、特性，在实验室设置相应的安全设施、设备（灭火器、消防栓），并按照国家标准和国家有关规定进行维护、保养、定期检测、更换，保证符合安全运行要求；

4、对易燃易爆危险物品的储存量和用途如实记录；

5、易燃易爆危险物品必须储存在专用仓库内，储存方式、方法与储存数量必须符合国家标准，并由专人管理；

6、易燃易爆危险物品的包装物、容器，必须符合国家有关规定。重复使用的危险化学品包装物、容器在使用前，应进行检查；

7、在易燃易爆危险物品的包装内附有与本化学品完全一致的化学品安全技术说明书，并在包装（包括外包装件）上加贴或者拴挂与包装内危险化学品完全一致的化学品安全标签。

8、储存时码放不能过高。泡沫、纸箱类的码放高度与灯之间的距离应大于0.5米，工业用酒精的码放高度不能超过两层。

9、采购危险化学品时，必须向销售单位索取危险化学品安全技术说明书。

10、搬运易燃易爆危险物品时要轻拿轻放，严防震动、撞击、磨擦、重压和倾倒。

11、人力搬运易燃易爆危险物品不能超过人体重量的二分之一，人力车运输不得超过载重量的二分之一，以防跌倒、翻车、碰撞而发生事故。

## 二、出入库管理

1、危险化学品必须储存在专用仓库或专用场地内，并设置明显标志；危险化学品的储存方式、方法与储存量必须符合国家规定，并由专人管理；

2、危险化学品出入库必须严格执行收发、登记、清点、检查制度。

# 检验科消毒用品管理制度

## （一）消毒用品使用管理制度

1、医院感染管理委员会和医院药事委员会对全院消毒剂的购入和使用进行监督管理，具体由医院感染管理科和药剂科负责组织实施。

2、医院感染管理科根据医疗用品消毒要求提出医院消毒制剂的种类申请，经药事管理委员会讨论通过后引进使用。

3、药剂科根据临床使用状况，负责购入合格的规格性消毒制剂（碘剂、乙醇、戊二醛等），每次下发科室使用前应核准药物浓度及有效期。

4、使用科室应掌握消毒制剂的使用浓度、配制方法和更换时间，现配现用的含氯消毒制剂，配制后应用测试纸（卡）测试，浓度合格后方可使用。

5、医院感染管理科应对全院消毒制剂的使用状况进行监督和指导，定期对临床使用中的消毒制剂进行监测。

6、使用科室应指定专人负责消毒制剂的管理和使用，发现问题应及时与医院感染管理科和药剂科联系解决。

## （二）一次性使用医疗用品的使用管理制度

一次性使用医疗用品，是指无菌、无热源、经检验合格，在有效期的一次性直接使用的医疗器械。如无菌注射器、无菌注射针、无菌输液器、无菌输血器和无菌输液袋等。



- 1、根据规范化管理要求,采购渠道原则为指定的部门,禁止从非法渠道采购医疗器械。
- 2、直接从生产或经营企业采购无菌器械,应索取生产或经营企业的必要证件(卫生许可证、产品批准文号、营业执照、该批产品的检验报告单、产品合格证)、销售人员的合法身份。
- 3、建立无菌器械采购的索证验收制度,严格执行并做好记录。索证验收记录至少应包括:购进产品的企业名称、产品名称、型号规格、产品数量、生产批号、灭菌批号、产品有效期等。按照记录应追查每批无菌器械的进货来源。
- 4、器械到货后应在 24 小时内验收,验收人员应在记录上签名。
- 5、验收或使用过程中若发现小包装已破损、表示不清的无菌器械,应立即停止使用、封存,并及时与生产厂家联系,予以更换;若发现不合格无菌器械,应立即停止使用封存,并及时报告药品监督管理局予以处理。
- 6、储存一次性无菌器械的场所应阴凉干燥、通风良好,并每月打扫,保持清洁卫生。
- 7、应定期检查在库的无菌器械的有效期和质量情况发现疑问及时处理并有记录。
- 8、凡使用的进入人体组织或无菌器官的医疗用品必须达到灭菌要求,一次性注射器具应当一人一用一灭菌,凡接触皮肤黏膜的器械和用品必须达到消毒要求。
- 9、建立无菌器械使用后的销毁制度。凡使用的一次性医疗用品,应当消毒并做毁形处理,能够焚烧的,应当及时焚烧。并做好记录。

## 院感管理工作制度

### 1. 总则:

- 1.1. 工作人员必须穿工作服,戴工作帽、口罩、手套,必要时穿隔离衣、胶鞋。
- 1.2. 使用合格的一次性检验用品,用后进行无害化处理。
- 1.3. 无菌物品如棉签、棉球、纱布等及其容器应在有效期内使用,开启后使用时间不得超过 24 小时。使用后的废弃物品,应及时进行无害化处理,不得随意丢弃。
- 1.4. 各种器具应及时消毒、清洗,各种废弃标本应分类处理(焚烧、入污水池、消毒或灭菌)。
- 1.5. 报告单应消毒后发放。
- 1.6. 检验人员结束操作后应及时洗手,使用一次性纸巾,每天消毒。
- 1.7. 保持室内清洁卫生。每天对空气、各种物体表面及地面进行常规消毒。在进行各种检验时,应避免污染;在进行特殊传染病检验后,应及时进行消毒,遇有场地、工作服或体表污染时,应立即处理,防止扩散,并视污染情况向上级报告。

### 2. 细则:

#### 2.1. 表面消毒

- 2.1.1. 桌椅等表面:用 250-500mg/L 有效氯溶液或 0.1%-0.2%过氧乙酸溶液。
- 2.1.2. 地面:用 2 倍浓度上述消毒液拖擦。
- 2.1.3. 若被明显污染,应立即用消毒液消毒,用 1000-2000mg/L 有效氯溶液或 0.2-0.5%过氧乙酸溶液洒于污染表面,并使消毒液浸过污染表面,保持 30-60min,再擦,拖把用后浸于上述消毒液内 1h。
- 2.1.4. 检验单送出前用微波炉消毒。

#### 2.2. 器材

- 2.2.1. 玻片、吸管等玻璃器材,凡受污染时用消毒液 2000mg/L 有效氯溶液浸泡 2-6h 后再洗。
- 2.2.2. 塑料制品如枪尖、样品杯用 1000mg/L 有效氯溶液浸泡 30-60min,再洗净,晾干。
- 2.2.3. 贵重仪器局部污染时,可用有效氯含量为 $\geq 2000$ mg/L 的消毒液消毒,按污染程度增加消毒液浓度。
- 2.2.4. 接种培养过的琼脂平板等微生物用品应高压灭菌 30min。

#### 2.3. 手的消毒

工作后均须用抗菌洗手液在流动水下按照卫生洗手法洗手，每步骤不得小于 15 秒；若手上有伤口，应戴手套接触标本。

#### 2.4. 废弃标本

2.4.1. 如尿、胸水、腹水、脑脊液、唾液、胃液、肠液、关节液等用有效氯含量为 $\geq 2000\text{mg/L}$  的消毒液浸泡 4h 以上倒入厕所或化粪池。

2.4.2. 痰、脓、血、粪及其它固形标本，交特殊医疗垃圾处理站处理。

2.4.3. 废弃标本及其容器如一次性尿、便杯、一次性试验板、注射器、纸等应存放在专门密闭不漏水的黄色医疗垃圾袋，交特殊医疗垃圾处理站处理。

## 消防安全制度

坚持预防为主的消防方针，提高消防安全意识，保障消防安全。

1. 凡分配来科人员或临时工必须先经过消防知识培训方能上岗。
2. 加强电源的管理，增强工作责任心，凡是发现火灾隐患应立即报告科室，科室应立即向有关部门立即回报，妥善解决。
3. 任何人不得私用电炉，业务用电炉、烤炉时不得离开。如需离开，必须先断电源。
4. 各部门下班前首先检查电源是否关好。（除必须的检测设备及冰箱、孵箱、UPS 电源外，其余所有电源在下班前都必须关闭。）
5. 坚持谁主管谁负责的原则。层层落实责任制，科主任和各专业组组长分别是科室部门的消防负责人。
6. 夜班和节假日值班人员是该班的防火责任人。
7. 全体工作人员必须熟练掌握消防器材的使用及管理，做到会打电话（119），会处理突然火灾事故，迅速切断电源，采取补救措施。
8. 定期进行消防安全演练。

## 检验科实验人员个人防护要求制度

1. 强化安全培训和“普遍性防护原则”安全意识。所有实验室工作人员必须经过生物安全培训，包括上岗培训和复训，并接受实验室管理人员的监督。实验室安全责任人对工作与环境的安全负责，所有工作人员都有责任保护自己和他人的安全。
2. 必须告之新上岗人员实验室工作的潜在危险，进行安全教育，直至有能力后方可独立工作。
3. 严格执行实验室工作人员年度采血检测 HIV 抗体和备案制度，工作人员血清应长期保留。实验室工作人员从事工作前必须进行 HIV 抗体和乙肝、丙肝等肝炎病毒标记物的检测；注射乙肝疫苗；每半年至 1 年进行 1 次 HIV 抗体检测，并保留血清样品。
4. 工作人员进入实验室应着防护服，戴工作帽、口罩、防护镜、手套等防护用品。并严格按照安全标准程序进行操作。
5. 有意外事故，立即采取紧急处理措施。
6. 皮肤的任何伤口和擦伤都应以防水敷料覆盖。有皮肤疾患，尤其有皮肤溃烂、破损情况要及时诊治。

## 检验科上岗、轮岗、定期培训及考核制度

### 1、培训目标

- (1) 熟悉实验室工作制度，工作分工；
- (2) 熟悉安全、消毒管理制度；
- (3) 熟悉各类仪器的性能、使用、维护、保养知识；
- (4) 熟练掌握本实验室常规检测项目的操作流程、参考值和临床意义；
- (5) 能够胜任本职工作。

### 2、培训项目

- (1) 实验室工作制度，岗位分工；
- (2) 各种标本的采集、接收、编号、保存与处理；

- (3) 离心机、加样器、孵育箱以及各种仪器的操作、维护与保养;
  - (4) 室内质控、室间质评工作程序和质控图的绘制;
  - (5) 常规检测项目的测定原理、方法、参考值和临床意义;
  - (6) 检验报告单的发放;
  - (7) 医疗垃圾、感染性废物的处理。
  - (8) 生物安全及安全管理相关内容。
  - (9) 职业防护相关规定。
- 3、考核  
由各专业组组长出题，每次换班后考试一次。
- 4、新进人员的培训
- (1) 熟悉实验室生物安全防护制度、职业暴露防护制度及消毒制度;
  - (2) 熟悉工作制度、工作分工、实验项目，对实验室有总的了解;
  - (3) 按培训项目进行逐项培训，迅速掌握实验室各项工作，最后通过考核，授权正式上岗工作。
- 5、实习生的教学  
根据实习大纲安排教学计划。
- 6、进修人员培训  
根据进修目的、要求和进修时间安排培训内容。

## 检验科试剂与校准品管理制度

- 1、使用检验试剂与校准品的人员必须具备临床检验资格，非检验人员不得擅自使用
- 2、使用检验试剂与校准品必须如实填写试剂与校准品出入库登记表，以备清点检查库存情况，同时在包装盒上写明启用日期。
- 3、从事检验工作的人员要掌握实验操作基本知识，认真阅读试剂与校准品使用说明书的相关要求，服从实验室管理人员的安排和指导。
- 4、使用试剂与校准品过程中，必须严格按照实验操作规程操作，严格执行《试剂管理制度》、《实验室生物安全管理规范》。
- 5、实验结束后，应对试剂与校准品的名称、使用量与剩余量等进行核对，确认无误后放入指定冰箱或指定位置储存。
- 6、工作完成后，检查试验室污染情况，造成试剂或校准品污染的应立即进行清洁处理，并作相应的记录。
- 7、各专业组组长负责清点试剂与校准品，库存不足的及时申请补充，过期失效的及时清理。
- 8、试剂管理小组负责定期检查《试剂出入库登记表》，并统计试剂与校准品的使用与库存情况，发现使用或登记中存在问题的及时向领导及相关负责人反馈并协同解决。

## POCT 的管理制度

### 一、组织领导：

#### 1、POCT 管理委员会的成立和组建

- (1) 医院成立 POCT 管理委员会。
- (2) 人员组成：由医院领导、各相关部门（医务科、质控科、护理部、检验科、内科、手术室、急诊科等开展 POCT 的临床科室）代表组成，院领导为委员会主任，检验科代表应在 POCT 技术培训和日常质量管理方面起骨干作用。办公室设在医务部。质量管理工作由检验科具体执行。

#### 2、POCT 管理委员会的职责：

- (1) 负责受理本单位开展 POCT 的申请，按照下列原则审批：(1)符合国家和本地区的有关法规、政策、标准和伦理；(2)符合循证医学原则；(3)应用层次和范围与本单位临床实验室不相互重叠。

- (2) 对开展的 POCT 进行统一编号管理并做好详细登记。
  - (3) 负责定期培训和考核 POCT 操作人员，保证其具有做好相应 POCT 检测工作的专业能力。
  - (4) 监督各部门建立相应的质量管理体系，认真执行并保留必要记录。定期组织 POCT 项目的比对，保证同一医疗机构内检验结果的一致性。
  - (5) 受理有关 POCT 的投诉和意见，持续改进工作
- 3、对所有在使用的便携式血糖检测仪登记造册，对新申购的便携式血糖检测仪实行审批管理。
  - 4、组织对操作人员进行培训，具备卫生专业技术职称并经培训合格的人员方能从事便携式血糖检测仪的操作。
  - 5、负责协调和监督便携式血糖检测仪使用者建立质量管理体系和结果报告制度，做好日常质量管理。
  - 6、会同院内感染控制部门监督便携式血糖检测仪使用者严格遵循无菌技术原则。
  - 7、就便携式血糖检测仪使用和管理情况向所属卫生行政部门进行书面汇报。
- 二、人员资质认定：从事 POCT 操作的人员应是同时满足下列三项条件的护士、医生、临床实验室专业技术人员或其他医务人员：
- 1、具备卫生专业技术职称；
  - 2、经专门的 POCT 培训并考核合格；
  - 3、由所在 POCT 管理委员会认定具有做好相应 POCT 检测工作的专业能力。
- 三、仪器与试剂：
- 1、选用的仪器、试剂和耗材应当符合国家食品药品监督管理局的有关规定并按照要求妥善放置、保存。尽量选用与仪器配套的原装试剂。
  - 2、为便于质量管理和售后服务，同一品牌仪器尽量统一使用同一型号。
  - 3、一个科室只能使用一种品牌的仪器和与其相匹配的试剂或试纸。
  - 4、试剂的正确选用、存放、使用。不使用过期试剂。
- 四、质量保证：
- 1、仪器试剂符合相关要求。（有没有通过验证，试剂有效期等）
  - 2、建立 POCT 质量管理体系和操作人员培训制度。
  - 3、标准操作程序文件（SOP）：须经 POCT 管理委员会同意，审核。
  - 4、必须认真做好日常质量控制、记录。
  - 5、出现质量问题应暂停使用，及时汇报纠正。
  - 6、POCT 管理委员会应经常性组织专家进行质量控制工作的检查和技术指导。
- 五、结果报告：POCT 结果报告（或记录）单上须醒目注明“POCT”字样，须有检测仪器的统一编号和操作人员、申请医师和审阅医师签名。（可粘在病历上）
- 六、操作人员的培训与考核
- 1、POCT 管理委员会：
    - (1)、POCT 管理委员会负责各自管理范围内从检人员的培训、考核和指导。
    - (2)、POCT 管理委员会要认真安排 POCT 从检人员的培训，培训要规范化、定期化、加强检查，保证培训时间和培训质量，特别重视对非实验室专业背景的操作人员的培训。
  - 2、操作人员：
    - (1)、POCT 操作人员必须了解血糖测定的应用价值和局限性；必须仔细阅读血糖仪产品使用说明，包括血糖仪、试纸条、品管液及采血笔；了解血糖仪、试纸条及品管液储存条件；了解环境因素如湿度、温度对测试结果的影响；了解某些药物对测试结果的影响。
    - (2)、POCT 操作人员在了解血糖监测系统的产品知识外，还必须通过技术支持机构日常操作流程的培训，正确地掌握：质量控制和质量保证的操作流程、样本采集、血糖测定的操作步骤、血糖测定结果相关的应急措施和误差来源分析、正确的结果记录、安全性及预防传染的措施等。
    - (3) POCT 操作人员必须通过针对该项目的培训考试（包括笔试和临床测试）并由 POCT 管理委员会认可后方可进行操作。

## 医疗缺陷及差错事故登记报告处理制度

检验科的差错事故内容包括：因检验标本审核查对不严出错或遗失、编号错误、检测结果与检验项目不符等，造成不良影响的行为，为预防差错事故的发生，特定制度如下：

1. 科室职工必须认真学习中华人民共和国“医疗事故处理条例”的内容，自觉遵守和执行医院、科室预防、处理医疗事故和纠纷方案的措施，明确责任，杜绝差错事故在各专业实验室发生；
2. 建立差错事故登记本，如发生差错事故应尽快与临床科室联系，在不能解决的情况下，尽快向院医务处或院领导报告，共同做好事后妥善解决工作，减少对病人对医院和科室的损害；
3. 如发生差错事故，在问题得到解决后，当事责任人及各级管理者应按医院、科室奖惩方案给予处罚；
4. 差错事故发生后，不及时报告者或隐瞒不报导致不良后果者，一经查实，将按国家法律法规和医院、科室的管理制度进行处罚。

## 征求临床科室意见制度

为了及时获得临床科室对检验科工作，如开展项目、结果回报、服务态度等方面的信息，检验科特制定征求临床科室意见制度：

1. 科室不定期地征求临床科室主任、医师对检验科工作的检验或意见，检验科将针对情况组织相关人员协商，提出解决办法，及时改进。
2. 科室不定期或与临床科室联系过程中征求对检验科的建议或意见。汇总后，针对相关情况进行分析，对正确建议或意见及时改进落实。
3. 通过科室信息反 随时电话联系或网络联系，征求临床科室医护人员的意见，及时改进工作。

## 检验科与临床定期沟通制度

### 1. 目的：

通过检验师与临床的定期沟通及时发现本科工作中的缺陷，以便及时整改，不断提高检验科服务质量和检验质量。

### 2. 适用范围：

- (1) 临床科室反馈或征循的信息，如检验质量方面的缺陷、建议、意见等；
- (2) 与临床科室的各种沟通，如检验结果疑问解答、新项目用途介绍和检验信息发布等。

### 3. 职责：

检验医师定期向临床征循如检验项目设置合理性等与检验相关的意见，随时接收临床有关新项目需求的建议，并进行答疑、咨询和反馈，定期评估、汇总。科主任负责处理疑难的、重大的或下属部门不能处理的建议和意见，并给予及时有效的反馈。

### 4. 要求：

- (1) 检验医师及时了解和掌握国家相关法规、政策，明确医院的目标及发展计划，认真贯彻执行医院及检验科相关的制度。
- (2) 虚心征求临床医生、护理部对检验科工作的意见或建议，不断改进服务态度，提高检验质量，为临床提供及时、准确的检验报告。同时，通过相互沟通，也取得临床医护人员对检验科工作的支持和理解。
- (3) 参与临床查房和疑难、危重病例的会诊，对检验结果做出解释，并依据实验室结果对临床诊断和治疗提出建议。
- (4) 根据临床信息，对检验项目的选择、检验申请、患者准备、以及样品的采集、运送、保存、处理、检测和结果给予指导、培训、答疑和咨询。
- (5) 掌握检验项目的临床意义及临床医师的需要和要求，评价检验项目、合理组合，规划和开展新项目，并推动其临床应用。
- (6) 参与对涉及技术方面的检验工作不符合项严重性进行评价、原因分析，进行复验并跟踪处理结果。

(7) 全科技术人员接到临床、病人等方面的信息反馈后(书面或电话等),应及时记录内容,并向检验医师、实验室组长或科主任汇报。一般的反馈意见由各实验室自行处理,及时给对方满意答复。如属重大纠纷或差错,应立即向科主任汇报。由科主任负责处理。

(8) 做好沟通及联系工作的登记。定期总结分析共性问题,制定出相应的改进措施,进行持续性改进、沟通或培训。

(9) 不定期向临床发放《检验手册》,将本科开展的新项目、新仪器介绍给临床和护理部。更新、发放《样本采集手册》指导临床正确采集和运送样本。

## 新项目审批制度

检验科根据临床科室需求和检验技术的发展,经论证后及时推出新项目,在开展新项目或新技术时,按以下程序办理:

### 1. 检验科新项目审批及实施流程:

新项目开展前应收集相关的检验资料→检验科征求相关临床科室专家意见 → 评估新项目开展的意义→评估开展新项目新技术所需的人力、设备、及资源空间→核定新项目开展所需仪器、试剂的三证是否齐全→核定该项目的收费情况或在卫生与物价行政部门备案情况→报院医务科批示 → 执行→新项目实施后的跟踪,听取临床对新项目设置合理性的意见,改进项目管理。

### 2. 临床科室提出开展新技术新项目

临床科室口头或书面形式向检验科提出共同开展新项目新技术请求后,检验科将按照上述 1 中步骤进行。

## 员工培训和继续教育制度

1. 科主任负责科内继续检验医学教育计划的制定和实施。
2. 科室要把培训和继续教育纳入本科的年度计划,本着专业对口,学以致用原则,以短期培训、业余学习、自学为主的形式开展继续医学教育活动。
3. 选送应本着优先选送思想进步、工作积极、责任心强、服务态度好、钻研业务,在本年度专业技术人员考核中合格者,被评为优秀者应优先推荐。
4. 新分配本科、大、中专毕业生,鼓励报考在职学历继续教育,报考脱产学习者须见习期满,工作一年以上。凡调入本科工作不满一年的专业技术人员和职工,原则上不得报名参加脱产学习。
5. 凡参加脱产学习者,需个人申请,科主任签字并填写《外出学习申请单》,并报人事处请主管院长批准,方可参加报名或考试。
6. 员工参加各类业余继续教育学习,学习时间、经费自理,学习时间原则上使用年休假、存休,超过者按事假处理。
7. 各级职称人员实行学分制,建立学分登记册制度。学分登记按医院有关部门规定执行。
8. 对参加继续医学教育者进行考核,将考核结果和学分计入《学分登记卡》及个人业务档案内,作为晋升专业技术职称的必备条件之一。

## 标本检测过程中质量控制制度

### 1. 分析前的质量控制:

1.1. 病人的准备:为保证检测结果的有效性,应让患者采取空腹采血,同时应了解饮食、药物、运动对标本检测结果的影响,以排除非病理因素的干扰。

1.2. 标本采集:标本采集前,必须认真核对患者基本信息,了解检验项目,准备试验容器,严格操作规程,正确采集标本。当计算机网络开通后,实行条码标记管理。

1.3. 标本运送:按科室标本接收及处置管理制度执行,重点是各专业实验室应进行验收标本,检查标本是否符合检测质量要求及是否与检验单相符。

### 2. 分析中的质量控制:

2.1. 标本前处理:前处理是检验活动的基础,如生化、免疫专业实验室检测的血液标本需在血块收缩

后及时分离血清或血浆，在标本分离过程中应尽量避免标本的溶血。

2.2. 标本采集后及时检测，放置时间对结果结果有不同程度的影响。

2.3. 分析过程的质量控制：实验方法的选择和方法学的评价、试剂、仪器设备的性能、操作人员的素质和技术水平、室内质控物的控制状况等都是检验过程的中心工作和质量保证体系内容。

3. 分析后的质量控制：

3.1. 检验结果的审核：检测结果完成后，应回顾性查看室内质量控制结果是否在控，同时结合临床资料分析检验结果，实验中出现的异常检验结果，是否可从临床角度解释并及时与临床科室沟通联系，排除检测结果的其他影响。

3.2. 审核后签名是检验报告单完成的书面文书，是临床医师诊断治疗病情的依据，在医疗文档中具有一定的法律效力，故检验报告审核人应是具有专业技术职称的人员。

3.3. 审核后的报告具备对该检测的标本真实准确性、报告单整洁规范、项目中文注解和注明参考范围、法定计量单位以及市物价收费代码和价格，在报告单的下方有咨询电话号码、送检时间、审核后发出报告时间。

## 检测质量检查和评价制度

1. 检测过程必须严格执行仪器操作规程，做好室内质控，检查测定值是否符合质控判读规则，
2. 当出现过高或过低检测值时，应对照质控值或前后检测值进行分析，同时可向临床科室询问标本采集和患者情况，必要时重新复查标本测定值。
3. 检验报告单必须经过审核后才能发出，两人以上从事的实验检测，要求一人操作一人审核，两人共同完成签字或电子签名为操作者，审核者签全名；如只有一人值班时，操作者为电子签字，审核栏签上自己的全名，以示负责的发出检验报告单；
4. 各专业实验室每月进行一次室内质量控制的书面分析，发现问题提出改进措施；
5. 科室质控组不定时检查各专业实验室的室内质量控制情况，是否坚持室内质量控制，结果是否能被接受，存在的问题是否得到解决，有无处理记录；
6. 定期参加各级临检中心室间质评，不得无故不报告，结果返回后，各专业组应有本次室间质评结果的书面分析报告；
7. 随时听取临床科室对检验质量的意见反馈，科室不定期抽查检验报告质量(检验项目是否遗漏、结果来源是否有质量控制做保证，检验报告单是否规范)等。

## 检验科质量控制管理制度

1. 质量监控措施 检验质量是获得正确检验结果的前提，为了向临床提供准确的检验结果，提出加强检验质量的措施：

1.1. 室内质控

1.1.1. 各专业组根据本专业情况，一定时期由专人负责，做好室内质量控制工作，保证仪器检测在可控范围内。

1.1.2. 做好质控记录和月总结。

1.1.3. 对失控情况，按失控处理程序进行并记录。

2. 室间质量评价 科内各专业参加卫生部临床检验中心和四川省临床检验中心开展的室间质量评价项目，通过室间比对，提高各实验室人员专业技术水平。

2.1. 认真及时完成室间质量评价实验工作。

2.2. 测定后及结果回报单要由各实验室专业组长签字后报科主任签阅，按时发出或归档。

2.3. 对 EQA 回报不及格结果按处理程序进行并记录。

3. 室间质量评价（EQA）回报不合格结果处理程序

3.1. 质量控制员在接到不合格的室间质量评价（EQA）结果后，及时向质控负责人或专业组长、科主

任汇报，并查找原因、分析总结。

3.2. 分析可能出现的原因，如：人员操作技术、质控标本、仪器或试剂、方法学限制、环境温度等。  
3.3. 综合分析由各临检中心给出的其它医院室间质量评价统计结果，确定影响因素并记录，防止再度发生。

#### 4. 持续改进措施

4.1. 加强室内质量控制的监测，发现问题，及时查找原因并及时予以纠正，不留隐患。保证室内质量控制控制在控。

4.2. 做好室间质量评价工作，对回报的结果进行分析研究，对偏离正常的结果，要分析原因，并写出报告。

4.3. 继续做好室内质控的月总结工作，并与月末将月总结交科室备案。

4.4. 月总结要与月质控图、当的失控记录单放在一起备查。

## 检验科室内质量控制制度

室内质控是由实验室工作人员采用一系列统计学方法连续评价实验室工作的可靠程度，判断检验报告是否可以发出的全部过程。室内质控的目的是检测和控制实验室测定工作的精密度，并检验测其准确度的改变，提高常规测定工作批间和批内标本结果的一致性。

### 1. 准备工作：

1.1. 实验室工作人员培训：开展质控前，每个检验人员应对质控的重要性基础知识。一般质控方法有比较充分的了解，并在质控的实际工作中不断进行培训、学习提高。

1.2. 建立标准的操作规程文件：仪器的使用、维护操作规程、试剂、质控品、标准品等的使用操作规程。

1.3. 仪器的检定与校准：对量具等定期进行检定，对测定临床标本的仪器应按要求进行校准。校准时要选择合适的校准品。仪器大修后更换试剂后必须校准仪器才能使用。

1.4. 质控品的选择：质控品是保证质控工作的重要物质基础。较理想的质控品至少具备以下特性：

1.4.1. 人血清基质分布均匀；

1.4.2. 无传染病（HIV、HBV、HCV、阴性）；

1.4.3. 添加剂和调制物的数量少，用湿化学分析没有或只有很少的基质效应；

1.4.4. 瓶间变异小（酶 $<2\%$ ，其余项目 $<1\%$ ）。

1.4.5. 复溶后稳定  $2-8^{\circ}\text{C}$  不少于 24 小时， $-20^{\circ}\text{C}$  不少于 20 天，某些不稳定成分（如胆红素、ALP 复溶后 4 小时的变异应 $<2\%$ ）。

