



铜仁市妇幼保健院
Tongren Maternal And Child Health Care Hospital

医院管理制度汇编

医疗保健分册（下）

（第二版）

二〇二〇年十一月



厚德 精诚 笃行 至善

铜仁市妇幼保健院文件

铜妇院发〔2020〕106号

关于印发《铜仁市妇幼保健院医院管理制度汇编 -医疗保健分册（第二版）》的通知

为不断提高医院管理水平，健全约束机制，规范诊疗行为，使医院各项工作更加规范化、制度化、程序化，根据《中华人民共和国执业医师法》《中华人民共和国母婴保健法》《中华人民共和国电子签名法》《电子病历应用管理规范（试行）》《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》《“健康中国2030”规划纲要》《健康中国行动（2019-2030年）》《中华人民共和国统计法》《中华人民共和国刑法》《中华人民共和国药品管理法》《医疗质量管理办法》《医疗机构管理条例》《护士管理办法》《病历书写规范》《医疗废物管理条例》

例》《医疗技术临床应用管理办法》《医疗事故处理条例》《病历书写基本规范》《医务人员医德规范及实施办法》《医疗机构临床用血管理办法》《传染病防治法》《医疗质量管理办法-18项医疗核心制度》《国家卫生计生委妇幼司关于印发妇幼保健专科建设和管理指南（试行）的通知》《抗菌药物临床应用管理办法》《麻醉药品和精神药品管理条例》《突发公共卫生事件应急条例》《临床输血技术规范》等相关规定，我院结合工作实际对《铜仁市妇幼保健院医院管理制度汇编-医疗保健分册（2020年版）》进行修订、补充和完善。经过撰稿、编写、讨论、修改，最后经院长办公会、医院质量与安全委员会等相关会议审定成册，形成《铜仁市妇幼保健院医院管理制度汇编-医疗保健分册（第二版）（上下册）》，现印发给你们，请认真组织学习，严格遵照执行。

- 附件：1. 铜仁市妇幼保健院医院管理制度汇编-医疗保健分册（第二版）（上）清单
2. 铜仁市妇幼保健院医院管理制度汇编-医疗保健分册（第二版）（下）清单

铜仁市妇幼保健院
2020年11月19日



铜仁市妇幼保健院办公室

2020年11月19日印发

附件1

铜仁市妇幼保健院医院管理制度汇编 医疗保健分册（第二版）（上）清单

序号	制度名称	制度编号	页码
	第一章十八项医疗核心制度		
1	首诊负责制度	YWK-2020-1	1-3
2	三级医师查房制度	YWK-2020-2	4-7
3	疑难病例讨论制度	YWK-2020-3	8-9
4	会诊制度	YWK-2020-4	10-14
5	急危重患者抢救制度	YWK-2020-5	15-17
6	手术分级分类管理制度	YWK-2020-6	18-20
7	术前讨论制度	YWK-2020-7	21-23
8	死亡病例讨论制度	YWK-2020-8	24-25
9	查对制度	YWK-2020-9	26-29
10	病历管理制度	YWK-2020-10	30-36
11	值班与交接班制度	YWK-2020-11	37-39
12	分级护理制度	HLB-2020-12	40-42
13	新技术、新项目准入制度	KJK-2020-13	43-44
14	临床“危急值”报告制度	YWK-2020-14	45-54
15	抗菌药物分级管理制度	YXB-2020-15	55-58
16	手术安全核查制度	YWK-2020-16	59-60
17	临床用血审核制度	YWK-2020-17	61-63
18	信息安全管理制	XXGLK-2020-18	64-66
	第二章 医疗质量管理		

1	医疗质量管理制度	YWK-2020-1	67-72
2	医疗保健质量与医疗安全管理和持续改进制度	YWK-2020-2	73-76
3	医疗保健风险管理制度	YWK-2020-3	77-83
4	医疗风险金管理制度	YWK-2020-4	84-85
5	科室质量与安全管理制度	YWK-2020-5	86-87
6	新生儿安全工作制度	YWK-2020-6	88-89
7	新生儿抢救制度	YWK-2020-7	90
8	医疗质量关键环节、重点部门安全管理标准与措施	YWK-2020-8	91-103
9	医疗质量重点时段管理制度	YWK-2020-9	104-106
10	疑难危重孕产妇救治制度	YWK-2020-10	107-111
11	促进自然分娩、降低非医学指征剖宫产管理制度	YWK-2020-11	112-119
12	孕产妇危重症评审工作制度	YWK-2020-12	120-122
13	高危孕产妇管理制度	YWK-2020-13	123-125
14	母婴保健技术管理办法	YWK-2020-14	126-127
15	多学科合作管理制度	YWK-2020-15	128-129
16	多学科联合门诊管理制度	YWK-2020-16	130-132
17	医嘱管理制度	YWK-2020-17	133-136
18	患者病情评估制度	YWK-2020-18	137-138
19	检查、治疗申请单和报告单书写制度	YWK-2020-19	139-147
20	保护性医疗制度	YWK-2020-20	148-149
21	病情告知与签字同意制度	YWK-2020-21	150-153
22	拒绝或放弃治疗管理制度	YWK-2020-22	154
23	临终病人关怀工作制度	YWK-2020-23	155-158

24	输液、输血反应预防报告处理制度	YWK-2020-24	159-160
25	特殊民族或宗教饮食的管理制度	ZWHQK-2020-25	161-163
26	特殊人群服务制度	YWK-2020-26	164-166
27	限制就诊者行为医疗服务制度	YWK-2020-27	167-168
28	医疗保健服务转介制度	YWK-2020-28	169-170
29	实验性临床医学管理制度	YWK-2020-29	171-172
30	临床实验室管理办法	YXJYK-2020-30	173-177
31	母婴友好服务管理制度	YWK-2020-31	178
32	母乳代用品配置和使用管理制度	YWK-2020-32	179-180
33	母乳喂养管理制度	YWK-2020-33	181-182
34	母婴保健技术管理制度	YWK-2020-34	183-184
35	同级医疗机构检查、检验结果互认的制度	YWK-2020-35	185-186
36	妇幼保健业务人员轮岗制度	YWK-2020-36	187
37	“三基”培训及考核制度	KJK-2020-37	188-190
38	医疗纠纷、医疗差错事故管理制度	YWK-2020-38	191-192
39	医疗纠纷及医疗事故防范制度	YWK-2020-39	193-196
40	医疗纠纷处理制度	YWK-2020-40	197-198
41	医疗安全（不良）事件管理制度	YWK-2020-41	199-202
42	医用耗材通报约谈制度	YWK-2020-42	203-204
43	日间手术管理制度	YWK-2020-43	205-210
44	病历质量控制与评价管理制度	YWK-2020-44	211-229
45	电子病历应用管理制度（试行）	YWK-2020-45	230-236
46	单病种质量管理制度	YWK-2020-46	237-249
47	门（急）诊病历质量评价制度	YWK-2020-47	250-254
48	临床路径管理制度	YWK-2020-48	255-260
49	临床路径统计工作制度	YWK-2020-49	261-262

50	科室医务人员紧急调配制度	YWK-2020-50	263-264
51	轮科医师管理制度	YWK-2020-51	265-266
52	医务科会议制度	YWK-2020-52	267-268
53	促进母乳喂养成功的措施	YWK-2020-53	269-270
54	哺乳室管理制度	YWK-2020-54	271
55	预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作制度	YCBJB-2020-55	272-274
56	《母子健康手册》管理工作制度	YCBJB-2020-56	275
57	孕产妇死亡评审管理制度	YCBJB-2020-57	276-277
	第三章 保健管理		
1	保健部工作制度	BJB-2020-1	278-279
2	妇幼保健人员培训工作制度	BJB-2020-2	280-281
3	基层妇幼保健业务指导制度	BJB-2020-3	282-284
4	保健人员专线管理制度	BJB-2020-4	285
5	保健部工作例会制度	BJB-2020-5	286-287
6	辖区妇幼健康服务工作质量督导制度	BJB-2020-6	288-289
7	妇幼卫生项目管理制度	BJB-2020-7	290-292
8	群体保健工作保障制度	BJB-2020-8	293
9	妇幼公共卫生项目经费使用管理制度	BJB-2020-9	294
10	妇幼卫生信息管理科工作制度	BJB-2020-10	295-296
11	妇幼卫生信息管理与考核制度	BJB-2020-11	297-298
12	妇幼卫生信息安全制度	BJB-2020-12	299-300
13	妇幼卫生信息逐级报告制度	BJB-2020-13	301-305
14	妇幼卫生信息归口管理制度	BJB-2020-14	306
15	妇幼卫生信息资料分类管理制度	BJB-2020-15	307
16	妇幼卫生年报会审制度	BJB-2020-16	308-309
17	妇幼卫生项目信息会审制度	BJB-2020-17	310-311

18	医疗机构卫生信息报送制度	BJB-2020-18	312-313
19	妇幼卫生信息统计制度	BJB-2020-19	314-315
20	妇幼卫生信息质量控制调查制度	BJB-2020-20	316-317
21	保健资料统计汇总及上报制度	BJB-2020-21	318
22	健康教育科工作制度	BJB-2020-22	319-320
23	医院岗位人员健康教育工作职责制度	BJB-2020-23	321
24	健康教育培训考核制度	BJB-2020-24	322-323
25	健康教育宣传资料管理制度	BJB-2020-25	324
26	健康教育工作信息管理制度	BJB-2020-26	325
27	健康教育考核评价制度	BJB-2020-27	326-327
28	健康教育科设备管理制度	BJB-2020-28	328
29	健康教育与健康促进工作例会制度	BJB-2020-29	329
30	健康教育设备借用制度	BJB-2020-30	330
31	辖区《出生医学证明》空白证件领发保管制度	BJB-2020-31	331
32	保健查房制度	BJB-2020-32	332
33	辖区《出生医学证明》管理责任追究制度	BJB-2020-33	333
	第四章 药事管理		
1	药事管理与药物治疗学委员会工作制度	YXB-2020-1	334-336
2	药品遴选制度	YXB-2020-2	337-338
3	新药准入审批制度	YXB-2020-3	339-347
4	抗菌药物分级管理制度	YXB-2020-4	348-351
5	抗菌药物采购监督管理制度	YXB-2020-5	352-354
6	抗菌药物监测网数据上报工作制度	YXB-2020-6	355
7	麻醉药品和第一类精神药品管理制度	YXB-2020-7	356-358
8	麻、精药品批号管理制度	YXB-2020-8	359-360
9	麻、精药品“五专”管理制度	YXB-2020-9	361-362

10	麻、精药品三级管理制度	YXB-2020-10	363-365
11	麻醉药品、第一类精神药品采购、请领、使用和登记管理制度	YXB-2020-11	366
12	麻醉药品和第一类精神药品报损与销毁制度	YXB-2020-12	367
13	第二类精神药品管理制度	YXB-2020-13	368
14	麻醉药品和第一类精神药品空安瓿（废贴）回收管理制度	YXB-2020-14	369-376
15	医疗用毒性药品管理制度	YXB-2020-15	377-378
16	药品类易制毒化学品管理制度	YXB-2020-16	379-382
17	高警示药品管理制度	YXB-2020-17	383-388
18	激素类药品使用管理制度	YXB-2020-18	389-390
19	终止妊娠药品购销和使用制度	YXB-2020-19	391-394
20	促排卵药品管理制度	YXB-2020-20	395
21	药品效期管理制度	YXB-2020-21	396
22	处方管理制度	YXB-2020-22	397-400
23	药品召回管理制度	YXB-2020-23	401-403
24	合理用药管理制度	YXB-2020-24	404-406
25	处方点评制度	YXB-2020-25	407-411
26	药品不良反应/事件监测报告制度	YXB-2020-26	412-421
27	国家基本药物管理制度	YXB-2020-27	422-423
28	药品超说明书用药管理制度	YXB-2020-28	424-427
29	辅助用药临床应用管理制度	YXB-2020-29	428-430
30	药品使用动态监测与超常预警制度	YXB-2020-30	431-432
31	中药处方点评制度	YXB-2020-31	433-438
32	血液制剂使用规范管理制度	YXB-2020-32	439-442
33	药品安全性监测管理制度	YXB-2020-33	443-444

34	药品质量监督制度	YXB-2020-34	445-446
35	淘汰、滞销药品管理制度	YXB-2020-35	447-448
36	药品报损制度	YXB-2020-36	449-450
37	用药错误监测与防范管理制度	YXB-2020-37	451-455
38	危险化学品管理制度	YXB-2020-38	456-460
39	安全给药管理制度	YXB-2020-39	461-462
40	病区备用药品管理制度	YXB-2020-40	463-470
41	急救（备用）药品领用、补充管理制度	YXB-2020-41	471-477
42	退药管理制度	YXB-2020-42	478-480
43	患者使用自带药品管理制度	YXB-2020-43	481-483
44	围手术期预防性应用抗菌药物的管理制度	YXB-2020-44	484-493
45	抗菌药物临床应用管理制度	YXB-2020-45	494-498
46	突发事件药事管理与药品供应制度	YXB-2020-46	499-502
47	肿瘤化疗药物分级管理制度	YXB-2020-47	503-505
48	肿瘤化学治疗药物管理制度	YXB-2020-48	506-508
49	肠外营养性药品管理制度	YXB-2020-49	509
	第五章 输血管理		
1	临床用血管理制度	SXK-2020-1	510-511
2	临床用血评价及公示制度	SXK-2020-2	512-513
3	临床用血前评估和用血后效果评价及公示制度	SXK-2020-3	514-518
4	围手术期血液保护管理制度	SXK-2020-4	519-521
5	大量输血审批制度	SXK-2020-5	522-523
6	临床紧急用血制度	SXK-2020-6	524-525
7	临床用血申请、报批及登记制度	SXK-2020-7	526-527
8	临床用血审核制度	SXK-2020-8	52
9	输血科标本管理制度	SXK-2020-9	529-530

10	输血科血液发放制度	SXK-2020-10	531-532
11	血液库存管理制度	SXK-2020-11	533-534
12	血液冷链管理制度	SXK-2020-12	535-537
13	血液入库、核对、贮存制度	SXK-2020-13	538-539
14	输血前核对制度	SXK-2020-14	540-542
15	输血标本采集、运送、交接管理制度	SXK-2020-15	543-545
16	临床用血申请分级管理制度	SXK-2020-16	546-547
17	紧急输血管理制度	SXK-2020-17	548-549
18	临床用血效果评价制度	SXK-2020-18	550-551
19	临床用血授权管理制度	SXK-2020-19	552
20	输血信息系统管理制度	SXK-2020-20	553-554
21	输血科信息反馈制度	SXK-2020-21	555
22	输血全过程的血液管理制度	SXK-2020-22	556-559
23	血液储存质量管理制度	SXK-2020-23	560-561
24	血液贮存质量监测制度	SXK-2020-24	562-563
25	输血不良反应处理措施及上报制度	SXK-2020-25	564-565
26	输血传染性疾病的管理措施和上报制度	SXK-2020-26	566-569
27	输血前的输血相容性检测管理制度	SXK-2020-27	570-571
28	输血相容性检测报告管理制度	SXK-2020-28	572-573

附件2

铜仁市妇幼保健院医院管理制度汇编 医疗保健分册（第二版）（下）清单

序号	制度名称	制度编号	页码
	第一章 患者安全管理		
1	保护患者合法权益制度	YWK--2020-1	1-3
2	维护病人的隐私权、民族风俗及宗教信仰的规定	YWK-2020-2	4-7
3	医患沟通制度	YWK-2020-3	8-9
4	患者知情同意告知制度	YWK-2020-4	10-12
5	实验性临床医疗管理制度	YWK-2020-5	14-17
6	患者合法权益协调机制	YWK-2020-6	18-20
7	患者安全管理制度	YWK--2020-7	21-23
8	患者十大安全目标	YWK--2020-8	24-28
9	医疗安全管理制度	YWK--2020-9	29-42
10	住院病人特殊帮扶制度	YWK--2020-10	43-44
11	住院患者交接登记制度	YWK--2020-11	45-48
12	出院患者随访制度	YWK--2020-12	49
13	院内死胎、死婴处理制度	YWK--2020-13	50-51
14	弃婴处理规定	YWK--2020-14	52-53
15	患者参与医疗安全管理制度	YWK--2020-15	54-55
16	医疗安全防范制度	YWK--2020-16	56-57
17	首诉负责制	YWK--2020-17	58-59
18	医疗纠纷、投诉接待处理制度	YWK--2020-18	60-62
19	高风险诊疗措施特约谈话告知制度	YWK--2020-19	63-65

20	深静脉血栓预防制度	YWK--2020-20	66-68
	第二章 医疗技术和资质管理		
1	医疗技术风险预警机制管理制度	YWK--2020-1	69-70
2	医疗技术许可授权资格考评管理规定	YWK--2020-2	71-73
3	高风险技术操作管理制度	YWK--2020-3	74-76
4	医疗技术临床应用管理	YWK--2020-4	77-82
5	重大手术审批报告制度	YWK--2020-5	83-85
6	医疗技术准入及监督管理制度	YWK--2020-6	86-88
7	手术医师资质准入审批管理制度	YWK--2020-7	89-98
8	手术医师定期能力评价与再授权制度	YWK--2020-8	99-101
9	麻醉医师资格分级授权管理制度	YWK--2020-9	102-107
10	麻醉医师执业能力评价与再授权制度	YWK--2020-10	108-111
11	医师执业许可管理规定	YWK--2020-11	112-121
12	检验项目院外检测的管理规定	YWK--2020-12	122
13	医师处方权管理制度	YWK--2020-13	123-124
14	职业安全监测制度	YWK--2020-14	125-126
15	放射安全管理制度	YWK--2020-15	127-128
16	放射诊断质量控制制度	YWK--2020-16	129-130
	第三章 危急重症患者管理		
1	急诊工作管理制度	YWK-2020-1	131-135
2	急诊绿色通道管理制度	YWK-2020-2	136-138
3	急诊接诊、转（院）运与入院护送制度	YWK-2020-3	139
4	重大突发事件汇报制度	YWK-2020-4	140
5	仪器设备使用维护制度	YWK-2020-5	141
6	急诊留观制度	YWK-2020-6	142
7	门（急）诊病历质量评价制度	YWK--2020-7	143-148

8	院前急救与院内急诊绿色通道有效衔接 服务标准与流程	YWK-2020-8	149-151
9	急诊与住院连贯的医疗服务标准与流程	YWK-2020-9	152-154
10	急诊分类及处理规程	YWK-2020-10	155-161
11	危急重症优先处置制度	JZK-2020-11	162-163
12	急诊留观管理和优先住院的规定	YWK-2020-12	164-165
13	急诊患者留观、住院、转诊、转科、转院 服务流程管理	YWK-2020-13	166-168
14	急、危重病人入院服务规范及入院流程	YWK-2020-14	169-170
15	医院危重患者院内交接转运制度及流程	YWK--2020-15	171-172
16	急诊危重病人抢救绿色通道管理暂行规定	YWK--2020-16	173-176
17	急诊抢救制度	YWK--2020-17	177-178
18	急诊会诊制度	YWK--2020-18	179
19	危急重患者先救治后付费制度	YWK-2020-19	180-181
20	急诊科首诊负责制度	YWK--2020-20	182
21	重点病种急诊服务流程与服务时限规定	YWK-2020-21	183-194
22	急诊患者就诊时各科室、部门职责与服务流程	YWK-2020-22	195-197
	第四章 门诊管理		
1	医学诊断证明书管理规定	MZB-2020-1	198-199
2	医院门诊部工作制度	MZB-2020-2	200
3	门诊工作制度	MZB-2020-3	201-202
4	门诊便民措施服务制度	MZB-2020-4	203-204
5	急危重症患者优先处置制度与流程	MZB-2020-5	205-207
6	门诊重点区域和高峰时段保证诊疗次序 和连贯性的措施	MZB-2020-6	208-209
7	门诊首问负责制度	MZB-2020-7	210-212

8	门诊医务人员出诊制度	MZB-2020-8	213-215
9	专家门诊管理制度	MZB-2020-9	216
10	门诊病历制度	MZB-2020-10	217
11	诊前准备制度	MZB-2020-11	218
12	检诊制度	MZB-2020-12	219
13	会诊转诊制度	MZB-2020-13	220
14	门诊处方制度	MZB-2020-14	221-222
15	门诊流量调配制度	MZB-2020-15	223-224
16	门诊登记统计制度	MZB-2020-16	225
17	门诊加号管理制度	MZB-2020-17	226
18	门诊医师出诊管理制度	MZB-2020-18	227-228
19	预检、分诊制度	MZB-2020-19	229-230
20	发热门诊工作制度	MZB-2020-20	231-232
21	预约诊疗管理制度	MZB-2020-21	233-234
22	预约专家管理制度	MZB -2020-22	235-237
23	预约诊疗管理员管理工作制度	MZB-2020-23	238
24	基层医疗保健机构预约转诊服务工作制度	MZB-2020-24	239-240
25	门诊与辅助科室之间的协调机制	MZB-2020-25	241-242
26	多学科联合门诊管理制度	MZB-2020-26	243-245
27	平车、轮椅管理制度	MZB-2020-27	246
	第五章 住院管理		
1	入院制度	YWK-2020-1	247-248
2	出院制度	YWK-2020-2	249-250
3	医院患者流转管理制度	YWK-2020-3	251-253
4	转科、转诊病情及病历资料等交接制度	YWK-2020-4	254-255
5	出院患者随访、预约制度	YWK-2020-5	256-260

6	医疗保健服务转介工作制度	YWK-2020-6	261-265
7	医院无空床或医疗设备有限时的处理制度	YWK-2020-7	266
8	住院时间超过 30 天患者的管理制度	YWK-2020-8	267
9	住院患者出院 30 天内再入院管理制度	YWK-2020-9	268
10	降低平均住院日措施	YWK-2020-10	269-270
11	早交班规范	YWK-2020-11	271-272
12	为特殊患者入出院提供服务的便民措施	YWK-2020-12	273
13	出院患者健康教育相关制度	YWK-2020-13	274-275
14	出院患者随访、复诊预约管理制度	YWK-2020-14	276-277
15	床位管理制度	YWK-2020-15	278-279
16	住院患者留观、入院、住院、转诊、转科、 转院服务流程管理	YWK-2020-16	280-286
17	床位统一调配管理规定	YWK-2020-17	287-288
18	妇女儿童心理保健服务转介工作制度	YWK-2020-18	289-290
19	方便患者办理出院手续的流程和规定	YWK-2020-19	290-291
20	医疗告知制度	YWK-2020-20	292-296
	第六章 手术管理		
1	围手术期管理制度	YWK-2020-1	297-299
2	手术部位识别标示制度及流程	YWK-2020-2	300-301
3	非计划再次手术管理制度及流程	YWK-2020-3	302-306
4	急诊手术管理规定	YWK-2020-4	307-308
5	手术风险评估制度	YWK-2020-5	309-311
6	手术安全核查制度	YWK-2020-6	312-314
7	麻醉手术科安全管理制度	YWK-2020-7	315-316
8	术后随访制度	YWK-2020-8	317-318
	第七章 两非管理		

1	打击“两非”工作管理制度	YWK-2020-1	319-321
2	人工终止妊娠手术管理制度	YWK-2020-2	322-323
3	避孕药品药具管理办法	YWK-2020-3	324-325
	第八章 行风建设		
1	行业作风建设责任制工作制度	YWK-2020-1	326-327
2	纠正医药购销领域不正之风工作制度	YWK-2020-2	328-332
3	医德教育和医德考核制度	YWK-2020-3	333-336
4	医德医风管理规定	YWK-2020-4	337
	第九章 病案管理		
1	病历（案）工作制度	BAGLK-2020-1	338-340
2	病案管理制度	BAGLK-2020-2	341-343
3	病案收集制度	BAGLK-2020-3	344-346
4	病案归档上架制度	BAGLK-2020-4	347
5	病案保存制度	BAGLK-2020-5	348
6	病案库房管理制度	BAGLK-2020-6	349-355
7	病案保护及信息安全制度	BAGLK-2020-7	356-357
8	病案服务管理制度	BAGLK-2020-8	358-359
9	病历复印制度	BAGLK-2020-9	360-367
10	病案借阅制度	BAGLK-2020-10	368-372
11	回避与保护患者隐私的规范与措施	BAGLK-2020-11	373-374
12	病案管理员外出学习、培训制度	BAGLK-2020-12	375-376
13	病历质量全程监控、评价、反馈制度	BAGLK-2020-13	377
14	疾病分类编目工作制度	BAGLK-2020-14	378
15	住院病历编号制度	BAGLK-2020-15	379-380
16	病历（病案）封存及启封制度	BAGLK-2020-16	381-382
17	病案统计工作制度	BAGLK-2020-17	383-385

第十章 院感管理			
1	医院感染管理委员会工作制度	YNGRKZK-2020-1	386
2	医院感染管理制度	YNGRKZK-2020-2	387-388
3	医院感染病例监测、报告与控制制度	YNGRKZK-2020-3	389-391
4	医院感染目标性监测制度	YNGRKZK-2020-4	392-393
5	导管相关血流感染的预防与控制制度	YNGRKZK-2020-5	394-396
6	呼吸机相关性肺炎的预防与控制措施	YNGRKZK-2020-6	397-398
7	手术部位感染的预防与控制制度	YNGRKZK-2020-7	399-400
8	导尿管相关尿路感染预防与控制措施	YNGRKZK-2020-8	401-402
9	病区医院感染管理及消毒隔离制度	YNGRKZK-2020-9	403-407
10	医院感染培训制度	YNGRKZK-2020-10	408
11	环境卫生学及消毒灭菌效果监测制度	YNGRKZK-2020-11	409
12	个人防护用品使用管理制度	YNGRKZK-2020-12	410-412
13	手卫生规范管理制度	YNGRKZK-2020-13	413-414
14	消毒药械购进使用管理制度	YNGRKZK-2020-14	415
15	一次性无菌医疗用品监督管理制度	YNGRKZK-2020-15	416-417
16	医院消毒药械监督管理制度	YNGRKZK-2020-16	418-419
17	医疗废物管理制度	YNGRKZK-2020-17	420-421
18	病区保洁管理制度	YNGRKZK-2020-18	422-424
19	产后胎盘处置制度	YNGRKZK-2020-19	425
20	医用织物洗涤消毒管理制度	YNGRKZK-2020-20	426-428
21	污水管理制度	YNGRKZK-2020-21	429-430
22	多重耐药医院感染管理规章制度	YNGRKZK-2020-22	431-433
23	医疗锐器伤的预防措施	YNGRKZK-2020-23	434-436
24	医疗废物暂存管理制度	YNGRKZK-2020-24	437
25	医务人员手卫生标准操作规程	YNGRKZK-2020-25	438-441

26	传染病疫情报告管理制度	YNGRKZK-2020-26	442-443
27	传染病疫情自查制度	YNGRKZK-2020-27	444
28	传染病疫情信息网络直报制度	YNGRKZK-2020-28	445
29	医院消毒隔离制度	YNGRKZK-2020-29	446
30	医疗废物交接及内部转运工作制度	YNGRKZK-2020-30	447
	第十一章 护理管理		
	(一) 护理工作核心制度		
1	护理质量与安全管理制度	HLB-2020-1	448-449
2	病区(部门)管理制度	HLB-2020-2	450
3	抢救制度	HLB-2020-3	451-452
4	分级护理制度	HLB-2020-4	453-455
5	值班、交接班制度	HLB-2020-5	456-457
6	查对制度	HLB-2020-6	458-463
7	给药制度	HLB-2020-7	464
8	护理查房制度	HLB-2020-8	465-466
9	健康教育制度	HLB-2020-9	467
10	护理会诊制度	HLB-2020-10	468-469
11	消毒隔离制度	HLB-2020-11	470
12	护理安全管理制度	HLB-2020-12	471-472
13	护理不良事件处理及报告制度	HLB-2020-13	473-475
14	术前患者访视制度	HLB-2020-14	476
15	服务对象(患者)身份识别管理制度	HLB-2020-15	477-478
16	跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等意外事件报告制度	HLB-2020-16	479-480
17	压疮的预防制度	HLB-2020-17	481-482
18	压疮风险评估与报告制度	HLB-2020-18	483

	(二) 护理工作管理制度		
19	护理业务技术管理制度	HLB-2020-19	484-489
20	护理部工作制度	HLB-2020-20	490
21	护理工作会议制度	HLB-2020-21	491
22	护理病例讨论制度	HLB-2020-22	492
23	护理新业务、新技术、新用具申报及准入制度	HLB-2020-23	493
24	护理人员执业资格审核与执业准入管理制度	HLB-2020-24	494-495
25	护士管理规定	HLB-2020-25	496
26	护士分层管理制度	HLB-2020-26	497-503
27	紧急情况下护理人员调配制度	HLB-2020-27	504
28	护理人力资源调配方案	HLB-2020-28	506-512
29	护理人力资源配置依据、调配原则	HLB-2020-29	513-515
30	护理人员绩效考核制度	HLB-2020-30	516
31	优质护理服务保障制度	HLB-2020-31	517-518
32	护理技术档案管理制度	HLB-2020-32	519
33	护理文书质量管理制度	HLB-2020-33	520
34	护理文书书写补充规定	HLB-2020-34	521
35	晚夜班、节假日查房制度	HLB-2020-35	522
36	患者隐私保护制度	HLB-2020-36	523
37	高危护理操作授权制度	HLB-2020-37	524
38	医院感染护理管理制度	HLB-2020-38	525
39	医疗废物管理制度	HLB-2020-39	526-527
40	护士随救护车出诊暂行规定	HLB-2020-40	528
41	铜仁市妇幼保健院母乳喂养管理规定	HLB-2020-41	529-530
42	母乳喂养间管理制度	HLB-2020-42	531
43	预防接种管理规定	HLB-2020-43	532-533

44	突发公共事件应急管理制度	HLB-2020-44	534
	(三) 护理工作基本制度		
45	普通病房安全管理制度	HLB-2020-45	535-536
46	普通病房工作制度	HLB-2020-46	537
47	执行医嘱制度	HLB-2020-47	538-539
48	病区药品管理制度	HLB-2020-48	540-542
49	安全用药制度	HLB-2020-49	543-546
50	治疗室工作制度	HLB-2020-50	547
51	注射室工作制度	HLB-2020-51	548
52	换药室工作制度	HLB-2020-52	549
53	妇检室工作制度	HLB-2020-53	550
54	分诊导诊护士工作制度	HLB-2020-54	551
55	患者入院、出院、转科、转院管理制度	HLB-2020-55	552-553
56	患者外出检查制度	HLB-2020-56	554
57	工休座谈会制度	HLB-2020-57	555
58	病区陪护人员管理制度	HLB-2020-58	556-557
59	病区探视制度	HLB-2020-59	558-559
60	护理告知制度	HLB-2020-60	560-561
61	膳食管理制度	HLB-2020-61	562
62	药品管理制度	HLB-2020-62	563-564
63	物品、器材、设备管理制度	HLB-2020-63	565-566
64	病区清洁卫生制度	HLB-2020-64	567
65	护患沟通制度	HLB-2020-65	568
66	医护沟通制度	HLB-2020-66	569
67	出院指导与随访制度	HLB-2020-67	570-571

《铜仁市妇幼保健院医院管理制度汇编 医疗保健分册（第二版）（下）》

编委会

主 编： 刘 涛

副 主 编： 杨 华 包顺堂

编委会成员： 罗 武 肖丽亚 许朝茂 龙秀燕 向恒登

 吴奕宏 吴 华 张宏伟 李杨俊 简 珊

 梁 勇 姚茂琼 匡绍根 王 卫 黄 华

 麻 刚 唐永红 赵 溱 安 静 徐霞飞

 黄 瑶 雷成梅 赵红梅 倪 珍 邹 洪

 蒋鹏志 谢玉蓉 张仁铁 张玉学 刘 庆

 赵 松 秦天海 肖 琴 鲁 清 申丽君

 余柳玲 代丽萍 姚金华 刘云莲 刘 艳

 张 红 江 红 周 丹 冯 慧 黄 蔚

 徐漫丽 匡梅洁 何地强 卢 军 罗 彦

 邱 月 王 涛 张 锐 蒋 浩 肖云江

 付 敏

责任编辑： 杨 华 陈 静

责任校对： 龙 思 肖春燕

前 言

为实现医院精细化管理，进一步提升医院执行力。在院制度职责编辑委员会的指导下，对照《三级妇幼保健院评审标准实施细则（2016年版）》要求，在《铜仁市妇幼保健院医院管理制度汇编-医疗保健分册（2020年版）》的基础上，重新对医院制度进行了清理和修订，形成《铜仁市妇幼保健院医院管理制度汇编-医疗保健分册（第二版）（上下册）》，旨在完善医院管理制度，从而实现医院管理科学化、规范化、同质化，更好的指导、规范、监督医院各项工作。

随着医院各项工作的不断改革与创新，不可避免地会遇到许多新矛盾、新问题，本书汇编难免存在诸多不妥之处，敬请谅解，并给予指正！

《铜仁市妇幼保健院医院管理制度汇编-医疗保健分册（第二版）（上下册）》自发布之日起，与之相抵触的文件相应废止。

《铜仁市妇幼保健院医院管理制度汇编 医疗保健分册（第二版）（上下册）》参照 法律、法规、规章、标准、文件

1. 《医疗机构管理条例》
2. 《中华人民共和国执业医师法》
3. 《护士条例》
4. 《计划生育技术服务管理条例》
5. 《处方管理办法》
6. 《抗菌药物临床应用指南》
7. 《产科质量建设标准》
8. 《新生儿科质量建设标准》
9. 《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》
10. 《执业药师法》
11. 《贵州省卫健委下发的进一步加强危重孕产妇及新生儿救治》
12. 《病历书写规范》
13. 《医疗废物管理条例》
14. 《医疗机构血液透析室基本标准》
15. 《内镜清洗消毒技术操作规范》
16. 《贵州省健康局关于进一步加强高危孕产妇及新生儿管理，严控孕产妇及新生儿死亡的通知》
17. 《执业医师法》
18. 《孕产期保健工作管理办法》
19. 《孕产期保健工作规范》（卫妇社发【2011】56号）
20. 《产科质量能力建设标准》
21. 《医疗技术临床应用管理办法》

22. 《医疗质量管理办法》
23. 《医疗事故处理条例》
24. 《铜仁市妊娠风险评估与管理方案》
25. 《中华人民共和国母婴保健法》
26. 《中华人民共和国母婴保健法实施办法》
27. 《处方管理制度》
28. 《医疗纠纷管理条例》
29. 《病历书写基本规范》
30. 《医务人员医德规范及实施办法》
31. 《知情告知与签字同意管理制度》
32. 《医疗机构临床用血管理办法》
33. 《宗教事务条例》
34. 《医务人员医德医风规范》
35. 《病原微生物实验室生物安全管理条例》
36. 《关于印发加强产科安全管理十项规定的通知》
37. 《爱婴医院建设标准》
38. 《中国母乳代用品销售管理办法》
39. 《国际母乳代用品销售守则》
40. 《母婴保健专项技术服务级别标准》
41. 《关于加强医疗质量控制中心建设推进同级医疗机构检查结果互认工作的通知》
42. 《侵权责任法》
43. 《护士管理办法》
44. 《传染病防治法》
45. 《全国医院工作条例》
46. 《患者安全目标》
47. 《医疗质量管理办法-18项医疗核心制度》
48. 《关于开展医疗机构高值医用耗材采购使用管理突出问题专项整治的通知》

49. 《中华人民共和国电子签名法》
50. 《电子病历应用管理规范（试行）》
51. 《临床路径管理指导原则（试行）》
52. 《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》
53. 《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》
54. 《<铜仁市母婴安全行动计划（2019-2022）><铜仁市健康儿童行动计划（2019-2022）>的通知》
55. 《国家卫生计生委办公厅关于印发母子健康手册推广使用方案的通知》
56. 《省卫生计生委、省发改委、省教育厅、省财政厅、省人社厅<关于加强生育全程医疗保健服务的实施意见>》
57. 《铜仁市母子健康手册推广使用实施方案（试行）》
58. 《“健康中国 2030”规划纲要》
59. 《健康中国行动（2019-2030年）》
60. 《贵州省卫生计生委办公室关于进一步加强高危管理严控孕产妇死亡工作的通知》
61. 《铜仁市孕产妇死亡评审方案》
62. 《省人民政府办公厅关于转发省卫生健康委卫生健康服务能力提升“八大工程”行动计划（2019-2022年）的通知》
63. 《关于印发<贵州省执行中央妇幼重大公共卫生服务项目实施方案>的通知》
64. 《中华人民共和国统计法》
65. 《全国妇幼卫生年报质控手册》
66. 《全国妇幼卫生统计调查制度 2018年版》
67. 《中国妇幼卫生监测工作手册 2019年版》
68. 《国家卫生计生委妇幼司关于印发妇幼保健专科建设和管理指南（试行）的通知》
69. 《国家卫生计生委关于妇幼健康服务机构标准化建设

与规范化管理的指导意见》

70.《国家卫生计生委办公厅关于印发各级妇幼健康服务机构业务部门设置指南的通知》

71.《中华人民共和国刑法》

72.《铜仁市卫生计生委关于修订<铜仁市出生医学证明管理暂行办法>的通知》

73.《医疗机构药事管理规定》

74.《2015 版抗菌药物临床应用指导原则》

75.《中华人民共和国药品管理法》

76.《药品管理法实施条例》

77.《药品经营质量管理规范》

78.《抗菌药物临床应用管理办法》

79.《麻醉药品和精神药品管理条例》

80.《医疗机构麻醉药品,第一类精神药品的管理规定》

81.《易制毒化学品管理条例》

82.《药品类易制毒化学品管理办法》

83.《人口与计划生育法》

84.《药品召回管理办法》

85.《药品不良反应报告和监测管理办法》

86.《国家基本药物临床应用指南》

87.《国家药物政策与基本药物制度》

88.《国家基本药物处方集》

89.《中药处方格式及书写规范》

90.《抗肿瘤药物应用指南原则》

91.《突发公共卫生事件应急条例》

92.《临床输血技术规范》

93.《中华人民共和国献血法》

目 录

第一章 患者安全管理	1
1.保护患者合法权益制度	1
2.维护病人的隐私权、民族风俗及宗教信仰的规定	4
3.医患沟通制度	8
4.患者知情同意告知制度	10
5.实验性临床医疗管理制度	14
6.患者合法权益协调机制	18
7.患者安全管理制度	21
8.患者十大安全目标	24
9.医疗安全管理制度	29
10.住院病人特殊帮扶制度	43
11.住院患者交接登记制度	45
12.出院患者随访制度	49
13.弃婴处理规定	50
14.院内死胎、死婴处理制度	52
15.患者参与医疗安全管理制度	54
16.医疗安全防范制度	56
17.首诉负责制	58
18.医疗纠纷、投诉接待处理制度	60
19.高风险诊疗措施特约谈话告知制度	63
20.深静脉血栓预防制度	66
第二章 医疗技术和资质管理	69
1.医疗技术风险预警机制管理制度	69
2.医疗技术许可授权资格考评管理规定	71
3.高风险技术操作管理制度	74
4.医疗技术临床应用管理	77
5.重大手术审批报告制度	83
6.医疗技术准入及监督管理制度	86
7.手术医师资质准入审批管理制度	89
8.手术医师定期能力评价与再授权制度	99
9.麻醉医师资格分级授权管理制度	102

厚德 精诚 笃行 至善

10.麻醉医师执业能力评价与再授权制度.....	108
11.医师执业许可管理规定.....	112
12.检验项目院外检测的管理规定.....	122
13.医师处方权管理制度.....	123
14.职业安全监测制度.....	125
15.放射安全管理制度.....	127
16.放射诊断质量控制制度.....	129
第三章 危急重症患者管理.....	131
1.急诊工作管理制度.....	131
2.急诊绿色通道管理制度.....	136
3.急诊接诊、转（院）运与入院护送制度.....	139
4.重大突发事件汇报制度.....	140
5.仪器设备使用维护制度.....	141
6.急诊留观制度.....	142
7.门（急）诊病历质量评价制度.....	143
8.院前急救与院内急诊绿色通道有效衔接服务标准与流程.....	149
9.急诊与住院连贯的医疗服务标准与流程.....	152
10.急诊分类及处理规程.....	155
11.危急重症优先处置制度.....	162
12.急诊留观管理和优先住院的规定.....	164
13.急诊患者留观、住院、转诊、转科、转院服务流程管理.....	166
14.急、危重病人入院服务规范及入院流程.....	169
15.医院危重患者院内交接转运制度及流程.....	171
16.急诊危重病人抢救绿色通道管理暂行规定.....	173
17.急诊抢救制度.....	177
18.急诊会诊制度.....	179
19.危急重症患者先救治后付费制度.....	180
20.急诊科首诊负责制度.....	182
21.重点病种急诊服务流程与服务时限规定.....	183
22.急诊患者就诊时各科室、部门职责与服务流程.....	195
第四章 门诊管理.....	198
1.医学诊断证明书管理规定.....	198
2.医院门诊部工作制度.....	200

3.门诊工作制度.....	201
4.门诊便民措施服务制度.....	203
5.急危重症患者优先处置制度与流程.....	205
6.门诊重点区域和高峰时段保证诊疗次序和连贯性的措施.....	208
7.门诊首问负责制度.....	210
8.门诊医务人员出诊制度.....	213
9.专家门诊管理制度.....	216
10.门诊病历制度.....	217
11.诊前准备制度.....	218
12.检诊制度.....	219
13.会诊转诊制度.....	220
14.门诊处方制度.....	221
15.门诊流量调配制度.....	223
16.门诊登记统计制度.....	225
17.门诊加号管理制度.....	226
18.门诊医师出诊管理制度.....	227
19.预检、分诊制度.....	229
20.发热门诊工作制度.....	231
21.预约诊疗管理制度.....	233
22.预约专家管理制度.....	235
23.预约诊疗管理员管理工作制度.....	238
24.基层医疗保健机构预约转诊服务工作制度.....	239
25.门诊与辅助科室之间的协调机制.....	241
26.多学科联合门诊管理制度.....	243
27.平车、轮椅管理制度.....	246
第五章 住院管理.....	247
1.入院制度.....	247
2.出院制度.....	249
3.医院患者流转管理制度.....	251
4.转科、转诊病情及病历资料等交接制度.....	254
5.出院患者随访、预约制度.....	256
6.医疗保健服务转介工作制度.....	261
7.医院无空床或医疗设备有限时的处理制度.....	266

8.住院时间超过 30 天患者的管理制度.....	267
9.住院患者出院 30 天内再入院管理制度.....	268
10.降低平均住院日措施.....	269
11.早交班规范.....	271
12.为特殊患者入出院提供服务的便民措施.....	273
13.出院患者健康教育相关制度.....	274
14.出院患者随访、复诊预约管理制度.....	276
15.床位管理制度.....	278
16.住院患者留观、入院、住院、转诊、转科、转院服务流程管理.....	280
17.床位统一调配管理规定.....	287
18.妇女儿童心理保健服务转介工作制度.....	289
19.方便患者办理出院手续的流程和规定.....	290
20.医疗告知制度.....	292
第六章 手术管理.....	297
1.围手术期管理制度.....	297
2.手术部位识别标示制度及流程.....	300
3.非计划再次手术管理制度及流程.....	302
4.急诊手术管理规定.....	307
5.手术风险评估制度.....	309
6.手术安全核查制度.....	312
7.麻醉手术科安全管理制度.....	315
8.术后随访制度.....	317
第七章 两非管理.....	319
1.打击“两非”工作管理制度.....	319
2.人工终止妊娠手术管理制度.....	322
3.避孕药品药具管理办法.....	324
第八章 行风建设.....	326
1.行业作风建设责任制工作制度.....	326
2.纠正医药购销领域不正之风工作制度.....	328
3.医德教育和医德考核制度.....	333
4.医德医风管理规定.....	337
第九章 病案管理.....	338
1.病历（案）工作制度.....	338

2.病案管理制度	341
3.病案收集制度	344
4.病案归档上架制度	347
5.病案保存制度	348
6.病案库房管理制度	349
7.病案保护及信息安全制度	356
8.病案服务管理制度	358
9.病历复印制度	360
10.病案借阅制度	368
11.回避与保护患者隐私的规范与措施	373
12.病案管理员外出学习、培训制度	375
13.病历质量全程监控、评价、反馈制度	377
14.疾病分类编目工作制度	378
15.住院病历编号制度	379
16.病历（病案）封存及启封制度	381
17.病案统计工作制度	383
第十章 院感管理	386
1.医院感染管理委员会工作制度	386
2.医院感染管理制度	387
3.医院感染病例监测、报告与控制制度	389
4.医院感染目标性监测制度	392
5.导管相关血流感染的预防与控制制度	394
6.呼吸机相关性肺炎的预防与控制措施	397
7.手术部位感染的预防与控制制度	399
8.导尿管相关尿路感染预防与控制措施	401
9.病区医院感染管理及消毒隔离制度	403
10.医院感染培训制度	408
11.环境卫生学及消毒灭菌效果监测制度	409
12.个人防护用品使用管理制度	410
13.手卫生规范管理制度	413
14.消毒药械购进使用管理制度	415
15.一次性无菌医疗用品监督管理制度	416
16.医院消毒药械监督管理制度	418

17.医疗废物管理制度.....	420
18.病区保洁管理制度.....	422
19.产后胎盘处置制度.....	425
20.医用织物洗涤消毒管理制度.....	426
21.污水管理制度.....	429
22.多重耐药医院感染管理规章制度.....	431
23.医疗锐器伤的预防措施.....	434
24.医疗废物暂存管理制度.....	437
25.医务人员手卫生标准操作规程.....	438
26.传染病疫情报告管理制度.....	442
27.传染病疫情自查制度.....	444
28.传染病疫情信息网络直报制度.....	445
29.医院消毒隔离制度.....	446
30.医疗废物交接及内部转运工作制度.....	447
第十一章 护理管理.....	448
(一) 护理工作核心制度.....	448
1.护理质量与安全管理制度.....	448
2.病区(部门)管理制度.....	450
3.抢救制度.....	451
4.分级护理制度.....	453
5.值班、交接班制度.....	456
6.查对制度.....	458
7.给药制度.....	464
8.护理查房制度.....	465
9.健康教育制度.....	467
10.护理会诊制度.....	468
11.消毒隔离制度.....	470
12.护理安全管理制度.....	471
13.护理不良事件处理及报告制度.....	473
14.术前患者访视制度.....	476
15.服务对象(患者)身份识别管理制度.....	477
16.跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等意外事件报告制度.....	479
17.压疮的预防制度.....	481

18.压疮风险评估与报告制度.....	483
(二) 护理工作管理制度.....	484
19.护理业务技术管理制度.....	484
20.护理部工作制度.....	490
21.护理工作会议制度.....	491
22.护理病例讨论制度.....	492
23.护理新业务、新技术、新用具申报及准入制度.....	493
24.护理人员执业资格审核与执业准入管理制度.....	494
25.护士管理规定.....	496
26.护士分层管理制度.....	497
27.紧急情况下护理人员调配制度.....	504
28.护理人力资源调配方案.....	505
29.护理人力资源配置依据、调配原则.....	513
30.护理人员绩效考核制度.....	516
31.优质护理服务保障制度.....	517
32.护理技术档案管理制度.....	519
33.护理文书质量管理制度.....	520
34.护理文书书写补充规定.....	521
35.晚夜班、节假日查房制度.....	522
36.患者隐私保护制度.....	523
37.高危护理操作授权制度.....	524
38.医院感染护理管理制度.....	525
39.医疗废物管理制度.....	526
40.护士随救护车出诊暂行规定.....	528
41.铜仁市妇幼保健院母乳喂养管理规定.....	529
42.母乳喂养间管理制度.....	531
43.预防接种管理规定.....	532
44.突发公共事件应急管理制度.....	534
(三) 护理工作基本制度.....	535
45.普通病房安全管理制度.....	535
46.普通病房工作制度.....	537
47.执行医嘱制度.....	538
48.病区药品管理制度.....	540

49.安全用药制度.....	543
50.治疗室工作制度.....	547
51.注射室工作制度.....	548
52.换药室工作制度.....	549
53.妇检室工作制度.....	550
54.分诊导诊护士工作制度.....	551
55.患者入院、出院、转科、转院管理制度.....	552
56.患者外出检查制度.....	554
57.工休座谈会制度.....	555
58.病区陪护人员管理制度.....	556
59.病区探视制度.....	558
60.护理告知制度.....	560
61.膳食管理制度.....	562
62.药品管理制度.....	563
63.物品、器材、设备管理制度.....	565
64.病区清洁卫生制度.....	567
65.护患沟通制度.....	568
66.医护沟通制度.....	569
67.出院指导与随访制度.....	570

第一章 患者安全管理

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	保护患者合法权益制度	制度编号	YWK--2020-1
	发布部门	医务科	编制人	高岚岚
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	1-3

保护患者合法权益制度

1. 目的

为了践行我院“将心比心，视病犹亲”的核心价值观，为患者提供优质、高效、便捷、经济的医疗服务，根据《医疗事故处理条例新规定》（国务院令 351号）、《中华人民共和国民法总则》，结合我院实际，特制定维护患者合法权益制度。

2. 标准

2.1 患者的权益是指患者在患病就医期间所拥有的而且能够行使的权利和应该享受的利益。医务人员应当尊重和维护患者的合法权益。

2.2 医务人员应依法维护患者最基本的权益即有权获得适宜的医疗诊治。

2.3 患者的合法权益

2.3.1 享受平等医疗权。凡患者不分性别、国籍、民族、信仰、社会地位和病情轻重，都有权受到礼貌周到、耐心细致、合理连贯的诊治服务；

2.3.2 享受安全有效的诊治。有权在安全的医疗环境下接受诊疗照护。凡病情需要，有助于改善健康状况的诊断方法、治疗措施、护理条件，都有权获得；

2.3.3 享有知情权。有权了解病情、病因、诊断、治疗计划和预后情形；有权知晓手术原因、手术成功率、可能发生的并发症及手术风险、替代治疗方案；有权知晓药物的疗效、副作用和使用方法。

2.3.4 享有选择权。有权参与医疗护理过程，并且决定接受或拒绝诊疗或手术。

2.3.5 享有隐私权。未经同意，医务人员不得无故泄露病情资料，也不应和无关人员讨论，患者的病情资料与记录均由医院妥善保管并保密。

2.3.6 享有获得权。有权获得正确的医疗资讯，包括病情、诊断、治疗计划、

厚德 精诚 笃行 至善

用药、饮食和护理指导咨询。有权申请自己的病历复印件、医疗费用明细表。

2.3.7 享有投诉权。如果对医院的医疗服务有任何意见或不满意，有权通过我院门诊部进行投诉。

2.4 患者的义务

2.4.1 有如实陈述病情的义务。

2.4.2 有配合医疗机构和医务人员进行一切检查治疗的义务（遵守医嘱的义务）。要与医务人员合作，共同治疗疾病，恢复健康。如对病史不隐瞒、在同意治疗方案后，要遵循医嘱等。有责任选择合理的生活方式，养成良好的生活习惯，保持和促进健康。

2.4.3 支付医疗费用及其他服务费用的义务。

2.4.4 尊重医务人员的劳动及人格尊严的义务。包括对医务人员的人格、人身、执业行为、劳动结果的尊重。

2.4.5 有遵守我院规章制度的义务。保持医院的安静与清洁；自觉维护医院秩序；不损坏医院的公共设施不医院财产；自觉交纳医疗费用；正常出院；配合尸体常规处置的义务。

2.4.6 有不影响他人治疗，不将疾病传染给他人的义务。

2.4.7 有爱护公共财物的义务。

2.4.8 有接受强制性治疗的义务（急危病人、戒毒、传染病、精神病等）。

2.5 医务人员应尊重患者自由选择 and 拒绝治疗的权利

2.5.1 患者有权根据医疗条件或自己的经济条件选择医院、医护人员、医疗及护理方案；

2.5.2 患者在法律允许的范围内（精神病、传染病患者的某些情况属不允许范围）可拒绝治疗，也有权拒绝某些实验性治疗，医生应说明拒绝治疗的危害，但患者拒绝后必须自行承担由此引起的一切后果和责任，并签字为据。

2.5.3 在不违反法律规定的范围内，有权自动出院，但必须自行承担由此引起的一切后果和责任，并签字为据。

2.6 医务人员应尊重和维护患者的隐私权

2.6.1 患者在医疗过程中，对由于医疗需要而提供的个人信息或隐私，有要求保密的权利。医务人员应严守私密，不得向外人泄漏。

2.6.2 者对接受检查的环境有权要求具有合理的声音、形象方面的隐蔽性。由异性医务人员进行某些部位的体检治疗时，有权要求第三者在场；

2.6.3 在进行涉及床边会诊、讨论时，有权要求非医疗人不得参与；有权要求其病案只能由直接涉及其治疗或监督病案质量的人阅读。

2.7 患者有监督自己的医疗及护理权益实现的权利

2.7.1 患者有权监督医院对自己所实施的医疗护理工作，如果患者的正当要求没有得到满足，或由于医护人员的过失造成患者身心的损害，患者有权向医院提出质疑或依法起诉；

2.7.2 患者在接受治疗的过程中，有权审查其支付的帐单，并有要求解释权。

2.8 医务人员应充分尊重患者的知情同意权，严格遵守我院知情同意制度的有关规定，履行告知义务。

2.9 医务人员应主动了解患者的民族和有无宗教信仰，尊重患者的民族风俗习惯和宗教信仰，对患者提出的关于民族风俗习惯和宗教信仰的要求，在客观条件允许和不影响治疗的前提下，应充分配合，尽量满足。

2.10 患者权利和义务告知与公示

2.10.1 对于门诊患者，采用公告公示的方法。

2.10.2 对于住院患者以书面文件形式，将《患者入院须知》发至每一位患者。

2.10.3 对于特殊检查和治疗的患者，由责任医生实事求是地提供诊疗信息，做到与患者家属有效沟通，履行书面文件签署并存档。

3. 相关文件

3.1 《医疗事故处理条例新规定》（国务院令 351 号）

3.2 《中华人民共和国民法总则》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	维护病人的隐私权、民族风俗及宗教信仰的规定	制度编号	YWK-2020-2
	发布部门	医务科	编制人	高岚岚
	生效日期	2020年11月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	4-7

维护病人的隐私权、民族风俗及宗教信仰的规定

1. 目的

为依法尊重和保护患者隐私，特制订本制度。根据《医务人员医德规范及实施办法》、《执业医师法》、《侵权责任法》、《护士条例》、《母婴保健法》制定本条例。

2. 定义

2.1 隐私权是自然人享有的私人生活安宁和私人信息依法受保护，不被他人非法侵扰、知悉、搜集、利用和公开的一种人格权。

2.2 医院在开展人性化医疗服务过程中，要坚持“以人为本”的理念，一切制度、措施、执业行为均以病人的合理需要为根本，并最大限度地满足其治病以外的要求，使其拥有温馨感、亲情感和安全感，以便早日康复。参照卫生部颁布的《医务人员医德规范及实施办法》明确要求医务人员做到“为患者保守秘密，不准泄露患者隐私与秘密”。《执业医师法》明文规定医师在执业活动中，有“关心、爱护、尊重患者的隐私”的义务。《侵权责任法》规定：医疗机构及其医务人员应当对患者的隐私保密。泄露患者隐私或者未经患者同意公开其病历资料，对患者造成损害的，应当承担侵权责任。《护士条例》中规定：护士应当尊重、关心、爱护病人，保护病人的隐私，如有“泄露病人隐私的”要承担相应的法律责任。《母婴保健法》规定：从事母婴保健工作的人员应严格遵守职业道德，为当事人保守秘密。为了医务人员在医疗活动过程中保护好患者的隐私，建立和谐的医患关系，结合我院实际情况，特作如下规定，医务人员要认真学习，严格遵照执行：

2.2.1 医治病人要尊重患者的生命价值、人格尊严和个人隐私。

2.2.2 医院的服务理念要以“病人为中心”，尊重其人格权和隐私权。

2.2.3 医务人员要做到语言、仪表、举止文明，保护患者的隐私权。非经患者同意不得泄露患者医疗上的秘密，不可与其他不相关的人讨论患者的病情和治

疗。

2.2.4 严禁医护人员对所掌握的患者的个人隐私进行披露、宣扬、威胁。不可外泄（除需向医务人员公开的）患者的个人信息、私人活动或私有领域等隐私。

2.2.5 医生因职业需要而获悉患者的病历和其他隐私负有不得泄露和公开的义务。为患者保守秘密，不在公众场所讨论涉及患者隐私的有关疾病或治疗等问题。

2.2.6 与医疗不具有直接的联系，医院的其他医师或其他人员（如医院的见习生等）需经过患者或其家属明示同意后方可了解与患者疾病有关的隐私。

2.2.7 保护好患者的隐私部位，尽量减少或者避免患者隐私部位的暴露。男性工作人员在对女性隐私部位进行检查时，必须有女性医务人员在场，家属及其他人员回避。

2.2.8 医院做人流手术，妇科检查治疗等，医务人员在未事先征得患者同意的情况下，严禁见习医生介入。否则视为严重侵犯患者隐私权的行为。

2.2.9 对于涉及患者隐私的有关临床检验结果，化验单应交给患者本人，本人如因各种原因不能来取化验单的，应交给其授权人，其他无关人员不能查阅患者的检查检验结果。

2.2.10 病人住院期间的病历资料，除因医生诊疗、会诊、讨论等活动需要外，无关人员不得查阅、记录、复印等。

2.2.11 手术科室从安置患者体位开始到手术结束，自始至终都应做好隐私部位的遮挡，手术期间不谈论病人的隐私。

2.2.12 未经患者允许，不允许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。

2.2.13 归档病历，应该按照归档病历的要求保管，只有患者本人或其授权人才能复印病历，未经患者许可、授权，其他人员不能复印，复印时应该要求患者出示身份证或授权人身份证。

2.2.14 单位集体体检涉及个人隐私相关材料一人一袋封存，直接交给本人，体检总表交给体检单位领导。

2.2.15 全体医务人员应明确以下医疗行为中有意识或无意识地侵犯病人隐私的十种形式：

厚德 精诚 笃行 至善

2.2.15.1 医生询问病情隐私时被候诊患者或他人“旁听”；

2.2.15.2 化验单公开造成各种有关隐私被泄露；

2.2.15.3 涉及隐私的医学观摩未经病人同意，造成隐私暴露；

2.2.15.4 床头卡曝光病情，泄露患者疾病隐私；

2.2.15.5 以书面形式(撰写医学论著、科研论文等)公开病人隐私；

2.2.15.6 少数医务人员非法触摸、窥视病人隐私部位；

2.2.15.7 少数医、技、管人员以口头形式宣扬病人隐私；

2.2.15.8 病案管理人员因工作疏忽造成病案损坏、丢失、被盗而发生病人隐私泄露；

2.2.15.9 电子病案技术的应用，由于网络系统不完善、操作人员不注意保密，密码被他人窃取进入医生、护士工作站，病人隐私被泄露；

2.2.15.10 少数院外办案人员调阅、复印病历，窥探到与本案无关的病人隐私内容，予以宣扬。

以上制定保护患者隐私权工作制度，望全院职工遵守执行，在执行中将持续完善。（以上制度涉及公检法工作时例外，但仍要求办案人员不得将患者隐私对外宣扬。）

2.3 尊重患者的民族风俗习惯及宗教信仰：

2.3.1 尊重患者人格，尊重患者民族风俗习惯。

2.3.2 根据患者的文化背景及需求，做好沟通工作。

2.3.3 尊重患者的民族风俗习惯，如果患者是少数民族，一定要详细询问患者的风俗习惯，有什么忌讳，并设法帮助患者安排好每一项检查、治疗及生活细节。

2.3.4 护理过程中应了解不同文化背景下各自的禁忌，基督教病人忌讳星期五和十三，因此在安排特殊治疗或手术日时，应加以考虑。

2.3.5 允许和利用宗教信仰的力量，促进疾病的康复。如：伊斯兰教在祷告期间避免安排治疗与护理。

2.4 接待少数民族患者的礼仪要求：

2.4.1 讲究语言技巧

2.4.2 及时沟通情况

2.4.3 尊重患者和家属对病情的知情权。

2.4.4 保护患者隐私。

2.4.5 尊重少数民族的饮食习惯，并设法帮助患者安排好每一项检查、治疗及生活。

3. 相关文件

3.1 《医务人员医德规范及实施办法》

3.2 《执业医师法》

3.3 《侵权责任法》

3.4 《护士条例》

3.5 《母婴保健法》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医患沟通制度	制度编号	YWK-2020-3
	发布部门	医务科	编制人	高岚岚
	生效日期	2020年11月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	8-9

医患沟通制度

1. 目的

为了满足医疗诊断和医学发展的需要，减少医疗纠纷，根据《医患沟通》制定本院医患沟通制度。

2. 医患沟通时间

2.1 入院前沟通

2.2 入院时沟通

2.3 入院 3 天内沟通

2.4 住院期间沟通

2.5 出院时沟通

2.6 出院后跟踪沟通

3. 医患沟通内容

医务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、健康指导等，并听取患者或家属的意见和建议，回答患者或家属想要了解的问题，增强患者和家属对疾病治疗的信心。医务人员还要加强对目前医学技术的局限性、风险性的告知，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。

4. 医患沟通方式

通过各种告知文书、同意书及与患者或家属的谈话实现。对于普通疾病患者，由经管医生在查房时就将病情、预后、治疗方案等详细地与患者或家属进行沟通；对于疑难、危重患者，由患者所在的医疗小组(主任或副主任医师、主治医师、住院医师和责任护士)直接与家属进行正式沟通。对带有共性的多发病、常见病，由科室或病区护士长及相关医生、护士一起召开患者、家属会议，集中进行沟通。

厚德 精诚 笃行 至善

5. 医患沟通记录

每次沟通都应在病历中有记录或由患方签署相应的告知文书、同意书。沟通记录在查房记录或病程记录后。记录的内容有沟通的时间、地点，参加的医护人员及患者或家属姓名，以及沟通的实际内容、沟通结果。

6. 医患沟通评价

6.1 医患沟通作为病程记录中常规项目，纳入医疗质量考核并独立做为质控点。

6.2 因没有按要求进行医患沟通，或医患沟通不当引发医疗纠纷，从重处罚。

7. 相关文件

7.1 《医患沟通》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	患者知情同意告知制度	制度编号	YWK-2020-4
	发布部门	医务科	编制人	高岚岚
	生效日期	2020年11月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	10-12

患者知情同意告知制度

1. 目的

为保护患者合法权益，尊重患者对病情、诊疗（手术）方案、风险益处、费用开支、临床检查化验结果等真实情况有了解与被告知的权利，根据《执业医师法》《病历书写规范》和《侵权责任法》的相关要求，特制订本制度。

2. 一般要求

2.1 患者知情同意是患者对病情、，患者在知情的情况下有选择、接受与拒绝的权利。医院全体医务人员应充分尊重患者的知情同意权，自觉履行医疗告知义务。

2.2 知情同意告知的基本要求

2.2.1 告知方式有门诊告示、入院须知、各类知情同意书、病程记录、口头告知等形式，具体采用何种形式依告知的具体情况而定。

2.2.2 进行医疗告知的人员为具有我院执业资格的医护人员及有关职能部门人员。

2.2.3 告知对象

2.2.3.1 当患者本人为完全民事行为能力人时，告知的对象首先是患者本人。

2.2.3.2 当患者本人为不满 10 周岁的未成年人（无民事行为能力人）或年满 10 周岁且精神正常的未成年人时，16 周岁以上不满 18 周岁以自己的劳动收入为主要生活来源的人（限制民事行为能力人）除外，应告知患者的法定监护人，具体顺序为：父母，祖父母，外祖父母，成年兄、姐，其他近亲属。

2.2.3.3 当患者为不能辨认自己行为或后果的精神患者（包括痴呆患者）时，应告知患者的法定监护人，具体顺序为：配偶，父母，成年子女，其他近亲属。

2.2.3.4 在医疗活动中，部分患者由于疾病导致无法行使知情选择权（患者年满 18 周岁，处于昏迷、休克、麻醉等意识丧失状态）或是因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，其知情同意权由具有完全民事行为能力的近亲属代

为行使。

2.2.4 完全民事行为能力人因各种原因授权他人行使其知情同意权时，患者必须签署《患者授权委托书》。被授权人只能在授权权限范围内签署意见，非被授权人不得在相关医疗知情同意书上签署有关意见。

2.2.5 告知应体现在诊治和护理的各个环节，其中包括诊断、治疗、麻醉、发药与服药、注射、膳食、交往、休息与活动，乃至出院复查及医嘱等。

2.2.6 对与治疗及护理有重要意义的事项，应向患者或患者家属反复多次告知。

2.3 知情同意告知的时机和内容

2.3.1 患者入院前告知

2.3.1.1 接诊医师应告知患者的病情、初步的诊断、住院的必要性，预计的住院时间、可能的医疗费用，病房床位情况等；

2.3.1.2 分诊护士应告知办理住院的流程、病房的位置等。

2.3.2 患者入院时告知

2.3.2.1 患者办理住院手续时，住院处应向患者提供“住院须知”；

2.3.2.2 患者入院后，由值班护士接待患者，向患者介绍该病区的环境、人员及医疗组情况；

2.3.2.3 主管医师及时向患者作自我介绍并详细询问病情，记录在案。告知患者：根据他（她）现有的病情与体格检查情况所作的初步诊断（属于保护性医疗者除外）；为了进一步确诊，需要做的检查，以及初步的治疗方案；如有多种替代治疗方案，应向患者或家属讲明优劣，供患者选择。

2.3.2.4 应注意告知患者或家属应予配合及注意的有关事项。

2.3.3 治疗过程中的告知

2.3.3.1 治疗过程中的常规告知（1）以患者或患者家属陈述的病情及医师的初步检查为依据，告知患者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）患者所患疾病的诊断或暂不能确定的诊断，及确定某种诊断或暂不能做出诊断的根据；（4）拟采取的治疗措施（包括药物治疗、手术治疗及其他治疗）的近期和远期后果。包括可能出现的理想效果、某种程度的好转、可能出现的副作用及并发

症，以及能够预测的后果、目的、方法及手术过程中可能出现的并发症和意外；如存在有多种可能的治疗措施时，应同时向患者说明几种不同措施的不同效果；

（5）如遇本院难以诊断、治疗的情况，应及时向患者或家属说明，并提供转院诊治或邀请外院医师来院会诊、治疗的建议。

2.3.3.2 使用自费药品、贵重药品和进行大型仪器检查前告知：事先征得患者或家属同意，签署相应的知情同意书。患者或家属若拒绝作进一步的检查或不同意目前的治疗方案，医师应将其可能发生的后果详细告诉患者，将告知内容记入病程记录，医患双方签署拒绝检查（治疗）协议；

2.3.3.3 病情发生变化时及时告知：患者入院后，虽经治疗病情仍持续加重，或病情突然发生变化，主管或值班医师（必要时上级医师）应及时告知家属，并向他们说明病情演变或变化的可能原因、将要采取的治疗措施和效果，要充分讲明预后，争取家属了解和理解，同时将告知的内容记入病程记录，并征得家属做知情签字；

2.3.3.4 输血前告知：输血属于特殊治疗，故输血应当在患者或家属同意并签字的情况下进行。输血前，医师应向患者及其家属说明输血过程中可能发生的输血反应，可能感染经血液传播疾病等医疗风险，以使患者或家属理解。同意或不同意输血，均应签字为证；

2.3.3.5 放、化疗（第一次）前告知：告之放、化疗的必要性、效果及可能产生的副作用。

2.4 创伤性操作前、后告知

2.4.1 术前、术中、术后谈话：任何手术或有创检查（无论大小）操作之前，均应取得患者或家属同意，由手术者与患者及家属进行详细的术前谈话，内容包括手术或有创检查的必要性、预期效果、可能的风险及并发症，预计的费用（常规下或发生意外时），并征得患者或家属同意并签字。术中患者出现危急情况时，如果术者不能下台交待病情，应由第一助手或参加手术的高年资医师用通俗易懂的语言全面准确地向患者直系亲属告知病情及改变手术方式的原因，在征得患者家属理解同意签字后方可改变手术方式，术后术者应及时在知情同意书中补签字。手术或有创检查后，医师应将术后或有创检查后可能发生的情况及注意事项，详细向患者或家属告知。

2.4.2 麻醉前、后谈话：手术麻醉前，麻醉医师应亲自诊视患者，向患者或家属告知拟采取的麻醉方式及依据，麻醉中或麻醉后可能出现的风险与意外，征得患者家属同意并签字。手术后，麻醉医师应亲自护送患者回病区，做好与病区医护人员的交接，并根据具体情况将麻醉后可能出现的问题与风险、注意事项详细向家属告知，包括：接受告知人及其理解程度，必要时由其签字。

2.5 有无其他可替代的诊疗方法告知医师不仅应告知患方被推荐的检查或治疗信息，还应告知可供选择的诊治方案信息。具体包括：

2.5.1 有无可替换的医疗措施。

2.5.2 可替代医疗措施所伴随的风险及其性质、程度及范围。

2.5.3 可替代医疗措施的治疗效果，有效程度。

2.5.4 可替代医疗措施可能引起的并发症及意外。

2.5.5 不采取此替代医疗措施的理由。

2.6 改变治疗方案的告知

2.6.1 患者经过治疗后，由于各种原因需要改变治疗方案的，应及时向患者或家属告知，并解释改变的依据与理由，征得患者或家属的同意，并记录在案。

3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《病历书写规范》

3.3 《侵权责任法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	实验性临床管理制度	制度编号	YWK-2020-5
	发布部门	医务科	编制人	高岚岚
	生效日期	2020年11月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	14-17

实验性临床医疗管理制度

1. 目的

为规范实验性临床医疗研究行为，切实保障受试者的权益，按照《赫尔辛基宣言》（2010年版），依照《伦理与法规》（第3版 中文翻译版）伦理学及有关法律法规，特制定本制度。凡是开展以人体为对象的临床研究、调查和试验按本管理制度执行。

2. 实验性临床研究、调查和试验的伦理学要求

2.1 实验性临床研究、调查和试验开始前需制定规范的研究方案和风险处置预案，报请医学伦理委员会审批后实施。

2.2 若研究方案在临床实验实际执行过程中出现问题，需要对研究方案进行修订，修订的研究方案需再次报请医院医学伦理委员会批准后方可实施。

2.3 如发现涉及实验用的重要新资料则必须将知情同意书修改并送医院医学伦理委员会批准后，再次取得受试者的同意。

2.4 临床实验开始前，研究者必须向受试者提供有关临床实验的详细情况，包括实验性质、实验目的、可能的受益和风险性、可供选用的其它治疗方法以及受试者的权利和义务等，同时让患者制定他们有权随时退出本研究。使受试者充分了解后表示同意，并签署“知情同意书”后方可开始临床实验。知情同意书应作为临床实验文档保存备查。

2.5 不良事件的处置与记录：为切实保障受试者的安全，发生在实验性临床医疗研究期间的任何不良事件，必须在 24 小时内报告主要临床研究者或负责人，并积极妥善处置，如实填写不良事件记录表，记录不良事件的发生时间、严峻程度、持续时间、采取的措施和转归。严重不良事件应上报医教科，必要时医院医学伦理委员会有权终止该项研究。风险防范参照预案。

2.6 医务科将不定期在实验性临床医疗开始前、期间及结束时对本制度的执行情况进行监督检查，确保本制度的落实。

厚德 精诚 笃行 至善

3. 开展实验性临床医疗的审核程序

3.1 申请人资质 实验性临床医疗项目负责人须具备主治医师以上资质。

3.2 申请审批程序

3.2.1 完成一系列相关文件的制订并向医务科提交。

3.2.2 上报医务科材料包括

3.2.2.1 《开展实验性临床医疗申请审批表》

3.2.2.2 实验性临床医疗方案 内容包括项目名称、研究背景、研究目的、实验设计、病例选择、病例数、实验时间、实验材料、实验方法、实验过程观察、实验过程记录、疗效与安全性评价方法、实验质量控制方案等。

3.2.2.3 实验性临床医疗的知情同意书 内容包括实验名称和目的、实验材料情况简介、实验简易流程、受试者受益和风险、受试者的权益、医疗信息的保密措施等。

3.2.2.4 实验性临床医疗方案的详细实施流程 包括与相关合作辅助部门之间协同工作的流程。

3.2.2.5 实施实验性临床医疗的相关管理制度及风险防范预案。(6) 实验所需药物、器械、设备及其生产经营单位的相关注册文件。

3.2.2.6 与实验性临床医疗相关的其他必要文件。

3.3 医务科组织相关部门进行审核后 提交院伦理委员会进行伦理审查。

3.4 医院伦理审查通过后 医务科提交业务院长审批。

3.5 院领导审批通过后 由医务科通知相关部门准入开展。

4. 实验室临床医疗实行个案全程管理

4.1 “管理式医疗”（ManagedCare）是控制医疗费用增长可供选择的一种方式。“管理式医疗”的做法是对费用发生的过程实施主动、积极的干预，是控制费用最有效、最具持续性的方法。管理式医疗是一个理念：积极、主动干预医疗行为，以达到降低费用支出的目的。它也是一个动态的概念，它的具体措施和做法随着实践活动不断丰富和完善。

4.2 是医疗方案审查制度。即凡是医疗费用接近常规支出最高限额的住院患者，保险公司派医疗专家介入，开始实行个案管理。其主要目的是提高疾病诊断效率和缩短手术等待时间，审查用药量的合理性，审查处方的合理性。

4.3 是第二手术方案。在有两种以上手术方案中选择具有同样安全性而费用较低的手术方案。管理机构可以通过经济杠杆鼓励医院和患者采用费用较低的手术方案，从而降低医疗费用。第二手术方案只是一个理念，在医疗临床实践中，处理一个医疗方面的问题，技术上都会有多种选择。

4.4 是缩短住院天数。按目前全国大病报销的费用水平判断，平均每位大病患者的住院天数估计至少在 80 天（包括一年内两次以上住院）。而三级医院的平均住院费用在 588 元左右（2002 年数，卫生部提供），二级医院费用在 315 元。如果把大病患者在三级医院的住院天数降低 20 天，而将这 20 天（主要是康复期）的住院时间转移到二级医院治疗和康复，仅此一项，每个患者至少可节约 5460 元的费用。

4.5 是对大额度疾病发生率较高的医院实行重点监控。花费大的疾病一般是疑难重症，这部分病人一般会直接或转往技术水平高的大医院治疗。实行重点监控的目的是尽可能剔除那些不必要的诊断措施和不合理的治疗方法，减少大额疾病发生量。

4.5 是严格转诊制度。根据我院实际情况必须制定一套合理而切实可行的转院制度，见《双向转诊制度及工作流程》。

5. 相关文件

5.1 《赫尔辛基宣言》（2010 年版）

5.2 《伦理与法规》（第 3 版 中文翻译版）

附件：1. 参与实验性临床医疗患者知情同意书

附件

铜仁市妇幼保健院参与实验性临床医疗患者知情同意书

尊敬的患者：

您好！您将作为_____临床试验的一名受试者，本项临床试验将有_____人次参加。为了确保本次试验顺利进行并充分保障您的权益，在您同意参加之前，您需要清楚知道以下相关信息：

一、开展临床试验的介绍

_____临床试验。

二、研究性质和目的

本研究的主要目的是通过与传统治疗效果进行对比，评价_____实验性临床医疗的疗效及和安全性。

三、可能存在的风险

本临床试验由于同时使用传统治疗，医生的任何判断可以依据对照治疗进行。本临床试验如发生与试验相关的损害，医院将根据损害程度，依据国家相关法律、法规进行赔偿。

四、受益

凡参加验证的患者由临床经验丰富的医生为您检查、治疗，对您的疑问进行解答，为您提供及时、周到的医疗服务。为了充分保障您的权益，我们制定了详细的临床试验方案，并已通过医院伦理委员会审议批准，我们将严格按照方案实施临床试验。

五、自愿参加与退出

试验前请您对本次临床试验做详细的了解，医院和医生有义务向您提供与该临床试验有关的信息资料，为您解释您所关心的问题，然后由您自愿决定是否参与临床试验治疗，您有权在验证的任何阶段退出，中途退出、随访不会影响对您的常规治疗。

六、保密责任

本次试验所取得的结果与资料归临床验证项目的实施者及医疗机构所有并无偿使用，但您的合法权益不会因为本项研究而受到侵犯，您的个人资料由我院保密。我院伦理委员会、食品药品监督管理部门、实施者可以查阅您的资料，但是都不得对外披露其内容。除非法律需要，您的身份不会被泄露。研究结果将在不泄露您的身份的前提下因科学目的而发表。

本知情同意书一式两份，医生和受试者各一份。

鼎湖区人民医院主要研究者：_____

联系电话：_____

_____项目负责人：_____

联系电话：_____

如果您已充分理解并同意上述内容，请在本知情同意书右下方签字确认。

作为本次临床验证的研究者，我已经详细向您告知了上述内容。

研究者签名：_____ 日期：_____年____月____日

医生已充分向本人介绍了本验证的目的、方法等内容，也充分告知了本人享有的权利和应该履行的义务，并对本人询问的所有问题也给予了圆满的答复。本人自愿参加本次实验性临床医疗，并积极配合医生完成本项验证工作。

受试者(或其法定代理人)签名：_____ (关系_____)

日期：_____年____月____日 联系电话：_____

科别：_____ 住院号：_____

注：各科室根据具体开展实验性临床医疗做详细补充。

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	患者合法权益协调机制	制度编号	YWK-2020-6
	发布部门	医务科	编制人	高岚岚
	生效日期	2020年11月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	18-20

患者合法权益协调机制

1. 目的

为了防范患者合法权益受害的发生，切实做好保护患者合法权益工作，有效保障患者的合法权益，维护正常医疗秩序，按照《三级妇幼保健院评审标准实施细则》特结合我院实际制定本机制。

2. 患者合法权益受害的防范

患者合法权益受害重在防范，这是我们防止和处理医疗纠纷的最深体会。几年来，我们在防范中，主要采取以下措施。

2.1 强化医务人员的法律意识、质量意识、安全意识、责任意识、依法执业意识和诚信服务意识，树立法制观念，保护患者合法权益。

2.2 狠抓医疗管理，提高医疗质量坚持实行医疗质量管理目标责任管理。每年年初医院与各科室签订医疗质量管理责任书，每月进行检查考核，凡发生一起患者合法权益受害，按其责任大小，分直接责任人、间接责任人和管理责任人，进行内部经济追偿。

2.3 狠抓规章制度的落实，建立患者合法权益受害的长效防范机制即用“三严”来规范医疗质量的管理。一是严格制定制度。针对医疗质量管理的每一个环节，特别是容易出现患者合法权益受害的重点环节，逐一排查医疗安全隐患，逐条落实到人进行整改；二是严格考核制度。每月由医务科、护理部、院感等职能科室人员组成的质控小组对各科室进行检查考核；三是对考核结果、严格按制度兑现，决不姑息迁就。同时，经常组织医护人员对近年来单位或外单位发生过的保护患者合法权益案例进行分析讨论，找准主、客观原因，并从中总结出带有普遍性的经验教训，有针对性的对相关制度进行修改和完善，形成长期有效的患者合法权益。

2.4 受害的长效防范机制，确保在医疗质量管理和医疗纠纷的处理中做到有章可循。

厚德 精诚 笃行 至善

2.5 把脉诚信，加强医患沟通。加强医患沟通是确保医疗质量，保护患者合法权益，良好的医患沟通，不仅能增加患者对医疗技术局限性和高风险性的了解，加深对医生的信任，还可以疏导患者的社会心理问题，促进疾病的转归。如何做到有效沟通，我们一是对职工强化以人为本，优质服务的宗旨教育，在全院推行“微笑相迎、主动问候、首诊（问）负责、出院相送”的服务模式，从病人需求入手，主动送服务，通过召开病人座谈会，进行满意度调查等形式，及时听取病人的意见，了解病人需求、改进工作，维护患者的消费权。二是尊重患者的知情同意权。建立与病人“五谈话”制度，即入院时；手术前；发生危、重急症时或创伤性损伤时；使用毒、副作用较大或贵重药品前；出院时。规范了谈话签字内容、完善病情同意书、医患道德责任书，同时教育医务人员戒除“以医为尊”的思想观念，坚持“以病人为中心”，认真履行告之义务，为改善医患关系，减少医患纠纷提供了有力的保证。

3. 以防为主，妥善协调患者合法权益

虽然通过采取以上措施，有效地减少了患者合法权益受害的发生，但由于社会环境的影响，仍有一些不可避免，我们对医疗纠纷的解决原则是：正确认识，坦然面对，缓和矛盾，妥善解决。

3.1 原则：应当遵循公开、公平、合法、和谐、效率的原则，坚持实事求是的科学态度，做到事实清楚、定性准确、责任明确、处理恰当。

3.2 处理途径：

3.2.1 科室解释、协调：一旦发生患者合法权益受害时，医务人员要高度重视，以积极态度妥善处理，同时在第一时间报告科主任、护士长，并协助科主任、护士长协调。科主任要在了解事实的基础上，必要时汇报医务科，负责向患者及家属做好解释、劝说工作，尽可能化解矛盾。

3.2.2 医务科答复、协调处理：针对科室汇报或患者直接来信来访的合法权益受害，负责调查、答复、协调。

3.2.3 依法处理：针对不能协商解决的，患方或医院提出法院诉讼，依照法律程序进行处理。

3.2.4 人员要高度重视，以积极态度妥善处理，同时在第一时间报告科主任、护士长，并协助科主任、护士长协调。科主任要在了解事实的基础上，必要时汇

报医务科，负责向患者及家属做好解释、劝说工作，尽可能化解矛盾。我们坚持按照“防处并举，以防为主”的患者合法权益受害的防范与处理原则，狠抓医疗质量管理与控制，防止和减少患者合法权益受害的发生；及时解决和处理，防止恶化和扩大，使医疗质量不断提高，有效保障患者合法权益。

3.2.5 发放《患者知晓合法权益调查问卷》（附件4），并对调查表进行统计分析，了解患者对《患者合法权益》知晓率，对治疗率进行总结。

4. 相关文件

4.1 《三级妇幼保健院评审标准实施细则》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	患者安全管理制度	制度编号	YWK--2020-7
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	21-23

患者安全管理制度

1. 目的

为了我院患者在就诊时得到安全、有效、准确、科学的诊疗，避免手术、用药、检查、检验及各项诊疗工作发生错误，保障患者安全。根据《中华人民共和国执业医师法》《医院管理条例》《医疗质量管理办法》《医疗事故处理条例》国家下发的《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》《三级妇幼保健院患者安全管理十大目标》等相关管理规定，结合我院实际，制定患者安全管理制度。

2. 标准

- 2.1 认真落实医疗护理质量安全目标及三级妇幼保健院患者安全管理十大目标。
- 2.2 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。
- 2.3 认真执行交接班制度。交/接班医护人员要对工作质量负责。落实床旁交接班、危重及特殊患者交接班、重大及特殊手术交接班等工作。
- 2.4 提高用药安全。严格遵守麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的使用管理制度，杜绝安全隐患，确保患者安全。
- 2.5 严格执行在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序，做到正确执行医嘱。
- 2.6 严格执行手术安全核查制度，防止手术患者、手术部位及术式发生错误。
- 2.7 严格执行手卫生，落实医院感染控制的基本要求：落实消毒隔离制度、严格预防导尿管引起的泌尿系感染、导管相关血源性感染等发生。
- 2.8 严格执行“危急值”复核报告制度；严格执行医疗安全(不良)事件管理制度，主动报告医疗安全(不良)事件。
- 2.9 评估患者安全危险因素，向患者、家属、陪伴人员做好安全教育工作预防护理意外事件发生，主动邀请患者及家属参与医疗安全。
- 2.9.1 落实患者告知制度。

厚德 精诚 笃行 至善

2.9.2 儿童、老年患者、意识障碍、躁动不安、需要卧床体息的患者，应设提示牌、加护栏，必要时使用四肢约束带等，落实床边安全护理措施，并向患者及家属做好解释，特别是对儿童、老年人、痴呆、孕妇、行动不便和残疾患者，要主动告知坠床、跌倒的危险，并给予警示标识、语言提醒、搀扶或请人帮助等。

2.9.3 有压疮、跌倒、约束患者风险评估表，建立风险的评估，报告制度及预防、处理流程，认真落实防范性护理措施，与患者护理需要相符，防止患者发生不良事件。

2.9.4 对有精神症状的患者应尽量放在单人房间，房间内不得有锐器等危险物品，以防自杀或伤及他人。

2.9.5 有自杀倾向的患者应通知家属、值班医生、护士长并做好记录，加强心理护理、严格床头交接及巡视制度，实施 24 小时监护。

2.10 严格执行护理分级管理的相关制度，按时巡视病房。

2.11 加强消防安全管理及消防知识的宣传，责任落实到人，随时查除不安全隐患，所有工作人员必须掌握消防应急事件的处理。

2.12 保持地面清洁干燥，必要时放置“防滑警示”，以防病人摔伤。

2.13 加强急救物品、药品、器械、设备的管理，时时处于应急状态，以确保急救措施的顺利实施。

3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国执业医师法》

3.2 《医院管理条例》

3.3 《医疗质量管理办法》

3.4 《医疗事故处理条例》

3.5 《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》

3.6 《三级妇幼保健院患者安全管理十大目标》

附件：

三级妇幼保健院患者安全管理十大目标

一、确立查对制度，识别就诊者身份。新生儿、婴幼儿必须佩带腕带。对入院患者采用唯一编码管理。

二、确定在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤。

三、建立并实施患者风险评估及手术安全核查制度。确保手术安全，防止手术患者、手术部位及术式发生错误。

四、执行手卫生规范、落实医院感染控制的基本要求。

五、加强药品管理，提高用药安全。

六、临床“危急值”报告制度。

七、防范与减少患者跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等意外事件发生。

八、防范与减少患者压疮发生。

九、建立质量安全(不良)事件报告制度：妥善处理质量安全(不良)事件，并对质量安全(不良)事件进行质量持续改进。

十、患者参与医疗保健安全活动。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	患者十大安全目标	制度编号	YWK--2020-8
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	24-28

患者十大安全目标

1. 目的

为了我院患者在就诊时得到安全、有效、准确、科学的诊疗，避免手术、用药、检查、检验及各项诊疗工作发生错误，保障患者安全。根据《中华人民共和国执业医师法》《医院管理条例》《医疗质量管理办法》《医疗事故处理条例》国家下发的《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》等相关管理规定，结合我院实际，制定患者十大安全目。

2. 标准

2.1 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。

2.1.1 进一步落实各项诊疗活动的查对制度，在抽血、给药或输血时，至少同时使用两种患者识别方法，不得仅以房号作为识别依据。开展请患者说出自己名字，然后再次核对的确认患者姓名的方法。

2.1.2 在实施任何介入或有创高危诊疗活动前，责任者都要主动与患者或家属沟通，作为最后确认的手段，以保证正确的患者，实施正确的操作。

2.1.3 完善关键流程识别措施。

2.1.4 建立使用“腕带”作为识别标识制度，在诊疗活动中使用“腕带”作为各项诊疗操作前辨识患者的一种手段。

2.2 目标二：严格执行在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序，做到正确执行医嘱。

2.2.1 正确执行医嘱，不使用口头或打电话通知的医嘱。

2.2.2 只有在对危重症患者紧急抢救的特殊情况下，对医师下达的口头临时医嘱，护士应向医师重述，在执行时实施双重检查。

2.2.3 接获口头或电话通知的患者“危急值”或其他重要的检验结果时，接获者必须规范、完整地记录检验结果和报告者的姓名与电话，进行复述确认无误后方可提供给医师使用。

2.3 目标三：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。

2.3.1 建立与实施手术前确认制度与程序，有交接核查表，以确认手术必须的文件资料与物品(如病历、影像资料、术中特殊用药等)均以备妥。

2.3.2 建立术前手术部位作标识的制度，并主动邀请患者参与认定，避免在错误的部位、错误的患者、实施错误的手术。目标四：严格执行手卫生规范，落实医院感染控制的基本要求。

2.3.3 制定并落实医护人员手部卫生管理制度和手部卫生实施规范，培植有效、便捷的手卫生设备和设施。为执行手部卫生提供必要的保障。

2.3.4 制定并落实医护人员手术操作过程中使用无菌医疗器械规范，手术后的废弃物处理应当循医院感染控制的基本要求。

2.4 目标四：执行手卫生规范、落实医院感染控制的基本要求。

2.4.1 医务人员卫生手消毒遵循以下方法：

取适量的手消毒剂于掌心，均匀涂抹双手。

2.4.1.1 按照上节医务人员洗手方法A.3揉搓的步骤进行揉搓；

2.4.1.2 至少30秒钟或揉搓至手消毒剂干燥。

2.4.1.3 外科手消毒的正确步骤：

2.4.2 外科手消毒应遵循以下原则：

2.4.2.1 先洗手，后消毒。

2.4.2.2 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。

2.4.3 外科洗手遵循以下方法与要求：

2.4.3.1 洗手之前应先摘除手部饰物，修剪指甲，指甲长度不超过指尖。

2.4.3.2 取适量的洗手液清洗双手、前臂和上臂下1/3，并认真揉搓。清洁双手时，可使用清洁指甲用品清洁指甲下的污垢和使用揉搓用品清洁手部皮肤的褶皱处。

2.4.3.3 流动水冲洗双手、前臂和上臂下1/3。

2.4.3.4 使用干手用品擦干双手、前臂和上臂下1/3。

2.4.4 外科冲洗手消毒：

2.4.4.1按照3.2外科洗手的方法与要求完成外科洗手。

2.4.4.2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3 min~5 min。

2.4.4.3在流动水下从指尖向手肘单一方向地冲净双手、前臂和上臂下1/3，用经灭菌的布巾彻底擦干。

2.4.4.4冲洗水应符合GB 5749的规定。冲洗水水质达不到要求时，手术人员在戴手套前，应用速干手消毒剂消毒双手。

2.4.4.5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。

2.4.5外科免冲洗手消毒：

2.4.5.1按照7.2外科洗手的方法与要求完成外科洗手。

2.4.5.2取适量的手消毒剂放置在左手掌上。

2.4.5.3将右手手指尖浸泡在手消毒剂中（ $\geq 5s$ ），见图C.1。

2.4.5.4将手消毒剂涂抹在右手、前臂直至上臂下1/3，确保通过环形运动环绕前臂至上臂下1/3，将手消毒剂完全覆盖皮肤区域，持续揉搓10s~15s，直至消毒剂干燥，见图C.2~图C.5。

2.4.5.5取适量的手消毒剂放置在右手掌上。

2.4.5.6在左手重复C.3、C.4过程。

2.4.5.7取适量的手消毒剂放置在手掌上。

2.4.5.8揉搓双手直至手腕，揉搓方法按照医务人员洗手方法揉搓的步骤进行，揉搓至手部干燥。

2.4.5.9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。

2.4.6 注意事项：

2.4.6.1 不得戴假指甲、装饰指甲，保持指甲和指甲周围组织的清洁。

2.4.6.2 在外科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。

2.4.6.3 洗手与消毒可使用海绵、其他揉搓用品或双手相互揉搓。

2.4.6.4 术后摘除手套后，应用洗手液清洁双手。

2.4.6.5 用后的清洁指甲用品、揉搓用品如海绵、手刷等，放到指定的容器中；揉搓用品、清洁指甲用品应一人一用一消毒或者一次性使用。

目标五：提高用药安全。

2.5.1 建立病房药柜内的药品存放、使用、限额、定期检查的规范制度；存放毒、剧、麻醉药有管理和登记制度，符合法规要求。

2.5.2 病房存放高危药品有规范，不得与其他药物混合存放，高浓度电解质制剂(包括氯化钾、磷化钾及超过 0.9%的氯化钾等)；肌肉松弛剂与细胞毒等高危药品必须单独存放，有醒目标志。

2.5.3 病区药柜的注射药、内服药与外用药严格分开放置，有菌、无菌物品严格分类存放，输液处置用品与备用物品、皮肤消毒剂与空气消毒剂、物品消毒剂严格分类分室存放管理。

2.5.4 所有处方或用药医嘱在转抄和执行时，都有严格的二人核对、签名程序。

2.5.5 在下达与执行注射剂的医嘱(或处方)时要注意药物配伍禁忌。

2.5.6 医师、护士在给患者使用重点药物后，必须严密观察有无不良反应，并知晓不良反应的应急处理程序。对于新药、特殊药品要建立用药前的学习制度。

2.5.7 药师应为门诊患者提供合理用药的方法及用药不良反应的服务指导。

2.5.8 进一步完善输液安全管理制度，严把药物配伍禁忌关，控制静脉输液流速，执行对输液患者最高滴数限定告知程序，预防输液反应。

2.6 目标六：建立临床实验室“危急值”报告制度。

2.6.1 “危急值”项目至少应包括有：血钙、血钾、血糖、血气、血小板计数、白细胞计数、凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间等。

2.6.2 “危急值”报告重点对象是急诊科、手术室、各类重症监护病房等部门的急、危重症患者。

2.6.3 对属“危急值”报告的项目实行严格的质量控制，尤其是分析前质量控制，如应有标本采集、储存、运送、交接、处理的规定。

2.7 目标七：防范与减少患者跌倒事件发生。

2.7.1 对体检、手术和接受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，用语言提醒、搀扶、请人帮助或警示标识等办法防止患者跌倒事件的发生。

2.7.2 认真实施跌倒防范制度并建立跌倒报告与伤情认定制度。

厚德 精诚 笃行 至善

2.7.3 做好基础护理，要配好用好护理人力资源，如果人力配备不足，管理者应及时进行人力危机值报告制度。

2.8 目标八：防范与减少患者压疮发生。

2.8.1 认真实施有效的压疮防范制度与措施。

2.8.2 落实压疮诊疗与护理规范实施措施。

2.9 目标九：主动报告医疗安全(不良)事件

医疗不良事件报告对于发现不良因素、防范医疗事故、保证医疗安全、促进医学发展和保护患者利益是有益的，可有效的避免医疗缺陷，提高医疗水平和增加医疗服务的透明度。

2.9.1 医院要倡导主动报告不良事件，有鼓励医务人员报告的机制。

2.9.2 形成良好的医疗安全文化氛围，提倡非处罚性、不针对个人的环境，鼓励员工积极报告威胁患者安全的不良事件。

2.9.3 医院能够将安全信息与医院实际情况相结合，从医院管理体系、运行机制、规章制度上进行有针对性的持续改进。

2.10 目标十：鼓励患者参与医疗安全

2.10.1 主动邀请患者参与医疗安全管理，尤其是患者在接受手术、介入或有创操作前告知其目的和风险，并请患者参与手术部位的确认。

2.10.2 药物治疗时，告知患者用药目的与可能的不良反应，邀请患者参与用药时的查对。

2.10.3 告知患者提供真实病情和真实信息的重要性。

2.10.4 护士在进行护理和心理服务时，应告知如何配合及配合治疗的重要性。

3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国执业医师法》

3.2 《医院管理条例》

3.3 《医疗质量管理办法》

3.4 《医疗事故处理条例》

3.5 《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	医疗安全管理制度	制度编号	YWK--2020-9
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016 年 4 月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020 年 11 月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	29-42

医疗安全管理制度

1. 目的

为了我院患者在就诊时得到安全、有效、准确、科学的诊疗，避免手术、用药、检查、检验及各项诊疗工作发生错误，保障患者安全。根据《中华人民共和国执业医师法》《医院管理条例》《医疗质量管理办法》《医疗事故处理条例》国家下发的《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》等相关管理规定，结合我院实际，制定医疗安全管理制度。

2. 标准

2.1 医务人员在医疗活动中，严格遵守医疗卫生法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，恪守医疗服务职业道德。

2.2 按照《中华人民共和国侵权责任法》、《医疗事故处理条例》、《贵州省病历书写规范》、《贵州省病案管理规范》、《处方管理办法》及各级卫生行政部门规定和要求，书写和妥善保管病历资料承担医疗纠纷、医疗事故技术鉴定、医疗损害责任鉴定、司法鉴定和法律诉讼举证责任。

2.3 严格执行值班制度、查对制度、医嘱制度、交接班制度、三级医师查房制度、会诊制度、病例讨论制度、手术制度、死亡病例讨论制度、消毒隔离制度、分级护理制度等有关制度和规定，提高医疗质量，保障医疗安全。

2.4 按照国家卫生健康委、贵州省卫生健康委、铜仁市卫生健康局关于医疗技术准入有关规定，规范医疗技术准入和医师、护士的执业行为，执行医院有关规定。

2.5 尊重患者的知情同意权。应当用患者能够理解的语言，将患者病情、医疗措施(如：治疗及替代治疗方式的利弊)、医疗风险等如实告知患者或家属，及时解答其咨询；并避免对患者产生不利后果，要让病人对手术、麻醉、特殊检查(治疗)同意书条款、新开展技术项目及某些非常规治疗项目风险了解清楚并于检查或治疗前履行患者同意签字手续。

厚德 精诚 笃行 至善

2.6 按照《医疗事故处理条例》要求，做好病历和实物封存和保管。按规定保管和复印病历资料，严格遵守病历回收和病历借阅制度。

2.7 按照《医疗事故处理条例》要求，做好患者死亡后尸体处理和尸检。患者死亡原因不明或医患双方当事人对患者死亡原因有异议的，原则上应在患者死亡后 48 小时内进行尸检，尸体保存条件好的，最多不能超过 7 天，并有死者直系亲属签字同意。

2.8 发生或者发现医疗过失行为，当班医务人员及科室领导应立即采取有效措施，避免或者减对患者身体健康的损害，防止损害扩大。

2.9 发生或者发现医疗事故、可能引起医疗事故的医疗过失行为或者发生医疗争议时，应当立即向科室负责人报告，科室负责人及时向医院相关职能部门报告；职能部门接报后，应立即进行调查、核实，将有关情况如实向主管院长报告，并按规定向卫生行政主管报告。

2.10 科室负责人及相关医务人员要积极做好患者或亲属的解释，化解矛盾，并主动配合医院处理善后工作。

3. 相关文件

- 3.1 《中华人民共和国执业医师法》
- 3.2 《医院管理条例》
- 3.3 《医疗质量管理办法》
- 3.4 《医疗事故处理条例》
- 3.5 《妇幼保健院等级评审实施细则（2016 年版）》

医疗事故处理条例

第一章 总 则

第一条 为了正确处理医疗事故，保护患者和医疗机构及其医务人员的合法权益，维护医疗秩序，保障医疗安全，促进医学科学的发展，制定本条例。

第二条 本条例所称医疗事故，是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害的事故。

第三条 处理医疗事故，应当遵循公开、公平、公正、及时、便民的原则，坚持实事求是的科学态度，做到事实清楚、定性准确、责任明确、处理恰当。

第四条 根据对患者人身造成的损害程度，医疗事故分为四级：

一级医疗事故：造成患者死亡、重度残疾的；

二级医疗事故：造成患者中度残疾、器官组织损伤导致严重功能障碍的；

三级医疗事故：造成患者轻度残疾、器官组织损伤导致一般功能障碍的；

四级医疗事故：造成患者明显人身损害的其他后果的。

具体分级标准由国务院卫生行政部门制定。

第二章 医疗事故的预防与处置

第五条 医疗机构及其医务人员在医疗活动中，必须严格遵守医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，恪守医疗服务职业道德。

第六条 医疗机构应当对其医务人员进行医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规的培训和医疗服务职业道德教育。

第七条 医疗机构应当设置医疗服务质量监控部门或者配备专(兼)职人员，具体负责监督本医疗机构的医务人员的医疗服务工作，检查医务人员执业情况，接受患者对医疗服务的投诉，向其提供咨询服务。

第八条 医疗机构应当按照国务院卫生行政部门规定的要求，书写并妥善保管病历资料。因抢救急危患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记，并加以注明。

第九条 严禁涂改、伪造、隐匿、销毁或者抢夺病历资料。

第十条 患者有权复印或者复制其门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻

厚德 精诚 笃行 至善

醉记录单、病理资料、护理记录以及国务院卫生行政部门规定的其他病历资料。

患者依照前款规定要求复印或者复制病历资料的，医疗机构应当提供复印或者复制服务并在复印或者复制的病历资料上加盖证明印记。复印或者复制病历资料时，应当有患者在场。

医疗机构应患者的要求，为其复印或者复制病历资料，可以按照规定收取工本费。具体收费标准由省、自治区、直辖市人民政府价格主管部门会同同级卫生行政部门规定。

第十一条 在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是，应当避免对患者产生不利后果。

第十二条 医疗机构应当制定防范、处理医疗事故的预案，预防医疗事故的发生，减轻医疗事故的损害。

第十三条 医务人员在医疗活动中发生或者发现医疗事故、可能引起医疗事故的医疗过失行为或者发生医疗事故争议的，应当立即向所在科室负责人报告，科室负责人应当及时向本医疗机构负责医疗服务质量监控的部门或者专(兼)职人员报告；负责医疗服务质量监控的部门或者专(兼)职人员接到报告后，应当立即进行调查、核实，将有关情况如实向本医疗机构的负责人报告，并向患者通报、解释。

第十四条 发生医疗事故的，医疗机构应当按照规定向所在地卫生行政部门报告。

发生下列重大医疗过失行为的，医疗机构应当在12小时内向所在地卫生行政部门报告：

- (一) 导致患者死亡或者可能为二级以上的医疗事故；
- (二) 导致3人以上人身损害后果；
- (三) 国务院卫生行政部门和省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门规定的其他情形。

第十五条 发生或者发现医疗过失行为，医疗机构及其医务人员应当立即采取有效措施，避免或者减轻对患者身体健康的损害，防止损害扩大。

第十六条 发生医疗事故争议时，死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、

上级医师查房记录、会诊意见、病程记录应当在医患双方在场的情况下封存和启封。封存的病历资料可以是复印件，由医疗机构保管。

第十七条 疑似输液、输血、注射、药物等引起不良后果的，医患双方应当共同对现场实物进行封存和启封，封存的现场实物由医疗机构保管；需要检验的，应当由双方共同指定的、依法具有检验资格的检验机构进行检验；双方无法共同指定时，由卫生行政部门指定。

疑似输血引起不良后果，需要对血液进行封存保留的，医疗机构应当通知提供该血液的采供血机构派员到场。

第十八条 患者死亡，医患双方当事人不能确定死因或者对死因有异议的，应当在患者死亡后48小时内进行尸检；具备尸体冻存条件的，可以延长至7日。尸检应当经死者近亲属同意并签字。

尸检应当由按照国家有关规定取得相应资格的机构和病理解剖专业技术人员进行。承担尸检任务的机构和病理解剖专业技术人员有进行尸检的义务。

医疗事故争议双方当事人可以请法医病理学人员参加尸检，也可以委派代表观察尸检过程。拒绝或者拖延尸检，超过规定时间，影响对死因判定的，由拒绝或者拖延的一方承担责任。

第十九条 患者在医疗机构内死亡的，尸体应当立即移放太平间。死者尸体存放时间一般不得超过2周。逾期不处理的尸体，经医疗机构所在地卫生行政部门批准，并报经同级公安部门备案后，由医疗机构按照规定进行处理。

第三章 医疗事故的技术鉴定

第二十条 卫生行政部门接到医疗机构关于重大医疗过失行为的报告或者医疗事故争议当事人要求处理医疗事故争议的申请后，对需要进行医疗事故技术鉴定的，应当交由负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定；医患双方协商解决医疗事故争议，需要进行医疗事故技术鉴定的，由双方当事人共同委托负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定。

第二十一条 设区的市级地方医学会和省、自治区、直辖市直接管辖的县(市)地方医学会负责组织首次医疗事故技术鉴定工作。省、自治区、直辖市地方医学会负责组织再次鉴定工作。

必要时，中华医学会可以组织疑难、复杂并在全国有重大影响的医疗事故争

议的技术鉴定工作。

第二十二条 当事人对首次医疗事故技术鉴定结论不服的，可以自收到首次鉴定结论之日起15日内向医疗机构所在地卫生行政部门提出再次鉴定的申请。

第二十三条 负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会应当建立专家库。

专家库由具备下列条件的医疗卫生专业技术人员组成：

(一)有良好的业务素质和执业品德；

(二)受聘于医疗卫生机构或者医学教学、科研机构并担任相应专业高级技术职务3年以上。

符合前款第(一)项规定条件并具备高级技术任职资格的法医可以受聘进入专家库。

负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会依照本条例规定聘请医疗卫生专业技术人员和法医进入专家库，可以不受行政区域的限制。

第二十四条 医疗事故技术鉴定，由负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会组织专家鉴定组进行。

参加医疗事故技术鉴定的相关专业的专家，由医患双方在医学会主持下从专家库中随机抽取。在特殊情况下，医学会根据医疗事故技术鉴定工作的需要，可以组织医患双方在其他医学会建立的专家库中随机抽取相关专业的专家参加鉴定或者函件咨询。

符合本条例第二十三条规定条件的医疗卫生专业技术人员和法医有义务受聘进入专家库，并承担医疗事故技术鉴定工作。

第二十五条 专家鉴定组进行医疗事故技术鉴定，实行合议制。专家鉴定组人数为单数，涉及的主要学科的专家一般不得少于鉴定组成员的二分之一；涉及死因、伤残等级鉴定的，并应当从专家库中随机抽取法医参加专家鉴定组。

第二十六条 专家鉴定组成员有下列情形之一的，应当回避，当事人也可以以口头或者书面的方式申请其回避：

(一)是医疗事故争议当事人或者当事人的近亲属的；

(二)与医疗事故争议有利害关系的；

(三)与医疗事故争议当事人有其他关系，可能影响公正鉴定的。

第二十七条 专家鉴定组依照医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊

疗护理规范、常规，运用医学科学原理和专业知识，独立进行医疗事故技术鉴定，对医疗事故进行鉴别和判定，为处理医疗事故争议提供医学依据。

任何单位或者个人不得干扰医疗事故技术鉴定工作，不得威胁、利诱、辱骂、殴打专家鉴定组成员。

专家鉴定组成员不得接受双方当事人的财物或者其他利益。

第二十八条 负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会应当自受理医疗事故技术鉴定之日起5日内通知医疗事故争议双方当事人提交进行医疗事故技术鉴定所需材料。

当事人应当自收到医学会的通知之日起10日内提交有关医疗事故技术鉴定的材料、书面陈述及答辩。医疗机构提交的有关医疗事故技术鉴定的材料应当包括下列内容：

（一）住院患者的病程记录、死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、会诊意见、上级医师查房记录等病历资料原件；

（二）住院患者的住院志、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理资料、护理记录等病历资料原件；

（三）抢救急危患者，在规定时间内补记的病历资料原件；

（四）封存保留的输液、注射用物品和血液、药物等实物，或者依法具有检验资格的检验机构对这些物品、实物作出的检验报告；

（五）与医疗事故技术鉴定有关的其他材料。

在医疗机构建有病历档案的门诊、急诊患者，其病历资料由医疗机构提供；没有在医疗机构建立病历档案的，由患者提供。

医患双方应当依照本条例的规定提交相关材料。医疗机构无正当理由未依照本条例的规定如实提供相关材料，导致医疗事故技术鉴定不能进行的，应当承担责任。

第二十九条 负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会应当自接到当事人提交的有关医疗事故技术鉴定的材料、书面陈述及答辩之日起45日内组织鉴定并出具医疗事故技术鉴定书。

负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会可以向双方当事人调查取证。

厚德 精诚 笃行 至善

第三十条 专家鉴定组应当认真审查双方当事人提交的材料,听取双方当事人的陈述及答辩并进行核实。

双方当事人应当按照本条例的规定如实提交进行医疗事故技术鉴定所需要的材料,并积极配合调查。当事人任何一方不予配合,影响医疗事故技术鉴定的,由不予配合的一方承担责任。

第三十一条 专家鉴定组应当在事实清楚、证据确凿的基础上,综合分析患者的病情和个体差异,作出鉴定结论,并制作医疗事故技术鉴定书。鉴定结论以专家鉴定组成员的过半数通过。鉴定过程应当如实记载。

医疗事故技术鉴定书应当包括下列主要内容:

- (一) 双方当事人的基本情况及要求;
- (二) 当事人提交的材料和负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会的调查材料;
- (三) 对鉴定过程的说明;
- (四) 医疗行为是否违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规;
- (五) 医疗过失行为与人身损害后果之间是否存在因果关系;
- (六) 医疗过失行为在医疗事故损害后果中的责任程度;
- (七) 医疗事故等级;
- (八) 对医疗事故患者的医疗护理医学建议。

第三十二条 医疗事故技术鉴定办法由国务院卫生行政部门制定。

第三十三条 有下列情形之一的,不属于医疗事故:

- (一) 在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施造成不良后果的;
- (二) 在医疗活动中由于患者病情异常或者患者体质特殊而发生医疗意外的;
- (三) 在现有医学科学技术条件下,发生无法预料或者不能防范的不良后果的;
- (四) 无过错输血感染造成不良后果的;
- (五) 因患方原因延误诊疗导致不良后果的;
- (六) 因不可抗力造成不良后果的。

第三十四条 医疗事故技术鉴定,可以收取鉴定费用。经鉴定,属于医疗事

故的，鉴定费用由医疗机构支付；不属于医疗事故的，鉴定费用由提出医疗事故处理申请的一方支付。鉴定费用标准由省、自治区、直辖市人民政府价格主管部门会同同级财政部门、卫生行政部门规定。

第四章 医疗事故的行政处理与监督

第三十五条 卫生行政部门应当依照本条例和有关法律、行政法规、部门规章的规定，对发生医疗事故的医疗机构和医务人员作出行政处理。

第三十六条 卫生行政部门接到医疗机构关于重大医疗过失行为的报告后，除责令医疗机构及时采取必要的医疗救治措施，防止损害后果扩大外，应当组织调查，判定是否属于医疗事故；对不能判定是否属于医疗事故的，应当依照本条例的有关规定交由负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定。

第三十七条 发生医疗事故争议，当事人申请卫生行政部门处理的，应当提出书面申请。申请书应当载明申请人的基本情况、有关事实、具体请求及理由等。

当事人自知道或者应当知道其身体健康受到损害之日起1年内，可以向卫生行政部门提出医疗事故争议处理申请。

第三十八条 发生医疗事故争议，当事人申请卫生行政部门处理的，由医疗机构所在地的县级人民政府卫生行政部门受理。医疗机构所在地是直辖市的，由医疗机构所在地的区、县人民政府卫生行政部门受理。

有下列情形之一的，县级人民政府卫生行政部门应当自接到医疗机构的报告或者当事人提出医疗事故争议处理申请之日起7日内移送上一级人民政府卫生行政部门处理：

- (一) 患者死亡；
- (二) 可能为二级以上的医疗事故；
- (三) 国务院卫生行政部门和省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门规定的其他情形。

第三十九条 卫生行政部门应当自收到医疗事故争议处理申请之日起10日内进行审查，作出是否受理的决定。对符合本条例规定，予以受理，需要进行医疗事故技术鉴定的，应当自作出受理决定之日起5日内将有关材料交由负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定并书面通知申请人；对不符合本条例规定，不予受理的，应当书面通知申请人并说明理由。

当事人对首次医疗事故技术鉴定结论有异议，申请再次鉴定的，卫生行政部门应当自收到申请之日起7日内交由省、自治区、直辖市地方医学会组织再次鉴定。

第四十条 当事人既向卫生行政部门提出医疗事故争议处理申请，又向人民法院提起诉讼的，卫生行政部门不予受理；卫生行政部门已经受理的，应当终止处理。

第四十一条 卫生行政部门收到负责组织医疗事故技术鉴定工作的医学会出具的医疗事故技术鉴定书后，应当对参加鉴定的人员资格和专业类别、鉴定程序进行审核；必要时，可以组织调查，听取医疗事故争议双方当事人的意见。

第四十二条 卫生行政部门经审核，对符合本条例规定作出的医疗事故技术鉴定结论，应当作为对发生医疗事故的医疗机构和医务人员作出行政处理以及进行医疗事故赔偿调解的依据；经审核，发现医疗事故技术鉴定不符合本条例规定的，应当要求重新鉴定。

