



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（上）

### （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	健康教育工作的信息管理制度	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）（上）》

## 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

第一章十八项医疗核心制度.....	1
1.首诊负责制度.....	1
2.三级医师查房制度.....	4
3.疑难病例讨论制度.....	8
4.会诊制度.....	10
5.急危重患者抢救制度.....	15
6.手术分级分类管理制度.....	18
7.术前讨论制度.....	21
8.死亡病例讨论制度.....	24
9.查对制度.....	26
10.病历管理制度.....	30
11.值班与交接班制度.....	37
12.分级护理制度.....	40
13.新技术、新项目准入制度.....	43
14.临床“危急值”报告制度.....	45
15.抗菌药物分级管理制度.....	55
16.手术安全核查制度.....	59
17.临床用血审核制度.....	61
18.信息安全管理.....	64
第二章 医疗质量管理.....	67
1.医疗质量管理制度.....	67
2.医疗保健质量与医疗安全管理和持续改进制度.....	73
3.医疗保健风险管理制度.....	77
4.医疗风险金管理制度.....	84
5.科室质量与安全管理制度.....	86
6.新生儿安全工作制度.....	88
7.新生儿抢救制度.....	90
8.医疗质量关键环节、重点部门安全管理标准与措施.....	91
9.医疗质量重点时段管理制度.....	104
10.疑难危重孕产妇救治制度.....	107

11.促进自然分娩、降低非医学指征剖宫产管理制度	112
12.孕产妇危重症评审工作制度	120
13.高危孕产妇管理制度	123
14.母婴保健技术管理办法	126
15.多学科合作管理制度	128
16.多学科联合门诊管理制度	130
17.医嘱管理制度	133
18.患者病情评估制度	137
19.检查、治疗申请单和报告单书写制度	139
20.保护性医疗制度	148
21.病情告知与签字同意制度	150
22.拒绝或放弃治疗管理制度	154
23.临终病人关怀工作制度	155
24.输液、输血反应预防报告处理制度	159
25.特殊民族或宗教饮食的管理制度	161
26.特殊人群服务制度	164
27.限制就诊者行为医疗服务制度	167
28.医疗保健服务转介制度	169
29.实验性临床医学管理制度	171
30.临床实验室管理办法	173
31.母婴友好服务管理制度	178
32.母乳代用品配置和使用管理制度	179
33.母乳喂养管理制度	181
34.母婴保健技术管理制度	183
35.同级医疗机构检查、检验结果互认的制度	185
36.妇幼保健业务人员轮岗制度	187
37.“三基”培训及考核制度	188
38.医疗纠纷、医疗差错事故管理制度	191
39.医疗纠纷及医疗事故防范制度	193
40.医疗纠纷处理制度	197
41.医疗安全（不良）事件管理制度	199
42.医用耗材通报约谈制度	203
43.日间手术管理制度	205

44.病历质量控制与评价管理制度.....	211
45.电子病历应用管理制度（试行）.....	230
46.单病种质量管理体系.....	237
47.门（急）诊病历质量评价制度.....	250
48.临床路径管理制度.....	255
49.临床路径统计工作制度.....	261
50.科室医务人员紧急调配制度.....	263
51.轮科医师管理制度.....	265
52.医务科会议制度.....	267
53.促进母乳喂养成功的措施.....	269
54.哺乳室管理制度.....	271
55.预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作制度.....	272
56.《母子健康手册》管理工作制度.....	275
57.孕产妇死亡评审管理制度.....	276
<b>第三章 保健管理.....</b>	<b>278</b>
1.保健部工作制度.....	278
2.妇幼保健人员培训工作制度.....	280
3.基层妇幼保健业务指导制度.....	282
4.保健人员专线管理制度.....	285
5.保健部工作例会制度.....	286
6.辖区妇幼健康服务工作质量督导制度.....	288
7.妇幼卫生项目管理制度.....	290
8.群体保健工作保障制度.....	293
9.妇幼公共卫生项目经费使用管理制度.....	294
10.妇幼卫生信息管理科工作制度.....	295
11.妇幼卫生信息管理与考核制度.....	297
12.妇幼卫生信息安全制度.....	299
13.妇幼卫生信息逐级报告制度.....	301
14.妇幼卫生信息归口管理制度.....	306
15.妇幼卫生信息资料分类管理制度.....	307
16.妇幼卫生年报会审制度.....	308
17.妇幼卫生项目信息会审制度.....	310
18.医疗机构卫生信息报送制度.....	312

19.妇幼卫生信息统计制度.....	314
20.妇幼卫生信息质量控制调查制度.....	316
21.保健资料统计汇总及上报制度.....	318
22.健康教育科工作制度 .....	319
23.医院岗位人员健康教育工作责任制度 .....	321
24.健康教育培训考核制度 .....	322
25.健康教育宣传资料管理制度 .....	324
26.健康教育工作信息管理制度 .....	325
27.健康教育考核评价制度 .....	326
28.健康教育科设备管理制度.....	328
29.健康教育与健康促进工作例会制度 .....	329
30.健康教育设备借用制度.....	330
31.辖区《出生医学证明》空白证件领发保管制度.....	331
32.保健查房制度.....	332
33.辖区《出生医学证明》管理责任追究制度.....	333
<b>第四章 药事管理.....</b>	<b>334</b>
1.药事管理与药物治疗学委员会工作制度.....	334
2.药品遴选制度.....	337
3.新药准入审批制度.....	339
4.抗菌药物分级管理制度.....	348
5.抗菌药物采购监督管理制度.....	352
6.抗菌药物监测网数据上报工作制度.....	355
7.麻醉药品和第一类精神药品管理制度.....	356
8.麻、精药品批号管理制度.....	359
9.麻、精药品“五专”管理制度.....	361
10.麻、精药品三级管理制度.....	363
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.....	366
12.麻醉药品和第一类精神药品报损与销毁制度.....	367
13.第二类精神药品管理制度.....	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.....	369
15.医疗用毒性药品管理制度.....	377
16.药品类易制毒化学品管理制度.....	379
17.高警示药品管理制度.....	383

18.激素类药品使用管理制度.....	389
19.终止妊娠药品购销和使用制度.....	391
20.促排卵药品管理制度.....	395
21.药品效期管理制度.....	396
22.处方管理制度.....	397
23.药品召回管理制度.....	401
24.合理用药管理制度.....	404
25.处方点评制度.....	407
26.药品不良反应/事件监测报告制度.....	412
27.国家基本药物管理制度.....	422
28.药品超说明书用药管理制度.....	424
29.辅助用药临床应用管理制度.....	428
30.药品使用动态监测与超常预警制度.....	431
31.中药处方点评制度.....	433
32.血液制剂使用规范管理制度.....	439
33.药品安全性监测管理制度.....	443
34.药品质量监督制度.....	445
35.淘汰、滞销药品管理制度.....	447
36.药品报损制度.....	449
37.用药错误监测与防范管理制度.....	451
38.危险化学品管理制度.....	456
39.安全给药管理制度.....	461
40.病区备用药品管理制度.....	463
41.急救（备用）药品领用、补充管理制度.....	471
42.退药管理制度.....	478
43.患者使用自带药品管理制度.....	481
44.围手术期预防性应用抗菌药物的管理制度.....	484
45.抗菌药物临床应用管理制度.....	494
46.突发事件药事管理与药品供应制度.....	499
47.肿瘤化疗药物分级管理制度.....	503
48.肿瘤化学治疗药物管理制度.....	506
49.肠外营养性药品管理制度.....	509



第五章 输血管理.....	510
1.临床用血管理制度.....	510
2.临床用血评价及公示制度.....	512
3.临床用血前评估和用血后效果评价及公示制度.....	514
4.围手术期血液保护管理制度.....	519
5.大量输血审批制度.....	522
6.临床紧急用血制度.....	524
7.临床用血申请、报批及登记制度.....	526
8.临床用血审核制度.....	528
9.输血科标本管理制度.....	529
10.输血科血液发放制度.....	531
11.血液库存管理制度.....	533
12.血液冷链管理制度.....	535
13.血液入库、核对、贮存制度.....	538
14.输血前核对制度.....	540
15.输血标本采集、运送、交接管理制度.....	543
16.临床用血申请分级管理制度.....	546
17.紧急输血管理制度.....	548
18.临床用血效果评价制度.....	550
19.临床用血授权管理制度.....	552
20.输血信息系统管理制度.....	553
21.输血科信息反馈制度.....	555
22.输血全过程的血液管理制度.....	556
23.血液储存质量管理体系.....	560
24.血液贮存质量监测制度.....	562
25.输血不良反应处理措施及上报制度.....	564
26.输血传染性疾病的管理措施和上报制度.....	566
27.输血前的输血相容性检测管理制度.....	570
28.输血相容性检测报告管理制度.....	572

# 第一章十八项医疗核心制度

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标题	首诊负责制度	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	1-3

## 首诊负责制度

### 1. 目的

为进一步加强医疗管理，保障医疗质量及医疗安全，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》等医疗相关管理规定，规范医院各门诊、急诊、病房医疗安全管理，使患者得到有效的就医指导和诊治。结合医院实际情况，制定本制度。

### 2. 标准

首诊负责制是指首诊医师不得以任何理由拒绝诊治患者，应认真进行诊治，耐心解答患者提出的问题，不能处理的问题应及时请上级医师诊治，不是本科的疾病应及时转诊或请相关科室会诊，并向患者及家属解释清楚，非本院诊疗科目范围内疾病，应告知患者或其法定代理人，并建议患者前往相应医疗机构就诊。若属危重抢救病人，首诊医师必须及时抢救病人，同时向上级医师汇报。坚决杜绝科室间、医师间推诿病人。

2.1 首诊医师必须详细询问病史、进行体格检查、完善必要的辅助检查、作出初步诊断和处理，并按门急诊工作制度和病历书写基本规范的要求完成病历书写。对诊断明确的患者应积极治疗或提出处理意见，对诊断尚未明确（病情复杂、诊断处理有困难）的患者应在对症治疗的同时，及时请示上级医师或请有关科室医师会诊。

2.2 对于普通患者，首诊医师若经检诊后不属于本科疾病，在病历中简要记录，提出初步诊断，向患者做好解释，并指引其至相应专业就诊，或向上级医师汇报，以决定是否转相应专业就诊；就诊者所患疾病具有多科情况或病情较为复杂需要多科会诊时，首诊医师要对就诊者进行必要的检查，提出初步诊断、处理意见，做好病历记录，建议患者转相关科室诊治，或者向上级医师汇报，决定是

厚德 精诚 笃行 至善

否请相关科室会诊或进行多学科会诊。禁止首诊医师不经检诊擅自将病人推诿到他科，否则造成的医疗事故或纠纷，由首诊医师承担全部责任。

2.3对急、危、重患者，首诊医师应采取积极措施负责实施抢救。如为非所属专业疾病或多科疾病，应组织相关科室会诊或报告医务科组织会诊。会诊后由影响患者生命安全的主要疾病所对应的科室牵头进行抢救，其他科室应通力合作，密切配合。因故必须转院者，应经科主任同意后报总值班或医务科，先与对方医院联系得到同意后给予转院，重危病人要安排医务人员随车护送，并对病情记录、途中注意事项、护送等事项作好妥善安排。

2.4对于需立即进行手术治疗的患者，首诊医师应向相关科室值班医师或总住院医师交班，协助做好术前准备，并完成相关病历记录

2.5遇重大灾难事件或涉及法律纠纷的首诊就诊者，首诊医师在积极抢救就诊者的同时，应立即报告科主任和医务科。

2.6首诊医师请其它科室会诊时必须先经本科上级医师查看病人并同意。被邀科室须由二线医师以上人员参加会诊。两个科室的医师会诊意见不一致时，须分别请示本科上级医师，直至科主任。若双方仍不能达成一致意见，由首诊医师负责处理并上报医务科或行政总值班协调解决，不得推诿。

2.7若因分诊错误而挂错号或需请其他科医师会诊，首诊医师也应书写病历，写明会诊要求和转科目的，决不允许私自涂改挂号科目，推诿病人。

2.8首诊医师对需要紧急抢救的病人，须先抢救，同时由病人陪同人员办理挂号和交费等手续，不得因强调挂号、交费等手续延误抢救时机。

2.9首诊医师下班前，应将患者移交接班医师，把患者的病情及需注意的事项交待清楚，并认真做好交接班记录。

2.10对于新入院患者，医师应在2小时之内进行诊治；急、危、重患者，应立即接诊，并报告上级医师。

2.11上班时间入院的患者，由管床医师接诊、采集病史、进行体格检查和必要的辅助检查，提出初步诊断意见及诊治措施；非上班时间入院的患者，上述工作由值班医师进行，并及时书写首次病程记录和入院记录；若上班时间管床医师休息，由同组医师或按科室规定收治患者。

2.12医务人员要关心体贴病人，文明行医，对病员或家属提出的合理要求应

**厚德 精诚 笃行 至善**

尽力满足。

2.13凡在接诊、诊治、抢救病人或转院过程中未执行上述规定、推诿病人者，要追究首诊医师、当事人和科室的责任。

2.14药剂、放射、检验等相关科室应积极配合，凡在病房和门诊申请检查单上注明有“急”或“抢救”标志的，应及时准确处理，不得影响抢救工作。

### **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》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标题	三级医师查房制度	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	4-7

## 三级医师查房制度

### 1. 目的

为进一步加强医疗管理，保障医疗质量及医疗安全，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》等医疗相关管理规定，规范医师查房工作，明确各级医师的查房时间、查房职责，结合医院实际情况，制定本制度。

### 2. 标准

三级医师查房制度是指患者住院期间，住院医师、主治医师、主任医师（副主任医师）按本级别职责，以查房的形式实施患者评估、制定与调整诊疗方案、观察诊疗效果等医疗活动的制度。

2.1各临床科室应建立三级医师治疗体系，实行三级医师查房制度，明确分级职责，并加强沟通，遵循下级医师服从上级医师，及时请示汇报，所有医师服从科主任的管理指导。

#### 2.2查房内容

- 1) 了解住院患者主诉、现病史、既往史、体格检查及必要的辅助检查结果；
- 2) 了解住院患者的症状、体征变化，以及患者的心理动态、社会、家庭和生活情况；
- 3) 全面分析病情，做好诊断及鉴别诊断，提高诊断符合率；制订治疗计划和方案，提高治愈率；
- 4) 检查院内感染和传染病发生情况，防止院内感染扩散；
- 5) 各级医师查房要点：主治医师以上医师查房应根据不同患者的病情进行重点分析，不能仅以一句“同意目前诊断和治疗”代替查房意见，上级医师查房应体现教学意识，副主任医师以上医师查房应有体现当前国内外最新医疗动态的新进展。

#### 2.3查房规范和程序

**厚德 精诚 笃行 至善**

1) 规范查房人员行为:

查房人员必须注重维护个人形象，着装整洁，仪表庄重；各科室必须根据本科专业特点，统一装备查房器械，如听诊器（必备）、叩诊锤、手电筒等，统一配带方式；查房时，查房时必须环境安静，查房人员态度严肃认真，思想集中，不得交头接耳、打闹嬉戏或随意进出，不得靠坐患者的床铺，不得接电话、会客，不得处理与查房无关的事务。

2) 查房前准备:

查房前，住院医师应认真准备好病历、医疗影像、各辅助检查报告及查房用具等；护理人员要做好病房整顿，请陪护离开病房，关闭电视机，保持病区整洁、安静。

3) 查房中要求:

查房时，住院医师必须携带患者的病历，以利于上级医师了解病情、检查病历质量；下级医师必须服从上级医师的领导，认真回答上级医师的提问，要求下级医师做床头笔记；并在不违反保护性医疗制度原则下，实行互动式教育，要对下级医师进行考查性提问。

4) 保护性医疗:

尊重住院患者隐私权及知情同意权，注意保护性医疗制度。查房时，对患者要热情亲切，态度和蔼，耐心听取患者的主诉和意见，避免有碍患者的语言和举动。诊查患者时严谨详细、操作轻巧；医疗查房一般在床旁，若分析讨论影响患者时可在病房外进行。

2.4 各类住院患者查房要求

1) 一般住院患者，入院2小时内由住院医师接诊，住院医师休息或非上班时，由值班医师接诊，8小时内完成首次病程记录。主治医师应在48小时内查看患者并提出处理意见，主任医师（副主任医师）应在3天内查看患者并对患者的诊断、治疗、处理提出指导意见。

2) 如出现临时病情变化、检查结果明显异常或治疗措施需调整更改时，正常上班时间由住院医师或主治医师处置，住院医师或主治医师不在位或非正常上班时间，由值班医师处置并记录，必要时报告上级医师。

3) 针对急危重患者入院，正常上班时住院医师和上级医师应立即接诊；住

院医师和上级医师不在位或非正常上班时间，由值班医师立即接诊，并酌情逐级报告。对危重者住院期间，副主任以上医师应于入院当日起连续三天查房，以后每周至少查房二次；住院医师应随时观察病情变化，包括生命体征的变化，出现异常情况应及时处理，特殊情况必要时请上级医师指导处理；上级医师应依病情查房，需抢救、病情变化或加重的立即查房；经处理后，病情稳定的可酌情择时查房，原则上不超过12小时。疑难患者入院后，3天内诊断不明或治疗效果不好，上级医师应组织科内会诊；7天内诊断不明或治疗效果不好，上级医师应安排科间会诊；10天内诊断不明或非肿瘤和慢性晚期疾病导致的治疗效果不好，应组织全院会诊。危重疑难住院者必要时随时组织科内或院内会诊。

4) 手术及有创检查、治疗前，住院医师和上级医师必须查房。手术及有创检查、治疗后，住院医师和上级医师应立即查房（如遇接台手术、检查、治疗时酌情后延），续后每天查房一次，连续三天（含当日），平稳后，按一般住院者要求查房；有特殊情况的按急危重住院者要求查房。

5) 对一般病例在出院、转院前夕应进行二级查房；对危重、疑难病例在出院、转院前夕应进行三级查房。

6) 更换经治医师时，交接班医师应同时查房交接班，并告知住院者；患者转科前，住院医师和上级医师必须查房，且转入后按新入院患者要求查房。

7) 护士长组织护理人员每月进行一次护理查房，主要检查护理质量，研究解决疑难问题，结合实际教学。

2.5各级医师查房要点、职责科主任、主任（副主任）医师每周查房至少2次，主治医师查房每周至少查房3次，住院医师查房工作日每天至少查房2次，非工作日每天至少查房1次。术者必须亲自在术前和术后24小时内查房。

1) 住院医师查房，要求重点巡视急危重、疑难、待诊断、新入院、手术后的患者，同时巡视一般患者。做好查房前的准备工作，如病历、X光片、各项有关检查报告及所需要的检查器材等。查房时，询问、检查患者饮食情况，主动征求患者对医疗、饮食等方面的意见，进行必要的体格检查，查看检查化验报告单，分析检查结果，提出进一步检查或治疗意见，检查当天医嘱情况，给予必要的临时医嘱并开写次晨特殊检查的医嘱。请上级医师查房时，要向上级医师报告病历摘要、目前病情、检查化验结果，提出进一步检查或治疗意见，并向上级医师提

出需要解决的问题。

2) 主治医师查房应有住院医师、实习医师参加。对所管患者进行系统查房，尤其对新入院、急危重、诊断未明及治疗效果不佳的患者进行重点检查与讨论，确定新方案。在新病人入院48小时内要做出入院诊断。查房应对病人进行全面体格检查，听取医师和护士的反映；倾听病员的陈述；了解病员病情变化并征求对饮食、生活的意见；了解病人的病情变化，核查医嘱执行情况治疗效果，检查病历并纠正其中错误的记录，决定出院、转科、会诊。

3) 主任医师（副主任医师）查房应有主治医师、住院医师、护士长和有关人员参加。审查和决定急、重、疑难患者及新入院患者的诊断及治疗计划，决定重大手术及特殊检查、院内外会诊。抽查医嘱、病历、医疗、护理质量并听取各级医师、护士对诊疗护理工作的意见，向下级医师做出示教。听取医师、护士对诊疗护理的意见，进行必要的教学工作。对所查病人，应亲自询问诊疗情况和病情变化，了解生活和一般状况，并全面查体。决定患者出院、转院等。

### 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》



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	疑难病例讨论制度	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	8-9

## 疑难病例讨论制度

### 1. 目的

为了尽早为患者明确诊断，制定最佳治疗方案，提高医疗管理，确保医疗安全，提高诊断率、治愈率和抢救采购率。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》等医疗相关管理规定，结合医院实际情况，制定疑难病例讨论制度

### 2. 标准

疑难病例讨论制度是指对没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症的病例进行讨论的制度。

2.1 疑难病例均应由科室或医疗管理部门组织开展讨论。讨论原则上应由科主任主持，全科人员参加。必要时邀请相关科室人员或机构外人员参加。

#### 2.2 工作程序

1) 科内讨论。入院3天未确诊的病例，应组织科内讨论。科内讨论由经治医师提出，科主任或主任（副主任）医师主持，全科人员参加。病理、检验、影像等功能检查结果存在严重异常、高度怀疑等情况时，相应医技部门副高职称以上人员参加。组织讨论前，经治医师应事先做好准备，将有关材料整理完善，写出病历摘要，并报告病情。各级人员认真进行讨论，尽早明确诊断，提出治疗方案。

2) 院内讨论。院级疑难病例讨论由当事科室向医务科提出申请，将有关材料加以整理，填写院内会诊申请表提交医务科，由医务科根据具体情况组织相关科室人员参加病历讨论，必要时主管院领导参加。主持科室事先做好准备，将书面摘要提前发给与会人员，与会人员讨论前查看病人，以便做发言准备。讨论时间由医务科根据情况决定。

3) 对科内讨论不能明确诊治方案的患者，应组织全院或相关科室联合会诊，或请院外专家会诊。

厚德 精诚 笃行 至善

4) 节假日或急诊疑难患者应由三线值班医师主持进行疑难病例讨论，做好详细记录，并向科主任汇报，以明确诊治方案，避免延误病情。

### 2.3要求：

1) 疑难病例讨论原则上由科主任主持。

2) 主管医师须事先做好准备，将有关材料整理完善，写出病历摘要，做好发言准备。

3) 主管医师应按疑难病例讨论记录的格式和模板作好书面记录，并将讨论结果记录于疑难病例讨论记录本。记录内容包括：讨论日期、主持人及参加人员的专业技术职务；患者姓名、性别、年龄、住院号；简要病史并提出需要讨论的问题；具体讨论意见（包括症状、体征、实验室检查结果在鉴别诊断中的意义，明确诊断的途径、措施和方法、下一步治疗方案、是否存在问题、今后应当做那些工作、有哪些经验教训、其它注意事项等等）；主持人总结意见；记录者签名；记录日期等，主持人及时审查并签名确认。

4) 住院医师须另立专页作详细记录，经主任医师（副主任医师）或主治医师审查后，作为病历的一部分，附在病程记录之后。

5) 参加疑难病例讨论成员中应当至少有2人具有主治及以上专业技术职务任职资格。

## 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》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	会诊制度	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	10-14

## 会诊制度

### 1. 目的

为了尽早为患者明确诊断，制定最佳治疗方案，提高医疗管理，确保医疗安全，提高诊断率、治愈率和抢救成功率。规范医疗活动中的会诊管理，明确会诊程序和任务，提高会诊质量，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》等医疗相关管理规定，结合医院实际情况，制定会诊制度。

### 2. 标准

会诊制度是指出于诊疗需要，由本科室以外或本机构以外的医务人员协助提出诊疗意见或提供诊疗服务的活动。规范会诊行为的制度称为会诊制度。

#### 2.1 会诊范围

- 1) 凡遇疑难病例，院内或科内诊治困难者。
- 2) 本科首诊他科病人或待查病人确诊为他科疾病者。
- 3) 本科病人合并他科疾病需协助诊治者。
- 4) 急、危、重病人需他科协助诊治者。
- 5) 重大手术前因病情复杂，涉及专科知识，需要提供咨询或协助；
- 6) 医疗纠纷需要分析判断；

#### 2.2 会诊人员要求：

- 1) 急会诊由总住院医师承担或按派班规定指派医师。
- 2) 普通会诊由担任主治医师三年以上医师承担。
- 3) 上述会诊医师若不能处理会诊问题时，应及时请上级医师到场指导会诊。
- 4) 遇疑难病例、特殊病例、危重疑难病例等，院内或科内诊治困难者，需其它相关科室协助诊治、抢救，由医务科组织多科院内大会诊，一般要求科主任或点名相关人员参加。

#### 2.3 会诊时限

1) 院内急会诊可以电话形式通知，会诊后补开会诊单，接到急会诊通知后应于10分钟内到位；

2) 普通会诊应在收到会诊单后24小时内完成。

3) 院内多科会诊，或遇特殊病例、危重病例等，应按接到会诊通知的时间提前到达，了解病人情况，按时参加大会诊。

#### 2.4会诊分类

1) 科内会诊。由经治医师或主治医师提出，科主任召集有关医务人员参加讨论，总住院医师或指定人员负责记录病历讨论意见，主管医师将综合性意见录入病历。

2) 科间普通会诊。由主治医师决定，先填写会诊单，应简要写明患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的、申请会诊时间、申请会诊医师签名等，申请单应有主治医师以上人员负责签名。被邀会诊科室除急诊会诊外一般安排主治医师在24小时内前往会诊。会诊医师到达申请会诊科室后，主管医师或总住院医师必须到场介绍病情并协助会诊工作的开展，会诊后做好会诊记录及填会诊登记表。

3) 科间急会诊。由主治医生提出，经上级医师（含二线、三线值班医师）同意后，书写请会诊记录并电话通知会诊科室。被邀请科室总住院医师或有资格的医师在接到会诊通知后10分钟内赶到申请会诊科室进行会诊，住院医师或总住院医师必须到场介绍病情并协助会诊工作的开展，会诊后做好会诊记录及填会诊登记表。

4) 门急诊会诊。急诊会诊可以电话或书面形式通知相关科室，相关科室在接到会诊通知后，应在10分钟内到位，申请会诊医生应在会诊单上详细记录有关检查结果、疾病诊断以及会诊目的，由患者持会诊单前往会诊科室（急诊应有医务人员陪同）。会诊医生应将会诊意见详细记录在会诊单上并签全名，会诊医师在签署会诊意见时应注明时间（具体到分钟）。对不属于会诊科室处理的疾病应予转回。各科要密切配合、严禁推诿。

5) 院内多科会诊。凡涉及需院内多科室共同研究解决的重要跨科及疑难病例、突发公共卫生事件、重大医疗纠纷或某些特殊患者等应进行全院会诊。全院会诊必须先经科内讨论决定，由科主任提出并填写院内多科会诊申请表，提前24

小时报医务科同意后，由医务科确定会诊日期并通知相关科室。申请会诊科室应做好病史等相关资料准备。会诊由邀请会诊科室主任主持，重大会诊（涉及重大医疗纠纷）由医务科主持，主持者负责总结归纳各会诊医师的意见，力求统一明确诊治意见。主管医师认真做好会诊记录，并将会诊意见摘要及执行情况记录在病程记录中。

6) 邀请院外医疗机构来院会诊。经科内讨论、科部讨论、院内多科讨论仍不能解决的疑难病例，或家人要求，方可申请院外其他医疗机构会诊（手术）。院外会诊由科主任提出，主管医师向患者及家属说明会诊的目的、费用，征得其同意后，由主管医师认真填写《院外专家会诊（手术）邀请函》，写明希望邀请的专家姓名及所在医院，经科主任签字同意交医务科，由医务科负责联系。非正常工作时间的急会诊，需由科室三线值班签字同意，交行政总值班联系。会诊由申请科室主任主持，主管医师认真做好会诊记录，并将会诊意见摘要及执行情况记录在病程记录中。必要时，主管医师携带病历，陪同病员到院外会诊。也可将病历资料，寄发有关单位，进行书面会诊。会诊后需请外院专家在会诊单上记录会诊意见并签字。会诊中涉及的会诊费用按照相关规定执行。属医疗机构根据诊疗需要邀请的，会诊费用由医疗机构承担；属患者主动要求邀请的，会诊费用由患者承担，收费方应向患者提供正式收费票据。任何医师未经医务科或行政总值班批准，不得以各种理由私自邀请院外专家来院会诊、手术。

7) 外院邀请我院医师会诊。须按照卫生部《医师外出会诊管理暂行规定》（卫生部42号令）有关规定执行。由邀请医院医务科门与我院医务科联系（非正常上班时间与行政总值班联系），在不影响本职工作的前提下，经医务科审批同意后，安排副主任以上医师前往。外出会诊的医师必须在2个工作日内，将外出会诊的有关情况报告科室主任及医务科。医师在会诊过程中发现因各种原因难以胜任会诊工作的，应及时如实告知邀请医院并中断会诊，同时报医务科备案。医师在外出会诊时不得违反规定接受邀请医疗机构报酬，不得收受或者索要患者及其家属的钱物，不得牟取其他不正当利益。会诊后会诊费用按照财务部相关规定办理。医师外出会诊违反《执业医师法》有关规定的，按照《执业医师法》第三十七条处理。

8) 科内、院内、院外的集体会诊。住院医师要详细介绍病史，做好会诊前

的准备和会诊记录。会诊中，要详细检查，发扬技术民主，明确提出会诊意见。主持人要进行总结，认真组织实施。

## 2.5 会诊医疗文书书写

1) 统一会诊单格式及填写规范，申请会诊科室必须认真填写会诊单，尤其需注明会诊解决问题。

2) 主管医生必须及时、认真在病历中记录会诊意见及其执行情况。

3) 会诊医师必须根据会诊情况认真书写会诊意见并签名，注明时间。

4) 科内会诊及院内多科会诊由总住院医师或指定人员用科室疑难病例讨论记录本记录讨论意见，主管医生将综合性意见记录入病历。

## 2.6 会诊工作要求

1) 科室建立会诊梯队，落实相关会诊人员及联系方式，并每月在编排值班人员时，需在排班表中注明本科会诊人员安排，包括节假日，并每月月底将下个月人员安排报医务科备案以保证会诊及时、有效；

2) 申请会诊的科室可依会诊要求，自行提出邀请会诊的医生，并可直接联系其本人前往会诊，会诊后填会诊登记表。

3) 收到会诊单或会诊电话后应及时通知会诊医师，若联系不上则立即通知科主任安排梯队人员，医务科将定期对会诊登记本进行检查；

4) 为确保周末及节假日会诊工作的顺利进行，在周末及节假日值班人员负责接收会诊单，及时会诊，严禁周末及节假日拒收会诊单；

5) 各申请会诊科室必须严格掌握会诊指征，各会诊医师在会诊过程中若发现会诊目的不明确、随意请会诊的现象，事后可以书面形式报医务科；被邀会诊人员到位后，被会诊科室需有值班或主管医师应在场陪同，介绍病情，听取会诊意见。

6) 凡会诊中涉及患者转科问题，科室必须优先安排床位接收转科病人，会诊医师应负责并协助病人转科，若超过72小时，邀请会诊科室可报医务科，医务科将通知科主任解决并落实相关人员责任；

7) 申请会诊的科室应严格掌握会诊指征，认真填写会诊单。申请医师应在会诊医师到达前做好充分准备（如病历，各种检查、化验报告单，X光片，CT片，MRI片等，以及会诊中可能需要的特殊器械。申请会诊单必须有本科室上级医师

签名。

8) 会诊医师不允许在家属面前谈论诊断及治疗上的分歧意见。

### 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》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标题</b>	<b>急危重患者抢救制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-5</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版本</b>	<b>第2版</b>	<b>页码</b>	<b>15-17</b>

## 急危重患者抢救制度

### 1. 目的

为了提高我院医疗质量，保障医疗安全，提高我院急危重患者抢救成功率，使医疗急救进一步法制化、科学化、规范化，降低急危重患者死亡率。根据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗质量管理办法》《医疗事故处理条例》等相关法律法规，结合我院实际情况，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 各科室必须根据专业要求制定本专业常见危急重病抢救技术规范、重大传染病及突发公共卫生事件应急预案。

#### 2.2 抢救准备

1) 各病区（包括门急诊科、麻醉科、手术室、产房、病房、药房、儿科、供应室等）抢救物品实行“五定”：定数量、定地点、定人员管理、定期消毒灭菌、定期检查维修。值班人员必须熟练掌握各种器械、仪器性能及使用方法，做到常备不懈。抢救室物品一律不外借，以保证应急使用。

2) 各科室对常见抢救病种要订出抢救常规，包括抢救程序，技术措施，所需设备和组织安排。为保证抢救工作及时准确有效，平时应加强抢救训练。

#### 2.3 工作程序

1) 重危患者的抢救工作由现场级别和年资最高的医师主持。紧急情况下医务人员参与或主持急危重患者的抢救，不受其执业范围限制。参加抢救的人员不得以任何借口推迟抢救，必须全力以赴，分秒必争，并做到明确分工，紧密合作，各司其职，要无条件服从主持抢救工作者的医嘱，但对抢救病人有异的建议，可提请主持抢救者认定后用于抢救病人，不得以口头医嘱形式直接执行。

2) 抢救指挥者应当及时制定危重就诊者的抢救方案。根据抢救中就诊者的病情，及时调整抢救方案，尽最大努力改善和/或维持其它相关脏器的功能。

3) 住院医师（或值班医师）立即给予危重就诊者基础处理，同时通知上级

**厚德 精诚 笃行 至善**



医师（主治或副主任以上医师）立即到抢救现场，涉及多学科危重就诊者的抢救，应当通知相关学科的上级医师（主治或副主任以上医师）立即到抢救现场，原则上由医务科或业务副院长领导抢救工作，并指定主持抢救者。

4) 医师应当及时向其亲属报书面病危通知、告知病情，填写病情告知书，家属签名后贴在病历中。

5) 参加抢救工作的护理人员应在护士长领导下，执行主持抢救工作者的医嘱，并严密观察病情变化，随时将医嘱执行情况和病情变化报告主持抢救者。执行口头医嘱时应复述一遍，并于医师核对药品后执行，防止差错事故发生。医师未到位前，护理人员应根据病情按疾病抢救程序及时给予必要的抢救措施，如吸氧、吸痰、测量血压、建立静脉通道、人工呼吸、胸外心脏按摩、抽血做辅助检查、止血等，并及时向医师汇报。

6) 应当及时上心电监护仪，了解呼吸、脉搏、心率、血压，应当及时了解其它相关脏器的功能情况。

7) 严格执行交接班制度和查对制度，日夜应有专人负责，对病情、抢救经过及各种用药要详细交代，护理人员执行口头医嘱时应复诵一遍，并与医师核对药品后执行，防止发生差错事故。所用药品的空安瓿经二人核对方可弃去。各种抢救物品、器械用后应及时清理，消毒、补充、物归原处，以备再用。房间进行终末消毒。

8) 在抢救过程中做到边抢救边记录，严密观察病情，记录及时详细，用药处置准确，记录时间应具体到分钟。若因抢救未能及时记录的，有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记入病历，并加以说明，记录时间应具体到分钟，主持抢救的人员应当审核并签字。对危重病人应就地抢救，待病情稳定后才能移动。

9) 凡抢救的患者为知名人士、重大事故所致的伤病员、外宾、涉外单位人员、本院职工时，均应及时报告医务科（或总值班），医务科人员（必要时院领导）要亲临现场。对危重病人涉及到法律纠纷的，涉及法律纠纷时，要报告有关部门，以便组织有关科室共同进行抢救工作。

10) 院内发生意外和严重并发症导致患者危重状态或重危就诊者抢救需行政特别支持的，除按前述处置外，必须立即上报医务科、分管院领导。

11) 医务科、护理部或总值班可以根据具体情况从相关科室调整人员、设备、药品以及其它物品支援抢救科室。

12) 抢救完毕作好抢救小结，总结经验，促进工作。

13) 危重就诊者先救治后付费。

14) 不参加抢救的医护人员不得进入抢救现场，但必须做好抢救的后勤工作。抢救工作期间，药房、检验、放射或其他特检科室，应满足临床抢救工作的需要，不得以任何借口加以拒绝或推迟，总务后勤科室应保证水、电、气等供应。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

3.3 《医疗质量管理办法》

3.4 《医疗事故处理条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标题</b>	<b>手术分级分类管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-6</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版本</b>	<b>第2版</b>	<b>页码</b>	<b>18-20</b>

## 手术分级分类管理制度

### 1. 目的

为了规范各级医师手术范围，规避医疗风险，提高手术质量，加强各级医师施行手术的责任，确保手术及有创操作的安全和质量，促进手术管理走向规范化、标准化、制度化，减少医疗纠纷、杜绝医疗事故。根据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗质量管理办法》《医疗事故处理条例》《医疗技术临床应用管理办法》、等相关法律法规，结合我院实际情况，制定手术分级管理制度。

### 2. 标准

手术分级分类管理制度指为保障患者安全，按照手术风险程度、复杂程度、难易程度和资源消耗不同，对手术进行分级管理的制度。

2.1范围：手术及有创操作指各种开放性手术、腔镜手术及介入治疗等。

2.2手术分类：是指通常状态下的原则性要求。由于与是否胜任某级别手术与医师所受的训练密切相关，故各科在安排手术时，科主任有权根据个人的受培训情况做出调整。在上级医师的指导下，下级医师可越级进行部分手术。根据风险性和难易程度不同，手术分为四级：

- 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；
- ③三级手术是指风险较高、过程较复杂、难度较大的手术；
- ④四级手术是指风险高、过程复杂、难度大的重大手术。

2.3医院建立手术分级管理工作制度、手术分级管理目录、手术医师技术档案和手术分级授权管理机制，并对手术医师能力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。

2.4手术医师分级：所有手术医师均应依法取得执业医师资格。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。

## 2.5住院医师

1) 低年资住院医师：从事住院医师岗位工作3年以内，或获得硕士学位、取得执业医师资格、从事住院医师岗位工作2年以内者。

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

## 2.6主治医师

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

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

## 2.7副主任医师

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

2) 高年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作3年以上者。

2.8主任医师：受聘主任医师岗位工作者。

## 2.9各级医师手术范围

1) 低年资住院医师：在上级医师指导下，逐步开展并熟练掌握一级手术；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) 低年资主治医师：熟练掌握二级手术，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）。

3) 低年资副主任医师：熟练掌握三级手术，在上级医师参与指导下逐步开展四级手术；高年资副主任医师：熟练完成三级手术，在主任医师指导下开展四级手术，亦可根据实际情况独立完成部分四级手术、新开展的手术和科研项目手术。

4) 主任医师：熟练完成四级手术，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。

2.10手术审批权限：是指对各类手术的审批权限，是控制和保障手术质量的

关键。实行科主任负责制，各科手术分级标准的制定及有权进行手术的医师级别的界定由科主任确认。

1) 一级手术：由主治医师审批。

2) 二级手术：由副主任医师审批。

3) 三级手术：由主任或由副主任医师兼行政正、副科主任审批。

4) 四级手术：四级手术中的疑难重症大手术、多科联合手术由主任医师或科主任审批并报医务科备案；科研手术、新开展手术由科主任报告医务科，由主管院长审批后进行。

5) 重大手术：详见《重大手术审批报告制度》开展重大的新手术以及探索性(科研性)手术项目，需经卫生厅指定的学术团体论证，并经医学伦理委员会评审后方能在医院实施。对重大涉及生命安全和环境的项目还需按规定上报国家有关部门批复。

#### 2.11 要求：

1) 术前谈话及签署手术知情同意书须由具有执业资格的医师进行。患者病情较重或手术难度较大者，主刀者须参加术前谈话，并做好相关记录。

2) 遇新开展的手术需先履行新技术、新项目审批手续，经批准后，须征得患者本人或其监护人（家属）的同意，签署有关手术知情同意书后方可开展。

3) 请外院医师来我院参加手术须经医务科主任同意，并办理相关手续。本院医师受邀请外出手术，须经科主任同意，报医务科批准并备案。

### 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 《医疗技术临床应用管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	术前讨论制度	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

## 术前讨论制度

### 1. 目的

为了保证医疗质量，保障患者医疗安全，使患者从入院开始就得到客观科学的评估，医师能够做出详细科学的治疗计划，当病情变化的时候，及时调整修改治疗方法，患者得到科学有效治疗，避免非计划性再次手术，减少医疗纠纷、杜绝医疗事故。根据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗质量管理办法》《医疗事故处理条例》等相关法律法规，结合我院实际情况，制定术前制度。

### 2. 标准

术前讨论制度：指以降低手术风险、保障手术安全为目的，在患者手术实施前，医师必须对拟实施手术的手术指征、手术方式、预期效果、手术风险和处置预案等进行讨论的制度。

#### 2.1 术前讨论的手术范围、参加人员和记录的规定

1) 除一级手术外，所有手术均应开展术前讨论（含由急诊科直接进手术室的手术和对已住院患者因病情变化而必须施行的紧急手术），所有住院患者手术必须实施术前讨论，术者必须参加。术前讨论的范围包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论。全科讨论应当由科主任或其授权的副主任主持，必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。患者手术涉及多学科或存在可能影响手术的合并症的，应当邀请相关科室参与讨论，或事先完成相关学科的会诊。

2) 各类手术（含一级）如具备以下任何一项者，必须由科主任或主任医师主持，组织全科人员进行术前讨论。必要时还须根据情况，邀请麻醉医师、病理科医师、手术室护士、医学检验科、输血科和其他相关临床科室副主任医师以上人员、主管部门人员参加。住院医生认真填写手术前讨论记录并存入病历中，由主持人审核签字。

①年龄大于70岁或小于5岁的手术；

厚德 精诚 笃行 至善

②病情较复杂或病情危重、有严重并发症、手术耐受能力差、手术难度大和  
风险高的手术；

③新开展的手术（指本院、本部门或手术者从未开展过的手术操作）。

④涉及医疗纠纷或重大事件的手术；

⑤非计划性的手术。

⑥麻醉医生在术前麻醉评估过程中考虑存在手术禁忌症不适宜继续手术时。

## 2.2程序

1) 术前讨论时，主管医师应事先准备好有关临床资料，包括化验、造影、  
CT等，有重点地介绍病情，并提出自己或本组的诊断及治疗方案，对新开展的  
手术及难度较大的三级以上手术，需检索有关资料，做好围手术期可能存在的  
问题提出解决的预案。

2) 术前讨论由所在科主任或副主任医师以上职称人员主持，科内所有医师  
参加，可能涉及多学科的手术，应有相关科室（包括医技部门）参与。各级  
医师必须针对自己专业发言，提出自己的意见和见解，并进行充分的讨论，  
确定围手术期治疗方案。

3) 对于疑难、复杂、重大手术，病情复杂需相关科室配合者，应提前邀请  
麻醉科及有关科室人员会诊，并做好充分的术前准备。

4) 讨论内容包括：术前诊断及其依据；手术组人员安排；手术适应证；手  
术方式、要点及注意事项；术前准备情况及病人耐受手术能力的估计；麻  
醉抉择及注意事项；手术计划（具体步骤，预计困难，术中可能出现的问题  
及其预防与对策）；术后能发生的问题、并发症及其预防与对策；术中、  
术后特殊注意事项和护理要求等。

5) 各级医师必须遵守、落实确定的围手术期治疗方案。由主管医师将  
讨论结果记录于病历中。

6) 麻醉医生在术前麻醉评估（包括麻醉诱导前评估）过程中，考虑就  
诊者存在手术禁忌症时，需终止本次手术，依上述流程再次进行术前讨论，  
重新制定手术方案。讨论仍无法达成一致时，需请示医务科，由医务科组  
织专家讨论，决定治疗方案。

2.3非计划再次手术依照《非计划再次手术管理制度》执行。

**厚德 精诚 笃行 至善**

2.4 医务科必须对术前讨论的质量、规范程度和及时性进行严格考核，并对该年度出现的非计划再次手术情况进行分析、汇总。

### 3. 相关文件

- 3.1 《中华人民共和国执业医师法》
- 3.2 《医疗机构管理条例》
- 3.3 《医疗质量管理办法》
- 3.4 《医疗事故处理条例》



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	死亡病例讨论制度	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	24-25

## 死亡病例讨论制度

### 1. 目的

为了规范死亡病例讨论，及时总结经验，吸取教训，不断提高医疗技术水平，实行医疗行为规范化管理，制度化，确保医疗工作正常进行，根据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗质量管理办法》《医疗事故处理条例》等相关法律法规，结合我院实际情况，制定死亡病例讨论制度。

### 2. 标准

死亡病例讨论制度指为全面梳理诊疗过程、总结和积累诊疗经验、不断提升诊疗服务水平，对医疗机构内死亡病例的死亡原因、死亡诊断、诊疗过程等进行讨论的制度。

2.1时限：死亡病例讨论原则上应当在患者死亡1周内完成，凡住院期间死亡病例均应组织讨论。一般死亡病例应在1周内组织讨论；死因不明、病人家属及单位对死因有争议或由于医疗缺陷引起的死亡病例应在2天内进行讨论，并将结果上报医务科；尸检病例，待病理报告发出后1周内进行讨论。

#### 2.2工作程序：

1) 死亡病例讨论应在患者死亡后1周内在科内进行，由科主任主持，医疗组各级医师、参加抢救人员和护士长参加，并请相关科室人员参加，病理、检验、影像放射等功能检查结果存在严重异常、高度怀疑等情况时，相应功能检查科室副主任以上医师参加，如本院出生新生儿死亡讨论时，应请产科安排人员参加。必要时邀请医务科、护理部参加。

2) 死亡病例讨论由主管医师汇报病情、诊治及抢救经过，提出死亡原因，全体医务人员充分讨论。讨论目的是分析死亡原因，吸取诊疗过程中的经验与教训。主要讨论内容包括：死亡诊断（诊断是否正确、有无延误诊断或漏诊）；检查及治疗是否及时、恰当；死亡原因或性质；从中应吸取的经验教训和今后工作中应注意的问题；总结意见。

3) 死亡讨论记录由住院医师书写，主治医师、科主任应审查、修改并签字。死亡讨论记录另立专页置于死亡记录之后，入院记录之前。将形成一致的结论性意见摘要记入病程记录中。内容包括讨论日期、地点、主持人及主要参加人员姓名、专业技术职称，主持人、病历报告人、病历摘要、各发言人姓名及详细发言内容、主持人的总结意见（包括最后诊断、死亡原因、经验教训和改进措施、记录者签名）。

4) 如在讨论中发现严重的诊疗失误，须立即如实向医务科或分管院长汇报。

5) 意外死亡病例以及疑有医疗差错事故纠纷的死亡病例，无论是否属医疗事故，均须及时讨论，且在3天内将讨论结果书面上报医务科。

6) 急诊死亡病例以及涉及重大医疗纠纷、事故或病情复杂合并多科情况的死亡病例讨论，必须请相关专科副主任医师以上人员和医务科人员参加，必要时请主管院长参加。

7) 医务科应当及时对全部死亡病例进行汇总分析，并提出持续改进意见。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

3.3 《医疗质量管理办法》

3.4 《医疗事故处理条例》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标题</b>	<b>查对制度</b>	<b>制度编号</b>	YWK-2020-9
	<b>发布部门</b>	医务科	<b>编制人</b>	杨旭
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	肖丽亚
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版本</b>	第2版	<b>页码</b>	26-29

## 查对制度

### 1. 目的

为杜绝医疗差错事故，防止医疗纠纷发生，提高医疗技术管理水平，杜绝严医疗护理在各项操作过程中缺陷发生，严格执行各项医疗查对制度，以保证就诊者的安全和医疗工作正常进行，根据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗质量管理办法》《医疗事故处理条例》等相关法律法规，结合我院实际情况，制定本制度

### 2. 标准

查到制度指为防止医疗差错，保障医疗安全，医务人员对医疗行为和医疗器械、设施、药品等进行复核查对的制度。

2.1 凡涉及到就诊者任何诊断、治疗、操作、检查过程等服务过程中，均应当至少使用两种身份查对方式识别出需要接受服务或治疗的患者，并为患者提供相应的服务或治疗，严禁将床号作为身份查对的标识。为无名患者进行诊疗活动时，须双人核对。用电子设备辨别患者身份时，仍需口语化查对。

#### 2.2 临床科室：

1) 开医嘱、处方或进行治疗时，应查对患者姓名、性别、床号、住院号（门诊号）。

2) 执行医嘱时要进行“三查八对一注意”：摆药后查；服药、注射、处置前查；服药、注射处置后查。对床号、姓名和服用药的药名、剂量、浓度、时间、用法、有效期。注意用药后的反应。

3) 清点药品时和使用药品前，要检查质量、标签、失效期和批号，如不符合要求，不得使用。

4) 给药前，注意询问有无过敏史；使用剧、毒、麻、限药时要经过反复核对；静脉给药要注意有无变质，瓶口有无松动、裂缝；给多种药物时，要注意配伍禁忌。

5) 输血前，需经两人查对，无误后，方可输入；输血时须注意观察，保证安全。

### 2.3 手术室：

1) 接病员时，要查对科别、床号、姓名、性别、诊断、拟施手术名称、手术部位、所带的术中用药以及病历与资料、术前备皮等。

2) 施麻醉前，麻醉师必须查对姓名、诊断、手术部位、麻醉方法及麻醉用药，在麻醉前要与病人主动交流作为最后核对途径。同时要知道患者是否有已知的药物过敏。

3) 手术切皮前，实行“暂停”，由手术者与麻醉师、护士再次核对姓名、诊断、手术部位、手术方式后方可开展手术。

4) 凡进行体腔或深部组织手术，要在术前与缝合前清点所有敷料和器械数。

5) 除手术过程中神志清醒的患者外，应使用“腕带”作为核对患者信息依据。

6) 对使用各种手术体内植入物之前，应对其标示内容与有效期的进行逐一核查。

### 2.4 药房

1) 配方时，查到处方的内容、药物剂量、配伍禁忌，医师签名是否正确。

2) 发药时，查对药名、规格、剂量、用法与处方内容是否相符；查对标签（药袋）与处方内容是否相符；查对药品有无变质，是否超过有效期；查对患者身份，并交代用法及注意事项。

### 2.5 输血科（血库）

1) 血型鉴定和交叉配血试验，两人工作时要“双查双签”，一人工作时要重做一次。要使用条形码进行核对。

2) 发血时，要与取血人共同查对科别、病房、住院号、姓名、血型、交叉配血试验结果、血瓶（袋）号、采血日期、血液种类和剂量、血液质量。

### 2.6 医学检验科

1) 采取标本时，要查对患者姓名、科别、床号、检验目的。

2) 收集标本时，查对患者姓名、科别、性别、条码号、标本数量和质量。

3) 检验时，查对试剂、项目，化验单与标本是否相符，以及标本的质量。

**厚德 精诚 笃行 至善**

4) 检验后, 查对目的、结果。

6) 发报告时, 查对患者身份。

#### 2.7病理科

1) 收集标本时, 查对单位、患者姓名、性别、联号、标本、固定液。

2) 制片时, 查对编号、标本种类、切片数量和质量。

3) 诊断时, 查对编号、标本种类、临床诊断、病理诊断。

4) 发报告时, 查对科别、病房、患者身份。

#### 2.8放射科

1) 检查时, 查对患者姓名、年龄、科别、床号、片号、部位、目的。

2) 治疗时, 查对患者姓名、年龄、科别、床号、部位、条件、时间、角度、剂量。

3) 使用造影剂时应查对病人是否对造影剂过敏

4) 发报告时, 查对科别、病房、患者身份。

#### 2.9供应室

1) 准备器械包时, 查对品名、数量、质量、清洁度。

2) 发器械包时, 查对名称、消毒日期。

3) 收器械包时, 查对数量、质量、清洁处理情况。

4) 高压消毒灭菌后的物件要查验化学指示卡是否达标。

#### 2.10中医治疗室

1) 各种治疗时, 查对患者身份、部位、种类、剂量、时间、皮肤。

2) 低频治疗时, 并查对极性、电流量、次数。

3) 高频治疗时, 并检查体表、体内有无金属异常。

4) 刺治疗前、后, 检查针的数量和质量和有断针。

#### 2.11心电图、脑电图、超声波、基础代谢等各类检验检查

1) 检查时, 查对患者姓名、年龄、科别、床号、检验目的。

2) 诊断时, 查对患者姓名、编号、临床诊断、检查结果。

3) 发报告时查对科别、病房。

2.12其他科室亦应根据上述要求, 制定本科室工作的查对制度。

#### 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 《医疗质量管理办法》

4.4 《医疗事故处理条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	病历管理制度	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	30-36

## 病历管理制度

### 1. 目的

病历质量是衡量医疗质量的重要指标，是医院管理关注的重要内容。为准确反映医疗活动全过程，实现医疗服务行为可追溯，维护医患双方合法权益，保障医疗质量和医疗安全，对医疗文书的书写、质控、保存、使用等环节进行管理。根据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《医疗事故处理条例》等相关法律法规，结合我院实际情况，制定本制度

### 2. 标准

病历管理制度指为准确反映医疗活动全过程，实现医疗服务行为可追溯，维护医患双方合法权益，保障医疗质量和医疗安全对医疗文书的书写、质控、保存、使用等环节进行管理的制度。

#### 2.1 病历的定义

1) 病历是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病历和住院病历。病历记录了患者疾病发生、发展、诊断、治疗、转归等情况，也是临床医师对诊治患者疾病所获得的信息进行分析、整理、归纳、综合，并书写而成的档案资料。

2) 病历不仅反映患者病情，而且也反映医疗质量，反映业务技术和医院管理水平。病历不但为医疗、科研、教学提供基础资料，也为医院领导提供有关的决策依据；在涉及医疗纠纷时，病历信息有助于判定法律责任；在社会医疗保险制度实施中，病历还是支付医疗费用的重要依据。

2.2 病历书写是指医务人员通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得有关资料，并进行归纳、分析、整理形成医疗活动记录的行为。病历的规范化书写是临床医学、教学、科研、预防、医院管理、法律判定和社会医疗保障的实际需要，是培养临床医师科学的思维方式，提高其业务水平、考核其临床实际工作能力的途径和标准。每一位临床医师必须以对患者、对事业

高度负责的精神，以实事求是的科学态度，高标准地完成病历书写工作。

2.3到医院就诊的就诊者均需建立病历。对就诊者的评估、再评估、知情告知、健康教育、诊断、计划、治疗、用药、手术、及其他操作等内容均应有书面记录，诊治计划的各种更改，包括：影像功能检查的延期或取消、择期手术的延期或改期等也应有书面记录，并需记录与医患沟通的联系方式或紧急情况下的相关措施。

2.4病历应当按照规定的内容书写，并由被授权的有资质的医务人员手写签名或已经认证的电子签名。实习医务人员、无处方权的医务人员及没有获得《中华人民共和国执业医师资格证书》的住院医师所写的所有病历必须在上级医生的指导下完成，并有上级医生的审核和签名。对于已获得《中华人民共和国执业医师资格证书》的住院医师所书写的病历要求入院记录、首次病程记录、上级医生查房记录、术前小结、术前病例讨论记录、手术记录、阶段小结、抢救记录、会诊记录、死亡记录、死亡病例讨论、出院记录、转院记录、转科记录必须有上级医生的审核和签名。

#### 2.5病历书写基本规范

1) 病历按照规定的要求书写，应当客观、真实、准确、及时、完整和规范，本规范适合电子病历书写。

2) 病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水，蓝黑色签字笔书写或者打印。门（急）诊病历和需复写的资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。使用电子版住院及门、急诊病历，医护人员应该对每次医疗活动签名确认。

3) 各种症状和体征用医学术语记录，对就诊者提及的既往疾病名称应加“”号，疾病诊断及手术名称采用全国高等医药院校统一教材中的名称或中华医学杂志上常见的、并尽量符合《国际疾病分类（ICD-10）》的要求书写。

4) 使用规范汉字，简体字、异体字按《新华字典》为准，杜绝错别字。词句中数字可使用汉字，双位数以上则一律使用阿拉伯数字。

5) 病历书写应规范使用医学术语，书写整洁清楚，语句通顺，标点正确，层次分明，逻辑合理，术语确切，重点突出，不得涂改。纸质版病历修改时应用双线划在删除或错处，注明修改时间并签名确认，保证修改处应保留原文清晰可



辨，不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。电子病历修改必须按照管理规范修改，保留修改的痕迹。

6) 记录日期应当使用阿拉伯数字，记录时间应当采用24小时制。病历书写需记录真实的时间，应当具体到分钟，电子病历由系统来记录病历书写时间。

7) 各种记录结束时应签全名并清楚易认，上级医师的审核签名在左侧，可用斜线相隔；电脑打印的病历各署名应加上相应的亲笔签名或已认证的电子签名。

8) 出现在病历上的各级医师职称要以医院的正式聘任为准，上级医务人员有审查修改下级医务人员书写病历的责任。修改时应当注明修改日期并签署全名，保持原记录清楚、可辨。具体要求如下：

实习医师书写的完整病历，经其上级医师在全面了解病情的基础上作认真修改签字以示负责，每页修改3处以上的要实习医师重抄后再签名（供教学资料使用，可不归档保存）；主治医师应及时审阅进修医师和住院医师书写的各项记录，修改、补充一律用红笔，每页修改5处以上或字迹潦草的应令其重抄后才签名（原件在上级医师签名认可后无需保留；被授权的进修医师可以修改和签署培训住院医师和实习医师书写的有关记录；未取得医师资格证的培训住院医师不能签署实习医师书写的有关记录）。电脑病历上级医师应该及时签名并在修改后保留修改的痕迹，并需在打印后的病历上用红笔签名或者电子签名；正、副主任医师要经常督促检查病案质量，对与己有关的查房或手术记录等及时亲自修改并签名以示负责。

9) 上级护理人员要及时审查和修改下级护理人员书写的护理文件。

实习、试用期医务人员书写的病历，应经过我院具有执业资格的医务人员审阅、修改并签名。

10) 进修医务人员应由其接收科室根据其胜任本专业工作的实际情况，经科室考核认定后报医务科批准授权后书写病历并签名。

11) 未取得医师资格证的培训医师书写的入院记录(含表格病历和电子病历)必需同时有资质并被授权的合法的责任医师签署才可归档。

12) 病案首页和各种表格记录的栏目，必须逐项认真填写，不得遗漏。无内容者划“-”。每张记录表格眉栏的病员姓名、住院号、科别、床号和用纸页数均需填写齐全。

13) 对新入院的急、危重就诊者，要求及时书写首次病程记录，待抢救后病情稳定后6小时内据实完成住院病历，并加以注明。

14) 入院不足24小时出院（或死亡）的就诊者不能随意取消住院号（未产生任何诊疗费用的例外），可不必书写入院记录，但应详细书写24小时入出院（死亡）记录，死亡者必须作死亡病例讨论记录。就诊者未办入院手续在送病房途中或病房或手术室死亡，接诊或参加现场抢救的医务人员应参照上述要求在门诊或急诊病历上书写记录，就诊者当门诊或急诊死亡病例计算。

15) 凡药物过敏者，应在病历的过去史中注明过敏药物的名称；在住院过程发现的药物不良反应要作相应的病程记录和填写报告卡。

16) 诊断名称应确切、分清主次、顺序排列，主要疾病列于最前，并发症列于主要疾病之后，伴随疾病排列在最后；诊断根据ICD编码模糊搜寻下达。诊断除疾病名称外，还应尽可能包括病因，疾病解剖部位和功能的诊断。对病史清楚、体证明确或已做过特殊检查、诊断依据充分者，可直接写“诊断”而不写“初步诊断”。初步诊断建立后，如有修改补充意见可在病程记录中分析补充“修正诊断”或“术后诊断”或“其他诊断”等，“最后诊断”是出院时的结论性诊断，内容应与出院小结、转院小结和住院病历首页的“出院诊断”相同。病历书写中涉及的诊断，包括中医诊断和西医诊断，其中中医诊断包括疾病诊断和症候诊断。

17) 除使用表格记录外，各种专项记录（如麻醉、导管操作及各种影像检查等）无须另立页，但是应列出标题按各专业要求书写，记录者若非唯一操作者，还应说明主要操作者的职称和姓名。

18) 如有创检查、手术、麻醉、输血、化疗、放弃治疗等，由主管医生或诊疗操作医生向患者及家属解释说明，并签署知情同意书。知情同意书一般由患者签名；有民事行为能力的人在特殊情况下可以委托其家属或代理人签名，必须有委托书为依据；儿童及无民事行为能力的成年人由其监护人签名；患者因病无法签字时，应当由其亲属签字，没有近亲属的，由其关系人签字；为抢救就诊者，在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下，可由医疗机构负责人或者被授权的负责人在治疗或手术前签字确认。

19) 因实施保护性医疗措施不宜向就诊者说明情况的，应当将有关情况通知就诊者近亲属，由就诊者近亲属签署同意书，并及时记录。就诊者无近亲属的或

者近亲属无法签署同意书的，由就诊者的法定代理人或者关系人签署同意书，需有见证人见证签名。

20) 检查报告至少分常规、生化（包括免疫、细菌学等化验检查）、非临床技诊检查等三大类打印或粘贴，小张打印报告单要求按日期顺序呈叠瓦状粘贴整齐。就诊者出院后的报告单应由经治医师及时到病案科粘贴归档。

21) 出院时医生对病人整个住院治疗情况做出一个出院小结，内容包括：入院原因、重要的体检和其他发现、重要的诊断和合并疾病、已执行的诊断性和治疗性操作、重要的用药和其他治疗、病人出院时的情况、出院时所有的用药指导、营养指导、康复指导等，包括在生活或工作中的注意事项等。

22) 自动出院病人，应根据患者出院后的去向为住院者及家属提供可继续治疗的医院或社区医疗机构，并记录在出院小结的“出院医嘱”中。

23) 疾病终末期的临终病人若患者或其家属，要求回家并办理自动出院手续，主诊医生应根据临终病人评估结果，提出针对性的意见和处理措施，记录在出院小结的“出院医嘱”中。

24) 转院病人，需书写转院小结，内容包括：患者病情、已接受的治疗、进一步的医疗需求等；凡转运（含外院转入、转出院外）的病人，其转运期间的转运记录单、转院记录也应放入病历中保存。

25) 各专科病历应有统一规格，根据《病历书写规范与铜仁市妇幼保健院病历质量评分标准》的要求，或参照中华医学会或中国医院协会等权威的专业机构认可的全国标准。凡各专科需提交修改或补充的模板由专科主任提出申请并签署意见，必须交医务科、医务科报病案管理委员会批准后，由信息中心将其放入电子病历中，并可归入病历存档。

## 2.6 病历书写时效性

1) 入院记录、再次或多次入院记录应当于患者入院后24小时内完成；24小时内入出院记录应当于患者出院后24小时内完成；24小时内入院死亡记录应当于患者死亡后24小时内完成。

2) 首次病程记录，应在患者入院8小时内由经治医师或值班医师书写。

3) 日常病程记录：对病危患者应当根据病情变化随时书写记录，每天至少1次，记录时间应当具体到分钟；对病重患者，至少2天记录一次病程记录；对病

情稳定的患者，至少3天记录一次病程记录

4) 主治医师首次查房记录应当于患者入院48小时内完成

5) 患者经治医师发生变更之际，交班记录应当在交班前由交班医师完成；接班记录应由接班医师于接班后24小时内完成。

6) 转科记录：转科（转出）记录由转出科室医师在患者转出科室前完成（紧急情况除外）；接收（转入）记录由转入科室医师于患者转入后24小时内完成。

7) 阶段小结：对住院时间较长者，经治医师应每月作病情及诊疗情况小结；交（接）班记录、转科记录可代替阶段小结。

8) 有创诊疗操作记录、介入诊疗记录由操作医师于操作完成后即刻书写。

9) 会诊记录：常规会诊、疑难重病会诊、急诊救治会诊，会诊医师均应在会诊结束后即刻完成会诊记录。

10) 麻醉记录：由麻醉医师在实施麻醉过程中书写完成。

11) 手术记录：应由手术者于手术后24小时内完成。特殊情况下由第一助手书写时，应有手术者审查、签名。

12) 术前小结、术前讨论记录、手术风险评估表：手术前

13) 手术安全核查记录：在麻醉实施前、手术开始前、患者离开手术室前，由手术医师、麻醉医师、巡回护士三方核对，确认并签字完成。

14) 手术清点记录：由巡回护士在手术结束后即刻完成

15) 抢救记录：对危重患者采取抢救措施时作的记录。记录抢救时间应具体到分钟。因抢救危急患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应在抢救结束后6小时内据实补记，并加以说明。

16) 出院记录、死亡记录应在患者出院或死亡后24小时内由经治医师完成。记录死亡的时间应具体到分钟。

17) 死亡病例讨论记录应在患者死亡1周内，由科主任或具有副主任医师以上专业技术职务的医师主持完成。

2.7住院病历纸质版包含电子病历的所有内容、需要患者/家属亲笔签署的各类文书、所有护理文书等，由病案管理科保管，门诊病历由就诊者保管。

2.8病历归档时间规定：住院病历要求在就诊者出院后48小时内完成归档。住院病历经各级医生签署首页并归档锁定后，不得再做修改。若有特殊原因需修

改，申请者需填写《铜仁市妇幼保健院病历修改申请表》，医务科根据病历是否已复印、申请修改的内容等情况进行审核，审核通过后提交病案统计科，开通电子病历24小时，医师需在此时间内完成电子病历修改及打印。

### 3. 相关文件

- 3.1 《中华人民共和国执业医师法》
- 3.2 《医疗机构管理条例》
- 3.3 《医疗质量管理办法》
- 3.4 《医疗事故处理条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	值班与交接班制度	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	37-39

## 值班与交接班制度

### 1. 目的

为了保证住院患者在住院期间能够连续规范治疗，使临床医师之间能安全有效地进行信息沟通，让患者在住院时及时有效得到治疗，根据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《医疗事故处理条例》等相关法律法规，结合我院实际情况，制定本制度。

### 2. 标准

值班与交接班制度指医疗机构及其医务人员通过值班和交接班机制保障患者诊疗过程连续性的制度。

#### 2.1 值班医师资格：

- 1) 一线：由取得执业医师资格的参加规范化培训住院医师及以上职称的医师，或具有独立工作能力、并被授权的有资格的进修医师担任；
- 2) 二线：由取得医师资格的主治医师及以上职称的医师担任；

#### 2.2 值班医师纪律

- 1) 实行24小时值班制；
- 2) 各级医师必须坚守岗位，一线值班医师不得擅离岗位；二线值班医师接到通知后10分钟内到位。

#### 2.3 值班医师职责

##### 1) 一线值班人员：

负责本科室各项临时性的医疗工作；继续完成白天未完成的诊疗工作；当有新患者入院或其他住院患者有病情变化、值班护士呼叫时应立即前往下处置；值班时接受的新入院患者，要完成首次病程记录及进行必要的检查和处理；对急危重患者，要及时进行医疗处理并详细记录于病历中；当有疑难、危重症情况发生需要抢救时，应立即请示科主任，做出必要的抢救准备，并详细记录。值班时间内

至少巡查病房3次，对危重患者应随时巡视，并处理好相关医疗工作；并严格执行交接班制度，危重患者床头交班，特殊情况个别交班。若遇有重大问题、疑难问题或自行无法解决或不知如何解决的问题，应该及时逐级请示报告，同时做好相关记录。

2) 二线值班人员职责：

在非正常上班时间内负责指导对危重患者的抢救治疗等处理；承担院内会诊职责；如遇不能解决的专科问题，应及时请示科主任；遇特殊情况，如重大抢救、突发意外、中毒等，应立即向行政总值班、医务科汇报。协助处理患者投诉及医疗纠纷。

2.4 医师交接班制度

1) 按时交接班。值班医生必须与接班医师当面交班后才能离开岗位。若接班医师未按时接班，交班医生应主动与其联系并上报专科主任或相关职能部门，在接班医师未到位时不得自行离开岗位。

2) 交接班内容。交接班的内容应尽量详尽，以保证患者诊疗服务的序贯性，其内容至少必须包括：患者的健康状况、患者已接受的治疗小结、患者对治疗的反应。

3) 值班医生交班前，写好交班记录，重点交班包括：新收入/转入患者、当日术后患者、危重患者，重点观察的病情、检查情况及处理情况和新入院患者情况记录于“交接班登记本上并签名。接班人员接班后按交班记录做好患者的处理、检查结果的查找与处理的结果，将交班病人情况、病情有变化的病人情况于第二天早上进行书面交班。并签名确认。

4) 交班时，要将危重患者、重点观察的患者及等待处理的工作向接班人员交清，四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。

5) 值班医师于次日早晨交班会上，做口头重点交班，并做好交接班登记。

6) 下述情况需更换主诊医生时，需做好医生与医生间，医生与患者间的交接工作。

①主诊医生因故暂时离开医院；

②主诊医生工作调整；

③患者病情需。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

3.3 《医疗质量管理办法》

3.4 《医疗事故处理条例》



 <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-2020-12
	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	40-42

## 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。

厚德 精诚 笃行 至善

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

**厚德 精诚 笃行 至善**

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

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标题</b>	<b>新技术、新项目准入制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>KJK-2020-13</b>
	<b>发布部门</b>	<b>科教科</b>	<b>编制人</b>	<b>邹官树</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>何地强</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年2月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版本</b>	<b>第2版</b>	<b>页码</b>	<b>43-44</b>

## 新技术、新项目准入制度

### 1. 新技术、新项目的概念

凡是近年来在国内外医学领域具有发展趋势的新项目（即通过新手段取得的新成果），在本院尚未开展过的项目和尚未使用的临床医疗、护理新手段，称为新技术、新项目。

### 2. 新技术、新项目的分级

对开展的新项目实行分级管理，按项目的科学性、先进性、实用性、安全性分为国家级、省级、市级、院级。

#### 2.1 国家级

具有国际先进水平的新成果，在国内医学领域里尚未开展的项目和尚未使用的医疗、护理新项目。

2.2 省级具有国内先进水平的新成果，在省内尚未开展的新项目和尚未使用的医疗、护理新项目。

2.3. 市级具有省内先进水平，在本市及本院尚未开展的新项目和尚未使用的医疗、护理新项目

2.4. 院级具有市内先进水平，在本院尚未开展的新项目和尚未使用的医疗、护理新项目。

### 3. 新技术、新项目准入的必备条件

3.1. 拟开展的新技术、新项目应符合国家相关法律法规和各项规章制度。

3.2. 拟开展的新项目应具有科学性、有效性、安全性、创新和效益性。

3.3. 拟开展的新技术、新项目所使用的医疗仪器须有《医疗仪器生产企业许可证》、《医疗仪器经营企业许可证》、《医疗仪器产品注册证》和产品合格证，并提供加盖本企业印章的复印件备查；使用资质证件不齐的医疗仪器开展新项目，一律拒绝进入。

3.4. 拟开展的新项目所使用的药品须有《药品生产许可证》、《药品经营许

可证》和产品合格证，进口药品须有《进口许可证》，并提供加盖本企业印章的复印件备查；使用资质证件不齐的药品开展新项目，一律不准进入。

#### **4. 新技术、新项目的准入程序**

##### **4.1. 申报**

申报者应为具有中级及以上专业技术职称的本院临床、医技、护理人员，须认真填写《新技术、新项目申请书》，经本科讨论审核，科主任签署意见后报送科教科。

##### **4.2. 审核**

科教科对《新技术、新项目申请书》进行审核合格后，组织学术及科研委员会、医学伦理委员会委员进行评审，经充分论证并同意准人后，报请院长审批。

##### **4.3. 审批**

拟开展的新技术、新项目报院长或上级有关部门审批后，由医保办负责向市医疗保障部门申请办理收费标准、医疗报销等事宜。

#### **5. 可行性论证的主要内容**

包括新技术、新项目的来源，国内外开展本项目的现状，开展的目的、内容、方法、质量指标，保障条件及经费，预期结果与效益等。

#### **6. 监察措施**

6.1. 新技术、新项目经审批后必须按计划实施，凡增加或撤销项目需经技术委员会审核同意，报院领导批准后方可进行。

6.2. 科教科每半年对开展的新项目例行检查1次，项目负责人每半年向科教科书面报告新项目的实施情况。

6.3. 对不能按期完成的新项目，项目申请人须向技术委员会详细说明原因。学术及科研委员会有权根据具体情况，对项目申请人提出质疑批评或处罚意见。

6.4. 新技术、新项目准入实施后，应将有关技术资料妥善保存好；市级以上新技术、新项目通过验收后，应将技术总结、论文复印件等相关资料交科教科存档备案。

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标题</b>	临床“危急值”报告制度	<b>制度编号</b>	YWK-2020-14
	<b>发布部门</b>	医务科	<b>编制人</b>	杨旭
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	肖丽亚
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版本</b>	第2版	<b>页码</b>	45-54

## 临床“危急值”报告制度

### 1. 目的

为加强临床检验、检查“危急值”的管理，确保“危急值”及时反馈，使患者出现生命危险状态时临床医师及时得到检验、检查信息，临床医师迅速给予有效的干预措施或治疗，保证医疗安全，根据《医疗质量管理办法》《医疗事故处理条例》等相关法律法规，结合我院实际情况，特制定本制度，请各科室遵照执行。

### 2. 标准

2.1 检验、检查、影像部门提供的检查结果尤其是危急值，是临床医师判断病情及采取相应措施的重要依据之一，某些时候可能是提示病人病情已发生变化和病情严重程度的第一信号，检验、检查、影像部门工作人员第一时间将危急值提供给临床医师，有利于他们对病情的判断、评估并及时采取对策。

2.2 建立起实验室人员处理、复核确认和报告危急值及了解临床对患者处理情况的程序，并在《铜仁市妇幼保健院危急值报告登记本》上详细记录（记录患者姓名、性别、年龄、科别、住院号/门诊号、申请医师、检验项目、检验结果、收到/送出标本时间、检验报告中、通知方式、接收者、被通知的责任医师、备注等项目），有关人员都应按此程序办理，具体如下：

2.2.1 当出现附表中的危急值时，检验、检查、影像部门工作人员应立即检查操作是否正确，仪器传输是否有误，确认样本采集是否符合要求；

2.2.2 询问医生该结果是否与病情相符；

2.2.3 查看历史结果；

2.2.4 在确认仪器设备正常的情况下，酌情复查，必要时重新采集样本进行检测。

2.2.5 如医生或检验者对结果有疑义，应首先确认样本采集是否符合要求。若医学检验科工作人员认为样本不合格，而护士认为采集过程符合要求时，医学检验科人员应下病房监督指导护士以正确的方式采集样本。

**厚德 精诚 笃行 至善**

2.2.6 出具检查、检验结果报告的部门报出前，应当双人核对并签字确认，夜间或紧急情况下可单人双次核对。确保结果无误后，马上在LIS系统上审核报告，并立即电话通知，并在《危急值报告登记本》上详细记录，记录内容包括：报告日期、报告时间、报告人姓名和工号、接听人姓名和工号、接听部门、患者姓名、住院号、检验项目、检验结果、复述确认、备注等项目，与此同时，必须要求对方将报告内容复读一篇。若是门诊患者出现有危急值时，送检科室将以短信方式通知患者或家属，并要求患者马上回医院进行救治。各专业对临床危急值病人样本的检验，应本着急中之急，重中之重的原则，尽快发报告，并通知到临床或患者。

2.2.7 临床科室值班工作人员（包括医生和护士，首次接听者负责。如病人已转科或转院，由开具该检查单的病区值班人员负责接听、记录、通知病人现所在科室或医院）接听到危急值报告内容后，要在《危急值报告记录本》上详细记录，并将记录的内容大声回读一遍给报告人听并得到对方的确认，记录的内容包括病人姓名、住院号、检查项目名称、检查结果、接听电话时间、报告给主管医生或值班医生的时间等。主管医生或值班医生立即进行分析、处理，必要时向上级医师报告，上级医师提出具体处理意见。并将以上内容记录于病程记录（时间标示到分钟）。

### **3. 危急值的处理时限：**

3.1 出现危急值时，检验、检查、影像部门应在规定的时间内进行复核。血常规在10分钟内完成复核，生化在30分钟内完成复核。

3.2 复核值确定后5分钟内电话通知临床医生。

3.3 临床科室在确认危急值后30分钟内进行处理，4小时内记录在病历中。

3.4 在实验室操作手册中应包括危急界值试验的操作规程，并对所有和危急界值试验有关的工作人员，包括医护人员进行培训。

3.5 医院医疗管理职能部门应该定期检查和总结“危急值报告”的工作，每年至少要有一次总结，重点是追踪了解患者病情的变化，或是否由于有了危急值的报告而有所改善，提出“危急值报告”的持续改进的具体措施。

3.6 临床“危急值报告”作为医院管理评价的重要条件。

临床“危急值”报告制度指对提示患者处于生命危急状态的检查、检验结果

建立复核、报告、记录等管理机制，以保障患者安全的制度。

2.1 检验、检查、影像部门提供的检查结果尤其是危急值，是临床医师判断病情及采取相应措施的重要依据之一，某些时候可能是提示病人病情已发生变化和病情严重程度的第一信号，检验、检查、影像部门工作人员第一时间将危急值提供给临床医师，有利于他们对病情的判断、评估并及时采取对策。

2.2 建立起实验室人员处理、复核确认和报告危急值及了解临床对患者处理情况的程序，并在《铜仁市妇幼保健院危急值报告登记本》上详细记录（记录患者姓名、性别、年龄、科别、住院号/门诊号、申请医师、检验项目、检验结果、收到/送出标本时间、检验报告中、通知方式、接收者、被通知的责任医师、备注等项目），有关人员都应按此程序办理，具体如下：

1) 当出现附表中的危急值时，检验、检查、影像部门工作人员应立即检查操作是否正确，仪器传输是否有误，确认样本采集是否符合要求；

2) 询问医生该结果是否与病情相符；

3) 查看历史结果；

4) 在确认仪器设备正常的情况下，酌情复查，必要时重新采集样本进行检测。

5) 如医生或检验者对结果有疑义，应首先确认样本采集是否符合要求。若医学检验科工作人员认为样本不合格，而护士认为采集过程符合要求时，医学检验科人员应下病房监督指导护士以正确的方式采集样本。

6) 出具检查、检验结果报告的部门报出前，应当双人核对并签字确认，夜间或紧急情况下可单人双次核对。确保结果无误后，马上在LIS系统上审核报告，并立即电话通知，并在《危急值报告登记本》上详细记录，记录内容包括：报告日期、报告时间、报告人姓名和工号、接听人姓名和工号、接听部门、患者姓名、住院号、检验项目、检验结果、复述确认、备注等项目，与此同时，必须要求对方将报告内容复读一篇。若是门诊患者出现有危急值时，送检科室将以短信方式通知患者或家属，并要求患者马上回医院进行救治。各专业对临床危急值病人样本的检验，应本着急中之急，重中之重的原则，尽快发报告，并通知到临床或患者。

7) 临床科室值班工作人员（包括医生和护士，首次接听者负责。如病人已



转科或转院，由开具该检查单的病区值班人员负责接听、记录、通知病人现所在科室或医院) 接听到危急值报告内容后，要在《危急值报告记录本》上详细记录，并将记录的内容大声回读一遍给报告人听并得到对方的确认，记录的内容包括病人姓名、住院号、检查项目名称、检查结果、接听电话时间、报告给主管医生或值班医生的时间等。主管医生或值班医生立即进行分析、处理，必要时向上级医师报告，上级医师提出具体处理意见。并将以上内容记录于病程记录（时间标示到分钟）。

#### 2.3危急值的处理时限：

1) 出现危急值时，检验、检查、影像部门应在规定的时间内进行复核。血常规在10分钟内完成复核，生化在30分钟内完成复核。

2) 复核值确定后5分钟内电话通知临床医生。

3) 临床科室在确认危急值后30分钟内进行处理，4小时内记录在病历中。

2.4在实验室操作手册中应包括危急界值试验的操作规程，并对所有和危急界值试验有关的工作人员，包括医护人员进行培训。

2.5医院医疗管理职能部门应该定期检查和总结“危急值报告”的工作，每年至少要有一次总结，重点是追踪了解患者病情的变化，或是否由于有了危急值的报告而有所改善，提出“危急值报告”的持续改进的具体措施。

2.6临床“危急值报告”作为医院管理评价的重要条件。

### 3. 相关文件

3.1 《医疗质量管理办法》

3.2 《医疗事故处理条例》

附件：1. 铜仁市妇幼保健院危急值项目与范围

2. 铜仁市妇幼保健院危急值处理流程图

附件1:

### 铜仁市妇幼保健院危急值项目与范围

#### 一、检验相关

序号	检验项目	低值	高值	单位
1	白细胞计数 (WBC)	成人<1.5	>30	10 <sup>9</sup> /L
		新生儿<5.0		
2	血红蛋白 (Hb)	成人<50	>200	g/L
		新生儿<95	>223	
3	血小板计数 (PLT)	<30	>1000	10 <sup>9</sup> /L
4	PT		>40	S
5	APTT		>60	S
6	纤维蛋白原 (FIB)	<1	>8	g/L
7	D-二聚体 (D-Dimer)		>5.0	mg/L
8	血清钾(K)	<2.8	>6.0	mmol/L
9	血清钠 (Na)	<120	>160	mmol/L
10	血清氯 (CL)	<85	>130	mmol/L
11	血清钙 (Ca)	<1.75	>3.5	mmol/L
12	总胆红素 (TBil)		>340	umol/L
13	血清尿素 (UREA)		>25	mmol/L
14	血清肌酐 (Cr)		正常人>530 血透病人>1500	umol/L
15	血糖 (GLU)	成人<2.5	成人>22.2	mmol/L
		新生儿<1.6	新生儿>16.6	
16	血淀粉酶 (AMS)		>345	U/L
17	肌酸激酶 (CK)		儿童及成人>1000 新生儿>2000	U/L
18	肌酸激酶同工酶 (CK-MB)		儿童及成人>1000 新生儿>2000	U/L
19	肌红蛋白 (MYO)		>110	ug/L
20	肌钙蛋白 (CTNI)		>5.0	ug/L
21	血PH	<7.20	>7.55	
22	PCO <sub>2</sub>	<20	>70	mmHg
23	PO <sub>2</sub>	<40		mmHg
24	HCO <sub>3</sub>	<15	>40	mmol/L
25	氧饱和度	<75		
26	血培养培养	阳性		
27	脑脊液培养	阳性		

厚德 精诚 笃行 至善

## 血气分析

- (1) PH $\leq$ 7.2或 $\geq$ 7.55
- (2) PO<sub>2</sub> $\leq$ 50mmHg（新生儿）；PO<sub>2</sub> $\leq$ 60mmHg（成人）
- (3) CO<sub>2</sub>CP $\leq$ 15mmo1/1或 $\geq$ 50mmo1/1（新生儿） $\geq$ 45mmo1/1（成人）

## 二、病理相关

1、术中冰冻切片病理诊断的判断与同一组织标本常规石蜡切片的病理诊断不一致（包括对原发灶的良恶性、手术切缘是否有肿瘤、淋巴结是否有转移等）；

## 三、心电图室相关

1. 心脏停搏；
2. 急性心肌梗死；
3. 致命性心律失常：
  - ①心室扑动、颤动；
  - ②室性心动过速；
  - ③多源性、RonT型室性早搏；
  - ④频发室性早搏并Q-T间期延长；
  - ⑤预激综合征伴快速心室率心房颤动；
  - ⑥心室率大于180次/分的心动过速；
  - ⑦二度II型及二度II型以上的房室传导阻滞；
  - ⑧心室率小于40次/分的心动过缓；
  - ⑨大于2秒的停搏；

## 四、医学影像

### 1. 放射科危急值

- (1) 中枢神经系统：
  - ①严重的颅内血肿、挫裂伤、蛛网膜下腔出血的急性期；
  - ②硬膜下/外血肿急性期；
  - ③脑疝、中线结构移位超过1CM、急性重度脑积水；
  - ④颅脑CT或MRI扫描诊断为颅内急性大面积脑梗死（范围达到一个脑叶或全脑干范围或以上）；
  - ⑤脑出血或脑梗塞复查CT或MRI，出血或梗塞程度加重，与近期片对比超过15%以上；
  - ⑥耳源性脑脓肿。

（2）脊柱、脊髓疾病：

X线检查诊断为脊柱外伤长轴成角畸形、椎体粉碎性骨折压迫硬膜囊、脊髓重度损伤。

（3）呼吸系统

①气管、支气管异物；

②张力性气胸、新生儿气胸、肺压缩约90%以上的液气胸；

③肺栓塞、肺梗死。

（4）循环系统

①心包填塞、纵隔摆动；

②急性主动脉夹层动脉瘤。

（5）消化系统：

①急性胰腺炎、肠梗阻、肠套叠、消化道穿孔；

②肝胰脾肾等腹腔脏器出血。

③急性胆道梗阻

（6）颌面五官：

颅底骨折、眼眶异物。眼眶及内容物破裂、骨折。

2. 超声检查危急值

（1）怀疑宫外孕破裂或黄体破裂并盆腹腔内出血测量平面超过2cm者；

（2）胎盘早剥，凶险型前置胎盘，前置胎盘并出血；

（3）剖宫产瘢痕部位妊娠；

（4）晚期妊娠出现羊水指数过少 $\leq 30\text{mm}$ ，合并胎儿心率过快（ $>180\text{bpm}$ ）或过慢（ $<100\text{bpm}$ ）；

（5）A. 中晚期妊娠出现脐血流舒张期缺失或倒置，36周以后发现脐动脉S/D $>3.0$ ，同时测量大脑中动脉，根据大脑中动脉PI/脐动脉PI（ $<0.87$ ）；B. 胎儿脐动脉持续出现舒张期血流频谱缺失或反向、静脉导管A波反向、脐静脉出现搏动征；

（6）胎膜早破合并脐带脱垂；

（7）孕晚期动脉导管提前收缩或早闭；

（8）急诊外伤见腹腔积液，疑似肝脏、脾脏或肾脏等内脏器官破裂出血的危重病人；

（9）急性胆囊炎考虑胆囊化脓并急性穿孔的患者；

(10) 考虑急性坏死性胰腺炎；

(11) 急性肠套叠；

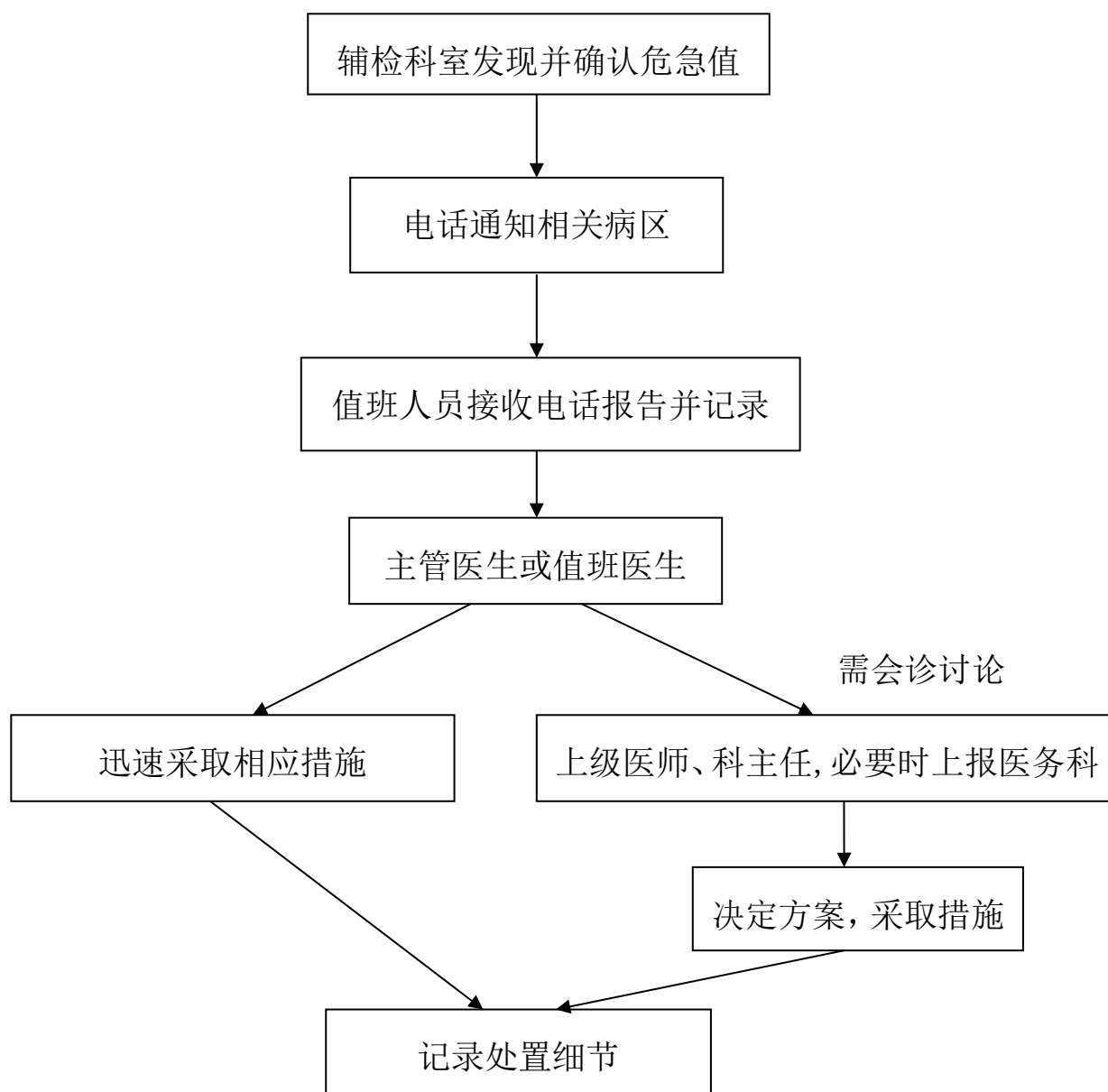
(12) 急性坏死性阑尾炎并化脓；

(13) 急性睾丸扭转；

(14) 心超提示：心脏普大合并急性心衰、大面积心肌坏死、大量心包积液合并心包填塞、主动脉夹层、超声怀疑高危重症肺栓塞、大量心包积液，尤其介入过程中发现的急性心包压塞。

附件2

铜仁市妇幼保健院危急值处理流程图



### 铜仁市妇幼保健院

#### 科室临床“危急值”报告登记表（临床科室用表）

接收时间 (年月日分)	床号	病案号	姓名	诊断	医技科 室报告 人、电话	接听 人姓 名	危急值项目及结果	报告 医师 时间	处置医 师姓名	处置时 间	处置措施

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	抗菌药物分级管理制度	制度编号	YXB-2020-15
	发布部门	药学部	编制人	张玉学
	生效日期	2016年4月	审核人	张玉学
	修改日期	2020年11月	批准人	杨 华
	版本	第2版	页码	55-58

## 抗菌药物分级管理制度

### 1. 目的

为贯彻国家卫健委《2015版抗菌药物临床应用指导原则》、原卫生部《抗菌药物临床应用管理办法》等文件精神，加强医院抗菌药物的使用管理，根据医院用药目录和用药情况，各种抗菌药物的作用特点、疗效和安全性、以及我区的社会经济状况、药品价格等因素，对抗菌药物进行分级管理。特制定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 抗菌药分级原则

2.1.1 非限制使用（一线药物）：经临床长期应用证明安全、有效，价格相对较低的抗菌药物。

2.1.2 限制使用（二线药物）：鉴于此类药物的抗菌特点、安全性和对细菌耐药性的影响，需对药物临床适应证或适用人群加以限制，价格相对较非限制类略高。

2.1.3 特殊使用（三线药物）：包括某些用以治疗高度耐药菌感染的药物，一旦细菌对其出现耐药，后果严重，需严格掌握其适应证者，以及新上市的抗菌药，后者的疗效或安全性方面的临床资料尚不多，或并不优于现用药物者；药品价格相对较高。

#### 2.2 抗菌药分级应用指征及管理办法

临床选用抗菌药物应遵循《抗菌药物临床应用指导原则》，根据感染部位、严重程度、致病菌种类以及细菌耐药情况、患者病理生理特点、药物价格等因素加以综合分析考虑，参照“各类细菌性感染的治疗原则及病原治疗”。

2.2.1 轻度与局部感染患者：应首先选用非限制使用抗菌药物进行治疗（住院医师及以上医师）。

2.2.2 严重感染者、免疫功能低下合并感染者或病原学结果证实只对限制使用抗菌药物敏感时，可选用限制使用抗菌药物治疗（主治医师及以上医师）。

厚德 精诚 笃行 至善



2.2.3特殊病原体感染如MRSA、艰难梭菌、隐球菌等需使用万古霉素、两性霉素B等特殊使用级抗菌药物治疗（医师提出申请，经科主任同意，相关专业专家会诊，具有特殊使用抗菌药物处方权的医师开具处方，处方上药学部签字方可使用）。

2.2.4紧急情况下根据药物适应证或适应人群，临床医师可以越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限于1天用量，如需继续使用，必须办理相关审批手续，有相关记录和签名。

2.3. 抗菌药物划分

分类	非限制使用级	限制使用级	特殊使用级
不耐酶青霉素	青霉素		
	青霉素V		
	苄星青霉素		
	普鲁卡因青霉素		
耐酶青霉素	苯唑西林	氟氯西林	
	氯唑西林	萘夫西林	
广谱青霉素	阿莫西林	阿洛西林	
	氨苄西林	美洛西林	
	哌拉西林	磺苄西林	
	羧苄西林	替卡西林	
青霉素类复方制剂（β-内酰胺酶抑制剂）	阿莫西林/克拉维酸	氨苄西林/舒巴坦	
		哌拉西林/他唑巴	
		哌拉西林/舒巴坦	
		替卡西林/克拉维	
		阿莫西林/舒巴坦	
	美洛西林/舒巴坦		
β-内酰胺酶			舒巴坦
第一代头孢菌素类	头孢氨苄	头孢硫脒	
	头孢羟氨苄	五水头孢唑啉	
	头孢拉定		
	头孢唑林（含五水头孢唑		
	头孢氨苄甲氧苄啶		
第二代头孢菌素类	头孢呋辛	头孢丙烯	
	头孢克洛	头孢孟多	
	头孢替安		
第三代头孢菌素类	头孢曲松	头孢特仑酯	
	头孢噻肟	头孢克肟	

		头孢他啶	
		头孢地尼	
		头孢唑肟	
		头孢泊肟酯	
		头孢哌酮	
第四代头孢菌素类			头孢匹罗
			头孢吡肟
其他β内酰胺类		头孢西丁	氨曲南
		头孢美唑	
		头孢米诺	
		拉氧头孢	
		法罗培南（口服）	法罗培南（注射）
头孢菌素类复方制剂		头孢哌酮/舒巴坦	头孢噻肟/舒巴坦
		头孢曲松他唑巴坦	头孢哌酮/他唑巴
碳青霉烯类			美罗培南
			亚胺培南/西司他
			比阿培南
			厄他培南
			帕尼培南/倍他米
氨基糖苷类	庆大霉素	妥布霉素	卡拉霉素
	阿米卡星	奈替米星	
	链霉素	依替米星	
	新霉素	大观霉素	
		异帕米星	
大环内酯类	红霉素	阿奇霉素（注射）	
	罗红霉素	地红霉素	
	乙酰螺旋霉素		
	琥乙红霉素		
	克拉霉素		
	阿奇霉素（口服）		
林可酰胺类	林可霉素		
	克林霉素		
糖肽类			万古霉素
			去甲万古霉素
			替考拉宁
多粘菌素类		粘菌素（口服）	粘菌素（注射）
			多粘菌素B
四环素类	四环素	米诺环素	替加环素
	多西环素		
	土霉素		