1.4.6. 到实验室后的有效期应在一年以上。

1.4.7. 质控血清的成分应包括：室内质控的所有项目，浓度应分别为参考值、病理值和医学决定水平值。

### 1.5. 质控品正确使用与保存：

1.1.1. 严格按质控品说明书操作；

1.1.2. 质控品的复溶要确保所用溶剂的质量；

1.1.3. 冰干质控品复溶时，所加溶剂的量必须准确，并尽量保证每次加入量的一致性。

1.1.4. 冰干质控品复溶时应轻轻摇匀，使内容物完全溶解，切忌剧烈振摇；

1.1.5. 质控品应严格按说明书元宝的方法保存，不使用超过保持期的质控品；

质控品要在与患者标本同样测定的条件下进行测定。

### 1. 室内质控目标：

参考美国临床实验室改进修定法案（CLIA-88）能力比对检验（PT）评价限来控制总误差。

### 2. 室内质控的实际操作：

2.1. 设定室内质控血清的靶值必须在实验室内用现行的测定方法进行测定，对所用质控血清自行确定靶值，定值血清所标定的值只能作为确定靶值的参考。

2.1.1. 暂定靶值的设定：新批号质控血清与当前使用的质控血清一起进行测定至少 20 次，计算出平



- 均值，作为暂定靶值。
- 2.1.2. 常用靶值确立：以最初 20 个数据和三至五个月在控的所有数据计算累积平均数，作为质控品在有效期内的常用靶值，并以此作为以后室内控制图的平均数，对个别在有效期浓度水平不断变化的项目，则需要不断调整靶值。
  - 2.2. 设定质控限（标准差设定）：对新批号质控品应确立质控限，控制限通常以标准差的倍数表示。
    - 2.2.1. 暂定标准差的设定：根据新批号质控品至少 20 次的测定结果，计算出标准差，并作为暂定标准差，以此作为下一个月室内质控图的标准差进行室内质控。
- 常用标准差的设定：以最初至少 20 次质控测定结果和三-五个月在控的质控结果的所有数据计算其标准差，作为该质控品在有效期内的常用标准差，并以此作为以后室内质量控制的标准差。
- 1.1.1. 对于稳定较差的测定项目，标准差的确定即等于平均数 X 以前的变异系数（CV）。
    - 1.1. 控制限的设定（质控方法）：可选用 12S 规则作为警告限。13S 规则作为失控限，>2S 作为在控限。
      - 1.2. 更换质控品：在更换新批号的质控品时，应在“旧”批号质控品使用结束前与“旧”批号质控品一起测定，确定新的靶值、标准差和控制限。
    - 1.3. 绘制质控图：常规工作中采用 Levey-Jenning 质控图（即均值、标准差质控图），我科生化专业实验室使用两个水平值的质量控制。
    - 1.4. 质控规的应用：按 CDSYYJYK-WR-QMM-0033 执行。
    - 1.5. 失控原因分析：失控信号的出现受多种因素的影响，操作上的失误、试剂、标准品、质控品、仪器的维护、人员的素质等等，当失控信号出现，就意味着与测定质控品相关的病人标本的结果可能作废，因此，首先要尽量查明导致失控的原因，判明是真失控还是假失控，如为后者，则可按原先检测的结果发出报告。注：假失控为除了方法的固有误差外，没有其它误差加入的情况下出现了失控信号，称为假失控。
    - 1.6. 失控原因的查找：
      - 1.6.1. 重测同一质控品，
      - 1.6.2. 新开质控品重测失控项目，如结果在控，说明原质控品变质或被污染，如仍不在允许值，进行仪器维护如光源、比色杯等，
      - 1.6.3. 更换试剂；
1. 室内质控数据管理：
    - 1.1. 每月室内质控数据的统计处理；
    - 1.2. 每月质控项目数据保存；
 每月室内质控数据或图表上报；
  2. 室内质控数据的周期性评价；

## 室内质量控制异常值处理程序

操作者在测定质控物时，如发现质控数据违背了控制规则，应及时查找原因、分析处理纠正并认真做好失控记录，同进报告专业组长，由专业组长做出是否发出与测定质控品相关的那批患者标本检验报告的决定。

当得到失控信号时，可采取以下步骤去寻找原因：

- 1、立即重新测定同一质控品。重测的结果应在允许范围内（在控），否则进行下一步。
  - 2、新开一瓶质控品，重测失控项目。重测的结果应在允许范围内（在控），否则进行下一步。
  - 3、进行仪器维护，重测失控项目。检查仪器状态，光源灯是否需更换，比色杯的清洗或更换，仪器的清洗等维护。另外还要检查试剂，以查明原因。重测的结果应在允许范围内（在控），否则进行下一步。
  - 4、重新校准，重测失控项目。用新的校准液校准仪器，排除校准液的原因。否则进行下一步。
- 请专家帮忙。如以上操作未能得到在控结果，可能是仪器或试剂的原因，请求仪器或试剂厂家的技术支持。

## 检验科室间质评制度

一、目的：规范室间质评制度。

二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。

三、内容：

1. 参加四川省临床检验中心及卫生部临床检验中心两级室间质评活动。
2. 按省临床检验中心及卫生部临床检验中心规定，参加二级甲等医院要求的室间质评项目，包括生化、临检、免疫、血凝、微生物、输血相容性检测等。
3. 室间质评由各实验室组长负责，报告须经科主任批准后上报，上报方式通过网络或信件。
4. 室间质评回报结果由各组统一保存备案。
5. 对室间质评不及格结果，实验室组长要查找原因，做原因分析报告，并经科主任签字后与室间质评回报一起保存备案。

## 检验科标本接收制度

1. 检验申请单由临床医师填写，要求字迹清楚、目的明确，患者基本信息资料内容完整。当计算机网络开通后，临床采集的标本可通过条码扫描仪确定标本的检测项目，检验单粘贴该项目扫描条码，以便于实验室检测。
2. 为防止交叉感染，每份送检标本和送检单最好在隔离袋中运送，以防标本外漏污染环境或容器。
3. 标本在采集后应尽快送检，以防止氧化、气体溢散、成份分解、细胞死亡、离子转移等，在送检过程中如精液标本、阿米巴原虫、冷凝集素等标本应保温送检，细菌培养标本应在无菌容器或培养基内送检，血气标本应与空气隔绝，血氨标本应用带塞瓶或管在冰块中送检。
4. 科室收到标本时应详细核对标本试管和申请单上患者基本信息、标本质量。门诊周末和夜班接受的标本应在登记本上做好签收，当送检标本不合格应及时退回或电话通知临床重新送检标本，并告知正确的标本采集方法和要求。
5. 科室收到标本后，应及时按操作规程进行检验，个别特殊检测标本如不能及时检测的，应根据试验目的留取标本和冰冻保存。
6. 生化、临检、免疫专业检测的血液标本。血标本原始管各专业应存留 7 天，以备核查，有标本保存记录。
7. 收到细菌培养标本尽快接种划线或涂片，以防止标本污染或细菌的自溶。同时工作人员应做好必要的生物防护，如口罩、帽子、手套等。
8. 检测报告单送达病房时由主管病区护士或医师在登记本上签收，以便于资料整理。
9. 标本在检验检测完毕应严格按卫生部“医疗废物管理条例”执行，浸泡或装入特种垃圾袋由科内工人和医院专门处置医疗垃圾的人交接，运送至医院医疗垃圾暂存室。

## 检验标本拒收制度

根据不同的检验项目，对不同的标本均有不同的要求。如果标本不符合检验要求，就会影响结果的准确性，或造成错误，或根本不能检测。为防止这些情况的发生，特制定不合格标本拒收制度，即当收到不符合检验要求的样本时，及时与临床科室联系，拒收退回，并做好记录。

标本拒收退回的基本标准：

1. 留取的标本与申请单上送检标本不相符时，拒收退回。
2. 标本上所注病人姓名及病历号与申请单上的病人姓名及病历号不相符时，拒收退回。
3. 严重溶血、乳糜血标本，及时与临床联系，除外患者病情的原因，拒收退回。
4. 取血量过少影响检验测定的标本，拒收退回。

5. 采血用管与检验项目不相符的，拒收退回。
6. 需要抗凝的血标本，未抗凝，造成标本凝固的，拒收退回。
7. 胸腹水常规要加抗凝剂，由于未抗凝，造成标本凝固的，拒收退回。
8. 做细菌培养的标本要留在无菌容器内并及时送达检验科或床旁采样，否则拒收退回。
9. 尿、便常规标本留取，必须使用规定的容器，否则拒收退回。
10. 做尿沉渣定量的尿标本留取量必须大于 10ml，否则拒收退回。
11. 医嘱与申请单不相符的。
12. 抽血时间超过两小时的。

## 标本检测前、后查对工作制度

查对制度是保证检验科检测数据质量的前提，检验人员在工作中应严格按操作规程和质量控制原则办事，严格遵守科室查对制度。

1. 核收标本时严格查对：科别、姓名、性别、床号、检验单与标本编号是否一致，检验目的是否明确。
  2. 检验时严格查对：试剂、检验目的、检验单与标本编号、姓名、床号、科室、检验完毕严格查对结果是否相符，有问题应复查或与主管医师联系解决；
- 发报告时严格查对：科室、床号、姓名、检验结果、检验者签名、审核者签名确认无误时方可发出报告。

## 检验报告单签发人资质认定制度

检验报告单是检验科对临床患者标本检测结果的真实记载，是临床医生判断病情和治疗的重要参考依据。因此，对检验报告单的签发人资格及范围作如下规定：

1. 检验专业本科毕业生进入科内后，一年后经卫生部资质考试合格后，拿到资格证书后，由医院授权，检验科进行专业知识和各种操作技能考核合格后，由科主任授权对报告的签字权。
2. 检验专业大专科毕业生进入科内后，一年后经卫生部资质考试合格后，拿到资格证书后，由医院授权，检验科进行专业知识和各种操作技能考核合格后，由科主任授权对报告的签字权
3. 检验专业中专科毕业生进入科内后，在科内工作二年后，参加卫生部资格证考试，经考核合格后，取得资格证书后，由医院授权，检验科进行专业知识和各种操作技能考核合格后由科主任授权对报告的签字权。
4. 专业组长对本专业及值班过程中常规及疑难患者检验报告单具有签发资格。
5. 主管检验师以上资质人员对本专业及值班过程中常规及疑难患者检验报告单具有签发资格。
6. 科主任、主任助理对科内各专业常规及疑难患者检验报告单具有签发资格。
7. 急诊、微生物（细菌）节假日、夜班检验报告单、由具有签字资质的人员审核签发或由经科主任授权的人员审核签发。
8. 常规检验结果，操作人完成报告单后，在操作者一览签字，由另一人具有资质人员审核，签发。检验报告单的签发由检验科主任按国家行政管理部门有关规定“资质要求”授权。日常检验报告单签发的质量监查为各专业组长及主任助理、科主任。

## 检验科复检制度

- 1、 为了确保医疗安全，提高检验质量，保证检验结果准确无误，现制定检验结果复检规定
- 2、 出现如下情况均应进行复检。
  - (1) 结果出现明显错误。
  - (2) 检验结果和临床矛盾，临床医生对检验结果提出异议。
  - (3) 检验结果出现危急值。

- (4) 检验结果超出线性范围。
  - (5) 检验结果和上次相差悬殊。
  - (6) RH 血型阴性，HIV 抗体、梅毒结果阳性。
  - (7) 需手工复检的标准：  
血常规：白细胞（WBC） $\leq 2.0 \times 10^9/L$  进行手工计数复查； $\geq 40 \times 10^9/L$  进行手工涂片复查；  
仪器无法分类的要手工进行涂片分类  
血小板 $\leq 50 \times 10^9/L$ ，进行手工血小板计数  
血细胞分类发现幼稚白细胞、幼稚红细胞、血小板低于  $10 \times 10^9/L$ ，需同主管医生联系后抽血复查。
- 3、 复检要注意核对试剂质量、确认仪器质量，室内质控是否失控，操作的正确性，编号是否正确、离心是否彻底。确认无误后进行复检。
  - 4、 复检合格并找出原因，可判定合格；若未找出原因，若出现不合格，应报告实验室负责人，重新取样复检，评估结果的准确性，和临床联系后，发出报告。

## 检验科检验报告双签字制度

检验报告单是检验科向临床医生送交检验标本的结果回报，关系到医生对患者疾病的诊断、治疗给预后判断。所以要加强管理，特制定如下审核、签发制度：

1. 各专业实验室标本接收者应负责标本分配、安排等的检验工作。
2. 两人以上从事的检测活动，审核需由另一有审核资质的检验人员进行，负责对报告单的审核和签发。夜班一人从事的检测活动，操作和审核均由当事人承担。审核内容包括患者的一般信息资料，如：姓名、性别、年龄、病区床号、病历号、检测项目等，检测值是否超出正常范围，属于危急值，按照危急值处理流程进行报告。如有疑问，首先查看质控情况，与操作人核对及检查标本接收记录等，同时应与临床科室联系，对照检测结果是否合理。必要时，与临床科室的负责医生联系，重送标本检测。
3. 当患者是第一次检验时，发现异常高、低值时首先与操作人核对质控记录及检测结果。必要时，与临床科室的负责医生联系，询问患者的病情，再做复查。属于危急值的按照危急值处理流程报告。
4. 当核对无误后，审核人签字发放检验报告。
5. 专业组长负责对日常检验报告的审核和签发有监督责任。

## 检验科报告单管理制度

检验科作为诊断、预防，对人类进行生物、微生物、血清、化学、免疫血液、血液、生物物理、细胞等检验的机构。检验报告单，是提供医疗举证、防止医疗差错、医疗纠纷、杜绝医疗事故发生的载体，必需有严密的管理制度：

### 1、检验的申请

实验室只有当收到具有执业医师的书面申请时方可进行检测。检验申请单至少保存二年。当有关部门有要求时，实验室能提供检验材料。实验室必须保证申请单上包括：（1）患者姓名和 / 或其它特定的识别号；（2）申请检验的负责人的姓名，或者其它识别号。（3）要求检测的项目；（4）标本收集的日期；（5）任何其它为保证准确和及时报告结果所需要的有关信息。（6）检验记录当进行标本的处理或检测时，实验室必须有措施来保证能可靠地识别患者标本，以保证报告的结果的准确性。记录必须能识别进行检测的工作人员。患者检验的记录包括仪器的打印结果至少要保存 2 年。

检验记录必须包括：（1）患者的识别号码，标本的特定唯一编号；（2）实验室接受标本的日期和时间；（3）未达到标本接受标准的标本情况；（4）进行检测的工作人员。

### 2、检验报告

实验室报告必须及时地送达最初提出申请检验的负责科室，或负责使用结果的个人。检验实验室

至少在送出报告后二年保存原始报告或者报告的拷贝件（包括最终和初步报告）。

（1）检验报告必须有进行检测实验室的名称和所检测的项目，检验结果，有需要时说明测量单位；

（2）必须由进行检验的实验室向申请检验的负责医师或者负责使用检验结果提供可靠的“参考”或“正常范围”；

（3）实验室必须建立并遵循报告危及生命的实验室结果或紧急值的书面程序。此外，当一检验结果提示存在紧急危及生命情况时，实验室必须警告申请检验的人士或单位或者负责使用检验的人士；

（4）实验室建须妥善保存原始或者复印件，以保证及时取到和确认。

任一使用者提出内容有不妥之处，则向科主任提出，由科主任召集与本文件制定的相关人员进行讨论，根据讨论结果提出修改或不修改意见。

## 检验结果登记及报告单发放工作制度

检验结果登记是完成检测项目试验后进行的实验报告结果记录工作。目前科室各专业实验室已建立 LIS 系统，做到了无纸化的登记管理工作，减轻了工作人员的工作强度，增强了登记结果的准确性，杜绝了结果登记的误差，快速方便临床科室和病人的查询。为更有力的做好服务工作，制定工作制度如下：

1. 工作人员在工作期间必须穿着工作衣，配戴服务牌，对取检验报告单人员服务热情，严格执行卫生部《医务人员医德医风手册》，努力减轻患者的痛苦。
2. 为快速发放检验报告单，门诊患者在采血时发有领取报告单卡，发放报告单工作人员应在发放检验报告单前原始记录单的顺序清理好报告单。另外：科室为方便患者在任意时间领取报告单，现已报请医院信息科按照门诊取报告系统。在从 LIS 系统中安装标本采集条码扫描程序，一旦该程序运行成功将大大改观现有报告单管理办法，更好的服务于患者。
3. 报告单的发放工作人员应查对患者姓名、卡号等相关信息无误后方能发出检验报告单。

未发放的检验报告单，工作人员必须妥善保管，对遗失的检验报告单，工作人员应主动与各实验室联系应给予弥补。工作人员努力协助科室做好其它工作。

## 检验标本保存制度

1. 检验标本保存的目的：

1.1. 不能及时检查的标本必须在合适的条件下保存备用，以免标本内各化学成分发生变化，影响检测质量；放在未检测标本冰箱保存。

1.2. 检测完毕的检验标本，保存在标本保存冰箱，保存 7 天。以便临床医师或病人家属有质量信息反馈意见时复查；

1.3. 病人不同时间的两次结果相差太大时，便于两次标本对比检测，查找原因；

1.4. 杜绝一些医疗纠纷，特别是医疗欺诈，原始标本是实验室是否有错的原始证据，以便发生纠纷时复查；

2. 标本检测前的保存：

2.1. 外送不能即时送检的标本，应尽快分离，2-8℃保存备用；特殊要求标本须在-20℃保存备用。有记录。

2.2. 生化、临检、免疫标本在发出报告后，将检测后的标本标明日期和编号置标本保存冰箱保存。

2.3. 其它实验室标本应在检测报告发出后及时处理，避免污染。

## 医疗质量安全管理与持续改进工作制度

为防范和避免各类医疗风险、医疗缺陷和不良事件的发生，维护科室正常工作秩序，保障医护人员的合法利益，提高科室医疗管理质量和水平，特制定本制度如下：

1. 科室按照医院安排和要求制定年度医疗质量安全工作计划，并采取相应的持续改进措施。
2. 执行医院各医疗质量管理文件或精神，并向医院医疗质量部门汇报工作并反馈遇到的问题。
3. 科室质量管理小组由科室主任、主任助理、科秘书、专业组长、质控员组成。
4. 抓好各项规章制度的落实和检查，质量安全列入科室对个人的考核内容。

5. 教育和督促科室成员重视检验质量，及时纠正和防范各环节的医疗质量安全问题。
6. 调查分析科室内发生的不良医疗事件和不良护理事件的原因，判定其性质，提出处理意见。
7. 对科室成员进行职业道德和专业技术培训，提高医疗质量。
8. 根据工作需要定期或不定期召开专题会议，研究讨论医疗质量管理问题，并提出持续改进措施。

## 检验质量管理与持续改进规章制度

为加强检验科质量安全管理的不断完善，科室在质量管理工作小组的基础上，在各专业实验室增设质控员，以加强科内质量控制制度的进一步落实和执行。

1. 各专业组针对本组实际情况，制定本组质量安全保证计划。其中包括：标本收集及验收、对仪器进行校准、室内质量控制、室间质量评价。
3. 不定期召开专业组质量管理工作会议，对存在的问题进行查找原因、分析解决。
4. 各专业实验室成质量管理工作监督小组，负责本专业实验室工作质量，监督质量管理工作执行情况。
5. 对新开展的检测项目、新修改的操作规程等，必须经过质量管理小组认可，并报科室质控组研究，科主任批准。
6. 质量管理工作与个人业务考核挂钩。
7. 不定期举办质量管理工作讲座，交流经验，不断提高管理水平。
8. 不定期与临床科室联系，发现问题及时解决。

## 急诊检验管理制度

- 1、为使检验项目既能满足危急情况下诊断治疗的需要，又不过度浪费急诊资源，我院检验科提供24时急诊检验服务。
- 2、急诊检验处于医疗的第一线，是抢救急、危、重患者的重要环节。必须强调及时快速的优质服务，在最短时间内发出报告。
- 3、各科临床医师根据病情实际需要填写急诊检验单，写上（注明）“急”字，注明标本采集时间，急诊检验室接到标本后要先检查是否符合要求，然后立即进行检验，对于特殊情况，如大出血患者的标本等要优先从快检查。
- 4、急诊检验完成后要及时发出报告或电话通知医师在网络上查询检测结果。报告单上要填写收到标本和发出报告时间。急诊检验结果要做好登记，也要注明发出时间和接收报告者，以备查询。
- 5、检验人员必须坚守岗位，如因工作需要短暂离开岗位时，应有明显标记指明去处，留下联系电话，离开时间不得超过10分钟。交班时要填好交班记录，对仪器设备运行情况和电器线路、试剂情况、工作情况作好交待。

## 危急值管理制度

缩短回报时间应作为实验室服务质量的一个标准。实验室应根据临床需要和实验室条件许可定出回报需要的时间。急诊化验应遵守规定，不延误患者治疗。遇有紧急关键的结果，应立即通知医生在网络上可快速查询检验结果。

临床化学项目过高、过低检验结果应立即通知医生的关键值：

范围	项目
<2.80mmol/L, >6.20mmol/L >6.5 mmol (血透患者)	血清钾 (K)
<125mmol/L 或 >155mmol/L	血清钠 (Na)
<1.50mmol/L 或 >3.50mmol/L	血清钙 (Ca)
<80 mmol/L 或 >125 mmol/L	血清氯 (Cl)
>1000 U/L	丙氨酸氨基转移酶 (ALT)
天门冬氨酸氨基转移酶 (AST)	>1000 U/L
肌酸激酶 (CK)	>2000 U/L
血清肌钙蛋白 I (CTnI)	>1.7ng/ml
淀粉酶 (AMY)	>600U/L (血); >1500U/L (尿)
葡萄糖 (Glu)	<2.75mmol/L 或 >22.0mmol/L
尿素氮 (BUN)	>26.8mmol/L
血清肌酐 (CREA)	>884.0 μ mol/L
凝血酶原时间 (PT)	< 5s      >35s
国际标准比率 (PT-INR)	>4.0
活化部分凝血活酶 (APTT)	>70s
纤维蛋白原 (FIB)	<0.8g/L
Rh 血型 (RhD)	阴性血型 (限手术、外伤、输血患者)
白细胞 (WBC)	<2.0×10 <sup>9</sup> /L, >40.0×10 <sup>9</sup> /L
血小板 (PLT)	<50×10 <sup>9</sup> /L, >600×10 <sup>9</sup> /L (脾切除患者除外)
血红蛋白 (Hgb)	<50 g/L, >200 g/L (高原患者除外)
红细胞比积 (HCT)	<20% , >60%
脑钠肽 (BNP)	III级 (1700~4200pg/ml) IV级 (>4200 pg/ml) (内科)
D2 聚体 (D2)	>7.0 ug/mL
人类免疫缺陷病毒 (HIV)	阳性
脑脊液培养、血培养	阳性

遇有各异常情况应立即与患者所在临床科室护士或医生联系, 以确保病人得到及时的治疗。并立即填报患者的信息包括: 姓名 床号 所在临床科室 检测项目 复查结果 报告时间 接收报告人姓名 接收报告人是否复述 复述是否一致, 按照危急值处理流程。

## 试剂管理制度

1. 科内设专人负责试剂管理, 包括订购、登记、审核及监督使用情况, 保证不积压、不浪费及试剂的合理使用。每月制定试剂采购计划并负责特殊试剂的购买。
2. 新购试剂要进行登记, 包括试剂名称、购买日期、数量、试剂批号、有效期等。
3. 严格按照试剂说明书的要求贮存试剂。
4. 根据试剂有效期的先后, 按顺序使用试剂, 并做好剩余数量的登记。
5. 定期清点试剂库, 以保证无过期试剂。

6. 科试剂管理人负责保证公用试剂供应、分类、储存及管理。  
科负责人每月检查科内试剂订购、使用及保存情况。

## 计量管理和检定制度

1. 负责管理计量器具，协同医院设备处计量管理员定期核对帐目，保证计量器具不超期使用，做到不使用无合格证或检定不合格计量器具，使用计量器具要采取法定计量单位。
2. 科室的工作计量器具，凡列入强检、非强检的由计量部门定期鉴定，鉴定合格的在有效期内使用，不合格的给予维修，确定达不到标准的进行退库报废处理。
3. 工作计量器具出现故障或量值不准，使用人员不得自行拆修调整，不得擅自送外修理，出现故障须及时送仪器维修室安排解决。
4. 工作计量器具要放置在规定环境条件使用，做好维修保养工作。对违反工作计量器具管理规定的人员视情节酌情处理。

## 科研工作管理制度

1. 科主任责科研管理工作，制定年度工作计划，并组织实施。
2. 根据本学科科研规划和科研方向，做好本科科研课题、科研成果等的申报工作。
3. 做好科研工作原始记录的保存及整理工作。研究工作结束后，应及时将原始记录呈主任或课题负责人签字，送档案室归档。
4. 科研论文外投，必须一式二份，由科主任签署意见，报送科教处登记。
5. 根据科室具体情况，组织安排科研学术报告活动。
6. 协助科教处做好科研工作的年中、年终总结考核工作。

## 奖金分配制度（奖励细则）

奖金是工作劳动中的激励措施，在现有管理体制下，贯彻执行多劳多得，少劳少得，不劳不得，履行岗位职责，注重工作质量，合理拉开差距，不得平均发放等医院制定的相关文件及分配原则和分配系数，试行奖励细则如下：

1. 奖金在奖金分配小组的管理下，由奖金分配组按奖金分配方案发放到各专业实验室；专业组长有权按岗位及考评记录（工作态度、业务能力和业绩等）分配组内奖金，按时将分配签字交科室，科室交医院审计处和经管处备查；
3. 奖金的构成：
  - 3.1. 岗位奖：凡在岗参加工作的员工，自觉遵守医院、科室各项规章制度，执行医德医风规范，自觉履行医务人员行风承诺的规定，保持实验区域内清洁卫生和整洁；执行物价无记帐差错；团结协作，共同完成工作任务；占分配奖金额 30%；
  - 3.2. 考勤奖：
    - 3.2.1. 完成工作纪律出勤报表；
    - 3.2.2. 参加医院、科室组织的政治和业务学习；
    - 3.2.3. 员工服从工作安排；
  - 3.3. 质量奖：工作中无质量投诉，坚持室内质量控制和室间质量评价的工作流程，及时发放或电话通知临床科室所需的检测结果，经常与临床科室勾通并有原始记录登记；
  - 3.4. 成本节约奖：成本包括：试剂、仪器、耗材、一次性卫生材料，要求员工必须执行生物安全实验室管理规程，不得浪费或不用必须的卫生材料，根据国家有关规定，检测试剂必须使用证件齐全的产品，不得自行订购仪器设备、试剂等检验用物品；
  - 3.5. 工作计划奖：按时上交科室所需的文件，如年度专业技术考核表，医德医风表，年度工作总结，仪器设备使用登记表，奖金发放单，试剂月计划单，出勤月报表等；
  - 3.6. 激励奖：科室支持员工为患者的诊断治疗而加班，支持各专业实验室在节假日安排员工开展临床急需的特殊检测项目；
  - 3.8. 工作业绩：



- 3.8.1. 工作中进行研究写医学论文，按时完成阶段工作总结；在规定年限内结题；
- 3.8.2. 开展新技术通过医院专家组认定并用于临床常规工作；
- 3.8.3. 放弃休息时间，随叫随到，解决专业技术疑难问题，保证检验工作完成的专业组或个人；
- 3.8.4. 参加室间质评成绩优秀；
- 3.8.5. 其它积极支持科室工作，放弃个人休息时间的专业组或个人；
- 3.8.6. 年终目标考核优秀；
- 4.1 学科带头人的评定交医院学术委员会认定；学科带头人的标准：
  - 4.1.1. 热爱医院、热爱检验医学专业；
  - 4.1.2. 重视检验质量标准，检验质量在科室内和临床科室中满意度高，无临床科室和患者投诉；
  - 4.1.3. 解决科室内检验技术中疑难问题能力强，工作勤奋，钻研业务，引进新技术和新试验；
  - 4.1.4. 三年内至少有一项科研成果获奖、两项新技术获奖、年年有学术论著在省级以上公开杂志上发表；
  - 4.1.4. 每年有新技术引进，并在临床标本检测中常规应用，得到临床科室普遍好评；
- 5.1. 科主任、主任助理的奖金：全科平均奖 X 相应系数（由医院规定）；
- 5.2. 组长有奖金再分配权：组长有权按岗位及考评记录（工作态度、业务能力和业绩等）分配组内奖金；
- 5.3. 奖金的分配必须由科室推选的人员管理，奖金分配员必须接受医院行政管理部门和全科员工的监督。
6. 每次奖金发放后，各专业组长及时将发放签字单交科主任处，科主任上交医院职能处室，以接受医院和全科同志的监督。

## 检验报告审核制度

- 一、标本一律凭单采集，做到五查五对，（科别、床号、姓名、性别、化验项目），收取标本，同时还要核对标本数量、质量及化验项目是否符合要求，实行收取签名。
- 二、填写报告单后，要逐项核对，方能签字发出报告。
- 三、血型鉴定发报告时必须做到五查五对，以保证结果的准确无误。
- 四、交叉合血后，发血时要与取血人共同查对科别、床号、姓名、性别、血型、血袋号、采血日期、血液质量。
- 五、认真做好检验复核工作，遇到不符合或标本质量问题应立即与临床联系，及时处理。
- 六、检验科各室报告单，必须实行双签字，即操作者、审核者（一律签全名），方可出报告（急诊除外）。
- 七、检验科检验师以上资质人员，经过考核，由科主任授权检验报告的审核权。

## 检验科内部质量控制制度

- 一. 分析前的质量控制：
  1. 病人的准备：为保证检测结果的有效性，应让患者采取空腹采血，同时应了解饮食、药物、运动对标本检测结果的影响，以排除非病理因素的干扰。
  2. 标本采集：标本采集前，必须认真核对患者基本信息，了解检验项目，准备试验容器，严格操作规程，正确采集标本。当计算机网络开通后，实行条码标记管理。
  3. 标本运送：按科室标本接收及处置管理制度执行，重点是各专业实验室应进行验收标本，检查标本是否符合检测质量要求及是否与检验单相符。
- 二. 分析中的质量控制：
  1. 标本前处理：前处理是检验活动的基础，如生化、免疫专业实验室检测的血液标本需在血块收缩后及时分离血清或血浆，在标本分离过程中应尽量避免标本的溶血。