第四十三条 医疗事故争议由双方当事人自行协商解决的，医疗机构应当自协商解决之日起7日内向所在地卫生行政部门作出书面报告，并附具协议书。

第四十四条 医疗事故争议经人民法院调解或者判决解决的，医疗机构应当自收到生效的人民法院的调解书或者判决书之日起7日内向所在地卫生行政部门作出书面报告，并附具调解书或者判决书。

第四十五条 县级以上地方人民政府卫生行政部门应当按照规定逐级将当地发生的医疗事故以及依法对发生医疗事故的医疗机构和医务人员作出行政处理的情况，上报国务院卫生行政部门。

第五章 医疗事故的赔偿

第四十六条 发生医疗事故的赔偿等民事责任争议，医患双方可以协商解决；不愿意协商或者协商不成的，当事人可以向卫生行政部门提出调解申请，也可以直接向人民法院提起民事诉讼。

第四十七条 双方当事人协商解决医疗事故的赔偿等民事责任争议的，应当制作协议书。协议书应当载明双方当事人的基本情况和医疗事故的原因、双方当事人共同认定的医疗事故等级以及协商确定的赔偿数额等，并由双方当事人在协议书上签名。

第四十八条 已确定为医疗事故的，卫生行政部门应医疗事故争议双方当事人请求，可以进行医疗事故赔偿调解。调解时，应当遵循当事人双方自愿原则，并应当依据本条例的规定计算赔偿数额。

经调解，双方当事人就赔偿数额达成协议的，制作调解书，双方当事人应当履行；调解不成或者经调解达成协议后一方反悔的，卫生行政部门不再调解。

第四十九条 医疗事故赔偿，应当考虑下列因素，确定具体赔偿数额：

- (一) 医疗事故等级；
- (二) 医疗过失行为在医疗事故损害后果中的责任程度；
- (三) 医疗事故损害后果与患者原有疾病状况之间的关系。

不属于医疗事故的，医疗机构不承担赔偿责任。

第五十条 医疗事故赔偿，按照下列项目和标准计算：

(一) 医疗费：按照医疗事故对患者造成的人身损害进行治疗所发生的医疗费用计算，凭据支付，但不包括原发病医疗费用。结案后确实需要继续治疗的，按照基本医疗费用支付。

(二) 误工费：患者有固定收入的，按照本人因误工减少的固定收入计算，对收入高于医疗事故发生地上一年度职工年平均工资3倍以上的，按照3倍计算；无固定收入的，按照医疗事故发生地上一年度职工年平均工资计算。

(三) 住院伙食补助费：按照医疗事故发生地国家机关一般工作人员的出差伙食补助标准计算。

(四) 陪护费：患者住院期间需要专人陪护的，按照医疗事故发生地上一年度职工年平均工资计算。

(五) 残疾生活补助费：根据伤残等级，按照医疗事故发生地居民年平均生活费计算，自定残之月起最长赔偿30年；但是，60周岁以上的，不超过15年；70周岁以上的，不超过5年。

(六) 残疾用具费：因残疾需要配置补偿功能器具的，凭医疗机构证明，按照普及型器具的费用计算。

(七) 丧葬费：按照医疗事故发生地规定的丧葬费补助标准计算。

(八) 被扶养人生活费：以死者生前或者残疾者丧失劳动能力前实际扶养且没有劳动能力的人为限，按照其户籍所在地或者住所地居民最低生活保障标准计算。

对不满16周岁的，扶养到16周岁。对年满16周岁但无劳动能力的，扶养20年；但是，60周岁以上的，不超过15年；70周岁以上的，不超过5年。

(九)交通费：按照患者实际必需的交通费用计算，凭据支付。

(十)住宿费：按照医疗事故发生地国家机关一般工作人员的出差住宿补助标准计算，凭据支付。

(十一)精神损害抚慰金：按照医疗事故发生地居民年平均生活费计算。造成患者死亡的，赔偿年限最长不超过6年；造成患者残疾的，赔偿年限最长不超过3年。

第五十一条 参加医疗事故处理的患者近亲属所需交通费、误工费、住宿费，参照本条例第五十条的有关规定计算，计算费用的人数不超过2人。

医疗事故造成患者死亡的，参加丧葬活动的患者的配偶和直系亲属所需交通费、误工费、住宿费，参照本条例第五十条的有关规定计算，计算费用的人数不超过2人。

第五十二条 医疗事故赔偿费用，实行一次性结算，由承担医疗事故责任的医疗机构支付。

第六章 罚则

第五十三条 卫生行政部门的工作人员在处理医疗事故过程中违反本条例的规定，利用职务上的便利收受他人财物或者其他利益，滥用职权，玩忽职守，或者发现违法行为不予查处，造成严重后果的，依照刑法关于受贿罪、滥用职权罪、玩忽职守罪或者其他有关罪的规定，依法追究刑事责任；尚不够刑事处罚的，依法给予降级或者撤职的行政处分。

第五十四条 卫生行政部门违反本条例的规定，有下列情形之一的，由上级卫生行政部门给予警告并责令限期改正；情节严重的，对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予行政处分：

(一)接到医疗机构关于重大医疗过失行为的报告后，未及时组织调查的；

(二)接到医疗事故争议处理申请后，未在规定时间内审查或者移送上一级人民政府卫生行政部门处理的；

(三)未将应当进行医疗事故技术鉴定的重大医疗过失行为或者医疗事故争议移交医学会组织鉴定的；

(四)未按照规定逐级将当地发生的医疗事故以及依法对发生医疗事故的医疗机构和医务人员的行政处理情况上报的；

(五)未依照本条例规定审核医疗事故技术鉴定书的。

第五十五条 医疗机构发生医疗事故的，由卫生行政部门根据医疗事故等级和情节，给予警告；情节严重的，责令限期停业整顿直至由原发证部门吊销执业许可证，对负有责任的医务人员依照刑法关于医疗事故罪的规定，依法追究刑事责任；尚不够刑事处罚的，依法给予行政处分或者纪律处分。

对发生医疗事故的有关医务人员，除依照前款处罚外，卫生行政部门并可以责令暂停6个月以上1年以下执业活动；情节严重的，吊销其执业证书。

第五十六条 医疗机构违反本条例的规定，有下列情形之一的，由卫生行政部门责令改正；情节严重的，对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予行政处分或者纪律处分：

- (一)未如实告知患者病情、医疗措施和医疗风险的；
- (二)没有正当理由，拒绝为患者提供复印或者复制病历资料服务的；
- (三)未按照国务院卫生行政部门规定的要求书写和妥善保管病历资料的；
- (四)未在规定时间内补记抢救工作病历内容的；
- (五)未按照本条例的规定封存、保管和启封病历资料和实物的；
- (六)未设置医疗服务质量监控部门或者配备专(兼)职人员的；
- (七)未制定有关医疗事故防范和处理预案的；
- (八)未在规定时间内向卫生行政部门报告重大医疗过失行为的；
- (九)未按照本条例的规定向卫生行政部门报告医疗事故的；
- (十)未按照规定进行尸检和保存、处理尸体的。

第五十七条 参加医疗事故技术鉴定工作的人员违反本条例的规定，接受申请鉴定双方或者一方当事人的财物或者其他利益，出具虚假医疗事故技术鉴定书，造成严重后果的，依照刑法关于受贿罪的规定，依法追究刑事责任；尚不够刑事处罚的，由原发证部门吊销其执业证书或者资格证书。

第五十八条 医疗机构或者其他有关机构违反本条例的规定，有下列情形之一的，由卫生行政部门责令改正，给予警告；对负有责任的主管人员和其他直接责任人员依法给予行政处分或者纪律处分；情节严重的，由原发证部门吊销其执

业证书或者资格证书：

- (一)承担尸检任务的机构没有正当理由，拒绝进行尸检的；
- (二)涂改、伪造、隐匿、销毁病历资料的。

第五十九条 以医疗事故为由，寻衅滋事、抢夺病历资料，扰乱医疗机构正常医疗秩序和医疗事故技术鉴定工作，依照刑法关于扰乱社会秩序罪的规定，依法追究刑事责任；尚不够刑事处罚的，依法给予治安管理处罚。

第七章 附 则

第六十条 本条例所称医疗机构，是指依照《医疗机构管理条例》的规定取得《医疗机构执业许可证》的机构。

县级以上城市从事计划生育技术服务的机构依照《计划生育技术服务管理条例》的规定开展与计划生育有关的临床医疗服务，发生的计划生育技术服务事故，依照本条例的有关规定处理；但是，其中不属于医疗机构的县级以上城市从事计划生育技术服务的机构发生的计划生育技术服务事故，由计划生育行政部门行使依照本条例有关规定由卫生行政部门承担的受理、交由负责医疗事故技术鉴定工作的医学会组织鉴定和赔偿调解的职能；对发生计划生育技术服务事故的该机构及其有关责任人员，依法进行处理。

第六十一条 非法行医，造成患者人身损害，不属于医疗事故，触犯刑律的，依法追究刑事责任；有关赔偿，由受害人直接向人民法院提起诉讼。

第六十二条 军队医疗机构的医疗事故处理办法，由中国人民解放军卫生主管部门会同国务院卫生行政部门依据本条例制定。

第六十三条 本条例自2002年9月1日起施行。1987年6月29日国务院发布的《医疗事故处理办法》同时废止。本条例施行前已经处理结案的医疗事故争议，不再重新处理。

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	住院病人特殊帮扶制度	制度编号	YWK--2020-10
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	43-44

住院病人特殊帮扶制度

1. 目的

当住院患者因病情需要进行相关医技检查或特殊检查时，科室护士根据病情严重程度，安排陪检人员陪检。为防范和处理病人在途中或检查时发生意外，根据《医院管理条例》《医疗质量管理办法》《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》《进一步改善医疗服务行动计划（2018-2020）国卫医发【2017】73号》等相关管理规定，特制定住院特殊帮扶制度。

2. 标准

2.1 医护人员应按照医嘱认真核对病人的床号、姓名、年龄、诊断、检查项目等信息，并通知病人做好检查前的准备工作，准确告知病人检查前特殊准备的内容和注意事项。

2.2 检查前：对门急诊及住院患者应根据病情、行为能力决定是否需陪检帮扶，对危、重患者由本科室医师和（或）护士负责陪检，对行动不便病人由物业后勤人员负责陪检。

2.3 陪人员要了解患者的病情、检查前的准备、特殊检查知情同意书签字情况等，根据病人的病情、身体状况采取适宜的陪送方法（平车、轮椅等），必要时随带急救物品。陪检途中，陪检人员应注意病人的适当体位，严密观察病情，注意道路、车辆、搬运器材的搬运方法和速度。

2.4 检查中：陪检人员和医技科室人员应严密观察患者病情。

2.5 检查后：陪检人员及时与责任护士交接检查时发生特殊情况，责任护士向患者交代检查后的注意事项并及时在病程记录中记录特殊情况。

2.6 在检查的全过程中患者发生意外情况时，在场人员应即刻展开紧急救治并通知临近科室医护人员参加抢救。根据患者病情需要通知急诊科、内科医师等相关医务人员到场抢救，并报告医务科、护理部。

2.7 全院医护人员均应掌握心肺复苏技术。

厚德 精诚 笃行 至善

3. 相关文件

3.1 《医院管理条例》

3.2 《医疗质量管理办法》

3.3 《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》

3.4 《进一步改善医疗服务行动计划（2018-2020）国卫医发【2017】73号》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	住院患者交接登记制度	制度编号	YWK--2020-11
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	45-48

住院患者交接登记制度

1. 目的

为保证患者住院期间各项登记完善，规范住院患者的交接登记记录，保障患者得到连贯的医疗服务，提高医疗安全，根据《中华人民共和国执业医师法》《医院管理条例》《医疗质量管理办法》《医疗事故处理条例》国家下发的《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》等相关管理规定，结合我院实际，制定住院患者交接登记制度。

2. 标准

2.1 关键科室之间转科时必须有完善的病情与资料交接及登记，转出科医护人员必须向转入科负责床位医师或值班医师交待病员情况及有关事项，保障患者得到连贯抢救，并写转入记录。

2.2 关键科室之间转科时必须使用“腕带”作为识别标识，做好交接程序与记录。

2.3 急诊科与病房交接登记制度

2.3.1 需要到病房住院治疗的患者，急诊医生开具住院证，患者家属办理住院手续。

2.3.2 急诊护士通知病房主班护士，准备病床及相关医疗设备。

2.3.3 急诊护士整理好患者的病历资料、药品，送患者到相应病房。

2.3.4 急诊护士与病房护士交接患者，包括患者姓名、诊断、生命体征、病情、治疗情况和药物等。

2.3.5 急诊护士详细填写转运患者交接记录单，并同病房护士双签名。

2.3.6 转运患者交接记录单一式两份，急诊科和病房各一份，以备核查。

2.4 急诊科与手术室交接登记制度

2.4.1 需要急诊手术的患者，由急诊医生联系好手术室，手术室护士准备好手术间及器械等。

2.4.2 急诊护士为患者戴好识别腕带，腕带上详细标明患者姓名、性别、年龄、住院号，整理好患者病历资料及药物。

2.4.3 急诊护士或医生(病情危重者必须有医生陪同)护送患者到手术室。

2.4.4 急诊护士与手术室护士交接患者，包括患者姓名、性别、神志、生命体征、诊断、手术名称、术前准备内容、患者的腕带、病历资料。

2.4.5 急诊护士填写转运患者交接记录单，并同手术室护士双签名。

2.4.6 转运患者交接记录单一式两份，急诊科和手术室各一份，以备核查。

2.5 急诊科与MICU、NICU、PICU交接登记制度

2.5.1 急危重症孕产妇经急诊抢救后，需收入MICU治疗，急危重症新生儿经急诊抢救后，需收入NICU治疗，急危重症儿童经急诊抢救后，需收入PICU治疗，急诊医生开具住院证。

2.5.2 急诊护士联系 MICU、NICU、PICU 主班护士，准备床位及仪器设备。

2.5.3 患者家属办好住院手续后，急诊护士为患者戴上识别腕带，腕带上详细标明患者姓名、性别、年龄、住院号等，整理好患者的病历资料和药物。

2.5.4 急诊护士和医生一同将患者转送至 MICU、NICU、PICU 。

2.5.5 急诊护士和 MICU、NICU、PICU 护士交接患者，包括患者姓名、性别、神志、生命体征诊断、患者的腕带、病历资料和药物等。

2.5.6 急诊护士填写转运患者交接记录单，并同 MICU、NICU、PICU 护士双签名。

2.5.7 转运患者交接记录单一式两份，急诊科和 MICU、NICU、PICU 各一份，以备核查。

2.6 MICU、NICU、PICU 与病房交接登记制度

2.6.1 MICU、NICU、PICU 医师和普通病房医师综合评估患者可转出者，通知患者家属。

2.6.2 MICU、NICU、PICU 的护士联系普通病房，准备床位及相关医疗设备。

2.6.3 MICU、NICU、PICU 护士写转出小结，整理患者用物，送入普通病房。

2.6.4 普通病房护士交接患者，包括患者姓名、性别、神志、生命体征、诊断、患者的腕带、各种管道、病历资料和药物等。详细填写患者交接记录单，护

士双签名。

2.7 手术室与 MICU、NICU 交接登记制度

2.7.1 手术室对手术后需要直接送 MICU、NICU 的手术病人，应先电话通知 MICU、NICU，简单介绍患者病情及注意要点，以便 MICU、NICU 做好迎接患者准备。

2.7.2 MICU、NICU 护士接到电话通知后，应立即做好迎接新患者的准备，备好必须的抢救仪器设备，确保病人安全。

2.7.3 转出前，手术室护士评估患者的一般情况、生命体征等，并按要求完善护理记录。

2.7.4 手术室护士和麻醉师、手术医生一起共同护送患者至 MICU、NICU，协助 MICU、NICU 护士安置好病人。

2.7.5 手术室护士与 MICU、NICU 护士交接患者并做好记录。

2.8 病房与手术室交接登记制度

2.8.1 手术本科室事先通知手术室，准备迎接手术病人，以便手术室做好抢救和手术准备。

2.8.2 病房护士充分做好术前准备，完善护理记录，以确保手术顺利进行。

2.8.3 术前手术室护士到病房接患者入手术室。

2.8.4 根据手术通知单与病房护士、患者三方核对患者姓名、性别、床号、住院号、诊断、手术部位，准确无误后方可接入手术室，同时携带病历及所需物品。

2.8.5 做好手术交接并记录

2.8.6 手术结束后，由麻醉师、手术室护士共同将患者送回病房。手术室护士与病房护士交接患者的衣物、病历、X 线片、皮肤情况等，核对后在接送患者核对单上签名，在全麻患者未清醒前，麻醉师不得离开病房。

2.8.7 接患者手术时，注意患者安全，尤其是特殊患者，如：神志不清、严重外伤、休克等随时有病情变化的患者应有一名医师陪同护送至手术室，以保证患者安全。

2.9 病房与病房交接登记制度

2.9.1 转出科室护士接到患者转科医嘱后，通知患者或家属做好转科准备。

厚德 精诚 笃行 至善

2.9.2 转出科室事先通知转入科室，以便转入科室做好接收或抢救准备。

2.9.3 转出前转出科室护士，应了解患者基本情况，做好心理疏导，缓解患者紧张情绪。

2.9.4 转出科室护士做好转科准备，完善各项护理记录，携带患者物品护送病人到转入科室。

2.9.5 转出科室护士与转入科室护士详细交接患者病情、皮肤、管道及物品并做好交接记录。

3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国执业医师法》

3.2 《医院管理条例》

3.3 《医疗质量管理办法》

3.4 《医疗事故处理条例》

3.5 《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	出院患者随访制度	制度编号	YWK--2020-12
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	49

出院患者随访制度

1. 目的

为了积极推行一体化医疗服务模式，将医疗服务延伸至院后和家庭，使住院病人的院外康复和继续治疗能得到科学、专业、便捷的技术服务和指导，根据《医院管理条例》《医疗质量管理办法》《医德医风管理条例》国家下发的《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》。

2. 标准

2.1 各科均要建立出院病人住院信息登记档案，内容应包括：姓名、年龄、联系电话、出院时间、住院天数、出院主要诊断、住院医师和随访情况等内容。

2.2 所有出院后需院外继续治疗、康复和定期复诊的患者均在随访范围。

2.3 随访方式包括电话随访、接受咨询、来院复诊、书信联系等，随访的内容包括：了解病人出院后的治疗效果、病情变化和恢复情况，指导病人如何用药如何康复、何时回院复诊、病情变化后的处置意见等专业技术性指导。

2.4 随诊时间应根据病人病情和治疗需要而定，治疗用药副作用较大、病情复杂和危重的病人出院后应随时随访。

2.5 负责随访的医务人员负责按要求填写随访记录，并根据随访情况决定是否与上级医师、科主任一起随访。

2.6 科主任应对出院病人随访情况进行检查。

2.7 医务科、护理部应对各临床科室的出院病人信息登记和随访情况定期检查指导。

3. 相关文件

3.1 《医院管理条例》

3.2 《医疗质量管理办法》

3.3 《医德医风管理条例》

3.4 《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》

厚德 精诚 笃行 至善

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	弃婴处理规定	制度编号	YWK--2020-13
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	50-51

弃婴处理规定

1. 目的

为了规范处置弃婴，对接诊、收治弃婴科室要高度责任感和救死扶伤的人道主义精神救治弃婴，并要求及时向保卫科、医务科或总值班及汇报，为规范弃婴的处置流程，根据《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《中华人民共和国未成年人保护法》《关于进一步做好弃婴相关管理工作通知（民法【2013】83号）》等相关管理规定，结合我院实际，制定弃婴处理规定。

2. 标准

2.1 处理原则

发现弃婴后，接诊科室、收治科室要以高度责任感或救死扶伤的人道主义精神，及时向保卫科、医务科或总值班及汇报，任何人不得以任何理由延误病人抢救。

2.2 处理程序

2.2.1 科室发现弃婴后应积极治疗并立即报告保卫科、医务科或总值班(午间、夜间及休息日)。

2.2.2 发现人在现场了解情况后通知保卫科、医务科或总值班(午间、夜间及休息日)并向公安机关报案。由公安机关送入者需公安机关开具介绍信，由民众发现送入或于院内被发现者，保卫科立即通知辖区派出所来我院确认弃婴身份并开具相关证明文件。

2.2.3 医务科或总值班(午间、夜间及休息日)协调弃婴相关处置情况，由急诊儿科值班医师或二线值班医师、科主任在弃婴健康情况判断的基础上选择以下处置方案：

2.2.3.1 对于健康或残疾弃婴，确认暂无需医疗介入，则开具相关证明及病历，与保卫科联系，向派出所备案，与民政局及市福利院联系转送细节。

2.2.3.1 对确需留院治疗的弃婴，以“三无人员”处置方案收治相关科室并

按规定诊治，我院医疗条件对病情处置存在不足者，由医务科或总值班(午间、夜间及休息日)联系综合医院，并结合病情决定立即外送或等待外院派车接送并同时相关抢救措施。

2.2.3.3抢救无效死亡的弃婴：经抢救无效死亡的，收治科室应及时报告医务科或总值班及保卫科(午间、夜间及休息日)，按规定做好相关记录，由医务科协调(午间、夜间及体息日)派出所、民政局按相关手续火化尸体。

2.2.3.4 急诊科及收治科室需记录并形成书面汇报上报医务科。

2.2.3.5 诊疗费用：弃婴在院发生的医疗、护理费用按医院“三无”人员相关规定处理，急诊科及收治科室对患者检查、治疗及用用药情况应按常规进行，不得延误诊疗，亦不得违反诊疗常规进行过度检查及用药。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

3.2 《医疗质量管理办法》

3.3 《中华人民共和国未成年保护法》

3.4 《关于进一步做好弃婴相关管理工作通知（民法【2013】83号）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	院内死胎、死婴处理制度	制度编号	YWK--2020-14
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	52-53

院内死胎、死婴处理制度

1. 目的

为了规范妥善处置死胎及婴儿遗体，规范处理流程，根据《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《殡葬管理条例》《传染病防治法》《医疗废物管理条例》《医疗纠纷处理条例》相关管理规定，结合我院实际，制定院内死胎、死婴处理制度。

2. 标准

2.1任何单位和个人不得遗弃死胎、死婴。

2.2产妇和家属决定自行处理死胎、死婴的，应当按照《殡葬管理条例》要求处理。

2.3严格落实产妇分娩后胎儿遗体、婴儿遗体的知情权，产妇及其家属签署胎儿遗体、婴儿遗体处理意见。医生协助产妇及家属签署谈话单，此单随病历保存。

2.4传染病或疑似传染病的产妇的死胎、死婴，医护人员应当及时告知产妇，按照《传染病防治法》、《医疗废物管理条例》的有关规定进行消毒处理后，装入双层黄色医疗垃圾并封袋口。垃圾袋外粘贴标签，注明产妇姓名、住院号、分娩日期、时间等信息并按照医疗废物进行处置。

2.5对于情况紧急，相关化验检查结果暂不知晓者，由科室按照疑似传染病的产妇的死胎、死婴进行处置。

2.6因病情需要，死胎、死婴需做病理检查的，完成标本采样后按照《殡葬管理条例》要求进行处置。

2.7死胎、死婴由产房工作人员与物业公司专人当面交接签字。产房建立《引产登记本》，对死胎、死婴进行交接登记，科室和个人违反规定所造成的后果由科室和个人负责。

2.8 产妇和家属委托我院处理死胎、死婴的，医院按照相关规定进行处理。

厚德 精诚 笃行 至善

3. 相关文件

- 3.1 《医疗机构管理条例》
- 3.2 《医疗质量管理办法》
- 3.3 《殡葬管理条例》
- 3.3 《传染病防治法》
- 3.4 《医疗废物管理条例》
- 3.5 《医疗纠纷处理条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	患者参与医疗安全管理制度	制度编号	YWK--2020-15
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	54-55

患者参与医疗安全管理制度

1. 目的

为了鼓励患者及其家属主动参与医疗安全活动，尊重患者的知情同意权、选择同意权。提升疾病的治愈好转率，保障医疗质量和患者生命安全。根据《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《医疗纠纷处理条例》《医德医风管理规定》《妇幼保健院等级评审实施细则（2026年版）》的相关管理规定，结合我院实际情况，制定患者参与医疗安全管理制度

2. 标准

2.1患者及家属主动参与医疗安全活动，是对患者和家属知情同意权、选择权的重视，让患者在医疗活动中实施自己的知情同意权、选择权；并且参与其中，同时获取信息。

2.2进一步落实医务人员对患者及其家属的健康知识教育，以座谈、知情告知等形式，对患者及其家属的健康教育知识进行宣传，并记录。

2.3落实出院患者回访制度。医院职能科室及病区进行出院患者回访工作，并进行记录。对患者治疗效果，满意度情况，改进意见等调查，促进医疗持续改进。

2.4临床医疗、医技科室医务人员主动为患者及其家属提供相关的健康宣教，提供健康管理相关信息，积极配合医务人员实施预防和处理措施。

2.5教育患者在就诊时应提供真实病情、真实信息，并告知其对诊疗服务质量与安全的重要性。

2.6主动邀请患者及其家属参与治疗计划的制定、实施和医疗决策过程。最大限度地促进医患沟通，有利于医务人员根据患者病情及个体差异的不同制定出适应每个患者的详细、科学的治疗(手术)方案，当患者病情变化的时候能够及时调整修改治疗(手术)方案，以提高患者家属的知情权和自我护理能力，利于改善患者的健康状况。

2.7 医务人员在给患者采集标本、给药或输血等各类诊疗活动时，应该至少同时使用两种患者身份识别方法，并主动要求患者及家属参加。详细告知操作目的、方式和风险，并请患者参与手术部位的确认；需要使用设备或耗材的，为患者（或患者近亲属）提供设备和材料的相关信息，让患者对操作有所了解，以确认设备及耗材和患者身份具有惟一对应性，以及和相应费用的对应性；取得患者（或患者近亲属）的确认后，需知情同意签字确认，作为最后确认的手段，以确保实施操作等诊疗活动的顺利进行。

2.8 对需要手术的患者，主动邀请患者参与手术安全核查，术前医师应标示手术部位，主动邀请患者参与认定；手术、麻醉实施前实施“患者身份和手术部位确认”程序，由手术医师、麻醉医师、手术或巡回护士执行最后确认程序后，方可开始实施麻醉、手术。严格防止手术患者、手术部位及手术方式发生错误。

2.9 在实施任何有创诊疗活动（如介入、手术、穿刺等）前，实施者应亲自与患者（或家属）沟通，作为最后确认的手段；对接收手术、昏迷、神志不清、无自主能力的重症患者及重症监护病房、手术室、急诊抢救室、新生儿室等科室的患者，要使用“腕带”作为操作、用药、输血等诊疗活动时辨别患者的一种必备手段。

2.10 公开本院接待患者投诉的主管部门、投诉的方式及途经。

3. 相关文件

- 3.1 《医疗机构管理条例》
- 3.2 《医疗质量管理办法》
- 3.3 《医疗纠纷处理条例》
- 3.4 《医德医风管理规定》
- 3.5 《妇幼保健院等级评审实施细则（2026年版）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	医疗安全防范制度	制度编号	YWK--2020-16
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	56-57

医疗安全防范制度

1. 目的

为了进一步高医疗质量、保障医疗安全；增强主动服务意识，提高服务质量；减少医疗缺陷、医疗差错、医疗事故的发生和因此而产生的医疗投诉及医疗纠纷。根据《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《医疗纠纷处理条例》《医德医风管理规定》《妇幼保健院等级评审实施细则（2026年版）》相关管理规定，结合我院实际，制定医疗安全防范制度。

2. 标准

2.1 建立医疗安全目标责任制

2.1.1 完善医疗安全责任制，签署《医疗安全协议书》使各科室(部门)和各级医务人员做到对医疗安全负责。

2.1.2 责任制应达到有责任目标、有实现目标的保障措施、有检查考核办法、有奖惩激励制度等要求。

2.2 医疗安全教育

2.2.1 旨在使医务人员在思想认识上、职业道德上、应变能力上和保证医疗安全的心理状态及技能上，排除各种主观障碍。

2.2.2 医疗安全意识教育：

2.2.2.1 树立正确、积极的医疗风险意识。

2.2.2.2 增强医疗安全责任感，增强医疗安全管理的法律意识。

2.2.2.3 克服自身及周围有关方面存在不安全因素的自觉性和主动性。

2.2.3 医德与医疗安全相关教育：包括医德理念与医疗安全、医德规范与医疗安全和医患关系与医疗安全等相关性的认识。

2.2.4 质量管理知识与医疗安全相关教育：

2.2.4.1 医疗安全教育是质量教育的重要内容。

2.2.4.2 为保障医疗安全又需要掌握相关的质量管理知识，主要是医疗服务

厚德 精诚 笃行 至善

质量安全质量特性的内涵与外延知识、标准化管理知识和医疗缺陷管理知识等。

2.2.5 医疗技术与医疗安全相关教育。

2.2.6 紧密结合继续医学教育，将医疗安全教育贯穿于医学技术教育之中。

2.3 医疗缺陷检控与安全把关

2.3.1 医疗不安全事件的发生具有一定的随机性特点，故应严密进行缺陷检控，加强医疗安全把关，以防患于未然。

2.3.2 强化日常医疗缺陷管理，建立健全各级卫生技术人员自下而上和各级行政组织自上而下对重大高难度或新技术措施进行安全把关的制度。

2.4 重点病人医疗管理

加强重点病人(如危重病人、手术后病人、新生儿病人、疾病晚期的临终病人、急诊尤其是成批发病的急诊病人、与医疗纠纷或司法案例有关的病人等)的评估与管理，完善医院各科室间的协调机制，加强配合，减少医疗缺陷，保障患者安全。

2.5 重点科室(专业)及重点工作岗位和控制对象重点监控

通过科室安全评估发现医疗安全系数特低的科室(专业)、重点工作岗位和工作人员，指定各级领导和技术骨干实行具体指导、帮助和监督治理。

2.6 不安全因素检查消除措施

定期进行医疗安全大检查，以科室为单位评价不安全因素存在的程度，并对明显存在的不安全因素采取切实有效的治理消除措施。

2.7 医疗不安全事件易发境况的安全防范部署

在晚夜班、节假日及其它容易发生医疗不安全事件的环境和情况下，均应进行医疗

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

3.2 《医疗质量管理办法》

3.3 《医疗纠纷处理条例》

3.4 《医德医风管理规定》

3.5 《妇幼保健院等级评审实施细则（2026年版）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	首诉负责制	制度编号	YWK--2020-17
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版本	第2版	页码	58-59

首诉负责制

1. 目的

为落实“以病人为中心，以质量为基础，以满意为标准”的服务宗旨，改进工作作风，增加工作透明度，提高办事效率，搞好优质服务，树立医院良好形象，《医院投诉管理办法（试行）》《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《医疗纠纷处理条例》《医德医风管理规定》等法律法规，特制订本制度。

2. 标准

2.1 基本内容

2.1.1 实行“首问负责制”，即在医院所有场所、医院服务窗口和医疗服务处理过程中，首先受到来访、咨询或接待办事的人员为第一责任人，要负责给予办事或咨询一方必要的指引、介绍或答疑等服务，使之最为迅速、简便地得到满意的服务。

2.1.2 首问负责制的对象包括：前来上级检查人员、来医院办事的人员、来医院就诊患者、来访人员、来电、咨询、查询、投诉和相关业务单位人员等。

2.2 执行要求

2.2.1 每位员工（包括各级人员、总值班以及实习、进修人员）在对来人或来电提出的咨询、投诉和业务办理等问题，无论是否属于本部门范围的事情，首先收到询问的同志要使用文明用语，礼貌待人，热情大方；要负责指引、介绍或答疑，不得经任何借口推诿、拒绝或拖延处理时间。

2.2.2 全体员工必须熟悉了解医院各项工作，如医院布局、路径、业务范围、开展项目、医院制度、专科专病、作息时间等。

2.2.3 首问负责部门或工作人员能当场处理的，要当场解决。不能当场处理或不属于职责范围内的，应该做到：

2.2.3.1 总值班接到电话特别是院内现场需要处理的事情，接到电话必须在10分钟内赶到现场。

2.2.3.2向对方说明原因，给予必要的解释；

2.2.3.3将来人带到或指引到相关部门办理；

2.2.3.4可用电话与相关部门联系，及时解决；

2.2.4答复来人来电提出的问题，既要准确地掌握政策，又要坚持实事求是的原则。对于不清楚、掌握不确切的问题，及时请示有关领导，给予对方一个准确的解答。对于确实解决不了、解释不了或不属于本部门管辖的问题，应耐心向对方说明情况，负责到底。答复、介绍和指引时，首问负责的同志态度要热情、用语要文明，要杜绝服务忌语，避免“门难进、脸难看、话难讲、事难办”的现象发生。

2.2.3 责任追究

在处理来人、来电的咨询、查询、投诉、业务办理过程中，如发生拒绝、推诿或态度粗暴等现象或引发投诉，一经查实，要依据医院相关规定对责任部门和责任人进行处理。

3. 相关文件

3.1 《医院投诉管理办法（试行）》

3.2 《医疗机构管理条例》

3.3 《医疗质量管理办法》

3.4 《医疗纠纷处理条例》

3.5 《医德医风管理规定》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	医疗纠纷、投诉接待处理制度	制度编号	YWK--2020-18
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	60-62

医疗纠纷、投诉接待处理制度

1. 目的

为进一步加强我院医疗纠纷投诉管理，规范纠纷投诉处理程序，维护医患双方合法权益，持续改进医疗服务质量，保障医疗安全，根据《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《信访工作条例》、《卫生信访工作办法》、《医院投诉管理办法(试行)》等有关法律法规以及卫生行政主管部门对投诉工作的总体要求，我院制定本制度。

2. 标准

2.1 投诉接待处理制度

2.1.1 医院建立畅通、便捷的投诉渠道，设立投诉举报电话，并向社会公布电话号码（0856-5266197），在医院显著位置公布投诉部门的地点、接待时间及其联系方式。并安排投诉管理部门医务科专管人员处理、回复患者投诉。

2.1.2 医院投诉接待实行“首诉负责制”。投诉人向有关部门、科室投诉的，被投诉部门、科室的工作人员应当予以热情接待，对于能够当场协调处理的，应当尽量当场协调解决；对于无法当场协调处理的，接待的部门或科室应当主动引导投诉人到我院投诉管理部门医务科投诉。

2.1.3 投诉接待人员应当认真听取投诉人意见，核实相关信息，并如实填写《医院投诉登记表》，如实记录投诉人反映的情况，并经投诉人签字（或盖章）确认。若为匿名投诉按照国家有关规定办理。

2.1.4 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。

2.1.5 医务科接到投诉后，应当及时向当事部门、科室和相关人员了解、核实情况，并可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。

2.1.6 对于涉及医疗质量安全、可能危及患者健康的投诉，医院应当立即采

厚德 精诚 笃行 至善

取积极措施，预防和减少患者损害的发生；对于涉及收费、价格等能够当场核查处理的，应当及时查明情况，立即纠正；对于情况较复杂，需调查、核实的投诉事项，一般应当于5个工作日内向投诉人反馈相关处理情况或处理意见；对于涉及多个科室，需组织、协调相关部门共同研究的投诉事项，应当于10个工作日内向投诉人反馈处理情况或处理意见。

2.1.7医院各部门、科室应当积极配合医务科开展投诉事项调查、核实、处理工作。

2.1.8涉及医疗事故争议的，应当告知投诉人按照《医疗事故处理条例》等法规，通过医疗事故技术鉴定、调解、诉讼等途径解决，并做好解释疏导工作。

2.1.9属于下列情形之一的投诉，投诉管理部门应当向投诉人说明情况，告知相关处理规定：投诉人已就投诉事项向人民法院起诉的；投诉人已就投诉事项向信访部门反映并作出处理的；没有明确的投诉对象和具体事实的；已经依法立案侦查的治安案件、刑事案件；其他不属于投诉管理部门职权范围的投诉。

2.1.1. 投诉人应当依法文明表达意见和要求，向医院投诉管理部门提供真实、准确的投诉相关资料，配合医院投诉管理部门的调查和询问，不得扰乱医疗正常秩序。对于投诉人采取违法或过激行为的，医院应当及时采取相应措施并依法向公安机关和卫生行政部门报告。

2.2 医疗纠纷接待处理制度

2.2.1本制度所指医疗纠纷为患者在我院接受医疗服务过程中对医疗过程、医疗结果有异议，并与院方发生争议的事件。

2.2.2负责处理医院医疗纠纷的接待部门为医务科办公室。

2.2.3医疗纠纷的接待及处理工作应当贯彻“以病人为中心”的理念，遵循合法、公正、及时、便民的原则。

2.2.4执行“首诉负责制”，医务科接待人员应当予以热情接待，对于能够当场协调处理的，应当尽量当场协调解决；对于无法当场协调处理的，应该明确交待下次接待处理时间，原则上不超过5个工作日，超过5个工作日未处理的要及时汇报并与患方沟通；对于其它部门的纠纷应当与相关部门进行沟通与交接，并积极配合处理；对于涉及多个科室，需组织、协调相关部门共同研究的投诉事项，应当于10个工作日内向投诉人反馈处理情况或处理意见。

2.2.5 接待人员应当认真听取投诉人意见，核实相关信息，并如实填写《投诉登记本》，如实记录投诉人反映的情况，并经投诉人签字（或盖章）确认。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。

2.2.6 接到投诉后，医务科应当及时向当事部门、科室和相关人员了解、核实情况，必要时组织院内专家进行讨论，在查清事实、分清责任的基础上提出处理意见，并于5个工作日内反馈投诉人。医疗纠纷当事部门、科室和相关人员应当予以积极配合。

2.2.7 对于涉及医疗质量安全、可能危及患者健康的投诉，投诉处理人员应当立即组织相关科室采取积极措施，预防和减少患者损害的发生。

2.2.8 对医疗纠纷情况、调查资料和专家讨论意见进行汇总，明确处理建议，及时向院领导请示与汇报。

2.2.9 患方对医院意见产生争议的，应当告知患方按照《侵权责任法》、《医疗事故处理条例》等法规，通过医疗纠纷人民调解委员会调解、医疗事故技术鉴定、诉讼等途径解决，并做好解释疏导工作。

2.2.10. 半年对投诉情况进行归纳分类和分析研究，发现医院管理、医疗质量的薄弱环节，提出改进意见或建议，督促相关部门、科室及时整改。根据事实情况和相关管理制度，对医疗纠纷当事人提出具体处理意见，请示领导得到认可后，反馈给当事人。

2.2.11 建立医疗安全档案管理制度，对医疗安全方面资料进行归类整理和妥善保存。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

3.2 《医疗事故处理条例》

3.3 《信访工作条例》

3.4 《卫生信访工作办法》

3.5 《医院投诉管理办法(试行)》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	高风险诊疗措施特约谈话告知制度	制度编号	YWK--2020-19
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	63-65

高风险诊疗措施特约谈话告知制度

1. 目的

为了加强医患沟通，充分尊重患者的知情同意权和治疗选择权，防范医疗纠纷的发生，不断改善医患关系，根据《中华人民共和国侵权责任法》、《中华人民共和国执业医师法》、《医疗事故处理条例》、《医疗机构管理条例》、《病历书写基本规范》等法律法规规定，特制定本制度。

2. 标准

2.1 特约谈话告知的对象

2.1.1 下列情形有医疗纠纷可能，应进行高风险诊疗措施特约谈话告知：

2.1.1.1 高风险重大手术患者、新技术手术患者；

2.1.1.2 评估手术困难或预后不佳者；

2.1.1.3 术中出现突发情况的患者、改变手术方式或增加手术范围者；

2.1.1.4 高风险器官摘除手术；

2.1.1.5 特殊药物治疗患者；

2.1.1.6 有纠纷或纠纷隐患患者的特殊诊疗措施；

2.1.1.7 外院转入我院的纠纷患者特殊诊疗措施；

2.1.1.8 存在精神心理障碍的患者手术；

2.1.1.9 对治疗效果期望值高的患者；需要使用昂贵自费药品或材料的；

2.1.1.10 病情复杂、患病时间长、具有两种及以上的并发症、合并症的患者；

2.1.1.11 临床医师认为需要特约谈话的其他“高风险诊疗措施”

2.1.1.12 特殊人群患者，包括：高龄手术患者、高危产妇、存有纠纷隐患的新生儿重症患者、新生儿患者。

2.1.2 下列情形医疗纠纷可能，鼓励进行高风险诊疗措施特约谈话告知：

2.1.2.1 贫困地区的患者，家庭经济条件差的患者；

2.1.2.2 没有参加任何形式医疗保险的患者；

厚德 精诚 笃行 至善

2.1.2.3直系亲属三人以上且诊疗意见不一致的患者；

2.1.2.4诊疗过程中表达对治疗或者服务不满意的患者；

2.2谈话告知的内容

2.2.1负责谈话医生介绍参与人员和科室；

2.2.2患者及家属身份信息介绍；

2.2.3说明病情及预后情况；

2.2.4说明拟采取的医疗措施及这些措施的风险；

2.2.5需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，说明手术、检查、特殊治疗的目的、必要性、医疗风险、替代医疗方案等情况；

2.2.6医疗费用预估；

2.2.7患者和家属对治疗方案和存在风险的疑问；

2.2.8谈话医生对患者和家属疑问的解释；

2.2.9需要患者及家属配合的事由，拒绝医疗措施的风险；

2.2.10患者和家属知情了解后选择并签字（同意或放弃）；

2.3特约谈话告知的程序

2.3.1临床医师根据患者的具体情况拟定特约谈话告知对象，由科室负责人审定，科室提出申请，填写《铜仁市妇幼保健院高风险诊疗措施特约谈话记录表》，联系医务科约定谈话时间。

2.3.2谈话地点原则上在医务科，由医务科派人主持；节假日由院总值班人员主持。

2.3.3谈话前由医务科审查患方参与谈话对象的身份（身份证复印件留存），节假日由院总值班人员审核。

2.3.4谈话告知按相关医疗法律法规的规定进行，告知内容在告知书上载明，由参与告知的临床医师向患方宣读并进行必要的解释。

2.3.5参与谈话告知的医患双方人员在谈话笔录或手术同意书上签字，参与谈话告知人员作为见证人签字，谈话过程全程录音录像。

2.3.6《高风险诊疗措施特约谈话记录表》、谈话告知笔录或手术同意书复印件、患者及家属身份证复印件、谈话的录音录像由医务科（医务科）存档备案；节假日院总值班人员保存以上资料，上班后交由医务科（医务科）。

2.3.7 高风险诊疗措施特约谈话结局由谈话医生在谈话结束后 7 天内将情况反馈医务科（医务科）。

2.4 参与特约谈话告知的医方人数及要求

2.4.1 医务科每次派 1~2 人参加，节假日由院总值班人员参加；

2.4.2 科室每次派 1~2 名医师（必须有 1 名主管该患者的主治以上医师）参加；手术患者必须有术者参加；急诊手术必须由副主任以上医师参加谈话告知；特殊病例医务科心必须有主任或副主任参加谈话告知；必要时请院内法律顾问参加。

2.5 我院鼓励各临床医技科室积极参与特约谈话告知，应进行特约谈话而相关科室未申请并产生医疗纠纷的，由责任科室或个人按医疗法律法规和医院有关规定承担相应的责任。

3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国侵权责任法》

3.2 《中华人民共和国执业医师法》

3.3 《医疗事故处理条例》

3.4 《医疗机构管理条例》

3.5 《病历书写基本规范》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	深静脉血栓预防制度	制度编号	YWK--2020-20
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	66-68

深静脉血栓预防制度

1. 目的

对发生深静脉血栓的高风险病人及时采取预防措施，防止深静脉血栓的发生及并发症带来的影响，根据《执业医师法》《医疗质量管理办法》《医疗技术临床应用管理办法》《人民出版社《诊疗指南内科分册》2019年版）等相关管理及指南，结合我院具体情况，制定本制度。

2. 标准

2.1 筛查高危病人：

2.1.1 高危人群 高龄、女性、高危孕妇、吸烟、糖尿病、肥胖、小腿水肿、下肢静脉曲张、心功能不全和以往有深静脉血栓形成史的病人

2.2 预防措施：

2.2.1 劝告病人戒烟，以免尼古丁刺激血管引起静脉收缩。

2.2.2 输液时，应尽量选择在健侧，同时避免下肢输液，因下肢静脉血栓的发生率是上肢的3倍，避免静脉注射对血管有刺激性的药物，避免在同一静脉进行多次穿刺。穿刺部位如出现炎症反应立即重新建立静脉通道。必要时可采用留置套管针，尽量减少扎止血带的时间，减轻对局部和远端血管的损伤。

2.2.3 术前预防 术前要了解病人的全身情况和凝血情况，积极纠正贫血、高血压、糖尿病及其他心血管疾病的影响。

2.2.4 术中预防 术中纠正脱水，保持水、电解质平衡，减少术中出血。手术操作轻柔细致，防止不必要的组织损伤，特别注意保护暴露于手术野的血管，以免损伤血管内膜而诱发血栓形成

2.2.5 术后预防 术后早期下床活动，术后24 h 指导病人开始做下肢抬高训练；不能下床者，应鼓励并督促病人在床上主动屈伸下肢做趾屈和背屈运动，内、外翻运动，足踝的“环转”运动。同时被动按摩下肢腿部比目鱼肌和腓肠肌，以促进血液循环。避免膝下垫枕和过度屈髋，以免影响小腿深静脉回流。保持大

便通畅，以减少因用力排便、腹压增高而致的下肢静脉回流受阻。手术后应督促病人行深呼吸，每小时10次~12次，增加膈肌运动，促进血液回流。。

对于血液高凝状态的病人，手术后可静脉输注低分子右旋糖酐和复方丹参或口服肠溶阿司匹林、潘生丁，以降低血液黏稠度和防止血小板聚集。手术的激惹反应引起血小板增加，术中、术后输血均可致血液凝固性增高，因此尽可能不输血或仅输少量新鲜血。

2.3 发生血栓后处理

2.3.1 临床表现：常表现为下肢肿胀、疼痛、浅静脉怒张，

2.3.2 护理

2.3.2.1 发现异常及时报告护士长和医生，遵医嘱进行处理。

2.3.2.2 让病人卧床1~2周，抬高患肢20度~30度，以促进血液回流。

2.3.2.3 注意患肢保暖，室温保持在25℃左右，不得按摩或做剧烈运动，以免栓子脱落。

2.3.2.4 患肢制动，以免造成栓子脱落，引起肺栓塞，同时也避免因活动而引起肿胀程度的增加。

2.3.2.5 患肢使用弹力绷带，加压包扎，阻断浅静脉，促进血液回流，减轻肿胀。护士应指导病人正确使用弹力绷带，避免包扎过紧导致局部缺血或肢端水肿加重。由于患肢血液循环差，再加上制动，容易引起褥疮，故应保持床单的整洁，防止患肢褥疮的发生。

2.3.2.6 深静脉血栓引起的双下肢水肿，常为非对称性，应仔细观察。每日定时对比双下皮肤色、温度、肿胀程度及感觉，测量双下肢同一平面的周长并记录。

2.3.2.7 采用抗凝治疗或溶栓治疗者，注意出血倾向 监测病人血常规、血小板、出凝血时间、凝血酶原时间、尿常规、大便常规加隐血。特别应注意以下部位的出血：①皮肤及黏膜出血；②肉眼血尿，粪便或咯痰是否带血；③女性病人有无阴道出血；④穿刺时针孔渗血。

2.3.2.8 预防肺栓塞 深静脉血栓 后1周~2周内最不稳定，栓子极易脱落，要十分警惕肺栓塞发生。所以对深静脉血栓 病人除积极抗凝、溶栓等综合治疗外，急性期病人应卧床1周~2周，防止一切使静脉压增高的因素，避免栓

子脱落。护士应严密观察，如病人突然出现剧烈胸痛、呼吸困难、咳嗽、咯血、发绀，甚至休克，应考虑肺栓塞发生，立即报告医生及时处理。

2.4 出院指导

2.4.1 健康宣教：乘坐汽车、火车或飞机旅行持续5h 以上，可使静脉血栓性疾病发生的危险性增加4倍，因此，外出旅行者最好不要穿束身衣服，并常做下肢自我按摩以促进血液循环。

2.4.2 教育病人如果出现深静脉血栓的迹象和症状需要就诊，如新的肿胀或患肢肿胀增加，皮肤破裂，疼痛和脉搏减弱或消失。

2.4.3 教育病人如果出现肺栓塞的迹象如气短，胸痛，甲床发绀和呼吸急促立即去急诊。

2.4.4 警惕出血的危险如精神状态改变，脉搏细数，皮肤苍白。

2.4.5 如果病人服用华法林，应避免吃高维生素K的食物，如梨、花椰菜、豆芽、白菜、大葱、肝和绿叶蔬菜。

2.4.6 确认病人需要定期抽血检查凝血酶原时间和INR；如果病人回家使用普通肝素治疗，需要每月检查部分凝血酶原时间。如果病人使用低分子肝素治疗，教给他正确的皮下注射技术，并确保病人知道轮换注射部位。让他演示操作技术。告诉病人注射部位出现瘀斑是正常的，如果瘀痕扩大则需要告诉医生。

2.4.7 帮助病人制定复诊计划，其中包括胸部CT和磁共振造影或静脉多普勒扫描监测血栓的状态。

3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗质量管理办法》

3.3 《医疗技术临床应用管理办法》

3.4 《诊疗指南内科分册》2019年版）

第二章 医疗技术和资质管理

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	医疗技术风险预警机制管理制度	制度编号	YWK--2020-1
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	69-70

医疗技术风险预警机制管理制度

1. 目的

为最大限度降低医疗技术风险与损害，对医疗技术的安全、质量、疗效等情况进行有效管理。根据《医疗机构管理条例》《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会 第1号）《中华人民共和国执业医师法》（主席令第18号）制定本制度。

2. 标准

2.1 医疗技术风险与损害是指在医疗服务过程中以及医院运行过程中，任何可能影响患者的诊疗结果、增加患者的痛苦和负担，并可能引发医疗纠纷或医疗事故以及影响医疗工作的正常运行的危险因素和不良事件。

2.2 重点加强管理的项目包括：新开展技术或项目、被评价为高风险技术服务或项目、三级及以上重大手术或项目，对重危、疑难及医疗争议病例。

2.3 要求

2.3.1 建立院长负责制，由主管副院长主抓医疗技术风险及损害工作。

2.3.2 医务人员严格道守医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章、诊疗护理规范、常规、恪守医疗服务职业道德。

2.3.3 对高风险医疗技术实行准入制度，未经备案的人员不允许从事高风险的医疗技术工作；严格执行手术分级制度；加强高风险、高技术科室医疗设备、技术力量的充实。

2.3.4 严格执行新技术新业务准入制度，坚决杜绝不经批准的新技术新业务在临床中使用。

2.3.5对超出本科专业诊治范围的患者应及时请相关专业会诊并转科治疗，对超出医院诊治范围的患者及时转院治疗，不得延误。

2.3.6对在治疗过程中，损害较轻、不致造成严重后果者，当事科室报医务科，并由科主任或高年资医师主持科内会诊，妥善处理；要及时把握“最佳时机”进行救治，避免或者减轻对患者身体健康的损害，防止损害扩大，把医疗损失减少到最低限度。

2.3.7对在治疗过程中，出现严重诊断和治疗问题、严重并发症或副作用的应立即由科主任组织积极抢救，同时通知投医务科，由医务科组织全院会诊指定下步救治方案；对手术中出现副损伤或需要二次以上手术者，报告科主任，组织科内会诊，必要时组织全院大会诊，确定二次手术方案，报告医务科备案。

2.3.8对在治疗过程中，出现重大医疗技术损害时，首先报告上级医师和科主任，同时报告医务科和主管副院长(非上班时间报告总值班)，医务科或主管副院长(总值班)接到报告后 10 分钟到达现场进行调查核实。必须同时报告院长，任何人不得隐瞒或瞒报。

2.3.9科室质量与安全管理小组全面负责医疗风险预防、风险评估、质量监控风险处置、缺陷整改等工作。科室主任是预防、监控和处理医疗风险的第一责任人。

2.3.10医务科是医疗技术风险及损害的职能部门，接受科室医疗风险的预警和报告，并作出应对医疗风险的决策。已造成医疗事故、医疗纠纷者，按照《医疗事故处理条例》规定程序进行处理。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

3.2 《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第1号）

3.3 《中华人民共和国执业医师法》（主席令第18号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	医疗技术许可授权资格考评管理规定	制度编号	YWK--2020-2
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	71-73

医疗技术许可授权资格考评管理规定

1. 目的

为规范我院医疗技术的管理，加强医疗技术项目准入和人员资质的准入，减少安全隐患，提高医疗质量，降低医疗风险，保障患者医疗安全。根据《医疗机构管理条例》《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会 第1号）《医疗机构手术分级管理办法（试行）》《中华人民共和国执业医师法》（主席令第18号）制定本制度。

2. 标准

2.1 医疗技术的许可授权资格考评工作由医疗技术管理委员会担任，主要工作如下：

2.1.1 组织制定医疗技术项目资格考评标准及复评标准。

2.1.2 对各科室推荐的医务人员进行全面评估，履行相关考核流程，从工作业绩、医德医风、技术操作等方面进行综合评定，合格后予以从事诊疗技术项目的授权许可，并报医务科备案。

2.1.3 对于开展已终止或中止的诊疗技术项目的技术人员，予以取消授权许可备案。待重新认定开展后，重新履行授权许可程序，获得授权许可后方可继续开展。

2.1.4 定期监督所授权人员开展的医疗技术项目的情况，对于不具备技术能力的人员，予以及时停止授权许可并留岗查看，报医务科备案。

2.1.5 实施每两年一次再授权管理制度，对所授权人员实施分级管理制度。合格人员予以晋级，不合格人员予以降级或停止授权，相关资料报医务科备案，存入医师个人技术档案。

2.1.6 因原则不强，徇私舞弊等未能规范履行授权许可考评制度，导致医疗技术项目无法正常实施或损害医院及者利益的，予以取消考评人员资质及授权人

员资质，同时按照医院相关规定予以处理，涉及相关法律责任的由当事人自行承担。

2.2 医疗技术资质审批

医疗技术根据难度、风险和有无创伤分为普通无创、普通有创和高风险诊疗技术。

2.2.1 普通无创操作指临床常用低风险、操作简单、安全的操作。只要取得执业医师执照的人员都有权操作。

2.2.2 普通有创操作指临床常用低风险、操作简单、安全的有创操作，如导尿管减压、骨髓穿刺，浅表组织活检，B超引导下诊断性腹穿、胸穿，外周血管穿刺、清创等，取得执业医师执照的医师，在上级医师指导下成功完成规定的例数后，所在科室推荐，经医疗技术管理委员会审批后，予以资质准入。凡在医院学习的实习生、进修生均不得开展普通有创诊疗操作，临床型已获得执业医师资格的研究生可在上级医师指导下进行普通有创诊疗操作。

2.2.3 高风险诊疗技术资质审批：

2.2.3.1 高风险诊疗技术目录为医院规定的项目

2.2.3.2 各专业根据高风险诊疗操作过程的复杂性和技术的难度要求按项目进行资质准入，高风险诊疗操作技术分专业设置准入标准，取得主治医师职称方可提出最低难度的高风险诊疗操作技术项目的准入资质申请，大多项目要求副主任及以上技术职称方可申请准入资格，申请前必须完成规定数量的一助，和在上级医师(或有有经验医师)指导下成功实施规定数量的手术/操作，根据相应项目考核，达到一定的技术水平，科室同意上报医务科审核，经医院医疗技术管理委员会二级评审，获得相应技术资格，方可进行独立操作。

2.2.3.3 危重患者进行高风险诊疗操作管理

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

2.3 医疗技术资质许可授权实行动态管理，每2年复评一次，进行操作技术能力再评价与再授权，再授权主要依照实际能力提升而变，不唯职称晋升而变动。

当出现下列情况，取消其相应资格：

2.3.1再授权考核不合格者。

2.3.2达不到操作许可授权所必需资格认定的新标准者。

2.3.3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。

2.3.4在操作过程中明显或次违反操作规程者。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

3.2 《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第1号）

3.3 《医疗机构手术分级管理办法（试行）》

3.4 《中华人民共和国执业医师法》（主席令第18号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	高风险技术操作管理制度	制度编号	YWK--2020-3
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	74-76

高风险技术操作管理制度

1. 目的

为提高医疗质量、保障医疗安全，加强高风险诊疗技术的管理和规范高风险诊疗技术的临床应用，特制订本制度。《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会 第1号）《医疗机构手术分级管理办法（试行）》《中华人民共和国执业医师法》（主席令第18号）制定本制度。

2. 标准

2.1 高风险诊疗技术管理

2.1.1 高风险诊疗技术随着医学科学发展和不同地域、不同医学学科发展水平的不同具有差异性和变动性。各临床专业科室根据本专业诊疗操作技术的复杂性、难易程度和风险性，确定本科室高风险诊疗技术项目目录，经医疗技术管理委员会审定通过后报医务科备案，并对目录进行定期更新。

2.1.2 医疗技术管理委员会为管理机构，职责包括审定本院高风险技术目录，明确本院高风险技术质量管理要求，确定高风险技术授权程序，审批/取消高风险技术医师授权。

2.1.3 管理细则：

2.1.3.1 高风险技术医师授权严格按审批程序进行动态管理。只有经医疗技术管理委员会授权的本院医师才能从事高风险技术，未经授权的个人，不得从事诊疗操作。但紧急情况下，未获授权医师可在已通知授权医师并报告医务科或总值班后进行高风险诊疗技术操作。

2.1.3.2 对危重患者进行高风险诊疗操作，除紧急情况，在操作前要进行科室讨论，综合评估病情，确立操作方案和应急预案。原则上要安排技术熟练的医师负责具体操作。

2.1.3.3 各科室开展的高风险诊疗技术应当与其功能、任务相适应，具备符

合资质的专业技术人员、相应的设施、设备和质量控制体系。

2.1.3.4 高风险诊疗操作技术按专业不同，各科室分别设定准入标准（例如申请者必须取得主治医师以上职称，且担任申请项目一助 5 例以上，并在上级医师或有经验医师指导下成功施行 5 例）及高风险诊疗技术的操作常规，并实施考核，对操作者的理论水平和实际操作技能、熟练掌握程度进行评定。

2.1.3.5 医院对高风险诊疗技术实行动态管理，由医疗技术管理委员会定期对《高风险技术目录》进行评估审核。对技术已经成熟，风险程度降低的技术纳入普通医疗技术，对因医疗技术原因造成每年两次以上纠纷的技术纳入高风险技术目录，按本规定管理。

2.1.3.6 对病人进行高风险技术诊疗前，有授权的医师必须履行告知制度，明确告知病人所存在的风险和可替代方法，签定知情同意书。

2.1.3.7 开展高风险医疗技术的科室，应制订应急预案，降低风险。

2.1.3.8 在进行高风险技术诊疗出现预计以外的损害时，当事医师应采取积极补救措施，降低损害，同时报告科主任、医务科、主管院长。医院立即组织专家进行救治。

2.2 高风险诊疗技术的监管和再授权

2.2.1 医务科履行管理、监督、检查职责，对高风险技术的安全性、有效性和合理应用情况进行评估。

2.2.2 高风险诊疗技术实行追踪管理，开展高风险诊疗技术的科室，自项目开展日起，每年对高风险诊疗技术开展情况进行总结，并将总结报告报送医务科备案。

2.2.3 医院对高风险诊疗技术操作的资格授权实行动态管理，每两年复审一次。当出现下列情况，则应当取消或降低其进行操作的权限：

2.2.3.1 达不到新修订的授权审核条件。

2.2.3.2 对操作者的实际完成质量进行评价后，经证明两年内其操作并发症的发生率超过操作标准规定的范围。

2.2.3.3 在本周期内发生 2 次或 2 次以上医疗事故或过错。

2.2.3.4 在操作过程中明显或屡次违反操作规程。

2.2.4 取消或降低操作权限者可在半年后提出再授权申请，科主任签字报医

务科审核同意后，再提交医疗技术管理委员会审核。

2.2.5对于高风险诊疗技术操作权限申请、授权、监管及再授权结果持有异议者可直接向医疗技术管理委员会提出申诉，由医疗技术管理委员会作出的裁定为最终裁定。

2.2.6临床科室应根据科室业务发展规划，组织科内专业技术人员参加专科高风险诊疗技术操作培训，培养技术人才，提高科室整体技术水平。

2.2.7对违反本规定超权限手术的科室和责任人，一经查实，要追踪科室负责人和当事人责任，按照医院管理的相关规定进行处罚。

3. 相关文件

3.1 《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第1号）

3.2 《医疗机构手术分级管理办法（试行）》

3.3 《中华人民共和国执业医师法》（主席令第18号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	医疗技术临床应用管理	制度编号	YWK--2020-4
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	77-82

医疗技术临床应用管理

1. 目的

为做好我院医疗技术临床应用管理，保障医疗安全。根据《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会 第1号）《省卫生计生委办公室关于取消医疗保健技术临床应用准入管理有关工作的通知》（黔卫计办函〔2016〕22号）、《贵州省医疗保健技术临床应用能力技术审核办法（2015版）》制定本制度。

2. 标准

2.1 总则

2.1.1 本制度所指医疗技术，是指医疗机构及其医务人员以诊断和治疗疾病为目的，对疾病作出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康而采取的诊断、治疗措施。

2.1.2 各科室开展医疗技术临床应用应遵守本制度。

2.1.3 医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。

2.1.4 根据国家卫生健康委员会令第1号《医疗保健技术临床应用管理办法》（2018年）、《省卫生计生委办公室关于取消医疗保健技术临床应用准入管理有关工作的通知》（黔卫计办函〔2016〕22号）、《贵州省医疗保健技术临床应用能力技术审核办法（2015版）》等文件有关规定，医疗保健技术分为三类：

2.1.4.1 第一类（非限制类临床应用的医疗保健技术）医疗保健技术是指安全性、有效性确切，医疗机构通过常规管理在临床应用中能确保其安全性、有效性的技术。由医疗机构自行制定目录并严格进行管理。

2.1.4.2 第二类（贵州省限制临床应用的医疗保健技术）医疗保健技术是指

安全性、有效性确切，涉及一定伦理问题或者风险较高，由省卫生健康委员会制定目录并严格进行控制管理的医疗保健技术。

2.1.4.3第三类（国家卫生健康委员会限制临床应用的医疗保健技术）医疗保健技术是指具有下列情形之一，目录由国家卫生健康委员会制定，需要经国家卫生健康委员会进行严格控制管理的医疗保健技术：

- （一）涉及重大伦理问题；
- （二）高风险；
- （三）安全性、有效性尚需经规范的临床试验研究进一步验证；
- （四）需要使用稀缺资源；
- （五）国家卫生健康委员会规定的其他需要特殊管理的医疗保健技术。

卫生部负责第三类医疗技术的临床应用管理工作；省级卫生行政部门负责第二类医疗技术临床应用管理工作；第一类医疗技术临床应用由医院自行管理。

2.1.5我院的医疗技术临床应用管理由医疗技术管理委员会的医疗技术管理小组负责，日常管理工作由医务科负责。

2.1.6各科室不得在临床应用卫生部废除或者禁止使用的医疗技术。

2.1.7各科室在申请开展第二类、第三类医疗技术前，应先完成相应的临床试验研究，有安全、有效的结果后方可提出申请。

2.1.8各科室在申请医疗技术临床应用能力技术审核时，应当提交医疗技术临床应用可行性研究报告，内容包括：

2.1.8.1医疗机构名称、级别、类别、相应诊疗科目登记情况、相应科室设置情况；开展该项医疗保健技术的目的、意义和实施方案；

2.1.8.2该项医疗技术的基本概况，包括国内外应用情况、适应证、禁忌证、不良反应、技术路线、质量控制措施、疗效判定标准、评估方法，与其他医疗技术诊疗同种疾病的风险、疗效、费用及疗程比较等。

2.1.8.3开展该项医疗技术具备的条件，包括主要技术人员的执业注册情况、资质、相关履历，具备的设备、设施、其他辅助条件、风险评估及应急预案。

2.1.8.4医学伦理审查报告。

2.1.8.5其他需要说明的问题。

2.1.8.5医疗机构开展已备案的国家卫生健康委员会或贵州省卫生健康委员

会限制临床应用的医疗保健技术时，经相应的卫生行政部门备案后30内到核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门办理诊疗科目项下的医疗保健技术登记。

2.1.9科室在医疗技术临床应用过程中出现下列情形之一的，应当立即停止该项医疗技术的临床应用，并向医务科报告，医务科向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门报告：

2.1.9.1该项医疗技术被卫生部废除或者禁止使用。

2.1.9.2从事该项医疗技术主要专业技术人员或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化，不能正常临床应用。

2.1.9.3发生与该项医疗技术直接相关的严重不良后果。

2.1.9.4该项医疗技术存在医疗质量和医疗安全隐患。

2.1.9.5该项医疗技术存在伦理缺陷。

2.1.9.6该项医疗技术临床应用效果不确切。

2.1.9.7省级以上卫生行政部门规定的其他情形。

2.1.10医疗技术应用科室，出现下列情形之一的，应当立即报告医务科通过医院报请批准其临床应用该项医疗技术的卫生行政部门决定是否需要重新进行医疗技术临床应用能力技术审核：

2.1.10.1与该项医疗技术有关的专业技术人员或者设备、设施、辅助条件发生变化，可能会对医疗技术临床应用带来不确定后果的。

2.1.10.2该项医疗技术非关键环节发生改变的。

2.1.10.3准予该项医疗技术诊疗科目登记后 1 年内未在临床应用的。

2.1.10.4该项医疗技术中止 1 年以上拟重新开展的。

未经医院批准，科室或医务人员擅自临床应用各类医疗技术，由科室或医务人员承担相应的法律和经济赔偿责任。

2.2医疗新技术管理

2.2.1医疗新技术是指在我院首次应用于临床的诊断和治疗技术，包括以下项目：

2.2.1.1使用新试剂的诊断项目；

2.2.1.2使用二、三类医疗器械的诊断和治疗项目；

2.2.1.3创伤性的诊断和治疗项目；

厚德 精诚 笃行 至善

2.2.1.4生物基因诊断和治疗项目。

2.2.1.5使用产生高能射线设备的诊断和治疗项目；

2.2.1.6 组织、器官移植技术项目；

2.2.1.6实验性临床医疗项目。

2.2.1.7医疗技术科研项目；

2.2.1.8其他可能对人体健康产生重大影响的新技术项目。

2.2.2医疗技术管理委员会的医疗技术管理小组负责全院范围内新技术临床应用准入管理工作，医务科负责日常管理工作。实验性临床医疗项目及医疗技术涉及伦理的，还应提交伦理审查报告。

2.2.3临床技术的项目必须在开展前进行申报审批。

2.2.4各科室在申报新技术时，须经科室医疗新技术管理小组组织专家对该项目的科学性、创新性、实用性、有效性、安全性、理论依据及伦理方面对该项目做出初审。并按要求填写《铜仁市妇幼保健院医疗新技术新项目申请表》一式两份。

2.2.5未按本条例申报，科室擅自开展“新技术”而发生意外医疗后果，造成医院损失的，按有关规定严肃处理。

2.2.6医疗新技术审批的有效期限为一年。

2.2.7医疗技术管理委员会的医疗技术管理小组定期对医疗新技术进行评审。

2.3医疗技术中止管理

医务人员开展所有医疗技术时，出现以下情形之一的，应立即停止该项医疗技术的实施，并立即向医务科报告：

2.3.1当该技术的主要专业技术人员或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化，不能正常临床应用的，或发生生与技术项目直接相关的严重不良后果的，应当立即中止临床应用并报医务科。

2.3.2当该技术有关专业技术人员或者设备、设施、辅助条件发生变化，可能会对临床应用带来不确定后果的，应当立即中止临床应用并报医务科。

2.3.3准入后1年内没有在临床应用的医疗技术，应当及时报请医务科，按规定进行评估，符合规定后，方可重新开展。

2.4医疗技术操作权限管理

厚德 精诚 笃行 至善

2.4.1 手术权限

我院医师手术权限参照我院《铜仁市妇幼保健院关于印发手术分级及医师资质准入范围和标准的通知》执行。

2.4.2 麻醉权限

2.4.2.1 参照美国麻醉医师协会 (ASA) 病情分级标准：

I 级：病人心、肺、肝、肾、脑、内分泌等重要器官无器质性病变；

II 级：有轻度系统性疾病，但处于功能代偿阶段；

III 级：有明显系统性疾病，功能处于早期失代偿阶段；

IV 级：有严重系统性疾病，功能处于失代偿阶段；

V 级：无论手术与否，均难以挽救病人的生命。

2.4.2.2 麻醉医师麻醉权限根据我院《铜仁市妇幼保健院关于印发手术分级及医师资质准入范围和标准的通知》确定

2.4.2.2.1 低年资住院医师

在上级医师指导下可开展 ASA 分级 1~2 级手术病人的麻醉如神经阻滞麻醉、低位椎管内麻醉及部分全麻，一二级手术麻醉，气管插管术等。

2.4.2.2.2 高年资住院医师

在上级医师指导下可开展 ASA 分级 2~3 级手术病人的麻醉、二三级手术麻醉、休克病人麻醉，高龄病人麻醉，小儿麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等。

2.4.2.2.3 低年资主治医师

可独立开展 ASA 分级 2~3 级手术病人的麻醉、二三级手术麻醉、休克病人麻醉，高龄病人麻醉，小儿麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等。

2.4.2.2.4 高年资主治医师

在上级医师指导下可开展 ASA 分级 3~4 级手术病人的麻醉、三四级手术麻醉、熟练掌握休克病人麻醉，高龄病人麻醉，小儿麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等。

2.4.2.2.5 低年资副主任医师

在上级医师指导下可开展 ASA 分级 4~5 级手术病人的麻醉、四级手术的

厚德 精诚 笃行 至善

麻醉，轮转疼痛门诊。

2.4.2.2.6高年资副主任医师

指导下级医师操作比较疑难病人的麻醉及处理下级医师麻醉操作意外、疼痛门诊疑难病人诊治等。

2.4.2.2.7主任医师

指导各级医师操作比较疑难病人的麻醉及处理各级医师麻醉操作意外、疼痛门诊疑难病人诊治，开展新项目、极高风险手术麻醉等。

2.4.3介入权限

根据卫生部相关介入诊疗技术管理规范，具有主治医师以上专业技术职称且经过专业培训的医师可开展外周血管介入操作。

3. 相关文件

3.1《医疗技术临床应用管理办法》(中华人民共和国国家卫生健康委员会 第1号)

3.2《省卫生计生委办公室关于取消医疗保健技术临床应用准入管理有关工作的通知》(黔卫计办函〔2016〕22号)

3.3《贵州省医疗保健技术临床应用能力技术审核办法(2015版)》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	手术医师资质准入审批管理制度	制度编号	YWK--2020-5
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	83-85

重大手术审批报告制度

1. 目的

为保证手术患者安全，完善手术管理，降低手术风险，保证医疗质量，病情复杂及疑难手术必须实行重大手术报告审批制度，以确保院内重大手术安全。根据《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第1号）和《医疗机构手术分级管理办法（试行）》特制定本制度。

2. 标准

2.1 重大手术定义：

重大手术指技术难度大、手术过程复杂、风险度大的各种手术。包括高风险手术，新技术新项目、科研手术及其它特殊手术。

2.2 重大手术权限：副主任医师及以上职称手术医师方可主持重大手术，包括一般新技术、新项目手术或经主管部门批准的高风险科研项目手术。对资格准入手术，除必须符合上述规定外，手术主持人还必须是已获得相应专项手术的准入资格者，但手术医师的手术权限均不可超出我院的手术权限。

2.3 重大手术审批权限

重大手术审批权限是指对拟施行的重大手术(包括不同情况、不同类别手术)的审批权限。

2.3.1 高度风险手术：高度风险手术是指手术科室科主任认定的存在高度风险的任何级别的手术。须经科内讨论，科主任签字同意后报医务科备案并提交分管业务副院长审批同意后，手术科室科主任负责签发手术通知单。

2.3.2 新技术、新项目、科研手术：一般新技术、新项目手术及重大手术须经科内讨论，科主任签字同意后报医务科，由医务科备案并提交分管业务副院长

审批同意，手术科室主任签发手术通知单。高风险的新技术、新项目科研手术由医院上报上级卫健局备案。

2.3.3其他特殊手术：预期可能引致司法到纷的，本院因术后并发症需再次手术的(非计划再次手术)，外院医师会诊主持手术的(异地行医必须按执业医师法有关规定执行)，以上手术，须经科内讨论，科主任签字同意后报医务科，医务科备案后提交分管业务副院长审批同意后，由手术科室科主任签发手术通知单。

2.4重大手术需在术前填写《重大手术审批报告表》(见附件)，并由医务科主任和分管业务院长进行审批。

2.5对违反本制度的责任人，将追究相关人员的责任，对由此而造成医疗事故的，依法追究相应的责任。重大手术申报审批制度是规范医疗行为，保障医疗安全，维护病人利益的有力措施，各科室必须严格遵照执行。

3. 相关文件

3.1《医疗机构管理条例》

3.2《医疗质量管理办法》

3.3《医疗技术临床应用管理办法》(中华人民共和国国家卫生健康委员会第1号)

3.4《医疗机构手术分级管理办法(试行)》特制定本制度。

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	医疗技术准入及监管管理制度	制度编号	YWK--2020-6
	发布部门	医务科	编制人	杨娟
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	86-88

医疗技术准入及监督管理制度

1. 目的

为加强医疗技术临床应用管理，建立医疗技术准入和管理机制，促进医学科学发展和医疗技术进步，提高医疗质量，保障医疗安全，依据《医疗技术临床应用管理办法》，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 为加强医疗技术临床应用管理，建立医疗技术准入和管理机制，促进医学科学发展和医疗技术进步，提高医疗质量，保障医疗安全，依据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》等有关法律、法规和规章，制定本制度。

2.2 本制度所称医疗技术，是指医疗机构及其医务人员以诊断和治疗疾病为目的，对疾病作出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康而采取的诊断、治疗措施。

2.3 医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。开展医疗技术应当与我院功能任务相适应，具有符合资质的专业技术人员、相应的设备、设施和质量控制体系，并遵守技术管理规范。

2.4 医疗技术分为三类：

2.4.1 第一类医疗技术是指安全性、有效性确切，医疗机构通过常规管理在临床应用中能确保其安全性、有效性的技术。

2.4.2 第二类医疗技术是指安全性、有效性确切，涉及一定伦理问题或者风险较高卫生行政部门应当加以控制管理的医疗技术。

2.4.3 第三类医疗技术是指具有下列情形之一，需要卫生行政部门加以严格控制管理的医疗技术：

2.4.3.1 涉及重大伦理问题；

2.4.3.2 高风险；

2.4.3.3 安全性、有效性尚需经规范的临床试验研究进一步验证；

2.4.3.4 需要使用稀缺资源；

2.4.3.5 卫生部规定的其他需要特殊管理的医疗技术。

2.5 第一类医疗技术临床应用由医疗机构根据功能、任务、技术能力实施严格管理。

2.6 依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术。

2.7 开展的临床检目必须是卫生部公布的准予开展的临床检验项目。

2.8 我院负责第一类医疗技术临床应用能力审核工作。

2.9 对医疗技术定期进行安全性、有效性和合理应用情况评估。

2.10 建立手术分级管理制度。根据风险性和难易程度不同，手术分为四级：

2.10.1 一级手术是指风险较低、过程简单、技术难度低的普通手术。

2.10.2 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。

2.10.3 三级手术是指有一定风险、过程较复杂、难度较大的手术。

2.10.4 四级手术是指风险高、过程复杂、难度大的重大手术。

2.11 对具有不同专业技术职务任职资格的医师开展不同级别的手术进行限定，并对其专业能力进行审核后授予相应的手术权限。

2.12 自准予开展第二类医疗技术和第三类医疗技术之日起 2 年内，每年向批准该项医疗技术临床应用的卫生行政部门报告临床应用情况，包括诊疗病例数、适应证掌握情况、临床应用效果、并发症、合并症、不良反应、随访情况等。必要时，相应的卫生行政部门可以组织专家进行现场核实。

2.13 在医疗技术临床应用过程中出现下列情形之一的，应当立即停止该项医疗技术的临床应用，并向主管的卫生行政部门报告：

2.13.1 该项医疗技术被卫生部废除或者禁止使用；

2.13.2 从事该项医疗技术主要专业技术人员或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化，不能正常临床应用；

2.13.3 发生与该项医疗技术直接相关的严重后果；

厚德 精诚 笃行 至善

2.13.4 该项医疗技术存在医疗质量和医疗安全隐患；

2.13.5 该项医疗技术存在伦理缺陷；

2.13.6 该项医疗技术临床应用效果不确切；

2.13.7 省级以上卫生行政部门规定的其他情形。

2.14 出现 2.13.1 和 2.13.2 情形的，申请负责医疗机构诊疗科目登记的卫生行政部门及时注销诊疗科目下的相应医疗技术登记，并向社会公告。

2.15 出现 2.13.3 至 2.13.6 情形的，申请批准该项医疗技术临床应用的卫生行政部门立即组织专家对医疗机构医疗技术临床应用情况进行复核，必要时可以组织对医疗技术安全性、有效性进行论证。根据复核结果和论证结论，批准该项医疗技术临床应用的卫生行政部门及时作出继续或者停止临床应用该项医疗技术的决定，并对相应的医疗技术目录进行调整。

2.16 出现下列情形之一的，报请批准临床应用该项医疗技术的卫生行政部门决定是否重新进行医疗技术临床应用能力技术审核：

2.16.1 与该项医疗技术有关的专业技术人员或者设备、设施、辅助条件发生变化，可能会对医疗技术临床应用带来不确定后果的。

2.16.2 该项医疗技术非关键环节发生改变的。

2.16.3 准予该项医疗技术诊疗科目登记后 1 年内未在临床应用的。

2.16.4 该项医疗技术中止 1 年以上拟重新开展的。

2.17 未经医疗机构批准，医务人员擅自在临床应用医疗技术的，由医务人员承担相应的法律和经济赔偿责任。

2.18 执业医师在医疗技术临床应用过程中有违反《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》等法律、法规行为的，按照有关法律、法规处罚。

3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

3.3 《医疗事故处理条例》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	手术医师资质准入审批管理制度	制度编号	YWK--2020-7
	发布部门	医务科	编制人	杨娟
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	89-98

手术医师资质准入审批管理制度

1. 目的

为确保手术安全和手术质量，加强各科室与医师的手术、介入诊疗管理。根据《医疗技术管理条例》和《医疗机构手术分级管理办法（试行）》制定本制度。根据《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第1号）和《医疗机构手术分级管理办法（试行）》特制定本制度。

2. 标准

2.1 手术分级及医师资质准入范围和标准

2.1.1 手术分级主要根据手术风险性和难易程度不同，手术分为四级：

2.1.1.1 一级手术：是指风险较低、过程简单、技术难度低的普通手术；

2.1.1.2 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；

2.1.1.3 三级手术：是指风险较高、过程较复杂、难度较大的手术；

2.1.1.4 四级手术：是指风险高、过程复杂、难度大的重大手术。

2.1.2 手术医师分级

根据其取得的卫生技术资格及其相应受聘职务，规定手术医师的分级。所有手术医师均应依法取得执业医师资格。

2.1.2.1 住院医师：低年资住院医师：从事住院医师工作3年以内，或硕士生毕业取得执业医师资格，从事住院医师2年以内者；高年资住院医师：从事住院医师工作3年以上，或硕士生毕业取得执业医师资格，并从事住院医师2年以上者。

2.1.2.2 主治医师：低年资主治医师：担任主治医师3年以内，或临床博士生

毕业，从事主治医师工作2年以内；高年资主治医师：担任主治医师3年以上，或临床博士生毕业，从事主治医师工作2年以上者。

2.1.2.3副主任医师：低年资副主任医师：担任副主任医师3年以内，或博士后毕业，从事副主任医师工作2年以上者；高年资副主任医师：担任副主任医师3年以上者。

2.1.2.4主任医师：受聘主任医师岗位工作者。

2.1.3各级医师手术范围

2.1.3.1低年资住院医师：在上级医师指导下，可担任一级手术的术者；高年资住院医师：在熟练掌握一级手术的基础上，在上级医师指导下逐步开展二级手术。

2.1.3.2低年资主治医师：可担任二级手术的术者，并在上级医师指导下，逐步开展三级手术；高年资主治医师：掌握三级手术，有条件者可在上级医师指导下适当开展一些四级手术（担当助手）。

2.1.3.3低年资副主任医师：可担任三级手术的术者，在上级医师指导下逐步开展四级手术；高年资副主任医师：在主任医师指导下，担任四级手术术者。

2.1.3.4主任医师：可担任四级手术术者，特别是完成新开展的手术或引进的新手术，或重大探索性科研项目手术。

2.2特殊情况下的审批标准

2.2.1因各种原因被降级处理的医师，可在降级半年后申请该级手术资质；

2.2.2外院进修学习后拟开展的手术，建议邀请外院专家指导下进行；

2.2.3拟开展的新技术新业务，须按照医院有关新技术新业务管理规定，经医院新技术管理委员会审批通过方可实施。

2.3手术医师资格准入审核程序

2.3.1手术医师提出申请

医师根据个人工作能力提出申请，填写《铜仁市妇幼保健院手术医师资质准入审批表》（附件1），资质发生变动的医师，填写《铜仁市妇幼保健院手术医师资质再授权审批表》（附件2）。

2.3.2手术医师资质分级评定小组意见

各专科结合申请者基本情况、实际技术操作水平、围手术期管理、医德医风、

厚德 精诚 笃行 至善

患者投诉和纠纷发生情况，初步认定其手术级别，由评定小组组长签字确认。详见附件 3、4

2.3.3 手术医师资质管理委员会审定

结合科室意见，由手术、麻醉医师资质管理委员会进行手术技术考核，主要考核内容包括沟通能力、术前准备、手术技能熟练程度、无菌操作等方面，提出同意开展手术级别和种类，对资格准入或再授权申请进行审批。详见附件 5、6

2.3.4 审定后的手术医师资质将在医务科备案，并由医务科在院内公示。

2.4 手术医师资质准入管理制度

2.4.1 科主任安排手术时应按手术准入制安排手术人员，不符合手术准入资质的医师进行手术产生的后果由相关科室和当事医师负责。违反规定的相关人员延迟半年审定其手术资质。若发生同类手术技术事故，相应责任人应进行手术资质降级处理。

2.4.2 医院每年对手术医师资质认定一次。医务科定期对手术医师资质评定结果进行公示。

2.4.3 报告制度

手术中出现异常情况，主刀医师不能继续胜任手术时，应及时要向上级医师报告，如不请示上级医师所造成的后果由手术医师负责。手术发生意外，手术医师应及时处理，并立即向上级医师和科主任报告，上级医师和科主任要积极参与处理，严重情况应及时报告医务科，由医务科组织相关科室会诊处理。

2.4.4 特殊情况的处理

2.4.4.1 急诊手术时值班医师资质不够，若病情紧急，可以超越被审定的手术范围，应在准备手术的同时尽可能与上级医师联系，上级医师应在接到报告后尽快参加手术。

2.4.4.2 由外院专家指导开展新技术、新业务的手术，若由较低资质医师承担，必须在外院专家担任术者，本院医师担任第一助手，并完成一定手术量的基础上方可申请相应手术的资质准入。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

3.2 《医疗质量管理办法》

3.3 《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第1号）

3.4 《医疗机构手术分级管理办法（试行）》

- 附件：1. 《铜仁市妇幼保健院手术医师资质准入审批表》
2. 《铜仁市妇幼保健院手术医师资质再授权审批表》
3. 《科手术能力考核评价评分标准》
4. 《科手术医师手术能力考核评价表》
5. 《手术医师手术能力考核评价评分标准》
6. 《手术医师手术能力考核评价表》

附件1

铜仁市妇幼保健院手术医师资格准入审批表

姓名		年龄		学历		职称	
科室		工作时间			申请时间		
原准入	病种			拟申请准	病种		
资格	等级			入资格	等级		
<p>申请理由：</p> <p>一、医师资质：技术职称_____ 获得时间_____；</p> <p>二、进修学习情况：_____；_____</p> <p>三、手术医师资质准入标准</p> <p>四级手术：1、由该专业学科带头人和高年资副主任医师承担，有相应的外出进修过程并参加该类手术达5例以上；（）</p> <p>2、三级手术：由科主任或副主任医师承担，特殊情况下高年资主治医师（3年）也可承担，有参加该类手术5-10例经历，手术操作规范，手术器械及设备使用熟练；（）</p> <p>3、二级手术：由主治医师承担，有参加该类手术5-10例经历，手术操作熟练；（）</p> <p>4、一级手术：由住院医师承担，有参加该类手术5-10例经历（作为一助完成5-10例，或在上级医师指导下完成5例），手术操作熟练。（）</p> <p style="text-align: right;">申请人：_____年 月 日</p>							
<p>科室讨论意见：</p> <p style="text-align: right;">科主任：_____年 月 日</p>							
<p>医务科意见：</p> <p style="text-align: right;">签名：_____年 月 日</p>							
<p>专家小组审定意见：</p> <p style="text-align: right;">组 长：_____年 月 日</p>							
<p>医疗保健技术临床应用管理委员会意见：</p> <p style="text-align: right;">主 任：_____年 月 日</p>							

附件 2

铜仁市妇幼保健院手术医师能力评价与再授权表

科室： 年 月 日

姓名：		性别：		年龄：	
专业技术职称		取得时间：		聘任时间：	
完成本级别手术类型及例数（病案号）					
在上级医师指导下完成上一级别手术例数（病案号）					
有无医疗事故及纠纷发生	有无非计划再次手术病例			有无越级手术	
	医源性原因		非医源性原因		
考评结果					
合格			不合格		
是否同意再授权同级别手术		是否同意晋升上一级别手术		是否再授权同级别手术	
科主任意见：					
签字（盖科章）： 年 月 日					
医务科意见：					
科章： 年 月 日					
分管院长审定意见：					
签字： 年 月 日					
医疗保健技术临床应用管理委员会意见：					
主任： 年 月 日					

附件3

铜仁市妇幼保健院
手术医师手术能力考核评价评分标准

科 室

年 月 日

考核项目	考评要求	评分标准
手术例数 (2 分)	手术中主刀例数，以本次本专业参加考核同级医生平均手术量为标准进行统计。	低于平均数酌情扣 0.1-0.3 分，低于一半扣 0.5 分。
手术前准备 (2 分)	手术前准备准确、齐全，包括各项检查齐全，抗生素种类及剂量使用合理，完成手术前谈话。	抽查两份病历， 每出现一项不合格每例酌情扣0.1-0.5分，造成一定后果每例扣 0.5-1 分。 ，
手术操作 (3 分)	操作规范、准确，技能操作操作准确，消毒合格。	抽查两份病历，操作中操作不规范酌情扣 0.1-0.5 分，因手术操作造成大量出血、延长手术时间，每例酌情扣 1-2 分，出现擅自做超出相应等级手术的情况不得分。
手术后处理(2 分)	手术后医嘱规范，手术后观察记录及时完整。	抽查两份病历，记录有缺陷酌情每例扣 0.1-0.2 分，缺主要项不得分。
并发症 (1 分)	手术预后良好，无不良后果。术后无并发症。	手术出现并发症酌情每例扣 0.1-0.3 分，因手术态度不良造成重大有创操作问题不得分，因手术造成病人死亡不得分。

厚德 精诚 笃行 至善

附件4

**铜仁市妇幼保健院
手术医师手术能力考核评价表**

科 室

年 月 日

姓名	手术级别	手术例数	手术例数	术前准备	手术	术后处理	并发症	总计	考核人签名	科主任 意见
			分值：2	分值：2	分值：3	分值：2	分值：1			

备注：1. 科主任确定本科 3-5 名副主任医师以上人员组成考核小组

2. 每一年对科室考核一次

科主任签名：

日期：

厚德 精诚 笃行 至善

附件5

铜仁市妇幼保健院

手术医师手术能力考核评价表评分标准

考核项目	考评要求	评分标准
手术级别及操作者例数 (1分)	术中主刀例数，以本次本专业参加考核同级医生平均手术量为标准进行统计	低于平均数酌情扣 0.1-0.3 分，低于一半扣 0.5 分，无手术不得分。
手术后并发症/死亡/感染例数 (1分)	手术后无并发症、死亡、手术后感染。	抽查两份病例，手术后出现并发症或手术后感染酌情每例扣 0.5-1 分，因手术造成病人死亡不得分。
非计划再次手术例数 (1分)	出现非计划再次手术	抽查两份病历，出现非计划再次手术，扣 1 分。
手术室护士评价 (1分)	手术室护士根据术者能力给予相应评价或直接打分。	根据评价给予 0-1 分。
医疗投诉 (1分)	无医疗投诉。	每出现一例因手术造成的纠纷或投诉，扣 0.1-0.5 分，出现有责任纠纷或投诉，扣 1 分。
科室评分 (5分)	参照科室手术医师手术能力考核总分，以及科室评价酌情给分。	由科室手术医师资质评定小组给分

厚德 精诚 笃行 至善

附件 6

铜仁市妇幼保健院
手术医师手术能力考核评价表

姓名	手术级别	手术例数	术后 并发症	非计划再次 手术例数	手术室护士评价	医疗投诉	科室评价	得分
		/	/					
		/	/					
		/	/					
		/	/					
		/	/					

签名:

日期:

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	手术医师定期能力评价与再授权制度	制度编号	YWK--2020-8
	发布部门	医务科	编制人	杨娟
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	99-101

手术医师定期能力评价与再授权制度

1. 目的

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，根据《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第1号）和《医疗机构手术分级管理办法（试行）》特制定本制度。

2. 标准

2.1 考核组织

医务科具体负责制定手术医师资质准入制度及手术评价标准、手术医师的技术考核、外科手术评价、手术医师的手术分级审核，监督管理手术医师资质准入制度的执行，协调制定手术分类及手术医师资质准入范围和标准，定期和不定期考核手术科室执行情况。相关科室成立以科主任为组长的科室手术医师资质分级评定小组，具体负责本科室手术医师能力评价与再授权工作

2.2 手术医师定期能力评价

2.2.1 手术医师能力评价周期为每 2 年评价一次。

2.2.2 评价标准

2.2.2.1 对本级别手术种类完成 80%以上，且未发生医疗过错或事故者，可授予同级别手术权限。

2.2.2.2 预申请晋升高一级别手术权限的医师，除达到完成本级别手术 80%以上条件外，尚同时具备以下条件：

2.2.2.2.1 获得相应手术级别的卫生专业技术资格任职年限；

2.2.2.2.2 承担本级别手术时间满两年度；

2.2.2.2.3 承担本级别手术期间无医疗过错或事故发生（以我院医疗质量与安全管理委员会、医疗事故技术鉴定委员会讨论结果为准）；

2.2.2.2.4 在上级医师指导下完成高一级别手术 5 例以上者。

厚德 精诚 笃行 至善

2.2.2.3当出现下列情况之一者，取消或降低其手术操作权限：

2.2.2.3.1达不到操作许可必需条件的；

2.2.2.3.2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；

2.2.2.3.3在操作过程中明显或屡次违反操作规程；

2.2.2.3.4承担本级别手术期间发生 2 次或 2 次以上医疗事故或过错者；

2.2.2.3.5在实施本级别手术期间，存在非计划再次手术记录的，当年度手术医师能力评价视为不合格，本年度不得晋升上一级别手术资质。

2.2.2.3.6在实施本级别手术期间，若发现有越级手术或未经授权擅自开展手术的案例者，当年度手术医师能力评价视为不合格，本年度不得晋升上一级别手术资质。

2.3评价程序

2.3.1科室手术医师资质评定小组，根据上述规定，对科室开展的手术进行梳理、讨论，对手术医师资质进行评定，拟定新年度各级手术医师手术级别及手术范围，经个人填写《铜仁市妇幼保健院手术医师定期能力评价与再授表》，科室手术医师资质评定小组考核后，提交医务科进行资质审核。

2.3.2晋升二级手术权限再授权由医师本人书写述职报告，并填写《铜仁市妇幼保健院手术医师定期能力评价与再授表》，经科室手术医师资质评定小组考试考核后报医务科，经手术医师资质管理委员会对其进行讨论，授予二级手术权限。

2.3.3晋升三级、四级手术权限的医师由需书写述职报告，并填写《铜仁市妇幼保健院手术医师定期能力评价与再授表》，经科室手术医师资质评定小组讨论通过后报医务科，手术医师资质管理委员会对其参加考试考核，授予高一级别手术权限。

2.3.4已取消或降低其手术操作权限的医师，经科室手术医师资质评定小组讨论后形成书面意见，报手术医师资质管理委员会讨论通过，授予相关级别的手术权限。

2.3.5手术医师能力评价与再授权结果院内公示。

2.3.6医务科备案。

2.4 监督管理

2.4.1 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。

2.4.2 对违反本规定的相关人员调查处理，并按照医院的相关规定追究其责。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

3.2 《医疗质量管理办法》

3.3 《医疗技术管理条例》

3.4 《医疗机构手术分级管理办法（试行）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	麻醉医师资格分级授权管理制度	制度编号	YWK--2020-9
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	102-107

麻醉医师资格分级授权管理制度

1. 目的

1.1为加强医院麻醉技术临床应用管理，保障医疗安全，提高医疗质量，加强我院各级麻醉医师资格分级授权管理。

1.2为加强麻醉操作权限化管理，对麻醉医师资格分级授权实施动态化管理。

1.3根据《医疗机构管理条例》和《医疗技术临床应用管理办法》等规定，制定本制度。

1.4适用范围：本制度适用于麻醉科。

2. 标准

2.1麻醉分级

2.1.1参照美国麻醉医师协会(ASA)病情分级标准：I~V级 ASA 分级标准是：

I：病人心、肺、肝、肾、脑、内分泌等重要器官无器质性病变；

II：有轻度系统性疾病，但处于功能代偿阶段；

III：有明显系统性疾病，功能处于早期失代偿阶段；

IV：有严重系统性疾病，功能处于失代偿阶段；

V：无论手术与否，均难以挽救病人的生命。

2.1.2特殊手术麻醉及操作技术

合并心脏病手术的麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克病人麻醉，高龄病人麻醉，新生儿麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等

2.1.3参考手术分级标准

2.1.4新开展项目、科研手术

2.2麻醉医师级别

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

厚德 精诚 笃行 至善

定麻醉医师的级别。所有麻醉医师均应依法取得执业医师资格。

2.2.1 住院医师

2.2.1.1 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。

2.2.1.2 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工作 2 年以上者。

2.2.2 主治医师

2.2.2.1 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。

2.2.2.2 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。

2.2.3 副主任医师：

2.2.3.1 低年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作 3 年以内，或有博士后学历、从事副主任医师岗位工作 2 年以上者。

2.2.3.2 高年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作 3 年以上者。

2.2.4 主任医师：受聘主任医师岗位工作者。

2.3 各级麻醉医师权限

2.3.1 低年资住院医师

在上级医师指导下可开展 ASA 分级 1~2 级手术病人的麻醉如神经阻滞麻醉、低位椎管内麻醉及部分全麻，一二级手术麻醉，气管插管术等

2.3.2 高年资住院医师

在上级医师指导下可开展 ASA 分级 2~3 级手术病人的麻醉、二三级手术麻醉、休克病人麻醉，高龄病人麻醉，小儿麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等

2.3.3 低年资主治医师

可独立开展 ASA 分级 2~3 级手术病人的麻醉、二三级手术麻醉、休克病人麻醉，高龄病人麻醉，小儿麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等

2.3.4 高年资主治医师

厚德 精诚 笃行 至善

在上级医师指导下可开展 ASA 分级 3~4 级手术病人的麻醉、三四级手术麻醉、熟练掌握休克病人麻醉，高龄病人麻醉，小儿麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等

2.3.5 低年资副主任医师

在上级医师指导下可开展 ASA 分级 4~5 级手术病人的麻醉、四级手术的麻醉，轮转疼痛门诊

2.3.6 高年资副主任医师

指导下级医师操作比较疑难病人的麻醉及处理下级医师麻醉操作意外、疼痛门诊疑难病人诊治等

2.3.7 主任医师

指导各级医师操作比较疑难病人的麻醉及处理各级医师麻醉操作意外、疼痛门诊疑难病人诊治，开展新项目、极高风险手术麻醉等

2.4 麻醉排班安排

2.4.1 每日择期手术排班由科主任完成，按医师级别确定每例手术的麻醉医师名单，需要会诊的，至少提前 2 天交科主任组织会诊并审批。

2.4.2 急诊手术、夜班及节假日手术由住院总安排、协调。

2.4.3 病人选择麻醉医师时，应以执行麻醉医师分级的制度为前提。

2.3.2.5 特殊麻醉的审批权限

2.5.1 资格准入麻醉与疼痛的诊治

资格准入麻醉与镇痛是指市级或市级以上卫生行政主管部门按规定，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。已取得某种类别麻醉与镇痛资格准入的麻醉医师才具有主持相应的麻醉与镇痛的权限。

2.5.2 高风险麻醉

高风险麻醉须经科内讨论，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。

2.5.3 急诊手术麻醉

预期手术的麻醉级别在值班医师麻醉权限级别内时，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，值班医师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。

2.5.4 新技术、新项目

2.5.4.1 一般的新技术、新项目须经科内讨论，同时按照相关程序进行审批备案。

2.5.4.2 高风险的新技术、新项目须经科内由医院上报上级卫生主管部门审批。必要时由上级卫生主管部门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。

2.6 麻醉医师资格分级授权程序

科室成立麻醉授权管理小组负责本科室医师的麻醉权限管理，管理小组由科主任及(或)2-3名副主任医师以上职称人员组成，科主任任组长，为本科室麻醉权限管理的第一责任人。授权管理小组定期对本科室的麻醉医师进行麻醉权限评估工作，结合每位麻醉医师的实际工作水平与能力明确其具体的麻醉权限。

2.6.1 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高一级的麻醉时，应当根据自己的资历、实际技术水平和操作能力等情况，填写《铜仁市妇幼保健院麻醉医师资质准入审批表》，交本科室主任。

2.6.2 凡申报高年资经治或低年资经治级别的，填写《铜仁市妇幼保健院麻醉医师资质准入审批表》，麻醉授权管理小组对其技术能力进行考核，科主任审批签字，科内公示，并报医务科。

2.6.3 凡申报低年资主治级别或以上的，填写《铜仁市妇幼保健院麻醉医师资质准入审批表》，麻醉授权管理小组对其技术能力进行考核后，提交医务科审核，通过后提交手术、麻醉医师资质管理委员会讨论，医务科备案，院内公示。

2.7 监督管理

2.7.1 医务科履行管理、监督、检查职责；

2.7.2 按照本制度与程序对麻醉医师资格分级授权进行准入和动态管理；

2.7.3 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；

2.7.4 对违反本规范超权限麻醉的一经查实，将追究科室负责人的责任，并

厚德 精诚 笃行 至善

按照医院的相关规定处理，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。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

3.2 《医疗技术临床应用管理办法》

附件

麻醉医师资质准入审批表

科室		姓名		性别		出生日期	
学位		学历		职称		获得时间	
<p>申请资质等级：<input type="checkbox"/>低年资住院医师 <input type="checkbox"/>高年资住院医师</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>低年资主治医师 <input type="checkbox"/>高年资主治医师</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/>副主任医师 <input type="checkbox"/>主任医师</p> <p style="text-align: center;">申请人签名： 年 月 日</p>							
<p>麻醉与镇痛资质评定小组考核意见（根据职称、工作时间、工作量、实际技术能力、科内专家评价等结合分析结果）</p> <p style="text-align: center;">科主任签名： 年 月 日</p>							
<p>医务科审核意见：</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>							
<p>医疗保健技术临床应用管理委员会意见：</p> <p style="text-align: center;">签字（盖章） 年 月 日</p>							

注：1. 请附专业技术职务聘书、医师资格证书和执业证书复印件（含姓名页和盖章页，复印统一使用A4纸）。

2. 填写科室讨论意见时需写清是否同意手术医师申请的级别及手术级别，若按规定同意其开展部分更高级别的手术的须附注具体手术名称。

厚德 精诚 笃行 至善

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	麻醉医师执业能力评价与再授权制度	制度编号	YWK--2020-10
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016 年 4 月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020 年 11 月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	108-111

麻醉医师执业能力评价与再授权制度

1. 目的

1.1 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。

1.1.2 依据我院《麻醉医师资格分级授权管理制度》《医疗技术临床应用管理办法》的规定，对麻醉医师资格分级授权实施动态化管理。

2. 标准

2.1 麻醉医师能力评价

2.1.1 麻醉医师能力评价时间为每两年度复评一次。

2.1.2 评价标准：

2.1.2.1 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；

2.1.2.2 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：

2.1.2.2.1 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；

2.1.2.2.2 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；

2.1.2.2.3 承担本级别麻醉时间满两年度；

2.1.2.2.4 承担本级别麻醉期间无医疗过错或事故主要责任（以我院医疗保
健质量与安全管理委员会讨论结果为准）。

2.1.2.3 当出现下列情况之一者，取消或降低其麻醉操作权限：

2.1.2.3.1 达不到操作许可必需条件的；

2.1.2.3.2 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；

厚德 精诚 笃行 至善

2.1.2.3.3在操作过程中明显或屡次违反操作规程。

2.2工作程序

2.2.1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》，提交医务科。医务科复核认定后，提交手术、麻醉医师资质管理委员会讨论通过；

2.2.2符合申请高一级别麻醉权限的医师，书写述职报告，填写《铜仁市妇幼保健院麻醉医师资质再授权审批表》（见附件），交本科室主任。科主任组织科内专家小组对其技术能力讨论评价，科室主任在审批表上签署意见提交医务科。医务科组织相关专家小组，对其进行理论及技能考核评估，提交手术、麻醉医师资质管理委员会讨论通过；

2.2.3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，报医务科，医务科提交手术、麻醉医师资质管理委员会讨论通过；

2.2.4手术、麻醉医师资质管理委员会签批；

2.2.5麻醉医师能力评价与再授权结果院内公示； 2.2.6 .2医务科备案

2.3监督管理

2.3.1医务科履行麻醉医师能力评价与再授权工作的管理、监督职责。

2.3.2对违反本规定的相关人员调查处理，并按照医院的相关规定追究其责任。

2.4麻醉医师麻醉权限的再授权机制

2.4.1被降低、限制麻醉权限或暂停执业的麻醉医师，医院将责成本科室的管理小组对其进行考察，考察时间为3个月至1年不等。

2.4.2考察期满后，管理小组对被考察医师再次进行麻醉权限评估。

2.4.3根据评估结果，如管理小组认定被考察医师可以再申请或恢复相应麻醉权限，需填写《铜仁市妇幼保健院麻醉医师资质再授权审批表》，并经申请医师、科主任签名确认后报送医务科。

2.4.4医务科对再授权申请进行审核，并提请医院医疗保健质量与安全管理

委员会讨论同意后方可对该医师的麻醉权限进行再授权。

3. 相关文件

3.1 《麻醉医师资格分级授权管理制度》

3.2 《医疗技术临床应用管理办法》

附件

铜仁市妇幼保健院麻醉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	
已获得资质等级： <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 一级							
申请再授权资质等级： <input type="checkbox"/> 四级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 一级							
手术名称：				申请人签名： 年 月 日			
申请人完成手术名称、病历号：（附表）							
指导老师意见： 指导老师签名： 年 月 日							
科室手术资质评定小组考核意见（根据职称、工作时间、工作量、实际技术能力、科内专家评价等结合分析结果） 科主任签名（科室盖章）： 年 月 日							
医务科审核意见： 科主任签名（盖公章）： 年 月 日							
手术医师资质准入管理委员会意见： 主持人签名（盖公章）： 年 月 日							
备注：							

注：本表适用于原来有手术权限的申请者的再授权

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	医师执业许可管理规定	制度编号	YWK--2020-11
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	112-121

医师执业许可管理规定

1. 目的

确保医疗诊疗活动的有序进行，确保为就诊者提供服务的医师具备合格的资格和相应的工作能力，以确保就诊者的医疗安全。根据《医疗机构管理办法》《中华人民共和国执业医师法》（主席令第18号）《医疗质量管理办法》等相关管理规定，结合我院具体情况，制定本制度

2. 标准

2.1取得中华人民共和国执业医师资格证书的正式入职医师，填写《医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表》（见附件一），医院协助按其执业范围办理执业证。办理成功后，医师还需填写《铜仁市妇幼保健院工号审批表》（见附件二），经科主任审批签字，交医务科审核批准后，给予相应工号权限，即可正式执业。

2.2与我院达成合作协议的外聘坐诊医师，按《贵州省卫生厅关于医师多点执业的试行管理办法》，填写《医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表》，办理执业证后，填写《铜仁市妇幼保健院工号审批表》，医务科审核批准后给予相应工号权限，即可正式执业。

2.3没有获得中华人民共和国执业医师资格证书的医师，必须在有执业资格医师的指导下工作，且其医疗文书必须有执业资格医师签字。

2.4获得中华人民共和国执业医师资格证书的进修医师，在入科一个月后，需本人申请，填写《铜仁市妇幼保健院工号审批表》，经科主任审批签字，交医务科审核批准后，给予相应工号权限，即可正式执业。

2.5尚未毕业的实习医师和试工医师不能获得执业许可，必须是在已获得执业许可的医师的指导下进行工作。

2.6获得中华人民共和国执业医师资格证书的外院专家来院临时指导工作，应该按《会诊制度》的程序由本专业主任提出会诊申请，医务科批准后向外院专

厚德 精诚 笃行 至善

家所在医院提出邀请，在取得对方医院同意下，执业许可临时指导临床工作，一次性有效。

2.7 医师执业许可工作程序

2.7.1 执业许可申请人应事先向人事部提供其学历、资格证明文件的原件和复印件，并由人事部对原始来源信息进行审核查实。医务科在医师入职一周内告知其办理执业许可的有关事宜，要求其本人填写《医师执业、变更执、多机构备案申请审核表》，完成后交医务科。

2.7.2 医务科在一周内对上交的执业许可申请书进行逐项审核，确认无误后提交医院办公室加盖公章，交铜仁市卫健局申请医师执业证办理，取回办理回执。

2.7.3 医务科按规定时间取回办好的医师执业证，保存复印件，原件由医师保存。

2.7.4 医师填写《铜仁市妇幼保健院工号审批表》，经科主任审批签字，交医务科审核批准后，给予相应工号权限，并办理处方权。

2.7.5 医务科将批准的处方权名单交至药学部、信息中心，完成处方和信息系统的授权。

2.8 执业许可管理

2.8.1 医师执业许可由医务科进行管理和监督。发现医生超出执业许可专业范围或超出执业许可进行诊疗操作时医务科要认真进行调查，一经查实，对超越权限操作者提出批评、书面警告、暂停执业许可三个月、终止执业许可等处罚，对造成就诊者伤害者从严加重处罚，以上处罚经主管院长批准后生效。

2.3.2 申请重新执业时，医务科要根据申请者工作表现包括工作量、治疗效果、并发症发生率、就诊者和家属对医疗服务的满意度、同事 / 上级领导的评价、医师的继续教育情况、科研技术水平的提升情况等内容进行综合考评。

2.3.3 科主任负责对本科医师在执业许可范围内进行操作的情况进行管理和监督。

2.3.4 手术室、放射科、功能检查科等工作人员对医师在执业许可范围内操作有监督的责任，发现违规行为应要求暂停操作并及时向医务科报告。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理办法》

3.2 《中华人民共和国执业医师法》（主席令第18号）

3.3 《医疗质量管理办法》

附件：

1. 医师执业、变更执业、多机构备案申请审核表

2. 铜仁市妇幼保健院医师工号申请表

附件 1

医师执业、变更执业、多机构
备案申请审核表

医 师 姓 名： _____

医师资格证书编码： _____

医师执业证书编码： _____

填 表 时 间： 年 月 日

国家卫生和计划生育委员会监制

厚德 精诚 笃行 至善

填表说明

1. 本表供取得《医师资格证书》后申请医师执业注册、变更执业、多机构备案事项时使用。
2. 一律用钢笔或毛笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。
3. 表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。
4. 申请执业级别请选填执业医师或执业助理医师。
5. 申请执业类别请选填临床、中医（中西医结合）、口腔或者公共卫生。
6. 学历应填写与申请类别相应的最高学历。
7. “相片”一律用近期小二寸免冠正面半身照。

1. 申请人情况

	姓 名		性 别		民 族	
	出生日期	年 月 日		专业技术职务任职资格		
	身份证号					
	所学系、专业			学 历		
家庭地址及邮编				健康状况		
业务水平考核机构或组织名称、考核培训时间及结果						
何时何地因何原因受过何种处罚或处分						
其他要说明的问题						
个人工作经历	时 间	单 位		技术职务	证明人	

注：个人工作经历栏如不够，请自行另附页

2. 医师执业注册（仅供取得《医师资格证书》后申请执业注册者填写）

申请执业级别		申请执业类别		申请执业范围	
申请执业机构名称				机构登记号	
申请执业机构地址					
邮政编码		单位电话		拟在该机构执业时间	
本人意见	申请人签字： 年 月 日				
拟执业机构意见	意 见： 负责人： 印章 年 月 日				
与拟执业机构聘用（劳动）合同附本					
卫生健康行政部门意见	执业级别： 意 见： 执业类别： 执业范围： 负责人： 执业地点： 印 章 年 月 日				

3. 医师变更

厚德 精诚 笃行 至善

拟变更注册事项:					
申请变更注册理由:					
申请人签字:				年 月 日	
原执业级别		原执业类别		原执业范围	
原执业机构名称			机构登记号	单位电话	
邮政编码			地址		
拟执业级别		拟执业类别		拟执业范围	
拟执业机构名称			机构登记号	单位电话	
邮政编码			地址		
拟执业机构意见	意见: 负责人: 印章 年 月 日				
拟执业所在卫生健康行政部门意见	执业级别: 意见: 执业类别: 执业范围: 负责人: 执业地点: 印章 年 月 日				

4. 多机构备案

拟执业机构名称		机构登记号	
机构地址			
邮政编码		单位电话	
有效期开始时间		有效期结束时间	
拟执业机构 意见	意 见： 负责人： 印 章 年 月 日		

5. 备注

--

附件 2

铜仁市妇幼保健院医师工号申请表

申请科室	申请人员		提交时间
申请原因及内容	申请添加医生工号。 医生姓名：_____ 工作科室：_____ 工作范围：全院 <input type="checkbox"/> 门诊 <input type="checkbox"/> 住院 <input type="checkbox"/> 医生职称：_____ 抗菌药物使用等级：无权使用 <input type="checkbox"/> 非限制级 <input type="checkbox"/> 限制级 <input type="checkbox"/> 特殊使用 <input type="checkbox"/> 麻醉处方权限：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 手术医生：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 会诊医生：是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 备注：选择项为单项选择，请直接勾选。		
	主管科室意见	信息 管理 科 意见	
	负责人签字：_____ （盖章） 日期：_____	负责人签字：_____ （盖章） 日期：_____	
预计完成时间			
处理结果	处理人签字：_____ 日期：_____		
实际完成时间			
备注			

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	检验项目院外监测的管理规定	制度编号	YWK--2020-12
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	122

检验项目院外检测的管理规定

1. 目的

为规范我院检验项目送院外检测行为，规范外送流程，确保医疗质量安全根据《医疗质量管理办法》《医疗技术临床应用管理办法》《妇幼保健院等级评定实施细则（2016年版）》等相关管理规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 临床科室如需开展新的检验检测项目，向相关医学检验科室提出要求，医学检验科室通过讨论同意后交实验室管理小组，实验室管理小组讨论同意后，向“新技术新项目小组”提交申请，若因技术、场地、费用等问题需外送至院外医疗或检测机构检查（第三方检验机构），“新技术新项目小组”一并讨论、审核是否通过。