氯霉素类		氯霉素	
喹诺酮类	诺氟沙星	莫西沙星	洛美沙星
	环丙沙星	妥舒沙星	氟罗沙星
	氧氟沙星	依诺沙星	吉米沙星
	左氧氟沙星		帕珠沙星
	吡哌酸		
硝基咪唑类	甲硝唑		
	替硝唑		
	奥硝唑		
	左奥硝唑		
磺胺类和甲氧苄啶	复方磺胺甲噁唑		
	甲氧苄啶		
	磺胺嘧啶		
	联磺甲氧苄啶		
	磺胺甲噁唑		
硝基呋喃衍生物类	呋喃妥因		
	呋喃唑酮		
抗真菌药	制霉菌素	氟康唑（注射）	伊曲康唑（注射）
	氟康唑（口服）	伊曲康唑（口服液）	伏立康唑（注射）
	特比奈芬	伏立康唑（口服）	两性霉素B（脂质
	克霉唑		卡泊芬净
	氟胞嘧啶		米卡芬净
其他类	磷霉素	利福平	夫西地酸
		利福霉素	达托霉素
		利福昔明	利奈唑胺
处方权限	住院医师及以上医师	主治医师及以上医师	副主任医师及以上医师开具处方，处方上药学部签字方可使用

注：本目录所列抗菌药物只包括全身作用的抗菌药物（含抗真菌药物）。不包括抗结核病药、抗麻风病药、抗病毒药、抗寄生虫药。

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	手术安全核查制度	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	59-60

## 手术安全核查制度

### 1. 目的

为加强我院手术安全及围手术期管理，规范医院手术安全核查工作，保障医疗质量和医疗安全，根据《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》《医疗质量管理办法》《医疗技术临床应用管理办法》《护士条例》等有关法律法规，制定了我院《手术安全核查制度》，请遵照执行。

### 2. 标准

手术安全核查制度指在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前对患者身份、手术部位、手术方式等进行多方参与的核查，以保障患者安全的制度。

2.1范围：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实施手术安全核查的内容及流程

1) 麻醉实施前：由麻醉医师主持，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、影像学资料等内容。

2) 手术开始前：手术开始前，由手术室护士组织发起，手术团队全体成员要停下其他所有工作，按表中所要求的核对内容一起核对确认，并记录。

3) 患者离开手术室前：由巡回护士组织三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄、住院号）、实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。

4) 三方确认后分别在《手术安全核查表》上签名。

5) 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。紧急抢救生命的手术以争取时间、抢救病人生命为主要责任，经主刀医生同意，先手术抢救、后报告医务科。

厚德 精诚 笃行 至善

2.4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。

2.5住院患者《手术安全核查表》应归入病历中保管。

2.6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。

2.7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。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国执业医师法》

3.2 《医疗事故处理条例》

3.3 《医疗机构管理条例》

3.4 《医疗质量管理办法》

3.5 《医疗技术临床应用管理办法》

3.6 《护士条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	临床用血审核制度	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	61-63

## 临床用血审核制度

### 1. 目的

为了规范临床用血的审批，确保临床输血工作的顺利开展。根据《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》《临床输血技术规范》等相关法律法规特修定本制度，保证临床合理、规范、安全输血，保证紧急抢救的及时输血。

### 2. 标准

临床用血审核制度指在临床用血全过程中，对与临床用血相关的各项程序和环节进行审核和评估，以保障患者临床用血安全的制度。

2.1 严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，医院成立输血管理委员会，制定医院血液预订、接收、入库、储存、出库、库存预警、临床合理用血等管理制度，完善临床用血申请、审核、监测、分析、评估、改进等管理制度、机制和具体流程；健全临床合理用血评估与结果应用制度、输血不良反应监测和处置流程；完善急救用血管理制度和流程，保障急救治疗需要。

2.2 临床用血审核包括但不限于用血申请、输血治疗知情同意、适应证判断、配血、取血发血、临床输血、输血中观察和输血后管理等环节，并全程记录，保障信息可追溯。

2.3 输血科必须在铜仁市血液中心当地卫生行政部门指定的采供血机构申请血液，血液入库必须核对采供血机构名称及其许可证号、条形码编号和血型、血液品种、容量、采血日期、血液成分的制备日期及时间、有效期、贮存条件。观察血液外观、血袋封口及包装是否合格。入库后的血液应根据不同的贮存条件分血型保存，并有明显的标识及贮存温度记录。

2.4 血液资源必须加以保护、合理应用，避免浪费，杜绝不必要的输血。临

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

2.5输血科负责临床用血的技术指导和技术实施，确保血液贮存、配血和其他科学、合理用血措施的执行。

2.6决定输血治疗前，经治医师应向患者或其家属说明输血的不良反应和经血传播疾病的可能性，征得患者或家属的同意，并在《输血治疗同意书》上签字。

《输血治疗同意书》入病历。无家属签字的无自主意识患者的紧急输血，应报医务部或分管院长同意备案并记入病历。

2.7输血申请应由经治医师逐项填写《临床输血申请单》，由主治医师核准签字，连同贴有标签（含科别、姓名、床号、住院号等信息）的受血者血样于预定输血日期前一天（急诊例外）由医护人员送交输血科。输血科工作人员在接收标本时，应逐项进行认真核对，无误后将标本收下备血。

2.8根据病情需要，采取用血申请逐级审批制度

1) 同一患者一天申请备血量少于800毫升的，由主治医师核准签发后，方可备血。

2) 同一患者一天申请备血量在800毫升至1600毫升的，由副主任医师审核，科室主任核准签发后方可备血。

3) 同一患者一天申请备血量达到或超过1600毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，科室主任核准签发后，报医务科门批准，方可备血。

4) 以上条款规定不适用于急救用血，但申请医生必须在《临床输血申请单》上注明为“急救用血”并签名。

2.9输血科工作人员根据临床各科室用血计划向血液中心预约相应血液，以保证临床用血量。

2.10配血合格后，由医护人员到输血科取血。取血与发血的双方必须共同查对患者姓名、性别、住院号、床号、血型、血液有效期及配血试验结果，以及保

存血的外观、密封等，准确无误时，双方共同签字后方可发出。

2.11若出现输血反应，疑为溶血性或细菌污染性输血反应，应立即停止输血，用静脉注射生理盐水维护静脉通路，及时报告上级医师，由主管医师向输血科说明情况，在积极治疗抢救的同时，做以下核对检查：

1) 核对用血申请单、血袋标签、交叉配血试验记录。

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

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

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

5) 如怀疑细菌污染性输血反应，抽取血袋中血液做细菌学检验。

6) 尽早检测血常规、尿常规及尿血红蛋白。

7) 必要时，溶血反应发生后5-7小时测血清胆红素含量。

2.12输血完毕，医护人员对有输血反应的应立即通知输血科，并逐项填写患者输血不良反应回报单，并返还输血科保存。输血科每月统计上报医务科备案。

2.13输血科工作人员必须保证入库、出库血量，库存血量账目清楚，认真保管，非经院领导批准，不得私自销毁。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《医疗机构临床用血管理办法》

3.3 《临床输血技术规范》



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标题</b>	<b>信息安全管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>XXGLK-2020-18</b>
	<b>发布部门</b>	<b>信息管理科</b>	<b>编制人</b>	<b>张锐</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张锐</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年2月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版本</b>	<b>第2版</b>	<b>页码</b>	<b>64-66</b>

## 信息安全管理制度

### 1. 目的

为加强医院信息网络管理，保证医院信息管理系统的平稳运行，确保系统数据的安全及医院工作的正常运转。

### 2. 标准

2.1定义：指医疗机构按照信息安全管理相关法律法规和技术标准要求，对医疗机构患者诊疗信息的收集、存储、使用、传输、处理、发布等进行全流程系统性保障的制度。

2.2院长是医疗机构患者诊疗信息安全管理第一责任人。

2.3医院完善组织架构，明确管理部门，落实信息安全等级保护等有关要求，依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技術保障体系，对患者诊疗信息安全风险进行评估，制定相应的应急工作机制和预案，确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。

#### 2.4计算机安全管理

2.4.1医院计算机操作人员必须按照计算机正确的使用方法操作计算机系统。严禁暴力使用计算机或蓄意破坏计算机软硬件。

2.4.2未经许可，不得擅自拆装计算机硬件系统，若须拆装，则通知信息管理科技术人员进行。

2.4.3计算机的软件安装和卸载工作必须由信息管理科技术人员进行。

2.4.4计算机的使用必须由其合法授权者使用，未经授权不得使用。

2.4.5操作员必须要设置计算机登陆口令。在工作中注意口令不能告诉他人，定期更改口令，如临时有事离开计算机时，必须要锁定计算机，退回到Windows登陆界面，如因计算机未锁定被他人操作导致重大损失的，将追究当事人的责任。

2.4.6医院计算机仅限于医院内部工作使用，原则上不许接入互联网。因工

作需要接入互联网的，必须向主管院领导提出书面申请，由主管院领导审批后交信息管理科开通，信息管理科必须将审批报告存档。如有私自开通互联网接入的，一经发现将报医院网络管理委员会处理。接入互联网的计算机必须安装正版的反病毒软件，并保证反病毒软件实时升级。

2.4.7 医院任何科室如发现或怀疑有计算机病毒侵入，应立即断开网络，同时通知信息管理科技术人员负责处理。信息管理科应采取措施清除，并向主管院领导报告备案。

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

## 2.5 网络使用人员行为规范

2.5.1 上网的所有工作人员和用户必须遵守《中华人民共和国计算机信息系统安全保护条例》、《中华人民共和国计算机信息网络国际联网管理暂行规定》和国家有关法律、法规，严格执行本条例，不得在网络上接收和散布危害国家安全、宣布邪教以及不健康或色情的信息，或任何含有法律、行政法规禁止的其他内容。

2.5.2 上网的所有工作人员和用户必须接受医院有关部门的监督检查，并对医院采取的必要措施给予配合。

2.5.3 未经允许，不得擅自修改计算机中与网络有关的设置。

2.5.4 未经允许，不得私自添加、删除与医院网络有关的软件。

2.5.5 未经允许，不得进入医院网络或者使用医院网络资源。

2.5.6 未经允许，不得对医院网络功能进行删除、修改或者增加。

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

2.5.8 不得故意制作、传播计算机病毒等破坏性程序。

2.5.9 不得进行其他危害医院网络安全及正常运行的活动。

## 2.6 网络硬件的管理

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

2.6.1 各职能部门、各科室应妥善保管安置在本部门的网络设备、设施及通

信。

2.6.2不得破坏网络设备、设施及通信线路。由于事故原因造成的网络连接中断的，应根据其情节轻重予以处罚或赔偿。

2.6.3未经允许，不得中断网络设备及设施的供电线路。因生产原因必须停电的，应提前通知网络管理人员。

2.6.4不得擅自挪动、转移、增加、安装、拆卸网络设施及设备。不得私自添加无线路由器及拨插网线，因此造成不良影响的，将追究其相应的责任。特殊情况应提前通知网络管理人员，在得到允许后方可实施。

## 2.7软件及信息安全

2.7.1计算机及外设所配软件及驱动程序交网络管理人员保管，以便统一维护和管理。

2.7.2管理系统软件由网络管理人员按使用范围进行安装，其他任何人不得安装、复制、传播此类软件。

2.7.3网络资源及网络信息的使用权限由网络管理人员按医院的有关规定予以分配，任何人不得擅自超越权限使用网络资源及网络信息。

2.7.4网络使用人员实行授权管理，明确员工的患者诊疗信息使用权限和相关责任。医院为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障，员工应妥善保管各自的密码及身份认证文件，不得将密码及身份认证文件交与他人使用，因个人授权信息保管不当造成的不良后果由被授权人承担。

2.7.5任何人不得将含有医院信息的计算机或各种存储介质交与无关人员，更不得利用医院数据信息获取不正当利益。

2.7.6保护患者的诊疗信息，使用患者诊疗信息应当遵循合法、依规、正当、必要的原则，不得出售或擅自向他人或其他机构提供患者诊疗信息。

2.7.7不断提升患者诊疗信息安全防护水平，防止信息泄露、毁损、丢失。定期开展患者诊疗信息安全自查工作，建立患者诊疗信息系统安全事故责任管理、追溯机制。在发生或者可能发生患者诊疗信息泄露、毁损、丢失的情况时，应当立即采取补救措施，按照规定向有关部门报告。

## 第二章 医疗质量管理

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	医疗质量管理制度	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	67-72

### 医疗质量管理制度

#### 1. 目的

为加强医院医疗质量管理，确保医疗质量与安全，杜绝医疗事故的发生，促进医院医疗技术水平，管理水平，不断发展。根据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗质量管理办法》《医疗事故处理条例》等相关法律法规，结合我院实际情况，修订本制度。

#### 2. 标准

##### 2.1 质量管理及考核组织

##### 2.1.1 院、科两级质量管理组织

2.1.1.1 医院设立医疗质量管理组织，包括医疗质量与安全管理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、输血管理委员会等，定期研究医疗质量管理等相关问题。

2.1.1.2 医院医疗质量检查考核小组，由主管院长担任组长，医务科、护理部主任分别负责医疗组、护理组的监督考核工作，由医务科、院内感染控制科、三大部主任、质控专家等参与定督查。

2.1.1.3 各科室成立医疗质控小组，对本科室的医、护质量随时指导、考核。负责贯彻执行医疗卫生法律、法规、医疗护理等规章制度及技术操作规程。对科室的医疗质量全面管理，定期每月分析、讨论、总结、整改等，各职能科室进行督查。

##### 2.2 健全规章制度

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

2.3加强全面质量管理、教育，增强法律意识。

2.3.1人员培训、考核

2.3.1.1新进人员岗前教育，必须进行医疗卫生法律法规、核心制度、部门规章制度和诊疗护理规范、常规及医疗质量管理、爱婴医院知识等内容的学习。

2.3.1.2不定期举行全员质量管理教育。

2.3.1.3各科室医疗质控小组应定期组织本科的人员学习卫生法规，规章制度、操作规程及医院有关规定。

2.3.1.4定期对各类医务人员进行"三基"、"三严"强化培训，达到人人参与，人人过关。要把"三基"、"三严"的作用贯彻到各项医疗业务活动和质量管理的始终。医护人员人人掌握徒手心肺复苏技术操作和常用急诊急救设施、设备的使用方法。

2.3.2规范执业

2.3.2.1实行执业资格准入制度，严格按照《执业医师法》规定的范围执业。

2.3.2.2对违反医疗卫生法律法规、规章制度及技术操作规程的人员进行个别强化教育。

2.3.3健全医院感染管理制度和传染病管理，疫情登记报告制度，严格执行消毒隔离制度和无菌操作规程。

2.4在认真贯彻基本医疗制度，基本诊疗规范、常规和标准的前提下，把医疗质量管理工作的重点从医疗终末质量评价扩展到医疗全过程中每个环节质量的检查上去。

2.4.1基础、环节医疗质量管理

2.4.1.1基础医疗质量管理以突出“质量、安全、服务、绩效”为主题，在全院范围内深入开展基础医疗质量管理活动。从依法执业、病历书写质量、诊疗常规执行、三级医师查房、手术审批管理、病理检查规定、急救流程强化、交接班、重症管理、合理用药、合理用血、突发事件紧急救治、传染病报告制度等制度落实，以及一系列医疗文书质量指标：病历优良/合格率实行奖惩，保证质控工作落到实处。

2.4.1.2医务科、护理部、院内感染控制科等职能科室定期或不定期对临床科室开展全程医疗质量检查工作，将日常检查、专项检查、突击检查相结合，检

查内容包括：医师交接班，包括科室实际交接班进行状况和书面记录的进行；科室三级查房，重点督促科室主任查房的规范落实；住院病历的书写质量；科室讨论制度的落实，包括危重病例讨论、疑难病例讨论、死亡病例讨论，详细了解其记录及执行情况；并查阅科室医疗质控记录、分析，听取科室主任对科室医疗运转、质量管理、核心制度的落实等情况意见，针对不足提出合理整改意见，以及整改工作的落实情况。

#### 2.4.2 终末医疗质量管理

2.4.2.1 进一步完善医疗质控网络，明确各自工作职能及责任分工，有效地进行自控和互控，实施环节和终末医疗质量全面监控。

2.4.2.2 针对病历质量监控不到位的情况，加强对病案文书的质量管理，对住院病历实施三级质量控制：医师个人检查病历的完整性，科室质控员负责科室所有住院病历归档前的质量监控工作，对有缺陷病历及时登记并通知管床医师修正。由医务科、临床专家每月抽查运行病历和出院归档病历，按病历评分标准进行评分，医务科将检查结果反馈至相关科室，督促其提出整改措施，不断提高病案书写的完整性和准确性。

#### 2.5 重点考核内容

##### 2.5.1 重点对以下核心制度的执行进行监督检查：

首诊负责制度、三级医师查房制度、病例讨论制度（包括疑难病例讨论制度、死亡病例讨论制度、术前讨论制度）、会诊制度、危重患者抢救制度、手术分级管理制度、分级护理制度、查对制度、病历书写与管理制度、交接班制度、临床用血审批制度、新技术新项目准入制度、临床危急值报告制度、抗菌药物分级管理制度、手术安全核查制度、信息安全管理制度的。

##### 2.5.2 核心制度的监督实施

###### 2.5.2.1 院领导的监督：

2.5.2.1.1 通过行政查房了解各科工作情况，检查各部门对各核心制度执行情况。

2.5.2.1.2 各业务院长在其医疗业务工作过程中深入了解各科室对各核心制度的执行情况。

###### 2.5.2.2 职能科室的督促：

**厚德 精诚 笃行 至善**

2.5.2.2.1各职能科室本身要严格执行岗位责任制度。

2.5.2.2.2各职能科室每月不少于一次深入病区，检查各自所负责部门的工作落实情况。

2.5.2.2.3配合院领导作不定期查岗。

2.5.2.3主任医师（副主任医师）、主治医师、总住院医师的监督：主要是把好医疗质量关，协助科主任、护长做好病区管理工作。主任医师（副主任医师）每天查诊危重及疑难病例；每周一次全面查房；亲自参加和指导急危病人的抢救工作；指导主治及住院医师做好各项基础医疗工作。

2.5.2.3.1主治医师除每天有计划查房外，必须重点查诊每个危重病人及新收病人，下班前必须向本区值班医师（必要时向总住院医师）交待危重病人注意事项及处理原则；对危重病人抢救中的疑难问题必须及时请示正副主任医师；必须经常检查所管病区的医疗护理质量及检查住院医师的医疗和病历书写工作，指导住院医师做好各项基础医疗工作。

2.5.2.3.2二线值班医师及总住院医师要做好夜间新收及危重病人巡视处理工作，了解各专科核心制度执行情况。

2.5.2.4三大部长、科主任、护士长的监督：

2.5.2.4.1三大部长应了解各科室对核心制度的执行情况，督促各科室认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防发生差错事故，对出现的问题，要组织各科室主任、护士长进行讨论、研究，找出处理办法，制定新的对策措施。

2.5.2.4.2科主任、护长应通过日常工作及早上交班了解各岗位对核心制度的执行情况。通过早会或科室会议，反复强调严格执行核心制度的重要性和必要性及易出问题的环节。必须组织科室内的反复学习以防止发生差错事故。对挽回差错的人员给予表扬和奖励；对发生差错的人员要给予批评教育及处罚并要及时组织全科进行差错分析讨论，订出相应的防范措施。

2.5.3建立质量管理效果评价及双向反馈机制。

2.5.3.1专科医疗质控小组每月自查自评，认真分析讨论，确定应改进的事项及重点，制定改进措施，并进行效果追踪。

2.5.3.2医务科、护理部、院内感染控制科等职能部门应将检查考核结果、医疗质量指标等，分析后提出整改意见，及时向临床、医技等科室质控小组反馈。

科室质控小组应根据整改建议制定整改措施，并上报相关职能部门。

2.5.3.3 医疗质量与安全管理委员会应定期召开全体会议，评价质量管理措施及效果分析，讨论存在的问题，讨论、制定整改计划及措施。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

3.3 《医疗质量管理办法》

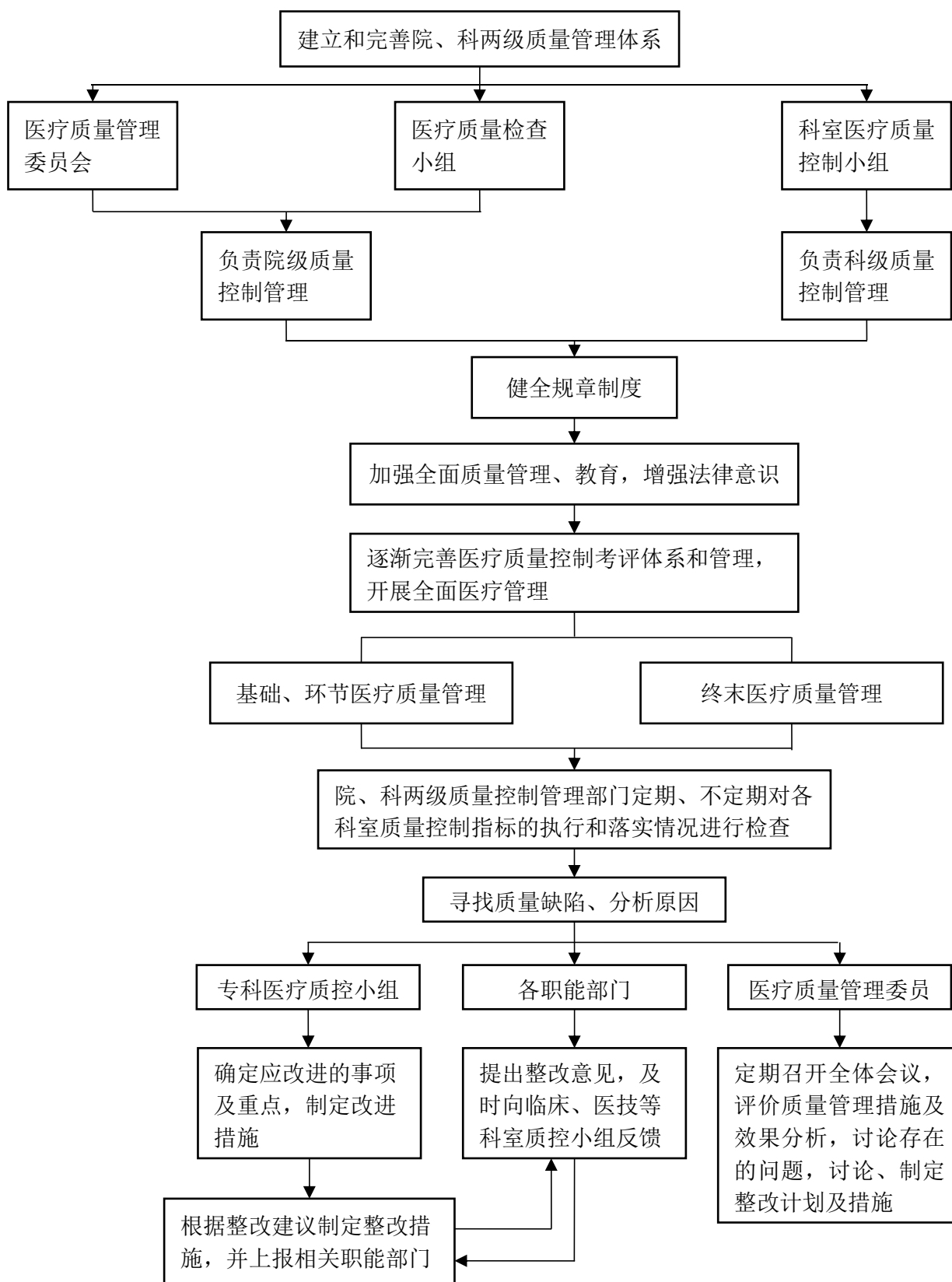
3.4 《医疗事故处理条例》

附件：铜仁市妇幼保健院医疗质量管理流程图



附件：

### 铜仁市妇幼保健院医疗质量管理流程图



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标题</b>	<b>医疗保健质量与医疗安全管理和持续改进制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-2</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版本</b>	<b>第2版</b>	<b>页码</b>	<b>73-76</b>

## 医疗保健质量与医疗安全管理和持续改进制度

### 1. 目的

为切实加强我院医疗保健内涵建设，提高妇幼保健院保健质量，切实抓好妇女保健、孕期保健、儿童保健工作保健质量工作，使我妇幼保健院更加规范化、法制化、科学化，确保医疗质量与医疗安全持续整改。根据《中华人民共和国母婴保健法》《中华人民共和国母婴保健法实施办法》《计划生育技术服务管理条例》《医疗质量管理办法》《医疗技术临床应用管理办法》等相关法律法规要求，修订本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 健全院科两级质量管理组织

2.1.1 医院成立医疗质量与安全管理委员会，职责详见《医疗保健与质量安全管理委员会》。

2.1.2 成立科室质量管理小组，由科主任、副主任、护士长及主治医师、护师组成，其职责为：

2.1.2.1 在医疗质量管理委员会指导下，对本科室医疗质量进行经常性检查。

2.1.2.2 检查本科室质量上的薄弱环节、不安全因素以及诊疗常规、操作规范、医院规章制度、各级各类人员岗位职责的落实情况。

2.1.2.3 依据检查情况提出奖惩意见，与质量目标管理考评挂钩。

2.1.2.4 定期向医疗质量与安全管理委员会报告本科室医疗质量管理工作情况以及对加强医疗质量管理控制工作的意见和建议。

2.1.2.5 每月至少开一次科室质控小组会议，分析探讨科内医疗质量状况，存在问题以及改进措施，做好会议记录。

#### 2.2 医疗质量管理项目：

2.2.1 合理使用抗菌药物和其他药品；

2.2.2 合理使用血液和血制品；

**厚德 精诚 笃行 至善**

- 2.2.3围手术期管理与手术分级管理；
- 2.2.4各类手术及并发症；
- 2.2.5麻醉与镇痛管理；
- 2.2.6医院感染管理；
- 2.2.7住院病历管理；
- 2.2.8急诊管理；
- 2.2.9高危孕产妇管理；
- 2.2.10高危儿管理；
- 2.2.11医疗保健护理缺陷与不良事件管理；
- 2.2.12服务对象、员工满意度管理；
- 2.3医疗质量关键环节、重点部门、重点时段的管理标准。
  - 2.3.1质量关键环节管理包括：
    - 2.3.1.1危急重症患者管理；
    - 2.3.1.2高危孕产妇管理；
    - 2.3.1.3高危儿管理；
    - 2.3.1.4围手术期管理；
    - 2.3.1.5输血与药物管理；
    - 2.3.1.6有创诊疗操作管理；
  - 2.3.2医疗质量关重点部门管理包括：
    - 2.3.2.1急诊科；
    - 2.3.2.2手术室；
    - 2.3.2.3产房/产科；
    - 2.3.2.4腔镜室；
    - 2.3.2.5重症监护病房（室）（NICU、PICU、MICU）；
    - 2.3.2.6新生儿室/病房。
  - 2.3.3医疗质量关重点时段管理包括：
    - 2.3.3.1周六、日，节假日；
    - 2.3.3.2中午、夜间单独值班时；
    - 2.3.3.3上下班交接班时；

2.3.3.4就诊者急剧增加时。

#### 2.4 医质量管理方式

2.4.1 科级监控：即定点监控，由各科室自我进行检查监控，发现问题及时改进。

#### 2.4.2 院级监控：

2.4.2.1 定期监控：每月的第一周进行业务查房，由医务科、护理部、院内感染控制科等科室进行监控，监控目标主要为病案质量、各种统计指标、院内感染，传染病报告等；对科级监控情况进行汇总、评价；同时对住院病历进行抽查；对医疗缺陷进行监控；不定期对重点问题进行督查。

2.4.2.2 环节监控：各项医疗活动中的医疗质量进行动态监控。

2.4.2.3 终末监控：每个病人诊疗活动完毕的医疗质量总评监控。

#### 2.5 医疗质量管理的具体措施

针对医院制定的各项制度进行医疗质量管理的科级监控及院级监控；持续落实、检查、考核、评价、反馈、监督、改进。

2.5.1 落实和检查《首诊负责制》、《三级医师查房制度》、《危重病人管理制度》、《交接班制度》、《会诊制度》等制度。

2.5.2 对病历进行环节监控和终末监控；落实和检查有关病案各项制度：《病历书写基本规范》、《护理文件书写制度》、《病案管理制度》等。

2.5.3 合理用药情况及有关抗菌药物临床应用整治的各项相关指标的落实情况等。

2.5.4 围术期病人及危重病人管理：落实和检查《手术风险评估制度》、《围手术期管理制度》等。

2.5.5 落实和检查《高风险诊疗措施特约谈话告知制度》和《病情告知与签字同意制度》的执行情况。

2.5.6 有效防范、控制医疗风险：《查对制度》、《危急值报告制度》及时发现医疗质量安全隐患；落实《不良事件报告制度》和《医疗过失行为（含重大过失）、医疗事故防范和应急预案》等。

2.5.7 加强院感指标的达标：落实和检查《医院感染监测管理制度》、《医院感染病例报告制度》、《手术部位感染的预防与控制制度》等。

**厚德 精诚 笃行 至善**

2.5.8加强传染病的及时报告:落实和检查《传染病报告卡填报及管理制度》、《传染病网络直报制度》和《传染病病例诊断、登记、报告制度》等。

2.6建立完善的诊疗质量评价和反馈机制,持续改进医疗质量。

2.6.1现场反馈和处理:在平时的院科两级监控中,及时对发现的诊疗缺陷、错误进行指出并纠正。

2.6.2科主任联席会通报:对检查中发现的重点及普遍存在的一些诊疗质量问题在医院的科主任参加的院中层干部会议上进行通报,要求各科室及时改进。

2.6.3每季度的医疗质量管理委员会对全院医疗质量管理存在的问题进行分析通报并提出整改措施并持续追踪。

### 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》

3.3 《计划生育技术服务管理条例》

3.4 《医疗质量管理办法》-18项医疗核心制度

3.5 《医疗技术临床应用管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	医疗保健风险管理制度	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	77-83

## 医疗保健风险管理制度

### 1. 目的

为进一步加强医疗管理,保障患者健康,最大限度地减少医疗服务过程中的各险因素,确保诊疗服务的安全性和治疗的有效性,降低风险的发生对医院造成的医疗纠纷,改善医院管理,保障医疗质量及医疗安全,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》《医疗技术临床应用管理办法》等医疗相关法律法规,特制定医疗保健风险管理制度。

### 2. 标准

#### 2.1 指导原则

医务人员是医疗保健风险防范的重要责任人,要对可能发生的风险具有预见性,注意发现医疗保健流程管理中的漏洞和缺陷,关注高风险环节,力求控制。对于不可控风险,要权衡利弊,降低风险。难以避免的风险,一定要向患者交代清楚,征得患者同意后方可实施。

#### 2.2 医疗保健风险管理制度

2.2.1 院长是全院医疗风险管理工作的第一责任者,院长承担主管业务的风险管理责任,各科室主任承担所属科室的医疗风险管理责任。

2.2.2 医院各科室员工均有权、也有义务提出全院、科室和岗位工作中的各种医疗风险隐患,规避、控制、上报风险,提出改进措施,保证医疗工作的安全和质量。

2.2.3 医院医疗质量与安全管理委员会、科级质量与安全管理小组负责医疗风险管理工作,通过院科两级管理,定期对医疗风险现状调查、原因分析、制定对策、组织实施、效果检查和持续改进。

2.2.4 院科两级各质量与安全管理组织认真开展医疗风险管理专项整治活动,每月结合实际工作,对风险因素从发生概率及导致后果的严重性方面进行讨论分析,并记录在案。

2.2.5科级质量与安全管理小组定期进行现有的操作规程、流程指南的学习，避免可预测的医疗风险。

2.2.6科级质量与安全管理小组每月一次或一旦发现新的医疗风险因素，即时召开专题会，查找、研讨、分析并寻找有效解决方法。各科可自行解决者自行解决，若需医院协调，则上报至医务科或医务科。在每月活动中，查找出的风险隐患，科内首先提出处理意见，并在科内或病区内尽可能广泛地征求员工的意见选择最优方案落实，并将所采取的措施通报科内。

2.2.7院长定期对医疗质量与安全管理委员会活动记录进行检查，医疗质量与安全管理委员会每季度对科级质量与安全小组活动记录进行检查，并以询问方式了解科室员工对所记录的已施行的改进措施的知晓情况。检查各种管理措施的落实情况，对其有效性、实际性及便捷性进行评估，对于不完善的措施进一步进行分析、整改，直至完善。协助科内进行医疗风险管理理工作，及时将有关情况上报医院，对科内提出问题或意见24小时内给予答复。

2.2.8医疗质量与安全管理委员会定期对检查结果进行汇总、整理、分析。

### 2.3医疗保健风险警示范围

在实施诊断、治疗过程中，发生任何“作为”与“不作为”的医疗事件，无论患者与家属有无投诉，都是医疗风险的警示范围。

#### 2.3.1医疗风险警示分级

根据诊疗过程中责任人实际造成的影响医疗风险的缺陷性质、程度，将医疗风险警示分为三级

##### 2.3.1.1一级医疗风险警示

2.3.1.1.1未按时完成入院首次病程记录、病历、各种侵入性操作术前记录（术前诊断）、术后记录；未及时签订各种重要的医患协议书及书写影响病案内涵质量的重要医疗文献内容；

2.3.1.1.2未及时查房，连续两次以上，患者有投诉，但未发生医疗缺陷后果（以下简称后果）；

2.3.1.1.3在诊疗过程中，有一定缺陷，但无后果；

2.3.1.1.4各种医疗操作不当或不成功，患者投诉但无后果；

2.3.1.1.5其他未引起后果，但有患者投诉的诊疗行为；

**厚德 精诚 笃行 至善**

2.3.1.1.6 出生医学证明审核发放管理出现意外丢失等重大事件；

2.3.1.1.7 孕产妇、儿童抢救转诊遭医疗机构拒绝，导致生命危险甚至死亡；

2.3.1.2 二级医疗风险警示

2.3.1.2.1 超过24小时未完成住院病历、首次病程记录、各种侵入性操作术后记录等重要医疗文件，或超过6小时未补记抢救记录，可能酿成医疗缺陷或医疗纠纷投诉；

2.3.1.2.2 非特殊、疑难病人，未及时确诊（超过72小时）或未及时确定与更正、补充治疗方案，延误治疗，造成患者投诉；

2.3.1.2.3 三级查房不及时，特别是上级医师查房不及时，造成患者投诉；

2.3.1.2.4 经上级卫生行政部门鉴定或法院判决虽未构成医疗事故，但有一定的过失或差错：（包括经司法鉴定有医疗过错，人民法院判决承担10%以下赔偿责任）

2.3.1.2.5 一年内，被两次一级医疗风险警示。

2.3.1.3 三级医疗风险警示

2.3.1.3.1 经医疗事故鉴定委员会鉴定或人民法院判决为医疗事故：（包括经司法鉴定有医疗过错，人民法院判决承担过错责任在10%以上）

2.3.1.3.2 由于各种“不作为”因素，酿成医疗纠纷，责任人过失严重，虽未认定医疗事故，但影响恶劣，造成医院声誉的损害；

2.3.1.3.3 由于责任人的过失，造成医疗缺陷，经调解，给患者经济补偿的；

2.3.1.3.4 一年内，两次被二级医疗风险警示；

2.4 医疗保健风险控制制度

各临床科室应严格执行医院质量与安全管理的各项制度，常规做到以下几个方面：

2.4.1 医疗风险控制制度

2.4.1.1 “三看”

2.4.1.1.1 手术患者床头看：对于手术患者，主管医师应当在床头查看术后生命体征和恢复情况，及时根据患者病情做出相应的处理措施，并将病情变化及时告知患者及家属。

2.4.1.1.2 危重患者随时看：危重患者，原则上必须转入PICU/NICU或重症抢救



救室，医护人员应当随时观察病人生命体征，及时做出相应处理，待病情平稳后转回普通病房，但因其他因素未转入PICU/NICU或重症抢救室的，主管医师和值班医师应随时查看病人情况，并做好患者及家属的沟通。

2.4.1.1.3新入院者24小时看：新入院患者往往病情较重，主管医师或值班医师应尽可能随时查看患者，留意其病情变化。

#### 2.4.1.2 “三查”

2.4.1.2.1住院医师工作日每日2次查房，非工作日每日查房1次，三级医师中最高级别的医师，每周至少查房2次，中间级别的医师每周至少查房3次。

2.4.1.2.2完善三级医师查房，严格三级医师查房制度，不断提升查房质量，增强医疗水平，进而防范医疗风险。

#### 2.4.1.3五大谈话

2.4.1.3.1入院24小时内医患谈话。即首次医患沟通必须在患者入院24小时内完成。

2.4.1.3.2术前、术中、术后医患谈话。手术病人，必须做好围手术期的医患沟。

2.4.1.3.3创伤性诊疗活动前谈话。开展有创诊疗操作，必须签有创操作同意书待患者及家属知晓并同意后，方可开展。

2.4.1.3.4麻醉前谈话。在对手术病人麻醉前，麻醉医师应与患者谈话，告知麻醉方式，手术操作持续时间长短，并嘱患者有不适随时告知。

2.4.1.3.5输血前谈话。对于需要输血的患者，护士应事先与患者沟通（患者昏迷时与家属沟通），并嘱若出现不适应立即告知护士。

#### 2.4.1.4五大关键

2.4.1.4.1关键制度：十八项核心制度。

2.4.1.4.2关键患者：危重、新入院、特殊患者——重点观察、监管。

2.4.1.4.3关键人员：新上岗人员、责任意识淡薄人员——多重视、教育。

2.4.1.4.4关键环节：急危重门诊、急诊住院患者——检查环节

2.4.1.4.5关键时段：节假日、交接班时间、事故高发时段——应重视。

#### 2.4.2保健风险控制制度

2.4.2.1强化保密意识：对接触涉密数据、管理涉密数据人员进行重点培训。

2.4.2.2严格落实出生医学证明发放管理关键环节、关键配备，抓好节假日、下班时间的存放安全问题。

2.4.2.3加强培训，提高保健专业能力。

2.5医疗保健风险追溯制度

2.5.1事后及时查明缘由风险消除后，相关人员（事发科室和相关职能部门）应及时总结，分析原因，并提出具体整改措施。

2.5.2及时追究主要责任人责任，根据当事人员的过错程度，结合其平常表现（业务水平和相关技能掌握情况），确定其应承担的具体责任。

2.5.3科室必须全员讨论总结。事发科室负责人应及时组织全科人员讨论总结找出根本原因，并提出下一步具体整改措施，防止类似事件再次发生。

2.5.4定期督查措施落实情况。职能部门应根据科室的整改计划，逐一督导整改落实，杜绝风险的再次出现。

2.6医疗保健风险防范措施

2.6.1医疗风险防范措施

2.6.1.1认真落实《医患沟通、知情同意制度》

2.6.1.1.1注意病人的心理需求，医患间相互沟通，是控制医疗纠纷投诉、防范医疗风险的重要环节。

2.6.1.1.2注意医患之间的情绪因素、行为因素、环境因素对医疗过程的影响，认真开展换位思考与角色置换的研究。

2.6.1.1.3接诊病人后，认真向病人介绍自己，同时将病情、初步诊断、治疗方法、可能出现的并发症，预计医疗费用，告之病人，并记入病程记录。

2.6.1.1.4实施有创性检查与治疗（纤维支气管镜、胸穿、腰穿、腹穿、肝穿、骨穿、心包穿刺等），必须在实施操作前向病人或家属交待术中、术后可能出现的并发症、医疗意外及医师在操作中采取的应对措施，将谈话内容记入病程记录。

2.6.1.2认真落实高风险环节签字制度。

2.6.1.2.1为了充分尊重病人的知情权、同意权、认真履行民法通则中规定的“作为”义务，在诊疗环节中实施规范性签字制度。如《输血同意书》、《各种穿刺检查同意书》、《各种介入诊断（造影）治疗自愿书》等等，这些协议书

**厚德 精诚 笃行 至善**

规定了向病人告知的内容,可能发生的并发症及医疗意外,并要求患者或家属(监护人)签署同意书。

2.6.1.2.2对上述高风险医疗环节,除尊重病人的知情权、同意权外,同时也要尊重病人的拒绝权。病人明确表示不同意的手术及操作,原则上不做,以避免医疗纠纷。

2.6.1.2.3医务人员在危重病人交接班环节中要认真签字,书面交待,医学影像报告单、病理、检验报告单要实行复核双签字。

#### 2.6.1.3敏感时段查房制度

##### 2.6.1.3.1落实节假日主任查房制度

节假日主任查房是使住院病人在特定的时段不间断地处于质量控制中;主任节假日查房有利于危重病人、各种侵入性操作术后病人、新入院病人的确诊及治疗,有利于对值班医师的考核、监督与管理;

2.6.1.3.2夜班、交接班、双休日、法定节假日等敏感时段,必须坚持督查岗位责任制,使医疗工作始终处于警戒、应急状态。

##### 2.6.1.4绿色安全生命通道

###### 2.6.1.4.1建立全方位、全天候院内急诊急救机制;

2.6.1.4.2抢救病人过程中涉及各医技科室、通讯、后勤保障部门实行限时制度。因超时影响急救工作,追究责任。

##### 2.6.1.5法律援助与医患沟通

2.6.1.5.1对医患间发生的纠纷及病人住院期间遇到的非医疗问题尽快向医务科律师咨询;

2.6.1.5.2律师协助处理医疗纠纷,使病人了解依法、理智地处理医疗纠纷的重要性,双方平等交流、沟通,维护医患双方合法权益;

2.6.1.5.3在医疗纠纷应诉案件中,重视律师在诉讼程序中的作用,认真对待病人的诉讼请求,注意医疗文献资料(病历、录像等)在举证中的责任地位,用法律来维护医院、医师的合法权益。

#### 2.6.2保健风险防范措施

##### 2.6.2.1严格落实数据保密原则,责任到人。

##### 2.6.2.2出生医学证明实施专人专岗原则,设备设施安装按照相关文件要求

配备齐全。

2.6.2.3密切配合卫生行政部门，保质保量落实各项目管理方案。

2.6.2.4畅通三级网络，保证孕产妇和儿童抢救的绿色通道。

### 2.7医疗保健风险预警程序

对于可能发生的一般医疗风险，由科内医疗质量与安全管理人员、科主任预先收集信息，对可能发生的较高医疗风险，科内医疗质量与安全管理人员、科主任通过书面或电话报医务科、医务科备案，必要时报主管副院长。

对因医疗保健风险可能发生的纠纷，相关科室及时报医务科及相关职能科室。

### 2.8医疗风险预警响应

对于可能发生的风险，科内质量与安全管理小组必须给予足够重视，适时做出适当的评估。必要时由医疗质量与安全管理委员会分析确定可能发生风险的程度，并适时发生预警信号。

### 2.9医疗风险预警处理

对可能发生的风险，依照分析原因，确定控制、预防的措施，予以控制。对于可能涉及医疗保健争议的，向患方/基层履行好告知义务，办理书面告知及知情同意手续。

对可能发生难以控制的医疗风险，由医务科、医务科组织相关科室积极做出妥善处理，并记录。

## 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《医疗技术临床应用管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	医疗风险金管理制度	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	84-85

## 医疗风险金管理制度

### 1. 目的

为了增强全院职工预防医疗纠纷和医疗差错事故的主人翁意识和责任感，防范和化解医疗风险，预防和减少医疗纠纷以及医疗差错事故的发生，保障医院患者和职工的合法权益，促进我院持续、快速、协调、健康发展。根据《执业医师法》《医疗事故处理条例》《医疗质量管理办法》等法律法规的规定，结合我院工作实际，本着“风险共担、保障有力”的原则，特制定本制度

### 2. 标准

#### 2.1 管理机构：医疗风险金管理小组

组长：刘涛

副组长：杨华 包顺堂

成员：罗 武 李杨俊 卢 军 肖丽亚 吴奕宏 许朝茂 张玉学  
匡绍根 蒋鹏志 邹 洪 麻 刚 简 姗 姚茂琼 梁 勇  
徐霞飞 秦天海 赵红梅 黄 华 王 卫 谢玉蓉 匡绍根  
唐永红 赵 溱 安 静 张仁铁 陆成林 何珍贤 雷成梅  
肖 琴 姚金华 赵 松

下设办公室于医务科，负责处理日常工作。

#### 2.2 医疗风险金的筹集

医院将各科室医疗、护理每月总奖金的2%预留作为风险金来源，根据科室、岗位的不同风险等级核定筹集比例，风险较高科室、岗位预留比例稍多，风险相对较小科室、岗位预留比例相对较少。

#### 2.3 医疗风险金的管理和使用

医疗风险金管理小组负责管理风险金的筹集及使用，具体由财务科建立以科室为单位的医疗风险金明细账目；同时实施风险金节余款双倍返还政策，返还时间半年一次。

## 2.4 医疗风险金的考核和返还的原则

2.4.1 半年内未发生医疗差错事故及医疗纠纷赔偿的科室，将风险金双倍返还回科室。

2.4.2 半年内如发生了医疗差错、投诉及医疗纠纷未赔偿，则进行如下处理：

2.4.2.1 科室虽发生纠纷，但科室积极与患者协商，科室内部解决且及时汇报，未造成经济损失，医院认可处理结果后不予追究，仍将风险金双倍返还科室。

2.4.2.2 科室发生纠纷，经科室积极参与，共同协调后，仍造成不良影响，但未造成经济损失，经医院医疗事故技术鉴定小组讨论或第三方调解委员会认定科室不存在过错，将双倍风险金返还科室。

2.4.2.3 发生医疗差错、事故、投诉及医疗纠纷但未赔偿，经医院医疗事故技术鉴定小组讨论后认定科室或个人存在过错的，将根据院内制定的奖惩条例或医疗纠纷、医疗差错管理办法给予相应的处罚，从奖金中扣除，风险金仍双倍返还科室。

2.4.3 半年内发生医疗差错事故、投诉及医疗纠纷，产生赔偿，则作如下处理。

2.4.3.1 至医院医务科的投诉及医疗纠纷，经医院医疗事故技术鉴定小组认定医务人员确实存在过错，按医院奖惩条例或医疗纠纷、医疗差错管理办法进行处罚，从风险金中扣除，剩余风险金仍双倍返还科室；不足部分从奖金中扣除。

2.4.3.2 发生至医院级别的投诉及医疗纠纷，经医院医疗事故技术鉴定小组认定无过错，按医疗纠纷、医疗差错管理办法，科室应承担部分从风险金中扣除，不足部分从奖金中扣除。

2.4.4 发生医疗差错事故及医疗纠纷的科室无论赔偿与否，如未及时上报相关职能科室，扣除科主任、护士长200元，当事人500元；如造成不良后果，科室风险金不予双倍返还。

2.5 本办法自下发之日起执行。

## 3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗事故处理条例》

3.3 《医疗质量管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标题</b>	<b>科室质量与安全管理</b> 制度	<b>制度编号</b>	YWK-2020-5
	<b>发布部门</b>	医务科	<b>编制人</b>	杨旭
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	肖丽亚
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版本</b>	第2版	<b>页码</b>	86-87

## 科室质量与安全管理

### 1. 目的

为加强科室医疗质量及医疗安全管理，落实各项医疗法律法规及规章制度，规范医疗行为，提高医疗质量，加强医疗安全根据《医疗质量管理办法》《病历书写规范》《处方管理办法》《医疗事故处理条例》《抗菌药物临床应用指南》等相关法律法规，结合我院实际制定科室质量与安全管理。

### 2. 标准

2.1 科室成立以科室主任为组长的质量与安全管理小组，工作目标是科室全面医疗保健质量与医疗安全管理和持续改进。

2.2 科主任为第一责任人，全面负责科室质量与安全管理，执行医疗保健质量与安全管理持续改进相关任务。科主任根据医院的医疗保健质量与安全管理年度计划制订科室质量与安全管理控制指标及持续改进计划，制订每月管理重点内容，组织落实与考评，主持全科医疗保健质量分析会议。

2.3 科室质量与安全管理小组副组长由科室副主任及护士长担任，组员由医疗秘书、科室技术骨干等组成，协助质量与安全管理工作，负责与医院相关职能部门的联络、信息交流及上传下达。

2.4 科室每年根据实际情况制定医疗保健质量安全方案并实施，方案应包括：管理目标、监测指标、工作计划、主要措施、效果评价等内容。

2.5 科室要做好日常医疗保健质量、安全管理工作，根据科室特点进行医疗保健质量、安全管理检查、评价，每月自查一次，平时随机检查。定期召开科室质量与安全管理会议对每月情况进行分析总结，制定整改措施，进行效果评价。

2.6 职能部门在医疗保健质量与安全管理查房中提出的意见科室要组织反馈和整改落实，有持续改进记录。

2.7 年底对本年度科室医疗保健质量、安全管理情况进行总结。

### 3. 相关文件

厚德 精诚 笃行 至善

- 3.1 《医疗质量管理办法》
- 3.2 《病历书写规范》
- 3.3 《处方管理办法》
- 3.4 《医疗事故处理条例》
- 3.5 《抗菌药物临床应用指南》



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	新生儿安全工作制度	制度编号	YWK-2020-6
	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	88-89

## 新生儿安全工作制度

### 1. 目的

为了保障新生儿住院期间的医疗安全，为新生儿提高安静、舒适、安全的治疗环境，保障新生儿健康需求，根据《医疗质量管理办法》《产科质量建设标准》《新生儿科质量建设标准》国家下发的《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》等相关要求，根据我院实际情况，制定本制度。

### 2. 标准

2.1在产房、手术室的分娩现场安排掌握新生儿复苏技术的儿科医师，并配备新生儿复苏抢救的设备和药品。

2.2产科医护人员定期接受培训，具备新生儿疾病早期症状的识别能力。

2.3新生儿病房严格按照护理级别落实巡视要求，实行全天巡视。

2.4产科实行母婴同室，加强母婴同室陪护和探视管理住院期间，产妇或家属未经许可不得擅自抱婴儿离开母婴同室区。因医疗或护理工作需要，婴儿须与其母亲分离时，医护人员必须和产妇或家属做好婴儿的交接工作，严防意外。

2.5严格执行母乳喂养有关规定。

2.6新生儿住院期间需佩戴身份识别腕带，如有损坏、丢失，应当及时补办，并认真核对，确认无误。

2.7新生儿出入病房时，工作人员应当对接送人员和出入时间进行登记，并对接收人身份进行有效识别。

2.8规范新生儿出入院交接流程。新生儿出入院应当由医护人员对其陪护家属身份进行验证后，由医护人员和家属签字确认，并记录新生儿出入院时间。

2.9新生儿病房加强医院感染管理，降低医院感染发生风险。

2.10新生儿病房制定消防应急预案，定期开展安全隐患排查和应急演练。

2.11对于无监护人的新生儿，按照有关规定报告公安和民政等部门妥善安置，并记录安置结果。

2.12对于死胎和死婴，相关科室应当与产妇或其他监护人沟通确认，并加强管理；严禁按医疗废物处理死胎、死婴。

2.13对于有传染性疾病的死胎、死婴，征得产妇或其他监护人等同意后，产妇或其他监护人等应当在医疗文书上签字并配合办理相关手续。按照《传染病防治法》、《殡葬管理条例》等妥善处理，不得交由产妇或其他监护人等自行处理。

2.14违反《传染病防治法》、《殡葬管理条例》等有关规定的科室和个人，依法承担相应法律责任。

### 3. 相关文件

3.1 《医疗质量管理办法》

3.2 《产科质量建设标准》

3.3 《新生儿科质量建设标准》

3.4 《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>	<b>标题</b>	<b>新生儿抢救制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-7</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版本</b>	<b>第2版</b>	<b>页码</b>	<b>90</b>

## 新生儿抢救制度

### 1. 目的

为切实保障新生儿安全，降低新生儿死亡率，提高危重新生儿抢救救治能力，加强新生儿抢救管理，提高，减少医疗纠纷发生，根据《中华人民共和国母婴保健法》《中华人民共和国母婴保健实施办法》《执业药师法》《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》的要求，结合我院实际制定新生儿抢救制度。

### 2. 标准

2.1新生儿病室必须备有齐全完好的抢救器材与药品，各物品做到四定（定品种数量、定位置、定人管理、定期维护）、三及时（及时检查、及时消毒、及时补充）。

2.2抢救用品专人管理，当班医生与护士负责本组病人的抢救，需要及时呼叫上级医护人员参与抢救。

2.3抢救人员必须熟练掌握抢救知识，熟悉抢救器材、药品的作用和使用方法。

2.4严密观察病情，认真执行医嘱，记录及时详细。

2.5严格执行交接班制度和查对制度，对病情变化、抢救经过、各种用药等要详细交代。所有药品的空安瓿须经二人核对后方可丢弃。口头医嘱要经复述核实后才能执行。

2.6及时与患儿家属取得联系。

2.7做好抢救记录与登记。

### 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实施办法》

3.3 《执业药师法》

3.4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》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标题</b>	<b>医疗质量关键环节、重点部门安全管理标准与措施</b>	<b>制度编号</b>	YWK-2020-8
	<b>发布部门</b>	医务科	<b>编制人</b>	杨旭
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	肖丽亚
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版本</b>	第2版	<b>页码</b>	91-103

## 医疗质量关键环节、重点部门安全管理标准与措施

### 1. 目的

为使医疗质量管理逐渐规范化、制度化、标准化，确保医疗安全，根据《执业医师法》《中华人民共和国母婴保健法》《中华人民共和国母婴保健法实施办法》《医疗质量管理办法》《病历书写规范》《医疗技术临床应用管理办法》《医疗事故处理条例》《医疗废物管理条例》《医疗机构血液透析室基本标准》《内镜清洗消毒技术操作规范》《传染病防治法》等相关法律法规及相关标准，特制定医院关键环节（如急危重患者管理、围手术期管理、有创诊疗操作等）、重点部门（急诊室、手术室、血液透析室、产前诊断、产房、新生儿病房、MICU、PICU、NICU、消毒供应室）管理标准与措施。

#### 关键环节

#### 2. 危急重症患者管理

##### 2.1 标准：

2.1.1 急危重病员诊断抢救治疗措施和方案符合诊断抢救治疗原则，快速、高效。

2.1.2 强化对危重患者管理的责任意识，提高积极主动为危急重症患者服务的紧迫性和自觉性，对需急诊抢救患者，坚持先抢救，后交费的原则。

2.1.3 病历书写及时、准确、规范，按照《铜仁市妇幼保健院病历书写规范》执行。

2.1.4 会诊讨论按照相关制度执行，急诊急危重病人会诊应在≤10分钟到达现场。

2.1.5 门诊、急诊留观不得超过72小时，住院病人3日未明确诊断或病情恶化者必须组织相关专业会诊讨论，尽快明确诊断，制定相应诊治计划和方案。疑难危重死亡病例要组织相关部门和人员进行讨论分析。

2.1.6 紧急手术应在5分钟内开出术前医嘱，20分钟内做好必要的术前检查及

**厚德 精诚 笃行 至善**

相关准备，麻醉科在接到通知后应立即前往病人所在地点(病房、急诊科、放射科、B超室等地)检查病人并随病人进入手术室，麻醉手术科必须在30分钟内完成各项准备。急症抢救手术由有关专科按医院手术分类与审批权限规定指派相应职称的外科医师主刀。

2.1.7急危重病员抢救成功率 $\geq 80\%$ 。

2.1.8急救药品物品齐全，设备处于正常状。

2.1.9消毒隔离按照相关法律法规和医院感染相关规定执行。

2.2措施：

2.2.1认真执行岗位责任制、首诊负责制，严格交接班。

2.2.2为急危重病员的检查、入院、手术等开辟“绿色通道”，简化手续和流程，保证各种措施和方案的有效落实。

2.2.3急危重病员的检查、转科、转院各部门要全力配合，提前做好准备，必须有医护人员陪同和护送，并准备必要的抢救药品和设备。

2.2.4参加培训的医务人员，人人熟练掌握急危重病员的抢救治疗程序和技术操作标准。

2.2.5在抢救的同时，逐级报告，必要时组织科间和全院会诊及抢救。

2.2.6严密观察病情，记录要及时详细，用药处置要准确，对危急病人应就地抢救，待病情稳定后方可移动。

2.2.7严格执行交接班制度和查对制度，口头医嘱执行时，应加以复核。

2.2.8及时与病人家属及单位联系，随时将病情进行通报，重要诊治措施、监护计划、有创检查应征得本人、家属或委托人同意，并签署医疗同意书。

2.2.9及时完成病历书写和记录。

2.2.10加强质量控制、检查和考核，纳入每月综合质量考核，并与绩效工资挂钩。

3. 高危孕产妇管理

3.1标准：

3.1.1孕产妇妊娠风险筛查率 $\geq 98\%$ ，阳性筛出率 $\geq 50\%$ ；

3.1.2孕产妇妊娠风险筛查阳性评估率达100%，黄色及以上高危孕产妇筛出率 $\geq 50\%$ ；

3.1.3黄色及以上高危孕产妇管理率达100%，高危信息上报及时率达100%，规范转诊率达100%；

3.1.4橙色及红色重点人群分类保健率 $\geq 95\%$ ，分类分娩率 $\geq 95\%$ ，救治成功率 $\geq 99\%$ ，分娩结案率 $\geq 100\%$ ；

3.1.5《母子健康手册》使用率 $\geq 95\%$ ，早孕建册率 $\geq 90\%$ ，产后访视率 $\geq 90\%$ ，孕产妇系统管理率 $\geq 90\%$ ，孕产妇保健分娩信息录入率100%；

3.1.6提供相应服务的人员（含市、区县、乡镇级）培训覆盖率 $\geq 90\%$ ，医务人员妊娠风险评估管理知识测试合格率 $\geq 80\%$ ；

3.1.7逐步提高孕产妇自我保健意识，服务对象妊娠风险评估管理知识知晓率 $\geq 85\%$ 以上。

### 3.2措施：

3.2.1按照要求做好孕产妇妊娠风险筛查评估工作，并建立《孕产妇妊娠风险评估和管理统计表》，同时对评估为“黄色”及以上的孕产妇建立高危孕产妇管理登记册、个案，并将筛查表、评估表放入个案中，定期追访重点人群；并将《孕产妇妊娠风险评估和管理统计表》电子版于每月11、21、30/31号发给孕产群体保健科。

3.2.2对评估为“橙色”的孕产妇必须填报《孕产妇妊娠风险评估分级报告单》，并将《报告单》放置到高危管理个案中，同时将《报告单》72小时内报医务科及保健部基层信息管理科；对评估为“红色”的孕产妇必须填报《孕产妇妊娠风险评估分级报告单》《妊娠风险筛查（评估）阳性孕妇转诊单》，并将《报告单》及《转诊单》放置到高危管理个案中，同时将《报告单》24小时内报医务科及孕产群体保健科。

## 4. 高危儿管理

### 4.1标准：

#### 4.1.1生物学因素

4.1.1.1产伤、宫内/产时/产后窒息、缺氧缺血性脑病或颅内出血、早产（胎龄小于37周）、低出生体重（出生体重 $< 2500$ 克）等。

4.1.1.2新生儿期患有严重感染性疾病（如宫内感染、肺炎、败血症等）、高胆红素血症、新生儿惊厥、持续性低血糖等。

4.1.1.3影响生长发育的严重出生缺陷、遗传病或遗传代谢性疾病（如唐氏综合征、甲状腺功能低下、苯丙酮尿症等）。

4.1.1.4母亲有异常妊娠及分娩史（如反复自然流产史、死胎、死产等）、初产年龄<18岁或≥35岁。

4.1.1.5母亲患有糖尿病、甲状腺功能异常、严重感染（如风疹病毒、巨细胞病毒等）、中度以上妊娠期高血压综合征等。

4.1.1.6家族性中有精神、神经疾病病史（如癫痫、精神分裂症、孤独症谱系障碍、精神发育迟缓等），特别是父母及同胞有孤独症谱系障碍、精神发育迟滞等精神、神经、遗传性疾病。

4.1.1.7家族中患有盲及低视力、聋及听力损失、肢体残疾等疾病。

#### 4.1.2社会环境因素

4.1.2.1父母有酗酒、吸毒等不良生活方式。

4.1.2.2家庭中有虐待等不良养育环境。

4.1.2.3家庭中有严重影响到养育儿童能力的其他不良因素。

4.1.2.4在健康检查时发现的生长、发育偏异等

#### 4.2措施：

4.2.1提供高危儿童的身心疾病的诊断、干预治疗及专案管理。

4.2.2进行技术指导与评价，及相关信息的管理工作。

4.2.3组织开展高危儿童医疗保健业务培训，推广适宜技术。

4.2.4负责高危儿童健康教育工作，制订健康教育工作计划，编制适宜的健康教育材料。

#### 5.围手术期管理

##### 5.1标准：

5.1.1术前检查齐全，准备完善。

5.1.2丙类以，上的手术、复杂手术、危重病员、新开展手术有术前讨论，制定有较详细的手术方案。

5.1.3择期手术应予手术前一日，急诊手术提前30分钟通知麻醉手术科，参加手术的医护人员必须按时做好准备和参加手术，急诊手术随叫随到。

5.1.4麻醉师术前必须查看病员，制定麻醉方案。

- 5.1.5病历书写按照《铜仁市妇幼保健院病历质量控制评分标准》标准执行。
- 5.1.6术前履行告知义务，并签署手术同意书及相关医疗文书。
- 5.1.7手术人员安排按照《手术分级管理》标准执行。
- 5.1.8消毒灭菌消毒隔离按照相关法律法规和医院感染相关规定执行。
- 5.1.9手术室布局合理、流程规范，手术室器械、药品和设备必须满足手术麻醉需要。
- 5.1.10医疗废物按《医疗废物管理条例》实施。
- 5.2措施：
  - 5.2.1严格执行围手术期管理制度。
  - 5.2.2择期手术前，尽可能明确诊断，各项术前准备工作全部完成后方可决定手术，按规定行术前讨论。
  - 5.2.3做好各项术前准备工作，纠正手术禁忌症相对禁忌症。
  - 5.2.4术前履行告知义务，并签署好规定的手术同意书及相关医疗文书。
  - 5.2.5严格执行手术分级管理制度。
  - 5.2.6提前通知手术相关部门做好手术准备。
  - 5.2.7严格执行手术操作规范，仔细解剖，准确操作，爱护组织。
  - 5.2.8麻醉师必须进行麻醉探视、术前讨论。做好麻醉准备、术中管理、术后管理和随访。严格掌握拔管指征，不得随意带管回病房。
  - 5.2.9严格遵守手术室工作制度，遵守无菌原则。
  - 5.2.10严格手术器械管理，术前术后清点无误。
  - 5.2.11严格查对制定消毒灭菌、消毒隔离按照相关法律法规和医院感染相关规定执行。
  - 5.2.12医疗废物按《医疗废物管理条例》实施。
- 6.输血与药物管理安全管理标准和措施
  - 6.1标准：
    - 6.1.1医务人员必须具有相应资格。
    - 6.1.2输血与用药必须严格掌握适应症。
    - 6.1.3患者及其家属同意，并签字。
    - 6.1.4药品要严格掌握等级权限。



6.1.5在病程中详细记录输血及特殊用药过程，必要时进行病例讨论。

6.1.6完善输血前各项检查。

6.1.7消毒灭菌消毒隔离按照相关法律法规和医院感染相关规定执

6.1.8医疗废物按《医疗废物管理条例》实施。

6.2措施：

6.2.1严禁无资质人员操作。

6.2.2充分尊重患者知情同意权，履行告知义务，签署同意书和其他相关医疗文书。

6.2.3严格执行相关法律法规、规章制度，严格执行诊疗操作规范和常规。

6.2.4严密观察病情，记录要及时详细，用药处置要准确。

7.有创诊疗操作：

7.1标准

7.1.1操作人员必须具有相应资格

7.1.2有创诊疗操作项目必须是必要的、可行的。

7.1.3病员及家属同意

7.1.4配备必要的抢救药品和设备

7.1.5消毒灭菌消毒隔离按照相关法律法规和医院感染相关规定执行。

7.1.6医疗废物按《医疗废物管理条例》实施

7.2措施：

7.2.1严禁无资质人员操作。

7.2.2充分尊重患者知情同意权，履行告知义务，签署同意书和其他相关医疗文书。

7.2.3严格执行相关法律法规、规章制度，严格执行诊疗操作规范和常规。

7.2.4认真做好操作前的各项准备工作，如：病员心理准备、物质器械、药品、人员等等。

7.2.5及时完成相关操作记录。

7.2.6操作完成后及时告知操作结果，交代注意事项并认真做好护理、观察和随访工作。

## 重点部门

### 1. 急诊室

#### 1.1 标准:

1.1.1 急诊急救人员相对固定(75%)，具有较高的政治素质和具有一定临床经验及技术水平的医师、护士担任，必须具有较高的急救意识和急救综合能力。

1.1.2 院前急救人员24小时待命，接到指令后3分钟内出车，迅速到达现场开展急救，待病情允许及时转送到指定或病员要求的医院治疗，做好与转诊医院交接工作。

1.1.3 急诊抢救药品、器材准备齐全，设备(包括车辆)保证正常状态，能满足院内院前急救需要。

1.1.4 病历质量按照《病历书写规范》及《《铜仁市妇幼保健院病历质量控制评分标准)》》执行。

1.1.5 各种突发事件发生后立即启动医院相应突发事件应急处理预案。

#### 1.2 措施:

1.2.1 加强爱岗教育和医德医风教育，培养爱岗敬业、勇于奉献、“救死扶伤”高尚的职业情操。加强首诊负责制、岗位责任制、交接班制度等医疗核心制度的学习和落实。

1.2.2 医护人员包括救护车驾驶员定期举行急救演练和培训。

1.2.3 严密观察急诊病人的病情变化，做好各项记录。认真执行急诊技术操作规程。

1.2.4 遇重大抢救，应立即上报，主管领导应亲临现场指挥抢救。

1.2.5 加强与病员及家属的沟通，知晓急救的各种风险，及时签署转送、转诊同意书和其他相关医疗文书。

1.2.6 进入我院的急救病员按照医院急救病员“绿色通道”组织急救

1.2.7 加强质量控制、检查和考核，纳入每月综合质量考核，并与绩效工资挂钩。

### 2. 手术室

#### 2.1 标准:

2.1.1 建立健全各项医疗制度及岗位职责。

**厚德 精诚 笃行 至善**

2.1.2手术室设置及配置符合相关要求，区域及人员合理。

2.1.3建立手术室各环节无菌操作规程。

2.1.4配备齐全的抢救药品、器械和设备，随时保持完好状态。

2.1.5执行医院感染相关规定。

2.1.6医疗废物按《医疗废物管理条例》要求处置

2.2措施：

2.2.1建立完善质量管理体系和岗位职责并严格执行。

2.2.2各环节严格按照无菌操作规定开展工作。

2.2.3各环节严格执行安全管理措施，重点是手术安全核查，物品清点要求  
仔细清点器械、敷料、缝针等，准确记录。

2.2.4认真履行职责，随时掌握手术病人麻醉及病情变化，及时处理。

2.2.5非手术人员未经许可不得进入手术室，进入人员要按规定换装。

2.2.6保持仪器、设备完好，建立使用登记和交接，熟练掌握仪器、设备操作及使用、维护、保养。

2.2.7加强院科两级质量与控制，检查和考核结果纳入每月医疗质量考核体系，并与绩效工资挂钩。

3.血液透析室

3.1标准：

3.1.1按照卫生部《医疗机构血液透析室基本标准》各项要求设置。

3.1.2按照卫生部《医疗机构血液透析管理规范》管理。

3.1.3执行医疗核心制度及各项工作职责。

3.1.4病历书写按照《铜仁市妇幼保健院病历质量控制评分标准》执行。

3.1.5配备齐全的抢救药品、器械和设备，随时保持完好状态。

3.1.6执行医院感染相关规定。

3.1.7医疗废物按《医疗废物管理条例》要求处置。

3.2措施：

3.2.1建立完善质量管理体系和岗位职责并严格执行。

3.2.2严格按照血液透析治疗流程开展工作

3.2.3医务人员认真履行职责，随时掌握病情及变化，及时处理病情变化。

**厚德 精诚 笃行 至善**

3.2.4严格执行透析室工作制度，非本科及相关人员，未经许可不得入内，进入工作人员要穿工作服，戴工作帽，换拖鞋，必要时戴口罩。

3.2.5保持仪器、设备完好，建立使用登记和交接，熟练掌握仪器、设备操作及使用、维护、保养。

3.2.6加强院科两级质量控制，检查和考核结果纳入每月医疗质量考核体系，并与绩效工资挂钩。

#### 4. 内窥镜室

##### 4.1标准：

4.1.1诊疗操作按照相关内窥镜技术操作规范和流程执行。

4.1.2检查室必须配备必要的抢救药品和设备。

4.1.3消毒灭菌按照《内镜清洗消毒技术操作规范》和《传染病防治法》等执行。

4.1.4检查报告及时、描述准确、结论科学，有活体组织病理检查者以病理报告为准。

4.1.5医疗废物按《医疗废物管理条例》实施。

##### 4.2措施：

4.2.1操作医师必须了解相关病史，把握检查的适应症、(相对)禁忌症，检查前必须进行必要的准备(如心理、胃肠道等等)，应争取先做肝功能、HBVHCV标记物检查,异常者，应严格消毒隔离。特殊情况下未作以上检查的，应视作异常者处理。

4.2.2HbsAg. HCV阳性病人和其他特殊感染病人用过内窥镜应先消毒一再清洗一一灭菌。每天工作结束后，必须对吸引瓶、吸引管进行清洗、酶洗;冲洗槽、台面及地面等应进行擦洗消毒。弯盘、咬口等器具一人一用一消毒。每周监测使用消毒剂的有效浓度，每月进行卫生学监测，并记录。

4.2.3对发现异常组织必须进行活体组织病理学检查。

4.2.4对个别高危病员必须进行此检查，应在临床科室做好充分的现场抢救准备，征得病员及家属同意并报有关部门和领导后进行。

4.2.5检查前必须履行告知义务，签署检查知情同意书和相关医疗文书。

4.2.6加强质量控制、检查和考核，纳入每月综合质量考核，并与绩效工资

**厚德 精诚 笃行 至善**

挂钩。出现医疗纠纷，经调查确有过错按照医院相关规定执行，构成犯罪的移交司法部门。

## 5. 重症病房

### 5.1 标准：

5.1.1 MICU、PICU、NICU应配备较齐全的抢救药品、器械和设备，随时保持完好状态。

5.1.2 MICU、PICU、NICU人员配备符合管理规定。

5.1.3 严格执行《MICU、PICU、NICU病人转入转出制度》

5.1.4 执行《MICU、PICU、NICU交接班制度》、《MICU、PICU、NICU医生值班制度》，24小时专人值班监护。

5.1.5 执行《医务人员进入MICU、PICU、NICU的管理制度》、《MICU、PICU、NICU探视制度》。

5.1.6 病历书写按照《病历书写基本规范》执行。

5.1.7 消毒灭菌消毒隔离按照相关法律法规和医院感染相关规定执行。

5.1.8 医疗废物按《医疗废物管理条例》实施。

### 5.2 措施：

5.2.1 严格执行《MICU、PICU、NICU工作常规》。

5.2.2 MICU、PICU、NICU医生全权负责医疗工作，专科医生参与，MICU、PICU、NICU医生分管病人，分工不分家，认真履行职责，随时掌握病情及变化，及时会诊和讨论，及时处理病情变化。

5.2.3 及时与病员及家属加强沟通，通报病情及治疗计划等。

5.2.4 严格交接班，班班交接、床头交接。

5.2.5 非本科及相关人员，未经许可不得入内，进入工作人员要穿工作服，戴工作帽，换拖鞋，必要时戴口罩。

5.2.6 患者的家属需留下电话号码，以便必要时及时取得联系，患者家属探视时间：下午：3:30-4:00。

5.2.7 保持仪器、设备完好，建立贵重仪器使用登记卡和交接制度，熟练掌握仪器、设备操作、使用、维护、保养，用后要整理完毕放回原处，关掉电源。

5.2.8 加强质量控制、检查和考核，纳入每月综合质量考核，并与绩效工资

挂钩。出现医疗纠纷，经调查确有过错按照医院相关规定执行，构成犯罪的移交司法部门。

## 6. 产房

### 6.1 标准：

6.1.1 产房应保持清洁整齐和适宜的温度、湿度，通风良好。

6.1.2 产房应备有必要的抢救药品和器械，随时保持效期和完好。

6.1.3 产房严格执行24小时值班制

6.1.4 工作人员无传染病者。非新生儿室工作人员不得入内。谢绝参观、探视

6.1.5 产妇在产后一般留观1-2小时，无特殊情况才可送回病房

6.1.6 出生后的新生儿须作全身检查，测体重，验留脚印、系腕带、滴眼药等，然后送母婴室。

6.1.7 病历质量按照《铜仁市妇幼保健院病历书写规范》》执行。

6.1.8 工作人员进入产房时，必须穿专用衣、裤、鞋，戴好工作帽、口罩，接生和手术时，应严格执行无菌技术操作规程。

6.1.9 医疗废物按《医疗废物管理条例》实施。

### 6.2 措施：

6.2.1 值班人员不得擅自离开工作岗位，严格执行交接班制度

6.2.2 产房应备齐产程中所需要物品，药品和急救设备，固定位置，专人保管，定期检查、维修，及时补充和更换

6.2.3 应热情接待产妇，严密测血压、听胎心、观察产程。产妇在待产和分娩过程中应及早发现和异常情况。

6.2.4 产房应保持清洁，定期做好清洁工作、消毒工作和细菌培养。可疑患有传染病的产妇，分娩时应采取隔离措施，产后及时消毒处理，分娩结束后，及时整理用物、产床、被服，行常规清洁消毒，各种物品归还原位。每周大清扫一次，每月空气培养一次，各种消毒物品每周定期灭菌一次，各种消毒液按规定更换。

6.2.5 接生后，接生人员应及时、准确地填写产程、临产、新生儿和出生证等记录。

6.2.6新生儿出生后要及时让产妇和亲人知晓相关情况。

6.2.7产房应有浸泡手消毒液，保持浓度，定期更换。

6.2.8加强质量控制、检查和考核，纳入每月综合质量考核，并与绩效工资挂钩。出现医疗纠纷，经调查确有过错按照医院相关规定执行，构成犯罪的移交司法部门。

## 7. 新生儿病房

### 7.1标准：

7.1.1新生儿室应保持清洁整齐和适宜的温度、湿度，通风良好。

7.1.2新生儿室应具备有必要的抢救药品和器械，随时保持效期和完好。

7.1.3工作人员无传染病者。非新生儿室工作人员不得入内。新生儿室谢绝参观、探视。

7.1.4病历质量按照《铜仁市妇幼保健院病历书写规范》执行。

7.1.5医疗废物按《医疗废物管理条例》实施。

### 7.2措施：

7.2.1室内每日通风换气、进行空气消毒。

7.2.2新生儿室有医护人员24小时守护。严格交接班制度，必须床旁交接。严密观察，及时发现处理异常情况。保暖热水袋温度不超过摄氏49度。热水袋应加布套，勿贴近新生儿身体。新生儿每天沐浴，沐浴盆每日消毒一次。在面盆专用。

7.2.3工作人员进入新生儿室应戴帽子、口罩，穿好隔离衣，更换专用鞋。接触新生儿前后，应洗净手。

7.2.4新生儿室内的器械、物品均应固定专用。

7.2.5新生儿室的面巾，产妇清洗乳头的棉棒，奶瓶、奶头、奶罩，新生儿的衣服、尿布必须经过消毒才可应用。新生儿出院后床位要进行消毒。新生儿患传染病或有感染可疑时，应当予以隔离。

7.2.6新生儿的腕带、床及包被外面，均需标明母亲姓名、新生儿性别以便识别。

7.2.7新生儿应逐日称量体重，按要求接种预防疫苗。

7.2.8及时与家长交流沟通，通报新生儿现状和观察治疗方案，并签署知情

同意书和相关医疗文书。

7.2.9加强质量控制、检查和考核，纳入每月综合质量考核，并与绩效工资挂钩。出现医疗纠纷，经调查确有过错按照医院相关规定执行，构成犯罪的移交司法部门。

8. 相关文件

- 8.1 《执业医师法》
- 8.2 《中华人民共和国母婴保健法》
- 8.3 《中华人民共和国母婴保健法实施办法》
- 8.4 《医疗质量管理办法》
- 8.5 《病历书写规范》
- 8.6 《医疗技术临床应用管理办法》
- 8.7 《医疗事故处理条例》
- 8.8 《医疗废物管理条例》
- 8.9 《医疗机构血液透析室基本标准》
- 8.10 《内镜清洗消毒技术操作规范》
- 8.11 《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	医疗质量重点时段管理制度	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	104-106

## 医疗质量重点时段管理制度

### 1. 目的

为抓好医疗质量重点时段的管理，在周六、周日、节假日、中午夜班、就诊者急剧多时，规范、有序开展诊疗工作，不断提高医疗质量，使医疗质量管理逐渐规范化、制度化、标准化，确保医疗安全，根据《执业医师法》《医疗质量管理办法》《病历书写规范》《医疗技术临床应用管理办法》《医疗事故处理条例》等相关法律法规要求，结合我院实际情况，制定本制度

### 2. 标准

#### 2.1 重点时段的概念

节假日、双休日；中午、夜间单独值班时；上下班交接时；就诊者急剧增加时是医疗安全管理的重点时段

#### 2.2 管理标准

2.2.1 各科室必须合理安排上班人员，保障有足够的和有经验的医护人员在岗，保质保量完成日常医疗业务工作。

2.2.2 科室二、三线值班人员，在双休日和节假日应轮流安排到科室查房，确保每天有高年资主治医师以上人员查房，对科室的新入病人、手术病人及危重病人的处置严格把关。

2.2.3 合理安排高年资护士双休日及节日休假，强化中午、夜间单独值班护理。护士长在双休日和节假日期间必须适当参与科室轮班和安排时间到科室督查护理工作落实情况，解决护理疑难问题和补充科室必需的医疗物资，确保医疗护理工作有序开展。

2.2.4 科室管床的一线医师在双休日和节假日必须坚持到科室查房和处置病人，如有新入病人、重危病人或自己处置困难的病人，要主动要求住院总医师或上级医师查房，特殊情况必须及时报告科主任，重大情况向院总值班或医务科报告。

2.2.5 科室必须安排二线医师和二线护士，随时待命以应对科室出现的突发情况。担任二线的医师和护士，不得随意远离医院，禁止饮酒，保证通讯工具通畅。

2.2.6 科室主任和护士长必须对科室医疗质量安全负责，切实加强重点时段的安全管理。科室负责人必须保证通讯工具通畅，遇有突发事件必须及时到院进行处置，不得借故不到现场。

2.2.7 切实履行请示报告制度。科主任和护士长在双休日、节假日期间离开本市必须提前分别向医务科和护理部请假并登记备案，科主任离开本市需要向分管院长请假，同时确定好科室的临时负责人并应得到当事人的认可，临时负责人在科主任离开期间代其履行职责。

2.2.8 加强重点时段病人的医疗管理，建立科室安全防线。对病危、病重病人；急诊手术病人；有争议、有纠纷的病人；病情突然恶化的病人，住院医师接诊在做出初步诊断处理后，需立即报告住院总医师并做好记录，住院总医师处置有困难时要通知二线医师，二线医师必须及时赶到现场，查看病人并提出诊疗计划，处理仍有困难时，必须及时报告三线医师直至科主任。

2.2.9 加强重点时段转院病人的管理，确保转院病人途中安全。重点时段的危重病人，因我院条件处置困难需转上级医院治疗者，值班医师必须请上级医师，必要时报告科室主任确定是否转院治疗。如需转院，原则上由临床科室与上级医院取得联系，如科室联系有困难可报请院总值班与上级医院联系，同时，科室要安排好护送病人的医师和护士，确定抢救物资准备充分并履行书面知情告知（转院的必要性和转院途中风险）后才能转送病人。转运途中出现特殊情况必须及时与院总值班联系，必要时与医务科联系。

2.2.10 加强重点时段院内会诊的管理，确保会诊质量。为保障会诊质量，住院总医师会诊困难时，必须及时向上级医师或科主任报告。二线、三线医师接到报告后应到场查看病人和提出处置意见，杜绝在会诊中相互推，延误患者治疗，必要时科主任到场。

2.2.11 加强对重点时段急诊手术的管理，确保手术质量。新入急诊病人或住院病人病情变化需急诊手术者，需由科室二线或三线医师亲与查看病人后确定是否进行急诊手术，处置困难时需及时报告科主任，住院医师不得擅车决定手不。

手术主刀医师需根据手术分级管理定严格执行，但对病情特别危重，需施行的紧急手术，科主任可以视该手术医师具体操作技能和经历，进行特别授权，准予主刀。

2.2.12加强节假日前的安全检查，切实落实“一岗双责”，各科室在节假日前必须按照医院部署由科主任、护士长组织对科室进行安全会检查，并有书面检查记录。科室安全检查重点为：急救药品是否齐备，急救设备是否完好及是否处于备用状态；科室节日值班医师安排是否合理，科室毒麻药品和危化品的“五专”管理是否落实；科室危重病人管理是否落实到人，科室院感管理措施是否落实到位；科室在防火防盗方面是否采取措施，科室是否存在其他非医疗因素的安全隐患等。对于检查中发现的问题必须进行有效整改，科室解决困难时需书面向相关部门汇报。

2.2.13加强重点时段的医疗安全督查力度。各医疗管理部门应加大对重点时段的医疗安全督查力度，确保医院各种制度有效执行。

2.2.14上下班交接时医疗安全管理详见《值班与交接班制度》。

2.2.15就诊者急剧增加时医疗安全管理详见《门诊高峰时(期)段应急预案》。

### **3. 相关文件**

3.1 《执业医师法》

3.2 《医疗质量管理办法》

3.3 《病历书写规范》

3.4 《医疗技术临床应用管理办法》

3.5 《医疗事故处理条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	疑难危重孕产妇救治制度	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	107-111

## 疑难危重孕产妇救治制度

### 1. 目的

为加强我院孕产妇急救工作，保证我院疑难危重孕产妇救治绿色通道的畅通，有效提高疑难危重孕产妇救治的成功率，杜绝医疗隐患的发生，根据《执业医师法》《中华人民共和国母婴保健法》《中华人民共和国母婴保健法实施办法》《医疗质量管理办法》《病历书写规范》《医疗技术临床应用管理办法》《医疗事故处理条例》《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》等相关法律法规及文件要求，结合本院实际，制定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 组织领导

##### 2.1.1 铜仁市妇幼保健院疑难危重孕产妇抢救领导小组

组长：刘涛

副组长：杨华 包顺堂

成员：罗武 肖丽亚 龙秀艳 许朝茂 简珊 梁勇 匡绍根 姚茂琼

邹洪 张宏伟 张玉学 邱月

##### 2.1.2 铜仁市妇幼保健院疑难危重孕产妇抢救专家组

组长：简珊

成员：黄华 徐霞飞 麻刚 邹洪 秦天 匡少根

张仁铁 唐永红 谢玉蓉 杨淋

##### 2.1.3 医务科负责日常管理工作

#### 2.2 工作职责

2.2.1 疑难危重孕产妇抢救领导小组：负责疑难危重症孕产妇的救治、会诊及转诊工作的组织与协调，及时解决抢救过程中存在的部门协作及资源调配问题，保证转诊救治流程高效通畅，急救技术力量与系统设备统一调配，血液及其制品

厚德 精诚 笃行 至善

足量及时供应等，努力提高救治效果。审定铜仁市妇幼保健院孕产妇抢救程序、相关制度及考核体系。

2.2.2 疑难危重孕产妇抢救专家组：负责疑难危重孕产妇的会诊和抢救，根据急危重孕产妇情况制定抢救方案，努力提高孕产妇抢救成功率。参加疑难危重孕产妇死亡评审讨论会，完善抢救转诊流程，加强技术培训与实战演练。对于会诊抢救不及时，或推诿会诊，未履行专家组工作职责的个人，将取消其专家组成员资格并承担相应责任。

### 2.3 院内疑难危重孕产妇救治预案

医院医务人员均应高度重视疑难危重孕产妇救治工作，严格执行首诊负责制，严禁推诿、拒诊疑难危重孕产妇。

#### 2.3.1 院内疑难危重孕产妇观察制度

2.3.1.1 病房日常分娩的产妇，要严密观察病情，有危重病情发展趋向的，应当及时诊治和组织抢救。

2.3.1.2 对入院待产的高危孕产妇，入院时要制订治疗方案，并根据病情变化及时调整和及时组织抢救。

2.3.1.3 门诊发现危重孕产妇要马上通知病房做好抢救准备工作，接诊医生或护士要亲自护送孕产妇到病房。

2.3.1.4 按照院内疑难危重症孕产妇三级预警管理方案实施。

#### 2.3.2 急诊接诊制度

2.3.2.1 急诊科接诊疑难危重孕产妇后，应详细了解病情尤其是有无内外科合并症，通知产科值班医师接诊，必要时通知产科二线值班医师和急诊科主任亲自查看病人。一旦发现疑难危重孕产妇后，即开通“危重孕产妇救治绿色通道”，首诊科室负责通知各相关科室，各科室应积极协作，保证救治通道畅通。

2.3.2.2 检查、医学检验科室接到危重孕产妇抢救通知的检查、检验项目须以最快的时间完成相关检查、检验，及时出具报告，并标明接受标本时间及发报告时间（要求具体到分钟）。

2.3.2.3 在救治中需要多科协作和综合医院技术支援的，应及时通知医务科或医院“疑难危重孕产妇抢救领导小组”进行人员调度、联络、求援。

2.3.2.4 需要急诊手术的孕产妇，急诊科应在通知产科值班医师的同时，做

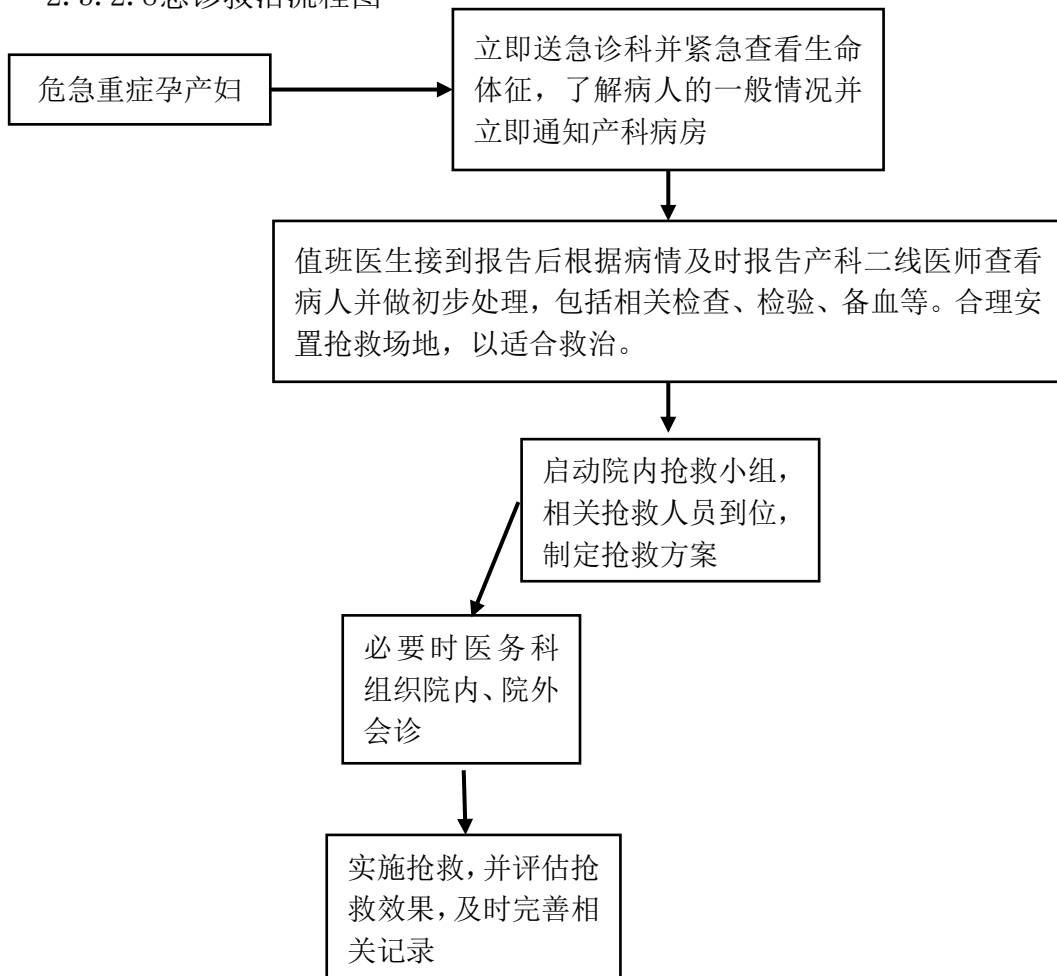
必要的手术准备；手术室必须在最短时间内安排手术；相关科室按照医院手术分类及权限要求安排手术。

2.3.2.5 疑难危重孕产妇原则上收治产科，如出现科室无床不能收治等特殊  
情况，值班医师应逐级上报，由值班三线医师或科主任协调解决，如协调解决困  
难，应上报医务科，由医务科根据病人病情，协调院内相关科室暂时收治，其他  
专科应积极配合。

2.3.2.6 经医务科积极协调后仍无法收治的危重孕产妇，须由相应专科值班  
二线医师确认其病情允许，且报医务科同意后方能转院，相关科室、医务科、医  
院总值班室均应详细记录事情处理经过。

2.3.2.7 需要转诊的要报请医务科同意。转诊前及转送过程中需采取必要的  
抢救处理措施，转送时必须有知情的医务人员护送送，同时向转诊医院报告患者  
情况，以便做好接诊准备工作。送到后护送人员应在介绍完病情并办理好相关转  
诊手续后方可离开。

2.3.2.8 急诊救治流程图



厚德 精诚 笃行 至善

## 2.4 院外疑难危重孕产妇转诊及会诊制度

2.4.1 24小时预约转诊联系人为急诊科医师或医院总值班（18085646120）。

2.4.2 紧急转诊：直接联系医务科（0856-5266197）或医院总值班室（18085646120），相关人员接到转诊电话后，应详细询问记录病人情况，做好接诊准备，同时通知产科。特殊情况及时报告医务科，并在专用登记本做好记录。

2.4.3 转诊接收住院者，在该患者结束本院治疗后，应完善急诊病历及入院证，送入产科。

### 2.4.4 院外会诊指导流程

普通会诊按《铜仁市妇幼保健院关于院外会诊的管理规定》执行，科室值班医生提出申请，科主任签字，医务科根据申请邀请会诊医院相应专业专家来院会诊，会诊结束后，请会诊医生书写出会诊记录，放置病历中。

## 2.5 加强监督与管理

2.5.1 每季度举行一次危重孕产妇评审讨论会。评审标准为（关于印发《铜仁市妇幼保健院危重孕产妇评审实施方案》的通知）。

2.5.2 医务科、护理部不定期对此项工作进行督察，督促相关科室和人员按照规定做好疑难危重孕产妇救治、会诊及转诊工作，保持绿色通道畅通。组织学习和演练，努力提高孕产妇抢救成功率。

2.5.3 对于在工作中违反规定，推诿急危重症孕产妇等，耽误了抢救时间导致孕产妇、围产儿死亡或发生严重并发症者，经专家组确认后，对责任科室和个人严肃处理。

## 2.6 其他

2.6.1 危重孕产妇上报流程见《铜仁市孕产妇妊娠风险评估与管理实施方案（试行）的通知》（铜卫计发〔2018〕116号）。

2.6.2 贫困危重孕产妇救治：救治过程中存在经费不能及时到位影响抢救时，医务人员应先行救治，同时请示医务科并报主管院长备案。

2.6.3 各科室根据疑难危重孕产妇抢救应急预案，明确相关科室与人员的职责及联系方式。健全规章制度，不断完善抢救转诊流程，由医务科、护理部负责组织相关人员定期进行技术培训与实战演练，不断提高救治水平。

## 3. 相关文件

- 3.1 《执业医师法》
- 3.2 《中华人民共和国母婴保健法》
- 3.3 《中华人民共和国母婴保健法实施办法》
- 3.4 《医疗质量管理办法》
- 3.5 《病历书写规范》
- 3.6 《医疗技术临床应用管理办法》
- 3.7 《医疗事故处理条例》
- 3.8 《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》



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	促进自然分娩、降低非医学指征剖宫产管理制度	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	112-119

## 促进自然分娩、降低非医学指征剖宫产管理制度

### 1. 目的

为进一步降低非医学指征剖宫产率，促进自然分娩，确保母婴健康和安全，根据《执业医师法》《中华人民共和国母婴保健法》《中华人民共和国母婴保健法实施办法》《孕产期保健工作管理办法》《孕产期保健工作规范》（卫妇社发【2011】56号）《医疗质量管理办法》《产科质量能力建设标准》《医疗技术临床应用管理办法》国家下发的《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》的相关法律法规管理规定，结合我院具体情况制定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 实施内容

开展包括孕前健康心理教育、宣传自然分娩的好处、加强心理支持；门诊体重管理，孕期合理体重增长，降低巨大儿发生率及孕妇并发症；加强助产技术、适宜的分娩镇痛，陪伴分娩；医务人员的适宜技术培训，掌握住院指征、剖宫产指征等一系列措施，促进自然分娩，有效降低非医学指征剖宫产率。

##### 2.1.1 门诊管理

2.1.1.1 开展促进自然分娩的宣传活动。

2.1.1.1.1 网络媒体的宣传，获得家属及社会认同；

2.1.1.1.2 孕妇学校宣传，规范孕妇学校授课内容。制定统一的孕妇学校教学版课件，包括讲解分娩相关内容，提高孕妇学校参与率。

2.1.1.1.3 在产科门诊、病房等醒目位置张贴宣传画，有条件的医疗保健机构在各候诊区域电子屏幕滚动播放促进自然分娩宣教片，广泛宣传有关自然分娩的科普知识，营造促进自然分娩的浓厚氛围。

2.1.1.1.4 开展一对一咨询。

2.1.1.2 根据《中华人民共和国母婴保健法》及其《实施办法》精神，加强

孕期保健管理。按照国家《孕产期保健工作管理办法》和《孕产期保健工作规范》（卫妇社发【2011】56号）开展门诊孕期保健工作，重视早期高危因素的发现，有效减少剖宫产率。门诊医师有责任向前来问诊的孕妇宣传自然分娩的好处及剖宫产手术风险。中级以上职称医生对孕37周的孕妇进行常规分娩方式评估。

#### 2.1.1.3开展孕期体重管理。

2.1.1.3.1监测孕妇体重变化，开展个体化科学饮食指导，指导孕妇及胎儿体重在合理范围内增长，减少低体重及巨大胎儿等的发生。

#### 2.1.1.3.2开展妊娠糖尿病门诊。

#### 2.1.2入院前管理

2.1.2.1分娩方式评估。需由主治职称及以上级别医生审核，对有剖宫产手术指征的孕妇，根据病情，预约住院。

#### 2.1.2.2正常孕妇，孕41周及以上住院待产。

#### 2.1.3住院待产管理

2.1.3.1严格把握引产指征：所有产科干预措施都是基于证据和必要的，取消无指征引产。

2.1.3.2严格把握剖宫产指征：规范剖宫产手术管理，要求剖宫产患者提出自愿申请，医生告知产妇剖宫产的利与弊，尽量减少社会因素剖宫产。

2.1.3.3加强院科两级监督检查：院内成立由业务院长任组长，相关职能科室负责人为成员的督查组，每月定期对产科病例进行检查，对发现的问题及时提出整改意见，保证各项制度落实到位，切实提高自然分娩率。科内自查，每月一次。