2. 标本采集后及时检测，放置时间对结果结果有不同程度的影响。
3. 分析过程的质量控制：实验方法的选择和方法学的评价、试剂、仪器设备的性能、操作人员的素质和技术水平、室内质控物的控制状况等都是检验过程的中心工作和质量保证体系内容。

### 三. 分析后的质量控制：

1. 检验结果的审核：检测结果完成后，应回顾性查看室内质量控制结果是否在控，同时结合临床资料分析检验结果，实验中出现的异常检验结果，是否可从临床角度解释并及时与临床科室沟通联系，排除检测结果的其他影响。
2. 审核后签名是检验报告单完成的书面文书，是临床医师诊断治疗病情的依据，在医疗文档中具有一定的法律效力，故检验报告审核人应是具有专业技术职称的人员。
3. 审核后的报告具备对该检测的标本真实准确性、报告单整洁规范、项目中文注解和注明参考范围、法定计量单位以及市物价收费代码和价格，在报告单的下方有咨询电话号码、送检时间、审核后发出报告时间。

## 生化检测质量控制管理制度

1. 各工作台操作人员应严格按照各种项目的操作规程进行操作，不得随意改变操作规程的步骤、标本量，试剂量以及反应时间。
2. 在操作过程中，如发现试剂、标准品有质量问题，应立即更换，并检查试剂是否在有效期内；
3. 生化室的仪器设备要定期保养、维护、校正。需做保养工作的仪器如电解质分析仪、AU680等，要坚持每天做保养情节工作，使仪器处于最佳工作状态；
4. 做好临床生化的每一份报告结果登记，发现异常结果应进行复查，并及时与临床科室联系，以了解病人的现状，帮助结果的分析；
5. 各工作人员要认真进行科室室内质控工作，每日的常规质控测定应随病人标本在相同条件下测定，避免主观因素影响；
6. 参加质量控制工作的各级人员，要定期分析质控图的曲线变化，查找出影响因素，并采取相应对策，以期取得校正；

参加室间质控结果报告收到后，应立即通知信息科，并组织所有生化人员进行回顾性讨论分析，从中总结经验，以利于生化室工作的质量提高。

## 血液、体液检测质量控制管理制度

1. 工作台操作人员应严格按照各种项目的操作规程进行操作；
2. 在操作过程中，如发现试剂、标准品有质量问题，应立即更换，并进行登记；
3. 体液工作台人员要熟悉掌握尿八联结果分析评价、尿八联故障分析表、尿八联质控流程图，每日工作前，坚持质控测定，有异常应找出原因；
4. 仪器工作台人员，在标本测定前，每天坚持做全血质控物内的白细胞、红细胞、血红蛋白、血小板几项定值质控的测定，并绘制质控图，如果当天所有的质控图结果均在允许噶、范围内，说明仪器工作状态良好，结果可信，否则必须查找原因即是纠正；
5. 仪器工作状态质量是检验工作质量的关键，各工作台人员要认真维护、保养、定期校正仪器；
6. 血液学工作人员，每日发报告时，要认真审阅检验结果，如是多次查过的病员，应认真对照前后结果，进行分析，如有疑问，应进行复查，或请上级人员解决。

## 微生物实验室安全操作规程

1. 禁止非工作人员进入实验室，参观实验室等特殊情况需经实验室负责人批准后方可进入。
2. 接触微生物或含有微生物的物品后，脱掉手套后和离开实验室前要洗手。
3. 禁止在工作区饮食、吸烟、处理隐形眼镜、化妆及储存食物。
4. 以移液管吸取液体，禁止口吸。

5. 按照实验室安全才做规程操作，降低溅出和气溶胶的产生。
  6. 注意尖锐器皿的使用和处理，防止利器损伤。
  7. 每天至少消毒一次工作台面，活性物质溅出后随时消毒。
  8. 所有培养物、废弃物需运出实验室灭活，必须放在专用的容器内。
- 工作人员应接受潜在危险知识培训，掌握预防暴露后的处理程序。

## 微生物菌种、毒株管理制度与流程

1. 目的：对本实验室菌种、毒种的申购、保存、保管、领用、处理等各个环节实行有效的监督控制，防止意外事故发生，确保疾病预防与控制检验业务及科研教学工作。

2. 适用范围及菌种、毒种专职管理人员

适用于本科微生物实验室菌种、毒株的管理；

菌种、毒种专职管理人员：

3. 职责

①微生物实验室负责菌、毒种的出入库保管、保存及处理等日常管理。

②科室指定 2 名菌种、毒种库管理人员承担菌、毒种日常管理。

③科室负责人负责一、二类菌、毒种的出入库和向上级索取及对下级发送的审核。

④技术管理层批准本实验室一、二类菌、毒种的出入库和向上级索取及对下级发送的审批。

4. 工作程序

(1)报送及入库

①当微生物实验室检出菌、毒株应及时报送市疾病预防控制中心。

②新发现的菌、毒种，要做好原始记录，逐级报送进行复核确认，报送时须 2 人参加。

③一、二类菌、毒种入库前，科室审核，技术管理层批准后入库

④个人不得擅自保留菌、毒种，必须由科室进行统一编号、登记入库管理

⑤菌、毒种入库时，2 名菌、毒种保管人员须认真做好菌毒种的编号、登记工作。

(2)日常管理

①保管人员由张维平、杨娇 2 名检验人员组成。

②菌、毒种入库时，保管人员应及时验收，统一编号，填写《菌、毒种登记表》

③严禁随意将菌、毒种置于非菌、毒种专用保存场所，应做到三专（专室、专柜、专锁）。

④菌、毒种库由 2 名保管人员双锁管理，铁门与锁必须牢固有效，发现损坏须及时报修。未经各科室负责人同意，不得擅自将钥匙委托他人代管。

⑤菌、毒种保管人员应定期对库内温度、湿度、通风及冰箱、冰柜等菌、毒种保藏设备运转情况进行检查，并做好记录。

⑥菌、毒种保管人员根据菌、毒种的保存期限，及时通知分管病种的检验人员进行传代，定期鉴定，并详细记录在《菌、毒种登记表》

⑦菌、毒种保管人员发现菌、毒种发生变异和死亡，应及时向科室负责人报告，并填写《菌、毒种登记表》。科室须将变异及死亡的一、二类菌、毒种通报技术管理层。

(3)索取、领用和发放

①因工作需要索取、领用和发放一、二类菌、毒种时，须严格按国家有关的规定，填写《菌、毒种领取申请表》，科室负责人审核，技术管理层批准后方可索取、领用和发放。

②三类菌、毒种的领用和发放时，应由 2 人参加。

③一类菌、毒种，须报卫生部批准，二类菌、毒种须经省级卫生行政部门审批。未经上级批准，不得进行国际间各类菌、毒种交流。

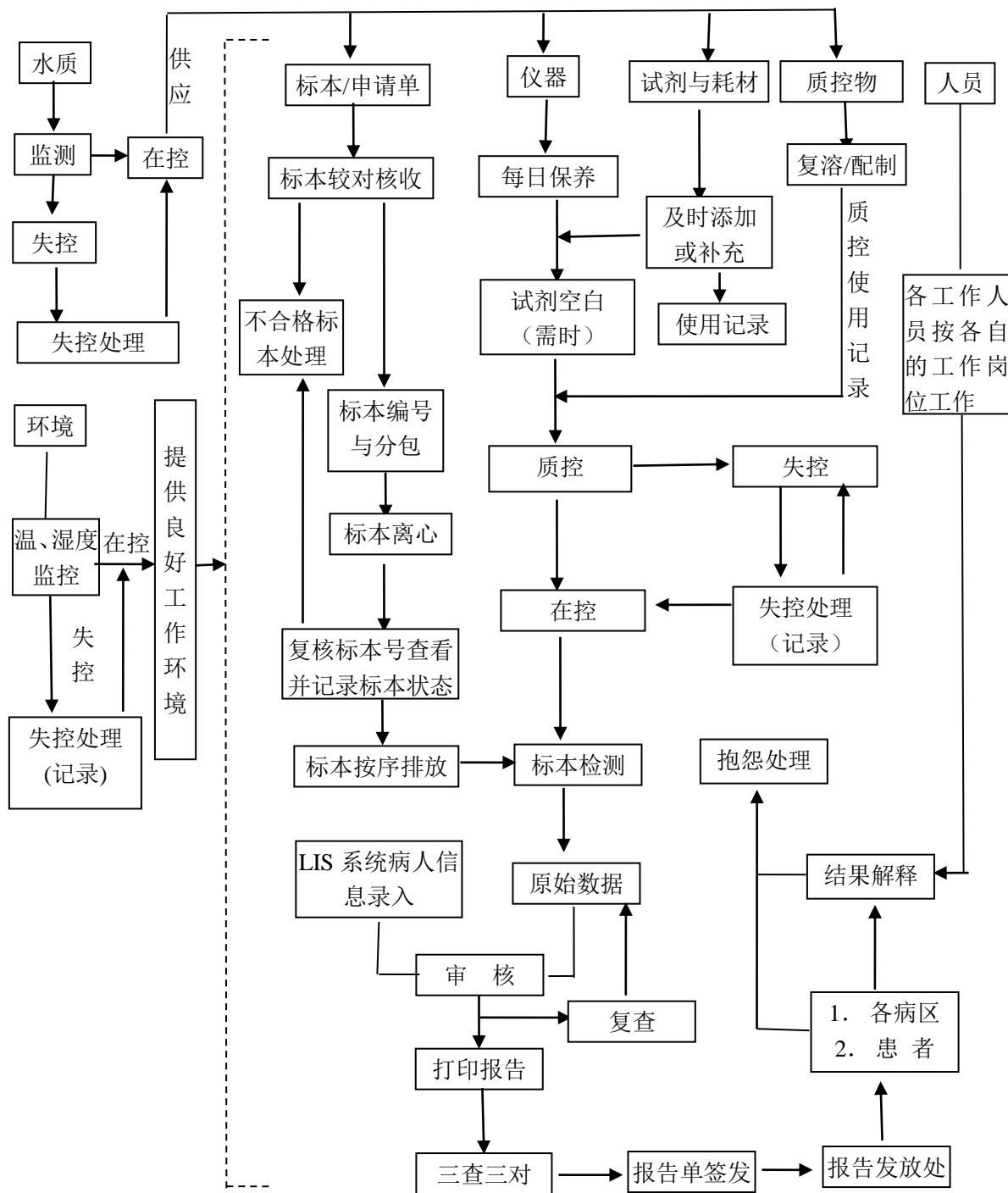
④进行菌、毒种索取、领用和分发时，须做好记录，填写《菌、毒种使用及销毁记录》（HJK / JL-22）。

⑤一、二类菌、毒种不得邮寄，三类菌、毒种在邮寄时，应执行有关规定。

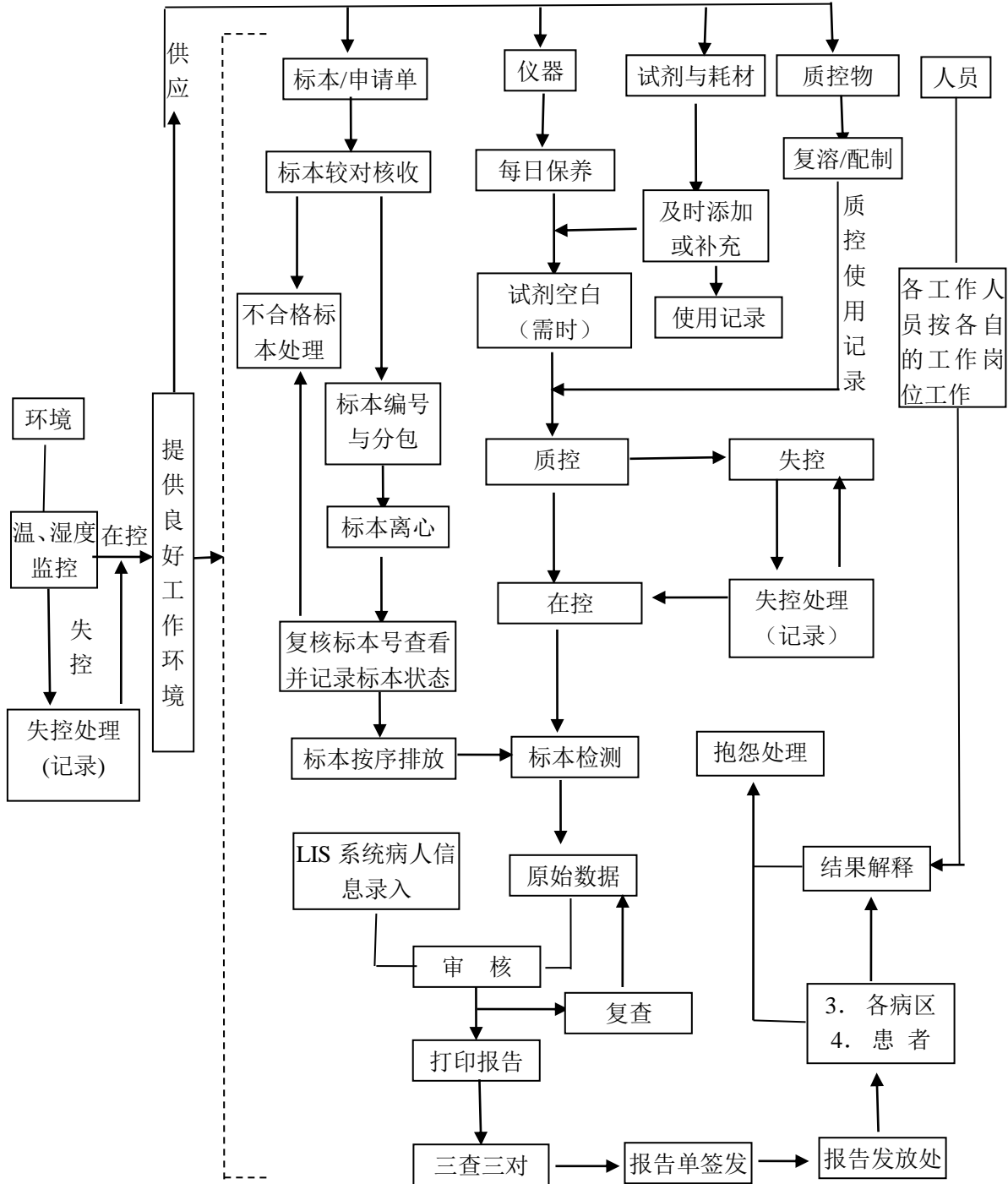
(4)销毁

①菌、毒种使用过程中须接受保管人员的监督，工作结束后，立即做好善后处理，销毁时应有 2 人以上人员参加，并做好销毁记录。因工作需要暂时保留的菌、毒株也应该按规定的时间销毁。

## 生化组日常工作流程图



# 临检室工作流程图



## 临床免疫室工作制度

一、目的：规范临床免疫室工作制度。

二、适用范围：适用于临床免疫室全体工作人员。

三、内容：

- 1、自觉遵守各项工作制度，工作时衣帽要穿戴整齐。
- 2、工作台和仪器必须保持整洁，台面污染要及时处理。
- 3、酌情定出各项检验的时间要求，当班人员应按时发出报告，并做好交接班工作。
- 4、认真做好室内质控工作，及时分析、纠正质量失控情况，保证检验结果的准确性。
- 5、处理标本时要查对病员姓名、检验项目。报告发出前要核对，检验结果与临床不符或可疑时应主动与临床科室联系，必要时重新检查，发现法定传染病要做好疫情登记、报告工作。
- 6、保证检验质量，实行实验室的质量控制，严防差错事故发生。
- 7、报告单发出后，标本应保留 7 天，检验结果应登记，检验结果登记簿应妥为保存，检验报告单应消毒后发出。乙肝阳性的标本及试验器具应严格消毒或焚毁。
- 8、注意试剂的存放要求及有效期，定期检查，保证质量，避免浪费。
- 9、每天填写各种记录单。
- 10、值班人员要注意安全（如门窗、水电等）工作。

## 质量管理制度

一、目的：规范质量管理制度。

二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。

三、内容：

- 1、质量管理制度用以监控和评价每个方法的分析过程质量，确保病人检验结果的准确性和可靠性。
- 2、实验室的场地和环境条件必须与提供的检验服务相适应。
- 3、使用良好的测定方法、设备、仪器、试剂、材料和辅助品，保证获得准确而可靠的检验结果。
- 4、操作人员上岗前应仔细阅读仪器说明书或接受良好的培训，必须有高度的责任心和事业心。
- 5、建立操作手册，按此手册进行检验操作。所有操作手册必须由实验室主任认可、签名和注明日期。方法的任何改变都必须由主任认可、签名、注明日期。
- 6、在引用新方法对病人样品检验前必须建立或认可每个方法的下列操作特性：准确度、精密度、灵敏度、线性范围、干扰试验、回收试验、特异性，病人检验结果的可报告范围、参考范围等此工作可由厂家工程师做。并建立校准和控制方法。新方法的材料应完整。由主任认可、签名后方可生效。
- 7、定期进行设备保养和功能检查，并建立仪器操作手册以使设备、仪器和检测系统保持完善的实验性能，保证准确和可靠的结果和报告。
- 8、明确在标本采集前对病人的要求，保证收集符合要求的标本。建立标本采集、运送、接收、登记及处理的质量管理制度，确保分析前标本准确无误。
- 9、按照检验申请单(书面或计算机打印)申请的项目作检验。检验申请记录须保存 2 年以上。
- 10、采用国标标准真空采血系统，应用静脉血进行实验以保证检验结果的质量及操作者安全。
- 11、定期进行校准和校准确认，在校准确认中没有符合实验室规定的可接受范围，必须重新校准并做好记录，备案。
- 12、各专业组制定测定方法的质量控制制度。包括所需的质控品的类型、使用频率、使用的控制规则、靶值和控制范围。每天报告病人检验结果前，质控结果必须在控制下。失控必须有记录，有纠正措施。保留所有质量控制工作的记录，保存期 2 年。质控品和校准品结果不在实验室建立的可接受范围内时应对最后一次可接受控制结果以后或者这次失控的所有病人结果作评价，确定这些病人结果是否受影响；实验室是否必须要重做，以保证结果准确、可靠。

13、认真参加由国家卫生部临床检验中心及四川省临床检验中心组织的各个检验专业的临床检验室间质评计划。保留所有记录材料，原始记录保留不少于2年。

14、检验报告必须及时、完整地发出给申请者。若不能在原来规定的时间内报告病人结果，必须根据病人检验要求的紧迫程度，采取措施。发现已报告的病人结果有问题时必须立即通知有关医师和临床部门并尽快提供已校正的准确结果。检验结果记录保存2年以上。

15、定期征询临床医护人员对本科结果的评价，及时纠正潜在引起实验偏差的趋势，不断改进实验室的工作。

## 实验室分析前的质量控制制度

一、目的：规范实验室分析前的质量控制制度。

二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。

三、内容：

1、在行政的协调和支持下，要使医院各部门都认识到，为了得到符合临床要求的实验报告，必须互相配合，共同努力。

2、为了防止不必要的检验工作量，加重实验室负荷。既浪费大量财力、物力，也不利于保证检验质量，临床和实验室应确定一般门诊、急诊及住院病人在不同情况下的必须检验项目范围。便于实验室工作安排，采取有效措施，保证检验质量。

3、抽血取样前后，护士应做好病人姓名、性别、住院号、门诊号、申请单受检项目、标本管等之间的核对工作，防止差错。

4、防止申请单、标本和检验结果的遗失。做好每一环节的时间记录，记录随标本一起传送。

5、明确在标本采集前对病人的要求，保证收集符合要求的标本。标本采集前对病人要求的有关内容应以口头或书面形式通知病人。尽量避免和减少因操作不当使采集的标本内含分析物的性质及含量发生明显改变。注意使用适当的容器及防腐剂。

6、拒收不符合要求的标本。

7、做好标本的分离和保存。平时要做好离心机保养，注意离心速度、温度和时间；所用的器皿及试管应洁净，避免引入新的污染。按照分析要求，做好对标本管的选择。

8、做好分析前标本的核对和分类。核对检验申请单及标本上病人姓名、住院或门诊号、要求检验项目等。编好检验号。检查标本是否足够分析，外观是否符合要求，有无特殊情况。记录标本收到及分析的时间。

9、建立差错登记制度，予以充分重视。

10、经常保持和临床的联系、交流和查询。

## 检验试剂管理制度

一、目的：规范检验试剂管理制度。

二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。

三、内容：

1. 所有检验试剂的购买由医院设备科实施。

2. 试剂请购、保管和报销实行专人管理。

3. 试剂请购由各专业组组长根据工作量大小安排购买计划，填写试剂申购单，签字后交由负责试剂管理人员，并经科主任签字后，统一安排购买。

4. 试剂购回后交申请人员使用，接收人员应对照发货单如实检查试剂包装情况，核对试剂名称、规格、数量、过期时间，做好签收工作。

5. 对于进口试剂，由专业组长安排购买计划，经科主任、院有关领导签字同意后，由设备科统一购买。

6. 贵重试剂，剧毒试剂，应按有关规定加强保管措施，专人保管专人请领。

7. 试剂管理人员应听取专业组的意见，认真考察试剂质量，货比多家，竭力购回最佳试剂。
8. 检验人员应注重试剂质量，对影响检验结果准确性的试剂应查找原因；必要时可要求更换或退货。
9. 检验人员应坚持节约原则，精打细算，禁止发生浪费现象。

## 试剂质量评价制度

一、目的：规范试剂质量评价制度。

二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。

三、内容：

1. 试剂质量直接影响检验结果准确性，是检验质量的根本保证之一。
2. 所有试剂均应建立试剂档案，包括试剂生产许可证、销售许可证、公司执照、试剂技术参数、试剂重复性、准确性、稳定性、灵敏度、线性试验报告，本科室试用评价等。
3. 进新试剂须考察试剂生产许可证、销售许可证、公司执照、试剂技术参数、试剂重复性、准确性、稳定性、灵敏度、线性等试验报告等，并进行试用，做试用评价，试用评价经科主任签字后备案。
4. 试剂在使用过程中发生问题，要分析原因，并做好记录归档。
5. 做好临床应用评价。

## 仪器管理制度

一、目的：规范仪器管理制度。

二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。

三、内容：

1. 所有仪器由专人保管，做好帐本、财产编号、科室仪器一览表等管理工作。
2. 仪器放置专门地点，通过培训的专业人员方可使用。
3. 仪器室内应保持一定的温度、湿度、电压、频率，注意防潮、防尘、防振。
4. 大型仪器要建立操作规程及仪器校准、保养、维护程序，建立仪器使用记录、仪器校准记录、仪器保养记录、维修记录。
5. 定期做好仪器校准和保养工作，保持仪器整洁和处于最佳工作状态，保证检验质量。
6. 仪器在使用过程中出现故障，使用者观察故障现象并记录，首先报告专业组长，必要时报告科主任及设备主管科室，由科主任请相关工程技术人员维修养护。
7. 实习、进修人员和非专用人员，必须通过仪器使用人员许可和指导下操作，不得擅自开机使用。

## 检验科仪器使用及校准、维护保养制度

一、目的：规范仪器使用及校准、维护保养制度。

二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。

三、内容：

1. 大型仪器由专人保管专人使用。
2. 制定仪器操作规程，严格按照操作规程操作。
3. 建立仪器使用记录，包括使用日期、使用时间、仪器运行状况、使用人、其它。
4. 制定仪器校准程序，定期做好仪器校准工作。
5. 建立仪器校准记录，包括仪器信息、校准日期、校准内容、校准结果、校准人等。
6. 仪器由专人（组长）维护保养，并制定各种仪器的维护保养程序。



## 标本采集及送检制度

一、目的：确保实验室标本的安全、有效，保证检验质量。

二、适用范围：适用于检验科全体工作人员和护理人员。

三、内容：

### 1、标本的采集（护理人员）

1)、血液标本的采集：静脉采血时，除卧床病人，采血时一般取坐位，成人

多用肘前静脉，肥胖者可用腕背静脉，婴幼儿常用颈静脉，偶用前囟静脉。静脉采血用止血带应一人一用一消毒。使用止血带的时间不应超过一分钟，穿刺成功后应立即松开止血带。正在静脉输液者应停止输液三分钟，从未输液的另一侧或输液部位以下的部位采血。血清(浆)标本的收集各室应根据所检验项目的要求采用相应的标本收集管，并确定采血量。标本的采集由临床科室护士采集。

### 2)、尿液标本的采集

一般由患者或护理人员按医嘱留取。取样时应注意明确标记，避免污染，使用合格的一次性洁净专用尿杯收集尿样。中段尿、导管尿等特殊尿样的采集一般由医护人员行相关操作留取标本。

### 3)、粪便标本的采集

由患者留取后收集于合格的一次性洁净专用粪杯送检。应取新鲜标本，选取异常成分的粪便，如含有黏液、脓、血等病变成分的标本，外观无异常的从表面、深处及粪端多处取材，取 3~5 g 及时送检。

### 4)、阴道分泌物标本的采集

一般由妇科医师采集。采集阴道分泌物标本前 24 小时应避免性生活、盆浴。应于各种治疗、检查前采集标本，避免阴道冲洗或上药，被检者在采样前 2 小时不能排尿。患者取膀胱截石位。用阴道扩张器暴露宫颈，采样前，用棉拭子将宫颈口过多的分泌物轻轻擦拭干净。更换棉拭子，用生理盐水浸润的棉拭子伸到宫颈管内 0.5~2cm，稍用力转动两周，以取得分泌物及脱落细胞。

### 5)、痰标本的采集

嘱病人先行清水反复漱口，并指导或辅助病人深咳嗽，从呼吸道深部咳出新鲜痰液于无菌容器送检。一般应采集清晨第一次咳出的痰液，采样时应收集带血丝部分或有干酪样颗粒的部分。痰液极少者可用 10%NaCl 溶液雾化吸入导痰。痰液收集于一次性洁净专用痰杯内及时送检。

### 6)、其他标本的采集

脑脊液、胸腹水及支气管灌洗液等其他标本由临床医师按相应操作采集。

## 检验结果登记及核对登记制度

一、目的：规范检验结果登记及核对登记制度。

二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。

三、内容：

1、检验报告发出前或发送检验结果前，必须认真核对病人信息资料，样本编号，手工输入的数据，发现有误时立即纠正。

2、检验结果核对后如有可疑或极端异常，必须重新检验，并把结果记录在案备查。

3、检验结果与临床不符或可疑时应主动与临床科室联系，必要时重新检查。

4、超生命警戒线的结果必须及时按照危急值处理流程执行。电告临床医师并记录在案备查。

5、发现法定传染病要做好疫情登记、报告工作。

6、检验结果核对后，因各种原因无法出报告时，应保存好标本，及时提交给专业组长，并做好交接登记工作。

7、检验报告发出时应由各专业组组长或主任审核签字后发出。

8、检验结果由各专业定期打印存档、装订备查，并保存二年以上。

## 检验报告发放及结果保存制度

一、目的：规范检验报告发放及结果保存制度。

二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。

三、内容：

- 1、检验报告单要体现出病人信息、项目名称、英文代号、检验方法、测定结果、单位、参考值、标本接收和报告发出日期、检验者、审核者、标本唯一号等。
- 2、检验报告由电脑网络发送同时打印发送报告。报告需保持整洁，防止污染，对直接用申清单报告，要经消毒处理后发出。
- 3、所有检验报告须经认真核对后发出，要有检验者签名和核对者签名。
- 4、所有检验报告按实验组审核，专人发放。
- 5、门诊检验报告放置分检台专人发放，病人凭检验回执单取报告。
- 6、住院检验报告单，按病区分类，由专人送到病区，并由值班医生签收。
- 7、以组为单位，每天打印结果总汇总表，保存两年。

## 传染病疫情报告制度

一、目的：规范传染病疫情报告制度。

二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。

三、内容：

- 1、检验科临检室、生化室、微生物室及免疫室各设立一本“疫情报告登记本”。
- 2、严格“阳性化验单”的管理。“阳性化验单”不得直接交给病人。检验人员在检出“阳性化验单”时必须在报告单上加盖“注意疫情报告”章或在报告单的备注栏备注“注意疫情报告”，同时在“传染病报告登记本”上填写姓名、性别、年龄、病区、床号、阳性结果，并签注登记人的姓名。
- 3、“阳性报告单”随同“疫情报告登记本”由检验科负责发放化验单的人员在出报告的当天下午或次日上午送往各病区（病房阳性化验单）及传染科（门诊阳性化验单），由经管医生对病例作出诊断，确认为传染病的要填写“成都市市法定传染病报告卡”，是性病的是要加填“性病报告卡”，是肺结核的要加填“肺 TB 转诊单”并在“传染病报告登记本”上登记，院感科及时签收。
- 4、“成都市法定传染病报告卡”及“性病报告卡”必须填写完整，不得漏项，缺项，现住址必须详细到 X 乡 X 村 X 门牌号码，填写不完整的报告卡为无效卡。
- 5、门诊阳性报告单由传染科专人负责发放。