2.2 审批同意院外检测的项目，按规定流程与第三方检验机构签订合同。

2.3 临床科室必须按规范开具检查、检验项目医嘱。

2.4 医技科室需做好标本的保存、交接、登记、外送，谨防标本的遗失。并及时将第三方检验机构出具的报告结果发放到临床科室。

2.5 禁止各科室私自与第三方检验机构接洽或外送检验标本至其他机构。

2.6 科室或医务人员违反该规定者由当事人承担全部责任。

2.7 既往外送检测项目，参照以上规定执行。

3. 相关文件

3.1 《医疗质量管理办法》

3.2 《医疗技术临床应用管理办法》

3.3 《妇幼保健院等级评定实施细则（2016年版）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	医师处方权管理制度	制度编号	YWK--2020-13
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016 年 4 月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020 年 11 月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	123-124

医师处方权管理制度

1. 目的

为了我院医师规范开具处方，使患者得到合理用药，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《药品管理法》《医疗机构处方管理办法》等有关管理规定，结合我院实际情况，制定医师处方权管理制度。

2. 标准

2.1对象

2.1.1取得医师资格证并经注册获得在我院执业的临床医师，经各专科考核合格者。

2.1.2具有医师资格证书并经注册的进修医师，在我院进修满 1 个月后，经考核合格者。

2.1.3被取消处方权后可以重新申请处方权的执业医师。

2.1.4外院调入我院的医师办理执业变更后，由各专科考核合格者。

2.2要求

2.2.1只有获得本院处方权的医师，方可开具处方。

2.2.2执业医师和药师必须参加麻醉药品和精神药品使用知识和规范化管理的培训，经考核合格后，方可取得麻醉药品和第一类精神药品的处方权，药师经考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格。

2.2.3只有获得本院中药处方权的医师，方可开具中药。

2.2.4从事影像放射（X 线、CT、磁共振）专业的医师，经审批，可获得开具放射性药品的处方权。

2.2.5试用期人员开具处方，应当经医院有处方权的执业医师审核、并签名或加盖专用签章后方有效。

2.2.6进修医师由医院对其胜任本专业工作的实际情况进行认定后授予相应的处方权。

2.2.7开具医疗用毒性药品、放射性药品的处方应当严格遵守有关法律、法规和规章的规定。

2.2.8血液、肿瘤专科的专科医师经过相应培训并考核合格后方可授予化疗药物的处方权。

2.2.9医师应当根据医疗、预防、保健需要，按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方。

2.2.9凡违反以下规定取消处方权者，不能开具处方：

2.2.9.1被责令暂停执业；

2.2.9.2考核不合格离岗培训期间；

2.2.9.3被注销、吊销执业证书；

2.2.9.4不按照规定开具处方，造成严重后果的；

2.2.9.5不按照规定使用药品，造成严重后果的；

2.2.9.6因开具处方牟取私利。

2.3处方权的申请程序

2.3.1取得医师资格证并经注册获得在我院执业的临床医师，由专科对符合处方权申请条件的医师进行临床能力考核，合格者填写《铜仁市妇幼保健院工号审批表》，由科主任签署意见后，交医务科审批。

2.3.2医务科对申请人的医师资格及执业资格进行审核后，在《铜仁市妇幼保健院工号审批表》上签署同意授予处方权的意见并盖章。

3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

3.3 《医疗质量管理办法》

3.4 《药品管理法》

3.4 《医疗机构处方管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	职业安全监测制度	制度编号	YWK--2020-14
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	125-126

职业安全监测制度

1. 目的

为了预防、控制和消除职业危害，切实保障员工健康，根据《中华人民共和国职业病防治法》，特制定本制度。

2. 标准

2.1做好高危岗位个人安全监测档案：放射科做好放射剂量监测，定期组织对放射诊疗工作场所、设备和人员进行放射防护检测、监测和检查。若发现异常，立即报告医务科。

2.2职业暴露及时上报、处理：定期对临床、各医技科室进行检查，是否存在职业暴露未及时上报及处理的情况。

2.3定期对全院医务人员进行体检：定期对全院医务人员进行体检，及时将检查结果告知本人。若发现作业流程不合理的问题及时整改。

2.4加强对全院医务人员的培训：加强工作人员对医疗环境中职业安全防护教育。上岗前对职工进行医院感染、职工防护安全工作技术和方法等岗前培训。医院不定期进行职业卫生教育培训，对员工进行有关知识培训。

2.5医务人员做好职业安全防护

2.5.1医护人员在临床诊疗过程中，应严格遵守传染病防治管理制度和职业安全卫生操作规程，做好职业安全防护。

2.5.2各临床医技部门不得安排有职业禁忌的员工从事与禁忌相关的有害作业。

2.5.3各临床医技部门应配备医疗急救药品和急救设施。

2.5.4严格管理有毒物品或其他对人体有害的化学物品，并在醒目位置设置安全标志。

2.6积极进行整改

2.6.1若发生职业危害后相关部门应及时调查事件的发生原因和事件性质，

厚德 精诚 笃行 至善

估算事件的危害波及范围和危险程度，查明人员伤亡情况，做好事故调查处理工作。

2.6.2对已受损害的接触者可视情况调整工作岗位，并予以合理的治疗，促进职工康复。

3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国职业病防治法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	放射安全管理制度	制度编号	YWK--2020-15
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016 年 4 月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020 年 11 月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	127-128

放射安全管理制度

1. 目的

为提供有效的放射科安全管理制度，预防放射 X-线危险及危机对人体及环境的危害，预防火灾发生及易燃易爆物品产生危害，根据《中华人民共和国环境保护费》《中华人民共和国放射污染防治法》《放射性环境管理条例》《放射性废物管理办法》等相关管理规定，结合我院实际，制定放射安全管理制度。

2. 标准

2.1 放射科必须取得相关部门颁发《放射诊疗许可证》及《辐射安全许可证》。

2.2 放射工作人员必须取得相关部门颁发《放射工作人员证》并定期参加放射防护和法律法规培训，每年进行职业安全体检并建立健康档案。

2.3 针对放射科可能发生的风险及危机，要有合适的安全设备供使用，如个人剂量仪、防护衣裙、灭火器等。

2.4 放射线

2.4.1 工作人员必须佩戴个人剂量仪，对其个人剂量进行监测，并建立个人剂量档案。

2.4.2 工作时辐射设备或辐射装置应有必要的安全连锁、报警装置或工作信号，同时关闭门窗严防射线泄漏污染环境。

2.4.3 检查病人时尽量使用低剂量、小光圈原则，并使用防护用品保护非照射部位。确因患者病情需要陪护的，应对陪护人员进行必要的防护，未满 18 周岁的青少年及孕妇不得陪护；无关人员不得在机房停留。

2.4.4 无条件服从国家专门部门对放射防护的检测，以免造成辐射事故的发生。一旦发生须立即停机，同时启动《放射性事故应急预案》并报有关部门检测。

2.4.5 新建、扩建、改建的放射装置项目，建成调试后，在试运行三个月内，必须经环保部门验收合格后方可使用。

2.5 防火、防爆

2.5.1 做好科室安全管理工作，经常检查机房，电源和线路，发现隐患及

厚德 精诚 笃行 至善

时通知相关部门，消除隐患。

2.5.2 机房内严禁烟火、严禁明火取暖、明火照明；设备、电器安装必须满足电路电压和工作状况的需要，杜绝超线路负荷安装，接口连接牢固，避免因接触电阻大发热，严防设备、电器起火；机房内应有防潮措施，严防因潮湿至设备、电器短路引发火灾现象。

2.5.2.1 熟知本科室消防器材位置与使用方法与科室的应急处理方式并进行消防演练

2.5.2.2 做好消防应急预案，当发生火灾时。安全管理-消除隐患-紧急疏散-通知保卫科总值班-积极扑救-撤出易燃易爆物品-抢救贵重物品，仪器，资料等-火灾无法扑救时立即拨打“119”告知准确方向

2.5.3 易燃易爆物品管理

2.5.3.1 放射科常用易燃易爆物品有 75%酒精。

2.5.3.2 易燃易爆物品按规定储存、专人专柜双锁管理、领取使用有登记，专柜有易燃液体标识。

2.5.4 放射科应配备足够灭火器具，每月由保卫科消防人员检查及维护，保证灭火器具处于有效状态。

2.5.5 工作人员必须掌握基本灭火知识和操作技能，熟悉火灾发生后逃生通道及组织疏散。

2.6 安全教育及培训

针对放射科可能发生的风险及危机进行教育及培训，教育及培训要有记录。

2.6.1 培训内容

2.6.1.1 放射设备的安全使用。

2.6.1.2 防火措施。

2.6.1.3 易燃易爆物品管理

2.7 放射安全责任：科主任负责制定制度和组织实施。

3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国环境保护费》

3.2 《中华人民共和国放射污染防治法》

3.3 《放射性环境管理条例》

3.4 《放射性废物管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	放射诊断质量控制制度	制度编号	YWK--2020-16
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	129-130

放射诊断质量控制制度

1. 目的

为使放射科检查报告尽可能满足临床诊疗需求，确保受检者安全。严防医疗差错、纠纷及安全事故发生，根据《中华人民共和国职业病防治法》《放射性药品管理办法》《医疗器械监督管理条例》《医疗事故处理条例》《药品管理法实施条例》等相关管理规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 成立质量管理小组，制定质量考评办法的具体措施。

2.2 技术组

2.2.1 每天组织评片，甲片率要求 $\geq 85\%$ ，废片率 $\leq 2\%$ ，对废片要分析原因、纠正错误。

2.3 诊断组

2.3.1 认真书写诊断报告，诊断报告应由主治以上的医师审核签发。诊断报告书是放射科最重要的医疗文件，报告书写要求规范化，严格按中华医学会放射学分会编撰的《放射科管理规范与质控标准》中规定的“诊断报告的书写要求和格式”书写诊断报告。

2.3.2 中、晚班的急诊报告由具有诊断资质医师及时出具，第二班的高年资医师审核，若有修正及时告知患者换取报告，以免错、漏诊。在值班中遇紧急的疑难病例应及时请求上级医师会诊，或报告科主任。

2.3.3 坚持集体读片和回顾性疑难病例讨论制度。

2.3.3.1 将日常工作中报告医师与审核医师有分歧、经沟通意见仍不一致病例进行集体读片。

2.3.3.2 每月举行一次回顾性疑难病例讨论。重点讨论经手术证实影像诊断有偏差病例并做好记录。由低年资医师采集病例，必须有科主任或副高职称以上医师参与，仔细分析影像征象、密切结合临床及病理，总结经验教训，以减少误诊。

厚德 精诚 笃行 至善

2.3.4认真执行《病例随访制度》。病例随访制是检查诊断质量、总结经验提高诊断水平、积累科研教学资料的一项重要措施。科内设有专门登记本，每月派医师到病房和病案管理科查阅病历，核对影像诊断与手术、病理诊断并进行登记。年终向科内通报随访情况，并进行回顾性分析，总结经验吸取教训，提高诊断准确率。

2.3.5每月组织一次科内业务学习讲课，由副高职称以上医师主持，要求全科人员参加并做好记录，以提高全员业务素质。

2.3.6积极参与贵州省放射诊断质量控制中心组织的年会，与时俱进、吸取别人经验，更好运用实际工作中。

2.4护理

2.4.1每周定期检查抢救车，做到抢救药品齐全、有效，抢救器材处于有效状态，并记录备案。

2.4.2在放射检查中一旦发生急危重案例，立即启用《放射科危重病人抢救预案》，最大限度确保患者生命安全。

2.4.3在造影或增强检查时严格执行给药流程及“三查、八对、一注意”，确保检查安全。

2.5当发现质量缺陷或潜在缺陷时，应立即采取有效措施进行纠正，并应有书面记录保存。

2.6相关责任人

2.6.1科主任负责全科质量控制。

2.6.2技术组组长负责技术质控。

2.6.3诊断组指定一名主治医师以上医师负责诊断质控。

2.6.4护理组指派一名护师以上经验丰富的护士负责相关质控

3. 相关文件

3.1《中华人民共和国职业病防治法》


3.2《放射性药品管理办法》

3.3《医疗器械监督管理条例》

3.4《医疗事故处理条例》

3.5《药品管理法实施条例》

第三章 危急重症患者管理

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	急诊工作管理制度	制度编号	YWK-2020-1
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020.年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	131-135

急诊工作管理制度

1. 目的

为了更好地为急诊患者服务，提高急诊患者就医服务效率，减少和杜绝医疗纠纷和事故的发生，充分调动各科室的能动性，提高各科室间的相互协调，相互合作的医疗环境，充分体现“绿色生命通道”的价值。根据中华人民共和国卫生部《急诊科建设与管理指南（试行）.2009年6月》《三级妇产医院医疗服务能力指南（2017年版）》及医院制度的18项核心制度，特制定本制度：

2. 标准

1. 《急诊服务体系各部门总职责》

1.1 各临床科室要规范急危重症患者的收治管理，完善急危重症患者的救治预案，提高救治能力。对需急诊抢救的患者，坚持先抢救、后付费的原则。

1.2 各科室认真落实医疗核心制度，如遇疑难急危重患者应立即请上级医师或相关专科医师会诊，会诊医师应在接到通知的10分钟内到达。诊断不明确治疗效果不佳的危重患者经治医师应立即报告科主任，科主任应在半小时内组织科内会诊，科内会诊未解决问题的，及时报告医务科，医务科组织全院大会诊（上班时间报医务部，非上班时间报总值班）。对需多科协同抢救的患者，上班时间相关专科至少要派副高及以上医师参加，非上班时间由科室二线班医师参加。

1.3 急诊首诊医师或病区医师接诊急危重患者时，均应立即接待和处置患者。急诊抢救患者立即处置。急诊输血时间30分钟，急诊手术当日实施、抢救手术<1小时实施。

1.4 大抢救、突发医疗事件及特殊事件必须立即报告科主任及二线医师，科主任或二线医师必须到场。同时报告医务科，由医务科统一协调、安排救治工作，必要时成立全院性抢救小组。危重患者及时上报，并随时向患者家属交代病情。

厚德 精诚 笃行 至善

下病危医嘱同时填写“铜仁市妇幼保健院患者病危通知单”，向患者家属重点交代目前病情、诊断、可导致的严重后果，取得患方理解，并签字。一旦发生意外或其它需要报告的情况，主管医师应立即报告科室主任、副主任或上级医师。停病危需上级医师查看，且记录于病历中。

1.5 诊断明确相关科室必须无条件收住入院；涉及多学科危急重患者，以疾病首要诊断或危及患者生命的主要疾病收治相关科室，收治患者有不同意见时，由医务科或总值班决定收治至适当科室。

1.6 规范急诊服务时限，要求如下：

1.6.1 病人到达急诊科，并在 5 分钟内完成病人合适体位的摆放。

1.6.2 挂号、收费、取药等服务窗口等候时间<10 分钟。

1.6.3 心电图、影像常规检查、CT 及超声 30 分钟内出具检查结果报告（可以是口头报告）。

1.6.4 医学检验科接收到标本后，30 分钟内出具常规检查结果报告（血常规、尿常规等，可电话报告），60 分钟内出具凝血结果报告，120 分钟内出具生化结果，配血申请 30 分钟内完成（如无库存血，则 60 分钟内完成），术中冰冻切片结果出具结果时间≤30 分钟。

1.6.5 会诊时间：

1.6.5.1 心肺复苏抢救，麻醉科、ICU 必须在接到电话会诊通知后 10 分钟内到达抢救现场。

1.6.5.2 一线专科值班医生会诊必须在接到会诊电话通知后 10 分钟内到达急诊现场。

1.6.5.3 科主任、医务科或总值班在 30 分钟内到达现场，组织和协调抢救工作。

1.6.5.4 手术室在接到手术通知后，10 分钟内准备好手术室及相关物品，急诊抢救手术要求在病人到达急诊科后半小时内开始。

1.6.5.5 保持危急重疾病救治绿色通道的畅通：急危重症孕产妇、急性心肌梗死主动脉夹层、严重急腹症、消化道大出血、急性心力衰竭、急性脑卒中及急性呼吸衰竭、哮喘持续状态、惊厥持续状态、新生儿危急重症等绿色通道的畅通。

1.6.5.6 各科室将下列指标纳入科室危重患者质量管理；危重患者抢救成功

率、确定手术至开始手术时间、确定输血至开始输血时间等。每例危重患者抢救结束后均要进行总结，分析评估本次抢救的效果，完善危重患者的抢救管理制度和流程，分析存在的问题和经验教训，以不断提高危重患者救治能力。

1.6.5.7 医务科定期组织培训和考核医务人员急诊知识、急救技术操作(如：深静脉置管、动脉穿刺、气管插管、除颤、CPR 以及外伤的止血、包扎、固定和转运以及监护仪、呼吸机的使用)和急诊应急能力。

2. 《急诊服务体系各部门相关职责》

2.1 急诊科：

2.1.1 急诊科作为急诊患者就诊的首诊科室，应提高 24 小时全天候诊疗服务；急诊急救电话应 24 小时全天候保持畅通，并有专（兼职）人员守候，随时接听急救呼叫电话，话务员应详细询问患者基本信息、呼救原因、目前情况、具体地址及联系方式等情况，并做好记录。同时立即通知相关人员及时出车出诊急救。

2.1.2 一线急诊值班医生应 24 小时在岗，二线医师随时待命，随时接诊急诊患者，一般急诊患者由一线值班医生根据情况进行处理，危重、疑难急诊患者二线值班医生应亲临现场进行处理，严禁低资质一线医生独立处理危重、疑难急诊患者。

2.1.3 若遇重大或群体性公共卫生事件伤病员来院，急诊科应提前做好准备，并通知院总值班或医务科，必要时启动应急预案。同时根据情况通知相关临床科室到场参与会诊及抢救。急诊科在接诊重大或群体性公共卫生事件伤病员时，应做好预检分诊，严格分区管理，按照先重后轻的急救原则进行处理。

2.1.4 急诊医生在对病人进行检诊后，作出相应的处理方案，决定患者抢救、手术、检查、住院、留观、回家等去向。

2.1.5 危重急诊患者，急诊医师、护士或医院安排的专门工作人员应陪同护送进行检查、转入住院科室，并做好交接，必要时参与科室抢救。不得仅由患者家属陪同进行检查或转入住院科室。

2.2 医技科室：

2.2.1 各医技科室应提供 24 小时检查服务，随时接诊急诊患者检查，不得擅自离岗。

2.2.2 负责安排好急诊患者的检查，对危急重症患者及时优先安排检查。

2.2.3 急诊患者就诊检查后应当按照管理规定，在相应的规定时间内出具检查报告，不得推迟或拖延报告出具时间。

2.2.4 在接诊患者检查后，应告知患者家属立即送至下一站进行检查，并为患者指引方向，告知患者取报告时间，必要时医技科室人员应将报告送至科室，若遇“危急值”，应立即进行复核后电话告知科室，以便医生能够及时作出处理，减少患者死亡等不良事件发生。

2.3 临床科室：

2.3.1 临床住院科室应提供 24 小时全天候医疗服务，随时准备接收由急诊科或其他地方转入或来到科室就诊的就诊患者，不得自离岗。

2.3.2 临床科室应坚持首诊负责制，对来到科室就诊的急诊患者，应妥善进行处理，非本科室的患者，应申请其他科室会诊后进行转科，对危急重症患者，应就地抢救，待生命体征相对稳定后，再进行转科。

2.3.3 急诊科医生有权决定患者的收治科室，临床科室在接到急诊科送来的患者时，应积极安排床位接收，并仔细进行检查，作出诊断和治疗措施，不得以任何理由进行推诿，若为非本科室患者，应申请相关科室会诊后转科，不得在没有进行会诊和未经相关科室医生同意的情况下硬性将患者转入其他科室。

2.2.4 临床科室应加强对急诊患者的管理，保障急诊患者能够及时得到有效的急救医疗服务。

2.2.5 临床科室医生在接诊急诊患者后，应主动向患者及家属进行沟通，沟通内容包括：患者病情、可能发生的不良后果、拟施行的诊疗措施及其优点及缺点、备选的诊疗措施及其优点及缺点，患者可能的预后。

2.4 药房：

2.4.1 药房应提供 24 小时全天候服务，随时接待急诊患者划价取药。

2.4.2 药房在接待患者划价取药时应遵循先来后到原则，但应急危重症患者、老年患者、残疾患者及军人提供优先划价取药服务。

2.4.3 遇抢救患者需要，药房应及时调剂药物，及时发放，不得以未缴费而拒绝发药。

2.4.4 药房人员在给患者进行药物调剂和发药时应对处方用药进行核查，核

查无误后方能给予调剂，发药时，应核对患者姓名，并向患者交待服药方法及注意事项。

2.4.5 药剂科应与急诊科及临床科室有效配合，保持良好的沟通，保障患者得到合理及时的医疗服务。

2.5 收款及挂号处：

需紧急抢救的危重患者可先抢救后付费，保证患者获得连贯医疗服务，并做好记录。

3. 相关文件

3.1 《急诊科建设与管理指南（试行）》

3.2 《三级妇产医院医疗服务能力指南（2017年版）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	急诊绿色通道管理制度	制度编号	YWK-2020-2
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	136-138

急诊绿色通道管理制度

1. 目的

为了保证急危重病病人的抢救工作及时、准确、有效地进行，我院开设并实施急救绿色生命安全通道，科内对危急重病人一律实行优先抢救。根据《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知》国卫医发〔2020〕19号文件精神并结合我科工作实际制定。

2. 标准

2.1 抢救范围

所有生命体征不稳定的病人或预见可能出现危及生命的各类危急重病人。

2.2 措施

2.2.1 急诊科以及抢救通道设定“急救绿色通道”醒目标志，急诊大厅设“急救绿色通道”流程图。

2.2.2 急诊科设有 24 小时专职导诊人员，必要时安排护理工，准备好必要抢救设备和备用抢救药品，随时接诊急危重病人。

2.2.3 对重大的抢救必须报告科主任，必须报告医务科（白天）或总值班（夜间）。

2.2.4 做好抢救病人的各种登记工作。对抢救病人的处方、各种辅助检查申请单、住院单等加“急救绿色通道”印章标志。

2.2.5 对生命体征不稳定、需要紧急手术的抢救病人，由值班医师直接通知手术室或麻醉科做好急诊手术的一切准备，并紧急护送入手术室。

2.2.6 对危重抢救病人，进行各种急诊辅助检查、急诊住院、急诊手术等均应有专人护送，必要时由急诊科医师一起护送。

2.2.7 保证急救通讯畅通。急诊科电话：0856-5599120

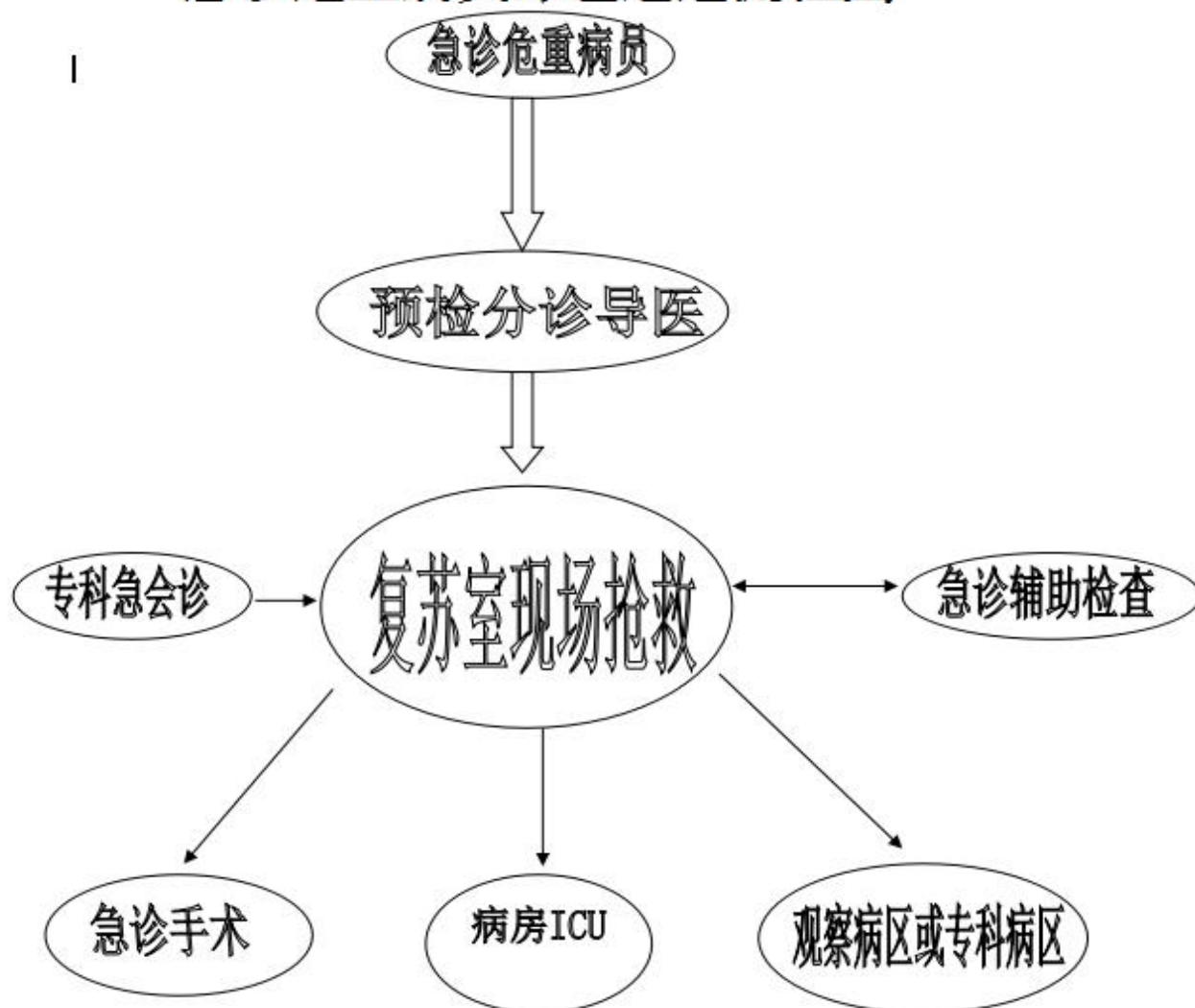
3. 相关文件

3.1 根据《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知》国卫医发〔2020〕19号

附件：急诊危重病员绿色通道流程图

附件：


急诊危重病员绿色通道流程图



*对急危重症患者 24 小时开通急救绿色通道

*急救中心电话：0856-5599120

*铜仁市医疗急救电话：120

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	急诊接诊、转（院）运与入院 护送制度	制度编号	YWK-2020-3
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	139

急诊接诊、转（院）运与入院护送制度

1. 目的

为保障我科急诊“绿色通道”有效衔接，根据中华人民共和国卫生部《急诊科建设与管理指南（试行）》及《铜仁市妇幼保健院医院管理制度汇编（2020年版）》文件精神并结合我科工作实际，特制定本规定。

2. 标准

2.1 对危重病人到医院应有专人急诊迎接，并护送入相应的急诊诊区进行抢救。

2.2 对急危重病人一律实行“急救绿色生命通道”管理。

2.3 对生命体征不稳定的急危重病人，原则上经抢救病情稳定后，才可送住院。

2.4 对生命体征不稳定、需要转院或转科的急危重病人，必须由本专业高级职称医师或科主任会诊后决定是否转院或转科，并且将病情危急、可能出现的后果、意外等告知家属，充分与家属沟通，并签署知情同意书。

2.5 送住院前，应先与相关病区联系，告知床号、病情等，病区准备好后，危重病人应有专人护送入病房，必要时医师一起护送，并做好交接工作，以保证病人的医疗安全。

2.6 急诊留观的危重病人做检查时，应有专人陪护，以保障其安全。

3. 相关文件

3.1 《急诊科建设与管理指南（试行）》

3.2 《铜仁市妇幼保健院医院管理制度汇编（2020年版）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	重大突发事件汇报制度	制度编号	YWK-2020-4
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	140

重大突发事件汇报制度

1. 目的

为切实做好急诊患者的抢救及后续治疗工作，提供快速、有序、有效和安全的诊疗服务，尽最大可能保证患者的生命安全，规范重大抢救及大型活动医疗救护报告工作，根据《中华人民共和国卫生行业标准. 医院急诊科规范化流程（WS/T 390-2012）》《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》及《铜仁市妇幼保健院应急预案》，特制定本制度。

2. 标准

2.1 重大突发事件是指突然发生的造成或可能造成人身严重伤害或重大社会影响的治安事件、生产事故、自然灾害、群体性社会突发疫病等医疗事件。

2.2 值班人员接到紧急突发事件的救援通知，或重大突发事件的伤员直接送达急诊科，急诊值班医师、护士应立即向急诊科主任或护士长汇报，必须同时向医院医务科或夜间总值班汇报。

2.3 急诊值班医师或护士应做好重大突发事件医疗急救的相应记录，并签名。


2.4 急诊值班医师、护士漏报或不报而导致其不良后果，追究相关人员责任。

3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国卫生行业标准. 医院急诊科规范化流程（WS/T 390-2012）》

3.2 《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》及《铜仁市妇幼保健院应急预案》

3.3 《铜仁市妇幼保健院医院管理制度汇编（2020年版）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	仪器设备使用维护制度	制度编号	YWK-2020-5
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	141

仪器设备使用维护制度

1. 目的

对检测的所需的仪器设备进行管理，使其符合规定要求，以确保检测数据准确可靠，根据中华人民共和国卫生部. 2009年6月印发的《急诊科建设与管理指南（试行）》及我科实际工作，制定本制度。

2. 标准

2.1 进口贵重仪器均建立仪器档案本，内容包括：主机、附件数量；操作方法、注意事项，定期维修等。

2.2 操作者必须了解仪器性能及操作规程、注意事项，否则不可随便动用。

2.3 使用前需检查仪器，使用后全部关闭仪器，键钮复原，套好机罩。

2.4 仪器由专人负责，定期检查。使用人员不得随便拆机检修。

2.5 专人负责仪器保养：

2.5.1 使用各种仪器要严格遵守操作规程。

2.5.2 各班接班后应检查仪器是否正常，发现问题及时修理。

2.5.3 每天将机器表面尘土擦净。充电器要在24小时内充电。

2.5.4 各种仪器附件用后取下清洁后放回原处。

2.5.5 各种仪器零件用后分类置于仪器柜内摆放整齐。

2.5.6 各种仪器设备使用后及时补充备用。

2.6 抢救药品、器材设备要准备完善，保证随时急用，放置位置固定，严格按照规定管理，护士长或派专人负责保养，落实定期进行检查、补充、更新、修理和消毒。

2.7 任何急诊抢救仪器设备不外借，如特殊情况需要外借，应经过科主任或护士长的同意，办理出借手续后，交给借用科室的医护人员，用毕后及时归还，保证仪器设备的完好。

3. 相关文件

3.1 《急诊科建设与管理指南（试行）》

厚德 精诚 笃行 至善

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	急诊留观制度	制度编号	YWK-2020-6
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	142

急诊留观制度

1. 目的

为了确保留观患者医疗服务的连续性，提高医疗质量，保证医疗安全，根据《急诊科建设与管理指南（试行）.2009年6月》《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》文件精神及我院制度的十八项核心制度并结合我科工作实际，特制定本规定。

2. 标准

2.1 暂不符合住院条件，但根据病情尚需急诊观察的患者，可留观治疗。留观时间不超过72小时。

2.2 急诊值班医师和护士应当严密观察病情、合理检查、规范进行治疗，及时书写相关病历。

2.3 急诊值班医师早晚各查房一次，重病随时查房。主治医师每日查房一次，及时修订诊疗计划。


2.4 急诊室值班护士随时主动巡视患者，按时进行护理工作。

2.5 急诊值班医护人员要认真进行交接班工作。

3. 相关文件

3.1 《急诊科建设与管理指南（试行）.2009年6月》

3.2 《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	门（急）诊病历质量评价制度	制度编号	YWK--2020-7
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2020年02月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	143-148

门（急）诊病历质量评价制度

1. 目的

为规范我院医务人员的门诊、急诊(留观)病历书写行为,同时不断提高我院门诊、急诊(留观)病历书写质量,保障医疗质量与安全。

2. 标准

2.1 参考标准

根据卫生部下发的《病历书写基本规范》《电子病历基本规范（试行）》，并结合《三级妇幼保健院评审标准实施细则》，特制定本制度。

2.2 书写内容及要求

2.2.1 门诊病历

2.2.1.1 病历封面应将患者的姓名、性别、年龄、职业、住址等项填写清楚，年龄应写实际年龄，不能写“成”或“儿”。

2.2.1.2 门诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时完成。如系首次就诊，应按就诊病历格式书写；如系复诊，则按复诊病历格式书写。初诊患者的病史及体格检查要求比较全面，以便复诊时参考。

2.2.1.3 复诊时诊断无改变者，不必再写诊断，诊断有改变者，应再写诊断。

2.2.1.4 门诊病历封底前应附有“辅助检查结果粘贴栏”。要求文字通顺，字迹清晰，如实反映病情，不能涂改。

2.2.2 急诊病历

2.2.2.1 急诊病历封面由急诊分诊护士协助就诊者或家属填写

2.2.2.2 就诊时间记录要具体到 x 年x 月x 日x 时x 分

2.2.2.3 急诊病历分为初诊病历和复诊病历记录：

2.2.2.3.1 初诊病历记录书写内容应包括封面、就诊时间、科别、主诉、现病史、既往史、阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果,诊断及处理意见和医师签名等。

2.2.2.3.2 复诊病历记录书写内容应包括就诊时间、科别、主诉、病史、必要的

厚德 精诚 笃行 至善

体格检查和辅助检查结果、诊断、处理意见和医师签名等。

2.2.2.4 急诊病历记录由接诊医师于患者就诊时完成。书写记录要重点突出,并随时做好补充记录。

2.2.2.5 抢救危重患者时,应按《病历书写规范》的规定书写抢救记录。

2.2.2.6 急诊病历本的去向:

2.2.2.6.1 患者就诊后的病历由患者或家属自行保管,复诊日时可重复使用,以便医师参考。

2.2.2.6.2 留院观察者,急诊病历可以作留观记录;如需住院者必须交病室医师参考。

2.2.2.6.3 患者死亡,病历一律留急诊科保存,不得外借及擅自带出。

2.2.3 急诊科留观病历

急诊科留观病历是疾病诊断和防治的重要依据,必须以极端负责的精神和严谨的科学态度书写,做到准确及时。

2.2.3.1 急诊科就诊的患者,需留院观察时,急诊首诊病历可作为留观病历,不必另外书写留观病历。但需开出治疗处方,写明留观注意事项,并向下一值班医师床头交接班。

2.2.3.2 由普通门诊转来留观者,应按照首诊负责制要求,由接诊科室完成门诊病历,提出初步诊断意见及留观注意事项,并将患者护送至急诊科,转至急诊科后必须更换为急诊留观病历本,由急诊分诊台根据其临床表现,引导至相应科室接诊。

2.2.3.3 急诊值班医师接到普通门诊转来的留观患者后,必须重新询问病史,全面检查,并提出初步诊断,写出处理意见。

2.2.3.4 留观患者每天应有病情记录,必须记录体温、脉搏、呼吸和血压等有关生命体征。如有病情变化时,必须随时记录。抢救危重患者应书写抢救记录。对需要即刻抢救的患者,应先抢救后补写病历,或边抢救边观察记录,以不延误抢救为前提。

2.2.3.5 留观患者应有三级医师查房记录,若病情疑难复杂,应及时请相关科室会诊,并有会诊记录。

2.2.3.6 留观患者最后去向(如住院、回家)应有记录。

厚德 精诚 笃行 至善

2.2.3.7 危重患者转住院,应有医务人员护送,并需当面床头交接班。

2.2.3.8 急诊留观患者者的留观时间一般不超过 72 小时。

2.2.3.9 留观出院者带药一般不超过 3 天,病假证明一般不超过 7 天。

2.3格式

2.3.1 门诊病历

2.3.1.1 初诊格式

xx科 年 月 日主诉:

现病史:

既往史、个人史、家族史等(要求简洁记录与本次发病有关的病史或其他有意义的病史):

体格检查:(主要记录阳性体征及有意义的阴性体征)

辅助检查结果:

处理与建议:

签名: XXX

2.3.1.2 复诊格式

xx科 年 月 日

病史:(1)上次诊治后的情况。

(2)上次建议检查的结果。

体格检查:(主要记录阳性体征变化和新的阳性体征发现) 辅助检查结果:

处理与建议:

初步诊断: _____

医师签名:XXX

2.3.2 急诊病历

首诊记录:急诊科别、就诊时间(年、月、日、时、分) 主诉:写明本次就诊的主要症状(或体征)及持续时间

现病史:包括起病时间、发生发展、重要阳性症状及有关阴性症状、诊治经过

既往史:(包括个人史、家族史,女性还要包括月经、生育史等),要求简明记录与本次发病有关的病史或其他有意义的病史)

厚德 精诚 笃行 至善

体格检查:T、P、R、BP,主要记录阳性体征及有鉴别意义的重要阴性体征。

辅助检查结果:

初步诊断:_____

处理与建议:记录所采取的各种诊疗措施(如用药、手术、随诊)。

医师签名:_____

2.3.3 急诊留观病历

一般资料(详见急诊病历封面附页) 就诊科别、就诊时间

主诉:(同前)

现病史:(同前)

既往史:以往健康状况,曾患过的重大疾病,或与本次疾病有关的病史。

体格检查:T、P、R、BP,主要记录阳性体征及有鉴别意义的重要阴性体征。

辅助检查结果:

处理与建议:

初步诊断:_____

医师签名:_____

2.4 封面

2.4.1 门诊病历封面

铜仁市妇幼保健院

姓名: 性别: 年龄:
婚否: 职业: 住址:
联系电话: 时间: 药物(食物)过敏史:

本手册、诊疗卡及所有检查资料请妥善保管,复诊时请携带

2.4.2 急诊病历封面

铜仁市妇幼保健院急诊(留观)病历本

姓名: 性别: 年龄:
籍贯: 婚否: 详细地址:
职业: 工作单位: 联系电话:

厚德 精诚 笃行 至善

护送人姓名： 与患者关系： 电话：

药物（食物）过敏史：

本手册、诊疗卡及所有检查资料请妥善保管，复诊时请携带

2.5 质控考核及处罚办法

结合门（急）诊病历质量评定标准（见附件1），书写急（留观）病历的科室及时进行自查自纠，建议2-5份/月/医师、护士，质控科每月不定期进行抽查，将存在的问题与缺陷反馈到相关科室及个人，评价结果纳入医师、护士个人的技能评价，医师个人一年内出现5份不合格门急诊病历者，则当年医师考核中病历书写部分评判不合格，余按照《医师考核委员会工作制度》执行，并按医院目标管理考核要求进行扣罚。

3. 相关文件

3.1 《病历书写基本规范》

3.2 《电子病历基本规范（试行）》

3.3 《三级妇幼保健院评审标准实施细则》

附件：门（及）诊病历质量考核标准


附件：

门（及）诊病历质量考核标准（100分）

项目	分值	基本要求	缺陷内容	扣分标准
一般项目	10分	病历封面必须有患者姓名；性别；年龄；药物过敏史。每次就诊必须有就诊科室及时间（24小时制）。	缺患者姓名；性别；年龄	1分/项
			缺药物过敏史	2分
			缺就诊时间；科别	1分/项
主诉	5分	病人就诊的主要症状、体征及持续时间，要求重点突出、简明扼要、能导出第一诊断，原则上不用诊断名词。	缺主诉	5分
			主诉描述欠准确	1分
			不能导出第一诊断	1分
			用诊断代替主诉	1分
现病史 (选一项)	10分	初诊 须与主诉相关、相符；能反应本次疾病起始、演变、诊疗过程（包括他院诊治情况及疗效）；要求重点突出、层次分明、概念明确、运用术语准确。有必须的鉴别诊断内容。	无现病史	10分
			与主诉不相关、不相符	2分
			未能反应本次疾病起始、演变、诊疗过程	2分
		复诊 须描述治疗后自觉症状变化、治疗效果，重要检查结果。	重点不突出、层次不分明、概念不明确、运用术语不准确	2分
			无必须的鉴别诊断内容	2分
			无现病史	10分
既往史	5分	记录重要或与本次诊断相关的既往史；及与疾病相关的个人史；婚育史；家族史（复诊无需既往史）。	缺与本次疾病相关的既往史	5分
			缺重要药物过敏史	3分
			缺与疾病相关的个人史；婚育史；家族史	1分
查体 (选一项)	10分	初诊 须记录阳性体征和必要的阴性体征。	缺阳性体征和必要的阴性体征	10分
		复诊 须记录初诊阳性体征的复查及新的阳性体征。	缺初诊阳性体征的复查及新的阳性体征	10分
辅助检查	5分	须记录与本次疾病相关的辅助检查。	未记录与本次疾病相关的辅助检查	5分
处理	20分	记录所开各种辅助检查项目；药品应记药名、剂量、总量、用法；建议休息的时间及复诊时间；病假证明均应记录在病历上，记录向病人交代的重要注意事项；处理与诊断相符。	处理与诊断不相符合	5分
			未记录所开各种辅助检查项目	5分
			药品未记录药名、剂量、总量、用法	5分
诊断	20分	诊断用语规范；不能明确诊断的，需写明“××待查”。	缺诊断	10分
			诊断不规范或不全	10分
医师签名	10分	医生须签全名并盖章。	无医师签名	10分
			有医师签名但无法辨认	5分
病历书写	5分	字迹清晰，病历整洁。	有涂改	2分
			字迹潦草，无法辨认	2分

注：1. 对于经接诊医生判断目前病情稳定，继续原用药的患者：无需参照以上标准，仅需写明“XX病（带）配药，目前病情稳定，维持原治疗方案”处理中写清“药品的药名、剂量、总量、用法，及相关处理内容”。

2. ≥90分以上为合格病历

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	院前急救与院内急诊绿色通道有效衔接服务标准与流程	制度编号	YWK-2020-8
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	149-151

院前急救与院内急诊绿色通道有效衔接服务标准与流程

1. 目的

为保障我院院前急救与院内急诊之间的“绿色通道”有效衔接，根据《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知. 国卫医发〔2020〕19号》文件精神并结合我院工作实际，特制定本规定。

2. 标准

1. 院前急救：

1. 救护车出诊快捷，院前急救规范施行一系列必要的尽力、合理救治处理措施。

1.2 从急救现场到急救车途中的搬运过程中的监护、急救、处理，急危重病人，途中向家属进行必要的告知谈话。

1.3 转运过程中应事先将病情电话告知急诊科值班医生，院前院内紧密联系与交接、协同抢救。

2. 院前院内在急救功能上的密切配合，形成紧密的链式连接

2.1 保证院前院内信息互通：急救病人病情通报应做到120中心—急救中心/救护车—医院的“三方通话”。

2.2 病人转送与安置：针对危重患者的病情，应及时向院内急诊科通报，尽快转运回医院，在转运过程中告知医院要求会诊的医生、仪器设备、药物的准备。接诊护士、护工、有关医生等在救护车到达时立即接诊。救护车返回院内，做到抢救室的抢救设备已开启，需要会诊的相关医师到位，医院各相关部门做好必要准备。基层医疗机构向我院转运急危重症患者时，应提前与急诊科联系并通过120急救中心转运患者；急诊科在初步了解患者病情、相关专业床位情况确定允许接收后，立即通知120急救中心进行患者转运工作。急诊科在接收此类患者时应与转运者进行当面交接，如目前病情与转运患者途中的车内监护、急救、处理

措施等情况，同时做好登记。

2.3 院内通道的通畅保证:包括急诊科的急救绿色通道、必要的备用特别通道、电梯等设备、通畅，以便在救护车到达时立即用于病人的院内转送。流程为:救护车—急诊科/室—抢救室—手术室—留观室/住院病房。

3. 病人的院前院内交接

急救病人交接:指急危重症病人经院前急救送达医院后，院前医生将病人病情病史等与医院接收人员交接。按院前与院内不同情况和要求分为如下两方面:

3.1 院内工作要求:接到急救信息/得知急救车到—通知相关会诊医师到场—达准备推床并接诊、(按信息)进行相应的院内抢救准备。

3.2 院前工作要求:确定生命体征，按院前急救规范进行必要处理，并作出“拟诊”，做好到院内交接准备——到达急诊科——正确、迅速地将病人转至院内(推)床上——与院内医护人员进行病人和病情交接。

4. 完善院前院内急救链的有关因素

4.1 急诊科设有 24 小时导诊(分诊)人员，随时到急诊科大门前迎接急危重病人入急诊抢救室抢救。当值班医、护人员接到急、危重病人入院通知时，应立即做好抢救准备，检查好所需抢救设备和备用抢救药品。

4.2 为了保证急、危重病病人的抢救工作及时、准确、有效地进行，对“急救绿色通道”急、危重病人一律实行优先抢救、优先检查和优先住院原则，再补办医疗相关的手续。

4.3 遇重大抢救必须报告科主任，白天同时报告医务部，夜间报告行政总值班，必要时由医务部或行政总值班组织医院抢救小组成员进行抢救会诊，也可以由急诊科主任直接请相关专业的抢救组成员会诊抢救。急诊科主任和护士长随叫随到，组织协调抢救工作。急诊抢救呼叫院内抢救会诊 10 分钟内到达。

4.4 进入绿色通道及其他急危重病病人的检查、取药、住院应优先处理。

4.5 对绿色通道抢救的病人，值班医师必须尊重家属的知情权，根据病情告知病重或病危，并签字；如没有家属和委托人的急、危重病人，按急诊危重病人抢救绿色通道管理暂行规定处理。

4.6 为保证抢救及时，遵循生命权高于知情同意权原则，对绿色通道抢救病人的各类有创操作，值班医师按照国家有关规定和实际情况可以先操作后补谈话、


签名，并及时将当时情况记录于病程记录中。

4.7 抢救病历应由相关医护人员根据实际情况填写完整并妥善保管。

4.8 值班医护人员及其他相关工作人员必须对急危重病人全力抢救，不得以任何理由推诿、延误病人的诊疗。

5. 相关文件

5.1 《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知. 国卫医发〔2020〕19号》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	急诊与住院连贯的医疗服务标准与流程	制度编号	YWK-2020-9
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	152-154

急诊与住院连贯的医疗服务标准与流程

1. 目的

为保障急诊患者从入院至住院期间医疗服务的连贯性，保障患者的安全，降低医患矛盾，减少医疗风险，为病人就诊、住院、会诊、转诊、出院、随诊全过程提供优质的服务，保证医疗、护理工作的正常运转，确定医护质量，满足病人需求，根据《急诊科建设与管理指南（试行）.2009年6月》《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知.国卫医发〔2020〕19号》文件精神及我院制度的十八项核心制度并结合我院工作实际，特制定本标准与流程。

2. 标准

2.1 急诊与住院连贯的服务标准

2.1.1 医院凡已设置的临床专业科室均应提供“24小时×7天”连贯不间断的急诊服务。

2.1.2 药学、医学影像（普通放射、CT、MRI、超声等）、临床检验、输血部门应提供“24小时×7天”连贯不间断的急诊服务。

2.1.3 进入绿色通道的病人医学检查结果报告时限

2.1.3.1 病人到达医学影像科后，急诊平片、CT报告时限≤30分钟。

2.1.3.2 超声30分钟内出具检查结果报告。

2.1.3.3 急诊检验报告时限，临检项目≤30分钟出报告；生化、免疫项目≤2小时出报告。

2.1.3.4 执行危急值报告制度。

2.1.3.5 医疗器械部门及保障部门应提供“24小时×7天”连贯不间断的抢救设备、后勤保障支持服务。

2.1.3.6 对于行动不便、高龄、残疾等患者应提供轮椅、平车等便民措施。

2.2 急诊与住院连贯的服务流程

2.2.1 得到医疗服务的途径及入院前评估

厚德 精诚 笃行 至善

2.2.1.1 从院前急救人员接诊病人或病人到达急诊科与医护人员接触时，医患活动即开始发生。

2.2.1.2 急诊检诊分诊人员严格执行急诊检诊分诊工作制度和流程。

2.2.1.3 医护人员立刻对病人进行评估与筛查，随时判断病人的需求是否与医院所提供的医疗服务资源相匹配，医院的技术、设备及人员等条件能否够满足其医疗需求。门诊医生在诊疗病人时，应以体格检查、临床检验或影像诊断结果对病人进行评估和筛查，确定最适合病人的治疗方案。

2.2.1.4 对于危重病人、外伤病人、65岁以上老人、残疾人、久病体弱者、疼痛病人和门诊提前预约挂号的病人，应优先安排病人的诊疗、检查、取药和治疗。

2.2.1.5 遇有疑难疾病、三次未确诊者、危重抢救患者，应及时请示上级医生或邀请会诊。经过完善相关辅助检查、充分评估病情、病情较重或符合“入院标准”和“转诊转院规定”者按医院规定及时予以办理。

2.2.2 入院前医患沟通

2.2.2.1 门（急）诊医生针对病情建议病人入院（留观）治疗时，应告知病人及家属入院检查、治疗（手术）的目的和必要性、治疗的预期效果、住院的大致时间（天数）、所需的大约医疗费用、住院首次押金等情况。在病人得到充分的信息后决定入院，医生开出相应医嘱。医生对收入院的病人要确认科室的技术、设备及人员等条件能够满足其医疗需求。

2.2.2.2 医院或科室病床设施不够时应视情况对病人做相应的处理。病情危重需要立即入院治疗但收治科室无床时，需上报医务科由医务科协调处理，若我院不具备诊治条件时，可予以转院；病情需进一步检查、择期手术的病人可暂行门诊治疗或预约床位，待有空床后通知住院；急诊病人暂时不能入院，如果病情允许可先在留观室观察处理；如果医院短期无法解决病人的住院问题，在病情允许的情况下可以安排病人转院治疗。

2.2.2.3 对于抢救、危重病人应在急诊抢救室紧急处理，待病情允许时进行转运，转运前应履行医患沟通，告知患者家属转运途中可能出现的风险，并取得家属签字。电话告知收治科室做好安排病人的相关准备，在医务人员及家属的共同陪同下一起转运。

2.2.3 入院后紧急处理

2.2.3.1 入院后门诊医师或接诊医师应参与紧急处理过程,并向值班医师交代病情及与患者家属沟通情况,对可能出现纠纷的重点环节应重点交待,对危重、抢救及需急诊手术患者应及时向上级医师、科主任汇报病情、紧急治疗措施,请求上级医师指导,必要时向医务科或医院总值班汇报。

2.2.3.2 按照《病历书写基本规范》书写医疗文书。

2.2.3.3 需要其它科室紧急处理的,邀请相关科室急会诊,协助处理。

2.2.3.4 需要紧急输血、血液制品的参照输血相关规定执行。

2.2.3.5 对可能需要急诊手术,应请上级医师评估病情,决定是否急诊手术,进行相关术前准备、知情告知等。

2.2.4 紧急处理后治疗

如为值班收治病人,紧急处理后应向经治医师充分交待病情,应包括医患沟通内容、紧急处理措施、拟定的下一步治疗方案等。经治医生应继续评估病情,根据评估结果决定下一步诊疗方案。

3. 相关文件

3.1 《急诊科建设与管理指南(试行).2009年6月》

3.2 《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知.国卫医发〔2020〕19号》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	急诊分类及处理规程	制度编号	YWK-2020-10
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	155-161

急诊分类及处理规程

1. 目的

为加强门、急诊医疗安全管理，明确工作职责，保障患者得到及时、准确、快速的急诊服务，根据《三级妇产医院医疗服务能力指南（2017年版）》及《中华人民共和国卫生行业标准. 医院急诊科规范化流程（WS/T 390-2012）》结合我院工作实际七情况，特制定本规程。

2. 标准

2.1 就诊范围

急诊科接诊就诊者范围：就诊者由于疾病发作、突然遭受外伤、异物侵入体内、身体处于危险状态或非常痛苦的状态时，均可到急诊科就诊，包括如下：

2.1.1 儿科（新生儿标准适当放宽）

2.1.1.1 心跳呼吸骤停；

2.1.1.2 各种休克；

2.1.1.3 心衰、肾衰、呼衰；

2.1.1.4 生命体征、血糖不稳定者；

2.1.1.5 各种中毒；

2.1.1.6 各种原因引起的惊厥、昏迷；

2.1.1.7 各种创伤意外等，包括气道、消化道异物等；

2.1.1.8 大出血就诊者；

2.1.1.9 中枢神经系统感染，或合并脑病者；

2.1.1.10 急性喉炎、哮喘及哮喘持续状态；

2.1.1.11 呼吸急促、面色青紫、苍白、精神萎靡者；

2.1.1.12 各种情况需吸氧处理者；

2.1.1.13 持续高热（39℃）3 日以上；

- 2.1.1.14 严重酸碱平衡紊乱、水电解质紊乱者；
- 2.1.1.15 各种严重疼痛；
- 2.1.1.16 各种严重过敏反应者；
- 2.1.1.17 创伤；
- 2.1.1.18 软组织损伤：擦伤、挫伤、血肿、裂伤、软组织异物伤；
- 2.1.1.19 泌尿系损伤：肾损伤、输尿管损伤、尿道损伤、阴囊损伤；
- 2.1.1.20 急性化脓性感染
- 2.1.1.21 急性蜂窝织炎；
- 2.1.1.22 急性坏死性软组织感染；
- 2.1.1.23 急腹症
- 2.1.1.24 急性腹膜炎；
- 2.1.1.25 急性阑尾炎；
- 2.1.1.26 肠梗阻：粘连性肠梗阻、蛔虫肠梗阻、肠扭转；
- 2.1.1.27 嵌顿性腹股沟斜疝；
- 2.1.1.28 肠痉挛；
- 2.1.1.29 小儿妇科急症：卵巢肿瘤蒂扭转、卵巢破裂、阴道流血。
- 2.1.2 妇科
- 2.1.2.1 阴道异常流血（流产或先兆流产、功能失调性子宫出血等）；
- 2.1.2.2 妇科急腹症（急性盆腔炎、卵巢囊肿蒂扭转，卵巢囊肿、黄体破裂、异位妊娠破裂等）；
- 2.1.2.3 妇科中晚期癌症相关并发症；
- 2.1.2.4 女性生殖系统相关损伤；
- 2.1.2.5 手术伤口愈合不良；
- 2.1.2.6 计划生育手术损伤（人工流产术）。
- 2.1.3 产科
- 2.1.3.1 临产或先兆临产（包括足月及未足月）；
- 2.1.3.2 早产及胎膜早破；
- 2.1.3.3 产前阴道大量出血（前置胎盘；胎盘早剥等）；
- 2.1.3.4 产后及产褥期出血；

- 2.1.3.5 分娩相关的各种并发症（羊水栓塞、脐带脱垂等）；
- 2.1.3.6 可疑胎儿窘迫（胎动异常、胎监异常等）；
- 2.1.3.7 妊娠高血压疾病及并发症；
- 2.1.3.8 产科相关急腹症（子宫破裂；子宫内翻；子宫急性扭转等）；
- 2.1.3.9 妊娠合并各种内科急症（急性感染、糖尿病酮症酸中毒、心力衰竭、急性脂肪肝等）；
- 2.1.3.10 妊娠期外科急腹症（急性阑尾炎；急性胆囊炎；急性胰腺炎；急性肠梗阻等）；
- 2.1.3.11 妊娠合并各类创伤；
- 2.1.3.12 产后、术后伤口愈合不良；
- 2.2 按照急诊科分诊分级指引对急诊科病人评估分级：具体见附件一、附件二。
- 2.3 急诊就诊者的处理
 - 2.3.1 当班护士接到上述情况的急诊就诊者，首先记录就诊者进入急诊科的时间，进行初步评估，并进行及时分诊；
 - 2.3.2 对重症就诊者，立即送抢救室先抢救，后补办相关手续：
 - 2.3.2.1 当发现需抢救的危重症就诊者，在医生到达前，护士可酌情予以急救处理，如止血、给氧、人工呼吸、吸痰、胸外心脏按压等，亦可请其它科值班医生进行初步急救，被邀请医生不得拒绝。
 - 2.3.2.2 发绀及呼吸困难者予以吸氧，体温大于 39.5℃予以冰敷，呼吸、心跳骤停者即行胸外心脏按压。
 - 2.3.2.3 护士根据医生下达抢救就诊者的医嘱，应做如下处理：
 - 2.3.2.3.1 口头医嘱：护士要大声复述一遍，备好药物与医生核对，确认无误后执行，保留所有的药物空瓶以便查对；静脉点滴的药物需把药名和剂量写在输液瓶签上；
 - 2.3.2.3.2 使用抢救仪器者，调节好参数，并协助医生进行抢救。注意观察各种仪器运转是否正常及就诊者的反应，如有异常应及时报告医生进行处理；
 - 2.3.2.3.2 及时记录就诊者的病情、阳性体征、抢救的过程及就诊者的反应，抢救结束后 6 小时之内完成抢救记录与抢救医嘱并签名。

2.3.2.4严格执行核心制度《首诊负责制度》、《危重就诊者抢救制度》等医疗管理制度。

2.4 突发公共事件伤员的处理

2.4.1 伤员到达急诊科后，医护人员本着“先救命后治伤、先救重后救轻”的原则开展救治工作，按照国际统一的标准对伤病员进行检伤分类，分别用蓝、黄、红、黑四种颜色，对轻、重、危重伤病员和死亡人员作出标志（分类标记用塑料材料制成腕带），扣系在伤病员或死亡人员的手腕或脚踝部位，以便后续救治辨认或采取相应的措施。

2.4.2 及时向科主任报告，并由科主任上报医务部及行政总值班，同时上报院领导决定是否启动突发公共事件医疗救援应急预案，并做好应急工作。

3. 相关文件

3.1 《三级妇产医院医疗服务能力指南（2017年版）》

3.2 《中华人民共和国卫生行业标准. 医院急诊科规范化流程（WS/T 390-2012）》

附件：1. 儿科急诊预检分诊指引

2. 妇产科急诊分级预检分诊指引

附件1:

儿科急诊预检分诊指引

分诊级别	定义	常见临床表现	常见预警性诊断
LEVEL I级 濒危 医生接诊：立即 地点：抢救室	病情可能随时危及病人生命需立即采取挽救生命的干预措施，这类病人应立即送入急诊抢救室。	<ul style="list-style-type: none"> ●呼吸衰竭，休克，昏迷，心搏骤停 ●需要持续评估和干预以维持生理学的稳定 	昏迷，惊厥持续状态，急性肢体瘫痪(<3小时)GCS:3-9分；严重心律失常，各种休克，心搏骤停；中-重度呼吸窘迫，呼吸停止或即将停止，上气道梗阻伴明显喘鸣，SPO ₂ ≤90%；重度烧伤/烫伤，严重创伤，大出血
LEVEL II级：危重 医生接诊：<15 分钟 地点：抢救室或急诊诊室	<ul style="list-style-type: none"> ●病情有可能在短时间内进展至 I 级 ●病人来诊时呼吸循环状况尚稳定，但其症状的严重性需要很早就引起重视，病人有可能发展为 I 级 	<ul style="list-style-type: none"> ●中度呼吸困难；气促明显；明显喘息 SPO₂≤90% ●心衰；心律失常但循环稳定；高血压危象；重度脱水 ●昏睡；谵妄；剧烈头痛；GCS:10-13分 ●需要详细评估和多方干预以防病情恶化 ●发热：年龄<3月，体温>38℃； ●疼痛评分>7/10分 ●120 转入病人 	脓毒血症，意识程度的改变，误服异物/毒物溺水；触电；消化道大出血，肺炎伴有中重度呼吸窘迫，哮喘持续状态，抽搐（发作后），糖尿病酮症酸中毒，儿童受虐待，紫癜性皮肤病，开放性骨折，睾丸疼痛，肠套叠，胸腹、盆腔、脊髓损伤；贯通伤；高坠伤；四肢重度撕脱伤；不能控制的外科出血，骨科外伤病人伴有神经血管损伤功能障碍，口腔科恒牙外伤患者
LEVEL III：急症 医生接诊：<30 分钟 地点：急诊诊室或留观室	<ul style="list-style-type: none"> ●病人目前明确没有在短时间内危及生命或严重致残的征象，病人病情进展为严重疾病和出现严重并发症的可能性很低 ●病情可能引起患者严重不适或患者的日常生活需要急诊处理缓解病人症状 ●在留观和候诊过程中出现生命体征异常病情分级应考虑上调一级 	<ul style="list-style-type: none"> ●清醒，无脱水，生命体征只有轻微改变 ●干预包括评估和简单的处理 ●年龄>3月，体温>39℃；年龄>6月，体温>41℃，伴有精神状态改变或存在免疫抑制或缺陷者 ●轻度呼吸窘迫 ●心动过速或过缓(血压正常)高血压；中度脱水 ◇ 新生儿（年龄<28天） ●疼痛评分 4-7/10分 	心动过速或过缓（血压正常）高血压；肺炎伴轻度呼吸窘迫，轻度喘息性支气管炎，中度喘鸣 SPO ₂ >92-94%；嗜睡，易激惹；头痛明显，GCS:14-15分；轻度烧伤/烫伤，一般骨折，口腔外伤，既往史有抽搐，有自杀意念的患者，误服异物仅需要观察的患者，头颅外伤者清醒/呕吐

<p>LEVELIV: 非急症、少有急症表现或无急症表现 医生接诊: 1-2 小时 地点: 诊室或候诊区</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 病人目前没有急性发病症状, 无或很少不适主诉, 且临床判断需要很少急诊医疗资源 ● 病情可能引起患者焦虑情绪; 需要结合考虑患者年龄以及潜在恶化和并发症的可能 ● 病人目前没有急性发病症状, 无或很少不适主诉, 且临床判断需要很少急诊医疗资源 ● 病情可能是急性起病, 但情况不紧急, 可以是患者既往慢性疾病的部分表现, 病情没有在短时间内危及生命或严重致残的征象 ● 医学干预或进一步检查可以推迟或转到相关专科和其他医院 	<ul style="list-style-type: none"> ● 呕吐/腹泻不伴有脱水, ● 年龄 > 2 岁 ● 咳嗽无气促及呼吸窘迫 ● 轻微的皮肤擦伤/扭伤/拉伤 ● 发热患者, 神志清醒主诉简单如, 耳痛, 咽痛, 鼻塞 ● 头外伤: 无任何症状 ● 疼痛评分 1-3/10 分 ● 无热, 意识清楚, GCS: 14-15 分, 无脱水, 生命体征正常 ● 医学干预上只需评估和随诊嘱托 ● 仅有呕吐或腹泻不伴有脱水的体征 	<p>腹泻, 皮肤擦伤/扭伤/拉伤, 上呼吸道感染, 轻度哮喘, 轻度胸外伤无气促, 中耳炎</p>
<p>参考文献:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beveridge R, Clarke B, et al. Implementation guidelines for the Canadian ED Triage and Acuity Scale (CTAS). 2. 急诊病人病情分级指导原则 (征求意见稿) 			

附件2:

妇产科急诊分级预检分诊指引

	LEVEL I	LEVEL II	LEVEL III	LEVEL IV
定义	Resuscitation (濒危病人) 病情可能随时危及到就诊者生命或病情在短时间有可能发生急剧变化者,按《危重就诊者抢救制度》处理,应组织人员尽快进行抢救治疗,并将就诊者直接送入抢救室抢救。	Emergent (危重病人) 病情有可能在短时间内进展至 I 级,或可能导致严重残疾,应尽快安排接诊,并给与病人相应处置及治疗	Urgent (急症病人) 病人目前明确没有在短时间内危及生命或严重致残的征象,应在一定的时间段内安排病人就诊。 病人病情进展为严重疾病和出现严重并发症的可能性很低,也无严重影响病人舒适性的不适,但需要急诊处理缓解病人症状。在留观和候诊过程中出现生命体征异常者,病情分级应考虑上调一级。	Less Urgent & Non Urgent (非急症病人) 病人目前没有急性发病症状,无或很少不适主诉
常见临床表现 (妇产科)	<ul style="list-style-type: none"> •呼吸衰竭 •休克 •昏迷 •心跳呼吸骤停 •反复抽搐 •脐带脱垂 	<ul style="list-style-type: none"> •中-重度呼吸窘迫 •意识模糊 •严重疼痛 (疼痛评分 $\geq 7/10$) •妊娠期发热 •妊娠期高血压病变 •妊娠期腹痛、创伤及外科合并症 •妊娠期异常阴道流液 •妊娠期异常阴道流血 (多于经量) •胎动异常 •胎心率异常 •产后出血 •阴道异常流血伴腹痛 •异位妊娠 	<ul style="list-style-type: none"> •轻度呼吸窘迫 •妊娠期剧吐 •妊娠期少量阴道流血 •产后发热 •人流合并症 •经期腹痛 •阴道异物 •外阴阴道肿物伴疼痛 •术后伤口愈合不良 	<ul style="list-style-type: none"> • 月经不调 • 外阴瘙痒、不适 • 阴道异常排液
护士接诊	立即	立即	60 分钟	90分钟或安排门诊就诊
医生接诊	立即	15 分钟		
接诊地点	抢救室	抢救室或急诊诊室	诊室 (候诊过程中出现病情恶化,病情分级考虑上调)	
评估频率	持续	每 15 分钟	III级病人每 30 分钟, IV级病人每 60-120 分钟	
参考文献: 1. 急诊病人病情分级指导原则 (征求意见稿)				

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	危急重症优先处置制度	制度编号	JZK-2020-11
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	162-163

危急重症优先处置制度

1. 目的

为切实做好急诊患者的抢救及后续治疗工作，提供快速、有序、有效和安全的诊疗服务，尽最大可能保证患者的生命安全，让病人真正感受到“救死扶伤、实行革命人道主义精神”，保证病情危重患者能够得到及时、有效地抢救治疗，加强对危重症病人的管理。根据《中华人民共和国卫生行业标准. 医院急诊科规范化流程（WS/T 390-2012）》及《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》并我院工作实际，特制定本制度。

2. 标准

2.1 建立优先处置通道，符合条件者及时启动优先处置通道。进入“优先处置通道”的病人：是指各种休克、昏迷、心跳骤停、严重心律失常、急性重要脏器功能衰竭垂危者等。

2.2 “优先处置通道”的工作要求及诊疗程序如下：

2.2.1 急诊科必须对所有急诊病人实行 24 小时应诊制和首诊负责制。

2.2.2 送入急诊抢救室的病人，是否进入“优先处置通道”，由抢救室的当班医生根据病情决定，凡进入“优先处置通道”的病人，应立即给予抢救，后办理挂号、交费等手续。

2.2.3 进入“优先处置通道”的病人，各有关科室必须优先诊治和简化手续，各科室间必须密切配合，相互支持。

2.2.4 危重患者优先入院抢救，由急诊科医生、护士护送，后补办住院手续。

2.2.5 各专业科室每日预留 1-2 张床位。

2.2.6 全院职工必须执行我院设立急诊“优先处置通道”的决定，凡对进入“优先处置通道”的病人如有发现推诿病人或呼叫不应、脱岗离岗的个人和科室，除按规定处理外视对病人抢救的影响程序追究其责任。

2.3 对群体伤及突发公共卫生事件病情危重者，急诊科在积极救治的同时要上报医务科或值班时间报总值班，必要时上报分管院长、院长及卫键委。

3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国卫生行业标准. 医院急诊科规范化流程（WS/T 390-2012）》

3.2 《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	急诊留观管理和优先住院的规定	制度编号	YWK-2020-12
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	164-165

急诊留观管理和优先住院的规定

1. 目的

为加强对急诊留观的管理，保障医疗安全，提高医疗质量，满足病人需求，根据《急诊科建设与管理指南（试行）. 2009年6月》《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》文件精神及我院制度的十八项核心制度并结合我院工作实际，特制定本规定。

2. 标准

2.1 凡暂不具备住院条件，但根据病情必须输液或观察的病人，可留急诊科观察、治疗，观察时间不超过72 小时。

2.2 门诊各诊室的病人在急诊科留观或输液治疗时，由门诊首诊医师全面负责病人的所有事宜，若病情有变化，应随叫随到。对病人的病情、诊断、疑似诊断、检查、注意事项的内容，应在下班时形成急诊病历，向急诊医师进行床头交接。

2.3 急诊科医师应积极处理各科在急诊留观输液病人其病情变化时的情况必要时请相关科室会诊，确保医疗安全。

2.4 急诊科注射室护士在治疗前首先查看门诊病历及注射单，详细了解病情，随时巡视病房，密切观察病情变化，若观察期间发现病情变化及时向急诊值班医生汇报，医师应立即进行处理。

2.5 如遇有专科性较强的疾病治疗时，门诊医师应根据情况收住专科，留观时申请专科会诊。

2.6 急诊科医生、护士应对留观室所有病人进行床头交接，详细了解观察病人病情变化及治疗情况，并做好详细记录。

2.7 严格执行病历记录有关规定：凡收住观察室的病员，必须开好医嘱，按规定及时填写病历，随时记录病情及处理经过。

2.8 急诊留观患者，必须优先诊治和简化手续，各科室间必须密切配合，相互支持。

3. 相关文件

3.1 《急诊科建设与管理指南（试行）》

3.2 《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	急诊患者留观、住院、转诊、转科、转院服务流程管理	制度编号	YWK-2020-13
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	166-168

急诊患者留观、住院、转诊、转科、转院服务流程管理

1. 目的

为保障患者的安全，降低医患矛盾，减少医疗风险，为保障患者住院期间医疗服务的连贯性，提供优质的服务，保证医疗、护理工作的正常运转，提高医疗质量，满足病人需求，根据《急诊科建设与管理指南（试行）.2009年6月》《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》文件精神及我院制度的十八项核心制度并结合我院工作实际，特制定本标准与流程。

2. 标准

2.1 留观：

2.1.1 不符合住院条件，但根据病情尚需急诊观察的患者，可留观察室进行观察不超过72小时。

2.1.2 急诊值班医师和护士应当根据病情严密观察、治疗。凡收入观察室的患者，必须开好医嘱，按格式规定及时书写病历，随时记录病情（包括检验、影像）及时处理经过，必要时及时请相关专业会诊。

2.1.3 首诊医师全面负责急诊留观病人的所有事宜，若病情有变化，应随叫随到。对病人的病情诊断疑似诊断检查注意事项等内容，应在下班时向接班急诊医师进行床头交接，且病历书写要规范。

2.1.4 急诊抢救工作由主治医师以上（含主治医师）主持与负责，主治医师每日查房一次，及时修订诊疗计划，指出重点工作。急诊值班医师早晚各查房一次，重病随时查房。

2.1.5 急诊室值班护士随时主动巡视患者，按时进行诊疗护理并及时记录、反映情况。

2.1.6 急诊值班医护人员对观察床患者，要按时详细认真地进行交接班工作，必要情况书写记录。

2.1.7 严格执行急诊病历记录书写规范的有关规定，但因抢救危急患者，未能及时书写病历记录的，有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记，并加以注明。

2.2 入院：

2.2.1 病人住院，须持有本院门诊或急诊医师签发收住院意见的门诊病历、住院卡，持有效证件、住院押金及生活必需品到入院收费处办理入院手续（患者或家属要保存好有关收据）。

2.2.2 接诊新入院病人的病房护士将病人带到准备好的病床及用物的病房内。对急诊或危重病人，病房医护人员须立即做好抢救的一切准备工作。

2.2.3 病人安置好后，医护人员应主动热情接待病人，向病人介绍住院规则和有关事项，并签字。同时协助病人熟悉环境，主动了解病情和病人的心理状态、生活习惯等，及时测体温、脉搏、呼吸、血压、体重等。

2.2.4 护送危重病人入院时应保证安全、注意保暖、输液病人或用氧者要防止途中中断，对外伤骨折病人注意保持体位，尽量减少病人的痛苦。

2.2.5 病人入院后护士应及时通知负责医师检查病人，及时执行医嘱，制定整体护理计划。

2.3 转科：

2.3.1 病人因病情需要转科，须经主管医生向相关科室发出会诊申请，会诊后决定转入后，原主管医师开出病人转科医嘱。

2.3.2 责任护士根据医嘱与转入科室联系，完成本病区应实施的诊疗护理措施及护理文件书写，并通知病人/家属做好转科准备。

2.3.3 护士核对长期、临时医嘱，结算病人在本病区所用的药物及治疗费用，注销各种诊疗卡。

2.3.4 责任护士征求病人对本科室的工作意见，并协助病人整理物品，清点被服，与转入科室护士交接病历及药物后，携带病历、药物护送病人至转入病区。

2.3.5 责任护士与转入科室的护士交接病历及药物，待转入科室接收病历并安置好病人，双方在床边交接病人的病情及护理情况后，方可离开。

2.4 出院：

2.4.1 患者出院，须由经治医师下出院医嘱，经上级医师或科主任同意，方可

办出院手续。办理出院手续可在下发医嘱的当天下午或第二天办理。

2.4.2 患者出院前,由责任护士及经治医师告知出院后注意事项,包括:目前的病情;药物的剂量、作用、副作用;饮食;活动;复诊时间;预约等。

2.4.3 病人出院时,应交清公物,办理医疗费用结算手续并领取出院带药后,方能出院。在办理出院手续时患者要认真核对清单,发现问题及时与护士联系解决。

2.4.4 责任护士主动征求患者对医疗、护理等各方面的意见及建议,指导病人填写满意度调查表,并协助整理物品。

2.5 转院

2.5.1 转院:

2.5.1.1 我院因限于技术和设备条件,无法诊治的病人,在病情允许的情况下,由经管主治提出,分管上级医师和科主任同意,上报医务科或总值班,并由相关部门与转入医院联系或请会诊,征得对方同意后方可转院。

2.5.1.2 转院时须同时办好费用结算,有关手续与出院相同。

2.5.1.3 转院必须严格掌握指征,转送途中有加重病情导致生命危险者,应暂留院处理,待病稳定后转院。重症病人转院,病人家属应解决好有关护送问题,必要时应由转出科室派医护人员护送,并与被转医院有关人员做好交接手续。

2.5.1.4 转院时由住院医师写好详细病历摘要随病员转去,也可按照相关规定复印带走部分病历资料,不得将原始病历带走。

2.5.1.5 因各种原因主动要求转院的病人,由其本人、家属或单位自行联系解决,按自动出院处理。

2.5.2 病人转入我院


2.5.2.1 外院转入我院的病人,须经我院会诊同意。由会诊医师开具住院通知单,并于转入科室联系好床位后方可输入院手续。

2.5.2.2 转入手续与住院手续相同。

3. 相关文件

3.1 《急诊科建设与管理指南(试行).2009年6月》

3.2 《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案(2018-2020年)》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	急、危重病人入院服务规范及入院流程	制度编号	YWK-2020-14
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	169-170

急、危重病人入院服务规范及入院流程

1. 目的

保证急、危重病人能及时、准确地得到治疗和护理。根据《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》文件精神并结合我院工作实际，特制定本规范及入院流程。

2. 程序：

- 2.1 医生确定病人收入住院，签发住院证。
- 2.2 医生或护士向病人（家属）告知病情，使病人（家属）有心理准备。
- 2.3 通知病区，病人由医生或护士护送到住院病房。
- 2.4 接到急诊室电话，病房护士立即准备好抢救用物及仪器，同时报告医生做好抢救准备。
- 2.5 急诊或门诊护士护送病人至病房，协助病房护士将病人安置在重危病房或抢救室，并认真做好交接班，给病人戴好腕带。
- 2.6 按专科护理要求，严密观察病情变化，快速、准确地执行医嘱。
- 2.7. 按一般病人入院护理，保持及时、准确的护理记录。

3. 标准：

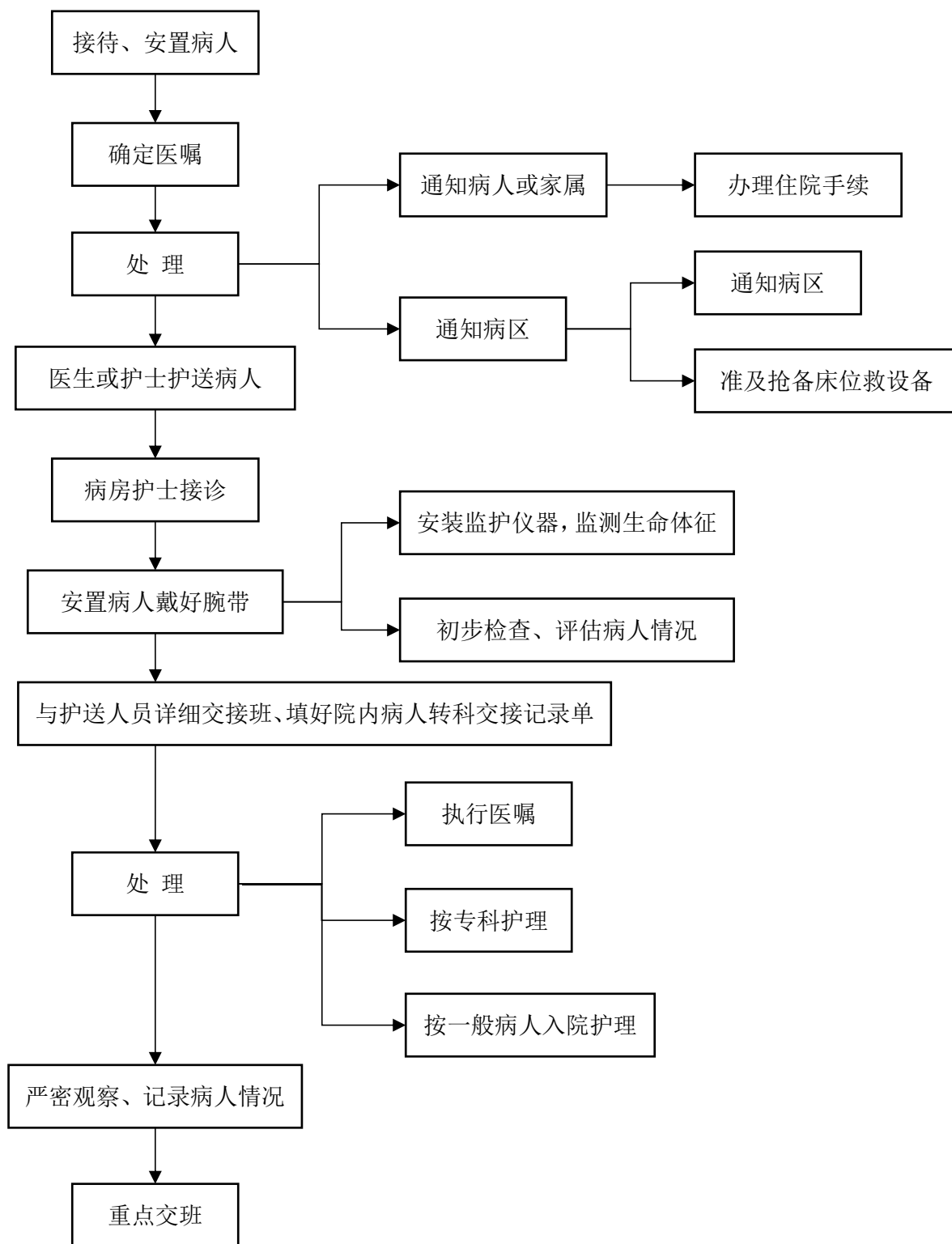
- 3.1 病人（家属）对护理、治疗和抢救表示理解、满意，并积极配合。
- 3.2 病人得到及时、准确的抢救、护理和治疗。
- 3.3 根据病人需要，提供必要的服务。
- 3.4 保证各项记录准确、及时。

4. 相关文件

- 4.1 《急诊科建设与管理指南（试行）》
- 4.2 《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》

附件：

危 / 急重病人住院流程图



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	医院危重患者院内交接转运制度及流程	制度编号	YWK--2020-15
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年2月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	171-172

医院危重患者院内交接转运制度及流程

1. 目的

为保障患者的安全，降低医患矛盾，减少医疗风险，提供优质的服务，保证医疗、护理工作的正常运转，提高医疗质量，满足病人需求，根据《急诊科建设与管理指南（试行）.2009年6月》《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》文件精神及我院制度的十八项核心制度并结合我院工作实际，特制定本制度与流程。

2. 标准

危重患者院内转运包括危重患者外出检查、特殊治疗、手术、转科等程序。

2.1. 转运前的护理

2.1.1 根据医嘱电话通知相关科室，做好接收准备。

2.1.2 医师充分评估患者病情，向患者及家属做好解释。

2.1.3 选择合适的转运工具，携带转运途中所需先关资料及急救用物

2.1.4 妥善固定静脉通道和各种引流管。

2.1.5 由医护人员陪同转运，通知电梯准备，确保患者安全转运。

2.2. 转运中的护理

2.2.1 患者体位舒适，注意保暖，保持头部处于高位。

2.2.2 转运过程中注意安全，拉起护栏，推床平稳，防止意外发生。

2.2.3 严密观察患者病情，必要时配合医生进行紧急处理或将患者送入途中最近的医疗单元实施急救，及时通知病房主管医师、护士长。

2.2.4 观察仪器转运是否正常，引流管有无异样，保持输液畅通。

2.3. 转运后处理

2.3.1 核对患者信息，妥善安置患者。

2.3.2 做好患者及物品的交接工作，重点是患者病情、管道、用药及皮肤情况。对交接中存在的疑问之处，因及时进行核对。接收护士详细记录患者的神志、

厚德 精诚 笃行 至善

生命体征、皮肤、管道、用药等。

2.3.3 交接双方在危患者转运登记本签字确认。

3. 相关文件

3.1 《急诊科建设与管理指南（试行）.2009年6月》

3.2 《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	急诊危重病人抢救绿色通道管理暂行规定	制度编号	YWK--2020-16
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年2月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	173-176

急诊危重病人抢救绿色通道管理暂行规定

1. 目的

为了确保急诊危重病人得到有效的医疗救治，最大限度为患者争取抢救的时间，进一步提高危重患者的抢救成功率，根据中华人民共和国卫生部《急诊科建设与管理指南（试行）.2009年6月》《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》及十八项核心制度结合我院实际，特制定急诊危重病人抢救绿色通道管理暂行规定，请各科遵照执行。

2. 标准

2.1. 危重病人和急诊抢救绿色通道的服务人群

所有生命体征不稳定的危重病人或预见可能出现危及生命的各类危急重病人。

2.2. 危重病人和急诊抢救绿色通道服务原则

以抢救生命为原则，一律实行优先抢救、优先检查和优先治疗，与医疗相关的手续后补办的原则，先救治，后交费。

2.3. 危重病人和急诊抢救绿色通道的工作制度

2.3.1 实行首诊负责制，实施抢救科室及检验、输血、影像、药剂、手术等相关辅助科室的医护人员必须全力抢救，无条件为患者提供方便快捷服务，不得以任何理由推诿患者，延误患者的最佳诊疗时机。

2.3.2 科室实行医生和护士24小时值班制度，抢救设备和备用抢救药品齐备，做好随时做好危重病人和急诊抢救的准备。

2.3.3 在抢救过程中，如需相关科室会诊，抢救科室呼叫院内抢救急会诊，相关科室医生必须在10分钟内到达。

2.3.4 为保证抢救的及时，对绿色通道抢救病人的各类有创操作，值班医师按照国家的有关规定先留取血样，随后送医学检验科进行梅毒、艾滋和乙型和丙

型肝炎的监测。

2.3.5 对绿色通道抢救的病人，值班医师必须尊重病人及家属的知情权，及时告之病情及变化，认真进行医患沟通，根据病情发给病人及家属病重或病危通知书。

2.3.6 实行上报制度，在进行危重病人和急诊抢救的同时，必须向医务科或院总值班报告患者病情及抢救情况，正常工作日报告医务科，夜间或休息日报告院总值班，由医务科或院总值班协调相关科室协助抢救，并在必要时组织急会诊。

2.4. 急诊绿色通道救治的工作程序

2.4.1 急诊科护士接诊时，或救护车送达我院的患者发现有上述情况时，须立即报告医生，进入“急诊绿色通道”救治程序。急诊科医生根据初步的病情判断，尽快下达建立静脉通道、监测生命体征、进行各种救治措施、进行各种相关检查的口头或书面医嘱。急诊科护士尽快准确执行。

2.4.2 急诊值班医护人员边抢救病人同时电话报告医务科或总值班，开通绿色通道，书面审批后面补办，尽可能留取病人有效证件，在急诊抢救、治疗、用药、检查等由急诊值班医生在申请单、处方上盖“绿色通道”专用章，并填写好“绿色通道专用本”上的各相关信息。各相关科室凭“绿色通道”专用章优先办理，保证在最短时间内完成检查治疗项目并及时反馈检查结果，输血科及时提供急救用血，麻醉科和手术室提供手术平台。经“绿色通道”收治的病人如病情严重，仍按照先救治后缴费的原则继续给予救治，办理入院时在入院证上盖“绿色通道”专用章。送病人到病房时，跟病房值班的医护做好交接班。急诊科值班护士除按急诊危重病人抢救、记录外，还应详细记录各种检查项目、使用的药品和材料等。医生所开的检查单、处方和所用材料的收费单原单保管好，以作为催缴费用的依据。

2.4.3 首诊医生要执行对患者的抢救、向上级医生或科主任报告、组织会诊、完成各种医疗文书、必要时陪同患者进行检查或转送患者的任务。

2.4.4 急诊科应根据患者病情，及时报告医务科，必要时由医务科组织医院各种急诊抢救小组参加抢救。

2.4.5 对需住院、紧急手术或血液净化治疗的患者，急诊科应及时与相关科室联系，并由医生或护士护送达，并当面完成与下一个科室的患者病情的交接工

作。

2.4.6 对需做各种辅助检查确诊的危重患者，必须由医生或护理人员陪同，边抢救、边检查。

2.4.7 各有关临床、医技科室及后勤部门必须优先为患者提供服务，如优先检查、优先治疗。

2.4.8 各科室值班人员（包括医生、护士、医技、药剂、后勤维修保障人员等）接到急诊科急会诊或其它紧急请求后，必须于 10 分钟内到达急诊科或请求地点，科室人员不得以任何借口推诿。

2.4.9 药房，应尽快完成“绿色通道”取药工作。

2.4.10 各辅助检查科室须及时接受标本和患者，并按科室急诊报告时限承诺出具报告，有关科室在完成上述检查结果之后，须及时电话告知患者所在的科室。

2.4.11 凡需多个科室协同抢救的患者，原则上由对患者生命威胁最大的疾病的专科科室收治。急诊科医师收住院病人，科室不得以任何借口推诿拒收。如有争议，由医务科或总值班决定。

2.4.12 对突发公共事件（交通事故、中毒等），有 3 名以上伤病员的重大抢救时，应在紧急救治的同时，立即报告医务科或总值班，启动相关的应急预案。

2.5. 急诊绿色通道的管理

2.5.1 急诊科要尽可能详细登记通过急诊绿色通道救治的患者的接诊时间、详细住址、联系人、联系方式、患者最后的去向（包括转诊科室和死亡）等资料，每月将详细资料上报医务科。

2.5.2 医务科要加强协调管理急诊绿色通道，每月审查急诊科上报的资料，定期追踪检查，进行急诊绿色通道医疗质量评价。不定期组织举行急诊绿色通道实地演练，促使急诊绿色通道工作不断完善。

2.5.3 对拒不执行或干扰急诊绿色通道运行的个人和科室，必须追究责任。

2.5.4 急诊科当班医师有权根据绿色通道服务人群条件决定病人进入“急诊绿色通道”救治程序，后由当班医师补办书面申请。其它科室书面报告医务科或总值班，书面批准绿色通道申请后，开放绿色通道。

2.5.5 各科室要做好在“绿色通道”发生的所有检查项目经费登记，当确无

法催缴病人费用时，在“绿色通道”发生的所有项目经费经医务科审核后报主管领导审批，由医院支出，不扣相关科室成本。

2.6. 本规定自下发之日起执行。

3. 相关文件

3.1 《急诊科建设与管理指南（试行）.2009年6月》

3.2 《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	急诊抢救制度	制度编号	YWK--2020-17
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版本	第2版	页码	177-178

急诊抢救制度

1. 目的

为保证患者得到及时有效的抢救，保障患者生命安全，减少医疗纠纷，提高急诊服务质量，根据2015年12月01日卫生部下发的《急诊抢救制度》文件精神结合我院工作实际，特制定本制度。

2. 标准

2.1 急诊值班人员不得对危重急症以病史不清、诊断不明、经济问题或其他任何理由而延误抢救。

2.2 急诊值班人员在联系有关科室协同抢救或联系收住入院时，应不放松对病员的监测、抢救。

2.3 对危及生命的严重创伤，经适当紧急处理后，如有手术指征时，值班医师应紧急安排病员直接送手术室抢救，而不应该强调会诊、常规的术前手续或入院手续，以免延误抢救时机。

2.4 抢救的全过程情况，必须认真、准确、及时记录。

2.5 抢救过程中，值班医师应根据实际病情，必须及时向家属或单位说明病情危重的原因、程度及预后，以取得必要的理解和配合。

2.6 如因检查、入院等原因需要搬移病人时，必须充分考虑到病情及生命体征的稳定与否，以及病员家属或单位在了解病情后的理解程度如何。必要时应对此作书面记录。危重病人搬运途中应由急诊护士护送，必要时医师协同护送。

2.7 遇重大抢救特发事件或其他特殊问题，如涉及到法律，纠纷的病院，在积极救治的同时，值班医师、护士应及时向科主任、医务科（白天）、总值班（夜间）汇报，并解决医疗费用、住院手续等，必要时以书面的形式向医务科汇报、备案，必要时可向主管院长请示、汇报。因临床需要，总值班以及相关应及时到现场进行协调处理。

2.8 急诊抢救无效、自动出院或死亡病历，由值班护士整理收回后，由科室统一保存。自动出院病人家属应在病历上签字，值班医师酌情书写一份病情介绍由家属带出院。

3. 相关文件

3.1 《急诊抢救制度》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	急诊会诊制度	制度编号	YWK--2020-18
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	179

急诊会诊制度

1.目的

为保证患者得到及时有效的诊治，保证急诊医疗质量，根据十八项核心制度中《会诊制度》，结合我院工作实际，特制定本制度。

2.标准

2.1急诊抢救会诊，各科值班医师在急诊科呼叫后应10分钟内赶到急诊科会诊，不得以任何理由延误抢救会诊，各病区值班护士有责任在接电话后向病区值班医师及时转达急诊呼叫，严防接了电话而后不管的现象。

2.2急诊科值班医师按病情需要可随时请科主任、各专科值班医师会诊或直接请各科上级医师会诊。会诊医师对会诊病情难以决定、处理等问题时，必须及时请示本专科副高以上职称医师或其科主任会诊、指导，保证急诊医疗质量。

2.3急诊值班医师必须向专科会诊医师介绍病情，协同会诊。如会诊问题没有解决，病情难以决定、处理时，急诊值班医师有义务督促专科会诊医师及时请示本专科副高以上职称医师或其科主任会诊、指导。


2.4专科会诊医师应及时在病程录、会诊单或门诊病历上记录会诊意见。

2.5如会诊后已确定病情属于该会诊专科范围，对特别危重的病人，应按“急救绿色通道”原则，紧急安排落实好病员的收住，必要时请示医务科或总值班协调解决。

2.6急诊留观病员的转科会诊，会诊医师应在当班内完成会诊，及时将急诊病人转入专科病房。

3.相关文件

3.1《会诊制度》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	危急重患者先救治后付费制度	制度编号	YWK-2020-19
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	180-181

危急重患者先救治后付费制度

1. 目的

为切实加强急诊来院的危急重症患者的医疗管理，提高医疗安全和医疗质量，充分履行人道主义精神和义务工作者的崇高职业，规范我院义务人员的依法执业行为，牢固树立一切为了病人的服务宗旨，根据《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知. 国卫医发〔2020〕19号》文件精神急我院领导研究决定，特制定本制度。

2. 标准

- 2.1 对需要急诊抢救的危急重症患者，严格执行首诊负责制，坚持先抢救，后挂号、缴费、办理有关手续的原则。
- 2.2 对于无家属陪伴或无法确定身份的人员，在抢救的同时要报告科主任及医务科（中午、夜间、节假日报告医院总值班），根据医院有关规定办理欠费手续。
- 2.3 参加危急重症抢救的人员必须以极端负责的态度，争分夺秒的抢救病人。
- 2.4 一般抢救由急诊科医师、主班护师负责实施，如遇重大抢救应汇报科主任，并报医务科组织协调相关科室参加。
- 2.5 在抢救过程中口头医嘱应有专人负责记录，要求准确、清晰、扼要、完整，并注明执行时间，抢救结束后及时补录医嘱，书写病历并整理归档。
- 2.6 值班护士发现病情危重的患者应及时安排进抢救室，并立即通知医师进行抢救。
- 2.7 抢救过程中医务人员密切配合，严格执行查对制度。
- 2.8 经抢救病情稳定后，如需收入病房，由首诊的医师、护士护送。由患者家属补交费用、药品和办理相关手续，以便进行进一步治疗。对于不能及时交付医疗费用的患者，完成初步抢救后向医务科（中午、夜间、节假日报告医院总值

班），根据医院相关制度协商解决，期间保证患者的基本治疗。

注：执行先抢救后付费制度的患者范围

1) 休克、昏迷、循环呼吸骤停、严重心律失常、急性重要脏器功能衰竭生命垂危、复合伤等患者的急诊处理；

2) 无家属陪同且须急诊处理的患者；

3) 无法确定身份（如精神病患者、流浪乞讨人员等）且须急诊处理的患者；

4) 不能及时交付医疗费用且须急诊处理的患者。

3. 相关文件

3.1 《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知. 国卫医发〔202〕19号》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	急诊科首诊负责制度	制度编号	YWK--2020-20
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版本	第2版	页码	182

急诊科首诊负责制度

1. 目的

为进一步提高急诊科医疗质量，确保急诊绿色通道的通畅，贯彻便捷、安全、高效、优质的服务理念，根据《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知. 国卫医发〔2020〕19号》文件精神及十八项核心制度结合我院实际，特制定本制度。

2. 标准


2.1 急诊科 24 小时接诊各类急性病症或慢性病急性发作的病人。首诊医师应认真规范书写首诊病历并签名，记录首诊时间到时、分。

2.2 急诊病人的急诊首诊分科应服从预检护士的安排，首诊科室、首诊医师首先对病员负责，不得以任何理由推诿。首诊医师如认为非本科范围疾病时，应负责到病员在诊断、治疗和转归去向最终落实，不得因跨科的问题而延误危重病紧急抢救措施的落实。

2.3 对危重病人，在生命体征未稳定以前不得转院，如家属要求转院，及时做好与家属的沟通，并必须在病历上说明“后果自负”，并由家属签字。因条件限制或病种规定需转院时，及时做好病员或/和家属的工作，同时必须联系好相关医院，妥善安排好转院各项工作，并汇报医务科或总值班。

3. 相关文件

3.1 《关于印发进一步完善院前医疗急救服务指导意见的通知. 国卫医发〔2020〕19号》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	急诊重点病种急诊服务流程及服务时限规定	制度编号	YWK-2020-21
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	183-194

重点病种急诊服务流程与服务时限规定

1. 目的

为了确保急诊危重症患者得到及时、有效救治，规范诊疗行为，确保患者能够得到连贯、及时、有效的救治，进一步提高急危重症患者的抢救成功率，加强医疗安全，按照《三级妇幼保健院评审标准及实施细则》（2016年版）的要求，结合我院实际，制定出重点病种的范围及服务流程和服务时限。

2. 标准

2.1 急危重患者重点病种范围：高危孕产妇、妇产科出血、异位妊娠、卵巢囊肿破裂或蒂扭转、子宫破裂、子痫、前置胎盘出血、产后出血、儿童高热惊厥、心力衰竭、新生儿危重症。

2.2 急危重患者救治服务流程

急诊患者就诊→分诊护理快速判断病情→抢救室，通知妇产科或儿科医师→初步抢救治疗（开通静脉通道、吸氧、按病种进行常规抢救措施等）→向陪护人交代病情及签署危重通知单→病情较重→请相关二线班会诊→进一步抢救→病情稳定收入院→记录（医师记录抢救病历、护士记录抢救项目清单）。

2.3 急危重患者救治服务时限要求

2.3.1 急危重患者从分诊处开始，抢救处置时间在5分钟以内，10分钟内完成诊疗处置（如通畅呼吸道，呼吸机应用，静脉穿刺等）。

2.3.2 院内急会诊应在10分钟内到达现场；在“绿色通道”平均停留时间小于60分钟。

2.3.3 挂号、划价、收费、取药等服务窗口等候时间≤10分钟；患者到达放射科后，平片30分钟内出具检查结果报告（可以是口头报告）；超声医生在接到患者后，30分钟内出具检查结果报告（可以是口头报告）；医学检验科接收到标本后，30分钟内出具常规检查结果报告（血常规、尿常规等，可电话报告），

60 分钟内出具凝血结果报告，120 分钟出具生化结果，配血申请 30 分钟内完成（如无库存血，则 60 分钟内完成）；手术室在接到手术通知后，10 分钟内准备好手术室及相关物品，本科室立即通知手术相关人员到场。

2.3.4 总值班接到电话报告后 10 分钟内到达抢救现场，职能科室（医务科、护理部）接到电话报告后 10 分钟内到达抢救现场（节假日 30 分钟内）；急救设备调配 30 分钟内完成。

2.4 各关联部门连贯服务规定：

2.4.1 各关联科室根据急危重患者重点病种的范围、服务流程和服务时限制定本科室具体落实措施，明确岗位职责并对具体措施及岗位职责进行培训与考核；

2.4.2 急危重患者救治过程必须严格落实严格执行《急诊绿色通道管理制度》、《危急重症优先处置制度》、《查对制度》、《口头医嘱制度》、《佩戴“腕带”身份识别制度》、《急诊检诊、分诊制度》等制度。

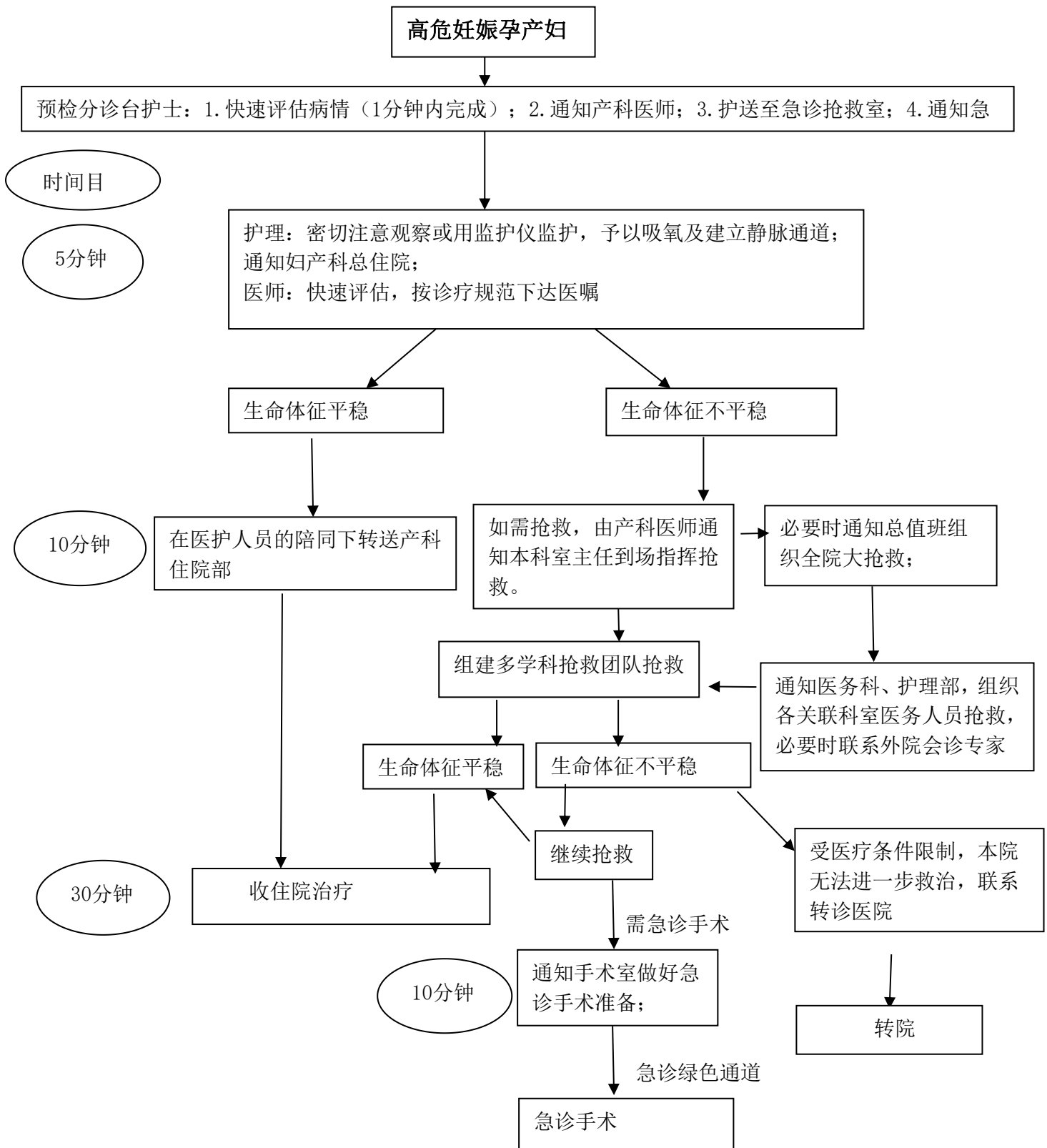
2.4.3 落实培训与考核，至少每半年进行一次，知晓率要求达到 100%。

2.4.4 各部门必须紧密配合，严禁推诿、拒绝参与抢救行为，一经发现，严肃处理。

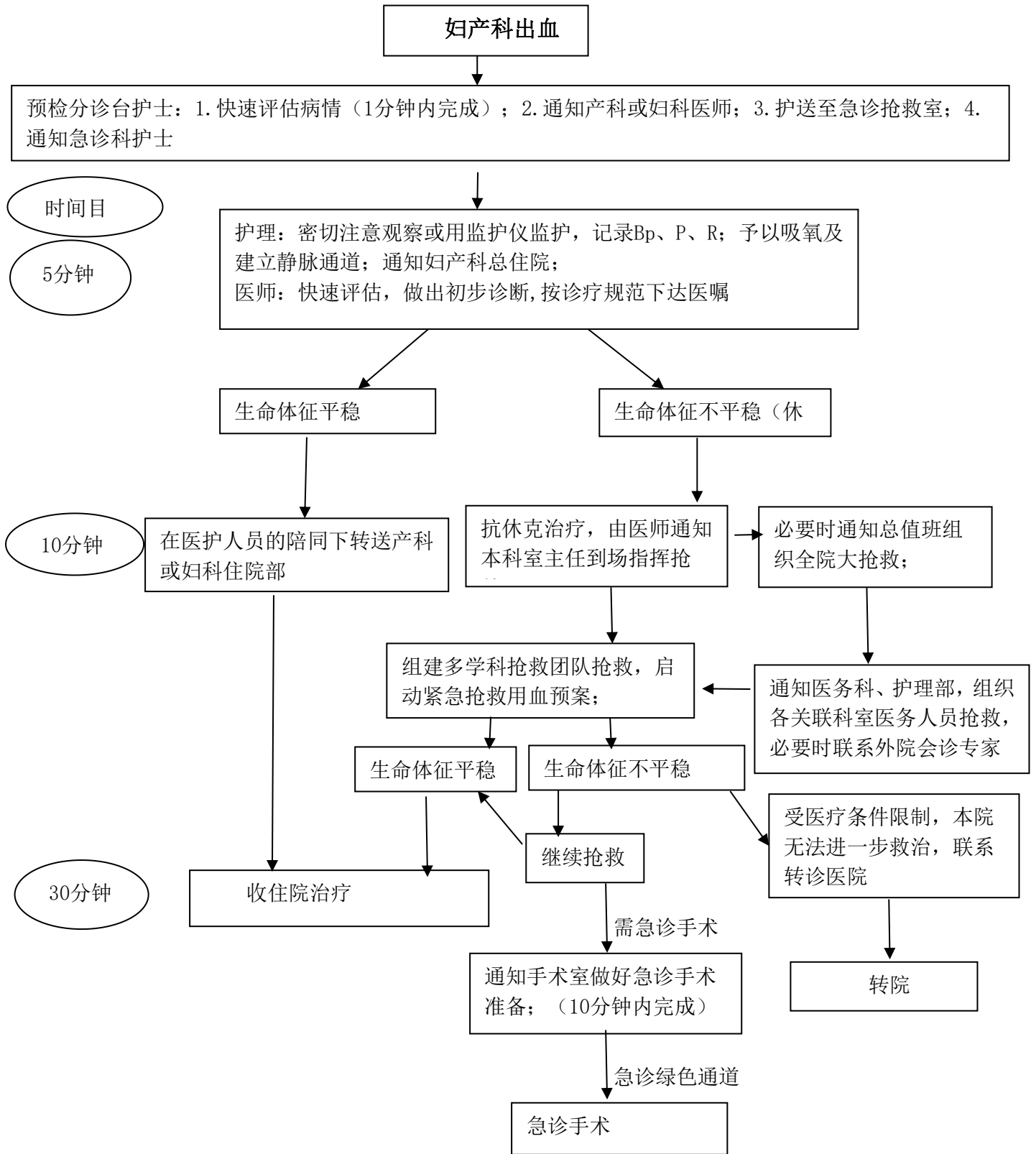
3. 相关文件

3.1 《三级妇幼保健院评审标准及实施细则》（2016 年版）

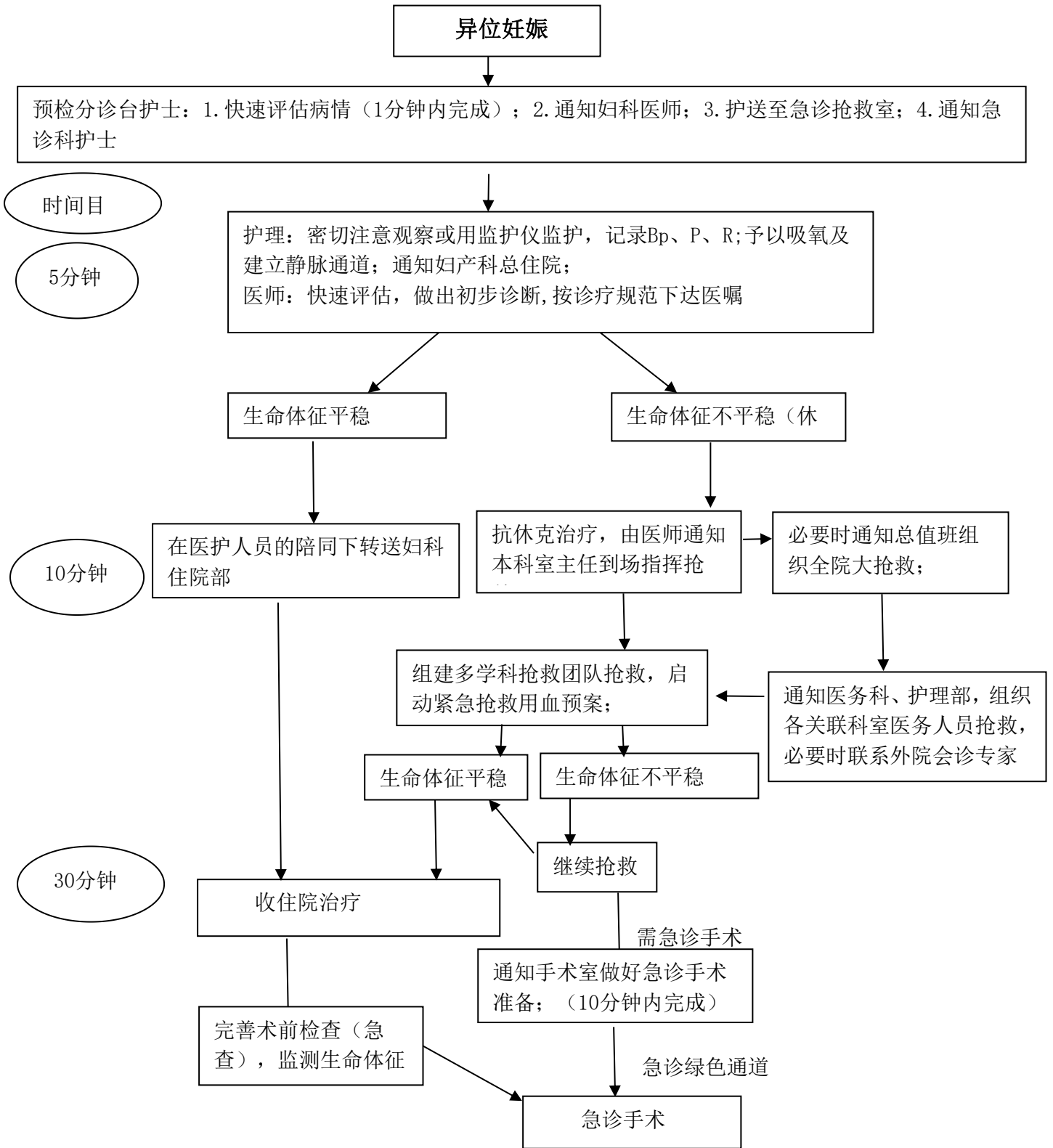
高危妊娠孕产妇急诊服务流程及服务时限



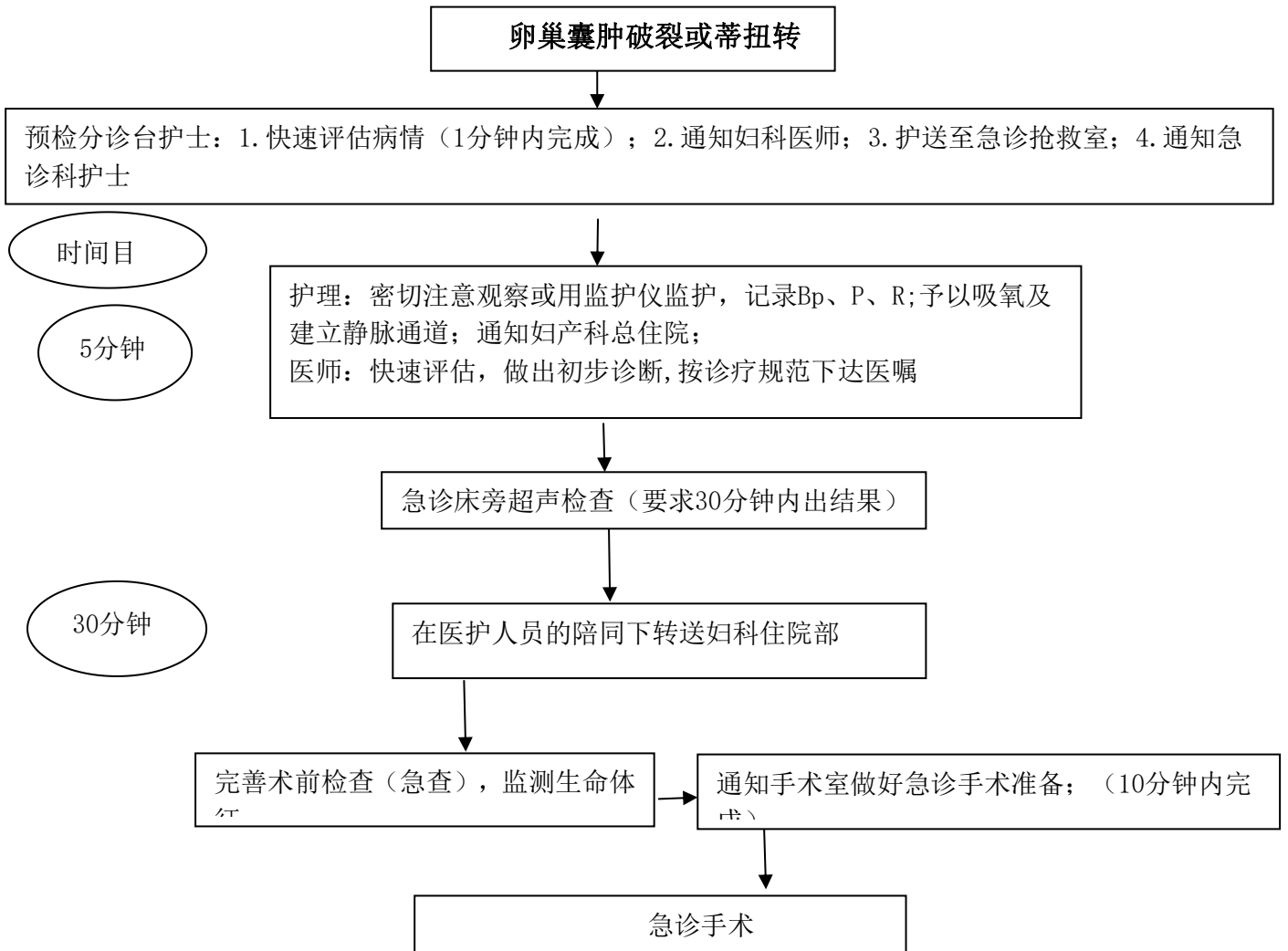
妇产科出血急诊服务流程及服务时限



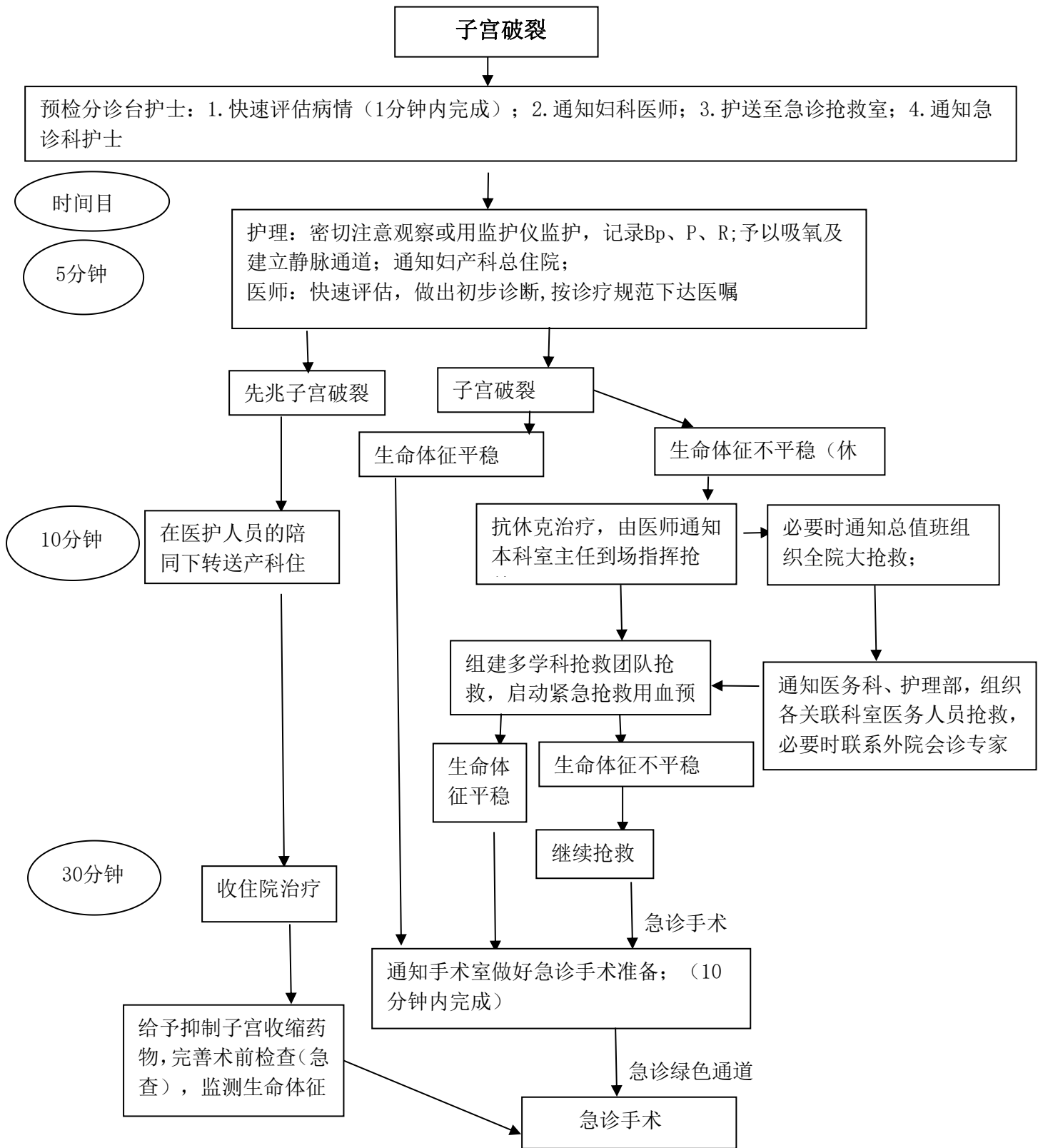
异位妊娠急诊服务流程及服务时限



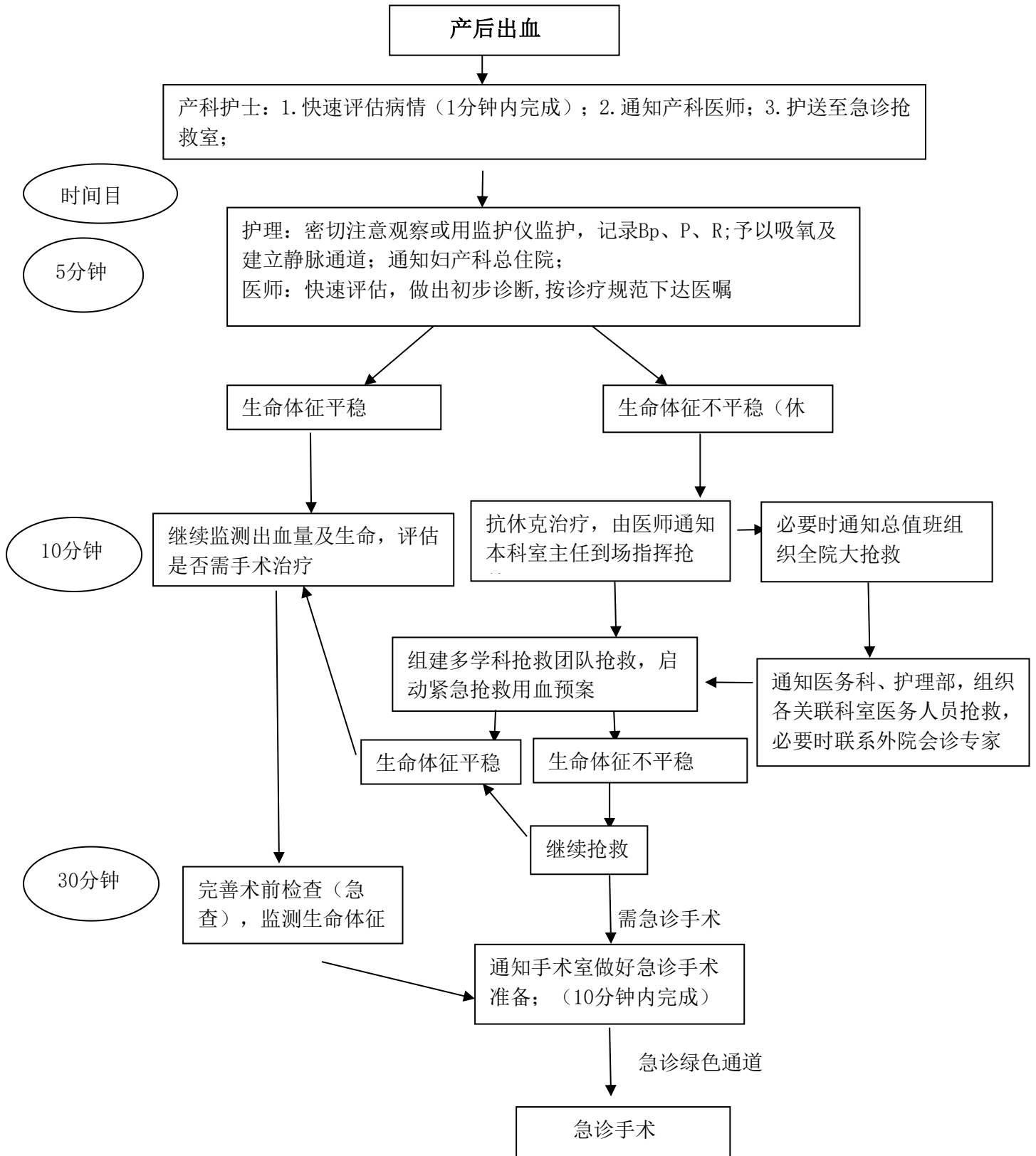
卵巢囊肿破裂或蒂扭转急诊服务流程及服务时限



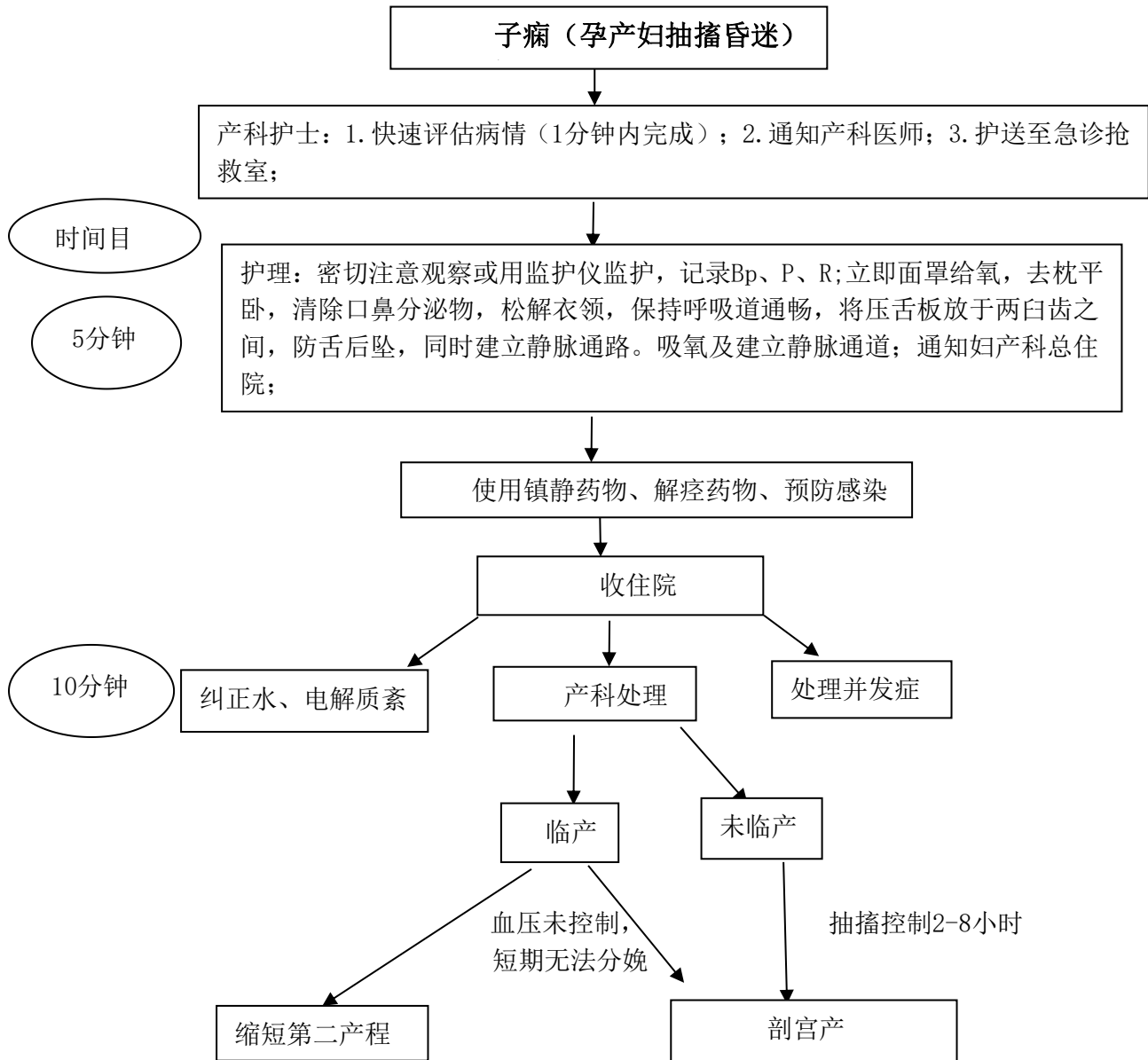
子宫破裂急诊服务流程及服务时限



产后出血急诊服务流程及服务时限



子痫急诊服务流程及服务时限



儿童高热惊厥急诊服务流程及服务时限

儿童高热惊厥

预检分诊台护士：1. 快速评估病情（1分钟内完成）；2. 通知急诊儿科医师；3. 护送至急诊抢救室；4. 通知急诊科护士

时间目

5分钟

护理：1. 保持呼吸道通畅，立即解开衣扣，去枕平卧头偏向一侧 2、吸氧 3、测量体温 4、建立静脉通道5、密切注意观察或用监护仪监护；
医师：快速评估，做出初步诊断，按诊疗规范下达医嘱：维持生命体征，控制惊厥发作；解除高热等