2.1.3.4开展住院期间孕妇心理咨询和指导：医护人员对待产孕妇进行心理护理、心理支持及人文关怀，由专业人员提供心理保健咨询及辅导。

#### 2.1.4分娩期管理

2.1.4.1科学产程管理：减少不必要的医疗干预，取消无指征产科医疗干预，如人工破膜及催产素等，取消备皮、灌肠和常规会阴切开。每年会阴侧切率保持在30%以下。

#### 2.1.4.2陪伴分娩

2.1.4.2.1应保护产妇在分娩期间的隐私，有单独的温馨分娩室或设有保护隐私的墙或窗帘。

2.1.4.2.2具有允许陪伴待产的条件。

2.1.4.2.3允许产妇选择陪伴者（家属、伴侣、导乐人员或助产士等）。

2.1.4.2.4鼓励实施助产士一对一分娩陪伴，允许产妇第一产程中走动、自由体位，并可适当饮食；具有鼓励产妇运动，提供自由选择体位的环境（包括第一产程运动车、分娩球等）；提倡第二产程自由体位，具有改变第二产程分娩体位的条件（助产人员技术、多功能分娩床、分娩凳等）。

2.1.4.2.5分娩期心理支持

2.1.4.3使用分娩镇痛

2.1.4.3.1为工作人员开展有关非药物镇痛方法的培训，具有提供非药物镇痛的人员、设备和环境。非药物镇痛（按摩、物理、心理等）的比例逐年升高，达到100%。

2.1.4.3.2药物镇痛分娩。

2.1.4.4产程中的监护

2.1.4.4.1第一产程

a) 监测孕妇生命体征，包括神志、面色等，潜伏期监测T、P、R、Bp4小时一次，活跃期监测T、P、R、Bp2小时一次。必要时可进行心电监护。

b) 监测胎心：潜伏期听胎心1小时一次，活跃期听胎心0.5-1小时一次，每次听取30—60秒。入待产室行胎心监护一次，进入活跃期必要时持续胎心监护。

c) 观察孕妇宫缩情况：宫缩强度、持续时间、间歇时间，每小时记录一次。

d) 监测孕妇宫口开大、胎先露下降、胎方位情况，阴道指检：潜伏期2-4小时一次，活跃期1-2小时一次。臀位破膜后立即阴道指检，了解有无脐带脱垂。

e) 观察孕妇阴道流血情况：阴道流血的颜色、性质、量。

f) 观察孕妇阴道流水情况：破膜后立即听胎心，记录破膜的时间、羊水的颜色、性质、量，如先露未固定，应抬高臀部，防脐带脱垂。

g) 绘制产程图观察产程情况。

2.1.4.4.2第二产程

a) 监测孕妇基本生命体征，包括观察孕妇神志、面色等，监测P、Bp15分钟一次。必要时可进行心电监护。

b) 监测胎心：5-10分钟听胎心一次，必要时持续行胎心监护。

c) 观察孕妇宫缩情况：宫缩强度、持续时间、间歇时间，每15分钟记录一次。

d) 监测孕妇胎先露下降、胎方位情况。

f) 观察孕妇阴道流血情况：阴道流血的颜色、性质、量。

g) 观察孕妇阴道流水情况：羊水的颜色、性质、量。

2.1.5成立孕期健康教育管理小组，制定相应规章制度

2.1.6医护人员管理

2.1.6.1加强助产队伍建设。培养有资质、责任心强、技术好的业务骨干充实到助产队伍，保证助产技术力量。

2.1.6.2加强技术培训。有促进自然分娩更新观念和助产适宜技术的培训计划；对妇产科专业技术人员每月组织集中学习，通过讲座、座谈、典型病例分析等方式，强化业务知识培训和职业道德教育，使其熟练掌握剖宫产手术医学指征。助产士培训每月一次。

2.1.6.3开展产房轮训：要求全院新进的妇产科医生均需到产房轮训，并在产科担任总住院医师半年以上，确保医院后备产科技术人才。

2.1.7产科综合管理

2.1.7.1按照省级产科标准化建设要求，将产房布局、设施设备进行调整规范和配备完善。

2.1.7.2医院分管领导负责产科质量管理，定期组织、督导、检查、评估。将自然分娩率作为考核指标。

2.1.7.3落实医院各项核心制度

2.1.7.4制定、执行产科服务体系的各种激励机制

2.1.7.4.1制定促进自然分娩奖励政策；

2.1.7.4.2将非医疗指征剖宫产率纳入产科质量控制指标中。

2.1工作规范

### 2.1.1 门急诊医师

2.1.1.1 首诊医师必须详细询问病史、进行体格检查、完善必要的辅助检查、作出初步诊断和处理，并按门急诊工作制度和病历书写基本规范的要求完成病历书写。对诊断明确的患者应积极治疗或提出处理意见，对诊断尚未明确（病情复杂、诊断处理有困难）的患者应在对症治疗的同时，及时请示上级医师或请有关科室医师会诊。

2.1.1.2 对于普通患者，首诊医师若经检诊后不属于本科疾病，在病历中简要记录，提出初步诊断，向患者做好解释，并指引其至相应专业就诊，或向上级医师汇报，以决定是否转相应专业就诊；就诊者所患疾病具有多科情况或病情较为复杂需要多科会诊时，首诊医师要对就诊者进行必要的检查，提出初步诊断、处理意见，做好病历记录，建议患者转相关科室诊治，或者向上级医师汇报，决定是否请相关科室会诊或进行多学科会诊。禁止首诊医师不经检诊擅自将病人推诿到他科，否则造成的医疗事故或纠纷，由首诊医师承担全部责任。

2.1.1.3 对急、危、重患者，首诊医师应采取积极措施负责实施抢救。如为非所属专业疾病或多科疾病，应组织相关科室会诊或报告医院主管部门组织会诊。会诊后由影响患者生命安全的主要疾病所对应的科室牵头进行抢救，其他科室应通力合作，密切配合。因故必须转院者，应经科主任同意后报总值班或医务科，先与对方医院联系得到同意后给予转院，重危病人要安排医务人员随车护送，并对病情记录、途中注意事项、护送等事项作好妥善安排。

2.1.1.4 对于需立即进行手术治疗的患者，首诊医师应向相关科室值班医师或总住院医师交班，协助做好术前准备，并完成相关病历记录

2.1.1.5 遇重大灾难事件或涉及法律纠纷的首诊就诊者，首诊医师在积极抢救就诊者的同时，应立即报告科主任和医务科。

2.1.1.6 首诊医师请其它科室会诊必须先经本科上级医师查看病人并同意。被邀科室须由二线医师以上人员参加会诊。两个科室的医师会诊意见不一致时，须分别请示本科上级医师，直至科主任。若双方仍不能达成一致意见，由首诊医师负责处理并上报医疗管理部门或行政总值班协调解决，不得推诿。

2.1.1.7 若因分诊错误而挂错号或需请其他科医师会诊，首诊医师也应书写

病历，写明会诊要求和转科目的，决不允许私自涂改挂号科目，推诿病人。

2.1.1.8首诊医师对需要紧急抢救的病人，须先抢救，同时由病人陪同人员办理挂号和交费等手续，不得因强调挂号、交费等手续延误抢救时机。

2.1.1.9首诊医师下班前，应将患者移交接班医师，把患者的病情及需注意的事项交待清楚，并认真做好交接班记录。

2.1.1.10首诊医师应对病人的去向或转归进行登记备查。

#### 2.1.2病房医师

2.1.2.1对于新入院患者，医师应在2小时之内进行诊治；急、危、重患者，应立即接诊，并报告上级医师。

2.1.2.2上班时间入院的患者，由管床医师接诊、采集病史、进行体格检查和必要的辅助检查，提出初步诊断意见及诊治措施；非上班时间入院的患者，上述工作由值班医师进行，并及时书写首次病程记录和入院记录；若上班时间管床医师休息，由同组医师或按科室规定收治患者。

2.1.3医务人员要关心体贴病人，文明行医，对病员或家属提出的合理要求应尽力满足。

2.1.4凡在接诊、诊治、抢救病人或转院过程中未执行上述规定、推诿病人者，要追究首诊医师、当事人和科室的责任。

2.1.5药剂、放射、检验等相关科室应积极配合，凡在病房和门诊申请检查单上注明有“急”或“抢救”标志的，应及时准确处理，不得影响抢救工作。

#### 2.2监督和评估

##### 2.2.1院级评估及督导

2.2.1.1由医院成立的自然分娩管理小组对以下指标进行督查评估。

2.2.1.1.1剖宫产率；

2.2.1.1.2自然分娩率；

2.2.1.1.3会阴侧切率；

2.2.1.1.4新生儿窒息率；

2.2.1.1.5新生儿产伤发生率；

2.2.1.1.6陪伴分娩率；

2.2.1.1.7产后出血率。

2.2.1.2对各种登记本及统计报表抽查。一对一陪伴分娩登记本、自然分娩登记本、剖宫产分娩登记本、剖宫产率及自然分娩率月统计表。

2.2.1.3落实分娩镇痛、陪伴分娩全面开展情况，对其开展质量不定期抽查。

2.2.1.4对剖宫产率、剖宫产指征每1个月向相关职能部门报告一次，对检查情况进行通报，并与绩效考核挂钩。

2.2.2科室评估及督导

2.2.2.1每月统计剖宫产率（首次剖宫产率等），并进行纵向比较，对于月剖宫产率较前下降的情况给予适当奖励，对于月剖宫产率较前增加的情况予以查找原因。

2.2.2.2每月统计自然分娩率，并进行纵向比较，对于月自然分娩率较前下降的情况需查找原因，对于月自然分娩率较前增加的情况予以适当奖励。

2.2.2.3每月统计会阴侧切率，会阴侧切率控制在30%以下，核实无指征会阴侧切情况，并加以改正。

2.2.2.4每月统计新生儿窒息率，控制在3%以下。

2.2.2.5每月统计新生儿产伤发生率，并进行病例讨论。

2.2.2.6确保陪伴分娩率达到100%。

2.2.2.7确保分娩镇痛（包括心理指导、抚摸等措施）达到100%。

2.2.2.8每月统计产后出血率，控制在5%以下。

2.3考核管理

2.3.1考核指标

为降低剖宫产率，促进自然分娩，提高服务质量，将非医学指征剖宫产率的降低和第三方满意度的增高作为医疗质量与安全考核指标的内容。

2.3.2考核办法

2.3.2.1促进自然分娩措施：给予产房和新生儿科相应政策扶持。

2.3.2.2降低剖宫产率：剖宫产率控制在40%以内，初次剖宫产率控制在35%以内。

2.3.2.3第三方满意度：第三方满意度与医疗质量和安全考核挂钩。

2.3.2.4由于产科系高风险科室，设立产科风险金。

### 3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《中华人民共和国母婴保健法》

3.3 《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.4 《孕产期保健工作管理办法》

3.5 《孕产期保健工作规范》（卫妇社发【2011】56号）

3.6 《医疗质量管理办法》

3.7 《产科质量能力建设标准》

3.8 《医疗技术临床应用管理办法》

3.9 《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	<b>标题</b>	孕产妇危重症评审工作制度	<b>制度编号</b>	YWK-2020-12
	<b>发布部门</b>	医务科	<b>编制人</b>	杨旭
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	肖丽亚
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版本</b>	第2版	<b>页码</b>	120-122

## 孕产妇危重症评审工作制度

### 1. 目的

为加强我院危重孕产妇的管理，总结和推广危重孕产妇救治经验，提高医疗保健诊疗水平和服务质量，努力降低孕产妇死亡，杜绝医疗隐患的发生，根据《执业医师法》《中华人民共和国母婴保健法》《中华人民共和国母婴保健法实施办法》《医疗质量管理办法》《病历书写规范》《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》《铜仁市危重孕产妇评审实施方案》等相关法律法规及文件要求，结合本院实际，制定本制度

### 2. 标准

#### 2.1 评审目的

2.1.1 通过对孕产妇危重症病例进行从入院至出院全医疗过程的回顾性分析，提出改进措施和评估改进效果，达到提高医务人员对孕产妇危重症的早期识别、及时、正确的干预与救治能力，有效地提高孕产妇危重症患者的生存质量和进一步降低孕产妇死亡率。

2.1.2 提高各级管理人员对危重孕产妇管理重视程度，加大投入与管理力度。

2.1.3 总结经验教训，及时发现和解决医疗保健服务过程中存在的问题，推广行之有效的适宜技术和和管理经验。

#### 2.2 评审原则

2.2.1 遵循保密原则。参加评审人员不能将评审过程、内容、结论对外披露。

2.2.2 明确评审目的。参加评审人员应充分认识评审目的是改进服务质量，评审结论不作为医疗事故、医疗过错鉴定和处理依据。

2.2.3 多学科人员参与。专家组成员应来自不同领域的相关专家；参与医疗救治的医务人员须到评审现场。

2.2.4 病例信息充分、真实。评审现场须提供原始病例，评审专家应阅读完整病例而不是病例摘要。

### 2.3 评审对象

孕产妇危重症评审对象是指发生在本院内的从妊娠开始至产后42天内濒临死亡，但被成功救治或由于偶然因素而继续存活的孕产妇病例。

### 2.4 评审人员

评审人员包括评审专家组和参与危重症患者医疗救治的主要相关人员，评审专家组由主管院领导、医务科、保健部，孕产保健部、麻醉科、护理部等领域的专家组成，评审组专家具备副高级以上职称。

### 2.5 职责分工

#### 2.5.1 职责

2.5.1.1 将危重孕产妇评审纳入医疗质量管理常规。

2.5.1.2 组织专家每季度对院内的孕产妇危重症病例进行评审。

2.5.1.3 指定专人负责收集院内全部孕产妇危重症病例信息，并向当地妇幼保健机构上报相关信息。

2.5.1.4 将需要重新评审的典型病例和有代表性的病历复印件资料交辖区内妇幼保健机构或上级主管部门组织的省级评审。

#### 2.5.2 评审专家组职责

2.5.2.1 按照“孕产妇危重症评审流程”对孕产妇危重症病例的医疗保健服务全过程进行评审。

2.5.2.2 对评审结果进行分析和研究，制定干预措施；为建立、完善和落实相关医疗服务规范提供技术支持。

2.5.2.3 针对评审中发现的重点问题，定期开展技术指导和业务培训。

### 2.6 评审要求

#### 2.6.1 评审时限

至少每季度1次，对依据《WHO危重孕产妇判定标准》上报的所有危重孕产妇病例进行评审。

#### 2.6.2 评审程序

##### 2.6.2.1 评前准备

2.6.2.1.1 由孕产保健部部长指定评审病例，病例所在科室将参与危重患者医疗治的主要相关人员名单报至医务科。

2.6.2.1.2危重孕产妇评审前所有评审专家需经过培训熟悉“危重孕产妇评审流程”，并提前阅读评审病例的完整病历复印件。

2.6.2.1.3由评审病例所在科室科主任担任评审现场主持人，负责现场病例评审组织与安排，引领专家按照评审流程、有序逐项评审、避免漏项，既要敏锐抓住问题、挖掘原因，又要掌握好评审节奏。

#### 2.6.2.2评审

由参与孕产妇危重症病例医疗救治的医生报告病例，评审专家按照“评审流程”逐项与参与医疗救治的相关人员进行友好的、相互尊重的交流与讨论、分析存在的问题、给予正确的理论知识和临床技能讲解与指导、提出改进建议或相应的干预措施、表扬正确的医疗操作。

#### 2.6.2.3评审结果与反馈

由评审病例所在科室科主任安排专人负责记录专家对病例的评审意见和撰写个案分析报告，同时，需把专家对所有病例的评审意见进行归纳、分析、总结，形成评审工作报告，并报至医务科，再由医务科上报本辖区卫生行政部门。

### 3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《中华人民共和国母婴保健法》

3.3 《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.4 《医疗质量管理办法》

3.5 《病历书写规范》

3.6 《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》

3.7 《铜仁市危重孕产妇评审实施方案》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	高危孕产妇管理制度	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	123-125

## 高危孕产妇管理制度

### 1. 目的

为加强我院高危孕产妇管理工作，对孕产妇进行妊娠风险评估，保证我院高危孕产妇救治绿色通道的畅通，有效提高高危孕产妇救治的成功率，杜绝医疗隐患的发生，根据《执业医师法》《中华人民共和国母婴保健法》《中华人民共和国母婴保健法实施办法》《医疗质量管理办法》《医疗事故处理条例》《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》《铜仁市妊娠风险评估与管理方案》等相关法律法规及文件要求，结合本院实际，制定本制度。。

### 2. 标准

#### 2.1 高危孕妇筛查及登记管理

2.1.1 医院首诊发现高危孕妇，按照高危孕产妇五色预警填写“铜仁市高危孕妇报告卡”，并将高危孕产妇标识贴在母子健康手册或孕产妇保健手册上，记录诊断及日期。

2.2.2 产科门诊负责孕产妇高危风险的动态评估，必要时于孕24-28周、32周、37-38周再次筛查，若出现风险升级及时按照高危孕产妇五色预警进行登记及上报等管理。

2.2.3 开设高危妊娠门诊，将妊娠风险分级为橙色、红色、紫色的孕产妇作为重点人群纳入高危孕产妇专案管理，由副主任医师及以上职称人员进行诊疗监管，保证专人专案、全程管理、动态监管，并预约登记下次返诊时间。

2.2.4 产科门诊对筛查出来的高危孕妇，按规定登记在《高危孕产妇管理登记本》上。

#### 2.3 高危孕妇报告管理

2.3.1 产科门诊发现高危孕妇，应及时填写“铜仁市高危孕妇报告卡”，对橙色、红色预警的孕妇要及时上报医务科或给碧江区妇幼保健院。

厚德 精诚 笃行 至善

2.3.2凡有不宜妊娠者，需副主任医师评估确认后，按要求填报高危上报卡并及时电话报告碧江区妇幼保健所。

#### 2.4. 高危孕妇追访管理

医院负责高危门诊的人员，负责追访预约登记的高危孕妇，追访工作主要包括：督促高危孕妇按时进行产前检查、服药或入院治疗；对高危孕妇及家属进行相关孕期保健知识的宣传教育；动员不宜妊娠者终止妊娠等。

#### 2.5高危孕产妇转会诊管理

2.5.1对妊娠合并特殊内外科疾病的高危孕妇，须转至具有相应专科的医疗机构。

2.5.2对妊娠合并严重内科疾病的高危孕妇，在孕28、34、37周评分时，应有内科会诊意见。

2.5.3对需要转会诊的高危孕妇，应填写转会诊单。接受转会诊的医院进行相关检查、处理后，填写转会诊单回执，如该孕妇仍返回我院，将回执贴在围产保健手册上；如孕妇被留在接受转诊的医院进行监护、分娩，该医院应将回执转至本区县妇幼保健机构，转送方式同高危孕妇报告卡片。

2.5.4我院为铜仁市高危孕产妇转会诊协作医院，有责任承担相关医院的转会诊要求，不得推诿、拒绝。对住院危重症病人的转诊，转诊医院应准备好详细的病情摘要及相应的辅助检查结果，由医生护送，并与接受转诊医院进行交接。

#### 2.6住院高危孕产妇管理

2.6.1高危孕妇均应住院分娩。

2.6.2对严重的高危孕产妇，可转上级专科医院或综合医院分娩。

2.6.3医院开设高危病房，固定副主任医师以上职称人员专人负责，系统管理至产妇平安出院。

2.6.4对报告危重的孕产妇，院主管领导应亲自组织全院进行抢救。必要时，铜仁市卫生局主管领导应及时有效地组织本区专家组进行会诊、抢救，或请相关上级医院会诊或转诊。

2.6.5对有高危因素的产妇，医院必须将有关内容填写在母子健康手册或孕产保健手册上。

#### 2.7. 高危孕产妇出院管理

高危孕产妇出院后，科室应进行回访，如病情不稳定未达出院标准需及时将信息报医务科，上报所属辖区妇幼保健院，以利地段保健所产后回访。

### 3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《中华人民共和国母婴保健法》

3.3 《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.4 《医疗质量管理办法》

3.5 《医疗事故处理条例》

3.6 《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》

3.7 《铜仁市妊娠风险评估与管理方案》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标题</b>	<b>母婴保健技术管理办法</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-14</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版本</b>	<b>第2版</b>	<b>页码</b>	<b>126-127</b>

## 母婴保健技术管理办法

### 1. 目的

为更好地服务广大妇女儿童，规范我院的母婴保健技术，根据《中华人民共和国母婴保健法》、《中华人民共和国母婴保健法实施办法》、《母婴保健专项技术服务级别标准》制定本管理办法，要求从事母婴保健技术的科室及个人严格按照以上三部法律法规及标准和本管理办法执行。

### 2. 标准

2.1 我院从事的母婴保健技术服务范围及实施部门包括《中华人民共和国母婴保健法实施办法》第三条中所规定的全部项目。具体项目及实施部门如下：

2.1.1 母婴保健的科普宣传、教育和咨询：主要由孕期保健部负责，各科室有不同形式，包括孕妇学校、家长学校、母乳喂养热线、医院的网站、APP等多种形式进行。

2.1.2 婚前医学检查：孕期保健部。

2.1.3 产前诊断和遗传病诊断：孕期保健部。

2.1.4 助产技术：产科。

2.1.5 节育手术：妇科、产科。

2.1.6 终止妊娠手术：产科、妇科。

2.1.7 新生儿疾病筛查、产前筛查：产科、新生儿科。

#### 2.2 母婴保健技术实施办法

2.2.1 从事以上母婴保健技术服务范围第2至7项的医务人员必须取得执业医师资格，并在本单位注册，且取得母婴保健资质（母婴保健证），并严格按照准入项目依法进行执业和操作，从事终止妊娠手术应符合批准的服务范围、服务项目、手术术种。不得超范围执业和操作。

2.2.2 从事人类辅助生殖技术服务的医务人员及实验人员应该按照相关的法律法规取得相应资质和资格。

2.2.3个人应及时查验自己母婴保健证，及时参加母婴保健技术培训，进行母婴保健证校验和换证等。

2.2.4科室有责任核查科室人员母婴保健技术服务范围，提供合适工作岗位，保证科室人员不超范围执业和操作。各科室必须按照计划生育法律法规做好超声检查、遗传优生检查、计划生育服务等工作。

2.2.5从事母婴保健技术的相关科室应每年定期组织从业人员进行《中华人民共和国母婴保健法》、《中华人民共和国母婴保健法实施办法》、《母婴保健专项技术服务级别标准》的专题学习。

2.2.6药学部要依法对计生药品和药具进行专人管理，严格处方管理。

2.2.7医务科对新入职人员进行母婴保健证的检查检验，根据个人具体情况安排工作，定期对全院从事母婴保健的人员进行资格验证，组织参加各级母婴保健技术培训，组织母婴保健证的发放和换证工作。

### 2.3相关处罚规定

2.3.1对于无母婴保健证从事母婴保健技术服务的个人，责成其写出检查，立即停止相关违反违规医疗活动。对于超出母婴保健证范围进行操作的医务人员，责成停止超范围操作。

2.3.2对于发生以上违法违规操作的科室，责成科室做出自查，制定整改意见和措施。

2.3.3违反本管理办法者按照医院绩效管理方案扣相应的绩效考核分值。

2.3.4对于违规的医务人员及科室，进行个别约谈及科室集体约谈。

### 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》

3.3 《母婴保健专项技术服务级别标准》



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	多学科合作管理制度	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	128-129

## 多学科合作管理制度

### 1. 目的

为积极推广全生命周期医疗保健服务理念，加强医院多学科合作和学科体系建设，做到治疗、预防与保健相结合，根据《执业医师法》《医疗质量管理办法》《医疗事故处理条例》《医疗技术临床应用管理办法》进一步提高医疗保健服务质量，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 指导思想

坚持以服务对象为中心，积极搭建多学科合作平台，秉承全生命周期医疗保健服务理念，探索多学科合作治疗保健服务新模式，实现资源优势互补，学科发展相辅相成。

#### 2.2 多学科合作的内容

2.2.1 孕产期保健干预：优生优育咨询、孕期营养、孕期心理及产前门诊、遗传科、超声诊断科、内科、产后康复科等科室相互合作，健全孕期保健的信息档案，发现异常等尽早干预，保障母婴安全。

2.2.2 高危产妇及高危儿多学科干预：具有高危因素的孕妇分娩前，根据情况组织多学科会诊，提前干预。严格执行“儿科医生进产房”制度，做好复苏准备。评估存在高危因素的新生儿按高危儿处置程序，产科、新生儿科、儿童保健科、儿童康复科、遗传科等互通信息，全程提供保健、医疗、康复等服务。

2.2.3 疑难疾病多学科讨论：疑难患者经科内会诊后需要提请多学科讨论时，首先由科主任签署院内多学科讨论申请书，及时报医务科，再由医务科负责通知相关科室人员参加。主管院长或医务科参加会诊，科室做好讨论记录。

2.2.4 危重患者全院抢救：危重症患者，需外科室协助时，应立即电话请求相关科室会诊，同时向医务科汇报。抢救工作由现场职称最高的医师主持，有序开展，人员分工协作，同时做好抢救记录，必要时报告主管院长。

厚德 精诚 笃行 至善

2.2.5新生儿重度窒息、死亡病例组织多学科讨论：对新生儿重度窒息或患者突发性疾病意外死亡、死因不明确或死因有争议时，所在科室应申请多学科讨论。讨论会由医务科组织。

### 2.3保障措施

2.3.1各科室主任应高度重视，加强科内学习培训，提高多学科合作意识，熟练掌握合作流程，促进学科体系发展。

2.3.2医院定期举办全院专业技术人员业务培训，将多学科合作纳入医护人员岗前培训，将其作为医院内涵建设的重要组成部分渗透在日常工作中。

### 3.相关文件

3.1《执业医师法》

3.2《医疗质量管理办法》

3.3《医疗事故处理条例》

3.4《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	多学科联合门诊管理制度	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	130-132

## 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《执业医师法》《医疗质量管理办法》《医疗事故处理条例》《医疗技术临床应用管理办法》国家下发的《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》等相关法律法规，结合我院实际情况，制定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、门诊办负责组织、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 门诊患者多患疾病诊断较为明确，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，服务中心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小时之内安排下午3-5

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服务中心须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、门诊办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3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3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 《执业医师法》

3.2 《医疗质量管理办法》

3.3 《医疗事故处理条例》

3.4 《医疗技术临床应用管理办法》

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	医嘱管理制度	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	133-136

## 医嘱管理制度

### 1. 目的

为规范医生在医疗活动中下达的医学指令，确保医疗工作正常进行，根据《医疗质量管理办法》《病历书写规范》、《处方管理制度》国家下发的《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》，结合本院实际，特制定医嘱管理制度。

### 2. 标准

2.1医嘱书写资格：医嘱内容及起始、停止时间由有资格的医生执行。凡用于住院病人的各项诊疗工作均须由具有执业医师资格和我院处方权的医师以医嘱形式下达；不具有我院处方权的进修医师以及实习医师不得独立下达医嘱；严禁非执业医师下达和修改医嘱。

#### 2.2医嘱书写要求：

2.2.1医嘱内容必须完整、准确、清楚，格式规范。一般要求见《病历书写规范》“医嘱和医嘱单”的规定；

#### 2.2.2药物医嘱的基本书写要求：

2.2.2.1凡涉及药物的使用，均需开具医嘱。包括静脉滴注后的肝素封管治疗。

2.2.2.2其他书写要求同《处方管理制度》的规定。

2.2.2.3凡使用输液泵、推注泵进行静脉输注给药时，需注明滴速，单位为：ml/h。

2.2.2.4凡一般静脉滴注给药，需注明滴速，单位为：滴/分。

2.2.2.5儿科（14岁以下）用药剂量根据体重或体表面积来计算。

2.2.3麻醉处方的书写要求见《处方管理制度》。

#### 2.3医嘱种类：分长期医嘱、临时医嘱、备用医嘱

2.3.1长期医嘱：有效期大于24小时，包括患者姓名、科别、住院病历号、页码、起始日期和时间、长期医嘱内容、停止日期和时间、医师签名、执行时间、

执行护士签名。长期医嘱内容的顺序为：护理常规，护理级别，病危或病重，隔离种类，饮食种类，体位，各种检查和治疗，药物名称、剂量和用法。

2.3.2临时医嘱：临时医嘱是医师根据病情随时决定的一次性治疗或抢救医嘱，包括出院带药，有效期在24小时之内。临时医嘱只限执行一次，包括内服药、注射剂、术前用药、特殊治疗、检查和皮试等。

2.3.3备用医嘱：依病情需要，医生可以在临时医嘱中开具备用医嘱，开具时需要注明使用条件；备用医嘱有效时限为24小时。

2.4医嘱下达的时限：

2.4.1原则上医嘱应在每日上午10：00前下达。10：00后下达的长期医嘱，医师应先告知当日主班护士。

2.4.2临时医嘱可根据病情需要随时下达。

2.4.3执行计划性出院，一般情况下，医生于患者拟出院前一天停长期医嘱中的药物类医嘱，出院当日查房确认患者可出院后，建议于上午9：00前开出临时医嘱“今日出院”等。

2.4.4.1特殊情况下，出院当天需要更改（取消/增加）出院带药的，在临时医嘱上下达。

2.5药剂师/护士对有疑问的医嘱须确认后执行。

2.6几种特殊情况下的医嘱规定：

2.6.1对于需要使用约束具的就诊者，须由医生下达临时医嘱，医嘱要注明使用约束具的持续时间（最长不得超过24小时）。

2.6.2当患者需要转运，如做检查、转科、进行院间转运、转外院等时，医生必须在对病人进行相应的评估后决定需要使用的转运工具，并开出临时医嘱。

2.6.3口头医嘱

2.6.3.1在非抢救情况下，护士不执行口头医嘱及电话通知的医嘱。擅自执行口头医嘱行为视为违规，一经发现将给予处理。

2.6.3.2危重患者抢救过程中，医师可以下达口头医嘱，护士执行前须重复一遍，得到医师确认后方可执行。开立口头医嘱的医师必须是患者的管床医师或现场急救职称最高、年资最长的医师。

2.6.3.3在执行口头医嘱给药时，需请下达医嘱者再次核对药物名称、剂量

及给药途径，以确保用药安全。

2.6.3.4抢救结束应请医师及时书面补记所下达的口头医嘱用药，保留用过的空安瓶，需经两人核对记录后方可弃去。

2.6.3.5在接获电话医嘱或重要检验结果时，接听护士需对医嘱内容或检验结果进行复述，确认无误后方可记录和执行。

2.6.3.6将口头医嘱内容及时登记在抢救用药记录本上，抢救结束后6小时内，医师根据抢救用药记录补开医嘱，护士在医嘱单上签名。

2.7手术、分娩、转科或重新整理医嘱时，应在做好一项医嘱下面划线，表示以前医嘱一律作废；线下正中标明“手术后医嘱”、“转科医嘱”、“整理医嘱”，在日期时间栏内写明当天日期时间。

## 2.8医嘱的变更

2.8.1已经提交到护士工作站生成医嘱本、医嘱记录单和执行单，但尚未执行的医嘱，发现错误或因情况变化需修改或撤销的，均须停止原医嘱，另行下达新医嘱。

2.8.2拟行的手术、特殊检查或操作的医嘱，部分已执行，而另一部分因故需取消时，由医师在医师工作站上作废尚未执行的医嘱，并用红笔在医嘱本执行医嘱的部分写“取消”字样，签全名和时间。

2.9术后医嘱：病人手术后要全部停止术前医嘱，重开术后医嘱。手术结束、病人返回病房后1小时内，由手术医师（特殊情况下由病区值班医师）下达术后医嘱。

## 2.10模糊医嘱的澄清

2.10.1模糊不清有疑问医嘱是指医嘱书写不清楚，医书写有明显错误（包括学术语错误）、医嘱内容违反治疗常规、药物使用规则、医嘱内容与平常医嘱内容有较大差别、医嘱有其他错误或者疑问。

2.10.2护士接医师下达的医嘱后，认真阅读及查对，对模糊医嘱，必须查清后方可执行。首先询问开医嘱者：如果开医者不在或无法联系到则寻找其上级医师，上级医师不在的情况下联系值班医师或总住院医师：核实后重新下达并打印医执行单，医嘱执行护士接医嘱执行单后，认真查对，严格按照医嘱的内容、时间等要求准确执行，不得擅自更改。



2.10.3医嘱执行后，应认真观察疗效与不良反应，必要时进行记录并及时向医师反馈。

2.10.4如遇抢救危重患者的紧急情况下，对于模糊医嘱护士可立即联系在科室就近的任一医师，此医师有责任积极了解病情并临时给予相应的紧急处置，同时及时与患者的主管医师沟通，主管医师无法联系到时应寻找其上级医师或总住院，必要时直接汇报科室主任或副主任，抢救结束应做好相关的记录。在此过程中推诿、延误抢救者根据情节严重情况和造成的后果将给予严厉的处罚。

2.10.5模糊不清有疑问医嘱的澄清流程见附件。

### 3. 相关文件

3.1 《医疗质量管理办法》

3.2 《病历书写规范》

3.3 《处方管理制度》

3.4 《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	患者病情评估制度	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	137-138

## 患者病情评估制度

### 1. 目的

为了保障医疗质量，使患者得到客观科学的评估，以便做出适宜的治疗计划，得到科学、有效的治疗，根据《中华人民共和国执业医师法》《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《医疗纠纷管理条例》等相关法律法规，结合医院实际情况制定患者病情评估制度。

### 2. 标准

#### 2.1 职责

对患者进行评估工作是医务人员的职责，是重要的质量管理监控环节。

#### 2.2 评估人资质、评估对象及时限

对患者进行评估的卫生专业人员应当具备在本院注册的执业资质。医师对接诊的每位患者均须进行病情评估，一般患者入院24小时内进行评估，急危重患者立即评估。

#### 2.3 记录要求

评估结果记录于相关知情同意书、谈话记录、专用病情评估表（如麻醉术前访视记录）或病程记录中。

#### 2.4 评估方法及内容

患者评估是通过询问病史、全面体格检查、临床实验室检查、医技辅助检查等途径，对患者的全身状况、疾病严重程度、心理、生理及社会状况、经济支付能力等做出综合评价，以指导对患者的诊疗活动。

#### 2.5 评估的重点范围

对患者的评估应当贯穿于整个医疗护理活动过程中，通过对患者评估，全面把握患者基本的现状和诊疗服务的需求，为制定适宜与患者的诊疗（手术）方案（计划）、护理计划提供依据和支持。包括：门诊评估、入院评估、手术前评估、

麻醉前后访视评估、疑难危重患者评估、病情变化时评估、出院前评估等。

### 3. 相关文件

- 3.1 《中华人民共和国执业医师法》
- 3.2 《医疗机构管理条例》
- 3.3 《医疗质量管理办法》
- 3.4 《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>	<b>标题</b>	检查、治疗申请单和报告单书写制度	<b>制度编号</b>	YWK-2020-19
	<b>发布部门</b>	医务科	<b>编制人</b>	杨旭
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	肖丽亚
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版本</b>	第2版	<b>页码</b>	139-147

## 检查、治疗申请单和报告单书写制度

### 1. 目的

医疗各种检查申请单、报告单是医疗文书重要的组成部分，要求书写清洁，字迹清楚，术语确切，不得修改，为了规范各类检查、治疗申请单和报告单书写，根据《医疗质量管理办法》《病历书写基本规范》等相关管理规定，制定检查、治疗申请单和报告单书写制度。

### 2. 标准

#### 2.1 基本要求

2.1.1 检查、治疗申请单和报告单的书写必须符合卫生部《病历书写基本规范》2010年版的“基本要求”。

2.1.2 检查（含检验，下同）、治疗申请单必须填写患者姓名、性别、年龄（岁、月、天或出生年、月、日）、门诊科别或病室、病床、住院号、临床诊断、申请医师姓名、申请单填写时间（年、月、日，急诊检查需填写时、分）。如为急诊、危急患者，必须在纸质申请单或电子申请单及标本条码上注明“急”或“危”字样或盖章，申请医师应在申请单上注明患者是否需要抬送，危急患者检查需医务人员陪同。急诊检验收到标本后应及时登记标本接收时间（年、月、日、时、分）。

2.1.3 申请单及报告单除填写相关内容外，申请者及报告者应签字迹清晰的全名或电子签名。报告单不得任意涂改，如必须修改应由上级医师审核签字。

2.1.4 医学检验科报告单与申请单在同一表格，除填写结果外，检查者应签全名（或个人电子签名），并均应写清检查或治疗编号。

2.1.5 检验电子申请单开出后应及时打印并粘贴条码，并在系统里录入标本采集时间。

2.1.6 正在应用对检查项目有直接影响的治疗或药物的患者，申请医师应在申请单上注明。

2.1.7严格做好查对，防止差错。本次诊治结果只是表示当次诊治对象当时状况或当次受检标本的结果。

2.1.8生化、放射免疫、化学发光免疫测定及其他特殊检查项目用数字报告者，必须附正常值参考范围。所有测定结果必须用阿拉伯数字报告，并使用法定计量单位。

2.1.9各医技专业可按本专业特点设计检查与治疗申请单和报告单，但必须符合本基本要求。

## 2.2放射科2.2.1X线检查

### 2.2.1.1申请单：

2.2.1.1.1按“基本要求”，并加填原x线号。

2.2.1.1.2扼要填写主要症状、病史（包括治疗及手术史）体征、相关检查结果及初步诊断。

2.2.1.1.3明确申请检查的部位、方法和目的。

2.2.1.1.4需用对比剂的检查，申请医师应填写患者有无对比剂使用相关禁忌证，按所使用对比剂的药物说明书进行相关过敏试验并注明结果。使用对比剂之前应由患者或其授权委托人、监护人阅读《对比剂使用知情同意书》并签字表示同意。

### 2.2.1.2报告单

2.2.1.1接本节的“基本要求”填写报告单。

2.2.1.2注明检查方法。

2.2.1.3诊断报告应主次分明，重点描写所见主要异常的部位、范围、大小、数目、形态、密度、边缘及其对周围结构的影响；同时注意描写伴随病灶以及与鉴别诊断相关的阴性结果，注意区别解剖变异和病变；对于不能确认的异常也应该客观描写并提出进一步检查的建议。

2.2.1.4造影检查：描述造影部位、方法、造造影剂种类、浓度和剂量，描述造影异常表现的部位、形态、密度、边缘等形态改变及功能或动态变化。

2.2.1.5复查照片应和以前照片对比，描述病变变化：对以前图像的描写应注明前次检查的时间。

2.2.1.6科学地提出诊断意见a)肯定性诊断意见。

**厚德 精诚 笃行 至善**

b) 讨论性诊断意见：如有几种诊断的可能性，应依可能性大小按顺序排列，一般不超过3个。

c) 建议性意见提出进一步检查或治疗观察的建议。

d) 若对病变前后认识不一致时，应适当描述原因并对诊断予以更改。

2.2.1.7报告单一式两份（复写或打印），一份交病房或患者，一份存档。如为电子报告则按卫生部部《电子病历基本规范》管理。

2.2.1.8报告医师签名，住院医师的报告单需经主治医师以上（含主治医师）放射科医师审核签名后发出（急诊除外）。急诊报告无上级医师审核时应注明为临时报告，应在24小时内由主治医师以上放射科医师审核：如临时报告无错误，则自动转成为正式报告：如存在错误，应及时更正报告并告知相关人员收回原报告。

## 2.2.2介入放射学

### 2.2.2.1申请单：

2.2.2.1.1按本节的“基本要求”，并加填介入检查号码。

2.2.2.1.2简明扼要写出主要症状、时间、体征及相关的检查结果（化验、心电图、X线、超声、CT、核磁共振、病理等）。

2.2.2.1.3临床诊断意见。

2.2.2.1.4目的要求必须明确：诊断或治疗；如未治疗应注明治疗目的。

2.2.2.1.5申请医师应填写患者有无碘对比剂使用相关禁忌症，按所使用碘对比剂的药物说明进行碘过敏检查并注明检查结果。使用碘对比剂以前应该由患者或其授权委托人、监护人阅读“碘对比剂使用知情同意书”并签字表示同意。填写其他药物的禁忌症和过敏史。

2.2.2.1.6填写患者住址及电话，患者目前就医的医院和科室。

2.2.2.2填写本节的“有创诊疗、操作知情同意书”

### 2.2.2.3介入诊断及治疗报告：

2.2.2.3.1按本节的“基本要求”填写，包括介入检查号码。

2.2.2.3.2介入操作者必须记录检查血管及靶器官，诊断所用器物及型号、造影剂种类及非造影剂药物、剂量及使用方法。

2.2.2.3.3诊断报告应主次分明，重点描写所见主要异常的部位、范围、大

小、数目、形态、密度、边缘及去对周围结构的影响；血管造影应描写病灶动脉期微血管期及静脉期表现；同时描写伴随病灶以及与鉴别诊断相关的阴性结果，注意区别解剖变异和病变；对于不能确认的异常也应该客观描写并提出进一步检查。

2.2.2.3.4复查患者必须前后对照，说明病情变化情况

2.2.2.3.5报告一式两份，一份交患者或病室，一份科内存档

2.2.2.3.6科学地提出诊断意见：

a) 肯定性诊断意见；

b) 讨论性诊断意见：如有几种诊断的可能性，应依可能性大小按顺序排列，一般不超过3个；

c) 建议性意见：提出进一步检查或治疗观察的建议；

d) 若对病变前后认识不一致时，应适当描述原因并对诊断予以更改。

2.2.2.3.7报告一式两份，一份交患者或病室，一份科内内存档。

2.2.2.3.8必须按手术分类由具有相应资质的手术医师签名发出。

2.2.2.4介入诊疗手术记录：术者应在病历的病程记录中详细记录本次介入手术名称、操作的过程，有无与本次操作作相关的并发症，术中采取相应的措施及初步治疗结果，并交代术后注意事项。

2.2.3磁共振成像（MRI）检查

2.2.3.1申请单

2.2.3.1.1按本节的“基本要求”填写，并注明患者体重职业及原MRI号。

2.2.3.1.2应详细填写主要临床症状和体征。

2.2.3.1.3术后复查的患者应注明手术时间，注明有无充填物，内固定装置及其种类。

2.2.3.1.4应简要填写与此次MRI检查有关的其他影像学检查（包括超声、CT、X线、核医学等）和化验结果。

2.2.3.1.5检查部位要清楚具体，如脊柱MRI检查，应标明以第几椎体为中心进行扫描。

2.2.3.1.6申请单应将MRI禁忌证标记清楚，并由患者或其监护人签字核实。主要包括：①心脏有无起搏器及身体内有无其他电磁装置。②有无血管夹和金属

类支架。③有无大的金属假体或充填物，如内固定钢板等。

2.2.3.1.7使用磁共振对比剂之前应该由患者或其授权委托人、监护人阅读“磁共振对比剂使用知情同意书”，并签字表示同意。

#### 2.2.3.2报告单

2.2.3.2.1按本节的“基本要求”填写，包括MRI号。

2.2.3.2.2检查部位、名称（MRI）和检查技术，后者主要包括所使用的MRI扫描序列。

2.2.3.2.3MRI表现：应详细全面认真书写，特别是发现病变后，应全面详细对病变进行描述，包括病变部位、大小、形态、数目、周围有无水肿和其毗邻关系以及MRI信号特点等。

2.2.3.2.4科学地提出诊断意见：

a) 肯定性诊断意见。

b) 讨论性诊断意见：如有几种诊断的可能性，应依可能性大小按顺序排列，一般不超过3个。

c) 建议性意见：提出进一步检查或治疗观察的建议。

d) 若对病变前后认识不一致时，应适当描述原因并对诊断予以更改。

2.2.3.2.5报告一式两份，一份交患者或病室，一份科内存档。

2.2.3.2.6报告单应由主治医师以上放射科医师（含主治医师）签名后发出。

#### 2.2.4时限要求

##### 2.2.4.1普通X线诊断报告

2.2.4.1.1急诊：检查完毕后30分钟内发出诊断报告单。

2.2.4.1.2普通患者：检查完毕后2小时（工作时间）内取诊断报告单（急症报告除外）。

2.2.4.1.3特殊检查：检查完毕后24小时（工作日）取诊断报告单。

##### 2.2.4.2 CT、射学诊断报告：

2.2.4.2.1急诊检查：检查完毕后2小时后取诊断报告单。

2.2.3.3.2.2一般患者：检查完毕后24小时（工作日）取诊断报告单。

2.2.4.2.3疑难病例：可延缓至检查完毕后48小时（工作日）取报告。

#### 2.2.5超声诊断科



### 2.2.5.1 申请单

2.2.5.1.1 按本节的“基本要求”填写。

2.2.5.1.2 简明扼要填写主要症状、体征，术后复查患者应注明手术后时间、注明有无充填物及其种类，相关的影像及检验检查结果；填写初步诊断意见。

### 2.2.5.2 报告单

2.2.5.2.1 脏器的大小（长、宽、厚），轮廓、边缘、界限及毗邻关系。

2.2.5.2.2 脏器内部回声强弱、光点的粗细、分布情况等。

2.2.5.2.3 有无异常回声及异常回声的大小、声像特点及周围关系、重要的阴性发现。

2.2.5.2.4 必要时做脏器功能检查，如胆囊收缩功能，膀胱残余尿量等。

2.2.5.2.5 复查病例一定要详细地前后对比，将对比结果书写清楚。

2.2.5.2.6 科学地提出诊断报告，若有两个或两个以上的诊断，按可能性的大小依次排列，可能性大的放在前位。若需复查，应写明时间。如系占位性病变，报告中应体现以下三个方面①超声物理性质（实质性、囊性、混合性）；②占位性病变来源；③病变病理性质的提示：良性或恶性。

2.2.5.3 报告单由经治医师以上超声诊断科医师签字。

2.2.5.4 报告及图片留存于工作站内，打印一份报告单交患者或病室。

### 2.2.6 医学检验科

2.2.6.1 检验申请单：按本节的“基本要求”填写，并注明“标本类型”和“检验目的”。

#### 2.2.6.2 报告单

2.2.6.2.1 血常规、尿常规：检验如用自动分析仪器，需严格按《全国临床检验操作规程》，做好显微镜法的白细胞分类和尿液沉渣镜检及一般性状描述。

2.2.6.2.2 一般常规：定性检验结果可用阴性（-），可疑（±）、阳性（+）表示；如以阳性程度报告，可用1+、2+、3+和4+，或弱阳性、阳性和强阳性等方式报报告；但免疫学检查（如HbsAg等）以及其他特殊检验应在电子报告单中用不同颜色字体表示，“阳性”为红色字体，“阴性”为普通黑色字体。

2.2.6.3 报告时间参见输血科《检验周期一览表》

### 2.2.7 输血科

2.2.7.1 申请单：

2.2.7.1.1 按本节的“基本要求”填写。

2.2.7.1.2 先填写“输血及血液制品治疗同意书”，再填写“临床输血申请单”，由主治以上医师审核签字送输血科。

2.2.7.1.3 接受输血的患者，临床应于输血前（抢救除外）送血型鉴定（ABO、RhD）和交叉配血试验。送检血标本必须核准后标记清楚，交叉配血试验的血标本不能与血型鉴定同时抽血送检；但交叉配血标本应在输血前3天以内抽取，急诊或抢救患者除外。

2.2.7.2 “输血及血液制品治疗同意书”和“临床输血申请单”中受血者各项化验在每次住院输血前均应检查。

2.2.7.3 配血合格后，由本病室医护人员到输血科取血，并要求双方查对签名（陪护及其他非医护人员不能取血）。

2.2.7.4 取回血应尽快输用，不得自行储血。血取出后不能再退回输血科。

2.2.7.5 对有输血反应者，临床医师应及时与输血科联系，并填好规定的“输血不良反应回报单”，及时交输血科。

2.2.7.6 血型报告

2.2.7.6.1 按本节的“基本要求”填写。

2.2.7.6.2 凡输血患者必须做ABO和RhD血型鉴定（正、反定型），急诊抢救患者紧急输血时RhD检查可除外。

2.2.7.6.3 RhD如为阴性，应有红笔书写或盖红章，或有特殊标志。

2.2.7.6.4 交叉配血试验按要求发报告，应有ABO血型应有主侧、次侧血型鉴定及交叉配血有无凝集及溶血的报告。

2.2.7.6.5 交叉配血不合或有输血史、妊娠史或短期内需接受收多次输血者，应按有关规定做抗体筛选试验。

2.2.8 临床病理科

2.2.8.1 申请单：除按本节的“基本要求”填写外，还应注意以下几点：

2.2.8.1.1 申请病理检查时，送检不同标本需根据要求详细填写不同种类的申请单，填写“病理检查申请单”内所列各项，准确填写以往病理诊断及X线诊断。

2.2.8.1.2冷冻快速切片申请单，临床医师应特别写明手术所见，包括肿块部位及其与周围组织的关系、肿块大小、有无完整包膜、肿块生长时间等。填写临床初步诊断意见和有无特殊需求。

2.2.8.1.3填写细胞学检查申请单：除阴道细胞学送检单外，其他细胞学送检包括胸（腹）水、各种穿刺液、乳头分泌物等均应按病理申请单规范填写。因该单要装订保存，以备复查，故送检过程应保持其清洁。

2.2.8.1.4填写“尸体解剖申请单”：①包括死者姓名、性别、年龄、病史、临床治疗经过、死亡情况、临床最后诊断及推测死因，特别应写明死亡时间。此外还应摘要填写各项实验室检查结果及影像学诊断资料。②按规定办好一切尸体解剖（简称尸解）前手续，尸解申请单需有死者家属和委托者签字。③尸解申请单还应有相关主管职能部门（如医务科）批准。④临床主管医师办好有关手续后，必须将尸解申请单与尸体同时送病理科，并同时通知物业有关人员，需待尸解完毕后尸体才能火化或运走。

2.2.8.1.5阴道细胞学申请单和报告单在同一纸质文件，阴性结果一般不存档，阅片写出诊断意见后，该单交患者或临床病历归档。

2.2.8.1.6申请单与标本一起送病理科。

2.2.7.1.7申请单为临床医师申请病检的重要依据。背面为病理肉眼检查记录及诊断报告存根，送检过程中一定要保持清洁，避免污染。

2.2.8.2标本标志单：

2.2.8.2.1按“基本要求”填写。

2.2.8.2.2必须注明送检标本个数；不同部位标本应分别标记，分瓶送检。

2.2.8.2.3一般标本用10%中性福尔马林固定，固定时间精确到分钟，固定液的量不少于组织体积的3~5倍（要确保标本全置于固定液之中），达到充分固定的目的。如标本用特殊固定液，必须在标志单注明。

2.2.8.2.4申请单上患者姓名应与标本容器上标记一致，以防差错。

2.2.8.3病理诊断报告单参见病理科《病理诊断报告与格式》。

2.2.7.4报告发出时间

2.2.7.4.1一般病理报告书应在收到标本3个工作日内发出；骨组织、需脱钙标本、疑难病例需行特殊染色及免疫组织化学检查的顺延3-5个工作日。

2.2.7.4.2尸解报告应在解剖后45天内发出。

2.2.7.5标本保存时间

2.2.7.5.1取材后的标本应妥善保存至病理报告发出后1个月。

2.2.7.5.2尸检标本应保存至尸检报告发出后1年，涉及纠纷和刑事案件者除外。

2.2.7.5.3病理切片、蜡蜡块应保存15年。

### 3. 相关文件

3.1《医疗质量管理办法》

3.2《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	保护性医疗制度	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	148-149

## 保护性医疗制度

### 1. 目的

为医务人员对就诊者进行诊断、治疗及护理时遇到的隐私方面或影响就诊者精神心理的情况所需遵循的制度做出系统的规定，使就诊者得到最佳的医疗服务，根据国家颁布的《医务人员医德规范及实施办法》《医疗质量管理办法》《妇幼保健院评审细则（2016年版）》等管理规定，结合我院实际，特制定本制度。

### 2. 标准

2.1 全院医务人员应严格执行国家颁布的《医务人员医德规范及实施办法》中规定的“实行保护性医疗、不泄露就诊者隐私与秘密”的规定，告知就诊者他们的相关信息在不违背国家法律、法规的情况下将被作为机密会得到保护，并告知就诊者法律、法规要求公开或/和要求保密的信息情况。如法律、法规不允许公开的信息，在未征得就诊者同意时，医院不得向他人公开就诊者的信息。

2.2 在医疗活动中医务人员应当将就诊者的病情、治疗措施、医疗风险等（包括癌症），在不对就诊者造成精神心理伤害的前提下，由主管医生选择适当的时机如实告诉就诊者，特殊情况下应对就诊者进行精神心理评估后告知。对不具备独立民事行为的就诊者则应向其监护人告知。

2.3 当医务人员在诊疗中发现就诊者患有性病、传染性疾病等隐私性疾病时，应只向就诊者本人说明疾病性质及程度，未经本人同意，不要向他人泄露病情。

2.4 对有特殊生理结构的就诊者或生理不良事件、残疾的就诊者，应注意保护就诊者隐私，不得在公开场合谈论或宣扬。

2.5 在为就诊者做检查、治疗时，应注意保护隐私。病史的询问、血、尿、便及其他标本的采集均应在隐蔽的场所进行。

2.6 男医生在为女就诊者检查胸、腹、外阴等隐蔽部位时，应有女护士或第三者在场。

2.7 严禁向未经就诊者授权的人透露住院信息。

厚德 精诚 笃行 至善

2.8医生应为就诊者保守秘密，未经就诊者同意，不要向他人泄露病因病情。当就诊者不愿与他人共同进行就诊、检查、操作/治疗及转运时，应尽量满足他们的需求。医务人员不要将应保密的内容张贴在病房门上或护士站，不要在公众场合讨论与就诊者有关的问题。

2.9在做治疗或手术时，不得谈论与就诊者无关的事或说笑，以免造成就诊者的心理压力。

2.10各种医疗文书是保密的，除涉及对就诊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就诊者的病历。医院全体员工必须了解和严格执行国家卫健委颁布的《医疗机构病历管理规定》，保存好病历资料，严防损坏、丢失或他人偷看。

2.11门急诊电子病历书写完后应及时退出就诊者病历界面避免其他人看到，需就诊者签字确认的知情同意书等纸质部分由医院统一保管在病案管理科。

住院医生在书写和查阅电子病历中需要离开时，应及时退出病历界面避免其他人看到，以防泄漏就诊者信息和丢失病历。

### 3. 相关文件

- 3.1 《医务人员医德规范及实施办法》
- 3.2 《医疗质量管理办法》
- 3.3 《妇幼保健院评审细则（2016年版）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标题</b>	<b>病情告知与签字同意制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-21</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版本</b>	<b>第2版</b>	<b>页码</b>	<b>150-153</b>

## 病情告知与签字同意制度

### 1. 目的

规范医务人员依法履行告知的责任和义务，就诊者行使有关知情权、选择权，根据《中华人民共和国执业医师法》《医疗机构管理条例》《医疗事故处理条例》《医疗质量管理办法》《妇幼保健院评审细则（2016年版）》等相关法律法规，结合医院实际情况，制定病情告知与签字同意制度。

### 2. 标准

#### 2.1 要求

2.1.1 医务工作者在履行告知责任和义务时应尊重就诊者知情同意权。

2.1.2 在诊疗活动中，患者对自己的所有诊疗信息享有绝对的决定权，包括是否告知、在什么情况下告知家属或其他人等，医务人员对此应该充分的尊重。

2.1.3 因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况通知患者近亲属，由患者近亲属签署知情同意书，并及时记录。

#### 2.2 对象

2.2.1 对操作过程较为复杂、有可能发生严重并发症、或并发症发生率较高以及治疗后果难以准确判定的有创检查、治疗，必须履行书面知情同意手续：

2.2.1.1 实施各类手术、有创检查和治疗；

2.2.1.2 输注血液及血液制品；

2.2.1.3 实施麻醉；开展新业务、新技术；实施临床试验性检查或治疗；

2.2.1.4 对就诊者实施化疗、放疗治疗等；

2.2.1.5 在急诊或病情危重、处于抢救状态下、就诊者或其亲属要求终止治疗、出院、转院等；

2.2.1.6 手术中需要临时改变方案、更换主刀医生；由于就诊者体质特殊或病情危重，可能对就诊者产生不良后果和危险的检查和治疗；

2.2.1.7 收费可能对就诊者造成较大经济负担的检查和治疗等；

**厚德 精诚 笃行 至善**

2.2.1.8住院患者的诊疗方案。

2.3医务人员有义务告知就诊者的主要内容：

2.3.1医院的基本情况、主要医务人员的职称、学术专长等；

2.3.2医院规章制度中与就诊者诊疗工作有利益关系的内容；

2.3.3目前病情、主要诊断、存在问题；

2.3.4拟定的实施手术、特殊检查、特殊治疗方案；

2.3.5治疗方案潜在的利弊，可能的医疗风险的处理方案；

2.3.6可供选择的治疗方案及利与弊等；

2.3.7拒绝治疗的可能后果；

2.3.8预计可能对就诊者造成较大经济负担的收费及有相关制度规定需事先告知的收费。

2.3.9出现医疗纠纷的解决程序。

2.4医患双方履行知情同意手续的形式：通常有口头告知和书面告知，应做到全面告知、准确告知、通俗告知：

2.4.1对于需履行书面告知的，其知情同意书中必须包2.3.3-2.3.7的内容；

2.4.2因同一目的需反复进行腰穿、胸穿等检查时，若患者或家人同意，可在第一次检查前进行书面告知，当穿刺目的、方式变更时，再重新进行书面告知。

2.4.3因同一目的需多次输血或血制品时，若患者或家人同意，可在第一次输血或血制品前进行书面告知，当输血或血制品的目的、方式变更时，再重新进行书面告知。

2.4.4化疗病人无论疗程多长，每次入院进行阶段性化疗前，均需要签订知情同意书。

2.4.5选择签署多次知情同意书的患者或是家属，有权在诊疗的过程中改变自己的选择，此时主诊医生应重新进行知情告知并签署新的知情同意书。

2.4.6口头知情同意的内容应记录在一般病程记录中。

2.5对就诊者履行知情同意手续的要求：当就诊者具有完全民事行为能力时，知情同意权必须由就诊者本人作出方为有效，其他人员不得代为行使，其它情况应采取授权委托代理人来代为行使。

2.6患方履行知情同意手续的人员顺序：

**厚德 精诚 笃行 至善**



2.6.1应由就诊者本人或监护人、委托人行使，委托代理人应按照就诊者配偶、父母、成年子女、其他近亲属的先后顺序依次担任；无直系或近亲属的就诊者，可由所在单位、街道办事处或村民委员会指定人员担任；

2.6.2就诊者虽具有完全民事行为能力，在不违反保护性医疗制度时，由本人履行书面签字手续；

2.6.3就诊者虽具有完全民事行为能力，但需采取保护性医疗制度时，应采取授权委托人代为行使知情同意权，但必须有书面授权书；

2.6.4就诊者具有完全民事行为能力，但不能理解诊疗的内容和程序，不能权衡利弊得失，不能对所有诊疗方案做出评价，不能根据自己的知识和能力做出决定，不能理解自己所决定的行为将产生的后果，由委托代理人行使。

2.6.5对于不能完全行使民事行为能力的昏迷、精神病发作期、痴呆、未成年人、残疾人等，由符合法律规定的人员代为行使；

2.6.6就诊者委托代理人时，应由就诊者本人和委托代理人共同签署《授权委托书》，被委托人应向医疗机构提交个人身份证、证明与就诊者关系的户籍材料等。

2.6.7因抢救生命垂危的就诊者等紧急情况，不能取得就诊者或者其近亲属意见的，经医疗机构负责人或者授权的负责人批准，可以立即实施相应的医疗措施。

2.6.8治疗期间，若监护人意见或关系发生变化，需主动向医院提出及提交证明并重新签署相关的知情同意书，否则医院仍按照原有知情同意书执行。

2.7医方履行知情同意手续人员要求：

2.7.1一般情况下必须由经医师注册取得执业证书的各级医师履行知情同意的告知及完成相关手续；

2.7.2如果是第一或者第二助手与病人签署的手术同意书，则应当由术者审查后签字。

2.8见证人见证签名规定：

2.8.1为外籍就诊者履行知情告知签字同意时，需请现场翻译逐句进行翻译，并在见证人处签名确认。如果使用电话翻译，需在见证人处记录所使用翻译的电话号码、翻译的类型、时间、承担翻译的个人或公司的姓名或工号。

2.8.2为盲人履行知情告知签字同意时，需请与此次医疗告知行为无关直接关系的人员（包括医护人员、家人或其它患者家人、医院的工作人员等）现场见证，并在见证人签名处亲笔签名，留下联系方式与有效证件号码。

2.8.3因抢救生命垂危的就诊者等紧急情况，不能取得就诊者或者其近亲属意见的或患方拒绝在病危（重）、尸检等特殊情况的知情同意书上签字时，一般需请与此次医疗告知行为无关直接关系的人员（包括医护人员、家人或其它患者家人、医院的工作人员等）现场见证，并在见证人签名处亲笔签名，留下联系方式与有效证件号码。

2.8.4见证指见证医生向与患者或其家人确有谈话的事实。

### **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 《妇幼保健院评审细则（2016年版）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	拒绝或放弃治疗管理制度	制度编号	YWK-2020-22
	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	154

## 拒绝或放弃治疗管理制度

### 1. 目的

规范患者拒绝或放弃医学治疗的管理和流程，保证患者和家属的权利，保障医护人员的安全《中华人民共和国执业医师法》《医疗机构管理条例》《医疗事故处理条例》《医疗质量管理办法》《知情告知与签字同意管理制度》等相关管理规定，结合我院实际情况，制定拒绝或放弃治疗管理制度。

### 2. 标准

2.1 医院在不违背国家法律、法规和社会准则的基础上，尊重和支持患者及家属作决定的权利，在他们了解后果的情况下，有权决定拒绝/终止某项治疗。

2.2 当患者及家属提出拒绝某项治疗时，医生应该依照《知情告知与签字同意管理制度》履行必要的知情告知，内容至少包括：

- 2.2.1 拒绝或终止治疗可能会产生的后果；
- 2.2.2 患者及其家属对其决定所应承担的责任；
- 2.2.3 其他可供选择的治疗方案。

2.3 经以上解释，如患者仍拒绝接受处理、要求终止治疗者，患者及家属/监护人签署《拒绝或放弃医学治疗知情同意书》。

2.4 主管医生同时在病历中做好相应的记录。

2.5 在下列情况下，必须由患者的主管医生重新审核终止某项治疗的医嘱，以决定是否需要修改：

- 2.5.1 患者病情变化。
- 2.5.2 应患者或其家属的请求。
- 2.5.3 患者转科。

### 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 《知情告知与签字同意管理制度》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	临终病人关怀工作制度	制度编号	YWK-2020-23
	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	155-158

## 临终病人关怀工作制度

### 1. 目的

在为临终就诊者提供临终关怀医疗服务时，尽量减少就诊者临终前的痛苦，提高临终就诊者生命末期的生活质量，保持临终就诊者的人格和生命尊严，满足就诊者及家属独特的需求，使就诊者和家属以良好的心态接受现实，根据《中华人民共和国执业医师法》《医疗机构管理条例》《医疗事故处理条例》《医疗质量管理办法》特制定本制度。

### 2. 标准

2.1 医务人员接受临终关怀方面的继续教育，主要包括：

- 2.1.1 临终关怀的概念和基本知识；
- 2.1.2 临终就诊者/家属生理、心理、社会、文化方面的评估；
- 2.1.3 临终关怀伦理原则和关怀原则；
- 2.1.4 临终就诊者的疼痛处理。

2.2 就诊者/家属的教育：

- 2.2.1 就诊者的病情和治疗方案；
- 2.2.2 就诊者的知情权；
- 2.2.3 就诊者的医疗决策权；
- 2.2.4 放弃进一步治疗的权利和处理程序；
- 2.2.5 对死亡过程的心理过程。

2.3 临终关怀的责任：

- 2.3.1 帮助病人正确地面对死亡的现实；
- 2.3.2 帮助病人减轻痛苦
  - 2.3.2.1 改善病人异常口渴的痛苦；
  - 2.3.2.2 要注意保持清静无杂；
  - 2.3.2.3 要保持高度警觉，满足病人的体位要求；

厚德 精诚 笃行 至善

2.3.2.4要做好床褥保洁工作；

2.3.3满足病人临终前的需要

2.3.3.1充分倾听病人谈话，使他们精神上得到安慰；

2.3.3.2要创造条件，使病人经常保持与亲人和好友的联系，鼓励亲人的相陪，以创造良好的氛围，尊重临终病人的生活习惯和方式。

2.3.4关心、安抚病人家属，使其较易度过焦虑、悲伤和绝望等心理过程。

2.4临终就诊者的评估：

2.4.1与疾病过程或治疗有关的症状如恶心、呼吸窘迫等；

2.4.2导致症状缓解或加重的因素；

2.4.3现有症状的管理和就诊者的反应；

2.4.4生理舒适的需要；

2.4.5就诊者/家属的精神需要和宗教信仰；

2.4.6就诊者的心理社会需求；

2.4.7为就诊者、家属提供支持性治疗或姑息性治疗的需求；

2.4.8其他可供选择的治疗环境；

2.4.9家属应对危机的能力和病理性悲伤反应的可能性。

2.5临终关怀措施：

凡临终病人，主管护士对病人/家属进行临终病人的评估，主管护士、主诊医生根据评估结果采取针对性的措施：

2.5.1缓解与疾病过程或治疗有关的症状；

2.5.2满足病人的生理舒适需要；

2.5.3满足病人/家属的精神需要和宗教信仰：

2.5.3.1患者因病情严重，生命可能不能挽回，濒临死亡的抢救过程中，主诊医生应该充分的知情告知，签署危重病人抢救通知，并在抢救过程中，依时机主动询问家人是否想看望抢救的亲人，同时了解家人的特殊需求。

2.5.3.2主诊医师/责任护士主动向家属询问是否需要陪护临终病人，若有需求，应尽量满足：

2.5.3.3允许直系家属在不影响其他患者治疗及医护人员工作的前提下，陪伴临终病人或直至生命终结；

2.5.3.4科室尽可能提供独立的空间让家属和患者独处。若在床边，使用床边隔帘保证和尊重患者的隐私；

2.5.3.5一般情况下，医护人员不主动打扰临终病人及家属的独处，告知家属，如有任何需要，及时告知，医护人员在力所能及的范围内给予满足；

2.5.3.6对于内科抢救室病人，责任护士必须在家属进入内科抢救室进行床旁陪伴前，需依照《消毒隔离技术操作规范》的要求，做好家属的隔离工作，预防院内感染的发生；

2.5.3.7在家人进入抢救区域前，医护人员需将抢救环境整理，保证临终患者的尊严及家人的感受得到关心。

2.5.4尊重病人和家属的选择权：

2.5.4.1凡因患者进入疾病终末期，若家人提出放弃治疗，主诊医师应与家属进行经家属充分告知，家人仍强烈要求放弃治疗时，签署《终止或放弃治疗告知书》：

2.5.4.1.1若家人提出需临终见患者或陪患者时，应该尽可能满足；

2.5.4.1.2若家人提出要求自动出院的，签署《自动出院或转院告知书》；主管护士对病人进行再评估，向家属提供针对性的健康教育，主诊医生根据评估结果，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。

2.5.5缓解病人的疼痛：

若临终患者因疾病或抢救致疼痛时，需要疼痛评估，并给予以相应的处理，必要时请麻醉科协助。

2.6记录：

在护理记录单/病程记录上记录：

2.6.1评估的结果、病人的需要；

2.6.2治疗措施和反应；

2.6.3家属教育和反应。

2.7患者死亡后的处理

2.7.1当患者死亡后，医生拟向家人宣布临床抢救无效死亡及带家人进入与患者告别前，医生、护理共同做好准备工作，包括患者的遗容、体表相对整洁、看似舒服的体位、床单的整洁和医疗抢救设备的工作状况及周围环境的准备。

2.7.2由医护人员将家人请进，主持抢救工作的上级医生应该在场向家人宣布死亡，并随时指挥突发事件的处理，下级医生必须同时在场听从上级医生的安排，并做好家人的安抚工作。

2.7.3护理人员应按家人的意愿，尊重患者尸体，帮助做好善后工作，并保证在家人提出再次看望遗体前作好准备工作后进行，尽量减少对患者家人的刺激。

### **3. 相关文件**

3.1 《中华人民共和国执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

3.3 《医疗事故处理条例》

3.4 《医疗质量管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标题</b>	<b>输液、输血反应预防报告处理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-24</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版本</b>	<b>第2版</b>	<b>页码</b>	<b>159-160</b>

## 输液、输血反应预防报告处理制度

### 1. 目的

规范护理人员处理输血、输液反应及上报的流程，减少输血、输液反应对患者的伤害，根据《医疗事故处理条例》《医疗质量管理办法》《医疗机构临床用血管理办法》《临床输血技术规范》输血管理相关规定，结果我院实际，特制定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 输液反应的处理报告制度

2.1.1 当输液患者可疑或发生输液反应时，及时报告当值班医师及护士长，积极配合对症治疗，如寒战者给予保暖，高热者给予冰敷，必要时吸氧，并按医嘱予药物处理，同时做好下列检查工作：

2.1.1.1 立即停止输液，启用新的输液器，改用静滴生理盐水维持静脉通路，并通知值班医师。

2.1.1.2 配合值班医师，对症治疗、抢救。

2.1.1.3 留取标本及抽血培养。

2.1.1.4 检查液体质量，输液瓶是否有裂隙，瓶盖是否有松脱。记下药液、输液器、头皮针及使用的注射器的名称、剂量、厂家、批号，用消毒巾、胶带把输液瓶（输液袋）连输液器包好放冰箱保存，与药学部或医学检验科联系，填写药物不良反应报告单。药品由药学部转交相关部门抽样检查，输液器等用具应由医学检验科微生物实验室做相关细菌学检验。

2.1.1.5 上述各项均应上报，并且24小时内上报药学部、护理部，必要时上报院内感染控制科、医务科，并做好护理记录及交班工作。

2.1.1.6 准确记录病情变化及处理措施。

#### 2.2 输血反应的报告处理制度

2.2.1 输血过程中应先慢后快，再跟进病情和年龄调整输注速度，并严密观



察受血者有无输血不良反应，如出现异常情况应及时处理。

2.2.1.1减慢或停止输血，用新的输液管静脉注射生理盐水维持静脉通道。

2.2.1.2立即通知值班医师、护士长和输血科或血库值班人员，报告医务科、护理部，及时检查、治疗和抢救，并查找原因，做好记录。

2.2.1.3疑为溶血性或细菌污染性输血反应，应立即停止输血，启用新的输液管静脉注射生理盐水维持静脉通道，及时报告上级医师，在积极治疗抢救的同时，做好以下核对检查：

2.2.1.3.1核对用血申请单、血袋标签、交叉配血试验记录。

2.2.1.3.2尽早检测血常规、尿常规及尿血红蛋白，如怀疑细菌污染，除上述处理外，应做血液细菌培养。

2.2.1.3.3将血袋连输血管包好送血库做细菌学检验。

2.2.1.3.4准确做好护理记录。

### **3. 相关文件**

3.1 《医疗事故处理条例》

3.2 《医疗质量管理办法》

3.3 《医疗机构临床用血管理办法》

3.4 《临床输血技术规范》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标题</b>	<b>特殊民族或宗教饮食的管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>ZWHQK-2020-25</b>
	<b>发布部门</b>	<b>总务后勤科</b>	<b>编制人</b>	<b>谢海芳</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张宏伟</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>包顺堂</b>
	<b>版本</b>	<b>第2版</b>	<b>页码</b>	<b>161-163</b>

## 特殊民族或宗教饮食的管理制度

### 1. 目的

为规范我院特殊民族或宗教饮食需求患者的服务规程,在不影响医疗照护的情况下,充分保证患者的宗教需求和权益,依据《医疗机构管理条例》、《宗教事务条例》及相关文件,结合我院实际,制定本工作制度。

### 2. 标准

2.1本制度适用在我院诊疗期间的少数民族患者、外籍患者及不同宗教信仰患者。

2.2医院重视宗教信仰和民族风俗知识的宣教工作,通过医院网站、微信公众号等形式宣传少数民族、外籍患者风俗习惯和宗教信仰知识。

2.3临床科室每年至少组织一次少数民族、外籍患者风俗和宗教信仰知识要点培训,重点了解饮食和生活习惯方面的禁忌。

2.4入院后,医生在询问患者个人基本资料时确认其是否系少数民族或宗教信仰者,在诊疗过程中应随时沟通并在病历中做好相应记录。

2.5根据患者的文化背景及需求,尽量安排语言沟通较好的医护人员接待少数民族患者。医务人员应了解其在生活和饮食方面的禁忌,询问患者的风俗习惯、忌讳,帮助患者安排检查、治疗。

2.6在诊疗过程中,相关医务人员应做好交接工作。在进行重要的诊疗活动前,应与患者或其家属(监护人)沟通,取得书面同意。紧急情况下,主管医师要及时请示科主任。

2.7患者在住院期间宗教和民族活动,凡属国家法律允许的,不影响其他患者的,医务人员要尊重;在条件许可时,应提供相应的服务。不得在公共场所谈论、歧视。

2.8当患者的宗教和民族活动已经影响医院正常工作秩序和其他患者的就医环境时,医务人员要做好劝导工作,劝导过程注意方式方法,避免粗暴干涉。

### 2.9流程

**厚德 精诚 笃行 至善**

2.9.1特殊民族或宗教的住院患者如有特殊饮食需求，所在科室护士长电话通知食堂主管，并填写治疗申请单，由物业人员递交给食堂主管。

2.9.2食堂主管接到申请单后，安排人员到病房了解病人的饮食要求，开具饮食单或菜谱，征得患者或其家属同意后，由食堂烹制派送。

## 2.10特殊民族或宗教饮食的饮食宜忌

### 2.10.1伊斯兰教（回教、清真教）

2.10.1.1忌用食物：主要是忌用不洁之物，如猪肉、狗肉、驴肉、马肉、兔肉、无鳞鱼、吃小鱼的大鱼及动物血和非阿訇宰杀的动物和自死的动物，同时还禁止饮酒。

#### 2.10.1.2可用食物

（1）主食：一般以小麦、豆类等面食为主。回民擅长做面食，喜欢吃面条、烙饼、拉面等。

（2）蔬菜：各类蔬菜均可使用。

（3）禽类：各种做法的鸡、鸭（可加各种菇类），包括蒸、炒、红烧、焖、炖、煮汤等。另：炖汤还可以用乳鸽、鹌鹑。

（4）畜类：各种做法的牛、羊肉。

（5）鱼类：鳙鱼、草鱼、鲫鱼、带鱼。

### 2.10.2佛教

2.10.2.1禁忌吃“荤”和“腥”。“荤”是指有恶臭和异味的蔬菜，如大蒜、大葱、韭菜等；可食用辣椒、生姜、胡椒、五香、八角、香椿、茴香、桂皮、芫荽、芹菜、香菇类等。“腥”是指肉食，即是各种动物的肉，甚至蛋，不食无鳞鱼，牛，蛇，猫，犬，鳖。

2.10.2.2禁酒，也包括不饮一切能麻醉人的饮料，比如糯米酒、果酒、大麦酒、啤酒等。

### 2.10.3基督教

基督教在饮食上没有太多禁忌，只是在节日时对饮食有一些规定。例如圣诞节，为了纪念创始人耶稣的复活，信徒们要举行斋戒，不吃肉食，不用刀叉进食，减少娱乐。不能吃任何的血，如鸡血、鸭血、猪血等之类的，故凡是血都不能吃。凡是死物不能吃，死鱼除外。任何带血的动物必须洗干净，才可以吃，绝不可以吃带血的肉。若吃鸽子不得勒死，必须用刀去宰杀，怕里面有血洗不干净。

### 2.10.4 印度教

一般主张吃素，但忌吃蘑菇、木耳和笋类蔬菜，严禁吃牛肉，如果一定要吃肉则可用羊肉、鸡肉、鱼类。印度人一般忌酒。

### 2.10.5 其他部分少数民族饮食风俗习惯

(1) 禁食猪肉的是回族、维吾尔族、哈萨克族、乌孜别克族。

(2) 藏族、土族、俄罗斯族、黎族是禁食马肉、骡肉、驴肉。

(3) 满族人不吃狗肉。

(4) 壮族不吃青蛙，也有一部分不吃牛肉。

(5) 傣族有一些人不习惯吃牛肉，有一些不吃蛇肉；一些来自南疆的维吾尔族禁食鸽子肉。

(6) 朝鲜族一般不吃羊肉、鸭、鹅肉以及油腻的食物。

### 3. 相关文件

《中华人民共和国食品卫生法》。

#### 附：特殊民族或宗教饮食申请单

特殊民族或宗教饮食申请单

姓名：	住院号：	病区：
年龄：	性别：	床号：
初步诊断：		
民族/宗教： 伊斯兰教 <input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 印度教 <input type="checkbox"/> 其他		
饮食禁忌：		
科室： 年月日		

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标题</b>	<b>特殊民族或宗教饮食的管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-26</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版本</b>	<b>第2版</b>	<b>页码</b>	<b>164-166</b>

## 特殊人群服务制度

### 1. 目的

制定统一、规范的医疗服务程序，为特殊服务人群提供优质、高效的医疗服务。防止医疗差错、医疗事故及各种意外事件的发生，保证医院医疗服务正常运作，根据《中华人民共和国执业医师法》《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）》等相关法律法规，制定特殊人群服务制度。

### 2. 标准

#### 2.1 定义：

特殊人群包括：虚弱老人、年幼儿童（≤6岁儿童）、残疾人（明显的肢体残疾、语言残疾或由相关机构出具的残疾证书的就诊者）、临终病人、急性或慢性疼痛病人、情绪或精神混乱病人、受虐待和受忽视病人（包括各种事件（主要指遭受暴力或强暴）的受害者）、接受化疗或放疗的病人、免疫抑制病人等。

2.2 医院建筑设置要求：要充分考虑到残疾人、虚弱老人及年幼儿童等这类特殊人群的特别需求，医院大门、庭院道路都要设有方便轮椅运行的无障碍通道。厕所地面使用防滑材料，对湿滑地面，要有专门防滑醒目标志。病房走廊过道要设有附墙扶手，防止跌倒。玻璃门或墙栏要有彩条醒目标志，防止撞伤。楼梯、阳台、病房窗户有防止意外及坠楼设置。儿科诊室和病房不要摆设危险物品，儿童床要有安全护栏，诊疗和活动区域要有适合儿童心理的装饰（如卡通画、玩具等）。

#### 2.3 门急诊医疗服务

2.3.1 当虚弱老人、儿童、残疾人就诊时，须主动上前迎接，询问需求，指引、解释就诊路线和程序。必要时搀扶或给就诊者提供车、床、轮椅等帮助，方便诊疗。对于残疾人给予优先就诊。

2.3.2 当医生或护士发现受虐或者疑似受虐的病人，医生或护士应：

**厚德 精诚 笃行 至善**

2.3.2.1视情况通知科主任、医务科、保卫科，夜间及节假日通知行政总值班；

2.3.2.2对这些病人实施保护措施，询问病情时，应将病人与家属分开，给予专人看护，尊重病人，通知相关医生进行诊治；

2.3.2.3医生检查病人身体受伤害的程度，准确清楚地在病历上记录所采取的措施；

2.3.3没有陪诊人员的就诊者，护士长须安排人员对就诊者的各医疗服务环节实行陪送照顾，候诊期间护士给予相应护理照顾，根据就诊者情况优先安排就诊，并负责联系家人接送就诊者。对未能联系到家人的就诊者，要向医务科、保卫部及护理部报告，协调各方妥善处理。

2.3.4发现弃婴时，依照《弃婴处理程序》进行处理。

2.3.5门急诊医生根据就诊者情况，按照“疾病诊疗常规”为就诊者提供及时合理的检查、用药和治疗。

#### 2.4住院医疗服务

2.4.1对住院的虚弱老人、年幼儿童、残疾人就诊者，全体员工按照其特点随时给予帮助和医疗服务。在入院、转入时对就诊者进行相应内容的评估，并根据评估结果及表格提示给予就诊者相应的医疗护理支持，如提醒医生注意、加强心理护理等；住院过程中，发现异常，随时评估。

2.4.2就诊者外出时，必须有家人陪同，保安人员要给予特别注意，发现没有医护人员和家属陪同时要加以阻拦保护，根据手腕标识带登记内容立即通知病区医护人员，防止走失。

2.4.3护士或医生发现受虐或者疑似受虐的病人，同2.3.2的要求。

2.4.4发现弃婴时，依照《弃婴处理程序》进行处理。

2.4.5医护人员按照“疾病诊疗常规”提供诊疗服务，按照2.4.1的要求进行相应的特殊服务。尤其要保证生活和医疗安全，药物的选择、用法和剂量要合理，避免使用损害器官功能、影响代谢（如血脂、血糖、血压等）的药物，对儿童避免使用影响生长发育、毒副作用大的药物，剂量按照体重比例计算。

2.5按照《病情告知和签字同意制度》充分尊重和维护就诊者和家属（或决策人）的权利（诸如宗教信仰、价值观、文化生活习惯、人格尊严、知情同意、

隐私等权利)。

### 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	<b>标题</b>	<b>限制就诊者行为医疗服务制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-27</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版本</b>	<b>第2版</b>	<b>页码</b>	<b>167-168</b>

## 限制就诊者行为医疗服务制度

### 1. 目的

制定统一、规范的限制病人行为的医疗服务程序，以达到为病人提供安全、有序、周到的医疗服务。同时，充分地尊重病人及家属对病情的知情权及对治疗的选择权，尊重患者人格和尊严，根据《中华人民共和国执业医师法》《医疗机构管理条例》《医疗事故处理条例》《医疗质量管理办法》《医务人员医德医风规范》等相关法律法规，结合我院实际情况，制定限制就诊者行为医疗服务制度。

### 2. 标准

#### 2.1 范围

限制病人行为主要是指对有严重的精神症状、抑郁症、麻醉后或其他原因引起的躁动、有伤人、自伤及自杀可能的病人，使用镇静类药物、加强监护、限制病人的活动范围、使用约束带、约束衣等方式以保护病人，防止意外发生。

#### 2.2 工作程序

2.2.1 医生或护士发现有需要采取措施约束病人行为的情况时，主管医生应该立即报告科主任，限制措施一定要严格掌握指征，需要科主任同意后可使用。

2.2.2 主管医生或值班医生要向病人或/和家属说明约束病人的必要性，约束病人的方法、开始时间和可能持续的时间、约束病人后可能出现的意外情况、拒绝约束病人可能造成的后果、家属如何配合等，并征得病人家属的同意并签名。

2.2.3 医护之间要及时相互沟通，由医生下达临时医嘱，医嘱要注明限制病人行为的持续时间，最长不得超过24小时。若限制病人行为的持续时间超过24小时，医生需进行必要性评估后重新开具医嘱，并记录在病程记录中。医生每次下达限制病人行为的临时医嘱时必须对限制病人行为的必要性进行评估，并记录在病程记录中。

2.2.4 护士遵医嘱在采取约束病人行为前，需要根据家属情况进行相关的健康教育，上约束带或采取了约束病人行为措施的病人，在护理记录单中要有记录。

**厚德 精诚 笃行 至善**



2.2.5对病人采取约束措施后，护士要加强对病人的观察，至少每15分钟要巡回检查病人一次，检查约束带松紧是否合适、约束病人的器具是否安全、约束措施是否恰当、病情是否允许终止约束等情况。病情稳定，评估可以解除约束时，护士要通知医生检查病人，由医生决定是否解除约束。受到约束的病人一般要求家属留有能看护病人的陪伴人员。

2.2.6使用约束具的过程中，注意常见并发症的观察和处理，如压疮、脱臼等。

### 2.3要求

2.3.1严重精神疾患病人，如果上约束带后或采取其他约束措施后，仍难以保证病人自身及其他人员安全的，要及时向医务科或总值班报告，同时告知代理人同意签名情况下，将病人转到有完善保护措施的精神病专科医院或专科病房，以确保病人的安全。

2.3.2在约束病人过程中医护人员要严格遵守《医务人员医德医风规范》，充分尊重病人及家属的价值观、宗教信仰和文化背景，注意对病人个人隐私的保密。

### 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 《医务人员医德医风规范》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	医疗保健服务转介制度	制度编号	YWK-2020-28
	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	169-170

## 医疗保健服务转介制度

### 1. 目的

为保障科室转介的准确性和高效性，规范院内医疗保健服务转介行为，为就诊者提供适宜的转介服务，以确保其身体的诊疗与康复，根据《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）》等相关管理规定，制定医疗保健服务转介制度。

### 2. 标准

#### 2.1 住院转介

##### 2.1.1 转介对象：

2.1.1.1 本院临床科室经评估病情得到控制的现住院对象。

2.1.1.2 保健、康复科室的就诊者，病情变化需住院治疗者。

2.1.2 转介服务机构：现住院对象转介前，主管医师需进行评估，根据具体情况，已终止妊娠或经评估病情得到控制的现住院对象转介至本院保健科室；病情变化需住院治疗者转介至医疗各相关科室。

2.1.3 转介服务项目：住院对象转介到妇女保健、孕产保健、儿童保健接受营养、心理、康复等保健及康复服务；或接受营养、心理、康复等保健服务的妇女儿童转介到医疗相关部门住院治疗。

#### 2.2 门诊转介

2.2.1 转介对象：在本院门诊就诊的服务对象。

2.2.2 转介服务机构：转介前，门诊医师需进行评估，必要时请上级医师把关，根据具体情况转介至本院保健科室；本院保健科室的服务对象转介到医疗相关门诊进行治疗。

#### 2.3 转介注意事项

2.3.1 转介前按要求填写好转介服务申请表。

2.3.2 转介科室及接受科室均应重视转介工作，对转介情况进行登记、统计、

**厚德 精诚 笃行 至善**

分析，提高双向转介率。

2.3.3加强培训，强化医务人员临床与保健相结合服务理念。

### **3. 相关文件**

3.1 《医疗质量管理办法》

3.2 《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>	<b>标题</b>	<b>实验性临床医学管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-29</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版本</b>	<b>第2版</b>	<b>页码</b>	<b>171-172</b>

## 实验性临床医学管理制度

### 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，根据《中华人民共和国执业医师法》《医疗机构管理条例》《医疗事故处理条例》《医疗质量管理办法》《医疗技术临床应用管理办法》等伦理学及有关法律法规，凡是开展以人体为对象的临床研究、调查和试验，均按本管理制度执行，结合我院实际，特制定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 开展实验性临床医疗的原则

- 2.1.1 符合伦理道德规范。
- 2.1.2 受试者自愿参加，并有权在实验性临床医疗的任何阶段自主退出。
- 2.1.3 严格执行受试者知情同意制度。
- 2.1.4 对受试者的个人资料严格保密。

#### 2.2 实验性临床医疗的知情告知

2.2.1 临床实验开始前，研究者必须向受试者提供有关临床实验的详细情况，进行知情同意告知。

2.2.2 需强调受试者自愿参加临床实验，并有权在临床实验的任何阶段退出。

2.2.3 受试者在充分知情同意下签署“知情同意书”后，临床实验方能开始，知情同意书应作为临床实验文档保存备查。

#### 2.3 实验性临床医疗过程中特殊情况的处置

2.3.1 如研究方案在临床实验实际执行过程中出现问题，需要对研究方案进行修订，修订的研究方案需再次报请医疗技术管理委员会和医院医学伦理委员会审查并通过后方可实施。

2.3.2 则必须将知情同意书修改并送医疗技术管理委员会和医学伦理委员批准后，再次取得受试者的同意。

## 2.4 实验性临床医疗不良事件处置与记录

2.4.1 报告：为切实保障受试者的安全，发生在实验性临床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，严重不良事件应立即口头上报医务科，8小时内书面上报。

2.4.2 处置：（1）按新技术项目申请表中的应急处置预案积极妥善处置。

（2）必要时我院医疗技术管理委员会和医学伦理管理委员会有权终止这项研究

2.4.3 记录：如实填写不良事件记录表，记录不良事件的发生时间、严峻程度、持续时间、采取的措施和转归。

2.5 实验性临床医疗项目结束后，项目负责人需完成项目总结报告，并上报医务科备案。

## 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 《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	临床实验室管理办法	制度编号	YXJYK-2020-30
	发布部门	医学检验科	编制人	田罗吉
	生效日期	2020年2月	审核人	唐永红
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版本	第2版	页码	173-177

## 临床实验室管理办法

### 1. 目的

为加强我院对临床实验室的管理，提高临床检验水平，保证医疗质量和医疗安全，根据《执业医师法》《医疗机构管理条例》《医疗机构临床实验室管理办法》《医疗废物管理条例》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》和《病原微生物实验室生物安全管理条例》等有关法律、法规制定本办法。

### 2. 标准

#### 2.1 总则

2.1.1 本制度所称临床实验室是指对取自人体的各种标本进行临床微生物学、临床免疫学、临床生物化学、临床血液学、临床体液学、细胞学、病理学或其他检验，并为临床提供医学检验服务的实验室。

2.1.2 开展临床检验工作的实验室适用本制度。

2.1.3 铜仁市卫生行政部门负责铜仁市医疗机构临床实验室的监督管理工作。

2.1.4 加强临床实验室建设和管理，规范临床实验室执业行为，保证临床实验室按照安全、准确、及时、有效、经济、便民和保护患者隐私的原则开展临床检验工作。

#### 2.2 临床实验室管理的一般规定

2.2.1 我院按照卫生行政部门核准登记的临床实验室下设专业诊疗科目设定临床检验项目，提供临床检验服务。新增临床实验室下设专业或超出已登记的专业范围开展临床检验项目，应当按照《医疗机构管理条例》的有关规定办理变更登记手续。

2.2.2 临床实验室提供的临床检验服务应当满足临床工作的需要。

2.2.3 保证临床检验工作客观、公正，不受任何部门、经济利益等影响。

2.2.4 临床实验室统一管理，资源共享。

厚德 精诚 笃行 至善

2.2.5 保证临床实验室具备与其临床检验工作相适应的专业技术人员、场所、设施、设备等条件。

2.2.6 临床实验室应当建立健全并严格执行各项规章制度，严格遵守相关技术规范 and 标准，保证临床检验质量。

2.2.7 临床实验室专业技术人员应当具有相应的专业学历，并取得相应专业技术职务任职资格；临床实验室负责人应当经过省级卫生行政部门组织的相关培训。

2.2.8 临床实验室应当有专（兼）职人员负责临床检验质量和临床实验室安全管理。

2.2.9 临床实验室应当按照国家卫生行政部门规定的临床检验项目和临床检验方法开展临床检验工作，不得使用国家卫生行政部门公布的停止临床应用的临床检验项目和临床检验方法开展临床检验工作；临床检验项目和停止临床应用的临床检验项目由国家卫生行政部门另行公布。

2.2.10 临床实验室应当有分析前质量保证措施，制定患者准备、标本采集、标本储存、标本运送、标本接收等标准操作规程。

2.2.11 临床实验室应当建立临床检验报告发放制度，保证临床检验报告的准确、及时和信息完整，保护患者隐私。

2.2.12 临床检验报告内容应当包括：

2.2.12.1 实验室名称、患者姓名、性别、年龄、住院病历或者门诊病历号。

2.2.12.2 检验项目、检验结果和单位、参考范围、异常结果提示。

2.2.12.3 操作者姓名、审核者姓名、标本接收时间、报告时间。

2.2.12.4 其他需要报告的内容。

2.2.13 临床检验报告应当使用中文或者国际通用的、规范的缩写。保存期限按照有关规定执行。

2.2.14 诊断性临床检验报告应当由高级职称人员出具。

2.2.15 临床实验室应当提供临床检验结果的解释和咨询服务。

2.2.16 非临床实验室不得向临床出具临床检验报告，不得收取相应检验费用。

## 2.3 临床实验室的质量管理

2.3.1 加强临床实验室质量控制和管理。临床实验室应当制定并严格执行临床检验项目标准操作规程和检验仪器的标准操作、维护规程。

2.3.2 临床实验室使用的仪器、试剂和耗材应当符合国家有关规定。

2.3.3 临床实验室应当保证检测系统的完整性和有效性，对需要校准的检验仪器、检验项目和对临床检验结果有影响的辅助设备定期进行校准。

2.3.4 临床实验室应当对开展的临床检验项目进行室内质量控制，绘制质量控制图。出现质量失控现象时，应当及时查找原因，采取纠正措施，并详细记录。

2.3.5 临床实验室室内质量控制主要包括质控品的选择，质控品的数量，质控频度，质控方法，失控的判断规则，失控时原因分析及处理措施，质控数据管理要求等。

2.3.6 临床实验室定量测定项目的室内质量控制标准按照《临床实验室定量测定室内质量控制指南》（GB/20032302-T-361）执行。

2.3.7 临床实验室应当参加经卫生行政部门认定的室间质量评价机构组织的临床检验室间质量评价。

2.3.8 临床实验室参加室间质量评价应当按照常规临床检验方法与临床检验标本同时进行，不得另选检测系统，保证检验结果的真实性。临床实验室对于室间质量评价不合格的项目，应当及时查找原因，采取纠正措施。

2.3.9 相关科室应当对床旁临床检验项目与临床实验室相同临床检验项目常规临床检验方法进行比对。

2.3.10 临床实验室应当将尚未开展室间质量评价的临床检验项目与其他临床实验室的同类项目进行比对，或者用其他方法验证其结果的可靠性。临床检验项目比对有困难时，临床实验室应当对方法学进行评价，包括准确性、精密度、特异性、线性范围、稳定性、抗干扰性、参考范围等，并有质量保证措施。

2.3.11 临床实验室室间质量评价标准按照《临床实验室室间质量评价要求》（GB/20032301-T-361）执行。

2.3.12 临床实验室应当建立质量管理记录，包括标本接收、标本储存、标本



处理、仪器和试剂及耗材使用情况、校准、室内质控、室间质评、检验结果、报告发放等内容。质量管理记录保存期限至少为2年。

#### 2.4 临床实验室安全管理

2.4.1 加强临床实验室生物安全管理。临床实验室生物安全管理要严格执行《病原微生物实验室生物安全管理条例》等有关规定。

2.4.2 临床实验室应当建立并严格遵守生物安全管理制度与安全操作规程。

2.4.3 临床实验室应当对临床实验室工作人员进行上岗前安全教育，并每年进行生物安全防护知识培训。

2.4.4 临床实验室应当按照有关规定，根据生物危害风险，保证生物安全防护水平达到相应的生物安全防护级别。

2.4.5 临床实验室的建筑设计应当符合有关标准，并与其生物安全防护级别相适应。

2.4.6 临床实验室应当按照生物防护级别配备必要的安全设备和个人防护用品，保证实验室工作人员能够正确使用。

2.4.7 病原微生物样本的采集、运输、储存严格按照《病原微生物实验室生物安全管理条例》等有关规定执行。

2.4.8 临床实验室应当严格管理实验标本及实验所需的菌（毒）种，对于高致病性病原微生物，应当按照《病原微生物实验室生物安全管理条例》规定，送至相应级别的生物安全实验室进行检验。