## 消毒、卫生防护制度

一、目的：规范消毒、卫生防护制度。

二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。

三、内容：

- 1、静脉采血一人一针一垫、一带，工作人员需戴帽子、口罩、手套。做好个人防护的同时，要保护被采血者的生物安全，及时消毒或更换被污染的手套。
- 2、止血带可用泡腾片 1 片加 1000mlH<sub>2</sub>O(有效氯含量 500mg / l)，浸泡 30 分钟，清水冲洗再回收利用。
- 3、实验室台面每天用泡腾片(250-500mg / L)擦洗一次，采血台另紫外线照射消毒 30 分钟。地面清洗每周二次泡腾片(500-1000mg / L)消毒液拖地。体液室、免疫室回收的比色杯玻杯玻片、试管等用泡腾片(2000 mg / L)浸泡 30 分钟，煮沸 20 分钟，烤箱干燥回收再利用。
- 4、仪器及电脑、键盘等表面定时用泡腾片(500mg / L)擦洗消毒，轻度污染用 2%戊二醇擦洗。
- 5、每天分 3 个时间段定时用三氧机进行工作环境空气消毒。微生物室紫外线消毒记录。

- 6、在实验室内工作人员须穿工作服，戴口罩、帽子。工作服不得穿出院外。
- 7、不许在工作区内饮食、吸烟、清洗隐形眼镜和化妆。不许在工作区存放食物和日常生活用品。食物应存放在工作区外专用的橱柜和冰箱中。
- 8、可能接触潜在传染源或被污染的表面和设备时，要戴手套。当有关传染源工作结束时或手套破损时，要去掉手套。并及时进行手消毒。不能戴手套接触“洁净”表面(电话、办公电脑等)，也不应戴着手套到实验室外。接触微生物或含有微生物的物品后、脱掉手套后和离开实验室前要洗手。
- 9、实验室人员接受适当的接种(如乙肝疫苗、卡介苗等)或体检。
- 10、必要时收集从事危险性工作人员的基本血清留底，并根据需要定期收集血清样本，应有检测报告，有问题及时处理。
- 11、工作人员必须严格遵守生物安全操作规程，定期接受生物安全培训，最低限度地降低事故的发生。
- 12、实验人员必须对锐器保持高度警惕和采取高度预防措施，包括采血针，注射器和玻片等，禁止用手处理破碎的玻璃器皿，尽量使用塑料器材代替玻璃器材。
- 13、禁止用手直接从注射器上取下针头，用过的针头禁止折弯、剪断、重新盖帽，必须直接放入防穿透的容器中。
- 14、可能产生致病性微生物气溶胶或出现溅出的操作包括离心、剧烈振荡或混匀和开启装有传染源的容器均应在生物安全柜或其他物理抑制设备中进行，必要时戴面罩、眼罩。

## 生物安全防护管理制度

一、目的：规范生物安全防护管理制度。

二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。

三、内容：

- 1、工作人员必须认真负责，严格遵守实验室规章制度，严格执行各种操作规程。
- 2、工作人员在实验室应穿工作服，必要时需带防护眼镜。
- 3、可能产生致病微生物气溶胶或出现溅出的操作以及处理高浓度或大容量感染性材料均应在生物安全柜(Ⅱ级生物安全柜为宜)或其他物理抑制设备中进行，并使用个体防护设备。
- 4、上述材料的离心操作如使用密封的离心机转子或安全离心杯，且只在生物安全柜中开闭，可在实验室中进行。
- 5、当微生物的操作不可能在生物安全柜内进行而必须采取外部操作时，为防止感染性材料溅出或雾化危害，必须使用面部保护装置(护目镜、面罩、个体呼吸保护用品或其他防溅出保护设备)。
- 6、有相应的生物安全防护 SOP 操作规程。  
护服必须脱下并留在实验室内。不得穿着外出，更不能携带回家。用过的工作服应由洗浆房工作人员来科收集，然后统一消毒、洗涤或丢弃。
- 8、工作人员手上有皮肤破损或皮疹时应戴手套，当手可能接触感染材料、污染的表面或设备时应戴手套。如可能发生感染性材料的溢出或溅出，宜戴两副手套。不得戴着手套离开实验室。工作完全结束后方可除去手套。一次性手套不得清洗和再次使用。实验完毕，一切废弃物品应按规定消毒后统一医疗垃圾处理。
- 9、每天至少整理、消毒一次工作台面，如在实验室发现溢漏要及时用水材料覆盖，把消毒剂倒在周围及吸水纸上十分钟后将纸和溶液擦净，再用消毒液擦一遍，处理时手套避免直接接触溢物，最后实验室开紫外线消毒。
- 10、实验室内严禁吸烟或吃喝。
- 11、实验室主任应制定规章和程序，只有告知潜在风险并符合进入实验室特殊要求(如经过免疫接种)的人，才能进入实验室。否则不得进入实验室。
12. 实验室工作人员每年须进行健康状况体检,接受疫苗接种,建立个人健康档案。

## 生物污染事故处理及报告制度

一、目的：规范生物污染事故处理及报告制度。

二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。

三、内容：

- 1、一般的污染。用有效氯含量为 250-500mg/L 的消毒液浸泡擦洗。
- 2、标本管破碎或标本溅出，先用纸巾盖上，倒上 84 消毒液浸泡 30 分钟以上，所使用的物品用空容器装好高压消毒，用消毒液擦洗污染区域。
- 3、标本溅入眼睛、口腔时立即用洗眼器冲洗。
- 4、标本离心时破碎入吊篮，应关闭电源，30 分钟后开启离心机，取出吊篮消毒浸泡、离心机内部用酒精擦洗或用高压消毒，小型离心机可移到生物安全柜中操作。
- 5、已知传染性病原体标本的溢出或破碎时应立即组织撤离，关闭实验室，1—2 小时可进入。如无中央排风系统 24 小时后方可进入实验室。后在生物安全小组成员的指导下消毒。
- 6、微生物室在生物安全柜上开盖处理时如发现溅出应立即消毒擦洗。
- 7、意外的割伤和擦伤，应先脱下受伤人员的防护，清洗手部和受伤部位，进行适当的皮肤消毒后，送到急救室处理。
- 8、意外吸入时，应脱下防护服，立即送往急救室，报告医生吸入物。
- 9、发生污染时各组应急处理，同时向生物安全防护管理小组报告。

## 实验室废弃物、废水处理制度

一、目的：规范实验室废弃物处理制度。

二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。

三、内容：

- 1、废弃标本及其容器应有专门密闭不漏水的污物袋(箱)存放，专人集中消毒后按医疗垃圾处理，每天至少处理一次。(部分试管、玻片、吸管、滴管消毒、洗涤、烤干回收)
- 2、实验室内所有医疗垃圾装黄色垃圾袋，生活垃圾装黑色垃圾袋。
- 3、废弃的血液标本连同试管用双层黄色垃圾袋装运。
- 4、废弃的其他体液(如尿液、脑脊液、胸腹水等)用有效氯含量为 $>2000\text{mg/L}$ 的泡腾片消毒液浸泡消毒 4 小时以上后排入污水处理池。
- 5、实验室的各种高致病病原微生物标本：免疫病毒阳性标本、菌种、培养基等在运出实验室前必须进行灭活(如高压灭菌、浸泡消毒)。需运出实验室的灭活物品，必须放在专用的密闭容器中运送。
- 6、一次性使用的采血针或其他锐器用后应置于锐器容器内，放双层黄色垃圾袋统一处理。
- 7、所有移出实验室的废弃物由监督员或工人与废物收集员进行交接并记录，各种实验室废弃物应在相应的《实验室废弃物分类收集登记表》上做好记录(由废物收集员进行分类登记)。

## 检验科人员技术档案制度

一、目的：规范检验科人员技术档案制度。

二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。

三、内容：

- 1、建立科内人员技术轮岗时间表。
- 2、建立检验科人员职务、职称、主要承担工作任务一览表。
- 3、建立检验科人员教育培训一览表。

## 检验科人员健康档案制度

- 一、目的：规范检验科人员健康档案制度。
- 二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。
- 三、内容：
  - 1、每年一次健康体检，并保存体检档案(原报告单)。
  - 2、实行预防接种，以肝炎类为主。
  - 3、发现疫情适当采取必要措施。

## 检验科教育培训制度

- 一、目的：规范检验科教育培训制度。
- 二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。
- 三、内容：
  - 1、新分配人员前3年科内轮转培训。
  - 2、工作3年后，有计划的送出培训班。
  - 3、工作人员定岗前有计划的科内或送出进修，或参加短训班。
  - 4、工作5—10年的工作人员，科内阶段性的学科轮训。

## 检验科信息反馈制度

- 一、目的：规范检验科信息反馈制度。
- 二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。
- 三、内容：
  - 1、病区送检的标本按病区分类，上午12:00前的标本由检验科标本室的接收人在检验科标本接收本登记，和护士核对标本情况。12:00以后的急诊标本在急诊检验登记本上登记。
  - 2、建立门诊病人项目信息反馈回执单。
  - 3、对于不合格标本，需要重抽血复查的标本、警戒值范围的标本需及时反馈给临床，并做好登记工作。
  - 4、病房病人的检验结果发送后需由医师签收，检验科保存病人结果发送签收清单。
  - 5、对临床反馈来的信息意见，应耐心检查，及时更进操作规程，如实答复临床科室，并提出有效的整改及防范措施。
  - 6、配合医院纠纷办定期收集病人对检验科服务工作中的意见，及时改进工作。

## 差错事故登记和投诉处理制度

- 一、目的：规范检验科差错事故登记和投诉处理制度。
- 二、适用范围：适用于检验科全体工作人员。
- 三、内容：
  - 1、建立差错事故和投诉登记制度，对发生的差错事故和投诉应定期讨论，重大事故应立即讨论，总结经验教训，提出整改及防范措施，给予当事人批评教育或必要的处理，给投诉人以答复。
  - 2、发生差错或事故后，若留有残存的标本和试剂，应予以保留，以便分析原因。并立即采取挽救措施，积极做好善后工作。根据情况向有关上级领导报告。
  - 3、发生差错或被投诉后，经查实，除给予批评教育外，按情节轻重扣分并与奖金挂钩。
  - 4、建立报怨处理程序文件。

## 检验科室突发事件应急处理制度

- 1、目的：在实际工作中，可能会有不可预料的事件发生，为了最大程度上避免或减轻不利影响，以不变应万变。

2、.适用：全科室人员

3、.应急处理措施：

3.1. 医院突发事件处理预案

3.1.1. 值班人员接到通知后，立即通知科主任和相关责任组长。

3.1.2. 外派临时抢救医疗成员，为当天值班者，再由科主任安排顶班者。

3.2 停电、停水、网络故障、仪器故障时

3.2.1 安民告示、门诊出告示牌、住院部通告病房。

3.2.1 通知相关人员、通讯电话、处理方案。

3.3.3. 快速排除故障。

3.3 医院有抢救、工作量太大、不能按时完成任务，通知主任请求援助。

3.4 科内出现突发事件，应第一时间通知科主任。节假日期间工作人员较少时，患者情况又较危急，为了保证检验科节假日期间医疗等各方面工作顺利完成，避免医疗事故和医疗纠纷发生，特别定节假日期间突发事件应急预案。

3.4.1 节假日期间突发事件处理，

小组人员组成：组长：张维平 15328025182 成员：薛莲 13881912156、杨凤霞 13402800618、杨仕君 13678112621、罗玉琪 13258205918

小组人员保证通讯 24 小时畅通，一旦发生突发事件被告之人必须立即应答、处理、不得推委。重大事件必须 30 分钟内赶到事发现场，以便及时处理有关事宜。

3.4.2 遇到下列情况处理程序

3.4.2.1 发生盗窃、可疑人员立即报医院保卫科，紧急情况可直报 110。

3.4.2.2 发现科内储存易爆、易燃、化学试剂、菌种等物品的房间被盗必须报告科主任。

3.4.2.3 发生火灾情况，立即拉下电闸，用科内灭火器进行灭火，同时报 119，大火时打 119 后逃生。不能自行解决。

## 尖锐器具安全使用制度

1、除特殊情况外，禁止在实验室使用针、注射器及其他利器。尽可能使用塑料器材代替玻璃器材。

2、尽可能应用一次性注射器，用过的针头禁止折弯、剪断、折断、重新盖帽、从注射器取下，禁止用手直接操作。用过的针头必须直接放入防穿透的容器中。非一次性利器必须放入厚壁容器中并运送到特定区域消毒，最好进行高压消毒。

3、尽可能使用无针注射器和其他安全装置。

4、禁止用手处理破碎的玻璃器具。装有污染针、利器及破碎玻璃的容器在丢弃之前必须消毒。

## 生物安全应急处理制度

为了有效预防、及时控制和消除发生在我科范围内的生物安全事故的危害，指导和规范检验科工作，保障我科职工身体健康和生命安全，维护我科的稳定和正常秩序，根据《突发公共卫生事件应急条例》等法律法规，结合我处实际情况，制定本预案。

本预案适用的生物安全事故是指在我科范围内突然的，造成或可能造成我科职工身体健康严重损害的传染性生物样品溢出、群体性异常反应、潜在危害性气溶胶的释出、以及其他严重影响职工身体健康的生物安全事故。

二. 组织机构及职责分工

1. 按照预防为主，常备不懈的工作原则，成立突发生物安全事故应急小组，负责该预案的启动和实施，负责组织检验科突发生物安全事故的应急处置工作。小组成员组成如下：

组长：张维平

成员：薛莲、杨凤霞、蒋周君、王浩宇、杨娇、杨华、杨仕君、罗玉琪

2. 应急小组各成员具体职责分工如下：

组长负责预案启动、紧急决策、总协调指挥，同时为事件责任报告人，负责事件的上报。张维平负责小组内部及与其他部门之间的协调沟通，负责应急处置工作，包括及时向组长通报情况。负责后期处置工作。

三. 预防及管理

积极的预防和严格的管理是减少突发生物安全事故的发生及减少事故损失的根本途径。

1. 积极的预防

积极做好检验及相关工作人员的生物安全培训，要求人员工作前阅读安全手册，人员应书面确认已经接受培训，阅读并理解安全手册，保证全体人员接受过急救培训和紧急医学处理措施，工作人员根据可能接触的生物进行接种免疫。对应急装备检查是否正常，对生物危险物质漏出的控制程度的检查，对实验设备定期去污染和维护，对废弃物进行灭菌的处理处置。

2. 严格的管理

强调安全行为，良好的内务行为，严格遵守生物安全管理制度，严格按照生物安全的标准操作规程。

四、应急处置预案的启动

发生特大生物安全事故，应急小组组长在接到通知或报告后立即启动应急预案。

## 检验报告单时限（TAT）管理制度

一、目的：

保证检验结果及时准确的发出。

二、范围：

检验科各小组。

三、职责：

检验科技术人员应严格遵守报告单回报时间控制及管理制度，保证结果及时准确的发出。

四、工作程序：

- 1、检验报告单由实验操作人员完成后核对发出，住院报告单由报告单管理员送交临床各科室，门诊报告单由报告单管理员凭门诊病历本发放。
- 2、检验报告发放时间，住院病人的检验报告按医务科规定的时间发放，门诊病人按本院检验科公示的时间（见附件1、附件2）发放，特殊情况不能及时发放时，必须向申请医生或病人说明。
- 3、由于特殊原因，不能来取报告单者，可以通过电话查询。
- 4、需要电话查询结果的，在取样时将电话和查询时间和取单凭证留给患者。
- 5、接到查询电话时，核对姓名、性别、年龄和取单凭证上的号码，准确无误时方可发出口头结果，同时提醒患者方便时到取单处取化验单，实验结果以发出的报告单为准。
- 6、建立保密措施，所有报告单原始资料均应保存2年以上。
- 7、特殊情况时可为患者邮寄报告单，但要求病人写好邮寄信封及邮票。

附件1：门诊抽血各类检验取报告时间

①血常规：≤30分钟；

②血沉：≤2小时；

③急诊生化≤2小时，普通生化项目2~6小时；

④凝血项目（PT、APTT、FIB、TT、）≤1小时；

⑤免疫、外送项目按抽血时通知的时间；

⑥一般细菌培养结果四天，血培养五天，也可在标本送检两天后与细菌室联系，了解是否有细菌生长。

取报告地点：各类检验报告单到门诊二楼抽血室窗口。

附件 2：门诊化验室检验项目检测与报告时间一览表

项目类别	检测项目	检测时间	领取报告时间
血液检验	血常规	随到随检	送检后 30 分钟
	血型鉴定		
	快速定量 CRP 检测		
	血沉		送检后 1 小时
体液、白带检验	尿常规	随到随检	送检后 30 分钟
	尿妊娠试验 (HCG)		
	大便常规检查		
	粪便隐血		
	白带常规检查		
生化、免疫检测	生化	08:00-09:30	按抽血时告之时间取报告
	HIV、TP		
	乙肝、丙肝		
	外送项目		

取报告地点：报告单均在门诊二楼抽血室窗口，上午 11:30 及下午 (15:30 以后) 时间请到门诊二楼抽血室窗口查询。

## 检验科信息管理制度

- (一) 检验科信息管理系统由功能、信息、组织管理、资源、培训、质量管理、联机检索等组成。
- (二) 科室采用 LIS 系统与临床 HIS 系统相连，实现资源共享。
- (三) 检验科所有患者检验信息列入 LIS 网络管理系统。
- (四) 科室设有专人进行网络管理，不同的操作者限制不同的操作权限。
- (五) 所有进入网络连接的计算机一律不准外来磁盘上机操作，以防病毒污染。
- (六) LIS 系统由医院信息科统一管理，每天对所有信息进行两次备份，保障信息安全。
- (六) 计算机发生故障时，要及时与科室的网络管理员和医院信息科联系，不得擅自越权操作。

## 第十五章 医学影像科

### 第一节 放射科

#### X线检查临床随访制度

1、X线检查诊断随访是为了医学，教学，科研的需要，对有意义的病案照片要做到认真及时随访，以便核对诊断报告的符合率，因此放射科必须与临床、病理等有关功能检查科室密切联系，及时反馈信息。

2、放射科要经常组织人员并指定专人每周1-2次深入临床，病理科和手术室等追踪验证诊断报告结果，将随访收集的各种资料做好记录和保存，并对有价值的和误诊，漏诊病例则要进行评议，讨论，总结经验，吸取教训，改进工作，提高X线照片、诊断质量。

3、科主任或科室医技专业人员至少1~2次/半年到临床科室主动征求意见，改进服务，满足临床的需求。



# 中华人民共和国国家标准医用治疗 X 线卫生防护规定 (GBW—2—80)

【分类号】 4071028003

【标题】 中华人民共和国国家标准医用治疗 X 线卫生防护规定 (GBW—2—80)

【时效性】 有效

【颁布单位】 卫生部

【颁布日期】 801024

【实施日期】 801024

【失效日期】

【内容分类】 医疗

【文号】

【名称】 中华人民共和国国家标准医用治疗 X 线卫生防护规定 (GBW—2—80)

【题注】

## 总 则

第一条 为加强医用治疗 X 线工作的卫生防护管理,保障放疗工作者、接受治疗的患者及居民的安全,特制定本规定。

第二条 本规定适用于医用治疗 X 线机(简称 X 线机)的生产和使用。

第三条 放射工作者所受职业照射的最大容许剂量当量,放疗工作场所相邻及附近地区工作人员和居民的限制剂量当量,按国家有关放射防护规定的要求控制。

第四条 各地放射卫生防护部门负责监督本规定的执行。

## 第一部分 医用治疗 X 线机卫生防护标准

### 第一章 技术要求

第五条 X 线管头组装体的漏射线不得超过下表规定:(见下表)

第六条 必须备有可以调换的过滤板,并在板上标明规格。深部治疗 X 线机必须具有把过滤板插入后,才能进行照射的连锁装置。

第七条 X 线管电压接通后,有用线束照射量率应迅速达到规定值,以保证患者治疗部位所接受的照射与计算值(预定的照射时间和正常照射量率的乘积)之间的偏差不大于 5%。否则必须在 X 线机窗口安设电动快门,并和自动计时器协调动作。快门的防护厚度不应小于 10 个半值层。

第八条 透过集光筒的 X 线照射量率,不得大于距焦点 1 米处有用线束照射量率的 5%。

第九条 在任何治疗位置,X 线管焦点和固定光阑的中心与集光筒的中心轴应在同一直线上。照射野上有用线束照射量率的不对称性要小于 5%。

第十条 控制台必须安设相应装置以显示:

- (1) X 线管电压的通、断;
- (2) X 线管电压和电流量;
- (3) 照射时间;
- (4) 过滤板材料和厚度;
- (5) 快门的启、闭。

第十一条 有必要安设监测有用线束的积分剂量仪,并与自动计时器连锁。

第十二条 在X线机部件中，除X线管外的其它电子管所发射的X线辐射水平，在距设备外壳5厘米处不得超过20毫伦/小时（ $5.16 \times 10^{-4}$ 库伦/千克）。

第十三条 X线管必须安装牢固，管头组装体应能在任何需要的位置上锁紧。

第十四条 浅层治疗X线机在可以由手控制的管头组装体外壳上，必须有显示照射的装置，并配备防护厚度大于0.5毫米铅当量的防护帽。

第十五条 产品说明书应注明X线机的防护性能。管头组装体外壳上，应标明焦点位置和固有过滤。集光筒，应标明从焦点到其出口面的距离和出口面上照射野面积。

## 第二章 检验方法

第十六条 有用线束测量的总不确定度应小于5%，防护监测的总不确定度应小于30%。

开启快门，插入零过滤板，集光筒插口处用不小于10个半值层的铅遮闭。在X线机最高工作管电压和该电压对应的最大工作管电流条件下进行。

距管头组装体表面5厘米处的漏射线，应在10平方厘米面积上平均测量；距焦点1米处的漏射线，应在100平方厘米面积上平均测量。

第十七条 X线管头组装体漏射线的测试：

开启快门，在下表所列的最高电压和过滤条件下，测量集光筒出口平面上照射野边界外1厘米处任选四点的平均照射量率。并与距焦点1米处照射野中心的照射量率相比。

X线机备用的集光筒均应逐个检测，测量时，出线口方向离焦点2米以内不应有散射体。

第十八条 集光筒对有用线束透过率的测试：

最高电压（千伏，峰值）	100	150	200	250	300	400
过滤（毫米铜）	0.2	0.5	1	2	3	5

第十九条 有用线束不对称性的测试：

对X线机备用的集光筒，应逐个检测其对应的照射野内，距相邻边界均为2厘米的四点的照射量率，以各点同平均值的相对偏差衡量照射野的不对称性。

测量时，出线口方向离焦点2米以内不应有散射体。

## 第三章 验收规则

第二十条 X线机的防护性能是否符合本标准的要求，应由生产单位技术检验部门进行检验，合格后有关部门方可验收。

第二十一条 在下述情况下应进行型式试验（对本标准规定的全部项目进行测试）：

- （1）新产品投产前；
- （2）连续生产中的产品，每年应不少于一次；
- （3）间隔一年以上再投产时；
- （4）在设计、工艺或材料有改变时。

（1）、（4）型式试验应会同当地放射卫生防护部门进行。型式试验结果应送交当地放射卫生防护部门备案。

## 第二部分 医用治疗X线卫生防护规则

### 第四章 防护设施

第二十二条 治疗室的设置必须充分考虑周围环境的安全。深部治疗室必须与控制室分开。治疗室应有足够的使用面积，一般以不小于30平方米为宜。室内不得堆放杂物。

第二十三条 治疗室内有用线束投照方向的墙壁按原射线屏蔽要求设计，其余方向可按漏射线及散射线屏蔽要求设计。

250千伏以下的深部治疗X线机的治疗室，非有用线束投照方向的墙壁的防护厚度以2毫米铅当量为宜。

第二十四条 治疗室的窗户，必须合理设置。观察窗可设置在非有用线束投照方向的墙壁上，并具有同侧墙的屏蔽防护效果。

第二十五条 必须在治疗室外安设工作指示灯，并安装连锁装置。只有在门关闭后才能实现照射。

## 第五章 操作规则

第二十六条 放疗工作者必须经过放射卫生防护训练，掌握放射卫生防护知识，严格掌握X线治疗的适应症，正确合理使用X线治疗。

第二十七条 X线机操作人员必须严格遵守各项操作规程。定期地检查X线机和防护设备的性能，发现问题，及时妥善处理后方可使用。

第二十八条 按患者治疗具体情况，事先应认真确定和核对治疗方案。注意选取合适的照射方式和照射条件（包括X线管工作电压、电流，过滤条件、焦皮距、照射野和照射时间等因素），并仔细定位，尽量使患者治疗部位的受照剂量控制在临床治疗需要的最小值，最大限度地减少不必要的照射。

第二十九条 施行照射治疗过程，X线机操作人员必须始终监视着控制台和患者，及时排除各种意外情况。

第三十条 深部治疗X线机照射时，除接受治疗的患者外，治疗室内不应有其它人员。

第三十一条 浅层治疗X线机的操作人员必须利用局部屏蔽或距离防护。临床需要工作人员手握最高电压不超过50千伏的X线管工作时，必须佩戴防护手套及不小于0.25毫米铅当量的围裙，并只能由手拿设备的工作人员控制X线管的通电。

## 第三部分 医用治疗X线卫生防护管理

### 第六章 管理办法

第三十二条 各地放射卫生防护部门，对医用治疗X线机的生产和使用单位应加强卫生防护管理。对医用治疗X线机的使用应建立登记制度。

第三十三条 凡新建、扩建、改建的X线治疗室，在地址选择和建筑物防护设施等方面，必须符合本规定的要求。

第三十四条 建筑设计应预先由当地放射卫生防护部门审查。投入使用前应经卫生防护部门检查合格后方可使用。

第三十五条 使用单位对X线机和防护设施应建立技术档案，检修情况及时登记归档。

第三十六条 X线机安装后，必须对X线输出量、线质、线束均匀性及稳定性等进行测量校准方可投入使用，使用过程中尚应定期检测。一般对X线输出量的检测至少每月一次。

第三十七条 使用单位应设置专（兼）职人员，负责本单位的放射卫生防护工作。

第三十八条 接触医用治疗X线的放射性工作人员，应有个人剂量和健康档案。该档案应随工作人员调动，原单位应保存其抄件。

第三十九条 对准备从事医用治疗X线工作的人员必须进行体格检查，有不适应症者，不得参加放疗工作。工作后要定期体检。

第四十条 凡发现放疗工作者出现不适应症，应及时采取必要措施。

## 暗室（洗片）工作制度

- 1、整理工作环境（机房、控制台、洗片台）。
- 2、检查各连接管件有无渗漏
- 3、查看显、定影液添加桶和循环桶的液量情况，以便及时更换，避免损坏机器或药液。
- 4、开机、待进入工作状态。
- 5、使用中注意有无异常声响或气味。
- 6、根据气温、显定影液新旧程度调节参数。
- 7、根据洗片量更换或更换显定影液。
- 8、每日用2—3张废片清洁洗片机辊子上的沉积物。
- 9、每周清洁一次洗片机辊排。
- 10、每3—6个月进行一次彻底清洁洗片机。
- 11、下班前20分钟关闭洗片机、搞好卫生。
- 12、遇异常情况、查看说明书或通知维修人员。

## 放射科暗室工作制度

- 1、红灯系暗室的重要光源，有关胶片、冲洗等操作必须在安全红灯下进行。应定期检查红灯是否安全适用，以防胶片感光。
  - 2、暗室工作须按照规定进行，作到有条不紊，严禁湿手接触胶片、增感屏，避免人为影像产生。
  - 3、暗室技术人员应力求按设计要求做到合理用片。
  - 4、显影、定影液的配制应严格按说明进行，并作记录备查。
  - 5、暗室应保持清洁、整齐，定时通风换气，冲洗影池水应及时交换，每周清擦增感屏。
  - 6、未定好的胶片不能置于白炽灯下观察，未冲洗好的照片不能借出科外。
  - 7、非暗室用品不得放入暗室保存，暗室内不准吸烟。
- 非本科工作人员不得随便进入暗室。

## 放射科报告诊断管理制度

- 1、认真核对病人姓名、片号，照片部位，做到会诊单姓名和照片部位相同，方能出报告。
- 2、对影响诊断的X片，应要求技术组重照。
- 3、对不能排除病变或干扰影像的X线照片，报告应结合透视检查，必要时重照或加照其它体位。
- 4、书写报告时，要求格式规范，描述客观、准确，使用医学术语。诊断结束后要填写报告阳性情况及照片质量等级。对疑难病例要在追踪处打勾。
- 5、严格执行报告签字制度，实习生、进修生及无执业医师执照和放射工作人员上岗证的医生不能单独出据诊断报告。
- 6、对疑难病例要做到结合临床，参考其他辅助检查，必要时亲自询问病史和查体，做出尽可能准确的报告。
- 7、每日由科主任或主治医师以上的医生主持集体阅片制度，对当日报告进行审核、签字。
- 8、平诊病人照片检查结果2小时内，急诊病人照片检查结果30分钟内。

## 差错事故规定

### 差错

- 一 人为原因造成激光胶片曝光。

- 二 报告医生胶片打印重复和胶片打印未排满而浪费胶片。
- 三 照错部位、照错病人、遗漏部位、照片左右标识错误
- 四 登记错误、项目遗漏，未扫描会诊单。
- 五 报告书写错误，造成诊断不及时，误诊漏诊。
- 六 由于疏忽或未按操作规程造成机器故障。