惊厥缓解

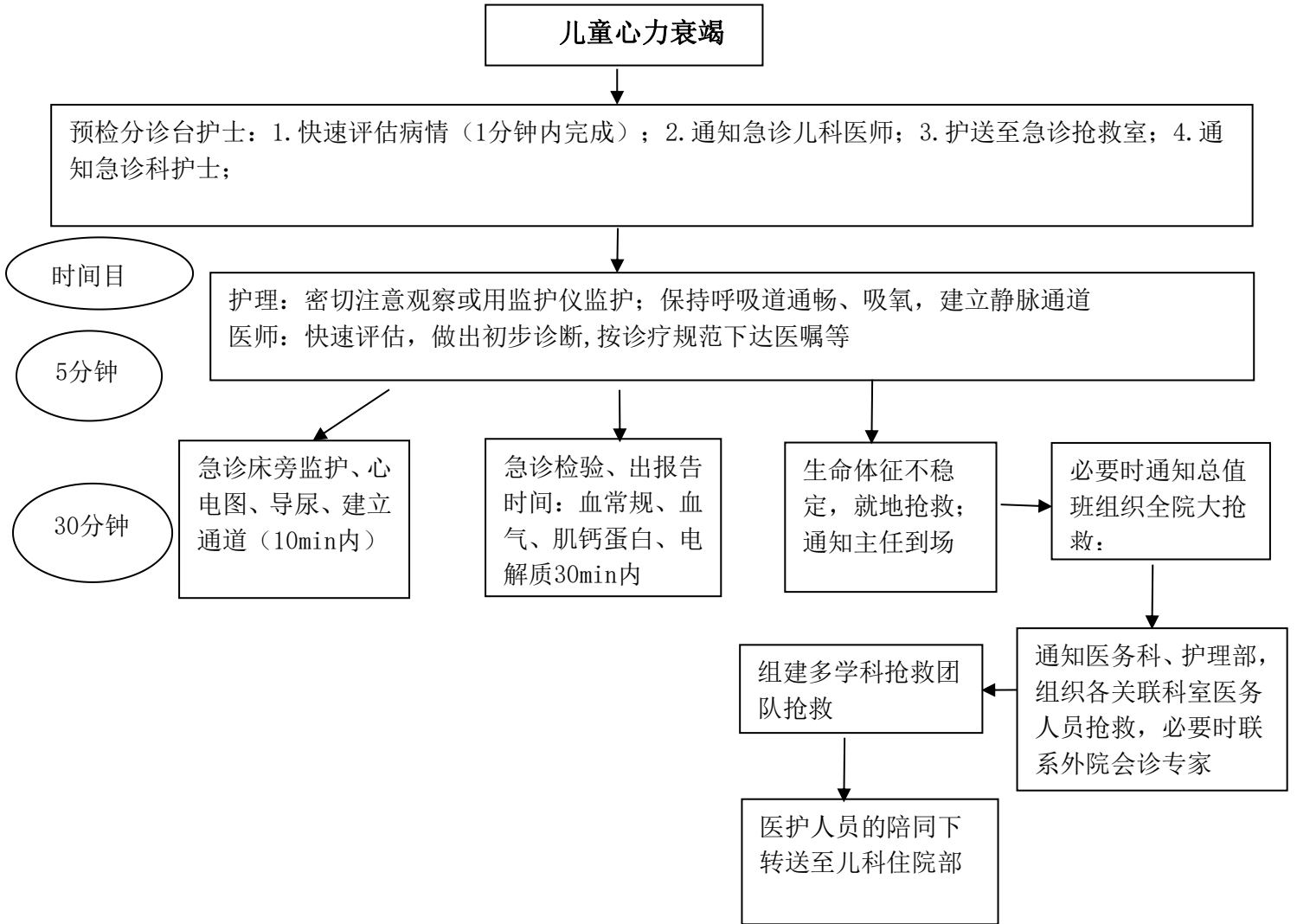
惊厥不缓解

10分钟

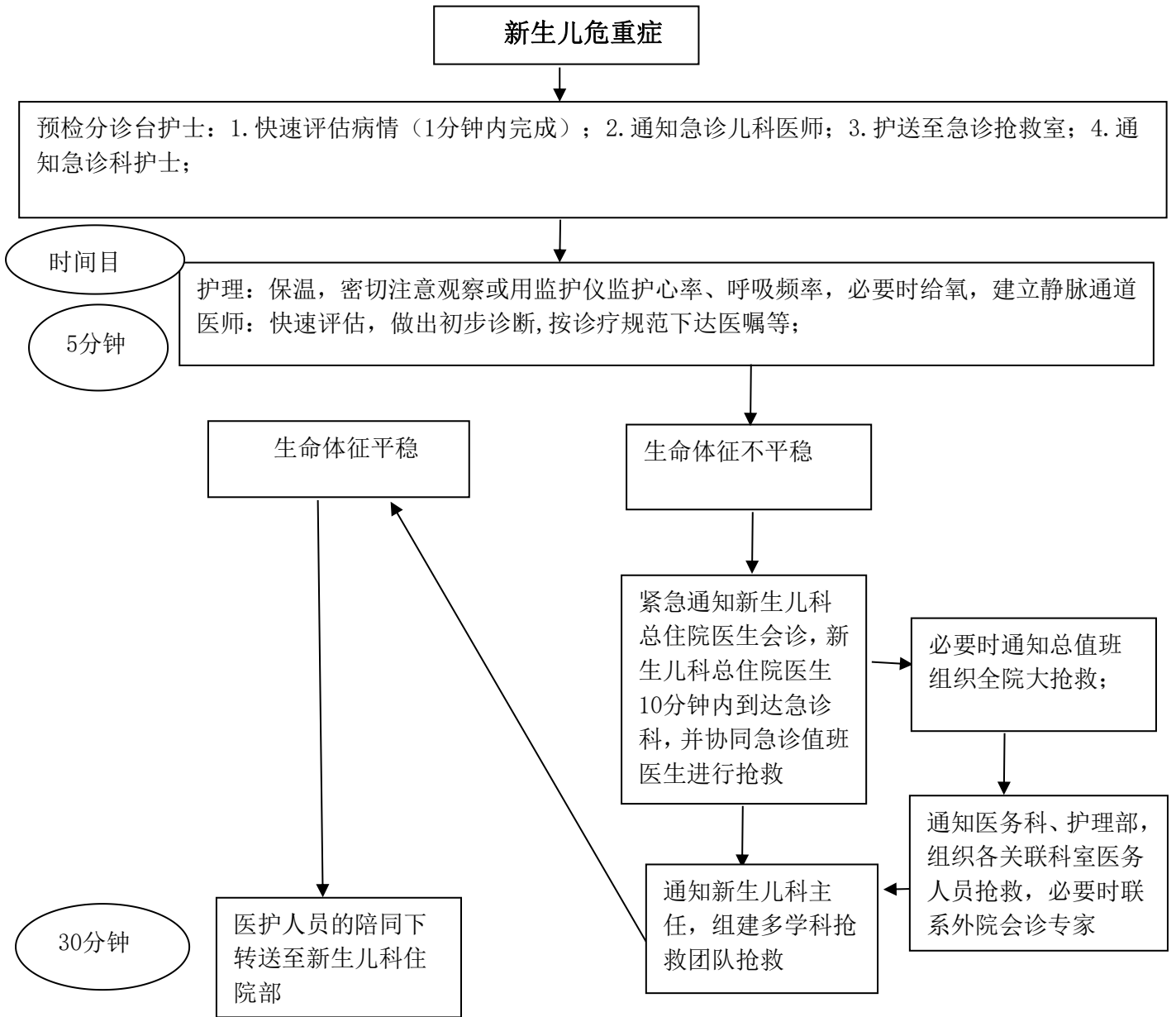
留观或在医护人员的陪同下转送至儿科住院部


继续维持生命体征，控制惊厥发作；医师通知本科室主任到场指挥抢救。

心力衰竭急诊服务流程及服务时限



新生儿危重症急诊服务流程及服务时限



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	急诊患者就诊时各科室、部门 职责与服务流程	制度编号	YWK-2020-22
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	195-197

急诊患者就诊时各科室、部门职责与服务流程

1. 目的

根据卫生部《急诊科建设与管理指南（试行）》及相关规定的要求，为了更好地为急诊患者服务，提高急诊患者就医服务效率，减少和杜绝医疗纠纷和事故的发生，充分调动各科室的能动性，提高各科室间的相互协调，相互合作的医疗环境，充分体现“绿色生命通道”的价值，对急诊患者就医环节中的各相关科室的职责和服务流程作如下规定：

2. 标准

2.1 急诊科：

2.1.1 急诊科作为急诊患者就诊的首诊科室，应提供 24 小时×7 天连贯不间断的急诊服务；

2.1.2 急诊急救电话应 24 小时×7 天保持畅通，并有专业（兼职）人员守候，随时接听急救呼叫电话，详细询问患者基本信息、呼救原因、目前情况、具体地址及联系方式等情况，并做好记录。同时，立即通知相关人员及时出车出诊急救。

2.1.3 急诊值班医生应 24 小时×7 天在岗，随时接诊急诊患者，一般急诊患者由一线值班医生根据情况进行处理，危重、疑难急诊患者二线值班医生应亲临现场进行处理，严禁低龄资一线医生独立处理危重、疑难急诊患者。

2.1.4 若遇重大或群体性公共卫生事件的患者，急诊科应提前做好准备，并通知院总值班或相关职能部门，必要时启动应急预案。同时根据情况通知相关临床科室到场参与会诊及抢救。急诊科在接诊重大或群体性公共卫生事件患者时，应做好预检分诊，严格分区管理，按照先重后轻的急救原则进行处理。

2.1.5 急诊医生在应在快速对病人进行检诊后，作出相应的处理方案，如需会诊，应在 10 分钟内完成，并决定患者抢救、手术、检查、住院、留观、回家等去向。

2.1.6 危重急诊患者，应由专人陪同护送进行检查、转入住院科室，并做好交接，必要时参与科室抢救。不得仅由患者家属陪同进行检查或转入住院科室。

2.2 医技科室：

2.2.1 各医技科室应提供 24 小时×7 天连贯不间断检查服务，随时接诊急诊患者检查，不得擅自离岗。

2.2.2 负责安排好急诊患者的检查，对危急重症患者及时优先安排检查。

2.2.3 急诊患者就诊检查后应当根据病情按规定办理，危重病人按照“绿色通道”进行办理，应在 0.5 小时内完成常规检查并作出报告，不得推迟或拖延报告出具时间。

2.2.4 在接诊患者检查后，应告知患者取报告时间，必要时医技科室人员应将报告送至科室，若遇“危急值”，应立即进行复核后电话告知科室，以便医生能够及时作出处理，避免不良事件发生。

2.3 临床科室：

2.3.1 临床住院科室应提供 24 小时×7 天连贯不间断医疗服务，随时准备接收由急诊科或其他地方转入或来到科室就诊的就诊患者，不得擅自离岗。

2.3.2 临床科室应坚持首诊负责制，对来到科室就诊的急诊患者，应妥善进行处理，非本科室的患者，应申请其他科室会诊后进行转科，对危急重症患者，应就地抢救，待生命体征相对稳定后，再进行转科。

2.3.3 急诊科医生有权决定患者的收治科室，临床科室在接到急诊科送来的患者时，应积极安排床位接收，并仔细进行检查，作出诊断和治疗措施，不得以任何理由进行推诿，若为非本科室患者，应申请相关科室会诊后转科，不得在没有进行会诊和未经得相关科室医生同意的情况下硬性将患者转入其他科室。

2.3.4 临床科室应加强对急诊患者的管理，保障急诊患者能够及时得到有效的急救医疗服务。

2.3.5 临床科室医生在接诊急诊患者后，应主动向患者及家属进行沟通，沟通内容包括：患者病情、可能发生的不良后果、拟施行的诊疗措施及其优点及缺点、备选的诊疗措施及其优点及缺点，患者可能的预后。

2.4 药房：

2.4.1 药房应提供 24 小时×7 天连贯不间断医疗服务，随时接待急诊患者划

价取药。

2.4.2 药房在接待患者划价取药时应遵循先来后到原则，但急危重症患者、老年患者、残疾患者及军人应提供优先划价取药服务。

2.4.3 遇抢救患者需要，药房应及时予以调剂药物，并及时发放，不得以未缴费而拒绝发药。

2.4.4 药剂科应与急诊科及临床科室有效配合，保持良好的沟通，保障患者得到合理及时的医疗服务。

3. 相关文件

3.1 《急诊科建设与管理指南（试行）》

第四章 门诊管理

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医学诊断证明书管理规定	制度编号	MZB-2020-1
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	198-199

医学诊断证明书管理规定

1. 目的

医学诊断证明书是有一定法律效用的医疗文件，是医生根据病情为病人开具的各种诊断医疗文书生效的凭证，维护着医生和病人双重的合法权益，并直接反映了医院的诊疗水平。为进一步加强管理，根据《中华人民共和国执业医师法》及《医疗机构病历管理规定》等有关文件要求，特规定如下。

2. 标准

2.1 医学诊断证明包括疾病诊断、治疗、出生、死亡等证明文件，具有一定法律效力的医疗文件，司法鉴定、因病退休、工伤、伤残鉴定、保险索赔等要以诊断证明书作为依据之一。因此，开具诊断证明是政策性很强的医疗工作，为进一步加强管理，特制定如下规定：

2.2 出具医学诊断证明书的人员应为在本医疗机构注册的执业医师。

2.3 医师必须亲自诊查患者后方可出具医学诊断证明书，医学诊断书应客观、全面，每项诊断都应具备科学的、客观的诊断依据。

2.4 医师不得出具与自己执业范围无关或者与执业类别不相符的医学证明文件，出具的诊疗证明书应与病历中记载的病情、检查结果相符，主要处理意见也应在病历中记载备查。

2.5 医师开具的诊断证明书、休假证明，日期应填写就诊当日，病休时限必须大写，不得涂改，当日盖章有效，加盖公章时须持门诊病历及相关辅助检查结果，在病休时间内有效，过期不予盖章，不补开病休证明。原则上，急诊开具病休时间一般不超过 3 天，门诊不超过一周，慢性病不超过 2 周，特殊情况不超过 1 个月。门诊病休证明书仅供病人单位参考。

2.6 医学诊断证明书由门诊医务科审查并盖章。对学术上有争议的诊断，病情

复杂、涉及多专科等特殊鉴定需开诊断证明者，应组织会诊，经讨论后，慎重开出诊断证明书并加盖医务科章。

2.7 出院病人的医学诊断证明书由经治医师或主治医师签字，由医务科盖章。

2.8 凡属公伤、交通事故、打架斗殴致残者，诊断证明只写病情和诊断，不写致残原因，涉及法律的诊断证明，经医务科审查，专人办理，并详细记录。

2.9 医学诊断证明严禁涂改、伪造、弄虚作假，开具诊断证明的医师须承担相应的法律责任。

3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国执业医师法》

3.2 《医疗机构病历管理规定》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医院门诊部工作制度	制度编号	MZB-2020-2
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	200

医院门诊部工作制度

1. 目的

为加强医院门诊管理，进一步提高门诊工作的服务流程及质量，树立良好的医院服务形象，根据《医疗机构管理条例》及医院有关文件精神的规定，特制定门诊工作管理制度。

2. 标准

- 2.1 在院长领导下，负责做好门诊全面管理工作。
- 2.2 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。
- 2.3 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。
- 2.4 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。
- 2.5 健全和落实好本部门各项规章制度。
- 2.6 建立本部门大事记。
- 2.7 严守工作岗位，每日检查开诊情况。
- 2.8 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。

3. 相关文件

- 3.1 《医疗机构管理条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	门诊工作制度	制度编号	MZB-2020-3
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	201-202

门诊工作制度

1. 目的

为加强门诊工作管理，提高服务质量，增强工作人员服务意识，根据《医疗机构管理条例》及我院实际，特制定门诊工作制度。

2. 标准

2.1 业务副院长分工领导门诊，科主任应加强对本科门诊的业务技术领导。各科确定一名主治医师以上业务人员协助科主任负责本科的门诊工作。

2.2 参加门诊工作的医务人员，应派有经验的医师和护士担任。要求门诊医师相对稳定，护士一般较长期固定。

2.3 对疑难病症两次复诊仍不能确诊者，应及时请上级医师诊视。

2.4 科主任、主任医师、副主任医师应定期上门诊解决疑难病例，每人每周一般不少于两个半天。

2.5 对患者要进行认真检查，按照国家病历书写规范书写门诊病历，门诊部定期检查，每月评分一次，上报院长，并送有关科室。

2.6 门诊检查科室所做各种检查结果，必须做到准确、及时。

2.7 门诊各科与住院处及病房应加强联系，以便根据病情及病床使用情况，有计划地安排患者住院治疗。

2.8 做好分诊工作，严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染，做好疫情报告。

2.9 门诊工作人员要做到关心体贴患者，态度和蔼，有礼貌，耐心地解答问题，尽量简化手续，有计划地安排患者就诊。

1.10 门诊应保持清洁整齐，改善候诊环境，加强候诊教育，宣传卫生防病、计划生育知识。

1.11 门诊医师在保证疗效的前提下积极采用经济便宜的检查和治疗方法，合理检查、合理用药，尽可能减轻患者的负担。

2.12 对基层或外地转诊患者，要认真诊治。在转回原地治疗时，要提出书

厚德 精诚 笃行 至善

面诊治意见。

2.13 门诊各科根据本专业特点，建立必要的规章制度、各种治疗常规、操作规程以及岗位责任制，并认真做好登记、统计报表等工作。

2.14 各科室参加门诊工作的医务人员，在医务科或门诊部统一领导下进行工作。认真执行院、科规章制度，严守工作岗位。人员调换时，科室应与医务科和门诊部共同商量确定名单，并由医务科和门诊部制表公布。实行病房医师兼管门诊的科室必须明确要求，安排好人力。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	门诊便民措施服务制度	制度编号	MZB-2020-4
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	203-204

门诊便民措施服务制度

1. 目的

为进一步优化门诊服务、提高患者满意度，根据《医疗机构管理条例》及《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》的规定，结合医院实际，特制定便民措施服务制度。

2. 标准

2.1 门诊布局要结合妇女儿童特点进行科学、合理的布局，门诊科室运行流程达到有序、连贯和便捷的要求。

2.2 门诊根据妇女儿童的特点进行装修，选择合适的色彩、保证门诊设施安全、设备摆放合理。

2.3 配置完善的服务设施

2.3.1 门诊大厅公示、设立门诊一站式服务。为患者提供咨询服务，告知病人门诊挂号收费窗口实行分层挂号、收费，以分流病人。

2.3.2 加强预约诊疗服务的宣传，提高社会知晓率，让患者选择预约就诊，缩短等候时间。

2.3.3 门诊服务台，挂号收费 24 小时开放，各医技科室高峰时段实行弹性排班。

2.3.4 服务台设立导医服务，门诊各楼层标识醒目，减少患者因寻找而浪费时间；门诊候诊区宣传橱窗张贴医生照片，方便患者选择。

2.3.5 原则上双休日、节假日普通门诊正常开放，为患者提供方便。

2.3.6 提供化验取单机，以方便病人。

2.3.7 通过信息化建设进一步优化服务流程，门诊大厅 LED 电子滚动屏、微信公众号、医院官网显示当日专家、专科医师出诊信息及医师出诊更改通知，方便患者就医。努力争取添置自动挂号机等设备。

2.3.8 实行首问负责制度。

厚德 精诚 笃行 至善


2.4 有急危重症优先处置的相关制度和措施，如设置就诊便捷通道或绿色通道等。

2.5 门诊功能分区要实现保健人群和疾病就诊患者的相对分流。如：儿童与成人分区就诊、保健服务与疾病诊疗分区设置、健康体检、保健服务、急诊、普通疾病就诊、传染病就诊人群合理分流等。还要有门诊高峰期分流措施，优化患者门诊就诊流程，减少患者看病等待时间，提高门诊服务质量。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

3.2 《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	急危重症患者优先处置制度与流程	制度编号	MZB-2020-5
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	205-207

急危重症患者优先处置制度与流程

1. 目的

为切实做好急诊患者的抢救及后续治疗工作，提供快速、有序、有效和安全的诊疗服务，尽最大可能保证患者的生命安全，让病人真正感受到“救死扶伤、实行革命人道主义精神”，保证病情危重患者能够得到及时、有效地抢救治疗，加强对危重症病人的管理。根据《中华人民共和国卫生行业标准. 医院急诊科规范化流程（WS/T 390-2012）》及《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》并我院工作实际，特制定本制度。

2. 标准

2.1 建立优先处置通道符合条件者及时启动优先处置通道。进入“优先处置通道”的病人一是指各种休克、昏迷、心肺骤停，严重心律失常，急性重要脏器功能衰竭垂危者。

2.2 “优先处置通道”的工作要求及诊疗程序如下：

2.2.1 急诊必须对所有急诊病人实行 24 小时应诊制和首诊负责制。

2.2.2 送入急诊抢救室的病人，是否进入“优先处置通道”，由抢救室的当班医生根据病情决定，凡进入“优先处置通道”的病人，不需办理挂号、候诊等手续，立即给与抢救，提供全程服务。

2.2.3 进入“优先处置通道”的病人，各有关科室必须优先诊治和简化手续，各科室间必须密切配合，相互支持。

2.2.4 危重患者优先入院抢救，有专人护送，后补办住院手续。

2.2.5 各专业科室每日预留 1-2 张床位。

2.2.6 全院职工必须执行我院设立急诊“优先处置通道”的决定，凡对进入优先处置通道”的病人如有发现推诿病人或呼叫不应、脱岗、离岗的个人和科室，除按规定处理外视对病人抢救的影响程序追究其责任。

厚德 精诚 笃行 至善

2.3 对群体伤及突发公共卫生事件病情危重者，急诊科在积极救治的同时要上报行政总值班，必要时上报主管副院长、院长及卫生局。

3. 相关文件

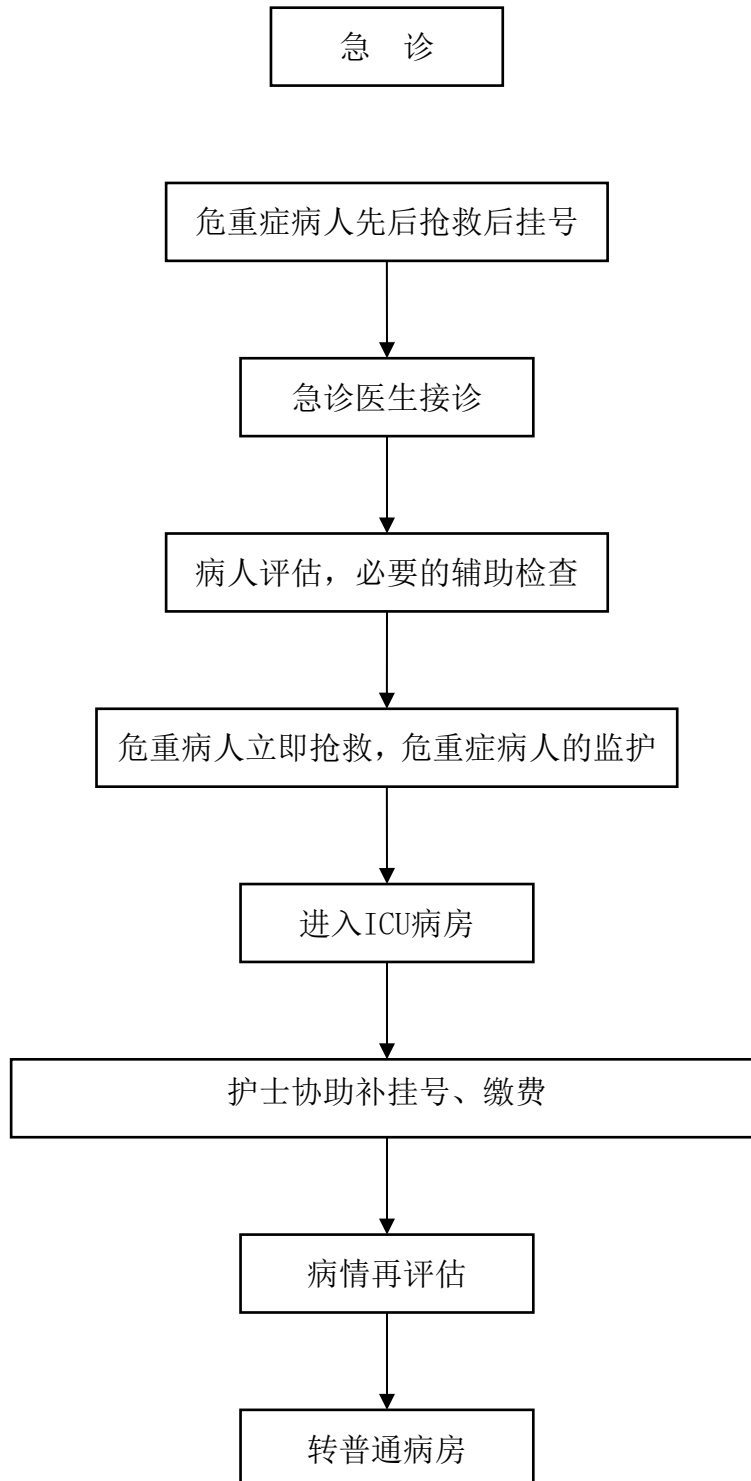
3.1 《中华人民共和国卫生行业标准. 医院急诊科规范化流程（WS/T 390-2012）》


3.2 《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》

附件：急危重症患者处理流程

附件：

急危重患者处理流程



 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	门诊重点区域和高峰时段保证诊疗次序和连贯性的措施	制度编号	MZB-2020-6
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	208-209

门诊重点区域和高峰时段保证诊疗次序和连贯性的措施

1. 目的

为了让来院病人看好病，确保患者有医可看，及时看病或当天诊断，根据《门诊人力资源应急调配制度与程序》、《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》的规定，制定本措施。

2. 标准

2.1 建立门诊流量监测系统。对门诊流量实时监控，如果发现门诊就诊人数异常增多，立即按照《门诊人力资源应急调配制度与程序》启动紧急人力资源调配，门诊负责人协调指挥，所有门诊医护人员共同维护就诊秩序，保证每位患者及时就医。

2.2 根据高峰期针对门诊人次多，且集中在上班时间段的特点，实施弹性排班，部分就诊人员较多的科室提前上班，开设午间门诊，并根据病人流量延长服务时间或增加医务人员。

2.3 高峰期增设挂号窗口、延长挂号、收费、取药等窗口上班时间，并安排保安在现场维持秩序。

2.4 分诊导医及时尽早分流病人，避免病人拥堵在走廊、大厅等地方，让病人早入诊区，早作准备。

2.5 患者就诊期间，医务人员完成本岗位工作后主要指导患者进入下一诊疗缓解，确保患者就医的连贯性。

2.6 门诊输液室原则上设置在急诊科，可以进行24小时输液观察病人多时增加护理人员。

2.7 门诊重点区域如儿科、产科、妇科等由本科室安排人员维护秩序或排序诊疗并为患者提供便民服务。

2.8 辅助检查科室实行限时承诺，急诊检查在0.3-2小时内完成，门诊病人

的一般检查在 1-2 小时内出报告。

2.9 在门诊在诊疗过程中任何区域，任何时段出现病人秩序紊乱及其它服务环节的异常现象，由科室向门诊部报告，由门诊部安排人员协调解决，维护诊疗正常秩序。重点区域，门诊负责人、导医加强巡视。

3. 相关文件

3.1 《门诊人力资源应急调配制度与程序》

3.2 《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	门诊首问负责制度	制度编号	MZB-2020-7
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	210-212

门诊首问负责制度

1. 目的

为进一步加强我院行业作风建设，改进工作作风，提高办事效率，做好优质服务，树立医院良好形象，更好地为人民健康服务，根据《关于进一步加强医疗管理及行风建设的通知》及《医院制定的 18 项核心制度》的规定，结合本院实际，特制定首问负责制度。

2. 标准

2.1 定义

首问负责制是指医院各部门、各科室所有工作人员，对病员或病员家属（或其他办事人等）的咨询、意见、诉求，实行首问负责回答、协调、解决的制度。首问责任人是指患者或病员家属（或其他办事人等）到医院来看病、办事时第一个被询问到的工作人员。

2.2 原则：

要求最先受理病员或病员家属（或其他办事人等）咨询、投诉的部门或个人，作为首问负责部门或个人，负责回答、协调、解决各类问题，或移交相关部门处理，追踪处理结果，真正做到首问负责到底。

2.3 职责

2.3.1 对病员或病员家属（或其他办事人等）咨询、办理、投诉等问题，无论是否属于本业务范围内的事情，首问部门或个人都必须主动热情接待，不得以任何借口推诿、搪塞、冷漠拒绝病员或病员家属（或其他办事人等）。

2.3.2 凡病员或病员家属（或其他办事人等）咨询、办理、投诉的问题属于本业务范围内的事情，首问部门或个人能立即答复、办理的，必须当场答复、办理，并一次性告知有关事项，做好解释工作，耐心、细致、周到地解答有关询问，必要时留文字记录（双方签字）。

2.3.3 如由于客观原因不能当场答复，或不属于本业务范围内的问题，应做

厚德精诚 笃行至善

到：

2.3.3.1 立即移交至相关部门或个人办理，并追踪处理结果。

2.3.3.2 移交其他部门或个人时，需首问部门或个人负责进行引领，引导病员或病员家属（或其他办事人等）及时到达正确地点，并与相关部门或个人进行信息交接后，方可离开。

2.3.3.3 首问负责部门或个人，应遵循逐级移交的程序，根据事件分型，移交至相关部门或个人。如责任人出差，或暂无责任人，或办理事项要求紧急，以及责任不明确的事项，首问责任人应当及时向上一级领导报告，并负责给办事人答复。

2.3.3.4 夜间或节假日，由总值班负责处理，必要时电话请示相关部门或个人。

2.3.3.5 提出的办理事项不属于本院职责范围内的，首问责任人应当耐心解释，并尽自己所知给予指引和帮助。

2.3.4 首问部门或个人在接待病员或病员家属（或其他办事人等）时，必须做到热情大方，文明用语，处处为病员或病员家属（或其他办事人等）提供方便的服务意识。

2.3.5 奖惩

全体工作人员必须熟悉本职岗位工作业务和工作程序，不仅要明确自己的岗位职责，而且要了解有关科室的职能；强化职业道德意识，树立为办事人着想、为办事人服务的思想，不断改善服务质量，提高办事效率。

2.3.5.1 对严格自觉遵守首问负责制度，积极主动帮助办事人解决问题的工作人员，将及时予以表扬。

2.3.5.2 医院设立违反首问负责制度投诉电话：0856-5266197。

2.3.5.2.1 对服务对象（患者或家属）提出的问题，应热情、耐心、准确的答复，不得推诿敷衍。

2.3.5.2.2 在回答服务对象的询问时，严禁使用“不知道”、“不清楚”、“到xx科自己找”等服务禁语，或用手势表示回答。

2.3.5.2.3 对服务对象提出的问题，如需要两个科室共同协调方能解决的，由先行接待的科室负责与其他相关科室协调，相关科室要积极配合。

厚德 精诚 笃行 至善

2.3.5.2.4 在服务过程中，如因工作程序或某个工作环节出现差错，应由发现问题的工作人员帮助查询解决，不得指示服务对象自行盲目查询。

2.3.5.2.5 遇到疑难问题或服务对象对服务结果不满意时，工作人员应逐级向上反映及时疏导、化解矛盾，达到使服务对象满意的结果。

2.3.5.2.6 工作人员确因工作无法脱离而又不能准确答复问题时，要耐心解释，并准确告诉服务对象应去查询的科室、部门及其准确的位置。

工作人员违反了上述规定，一经查实，要严格按照医院有关规定处理，给服务对象以满意的答复。同时按照我院行风建设责任追究制度的有关规定，视情节对科室领导进行相应的责任追究。

2.3.5.3 对违反首问负责制度，并经查实具有下列情节者，给予教育、通报批评、向办事人赔礼道歉等处理。造成严重纠纷及后果者，视程度给予行政处分或经济处罚直至解除劳动合同。

2.3.5.3.1 首问责任人由于主观原因没有及时或没有在限期内将办事人拟办的事项办理完结的；

2.3.5.3.2 首问责任人没有及时将办事人拟办的事项移交给有关责任人的；

2.3.5.3.3 冷漠对待办事人，故意刁难办事人的、使用不文明语言的；

2.3.5.3.4 对办事人提出的办理事项推诿扯皮，不负责任的；

2.3.5.3.5 对自己所承担的职责不清楚、办事程序不熟悉、办事过程中出现明显差错的；

2.3.5.3.6 借办事之机吃、拿、卡、要或变相吃、拿、卡、要，不给好处不办事的。

3. 相关文件

3.1 《关于进一步加强医疗管理及行风建设的通知》

3.2 《医院制定的18项核心制度》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	门诊医务人员出诊制度	制度编号	MZB-2020-8
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	213-215

门诊医务人员出诊制度

1. 目的

为加强出门诊医生的医疗行为的管理，保证我院门诊医疗质量控制的正确实施，根据《国家卫生部医师行为规范》的要求，结合我院实际，制定如下制度。

2. 标准

2.1 门诊出诊信息公开。以多种方式向就诊者提供医务人员出诊信息，并能及时更新。如装有显示屏/滚动屏、微信公众号、医院官网等显示当日或近日医师出诊信息。

2.2 门诊需设立门诊咨询服务。咨询服务人员应经过规范培训，并全面掌握咨询内容，如遇年迈或无自理能力的患者，由导诊人员送到所就诊科室并帮助完成辅助检查、交费、取药等就诊流程。

2.3 门诊开放周末和节假日门诊，实现患者能随时接诊，为就诊者提供便捷服务。

2.4 医务人员应该按照计划按时出诊，严格遵守劳动纪律，仪表端庄，佩戴胸牌。如果遇到特殊情况无法出诊应与科主任联系，科主任安排其他医生替诊并填写《出诊医生换诊申请单》（附件1）；科主任在接到通知后，应积极调度人员，安排其他医师替诊，保证门诊工作的正常开展。

2.5 门诊导诊每天对门诊医师出诊进行考勤，记录出诊医生迟到、早退时间；对临时停诊或换诊进行登记，记录停诊医师及替补人员姓名和停诊原因。门诊导诊每月统计分析科室医生的出诊情况，并对出诊迟到现象严重、随意停诊、未经许可变更出诊医师的科室，予以通报。

2.6 医务人员完成本岗位诊疗工作后，能主动指导就诊者进入下一诊疗环节，帮助患者有效就医。

2.7 医务科、人力资源科对各科门诊出诊情况不定期查岗，一月连续出现2次及以上迟到、早退现象，处罚科室负责人当月固定绩效；出现旷工现象，处罚

厚德 精诚 笃行 至善

责任人当月全部绩效。因门诊出诊不到位，引起患者投诉或医疗纠纷的，视情节严重程度报院办讨论会讨论处理。

2.8 对于出诊医师实行奖励制。忠于职守，积极工作，在本职工作上做出显著成绩者；提出合理化建议，给门诊带来社会经济效益者；遵纪守法，遵守门诊各项规章制度，个人业绩突出者；其他应于奖励的事件。以上奖励 50-500 元。

2.9 不断完善门诊服务及时发现工作中存在的问题，更好的改进医疗质量，根据卫生部办公厅《关于印发全国医疗卫生系统“三好一满意”活动工作方案的通知》制定满意度调查表，每月由导医台发放，并由导诊人员每月统计结果，由门诊部根据病人满意度调查情况反馈给所在科室及分管院长，以作为绩效考核依据。

2.10 行政职能部门对门诊管理情况进行分析评价，发现门诊服务存在的问题，制定整改措施，持续改进出诊服务。

3. 相关文件

3.1 《国家卫生部医师行为规范》

附件：铜仁市妇幼保健院出诊医师换诊申请单

附件：

铜仁市妇幼保健院出诊医生换诊申请单

申请科室		申请时间	
原定出诊医师		医师级别	
实际出诊医师		医师级别	
换诊原因	申请人签字：		
科主任意见	科主任签字：		
门诊部意见	门诊部签字：		

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	专家门诊管理制度	制度编号	MZB-2020-9
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	216

专家门诊管理制度

1. 目的

为加强专家门诊的管理，更好地发挥专家门诊的作用，促进医院发展，根据《医疗机构管理条例》的规定，制定本制度。

2. 标准

2.1 专家门诊由科室主任和副主任医师及以上职称的临床医师担任。

2.2 专家门诊由各科科主任或副主任医师负责排班，并将排班表于每月 25 日前送医务科，由医务科统一负责分诊挂号。专家看门诊时间一般不得随意变动，如因故不能按时应诊，必须提前一日通知医务科调班或停止挂号。

2.3 专家接诊要做到优质服务，对患者认真负责，检查耐心细致，不得敷衍马虎，病历记录应合乎要求，按规定门诊工作量挂号，原则上不得超挂号。

2.4 门诊全体医护人员要努力发扬救死扶伤的精神，做好专家门诊的宣传、配合工作。如遇疑难患者挂普通门诊号就诊，首诊医师应热情接诊，先做好必要检查后，再请患者挂专家号，不得让患者重复挂号，增加负担。已在专家门诊确定诊断的患者，可挂普通门诊号观察治疗，医护人员不得推诿患者。

2.5 各科要做好专家门诊的管理工作，认真考勤、考核。医护人员要切实维持好秩序，指导患者就医。专家座席处原则上要设立姓名标志，以便患者监督。

2.6 普通门诊的危重和急性疑难病症需专家会诊时，原则上不需另行挂号。慢性病经普通门诊医师检查后需看专家门诊者，可嘱患者下次门诊时挂专家号看病。


2.7 专家每周安排两个半日门诊，除完成定量门诊外，要对低年资医师工作进行指导，专家看普通门诊 ≥ 2 次/周，以提高普通门诊的医疗技术水平。

2.8 本院职工的家属、亲朋需看专家门诊时，一律在专家门诊时间挂专家号就诊。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

厚德精诚 笃行至善

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	门诊病历制度	制度编号	MZB-2020-10
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	217

门诊病历制度

1. 目的

为了加强医院管理，提高服务质量，建立医患和谐，预防医患门诊纠纷，根据《医疗机构管理条例》、《医疗机构病历管理规定》及《病历书写基本规范》的规定，结合我院工作实际，特制定本制度。

2. 标准

2.1 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，现在大多数医院采用的门诊病人自管自带不存档的做法，是不符合门诊管理制度的，一旦发生医疗纠纷，有时会增加新的矛盾。

2.2 为了有利于医疗科研、观察病情，凡不建立门诊病历档案的医院也应专门建立专科或专病的门诊病历保管制度。

2.3 门诊病历要求用电子书写，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。

2.4 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。

2.5 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、诊断或影象诊断、治疗和处理意见等记载于病历上。

2.6 每次诊察都要填写日期，病情急重者还要填写时间。


2.7 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。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

3.2 《医疗机构病历管理规定》

3.3 《病历书写基本规范》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	诊前准备制度	制度编号	MZB-2020-11
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	218

诊前准备制度

1. 目的


为了使患者快速得到治疗，提高服务质量，提高患者满意度，根据《医疗机构管理条例》规定，结合我院工作实际，特制定本规定。

2. 标准

- 2.1 医护人员准时到岗，便民门诊出诊应该在规定时间出诊。
- 2.2 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)。
- 2.3 各种单据的规范存放。
- 2.4 保持诊室的清洁卫生工作。

3. 相关文件

- 3.1 《医疗机构管理条例》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	检诊制度	制度编号	MZB-2020-12
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	219

检诊制度

1. 目的

为了患者就诊顺序，优先处理危重症，保持良好次序，提高病人对医院工作满意度，根据《医疗机构管理条例》规定，结合我院工作实际，特制定本规定。

2. 标准

2.1 重视检诊工作，设立中心预诊处，由助理医师或经验丰富的老护士负责此项工作。

2.2 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。

2.3 及时发现危重病人并作出相应处理。

2.4 及时发现传染病人，实行早期消毒隔离。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	会诊转诊制度	制度编号	MZB-2020-13
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	220

会诊转诊制度

1. 目的

为了提高临床疗效，缩短病程进展，减少医疗费用，根据《医疗机构管理条例》及医院制度的18项核心制度的规定，结合我院工作实际，特制定本规定。

2. 标准

2.1 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。

2.2 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。

2.3 接受会诊的科室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。

2.4 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。


2.5 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。

2.6 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。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

3.2 医院制度的18项核心制度

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	门诊处方制度	制度编号	MZB-2020-14
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	221-222

门诊处方制度

1. 目的

为加强处方开具、调剂、使用、保存的规范化管理，提高处方质量，促进合理用药，保障患者用药安全，根据《处方管理办法》、《医院处方点评管理规范（试行）》、《医疗机构处方审核规范》及《中药处方格式及书写规范》等国家有关法律、法规的规定，制定本制度。

2. 标准

2.1 严格门诊处方制度，做到处方内容齐全，书写规范，字迹清楚，剂量准确无误。

2.2 要用电子（麻醉药品、毒药、精神药物、放射性药物必须用钢笔）书写，不得涂改，如有涂改，医师必须在涂改处签字。

2.3 急诊处方应在处方左上角盖有“急”字章或专用急诊处方。

2.4 处方项目应填写病人姓名、性别、年龄、门诊号、年、月、日、单位或住址等。

2.5 处方一律用横书形式，中医处方要有简要医案，麻醉品处方要用红字专用处方。

2.6 处方药品数量一律用阿拉伯字码书写，药品用量以克(g)、毫克(mg)、毫升(mL)为单位，片剂、丸剂、胶囊剂以片、粒为单位，注射剂以支、瓶为单位，并注明含量。

2.7 药名、剂型、规格、用法、用量一律用中文、拉丁文或英文书写，要写药品全名，某些药品名有通用商品名者可用商品名，药名简化及缩写应以国家基本药物目录以及全国统编医药书籍为准。

2.8 处方剂量一般以3日量为宜，7日量为限，对某些慢性病或特殊情况可酌情延长。

2.9 麻醉药品、毒药、精神药物不得缩写或简写，其用量必须按有关规定使

用，即麻醉药品每张处方，[JP2]注射剂不得超过 2 日常用量，片剂、酞剂、糖浆剂等不得超过 3 日常用量，连续使用不得超过 7 天。

2.10 第一类精神药物处方每次不得超过 3 日常用量，第二类精神药物处方不超过 7 日常用量。

2.11 门诊处方一般保存一年。

2.12 要严格防止滥用药物，提倡合理用药。

2.13 药房配药发药后，配方人、检查发药人都应签名。


3. 相关文件

3.1 《处方管理办法》

3.2 《医院处方点评管理规范（试行）》

3.3 《医疗机构处方审核规范》

3.4 《中药处方格式及书写规范》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	门诊流量调配制度	制度编号	MZB-2020-15
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	223-224

门诊流量调配制度

1. 目的

为了了解门诊患者人流量分布和就诊时间规律，以适应新时期的门诊服务要求，满足患者需求，建立优质、高效、快捷的门诊医疗服务体系，根据《医疗机构管理条例》有关法律、法规的规定，制定本制度。

2. 标准

2.1 门诊流量检测

2.1.1 包括每个科室的出诊医生人数、科室总挂号人次、医生已接诊人次和尚未接诊人次；还应包括超声诊断科、门诊药房、医学检验抽血处等医技科室的相关数据（如窗口数、总检查取药人数、已完成人数、等候人数）。

2.1.2 我院对门诊流量实行实时监测，由门诊部负责，上午 09:30 及下午 3:00 各监测一次。检测方法有：

2.1.2.1 通过门诊挂号收费系统实时监控。

2.1.2.2 服务台护士随时观察，及时将信息反馈给门诊部。

2.1.2.3 各服务窗口、诊室候诊护士各自监控本辖区的流量，反馈到门诊部。

2.1.2.4 门诊部工作人员不定时检查，发现问题现场解决。

2.1.3 门诊部应定时巡查门诊各楼层，对门诊流量实行实地监测。

2.2. 医疗资源调调配

2.2.1 门诊部接到监控信息后，立即采取以下措施进行调配：

2.2.1.1 发现门诊各挂号收费的某一窗口病人拥挤，服务台护理人员随时疏通分散病人到其他窗口及各个楼层。

2.2.1.2 药房、化验排队超过 10 人，立即调配人员增开备用窗口，缓解诊疗高峰。

2.2.1.3 儿科、内科等门诊患者特别多时，及时反馈门诊部，由门诊部联系相关科室负责人，请科主任调配人员协助完成诊疗工作，缩短患者就诊时间。

厚德 精诚 笃行 至善

2.2.1.4 医技科室实行限时承诺服务。

2.2.2 医疗资源按照流量进行调配

2.2.2.1 门诊部有权对全院医疗资源进行调剂，以满足门诊工作的需要。

2.2.2.2 各临床科室、各医技科室应积极配合门诊部的医疗资源调剂工作，15min 内按要求派遣医生或其他工作人员支援门诊工作。

2.2.2.3 门诊部根据门诊流量监测获得的等候诊疗的病人数量、实际提供服务的医生数或窗口数、每个医生或窗口接待病人的平均速度，判断为尚未诊疗的病人提供服务需要的时间，决定是否需要增加工作人员或服务窗口。

2.2.2.4 对于偶发的大量病人等候诊疗的事件，门诊部通知相关科室主任或住院部增派医生或增加窗口支援门诊工作；

2.2.2.5 如果某个科室经常出现大量病人等候诊疗的事件，门诊部应协同该科室开展质量改进项目，通过流程重建等措施解决问题。

2.2.2.6 如遇单位体检等特殊情况，辅助科室应及时根据门诊部安排调配人员。

2.3 门诊与医技科室的协调机制

2.3.1 定期召开门诊、医技科室协调会议，各科提出本科或相关科室存在问题、矛盾进行讨论，最后由门诊部进行协调、解决。

2.3.2 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。

2.3.3 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。普通医技检查能满足门诊需要，当日完成检查和报告。

2.3.4 门诊流量应该满足门诊需要，无因院方原因出现退号现象。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	门诊登记统计制度	制度编号	MZB-2020-16
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	225

门诊登记统计制度

1. 目的

为了定期分析医疗效率和医疗质量，从中总结经验，发现问题，改进工作，根据《医疗机构管理条例》有关法律、法规的规定，制定本制度。

2. 标准


2.1 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。

2.2 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。

2.3 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。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	门诊加号管理制度	制度编号	MZB-2020-17
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	226

门诊加号管理制度

1. 目的

为保证门诊就诊者医疗质量，控制候诊时间、预防“号托”问题，结合《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》的精神及文件规定，结合本院的实际，特制订本规定。

2. 标准

2.1 专科和普通门诊医生应根据医务部、各科部和专科的规定确定门诊的定额挂号，一般情况下不得随意加号；所有的号源应确定就诊时间，以方便就诊者预约和按时就诊。

2.2 对于一些需求量较大的专科（如产科、儿科急诊等），专科医生可根据专科的实际情况和本人的工作能力适当增加门诊和延长出诊时间。

2.3 在门诊高峰季节和方便外地、疑难就诊者的需要，专科医生可适当加号，但加号的总量不得高于定额的 10%；个别需求量大的专科，加号量可定额的 20%，但必须经医务部或门诊部批准。

2.4 所有的加号必须通过医生工作站完成，优先给予外地就诊者或疑难、危重就诊者。

3. 相关文件

3.1 《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	门诊医师出诊管理制度	制度编号	MZB-2020-18
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	227-228

门诊医师出诊管理制度

1. 目的

为加强门诊医疗与服务质量管理，增强“以病人为中心”的服务理念，杜绝门诊医师不按时出诊，随意换诊等现象的发生，保证门诊工作有序、有效进行，提高医患信用度，满意度，根据《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》的规定，结合我院实际，特制定本管理规定。

2. 标准

2.1 无特殊原因，原则上不能停诊。如有医师停诊，科室要安排医师替诊，原则上要求为同级别医师替诊。

2.2 管理范围：适用于各科室门诊坐诊医师

2.3 专家门诊由已取得副高及以上职称的临床医师担任。正、副主任医师至少每周出门诊不得少于1天。专科门诊由主治医师及高年资住院医师出诊。

2.4 门诊各级医师必须按“门诊出诊时间排班表”按时出诊，不得无故迟到、早退、脱岗、私自换诊。违者按门诊综合管理办法执行。

2.5 医师出诊时间一般不得随意变动，如有特殊情况（出差、开会、会诊、上课、休假等），应填写停改诊申请单。同级职称换诊需经科主任签字后提前3天报门办。否则视为不规范停诊，纳入绩效考核。

2.6 紧急停替诊（24小时以内才确定急诊手术、急会诊、紧急会议等）：先电话通知相应门诊科室，由科室落实替诊医生，并迅速报告医务科，由医务科修改停替诊信息，且及时通知挂号室，后由停诊医师本人补填写“停替诊报告”，（补交停替诊单不能超过1天）送医务科备案。

2.7 科室不得以任何理由自行在“门诊挂号系统”中点击“作废”，以免造成病人在自助机或收费窗口无法挂号。


2.8 门诊出诊安排相对固定，由各科室负责人排班，科室主任签字确认后于

每月 22 号之前将排班表以书面形式交至医务科，逾期迟交或未交者，按相关规定进行处罚。

2.9 门诊医师不得随意变更坐诊时间、工作量，如有变动需医师个人写书面申请，科主任签字同意，且把申请单交至医务科备案。

3. 相关文件

3.1 《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	预检、分诊制度	制度编号	MZB-2020-19
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	229-230

预检、分诊制度

1. 目的

正确预检，分诊，维持有序的医疗就诊环境。根据《医疗机构管理条例》及《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》规定，结合我院工作实际，特制定本规定。

2. 标准

2.1 在门诊各科室设立预检、分诊处，配备专职的预检、分诊护士。

2.2 预检、分诊工作人员每天上班前，按消毒隔离的要求着装整齐，穿好工作服、戴好帽子、口罩，检查和补充必备的各种防护用品，如一次性口罩、手套、快速手消毒剂等。分诊点采取标准防护措施，按照规范严格消毒，并按照《医疗废物管理条例》的规定处理医疗废物。

2.3 导诊应引导就诊病人首先到预检分诊处检诊，根据传染病的流行季节、周期和流行趋势做好特定传染病的预检、分诊工作。初步排除特定传染病后，再到相应的普通专科诊室就诊。

2.4 预检、分诊人员在接诊过程中，应注意询问病人有关的流行病学史（如近一周是否出国、外出、是否接触有关类似流感的病人等）、职业史，结合病人的主诉、病状和体征等，对前来就诊的病人进行传染病的预检。对有发热及有流感症状等病人，测量体温。

2.5 预检、分诊处设立预检分诊登记本，对所有发热、腹泻等传染病、疑似传染病病人进行登记，登记内容：姓名、性别、年龄、职业、详细住址、电话号码、是否有流行病学史、症状和体征、发放口罩、去向等。

2.6 经预检为呼吸道传染病人时，要立即为病人和陪人提供一次性口罩，并按呼吸道传染病就诊流程进行就诊。


2.7 预检、分诊发热的病人，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，做好个人防

护。

2.8 预检、分诊人员要加强工作责任心，如发现突然发生造成或可能造成社会公众健康严重损害的重大传染病疫情，群体性不明原因疾病、重大食物中毒、职业中毒以及其它严重影响公众健康的事件时，按《突发卫生公共事件监测与报告管理工作制度》进行处理。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》及《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	发热门诊工作制度	制度编号	MZB-2020-20
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	231-232

发热门诊工作制度

1. 目的

为了认真做好发热门诊病人的隔离、观察、诊治、消退、报告等工作。根据《中华人民共和国传染病防治法》、《传染性非典型肺炎临床诊断标准》试行、《新型冠状病毒肺炎》诊疗方案及防控方案规定，制订本制度。

2. 标准

2.1 树立对人民健康高度负责及弘扬救死扶伤、不怕牺牲的人道主义精神；以高尚的品德和优良的技术，做好发热门诊工作。

2.2 对前来就诊的发热病人，详细询问有无流感及其他传染病接触史，进行流行病学调查、体格检查及实验室、影像学检查以综合判断，避免漏诊。

2.3 坚持门诊首诊负责制，对新型冠状病毒肺炎、非典、禽流感、甲型 H1N1 等传染病一旦确诊，按照国家相关规定，立即转诊到定点救治医疗机构进行隔离治疗。在转诊过程中严格执行防护措施；并对病人有可能污染的物品，按要求进行消毒处理。

2.4 严格执行疫情报告制度，一旦出现可疑病人，在第一时间内进行隔离观察，并立即向医院相关部门或疾控中心报告；在该诊室工作的医务人员，应严格遵守“传染病防治法”、防控期间的相关法律、法规及上级部门的相关要求，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”。

2.5 遇有疑难病症，及时会诊，以免延误病情。

2.6 严格执行交接班制度。

2.7 值班医生要认真做好门诊工作日志、传染病登记本的登记工作。

2.8 医护人员必须严格按照标准预防制度，按防护要求着装，在发热门诊工作的医务人员应按要求穿戴隔离服、工作帽、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，避免感染，认真执行手卫生规范。

厚德 精诚 笃行 至善

3. 相关文件

- 3.1 《中华人民共和国传染病防治法》
- 3.2 《传染性非典型肺炎临床诊断标准》试行
- 3.3 《新型冠状病毒肺炎》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	预约诊疗管理制度	制度编号	MZB-2020-21
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2019年1月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	233-234

预约诊疗管理制度

1. 目的

为进一步提高服务质量，构建和谐医患关系，规范我院预约挂号服务，推进文明有序挂号就诊，根据《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》制定门诊预约制度如下：

2. 标准

2.1 医务科全面协调医院门诊预约诊疗工作，负责预约挂号服务的监督和管理，本着公开、公平的原则加强门诊预约挂号管理，与相关部门密切协作，全面做好预约门诊工作。

2.2 预约挂号适用于初诊、复诊患者。预约挂号方式有现场预约、电话预约、微信预约、支付宝预约和12320预约等形式。预约挂号需提前一天预约，截止时间为就诊前一日00:00。预约挂号范围包括专家门诊、专科门诊和普通门诊。

2.3 本着“预约优先”的原则，我院挂号以预约挂号为主，预约挂号采取实名制，患者预约、就诊均应提供真实、有效的实名身份信息和证件，接待人员必须做好预约就诊人员相关信息和就诊需求登记，安排好预约就诊相关工作。患者取消预约号须提前通知挂号室，如爽约将取消预约挂号资格。

2.4 为方便患者，科室具体办理预约挂号手续、登记联络、提供咨询等服务。

2.5 预约工作人员每天下午16点30前将预约就诊患者需求整理后报医务科并通知挂号室，准备好相应专科（专家）预约号。

2.6 预约患者就诊当天到相关预约科室工作人员处核对信息，无误后到候诊室等待就诊。过时未到的预约患者，工作人员主动与患者联系，提示预约作废，请患者按正常秩序就诊或另行预约。

2.7 预约管理人员根据预约号按顺序优先安排患者就诊。

2.8 医院通过网络、门诊公示牌等方式公示专家门诊和专科门诊信息，预约

厚德 精诚 笃行 至善

挂号须知、预约流程及预约方式。

2.9 为保障预约门诊工作的有序开展，各科室和医生严格按照要求出门诊，不得随意停诊和换人。若因故需停诊或换人，科室安排好替诊医生并在前一天下午16 点前告知医务科。

2.10 我院转诊工作由医务科负责，与科室及预约工作人员做好衔接工作，确保双向转诊工作得以落实。

2.11 本制度从下发之日起执行。

3. 相关文件

3.1 《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	预约专家管理制度	制度编号	MZB -2020-22
	发布部门	门诊部	编制人	杨鹏
	生效日期	2019年1月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版本	第2版	页码	235-237

预约专家管理制度

1. 目的

为进一步强化管理，确保预约诊疗效果，根据《执业医师法》及《医疗机构管理条例》要求，加强预约诊疗的“专家门诊”，系指由院领导班子组织评定，具备副主任医师以上专业技术职务任职资格或相当技术水平的医师坐专家门诊，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 各位专家要充分认识到预约诊疗工作的重要性。积极参加预约诊疗相关知识的培训，认真做好接诊工作。各业务科室主任是科室预约诊疗工作的第一责任人。

2.2 专家坐诊应做到准时到位、准时开诊，衣冠整洁，态度和蔼，诊疗时不得吸烟，不得随意停诊。对每位就诊病人应仔细检查、合理用药，病历、检查单、处方书写应字体工整，字迹清楚；

2.3 专家接诊时，要认真做好解释工作，妥善处理预约诊疗与正常诊疗的关系。预约诊疗患者与正常诊疗患者交叉接诊。

2.4 严格执行预约诊疗专家的请（销）假制度，非因公不得请假。因公参加会议、培训而不能坐诊时，必须于坐诊前三天提供会议通知，由医务科审核，报院长审批后，方可外出。

2.5 专家请假不能坐诊时，需向分管院长或医务科报备，预约管理员要立即利用预约诊疗平台，取消该专家的预约安排。对已经预约的病人要立即进行电话告知，取消挂号或换专家就诊。

2.6 医务科不定时采取明查暗访的方式对预约诊专家进行监督考核，并将其预约诊疗的坐诊情况作为对预约诊疗专家年终考核的重要依据，与专家绩效工资挂钩。对在预约诊疗工作中作出突出成绩的给予表彰，对因迟到或随意停诊等违

反预约诊疗相关规定造成不良影响的给予全院通报批评。

2.7 预约专家的考核情况将作为该专家的医师执业注册、定期考核、专家门诊审批和特需门诊资格审批的重要依据。违反预约诊疗相关规定视情节轻重将推迟或取消相关资格。

3. 相关文件

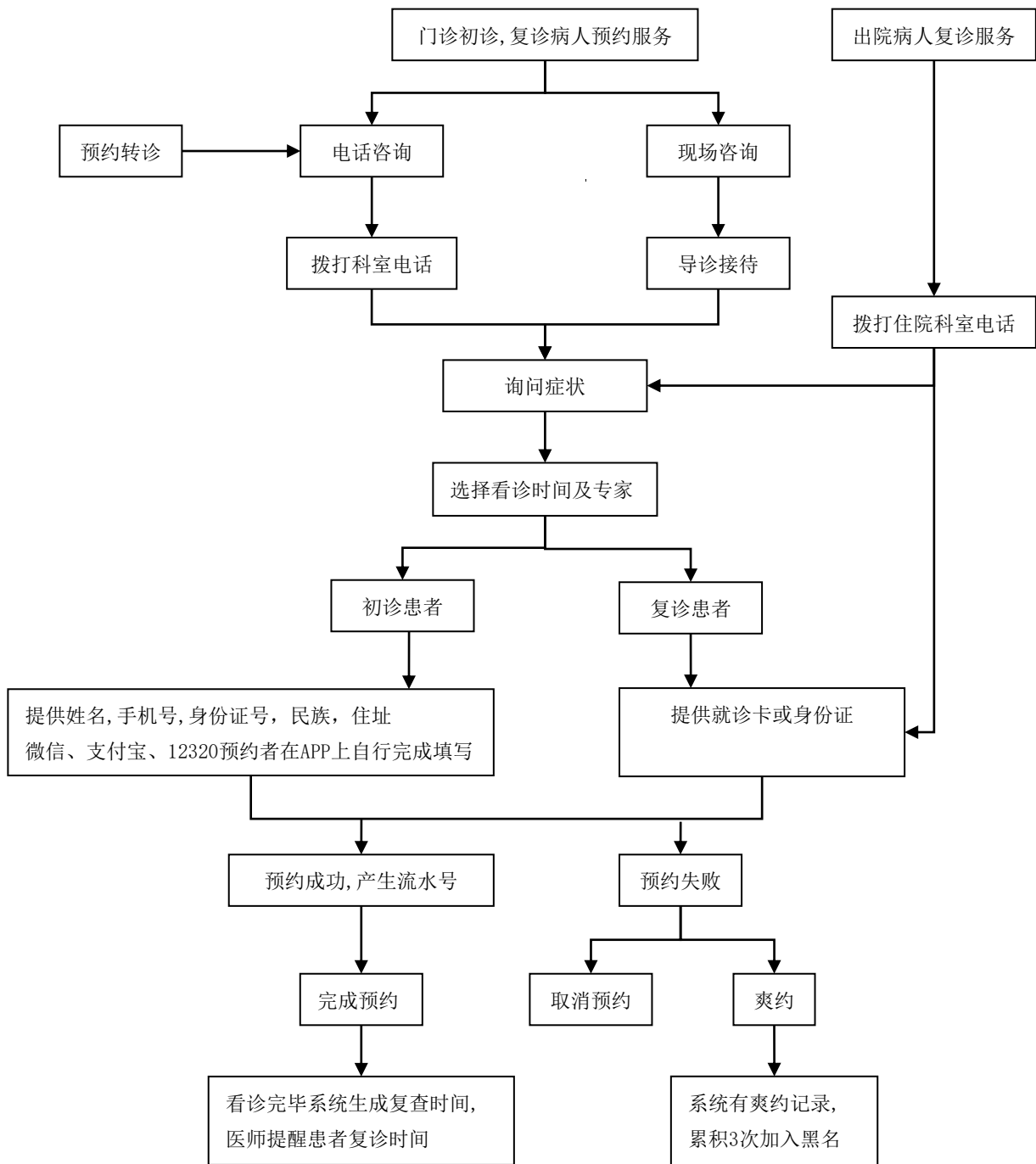
3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

附件：铜仁市妇幼保健院预约诊疗服务流程图

附件

铜仁市妇幼保健院预约诊疗服务流程图



备注:

1. 预约时间:可预约一周内医院参加预约的所有号源
2. 预约挂号者必须实名登记
3. 网络预约24小时开通, 电话、现场预约时间周一至周五的正常上班时段
4. 预约优惠:享受优先就诊原则
5. 各科室医生不得随意停诊和换人, 因故停诊或换人, 需提前三天告知医务科, 紧急情况或所选专家号额已满, 应推荐同专科同等资历专家为其看诊, 也可保留预约号在下次该专家出门诊时再来就诊。
6. 取消预约挂号:就诊前自行在微信上取消, 电话、现场预约者致电科室取消预约。
7. 预约产后康复:产妇可直接预约产后康复时间。

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	预约诊疗管理员管理工作制度	制度编号	MZB-2020-23
	发布部门	门诊部	编制人	杨鹏
	生效日期	2019年1月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	238

预约诊疗管理员管理工作制度

1. 目的

为进一步加强我院预约挂号的工作，完善预约管理员工作制度，根据《执业医师法》及《医疗机构管理条例》要求，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 预约诊疗工作由业务分管院长负责，医务科落实相关管理规定，并且各科室指定一名医护人员担当预约诊疗管理员。

2.2 预约诊疗管理员承担日常预约诊疗工作各个环节的落实管理。

2.3 预约诊疗采取实名制。患者预约和就诊时，应提供真实、有效的实名身份信息和证件。预约诊疗管理员在换号时需核实患者实名身份信息。

2.4 预约诊疗采取分时段预约，参考患者平时就诊时间，尽可能满足患者就诊需要。预约诊疗应24小时提供专科、专家号源，来院预约信息24小时内给予答复。

2.5 预约诊疗方式有电话、微信和来院现场预约。每日设专人负责预约挂号工作，保证电话和现场预约挂号的顺畅。


2.6 根据我院科室的实际诊疗情况，安排预约挂号比例，并建立台账，逐渐提高比例达到三级甲等妇幼保健院评审要求的10%。

2.7 专家因故变更、暂停、取消预约专家门诊须经分管院长和医务科负责人批准并由预约管理人员立即利用预约诊疗平台，在平台增补该专家的预约安排。对已经预约的病人要立即进行电话告知。

3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	基层医疗保健机构预约转诊服务工作制度	制度编号	MZB-2020-
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2019年1月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	239-240

基层医疗保健机构预约转诊服务工作制度

1. 目的

为了给患者提供方便、快捷、优质，连续性的医疗服务，进一步加强我院与上、下级医院之间的联系，逐步形成一个有序的转诊网络，根据《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》的要求，特制定本制度。

2. 标准

2.1 建立健全组织领导体系，加强双向转诊管理，将其作为工作的重点任务之一。医院成立预约领导小组，分管院长为组长，医务科、护理部负责人为副组长，各临床科室科主任为成员。

2.2 预约转诊协议医院双方要保持通讯畅通，遇危、急病人和大批伤员时直接沟通，建立急救绿色通道。

2.3 我院负责接收各区（县）妇幼保健机构转诊的患者，上级医院转回的病情稳定患者，使转诊患者得到及时、有效的诊治。如遇急重症患者，根据病情，协议医院拨打我院医务科电话（0856-5266197），将病人转入我院相应科室，任何科室的医务人员不得延误及推委病人，要保证及时、有效的抢救治疗。

2.4 根据患者病情需要，科室主任认定确实需要转出的患者上报医务科，医务科组织相关专家会诊后，再安排转诊，且需与上级医院或下级医院做好联系，保证病人在转出过程中的安全。

2.5 转诊程序

2.5.1 转入病人：接转诊病人后，实行优先就诊、检查、交费、取药；需住院者优先安排。

2.5.2 转出病人：根据病情，需要转到上级医院进一步治疗的患者，在征得患者及家属同意后，科室主任签字后，科室医生进行登记、向医务科签字并报告分管业务院长后填写转诊病情介绍单，联系好上级医院，医护人员要护送患者转院，确保患者安全转入上级医院，并做好病情交接工作。符合下转条件者在征

厚德 精诚 笃行 至善

得科室主任同意、患者及家属同意后，由科室医生进行登记、填写转诊病情介绍单，并联系好下级医院。由患者家属附带相关诊疗资料，将患者转送至下级医院。

2.6 预约转出诊需具备的条件

2.6.1 由于我院治疗条件有限，不能实施有效救治，且转运途中风险相对较小的患者。

2.6.2 多次诊断不明确或治疗无效的病例，疑难复杂病例。

2.6.3 甲、乙、丙类传染病及其他需要住院治疗的新发传染病人。

2.6.4 疾病诊治超出我院核准诊疗登记科目的病例，因技术、设备限制或其他原因。

2.7. 处罚

未上报医务科及分管院长，随意转诊病人的科室及医师，经发现核实，将全院通报批评，当年取消评先评优资格。

3. 相关文件

3.1 《贵州省进一步改善医疗服务行动计划实施方案（2018-2020年）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	门诊与辅助科室之间的协调机制	制度编号	MZB-2020-25
	发布部门	医务科	编制人	秦天海
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	241-242

门诊与辅助科室之间的协调机制

1. 目的

门诊患者病种复杂、涉及人员复杂、出现意外情况多，为保障患者合法权益，加强患者安全，需要多科室通力合作，特别是辅助检查科室的协调配合。根据《医疗机构管理条例》及门诊工作的需要制定协调机制。

2. 标准

2.1 门诊部与辅助检查科室保持密切联系与沟通。双方定期召开座谈会沟通与交流工作中存在的问题。必要时医务科参加，不断完善协作机制，促进工作的改进，更好的满足门诊患者诊疗的需要。

2.2 门诊患者的普通检查项目一般在上午检查完毕出具报告特殊的不出12小时。急诊检查按医院规定的时间出具报告。特殊的检查项目按规定的期限完成。出现特殊意外情况辅助检查的科室与门诊医师及门诊总服务台联系说明情况。

2.3 辅助检查科室查出门诊患者有危急值时，应按医院《高危急值的报告制度与程序》向门诊医生及时报告说明。且把名单告知门诊服务台，

2.4 门诊设有老年、行动不便、急重患者绿色通道，病情需要如输血、化验、心电、B超等检查时，接诊医生电话联系各科室，各科室积极协调配合，按“绿色通道”办理。

2.5 加强与患者及家属沟通，如遇到家属情绪激动，对诊疗项目或方式不理解，甚至可能发生过激行为的，相互传递信息，互相协助进行沟通，必要通知医务科、保卫科处理。

2.6 门诊部发生了突发意外事件，就近就快的辅助检查科室立即协助处理，尽可能的把突发事件控制在萌芽状态。并根据事件性质向相关职能科室或分管院长报告。

2.7 辅助检查科室开展的新项目应及时告知门诊医生,并说明检查的方法和临床意义,有利于门诊医生的诊疗需要和患者康复的需要。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	多学科联合门诊管理制度	制度编号	MZB-2020-26
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2016年4月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	243-245

多学科联合门诊管理制度

1. 目的

为进一步提高医疗质量，使疑难重症患者能及时得到准确的诊断、有效的治疗。贯彻落实卫生部《三级综合医院等级评审标准细则》的精神，为进一步加强我院妇幼保健工作，决定建立多学科联合门诊管理制度。

2. 标准

2.1 组织

在主管院长的领导下，医院在专家门诊的基础上，增设“多学科联合门诊”，由医务科负责组织、落实和协调。

2.2 接诊对象

2.2.1 门诊患者同时就诊多个专科或在一个专科就诊 3 次以上未明确诊断者。

2.2.2 门诊患者患多种疾病，诊断较为明确，但病情涉及多学科、多系统、多器官需多个专科协同诊疗者。

2.2.3 外院转来的疑难病患者。

2.2.4 多项病理检查结果阳性的患者。

2.3 会诊申请

2.3.1 首诊医生在完善检查的基础上，征得患者或家属同意后，转诊多学科联合门诊，患者至门诊大厅服务台办理预约手续。

2.3.2 患者或其家属主动要求疑难病会诊的，可携带就诊资料直接到门诊大厅服务台办理预约手续。

2.3.3 根据患者的病情及要求，医务科确定会诊时间，并通知会诊专家，联系患者告知会诊时间、地点。

2.4 会诊要求

2.4.1 医务科结合医院具体情况，在接受申请后一般 48 小时之内安排 15:

厚德 精诚 笃行 至善

00-17: 00 时会诊(双休日及节假日除外)。

2.4.2 参加会诊的人员,由医务科联系后确定的会诊人选;特殊情况下可由患者指定的专家会诊。

2.4.3 参加每例会诊的专家人数不得少于 3 名,且为临床副主任医师以上级别会诊专家在接到会诊通知后,必须在约定时间准时参加会诊;若不能按时参加会诊,应提前通知医务科更换专家。

2.4.4 会诊医师在会诊时应认真负责,详细询问患者病史,查阅实验室及影像学资料,讨论分析病情,提出诊治方案。

2.4.5 患者必须提供就诊病历、检查报告、化验结果等全部资料,并如约提前抵达指定地点,等候会诊专家问诊与体检,如我院保存有电子病历,可由医务科提供管理程序调阅。

2.5 会诊程序

2.5.1 会诊由医务科指定专家负责主持。

2.5.2 首诊专科医师报告病历与诊察经过,提出会诊目的

2.5.3 请患者进入会诊现场,回答专家提问,如实表述病史,接受专家体格检查。

2.5.4 专家集中讨论,患者及家属回避。

2.5.5 讨论结束后,由主持专家总结,并对患者的诊断、治疗计划或医嘱写出书面意见。会诊记录应根据当时讨论情况整理后,及时记入专门病例讨论记录本内(开发电子病历记录),记录讨论时间、参加人员、简要病史及会诊目的、发言人意见、会诊总结意见、记录人签名(均须签全名)。

2.5.6 会诊完毕,会诊专家将会诊意见转告患者,并解答患者提出的问题,如有保护性医疗方面的考虑,会诊意见或结论只向患者家属反馈。

2.5.7 医务科对会诊后患者的去向、治疗效果进行追踪了解,对患者或其家属进行电话随访,收集患者或其家属对会诊工作的反馈意见。

2.6 会诊管理

2.6.1 医务科负责多学科联合门诊工作的管理、协调和服务改进。

2.6.2 多学科联合门诊须定期总结门诊疑难病例会诊工作,及时发现工作中存在的不足,不断改进会诊工作,提高会诊质量。

2.6.3 对三次接诊后未明确诊断，又不申请多学科联合门诊的，一经发现，予以批评。

2.6.4 对累计出现三例以上的科室，扣除科室相应的绩效分值。

2.6.5 对延误病情造成医疗纠纷的，按医院有关规定另行处理。

3. 相关文件

3.1 《三级综合医院等级评审标准细则》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	平车、轮椅管理制度	制度编号	MZB-2020-27
	发布部门	门诊部	编制人	秦天海
	生效日期	2016年4月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	246

平车、轮椅管理制度

1. 目的

为规范门诊平车、轮椅的使用，更好为病人服务，根据《医疗机构管理条例》及我院实际工作的需要制定本管理制度。

2. 标准

2.1 平车和轮椅是门诊救护危重病人必须使用的工具之一，无特殊情况，不得随意外借。

2.2 如遇残疾人、特殊检查的病人急需使用平车或轮椅时，需缴纳 100 元押金并在登记本上注明人民币编号、联系电话、租借时间和归还时间，租借者和当班人员双签名，同时交代使用注意事项，使用完毕及时将平车或轮椅归位并退还押金。

2.3 导诊台护理人员负责平车和轮椅的日常检查和保养，如出现故障，及时通知设备科进行维修，并做好登记。

2.4 平车运送病人注意事项：搬运患者前锁住平车，搬运者应站在患者头侧，以便观察病情变化；搬运时使患者头部处于高位，以减轻不适；平车转运病人时，必须有床栏保护，同时系好保护带，保持均匀、缓慢的车速；进出门时，先将门打开，避免碰撞，减少震动；尽量减少运送途中停留。

2.5 轮椅运送病人注意事项：搬运患者前锁住车轮，能合作的病人，可双手扶轮椅扶手，自行移坐入轮椅，尽量靠后坐，身体勿向前倾或歪斜，同时系上保护带。轮椅上坡时，应减慢速度，过门槛或上台阶时，翘起前轮，使患者头、背后倾，并嘱患者抓住扶手，保持平衡。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

第五章 住院管理

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	入院制度	制度编号	YWK-2020-1
	发布部门	医务科	编制人	杨阿敏
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年2月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	247-248

入院制度

1. 目的

为了患者住院及时、准确地办理出入院手续，并且入院后患者得到相应的卫生宣教，根据《中华人民共和国执业医师法》《医院管理条例》《病历书写规范》《《医疗质量管理办法》《床位管理制度》等相关要求，结合我院实际情况，制定入院制度。

2. 标准

2.1 本院具有执业医师资格的医生方有资格收治其专业范围的患者，所有入院通知书上必须写明入院初步诊断，并向患者及其家属做好以下解释工作：

2.1.1 住院的理由；

2.1.2 治疗计划；

2.1.3 治疗的预期结果；

2.1.4 初步估计的住院费用；

2.1.5 其他有助于患者及其家属做出住院决定的信息。

2.2 接诊医生在初步评估患者的基础上，对确需住院治疗的患者开具住院证。除常见疾病外，原则上专科疾病由本专科医生评估后决定是否收入院。

2.3 患者经急诊处理病情稳定、无入院指征者，可让其离院，必要时留急诊观察室观察，留观原则上不超过 72 小时，急诊留观患者应优先住院，各有关科室必须优先诊治和简化手续，各科室间必须密切配合，相互支持。未入院期间应由急诊科医生查看处理。

2.4 对于有入院指征的患者，如因费用问题或其他原因，患者或家属拒绝入院，必须在病历记录上签字。

2.5 患者或其家属持住院证办理入院和交费手续，24 小时在住出院窗口办

厚德 精诚 笃行 至善

理。

2.6 一般情况，患者到达病区后由护士接诊并通知医生，接诊后 2 小时内开出医嘱；急诊危重患者，急诊科应提前通知收住院病区护士准备好床位及各种急救设备，急诊科医师护送患者到达病区后，值班医生立即接诊，一般要求在半小时内开出医嘱。

2.7 休克、昏迷、妇科急腹症、循环呼吸骤停、严重心律失常、急性重要脏器功能衰竭生命垂危等急诊患者，按《急诊绿色通道管理制度》处理，先抢救，后补办手续和交费。

2.8 所有新住院患者必须按诊疗常规进行诊治。

2.9 床位管理遵照《床位管理制度》执行。

2.10 医院应关注那些在就医和入院治疗过程中存在某些困难的患者如老年人、残疾人、语言交流和听说功能受损者，并给予一定帮助。

3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国执业医师法》

3.2 《医院管理条例》

3.3 《病历书写规范》

3.4 《医疗质量管理办法》

3.5 《床位管理制度》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	出院制度	制度编号	YWK-2020-2
	发布部门	医务科	编制人	杨阿敏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	249-250

出院制度

1. 目的

为了使住院患者及时、准确地办理出入院手续，出院后给予相关病情告知及回院复查时间，并得到相应的卫生宣教，根据《中华人民共和国执业医师法》《医院管理条例》《病历书写规范》《《医疗质量管理办法》《转院制度》《医疗纠纷处理条例》等相关管理要求，结合我院实际情况，制定出院制度。

2. 标准

2.1 主诊医生在评估住院者健康状况、治疗情况、按照各科疾病的临床路径、诊疗常规的具体标准，决定住院患者出院或转当地医院或转家庭病房继续治疗。

2.1.1 需转当地医院继续治疗的，根据贵州省内医保相关政策，尽量选择医保定点医院指导病人继续治疗。转院按《转院制度》执行。

2.1.2 当符合出院标准时，应由主诊医生决定是否出院及何时出院，并提前告知住院患者或其监护人，做好出院前的准备工作（出院前住院者结清所有费用）。执行计划性出院，对于当天出院的住院者，主管医生原则上在上午 10:00 前开出医嘱，并与责任护士负责出院过程，联系提供必需的服务，主管医生写好出院记录和诊断证明书，并签名。

2.1.3 对不符合出院标准，但住院患者及家属坚持要求出院时应做好解释说明工作，劝阻无效者，主管医生应报告上级医生（必要时报告科主任）决定是否同意其出院，同意后请家属签自动出院或转院知情同意后，办理出院，同时根据患者出院后的去向为住院患者及家属提供可继续治疗的医院或社区医疗机构，并记录在出院记录的“出院医嘱”中。如涉及重大突发公共卫生事件、重大医疗纠纷等特殊情况，须报医务科，由医务科上报分管院领导。

2.1.4 对于自动出院的临终病人，主诊医生需根据对临终病人的评估结果，提出针对性的意见和处理措施，记录在出院记录的“出院医嘱”中。

2.2 主诊医生与责任护士根据住院患者出院后治疗需要，住院者/家属的知

识水平，以简明易懂的方式，提供适合住院患者的出院指导，包括：随访医院的名称及地址、随访时间、需获得紧急治疗的情况。根据住院者的情况，对其出院时需要选择的交通工具需求进行评估，并记录在“出院医嘱”中。若就诊患者出院后仍需服药治疗时，医生开出院带药医嘱，并交代服药方法及注意事项。

2.3 住院者离开医院前，主管医生把已完成的出院记录交给住院患者或其家属，另一份保存在病历中。出院记录应包含以下内容。

2.4 出院结帐办理时间：全天。

2.5 对床单位进行整理、清洗，铺好备用床。

3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国执业医师法》

3.2 《医院管理条例》

3.3 《病历书写规范》

3.4 《医疗质量管理办法》

3.5 《转院制度》

3.6 《医疗纠纷处理条例》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医院患者流转管理制度	制度编号	YWK-2020-3
	发布部门	门诊部	编制人	杨鹏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	251-253

医院患者流转管理制度

1. 目的

患者因病情需要，转入其他科室质量，为患者在转科过程中，能准确、迅速、安全的转入，根据《医疗机构管理条例》、《中华人民共和国执业医师法》、《医疗质量管理办法》国家下发的《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》等医疗相关管理规定，结合医院实际情况，制定医院患者流转管理制度。

2. 标准

2.1 转科

2.1.1 凡因病情需转科患者，须经转入科主治医师以上职称会诊同意。转出科室凭会诊单联系好床位，住院处办妥转科手续后才能转科。

2.1.2 转入科室对转科患者应优先安排床位，及时转科。

2.1.3 如系危重症患者，转入科室应按急诊要求尽快解决床位。如转科过程中有导致生命危险者，应待患者病情稳定后，由转出科室医护人员护送至转入科室，并与值班(或经管医师)做好床边交接工作。转入科室应及时诊治或抢救，并按时完成转入记录。

2.1.4 患者转科前转出科室经管医师应下达转科医嘱，完成转科记录。护士将本科室相关账目结算完毕后向电脑发送。同时电话通知转入科室准备接收，医生或护士携带全部病历资料护送患者到转入科室，并做好交接工作。

2.1.5 转出科室及时开出转科医嘱。转入科室应按照转入患者接收。

2.1.6 终末消毒同出院患者。

2.2 转院

2.2.1 凡因我院技术或设备条件限制不能解决的疑难病例，需转至外院诊治的患者，在病情允许转送的前提下，由经管主治医师提出，上级医师和科主任同意，上报医务科（班外时间报总值班）审批并备案。由医务科或总值班与转入医院联系或请会诊，征得对方同意后方可转院。

2.2.2 转院必须严格掌握指征，生命体征不稳定的患者不予转院，应暂留院处理，待病情稳定后再转院。

2.2.3 转院的费用结算及手续与出院相同。

2.2.4 患者转院时可按照有关规定复印并带走部分病历资料，如检查化验单、出院小结以及转院介绍信等。

2.2.5 患者转院时由原经管科室酌情派医护人员随救护车护送。

2.2.6 因各种原因主动要求转院的患者，应由患者本人和家属在病程记录中写明“要求自动出院”字样并签名。转院手续由其本人、家属或单位自行联系解决，按自动出院处理。

2.2.7 医保患者的转院或转外地诊治问题按医院相关规定办理相关手续。

2.2.8 转院患者的终末消毒同出院患者。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

3.2 《中华人民共和国执业医师法》

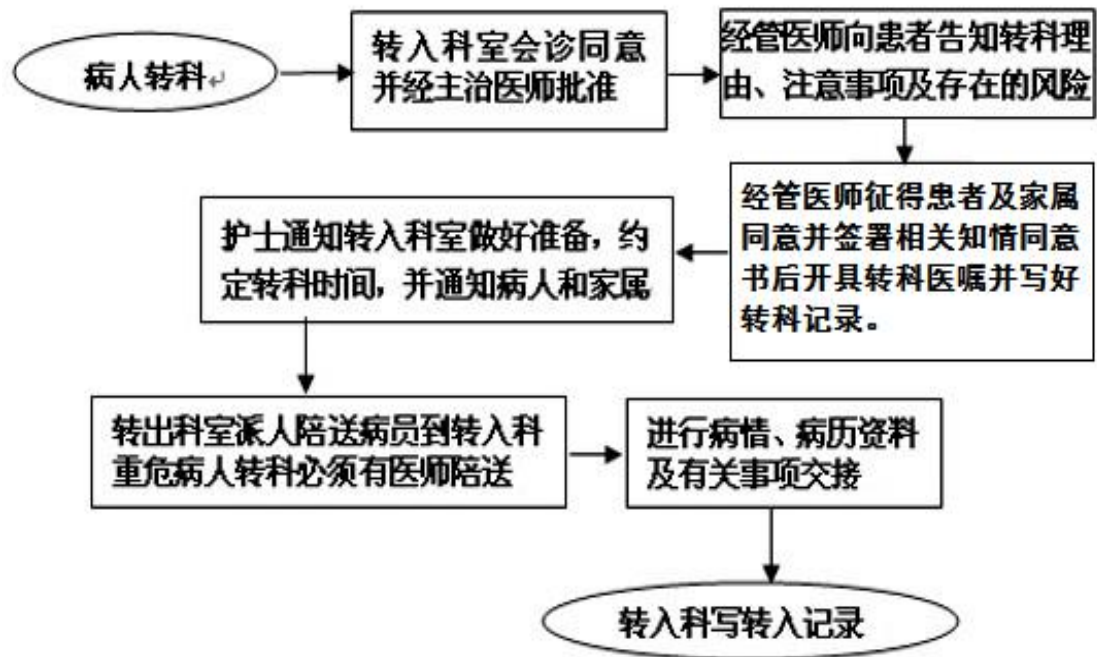
3.3 《医疗质量管理办法》

3.4 《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》

附件：院内转诊、转科患者评估与交接流程

附件：

院内转诊、转科患者评估与交接流程



 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	转科、转诊病情及病历资料等交接制度	制度编号	YWK-2020-4
	发布部门	医务科	编制人	杨鹏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	254-255

转科、转诊病情及病历资料等交接制度

1. 目的

为了做好急诊抢者的入院、转诊、转院病情资料交接，确保患者在交接后接受方医护人员能尽快掌握并熟悉患者的诊疗情况和目前病情，迅速开展后续诊疗，保证患者得到连贯性诊疗，根据《中华人民共和国执业医师法》《医疗机构管理条例》《病历书写规范》《医疗质量管理办法》《医疗纠纷管理条例》等相关管理规定，结合本院实际，制定转科、转诊病情及病历资料等交接制度。

2. 标准

2.1.1 当主管医生发现病人患有其他专业的疾病并需专科治疗时，经科主任同意邀请相关专业的专家会诊，双方共同评估病情，确需转科治疗，才可以转科。在会诊或转诊前，要进行必要的诊断性检验检查。对需转科治疗的患者，应告知转诊、转科理由，履行知情同意手续，做好相应准备，选择适宜时机。对不适宜转诊转科的病员，应告知转诊转科利弊，可能导致的后果，同样履行知情同意手续。

2.1.2 转科前，由主管医生开出转科医嘱，完成本科所有处置记录，并书写《转科记录》，按照预定时间转科。普通病人由责任护士 / 值班护士陪送到转入科室。

2.1.3 转科后，双方科室医护人员要对病人的病情进行交接。接诊后医生、护士应立即察看病人，评估病情，修订医疗护理计划，接诊医生在病人转入后半小时内，开出转科医嘱。并按照《病历书写规范》要求写好转入记录。

2.1.4 转科时药物处理

病人转科时，转出科室及转入科室负责病人交接的护士，应将病人在转出科室当日尚未使用完的所有医嘱药品的名称及数量在患者转科交接记录单中详细记录并做好药品交接。病人转入后，转入科室医生应详细了解病人在转出科室的用药情况及转入时所带入的药品情况，根据病情下达转入医嘱时，临时医嘱注意

使用病人转科时所带入的药品，对于不可继续使用的药品，由转入科室护士负责在当日退予药房统一处理。

3. 转科病历要求

3.1 病人入院 2 小时以内转科者，转出科应在门诊病历上作记录，不必写住院病案，转科后由转入科写住院病案。如果病情危重，不宜立即转科患者应在本科按疾病诊疗规范及时抢救治疗，不要转诊，并请有关科室会诊，待病情稳定后再转诊。同时在门诊病历上详细记录抢救治疗情况。

3.2 病人入院后超过 2 小时转科者，均由转出科医生写“住院病历”、“首次病程记录”、相应的“病程记录”及“转科记录”。除特别紧急情况外，转科前必须完成“转科记录”，“转入记录”应在病人转入科室后 8 小时内完成。

3.3 住院 2 天(含 2 天)以上转科者，转出科须写主治医师查房记录。

3.4 住院 3 天(含 3 天)以上转科者，转出科须写副主任医师查房记录。

3.5 转科前所写病案的质量由转出科负责，转科后所写病案的质量由转入科负责。病案质控由转入科统一负责。如转科前所写病案需补充和修改，转入科应及早通知转出科，转出科须在病人出院前完成补充和修改。

3.6 转科途中的任何病情变化及与转科过程有关的任何特别情况，应记录在患者转科交接记录单中，转科病历记录应随病人同时转移。

4. 相关文件

4.1 《中华人民共和国执业医师法》

4.2 《医疗机构管理条例》

4.3 《病历书写规范》

4.4 《医疗质量管理办法》

4.5 《医疗纠纷管理条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	出院患者随访、预约制度	制度编号	YWK-2020-5
	发布部门	医务科	编制人	杨鹏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	256-260

出院患者随访、预约制度

1. 目的

为充分尊重病人的知情权，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》等有关法律、法规要求，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 告知制度

2.1.1 告知人由本院有关职能部门和科主任、经治医师、主治医师、责任护士及有关人员担当。告知人在履行告知义务时，应注意采取合适的方式，避免对患者产生不利后果，并注意保护患者的隐私。

2.1.2 告知对象为在本院门诊就诊和住院的病人及其相关人员（监护人、法定或委托代理人、近亲属、关系人），当患者具有完全民事行为能力时，必须告知本人方为有效，其亲属次之；对不具备完全民事行为能力患者实施医疗行为履行告知义务时，其知情同意权由其法定（或授权委托）代理人代为行使，患者必须签署授权委托书；患者本人因各种原因无法授权他人行使其知情同意权时，应当告诉患者的监护人或近亲属，并将患者无法正确表达自己意愿的有关情况做好书面记录。

2.1.3 住院病人所有的知情同意书保存在病例中；门诊病人的知情同意内容可直接记录在门诊病历中，并在病历相关记录处留有患方签字。在实施有关操作前，操作人员必须核验知情同意书。如果未得到告知对象的同意并在相应病程记录或知情同意书上签字，则不得实施相关医疗措施（在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施除外）。

2.1.4 如果患方拒绝在病情危（重）、尸检等特殊情况的告知书上签名时，应有第三方（上级卫生行政部门、公安部门、律师等）有关人员在场或三名以上的医护人员共同向告知对象告知，将时间、地点、告知对象等情况作书面记录，并由医护人员联合签名。

2.2 告知主要内容

告知内容主要为患者病情、检验项目和治疗措施的目的、方法、步骤、预后及其存在的医疗风险、医院规章制度和诊疗秩序等相关情况，对一些风险较大的医疗措施必须告知可能产生的不良结果及防范措施，可能的预后，若不采用此措施可能对诊疗结果的影响等，主要包括：

2.2.1 实施各类手术、有创检查、治疗；

2.2.2 输注血液及血液制品；

2.2.3 实施麻醉；

2.2.4 开展新业务、新技术；

2.2.5 实施临床实验性治疗；

2.2.6 实施手术中冰冻切片快速病理检查；

2.2.7 对患者实施化疗、放疗、抗痨治疗等；

2.2.8 使用具有毒性或成瘾性的药物；

2.2.9 可能引起强烈过敏反应的药物及其敏感试验；

2.2.10 一般情况下没有危险，但是因患者病情危重，有可能引起意外风险的操作；

2.2.11 技术本身没有生命危险，但是经济花费大，给患者造成较大经济负担；

2.2.12 在急诊或病情危重，处于抢救状态情况下，患者或其亲属要求终止治疗、出院、转院的。

2.3 医疗常规告知

2.3.1 门诊病人的诊断、诊疗计划等相关医疗情况由接诊医师口头告知，必要时可直接记录在门诊病例中，并在病历相关记录处留有患方签字。

2.3.2 新入院病人的初步诊断、诊疗计划、病情程度及可能预后等相关医疗情况，由经治医师或主治医师 24 小时内以书面（《病情告知书》，下同）形式告知并签字。

2.3.3 有新的阳性体征、检查、检验结果发现，需重大修改诊疗计划，由主诊医师或主治医师在 24 小时内书面告知并签字。

2.3.4 病情危重或病情明显加重者，病情、诊疗计划、预后等由主诊医师或

主治医师在 30 分钟内书面告知并签字，病危者必须立即发出病危通知书。

2.3.5 危重病人因检查、治疗需要搬动时，须在搬动前告知搬动可能产生的病情变化等相关风险，并由告知对象在病历相关记录处签字。

2.3.6 转院途中可能出现的情况或必要的措施需告知与签字。

2.4 有创诊治措施告知

2.4.1 有创诊治措施是指以非药物诊治为主的各种有创的诊断、检查、治疗和手术等医疗措施，包括各种手术、各种组织器官的穿刺及活检、各种内窥镜的诊治等。

2.4.2 告知内容包括：操作的必要性、操作方案、麻醉方式、操作和麻醉时可能出现的医疗风险等。

2.4.3 住院期间，病人为同一目的需反复进行肝穿，胸穿等检查时，须在每一次检查前告知相关风险。

2.4.4 操作过程中出现需要改变操作方案、麻醉方式或切除未告知组织器官等新情况时，医务人员必须将相关新情况告知被告知对象，并取得其同意和签字后才能继续相应操作。

2.4.5 当出现危及患者生命安全的新情况，必须紧急采取新的抢救性有创治疗措施时，在告知的同时不应当停止抢救措施。

2.5 无创诊治措施告知

2.5.1 无创诊治措施是指对人体组织器官无直接器械创伤的各种诊疗措施，包括药物治疗及各种物理治疗等。

2.5.2 使用有明显毒副作用、过敏反应、可能造成组织器官损伤的药物时必须事先告知。

2.5.2.1 可能出现的毒副作用、过敏反应、对组织器官的损伤，并在门诊病例或住院病程记录中作记载。

2.5.2.2 于药典规定要做皮肤过敏试验的药物，应当详细询问患者的药物过敏史，并在病历中做记录。

2.5.2.3 药房在给门诊或出院患者配药时，所配发药物必须附药物服用说明。

2.5.2.4 化疗每一疗程告知一次。

2.5.2.5 可能引起不良后果的其他情况。

2.5.3 放射治疗，须在治疗前告知。

2.5.4 输血等血制品治疗，须在使用前告知。

2.5.5 相关护理内容和要求由责任护士在医嘱下达后两小时内告知。

2.6 特殊情况的告知

2.6.1 对急诊、危重患者正在实施抢救性治疗措施：

2.6.1.1 患者亲属要求接患者出院的。经治医师要将亲属意见立即报科室领导，由患者所在科室主治医师以上人员，将终止治疗后可能出现的不良后果向患者亲属充分交代清楚，明确告知由此造成的不良后果医院不承担责任。将医师意见、亲属意见用专用病案纸详细记录，由经治医师和患者亲属签名，存入病历档案，方可同意亲属的要求。

2.6.1.2 患者亲属不同意医院拟对患者实施抢救性治疗措施时（如：急诊手术、气管插管、使用呼吸机、血液透析、输血、用药等）。由主治医师以上人员向患者亲属告知不接受抢救性治疗可能出现的不良后果，以及医院对此不承担责任。告知情况必须详细记录，由经治医师和患者亲属签名，存入病历档案，方可同意患者亲属的要求。

2.6.1.3 因冰冻切片诊断的局限性，对拟行手术中冰冻切片快速病理检查的患者，应办理接受手术中冰冻切片快速病理检查知情同意手续。特殊情况下，由患者所在科室通知病理科，由病理医师、手术医师共同与患者亲属办理接受手术中冰冻切片快速检查知情同意手续；对临时决定实施手术中冰冻切片快速病理检查的，由手术者亲自或指定医师与患者亲属补办接受手术中冰冻切片快速病理检查知情同意手续。

2.6.2 患者要求自主决定或变更诊疗内容

2.6.2.1 对于涉及患者生活方式或观念方面的问题应尊重患者的意愿。如由于宗教信仰拒绝输血；患了不宜怀孕疾病的患者坚持要怀孕；乳腺癌患者在得知病情后，为了保持完好体型决定部分肿物切除等。医师应充分告知，详细记入病历中，并由患者签字认可。在患者知情同意的情况下，纯粹技术性的决定应以医务人员的意见为主。

2.6.2.2 对急诊、危重的患者拟实施抢救性的手术、有创检查、治疗、输注血液及血液制品、实施麻醉时，在患者本人无法履行知情同意手续又与

其亲属无法取得联系，或其亲属短时间内不能前来履行有关手续，且病情又不允许等待时应由经治医师提出医疗处置方案，填写相关知情同意书，经科室主任或上级 2.6.2.3 医师签署意见后，报医务科或总值班，经医院领导批准后实施。

2.6.2.4 使用自费（或高值）的治疗措施、药物、医用耗材和医疗用品，须在使用前告知并签字。


2.6.2.5 新技术、新疗法、新药临床实验等，须在使用前告知并签字。

2.6.2.6 发现患者有精神异常、自杀倾向等特殊情况时，应及时告知家属并报告科室负责人，防止患者做出极端行为。

3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医疗保健服务转介工作制度	制度编号	YWK-2020-6
	发布部门	医务科	编制人	杨鹏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	261-265

医疗保健服务转介工作制度

1. 目的

为保持本院临床医疗科室和保健科室之间对患者服务的连续性，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》要求，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 医疗保健转介是指医务人员在接诊患者期间，评估其情况，明确其需求，安排患者由临床医疗科室转至保健科室，或由保健科室转至临床医疗科室，为患者提供可选择的医疗、心理、营养及康复服务。如：妇产科门诊与住院对象转介至妇女保健或孕产保健接受营养、心理、康复等服务；儿科门诊与住院对象转介到儿童保健接受营养、心理、康复等服务；妇女儿童保健对象转介至临床各科治疗。

2.2 人员资质

2.2.1 执行评估的人员应是在本院注册的执业医师或经医院授权的相关岗位的卫生技术人员。

2.2.2 评估要在其执业资格适当的法律、法规范围内进行。

2.3 门（急）诊患者转介

2.3.1 各临床科室医师评估患者存在营养、心理问题和康复需求时，将患者转介至营养科、心理科、康复科等进一步评估和制定保健计划。妇女儿童保健科室医师如发现患者在临床上存在异常症状体征或有异常的检验检查情况时，将患者转介至临床各科门诊评估是否需要进一步检查和治疗。

2.3.2 首诊科室医师确定转介对象后，填写《铜仁市妇幼保健院医疗保健服务转介卡》（以下简称《转介卡》）。患者持《转介卡》到相应临床和保健科室就诊，转介科室医师对患者进行相应的评估，提出医疗保健计划，除填写《转介卡》外，首诊科室和转介科室医师均需规范完成门诊病历书写。

2.4 住院患者转介

厚德 精诚 笃行 至善

临床医师评估患者存在营养、心理问题和康复需求时，先请营养、心理、康复保健科医师会诊，保健各科医师对患者进行相应的评估，经评估符合转介指征的患者，在会诊单中写明转介建议。临床经治医师在病程记录中体现相关记录，填写《转介卡》，患者出院后持门诊病历和《转介卡》到保健科室就诊。

2.5 转介台账管理注意点

对于所有转介患者，首诊科室和转介科室均需做好相关登记工作，填写《铜仁市妇幼保健院医疗保健服务转介工作登记本》及《转介卡》，首诊科室留存《转介卡》第一联，转介科室留存《转介卡》第二联。

3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

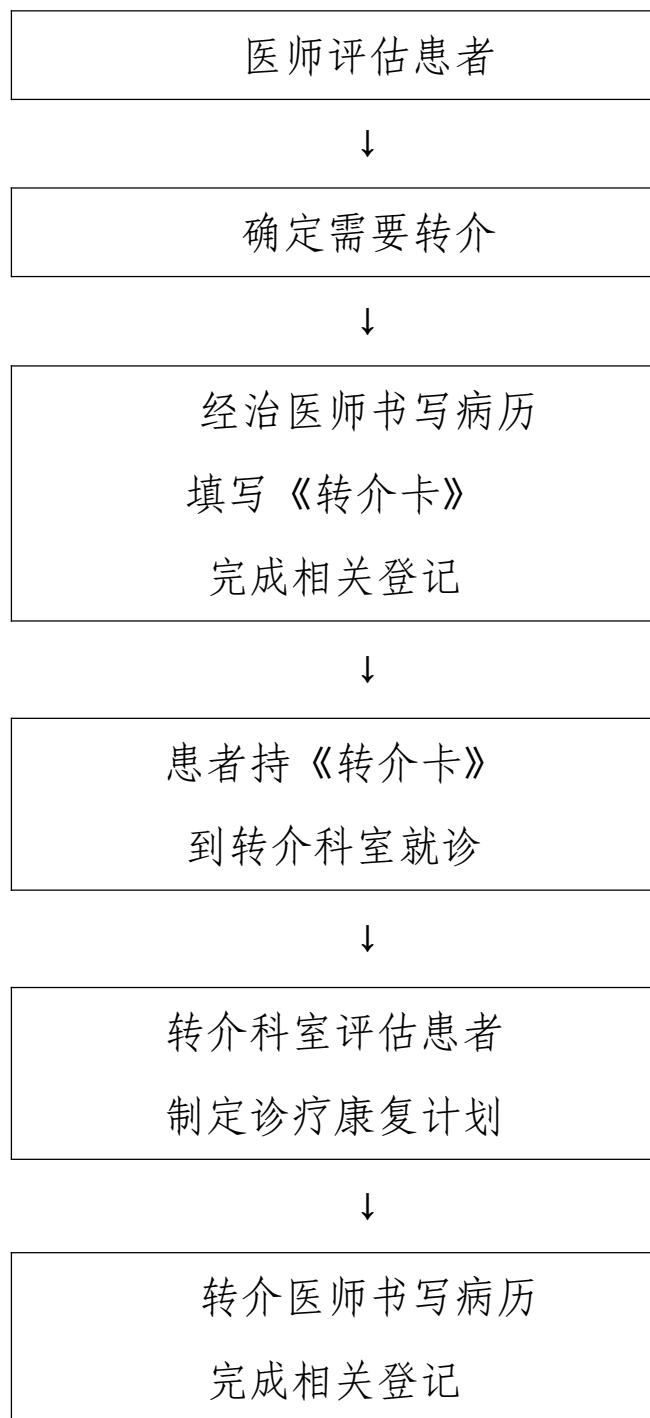
附件：1. 转介流程图

2. 转介单

3. 转介登记表

附件1

铜仁市妇幼保健院转介流程图



附件 2

铜仁市幼保健院 医疗保健服务转介单

(第一联)

患者姓名_____，性别_，年龄_____，病案号_____，
家庭住址_____，联系电话_____。

于_____年___月___日因病情需要，需转介到

_____科室。

转介医生（签字）：

年 月 日

.....