2.4.9 临床实验室应当按照卫生行政部门有关规定加强医院感染预防与控制工作。

2.4.10 临床实验室应当按照《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》相关规定妥善处理医疗废物。

2.4.11 临床实验室应当制定生物安全事故和危险品、危险设施等意外事故的预防措施和应急预案。

#### 2.5 附则

2.5.1 本制度中下列用语的含义：

2.5.1.1 室间质量评价利用实验室间的比对确定实验室的检测能力。

2.5.1.2 实验室间比对按照预先规定的条件，由两个或多个实验室对相同或类似检测物品进行检测的组织、实施和评价。

2.5.1.3 室内质量控制是实验室为了监测和评价本室工作质量，决定常规检验报告能否发出所采取的一系列检查、控制手段，旨在检测和控制本室常规工作的精密度，并检测其准确度的改变，提高本室常规工作中批间和日间标本检测的一致性。

2.5.1.4 质量控制图对检验过程的质量加以测定、记录，从而进行评估并监视过程是否处于控制状态的一种统计方法设计的图，图上有中心线、上控制界限和下控制界限，并有按时间顺序抽取的样本统计量值的描点序列。

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	母婴友好服务管理制度	制度编号	YWK-2020-31
	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	178

## 母婴友好服务管理制度

### 1. 目的

为了促进母乳喂养，规范母婴友好的工作开展，根据《中华人民共和国母婴保健法》《中华人民共和国母婴保健法实施办法》《医疗质量管理办法》，结合我院实际，特制定本制度。

### 2. 标准

- 2.1 成立母婴友好服务领导小组及技术指导小组，并制定相应的工作职责。
- 2.2 每年对全体医护人员开展形式不同的促进自然分娩，保障母婴安全、非药物镇痛方法、母乳喂养政策和知识等的培训。
- 2.3 对孕产妇及家属进行自然分娩、母乳喂养知识的健康教育，并进行孕期和哺乳期营养的指导。
- 2.4 医务人员必须遵守医疗常规，促进自然分娩，降低非医疗指证剖宫产率。
- 2.5 产妇的分娩过程中，减少不必要的医疗干预：引产必须有医学诊断证明或计生证明；无临产先兆的正常产妇避免提前入院；开展会阴适度保护法接生。
- 2.6 尊重产妇隐私，允许产妇自愿选择分娩陪伴者，制定陪产服务相关规定。
- 2.7 制定鼓励产妇在第一产程进食进水、自由走动，自由选择体位的规定；并充分告知产妇；产房配备了相应的设备；根据产妇个人情况实施自由体位分娩接生，一对一助产人员全程陪同分娩。
- 2.8 制定非药物镇痛方法的培训计划，并分批进行了培训。
- 2.9 NICU和新生儿病房按照感控要求设置了母乳喂养室、冷藏母乳设备，以保证母乳喂养；允许妈妈或家庭成员抚摸、拥抱患病儿，并要求医务人员在患儿入院时予以告知。

### 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》
- 3.3 《医疗质量管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标题</b>	<b>母乳代用品配置和使用管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-32</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版本</b>	<b>第2版</b>	<b>页码</b>	<b>179-180</b>

## 母乳代用品配置和使用管理制度

### 1. 目的

为严格执行《中华人民共和国母婴保健法》及其实施办法，贯彻落实《母乳代用品销售管理办法》（卫妇发[1995]第5号）、国家卫生健康委办公厅《关于印发加强产科安全管理十项规定的通知》（国卫办妇幼发〔2013〕15号）《爱婴医院建设标准》等要求，强化医德医风建设，大力推进母乳喂养，结合我院实际，特制定本制度。

### 2. 标准

2.1 我院严格遵守《母乳代用品销售管理办法》及相关规定。

2.2 我院积极倡导、促进母乳喂养，实行“早接触、早开奶、早吸吮”，实行24小时母婴同室（除有医学指征外），确保具备母乳喂养条件的孩子第一口吃到母乳。

2.3 有医学指征的新生儿及婴幼儿使用母乳代用品由医院统一提供。

2.4 我院不得接受任何形式的推销、宣传和赞助，不得张贴广告或发放有关资料，不得推销母乳代用品；不得向孕妇和婴幼儿家庭推销宣传母乳代用品，不得将母乳代用品提供给孕妇及其家属。

2.5 我院实行管采分离的母乳代用品采购流程：即临床科室提出申请，由总务后勤科、采购科采购，由临床科室领用。

2.6 采购的母乳代用品必须符合相关国家食品、卫生等法律、法规和规章的规定和许可，财务制度允许的情况下，尽量从零售渠道购买，也可选择在大型超市购买，必要时可采用“政府或医院统一招标”，但须提供相关购买单据，避免公司间压低价格等恶性竞争，并具有购物的发票及小票，由采购部门保存。

2.7 对于违反上述规定的科室及个人，按照相应管理规定等从严处罚。

### 3. 相关文件

**厚德 精诚 笃行 至善**

- 3.1 《中华人民共和国母婴保健法》
- 3.2 《母乳代用品销售管理办法》
- 3.3 《关于印发加强产科安全管理十项规定的通知》
- 3.4 《爱婴医院建设标准》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标题	母乳喂养管理制度	制度编号	YWK-2020-33
	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	181-182

## 母乳喂养管理制度

### 1. 目的

为加强我院爱婴医院管理，促使母乳喂养成功，根据《中华人民共和国母婴保健法》《中华人民共和国母婴保健法实施办法》《爱婴医院建设标准》《国际母乳代用品销售守则》《中国母乳代用品销售管理办法》等相关管理规定，结合我院实际情况，制定母乳喂养管理制度。

### 2. 标准

- 2.1 成立医院领导小组，并建立院、科两级医院技术指导小组。
- 2.2 每年对全体医护人员开展形式不同的母乳喂养政策和知识的培训。
- 2.3 对孕产妇及家属进行母乳喂养知识的健康教育，并进行孕期和哺乳期营养的指导。告知HIV、梅毒等感染母亲对婴儿喂养作出知情选择。
- 2.4 正常新生儿在生后1小时内进行母婴皮肤接触和早吸吮，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 在母婴同室区内，不给母乳喂养的新生儿使用奶瓶、人工奶嘴或安慰奶嘴；除母乳外，不得以任何借口喂任何食物或饮料，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 医护人员都承担母乳喂养的健康教育及技术指导工作，并将出院产妇信息转给户口（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个月后将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24小时母乳喂养咨询热线：0856-5223840

### **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》
- 3.3 《爱婴医院建设标准》
- 3.4 《国际母乳代用品销售守则》
- 3.5 《中国母乳代用品销售管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标题</b>	<b>母婴保健技术管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-34</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版本</b>	<b>第2版</b>	<b>页码</b>	<b>183-184</b>

## 母婴保健技术管理制度

### 1. 目的

为更好地服务广大妇女儿童，规范我院的母婴保健技术，根据《中华人民共和国母婴保健法》《中华人民共和国母婴保健法实施办法》、《母婴保健专项技术服务级别标准》等相关管理规定，结合我院实际情况，制定母婴保健技术管理制度

### 2. 标准

2.1 我院从事的母婴保健技术服务范围及实施部门包括《中华人民共和国母婴保健法实施办法》第三条中所规定的全部项目。具体项目及实施部门如下：

2.1.1 母婴保健的科普宣传、教育和咨询：主要由孕保科负责，各科室有不同形式，包括孕妇学校、父母课堂、亲子乐园、母乳咨询热线、医院的网站、APP等多种形式进行。

2.1.2 婚前医学检查：优生优育门诊。

2.1.3 产前诊断和遗传病诊断：遗传咨询与产前诊断科，可从事产前诊断和遗传病诊断，超声诊断科可从事产前诊断（超声）。

2.1.4 助产技术：产科。

2.1.5 节育手术：妇科、产科。

2.1.6 终止妊娠手术：产科、妇科、计划生育科。

2.1.7 新生儿疾病筛查、产前筛查：新生儿科、儿童保健科。

#### 2.2 母婴保健技术实施办法

2.2.1 从事以上母婴保健技术服务范围第2至7项的医务人员必须取得执业医师资格，并在本单位注册，且取得母婴保健资质（母婴保健证），并严格按照准入项目依法进行执业和操作，从事终止妊娠手术应符合批准的服务范围、服务项目、手术术种。不得超范围执业和操作。

2.2.2 个人应及时查验自己母婴保健证，及时参加母婴保健技术培训，进行

**厚德 精诚 笃行 至善**



母婴保健证校验和换证等。

2.2.3科室有责任核查科室人员母婴保健技术服务范围,提供合适工作岗位,保证科室人员不超范围执业和操作。各科室必须按照计划生育法律法规做好超声检查、遗传优生检查、计划生育服务等工作。

2.2.4从事母婴保健技术的相关科室应每年定期组织从业人员进行《中华人民共和国母婴保健法》、《中华人民共和国母婴保健法实施办法》、《母婴保健专项技术服务级别标准》的专题学习。

2.2.5药学部要依法对终止妊娠药品和药具进行专人管理,严格处方管理。

2.2.6医务科对新入职人员进行母婴保健证的检查并鼓励参与考试获得资格,根据个人具体情况安排工作,定期对全院从事母婴保健的人员进行资格验证,组织参加各级母婴保健技术培训,组织母婴保健证的发放和换证工作。

### 2.3相关处罚规定

2.3.1对于无母婴保健证从事母婴保健技术服务的个人,责成其写出检查,立即停止相关违反违规医疗活动。对于超出母婴保健证范围进行操作的医务人员,责成停止超范围操作。

2.3.2对于发生以上违法违规操作的科室,责成科室做出自查,制定整改意见和措施。

2.3.3违反本管理办法者按照医院绩效管理方案扣相应的绩效考核分值。

2.3.4对于违规的医务人员及科室,进行个别约谈及科室集体约谈。

## 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》

3.3《母婴保健专项技术服务级别标准》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标题</b>	同级医疗机构检查、检验结果互认的制度	<b>制度编号</b>	YWK-2020-35
	<b>发布部门</b>	医务科	<b>编制人</b>	杨旭
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	肖丽亚
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版本</b>	第2版	<b>页码</b>	185-186

## 同级医疗机构检查、检验结果互认的制度

### 1. 目的

为落实卫生部办公厅《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》的文件要求，促进合理检查，切实减轻病人的负担，在确保医疗质量的前提下避免不必要的重复检查，缓解“看病难、看病贵”的问题。根据贵州省印发的《深化医药卫生体制改革2018年下半年工作任务》中，贵州省提出将在今年全面实现同级医疗机构之间检查检验结果互认，并推动上级医疗机构下转患者数量增长10%以上，结合我院实际情况，特制定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 主要内容

医疗机构检查结果互认包括医学检验结果互认和医学影像检查资料（包括图像，下同）互认。

2.1.1 医学检验结果互认：临床生化、免疫、微生物、血液和体液等临床检验中结果相对稳定、费用较高的项目。

2.1.2 医学影像检查资料互认：根据客观检查结果（胶片、打印图像）出具报告的项目。

#### 2.2 适用范围与非适用范围

##### 2.2.1 适用范围

2.2.1.1 同一目的的检查；在规定的时效范围内。

2.2.1.2 原检查图像质量和方法可满足疾病诊疗需要的检查。

##### 2.2.2 非适用范围。

2.2.2.1 不同目的的检查。

2.2.2.2 存在设备依赖性的检查。

2.2.2.3 因病情变化，已有的检验结果、检查资料难以提供参考价值的检查。

2.2.2.4 检验、检查结果在疾病发展过程中变化幅度较大的检查。

2.2.2.5 检验、检查项目意义重大的，如手术等重大医疗措施前、急诊急救等抢救生命的紧急状态下须进行的检查。

2.2.2.6 检验、检查结果与病情明显不符的检查。

2.2.2.7 图像质量和方法不能满足诊断要求的医学影像学检查。

2.2.2.8 患者或其亲属要求做的进一步检查。

### 2.3 适用医院

全市三级医院、与我院开展相关项目医学检验结果与医学影像检查资料互认的市级医院。

### 2.4 相关要求

2.4.1 严格质量控制。我院的医学检验科、优生遗传实验室、放射科应加大质量控制力度，实施质量控制，加强与其他医疗机构的技术交流，技术沟通，技术支持。

2.4.2 建立工作制度。既要避免不必要的重复检查，又要确保医疗质量与安全；同时应保证我院的检验、检查质量，为患者提供规范完整的检验、检查报告和相应的影像资料。

2.4.3 强化医患沟通。主动告知患者保管好检验、检查报告和相关资料，减少因患者自身原因导致的重复检查。对需重复检查的项目，需将原因充分告知患者，取得患者的理解和信任，减少或避免医患纠纷。

## 3. 相关文件

3.1 《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》

3.2 《深化医药卫生体制改革2018年下半年工作任务》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标题	妇幼保健业务人员轮岗制度	制度编号	YWK-2020-36
	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	187

## 妇幼保健业务人员轮岗制度

### 1. 目的

为贯彻落实《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》（国卫妇幼发〔2015〕54号国家下发的《妇幼保健院等级评审实施细则（2016年版）》），加快及规范妇幼保健人才的培养，结合我院实际情况，特制定本制度。

### 2. 标准

2.1 本院孕产保健部、儿童保健部、妇女保健计划生育服务部（以下简称三大部）的妇幼保健业务人员实行岗位轮转制度，相关人员须严格按医院规定及安排进行。

2.2 辖区群体保健管理人员和妇女保健计划生育技术服务部人员均需在三大部内相互轮岗。

2.3 具体轮岗时间及轮岗人员由三大部协调商定，报医务科及保健部备案统一管理。

2.4 轮岗人员由所在科室负责考勤及考核，每次轮岗结束后须完成工作总结，由所在科室写出考核鉴定意见，交主管部门（相应的三大部）和医务科、保健部存档备案，作为人才培养和晋级晋升的依据。

2.5 除正在孕产期、哺乳期、病伤休养期的人员外，原则上每位妇幼保健业务人员都需要参加轮岗，因故不能参与轮岗的需向相关主管部门及人力资源部递交申请。

### 3. 相关文件

3.1 《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》

3.2 《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	<b>标题</b>	<b>“三基”培训及考核制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>KJK-2020-37</b>
	<b>发布部门</b>	<b>科教科</b>	<b>编制人</b>	<b>邹官树</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年5月</b>	<b>审核人</b>	<b>何地强</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版本</b>	<b>第2版</b>	<b>页码</b>	<b>188-190</b>

## “三基”培训及考核制度

### 1. 目的

根据中华人民共和国国务院令（第149号）《医疗机构管理条例》规定、中华人民共和国卫生部令（第35号）《医疗机构管理条例实施细则》第五十七条：“医疗机构应当经常对医务人员进行“基础理论、基本知识、基本技能”（下文简称为“三基”）的训练与考核，把“严格要求、严密组织、严谨态度”（下文简称为“三严”）落实到各项工作中”的要求，抓好基础医疗质量，规范医疗操作程序，提高医疗质量和全院医务人员的整体素质。

### 2. 标准

2.1成立以院长为主任委员的医院“三基三严”培训考核管理委员会，负责制定全院的“三基”训练计划、内容和考核目标，并监督各科室三级培训、考核情况，办公室设在科教科。

2.2各科室成立由科主任担任组长的三基培训、考核小组，根据不同层次及专业的卫生技术人员的“三基”培训内容、要求、重点，制定培训计划，负责本科室医务人员的培训考核工作。

#### 2.3培训、考核内容

2.3.1基础理论：包括与疾病诊断、治疗有关的医学基础理论。如：人体解剖、生理、病理、药理学、医院感染、输血、水电解质平衡、医学检验、医学影像、临床药学临床营养、超声诊断学等部分的基础理论。

2.3.2基本知识：包括为疾病诊断、治疗直接提供科学依据的临床医疗知识。如：医疗诊疗规范、各种疾病的阳性体征、各种检验检查的标本采取方法及临床意义。

2.3.3基本技能：包括医疗人员应具备的诊断、治疗的基本操作技能和急救技术。

2.3.3.1基本操作技能：如各种注射法、各种穿刺技术，穿脱隔离衣、鼻饲及胃肠减压；手术的基本操作方法：包括洗手、穿脱手术衣、手术器械的正确使用、打结、基本缝合方法等。

2.3.3.2急救技术：心肺复苏技术、气管插管、心电监护仪的使用技术、电除颤仪器的使用技术、呼吸机的使用与维护技术。

2.3.3.3临床思维能力：能根据掌握的理论知识和实践经验，结合病人的病情，拟定出诊断治疗计划等的思维判断能力（如病历、医嘱、处方的书写能力、体格检查能力、诊断与鉴别诊断能力、门急诊处理能力、阅读辅助检查报告能力等）。

2.3.4医疗卫生相关法律法规：《执业医师法》、《输血法》、《传染病防治法》、《医疗事故防范及处理条例》及医疗文件书写的有关管理规定等。

#### 2.4培训方式及培训计划

2.4.1采用职工自学与科室集中培训、网络等相结合的培训方式。

2.4.2定期有针对性的进行急诊、急救知识的集中培训；

2.4.3进行“三基三严”培训专题讲座，讲座后进行考核；

#### 2.4.4培训计划

##### 2.4.4.1学习训练阶段

各专科采取自主学习、岗位训练、专题讲座、示范教学的方法，有计划、分步骤地抓好医务人员的学习训练，提高医务人员的业务知识水平和工作技能。

2.4.4.1.1开展自学自练。医务人员进行自主学习和训练，进一步强化基础知识、基本理论和基本技能。

2.4.4.1.2进行集中培训。各科室在科主任的主持下，每月业务学习一次、充分利用晨间交班时间行晨间提问。

##### 2.4.4.2考核方式

我院每年组织一次“三基”技能操作考核和一次“三基”理论知识考试，操作考核为专家现场评分，理论知识考试为闭卷考试。

#### 2.5考核对象与要求：

##### 2.5.1考核对象：

全院所有卫生技术人员（包含行政后勤所有具备卫生职称的专业技术人员）

**厚德 精诚 笃行 至善**

### 2.5.2考核内容

初级、中级职称的卫生专业技术人员主要考核基础知识和操作、病历书写等内容,副高及以上职称的卫生专业技术人员主要考核教学查房、病历审核等内容。

### 2.5.3考核要求

“三基”考核覆盖率应达到100%,做到全员参与,“三基”考核合格率应达到100%。考试资料由科教科保管存档。

## 3.相关文件

3.1中华人民共和国国务院令(第149号)《医疗机构管理条例》

3.2中华人民共和国卫生部令(第35号)《医疗机构管理条例实施细则》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	医疗纠纷、医疗差错事故管理制度	<b>制度编号</b>	YWK-2020-38
	<b>发布部门</b>	医务科	<b>编制人</b>	杨旭
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	肖丽亚
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	191-192

## 医疗纠纷、医疗差错事故管理制度

### 1. 目的

为加强医疗质量管理，提高医务人员的技术水平及工作责任心，防范医疗风险，防止医疗差错事故和纠纷的发生，根据《侵权责任法》《中华人民共和国执业医师法》《医疗机构管理条例》《医疗事故处理条例》《医疗质量管理办法》等相关管理规定，结合我院实际，制定医疗纠纷、医疗差错事故管理制度。

### 2. 标准

2.1 科室发生医疗纠纷时应及时上报医务科，当事科室应积极配合医务科工作。

2.2 各科室建立不良事件、差错、事故登记本，按要求登记，科内应及时组织讨论与总结，吸取教训，并采取切实可行的整改措施，改进各项工作。

2.3 发生差错、事故时，当事人应逐级上报，采取补救措施，以减少或消除由于差错事故造成的不良后果，并及时指定专人对各种有关记录及造成差错事故的药品、器械等做妥善保管，不得擅自涂改、销毁。

2.4 对违反医院工作制度，违反医疗护理操作常规者，每发现一次扣责任人 100 元；造成后果者，扣责任人 200 元，影响恶劣者，扣责任人 500 元；

2.5 由于纠纷造成医院经济损失的，由当事科室、责任人及科主任共同承担 0-10万：科室 承担 20%，责任人承担10%，科主任承担2%；科室10 万以上：数额巨大的，由医院根据情况决定对责任人及责任科室进行处罚。

2.6 发生医疗差错事故及医疗纠纷的科室无论赔偿与否，如未及时上报相关职能科室，扣除科主任、护士长 200 元，当事人 500 元；

2.7 如果同一科室连续多次发生医疗差错或医疗事故，根据情节轻重扣科主任、护士长及相关职能科室负责人、业务院长、院长 200-500 元不等。

2.8 责任科室在两个或两个以上时，其具体责任占比由医院医疗事故鉴定委员会根据责任轻重情况决定。

**厚德 精诚 笃行 至善**



2.9重大医疗差错主要责任人一年内不得申报晋升专业技术职务，医疗事故完全或主要责任人三年内不得申报晋升专业技术职务。

2.10造成医疗事故的责任人，一年内不能公派外出参加学术活动、进修、出国等。

2.11医疗事故完全或主要责任人当年考核为不合格，视情节轻重可实行待岗、高职低聘、下岗培训、解聘等处理。

2.12造成医疗纠纷、事故的责任人如为实习生，科室负管理责任，带教老师的处罚按上述有关条款执行；如责任人为进修医师，进修医师须承担部分经济损失，科室承担管理责任，给予相应的处罚。

2.13关于医疗事故的行政处分、纪律处分、刑事处罚按《医疗事故处理条例》罚则处理。

### **3. 相关文件**

3.1 《侵权责任法》

3.2 《中华人民共和国执业医师法》

3.3 《医疗机构管理条例》

3.4 《医疗事故处理条例》

3.5 《医疗质量管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>医疗纠纷及医疗事故防范制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-39</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>193-196</b>

## 医疗纠纷及医疗事故防范制度

### 1. 目的

为进一步提高我院医疗服务质量，保障医疗安全，维护医疗秩序，促进医学科学的发展，有效预防及正确处理医疗纠纷和医疗事故，根据《侵权责任法》《执业医师法》《护士管理办法》《传染病防治法》《医疗事故处理条例》及其配套文件、《医疗机构管理条例》《全国医院工作条例》等相关规定，结合我院实际，制定医疗纠纷及医疗事故防范制度。

### 2. 标准

2.1 医疗安全是医院管理的重要环节。医院各临床、医技科室及机关各部门应当认真做好本职工作，相互协调，认真履行各自职责，树立正确、积极的医疗风险防范意识，建立医疗安全目标责任制，尽最大可能预防医疗事故的发生。

2.2 医院每年定期组织医务人员学习卫生管理法律、行政法规、部部门规章和诊疗护理常规、规范，通过集中学习、轮训以及各种会议强调通报等方式，提高医务人员对医疗事故的防范意识。特别要学习《侵权责任法》、《执业医师法》、《护士管理办法》、《传染病防治法》、《医疗事故处理条例》及其配套文件、《医疗机构管理条例》《全国医院工作条例》等。

2.3 严格执行执业及技术准入制度。医院所有从业人员（包括新调入、聘用及在职医务人员）的执业准入必须通过相关职能部门审核，并报经行政主管部门批准后，方能执业；各科室新开展的医疗服务项目、新技术等，应遵照医院《技术准入管理规定》执行，书面报经医务科或主管院长批准，并备案。

2.4 医院所采购的药品必须符合《药品管理法》及其他卫生管理法律法规的规定，严禁假药、劣药进入医院，医院药事管理委员会负责把好质量关。医护人员应当严格遵守毒麻药品的管理和使用规定。

2.5 相关科室应当做好放射装置及放射性物品的保管和处理工作，严格遵守法律法规及安全防护规章制度。

**厚德 精诚 笃行 至善**

2.6采购中心要严把医疗仪器和卫生材料等医疗用品的准入和质量关，共由监审科进行监控，对于不符合《产品质量法》和《医疗器材标准管理办法》的医疗仪器和卫生材料坚决不能购进。各科室不得擅自使用未经医院审批同意的医疗器械、卫生材料和药品。

2.7后勤保障部门应当认真做好各临床科室的后勤保障工作，保证供电、供水。把好病房膳食供应质量关。

2.8各职能部门包括人力资源科、医务科、护理部、科教科等应当对所聘用人员、进修人员等实行准入管理制度，加强进修生、实习生的培训和管理。

2.9院内感染控制科应当做好医院感染的监控和管理工作的，各科室应当做好医疗废物的处理工作，最大限度的降低医院感染的发生率。

2.10门诊及急诊科应当认真抓好医院窗口服务工作，保证专家按时出诊，严格按专业收治病人。

2.11医疗质量是保证医疗安全的关键要素，全体医务人员要严格遵守医院医疗质量管理制度，实行医院医疗质量管理委员会、科室医疗质量控制小组和医务人员个人三级管理体系，不断强化医疗质量和医疗安全意识。

2.12医务人员在全程质量控制中要自我管理，严格遵守三级医师查房制度、疑难危重病人报告制度、会诊制度、病例讨论制度、核心制度等，确保医疗质量管理方案的实施。

2.13院内感染控制科及相关科室应当认真做好传染病的监控工作，加强对传染病人的管理，严格按照有关规定对传染源进行处理，避免在院内引起传染病流行。

2.14各临床科室使用的血液及血液制品必须经医院输血科统一配送，输血科和临床各科室应当严格遵守临床输血技术规范。输血和成分输血应当履行签字手续。

2.15全院各科室及各级医疗人员要不断强化预防医疗事故的意识，不断提高自身素质，把抓医疗安全纳入日常工作中。签订《医疗质量和安全综合目标责任状》。

2.16各临床科室认真履行告知义务及签名手续。与入院病人签订《医患谈话记录》，在不对患者产生不利后果的前提下，主动加强与病人的交流，耐心向病

人或其家属交待或解释病情，使患者或其家属及时了解有关诊断、治疗、预后等方面的信息，以行使病人对疾病诊治的知情权；尊重患者的知情同意权、隐私权和选择权，特殊贵重药品的使用、特殊检查、手术、住院、留观等要征得患者同意；高值耗材的使用，必须经科内讨论，书面报告医务科批准，并经患者或其家属签字同意后方可使用。

2.17开展新技术、新项目应遵照医院《技术准入管理规定》执行。

2.18抓好重点病人群体（如急诊病人、病理妊娠孕产妇、恶性肿瘤病人、新生儿及特殊儿科病人、CD型病历病人等）、重点医疗场所（如急诊科、新生儿病房、手术室等）、重点环节（如会诊、交接班前后、转运途中等）的管理工作以及节假日及下班时间的医疗安全监管工作。

2.18.1对于重点的科室或部门，必须制定相应的质量管理措施、应急预案和处理程序。

2.18.2科室医务人员要严格执行值班制度、交接班制度，遵守劳动纪律，不迟到、早退，不离岗、串岗，坚守工作岗位。患者在出科会诊或转运途中，医务人员应履行告知、签字、护送等职责。

2.18.3遇到突发事件或紧急情况：科室范围内的突发事件或紧急情况，当班医师或护士应根据事件原因、性质、严重程度及时报告上级医师、科主任或护士长，必要时报告医院相关管理部门进行处理和协调，紧急情况下，值班人员必须边处理边报告。科室以外的突发事件或紧急情况，严格执行首诊负责制和首问负责制，第一责任人（每个职工）必须采取有效措施果断处理，同时报告相关科室或医院管理部门（节假日报告总值班）到达现场进行处理。对视而不管、见死不救、相互推诿、拒诊拒治等责任人，按国家法律法规及医院规章从严处罚。

2.18.4医务人员要遵纪守法，严格执行各项医疗规章制度和操作规程，认真履行职责；恪守职业道德，不得利用职务之便索取、非法收受患者财物或获取其他不正当利益。党办、人力资源科、医务科等部门定期检查督促。

2.18.5医务人员应当掌握执业规则，认真履行自己的权利与义务。实行首诊负责制，不得拒绝急危患者的急救处置，不得出具与自己执业范围无关或与执业类别不相符的医学证明文件。

2.18.6医务人员外出会诊应经医务科办理有关审批手续，严格遵守《医师外

出会诊的管理制度》的相关规定。

2.18.7各科每月总结科室安全情况，设立医疗差错事故登记本，指定专人负责并做好记录，医务科、护理部定期检查。

2.18.8严格执行《医疗机构病历管理规定》、《病历书写规范》对病案进行科学管理和利用。认真做好门急诊病历及住院在架病历管理工作。病历的复印和封存严格按照《侵权责任法》、《医疗事故处理条例》、《医疗机构病历管理规定》及医院有关规定执行。

### **3. 相关文件**

3.1 《侵权责任法》

3.2 《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 《全国医院工作条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>医疗纠纷处理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-40</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>197-198</b>

## 医疗纠纷处理制度

### 1. 目的

为了妥善处理医疗纠纷,有效预防及正确处理医疗纠纷和医疗事故,根据《侵权责任法》《执业医师法》《护士管理办法》《传染病防治法》《医疗事故处理条例》及其配套文件《医疗机构管理条例》《全国医院工作条例》等相关规定,制定医疗纠纷处理制度。

### 2. 标准

2.1 医务科接到患者或家属对我院诊疗行为有异议后,能当场解决的给予协调沟通解决;不能当场解决的要求患者或家属提供书面材料,便于调查了解情况。

2.2 医务科将患者提交材料交给当事科室,当事科室认真分析讨论,3个工作日内以书面形式报至医务科。

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

2.4 医务科结合患者的提交材料、调查情况和当事科室提交的诊疗经过的情况说明,提出初步协调方案,向院领导汇报。

2.5 积极做好与患者协调、沟通工作,原则上5内作出口头或书面答复。对疑难、复杂的案件最迟不能超过15个工作日,并告知投诉人延期理由。

2.5.1 确定医院无过失、无责任的事件,应将整个诊疗过程向患者解释清楚,取得患者理解。

2.5.2 确定因医疗过失给患者造成损害的,若患者存有协商解决的愿望,将与患方协调解决,并签订协议书。若患方不愿接受我院所能给予的答复或赔偿额度,建议患方到第三方(医调委或司法调解)调解或走法院程序维护自己的合法权利。

2.6 在处理纠纷的同时,相关科室应做好随时进入诉讼程序的应诉准备工作。

2.7 医疗纠纷处理四条途径:医患双方协商、上级行政部门调解、第三方人

**厚德 精诚 笃行 至善**

民调解委调解、司法解决。

2.8患者出现以下7种行为时，可拨打110报警：在医疗机构焚烧纸钱、摆设灵堂、摆放花圈、撕拉横幅、违规停尸、聚众滋事、围堵大门或重要入口影响人员正常进出的；在医疗机构内寻衅滋事的；非法携带易燃、易爆危险物品和管制器具进入医疗机构的；侮辱、威胁、恐吓、殴打、故意伤害医务人员或者非法限制医务人员人身自由的；在医疗机构内故意毁损或者盗窃、抢夺公私财物的；倒卖医疗机构挂号凭证的；其他扰乱医疗机构正常秩序的行为。

### 3. 相关文件

3.1 《侵权责任法》

3.2 《执业医师法》

3.3 《护士管理办法》

3.4 《传染病防治法》

3.5 《医疗事故处理条例》

3.6 《医疗机构管理条例》

3.7 《全国医院工作条例》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	<b>医疗安全（不良）事件管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-41</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>199-202</b>

## 医疗安全（不良）事件管理制度

### 1. 目的

医疗安全(不良)事件管理是发现医疗安全隐患,防范医疗事故、提高医疗质量、促进医疗管理和医疗技术进步和保障者利益的重要措施,因为它是国家收集强制性的医疗质量安全事件报告等信息系统收集不到的有关医疗安全信息及内容,以补充性质的医疗安全信息。现为了更好地落实妥善处理医疗安全不良事件,鼓励不良事件报告,根据《医疗事故处理条例》《重大医疗过失行为和医疗事故报告制度的规定》《患者安全目标》《执业医师法》《护士管理办法》《医疗质量管理办法-18项医疗核心制度》等的要求,特制订医疗安全(不良)事件管理制度。

### 2. 标准

2.1适用范围 适用于我院发生的医疗安全（不良）事件与隐患缺陷的主动报告；但药品不良反应/事件、医疗器械不良事件、输血不良反应、院内感染个案报告需按特定的报告表格和程序上报，不属本医疗安全（不良）事件报告内容之列。

2.2医疗安全（不良）事件定义 医疗安全（不良）事件是指在临床诊疗活动中以及医院运行过程中,任何可能影响病人的诊疗结果、增加病人的痛苦和负担并可能引发医疗纠纷或医疗事故,以及影响医疗工作的正常运行和医务人员人身安全的因素和事件。

2.3医疗安全（不良）事件等级划分 按事件的严重程度分4个等级:

2.3.1I 级事件（警告事件）——非预期的死亡,或是非疾病自然进展过程中造成永久性功能丧失。

2.3.2II 级事件（不良后果事件）——在疾病医疗过程中是因诊疗活动而非疾病本身造成的病人机体与功能损害。

2.3.3III 级事件（未造成后果事件）——虽然发生了错误事实,但未给病

**厚德 精诚 笃行 至善**



人机体与功能造成任何损害，或有轻微后果而不需任何处理可完全康复。

2.3.4 IV级事件（隐患事件）——由于及时发现错误，但未形成事实。

#### 2.4 医疗安全（不良）事件报告的原则

2.4.1 I级和 II级事件属于强制性报告范畴，报告原则应遵照国务院《医疗事故处理条例》、《重大医疗过失行为和医疗事故报告制度的规定》执行。

2.4.2 III、IV级事件报告具有自愿性、保密性、非处罚性和公开性的特点。

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

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

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

2.4.2.4 公开性：医疗安全信息在院内通过相关职能部门公开和公示，分享医疗安全信息及其分析结果，用于医院和科室的质量持续改进。公开的内容仅限于事例的本身信息，不涉及报告人和被报告人的个人信息。

#### 2.5 职责

##### 2.5.1 医务人员和相关科室

2.5.1.1 识别各类医疗安全（不良）事件，及时并同步上报至主管部门和医务科，提出初步的质量改进建议。

2.5.1.2 相关科室负责落实医疗安全（不良）事件的持续质量改进措施的实施。

##### 2.5.2 医务科

2.5.2.1 指派专人负责收集有关诊疗的医疗安全（不良）事件，并对事件进行汇总、统计和分析。

2.5.2.2 对有关诊疗的医疗安全（不良）事件，进行了解和沟通，作出初步分析，提出改进建议。

2.5.2.3 每半年将发生频率较高的医疗安全（不良）事件汇总，组织相关部门或科室讨论并提出改进建议。

2.5.2.4负责对全院医务人员进行医疗安全（不良）事件报告知识培训。

#### 2.6医疗安全（不良）事件的上报

2.6.1I、II级事件报告流程 主管医护人员或值班人员在发生或发现 I、II级事件，除了立即采取有效措施，防止损害扩大外，应立即向所在科室负责人报告，当事科室应在 15 分钟内向相关职能部门口头或电话报告，同时在 1 个工作日内填报上交《不良事件报告表》（一式三份，不同部门留存），职能部门核实结果后立即上报分管院领导。

2.6.2III、IV级事件报告流程：主管医护人员或值班人员在发生或发现III、IV级事件时，当事科室应在 24 小时内向相关职能部门口头或电话报告，同时在 3 个工作日内填报上交《不良事件报告表》（一式三份，不同部门留存），并提出初步的质量改进建议。

2.6.3各职能部门接到报告后立即调查分析事件发生的原因、影响因素及管理各个环节，与相关科室共同分析问题，制定对策及整改措施，督促相关科室限期整改，同时负责备案，并每季度进行总结，提出奖惩意见，经医疗质量与安全委员会讨论，上报医院目标管理考核会议决议。

#### 2.7奖惩制度

2.7.1主动报告医疗安全（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 50-200 元。

2.7.2对于主动上报《医疗安全（不良）事件》的医疗缺陷，将根据情况酌情减轻或免于处罚。

2.7.3当事人或科室在医疗质量安全（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，主管部门从其它途径获知的，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。

2.7.4已构成医疗事故和差错，引起医疗纠纷的医疗安全不良事件，未实行医疗安全（不良事件）上报的应加重处罚。

2.7.5I、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。

### 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 《患者安全目标》
- 3.4 《执业医师法》
- 3.5 《护士管理办法》
- 3.6 《医疗质量管理办法-18项医疗核心制度》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>医用耗材通报约谈制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-42</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>203-204</b>

## 医用耗材通报约谈制度

### 1. 目的

加强医用耗材使用监管，促进医用耗材的合理使用，落实“九不准”行业作风建设要求，促进医患关系改善，为群众提供安全、有效、方便、价廉的医疗服务，强化临床医师的职责及责任，根据贵州省下发的《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》，结合我院实际情况，特制定本制度。

### 2. 标准

2.1每半年至少对医用高值耗材使用点评结果进行通报，对不合理使用现象明显的医用高值耗材和不合理使用率较高的科室及医务人员进行排名，对存在突出问题的科室主要负责人、医务人员和耗材供应商进行约谈。

2.2约谈是指通过谈话的形式，教育、帮助和提醒约谈对象端正思想认识、认真整改问题，切实做好各项工作。

2.3约谈坚持“实事求是”、“教育在先、注重预防”、“批评与自我批评”、严肃纪律与做好思想工作相结合的原则。

2.4约谈的形式包括个别约谈和集体约谈，约谈对象应就可能存在问题的原因作出说明，提出防范的对策和措施。

2.5约谈的程序和方式：参考医院巡查工作约谈制度内的程序和方式。

2.5.1约谈由医院巡查工作实施小组组织实施

对医院副科级以上干部的约谈，由医院巡查工作实施小组（主管院长、纪委书记参加）组织进行；对医院一般工作人员的约谈，由医院巡查工作实施小组组织进行。

2.5.2医院巡查工作自查存在问题，经整改后，医院组织自查仍然不到位的科室，由医院巡查工作实施小组提出，报领导批准后通知该科室负责人约谈。

2.5.3约谈一般采用个别谈话的方式进行，也可以采取集体谈话的方式进行。

**厚德 精诚 笃行 至善**

2.6 约谈人应遵循的要求

2.6.1 实事求是、不徇私情；

2.6.2 谈话前做好充分准备，熟悉有关情况，确保谈话具有针对性和实效性。

谈话要注意方式方法，尊重、维护约谈对象的合法权益；

2.6.3 约谈时谈话人不得少于两人，并做好谈话记录。

2.7 约谈对象应遵循的要求

2.7.1 应按照约定的时间、地点接受约谈，不得借故推诿、拖延。确有特殊原因不能按时参加约谈的，要进行补谈。

2.7.2 如实陈述说明，正确对待组织的批评和帮助，不得隐瞒、编造、歪曲事实和回避问题。

2.8 医务科负责对约谈对象整改落实情况进行监督检查，对措施不到位、整改不力的，按照有关规定，予以责任追究。

2.9 不遵守约谈有关要求且提醒后不改正的，约谈后不改正错误或整改问题，将依照有关规定给予处分。

**3. 相关制度**

3.1 《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》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	日间手术管理制度	<b>制度编号</b>	YWK-2020-43
	<b>发布部门</b>	医务科	<b>编制人</b>	杨旭
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	肖丽亚
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	205-210

## 日间手术管理制度

### 1. 目的

日间手术凭借其快捷、方便、高效、安全的医疗服务特点近些年来在国内受到广泛关注和发展，为确保日间手术的医疗质量及安全，根据《中华人民共和国执业医师法》《医疗机构管理条例》《医疗技术临床应用管理办法》结合国家卫生健康委医疗管理服务指导中心发布《日间手术管理导则(2016版 征求意见稿)》建立符合我院实际情况的日间手术管理制度，确保日间手术医疗安全和质量，减少医疗纠纷，规范日间手术医疗行为，结合我院实际情况，特制定本制度

### 2. 标准

#### 2.1 日间手术的定义

2.1.1 患者入院、手术和出院是在 1 个工作日（除外在医院门诊手术室开展的门诊手术），遇有特殊病情最长不超过 48 小时。

2.1.2 是在医院专门设置的日间手术诊疗单元中完成的择期手术。

2.1.3 是由参加日间手术的外科医师和/或麻醉医师通过疾病评估决定患者及手术方式。

2.1.4 有日间手术病历或/和诊疗记录。

#### 2.2 日间手术管理模式

参照国内外先进日间手术管理模式，结合我院的实际情况，采取分散收治、分散管理的日间手术患者管理模式。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，日间手术患者的手术预约、入院评估、出院评估、出院随访、病历书写等由各科室分散管理；手术和术后苏醒在手术室进行。普通手术不得挤占日间手术的安排，原则上 16 点后不做日间手术，局麻手术可安排在病房手术室/门诊手术室实施。

#### 2.3 日间手术病种

根据各专科的需求，日间手术为我院重点监测病种/手术。

**厚德 精诚 笃行 至善**

科室	病种/手术
妇科	异常子宫出血
	宫颈病变
	外阴上皮内非瘤样病变
	稽留流产
	输卵管造影
	前庭大腺囊（脓）肿
	阴道壁囊肿
	腹壁子宫内异症
	子宫纵膈术后复查

#### 2.4 日间手术服务流程

2.4.1 手术医师在患者入院前开具术前检查，评估患者，确定麻醉方式，预约日间手术并宣教；

2.4.2 患者在门诊完成术前检查（术前一周内）；

2.4.3 患者在麻醉门诊完成麻醉评估；

2.4.4 患者返回门诊，门诊医师开具日间手术住院证（标注手术日），患者到各相关科室护士站完成手术预约和术前宣教；包括日间手术术前准备及注意事项等，打消患者疑虑，保证手术能顺利进行。

2.4.5 相关科室在患者入院前一天 16 点前通知手术室；

2.4.6 患者手术当天办理住院，各相关科室完成入院后常规护理，术前准备，等待手术；

2.4.7 手术医师和麻醉医师术前再次核对和评估患者，术后在 PACU/病房完成麻醉后恢复，手术当天或者第二天办理出院；出院时应详细告知术后基本护理知识和注意事项，应有医院的详细联系方式。

2.4.8 术后 1-3 天，相关科室完成术后随访，必要时跟踪随访并记录，随访可以分为电话随访、QQ、微信随访、短信随访等，为问题的及时发现、及时解决提供保障与服务。日间手术患者根据医嘱到手术医师门诊进行随诊。

2.4.9 特殊转归流程

患者在日间手术治疗中或术后恢复期间出现日间手术临床路径变异的、出院后出院严重变发症的，需转普通住院治疗或延长出院的，由手术医师评估并病程记录详细记录后，转普通住院治疗。

## 2.5 日间手术治疗保障及监管体系

所有开展日间手术的专科和手术医师，必须为副主任医师或以上级别医师。日间手术患者实行手术主刀医师负责制，手术主刀医师负责日间手术患者的准入并有权决定是否延长日间手术患者手术后住院时间以及转为普通住院患者。

医院对日间手术采取准入模式，具体包括以下几方面：

### 2.5.1 手术准入标准

2.5.1.1 日间手术必须为我院已开展的成熟手术，提倡微创手术；

2.5.1.2 围术期出血风险小，术中不需要输血；

2.5.1.3 预计手术时间不超过 2 小时；

2.5.1.4 手术不增加气道相关风险；

2.5.1.5 手术后能快速恢复饮食、饮水；

2.5.1.6 手术后疼痛易控制；

2.5.1.7 不需要特殊术后护理。

### 2.5.2 医师准入标准

2.5.2.1 聘任副主任医师职称及以上者；

2.5.2.2 在拟开展的日间手术项目中有丰富的临床经验，无重大医疗事故；

2.5.2.3 具备良好的医德及沟通能力；

2.5.2.4 个人申请，所在科室领导同意；

2.5.2.5 医院医务科审核资质，医院授权。

### 2.5.3 患者准入标准

2.5.3.1 意识清晰，无不可控制的精神疾病；

2.5.3.2 愿意接受日间手术，对手术方式、麻醉方式理解认可；

2.5.3.3 患者年龄在 1 岁至 65 岁之间，无严重的脏器功能障碍，近期内无难以控制的严重合并症，ASA 分级 1-2 级，入院前有明确的诊断，病种较为单一；

2.5.3.4 有固定联系电话，手术后有成人陪伴并有能力在院外住所完成出院



后照护，住所离医院不远或周边有其他医疗机构，便于随诊和应急事件发生的处理；

2.5.3.5满足各专科手术和手术医师的特殊要求。

2.5.4日间手术治疗监管和考核

日间手术纳入临床路径质量考核和监管体系。由医务科每月对所有开展的日间手术病种监测每月开展例数，该病种临床路径入径率、变异率和退出率、死亡率，术后并发症发生率，手术后麻醉并发症发生率，一周内再入院发生率，均次费用，药占比等。

将日间手术开展情况作为科室考核的一项指标，科室开展的日间手术病种必须做临床路径和病历模板。

2.6日间手术病历要求

日间手术病历不同于门诊病历、留观病历，为保证日间手术的高效运转，要尽量减少医师书写，现要求如下：

2.6.1日间手术病历基本内容

2.6.1.1病案首页

2.6.1.224 小时入出院记录

2.6.1.3首次病程记录

2.6.1.4手术同意书

2.6.1.5麻醉前访视及麻醉同意书

2.6.1.6手术安全核查表、手术风险评估单

2.6.1.7手术清点记录

2.6.1.8麻醉记录（一）（二）

2.6.1.9手术记录

2.6.1.10麻醉后访视记录单

2.6.1.11输血及血液制品治疗同意书

2.6.1.12入院谈话记录

2.6.1.13授权委托书

2.6.1.14术中快速冰冻切片检查知情同意书

2.6.1.15病检单、化验单

2.6.1.16入院告知书

2.6.1.17三测单、医嘱单

2.6.1.18护理记录单

2.6.1.19出院评估单

2.6.2日间手术病历质量管理

病历记录内容是医护人员对患者诊疗过程的客观和真实的记录，是具有法律效应的医学文书，为加强质量管理，日间手术病历记录应按照以下要求管理：

2.6.2.1病历记录内容力求客观、准确、真实、及时。

2.6.2.2日间手术病历均纳入临床路径管理。若患者出现临床路径以外的病情变化，应及时完成相关病程记录。如病情变化需转为普通住院治疗等情况，需退出临床路径，病历书写按《病历书写基本规范》执行。

2.6.2.3符合国家电子病历管理相关规定。

2.6.2.4日间手术病历要符合病案档案管理相关管理规定。纸质病案按照病案管理规定进行保管。

2.7日间手术激励与考核政策

医院搭建日间手术平台，目的是在有限床位资源的条件下，积极鼓励手术医师充分利用好我院的手术室资源，需要调动手术医师、麻醉医师和手术室多方面的积极性，因此出台相应的激励与考核政策。

### 3. 相关文件

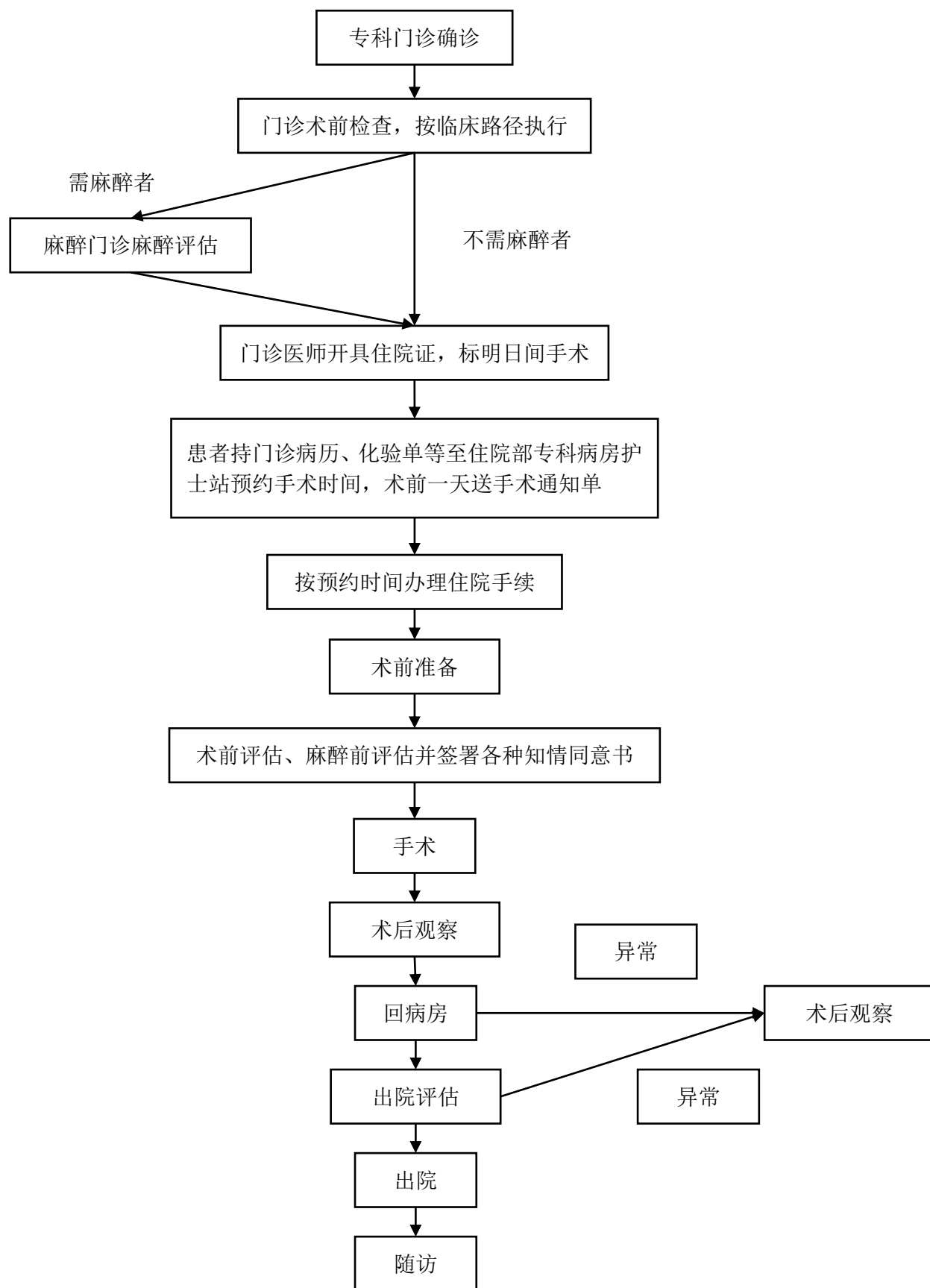
3.1 《中华人民共和国执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

3.3 《医疗技术临床应用管理办法》

3.4 《日间手术管理导则(2016版 征求意见稿)》

附件：日间手术诊疗流程



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>病历质量控制与评价管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-44</b>
	<b>发布部门</b>	医务科	<b>编制人</b>	杨旭
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	肖丽亚
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	211-229

## 病历质量控制与评价管理制度

### 1. 目的

加强医院医疗质量管理，确保医疗安全和质量，减少医疗纠纷，规范医疗行为，根据《中华人民共和国执业医师法》《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《病历书写规范》《铜仁市妇幼保健院病历质量评定标准》等相关管理规定，结合我院实际情况，特制定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 病历质量检查的重点内容

- 2.1.1 病历资料的完整性。
- 2.1.2 病历完成的及时性。
- 2.1.3 病历表述是否准确。
- 2.1.4 知情同意谈话、签字的规范性。
- 2.1.5 重要讨论、会诊和查房内容的记录。
- 2.1.6 术前讨论、手术记录及麻醉相关记录等。

#### 2.2 三级病历质量控制与评价组织形式

- 2.2.1 一级质控为医务人员自我管理。
- 2.2.2 二级质控为科室病历质控小组质控，小组由科主任、病历质控员、护士长组成。

2.2.3 三级质控：院领导、行政职能部门（医务科、质量控制科、护理部、药学部、医保物价科等）有关人员、质控专家及义务质控员。

#### 2.3 评价标准

一级、二级质控评价标准结合《病历书写规范与管理规定及病例（案）医疗质量评定标准》及《铜仁市医疗机构住院病历质量控制评分标准（试行）（100分）》（详见附件1），每份病历（产小病历除外）均设置一份《住院病历书写评分表》，跟随病历（案）归档，该评分表为100分制， $\geq 90$ 分为甲级病历， $\geq 75$ 分为乙级病历， $< 75$ 分为丙级病历。

三级质控评价标准按照贵州省《病历书写规范与管理规定及病例（案）医疗质量评定标准》及《铜仁市妇幼保健院病历质量评分标准》，根据每个病历（案）存在的医疗缺陷对患者负面影响的轻、中、重程度及其后果和发生医疗缺陷的数目多少，作为分级的依据。分级：分为 I、II、III、IV、V 共 5 级，I 级（优）：0-5 个轻度缺陷。II 级（良）1 个中度缺陷，III 级（中）：2-3 个中度缺陷，IV 级（低）：≥4 个中度缺陷，V 级（劣）≥1 个重度缺陷，6 个以上（含 6 个）轻度缺陷相当于 1 个中度缺陷，其中 I 级和 II 级病例为甲级病历（案），III 级病例为乙级病历（案），IV 级和 V 级病例为丙级病历（案）。病案首页将体现分级质控及最终病案缺陷分级。

## 2.4 工作方法

2.4.1 一级质控：要求每份住院病历（案）100% 自控，按照《病历质量评分标准》完成评分，主要自控病历（案）的完整性和及时性。

2.4.2 二级质控：科室质控小组对住院病历（案）进行 100% 科控，包括运行及出院未归档的住院病历（案）及门急诊病历的医护病历质量进行质量控制检查并登记，重点质控病历（案）为重点疾病、重点手术、CD 型、非计划再手术、住院超 30 天、2 周及一个月内再住院、新技术运用、单病种及死亡病历类型，从及时性、真实性、完整性三方面对病案质量实时监控，科主任（病区主任）至少质控 2 份/月，主要为重点病历，并写总结评价于《科主任手册》上，担当科内三级医师的医师至少质控 4 份/月登记于《病历质控本（自备）》，（科主任与三级医师身份重复时，应完成三级医师质控任务），另质控小组将科控中发现的乙级及丙级病历（不少于月出院量的 10%）的住院号、病历分型、主要诊断、主要缺陷、三级医师等相关内容登记在《病历质控本（自备）》，每月 25 日将住院号上交电子版给质量控制科，同时督促责任医师及时整改，避免出现丙级病历，以备三级质控抽查，促进提高病程记录质量。如果没有进行自查或者自查发现有缺陷没有及时补充纠正，按乙级病历或丙级病历处理。科室每月月总结时需将病历质控中发现的问题进行总结分析并整改，记录在《科室质量与安全持续改进记录本》上。

各门诊每月由科室质控小组组织抽查本科室 2-5 份/月/医师、护士门急诊病历（包括留观病历），记录门诊号、患者姓名、就诊日期、主要缺陷、门诊医师等，质量控制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，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。

2.4.3三级质控：负责对门诊病历、运行病历、存档病历（案）等内涵检查，每月进行抽查评定，使用《院质控办病例质量检查表》。

义务质控员：根据质量控制科的要求，每月完成 20-30 份的病历交叉质控（含环节病历、终末病历、门急诊病历等）。使用《院质控办病例质量检查表》，每月 25 号前将结果交质量控制科备案。质量控制科抽取其质控病历的 10-20%，分派给专家进行评判，纳入晋升前考核。合格率低于 80%，视为当月质控不合格，一年中出现 2 次以上（不含 2 次）不合格，则考评不合格。

医务科、质量控制科随时查阅打印版病历或者利用电子病历质控平台在线质控环节及出院一周内的终末病历，及时反馈问题信息给责任科室及责任医师；质量控制科每月 10-20 号组织专家进行检查义务质控员所查上个月的病历、科室二级质控问题病历、重点病历、当年申请晋升职称的人员书写病历等。主要进行内在、外在质量的控制，并对其质控病历进行评判，质控结果于下个月的 10 号前反馈至相关科室。

2.4.4结果的处理：质量控制科通知科主任及护士长督促科室人员整改病历。通知后一周内未改或经三级检查，病历评为乙级、丙级病历，将纳入个人及科室的绩效考核，若当年出现一份 V 级病历，则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。

### 2.5病历质量检查信息反馈

2.5.1环节病历缺陷将及时反馈给相关科室及责任医师，终末病历每月检查具体情况于每月 10 号左右反馈给专科主任及责任医师；

2.5.2病历检查结果绩效每月 12 号左右报告经管办；

2.5.3专科主任根据科室自查结果和医院检查结果，对本科室存在的缺陷提出改进措施，并检查措施落实情况。

## 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国执业医师法》

3.2 《医疗机构管理条例》

3.3 《医疗质量管理办法》

3.4 《病历书写规范》

3.5 《铜仁市妇幼保健院病历质量评定标准》



			32、传染病漏报 33、非标准化书写	1分
入 院 记 录	15分	1、主诉要突出病人主要症状+部位+时间，概括准确、描述清楚。	1、无入院记录（入院24小时以上）	单项否决（丙级病历）
		2、现病史必须与主诉相关、相符；能反应本次疾病（1）、起病情况：起病时间、缓急、有无发病原因和诱因。（2）、主要发病症状、发生的部位、性质、程度及病情变化的发展情况。（3）、伴随发病症状：发生的时间、特点、病情进展情况与主要症状的关系，以及有鉴别诊断意义的阴性症状及阳性症状。（4）、诊治经过：曾作过何种特殊检查，诊断，治疗以及结果疗效。（5）、一般情况：如精神、饮食睡眠、大小便等。（6）、描述必须符合规范性语言要求。内容完整，要求重点突出、层次分明、概念明确、运用术语准确。有鉴别诊断资料。	2、入院记录、再入院记录、多次入院记录未在24小时内完成	单项否决（乙级病历）
		3、既往史：包括与本病有关的各种过去病史(含过敏史，各种手术史，预防接种史、输血史等)以及诊治情况，平时健康状况。	3、无主诉	单项否决（乙级病历）
		4、个人史：与本病有关的出生、经历、职业、生活习惯、嗜好、接触过敏史。婚姻史（女病人应有月经史，已婚者应有婚育史）。	4、主诉描述错误或与现病史不符	单项否决（乙级病历）
		5、家族史：与本病有关的遗传史。主要亲属成员的健康状况。	5、现病史陈述者未填或无完全民事行为能力患者填写为病史陈述者	2分/项
		6、体格检查：项目齐全；要求全面、系统地进行记录；有专科或重点检查。特别对诊断有关的阳性体征和阴性体征要有记录。	6、现病史中主要疾病发生、发展变化过程描述不清或起病时间与主诉不一致、发病原因、诱因记述不清楚或有缺陷	1分
		7、入院诊断：（1）、主要诊断（病因、解剖、病理生理）。（2）、次要诊断(包括并发	7、发病后院外检查诊治情况记述不详细	2分/项
			8、无与本次入院有关的重要的阴性症状记录以及与鉴别诊断有关的阳性或阴性资料	2分
			9、无既往史或与主要诊断相关的内容记录有重要缺欠	2分/项
			10、既往史缺手术史、外伤史、传染病史、输血史、药物过敏史或药物过敏史描述有缺陷或与首页不一致	2分/项
			11、无个人史或遗漏与诊治相关的个人史	1分/项
			12、无婚育史或与主要诊断相关的内容记录有重要缺欠	1分/项
			13、无家族史或与主要诊断相关的内容记录有重要缺欠	2分/项
			14、儿童患者无婴幼儿喂养史和生长发育史	2分/项
			15、无体格检查或查体遗漏主要阳性体征或有鉴别诊断意义的阴性体征	2分/项
			16、查体记录不准确或有漏项，或表格病历漏填项或错填项	2分/项
			17、无专科检查或专科检查记录内容有缺欠	3分/项
			18、入院前若有辅助检查未记录或记录不完善或抄写不准确	3分
			19、无入院初步诊断	1分/项
			20、入院初步诊断有更改而无修正诊断或修正诊断错误	1分/项
			21、入院初步诊断、修正诊断书写不全或修正诊断无签名及日期	1分/项



		<p>症)。(3)、待诊或诊断不肯 定者应有修正诊断。(4)、诊 断明确时,可无修正诊断。 8、再次入院记录注明本次住 院次数,按再次入院记录要 求书写。 9、表格式入院记录内容必须 完整,不得遗漏。</p>	<p>22、入院初步诊断主次顺序错误或 次要诊断有重要遗漏 23、由实习医师代替住院医师书写 入院记录(当天入院病人&gt;4人,可 以由实习医师书写,当天二线班医 师签名,二线班必须是高年资主治 医师) 24、未取得执业资格的医务人员书 写的入院记录无上级医师修改并签 名 25、入院记录无书写医师签名</p>	<p>单项否决(乙级病 历) 单项否决(乙级病 历) 3分</p>
病 程 记 录	20分	<p>1、首次病程记录突出病历特 点、诊断依据、鉴别诊断及 诊疗计划。诊疗计划:根据 诊断订出进一步检查计划, 并提出主要治疗方案(治疗 原则、主要措施、主要药物 等)。 2、日常病程记录应及时记录 病情发展和变化(主要症状 和体征)的分析判断,处理 措施及治疗效果等。对病危 患者应当根据病情变化随时 书写病程记录,每天至少1 次,记录时间应当具体到分 钟。对病重患者,至少2天记 录一次病程记录。对病情稳 定的患者,至少3天记录一 次病程记录。凡下病危通知 病人,每日均应有记录,危 重病人或病情突然变化时应 随时记录。 3、病程记录及时记录各种检 查结果的分析处理及诊治意 见。 4、重要治疗的名称、方法、 疗效及反应,重要医嘱的修 改及其理由要有记录。 5、有创检查与治疗应有本人 或家属签字。各种诊疗操作 经过(胸腔穿刺、腹腔穿刺、 骨髓穿刺、腰椎穿刺、心包 穿刺、肾穿刺、床旁静脉切 开等)和重要操作后病人情 况(注:胃镜、纤支镜、胆道</p>	<p>1、未能在规定时间(8小时)内完 成首次病程记录 2、首次病程记录无病例特点、诊断 依据、鉴别诊断和诊疗计划之一者; 3、有多个诊断未分别书写诊断依 据;鉴别诊断必须有2个以上(个别 特殊情况除外)。 4、分析讨论不够或诊断依据不充 分;鉴别诊断缺乏针对性;诊疗计 划用套话、无针对性、无具体内容。 5、未按规定时间记录病程记录 6、病危患者病情变化未按要求随时 记录(每天至少一次,时间具体到 小时、分钟) 7、病重患者至少每2天未记录一次 8、日常病程记录未及时记录患者病 情变化、观察记录无针对性、对新 的阳性发现无分析及处理措施等 9、未记录异常的检查结果,或无分 析、判断、处理的记录 10、未记录所采取的重要诊疗措施 或记录不全,未对更改的药物、治 疗方式进行说明 11、对病情危重患者,病程中未记 录向患者近亲属告知的相关情况 12、重要操作未记录或记录不规范、 不完善 13、修改诊断时,未记录修改理由 14、抗菌药物使用不符合《抗菌药 物临床应用指南》 15、越级使用抗菌药物无病程记录 说明理由及上级医师签名认可的记 录 16、未能在规定时间(6小时)内及</p>	<p>单项否决(乙级病 历) 单项否决(乙级病 历) 单项否决(乙级病 历) 5分/项 2分/次 单项否决(乙级病 历) 2分/次 2分/项 2分/项 2分 2分/次 1分 2分 2分 单项否决(乙级病 历)</p>

	<p>镜、直肠镜、膀胱镜、肝穿刺等), 均应有记录。</p> <p>6、输血或使用血液制品当天病程中应有记录, 内容包括输血指征、输血种类及量、有无输血反应及输血后疗效等。</p> <p>7、入院三天内应有上级医生意见, 病程记录要及时反映上级医师查房和会诊医师的意见, 包括对病情的分析, 对诊断治疗及预后的具体意见), 能反映三级医师查房意见。</p> <p>8、长期住院病人每月应写一次阶段小结。</p> <p>9、治疗用药或手术适应症选择合理。</p> <p>10、更改重要医嘱要记录原因。</p> <p>11、要记录诊治过程中向患者及家属交待的及他们的意愿。</p> <p>12、交班记录、接班记录、转入记录、转出记录、会诊记录填写完整。</p> <p>13、新诊断的确定或原诊断的修改, 说明理由并记录。</p> <p>14、有病人委托书的填写记录, 凡特殊治疗和服务的病人(如: 输血、放疗、化疗、有创检查、麻醉等) 均有病人同意书记录。</p> <p>14、有抢救医嘱时应有抢救记录。</p> <p>15、自动出院者, 应记录注明, 并有病人委托人或家属的签名。</p> <p>16、死亡病历有按时间记录的抢救经过记录(包括何级医师在场参加抢救) 及死亡讨论综合意见。</p>	<p>时完成抢救病人抢救记录</p> <p>17、抢救记录无标题</p> <p>18、抢救病人无抢救记录或抢救记录、抢救医嘱未在抢救结束后6小时内完成</p> <p>19、抢救记录记述不清(病情变化情况、抢救时间及措施) 或无参加抢救的医务人员姓名及专业技术职务等</p> <p>20、开具的抢救医嘱与抢救记录内容不一致</p> <p>21、危重病人无值班医师交班记录</p> <p>22、无死亡记录</p> <p>23、无死亡病例讨论记录</p> <p>24、死亡讨论无科主任或副主任医师以上人员主持、无参加人员姓名、专业技术职务及记录日期</p> <p>25、实习医务人员或试用期医务人员书写的病程记录无在本医疗机构合法执业的医务人员审阅、修改并签名</p> <p>26、无交(接)班记录或交(接)班记录未在规定时间内完成</p> <p>27、交(接)班记录未按规定书写</p> <p>28、转科病人24小时内未完成转入、转出记录或无转入、转出记录</p> <p>29、交班与接班记录, 转出与转入记录雷同</p> <p>30、无阶段小结</p> <p>31、阶段小结未按规定书写</p> <p>32、会诊病人无会诊记录(会诊单) 或在发出申请后48小时内未完成</p> <p>33、涉及他科疾病未及时请会诊</p> <p>34、会诊记录单未陈述会诊申请理由及目的、无会诊意见、会诊记录有缺陷</p> <p>35、未在病程中记录会诊意见及执行情况</p> <p>36、使用血液制品当天病程中无记录或记录有缺陷</p> <p>37、输血病人无输血记录</p> <p>38、输血记录中未包括输血指征、输血种类及量、有无输血反应及输血后疗效等内容</p> <p>39、无有创检查(治疗) 操作记录或未在操作结束后24小时内完成</p>	<p>1分/次 单项否决(丙级病历)</p> <p>1分/项</p> <p>2分/次 3分/次 单项否决(丙级病历)</p> <p>5分 1分/项</p> <p>单项否决(乙级病历) (扣上级医师)</p> <p>单项否决(乙级病历)</p> <p>2分 单项否决(乙级病历)</p> <p>2分/次 2分/次 1分/次 2分/次 2分/次 1分/项 2分/次 1分/次</p> <p>单项否决(乙级病历)</p> <p>2分/项</p> <p>单项否决(乙级病历)</p> <p>1分/项</p> <p>2分</p>
--	--	--	---

			<p>40、有创诊疗操作（介入、胸穿、骨穿等）记录未记录操作过程、有不良反应、注意事项及操作者姓名</p> <p>41、无出院前一天上级医师同意出院的记录</p> <p>42、超过一周确诊困难或疗效不佳病例无疑难病例讨论</p> <p>43、死亡患者无死亡报告书</p> <p>44、死亡报告书未交医务科</p> <p>45、用药不合理，违反我院合理用药标准</p>	<p>单项否决（乙级病历）</p> <p>单项否决（乙级病历）</p> <p>2分</p> <p>3分/项</p>
知情同意书	10分		<p>1、输血或输血液制品病人无输血（输血液制品）同意书</p> <p>2、手术患者缺手术同意书或缺患者（近亲属）签名</p> <p>3、无有创检查（治疗）同意书</p> <p>4、自动出院、放弃治疗或放弃抢救者无记录及患者、法定代理人或授权委托人签字</p> <p>5、未记录死者家属或授权委托人是否同意尸检的意见及签字（未签字又未说明原因）</p> <p>6、非患者签名无授权委托书</p> <p>7、非授权委托人签署知情同意书</p> <p>8、使用自费项目无患者签名的知情同意书</p> <p>9、手术病人无麻醉同意书</p> <p>10、手术、麻醉、输血及有创操作知情同意记录不规范，内容包括项目名称、目的、可能出现的并发症、风险、患者签名、医师签名等</p> <p>11、外出病员缺离院责任书</p> <p>12、危重病人缺病危通知书或病危通知书无法定代理人或授权委托人签字</p> <p>13、缺特殊治疗（检查）如化疗、激素冲击治疗等知情同意书</p>	<p>单项否决（乙级病历）</p> <p>单项否决（乙级病历）</p> <p>单项否决（乙级病历）</p> <p>单项否决（乙级病历）</p> <p>单项否决（乙级病历）</p> <p>单项否决（乙级病历）</p> <p>1分</p> <p>单项否决（乙级病历）</p> <p>1分/项</p> <p>单项否决（乙级病历）</p> <p>单项否决（乙级病历）</p> <p>单项否决（乙级病历）</p>

<p>上级医师查房记录</p>	<p>10分</p>	<p>1、首次查房要求48小时内完成；病危病人当天、病重病人第二天要有上级医师查房记录。 2、病危病人每天、病重病人48小时内、病情稳定病人七天内必须有上级医师查房记录。</p>	<p>1、患者住院48小时内无主治或上级医师首次查房记录 2、未记录上级医师首次查房对病史有无补充，查体有无新发现及诊断依据与鉴别诊断及诊疗计划 3、上级医师首次查房分析讨论不够，或与首次病程记录中的内容雷同 4、疑难、危重病例缺科主任或副主任医师以上人员查房记录 5、住院1周内缺科主任或副主任医师以上人员查房记录 6、极危重病患者的首次上级医师查房记录未在病人入院后即刻完成，危重病人及疑难病人的首次上级医师查房记录未在病人入院后24小时内完成 7、上级医师的查房记录由实习医师书写（本院试用期医务人员除外） 8、主治医师日常查房无内容、无分析、无处理意见或其他缺陷 9、副主任以上医师查房无分析及指导诊疗的意见 10、副主任以上医师与主治医师查房记录内容雷同 11、未写明上级医师查房医嘱或诊疗计划未执行的原因 12、上级医师查房记录无本人审阅及签名</p>	<p>单项否决（乙级病历） 2分/项 2分 单项否决（乙级病历） 单项否决（乙级病历） 单项否决（乙级病历） 2分/次 1分/次 2分/次 2分 2分/次 2分</p>
<p>围手术期记录</p>	<p>15分</p>	<p>1、术前小结是经管医师手术前对患者病情所作的总结，包括简要病情、术前诊断、手术指征、拟施手术名称和方式、拟施麻醉方式、注意事项等 2、择期中等以上手术应用手术者参加的术前讨论记录 3、应有手术者术前查看病人的记录 4、有手术前一天病程记录 5、有麻醉师术前查看、术后随访 6、手术记录于手术者在术后24小时内完成，内容包括一般项目、手术日期、术前诊断、术中诊断、手术名称、</p>	<p>1、无术前小结或有缺项、漏项等 2、择期中等以上手术无术前讨论记录 3、无手术者术前查看患者记录 4、无手术前一天病程记录 5、无手术前、后麻醉医师查看患者的记录或记录不全 6、无手术记录或未在患者术后24小时内完成 7、非手术者写的手术记录 8、手术记录缺项或写错或不规范 9、手术记录无手术医师签名（包括特殊情况下由一助手写的） 10、无麻醉记录 11、未记录麻醉中的病情变化和措施 12、麻醉记录缺项或写错或不规范</p>	<p>2分 单项否决（乙级病历） 3分 2分 单项否决（麻醉科乙级病历） 单项否决（乙级病历） 单项否决（乙级病历） 0.5分/项 2分 单项否决（乙级病历） 1分/项</p>

	<p>手术者及助手姓名、麻醉方法、手术经过、术中出现的情况及处理，术中出血及输血、标本情况</p> <p>7、麻醉记录由麻醉医师于手术后即刻完成，包括患者一般及特殊情况、术前诊断、术中诊断、手术方式及日期、麻醉方式、各项操作开始及结束时间，麻醉期间用药、特殊或突发情况及处理、手术起止时间、麻醉医师签名等</p> <p>8、手术安全核查记录是指由手术医师、麻醉医师和巡回护士三方，在麻醉实施前、手术开始前和病人离室前，共同对病人身份、手术部位、手术方式、麻醉及手术风险、手术使用物品清点等内容进行核对的记录，输血的病人还应对血型、用血量进行核对。应有手术医师、麻醉医师和巡回护士三方核对、确认并签字</p> <p>9、术后病程记录由参加手术者在术后即刻书写完成，内容包括手术时间、术中诊断、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术后处理措施、术后应当特别注意观察的事项等</p> <p>10、应有术后连续3天病程记录，术后3天内应有手术者查看病人的记录</p> <p>11、手术患者均应有手术风险评估，术前由主管医师、麻醉师、巡回护士按照手术风险评估表逐项评估，手术风险评估分级<math>\geq 2</math>分时，必须在科主任的组织下进行科内甚至院内会诊，由科主任报告医务科</p>	<p>13、缺术后病程记录或未在术后8小时内完成记录不规范</p> <p>14、术后记录缺项或写错或不规范</p> <p>15、缺术后三天中某一天的病程记录</p> <p>16、术后三天内无手术者查看患者的记录</p> <p>17、缺术后一周内上级医师查房记录</p> <p>18、缺手术安全核查记录表</p> <p>19、手术安全核查记录表无手术医师、麻醉医师、巡回护士签名</p> <p>20、手术安全核查记录表有缺项、漏项等</p> <p>21、无手术风险评估表</p> <p>22、手术风险评估表无手术医师、麻醉医师、巡回护士签名</p> <p>23、手术风险评估表有缺项、漏项等</p> <p>24、非计划二次手术无科内讨论或未上报医务科</p> <p>25、术中输血患者，麻醉科未在病程记录书写术中输血记录</p> <p>26、术中输血记录不全</p> <p>27、手术风险评估<math>\geq 2</math>分时，未进行讨论或未报医务科</p> <p>28、植入体内的人工材料的条形码未粘贴在病历中</p>	<p>0.5分/项 单项否决（乙级病历）</p> <p>0.5分/项 1分/次 单项否决（乙级病历）</p> <p>2分 单项否决（乙级病历）</p> <p>2分/项 0.5分/项 单项否决（乙级病历）</p> <p>2分/项 0.5分/项 单项否决（乙级病历）</p> <p>2分/项 0.5分/项 单项否决（乙级病历）</p> <p>2分（扣麻醉科乙级病历）</p> <p>2分 单项否决（乙级病历）</p> <p>2分 单项否决（乙级病历）</p>
--	---	---	---

<p style="text-align: center;">出院记录</p>	<p style="text-align: center;">10分</p>	<p>1、出院记录或死亡记录要简要记录入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、出院诊断、出院医嘱。 2、出院医嘱要具体，出院带药要记录清楚使用方法和剂量，用药时间、减药、停药等注意事项。</p>	<p>1、出院病人无出院记录 2、患者入院不足24小时出院的无24小时入出院记录 3、患者入院不足24小时死亡的无24小时内入院死亡记录 4、产科无婴儿出院记录、无新生儿脚印取样及性别错误 5、出院或死亡记录缺项或内容不全 6、出院记录无医师签名或上级医师审签 7、无入院主诉 8、无入院时主要症状或阳性体征或重要的阴性体征 9、无入院诊断 10、无与诊断相关的重要辅助检查结果 11、无主要诊治经过 12、治疗经过不详细（无主要药品名称或名称写错、无用药剂量、给药途径、用药时间等） 13、无治疗效果及病情转归 14、无出院时病人的症状和体征 15、无出院诊断 16、出院诊断填写错误 17、无出院医嘱 18、出院带药不详细（无药品名称、用药剂量、给药途径、用药时间或药名、剂量写错） 19、出院记录无病人（家属）签名 20、出院或死亡记录未在患者出院或死亡后24小时内完成的。 21、死亡记录中死亡时间未具体到分或与医嘱体温单不符</p>	<p>单项否决（丙级病历） 单项否决（丙级病历） 单项否决（丙级病历） 单项否决（乙级病历） 2分 3分/项 3分 3分 2分 2分/项 2分 1分/项 1分 1分 3分 2分 2分 2分/项 单项否决（乙级病历） 单项否决（乙级病历） 2分</p>
<p style="text-align: center;">辅助检查</p>	<p style="text-align: center;">5分</p>	<p>1、住院48小时以上要有血常规化验结果。 2、肿瘤病人应有病理报告单。</p>	<p>1、无住院期间对诊断、治疗又重要价值的辅助检查报告 2、凡是手术切除的标本未送病理检查 3、占位病变经手术切除并送活检缺病理报告 4、病历中有作检查医嘱或已记录的检验、检查结果但无报告单 5、报告单、化验单粘贴不规范，不整齐或未按要求做标记 6、输血病人无输血前相关检查结果</p>	<p>单项否决（乙级病历） 单项否决（乙级病历） 1分/项 2分/项 1分/次 单项否决（乙级病</p>

			<p>7、检验、检查报告单病人基本信息错误</p> <p>8、配血报告单无相应的血袋条形码及输血执行者签名</p>	<p>历)</p> <p>2分/项</p> <p>1分/项</p>
<p>医嘱及病历书写</p>	<p>10分</p>	<p>1、字迹清晰、无错别字，自创字，外文拼写、缩写正确清楚，不允许有任何涂改。</p> <p>2、病史、病程记录语言通顺，运用术语正确。</p> <p>3、各种检查单填写完整（包括姓名、性别、年龄、病室、床号、诊断、病历号、日期、项目、签名等病人基本信息）</p> <p>4、各种签名要清楚能辨认。</p> <p>5、体温单填写真实完整，点线整齐。</p> <p>6、病人护理记录单要真实及时记录病情变化、治疗、护理措施及效果。</p> <p>7、医嘱抄写准确，字迹清楚。</p> <p>8、病历中严禁拷贝错误。</p>	<p>1、在病历中摹仿或代替他人签名</p> <p>2、篡改、伪造病历</p> <p>3、违规涂改病历</p> <p>4、病历中字迹潦草难认或关键字无法辨认</p> <p>5、病历中有错别字</p> <p>6、病历续页无姓名、住院号、页码号</p> <p>7、医师签名不全或签名无法辨认</p> <p>8、医学术语不规范</p> <p>9、药物名称、剂量书写错误</p> <p>10、医嘱书写漏项或涂改</p> <p>11、实习医务人员或试用期医务人员书写的医嘱无在本医疗机构合法执业的医务人员签名</p> <p>12、辅助检验、检查结果抄写错误</p> <p>13、送检单填写错误或无缺项</p> <p>14、病历不整洁（严重污迹、页面破损）</p> <p>15、无整页病历记录造成病历不完整</p> <p>16、系拷贝行为导致的严重错误及打印病历无书写医师的手工签名</p>	<p>单项否决（乙级病历）</p> <p>单项否决（丙级病历）</p> <p>单项否决（乙级病历）</p> <p>3分/项</p> <p>1分/项</p> <p>2分/项</p> <p>2分/项</p> <p>2分/项</p> <p>3分/项</p> <p>2分/项</p> <p>单项否决（丙级病历）</p> <p>2分/项</p> <p>3分/项</p> <p>2分/项</p> <p>单项否决（乙级病历）</p> <p>单项否决（乙级病历）</p>

评审人:

评审时间:

## 有关病历评审标准的说明

一、制定《铜仁市妇幼保健院住院病历质量评分标准》目的是进一步规范病历书写质量和病历质量评审与管理工作，提高病历书写质量，使病历信息资源更广泛、更有效地为医务人员、病人和社会服务。

二、制定《铜仁市妇幼保健院住院病历质量评分标准》主要依据卫生部《病历书写基本规范》、《医院管理制度汇编》等规定，以及病历质量检查中发现的一些主要问题。

三、《铜仁市妇幼保健院住院病历质量评分标准》突出了三级医师职责，以增强各级医师对病历书写的责任心。

四、终末病历质量标准总分为100分，评价得分大于或等于90分为甲级病历；大于或等于75分但小于90分为乙级病历；小于74分为丙级病历。运行病历质量总分85分，甲级病历大于77分，乙级病历65-77分，丙级病历小于65分。

扣分分值最高不超过该项目总分值，不实行倒扣。

五、进行病历质量评价时，首先用单项否决条款进行判定。凡经单项否决判定为丙级病历的不再进行病历质量评分；存在三项及以上单项否决（乙级病历）级者应判定为丙级病历；单项否决（乙级病历）级病历，经评分后未达到乙级病历要求的判定为丙级病历；经筛选无单项否决（丙级病历）级病历按照评分标准进行质量评分，按实际得分判定病历级别。

单项否决（乙级病历）或单项否决（丙级病历）是指发生该项缺陷原因直接判定为乙级病历或丙级病历的缺陷项目。

六、对复杂疑难病人病历，查房内容体现国内外新进展以及有教学意识的加5分。

七、单项否决项

**丙级病历（共8条）：**

1. 无入院记录（入院24小时以上）
2. 抢救病人无抢救记录或抢救记录、抢救医嘱未在抢救结束后6小时内完成
3. 死亡病历无死亡记录



4. 出院病人无出院记录
5. 患者入院不足24小时出院的无24小时入出院记录
6. 患者入院不足24小时死亡的无24小时内入院死亡记录
7. 篡改、伪造病历
8. 实习医务人员或试用期医务人员书写的医嘱无在本医疗机构合法执业的医务人员签名

**乙级病历（共59条）：**

1. 病案首页空白
2. 病案首页出院诊断填写错误
3. 病案首页血型填写错误
4. 传染病漏报
5. 入院记录、再入院记录、多次入院记录未在24小时内完成
6. 入院记录无主诉
7. 由实习医师代替住院医师书写入院记录（当天入院病人>4人，可以由实习医师书写，当天二线班医师签名，二线班必须是高年资主治医师）
8. 未取得执业资格的医务人员书写的入院记录无上级医师修改并签名
9. 未能在规定时间（8小时）内完成首次病程记录
10. 首次病程记录无病例特点、诊断依据、鉴别诊断和诊疗计划之一者；
11. 有多个诊断未分别书写诊断依据；鉴别诊断必须有2个以上（个别特殊情况除外）。
12. 病危患者病情变化未按要求随时记录（每天至少一次，时间具体到小时、分钟）
13. 未能在规定时间（6小时）内及时完成抢救病人抢救记录
14. 实习医务人员或试用期医务人员书写的病程记录无在本医疗机构合法执业的医务人员审阅、修改并签名
15. 无交（接）班记录或交（接）班记录未在规定时间内完成
16. 转科病人24小时内未完成转入、转出记录或无转入、转出记录
17. 输血病人无输血记录
18. 无有创检查（治疗）操作记录或未在操作结束后24小时内完成

19. 超过一周确诊困难或疗效不佳病例无疑难病例讨论
20. 死亡患者无死亡报告书
21. 输血或输血液制品病人无输血（输血液制品）同意书
22. 手术患者缺手术同意书或缺患者（近亲属）签名
23. . 无有创检查（治疗）同意书
24. 自动出院. 放弃治疗或放弃抢救者无记录及患者. 法定代理人或授权委托人签字
25. 未记录死者家属或授权委托人是否同意尸检的意见及签字（未签字又未说明原因）
26. 非患者签名无授权委托书
27. 非授权委托人签署知情同意书
28. 手术病人无麻醉同意书
29. 外出病员缺离院责任书
30. 危重病人缺病危通知书或病危通知书无法定代理人或授权委托人签字
31. 缺特殊治疗(检查) 如化疗. 激素冲击治疗等知情同意书
32. 患者住院48小时内无主治或上级医师首次查房记录
33. 疑难. 危重病例缺科主任或副主任医师以上人员查房记录
34. 住院1周内缺科主任或副主任医师以上人员查房记录
35. 极危重病病人的首次上级医师查房记录未在病人入院后即刻完成，危重病人及疑难病人的首次上级医师查房记录未在病人入院后24小时内完成
36. 择期中等以上手术无术前讨论记录
37. 无手术前. 后麻醉医师查看患者的记录或记录不全
38. 无手术记录或未在患者术后24小时内完成
39. 非手术者写的手术记录
40. 无麻醉记录
41. 缺术后病程记录或未在术后8小时内完成记录不规范
42. 术后三天内无手术者查看患者的记录
43. 缺手术安全核查记录表
44. 无手术风险评估表

45. 非计划二次手术无科内讨论或未上报医务科
46. 术中输血患者，麻醉科未在病程记录书写术中输血记录
47. 手术风险评估 $\geq 2$ 分时，未进行讨论或未报医务科
48. 植入体内的人工材料的条形码未粘贴在病历中
49. 产科无婴儿出院记录. 无新生儿脚印取样及性别错误
50. 出院记录无病人（家属）签名（病人私自出院的在签名栏注明“私自出院”）
51. 出院或死亡记录未在患者出院或死亡后24小时内完成的。
52. 无住院期间对诊断. 治疗又重要价值的辅助检查报告
53. 凡是手术切除的标本未送病理检查
54. 输血病人无输血前相关检查结果
55. 在病历中摹仿或代替他人签名
56. 违规涂改病历
57. 无整页病历记录造成病历不完整
58. 系拷贝行为导致的严重错误及打印病历无书写医师的手工签名

### 有关病历评审标准的说明

一、制定《铜仁市妇幼保健院住院病历质量评分标准》目的是进一步规范病历书写质量和病历质量评审与管理工作，提高病历书写质量，使病历信息资源更广泛、更有效地为医务人员、病人和社会服务。

二、制定《铜仁市妇幼保健院住院病历质量评分标准》主要依据卫生部《病历书写基本规范》、《医院管理制度汇编》等规定，以及病历质量检查中发现的一些主要问题。

三、《铜仁市妇幼保健院住院病历质量评分标准》突出了三级医师职责，以增强各级医师对病历书写的责任心。

四、终末病历质量标准总分为100分，评价得分大于或等于90分为甲级病历；大于或等于75分但小于90分为乙级病历；小于74分为丙级病历。运行病历质量总分85分，甲级病历大于77分，乙级病历65-77分，丙级病历小于65分。

扣分分值最高不超过该项目总分值，不实行倒扣。

**厚德 精诚 笃行 至善**

五、进行病历质量评价时，首先用单项否决条款进行判定。凡经单项否决判定为丙级病历的不再进行病历质量评分；存在三项及以上单项否决（乙级病历）级者应判定为丙级病历；单项否决（乙级病历）级病历，经评分后未达到乙级病历要求的判定为丙级病历；经筛选无单项否决（丙级病历）级病历按照评分标准进行质量评分，按实际得分判定病历级别。

单项否决（乙级病历）或单项否决（丙级病历）是指发生该项缺陷原因直接判定为乙级病历或丙级病历的缺陷项目。

六、对复杂疑难病人病历，查房内容体现国内外新进展以及有教学意识的加5分。

#### 七、单项否决项

##### 丙级病历（共8条）：

1. 无入院记录（入院24小时以上）
2. 抢救病人无抢救记录或抢救记录. 抢救医嘱未在抢救结束后6小时内完成
3. 死亡病历无死亡记录
4. 出院病人无出院记录
5. 患者入院不足24小时出院的无24小时入出院记录
6. 患者入院不足24小时死亡的无24小时内入院死亡记录
7. 篡改. 伪造病历
8. 实习医务人员或试用期医务人员书写的医嘱无在本医疗机构合法执业的医务人员签名

##### 乙级病历（共59条）：

1. 病案首页空白
2. 病案首页出院诊断填写错误
3. 病案首页血型填写错误
4. 传染病漏报
5. 入院记录. 再入院记录. 多次入院记录未在24小时内完成
6. 入院记录无主诉
7. 由实习医师代替住院医师书写入院记录（当天入院病人>4人，可以由实习医师书写，当天二线班医师签名，二线班必须是高年资主治医师）

8. 未取得执业资格的医务人员书写的入院记录无上级医师修改并签名
9. 未能在规定时间（8小时）内完成首次病程记录
10. 首次病程记录无病例特点. 诊断依据. 鉴别诊断和诊疗计划之一者；
11. 有多个诊断未分别书写诊断依据；鉴别诊断必须有2个以上（个别特殊情况除外）。
12. 病危患者病情变化未按要求随时记录（每天至少一次，时间具体到小时. 分钟）
13. 未能在规定时间（6小时）内及时完成抢救病人抢救记录
14. 实习医务人员或试用期医务人员书写的病程记录无在本医疗机构合法执业的医务人员审阅. 修改并签名
15. 无交（接）班记录或交（接）班记录未在规定时间内完成
16. 转科病人24小时内未完成转入. 转出记录或无转入. 转出记录
17. 输血病人无输血记录
18. 无有创检查（治疗）操作记录或未在操作结束后24小时内完成
19. 超过一周确诊困难或疗效不佳病例无疑难病例讨论
20. 死亡患者无死亡报告书
21. 输血或输血液制品病人无输血（输血液制品）同意书
22. 手术患者缺手术同意书或缺患者（近亲属）签名
23. 无有创检查（治疗）同意书
24. 自动出院. 放弃治疗或放弃抢救者无记录及患者. 法定代理人或授权委托人签字
25. 未记录死者家属或授权委托人是否同意尸检的意见及签字（未签字又未说明原因）
26. 非患者签名无授权委托书
27. 非授权委托人签署知情同意书
28. 手术病人无麻醉同意书
29. 外出病员缺离院责任书
30. 危重病人缺病危通知书或病危通知书无法定代理人或授权委托人签字
31. 缺特殊治疗（检查）如化疗. 激素冲击治疗等知情同意书

32. 患者住院48小时内无主治或上级医师首次查房记录
33. 疑难、危重病例缺科主任或副主任医师以上人员查房记录
34. 住院1周内缺科主任或副主任医师以上人员查房记录
35. 极危重病患者的首次上级医师查房记录未在病人入院后即刻完成，危重病人及疑难病人的首次上级医师查房记录未在病人入院后24小时内完成
36. 择期中等以上手术无术前讨论记录
37. 无手术前、后麻醉医师查看患者的记录或记录不全
38. 无手术记录或未在患者术后24小时内完成
39. 非手术者写的手术记录
40. 无麻醉记录
41. 缺术后病程记录或未在术后8小时内完成记录不规范
42. 术后三天内无手术者查看患者的记录
43. 缺手术安全核查记录表
44. 无手术风险评估表
45. 非计划二次手术无科内讨论或未上报医务科
46. 术中输血患者，麻醉科未在病程记录书写术中输血记录
47. 手术风险评估 $\geq 2$ 分时，未进行讨论或未报医务科
48. 植入体内的人工材料的条形码未粘贴在病历中
49. 产科无婴儿出院记录、无新生儿脚印取样及性别错误
50. 出院记录无病人（家属）签名（病人私自出院的在签名栏注明“私自出院”）
51. 出院或死亡记录未在患者出院或死亡后24小时内完成的。
52. 无住院期间对诊断、治疗有重要价值的辅助检查报告
53. 凡是手术切除的标本未送病理检查
54. 输血病人无输血前相关检查结果
55. 在病历中摹仿或代替他人签名
56. 违规涂改病历
57. 无整页病历记录造成病历不完整
58. 系拷贝行为导致的严重错误及打印病历无书写医师的手工签名

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	电子病历应用管理制度(试行)	<b>制度编号</b>	YWK-2020-45
	<b>发布部门</b>	医务科	<b>编制人</b>	杨旭
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	肖丽亚
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	230-236

## 电子病历应用管理制度（试行）

### 1. 目的

为规范本院电子病历（含中医电子病历，下同）应用管理，满足临床工作需要，保障医疗质量和医疗安全，保证医患双方合法权益，根据《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国电子签名法》、《医疗机构管理条例》、《电子病历应用管理规范（试行）》等法律法规，制定本规定。本院电子病历的建立、记录、修改、使用、保存和管理等适用本规定。

### 2. 标准

#### 2.1 概念

2.1.1 电子病历是指医务人员在医疗活动过程中，使用信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数字、影像等数字化信息，并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录，是病历的一种记录形式，包括门（急）诊病历和住院病历。

2.1.2 电子病历系统是指医疗机构内部支持电子病历信息的采集、存储、访问和在线帮助，并围绕提高医疗质量、保障医疗安全、提高医疗效率而提供信息处理和智能化服务功能的计算机信息系统。

#### 2.2 电子病历的基本要求

2.2.1 《医疗机构病历管理规定（2013年版）》、《病历书写基本规范》、《中医病历书写基本规范》适用于电子病历管理。

2.2.2 电子病历使用的术语、编码、模板和数据应当符合相关行业标准 and 规范的要求，在保障信息安全的前提下，促进电子病历信息有效共享。具体要求如下：

2.2.2.1 电子病历采取本院统一规定的格式，任何科室和个人不得擅自更改。

2.2.2.2 住院病历纸张统一使用 A4 纸，入院记录、出院记录、病程记录等

文本标题必须带有的“铜仁市妇幼保健院”字样，字体是黑体三号，文本标题黑体四号，文本字体为宋体，行距“5”，字体大小“11”号（电子病历系统），记录时间应当采用 24 小时制。

2.2.2.3 医师签名统一规定为右对齐打印书写人姓名。

2.2.2.4 入院记录、手术记录、讨论记录及各种知情同意书等可单独打印，病程记录必须连续书写。

2.2.2.5 所有书写内容页不得空行。

2.2.2.6 电子病历的书写应当使用中文医学术语、通用的外文缩写，无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。中医术语的使用应依照有关国家标准、规范执行。电子病历系统的术语、编码等应符合国家行业标准。

2.2.2.7 为了保证病历书写的准确性、规范性、完整性，医师、护士书写病历的时候必须选择插入与书写项目名称相符的模板，方可进行病历书写，如：不能插入普通病程记录模板来书写上级医师查房记录，模板不能张冠李戴。

2.2.2.8 为了保证诊断名称、手术及操作名称的准确性，及其相关数据传输的准确性，入、出院记录、首次病程记录、首页等处诊断的填写必须从诊断库及手术操作库（配有标准疾病编码的诊断、手术及操作）中选择相关诊断及手术操作名称，对于库中缺乏的诊断、手术及操作，应选择与其总编码一致的疾病诊断、手术及操作名称进行修改或修饰后填写，由病案统计科及时匹配相关明细编码，同时加入院内诊断及手术操作库中。

2.2.3 电子病历系统应当为操作人员提供专有的身份标识和识别手段，并设置相应权限。操作人员对本人身份标识的使用负责。具体权限如下：

2.2.3.1 医务人员：需要书写、审阅、修改、确认等操作权限时，需由本科/部主任批准后，由医务科、护理部统一规范，按信息管理科《铜仁市妇幼保健院职工工号审批表》内容及要求逐级申请批准。

2.2.3.2 维护、管理电子病历信息系统的技术人员：负责电子病历相关信息系统建设、运行和维护等工作，可以查阅病历，并根据临床科室的需求对电子病



历进一步完善。病案科负责复印病历的人员可以查阅、打印归档病历。

2.2.3.3实施电子病历质量监管的行政管理人员：查阅。

2.2.3.4当工作岗位改变时，原有权限自然取消，需按信息管理科《铜仁市妇幼保健院职工工号审批表》内容及要求重新逐级申请批准相应权限。

2.2.4待我院电子病历系统完善确认功能后，可使用电子签名进行身份认证，可靠的电子签名与手写签名或盖章具有同等的法律效力。

2.2.5电子病历系统采用权威可靠时间源。

### 2.3电子病历的书写

2.3.1使用电子病历系统进行病历书写，应当遵循客观、真实、准确、及时、完整、规范的原则。

2.3.1.1门（急）诊病历书写内容包括门（急）诊病历首页、病历记录、化验报告、医学影像检查资料等。

2.3.1.2住院病历书写内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病危（重）通知单、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查报告、病理报告单等。