## 事故

由于差错未被纠正而造成严重后果者，以致造成病人伤残：机器严重损坏。

## 放射诊疗工作场所辐射防护安全管理制度

- 1、 强化工作人员的放射防护意识，自觉配合并切实落实诊所内放射设备的使用安全，避免放射事故的发生。
- 2、 操作人员应严格遵守各项安全操作规程，经常检查防护设施的性能，确保其安全正常的运转。射线装置变更时及时办理申报变更手续，机房定期进行辐射水平检测。
- 3、 采用放射诊断应遵循医疗照射正当化和放射防护最优化原则，避免一切不必要的照射，并事先告知受检者辐射对健康的潜在影响。放射工作人员上岗前必须经过放射防护知识和相关法规的专门培训，并通过考核合格后方可上岗，从业期间须接受定期培训，确保正确合理操作射线装置。
- 4、 放射诊疗工作人员上岗前须进行健康检查，合格后方可从事放射诊疗工作。对已经从事放射诊疗工作人员要进行在岗期间的定期健康检查，建立个人剂量、职业健康管理和教育培训档案。
- 5、 医用诊断 X 射线机须由专业放射影像医师操作，其他无关人员不得擅自用设备。
- 6、 进机房前须佩戴个人剂量计，开机前检查安全装置，记录机器运行状况，现异常情况立即切断电源并报告上级主管部门。
- 7、 对患者拍摄前应认真核对诊疗方案，准确对位，避免因操作不当导致重复照射。
- 8、 机房内除受检者外，陪同人员及其他无关人员不得进入。
- 9、 机房内必须配备一套受检者防护服装，并按规定使用。
- 10、 机房门必须设置门灯连锁装置并保持正常运行，张贴电离辐射警示标志。照射前必须关闭机房大门后方可开机照射，机房工作时大门上方应有红灯指示。

## 放射防护制度

- 1、放射科机房门上设置指示灯，贴辐射标志，宣传图画。
- 2、摄片时关好防护门，关门后红灯应亮。
- 3、机房外环境射线由疾控中心检测，若射线超标，应及时解决。
- 4、对人体各部位制定最佳投照条件，不采用低 KV，高 MA 投照；不使用机器的最大额定电流。
- 5、使用缩光器、滤线器，缩小照射野，减少散射线。
- 6、放射工作人员近台操作及检查病员要使用防护用品（如铅衣、铅围脖、铅手套等）。
- 7、对婴幼儿、孕妇检查时要慎重，对所有检查病员的非检查部位要适当防护，且尽量缩短检查时间。
- 8、放射工作人员持证上岗，佩带个人计量仪。
- 9、放射工作人员上岗前应体检，每年健康检查，由医院保健科建立职工健康档案。
- 10、出现放射事故，立即向医院领导汇报，在 24 小时内向上级主管部门汇报。

## 放射科带习制度

- 一、进修生、实习学员必须严格遵守医院各项规章制度。
- 二、进修、实习学员来放射科学习时，必须先学习放射科工作制度，熟悉工作环境，熟练掌握机器性

能。

三、投照技术组技术员，督促进修实习学员严格把握质量关，严禁违章操作，杜绝重大差错与事故。

四、诊断组诊断医生每月对进修、实习学员讲课一次，阅片过程认真讲解，负责解答疑难问题。严格把握报告质量关，对不符合要求的报告，一律不得签字与发放。

五、本科室人员严禁让进修、实习人员顶班；对进修、实习人员工作中出现重大差错，将追究带教医生责任。

六、进修、实习学员严重违反医院、科室纪律者，一律上报医务部将其退回。

## 放射科登记室工作制度

一、热情接待病人，对病人及家属提出的疑问要仔细耐心解释。

二、认真详细的对病人各种信息进行计算机录入，并负责检查排号单发放及对病人进行分诊。

三、根据照片申请单拍片部位准确划价、记费，严格执行国家物价政策，门诊病人可到门诊收费处划价、交款，住院病人当日及时记账。

四、对危、急、重症及外伤病人未交费者，需先安排登记、照片后再追款。

五、负责各种特殊检查预约、登记，并做好病人检查前所需准备的解释工作。

六、负责检查照片、报告的发放。

## 放射科工作程序

放射科每日工作程序，包括接纳检查病人申请单，作准备及工作展开，做出诊断结果，是一个完整的环节，各个环节之间紧密相连。

一、临床科医生填写检查申请单，应规定逐项填写病人有关病史、检查结果、临床诊断、检查目的的要求和照片部位等。

二、本科接检查申请单后，登记处登记和分诊。

三、本科医生按要求分别进行有关检查照片，复查患者要有以前 X 线照片或透视报告资料以备参考。

四、危重、抢救患者应有临床医生陪同前来放射科检查。

五、危、急、重病人给予优先检查，临床医生填写申请单须在左上角注明“急”字标记。

六、平诊病人摄片 2 小时内出据照片报告结果，急诊病人 30 分钟内出据照片报告结果，遇有疑难特殊病例由本科医生集体会诊讨论后或与临床医生共同会诊后做出诊断报告。

七、放射科检查报告单是提供临床医生对病人做诊断、治疗的参考资料，不能单独对外作疾病证明文件。

## 放射科工作制度

1、各项 X 线检查，由门诊、住院部医生详细填写申请单。急诊病人随到随检。各种特殊造影，应事先预约。

2、重要摄片，由本科医师和技术员共同确定投照技术。特检摄片和重要摄片，待观察 X 片合格后方可嘱病人离开。

3、重危或做特殊造影的病员，必要时应由临床医师陪同检查，本科护士做好急救药品的准备。

4、X 线诊断要密切结合临床。本科进修或实习医师写的诊断报告，须经本院医师签名，全部报告

须经主治医师以上审签后方能发出。

5、X线照片是医院工作的原始记录，对医疗、教学、科研，医疗举证都具有重要作用。全部X线照片都必须数据备份，保证数据安全，确保影像资料不丢失。

6、每天集体阅片，经常研究诊断和投照技术，解决疑难问题，不断提高工作质量，并经常与临床科室保持联系，收集意见。

7、严格遵守操作规程，做好放射防护工作。工作人员要定期进行健康检查。

8、注意用电安全，严防差错事故，注意设备安全，专人负责X线机的保养管理，定期检修。

9、作好各种资料收集及数据统计。

## 放射科工作质量管理

(一)放射科工作质量管理第一责任者为科主任(负责人)。

### (二)放射诊断工作质量管理

1、诊断人员应通晓本专业质量控制的理论和方法，明确岗位责任。放射诊断质量管理应由主治医师以上人员负责。

2、诊断人员应密切配合临床，并依据透视和优良X线影像作出正确的X线诊断。

3、诊断报告书写格式应正规化，字迹清楚，描写确切，结论明确。

4、诊断、造影检查应按操作规程进行，注意放射防护，无菌消毒，严防意外事故发生。

5、诊断报告必须由主治医师职称以上医生审核签字才可发出(晚上急诊除外)，放射诊断与手术病理对照应符合要求。

6、定期组织疑难病例和手术病例诊断对照讨论会，及时总结经验。

### (三)放射技术工作质量管理

1、技术人员应通晓本专业质量控制的理论和方法，明确岗位责任。技术质量管理由技师负责。

2、摄影、暗室、机修实行岗位责任制，严格遵守技术操作规程，为保证落实各项技术标准措施，必须接受技师、主管技师的检查指导。

3、每日技术读片应切实认真地按影像质量评定记录并落实到岗位责任者，每月技术读片考评。放射优质片率、废片率应符合质控规定；

4、定期组织废片分析讨论会，总结经验，落实改进、防范的技术(责任)措施。

5、各项技术岗位的技术标准和操作规程按相关规定执行。

## 放射科安全管理要求

放射科诊断、技术人员应通晓放射防护，放射机器、设备、计算机、网络系统等安全管理的理论和方法。

### (一)病人安全管理要求

1、口服造影剂应密封设专柜存放，盛器必须消毒分用；

2、应备有急救车及必要的急救器械(如氧气瓶、呼吸器等)；

3、碘剂造影前必须作碘过敏试验，严格控制用量，遇有反应时放射医师及时与临床医师联系配合抢救；

4、严防检查操作不慎或机器故障而造成对病人的伤害。

### (二)设备安全管理要求

1、必须保证机器设备随时处于正常状态下；

2、严格遵守机器操作规程，使用中遇有异常应立即切断电源；

3、实行专机专人负责制和摄影造影岗位制，责任者负有保管、维护、使用指导监督的责任；

- 4、机器设备维修人员全面负责本科机器设备的管理，定期检查、维护机器，保障机器设备正常、安全使用；
- 5、凡新安装或经大修后的放射设备需经有关部门验收，合格后方可使用。

### （三）暗室化学药品和感光材料安全管理要求

- 1、暗室实行专人管理，严格室内照明管制；
- 2、显、定影药品集中贮存，含毒、强腐蚀药品单独存放，并由专人负责保管；
- 3、胶片应按照其要求存放，拆封后的胶片应有严密的防光、防潮、防粘的措施；
- 4、增感屏应按照其要求的条件存放和经常维修，使用中严防碰撞、撕、粘成损伤；
- 5、X线照片保管期应保存10年方可处理。

### （四）放射科安全管理要求

- 1、机器设备和机房防护必须达到国家防护要求，并经有关放射防护检测部门认可再投入使用。
- 2、必须配备放射工作人员及检查人员个人防护用品，并严格实施穿戴防护用品条件下进行工作。
- 3、定期对放射人员的身体健康检查，并享有国家对放射工作人员福利待遇有关规定的权利。

## 放射科集体阅片、评片及审签报告制度

- 1、每日由科主任或主治医师以上医生主持召集全体医师，技术人员以及实习进修学员参加阅片评议会，讨论研究前一天或当天的有关检查和疑难病例，将诊断结果通过书面报告及时送交病人或申请科室，并作为X线检查资料归纳在病案中。
- 2、书写报告时，应认真核对姓名、年龄、及照片部位，抓住中心，主次有序，描述客观，准确，使用医学术语，客观的反映真实的病理改变以及X线影像特点。
- 3、根据X线的发现，结合临床有关资料，按观察分析，综合判定得出正确的诊断意见。为了保证质量，X线诊断报告单除当班医生签名外，应经放射科主任或主治医师以上医生审核签发。
- 4、根据照片技术，影片质量，片级标准，评审X片等级。甲、乙、丙均为可诊断片，由于技术不良造成不能作为诊断依据的影片定为废片。

## 放射科奖惩制度

放射科工作人员必须严格遵守《医院管理规范工作制度》、《职工继续教育制度》、《医疗质量管理工作制度》、《控制院内感染制度》等，遵守科室管理制度，对于违反医院，科室制度，一经查处，将严格按照制度严肃处理。

### 一、处罚：

- 1、劳动纪律：不得迟到，早退，脱岗，串岗。
- 2、严格各类人员职责，下级服从上级，上级医生有责任对下级医生进行业务指导，下级医生必须接受上级医生监督。
- 3、诊断组严格评比照片质量，认真负责组织阅片，及时准确书写诊断报告，不得无故拖延，不准出据假报告，诊断报告与临床符合率达标。
- 4、投照要严格按投照操作规程操作，认真登记、核对病人信息，精心设计照片体位，曝光条件，杜绝废片，甲片率达标。
- 5、对所检查部位要准确划价、计费，不乱收费，不准推诿病人。拒绝收受病员“红包”。
- 6、严格交接班制度。
- 7、不得在科室闹不团结、不和谐，严禁医技人员互相扯皮，不得与病员及家属发生争吵。



- 8、不得出现差错事故及医疗缺陷。
- 9、不得因工作失职造成机器、物品、病人信息、影像资料及网络系统等损坏、丢失。
- 10、不得无任何理由不参加科室业务学习。
- 11、年度继续教育学分需达标。

对于违反上述条款中任何规定，将视其情节程度及在医院、社会的影响程度依据【放射科工作奖惩实施细则】进行处罚，对于情节严重者上报院部按院规处罚。

## 二、奖励：

对工作中严格执行制度，对科室贡献较大，表现较好者，与进修学习、晋升晋级、职称评定、年终评选先进职工挂钩。

对科室工作有贡献，质控组成员对照片、诊断质量控制好，达到质控要求和质量标准；科室安全消防员工作认真负责，无安全、消防事故发生；科室网络系统管理成员对科室计算机、网络系统管理好，保障了计算机网络系统的正常运行，无文件、影像资料的丢失；科室物资保管员，管理有序，物资、胶片进出有登记、记录、签字，物品、物资无损坏、丢失；成功消除或杜绝自己或他人的差错事故、医疗缺陷及医疗纠纷；开展新项目；获科研成果奖；收到表扬信；科室、医院、院外讲课；发表文章；投照技术、诊断有创新突破；为科室工作提出有价值的合理化建议；科室职工参加医院或社会各种有益活动获得荣誉者。均按【放射科工作奖惩实施细则】进行奖励。

## 放射科交接班制度

- 1、坚持晨会集体交班制度。周末交班要坚持面对面交班制度
- 2、值班医生应认真书写值班记录本，质控小组要定期检查值班记录本。
- 3、遇有疑难病例，须请示上级医师或二线医生，不能擅自处理。
- 4、值班医生汇报当天住院记账审查情况，有无未记帐和记账错误或遗漏部位的情况。
- 5、如遇有特殊或意外情况，应及时报告科主任或院总值班。
- 6、接班时，应对科室各房间物品、机器设备、门窗、水、灯、电进行检查，以免意外。交班医生打扫整洁好值班室，交接清楚后方可离开。

## 放射科节假日工作制度

为适应广大患者的就医需求，使节假日放射科工作正常有序进行，保障医疗安全，特制定本制度。

- 一、节前各机器负责人要协同设备科检查机器运行情况，保障机器完好，物资管理员要放足各规格激光胶片。
- 二、护士要检查急救车药品、器械和氧气瓶情况。
- 三、安排好节假日一线班、二线班工作人员。
- 四、节后第一天科室集体对节日期间的 X 线照片进行阅片，专人负责节日期间的工作量统计，并上报信息科。

## 放射科廉洁行医制度

为进一步促进医疗机构的行风廉政建设，切实纠正医疗过程中的不正之风，增强医务工作者的廉洁行医意识和“以病人为中心”的服务理念，结合我科的实际，制定本制度。

- 1、全体科室工作人员在工作中，必须严格遵守“奉献爱心，钻研医术、救死扶伤、尽责尽心”的职业道德规范。

- 2、科室不得实行检查开单提成办法来增加病人，科室人员不得接受其他科室、医院的开单提成。
- 3、科室不准设立小金库。
- 4、科室人员在医疗服务活动中不准接受患者及其家属的红包，物品和宴请。
- 5、科室人员不准接受医疗器械、影像耗材、造影剂等生产、销售企业或人员以各种名义、形式给予的回扣、提成和其他不正当利益。
- 6、科室人员不准通过介绍病人到其他单位检查、治疗或购买药品、医疗器械等收取回扣或提成。
- 7、科室人员在国家规定的物价收费项目和标准之外，不准自立、分解项目收费或提高标准加收费用。

## 放射科培养医务人员“三严”作风规章制度

- 1、对新分配或调入科室的人员进行岗前培训，学习医院和科室规章制度。
- 2、学习医院的相关文件，让医务人员熟知医院工作的最新要求。
- 3、学习放射科人员岗位职责，使医技人员在各岗位各司其责。
- 4、对下级医生，新进人员实行帮、带、教，尽快熟悉设备的正规操作与使用。
- 5、上级医技人员对下级医技人员负责指导。
- 6、对医务人员工作中出现的问题，及时指出改正，降低医疗风险和纠纷。
- 7、对于违纪者采取批评，警告，扣奖金，甚至强化教育。

## 放射科三基、三严规章制度

### 三基：

- 1、基本理论：①诊断医生必须掌握X线诊断理论，投照技术理论。②技术员必须掌握投照技术理论。
- 2、基本知识：①诊断医生必须掌握X线诊断知识，投照技术知识，了解临床相关知识。②技术员必须掌握投照技术知识，要求了解诊断知识，了解临床相关知识。
- 3、基本技能：①诊断医生必须掌握各机器设备性能，熟练检查病人，能对各台机器设备正常使用，熟悉各部位投照。②技术员必须熟练使用各台照片机器设备，掌握操作规程，照片影像的后处理技术及打印排版技术，能基本掌握科室各机器设备的保养和维护。

### 三严：

- 1、严谨态度：诊断与技术人员必须用科学的态度对待工作，用发展的眼光看待医疗工作，不断学习更新知识。
- 2、严格要求：科室全体人员必须按照岗位职责与医风医德要求工作，遵守国家法规，遵守医院，科室的规章制度。
- 3、严格操作：诊断与技术人员必须严格按照各类人员的岗位职责工作，必须严格按照各台设备的操作程序使用机器，检查病人按照片要求，不随意变更以至增加病人照射量，注意对受检查者和自身的防护。

## 放射科数字化网络系统管理制度

为了保证数字化影像系统的运行安全和存储的数据不被破坏，特制定以下规定：

- 1、成立网络管理小组，负责监督、使用和维护科室日常影像网络系统的正常安全运行。
- 2、严禁将其他外设（如U盘，光碟）连接到系统上，以防系统遭病毒后引起系统崩溃，数据丢失。
- 3、严禁随意修改系统的配置参数，包括操作系统、数字影像系统及相关的应用软件。

- 4、 严禁打开电脑的主机箱，出动或更换硬件设备。
- 5、 严禁安装未经许可的任何软件。
- 6、 凡不按规定使用、操作数字化影像网络系统，造成数据破坏、丢失、系统崩溃者。将按医院和科室相关规定和奖惩制度进行处罚。

## 放射科随访制度

- 一、指定医生专人负责随访病例，随访范围包括住院手术病人，通过治疗观察好转病人、穿刺细胞学病人，其它通过辅助检查证实诊断的。
- 二、随访前要认真准备病例，随访后要写随访笔记，诊断总结经验、吸取教训，提高诊断水平。
- 三、随访后要求记录全面，包括影像学诊断（X线、超声、CT、MR等）手术记录、病理或细胞学检查，最后诊断内容。
- 四、每月（最后周五）由科主任主持、对随访病例科室组织会诊、讨论、分析和总结。
- 五、做好随访记录和与临床符合率的统计。

## 放射科投照组工作制度

- 1、充分做好投照前的准备工作；
  - ① 整理好各机房工作台，备好各种规格IP版。
  - ② 检查机器设备情况，按照操作规程打开机器电源。
- 2、认真仔细阅览会诊单，核对病人，向患者及家属交待清楚投照中的注意事项，按临床要求准确投照，照片完毕及时将图像处理好后传送图像。
- 3、急诊照片及时将会诊单送往诊断室，并向诊断医生说明及时出诊断报告。
- 4、当天工作完毕，机器复位，IP版、辅助设施及物品归位，并关好门窗、电源，填好交班本和仪器、设备使用维修情况本。
- 5、每周对IP板清洁一次。
- 6、机器设备出现异常情况及时上报并通知设备科维修，并做好交班与维修记录。
- 7、每月一次对投照人次，甲片率，阳性率进行统计。

## 放射科医患沟通制度

为进一步提高我科医疗质量及服务质量，减少医疗纠纷的发生，在充分尊重患者各项权益的基础上建立相互理解、相互信任的良好医患关系，保障我科正常医疗秩序，树立我科良好形象，制定本制度。

- 一、开展全员职业道德教育及政策法规的学习，培养对患者高度负责的精神，把主动与患者进行沟通，作为我科工作的重要组成部分。
- 二、认真履行告知义务。我科静脉肾盂造影，婴幼儿、孕妇放射检查实行检查签字制度，检查前由护士或检查医生负责告知患者或家属检查可能带来的风险及其承担的责任。
- 三、对患者提出的各种疑问，要详细、耐心地解释。
- 四、对要预约的特殊检查，要详细告知患者检查的准备事项及预约的检查时间。
- 五、在工作中要认真负责，尤其对节假日、中午、夜间值班时间段的急诊病人，要主动与患者和家属进行沟通，做到亲自查体、细心阅片，必要时建议患者短期复查。
- 六、对工作中不主动与患者进行沟通，或态度生硬，导致医疗纠纷，甚至带来不良影响或造成科室经济损失者，对当事人按相关制度予以处罚。

## 放射科预防院内感染制度

- 1、消毒管理设护士专人负责，定期抽查制度执行情况。
- 2、打针、输液做到一人，一针，一带，一用，一消毒。所用止血棉球或棉秆回收集中处理。
- 3、保证不使用过期物品、器械，器材消毒浸泡液，需定期检查测试，定时更换。
- 4、病人所接触的物体表面，每天用消毒液擦拭，有分泌物，排泄物或体液污染的地方随时消毒清洗。
- 5、需隔离的病人进行检查时，尽量要安排在每天的最后时间，隔离病人的主管医生应预先通知有关病人隔离的种类及特殊预防措施。
- 6、搞好室内卫生，治疗室每日用紫外线照射一次，机房每周一次，每次30分钟，每月对治疗室进行一次空气培养。
- 7、设置卫生洗手设施设备，按手卫生规范要求洗手。

## 放射科诊断组工作制度

- 1、特检班检查设备运转情况，整理工作间，做好特检前的准备工作。
- 2、按操作规程使用机器，严防机器事故。
- 3、急诊照片30分钟内出报告，平诊2小时内出报告，下午参加集体阅片，诊断报告由上级医生审核，实行双签字，严格评价照片质量。
- 4、报告书写完毕，及时将急诊及门诊报告送交病人或病房。
- 5、负责解答下级医生疑难问题，协助投照工作。
- 6、负责对疑难病例追踪，并做好记录。
- 7、负责科室、院内会诊与病例讨论。
- 8、特检完毕，做好机器复位，设施、物品归位，做好机房清洁卫生，填写交班本，关好工作间机器、电源、门窗、。

## 放射科质量管理制度

- 1、登记室：

对来检查和咨询的病员热情接待，按规定认真做好病员信息登记工作，力求数据录入全面、准确、无遗漏，按不同照片检查部位要求，准确分诊到不同摄影室。对预约检查病人，要给病人交待清楚注意事项和预约检查时间，并做好记录。负责报告分类及发放。
- 2、照片室：
  - (1) 在拍片前做好各项准备。
  - (2) 认真阅读临床申请会诊单。如遇病员患病部位与临床要求不符，立即与申请医师进行沟通，征得同意后，方能改正。
  - (3) 拍片时要求投照部位准确无误，正确选择曝光条件。甲片率 $\geq 40\%$ 。遇到特殊体位，必要时与诊断医生共同完成照片。
- 3、诊断：
  - (1) 每天由科主任或高年资医师组织集体阅片，对疑难少见病例要密切结合临床，各抒己见，客观诊断，必要时与临床进行会诊，提高诊断准确率。
  - (2) 筛选有价值的疑难病例、特殊病例以及有科研教学意义的X线照片，进行认真分析讨论，并予以登记。密切与临床及病理室联系，及时追踪诊断结果，不断提高诊断水平。

(3) 审查每天照片质量，指导技术人员改进投照技术及投照方法。评定照片质量等级，及时总结提高。

(4) 认真做好查对工作。书写报告时认真核对会诊单姓名及检查部位，两者相符时方能书写报告。归片时，认真查对照片姓名、检查号，照片齐全时方能送往报告发放处。

## 放射科质量检查制度

一，坚持每日集体阅片，评判照片质量，核对诊断报告。

二，认真阅读会诊单，核对科室，床号及日期，核对病员，性别，年龄和照片号，核对投照部位等，各种特殊造影检查和重要摄片，待照片合格后方可嘱病人离开，若投照有误，立即补照。

三，每月对 X 线照片进行抽查，评判甲片率，废片率、阳性率，报告质量及诊断符合率。

四，定期保养 X 线机，使机器处于完好的工作状态。

五，对药品，抢救器械进行定期检查，更换过期药品，使各种抢救器械处于可用完好状态。

六，X 线诊断要注意结合临床，进修或实习医师写的诊断报告，须经上级医生审签后方可发送。

七，X 线照片是医院工作的原始记录，对医疗，教学，科研有重要作用。应对影像数据双备份，保证数据安全。

## 放射科质量教育制度

为适应医院发展的需要，建立适合我们的放射专业人员的队伍，特制定本制度：

一，经常性工作：

为保证认真履行职责，制度，保证质量，坚持每天交接班，读片制度，对疑难病，少见病实行集体阅片，病例随访，提高认识，保证质量。对随访证实病例，利用读片时间每月由高年资医师讲解疾病发生，发展，转归，国内外新动向。做到有提问，有回答，有拟诊分析，提高各级人员的业务素质

二，搞好对外交流：

参加学会，专业读片会，尽量让全体人员参加，每年至少 2 次。加强与上级医院本专业科室、医生的联系、交流和学习，提高我们的专业技术水平。

三，加强“三基”训练：

每年定期举行科内讲课，业务学习，加强基本理论，基本知识学习。每年举行 3-6 次三基培训考试考核，记录在案，作为评优晋升参考内容。

四，加快知识更新，促进专业全面发展。

加强全科人员业务学习，了解本专业国内外新动向，新技术，不断提高专业技术水平，加强计算机技术和数字网络化的知识学习及运用。

## 放射科质量评价制度

一，科主任定期主持放射质量评价，由质量控制小组成员参加。通过质管活动，达到评价，总结目的。

二，利用集体阅片，评价照片质量，诊断报告及审查重要诊断报告单。

三，定期评价随访病例，总结经验，以提高质量，提高医，教，研水平。

四，每季度或半年对工作质量中的阳性率，甲片率进行评价，对质量评价中出现的问题提出整改意见，业务评价的好坏可作为科内人员今后升，调，奖惩的依据上报。

五，组织技术人员对本科机器安装，维修，保养和管理进行评价认可，督促本科人员遵守技术操作规程和安全规则。

## 放射科“三严”作风培训培养制度

一，树立良好职业道德，爱岗敬业精神，定期加强政治理论学习。

二，严格要求科内人员认真执行岗位责任制度和各项规章制度，坚持院，科负责制，纠正、杜绝违纪违规行为。

三，严密组织科内人员“三基”培训，严格考核考试。

四，认真督促检查科内人员各项工作完成情况。狠钻业务技术，提高业务水平，以严谨态度对待科内每项工作，以优良的品质为病员服务。

五，将工作情况，考核情况，质控执行情况，缺陷情况完整记录，作为评定业务技术人员工作指标之一。

## 射性物资与器材管理、使用、保管与废弃制度

- 1、严格执行国家有关《放射卫生防护及管理办法》的各项规定。
- 2、成立放射防护管理小组，在医院相关负责人领导下，具体负责医用放射性物资的放射卫生管理。
- 3、配合防护检测部门定期进行检测，如发现异常，立即进行维护。
- 4、放射工作人员必须佩带个人剂量剂，实施个人剂量检测，建立个人剂量档案，并根据接受的剂量进行卫生防护评价。
- 5、放射性物资与器材必须定期进行检测、维护。
- 6、含放射性及有毒有害废水、固体废弃物须由经环保部门授权的部门进行回收，并进行登记。

## 对影像的特殊阳性发现与阴性有上级医生的复核、签字制度

- 1、X线检查照片有特殊的阳性征象或有疑难的病例的报告要请上级医师复核，必要时进行集体阅片会诊讨论，需要更正报告的，更正报告要由上级医生审核签字。
- 2、对特殊的X线阴性报告，如病员临床症状、体征明显，而X线照片又未发现明显阳性征象或征像不明确者，要请上级医师复核签字，需要更正报告的，更正报告要由上级医生审核签字。

## 放射科固废存贮管理制度

- 1、认真执行《固废法》的相关规定。
- 2、定期按产量和种类全部交有关部门收集处理，不得转交或转卖无处理能力的单位或个人。
- 3、各类废物必须分类装存，标识明确，不得随意倾倒，污染环境。
- 4、指定专人存贮、管理固废物品。
- 5、固废交接时，要有登记、签字；废液要有交接单，并妥善保存，每季度装订成册并交总务科建档。
- 6、对违反《固废法》的部门或个人将按医院相关规定处罚，并承担一切环境处罚责任。

## 放射科借片制度

根据档案管理办法之规定：我科所摄X光片原则上不外借，若遇特殊情况，如伤残鉴定、交通事故处理、转院会诊、本院临床医生病例讨论会诊等，可按下列办法借片：

1，本院医生借片：由所在科室的主任或主管医生到放射科主管人员处借取照片，并按规定登记签名并定期归还。如主管医生不能到放射科借片，可据本医生的借条，由本科室人员到放射科借片、登记、签名。

2，病员因特殊情况确需借片者，按有关规定办理借片手续：

(1) 交患者身份证复印件一份，患者委托他人借片，需有患者委托书及患者、委托人身份证复印件各一份。

- (2) 交押金壹佰元，还片时如数退还押金。
- (3) 所借出照片要当面点清张数，注意不折叠，不要用湿手拿取照片，片上注意无污染。
- (4) 若退片时照片张数不齐，照片有损坏，则由借片者负所有责任，并注明签字。

## 进修，实习、见习医生管理制度

1. 严格管理进修、实习、见习生的纪律、工作、学习和业务技术。
2. 安排专人负责进修、实习、见习生的管理，制订合理的进修实习计划。
3. 进修、实习、见习生在上级医师带领下参与日常工作，学习各种放射检查技能。
4. 上级医师负责指导进修生、实习、见习生影像诊断报告的书写。
5. 定期给进修、实习、见习生上课，提高进修、实习生理理论水平。
6. 建立进修、实习、见习生阅片制度，锻炼进修、实习、见习生的阅片能力，提高进修、实习生实践能力。
7. 建立进修、实习、见习生请假制度，请假一周以上，应经科主任同意，上报医务部批准。