铜仁市妇幼保健院 医疗保健服务转介单

(第二联)

_____（科室）：

现有患者_____，性别_____，年龄_____，因病情需要，需
转入贵科，请予以接诊。

初步印象：

主要现病史（转介原因）： 主要既往史：

治疗经过：

转介医生（签字）：

年 月 日

附件 3

铜仁市妇幼保健院转介登记表

序号	患者姓名	转介去向	转介原因	转介医生	转介时间	患者联系电话	备注
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医院无空床或医疗设备有限时的处理制度	制度编号	YWK-2020-7
	发布部门	医务科	编制人	杨鹏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	266

医院无空床或医疗设备有限时的处理制度

1. 目的

为了在科室无空床或医疗设施有限时，及时为患者解决入院诊疗等问题，根据《执业医师法》及《医疗机构管理条例》要求，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 做到提前告知，避免产生医患矛盾，门诊医生收入患者时，所收的科室无空床，所收科室主任及护士长立即启动加床方案。对于加床患者，要详细告知加床条件，采取自愿原则，取得患者的谅解，严禁强制入院或不告知就收入院的情况发生。

2.2 合理加床，根据临床各科室的医务人员配备、医疗物品储备、抢救设施配备等情况，依据科室自身加床潜力，由科室酌情处理，医务部监督管理。对于科室确不能再加床的情况，由急诊科留观（留观时间控制在72小时以内），待科室有空床后再收住院。

2.3 合理分流病人，当科室床位无法再收治病人时，由科主任上报医务部，合理分流病人，由医务部启动病人分流的去向及相关科室的协调。病区每日需备用至少一张抢救床位，专科收治急、危、重症患者此类病人不允许分流，床位的分配，白天由护士长 / 办公班负责，夜间由当班护士负责。

2.4 妥善安排好加床患者需要的各种物品，各科室对于加床患者要有足够的重视，准备好患者需要的各种生活物品，以及监护仪、氧气瓶等各种必备设施，对于无法达到此要求的科室，要向相关科室申领，其中床位设施的协调由医务部负责，夜间由总值班负责。

2.5 保证好加床患者的医生及护士的配备情况，要求各科室负责人安排好医护人员负责加床患者的临床诊治，及时安排接诊、处置。

3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	住院时间超过 30 天患者的管理制度	制度编号	YWK-2020-8
	发布部门	医务科	编制人	杨鹏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	267

住院时间超过 30 天患者的管理制度

1. 目的

为加强我院住院时间超过 30 天患者的管理，缩短医院出院患者平均住院日，不断提高医疗质量，保障医疗安全，减轻患者经济负担，监控各科室是否存在过度治疗，服务流程不合理现象，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》《医疗质量管理办法》《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》等相关管理规定，结合我院实际，特制定本制度。

2. 标准

2.1 本制度管理对象是全院各科室住院时间超过 30 天的患者。

2.2 患者因某种原因长时间（30 天及以上）住院的，各科室应进行严格的管理与评价，每月对科内所有住院时间超过 30 天的患者进行汇总统计，开展原因分析和讨论，做好整改与评价。

2.3 科主任应将住院时间超 30 天患者作为大查房的重点，经管医师应在写完阶段小结后，书写科主任大查房记录，记录内容主要为住院时间超 30 天患者原因分析和下一步诊疗措施等。

2.4 科室医务人员应及时做好住院时间超过 30 天的患者及家属的沟通工作，避免出现因沟通不到位而出现医疗争议。

2.5 医务部定期对全院住院时间超过 30 天患者进行督导检查，并提出分析、反馈和改进措施，以持续改进住院管理质量。对存在过度治疗，服务流程不合理情况，责令整改。

3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

3.3 《医疗事故处理条例》

3.4 《医疗质量管理办法》

3.5 《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》

厚德 精诚 笃行 至善

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	住院患者出院 30 天内再入院管理制度	制度编号	YWK-2020-9
	发布部门	医务科	编制人	杨鹏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	268

住院患者出院 30 天内再入院管理制度

1. 目的

为进一步完善医疗质量管理与控制体系,加强住院患者出院 30 天内再入院患者的医疗质量管理,保障医疗安全,根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》《医疗质量管理办法》《妇幼保健院等级评审实施细则(2016年版)》等相关管理规定,结合我院实际,特制定本制度。

2. 标准

2.1 定义:住院患者出院 30 天内再入院是指病人出院 30 天内因相同或相关疾病非计划再入院。若患者在上次住院时没有得到适宜的医疗服务、疾病没有得到治愈、好转或控制、或未达到出院标准,导致患者在出院后的 30 天内因相同或相关疾病非计划再次入院。

2.2 若患者再入院的原因与上一次住院的原因无关,患者再入院是预先计划好的,如肿瘤患者定期住院化疗、复查等再入院不列入非计划再入院。

2.3 医院 30 天内再入院指标体系(住院患者出院 30 天内再住院指标)

2.3.1 住院患者出院当天再住院率;

2.3.2 住院患者出院 2-15 天内再住院率;

2.3.3 住院患者出院 16-30 天内再住院率;

2.3.4 重点手术患者出院 30 天内再住院率:子宫切除术、剖宫产术。

2.4 住院患者出院 30 天内再入院管理

2.4.1 医院将住院患者出院 30 天内再入院作为评价各临床科室医疗质量的指标,进行重点追踪、评价和控制。

3. 相关文件

3.1 《执业医师法》、

3.2 《医疗机构管理条例》

3.3 《医疗事故处理条例》

3.4 《医疗质量管理办法》

3.5 《妇幼保健院等级评审实施细则(2016年版)》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	降低平均住院日措施	制度编号	YWK-2020-10
	发布部门	医务科	编制人	杨鹏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	269-270

降低平均住院日措施

1. 目的

平均住院时间的长短,是评价医院效率和效益、医疗质量和技术水平的一个硬性综合指标,它不仅反映医院的医疗、服务、医技力量,而且还能全面反映医院的经营管理水平,降低平均住院日,可以在医院现有的规模上提高床位利用率和周转次数,为了加快医院床位周转,更多的、更有效的救治患者,减少患者侯床时间。根据《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《妇幼保健院等级评审实施细则(2016年版)》等相关规定,结合我院实际,制定本措施。

2. 标准

2.1 手术患者术前检查前移,部分术前检查可在门诊完成,缩短术前住院时间。

2.2 加强手术室和麻醉科管理。规定 09:00 前手术开台(切皮)、8:30 前麻醉;严格执行落实麻醉医师麻醉前访视制度:协调科室每组手术日手术间情况,减少手术间空置率,充分利用手术室。

2.3 开展日间病床。入院、手术和出院均在 1 个工作日完成的患者,可住日间病床。开展日间手术的科室在各自病区划出相对固定的床位用于收治日间手术患者。

2.4 考核

各科室制定平均住院日目标,医务科定期进行督查,对平均住院日下降明显的科室给予表扬,不合格者批评。

2.5 提高医技科室工作效率

各种检查结果及时回报,特别是 MRI、病理、B 超、细菌培养等报告及时传送标本。

2.6 实行转诊制

对危重症患者、手术患者手术后,特别是住院时间较长的患者、准出院患者

厚德 精诚 笃行 至善

等，病情稳定后转社区、当地医院、医联体医院。

2.7 控制医院感染

严格执行消毒隔离制度和无菌操作规程，确定重点监测部位和场所。

2.8 扩大开展临床路径病种，规范诊疗流程，降低住院费用以及缩短平均住院日。

2.9 优化门急诊医疗流程管理

改善门急诊流程与服务模式，提高入院前的确诊率、提高抢救率，减少入院后的检查时间。提高门急诊医师层次，以提升门急诊工作质量和效率，分流低危患者和高危患者，对高龄以及合并症患者可考虑在门急诊会诊处理，等待条件成熟后再收入院。

2.10 落实核心医疗制度；提高医疗质量，减少并发症。

2.11 加强重点患者管理

临床科室应加强对住院患者，尤其是危急重症、诊断治疗效果不佳、对服务不满意、或出现医疗纠纷隐患等重点患者管理，优化服务流程，保证患者及时检查、及时治疗；避免或减少并发症的出现，尽可能缩短住院时间。

2.12 各科室每周对科内现有住院患者进行清理，对于住院时间超长患者，科内要及时查找原因。若反复诊治病情仍无好转时，科里应及时组织讨论、会诊及时调整治疗方案；如病情复杂需全院多科会诊时，及时上报医务部，由医务部组织安排。


2.13 如患者诊治中存在医疗纠纷隐患，科室在积极诊治同时，还应做好与患方的沟通解释工作，最大限度地避免医疗纠纷的发生；若患者已经有出院指征，但由于其它原因仍执意继续留院的，科室要及时告知其目前已具备出院条件及社保的相关规定，及时向医务部上报相关情况。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

3.2 《医疗质量管理办法》

3.3 《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	早交班规范	制度编号	YWK-2020-11
	发布部门	医务科	编制人	杨鹏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	271-272

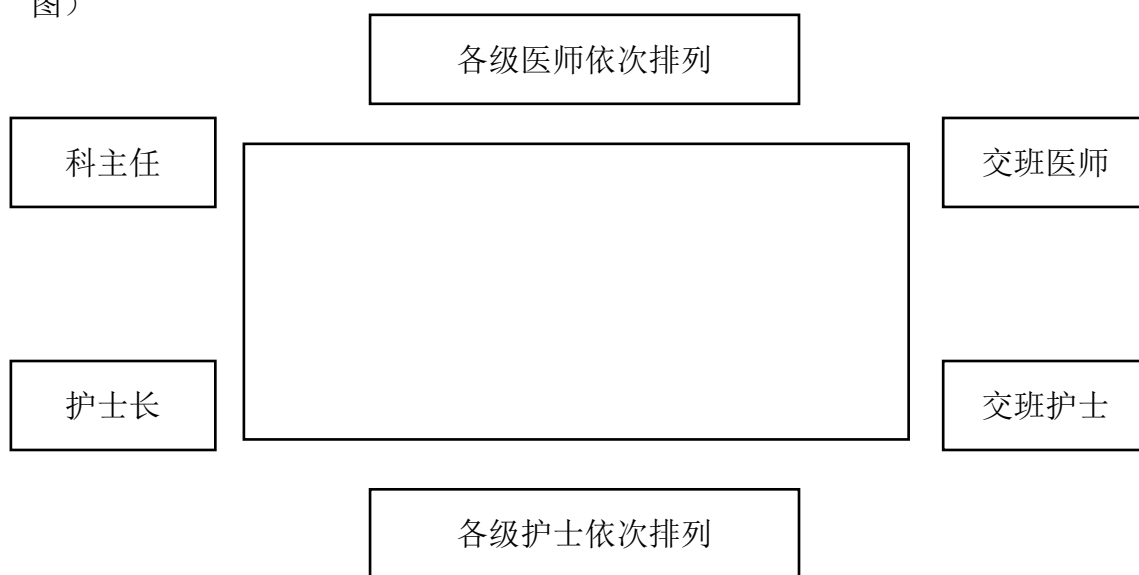
早交班规范

1. 目的

为了规范全院各科室早交班制度，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》的要求，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 交班站位：按矩形站位，交班医师、交班护士在一边正中站位，科主任护士长分别站于交班人员对面，其他医师、护(师)士在办公桌两侧依次排列（如图）



2.2 交班程序

2.2.1 科主任主持

2.2.2 交班流程：交班开始→值班护士交班→值班医师交班→科主任或护士长总结并提出工作要求→危重病人护理人员要床头交班。

2.2.3 交班内容：

2.2.3.1 住院病人动态变化(病人总数、出院、入院、转科、手术、分娩人数)。

2.2.3.2 危重症病人的病情变化、抢救经过和疗效观察，现病情评价。

厚德 精诚 笃行 至善

2.2.3.3 手术、分娩、介入治疗的术后诊断、手术名称、术中情况、返回时间。

2.2.3.4 值班医师交夜班病人情况。

2.2.3.5 病房秩序：有无意外发生，处理情况，结果如何。

2.2.4 护士长对夜班护理工作和病房管理进行点评，安排当日工作重点。

2.2.5 科主任总结交班情况，安排当日工作。

2.2.6 科主任、护士长传达医院会议精神，总结前段工作，结合本科室实际情况，布置工作任务等。

2.2.7 学习及重温规章制度，结合本病房实际进行单项业务学习、提问或小讲。

2.3 要求：

2.3.1 工作人员准时参加晨会，仪表端庄，挂牌上岗，面对主持人站立，全神贯注倾听交班报告，禁止东张西望、交头接耳、倚墙靠桌及吃早餐。

2.3.2 交班时禁止接、打手机。


2.3.3 交班人应做好充分的准备，全面概括、重点突出，运用医学术语，清楚地向与会人员报告病区病人及工作情况。

2.3.4 交班时间不宜过长，时间一般不超过 15 分钟，与会者可在交班报告后，针对重点问题及疑点提问。

3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	为特殊患者入出院提供服务的便民措施	制度编号	YWK-2020-12
	发布部门	医务科	编制人	杨鹏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	273

为特殊患者入出院提供服务的便民措施

1. 目的

为加强特殊患者出院便民措施，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》要求，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 楼层均设科室分布图及路标、指示牌。

2.2 门诊为行动不便的患者提供轮椅及担架。

2.3 免费提供开水，门诊候诊区、医技检查区、手术室等候诊区配置患者休息候诊椅。

2.4 完善无障碍设施，有台阶的地方重新进行防滑设计，改为坡路，保证老、弱、残等特殊病人的行走安全。

2.5 医院门诊、住院部过道装电子监控设备，安监科 24 小时不间断巡逻，为广大患者提供安全的就医环境。

2.6 病房走廊安装防滑栏杆，保证患者行走安全，并且利于患者康复锻炼。

2.7 病房内设呼叫系统，病人呼叫后医护人员迅速到病人床头。

2.8 在门诊大厅设导诊台，对危重、行走不便的无助患者，实行全程导诊。

2.9 为无人看护、无人陪同、残疾人员等特殊患者，提供床边办理出院，经管医生开好出院医嘱，护士或值班护士执行医嘱，备好出院材料，病人签好代办出院手续委托书后由护士代病人办理手续，让患者不出病房就能办好出院手续。

2.10 在门诊和病区显着位置设置意见箱，公布举报电话。

3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	出院患者健康教育相关制度	制度编号	YWK-2020-13
	发布部门	医务科	编制人	杨鹏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	274-275

出院患者健康教育相关制度

1. 目的

为有效发挥健康教育在疾病治疗和康复中的作用,为病人及其家属提供健康管理相关信息的教育,以提高病人、家属自我护理能力,改善健康状况,根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》要求,结合我院实际,制定本制度。

2. 标准

2.1 为使健康教育满足家属实际需求进行,由医务人员、病人、家属共同确定完成;

2.2 各病区建立健康教育手册,为病人提供健康教育资料;

2.3 出院教育内容主要包括下列各项:

2.3.1 告知患者出院时间,交代出院流程

2.3.2 带药的指导

出院后需要连续服药的患者,应告知病人严格按医生规定的时间给药途径方法,定期复查服药的效果,用药后如有异常的反应要及时到医院复查。

2.3.3 活动与休息的指导

2.3.4 营养方面的指导

2.3.5 教会病人自我保健与自我照顾的能力

2.3.6 告诉病人复诊的时间与地点

2.3.7 征求患者意见

2.4 出院病人健康教育的书写记录:

2.4.1 在护理记录单上记录;

2.4.2 在出院病程记录及出院小结上记录

2.4.2.1 手术或外伤患者的健康教育:出院当人随访患者,了解患者住院期间的治疗情况、愈合程度、心理状态、家庭状况后,再指导患者出院后注意事项,如伤口的卫生、营养及饮食、康复锻炼及注意休息等,并告知患者复查时间和联

系电话。

2.4.2.2 慢性病患者出院时健康教育:出院当天随访患者,了解患者住院期间的治疗效果、用药情况、心理状态及家庭状况后,再指导患者出院后注意事项,如用药、饮食、肢体功能锻炼指导以及增强抵抗力的方法等,并告知患者联系电话。

2.4.2.3 老年患者的健康教育:根据老年患者的心理、生理以及社会特征的改变(如各器官的反应性和敏感性减退,新、老疾病的困扰和社会地位、人际关系变化而带来的负面影响,产生焦虑、孤独、忧郁和失落、怀旧等心理特征)和文化素质水平的不同,采取亲切性、礼貌性、保护性、艺术性、通俗性语言进行交流,了解和满足患者需要,及时获得其临床和心理资料。详细做好出院后用药指导、饮食指导、肢体功能锻炼方法以及学习、生活方式的指导。

3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	出院患者随访、复诊预约管理制度	制度编号	YWK-2020-14
	发布部门	医务科	编制人	杨鹏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	276-277

出院患者随访、复诊预约管理制度

1. 目的

为了积极推行医院倡导的院前、院中、院后的一体化医疗服务模式，将医疗服务延伸至院后和家庭，使住院病人的院外康复和继续治疗能得到科学、专业、便捷的技术服务和指导，根据《执业医师法》及《医疗机构管理条例》要求，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 随访范围：凡在我院住院出院后的患者均需进行出院后随访。

2.2 职责：各病区负责对本病区出院后的患者进行出院随访。随访责任人：实行主管医生捆绑住院医生开展随访工作，以“谁主治、谁手术、谁负责”的原则。

2.3 随访时间与频次：原则上一般病人一周、慢性病人二周。

2.4 随访方式包括电话随访、接受咨询、家庭随访等。

2.5 随访的内容包括：了解患者出院后的治疗效果、病情变化和恢复情况、如何康复、何时回院复诊等。随访后应做好登记。

2.6 临床医生应认真完整书写出院记录，并保证信息准确。复诊时间应根据病人病情和治疗需要而定。

2.7 随访时，随访医师应仔细听取患者或家属意见，诚恳接受批评，采纳合理化建议，做好随访记录。

2.8 随访中，对患者的询问、意见，如不能当即答复，应告知相关科室的电话号码或帮忙预约专家。

2.9 随访后对患者再次提出的意见、要求、建议、投诉，及时逐条整理综合，与相关部门进行反馈，并有处理意见和处理结果。

2.10 当患者有无理言行时应尽量容忍，耐心说服，晓之以理，动之以情，不以恶言相待，更不允许与患者发生争执。

厚德精诚 笃行至善

2.11 各科均要建立出院病人随访信息登记电子档案，内容应包括：患者姓名、性别、年龄、病历号、职业、科室、经管医生、入出院日期、入院诊断、出院诊断、联系电话、家庭详细地址等内容，由病人本次住院期间的经管医师负责填写。

2.12 各病区必须建立随访登记本，随时记录随访情况，对随访中顾客有意见或建议时，必须事实记录。

3. 复诊预约

1. 预约方法：现场预约、微信预约、电话预约。

2. 接受预约时间：周一至周日 8:00-12:00 14:30-17:30。

3. 现场预约地点：住院部为各科室护理站，门诊部为各科室。

4. 预约电话：产科：0856-5223840；妇科：0856-5266067；儿科：0856-5266291；新生儿科：0856-5266960；内科：0856-8126120

5. 服务对象：出院复诊患者。

6. 预约就诊地点：出院复诊患者所住院科室医师办公室。

7. 相关事项说明

7.1 如果预约医生有特殊情况不能出诊，工作人员将提前电话告知患者，妥善安排患者就诊。

7.2 预约号为当天当次有效，如患者预约日不能来诊，请提前一天通知医院，以方便安排。

7.3 出院复诊患者尽可能带上病历复印件或相关检查资料，就诊过程中如出现急诊、危重病及病情发生变化，医务人员应及时救治并报告科室主任、医务科、分管院长，必要时转送上级医院，以免延误病情。

7.4 复诊预约凭有效证件或门诊就诊卡，带门诊病历就诊。

3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	床位管理制度	制度编号	YWK-2020-15
	发布部门	医务科	编制人	杨鹏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	278-279

床位管理制度

1. 目的

本程序明确规定住院者入院接待服务的流程，为合理调配资源、调剂病床，缩短患者住院等候时间，使住院者及时、准确地办理入院手续；根据《医疗机构管理条例》要求，结合医院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 收治原则

2.1.1 医院按照疾病严重度分级的原则，首先保证急诊重症者、急诊待产者、外院转运患者及留观超过 72 小时需入院者。普通患者入院按照先来后到的原则依照各专科诊治范围及各科收住患者的数量统一安排。具体安置顺序如下：

2.1.1.1 急诊重症者、急诊待产者、外院转运患者及留观超过 72 小时需入院者；

2.2.1.2 预约入院者按预约时间先后顺序；

2.2.1.3 特殊情况；

2.1.2 凡收入院患者，一般由主诊医生开具入院证，患者或家属持入院证到入院处办理入院手续。紧急抢救患者确需立即入院时，按绿色通道规定执行。

2.1.3 凡急诊重症患者由急诊科紧急处理后，视情况收入院。

2.2 床位管理

2.2.1 护士站负责科室床位的统一安排。

2.2.2 护士站对持有入院证的患者做好预约病人及特殊情况病人的登记，内容包括登记时间、患者基本信息，诊断、联系电话等，同时告知等待通知。当有床位时，护士站可通过电话联系患者或代理人办理入院手续。病人应在约定时间内到达医院办理手续，如未能在约定时间内未能达到者，需事先与院方联系，协商处理，无故爽约者，取消本次预约，需重新就诊及排队预约。

2.2.3 医生应于早上 10:00 前开出出院医嘱，由护士站统一调配及预约入

院。

2.3 无空床时，病情需进一步检查、择期手术治疗的患者可在预约床位后暂行门诊治疗或安排回家等候，待医院有空床后护士站优先通知其住院；急诊患者暂时不能入院，如果病情允许可先在留观室观察处理，但一般不超过 72 小时。

3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	住院患者留观、入院、住院、转诊、转科、转院服务流程管理	制度编号	YWK-2020-16
	发布部门	医务科	编制人	杨鹏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	280-286

住院患者留观、入院、住院、转诊、转科、转院服务流程管理

1. 目的

为进一步规范医院留观、入院、住院、转诊、转科、转院管理制度，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》要求，结合我院实际，制定本细则。

2. 标准

2.1 留观、入院、出院、转科、转院制度与流程规范

2.1.1 留观

2.1.1.1 不符合住院条件，但根据病情尚需急诊观察的患者，可留观察室进行观察不超过72小时。

2.1.1.2 急诊值班医师和护士应当根据病情严密观察、治疗。凡收入观察室的患者，必须开好医嘱，按格式规定及时书写病历，随时记录病情（包括检验、影像）及时处理经过，必要时及时请相关专业会诊。

2.1.1.3 首诊医师全面负责急诊留观病人的所有事宜，若病情有变化，应随叫随到。对病人的病情诊断疑似诊断检查注意事项等内容，应在下班时向接班急诊医师进行床头交接，且病历书写要规范。

2.1.1.4 急诊抢救工作由主治医师以上（含主治医师）主持与负责，主治医师每日查房一次，及时修订诊疗计划，指出重点工作。急诊值班医师早晚各查房一次，重病随时查房。

2.1.1.5 急诊室值班护士随时主动巡视患者，按时进行诊疗护理并及时记录、反映情况。

2.1.1.6 急诊值班医护人员对观察床患者，要按时详细认真地进行交接班工作，必要情况书写记录。

2.1.1.7 严格执行急诊病历记录书写规范的有关规定，但因抢救危急患者，未能及时书写病历记录的，有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记，

并加以注明。

2.1.2 入院

2.1.2.1 病人住院,须持有本院门诊或急诊医师签发收住院意见的门诊病历、住院卡,持有效证件、住院押金及生活必需品到入院收费处办理入院手续(患者或家属要保存好有关收据)。

2.1.2.2 接诊新入院病人的病房护士将病人带到准备好的病床及用物的病房内。对急诊或危重病人,病房医护人员须立即做好抢救的一切准备工作。

2.1.2.3 病人安置好后,医护人员应主动热情接待病人,向病人介绍住院规则和有关事项,并签字。同时协助病人熟悉环境,主动了解病情和病人的心理状态、生活习惯等,及时测体温、脉搏、呼吸、血压、体重等。

2.1.2.4 护送危重病人入院时应保证安全、注意保暖、输液病人或用氧者要防止途中中断,对外伤骨折病人注意保持体位,尽量减少病人的痛苦。

2.1.2.5 病人入院后护士应及时通知负责医师检查病人,及时执行医嘱,制定整体护理计划。

2.1.3 转科

2.1.3.1 病人因病情需要转科,须经主管医生向相关科室发出会诊申请,会诊后决定转入后,原主管医师开出病人转科医嘱。

2.1.3.2 责任护士根据医嘱与转入科室联系,完成本病区应实施的诊疗护理措施及护理文件书写,并通知病人/家属做好转科准备。

2.1.3.3 护士核对长期、临时医嘱,结算病人在本病区所用的药物及治疗费用,注销各种诊疗卡。

2.1.3.4 责任护士征求病人对本科室的工作意见,并协助病人整理物品,清点被服,与转入科室护士交接病历及药物后,携带病历、药物护送病人至转入病区。

2.1.3.5 责任护士与转入科室的护士交接病历及药物,待转入科室接收病历并安置好病人,双方在床边交接病人的病情及护理情况后,方可离开。

2.1.4 出院

2.1.4.1 患者出院,须由经治医师下出院医嘱,经上级医师或科主任同意,方可办出院手续。办理出院手续可在下发医嘱的当天下午或第二天办理。

2.1.4.2 患者出院前,由责任护士及经治医师告知出院后注意事项,包括:目

前的病情;药物的剂量、作用、副作用;饮食;活动;复诊时间;预约等。

2.1.4.3 病人出院时,应交清公物,办理医疗费用结算手续并领取出院带药后方能出院。在办理出院手续时患者要认真核对清单,发现问题及时与护士联系解决。

2.1.4.4 责任护士主动征求患者对医疗、护理等各方面的意见及建议,指导病人填写满意度调查表,并协助整理物品。

2.1.5 转院

2.1.5.1 转院

2.1.5.1.1 我院因限于技术和设备条件,无法诊治的病人,在病情允许的情况下,由经管主治提出,分管上级医师和科主任同意,上报医务科或总值班,并由相关部门与转入医院联系或请会诊,征得对方同意后方可转院。

2.1.5.1.2 转院时须同时办好费用结算,有关手续与出院相同。

2.1.5.1.3 转院必须严格掌握指征,转送途中有加重病情导致生命危险者,应暂留院处理,待病稳定后转院。重症病人转院,病人家属应解决好有关护送问题,必要时应由转出科室派医护人员护送,并与被转医院有关人员做好交接手续。

2.1.5.1.4 转院时由住院医师写好详细病历摘要随病员转去,也可按照相关规定复印带走部分病历资料,不得将原始病历带走。

2.1.5.1.5 因各种原因主动要求转院的病人,由其本人、家属或单位自行联系解决,按自动出院处理。

2.1.5.2 病人转入我院

2.1.5.2.1 外院转入我院的病人,须经我院会诊同意。由会诊医师开具《住院通知单》,并于转入科室联系好床位后方可输转入手续。

2.1.5.2.2 转入手续与住院手续相同。

2.2 关于留观、入院、出院、转科及转院各部门间的协调机制

为了有利于患者办理留观、入出院,转科及转院等程序,方便患者,各相关部门之间必须密切配合,相互协调,依据正确的政策、原则和工作计划,运用恰当的方式方法,及时排除各种障碍,理顺各方面关系,以促进工作正常运转,特制定本办法。

2.2.1 协调工作的必要性

2.2.1.1 在工作中,由于管理体制不顺,权责划分不清,导致相互之间发生矛盾和冲突。如果不及时排除这些矛盾和冲突,理顺各方面的关系,工作的运行将会受到严重影响。

2.2.1.2 一项工作的完成涉及到两个或两个以上部门来共同完成,这时就需要各部门做好协调工作,才能顺利的完成任务。

2.2.1.3 必须充分认识到做好协调工作的重要性和必要性,在认真履行好职能的同时,要做到相互协调,密切配合,构建一种和谐的工作环境。

2.2.2 协调工作人员

2.2.2.1 为了加强各科室间的协调工作,特成立协调工作人员。

2.2.2.2 协调工作人员的职能职责:负责和各相关部门之间关系的协调,加强组织工作,同时加强监督检查,保证工作顺利完成;协调工作人员由科室协商沟通后选人担任。

2.2.3 协调的范围和内容

在留观、入出院、转科及转院等过程中出现的各种矛盾和冲突,在协调的范围之内。

2.2.4 协调的工作要求

2.2.4.1 要进一步明确各相关部门的工作制度和职责范围,职能部门负责检查记录,相关科室负责实施、管理、记录,协调专员负责协调。

2.2.4.2 各科室的主任及护士长负责做好本科室医护人员之间的协调,按照职能职责办事,不得互相推诿或者拖而不办。

2.2.4.3 当职能出现交叉与重叠时,或某项事情需要多个部门负责时,科室人员应做好与其他部门相关人员之间的协调,必要时由科主任或护士长与其他部门负责人之间协调。在协调出现困难时,由协调专职人员出面协调,必要时向相关院领导请示解决。

2.3 为患者入院、出院、转科、转院提供的指导和各种便民措施

2.3.1 因限于医院技术水平、设备条件或疾病,诊治困难或不宜在本院继续治疗者,经科内讨论、由科主任提出,报请医务处或主管院长批准,并提前与转入医院联系,征得同意后方可转院。

2.3.2 患者(包括门诊患者)需转外地医院治疗时,应由副主任医师以上人员

申请,填写转院病历,科主任同意签字后,经医务处或主管院长批准。但急性传染病、麻风病、精神病、截瘫患者,不得转外省、市治疗。

2.3.3 如患者转院途中可能加重病情或死亡者,应暂留院内处置,待病情稳定或采取相应措施,在保证途中生命安全情况下再行转院。较重患者转院时,应派医护人员护送,转院时要办理出院手续,并将病历摘要或出院小结随患者转去。

2.3.4 患者入院后因病情诊断或治疗方案变更需转入其他科室,经转入科会诊同意,由转出科护理人员通知住院处办理转科手续,经治医师写好转科记录,按联系时间转科。转出科需派人陪同到转入科,并向值班医师交代病情。转入科医师及时检查处理患者,书写转入记录。

2.3.5 患者或其家属要求转院或转科时,要全面权衡并尽量满足其要求,如确因病情危重不能转院,要向家属详细解释并取得同意和签字。如家属坚持转院,应向上级医师或主任报告,并在病历记录中及时记载,请家属签署自动转院或转科同意后,协助其办理转院、转科相关手续,不得以任何理由强留或收治非本专业范围的危重患者。

2.3.6 出院由经治医师提出,主治医师或主任(副)医师同意后,于出院前下达医嘱,于出院当日上午10:00前完成出院记录和病房结账并交住院处。患者出院时,医师应向患者交待出院后注意事项,并对患者进行离院前的健康教育,提高患者健康知识水平和出院后医疗、护理及康复措施的知晓度,并征求患者对医院工作的意见。出院患者带药以一周剂量为限,带药品种不得超过4种,由主管医师开临时医嘱,由当班护士至中心药房要回交给患者,外地患者可适当放宽药理。

2.3.7 简化患者入院、出院、转院手续的办理,鼓励医务人员协助患者床边办理出院手续,有需要复印、复制病历资料的,病案管理科最大限度提供方便。

2.3.8 医院各部门都要积极努力为患者提供个性化服务和帮助,满足患者个体需要。

2.4 科室满床或医疗设备有限时的处理制度与流程

为了在科室没有空床或医疗设施有限时,及时为患者解决入院、诊疗问题,特制定本制度。

2.4.1 提前告知,妥善沟通,减少医患冲突

门诊医生收入住院患者,收病人的科室无空床时,主任及护士长应立即启动

加床方案,对于加床患者,要跟患者及家属妥善沟通,详细告知加床条件,采取自愿原则,取得患者及家属的谅解,严禁强制入院或不告知就收入院的情况发生。

2.4.2 合理加床

根据临床各加床科室医务人员配备、医疗物品储备、抢救设施等情况,依据科室自身加床潜力,由科室酌情处理,医务部监督管理。各科室在不推诿病人的情况下,为保证患者的医疗安全及诊疗质量,尽量保证加床数量在安全线以内。对于科室确不能再加床的情况,由急诊科留观(留观时间控制在72小时以内),待科室有空床后再收住院。

2.4.3 妥善安排好加床患者需要的各种物品

各科室对于加床患者要有足够的重视,准备好患者需要的各种生活物品,以及监护仪、氧气瓶等各种必备设施,对于无法达到此要求的科室,要求向相关科室请购,严禁在无法达到诊疗基本要求的情况下,盲目加床。

2.4.4 保证好加床医护人员配备

各科室负责人应安排所加床位的主管医师及护士,及时安排接诊,处置。

2.4.5 加快周转

做好患者周转工作,及时进行床位调整。

2.4.6 严格规范诊疗行为

科室应严格执行医院核心制度,遵守三级医生负责制,执行好查对制度,有特殊情况应立即进行医疗安全预警上报,杜绝医疗差错及事故的发生。

2.4.7 及时进行辅助检查

患者行辅助检查时,由于我院医疗设施有限无法满足诊疗需要的,应行外院检查,并填报患者外院检查申请单。

3. 相关文件

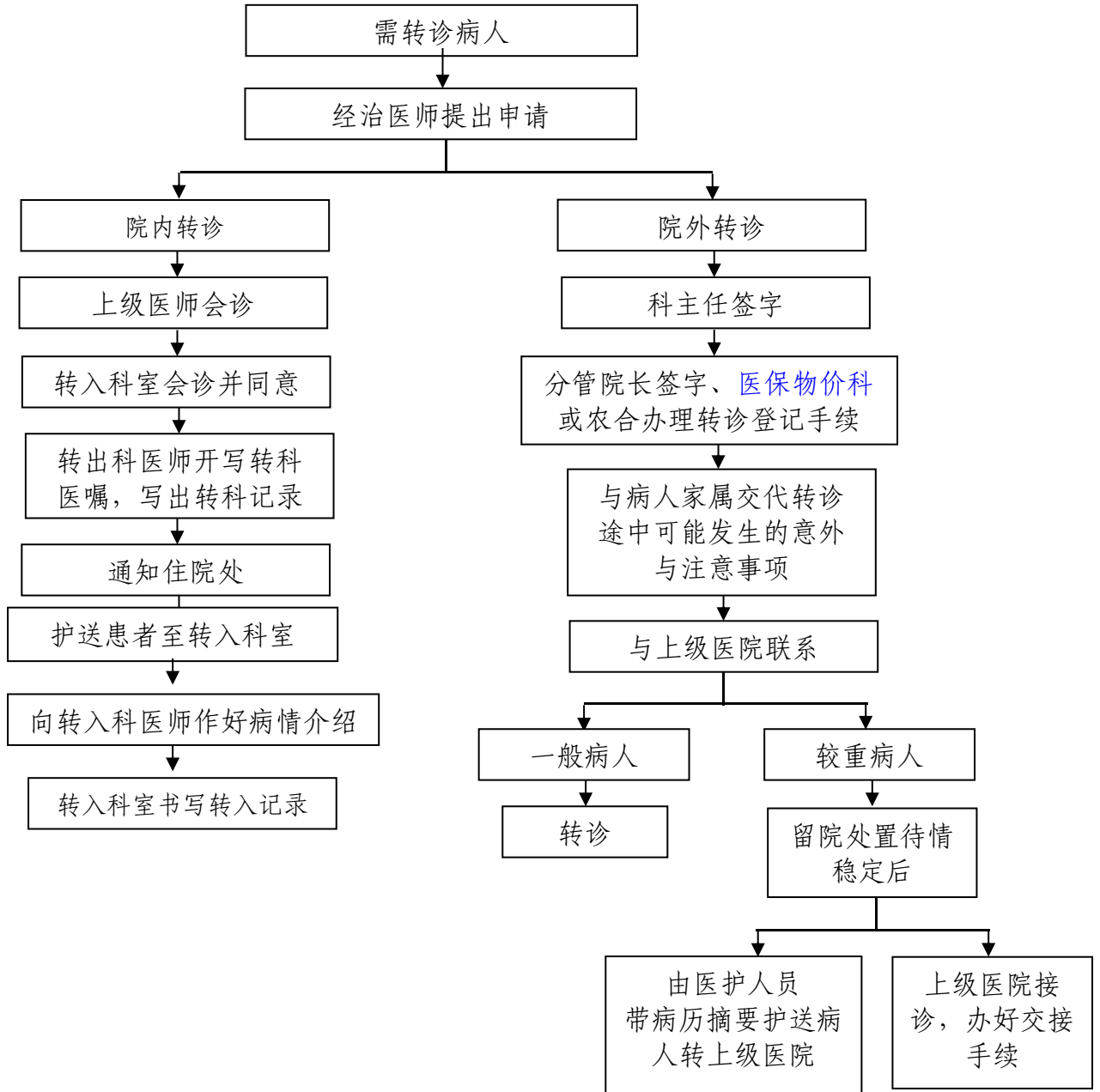
3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

附件:铜仁市妇幼保健院医院转诊流程图

附件

铜仁市妇幼保健院医院转诊流程图



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	床位统一调配管理规定	制度编号	YWK-2020-17
	发布部门	医务科	编制人	杨鹏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	287-288

床位统一调配管理规定

1. 目的

为加强医院床位管理及合理使用，满足患者住院需求，提高床位使用率，根据《执业医师法》及《医疗机构管理条例》要求，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 所有科室及病区的床位由医院统一管理，医务部负责床位调配及住院患者床位安置，各科室只有床位的使用权。

2.2 除医院统一设置的单间或多人间病房外，各病区不得擅自将多人间改为单人间使用，陪床家属不得占用床位。

2.3 医师开具患者住院证，患者办理住院登记手续后，为其安排入住床位。

2.4 患者入住与其所患疾病相应的专业科室所在病区。如果病区床位已满，按按照学科相近、病区位置相邻及避免交叉感染的原则进行安置。为保证医疗安全，重症患者必须安排在本专业医师办公地点所在病区，轻症患者可跨病区收治。

2.5 为保证急诊患者的救治，发生急诊较多的专业科室所在病区设置1-2张急诊床位，以保证急诊患者及时入院。无重症患者时，可收治轻症患者，但有急诊患者需入院，即将轻症患者转出。

2.6 急诊入院患者，由急诊科直接联系相应病区，安排患者住院。专业病区无床位，调配收住相近专业科室所在病区，如非急诊手术或立即进行专业抢救的患者，可暂时在急诊科留观，并请相关专业医师会诊。

2.7 急诊科、儿科、新生儿科、产科、妇科专业，其专业特殊性不纳入住院床位统一管理。

2.8 为保证患者安全及床位使用信息准确，各科室不得以任何理由挂床收/住病人。

2.9 原则上各病区不得加床收治患者。因突发公共卫生事件、群体伤事件或患者病情确实需要等特殊情况，经医务部及主管院领导批准，可临时加床，但要

厚德 精诚 笃行 至善


保证为正式住院床铺，较重患者能连接电源、氧气及负压吸引等抢救设施。

2.10 各科室及病区应积极配合医务部做好床位调配工作，保证患者及时入住。任何科室和个人不得以任何理由拒收病人，违者按医院有关规定处理。

3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	妇女儿童心理保健服务转介工作制度	制度编号	YWK-2020-18
	发布部门	医务科	编制人	杨鹏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	289-290

妇女儿童心理保健服务转介工作制度

1. 目的

为保持本院临床医疗科室和保健科室之间转介规范管理,根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》要求,结合我院实际,制定本制度。

2. 标准

2.1 妇科、产科、儿科等住院科室及各门诊科室,医护人员发现情绪异常的患者,应及时与患者本人或家属沟通,说服其接受心理咨询和治疗。

2.2 产科、妇科、儿科等住院科室,发现患者精神异常时,科室应向医务科申请,邀请本市其他医院精神专科医师会诊。

2.3 对有严重精神障碍的患者,应及时转院治疗。暂时不宜转院的患者,要在精神科医师指导下,进行药物治疗。

2.4 心理咨询门诊(儿童心理、妇女心理咨询门诊)应建立院内转介专用登记本,定期汇总,并将情况反馈到相应科室,做好相关记录。

2.5 心理咨询门诊医师发现精神异常的患儿,应建议家长转诊到精神病专科医院进行诊治。

2.6 心理咨询师与来访者不匹配时,应及时转介到同级或上级医院心理咨询室。

2.7 心理咨询师发现来访者有严重的精神障碍时,应及时与家属沟通,转诊到其他医院精神专科进一步诊治。

3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

附件:妇女儿童心理保健服务转介流程

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	方便患者办理出院手续的流程和规定	制度编号	YWK-2020-19
	发布部门	医务科	编制人	杨鹏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	290-291

方便患者办理出院手续的流程和规定

1. 目的

为了减少病人结算环节，使患者得到方便、快捷、有效的结算服务，根据医院管理的要求和特点，我科本着“以人为本”的服务理念、“以病人为中心”这一原则，推行“分时段、床边办理出院”的服务，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》要求，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 取消原来只有正常行政班时间方能办理出院手续的方式，改为每天分时段错峰办理出院（包括非正常行政班时间和节假日），病房 24 小时均可为病人办理出院结算手续。

2.2 组织全科护理人员认真学习方便患者办理出院手续的流程和规定，熟练掌握，以保证每班护士能为患者提供出院办理服务。

2.3 便捷措施：

2.3.1 病人仅凭住院期间的全部住院押金收据和出院证明就可以办理出院结算手续。

2.3.2 分时段(包括非正常行政班时间和节假日)为病人办理出院结算手续，提供 24 小时服务。

2.3.3 病人未带或未带全住院押金收据的，可先行出院，待方便时，再到医院办理费用结算手续。

2.3.4 病人办理出院结算时发现遗失部分或全部住院押金收据的，可在出入院窗口开具遗失证明，然后结算。

2.3.5 为满足广大住院患者的需要，我院医保患者的费用结算与非医保病人的费用结算，是在同一个核算结算系统下完成的。凡参保人员所在的医保中心与医院联网的患者，均可在医院直接划卡结算并报销医保所支付的费用，因参保单位或个人欠交医保中心保费或其他原因而无法直接划卡结算报销的，结算系统会

将医保病人随时转为非医保病人的功能，根据参保患者的不同情况，选择不同的结算方式，以满足患者不同的需要。

2.3.6 根据市医保信息管理平台对参保人员信息读取，确认患者是否属于精准扶贫、建档立卡、贫困人口、低保患者、特困户安装、贫困残疾人，严格落实转诊备案制度。建档立卡贫困人口在市域内市级三级评定医疗机构住院，未办理转诊住院的，可享受医疗救助，但降低比例部分费用不计入医疗救助范围。

2.3.7 离休老干部、65 岁以上老人、残疾人、现役军人优先办理费用结算手续。

2.3.8 由于各种原因发生补退费的处理办法：

发生补退费的，由医院工作人员办理，经相关部门和人员核实后，履行签字审批手续，直接为病人办理补退费结算。

2.3.9 有关其他未尽事宜，本着方便、快捷的原则，为病人办理费用结算手续。

2.4 办理出院结算手续的基本流程：

2.4.1 医生根据病情及患者需要开好出院医嘱，办公班护士执行医嘱，做好账目核对后通知责任护士或值班护士执行医嘱，做好账目核对后到床旁通知病人及家属。

2.4.2 责任护士或值班护士到床旁通知病人及家属到结算处办理出院手续，同时做好出院宣教。

2.4.3 为无人看护、无人陪同、残疾人员等特殊患者，提供床边办理出院，让患者不出病房就能办好出院手续。患者治愈出院时，经管医生开好出院医嘱，办公班护士或值班护士执行医嘱，并备好出院材料，病人签好代办理出院手续委托书后由护士代病人办理手续。

3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医疗告知制度	制度编号	YWK-2020-20
	发布部门	医务科	编制人	杨鹏
	生效日期	2016年2月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年10月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	292-296

医疗告知制度

1. 目的

为充分尊重病人的知情权，患者在住院期间，医师在开展诊疗活动时，告知所开展的医疗项目，使患者充分信任及配合，根据《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》《医疗机构临床用血管理办法》《临床输血技术规范》《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》等有关管理规定，结合我院实际，特制定本制度。

2. 标准

2.1. 告知制度

2.1.1 告知人由本院有关职能部门和科主任、经治医师、主治医师、责任护士及有关人员担当。告知人在履行告知义务时，应注意采取合适的方式，避免对患者产生不利后果，并注意保护患者的隐私。

2.1.2 告知对象为在本院门诊就诊和住院的病人及其相关人员（监护人、法定或委托代理人、近亲属、关系人），当患者具有完全民事行为能力时，必须告知本人方为有效，其亲属次之；对不具备完全民事行为能力患者实施医疗行为履行告知义务时，其知情同意权由其法定（或授权委托）代理人代为行使，患者必须签署授权委托书；患者本人因各种原因无法授权他人行使其知情同意权时，应当告诉患者的监护人或近亲属，并将患者无法正确表达自己意愿的有关情况做好书面记录。

2.1.3 住院病人所有的知情同意书保存在病例中；门诊病人的知情同意内容可直接记录在门诊病历中，并在病历相关记录处留有患方签字。在实施有关操作前，操作人员必须核验知情同意书。如果未得到告知对象的同意并在相应病程记录或知情同意书上签字，则不得实施相关医疗措施（在紧急情况下为抢救垂危患者生命而采取紧急医学措施除外）。

2.1.4 如果患方拒绝在病情危（重）等特殊情况的告知书上签名时，应有第

厚德精诚 笃行至善

三方（上级卫生行政部门、公安部门、律师等）有关人员在场或三名以上的医护人员共同向告知对象告知，将时间、地点、告知对象等情况作书面记录，并由医护人员联合签名。

3. 告知主要内容

告知内容主要为患者病情、检验项目和治疗措施的目的、方法、步骤、预后及其存在的医疗风险、医院规章制度和诊疗秩序等相关情况，对一些风险较大的医疗措施必须告知可能产生的不良结果及防范措施，可能的预后，若不采用此措施可能对诊疗结果的影响等，主要包括：

- 3.1 实施各类手术、有创检查、治疗；
- 3.2 输注血液及血液制品；
- 3.3 实施麻醉；
- 3.4 开展新业务、新技术；
- 3.5 实施临床实验性治疗；
- 3.6 实施手术中冰冻切片快速病理检查；
- 3.7 对患者实施化疗、放疗、抗痨治疗等；
- 3.8 使用具有毒性或成瘾性的药物；
- 3.9 可能引起强烈过敏反应的药物及其敏感试验；
- 3.10 一般情况下没有危险，但是因患者病情危重，有可能引起意外风险的操作；
- 3.11 技术本身没有生命危险，但是经济花费大，给患者造成较大经济负担；
- 3.12 在急诊或病情危重，处于抢救状态情况下，患者或其亲属要求终止治疗、出院、转院的。

4. 医疗常规告知

4.1 门诊病人的诊断、诊疗计划等相关医疗情况由接诊医师口头告知，必要时可直接记录在门诊病例中，并在病历相关记录处留有患方签字。

4.2 新入院病人的初步诊断、诊疗计划、病情程度及可能预后等相关医疗情况，由经治医师或主治医师 24 小时内以书面病情告知书形式告知并签字。

4.3 有新的阳性体征、检查、检验结果发现，需重大修改诊疗计划，由主诊医师或主治医师在 24 小时内书面告知并签字。

4.4 病情危重或病情明显加重者，病情、诊疗计划、预后等由主诊医师或主治医师在 30 分钟内书面告知并签字，病危者必须立即发出病危通知书。

4.5 危重病人因检查、治疗需要搬动时，须在搬动前告知搬动可能产生的病情变化等相关风险，并由告知对象在病历相关记录处签字。

4.6 转院途中可能出现的情况或必要的措施需告知与签字。

5. 有创诊治措施告知

5.1 有创诊治措施是指以非药物诊治为主的各种有创的诊断、检查、治疗和手术等医疗措施，包括各种手术、各种组织器官的穿刺及活检、各种内窥镜的诊治等。

5.2 告知内容包括：操作的必要性、操作方案、麻醉方式、操作和麻醉时可能出现的医疗风险等。

5.3 住院期间，病人为同一目的需反复进行肝穿，胸穿等检查时，须在每一次检查前告知相关风险。

5.4 操作过程中出现需要改变操作方案、麻醉方式或切除未告知组织器官等新的情况时，医务人员必须将相关新情况告知被告知对象，并取得其同意和签字后才能继续相应操作。

5.5 当出现危及患者生命安全的新情况，必须紧急采取新的抢救性有创伤治疗措施时，在告知的同时不应当停止抢救措施。

6. 无创诊治措施告知

6.1 无创诊治措施是指对人体组织器官无直接器械创伤的各种诊疗措施，包括药物治疗及各种物理治疗等。

6.2 使用有明显毒副作用、过敏反应、可能造成组织器官损伤的药物时必须事先告知。

6.2.1 可能出现的毒副作用、过敏反应、对组织器官的损伤，并在门诊病例或住院病程记录中作记载。

6.2.2 于药典规定要做皮肤过敏试验的药物，应当详细询问患者的药物过敏史，并在病历中做记录。

6.2.3 药房在给门诊或出院患者配药时，所配发药物必须附药物服用说明。

6.2.4 化疗每一疗程告知一次。

6.2.5 可能引起不良后果的其他情况。

6.3 放射治疗，须在治疗前告知。

6.4 输血等血制品治疗，须在使用前告知。

6.5 相关护理内容和要求由责任护士在医嘱下达后两小时内告知。

7. 特殊情况的告知

7.1 对急诊、危重患者正在实施抢救性治疗措施：

7.1.1 患者亲属要求接患者出院的。经治医师要将亲属意见立即报科室领导，由患者所在科室主治医师以上人员，将终止治疗后可能出现的不良后果向患者亲属充分交代清楚，明确告知由此造成的不良后果医院不承担责任。将医师意见、亲属意见用专用病案纸详细记录，由经治医师和患者亲属签名，存入病历档案，方可同意亲属的要求。

7.1.2 患者亲属不同意医院拟对患者实施抢救性治疗措施时（如：急诊手术、气管插管、使用呼吸机、血液透析、输血、用药等）。由主治医师以上人员向患者亲属告知不接受抢救性治疗可能出现的不良后果，以及医院对此不承担责任。告知情况必须详细记录，由经治医师和患者亲属签名，存入病历档案，方可同意患者亲属的要求。

7.1.3 因冰冻切片诊断的局限性，对拟行手术中冰冻切片快速病理检查的患者，应办理接受手术中冰冻切片快速病理检查知情同意手续。特殊情况下，由患者所在科室通知病理科，由病理医师、手术医师共同与患者亲属办理接受手术中冰冻切片快速检查知情同意手续；对临时决定实施手术中冰冻切片快速病理检查的，由手术者亲自或指定医师与患者亲属补办接受手术中冰冻切片快速病理检查知情同意手续。

7.2 患者要求自主决定或变更诊疗内容

7.2.1 对于涉及患者生活方式或观念方面的问题应尊重患者的意愿。如由于宗教信仰拒绝输血；患了不宜怀孕疾病的患者坚持要怀孕；乳腺癌患者在得知病情后，为了保持完好体型决定部分肿物切除等。医师应充分告知，详细记入病历中，并由患者签字认可。在患者知情同意的情况下，纯粹技术性的决定应以医务人员的意见为主。

7.2.2 对急诊、危重的患者拟实施抢救性的手术、有创检查、治疗、输注血

液及血液制品、实施麻醉时，在患者本人无法履行知情同意手续又与其亲属无法取得联系，或其亲属短时间内不能前来履行有关手续，且病情又不允许等待时应由经治医师提出医疗处置方案，填写相关知情同意书，经科室主任或上级医师签署意见后，报医务科或总值班，经医院领导批准后实施。

7.2.3 使用自费（或高值）的治疗措施、药物、医用耗材和医疗用品时，须在使用前告知并签字。

7.2.4 新技术、新疗法、新药临床实验等，须在使用前告知并签字。

7.2.5 发现患者有精神异常、自杀倾向等特殊情况时，应及时告知家属并报告科室负责人，防止患者做出极端行为。

8. 相关文件

8.1 《执业医师法》

8.2 《医疗机构管理条例》


8.3 《医疗事故处理条例》

8.4 《医疗机构临床用血管理办法》

8.5 《临床输血技术规范》

8.6 《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》

第六章 手术管理

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	围手术期管理制度	制度编号	YWK-2020-1
	发布部门	医务科	编制人	杨娟
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年2月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	297-299

围手术期管理制度

1. 目的

为加强术前、术中及术后管理,保障医疗安全。根据《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》和《医疗技术临床应用管理办法》(中华人民共和国国家卫生健康委员会第1号)特制定本制度。

2. 标准

2.1 术前管理

2.1.1 经治医师及手术医师必须非常熟悉手术患者的病情,严格掌握手术适应症,及时完成手术前的各项准备和必需的检查。准备输血的患者必须检查血型及感染筛查(肝功能、输血前四项)。如发现检查有异常,应及时汇报上级医师或请相关科室会诊,落实会诊意见。

2.1.2 经治医师必须请上级医师查房,共同讨论决定患者是否手术及手术时机,做出手术风险评估。

2.1.3 手术前手术医师及麻醉医师必须亲自查看患者,向患者及家属或患者授权代理人履行告知义务,内容包括:患者病情、手术方式、手术风险、麻醉风险、自费项目等,填写《手术知情同意书》、《手术风险评估表》、《麻醉知情同意书》、《麻醉前访视记录表》,征得同意并由患者或患者授权代理人签字。如遇紧急手术或急救,患者不能签字,授权委托人又未在医院不能及时签字时,按《医疗机构管理条例》相关规定执行,报告医务科或总值班,在病历上详细记录。

2.1.4 严格按照手术分级及手术权限管理原则安排手术医师。二级以上手术均需行术前讨论,重大手术、多科联合手术、特殊病员手术及新开展的手术等术前讨论须由科主任主持讨论制订手术方案,讨论内容须写在术前讨论记录单上。致残手术、高风险手术需在术前填写《重大手术审批报告表》,并由医务科长和

厚德精诚 笃行至善

分管院长进行审批。

2.1.5 麻醉医师须在术前访视患者,了解病情患者身体状况、手术部位、手术方式再决定麻醉方式,同时了解术前准备情况,如准备不充分有权暂停手术并在病历中写出麻醉评估意见。

2.1.6 手术时间安排需提前通知手术室,做好术前准备,尤其是特殊器械的准备。手术室有权拒绝未完成相关术前准备的患者进入手术室,患者或家属的相关解释说明以及沟通工作由临床手术医师负责。

2.1.7 手术前患者应固定好识别用的碗带,所标的信息准确无误,同时完成手术部位的标记。

2.2 术中管理

2.2.1 手术当日患者作好术前准备后,第一台手术患者 08:30 前接入手术室,第一台手术医师须在 09:00 前进入手术室,医护人员在接诊时及手术开始前要认真核对患者姓名、性别、住院号、床号、诊断、手术部位等。患者进手术室前需摘除假牙,贵重物品由家属保管。

2.2.2 参加手术团队成员(手术医师、麻醉医师、洗手护士或巡回护士、其他相关人员)应提前进入手术室,及时在《手术安全核查表》签字。

2.2.3 术中遇到困难且在自己能力范围内不能解决的,应及时请上级医师指导或医务部组织术中会诊。调整手术方式或扩大手术范围、术前未确定的脏器切除或使用贵重耗材等情况时,须再次征得患者或家属同意签字后实施。

2.2.4 术中急需用血,巡回护士负责督促各环节在最短时间内将血送到手术间,输血科必须积极配合。

2.2.5 术中麻醉医师不能离开患者头侧,严密监视生命体征变化。所有术中用药及抢救设备须术前准备好。

2.2.6 核查术中植入物标示上的信息及有效期,将条形码粘贴于《器械物品清点单》背面的“体内植入物条形码粘贴处”。

2.2.7 术中切取的病理标本须向患者或家属展示并在病案中记录,手术中切取的标本及时按要求处理,在标本容器上注明科别、姓名、住院号,由手术医师填写。

2.3 术后管理

2.3.1 巡回护士术毕提前 15 分钟通知相关科室做好接受患者准备,由麻醉医师将患者送返病房,麻醉医师向经治医师交接术中用药,输血输液量及生命体征变化等情况。

2.3.2 手术结束后,术后医嘱必须由术者或由术者授权委托的医师开具。术者对患者术后需要特殊观察的项目及处置(各种引流管和填塞物的处理)要有明确的书面交待(手术记录或病程记录)。手术记录应由主刀医师或一助按《病历书写规范》格式书写,必须及时、真实、客观、详细描述手术过程病灶情况、术中病情变化及处理情况(包括术中会诊及家属谈话内容),术后病志详细记录生命体征。

2.3.3 对特殊治疗、抗菌药物和麻醉镇痛药品按国家有关规定执行。

2.3.4 麻醉医师要进行麻醉后访视,尤其对全麻术后患者,麻醉医师应严格依照全麻患者恢复标准确定患者去向。对手术患者实行术后 24 小时随访且有记录,有麻醉并发症的患者要重点随访和记录。患者送至病房后,接送双方必须有书面交接并签字。

2.3.5 手术当晚值班医师要主动巡视术后患者。手术者应在术后 24 小时内查看患者,并在术后 3 天内至少查房 1 次。四级手术及术后生命体征不稳定患者主刀医师及科主任要亲自查房。

2.3.6 术中切取组织必须送病检,不能主观臆断,以免误诊。

2.3.7 在术后适当时间,依照患者术后病情再评估结果,拟定术后康复、或再手术或放化疗等方案。

2.4 急诊手术管理按照《急诊手术管理制度》执行。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

3.2 《医疗质量管理办法》

3.3 《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第 1 号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	手术部位识别标示制度及流程	制度编号	YWK-2020-2
	发布部门	医务科	编制人	杨娟
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年2月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	300-301

手术部位识别标示制度及流程

1. 目的

为了进一步加强我院手术安全管理。根据《医疗机构管理条例》《医疗质量管理暂行办法》和《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第1号）特制定本制度。

2. 标准

2.1在手术的前一天术前讨论之后,由手术医师或管床医师负责手术部位标记。

2.2标记方法:按各科统一的方法进行标记:

2.2.1通用标记方法:以记号标示于手术体表部位。开腹手术(剖宫产除外)用“—”“|”,宫腔镜和阴式用“↓”,腹腔镜用“+”、乳腺手术用“+”。

2.3标示识别:病房接手术患者,与患者或家属共同确认手术部位,无手术部位标示的患者不接进手术室。麻醉开始前根据手术标识严格进行三方核查。

3. 相关文件

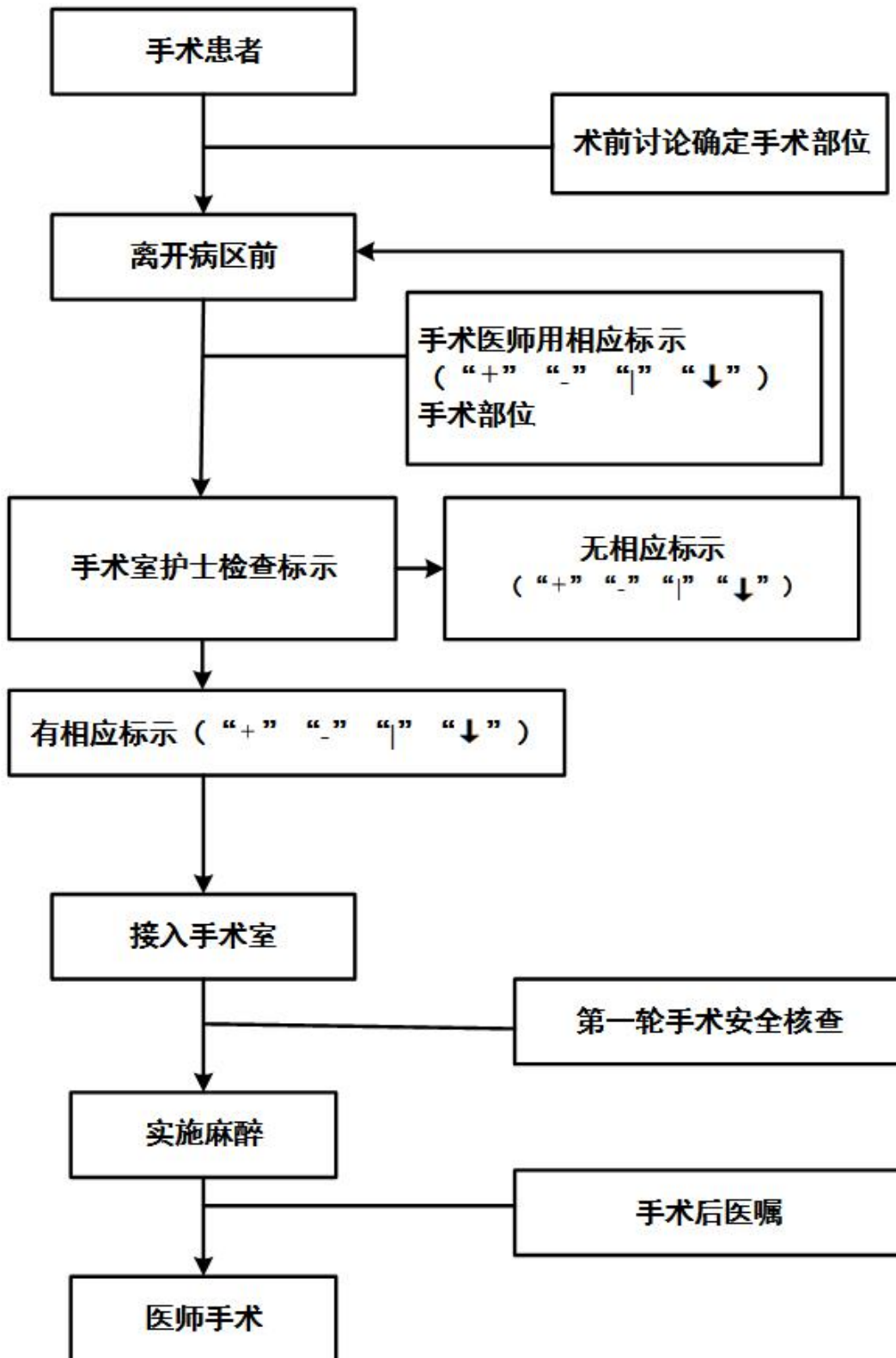
3.1《医疗机构管理条例》

3.2《医疗质量管理暂行办法》

3.3《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第1号）。

附件：

手术部位标示流程图



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	非计划再次手术管理制度及流程	制度编号	YWK-2020-3
	发布部门	医务科	编制人	杨娟
	生效日期	2016 年 4 月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020 年 2 月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	302-306

非计划再次手术管理制度及流程

1. 目的

为进一步促进手术科室医疗质量的持续改进、保障医疗安全，做好对非计划再次手术的管理和评价，严格控制非计划再次手术的发生率，根据《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》和《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第 1 号）特制定本制度。

2. 标准

2.1 非计划再次手术是指在同一次住院期间，因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术。原因分为医源性因素，即手术或特殊诊治操作造成严重并发症必须施行再次手术；以及非医源性因素，即由于患者病情发展或出现严重术后并发症而需要进行再次手术。

2.2 非计划再次手术是手术科室质量管理的重点，由医务科、医疗质量管理委员会协作管理，医务科负责对全院非计划再次手术进行监测，收集整理临床科室和手术室上报的再次手术病例；必要时组织有关专家进行调查评估，将存在的问题以意见书的形式反馈至科室，督导科室认真查找原因，持续改进；医疗质量管理委员会每半年进行一次评价、总结，针对出现的医疗问题提出持续改进意见，以保证医疗安全，实现医疗质量持续改进。

2.3 对各种原因导致实施的非计划再次手术时，由管床医师按照要求及时填写《非计划再次手术报告表》（见附件 2）一式两份，经科室主任签字确认后，在再次手术前 24 小时上报医务科，一份科室存档；急诊手术需在术前口头上报并在术后 24 小时内书面上报，并要求报告表内容填写齐全。同时实施非计划再次手术的病例，保证非计划再次手术由科主任（必要时可外请专家）主刀，第一次主刀医师协助。

2.4 非计划再次手术术前必须有完善的术前讨论、手术方案、处理预案。手术科室应及时做好与患者及家属的沟通工作，避免出现因沟通不及时或不充分而

出现的纠纷。

2.5 再次手术后，科室应在 5 个工作日内本着客观的态度从疾病的评估、术式的选择、围手术期的管理、并发症的处理及感染控制等各层面进行认真分析讨论，以总结经验、汲取教训，提出整改措施，并认真整改，从而提高手术质量，减少非计划再次手术的发生。同时管床医师应完成《非计划再次手术总结报告表》（见附件 3）一式两份，经科室主任签字确认后，一份上报医务科，一份科室存档。

2.6 医院将把对“非计划再次手术”的管理与控制作为对手术科室质量评价的重要指标，对“非计划再次手术”的评估也将作为对手术医师资格评价、授权的重要依据。年内发生医源性“非计划再次手术” ≥ 2 例者，将降低手术权限一级。

2.7 非计划再次手术上报属于无责上报，不得漏报瞒报。如科室未按规定上报，每漏报一例院内通报，并扣罚科室及当事人奖金 200 元，迟报一例扣罚科室及当事人奖金 100 元；针对科室医务人员的过错或差错造成的再次手术，应责令科室限期整改，并上交整改报告，医务科负责监督；对因再次手术造成医疗纠纷、医疗事故的，将按照有关规定严肃处理。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

3.2 《医疗质量管理办法》

3.3 《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第 1 号）

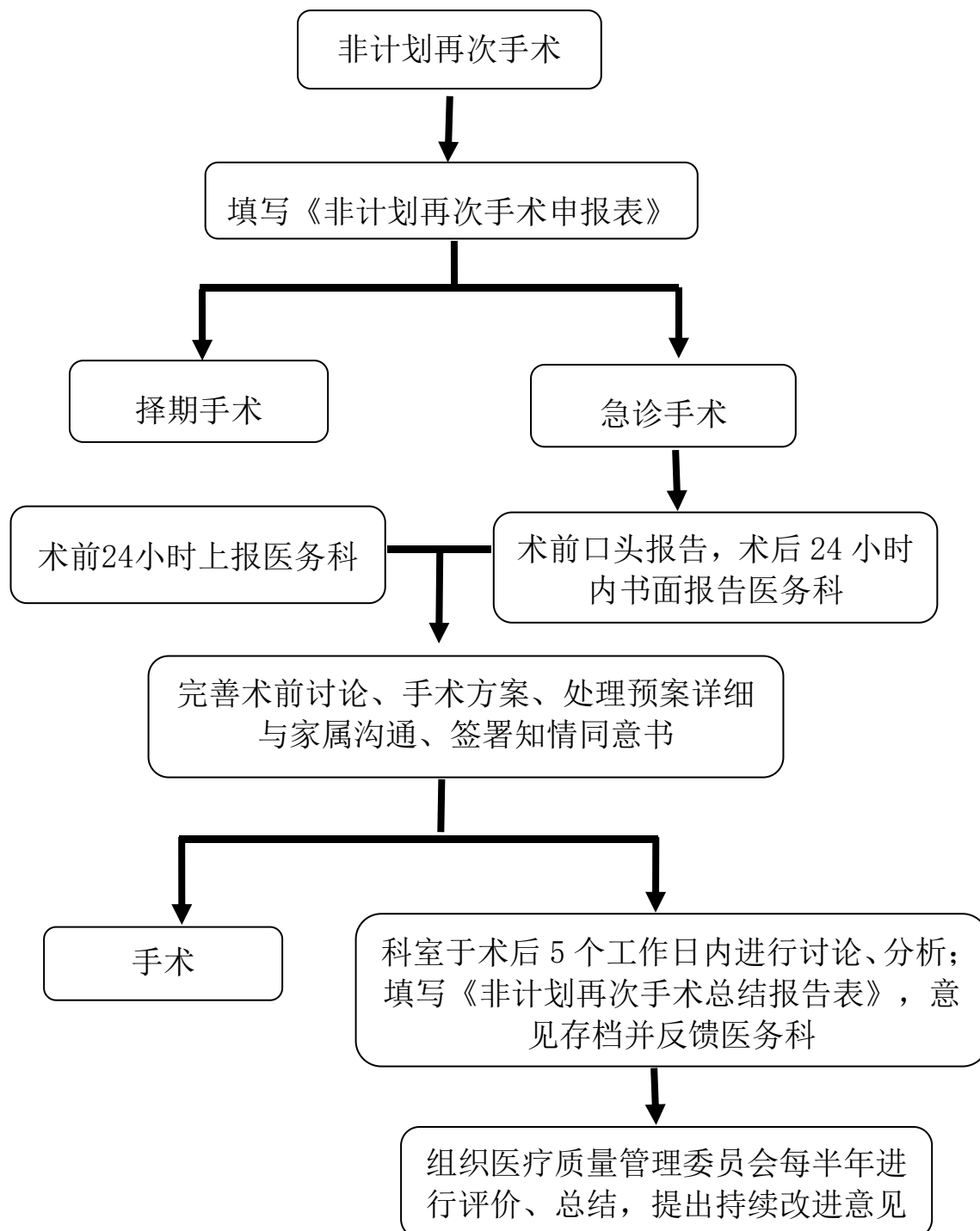
附件 1：铜仁市妇幼保健院非计划再次手术上报管理流程

附件 2：铜仁市妇幼保健院非计划再次手术报告表

附件 3：铜仁市妇幼保健院非计划再次手术总结报告表

附件 1:

铜仁市妇幼保健院
非计划再次手术上报管理流程



附件 2:

铜仁市妇幼保健院非计划再次手术申报表

报告日期： 年 月 日

科室： 科

A. 患者资料				
1. 姓名:	2. 年龄: 岁	3. 性别:	4. 床号:	5. 住院号:
6. 临床诊断:				
B. 病情摘要				
C. 第一次手术情况				
1. 手术时间:		2. 术者:	7. 术后情况（包括并发症）	
3. 术前诊断:				
4. 术后诊断:				
5. 病理诊断:				
6. 术中情况:				
D. 再次手术				
1. 手术时间:		2. 术者:	5. 术中及术后可能出现的问题及防范措施:	
3. 再次手术的目的:				
4. 术前准备情况:				
E. 再次手术术后情况（急症再次手术填写该项）				
F. 医务科意见				

医师签名:

科主任签名:

附件 3:

铜仁市妇幼保健院非计划再次手术总结报告表

A. 二次手术情况

B. 经验总结

C. 整改情况

医师签名:

科主任签名:

厚德精诚 笃行至善

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	急诊手术管理规定	制度编号	YWK-2020-4
	发布部门	医务科	编制人	杨娟
	生效日期	2016 年 4 月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020 年 2 月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	307-308

急诊手术管理规定

1. 目的

确保医疗质量和医疗安全，保障急诊手术顺利进行。根据《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》和《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第 1 号）特制定本制度。

2. 标准

2.1 原则

2.1.1 本制度适用于急诊室急诊需要立即手术的病人和病房内因病情变化需要进行紧急手术的病人。

2.1.2 急诊室直接进入手术室的急诊手术病人，主管医生手术前至少记录术前诊断和简要病情；

2.1.3 由病房进入手术室的急诊手术，主管医师至少完成首次病程记录、术前诊断。

2.1.4 任何急诊手术前必须告知患者或其授权委托人相关手术情况，填写完成各类告知书。

2.1.5 患者因病无法签字时，应当由其授权的人员签字；为抢救患者，在法定代理人或被授权人无法及时签字的情况下，可由医院负责人或者授权的负责人签字。

2.2 程序

2.2.1 确定病人需急诊手术的，主管医师应立即电话通知手术室，同时填写手术通知单送交手术室，完善相关病历文书记录。麻醉科和手术室必须在接到电话的 15 分钟内作好准备，确保 15 分钟内接受病人。

2.2.2 手术室有权根据实际情况，取消择期手术，优先安排急诊手术。

2.2.3 急诊手术前，医师和护士必须做好术前各类准备。包括病历、影像学资料和检验报告等，随患者一并带入手术室；如须住院，协助办理入院手续。

厚德精诚 笃行至善

2.2.4 危重患者首先应就地抢救，待病情稳定后再由主管医生和护士护送至手术室。

2.2.5 运送急诊手术病人应保证病人转运、交接的安全。

3. 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

3.2 《医疗质量管理办法》

3.3 《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第1号）

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	手术风险评估制度	制度编号	YWK-2020-5
	发布部门	医务科	编制人	杨娟
	生效日期	2016 年 4 月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020 年 2 月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	309-311

手术风险评估制度

1. 目的

为保证医疗质量，保障患者生命安全，使手术效果得到科学客观的评估，患者得到及时、科学、有效的治疗，特制定我院手术风险评估制度及评估流程。根据《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》和《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第 1 号）特制定本制度。

2. 标准

2.1 手术医师及麻醉医师对手术患者都必须进行手术风险评估；

2.2 根据评估与术前讨论的结果，制定出安全、合理、有效的手术计划和麻醉方式，并告知患者或者其委托人手术方案、手术可能面临的风险，经患者或委托人同意后签字。手术风险评估分级 ≥ 2 分时，必须在科主任的组织下进行科内会诊，必要时进行由科主任主持、医务部参加的全院大会诊。

2.3 手术风险评估后，本院不能治疗或治疗效果不能肯定的，应及时与患者或其委托人沟通，对手术风险情况进行告知，协商治疗方案或者专员治疗。

2.4 手术风险评估内容

2.4.1 手术切口清洁程度

根据手术风险分级标准中将手术切口按照其清洁程度分为四类：

2.4.1.1 I 类手术切口（清洁手术）；

2.4.1.2 II 类手术切口（相对清洁手术）；

2.4.1.3 III 类手术切口（清洁—污染手术）；

2.4.1.4 IV 类手术切口（污染手术）。

2.4.2 麻醉分级（ASA 分级）

根据患者的临床症状及手术风险分级标准将麻醉分为六级。

2.4.2.1 P1 ：正常的患者；

2.4.2.2 P2 ：患者有轻微的临床症状；

厚德精诚 笃行至善

- 2.4.2.3 P3 : 患者有明显的系统临床症状;
- 2.4.2.4 P4 : 患者有明显的系统临床症状, 且危及生命;
- 2.4.2.5 P5 : 如果不手术患者将不能存活;
- 2.4.2.6 P6 : 脑死亡的患者

2.4.3 手术类别:

- 2.4.3.1 浅层组织手术;
- 2.4.3.2 深部组织手术;
- 2.4.3.3 器官手术;
- 2.4.3.4 腔隙手术。

2.4.4 手术持续时间

- 2.4.4.1 手术在 3 小时内完成;
- 2.4.4.2 完成手术超过 3 小时。

2.4.5 是否为急诊手术

2.4.6 切口愈合与感染情况:

- 2.4.6.1 切口甲级愈合
- 2.4.6.2 切口浅层感染
- 2.4.6.3 切口深层感染

2.4.7 手术风险评分: 将手术切口清洁程度、麻醉分级和手术持续时间的分值相加, 总分 0 分为 NNIS0 级, 1 分为 NNIS1 级、2 分为 NNIS2 级, 3 分为 NNIS3 级。

2.5 分值分配

分值	手术切口	麻醉分级	手术持续时间
0 分	I 类切口、II 类切口	P1 、P2	手术在 3 小时内完成
1 分	III类切口、IV 类切口	P3 、P4 、P5	完成手术超过 3 小时

3. 相关文件

- 3.1 《医疗机构管理条例》
- 3.2 《医疗质量管理办法》
- 3.3 《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第 1 号）

附件: 《手术风险评估表》

附件：

铜仁市妇幼保健院手术风险评估表

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

手术医师签名：

麻醉医师签名：

巡回护士签名：

评估日期：

厚德精诚 笃行至善

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	手术安全核查制度	制度编号	YWK-2020-6
	发布部门	医务科	编制人	杨娟
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年2月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	312-314

手术安全核查制度

1. 目的

手术安全核查是由具有执业资质的手术医师、麻醉医师和手术室护士三方（以下简称三方），分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，共同对患者身份和手术部位等内容进行核查的工作。根据《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》和《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第1号）特制定本制度。

2. 标准

2.1 本制度适用于各级各类手术，其他有创操作可参照执行。

2.2 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。

2.3 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》。

3. 实施手术安全核查的内容

3.1 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。

3.2 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。

3.3 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. 流程

4.1 三方确认后分别在《手术安全核查表》上签名。

厚德精诚 笃行至善

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

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

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

4.5 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。

4.6 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。

4.7 为确保及时有效查对，《手术安全核查表》由麻醉医师主持并填写；无麻醉医师参加的手术，则由术者主持并填写。

5. 相关文件

5.1 《医疗机构管理条例》

5.2 《医疗质量管理办法》

5.3 《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第1号）。

6. 附件：《手术安全核查表》

附件

铜仁市妇幼保健院

手术安全核查表

科别_____患者姓名_____性别_____年龄_____岁
 住院号_____麻醉方式_____手术者_____
 手术方式_____手术日期_____年_____月_____日

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

厚德精诚 笃行至善

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	麻醉手术科安全管理制度	制度编号	YWK-2020-7
	发布部门	医务科	编制人	杨娟
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年2月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	315-316

麻醉手术科安全管理制度

1. 目的

保证麻醉手术患者的医疗安全。根据《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》和《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第1号）特制定本制度。

2. 标准

2.1 适用范围:适用于本院麻醉科所有麻醉科医务人员。

2.2 管理制度

2.2.1 建立健全麻醉质量安全标准化、规范化管理,坚持以患者为中心,以医疗质量和安全为核心的安全管理制度。

2.2.2 按照安全管理要求,每月召开一次安全会议,对麻醉手术存在的问题进行总结整改,每季度进行一次全面检查、评价,并通报全科。对麻醉工作中存在的突出问题,要及时调查、处理,制定整改方案,认真落实,持续改进。

2.2.3 科室成立安全管管理小组,科主任任组长,为科室安全第一责任人。

2.2.4 定期或不定期开展医疗安全教育,牢固树立安全意识。

2.2.5 按照麻醉医师资格分级授权管理制度,安排手术患者的麻醉工作。

2.2.6 充分做好麻醉前准备,严格检查各种麻醉设备,确保抢救设备完好和抢救药品齐全。

2.2.7 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。

2.2.8 严格执行查对制度。麻醉期间所用药物及输血输液要做到“三查七对”,对药品名称、剂量、配制日期、用法、给药途径等须经两人查对,特别要注意易混淆的药物。用过的安剖等物品应保留到患者出手术室后丢弃,以备复查。

2.2.9 新技术的开展和新方法的使用,应按照医院新技术准入及管理制度进行管理,经医院批准后实施。

厚德精诚 笃行至善

2.2.10 严格执行值班、交接班制度,坚持岗位交班、手术台旁交班,病情不稳定和疑难病例的手术时一律不准交班。交班内容应包括患者情况、麻醉经过、特殊用药、输血输液等。

2.2.11 围麻醉期出现并发症或意外,应及时采取有效措施处理,并向上级麻醉医师汇报,必要时请示科主任。各种医疗安全不良事件应及时按照医院要求上报,必要时应全科讨论,认真整改落实。

3 相关文件

3.1 《医疗机构管理条例》

3.2 《医疗质量管理办法》

3.3 《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第1号）。

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	术后随访制度	制度编号	YWK-2020-8
	发布部门	医务科	编制人	杨娟
	生效日期	2016 年 4 月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020 年 2 月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	317-318

术后随访制度

1. 目的

1. 1 为加强手术病人术后安全管理，及时观察发现并处理各种并发症。

1. 2 麻醉医师没有查房制度，对麻醉后病人的病情不易掌握，术后随访是及时发现术后病情异常和麻醉并发症的重要措施。及早发现各种异常和并发症，就能争取时间采取有效的处理措施，让病人避免或减轻痛苦和损失。执行麻醉的医师必须对每例病人按照此制度进行术后随访。根据《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》和《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第 1 号）特制定本制度。

2. 标准

2. 1 所有麻醉病人术后 24 小时内必须进行随访。所有麻醉随访都应记录在《术后麻醉随访表》中

2. 2 所有麻醉病人随访至病人清醒、拔除气管插管。遇有麻醉并发症必须每 24h 随访，积极处理，记录结果，直至病人痊愈、出院、死亡。非麻醉原因不能拔除气管插管病人可每 48—72h 随访，直至病人痊愈、好转、出院、死亡。

2. 3 随访内容包括意识、呼吸、血压、脉搏、咽喉、肢体活动、穿刺部位有无感染、血肿等情况，将结果记录在病历。如有阳性表现应进行有效处理或告知上级医生共同处理。

2. 4 出现严重并发症及时向科主任和上级部门报告，并进行会诊、讨论、处理。

2. 5 如果患者术后死亡，要进行死亡病历讨论并记录。


3. 相关文件

3. 1 《医疗机构管理条例》

3.2 《医疗质量管理办法》

3.3 《医疗技术临床应用管理办法》（中华人民共和国国家卫生健康委员会第1号）。

第七章 两非管理

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	打击“两非”工作管理制度	制度编号	YWK-2020-1
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	319-321

打击“两非”工作管理制度

1. 目的

为了落实打击“两非”工作精神,健全我院打击“两非”长效工作机制,根据《贵州省禁止非医学需要鉴定胎儿性别和选择性别终止妊娠规定》、《贵州省超声诊断仪染色体检测等具有胎儿性别鉴定功能的设备和终止妊娠手术终止妊娠药品管理办法》、《贵州省防治出生人口性别比偏高有关管理制度和程序》规定,结合我院实际,制定本管理制度。

2. 标准

2.1B 超购置、使用和妊娠 14 周以上超声检查管理制度

2.1.1 我院使用 B 超超声诊断人员必须由注册执业医师担任。

2.1.2 严格履行《医务人员从事超声诊断、染色体检测责任书》职责。除根据医学需要胎儿性别鉴定外,任何工作人员都不得以任何技术手段鉴定和透漏胎儿性别。

2.1.3 非经临床医生申请,超声诊断人员不得擅自对妊娠 14 周以上的孕妇进行超声检查。

2.1.4 凡妊娠 14 周以上孕妇,无论做任何部位的超声检查都必须有另一名医务人员陪同检查,并在登记表上签名备查。

2.1.5 凡妊娠 14 周以上孕妇,无论做任何部位的超声检查都必须单独填写《妊娠 14 周以上超声检查登记表》。《妊娠 14 周以上超声检查登记表》应用誉印纸张,一式二联方式印制,首页存根留存,第二页每月报雨花区计生行政管理部门。

2.1.6 凡对妊娠 14 周以上孕妇进行 B 超检查,除孕妇、B 超医生和陪同医务人员外,其他人员一律不得进入 B 超室。

厚德精诚 笃行至善

2.1.7 妊娠 14 周以上的孕妇行第一次 B 超检查时,需登记身份证号码。

2.2 妊娠 14 周以上终止妊娠手术管理制度

2.2.1 开展妊娠 14 周以上终止妊娠手术的计划生育技术服务的科室严格实行凭证手术制度,凡接诊要求施行妊娠 14 周以上终止妊娠手术对象,必须查验并

在《妊娠 14 周以上终止妊娠手术登记表》上登记相关证明材料。

2.2.2 查验和登记相关证明材料按如下规定进行:

a) 不符合法定生育条件的,20 周岁以下凭本人身份证或户口簿施术;20 周岁以上的,查验和登记乡(镇、街道)计生行政部门出具的《不符合法定条件妊娠 14 周以上终止妊娠手术证明》。

b) 孕妇属离婚、丧偶等原因要求终止妊娠的,查验和登记受术者本人身份证和县级以上人口计生行政部门出具的《准予非医学需要施行妊娠 14 周以上终止妊娠手术证明》。

c) 属医学需要作性别选择终止妊娠的,查验和登记受术者本人身份证和经省卫生行政部门批准的产前诊断中心出具的《贵州省医学需要鉴定胎儿性别意见书》。

d) 属胎儿患有严重遗传性疾病或严重缺陷需要作终止妊娠手术的,查验和登记受术者本人身份证和经省卫生行政部门批准的产前诊断机构出具的《贵州省产前诊断证明书》。

e) 孕妇患有严重疾病,继续妊娠将危及孕妇生命安全,需要作终止 14 以上妊娠手术的,查验登记受术者本人身份证和县以上医疗保健机构出具的《疾病诊断证明》。

f) 因突发事件、意外伤害等特殊情况可能危及孕妇生命安全而需紧急施术的,须经 2 名以上医师确认并签字后施术,并在 24 小时内报当地人口计生行政部门。

g) 以上医疗保健机构出具的医学证明材料复印件(原件退还手术对象)、计生行政部门出具的证明材料原件留存,整齐地粘贴在《妊娠 14 周以上终止妊娠手术登记表》的对应面备查。

2.2.3 要求施行 14 周以上终止妊娠手术的对象不能提供上述相关证明材料

的,一律不予施术,并即刻报告当地计生行政部门。

2.2.4凡施行妊娠 14 周以上终止妊娠手术的,施术医生必须在《妊娠 14 周以上终止妊娠手术登记表》上如实填写胎儿性别。

2.3终止妊娠药品采购和使用管理制度

2.3.1按照《铜仁市防治出生人口性别比例偏高有关管理制度》进行终止妊娠药品的采购。

2.3.2药学部对终止妊娠药品实行专人、专柜、专帐管理,设立《终止妊娠药品进、销、存专帐》。

2.3.3终止妊娠药品的处方权限于获得相应执业资格的妇产科医生和计划生育技术服务人员。填写《终止妊娠药品使用登记表》。

2.3.4终止妊娠药品必须单独处方、妥善保存,每月汇总装订一次,保存期限不得少于 2 年。

2.3.5药学部建立终止妊娠药品处方档案和专账,切实做到账处(账与处方)相符,账实相符(账与药品),账账(药品的进、销 存)相符。专帐各栏目内容必须据实填写完整。

2.4出生实名登记和利用实时通报出生信息制度

2.4.1为孕妇做B 超时,要先准确登记孕妇身份证号码,并将其身份证号码输入实时通平台。

2.4.2妇产科在接收产妇临产住院时要检查孕妇《居民身份证》、《生育证》,并准确登记身份证号码和生育证号,准确登记小孩出生时间,准确填写《出生证》。

3. 相关文件

3.1《贵州省禁止非医学需要鉴定胎儿性别和选择性别终止妊娠规定》

3.2《贵州省超声诊断仪染色体检测等具有胎儿性别鉴定功能的设备和终止妊娠手术终止妊娠药品管理办法》

3.3《贵州省防治出生人口性别比偏高有关管理制度和程序》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	人工终止妊娠手术管理制度	制度编号	YWK-2020-2
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016 年 4 月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020 年 11 月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	322-323

人工终止妊娠手术管理制度

1. 目的

为严厉打击非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别的人工终止妊娠等违法行为，促进人口长期均衡发展。根据《贵州省禁止非医学需要鉴定胎儿性别和选择性别终止妊娠规定》《贵州省超声诊断仪染色体检测等具有胎儿性别鉴定功能的设备和终止妊娠手术终止妊娠药品管理办法》《贵州省防治出生人口性别比偏高有关管理制度和程序》《医疗质量管理办法》《医疗技术临床应用管理办法》等相关管理规定，结合我院实际，制定人工终止妊娠手术管理制度。

2. 标准

2.1 凡接诊要求施行 14 周以上终止妊娠手术对象，医师在开具住院证时，必须查验相关证明材料，收住科室查验并在《妊娠 14 周以上终止妊娠手术登记表》上登记相关证明材料。

2.1.1 不符合法定生育条件的，20 岁以下的查验本人身份证或户口，20 岁以上的，查验乡（镇、街）计划生育行政部门出具的《不符合法定条件妊娠 14 周以上终止妊娠手术证明》。

2.1.2 离婚、丧偶等要求终止妊娠的，本人身份证，查验受术者本人身份证和县级以上计划生育行政部门出具的《准予非医学需要施行 14 周以上终止妊娠手术证明》。

2.1.3 医学需要选择性别终止妊娠查验受术者本人身份证及经省卫生行政部门批准的产前诊断机构出具的《贵州省医学需要鉴定胎儿性别意见书》。

2.1.4 胎儿患严重遗传疾病或缺陷需要终止妊娠的，查验受术者本人身份证及经省卫生行政部门批准的产前诊断机构出具的《贵州省产前诊断证明》。

2.1.5 孕妇患有不能继续妊娠的严重疾病或孕妇服药等可能致胎儿畸形需要终止妊娠的，查验受术者本人身份证及县级以上医疗保健机构出具的《疾病诊断证明》。

2.1.6胎儿死亡需要终止妊娠的, 查验医疗保健机构的门诊病历及超声报告单以上医学证明材料复印件、计生行政部门出具的证明材料原件留存备查。

2.2要求施行 14 周以上终止妊娠手术对象不能提供上述相关证明材料的一律不予施术。

相关科室指定专门人员查验、记录、整理、保管《妊娠 14 周以上终止妊娠手术登记表》和相关资料, 并接受各级管理部门督查。

2.3凡施行 14 周以上终止妊娠手术的施术医师必须具备合格的《母婴保健技术考核合格证书》。

2.4相关科室和医务人员必须严格遵守本管理制度, 对违反规定造成不良后果的科室和个人, 其检查结果将作为年终计划生育目标考核的重要依据, 并追究有关部门、科室领导人和当事人的责任。

3. 相关文件

3.1 《贵州省禁止非医学需要鉴定胎儿性别和选择性别终止妊娠规定》

3.2 《贵州省超声诊断仪染色体检测等具有胎儿性别鉴定功能的设备和终止妊娠手术终止妊娠药品管理办法》

3.3 《贵州省防治出生人口性别比偏高有关管理制度和程序》

3.4 《医疗质量管理办法》

3.5 《医疗技术临床应用管理办法》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	避孕药品药具管理方法	制度编号	YWK-2020-3
	发布部门	医务科	编制人	杨旭
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	324-325

避孕药品药具管理办法

1. 目的

为规范我院避孕药品药具的管理，严格执行避孕药品药具发放，根据《中华人民共和国人口与计划生育法》《计划生育技术服务管理条例》《中华人民共和国母婴保健法》《医疗质量管理办法》等相关管理规定，结合我院实际，特制定本办法。

2. 标准

2.1 终止妊娠药品包括：依沙吖啶注射液（利凡诺）、米索前列醇片、米非司酮片、卡前列甲酯栓、缩宫素注射液。需要重点管理终止妊娠药品：中孕药物利凡诺，早孕药物米索前列醇片、米非司酮片。

2.2 具体管理办法

2.2.1 开具利凡诺的医师必须具有执业医师资格证并在我院注册，且具有母婴保健证（项目包括终止妊娠术、中孕引产术），开具米索前列醇片、米非司酮片必须具有执业医师资格证并在我院注册，且具有母婴保健证（项目包括终止妊娠术（早期）、终止妊娠术、中孕引产术）。

2.2.2 处方和药学部发药要求

2.2.2.1 处方要求：病人信息必须清楚、完整；药品规格、数量用法清楚；医师签名正楷、清晰可辨。

2.2.2.2 药学部发药要求：药学部调配人和发药人必需严格核查以上信息才能发药，否则可以拒绝发药。

2.3 责任和处罚

2.3.1 临床医师必须严格按照本人的职责和权限开具合格处方。

2.3.2 药剂师有责任核实处方信息，对不合格处方拒绝发药。

2.3.3 医务科将定期进行处方检查，检查内容包括处方权限、处方格式及签名等，药学部是否履行核查处方责任。

厚德精诚 笃行至善

2.3.4发现不合格处方，药学部未履行核实查验处方责任，违规发放药品，医务科根据《铜仁市妇幼保健院母婴保健技术管理办法》扣除处方医师当事科室和药学部当月绩效考核分。

3. 相关文件

- 3.1 《中华人民共和国人口与计划生育法》
- 3.2 《计划生育技术服务管理条例》
- 3.3 《中华人民共和国母婴保健法》
- 3.4 《医疗质量管理办法》

第八章 行风建设

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	行业作风建设责任制工作制度	制度编号	YWK-2020-1
	发布部门	医务科	编制人	王赤霞
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	326-327

行业作风建设责任制工作制度

为加强行业作风建设，进一步强化责任意识，促进医务人员廉洁从政行医，根据2017年2月10日，由国家卫生健康委、国家中医药管理局联合印发的《关于加强卫生计生系统行风建设的意见》，结合我院实际，特制定我院行业作风建设责任制工作制度。

1. 目的

为认真执行行业作风建设“谁主管、谁负责”和“管行业必须管行风”的责任制要求，切实履行第一责任人的政治责任，进一步强化责任意识，促进医务人员廉洁从政行医。

2. 标准

2.1 认真学习党的路线、方针、政策，学习党章、党纪条规、社会主义荣辱观。做到勤奋好学，学以致用。

2.2 讲政治、讲正气、讲党性，坚持“三个代表”思想和科学发展观，全面贯彻落实党的十九大精神，与党中央保持政治上、思想上的高度一致，顾全大局、令行禁止，维护稳定团结，保证政令畅通。

2.3 认真执行法律法规，坚持依法执业，进一步学习各项医政法律法规，遵守医疗制度和操作规程，医严谨、科学的态度维护患者和医务人员的自身权益。

2.4 加强行业自律，廉洁行医、从政，拒绝商业贿赂。严格执行中纪委《关于严格禁止利用职务上的便利谋取不正当利益的若干规定》和《贵州省卫生厅关于医疗卫生单位工作人员拒收红包、回扣问题的处理规定》，严禁工作人员违规违纪收受药品回扣、开单提成、红包礼金。

2.5 加强职业道德教育，全面落实“以病人为中心、以质量为核心”的职业道德、职业纪律、职业责任的《医务人员道德规范》；按照《医院文明服务规范

守则》要求认真履行社会服务承诺；广泛开展文明行业、文明单位、文明科室的创建活动；广泛深入开展向行业先进模范人物学习活动，提供文明、优质、规范的服务。

规范医疗行为，公开医疗服务收费标准，实行明码标价，提供费用清单，禁止乱检查、乱用药、乱收费，认真执行《贵州省医疗服务价格规范》，严禁在国家规定之外擅自设立新的收费项目、分解项目收费和比照项目收费，最大限度降低投诉，使群众的满意率达到 90%以上。

2.6 规范药品和医用器械的招标采购行为。认真执行药品、检验试剂、一次性医用耗材网上集中采购，建立公开透明、集体决策的采购和使用管理机制。

2.7 维护医院形象，树立人人都是医院形象的理念，认真执行《医院员工管理条例》，规范言行举止，严格首诊负责制，仪表端庄，说话和气，举止文明。

2.8 执行责任追究制。对投诉的责任部门和有关人员按医院管理规定追究责任，严肃处理。按照层次管理的原则，个人向科室负责，科室向医院负责，科主任、护士长为科室行业作风建设工作目标责任人，科主任为第一责任人，科室的其他同志为相关责任人。

2.9 遇责任人变更，由继任人履行科室行业作风建设工作目标责任。

3. 相关文件

2017 年 2 月 10 日，国家卫生健康委、国家中医药管理局联合印发的《关于加强卫生计生系统行风建设的意见》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	纠正医药购销领域不正之风工作制度	制度编号	YWK-2020-2
	发布部门	医务科	编制人	王赤霞
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	328-332

纠正医药购销领域不正之风工作制度

为了进一步做好全院行业作风建设，坚决治理药品耗材回扣、收受红包、乱收费等行为，着重纠正超医保支付政策范围，违规使用医保资金等。深入清理群众身边的医疗行业乱象，切实减轻人民群众负担，根据《关于印发2020年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点的通知》（国卫医函发〔2020〕192号文件）精神，结合我院实际，制定如下工作制度。

1. 目的

为持续提高医疗服务质量，减轻人民群众不合理的医药费用负担，加强行业作风制度建设。

2. 标准

2.1 加强医德医风建设，树立良好的行业形象

2.1.1 切实加强医务人员的教育和管理，大力推进医院廉洁文化建设，大力宣传表彰医德高尚、医术精湛、敬业奉献的先进典型，促进广大医务人员树立正确的世界观、人生观、价值观，增强抵制不正之风的能力。

认真落实医务人员医德考评制度。结合贯彻落实执业医师定期考核制度，加强调查研究和监督检查，进一步健全完善医务人员医德考评办法和标准。在青年人中树立良好的行业风气，热心为患者服务，提高服务水平，促进医疗卫生行业服务“窗口”建设。

深化和完善院务公开工作。进一步完善医院办事公开、信息公开制度，进一步完善公开目录，规范公开载体，切实做好医疗服务价格项目、收费标准、药品和医用耗材价格、群众投诉调查处理结果为重点的信息公开。要建立健全公开工作各项制度，加强对办事公开工作的监督，健全职工代表大会或职工大会制度，医院内部重要事项要经职代会审议，涉及职工利益的事项要及时向职工公开。

加强医患沟通，努力构建和谐医患关系。切实改善服务添堵。严禁“生、冷、硬、顶、推、拖”等现象，健全完善各项告知制度，畅通投诉举报通道，认真办

厚德精诚 笃行至善

理患者投诉。探索医患纠纷第三方调解机制，将医疗纠纷调解纳入社会大调解的范畴，积极推进医疗责任保险，建立医疗风险分担机制。畅通医患协商、行政调解和司法诉讼等纠纷解决渠道，不断健全完善医疗纠纷处理机制，及时化解医患矛盾。

加强对行业作风建设和反腐倡廉的宣传报道，宣传廉洁从政、廉洁从医的先进典型，弘扬正气，增强卫生廉政文化建设的效果。对查处的典型案例进行通报，开展警示教育，引导广大医务人员吸取教训，引以为戒，发挥震慑作用，促进依法廉洁行医、依法诊疗。推进职业道德教育和法律法制教育经常化，务必使全体员工保持正确的服务理念和强烈的责任意识。

2.1.2 强化医疗管理，规范诊疗服务行为。

2.1.2.1 严格规范诊疗服务行为，努力提高医疗技术水平。完善临床诊疗技术规范服务流程，促进医务人员因病施治、合理检查、合理用药。严格执行《处方管理办法》和《抗菌药物临床应用指导原则》。落实按药品通用名开具处方制度，不得使用药品商品名开具处方。开展处方点评工作，对医师不当处方在院内进行公示和点评。在保证医疗质量和医疗安全前提下，推广二级以上医疗机构间医学检查、检验互认制度，减轻患者负担。

2.1.2.2 认真执行卫生部《处方管理办法》和《医院处方点评管理规范》，加强我院药事管理及处方管理，深化处方点评工作，健全处方点评和不当处方公示制度，加强合理用药的内部管理，做好处方开具和药品使用的规范化管理，提高处方质量，规范医务人员用药行为。切实纠正为追求经济利益而滥用药物的问题。

2.1.3 落实收费责任，促进医疗收费规范。

各科室要严格执行国家有关医疗服务和药品价格政策，严禁自立项目、分解项目、比照项目收费等乱加价、乱收费违规行为。严格实行收费日清单制和费用查询制。加强对收费各个环节的监督管理，严格控制医药费用的不合理增长，禁止将医务人员个人收入与药品处方和医疗服务收入直接挂钩，坚决禁止科室出租承包、开单提成等违法违规行为。

2.1.4 加强监督检查，规范医药采购行为

2.1.4.1 加强基本药物使用管理。医院要继续参加以省为单位的网上药品、

医用耗材集中采购，加强对药品招标后采购、使用环节、让利等情况的监督管理，加强基本药物使用管理，加强指导培训和监督检查，规范合理使用基本药物，严格采购纪律，杜绝违规采购行为。严格执行加强医院信息系统管理的规定，防止“统方”。

落实改善民生政策措施，有效维护群众利益。认真落实医药卫生体制改革各项措施，积极促进建立覆盖城乡居民的城镇职工基本医疗保险、城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗和医疗救助制度，完善医保、新农合结算办法，缓解群众看病难、看病贵问题。加强对各科室的监管，从严控制国家基本药物目录外药物和诊疗项目的费用比例。

2.1.5 加大治理大处方、大检查、乱收费、乱收“红包”和药品“回扣”，减轻群众医疗费用负担。

加强行业管理，提高服务质量。树立“以病人为中心”、“一切为了让群众看得起病、看得好病”的服务理念和精神，规范医疗服务行为，严格控制医疗费用不合格增长，纠正乱用药、乱检查、乱收费行为。把查处违反医疗道德的大处方、大检查、乱收费以及“红包”和药品“回扣”问题作为纠风工作的重点，严格规范医务人员诊疗行为，不定期开展专项检查。

加强医疗信息公开，提升公开的质量和水平。突出做好群众关心的医疗服务和药品、耗材价格的公开，严格执行住院费用清单制和费用查询制度。控制次均住院费用、次均门诊费用以及主要病种收费信息，对费用上升的科室，责成其分析原因，加强控制医疗费用增长的措施。对医疗费用不合理增长的科室，进行通报批评，取消评比先进资格。

院长及科主任要认真履行纠风职责，严格执行国家有关医疗和药品价格政策，控制医疗费用增长，建立健全收费管理制度，加强收费人员培训和收费各环节的监督检查，进一步规范医疗收费行为。规范高值耗材、贵重药品和医学新技术的临床应用，推行同级医疗机构间检查、检验结果互认制度，促进因病施治、合理检查、合理治疗。

按照卫生部《临床路径试点工作方案》及有关文件，抓好临床路径工作，积极探索，积累经验，规范诊疗行为，提高医疗服务质量，保证医疗安全。各科室要在认真执行医保和新农合制度的同时，积极探索按病种收费管理，控制医疗费

用，减轻患者负担。

严格执行医疗机构设置审批和医务人员执业注册制度，加强医疗技术临床应用和大型医用设备的准入制度，建立合理的分配制度，严禁向科室下达创收指标，严禁将医务人员收入与科室经济收入直接挂钩。坚决取缔科室承包、出租等违规行为，严厉打击非法行医、非法采供血和虚假违法医疗广告。

严格执行国家有关财务制度和价格制度，贯彻执行卫生部《医院财务制度》、《医院会计制度》和公立医院收支监管办法。加强医院成本核算和内部分配管理，推进医疗机构财务管理规范化、制度化。

2.1.6 畅通投诉渠道，构建和谐医患关系

按照《医院投诉管理办法》加强对医院投诉工作的管理，对医院投诉工作执行不力的科室及个人，按照医院有关规定进行处理。深入开展创建“三好一满意”活动，有效缓解医患矛盾，构建和谐医患关系。

2.1.7 健全长效机制，巩固专项治理成果

广泛开展治贿宣传教育、完善各项相关制度、健全监督制约机制，进一步建立健全医药购销领域信用信息记录、公开、使用和奖惩制度。坚持对在容易滋生商业贿赂的重点部门和重点岗位工作达到一定年限（按上级规定年限）的医务人员必须轮岗交流的制度，并健全监督制约机制。加大对行贿受贿行为的打击力度，对行贿企业和受贿人员要严肃查处，将治理医药购销领域商业贿赂的长效机制建设和落实工作放在更加突出的位置，力争取得新进展、新成效，巩固和深化专项治理成果，防止医药购销领域商业贿赂出现反弹。

2.1.8 完善监督管理，深化重点环节的治本根源

认真落实医药卫生体制改革各项任务，为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗卫生服务，是当前医疗工作的重点，因此，在实施过程中，要加强对医改中出现的新情况、新问题的调查研究，及时跟进，全程参与，严格监督，做到定期检查和专项督查制度相结合，认真整改发现的问题，为深化医改提供坚强的纪律保证，确保资金安全、项目安全、人员安全。

2.2 工作要求

按照“谁主管、谁负责”和“管行业必须管行风”的原则，医院及科室主要负责人要切实履行纠风工作第一责任人的职责，把行风建设作为“一把手”工程，

厚德精诚 笃行至善

院领导和各职能科室要结合分工，抓好职责范围内的纠风工作。医院要结合实际，建立督导督查机制，通过督促自查、重点抽查、专项检查等形式，推动工作的落实。对领导不力、疏于管理、发生严重不正之风问题的部门、科室，要按照责任制的规定，严格追究医院及科室领导责任。

要突出查办严重损害群众利益的行风案件，加大查处力度，对严重不负责任甚至失职渎职、造成严重后果的，要作出严肃处理；情节特别恶劣的，要依法吊销执业证书并向社会公开。对查处的典型案件，并进行通报，以严肃行业纪律。要严格执行信访举报工作制度，健全信访举报集中管理和案件线索集体排查制度。建立医德医风暗访巡查和通报制度，加强防范。一旦发现问题，要依照有关规定作出严肃处理，决不手软。

3. 相关文件：

3.1《关于印发 2020 年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点的通知》（国卫医函发（2020 年）192 号

3.2 卫生部《处方管理办法》（中华人民共和国卫生部令 第 53 号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	医德教育和医德考核制度	制度编号	YWK-2020-3
	发布部门	医务科	编制人	王赤霞
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	333-336

医德教育和医德考核制度

1. 目的

为了加强医德医风建设，提高医务人员职业道德素质和医疗服务水平，建立对医务人员规范有效的激励和约束机制。

2. 标准

2.1 指导思想

以十九大精神、社会主义核心价值观为导向，以全心全意为人民服务为准则，以提高医务人员职业道德素质为目标，以考核激励医务人员的医德医风状况为内容，以规范医疗服务行为、提高医疗服务质量、改善医疗服务态度、优化医疗环境为重点，强化教育，完善制度，加强监督，严肃纪律，树立行业新风，构建和谐医患关系，更好的为广大人民群众的健康服务。

2.2 考核考评范围

全院各级医师、护士以及其他卫生专业技术人员（以下统称医务人员）

2.3 考核考评的主要内容

2.3.1 救死扶伤，全心全意为人民服务。

2.3.1.1 加强政治理论和职业道德学习，树立救死扶伤、以病人为中心、全心全意为人民服务的宗旨和服务意识，大力弘扬白求恩精神。

2.3.1.2 增强工作责任心，热爱本职工作，坚守岗位，尽职尽责。

2.3.2 尊重患者的权利，为患者保守医疗秘密。

2.3.2.1 对患者不分民族、性别、职业、地位、贫富都平等对待，不得歧视。

2.3.2.2 维护患者的合法权益，尊重患者的知情权、选择权和隐私权，为患者保守医疗秘密。

2.3.2.3 在开展临床药物或医疗器械试验、应用新技术和有创诊疗活动中，遵守医学伦理道德，尊重患者的知情同意权。

2.3.3 文明礼貌，优质服务，构建和谐关系。

厚德精诚 笃行至善

2.3.3.1 关心、体贴患者，做到热心、耐心、爱心、细心。

2.3.3.2 着装整齐，举止端庄，服务用语文明规范，服务态度好，无“生、冷、硬、顶、推、拖”现象。

2.3.3.3 认真践行医疗服务承诺，加强与患者的交流和沟通，自我接受监督，构建和谐医患关系。

2.3.4 遵纪守法，廉洁行医。

2.3.4.1 严格遵守卫生法律法规、卫生行政规章制度和医学伦理道德，严格执行各项医疗护理工作制度，坚持依法执业，廉洁行医，保证医疗质量和安全。

2.3.4.2 在医疗服务活动中，不收受，不索要患者及其亲友的财物。

2.3.4.3 不利用工作之便谋取私利，不收受药品、医用设备、医用耗材等生产、经营企业或经销人员给予的财物、回扣以及其他不正当利益，不以介绍患者到其他单位检查、治疗和购买药品、医疗器械等为由，从中牟取不正当利益。

2.3.4.4 不开具虚假医学证明，不参与虚假医疗广告宣传和药品医疗器械促销，不隐匿、伪造或违反规定涂改、销毁医学文书及有关资料。

2.3.4.5 不违反规定外出行医，不违反规定鉴定胎儿性别。

2.3.5 因病施治，规范医疗服务行为。

2.3.5.1 严格执行诊疗规范和用药指南，坚持合理检查、合理治疗、合理用药。

2.3.5.2 认真落实有关控制医药费用的制度和措施。

2.3.5.3 严格执行医疗服务和药品价格政策，不多收、乱收和私自收取费用。

2.3.6 顾全大局，团结协作，和谐共享。

2.3.6.1 积极参加上级安排的指令性医疗任务和社会公益性扶贫、义诊、助残、支农、援外等医疗活动。

2.3.6.2 正确处理同行、同事间的关系，互相尊重，互相配合，取长补短，共同进步。

2.3.7 严谨求实，努力提高专业技术水平。

2.3.7.1 积极参加在职培训，刻苦钻研业务技术，努力学习新知识、新技术，提高专业技术水平。

2.3.7.2 增强责任意识，防范医疗差错、医疗事故的发生。

厚德精诚 笃行至善

2.4 考核考评的主要方法

医德教育和考核考评要坚持实事求是、客观公正的原则，坚持定性考评与量化考核相结合的原则，坚持日常工作考核与年度定期考核相结合的原则，考核考评纳入医院管理体系之中，每年进行一次。考评工作分为三个步骤：

2.4.1 自我评价。医务人员各自根据考评的内容和标准，结合自己的实际工作表现，实事求是地进行自我评价。

2.4.2 科室评价。在医务人员自我评价的基础上，以科室为单位，由科室考评小组根据每个人日常的医德行为进行评价。

2.4.3 医院评价。由医院医德考核考评小组根据自我评价和科室评价的结果，将日常检查、问卷调查、患者反应、投诉举报、表扬奖励等记录反应出来的具体情况作为重要参考依据，对每个医务人员进行评价，作出医德考评结论。