2.3.2医疗机构应当为患者电子病历赋予唯一患者身份标识，以确保患者基本信息及其医疗记录的真实性、一致性、连续性、完整性。

2.3.3电子病历系统应当对操作人员进行身份识别，并保存历次操作印痕，标记操作时间和操作人员信息，并保证历次操作印痕、标记操作时间和操作人员信息可查询、可追溯。

2.3.4医务人员采用身份标识登录电子病历系统完成书写、审阅、修改等操作并予以确认后，系统应当显示医务人员姓名及完成时间。

2.3.5电子病历系统设置医务人员书写、审阅、修改的权限和时限。具体如下：

2.3.5.1原则上，各病区/科室/部门医护人员只允许书写、审阅、修改、确

认相应病区/科室/部门的病历，系统将保留修改痕迹，上级应及时逐级审阅、修改、确认病历。下级无权修改上级书写的病历。

2.3.5.2麻醉手术室医务人员可以查阅各手术科室病历，书写相关麻醉记录。

2.3.5.3实习医务人员、试用期医务人员记录的病历，应当由具有本医疗机构执业资格的上级医务人员审阅、修改并予确认。上级医务人员审阅、修改、确认电子病历内容时，电子病历系统应当进行身份识别、保存历次操作痕迹、标记准确的操作时间和操作人信息。

2.3.5.4每位医务人员必须使用个人工号及密码登录系统书写或修改病历，如果冒用他人工号及密码书写病历，一经发现，视该份病历不及格，如导致不良事件发生，一切后果由当事人承担。

2.3.6电子病历应当设置归档状态，医疗机构应当按照病历管理相关规定，在患者门（急）诊就诊结束或出院后，出院一周将电子病历转为归档状态。电子病历归档后原则上不得修改，特殊情况下确需修改的，需填写《电子病历解锁申请表》，按照《电子病历解锁流程》开通修改权限后进行修改并保留修改痕迹。

## 2.4电子病历的存储与保管

### 2.4.1电子病历存储要求

2.4.1.1电子病历的存储符合病历安全的要求，便于检索和调用。

2.4.1.2我院电子病历的存储采取本地备份和异地备份两种形式。

2.4.1.3电子病历系统更新、升级时，应当确保原有数据的继承与使用。

2.4.1.4医务人员在书写或修改电子病历时应及时在本地备份；信息中心及病案科必须对电子病历进行灾难备份。

### 2.4.2电子病历保管要求

2.4.2.1由信息中心与病案科具体负责本院电子病历的保存与管理工作。

2.4.2.2应妥善保护患者的电子病历，维护自己和他人的隐私权。未经当事人许可，任何人不得以任何方式不正当地使用他人的个人信息，也不得以任何方式向第三人透露、公开他人的个人信息。

2.4.2.3电子病历的保管需满足下列要求：

2.4.2.3.1因存档等需要可以将电子病历打印后与非电子化的资料合并形成病案保存。条件成熟时可以对知情同意书、植入材料条形码等非电子化的资料进行数字化采集后纳入电子病历系统管理，原件另行妥善保存。

2.4.2.3.2门（急）诊电子病历由医院保管的，保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 15 年；住院电子病历保存时间自患者最后一次出院之日起不少于 30 年。

2.4.2.3.3医院各临床医技科室、病案管理科及信息管理科负责电子病历的保管工作，对电子病历严格管理，避免数据被篡改、伪造、隐匿、窃取和毁坏。

2.4.2.3.4电子病历的销毁必须得到医疗机构主管部门的批准，任何组织和个人不得自行销毁电子病历。

2.4.2.3.5为了保证病历的安全性，在每次使用完电子病历后，都必须及时退出程序。

2.5电子病历的打印

2.5.1所有的病历必须按时完成，打印的纸质版必须与电子版内容一致。普通患者病程记录、护理记录单等建议满页后、转区前、转科前、手术前、断账前及时打印并存放于病历夹中（包括检验、检查报告单），不影响正常医疗活动的前提下也可出院时一起打印，遇到特殊情况随时打印。

2.5.2危重、疑难病历必须按规定时间书写完成后及时打印。

2.5.3病案首页处理：病案首页在病人出院后由医生将所有能够填写的项目填写完毕并审核无误后，由医生打印。

2.5.4医嘱打印：不影响正常医疗活动的前提下可出院时一起打印，遇到特殊情况随时打印。

2.5.5若使用电子病历系统书写的门诊病历，需完成后及时打印。

2.5.6检验报告单：普通患者原则上在手术前，转区前、转科前，断账前及时打印，不影响正常医疗活动的前提下也可以出院前一起打印，危重抢救患者随

时打印。

2.5.7需封存的病历需即时打印。

2.5.8出院归档的病历不可打印。

2.6电子病历的使用

2.6.1电子病历系统应当设置病历查阅权限，并保证医务人员查阅病历的需要，能够及时提供并完整呈现该患者的电子病历资料。呈现的电子病历应当显示患者个人信息、诊疗记录、记录时间及记录人员、上级审核人员的姓名等。

2.6.1.1临床科室医务人员原则上只可查阅对应科/部的电子病历，不可查阅其他科室病历。

2.6.1.2临床科室需查阅其他科室电子病历，医技科室、保健科室医务人员等需要查阅电子病历者，需由专科主任批准后，按信息管理科《铜仁市妇幼保健院职工工号审批表》内容及要求逐级申请批准。

2.6.1.3相关职能部门需要查阅电子病历者，需在院领导同意后，按信息管理科《铜仁市妇幼保健院职工工号审批表》内容及要求逐级申请批准。

2.6.2我院为申请人提供电子病历的复制服务：可提供打印版病历。打印的电子病历纸质版应当加盖我院病案管理科病历管理专用章。为申请人提供打印版病历流程同复印病历流程。

2.7电子病历的封存

2.7.1依法需要封存电子病历时，应当在医疗机构或者其委托代理人、患者或者其代理人双方共同在场的情况下，对电子病历共同进行确认，并进行打印后封存。封存的电子病历是打印的纸质版，并加盖我院病案管理科病历管理专用章后进行封存。

2.7.2封存后电子病历的原件可以继续使用。电子病历尚未完成，需要封存时，可以对已完成的电子病历先行封存，当医务人员按照规定完成后，再对新完成部分进行封存。

2.8附则

2.8.1本规定所称的电子签名，是指《电子签名法》第二条规定的数据电文中以电子形式所含、所附用于识别签名人身份并表明签名人认可其中内容的数据。

“可靠的电子签名”是指符合《电子签名法》第十三条有关条件的电子签名。

2.8.2本规定所称电子病历操作人员包括使用电子病历系统的医务人员，维护、管理电子病历信息系统的技术人员和实施电子病历质量监管的行政管理人员。

2.8.3本规定所称电子病历书写是指医务人员使用电子病历系统，对通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得的有关资料进行归纳、分析、整理形成医疗活动记录的行为。

2.8.4本规范自下发之日起施行。

### **3. 相关文件**

3.1 《中华人民共和国执业医师法》

3.2 《中华人民共和国电子签名法》

3.3 《医疗机构管理条例》

3.4 《电子病历应用管理规范（试行）》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	单病种质量管理制度	制度编号	YWK-2020-46
	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	237-249

## 单病种质量管理制度

### 1. 目的

单病种质量管理是规范临床诊疗行为，改进与完善医院质量管理体系，提高医疗服务水平的重要措施，也是综合医院质量评价的重要指标之一。为更好地开展单病种质量管理工作，根据《医疗机构管理条例》《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）》结合医院实际，特制定本方案。

### 2. 标准

2.1成立“单病种质量管理”工作领导小组，院长为领导小组组长，相关职能科室及临床科室主任为组员，办公室设医务科，负责日常工作的安排，专家组成员为各相关专业专家。

#### 2.2开展单病种的病种及科室

##### 2.2.1剖宫产

开展科室：产科

##### 2.2.2 异位妊娠

开展科室：妇科

##### 2.2.3 宫颈癌

开展科室：妇科

##### 2.2.4 子宫肌瘤

开展科室：妇科

##### 2.2.5 艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播疾病

开展科室：产科

##### 2.2.6 社区获得性肺炎-住院、儿童

开展科室：儿科

##### 2.2.7 新生儿呼吸窘迫综合征

厚德 精诚 笃行 至善

开展科室：新生儿科

#### 2.2.8 儿童哮喘

开展科室：儿科

#### 2.3具体工作职责：

2.3.1“单病种质量管理”工作领导小组：定期研究、协调和解决有关在单病种质量控制过程中出现的有关问题，提出政策支持及奖励建议。

2.3.2专家组：根据实施过程中存在的问题，向“单病种质量管理”工作领导小组提出改进与修订服务流程、制度及诊疗规范的建议。规范所负责病种的临床诊疗行为，组织相关科室医务人员的培训，努力达到该病种的质量控制标准。

2.3.3执行科室职责：认真执行相关诊疗规范，以临床路径方式规范医疗行为，杜绝相关病种诊断和治疗的随意性，提高出院诊断准确率；准确完整地记录住院病历的相关信息，保证病案信息、医嘱信息的准确与完整性；加强随访及健康教育工作。

2.3.4医务科：负责监督单病种质量控制科室执行该病种的诊疗规范，建立与有关病种相适应的急诊“绿色通道”以及辅助科室的连贯服务流程与规范。

2.3.5病案管理科：负责监督单病种的病历首页规范化管理，保证疾病编码的准确性，配合临床科室单病种上报的病案统计和调阅工作。

2.3.6护理部：督促相关科室护士按照护理规范及工作流程，协助医生做好健康教育工作，保证病区认真落实。

2.3.7药学部：规范相关用药，并负责监督。

2.3.8麻醉科：负责规范相关手术的麻醉和工作流程，并保证落实到位。

2.3.9信息管理科：逐步完善单病种电子上报问题，利用电子病案或 HIS 系统获取单病种上报的相关数据。

2.3.10质量控制科：根据单病种质量控制的评价标准，抽查并监控临床医疗与服务过程，促进服务流程的完善和临床服务质量管理的持续改进。

#### 2.4单病种质量控制的主要措施

2.4.1严格执行专科诊疗指南/规范；

2.4.2坚持三级查房和疑难病例讨论制度；

2.4.3健全落实诊断、治疗、护理各项制度；

**厚德 精诚 笃行 至善**

- 2.4.4加强危重病人和围手术期病人管理；
- 2.4.5合理检查，使用适宜技术，提高诊疗水平；
- 2.4.6合理用药、控制院内感染；
- 2.4.7调整医技科室服务流程，控制无效住院日。

#### 2.5上报流程及监管

2.5.1积极实施单病种质量管理诊疗规范和上报工作，强化科室单病种管理。

2.5.1.1各科成立单病种质量控制实施小组，小组成员包括科主任、护士长、医生及护士等。主要负责单病种质量管理诊疗规范的具体执行和落实工作。

2.5.1.2主管医生在病人出院后 3 天内填报单病种质量监控指标表单。

2.5.1.3科室单病种质量控制实施小组每季度从表单中提取数据，运用质量管理工具展示管理成效的变化趋势，形成季度通报、半年小结、年度总结报告，并对公开的数据质量和结果的可靠性承担责任。

#### 2.5.2逐步建立和完善我院单病种质量控制体系

2.5.2.1由质量控制科协同单病种质量管理专家组，负责单病种质量管理的监督工作。采用定期督查；例会通报；限期整改；纳入科室绩效评估等形式进行质量控制。

2.5.2.2加强单病种医疗质量的统计分析和质量控制，制定系统的监控细则，对所有符合上报条件的病例，进行检查和考评。根据预先制定的评价标准，定期或不定期地检查该病种是否已达到规定标准，进行状态分析和反馈，促使临床科室不断改进。

### 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）》

附件：1. 单病种质量控制指标

2. 单病种质量控制指标表单



附件 1

**单病种质量控制指标**

国际疾病分类标准编码 ICD-10采用《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订本第二版（北京协和医院、世界卫生组织、国际分类家族合作中心编译）。

**一、剖宫产质量控制标准 ICD-9-CM-3：74.1 1. 实施母婴情况评估，符合剖宫产指证。**

2. 预防性抗菌药物选择与应用时机。

- (1) 术前预防性抗菌药物的种类选择；
- (2) 在术前30分钟-60分钟使用预防性抗菌药物；
- (3) 手术超过三小时加用抗菌药物一次；
- (4) 术后停止使用预防性抗菌药物的时间。

3. 再次手术率。

4. 评估产后出血量。

5. 手术后并发症（包括新生儿）。

6. 为患者提供剖宫产术的健康教育。

7. 切口愈合：II/甲。

8. 术后 7 天内出院。

9. 住院费用。

10. 患者对服务满意程度评价。

**二、异位妊娠 ICD10 000**

1. 患者病情评估。

2. 患者首次血常规、尿 hCG 和/或血 β hCG 及超声检查完成的时间。

3. 药物保守治疗规范（有适应征、无禁忌症者）。

4. 手术的时机以及手术方式的选择的合理性。

5. 自体输血。

6. 手术并发症。

7. 为患者提供有关异位妊娠的健康教育，书面告知术后随访与病情监测注意事项。

8. 切口 I /甲愈合。
9. 平均住院日与费用。
10. 患者对服务满意程度评价结果。

### 三、宫颈癌 ICD-10 C53. 902

1. 实施宫颈癌 FIGO/或 TNM 分期以及术前的风险评估。
2. 按照宫颈癌分期确定手术适应症、选择手术方案。
3. 预防性抗菌素选择与使用时机。
4. 依据术后病理分期，制定术后规范化宫颈癌综合治疗方案。
5. 宫颈癌术后 DVT 等并发症的预防及再手术。
6. 输血量≤400ml。
7. 为患者提供宫颈癌术前、术后、出院时健康教育。
8. 切口甲级愈合。
9. 患者住院天数与住院费用。
10. 患者对服务满意程度评价结果。
11. 术后随访。

### 四、子宫肌瘤 ICD10: D25

1. 实施病情评估，有适应证，合理的术式选择。
2. 术前住院时间。
3. 预防性抗菌药物选择与应用时机。
  - (1) 术前预防性抗菌药物的种类选择；
  - (2) 在手术前 30 分钟-60 分钟开始使用预防性抗菌药物；
  - (3) 手术超过三小时加用抗菌药物一次；
  - (4) 术后停止使用预防性抗菌药物的时间。
4. 手术并发症。
5. 术后有关子宫肌瘤的健康教育。
6. 患者住院天数与住院费用。
7. 患者对服务满意程度评价结果。

### 五、艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播疾病。

#### （一）艾滋病母婴传播疾病。

1. 孕期保健。

①进行妊娠危险因素筛查及时发现孕期并发症；进行胎儿生长发育监测；加强孕期营养监测和指导，感染 HIV 妇女在孕期应补充铁剂、叶酸、锌和其他微量元素；

②观察与艾滋病感染、机会性感染有关的症状和体征，监测 CD4+T 淋巴细胞与病毒载量的变化。

③尽早服用抗病毒药物，提高抗病毒药物使用依从性，尽量减少药物耐药性；

④孕期避免羊水穿刺、胎儿镜等有产科创伤性检查；

⑤提供充分的咨询鼓励艾滋病感染孕产妇住院分娩；

⑥性生活中正确使用避孕套，避免感染病情加重或重复感染；

⑦提供心理支持和综合关怀服务，注意尊重艾滋病感染孕妇及家庭的意愿，并为其保密。

## **2. 住院分娩、安全助产。**

①艾滋病感染的产妇按照孕期用药方案继续服用抗病毒药物，临产时及时和快速给予抗病毒药物；

②密切观察产程，及时处理产程中异常；

③阴道分娩助产时应避免产科损伤性操作；

④艾滋病感染不作为实施剖宫产的指征；

⑤对于没有经过任何孕期保健，临产时才来医疗机构进行分娩的产妇，尽快抽取血样，用两种不同厂家或不同原理的快速诊断试剂进行 HIV 筛查试验，再根据不同检测结果进行处理。

## **3. 产后保健。**

①产妇和所生婴儿应根据抗病毒用药方案和孕期及产时的实际用药情况继续服药，并监测感染状况；

②给予正确的喂养指导和支持；

③加强对艾滋病感染产妇的产褥期卫生指导。产后 42 天进行产后检查，对母子情况作出进一步的评估；

④感染妇女每次性生活时使用避孕套是最佳的避孕方法；

⑤及时为产后的艾滋病感染妇女及其家庭提供关怀支持服务，对需要治疗的产妇与抗病毒治疗部门联系，提供抗病毒治疗服务。

## （二）梅毒母婴传播疾病。

### 1. 孕期保健。

①为感染梅毒的孕妇进行母婴传播的风险评估，对孕妇进行梅毒的健康教育。

②在获知孕产妇感染梅毒后，应对其配偶/性伴进行相应的检测和治疗。

③提醒梅毒感染的孕妇及家人密切注意流产征兆。

④孕早期发现的感染孕妇，应于孕早期和孕晚期各进行 1 个疗程的治疗，共 2 个疗程。孕中、晚期发现的感染孕妇，应立刻给予 2 个疗程的治疗，2 个治疗疗程之间需间隔 4 周以上（最少间隔 2 周），第 2 个疗程应当在孕晚期开始，最好在分娩前一个月完成。

⑤在孕期提供充分的咨询，鼓励住院分娩，预防梅毒感染孕产妇发生早产。

⑥提供避孕套，并指导其正确使用。

⑦治疗期间定期随访。

⑧感染孕妇在孕晚期定期进行胎儿监护，指导孕妇自我监测胎动，了解胎儿在宫内的状况。

⑨感染孕产妇分娩前必须进行非梅毒螺旋体抗原血清学试验定量检测，与所生新生儿非梅毒螺旋体抗原血清学试验定量检测结果进行比较，作为后续诊治的依据。

⑩提供心理支持和综合关怀服务，注意尊重梅毒感染孕妇及家庭的意愿，并为其保密。

### 2. 住院分娩、安全助产。

①梅毒感染不应作为实施剖宫产的指征。

①避免产时损伤性操作，减少产时感染的风险；并加强医疗防护，避免职业暴露。

②对于没有经过任何孕期保健，临产时才来医疗机构进行分娩的产妇，更应关注孕期基本状况和感染状况的评价，在加强产时保健的基础上，同时进行梅毒、先天梅毒和母婴传播相关告知和咨询，临产时发现的感染孕产妇，也要立即给予 1 个疗程的治疗。

③孕期未接受规范性治疗，包括孕期未接受全程、足量的青霉素治疗，或接受非青霉素方案治疗，或在分娩前 1 个月内才进行抗梅毒治疗的孕产妇所生儿

童；孕期接受过规范性治疗，出生时非梅毒螺旋体抗原血清学试验阳性、滴度不高于母亲分娩前滴度的 4 倍的儿童。治疗方案为苄星青霉素 G，5 万单位/千克体重，1 次肌内注射（分两侧臀肌）。

### 3. 产后保健。

- ①继续产后的梅毒治疗后的随访。
- ②指导产后避孕。
- ③及时为产后的梅毒感染妇女提供关怀、随访和转介服务。
- ④梅毒感染孕产妇所生儿童自出生时开始，定期进行梅毒血清学检测和随访，直至排除或诊断先天梅毒。

### （三）乙肝的母婴传播疾病。

1. 为乙肝病毒表面抗原阳性的感染孕产妇提供乙肝病毒感染血清学标志物（两对半）和肝功能检测，有条件的地区可进行乙肝病毒载量（HBV DNA）检测，必要时转介至传染病专科接受相应的诊疗服务。
2. HBV 感染孕产妇的分娩方式与常规阴道分娩、剖宫产相同。
3. 所有乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生新生儿，均应于出生后 24 小时内（最好是 12 小时内，越早越好）注射乙肝免疫球蛋白 100 国际单位。注意与乙肝疫苗的注射部位不同，也不可于乙肝疫苗吸入同一注射器内注射。
4. 所有乙肝病毒表面抗原阳性孕产妇所生新生儿，均应按照《预防接种规范》中新生儿乙肝疫苗免疫程序，完成 3 剂次乙肝疫苗接种。有条件的地区，在完成第 3 剂次乙肝疫苗接种后 1~6 个月，即儿童 7 月龄至 1 周岁期间，可进行乙肝病毒感染血清学标志物（两对半）检测，判断免疫效果。

## 六、社区获得性肺炎（儿童、住院）ICD-10：J13-J15，J18，不含新生儿及 1-12 个月婴儿肺炎

1. 病情严重程度评估。
2. 氧合评估。
3. 病源学检测。
4. 入院后患儿 4 小时内接受首剂抗菌药物治疗。
5. 起始抗菌药物选择符合规范：
  - （1）重症/ICU 患儿起始抗菌药物选择；

- (2) 非重症患儿起始抗菌药物选择;
- (3) 目标抗菌药物的治疗选择。
- 6. 初始治疗 72 小时后无效者，重复病原学检查。
- 7. 抗菌药物疗程（天数）。
- 8. 符合出院标准及时出院。
- 9. 住院天数与住院费用。
- 10. 患儿亲属对服务满意程度评价结果。

#### **七、新生儿呼吸窘迫综合征（NRDS）ICD-10：P22.002**

- 1. 病情严重程度评估，符合入住 NICU 标准。
- 2. 主要合并症的监测（气漏综合征：动脉导管开放（PDA）；感染：慢性肺部疾病等）。
- 3. 治疗方案选择符合指征（表面活性物质替代治疗；经鼻CPAP；机械通气等）。
- 4. 为患儿亲属提供新生儿呼吸窘迫综合征的健康教育内容与时机。
- 5. 符合出院标准。
- 6. 住院天数与住院费用。
- 7. 患儿亲属对服务满意程度评价结果。

#### **八、儿童哮喘质量监测指标 ICD-10：J45.9**

- 1. 病情严重程度评估。
- 2. 激素治疗符合指征。
- 3. 为患儿亲属提供健康教育内容与时机。
- 4. 符合出院标准。
- 5. 住院天数与住院费用。
- 6. 患儿亲属对服务满意程度评价结果。

附件 2

铜仁市妇幼保健院剖宫产质量控制标准（ 年 月）																
住院号	姓名	是否实施母婴情况评估符合剖宫产指证	抗生素预防性用药				是否返回手术室再次手术	评估产后出血量	手术后并发症		是否为患者提供剖宫产术的健康教育	切口愈合	是否术后7天内出院	住院费用	患者对服务满意度评价	备注
			术前预防性抗菌药物的种类	是否在术前30分钟-60分钟使用预防性抗菌药物	是否在手术超过三小时加用抗菌药物一次	术后24小时停止使用预防性抗菌药物的时间			产妇	新生儿						

铜仁市妇幼保健院异位妊娠监测指标（ 年 月）																
住院号	姓名	是否60分钟内完成病情评估	首次血常规、尿hCG和/或血βhCG及超声检查完成的时间（<60分钟）	药物保守治疗			手术治疗		有无自体输血	手术并发症	是否为患者提供有关异位妊娠的健康教育，书面告知术后随访与注意事项	出院宣教	切口愈合	住院费用	患者满意度	备注
				适应征	有无禁忌症	是否在明确诊断60分钟内实施	治疗方案是否规范	是否在明确诊断30分钟内实施								

铜仁市妇幼保健院宫颈癌单病种质量管理（ 年 月）

住院号	姓名	是否实施宫颈癌IG0/或TNM分期以及术前的风险评估	是否按照宫颈癌分期确定手术适应症、选择手术方案	抗生素使用			是否进行术后病理分期、制定术后规范化宫颈癌综合治疗方案	宫颈癌术后VT等并发症的预防及再手术	是否输血量≤400ml	是否为患者提供宫颈癌术前术后出院时健康教育	切口、愈合、分级	住院天数	住院费用	患者对服务满意度评价结果	是否术后随访	备注
				是否预防性选择使用	是否术前0.5-1小时使用	是否术前2小时之前使用										

铜仁市妇幼保健院子宫肌瘤质量监测指标（ 年 月）

住院号	姓名	诊断	术前病情评估			术前住院时间	抗菌药物治疗			手术并发症	是否术后对患者进行有关子宫肌瘤的健康教育	住院天数	住院费用	患者对服务满意度评价结果	备注
			是否有适应证	术式	术式选择是否合理		术前预防性抗菌药物的种类选择	是否术前30分钟-60分钟内开始使用预防性抗菌药物	手术超过三小时是否加用抗菌药物一次						



铜仁市妇幼保健院乙肝、梅毒、艾滋病监测表（ 年 月）

住院号	姓名	诊断	孕期相关监测结果	孕期相关治疗药物选择			分娩方式选择		是否母乳喂养	产时是否采取降低传播的措施	产后是否采取降低传播的措施	新生儿出生时检测结果	宫内感染是否符合临床诊断指标	备注
				药名	适应症	时机	分娩方式	时机						

社区获得性肺炎（不含新生儿及1-12个月婴儿肺炎）监测表（ 年 月）

住院号	姓名	病情严重程度评估		是否进行氧合评估	是否病源学检测	是否入院后4小时内接受首剂抗菌药物治疗	起始抗菌药物选择是否符合规范			初始治疗72小时后无效者,是否重复病原学检查	抗菌药物疗程(天数)	是否符合出院标准及时出院	住院天数	住院费用	患儿亲属对服务满意度评价结果	备注
		轻	重				重症/ICU患儿起始抗菌药物选择	非重症患儿起始抗菌药物选择	目标抗菌药物的治疗选择							

新生儿呼吸窘迫综合征监测表（ 年 月）															
住院号	姓名	病情严重程度评估，符合入住NICU标准	主要合并症的监测					治疗方案选择符合指症	新生儿呼吸窘迫综合征的健康教育		是否符合出院标准	住院天数	住院费用	患儿亲属对服务满意度评价结果	备注
			气漏综合征	动脉导管开放（PDA）	感染	慢性肺部疾病	其他		是否为患儿亲属提供	提供的时机					

铜仁市妇幼保健院儿童哮喘质量监测指标（ 年 月）											
住院号	姓名	病情严重程度评估		激素治疗是否符合指征	儿童哮喘健康教育		是否符合出院标准	住院天数	住院费用	患儿亲属对服务满意度评价结果（满意一般、不满意）	备注
		轻	重		是否提供	提供时机					

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	门（急）诊病历质量评价制度	<b>制度编号</b>	YWK-2020-47
	<b>发布部门</b>	医务科	<b>编制人</b>	杨旭
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	肖丽亚
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	250-254

## 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，《中华人民共和国执业医师法》《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《病历书写规范》等相关管理规定，结合我院实际情况，特制定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 参考标准

根据贵州省2010年版《病历书写规范与管理规定及病例（案）医疗质量评定标准》，并结合《三级妇幼保健院评审标准实施细则》，特制定铜仁市妇幼保健院《门（急）诊病历质量评价制度》

#### 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：

**厚德 精诚 笃行 至善**

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患者就诊后自行要善保管，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，可以此作留观记录；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。

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

初/复诊：○初诊 ○复诊

xx 科 年 月 日

主诉：

现病史：

既往史、个人史、家族史等（要求简要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：

初步诊断：（1）

（2）

处理与建议：（1）

（2）

医师签名：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：

初步诊断：（1）

(2)

处理与建议：（1）

（2）

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）

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：（1）

（2）

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：XXX

### 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：

初步诊断：（1）

（2）

处理与建议：（1）

（2）

初步诊断：（1）

(2)

医师签名：XXX

## 2.4封面

### 2.4.1门诊病历封面

姓名 性别 年龄婚否 职业 住址联系电话

铜仁市妇幼保健院

门诊病历

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

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，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，质量控制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《中华人民共和国执业医师法》

3.2《医疗机构管理条例》

3.3《医疗质量管理办法》

3.4《病历书写基本规范》

**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>	<b>标 题</b>	<b>临床路径管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-48</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>255-260</b>

## 临床路径管理制度

### 1. 目的

为提高医疗质量，保障医疗安全，开展临床路径管理，根据《医疗机构管理条例》《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）》以及，依照卫生部《临床路径管理指导原则（试行）》的要求，结合我院实际，特制定临床路径管理制度。

### 2. 标准

#### 2.1 临床路径的组织管理

##### 2.1.1 临床路径管理委员会

主 任：刘 涛 院 长/副主任医师

副组长：杨 华 副院长/主治医师

成 员：肖丽亚 医务科负责人/质量控制科负责人/副主任医师

简 珊 孕产保健部负责人/医学遗传与产前筛查科负责人/产后保健科负责人/主任医师

姚茂琼 妇女保健计划生育技术服务部负责人 /主任医师

梁 勇 儿童保健部负责人/主任医师

匡绍根 临床综合片区负责人/老年病科主任/副主任医师

徐霞飞 产科负责人/副主任医师

黄 华 妇科主任/副主任医师

王 卫 儿科主任/副主任医师

麻 刚 新生儿科负责人/副主任医师

医院临床路径管理办公室设在医务科，办公室主任：肖丽亚。

临床路径管理委员会的职责包括：制定医院临床路径开发实施的规划和相关制度；协调临床路径开发与实施过程中遇到的问题；确定实施临床路径的病种；审核临床路径文本；组织临床路径相关的培训工作；审核临床路径的评价结果与



改进措施。

#### 2.1.2临床路径指导评鉴小组

成立我院临床路径指导评价小组，由分管医疗工作的副院长杨华同志任组长，肖丽亚、许朝茂、黄华、简珊、王卫、麻刚同志任成员。

临床路径指导评价小组的职责包括：对临床路径的开发、实施进行技术指导；制定临床路径的评价指标和评价程序；对临床路径的实施过程和效果进行评价和分析；根据评价分析结果提出临床路径管理的改进措施。

#### 2.1.3临床路径实施小组

各临床科室临床路径管理小组名单

##### 2.1.3.1产科临床路径管理小组名单

组 长：徐霞飞

成 员：余柳玲 周 丽

管理员：周 丽

##### 2.1.3.2妇科临床路径管理小组名单

组 长：黄 华

成 员：张 红 曹兴玲

管理员：曹兴玲

##### 2.1.3.3儿科临床路径管理小组名单

组 长：王 卫

成 员：刘 艳 崔 超

管理员：崔 超

##### 2.1.3.4新生儿科临床路径管理小组名单

组 长：麻 刚

成 员：代丽萍 严文博

管理员：严文博

##### 2.1.3.5老年病科临床路径管理小组名单

组 长：匡少根

成 员：鲁 清 杨 柳

管理员：杨 柳

临床路径实施小组的职责包括：负责临床路径相关资料的收集、记录和整理；

负责提出科室临床路径病种选择建议，会同药学、临床检验、影像及财务等部门制订临床路径文本；结合临床路径实施情况，提出临床路径文本的修订建议；参与临床路径的实施过程和效果评价与分析，并根据临床路径实施的实施情况对科室医疗资源进行合理调整。

#### 2.1.4 临床路径个案管理员

我院临床路径实施小组设立临床路径个案管理员，产科曹锐、妇科曹兴玲、新生儿科赵红梅担任。

临床路径个案管理员的职责包括：负责临床路径实施小组与临床路径管理委员会、临床路径指导评价小组的日常联络；牵头临床路径文本的起草工作；指导每日临床路径诊疗项目的实施，指导经治医师分析、处理患者变异，加强与患者的沟通；根据临床实施情况，定期汇总、分析本科室医护人员对临床路径修订的建议，并向实施小组报告。

### 2.2 临床路径的开发与制定

#### 2.2.1 临床路径病种

医院按照以下原则选择实施临床路径的病种：常见病、多发病；治疗方案相对明确，技术相对成熟，诊疗费用相对稳定，疾病诊疗过程中变异相对较少；结合医疗机构实际，优先考虑卫生行政部门已经制定临床路径推荐参考文本的病种；我院现在开展的病种为：产科：阴道分娩、计划性剖宫产、胎膜早破、产后出血；妇科：卵巢囊肿、子宫肌瘤、异位妊娠、稽留流产；新生儿科：新生儿病理性黄疸、新生儿溶血病

#### 2.2.2 确定临床路径标准诊疗流程完成时间

临床路径诊疗项目包括医嘱类项目和非医嘱类项目。医嘱类项目遵循循证医学原则，参考卫生部发布或相关专业学会（协会）和临床标准组织制定的疾病诊疗常规和技术操作规范，包括饮食、护理、检验、检查、处置、用药、手术等。非医嘱类项目包括健康教育和心理支持等项目。

#### 2.2.3 确定临床路径标准诊疗流程完成时间

2.2.3.1 医院根据实际情况，遵循循证医学原则，确定完成临床路径标准诊疗流程的时间，包括时间和主要诊疗阶段的时间。

2.2.3.2 循证医学的运用基本实证依据，或基本专家共识。制订临床路径的专家讨论和评估实证依据的质量和如何运用于关键环节控制。

## 2.2.4临床路径本文

一般包括医师版临床路径表和患者版临床路径告知单。

### 2.2.4.1医师版临床路径表

医院制订有医师版临床路径表。医师版临床路径表是以时间为横轴、诊疗项目为纵轴的表单，将临床路径确定的诊疗项目依时间顺序以表格清单的形式罗列出来。

### 2.2.4.2患者版临床路径告知单

医院制订患者版临床路径告知单。患者版临床路径告知单是用于告知患者其需要接受的诊疗服务过程的表单。

## 2.3临床路径的实施

### 2.3.1实施临床路径的条件

实施临床路径具备的条件包括：具备以患者为中心的服务标准；临床路径文本所列诊疗项目的可及性、连续性有保障；相关科室有良好的流程管理文本和训练；关键关节具有质控保障；具备紧急情况处置和紧急情况警告值管理制度能力评估。

### 2.3.2实施流程路径前的培训

临床路径实施前，医院对相关业务科室医务人员进行相关培训，培训内容包括：临床路径基本理论、管理方法和相关制度；临床路径主要内容、实施方法和评价制度。

### 2.3.3实施临床路径的流程

2.3.3.1经治医师完成患者的检诊工作，会同科室临床路径个案管理员对住院患者进行临床路径的准入评估；

2.3.3.2符合准入标准的，按照临床路径确定的诊疗流程实施诊疗，根据医师版临床路径表开具诊疗项目，向患者介绍住院期间为其提供诊疗服务的计划，并将评估结果和实施方案通知相关护理组；

2.3.3.3相关护理组在为患者做入院介绍时，向其详细介绍其住院期间诊疗服务计划（含术前注意事项）以及需要给予配合的内容；

2.3.3.4经治医师会同个案管理员根据当天诊疗项目完成情况及病情的变化，对当日是变异情况进行分析、处理、并做好记录；

2.3.3.5医师版临床路径表中的诊疗项目完成后，执行（负责）人下相应的

签名栏签名。

#### 2.3.4 进入和退出临床路径的要求

进入临床路径的患者诊断明确，没有严重的合并症，能够按临床路径设计流程和预约时间完成诊疗项目。

#### 2.3.5 临床路径的变异

2.3.5.1 临床路径的变异是指患者在接受诊疗服务的过程中，出现偏离临床路径程序，或根据临床路径在接受诊疗过程中，出现偏差的现象。

2.3.5.2 临床路径变异处理遵循的步骤包括：医务人员及时将变异情况记录在医师版临床路径表中；经治疗医师与临床骨干个案管理人员交换意见，共同分析变异原因并制订处理措施；经治医师及时向临床路径实施小组报告变异原因和处理措施，与科室相关人员交换意见，提出解决或修正变异的方法。

2.3.5.3 对于较普通的变异，通过组织科内讨论，找出变异的原因，提出处理意见；也可以通过讨论，查阅相关文献资料，探索解决或修正变异的方法。对于临床路径中出现的复杂而特殊的变异，应组织相关专家进行重点讨论。

#### 2.4 临床路径评价与改进

2.4.1 临床路径实施小组每月常规统计病种评价相关指标的数据，上报临床路径指导小组。临床路径指导评价小组每季度对临床实施的过程和效果进行评价、分析并提出质量改进建议。临床路径实施小组根据质量改进建议制订质量改进方案，及时上报临床路径指导评价小组。

2.4.2 临床路径实施的过程评价内容包括：相关制度的制订、临床路径文本的制订、临床路径实施的记录、临床路径表的填写、患者退出临床路径的记录等。

2.4.3 手术患者的临床路径实施效果评价内容包括：预防性抗菌药物应用的类型，预防性抗菌药物应用的天数，非计划重返手术室次数，手术后并发症，住院天数，手术前住院天数，住院费用，药品费用，医疗耗材费用，患者转归情况，健康教育知晓情况，患者满意度情况。非手术患者的临床路径实施效果评价内容包括：病情严重程度，主要药物选择，并发症发生住院天数，住院费用，药品费用，医疗耗材费用，患者转归情况，健康教育知晓情况，患者满意度情况等。

#### 2.5 临床路径工作的管理

2.5.1 医院加强临床路径管理与医疗机构信息系统的衔接。将临床路径开发与实施的规划和相关制度将临床路径与单病种质量管理工作纳入规范临床诊疗

行为、加强质量管理。

2.5.2 医务处负责上述工作。医疗、护理、医技、药学等相关科室制订有临床路径工作管理职责，建立有多部门间和科室间的协调机制。

2.5.3 建立有临床路径质量信息平台。对临床路径质量管理实时监测。及时收集、几率实施中存在的问题与缺陷，联席过程和效果进行分析，改进质量管理。

2.5.4 临床路径管理实施科室和实施病种目标，开展临床路径管理的科室和病种符合相关要求。临床路径开展工作覆盖率达到相关要求。

2.5.5 医院制订有入临床路径患者履行知情同意的相关制度与程序。收集、分析常见病、多发病的诊疗信息，筛选并确定开展临床路径的科室和病种。医院及时调整病种、修订文本，优化路径。

2.5.6 医院有临床路径质量管理病例进行监测的相关规定与程序。执行“临床路径”病例有平均住院日、诊疗效果、30日内在住院率、在手术率、并发症与合并症等指标监测范围的规定与程序。每季度对监测信息进行汇总与分析。

2.5.7 对实施“临床路径质量管理”的病种进行疗效、费用及成本的卫生经济学分析评估。对实施病种“临床路径质量管理”的依从性进行监控。对临床路径管理相关医务人员和患者满意度调查。

2.5.8 符合进入临床路径标准患者入组率 $\geq 50\%$ ，入组完成率 $\geq 70\%$ 。

### **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）》

3.4 《临床路径管理指导原则（试行）》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	临床路径统计工作制度	<b>制度编号</b>	YWK-2020-49
	<b>发布部门</b>	医务科	<b>编制人</b>	杨旭
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	肖丽亚
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	261-262

## 临床路径统计工作制度

### 1. 目的

为对临床路径工作进行统计分析，进而细化完善，形成符合我院实际、具有可操作性的临床路径，《医疗机构管理条例》《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）》以及，依照卫生部《临床路径管理指导原则（试行）》的要求，结合我院实际，制定临床路径统计工作制度。

### 2. 标准

#### 2.1 工作方法

科室临床路径实施小组在指导评价小组指导下，开展本科室临床路径管理及相关统计工作。

#### 2.2 工作内容

2.2.1 实施小组每月常规统计病种评价相关指标的数据，对进入临床路径患者进行平均住院日、住院费用、药品费用、非预期再手术率、并发症与合并症、死亡率、入径率、完成率、变异率等指标的统计分析，并有季度通报、半年小结、年度总结上交质量控制科，监控临床路径应用与变异情况。对临床路径管理工作进行持续改进，提高医疗执行效率，降低成本，提高质量。

2.2.2 科室临床路径实施小组负责临床路径相关资料的收集、记录和整理；查找国内外有关此病种的最近资料，收集相关的研究结果，向指导评价小组提出本科室临床路径病种选择、调整及临床路径文本制修订的建议；

2.2.3 通过临床路径所设立的内容应当与疾病的最新治疗标准或治疗指南保持一致，完成各项检查及治疗项目的时间、流程、治疗目标。如有变异，科室临床路径实施小组应统计分析变异的原因及提出解决或修正的方法。对反复发生同一变异，可能影响此病种临床路径实施的，应及时、仔细查找原因，必要时通过

修改临床路径等措施进行整改。

### 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）》

3.4《临床路径管理指导原则（试行）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>科室医务人员紧急调配制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-50</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>263-264</b>

## 科室医务人员紧急调配制度

### 1. 目的

为在紧急情况下迅速调配医务人员到位，保证人力资源配置，保障医疗质量安全，结合我院实际情况，特制定本制度。

### 2. 标准

2.1 凡遇到突发公共卫生事件、大型灾难事故、紧急医疗救治、特殊急危重病人抢救、工作量突然增加、因意外情况值班人员不能完成岗位工作等突发事件，当班人员应及时向科主任报告。

#### 2.2 报告程序

2.2.1 常规程序：值班人员→科主任

2.2.2 紧急情况下，可视具体情况上报到总值班或医务科，或直接通知相关人员，或向其他科室人员请求紧急援助。

2.3 科主任接到报告后，应立即启动紧急情况下人员调配预案，协调各方面工作。医务人员应本着以大局为重的原则，服从科室调配，不得以任何理由推诿、拒绝。

2.4 所有人员必须保持 24 小时通讯畅通，随喊随到，接到调配通知后，二线 15 分钟赶到现场，其他人员以最快的速度到位。

#### 2.5 调配方案

2.5.1 常规调配顺序：

临床科室：值班的上一级别医师→临时安排同级别医师  
医技科室：二线→三线→正休

2.5.2 如科内调动不能应对时，科主任报告医务科，医务科将及时协调增援，保障紧急状态下人力资源配置，确保医疗质量与医疗安全。

2.6 科室有计划、有组织进行业务培训，提高专科理论知识、实践技能及应急反应能力，熟练掌握各种应急处置的技能，抢救仪器的使用。

**厚德 精诚 笃行 至善**



2.7医务人员接到应急通知应及时根据指令参与应急工作，凡不能及时到岗者，将追究责任到个人，并纳入个人绩效考核，情节严重者根据医院规章制度及相关法律法规处置。

### 3. 相关文件

《铜仁市妇幼保健院紧急人员调配方案》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	轮科医师管理制度	制度编号	YWK-2020-51
	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	265-266

## 轮科医师管理制度

### 1. 目的

为加强新进医师规范化管理，培养合格的临床医学人才，提高综合医疗技术水平，促进我院可持续发展。

### 2. 标准

#### 2.1 轮科原则

2.1.1 住院医师规范化培训由科教科管理。

2.1.2 其他新进住院医师的轮科计划由医务科统一安排，进行相关科室定期轮转，轮转计划一旦确定，一般不随意变更。轮转期间医务科将轮转表及时发到本人及相关科室主任或副主任。

2.1.3 实行“先轮转后定科”的原则，已经定科的医师不再轮转。

#### 2.2 轮科范围

2.2.1 住院规范化培训医师由科教科负责制定轮科计划，确定轮转科室和时间。

2.2.2 其他新进住院医师，根据其专业范围轮转。

2.2.3 新进医技人员由科室安排。

#### 2.3 轮科要求

2.3.1 科室对轮科人员的管理按时间表进入科室，接受科室业务培训、考勤管理、规章制度管理和医德医风管理。

#### 2.3.2 组织纪律

2.3.2.1 服从科室及医院的工作安排。

2.3.2.2 严格遵守医院的各项规章制度。

2.3.2.3 在医疗活动中遵守请示报告制度，严禁在各种医疗文书中代签、仿签上级医师的姓名。

2.3.2.4在轮转期间未经医务科或科教科同意不得随意调换科室或提前、延长轮转时间。

### 3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《临床医师轮岗制度》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>医务科会议制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YWK-2020-52</b>
	<b>发布部门</b>	<b>医务科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨旭</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>肖丽亚</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>267-268</b>

## 医务科会议制度

### 1. 目的

为确保医疗、保健管理工作的正常开展和各部门之间有效沟通，加强各部门的协作，保证医疗、保健质量的持续改进《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《医疗纠纷管理条例》《医疗技术临床应用》的相关管理规定，结合我院实际，制定医务科会议制度。

### 2. 标准

2.1科主任例会：原则上每月一次，由院长或业务副院长主持，医务科召集，并事先收集各部门需协调解决的主要问题，于会前一周反馈问题所设相关部门。业务管理部门主任（医务、质控、院感、投诉处理、保健）、三大业务部部长、临床、医技科室负责人参加。会议内容：主要是汇总、交流和协调医疗、临床、科研、教学、管理上的问题。

2.2质量管理委员会：原则上每季度一次，由院长主持，各管理委员会办公室召集，并于会前一周收集议题收集表，并进行统计，按照急缓程度进行排序。院领导、业务管理部门主任（医务、质控、院感、投诉处理、保健）、三大业务部部长、临床、医技科室主任参加。会议内容：针对工作中存在的主要问题进行讨论，制定解决措施；了解上季度分派任务的完成情况；讨论下季度工作重点，并将任务分派落实。

2.3医疗质量安全点评会：原则上每季度一次，由院长主持，医务科召集，并事先邀请点评专家，确定点评案例。业务院长、业务管理部门主任三大业务部部长、临床、医技科室主任及相关科室医务人员参加。会议内容：发生补偿（包括医药费减免）或严重影响本单位声誉、医务人员正常工作的医疗纠纷；院内排查的严重医疗质量安全隐患；急危重症救治成功案例。通过情景模拟、互动讨论等多种形式，听取点评对象对有关问题的解释说明；点评专家对事件（案例）进行评析，并形成书面点评意见；对进一步加强医疗质量安全管理提出整改要求，

**厚德 精诚 笃行 至善**

明确整改期限；总结并推介危急重症成功救治典型案例。

2.4危重孕产妇评审会：原则上每季度一次，由业务院长主持，医务科召集，事先确定评审案例并于评审前3天将相关资料送参评专家评审专家组（由本院的卫生管理、妇幼保健、妇科、产科、麻醉科、内科、护理等领域的副高以上职称人员组成。孕产保健部及相关科室医务人员参加。会议内容：对危重孕产妇病例的医疗保健服务全过程进行评审；对评审结果进行分析和研究，提出干预措施；针对评审中发现的重点问题，定期开展技术指导和业务培训。

2.5新生儿重度窒息（死亡）病例评审会：原则上每季度一次，由业务院长主持，医务科召集，事先确定评审案例并于评审前3天将相关资料送参评专家。相关科室参与诊疗活动的医务人员参加。会议内容：对新生儿出生情况、疾病进展、好转及治疗、转诊抢救经过等相关因素进行了深入分析讨论，找出了成功的经验或导致失败的相关因素，加强医院多学科协作，及早规范足量使用药物高危新生儿，提高新生儿窒息复苏及急诊急救能力。

2.6医疗质量讲评分析会：原则上每半年一次，由业务院长主持，全院医师及医技人员参加。会议内容：业务管理部门主任（医务、质控、院感、投诉处理）围绕医疗管理、医疗制度、规范、流程等落实情况，针对上阶段问题整改落实、本阶段的主要问题、整改措施及整改情况进行分析点评，并公布下阶段质量监控重点。

2.7各种协调会议：对于临床、医技反馈的问题及其他职能科室需协调的工作，适时选择时间，在主管院长的参与或指导下，组织相关人员及时召开会议。

### **3. 相关文件**

3.1 《医疗机构管理条例》

3.1 《医疗质量管理办法》

3.2 《医疗纠纷管理条例》

3.3 《医疗技术临床应用》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	促进母乳喂养成功的措施	制度编号	YWK-2020-53
	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	269-270

## 促进母乳喂养成功的措施

### 1. 目的

为加强医院管理，促进提高母乳喂养率，保障母婴安全。

### 2. 标准

2.1 出生后尽早帮助和鼓励母亲和婴儿进行早期不间断的肌肤接触。

2.2 应支持所有的母亲在分娩后第一个小时内尽早开始母乳喂养。

2.3 母亲应得到实际的支持，使他们能够即刻开始和建立母乳喂养，同时还  
能处理母乳喂养中的常见问题。

2.4 应指导母亲如何手挤奶，以便暂时母婴分离时维持泌乳。

2.5 产妇和新生儿服务中心应保证母亲与婴儿共处，全天候实践母婴同室。  
这可能不适用于婴儿需要专业医疗照护介入的情况。

2.6 应支持母亲将按需喂养作为照护的一部分。

2.7 除非有医学上的指征，否则应劝阻母亲给婴儿提供母乳以外的任何食物  
或液体。

2.8 当产妇和新生儿在服务中心（住院）期间，应帮助母亲学会辨识婴儿需  
要进食、亲近或安抚的迹象，并根据这些迹象做出相应的回应。

2.9 对于不能直接进行母乳喂养的早产儿，建立母乳喂养前，非营养的吮吸  
和口腔刺激可能是有帮助的。

2.10 若医学表明足月儿需挤出的母乳或其他食物，则可以在住院期间使用其  
他喂食方法，如杯子、勺子或奶瓶和奶嘴。

2.11 若医学表明早产儿需挤出的母乳或其他食物，则杯子或勺子的喂养方法  
比奶瓶和奶嘴更可取。

2.12 提供产妇和新生儿服务的机构应有明确书面的母乳喂养政策，并定期向  
员工与父母传达。

2.13 提供婴儿喂养服务（包括母乳喂养支持）的卫生机构员工应该具备足够

的知识、能力和技能来支持妇女进行母乳喂养。

2.14提供产前护理服务的机构，应向孕妇及其家属提供关于母乳喂养的益处与实现方式的建议。

2.15作为保护、促进和支持母乳喂养的一部分，也应规划和协调产妇和新生儿服务中心的院后服务，以便父母及其婴儿获得持续的支持并得到合适的照顾。

### **3. 相关文件**

3.1 《爱婴医院管理规定》

3.2 《国际母乳代用品销售守则》

3.3 《促进母乳喂养成功事项措施》

3.4 《医疗机构新生儿安全管理制度》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	哺乳室管理制度	制度编号	YWK-2020-54
	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	271

## 哺乳室管理制度

### 1. 目的

为了给哺乳妈妈和宝宝营造一个安静、舒适的环境，保证哺乳自然、有效，促进母乳喂养，保障母婴安全。

### 2. 标准

2.1 设置哺乳室的科室必须安排专人负责管理。

2.2 哺乳室开放时间为08:00-18:00。

2.3 哺乳室内要求家长保持室内整洁、卫生，爱惜室内所有物品，避免人为损坏。

2.4 室内常规准备快速手消毒剂。

2.5 专人每天对哺乳室进行清扫、通风换气，每周1次大扫除。

2.6 哺乳室禁止成年男性以及患有感冒等人员入内。

2.7 离开时应携带好个人物品，随手关灯、关空调。

2.8 使用本室如有任何疑问或需协助者，请咨询所在科室护士。

### 3. 相关文件

3.1 《爱婴医院管理规定》

3.2 《国际母乳代用品销售守则》

3.3 《促进母乳喂养成功事项措施》

3.4 《医疗机构新生儿安全管理制度》



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作制度	<b>制度编号</b>	YCBJB-2020-55
	<b>发布部门</b>	孕产保健部	<b>编制人</b>	陈静
	<b>生效日期</b>	2020年2月	<b>审核人</b>	龙秀燕
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	272-274

## 预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作制度

### 1. 目的

为提高人群对预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播的认识，为孕产妇提供预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播的综合防治服务，最大程度地减少因艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播造成的儿童感染，改善妇女、儿童的生活质量及健康水平。根据《母婴保健法》及其实施办法、《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》和《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）》《〈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》，结合我院实际，制定本工作制度。

### 2. 标准

2.1孕产保健部群体保健科根据国家、省、市级项目方案制定院内预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播的实施方案，保健部负责本院预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播项目综合管理。

2.2孕期保健门诊为接受孕产期保健的孕产妇提供全面系统的预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播的咨询检测和综合干预服务。对于检测发现阳性孕产妇填写《艾滋病病毒感染孕产妇/婚检妇女基本情况登记卡》（3-I）和《梅毒感染孕产妇登记卡》（4-I），上报孕产保健部群体保健科预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播项目管理人员。

2.3产科病房为来我院分娩的孕产妇提供产时预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播的咨询检测、安全助产，为检测阳性孕产妇及所生儿童提供综合干预服务。对于孕期检测发现阳性孕产妇填写《艾滋病病毒感染孕产妇妊娠及所生婴儿登记卡》（3-II）和《梅毒感染孕产妇及所生新生儿登记卡》（4-II），上报孕产保健部群体保健科艾梅乙项目管理人员；对于仅产时检测发现的阳性孕产妇填写《艾滋病病毒感染孕产妇/婚检妇女基本情况登记卡》（3-I）、《艾滋病病毒感

染孕产妇妊娠及所生婴儿登记卡》（3-II）、《梅毒感染孕产妇登记卡》（4-I）《梅毒感染孕产妇及所生新生儿登记卡》（4-II），上报孕产保健部群体保健科预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播项目管理人员。

2.4医学检验科为我院孕期保健门诊所有孕妇及产科病房孕期末进行艾滋病、梅毒和乙肝检测过的孕产妇提供免费的艾滋病、梅毒和乙肝检测，并执行危急值管理制度。对于孕期末做过艾滋病、梅毒和乙肝检测孕妇，产时检测要在半小时内出具检测结果报告单。

2.5妇幼健康教育科负责开展形式多样的健康教育宣传，提高广大群众对预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播的认知，促进健康行为。

2.6孕期保健门诊、产科病房为感染艾滋病、梅毒和乙肝的孕产妇及其家人提供母婴阻断技术服务、随访和转介。

2.7科教科开展项目培训，落实《预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播实施方案》，推广母婴阻断技术，不断提高专业人员的服务能力。

2.8孕产保健部群体保健科项目管理人员收集、分析、上报和反馈院内预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播相关数据和信息。

2.9保健部组织人员开展院内项目工作督导及技术指导，加强监督考核，纳入绩效考核，提高本院项目工作质量和水平。

### 3. 相关文件

3.1 《预防艾滋病、梅毒、乙肝母婴传播工作实施方案（2015年版）》（国卫办妇幼发〔2015〕23号）

3.2 《预防艾滋病、梅毒、乙肝母婴传播工作实施方案（2017年版）》（黔卫计办法〔2017〕80号）

3.3 《铜仁市妇幼保健计划生育服务中心预防艾滋病、梅毒、乙肝母婴传播项目管理方案（2019年版）》

3.4 1994年10月27日中华人民共和国主席令第33号《中华人民共和国母婴保健法》

3.5 2001年6月20日国务院令第308号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.6 2011年7月30日《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》和《中国儿童发


展纲要（2011-2020年）》（国发〔2011〕24号）

3.7 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》

3.8 2019年7月9日《健康中国行动（2019-2030年）》

3.9 2018年4月27日《关于印发母婴安全行动计划（2018-2020年）和健康儿童行动计划（2018-2020年）的通知（国卫妇幼发〔2018〕9号）》

3.10 《〈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》（铜卫健发〔2019〕123号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标题</b>	《母子健康手册》管理工作制度	<b>制度编号</b>	YCBJB-2020-56
	<b>发布部门</b>	孕产保健部	<b>编制人</b>	陈静
	<b>生效日期</b>	2020年2月	<b>审核人</b>	龙秀燕
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版本</b>	第2版	<b>页码</b>	275

## 《母子健康手册》管理工作制度

### 1. 目的

在全市范围内规范使用《母子健康手册》，为妇女儿童提供系统、规范的生育全程基本医疗保健服务。根据《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》《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〉》《铜仁市母子健康手册推广使用实施方案（试行）》，结合我院实际，制定本工作制度。

### 2. 标准

2.1按照《铜仁市母子健康手册推广使用实施方案》要求，在全市范围内进行推广和使用《母子健康手册》。

2.2对各级医疗保健机构进行《母子健康手册》发放流程、规范使用和信息管理等方面的培训指导。

2.3定期对辖区内各级各类医疗保健机构《母子健康手册》的发放、使用登记情况进行督导。


2.4审核辖区《母子健康手册》相关报表，并对数据进行统计分析和上报。

### 3. 相关文件

3.1《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》（国卫办妇幼发〔2017〕3号）

3.2《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〉》（黔卫计发〔2017〕61号）

3.3《铜仁市母子健康手册推广使用实施方案（试行）》（铜卫健函〔2019〕52号）

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标题</b>	<b>孕产妇死亡评审管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YCBJB-2020-57</b>
	<b>发布部门</b>	<b>孕产保健部</b>	<b>编制人</b>	<b>陈静</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>龙秀燕</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版本</b>	<b>第2版</b>	<b>页码</b>	<b>276-277</b>

## 孕产妇死亡评审管理制度

### 1. 目的

为了研究并分析孕产妇死亡率和死因变化规律，提出有针对性的干预措施，有效地降低孕产妇死亡率。按照国家、省、市孕产妇死亡评审相关政策方案、评审相关文件要求规范开展孕产妇死亡评审工作。根据《中国妇幼卫生监测工作手册2019年版》《“健康中国2030”规划纲要》《健康中国行动（2019-2030年）》《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》《铜仁市孕产妇死亡评审方案》等文件，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 落实国家、省、市、区（县）关于孕产妇死亡评审要求，开展孕产妇死亡评审工作。孕产妇死亡病例实施“一例一报，一报一审，一审一考”的实时评审办法，并进行现场督导和学术评审。

2.2 发生孕产妇死亡时，应24小时内电话上报碧江区妇幼保健院及本院孕产保健部群体保健科孕产妇死亡情况，针对孕产妇死亡病例开展疑难病例讨论和死亡病例讨论，详细填写《孕产妇死亡报告卡》，规范开展院内孕产妇死亡评审工作。

2.3 配合市、区（县）两级妇幼保健机构开展的孕产妇死亡调查，向调查组提供完整病历复印件。

2.4 针对市、区（县）孕产妇死亡评审以及院内死亡评审情况，进行质控并持续改进。

2.5 收集、整理、存档相关资料，撰写小结，通过对评审结果的分析，提出有效的干预措施，为卫生健康行政部门制定政策措施提供科学的依据。

### 3. 相关文件

3.1 《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》（黔卫计办发〔2017〕41号）

3.2 《铜仁市孕产妇死亡评审方案》（铜卫计办发〔2017〕25号）

3.3 《贵州省孕产妇死亡评审实施细则（2018年版）》（征求意见稿）

3.4 《中国妇幼卫生监测工作手册2019年版》

3.5 1994年10月27日中华人民共和国主席令第33号《中华人民共和国母婴保健法》

3.6 2001年6月20日国务院令第308号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.7 2011年7月30日《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》和《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》（国发〔2011〕24号）

3.8 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》

3.9 2019年7月9日《健康中国行动（2019-2030年）》

3.10 2018年4月27日《关于印发母婴安全行动计划（2018-2020年）和健康儿童行动计划（2018-2020年）的通知（国卫妇幼发〔2018〕9号）》

3.11 《〈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》（铜卫健发〔2019〕123号）

## 第三章 保健管理

### 保健部制度

 <p style="text-align: center;">铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	保健部工作制度	<b>制度编号</b>	BJB-2020-1
	<b>发布部门</b>	保健部	<b>编制人</b>	万丽
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	龙秀燕
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	278-279

### 保健部工作制度

#### 1. 目的

统筹协调三大业务部的群体保健工作，负责辖区妇幼健康工作监管及业务指导，及时掌握辖区妇幼卫生信息，进一步提高辖区妇幼保健质量与技术水平，保障“一法两纲”有效落实。根据《“健康中国2030”规划纲要》《健康中国行动（2019-2030年）》《〈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》等相关文件，结合我院实际，制定本工作制度。

#### 2. 标准

2.1 认真贯彻落实“一法两纲”，坚持以保健为中心，以保障生殖健康为目的，保健与临床相结合、面向群体、面向基层和预防为主的妇幼卫生工作方针，加强对院内各保健临床业务科室群体保健工作与个体保健服务工作的管理，加强对基层妇幼医疗保健机构的妇幼健康工作指导与监管，全面落实各项妇幼卫生工作任务。

2.2 协助卫生健康行政部门制定辖区妇幼健康工作规划、妇幼保健年度工作计划、考核方案、工作规范等并组织实施，妇幼健康工作考核根据平时督导结果与工作实际情况综合考评。

2.3 统筹协调开展市级孕产妇死亡、新生儿死亡、危重孕产妇与经母婴传播感染艾滋病/先天梅毒儿童病例评审会。掌握全市妇幼健康服务工作状况及影响因素，并制定切实可行的措施，提高全市妇幼健康服务工作质量和技术水平。

2.4 组织开展辖区妇幼保健机构的业务指导及工作督导，负责院内三大业务部群体保健工作的管理及考核，协调全市及院内群体保健相关工作。开展科

研工作，大力推广新技术、新项目，定期做好培训工作。

2.5 每半年组织召开一次辖区妇幼保健院院长例会，每季度组织召开辖区各级群体保健科主任例会，每月组织召开一次院内群体保健科主任例会，协调工作，及时解决相关问题，持续改进群体保健工作质量。

2.6 年初组织召开辖区妇幼保健质量管理委员会工作会议，审定年初拟定的各类各项妇幼卫生工作方案、计划等；每季度召开研讨会，讨论解决妇幼卫生工作中存在的困难和问题。

2.7 定时组织开展妇幼卫生信息与妇幼公共卫生项目信息会审工作。

2.8 组织开展全市妇幼保健业务培训、工作督导及评价，督导评价工作每半年开展一次。

2.9 完成上级和院内交办的有关工作。

### 3. 相关文件

3.1 1994年10月27日中华人民共和国主席令第33号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001年6月20日国务院令第308号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 2011年7月30日《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》和《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》（国发〔2011〕24号）

3.4 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》

3.5 2019年7月9日《健康中国行动（2019-2030年）》

3.6 2018年4月27日《关于印发母婴安全行动计划（2018-2020年）和健康儿童行动计划（2018-2020年）的通知（国卫妇幼发〔2018〕9号）》

3.7 《〈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》（铜卫健发〔2019〕123号）

3.8 《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》（国卫妇幼发〔2015〕54号）

3.9 《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》（国卫办妇幼发〔2015〕59号）



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	妇幼保健人员培训工作制度	<b>制度编号</b>	BJB-2020-2
	<b>发布部门</b>	保健部	<b>编制人</b>	万丽
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	龙秀燕
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	280-281

## 妇幼保健人员培训工作制度

### 1. 目的

1.1通过开展妇幼健康服务人员的培训，提高基层妇幼健康服务机构技术理论水平和专业技能。

1.2促进妇幼公共卫生项目等规范有序开展。

根据铜仁市财政局、市委组织部、市人社局关于印发《铜仁市市级党政机关培训费管理办法》的通知、《铜仁市财政局关于公布2018年-2020年度市级党政机关会议定点场所的通知》《〈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》、《母婴保健法》及其实施办法、《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》和《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》，结合我院实际，制定本工作制度。

### 2. 标准

2.1 培训坚持按需施教、务求实效的原则。

2.2 按照卫生健康行政部门的要求制定全市妇幼健康服务培训年度工作计划，根据工作要求及辖区需求调整培训内容并落实。

2.3 开展多种形式的妇幼保健工作培训。举办培训班，学习新技术，推广新项目；接受专业人员进修或组织专家开展基层指导，提高基层妇幼保健人员的服务能力。

2.4 培训内容包括基层医疗卫生机构孕产妇及儿童医疗保健人员培训、妇幼重大公共卫生项目、基本公共卫生服务孕产妇及儿童健康管理项目培训、妇幼卫生信息、母婴保健证件管理、产科适宜技术培训及儿科适宜技术培训，培训后对参训人员进行考核，考试合格率90%以上。

2.5 保证培训质量，严格按照培训计划实施培训，不得任意延长和缩短培训时间。授课老师应具备相应资质，提交课件。

2.6 培训前后进行问卷评估，及时测验评估培训效果，总结分析培训评估效果，提出改进措施，持续改进培训质量。

2.7 各级要高度重视，各单位要积极参与配合，合理安排相关人员参加培训，并安排好培训期间的工作，确保培训计划开班率达90%以上，全员培训率达90%以上。

2.8 各科室应在培训班结束后5天内，将资料整理并提交保健部。

2.9 严格遵守项目资金管理办法，按要求完成培训资金申报及审批。

### 3. 相关文件

3.1 1994年10月27日中华人民共和国主席令第33号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001年6月20日国务院令第308号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 市财政局、市委组织部、市人社局关于印发《铜仁市市级党政机关培训费管理办法》的通知（铜财行〔2018〕2号）

3.4 《铜仁市财政局关于公布2018年-2020年度市级党政机关会议定点场所的通知》（铜财行〔2018〕3号）

3.5 2011年7月30日《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》和《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》（国发〔2011〕24号）

3.6 《〈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》（铜卫健发〔2019〕123号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>基层妇幼保健业务指导制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>BJB-2020-3</b>
	<b>发布部门</b>	<b>保健部</b>	<b>编制人</b>	<b>万丽</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>龙秀燕</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>282-284</b>

## 基层妇幼保健业务指导制度

### 1. 目的

认真贯彻执行《母婴保健法》，树立妇幼保健工作面向基层，面向群众的服务理念，加强对全市开展妇幼健康服务工作的各级医疗保健机构开展技术指导工作，努力提高全市妇幼保健队伍的业务素质。根据《母婴保健法》及其实施办法、《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》和《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）》《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》《〈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》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 根据本市妇幼健康服务工作目标对基层进行业务指导及评估考核，做到有计划、有重点、有措施、有总结，指导计划需上交保健部、分管院长、主管院长及市级卫生健康行政部门主要领导审阅。

2.2 基层业务指导由孕产群体保健、妇女群体保健、儿童群体保健、妇幼信息管理、妇幼健康教育等科室群体保健人员在主管院长和保健部领导下负责实施，三大业务部及医院相关科室的临床业务人员需参与基层保健指导工作。

2.3 制定年度妇幼卫生业务指导计划，明确指导覆盖率、指导次数及指导内容。市级每年对全市开展妇幼健康服务的各级医疗保健机构至少开展2次业务指导工作，每次指导要覆盖10个区（县），每个区（县）覆盖1个乡镇（镇、社区），每1个乡镇（镇、社区）覆盖1个村。

2.4 按计划和要求开展妇幼健康服务基层指导工作并分层次进行培训。

2.5 指导内容：国家基本公共卫生服务项目孕产妇、0-6岁儿童保健管理、0-36月龄儿童中医药管理、农村妇女“两癌”检查项目、贫困地区儿童营养改

**厚德 精诚 笃行 至善**

善项目、增补叶酸预防神经管缺陷项目、预防艾滋病、梅毒、乙肝母婴阻断传播项目、儿童早期综合发展项目、新生儿疾病筛查项目及常规工作；妊娠风险筛查评估管理工作、产科质量、母婴保健服务技术、妇幼健康教育与促进、妇幼卫生信息管理及出生医学证明管理等工作。

2.6 开展基层指导时，指导人员认真开展督查，严格对照年度全市妇幼健康目标任务及工作措施，强化问题导向，摸清各区（县）工作开展实际情况，应现场书写指导记录（指导记录应包括指导中发现的问题及整改建议）一式两份，一份留存被指导单位，一份带回存档，并将指导记录反馈给被指导单位，指导结束后及时进行评估，总结经验，找出差距，及时进行书面小结。下次基层指导时应核实指导意见的落实情况。

2.7 指导组各位专家于指导工作结束后5个工作日将检查情况汇总后交项目负责人，项目负责人于指导工作结束后10个工作日将督查情况及时送审后通报。

2.8 对收集的基层业务数据进行质量分析，提出整改建议，并对整改效果进行评价。

2.9 及时向上级卫生健康行政部门反馈基层工作情况，提交各项工作数据及分析报告。

### 3. 相关文件

3.1 1994年10月27日中华人民共和国主席令第33号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001年6月20日国务院令第308号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 2011年7月30日《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》和《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》（国发〔2011〕24号）


3.4 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》

3.5 2019年7月9日《健康中国行动（2019-2030年）》

3.6 2018年4月27日《关于印发母婴安全行动计划（2018-2020年）和健康儿童行动计划（2018-2020年）的通知（国卫妇幼发〔2018〕9号）》

3.7 《〈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》（铜卫健发〔2019〕123号）

3.8 《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》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>保健人员专线管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>BJB-2020-4</b>
	<b>发布部门</b>	<b>保健部</b>	<b>编制人</b>	<b>万丽</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2020年2月</b>	<b>审核人</b>	<b>龙秀燕</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>285</b>

## 保健人员专线管理制度

### 1. 目的

根据群体保健工作内容，确定专线人员，明确工作职责，确保各项工作任务顺利完成。根据《母婴保健法》及其实施办法、《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》和《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 根据妇幼健康服务工作内容，对孕产群体保健、妇女群体保健、儿童群体保健、计划生育技术指导、妇幼信息管理、健康教育工作实行业务分线管理，每项工作由科主任指定 1名专线人员负责。

2.2 保健部根据妇幼健康服务工作目标要求，将各项工作分解到各科室，各科室负责本科相关的专线工作，保健部负责组织、协调多科协作，全面完成各项工作任务。

2.3 科主任负责科室专线工作的整体推进，专线人员负责各项工作及任务的具体实施，包括工作计划、总结、业务培训、督查及质控等，并撰写专线工作分析报告。科室每半年对专线工作进行一次小结，持续改进工作中的不足。


2.4 保健部对科室及专线人员实行工作考核，考核结果作为科室及个人绩效考核的依据。

### 3. 相关文件

3.1 1994 年 10 月 27 日中华人民共和国主席令第 33 号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001 年 6 月 20 日国务院令第 308 号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 2011年7月30日《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》和《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》（国发〔2011〕24号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	保健部工作例会制度	制度编号	BJB-2020-5
	发布部门	保健部	编制人	万丽
	生效日期	2016年4月	审核人	龙秀燕
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	286-287

## 保健部工作例会制度

### 1. 目的

加强群体保健工作管理，协调辖区、三大业务部及群体保健科工作，持续改进群体保健工作质量。根据《母婴保健法》及其实施办法，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 工作例会由保健部及各群体保健科室具体组织实施，院长、分管院长及相关人员参加。

2.2 工作例会包括：每半年召开一次辖区妇幼保健院院长例会，每月召开一次院内群体保健工作例会。

2.3 辖区妇幼保健院院长例会主要内容：

2.3.1 了解辖区群体保健工作现状、下一步工作计划及工作中遇到的困难，讨论工作难点，提出解决方案。

2.3.2 通报妇幼保健主要工作亮点、主要工作指标完成情况及工作中存在的不足，提出改进建议。反馈辖区工作问题持续改进情况。

2.3.3 布置下一步群体保健重点工作，通报市级工作计划如督导、质控、培训安排等工作。

2.3.4 参会人员：市县两级妇幼保健院主管院长、分管院长、保健部主任或综合保健部主任、妇幼卫生信息科主任、妇幼健康教育科主任，以及例会中需重点推进的项目所属业务部部长与项目管理人员。

2.4 院内群体保健工作例会主要内容：

2.4.1 各科室汇报上月工作完成情况及本月重点工作，项目工作进度及质控情况。

2.4.2 通报月工作绩效考核结果，反馈各科及三大部前次问题整改情况，各科提交工作中发现的问题及难点，协调各科工作。

厚德 精诚 笃行 至善

2.4.3 布置群体保健月工作重点，统筹安排辖区督导、质控、培训等工作。

2.4.4 各科提交本月工作重点及主要安排，沟通多科协作事项。

2.4.5 参会人员：保健部与各业务部群体保健科全体成员。


2.5 根据工作需要请卫生健康行政部门参加院长例会，及时向卫生健康行政部门汇报全市群体保健工作开展情况。

### 3. 相关文件

3.1 1994 年 10 月 27 日中华人民共和国主席令第 33 号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001 年 6 月 20 日国务院令第 308 号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	辖区妇幼健康服务工作质量督导制度	<b>制度编号</b>	BJB-2020-6
	<b>发布部门</b>	保健部	<b>编制人</b>	万丽
	<b>生效日期</b>	2020年2月	<b>审核人</b>	龙秀燕
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	288-289

## 辖区妇幼健康服务工作质量督导制度

### 1. 目的

通过督查和质控，及时发现辖区妇幼健康服务工作中存在的问题和不足，根据督查和质控情况，提出针对性的意见及改进措施，持续改进服务质量，推动工作顺利开展，提高工作质量。根据《母婴保健法》及其实施办法、《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》和《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）》《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》《〈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》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 保健部与群体保健各科室按卫生健康行政部门和上级主管部门要求制定妇幼健康服务各项工作质量督导方案，开展工作督导及质控，及时掌握辖区妇幼健康服务工作开展情况。

2.2 保健部统一安排及协调多科参与工作督导及质控，督导人员应掌握相关工作指标概念、计算公式及指标要求等，明确工作任务。

2.3 督导工作结束后及时书写督导记录一式两份，由被检查机构负责人签字后，一份留存被查单位，一份带回存档，落实痕迹管理。

2.4 督导人员于督导质控工作结束后5个工作日将督导情况汇总后交督导质控组组长，督导质控组组长于督导质控工作结束后10个工作日将督导质控情况及时送审后通报。

2.5 对督导发现的问题提出改进措施，督促责任单位及时整改并核实整改情况。

2.6 督导工作小结需上交保健部及主管院长审阅，督导资料应及时收集、整理归档。

### 3. 相关文件

3.1 1994年10月27日中华人民共和国主席令第33号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001年6月20日国务院令第308号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 2011年7月30日《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》和《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》（国发〔2011〕24号）


3.4 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》

3.5 2019年7月9日《健康中国行动（2019-2030年）》

3.6 2018年4月27日《关于印发母婴安全行动计划（2018-2020年）和健康儿童行动计划（2018-2020年）的通知（国卫妇幼发〔2018〕9号）》

3.7 《〈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》（铜卫健发〔2019〕123号）

3.8 《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》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>妇幼卫生项目管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>BJB-2020-7</b>
	<b>发布部门</b>	<b>保健部</b>	<b>编制人</b>	<b>万丽</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2020年2月</b>	<b>审核人</b>	<b>龙秀燕</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>290-292</b>

## 妇幼卫生项目管理制度

### 1. 目的

为切实推进全市妇幼保健项目实施，掌握辖区妇幼保健项目实施情况，加强妇幼保健项目管理，明确职责分工，强调责任细化，妇幼保健项目专人专管，提高妇幼保健项目工作质量。根据《“健康中国2030”规划纲要》《健康中国行动（2019-2030年）》《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》和《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》《国家卫计委办公厅关于全面开展预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作的通知》《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》、省卫健委办公室《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》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 妇幼卫生项目按服务对象分类管理。预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播项目、基本公共卫生服务孕产妇健康管理项目、妇幼卫生监测孕产妇死亡与危重孕产妇监测项目归孕产保健部群体保健科管理；农村妇女宫颈癌检查项目、农村妇女乳腺癌检查项目、增补叶酸预防神经管畸形项目、免费孕前优生健康检查项目归妇女保健部群体保健科管理；基本公共卫生服务0-6岁儿童健康管理与0-36月龄儿童中医药健康管理项目、贫困地区儿童营养改善项目、贫困地区新生儿疾病筛查项目、联合国儿基会母子健康综合项目、出生缺陷救助项目归儿童保健部群体保健科管理。

2.2 保健部统筹协调项目工作开展，每一项妇幼卫生项目工作由相关群体保健科明确专人管理，负责拟定项目工作方案、项目督导评估方案、项目工作计划，并落实；负责项目日常管理，组织开展项目技术培训、督导与评估，监管项目进度与工作质量；妇幼卫生信息科明确专人负责项目报表的收集、审

核、汇总及上报；妇幼健康教育科制定策划项目宣传资料、项目健康教育宣传活动。

2.3 各群体保健科室项目负责人对实施过程中出现的难点问题及时提交本科室主任，必要时上报保健部协调解决。

2.4 每季度召开项目工作例会，了解项目进度及资金使用情况，开展质量点评，针对存在的问题提出改进建议，推进项目工作进展。

2.5 针对妇幼保健项目取得的成果，制定项目推广计划、项目推广方案并落实，定期对推广效果进行评估，提出改进措施。

2.6 收集、整理、分析项目工作数据，撰写分析报告及绩效评估报告并提交卫生行政部门。

### 3. 相关文件

3.1 1994年10月27日中华人民共和国主席令第33号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001年6月20日国务院令第308号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 省卫健委办公室《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》（黔卫计办发〔2017〕80号）

3.4 2015年4月9日《国家卫计委办公厅关于全面开展预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作的通知》（国卫办妇幼发〔2015〕23号）

3.5 2011年7月30日《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》和《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》（国发〔2011〕24号）

3.6 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》

3.7 2019年7月9日《健康中国行动（2019-2030年）》


3.8 2018年4月27日《关于印发母婴安全行动计划（2018-2020年）和健康儿童行动计划（2018-2020年）的通知（国卫妇幼发〔2018〕9号）》

3.9 《〈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》（铜卫健发〔2019〕123号）

3.10 《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》

3.11 2016年11月10日对十二届全国人大第四次会议第5862号建议的答复  
（摘要）（关于加强对妇幼保健工作的建议）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	群体保健工作保障制度	制度编号	BJB-2020-8
	发布部门	保健部	编制人	万丽
	生效日期	2020年2月	审核人	龙秀燕
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	293

## 群体保健工作保障制度

### 1. 目的


为确保群体保健人员数量满足群体保健工作的要求，保障群体保健工作顺利实施，提高群体保健人员工作积极性。根据《母婴保健法》及其实施办法、十二届全国人大第四次会议第5862号建议的答复（摘要）（关于加强对妇幼保健工作的建议），结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

- 2.1 合理配备群体保健人员，保健人员占医院职工总数的比例符合国家要求。
- 2.2 实行保健与临床相结合的工作机制，为保健人员提供参加培训、学术活动和进修等机会，提升保健人员业务能力。
- 2.3 从事群体保健人员的待遇不低于院内同级临床专业技术人员的平均水平。
- 2.4 提供群体保健工作安全的交通工具。
- 2.5 职务、职称评定向群体保健人员适当倾斜，科室评优优先。
- 2.6 院级保障群体保健工作开展所需设备、物资经费，由后勤主管部门统一调配。

### 3. 相关文件

- 3.1 1994年10月27日中华人民共和国主席令第33号《中华人民共和国母婴保健法》
- 3.2 2001年6月20日国务院令第308号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》
- 3.3 2016年11月10日对十二届全国人大第四次会议第5862号建议的答复（摘要）（关于加强对妇幼保健工作的建议）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	妇幼公共卫生项目经费使用管理制度	<b>制度编号</b>	BJB-2020-9
	<b>发布部门</b>	保健部	<b>编制人</b>	万丽
	<b>生效日期</b>	2020年2月	<b>审核人</b>	龙秀燕
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	294

## 妇幼公共卫生项目经费使用管理制度

### 1. 目的

为加强妇幼公共卫生项目资金管理，按照项目资金使用、报账流程，规范使用项目资金。根据铜仁市财政局、市委组织部、市人社局关于印发《铜仁市市级党政机关培训费管理办法》的通知及《铜仁市财政局关于公布2018年-2020年度市级党政机关会议定点场所的通知》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1在主管院长领导下，医院财务科和保健部共同开展妇幼健康服务项目资金管理工作。

2.2三大业务部部长、各群体保健科科长及项目管理人员要熟悉妇幼公共卫生项目经费名称、资金来源及用途，按计划规范使用项目资金。

2.3 专项资金的使用必须执行严格的审批制度，严格遵守资金拨付、支付的各项审核程序，严禁挪用、挤占、滞留妇幼公共卫生项目资金等违规行为。支付程序为：开支内容——凭证——经办人签字——审核——审批——支出。

2.4 项目支出必须有完整、合法的原始凭证、支付附件材料。要有项目行政责任人、会计审核人员、财务主管、分管院长等相关人员审批后，方能支付项目资金。


2.5项目管理人员每年对项目资金使用情况进行分析，完成项目绩效评估报告。

2.6专项资金实行专帐管理，专款专用，不得挪作它用或改变用途性质。

### 3. 相关文件

3.1市财政局、市委组织部、市人社局关于印发《铜仁市市级党政机关培训费管理办法》的通知（铜财行〔2018〕2号）

3.2《铜仁市财政局关于公布2018年-2020年度市级党政机关会议定点场所的通知》（铜财行〔2018〕3号）

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	妇幼卫生信息管理科工作制度	<b>制度编号</b>	BJB-2020-10
	<b>发布部门</b>	妇幼卫生信息管理科	<b>编制人</b>	张玉蓉
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	龙秀燕
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	295-296

## 妇幼卫生信息管理科工作制度

### 1. 目的

为全面提高辖区妇幼卫生工作质量，规范妇幼卫生信息管理模式；加强妇幼卫生信息网络建设，规范妇幼卫生信息管理，提高辖区妇幼卫生信息质量。根据《母婴保健法》及其实施办法、《中华人民共和国统计法》《全国妇幼卫生年报质控手册》《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》《中国妇幼卫生监测工作手册2019年版》《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》《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》《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》，结合我院实际，制定本工作制度。

### 2. 标准

2.1 管理本市妇幼卫生信息资料，负责信息资料的收集、审核、汇总、分析、处理和上报。

2.2 负责本市妇幼卫生信息、妇幼卫生监测工作的组织、协调、培训、指导、监管与实施，保管好妇幼卫生信息和妇幼卫生监测数据的纸质和电子文档。

2.3 认真收集、整理各类妇幼卫生信息资料，要求填写完整、准确、字迹清楚并妥善保管。

2.4 对原始资料不随意更改，不弄虚作假，统计上报资料不虚报、瞒报、迟报和漏报。

2.5 按时完成妇幼卫生信息报表收集、审核及汇总，经领导审阅后，在规定时间内报送上级，所有报表均需一式三份，一份报省妇幼保健院、一份报市卫生健康局、一份留底并长期保存。

2.6 完成每年2次妇幼卫生信息督导指导工作，指导基层各级各类医疗保健机构规范的收集、管理妇幼卫生信息；每年至少开展1次妇幼卫生信息数据质量控制工作。



2.7 充分利用妇幼卫生信息资料,认真分析信息数据,及时总结经验、发现问题,并为卫生健康行政部门制定妇幼卫生决策提供依据。定期向院领导及上级卫生健康行政主管部门上报本市辖区内的各种妇幼卫生信息数据与信息分析报告。

2.8 承担上级下达的有关指令性任务,做好组织实施,质量控制,资料收集,分析与总结的工作。

2.9 每年至少召开1次妇幼卫生信息培训班。

### 3. 相关文件

3.1 1994年10月27日中华人民共和国主席令第33号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001年6月20日国务院令第308号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 2009年6月27日 中华人民共和国主席令第15号《中华人民共和国统计法》

3.4 《全国妇幼卫生年报质控手册》


3.5 《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》

3.6 《中国妇幼卫生监测工作手册2019年版》

3.7 《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》(国卫妇幼妇卫便函(2016)113号)

3.8 《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》(国卫妇幼发(2015)54号)

3.9 《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》(国卫办妇幼发(2015)59号)

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	妇幼卫生信息管理与考核制度	<b>制度编号</b>	BJB-2020-11
	<b>发布部门</b>	妇幼卫生信息管理科	<b>编制人</b>	张玉蓉
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	龙秀燕
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	297-298

## 妇幼卫生信息管理与考核制度

### 1. 目的

规范妇幼卫生信息管理，提高妇幼卫生信息质量。根据《母婴保健法》及其实施办法、《中华人民共和国统计法》《全国妇幼卫生年报质控手册》《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》《卫生部关于印发贯彻2011-2020年中国妇女儿童发展纲要实施方案的通知》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 按照《铜仁市妇幼卫生信息工作管理方案》以及上级对妇幼卫生信息收集、统计、编报、使用的要求管理妇幼卫生信息，制定全市妇幼卫生监测及年报质量管理及日常考核标准。

2.2 负责全市“两纲”监测中反映妇女儿童健康水平指标的收集、审核、汇总、分析、上报。定期向卫生健康行政部门上报本市妇幼卫生信息统计结果，以供领导决策和规划。

2.3 组织全市进行妇幼卫生年报报表的逐级统计、会审、质量控制、分析反馈，严格要求各区(县)、乡镇、社区做好流动人口、活产数、孕产妇死亡数、5岁以下儿童死亡数、婴儿死亡数的漏报调查工作。同时，乡（镇、社区）、区（县）及市级逐级开展妇幼卫生信息质量控制调查工作。

2.4 负责全市妇幼卫生信息网络的建设，运用互联网+妇幼健康、贵州省妇幼健康服务平台，使全市妇幼卫生信息管理工作从资料的收集、整理、质控、分析逐步迈向制度化、规范化、信息化、科学化，提高报表数据的及时性和准确性。

2.5 承担全市妇幼卫生信息人员的各项培训任务。

2.6 定期对区（县）、乡镇卫生院和社区卫生服务机构开展妇幼卫生信息工作督导。

2.7 结合平时对妇幼卫生信息的审核监管、每年两次的妇幼卫生信息督导指导结果与妇幼卫生信息质量控制结果，加强对各级机构妇幼卫生信息工作考核，将各机构信息工作完成情况纳入单位目标任务考核。

2.8 对区（县）级报表的纸质报表及电子报表均应存档并进行信息质量控制。为保证填报资料的真实、准确，各医疗卫生保健机构要加强数据的检查核实，加强与计生部门、疾控部门、公安部门及民政部门的联系，接受上级卫生健康行政部门或妇幼保健机构的业务指导、质量控制和相关检查。

2.9 向市卫生健康行政部门提供妇幼卫生信息资料。

### 3. 相关文件

3.1 1994 年 10 月 27 日中华人民共和国主席令第 33 号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001 年 6 月 20 日国务院令第 308 号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》


3.3 2009年6月27日 中华人民共和国主席令第15号《中华人民共和国统计法》

3.4 《全国妇幼卫生年报质控手册》

3.5 《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》

3.6 2012年2月17日《卫生部关于印发贯彻2011-2020年中国妇女儿童发展纲要实施方案的通知》（卫妇社发〔2012〕12号）

3.7 2016年11月10日对十二届全国人大第四次会议第5862号建议的答复（摘要）（关于加强对妇幼保健工作的建议）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	妇幼卫生信息安全制度	制度编号	BJB-2020-12
	发布部门	妇幼卫生信息管理科	编制人	张玉蓉
	生效日期	2016年4月	审核人	龙秀燕
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	299-300

## 妇幼卫生信息安全制度

### 1. 目的

建立健全数据保密制度，确保个案调查资料、原始数据及计算机数据的安全。根据《母婴保健法》及其实施办法、《中华人民共和国统计法》《全国妇幼卫生年报质控手册》《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》《中国妇幼卫生监测工作手册2019年版》《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》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 严格遵守国家有关信息保密和信息发布管理的法律法规。

2.2 落实责任制，选择具有保密工作经验且有较强工作责任心的人员负责此项工作，确保工作安全性。

2.3 妇幼卫生信息管理科工作人员只能向主管院长、分管院长、医务科科长、办公室主任、各业务部部长、保健部与各业务部群体保健科工作人员以及同级卫生健康局妇幼健康科与分管局长提供妇幼卫生信息数据。本院其他科室人员需要相关信息数据需向卫生信息科科长申请，经科长审核同意后方可提供；其他单位需要相关数据需向分管院长申请，经分管院长审核同意后方可提供。

2.4 各类原始数据（表卡）和网络直报用户账号资料，按涉密资料由专人负责保管。应经常检查用户权限系统，发现或怀疑账号、密码已泄露或被盗用，应立即采取措施，更改密码，并向上级卫生健康行政主管部门报告。

2.5 根据数据的保密规定和用途，确定数据使用人员的存取权限、存取方式和审批手续。妇幼保健信息要专用计算机，其用户名、口令及联网方式、技术、网络系统要严格保密，不得对外提供。

2.6 涉密数据必须由信息管理科保密人员统一管理，密件收发、上报必须履行登记签字手续。传递绝密文件应刻碟后经政府保密系统传递，不得通过普通邮政、快递进行。

厚德 精诚 笃行 至善

2.7 网络设备必须安装防毒软件，具有漏洞扫描和入侵防范措施，并进行实时监测，定期监测和查杀，确保计算机安全、正常运行。

2.8 对重要数据要定期备份，定期复制副本以防止因存储介质损坏造成数据丢失。备份介质可采用光碟、硬盘、优盘等方式，并妥善保管。

2.9 发生异常现象应立即向领导报告，网络管理员必须做出及时处理。需要报案的要保护好现场并立即向当地公安部门报案。

2.10 保护网络服务器安全，禁止无权限人员登录、查看妇幼保健信息，更不得修改内容。

2.11 禁止泄露、外借和转移数据信息。对触犯国家法律者。应承担相应的法律责任。

2.12 各级卫生健康行政部门要建立督导制度，定期检查妇幼卫生监测和年报工作，检查有关法规及统计制度的执行情况。

2.13 依法允许公布的代表国家和地区的妇幼卫生监测和年报的主要指标必须由同级卫生健康行政部门对外公布。任何单位和个人不得对外发布或提供任何妇幼卫生信息和资料，违者依法追究责任。

### 3. 相关文件

3.1 1994 年 10 月 27 日中华人民共和国主席令第 33 号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001 年 6 月 20 日国务院令第 308 号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》


3.3 2009年6月27日 中华人民共和国主席令第15号《中华人民共和国统计法》

3.4 《全国妇幼卫生年报质控手册》

3.5 《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》

3.6 《中国妇幼卫生监测工作手册2019年版》

3.7 《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》（国卫妇幼妇卫便函（2016）113号）

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	<b>妇幼卫生信息逐级报告制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>BJB-2020-13</b>
	<b>发布部门</b>	<b>妇幼卫生信息管理科</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉蓉</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>龙秀燕</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>301-305</b>

## 妇幼卫生信息逐级报告制度

### 1. 目的

为明确各级医疗保健机构妇幼卫生信息工作职责，规范信息上报内容与相关表卡册填写标准，理清信息上报流程，进一步提高信息报告的时效性和准确性。根据《母婴保健法》及其实施办法、《中华人民共和国统计法》《全国妇幼卫生年报质控手册》《全国妇幼卫生统计调查制度 2018 年版》《中国妇幼卫生监测工作手册 2019 年版》《卫生部关于印发贯彻 2011-2020 年中国妇女儿童发展纲要实施方案的通知》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 各级卫生健康行政部门要提供妇幼卫生信息工作政策、经费、人员保障，提高信息报告的时效性和准确性，为政府决策提供科学依据。

2.2 市妇幼保健院受市卫生健康局委托，完成本市辖区范围内的妇幼卫生信息管理工作，按规定程序和时限逐级收集整理、汇总、质控、审核上报各类妇幼卫生信息。

2.3 各级妇幼保健机构需建立妇幼卫生信息科，选派懂业务、熟悉计算机操作及统计分析的人员充实到工作岗位，信息工作人员要保持相对固定。妇幼卫生信息管理科要配备专用计算机，保证信息网络的及时开通和正常运行。要开展妇幼卫生信息管理、质控方法培训，提高业务技术水平。

2.4 全市各级医疗保健机构要按照属地化管理和逐级上报的原则，根据《母婴保健法》及其实施办法的要求，确定专人负责妇幼卫生信息管理工作，健全原始登记，完善医院保健机构妇幼卫生信息统计报告制度，认真填写有关基础性表格，按规定时限将信息材料报告辖区妇幼保健机构。

#### 2.5 明确全市妇幼卫生信息报告内容

2.5.1 按上级业务部门要求使用统一妇幼卫生信息登记表卡册，表卡册、母子健康手册由县级统一印制。妇幼卫生年报、妇幼卫生监测及各项目工作信

息按上级业务部门及各项目工作要求，完成信息的收集、上报、质控、网络直报及考核等工作。

2.5.2 全市统一使用 2018 年版全国妇幼卫生统计调查表（国统制〔2018〕50 号），国家统计局批准、国家卫生健康委印发的妇幼卫生报表 19 种，分别是孕产妇保健和健康情况年报表、住院分娩情况月报表、产妇分娩信息登记表、孕产妇死亡个案报告表、7 岁以下儿童保健和健康情况年报表、非户籍儿童与孕产妇健康状况年报表、妇女常见病筛查情况年报表、计划生育服务情况年报表、婚前保健情况年报表、母婴保健技术服务执业机构与人员情况年报表、出生医学信息报告卡、出生医学证明入库登记表、出生医学证明出库登记表、孕产妇死亡报告卡、孕产妇死亡监测表、儿童死亡报告卡、5 岁以下儿童死亡监测表、医疗机构出生缺陷儿登记卡、围产儿数季报表，另外有危重孕产妇医院监测机构调查表、孕产妇个案调查表、各妇幼公共卫生项目工作要求的表册，以及贵州省妇幼卫生主要指标季报表、贵州省危重孕产妇与新生儿救治中心救治报表、贵州省新生儿疾病筛查情况统计表、贵州省母子健康手册推广工作季报表、贵州省孕产妇管理情况统计报表。

2.5.3 各级医疗保健机构要建立健全以下资料：

2.5.3.1 建立原始登记，包括分娩记录登记、围产儿及儿童死亡登记、孕产妇死亡登记、育龄妇女死亡登记、出生缺陷儿登记、高危妊娠管理登记、营养不良儿童管理登记、高危儿管理登记、出生医学证明发放登记、新生儿疾病筛查登记、妇女病普查普治登记、计划生育服务登记、孕产妇艾滋病/梅毒/乙肝实验室检测登记及门诊咨询登记、母子健康手册发放使用登记册等。

2.5.3.2 村级（社区）要使用上报育龄妇女死亡报告卡、儿童死亡报告卡、儿童营养不良性疾病信息报告卡、高危孕产妇信息报告卡，建立孕产妇保健管理登记册、0-6 岁儿童花名册、0-6 岁儿童保健管理登记册等妇幼卫生基础表卡册。

2.6 妇幼卫生信息逐级上报流程

2.6.1 各级医疗保健机构信息上报要求

2.6.1.1 每月 28 日前向辖区妇幼保健院上报《住院分娩情况月报表》《预

防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播月报表》《新生儿疾病筛查项目月报表》《贵州省孕产妇管理情况统计报表》《增补叶酸预防神经管缺陷项目月报表》。

2.6.1.2 每个季度第一个月 2 日前向辖区妇幼保健院上报上一季度《贵州省危重孕产妇与新生儿救治中心救治报表》《贵州省母子健康手册推广工作季报》《医疗机构出生缺陷儿登记卡》《围产儿数季报》《危重孕产妇医院监测机构调查表》《孕产妇个案调查表》《增补叶酸预防神经管缺陷项目季报》。

2.6.1.3 每年 7 月 5 日、次年 1 月 5 日前向辖区妇幼保健院上报《孕产妇保健和健康情况年报表》《7 岁以下儿童保健和健康情况年报表》《妇女常见病筛查情况年报表》《计划生育手术情况年报表》《婚前保健情况年报表》《母婴保健技术服务执行情况年报表》。

2.6.1.4 在产妇分娩 10 日内进入国家卫生统计信息直报系统录入产妇分娩信息，确保在次月 6 日前将本院分娩的所有产妇分娩信息录入完整。

2.6.1.5 发生孕产妇死亡需在 24 小时内将孕产妇死亡信息报告辖区妇幼保健院，发生 5 岁以下儿童死亡需在 10 日内填写《儿童死亡报告卡》报至辖区妇幼保健院。