## 放射科“三基”培训制度

- 一，科内组织业务学习，每月一次，作为经常性的基础知识及基本技能培训。
- 二，加强科室“三基”培训，每年至少进行三次“三基”考核，考试，验收培训结果。
- 三，参加院内、行业、学会组织业务学习，参加学术活动，每人每年 1-3 次。
- 四，加强继续教育工作，定期选派人员进修及短期培训。
- 五，加强上岗培训，熟练基本技能，基本知识。
- 六，鼓励，协助科内人员的职业医师培养及大型医疗设备上岗证培训，鼓励支持学历教育。

## 设备维修和保养制度

- 1、放射科的 X 线检查设备及有关设施，不只是放射科而且是医院的贵重仪器，如何防止发生故障，保证临床需要是放射科工作的重要职责。
- 2、建立机器档案，对每台机器设备的原始资料，包括说明书，线路图，各科数据等全部资料，必须妥善保管。对机器历次的保养维修发生故障原因，损坏程度，检修经过，时间，检修人员等都要有明确记录。
- 3、定期检修制度，对每台机器要定期检修，防止发生故障。至少每季度检修一次，每台机器应专人负责，精心操作，合理使用，随时注意机器运转情况，并保持机面清洁和机房卫生。
- 4、制作操作规程，对每台机器都必须制定有明确的操作规程和使用注意事项。人人遵守，严禁违章操作，每台 X 线诊断机根据其特点，设制投照因素参考表，保证投照和影片质量。

## 摄片室工作制度

- 1、熟悉该室机器性能，严格按操作规程正确使用机器，进修、实习人员未经许可不得擅自开动机器。
- 2、摄片者认真进行“八查七对”，尽量避免补照，废片和差错。
- 3、注意去掉所照部位的一切饰物（如发夹，药膏，金属等）。对呼吸动度影响的部位摄片，应事先训练病员闭气动作。
- 4、特殊部位或疑难部位的摄片，应事先设计，必要时请诊断医生协作完成照片，照片达到诊断要求时

方可让病人离去。

5、不能擅自离开工作岗位，如有事临时离开必须有人顶班。

6、加强责任心，严格按交接班制度（有无工作遗留问题、机器及机器使用情况、物品等）执行。

7、除值班者外，其他人员应尽量参加读片和业务学习，不断提高业务技术水平。

\*注：八查：查价格，查病史，查光圈，查中心线，查光栅，查电源，查因素，查安全限度。七对：对姓名，对性别，对年龄，对科室，对部位，对左右，对号码。

## 书写 X 线诊断报告要求

一、先书写急诊、门诊报告，再写住院、体检报告。

二、书写报告时，先依次核对姓名、检查号、及照片部位，均相符时，方可书写报告。

三、检查所见栏：应仔细叙述照片影象所见，包括病变的位置、分布、大小、数目、病变形态、边缘、密度、及其比邻组织结构关系。

四、诊断意见栏：综合分析 X 线照片所见，结合临床资料作诊断报告结论。如写印象，可写 1-3 个意见，并向临床医生提出必要的进一步检查建议。

五、报告初诊后，再由高年资医生复审。

六、报告打印后，初诊医生和复审医生签字生效。

## 放射科危重病人抢救制度和应急预案

### 一、放射科危重病人抢救制度

1. 严格遵守医院各项规章制度，尽守职业责任。

2. 具有较丰富的医学影像基础知识及诊断专业知识，有熟练的投照技术和操作技巧，对病情变化有高度警觉，能及时发现问题并报告科主任配合处理。

3. 严格执行查对制度，婴幼儿照片签字同意书制度，碘剂造影签字同意书制度，抢救车及药品，器械完好率检查登记制度，危重病人抢救记录登记制度等。

4. 对前来我科行 X 线检查患者，进行实名制电脑登记，核对其姓名、性别、年龄、科室、床号、照片项目和部位，以及划价等。按临床科医生要求核实投照部位。无误后方行照片。

5. 危重患者到我科行照片检查，突发病情变化征兆时，应立即实施抢救，备好抢救物品、药品，视情况予以心脏复苏术，同时通知所在科室医生、护士等。

6. 危重患者或急诊照片者到我科室照片检查后，先将结果口头或电话通知所在科室，程序如下：登记照片申请单→投照→诊断→结果（30 分钟内）→立即报告（通过口头或电话通知所在相关临床科室医生）。

### 二、放射科危重病人应急预案

1. 未成年照片检查的应急预案及处理程序

① 由于放射科检查的特殊性、应将风险程度及后果如实告知被检查者的法定代理人。

② 在征得患者法定代理人的同意并签署同意书后方可实施 X 线照片检查。

③ 在实施过程中，发现严重照片风险征兆时应立即停止投照，避免医疗损害的发生。

④ 立即报告科主任，在主任的同意下将实情告知患者的法定代理人，以便取得停止操作的理解。

⑤ 加强对高危人群、高危环节、高危时段、高危意识的预防，控制和警示。

2. 碘剂药物过敏等不良反应应急预案及处理程序

① 用药前执行三查七对，查看碘敏试验的结果，询问药物等过敏史，并行知情告知之义务与签字同



意制度，同时签署同意后书后方行碘剂造影检查。

② 当发生药物过敏等不良反应时立即停药，更换液体，保留静脉通道并通知医生。

③ 备齐抢救药物、器械，遵医嘱予以对症处理：

a. 立即吸氧，并通知所在科的医生。

b. 抗过敏药（如地米等）的应用。

c. 观察生命体征：监测 BP、P、R、瞳孔等。

d. 记录抢救经过及其转归，参与医护人员签字制度。

④ 实行抢救车、药品、器械的检查制度，随时检查抢救车、药品及器械有无实效，每周检查并记录，保持完好率 100%。

3. 患者跌倒或坠床的应急预案及处理程序

① 对到我科行 X 线检查的患者，严密观察其病情变化，并进行评估，及时发现问题，并做出相关处理。

② 做好 X 线检查安全措施：

a. 经常检查机器设施，杜绝不安全隐患。

b. 对年轻体弱病情较重和未成年人应有陪同人员到我科照片。

c. 对带有输液的患者应随时观察其输入液体情况，发现有局部肿胀、回血堵塞、针头脱出等现象应及时对症处理，并告之陪同人员，必要时通知所在科室，经同意处置后我科医护人员方可拔出输液或保留，切不可擅自处理。

d. 分清轻、重、缓、急，合理有序的进行 X 线登记、投照检查。

e. 照片时启动机器时，发现患者站立不稳有跌倒或有坠床趋向时，立即停止照片，安排人员扶持病人，确定安全后方可继续照片检查。

f. 做好环境安全措施：

i. 走廊有足够的照明。

ii. 物品按规定放置，不妨碍通道。

iii. 地面保持干燥，置防滑标示牌。

## 放射诊疗设备维护维修制度

1、医用诊断 X 射线机在使用过程中应强化设备的维护和保养意识，定期维护并及时做好维护记录，确保机器处于良好的工作状态。

2、应有专人负责 X 线机器设备的使用、维修和保养，并建立专册登记簿。机器发生故障，停止使用并及时汇报，做到不带病机使用和操作，并通知修理部门协作修理，及时记录。

3、定期请专业人员检测机器的输出量及相关性能，协助维修人员做好质量控制和校准工作，使设备运行安全稳定可靠。

4、与厂方工程师保持良好的沟通，利用电话支持、远程诊断、现场维修等多种方式，快捷地处理问题。

5、对易损易耗部件的采购储存和使用要进行登记管理，确保各环节的衔接，以缩短维修时间。

6、保持设备工作环境的清洁和合适的温度、湿度条件。

7、交接班时要交代机器使用情况正常与否，有无异常情况。

8、爱护使用暗盒，保持 AP 板的清洁，严禁用湿手接触 AP 板。

## 对错误的报告有上级医师更正重新报告及签字制度

X 线诊断报告经集体阅片，上级医师复核或质控小组成员抽查等发现有漏诊、误诊的诊断报告，必须要由上级医师更正重新报告并由双人签字。

## 移动式 C 型臂 X 线机工作制度

- 1、 该设备的使用需持有放射人员上岗证及岗前使用培训过的人员，方可操作该设备，其他未岗前使用培训过的人员及非专业人员不得擅自开动机器进行操作。
- 2、 熟悉该机器的性能，严格按操作规程正确使用机器。
- 3、 摄片或透视时要认真对病人及机器进行查对，避免差错事故。
- 4、 在手术室要行无菌操作，工作人员要穿消毒隔离衣，机器要用消毒隔离罩覆盖，避免对手术区的污染。
- 5、 在无固定和无屏蔽的手术室和病房场所中，在操作时要设置临时警戒区域（距离大于 6m）在警戒区域外放置临时警示标志和病员须知，其他人员应撤离警戒区域，不得在警戒区域内停留。对于不能撤离的，应做好个体防护。
- 6、 在操作时要使有用线束避开门和窗户，如果在多层建筑中的房间使用时，要充分注意上下邻室的防护与安全。
- 7、 操作人员应不在主射线方向操作。曝光时采取隔墙或铅屏风屏蔽操作，远距离操作（如无墙时，距离不应小于 6m），操作人员和病员应穿戴好适当的防护用品，如铅围裙、铅帽、铅眼镜、铅围脖等，对辐射进行防护。
- 8、 该设备要有专人管理、维护保养，使用情况、维护保养要有记录。

## 放射科影像—临床联合读片制度

- 1、 对一些疑难病例，放射科应主动邀请相关临床科室医生进行联合会诊读片，提高诊断准确率。
- 2、 临床科室医生对疑难病例邀请放射科医生到临床会诊，放射科要积极配合，及时指定有经验的高年资医生到临床科室会诊读片，提出有价值的影像诊断或建议，给临床诊断提供参考和帮助。
- 3、 对一些放射检查会诊单提供的病史不详或需进一步了解的，放射科医生要主动向临床医生了解病史、检查体征或其它检查资料，帮助我们对影像的疾病诊断做出更准确的判断。

## 影像诊断随访制度

1. 凡经 X 线影像诊断的手术病例，均列为诊断随访对象。
2. 每月派专人到临床科室进行追踪随访。
3. 随访内容包括病人的影像检查诊断、临床诊断、术中所见、病理组织学诊断等，并逐项记录，特殊情况应在备注中说明，以备复核。
4. 随访的目的主要作为医疗质量和效率的考核依据；其次作为积累经验，以利提高诊断水平。
5. 每月定期将追踪病例集中，由 CT、普放组共同分析，总结经验教训，提高诊断质量。
6. 年终将追踪的病例汇总，由专人保管，作为医学资料存档。
7. 随访时应认真听取临床医生的意见和建议，及时汇报科室以便整改。

## 放射科影像资料保存制度

- 1、 放射科影像资料是患者影像检查、诊断和治疗的重要依据。由放射科主任指定具有责任心强和专业知识的医务人员进行数据管理，负责定期对影像进行光盘刻录存盘或下载到移动式硬盘，对数据进行双备份。
- 2、 对所刻录的影像光盘或下载的移动式硬盘要按照片检查日期、X 线片号、光盘编号顺序进行编排、登记和存储

3、指定专人对计算机网络进行管理和维护。禁止外来优盘插入影像设备的计算机系统，防止“病毒”进入影像系统，引起系统故障，造成影像丢失。

4、指定专人负责影像资料的妥善保存。

5、影像资料光盘或移动硬盘，应存放在通风、干燥、避光和安全处。避免损坏、霉变或丢失。

6、影像设备、资料要按操作规程进行操作，如未按操作规程进行操作或由于责任心不强造成影像资料的损坏、丢失并造成病员损失、医疗纠纷的，则按其情节轻重及相关规定给予相应的处理和处罚。

## 放射科影像资料使用流程制度

1、放射科影像资料分为在线影像资料使用和离线影像资料使用。

2、在线影像资料则可通过影像工作站界面，直接从服务器调取影像资料进行阅片或诊断。

3、离线影像资料则可通过存储的影像资料光盘或移动式硬盘进入计算机进行查阅或诊断。

4、影像资料可通过病员姓名、照片时间、X线片号或部位等进行查找阅读。

5、影像资料的阅片和诊断需要有资质的医生，通过计算机系统用户名和密码进入系统中才能使用。

6、影像资料的使用可根据医生资质的高低，设立不同的使用权限，进行查找、阅片的初步诊断、审核诊断和修改诊断的权限。

7、查阅或使用影像资料时，本科室医生必须按操作程序进行操作，科外或临床科室医生需要调阅影像资料，需经我科医务人员同意，由我科医生操作帮助下查阅，保障影像系统的安全。

## 放射科 X 线检查诊断报告审核、签字制度

1、放射科诊断医生必须在取得有效放射工作人员证、放射医师执业证书和执业医师资格证书后，才能有写诊断报告和签字资格的权利。

2、每日坚持集体阅片，对书写的每一份照片检查报告进行认真复核，实行双签字制度。

3、对影像的特殊阳性和阴性需有上级医师的复核，签字。需要出更正报告的要由上级医师签字。

4、对发现有错误的诊断报告须由上级医师更正并写更正报告，由双人签字。

5、科内的进修，实习生出报告必须在本科室且持有“三证”医师的指导下方可出报告，并严格审核签字。

## 储片室资料保管制度

1、加强 X 线照片的管理，X 线照片、X 线检查申请单、报告单、存档光盘等资料应按编号顺序妥善保存。

2、医疗上有特殊需要 X 线照片时，必须按照借还片制度执行，履行借还片登记和签字手续，限期归还。

3、X 线照片保管由专人负责，科学管理，负责人要定期清理，核对 X 线照片借出回收情况。

4、保管员应保持储片室干燥、通风，做到防火、防盗、防虫，禁止在室内吸烟。

## 第二节 磁共振室规章制度

### CT、MRI 院感风险评估、控制措施与制度

1、加强工作人员对医院感染相关知识的教育，提高对消毒隔离知识的认识。

- 2、完善规章制度，加强监控力度。
- 3、注意个人防护及对患者的隔离，工作时戴口罩、帽子，勤洗手，接触感染患者后立即进行手消毒。
- 4、加强检查室医院感染的控制，检查室是医生与患者、患者与患者直接或间接接触的重要场所。
- 5、定人上班前和下班后及时清扫各检查室，采用湿式清扫减少尘埃。在上下班前后及检查间隙各检查室及时开窗通风换气、保持室内空气流通和新鲜，以减少空气污染。
- 5、及时更换 CT、MRI 检查用床单，逐渐用一次性床单代替重复使用的布床单，以减少交叉感染。
- 6、做好基础卫生管理，保证物体表面、桌椅、门窗、地面清洁，如有污染及时用 1000mg / L 有效氯消毒液擦洗。
- 7、推广“标准预防”，注重手卫生的落实，养成勤洗手的习惯，尤其是直接接触患者体表的的操作后必须洗手，掌握正确的洗手方法。为减少再污染，洗手后应尽量采用一次性纸巾、个人专用毛巾或自然凉干代替公用大毛巾。

## CT、MRI 安全管理制度

- 1、CT、MRI 各机房系医院仪器设备要害部位，非工作人员未经同意严禁进入各机房或操作室。
- 2、CT、MRI 工作人员必须熟练掌握本科室各类设备的正确操作规范及安装分布安全状况。上岗人员必须首先了解各类设备正常状态 100%，安全消防状态 100%方可工作。下班严格交接班制度及各项交接登记手续。
- 3、CT、MRI 各类设备系靠高压电动力作业，于火灾有直接危害因素，必须定期检查，严禁各类违章操作行为。
- 4、CT、MRI 科主任必须定期了解掌握本科室各类设备动态、人员技术情况、安全状况，及时发现不安全隐患，及时会同有关人员整改。

## CT、MRI 投诉处理制度

- 1、当患者对科室或医务人员不满意而投诉时，主管医生或主管护士应认真接待患者，并对投诉事由进行认真分析，给病人做出合理解释，若工作中确实存在不足，应向患者做出改进的承诺。
- 2、若主管医生或主管护士对患者的投诉不能解决时，要及时向科主任或护士长作出汇报，并协助科室负责人调查处理，科主任、护士长在调查分析的基础上，给患者作出负责人的解决方案，必要时科内组织会诊讨论，作出处理意见，并向患者作出耐心细致的解释。
- 3、当病员不满意科内的解决方案或提出的要求科内不能满足时，科主任、护士长要及时向有关职能科室（院办公室、医务科、护理部）或院领导汇报。科主任或当事医务人员要积极配合院部的调查处理。
- 4、当院部有关职能科室接到科室汇报或患者投诉时，应及时进行调查，并组织专家会诊进行分析，对病员作出负责任的答复。当争议较大时，应按照我院制定的《医疗事故争议预案》进行处理。

## CT、MRI 室会诊制度

- 1、凡遇疑难或需他科室协助处理的病例，应及时申请会诊。
- 2、科内会诊，由经检医师提出，科主任召集有关医师参加，经检医师做好记录。
- 3、科间会诊，由经检医师提出，上级医师同意，并由科主任签字后填写会诊单，送被邀科室并做好签字登记。会诊医师要求在 24 小时内应诊，会诊时邀请科室应由主管医师或相应的上级医师陪同。
- 4、院内会诊，由科主任提出申请，医务科组织全院会诊讨论。
- 5、院外会诊，应在科内会诊的前提下由科主任提出申请，经医务科同意，并与上级医院联系，确定会诊时间，会诊由申请科主任主持，经检医师和全体在班医师、进修实习生参加。

## CT、MRI 室交接班制度

- 1、科室实行 24 小时×7 值班制。
- 2、值班人员应提前 5~10 分钟到岗，进行各种机器运行情况和现状交接。
- 3、值班时间必须坚守工作岗位，不得擅离职守，不得迟到早退，不得与非工作人员在工作区域内闲谈，负责本科室安全保卫，值班期间不得随意进入非本职工作区内。
- 4、严格遵守各项规章制度，热忱接待病人，保质保量完成本班工作，如有诊断方面的疑难或特殊情况时，应及时向上级医师请示汇报。
- 5、值班人员工作完毕后，应负责工作区域清洁卫生，严格注意消毒隔离工作，传染病员用物应及时采取消毒措施，以免交叉感染。
- 6、每日 8 时晨会上交接班时，仪器必须有交接班记录，科内的特殊重要事宜亦应有书面交待。

## CT、MRI 室危重病人抢救制度

- 1、科室应配备抢救物品、药品及设备。
- 2、一切抢救物品、药品、设备由专人保管，定点放置，标记醒目，不得挪用。
- 3、一切抢救物品、药品、设备每日检查、核对一次，交接班清楚，物账相符。
- 4、无菌物品有日期标记，定期重新消毒。
- 5、遇重危病人应及时就地抢救，通知急诊科及 ICU 医护人员到场。
- 6、抢救人员按岗定点，做到严肃、认真、紧张、有序，严格遵守操作规程，严格遵照各种疾病的抢救程序进行工作。
- 7、在紧急情况下，医师可下口头医嘱，但护士在执行前必须重述一遍药名、剂量、给药途径。
- 8、疑难症的抢救，应及时通知上级医师协助，其他相关科室配合，如遇到特殊情况，应及时报医务科或值班院长。
- 9、做好病人的连续观察记录和抢救记录。
- 10、抢救完毕后，有专人护送病人接受进一步处置，并同时清洁、清点、补充物品、药品和设备，现场做出评价总结，登记备查。

## CT、MRI 室工作制度

- 1、CT、MRI 室的工作是对临床送检病员进行扫描检查并作出诊断，全体科室人员应对病人高度负责，配合临床诊断、治疗。
- 2、CT、MRI 检查申请单要求逐项填写清楚，供扫描、诊断时参考，避免错误或漏诊。
- 3、一般 CT、MRI 扫描、照像应当日完成，出报告时间不超出 24 小时，急诊报告需在 30 分钟内发出，对需要增加或有特殊要求者应预约。
- 4、坚持集体阅片，讨论扫描技术、照片质量及诊断，并作出合理结论。对疑难病例与临床医生共同讨论或院外会诊。
- 5、建立完善的档案登记和管理，以利资料的查找。
- 6、值班人员严格遵守岗位责任制度，不得擅自离开工作岗位，遇特殊情况应按照医院有关制度执行。
- 7、CT、MRI 机房、屏蔽室、办公室及候诊处应保持清洁、整洁，并定期消毒，防止交叉感染。坚持日常清洁卫生工作。

## CT、MRI 服务流程与改进措施

鉴于目前 CT、MRI 室检查病人较多，导致病人候诊时间过长，造成候诊区长期拥堵的情况，为了改善候诊环境，更加优化服务流程，特制定如下改进措施：

- 1、危重病人优先安排检查；一般急诊病人与急诊科医生及时沟通，安排时间通知检查。
- 2、门诊平诊病人，从收到缴费后的申请单开始测算大约时间，并告知病人，若遇等待时间较长，告知病人可以不用在候诊区停留，到预约时间才来，检查完后告知大概取片及报告时间，使病人心中有数。
- 3、与各病区沟通联络，互相协调，根据各科具体情况，合理预约检查时间，将各科分时段安排，尽量使住院病人不在候诊区停留。
- 4、接受电话预约，适时安排检查。
- 5、提请医院设立专门的较为宽敞的候诊区，配备椅子、电视、饮用水等，墙壁上可以挂上本科室服务流程及相关知识介绍，电视里还可以播放介绍医院、本科室及健康教育的宣传片，这样，既宣传了医院及科室，又使群众在候诊的同时学习了健康知识，使群众满意。

## CT 放射安全管理与定期检测制度

- 1、操作员必须经过严格培训，能熟练掌握机器的操作规程，，防上事故发生。
- 2、开机后应观察机器是否工作正常，若有疑点必须及时排除。使用中遇到异常情况应立即切断电源，请专业人员维修。
- 3、定期进行稳定性检测、校正和维护保养，由上级卫生行政部门检测机构每年至少进行一次状态检测。
- 4、按照国家标准设置安全装置和个人防护用品。
- 5、在放射诊疗工作场所的入口处，在控制区进出口及其它位置设置电离辐射警告标志和工作指示灯。
- 6、定期对放射诊疗工作场所和防护设施进行放射防护监测，保证辐射水平符合规定和标准。
- 7、医疗机构应当按照有关规定和标准，对放射诊疗工作人员进行上岗前、在岗期间和离岗时的健康检查，定期进行专业及防护知识培训，并分别建立个人剂量、职业健康管理和教育培训档案。
- 8、放射诊疗工作人员按规定配戴个人计，建立个人剂量和健康管理档案。
- 9、放射诊疗工作人员对患者和受检者进行医疗照射时，应当遵守医疗照射正当化和放射防护最优化的原则，有明确的医疗目的，严格控制受照剂量；对邻近照射野的敏感器官和组织进行屏蔽防护，并事先告知患者和受检者辐射对健康的影响。
- 10、不将 X 线胸部检查列入婴幼儿及儿童体检的常规检查项目；对受孕后 8—15 周的育龄妇女，不得进行下腹部放射影像检查；应尽量以胸部 X 射线摄影代替胸部透视检查。
- 11、检查时，禁止非受检者进入操作现场；病情需要陪检时，对陪检人员采取防护措施。
- 12、医疗机构应当制定与本单位从事的放射诊疗项目相适应的质量保证方案，遵守质量保证监测规范。

## CT 室放射安全防护制度

电子计算机断层扫描（CT）机是利用 X-线作为信号源的医疗检查设施，因此我们应当对工作人员、病员、病员家属及其它相关人员做好安全防护，竭力降低 X 线诊断所带给受检者的剂量，以最大限度地减少因此导致的潜在危害。

1、对扫描机房设置在医技楼一楼，充分考虑机房面积和位置，合理机房办公用房的布局，并进行严格地防护处理，天花板加 2mm 铅皮防护，采用防护墙体、双防护门（通向操作间门和公共通道门）、防护观察窗安装等。机器安装射线束避开门窗；设立安全候诊区，门口安装安全投照指示灯。机房内不放置与诊断无关的杂物。

2、扫描时对进入扫描区人员最大限度地限制进入人数，对能够自理的病人，尽可能地取消扫描陪护。对于妊娠期妇女必须进行扫描检查者，应对孕妇的下腹部采取可靠的保护措施。

3、工作人员熟悉 CT 工作和 CT 工作的性质，工作前检查机器设备是否正常、通风是否良好、个人防护设施是否完好。

4、进行难度较大的操作、新项目的操作时，事前要进行训练或预演，以提高操作技巧和熟练程度，缩短操作时间。

5、如果发生意外事件，依据有关法律法规及时上报。

## CT、MRI 资料保存、使用流程及制度

一、CT、MR 磁光盘、教学片、制作幻灯片设备、参考书、电脑等均属公共财产，科室工作人员必须加以爱护。

二、CT 及 MR 当日所检查病人资料，由当日值班人员刻录成光盘并按顺序依次编号保存。

三、每日报告单出具后，由报告人及时依顺序（年、月、日）存入电脑保存，以便日后查询。

四、科外及外院因诊断需借用 CT、MR 拷盘时，必须严格履行相应手续，违规者按规定罚款。

五、本院其他科室借相关影像资料：为科研写文章原则不借，特殊需要的由主任批准方可借阅并定期归还，不得损坏，否则一律不许外借。违规者按规定罚款。

六、本科室人员或进修生个人需借用光盘时，必须严格履行相应手续，按时归还不得损坏，违规者按规定罚款。

## CT、MRI 报告书写及管理制度

1、CT 及 MRI 报告一律用打印机打印。

2、报告应及时准确，急诊报告时间 < 30 分钟，非急诊报告应在 24 小时内发出（疑难病例除外）。

3、报告单应包括门诊号、或住院号、检查日期、报告日期（普通报告精确到时、急诊报告精确到分）、病员姓名、性别、年龄、科别、床号及 CT 或 MRI-ID 序号。

4、CT、MRI 检查需注明检查部位、所选择序列及断面情况。

5、注明所检查部位有无异常密度或信号改变，大小及范围，最后提出诊断意见或建议。

6、报告医生签全名并有审核报告医师签全名。

7、对诊断错误的报告应及时更正，如报告已发出，必须尽快追回、更正，并由上级医师签名。

注：法定传染病分甲类 2 种，乙类 26 种，丙类 11 种，共 39 种。

甲类和乙类中的肺炭疽、非典、脊髓灰质炎、人间禽流感、突发公卫事件，接诊医生应于诊断后 2 小时内报告；乙、丙类传染病应于诊断后 24 小时内报告。

## 报告审核、签字及错误报告更正制度

1、严格执行上级医师审核报告制度。

2、常见病、多发病及其他典型的病例由当班主治医师审核报告并签名。

3、危重病人及疑难病例报告，由当班医师提出报告，科主任或科副主任审核并签名。

4、特殊情况或对有争议的病例，可上报医务科备案，请示分管院长，然后由科主任审核签字。

5、对诊断错误的报告应及时更正，如报告已发出，必须尽快追回、更正，并由上级医师审核、签名后发出。

## CT、MRI 室查对制度

- 1、检查时；查对姓名、性别、年龄、科别、床号、及 CT 或 MRI 号。
- 2、检查前；查对检查目的，检查部位等。
- 3、检查前；查对电源
- 4、检查时；查对申请单是否填写清楚检查目的及临床医生签名。
- 5、发报告时；查对科别、姓名、床号，取片人签名。

## CT、MRI 危急值报告制度及流程

为医疗安全，提高服务质量，特制定此制度：

一、执行临床检查“危急值”报告制度。实行急诊报告电话通知。

二、所有检查结果出来后立即制好 MR 或 CT 片，并电话通知科室，告知检查结果，并在危重病人登记本上注明接电话人姓名。

三、“危急值”一但出现，就应当由扫描者在确认下，立即诊断医师复查，将该项目危急结果紧急电话通知负责治疗的医护人员，做好解释并在《危急值结果登记本》上详细记录，有关人员都应按此程序办理。必要时应通知临床增加扫描部位。电话报告后应立即制作 MRI 或 CT 片。

四、临床医护人员接到危急值的电话报告后，应及时识别，如与临床症状不符，要关注受检部位是否存在缺陷？如有需要，即应增加扫描部位，若与临床症状相符立即通知值班或经管医生做出处理。接电话报告后应作记录。

五、危急重患者紧急抢救下医师可使用口头临时医嘱，执行护士重述，实施时双人核查并签名。

六、口头医嘱执行后按规定及时补录并签名。（口头或电话通知危急值或检查结果，在通常诊疗活动中杜绝口头医嘱）

七、科室定期检查和总结危急值报告的工作，至少每季度要有一次。

八、根据科室实际情况，将不断完善危急值项目及相关规定，现确定危急值项目及界限值如下：

1、 中枢神经系统：（1） 严重的脑内血肿、挫裂伤、蛛网膜下腔出血的急性期；（2） 硬膜下 / 外血肿急性期；（3） 脑疝、急性脑积水；（4） 颅脑 CT 或 MRI 扫描诊断为颅内急性大面积脑梗死（范围达到一个脑叶或全脑干范围或以上）；（5） 脑出血或脑梗塞复查 CT 或 MRI，出血或梗塞程度加重，与近期片对比超过 15%以上。