2.5 考核考评机构

实行院科二级考核考评。院级考核考评小组由党委办、医务科、监审科等部门负责人组成；科级考核考评小组由临床科室或一级科室负责人（含科主任、护士长）、党、团组织负责人组成。

2.6 医德考评结果及其应用

2.6.1 医德考评结果分为四个等级：优秀、良好、一般、较差。

2.6.2 医德考评坚持严格标准，被确定为优秀等次的人数，一般控制在考评总人数的 15%。

2.6.3 医务人员在考评周期内有下列情形之一的，医德考评结果认定为较差：

2.6.3.1 在医疗服务活动中索要患者及其亲友财物或者谋取其他不正当利益的；

2.6.3.2 在临床诊疗活动中，收受药品、医用设备、医用耗材等生产、经营企业或经销人员以各种名义给予的财物或提成的；

2.6.3.3 违反医疗服务和药品价格政策，多计费、多收费或者私自收取费用，情节严重的；

2.6.3.4 隐匿、伪造或擅自销毁医疗文书及有关资料的；

2.6.3.5 不认真履行职责，导致发生医疗事故或严重医疗差错的；

2.6.3.6 出具虚假医学证明文件或参与虚假医疗广告宣传和药品医疗器械

促销的；

2.6.3.7 医疗服务态度恶劣，造成恶劣影响或严重后果的；

2.6.3.8 其他严重违反职业道德和医学伦理道德的情形。考评结果要进行公示，并与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评优评先、绩效工资、定期考核等直接挂钩。

医务人员的医德考评为年度考核中一项重要内容，医德考评结果为优秀或良好的，年度考核方有资格评选优秀，医德考评结果为较差的，年度考核为不称职或不合格。

医务人员定期考核中的职业道德评定，以医德考评结果为依据。考核周期内，有一次以上医德考评结果为较差的，认定为考核不合格，按照有关法律、法规和规章的规定处理。

执业医师的医德考评结果按照《医师定期考核管理办法》的规定报送执业医师定期考核机构。

2.7 工作要求

医院要加强领导，认真组织实施。全体工作人员要充分认识到落实医德考评制度是加强医德医风建设、提高医疗服务水平、纠正行业不正之风的有力措施，要将此工作与医院管理工作紧密结合，认真组织实施，层层落实责任，主管部门负责人要认真落实职责要求，确保医德考评工作顺利进行。

3. 相关文件：中华人民共和国《医务人员医德规范及实施办法》 卫生部(88)卫医字第 40 号

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	医德医风管理规定	制度编号	YWK-2020-4
	发布部门	医务科	编制人	王赤霞
	生效日期	2016年4月	审核人	肖丽亚
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	337

医德医风管理规定

1. 目的

为了提高医务人员职业道德素质和医疗服务水平。

2. 标准

2.1 医德教育和医德医风建设为医院目标管理的重要内容。

2.2 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》。

2.3 根据《医务人员医德规范及实施办法》，结合我院实际情况建立医德教育和考核考评办法，制定具体的、切实可行的考核标准及办法，建立医务人员医德档案。

2.4 医德教育和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。

2.5 医务人员的医德教育和考核结果，作为聘任、任职、提薪、晋升以及评优的重要条件之一。

2.6 医德教育和考核成绩优秀者，给予表彰和奖励；医德教育和考核成绩差者进行批评教育；对于严重违反医德规范，触犯行政规章及法律者，给予相应的处罚。

3. 相关文件

中华人民共和国《医务人员医德规范及实施办法》 卫生部(88)卫医字第40号

第九章 病案管理

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	病历（案）工作制度	制度编号	BAGLK-2020-1
	发布部门	病案管理科	编制人	杨文鑫
	生效日期	2020年11月	审核人	费娅
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	338-340

病历（案）工作制度

1. 目的

为全面提高病案管理工作质量，促进病案管理规范化、制度化。严格按照《中华人民共和国侵权责任法》、《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范》、《电子病历基本规范（试行）》和《医疗机构病历管理规定》等有关法规、规范管理病历（案），结合我院实际，制定本工作制度。

2. 标准

2.1按照《医疗机构病历管理规定》等有关法规、规范的要求、设置病案科，由高级职称人员负责病案质量管理与持续改进工作。

2.2配设相应的设施、设备与人员梯队。

2.3制定病案使用等方面的制度、规范、流程等执行文件。

2.4病案管理人员均接受规范培训和教育，并对参加病案专业继续教育及时进行登记记录。

2.5为每一位在门诊、急诊、住院患者书写符合《病历书写基本规范》要求的病历，按现行规定保存病历资料，保证可获得性。

2.5.1建立医师工作站，有处方及检查化验报告等查询功能。

2.5.2按规定为门诊、急诊、住院患者书写病历记录，保存每一位来院就诊患者的基本信息。

2.5.3为每一位门诊、急诊患者建立就诊记录或急诊留观病历，对门、急诊患者至少保存包括患者姓名、就诊日期、科别等基本信息。

2.5.4为每一位住院患者建立并保存病案，出院病案由病案管理科保管。每一位住院患者有姓名索引系统，内容至少包括姓名、性别、出生日期（或年龄）、身份证号。

2.5.5控制每份病案的去向，对未归档的病案有记录。

2.5.6加强安全管理，保护病案及信息的安全。

2.5.6.1病案库有防盗、防尘、防湿、防蛀、防高温措施。

2.5.6.2病案管理科工作人员知晓应急预案及处理流程，指定专人负责安全管理。

2.5.6.3科室定期进行安全检查，对存在问题和缺陷及时改进。

2.5.6.4职能部门定期对病案管理科的安全管理进行检查指导，及时消除隐患，保障安全。

2.6有病历书写质量的评估报告。

2.6.1铜仁市妇幼保健院《病历书写基本规范》的实施文件，发至每一位医师。

2.6.2病历书写作为医师岗前培训、临床医师“三基”训练主要内容之一。

2.6.3由医务科或质控科按培训计划组织病历书写的相关培训。

2.7病案管理委员会作为病历质量控制与评价组织。

2.7.1由具备主治医师以上资格且有5年以上管理住院病人临床工作经历的人员主持。

2.7.2采用卫生部发布的疾病分类ICD-10与手术操作分类ICD-9-CM-3，对出院病案进行分类编码。

2.7.3建立科学的病案管理科管理体系，包括出院病案信息的查询系统。

2.7.4严格执行借阅、复印病历制度，防止丢失、损毁、篡改、非法借阅、使用和患者隐私的泄露。

2.7.5推进电子病历，医院有电子病历系统的建设的方案与计划，电子病历符合《电子病历基本规范》。

2.8由文字处理软件编辑、打印的病历文档，病历记录全部内容、格式、时间、签名均以纸版记录为准。

3. 相关文件

3.1 2009年12月26日中华人民共和国主席令第21号《中华人民共和国侵权责任法》

3.2 2002年2月20日国务院令第351号《医疗事故处理条例》

3.3 2013年11月20日，国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《医疗机构病历管理规定》（国卫医发〔2013〕31号）

3.4 2010年2月4日 国家卫生部印发《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）

3.5 2010年2月22日国家卫生部印发《电子病历基本规范（试行）》（卫医政发〔2010〕24号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	病案管理制度	制度编号	BAGLK-2020-2
	发布部门	病案管理科	编制人	杨文鑫
	生效日期	2020年2月	审核人	费娅
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	341-343

病案管理制度

1. 目的

为加强病案管理，规范病案管理人员，保持就诊者信息的隐私性和保密性，利于临床医疗、科研、教学工作。严格按照《医疗机构管理条例》和《医疗机构病历管理规定》修订，结合我院实际，制定本工作制度。

2. 标准

2.1 病历是国家档案的主要组成部分，因此严格按照国际疾病分类（ICD-10 诊断编码和 ICD-9-CM-3）办法对全院住院病历进行编码并集中保存和管理。

2.2 患者住院期间病历由各临床科室负责保管，病历应保持整洁、排列有序、符合要求，科室应对住院病历严格管理，严防丢失、毁损，未经批准住院病历不允许查询和复印。

2.3 各临床治疗小组主治医师重点把关，出院时治疗小组负责人（副主任以上医师）最后把关。患者出院时科室质控医师、质控护士应对病历质量进行评价，按照规定格式、次序、时间整理病案。

2.4 病案管理科负责全院出院病历的登记、上架和保管工作。

2.5 出院病历在办理出院结算手续后3日内回归病案管理科，病案管理科对病历内容进行核对，发现填写不全者不予归档。当患者出院时尚未发出检查报告的，其报告单要做登记，待取得报告结果后应及时按规定对号入患者病历中，保持病历的完整性。

2.6 回收病案时病房工作人员与病案工作人员做好交接登记，双方在病历交接登记本上签字，交接查收后，对未能及时回收的病案，病案管理科要及时向临床科室查询下落、进行追踪。

2.7 病案管理人员要严格履行病案管理科工作制度，做到病案不丢失、不涂改、不损坏、不泄露，特别是确认有纠纷和差错事故的“特殊病历”，严格执行

病历登记复印制度。

2.8病案管理人员做好病案库房的保管工作，保证清洁、整齐、通风干燥，防止病案霉烂、虫蛀及火灾。

2.9病案使用范围包括：再住院患者的病案调用；临床病历讨论、死亡病历讨论；医院对医疗事故问题处理的调用；医疗、教学、科研病案的调用；公检法、医保、社保、患者等所需病案的调阅和复印。

2.10病案属于医药卫生科技档案，须借阅、复印病案者严格按照《铜仁市妇幼保健院病案借阅制度》和《铜仁市妇幼保健院病历复印制度》执行。

2.11出院病历原则上永久保存，至少不低于30年。

3. 相关文件

3.1 2002年2月20日国务院令第351号《医疗事故处理条例》

3.2 2013年11月20日，国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《医疗机构病历管理规定》（国卫医发〔2013〕31号）

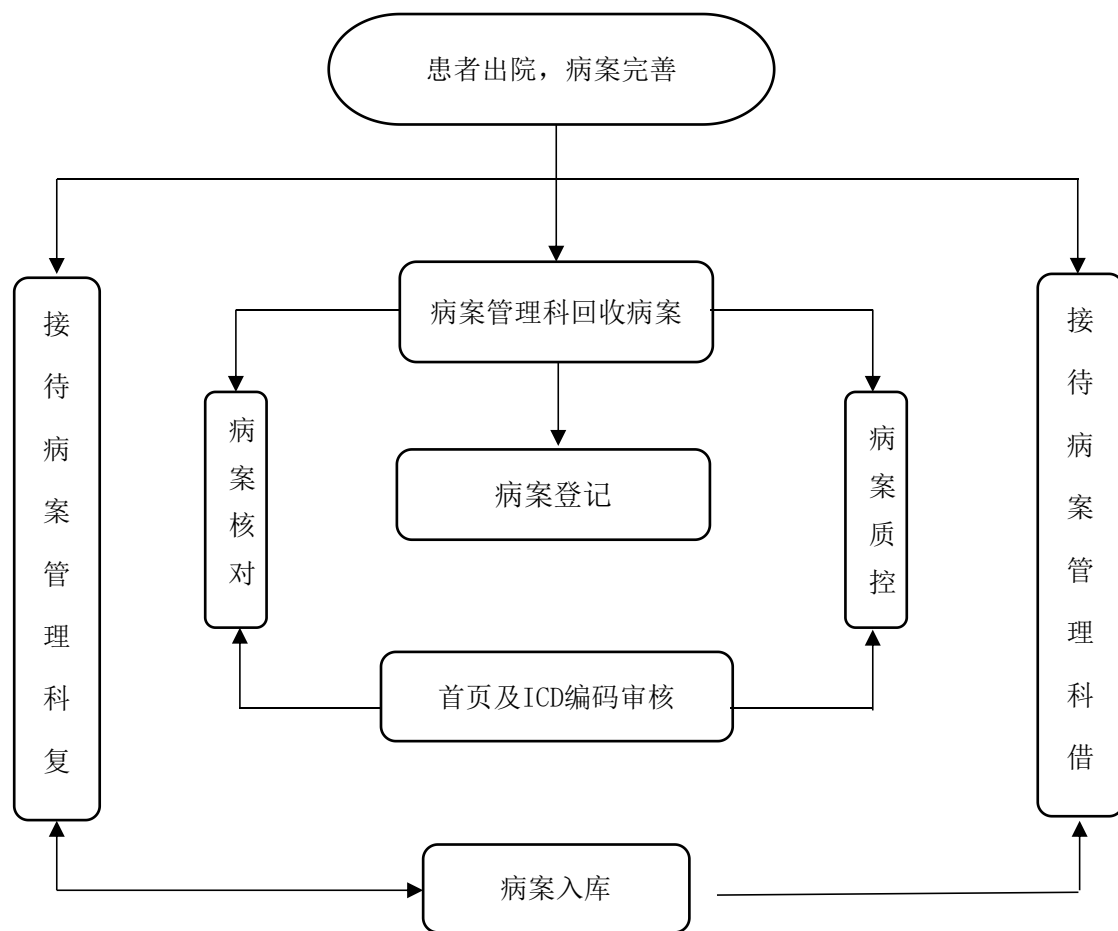
3.3 《铜仁市妇幼保健院病案借阅制度》

3.4 《铜仁市妇幼保健院病历复印制度》

附件：铜仁市妇幼保健院病案管理流程图

附件

铜仁市妇幼保健院病案管理流程图



 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	病案收集制度	制度编号	BAGLK-2020-3
	发布部门	病案管理科	编制人	杨文鑫
	生效日期	2020年11月	审核人	费姪
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	344-346

病案收集制度

1. 目的

为全面提高病案管理工作质量,规范病案管理人员对病案进行有序的收集工作。严格按照《医疗机构病历管理规定》和《医疗事故处理条例》修订,结合我院实际,制定本工作制度。

2. 标准

2.1每日出院病人病历由各科负责的护士整理后,按出院登记保证病历完整,并填写病历收集登记册。

2.2出院病案的收集要依据病房出院病人报表的登记情况进行收集,认真核对各科病历收集登记册上所写的姓名、住院号,病案管理人员清点收到病历的份数后签名以示负责。

2.3应在病人出院3日之内将所有出院病案全部收回。

2.4由于某种原因医师未能及时完成病案记录,导致病案不能全部收回,对未能按时收回的病案应有记录,并注意再次收回。

2.5主管医师注意收取滞后的检验报告单,如病理报告等在出院3日内取回报告,记录在病程中并粘贴报告,保证病历资料的完整性。

2.6病案管理员要对每份病案内容进行质和量的分析检查,对未填写或疏漏项目进行登记,有重大缺陷的病历,立即通知有关科室来病案管理科修改,并填写《病历质量存在的问题整改记录》。

2.7病案管理科与职能部门对患者出院后病历未能及时回归病案管理科的科室进行追踪、分析、改进管理,保障回归率。


3. 相关文件

3.1 2002 年2月20日国务院令第351号《医疗事故处理条例》

3.2 2013 年11月20日,国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《医疗机构病历管理规定》(国卫医发〔2013〕31号)

附件: 1. 铜仁市妇幼保健院病历收集登记册

2. 病历质量存在的问题整改记录

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	病案归档上架制度	制度编号	BAGLK-2020-4
	发布部门	病案管理科	编制人	杨文鑫
	生效日期	2020年11月	审核人	费娅
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	347

病案归档上架制度

1. 目的

为全面提高病案管理工作质量，规范病案管理人员对病案进行有序的归档上架工作。严格按照《医疗机构病历管理规定》修订，结合我院实际，制定本工作制度。

2. 标准

2.1 归档回收的病案包括出院病历、借阅归还、复印等病案。

2.2 病案归档工作要认真细致，保证病案号的准确性，病案管理科每月中下旬对上月的出院病历进行核对，对破损的病案进行修补，核对正确后上架入库。

2.3 上架时要认真细致，思想集中、看准号码、坚持核对制。病案上架时要认真核对架上前后病案的病案号，实行留尾核对制，防止病案错位归档（病案号印记较淡，发生辨认错误；视觉倒码、顺码、变码引起视觉误差；病案较薄，出现夹带）。


2.4 保持病案排放整齐，保持松紧适度，防止病案破损，提高工作效率。

2.5 严格执行《铜仁市妇幼保健院病案借阅制度》，每月催还外借病历。归还的病案要勤于上架，以便于病案的查找和供应。

3. 相关文件

3.1 2013年11月20日，国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《医疗机构病历管理规定》（国卫医发〔2013〕31号）

3.2 《铜仁市妇幼保健院病案借阅制度》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	病案保存制度	制度编号	BAGLK-2020-5
	发布部门	病案管理科	编制人	杨文鑫
	生效日期	2020年11月	审核人	费娅
	修改日期		批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	348

病案保存制度

1. 目的

为全面提高病案管理工作质量，规范病案管理人员对病案进行有序的整理、保管工作。严格按照《医疗机构病历管理规定》修订，结合我院实际，制定本工作制度。

2. 标准

2.1 归档病案原则上是永久保存，以原始形态，保存时间自患者最后一次住院出院之日起不少于30年。

2.2 归档病案在病案管理科上架保存。具体详见铜仁市妇幼保健院《病案归档上架制度》。


2.3 病案顺序依病案编号从小到大、从左到右保存。

2.4 病案如无其他替代品不得打包存放或远距离存放，不得丢失、损坏。

3. 相关文件

3.1 病案管理人员对病案进行有序的整理、保管工作《医疗机构病历管理规定》（国卫医发〔2013〕31号）

3.2 《铜仁市妇幼保健院病案归档上架制度》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	病案库房管理制度	制度编号	BAGLK-2020-6
	发布部门	病案管理科	编制人	杨文鑫
	生效日期	2020年11月	审核人	费娅
	修改日期		批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	349-355

病案库房管理制度

1. 目的

严格按照《医疗机构管理条例》、《医疗纠纷预防和处理条例》和《医疗机构病历管理规定》等有关法规、规范管理病案库房，以维护病案的完整与安全，最大限度地延长病案的“寿命”为目的，特制定病案库房管理制度。

2. 标准

2.1 库房有病案管理人员专人管理，非专管人员不得擅自进入库房。

2.2 库房内设置必要的设备，记录库房温度、湿度数值（温度保持在14-24℃之间；湿度保持在45-65%之间），同时也需根据季度变化及时调节，保持适宜的温度和湿度，并每天填写《病案库房温度湿度监测记录表》。

2.3 必须做好库房防火、防水、防尘、防虫、防光、防霉等工作，每日将检查情况登记于《病案库房定期安全检查表》、《消防设备月检查记录表》、《防火巡查记录表》《防虫、防鼠、防霉、防潮记录表》

2.4 防火

2.4.1 病案库房建筑防火，建筑构件符合防火要求。

2.4.2 病案库房内外防火，病案库房内严禁存放易燃易爆物品，严禁吸烟、使用明火。电源、线路经常检查维修，离开库房切断电源，库房内外配备消防器材，保持良好状态，库房内安装火警报警装置，及时发现火情。

2.5 防水：注意屋顶、门窗、外墙、地面。

2.6 防尘：库房安装密闭门窗，经常清扫，保持卫生清洁。

2.7 防虫

2.7.1 改善库房建筑条件，确保库房地面、墙壁、屋顶无孔、洞、缝。

2.7.2 控制库房温度、湿度，不适于害虫生长。

2.7.3 保持入库前检查，对可能感染害虫的病案进行彻底消毒。

2.7.4 保持库房内外清洁卫生，防治害虫生长繁殖。

厚德精诚 笃行至善

2.7.5 库房内放置杀虫剂。

2.7.6 及时更换防虫药物。

2.8 防光：窗户上加遮阳设施，库房内采用白炽灯，不宜使用日光灯。

2.9 防霉：保持干净和干燥，湿度控制。

2.10 工作人员离开库房时，要关好门窗和电源，确保库房安全。

3. 相关工作

3.1 2002年2月20日国务院令第351号《医疗事故处理条例》

3.2 2018年6月20日国务院令第701号《医疗纠纷预防和处理条例》

3.3 病案管理人员对病案进行有序的整理、保管工作《医疗机构病历管理规定》（国卫医发〔2013〕31号）

附件：1. 病案库房温度湿度监测记录表

2. 病案库房定期安全检查表

3. 病案库消防设备月检查记录表

4. 病案库防火巡查记录表

5. 病案库防虫、防鼠、防霉、防潮记录表

附件1:

病案库房温度湿度监测记录表

年份:				标准温度: 14-24℃ 标准湿度: 45-60%							
日期	姓名	温度	湿度	日期	姓名	温度	湿度	日期	姓名	温度	湿度
备注:											

注: 1. 正常保存温度14-24℃, 相对温湿度为45%-60%, 记录时间为上午8:00-9:00。

2. 对出现超范围的温度或湿度, 库房管理员应及时处理, 并及时记录签名。

附件2:

病案库房定期安全检查表

年 月 日

序号	检查项目	检查内容	检查结果	备注
1	门窗	是否完好	是 () 否 ()	
2	消防安全指示标识	是否完好	是 () 否 ()	
3	除湿器	是否正常工作	是 () 否 ()	
4	温湿度计	是否正常	是 () 否 ()	
5	空调	是否正常工作	是 () 否 ()	
6	密集架	是否完好	是 () 否 ()	
7	复印件	是否完好	是 () 否 ()	
8	打印机	是否完好	是 () 否 ()	
9	病案信息系统	是否完好	是 () 否 ()	
10	其它			

附件3:

病案库消防设备月检查记录表

设备名称：消防设备、设施		年度：			
设备及配件记录		灭火器、消防栓			
序号	日期	检查设备配件情况是否齐全，完好	清洁卫生情况	检查人	备注
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
<p>设备正常请在空格里划“√”设备异常请在空格或备注里注明异常原因，并将异常统计在巡检表上存档备案。</p>					

附件4:

病案库防火巡查记录表

巡查科室:

年度:

巡查地点	巡查时间		
巡查内容	有无用火用电违章情况	有:	无:
	安全出口、疏散通道是否通畅（严禁堆放杂物或锁闭通道门）	是:	否:
	安全疏散指示标志、应急照明灯是否在位、完好。	是:	否:
	消防水带、灭火器是否在位、完好、有效、（灭火器压力表上的指针必须在绿色区域内才能算有效）。	是:	否:
	消防安全重点地点（如库房等）人员是否在岗。	是:	否:
	库房内是否堆放有大量易燃物品（如被服、纸张等）。	是:	否:
	管道井是否堆放杂物。	是:	否:
巡查结果登记	防火巡查是否发现存在火灾隐患。	是:	否:
	对发现的火灾隐患是怎样处理的（如果没有发现火灾隐患就不填写此栏内容？）		

巡查人员（签名）:

附件5:

病案库防虫、防鼠、防霉、防潮记录表

年度:

月份:

序号	检查时间	库房是否通风	库房是否干燥	地面是否干净	库房是否定期打扫	是否有防鼠设施	是否有防虫设施	签名:
第一周								
第二周								
第三周								
第四周								
异常处理对策:								
备注:					权责与保存说明:			
1. 每周检查一次					1. 此表单由使用者每天依真实情况			
2. 如有不良情况及时联系相关单位					2. 本表单保存期为一年			
3. 是的在空格内打“√” 否的在空格内打“×”								

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	病案保护及信息安全制度	制度编号	BAGLK-2020-7
	发布部门	病案管理科	编制人	杨文鑫
	生效日期	2020年2月	审核人	费娅
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	356-357

病案保护及信息安全制度

1. 目的

为加强病历管理，保护就诊患者信息的隐私性和保密性，利于临床医疗、科研、教学工作。严格按照《医疗纠纷预防和处理条例》、《医疗机构管理规定》、《医疗机构病历管理规定》和《电子病历基本规范（试行）》修订，结合我院实际，制定本工作制度。

2. 标准

2.1 病案安全保护：

2.1.1 防火：病案管理科不准使用明火、吸烟，下班前切断电源，并配置相应的消防器材，消防安全符合规范。

2.1.2 防水、防潮：病案管理科密集架不得直接接地，以防病案与地面直接接触。

2.1.3 防尘：定期进行卫生打扫，擦拭密集架等。

2.1.4 防虫：定期用杀虫剂进行杀虫处理。

2.1.5 防光：配备遮阳设施。

2.1.6 防有害气体：保持空气流通，无异味，空气清新。

2.2 信息安全保障：

2.2.1 病案资料除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者的病历（包括患者及家属）。

2.2.2 医院要维护病历信息安全，病人住院期间，其住院病历由所在病区负责整理、统一保管。病区应将收到的住院病人的检查报告等结果在24小时之内归入住院病历。病人出院后的病历由病案管理科负责保管，年限不少于30年，门急诊病历保留15年。

2.2.3 涉及医疗纠纷或案件，在未做出鉴定处理之前，应由医务科妥善保管，任何个人未经医务科批准，不得转借、转抄或复印。

厚德精诚 笃行至善

2.2.4住院病历因医疗活动或复印等需带离病区时，应当由病区指定专门人员负责携带和保管。

2.2.5医务人员借阅病案必须办理借阅手续，对借阅的病案应妥善保管，不得涂改、转借、拆散和丢失。对丢失或损毁病案者按相关规定进行处罚。

2.2.6出院病案一般不准外借。如公安、司法机关因办理案件，需要查阅、复印病历资料时，在出具采集证据的法定证明及执行公务人员的有效证件后予以协助。

2.2.7病案管理科应当受理下列人员和机构复印病历资料复印时参照病案管理规定，出具相应证明。

2.2.7.1患者本人或代理人

2.2.7.2死亡患者近亲属

2.2.7.3保险机构

2.2.7.4公安司法机关复印病历资料经申请人核对无误后，复印件需经病案管理科盖章生效。

2.2.8电子病历信息一般情况不能擅自复制和拷贝，如特殊情况需要复制拷贝须经相关职能部门批准，并做好登记才能复制拷贝。

2.3指定专人负责安全管理。

2.4科室定期进行安全检查，对存在问题和缺陷及时改进。

2.5职能部门定期对病案管理科的安全管理进行检查指导，及时消除隐患，保障安全。

3. 相关文件

3.1 2018年08月31日国务院令第701号《医疗纠纷预防和处理条例》

3.2 2016年2月6日国务院令第666号《医疗机构管理规定》

3.3 2013年11月20日，国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《医疗机构病历管理规定》（国卫医发〔2013〕31号）

3.4 2010年2月22日国家卫生部印发《电子病历基本规范（试行）》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	病案服务管理制度	制度编号	BAGLK-2020-8
	发布部门	病案管理科	编制人	杨文鑫
	生效日期	2020年2月	审核人	费娅
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	358-359

病案服务管理制度

1. 目的

本制度严格按照《医疗机构病历管理规定》，结合我院实际修订。为了更好的为医院医务人员及管理人员、患者及其委托代理人、有关司法机关及医疗保险机构人员提供病案服务，制定病案服务管理制度，明确相关服务规范与服务程序。

2. 标准

2.1 服务对象

2.1.1 病案服务限于相关医务人员及管理人员，患者及其委托代理人，公安机关、检察院、法院等有关司法机关及医疗保险机构相关人员。

2.2 病案服务管理制度

2.2.1 依照法律、法规和规章为患者及其委托代理人、司法机关和医疗保险机构相关人员提供病案服务，履行借阅、复印申请核查与并按信息核查。

2.2.2 病案服务登记信息必须完整，包括借阅人、借阅与归还时间、借阅目的以及复印或复制的内容，保留相关借阅、复印或复制人的申请、身份证明、单位介绍信等资料。

2.2.3 严格病案管理，严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病案。除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅该患者的病历。

2.2.4 患者调取病案具体时间规定，为了保证患者就诊时对所需病案的可及性，保证患者出院后3个工作日之内病案回归病案管理科 $\geq 90\%$ ，个别科室未到期及时催收，保证满足患者复印病案的要求。

2.2.5 在工作时间内，所有需要调取病案者持有效身份证明按病案服务制度调取病案。在工作时间8小时之外因危急重症需要而借阅病案者应提前与病案管理科工作人员联系。

2.3 病案服务规范与程序

厚德精诚 笃行至善

2.3.1病案复印：详见《铜仁市妇幼保健院病历复印制度》。

2.3.2病案借阅：详见《铜仁市妇幼保健院病案借阅制度》。

3. 相关文件

3.1 2013 年11月20日，国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《医疗机构病历管理规定》

3.2 《铜仁市妇幼保健院病历复印制度》

3.3 《铜仁市妇幼保健院病案借阅制度》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	病历复印制度	制度编号	BAGLK-2020-9
	发布部门	病案管理科	编制人	杨文鑫
	生效日期	2020年2月	审核人	费娅
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	360-367

病历复印制度

1. 目的

为全面提高病案管理工作质量,规范病案管理人员对病历复印进行有序工作,保障患者的合法权益,维护医疗机构正常的工作秩序。本制度依据《中华人民共和国侵权责任法》、《医疗事故处理条例》和《医疗机构病历管理规定》等法规,结合我院实际情况进行修订。

2. 标准

2.1 医院受理下列人员和机构复印病历资料的申请:

- 2.1.1 患者本人或者其委托代理人。
- 2.1.2 死亡患者法定继承人或者其代理人。
- 2.1.3 保险机构

2.2 我院由医务科受理病历复印申请。受理复印申请时,应要求申请人提供有关证明材料,并对申请材料进行审核:

2.2.1 申请人为患者本人:应当提供患者的有效身份证明。

2.2.2 申请人为患者代理人:应当提供患者及其代理人的有效身份证明,以及代理人与患者代理关系的法定证明材料和授权委托书。

2.2.3 申请人为死亡患者法定继承人:应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人的有效身份证,死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料(如结婚证、户口簿或村/居委会证明等)。

2.2.4 申请人为死亡患者法定继承人代理人:应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人及其代理人的有效身份证,死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料,代理人与法定继承人代理关系的法定证明材料及授权委托书。

2.2.5 公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门,因办理案件、依法实施专业技术鉴定、医疗保险审核或仲裁、商业保险审核等需要,提出审核、查阅或者复印病历资料要求的,经办人员提供以下证明材

料后，医院可以根据需要提供患者部分或全部病案：

2.2.5.1该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门出具的调取病案的法定证明；

2.2.5.2经办人本人有效身份证明；

2.2.5.3经办人本人有效工作证明（需与该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门一致）。

2.2.5.4保险机构因商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复印病案资料要求的，还应当提供保险合同复印件、患者本人或者其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，应当提供保险合同复印件、死亡患者法定继承人或者其代理人同意的法定证明材料。（合同或者法律另有规定的除外。）

2.3医务科受理复印病历资料申请后，审核申请人证明材料是否齐全，证明材料不齐，通知申请人补齐材料后再次申请；申请人证明材料携带齐全，填写《铜仁市妇幼保健院病历复印申请单》，申请人带着复印申请单到病案管理科进行病案复印。

2.4医院可以为申请人复印的病历资料包括：病案首页、入出院记录、住院病历中的体温单、医嘱单、麻醉记录、手术记录、病重（病危）患者护理记录、病理报告、检验报告等辅助检查报告单、医学影像检查资料。

2.5病案管理员收到病历复印申请单后进行审核，审核通过后病案管理员核实病案的去向，由专人在第一时间到病案库查找病案，将病案送到病案管理科复印，复印人员在申请人在场的情况下复印；复印的病历资料经申请人和病历复印人员确认无误后，加盖我院复印证明专用章，并填写《复印病历登记册》。

2.6住院期间病历原则上不提供复印服务。特殊情况申请人确实急需病历资料的，申请人应向其病历保管病区主管医师提出复印需求，由所在病区通知病案管理人员后，申请人携带相关证明材料到病案管理科办理。如病历尚未完成，按照《病历书写基本规范》和《中医病历书写基本规范》要求，可以对已完成病历先行复印，在医务人员按照规定完成病历后，再对新完成部分进行复印。

2.7收费问题：医院复印病历资料，按照《医疗纠纷预防和处理条例》（国务院令第701号）文件规定及医院医保科物价办核定收费标准进行收费，每张（A4纸）收取0.5元工本费，复印费用在病案管理科现场扫码交费。

2.8 申请人伪造证件、委托书或关系证明等造成的后果由申请人承担法律责任。

2.9 无正当理由，任何单位和个人不得拒绝为患者复印、复印病历资料或者拒绝为复印、复制的病历资料加盖证明印记。

2.10 无正当理由，任何单位和个人不得拒绝为患者复印、复印病历资料或者拒绝为复印、复制的病历资料加盖证明印记。

3. 相关文件

3.1 2009 年12月26日中华人民共和国主席令第21号《中华人民共和国侵权责任法》

3.2 2002年2 月20日国务院令第351号《医疗事故处理条例》

3.3 2013年 11 月20日，国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《医疗机构病历管理规定》（国卫医发〔2013〕31号）

3.4 2018年08月31日国务院令第701号《《医疗纠纷预防和处置办法》

3.5 2010 年2月4日国家卫生部印发《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）

3.6 2010 年7月1日起，卫生部、国家中医药管理局联合印发的《中医病历书写基本规范》（国中医药医政发〔2010〕29号）

附件：1. 铜仁市妇幼保健院病历复印申请单

2. 铜仁市妇幼保健院病历复印须知

3. 铜仁市妇幼保健院病历复印流程图

4. 铜仁市妇幼保健院复印病历登记册

附件1:

铜仁市妇幼保健院病历复印申请单

患者_____于_____年_____月_____日在_____科住院（治疗、分娩（男婴、女婴）），住院号_____。现因需要_____

_____，申请复印此次住院的有关病历资料，以上所属情况属实，如出现其他后果，申请人愿承担相应的法律责任。具体复印内容如下（申请复印的项目请在方框中打“√”）：

- | | | | | | |
|----------------|--------------------------|--------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| 1. 门（急）诊病历 | <input type="checkbox"/> | 2. 入院记录 | <input type="checkbox"/> | 3. 体温单 | <input type="checkbox"/> |
| 4. 医嘱单 | <input type="checkbox"/> | 5. 化验单（检验报告） | <input type="checkbox"/> | 6. 医学影像检查资料 | <input type="checkbox"/> |
| 7. 特殊检查（治疗）同意书 | <input type="checkbox"/> | 8. 手术同意书 | <input type="checkbox"/> | 9. 手术及麻醉记录 | <input type="checkbox"/> |
| 10. 病理报告 | <input type="checkbox"/> | 11. 护理记录 | <input type="checkbox"/> | 12. 出院记录 | <input type="checkbox"/> |
| 13. 病案首页 | <input type="checkbox"/> | 14. 分娩记录 | <input type="checkbox"/> | 15. 婴儿记录 | <input type="checkbox"/> |

申请人签名：
 申请人身份证号码：
 与患者关系：

年 月 日

医务科审批意见

同意复印上述病历资料，请留存身份证复印件及相关证明。

审批人签名：
 年 月 日

附件2:

铜仁市妇幼保健院病历复印须知

为保障患者的合法权益，维护医疗机构正常的工作秩序，根据中华人民共和国《侵权责任法》和《医疗机构病案管理规定》等法规，我院由病案管理科负责执行病历资料的复印，并按以下要求操作：

一、复印申请人类别及其需提供的相关证明材料

(一) 复印病历申请人仅限于：患者本人或其代理人，死亡患者近亲属或其代理人、保险机构、公安和司法机关。

(二) 复印申请人需提供的相关证明材料：

申请人类别	需提供的证明资料
患者本人	患者的有效身份证明
患者代理人	1. 患者的有效身份证明 2. 代理人的有效身份证明 3. 代理人与患者代理关系的法定证明和授权委托书
死亡患者近亲属	1. 患者的死亡证明 2. 近亲属的有效身份证明 3. 代理人是死亡患者近亲属的法定证明
死亡患者近亲属代理人	1. 患者的死亡证明； 2. 近亲属的有效身份证明 3. 代理人的有效身份证明 4. 死亡患者与其近亲属关系的法定证明 5. 代理人与死亡患者近亲属的法定证明
保险机构	1. 保险合同复印件 2. 保险机构承办人员的查数证件 3. 患者或其代理人员同意的授权委托书（患者死亡的，则为死亡患者近亲属或其代理人的授权委托书）
公安、司法机关	1. 公安、司法机关采集证据的介绍信 2. 执行公务人员的工作证；

二、病历复印范围

住院病历病案首页、入院记录、出院记录、体温单、医嘱单、化验单（检查报告）、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）通知书、手术同意书、手术及麻

醉记录单、病理报告、护理记录。

三、注意事项

（一）已归档的病案由病案管理科提供复印，未归档的病历所因各种原因需要复印时，由病区主管医师签字同意后，由病区指定专人负责携带病历，同患者或其代理人到病案管理科可进行复印。

（二）病历复印需在病案管理科进行，任何人未经许可，不得随意接触病历，更不能将病历带出医院复印。

（三）病历复印时，申请人不得随意进入工作区域，病历复印完毕经申请人核对无误后，由工作人员加盖证明印章方视为有效。

（四）病历复印后，须将申请人所提供的有关证明和/复印件放入病案中备案。

（五）病历复印后，除特殊原因外，原则上不提供多次复印。

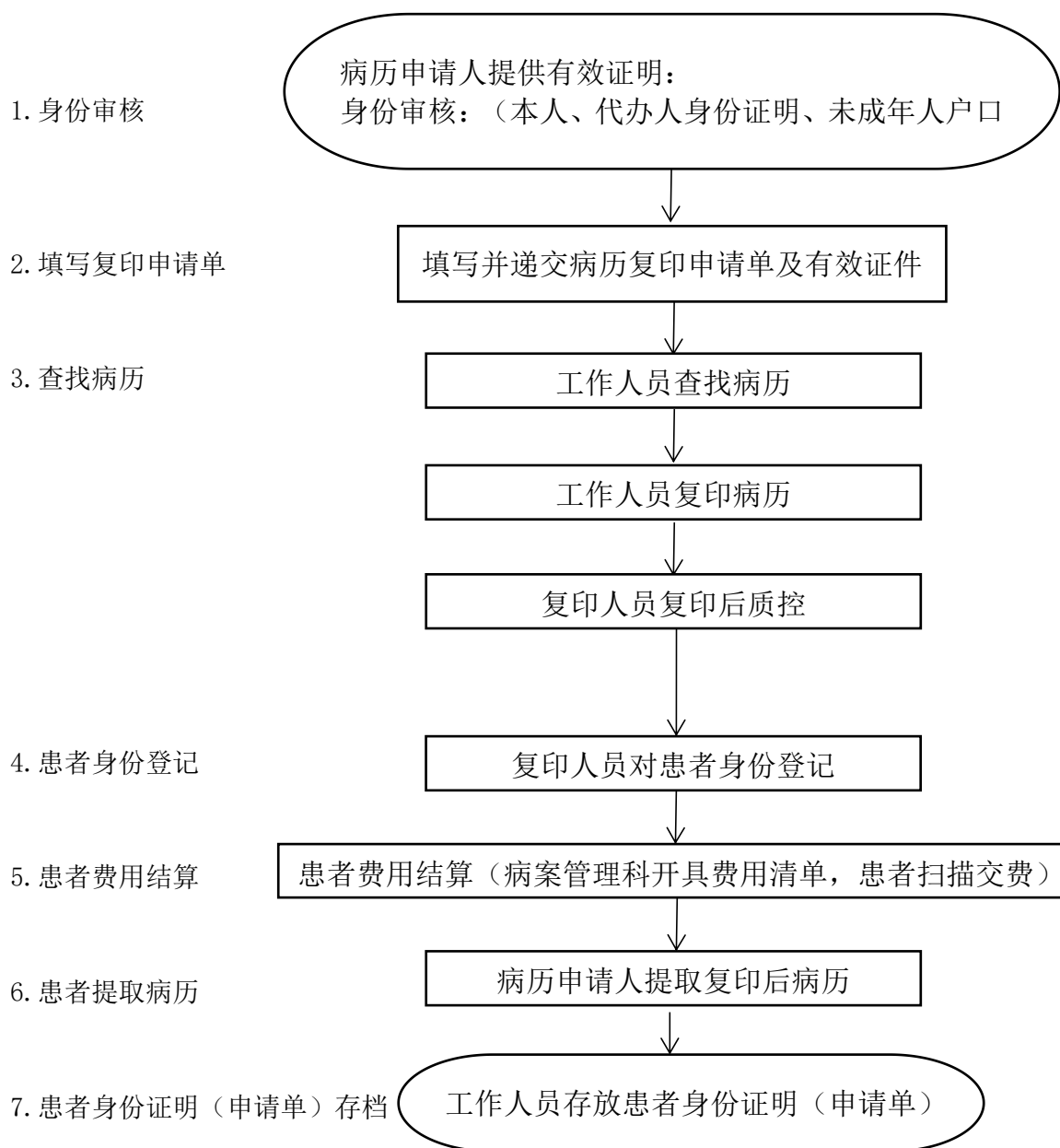
（六）以暴力、威胁等方法强行复印病历资料的，病案管理科不加盖证明印章，强行抢走病历资料的，医院不再提供病历资料的复印，也不认可病历资料的真实性，相关法律后果由患方全部承担，伤害医院工作人员身体，造成医院财产损坏的，将报送公安机关依法处理。

（七）按照文件规定，病历复印费（A4纸）收取0.5元/张。

（八）复印时间为周一至周五的8:00-12:00, 14:00-17:00(法定节假日除外)

附件3:

铜仁市妇幼保健院病历复印流程图



附件4:

铜仁市妇幼保健院复印病历登记册

序号	日期	住院号	患者姓名	用途	复印页数	身份证	申请人签字

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	病案借阅制度	制度编号	BAGLK-2020-10
	发布部门	病案管理科	编制人	杨文鑫
	生效日期	2020年2月	审核人	费娅
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	368-372

病案借阅制度

1. 目的

为全面提高病案管理工作质量，规范病案管理人员对病案借阅进行有序工作，保障患者的合法权益，维护医疗机构正常的工作秩序。严格按照《中华人民共和国侵权责任法》、《医疗事故处理条例》和《医疗机构病历管理规定》等法规，结合我院实际情况，制定本工作制度。

2. 标准

2.1 病案管理科严格执行院内病案借阅制度，未经病案管理科许可不得从病案管理科拿走病案。医务人员填写未完成的病案记录，均需在病案管理科进行，无特殊情况病案不得借出病案管理科。

2.2 除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病案。本院医师经医务科批准后，方可借阅死亡及有医疗争议等特定范围内的病历，但不得借阅本人亲属及与本人存在利益关系的患者病案。因科研、教学等特殊需要借病历，需要相关管理部门批准。

2.3 新出院或死亡病人的病案需经病案管理科整理入库后，方可借用。

2.4 借阅病案要办理借阅手续，阅后借阅人在7日内归还病案，特殊情况下可延长至半个月。若超过7日，病案管理人员应及时催借阅人归还病案，并填写《铜仁市妇幼保健院催还病案登记册》。

2.5 借阅者应妥善保管和爱护借用的病案，不得涂改、转借、拆散和丢失，否则追究当事者责任。

2.6 除公、检、法、医保、卫生行政单位外，其他单位及个人一般不予外借。必要时须持有单位介绍信及有关证件经医务科批准后，可摘录病史。

2.7 归还病案时病案管理科人员应按上述要求认真检查病案，确保无误后归档，借阅归还应及时登记签名。

2.8 借阅病历归还率必须达100%。

厚德精诚 笃行至善

2.9 凡到病案管理科查阅病案者，应自觉遵守病案管理科各项管理规定，不得私自拿取病案。

2.10 对不遵守本制度，造成不良后果者，由病案管理委员会根据情节研究处理措施，提交院部处理。

3. 相关文件

3.1 2009 年 12 月 26 日中华人民共和国主席令第 21 号《中华人民共和国侵权责任法》

3.2 2002 年 2 月 20 日国务院令第 351 号《医疗事故处理条例》

3.3 2013 年 11 月 20 日，国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《医疗机构病历管理规定》（国卫医发〔2013〕）

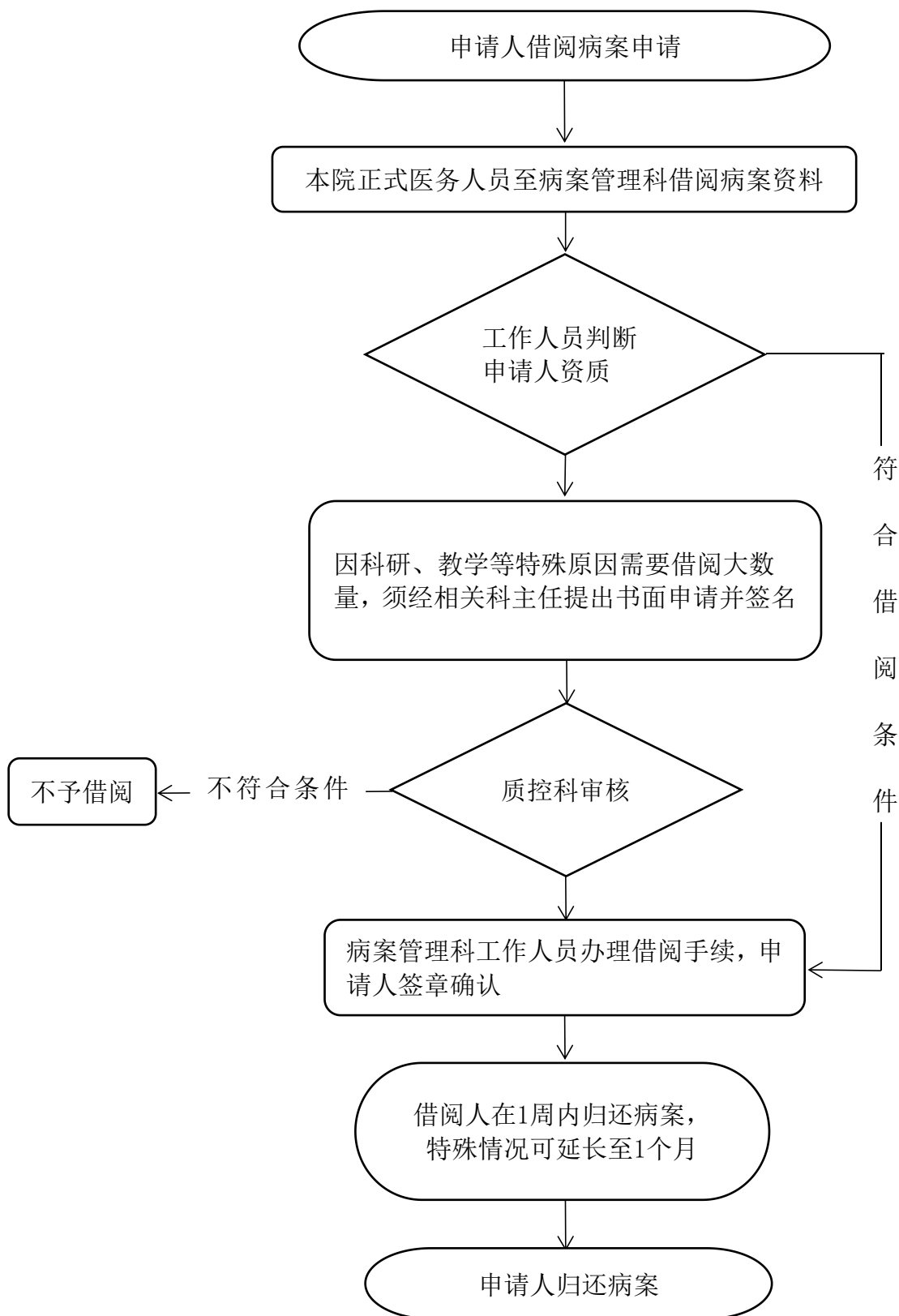
附件：1. 铜仁市妇幼保健院病案借阅流程图

2. 铜仁市妇幼保健院病案借阅登记册

3. 铜仁市妇幼保健院催还病案登记册

附件1:

铜仁市妇幼保健院病案借阅流程图



附件2:


铜仁市妇幼保健院病案借阅登记本

序号	日期	住院号	患者姓名	科室	用途	借阅人	借出日期	归还日期	归还人	备注

附件3:

铜仁市妇幼保健院催还病案登记册

序号	日期	科室	住院号	归还日期	归还人签字	操作人签字

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	回避与保护患者隐私的规范与措施	制度编号	BAGLK-2020-11
	发布部门	病案管理科	编制人	杨文鑫
	生效日期	2020年11月	审核人	费娅
	修改日期		批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	373-374

回避与保护患者隐私的规范与措施

1. 目的

本制度依据《中华人民共和国侵权责任法》和《医疗机构病历管理规定》修订，隐私是属于人格权范畴，是宪法赋予公民的基本权利之一，随着社会主义法治建设的逐步完善和公民个人隐私保护意识的逐渐增强，对患者隐私权的保护越来越受到普遍关注。

病案管理工作不同于其他档案管理，它不仅具有很强的专业性、技术性和规定性，而且直接关系着广大患者的疾病预防和个人隐私保护，根据病案管理的相关规定和我院病案管理的实际情况，特制定了以下规范与措施：

2. 标准

2.1 加强病案保护

2.1.1 严格执行借阅、复印规定，复制病历出示相关证明（身份证、户口本）方可办理。

2.1.2 本院医务人员进行科研教学原则上在病案管理科阅读，特殊情况需要由科室主任签名同意并注明借阅用途，借阅大数量（超过10本以上），须经相关科主任签名并经医务科同意方可借阅。

2.1.3 病案管理人员不得擅自开放或扩大病案利用接触范围。

2.1.4 未经患者同意，病案不予许他人或组织阅读。

2.2 加强病案监督

2.2.1 加强病案管理，严格按照规定收集、整理、归档、防止病案丢失，造成患者隐私的泄露，同时对病案要进行分类管理。

2.2.2 维护病案安全、真实、原始性、不允许任何组织、个人篡改病案内容和外形特征，也不允许任何个人随意“鉴别”病案。

2.2.3 加强监督管理，由专人负责，明确监督职责，规范依法监督的程序和方法，要定期进行检查，对于违规行为，要采取及时纠正。

厚德精诚 笃行至善

2.3提高职业道德修养

病案管理员因工作关系对每份病案都要进行收集、整理、检查、装订、质控、编码、复印等，对病人的隐私了解的较多。因此，尊重患者的隐私权和保密权就成为对管理人员的职业道德要求。工作中对病人的隐私要严格保密、不得外泄、不得张扬，任意传播更不能利用工作之便索取非法利益。


2.4加强法制教育，树立法制意识

认真学习法律法规知识，在病案管理人员中树立强烈的法制观念，深知隐私的重要性。所有关于病人的情况，是属于病人本人的在任何情况下都要将这些资料用于临床和教研工作，时时刻刻以保护病人隐私为出发点，构建和谐医患关系。

3. 相关文件

3.1 2009 年12月26日中华人民共和国主席令第 21号《中华人民共和国侵权责任法》

3.2 2013 年11月20日，国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《医疗机构病历管理规定》（国卫医发〔2013〕31号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	病案管理员外出学习、培训制度	制度编号	BAGLK-2020-12
	发布部门	病案管理科	编制人	杨文鑫
	生效日期	2020年11月	审核人	费娅
	修改日期		批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	375-376

病案管理员外出学习、培训制度

1. 目的

本科室外出学习、进修以院部有关规定为指导。

2. 标准

2.1 外出学习原则上必须保证本职工作不受影响，遇外出学习与工作任务有冲突时，应自行协商、整理，并报科室负责人备案。

2.2 外出学习回院后须向本科室人员做出学习汇报，分享学习成果。

2.3 因医院及科室工作特别需要派出的学习、开会不受以上原则限制。

2.4 根据专业发展和工作的需要，有选择的选派人员外出进修学习。


2.5 原则上外出参加培训班、学习交流，由本人提出申请，科室负责人同意后，报院部审批。

附件：铜仁市妇幼保健院病案管理科进修学习完成情况登记表

附件：

铜仁市妇幼保健院病案管理科进修学习完成情况登记表

病案管理科进修学习完成情况登记表					
姓名	参加学习时间	学习内容	学分	编号	举办单位

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	病历质量全程监控、评价、反馈制度	制度编号	BAGLK-2020-13
	发布部门	病案管理科	编制人	杨文鑫
	生效日期	2020年11月	审核人	费娅
	修改日期		批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	377

病历质量全程监控、评价、反馈制度

1. 目的

为加强病历管理，保护就诊者信息的隐私性和保密性，利用临床医疗、科研、教学工作，严格依据《病历书写基本规范》、《医疗机构病历管理规定》和《医疗事故处理条例》，结合我院实际修订，制定本工作制度。

2. 标准

2.1 病案作为医疗信息的原始资料，是医疗质量管理中的核心环节，在整个医疗过程中发挥重要的作用，为不断提高病历质量特制定本制度。

2.2 病案管理委员会在主管院长的领导下，由医务科和质控科负责全程监控、评价、反馈。各级医师认真贯彻落实铜仁市妇幼保健院《病历书写基本规范》。

2.3 临床各科室定期对病历质量进行检查与评价，作为医师考核内容，促进提高病历质量。

2.4 医务科和质控科负责全部出院病历的抽查，按照相关规范、规定与条例内容检查，并进行评价。发现病历质量问题及时与科主任联系，及时反馈，提出整理和修改意见，并做好记录。


2.5 质量管理相关部门、病案管理科以及临床各科对病历书写规范进行监督检查，对存在问题与缺陷提出整改措施。主管部门定期对病历质量进行督导检查，作为科室考核内容。院科两级及时通报病历检查情况，反馈至各科室和责任医师，对存在问题与缺陷及时改进。

3. 相关文件

3.1 2013 年11月20日，国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《医疗机构病历管理规定》（国卫医发〔2013〕31号）

3.2 2013 年11月20日，国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《医疗机构病历管理规定》（国卫医发〔2013〕31号）

3.3 2002年2月20日国务院令第 351号《医疗事故处理条例》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	疾病分类编目工作制度	制度编号	BAGLK-2020-14
	发布部门	病案管理科	编制人	杨文鑫
	生效日期	2020年11月	审核人	费娅
	修改日期		批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	378

疾病分类编目工作制度

1. 目的

为全面提高病案管理工作质量，规范病案管理人员对疾病分类编目有序工作，保障患者的合法权益，维护医疗机构正常的工作秩序。严格按照《病历书写基本规范》和《疾病分类与代码（修订版）》，结合我院实际情况，制定本工作制度。

2. 标准

2.1 医院病案是医疗、教学及科研工作的重要资料，是医疗疾病分类、死因统计工作的基础，为保证医院国际疾病分类统计（ICD-10）工作的开展、提高病案分类编码的质量，特制定本工作制度。

2.2 医院病案管理人员和统计人员应具有ICD-10和ICD-9-CM-3的知识，并经过培训才能上岗进行病案分类编目工作。

2.3 病案管理员对每一份出院病案按照国际疾病分类统计原则及类目范围规定进行编目后输入微机。


2.4 分类编目要求准确。

2.5 负责编码的人员对病案进行编码后要在病案首页上“编码员”栏签全名，以示负责。

3. 相关文件

3.1 2010年2月4日 国家卫生部印发《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）

3.2 中国卫生部《疾病分类与代码（修订版）》（卫办综发〔2011〕166号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	住院病历编号制度	制度编号	BAGLK-2020-15
	发布部门	病案管理科	编制人	杨文鑫
	生效日期	2020年2月	审核人	费娅
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	379-380

住院病历编号制度

1. 目的

为保证医疗安全，加强病历管理，确保在医疗活动中准确识别患者，防止医疗差错及事故，贯彻落实《患者安全目标》，依据《医疗机构病历管理规定》，医疗机构应当建立住院病历编号制度，为同一患者建立唯一的标识号码，结合我院实际情况制定本工作制度。

2. 标准

2.1 病历查找、检索、识别以病案号为重要依据。

2.2 住院病历回收后由病案人员统一编制病案号，病案号的编制规定则按流水号生成。

2.3 病案号不能重号或漏号。

2.4 为同一患者建立唯一的标识号码，病人标识应遵循以下三个基本原则：

2.4.1 由于病人标识的使用范围涵盖医疗机构的各个相关部门，因此这种标识必须是准确而且统一的。

2.4.2 病人标识应确保病人与其医疗档案和各种治疗活动的明确对应关系。

2.4.3 应使用科学可靠的标识产品进行病人标识，确保该标识不会被调换或丢失，从而减少错误发生的可能性，回避医疗风险。

2.5 住院病人标识管理制度

2.5.1 当病人被收治住院时，使用医用腕带标识对病人身份进行24小时随身标识。腕带标识上应标明：病人姓名、病区、床号、住院号、性别、年龄、诊断等，以保证对病人身份进行准确快速识别。

2.5.2 护士在给使用“腕带”作为识别标示时，必须两人核对后方可使用，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。

2.5.3 在采取各种治疗操作前，包括发送药品、输液、输血、样本采集、手

术、转送病人到其它科室、进行尸体解剖等，必须核对腕带标识以确定病人身份。除特殊情况外，对标识信息无法辨别或标识丢失的病人不能进行任何处理，必须首先确定病人身份并更换腕带标识。

2.5.4在病人住院治疗期间，值班、护理和工作人员应经常检查病人腕带标识，确保病人随身佩戴，确保病人腕带标识上记载的信息足够清晰并可以辨认。

2.5.5当且仅当病人出院时，医护人员才能将病人佩戴的腕带标识除去。如果病人在医院死亡，应让腕带标识保留在尸体上。

3. 标准文件

3.1 2019年5月31日中国医院协会发布了中国医院协会《患者安全目标》（2019版）

3.2 2013年11月20日，国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《医疗机构病历管理规定》（国卫医发〔2013〕31号）

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	病历（病案）封存及启封制度	制度编号	BAGLK-2020-16
	发布部门	病案管理科	编制人	杨文鑫
	生效日期	2020年2月	审核人	费娅
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	381-382

病历（病案）封存及启封制度

1. 目的

为保持病历（病案）资料的真实性和完整性，防止人为修改、删除、伪造病历资料，为正确处理医疗纠纷提供依据，严格按照《医疗纠纷预防和处理条例》和《医疗机构病历管理规定》，结合我院实际修订，制订本工作制度。

2. 标准

2.1对于可能出现或已经发生的医疗争议或医疗纠纷事件，管床医师需及时报告科主任、医务科、护理部及投诉处理中心。科室立即完善病历资料，保管病历，如为抢救患者，病历应在抢救结束后6小时内据实补记。

2.2当患者或其代理人提出封存病历申请时，申请人应提供本人身份证及复印件，代理人提供患者及其代理人的有效身份证明，且与患者代理关系的法定证明材料等，医院应提供病历复印件进行封存。

2.3当患者或其代理人提出封存病历申请时，科室应及时上报医务科、护理部、投诉处理中心及病案管理科（夜间及节假日上报院总值班），并指派专人负责并协助投诉处理中心复印病历。

2.4封存病历地点原则上在投诉处理中心办公室。

2.5封存件为病历（出院病历或在架病历）复印件，复印件应包含原件的所有内容。

2.6患者或其代理人要求复印病历，按规定收取工本费，一般给予复印病历资料为客观病历。

2.7投诉处理中心或院总值班人员、所在科室医务人员在患者或代理人共同在场情况下，复印并封存病历复印件；对于在架病历应当在每页病历（出院病历或在架病历）原件上盖上“已复印”章。

2.8对于已封存的病历，任何人不得进行修改、删除、伪造；特殊情况借阅应跟医务科和投诉处理中心提交申请，审核后方可借阅。

厚德精诚 笃行至善

2.9封存病历的复印件应放在档案袋中，档案袋正页写清住院号、患者姓名、性别、年龄，双方在封存件的边缘处签字或按手印、盖章，注明封存时间（年月日时分）及封存时效。


2.10封存件由投诉处理中心保管，夜间及节假日由院总值班保管后交由投诉处理中心，任何人不得私自拆封。

2.11患者要求启封封存件时，或因鉴定、诉讼程序需要启封封存件时，患方应表示同意并签字确认，记录启封时间。在医患双方均在场的情况下现场启封，投诉处理中心保留启封时间签字记录。

3. 相关文件

3.1 2018年08月31日国务院令701号《医疗纠纷预防和处理条例》

3.2 2013年11月20日，国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《医疗机构病历管理规定》（国卫医发〔2013〕31号）

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	病案统计工作在制度	制度编号	BAGLK-2020-17
	发布部门	病案管理科	编制人	杨文鑫
	生效日期	2020年11月	审核人	费娅
	修改日期		批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	383-385

病案统计工作制度

1. 目的

为病案统计人员负责有关统计原始记录表格、报表的设计、制定、修订和解释。严格按照《医疗机构病历管理规定》、《医疗纠纷预防和处理条例》和《中华人民共和国统计法》，结合我院实际修订，制订本工作制度。

2. 标准

2.1 各科室应指定专人做好原始资料登记，按时准确填写日报、月报及有关资料，并进行整理、核对、登记。

2.2 对收集的原始资料、报表应严格检查审核、科学整理、正确计算，做到日清月结，保证数据准确、可靠、及时。

2.3 建立医院统计信息自动化系统对统计资料的整理、计算、存贮、传送、检索逐步实现自动化处理。

2.4 严格按照统计报表制度规定的指标涵义、报告期限及时、准确地向上级卫生行政机关报送各种法定统计报表。

2.5 报表时间规定：

2.5.1 月报表于下月10日前报出。

2.5.2 季报表于下季度第一个月10日前报出。

2.5.3 半年报于7月15日前报出。

2.5.4 年报于下年1月20日前报出。

2.5.5 全年统计汇编于下半第一季度报出。

2.5.6 住院患者疾病分类年报于下年1月15日前报出。

2.5.7 “医院统计信息”由统计员每月12日前完成并发出。

2.6 统计报表是医院的机密文件，任何人不得擅自携出院外。

2.7 统计报表生成后不得擅自修改。

2.8 统计报表必须按时间、口径、范围报送。

厚德精诚 笃行至善

2.9做好咨询服务，院领导或各科室要求查询数据、查阅统计资料或要求协助进行科研及论文的处理应热情服务。

2.10统计人员要严格遵守《统计法》与卫生行政部门规定，保证统计数据准确性、可靠性、及时性、不得虚报。

3. 相关文件

3.1 2013年11月20日，国家卫生健康委、国家中医药管理局印发《医疗机构病历管理规定》（国卫医发〔2013〕31号）

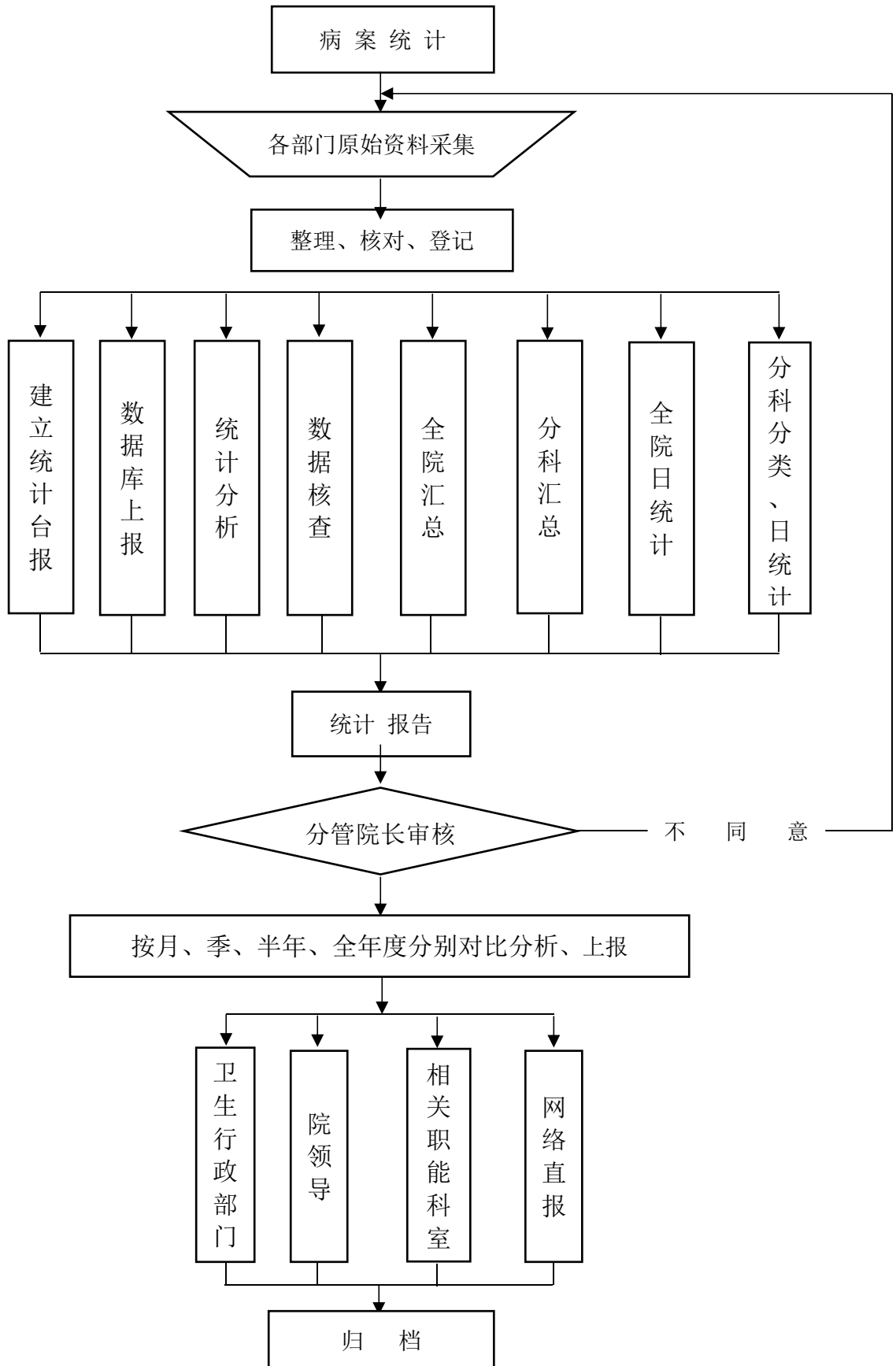
3.2 2018年8月31日国务院令第701号《医疗纠纷预防和处理条例》

3.3 2010年1月1日中华人民共和国主席令第15号《中华人民共和国统计法》

附件：病案统计工作流程图

附件：

病案统计工作流程图



厚德精诚 笃行至善

第十章 院感管理

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医院感染管理委员会工作制度	制度编号	YNGRKZK-2020-1
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	386

医院感染管理委员会工作制度

1. 目的

为保障医疗安全，提高医疗质量，根据《医院感染管理办法》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 医院感染管理委员会召开会议的目的旨在增强医院感染管理工作的科学性、预见性，有利于发扬民主，互通信息，使纵向、横向工作不脱节，协调各部门间的工作，提高工作效率。

2.2 医院感染管理委员会实行例会制度，每半年召开一次，研究、协调和解决有关医院感染管理方面的重大事项。会议由院长主持，与会议议题有关的委员必须参加，其他委员因故不能到会的，须向医院感染管理委员会主任请假，不得无故缺席，参会人员不低于应到人数的 2/3。

2.3 医院感染管理委员会会议主要议定的事项：

2.3.1 总结上季度或上半年工作，通报监测结果，部署下阶段工作重点。根据有关法律、法规，制定全院控制医院感染的规划、管理制度。

2.3.2 对照医院感染控制的标准，对医院的扩建、改建、新建提出建设性意见。

2.3.3 讨论解决有关重大事项。

2.3.4 遇到紧急问题及突发事件时随时召开会议，讨论处理措施和应急预案。

2.4 会议回避制度：会议如需投票判定特殊事件时，参会委员中来自事件直接责任部门及主要关联部门的委员必须回避投票。

2.5 扩大会议制度：根据工作需要，可以临时扩大有关参会人员。

2.6 每次会议均有记录，记录保存 3 年以上。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医院感染管理制度	制度编号	YNGRKZK-2020-2
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	387-388

医院感染管理制度

1. 目的

为保障医疗安全，提高医疗质量，根据《中华人民共和国传染病防治法》，《中华人民共和国传染病防治法实施细则》及《消毒管理办法》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.2 为认真贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》，《中华人民共和国传染病防治法实施细则》及《消毒管理办法》等有关规定，医院成立医院感染管理委员会，全面领导医院感染管理工作。

2.3 通过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。

2.4 明确医院感染预防与控制覆盖范围及控制策略，以监测、预防和控制为手段，降低患者、医护人员、实习生、进修生等发生医院感染的风险。

2.5 依据《医院感染管理办法》建立医院感染管理体系与组织，落实各级职责，制定相应的规章制度，负责医院感染管理工作。

2.6 医院每年年底进行1次医院感染风险评估，感染风险评估基于本院的监测数据及信息，并结合省内外相关资料，确定第二年感染预防与控制计划的重点工作。

2.7 预防与控制的主要方法为隔离感染源，切断感染途径，保护易感人群。主要涉及内容包括清洁、消毒、隔离、手卫生、个人防护、合理使用抗菌药物等。

2.8 医院感染监测以科室主动上报与感染专职人员监测相结合，借助医院感染监测软件，实行分级负责制，各部门根据职责要求各尽其责并相互合作。

2.9 怀疑患者、医护人员等发生医院感染时，院内感染控制科与临床科室等应通过预警监测或筛查以明确感染的发生并根据传染途径控制和预防院内感染。

2.10 医务人员应该掌握《医院感染突发事件处置预案》、《传染病暴发流行

厚德精诚 笃行至善

应急处置预案》等的相关内容，科室发生医院感染暴发或疑似医院感染暴发及感染流行趋势、不明原因传染性疾病、特殊病原体感染病例出现重大医院感染时，应立即向科主任及院内感染控制科报告，并积极配合做好调查及采取控制措施。科室发生的医院感染散发病例必须在明确诊断后及时上报。

2.11 医院工作人员应积极参加医院感染相关法律法规、专业知识的培训，掌握与本职工作相关的医院感染预防与控制方面的知识。

2.12 医护人员在医疗、护理操作过程中应严格执行无菌技术操作规范，保证医疗安全。

2.13 严格遵守《消毒管理办法》和《医疗机构消毒技术规范》，落实医院及科室的消毒与隔离工作，选择正确的消毒灭菌等方法并达到规范要求。

2.14 制定并落实手卫生管理制度，配备有效便捷的手卫生设施，严格遵守《医务人员手卫生规范》，加强对手卫生工作的指导与监督，保障洗手与手消毒的效果。


2.15 医务人员在医疗活动过程中，应严格执行《医院隔离技术规范》并遵循标准预防的原则。科室应提供合格和充足的防护用品，医务人员在工作中应掌握正确的防护技能以保证自身、患者及环境不被污染。在发生职业暴露后及时做好局部处理，根据需要实施预防性用药，并做好报告、登记工作。

2.16 科室应认真做好医院诊疗环境的清洁、消毒等工作，院内感染控制科按规范对空气、物体表面、医务人员手等进行环境卫生学监测。

2.17 相关科室应严格遵守一次性医疗卫生用品及消毒药械的管理规范，保证其采购、储存、回收、处理等符合规范的要求。

2.18 临床医师应遵循《抗菌药物临床应用管理办法》并结合医院细菌耐药监测资料和抗菌药物的信息，合理使用抗菌药物。

2.19 严格遵守《医疗废物管理办法》，科室做好医疗废物的收集、存放、登记、运送、交接程序等工作。禁止转让、买卖医疗废物。

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	医院感染病例监测、报告与控制制度	制度编号	YNGRKZK-2020-3
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	389-391

医院感染病例监测、报告与控制制度

1. 目的

为保障医疗安全，提高医疗质量，严格执行有关医院感染管理的规章制度和技术规范，加强医院感染的预防和控制工作，根据《中华人民共和国传染病防治法》，《中华人民共和国传染病防治法实施细则》、《医院感染管理办法》、《消毒管理办法》、《WS/T312-2009 医院感染监测规范》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

1. 标准

2.1 严格执行有关医院感染管理的规章制度和技术规范，加强医院感染的预防和控制工作。通过医院感染病例监测分析医院感染的危险因素，并针对危险因素实施有效的预防与控制措施。

2.2 通过医院感染病例监测，掌握本院医院感染发病率、多发部位、高危因素、病原体特点及耐药性等，为医院感染控制工作提供科学依据。

应采取如下监测方法：

2.3 采取前瞻性监测方法开展全面综合性监测。医院采用信息化手段对每例病人实施住院过程全程医院感染监控。院内感染控制科定期对监测资料进行汇总、分析，每季度或半年向院长、医院感染管理委员会作书面汇报，向全院医务人员反馈，特殊情况应及时报告和反馈。医院感染漏报调查每2月组织一次，调查样本量应不少于年监测病人数的10%，漏报率应低于20%。

2.4 在全面综合性监测的基础上开展目标性监测：根据医院感染危险因素、易感人群、发病趋势监测等本底资料，结合本院感染控制的重点科室、重点部位、重点人群选择监测目标。每年开展 1-2 项。定期对目标性监测资料进行综合分析、反馈利用，对其效果进行评价并提出改进措施。

2.5 医院感染散发的报告与控制：当出现医院感染散发病例时，管床医师应及时报告本科室负责人，并于 24 小时内通过杏林实施监控系统报送院内感染控

制科，院内感染控制科应对上报病例进行核实，并与临床医师、护士共同查找感染原因，采取有效控制措施。

2.6 医院感染暴发与突发事件的监测、报告与控制制度：

2.6.1 出现医院感染流行趋势时，所在科室应立即报告院内感染控制科，并上报分管院长和医务、护理等部门，院内感染控制科应于第一时间到达现场进行调查处理，查找感染源和引起感染的因素，进行流行病学调查处理，采取有效措施，控制医院感染的暴发。

2.6.1 医院经调查证实发生以下情形时，应当于 12 小时内向所在地的地方人民政府卫生行政部门报告，并同时向所在地疾病预防控制机构报告。所在地的地方人民政府卫生行政部门确认后，应当于 24 小时内逐级上报至省级人民政府卫生行政部门。省级人民政府卫生行政部门审核后，应当在 24 小时内上报至卫生部：

（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。

2.6.3 医院发生以下情形时，按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》的要求进行报告：（1）10 例以上的医院感染暴发事件；（2）发生特殊病原体或者新发病原体的医院感染；（3）可能造成重大公共影响或者严重后果的医院感染。

2.6.4 发生的医院感染属于法定传染病的，应当按照《中华人民共和国传染病防治法》和《国家突发公共卫生事件应急预案》的规定进行报告和处理。

2.6.5 发生特殊病原体或者新发病原体的医院感时，除上述措施外，医院应严格遵循标准预防的原则，积极查找病原体，加强消毒隔离和医务人员职业防护措施；明确病原体后，再按照该病原体的传播途径实施相应的消毒隔离措施，确保不发生新的医院感染。

2.6.6 出现医院感染流行或暴发趋势时，临床科室必须及时查找原因，协助调查，并执行控制措施。

2.6.7 医院感染管理部门必须协同 CDC 及时进行流行病学调查处理，基本步骤为：

（1）证实流行或暴发：对怀疑患有同类感染的病例进行确诊，计算其罹患率，若罹患率显著高于该科室或病房历年医院感染一般发病水平，则证实有流行或暴发；（2）查找感染源：对感染病人、接触者、可疑传染源、环境、物品、医务

人员及陪护人员等进行病原学检查；（3）查找引起感染的因素：对感染病人及周围人群进行详细流行病学调查；（4）制定和组织落实有效的控制措施：包括对病人作适当治疗，进行正确的消毒处理，必要时隔离病人甚至暂停接收新病人；（5）分析调查资料，对病例的科室分布、人群分布和时间分布进行描述；分析流行或暴发的原因推测可能的感染源、感染途径或感染因素，结合实验室检查结果和采取控制措施的效果综合做出判断；（6）写出调查报告，总结经验，制定防范措施。

2.6.8 主管院长或医院负责人接到报告，应及时组织相关部门协助院内感染控制科开展流行病学调查与控制工作，从人力、物力和财力方面予以保证。同时，采取得力措施，积极救治患者。

2.7 采取有效措施控制医院感染发生，医院感染的发病率应低于8%；一类切口手术部位感染率应低于0.5%。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医院感染目标性监测制度	制度编号	YNGRKZK-2020-4
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	392-393

医院感染目标性监测制度

1. 目的

为保障医疗安全,提高医疗质量,加强医院感染的预防和控制工作,根据《医院感染管理办法》、《消毒管理办法》、《WS/T312-2009医院感染监测规范》、《WS/T5592-2018医院感染预防与控制评价规范》等有关规定,结合我院实际,制定本制度。

2. 标准

2.1目标性监测是针对医院高危人群、高发感染部位等开展医院感染及其危险因素监测。是为了掌握本院重点科室医院感染发病率及多发部位、高危因素、病原体特点及耐药性等,为医院感染防控提供科学依据。

2.2监测的内容包括I类切口手术部位感染率(妇科)、手术部位感染率(产科)、呼吸机相关肺炎感染率(新生儿科)、留置导尿管相关泌尿系感染发病率(产科、妇科)、血管导管相关血流感染发病率(新生儿科),以及细菌耐药性监测及卫生行政部门设定的其他防控项目。

2.3各科室医师发现疑似或确诊的感染病例按《医院感染病例报告制度》在24小时内报告。

2.4医学检验科微生物室发现多重耐药菌株及时报告给院内感染控制科。

2.5院内感染控制科专职人员每天查询NICU患者、发热患者、手术患者、使用呼吸机、泌尿道插管、中心静脉置管等患者,查询医学检验科结果等主动监测感染病例。

2.6感控科专职人员深入到相关科室核实感染病例。指导、检查科室消毒隔离、无菌技术操作、手卫生等医院感染预防、控制措施落实情况。

2.7出现医院感染流行或暴发趋势时,按医院《医院感染暴发报告及处理预案》执行。

2.8感控科每月汇总“四个率”的资料,对全院监控的质量改进项目每月反

馈给相关科室。每季度对“四个率”及其相关危险因素进行评价分析，针对问题提出控制措施并指导临床实施。每半年向医院感染管理委员会报告。

2.9 细菌耐药性的监控见《多重耐药菌感染管理制度》。

2.10 感控科每年有针对性的对相关科室进行 1~2 次“医院感染诊断标准”、“医院感染报告管理”、“多重耐药菌监控”等知识的培训，科室医院感染控制小组成员对本科室医护人员也要组织进行相关方面的培训，以提高监测数据上报的时效率。

2.11 医务部、护理部等相关部门共同参与，督导、检查医院感染预防、控制措施的落实。

2.12 发现导致感染高风险的环节或严重事件，院内感染控制科形成报告及改进意见上报医院感染管理委员会，通报全院员工，院内感染控制科与相关部门共同研讨，制定措施，进行流程改进。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	导管相关血流感染的预防与控制制度	制度编号	YNGRKZK-2020-5
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	394-396

导管相关血流感染的预防与控制制度

1. 目的

为加强医院感染的预防和控制工作,控制导管相关血流感染,提高医疗质量,保障医疗安全,根据《医院感染管理办法》、《消毒管理办法》、《WS/T312-2009 医院感染监测规范》、《WS/T5592-2018 医院感染预防与控制评价规范》等有关规定,结合我院实际,制定本制度。

2. 标准

2.1 导管相关血流感染管理要求

2.1.1 医疗机构应当健全规章制度,制定并落实预防与控制导管相关血流感染的工作规范和操作规程,明确相关部门和人员职责。

2.1.2 医务人员应当接受关于血管内导管的正确置管、维护和导管相关血流感染预防与控制措施的培训和教育,熟练掌握相关操作规程。

2.1.3 有条件的医疗机构应当建立静脉置管专业护士队伍,提高对静脉置管患者的专业护理质量。

2.1.4 医务人员应当评估患者发生导管相关血流感染的危险因素,实施预防和控制导管相关血流感染的工作措施。

2.1.5 医疗机构应当逐步开展导管相关血流感染的目标性监测,持续改进,有效降低感染率。

2.2 导管相关血流感染预防与控制措施

2.2.1 导管相关血流感染的定义(导管相关血流感染 Catheter Related Blood Stream Infection,简称CRBSI)是指带有血管内导管或者拔除血管内导管48小时内的患者出现菌血症或真菌血症并伴有发热 $>38^{\circ}\text{C}$ 、寒颤或低血压等感染表现,除血管导管外没有其他明确的感染源。实验室微生物学检查显示外周静脉血培养细菌或真菌阳性或者从导管段和外周血培养出相同种类、相同药敏结果的致病菌。

（一）导管相关血流感染的危险因素

- 1、导管留置的时间
- 2、置管部位及其细菌定植情况
- 3、置管过程中的无菌操作技术、置管技术
- 4、患者免疫功能和健康状态


（二）导管相关血流感染预防要点

1、置管时 （1）严格执行无菌技术操作规程。置管时应当遵守最大限度的无菌屏障要求。置管部位应当铺大无菌单、巾，置管人员应当戴帽子、口罩、无菌手套，穿无菌手术衣。（2）严格按照《医务人员手卫生规范》，认真洗手并戴无菌手套后，尽量避免接触穿刺点皮肤。置管过程中手套污染或破损应当立即更换（3）置管使用的医疗器械、器具等医疗用品和各种敷料必须达到灭菌水平。

（4）选择合适的静脉置管穿刺点，成年人中心静脉置管时应当首选锁骨下静脉，尽量避免使用颈静脉和股静脉。（5）采用安尔碘或有效浓度为75%以上的乙醇等皮肤消毒剂对消毒部位皮肤进行消毒，消毒方法为自穿刺点由内向外以同心圆方式，消毒范围应当符合置管要求。消毒后皮肤穿刺点避免再次接触。皮肤消毒待干后再进行置管操作。（6）患疔肿、湿疹等皮肤病或患感冒、流感等呼吸道疾病以及携带或感染多重耐药菌的医务人员在未治愈前不得进行置管操作。

2、置管后 （1）应当尽量使用无菌透明、透气性好的敷料覆盖穿刺点，对于高热、出汗、穿刺点出血、渗出的患者应当使用无菌纱布覆盖。（2）应当定期更换置管穿刺点覆盖的敷料。更换具体间隔时间 ①无菌纱布为1次/2天 ②无菌透明敷料为1-2次/周 ③如果纱布或敷料出现潮湿、松动、可见污染时应当立即更换。（3）医务人员接触置管穿刺点或更换敷料时应当严格执行手卫生规范。（4）保持导管连接端口的清洁，注射药物前应当用75%酒精或安尔碘消毒剂进行消毒，待干后方可注射药物。如有血迹等污染时应当立即更换。（5）告知置管患者及其家属、看护等在沐浴或擦身时应当注意保护导管，避免导管淋湿或浸入水中。（6）在输血、输入血制品、脂肪乳剂后的24小时内或者停止输液后应当及时更换输液管路。外周及中心静脉置管后应当用生理盐水或肝素盐水进行常规冲管，预防导管内血栓形成。（7）严格保证输注液体的无菌。（8）紧急状态下的置管若不能保证有效的无菌原则应当在48小时内尽快拔除导管，更换穿

刺部位后重新进行置管并作相应处理。（9）怀疑患者发生导管相关感染或者患者出现静脉炎、导管故障时应当及时拔除导管。必要时应当进行导管尖端部位的微生物培养。（10）责任医师、责任护士应当每天对保留导管的必要性进行评估，不需要时应当尽早拔除导管。（11）导管不宜常规更换，特别是不应当为预防感染而定期更换中心静脉导管和动脉导管。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	呼吸机相关性肺炎的预防与控制措施	制度编号	YNGRKZK-2020-6
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	397-398

呼吸机相关性肺炎的预防与控制措施

1. 目的

为保障医疗安全，提高医疗质量，加强医院感染的预防和控制工作，降低呼吸机相关性肺炎的发生率，根据《WS392-2012呼吸机临床应用》、《WS/T367-2012医疗机构消毒技术规范》、《WS/T512-2016医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1呼吸机相关性肺炎（VAP）指开始机械通气48h后出现的肺实质感染，是病人在气管插管时不存在肺炎，也无潜在肺炎，而在机械通气后发生的一种医源性细菌性肺炎。呼吸机相关性肺炎常见和高发于危重病人，一旦出现，将造成脱机困难，住院时间延长，病死率增加。

2.2发病因素 VAP细菌感染的主要因素有：

2.2.1口腔、咽部定植细菌的吸入；

2.2.2呼吸机回路雾化器的污染、冷凝水的反流均可形成气溶胶而直接进入终末细支气管和肺泡；

2.2.3机械通气影响了上呼吸道的屏障功能，刺激上呼吸道产生的分泌物有利于细菌的生长繁殖。同时胃肠内细菌通过呕吐和误吸逆行进入下呼吸道，引起细菌的定植和感染；

2.2.4无菌操作不严，吸痰操作者把细菌经过手、导管带入外，还因操作不当使气管黏膜损伤而使细菌侵入；

2.2.5长期使用广谱高效抗生素。抗生素是引起口咽部菌群失调，病原菌（特别是革兰阴性杆菌和真菌）在口咽部定植增加的重要原因。

2.3预防控制措施

2.3.1洗手：医护人员的手是传播VAP病原菌的重要途径。严格执行洗手规则是预防VAP的基本措施。每次接触到呼吸道分泌物、处理完冷凝水后均应有效

地洗手；戴手套操作也要养成洗手的习惯，防止交叉感染。

2.3.2器械的消毒灭菌：呼吸机管道的污染是VAP病原体的重要来源。呼吸器设备专人管理，湿化瓶每周清洁消毒一次，湿化水每天进行更换；呼吸管道7天更换1次，并由消毒供应中心集中清洗消毒；气道通路中的冷凝水及时清除，防止倒流及误吸；每年更换一次消毒呼吸机的空气过滤器、传感器和气体滤过管道等。

2.3.3病室管理：患者气管插管后，下呼吸道与外界直接相通，丧失了上呼吸道的湿化、温化、过滤作用。外界环境中的异常菌群易侵入下呼吸道而并发感染。病人安置在监护病房，病室内温湿度适宜，保持室内温度在20℃~24℃，相对湿度在40%~60%。医护人员进入病房应衣帽穿戴整齐；严格控制探视，家属应穿隔离衣，戴口罩、帽子，避免交叉感染；保持环境清洁，病房定时开窗通风，空气消毒每日2次。特殊感染病人要严格床边隔离，并应用密闭式气管内吸痰技术。做好死亡、出院及转科病人的终末消毒。

2.3.4气道管理：重视人工气道的管理和无菌操作技术的培训，特别是吸痰技能的训练。其中较深部位的分泌物抽吸，是降低VAP发生的首要措施，做到抽吸无菌化，定时、有效地抽尽气道内分泌物，保证气道的通畅；同时也要加强气道的湿化和局部抗生素的雾化吸入。有助于加强局部抗菌消炎、解痉和稀释痰液的作用，对预防感染有一定的作用。

2.3.5控制胃内容物反流：胃腔病原菌是引起气管插管患者发生VAP的病原菌重要来源。在机械通气患者中，胃内容物反流很常见。采取半卧位，是减少胃内容物反流进入下呼吸道的简单有效方法。

2.3.6提高机体免疫防御功能与生物制剂：全身或局部免疫防御功能受损是住院患者易发生肺炎的原因之一。加强重症患者的营养支持、积极维持内环境的平衡、合理使用糖皮质激素及细胞毒性药物。

2.3.7加强病原菌的监测，针对性的选用抗生素。根据药物敏感试验合理的选择抗生素，多种抗生素联合用药时，超过一周，特别容易并发真菌感染，应加强对痰液及大小便的真菌监测，防止全身真菌感染。

2.3.8加强感染控制教育：加强组织管理，院感监控小组发挥主观能动性，加强责任心，经常督促检查制度落实情况，对存在的问题及时提出整改措施。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	手术部位医院感染预防与控制制度	制度编号	YNGRKZK-2020-7
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	399-400

手术部位感染的预防与控制制度

1. 目的

为保障医疗安全，提高医疗质量，加强医院感染的预防和控制工作，降低手术部位感染率，根据《外科手术部位感染预防与控制技术指南（试行）》、《WS/T312-2009 医院感染监测规范》、《WS/T5592-2018 医院感染预防与控制评价规范》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 严格执行无菌技术操作规范。

2.2 手术室环境清洁，符合卫生学标准。传染病人手术安置在隔离手术间进行，医务人员严格执行隔离预防技术的规定。手术过程中手术室的门应当关闭，尽量减少人员出入，避免不必要的走动和交谈。

2.3 出入手术室应当严格遵循手术室管理规定和 workflows，控制闲杂人员进入。进入手术室人员按要求更换手术室专用工作衣、鞋、帽和口罩。

2.4 认真执行外科手消毒程序，戴无菌手套，必要时戴双层手套，手术过程中手套意外破损、手术衣、口罩、帽子潮湿应立即更换。

2.5 手术使用的医疗器械、器具以及各种敷料必须达到灭菌水平，接触病人的麻醉用品应当一人一用一消毒。

2.6 术者应努力提高手术技巧。避免在手术者背后传递器械和物品，坠落在手术床边缘以下或者手术器械台平面以下的器械和物品应当视为污染。

2.7 必须进行的伤口引流，应首选闭合式引流。

2.8 换药应严格遵守换药原则，先换清洁伤口、再换感染伤口、最后换隔离伤口。

2.9 对择期手术的病人尽量缩短手术等待时间。

2.10 做好病人手术前清洁皮肤准备，洗澡更衣。避免不必要的术前备皮。必须备皮时选择不损伤皮肤的脱毛方法，严格消毒手术部位的皮肤。

厚德精诚 笃行至善

2.11 进入手术室洁净区域的物品、药品应当拆除外包装后存放，设施、设备应当进行表面的清洁处理。

2.12 遵循《抗菌药物临床使用指导原则》，严格掌握预防性应用抗菌药物的指征，正确、合理使用抗菌药物。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	导尿管相关尿路感染预防与控制措施	制度编号	YNGRKZK-2020-8
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	401-402

导尿管相关尿路感染预防与控制措施

1. 目的

为保障医疗安全，提高医疗质量，降低留置导尿管感染发生率，加强医院感染的预防和控制工作，根据《WS/T509-2016 重症监护病房医院感染预防与控制规范》、《WS/T312-2009 医院感染监测规范》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 插管前

2.1.1 严格掌握留置导尿管的适应证，应避免不必要的留置导尿。

2.1.2 仔细检查无菌导尿包，如过期、外包装破损、潮湿不应使用。

2.1.3 根据年龄、性别、尿道情况选择合适的导尿管口径、类型。成年男性宜选 16F，女性宜选 14F。

2.2 插管中

2.2.1 使用 0.05~0.1 的聚维酮碘（碘伏）棉球消毒尿道口及其周围皮肤黏膜，每一个棉球不能重复使用，程序如下：

2.2.2 男性：自尿道口、龟头向外旋转擦拭消毒，注意擦净包皮及冠状沟。

2.2.3 女性：先清洗外阴，其原则由上至下、由内向外，然后清洗尿道口、前庭、两侧大小阴唇、最后肛门。

2.2.4 插管过程中应严格执行无菌操作，动作要轻柔，避免尿道黏膜损伤。

2.3 插管后

2.3.1 悬垂集尿袋不应高于膀胱水平，并及时清空袋中尿液。

2.3.2 保持尿液引流系统通畅和完整，不应轻易打开导尿管与集尿袋的接口。

2.3.3 如果留取尿标本，可从集尿袋采集，但此标本不应用于普通细菌培养和真菌学检查。

2.3.4 不应常规使用含消毒剂或抗菌药物的生理盐水进行膀胱冲洗或灌注

来预防尿路感染。

2.3.5 疑似导尿管阻塞应更换导管，不得冲洗。

2.3.6 保持尿道口清洁，每日清洁导尿口 1 次，但大便失禁的患者清洁以后应消毒。

2.3.7 患者洗澡或擦身时应注意对导管的保护，不应把导管浸入水中。

2.3.8 导尿管不慎脱落或导尿管密闭系统被破坏时，应更换导尿管。

2.3.9 疑似出现尿路感染而需要抗菌药物治疗前，应先更换导尿管。

2.3.10 长期留置导尿管患者，没有充分证据表明定期更换导尿管可以预防导尿管相关感染，不提倡频繁更换导尿管。建议更换频率可为导尿管 1 次/2 周、普通集尿袋 2 次/周、精密集尿袋 1 次/周。

2.3.11 应每天评价留置导尿管的必要性，尽早拔除导尿管。

2.4 其他预防措施

2.4.1 定期对医务人员进行宣教。

2.4.2 定期公布导尿管相关尿路感染（CAUTI）的发生率。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	病区医院感染管理及消毒隔离制度	制度编号	YNGRKZK-2020-9
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	403-407

病区医院感染管理及消毒隔离制度

1. 目的

为保障医疗安全，提高医疗质量，加强医院感染的预防和控制工作，根据国家卫健委发布的《WS/T 510-2016病区医院感染管理规范》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 管理要求

2.1.1 医院感染管理小组

2.1.1.1 建立病区医院感染管理小组，病区负责人为本病区医院感染管理第一责任人，院感管理小组人员包括医师和护士，成员相对固定。

2.1.1.2 管理小组负责本病区医院感染管理的各项工作，参照院内感染控制科制定的制度，结合本病区医院感染防控工作特点，制定适合自己病区的医院感染管理制度，并组织实施。

2.1.1.3 参照院内感染控制科制定的 SOP 和流程，根据本病区主要医院感染特点，制定相应的医院感染预防与控制 SOP 及流程，并组织落实。

2.1.1.4 及时报告医院感染病例，定期对本病区医院感染防控工作自查、分析，发现问题及时改进，并做好相应记录。

2.1.2 工作人员

2.1.2.1 积极参加医院感染管理相关知识和技能的培训。

2.1.2.2 遵守标准预防的原则，落实标准预防的具体措施，手卫生、隔离、消毒灭菌工作遵循相应的规范要求，从事诊疗操作时严格遵守无菌操作规程。

2.1.2.3 遵循医院及本病区医院感染相关制度。

2.1.2.4 开展医院感染的监测，按照医院的要求进行报告。

2.1.2.5 了解本病区、本专业相关医院感染特点，包括感染率、感染部位、感染病原体及多重耐药菌感染情况。

厚德精诚 笃行至善

2.1.2.6 遵循国家抗菌药物合理使用的管理原则，合理使用抗菌药物。

2.1.2.7 保洁员应掌握与本职工作相关的清洁、消毒等知识和技能。

2.1.3 教育与培训

2.1.3.1 定期组织本病区医务人员学习医院感染管理相关知识，并做好考核。

2.1.3.2 定期考核保洁员的医院感染管理相关知识，如清洁与消毒、手卫生、个人防护等，并根据其知识掌握情况开展相应的培训与指导。

2.1.3.3 对患者、陪护及其他相关人员进行医院感染管理相关知识如手卫生、隔离等相关知识宣教。

2.2 医院感染监测与报告

2.2.1 医院感染病例监测

2.2.1.1 配合院内感染控制科开展医院感染及其相关监测，包括医院感染病例监测、医院感染的目标性监测、医院感染暴发监测、多重耐药菌感染的监测等。

2.2.1.2 及时处理杏林软件上的预警病例，主动上报院感病例。

2.2.1.3 怀疑医院感染暴发时，应及时报告院内感染控制科，并配合调查，认真落实感染控制措施。

2.2.2 消毒相关监测

2.2.2.1 根据病区采用的消毒方法开展相应监测。使用不稳定消毒剂如含氯消毒剂等时，应现配现用，并在每次配制后进行浓度监测。

2.2.2.2 按照环境卫生学监测计划对空气、物体表面、医务人员手、消毒剂等进行监测。

2.2.2.3 怀疑医院感染暴发与空气、物体表面、医务人员手、消毒剂等污染有关时，应对空气、物体表面、医务人员手、消毒剂等进行监测，并针对目标微生物进行检测。

2.3 医院感染预防与控制

2.3.1 标准预防措施

2.3.1.1 进行有可能接触患者血液、体液的诊疗、护理、清洁等工作时应戴清洁手套，操作完毕，脱去手套后立即洗手或进行卫生手消毒。

2.3.1.2 在诊疗、护理操作过程中，有可能发生血液、体液飞溅到面部时，应戴医用外科口罩、防护眼镜或防护面罩；有可能发生血液、体液大面积飞溅或

污染身体时，应穿戴具有防渗透性能的隔离衣或者围裙。

2.3.1.3 在进行侵袭性诊疗、护理操作过程中，如在置入导管、经椎管穿刺等时，应戴医用外科口罩等医用防护用品，并保证光线充足。

2.3.1.4 使用后针头不应回套针帽，确需回帽应单手操作或使用器械辅助；不应用手直接接触污染的针头、刀片等锐器。废弃的锐器应直接放入耐刺、防渗漏的专用锐器盒中；重复使用的锐器，应放在防刺的容器内密闭运输和处理。

2.3.1.5 接触患者黏膜或破损的皮肤时应戴无菌手套。

2.3.1.6 应密封运送被血液、体液、分泌物、排泄物污染的被服。

2.3.1.7 有呼吸道症状(如咳嗽、鼻塞、流涕等)的患者、探视者、医务人员等应采取呼吸道卫生(咳嗽礼仪)相关感染控制措施。

2.3.2 手卫生

2.3.2.1 配备洗手设施，包括洗手池、清洁剂、干手纸巾、速干手消毒剂等，设施位置应方便医务人员、患者和陪护人员使用；应有醒目、正确的手卫生标识，包括洗手流程图或洗手图示等。

2.3.2.2 清洁剂、速干手消毒剂宜为一次性包装。

2.3.2.3 有医务人员手卫生正确性和依从性的自查和监督检查，发现问题，及时改进。

2.3.2.4 执行院内感染控制科制定的《手卫生管理制度》和《手卫生 SOP》。

2.3.3 清洁与消毒

2.3.3.1 执行院内感染控制科制定的《医院消毒隔离制度》。

2.3.3.2 按照《消毒管理办法》，执行医疗器械、器具的消毒工作技术规范，所使用物品应达到以下要求：

进入人体无菌组织、器官、腔隙，或接触人体破损皮肤、破损黏膜、组织的诊疗器械、器具和物品应进行灭菌；

接触完整皮肤、完整黏膜的诊疗器械、器具和物品应进行消毒；

各种用于注射、穿刺、采血等有创操作的医疗器具应一用一灭菌；

使用的消毒药械、一次性医疗器械和器具应符合国家有关规定；

2.3.3.3 诊疗用品的清洁与消毒

(1) 重复使用的器械、器具和物品如弯盘、治疗碗等，送消毒供应中心集

中进行清洗、消毒或灭菌;接触完整皮肤的医疗器械、器具及物品如听诊器、监护仪导联、血压计袖带等应保持清洁,被污染时使用科室及时清洁与消毒。

(2) 湿化瓶、呼吸机管路等集中送消毒供应中心集中清洁、消毒。

(3) 治疗车上物品摆放有序,上层放置清洁与无菌物品,下层放置使用后物品;治疗车应配备速干手消毒剂,每天进行清洁与消毒,遇污染随时进行清洁与消毒。

2.3.3.4 病房环境表面的清洁与消毒按照院内感染控制科制定的《医院环境清洁与消毒管理制度及标准操作规程》执行。

2.3.3.5 医用织物按《医用织物洗涤消毒管理制度》执行。

2.3.4 隔离

2.3.4.1 根据疾病传播途径的不同,采取接触隔离、飞沫隔离或空气隔离措施,标识正确、醒目。

2.3.4.2 确诊或疑似传染病患者尽可能安置在单人隔离房间。确诊同种病原体可以安置同一个房间。

2.3.5 呼吸机相关性肺炎、导管相关血流感染、导尿管相关泌尿道感染、手术部位感染、多重耐药菌感染等的预防与控制按照院内感染控制科制定的 SOP 执行。

2.3.6 抗菌药物的使用管理

2.3.6.1 应遵照《抗菌药物临床应用管理办法》进行抗菌药物使用的管理。

2.3.6.2 对感染患者及时采集标本送检,并参考临床微生物标本检测结果,结合患者的临床表现等,合理选用抗菌药物。

2.3.6.3 对抗菌药物临床应用实行分级管理。

2.3.6.4 使用特殊级抗菌药物应掌握用药指征,经抗菌药物管理工作组指定的专业技术人员会诊后,由具有相应处方权的医师开具处方。

2.3.6.5 手术预防使用抗菌药物时间应控制在术前 30min~1h 或者麻醉诱导期,抗菌药物品种选择和使用疗程应合理。

2.3.7 消毒物品与无菌物品的管理

2.3.7.1 根据药品说明书的要求配置药液,现用现配。

2.3.7.2 抽出的药液和配制好的静脉输注用无菌液体,放置时间不应超过 2h;启封抽吸的各种溶媒不应超过 24h。

2.3.7.3 无菌棉球、纱布的灭菌包装一经打开，使用时间不应超过 24h；干燥罐储存无菌持物钳使用时间不应超过 4h。

2.3.7.4 碘伏、复合碘消毒剂、季铵盐类、氯己定类、碘酊、醇类皮肤消毒剂应注明开瓶日期或失效日期，开瓶后的有效期应遵循厂家的使用说明，无明确规定使用期限的应根据使用频次、环境温湿度等因素确定使用期限。连续使用最长不应超过 7d；对于性能不稳定的消毒剂如含氯消毒剂，配制后使用时间不应超过 24h。

2.3.7.5 盛放消毒剂进行消毒与灭菌的容器，应达到相应的消毒与灭菌水平。

2.3.7.6 灭菌物品存放的有效期：（1）使用棉布类包装的灭菌包，有效期为 14 天；未达到《医院消毒供应中心管理规范》规定的环境温度、湿度标准，其有效期应为 7 天。（2）使用纸包装袋的灭菌包有效期为 1 个月。（3）使用一次性医用皱纹包装纸、医用无纺布包装的灭菌包有效期为 6 个月。（4）使用一次性纸塑袋包装的灭菌包有效期为 6 个月。（5）具有密封性能的硬质容器，有效期为 6 个月（遵循先进先出原则）。

2.3.8 一次性医疗器械的管理

2.3.8.1 执行医院制定的《一次性无菌医疗用品监督管理制度》和《医院消毒药械监督管理制度》。

2.3.8.2 一次性医疗器械应由医院统一购置，妥善保管，正确使用。

2.3.8.3 一次性医疗器械应一次性使用。

2.3.8.4 使用前应检查包装的完好性，有无污损，并在有效期内使用。

2.3.8.5 使用过程中密切观察患者反应，如发生异常，应立即停止使用，做好留样与登记，并及时按照医院要求报告；同批未用过的物品应封存备查。

2.3.8.6 用后的一次性医疗器械的处理，应按医疗废物管理相关要求执行。

2.3.9 医疗废物的管理

2.3.9.1 应做好医疗废物的分类。

2.3.9.2 医疗废物的管理应遵循院内感染控制科制定的《医疗废物管理制度》执行。

2.4 职业防护

2.4.1 应遵循标准预防的原则，在工作中执行标准预防的具体措施。

2.4.2 发生职业暴露后，应及时进行局部处理，并按照规定进行报告。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医院感染培训制度	制度编号	YNGRKZK-2020-10
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	408

医院感染培训制度

1. 目的

为保障医疗安全,提高医疗质量,加强医院感染的预防和控制工作,根据《医院感染管理办法》、《WS/T312-2009 医院感染监测规范》、《WS/T5592-2018 医院感染预防与控制评价规范》等有关规定,结合我院实际,制定本制度。

2. 标准

2.1 院内感染控制科每年年初必须制定出该年度的培训计划。

2.2 各科室应按照年初制定的培训计划,组织实施,保证计划的落实。

2.3 全体人员必须接受有关医院感染相关法律法规、医院感染管理相关工作规范和标准、专业技术知识的培训。

2.4 医务人员应当掌握与本职工作相关的医院感染预防与控制方面的知识,落实医院感染管理规章制度、工作规范和要求。科室每月组织1次院感防控知识的学习。

2.5 工勤人员应当掌握有关预防和控制医院感染的基础卫生学和消毒隔离知识,并在工作中正确运用。


2.6 医院感染专业人员应当具备医院感染预防与控制工作的专业知识,并能够承担医院感染管理和业务技术工作。

2.7 新上岗人员、进修生、实习生必须接受医院感染知识的岗前培训,时间不得少于3学时,考核合格后方可上岗。医务人员应参加预防、控制医院感染相关知识的继续教育课程或学术交流活动,医院感染管理专职人员每年不少于16学时,其他管理与医务人员每年不少于5学时。

2.8 院内感染控制科每年进行全院性医院感染知识培训1~2次,定期检查各科室预防及控制医院感染知识培训记录。

2.9 院内感染控制科每月对全院医院感染知识的掌握及执行情况进行检查考核。

2.10 积极开展预防医院感染的学术活动,鼓励全院医护人员撰写医院感染方面的学术论文踊跃投稿,加强我院与省内外的学术交流。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	环境卫生学及消毒灭菌效果监测制度	制度编号	YNGRKZK-2020-11
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	409

环境卫生学及消毒灭菌效果监测制度

1. 目的

为保障医疗安全，提高医疗质量，加强医院感染的预防和控制工作，根据《医院感染管理办法》、《WS/T311-2019 医务人员手卫生规范》、《WS/T312-2009 医院感染监测规范》、《WS/T5592-2018 医院感染预防与控制评价规范》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 环境卫生学监测报告包括：空气、物体表面、医护人员手和使用中的消毒剂监测等。2.2 每月对血液透析室、血库进行环境卫生学监测一次。

2.3 每季度对重点科室(手术室、产房、婴儿沐浴室、新生儿科、口腔科、消毒供应中心、人流室)环境卫生学监测一次。

2.4 对普通科室的每半年监测一次。

2.5 当有医院感染流行怀疑与医院环境卫生学因素有关时，及时进行监测。

2.6 监测方法见《医院消毒卫生标准》(GB15982-2012)。

2.6.1 I类环境卫生学标准(指层流洁净手术部、层流洁净病房,本院无此类环境), 空气 $\leq 4\text{CFU}/\text{皿}$ (30min); 物体表面 $\leq 5\text{CFU}/\text{cm}^2$ 。

2.6.2 II类环境:(非洁净手术部、产房、新生儿室、普通保护性隔离病区、重症监护病区等), 空气 $\leq 4\text{CFU}/\text{皿}$ (15min); 物体表面 $\leq 5\text{CFU}/\text{cm}^2$ 。

2.6.3 III类环境(母婴同室、消毒供应中心的检查包装灭菌区和无菌物品存放区、血液透析中心、其他普通病区等), 空气 $\leq 4\text{CFU}/\text{皿}$ (5min); 物体表面 $\leq 10\text{CFU}/\text{cm}^2$ 。

2.6.4 IV类环境:(普通门(急)诊及其检查、治疗室; 感染性疾病科门诊及病区), 空气 $\leq 4\text{CFU}/\text{皿}$ (5min); 物体表面 $\leq 10\text{CFU}/\text{cm}^2$ 。

2.6.5 医护人员手: 卫生手消毒后 $\leq 10\text{CFU}/\text{cm}^2$; 外科手消毒后 $\leq 5\text{CFU}/\text{cm}^2$ 。

2.6.6 消毒剂: 灭菌用消毒液的菌落总数应为 $0\text{CFU}/\text{ml}$; 皮肤黏膜消毒液的菌落总数应符合相应标准要求; 其他使用汇总消毒液的菌落总数应 $\leq 100\text{CFU}/\text{ml}$ 。

以上不得检出致病性微生物。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	个人防护用品使用管理制度	制度编号	YNGRKZK-2020-12
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	410-412

个人防护用品使用管理制度

1. 目的

为明确医院不同区域工作人员防护要求及防护用品的使用范围，降低员工及患者受医院感染的风险，根据《GBZ/T213-2008 2009. 3. 2 血源性病原体职业接触防护导则》《WS/T311-2009 医院隔离技术规范》《医院感染预防与控制临床实践指引（2013年）》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 个人防护用品（PPE）：用于保护医务人员避免接触感染性因子的各种屏障用品。包括口罩、手套、护目镜、防护面罩、防水围裙、隔离衣、防护服等。

2.2 医务人员防护的原则：医院应当根据医务人员在工作时接触不同的病人和病原体导致感染的危险性程度采取分级防护，防护措施应当适宜。

2.3 医院内所有区域应当采取标准预防。标准预防的核心内容包括：所有的病人均视为具有潜在感染性病人，即认为病人的血液、体液、分泌物、排泄物均具有传染性，必须进行隔离，不论是否有明显的血液或是否接触非完整的皮肤与粘膜，接触上述物质者，必须采取防护措施。既防止经血传播性疾病的传播，又要防止非经血传播性疾病的传播。强调双向防护。既要预防疾病从病人传至医务人员，又要防止疾病从医务人员传给病人。标准预防的具体措施包括：

2.3.1 接触血液、体液、分泌物、排泄物等物质以及被其污染的物品时应当戴手套；

2.3.2 脱去手套后立即洗手；

2.3.3 一旦接触了血液、体液、分泌物、排泄物等物质以及被其污染的物品后应当立即洗手；

2.3.4 医务人员的工作服、脸部及眼睛有可能被血液、体液、分泌物等物质喷溅到时，应当戴一次性外科口罩或者医用防护口罩、防护眼镜或者面罩，穿隔离衣；

2.3.5 处理所有的锐器时应当特别注意，防止被刺伤；

2.3.6 对病人用后的医疗器械、器具应当采取正确的消毒措施。

4 防护场所分区：医院建筑分区及着装防护：根据患者获得感染危险性的程度，将医院分为 3 个区域。

2.4.1 低危险区域：不接触患者的区域，包括行政管理区、生活服务区等。工作人员着工作服，并保持清洁，定期清洗。

2.4.2 中等危险区域：包括普通门诊、普通病房等。根据职业统一着工作服，保持清洁，定期清洗，不得穿工作服进入食堂。

2.4.3 高危险区域：手术室、新生儿科、产房等。根据本室要求统一着装，当接触患者体液、血液或进行有创操作时，根据标准预防的原则采取相应的隔离防护。

2.5 防护用品使用规范

2.5.1 手套的使用

a 手套分类：一次性使用医用手套；一次性使用灭菌橡胶外科手套（简称“无菌手套”）：符合 GB 7546。一次性使用医用橡胶检查手套（简称“清洁手套”或“检查手套”）：符合 GB 10213。

b 手套使用原则：应根据不同操作要求，选择合适的手套。根据标准预防及接触隔离原则，无论是否应用手套均应遵循手卫生指征。戴手套不能代替洗手，脱去手套后按规程进行洗手。戴无菌手套时，防止污染。一次性手套应一次性使用，诊疗不同患者应更换手套。使用后的手套按医疗废物处理。

c 手套使用指征：无菌手套：手术操作、阴道分娩、中心静脉置管、全胃肠外营养配置药物时、其他无菌操作时，如留置导尿、腰穿、换药等。清洁（检查）手套：接触患者的血液、体液、分泌物、排泄物、呕吐物及污染物品时；接触潜在高传染性、高危险性的微生物时；接触实施接触隔离的患者和周围区域时；静脉注射或静脉采血时；静脉导管拔管时；妇科检查时；吸痰（非闭式）时；倾倒呕吐物时；处理医疗废物时；清洗或清洁器械时；医学检验科、实验室在污染区域操作及接触污染电脑时；其他情况。

d 无需使用手套的情况：给普通患者一般操作时，如测量血压等；给普通患者生活护理时，如收拾患者餐具等；接触清洁物体时，如书写病历等；不得使用手

套。禁止工作人员戴手套触摸公共场所，如开关电梯。

2.5.2 口罩的使用

a 常见的医用口罩：外科口罩(符合 YY 0469-2011)：能阻止血液、体液和飞溅物传播,医护人员在有创操作过程中佩戴的口罩。为无纺布或复合材料制成,采用系带或松紧带,3 层材料分别为：外层防水、中层吸附、内层吸湿,并带有鼻夹,能阻止接触直径 $> 5 \mu\text{m}$ 的感染因子,过滤作用 $> 90\%$ 。医用防护口罩(符合 GB 19083-2010)：能阻止经空气传播的直径 $\leq 5 \mu\text{m}$ 感染因子或近距离($< 1\text{m}$)接触经飞沫传播疾病而发生感染的口罩。如 N95 防护口罩,过滤率达到 95%以上。

b 外科口罩、医用防护口罩、普通医用口罩均应一次性用

c 佩戴医用防护口罩时应进行密合性测试,选择合适的医用防护口罩。

d) 按照产品说明书使用口罩。佩戴时应注意内外和上下之分,防水层朝外,有鼻夹的一侧在面。

e) 口罩潮湿后,或受到患者血液、体液污染后,应及时更换。

f) 外科口罩的适用范围：接触经飞沫传播的疾病,如百日咳、白喉、流行性感、病毒性腮腺炎、流行性脑脊髓膜炎以及含有感染源的粉尘如曲霉菌属等真菌孢子时。进行有创操作或呼吸道操作时,如手术、气管切开、支气管镜检查、创口换药等。诊疗活动：手术室工作或接触免疫功能低下患者、进行体腔穿刺等操作时应戴外科口罩。