2.6.1.6 孕期保健门诊在确诊孕产妇艾滋病、梅毒诊断后 5 个工作日内填写《艾滋病病毒感染孕产妇/婚检妇女基本情况登记卡》（3-I）和《梅毒感染孕产妇登记卡》（4-I）报至辖区妇幼保健院；产科病房在阳性孕产妇分娩后 5 个工作日内填写《艾滋病病毒感染孕产妇/婚检妇女基本情况登记卡》（3-I）《艾滋病病毒感染孕产妇妊娠及所生婴儿登记卡》（3-II）《梅毒感染孕产妇登记卡》（4-I）《梅毒感染孕产妇及所生新生儿登记卡》（4-II）报至辖区妇幼保健院。

## 2.6.2 妇幼三级网络妇幼信息上报要求

2.6.2.1 村或社区卫生人员在掌握孕产妇死亡信息后 24 小时内、在掌握 5 岁以下儿童死亡信息后 10 日内向乡镇卫生院（社区、街道卫生服务中心）报告死亡信息；每月 28 日前向乡镇卫生院（社区、街道卫生服务中心）上报《孕产妇保健情况月报表》《儿童保健情况月报表》《增补叶酸预防神经管缺陷项目



月报表》《儿童营养改善项目月报表》《育龄妇女死亡报告卡》《儿童死亡报告卡》《儿童营养不良性疾病信息报告卡》《高危孕产妇信息报告卡》；每个季度第一个月2日前向乡镇卫生院（社区、街道卫生服务中心）上报上一季度《贵州省母子健康手册推广工作季报表》《增补叶酸预防神经管缺陷项目季报表》。

2.6.2.2 乡镇卫生院（社区、街道卫生服务中心）在收到村或社区以及区县妇幼保健院反馈的县级及以上医疗保健机构上报的各类月报表、季度报表、半年或年终报表，2个工作日内审核汇总形成乡级报表，上报至区（县）妇幼保健院；在接到孕产妇死亡信息立刻上报至区（县）妇幼保健院；在接到5岁以下儿童死亡信息7天内开展入户调查，《儿童死亡报告卡》与调查小结每季度随着上报季度报表时上报至区（县）妇幼保健院。

2.6.2.3 区（县）妇幼保健院于每月2日前将上月县级及以上医疗机构与乡镇卫生院（社区、街道卫生服务中心）上报的各类月报表与预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播项目个案卡，经审核汇总报区（县）卫生健康局审核后上报至市妇幼保健院，同时完成网络直报；于每季度第一个月8日前将上季度县级及以上医疗机构与乡镇卫生院（社区、街道卫生服务中心）上报的各类季度报表、《儿童死亡卡》，经审核汇总报区（县）卫生健康局审核后上报至市妇幼保健院，同时完成网络直报；每年7月10日、次年1月15日前将县级及以上医疗机构与乡镇卫生院（社区、街道卫生服务中心）上报的各类半年报表或年度报表，经审核汇总报区（县）卫生健康局审核后上报至市妇幼保健院，同时完成网络直报；在接到孕产妇死亡信息3日内完成死亡调查，将《孕产妇死亡报告卡》《医疗机构孕产妇死亡调查附卷》《家中（途中）孕产妇死亡调查附卷》《孕产妇死亡调查报告附卷》上报至市妇幼保健院，同时完成网络直报。

2.6.2.4 市妇幼保健院于每月5日前将上月区（县）妇幼保健院上报的各类月报表与预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播项目个案卡，经审核汇总报市卫生健康局审核后上报至省妇幼保健院，同时完成网络审核；于每季度第一个月10日前将上季度区（县）妇幼保健院上报的各类季度报表、《儿童死亡卡》，经审核汇总报市卫生健康局审核后上报至省妇幼保健院，同时完成网络审核；每

年7月15日、次年1月30日前将区（县）妇幼保健院上报的各类半年报表或年度报表，经审核汇总报市卫生健康局审核后上报至省妇幼保健院，同时完成网络审核；在接到区（县）上报的孕产妇死亡信息立刻上报至市卫生健康局，指导区（县）开展死亡调查，及时完成孕产妇死亡网络报告审核。

### 3. 相关文件


3.1 1994年10月27日中华人民共和国主席令第33号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001年6月20日国务院令第308号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》

3.4 《中国妇幼卫生监测工作手册2019年版》

3.5 2012年2月17日《卫生部关于印发贯彻2011-2020年中国妇女儿童发展纲要实施方案的通知》（卫妇社发〔2012〕12号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	妇幼卫生信息归口管理制度	制度编号	BJB-2020-14
	发布部门	妇幼卫生信息管理科	编制人	张玉蓉
	生效日期	2016年4月	审核人	龙秀燕
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	306

## 妇幼卫生信息归口管理制度

### 1. 目的

为统一管理妇幼卫生信息，保证信息资源统一规划和共享，保障各信息报表相同数据的一致性、准确性，提高妇幼卫生信息使用效率。根据《母婴保健法》及其实施办法、《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》《中国妇幼卫生监测工作手册2019年版》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 市妇幼保健院成立妇幼卫生信息管理科，开展本市辖区内妇幼卫生信息的收集、整理、上报、分析和反馈以及质量控制等信息管理工作。

2.2 各种常规报表、监测报表、重大公共卫生项目报表按照分级负责的原则进行数据的收集、整理，保健部与各业务部群体保健科对相关报表进行业务审核后统一归口上报到妇幼卫生信息管理科。

2.3 妇幼卫生信息管理科对所有上报数据统一管理。所有妇幼卫生信息相关数据必须经保健部与各业务部群体保健科业务审核和行政审核后由信息管理科统一上报省妇幼保健院，确保各种报表数据统一。

2.4 保证信息资源统一规划和共享。严格管理妇幼卫生信息资料，保证信息安全，依法开展信息咨询服务。


### 3. 相关文件

3.1 1994年10月27日中华人民共和国主席令第33号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001年6月20日国务院令第308号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》

3.4 《中国妇幼卫生监测工作手册2019年版》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	妇幼卫生信息资料分类管理制度	制度编号	BJB-2020-15
	发布部门	妇幼卫生信息管理科	编制人	张玉蓉
	生效日期	2020年2月	审核人	龙秀燕
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	307

## 妇幼卫生信息资料分类管理制度

### 1. 目的

为规范管理各种妇幼卫生信息资料，避免资料零散、丢失，确保能够快速、准确找到需查阅的妇幼卫生信息资料。根据《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》《中国妇幼卫生监测工作手册2019年版》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 各种妇幼卫生信息资料，应填写完整、准确、字迹清楚，版面清洁，信息资料专人管理。

2.2 定期分类、整理各种妇幼卫生信息资料。依据不同年度、不同项目分类管理，按年份建立目录本，避免资料零散、丢失。

2.3 各种妇女儿童保健、医疗信息资料，应按年度建立的目录首页，根据保管期限进行归档文件编号、编目、装盒。


2.4 数据库程序等计算机信息资料，应至少拷贝两份，并注明标签分类存档。

2.5 定期分析各种妇幼卫生信息资料，并撰写有关分析报告，为领导决策提供依据，充分利用可以公开的各种信息资料，为社会和公众服务。

### 3. 相关文件

3.1 《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》

3.2 《中国妇幼卫生监测工作手册 2019 年版》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	妇幼卫生年报会审制度	<b>制度编号</b>	BJB-2020-16
	<b>发布部门</b>	妇幼卫生信息管理科	<b>编制人</b>	张玉蓉
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	龙秀燕
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	308-309

## 妇幼卫生年报会审制度

### 1. 目的

为加强市县级工作人员之间的沟通、协调和配合，保障妇幼卫生年报的准确性、真实性及科学性。根据《母婴保健法》及其实施办法、《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》《中国妇幼卫生监测工作手册2019年版》《全国妇幼卫生年报质控手册》《卫生部关于印发贯彻2011-2020年中国妇女儿童发展纲要实施方案的通知》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 认真贯彻执行《中华人民共和国母婴保健法》，确保妇幼卫生年报数据的准确性，通过年报会审制度加强与相关部门之间的沟通、协调和配合并达成共识，切实做好妇幼卫生年报工作，为政府妇幼卫生工作决策提供准确依据。

2.2 妇幼卫生年报会审每半年举行一次，分别于每年的7月20日和次年1月30日之前完成，市卫生健康局妇幼健康科科长、市妇幼保健院分管院长、市妇幼保健院保健部主任与工作人员、市妇幼保健院妇幼卫生信息科科长与工作人员、市妇幼保健院三大业务部部长、群体保健科科长与群体保健科工作人员，以及各区（县）妇幼保健机构分管领导、保健部主任或综合保健科科长、负责妇幼年报的工作人员参加。

2.3 年报会审主要是强调妇幼卫生年报的重要性，保障妇幼卫生信息的准确性、真实性及科学性，同时总结全市妇幼卫生工作，了解孕产妇、儿童保健管理及生命安全情况，并以会代训对全市从事妇幼保健的县级妇幼年报工作人员进行妇幼信息相关知识培训。

2.4 通过年报会审，对县直医疗单位、各乡镇卫生院在妇幼卫生工作中存在的问题进行研究并解决。

### 3. 相关文件

3.1 1994年10月27日中华人民共和国主席令第33号《中华人民共和国

国母婴保健法》


3.2 2001年6月20日国务院令第308号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》

3.4 《中国妇幼卫生监测工作手册 2019年版》

3.5 《全国妇幼卫生年报质控手册》

3.6 2012年2月17日《卫生部关于印发贯彻2011-2020年中国妇女儿童发展纲要实施方案的通知》（卫妇社发〔2012〕12号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	妇幼卫生项目信息会审制度	<b>制度编号</b>	BJB-2020-17
	<b>发布部门</b>	妇幼卫生信息管理科	<b>编制人</b>	张玉蓉
	<b>生效日期</b>	2020年2月	<b>审核人</b>	龙秀燕
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	310-311

## 妇幼卫生项目信息会审制度

### 1. 目的

为加强妇幼公共卫生项目管理人员与妇幼卫生信息管理人员之间的沟通、协调和配合，保障妇幼公共卫生项目信息的准确性、真实性及科学性，及时掌握妇幼公共卫生项目工作进度。根据《母婴保健法》及其实施办法、《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》《中国妇幼卫生监测工作手册2019年版》《卫生部关于印发贯彻2011-2020年中国妇女儿童发展纲要实施方案的通知》、省卫健委办公室《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》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 认真贯彻执行《中华人民共和国母婴保健法》，确保妇幼卫生信息数据的准确性，通过信息会审制度加强妇幼公共卫生项目管理人员与妇幼卫生信息管理人员之间的沟通、协调和配合并达成共识，切实做好妇幼公共卫生项目与妇幼卫生信息工作。

2.2 每家妇幼保健机构要坚持每月一次的妇幼卫生项目信息会审会议，由妇幼保健机构分管院长、保健部主任与工作人员、妇幼卫生信息科科长与工作人员、三大业务部部长、群体保健科科长与群体保健科工作人员参加。

2.3 妇幼卫生信息会审主要是让妇幼公共卫生项目管理人员及时掌握项目进度，为项目管理人员与信息管理人员提供共同参与分析讨论项目工作存在的问题、工作难点以及共同制定改进措施的机会，保障妇幼公共卫生项目顺利推进。

### 3. 相关文件

3.1 1994 年 10 月 27 日中华人民共和国主席令第 33 号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001 年 6 月 20 日国务院令第 308 号《中华人民共和国母婴保健法

厚德 精诚 笃行 至善

实施办法》


3.3 《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》

3.4 《中国妇幼卫生监测工作手册 2019 年版》

3.5 2012年2月17日《卫生部关于印发贯彻2011-2020年中国妇女儿童发展纲要实施方案的通知》（卫妇社发〔2012〕12号）

3.6 省卫健委办公室《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》（黔卫计办发〔2017〕80号）



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	医疗机构卫生信息报送制度	制度编号	BJB-2020-18
	发布部门	妇幼卫生信息管理科	编制人	张玉蓉
	生效日期	2016年4月	审核人	龙秀燕
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	312-313

## 医疗机构卫生信息报送制度

### 1. 目的

为明确医疗保健机构需报送的相关报表卡种类及时限，保证上报信息的及时性、准确性及完整性。根据《母婴保健法》及其实施办法、《中华人民共和国统计法》《国家卫计委办公厅关于全面开展预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作的通知》《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》《中国妇幼卫生监测工作手册2019年版》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 医疗保健机构信息人员定期参加辖区妇幼保健机构组织召开的信息工作例会及培训会。

2.2 使用统一妇幼卫生相关表、卡、册，并规范填写，保管完善，作为信息来源的原始依据备查。

2.3 及时上报本机构所开展妇幼健康服务的相关信息，纸质报表及电子报表并行，纸质报表需有单位负责人及填报人签字并加盖单位公章。保证各种上报信息的及时性、准确性、完整性。

#### 2.4 医疗机构上报表卡种类及时间要求

##### 2.4.1 各类妇幼卫生报表

月报：每月 28 日前向辖区妇幼保健院上报《住院分娩情况月报表》《预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播月报表》《新生儿疾病筛查月报表》《贵州省孕产妇管理情况统计报表》《增补叶酸预防神经管缺陷项目月报表》。

季报：每个季度第一个月 2 日前向辖区妇幼保健院上报上一季度《贵州省危重孕产妇与新生儿救治中心救治报表》《贵州省母子健康手册推广工作季报表》《医疗机构出生缺陷儿登记卡》《围产儿数季报表》《危重孕产妇医院监测机构调查表》《孕产妇个案调查表》《增补叶酸预防神经管缺陷项目季报表》。

年报：每年 7 月 5 日、次年 1 月 5 日前向辖区妇幼保健院上报《孕产妇保

健和健康情况年报表》《7岁以下儿童保健和健康情况年报表》《妇女常见病筛查情况年报表》《计划生育服务情况年报表》《婚前保健情况年报表》《母婴保健技术服务执业机构与人员情况年报表》。

2.4.2 死亡卡：发生孕产妇死亡需在24小时内将孕产妇死亡信息报告辖区妇幼保健院，发生5岁以下儿童死亡需在10日内填写《儿童死亡报告卡》报至辖区妇幼保健院。

2.4.3 艾滋病、梅毒个案卡：孕期保健门诊在确诊孕产妇艾滋病、梅毒诊断后5个工作日内填写《艾滋病病毒感染孕产妇/婚检妇女基本情况登记卡》(3-I)和《梅毒感染孕产妇登记卡》(4-I)报至辖区妇幼保健院；产科病房在阳性孕产妇分娩后5个工作日内填写《艾滋病病毒感染孕产妇/婚检妇女基本情况登记卡》(3-I)《艾滋病病毒感染孕产妇妊娠及所生婴儿登记卡》(3-II)《梅毒感染孕产妇登记卡》(4-I)《梅毒感染孕产妇及所生新生儿登记卡》(4-II)报至辖区妇幼保健院。

2.4.4 产妇分娩信息登记工作：在产妇分娩10日内进入国家卫生统计信息直报系统录入产妇分娩信息，确保在次月6日前将本院分娩的所有产妇分娩信息录入完整。

### 3. 相关文件

3.1 1994年10月27日中华人民共和国主席令第33号《中华人民共和国母婴保健法》


3.2 2001年6月20日国务院令第308号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 2009年6月27日 中华人民共和国主席令第15号《中华人民共和国统计法》

3.4 2015年4月9日《国家卫计委办公厅关于全面开展预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作的通知》（国卫办妇幼发〔2015〕23号）

3.5 《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》

3.6 《中国妇幼卫生监测工作手册2019年版》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	妇幼卫生信息统计制度	制度编号	BJB-2020-19
	发布部门	妇幼卫生信息管理科	编制人	张玉蓉
	生效日期	2016年4月	审核人	龙秀燕
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	314-315

## 妇幼卫生信息统计制度

### 1. 目的

为保证妇幼卫生信息统计的顺利开展，确保上报的信息数据真实、可靠。根据《中华人民共和国统计法》《全国妇幼卫生年报质控手册》《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》《中国妇幼卫生监测工作手册2019年版》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 负责本市妇幼卫生各种统计报表信息收集、汇总、分析、处理、上报和反馈工作。

2.2 定期到区（县）、乡镇卫生院、社区卫生服务中心了解信息，收集原始数据，有针对性地进行指导。

2.3 做好妇幼卫生信息的质量控制和评估，及时反馈质量情况，提高基层妇幼卫生信息报表质量。

2.4 每年进行年报资料分析，找出影响妇女儿童健康的主要因素及存在问题，协助卫生健康行政部门制定本地区干预措施并组织实施。

2.5 根据基层需要进行信息人员培训，提高妇幼卫生信息人员理论知识及业务素质。


2.6 妇幼卫生信息实行网络直报和纸质报表报送，要求及时、完整、准确、真实，不得弄虚作假，拒报、谎报，字迹工整、清楚，不得任意涂改。

2.7 定期向卫生健康行政部门上报本市妇幼卫生信息统计结果，以供领导决策和规划。

2.8 管理相关妇幼卫生信息原始资料，各种电子版、纸质版报表应归档。

### 3. 相关文件

- 3.1 2009年6月27日 中华人民共和国主席令第15号《中华人民共和国统计法》
- 3.2 《全国妇幼卫生年报质控手册》
- 3.3 《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》
- 3.4 《中国妇幼卫生监测工作手册 2019 年版》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	妇幼卫生信息质量控制调查制度	<b>制度编号</b>	BJB-2020-20
	<b>发布部门</b>	妇幼卫生信息管理科	<b>编制人</b>	张玉蓉
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	龙秀燕
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	316-317

## 妇幼卫生信息质量控制调查制度

### 1. 目的

为明确市县乡三级妇幼卫生信息质控的范围及质控方法，保证妇幼卫生信息的准确性、完整性及可靠性。根据《全国妇幼卫生年报质控手册》《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》《中国妇幼卫生监测工作手册2019年版》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 按照全国妇幼卫生年报办公室印发的《全国妇幼卫生年报质量控制工作手册》及省卫生健康委有关要求，市、县、乡三级逐级开展妇幼卫生信息质量控制调查工作。

#### 2.2 妇幼卫生信息质量控制调查范围

2.2.1 市级每年至少对2个或2个以上区（县）妇幼卫生年报进行质控。在每区（县）至少选择3个乡镇（街道、社区），每个乡镇（街道、社区）至少选择1-2个村（居委会）。

2.2.2 区（县）级每年至少对辖区30%以上的乡镇（街道、社区）妇幼卫生年报进行质控，每个乡镇（街道、社区）至少选择2个村（居委会）。

2.2.3 乡镇（街道、社区）要全面开展质量调查，包括所有的村（居委会）。

2.3 对妇幼卫生年报的所有指标进行全面检查的基础上重点核查生命指标以及孕产妇和儿童保健服务指标。生命指标包括：活产数、新生儿死亡数、婴儿死亡数、1-4岁儿童死亡数、孕产妇死亡数、死胎死产数及产后7天内死亡数。孕产妇和儿童保健服务指标包括：孕产妇系统管理率、3岁以下儿童系统管理率、7岁以下儿童保健管理率。

#### 2.4 质控方法：

2.4.1 到市、区（县）内有妇产科、儿科的医院，借助孕产妇死亡登记、围产儿死亡登记、住院分娩记录、儿科急救病历、急诊登记、孕产妇保健管理手


册、儿童保健管理手册等查询。到其它如火葬厂等，从有关证明中查找育龄妇女及 5 岁以下儿童死亡的线索。

2.4.2 到街道或乡镇级计生机构，核对出生、孕产妇死亡及 5 岁以下儿童死亡的名单。社区卫生服务中心、乡卫生院，抽样村的儿童花名册、儿童计划免疫登记、出生记录、孕产妇死亡及 5 岁以下儿童死亡的名单、孕产妇保健管理手册、儿童保健管理手册。街道或乡镇派出所，核对出生、育龄妇女死亡及 5 岁以下儿童死亡的名单。

2.4.3 到村卫生室查看儿童花名册、孕产妇死亡及 5 岁以下儿童死亡的名单、孕产妇保健管理手册、儿童保健管理手册。入户核实出生、孕产妇死亡及 5 岁以下儿童死亡、孕产妇保健管理、儿童保健管理等，走访村医、村妇女主任、居委会计生负责人等，核实活产、孕产妇死亡及 5 岁以下儿童死亡。

### 3. 相关文件

- 3.1 《全国妇幼卫生年报质控手册》
- 3.2 《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》
- 3.3 《中国妇幼卫生监测工作手册 2019 年版》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	保健资料统计汇总及上报制度	<b>制度编号</b>	BJB-2020-21
	<b>发布部门</b>	保健部	<b>编制人</b>	万丽
	<b>生效日期</b>	2020年2月	<b>审核人</b>	龙秀燕
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	318

## 保健资料统计汇总及上报制度

### 1. 目的

规范保健资料统计汇总及上报工作，为卫生健康行政部门制定政策提供依据。根据《母婴保健法》及其实施办法、《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》《中国妇幼卫生监测工作手册2019年版》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 妇幼卫生工作数据实行逐级审核上报制度，科室报保健部审核、保健部报主管院长审核同意后方能上报。

2.2 专线人员为各线数据审核及上报责任人，科主任审核把关，保证数据的准确。

2.3 按时上报各种报表，不得迟报、漏报、错报。


### 3. 相关文件

3.1 1994年10月27日中华人民共和国主席令第33号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001年6月20日国务院令第308号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 《全国妇幼卫生统计调查制度2018年版》

3.4 《中国妇幼卫生监测工作手册2019年版》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>健康教育科工作制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>BJB-2020-22</b>
	<b>发布部门</b>	<b>妇幼健康教育科</b>	<b>编制人</b>	<b>崔淑瑜</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>龙秀燕</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>319-320</b>

## 健康教育科工作制度

### 1. 目的

为进一步扩大健康教育知识宣传范围，加大宣传力度，提高患者及社区居民等的健康知识知晓率及预防保健技能。根据《母婴保健法》及其实施办法、《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》《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》《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》，结合我院实际，制定本工作制度。

### 2. 标准

2.1 医院健康教育工作由健康教育领导小组主管，其主要职能是领导、规划、组织、协调全院的健康教育工作，将医院健康教育纳入医院工作的议事日程和年终考核评比的内容之一。

2.2 妇幼健康教育科为健康教育职能科室，设健康教育科主任与专干各1名，其主要职能是具体负责全院日常的健康教育工作。

2.3 妇幼健康教育科负责妇幼公共卫生项目知识、惠民政策及妇幼常见病、多发病、慢性病防治知识的宣传。年初制定健康教育工作计划，制定健康教育活动方案，并落实。

2.4 健康教育工作包括向门诊病人传播相关健康知识，对住院病人及家属进行入院教育、治疗过程中教育和出院教育，提高医务人员健康水平和生活质量等。

2.5 设立健康咨询热线，向社会公开。解答来询者提出的各种健康问题，帮助个人避免或消除不良心理因素，做出健康行为决策，以增进大众的身心健康，满足群众不断增长的健康需求，咨询要留有记录。

2.6 要求各临床保健科室拟定健康教育宣传内容，妇幼健康教育科统一制作形式多样的宣传资料，发给病人与群众，提高健康知识知晓率。

**厚德 精诚 笃行 至善**



2.7 结合各时期防病工作重点，积极开展院外健康教育活动，利用宣传栏等载体，定期向市民传授身心发育发展知识和传染病、慢性疾病预防、安全与健康等方面的知识，同时，要通过送医下乡、医疗咨询等各种活动，提高社区居民健康意识和预防保健技能。

2.8 做好对科室健康教育的检查指导和效果评价工作，通过对医务人员、病人健康知识知晓率的测试，进行评价与总结，并督促其整改，不断促进健康教育工作的提高与完善。

2.9 规范整理各种工作资料，做到条理分明，查阅方便，要有完整的健康教育活动记录，应及时收集、整理、妥善保管健康教育素材、记录、总结、评价等资料，包括文字、图片、影音文件等，并妥善保存，逐步建立完备的工作档案，以便工作考核和效果评价，提高健康教育质量。

### 3. 相关文件


3.1 1994 年 10 月 27 日中华人民共和国主席令第 33 号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001 年 6 月 20 日国务院令第 308 号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 《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》（国卫妇幼发〔2015〕54号）

3.4 《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》（国卫办妇幼发〔2015〕59号）

3.5 《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》（国卫妇幼妇卫便函〔2016〕113号）

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	医院岗位人员健康教育工作责任制度	制度编号	BJB-2020-23
	发布部门	妇幼健康教育科	编制人	崔淑瑜
	生效日期	2020年2月	审核人	龙秀燕
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	321

## 医院岗位人员健康教育工作责任制度

### 1. 目的

为明确医务人员健康教育工作责任，确保健康教育工作顺利开展。根据《母婴保健法》及其实施办法，结合我院实际，制定本工作责任制度。

### 2. 标准

2.1 导诊员：解答病人就诊疑问，做好病人就诊指导工作，向病人或其家属发放相关健康教育宣传资料。

2.2 门诊护士：引导病人按照就医程序正确就诊，解答病人的各种疑问，向病人或其家属发放相关健康教育宣传资料，引导病人观看医院健康教育视频。

2.3 门诊医生：对病人进行口头健康教育，为病人开出相应的健康教育处方。

2.4 病区医生：对住院病人针对性地制定健康教育计划，在查房时，针对不同的病人开展多种形式的健康教育，并实施行为干预。

2.5 责任护士：住院责任护士在主管医生的指导下针对不同病人做好相应的入院、住院、出院健康教育，并实施行为干预。

2.6 医技岗位人员：向病人做好检验检查中应注意的事项等健康教育工作。

2.7 药剂岗位人员：向病人或家属做好服药注意事项等健康教育工作。


2.8 挂号收费工作岗位人员：告知病人就诊地点，准确地让病人到相应科室就诊。

2.9 其他岗位医务人员根据自身岗位特点，及时有效地开展相关健康教育工作。

### 3. 相关文件

3.1 1994 年 10 月 27 日中华人民共和国主席令第 33 号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001 年 6 月 20 日国务院令第 308 号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>健康教育培训考核制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>BJB-2020-24</b>
	<b>发布部门</b>	<b>妇幼健康教育科</b>	<b>编制人</b>	<b>崔淑瑜</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2020年2月</b>	<b>审核人</b>	<b>龙秀燕</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>322-323</b>

## 健康教育培训考核制度

### 1. 目的

为保障健康教育培训效果。根据《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》和《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》，铜仁市财政局、市委组织部、市人社局关于印发《铜仁市市级党政机关培训费管理办法》的通知、《铜仁市财政局关于公布2018年-2020年度级党政机关会议定点场所的通知》《〈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》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 辖区健康教育制度

2.1.1 按照卫生健康行政部门的要求制定全市妇幼健康教育培训年度工作计划，根据工作要求及辖区需求调整培训内容并落实。

2.1.2 培训内容包括健康教育理论与技能、妇幼公共卫生项目惠民政策，为保障培训质量，严格按照培训计划实施培训，不得任意延长和缩短培训时间。授课老师应具备相应资质，提交课件。

2.1.3 培训前后进行评估问卷，及时测验评估培训效果，总结分析培训评估效果，提出改进措施，持续改进培训质量。

2.1.4 在培训班结束后5天内，将资料整理并提交保健部。

2.1.5 严格遵守项目资金管理办法，按要求完成培训资金申报及审批。

#### 2.2 院内健康教育考核制度

2.2.1 健康教育培训纳入继续医学教育管理，医院应定期分批组织各科室健教骨干参加市级、省级或国家级健康教育专业培训。

2.2.2 医务人员每年必须至少参加由本院举办的健康教育专业理论培训讲座一次，系统学习健康教育及相关学科的基本理论和方法，以提高自身健康教育专业水平。

2.2.3 医院组织的岗前培训内容必须包括健康教育理论与技能等。

2.2.4 医院应在培训时对被培训对象进行健康教育理论与技能掌握情况的测试。

### 3. 相关文件

3.1 1994年10月27日中华人民共和国主席令第33号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001年6月20日国务院令第308号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 市财政局、市委组织部、市人社局关于印发《铜仁市市级党政机关培训费管理办法》的通知（铜财行〔2018〕2号）

3.4 《铜仁市财政局关于公布2018年-2020年度级党政机关会议定点场所的通知》（铜财行〔2018〕3号）

3.5 2011年7月30日《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》和《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》（国发〔2011〕24号）

3.6 《〈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》（铜卫健发〔2019〕123号）

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	健康教育宣传资料管理制度	制度编号	BJB-2020-25
	发布部门	妇幼健康教育科	编制人	崔淑瑜
	生效日期	2020年2月	审核人	龙秀燕
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	324

## 健康教育宣传资料管理制度

### 1. 目的

为规范管理健康教育宣传资料，及时更新相关宣传资料，确保资料发放有迹可循，能追踪、查找发放的单位及份数等情况。根据《母婴保健法》及其实施办法、《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》，结合我院实际，制定本管理制度。

### 2. 标准

2.1 健康教育部门负责全院健康教育资料发放汇总工作。

2.2 各科按要求编写常见病的内容。

2.3 各科室到健康教育室领取相关健康教育宣传资料。

2.4 各科室做好健康教育资料的发放记录。


2.5 首次就诊的慢性病患者，医师必须向其发放健康教育处方，健康教育处方有发放医师的签名，病历上也有记载。在候诊区、输液区、住院病区设置健康教育资料架，放置健康教育小册子、折页、报刊、图书等供病人及其家属取阅，住院病人至少有 1 份健康教育资料。

### 3. 相关文件

3.1 1994 年 10 月 27 日中华人民共和国主席令第 33 号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001 年 6 月 20 日国务院令第 308 号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 《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》（国卫妇幼妇卫便函〔2016〕113 号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>健康教育工作信息管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>BJB-2020-26</b>
	<b>发布部门</b>	<b>妇幼健康教育科</b>	<b>编制人</b>	<b>崔淑瑜</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2020年2月</b>	<b>审核人</b>	<b>龙秀燕</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>325</b>

## 健康教育工作信息管理制度

### 1. 目的

为规范管理健康教育与健康促进相关信息资料，确保健康教育工作到位。根据《母婴保健法》及其实施办法、《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》，结合我院实际，制定本管理制度。

### 2. 标准

2.1 应按健康教育与健康促进规范化管理要求，严格按档案分类标准收集整理归档。

2.2 妇幼健康教育科应按要求收集汇总各科室的健康教育工作信息，负责拟写健康教育计划、总结，宣传日活动报表，季度、年度报表等。

2.3 健康教育宣传资料按统一规定的格式，缩小分类入档，以年度装订成册保存。

### 3. 相关文件

3.1 1994 年 10 月 27 日中华人民共和国主席令第 33 号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001 年 6 月 20 日国务院令第 308 号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 《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》（国卫妇幼妇卫便函〔2016〕113号）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	健康教育考核评价制度	<b>制度编号</b>	BJB-2020-27
	<b>发布部门</b>	妇幼健康教育科	<b>编制人</b>	崔淑瑜
	<b>生效日期</b>	2020年2月	<b>审核人</b>	龙秀燕
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	326-327

## 健康教育考核评价制度

### 1. 目的

为保障健康教育工作质量，确保健康教育与促进工作有一定的效果，明确健康教育工作考核标准，定期对科室及个人开展健康教育考核评价。根据《母婴保健法》及其实施办法、《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》和《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）》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 医院健康教育工作领导小组按照《健康教育工作考核标准》每年对各科室进行4次考核。

2.2 将考核结果作为医院年终考核先进科室的一项重要指标。对工作表现出色的科室、个人进行表彰和奖励。对工作开展不到位，成效不明显的科室和个人进行通报批评。

2.3 医院对全院健康教育工作每年至少进行1次综合性评价，各业务科室根据各科情况及时对专科病人做好相应的健康教育评价工作。

2.4 医院可以利用座谈会、问卷调查、个人访谈、日常健康教育信息资料的汇总分析等方法对全院或各科的健康教育工作项目效果、病人及家属健康教育效果、本院职工健康教育效果等进行评价。

2.5 根据评价结果制定相应的整改措施和发布相关的决策。

### 3. 相关文件

3.1 1994年10月27日中华人民共和国主席令第33号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001年6月20日国务院令第308号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 2011年7月30日《中国妇女发展纲要（2011-2020年）》和《中国儿童发展纲要（2011-2020年）》（国发〔2011〕24号）

3.4 中共中央国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》

3.5 2019年7月9日《健康中国行动（2019-2030年）》



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	健康教育科设备管理制度	制度编号	BJB-2020-28
	发布部门	妇幼健康教育科	编制人	崔淑瑜
	生效日期	2020年2月	审核人	龙秀燕
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	328

## 健康教育科设备管理制度

### 1. 目标

明确专人负责管理健康教育设备，规范健康教育设备管理。根据《母婴保健法》及其实施办法、《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》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 各科室要对健康教育设备器械进行有效的管理，必须建立专门的健康教育设备登记档案，建立清单，纳入单位固定资产管理，每年进行一次盘点，确定健康教育职能科室负责，安排专人保管，专人使用。

2.2 设备保管责任人要定期对设备进行保养维护，确保设备完好，使用正常。

2.3 设备使用人要熟练掌握使用设备，以免使用不当造成损坏。充分发挥设备在健康教育与健康促进工作中的作用。

2.4 为确保健康教育工作的顺利开展，健康教育设备原则上专用，首先必须满足健康教育工作的需要。

2.5 如有因管理不善，使用不当造成设备丢失、损坏，将追究保管人、使用人的责任，必须照价赔偿或修复。


2.6 健康教育目标考核时将对各单位的健康教育设备的管理、使用一并进行检查。

### 3. 相关文件

3.1 1994 年 10 月 27 日中华人民共和国主席令第 33 号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001 年 6 月 20 日国务院令第 308 号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 《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》（国卫妇幼妇卫便函〔2016〕113 号）

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	健康教育与健康促进工作例会制度	制度编号	BJB-2020-29
	发布部门	妇幼健康教育科	编制人	崔淑瑜
	生效日期	2020年2月	审核人	龙秀燕
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	329

## 健康教育与健康促进工作例会制度

### 1. 目的

为保证健康教育与健康促进工作顺利开展，及时发现并整改工作中存在的问题，总结工作经验，逐步提高健康教育与健康促进工作质量。根据《母婴保健法》及其实施办法，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 医院每季度召开一次健康教育与健康促进工作例会，会议由主管领导主持，健康教育领导小组组织，各科室科主任、护士长参加。

2.2 会议主要内容为总结上季度的健康教育与健康促进工作，通报存在的问题，提出整改意见，发出整改通知，安排落实下一步工作。

2.3 总结经验，相互交流工作方式、方法，共同进步。

2.4 树立健康教育典型科室和个人，以此带动全院健康教育工作的的发展。

2.5 参会的科主任、护士长负责将会议精神传达给科室职工，针对本科室存在的问题，提出整改措施。

2.6 会议要留有记录，资料保存、归档。

### 3. 相关文件

3.1 1994 年 10 月 27 日中华人民共和国主席令第 33 号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001 年 6 月 20 日国务院令第 308 号《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	健康教育设备借用制度	制度编号	BJB-2020-30
	发布部门	妇幼健康教育科	编制人	崔淑瑜
	生效日期	2016年4月	审核人	龙秀燕
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	330

## 健康教育设备借用制度

### 1. 目标

为规范健康教育设备管理，避免因管理不当遗失。根据《母婴保健法》及其实施办法，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 凡属本院开展的上街咨询，专业讲座、学习班，下基层检查，重要会议需要使用健教设备的科室或个人，应写出借条及归还日期。

2.2 本院借用健教设备需经健教科主任同意批准。

2.3 上级或同级借用健教设备需经办公室主任同意批准。

2.4 借用健教设备后，不属个人损坏的范围要及时报告医院设备科，填好登记表并及时维修。

2.5 凡属科室或个人借用后损坏的设备，按医院规定的奖罚条例处理。

### 3. 相关文件

3.1 1994 年 10 月 27 日中华人民共和国主席令第 33 号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001 年 6 月 20 日国务院令第 308 号《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	辖区《出生医学证明》空白证件领发保管制度	制度编号	BJB-2020-31
	发布部门	保健部	编制人	万丽
	生效日期	2016年4月	审核人	龙秀燕
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	331

## 辖区《出生医学证明》空白证件领发保管制度

### 1. 目的

规范《出生医学证明》空白证件的管理。根据《母婴保健法》及其实施办法、《中华人民共和国刑法》、《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》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 设立专人负责辖区空白证件领发，如有特殊情况需临时更换领证人员，需单位出具介绍信，现场核查身份证证件无误后发放空白证件。

2.2 空白证件的申领、配发实行逐级管理制度，严格按照年度计划分季度申领，建立空白证件管理台账。

2.3 空白证件的存储要符合安全管理的要求，钥匙由专人负责保管。

### 3. 相关文件

3.1 1994年10月27日中华人民共和国主席令第33号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001年6月20日国务院令第308号《中华人民共和国母婴保健法实施办法》

3.3 《中华人民共和国刑法》

3.4 《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》（铜卫计发〔2016〕156号）

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	保健查房制度	<b>制度编号</b>	BJB-2020-32
	<b>发布部门</b>	保健部	<b>编制人</b>	万丽
	<b>生效日期</b>	2020年2月	<b>审核人</b>	龙秀燕
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	332

## 保健查房制度

### 1. 目的

落实保健与临床相结合，规范院内妇幼健康服务工作，提高保健人员的服务及管理能力。根据《母婴保健法》及其实施办法，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 医院保健查房由院长主持，主管保健业务的副院长带队，保健部组织健教科、妇幼卫生信息管理科及三大业务部参与，与医院的行政查房同时进行，原则上每月进行一次。

2.2 保健部根据院内保健工作内容制定查房标准，三大业务部应履行本部群体保健管理职能，在每次保健查房前一周开展本部相关的院内群体保健工作自查，提交自查情况表，保健部在保健查房中督导各科室群体保健工作开展及完成情况，核实各部自查工作质量及真实性。

2.3 保健部汇总查房情况，对查房中发现的问题、需要解决的问题及时归纳整理，提出解决措施，并核实前次查房存在问题的整改情况，在院质量控制会及辖区妇幼保健管理委员会上进行通报及讲评。

2.4 保健部在查房当天将查房情况反馈到各科室，被查科室应在两周内整改查房中存在的问题并书面将整改情况提交保健部。对无特殊情况未进行整改的科室和个人，经核实情况后予以绩效考核扣分并通报。

2.5 各科室及查房人员应遵守查房时间安排，认真开展自查及保健查房工作，做好工作记录，每季度开展查房情况质量分析，持续改进工作质量，不断提高院内妇幼健康服务及管理能力。

### 3. 相关文件

3.1 1994年10月27日中华人民共和国主席令第33号《中华人民共和国母婴保健法》

3.2 2001年6月20日国务院令第308号《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	<b>标 题</b>	辖区《出生医学证明》管理责任追究制度	<b>制度编号</b>	BJB-2020-33
	<b>发布部门</b>	保健部	<b>编制人</b>	万丽
	<b>生效日期</b>	2020年2月	<b>审核人</b>	龙秀燕
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	333

## 辖区《出生医学证明》管理责任追究制度

### 1. 目的

加强辖区出生医学证明的管理，落实责任追究。根据《中华人民共和国母婴保健法实施办法》《医疗机构管理条例实施细则》《中华人民共和国刑法》、《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》，结合我院实际，制定本制度。

### 2. 标准

2.1 全市出生医学证明管理受市卫生健康局委托，院长负责制，分管保健的院长分管，保健部负责具体实施全市的出生医学证明管理工作。

2.2 督促辖区及各签发机构严格执行国家、省、市出生医学证明管理制度，按照国家、省、市出生医学证明管理工作要求，收集辖区管理及签发机构人员备案表，明确责任人。


2.3 每年开展辖区出生医学证明工作督导，对工作中存在的问题提出整改建议，落实整改情况并持续改进。

2.4 在工作督导及日常管理中，对违反管理规定造成不良后果的机构和个人，上报卫生健康行政部门，按相关管理规定实行责任追究，对触犯国家法律法规的行为，报相关部门追究法律责任。

### 3. 相关文件

- 3.1 《中华人民共和国母婴保健法实施办法》
- 3.2 《医疗机构管理条例实施细则》
- 3.3 《中华人民共和国刑法》
- 3.4 《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》（铜卫计发〔2016〕156号）

## 第四章 药事管理

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	药事管理与药物治疗学委员会工作制度	<b>制度编号</b>	YXB-2020-1
	<b>发布部门</b>	药学部	<b>编制人</b>	张玉学
	<b>生效日期</b>	2020年2月	<b>审核人</b>	张玉学
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	334-336

### 药事管理与药物治疗学委员会工作制度

#### 1. 目的

为更好地执行国家《医疗机构药事管理规定》、《处方管理办法》等相关法律法规，保证临床用药安全、有效、经济，制定药事管理与药物治疗学委员会职责和工作制度。

#### 2. 标准

2.1 药事管理暨药物治疗学委员会设主任委员一名，由医院主管院长担任；副主任委员三名，由分管院长、医务科及药学部负责人担任；委员由具有高级技术职务任职资格的药学、临床医学、护理和医院感染管理、医疗行政管理等人员组成，日常工作由药学部负责。

2.2 负责宣传教育、监督检查我院贯彻落实医疗卫生及药事管理等有关法律、法规、规章的执行情况。审核制定我院药事管理和药学工作规章制度，并监督实施。

2.3 根据《国家基本药物目录》、《处方管理办法》、《国家处方集》、《药品采购供应质量管理规范》等制订本机构《药品处方集》和《基本用药供应目录》。建立新药引进审批制度，制定新药遴选原则，组织对新药的评审论证工作。

2.4 建立由医师、临床药师和护士组成的临床治疗团队，开展临床合理用药工作，对我院临床诊断、预防和治疗疾病用药全过程实施监督管理。遵循安全、有效、经济的合理用药原则，尊重患者对药品使用的知情权和隐私权。

2.5 遵循有关药物临床应用指导原则、临床路径、临床诊疗指南和药品说明书等合理使用药物；建立临床用药监测、评价和超常预警制度，定期组织临床药师对医师处方、用药医嘱的适宜性进行点评与干预。点评结果及时通报反馈，发

现问题及时沟通解决。

2.6 依据国家基本药物制度，抗菌药物临床应用指导原则和中成药临床应用指导原则，制定我院基本药物临床应用管理办法，建立并落实抗菌药物临床应用分级管理制度。定期组织临床药师对抗菌药物合理使用情况进行统计分析，及时反馈通报和解决问题。

2.7 建立药品不良反应、用药错误和药品损害事件监测报告制度，临床科室发现药品不良反应、用药错误和药品损害事件后，应当积极救治患者，立即向药学部报告，并做好观察与记录。按照国家有关规定向相关部门报告药品不良反应，用药错误和药品损害事件应当立即向所在地县级卫生行政部门报告。

2.8 结合临床和药物治疗，开展临床药学和药学研究工作，并提供必要的工作条件，制订相应管理制度，加强领导与管理。

2.9 临床使用的药品应当由药学部统一采购供应，其他科室或者部门不得从事药品的采购、调剂活动，不得在临床使用非药学部门采购供应的药品。新进药品经药事管理与药物治疗学委员会审核同意，方可购用。

2.10 制订药品采购制度和 workflows，编制药剂采购计划，按规定购入药品；建立健全药品成本核算和账务管理制度；严格执行药品入库检查、验收制度；不得购入和使用不符合有关规定的药品。

2.11 制定和执行药品保管制度，定期对库存药品进行养护与质量检查。药库的仓储条件和管理应符合药品采购供应质量管理规范的有关规定。化学药品、生物制品、中成药和中药饮片应当分别储存，分类定位存放。

2.12 麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理的药品，应当按照有关法律、法规、规章的相关规定进行管理和监督使用、定期进行培训和检查，发现问题及时纠正处理。

2.13 药学专业技术人员应当严格按照《药品管理法》、《处方管理办法》、药品调剂质量管理规范等有关法律、法规、规章制度和技术操作规程，认真审核处方或者用药医嘱，经适宜性审核后调剂配发药品。发出药品时应当告知用法用量和注意事项，指导患者安全用药。为保障患者用药安全，除药品质量原因外，药品一经发出，不得退换。

2.14 建立健全医院药品质量管理体系与质量管理目标，按照国家法律、法



规，对医院药品的采购、贮存、调剂、和临床使用等全过程实施严格的管理与监督；定期进行检查，对存在的问题及时沟通解决。


2.15 门急诊药品调剂室实行大窗口发药。住院药品调剂室对注射剂按日剂量配发，摆药室对口服制剂药品实行单剂量调剂配发。

2.16 定期召开药事管理与药物治疗委员会会议（每年不少于4次），有完整的会议记录，对我院药事工作定期做阶段性分析、总结，讨论研究药事工作中的有关问题，并针对存在的问题采取有效措施予以解决。

### 3. 相关文件

3.1 《医疗机构药事管理规定》

3.2 《处方管理办法》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标题</b>	<b>药品遴选制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-2</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版本</b>	<b>第二版</b>	<b>页码</b>	<b>337-338</b>

## 药品遴选制度

### 1.目的

药品的使用关系到患者的生命安全，关系到我院的药品管理健康发展的的问题。本着临床需求的基本出发点，结合相关主管部门的各项规定，依据2019年修订的《中华人民共和国药品管理法》、2016年修改《医疗机构管理条例》等相关规定及我院临床特点，特制定本院药物遴选制度。

### 2.标准

#### 2.1遴选原则

遴选药品应本着临床必需、安全有效、价格合理；中、西药并重，必须遵循基药优先、“一品两规”的原则。

#### 2.2遴选范围

参考《国家基本药物目录》、《贵州省基本医疗保险药品目录》，依据贵州省药品集中招标采购中标药品目录进行遴选药品。

#### 2.3遴选程序与方法

2.3.1 临床科室根据治疗、科研工作需要，结合各专科用药特点，提交本专科临床治疗用药目录，交送药学部。

2.3.2 各专科临床治疗用药目录递交药学部后，药学部主任召集药品采购领导小组及有关药学专业人员，对专科临床治疗用药目录进行汇总，筛选，并将汇总结果报请院药事管理与药物治疗学委员会。

2.3.3 药事管理与临床药物治疗学委员会组织药事委员在院纪委的监督下遴选本院基本用药目录，经药事委员会主任或副主任签字后，由药学部严格按照批准遴选的基本用药积极组织购入，供临床试用。未经药事委员会批准及药事委员会主任或副主任签字确认，任何科室和个人不得擅自购入。

3.4 遴选药品基本原则要符合药事管理法规，符合医院用药的实际情况，及我院药品管理的基本要求，原则是“国药准”字药品，不得购进“试”、“健”、“食”

厚德 精诚 笃行 至善

字号品种。

2.3.5 遴选药品购进使用后，药学部应加强对购入药品的监督、管理、使用，并协助临床科室做好对购入药品的疗效观察及写出书面总结，对疗效确切、安全、可靠、价格合理的品种经第二次药事委员会召开论证审核，以确定是否进入本院《基本用药目录》。未通过审核品种不再购进。

2.3.6 临床急需少量品种可先经药事委员会主任或副主任批准签字后适量购进使用，后补办有关手续。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国药品管理法》

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	新药准入审批制度	制度编号	YXB-2020-3
	发布部门	药学部	编制人	张玉学
	生效日期	2016年4月	审核人	张玉学
	修改日期	2020年11月	批准人	杨 华
	版 本	第2版	页 码	339-347

## 新药准入审批制度

### 1.目的

为了规范新药构建管理程序，保证药品质量，提高医疗用药安全，根据《药品管理法》，制定新药准入审批制度。

### 2.标准

#### 1.新药审批会议制度

1.1 药事管理与药物治疗学委员会至少每半年召开1次审批新药申请和老药淘汰会议，参加会议人数须超过应到人数的一半以上。

1.2 药学部将初选合格的药品申请表整理汇总，编制“药事管理与药物治疗学委员会讨论药品目录”，标明每个品种的商品名、化学名、剂型、规格、报销属性、申请科室、主要用途、生产厂家、参考价格、批准文号、现有同类产品等属性。

1.3 参会人员每人1份目录，听取申请科室人员对药品有关内容介绍，经提出讨论意见后，在目录上投票。

1.4 得票超过参会人数半数者为批准购入和淘汰药品，原则上应控制每次增加和淘汰品种不超过30个。

1.5 药事管理与药物治疗学委员会可根据申请情况确定是否请申请人到会答辩。

#### 2.新药申请及审批程序

##### 2.1 关于医院引进新药的规定

2.1.1 .新药的界定：新药必须是符合规范且具有实际意义的药品。因此，引进的新药必须是省统一招标目录中药品。应具备条件：

2.1.1.1 医院未曾使用过的药品；

2.1.1.2 该药的引进能提升医院临床用药水平，切实满足临床需要。

2.1.2 新药引进的原则：新药引进要坚持合理分工、明确责任、权力制约、流程规范的原则，使采购与使用分离、专家评审与领导审核分离，保证药剂管理、评审专家、单位领导、采购人员独立行使各自的职权，保证新药引进的合理性、科学性。

2.1.3 一般情况下西药由西医科室申请，中药由中医科室申请，专科用药由专科科室申请。

## 2.2 临床科室申请

2.2.1 申请医师须具备主治医师以上职称，申请购入的药品须经全科讨论，填写《新药申请审批表》，科主任签字后附有关资料交药学部。所附资料包括由生产厂家提供的新药证书、药品说明书、GMP证书、药检报告、药价批单、临床研究报告以及其他用以证明该药优势的文件资料等。同时，对临床医生申请引进新药实行必要的控制，具体有四方面：

2.2.1.1 实行职级控制，提出引进新药申请的临床医生必须具有中级以上职称（或科主任）；

2.2.1.2 实行数量控制，副高及以上职称人员原则上每年提出的新药申请不超过5种、中级职称人员每年提出的新药申请不超过2种；

2.2.1.3 实行质量控制，引进理由要反映出填单医生对该药的认知程度和在同类药品中的特点和优势；

2.2.1.4 申请表中各项内容应填写完整，剂型、类别栏目中应注明是否为医保药品及国产、进口、合资等属性。

2.2.1.5 科室主任应对所申请药品用量负责，购入后造成积压浪费由申请科室承担责任，药学部定期报告用药情况。

## 2.3 药学部审核并签署意见

2.3.1 药学部审核申请表及所附资料，内容不全的申请无效。

2.3.2 符合下列条件的品种方可提交药事管理与药物治疗学委员会审批：

2.3.2.1 本院尚未购入使用的新成分的药品。

2.3.2.2 已有同成分进口产品，因价格因素可申请一种国产药并存（国产药品价格须便宜30%以上）。

2.3.2.3 现有品种为自费药品时，可申请同种医保用药品种（例如：注射剂自费-口服剂型医保；进口药自费-国产药医保）。

2.3.2.4 同成分品种，可在质量相同的情况下，以价格低取代价格高的品种。

2.3.2.5 不同科室申请由不同厂家生产的同一成分药品时，药学部只认可一份申请。

2.3.3 按上述条件初审合格后，药学部主任签署意见。

2.3.4 药学部对新药证书、药检报告、药价批单、药品说明书、GMP证书等资料的有效性进行审核，如有疑问可退回申请。

2.3.5 按照申请科室汇总，编制“药事管理与药物治疗学委员会讨论药品目录”，内容包括每个申请品种的商品名、化学名、剂型、规格、报销属性、申请科室、主要用途、生产厂家、参考价格、批准文号、医保类别、是否省统一招标药品或本市基药中标目录内药品及现有同类产品等属性。

2.3.6 药学部根据厂家信誉、药品包装、说明书、质量标准级别、药品是否中标等确定选择生产厂家，并对药品质量全程负责。

## 2.4 药事管理与药物治疗学委员会审批

2.4.1 由申请科室主任或药学部药学专家、主任介绍药品有关情况，委员们提问了解药品特性，重点根据临床研究报告结果审查该药是否为医院需要引进的新药。

2.4.2 对半年或一年以上未用或用量很少的药品是否为医院需要淘汰的药品。

2.4.3 采用无记名投票方式，对每个药品逐一进行投票，结果当场统计公布。

2.4.4 得票超过参会人员半数者为批准购入或淘汰的药品，但原则上应控制每次增加和淘汰品种不超过30个。

2.5 下列情况的新药可优先考虑

2.5.1 社会医疗保险目录内药品、国家基本药物目录内药品、集中采购中标的药品。

2.5.2 医院参加新药临床研究的疗效可靠的产品。

2.5.3 与医院有长期良好合作关系的厂家品种。

2.5.4 为防止品种无限制增加，可优先选择能够替换淘汰同类老药的药品。

2.5.5 同品种多家药厂中标时，优先选择品牌厂家和价格优惠的药品。

## 2.6 新药的试用和重新评估

2.6.1 凡药事管理委员会审核通过的新药，由医院纪委与药学部一起从中标目录中按最佳性价比原则挑选，挑选确定的药品由稽核科负责药品价格的审核；

2.6.2 与供货商签订《新药试用承诺书》；

2.6.3 由药品采购部门少量试用采购；

2.6.4 由药学部对已引进试用新药的资料通过必要形式告知临床医生；

2.6.5 新药实行试用制。在临床试用3个月至半年内，由药学部负责向药事管理委员会提供临床试用情况，由新药申请科室向药事管理委员会提供《临床试用评价报告》，药事管理委员会对该新药进行重新评估，若新药申请科室不按时提供《临床试用评价报告》的，药事管理委员会不予重新评估，该新药自然淘汰，不进入医院药品目录。在重新评估时必须要有药事管理委员会三分之二以上人员投票赞成的新药才能最终进入医院药品目录。

## 2.7 关于新增和替换同类药的规定

### 2.7.1 同类药界定和选用

同类药品是指通用名相同的药品。医院新药进院时，原则上相同通用名、相同剂型的药品最多同时存在原研品、国产仿制品各一种，以满足不同层次患者的临床需要。为减少差错，原则上相同剂型的药品只选择一种最合适剂量的药品，必须坚持“一品双规”的原则。

### 2.7.2 同类药进院程序及要求

新增药品及替换药品进院严格按新药进院程序执行。申请须由科主任提出，

填写《药品新增/替换申请单》，新增药品必须满足规定“二”，若相同通用名、相同剂型的药品本院已经同时存在原研品、国产仿制品各一种，则必须采用替换，淘汰已有的性价比低的药品。流程按新药进院程序执行。

### 2.7.3 药品产地规格的调整

只适用于低价药品和毒、精、麻、血液制品等明文规定允许医疗机构自行采购的药品。由药学部采购人员或临床使用科室主任提出申请，填写《药品调整规格/产地审批表》，报药学部负责人、主管院长审批，低价药按最低企业报价选择。

按医院规定程序进院的药品一律不作产地规格的调整，需要调整的严格按新药进院程序执行。

### 2.8 临时用药申请范围及审批权限

临时采购是指特殊情况下需要采购医院用药目录之外的药品，仅限于下列情况：

2.8.1 指定特殊需要人和需要量的药品；

2.8.2 临床抢救急需的药品；

2.8.3 临床学科建设需要的特殊药品；

2.9 药品临时采购的基本流程：由需要的临床使用科室医师填写《临时用药申购表》，交药学部主任审核、医务科审核后，由分管院长审批同意，交采购部门即时办理。各级人员应严格审核和控制，原则上临时采购一次审批一次有效，不得长期采购。同时还必须执行：

2.9.1 情况“1”应由所需病人或家属签字同意。

2.9.2 情况“2”需由医务科按照科内有关规定审核确认采购数量。

2.9.3 情况“3”应提交药事管理委员会讨论通过并确认采购数量；若需长期使用的，应重新按新药引进程序进行。

2.9.4 情况紧急时可先通知药学部，请示领导同意购买，事后再补办上述手续。



## 2.10关于药品停止使用的规定

药品停止使用是基于下列确定的几种情况，医院用药目录中的某种药品需要在本院停止使用。

药品停止使用的基本程序：由使用科室或相关部门提出停药申请，填写《药品停止使用申请单》，药学部和医务科核实并签署意见，也可直接由药学部或医务科提出停药申请，报分管院长核准。药学部凭核准的《药品停止使用申请单》停药，并做好备案。药品停止使用的几种情况：

2.10.1 上级规定需要停止使用的药品。

2.10.2 “医院动态监测与超常预警监督小组”按其规定提出需要停止使用的药品。由监督小组出具《药品停止使用督导单》。药学部凭“督导单”停药。

2.10.3 有严重不良反应需要停止使用的药品。由使用科室提出，药学部和医务科核实，提交药事管理委员会讨论。情况特殊的，可先暂停药品使用，再履行手续。

## 2.11关于医院用药目录的制定与修改

医院用药目录由药学部拟定，提交药事管理与药物治疗学委员会讨论确定。常规情况下每两年修订一次，特殊情况根据需要随时修订。医院用药目录修订时，药学部应筛选出临床不用或基本不用的药品和一些疗效差、剂型落后的药品，提交药事管理与药物治疗学委员会讨论确认，将这些淘汰药品退出医院用药目录。

## 3. 相关文件

### 3.1 《药品管理法》

附件：1. 铜仁市妇幼保健院新药申请审批表

2. 铜仁市妇幼保健院临时用药申购表

附件1

铜仁市妇幼保健院新药申请审批表

登记日期:

通用名		规格包装	
商品名		用法用量	
生产厂家		批准文号	
作用机理:			
临床适应症:			
主要不良反应:			
目前国内同类药品情况（有关资料另附）:			
是（）否（）进入医保目录，甲类/乙类，编号:			
拟供应价格:		最高零售价:	
拟定的经销公司:			
医药代表	姓名: 身份证号码:	联系方式	电话: 手机:
_____科讨论意见:			
申请人（临床医生）签名:		科主任签名:	

厚德 精诚 笃行 至善

药学部 分析意见	存档材料复核情况：  我院同类药品情况：
新药讨论会议表决结果：	
药事管理与药物治疗委员会（签章）： 药事管理与药物治疗委员会会议讨论意见：  药事管理委员会主任（签名）：	

**注：** 本页由医药代表填写并请附下列材料：

1.药品说明原件1份；2.有效物价单复印件；3.其它相关的临床资料；4.新药证书及生产批件复印件（进口药品：药品进口许可证复印件）；5.GMP证书及省级药检所检验单复印件（进口药品：口岸药检所检验单复印件）；6.生产企业的一证一照复印件（进口药品：总经销公司的一证一照复印件）；7.医药代表的法人授权委托书原件、身份证复印件。

上述材料，企业盖红色印章并对其真实性负全责，发现内容造假一律一票否决。

附件2

铜仁市妇幼保健院临时用药申购表

申购科室：

日期： 年 月 日

药品名称 (含商品名)		规 格	
药品剂型		生产厂家	
功能主治			
是否国家 基本药物		申请数量	
申 购 理 由			
申请人签字：		科室负责人签字（盖章）：	
库管人员查单位 同类药品情况			
药学部主任意见			
医务科主任意见			
主管院长意见			

备注：临时采购药物为一次性购入使用，同一通用名药物品种启动临时采购程序不得超过5次。如果超过5次，应当进行调查，决定是否同意继续临时采购或者列入常规药品采购程序。

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	抗拒药物分级管理制度	制度编号	YXB-2020-4
	发布部门	药学部	编制人	张玉学
	生效日期	2016年4月	审核人	张玉学
	修改日期	2020年11月	批准人	杨 华
	版 本	第2版	页 码	348-351

## 抗菌药物分级管理制度

### 1. 目的

为贯彻国家卫健委《2015版抗菌药物临床应用指导原则》、原卫生部《抗菌药物临床应用管理办法》等文件精神，加强医院抗菌药物的使用管理，根据医院用药目录和用药情况，各种抗菌药物的作用特点、疗效和安全性、以及我区的社会经济状况、药品价格等因素，对抗菌药物进行分级管理。特制定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 抗菌药分级原则

2.1.1 非限制使用（一线药物）：经临床长期应用证明安全、有效，价格相对较低的抗菌药物。

2.1.2 限制使用（二线药物）：鉴于此类药物的抗菌特点、安全性和对细菌耐药性的影响，需对药物临床适应证或适用人群加以限制，价格相对较非限制类略高。

2.1.3 特殊使用（三线药物）：包括某些用以治疗高度耐药菌感染的药物，一旦细菌对其出现耐药，后果严重，需严格掌握其适应证者，以及新上市的抗菌药，后者的疗效或安全性方面的临床资料尚不多，或并不优于现用药物者；药品价格相对较高。

#### 2.2. 抗菌药分级应用指征及管理办法

临床选用抗菌药物应遵循《抗菌药物临床应用指导原则》，根据感染部位、严重程度、致病菌种类以及细菌耐药情况、患者病理生理特点、药物价格等因素加以综合分析考虑，参照“各类细菌性感染的治疗原则及病原治疗”。

2.2.1 轻度与局部感染患者：应首先选用非限制使用抗菌药物进行治疗（住院医师及以上医师）。

2.2.2 严重感染者、免疫功能低下合并感染者或病原学结果证实只对限制使用抗菌药物敏感时，可选用限制使用抗菌药物治疗（主治医师及以上医师）。

厚德 精诚 笃行 至善

2.2.3 特殊病原体感染如MRSA、艰难梭菌、隐球菌等需使用万古霉素、两性霉素B等特殊使用级抗菌药物治疗（医师提出申请，经科主任同意，相关专业专家会诊，具有特殊使用抗菌药物处方权的医师开具处方，处方上药学部签字方可使用）。

2.2.4 紧急情况下根据药物适应证或适应人群，临床医师可以越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限于1天用量，如需继续使用，必须办理相关审批手续，有相关记录和签名。

### 2.3.抗菌药物划分

分 类	非限制使用级	限制使用级	特殊使用级
不耐酶青霉素	青霉素		
	青霉素V		
	苄星青霉素		
	普鲁卡因青霉素		
耐酶青霉素	苯唑西林	氟氯西林	
	氯唑西林	萘夫西林	
广谱青霉素	阿莫西林	阿洛西林	
	氨苄西林	美洛西林	
	哌拉西林	磺苄西林	
	羧苄西林	替卡西林	
青霉素类复方制剂（β-内酰胺酶抑制剂）	阿莫西林/克拉维酸	氨苄西林/舒巴坦	
		哌拉西林/他唑巴坦	
		哌拉西林/舒巴坦	
		替卡西林/克拉维酸	
		阿莫西林/舒巴坦	
	美洛西林/舒巴坦		
β-内酰胺酶抑制剂			舒巴坦
第一代头孢菌素类	头孢氨苄	头孢硫脒	
	头孢羟氨苄	五水头孢唑啉	
	头孢拉定		
	头孢唑林（含五水头孢唑林）		
	头孢氨苄甲氧苄啶		
第二代头孢菌素类	头孢呋辛	头孢丙烯	
	头孢克洛	头孢孟多	
	头孢替安		
第三代头孢菌素类	头孢曲松	头孢特仑酯	
	头孢噻肟	头孢克肟	

		头孢他啶	
		头孢地尼	
		头孢唑肟	
		头孢泊肟酯	
		头孢哌酮	
第四代头孢菌素类			头孢匹罗
			头孢吡肟
其他β内酰胺类		头孢西丁	氨曲南
		头孢美唑	
		头孢米诺	
		拉氧头孢	
		法罗培南（口服）	法罗培南（注射）
头孢菌素类复方制剂		头孢哌酮/舒巴坦	头孢噻肟/舒巴坦
		头孢曲松他唑巴坦	头孢哌酮/他唑巴坦
碳青霉烯类			美罗培南
			亚胺培南/西司他丁
			比阿培南
			厄他培南
			帕尼培南/倍他米隆
氨基糖苷类	庆大霉素	妥布霉素	卡拉霉素
	阿米卡星	奈替米星	
	链霉素	依替米星	
	新霉素	大观霉素	
		异帕米星	
大环内酯类	红霉素	阿奇霉素（注射）	
	罗红霉素	地红霉素	
	乙酰螺旋霉素		
	琥乙红霉素		
	克拉霉素		
	阿奇霉素（口服）		
林可酰胺类	林可霉素		
	克林霉素		
糖肽类			万古霉素
			去甲万古霉素
			替考拉宁
多粘菌素类		粘菌素（口服）	粘菌素（注射）
			多粘菌素B
四环素类	四环素	米诺环素	替加环素
	多西环素		
	土霉素		

氯霉素类		氯霉素	
喹诺酮类	诺氟沙星	莫西沙星	洛美沙星
	环丙沙星	妥莫沙星	氟罗沙星
	氧氟沙星	依诺沙星	吉米沙星
	左氧氟沙星		帕珠沙星
	吡哌酸		
硝基咪唑类	甲硝唑		
	替硝唑		
	奥硝唑		
	左奥硝唑		
磺胺类和甲氧苄啶	复方磺胺甲噁唑		
	甲氧苄啶		
	磺胺嘧啶		
	联磺甲氧苄啶		
	磺胺甲噁唑		
硝基呋喃衍生物类	呋喃妥因		
	呋喃唑酮		
抗真菌药	制霉菌素	氟康唑（注射）	伊曲康唑（注射）
	氟康唑（口服）	伊曲康唑（口服液）	伏立康唑（注射）
	特比奈芬	伏立康唑（口服）	两性霉素B（脂质体）
	克霉唑		卡泊芬净
	氟胞嘧啶		米卡芬净
其他类	磷霉素	利福平	夫西地酸
		利福霉素	达托霉素
		利福昔明	利奈唑胺
处方权限	住院医师及以上医师	主治医师及以上医师	副主任医师及以上医师开具处方，处方上药学部签字方可使用

注：本目录所列抗菌药物只包括全身作用的抗菌药物（含抗真菌药物）。不包括抗结核药、抗麻风病药、抗病毒药、抗寄生虫药。



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>抗菌药物采购监督管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-5</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>352-354</b>

## 抗菌药物采购监督管理制度

### 1. 目的

为了保证购进药品的合法、合格，保证人民用药安全。根据《药品管理法》、《药品管理法实施条例》、《药品经营质量管理规范》制定本制度。

### 2. 标准

2.1严格执行《药品购进管理制度》，未经审核批准不得购进。

2.2购进抗菌药物的品种严格执行我院《抗菌药品目录》，采购人员不得自行增减。

2.3我院抗菌药物品种原则上不超过40种，同一通用名称注射剂型和口服剂型各不超过2种，处方组成类同的复方制剂1-2种。

2.4凡临床需要使用我院抗菌药物目录外的药品或新药时，必须由临床科室提出书面申请，启动临时采购程序。经事管理与药物治疗学委员会审批后方可采购，采购员不得自行决定。

#### 2.5临时采购程序

因特殊治疗需要，需使用本机构抗菌药物供应目录以外抗菌药物时，可以启动临时采购程序。

##### 2.5.1 启动抗菌药物临时采购必须同时满足以下条件

2.5.1.1 仅限于抢救、突发性疾病、灾情、疫情、院内或外院专家会诊等情况下急需的抗菌药物。

2.5.1.2 仅限于本院“抗菌药物目录”外的药物，在抗菌谱、药物对病原菌的敏感性，以及抗菌药物的适应证等方面无法满足临床治疗所需的情况下。

2.5.1.3 临床科室在提出抗菌药物临时采购申请前，必须征得本科室主任同意，并签署意见。

##### 2.5.2 抗菌药物临时采购

临时采购应当由临床科室提出申请，说明申请购入抗菌药物名称、剂型、规

格、数量、使用对象和使用理由（使用理由必须符合本规定的第一项要求）。经“抗菌药物管理工作组”审核同意后，由药学部门临时一次性购入使用。情况异常紧急时，可先通知药学部购买，药学部在购买药物同时，口头请示“抗菌药物管理工作组”组长。事后再补办手续。

2.5.3 抗菌药物临时采购仅限于一次性采购，再次使用时需再次申请。申请人应保证该药品在有效期内使用完毕，若造成滞销损失由申请人负责处理，并将在2年内不再受理该申请人的其他新药临时引进申请。

2.5.4 抗菌药物临时采购情况，在召开药事管理与药物治疗学委员会时，需向委员会汇报，部分需长期使用的品种，经委员会批准后，可作为医院正式引进的品种管理。医院应当严格控制临时采购抗菌药物品种和数量，同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序每年不得超过5次，如果超过5次，抗菌药物管理工作组应当进行调查，决定是否同意继续临时采购或者列入常规药品采购程序。调整后的抗菌药物供应目录总品种数不得增加。

2.5.5 每半年将抗菌药物临时采购情况向上级卫生局相关部门上报备案。

2.5.6 购进药品应有合法票据，并按规定建立购进记录，做到票、帐、货相符。购进记录注明药品的品种、剂型、规格、有效期、生产企业、供货单位、购进数量、购进日期等内容。

2.5.7 定期根据本制度监督抗菌药物的采购，根据监督结果进行分析，改进工作，并上报药事管理与药物治疗学委员会。

### 3. 相关文件

- 3.1 《药品管理法》
- 3.2 《药品管理法实施条例》
- 3.3 《药品经营质量管理规范》

附件：医疗机构临时采购目录以外抗菌药物申请

附件：

**医疗机构临时采购目录以外抗菌药物申请表**

机构名称		机构类别		机构等级		
经卫生行政部门备案的抗菌药物目录中总计品种数				总计品规数		
上次启动临时采购程序购入抗菌药物日期：	年	月	日	购入药物通用名		
本次启动临时采购程序购入抗菌药物日期	年	月	日	购入药物通用名		
同一通用名抗菌药物品种次数		是否重新调整本机构抗菌药品采购目录				
1. 申请临床科室及申请人信息						
科室名称	申请人姓名	行政职务	执业范围	技术职称	抗菌药物处方权限	
2. 申请购入药物基本信息						
药物名称	剂型	规格	单位	数量		
3. 申请购入抗菌药物使用对象及使用理由						
4. 本机构药事管理与药物治疗学委员会抗菌药物管理工作组意见						
序号	成员姓名	行政职务	从事专业	技术职称	讨论意见	本人签字
医疗机构负责人意见及签字：				卫生行政部门意见：		
医疗机构印章						
申请日期： 年 月 日			审批日期： 年 月 日			

填表必读：

- 1.此表由医疗机构申请购入临床科室填写。
- 2.经医疗机构药事管理与药物治疗学委员会抗菌药物管理工作组讨论通过后报市卫生局备案。
- 3.此表一式二份，一份市卫生局存档，另一份医疗机构留存备查。

**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>	<b>标 题</b>	抗菌药物监测网数据上报工作制度	<b>制度编号</b>	YXB-2020-6
	<b>发布部门</b>	药学部	<b>编制人</b>	张玉学
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	张玉学
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨 华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	355

## 抗菌药物监测网数据上报工作制度

### 1. 目的

根据《抗菌药物临床应用管理办法》、国家卫健委抗菌药物监测网工作的要求，为了加强我院抗菌药物临床应用的监督和管理，规范我院抗菌药物各项数据上报流程，确保数据的准确性，特制定本制度与流程。

### 2. 标准

2.1 每月在系统中抽取上月16日的门急诊处方各100张，并填写门急诊处方抗菌药物使用情况调查表，16日急诊处方不足100张的以当日数据为准，并上报监测网。

2.2 每月在系统中抽取上月11日至20日全部出院患者的手术病历以及非手术病历，在全部手术病历中选取 I、II、III类手术病历，将选取的手术病历以及非手术病历上报监测网系统，并在系统选取的40份病历中剔除死亡病历，填写手术和非手术住院患者使用抗菌药物情况调查表各15份，经药学部主任审核后并上报监测网，每年3.7月对当月上报病历进行点评，并将抗菌药物上报数据回执上报国家监测网。

2.3 每年的1.4.7.11月在系统调取上季度住院患者抗菌药物使用情况，经药学部主任审核后并上报监测网。

2.4 每年10月份填报成员单位基本情况调查表以及年度抗菌药物消耗金额调查表，经药学部主任审核后上报监测网。

### 3. 相关文件

3.1 《抗菌药物临床应用管理办法》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	<b>麻醉药品和第一类精神药品管理制度</b>	<b>制度编号</b>	YXB-2020-7
	<b>发布部门</b>	药学部	<b>编制人</b>	张玉学
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	张玉学
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨 华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	356-358

## 麻醉药品和第一类精神药品管理制度

### 1. 目的

为加强麻醉药品和精神药品的管理,保证麻醉药品和精神药品的合法、安全、合理使用,根据国务院《麻醉药品和精神药品管理条例》制定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 总则

2.1.1 医院麻醉药品和精神药品管理工作领导小组负责全院的麻醉药品和精神药品的管理。

2.1.2 按照规定,医院药学部为麻醉药品和精神药品的管理科室,负责麻醉药品和精神药品的采购、请领、发放、登记工作。

#### 2.2. 麻醉药品和精神药品的采购与保管

2.2.1按照国务院2005年11月1日颁布实施《麻醉药品和精神药品管理条例》的规定,麻醉药品和一类精神药品的采购须凭卫生行政主管部门批准的印鉴卡,到指定供货公司采购。

2.2.2 其他精神药品的采购须从具有二类精神药品销售资格的供货公司采购。

2.2.3 药库保管人员根据本单位医疗需要制定计划表(一式两份),并由采购人员、药学部负责人和医疗机构负责人审核签字并盖章,同时加盖医疗单位公章,各项签字和印章与印鉴卡一致。

2.2.4 药品采购人员采购麻醉药品、一类精神药品应当凭《麻醉药品购用印鉴卡》,按照年度采购计划向市定点批发企业购买,保持合理库存,不得超范围采购,如果年度申请数量不够应及时向卫生部门申请补充数量。

2.2.5 麻醉药品和第一类精神药品入库实行双人验收,必须货到即验,清点验收到最小包装,验收记录双人签字。入库验收应采用专用簿记录,登记内容包括日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、供货单位、质量情况、验收结论、验收和保管人员签字。

**厚德 精诚 笃行 至善**

2.2.6 在验收中发现缺少、缺损的麻醉药品和第一类精神药品应当双人清点登记,及时上报药学部主任和分管院长批准,并加盖公章后向供货单位查询处理。

2.2.7 所有登记账册须保存到药品有效期后不少于五年备查。

2.2.8 麻醉药品、第一类精神药品设有专柜、加锁,双人管理。

2.2.8.1 储存麻醉药品和第一类精神药品必须配备保险柜,库门窗有防盗措施并安装报警装置。

2.2.8.2 麻醉药品和第一类精神药品储存各环节应当指定专人负责,明确责任。药品调配窗口、各病区储存麻醉药品和第一类精神药品应当配备必要的防盗措施,根据用量规定固定基数,建立交接班制度,交接班有记录。

2.2.8.3 储存麻醉药品和第一类精神药品保持合理库存,实行双人双锁管理,对进出专库柜的麻醉药品和第一类精神药品建立专用账册,进出逐笔记录,内容包括日期、凭证号、领用部门、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、发药人、复核人、领用人签字,做到账物相符,专用账册应保持到药品有效期满后不少于两年。

### 2.3.麻醉药品和精神药品的使用

2.3.1 麻醉药品、第一类精神药品的使用按照上级的有关规定,必须经卫生行政主管部门依据国家相关规定认定的具有麻醉药品、第一类精神药品处方权的医师开具处方使用。麻醉药品、第一类精神药品的调剂人员必须具有卫生行政主管部门依据国家的相关规定认定的麻醉药品、第一类精神药品调剂权。由医务科负责管理。

2.3.2 按照卫生部和省卫生厅的规定,使用规定颜色和格式的处方。

2.3.3 麻醉药品、第一类精神药品的处方使用量按照国务院《麻醉药品和精神药品管理条例》和卫生部《处方管理办法》的规定开具。开具的每张处方必须符合以下规定。

2.3.3.1 注射剂一次常用量。

2.3.3.2 片剂、酞剂、糖浆剂不超过三日常用量。

2.3.3.3 控缓释制剂不超过七日常用量。

2.3.3.4 癌症疼痛病人麻醉药品、第一类精神药品注射剂不超过三日常用量,控缓释制剂不超过十五日常用量,片剂、酞剂、糖浆剂不超过七日常用量。

2.3.3.5 精神药品按照《处方管理办法》的规定开具。

2.3.3.6 盐酸哌替啶注射液一次常用量，不得带出医院使用。

2.3.3.7 为住院患者开具麻醉药品、第一类精神药品处方为一日常用量。

2.3.4 处方应书写完整，字迹清楚，调剂人员核对无误后方可发出并调剂和核发人员签字。

2.3.5 麻醉药品、第一类精神药品的请领由各调剂室负责人负责。

2.3.6 麻醉药品按照“五专”管理，及时登记使用消耗情况。

2.3.7 麻醉药品处方至少保存三年备查，精神药品处方至少保存二年备查。

### 3. 相关文件

3.1 《麻醉药品和精神药品管理条例》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	<b>精、麻药品批号管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-8</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>359-360</b>

## 麻、精药品批号管理制度

### 1. 目的

为加强麻精药品使用管理，对使用的麻精药品具有可追溯性，根据《麻醉药品和精神药品管理条例》及《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品的管理规定》有关要求，结合本院实际，特制定本制度。

### 2. 标准

#### 1. 药库登记的批号管理

定点批发企业应根据采购计划由双人配送麻精药品，到货后由药品保管员对实物进行双人验收、核对。

1.1 入库验收采用专簿记录，包括：日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、供货单位、质量情况、验收结论、验收和保管人员签字等内容。麻醉药品、精神药品出库应双人复核，并由发药人、复核人签署姓名。

1.2 出库的麻醉药品、精神药品应逐笔记录，内容包括：日期、凭证号、领用部门、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、发药人、复核人和领用人签字。

#### 2.2 请领登记的批号管理

2.2.1 药房请领的麻醉药品、第一类精神药品需建立账册或账卡，每天结算，账物、批号相符，建立交接班制度并有交接班记录。

2.2.2 病区、麻醉科备用的麻精药品由专人负责，建立交接班制度并有交接班记录，交班内容包括：药物名称、规格、批号、数量、交班人签名。

#### 2.3 处方使用登记的批号管理

2.3.1 病区、麻醉科使用备用的麻精药品由专人负责，医师开具专用处方取药，并专册登记，登记内容包括发药日期、患者姓名、床号、住院号、诊断、药物名称及剂型、规格、用药数量、药品批号、有效期、执行护士签名等。

**厚德 精诚 笃行 至善**




2.3.2 各药房对麻醉药品和第一类精神药品处方，按年月日编制顺序号。

2.3.3各药房对麻醉药品、精神药品处方分品种、规格进行专册登记，登记内容包括患者(代办人)姓名、性别、年龄、身份证明编号、病历号、疾病名称、药品名称、规格、数量、处方医师、处方编号、处方日期、发药人、复核人。专册登记保存期限为3年，可追溯到患者。

### 3. 相关文件

3.1 《麻醉药品和精神药品管理条例》

3.2 《医疗机构麻醉药品,第一类精神药品的管理规定》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>精、麻药品“五专”管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-9</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>361-362</b>

## 麻、精药品“五专”管理制度

### 1. 目的

我院所用的麻醉药品、精神药品严格执行《麻醉药品管理办法》等相关规定，实行“五专制度”，专人负责、专柜加锁、专用处方、专用帐册、专册登记。

### 2. 标准

2.1麻、精药品实行专人管理，责任到人。

2.1.1 采购、验收、入库、保管人员须具有药学专业主管药师及以上职称的药学专业人员负责。

2.1.2门诊药房、病区药房的麻、精药品管理由主管药师及以上职称的药学专业人员专人负责。

2.1.3各科室、手术室、急诊科（室）配备的麻、精药品有主管护师专人负责管理。

2.2储存麻、精药品实行专人负责、专柜加锁

麻、精药品入库验收必须货到即验，至少双人开箱验收，清点验收到最小包装，验收记录双人签字。入库验收应当采用专簿记录。(内容包括:日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、供货单位、质量情况、验收结论、验收和保管人员签字)。

2.3对进出专柜的麻、精药品建立专用账册，进出逐笔记录

内容包括日期、凭证号、领用部门、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、发药人、复核人和领用签字，做到帐、物、批号相符。

2.4处方

2.4.1 麻醉、第一类精神药品处方要用专用处方，处方印制完毕后，应交由药学部保管，统一登记编号，核实数量并记录，记录内容包括：日期、处方起止编号、领用部门、数量、保管人及领用人签字，做到帐物相符。

2.4.2 麻醉、第一类精神药品处方使用时应由具有麻醉药品处方权的医师到

**厚德 精诚 笃行 至善**

药学部领取，发方人要详细登记处方编号，并由领方人签字后方可发放。

2.4.3 麻醉、第一类精神药品处方要求书写工整，写明病情，医师签全名，配方、发药均应签全名，并进行麻醉药品处方登记，医务人员不得为他人开具不符合规定的处方或者为自己开方使用麻醉药品。

2.4.4 麻醉、第一类精神药品处方一旦开错，不得更改，而是更换新处方，作废的处方应保管好，当再次领取麻醉处方是将作废处方退回药学部，并登记销号。

2.4.5 作废的麻醉、第一类精神药品处方，应单独存放管理，由药事管理与药物治疗学委员会组织销毁。对于短缺、丢失的麻醉处方，当事人应到药房及时登记，并签字确认，由管方人立即书面通报所有具有调配麻醉处方权的药师，作废该编号的处方。


2.4.6 麻醉药品、第一类精神药品专用处方发生失窃时，应迅速向院保卫科报告，并向药学部报告失窃处方的起止号码，失窃处方自失窃之时起作废，在院内通告。

2.5应当对麻醉、第一类精神药品处方进行专册登记

内容包括患者(代办人)姓名、性别、年龄、身份证明编号、病历号、疾病名称、药品名称、规格、数量、处方医师、处方编号、处方日期、发药人、复核人。专册登记保存期限为3年，可追溯到患者。专册登记保存期限为3年，可追溯到患者。

### 3. 相关文件

#### 3.1 《麻醉药品管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	精、麻药品三级管理制度	制度编号	YXB-2020-10
	发布部门	药学部	编制人	张玉学
	生效日期	2016年4月	审核人	张玉学
	修改日期	2020年11月	批准人	杨 华
	版 本	第2版	页 码	363-365

## 麻、精药品三级管理制度

### 1. 目的

为加强麻、精药品的管理，医院的医疗、教学、科研所用的麻醉药品、精神药品应严格执行《麻醉药品管理办法》、《处方管理办法》等有关规定，实行麻、精药品的三级管理。

### 2. 标准

麻、精药品实行专人管理，责任到人。采购、验收、入库、保管人员须具有药学专业主管药师及以上职称的药学专业人员负责。门诊药房、病区药房的麻、精药品管理由主管药师及以上职称的药学专业人员专人负责。各科室、手术室、急诊科配备的麻、精药品有主管护师专人负责管理。相关人员要求工作责任心强、业务熟悉，熟练掌握相关法律、法规、规定的内容和要求。工作岗位要保持相对的稳定，并由医院定期进行有关法律、法规、规定、专业知识、职业道德的教育和培训。

#### 1. 药库管理

1.1 麻、精药品入库验收必须货到即验，至少双人开箱验收，清点验收到最小包装，验收记录双人签字。入库验收应当采用专簿记录，内容包括：日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、供货单位、质量情况、验收结论、验收和保管人员签字。在验收中发现缺少、缺损的麻、精药品应当双人清点登记，报药库负责人向供货单位查询、处理。对过期、损坏的麻、精药品进行销毁时，应当向所在地卫生行政部门提出申请，在卫生行政部门监督下进行销毁，并对销毁情况进行登记。

1.2 麻、精药品储存等各个环节应制定专人负责，明确责任，交接班应当有详细的记录。麻、精药品实行批号管理和追踪，必要时可以及时查找或者追回。

1.3 麻、精药品库必须配备保险柜，门、窗有防盗设施。门诊，病区药房应配备保险柜作为周转柜，并配备相应的防盗措施。

厚德 精诚 笃行 至善

1.4 对进出专柜的麻、精药品建立专用账册，进出逐笔记录，内容包括：日期、凭证号、领用部门、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、发药人、复核人和领用签字，做到帐、物、批号相符。专用账册的保存应当在药品有效期满后不少于2年。

## 2.门诊、病区药房管理

2.1 门诊、病区药房可以根据本院的相关规定设置麻、精药品周转柜，但库存不得超过规定数量。周转柜内的麻、精药品药由专人负责每日清点结算。门诊、病区药房发药窗口的麻、精药品调配基数不得超过规定数量。

2.2 门诊、病区药房应当固定发药窗口，并设立明显标识，由专人负责麻、精药品的调配。

2.3 门诊、病区药房应当对麻、精药品处方统一编号，计数管理，建立处方保管、领取、使用、退回、销毁管理制度。

2.4 处方的调配人和复核人应当仔细核对麻、精药品处方，并进行签名登记；对不符合规定的麻、精药品处方，应当拒绝发药。

2.5 应当对麻、精药品处方进行专册登记，内容包括：患者（代办人）姓名、性别、年龄、身份证明编号、病历号、疾病名称、药品名称、规格、数量、处方医师、处方编号、处方日期、发药人、复核人、药物批号。

2.6 患者使用的麻醉、第一类精神药品为注射剂或者贴剂的，再次调配时，应当要求患者将原批号的空瓶或者用过的贴剂交回，并记录收回的空瓶或者废贴的数量。患者不再使用麻、精药品时，应当要求患者将剩余的药品无偿交回，按规定进行销毁处理。

## 3.临床使用管理

3.1 具有麻醉药品、精神药品处方权的医务人员必须取得执业医师资格，并经考核合格授予麻醉药品、精神药品处方权。医务人员能正确使用麻醉药品，精神药品。不得为他人开具不符合规定的处方或者为自己开方使用麻醉药品。

3.2 处方要用专用处方（淡红色，右上角标注“麻、精一”），第二类精神药品处方（白色，右上角标注“精二”），书写工整，写明病情，医师签全名，配方、发药均应签全名。

3.3 对麻醉药品、第一类精神药品处方进行专册登记。

**厚德 精诚 笃行 至善**

3.4 麻醉处方一旦开具，不得更改，而是更换新处方，作废的处方药保管好，当再次领取麻醉处方是将作废处方退回药房，并登记销号。作废的处方，应单独存放管理，由药事管理与药物治疗学委员会组织销毁。对于短缺、丢失的麻醉处方，当事人要到药房及时登记，并签字确认，由管方人立即书面通报所有具有调配麻醉处方权的药师，作废该编号的处方。

3.5 门、急诊麻醉药品处方，注射剂每张处方为一日用量；麻醉药品控（缓）释制剂每张处方不超过7日常用量；其它剂型，每张处方不超过3日用量；第一类精神药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过7日常用量；其他剂型，每张处方不得超过3日常用量。

3.6 住院患者的麻醉药品和第一类精神药品处方应逐日开具，每张处方为一日常用量。

3.7 为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂，每张处方不得超过3日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过15日常用量；其他剂型，每张处方不得超过7日常用量。

3.8 第二类精神药品一般每张处方不得超过7日常用量；对于慢性病或某些特殊情况的患者，处方用量可以适当延长，医师应当注明理由。

3.9 麻醉药品、第一类精神药品处方应完整保存三年备查，精神药品处方应完整保持两年备查。

3.10 麻醉药品盐酸哌替啶仅限于本院内使用或者由医务人员出诊至患者家中使用；为患者建立随诊或复诊制度，并将随诊和复诊情况记入病历。

3.11 对各科室、手术室等使用的麻醉、第一类精药品注射剂应收回空瓶，核对批号和数量，并做记录。剩余的药品应办理退库手续。回收的空瓶和废贴由专人负责计数、监督销毁，并做记录。

### 3. 相关文件

3.1 《麻醉药品管理办法》

3.2 《处方管理办法》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	麻醉药品、第一类精神药品采购、请领、使用和登记管理制度	<b>制度编号</b>	YXB-2020-11
	<b>发布部门</b>	药学部	<b>编制人</b>	张玉学
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	张玉学
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨 华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	366

## 麻醉药品、第一类精神药品采购、请领、使用和登记管理制度

### 1.目的

为了更好的加强麻醉药品、第一类精神药品的管理，防止使用过程中出现纰漏，根据《药品管理法》有关文件精神，制定此制度。

### 2.标准

2.1 医院重视麻醉药品、第一类精神药品的管理由麻醉药品、第一类精神药品管理工作领导小组负责全院的特殊药品包括麻醉药品、第一类精神药品的管理。

2.2 按照规定医院药学部为麻醉药品、第一类精神药品的管理科室，负责麻醉药品、第一类精神药品的采购、请领、使用、登记制度管理。

2.3 麻醉药品、第一类精神药品的采购由专人负责，按照上级核对的供给量购入。购入后交麻醉药品保管员保管，麻醉药品、第一类精神药品有专柜、加锁，双人管理。

2.4 麻醉药品、第一类精神药品的使用按照上级的有关规定，必须经医院有关部门依据相关规定认定具有麻醉药品、第一类精神药品处方权的医师开具处方使用。按照卫生部的规定使用规定的处方。

2.5 麻醉药品、第一类精神药品的使用按照医院有关麻醉药品、第一类精神药品的相关规定的处方量使用。

2.6 麻醉药品按照“五专”管理：专人负责、专柜加锁、专用帐册、专用处方、专册登记，及时登记使用消耗情况。

2.7 医院按照规定定期检查麻醉药品、第一类精神药品的请领、使用、登记制度，及时发现问题，防止出现违规管理的问题。

2.8 麻醉药品、第一类精神药品的管理情况应及时在医院药事管理与药物治疗学委员会会议上通报。

### 3.相关文件

#### 3.1 《药品管理法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>麻醉药品和第一类精神药品报损与 销毁制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-12</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>367</b>

## 麻醉药品和第一类精神药品报损与销毁制度

### 1.目的

为了更好的加强麻醉药品、第一类精神药品的管理，保证患者的用药安全，根据国务院颁布的《麻醉药品和精神药品管理条例》及有关规定，结合本院实际，特制定此制度。

### 2.标准

2.1 医院过期、损坏的麻醉药品和精神药品，应登记造册，并向上级卫生主管部门提出申请，由上级卫生主管部门负责监督销毁。

2.2 收回的麻醉药品、第一类精神药品注射剂空安瓿、废贴由专人负责计数、记录并监督销毁。麻醉药品专管人员将销毁记录存档备查。

2.3 麻醉药品和一类精神药品报损销毁流程中，相关人员应严格遵守真实性及时性原则，并始终保持认真负责的工作态度完成每一项相关工作。

2.4 报损的麻醉药品、一类精神药品在贮存待销毁期间要做到专柜上锁并严格控制贮存调节避免环境污染。

2.5 患者不再使用的剩余麻醉药品、第一类精神药品，按上述规定销毁处理。

2.6 麻醉药品、一类精神药品的报损销毁各类报表应单独存放，有效时间不少于药品有效期后一年。

2.7 患者使用的麻醉药品、第一类精神药品，残余部分由医生和护士双人复核销毁。



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>第二类精神药品管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-13</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>368</b>

## 第二类精神药品管理制度

### 1. 目的

为加强第二类精神药品的安全管理，保障药物的合理应用，防止发生流弊现象，根据《麻醉药品和精神药品管理条例》、《处方管理办法》的相关要求，结合医院药品管理的实际情况，制定第二类精神药品管理规定。

### 2. 标准

2.1 定点采购。采购第二类精神药品，应从药品监督管理部门批准的具有第二类精神药品经营资质企业购买。

2.2 双人验收。根据临床用药需求制定采购计划，购入药品双人验收，查验购药凭证，清点药品数量，检查药品质量，详细记录相关信息。专柜加锁储存。储存药品必须有安全防范措施，严防药品丢失。

2.3 药库实行专用帐册管理。药房使用药品做到“日清日结”。

2.4 遵循专用处方和用量要求。处方至少保存 2 年。

2.5 定期检查药品质量。对过期、损坏的药品要及时申请销毁，保证在用药品账物相符和药品质量完好。


2.6 认真审核处方，促进合理用药。严格按照规定的药品适应症、用法、用量使用药品，作好用药指导，对于单张处方超过用药天数的特殊情况，必须由处方医师注明诊断并双签字后，方可调配。对于用药不合理的处方应拒绝调配。要防止重复取药，避免套购药品的现象发生。

2.7 对过期、损坏的药品要登记造册，向卫生行政部门申报销毁。

### 3. 相关文件

3.1 《麻醉药品和精神药品管理条例》

3.2 《处方管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>麻醉药品和第一类精神药品空安瓿（废贴）回收管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-14</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>369-376</b>

## 麻醉药品和第一类精神药品空安瓿（废贴）回收管理制度

### 1. 目的

为加强麻醉药品和第一类精神药品空安瓿的管理，根据卫生部《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》的相关要求，结合本院实际情况，特制定本制度。

### 2. 标准

2.1 医疗机构购买的麻醉药品、第一类精神药品只限于在本机构内临床使用。

2.2 对麻醉药品、第一类精神药品的购入、储存、发放、调配、使用实行批号管理和追踪，必要时可以及时查找或者追回。

2.3 麻醉药品、第一类精神药品的使用严格按照《麻醉药品管理办法》、《处方管理办法》、《疼痛三阶梯止痛原则》等有关规定执行。

2.4 临床科室护理人员严格执行麻醉药品、第一类精神药品注射剂的空安瓿（废贴）、残余量的回收登记制度，并于24小时内派专人将空安瓿退回药房，96小时内将废贴退回药房。临床科室人员退回时，必须携带《麻醉药品、第一类精神药品注射剂（外用贴剂）领用、空安瓿（废贴）交回药房登记表》，护士与药师双方认可签字。如无登记表或空安瓿（废贴）未交回，当班药师均不予调配发药。

2.5 门诊癌症患者或慢性疼痛患者连续使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂（外用贴剂）的，医师开具处方时必须在医师嘱托处注明告知患者内容（患者再次就诊时，请将原批号的空安瓿或者废贴交回），凭前次的空安瓿（废贴）、麻醉药品专用卡医师方能开具处方，否则医师不予开药，门诊药师不予发药。药师调配发药时告知患者，再次就诊时请将原批号的空安瓿（废贴）交回，患者在处方背面同意签字。

2.6 每次调配发药时，药房药师应将麻醉药品、第一类精神药品注射剂（外

用贴剂)放置于专用塑料袋中,塑料袋封面信息必须填写完整无误;护士或患者交回空安瓿(废贴)时,同样用原专用塑料袋放置密封保存,便于追踪管理;遇护士或患者交回空安瓿(废贴)无专用塑料袋时,药师负责完善专用塑料袋信息并密封保存。

2.7 当班药师对交回的空安瓿(废贴),要认真查对批号,不是本药房所发药品的空安瓿(废贴),应当拒绝发药及接收。

2.8 当班药师对收回的空安瓿要实行登记。内容包括:日期、回收数量、批号及有效期、退回人、接收人。

2.9 药房药师对收回的空安瓿(废贴),要按照管理要求,认真进行登记、统计与保管,各小组负责人定期上报科主任监督销毁,并填写销毁记录。内容包括:销毁时间、销毁安瓿(废贴)名称、数量、销毁方式、监毁和销毁人。