2、 呼吸系统：（1） 气管、支气管异物；（2） 大量胸腔积液；（3） 肺栓塞、肺梗死；（4） 重症肺炎。

3、 循环系统：主动脉夹层动脉瘤

4、 消化系统：（1） 食道异物；（2） 消化道穿孔、急性肠梗阻；（3） 急性出血坏死性胰腺炎；（4） 肝脾胰肾等腹腔脏器出血。

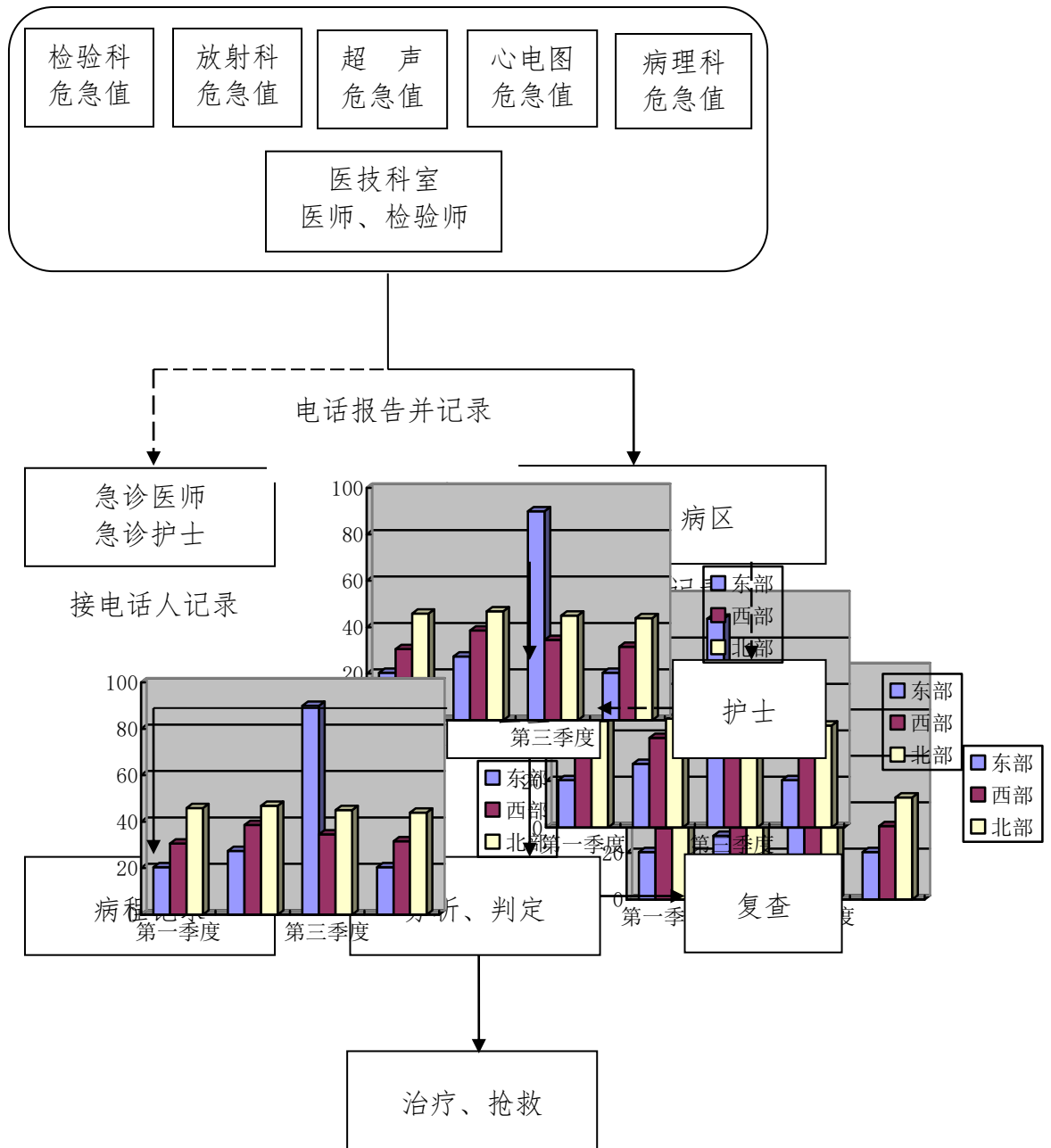
5、 颌面五官急症：（1） 眼眶内异物；（2） 严重眼眶骨折及眼内容物破裂。

八、如遇到以上情况，及时与开单医师联系，并口头汇报临时诊断结果。

附件：危急值报告流程图



## 危急值报告流程图



## CT、MRI 医疗安全不良事件报告制度

医疗安全（不良）事件报告是发现医疗过错中存在的安全隐患、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。为达到卫生部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）时间与隐患缺陷的要求，制定本制度。

### 一、目的

规范医疗（不良）时间的主动报告，增强风险防范意识，及时发现医疗不良事件和安全隐患，将获取的医疗安全信息进行分析，反馈并从医院管理体系、允许机制与规章制度上记性又针对性的持续改进。

## 二、原则：

建立不良事件报告制度监测行业性、自愿性、保密性、非处罚性和公开性的特征。

1、行业性：仅限于医院内与患者安全有关的部门，如临床医技、护理、后勤等。

2、自愿性：医院各科室、部门和个人有自愿参与的权利，提高信息报告人的自愿行为，保证信息的可靠性。

3、保密性：该制度对报告人医技报告中设计的其他人和部门的信息完全保密，报告人科通过网络、新建等多种形式具名或匿名报告，医务处等专人专职受理部门和管理人员将严格保密。

4、非处罚性：本制度不具有处罚权，报告内容不作为对报告人或他人违章处罚的一句，也不作为对设涉及人员和部门的处罚一句，不涉及人员的晋升、评比、奖惩。

5、公开性：医疗安全信息在院内医疗相关部门和公式，通过申请向自愿参加的可是开放分享医疗安全信息及其结果分享，用于医院和科室的质量持续改进，公开的内容仅限于事例的本身信息，不需经认定和鉴定，不涉及报告人和被报告人的个人信息。

## 三、医疗不良事件报告制度性质

1、是对国家强制性“重大医疗过失和医疗试过报告系统”的补充性质的医疗安全信息。

2、是独立的、保密的、自愿的、非处罚性的医疗不良事件信息报告系统。

3、它是手机强制性的医疗事故报告等信息系统收集不到的有关医疗安全信息及内容。

4、是对《医师定期考核办法》的奖惩补充。

## 四、处理程序

当发生不良事件后，报告人科采取多种形式，如填写书面《医疗不良事件报告表》或电话报告给相关部门，报告事件发生的具体事件、地点、过程、采取的措施等相关内容，一般不良事件要求 24-48 小时内报告，重大事件、紧急情况者应在处理的同时口头上报告给相关上级部门，只能部门接到报告后立即调查分析事件发生的原因、影响因素及管理各个缓解缓解并制定改进措施。针对可是报告的不良事件，相关职能部门组织相关人员分析，制定对策，及时消除不良事件造成的影响，尽量将医疗纠纷消灭在萌芽状态。

## 六、奖励机制

1、以下所有奖惩意见，经医疗质量管理委员会讨论，形成建议，并以院长书脊回忆决议为准。

2、对于主动报告医疗安全（不良）事件的个人，根据报告的先后顺序、事件是否能促进质量获得重大改进，给予相应的奖励。

3、每个季度以科室为单位评定并颁发医疗安全（不良）事件报告质量贡献奖。

## CT、MRI 疑难病例讨论制度

1、开展疑难病例讨论旨在总结临床经验，提高诊断治疗和护理水平，讨论可以是一科性的、几科联合性的和全院性的。

2、讨论前必须事先做好准备，科室指定医师将有关资料加以整理，重点发言人员要预先作好发言准备。

3、讨论会由科主任、副主任或主治医师主持，并负责介绍及解答有关病情，影像表现及诊断，讨论结束后应作归纳总结。

4、讨论会由专人认真作好记录。

5、疑难病例讨论系指不能确诊的病人，科室即应组织讨论、尽快确诊，本科讨论不能确诊时，可通过医务科组织几科联合及至全院性讨论。

## CT、MRI 质量管理制度

一、每日进行 CT、MRI 扫描、摄片及报告质量检查并由专人管理，作好登记。

二、质量管理人员深入临床科室了解情况，不定时开展质量管理小组活动，发现问题及时解决，

定时讲评科内质量问题。

三、狠抓质量宣传工作，使科室人人重视质量工作。

四、加强业务学习，不断提高业务技术水平。

五、各项质控指标：阳性率、临床诊断符合率、报告合格率每月统计一次，由专人负责，统计结果按照相应月份填入各自情况表内，以便进行分析、整改。

## CT、MRI 科室中长远规划

(2011-2015 年)

在积极创建二级甲等综合医院目标的精神指导下，为我院尽快进入二级甲等医院行列，使 CT、MRI 医疗服务质量与社会效益和经济效益更上一个新的台阶，特制定本规划：

一：加强人才梯队建设，进一步实施人员素质教育，建立素质教育培训体系，完善学习型组织，定期邀请上级医院专家讲学，开展学术交流，进行学术讨论，创造宽松的适合人才成长的科研环境。本规划期间专业技术人员队伍争取达到副主任医师 1 人，主治医师 3 人以上，每年委派至少 1 人到上级医院进修学习，以提高科室的整体业务能力。

二：加强以服务为核心的科室文化建设和行业作风建设，打造人性化服务，推行全程、全员优质服务。从被动服务向主动服务转变，增强科室的发展潜力和竞争力。

三：不断加强医疗质量管理工作，围绕“创建二级甲等综合医院”的总体目标，以医疗安全为目的，持续加强医疗质量的规范化，标准化管理，制定科室人员医疗质量考核标准，每年组织进行相关法律知识培训和考试。

四：加强科研质量管理工作，科研质量、层次不同代表了科室的综合实力，逐步提高科室科研层次和水平，强化前瞻意识，把握好科研课题新颖性、先进性和实用性，充分利用北京各指导医院的指导工作，积极撰写科研论文，力争每年在国家级医疗刊物发表 2—3 篇科研论文，加强宣传，扩大知名度，争取成为我市有一定竞争实力的专业科室。

五：加强“三基”“三严”培训与考试、考核工作，按时接受医院组织的每年一次基础理论和技能考试、考核，科室每年进行一次理论培训考试，每月进行技能考核，做到培训人人参加，考试考核人人达标。积极参加医院组织的在职工继续教育考试。

六：积极努力完成各项服务质量指标，检查阳性率 $\geq 60\%$ 以上，诊断与手术符合率 $\geq 90\%$ ，报告书写合格率 $\geq 95\%$ ，三基培训合格率 100%。

七：完成绩效指标，现我科室年完成磁共振检查及诊断约 15000 人次，CT 约 5000 人次，争取业务收入增长率每年以 15—20 % 的速度递增。进一步提高检查阳性率及诊断符合率，尽量减少或避免医疗纠纷发生。

八：大力推进职业道德建设，全面提高科室人员的整体素质，树立“以人为本”、“以病人为中心”的服务理念，把科室文化建设与职业道德建设有机地结合起来，努力实现工作“零差错”，服务“零投诉”的目标，形成“人性化服务、亲情化关怀”的良好氛围。

### 第三节 功能科工作制度

1. 功能科开展超声、心电、脑电、肺功能检查和体外震波碎石治疗。
2. 超声检查实行 8 小时工作制、24 小时值班制度，碎石治疗和心电图实行应班制度。
3. 工作人员严格遵守“三严”作风规则，忠于职守，服从调遣，团结协作，服务主动、热情。
4. 急、危重病人及现役军人优先检查，常规病人按先后顺序排队检查。
5. 科室开展预约检查，合理安排并错开检查高峰时期。
6. 工作环境保持整洁、安静、有序。
7. 遵守各项技术操作规范和法律、法规，依法行医，持证上岗，尊重患者权利，保护患者隐私。

8. 医疗质量和医疗安全管理工作由专人负责，分工协作。
9. 工作中遇到危急值及不良事件按流程上报，不得漏报、缓报。
10. 遇到疑难病例要组织讨论，开展重点病人及术后病人回访。
11. 科室设备管理由专人负责，维护、维修、校正及检测记录完整，设备的使用遵循谁用谁报修谁记录的原则。
12. 提高无菌观念，遵守无菌操作和手卫生规范。
13. 做好三防三查工作（防火、防盗、防突发事件，下班前关水、断电、关门窗）。
14. 科室日常管理实行科主任责任制，科室工作人员必须向科主任汇报科室所发生的突发事件，谁不报谁担责。

## 第十六章 输血科

### 输血法律、法规、输血技术

#### 规范培训管理制度

第一条 为满足临床输血需要，提高医务人员法律观念、道德品质、业务知识和工作技能，做到临床安全合理用血特制定本制度。

第二条 培训内容应与临床安全输血合理用血工作密切相关。

第三条 自学与医院有组织培训相结合，培训与考核相结合，因地制宜，注重效果。

第四条 培训内容包括：输血相关的法律法规与输血技术规范。

培训形式：听讲座、学习分析资料、讨论、录音、录像播放、示范演练、会议、上岗实习。

第五条 每年年初，输血科应将半年或全年医务人员培训计划报医务科，经医务科批准后实施。

第六条 参加培训的医务人员应接受医院的考核。

第七条 考核成绩将保存在本人的员工档案内，并作为绩效考核的内容之一。

第八条 评估方法：采取考核、检查调查的方式进行，以此检查医务人员对输血相关法律、法规、输血技术规范的掌握、和工作态度的变化，了解医务人员对培训工作的意见或建议，以利于改进今后的培训工作。

### 输血相容性检测

#### 实验室管理制度

第一条 使用的仪器、试剂和耗材符合国家规定，定期对可能影响检验结果的仪器及相关设备进行校准。

第二条 建立并完善输血相容性检测实验室质量保证体系，开展室内质量控制，参加室间质量评价活动。

第三条 受血者配血试验的血样标本必须是输血前 3 天之内的。

第四条 输血科要逐项核对输血申请单、受血者和供血者标本，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，正确无误时可进行交叉配血。

第五条 交叉配血前输血科对备血标本可进行抗体筛检试验，如受血者标本抗体筛查试验均为阴性，可采用常规交叉配血试验方法进行交叉配血。如抗体筛查试验阳性，应做抗体鉴定后选择无相

应抗原的血液进行交叉配血。输血科应根据临床治疗情况选择适宜的输血相容性检测方法，保证临床治疗和抢救需要。

第六条 做好输血相容性检测实验室相关记录。

第七条 各项实验操作须严格按照实验操作规程进行

## 紧急用血管理制度

输血是医疗急救中不可缺少的治疗手段，然而在临床危重患者的抢救中，可能出现由于缺血或疑难配血耽误抢救时间的情况。根据我院实际情况，制定本制度与流程，以保证医院医务处、临床科室和输血科在遇见突发性事件时，在血液缺乏的情况下，每位医务人员明确各自的任务和用血技术思路，积极为抢救患者赢得时机。

1、自然灾害和群发性事故而造成大量伤亡下，报院领导和医务处暂停我院择期手术用血和非抢救治疗用血，全力保证此类临床用血的同时紧急联系临汾血液中心调配血液。

2、ABO 血型系统缺血时，按照我院血液紧张预案和使用输血科应急用血流程的规定，临床科室主任审批签字后报输血科，由输血科主任审批使用预警储备，然后由输血科报医务处备案。

3、疑难配血时，首先临床急抽配血标本送临汾血液中心配血，同时临床积极进行抗休克治疗，扩容补充晶胶体液，保持血容量，同时术中采取低血容量稀释技术和血液回收技术，以保证手术的顺利进行，从而赢得疑难配血时间和后续血液供应时间，保障患者安全。

4、Rh 阴性稀有血型输血，由于 Rh 阴性稀有血型血源缺乏，我院没有库存，首先由输血科联系崇州储血中心。

(1) 崇州市储血中心库存有该类 Rh 阴性血时，由我院输血科紧急调配，同时临床术中应积极采取低血容量稀释技术和血液回收技术，以节约宝贵的 Rh 阴性血源。

(2) 临汾血液中心库存无该类 Rh 阴性血时，临床积极进行抗休克治疗，扩容补充晶胶体液，保持血容量。输血科向医务处汇报血液缺乏情况，同时告知临床抢救医生。

5、由于患者有抗-D，必须输注交叉配血相合的 Rh 阴性红细胞，临床采取低血容量稀释技术和血液回收技术，可以输注 Rh 阳性献血员的血浆和冷沉淀。

6、患者如无抗-D，急诊抢救生命时，根据临床输血技术规范可以启动相容性输注 Rh 阳性红细胞程序，采取 Rh 阳性红细胞配血相合输注。此时须采取以下措施：

①告知患者和家属病情，并说明在紧急情况下输注的利与弊，并在输血治疗同意书注明给患者带来的后果和并发症：第一，不会出现溶血性输血反应；第二，该类 Rh 阴性红细胞缺乏，不输 Rh 阳性红细胞危及生命，此时抢救生命是第一位的，输注 Rh 阳性红细胞是抢救生命的必要条件；第三，会给以后用血或妊娠带来不良后果，可能导致妊娠的流产、早产或新生儿溶血病等不良后果（特别是对没有生育过小孩的女性）；第四，患者因本身原发病不治而非输血治疗所能挽回时，不能借口归罪于输血治疗不当，知情后患者或家属签字认可。

②临床科室主任和输血科主任签字认可。

③医务处报批。

## 控制输血感染管理制度

一、输血管理委员会要加强对临床输血工作的监督管理。

二、认真执行《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等法律法规。严禁非法采供血（血浆）活动，原料血浆不得用于临床。

三、严格掌握输血适应症，开展成分输血、推广自身输血。纠正和杜绝输注“人情血”“安慰血”、“营养血”和“新鲜血”。

四、临床输血要执行用血登记和用血报批手续，中心血库不得发出未标明供血者姓名、血型、血

液制品、数量、采血日期、有效期、采供血机构许可证号。

五、中心血库严格执行输血前检验和核对制度。

六、临床输血出现不良反应和发生输血相关疾病时，应详细记录，及时调查处理，如与采供血机构有关应及时联系。

七、制定严格的消毒制度和保洁监控措施。

八、自体输血、采血样、输血时必须使用一次性注射器、输液器和输血器。这些器材必须使用具有生产单位名称、批准生产号、产品合格证、生产许可证、卫生许可证生产的产品，每批产品必须有检验合格证以及该批产品出厂日期，消毒日期和有效期，并要通过医院细菌培养和热源试验，合格者方可应用。

九、采血、输血用的一次性注射器，输液（血）器、血袋、血标本用后必须一对一回收，采取有效的消毒措施，消毒毁形焚烧处理。

十、受血液污染的敷料、纱布、棉球、棉签、纸片等应单独收集按特种垃圾处理办法处理。

十一、凡接触血液的物品，在消毒处理前，不得随地乱扔，污染环境。

十二、参与输血的医务人员在操作前必须严格洗手和更换手套，以免造成交叉感染，若医务人员有皮肤破损、化脓等，则应暂时停止从事输血工作。

十三、输血或血液制品都有传播疾病的危险，常见的经输血传播的疾病有乙肝、丙肝、爱滋病、梅毒、巨细胞病毒感染、疟疾等，必须严格采取措施，予以预防和控制。

十四、按我国现行规定，输血前必须对供血者进行体检，必须的化验项目有 ALT、HBsAg、抗-HCV、抗-HIV、梅毒血清学试验（RPR）等。

十五、采血、输血必须使用一次性刺针，注射器及输血器。

十六、发现可疑感染者，应及时上报输血管理委员会。以便及时调查处理。

十七、废弃的刺针、注射器、输血器、血袋、血标本等应单独收集，按特种垃圾处理办法处理。

## 临床输血的质量控制制度

临床输血的质量和安全性贯穿着输血的全过程，由于输血工作环节甚多、涉及面广、过程复杂，任何一个环节上出问题或被忽略都会影响输血的质量与安全。在《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法（试行）》和《临床输血技术规范》的指导下，为加强对临床输血质量的管理，对输血环节质量的监控，特制定本院的临床输血的质量控制制度。

1、制定临床用血管理流程图，确定环节质量关键控制点：

1) 制定临床用血管理流程图：将输血科日常工作内容和流程与临床输血工作视为一体，确定对临床输血的最终质量有较大影响的环节作为质量控制点加以控制。

2) 主要关键控制点：

5、血液质控（血制品的质量）：检查外观、复核ABO血型、传递与保存符合要求；

6、仪器质控：建立仪器档案，仪器的日常维护和定期校准；

7、试剂质控：新购入试剂验收入库记录，批间效价测定包括标准血清效价和亲和力的测试；

8、配发血质控：血标本接受、鉴定血型和交叉配血实验、结果的复核、血液发放的核对；

9、室内质量控制、室间质量评价。

2、开展室内质量控制，参加室间质量评价：

1) 室内质控：

每天对常规检测项目的试剂（抗A、B标准血清与ABO红细胞、抗D试剂、筛选细胞和凝胶卡、凝聚胺试剂）进行质量控制，观察其外观有无溶血、有无颗粒和沉淀，凝胶卡孔内凝胶是否有倾斜或干裂，并测试其反应性。如果失控，则查找失控原因，找到解决方法。

2) 室间质评：

- a) 参加卫生部临床检验中心组织的临床输血相容性检测室间质量评价
- b) 参加地区和全国EQA总结会议, 学习质控有关文献、掌握质控学术动态(质控项目、质控规则等)
- 3、建立系列质量文件:根据输血科的工作流程和环节质量控制点的内容,建立各项工作制度,编写实验室标准操作程序(SOP),设立相应的质量记录。
- 4、建立输血核对制度:根据输血流程和环节,建立健全血液入库核对、受血者申请单和血样核对、交叉配血核对、发血核对、输血前床边核对等制度
- 5、建立临床输血记录和不良反应回报制度:在患者输血时必须严密观察病情,做好输血记录,建立输血不良反应回报、登记制度。
- 6、输血后效果评价:输血后观察病情变化,及时检测各输血指征,进行效果评价,决定下一步输血工作。
- 7、质量培训和继续教育:  
制定年度培训计划,工作人员每人每年参加各类培训有一定的学时,培训内容包括各种短期学术交流和学习班,医院和科室组织的专业培训和业务学习,所有培训记录存档。

## 临床输血知情同意管理制度

- 1、输血治疗前,经治医生必须与患者或家属谈话。  
告知: (1) 患者病况需要输血治疗;  
(2) 输血可能发生不良反应;  
(3) 存在经血液传播疾病的可能性。
- 2、为避免发生上述情况,经治医生应动员患者在可能情况下自身输血或家属、亲友献血互助。
- 3、凡异体血液输注需征得患者及其家属同意,并签订输血同意书后方可实施输血。
- 4、输血治疗同意书必须与病历同时存档。

## 临床用血申请制度

- 一、决定输血治疗前,经治医师应向患者或其家属说明输同种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,应报医院职能部门或主管领导同意、备案,并记入病历。
- 二、申请用血应由经治医师详细填写《临床输血申请单》,由上级医师核准签字,连同受血者血样于预定输血日期前送交血库由上级医师核准签字,连同受血者血样于预定输血日期前送交血库备血,电话、口头备血无效。
- 三、填写输血申请单时,严格按照以下执行:
  - (一) 同一患者一天申请备血。血量少于 800 毫升的,由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请,上级医师核准签发后,方可备血。
  - (二) 同一患者一天申请备血量在 800 毫升至 1600 毫升的,由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请,经上级医师审核,科室主任核准签发后,方可备血。
  - (三) 同一患者一天申请备血量达到或超过 1600 毫升的,由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请,科室主任核准签发后,报医务科批准,方可备血。以上第 1 款、第 2 款和第 3 款规定不适用于急救用血。
- 四) 申请单上要写明用血时间,非急救病人用血提前 1-2 天备血;一次用血、备血量超过 1600mL 时要履行报批手续,经科主任签名后报医务科核准签字后送血库(急诊除外)。
- (五) 备用血以 3 天为限,逾期无效,但需延期使用者必须预先通知,以便及时补充备血。
- (六) 申请用血必须用 EDTA 和分离胶+促凝胶管抽取受血者血液各 3mL,连同申请单送血库进行交叉配合试验。如果用血量超过 800 mL 以上,标本须酌量增加。

四、受血者配血实验的血标本必须是输血前 3 天的，逾时需重新抽血；一次输入 3 个献血者血液的受血者，如仍须输血，必须重新抽血做交叉配合试验。

五、血液均有不长的保质期，所有用量尽量按照病情需要申请，避免浪费。

六、新鲜血、全血、特殊用血（包括 Rh 阴性血液、冷沉淀、血小板）必须提前三天与血库预约，以便血站及早预约、分离、洗涤、分装；新鲜血、全血备血必须经科主任签名报医务科核准签字后送血库与血站联系；临床特殊用血必须在规定的时间内尽早输用、及时记帐，避免浪费。

七、临床领取用血时，务必认真查对，一经出库不能退还。

## 输血标本采集制度

1. 采集交叉配血血样，护士要求必须具有初级以上护士职称，实习或进修护士不得进行。
2. 明确患者用血申请，核对患者姓名、性别、年龄、住院号、科别、床号等信息。
3. 准备采血材料，并明确以下内容
  - (1) 正确的标本量；
  - (2) 正确的容量；
  - (3) 正确的标识：姓名、性别、住院号、床号、采血日期、采血者签字。
4. 采集血样过程
  - (1) 确保在采集血样时，床边正确的核对患者；
  - (2) 正确地给血样试管贴标签：血样采集后在床边给血样贴标签，而不应该事先贴好标签或到办公室贴标签；
  - (3) 第一次输血应同时采集输血前九项检测血样。
5. 采血样完成后，再次核对血样标识与申请单信息、血样量及有无溶血，核对无误后送输血科，并进行护理记录。
6. 质量标准要求
  - (1) 正确完整的血样标识，与申请单一致；
  - (2) 正确地核对采血过程：不能在输液处采集血样；
  - (3) 标本无溶血
  - (4) 正确地记录。
7. 送血样人员必须是医护人员，严禁患者家属送血样。
8. 血样连同申请单一起送到输血科后应由送血人员和输血科人员一起核对以下信息
  - (1) 血样信息与申请单信息是否一致；
  - (2) 核对查看申请单、血样标识的完整性；
  - (3) 血样标本量、有无溶血；
  - (4) 双方核对无误后签字。
9. 有以下情况，输血科拒绝收血样
  - (1) 血样标识不完整；
  - (2) 血样无标签；
  - (3) 标本量不足；
  - (4) 血样质量有问题。
10. 配血标本必须是患者输血前三天之内的，并不得有溶血情况（自身溶血患者标本除外，但应进行试验前后的溶血程度比较）。
11. 患者和供血者标本试验后要放 4-8°C 冰箱保留（至少一周），以便发生问题时，查找原因。
12. 实验后废弃的血标本，尤其是阳性标本应严格管理，与试验所用器材必须按三废要求消毒后交医院相关部门统一处理。



## 输血不良反应及处理制度

输血反应是指在输血过程中或输血后，受血者发生的不良反应。在输血当时和输血 24 小时内发生的为即发反应；在输血后几天甚至数月发生者为迟发反应。一般包括：

1. 发热反应
2. 过敏反应
3. 溶血反应
4. 输血后移植物抗宿主病
5. 大量输血后的并发症（循环负荷过重、出血倾向）
6. 细菌污染引起的输血反应
7. 输血传播的疾病

一、输血过程中应先慢后快，再根据病情和年龄调整输注速度，并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，用静脉注射生理盐水维持静脉通路；
  - 2、立即通知值班医师和输血科（血库）值班人员，及时检查、治疗和抢救，并查找原因，做好记录。
- 二、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；
- 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、血浆游离血红蛋白含量、血浆结合珠蛋白测定、直接抗人球蛋白试验并检测相关抗体效价，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。

三、临床输血出现不良反应和发生输血相关疾病时，相关科室医师应详细记录输血反应反馈卡后送输血科，并及时调查处理。输血科（血库）每月统计上报医务科，并向负责供血的血站反馈。

四、医院输血管理委员会应对输血不良反应进行定期分析，制定对策，不断提高临床输血安全水平。

## 输血科血液核对制度

为保证临床用血安全，根据《中华人民共和国献血法》和《医疗机构临床用血管理办法》，制定本制度。严格核对核查是保证输血安全的重要措施，应贯穿于输血相关的各个环节，各部门工作人员必须严格执行。

### 一、受血者血样采集与送检

1、确定输血后，护理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、年龄、病案号、床号、血型和诊断，采集血样。

2、由医护人员或专门人员将受血者血样与输血申请单送交输血科（血库），双方进行逐项核对和验收。

### 二、血型检测和交叉配血环节

1、实验室人员按照化验单对患者身份进行识别和准确核对。按照化验单对血样标本进行认真核对。

2、对患者的血型进行正反定型，一人当班的时候自己进行复查，两人当班时，由第二人进行复查。确保血型定型结果准确无误，正确率 100%，误差率 0%。

3、交叉配血时，输血科（血库）要逐项核对输血申请单、受血常规检查患者 Rh(D)血型（急诊抢救患者紧急输血时 Rh(D)检查可除外），正确无误时可进行交叉配血。

4、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，并填写配血试验结果。

### 三、血液入库核对

1、全血、血液成分入库前要认真核对验收。核对验收内容包括：运输条件、物理外观、血袋封闭及包装是否合格，标签填写是否清楚齐全（供血机构名称及其许可证号、供血者姓名或条形码编号和血型、血液品种、容量、采血日期、血液成分的制备日期及时间，有效期及时间、血袋编号 / 条形码，储存条件）等。

2、输血科（血库）要认真做好血液出入库、核对、领发的登记，有关资料需保存十年。

3、做好储血冰箱等的温度观察和记录，每日三次。

### 四、发血环节

1、配血合格后，由护理人员到输血科（血库）取血。

2、取血与发血的双方必须共同查对患者姓名、性别、病案号、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。