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	手卫生规范管理制度	制度编号	YNGRKZK-2020-13
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	413-414

手卫生规范管理制度

1. 目的

为保障医疗安全，提高医疗质量，加强医院感染的预防和控制工作，根据《WS/T311-2019 医务人员手卫生规范》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

- 2.1 将手卫生纳入医院医疗质量考核，提高医务人员手卫生的依从性。
- 2.2 手卫生为医务人员在从事职业活动过程中的洗手、卫生手消毒和外科手消毒的总称。
- 2.3 全院必须配备有效、便捷、适宜的手卫生设备和设施，必须用流动水，宜用洗手液洗手。
- 2.4 重点部门如新生儿科、血液透析室、手术室、产房、消毒供应中心、医学检验科等必须安装非手触式水龙头开关。
- 2.5 宜使用一次性包装的洗手液和手消毒剂。
- 2.6 应配备干手物品或设施，避免造成二次污染。
- 2.7 卫生手消毒时首选速干手消毒剂，过敏人群可选用其他手消毒剂。
- 2.8 戴手套不能代替手卫生，摘手套后应进行手卫生。
- 2.9 医院每月对进行医务人员手卫生依从性的监测与反馈，并有记录。
- 2.10 每季度对手术室、产房、新生儿科、血液透析室、儿童口腔保健科、医学检验科、消毒供应中心等重点部门进行手卫生消毒效果的监测，当怀疑医院感染暴发与医务人员手卫生有关时，应及时进行监测，并进行相应病原微生物的检测，采样时机为工作中随机采样。
- 2.11 医院每年组织全院人员手卫生知识和操作技能培训，包括医护人员、新上岗人员、进修生、实（见）习生、保洁人员等，并有培训考核记录。要求医务人员能正确掌握手卫生（洗手、手消毒、外科手消毒）方法，手卫生知晓率达

到 100%，洗手方法正确率 \geq 95%。

2.12 采购科应根据临床需要和医院感染管理委员会对手卫生产品选购的审定意见进行采购，按照国家有关规定，查验厂家三证，监督进货产品的质量并登记。

2.13 医务人员应正确掌握洗手与卫生手消毒的方法及指征，保证洗手与手消毒效果。

2.13.1 下列情况医务人员应洗手和/或使用手消毒剂进行卫生手消毒：

- a) 接触患者前。
- b) 清洁、无菌操作前，包括进行侵入性操作前。
- c) 暴露患者体液风险后，包括接触患者黏膜、破损皮肤或伤口、血液、体液、分泌物、排泄物、伤口敷料等之后。
- d) 接触患者后。
- e) 接触患者周围环境后，包括接触患者周围的医疗相关器械、用具等物体表面后。

2.13.2 下列情况应洗手：

- a) 当手部有血液或其他体液等肉眼可见的污染。
- b) 可能接触艰难梭菌、肠道病毒等对速干手消毒剂不敏感的病原微生物时。

2.13.3 手部没有肉眼可见污染时，宜使用手消毒剂进行卫生手消毒。

2.13.4 下列情况时医务人员应先洗手，然后进行卫生手消毒：

- a) 接触传染病患者的血液、体液和分泌物以及被传染性病原微生物污染的物品后。
- b) 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。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	消毒药械购进使用管理制度	制度编号	YNGRKZK-2020-14
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	415

消毒药械购进使用管理制度

1. 目的

为保障医疗安全，提高医疗质量，加强医院感染的预防和控制工作，根据《医院感染管理办法》《医疗器械监督管理条例》《关于印发消毒产品卫生安全评价规定的通知》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 医院感染管理委员会负责对消毒、灭菌药械（剂）的购进、使用进行监督管理。

2.2 院内感染控制科按照国家有关规定，对拟购入的消毒、灭菌药械（剂）的资质进行审核，并具体负责对医院消毒、灭菌药械（剂）的购入、储存和使用进行监督、检查和指导。

2.3 院内感染控制科负责对消毒、灭菌药械（剂）的使用效果进行抽查，对存在的问题及时向医院感染管理委员会报告并提出改进措施。

2.4 药剂科、设备科、采购科应根据临床需要和医院感染管理委员会的审核意见进行采购，按国家有关规定进行索证；每次进货必须进行质量验收，监督进货产品质量，订货合同、发货地点及货款汇寄帐号与生产企业一致，并按有关要求登记。

2.5 药剂科、设备科必须建立消毒、灭菌药械（剂）的采购和出入库登记制度并由专人负责。

2.6 严格保管，库房存放，阴凉干燥，通风良好，存放于地板架上，离地面20厘米，离墙5厘米，离天花板50厘米。不得将包装破损、失效、霉变过期的产品发放至使用部门。

2.7 使用部门应严格掌握消毒、灭菌药械（剂）的使用范围、方法、注意事项；掌握消毒、灭菌药械（剂）的使用浓度、配制方法、消毒对象、更换时间、影响因素等，发现问题及时向院内感染控制科报告。

厚德精诚 笃行至善

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	一次性无菌医疗用品监督管理制度	制度编号	YNGRKZK-2020-15
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	416-417

一次性无菌医疗用品监督管理制度

1. 目的

为保障医疗安全,提高医疗质量,加强医院感染的预防和控制工作,根据《医院感染管理办法》《医疗器械监督管理条例》《关于印发消毒产品卫生安全评价规定的通知》等有关规定,结合我院实际,制定本制度。

2. 标准

2.1 医院所用一次性使用无菌医疗卫生用品必须统一采购,临床科室不得自行购入。

2.2 医院采购一次性使用无菌医疗卫生用品必须取得省级以上药品监督部门颁发的《医疗器械生产企业许可证》、《医疗器械产品注册证》或取得《医疗器械经营许可证》的经营企业购进的合格产品。

2.3 医院采购的一次性使用无菌医疗用品或进口的一次性使用无菌医疗用品应具有国家药监局颁发的《医疗器械产品注册证》。

2.4 医院采购部门每次购置必须进行质量验收:①订货合同、发货地点及货款汇寄帐号与生产企业和经营企业相一致,并查验每一批号产品的检验合格证。②、产品的内外包装应完好无损。③包装标识应符合国家标准。④进口的无菌医疗用品应有中文标识。

2.5 采购部门应建立一次性使用无菌医疗卫生用品的采购登记制度,专人负责建立登记帐册,医院应设置一次性使用无菌医疗用品库房。

2.6 严格保管,将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 $\geq 5\text{cm}$,距离天花板 $\geq 50\text{cm}$ 。不得将包装破损、失效、霉变的产品发放至使用部门。

2.7 使用科室对一次性使用医疗器具应计划领取。使用前应检查失效期、包装有无破损、产品有无不洁净等产品质量和安全方面的问题,发现问题应及时向院内感染控制科和采购部门报告。

2.8 使用时若发生热原反映、感染或其他异常情况时，必须立即停止使用并及时留取标本送检，按规定登记发生时间、种类、临床表现、处理结果；所涉及一次性无菌医疗器械的生产单位、产品名称、生产日期、批号及供货单位、供货日期等，及时报告院内感染控制科、药剂科及一次性医疗器械采购部门。

2.9 一次性使用无菌医疗用品应一次性使用，使用后的一次性医疗卫生用品须按卫生部《医疗废物管理条例》的规定暂存、转运和处置，严禁重复使用和回流市场。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医院消毒药械监督管理制度	制度编号	YNGRKZK-2020-16
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	418-419

医院消毒药械监督管理制度

1. 目的

为贯彻《中华人民共和国传染病防治法》及《实施办法》和《消毒管理办法》(2002年3月28日卫生部令第27号发布),加强消毒药械的管理,特制定本制度。

2. 标准

2.1 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,院内感染控制科为其执行机构,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。

2.2 药剂科和设备科分别为消毒剂 and 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。

2.3 在采购消毒药械时应索取加盖供货方印章的如下证件并妥善保存:

2.3.1 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;

2.3.2 卫生部颁发的消毒剂、消毒器械卫生许可批件(有效期四年)或卫生安全评价报告的复印件;

2.3.3 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;

2.3.4 核准有医疗器械生产或经营范围的营业执照和许可证复印件。

2.3.5 核查企业法定代表人的委托授权书和销售人员的委托授权书。

2.4 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)或卫生安全评价报告的复印件。

2.5 为配合监督管理,设备科和药剂科在新产品入库前必须及时通知院内感

染控制科。

2.6 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，设备科和药剂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，科室应根据需要提前制订计划送交设备科和药剂科；同时院内感染控制科有义务提供相关产品信息。

2.7 设备科和药剂科应严格采购、验收制度：

2.7.1 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；

2.7.2 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。

2.8 设备科和药剂科必须做好相关产品的有效证件及资料的备案存档工作，认真填写《审核表》，要求一个厂家一个档案袋，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。

2.9 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。

2.10 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。

2.11 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，发现问题及时报告院内感染控制科予以解决。

2.12 超过有效期的证件及验收记录应另外妥善保存至少二年。

2.13 根据以上条款及其相关规章制度，院内感染控制科每季度监督检查一次，必要时随时检查，检查结果将与奖惩挂钩。

2.14 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。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医疗废物管理制度	制度编号	YNGRKZK-2020-17
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	420-421

医疗废物管理制度

1. 目的

为保障医疗安全，提高医疗质量，加强医院感染的预防和控制工作，规范处置医疗废物，根据《医院感染管理办法》《医疗废物管理条例》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》《医疗废物分类目录》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 院内感染控制科对全院各科室的医疗废物处置工作实施统一监督管理。负责定期对医疗废物处置人员和管理人员，进行相关法律法规、专业技术、安全防护及紧急处理等知识的培训。

2.2 医疗废物处理的原则：分类收集，专人回收，集中处理。一次性医疗用品，不得私自回收、私自出售。

2.3 收集医疗废物时应穿戴必要的防护用品，如一次性口罩、一次性手套、一次性医用帽子、工作服、水胶鞋等，每天定点、定时、定路线，用专用、封闭的收集车清运、收集，并做好相应登记。每天运送工作结束后，应对运输工具进行清洗、消毒。

2.4 医疗废物应由具有合法资质的单位负责清运及无害化处理，交接账目清楚，档案资料保存至少三年。

2.5 感染性废物、损伤性废物、药物性废物、病理性废物、化学性废物不能混合收集，少量的药物性废物可以混入感染性废物中，但应当在标签上注明。

2.6 盛装医疗废物的包装（容器）应符合以下要求：

2.6.1 按医疗废物的类别，分别置于医疗废物专用包装袋或容器内。

2.6.2 包装袋外面有警示标识和警示说明。

2.6.3 包装袋在使用前应检查有无破损、渗漏和其他缺陷。

2.6.4 盛装的医疗废物达到包装物或容器的3/4时，应及时将封口扎紧。

厚德精诚 笃行至善

2.7废弃的麻醉、精神、放射性、毒性等药品及其相关的废物管理依照有关法律、行政法规和国家有关规定标准执行。

2.8隔离的传染病病人或者疑似传染病病人产生的医疗废物应当使用双层包装物并及时密封，放入包装物或者容器内的感染性废物、病理性废物、损伤性废物不得取出。

2.9医疗废物暂时贮存的时间不能超过2天，暂时贮存的设施和设备应当定期消毒和清洁。

2.10医疗废物中病原体的培养基、标本和菌种、毒种保存液等高危险废物应当在产生地点进行压力蒸汽灭菌处理，然后按照感染性废物收集。

2.11对于产生、收集、贮存、运输、处置医疗废物过程中，应当防止医疗废物直接接触身体，发生刺伤、擦伤等伤害时，应当及时上报院内感染控制科。医疗废物泄露时，启动应急程序，采取有效措施。

2.12使用后的注射器应采取安全的处置措施，禁止用手分离注射器针头，使用后的注射器禁止毁形。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	病区保洁管理制度	制度编号	YNGRKZK-2020-18
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	422-424

病区保洁管理制度

1. 目的

为保障医疗安全,提高医疗质量,加强医院感染的预防和控制工作,根据《医院感染管理办法》《WS/T510-2016 病区医院感染管理规范》等有关规定,结合我院实际,制定本制度。

2. 标准

2.1 病室清洁原则:保洁人员应穿工作服。清洁顺序:先普通病房后隔离病房。

2.2 每日进行常规清洁与除尘工作时,以湿式为主,禁止干扫,拖把不能滴水;保持地面的清洁与干燥。进入隔离病房(隔离标志)时,根据护士的指导戴口罩、帽子、手套,必要时加穿隔离衣或鞋套。床单元消毒毛巾或湿巾一床一巾,使用后集中清洗、消毒。病房使用的拖地巾、公共区抹布每清洁一个房间应更换一次。拖地时,拖布头需每一个房间更换 1 个,如有明显脏污时及时更换。

2.3 清洁和污染拖把头分别盛放在加盖容器中;擦拭体液、血液的抹布和拖地巾放入黄色塑料包装袋,并有明显的标记。随时保持地面的清洁及干燥。家具油漆脱落、地面、墙壁、天花板有裂缝、门关闭不严应及时报告。患者出院或转出后对床单元进行终末处理。拖布、抹布按标识分区使用,保洁用具保持清洁,定期消毒。

2.4 普通病房常规保洁流程:

2.4.1 病房公共区域擦拭顺序:门把手→门框→开关→窗台→窗框橱柜→陪护椅。患者床单元(一人一巾)擦拭顺序:餐板→床头桌→床头牌→床头→床围→床尾。

2.4.2 卫生间擦拭顺序:备齐工具→敲门入内→清刷水池→擦拭镜面→门把手→墙面附属物扶手→戴手套→便池冲水→倒入洁厕剂→清刷便池→倒垃圾→摘手套→清拖地面。

2.4.3 擦拭毛巾使用规范：毛巾数量大于病区住院患者数量。毛巾折成 4 个面，1 个面清洁 1 个物体表面。

2.5 病室消毒原则：

2.5.1 地面消毒：地面有血液、粪便、体液病原菌污染时：戴手套→用纸巾清除污迹→医疗废物袋→纸巾蘸有 500 mg/L 有效氯消毒液覆盖作用 30 分钟或消毒湿巾纸 S 型擦拭，用 500mg/L 有效氯消毒液从四周 2 米处向内擦沫，使用过的布类或纸巾→医疗废物袋。

2.5.2 墙面消毒：通常不需要进行常规消毒，当受到病原菌、血液、体液污染时用含有效氯 500mg/L 擦拭消毒，作用时间 30 分钟。

2.5.3 病房各类用品：1 次/日对室内物体表面进行日常清洁擦拭，当受到病原微生物污染时，用 500 mg/L 含氯消毒液擦拭消毒；NICU 等重点部门和隔离病房每日不少于 2 次用 500mg/L 含氯消毒液擦拭消毒。

2.5.4 窗帘及屏风布帘每季度送洗 1 次，污染时随时清洗。

2.5.5 使用后床单、被套 等，拆除后集中收集、回收清洗。

2.5.6 用床单位消毒器（臭氧）消毒床垫，使用方法按说明书操作。

2.6 终末消毒（包括患者出院、转床或死亡）：

2.6.1 普通患者出院后，先用清洁剂将患者床单位擦洗干净后，用 500mg/L 含氯消毒液擦拭病床、床头柜、门把手、卫生间物体表面等。

2.6.2 感染性疾病患者出院后，先用清洁剂将患者床单位擦洗干净后，用 500mg/L 含氯消毒液擦拭病床、床头柜、门把手、卫生间物体表面等，作用时间 30 分钟。

2.7 隔离患者病室清洁消毒：

2.7.1 根据不同病原菌采取相应的消毒方法，消毒顺序从里至外，从上到下，从左至右依次进行。

2.7.2 物体表面、地面的消毒：用 500mg/L 含氯消毒液擦拭，作用时间 30 分钟。墙壁、天花板、窗帘等有污染时应清洗消毒。

2.7.3 隔离患者使用后的织物放入医用垃圾口袋，密闭回收清洗消毒。

2.7.4 空气消毒：根据患者感染病原菌及疾病传播途径选择合适的消毒方法，使用方法按照说明书执行。

2.7.5 含氯消毒液现配现用，使用前用“G-1 型消毒剂浓度测试纸”测试浓度。

2.8 当有大面积血液和体液污染地面时处理：保护现场，提醒其他人员勿走进。戴好口罩、手套、穿一次性隔离衣。用足够的一次性纸巾或布巾覆盖在污染的地面上。将覆盖的废弃物收集到黄色医疗废物袋内。用 500mg/L 含氯消毒液喷洒到被污染的表面以防止污染的扩散。使用具有吸附作用的纸巾盖到消毒液上面，作用时间 30 分钟。用纸巾擦干被污染的地面或物面后，放入医疗废物袋内，粘贴标签，严格执行手卫生。

2.9 卫生洁具使用原则：各区域的卫生洁具应保持干燥备用，分区使用，标识清晰。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	产后胎盘处置制度	制度编号	YNGRKZK-2020-19
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	425

产后胎盘处置制度

1. 目的

为保障医疗安全，提高医疗质量，加强医院感染的预防和控制工作，根据《医院感染管理办法》《医疗废物管理条例》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》《医疗废物分类目录》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 为加强产妇产后胎盘处置的管理，杜绝不法分子买卖胎盘，特制定本制度。

2.2 严禁任何科室和个人买卖胎盘。

2.3 产妇产后胎盘应当归产妇所有。

2.4 产妇自愿放弃胎盘的，由我院按照病理性医疗废物进行处置。

2.5 传染病或疑似传染病的产妇的胎盘，医护人员应当及时告知产妇，按照《传染病防治法》、《医疗废物管理条例》的有关规定进行消毒处理后，装入双层黄色医疗垃圾袋并封袋口。垃圾袋外粘贴标签，注明产妇的姓名、住院号、分娩日期、时间、科室等信息并按照医疗废物进行处置。

2.6 对于情况紧急，相关化验检查结果暂不知晓者，由科室按照疑似传染病的产妇的胎盘进行处置。

2.7 因病情需要，胎盘需做病理检查的，由病理科完成标本采样后按照废弃胎盘进行处置。

2.8 严格落实产妇产后胎盘处理的知情权，产房助产士应协助孕妇及其家属在《胎盘处置登记本》（或《入院告知书》）的相应位置签字。

2.9 废弃胎盘由产房工作人员与物业公司医疗垃圾回收人员当面交接签字。

2.10 医院处置胎盘应指定专人回收，科室工作人员与回收人员交接时，当面清点个数，并在《胎盘处理登记本》上签字。科室和个人违反规定所造成的后果由科室和个人负责。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医用织物洗涤消毒管理制度	制度编号	YNGRKZK-2020-20
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨 华
	版 本	第2版	页 码	426-428

医用织物洗涤消毒管理制度

1. 目的

为保障医疗安全，提高医疗质量，加强医院感染的预防和控制工作，保障医用织物清洗消毒质量，根据《WS/T508-2016 医院医用织物洗涤消毒技术规范》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 环境与布局流程

2.1.1 加强洗衣房环境卫生管理。合理规划布局，符合环保要求。清洁区和污染区分区明确，两区之间设置完全隔离屏障、空气不能对流。

2.1.2 设置工作人员、医用织物接收与医用织物发放的专用通道。

2.1.3 工作流程合理，物流由污染区到清洁区，不交叉、不逆行。

2.1.4 污染区应设有手卫生及空气消毒设施。

2.1.5 排水设施完善，有防蝇、防鼠等有害生物防制设施。

2.2 分类收集

2.2.1 按脏污织物和感染性织物进行分类收集。收集时减少抖动。

2.2.2 确认的感染性织物在患者床边密闭收集。盛装感染性织物的收集袋（箱）宜为橘红色，有“感染性织物”标识。

2.2.3 脏污织物宜采用可重复使用的专用布袋或包装箱（桶）收集，也可用一次性专用塑料包装袋盛装；其包装袋和包装箱（桶）有文字或颜色标识。

2.2.4 盛装使用后医用织物的包装袋应扎带封口，包装箱（桶）应加盖密闭。用于盛装使用后医用织物的专用布袋和包装箱（桶）应一用一清洗消毒。

2.2.5 病区暂存场所内使用的专用存放容器应至少一周清洗一次，如遇污染应随时进行消毒处理，使用后的一次性专用塑料包装袋应按医疗废物处理。

2.3 洗涤消毒：医用织物与非医用织物不得混洗；专机洗涤设备应有相应标示。

脏污织物：

(1) 应遵循先洗涤后消毒原则。

(2) 根据医用织物使用对象和污渍性质、程度不同，应分机或分批进行洗涤、消毒。按照洗涤设备操作说明书和规定的要求进行洗涤、消毒。

(3) 新生儿、婴儿使用后的医用织物应专机洗涤、消毒，不应与其他医用织物混洗。

(4) 手术室的医用织物（如手术衣、手术铺单等）宜单独洗涤。

(5) 选择热洗涤方法时可不作化学消毒处理。

2、感染性织物：

(1) 遵循先洗涤后消毒的原则，或选择洗涤与消毒同时进行的方式。

(2) 不宜手工洗涤。

(3) 采用专机洗涤、消毒，首选热洗涤方法。对不耐热的感染性织物宜在预洗环节同时进行消毒处理。

(4) 对已明确被朊毒体、气性坏疽或其他细菌芽孢污染的感染性织物，不宜重复使用，应作焚烧处理。

(5) 被朊病毒、气性坏疽、突发不明原因传染病的病原体或其他有明确规定的传染病病原体污染的感染性织物，以及多重耐药菌感染或定植患者使用后的感染性织物，若需重复使用应先消毒后洗涤，消毒方法应按相关规定执行。

2.4 洗涤设备的消毒

感染性织物每次投放洗涤设备后，应立即选用有效消毒剂对其设备舱门及附近区域进行擦拭消毒。

2.5 环境的消毒

2.5.1 每天工作结束后应对污染区的地面与台面采用有效消毒剂进行拖洗/擦拭，清洁区的地面、台面、墙面应每天保洁。

2.5.2 工作区域的物体表面有明显血液、体液或分泌物等污染时，应及时用吸湿材料去除可见的污染物，再清洁和消毒。

2.6 运送

2.6.1 分别有运送使用后医用织物和清洁织物的专用运输工具，不应交叉使用。

2.6.2 专用运输工具应根据污染情况定期清洗消毒；运输工具运送感染性织物后应一用一清洗消毒。

2.7 储存

临床科室医用织物的储存应符合以下要求：1、清洁织物存放区应有明显标识；2、清洁织物存放架或柜距地面高度 20cm~25cm，离墙 5cm~10cm，距天花板 50cm。3、清洁织物的存放时间可为 14 d（最长不超过 30 d），清洁织物存放时间过久，如发现有污渍、异味等感官问题应重新洗涤。

2.8 质量管理

2.8.1 洗衣房应有质量管理负责人和专（兼）职质检员，负责开展各工序的自检、抽检工作。

2.8.2 对洗涤消毒后的医用织物，对其性状、表面污渍、破损等进行检查。清洁织物要求外观整洁、干燥，无异味、异物、破损。

2.8.3 每半年对工作人员手、物体表面进行 1 次卫生学抽检，符合 GB 15982 III类环境规定。

2.9 医用织物的定期更换

2.9.1 医务人员：工作服根据需要定期更换，遇污染时随时更换。

2.9.2 患者：住院病人织物每周更换一次，遇污染时随时更换。

2.9.3 窗帘、隔帘每半年清洗一次，产房、新生儿科等重点部门每三个月清洗一次，遇污染时随时清洗。

2.9.4 抹布、拖布各病区自行清洗消毒。

2.10 洗衣房工作人员的个人防护

工作人员在进行用后医用织物分拣和装机洗涤过程中，应遵循“标准预防”原则，严格执行隔离要求，穿戴工作服（包括衣裤）、帽、口罩、手套、防水围裙和胶鞋，必要时穿隔离衣，并落实手卫生。


2.11 加强人员培训：加强洗衣房工作人员岗前培训和能力培训，熟练掌握医用织物洗涤消毒技能和医院感染防控基本要求。

2.12 污水排放

严格按照《医疗废物管理条例》等要求，加强医疗废物管理，医疗废水排放符合环保要求。

2.13 资料管理与保存要求

使用后医用织物和清洁织物收集、交接时，应有记录。日常质检记录、交接记录应具有可追溯性，记录的保存期应>6 个月。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	污水管理制度	制度编号	YNGRKZK-2020-21
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	429-430

污水管理制度

1. 目的

根据《中华人民共和国水污染防治法》、《医疗机构水污染物排放标准》、《医院污水处理工程技术规范》等法规的要求，为规范我院污水管理工作，保护环境和公众健康，特制定本制度。

2. 标准

2.1 管理职责

总务后勤科负责医院污水排放处置管理相关的技术指导和督导检查。医院污水站日常管理包括按照工艺流程要求进行投放消毒药剂、每日对在线监测设备、提升泵、二氧化氯发生器、加药装置等设备设施运行情况进行记录，对污泥及栅渣产生情况进行记录，定期对污水进行取样与监测等工作。

2.2 污水排放要求

2.2.1 综合医院应达到 GB18466-2005《医疗机构水污染物排放标准》中表 2 的规定，直接或间接排入地表水体和海域的污水执行排放标准，排入终端已建有正常运行城镇二级污水处理厂的下水道的污水，执行预处理标准。

2.2.2 栅渣和污水处理站污泥属危险废物，应交由有资质的危险废物公司处理。污泥清掏前进行监测，粪大肠菌群数 ≤ 100 （MPN/g）。

2.2.3 污水站排出的废弃应进行除臭除味处理，保证污水处理站周边空气中污染物达到 GB18466-2005《医疗机构水污染物排放标准》中表 3 的规定。

2.3 处理工艺与消毒要求

2.3.1 病区和非病区的污水应分流，不得将固体传染性废物、各种化学废液弃置和倾倒排入下水道。

2.3.2 特殊排水如检验室废水应单独收集并进行处理后，再排入医院污水处理站。

2.3.3 污水宜采用二级处理+消毒工艺或深度处理+消毒工艺；执行预处理标

准时宜采用一级处理或一级强化处理+消毒工艺。

2.3.4 污水站工作人员根据处理工艺要求进行加药（数量、时间）、监测数据、设备设施运行情况进行记录同时须进行交班记录。

2.4 取样与监测

2.4.1 理化指标采样频率：PH 值每日监测 2 次；COD 和 SS 每周监测 1 次；其他污染物（具体见《医疗机构水污染物排放标准》表 2）每季度监测不少于 1 次；限值标准符合《医疗机构水污染物排放标准》（GB18466-2005）。

2.4.2 生物学指标：粪大肠菌群每月监测一次，不得超过 500MPN/L；沙门氏菌每季度监测 1 次，不得检出；志贺氏菌每年监测 2 次，不得检出。

2.5 劳动安全与职业卫生

2.5.1 医院污水处理工程在设计、施工和运行过程中，必须高度重视安全卫生问题，严格执行国家及地方的有关规定，采取有效的应对措施和预防手段。

2.5.2 医院污水处理工程运行时应建立明确的岗位责任制，各工种、岗位应按工艺特征和要求制定相应的安全操作规程、注意事项等。

2.5.3 医院污水处理人员应具备设备日常维护、保养与检修、突发性故障时的应急处理能力。

2.5.4 医院污水站应为工作人员配备必要的防护用品如工作服、手套、口罩、帽子、靴子、护目镜等防护用品。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	多重耐药菌医院感染管理规章制度	制度编号	YNGRKZK-2020-22
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	431-433

多重耐药菌医院感染管理规章制度

1. 目的

为保障医疗安全，提高医疗质量，加强医院感染的预防和控制工作，根据《医院感染管理办法》《卫生部办公厅关于加强多重耐药菌医院感染控制工作的通知》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 多重耐药菌(multiple resistant bacteria)是指有多重耐药性的病原菌。Multiresistance 可以翻译成多药耐药性、多重耐药性、其定义为一种微生物对三类（比如氨基糖苷类、红霉素、β-内酰胺类）或三类以上抗生素同时耐药，而不是同一类三种。P-resisitence 成为泛耐菌株，对几乎所有类抗菌素耐药。比如泛耐不动杆菌，对氨基糖苷、青霉素、头孢菌素、碳氢酶烯、四环素类、氟奎诺酮及磺胺类等耐药。由多重耐药菌引起的感染呈现复杂性、难治性等特点，主要感染类型包括泌尿道感染、外科手术部位感染、医院获得性肺炎、导管相关血流感染等。近年来，多重耐药菌已经成为医院感染重要的病原菌。为进一步加强多重耐药菌医院感染预防与控制，指导各科室做好多重耐药菌医院感染预防与控制工作，降低发生医院感染的风险，保障医疗质量和医疗安全，根据《医院感染管理办法》及有关规定，特制定本制度。

2.2 加强多重耐药菌医院感染管理

2.2.1 重视多重耐药菌医院感染管理。院内感染控制科应当高度重视多重耐药菌医院感染的预防和控制，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，结合本机构实际工作，制订并落实多重耐药菌感染管理的规章制度和防控措施。

2.2.2 加强重点环节管理。科室要采取有效措施，预防和控制多重耐药菌的医院感染。特别要加大对重点部门的患者，或接受过广谱抗菌药物治疗或抗菌药物治疗效果不佳的患者，留置各种管道以及合并慢性基础疾病的患者等重点人群

的管理力度，落实各项防控措施。

2.2.3 加大人员培训力度。科室要加强对医务人员医院感染预防与控制知识的教育和培训。提高医务人员对多重耐药菌医院感染预防与控制认识，强化多重耐药菌感染危险因素、流行病学以及预防与控制措施等知识培训，确保医务人员掌握正确、有效的多重耐药菌感染预防和控制措施。

2.3 强化预防与控制措施

2.3.1 加强医务人员手卫生。严格执行《医务人员手卫生规范》（WS/T313-2009）。医疗机构应当提供有效、便捷的手卫生设施，特别是在多重耐药菌医院感染重点部门，应当配备充足的洗手设施和速干手消毒剂，提高医务人员手卫生依从性。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。

2.3.2 严格实施隔离措施。医疗机构应当对所有患者实施标准预防措施，对确定或高度疑似多重耐药菌感染患者或定植患者，应当在标准预防的基础上，实施接触隔离措施，预防多重耐药菌传播。

2.3.3 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。隔离房间应当有隔离标识。不宜将多重耐药菌感染或者定植患者与留置各种管道、有开放伤口或者免疫功能低下的患者安置在同一房间。多重耐药菌感染或者定植患者转诊之前应当通知接诊的科室，采取相应隔离措施。没有条件实施单间隔离时，应当进行床旁隔离。

2.3.4 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。

2.3.5 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。接触多重耐药菌感染患者或定植患者的伤口、溃烂面、粘膜、血液、体液、引流液、分泌物、排泄物时，应当戴手套，必要时穿隔离衣，完成诊疗护理操作后，要及时脱去手套和隔离衣，并进行手卫生。

2.3.6 遵守无菌技术操作规程。医务人员应当严格遵守无菌技术操作规程，

特别是在实施各种侵入性操作时，应当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。

2.3.7 加强清洁和消毒工作。医疗机构要加强多重耐药菌感染患者或定植患者诊疗环境的清洁、消毒工作及重点部门物体表面的清洁、消毒。要使用专用的抹布等物品进行清洁和消毒。对医务人员和患者频繁接触的物体表面（如心电监护仪、微量输液泵、呼吸机等医疗器械的面板或旋钮表面、听诊器、计算机键盘和鼠标、电话机、患者床栏杆和床头桌、门把手、水龙头开关等），采用适宜的消毒剂进行擦拭、消毒。被患者血液、体液污染时应当立即消毒。出现多重耐药菌感染暴发或疑似暴发时，应当增加清洁、消毒频次。在多重耐药菌感染患者或者定植患者诊疗过程中产生的医疗废物，应当按照医疗废物有关规定进行处置和管理。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医疗锐器伤预防措施	制度编号	YNGRKZK-2020-23
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	434-436

医疗锐器伤的预防措施

1. 目的

为减少医务人员职业暴露，保障医务人员安全，根据《GBZ/T213-2008 2009. 3. 2 血源性病原体职业接触防护导则》《职业暴露感染艾滋病病毒处理程序规定》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 对临床护理人员加强教育、加深临床护理人员对医疗锐器刺伤的认识及重视、掌握预防医疗锐器刺伤的措施。

2.2 了解与锐器伤有关的不规范操作，以在临床工作中避免和减少发生锐器伤。与锐器刺伤有关的不规范操作主要有：将用过的锐器或注射器进行分离、浸泡、清洗；将用过的针帽套回针头；将血液或体液从一个容器转到另一个容器；将针头遗弃在不耐刺的容器中；用过的注射器未及时处理针头等过程中不规范的操作。

2.3 掌握医疗锐器处理原则及方法，减少污染物对环境及工作人员的二次污染。医疗锐器处理原则是用后的锐器一定要放在固定的坚硬的容器内，对重复使用的注射器械和其他医疗器具应进行严格的灭菌处理。

2.4 医护人员发生职业暴露时的应急程序

2.4.1 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，如不慎被乙肝病毒、丙肝病毒、艾滋病病毒（HIV）污染的尖锐物体划伤刺破时，应立即挤出伤口血液，然后用肥皂和清水冲洗，再用碘酒和酒精消毒，必要时去外科急诊进行伤口处理，根据应急程序定期进行血源性传播疾病的检查和随访。

2.4.2 被乙肝、丙肝阳性病人血液、体液污染的锐器刺伤后，应在 24 小时内通知院内感染控制科，抽血查乙肝病毒抗体和丙肝病毒抗体，必要时同时抽取病人血液进行对比，同时注射乙肝免疫高价球蛋白。刺伤后 1 个月、3 个月、6 个月进行复查。被 HIV 阳性病人血流、体液污染的锐器刺伤后，应在 24 小时内

通知院内感染控制科，抽血查 HIV 抗体、必要时同时抽取病人血液标本进行对比。受伤后 1 个月、3 个月、6 个月定期复查，同时遵医嘱用药，通知医务处、感控科进行登记、上报、追访等。

2.5 职业暴露防护措施、方法及暴露后的处理

2.5.1 措施

2.5.1.1 手及皮肤表面接触血液、深层体液或可能受污染的器具后应立即彻底清洗。

2.5.1.2 在任何情况下处理深层体液时必须戴手套。

2.5.1.3 工作完成后应尽快脱去被血液、体液污染的手套。

2.5.1.4 接触每一位病人后应更换手套。

2.5.1.5 脱去手套后、即使手套表面没有破损也应马上清洗双手。

2.5.1.6 在工作中预料会有血液、体液溅出应戴防护眼罩并穿不渗透防护服/围裙。

2.5.1.7 针头使用后切勿套上针帽、应将针头置于固定的容器内。

2.5.1.8 任何地方被血液/体液污染，应先用稀释的含有效氯的消毒剂消毒，再脱手套、认真清洗双手。

2.5.1.9 应记录及报告血液/体液暴露的情况。

2.5.2 方法

2.5.2.1 洗手：是预防感染传播最经济有效的措施。接触病人前后、包括脱手套后、手或身体其他部位被病人血液、体液、人体组织污染后立即用皂液和流动水清洗。

2.5.2.2 戴手套：预料手要接触血液、体液污染物时；手上有伤口时；在进行抽血、静脉穿刺、伤口换药、处理污染器械、持血标本等护理操作时必须戴手套操作；手套破损立即更换。

2.5.2.3 其他防护措施：包括护目镜、帽子、隔离衣、鞋套、口罩、面罩等。离开工作场所时应将防护用物脱去、放置在指定位置。

2.5.3 暴露后的处理

2.5.3.1 皮肤意外接触到血液、体液，应立即用皂液和清水冲洗。


2.5.3.2 血液、体液意外进入眼睛、口腔、立即用大量清水或生理盐水冲洗。

2.5.3.3 被血液、体液污染的针头刺伤后，用皂液和清水冲洗伤口、挤出伤口的血液，再用碘酒、酒精消毒。

2.5.3.4 意外暴露后必须在 24 小时内报告院内感染控制科并填写报表。

2.5.3.5 可疑暴露于 HBV 感染的血液、体液时，根据情况注射高价免疫球蛋白。

2.5.3.6 可疑暴露于 HIV 感染的血液、体液时，尽快进行专家评估。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医疗废物暂存管理制度	制度编号	YNGRKZK-2020-24
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	437

医疗废物暂存管理制度

1. 目的

为保障医疗环境安全，规范合法处置医疗废物，根据《医疗废物管理条例》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》《医疗废物分类目录》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 医务人员按《医疗废物分类目录》对医疗废物进行分类。

2.2 根据医疗废物的类别，将医疗废物分置于专用包装袋或容器内，包装袋和容器应符合《医疗废物专用包装物容器的标准和警示标识》的规定。

2.3 医务人员在盛装医疗废物前，应当对包装物或容器进行认真检查，确认无破损、渗液和其它缺陷。

2.4 盛装医疗废物达到包装物或容器的 3/4 时，应当使用有效的封口方式，使封口紧实、严密。

2.5 盛装医疗废物的每个包装物或容器外，表面应当有警示标记和中文标签，标签内容包括医疗废物产生单位，产生日期，类别等。

2.6 放入包装物或容器内的感染性废物、病理性废物、损伤性废物，不得任意取出。

2.7 医疗废物管理专职人员，每天从医疗废物产生地点将分类包装的医疗废物，按照规定的路线运送至院内临时贮存室；运送过程中应防止医疗废物的流失、泄漏，并防止医疗废物直接接触身体。每天运送工作结束后，应当对运送工具及时进行清洁和消毒。

2.8 医疗废物管理专职人员，每天对产生地点的医疗废物进行过称、登记。登记内容包括来源、种类、重量、交接时间、最终去向、经办人等。

2.9 医疗废物暂存点的医疗废物，贮存时间不得超过两天，由专职人员交由具有资质的医疗废物处置公司进行无害化处理，并填写危险废物转移联单。

2.10 医疗废物转交出去以后，专职人员应当对临时贮存地点、设施及时进行清洁和消毒处理，并做好记录。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医务人员手卫生标准操作规程	制度编号	YNGRKZK-2020-25
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	438-441

医务人员手卫生标准操作规程

1. 目的

为保障医疗安全,提高医疗质量,加强医院感染的预防和控制工作,根据《医院感染管理办法》《WS/T311-2019 医务人员手卫生规范》等有关规定,结合我院实际,制定本制度。

2. 标准

(一) 定义

- 1、手卫生:为医务人员在从事职业活动过程中的洗手、卫生手消毒和外科手消毒的总称。
- 2、洗手:医务人员用流动水和洗手液(肥皂)揉搓冲洗双手,去除手部皮肤污垢、碎屑和部分微生物的过程。
- 3、卫生手消毒:医务人员用手消毒剂揉搓双手,以减少手部暂居菌的过程。
- 4、外科手消毒:外科手术前医护人员用流动水和洗手液揉搓冲洗双手、前臂至上臂下1/3,再用手消毒剂清除或者杀灭手部、前臂至上臂下1/3暂居菌和减少常居菌的过程。

(二) 手卫生步骤

1、六步洗手法正确步骤:

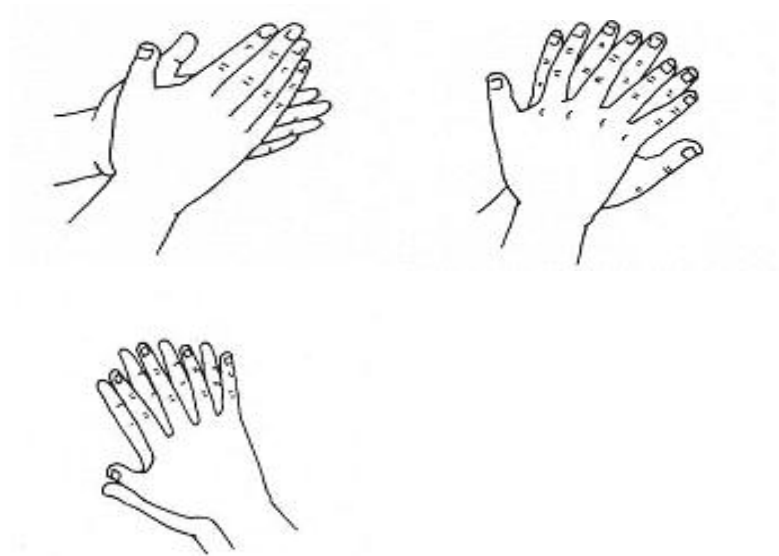
- A.1 在流动水下,淋湿双手。
- A.2 取适量洗手液(肥皂),均匀涂抹至整个手掌、手背、手指和指缝。
- A.3 认真揉搓双手至少15s,注意清洗双手所有皮肤,包括指背、指尖和指缝,具体揉搓步骤为(步骤不分先后):
 - A.3.1 掌心相对,手指并拢,相互揉搓,见图A.1。
 - A.3.2 手心对手背沿指缝相互揉搓,交换进行,见图A.2。
 - A.3.3 掌心相对,双手交叉指缝相互揉搓,见图A.3。
 - A.3.4 弯曲手指使关节在另一手掌心旋转揉搓,交换进行,见图A.4。

A. 3.5 右手握住左手大拇指旋转揉搓，交换进行，见图 A. 5。

A. 3.6 将五个手指尖并拢放在另一手掌心旋转揉搓，交换进行，见图 A. 6。

A. 4 在流动水下彻底冲净双手，擦干，取适量护手液护肤。

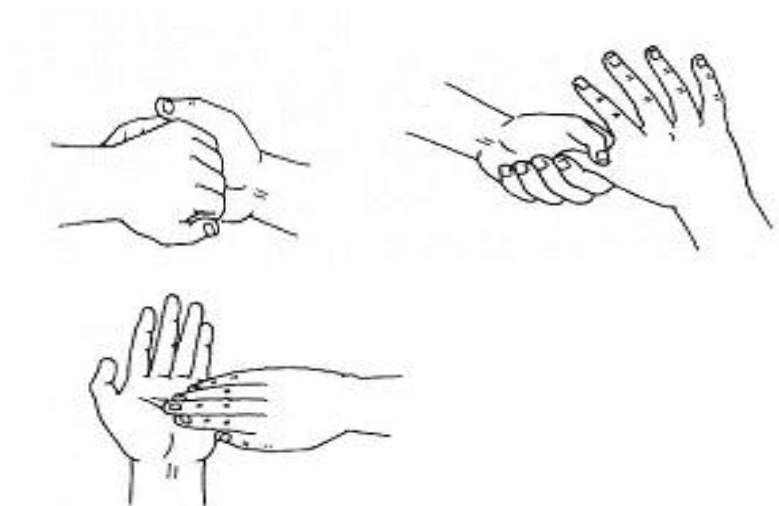
A. 5 擦干宜使用纸巾。



图A.1 掌心相对，手指并拢相互揉搓

图A.2 手心对手背沿指缝相互揉搓

图A.3 掌心相对，手指交叉指缝相互揉搓



图A.4 弯曲手指关节在掌心旋转揉搓

图A.5 大拇指在掌心旋转揉搓

图A.6 五指并拢，指尖在掌心旋转揉搓

2、卫生手消毒的正确步骤:

医务人员卫生手消毒遵循以下方法:

取适量的手消毒剂于掌心,均匀涂抹双手。

- a) 按照上节医务人员洗手方法 A.3 揉搓的步骤进行揉搓;
- b) 至少 30 秒钟或揉搓至手消毒剂干燥。

3、外科手消毒的正确步骤:

3.1 外科手消毒应遵循以下原则:

- a) 先洗手,后消毒。
- b) 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。

3.2 外科洗手遵循以下方法与要求:

- a) 洗手之前应先摘除手部饰物,修剪指甲,指甲长度不超过指尖。
- b) 取适量的洗手液清洗双手、前臂和上臂下 1/3,并认真揉搓。清洁双手时,可使用清洁指甲用品清洁指甲下的污垢和使用揉搓用品清洁手部皮肤的皱褶处。

c) 流动水冲洗双手、前臂和上臂下 1/3。

d) 使用干手用品擦干双手、前臂和上臂下 1/3。

3.3 外科冲洗手消毒:

3.3.1 按照 3.2 外科洗手的方法与要求完成外科洗手。

3.3.2 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 3 min~5 min。

3.3.3 在流动水下从指尖向手肘单一方向地冲净双手、前臂和上臂下 1/3,用经灭菌的布巾彻底擦干。

3.3.4 冲洗水应符合 GB 5749 的规定。冲洗水水质达不到要求时,手术人员在戴手套前,应用速干手消毒剂消毒双手。

3.3.5 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。

3.4 外科免冲洗手消毒:

3.4.1 按照 7.2 外科洗手的方法与要求完成外科洗手。

3.4.2 取适量的手消毒剂放置在左手掌上。

3.4.3 将右手手指尖浸泡在手消毒剂中 ($\geq 5s$),见图 C.1。

3.4.4 将手消毒剂涂抹在右手、前臂直至上臂下 1/3，确保通过环形运动环绕前臂至上臂下 1/3，将手消毒剂完全覆盖皮肤区域，持续揉搓 10s~15s，直至消毒剂干燥，见图 C.2~图 C.5。

3.4.5 取适量的手消毒剂放置在右手掌上。

3.4.6 在左手重复 C.3、C.4 过程。

3.4.7 取适量的手消毒剂放置在手掌上。

3.4.8 揉搓双手直至手腕，揉搓方法按照医务人员洗手方法 A.3.1 至 A.3.5 揉搓的步骤进行，揉搓至手部干燥。

3.4.9 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。



图C. 1



图C. 2



图C. 3



图C. 4



图C. 5

3.5 注意事项：

- a) 不得戴假指甲、装饰指甲，保持指甲和指甲周围组织的清洁。
- b) 在外科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。
- c) 洗手与消毒可使用海绵、其他揉搓用品或双手相互揉搓。
- d) 术后摘除手套后，应用洗手液清洁双手。
- e) 用后的清洁指甲用品、揉搓用品如海绵、手刷等，放到指定的容器中；揉搓用品、清洁指甲用品应一人一用一消毒或者一次性使用。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	传染病疫情报告管理制度	制度编号	YNGRKZK-2020-26
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	442-443

传染病疫情报告管理制度

1. 目的

为了进一步加强我院的传染病疫情报告管理，提高报告的效率和质量，为疾病预防控制提供及时、准确的监测信息，根据《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国职业病防治法》《突发公共卫生事件应急条例》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 本院为法定传染病责任报告单位，本院执行职务的医务人员均为责任报告人。

2.2 在诊疗过程中发现法定传染病，由首诊医生按要求规范填写传染病报告卡，并及时通知院内感染控制科。

2.3 报告病种：

甲类传染病：鼠疫、霍乱。

乙类传染病：传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、人感染 H7N9 禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾。

丙类传染病：流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病，除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病。

2.4 院内感染控制科负责全院传染病的收集、审核、上报、订正和查重工作，并定期进行疫情资料分析。

2.5 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、脊髓灰质炎、高致病性禽流感的病人、疑似病人或病原携带者以及会诊为“不

明原因肺炎”时，应于 2 小时内以最快的方式向碧江区疾病预防控制机构报告。发现其他传染病和不明原因疾病暴发时，也应及时报告。对其他乙、丙类传染病病人、疑似病人和病原携带者在诊断后，应于 24 小时内进行网络报告。其他符合突发公共卫生事件报告标准的传染病暴发疫情，按规定要求报告。

2.6 医院各门诊分别建立门诊日志，发热门诊分别设立发热门诊日志，对各类传染病予以详细登记，并填报传染病报告卡。住院部临床各科室要建立出入院登记簿，对本科所有入院传染病病人进行详细登记，按照规定及时上报。

2.7 实验室应根据化验结果，对所有传染病或疑似传染病的患者进行结果反馈。

2.8 对报告病人诊断变更、病人死亡或填卡错误时，应及时进行订正报告，卡片类别选择订正项，并注明原报告病名。发现漏报的传染病，应及时补报。

2.9 任何人员不得瞒报、漏报、谎报、缓报或授意他人隐瞒、谎报疫情。

2.10 对一次或一周内接诊 3-5 例类似症状的病例或食物中毒或新发传染病等异常信息时，应立即向碧江区疾控中心进行报告，并做好登记。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	传染病疫情自查制度	制度编号	YNGRKZK-2020-27
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	444

传染病疫情自查制度

1. 目的

为认真贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》，规范全院传染病报告管理工作，杜绝漏报现象，制定本制度。

2. 标准

2.1 院内感染控制科每月定期开展传染病疫情自查，自查内容全面，包括：检查日期、门诊日志和出入院登记人次数、门诊日志和出入院登记符合情况、查出传染病数、报告传染病数、漏报传染病数、纸质卡片填写情况等。

2.2 每月对网络直报质量进行自查一次，并有记录。

2.3 及时将自查情况汇总，写出自查小结，自查小结内容包括检查时间、检查人、门诊日志和出入院登记人次数、门诊日志和出入院登记符合情况、查出传染病病种、数量、报告率、漏报率、各科室传染病报告情况、提出奖惩建议、分管领导签字。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	传染病疫情信息网络直报制度	制度编号	YNGRKZK-2020-28
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	445

传染病疫情信息网络直报制度

1. 目的

为了进一步加强传染病疫情信息报告管理，确保报告系统的有效运行，充分发挥网络直报的优势，规范本院的传染病疫情报告管理工作，提高报告的效率与质量，为疾病预防控制提供及时、准确的监测信息，依据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》、《传染病信息报告管理规范》等相关法律法规，结合本院实际情况，制定工作制度如下：

2. 标准

2.1 传染病报告实行谁接诊，谁报告，首诊医生负责制。

2.2 责任报告人在发现法定传染病病例后，根据诊断结果，按照规定时限及时填写传染病报告卡进行报告。发现漏报的应及时补报。

2.3 疫情管理人员应及时审核传染病报告卡，进行错项、漏项、逻辑错误等检查，如发现上述问题，立即向报告人进行核实、补充或订正，将审核后的传染病报告卡及时录入网络直报系统。

2.1 网络直报人员收集到传染病报告卡片后，应该按照规定的时限和程序通过网络直报系统进行实时报告，以便上级疾病预防控制部门对信息进行审核、监测、统计分析和预测、预警。

2.5 已报告病例如果诊断发生变更、死亡时，责任报告人应及时进行订正报告，并重新填写传染病报告卡，卡片类别选择订正项，并注明原报告病名。

2.6 疫情管理人员应每月对上月报告的传染病疫情进行监测、分析，并上报主管院长。

2.7 责任报告人和疫情管理人员应严格保护传染病病人、病原携带者、疑似病人、密切接触者涉及个人隐私的有关信息、资料。

2.8 网络直报人员应保障网络直报系统有关设备和运行环境的安全，保障计算机功能正常发挥。经常检查直报系统安全状况，发现问题及时处理。

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医院消毒隔离制度	制度编号	YNGRKZK-2020-29
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	446

医院消毒隔离制度

1. 目的

为保障医疗安全，提高医疗质量，加强医院感染的预防和控制工作，根据《医院感染管理办法》《消毒管理办法》《WS/T367-2012 医疗机构消毒技术规范》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 人员管理：医务人员工作期间应严格遵循标准预防的原则，遵守无菌操作规程，严格执行《医务人员手卫生规范》及医务人员防护用品的使用规范。

2.2 按照《一次性使用医疗卫生用品管理制度》和《医院消毒药械购置、验收、使用管理制度》正确使用消毒剂、消毒器械、卫生用品和一次性使用医疗用品。一次性使用医疗用品用后应及时进行无害化处理。

2.3 进入人体组织或无菌器官的医疗用品必须达到灭菌。凡接触皮肤、粘膜的器械和用品必须达到消毒，所有诊疗物品一用一消毒或灭菌。

2.4 特殊区域如各科治疗室、换药室、门诊注射室、普通手术室、产房、新生儿室、婴儿室等，每日用消毒液擦拭物体表面与地面 2 次，每日空气消毒 2 次，有污染随时清洁消毒。重点部门医务人员手、物体表面及空气定期进行细菌学监测。使用的清洁工具（拖布、扫把、抹布等）标识明显，分别清洗，定点放置，定期消毒，不得交叉使用。

2.5 疑似传染病人应单间隔离，病人用过的物品均按医用垃圾处置。

2.6 医院污染物、污水处理严格按照医疗废物处置规范执行，生活垃圾、感染性废物必须分开放置，日产日清。感染性废物由医务人员负责在产生地分类放到专用污桶内，并装入有明显标记的黄色袋内，指定地点存放，集中交接，有记录。生活垃圾用黑色袋装，集中处理，污水处理必须符合国家标准要求。

2.7 锐器伤的防范：如不慎被锐器刺伤，应立即采取相应保护措施对创面进行严格消毒处理，并进行血源性传播疾病的检查和随访，并严格按《医务人员锐器损伤处置 SOP》执行。

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	医疗废物交接及内部转运工作制度	制度编号	YNGRKZK-2020-30
	发布部门	院内感染控制科	编制人	吴奕宏
	生效日期	2020年11月	审核人	吴奕宏
	修改日期	2020年1月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	447

医疗废物交接及内部转运工作制度

1. 目的

为保障医疗环境安全，规范合法处置医疗废物，根据《医疗废物管理条例》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》《医疗废物分类目录》等有关规定，结合我院实际，制定本制度。

2. 标准

2.1 专人（医疗废物收集员）负责全院医疗废物的内部运送工作。收集员的日常管理由总务后勤科负责。除专职收集员外，总务后勤科应指定医疗废物机动收集人员，并对该人员进行相关培训和考核，以保证医疗废物专职收集员因请假或其他原因无法履行职责时，能够及时顶替，保障医疗废物收集运送工作的正常运转。

2.2 各科室按照分类收集原则将医疗废物进行分类、收集，并在规定交接的时间内进行合格包装、有效封口（必要时按需收集转运），粘贴中文标签，在医疗废物交接登记本中进行详细登记，包括：产生科室、日期、医疗废物类别、重量/数量、包装是否合格、交付人签名。对于因流失会造成严重医疗废物管理不良事件的胎盘、报废血液等应进行标识和详细登记。对于化学性和药物性医疗废物应详细登记有关信息，必要时详细清单。

2.3 收集员按照规定时间（必要时按需收集转运）到各科室收集医疗废物。转运前应检查包装或者容器的标识、标签及封口是否符合要求，不得将不符合要求的医疗废物转运至暂存处。同时应检查医废标签中的内容与实际医疗废物类别是否相符。所有检查工作完成后，双方面对面在交接登记本中签字。


2.4 运送应使用专用工具、按照规定路线运送。运送过程中要防止医疗废物渗漏、遗撒，运送人员做好自我防护。

2.5 暂存处定时与医疗废物处置中心进行转运交接，要做到面对面交接且认真填写交接登记，包括数量/重量/类别等，对于病理性医疗废物中的胎盘、化学性废物和药物性废物要进行有关信息的详细登记，包括数量或重量等，在“危险废物转移联单”中要出现具体废物类别和数量/重量。妥善保存转移联单。

2.6 每次工作结束后对运送工具进行清洁消毒，对暂存地点进行清洁消毒。

第十一章 护理管理

(一) 护理工作核心制度

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	护理质量与安全管理制度	制度编号	HLB-2020-1
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	448-449

护理质量与安全管理制度

1. 目的

建立健全护理质量控制体系，规范护理质量与安全管理工作，在医院质控组织指导下，组织实施全院护理质量管理及考核工作，发挥三级、二级、一级护理质量控制小组作用，不断完善监督机制，提高护理质量，确保护理质量与安全实施全面控制与管理，护理质量缺陷进行跟踪监控，实现护理质量与安全的持续改进，根据《贵州省护理安全管理制度（2018年版）》，结合我院实际，制定护理质量与安全管理制度。

2. 标准

2.1 医院成立由分管院长、护理部主任(副主任)、科护士长、病区护士长组成的护理质量与安全管理委员会，负责全院护理质量与安全管理目标、各项护理质量标准制定并对护理质量实行控制与管理。

2.2 护理质量与安全管理实行护理部、科室、病区三级控制和管理，对不安全因素进行有力控制、监督，有效规避风险。

2.3 病区护理质量与安全控制组(I级)：由病区护士长参加并负责。按照质量标准对护理质量与安全实施全面控制，及时发现工作中存在的问题与不足，对出现质量缺陷进行分析，制定改进措施检查有登记、记录并及时反馈，每月填写检查登记表及护理质量月报表报上一级质控组。

2.4 科护理质量与安全控制组(II级)：由科护士长参加并负责，每月有计划地或根据科室护理质量与安全的薄弱环节进行检查，填写检查登记表及护理质量月报表报护理部控制组，对于检查中发现的问题及时研究分析，制定切实可行的

措施并落实。

2.5 护理部护理质量与安全控制组(III级)：由护理部主任参加并负责。每月按护理质量与安全控制项目有计划、有目的、有针对性的对各病区护理工作进行检查评价，填写检查登记表及综合报表。及时研究、分析、解决检查中发现的问题。每月在护士长会议上反馈检查结果，提出整改意见，限期整改。

2.6 建立专职护理文书终末质量控制督察小组，由主管护师以上人员承担负责全院护理文书质量检查。每月对出院患者的体温单、医嘱单、护理记录单、手术护理记录单等进行检查评价，不定期到临床科室抽查护理文书书写质量，填写检查登记表上报护理部。

2.7 对护理质量缺陷进行跟踪监控，实现护理质量与安全的持续改进。

2.8 各级质控组按时上报检查结果，护理质量与安全控制小组及科室于每月30日以前报护理部，护理部负责对全院检查结果进行综合评价，填写报表并在护士长例会上反馈检查评价结果。

2.9 护理部随时向主管院长汇报全院护理质量与安全控制与管理情况，每季度召开一次护理质量分析会，每年进行护理质量与安全控制与管理总结并向全院护理人员通报。

2.10 护理工作质量与安全检查考评结果作为各级护理人员的考核内容。

3. 相关文件

3.1 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发）2018年版

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	病区（部门）管理制度	制度编号	HLB-2020-2
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	450

病区（部门）管理制度

1. 目的

规范病房安全管理，保证患者安全。

2. 标准

2.1 病区（部门）由护士长负责管理，全体病区（部门）工作人员积极协助。

2.2 病区（部门）布局有序，统一陈设，室内床位和物品定位放置，摆放整齐，不得随意变动。

2.3 保持病区（部门）整洁、舒适、安静、安全，避免噪声，工作人员做到走路轻、关门轻、说话轻、操作轻。

2.4 病区（部门）内禁止吸烟，注意通风。


2.5 定期召开护患沟通会，征求意见，不断改进病区（部门）工作。

2.6 医务人员按要求着装，佩戴胸牌上岗。

2.7 护士长全面负责保管病区（部门）财产、设备、分别指派专人管理、建立账目、定期清点，如有遗失及时查明原因，按规定处理。

3. 相关文件

3.1 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发） 2018 年版

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	抢救制度	制度编号	HLB-2020-3
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	451-452

抢救制度

1. 目的

规范抢救危重患者的护理措施，保证抢救的质量，提高抢救成功率。

2. 标准

2.1 各临床科室必须设抢救室，有抢救组织、专科抢救常规和抢救流程图。

2.2 抢救物品、器材及药品必须完备，定人保管、定位放置、定量储存，所有抢救设施处于应急状态，有明显标记，不准任意挪动或外借。抢救车不上锁，但需贴封条，并注明时间和贴封条者姓名。抢救车未用，每周也需进行清点并清理(如更换过期包等)，必须保证抢救物品处于完好备用状态。

2.3 护理人员必须熟练掌握各种器械、仪器的性能、抢救车内用物使用方法和各种抢救操作技术。

2.4 当患者出现生命危险，医师未赶到现场前，护士应根据病情实施力所能及的抢救措施，如吸氧、吸痰、测量血压、建立静脉通道、行人工呼吸和心脏按压等。

2.5 参加抢救人员必须分工明确，紧密配合，听从指挥，坚守岗位，严格执行各项规章制度和抢救规程。

2.6 抢救过程中严密观察病情变化，对危重患者就地抢救，待病情稳定后方可搬动。抢救期间，应有专人守护。

2.7 及时、正确执行医嘱，准确及时记录用药剂量、方法及患者状况。医师下达口头医嘱时，护士应当复述一遍，抢救结束后，所用药品的安瓿必须经两人核对记录后方可弃去，并提醒医师据实、及时补开医嘱。

2.8 对病情变化、抢救经过、各种用药等应详细、及时、准确记录，因抢救患者未能及时书写病历的，有关人员应当在抢救结束后6小时内补记，并加以注明，仔细交接班。

2.9 及时与患者家属或单位联系。

2.10 抢救结束后，做好器械的清理消毒工作，及时补充抢救车药品、物品，确保抢救仪器物品处于备用状态。

附 抢救设施配备及抢救车装备基本要求

（一）抢救设施

吸引装置，给氧装置，根据本院条件及科室特点备监护仪、除颤仪、呼吸机、输液泵等。

（二）抢救车装备

(1)用物 心脏按压板，手电筒，血压计，听诊器，电插板，抢救盒(开口器、舌钳、压舌板、纱布)，输液用物(压脉带、砂轮、皮肤消毒剂、胶布、棉签、注射器、输液器)，吸痰用物，输氧用物，根据科室特殊需要另备复苏囊，开胸包，胸穿包，气管切开包，消毒手套等。

(2)药物 肾上腺素，异丙肾上腺素，阿托品，洛贝林，尼可刹米(可拉明)，利多卡因，多巴胺，间羟胺(阿拉明)，去乙酰毛花苷(西地兰)，呋塞米(速尿)，去甲肾上腺素，地塞米松，氨茶碱，10%葡萄糖酸钙。

说明：

(1)以上药品根据科室实际情况适当增减，统一编号放于抢救车内，各科根据实际需要确定基数。每次用后补足基数并帖好封条，签上封存日期及姓名。

(2)静脉输液品种的配备：各医院、各科室根据实际需要配备常用的液体1~2瓶。抢救药品、设施由专人负责管理，定位检查，常规每周检查清点一次，每次使用后及时补充，随时保持备用状态。

3. 相关文件

3.1 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（人民军医出版社 2013 年版）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	分级护理制度	制度编号	HLB-2020-4
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	453-455

分级护理制度

1. 目的

制定患者在住院期间，医护人员根据患者病情和生活自理能力，确定并实施不同级别护理的规章制度，规范管理，确保病人安全和护理质量。

2. 标准

护理级别由主管医师根据患者病情和（或）生活自理能力下达医嘱。根据患者护理分级安排具备相应能力的护士，根据患者的护理级别和医师制定的诊疗计划，为患者提供基础护理和专业技术服务。各科室结合实际，细化分级护理项目内容并落实到位。不依赖患者家属或家属自聘护工护理患者。

2.1 特级护理

2.1.1 分级依据

2.1.1.1 维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者。

2.1.1.2 病情危重，随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者。

2.1.1.3 各种复杂或大手术后的患者。

2.1.1.4 使用呼吸机辅助呼吸，并需要严密监护病情的患者。

2.1.1.5 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

2.1.1.6 其他有生命危险，需要严密监测生命体征的患者。

2.1.2 护理要点

2.1.2.1 严密观察患者病情变化，监测生命体征。

2.1.2.2 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。

2.1.2.3 根据医嘱，准确测量出入量。

2.1.2.4 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、呼吸道护理及管路护理等，实施安全措施。

2.1.2.5 保持患者舒适和功能体位。

2.1.2.6 实施床旁交接班。

2.2 一级护理

2.2.1 分级依据

2.2.1.1 病情趋向稳定的重症患者。

2.2.1.2 病情不稳定或随时可能发生变化的患者。

2.2.1.3 手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者。

2.2.1.4 自理能力重度依赖的患者。

2.2.2 护理要点

2.2.2.1 至少每 1 小时巡视 1 次患者，观察患者病情变化。

2.2.2.2 根据患者病情，监测生命体征。

2.2.2.3 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。

2.2.2.4 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、呼吸道护理及管路护理等。实施安全措施，为患者提供适宜的照顾，促进康复。

2.2.2.5 提供相关健康指导。

2.3 二级护理

2.3.1 分级依据

2.3.1.1 病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖的患者。

2.3.1.2 病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者。

2.3.1.3 病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

2.3.2 护理要点

2.3.2.1 每 2 小时巡视患者，观察患者病情变化。

2.3.2.2 根据患者病情，测量生命体征。

2.3.2.3 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。

2.3.2.4 根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施。

2.3.2.5 提供相关健康指导。

2.4 三级护理

2.4.1 分级依据

病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖的患者或无需依赖的患者。

2.4.2 护理要点

2.4.2.1 每3小时巡视患者，观察患者病情变化。

2.4.2.2 根据患者病情，测量生命体征。

2.4.2.3 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。

2.4.2.4 提供相关健康指导。

3. 相关文件

3.1 中华人民共和国卫生行业标准《护理分级》WS/T 431-2013

3.2 卫生部《综合医院分级护理指导原则（试行）》卫医政发【2019】49

号

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	值班、交接班制度	制度编号	HLB-2020-5
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	456-457

值班、交接班制度

1. 目的

规范值班、交接班管理，使护士之间能安全有效地进行信息沟通，全面掌握患者病情及病区动态，为患者提供连续有效的护理服务。

2. 标准

2.1 值班人员应遵照医院规定的上班时间与护士长安排的班次值班，不得擅自减少或变动值班时间。

2.2 值班人员应严格遵守各项规章制度，按医嘱和患者病情需要对患者进行治疗和护理。必须坚守岗位，遵守劳动纪律，做到“四轻”（说话轻、走路轻、操作轻、开关门轻），“十不”（不擅自离岗外出、不违反护士仪表规范、不带私人用物入公共场所、不在工作区吃东西、不接待私人会客和打私人电话、不做私事、不打瞌睡或闲聊、不与患者及探陪人员争吵、不接受患者礼物、不利用工作之便谋私利）。

2.3 勤加巡视，了解病区动态，密切观察患者病情与心理状态，保证各项治疗护理工作准确及时完成。

2.4 建立科室护理交班志和科室用物交接记录本。护理交班志内容包括：病室工作动态(包括患者总数、入院数、出院数、手术人数、危重患者数、特殊检查、特殊治疗人数等)，患者病情变化及处理结果等。凡另有护理记录的病例，护理交班志上只填写索引。用物交接记录本需记录器械、仪器、特殊药品、常用物品的数量与状态等。

2.5 值班人员须在交班前完成本班的各项工作，做好各项记录，处理好使用过的物品，为下一班做好用物准备。做到“十不交接”（衣着穿戴不整齐不交接，危重患者抢救时不交接，患者入院、出院或死亡、转科未处理好不交接，皮试结果未观察、未记录不交接，医嘱未处理不交接，床边处置未做好不交接，物品数

目不清楚不交接，清洁卫生未处理好不交接，未为下一班工作做好用物准备不交接，交班志未完成不交接)。

2.6 交接班必须认真负责，接班者提前 15 分钟着装整齐上班进行交接。对所有患者进行床旁交接。需下一班完成的治疗、护理，必须口头、文字交代清楚。接班时发现的问题由交班者负责，接班后发现的问题由接班者负责。

2.7 晨间集体交接班时，由夜班护士重点报告危重症患者、新入院患者和手术患者病情、诊断及治疗护理情况，参会人员认真聆听。

3. 相关文件

3.1 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（人民军医出版社 2013 年版）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	查对制度	制度编号	HLB-2020-6
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	458-463

查对制度

1. 目的

规范各项护理查对制度，以保证就诊者的安全和护理工作正常进行，防止护理不良事件发生。

2. 标准

2.1 医嘱查对制度

2.1.1 医嘱要做到班班查对，每天总对，包括医嘱单、执行卡、各种标识（饮食、护理级别、过敏、隔离等），设总查对登记本。单线班处理医嘱，由下一班负责查对。

2.1.2 各项医嘱处理后，应核对并签名。

2.1.3 临时执行的医嘱，需经第二人查对无误后方可执行，记录执行时间，执行者签名。

2.1.4 抢救患者时医师下达的口头医嘱，执行者须大声复述一遍，经医师核实无误后方可执行；抢救完毕，医师补开医嘱并签名；安瓿留于抢救后再次核对。

2.1.5 对有疑问的医嘱须经核实后，方可执行。

2.2 发药、注射、输液查对制度

2.2.1 发药、注射、输液等必须严格执行“三查八对一注意”。

三查：备药时与备药后查，发药、注射、处置前查，发药、注射、处置后查。

八对：对床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间、用法、药品有效期。

一注意：注意用药后的反应。

2.2.2 备药时要检查药品是否在有效期内、标签是否清晰；水剂、片剂有无变质；安瓿、注射液瓶有无裂痕；密封铝盖有无松动；输液瓶（袋）有无漏水；药物有无浑浊和絮状物等。任意一项不符合要求不得使用。

2.2.3 备药后必须经第二人核对，方可执行。

2.2.4 麻醉药使用后须保留空安瓿备查，同时在毒、麻药品管理记录本上登记并签名。

2.2.5 使用多种药物时，要注意有无配伍禁忌。

2.2.6 发药、注射、输液时，患者如提出疑问，应及时核查，确认无误后方可执行。

2.2.7 输液瓶加药后粘贴注明有住院号、床号、姓名、药名、剂量的输液条码，并留下空安瓿，经另一人核对后方可使用。

2.2.8 以手腕带作为身份识别的标识，在执行治疗前反问式核对患者身份、查看手腕带、使用 PDA 扫描核对手腕带进行身份核对。执行输液前同时 PDA 扫描输液瓶贴条码，查看输液瓶贴、输液液体标签是否与 PDA 显示内容相符，确认所用药物核对正确后方可执行。

2.3 输血查对制度

2.3.1 抽交叉配血查对制度

2.3.1.1 认真核对交叉配血单，患者血型化验单上的床号、姓名、性别、年龄、住院号。

2.3.1.2 抽血时要有 2 名护士（一名护士值班时，由值班医师协助）核对无误后方可执行，不能在有输液的一侧肢体静脉中抽血。

2.3.1.3 抽血（交叉）前须在盛装血标本的试管上贴好写有病区（科室）、床号、住院号、患者姓名等的条形码，条形码字迹必须清晰无误。

2.3.1.4 抽血时对化验单与患者身份有疑问时，应与主管医师重新核对，确认无误后，方可执行；如发现错误，应重新填写化验单和条形码，切勿在错误化验单和错误条形码上直接修改。

2.3.2 取血查对制度

取血时，认真核对血袋上的姓名、性别、编号、输血数量、血型等是否与交叉配血报告单相符，确保准确无误。检查血液有效期及外观，符合规范要求。

2.3.3 输血过程查对制度

2.3.3.1 输血前患者查对：须由2名医护人员核对交叉配血报告单上患者床号、姓名、住院号、血型、血量；核对供血者的姓名、编号、血型；核对供血者与患者的交叉配血试验结果；核对血袋上标签的姓名、编号、血型与交叉配血报告上是否相符。查实相符后进行下一步程序。

2.3.3.2 输血前血液及用物查对：检查血袋上的采血日期，血液有无外渗，血液外观质量，确认未过期、无溶血、无凝血、无变质后方可使用。检查所用的输血器及针头是否在有效期内，血液自血库取出后切勿振荡，勿加温，勿放入冰箱速冻，在室温放置时间不宜过长。

2.3.3.3 输血时查对：须由两名医护人员(携带病历及交叉配血单)到患者床旁核对床号，询问患者姓名，查看床头卡、手腕带，询问血型，确认受血者身份后方可输血。

2.3.3.4 输血前、后用生理盐水冲洗输血管道，连续输用不同供血者的血液时，前一袋血输完后，用生理盐水冲洗输血器，再继续输注另一袋血。输血期间，密切巡视患者有无输血反应。

2.3.3.5 输血后查对：完成输血操作后，再次核对医嘱，患者床号、姓名、血型、配血报告单，血袋标签的血型、编号、供血者姓名、采血日期，确认无误后签名。将血袋标签粘贴在交叉配血报告单上并附在病历中，将血袋及时送去输血科备查。

2.3.3.6 输血时的三查十二对，三查：查血液的有效期、血液质量、输血装置是否完好；十二对：对科别、受血者姓名、性别、年龄、床号、住院号、血型、交叉配血实验结果、血袋编号、采血日期、血液的种类、剂量。

2.4 无菌物品查对制度

2.4.1 使用灭菌物品和一次性无菌物品前，应检查包装和容器是否严密、干燥、清洁，检查灭菌日期、有效期、灭菌效果指示标识是否符合要求。若发现物品过期、包装破损、不洁、潮湿、未达灭菌效果等，一律禁止使用。

2.4.2 使用已启用的灭菌物品，应核查开启时间、物品质量、包装是否严密、有无污染。

2.4.3 消毒供应中心发放一次性无菌物品的记录应具有可追溯性。记录内容包括物品出库日期、名称、规格、数量、生产厂家、生产批号、灭菌日期、失效日期等。

2.4.4 科室指定专人负责无菌物品的领取、保管。定期清点，分类保管，及时检查。确保产品外包装严密、清洁，无菌物品无潮湿、霉变、过期。

2.5 手术安全核查制度

2.5.1 患者接入手术室前，手术室接患者人员与病区当班护士 核查患者科室、床号、住院号、姓名、性别、诊断、手术名称与部位、配血报告、术前用药、药物过敏试验结果、影像学资料等，手术患者均应佩戴身份识别标识（腕带），不能将贵重物品（如手机、戒指、项链、耳环）、假牙等带入手术室。

2.5.2 患者进入手术室后 必须由具有执业资质的手术医师、麻醉医师和手术室护士三方（以下简称三方），分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，共同对患者身份和手术部位等内容进行核查并签名。由麻醉医师主持并填写“手术安全核查表”，无麻醉医师参加的手术由手术医师主持并填写表格。实施手术安全核查前，参加手术的手术医师、麻醉医师、巡回和 / 或洗手护士应全部到位，每一步核查无误后方可进行下一步操作，不得提前填写核查表。实施手术安全核查的内容及流程如下：

2.5.2.1 麻醉实施前：按“手术安全核查表”的内容，三方共同依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、住院号）、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。此次核查由麻醉医师主持，麻醉医师填写“手术安全核查表”，三方签名。

2.5.2.2 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，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。此次核查由主刀医师主持，三方签名。

2.5.2.3 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。此次核查由巡回护士主持，三方签名。

2.5.3 术中用药的核查 由手术医师或麻醉医师根据情况需要下达医嘱并做好相应记录，由手术室护士负责核查。

2.5.4 凡体腔或深部组织手术，要在手术前、关闭体腔前后查对纱垫、纱布、缝针、器械等数目是否与术前相符。

2.5.5 手术取下的标本，由洗手护士与手术医师核对后，由手术医师填写病理检验单送检，并进行登记与交接。

2.6 新生儿查对制度

2.6.1 分娩后与产妇核对新生儿性别，将新生儿的脚印及母亲大拇指印按于新生儿出生记录单相应位置，经两人核对无误后，无特殊情况手写腕带系在新生儿手腕部，佩戴爱心胸牌。入母婴同室或新生儿科时，交接护士与助产士仔细核对新生儿身份信息，再次与家属核对无误。

2.6.2 新生儿入母婴同室或新生儿科后，新生儿办理住院手续时住院结算中心打印条码腕带，由主班护士与责任护士共同核对无误后给新生儿系条码腕带（无特殊情况，母婴同室新生儿条码腕带系手腕部，新生儿病区新生儿条码腕带系脚腕部）。

2.6.3 腕带、爱心胸牌信息包括母亲姓名、婴儿性别、出生时间、出生体重、床号、住院号，必须经两人核对无误后方可使用，如遇有同名产妇时，在腕带上注明父亲姓名。

2.6.4 告知产妇及家属不得取下腕带和爱心胸牌。如腕带不慎掉落或字迹模糊需要更换时，须两名护士仔细核对，确认无误后方可补系。

2.6.5 给新生儿执行治疗或护理时（包括注射、用药、沐浴、抚触、游泳等），除严格执行“三查八对一注意”制度外，还需核对床头卡、爱心胸牌、手腕带，三处核对无误后方可实施操作。抱离母婴同室或治疗、护理结束回母婴同室时，应与母亲核对新生儿身份信息。

2.6.5 母婴同室新生儿出院时，须与母亲核对新生儿身份信息，确认无误后

方可出院。

2.6.6 新生儿科新生儿入院或出院时，与陪送人员及家属仔细核对新生儿身份信息，确认无误后方可办理入院或出院手续。

3. 相关文件

3.1 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（人民军医出版社 2013 年版）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	给药制度	制度编号	HLB-2020-7
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	464

给药制度

1. 目的

规范给药管理，准确对患者实施药物治疗，确保患者给药安全正确，避免给药错误。

2. 标准

2.1 护士必须严格根据医嘱给药，不得擅自更改。

2.2 了解患者病情及治疗目的，熟悉各种常用药物的性能、用法、用量及副作用向患者进行药物知识的介绍。

2.3 严格执行三查七对制度。

2.4 做治疗前。护士要洗手、戴帽子、口罩，严格遵守操作规程。

2.5 给药前要询问患者有无药物过敏史(需要时作过敏试验)并向患者解释以取得合作。用药后如有不良反应要及时报告医师，填写药物不良反应登记本。

2.6 用药时要检查药物有效期及有无变质。静脉输液时要检查瓶盖有无松动、瓶口有无裂缝、液体有无沉淀及絮状物等。多种药物联合应用时，要注意配伍禁忌。

2.7 安全正确用药，合理掌握给药时间、方法，药物要做到现配现用。

2.8 治疗后所用的各种物品进行初步清理后，由消毒供应中心回收处理。

2.9 如发现给药错误，应及时报告、处理，积极采取补救措施。向患者做好解释工作。

3. 相关文件

3.1 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（人民军医出版社 2013 年版）

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	护理查房制度	制度编号	HLB-2020-8
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	465-466

护理查房制度

1. 目的

规范各类护理查房形式和内容，不断提高护士、护士长能力，提高护理质量。

2. 标准

2.1 护理质量与安全查房

2.1.1 定期护理质量与安全查房：由护理部主任主持，科护士长及相关护理质量与安全委员会委员参加，每月1次，有专题内容，重点检查岗位责任制、规章制度、护理技术规范等落实情况，护理工作计划执行及服务态度等情况。保存查房的原始资料，做好查房总结分析，制定整改措施，追踪改进效果。

2.1.2 不定期护理质量与安全查房：护理部主任(副主任)及科护士长经常到病区(护理单元)对护士长岗位职责落实情况及管理质量与安全进行督导、沟通，及时了解、发现并解决问题。做好相关记录。

2.1.3 节假日及晚夜班查房：

2.1.3.1 护理部组织全院护士长参加节假日及晚夜班查房，每周至少2次。了解全院危、急、重症患者治疗护理情况，及时发现并解决查房中发现的问题，做好相关记录。

2.2 护理业务查房

2.2.1 业务查房主要对象：危重患者、大手术患者、存在或压疮高危患者、诊断未明确或护理效果不佳的患者、存在安全隐患的患者。

2.2.2 具体方法

2.2.2.1 护士长、护理组长每日晨交班组织对危重患者、大手术前后患者进行查房。

2.2.2.2 护士长、护理组长定期或不定期组织对危重疑难患者进行查房。

2.2.2.3 护理部主任、护士长有针对性地组织或参与科室查房，对患者护理提出指导性意见。护理部主任、科护士长的查房意见由责任护士简要记录于患者护理记录单中。

2.3 护理教学查房

2.3.1 由护士长或教学组长主持，护生及护士参加，每月1次。

2.3.2 查房内容包括操作演示、案例点评、病例讨论等。

2.3.3 查房情况记录于护理教学及在职培训记录本上。

3. 相关文件

3.1 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发）2018年版

3.2 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（人民军医出版社2013年版）

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	健康教育制度	制度编号	HLB-2020-9
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	467

健康教育制度

1. 目的

提高医护人员健康教育水平，做好健康教育，让患者了解疾病知识，做到安心、放心治病。

2. 标准

2.1 护理人员必须对住院及门诊就诊患者进行一般卫生知识宣教及疾病健康教育。

2.2 采取多种形式的健康教育方法，如文字宣传(板报、宣传栏、健康教育单)、视听教材(多媒体、幻灯、投影、录像、广播)、展览(模型、图片或实物)等，根据具体情况选择个别指导、集体讲解、召开座谈会及候诊区域的宣教。

2.3 住院患者健康教育内容主要包括：医院规章制度、病区(护理单元)设施使用方法、一般卫生知识、专科疾病知识、药物知识、饮食知识、手术前后知识、检查知识、出院指导等。其健康教育内容应根据患者疾病的不同阶段、实际情况进行相应的宣教，将健康教育融入临床护理工作中。

2.4 门诊患者健康教育内容主要包括：

2.4.1 一般指导(休养环境、心理调适、体能锻炼、饮食营养等)。

2.4.2 保健知识(妇幼保健、计划生育等)。

2.4.3 常见病、多发病、季节性传染病的防治知识。

2.4.4 常用急救知识。

2.4.5 专科诊疗指导(检查、标本留取、复查等)等，根据情况确定相关主题。

2.5 根据健康教育对象需要及接受能力制定合适的计划；宣传板报、宣传栏主题定期更换，内容贴近临床；健康教育效果有反馈，记录相关内容并存档。

3. 相关文件

3.1 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（人民军医出版社 2013 年版）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	护理会诊制度	制度编号	HLB-2020-10
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	468-469

护理会诊制度

1. 目的

为了解决临床疑难护理病例,防止护理并发症的发生,为病人提供高质量的护理服务,同时加强科室之间的协作与交流。

2. 标准

2.1 本专科不能解决的护理问题,需其他专科或多科进行护理会诊的患者,由护士长向相应专科病区(护理单元)或护理部提出会诊申请,填写会诊申请单。

2.2 会诊人员:科间会诊由专科护士或主管护师职称以上人员参加;院内会诊由专科护士或副主任护师职称以上人员参加。如被邀请科室的会诊护士特殊情况不能及时到场,须请本科室其他同级或上级护士代为参加。

2.3 会诊时间:一般护理会诊在24~48小时内完成,紧急会诊即时执行。

2.4 会诊形式

2.4.1 科内会诊:由责任护士提出,护士长主持召集相关人员参加,书写会诊记录并进行总结。

2.4.2 科间会诊:由责任组长提出,护士长同意后填写会诊请单送至被邀请的科室,由护士长主持,被邀请护理单元指派具有相关能力的护理人员前往会诊,并书写会诊记录。

2.4.3 院内会诊:护士长提出,护理部同意后填写会诊申请单送至护理部,护理部及时组织相关科室护士长或有经验的护理骨干参加,由护理部主任或副主任主持,并书写会诊记录。

2.4.4 院外会诊:护士长提出,科护士长同意填写会诊申请单后送护理部,护理部结合需解决的问题,针对性的找院外相关专家来指导、会诊,讨论护理措施。由护理部副主任或主任主持。

2.5 做好会诊记录。对提出的指导性的会诊意见和要求，简要记录于护理记录单并及时组织实施，观察护理效果。

3. 相关文件

3.1 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发） 2018 年版

3.2 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（人民军医出版社 2013 年版）

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	消毒隔离制度	制度编号	HLB-2020-11
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	470

消毒隔离制度

1. 目的

有效预防和控制医院感染。

2. 标准

2.1 加强组织领导，各科室建立医院感染管理小组、设兼职监控员，做好各项监测。

2.2 各病区(部门)人、物流向符合环境卫生学要求，感染性疾病设单独区域，与其病房保持一定距离；感染性疾病病房、儿科有单独的出入通道。

2.3 严格遵守清洁卫生制度，保持室内外清洁卫生。

2.4 诊疗用物按规定消毒灭菌。

2.5 护理做到一床一毛巾、一桌一抹布。用过的毛巾和抹布及时清洗消毒，一次性床刷套一用一丢弃，患者出院或死亡后按要求做好床单位的终末消毒。

2.6 准确配制各种消毒液，监测消毒液的浓度及消毒效果。

2.7 按照《医院感染管理办法》的要求，对免疫力低下患者采取保护性隔离措施。对特殊感染和传染病患者采取相应的隔离措施。

2.8 洗手设施符合要求，工作人员讲究个人卫生，遵守手卫生管理要求、做好个人防护，不准穿污染工作服进食堂、会议室等。

2.9 保证患者饮食卫生。做好卫生员、配餐员、陪护人员、探视人员的卫生管理及宣教工作。

2.10 无菌操作时严格遵守无菌技术操作原则。

3. 相关文件

3.1 《医院感染管理办法》

3.2 《医疗机构消毒技术规范》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	护理安全管理制度	制度编号	HLB-2020-12
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	471-472

护理安全管理制度

1. 目的

进一步加强护理环节管理，消除护理安全隐患，保障患者安全。

2. 标准

2.1 患者安全管理

2.1.1 评估患者安全危险因素，向患者、家属及陪伴人员做好安全教育工作。

2.1.2 儿童、老年患者、意识障碍和需要卧床休息的患者，设提示牌、加护栏等，落实床边安全护理措施，向患者及家属做好解释，防坠床、烫伤、跌倒、误吸、导管脱出等意外事件发生。

2.1.3 患儿玩具应选用较大、不易误吞的物品，禁止玩弄刀、剪及易破损的物品。任何针头、刀剪、玻璃等锐器在操作完毕后必须清点检查，不能遗留在病房内。工作人员工作服上不使用大头针、别针等，以免刺伤患儿。

2.1.4 新生儿科(室)及无陪护病区(部门)要严格执行出入人员的核查与管理。

2.2 环境安全管理

2.2.1 病区(部门)物品固定放置，不影响行走。病区(部门)走道保持地面清洁干燥，拖地时置防滑标志，防滑倒、跌伤。

2.2.2 使用的物品合理放置，便于患者拿取。

2.2.3 提供足够的照明设施。

2.2.4 洗手间、浴室有防烫、防滑标志，热水使用有提示标识和使用指引。

2.3 防火安全管理

2.3.1 病区(部门)内一律不准吸烟，禁止使用电炉、酒精灯及点燃明火，以

防失火。

2.3.2 保持消防通道通畅，有明显的标志，不堆堵杂物。

2.3.3 保持消防设施完好(如灭火器等)。

2.3.4 医护人员能熟练应用消防设施和熟悉安全通道。

2.4 停电安全管理

2.4.1 有停电的应急措施，病区(部门)备应急灯或其他照明设施。

2.4.2 有停电的应急预案。

2.5 用氧安全管理

2.5.1 防火、防油、防热、防震，标志明显。

2.5.2 氧气房要上锁，做好交接工作。

2.5.3 有氧、无氧标志清楚。

2.5.4 对用氧患者进行注意事项宣教。

2.6 防盗安全管理


2.6.1 做好患者宣传工作，妥善保管个人物品，贵重物品不放在病区(部门)。

2.6.2 定时清点、劝导探视人员离开，锁好大门。

2.6.3 加强巡视，发现可疑人员，及时报告保卫科。

3. 相关文件

3.1 《贵州省护理安全管理制度》(贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发) 2018年版

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	护理不良事件处理及报告制度	制度编号	HLB-2020-13
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	473-475

护理不良事件处理及报告制度

1. 目的

规范护理安全(不良)事件的主动报告,增强风险防范意识,及时发现护理不良事件和安全隐患,将获取的护理安全信息进行分析,反馈并从护理管理体系、运行机制与规章制度上进行有针对性的持续改进。

2. 标准

2.1 护理不良事件定义

护理不良事件是指在护理工作中,不在计划中、未预计到或通常不希望发生的事件,包括患者在住院期间发生的一切与治疗目的无关的事件,如护理缺陷、药物不良反应、仪器设施所致不良事件、意外事件(如患者走失、安全防护情况下的跌倒)等。

2.2 处理

2.2.1 发生护理不良事件后,首先要积极采取补救措施,最大限度地降低对患者的损害。

2.2.2 发生重度(Ⅱ级)或极重度(Ⅰ级)不良事件的

各种有关记录、检验报告及造成患者损害药品、器具均要妥善保管,不得擅自涂改、销毁、藏匿、转移、调换,相关标本须保留,以备鉴定。违反规定者要追究相关责任。

2.2.3 凡实习、进修人员发生的护理缺陷或安排卫生员、陪人进行其职责范围以外的工作而发生的缺陷,均由带教者及安排者承担责任。

2.2.4 科室设有护理不良事件讨论登记本。不良事件发生后当事人除口头向护士长汇报外,应登记事实经过、原因及后果。科室根据不良事件性质及时或每月组织分析讨论会,向护理部递交护理不良事件报告表。

2.3 上报程序

2.3.1 一般不良事件（Ⅲ级和Ⅳ级）当事人及时报告护士长，采取有效措施将损害减至最低程度。护士长24小时内口头或电话报告护理部。

2.3.2 严重不良事件（Ⅰ级和Ⅱ级）当事人立即口头或电话报告护士长、科主任或总值班人员，及时采取措施，将损害降至最低程度，必要时组织进行全院多科室的抢救、会诊等工作，同时（2小时）内向护理部、医务部、主管院领导汇报，重大事件的报告时限不超过15分钟。护理部于抢救或紧急处理结束后立即组织人员进行调查核实。

2.3.3 护士长应于一般不良事件发生5日内、严重不良事件发生1~3日内组织全科人员进行分析讨论，提出处理意见及防范措施，填写“医疗安全（不良）事件报告表”一式两份，一份报护理部，一份留科室保存。

2.4 结果分析

不良事件上报后，护理部每月组织护理质量与安全管理委员会委员对上报的护理安全（不良）事件讨论分析，形成共识对护士进行安全警示教育。（原版）

不良事件上报后，护理部组织片区护士长对不良事件进行调查，并进行讨论分析（一般不良事件日5日内，严重不良事件1-3日内），每季度对全院护理不良事件进行安全警示教育分析讨论及不良事件培训。

2.5 处罚及奖励

护理部营造非惩罚的护理安全文化氛围，鼓励责任人及科室主动报告护理安全（不良）事件。

2.5.1 主动报告护理安全（不良）事件并积极整改的科室与个人，视情节轻重可减轻或免于处罚。如上报的事件对科室或医院从管理体系、运行机制、规章制度及岗位职责上的流程再造有显著帮助，促进质量获得重大改进者，每次给予50-100元起。

2.5.2 当事人或科室在护理安全（不良）事件（Ⅲ-Ⅳ级）发生后未及时上报导致事件进一步发展的，护理部从其它途径获知的，视情节轻重给予处罚；由此引发纠纷或事故的（Ⅰ、Ⅱ级）另按本院相关管理办法处罚。

2.5.3 已构成医疗事故和差错，引起医疗纠纷的护理安全（不良）事件，未实行医疗安全不良事件上报的在按铜仁市妇幼保健院《目标管理考核内容及标准》基础上加重处罚。

2.5.4 I、II级不良事件未上报以及III-IV级不良事件发生后未主动上报导致事件进一步发展的，个人或科室取消评优资格。

2.6 不良事件分级

2.6.1 I级事件(警告事件)一非预期的死亡,或是非疾病自然进展过程中造成永久性功能丧失。

分三个级别:

2.6.1.1 一般医疗质量安全事件:造成2人以下轻度残疾、器官组织损伤导致一般功能障碍或其他人身损害后果。

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

2.6.1.3 特大医疗质量安全事件:造成3人以上重度残疾或死亡。

2.6.2 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患者机体与功能损害。

2.6.3 III级事件(未造成后果事件)

虽然发生了错误事实,但未给患者机体与功能造成任何损害,或有轻微后果而不需任何处理可完全康复。

2.6.4 IV级事件(隐患事件)

由于及时发现错误,错误在对患者实施之前被发现并得到纠正,患者没有得到错误护理,没有形成事实。

2.7 护理不良事件分类

信息传递错误事件;治疗错误事件;方法/技术错误事件;药物调剂分发错误事件;输血事件;设备器械使用事件;导管操作事件;医疗技术检查事件;基础护理事件;营养与饮食事件物品运送事件;放射安全事件;诊疗记录事件;知情同意事件;非预期事件;医护安全事件;不作为事件;其它事件。

3. 相关文件

3.1 《医疗事故处理条例》

3.2 《重大医疗过失行为和医疗事故报告制度的规定》

3.3 《贵州省护理安全管理制度》(贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发) 2018年版

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	术前患者访视制度	制度编号	HLB-2020-14
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	476

术前患者访视制度

1. 目的

规范术前患者访视管理,更好的了解患者病情及使患者配合医务人员顺利地
完成手术。

2. 标准

2.1 为了更好地使患者配合医护人员顺利地
完成手术,手术前1天手术室护
士必须对择期手术患者进行访视。阅读病历,了解患者一般资料(姓名、性别、
年龄、民族、体重、文化程度等)收集患者临床资料(术前诊断、手术名称、手术
部位、各种检验结果;有无特殊感染、配血情况、过敏史及手术史等)。

2.2 了解患者的心理状态,进行必要的心理疏导及护理。

2.3. 做好术前宣教工作:

2.3.1 向患者讲解有关的注意事项,如术前禁食、水,勿化妆,去掉饰物、
义齿、更换手术衣裤等。

2.3.2 介绍手术、麻醉体位的配合方法及重要性。

2.3.3 介绍手术室环境、手术时注意事项等。

2.4. 访视过程中要体现人文关怀,护士态度要热情,主动自我介绍,耐心解
答患者提出的问题,以减轻或消除患者的疑虑和恐惧心理。

3. 相关文件

3.1 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》(人民军医出版社2013年版)

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	服务对象(患者)身份识别管理制度	制度编号	HLB-2020-15
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	477-478

服务对象（患者）身份识别管理制度

1. 目的

规范服务对象（患者）身份识别管理，正确识别服务对象（患者）身份，保障医疗护理安全。

2. 标准

2.1 对所有服务对象（患者）均要进行身份识别，凭居民身份证办理诊疗卡、住院手续。

2.2 至少同时使用二种(或二种以上)包括姓名在内的身份识别方法，不得仅以房间号和床号作为识别依据。

2.2.1 门诊患者：姓名、诊疗卡号或腕带。

2.2.2 留观患者：姓名、诊疗卡号或腕带。

2.2.3 住院患者：姓名、住院号或腕带。

2.2.4 身份不明患者：①急诊患者：无名氏+诊疗卡号(如无名氏，12345678)；
②住院患者：无名氏+住院号（如无名氏，12345）或腕带。

2.2.5 新生儿

2.2.5.1 未起名之前，使用其母亲姓名+新生儿性别的方式命名，如张某某之子/女。若是双胞胎或以上，则使用其母亲姓名+之长子/女、之二子/女，依次类推。

2.2.5.2 在医院出生的新生儿必须建立单独的住院号，母婴同室使用其母亲的住院号的方式作为新生儿的住院号；如转入新生儿科，则需办理入院手续建立自己的住院号。

2.3 所有住院患者使用腕带标识，办理住院手续时由收费处打印，信息包含姓名、性别、年龄、住院号、病室名称、身份二维码。护士核对无误后，为患者

配戴在手腕上。

2.4 以下情况必须进行服务对象（患者）身份识别

2.4.1 办理入院手续时。

2.4.2 执行注射、给药、采集标本、输血或血制品等诊疗操作时。

2.4.3 在实施手术、换药等诊疗活动时。

2.4.4 在提供治疗或检查时。

2.5 身份识别方式

2.5.1 工作人员通过询问和核对的方式对服务对象（患者）进行身份识别。询问姓名时要主动询问服务对象（患者）叫什么名字而不是直呼姓名，让服务对象（患者）或其家属回答，然后进行核对。

2.5.2 在核对诊疗卡号时，采取核对诊疗卡或者刷卡的方式。对于住院患者，可采取核对腕带、扫身份二维码的方式进行。

2.5.3 对无陪人的新生儿和儿童、不能配合回答的患者（昏迷病人、神志异常者），通过手腕带的信息或家属对服务对象（患者）进行身份核对。

2.5.4 语言交流障碍者，由家属代为陈述或请翻译人员。

2.6 药瓶、血袋、试管、标本盒等医疗物品上的身份信息，必须确认与服务对象（患者）一致时，方可执行诊疗操作。

3. 相关文件

3.1 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发） 2018 年版

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等意外事件报告制度	制度编号	HLB-2020-16
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	479-480

跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等意外事件报告制度

1. 目的

规范患者跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等意外事件管理，确保患者安全。

2. 标准

2.1 加强护理人员教育和培训，增强对高风险住院患者跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等风险评估及预防意识。

2.2 入院时责任护士对患者进行跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等风险评估，住院期间根据病情或用药变化再评估。

2.3 责任护士或夜班护士对高危情况(有跌倒史、意识障碍、65岁以上老年人、服用镇静剂、降压药等)的患者进行评估,在床头卡上挂防跌倒、坠床标志,按要求填写跌倒、坠床高危评分表。将评估情况告知家属,留陪护监管,做好相关指导。包括跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息危险、最大伤害及注意事项方面的教育。

2.4 对于有可能发生病情变化的患者,要认真做好健康教育,告诉患者体位不宜突然改变,以免引起体位性低血压,造成一过性脑供血不足,引起晕厥等症状,易于发生危险。

2.5 环境有防止跌倒、坠床、烫伤等安全措施,如走廊扶手、卫生间及地面防滑、警示标识、语言提醒、搀扶或请人帮助、床栏、饮水防烫伤设施等。

2.6 入院指导明确,让患者熟悉床单位和病房的设置,知道如何得到援助,通过示范确定患者及家属能正确使用呼叫系统。

2.7 指导家属将床周围的用品整理好,保持走道畅通无障碍。将常用物品置放于病人视野内且易于拿取的范围内。便器应倒空并置于适当位置。

2.8 提供光线良好的活动环境。夜晚巡视高危患者时,不要让病房太暗,打开夜灯或卫生间的灯。

2.9 教会行动不便患者轮椅、助行器的使用方式,使用轮椅时或上下床注意脚轮的固定,患者下床应搀扶。

2.10 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。

2.11 在床上活动的患者,嘱其活动要小心,如有需要可以让护士帮助。

2.12 对于有意识不清,麻醉后未清醒及年老者等,应拉起两侧床栏且固定好,头偏向一侧。对于极度躁动的患者,可用约束带实施保护性约束,但要注意动作轻,经常检查局部皮肤,避免对患者造成损伤。

2.13 患者一旦发生跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息等意外事件时处置流程。

2.13.1 护士应立即赶赴现场了解情况,并在第一时间通知医生。

2.13.2 医生到场后,护士应向医生详细描述事件经过,协助医生对患者进行救治及伤情的评估。

2.13.3 当班护士应立即上报护士长,由护士长立即报告科主任、护理部。

2.13.4 填写不良事件报告表,报表内容包括跌倒、坠床等意外事件发生的具体时间、地点、经过、原因及事后处置情况,对患者造成的影响和采取的的补救措施。护理部详细了解具体情况后,制定整改措施。

2.14 护理部收集跌倒、坠床、烫伤、呕吐物吸入窒息的质量监控指标数据记录,每季度进行分析,提出改进建议。

3. 相关文件

3.1 《贵州省护理安全管理制度》(贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发) 2018 年版

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	压疮的预防制度	制度编号	HLB-2020-17
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	481-482

压疮的预防制度

1. 目的

明确压疮预防措施，使患者得到有效的护理，避免和减少压疮的发生。

2. 标准

2.1. 防范预案：

用《难免压疮申报表及危险因素评估单》对患者进行评估后，对具有压疮危险因素的患者，应采取如下预防措施：

2.1.1 保护皮肤，避免局部长期受压建立翻身卡，鼓励和协助患者 Q2h 翻身；保护骨隆突处和支持身体空隙处；避免患者翻身、搬运时拖、拉、推，防止皮肤损伤；对长期卧床患者，床头抬高 <30 度，以减少剪切力的发生，对使用石膏、夹板、牵引的患者，衬垫应平整、松软。

2.1.2 保持患者皮肤清洁、避免局部刺激及时清除患者尿液、粪便、汗液等机体排泄物和分泌物，避免使用肥皂和含酒精用品清洁皮肤，保持床单位整洁、干燥、平整。

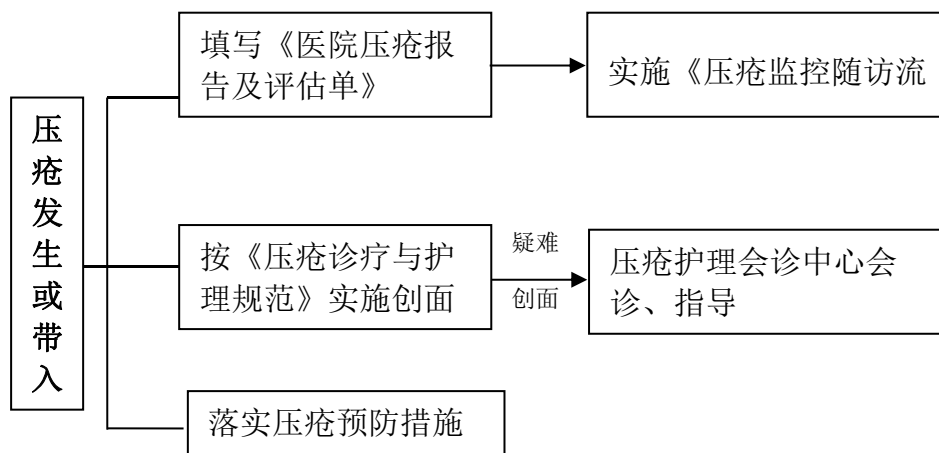
2.1.3 促进皮肤血液循环可采用温水浴和适当按摩，应避免对骨骼隆起处皮肤和已发红皮肤按摩，以免加重皮肤损伤。

2.1.4 改善机体营养状况对病情允许的患者，鼓励其摄入高蛋白、高维生素、含锌饮食，必要时协助胃肠外营养。

2.1.5 健康教育对家属和患者开展压疮预防宣教，提高患者依从行为。


2.1.6 对于高危压疮的患者，应实施压疮预报、登记、随访。

2.2. 处理流程



3. 相关文件

3.1 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发） 2018 年版

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	压疮风险评估与报告制度	制度编号	HLB-2020-18
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	483

压疮风险评估与报告制度

1. 目的

规范压疮的风险评估和压疮预防及上报管理，降低压疮的发生率和减少压疮对患者的伤害。

2. 标准

2.1 压疮评估：护理人员熟悉掌握压疮危险因素评估评分标准，采用压疮危险因素评估量表（Braden 量表）对所有患者入院、转科、手术或病情变化时，均需进行压疮危险因素评估。评分标准：最高分 23 分，最低分 6 分；15—18 分为低度危险，13—14 分为中度危险，10—12 分为高度危险，9 分以下提示极度危险。

2.2 压疮评估≤12 分或有皮肤破损、带入压疮的患者，填写压疮危险因素评估及护理措施单，每日责任班评估，皮肤情况在护理记录单体现。

2.3 对压疮高危患者积极采取预防措施，在床头放置“压疮高危”醒目标识，并进行交接班，密切观察皮肤及压疮变化，及时准确记录。

2.4 院内发生或发现院外带入压疮须在 24 小时内口头报告护理部。填写压疮报告表，包括压疮的部位、大小、深浅、分度、院外发生还是院内发生；护士长组织全科讨论，填写检查意见，于 72h 内上报护理部。

2.5 科室针对院内发生或院外带入压疮应采取积极的治疗护理措施，并定期进行效果评估。

2.6 评估需要会诊者，填写护理会诊单，护理部组织相关专家进行现场指导并制定治疗护理措施，责任护士在护理记录单上记录会诊事宜。

2.7 护理部不定期督查科室护理措施落实情况。

3. 相关文件

3.1 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发）2018 年版

(二) 护理工作管理制度

 <p style="text-align: center;">铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	护理业务技术管理制度	制度编号	HLB-2020-19
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	484-489

护理业务技术管理制度

1. 目的

规范护理业务技术管理，使护理查房、护理会诊、护理疑难病讨论、护理文书管理制度化，规范化，提高护理业务技术管理水平。

2. 标准

2.1 护理查房制度

2.1.1 护理质量查房

(1) 定期护理质量查房

由护理部主任主持，科护士长及相关护理质量与安全委员会成员参加，每月1次，有专题内容，重点检查岗位责任制、规章制度、护理技术规范等落实情况，护理工作计划执行及服务态度等情况。保存查房的原始资料，做好查房总结分析，制定整改措施，追踪改进效果，记录完善。

(2) 不定期护理质量查房护理部主任（副主任）及科护士长经常到病区（护理单元）对护士岗位职责落实情况及护理质量进行督导、沟通，及时了解、发现并解决问题。做好相关记录。

(3) 节假日及晚夜班查房护理部组织全院护士长参加节假日及晚夜班查房，每周至少2次，了解全院危、急、重症患者治疗护理情况，及时发现并解决查房中发现的问题。做好相关记录。

2.1.2 护理业务查房

(1) 业务查房主要对象危重患者、大手术患者、存在或潜在压疮患者（压疮评分超过标准的患者，院外带入Ⅱ期以上压疮、院内发生压疮）、诊断未明确或护理效果不佳的患者、存在安全隐患的患者。

(2)具体方法①护士长、护理组长每日晨交班组织对危重患者、大手术前后患者进行查房。②护士长、护理组长定期或不定期组织对危重疑难患者进行查房。③护理部主任、科护士长有针对性地组织或参与科室查房，对患者护理提出指导性意见。护理部主任、科护士长的查房意见由责任护士简要记录于患者护理记录单。

2.1.3 护理教学查房

(1)由护士长或教学组长主持，护生及护士参加，每月1次。

(2)查房内容包括操作演示、案例点评、病例讨论等。

(3)查房情况有记录。

2.2 护理会诊制度

2.2.1 本专科不能解决的护理问题，需其他专科或多科进行护理会诊的患者，由护士长向相应专科病区（部门）或护理部提出会诊申请，填写会诊申请单。

2.2.2 一般护理会诊，由被邀请护理单元指派具有相关能力的护理人员前往会诊；较为复杂的护理会诊，由护理部负责组织相关人员会诊。

2.2.3 及时组织会诊，一般会诊在24~48小时内完成；紧急会诊即时执行。

2.2.4 责任护士负责介绍有关病情、治疗、护理等方面的问题，参加人员对护理问题进行充分讨论，提出会诊意见和建议。

2.2.5 做好会诊记录。对提出的会诊意见，简要记录于护理记录单并及时组织实施，观察护理效果。

2.3 护理病例讨论制度

2.3.1 死亡病例均应单独进行病例讨论。

2.3.2 选择有讨论或教学价值的住院或出院病例进行定期或不定期讨论，分科进行或多科联合讨论。

2.3.3 科室遇疑难护理病例，应及时报告护理部。护理部组织护理大查房，进行疑难病例讨论。

2.3.4 讨论前，负责护士整理相关资料，写出书面摘要，事先发给参加讨论人员。

2.3.5 病例讨论会由护士长主持，负责介绍及解答有关病情及护理方面的问题。所有参与讨论人员自由发言，科室指定人员写好记录。

2.4 护理文书管理制度

2.4.1 护理文书是医疗文件中一个重要的组成部分。根据卫生部《病历书写基本规范》（2010年版）等要求，护士需要填写、书写护理文书包括：体温单、医嘱单、手术清点记录、护理记录等。护理文书均可采用表格式，以简化书写，缩短护士书写时间。

2.4.2 归档护理文书包括体温单、医嘱单（含长期医嘱单与临时医嘱单）、手术清点记录、护理记录、长期医嘱执行单等。各医疗机构可根据医院相关专科实际需要，设定单项监测记录单，用于对血糖、血压、出入量、血运情况等医嘱要求的观察记录。单项监测记录属于护理记录，单项监测记录单纳入归档护理文书管理。

2.4.3 非归档护理文书包括输液卡、治疗单等，经执行护士签名后，由医疗机构保存管理。各医疗机构可根据医院相关专科实际，设置少量确属需要的非归档护理文书，如血液净化治疗单等。病室护理交班志属于非归档护理文书，是值班护士对本病区患者动态、需要交待的事宜及患者病情交班的索引，交班志上涉及患者病情变化及危重患者的内容应在护理记录单上有较详细记录。所有非归档护理文书的保存期限及保存形式由各医院机构在充分考虑《侵权责任法》、《医疗事故处理条例》等法律法规的基础上，结合本单位实际决定（我院非归档护理文书在病人出院后保存1年半）。

2.4.4 护理文书必须保存清洁，各种记录单应按住院病历排列须序排列，定位存放，不得撕毁、拆散、涂改或遗失。

2.4.5 病区有专人负责护理文书质量控制，随时抽查运行中的病历，每份病历有终末质控。

2.4.6 根据《医疗事故处理条例》规定，体温单、医嘱单、护理记录单属于患者复印或复制资料范围，需复印或复制上述护理文书时，按医院相关规定执行。

2.4.7 患者出院或死亡后，护理文书按出院病历排列须序整理，由病案管理科统一保管。

2.4.9 印有医疗机构标志的护理文书表格，只限于本医疗机构使用，不得转卖，转让和出售，其他医疗机构不得冒用。住院病历排列顺序：

(1) 体温单

- (2) 长期医嘱单
 - (3) 临时医嘱单
 - (4) 入院记录或再次入院记录、接收记录
 - (5) 诊疗计划
 - (6) 完整入院记录
 - (7) 病程记录含转科记录、术后病志（按日期先后顺序）
 - (8) 手术患者记录按下列顺序排列：
 - a 手术同意书
 - b 输血同意书
 - c 麻醉同意书
 - d 术前讨论记录
 - e 麻醉前访视记录
 - f 麻醉记录
 - g 手术安全核查记录
 - h 手术用物清点记录
 - i 手术记录
 - j 产科：产时、产后记录
 - k 麻醉术后访视记录
 - (9) 教授查房记录，大会诊、疑难病例讨论记录
 - (10) 会诊单
 - (11) 三大常规报告单
 - (12) 血液生化报告粘帖单（按先后顺序排列呈叠瓦式粘帖）
 - (13) 各种特殊检查及报告单（X线、B超、CT、ECG、内镜等）
 - (14) 各种告知书、各类申请书、同意书等
 - (15) 护理记录单
 - (16) 住院病案首页
 - (17) 上次住院病历及外院病历
 - (18) 住院证及门诊病历
- 出院病历排列须序：

- (1) 住院病案首页
- (2) 出院或死亡记录
- (3) 死亡讨论记录单
- (4) 入院记录或再入院记录、接收记录
- (5) 诊疗计划
- (6) 完整入院记录
- (7) 病程记录含转科记录、术后病志。（按日期先后顺序）
- (8) 手术有关记录按下列顺序排列：
 - a 手术同意书
 - b 输血同意书
 - c 麻醉同意书
 - d 术前讨论记录
 - e 麻醉前访视记录
 - f 麻醉记录
 - g 手术安全核查记录
 - h 手术用物清点记录
 - i 手术记录
 - j 产科：产时、产后记录
 - k 麻醉术后访视记录
- (9) 教授查房记录，大会诊、疑难病例讨论记录
- (10) 会诊单
- (11) 三大常规报告单
- (12) 血液生化粘帖单（按先后须序排列呈叠瓦式粘帖）
- (13) 各种特殊检查、特殊治疗报告单（X线、B超、CT、ECG、内镜等）
- (14) 各种告知书、各类申请书、同意书等
- (15) 护理记录单
- (16) 长期医嘱单
- (17) 临时医嘱单
- (18) 体温单