2.10 药房药师应主动与临床沟通,督促各科室及时交回空安瓿(废贴),建立沟通反馈记录。

### 3. 相关文件

#### 3.1 《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》

附件:1. 铜仁市妇幼保健院麻醉药品和第一类精神药品空安瓿(废贴)回收管理细则

2. 铜仁市妇幼保健院麻醉精神药品住院患者空安瓿(废贴)回收管理流程

3. 铜仁市妇幼保健院麻醉精神药品门诊患者空安瓿(废贴)回收管理流程

4. 铜仁市妇幼保健院门诊药房麻醉药品、第一类精神药品注射剂(外用贴剂)处方消耗专册及空安瓿(废贴)回收、销毁登记表

5. 铜仁市妇幼保健院住院药房麻醉药品、第一类精神药品注射剂(外用贴剂)科室领用、空安瓿(废贴)回收、销毁登记表

6. 铜仁市妇幼保健院XXX科室麻醉药品、第一类精神药品注射剂(外用贴剂)领用、空安瓿(废贴)交回药房登记表

附件1

## 铜仁市妇幼保健院麻醉药品和第一类精神药品 空安瓿（废贴）回收管理细则

1.临床科室无特殊理由未在24小时内交回空安瓿，96小时内交回废贴的，扣临床科室50元/次；《临床科室麻醉药品、第一类精神药品注射剂（外用贴剂）领用、空安瓿（废贴）交回药房登记表》未记录的，临床科室、药房各扣50元/次。

2.药师发放麻醉和第一类精神药品注射剂（外用贴剂）未用专用塑料袋放置或专用塑料袋无患者完整信息，扣药房50元/次；交回空安瓿（废贴）护士未用原专用塑料袋放置或专用塑料袋无患者完整信息的，扣临床科室50元/次；检查药房空安瓿（废贴）实物，发现散放或未用专用塑料袋放置或专用塑料袋患者信息不完整的，扣药房50元/次。

3.药房记录不完整、有漏项、回收批号与发出批号不吻合，批号非本医疗机构的发出批号的，回收数量与发出数量不吻合，24小时内空安瓿未回收的，96小时内废贴未回收的，每一项扣50元。

4.回收的空安瓿（废贴）保管混乱，未定期销毁，销毁记录不完善，销毁档案缺失，每一项扣50元。

5.医师、药师未尽到告知义务，导致门诊癌症患者或慢性疼痛患者未将上次调配的空安瓿（或用过的贴剂）交回，从而影响本次患者药物使用的，经核实后扣医师或药师50元/次。

6.药师未严格把关各项规定，发放药品的扣50元/例。

7.药师推诿、拒收，经查实后扣100元/例。

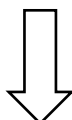
8.药师应主动与临床沟通，督促各科室及时交回空安瓿（废贴），查药房记录未回收且无沟通反馈记录的扣50元/次。

9.每月药事管理考核发现上述问题，同时扣科室考核分5分/项。

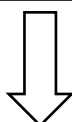
附件2

铜仁市妇幼保健院住院患者  
麻醉精神药品空安瓿（废贴）回收管理流程

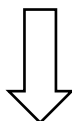
住院医师按照《麻醉药品管理办法》、《处方管理办法》、《疼痛三阶梯止痛原则》等规定开具合格处方



住院科室护士凭处方、《科室领用、空安瓿（废贴）交回药房登记表》，24 小时前使用过的空安瓿及 96 小时前使用的废贴，到住院药房取药，并填写领用登记记录，药师严格审核后发放，并置于专用塑料袋保存



住院患者使用后，执行护士负责登记《麻醉药品、第一类精神药品使用及空安瓿、残余量、废贴回收记录》，执行科室明确专人负责 24 小时内将空安瓿、96 小时内将废贴交回住院药房，交回人在《科室领用、空安瓿（废贴）交回药房登记表》，《药房记录表》上同时登记签名

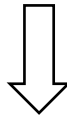


药房人员严格把关，加强沟通反馈，药学部定期组织对回收空安瓿（废贴）进行销毁，并有完善的销毁记录存档备查

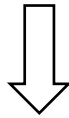
附件3

铜仁市妇幼保健院门诊患者  
麻醉精神药品空安瓿（废贴）回收管理流程

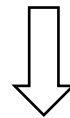
门诊医师按照《麻醉药品管理办法》、《处方管理办法》、《疼痛三阶梯止痛原则》等规定开具合格处方。如长期用药的癌症患者或慢性疼痛患者，医生必须凭上次的空安瓿（废贴），《麻醉药品专用卡》方可开具处方。（注：医生开具处方时必须交代患者下次就诊时将空安瓿（废贴）带回医院）



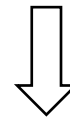
患者凭专用处方到门诊药房取药



门诊药房药师审核癌症患者《麻醉药品专用卡》、清点登记交回的麻醉药品空安瓿（废贴），核对无误方可发放麻醉药品，置于专用塑料袋保存，并交待患者下次就诊时必须将本次的空安瓿（废贴）交回，否则下次不予发药



门诊、急诊患者在我院急诊科使用的，急诊科护士负责登记麻醉药品使用及空安瓿回收记录，并明确专人在 24 小时内将空安瓿交回门诊药房



药师严格把关，加强沟通反馈，药学部定期组织对回收的空安瓿（废贴）进行销毁，并要有完善的销毁记录存档备查

附件4

铜仁市妇幼保健院门诊药房麻醉药品、第一类精神药品注射剂  
(外用贴剂) 处方消耗专册及空安瓿(废贴) 回收、销毁登记表

药房：门诊药房					日期：201 年 月 (门诊药房药师负责填写)											
药品名称及剂型：					规格：	单位：	生产厂家：			空安瓿/废贴回收、销毁						
处方日期	病历/处方编号	患者/代办人姓名	性别	年龄	身份证/麻醉卡号	疾病诊断	批号	数量	处方医生	发药人	复核人	回收日期	批号	回收数量	退回人	接收人
发出总数量：									回收总数量：							

销毁时间：201 年 月 日

销毁方式：

监毁和销毁人：

厚德 精诚 笃行 至善

附件5

铜仁市妇幼保健院住院药房麻醉药品、第一类精神药品药品注射剂  
（外用贴剂）科室领用、空安瓿（废贴）回收、销毁登记表

（住院药房药师负责填写）

药品名称及剂型：

规格：

生产厂家：

临床部门处方领用								空安瓿及废贴回收、销毁						
领用日期	领用科室	批号及效期	单位	处方领用数量	领用人	发药人	复核人	回收日期	单位	批号及效期	回收数量	退回人	接收人	销毁时间
														销毁方式:
														监毁和销毁人:
领用总数量:					回收总数量:									





 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	医疗用毒性药品管理制度	<b>制度编号</b>	YXB-2020-15
	<b>发布部门</b>	药学部	<b>编制人</b>	张玉学
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	张玉学
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨 华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	377-378

## 医疗用毒性药品管理制度

### 1. 目的

医疗用毒性药品（以下简称毒性药品），系指毒性剧烈，治疗剂量与中毒剂量相近，使用不当会致人中毒或死亡的药品。为加强医疗机构毒性药品管理，根据《药品管理法》特制定本制度。

### 2. 标准

#### 1. 使用毒性药品的管理要求

1.1 医生按处方的书写要求准确开具毒性药品，只允许开制剂，不得开原料。每次处方剂量不得超过2日极量（外用制剂例外）。

1.2 药剂人员调配毒性药品处方时，必须认真负责，计量准确，按医嘱注明要求。配方人与复核人双方签字后方可发出。对方未注明“生用”的毒性中药，应当付炮制品。如发现处方有疑问时，须经原处方医生重新签字后再行调配。

1.3 毒性药品的处方不得随意涂改，取药后处方单独保存2年备查。

1.4 毒性药品的配制，应由药师负责配制，另由药师以上技术人员负责质量检查。要建立严格的管理制度，严防与其他药品混杂，每次配料必须经第二人复核无误，经手人均须签字备查。所有工具、容器必须处理干净，以防污染其他药品。标示量要准确无误，同时建立完整的生产记录，保存5年备查。

1.5 使用毒性药品必须建立保管、验收、领发、核对等严格制度。严防收假、发错或与其他药品混杂。设专柜加锁，由专人保管，并分别建立详细的原料与成品账，日结日清，做到帐物相符。发现问题及时查找原因，并向领导汇报。

#### 2. 常用毒性药品制剂的处方限量

根据最新版的《中华人民共和国药典》等权威资料，毒性药品的日极量及处方限量。

#### 3. 毒性药品品种包括

3.1 毒性西药品种（13种）：去乙酰毛花苷丙、阿托品、洋地黄毒苷、氢溴

酸后马托品、三氧化二砷、毛果芸香碱、升汞、水杨酸毒扁豆碱、亚砷酸钾、氢溴酸东莨菪碱、士的宁、亚砷酸注射液、A型肉毒毒素及其制剂。

3.2 毒性中药品种（27种）：砒石（红砒、白砒）、砒霜、水银、生白附子、生附子、生川乌、生草乌、斑蝥、青娘子、红娘子、生马钱子、生巴豆、生半夏、生南星、生狼毒、藤黄、生甘遂、洋金花、闹羊花、生千金子、生天仙子、蟾酥、雪上一枝蒿、轻粉、红粉、白降丹、雄黄。

注：（1）除亚砷酸注射液、A型肉毒毒素制剂以外的毒性药品西药品种是指原料药；中药品种是指原料药材和饮片，不含制剂、炮制饮片。

（2）毒性药品的西药品种士的宁、阿托品、毛果芸香碱等包括其盐类化合物。

### 3. 相关文件

#### 3.1 《药品管理法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>药品类易制毒化学品管理制度</b>	<b>制度编号</b>	YXB-2020-16
	<b>发布部门</b>	药学部	<b>编制人</b>	张玉学
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	张玉学
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨 华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	379-382

## 药品类易制毒化学品管理制度

### 1. 目的

按照《中华人民共和国药品管理法》、国务院《易制毒化学品管理条例》及《药品类易制毒化学品管理办法》、《关于加强含麻黄碱类复方制剂管理有关事宜的通知》等相关法规要求，为规范管理、保障用药安全，特制定本管理制度。

### 2. 标准

2.1 药品类易制毒化学品包括：

2.1.1 《易制毒化学品管理条例》所附品种目录（第一类、第二类、第三类）。

2.1.2 麻黄碱类复方制剂是指含有《易制毒化学品管理条例》所附品种目录中麻黄碱类物质的药品复方制剂（不包括含麻黄的中成药）。

2.2 采购和验收管理

2.2.1 应严格审核供应商资质，从药品监督管理部门批准的具有该类药品经营资质的企业购买。并负责向对方提供医疗机构资质证明、《麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡》、采购人员和验收人员身份证明等有效备案材料，做到专人负责、定点采购。

2.2.2 购入药品由专人验收，查验购药凭证，清点药品数量，检查药品质量，详细记录药品名称、规格、数量、批号、有效期、批准文号等信息，检查说明书或标签注明“运动员慎用”标示等内容。

2.3 储存管理

2.3.1 采用专柜储存、专人、专账、专册管理，入账出账要有购(领)药凭据，账目保存2年备查。

2.3.2 将该类药品列为重点养护品种，养护人员按照重点养护品种的标准进行养护，当发现在库药品存在质量问题时应及时登记上报。

2.3.3 对过期、损坏的药品进行登记并及时申请销毁，保证在用药品账物相符和质量完好。

厚德 精诚 笃行 至善

## 2.4 使用管理

### 2.4.1 药品类易制毒化学品（第一类、第二类、第三类）处方的管理：

2.4.1.1 药品类易制毒化学品（第一类、第二类、第三类）处方的开具：要求同麻醉药品、第一类精神药品处方开具一致，使用红色处方，保存三年备查。单张处方注射剂型不得超过一天常用量，口服剂型单张处方不得超过七天常用量，外用剂型如高锰酸钾片不得超过3片，处方严格执行《处方管理办法》，不合格处方药师有权拒绝调配。

2.4.1.2 临床使用过程中注射剂型需要填写《麻醉药品、第一类精神药品、第二类精神药品临床使用、空安瓿(废贴)回收、残余量销毁登记记录本》，遇有残余量的，双人签字销毁。

2.4.1.3 药师发放时应专册登记，登记内容包括药品名称、规格、销售数量、生产企业、生产批号、购买人姓名、身份证号码。

2.4.1.4 过期或破损的易制毒药品（第一类、第二类、第三类），按麻醉药品、第一类精神药品过期或破损处理程序进行统一销毁。

2.4.1.5 制剂室麻黄素原料药管理：双人加锁，建立单独的出入库记录（双人签名），专人专柜专用账册管理，配制记录必须双人签名保存五年备查。

### 2.4.2 麻黄碱类复方制剂的管理

2.4.2.1 麻黄碱类复方制剂处方的开具：要求普通处方开具。口服药品单张处方不得超过七天常用量，外用剂型不得超过最小包装2支（或瓶），处方严格执行《处方管理办法》，不合格处方药师有权拒绝调配。

2.4.2.2 发现大量、多次购买含麻黄碱类复方制剂的，药学部应当立即向医务科报告，调查核实的医院向当地食品药品监管部门和公安机关报告。

2.4.2.3 药师发放时应专册登记，登记内容包括药品名称、规格、销售数量、生产企业、生产批号、购买人姓名、身份证号码。

## 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国药品管理法》

3.2 《易制毒化学品管理条例》

3.3 《药品类易制毒化学品管理办法》

3.4 《关于加强含麻黄碱类复方制剂管理有关事宜的通知》

附件：

### 易制毒化学品分类及目录

#### 第一类：

- 1.1-苯基-2-丙酮
  - 2.3, 4-亚甲基二氧苯基-2-丙酮
  - 3.胡椒醛
  - 4.黄樟素
  - 5.黄樟油
  - 6.异黄樟素
  - 7.N-乙酰邻氨基苯酸
  - 8.邻氨基苯甲酸
  - 9.麦角酸\*
  - 10.麦角胺\*
  - 11.麦角新碱\*
  - 12.麻黄素、伪麻黄素、消旋麻黄素、去甲麻黄素、甲基麻黄素、麻黄浸膏、麻黄浸膏粉等麻黄素类物质\*
  - 13.N-苯乙基-4-哌啶酮
  - 14.4-苯胺基-N-苯乙基哌啶
  - 15.N-甲基-1-苯基-1-氯-2-丙胺
- (注:13-15为2017年新增)

#### 第二类：

- 1.苯乙酸
  - 2.醋酸酐
  - 3.三氯甲烷
  - 4.乙醚
  - 5.哌啶
  - 6.1-苯基-1-丙酮(苯丙酮)
  - 7.溴素(液溴)
- (注:6.7为2017年新增)

**第三类:**

1. 甲苯
2. 丙酮
3. 甲基乙基酮
4. 高锰酸钾
5. 硫酸
6. 盐酸

**说明:**

- 一、第一类、第二类所列物质可能存在的盐类，也纳入管制。
- 二、带有\*标记的品种为第一类中的药品类易制毒化学品，第一类中的药品类易制毒化学品包括原料药及其单方制剂。

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	高警示药品管理制度	制度编号	YXB-2020-17
	发布部门	药学部	编制人	张玉学
	生效日期	2016年4月	审核人	张玉学
	修改日期	2020年11月	批准人	杨 华
	版 本	第2版	页 码	383-388

## 高警示药品管理制度

### 1. 目的

为加强我院高警示药品的规范管理，提高医疗质量，保证医疗用药安全，提高合理用药水平，预防和减少用药差错，根据《三级妇幼保健院评审标准实施细则》有关要求，特制定此制度。

### 2. 标准

#### 2.1 范围

医务人员在处方或医嘱录入、药品储存、调剂、配制和给药等环节。

#### 2.2 定义

参考美国药品安全使用协会（Institute for Safe Medication Practice）给出的定义，高警示药品（high-alert medications），是指若使用不当会对患者造成严重伤害或死亡的药物，其特点是出现的差错可能不常见，而一旦发生则后果非常严重。

#### 2.3 职责

2.3.1 医院药事管理和药物治疗学委员会全而负责高警示药品管理，建立健全管理制度，促进、指导、监督高警示药品的安全应用。组织开展安全用药知识培训，进行监督检查，对用药安全隐患提出纠正与改进意见。

2.3.2 药学部负责公布我院高示药品品种目录，并不定期进行更新，使医务人员能方便、及时地获取相关信息，以提高使用高警示药品风险防范意识。

#### 2.4 管理

高警示药品的储存、调剂和使用实行分级管理，即分为A级（红色标识）、B级（黄色标识）、C级（蓝色标识）高警示药品。具体分级管理目录见附件。

2.4.1 A级高警示药品是指使用频率高，一旦发生用药错误，患者死亡风险最高的药品，应重点管理和监护。

2.4.1.1 专区贮存，存放处有明显专用标识。



2.4.1.2 临床使用时应严格按照药品说明书规定的给药途径和给药剂量给药。

2.4.1.3 医生、护士和药师 workstation 在处置时有明显的警示信息。

2.4.2 B级高警示药品是指使用频率较高，一旦发生用药错误，会给患者造成严重伤害的药品，但给患者造成伤害的风险等级较A级低。

2.4.2.1 药库、药房和病区小药柜等药品储存处有明显专用标识。

2.4.2.2 临床使用时应严格按照药品说明书规定的给药途径和给药剂量给药。

2.4.2.3 医生、护士和药师 workstation 在处置时有明显的警示信息。

2.4.3 C级高警示药品是指使用频率较高，一旦发生用药错误，会给患者造成伤害的药品，但给患者造成伤害的风险等级较B级低。

2.4.3.1 药品储存处有明显专用标识。

2.4.3.2 医生、护士和药师 workstation 在处置时有明显的警示信息。

2.4.3.3 门诊药房药师和治疗班护士核发C级高危药品应进行专门的用药交代。

### 3. 相关文件

3.1 《三级妇幼保健院评审标准实施细则》

附件：1. 高警示药品目录

2. 病区高警示药品管理作业指导书

3. 药学部高警示药品管理作业指导书

附件1:

**A级高危药品目录**

编号	药品种类	药品名称
1	肾上腺素能受体激动药，静脉注射	盐酸肾上腺素注射液、重酒石酸去甲肾上腺素注射液、盐酸异丙肾上腺素注射液、盐酸去氧肾上腺素注射液、间羟胺注射液、重酒石酸间羟胺注射液、盐酸多巴胺注射液、盐酸麻黄碱注射液、盐酸多巴酚丁胺注射液
2	肾上腺素能受体拮抗药，静脉注射	注射用盐酸拉贝洛尔、盐酸艾司洛尔注射液、注射用甲磺酸酚妥拉明
3	高渗葡萄糖注射液(20%或以上)	50%葡萄糖注射液
4	胰岛素，皮下或静脉注射	胰岛素注射液、精蛋白生物合成人胰岛素注射液（预混30R）、精蛋白生物合成人胰岛素注射液（预混50R）、门冬胰岛素注射液、门冬胰岛素30注射液、地特胰岛素注射液、甘精胰岛素注射液、重组甘精胰岛素注射液、50/50混合重组人胰岛素注射液、30/70混合重组人胰岛素注射液
5	硫酸镁注射液	硫酸镁注射液
6	氯化钠注射液（高渗，浓度>0.9%）	浓氯化钠注射液
7	100ml 以上的灭菌注射用水	灭菌注射用水（500ml）
8	硝普钠注射液	注射用硝普钠
9	麻醉药，普通、吸入或静脉用	丙泊酚乳状注射液、异氟烷、吸入用七氟烷、盐酸利多卡因注射液、盐酸布比卡因注射液、甲磺酸罗哌卡因注射液、盐酸左布比卡因注射液、阿替卡因肾上腺素注射液
10	强心药，静脉注射	去乙酰毛花苷注射液
11	抗心律失常药，静脉注射	盐酸胺碘酮注射液、盐酸利多卡因注射液、胺碘酮、利多卡因
	浓氯化钾注射液	10%氯化钾注射液

### B级高危药品目录

编号	药品种类	药品名称
1	抗血栓药（包括抗凝药物、Xa因子拮抗剂、直接凝血酶抑制剂和糖蛋白IIb / IIIa抑制剂）	华法林钠片、肝素钠注射液、低分子肝素钙注射液、低分子量肝素钠注射液、依诺肝素钠注射液、注射用那屈肝素钙、注射用尿激酶、注射用白眉蛇毒血凝酶
2	硬膜外或鞘内注射药	盐酸吗啡注射液、枸橼酸舒芬太尼注射液、盐酸利多卡因注射液、甲磺酸罗哌卡因注射液、盐酸罗哌卡因注射液
3	造影剂，静脉注射	碘伏醇注射液、钆喷酸葡胺注射液
4	异丙嗪，静脉注射	盐酸异丙嗪注射液
5	注射用化疗药	注射用顺铂、注射用甲氨蝶呤、紫杉醇注射液、注射用盐酸吡柔比星、注射用亚叶酸钙
6	缩宫素，静脉注射	缩宫素注射液
7	中度镇静药，静脉注射	咪达唑仑注射液、注射用苯巴比妥、地西洋注射液
8	镇痛药/阿片类药物，静脉注射	盐酸吗啡注射液、盐酸哌替啶注射液、枸橼酸芬太尼注射液、枸橼酸舒芬太尼注射液、注射用盐酸瑞芬太尼、盐酸阿芬太尼注射液、盐酸曲马多注射液
9	茶碱类药物，静脉途径	氨茶碱注射液、注射用多索茶碱、多索茶碱葡萄糖注射液
10	M胆碱受体阻断剂	阿托品

### C级高危药品目录

编号	药品种类	药品名称
1	口服降糖药	盐酸二甲双胍片、盐酸二甲双胍肠溶片、格列齐特缓释片、格列美脲片、瑞格列奈片、阿卡波糖片、盐酸比格列酮分散片、罗格列酮钠片
2	神经肌肉阻断剂	注射用维库溴铵、罗库溴铵注射液、注射用苯磺顺阿曲库铵、
4	镇痛药/阿片类药物，口服	硫酸吗啡缓释片、盐酸曲马多缓释胶囊
5	口服化疗药	来曲唑片
6	脂质体的药物和传统的同类药物	注射用两性霉素B脂质体

附件2

**病区高警示药品管理作业指导书**

1. 组织开展科室内部学习培训，做到人人知晓。
2. 各病区对照高警示药品分级管理目录，结合本专业特点确定本病区备用高警示药品目录，品种不宜过多，适当适量备用，目录上报医务科、护理部、护理部、药学部审核备案。
3. 严格控制高浓度电解质的备用，并制定本病区防止发生差错或误用的有效预防措施。
4. 按药品说明书中贮存方式存放高警示药品，并按照统一要求张贴高警示药品分级管理标识。
5. 高警示药品的使用严格按照相关流程执行。
6. 医生、护士在给药时应对患者进行用药安全教育。
7. 按高警示药品管理实施计划，对病区高警示药品管理进行检查。

附件3

**药学部高警示药品管理作业指导书**

1. 组织开展科室内部学习培训，做到人人知晓。
2. 药库对购进使用的高警示药品进行管理维护。
3. 药库、调剂室按高警示药品分级管理目录要求分类、分区存放高警示药品，并按药品说明书上的贮存要求储存，同时张贴高警示药品分级管理标识。
4. 高警示药品的发放、调剂、配置严格按照相关流程执行。
5. 药师发药时应对患者进行用药交代等安全教育
6. 按高警示药品管理实施计划及科内药事质量安全检查标准，对库房、调剂室高警示药品的管理情况进行检查，检查情况将与各直接负责人绩效考核挂钩。

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>激素类药物使用管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-18</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>389-390</b>

## 激素类药物使用管理制度

### 1. 目的

为更好的加强激素类药物使用的管理，规范激素类药物的临床应用，避免和减少药物的不良反应，保障患者的用药安全，根据《三级妇幼保健院评审标准实施细则》及卫生部印发的《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》有关要求，结合本院实际，特制定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 肾上腺皮质激素分类

分为盐皮质激素、糖皮质激素、性激素。本管理制度主要针对糖皮质激素。

#### 2.2 糖皮质激素主要药理作用

具有抗炎、抗毒素、抗休克、免疫抑制，以及影响代谢、对血液和造血系统的作用、提高中枢神经系统兴奋性等多方面的作用。由于上述广泛的药理作用使得其临床应用极广，但正因为其极广的药理作用决定了其较多的副作用，为了保证临床安全用药，建议医生严格按照药品说明书规定的适应证及用法用量进行用药。

#### 2.3 糖皮质激素应用注意事项

2.3.1 严格掌握适应证，防止滥用，避免产生不良反应和并发症，以便使用此类药物在某些疾病的抢救和治疗中起到应有的作用。

2.3.2 大剂量或长期应用本类药物可引起多种多样的不良反应，应尽量避免长期或大剂量用药，特别要注意说明书中规定的禁忌症和注意事项，尤其是孕妇、哺乳期妇女、病毒性感染患者应禁用或慎用。

2.3.3 如需长期使用本类药物时，应给予促皮质激素药物，以防肾上腺皮质功能减退；同时给予钾盐，以防血钾过低，并限止钠盐摄入；出现其他症状亦须进行对症处理。

2.3.4 主张对长期用药者在病情得到控制后，改为一日1次或隔日1次的给药

**厚德 精诚 笃行 至善**

方法，用此方法不易发生不良反应，疗效亦不降低。

2.3.5 长期或大剂量用量患者停药时应逐渐减量，不宜骤停。

2.3.6 糖皮质激素与多种药物有相互作用，临床应用前须认真了解。

### 3. 相关文件

3.1 《三级妇幼保健院评审标准实施细则》

3.2 《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>终止妊娠药品购销和使用制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-19</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>391-394</b>

## 终止妊娠药品购销和使用制度

### 1. 目的

为了进一步加强终止妊娠药品的管理，保障妇女健康，根据《母婴保健法》、《人口与计划生育法》、《药品管理法》和国家卫健委《禁止非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别人工终止妊娠的规定》等有关法律法规，结合我院工作实际，特制定本规定。

### 2. 标准

2.1 我院终止妊娠药品包括：1. 米非司酮片；2. 复方米非司酮片；3. 米索前列醇片；4. 乳酸依沙吡啶注射剂；5. 缩宫素注射液；六、卡前列素氨丁三醇注射液。

2.2 终止妊娠药品的采购规定：药学部必须严格审核终止妊娠药品批发公司的资质，必须从具有经营妊娠药品资质的公司采购；根据医院业务需要制定采购计划，由药学部主任签字后方可进行采购；对终止妊娠药品的采购要建立真实完整的采购记录，记录应保存至超过药品有效期二年，但不得少于三年。

#### 2.3 终止妊娠药品使用管理：

2.3.1 终止妊娠药品的处方权限：具有相应执业资格的妇产科医生或计划生育技术人员；

2.3.2 对于药流病人，门诊妇产科医生开具终止妊娠药品后，首次必须看服；非药流病人不得开具此类药品，如开具此类药品造成后果者由处方医师负责。

2.3.3 终止妊娠药品用于治疗药流以外的某些疾病时（产后出血、子宫肌瘤、引产等），必须验证身份证并作好登记（姓名、性别、年龄、详细地址、用药原因、身份证号）。若出现终止妊娠药物外流现象，由处方医生负责。

2.3.4 药学部对终止妊娠药品实行专人专柜专帐保管，并建立完整的购进、保管和使用记录，每月核对一次终止妊娠药品出入库记录，并核对使用数量。对终止妊娠药品处方专册登记，内容包括：患者（代办人）姓名、性别、年龄、身



份证号、临床诊断、药品名称、规格、数量、处方医师、处方编号、处方日期、发药人。购进和使用记录至少保存三年。

2.3.5 终止妊娠药品必须单独开具处方，妥善保存，每月汇总装订一次，保存期限不得少于2年；

2.3.6 药学部严禁私自销售和/代售终止妊娠药品；非妇产科专业人员开具终止妊娠药品处方严禁发放；一经发现或举报属实，将按有关规定严肃处理。

2.3.7 如果违反规定非法销售和使用终止妊娠药品者，由卫生健康部门在各自职责范围内依据相关法律、法规进行查处。

2.3.8 终止妊娠药品仅限于本院使用，禁止转让和外借。

2.4 全院相关人员应认真学习，贯彻领会《禁止非医学需要鉴定胎儿性别和选择性别终止妊娠规定》的文件精神，管好、用好终止妊娠药品。

### 3. 相关文件

3.1 《母婴保健法》

3.2 《人口与计划生育法》

3.3 《药品管理法》

3.4 《禁止非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别人工终止妊娠的规定》

附件：1. 终止妊娠药品使用情况登记表

2. 终止妊娠药品购进验收记录

附件1:

终止妊娠药品使用情况登记表

日期	处方号	使用人基本情况					处方医师	药品名称	规格	使用数量	发药人
		患者姓名	年龄	性别	临床诊断	身份证号码					

附件2:

终止妊娠药品购进验收记录

序号	药品名称	规格	批号	单位	数量	生产日期	有效期	生产厂家	配送企业	入库时间	验收人员

负责人（签名）：

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	促排卵管理制度	制度编号	YXB-2020-20
	发布部门	药学部	编制人	张玉学
	生效日期	2016年4月	审核人	张玉学
	修改日期	2020年11月	批准人	杨 华
	版 本	第2版	页 码	395

## 促排卵药品管理制度

### 1. 目的

为加强促排为加强促卵药品的管理，构建和谐社会，根据《中华人民共和国药品管理法》和相关法律法规，特制定本制度。

### 2. 标准

2.1 本制度所称促排卵药品主要指下列：①氯米芬；②.绒促激素；③尿促激素。

2.2 促排卵药品由分管领导审核，由药品采购员统一购进，验收员验收合格后入库，任何科室或个人不得擅自采购促排卵药物。

2.3 促排卵药品的处方权限于本单位获得相应执业资格的妇产科医生或计划生育技术服务人员，对于越权开具的促排卵药品处方，药师应拒绝调配。

2.4 促排卵药品必须单独处方、妥善保管，每月汇总装订一次，保存期限不得少于2年。

2.5 促排卵药品实行专人专柜专帐保管，并建立完整的购进、保管和使用记录，每月核对一次促排卵药品出入库记录，并核对使用数量。对促排卵药品处方专册登记，内容包括：患者（代办人）姓名、性别、年龄、身份证号、临床诊断、药品名称、规格、数量、处方医师、处方编号、处方日期、发药人。购进和使用记录至少保存三年。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国药品管理法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	药品效期管理制度	制度编号	YXB-2020-21
	发布部门	药学部	编制人	张玉学
	生效日期	2016年4月	审核人	张玉学
	修改日期	2020年11月	批准人	杨 华
	版 本	第2版	页 码	396

## 药品效期管理制度

### 1. 目的

为合理控制药品的过程管理，防止药品的过期失效，确保药品的储存养护质量，根据《药品管理法》等法律、法规制定本制度。

### 2. 标准

2.1 药品应标明有效期，未标有效期或更改有效期的按劣药处理，入库质量验收时应判定为不合格药品，验收人员应拒绝收货。

2.2 .距有效期不到6个月的药品原则不得购进，不得验收入库。

2.3 .近效期药品在货位上应有近效期标志或标牌，离有效期有6个月的药品必须重点养护，近效期药品仓库保管员负责按月填报“近效期药品促销表”报药学部主任。

2.4 .药学部应将“近效期药品促销表”及时发放临床、门诊科室使用，以避免药品过期造成损失。

2.5 药品应按批号进行储存养护，根据药品的有效期相对集中存放，按效期远近依次堆码。

2.6 及时处理过期失效药品，严格杜绝过期失效药品发放患者。

2.7 对过期失效药品，查明原因，分清责任，处理到人。

### 3. 相关文件

3.1 《药品管理法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	处方管理制度	制度编号	YXB-2020-22
	发布部门	药学部	编制人	张玉学
	生效日期	2016年4月	审核人	张玉学
	修改日期	2020年11月	批准人	杨 华
	版 本	第2版	页 码	397-400

## 处方管理制度

### 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，依据《执业医师法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条例》、《处方管理办法》等有关规定，制定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 处方权限管理

2.1.1 取得执业医师资格，并注册在我院的执业医师可取得我院的处方权。

2.1.2 注册在我院的执业助理医师开具的处方，应当由我院执业医师签字后方有效。取得我院处方权的医师签名应当在医务科、药学部留样备案，方可开具处方。

2.1.3 医院应当对执业医师进行抗菌药物、麻醉药品和一类精神药品使用知识和规范化管理的培训，经考核合格后授予抗菌药物、麻醉药品和一类精神药品的处方权，但医师不得为自己开具该类药品处方。

2.1.4 除治疗需要外，医师不得开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和放射性药品处方。

2.1.5 试用期人员开具处方，应当经有处方权的执业医师审核并签名后方有效。

2.1.6 经执业注册的进修医师由医务科对其胜任本专业工作的实际情况进行相关知识考核、认定，并授予相应的处方权。

2.1.7 医师开具处方时，被点评出现超常(不按处方管理规定开具处方) 处方3次以上且无正当理由的，医务科给予提出警告，限制其处方权，限制处方权后，仍连续2次以上出现超常处方且无正当理由的，取消其处方权。经医务科及药学部培训，考核合格后，方能再给予处方权。

2.1.8 医师出现下列情形之一的，取消其处方权。1.被上级行政及主管部门

厚德 精诚 笃行 至善

责令暂停执业；2.业务考核不合格离岗培训期间；3.被卫生行政部门或司法机构注销、吊销执业证书；4.不按规定开具处方，造成严重后果的(医院专家组鉴定为严重差错或事故)；5.不按规定使用药品，造成严重后果的(医院专家组鉴定为严重差错或事故)；6.因工作需要调离我院或离院人员；7.因开具处方牟取私利，被投诉并查属实的。

## 2.2 处方管理的一般规定

2.2.1 处方标准由卫生行政部门统一规定，处方格式由省、自治区、直辖市卫生行政部门（以下简称省级卫生行政部门）统一制定，处方由医疗机构按照规定的标准和格式印制。

### 2.2.2 处方书写应当符合下列规则：

2.2.2.1 患者一般情况、临床诊断填写清晰、完整，并与病历记载相一致。

2.2.2.2 每张处方限于一名患者的用药。

2.2.2.3 字迹清楚，不得涂改；如需修改，应当在修改处签名并注明修改日期。

2.2.2.4 药品名称应当使用规范的中文名称书写，没有中文名称的可以使用规范的英文名称书写；医疗机构或者医师、药师不得自行编制药品缩写名称或者使用代号；书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范，药品用法可用规范的中文、英文、拉丁文或者缩写体书写，但不得使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句。

2.2.2.5 患者年龄应当填写实足年龄，新生儿、婴幼儿写日、月龄，必要时注明体重。

2.2.2.6 西药和中成药可以分别开具处方，也可以开具一张处方，中药饮片应当单独开具处方。

2.2.2.7 开具西药、中成药处方，每一种药品应当另起一行，每张处方不得超过5种药品。

2.2.2.8 中药饮片处方的书写，一般应当按照“君、臣、佐、使”的顺序排列；调剂、煎煮的特殊要求注明在药品右上方，并加括号，如布包、先煎、后下等；对饮片的产地、炮制有特殊要求的，应当在药品名称之前写明。

2.2.2.9 药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用，特殊

情况需要超剂量使用时，应当注明原因并再次签名。

2.2.2.10 除特殊情况外，应当注明临床诊断。

2.2.2.11 开具处方后的空白处划一斜线以示处方完毕。

2.2.2.12 处方医师的签名式样和专用签章应当与院内药学部留样备查的式样相一致，不得任意改动，否则应当重新登记留样备案。

2.2.3 药品剂量与数量用阿拉伯数字书写。剂量应当使用法定剂量单位：重量以克（g）、毫克（mg）、微克（ $\mu\text{g}$ ）、纳克（ng）为单位；容量以升（L）、毫升（ml）为单位；国际单位（IU）、单位(U)；中药饮片以克（g）为单位。

2.2.4 片剂、丸剂、胶囊剂、颗粒剂分别以片、丸、粒、袋为单位；溶液剂以支、瓶为单位；软膏及乳膏剂以支、盒为单位；注射剂以支、瓶为单位，应当注明含量；中药饮片以剂为单位。

### 2.3 处方的开具

2.3.1 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。

2.3.1.1 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。

2.3.2 医疗机构应当根据本机构性质、功能、任务，制定药品处方集。

2.3.3 医疗机构应当按照经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称购进药品。同一通用名称药品的品种，注射剂型和口服剂型各不得超过2种，处方组成类同的复方制剂1~2种。因特殊诊疗需要使用其他剂型和剂量规格药品的情况除外。

2.3.4 医师开具处方应当使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。

2.3.4.1 医师开具院内制剂处方时应当使用经省级卫生行政部门审核、药品监督管理部门批准的名称。

2.3.4.2 医师可以使用由卫生行政部门公布的药品习惯名称开具处方。

2.3.5 处方开具当日有效。特殊情况下需延长有效期的，由开具处方的医师注明有效期限，但有效期最长不得超过3天。

2.3.6 处方一般不得超过7日用量；急诊处方一般不得超过3日用量；对于某



些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

2.3.6.1 医疗用毒性药品、放射性药品的处方用量应当严格按照国家有关规定执行。

2.3.7 医师应当按照卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则，开具麻醉药品、第一类精神药品处方。

2.3.8 门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的，首诊医师应当亲自诊查患者，建立相应的病历，要求其签署《知情同意书》。其病历中应当留存下列材料复印件：

2.3.8.1 二级以上医院开具的诊断证明；

2.3.8.2 患者户籍簿、身份证或者其他相关有效身份证明文件；

2.3.8.3 为患者代办人员身份证明文件。

2.3.9 除需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外，麻醉药品注射剂仅限于医疗机构内使用。

2.3.10 为门（急）诊患者开具的麻醉药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过7日常用量；其他剂型，每张处方不得超过3日常用量。

2.3.10.1 第一类精神药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过7日常用量；其他剂型，每张处方不得超过3日常用量。哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过15日常用量。

2.3.10.2 第二类精神药品一般每张处方不得超过7日常用量；对于慢性病或某些特殊情况的患者，处方用量可以适当延长，医师应当注明理由。

### 3. 相关文件

3.1 《执业医师法》

3.2 《药品管理法》

3.3 《医疗机构管理条例》

3.4 《处方管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>药品召回管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-23</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>401-403</b>

## 药品召回管理制度

### 1. 目的

为加强医院药品安全管理,保障患者用药安全,减少或避免药害事件的发生,根据《药品召回管理办法》和《药品不良反应报告和监测管理办法》等有关法律法规,结合我院实际,特制定药品召回管理制度。

### 2. 标准

#### 2.1 基本概念

2.1.1 药品召回,是指按照规定的程序收回已上市销售的存在安全隐患的药品。

2.1.2 安全隐患,是指由于研发、生产等原因可能使药品具有的危及人体健康和生命安全的不合理危险。

#### 2.1.3 必须召回药品的类型:

2.1.3.1 药品监督管理部门公告的质量不合格药品,包括假药、劣药或因存在安全隐患而责令召回的药品。

2.1.3.2 生产商、供应商主动要求召回的药品。

2.1.3.3 调剂、发放错误的药品。

2.1.3.4 已证实或高度怀疑被污染的药品。

2.1.3.5 使用过程中发生影响较大并造成严重后果的药品群体不良事件的药品。

2.1.3.6 已过期失效的药品。

#### 2.2 药品召回与处理程序

2.2.1 药学部负责医院药品召回具体管理工作。完善药品不良反应报告和监测管理制度及相关制度,建立药品安全隐患调查评估体系。

2.2.2 根据不同的情况与召回分级,科学设计相应的药品召回计划并组织实施。

2.2.2.1 发现假、劣药品时,按规定及时报告有关部门并迅速召回,妥善保

**厚德 精诚 笃行 至善**

存所有原始记录，对假、劣药品，及时查明原因，追究相关责任。

2.2.2.2 发现调剂错误时，立即追回调剂错误的药品，依《医疗差错、事故登记报告制度》采取相应措施。对调剂错误，及时分析原因，提出整改措施。

2.2.3 医院在作出药品召回决定或收到药品召回通知后，立即停止采购、销售和使用所涉问题药品，各病区、各药房的药品退回药库，妥善保管于指定场所，做好下架封存、登记报告工作。

2.2.4 各调剂室负责人指定专人通过查找处方、病历等方式找到用药患者，通知其停止用药，办理退药手续，并登记召回药品相关信息妥善保存所有原始记录。

2.2.5 已召回的药品集中封存，退药处方需单独保存，每月将召回药品信息和处方集中上报医务科。

2.2.6 药库负责人经主管领导审批后与药品供应商联系退药事宜。

2.2.7 确定为不良反应的按不良反应报告程序及时上报。

2.2.8 必要时经药学部负责人审批后，依据《召回管理药品不良事件应急处置预案》要求，联系医务科开展假、劣药品或调剂错误药品导致人身损害的患者 的体检、健康咨询及救治等应对工作。

2.2.9 必要时经药学部负责人审批后，依据《医疗纠纷、差错管理制度》联系督查办协调解决医疗纠纷。

2.2.10 积极配合药品监督管理部门和药品生产企业开展有关药品安全隐患调查、药品召回、销毁等相关工作。做好向卫生行政部门和药品监督管理部门汇报沟通工作。

2.2.11 在召回完成后，应当对召回效果进行评价，评价结果存档备查。仔细分析假、劣药品和调剂错误等药品召回事件的发生原因，加强环节管理，及时修订相关制度，保障用药安全。

### 2.3 责任与处罚

2.3.1 医院发现使用的药品存在安全隐患的，如未立即停止销售或者使用该药品，通知药品生产企业或者供货商，并向药品监督管理部门报告，则依据《药品召回管理办法》第三十六条规定“予以责令停止销售和使用，并处1000元以上5万元以下罚款，造成严重后果的，由原发证部门吊销《药品经营许可证》或者其他许可证”。

2.3.2 医院拒绝配合药品生产企业或者药品监督管理部门开展有关药品安全隐患调查、拒绝协助药品生产企业召回药品的，依《药品召回管理办法》第三十七条规定“予以警告，责令改正，可以并处2万元以下罚款”。

### 3. 相关文件

3.1 《药品召回管理办法》

3.2 《药品不良反应报告和监测管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	合理用药管理制度	<b>制度编号</b>	YXB-2020-24
	<b>发布部门</b>	药学部	<b>编制人</b>	张玉学
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	张玉学
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨 华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	404-406

## 合理用药管理制度

### 1. 目的

为了加强医院药事管理，促进临床合理用药，保障临床用药的安全性、有效性、经济性，减少药物的不良反应及细菌耐药性的产生。依据《处方管理办法》、《医疗质量管理办法》、《医疗机构处方审核规范》、《抗菌药物临床应用管理办法》、《关于加强药事管理转变药学服务模式的通知》、《进一步改善医疗服务行动计划》等相关法律、法规、规章和规范性文件制定本制度。

### 2. 标准

2.1 合理用药是指医务人员在临床药物治疗过程中，针对具体病人选用适宜药物，采用适当的剂量和疗程，在适当的时间，通过适当的给药途径用于人体，达到有效预防、诊断和治疗疾病的目的，同时保护人体不受与用药有关的损害。医师和药师在药物临床应用时须遵循安全、有效、经济的指导原则。

2.2 药事管理与药物治疗学委员会是临床合理用药管理机构，负责全院合理用药管理工作。下设临床合理用药监督小组，成员包括：药剂、医务、院感、护理、检验、临床专家，主要工作包括：结合实际制定医院临床合理用药监督管理，根据医院合理用药情况提出合理用药目标和干预方案，并组织实施；定期开展合理用药评价，对各科室药物使用情况进行分析、通报，对存在的问题及时提出整改措施，对违规行为进行处罚；定期组织全院医务人员进行合理用药知识宣教培训，努力提高医院合理用药水平。各临床科室主任为科室合理用药第一负责人，具体负责本科室合理用药督导管理，及时纠正本科室临床用药中存在的问题。

2.3 临床医师在给病人治疗用药时，遵照药品说明书的适应症、用法用量正确使用药品，掌握药品禁忌症、不良反应、药物的相互作用等情况，并详细询问病人的用药史，避免因用药差错引起医疗纠纷。

2.4 医师应根据规定使用。

2.5 超说明书用药管理：医师处方使用药品超出该药品说明书使用范围，必

厚德 精诚 笃行 至善

须报医院药事管理与药物治疗学委员会审批备案，必须在病历上作出分析记录，执行用药方案时要密切观察疗效，注意不良反应，根据必要的指标和检验数据及时修订和完善原定的用药方案。医师不得随意扩大药品说明书规定的适应症。

2.6 临床用药过程中应根据药物作用特点和患者情况个体化设定给药方案，经济、合理的选择药物，防止药物的过度使用和不合理使用。

2.7 各科室应密切注意患者用药后的反应，认真监测药物不良反应，一旦发生不良反应，要尽快采取正确有效的救治措施并按规定及时上报。

2.8 医院建立临床用药动态监测和超常预警管理机制，积极开展药品动态监测、处方点评等合理用药的行政干预和技术干预工作，临床合理用药检查与医疗质量评估的结果与绩效考核挂钩。医院应严格新药审批制度，药学部应开展好合理用药咨询工作，积极宣传合理用药知识，加强合理用药信息收集、交流，为临床提供合理用药参考。

2.9 使用中药(含中药饮中成药)时，要根据中医辨证施治的原则，注意配伍禁忌，合理选药。

2.10 临床药师根据医院安排及科室实际情况，定期或不定期参与交班查房、药历书写、病历讨论、会诊、患者用药教育。

2.11 对门诊和住院患者提供个性化合理用药指导。开展药师门诊，临床药师为慢性病患者开展签约服务，进行合理用药指导。

2.12 药学部负责处方点评、病历点评常态化，对不合理用药及时反馈和持续改进。

2.13 每年对全院医务人员进行合理用药相关知识培训2-3次，同时临床药师深入临床开展合理用药小讲座。

2.14 加强对公众合理用药的宣传和科普。

2.15 逐步加强医院合理用药信息化平台建设，运用信息化技术促进医院安全、合理用药。

### 3.相关文件

3.1 《处方管理办法》

3.2 《医疗质量管理办法》

3.3 《医疗机构处方审核规范》

**厚德 精诚 笃行 至善**

- 3.4 《抗菌药物临床应用管理办法》
- 3.5 《关于加强药事管理转变药学服务模式的通知》
- 3.6 《进一步改善医疗服务行动计划》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	<b>处方点评制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-25</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>407-411</b>

## 处方点评制度

为切实加强处方管理，建立和完善我院处方评价制度，提高处方质量，规范医疗行为，促进合理用药，确保医疗安全，根据国家卫健委《2015版抗菌药物临床应用指导原则》、原卫生部《处方管理办法》及《医院处方点评管理规范（试行）》规定，特修订本制度及实施细则。

### 1.目的

建立医院处方评价制度，提高处方质量，促进合理用药。

### 2.范围

门急诊处方、病历用药医嘱。

### 3.责任者

医务科、药学部。

### 4.制度

4.1 处方评价的形式：对不规范处方、用药不适宜处方及超常处方、用药医嘱进行点评。

4.1.1 具体检查方法，随机抽查上月处方（包括麻醉精神药品处方）和病历。

4.1.2 每月15日前，由处方点评领导小组组织点评，评价结果发放各临床科室，并纳入相关科室及其工作人员绩效考核和年度考核指标。连续两月处方点评同一个医师或药师出现相同缺陷的处方，视为未整改，则第二个月按单张处方处罚金额×2加倍处罚，下一个月×3，依次类推。如果临床对评价结果存在异议，由合理用药监督小组专家进行复议。

4.2 处方用药合理性的评价依据：药品说明书及各种文献资料，如遇到文献资料与药品说明书不符，以药品说明书为准。

4.3 处方评价的标准：参照《处方管理办法》和《医院处方点评管理规范（试行）》制定。不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。开具处方凡存在下列问题之一者，为不合理处方。

**厚德 精诚 笃行 至善**



4.3.1 不规范处方：

4.3.1.1 处方的前记、正文、后记内容缺项，书写不规范或者字迹难以辨认的；

4.3.1.2 医师未签名，或签名、签章不规范、字迹难以辨认、或只写医师编号；

4.3.1.3 处方医师的签名、签章式样与在医务科、药学部门留样备查的式样不相一致的；或任意改动而未重新登记留样备案；

4.3.1.4 新生儿、婴幼儿处方未写明日、月龄的；体质弱、体重轻的未写明体重；

4.3.1.5 西药、中成药与中药饮片未分别开具处方的；

4.3.1.6 未使用药品规范名称开具处方的；医疗机构制剂的名称与批准的名称不一致；

4.3.1.7 药品的剂量、剂型、规格、数量、单位等书写不规范、不清楚、字迹潦草无法辨认；

4.3.1.8 用法、用量不具体或书写潦草无法辨认，使用“遵医嘱”、“自用”、“外用”、“体检”等含糊不清字句的；

4.3.1.8.1 处方修改未签名并注明修改日期；

4.3.1.8.2 药品超剂量使用未注明原因和再次签名的；

4.3.1.9 开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全、或“待查”、“咨询”、“体检”、“开药”等不明确术语（暂不能下诊断时应写上初步印象）；

4.3.1.10 单张门急诊处方超过五种药品的；

4.3.1.11 无特殊情况下，门诊处方超过7日用量，急诊处方超过3日用量，慢性病、老年病或特殊情况下需要适当延长处方用量未注明理由及患者联系电话。（包括打患者电话核实处方理由不真实的）；

4.3.1.11.1 开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理药品处方未执行国家及医院有关规定的；

4.3.1.11.2 麻醉药品、精神药品用量超过《麻醉的药品、精神药品处方管理规定》要求；

4.3.1.11.3 不具备麻醉药品、第一类精神药品处方权的医师开具麻醉的药品

及第一类精神药品；

4.3.1.11.4 处方用纸颜色不符合要求；

4.3.1.11.5 麻醉药品和第一类精神药品处方除要求的栏目外，缺少必须的  
患者身份证件编号和代办人姓名、性别、年龄、身份证件编号；

4.3.1.12 医师未按照抗菌药物临床应用管理规定开具抗菌药物的；

4.3.1.12.1 对于越级使用抗生素处方上无上级医师签名（紧急情况下开具1  
天的常用量除外）；越级使用抗肿瘤药物、激素类药物等处方无上级医师签名；

4.3.1.12.2 无理由门诊抗菌药物单张处方超过3天用量；

4.3.1.12.3 治疗性使用抗菌药物无用药指征或选用药物类别、溶媒种类、剂  
量、疗程不合理；

4.3.1.12.4 明显违反个体化给药原则，如在婴幼儿、老年人、妊娠期、哺乳  
期、肝肾功能减退患者中的抗菌药物选用、剂量、疗程不合理；

4.3.1.12.5 对氟喹诺酮类的应用：经验性应用于肠道感染、社区获得性泌尿  
系统感染、社区获得性呼吸道感染以外的其他感染性疾病；

4.3.1.12.6 对“特殊使用”的抗菌药物一般不在门诊使用，如特殊情况需开  
具的，未经副主任医师以上人员开具处方、院长未在处方上签名的、未注明原因  
的均按越级使用抗生素处理；

4.3.1.12.7 抗菌药物联合应用无指征、联合用品种、疗程不合理；

4.3.1.12.8 抗菌药物局部应用无指征，或选用品种、记录、疗程不合理；

4.3.1.12.9 明显违反总则的其他情况；

4.3.1.13 中药饮片处方药物未按照“君、臣、佐、使”的顺序排列，或未按  
要求标注药物调剂、煎煮等特殊要求的。未注明在处方所列药品之右上方，及加  
括号，如布包、先煎、后下等；对中药饮片的产地、炮制有特殊要求的，未在药  
名之前写明；中药注射剂未单独开具的；中药处方书写不符合国家中药处方书写  
格式及规范的；

4.3.1.14 开具处方后的空白处未划斜线，以示处方完毕；

4.3.1.15 每张处方未限于一名患者的用药；

4.3.1.16 正文未分列药品名称、规格、数量、用法、用量等栏目，书写不规  
范；

4.3.1.17 使用错字、别字、简化字、药名错误、不规范的缩写及代号；

4.3.1.18 开具处方时使用了规定外的红笔、铅笔和易褪色的笔；

4.3.1.19 开具处方时，正文规定的各项目中有缺项，或与病历记载不相一致；

4.3.1.20 对规定必须做皮试的药品，处方医师未注明过敏试验及结果的判定；

4.3.2 用药不适宜处方

4.3.2.1 适应证不适宜的；未按照中医诊断（包括病名和证型）结果，辨证或辨证辨病结合选用适宜的中成药的；

4.3.2.2 遴选的药品不适宜的；

4.3.2.3 药品剂型、溶媒的选择、给药途径不适宜的；

4.3.2.4 无正当理由不首选国家基本药物的；

4.3.2.5 用法、用量不适宜的；

4.3.2.6 联合用药不适宜的；

4.3.2.7 重复给药的；

4.3.2.8 有配伍禁忌或者不良相互作用的；

4.3.2.9 其它用药不适宜情况的；

4.2.3 超常处方：对出现超常处方3次以上且无正当理由的医师提出警告、通报批评，限制其处方权；限制处方权后，仍连续2次以上出现超常处方且无正当理由的，取消其处方权。

4.2.3.1 无适应证用药；

4.2.3.2 无正当理由开具高价药的；

4.2.3.3 无正当理由超说明书用药的；

4.2.3.4 无正当理由为同一患者同时开具2种（包括2种）以上药理作用相同药物的；

4.2.3.5 功能相同或基本相同的中成药叠加使用的：两种及以上功能相同的中药注射剂同时静脉滴注、两种及以上功能相同的中成药同时口服给药、三种及以上中药制剂同时给药；

4.2.3.6 为同一患者同一天开具多张相同药理作用或功能主治的药物处方或多张相同药物处方；

4.2.3.7 药性峻烈的或含毒性成分的药物重复使用使用的；

**厚德 精诚 笃行 至善**

#### 4.2.4 药师未按规定调剂处方

4.2.4.1 处方后记的审核、调配、核对、发药栏目无审核调配药师及核对发药药师签名，或者单人值班调剂未执行双签名规定、药师签名潦草、不规范；

4.2.4.2 药师擅自修改处方；

4.2.4.3 药师未经审核发出无医师签名处方或他人模仿签名的处方；

4.2.4.4 药师未经审核发出不规范处方、用药不适宜处方、超常处方。

#### 5. 相关文件

5.1 《2015 版抗菌药物临床应用指导原则》

5.2 《处方管理办法》

5.3 《医院处方点评管理规范（试行）》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>药品不良反应/事件检测报告制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-26</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>412-421</b>

## 药品不良反应/事件监测报告制度

### 1. 目的

为了加强药品的安全监管，严格药品不良反应/事件监测工作的管理，确保人体用药安全有效，依据《中华人民共和国药品管理法》及《药品不良反应/事件监测与报告管理办法》，结合本院实际，特制定本制度。

### 2. 标准

2.1 组织管理。成立药品不良反应/事件管理监督小组，由业务院长任组长，药学部主任为副组长，指定专职（兼职）收集员，各科室主任为成员，科室明确专职联络员。下设办公室在药学部，具体事务由张玉学组织办理。

2.2 各临床科室主任为药品不良反应/事件监测工作的管理人员，负责本科室使用的药品的不良反应/事件情况监测、收集、报告和管理工作的。医务科、药学部负责全院药品不良反应/事件的监测、收集、报告管理工作。

2.3 报告范围：药品不良反应/事件报告的范围为药品引起的所有可疑不良反应/事件。

#### 2.4 定义：

2.4.1 药品不良反应/事件，是指合格药品在正常用法用量下出现的与用药目的无关的有害反应。

2.4.2 药品不良反应/事件报告和监测，是指药品不良反应/事件的发现、报告、评价和控制的过程。

2.4.3 严重药品不良反应/事件，是指因使用药品引起以下损害情形之一的反应：

2.4.3.1 导致死亡；

2.4.3.2 危及生命；

2.4.3.3 致癌、致畸、致出生缺陷；

2.4.3.4 导致显著的或者永久的人体伤残或者器官功能的损伤；

2.4.3.5 导致住院或者住院时间延长；

2.4.3.6 导致其他重要医学事件，如不进行治疗可能出现上述所列情况的。

2.4.4 新的药品不良反应/事件，是指药品说明书中未载明的不良反应/事件。说明书中已有描述，但不良反应/事件发生的性质、程度、后果或者频率与说明书描述不一致或者更严重的，按照新的药品不良反应/事件处理。

2.4.5 药品群体不良事件，是指同一药品在使用过程中，在相对集中的时间、区域内，对一定数量人群的身体健康或者生命安全造成损害或者威胁，需要予以紧急处理的事件。

2.4.6 药品重点监测，是指为进一步了解药品的临床使用和不良反应/事件发生情况，研究不良反应/事件的发生特征、严重程度、发生率等，开展的药品安全性监测活动。

## 2.5 报告及处理程序

2.5.1 本院对所使用的药品的不良反应/事件情况进行监测，各岗位（医生、护士、药师）要积极配合做好药品不良反应/事件监测工作，一经发现可疑药品不良反应/事件，应当立即向科主任汇报，填写《药品不良反应/事件/事件报告表》（见附表），并报告至医院药品不良反应/事件监测办公室（药学部），然后逐级上报。此外，对于新的、严重的不良反应/事件应积极救治患者，做好医疗记录，保存好相关药品、物品的留样，分析查找问题，将损害降至最低。

2.5.2 本院发现可疑药品不良反应/事件群体病例，应当积极救治患者，迅速开展临床调查，分析事件发生的原因，必要时可采取暂停药品的使用等紧急措施，立即向当地药品监督管理部门报告，同时填写《药品群体不良事件基本信息表》。

2.5.3 发现药品说明书中未载明的可疑严重不良反应/事件病例应

当在15日内报告，其中死亡病例须立即报告。其他药品不良反应/事件应当在30日内报告。有随访信息的，应当及时报告。

2.5.4 发现非本院所使用的药品引起的可疑药品不良反应/事件，发现者可直接向当地药品监督管理部门报告。

2.5.5 经核实确认某批号药品发现不良反应/事件或药品监督管理部门已确

认有药品不良反应/事件的药品，单位药品质量负责人应立即通知仓库管理员，停止该批号药品发出，就地封存，并及时追回已发出的药品等紧急控制措施。

2.6 未经当地药品监督管理部门允许的药品不良反应/事件监测资料，任何单位和个人不得向国内外机构、组织、学术团体或个人提供。

2.7 成立药品不良反应/事件专家库，定期对新发现的、严重的药品不良反应/事件应进行重点讨论分析，进一步了解药品的临床使用和不良反应/事件发生情况，研究不良反应/事件的发生特征、严重程度、发生率等，为指导临床合理用药提供合理建议。专家组管理制度及成员名单见附件7。

2.8 宣传及培训。每年对不合理用药及药品不良反应/事件进行宣传，强调临床医师护士药师提高合理用药意识。每年开展药品不良反应/事件培训2次。

2.9 奖惩制度。

2.9.1 未建立档案扣联络员100元，漏登1例扣联络员30元。

2.9.2 迟报1例扣管床医师50元，漏报1例扣管床医师100元。

2.9.3 有药品不良反应但病历中未记录的扣管床医师50元，造假1例扣管床医师50元，报告表填写不完整扣管床医师50元，不规范扣管床医师30元。

2.9.4 每差1例扣100元，用于奖励此项工作全面完成最好的科室和联络员。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国药品管理法》

3.2 《药品不良反应/事件监测与报告管理办法》

附件：1.药品不良反应/事件管理监督小组成员名单

2.药物不良反应/事件报告及处理程序

3.药品不良反应/事件报告表

4.药品不良反应/事件群体上报、集中上报处理流程

5.药品群体不良事件基本信息表

6.药品不良反应/事件专家库管理制度及成员名单

附件1

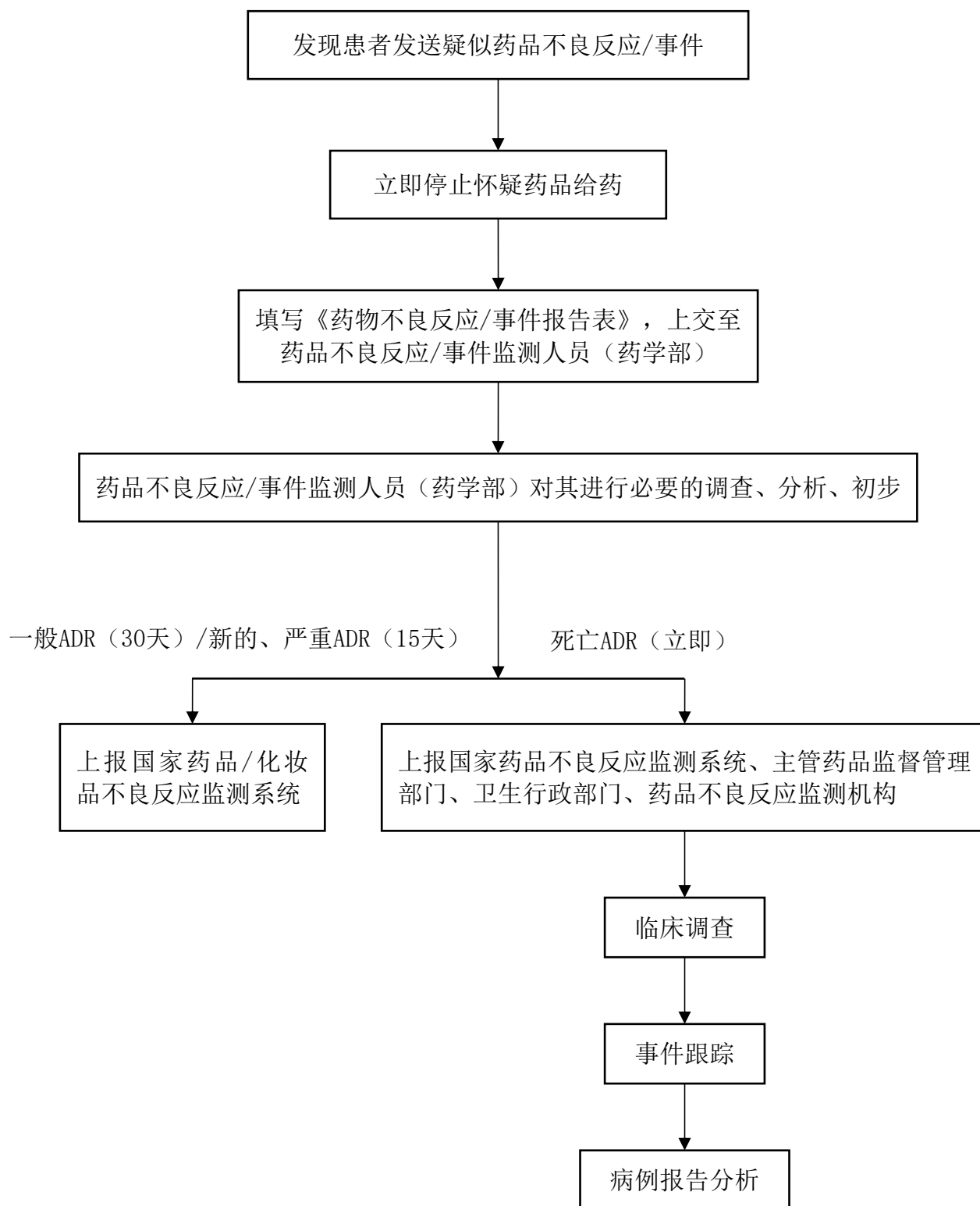
药品不良反应/事件管理监督小组成员名单

- 组 长：杨 华 （分管业务院长）  
副组长：张玉学 （药学部主任）  
成 员：肖丽亚 （医务科长）  
许朝茂 （护理部负责人）  
邱 月 （设备科负责人）  
张 锐 （信息管理科负责人）  
简 珊 （产科负责人）  
黄 华 （妇科主任）  
麻 刚 （新生儿科主任）  
王 卫 （儿科主任）  
匡绍根 （老年病科主任）  
赵 溱 （计划生育科负责人）  
余柳玲 （产科护士长）  
张 红 （妇科护士长）  
代丽萍 （新生儿科护士长）  
刘 艳 （儿科护士长）  
鲁 清 （老年病科护士长）



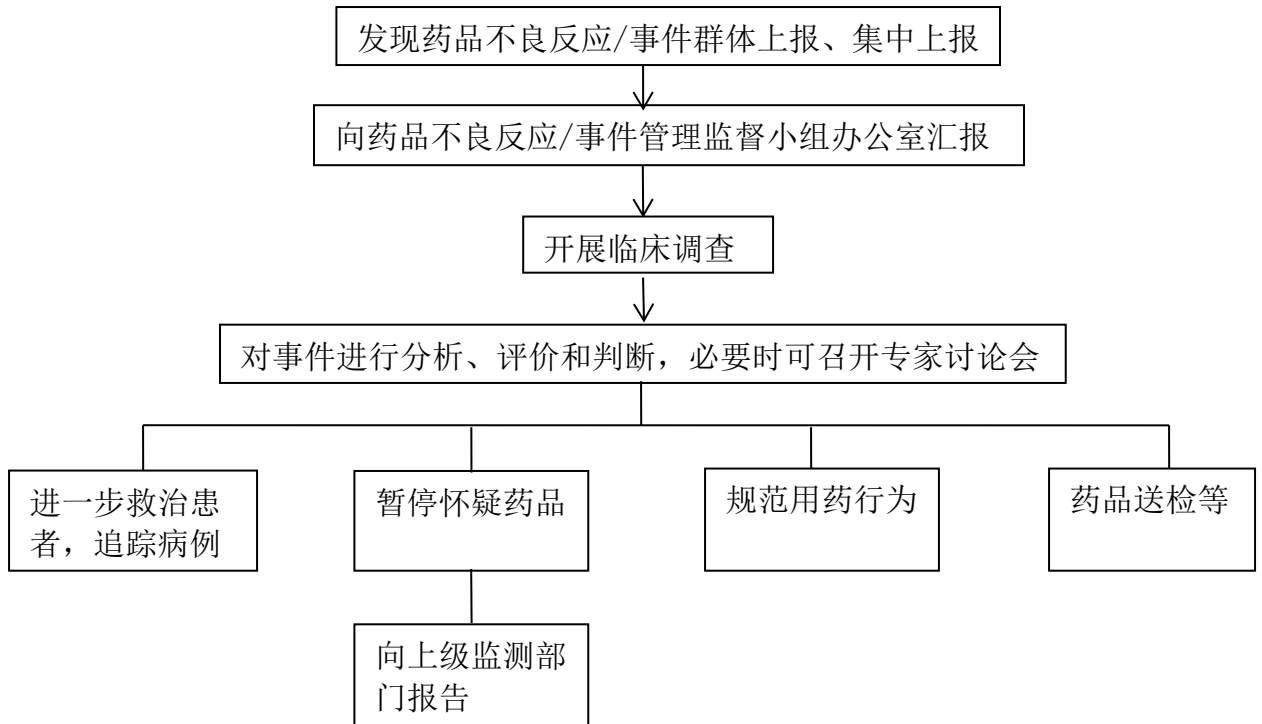
附件2

药品不良反应/事件个例上报与处置程序流程图



附件3

药品不良反应/事件群体上报、集中上报处理流程



附件4

药品不良反应/事件报告表

首次报告       跟踪报告       编码：  
 报告类型：新的    严重    一般       报告单位类别：医疗机构    经营企业   
 生产企业    个人    其他

患者姓名：	性别：男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	出生日期： 年 月 日 或年龄：	民族：	体重 (kg)：	联系方式：			
原患疾病：	医院名称： 病历号/门诊号：		既往药品不良反应/事件/事件：有 <input type="checkbox"/> _____ 无 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 家族药品不良反应/事件/事件：有 <input type="checkbox"/> _____ 无 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/>					
相关重要信息： 吸烟史 <input type="checkbox"/> 饮酒史 <input type="checkbox"/> 妊娠期 <input type="checkbox"/> 肝病史 <input type="checkbox"/> 肾病史 <input type="checkbox"/> 过敏史 <input type="checkbox"/> _____   其他 <input type="checkbox"/>								
药品	批准文号	商品名称	通用名称 (含剂型)	生产厂家	生产批号	用法用量 (次剂量、途径、日次数)	用药起止时间	用药原因
怀疑药品								
并用药品								
不良反应/事件/事件名称：				不良反应/事件/事件发生时间： 年 月 日				
不良反应/事件/事件过程描述（包括症状、体征、临床检验等）及处理情况（可附页）：								
不良反应/事件/事件的结果：痊愈 <input type="checkbox"/> 好转 <input type="checkbox"/> 未好转 <input type="checkbox"/> 不详 <input type="checkbox"/> 有后遗症 <input type="checkbox"/> 表现： 死亡 <input type="checkbox"/> 直接死因： _____    死亡时间： 年 月 日								
停药或减量后，反应/事件是否消失或减轻？            是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未停药或未减量 <input type="checkbox"/> 再次使用可疑药品后是否再次出现同样反应/事件？    是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未再使用 <input type="checkbox"/>								
对原患疾病的影响： 不明显 <input type="checkbox"/> 病程延长 <input type="checkbox"/> 病情加重 <input type="checkbox"/> 导致后遗症 <input type="checkbox"/> 导致死亡 <input type="checkbox"/>								
关联性评价	报告人评价： 肯定 <input type="checkbox"/> 很可能 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 可能无关 <input type="checkbox"/> 待评价 <input type="checkbox"/> 无法评价 <input type="checkbox"/> 签名： 报告单位评价： 肯定 <input type="checkbox"/> 很可能 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 可能无关 <input type="checkbox"/> 待评价 <input type="checkbox"/> 无法评价 <input type="checkbox"/> 签名：							
报告人信息	联系电话：			职业： 医生 <input type="checkbox"/> 药师 <input type="checkbox"/> 护士 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>				
	电子邮箱：				签名：			
报告单位信息	单位名称：	联系人：	电话：	报告日期： 年 月 日				
生产企业请填写信息来源	医疗机构 <input type="checkbox"/> 经营企业 <input type="checkbox"/> 个人 <input type="checkbox"/> 文献报道 <input type="checkbox"/> 上市后研究 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>							
备 注								

附件5

药品群体不良事件基本信息表

发生地区：		使用单位：		用药人数：		
发生不良事件人数：		严重不良事件人数：		死亡人数：		
首例用药日期：           年       月       日		首例发生日期：           年       月       日				
怀疑药品	商品名	通用名	生产企业	药品规格	生产批号	批准文号
器械	产品名称		生产企业	生产批号	注册号	
	本栏所指器械是与怀疑药品同时使用且可能与群体不良事件相关的注射器、输液器等医疗器械。					
不良事件表现：						
群体不良事件过程描述及处理情况（可附页）：						
报告单位意见						
报告人信息	电话：		电子邮箱：		签名：	
报告单位信息	报告单位：		联系人：		电话：	

报告日期：       年       月       日

附件6

**药品不良反应/事件专家库管理制度**

1.为了加强我院药品监督管理工作，提高合理用药水平，健全医院监督管理工作机制，我院特建立药品不良反应/事件专家库。

2.药品不良反应/事件专家库是我院从各临床科室专家主任护士药师中抽调组建的专家群体。

3.药品不良反应/事件专家库对发生的药品不良反应/事件进行调查，分析，对临床合理用药提供建议。

4.专家库成员应符合以下条件：

4.1 具有高度责任心，能够坚持客观、公正、实事求是的科学态度；认真，诚实、廉洁地履行职责。

4.2 熟悉医疗卫生有关法律、法规和相关政策，掌握卫生管理或现代医院管理理论，熟悉医院行政管理，担任我院中层以上管理职位或本专业有较深造诣；熟悉不良反应报告制度和相关法律法规；原则具有副高以上专业技术职称。

4.3 身体健康，能够承担专家库工作。

5.专家库的管理。我院分管领导对药品不良反应/事件专家库成员负责领导管理。

根据工作需要从专家库中随机选出专业对口专家，参与具体不良反应事件的调查，分析工作。

6.专家的职责：

6.1 认真执行国家及我院的药品不良反应/事件的报告制度及相关法律法规，坚持客观公正务实认真求是的工作态度。

6.2 参加药品不良反应/事件调查、分析的专家，提出意见并汇总报告，并对报告负责。

7.专家库成员名单：

张玉学（药学部主任）

肖丽亚（医务科科长）

许朝茂（护理部负责人）

邱月（设备科负责人）

张锐（信息管理科负责人）

徐霞飞（产科主任）

**厚德精诚 笃行至善**

黄 华（妇科主任）	雷成梅（儿保科负责人）
麻 刚（新生儿科主任）	王 卫（儿科主任）
匡绍根（老年病科主任）	赵 溱（计划生育科负责人）
倪 珍（妇保科负责人）	黄 瑶（孕保科负责人）
余柳玲（产科护士长）	张 红（妇科护士长）
代丽萍（新生儿科护士长）	刘 艳（儿科护士长）
鲁 清（老年病科护士长）	刘云莲（儿保科护士长）

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	国家基本药物管理制度	制度编号	YXB-2020-27
	发布部门	药学部	编制人	张玉学
	生效日期	2016年4月	审核人	张玉学
	修改日期	2020年11月	批准人	杨 华
	版 本	第2版	页 码	422-423

## 国家基本药物管理制度

### 1. 目的

为进一步深化医药卫生体制改革，加快推进实施基本药物制度，促进临床合理用药，有效控制药品费用增长，减轻患者就医负担，依据《国家基本药物临床应用指南》《国家药物政策与基本药物制度》和《国家基本药物处方集》等有关内容和要求，特制定我院基本药物管理制度：

### 2. 标准

2.1 认真落实国家有关基本药物配备使用的规定，坚持全面配备、优先和合理使用基本药物。基本药物是适应基本医疗卫生需求，剂型适宜，价格合理，能够保障供应，公众可公平获得的药品。同时要按照基本药物临床应用指南和基本药物处方集要求，加强对医务人员的培训和指导，促进基本药物的优先合理使用。

2.2 合理实施临时用药政策，加强临时用药管理。为保证突发事件、急诊抢救、专科治疗的配药需要，本院可以使用目录外药品。

2.3 加强临床用药管理，督促和监督其使用基本药物，减轻患者药品费用负担。

2.4 按规定配备和使用基本药物，配备基本药物目录内的药品。

2.5 加强基本药物购进与价格管理，按照国家政策制定的价格进行定价。

2.6 及时公布基本药物购进和供应信息，在医院电脑信息系统中及时准确调整信息。

2.7 积极宣传国家基本药物政策，以及基本药物在“医保、农合”方面的报销比例，加大基本药物使用的宣传与教育力度’加强基本药物知识的培训，提高医师使用基本药物的自觉性。

2.8 认真贯彻执行药品管理法律、法规和相关政策规定，坚持临床合理用药制度，加强基本药物应用管理，严格处方评价管理制度，对未按照规定使用基本药物的科室与医生，参照不合理用药的相关规定进行处理。

厚德精诚 笃行至善

2.9 执业医师有下列行为之一的，给予通报批评，两年内不得晋升职称或职务。

2.9.1 故意不使用基本药物；

2.9.2 不按照《处方管理办法》规定和《国家基本药物处方集》和《国家基本药物临床应用指南》相关要求开具处方的；

2.9.3 不能正确引导患者接受基本药物治疗，故意制造医患矛盾和纠纷的。

2.10 药师有下列行为之一的，视情节轻重，给予通报批评，取消两年内晋升职称、职务资格；情节严重的，给予开除公职或者予以解聘。

2.10.1 不按规定执行基本药物价格的；

2.10.2 不按规定如实统计药品使用情况的；

2.10.3 不按规定认真查验申购药品的入库、出库，发现假劣药品或质量可疑。

### 3. 相关文件

3.1 《国家基本药物临床应用指南》

3.2 《国家药物政策与基本药物制度》

3.3 《国家基本药物处方集》



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>药品超说明书用药管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-28</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>424-427</b>

## 药品超说明书用药管理制度

### 1. 目的

为进一步加强我院药事管理，保障病人用药安全，降低医疗风险，根据《中华人民共和国药品管理法》、《医疗机构药事管理规定》、《处方管理办法》、《药品说明书和标签管理规定》等法律法规，结合我院实际情况，特制定本管理规定。

### 2. 标准

#### 2.1 超说明书用药的定义

超说明书用药是指临床实际使用药品的适应证、给药方法或者剂量不在具有法律效力的说明书之内的用法，包括给药剂量、适应人群、适应证、用药方法或给药途径等与药品说明书中的用法不同的情况，又称超范围用药。

#### 2.2 临床超说明书用药的原则

2.2.1 为保障病人安全，临床用药原则上不得超出药品说明书规定的范围，即不得超说明书用药。

2.2.2 在临床工作中，特殊情况需超说明书用药时具备以下条件：

2.2.2.1 在影响病人生活质量或危及生命的情况下，无合理的可替代药品和疗法。但必须充分考虑药品不良反应、禁忌证、注意事项，权衡病人获得的利益大于可能出现的风险，保证该用法是最佳方案。

2.2.2.2 用药目的必须仅仅是为了病人的利益，而不是试验研究。

2.2.2.3 超说明书用药应当有必要的科学依据、会诊意见、充分的临床实践和相关文献、研究报道。

#### 2.3 超说明书用药的审批流程

超说明书用药时需由医师提出用药申请，并提供权威的文献依据（如治疗指南、专家共识、循证医学证据等），由临床科室主任签字，报院药事管理与药物治疗学委员会及伦理委员会审核同意后，报医务科备案。

## 2.4 超说明书用药的使用与调剂

2.4.1 医师在超说明书使用药品时，应充分告知病人用药方案、治疗步骤、预后情况及可能出现的风险，方可使用。

2.4.2 药师在审核处方或医嘱时，应以药品说明书为依据，严格按药品说明书规范调剂药品，规避用药风险，确保调剂行为的安全及患者的用药安全。药师经审核后，认为存在用药不适宜时，应当告之处方医师，请其确认或者重新开具处方，药师发现严重不合理用药或者用药错误，可以拒绝调剂。

2.4.3 药师调剂超说明书用药时，需认真核对超说明书用药审核同意批件，确认无误后方可调剂。

## 2.5 监督管理

2.5.1 药事管理与药物治疗学委员会负责我院临床药物治疗管理与指导，并会同伦理委员会负责超说明书用药审批。

2.5.2 医务科负责临床超说明书用药的监管。

2.5.3 药学部负责超说明书用药的追踪分析评价，提供专业技术的支持。

2.5.4 对未经许可擅自超说明书用药的医师，将予以通报批评，视情节轻重予以扣罚奖金；对擅自超说明书用药造成不良后果者，将视同责任事故处理，并与医师考核、晋升挂钩，医院可视情节及后果轻重取消其处方权。

2.5.5 药师未按照规定调剂处方药品，造成不良后果的，医院将责令改正、通报批评，给予警告；并给予纪律处分。

## 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国药品管理法》

3.2 《医疗机构药事管理规定》

3.3 《处方管理办法》

3.4 《药品说明书和标签管理规定》

附件：超说明书用药备案申请表

附件

### 超说明书用药备案申请表

申请日期： 年 月 日

药品名称：

说明书中规定的内容(适应症、剂量、用法、用量)：

申请超说明书的内容:(勾选类别并详细说明)

适应症超说明书    给药剂量超说明书    适应人群超说明书    给药途径超说明书

详细内容：

超说明书使用的原因及证据支持：

超说明书使用循证医学证据(Micromedex的Thomson分级)

有效性等级		推荐等级		证据等级	
<input type="checkbox"/> I	治疗有效	<input type="checkbox"/> I	推荐	<input type="checkbox"/> A	随机对照试验的荟萃分析；多个、设计良好、大规模的随机临床试验。
<input type="checkbox"/> II a	证据支持有效	<input type="checkbox"/> II a	大多数情况下推荐	<input type="checkbox"/> B	结论冲突的随机对照试验的荟萃分析；小规模或研究方法有显著缺陷的随机对照试验；非随机研究。
<input type="checkbox"/> II b	有效性具有争议	<input type="checkbox"/> II b	在某些情况下推荐使用	<input type="checkbox"/> C	专家意见或共识；个案报道或系列案例。
<input type="checkbox"/> III	治疗无效	<input type="checkbox"/> III	在某些情况上不推荐使用	<input type="checkbox"/> D	没有证据。

申请科室：科主任签名：

临床药师论证意见：

年 月 日

药事管理与治疗学委员会意见：

年 月 日

医学伦理会意见：

年 月 日

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>辅助用药临床应用管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-29</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>428-430</b>

## 辅助用药临床应用管理制度

### 1. 目的

为加强辅助用药的管理，促进临床医师合理用药，防止临床辅助药的过度使用，降低药占比，因病施治，减轻群众医药费用负担，逐步实现药占比（不含中药饮片）总体降到30%以下，根据国家卫健委发布《关于做好辅助用药临床应用管理有关工作的通知》，并结合临床各专家建议和我院实际，经院长办公会研究决定，特制订我院辅助用药管理规定。

### 2. 标准

#### 2.1 辅助用药合理使用的基本原则

2.1.1 辅助用药在给患者提供营养支持及治疗辅助的同时，会产生一些不良反应，有的药物甚至会发生严重的不良反应，同时药物会对机体功能产生不必要的干扰和影响。医师应严格按照药品说明书中的适应症、药理作用、用法用量，结合患者病情和化验指标制订合理的用药方案，密切观察用药疗效及不良反应，并根据其变化情况及时修订和完善原订的用药方案。

2.1.2 医师不得随意扩大药品说明书规定的适应症。

2.1.3 医师在用药中应考虑药物成本与疗效比，可用可不用的药物坚决不用，可用低档药的就不用高档药，降低药品费用，用最少的药物达到预期的目的。

2.2 医院将定期组织专家加大对辅助用药处方点评，对不合理用药情况将按照《处方管理办法》进行相应处罚。同时，药学部定期开展用药分析，每2月对医院辅助药品消耗及用药结构进行统计分析，在分析中发现连续两个月用量增长超过30%辅助用品种，经分管院长审批后将限量采购或停用。

2.3 对限量采购的辅助用品种，发现医师不合理用药，予以扣发绩效的处理，情节严重者，予以院内公示、院内公开检讨、取消评优选先资格的处理。

2.4 我院明确辅助用品种见附件1，辅助药品目录将根据实际情况进行不定期调整。

### 3. 相关文件

#### 3.1 《关于做好辅助用药临床应用管理有关工作的通知》

附件：铜仁市妇幼保健院辅助药品监控目录

附件

铜仁市妇幼保健院辅助药品监控目录

编号	药品名称	规格
1	复方氨基酸注射液（18AA）	12.5g:250ml/瓶
2	丹参川芎嗪注射液	5ml/支
3	谷红注射液	5ml/支
4	维生素B6注射液	100mg/支
5	维生素C注射液	0.5g/支
6	注射用辅酶A	100ug/支
7	脂肪乳注射液(C14-24)	50g: 250ml/瓶
8	脂溶性维生素注射液（II）	制剂1支/盒
9	注射用奥美拉唑钠	40mg/支
10	注射用左卡尼丁	1g/支
11	注射用磷酸肌酸钠	1g/支
12	肾康注射液	20ml/支
13	疏血通注射液	2ml/支
14	舒血宁注射液	2ml/支
15	静注人免疫球蛋白	2.5g: 50ml/瓶
16	注射用血塞通	400mg/支
17	匹多莫德口服液	10ml*6支/盒
18	阿法林润康片	90粒/盒
19	小儿复方氨基酸注射液（18AA-1）	6.74g:250ml/瓶
20	注射用奥美拉唑钠	20mg/支

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	<b>药品使用动态监测与超常预警制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-30</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>431-432</b>

## 药品使用动态监测与超常预警制度

### 1. 目的

为了进一步加强我院药品临床应用监测，促进临床合理用药，提高医疗质量；同时控制药品费用异常增长，切实减轻患者经济负担，防止药品过度使用，根据《处方管理办法》等有关法律、法规要求，结合本院实际，特制定我院药品使用动态监测与超常预警制度。

### 2. 标准

2.1 药学部每季度对医院药品的使用情况进行统计（用药金额和用药数量前十的药品），随时掌握用药动态，将统计结果下发各临床科室。

2.2 对使用金额与使用数量前十名的药品及其它不合理用药情况，由临床合理用药监督领导小组每季度进行调查和评价，对排名前列的药物结合处方、病历等相关资料进行合理性分析评价。药事管理与药物治疗学委员会对药品使用情况、评价结果、处理结果通过每季度的“药讯”通报全院。

2.3 统计和评价分析，原则上每季度组织一次，特殊情况可随时对个别病例用药情况进行评价，医师合理用药情况应作为晋级、年度考核的重要内容。对发现的严重问题及时反馈至有关科室主任。

2.4 不合理用药的评价结果与医师和科室的绩效考核挂钩，并对相关医师进行警示谈话，同时要求相关医师和科室提交书面整改报告。对用药明显不合理或不合理比例较高的医务人员，予以暂停1月处方权或限制处方权的处理，并在专业技术职务评聘方面予以缓评、低聘。有关医师对评价结果有异议时，可申请复议。进行复议时须抽取该医师近三个月的全部病历进行检查。

2.5 临床合理用药小组对前十名的药品中连续三个月出现超常增长的药品供应商予以警示。对有违规行为一经发现，并经核实后立即停用该药品，库存药品一律退货，并按《药品购销廉政协议书》规定执行。对违规行为由院医务部门或上级有关部门立案查处。

厚德 精诚 笃行 至善



2.6 院医务部门在日常工作中，发现有药品使用违规行为的，涉及相关药品的临床科室和医务人员予以警示，并与绩效考核挂钩；问题严重者由医务部门上级有关部门立案查处。

### 3. 相关文件

#### 3.1 《处方管理办法》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	中药处方点评制度	制度编号	YXB-2020-31
	发布部门	药学部	编制人	张玉学
	生效日期	2016年4月	审核人	张玉学
	修改日期	2020年11月	批准人	杨 华
	版 本	第2版	页 码	433-438

## 中药处方点评制度

### 1. 目的

为了加强处方管理，促进合理用药，根据卫生部《处方管理办法》、《中药处方格式及书写规范》和《医院处方点评管理规范（试行）》等有关规定，特制定本制度。

#### 1.处方的评价细则

##### 1.1 处方书写

1.1.1 中药处方包括中药饮片处方、中成药（含医疗机构中药制剂，下同）处方，饮片与中成药应当分别单独开具处方。

1.1.2 按照中医诊断（包括病名和证型）结果，辨证或辨证辨病结合选用适宜的中成药；

1.1.3 中成药名称应当使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称，院内中药制剂名称应当使用经省级药品监督管理部门批准的名称；

1.1.4 用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用，特殊情况需要超剂量使用时，应当注明原因并再次签名；

1.1.5 片剂、丸剂、胶囊剂、颗粒剂分别以片、丸、粒、袋为单位，软膏及乳膏剂以支、盒为单位，溶液制剂、注射剂以支、瓶为单位，应当注明剂量；

1.1.6 每张处方不得超过5种药品，每一种药品应当分行顶格书写，药性峻烈的或含毒性成分的药物应当避免重复使用，功能相同或基本相同的中成药不宜叠加使用；

1.1.7 中药注射剂应单独开具处方。

1.1.8 中草药处方应当体现“君、臣、佐、使”的特点要求；

1.1.9 名称应当按我院中药饮片处方用名与调剂给付的规定书写；

1.1.10 .剂量使用法定剂量单位，用阿拉伯数字书写，原则上应当以克(g)为单位，“g”（单位名称）紧随数值后；

**厚德 精诚 笃行 至善**

1.1.11 调剂、煎煮的特殊要求注明在药品右上方，并加括号，如打碎、先煎、后下等；

1.1.12 对饮片的产地、炮制有特殊要求的，应当在药品名称之前写明；

1.1.13 根据整张处方中药味多少选择每行排列的药味数，并原则上要求横排及上下排列整齐；

1.1.14 中药饮片用法用量应当符合《中华人民共和国药典》规定，无配伍禁忌，有配伍禁忌和超剂量使用时，应当在药品上方再次签名；

1.1.15 中药饮片剂数应当以“剂”为单位；

1.1.16 处方用法用量紧随剂数之后，包括每日剂量、采用剂型(水煎煮、酒泡、打粉、制丸、装胶囊等)、每剂分几次服用、用药方法（内服、外用等）、服用要求(温服、凉服、顿服、慢服、饭前服、饭后服、空腹服等)等内容，例如：“每日1剂，水煎400ml，分早晚两次空腹温服”；

1.1.17 按毒麻药品管理的中药饮片的使用应当严格遵守有关法律、法规和规章的规定。

## 1.2 药品用法用量

处方一般不得超过7日用量；急诊处方一般不得超过3日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

## 1.3 特殊药品的使用评价

依据《处方管理办法》、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《毒性药品管理办法》《贵重药品管理办法》对麻醉药品、毒性药品和贵重药品的使用情况进行评价。

## 1.4 处方合理用药评价

根据处方中患者基本信息、中医诊断和证型，初步评价处方中药使用的合理性。

1.5 对医师处方进行动态监测，每日发现不合格处方及时进行登记。

1.6 处方点评小组每月抽取20张处方进行评价，将点评结果上报医务科。

## 2. 罚则

2.1 医务科对连续出现3次不合格处方的医师进行约谈，如无正当理由，发出书面警告通知书；若警告后仍连续2次以上出现不合格处方，再次约谈，如无

正当理由，取消其处方权。

2.2 临床科室对合理用药评价结果存在异议，由药事管理委员会组织专家进行复议，复议结果进行公示。

### 3. 相关文件

3.1 《处方管理办法》

3.2 《中药处方格式及书写规范》

3.3 《医院处方点评管理规范（试行）》

附件：

1. 中药处方点评内容

2. 铜仁市妇幼保健院中药饮片处方点评工作表

附件1:

### 中药处方点评内容

- 1.处方的前记、正文、后记内容缺项，书写不规范或者字迹难以辨认的
- 2.医师签名、签章不规范或者与签名、签章的留样不一致的
- 3.药师未对处方进行适宜性审核的（处方后记的审核、调配、核对、发药栏目无审核调配药师及核对发药药师签名或者单人值班调剂未执行双签名规定）
- 4.新生儿、婴幼儿处方未写明日、月龄的
- 5.中药饮片与西药、中成药未分别开具处方的
- 6.未使用药品规范名称开具处方的
- 7.药品的剂量、规格、数量、单位等书写不规范或不清楚的
- 8.用法、用量使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句的；
- 9.处方修改未签名并注明修改日期，有配伍禁忌或药品超剂量使用未注明原因和再次签名的；
- 10.缺中医诊断，包括病名和证型（病名不明确的可不写病名）的
- 11.中药饮片处方的书写，未体现“君、臣、佐、使”的特点要求的
- 12.调剂、煎煮的特殊要求（布包、先煎、后下等）未注明在药品右上方的
- 13.对饮片的产地、炮制有特殊要求的，未在药品名称之前写明的
- 14.无特殊情况下，门诊处方超过7日用量，急诊处方超过3日用量，慢性病、老年病等特殊情况下需要适当延长处方用量但未注明理由的；
- 15.开具毒麻饮片未执行国家有关规定的
- 16.未体现辨证论治和配伍原则的
- 17.用药与辩证不符的
- 18.处方用法用量不准确：未包含每日剂量、采用剂型（水煎煮、酒泡、打粉、制丸、装胶囊等）、每剂分几次服用、  
用药方法（内服、外用等）、服用要求（温服、凉服、顿服、慢服、饭前服、饭后服、空腹服等）等内容的。正确举例：“每日1剂，水煎400ml，分早晚两次空腹温服”；
- 19.有配伍禁忌的

- 20.重复用药的
- 21.妊娠禁忌的
- 22.与其他药物联用不适宜或者不良相互作用
- 23.无正当理由开具高价药的
- 24.贵重饮片使用无指征，用法，用量不适宜或与诊断不符合



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>血液制剂使用规范管理制度</b>	<b>制度编号</b>	YXB-2020-32
	<b>发布部门</b>	药学部	<b>编制人</b>	张玉学
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	张玉学
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨 华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	439-442

## 血液制剂使用规范管理制度

### 1. 目的

血液制剂是指从人类血液提取的任何治疗物质，包括全血、血液成分和血浆源医药产品。目前，血液是一种稀缺资源，血液制剂资源有限，虽然进行严格检测，但是仍具有传播疾病的风险，不当输注血液制剂就可能出现严重不良反应，针对目前血液制剂临床应用过程中存在的不合理现象及根据《血液制品管理条例》等有关要求，结合实际，特制定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 血液制剂使用

##### 2.1.1 严格掌握适应证和应用指征

血液制剂限用于有生命危险或需要改善生活质量而其它手段、方法不可替代的患者。应尽可能避免或减少输注血液制剂，如治疗或预防血液成分的减少或丢失，应尽量选用血液制剂替代物。

##### 2.1.2 血液制剂的选择

根据患者的需求，合理选择血液制剂的种类。选择血液制剂时，要保障来源合法性。安全的血液制剂来自无偿献血者和国家法定的采、供血机构。商业来源的血液制剂传播疾病的风险最高。

##### 2.1.3 避免输注血液制剂的不良反应

在输注血液制剂时，要密切观察患者输注情况，避免可能发生的任何不良反应，并做好不良反应处理应急预案。

#### 2.2 血液制剂的管理

2.2.1 药事管理与药物治疗学委员会应当加强血液制剂临床应用的管理，并促进、指导、监督血液制剂临床合理使用。

2.2.2 将血液制剂合理使用纳入医疗质量和综合目标管理考核体系。

2.2.3 临床输血管理委员会和药事管理与药物治疗专业委员会要履行职责，

**厚德精诚 笃行至善**



开展合理应用血液制剂的培训与教育，定期进行监督检查，对不合理使用血液制剂的情况提出纠正与改进意见。

#### 2.2.4 全血及血液成分的临床应用管理要求。

医疗机构应当设立由医院领导、业务主管部门及相关科室负责人组成的临床输血管理委员会，做好以下管理工作：

##### 2.2.4.1 来源管理

医疗机构临床治疗所使用的全血及血液成分应由县级以上人民政府卫生行政部门指定的血站供给（医疗机构开展的患者自体储血、自体输血除外）。输注前经过输血相容性检测，确定与受血者相容。医疗机构因应急用血需要临时采集血液时，必须遵守《医疗机构临床用血管理办法（试行）》相关规定。

2.2.4.2 程序管理，包括全血及血液成分库存管理（包括用血计划、入库、复核、保存等）、患者用血需求评估、输血治疗告知程序、输血前实验室检查、输血申请（包括血液成分选择，填写申请，血样采集，输血科接收并审核等）、输血相容性检测、全血及血液成分的发放、临床输注管理（包括核对、输注、监测等）、输血不良反应的监测、评估及处理、输血治疗效果评估等临床用血各阶段的操作程序。

##### 2.2.4.3 人员管理

输血相关医技人员应掌握成熟的临床输血技术和血液保护技术，包括成分输血和自体输血以及其它血液替代品或相关药物等。临床输血相关的医护人员要详细核对患者与血液制剂的相关信息，确保输血安全。

##### 2.2.4.4 临床用血分级管理

2.2.4.4.1 根据本医疗机构特点，制定不同级别临床医师的申请用量权限。

2.2.4.4.2 主治医师以上职称（含）的临床医师负责签发输血申请单。

2.2.4.4.3 一次临床用血、备血量超过2000毫升时，需经输血科（血库）医师会诊，由用血科室主任和输血科（血库）会诊医师签名后报医务处（科）批准。

2.2.4.4.4 紧急情况下临床医师可以高于上条所列权限使用全血及血液成分，并严格记录救治过程，然后报医务处（科）批准。

#### 2.2.5 血浆源医药产品的管理要求。

##### 2.2.5.1 来源管理

2.2.5.1.1 为保证我院使用的血浆源医药产品的质量，凡在我院使用的血浆源医药产品，其评审标准代码：生产企业必须通过GMP认证，经营企业必须通过GSP认证。

2.2.5.1.2 购进血浆源医药产品，必须严格按照国家食品药品监督管理局批准内容进行，从具有经营资格的医药公司购进。

2.2.5.1.3 从医药公司购进的血浆源医药产品其运输设备、记录必须符合血液制剂储存运输的相关规定。

2.2.5.1.4 医院药品质量管理部门应对供货企业的合法资格和质量保证能力进行审核，并索取加盖供货单位原印章的合法证照复印件、血液制剂检验报告书，《药品注册证》及血液批签发文件复印件，进口血液制剂除按照《进口药品管理制度》索取相关证照外，还应提供加盖供货方原印章的进口药品注册证及审批签发的报告。