3、凡血袋有下列情形之一的，一律不得发出：

（1）标签破损、字迹不清；

（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。

4、血液发出后，受血者和供血者的血样保存于 2—6℃ 冰箱，至少 7 天，以便对输血不良反应追查原因。

### 六、输血环节

1、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。

2、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、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。

3、输血过程中应先慢后快，再根据病情和年龄调整输注速度，并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。

## 输血科质量控制工作制度

为达到质量要求所采取的作业技术和活动，以提高医学检验质量，特制定本科室质量控制制度。

1、进行室内质控（IQC），参加室间质评（EQA），作为科室常规化、制度化的质量保证体制。

2、质量控制包括检验方法、器材、仪器、试剂、质控品、标准品、操作手册、确认和建立方法、室内质控纠正措施、质控记录及对各专业质量的特点要求等；

3、记录质控全过程，包括质控物、操作过程、质控结果、上报结果、回报结果、与靶值差异可能原因、采取措施等；

- 4、阶段时期召开质控小组会议，总结 EQA 成绩、实验差距或不足、改进措施等；
- 5、参加地区和全国 EQA 总结会议。学习质控有关文献、掌握质控学术动态（质控项目、质控规则等）。
- 6、科室每月上报质控图及有关质控记录，科室统一汇总并进行总结分析。

## 输血前和输血期间的血液管理制度

一、决定输血治疗前·经治医生向患者或家属说明输同种异体血可能出现的不良反应和患经血液传播疾病的可能性，征得患者及/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院职能部门或主管领导同意、备案并记入病历。

二、护士接到输血医嘱时·两人认真核对医师填写好的《输血申请单》·并打印采血条码。

三、采集血标本时·护士持《输血申请单》及贴有标签的试管至患者处当面核对床号、姓名、性别、年龄、住院号、科室、血型 and 诊断无误后方可采血，然后在《输血申请单》上采血者处签名。

四、采集血标本时·不得在输入大分子溶液通道中采血，应在另侧肢体血管采血以防影响血型交叉试验结果。

五、采血后由医护人员或专人将血样和输血申请单送交输血科与输血科工作人员双方逐项核对。

六、取血时，取血护士与输血科人员双方交接核对·

- 1、受血者的床号、姓名、性别、年龄、住院号、科室、血型包括 Rh、血液成分、血量；
- 2、核对血袋标签·献血者条形码编号、血型·包括 Rh、血液的有效期等；
- 3、检查血袋有无破损渗液血袋内血液有无溶血及凝块。双方核对无误后在交叉配血报告单上共同签字。

七、凡血袋有下列情况一律拒领·

- 1、标签破损·字迹不清·
- 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。

八、血液领回病房后·由两名医护人员共同负责核对，核对的信息同取血时的信息相同，无误后输血记录单上面签名。如有两袋及以上的血液先进行总核对然后一袋一核对一签名。

九、血液从输血科取出后 30min 内进行输注不得加温，输血前将血袋内成分轻轻摇匀避免剧烈振荡输血过程必须严格执行无菌技术输入的血液内不得加入其他药物如酸性或碱性药物、高渗或低渗溶液以防血液凝集或溶解。

十、输血时·必须由两名医护人员携带病历至床旁用两种识别患者的方法再次核对患者床号、姓名、血型·包括 Rh 及交叉配血试验结果。严格执行“三查十对”·三查即查血的有效期、血液质量、输血装置是否完好十对即对受血者床号、姓名、性别、住院号、血型鉴定单、交叉配血试验结果、供血者血袋条形码编号、血液成分、血量、血袋编号。用符合标准的输血器进行输血。

十一、护士在采集血标本及输血时·应至少同时使用两种识别患者的方法进行核对。所有患者除均要使用床头牌识别外清醒患者另外使用“反问式”的识别方法·手术、昏迷、神志不清、无自主能力的重症患者另外使用“腕带”识别。

十二、输血前、后静脉滴注生理盐水冲洗管道连续输用不同供血者的血液时·两袋血之间用生理盐水冲洗输血管道。

十三、输血过程中应掌握先慢后快原则·开始输血时速度宜慢·观察 15min 无不良反应后·再根据病

情和年龄调整输注速度。输血全过程和输血后 30min 内都必须严密观察有无输血反应如出现异常情况应及时处理·：

- 1、减慢或停止输血·更换输血器用生理盐水维持静脉通道。
- 2、立即通知值班医生和血库值班人员及时检查、治疗和抢救·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生理盐水维持静脉通道积极配合抢救并保留剩余的血液及输血器具供检查分析原因。

十四、输血完毕·及时把输血袋返回并登记，回收的血袋输血科集中放置于 4℃冰箱内于 48 小时后由卫生处置人员进行无害化消毒处理。

十五、临床输血出现不良反应和发生输血相关疾病时相关科室医师应详细记录输血不良反应反馈卡后送血库并及时调查处理。血库每月统计上报医务科并向负责供血的血站反馈。

十六、医院用血委员会应对输血不良反应进行定期分析·制定对策·不断提高临床用血安全水平

## 输血前检测管理制度

一、为进一步加强临床用血管理，保障患者输血安全，依据《临床输血技术规范》制定本制度。

二、临床医师要严格掌握输血指征，执行医院临床用血申请分级管理制度，正确填写《临床输血申请单》的各项内容。

三、临床医师对准备输血的患者应在输血前检查血型（ABO 正反定型、RhD 血型和不规则抗体筛检）、血常规、感染性疾病筛查（HBV、HCV、HIV、梅毒抗体），并将结果填写到《输血治疗同意书》及《临床输血申请单》上。

四、急诊用血先留取受血者血样，事后及时将检查结果记录于《输血治疗同意书》并存入病历。

五、输血前感染筛查不能以快速检测结果为准，应进行酶免方法或者化学发光方法等检测。

六、择期输血患者的输血申请单与受血者的血样提前 1 天送输血科备血。输血科接收到《临床输血申请单》和患者血样本后，进行输血前相容性检测（ABO 正反定型、RhD 血型、不规则抗体筛检和交叉配血试验等）。交叉配血必须采用能检查不完全抗体的实验方法。

七、含红细胞的血液成分（包括手工采集血小板）必须同样进行交叉配血试验，新鲜冰冻血浆和冷沉淀等血浆成分制品，应与受血者的 ABO 血型相容。

八、每批新购进的试剂输血科必须进行质量鉴定，符合要求才能用于实验。

## 输血前检验和核对制度

1、输血前必须对患者进行输血前检查包括血型（正反定型、大 D 三项）血常规（血色素）转氨酶、乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病、等检测，阳性结果必须记录并告知患者家属。凡遇输血史、妊娠史或短期内需多次输血的患者，应告知患者，并建议筛选不规则抗体。

2、临床输血的核对：

（1）取血者与发血者应严格执行“双查双签”制度，共同认真查对科别、姓名、住院号、血型、血类、、贮血量、输血日期、交叉配合结果和血液质量，以确保输血安全。

（2）输血前要严格核对，由两名医护人员对“输血申请单”、交叉配血报告单和血标签上的内容逐一仔细核对；检查血袋有无破损、渗漏，血液有无凝块、变色等异常情况。

（3）确认受血者：输血实施前，由两名医护人员面对受血者，核查受血者姓名、病案号（住院号）等资料，询问并让受血者或家属回答相关问题，以确认受血者并记录在案。

3、使用符合国家标准的一次性输血器。

4、严格执行输血的无菌操作程序。

5、从输血科取走的血液，因强烈震荡、破损、污染、放置时间过长而造成的浪费应由用血科室负责。

6、输血后，经治医师应及时填写《输血记录卡》，并与血袋、输血器具于 24 小时内一并送回输血科，

以便进行输血疗效观察和登记。

7、为了保证输血安全，防止意外事故发生，血液从输血科取走后，一律不能再退回输血科。

8、检验科要及时清理已溶血标本并将当天已发出血液的献血者标本，放在规定的试管架上置 4℃——2℃冰箱保留 7 天以便查对。

## 输血前进行相关实验室检查的制度

血液资源是有限的必须加以保护、合理应用，避免浪费，杜绝不必要的输血。因此符合临床用血适应症的患者方可进行输血。输血治疗是临床医学的重要手段之一，但是和其它临床治疗措施一样，输血除能治疗病人外，也可能引起受血者一些不良反应和并发症。特别常见的是输血传播病毒的危险。为保证临床输血的安全，有效地防止血液传播疾病的发生，《临床输血技术规范》要求临床科室对有输血可能的患者进行血液传播疾病病原体抗体的筛查。 根据上述要求特制订本制度。

一、 血型的鉴定 包括 ABO 血型及 RH(D) 血型，用于临床医师向输血科提出申请时填写。便于输血科进行备血。

二、 血常规测定输血前检查血常规的目的是了解患者是否符合输血适应症，便于输血科检查。 要求临床医师在申请单上填写：血红蛋白（HGB）；压积（HCT）；红细胞（RBC）；血小板（PLT）。

三、 肝功能的检测 肝功能的检测是为了了解患者本身的身体状况，看是否符合输血标准及了解输血是否引起受血者一些不良反应和并发症。

四、 血液传播疾病病原体抗体的筛查 血液传播疾病病原体抗体的筛查包括乙肝五项（HBsAg、HBsAb、HBeAg、HBeAb、HBcAb）、丙肝抗体（HCV）、艾滋抗体（HIV）、梅毒抗体（TP）。筛查的目的是了解患者本身就存在这些传染病，还是因为接受输血治疗后被某种传染性病毒所感染。如果受血者在输血前临床医师没有开单做各项实验室检查，无据可察，难以说清楚，而引发医疗纠纷。

## 输血适应症管理制度

一·为了规范、指导医疗机构科学、安全、合理用血·根据《中华人民共和国献血法》和《医疗机构临床用血管理办法》·试行·和《临床输血技术规范》制定本制度。

二·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。

三 临床医师和输血医技售货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。

四·对不符合输血适应症的用血申请·血库不予发血。

五·急诊输血除外。

六·输血适应症一览表

项目	输血适应症
悬浮红细胞	1. 急性失血超过全血量· 20% 2. 手术及创伤病人血红蛋白· 70g/L 3. 内科长期慢性贫血病人且伴缺氧症状悬浮红细胞· 血红蛋白· 60g/L 或 HCT · 0.2
全血	1. 急性大量出血且失血量超过全血量· 30 % 2. 急性失血性休克 3. 其它原因· 需联络血库医师方可执行
冷冻血浆	1. PT 或 APTT · 正常 1.5 倍· 创面弥漫性渗血。 2. 患者急性大出血输入大量库存全血或浓缩红细胞后· 出血量或输血量相当于患者自

	<p>身血容量·。 3. 病史或临床过程表现有先天性或获得性凝血功能障碍。</p> <p>4. 紧急对抗华法令的抗凝血作用· FFP · 5~8ml/kg ·。</p> <p>5. 血清白蛋白· 25g/L, 且白蛋白无法正常供应。</p>
血小板	<p>1. 血小板 10-50×10<sup>9</sup>/L 根据临床出血情况决定, 可考虑输注</p> <p>2. 血小板计数· 5×10<sup>9</sup>/L 应立即输血小板防止出血 3. 血小板功能障碍</p>
冷冻沉淀品	<p>① 型血友病;</p> <p>② 血管性血友病 (vWD)</p> <p>③ 纤维蛋白原缺乏症</p>
白细胞	<p>1. 白细胞低下 0.5×10<sup>9</sup>/L · 需输注白细胞来改善或控制病情。</p> <p>2. 病人患有败血症或严重感染病· 在经抗生素治疗48小时后仍无法稳定· 持续发烧或细菌感染仍无法控制者</p> <p>3. 病人之骨髓造血机能低下但造血机能短期内有恢复之可能者</p> <p>4. 新生儿败血症</p>
去白红细胞悬液	<p>1. 过去输血时· 曾发生非溶血性发热输血反应者</p> <p>2. 器官、骨髓移植、考虑要接受器官、骨髓移植、癌症或免疫不全等患者· 避免巨细胞病毒传染。</p>
洗涤红细胞	<p>1. IgA 缺乏症· 须输洗涤红细胞者</p> <p>2. 阵发性夜间血色素尿症· 须输洗涤红细胞者</p> <p>3. 须输洗涤红细胞者但对血浆成份有过敏之病患</p>
冰冻红细胞	<p>① 对血浆蛋白有过敏反应的贫血患者</p> <p>② 稀有血型患者输血·</p> <p>③ 新生儿溶血病换血</p>
自体输血	<p>1. 避免传染疾病</p> <p>2. 稀有血型找不到血液</p> <p>3. 已知有众多同种异体抗体存在者</p> <p>4. 有严重输血反应病史者</p> <p>5. 因宗教信仰拒绝输他人血液者</p> <p>6. 血荒时</p>

## 输血相容性检测管理制度与程序

1. 为规范输血相容性检测试验的管理，确保输血安全，特制定本制度和程序，各工作人员必须严格执行。
2. 进行输血相容性检测试验前，应执行下列管理规定或完成下列工作：
  - 2.1. 严格核对《输血审批单》、《临床输血申请单》和血标本，要求字迹清楚、信息填写完整，联号相符，并有相关人员的签名，确保患者身份信息准确、一致；若联号不符或患者身份信息不一致，应拒收，要求临床重新采集血标本送检。
  - 2.2. 认真检查血标本质量，确保血标本符合实验要求，要求实验用的血标本必须是输血前3天之内的，且无溶血、无气泡、颜色正常、标本量充足；否则应拒收，要求临床重新采集血标本送检。
  - 2.3. 复检患者的ABO血型 and Rh(D)血型，要求复检血型与申请单上的血型一致，否则应要求临床重新采集血标本送检。
  - 2.4. 对有输血史、妊娠史或短期内需要接受多次输血的患者，应在配血前进行不规则抗体筛查，阳性结果还应进行抗体鉴定试验。
  - 2.5. 根据患者的血型、申请输血种类和输血量，取相应库存血液进行ABO血型 and Rh(D)血型复检，要求复检血型与血袋上标注的血型一致(急诊抢救患者紧急输血且无Rh(D)血型相同的血液时，可以不考虑患者和库存血Rh(D)血型的一致性)，否则应更换相符的库存血液进行复检，并通知和配合市血站纠正相关错误。
3. 进行输血相容性检测试验时，应执行下列管理规定或完成下列工作：
  - 3.1. 严格按照《输血相容性检测实验操作规程》进行操作，不得擅自更改或简化操作程序。
  - 3.2. 对急性溶血性贫血或烧伤患者的溶血标本，应在试验前、后作溶血程度的比较。
  - 3.3. 凡输注红细胞类血液制品、浓缩白细胞和手工分离浓缩血小板等，应进行血液相容性检测；血浆类血液制品可以不要求进行血液相容性检测。
  - 3.4. 配血时，应采用能检查完全抗体的实验方法和能检查不完全抗体的实验方法同时进行血液相容性检测，即盐水法+凝聚胺法，或盐水法+微柱凝胶法等。
  - 3.5. 配血不合时，应对患者进行不规则抗体筛查，阳性结果还应进行抗体鉴定试验。
  - 3.6. 日常的输血相容性检测应由双人负责，互相核对，只有操作相符时，方可发布报告；一人值班时，操作完毕后应进行复核，复核相符时，方可发布报告。
4. 输血相容性检测操作完毕后，应及时、认真、准确、完整填写《输血记录单》，并签名和记录时间，要求双人操作时进行双人签名或一人操作时双签名，时间记录应精确到分钟。
5. 用于输血相容性检测的试剂应符合国家相应的标准，同时应做好试剂的质量控制工作。
6. 用于输血相容性检测的仪器设备应符合国家相应的要求，同时应做好日常维护保养，确保仪器设备能正常使用。
7. 血液发出后，输血科应将患者和供血者的血标本置于 $4\pm 2^{\circ}\text{C}$ 专用保存冰箱内至少保存7天。
8. 应做好各项记录工作，各类输血相关文件须保存十年。

## 输血知识的教育与培训制度

为加强医务人员的临床输血相关知识学习，提高临床输血技术水平，科学、合理、规范地使用血液制品，保障患者输血安全，制定本制度。根据医院业务水平和发展要求制定本年度医务人员临床输血相关知识培训计划。

1. 培训内容：医院临床输血管理委员会（领导小组）应对临床医务人员及从事临床输血相关工作人员进行临床输血相关知识的教育培训，学习内容应涵盖输血相关法律法规、输血相关基础知识、医院用

血规章制度、输血新技术、无偿献血知识等方面，通过定期全面的培训学习，提高临床医务人员输血方面的理论知识基础和合理科学用血的意识及能力，推动自体输血等血液保护及输血新技术的开展。

2. 培训方式：可通过自学与请输血方面专家来院讲课、本院输血相关科室专家讲课等多种形式培训。

1. 未经临床输血培训的人员不得从事与临床输血相关的工作。培训的组织实施具体由医务科、护理部负责。

2. 培训内容重点为输血相关的法律、法规和规范，临床输血相关知识，临床输血相关技术操作，无偿献血法律规定及国家鼓励政策，无偿献血知识等。医院应组织安排医务人员积极参加输血相关的学术交流和多种形式的继续教育，通过各种机会提高医院医务人员专业技术。

3. 取得《医师资格证书》并经注册的临床执业医师，须经医院组织的输血培训合格后，由医院医务科授权方可开展临床输血工作。

4. 输血科（血库）人员须具有国家认可的卫生专业技术资格证书，经过输血专业知识和技能培训并合格后方可上岗。

5. 临床输血护理人员，必须进行临床输血知识和临床输血相关护理操作培训并合格后，方可从事临床输血相关的护理操作。

6. 医院必须对新入院医护人员和其他从事输血相关辅助工作的专门人员进行临床输血培训。医学生、进修人员入院教育培训必须包括临床输血知识，在带教教师指导下从事临床输血相关工作。

## 血液出入库管理制度

### 一、血液入库制度

1. 全血、血液成分入库前要认真验收核对。内容：运输条件、物理外观、包装是否合格，血袋是否有破损，标签字迹是否清晰、内容是否完整。标签上标明供血机构名称及许可证号、供血者条形码编号、血型、品种、血量、采血日期、成分制备日期、效期、储存条件等。

2. 进入检验科（血库）的血液及成分，必须入库登记。登记内容：献血者条形码编号、血型、品种、血量、采血日期、效期、入库时间、入库人。

3. 全血、成分血按 A、B、O、AB 血型分类储存于血库专用冰箱或专用冰柜不同层内，标识明显。不同日期的血液依先后次序存放，整齐排列，不能倒置，以便发血时观察红细胞和血浆层界面。

4. 根据临床和库存需要，每天作好用血计划和预约血液工作，节约血液，避免浪费。

5. 每天下班前，做好血液交接工作，核对实际库存数量、记录数量、电脑储存数量三者是否一致，作好交接班。

6. 做好报废血液和医疗废物的处理工作。

7. 妥善保存血液出入库记录及资料。

### 二、血液的出库制度

1. 交叉配合试验合格后通知医护人员到检验科取血。

2. 取、发血双方必须共同查对姓名、性别、年龄、病案号、急诊/病室、床号、血型、血液品种数量及有效期，交叉合试验结果相合，血液外观符合要求，双方共同签字后方可发出。

3. 凡血袋有下列情况之一者，一律不得发出：

3.1 标签破损，字迹不清；

3.2 血袋有破损，漏血；

3.3 血液中有明显凝块；

3.4 血浆呈乳糜状或暗灰色；

3.5 血浆中有明显气泡、絮状物或粗大颗粒；

3.6 未经摇动、血浆与细细胞的分层界面不清或界面上出现溶血；

3.7 红细胞层呈紫红色；



- 3.8 已过期或其它须查证的情况；
4. 血液发出前核对受血者发生费用是否正确。
5. 血液发出同时将血袋标签、手术用血通知单、输血申请单位及记录单存档保存。
6. 血液发出后不得退回。
7. 配血后受血者、供血者的血样应保存于 2—6℃ 冰箱中至少 7 天，输血完毕后血袋送回血库或留在病区至少保存一天，以便对输血不良反应追查原因。
8. 因各种原因所致血液报废时，应及时向科主任报告，由科主任落实具体情况后决定处理意见并上报医院有关部门。

## 血液库存管理制度

### 一、血液预订管理

1. 根据本院临床用血需求向本溪市中心血站上报用血需求计划，同时安排专职取血人员到血站领取血液。
2. 我院需特殊稀有血型血液时，应提前三天预约，并负责向临床医生做好解释工作，与本溪市中心血站积极沟通，确认取血时间。

### 二、血液接收核对、入库、贮存管理

1. 全血、血液成分入库前要认真验收核对。内容：运输条件、物理外观、包装是否合格，血袋是否有破损，标签字迹是否清晰、内容是否完整。标签上标明供血机构名称及许可证号、供血者条形码编号、血型、品种、血量、采血日期、成分制备日期、效期、储存条件等。
2. 进入输血科（血库）的血液及成分，必须入库登记。登记内容：献血者条形码编号、血型、品种、血量、采血日期、效期、入库时间、入库人、移交人等。
3. 全血、成分血按 A、B、O、AB 血型分类储存于血库专用冰箱或专用冰柜不同层内，标识明显。不同日期的血液依先后次序存放，整齐排列，不能倒置，以便发血时观察红细胞和血浆层界面。
4. 红细胞类制品 2~60℃ 保存，血浆和冷沉淀 -20℃ 以下保存，血小板 20~24℃ 振荡暂存。
5. 当储血冰箱的温度自动控制报警装置发出报警信号时，要立即检查

原因，及时解决并记录，每天定时作冰箱温度记录。

6. 各类血液及成分严格按照规定储存期限保存，过期血一律不得用于

临床，严格执行报废血的报批手续，并作好相关记录。

7. 根据临床和库存需要，每天作好用血计划和预约血液工作，节约血液，避免浪费。
8. 每天下班前，做好血液交接工作，核对实际库存数量、记录数量、电脑储存数量三者是否一致，作好交接记录，每月盘存库存血液一次。
9. 储血冰箱内严禁存放其它物品，冰箱每周消毒一次，冰箱消毒效果监测每月一次，菌落数 < 80cfu/10min 或 < 200cfu/m<sup>3</sup> (培养皿 90mm 细菌培养)，无霉菌生长。
10. 必须随时储存足量的 A、B、O、AB 型血液，不能空库和缺型，随时保证临床用血需要。
11. 做好储血室内的物表、地表、空气消毒工作，并作好记录。
12. 做好报废血液和医疗废物的处理工作。

13. 妥善保存血液出入库记录及资料，每年上交档案室保存至少十年。

### 三、领血、发血出库管理

1. 从血站领取血液时，派经过培训的专业技术人员持取血证领取。
2. 从输血科（血库）领取血液，由经过培训的医护人员持取血单领取。
3. 输血科（血库）有专人负责发血或谁配血谁发血，禁止非专业人员发血。
4. 取血与发血的双方必须共同查对受血者姓名、性别、年龄、住院号、病区、床号、血型，献血者条

形码号、血型、血量、品种、配血结果、有效期、失效期及血液的外观质量等，准确无误后，双方签字发血。

5. 凡有下列情况之一者，一律不得发血：（1）标签破损、字迹不清；（2）血液中有明显血凝块；3）血袋有破损、漏血；

（4）血浆呈乳糜状（暗灰色）或红色（溶血）；（5）血浆中有大量气泡、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有溶血；（7）红细胞层呈紫色；

（8）过期或其它需要查证的情况。

6. 配血结果未出来前或配血结果有疑问时严禁发血。血液发出后，受血者和供血者血样于2~6℃冰箱保存至少7d。

7. 血液发出后不得退回输血科（血库），医护人员取血时，一次只能领取一位受血者的血液，决不允许一人同时领取几位受血者的血液。

8. 输血后的血袋应交回输血科2~6℃保存至少1d。 四、血液库存

预警管理 1. 血液库存预警标准

根据临床用血情况以及紧急用血时对血液制品的选择性，我院对输血科的血液库存储备制定了明确标准，当库存低于以下标准时，启动预警程序

（1）A型、B型、O型红细胞全液储备量为各5个单位 （2）A型、B型血浆储备量为各2000毫升 2.

用血储备计划具体措施

（1）当用血储备低于以上预警标准时按照用血储备协议补充血库储存。

（2）输血科每周对用血申请单进行统计分析，当用血申请发生偏型时通知本溪市中心血站相关部门，以便其采取相应措施，确保临床用血来源充足。

## 血液贮存管理制度

### 1 目的

规范已合格入库血液成分的保存方法、保存条件及质量监控要求，确保血液保存过程中的质量安全。

### 2 适用范围

适用于血液成分入库后、发出前的整个保存过程中。

### 3 职责

3.1 值班岗位人员执行；

3.2 实验室负责人和质量监督员监督执行。

### 4 工作制度

4.1 血液运输及入库应由具有相应资格的专业技术人员操作，血液保存区域除本科室人员外，非授权人员不得入内。

4.2 值班岗位人员负责血液保存区域内安全，需做好防火、防盗、防水淹等工作。

4.3 血液贮存设备不应做为它用，待检血液应单独存放，不能与合格血液成分混放。

4.4 血液保存设备应运行可靠，温度均衡，有温度记录装置和报警装置。

4.5 值班人员负责随时检查贮血冰箱及温控系统报警装置是否正常。

4.6 保持室内通风良好，温度、湿度适宜。

4.7 各种血液制品标准保存条件。

4.7.1 全血和红细胞悬液分别保存在2~6℃有明显标识的专用储血冰箱内。

4.7.2 新鲜或普通冰冻血浆保存于-25℃以下有明显标识的专用储血冰箱内。

4.7.3 冷沉淀存放于-30℃以下有标识的专用储血冰箱或冰柜内。

4.7.4 血小板（机采）保存于22±2℃的血小板专用振荡保存箱内。

4.8 血液制品正常保存状态

- 4.8.1 全血和红细胞悬液标识清楚，外观颜色正常，无溶血、凝块、气泡、渗漏
- 4.8.2 冰冻血浆和冷沉淀应呈冻实状态，标识清楚，外观颜色为淡黄色，包装完好。
- 4.8.3 液态保存血小板标识清楚，外观呈淡黄色雾状、无凝集、无纤维蛋白析出和气泡，血袋无破损。
- 4.9 冰箱温度每天记录四次冰箱温度，并随时观察冰箱情况。
- 4.10 血液制品的存放
  - 4.10.1 按照不同储存要求将不同血型的全血和成分血分别在单独储血设备内存放，并对每一个储血设备进行明显标识。
  - 4.10.2 血液存放时应遵循先进先出的原则，确保血液成分正常周转，保证血液质量并杜绝血液浪费。
  - 4.10.3 全血和红细胞悬液应按时间次序竖直摆放在冰箱内的储血管中，不得紧密堆积；值班人员每天应对储血架整理一次，便于发血时查找。
  - 4.10.4 冰冻血浆、冷沉淀应按血型整齐存放在专用低温储血冰箱或冰柜内。
  - 4.10.5 单采血小板应单层、整齐摆放在血小板专用振荡保存箱内，不得紧密堆积。
- 4.11 库存血液配发原则
  - 4.11.1 值班人员每天应及时作废过期的配血记录，选择可供配血的血液记录时应遵循由旧到新的原则；
  - 4.11.2 血液发放时也应遵循由旧到新的原则，以确保库存血液得到合理周转，既为临床提供高质量血液，又避免血液浪费。

## 血液贮存质量监测与信息反馈制度

1. 全血、血液成分入库前要认真验收核对。内容：运输条件、物理外观、包装是否合格、血袋是否有破损、标签字迹是否清晰、内容是否完整。标签上标明供血机构名称及许可证号、供血者条形编号、血型、品种、血量、采血日期、成分制备日期、效期储存条件等
2. 进入输血科的血液成分，必须入库登记。登记内容：献血者条形码标号、血型、品种、血量、采血日期、效期、入库时间、入库人、移交人等。
3. 全血、成分血按 A、B、O、AB 血型分类储存于输血科专用冰箱或专用冰柜不同层内，表示明显。不同日期的血液依先后次序存放，整齐排列，不能倒置，以便发血时观察红细胞和血浆层界面。
4. 红细胞类制品 2-6℃保存，血浆和冷沉淀-20℃以下保存，血小板 20-24℃震荡暂存。当储血冰箱的温度自动控制报警装置发出报警信号时，要立即检查原因，及时解决并记录。每天定时作冰箱温度记录。
5. 各类血液剂成分严格按照规范储存期限保存，过期血一律不得用于临床。严格执行报废血的报批手续，并做好相关记录。
6. 根据临床和库存需要，每天作好用血计划和预约血液工作，节约血液，避免浪费。
7. 每天下班前，做好血液交接工作，核对实际库存数量、记录数量、电脑储存数量。三者是否一致，作好交接记录，每月盘查库存血液一次。
8. 储血冰箱内严禁存放其他物品，冰箱每周消毒一次，冰箱消毒效果监测每月一次，菌落 < 80cfu/10min 或 < 200cfu/m<sup>3</sup>（培养皿 90mm 细菌培养），无霉菌生长。
9. 必须随时储存总量的 A、B、O、AB 血型血液，不能空库和缺型，随时保证临床用血需要。
10. 做好储血室内的物表、地表、空气消毒工作、并做好记录。
11. 做好报废血液和医疗废物的处理工作。
12. 妥善保存血液出入库记录及材料，保存至少十年。