(19) 上次住院病历

(20) 死亡患者门诊病历

3. 相关文件

3.1 卫生部《病历书写基本规范》（2010年版）

3.2 《贵州省护理文件书写规范（试行）》（黔卫发（2013年版）15号

3.3 《卫生部护理工作核心制度》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	护理部工作制度	制度编号	HLB-2020-20
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	490

护理部工作制度

1. 目的

规范护理工作管理，提高护理管理水平，促进护理管理科学化、制度化、规范化水平。

2. 标准

2.1 全面负责医院护理行政管理、护理人力资源管理和护理质量管理，完成与医院医疗、护理、教学、科研、预防保健等相关的护理工作任务。

2.2 根据医院工作重点，制定全院护理工作计划，经主管院领导审批后组织实施。

2.3 根据医院功能、任务及规模，明确临床护理岗位设置，科学合理配备全院各护理单元护理人力及应急状况下护理人力资源调配。

2.4 建立并落实各项护理管理制度、各级护士岗位职责、护理工作流程、常用护理技术操作规程、常见疾病护理常规、突发事件应急预案等。

2.5 建立医院护理质量控制与评价标准，实施检查指导、分析评价、信息通报和监督整改，促进护理质量持续改进。

2.6 落实医院护理队伍建设和人才培养，对护理人员实施培训、考核、奖惩，对各级护理管理人员进行培养。

2.7 定期组织护理部各种会议，如护理部科务会、护士长例会等，及时传达各种精神和要求。

2.8 关心全院护士思想、工作、学习和生活情况，帮助解决实际问题，充分调动护士的工作积极性。

2.9 负责护理文件档案管理，严格保密制度。

3. 相关文件

3.1 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（人民军医出版社 2013 年版）

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	护理工作会议制度	制度编号	HLB-2020-21
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	491

护理工作会议制度

1. 目的

明确护理各层面工作会议要求，使护理管理信息得到有效沟通，便于传达上级指示，及时反馈临床护理现状，不断改进护理服务工作。

2. 标准

2.1 护理部科务会由护理部主任主持，护理部全体成员参加，每周1次。传达有关会议精神及上级指示，讨论、分析、总结和部署工作。

2.2 护士长例会由护理部主任主持，护理部副主任、科护士长及全院护士长参加，每月1次。科护士长管辖的护士长例会，由科护士长主持，大科内全体护士长参加，每月至少1次。会议主要内容：小结、讨论、分析和评价护理工作，对护士绩效进行评定；传达相关会议精神，护士长管理培训，布置工作等。

2.3 护理单元护士会由护士长主持，全体护士参加，必要时请护理部主任、科护士长、科主任等参加，每月1次，小结、讨论、分析和评价护理工作，对护士绩效进行评定，传达相关会议精神，组织各类学习，沟通交流思想，布置工作等。

2.4 护理单元晨会由护士长主持，护士参加，小结前一日护理工作，布置当日工作重点；就护理单元近期使用的新药物、开展的新技术及疑难重症患者护理等内容进行提问与讲解。

2.5 病区护患沟通会由护士长或指定专人主持，收集患者对护理服务的意见与建议，进行患者健康教育。

3. 相关文件

3.1 《医院工作制度与人员岗位职责》（卫生部医管司 2011年）

3.2 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（人民军医出版社 2013年版）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	护理病例讨论制度	制度编号	HLB-2020-22
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	492

护理病例讨论制度

1. 目的

规范护理病例讨论管理，保证疑难重症病例讨论程序化、制度化，提高临床各级护士的理论知识水平，增强护理安全意识，提高临床护理质量。

2. 标准

2.1 死亡病例均应单独进行病例讨论。

2.2 选择有讨论或教学价值的住院或出院病例进行定期或不定期讨论，分科进行或多科联合讨论。

2.3 科室遇疑难护理病例，应及时报告护理部。护理部组织护理大查房，进行疑难病例讨论。


2.4 讨论前，责任护士整理相关资料，写出书面摘要，事先发给参加讨论人员。

2.5 病例讨论会由护士长主持，负责介绍及解答有关病情及护理方面的问题。所有参与讨论人员自由发言，科室指定人员写好记录。

3. 相关文件

3.1 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发） 2018 年版

3.2 《医院工作制度与人员岗位职责》（卫生部医管司 2011 年）

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	护理新业务、新技术、新用具申报及准入制度	制度编号	HLB-2020-23
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	493

护理新业务、新技术、新用具申报及准入制度

1. 目的

规范开展新业务、新技术以及新用具的使用，保证护理安全。

2. 标准

2.1 护理新业务、新技术、新用具是指在本单位从未开展过的护理业务、技术及未使用过的用具的临床应用。

2.2 建立护理新业务、新技术、新用具准入管理办法和申报、准入流程，未经批准不得开展。

2.3 申报的项目应在核准的执业诊疗科目内，严格遵守相关卫生管理法律、法规、规章、诊疗规范和常规，不违背伦理道德。

2.4 申报的项目应根据实际需要，具有先进性、科学性、有效性和安全性，有利于提高本单位护理质量，促进患者康复，减轻护士劳动强度等。

2.5 护理新项目开展前应填写申报审批表，护士长提出申请报告经科主任签字同意后上报护理部，经新技术新项目委员会论证，报请分管院领导审批后方可开展。

2.6 项目申请人对项目负有直接管理责任，对项目相关人进行培训，考核合格后方可开展。新护理用具、新型材料等申请时必须提交规范的证明材料并留复印件存档备查。

2.7 护理新项目启动实施后，项目申请人应定期将实施情况向护理部汇报。

3. 相关文件

3.1 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（人民军医出版社 2013 年版）

3.2 《医院工作制度与人员岗位职责》（卫生部医管司 2011 年）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	护理人员执业资格审核与执业准入管理制度	制度编号	HLB-2020-24
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	494-495

护理人员执业资格审核与执业准入管理制度

1. 目的

规范全院护理人员执业资格审核与执业准入管理，依据《护士条例》要求，做到依法聘用、规范职业，以确保医疗护理安全。

2. 标准

2.1 严格执行《医疗机构管理条例》、《护士条例》等法律法规及相关政策。

2.2 严格执行医院卫生技术人员执业资格准入管理制度，做到依法聘用。

2.2 护理人员均取得执业资格，具备专业护理能力，注册地点在本院并符合卫生健康行政部门相关规定，方可独立从事护理工作。专业护理能力包括：

2.2.1 具有岗位需要的专业技术能力，独立完成急危重症抢救配合工作的能力。

2.2.2 具有病情观察与应急处理能力。

2.2.3 具有规范、准确、及时、客观书写护理文书的能力。

2.2.4 具有独立完成本科室各个岗位的各种工作能力。

2.2.5 具有良好的慎独精神。

2.3 新入职护理人员必须经过岗前培训，考核合格后方可上岗。

2.3.1. 有临床一线护理工作经历的新入职护士，在本科室从事临床护理专业技术工作至少 1 个月以上，在上级护士指导下参加值班。

2.3.2 应届毕业的新入职护士，在本科室从事临床护理专业技术工作至少 3 个月以上，在上级护士指导下参加值班。

2.3.3 经带教老师、科室护士长评估能够胜任。评价方式：由科室护长组织科室带教老师一起，进行相关理论、专业技术和能力考核，考核合格审核准入后，方可独立从事护理岗位工作。

2.3.4 遵照执行主管卫生行政部门规定的其他条件。

2.4 护理人员资质（包括业务水平、工作业绩、技术技能、服务质量、职业道德等），至少每3年认定一次，每年需参加医院及科室组织的培训考核，年度考核合格，继续教育合格，方可进行护士执照延续注册。

3. 相关文件

3.1 《护士条例》

3.2 《医疗机构管理条例》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	护士管理规定	制度编号	HLB-2020-25
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	496

护士管理规定

1. 目的

有效贯彻执行《护士条例》，规范护士管理，维护护士合法权益，规范护理行为，保障护理安全。

2. 标准

2.1 护士应按照国家《护理条例》规定从事护理活动，履行护士职责。

2.2 护士必须通过国家护士执业考试，取得《中华人民共和国护士执业证书》，并经当地卫生行政部门登记注册，未经注册者不能单独从事护理工作。

2.3 护士应遵守法律、法规、职业道德，保护患者合法权益和隐私。

2.4 护士在执业过程中发现患者病情危急，应立即通知医生并配合抢救。在紧急情况下，医生不在场时，护士应采取必要的紧急救护。

2.5 护士在执业中应正确执行正确的医嘱，发现错误医嘱或有疑问时，应向医生提出、核实，不能盲目执行医嘱。

2.6 发生自然灾害、公共卫生事件、重大伤亡事件等严重威胁人群生命健康的突发事件时，护士必须服从卫生行政部门和医院的派遣，参加医疗救护和预防保健工作。

2.7 护士应接受岗前培训、在职培训和专科护士培训，通过实践、学习等方式提高专业技术水平。

2.8 护士应尊重、关心、保护患者隐私，强化“以病人为中心”的服务理念，提供安全、优质、高效的护理服务。

2.9 人力资源科和护理部共同管理护士

3. 相关文件

3.1 《护理条例》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	护士分层管理制度	制度编号	HLB-2020-26
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	497-503

护士分层管理制度

1. 目的

制定护士分层管理的相关规定，规范护士分层级使用，提高护理人员素质和护理质量。

2. 标准

2.1 根据护士工作能力、技术水平、工作年限、职称、学历等要素，分为专科护士、高级责任护士、中级责任护士、初级责任护士。高年资护士指导低年资护士工作，给低年资护士专业成长的空间和时间。

2.2 根据不同层级给予不同的工作权限和待遇，履行不同的岗位职责和工作任务，满足不同患者、不同疾病及病情的需要，确保护理质量。

2.3 在层级管理体制中，护理人员结构形成梯队，专业分布合理，并与所实施的等级护理和专科护理相适应。

2.4 层级管理制度要与责任制整体护理和连续性排班相结合，以保证责任制护理的延续、完整、无缝隙。在层级管理体制中，满足等级护理、基础护理和专科护理需要。

2.5 各层级护士培训目标和要求

2.5.1 专科护士

2.5.1.1 培训目标

2.5.1.1.1 掌握专科危重患者的救治原则与抢救技能。

2.5.1.1.2 掌握本专科领域护理新技术与新进展。

2.5.1.1.3 掌握理论授课及临床带教技巧。

2.5.1.1.4 熟悉护理查房程序、技巧，能组织开展护理查房。

2.5.1.1.5 熟悉开展护理新技术及护理科研的程序。

2.5.1.1.6 掌握护理论文书写及修改程序，能为下级责任护士提供指导。

2.5.1.2 培训要求

2.5.1.2.1 组织、主持本科护理查房，并指导下级责任护士组织护理查房。

2.5.1.2.2 组织全科护理业务学习；拟订护理教学计划；编写科室健康教育资料。

2.5.1.2.3 指导护理临床实习；负责组织本科护理学术讲座和护理病案讨论。

2.5.1.2.4 组织和主持本科室及本专业领域学术活动，参与护理新业务、新技术的成果鉴定工作。

2.5.1.2.5 组织制订本科护理科研计划或主持科研，并指导和督促实施。

2.5.1.2.6 每年至少参加1次以上院内外学术研讨、交流、考察，并向护理部传达和提交改善护理服务的合理化建议。

2.5.2 高级责任护士

2.5.2.1 培训目标

2.5.2.1.1 熟悉责任制整体护理工作模式，掌握其工作方法。

2.5.2.1.2 熟练掌握本专业领域基础理论知识及基础护理操作技能。

2.5.2.1.3 能应用护理程序实施整体护理，独立观察和处理问题。

2.5.2.1.4 熟悉专科护理理论、技能及防治疾病的知识。

2.5.2.1.5 掌握教学方法，能指导下级责任护士、进修护士工作以及实习护生的临床实习。

2.5.2.1.6 熟悉阅读、借助字典等工具翻译本专科英语短文及科研，撰写临床护理论文。

2.5.2.1.7 参加国家或省卫生健委组织的专科护士培训，取得专科护士认证资格证。

2.5.2.2 培训要求

2.5.2.2.1 护理部根据个人特长，固定专科护理工作。

2.5.2.2.2 护理部或专科组织护理理论知识学习和操作技术示范讲座。

2.5.2.2.3 结合专科特点，重点学习专科护理理论知识与专科护理操作技能，如心电监护、机械通气、心肺复苏、气管切开护理等。

2.5.2.2.4 指导本科、大专、中专护生临床实习，能客观评价护生实习情况。

2.5.2.2.5 学习护理科研论文写作基本知识讲座，每年撰写护理论文至少1

篇。

2.5.2.2.6 参加自考、成人教育或脱产等方式学习，获得高一级学历水平。

2.5.3 中级责任护士

2.5.3.1 培训目标

2.5.3.1.1 熟悉责任制整体护理工作模式，掌握其工作方法。

2.5.3.1.2 熟悉各专科基本护理理论、护理要求及护理技术。

2.5.3.1.3 熟悉各专科基本诊疗仪器（如心电图机、除颤器、呼吸机、监护仪、输液泵、快速血糖测定仪等、臭氧治疗仪）的操作方法。

2.5.3.1.4 掌握各专科疾病的病情观察要点。

2.5.3.1.5 掌握各专科疾病的主要治疗药物的用途、使用方法及毒副作用的观察。

2.5.3.1.6 掌握医学术语、各专科用药的英语名称及简单的英语会话。

2.5.3.2 培训要求

2.5.3.2.1 各专科根据本科及本人实际情况制定培训计划，并组织实施，着重提高临床护理实践技能。

2.5.3.2.2 护士长安排初、中级责任护士独立承担各班护理工作，熟悉各岗位工作职责与程序。

2.5.3.2.3 参加护理部及科室组织的业务学习，积极开展病人健康教育，运用护理程序开展临床护理。

2.5.3.2.4 接受护士长或指导老师指导，独立书写护理病历。

2.5.3.2.5 加强护理基本操作训练，考核合格。

2.5.3.4.6 参与专题护理查房，参与观察病人病情和护理过程情况报告。

2.5.3.2.7 护士长负责提问抽查考核责任护士，重点了解对专科护理、饮食护理、心理护理、基础护理、并发症的预防及健康教育、康复指导等。

2.5.4 初级责任护士

2.5.4.1 培训目标

2.5.4.1.1 熟悉责任制整体护理工作模式，掌握其工作方法。

2.5.4.1.2 熟悉医院有关工作制度和护理服务职业道德规范要求。

2.5.4.1.3 掌握本科室规章制度、各班工作职责与程序及相应岗位职责。

厚德精诚 笃行至善

2.5.4.1.4 掌握护理专业“三基”（基础理论、基本知识、基本技能），了解专科护理理论与技术。

2.5.4.2 培训要求

2.5.4.2.1 护理部组织新毕业护士上岗前培训学习，重点辅导学习医院规章制度及护理服务规范要求，注重护士职业道德教育，提出护士执业要求。

2.5.4.2.2 护理部安排科室轮训，科室结合护理部的培训要求和每个护士制定具体培训计划并负责落实，护士长做好各科环境、规章制度及各班工作职责的介绍。

2.5.4.2.3 轮训期间，安排临床护理经验丰富、具有护师及以上职称人员指导，充分熟悉本职工作职责和各班工作程序。

2.5.4.2.4 加强护理基本操作训练，考核合格。

2.5.4.2.5 参加科室及护理部组织的各项业务学习。

3. 相关文件

3.1 《护士条例》

附：铜仁市妇幼保健院护士分层级管理标准

铜仁市妇幼保健院护士分层级管理标准

序号	层级分类	任职资格	能力要求	工作职责
1	N0助理护士（新进护士）：工作时间<1年	护理中专或大学毕业，已取得护士执业证书，但未满3个月试用期。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 经过医院相应的岗前和岗位培训考试合格。 2. 在上级护士指导下能胜任本岗位工作职责。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 助理护士在责任护士的指导下，根据病情和患者自理能力，协助完成生活照顾性基础护理及非技术性护理工作。 2. 生活照顾性基础护理工作。 3. 在治疗及检验程序中协助护士及其他医务人员；协助护士整理病历；常规性测量和记录患者生命征；物理降温（冰袋、温水、酒精擦浴）；护送患者检查、治疗、转科等；负责清洁消毒患者的生活用具；及时将患者的有关情况报告护士等。 4. 非技术性护理工作。内容包括：整理、清洁、维护各种护理仪器、设备和用品；整理办公用品；分类收集医疗废物；保持病房的整洁与通风；整理、清洁、消毒各房间，终末消毒、联系工作（接听电话、联系和预约检查、会诊、复诊等）；协助办理出入院手续；派送一日清单。 5. 协助护士不得从事创伤性或侵入性及无菌性护理技术操作，不得独立承担危重病人的生活护理工作。
2	N1辅助护士：工作时间1-3年	取得护士执业资格证，试用期满，经护理部、科室考评合格，一般护龄≤5年的护士。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 能独立进行一般护理、独立担任护理班次，具有完成本岗位职责的能力。 2. 掌握护理基础理论、各种护理操作技术及常用急救技术，能解决本专科常见护理问题。 3. 从事特殊护理岗位（夜班、ICU、急诊、血液净化、手术室、产科等）者应具备相应的准入资格。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 负责需要二级护理和三级护理的病人。 2. 实施所分管患者的各项护理工作。 3. 按照护理工作流程、护理工作标准和技术规范、常规等熟练完成各项基础护理和一般的专科护理工作。 4. 负责分管患者的健康指导，指导、鼓励和帮助患者进行自理能力的锻炼。 5. 参与急危重症患者的护理工作。 6. 参与临床教学工作，参与并指导助理护士完成相应的护理工作。 7. 参与临床科室管理，确保临床科室环境整洁、舒适、安静；为患者制定安全防护措施（如防坠床、防跌倒、约束等）。

序号	层级分类	任职资格	能力要求	工作职责
3	N2:初级护士: 工作时间3-6年	护龄>5年或取得护士任职资格证的护理人员。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 具备完成本岗位职责的能力。 2. 熟练掌握基础护理、专科护理及常用急救技术,能独立准确评估、判断和处理本专业护理问题,能根据患者情况制订护理计划并组织实施。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 负责需要二级护理和一级护理病情稳定的病人。 2. 负责分管患者的各项护理和治疗工作及部分特殊专科护理。 3. 运用护理程序开展工作。对分管患者进行评估,制订分管患者护理计划,组织实施,并评估实施效果。参与急危重症患者抢救。 4. 为患者提供康复和健康指导。评估患者病情及生活自理能力,及时与医师沟通。 承担实习或进修护士临床教学任务。 5. 参与临床科室管理,确保临床科室环境整洁、舒适、安静;为患者制定安全防护措施(如防坠床、防跌倒、约束等)。
4	N3中级护士: 工作时间6-10	大专及以上学历,任护师资格>5年或具有主管护师任职资格的护理人员。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 临床专科护理业务知识较为扎实,基础与专科护理技术熟练,有一定教学和管理能力,护士长不在位时,能代理护士长工作。 2. 掌握护理基础理论,有关的医学基础知识及本病情常见疾病护理常规,本专业急危重症患者的护理。 3. 了解常见的临床检验及本病情特殊检查方法、临床意义。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 负责急危重症病人的护理。 2. 负责分管患者的各项护理和治疗工作及专科护理指导。 3. 运用护理程序开展工作。对分管患者进行评估,制订分管患者护理计划,组织实施,并评估实施效果。参加并指导危重患者的抢救护理工作,确保护理安全和质量。 4. 为患者提供康复和健康指导,评估患者病情及生活自理能力,及时与医师沟通。 承担实习或进修护士临床教学任务。 5. 参与临床科室管理,确保临床科室环境整洁、舒适、安静,为患者制定安全防护措施(如防坠床、防跌倒、约束等)。 6. 专科护士或组长负责高技术、高风险工作并直接服务危重患者,承担本专科危重患者/复杂疑难专科患者的专科护理和个案管理。 7. 协助护士长做好科室持续质量控制。 8. 组织或主持护理业务查房、护理教学查房、危重患者护理会诊和护理个案讨论。根据工作需要,定期组织本小组护理业务学习。

序号	层级分类	任职资格	能力要求	工作职责
5	N4高级护士：工作时间≥10年	<p>1. 取得副主任护师及以上任职资格，在相应专科从事护理工作5年以上。</p> <p>2. 大专及以上学历，取得主管护师任职资格>10年，在相应专科从事护理工作10年以上。</p>	<p>1. 具备完成本岗位职责的能力。</p> <p>2. 熟练掌握专科理论、知识、技能，将知识融会贯通于实践中。精通本学科基本理论、专科理论和专业技能，在突发事件及急危重症救治中发挥重要作用。</p> <p>3. 有丰富的临床护理工作经验，能循环解决本专科复杂疑难护理问题，有指导专业护士有效开展基础护理、专科护理的能力。</p> <p>4. 有组织、指导临床、教学、科研的能力，是本专科学术带头人。</p> <p>5. 及时跟踪并掌握国内外本专科新理论、新技术，每年接受相应专业领域的继续教育。</p>	<p>1. 负责危重患者的专科护理。</p> <p>2. 专科护士与临床护士长密切配合，有各自的职责分工。护士长主持科室人力和物质资源的管理，以确保护理单元高效率的运作。专科护士主持并指导本专科领域的全面业务技术工作，通过直接分管患者，开展高级护理实践，通过查房、会诊、专科护理门诊等方式拓展实践领域和专业工作范畴；通过制定护理工作指引、护嘱等指导其他护士工作。</p> <p>3. 参加护理质量管理委员会，主管全院相应专科护理小组的工作，并履行其职责。</p> <p>4. 领导专科护理团队，并在日常工作中贯彻团队的核心价值观，组织制订本专科护理工作指引，制订并审核所在专科各项护理工作标准、护理质量评价标准等。</p> <p>5. 参加医疗查房，参与危重病例、疑难病例讨论，分析患者的护理问题，针对护理问题制定护理计划；组织院内护理会诊，实施循证护理，解决护理疑难问题，指导临床护士工作，确保本专科护理质量。</p> <p>6. 制订或修订本专科护理工作指引、护理质量标准及紧急应变计划。与不同医疗专科合作，发掘本专科护理质量改进项目，推行质量持续改善策略并实施评价，确保本专科护理质量。</p> <p>掌握本护理学科发展的前沿动态，积极组织本专科的学术活动，根据本专科发展的需要，确定本专科工作和研究方向；有计划、有目的、高质量地推广和应用专科护理新成果、新技术、新理论和新方法。</p>

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	紧急情况下护理人员调配制度	制度编号	HLB-2020-27
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	504

紧急情况下护理人员调配制度

1. 目的

科学配置护理人力，使护理人员与护理服务活动合理匹配，确保紧急情况下迅速调配护理人员到位，保障患者安全。

2. 标准

2.1 建立以分管院长领导的护理部主任为组长，护士长为成员的护理人力应急调配领导小组。

2.2 凡遇到大型灾难事故、突发公共卫生事件、紧急医疗抢救、特殊急危重病人抢救等突发事件，各护理单元应及时汇报。

2.3 接到报告后，护士长或护理部应及时到现场协助指导，根据情况立即启动紧急情况下护理人力资源调配预案，调动应急小组成员或相关科室护士增援，各科应服从调配，不得以任何理由推诿、拒绝。

2.4 护理部应急小组成员接到应急通知应及时根据指令参与抢救工作；凡接到应急通知不能及时到岗者，将根据医院规章制度追究其责任并纳入护理质量考核及医院年度考核。

2.5 应急小组成员应随时保持通讯畅通，紧急情况能随叫随到，以便及时启动急救方案。

2.7 护理部有计划、系统地对护理应急小组成员进行院内外业务培训，提高小组成员专科理论知识、实践技能及应急反应能力。

3. 相关文件

3.1 《护士条例》

3.2 《卫生部关于实施医院护士岗位管理指导意见》 2012年版

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	护理人力资源调配方案	制度编号	HLB-2020-28
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	506-512

护理人力资源调配方案

为有效应对突发公共卫生事件、为保证我院在抢救突发公共卫生事件及急、危、重症病人时，护理人员能及时到位、使病人在第一时间能得到及时有效的救治、同时能够根据病人质量、数量合理调配护理人力资源、确保全院护理工作安全良性运行、护理部结合我院实际，特制定我院护理人员调配方案。

一、医院成立护理人力资源管理领导小组

组 长：刘 涛（院长）

成 员：杨 华（副院长）

包顺堂（副院长）

许朝茂（护理部主任 / 副主任护师）

姚金华（妇女保健计划生育技术服务部护士长 / 副主任护师）

余柳玲（孕产保健部护士长 / 主管护师）

代丽萍（儿童保健部护士长 / 主管护师）

申丽君（临床综合片区护士长 / 副主任护师）

鲁 清（老年病科护士长 / 副主任护师）

张 红（妇科护士长 / 副主任护师）

刘 艳（儿科护士长 / 副主任护师）

刘云莲（儿保科护士长 / 主管护师）

江 红（血液透析室护士长 / 主管护师）

冯 慧（健康体检中心护理负责人 / 主管护师）

周 丹（门诊部护理负责人 / 护师）

匡梅洁（儿童康复科护理负责人 / 护师）

黄 蔚（中医科护理负责人 / 主管护师）

徐漫丽（儿二科护士长 / 护师）

厚德精诚 笃行至善

二、医院建立护理人力资源库从各科室抽调护理业务骨干，组成护理人力资源库，并将护理人力资源库成员分为两级：一级成员为“应急抢救护士”；二级成员为“机动护士”。

应急抢救护士：各科护士长和主管以上的护士为应急抢救护士。

机动护士：两年内的新进护理人员为机动护士。

三、各成员工作职责

1、护理人力资源管理领导小组职责

(1)负责紧急状态下紧急调配各应急抢救护士立即到位，并迅速投入到被支援科室的病人抢救工作、同时保证各分流科室的护理力量充足、确保医疗抢救安全。

(2)负责各临床科室因工作繁忙、人员紧缺提出人员调配申请时、调配机动护士到位，完成替代科室的各项工作任务，保证护理质量。

2、护理人力资源库各级人员职责

(1)应急抢救护士职责：主要负责应对各类突发公共卫生事件、自然灾害经及院内重大抢救、满足医院急、危、重患者的救护，和发生突发事件时的特殊人力需求：

(2)机动护士职责：主要负责院内各科室因病人增多、或科室护理人员减少、护理人员不能胜任工作需要时的调配。

3、各成员职责要求

(1)各级护理人员要服从领导小组调配、服从指挥、听从安排。值班人员严格执行报告制度，当遇到重大意外事件、急、危、重症病人需要统一调配人员紧急救治时、科室值班人员首先应报告科主任、护士长，然后逐级上报。

(2)应急护士库成员在接到急救电话时要及时到位（当班人员 5 分钟内，当日休班人员 30 分钟内）、不得耽搁、推诿：必要时全科护理人员全员参加，服从统一调配。

(3)机动护士库成员接到调配要求时，不得推诿、怠慢、要高效、优质的完成被支援科室的各项护理工作。

四、报告程序

1、紧急状态下：

厚德精诚 笃行至善

(1) 正常上班时间：护士→护士长→科主任→护理部→分管副院长→院长

(2) 夜班、节假日：护士→护士长→科主任→总值班→护理部→分管副院长
→院长

(3) 在特别紧急的情况下、可越级上报或直接通知有关人员，也可向其他科室人员请求紧急支援。

2、科室人力资源紧张时：护士长→护理部

五、调配流程

1、紧急状态下人力资源调配（应急护士）：接到重大抢救命令时、护理领导小组立即启动《护理人力资源调配预案》迅速组织、做好准备工作、并通知应急护士库立即到位，根据情况制定相应措施完成救护工作。

护理部接到紧急状态下护士人力资源调配申请
核实后，立即启动《护理人力资源调配预案》
上报分管院领导
调配应急队伍人员：调配原则为对口支持
被调配人员科室护士长
相应应急小组组长
相应小组成员

2、非紧急状态下人力资源调配（机动护士）科室工作繁忙时、护士长先在本科室内进行调配、及时替代；不能解决时向上级提出申请。

科室护士长向护理部申请
护理部核实后，护理部进行全院调配，并做好记录

附表 1：“应急抢救”领导小组名单

附表 2：“应急抢救护士”人员名单

附表 3：“机动护士”人员名单

附表 4：护理人力资源调配表

3. 相关文件

3.1 《卫生部关于实施医院护士岗位管理指导意见-2012 年版》

附表 1

应急抢救领导小组名单

组 长：刘 涛（院 长）

成 员：杨 华（副院长）

包顺堂（副院长）

许朝茂（护理部主任 / 副主任护师）

姚金华（妇女保健计划生育技术服务部护士长 / 副主任护师）

余柳玲（孕产保健部护士长/主管护师）

代丽萍（儿童保健部护士长/主管护师）

申丽君（临床综合片区护士长/副主任护师）

鲁 清（老年病科护士长/副主任护师）

张 红（妇科护士长/副主任护师）

刘 艳（儿科护士长/副主任护师）

刘云莲（儿保科护士长/主管护师）

江 红（血液透析室护士长/主管护师）

冯 慧（健康体检中心护理负责人/主管护师）

周 丹（预检分诊护理负责人/护师）

匡梅洁（儿童康复科护理负责人/护师）

黄 蔚（中医科护理负责人/主管护师）

徐漫丽（儿二科护士长/护师）

附表 2

应急抢救护士人员名单

序号	姓名	性别	职称	科室	执业证	母婴保健证	联系方式
1	匡梅洁	女	护师	儿童康复科	有	有	18685690809
2	周丹	女	主管护师	门急诊	有	无	13765633668
3	朱绍芬	女	主管护师	门急诊	有	无	15117746901
4	刘云莲	女	主管护师	儿保科	有	有	15985640740
5	江红	女	主管护师	血液透析室	有	无	13765668373
6	蒋娟华	女	主管护师	血液透析室	有	无	13098566662
7	刘艳	女	副主任护师	儿科	有	无	18985336668
8	涂仕荣	女	主管护师	儿科	有	无	18744859818
9	饶张波	女	主管护师	儿童康复科	有	无	15185801688
10	冯慧	女	主管护师	健康体检中心	有	无	13765699221
11	申丽君	女	副主任护师	手术室	有	有	13765608462
12	王丹	女	主管护师	手术室	有	无	18744885352
13	徐漫丽	女	护师	儿二科	有	有	18008564491
14	黄蔚	女	主管护师	中医科	有	无	18908569675
15	许翠云	女	主管护师	中医科	有	无	18508561100
16	余柳玲	女	主管护师	产科	有	有	13885619980
17	向微	女	主管护师	产科	有	有	13595607197
18	韩丽丹	女	主管护师	产科	有	有	18085607998
19	鲁清	女	副主任护师	老年病科	有	无	13638560872
20	代丽萍	女	主管护师	新生儿科	有	无	15688067785
21	杨梦	女	主管护师	新生儿科	有	无	15186049129

附表 3

机动护士人员名单


序号	姓名	性别	职称	科室	执业证	母婴保健证	联系方式
1	张秋	女	护师	产科	有	有	18311773715
2	王玲	女	护士	产科	有	有	15286799953
3	彭江娅	女	护师	新生儿科	有		18286642308
4	熊红佳	女	护士	妇科	有		13398562270
5	杜前巧	女	护士	儿科	有		15185971904
6	张虹	女	护士	新生儿科	有		13638113544
7	周银	女	护士	麻醉科	有		19985063244
8	龚燕梅	女	护士	麻醉科	有		18722983735
9	贺丽	女	护士	血液透析室	有		13638565958
10	田茂琴	女	护士	新生儿科	有		15761637142
11	唐灵玲	女	护士	消毒供应室	有		18708563989
12	龚亚琴	女	护士	儿科	有		13885629860
13	赵飞飞	女	护士	麻醉科	有		18185640102
14	杨忠丽	女	护师	发热门诊	有		15117717343
15	王平	女	护士	导诊	有		18311838702
16	杨芳	女	护士	发热门诊	有		18785601130
17	刘晓娴	女	护士	护理部	有		18685658820
18	张明吉	女	护士	消毒供应室	有		18848513627
19	冉雅莉	女	护士	发热门诊	有		18285608253
20	宋浪浪	女	护士	儿保科	有		17784802524
21	王国凯	男	护士	血液透析室	有		18311761955
22	杨斐	男	护士	血液透析室	有		18685679290

23	刘妍	女	护士	儿科	有		18722903454
24	杨小莲	女	护师	产科	有		15761638418
25	吴小芳	女	护士	妇科	有		18311828967
26	龙思帆	女	护士	儿科	有		18212337601
27	雷朝慧	女	护士	预检分诊	有		18722909616
28	甘英	女	护士	新生儿科	有		18385006642
29	陈娅	女	护士	儿科	有		15180778891
30	吴昀燊	女	护士	儿童康复	有		18585617002
31	刘庆庆	女	护士	儿科	有		15885790283
32	陈琼	女	护师	儿童康复	有		13595676011

附表4

护理人力资源调配表

1. 申请理由 （门诊科室填写）	
<input type="checkbox"/> 科室现有护理人员____人， <input type="checkbox"/> 实际在岗____人， <input type="checkbox"/> 请假____人（请假事由_____）， <input type="checkbox"/> 现有门诊____人次。	
<input type="checkbox"/> 其它理由：	
2. 申请理由 （住院科室填写）	
<input type="checkbox"/> 科室现有护理人员____人， <input type="checkbox"/> 实际在岗____人， <input type="checkbox"/> 请假____人（请假事由_____）。	
<input type="checkbox"/> 现有患者____人， <input type="checkbox"/> 危重患者____人， <input type="checkbox"/> 手术____人， <input type="checkbox"/> 分娩____人。	
<input type="checkbox"/> 加床____张	
<input type="checkbox"/> 其它理由：	
3. 科内护理人力资源潜力挖掘情况	
<input type="checkbox"/> 科内护理人员每周休____天，其它：_____	
4. 对支援护理人员的要求	
职称： <input type="checkbox"/> 主管护师____人 <input type="checkbox"/> 护师及以下护理人员____人	
岗位： <input type="checkbox"/> 责护 <input type="checkbox"/> 轮班 <input type="checkbox"/> 其它：	
5. 其它理由：	
申请科室：	
主任/护士长签名：	
年 月 日	
6. 护理部意见：	
<input type="checkbox"/> 已落实到位	
<input type="checkbox"/> 派 科 同志前去支援。	
支援时间： 年 月 日至 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 其它：	
护理部主任签名：	
年 月 日	

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	护理人力资源配置依据、调配原则	制度编号	HLB-2020-29
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	513-515

护理人力资源配置依据、调配原则

1. 目的

合理配置护理人力资源，满足病人护理需要，确保患者安全。

2. 标准

护理人力弹性调配要以临床护理服务需求为导向。随着近年来医院医疗事业发展，新技术、新方法临床应用，就医需求增加，床位使用率和突发事件持续增高，同时因临床护士婚假、生育假所致暂时性人员不足，均使岗位调配人员数量加大，对护理安全也构成一定风险，科学分配护理人力，使人员与护理服务活动合理匹配，我国《护士条例》和卫生部对医院各岗位护士人数配置都有明确规定，这是保证病人安全，维护护士权益的重要举措。为此我院制定弹性人力资源调配实施方案如下：

2.1 护理人力资源配置依据：

2.1.1 满足病人护理需要原则：病人的护理需要，是编设护理人员数量结构的主要依据，同时还要根据科室等实际情况进行综合考虑。

2.1.2 管理结构原则：主要体现在护士群体的结构比例，包括不同学历和专业技术职称的比例。

2.1.3 优化组合的原则：依据不同年龄个性，特长等对护理人员进行优化，合理组合，充分发挥个人潜能，做到各尽所长，优势互补。

2.1.4 经济效能原则：根据各科室病人情况，合理配置使用护理人员，在保证优质、高效的基础上，减少人力成本的投入。

2.1.5 动态调整原则：全院护理人员由护理部统一管理，根据科室病员及护理人员情况进行动态调配。

2.2 护理人力资源调配原则

2.2.1 根据病人数量、护理工作量、突发公共卫生事件等情况，适时调整护

士岗位人员。

2.2.2 数量上配置：根据各病室的专科特点和实际需要配置人员数量，加强产儿科的人员配置。

2.2.3 学历、职称层次上配置：各科配备相应比例的副主任护师、主管护师、护师、护士，结合学历、资历、专业知识、技术水平和工作能力分配岗位，（因当时学历的原因职称受限）根据实际能力使用。

2.2.4 年龄层次的配置，老中青三结合，避免科内护士因年龄老化或年轻化影响护理工作。

2.3 护理人力资源调配方法

2.3.1 护理部建立护理人力资源储备库。人员名单紧急状态下护士人力调配规定及执行方案。

2.3.2 护理部设立护理应急队，成员相对固定，定期进行各类突发事件的专业培训及演练，不断提高应急救治水平。发生突发意外时护理部进行全院护士调动。人员名单见紧急状态下护士人力调配规定及执行方案。

2.3.3 病区床位使用率（各科按编制床位）在 120%以下或在 120%以上，一级护理以上病人不足 5%时，护士长向护理部报告，在病区内实施弹性排班协调解决，以保证护理工作的正常运行。

2.3.4 病区内床位使用率在 120%以上，一级护理以上病人达 10%以上或病危患者超过 5%时，报告护理部，根据护理人员配置、护理工作量、工作强度、风险系数评估后确认影响护理质量安全，护理部启动护理人力资源调配方案，调配储备库的护士实施支援。

2.3.5 病区内床位使用率在 90%以下，一级护理以上病人在 5%以下时，科室 2 名机动护士参加全院护理人力资源调配。

2.3.6 弹性安排护理人员，上午治疗高峰期间不安排护士休息，根据工作量合理安排上班人数及时间，如工作量相对较多的时间，可增加护士；工作量相对较少的时间，可减少 1~2 名护士，病人增加时可随时增加护士。

2.3.7 夜班、节假日期间，接收批量急诊或危重症时，值班护士通知总值班和护士长，赶赴现场指挥、参加处置和护理。如情况复杂，总值班护士长通知护理部、分管院长现场指挥，并实施应急护理人力资源调配。

2.3.8 护理部急救小组应时刻处于待命状态，保持通讯工具通畅，因故离开本地必须提前报告护理部，发生突发公共卫生事件、大型医疗抢救，如批量外伤、疾病爆发流行及其它特大意外事件，护理部接到通知后立即上报分管院长，同时启动应急急救小组。以确保紧急情况下护理人员迅速调配到位。

2.3.9 病区内根据护理工作量、病人数量、危重病人数量实施分层次护士弹性排班。设立护理组长，每位护理人员负责 8 个病人，做好基础和专科护理工作。

2.3.10. 在分配人员的基础上，科室人员因产假或病假 1 个月以上或同一人员不间断累计病假 1 个月以上，护理部可调配其他护理人员，奖金系数按科室绩效方案。

3. 相关文件

3.1 《护士条例》

3.2 《卫生部关于实施医院护士岗位管理指导意见》 2012 年版

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	护理人员绩效考核制度	制度编号	HLB-2020-30
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	516

护理人员绩效考核制度

1. 目的

通过制定护理人员的绩效考核制度，调动护理人员的工作积极性和主动性，提高护理质量和护理管理水平，更好的促进护理工作的可持续性发展。

2. 标准

2.1 医院成立绩效考核领导小组，护理部、人力资源科等部门共同负责制订、修改和完善绩效考核方案。

2.2 护理人员绩效考核方案充分考虑护理工作性质、质量、患者的满意度、护理难度和技术要求，体现护理人员多劳多得、优劳优得。

2.3 通过绩效考核调动护理人员工作积极性和主动性，提高护理质量，促进护理工作可持续发展。

2.4 护理人员的绩效考核结果与评优评先、薪酬，晋升挂钩。

2.5 公开护理人员的绩效考核方案，使全院护理人员知晓。

2.6 绩效考核方案体现公平、公正、透明、合理，做到护理人员同工同酬。

2.7 护理部对护理人员绩效考核方案进行监督。

3. 相关文件

3.1 《护士条例》

3.2 《卫生部关于实施医院护士岗位管理指导意见》 2012年版

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	优质护理服务保障制度	制度编号	HLB-2020-31
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	517-518

优质护理服务保障制度

1. 目的

减少病房护士从事非护理工作，为患者提供直接护理服务，确保“优质护理服务示范工程”顺利开展。

2. 标准

2.1 各科室、各部门要协同配合确保我院“优质护理服务示范工程”顺利开展。

2.2 落实支持保障措施，完善后勤服务支持体系。

2.2.1 进一步完善护理基础设施的配置。

2.2.2 病房使用的口服药品、静脉用药等由院方统一配送。

2.2.3 消毒供应中心能够为病房提供下收下送服务。

2.2.4 患者陪检（急危重症除外）、标本送检由外勤人员承担，减少病房护士从事非护理工作，把时间还给病人。

2.2.5 实施产科、新生儿科住院患者门禁管理，进一步加强护理管理系统信息化建设。

2.3 推行责任制整体护理工作模式，为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。

2.4 加强护理人力配置。根据临床护理工作需要，分层次使用护士，高年资护士管理病情危重患者。

2.5 加强护理人员的专业技术、服务技能的培训。

2.6 认真落实临床护理实践指南、护理技术规范，细化工作标准，规范护理行为。

2.7 护理服务体现以人文关怀为核心的整体护理观念，增进与患者的沟通，关注患者心理情况。

2.8 健全和落实护理工作的各项核心制度，确保护理工作流程合理。

2.9 病房管理有序，病房环境干净、安静、整洁和安全。

2.10 落实优质护理服务项目，患者护理级别与患者病情和自理能力相符合。

2.11 每个护士负责管理的患者不超过 8 人，责任护士熟悉自己所负责患者的病情、观察重点、治疗、护理要点、饮食、睡眠、心理、活动耐受和自理能力的情况，及时主动与医生沟通。

2.12 临床护理服务充分突出专科特色，责任护士运用专业技术知识，对服务对象开展个性化的健康教育，指导进行康复锻炼，促进服务对象功能恢复，解决护理疑难问题，提高专科护理水平，保障服务对象安全，提高医疗质量和效率。

2.13 强化临床护理健康教育工作，根据患者认知水平和身体情况提供多种形式的健康教育。

2.14 简化护理文书，采取各项措施，提高患者满意度。

2.15 细化服务内容，即入院热心迎、住院真心待、述说耐心听、疑问细心答、护理精心做、出院亲切送。

3. 相关文件

3.1 卫生部办公厅关于印发《2020 年“优质护理服务示范工程”活动方案》的通知卫办医政发【2020】13 号

3.2 《优质护理服务评价细则》 2014 版

3.3 《卫生部 2016 年推广优质护理服务工作方案》（卫医政发[2016]23 号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	护理技术档案管理制度	制度编号	HLB-2020-32
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	519

护理技术档案管理制度

1. 目的

规范护理技术档案管理，优化管理的效果，维护护理人员合法权益。

2. 标准

2.1 护理技术档案设专人负责管理，做到收集完整、分类合理、统计正确、保管安全(防火、防盗、防潮、防虫、防尘、防强光)、便于使用。

2.2 定期对档案进行检查、修复、整理，保持整洁完好。

2.3 建立护士业务技术档案。主要包括学历、工作经历、工作业绩、院内考核成绩及在职培训等资料，作为奖惩、晋升、晋级的依据。

2.4 建立护理业务工作档案，分类立卷设档。

3. 相关文件

3.1 《护士条例》

3.2 《医院工作制度与人员岗位职责》（卫生部医管司 2011 年）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	护理文书质量管理制度	制度编号	HLB-2020-33
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	520

护理文书质量管理制度

1. 目的

规范护理文书的管理，确保护理文件完整、法律有效。

2. 标准

2.1 电子护理文书书写应当客观、真实、准确、及时、完整,表述准确、语言通顺、格式正确、眉栏无漏项。

2.2 书写要实事求是,对患者负责,能提供必要的法律依据。

2.3 实习护士、试用期护士书写的护理文件,应当经过本科室的执业护士审阅、修改并签全名。

2.4 打印后的护理文书原则上不能修改,若书写过程中出现错字时,使用同色笔,错字处画双横线,保留原记录清楚、可辨,并注明修改时间,修改人签名

2.5 因抢救危重患者,未能及时书写记录时,当班护士应在抢救后6小时内据实补记,并加以注明。

2.6 定期组织各科护理质控员抽查护理文书情况,对检查中发现问题进行分析,提出改进措施。

2.7 护理文书书写合格率 $\geq 95\%$ 。

3. 相关文件

3.1 《贵州省护理文件书写规范（试行）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	护理文书书写补充规定	制度编号	HLB-2020-34
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	521

护理文书书写补充规定

1. 目的

使护理文书的书写更严谨、完整、科学、真实和规范。

2. 标准

根据贵州省卫生厅《护理文书书写规范与管理规定》、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，结合医院现行执行的护理文书具体情况，作出如下补充规定：

2.1 根据《医疗机构病历管理规定》，入院告知书为归档护理文书。

2.2 护理评估

2.2.1 入院护理评估：责任护士在本班内完成，遇急症手术、抢救等特殊情况不能及时评估时，须由下一班护士在患者入院后 24 小时内完成。

2.2.2 护理风险评估：跌倒/坠床、压疮危险因素评估入院时责任护士在本班内完成，遇急症手术、抢救等特殊情况不能及时评估时，须由下一班护士在患者入院后 24 小时内完成。转科后和手术后责任护士接病人时完成。住院期间发生病情变化，改为病危或病重，责任护士及时评估。

2.3.1 医嘱执行单（含输液卡、肌肉注射卡、静脉注射卡、给药单、治疗单等），为归档护理文书。

2.3.2 手术交接记录单、住院孕产妇交接记录单为归档护理文书。

2.3.3 病室护理交班志，科室保存三年。

2.4.5. 进行输血治疗时，输血开始后 15 分钟记录生命体征，输血完毕在护理记录单上记录“有无输血不良反应”。

3. 相关文件

3.1 贵州省卫生厅《护理文书书写规范与管理规定》

3.2 《关于在医疗机构推行表格式护理文书的通知》（卫办医政发【2010】125号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	晚夜班、节假日查房制度	制度编号	HLB-2020-35
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	522

晚夜班、节假日查房制度

1. 目的

规范晚夜班节假日护理管理，提高护理质量，保证患者安全。

2. 标准

- 2.1 护理部组织全院护士长参加晚夜班、节假日护理查房，每周至少 2 次。
- 2.2 查房时了解科室需求并协助解决，必要时报告护理部。
- 2.3 了解全院危、急、重症患者治疗护理情况，及时发现并解决查房中发现的问题。
- 2.4 督查值班护士岗位职责落实情况，发现不足及时指出并积极整改。
- 2.5 护士长按统一安排时间查房，认真做好查房记录，查房记录表上交护理部。

3. 相关文件

- 3.1 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发） 2018 年版

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	患者隐私保护制度	制度编号	HLB-2020-36
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	523

患者隐私保护制度

1. 目的

规范患者隐私保护，构建和谐医患关系，使就诊者得到最佳的医疗服务。

2. 标准

2.1 医护人员在执业活动中，“关心、爱护患者，尊重患者的隐私”，强化保密意识，提高职业自律性。工作中对病人的隐私要严格保密，不能利用工作之便索取非法利益。

2.2 患者做诊疗查体、行导尿术、灌肠，会阴冲洗等处置，行超声、心电等辅助检查时用屏风遮挡。使用床单位旁的活动帘隔离、严格就诊区与候诊区划分、医护人员与病人交谈时的语言轻柔等措施来保护病人的隐私权。

2.3 男医生检查女病人隐私部位要有屏障遮掩且要有女护士在场。为了不暴露病人病情隐私，床头卡和一览表内容不写诊断，只填写科室、姓名、性别、年龄。

2.4 各种医疗文书是保密的，除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅该患者的病历。

2.5 为诊疗或学术报道需要，需先征得患者或其家属同意后方可拍摄、报道。

2.6 医务人员未经上级卫生行政主管部门批准，不得将就诊的淋病，梅毒，艾滋病病人及其家属的姓名、住址和个人病史公开。

2.7 当患者利益与社会公共利益发生冲突时，应以社会公共利益优先。比如被查出传染病的病人，医生有义务和权利按照规定上报，并告知与病人亲密接触的人。

2.8 对患者隐私权的保护不得违反国家法律。

3. 相关文件

3.1 《医务人员医德规范及实施办法》

3.2 《医疗机构病历管理规定》

3.3 《中华人民共和国侵权责任法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	高危护理操作授权制度	制度编号	HLB-2020-37
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	524

高危护理操作授权制度

1. 目的

规范高危护理操作管理，确保护理操作质量与病人安全，实行护理操作的资格许可授权制，减少护理操作的风险性。

2. 标准

2.1 根据我院诊疗服务范围，目前涉及到的高危护理操作有：助产术、PICC、血液净化技术等。

2.2 实行高危护理操作准入制度，承担高危护理操作的护士必须是全日制护理专业毕业的执业护士，并且经过临床考核合格，才能从事相关高危护理操作。

2.2.1 助产术：必须是助产专业毕业且取得母婴保健证的助产士，并经过相关培训，考核合格后方能从事助产技术操作。

2.2.2 PICC 操作的护士必须是取得 PICC 专科护士证书的执业护士，并且经过考核合格后，才能进行 PICC 护理操作。

2.2.3 血液净化技术：从事血液净化技术的护士需取得护士执业证书的执业护士，经血液净化知识理论及操作培训并考核合格，才能进行血液净化技术操作。

2.3 制定详细的培训计划，定期对高危护理操作进行人员培训、考核、护士长及高年资护士加强带教，具体指导。

3. 相关文件

3.1 《医疗技术临床应用管理办法》 2018 年版

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医院感染护理管理制度	制度编号	HLB-2020-38
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	525

医院感染护理管理制度

1. 目的

加强医院感染护理管理，有效预防和控制医院感染，保障医疗安全，提高护理质量。

2. 标准

2.1 在医院感染管理委员会的领导和医院感染管理科的指导下，成立院科两级医院感染专项管理小组，对医院感染护理控制工作进行全面质控。

2.2 制定并落实医院感染护理管理的各项规章制度，严格执行有关技术操作规程和工作标准，有效预防和控制医院感染。

2.3 配合医院感染管理委员会和医院感染管理部门对护理人员进行预防和控制医院感染的培训工作。护理人员应当掌握与本职工作相关的医院感染预防和控制知识。指导工勤人员掌握有关预防和控制医院感染的基本卫生和消毒隔离知识，在工作中正确运用。

2.4 创造条件保证病区工作人员手卫生、诊疗环境条件、无菌技术操作和职业卫生防护工作符合规定要求，对医院感染护理相关危险因素进行控制。

2.5 对医院感染管理的重点部门（手术室、消毒供应中心、新生儿科、产房等）重点环节、重点流程进行监控，配合医院感染管理部门实施目标性监测。

2.6 对医院感染护理管理的各项制度、措施的实施情况进行督查，及时发现问题，分析原因，提出整改措施并指导实施。

2.7 遵守《医疗卫生机构医疗废物管理办法》，确保医疗废物安全管理。

2.8 按照《传染病防治法》等有关规定，做好消毒隔离工作。

2.9 配合医院感染管理部门，对医院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性疾疾病或特殊病原体感染病例等事件进行调查，落实应急措施。

3. 相关文件

3.1 《医院感染管理办法》

3.2 《传染病防治法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	医疗废物管理制度	制度编号	HLB-2020-39
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	526-527

医疗废物管理制度

1. 目的

加强医疗废物的安全管理，避免医疗废物造成危害，防止疾病传播，保护环境，保障人类健康。

2. 标准

2.1 医院设置负责医疗废物管理的监控部门和专(兼)职人员。

2.2 医院感染管理部门对全院医疗废物处置的环节进行监督和指导，医务科、护理部等职能部门及临床科室负责人积极配合，做好各自管理范围和环节的医疗废物处理工作。

2.3 严格按照“谁使用、谁主管，谁污染、谁负责”的原则，各医疗废物产生点必须设兼职人员进行管理，在医疗废物产生源头做好分类工作，严禁将生活垃圾和医疗废物混装。

2.4 各科室医疗废物的分类收集、暂时储存、运送与处理符合管理规范。

2.5 相关职能部门指定专职回收人员按要求做好全院医疗废物的收集、运输和临时存放工作。禁止医疗机构及其工作人员转让、买卖医疗废物。

2.6 医院应对专职回收人员进行医疗废物处置和防护知识培训，对各医疗废物产生点的分类、收集情况进行检查、统计，将医疗废物的分类、收集、运输、存放等各项工作的职责细化并落实到人。

2.7 医疗废物专职回收人员工作时，必须佩戴必要的防护用品，按有关要求采取防护措施，佩戴工作牌。

2.8 专职回收人员每日收集医疗废物1次，在废物产生点必须做好双方交接登记手续，在废物袋上挂相应的标识牌。

2.9 密闭式(容器、塑料袋均应封口)运送医疗废物。严禁超载运输，防止有害物质泄漏或掉落造成危害。

2.10 禁止在非收集、非临时存放点倾倒、堆放医疗废物。在处理医疗废物过程中，不能将医疗废物和非医疗废物混合；如有混合，整个混合物视为医疗废物处理。

2.11 医疗机构设置医疗废物固定临时存放点，配备暂时储存设施、设备；存放容器必须加盖，不得露天存放；存放点应加锁，设专人管理。医疗废物暂时储存的时间不得超过 2 天。

3. 相关文件

3.1 《医院感染管理办法》

3.2 《医疗废物管理条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	护士随救护车出诊暂行规定	制度编号	HLB-2020-40
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	528

护士随救护车出诊暂行规定

1. 目的

为了及时、高效救治患者，保证质量与安全，特制定本规定。

2. 标准

2.1 外出接急危重症患者护士合理安排。

2.2 出诊要求

2.2.1 参加出诊的护士应沉着冷静，思维敏捷。掌握常用急救技术，能熟练使用抢救设备、用物，熟悉抢救药物。

2.2.2 接到出诊电话，立即携带必要的抢救用物、药品，随车出诊；同时报告本科护士长，及时调配护士，做好接诊准备。

2.2.3 护士应快速评估患者基本情况，途中严密观察病情，遵医嘱实施抢救、治疗，安抚患者与家属。

2.2.4 到达医院后，与接诊人员做好交接工作方可离开。


2.2.5 逐项填写出诊登记本，交急诊科当班护士。

2.3 抢救设备、用物、药品

抢救设备、用物、药品，由急诊科护士负责清理、补充、消毒，保持完好，处于备用状态。产科、新生儿科如需专用物品、药品，由本科室负责。

3. 相关文件

3.1 《院前医疗急救管理办法》（国家卫计委 2013 年）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	铜仁市妇幼保健院母乳喂养管理规定	制度编号	HLB-2020-41
	发布部门	护理部	编制人	余柳玲
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	529-530

铜仁市妇幼保健院母乳喂养管理规定

1. 目的

健全母乳喂养管理体系，促进母乳喂养工作实施，提高孕产妇对母乳喂养知识和技巧的知晓率及提高母乳喂养成功率。

2. 标准

2.1 成立医院促进爱婴行动领导小组，并建立院、科两级母乳喂养技术指导网。

2.2 对所有接触孕产妇、婴儿的医务人员均应按要求进行母乳喂养知识及喂哺技巧培训，经考试合格后方可上岗。培训内容中包括 HIV 阳性、病毒性肝炎等传染病母乳喂养知识。

2.3 对孕产妇及家属进行母乳喂养知识的健康教育（对来院接受产前系统检查的每个孕妇要求接受两次以上的宣教），并进行孕期和哺乳期营养等指导。告知 HTV 等感染母亲对婴儿喂养作出知情选择。

2.4 帮助无母乳喂养禁忌证的自然产母婴在产后 1 小时内进行完全皮肤早接触、早吮吸，时间不少于 30 分钟；剖宫产儿在母亲有应答反应后即进行部分皮肤早接触、早吮吸，时间不少于 30 分钟，

2.5 凡无医学指征的母婴都实行 24 小时母婴同室，因护理或治疗母婴分离时间 1 天不超过 1 小时。鼓励按需哺乳，不受时间和次数的限制（夜间也要哺乳）。指导母亲正确的哺乳体位和婴儿的含接姿势，教会母亲挤奶的手法，及时解决喂养中出现的问题，坚持 6 个月内婴儿纯母乳喂养。当母婴分离时，指导母亲如何保持泌乳。

2.6 医院母婴同室区内，不给母乳喂养的新生儿使用配方奶、奶瓶和人工奶头；除母乳外，不得以任何借口喂任何食物、代乳品和饮料，除非有医学指征。

2.7 设立配奶间，专人管理，确保婴儿食品卫生与安全。

2.8 严格执行《国际母乳代用品销售守则》和中国《母乳代用品销售管理办法》，禁止医院职工为奶粉公司做广告及出售奶粉，禁止接受任何公司馈赠的代乳品。

2.9 产儿科医护人员都承担母乳喂养的健康教育及技术指导工作，并将出院的母亲转给户口(或暂住地)所属的社区卫生服务中心，继续指导纯母乳喂养至6个月，6个月后开始逐渐增加辅食并继续母乳喂养至2岁或2岁以上。

2.10 设立医院24小时母乳喂养热线咨询电话:产科5223840。

3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	母乳喂养间管理制度	制度编号	HLB-2020-42
	发布部门	护理部	编制人	余柳玲
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	531

母乳喂养间管理制度

1. 目的

规范母乳喂养间管理，为母乳喂养的母亲提供喂养场所，保护其隐私，满足母亲以及婴儿母乳喂养的需求，提高母乳喂养率。

2. 标准

2.1 门诊就诊区设置独立的母乳喂养间，满足就诊对象的哺乳需求，标示醒目。

2.2 母乳喂养间的设立应该符合消毒隔离要求。

2.3 母乳喂养间内配备基本设施及哺乳必要设备：如洗手池、座椅、打包台、遮挡帘等。

2.4 母乳喂养间布局合理，全天开放。每日通风2次，室温22-24℃，湿度50-60%，保持病室空气新鲜无异味，定期空气消毒。

2.5 服务对象：所有母乳喂养的母亲。

2.6 母乳喂养间内所有物品均为公物，敬请爱惜使用，不得损坏及擅自移动，如有有意损害应照价赔偿。

2.7 母乳喂养间仅作为哺乳用，不得移做他事，如饮食、休息、聊天等。

2.8 母乳喂养间有专人负责管理。非哺乳人员不得任意进入母乳喂养间。

3. 相关文件

3.1 《三级妇幼保健院评审标准实施细则》 2016年版

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	预防接种管理规定	制度编号	HLB-2020-43
	发布部门	护理部	编制人	刘云莲
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	532-533

预防接种管理规定

1. 目的

规范新生儿预防接种管理，保证疫苗接种安全。

2. 标准

2.1 专人管理；

2.1.1 预防接种专人管理，疫苗录入信息及时规范。

2.1.2 两苗接种人员必须取得预防接种培训合格证。

2.2 疫苗储存：疫苗冰箱专用，不放其他药品和物品，冰箱门上不放疫苗。

2.3 制定我院疫苗接种专用登记本，统一规范管理。

2.3.1 疫苗接种：日期时间、床号、姓名、住院号、药名、剂量、接种方法、执行者签名。

2.3.2 疫苗损耗：日期、疫苗名称、损耗数量、签名，应每天实时登记疫苗损耗。

2.4 疫苗接种信息登记管理。

2.4.1 入、出院病人登记本。

2.4.1.1 接种时间与出生时间、卡介苗与乙肝疫苗接种执行时间应有时间差。

2.4.1.2 接种时间登记应具体到日时分。

2.4.1.3 每月底留两日按网上直报数据要求留存统计疫苗接种原始数据。

2.4.1.4 新生儿入、出院病人登记本保存五年备查。

2.4.2 预防接种本、临时医嘱单书写。

2.4.2.1 预防接种本上疫苗批号填写字迹要清晰，执行者不能提前签名或代签名。

2.4.2.2 临时医嘱单执行时间与入、出院病人登记本一致，执行者不能代签名。

2.4.2.3 不能提前在医嘱、预防接种本、入出院病人登记本上签执行时间和签名。

2.5 两苗接种现场管理

2.5.1 卡介苗，一次 5 人份一起配制，放入卡介苗专用无菌盘内，标识清楚。

2.5.2 乙肝疫苗现配现用，标识清楚。

2.5.3 两苗接种必须两人核对执行，并在疫苗接种专用登记本疫苗接种签名栏双签名。

2.5.4 配好的卡介苗无菌盘和乙肝疫苗无菌盘分别放在冰排上，分区放置，标识清楚。

2.5.5 卡介苗安瓿启开抽吸后，超过半小时未用完，应废弃（按感染性医疗废物处理）。

2.5.6 接种卡介苗、乙肝疫苗使用疾控中心疫苗专用注射器（注射维生素 K1 使用 1ml 注射器）。

2.6 加强预防接种知识的培训，严格两苗接种规范管理。

2.6.1 组织学习《预防接种工作规范》。

2.6.2 严格遵守预防接种工作规范、免疫程序、疫苗使用指导原则，加强两苗接种管理，护理部不定期督查，督查结果列入科室及护士长绩效考核管理。

3. 相关文件

3.1 卫生部《预防接种工作规范》（卫疾控发【2005】373 号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	突发公共事件应急管理制度	制度编号	HLB-2020-44
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	534

突发公共事件应急管理制度

1. 目的

加强对突发公共事件的应急处置能力,最大程度地预防、控制和减少突发公共事件及其造成的损害,保障公众身体健康与生命安全。

2. 标准

2.1 护理部制定突发公共事件应急处理方案,纳入医院整体应急预案中。其内容包括护理应急队伍成员及职责、紧急状态下护理人力资源调配方案、抢救药械、应急或隔离病区(护理单元)、医务人员职业防护用物准备等。

2.2 对护理应急队伍成员进行抢救技能的培训与应急演练。

2.3 执行突发公共卫生事件报告程序。

2.3.1 护理人员发现或接到突发公共卫生事件信息时,应立即报告护理部或医院总值班。报告内容包括突发事件发生的时间、地点、原因、伤情(人数、严重程度等)及已采取的救护措施等。

2.3.2 护理部接到报告后应立即向院领导报告,同时立即启动突发公共卫生事件应急处理方案。

2.4 应急处理

2.4.1 服从院领导安排,积极进行相关准备,如调配人员组成护理应急抢救队、通知相关人员处于备战状态等。

2.4.2 指定专人准备和落实应急医疗设备、器械、药品、通讯器材等,做好出发前的一切准备。

2.4.3 在现场救护过程中,服从统一调配,互相配合,尽量将损害降至最低程度。

2.4.4 及时收集、上报抢救工作情况,任务完成后及时进行总结。

3. 相关文件

3.1 《突发公共卫生事件应急条例》(国务院令 376 号 2013 年)

（三）护理工作基本制度

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	普通病房安全管理制度	制度编号	HLB-2020-45
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	535-536

普通病房安全管理制度

1. 目的

规范病房安全管理，保证患者安全。

2. 标准

2.1 严格遵守护理安全管理制度。

2.2 履行岗位职责,严格遵守“四轻”、“十不”、“十不交接”。

2.3 认真执行查对制度,任何治疗处置均应严格执行三查八对一注意,注意药物配伍禁忌。输血前要2人认真核对,执行后双签名,输血中、输血后密切观察。

2.4 加强巡视,落实分级护理制度。

2.5 严格执行交接班制度,对所有患者进行床旁交接,对危重、手术特殊患者进行SBAR交接。

2.6 严格执行消毒隔离制度,遵守各项操作规程和无菌操作原则。

2.7 严格执行药品管理制度,加强对毒麻限剧药、贵重药、基数药的管理,做好口服药、注射药(肌肉注射,静脉注射,皮下注射,皮内注射)、外用药管理,每周清点,杜绝过期变质药品。

2.8 抢救用物及药品专人管理,定位放置,每周清点,并上封条,用后及时补充,随时处于完好备用状态。

2.9 严格执行患者入院、出院管理制度,做好新入院患者的入院宣教,加强患者和家属的安全防范意识,告知患者不得随意外出或回家,出院患者做好出院宣教。

2.10 严格执行探陪人员管理制度,非探视时间锁好大门,并加强巡视,发现可疑人员,及时通知保卫科。

2.11 做好防止烫伤、跌倒坠床、压疮、误吸、各类导管脱落等意外的发生。

2.12 加强用氧安全，做到四防(防火、防油、防热、防震),每班定时检查氧气开关及装置。

2.13 正确使用消防器材，保证安全通道畅通。

3. 相关文件

3.1 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发） 2018 年版

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	普通病房工作制度	制度编号	HLB-2020-46
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	537

普通病房工作制度

1. 目的

规范病房管理，提升护理质量与安全管理，改善患者就医体验。

2. 标准

2.1 病房护理管理实行科主任指导下的护士长负责制。

2.2 科室护理工作有年计划，月计划和月小结，年终有总结，每月召开护士会议1次。

2.2 护士长负责病房财产管理，并分别指派专人分类管理，建立帐目，定期清点，如有遗失及时查明原因，按规定处理。

2.3 保持病房整洁、舒适、安静、安全，工作有序，注意通风。病房内陈设统一规范，各类物品定位放置，不得任意变动。

2.4 医护人员按要求着装，衣帽整洁，仪表端庄，严格遵守“四轻”、“十不”及“十不交接”。

2.5 严格执行各项规章制度、护理常规和操作规程，严防差错事故发生。

2.6 坚守岗位，加强巡视，密切观察病情，发现异常情况及时处理并报告医生。

2.7 做好安全管理工作，防跌倒坠床、烫伤、误吸及其他意外发生。

2.8 做好患者及探陪人员的管理，定期召开护患沟通会。

2.9 开展“以服务对象为中心”的优质护理，为患者提供人性化服务。

3. 相关文件

3.1 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发） 2018年版

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	执行医嘱制度	制度编号	HLB-2020-47
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	538-539

执行医嘱制度

1. 目的

规范医嘱执行制度，保障病人安全。

2. 标准

2.1 医师下达医嘱，护士按规定正确校对，确认无误后方可执行。

2.2 按照医嘱内容与时间，正确执行正确的医嘱。发现可疑医嘱，应及时向医师提出，不得盲目执行或修改。需取消医嘱时，由医师用红笔写“取消”二字并签名。

2.3 严格执行查对制度、遵守操作规程和给药原则，防止缺陷事故发生。需要下一班执行的医嘱，要交代清楚，并有文字记录。

2.4 长期医嘱执行时间一般安排如下：

Qd		8: 00				
Bid		8: 00		16: 00		
Tid		8: 00	12: 00	16: 00		
Qid		8: 00	12: 00	16: 00	20: 00	
Q4h	4: 00	8: 00	12: 00	16: 00	20: 00	24: 00
Q6h	2: 00	8: 00	14: 00		20: 00	
Q8h		8: 00		16: 00		24: 00

2.5 医嘱执行后，由执行者签执行时间和姓名。观察效果与不良反应，必要时进行记录并及时与医师联系。

2.6 手术、分娩应停止术前、产前医嘱，手术、分娩后执行术后、产后医嘱。

2.7 一般情况下，医师不得下达口头医嘱。抢救和手术中需执行口头医嘱时，护士需大声复述一遍，经医师核对无误后方可执行。事后督促医师据实、及时（6小时内）补开书面医嘱，执行护士补签名。

2.8 因故未能按时执行的医嘱，应设法补上；因故不能执行医嘱时，应及时报告医师处理并记录。

2.9 无医嘱时，护士一般不得擅自用药。在紧急情况下，为抢救垂危患者的生命，护士应当先行实施必要的紧急救护，做好记录并及时向医师报告。

3. 相关文件

3.1 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发） 2018 年版

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	病区药品管理制度	制度编号	HLB-2020-48
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	540-542

病区药品管理制度

1. 目的

规范病区药品管理，做到药品有效管理，使药品管理规范化，制度化，确保用药安全。

2. 标准

2.1 急救药品管理制度

2.1.1 凡急救药品，必须置于急救车或专用急救柜指定区域或位置存放。

2.1.2 急救药品要根据药品种类与性质(如针剂、内服、外用、剧毒药等)，定位存放，标记明显。

2.1.3 急救药品的种类和数量要确保满足临床急救需要。

2.1.4 急救药品专人管理，工作人员不得私自取用。急救药品登记本记录急救药品用途、种类、规格、数量、有效期和使用、补充时间等，随时备查。

2.1.5 建立急救药品基数及质量检查制度。急救药品登记本置于急救车内。急救车采用封条管理，每周检查急救药品、规格、种类、数量、有效期是否与账目相符，记录并签名，核对者再次查对后双签名。护士长每周检查并签名。

2.1.6 急救药品每次用后须及时补充。次日当班责任组长再次核查。保证急救药品处于应急、随时可用状态。

2.2 病区基数药品管理制度

2.2.1 病区内基数药品应根据临床需要保存一定基数。供住院患者临时医嘱使用，其他人员不得私自取用。

2.2.2 基数药品应指定专人管理，负责领药、退药、保管、检查等工作。

2.2.3 基数药品应定位、定点、按药品种类摆放，口服药必须原瓶或原盒包装存放，药瓶内不能混放不同规格、片型、颜色的药片；性质不稳定的药品，须避光储存及使用，现用现配。口服药品开启后6个月有效；外用液体制剂开启后1个月有效；普通肝素稀释后放置2小时有效。

2.2.4 药品应贮存在光线好、清洁且易取的地方，需避光保存的药品，应放在避光包装容器内保存。

2.2.5 对接近有效期3个月及以内的药品，应贴上黄色警示标识。接近有效期3个月以内的急救药品，应及时联系药房予以更换，以确保药品质量，若药房无新批号，应贴上红色警示标识；普通药品不予更换，退回药房报废。

2.2.6 药房应指定负责人按时对各病区基数药品进行检查一次。

2.2.7 发现药物不良反应的科室及医护人员，按医院相关的规定，填写不良反应表报药事科。

2.3 麻醉、精神药品管理制度

2.3.1 医院应对麻醉药品、第一类精神药品处方统一编号，计数管理，建立处方保管、领取、使用、退回、销毁等管理制度。

2.3.2 各临床科室、手术室存放的麻醉药品、第一类精神药品严格按照《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》（卫生部卫医发[2005]438号文件）管理，实行专人、专册、专柜加锁、专账、专用处方的“五专”管理。有醒目标示，数量固定。储存各环节应专人负责，明确责任，交接班有记录。实行每日每班交接制，双人双锁随身保管钥匙，班班交接。做到账物相符。

2.3.3 定期检查毒、麻、限制类药品管理是否符合规定。检查药物性状，如发现有沉淀变色、过期、标签模糊等药品时，停止使用并报药房处理。

2.3.4 发现下列情况，应当立即向医院药房和保卫部门报告：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；骗取或者冒领的。

2.3.5 临床科室所有毒、麻、限制类药品，只能供应住院患者，并按医嘱使用，其他人员不得私自取用、借用。

2.3.6 建立毒、麻药使用登记本，注明患者姓名、床号、使用药名、规格、剂量、数量、使用日期、时间，护士签名，及时凭专用处方和空安瓿瓶补充基数。

2.3.7 毒、麻类药品必须用专用处方开具，项目填写齐全，不得缺项，字迹清晰，不得涂改，特别是患者或代办人的身份证明名称、编号等资料，医生签全名，使用后保留空安瓿瓶。

2.3.8 各临床科室、手术室等调配使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂时，应收回空安瓿，核对批号和数量，并由专人负责计数记录。

2.3.9 患者使用麻醉药品、第一类精神药品贴剂的，再次调配时，应当要求

患者将用过的贴剂交回，并记录收回的废贴数量。

2.3.10 患者不再使用麻醉药品、第一类精神药品时，应当要求患者将剩余的麻醉药品、第一类精神药品无偿交回医院，由医院按照规定销毁处理。

2.4 危害药物及高危药物管理制度

2.4.1 危害药物：是指能产生职业暴露危险或者危害的药品，即具有遗传毒性、致癌性、致畸性，或对生育有损害作用以及在低剂量下可产生严重的器官或其他方面毒性的药品，包括肿瘤化疗药品和细胞毒药品。

2.4.2 高危药物：包括危害药物，以及血管活性药物及刺激性、高渗性(pH>9)、低渗性(pH<4.1)药物、阳离子药物肌肉松弛剂等。

2.4.3 高危药品要求专用药柜或专区存放，禁止与其他药品混合存放。全院统一标识，标识清楚明显、醒目，专用区域使用红色线条划分，储存药盒正面张贴专用“高危药品”标识。

2.4.4 专人管理，护士每周清点核查质量、有效期并签名，护长每月核查签名一次。

2.4.5 高危药物使用前要严格执行床边双人查对制度。输注前护理人员在注射单及输液单上的药品名称前，用红笔标注高危药物符号(△)，并悬挂高危药物警示牌和防外渗牌。

2.4.6 高浓度的电解质溶液(10%KCL、10%NaCL)，用于临床治疗时，严格按照说明书的要求和医嘱要求使用，并密切观察患者用药后的反应。未开启的胰岛素需放冰箱，已经开启的常温下存放，开启后28天内有效。

2.4.7 护理人员应定时巡视患者，根据患者病情调整滴速，静滴过程中注意观察有无不良反应，发现不良反应按规范要求予以处理。

2.4.8 高危药物使用科室，定期组织科内相关人员讨论高危药品的不良反应，及时向医院药事管理委员会提出停止、淘汰、更换高危药物的建议。不用的高危药物及时退回药房。

3. 相关文件

3.1 《贵州省护理安全管理制度》(贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发) 2018年版

3.2 《医院工作制度与人员岗位职责》(卫生部医管司 2011年)

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	安全用药制度	制度编号	HLB-2020-49
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	543-546

安全用药制度

1. 目的

规范安全用药管理，建立安全用药管理体系，促使合理用药，规范用药，正确用药，确保患者用药安全。

2. 标准

2.1 安全用药基本制度

2.1.1 医院要通过电子信息系统建立安全用药工作流程和制度。要建立由医师、药师、护士共同构建的安全给药系统。

2.1.2 医院要在各门诊和病区建立医生工作站，确保医生将医嘱直接录入电脑。

2.1.3 医院要通过电子信息系统使医生开具的处方或医嘱进入药房，由药师配药、核对药物后统一发放，各科室人员派专人领取。

2.1.4 按医嘱规定的时间配药及给药，以免影响疗效。

2.1.5 严格执行无菌技术操作原则、消毒隔离制度和一次性物品使用制度，确保用药过程安全。

2.1.6 严格执行查对制度，准确掌握给药名、药剂量、浓度、有效期、方法和时间。必要时患者或家属参与确认。

2.1.7 病区护士在进行给药护理时，可以穿戴特殊、醒目标识，减少干扰和差错。护士发口服药要发药到手，看患者服药到口。对于外出未返回病房或外出检查者患者床头柜不留置药品。

2.1.8 护士应掌握药物的剂量、方法、作用及不良反应和配伍禁忌，正确使用各类药物。用药后观察药效及不良反应，如有过敏、中毒等反应，立即停用并报告医生，必要时做好记录、封存及检验等工作。必要时做好抢救的准备。

2.1.9 向患者及家属说明药物使用时间、剂量及安全用药的相关知识，做好

宣教和观察。

2.2 静脉输注药物(液体)制度

2.2.1 护士在使用各种输注药物时，必须掌握药物的药理作用、不良反应、注意事项、常用剂量、适应证、禁忌证、配伍禁忌和用法等。

2.2.2 根据患者、病情，合理选择药物和溶液，充分考虑药物浓度和溶液量对患者病情的影响，以及溶液 pH 值对药物效果的影响；严格掌握药物的直接与间接配伍禁忌，减少联合用药，保证用药安全有效。

2.2.3 新药进入临床前，必须进行药物相关知识的培训，使临床医师和护士均了解该药物的相关知识。必要时做好抢救的准备。

2.2.4 严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染，净化配药空间，定期空气消毒，有效的开窗通风，减少人员流动，配药桌随时擦拭，地面湿式清扫。保证输液空间清洁，舒适。

2.2.5 用药过程中严格执行床边查对制度。准确掌握给药剂量、浓度、方法和时间。必要时患者或家属参与确认。

2.2.6 在病区进行静脉药物调配时，摆药、加药、责任护士挂瓶及静脉穿刺(用药)、更换输液瓶等整个流程贯穿双人核对制度，即摆药者、核对者、配制静脉液体者、注射者、接液体者都须签名，加药后，双人核对。

2.2.7 严格无菌技术操作原则，仔细查对药物和输液用具的质量和有效期，正确执行消毒原则，保证穿刺、输注过程无菌，确保输液安全。

2.2.8 合理安排输液顺序，有效控制输液速度，密切关注输液情况，包括用药后药效及不良反应，确保输液安全。如有过敏、中毒等反应，立即停用，报告医生，必要时做好记录、封存及检验等工作。

2.2.9 针对疾病和用药，做好用药知识的健康教育。

2.3 预防静脉输液外渗制度

静脉输液外渗是指由于输液管理疏忽造成腐蚀性或高危药物及溶液进入了周围组织为保障住院患者输液安全，现就预防静脉输液外渗指引如下。

2.3.1. 护士长组织本科室全体人员对常用的高危药物进行学习并整理。界定细胞毒性药物，刺激性、高(低)渗性、阳离子和血管活性等高危药物应参照药物说明书。高渗性药物是指渗透压不小于 600 mOsm/L 的药物。已知输液外渗导致

组织坏死的药物，细胞毒性药物如艾达生、表阿霉素、多巴胺、硝普钠、脂肪乳、氯化钙、巴仁、垂体后叶素等。

2.3.2 细胞毒性药物必须选择中心静脉导管输注，刺激性、高(低)渗性、阳离子和血管活性药应尽量选择中心静脉导管输注。

2.3.3 特殊情况下刺激性、高(低)渗性、阳离子和血管活性药选择外周静脉输注，应告知患者 / 家属外渗风险后签署知情同意书或在护理记录单上签名，同时尽量选择上肢大血管输注，做到每日更换肢体进行注射，禁止使用头皮钢针和下肢部位穿刺。

2.3.4 避免使用加压输液装置(输液泵、注射泵加压注射器等)输注高危药物。

2.3.5 应选择在护理人力充足的时段输注高危药，以便及时观察和处理。

2.3.6 外周静脉输注高危药应在输液袋旁悬挂“高危药品警示牌”“防外渗”标识,至少15-30分钟内须巡视1次,同时告知患者穿刺局部疼痛时立即呼唤护士处理。

2.3.7. 发生输液外渗后,请立即上报并积极做好处理。

2.4 药物外渗的预防和管理

2.4.1 药物外渗的预防

2.4.1.1 给药前评估药物性质：去甲肾上腺素、肾上腺素、可达龙、TNT、PH 值低于 5 或高于 9，及渗透压大于 600mmol/L 的药物需使用中心静脉导管，去甲肾上腺素严禁外周静脉使用。

2.4.1.2 选择合适的输注血管，评估病人的合作度及血管弹性，年龄大、烦躁不合作、穿刺部位皮肤菲薄、血管弹性差、下肢血管、中毒脓毒血症、四肢末梢循环差的患者均容易出现药物外渗。建议留置深静脉导管或留置针，选择粗大、弹性好的血管，避开静脉瓣，一般不选择下肢血管。避免使用钢针。

2.4.1.3 注射药物前确定针头在血管内：用无菌生理盐水做引流，观察血管的完整性和通畅性，局部有无渗出，回抽 1-2ml 血液确定针头在血管内。

2.4.1.4 静脉注射药物注意事项：不可过快，10ml 以上液体静脉推注不小于 5-10 分钟。两种药之间或输注结束后，用生理盐水冲管。

2.4.1.5 床边应挂“防外渗”标识，每班交接提醒。

2.4.1.6 用药期间观察：加强巡视，询问清醒患者有无疼痛或烧灼感，观察

昏迷患者局部有无肿胀及渗出。观察穿刺部位有无水肿、颜色改变、回血情况等，如见穿刺处皮肤发白、肿胀、无回血为液体外渗征，局部疼痛、沿静脉走向出现红肿需立即更换穿刺部位。

2.4.1.7 长期需要输入高危药物的高风险病人，护士要及时与医生沟通留置深静脉或 PICC 置管。

2.4.2 药物外渗的处理

2.4.2.1 一旦发生药物外渗，立即停止给药，拔针，及时处理并报告护士长及医生。

2.4.2.2 发生药物外渗后立即停止注射，更换输注部位，安慰患者，并及时采取措施，防止组织损伤坏死。

2.4.2.3 凡药物外渗引起组织损伤坏死的按不良事件上报流程上报，及时组织讨论，进行质量改进。

2.4.3 可致渗透性损伤的药物

2.4.3.1 高渗性溶液：如 50%葡萄糖溶液、10%氯化钠、20%甘露醇、TNT 等。

2.4.3.2 阳离子溶液：如氯化钙、葡萄糖酸钙、氯化钾等。

2.4.3.3 碱性溶液：如碳酸氢钠、20%磺胺嘧啶钠、硫喷妥钠等。

2.4.3.4 收缩血管药物：如肾上腺素、去甲肾上腺素、阿拉明、多巴胺、垂体后叶素等。


2.4.3.5 化疗药物。

2.4.3.6 抗心律失常药物：可达龙。

2.4.3.7 18AA 氨基酸、免疫制剂。

3. 相关文件

3.1 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发） 2018 年版

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	治疗室工作制度	制度编号	HLB-2020-50
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	547

治疗室工作制度

1. 目的

规范治疗室管理，严格执行无菌操作规程，保障治疗室工作有序进行。

2. 标准

2.1 保持室内清洁，每完成一项工作，随时清理，除工作人员外，其他人员不许在治疗室内逗留。

2.2 器械物品放在固定位置，及时补充、修理、消毒，上报损耗。

2.3 各种内服、外用药品分类放置，标签明显，字迹清楚。

2.4 毒麻药品及贵重药品应加锁保管，严格交接班。

2.5 高浓度电解质液、氯化钾、硫酸镁等高危药物单独存放，使用超正常剂量药品有严格流程规范管理。

2.6 严格执行无菌技术操作，进入治疗室必须衣帽整齐，戴口罩。

2.7 已用过的一次性注射器、输液器等，严格按照规定处理，注射器放入黄色医疗器械盒内，输液器放入黄色医疗废物专用袋内，按感染性废物处理，不得带回治疗室。

2.8 无菌物品应固定位置、定期监测、定期灭菌、注明灭菌日期，在有效期内使用。

2.9 定期进行空气和无菌物品采样培养，每日空气消毒，并进行登记签名。

2.10 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，应当注明开启日期与时分，仅限于当班时使用（有效期不超过4小时）。

3. 相关文件

3.1 《医院管理制度汇编》（护理分册）2016年版

3.2 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发）2018年版

3.3 《医院感染管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	注射室工作制度	制度编号	HLB-2020-51
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	548

注射室工作制度

1. 目的

规范注射室管理，严格执行无菌操作规程，确保安全注射。

2. 标准

2.1 注射室护士必须熟悉各种药物的剂量、药物作用、配伍禁忌及不良反应，掌握发生各种药物不良反应的处理方法。

2.2 严格按处方和医嘱执行注射，对易致过敏的药物，必须按规定做好注射前的药物过敏试验。

2.3 严格执行查对制度，操作前、操作时、操作后均要进行三查八对。

2.4 密切观察注射后的情况，若发生不良反应或意外，应立即进行处置，并通知医生。

2.5 严格执行无菌操作规程，操作时应戴口罩、帽子，减少空气污染，无关人员不准带入室内。

2.6 备齐抢救药品及器械，放于固定位置，定期检查、定期消毒，及时补充更换。

2.7 每天进行室内清洁卫生和消毒，定期采样培养。

2.8 严格执行隔离消毒制度，防止交叉感染。

3. 相关文件

3.1 《医院管理制度汇编》（护理分册）2016年版

3.2 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发）2018年版

3.3 《医院感染管理办法》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	换药室工作制度	制度编号	HLB-2020-52
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	549

换药室工作制度

1. 目的

规范换药室工作管理，保护患者隐私、加快伤口愈合，保障医疗安全。

2. 标准

2.1 严格执行消毒隔离制度和无菌操作原则，换药用具执行一人一物，换药前洗手，戴口罩。非换药人员不得入内。

2.2 除固定敷料外（绷带等），其余一切药品均需保持无菌，并注明灭菌有效日期，无菌溶液（生理盐水、呋喃西林等）定期检查、定期更换，确保无过期物品。

2.3 换药时，医护人员需穿戴整齐，洗手，戴口罩。为避免交叉感染，先处理清洁伤口，后处理感染伤口。

2.4 遇到特殊感染患者一般不得在换药室处理或放在最后处理。

2.5 传染病人及特殊感染者用过的用具，应做好标记，送供应室高压灭菌。无特殊情况的污染敷料放入黄色医疗废物专用包装袋内，按感染性废物处理。

2.6 换药室应保持清洁、整齐、每日通风，每日用消毒液擦拭台面、物体表面等，每日空气消毒机消毒二次，每周彻底扫除一次，记录消毒时间及签名。

2.7 换药前，根据伤口情况，将换药物品依先后秩序一次备齐，保持台面整齐。

2.8 操作轻柔，程序规程，处置准确，包扎符合要求。

3. 相关文件

3.1 《医院管理制度汇编》（护理分册）2016年版

3.2 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发）2018年版

3.3 《医院感染管理办法》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	妇检室工作制度	制度编号	HLB-2020-53
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	550

妇检室工作制度

1. 目的

规范妇科检查室管理，为妇科检查提供清洁、安全工作场所，保护患者隐私，满足妇科检查的需求。

2. 标准

2.1 保持室内清洁，每完成一项操作需随时清理废弃物。每天消毒，除工作人员外，禁止在室内逗留。

2.2 医护人员进入检查室必须穿工作服，戴工作帽及口罩，严格执行无菌技术操作常规规范。

2.3 护理人员要负责各种医疗设备、器械及各种医疗用品的保管、维修、补充及清洁保养工作，以利于医疗护理工作顺利进行。器械物品放在固定位置，及时领取和上报损耗，严格交接班。

2.4 检查过程中要求做到一人一垫，器械一人一套，用完及时销毁，防止交叉感染。

2.5 检查时对患者进行思想工作的沟通及交流，并将检查结果告知患者。

2.6 操作时注意保护患者隐私。

2.7 妇检室要定期消毒，并记录消毒日期时间。

3. 相关文件

3.1 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发） 2018 年版

3.2 《医院感染管理办法》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	分诊导诊护士工作制度	制度编号	HLB-2020-54
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	551

分诊导诊护士工作制度

1. 目的

规范门诊导诊服务，进一步优化服务流程，为患者提供方便、便捷优质的就诊服务。

2. 标准

2.1 导诊护士必须遵守医院各项规章制度，坚守工作岗位，佩戴胸卡，不迟到早退，不脱岗，不聊天，不玩手机。上班人员提前 5 分钟到岗，做好岗位准备工作。

2.2 导诊护士仪表端庄，精神饱满，语言文明有礼貌，服务耐心周到。

2.3 做好分诊、导诊工作，耐心细致解答病人提出的各种问题，并按要求做好相关记录及反馈。

2.4 对危重患者做到立即护送其去相关诊室或病房，并马上报告有关医师进行抢救。

2.5 负责对来院就诊的因不明诊疗区域，诊疗程序等而需要引导的患者进行指导和引领。

2.6 协助有困难的病人办理各种手续，协助行动不便者检查、交款、提供轮椅，协助各服务窗口临时出现的问题。

2.7 积极向门诊患者宣传卫生常识，做好维持门诊大厅各项工作的秩序，维护公共卫生和保持环境清洁，保持咨询台清洁卫生。

2.8 落实便民服务措施(开水、杯、便民箱、针线、笔、纸)。

3. 相关文件

3.1 《医院管理制度汇编》（护理分册）2016 年版

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	患者入院、出院、转科、转院管理制度	制度编号	HLB-2020-55
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	552-553

患者入院、出院、转科、转院管理制度

1. 目的

规范入院、出院、转诊、转科、转介管理，改善入院、出院、转诊、转科、转介服务流程，为就诊者提供全方位护理服务。

2. 标准

2.1. 患者入院管理制度

2.1.1 患者入院必须由医师签发住院证，携带相关证件(身份证、医疗保险手续等)，按规定办理入院手续。

2.1.2 护士接到入院通知后，不得以任何理由推诿，及时准备好床单位。

2.1.3 患者入院时，护士热情接待，及时通知分管医师和责任护士。

2.1.4 视病情予以个人卫生处置。

2.1.5 对急症手术或危重患者须立即做好手术抢救准备。

2.1.6 负责护士对患者进行入院评估(如测量体温、呼吸、脉搏、血压、体重，了解病情、心理状况及生活习惯等)。

2.1.7 详细介绍住院环境、人员、相关制度，指导相关设备(如床头呼叫器、床栏等)的正确使用方法。

2.1.8 及时执行医嘱。

2.2. 患者出院管理制度

2.2.1 患者出院由医师根据病情决定并下达出院医嘱，护士将出院日期通知患者。

2.2.2 注销各种治疗护理卡，整理病历，填写出院登记，通知住院结算中心结账。

2.2.3 向患者及家属做好出院指导，包括办理出院手续的程序、目前病情、饮食、活动及出院带药指导(用法、剂量、作用、不良反应等)、复诊等。

2.2.4 主动征求患者对医疗、护理等各方面的意见与建议。

2.2.5 协助患者整理物品，热情送患者离开病室。

2.2.6 做好床单位的终末料理和消毒工作。

2.3 患者转科 / 转院管理制度

2.3.1 医师下达患者转科 / 转院医嘱后，及时与相关部门 / 单位联系(准备床单位，告知转科时间、必要时准备抢救物品)。

2.3.2 患者转科 / 转院前，责任护士协助主管医师告知患者或家属目前患者病情，转运途中的注意事项等。

2.3.3 执行转科 / 转院医嘱，完善护理记录，将病历 / 病情介绍等资料随同转科，转院。

2.3.4 护送转科 / 转院患者前往所转科室 / 医院时，注意转运途中安全。

2.3.5 协助妥善安置患者，与接收科室 / 医院交接患者病情、治疗、护理、物品，交接双方签名。

2.3.6 注销各种执行卡，做好床单位的终末料理和消毒工作。

3. 相关文件

3.1 《贵州省护理安全管理制度》(贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发) 2018 年版

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	患者外出检查制度	制度编号	HLB-2020-56
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	554

患者外出检查制度

1. 目的

规范患者外出检查管理，做到有效的管理，及时观察患者病情变化，保障患者安全。

2. 标准

2.1. 遵医嘱核对患者身份，完善检查前准备工作，备好转运工具，向患者耐心讲解相关注意事项。

2.2 危重患者由医务人员陪检，携带相关病历资料，在运送过程中，随时观察患者病情变化，保证途中安全。

2.3 检查完毕，及时将患者送回病房，做好检查后的病情观察及连续性治疗与护理。

2.4 离院外出检查应遵守医院相关制度。

3. 相关文件

3.1 《医院管理制度汇编》（护理分册） 2016 年版

3.2 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发） 2018 年版

3.3 《医院工作制度与人员岗位职责》（卫生部医管司 2011 年）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	工休座谈会制度	制度编号	HLB-2020-57
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	555

工休座谈会制度

1. 目的

加强有效的护患沟通，增加护患之间感情交流，增进护患关系，征求合理意见及建议，改进护理工作，提高护理服务质量。

2. 标准

2.1 工休座谈会以病房为单位，每月召开 1 次，必要时可临时召开。

2.2 座谈会由病房主任或护士长主持召开，全体住院病员及陪护家属参加。

2.3 座谈会主要包括：讲解有关管理制度、进行健康知识讲座、安全宣教；鼓励病员参与病房管理，改进工作，征求病人及家属对服务态度、医疗质量、医院管理、饮食、收费等方面的建议和意见。

2.4 座谈会应有专门记录本进行记录。

2.5 对病人提出的意见应作处理，并将结果告知病人。

3. 相关文件

3.1 《医院工作制度与人员岗位职责》（卫生部医管司 2011 年）

3.2 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（中国卫生人民出版社 2013 年版）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	病区陪护人员管理制度	制度编号	HLB-2020-58
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	556-557

病区陪护人员管理制度

1. 目的

为进一步规范我院医疗管理和运行秩序，保证医疗质量和安全，确保医院正常的医疗秩序，给广大病员营造一个安全、舒适的就医环境，避免或最大程度地控制患者感染的发生。

2. 标准

2.1 陪护人员遵守医院的规章制度，服从医护人员指导。

2.2 陪护人员数量依病情严格控制，是否需要陪护由医师决定，由值班护士发给陪护证，原则上每位病人只安排一名固定陪护人员（新生儿科不安排陪护，由二线医生按规定时间告知病情），特殊情况由医师和护士长批准，决定陪护人数。

2.3 陪护人员需凭陪护证进入住院病房。严格实行陪护者登记，登记内容包括姓名、性别、年龄、职业、工作单位或家庭住址、与病人关系、联系电话。陪护者应出示身份证、学生证、工作证等有效证件。

2.4 陪护人员应为患者委托人，并必须具备完全自我照护能力和协助他人的能力。

2.5 传染病人、精神病人、患呼吸道感染、本人有疫区接触史或与高危患者有密切接触史、有发热、咳嗽、乏力等症状的人群禁止陪护。

2.6 陪护人员应认真履行照护患者职责和义务，陪护人员不得擅自离开病房，应经常注意病人情况，如病情变化应及时向医务人员汇报；如外出须提前告知医护人员，不得私自将住院患者带出院外。

2.7 陪护人员应自觉配合医院及病房管理和诊疗工作，确保医院及病房秩序。查房及治疗时间，陪护人员应主动离开病房，如须了解病情，待查房结束后向医护人员询问。

2.8 未经医生许可，不得擅自请外院医生诊治和服用其他药物，应与医务人员密切配合，协助照顾好病人。

2.9 陪护人员应遵守病区作息时间，保持病房内清洁、整齐、安静；不得吸烟、不许高声喧哗、坐卧病床，不做与陪护无关的事项。

2.10 陪护期间，请保管好自己的贵重物品，爱护公物，严禁使用明火及其他电器。原则上陪护者不能在病房内洗衣服、晾晒衣物、蒸煮自带食品等。

2.11 陪护人员不得擅自进入医护人员工作区域（护士站、医生办公室、治疗室等）；不得擅自翻阅病历和其他医疗记录，不得私自将患者带出病区以外的环境。

2.12 陪护人员如违反医院规定或影响医院诊疗秩序，经说服教育无效者，可停止陪护，造成后果者可追究其相关责任。

2.13 陪护人员不得在病区大声喧哗，不得大声谈论患者病情，不得过问其他患者的病情、诊治等情况，不串访非陪护对象的病房。

2.14 病区由责任护士进行巡视，负责提醒、劝退未经允许进入的陪护人员，以及“闲杂”人员等。

2.15 陪护人员应该同时遵守医院对陪护人员的其他相关规定。

3. 相关文件

3.1 《医院工作制度与人员岗位职责》（卫生部医管司 2011 年）

3.2 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（中国卫生人民出版社 2013 年版）

3.3 贵州省卫生健康委《关于做好疫情期间复工复产阶段医疗服务有关工作的通知》

3.4 铜仁市卫生健康局《关于新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控期间严格规范医疗卫生服务工作的通告》（铜卫健通〔2020〕1号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	病区探视制度	制度编号	HLB-2020-59
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	558-559

病区探视制度

1. 目的

为进一步规范我院医疗管理和运行秩序，全面改善就医环境，保证医疗质量和安全，确保医院正常的医疗秩序，给广大病员营造一个安全、舒适、宁静、文明的就医环境，避免或最大程度地控制患者感染的发生。

2. 标准

1. 遵守医院的规章制度，服从医护人员指导。
2. 探视保持病房的整洁、安静，探视（陪护）人员不许吸烟、不许高声喧哗，不做与探视（陪护）无关的事项。
3. 探视期间，请保管好自己的贵重物品，爱护公物，严禁使用明火及其他电器。陪护者不能在病区内洗澡、洗衣、晾晒衣物等。
4. 探视者不得擅自进入诊治场所（护士站、医生办公室、治疗室等）；不得擅自翻阅病历和其他医疗记录，不得私自将患者带出病区以外的环境。
5. 传染病人、精神病人、患呼吸道感染、本人有疫区接触史或与高危患者有密切接触史、有发热、咳嗽、乏力等症状的人群禁止探视。
6. 探视人员不得私自将住院患者带出院外，如外出须与陪护人员共同提前告知医护人员，
7. 未经医生许可，探视人员不得擅自请外院医生诊治和服用其他药物。
8. 每日上午 8:00-11:00 为治疗查房时间，谢绝探视。
9. 探视时间为：周一至周日上午 6:30-08:00, 周一至周五，中午 11: 00-14: 下午 17:00—19:00。周六、周日、节假日：10:00—19:00. 如无特殊情况，除以上规定时间以外，不安排探视。
10. 特殊情况，经主治医师或护士长批准后，随时安排探视。

11. 病房由“责任护士”进行巡回，负责提醒、劝退超时探视人员或未经允许进行探视的人员，以及闲杂人员等。

12. 每天非探视时间，病房入口关闭。

13. 探视人员如违反医院规定或影响医院诊疗秩序，经说服教育无效者，可停止探视，造成后果者可追究其相关责任。

14. 如需要与家属沟通、告知病情、手术前谈话等，由病房经治医生或值班护士通知家属，经许可后可进入病房。

15. 新生儿病房禁止探视。

3. 相关文件

3.1 《医院工作制度与人员岗位职责》（卫生部医管司 2011 年）

3.2 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（中国卫生人民出版社 2013 年版）

3.3 贵州省卫生健康委《关于做好疫情期间复工复产阶段医疗服务有关工作的通知》

3.4 铜仁市卫生健康局《关于新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控期间严格规范医疗卫生服务工作的通告》（铜卫健通〔2020〕1号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	护理告知制度	制度编号	HLB-2020-60
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	560-561

护理告知制度

1. 目的

做到有效的护理告知，使病人及其家属对病情、治疗得到及时的了解，可以保持良好的沟通，增进护患信任。

2. 标准

2.1 患者有权了解有关的治疗、护理信息，也有权接受和拒绝治疗。护士应和患者及其家属保持良好的沟通，增进护患信任。

2.2 护士在实施护理操作前，应向患者及家属进行说明，使其了解治疗的过程、潜在的危险、副作用和预期的后果等，以取得相应的配合。

2.3 进行复杂的侵入性护理操作(如PICC等)前，应告知患者或家属该操作的目的、操作过程、潜在危险等，患者或家属理解并签署书面同意后，护士方可进行操作。

2.4 护士应使用患者或其家属能够理解的语言和方式说明相关诊疗信息，对患者反馈的意见予以确认，必要时做好记录。

2.5 对患者进行安全告知，如热水袋安全使用、电插座的使用规定、防火安全、防盗安全、安全警示、防跌倒警示、不得外宿、保管好自己的贵重物品等。

2.6 应用保护性约束时，必须严格掌握指征，告知患者或家属(患者清醒时告知患者)约束的目的，认真做好护理记录。

2.7 因病情危重致患者不宜翻身或家属坚决拒绝搬动患者时，应告知患者及家属其后果，并请家属签字，护士认真做好护理记录。

2.8 无论何种原因导致操作失败时，应礼貌道歉，取得患者谅解。

2.9 及时解答患者及家属提出的各种质疑或询问，如本人无法解答者，可向护士长或科主任请教。

3. 相关文件

3.1 《医院工作制度与人员岗位职责》（卫生部医管司 2011 年）

3.2 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（中国卫生人民出版社 2013 年版）

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	膳食管理制度	制度编号	HLB-2020-61
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	562

膳食管理制度

1. 目的

科学合理安排患者膳食，保障患者营养需求，利于病情恢复。

2. 标准

2.1 患者的饮食种类由医师根据病情决定，医师下达医嘱后，护士及时通知食堂，按规定做好饮食标志。同时，告知患者或家属患者所需饮食种类。

2.2 凡禁食患者，应在饮食卡与床头牌上设有醒目标识，告知患者及家属禁食的原因和时限。

2.3 向患者说明治疗饮食的目的。因病情需要禁忌或限制食物的患者，其家属送来的食物需经医护人员核实后方可食用。

2.4 注意饭菜保暖，运输途中要加盖防污染。

2.5 开餐前停止一般治疗，禁止打扫室内卫生，保持室内清洁、整齐、空气清新。

2.6 开餐人员要洗手、戴口罩并保持衣、帽整洁。

2.7 开餐用具每餐后及时清洗，保持干燥。传染病患者餐具单独处理。

2.8 评估患者自行进食能力，危重患者及不能自行进食者，应予以协助或喂食，观察进食后的反应，防误吸与窒息，餐毕做好口腔护理，必要时做好记录。

2.9 观察患者饮食情况，鼓励进食，增加营养。随时征求患者意见，及时与食堂保持联系。

3. 相关文件

3.1 《医院工作制度与人员岗位职责》（卫生部医管司 2011 年）

3.2 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（中国卫生人民出版社 2013 年版）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	药品管理制度	制度编号	HLB-2020-62
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	563-564

药品管理制度

1. 目的

规范药品管理和使用，保证患者用药安全、有效、经济、合理，及时。

2. 标准

2.1 病区(护理单元)设专人负责药品管理，随时接受药学部人员的检查、核对与指导。

2.2 各病区(护理单元)药品应根据需要定基数，适量领取，防止积压。不得使用过期、变质药品，工作人员不得擅自挪用科室药品。

2.3 根据药品的种类与性质将外用、口服、注射、静脉用药分别放置、分类保管，方法正确。药物标签规范、完整、清晰，标签不清或有涂改时不得使用。

2.4 每周定期全面清理药柜，清点药品数量、检查药品质量等。如发现沉淀、变色、过期等药品必须立即封存(或销毁)，若发现药品其他异常情况，报告相应的管理部门，查找原因。

2.5 所有针剂及口服药必须存放在原装盒(瓶)内。

2.6 10%氯化钾、10%氯化钠等高浓度电解质制剂，肌肉松弛剂、细胞毒性等特殊药品应分别单独存放，有醒目标识。

2.7 患者的贵重药品及专用药品，应注明床号和姓名，单独保存。因患者出院、死亡或其他原因停用药物时，应及时清理退回药房。

2.8 毒、限、剧药设专柜(屉、箱)存放并加锁，按需要固定基数，使用后由医师开出处方，向药房领取，每班交接清楚。

2.9 麻醉药品、第一类精神药品严格按照《麻醉药品和精神药品管理条例》进行管理，具体要求如下：

2.9.1 固定基数、标签清晰，专柜存放并双锁保管。做到“五专”（专用处方、专用账册、专本登记、专人管理和专柜加锁）管理。设麻醉药品交接班本，班班交接，账物相符，如有误差及时追查。

2.9.2 麻醉药和第一类精神药品使用后保留空安瓿，与处方一同交接。如有剩余药液，需经第二人核对后方可废弃并登记。

2.9.3 麻醉药柜的双钥匙单独保管，由双人随身携带，班班交接。

3. 相关文件

3.1 《医院工作制度与人员岗位职责》（卫生部医管司 2011 年）

3.2 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（中国卫生人民出版社 2013 年版）

3.3 《贵州省护理安全管理制度》（贵州省卫生和计划生育委员会 贵州省护理质控中心印发） 2018 年版

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	物品、器材、设备管理制度	制度编号	HLB-2020-63
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	565-566

物品、器材、设备管理制度

1. 目的

规范物品、器材、设备管理，保证各类物品供应及时、齐全，器材设备性能良好、处于备用状态，减少资源浪费，延长仪器、设备的使用寿命。

2. 标准

2.1 一般物品管理制度

2.1.1 护士长全面负责病区物品、器械的领取、保管及使用，建立账目，分类保管，定期检查，做到账物相符。

2.1.2 对各类物品做到定期清点及保养维护，提高使用率。

2.1.3 凡因不负责任，违反操作规程，损坏、丢失各类物品者，根据医院赔偿制度进行处理。

2.1.4 借出物品，必须履行登记手续，借物人签名；贵重物品须经护士长同意方可借出；除抢救患者院内调配外，抢救器材一律不外借。

2.1.5 护士长工作调动，必须办理移交手续，交接双方共同清点并签字。

2.2 被服管理制度

2.2.1 各病区根据病床数确定被服基数与机动数，定期清点，如基数不符或遗失，须及时追查原因。

2.2.2 保持科室使用中的被服整洁、干净、无破损。

2.2.3 患者出院时，值班护士清点被服。

2.2.4 待洗被服放于指定地点，与洗衣房工作人员当面清点，不得在走道和清洁区清点。

2.2.5 病区的被服，私人不得借用。

2.3 设备、仪器保管使用制度

2.3.1 设备仪器执行“五定”制度，即定数量、定位放置、定人负责、定期检查维护，定期消毒，使之处于完好备用状态。

2.3.2 每周检查仪器设备的性能、数量、使用维护、清洁消毒等情况并记录。

2.3.3 妥善保管资料档案，如原始的使用说明书及有关资料；操作方法与程序；重要仪器使用情况及维修维护情况记录。

2.3.4 使用者必须了解仪器性能，严格按操作程序进行操作。

2.3.5 定专人管理，空窗期定岗管理

3. 相关文件

3.1 《医院工作制度与人员岗位职责》（卫生部医管司 2011 年）

3.2 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（中国卫生人民出版社 2013 年版）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	病区清洁卫生制度	制度编号	HLB-2020-64
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	567

病区清洁卫生制度

1. 目的

保持病区清洁、优美、舒适的工作环境，辅助控制病源传播工作，营造一流的医疗环境。

2. 标准

2.1 工作人员口罩、衣、帽、鞋整洁，无长指甲，按规定洗手，向患者及陪护人员做好卫生宣教。

2.2 指导并督促卫生员完成病室清洁卫生工作。

2.3 卫生工具标志明显、分类悬挂于固定位置、分区使用，卫生间设专用卫生工具。

2.4 每日定时做好地面清扫及家具抹洗，保持地面清洁、干燥、无污迹；墙壁、天花板无蜘蛛网；定期采取防蚊、防蝇、防鼠、防蟑螂措施。

2.5 一般物体表面按清洁卫生要求清洁消毒。

2.6 保持治疗室、病房、输液区、换药室、配餐室等工作用房清洁干燥，无私人物品，用物摆放整齐、洁净、无污渍。

2.7 垃圾处理遵循由清洁区域向污染区域的流向原则，避免回复和往返。

2.8 患者离院后，进行床单位终末处理和消毒。

2.9 按《医疗废物管理条例》的有关规定分类、正确处理医疗垃圾。

3. 相关文件

3.1 《医疗废物管理条例》

3.2 《医疗感染管理办法》

3.3 《医疗机构消毒隔离技术规范》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	护患沟通制度	制度编号	HLB-2020-65
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	568

护患沟通制度

1. 目的

提高患者对疾病诊断、治疗、护理等全过程及其风险性的认识、增加患者的健康知识、维护良好的医疗秩序，确保护理安全，化解护患矛盾，提升护理质量。

2. 标准

2.1 严格执行护理告知制度。

2.2 接待患者热情，尊重患者应有的权利，保护患者隐私，注重沟通技巧，与患者进行有效沟通。

2.3 建立良好的护患关系，诚恳关心病人，主动倾听，耐心解答患者提出的问题。

2.4 加强健康教育，关注患者心理状况，缓解病人心理压力。

2.5 护士在执行治疗、护理操作前、中、后均要与患者进行沟通，讲解治疗目的、配合方法及注意事项。

2.6 每月召开病人及陪人座谈会，讲解有关管理制度和健康知识，征求病人及家属对服务态度、医疗质量、医院管理、饮食、收费等方面的建议和意见。

2.7 住院期间进行满意度调查，了解患者及家属对护理工作的满意度。

3. 相关文件

3.1 《医院工作制度与人员岗位职责》（卫生部医管司 2011 年）

3.2 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（中国卫生人民出版社 2013 年版）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	医护沟通制度	制度编号	HLB-2020-66
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	569

医护沟通制度

1. 目的

加强医护之间有效沟通,增进医护关系,发挥团队作用。提高医疗和护理质量,保障医疗安全。

2. 标准

2.1 护士在病人住院期间,接到医学检验科关于患者检验报告的“危急值”电话,应按“危急值”报告接收登记本要求填写内容,并马上通知医生,及时做出处理。

2.2 一般情况下,护士不执行医生的口头医嘱。在抢救病人时,医生下达的口头医嘱,护士应当复述一遍,无误后方可执行,并按要求进行记录,抢救完毕后督促医生及时补开医嘱并签名。所有药品安瓿必须经两人核对记录后方可弃去。

2.3 护士在与病人沟通时发现病人有不稳定情绪及反常行为应及时报告医生,以便医生加强与患者的交流,更好地为病人实施治疗,并与护士协同解决病人的心理问题,促进康复。

2.4 医生在诊疗过程中,发现病人的一些特殊情况及需要重点观察的病情应及时与护士沟通,以便护士在工作中及时发现病情变化并通知医生,提高病人的救治成功率和康复率。

2.5 护士在工作中发现病人的病情变化或药物不良反应,应马上通知医生,积极处理,医生根据情况及时调整用药。

2.6 医生开出出院医嘱前,提早通知护士该病人出院当天的治疗,有利于护士工作的安排,提高工作效率。

3. 相关文件

3.1 《医院工作制度与人员岗位职责》（卫生部医管司 2011 年）

3.2 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（中国卫生人民出版社 2013 年版）

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	出院指导与随访制度	制度编号	HLB-2020-67
	发布部门	护理部	编制人	徐漫丽
	生效日期	2020年2月	审核人	许朝茂
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	570-571

出院指导与随访制度

1. 目的

规范出院指导与随访管理，加强出院后健康教育、提高患者依从性、改善生活质量，深化延伸服务内涵，促进护理质量持续改进。

2. 标准

2.1 严格执行住院病人出院指导管理规定。

2.1.1 出院当天主管医师对患者解释目前病情情况，进行用药指导、营养指导等。责任护士到床旁对患者做出院指导，告知回去后的注意事项。

2.1.2 出院指导内容：

2.1.2.1 用药指导：遵医嘱服药，详细讲解所服用药物名称、剂量、用法等。

2.1.2.2 饮食营养指导：对患者出院后的饮食营养、生活方式做出具体要求。

2.1.2.3 喂养及新生儿护理。

2.1.2.4 随访、复诊指导：告知是否需要复诊，复诊方式以及复诊的时间。

2.1.2.5 其他注意事项：如工作、情绪、睡眠等。

2.1.2.6 患者出院后须定期检查。

2.2 出院病人随访工作管理规定

2.2.1 随访范围：出院后所有患者。

2.2.2 根据科室疾病特点确定回访时间及次数。

2.2.3 采取电话、短信、QQ、微信、家庭访视、门诊随访、发放问卷调查表等形式进行回访。

2.2.4 回访内容：

2.2.4.1 了解患者康复情况、出院指导依从性、日常活动、心理状态、社会支持等情况。

2.2.4.2 健康宣教（用药、喂养、发育指导、家庭护理等）。

2.2.4.3 耐心解答咨询。

2.2.4.4 了解患者或家属对本次住院医疗质量、服务流程、服务态度、后勤服务、合理检查、合理收费的满意度及建议。

2.2.4.5 预约复诊时间。

2.2.5 回访人员为专科护理经验丰富、沟通能力强的责任护士，回访负责人为科室护士长。

2.2.6 使用专用回访记录本，没有回访的要注明原因。每月总结分析，对患者或家属提出的意见和建议及相关回访信息及时向护士长反馈，对存在的问题提出改进措施并落实。

3. 相关文件

3.1 《医院工作制度与人员岗位职责》（卫生部医管司 2011 年）

3.2 《护理岗位管理-工作制度与岗位职责》（中国卫生人民出版社 2013 年版）

母亲安全 儿童优先



铜仁市妇幼保健院

Tongren Maternal And Child Health Care Hospital

地址：贵州省铜仁市碧江区东太大道456号

网址：<http://www.trsfybjy.cn/>

电话：0856-5224545