2.2.5.1.5 严格执行生物制剂的入库验收制度。入库时应对血浆源医药产品的名称、规格、生产批号、生产单位、批准文号、配送公司及入库数量进行登记、核对，并对药品的外观质量进行检查，符合规定后方可入库。

2.2.5.1.6 入库血浆源医药产品按照说明书要求贮存。对热不稳定的血浆源医药产品，运输和贮存都应有专门的设施，贮存温度为2-8℃，严防冻结。应严格遵循先进先出，近效期先出的原则，防止过期失效。

## 2.2.5.2 应用管理

2.2.5.2.1 本规范所称血液制剂是指人血浆源医药产品，包括人血白蛋白、肌注人免疫球蛋白、静注人免疫球蛋白、乙型肝炎人免疫球蛋白、破伤风人免疫球蛋白、纤维蛋白原、凝血酶原复合物、凝血因子VIII等。

2.2.5.2.2 医务人员要严格掌握血液制剂特别是人血白蛋白等使用的适应症和禁忌症；注意血液制剂中的防腐剂、稳定剂等辅料的不良反应或潜在风险。

2.2.5.2.3 临床使用人血白蛋白、人免疫球蛋白、纤维蛋白原、凝血酶原复合物、凝血因子VIII治疗时需由具有主治医师及上专业技术职务任职资格的医师决定。长期应用（疗程大于3天）时需由具有副主任医师及以上专业技术职务任职资格的医师决定。紧急情况下，临床医师可以越级使用，但仅限于1日内用量。

2.2.5.2.4 加强血浆源医药产品的不良反应监测，对使用血浆源医药产品进行

有效地血液警戒和药物警戒。遵循不良反应“可疑即报”的原则。并注意血浆源医药产品中的防腐剂、稳定剂等辅料的不良反应或潜在风险，如血浆蛋白制品中含有硫柳汞，稳定剂对血浆源医药产品质量产生影响等。如发现和确认为严重的药品不良反应/事件或突发性的群体性药品不良反应/事件，应就地封存药品，及时上报，并通报药品生产企业和经营企业，配合相关部门接受调查处理。

2.2.5.2.5 医院处方点评小组每年对全院血液制剂使用情况进行专项点评，对不合理使用血液制剂提出纠正与改进意见。

### 3. 相关文件

#### 3.1 《血液制品管理条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>药品安全性检测管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-33</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>443-444</b>

## 药品安全性监测管理制度

### 1. 目的

为进一步加强药品质量管理，保障患者用药安全，根据《药品管理法》、《医疗机构药事管理规定》等相关法律、法规，特制定本制度。

### 2. 标准

2.1 规范进货渠道，保证药品质量。建立供货单位档案和产品档案，严格审核供货单位、购进药品及销售人员的资质，对供货单位和购进药品的合法性和药品质量进行审核，确保从具有合法资格的企业采购合法药品。

2.2 购进药品的检查验收应按照“药品验收入库管理制度与程序”执行，必须进行药品内外包装及标识的检查，票、账、物相符，认真核对批号、有效期，建有完整的购进验收记录，并按要求保存。生物制品、进口药品应有相关检验报告书，验收合格的药品方可办理入库。

2.3 严格按储存条件储存药品，储存专用配套设施设备完善，温度、湿度、通风、照明符合要求，具有防尘、防潮、防污染以及防虫、防鼠、防火设施。

2.4 各药房对于发出退回药品的验收，应逐批进行质量检查，验收到剂量最小包装，验收合格方可收回。

2.5 麻醉药品、一类精神药品按照规定专库专柜存放，双人双锁保管，专帐记录，帐物相符。

2.6 建立高警示药品和易混淆药品管理制度，并有清晰的标志。

2.7 病区药品应严格按照《病区备用药品管理制度》执行，定期进行药品效期、药品数量、药品质量等相关检查，保证患者用药安全。

2.8 药房调剂人员应严格按照“四查十对”原则审核、调配、核对及发放药品。

2.9 加强药品调剂各环节安全隐患监测，减少发生差错的概率，对于出现药品差错事故应及时追回、处理，认真分析、评估、总结。

**厚德精诚 笃行至善**

2.10 加强药品不良反应监测，严格按照《药品不良反应监测与药害事件监测报告制度》进行不良反应报告的填写和上报。设置药品不良反应监测信息员，负责药品不良反应报告工作，药学部、各临床医技科室设置专人负责全院药品不良反应信息的收集、整理、分析、评价。发现可能与用药有关的严重不良反应事件、药品群体不良事件，按规定及时处理并报告。

2.11 药师积极下临床，了解医务人员、患者对药品的评价、意见及建议，加强药品缺陷监测。及时提供药品信息，监测临床用药，促进临床合理使用药品，降低用药风险。

### 3. 相关文件

3.1 《药品管理法》

3.2 《医疗机构药事管理规定》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>药品质量监督制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-34</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>445-446</b>

## 药品质量监督制度

### 1. 目的

药品质量的优劣，直接影响医疗质量的高低以及病人的生命健康，根据《中华人民共和国药品管理法》及《中华人民共和国药品管理法实施条例》等相关法律法规，院内药事管理与药物治疗学委员会根据有关的法律法规制定出切实可行的药品质量监控管理制度和措施，并督促认真落实。

### 2. 标准

#### 2.1 药品质量监督的内容

2.1.1 药库、药房药品的质量情况，检查药品储存条件、药库和药房的分类保管及验收入库制度的执行情况，检查有无变质、霉变、破损、近期、失效药品。

2.1.2 检查病区小药柜药品质量情况。

2.1.3 处方制度的执行情况。

2.1.4 各类特殊管理药品的使用、管理情况。

2.1.5 检查院内药品流通各环节的药品管理、交接和使用情况。

2.1.6 其他药品质量情况。

#### 2.2 药品质量监督小组任务

2.2.1 以有关药品监督管理法规、规章为依据，开展药品质量监督检查，其工作要对药事管理与药物治疗学委员会负责。

2.2.2 建立各个环节的登记制度：发现新的质量问题必须进行详细登记。

2.2.3 建立药品质量跟踪分析报告制度：对检查中发现的药品质量问题应及时分析原因，提出解决问题的意见，并上报药事管理与药物治疗学委员会。再次检查时，着重查落实情况，对不符合要求的提出进一步改进意见。

#### 2.3 药品质量监督领导小组工作制度和职责

2.3.1 在医院药事管理与药物治疗学委员会的领导下，全面负责医院药品质量的管理工作。

2.3.2 承担对药学部质量管理小组的指导工作等各项药政法规的执行情况。

2.3.3 医院内各种特殊药品的使用、管理情况。

2.3.4 医院临床科室备用药品的使用、管理情况。

2.3.5 医院《处方管理办法实施细则》的执行情况。

2.3.6 检查、监督药品验收、保管、发放、使用、退回等各环节的管理情况。

2.3.7 日常工作由药学部、护理部负责组织实施。

#### 2.4 医院药品质量监控工作制度

2.4.1 药学部应设置药品质量监控体系，负责日常药品及制剂的质量检测工作。

2.4.2 应定期抽验购入药品的质量。检查药品库和各调剂科（室）药品质量管理情况，有无过期、变质药品和制剂，并做好检查记录。

2.4.3 定期对临床科室的备用基数药品、急救药品的保管和质量情况进行检查，发现质量问题应及时与有关科室沟通，并做好相关登记和记录。

2.4.4 药学部、护理部应定期进行药品质量监控检查，对期间发生的药品或制剂质量问题，及重大质量技术问题进行讨论，提出改进意见和措施，做好落实，并有详实的记录。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国药品管理法》

3.2 《中华人民共和国药品管理法实施条例》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>淘汰、滞销药品管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-35</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>447-448</b>

## 淘汰、滞销药品管理制度

### 1. 目的

为进一步规范淘汰、滞销药品的管理，坚持“公开、公正”的药事工作原则，根据《药品管理法》、《医疗机构药事管理规定》等相关法律、法规，结合本院实际，特修订本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 淘汰、滞销药品的范围

- 2.1.1 国家食品药品监督管理局撤销批准文号的药品。
- 2.1.2 出现严重药品不良反应的药品。
- 2.1.3 在临床使用中严重违反医疗行风管理规定所涉及的药品。
- 2.1.4 讨论通过半年不用的新药。
- 2.1.5 用药量极少，并且可以被替代的药品。

#### 2.2 淘汰药品的管理

2.2.1 定期分析本院药物使用情况，根据品种滞留药库，药房的积压时间和相关销售数据，提出淘汰药品品种意见。

2.2.2 临床科室将拟淘汰药品的报告及相关资料提供给药学部。

2.2.3 药学部将淘汰品种相关的资料、数据和文件整理后，提交药事管理委员会进行讨论，并确定淘汰品种。

#### 2.3 滞销药品的管理

2.3.1 临床半年不用、且医院现有目录中有可替代的品规，予以淘汰。

2.3.2 临床半年不用的多科用药、辅助用药，予以淘汰。

2.3.3 临床半年不用的专科用药，药学部向相关科室征求意见，根据科室的意见，给予淘汰或再留用观察一个月处理，药学部通知相关科室一个月后仍不用的品规，予以淘汰。

2.3.4 临床半年不用的品规，且临床必需，又属于国家基本药物目录的品规，

**厚德精诚 笃行至善**



将予以保留

2.3.5 临床半年用量极少的药品，药学部汇总、上报药事管理与药物治疗学委员会讨论确定其处理方式。

2.3.6 滞销药品半年处理一次。

2.3.7 医院淘汰的滞销药品，药库予以清退。

2.3.8 临床必需、医院保留的滞销药品，药库下次采购时应采取少量多次的采购原则。

2.3.9 淘汰的滞销药品原则上一年内不再引进，如临床需要再次使用，由使用科室提出申请，按“药物遴选制度”引进。

2.3.10 属于临时用药的滞销药品实行申请临床科室主任负责制，因药品滞销过期造成的损失由该科室承担责任。

### 3. 相关文件

3.1 《药品管理法》

3.2 《医疗机构药事管理规定》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	药品报损制度	制度编号	YXB-2020-36
	发布部门	药学部	编制人	张玉学
	生效日期	2016年4月	审核人	张玉学
	修改日期	2020年11月	批准人	杨 华
	版 本	第2版	页 码	449-450

## 药品报损制度

### 1. 目的

为有效控制药品报损率在合理范围，使报损药品及时规范地销毁，防止报损药品流失，根据《中华人民共和国药品管理法》，《医疗机构药事管理规定》等法律法规，特制定本制度：

### 2. 标准

2.1 各药品管理部门按“先进先出、储新用旧的原则使用药品”，保障药品效期。

2.2 西药、中成药报损率控制在1%以内，中药材控制在5%以内。

2.3 药库、药房、病区严格药品验收。药库原则上不接受近效期6个月内药品。已入库或已发放到使用部门的药品发现质量问题，按《药品召回制度》退回药库。

2.4 因不可预计原因导致药品滞销的，药学部门及时把药品退回供货商，以减少医院损失。

2.5 药品使用中，因各药房药品使用不平衡，效期在3~6个月内的，各药房应相互调剂，以期尽快用完。

2.6 出现下列情况可以申请报损：

2.6.1 抢救车、小药柜的基数药品因接近失效期，或因印字模糊不清无法使用的，由所在部门向药学部填写报损单，经药学部主任和主管院长批准后，报药学部报损，药品重新领取，同时药房登记报损药品，统一做销毁处理。重新领取药品的品种、数量必须和报损药品相一致。

2.6.2 各药房药品接近失效期，平时用量较小但又必备的，如解毒药；由于意外事故，如水管爆裂，地震等导致药品损坏的；储存中发生难以避免的破损、变质的药品。

2.6.3 按药品法律法规规定必须报损的药品。

## 2.7 报损程序：

2.7.1 由各部门药品管理人员填写药品报损单，报科室（病房）负责人核实、确认并签字；

2.7.2 科室（病房）负责人和药学人员按申请单内容逐个核实药品，确认后签字，并分别上报药学部主任；

2.7.3 主任确认、签字后，上报分管院长；

2.7.4 分管院长认为属实并确认属于可报损范围的，签字批准报损；

2.7.5 报损单送至财务核准消掉财帐，转至各相应部门消掉物帐，报损单与物账明细一起留存备案，报损药品由药学部定期集中报损处理，销毁处理应符合医院药物性废物销毁规定和流程。记录除登记人签字外，还需一名审核人签名。特殊管理药品销毁应上报药品监督管理部门处理。

2.7.6 报损药品的全部申报材料，和药品销毁全程记录均应存档备查。

## 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国药品管理法》

3.2 《医疗机构药事管理规定》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>用药错误监测与防范管理制度</b>	<b>制度编号</b>	YXB-2020-37
	<b>发布部门</b>	药学部	<b>编制人</b>	张玉学
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	张玉学
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨 华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	451-455

## 用药错误监测与防范管理制度

用药错误的监测与防范是医疗安全（不良）事件管理的内容之一，是医疗质量体系监管的重要组成部分，为更好地落实《三级妇幼保健机构医院评审标准实施细则》和《医疗机构药事管理规定》、《中国用药错误管理专家共识》等相关文件，制定本制度。

### 1.目的

提高医务人员对用药错误重要性的认识，履行医务人员用药错误报告和防范的义务，保证患者的用药安全。

### 2.报告原则

用药错误监测与防范工作，是保障患者用药安全，保障医疗质量的一项重要工作。我院实行非惩罚性上报原则，鼓励医务人员积极、主动参与，及时分享。严重用药错误（E级以上用药错误）经本院有关专家确认上报卫生行政部门。

### 3.用药错误的定义与分级

#### 3.1 用药错误的定义

根据《医疗机构药事管理规定》，用药错误是指合格药品在临床使用全过程中出现的、任何可以防范的用药不当。用药错误可发生于处方开具与传递、药品调剂与分发、给药与监测以及管理、教育、信息等多个环节中。

#### 3.2 用药错误的分级

用药错误根据差错引起后果的严重程度分为9级。

A级：客观环境或条件可能引发错误（错误隐患）

B级：发生错误但未发给患者，或已发给患者未使用

C级：患者已使用，但未造成伤害

D级：患者已使用，需要监测差错对患者的后果，并根据后果判断是否需要采取措施预防和减少伤害

E级：差错造成患者的暂时性伤害，需要采取处置措施

厚德精诚 笃行至善

F级：差错对患者的伤害可导致延长患者住院

G级：差错导致患者永久性伤害

H级：差错危及患者生命，需采取生命支持措施（如CPR、除颤、插管等）

I级：差错导致患者死亡

#### 4.用药错误处置和报告程序

##### 4.1 用药错误的监测范围

我院全部患者所有用药环节的用药错误。

##### 4.2 用药错误的处置

用药错误一旦发生，医务人员应根据具体情况积极实施处置措施。已明确对患者造成伤害，由医务人员应迅速展开临床救治，将患者伤害降至最低。用药错误一旦发生，应引起医务人员及医院管理的重视，防范于未然。除积极报告、采取防范措施外，应及时总结分析错误原因，减少同类错误发生的可能性。

##### 4.3 报告时限与流程

4.3.1 各科室发生或发现用药错误时，当事人应在24小时内填写《用药差错报告表》报告药学部；发生用药错误导致患者受到严重伤害时，应先立即电话报告本科室主任和药学部，并在24小时内补填《用药差错报告表》并报告药学部。

4.3.2 药学部在1个月内上报国际合理用药网络（INRUD）临床安全用药组。

4.3.3 各科室发生或发现C级以上的用药错误，除按规定报告《用药差错报告表》外，应按《医疗安全（不良）事件报告制度》要求，同时填写《医疗安全（不良）事件报告表》上报相关职能部门。与护理相关的用药错误，除按护理部要求和形式上报护理部外，同时应填报《用药差错报告表》报送药学部。

##### 4.3.4 报告的处理

4.3.4.1 若差错导致患者永久性伤害；或危及生命，需采取生命支持措施（如CPR、除颤、插管等）；或导致患者死亡。应立即采取处置措施并报告本科室主任、医务科（节假日上报行政总值班）和药学部。收到报告24小时内由医务科组织专家成员进行会诊、分析、讨论、评价、并制定相应防范措施。

4.3.4.2 用药错误导致患者处理记录应记入患者病历中。保存好相关药品的留样、并对事件进行及时的调查分析，并上报。

#### 5.用药错误信息分析、反馈与培训

**厚德精诚 笃行至善**

### 5.1 用药错误信息分析

用药错误信息由药学部临床药师进行收集和汇总，并进行初步分析。分析内容包括用药错误分级、内容、原因、影响因素、引起错误的人员、防范措施等信息。将分析结果报送医务科审核。

### 5.2 用药错误信息反馈与培训

经医务科审核后，反馈至发生错误科室及错误发生人。医务科不定期组织全院医务人员进行有关用药错误防范及干预策略的培训，组织召开案例分享会，分析原因，制定防范措施。

## 6. 相关文件

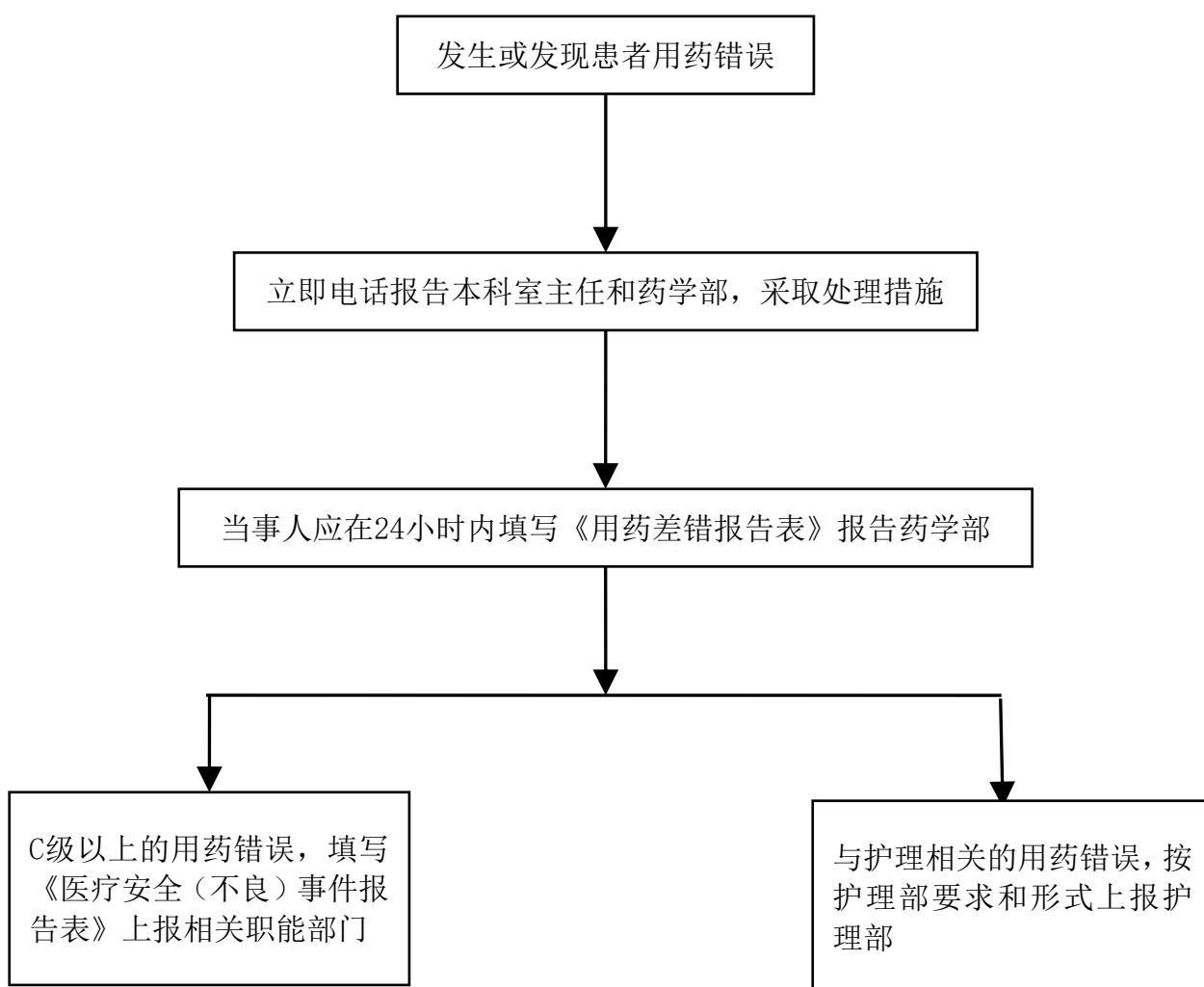
- 6.1 《三级妇幼保健机构医院评审标准实施细则》
- 6.2 《医疗机构药事管理规定》
- 6.3 《中国用药错误管理专家共识》

附件1：用药错误处置程序流程图

附件2：铜仁市妇幼保健院用药差错报告表

附件1

用药错误处置程序流程图



附件2

铜仁市妇幼保健院用药差错报告表

差错发生日期	年 月 日 时	差错发现日期	年 月 日 时
差错药品是否发给患者	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详	患者是否使用了差错药品	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不详
患者姓名:	患者年龄:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	住址:
处方\住院号:	诊断:	就诊科室:	患者联系方式:
差错相关药品	药品名称:		生产厂家:
	剂型:	规格:	用法用量: 给药途径:
差错级别	<input type="checkbox"/> A级: 客观环境或条件可能引发差错 (差错隐患) <input type="checkbox"/> B级: 发生差错但未发给患者, 或已发给患者但患者未使用 <input type="checkbox"/> C级: 患者已使用, 但未造成伤害 <input type="checkbox"/> D级: 患者已使用, 需要监测差错对患者的后果, 并根据后果判断是否需要采取措施预防和减少伤害 <input type="checkbox"/> E级: 差错造成患者暂时性伤害, 需要采取预防措施 <input type="checkbox"/> F级: 差错对患者的伤害可导致或延长患者住院 <input type="checkbox"/> G级: 差错导致患者永久性伤害 <input type="checkbox"/> H级: 差错导致患者生命垂危 <input type="checkbox"/> I级: 差错导致患者死亡 <input type="checkbox"/> 其他:		
患者伤害情况	<input type="checkbox"/> 无明显伤害 <input type="checkbox"/> 暂时伤害 (部位、程度): _____ <input type="checkbox"/> 抢救 (措施): _____ <input type="checkbox"/> 残疾 (部位、程度): _____ <input type="checkbox"/> 死亡 (直接死因): _____ 死亡时间: _____		
恢复过程	<input type="checkbox"/> 住院治疗 <input type="checkbox"/> 门诊随访治疗 <input type="checkbox"/> 自行恢复 <input type="checkbox"/> 其他_____		
引发差错的因素	<input type="checkbox"/> 患者拿错药 <input type="checkbox"/> 选错药 <input type="checkbox"/> 处方辨认不清 <input type="checkbox"/> 药名相似 <input type="checkbox"/> 外观相似 <input type="checkbox"/> 分装 <input type="checkbox"/> 标签 <input type="checkbox"/> 其他_____		
发生差错的场所	<input type="checkbox"/> 门诊药房 <input type="checkbox"/> 住院药房 <input type="checkbox"/> 护士站 <input type="checkbox"/> 其他_____		
引起差错的工作人员职位	<input type="checkbox"/> 初级药师 <input type="checkbox"/> 中级药师 <input type="checkbox"/> 高级药师 <input type="checkbox"/> 护士 <input type="checkbox"/> 医师 <input type="checkbox"/> 其他_____		
其他与差错相关的工作员	<input type="checkbox"/> 初级药师 <input type="checkbox"/> 中级药师 <input type="checkbox"/> 高级药师 <input type="checkbox"/> 护士 <input type="checkbox"/> 医师 <input type="checkbox"/> 其他_____		
发现差错的人员	<input type="checkbox"/> 初级药师 <input type="checkbox"/> 中级药师 <input type="checkbox"/> 高级药师 <input type="checkbox"/> 护士 <input type="checkbox"/> 医师 <input type="checkbox"/> 患者或家属 <input type="checkbox"/> 其他_____		
是否能够提供药品标签、处方复印件等资料: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 其他_____			
<b>差错发生的经过:</b> 请简述事件经过、后果、相关人员职位、工作环境等。			
<b>差错是如何发现或避免的:</b>			
<b>对预防类似差错发生的建议:</b>			
报告人:	联系电话:	科室:	



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	危险化学品管理制度	制度编号	YXB-2020-38
	发布部门	药学部	编制人	张玉学
	生效日期	2016年4月	审核人	张玉学
	修改日期	2020年11月	批准人	杨 华
	版 本	第2版	页 码	456-460

## 危险化学品管理制度

### 1. 目的

为规范我院危险化学品的管理和使用，防止事故发生，根据《中华人民共和国安全生产法》、《危险化学品安全管理条例》，制订我院危险化学品管理制度。

### 2. 标准

2.1 危险化学品的定义：是指具有毒害、腐蚀、爆炸、燃烧、助燃等性质，对人体、设施、环境具有危害的剧毒化学品和其他化学品。

2.2 危险化学品包括：

2.2.1 剧毒性化学品：氰化物、砷化物、生物碱等。

2.2.2 放射性化学品：钴60等。

2.2.3 腐蚀性化学品：强酸、强碱、溴、甲醛、氢氧化钠等。

2.2.4 易爆品及能成为爆炸混合物或引起燃烧的氧化剂：氯酸钾、氯酸钠、硝酸、过氧化钠、硝酸钾等。

2.2.5 易燃及助燃气体：氢气、乙炔气、煤气、氧气等。

2.2.6 易燃、易自燃及遇水燃烧的固体：赤磷、黄磷、废影片、钾、钠、电石等。

2.2.7 易燃液体：乙醚、汽油、二硫化碳、丙酮、苯、乙醇、丙醇等。

2.3 采购和运输

2.3.1 危险化学品的采购原则上根据医院用量需求提出计划，由相应采购部门负责实施采购。危险化学品采购数量在满足需要的前提下，原则上不得超过1个月的使用数量。

2.3.2 危险化学品的供应商应当具备危险化学品生产或销售资质，其提供的产品符合国家有关技术标准和规范。严禁向无生产或销售资质的单位采购危险化学品。

2.3.3 运送应选择有危险化学品运输资质的单位负责运输。

## 2.4 储存和管理

2.4.1 危险化学品进入药学部时，应严格检查与验收，并做好相关台账，经常盘点，每月对帐一次，做到帐、物相符。

2.4.2 危险化学品储存应符合安全条件，并配备适用的消防器材和防护用品，严禁烟火，杜绝一切可能产生火花的因素。

2.4.3 危险化学品应分类存放，存放时不得过高过密，互相有影响的药品不得混放，必须分库存储。

2.4.4 在存储的过程中必须根据危险化学品的性质，采取必要的防护措施，如防湿、防热、防晒、防冻，防风化等。经常检查，防止因变质、分解造成自燃、爆炸，及时排除一切不安全因素。

2.4.5 对危险化学品的管理，应选派工作认真负责并有一定保管知识的人员严加管理。

2.4.6 对剧毒物品必须严格执行专柜保管，实行双锁、双人保管，双人同时存取的管理制度，并做好详细记录，确保安全。

2.4.7 对剧毒物品的容器、废液、残渣等应及时妥善处理，严禁随意抛洒，否则由此引起的严重后果应由当事人负完全责任。

2.4.8 使用危险化学品要严格控制 and 监督，必须做好详细记录。

2.4.9 危险化学品如有丢失，立即报告处主管领导及时处理。

## 2.5 注意事项

2.5.1 危险化学品存放的库房必须严禁烟火且严禁使用手机，并配置防火器材。如遇火警、水患时，首先切断电源，同时报警，并组织现场自救，情况危急时，应迅速疏散人员，及时撤离。

2.5.2 如发生危险化学品被盗事件，立即报保卫科，并向公安机关报警，协助公安机关做好排查工作。

2.5.3 如发生事故，必须保护现场，立即报告分管领导，必要时进入事故现场应佩戴防毒面具。在安全人员的监督下，清理危险化学品，损失多少、残留多少，出具书面报告，交有关部门认定、处理。

## 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国安全生产法》

### 3.2 《危险化学品安全管理条例》

附件1：铜仁市妇幼保健院危险化学品检查情况登记表

附件2：危险化学品药品清单

附件1:

铜仁市妇幼保健院危险化学品检查情况登记表

科 室:

时 间:

序号	检查项目	检查内容	是否合格		存在问题	整改期限
1	领用、退库情况	1.是否按照程序领用、退库				
		2.是否对购买领用、使用情况进行登记备案				
2	储 存	1.是否有现场应急处置措施，安全警示牌是否齐全、完好				
		2.按照危险化学品的特性，分类、分区妥善保管				
		3.塑料桶有无胀桶、变形现象；码垛有无倾倒迹象				
		4.是否双人收发、双人管				
		5.是否超过最大库存量				
		6.周边消防器材是否齐全完好，消防通道是否畅通				
3	现 场	1.岗位人员是否严格按照操作规程等进行操作，遵守安全规章制度				
		2.安全检查制度是否有检查记录台账				
		3.是否有安全负责人				

检查人:

科室负责人

附件2:

危险化学品药品清单

分 类	品种名称	备 注
易燃液体	无水乙醇、95%乙醇、75%乙醇	
易腐蚀品	甲醛溶液、甲醇、乙酸、苯酚、二甲苯、二氧化氯、84消毒液	
易爆品	乙炔、氧气	

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	安全给药管理制度	制度编号	YXB-2020-39
	发布部门	药学部	编制人	张玉学
	生效日期	2016年4月	审核人	张玉学
	修改日期	2020年11月	批准人	杨 华
	版 本	第2版	页 码	461-462

## 安全给药管理制度

### 1. 目的

为保障患者的用药安全，有效、合理，根据《中华人民共和国药品管理法》、《处方管理办法》等有关法律法规，特制定本制度：

### 2. 标准

2.1 经过资格认定及相关培训的护理人员方可执行给药医嘱。

2.2 用药医嘱抄（转）录须经核对，确保准确无误，并有转抄者签名。

2.3 护士根据处方或医嘱给药时应先核对以下内容：

2.3.1 药物名称是否与医嘱相符。

2.3.2 给药时间和次数是否与医嘱相符。

2.3.3 药物剂量是否与医嘱相符。

2.3.4 给药途径是否与医嘱相符。

2.3.5 询问病人姓名及核对住院号以确认身份。

2.3.6 病人是否对该药物过敏。

2.4 给药应做好记录：

2.4.1 医师给予病人的所有用药必须做好记录。病人用药可记录于门急诊病人的病历及住院病人病历或病历中的给药记录单。

2.4.2 门急诊病历用药记录包括就诊日期，病人的疾病描述、诊断；药品的名称、规格、数量、用法、用量等。

2.4.3 住院病人用药按住院医嘱单执行。医嘱单内容包括病人姓名、住院号、床号、药物名称、给药时间、用法用量、给药途径等。

2.4.4 护士在给药前后应当观察患者用药过程中的反应并记录。

2.4.5 医师、护士和其他相关医务人员应向病人宣教用药知识，同时观察疗效及不良反应，必要时调整给药方案。

2.5 凡住院患者治疗需要的药品均由药学部供应，一般不得使用患者自带药

品。确需使用应符合规定。

## 2.6 病人给药时间管理

2.6.1 长期医嘱给药应在规定时间前后2小时内完成，后一次给药时间按相应时间间隔调整，不能按时给药的以给药错误处理。如特殊情况（手术、检查等）延误给药，待医师评估后，方可用药；如不能使用，应由医师在临时医嘱单上开具停用医嘱。

2.6.2 根据医嘱需准点给药（如每4小时给药、每6小时给药、每8小时给药等）的应在规定的时间内给药。

2.6.3 特殊用药遵具体医嘱执行。

2.6.4 紧急抢救医嘱给药：开医嘱后即刻给药。

## 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国药品管理法》

3.2 《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	病区备用药品管理制度	制度编号	YXB-2020-40
	发布部门	药学部	编制人	张玉学
	生效日期	2016年4月	审核人	张玉学
	修改日期	2020年11月	批准人	杨 华
	版 本	第2版	页 码	463-470

## 病区备用药品管理制度

### 1. 目的

为防止临床医技科室出现过期、变质药品，避免贮备药品数量过多影响成本控制，防止药物贮存瓶/盒选择不当而导致药品疗效下降，堵塞药品管理漏洞。依据《药品管理法》、《备用药品领用、补充管理制度》特制定本制度。本制度适用范围为临床、医技科室配“备用药品”审核、检查的管理工作。

### 2. 标准

#### 2.1 概念

备用药品是指根据各病区、医技科室的实际需要储存于科室供临床急救的必备药品，备用药品分为全院统一配置药品和科室专科用药，包括抢救车急救药品，精麻药品，科室专科用药（经院里面审批同意），并有固定品种及数量。

#### 2.2 容

##### 2.2.1 备药品种、基数审核。

建立合适药品贮存基数。各科室根据疾病特点确定所需药品需求量，由科室负责人提交备药计划，制定配备基数表，报护理部、医务科和药学部共同审核通过备案。

##### 2.2.2 使用登记管理

急救药品的领取、使用需进行登记，记录上应清楚地记载药品的名称、批号、规格、有效期等基本情况及使用后补充药品的名称、批号等内容。

##### 2.2.3 备用药品的检查

2.2.3.1 科室护士长为所在科室药品管理的第一责任人监督科室管理药品，指定责任感强的护士专门管理科内药品，明确职责，定期全面检查科内药品。检查频率：护士每周对科室所有药品数量进行交接检查，护士长不定期抽查并每月全面检查1次，护理部每月督查并记录。

2.2.3.2 建立《病房储存药品质量管理及用药安全质控评分标准》药品专管



人员对检查情况如实记录。

2.2.3.2.1 药学部每两月不定期下病区抽查药品管理情况,对于存在问题及时反馈,做到层层把关。

2.2.3.2.2 检查内容:包括药品数量、药物有无变质、变色等质量问题及有效期。对于效期>6个月但<1年的且科内使用量少的药品,及时贴警示标识提醒使用或与药学部更换;对于<6个月但>1个月的药品应及时贴近效期标识;过期药品填写《药物报损登记表》按《药物报损制度》处理。

#### 2.2.4 备用药的使用

药品使用按“领新用旧”原则,为杜绝科室药品管理不当或更换不及时造成安全隐患或不良后果,科室应坚持先用近效期批号药品。

#### 2.2.5 备用药的摆放

2.2.5.1 实行“一目了然”管理方法:药品分类定位放置,通常将使用频率高的药物放在第一层,使用频率少的药物放在最上一层。

2.2.5.2 所有药品贮存盒/瓶外标识清楚,便于清点,标识上内容:药品名、剂量、单位、基数量及有效期。

2.2.5.3 基数药品使用标志:基数药品未使用时正向,使用后反向放置,便于提醒及时补充,各班清点时一目了然。

#### 2.2.6 备用药品的交接

建立“药品基数交接记录单”。做到班班交接、账物相符、确保使用需要。

#### 2.2.7 毒、麻、精、放药品的管理

2.2.7.1 制定严格的交接制度、建立合理贮存基数,专人定位定数、专柜上锁管理,实行班班交接,确保账物相符,钥匙随身携带。

2.2.7.2 建立“病区毒麻药品使用登记本”,完善使用记录。

2.2.7.3 领用毒麻药品特殊要求:注射用的毒麻药品(如哌替啶等),须凭处方及空安瓿方可到药房换取备用药,由于人为造成安瓿破碎等意外情况,当事人需提交事情经过报告,并报科室护士长→护理部主任→药学部主任→分管领导。

2.2.7.4 毒、麻、精、放药品,应设专用抽屉存放,严格加锁,并按需要保持固定基数,使用后,由医师开专用处方,向药房领取补齐基数。

2.3 考核结果纳入每月绩效,每扣1分扣科室绩效20元,考核标准参考《病

房储存药品质量管理及用药安全质控评分标准、用药安全考核评分标准》。

### 3. 相关文件

3.1 《药品管理法》

3.2 《备用药品领用、补充管理制度》

附件：1. 病房储存药品质量管理及用药安全质控评分标准

2. 临床科室药品质量、用药安全考核评分标准



1.质量评价	
2.存在问题	
3.整改措施	
4.追踪结果	
5.护士长质控	

附件2:

临床科室药品质量、用药安全考核评分标准

科室:

日期:

标准分: 100分

考核得分:

项目	分值	检查要求	评分标准	扣分	得分	
1. 执行医嘱,严格执行三查八对	20	3	口服药: 药班护士摆药前洗手	现场查看, 不合要求一项扣1分。		
		3	口服药做到发药到口, 按医嘱规定时间发药, 提前或推后不得超过30分钟。	现场查看, 一项不合要求扣1分。		
		3	所有处方或医嘱在转抄和执行时有严格的核对程序, 并有转抄和执行者签字	现场查看, 一项不合要求扣1分。		
		3	用药时严格执行三查八对, 准确掌握给药剂量、浓度、方法和时间, 认真核对病人姓名、床号、药名, 必要时让病人自己说出名字查对。	现场查看, 一项不合要求扣1分。		
		5	用药后观察药效和不良反应, 如发生过敏、中毒、严重药品不良反应、药害事件等, 立即停用, 及时报告医生, 做好护理记录及病程记录、封存及保存药品、物品, 配合进行及时的调查、分析, 填写药品不良反应报告表上报药学部; 医生在开具医嘱, 或护士在执行医嘱时, 如发生药品的品种、规格、数量、剂量、剂型、给药途径、给药时间、疗程、禁忌症、配伍, 或其他用药错误时, 应填写用药错误报告并上报药学部。	无记录本全扣, 查看记录本, 如发生不良反应无记录扣2分/例; 未及时填写报告上报药学部的、或漏报、迟报的按药品不良反应上报考核进行处罚); 如发生用药错误无记录, 未上报药学部扣2份/例。		
2. 药品分类存放管理	15	2	药柜随时保持清洁整齐。口服药存放于原装药瓶, 摆放整齐、有序; 备用拆零口服药外包装按规定张贴标签; 药品标签使用通用名; 各种药品存量适宜。	现场查看, 一处不合要求扣2分。		
		2	内用与外用药品分开放置, 静脉与肌注药分开放置, 标识清楚。并按有效期的先后有计划使用, 定期检查, 病房内无过期药品,	现场查看, 一项不合要求扣2分。		

厚德精诚 笃行至善

			存药合理。			
		2	静脉用药现配现用。皮试液配制后注明日期、时间，限2小时内使用。配制抗生素限30分钟内使用，配制无菌液体限2小时内使用，溶媒使用要注明开启日期、时间，限24小时内使用。	现场查看，一项不合要求扣2分。		
		2	易被光线破坏的药物应避光保存，如维生素c、氨茶碱、硝普钠、肾上腺素等。	现场查看，一项不合要求扣1分。		
		2	易燃、易爆的药品放置阴凉处，远离明火，如过氧乙酸、乙醇、甲醇等。	现场查看，一项不合要求扣1分。		
		5	严格按国家批准的药品说明书所列贮存条件存放，严防药品破损、霉变、失效。胰岛素、肝素、疫苗、干扰素等放置冰箱内保存，定期检查，避免过期。冰箱内设温度计，建立冰箱温度记录；冰箱内注射剂、口服药、外用药分别放置，标示清楚；冰箱定期清理，有记录，无结霜；存放药品的房间，应设干湿温度计，建立干湿温度记录。	药品不按说明书贮存的发现扣2分/例；未建立冰箱温度记录本扣4分，未设温度计扣4分，温度记录有漏项扣1分/次；冰箱内发现过期药品扣4分；放置私人物品扣2分；胰岛素开启未记录开启人姓名、日期扣2分；有结霜扣2分；未建立干湿温度记录本扣4分，未设温度计扣4分，未按规定严格记录房间干湿温度扣2分/次。		
3. 特殊药品管理	35	①麻醉精神药品管理（10分）	1. 审批同意备用精麻药品的科室，应设专柜存放、专人管理、严格加锁，保持一定基数，并清点登记，每班交接并有两人用正楷字签全名，使用后及时补充。见医嘱及专用处方后给病人使用，用后有登记，并保留空安瓿（废贴）。 2. 建立麻醉药品、第一类精神药品临床使用、空安瓿（废贴）回收、残余量销毁登记记录本，注明病人姓名、住院号、药品名称、数量、使用日期等，护士用正楷字签名专人持处方及空安瓿到药房请领。病房麻醉精神药品只能供住院病人按医嘱使用，其他护士不得私自取用、借用。每月定期检查药物有效期，避免过期。	1. 无麻醉精神药品交班记录本扣5分；发现记录一处缺项扣1分； 2. 药品数量账物不符扣5分； 3. 麻醉药品精神药品不按规定专柜加锁，发现一次全扣；混有其他普通药品扣5分；发现药品过期扣5分/种； 4. 麻醉精神药品临床使用、空安瓿（废贴）回收、残余量销毁登记记录一处缺项扣2分；空安瓿（废贴）未交回药房扣5分/例； 5. 每月定期无检查记录扣5分； 6. 备用科室的精麻药品考核按《铜仁市妇幼保健院精麻药品管理相关规定》进行考核及处罚。		

	②急救药品管理(10分)	抢救车置于安全位置，并加有封条或锁，急救药固定放在抢救车内，设有急救药品目录及数量清单，护士长每月检查签名，严禁有过期药品。损坏、字迹模糊或近效期药品及时更换并有记录，品种与数量与清单相符。抢救病人完毕后及时补充并有记录。	查看现场及记录本，一项不符合扣2分，药品过期扣5分/种。		
	③高警示药品、听似、看似等易混淆药品的管理(10分)	摆放整齐、有序、标识符合医院规定；对包装相似、听似、看似、一品多规或多剂型药物的存放有明晰的“警示标识”，分开存放。	现场查看，一项不合要求扣2分。		
	④自带药品管理(5分)	特殊情况代为保管的自带药：科室应设有自带用药登记本，护士发给病人后由护士、病人双方签名为凭。（要求详细记录药品的规格、产地、剂型、数量、批号、有效期等），不得使用标识不清楚、过期、变质药物；应签署“住院患者使用自自带药品责任书”，病程记录应详细记录。	现场查看，无登记本扣5分，登记不详细扣2分，自带药品管理不规范，一项不合要求扣2分。		
4. 药品有效期管理	20	临床科室有指定工作人员每月查看药品有效期，按先进先出、近效期先出原则摆放，并按有效期调整使用，对于效期>6个月但<1年的且科内使用量少的药品，及时贴警示标识提醒使用或与药学部更换；对于<6个月但>1个月的药品应及时贴近效期标识；效期<1个月的按《铜仁市妇幼保健院药物性废物管理制度》处理。抢救车内药品效期应在六个月内用红色笔在专用登记本上记录，以方便临床科室与药学部更换，若遇特殊情况（药学部抢救药品效期本就在六个月内，应做好记录，以便复查）。	现场查看，一项不合要求扣2分；药品过期扣5分/种。		
5. 药品安全质控管理	10	临床科室每月应质控一次。	无质控记录全扣；填写不规范、不符合要求扣1分/项；未持续整改扣2分/项。		
合计	100分				

检查人员：

检查日期：

（注：每扣1分扣科室绩效20元）

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>	<b>标题</b>	急救(备用)药品领用、补充管理制度	<b>制度编号</b>	YXB-2020-41
	<b>发布部门</b>	药学部	<b>编制人</b>	张玉学
	<b>生效日期</b>	2020年2月	<b>审核人</b>	张玉学
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版本</b>	第二版	<b>页码</b>	471-477

## 急救（备用）药品领用、补充管理制度

### 1. 目的

为加强各科室、病区急救等备用药品的领用、补充管理，规范领用、补充流程，保证药品质量，确保患者用药安全有效，根据《医疗机构药事管理规定》制定本制度。

### 2. 标准

2.1 急救等备用药品是按照各科室、病区的实际需要储存于科室及病区供临床急救的必备药品，备用药品按科室病种需要固定品种及数量。

2.2 各科室配备药品的品种及数量由医务科、护理部、药学部确定。科室、病区首次领用急救备用药品按领用流程办理后，科室凭单据到药房领取。

2.3 备用药品中原则上不包含有麻醉药品、精神药品。

2.4 备用药品品种及数量审批后，原则上不再变动。因临床需要，确需增加品种、数量的，须书面写明详细理由、列出变动药品明细，上报药事管理与药物治疗学委员会审批后，方可变动，药房凭变动单据配置药品。

2.5 领用备用药品的新增科室及病区，确属临床急需等特殊情况的，须填写《领用备用药品审批表》，药品明细参考专业相同科室、病区配置。

2.6 科室、病区备用药品数量，原则上不予补充。因特殊情况确需补充（如三无病人用药），须填写《补充必备药品审批表》，说明理由，并附补充药品明细，补充药品不得超出医院统一配置药品和科室专科用药目录。

2.7 科室及病区定期检查备用药品有效期，对效期六个月内的备用药品，列出明细表，及时通知科室医生使用。对有效期一个月内的备用药品，列出近效期药品明细表（并注明原因），科主任、护士长签字后和实物一并交至药库进行回收，报药品分管领导审批后定期集中销毁。药库凭明细表办理出库手续。

2.8 各科室、病区专人负责本科室备用药品效期、储存、养护等管理工作，护理部、药学部对急救等备用药品管理情况每月检查一次，对存在的问题督促科



室及时整改。

2.9 各科室备用全院公共药品品种、数量时，遵守备用药品临床必备、数量适宜的用药原则，科室填写《铜仁市妇幼保健院专科药品备用一览表》。

### 3. 相关文件

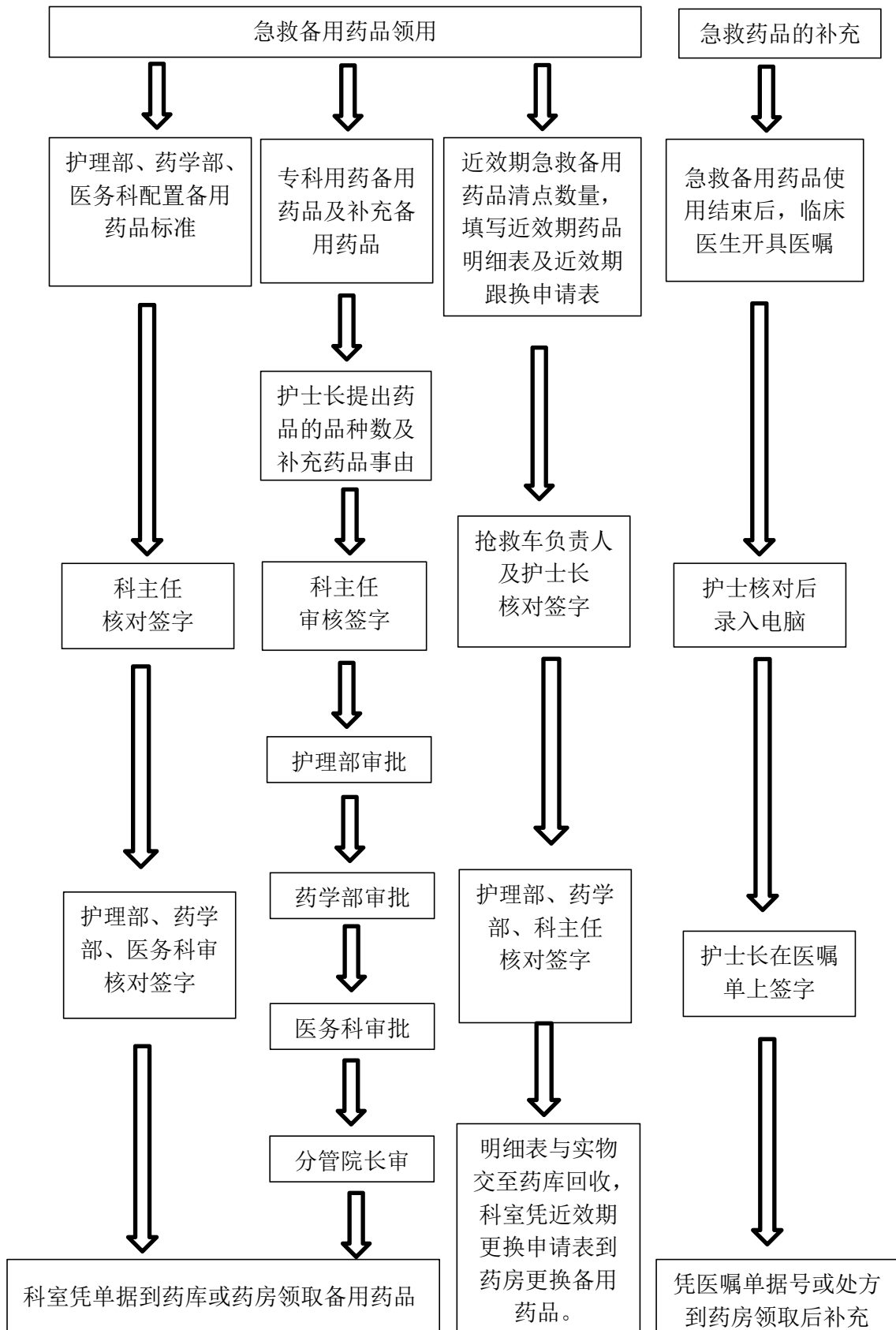
#### 3.1 《医疗机构药事管理规定》

附件：

1. 科室急救备用药品领用、补充流程；
2. 铜仁市妇幼保健院抢救车药品配备标准
3. 铜仁市妇幼保健院抢救药品近效期跟换申请表
4. 院补充备用药品审批表；
5. \_\_\_\_\_科近效期药品明细表（近1个月效期药品）。

附件1

科室急救备用药品领用、补充流程



厚德精诚 笃行至善

附件2

铜仁市妇幼保健院抢救车药品配备标准

序号	药品通用名称	规格	配备数量	备注
科室负责人签名：				
日期      年      月      日				
护理部 审核	<div style="text-align: right;">签名：      日期      年      月      日</div>			
药学部 审核	<div style="text-align: right;">签名：      日期      年      月      日</div>			
医务科 审核	<div style="text-align: right;">签名：      日期      年      月      日</div>			



附件4

铜仁市妇幼保健院补充备用药品审批表

申请科室		申请时间		药品种类	
序号	药品通用名称	规格	单位（盒/支）	补充数量	备注
补充药品事由：					
科室护士长意见：					
签 名：           年 月 日					
科室主任意见：					
签 名：           年 月 日					
护理部主任审批意见：					
签 名：           年 月 日					
医务科审批意见：					
签 名：           年 月 日					
分管院长审批意见：					
签 名：           年 月 日					

附件5

铜仁市妇幼保健院\_\_\_\_\_科近效期药品明细表（近1个月效期药品）

序号	药品通用名称	规格	单位 (盒或支)	数量	批号	有效期	备注
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

科主任:

护士长:

责任人:

药库回收人:

回收日

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	退药管理制度	制度编号	YXB-2020-42
	发布部门	药学部	编制人	张玉学
	生效日期	2016年4月	审核人	张玉学
	修改日期	2020年11月	批准人	杨 华
	版 本	第2版	页 码	478-480

## 退药管理制度

### 1. 目的

根据《药品管理法》和《医疗机构药事管理规定》及有关规定，原则上药学部发出的药品，概不退换。但为了保证广大患者的用药安全和自身利益，规范退药行为，并有效地预防因“退药退费”造成的医疗事故和药害事件的发生，进一步结合我院实际情况，特制订本制度。本制度适用于本院各病区退药。

### 2. 标准

退回药品必须是本院发出的药品，经核对批号与本院购入药品相符，药品包装应完整、清洁，封口密闭完好，特殊条件保存的药品可证实其保存条件符合要求，药品在有效期内，药品质量合格。精麻药品、毒性药品按相关规定概不退换。

#### 2.1 符合下列情况之一者允许退药退费

2.1.1 药房工作人员出现差错，错误发放的药品，无论药品情况如何，药房无条件予以退换。

2.1.2 因医生诊疗过程中没有问清患者病史、过敏史、用药情况等而用药引起不良反应的。

2.1.3 医生跨科开药，不了解药品情况（如禁忌症等）错开的。

2.1.4 住院患者在院死亡后，未使用完的药品。

2.1.5 住院患者病情发生变化，经上级医生批准，需采取新的治疗方案的。

2.1.6 住院患者因病情变化需转科治疗，经会诊需更改用药方案的。

2.1.7 药房无货或药房药品数量不够。

#### 2.2 符合下列情况之一者不允许退药

2.2.1 口服麻醉、精神、毒性等特殊药品，患者不再使用时，应无偿交回剩余的药品，由药房麻醉药品专管员按有关规定报上级部门报损或再次入库保管。

2.2.2 经核对药品批号与本院购入或自制制剂药品批号不一致的。

2.2.3 外包装有污染或者字迹的。

2.2.4有效期在三个月以内的药品。

2.2.5药品原包装已被破坏不完整的。

2.2.6不按药品储存规定保存的药品。

### 2.3退药程序

2.3.1因药学部工作人员错误和药品质量问题者，可到相关药房进行退换。

2.3.2因药品不良反应退药者，开方医生必须按照本院《药品不良反应/事件监测报告制度》填报药品不良反应表，由开方医生开具退药申请单而退药。

2.3.3住院患者因死亡、转科、变更治疗方案而需退药者，由开方医生开具退药申请单并注明退药理由，科主任同意，经药学部查对所退药品合格后办理退药退费。

2.3.4住院患者退药退费后，住院药房工作人员应及时在微机系统中办理退药，同时，临床医护人员必须对退药医嘱进行回退处理。

2.3.5门诊患者退药退费必须携带开具的红发票原始收据，由开方医师在收费处方上注明退药理由，经药学部查对所退药品合格后，药学部收药人员签字，报药学部主任同意，财务科按照财务相关规定办理退费。

2.3.6门诊患者退药退费后，门诊药房工作人员应及时在微机系统中办理退药，财务人员同时应有专人负责微机收费的销账。

### 2.4. 职责

2.4.1为尽量避免出现退药行为，临床医生应严格按照《处方管理办法》要求，严禁开具大处方，大医嘱。

2.4.2药学部工作人员应严格遵守《四查十对》原则，认真审核调剂药品，严禁出现差错。

## 3. 相关文件

3.1 《药品管理法》和《医疗机构药事管理规定》

附件：铜仁市妇幼保健院病人退回药品申请单



附件：

## 铜仁市妇幼保健院病人退回药品申请单

编号：

科别：

病人姓名：

床号：

住院号：

药品名称	规格	单位	退回数量	退回理由	单据号	备注

医师：

护士：

药房验收人：

日期

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>患者使用自带药品管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>YXB-2020-43</b>
	<b>发布部门</b>	<b>药学部</b>	<b>编制人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>张玉学</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨 华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>481-483</b>

## 患者使用自带药品管理制度

### 1. 目的

为加强患者自带药品的使用管理，保障患者用药安全、防止医疗纠纷，根据《药品管理法》及《医疗机构药事管理规定》等相关法律法规，并结合本院实际，特制定本制度。

### 2. 标准

2.1 患者自带药品是指在住院期间患者使用本人或家属带入本医院而非院供应的药品。

2.2 医院原则上不允许在本院住院期间使用患者的自带药品，主管医疗组长仅在某些特殊情况下经过科主任审批后，才可使用或允许住院患者使用自带药品。

#### 2.3 患者使用自带药品的条件

2.3.1 患者因病情需要，医院内无备药或替代药品。

2.3.2 自带药品使用前，患者或家属提供的自带药品必须是从正规医院或医药公司购买，必须具备有效购销凭证、能证明药品合格的资料，否则，医院应拒绝使用。

#### 2.4 患者使用自带药品的程序

2.4.1 如患者提供的自带药品合格和符合使用指征，应由患者或其委托人签署《住院患者使用自带药品责任书》，临床医师在开具医嘱前应仔细阅读药品说明书，了解是否有禁忌、药品相互作用、疗效等相关内容，按照药品说明书或诊疗规范下达自带药品医嘱后方可使用。并在病程记录中详细记录，护士严格按医嘱执行。

2.4.2 自带药品药物配制和使用前，护士应严格按医嘱执行，按要求进行查对。

2.4.3 对使用自带药品的患者，医护人员应做好教育指导工作，严密观察病情，发现异常情况应及时予以处置并汇报医务科及药学部。

厚德精诚 笃行至善

2.4.4 药学部、门诊治疗室不得保管患者自带药品，临床科室因特殊情况需代为保管的“自带药品”，则应在记录本中详细记录“自带药品”的规格、产地、剂型、数量、批号、效期等情况，并由医患双方签字认可。

#### 2.5 住院患者使用自带药品的注意事项

2.5.1 住院患者使用自带药品，必须开具医嘱，病程记录中应详细记录。

2.5.2 不得使用药品标志不清晰的、过期的、变质的药物。

2.5.3 医院任何员工都不得给患者使用无医嘱的任何药物。

2.5.4 《住院患者使用自带药品责任书》归入病历永久保存。

#### 2.6 违规使用患者自带药品的处理

发生下列情况，所造成的一切不良后果，由相关科室和责任人承担，情节严重的给予行政处分，发生医疗事故纠纷的按医院医疗事故处理有关规定处理。

2.6.1 未经科主任审批同意擅自使用患者自带药品。

2.6.2 未签署“住院患者使用自带药品责任书”使用患者自带药品。


2.6.3 使用患者自带药品未下达医嘱、病程记录中无详细记录的。

### 3. 相关文件

3.1 《药品管理法》

3.2 《医疗机构药事管理规定》



 <b>铜仁市妇幼保健院</b> Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	围手术期预防性应用抗菌药物的管理制度	<b>制度编号</b>	YXB-2020-44
	<b>发布部门</b>	药学部	<b>编制人</b>	张玉学
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	张玉学
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨 华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	484-493

## 围手术期预防性应用抗菌药物的管理制度

### 1. 目的

为加强我院围手术期预防性使用抗菌药物（以下简称预防用药）的管理，促进合理用药，减少细菌耐药，依据《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《抗菌药物临床应用指导原则》、《原卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》和《原卫生部办公厅关于做好全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》等，制定本规定。

### 2. 标准

2.1围手术期预防用药目的是预防手术部位感染，包括切口感染和手术所涉及的器官和腔隙感染，但不包括与手术无直接关系、术后可能发生的感染。

2.2手术部位感染最常见的病原菌是葡萄球菌(金黄色葡萄球菌和凝固酶阴性葡萄球菌)，其次是肠道杆菌科细菌(大肠杆菌、肠杆菌属、克雷伯菌属等)。病原菌可以是内源性或外源性的，大多数是内源性的，即来自患者本身的皮肤、粘膜及空腔脏器内的细菌。皮肤携带的致病菌多数是革兰阳性球菌，但在会阴及腹股沟区，皮肤常被粪便污染而带有革兰阴性杆菌及厌氧菌。手术切开胃肠道、胆道、泌尿道、女性生殖道时，典型致病菌是革兰阴性肠道杆菌，在结直肠和阴道还有厌氧菌(主要是脆弱类杆菌)，它们是这些部位器官/腔隙感染的主要病原菌。在任何部位，手术切口感染大多由葡萄球菌引起。

2.3医院药事管理与药物治疗学委员会抗菌药物管理工作组负责围手术期预防用药相关的培训、指导、评价、管理等工作，确保本规定贯彻落实。

2.4围手术期预防用药应当遵循安全、有效、经济的原则。

2.5预防用药不能代替严格的无菌操作，医院相关部门、科室及医务人员应按照《外科手术部位感染预防和控制技术指南（试行）》做好感染预防控制工作。

2.6本规定所有医务人员遵照执行。

## 第一章 预防用药的适应证

1. 清洁手术：手术野为人体无菌部位，局部无炎症、无损伤，也不涉及呼吸道、消化道、泌尿生殖道等人体与外界相通的器官，手术野无污染，如腹股沟疝修补术（包括补片修补术）、甲状腺疾病手术、乳腺疾病手术、关节镜检查手术、颈动脉内膜剥脱手术、颅骨肿物切除手术和经血管途径介入诊断手术患者原则上不预防使用抗菌药物，仅在下列情况时可考虑预防用药：

1.1 手术范围大，手术时间超过2小时，污染机会增多者；

1.2 手术涉及重要脏器，一旦发生感染将造成严重后果者，如颅内手术、心脏手术等；

1.3 异物植入手术，如人工心脏瓣膜植入、永久性心脏起搏器放置、人工关节置换等，腹股沟疝补片修补术不包括在内；

1.4 存在感染相关高危因素者，高危因素包括：年龄超过70岁、糖尿病控制不佳、免疫功能缺陷或低下（如艾滋病患者、恶性肿瘤化疗患者、接受器官移植者、长期使用糖皮质激素者等）、营养不良等。

2. 清洁-污染手术：上、下呼吸道手术，上、下消化道手术，泌尿生殖道手术，或经以上器官的手术如经口咽部大手术、经阴道子宫切除术、经直肠前列腺手术，以及开放性骨折或创伤手术。由于手术部位存在大量人体寄殖菌群，手术时可能污染手术野引致感染，故此类手术需预防用药。

3. 污染手术：由于胃肠道、尿路、胆道体液大量溢出或开放性创伤未经扩创等已造成手术野严重污染的手术，此类手术需预防用药。

4. 术前已经存在细菌性感染的手术，如腹腔脏器穿孔腹膜炎、脓肿切开引流术、气性坏疽截肢术等，属于治疗性应用抗菌药物，不属于预防用药范畴。

5. 经监测认定在病区内或手术室内某种致病菌所致手术部位感染发病率异常增高时，除应针对性预防用药外，还应积极调查和处理感染原因。

## 第二章 预防用药的选择

1. 选择抗菌药物时要根据手术部位的常见病原菌、患者的病理生理状况、抗菌药物的抗菌谱与抗菌活性、抗菌药物的药动学特点和抗菌药物的不良反应等综合考虑。原则上应选择相对广谱、效果肯定、安全、价格相对低廉的抗菌药物，

头孢菌素为首选，常见手术预防用抗菌药物见附表。

2. 下消化道手术除预防用药外，术前一日要分次口服很少被吸收的肠道抗菌药物如庆大霉素，并用口服泻剂或灌肠清洁肠道。

3. 对 $\beta$ -内酰胺类抗菌药物过敏者，可选用克林霉素+氨基糖苷类，或氨基糖苷类+甲硝唑。

4. 在甲氧西林耐药的金黄色葡萄球菌（MRSA）检出率高时，如进行人工材料植入手术（如人工心脏瓣膜置换、永久性心脏起搏器置入、人工关节置换等），也可选用万古霉素或去甲万古霉素预防感染。

### 第三章 预防用药的方法及原则

1. 严格把握预防用药时机，一般应于切开皮肤（或粘膜）前0.5~1小时或麻醉诱导时在手术室开始给第1剂抗菌药物，以保证在发生细菌污染之前血清及组织中的药物已达到有效浓度(>MIC<sub>90</sub>)。万古霉素或去甲万古霉素、氟喹诺酮类等由于需要输注较长时间，应在术前1~2小时给药，在麻醉诱导开始前滴完。剖宫产术应在钳夹脐带后立即给药。

2. 预防用药宜静脉滴注，溶媒体积 $\leq 100\text{ml}$ ，对没有禁忌症的患者，一般应30分钟滴完以达到有效浓度。克林霉素、甲硝唑、万古霉素、去甲万古霉素等用法按药品说明书有关规定执行。

3. 血清和组织内抗菌药物有效浓度必须能够覆盖手术全过程。选择半衰期短的抗菌药物时，若手术时间 $\geq 3$ 小时，或失血量 $\geq 1500\text{ml}$ 、或超过所用药物半衰期的2倍以上，应术中补充一个剂量；选择半衰期长的抗菌药物（如头孢曲松）则无须补充给药。

4. 术后预防手术部位感染应选择与术前相同的药物；抗菌药物的有效覆盖时间应包括整个手术过程和手术结束后4小时，总的预防用药时间不超过24小时；清洁手术和介入治疗预防用药时间应 $\leq 24$ 小时，其中手术时间较短（ $< 2$ 小时）的清洁手术，术前用药一次即可；若患者有明显感染高危因素，或术前已发生细菌污染（如开放性创伤）时，可再用一次或数次至24h，特殊情况可延长至48h；清洁-污染手术预防用药时间为24小时，必要时可延长至48小时；污染手术必要时延长至48小时，手术中发现已存在细菌性感染，手术后应继续用药直至感染消除。

5. 应严格控制氟喹诺酮类药物作为外科围手术期预防用药。

#### 第四章 监督管理

1. 严格控制新上市的、限制性使用和特殊使用抗菌药物用于预防用药。

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

3. 术后如发生手术部位感染属治疗性用药，应及时采集标本送病原学检验，根据药敏试验结果选用敏感药物进行治疗。病程记录中应注明使用抗菌药物的目的是“预防”还是“治疗”，不能写成“对症”、“抗炎”等。

4. 加强抗菌药物临床应用与细菌耐药监测工作，抗菌药物管理工作组定期组织专家，结合细菌耐药监测情况，对围手术期预防用抗菌药物品种进行分析评估，并根据耐药病原菌的分布及其耐药状况，调整预防用药的品种，及时通报。

5. 抗菌药物管理工作组会同处方点评小组每月对围手术期用药实施专项点评。

6. 点评结果及时通报至相关临床科室和当事人，科室对存在的问题进行书面意见反馈并提出整改意见。同时，点评结果进行公示。

7. 医院将点评结果纳入相关科室及其工作人员绩效考核、年度考核等。

8. 对出现2次预防用药不合理且无正当理由的医师提出警告，并针对性跟踪点评，如出现第3次预防用药不合理且无正当理由的则暂停其抗菌药物处方权3个月，并进行抗菌药物相关专业知识和规范化管理再培训，经考核合格后，恢复其相应的抗菌药物处方权；恢复处方权后，仍连续出现2次及以上预防用药不合理且无正当理由的，取消其抗菌药物处方权。药师未按照规定审核抗菌药物用药医嘱，造成严重后果的，或者发现处方不适宜、超常处方等情况未进行干预且无正当理由的，取消其药物调剂资格。医师处方权和药师药物调剂资格取消后，在6个月内不得恢复。

9. 本规定由院抗菌药物管理小组负责解释。

10. 本规定自发布之日起实施。

#### 3. 相关文件



- 3.1 《处方管理办法》
- 3.2 《医疗机构药事管理规定》
- 3.3 《抗菌药物临床应用指导原则》
- 3.4 《原卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》
- 3.5 《原卫生部办公厅关于做好全国抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》

附件：常见手术预防用抗菌药物表

附件：

常见手术预防用抗菌药物表

手术名称	切口类别	可能的污染菌	抗菌药物选择
脑外科手术（清洁，无植入物）	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素[3]，MRSA 感染高发医疗机构的高危患者可用（去甲）万古霉素
脑外科手术（经鼻窦、鼻腔、口咽部手术）	II	金黄色葡萄球菌，链球菌属，口咽部厌氧菌（如消化链球菌）	第一、二代头孢菌素 [3]±[5]甲硝唑，或克林霉素+庆大霉素
脑脊液分流术	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素[3]，MRSA 感染高发医疗机构的高危患者可用（去甲）万古霉素
脊髓手术	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素[3]
眼科手术（如白内障、青光眼或角膜移植、泪囊手术、眼穿通伤）	I、II	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	局部应用妥布霉素或左氧氟沙星等
头颈部手术（恶性肿瘤，不经口咽部黏膜）	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素[3]
头颈部手术（经口咽部黏膜）	II	金黄色葡萄球菌，链球菌属，口咽部厌氧菌（如消化链球菌）	第一、二代头孢菌素 [3]±[5]甲硝唑，或克林霉素+庆大霉素
颌面外科（下颌骨折切开复位或内固定，面部整形术有移植物手术，正颌手术）	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素[3]
耳鼻喉科（复杂性鼻中隔鼻成形术，包括移植）	II	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素[3]
乳腺手术（乳腺癌、乳房成形术，有植入物如乳房重建术）	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌，链球菌属	第一、二代头孢菌素[3]
胸外科手术（食管、肺）	II	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌，肺炎链球菌，革兰阴性杆菌	第一、二代头孢菌素[3]
心血管手术（腹主动脉重建、下肢手术切口涉及腹股沟、任何血管手术植入人工假体或异物，心脏手术、安装永久性心脏起搏器）	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素[3]，MRSA 感染高发医疗机构的高危患者可用（去甲）万古霉素
肝、胆系统及胰腺手术	II、III	革兰阴性杆菌，厌氧菌（如脆弱拟杆菌）	第一、二代头孢菌素或头孢曲松 [3]±[5]甲硝

			唑，或头霉素类
胃、十二指肠、小肠手术	II、III	革兰阴性杆菌，链球菌属，口咽部厌氧菌（如消化链球菌）	第一、二代头孢菌素[3]，或头霉素类
结肠、直肠、阑尾手术	II、III	革兰阴性杆菌，厌氧菌（如脆弱拟杆菌）	第一、二代头孢菌素[3]±[5]甲硝唑，或头霉素类，或头孢曲松±[5]甲硝唑
经直肠前列腺活检	II	革兰阴性杆菌	氟喹诺酮类[4]
泌尿外科手术：进入泌尿道或经阴道的手术（经尿道膀胱肿瘤或前列腺切除术、异物植入及取出，切开造口、支架的植入及取出）及经皮肾镜手术	II	革兰阴性杆菌	第一、二代头孢菌素[3]，或氟喹诺酮类[4]
泌尿外科手术：涉及肠道的手术	II	革兰阴性杆菌，厌氧菌	第一、二代头孢菌素[3]，或氨基糖苷类+甲硝唑
有假体植入的泌尿系统手术	II	葡萄球菌属，革兰阴性杆菌	第一、二代头孢菌素[3]+氨基糖苷类，或万古霉素
经阴道或经腹腔镜子宫切除术	II	革兰阴性杆菌，肠球菌属，B组链球菌，厌氧菌	第一、二代头孢菌素（经阴道手术加用甲硝唑）[3]，或头霉素类
腹腔镜子宫肌瘤剔除术（使用举宫器）	II	革兰阴性杆菌，肠球菌属，B组链球菌，厌氧菌	第一、二代头孢菌素[3]±[5]甲硝唑，或头霉素类
羊膜早破或剖宫产术	II	革兰阴性杆菌，肠球菌属，B组链球菌，厌氧菌	第一、二代头孢菌素[3]±[5]甲硝唑
人工流产-刮宫术 引产术	II	革兰阴性杆菌，肠球菌属，链球菌，厌氧菌（如脆弱拟杆菌）	第一、二代头孢菌素[3]±[5]甲硝唑，或多西环素
会阴撕裂修补术	II、III	革兰阴性杆菌，肠球菌属，链球菌属，厌氧菌（如脆弱拟杆菌）	第一、二代头孢菌素[3]±[5]甲硝唑
皮瓣转移术（游离或带蒂）或植皮术	II	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌，链球菌属，革兰阴性菌	第一、二代头孢菌素[3]
关节置换成形术、截骨、骨内固定术、腔隙植骨术、脊柱术（应用或不用植入物、内固定物）	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌，链球菌属	第一、二代头孢菌素[3]，MRSA 感染高发医疗机构的高危患者可用（去甲）万古霉素
外固定架植入术	II	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌，链球菌属	第一、二代头孢菌素[3]
截肢术	I、II	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌，链球菌属，革兰阴性菌，厌氧菌	第一、二代头孢菌素[3]±[5]甲硝唑
开放骨折内固定术	II	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌，链球菌属，革兰阴性菌，厌氧菌	第一、二代头孢菌素[3]±[5]甲硝唑

注：1.所有清洁手术通常不需要预防用药，仅在在前述特定指征时使用。

2.胃十二指肠手术、肝胆系统手术、结肠和直肠手术、阑尾手术、II或III类切口的妇产科手术，如果患者对 $\beta$ -内酰胺类抗菌药物过敏，可用克林霉素+氨基糖苷类，或氨基糖苷类+甲硝唑。

3.有循证医学证据的第一代头孢菌素主要为头孢唑啉，第二代头孢菌素主要为头孢呋辛。

4.我国大肠埃希菌对氟喹诺酮类耐药率高，预防应用需严加限制。

5.表中“±”是指两种及两种以上药物可联合应用，或可不联合应用。

附件1-1

我院抗菌药物在围手术期预防应用的品种选择

手术名称	切口类别	可能的污染菌	抗菌药物选择
乳腺手术（乳腺癌、乳房成形术，有植入物如乳房重建术）	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌，链球菌属	第一、二代头孢菌素
经阴道或经腹腔镜子宫切除术	II	革兰阴性杆菌，肠球菌属，B组链球菌，厌氧菌	第一、二代头孢菌素（经阴道手术加用甲硝唑），或头霉素类
腹腔镜子宫肌瘤剔除术（使用举宫器）	II	革兰阴性杆菌，肠球菌属，B组链球菌，厌氧菌	第一、二代头孢菌素±甲硝唑，或头霉素类
羊膜早破或剖宫产术	II	革兰阴性杆菌，肠球菌属，B组链球菌，厌氧菌	第一、二代头孢菌素±甲硝唑
人工流产-刮宫术引产术	II	革兰阴性杆菌，肠球菌属，链球菌，厌氧菌（如脆弱拟杆菌）	第一、二代头孢菌素±甲硝唑，或多西环素
会阴撕裂修补术	II III	革兰阴性杆菌，肠球菌属，链球菌，厌氧菌（如脆弱拟杆菌）	第一、二代头孢菌素±甲硝唑

附件1-2

特殊诊疗操作抗菌药物预防应用的建议

诊疗操作名作	预防用药建议	推荐药物
子宫肌瘤-子宫动脉栓塞术	不推荐预防用药	

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	抗菌药物临床应用管理制度	<b>制度编号</b>	YXB-2020-45
	<b>发布部门</b>	药学部	<b>编制人</b>	张玉学
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	张玉学
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨 华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	494-498

## 抗菌药物临床应用管理制度

### 1. 目的

为了促进我院抗菌药物的合理使用，保证临床用药安全、有效、经济，控制抗菌药物不合理使用，减少和延缓耐药菌株的产生，保障人民用药安全，结合国家卫健委颁布的《2015版抗菌药物临床应用指导原则》、原卫生部2009年38号文件及《抗菌药物专项整治活动方案》、《抗菌药物临床应用管理办法》等结合我院的实际情况，特修订本细则：

### 2. 标准

#### 2.1 组织领导

调整充实医院抗菌药物管理领导小组，由院长任组长，业务院长为副组长，医务科、药学部、医院感染管理控制科、护理、微生物专业、药学、临床科室等专家为成员，全面负责抗菌药物临床应用的指导管理工作。抗菌药物管理领导小组下设抗菌药物临床应用管理办公室在药学部，药学部主任任办公室主任，医务科、院内感染控制科、护理部、医学检验科的相关人员任办公室成员，由该办公室负责日常管理工作。

#### 2.2 职责与任务

##### 2.2.1 办公室的工作任务。

2.2.1.1 制订医院抗菌药物应用管理各项制度和本院抗菌药物分级使用目录。

2.2.1.2 组织抗菌药物管理领导小组成员定期调整抗菌药物供应目录品种结构。调整周期原则上为2年，最短不少于1年。并及时将调整后的目录向卫生健康行政部门备案

2.2.1.3 拟定抗菌药物管理考核标准。

2.2.1.4 规范本院抗菌药物采购行为。

2.2.1.5 实施对临床抗菌药物用量动态监测及超常预警制度。

厚德精诚 笃行至善

2.1.6 组织医护人员进行抗菌药物合理应用的培训。

2.1.7 督促开展抗菌药物药品不良反应及药害事件监测工作等。

2.2.2 临床科室设抗菌药物临床应用管理小组，小组成员应包括科主任、护士长和科室具有抗菌药应用经验的专业人员，负责科室抗菌药物临床应用和管理。

2.2.3 基本原则

2.2.3.1 各科室对抗菌药物的应用应严加管理，制定抗菌药物合理应用管理规定，药学部每季度组织有关专家及部门检查一次，纳入医院医疗质量考核和年度目标考核。

2.2.3.2 抗菌药物用于细菌、真菌、支原体、衣原体等感染性疾病，非上述感染原则上不用抗菌药物。

2.2.3.3 严格控制皮肤、粘膜局部应用抗菌药物，减少细菌耐药性的产生。

2.2.3.4 使用抗菌药物治疗前，应先送临床标本，进行病原体鉴定与药敏试验。病情不允许等待时，先依临床病情，可能的病原体，当地及本单位抗菌药物耐药情况等经验治疗，一旦获得培养结果，则应参考药敏试验结果与病人情况调整用药方案。

2.2.3.5 对于阳性的培养结果要进行分析，区别真正的病原体、定植细菌和污染菌。病原体药敏试验结果确定后，一般应针对性地选择窄谱抗菌药物应用。

2.2.3.6 在给予抗菌药物治疗前，均应对该病人肝、肾功能进行评估，根据肝肾功能情况相应调整抗菌药物的给药方案。

2.2.3.7 抗菌药物品种不宜频繁更换，一般应观察72小时，重症一般观察48小时后，可进行必要的药物品种与方案的更替。

2.2.3.8 抗菌药物的用药疗程，一般感染疾病在症状体征消失后，可考虑在72小时内停用，特殊感染按特定疗程执行。

2.2.3.9 提倡选用口服给药途径。病情允许时，抗菌药物应该由静脉给药转换为口服给药。

2.2.3.10 严格掌握抗菌药物的预防用药。

2.2.3.11 严格掌握联合用药的指征和原则，以期达到协同抗菌效果和减少耐药菌的产生。



2.2.3.12 在应用抗菌药物治疗时，应注意与同时使用的其它药物之间的相互影响。

2.2.3.13 对接受抗菌药物治疗的病人，均应密切观察药物疗效、毒副作用，并应采取必要的预防措施。对较长时间使用抗菌药物的病人，更应重视细菌动态变化和药敏试验结果，防止菌群失调和细菌耐药性的产生。

2.2.3.14 使用毒副作用大的抗菌药物(如氨基糖苷类、万古霉素等)时，应进行体内药物浓度监测，实施个体化用药，提高用药安全性。

2.2.3.15 加强抗菌药物使用中的不良反应监测，及时发现并妥善处置，填写药品不良反应报表，送药学部，对较严重的药物不良反应要及时上报。

2.2.3.16 对病情复杂难治性感染的病人使用抗菌药物，应组织有关人员进行重点会诊讨论，提高治疗效果。

2.2.3.17 抗菌药物药敏试验，应按卫生部要求进行质量控制。

2.2.3.18 各科室应根据本科室或医院病原菌变迁、耐药现象与抗菌药物品种应用情况，进行抗菌药物应用品种的干预，包括限用、暂停用及轮换等有计划性的保护措施。

2.2.3.19 严格控制氟喹诺酮类药物临床应用：

2.2.3.19.1 氟喹诺酮类药物的经验性治疗可用于肠道感染、社区获得性呼吸道感染和社区获得性泌尿系统感染，其他感染性疾病治疗要在病情和条件许可的情况下，逐步实现参照致病菌药敏试验结果或本地区细菌耐药监测结果选用该类药物。

2.2.3.19.2 严格控制氟喹诺酮类药物作为外科围手术期预防用药。对已有严重不良反应报告的氟喹诺酮类药物要慎重遴选，使用中密切关注安全性问题。

2.2.3.20 抗菌药物治疗的同时不可忽视必要的综合治疗。

2.2.4由药学部通过计算机网络监测全院抗菌药物使用动态，定期统计全院抗菌药物使用金额、使用量排前十名，报抗菌药物临床应用管理办公室，在全院院务会上及《药讯》进行通报；对单品种用量持续前三名的抗菌药物进行原因分析，调查是否有违规情况。

2.2.5 由药学部每月随机抽取门急诊处方100张，住院医嘱30份，进行分析，对将抽查结果，报医务科，按相关规定进行处理。

## 2.2.6 抗菌药物的检查及奖惩措施

### 2.2.6.1 目标。

2.2.6.1.1 住院患者抗菌药物应用率<60%。

2.2.6.1.2 住院患者抗菌药物使用强度<40DDDs。

2.2.6.1.3 应用抗菌药物前及时留取相关标本送检，根据病原体及药敏结果选择用药。要求非限制级抗菌药物治疗标本送检率>30%，限制级抗菌药物治疗标本送检率>50%，特殊级抗菌药物治疗标本送检率>80%。

2.2.6.1.4 降低药品占总收入的比例。

### 2.2.6.2 检查及奖惩办法。

2.2.6.2.1 各科室成立由主任（副主任）、住院总医师、护士长等组成的抗菌药物临床应用管理小组，每月对全科进行病历抽查5份，并记录检查结果和处理意见，药学部负责督查。

2.2.6.2.2 药学部定期对全院病历进行合理用药检查，未执行合理用药规定者，明确违规用药原则，给予相关科室及个人全院通报，并给予经济处罚。

2.2.6.2.3 院方每月检查药品收入占业务收入比例执行情况，凡超出指标者按超标比例进行处罚，并与科室评比、科主任考评及年终目标考核等挂钩。

2.2.6.2.4 各科室要强化合理用药意识，定期对护士、住院医师、主治医师、新上岗医护人员进行抗菌药物应用规范培训，并有培训记录及考试。全体人员学习相关规定和内容，做到融会贯通，学以致用。对每年少于两次培训的科室，全院通报批评，并予以处罚。

2.2.6.2.5 特殊使用级抗菌药物使用应符合我院《特殊使用级抗菌药物临床应用评价标准》规定，病历中无特殊使用级抗菌药物申请表扣50元/例；未申请会诊（包括药敏报告回示仅对特殊使用级抗菌药物敏感，未申请会诊直接使用的）扣50元/例；无理由未进行病原学送检的扣100元/例；病原学结果回来后病程中无分析记录扣20元/例。同时存在几项问题的，扣款金额实行累加扣款。另外，因抢救患者生命等紧急情况下未经会诊同意或需越级使用的，处方量不得超过1日用量。临床医师越级使用抗菌药物在处方上未注明原因，药学部发药的，扣临床科室和药学部发药药师各50元/例；临床科室使用药物后，病历未详细记录用药指征，且未在24小时内申请会诊并补办相关审批的，扣临床科室100元/例；紧

急情况下，未经会诊同意及审批，特殊抗菌药物处方量超过1天，且药学部发药的，扣临床科室和药学部发药药师各100元/例。

2.2.6.2.6 每季度考核临床科室特殊使用级抗菌药物的微生物标本送检率。接受特殊使用级抗菌药物治疗前，微生物标本送检率低于80%的科室，扣科室月奖励性绩效工资300元，其中科主任承担扣款总额的10%。

2.2.6.2.7 特殊使用级抗菌药物的会诊的医师、药师或检验师应对特殊使用级抗菌药物会诊意见负责，一旦督查发现不合理使用特殊使用级抗菌药物的，参与会诊的医师、药师或检验师应受同样处罚。

### 3. 相关文件

- 3.1 《2015 版抗菌药物临床应用指导原则》
- 3.2 《抗菌药物专项整治活动方案》
- 3.3 《抗菌药物临床应用管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>突发事件药事管理与药品供应制度</b>	<b>制度编号</b>	YXB-2020-46
	<b>发布部门</b>	药学部	<b>编制人</b>	张玉学
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	张玉学
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨 华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	499-502

## 突发事件药事管理与药品供应制度

### 1. 目的

依据《中华人民共和国药品管理法》以及《突发事件药品供应与药事管理制度》和《医疗机构药事管理规定》为提高在突发事件中的药事管理能力,保证突发事件发生后药品供应及时,确保医疗救护工作顺利完成制定以下制度。

### 2. 标准

#### 2.1 组织领导

调整医院突发事件药事管理与药品供应领导小组,由主管院长担任组长,药学部主任担任副组长,药品保管员,药品采购员以及值班药师为组员。领导小组下设 3 个专业小组,分别为药品保障供应组、调剂组、临床药学组其他工作人员在各部门留存联系电话,确保随时联系,随时到位,听从领导小组的指挥。

#### 2.2 工作职能

##### 2.2.1 领导小组:

2.2.1.1 制订、审核科室突发事件应急预案及突发应急事件相关用药目录

2.2.1.2 负责在突发事件中与药事相关事项的指挥部署,包括药品供应、人员组织、各组工作人员的重新定岗、人员调配等;

2.2.1.3 根据突发事件的性质,审核救治药品的剂型、数量等。

2.2.2 药品保障供应组,由主管药品供应人员负责,服从领导小组的指挥,积极配合。

2.2.2.1 从多渠道获取药品信息,根据治疗指南或专家组意见,在采购过程中保证紧缺药品供应;

2.2.2.2 保证急救药品品种齐全,数量充足。并注意贮备药品适时更新、补充,确保质量和数量;

2.2.2.3 中毒抢救、水灾、地震、火灾等所需抢救药品,可能不属医院常备药,但必须掌握这些药品供应渠道,必要时随时能够按需购入;

厚德精诚 笃行至善

2.2.2.4 协调各药房抢救药品的调剂。

2.2.3 药品调剂组:由主管药品调剂的负责人负责,服从领导小组的指挥,积极配合。

2.2.3.1 进行医院日常药品的调剂工作,执行其他与调剂相关的临时性任务;

2.2.3.2 为临床提供用药信息,保障药品供应,同时防止积压,向患者作好用药咨询和宣传工作。

2.2.4 临床药学组:由主管临床药学的主任负责,服从领导小组的指挥,积极配合。负责突发事件中药物信息、临床药学和药物安全性方面的工作。及时收集整理药物信息,以适当的方式向临床传递合理用药信息。进行 ADR 监测、反馈等工作。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国药品管理法》

3.2 《突发事件药品供应与药事管理制度》

3.3 《医疗机构药事管理规定》

附件:突发事件医疗救治药品目录

附件：

突发事件医疗救治药品目录

序号	药品通用名	剂型	规格
1	青霉素钠	注射剂	80 万 IU
2	苄星青霉素	注射剂	0.5g
3	多西环素	注射剂	0.1g
4	哌拉西林舒巴坦	注射剂	1.5g
5	头孢曲松	注射剂	0.5g
6	头孢哌酮舒巴坦	注射剂	1g
7	利奈唑胺	注射剂	0.6g
8	美罗培南	注射剂	0.5g
9	庆大霉素	注射剂	8 万 U
10	阿奇霉素	注射剂	0.25g
11	万古霉素	注射剂	0.5g
12	左氧氟沙星	注射剂	0.3g
13	甲硝唑	注射剂	0.5g
14	利巴韦林	注射剂	0.1g
15	更昔洛韦	注射剂	0.25g
16	洛贝林	注射剂	3mg
17	尼可刹米	注射剂	0.375g
18	地西洋	注射剂	10mg
		片剂	2.5mg
19	酚妥拉明	注射剂	10mg
20	普奈洛尔	片剂	10mg
21	新斯的明	注射剂	1mg
22	阿托品	注射剂	0.5mg
23	盐酸山莨菪碱	注射剂	10mg
24	利多卡因	注射剂	0.2g
25	苯磺酸阿曲库铵	注射剂	10mg
26	硝苯地平	控释片	30mg
27	尼群地平	片剂	10mg
28	去乙酰毛花苷丙	注射剂	0.4mg
29	硫酸镁	注射剂	2.5g
30	硝酸甘油	片剂	0.5mg
31	肾上腺素	注射剂	1mg
32	去甲肾上腺素	注射剂	2mg
33	间羟胺	注射剂	10mg
34	多巴胺	注射剂	20mg

35	多巴酚丁胺	注射剂	20mg
36	异丙肾上腺素	注射剂	1mg
37	低分子肝素钠	注射剂	5000IU
38	碳酸氢钠	注射剂	0.5g
		片剂	0.5g
39	奥美拉唑	注射剂	20mg
40	甲氧氯普胺	注射剂	10mg
41	呋塞米	注射剂	20mg
42	20%甘露醇	注射剂	250ml
43	氢化可的松	注射剂	0.1g
44	泼尼松龙	注射剂	10mg
45	地塞米松磷酸钠	注射剂	5mg
46	普通胰岛素	注射剂	400U
47	酚磺乙胺	注射剂	0.5g
48	维生素 K1	注射剂	10mg
49	肝素钠	注射剂	12500iu
50	人凝血酶原复合物	注射剂	200iu
51	人纤维蛋白原	注射剂	0.5g
52	氯苯那敏	片剂	4mg
53	异丙嗪	注射剂	50mg
54	地氯雷他定	干混悬剂	2.5mg
55	西替利嗪	滴剂	0.3g
56	葡萄糖酸钙	注射剂	1g
57	氯化钾	注射剂	1g
58	10%氯化钠	注射剂	1g
59	50%葡萄糖	注射剂	10g
60	5%葡萄糖	注射剂	50ml/100ml/250ml/500ml
61	10%葡萄糖	注射剂	50ml/100ml/250ml/500ml
62	0.9%氯化钠	注射剂	50ml/100ml/250ml/500ml
63	5%葡萄糖氯化钠	注射剂	500ml
64	氟马西尼	注射剂	0.5g
65	亚甲蓝	注射剂	20mg
66	盐酸纳洛酮	注射剂	0.4mg
67	维生素 C	注射剂	0.5g
68	创口贴	贴剂	1片
69	盐酸左氧氟沙星	眼膏	5ml

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>肿瘤化疗药物分级管理制度</b>	<b>制度编号</b>	YXB-2020-47
	<b>发布部门</b>	药学部	<b>编制人</b>	张玉学
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	张玉学
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨 华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	503-505

## 肿瘤化疗药物分级管理制度

### 1. 目的

为合理使用肿瘤化疗药物，根据《抗肿瘤药物应用指南原则》和《药物临床实验管理规范》等，结合本院具体情况，特制定本分级管理制度。

### 2. 标准

#### 2.1 分级原则

根据肿瘤化疗药物特点，药品价格等因素，将肿瘤化疗药物分为特殊管理药物、一般管理药物和临床试验药物三级进行管理。

2.1.1 特殊管理药物：指药物本身或药品包装的安全性较低 一旦药品包装破损可能对人体造成严重损害，价格相对较高，储存条件特殊，可能发生严重不良反应的肿瘤化疗药物。

2.1.2 一般管理药物 指未纳入特殊管理和非临床试验用药物 属于一般管理范围。

2.1.3 临床试验用药物 指用于临床试验的肿瘤化疗药物。

2.1.4 医院“肿瘤化疗药物分级管理目录”见附件，该目录涵盖了本院在用肿瘤化疗药物，新品种引进时应同时明确其分级管理级别。

#### 2.2 使用原则与方法

2.2.1 总体原则：坚持合理用药，分级使用，严禁滥用。

##### 2.2.2 具体使用方法

2.2.2.1 临床试验用药物：依据国家食品药品监督管理局发布的《药物临床试验质量管理规范》中试验用药品管理的有关规定执行。

2.2.2.2 一般管理药物：应根据病情需要，由主治及以上医师签名方可使用。

2.2.2.3 特殊管理药物：必须严格掌握指针，需经科主任会诊讨论，由副主任、主任医师签名方可使用。紧急情况下未经会诊同意或需越级使用的，处方量不得超过1日用量，并做好相关病历记录。

厚德精诚 笃行至善



2.3 处方权、调配权的获得

2.3.1 处方权的获得

2.3.1.1 具有执业医师资格

2.3.1.2 经科主任组织专家考核，同意后获得肿瘤化疗药物的处方权；

2.3.1.3 每两年必须参加不少于1次的肿瘤化疗专业培训或学术活动。

2.3.2 调剂权的获得药师经培训后获得肿瘤化疗药物调剂资格。

**3. 相关文件**

3.1 《抗肿瘤药物应用指南原则》

3.2 《药物临床实验管理规范》

附件：铜仁市妇幼保健院肿瘤化疗药物分级管理目录

附件：

铜仁市妇幼保健院肿瘤化疗药物分级管理目录

分类	特殊管理药物	一般管理药物	临床试验药物
抗代谢药	甲氨蝶呤		
抗肿瘤植物成分药	紫杉醇		
抗肿瘤激素类		氟他胺	
其他抗肿瘤药物和抗肿瘤辅助药	顺铂	来曲唑片	

2019年9月制订

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	肿瘤化学治疗药物管理制度	制度编号	YXB-2020-48
	发布部门	药学部	编制人	张玉学
	生效日期	2016年4月	审核人	张玉学
	修改日期	2020年11月	批准人	杨 华
	版 本	第2版	页 码	506-508

## 肿瘤化学治疗药物管理制度

### 1. 目的

为进一步加强肿瘤化疗的医疗安全和医疗质量管理，合理使用抗肿瘤药物，根据《抗肿瘤药物临床应用指导原则》及国家卫生健康委医政医管局印发的《抗肿瘤药物临床应用管理办法》等，并结合我院具体情况，特制定肿瘤化学治疗药物的管理规范。

### 2. 标准

2.1 遵循规范化、个体化的治疗原则，严格掌握化疗适应症以及化疗药物的使用规范。

2.1.1 严格按照肿瘤的诊治规范来进行化学治疗：正确的诊断、准确的分期、系统的患者状态评估、认真的治疗前沟通；

2.1.2 遵循规范化、个体化的治疗原则，严格掌握化疗适应症以及化疗药物的使用规范，由科室内部在主任医师的主持下统一讨论化疗方案，具体化疗方案的制定以及化疗药物的使用参照国际和中国版NCCN指南。

2.2 根据化疗工作特点，建立健全并落实各项医疗质量管理体系。

2.2.1 查房制度：对肿瘤化疗患者，各级化疗从业医师应严格遵循医院相关规定进行三级医师查房；

2.2.2 疑难、危重及死亡病例讨论制度：严格依照医院相关规定进行疑难、危重及死亡病例讨论，肿瘤化疗的疑难、危重及死亡病例的讨论应有化疗专科或化疗专业组负责人参加，并提出讨论意见；

2.2.3 病历书写制度：根据化疗工作特点，在严格按照病历书写规范要求完成各项病案书写的同时，须及时、详细记录化疗方案的制定和具体的执行情况，以及不良反应的出现时间、程度、处置措施和转归等；出院医嘱中注明如何观察和发现骨髓抑制等常见不良反应的方法、如何应对常见问题、复查或再次治疗时间以及紧急联络方式等主要注意事项；

厚德精诚 笃行至善

2.2.4化疗知情同意制度：化疗前应向患者或患者授权的被委托人全面告知病情、治疗方案、化疗可能导致的副作用和风险以及经济负担等，并签署《化疗知情同意书》；

2.2.5严格执行查对制度：化疗从业医师和护士在开具和执行化疗医嘱或处方时，严格执行“三查八对”，核对药品配伍，注意化疗药物超敏反应、消化道反应和溶解综合征等不良反应的防治，以及水化、解毒和解救等处理措施的落实。

2.3严格遵医嘱应用化疗药物，对肿瘤化学治疗药物的超常规、超剂量、新途径的用药方案，应由临床医师和临床药师通过病例讨论确定，必须在主任医师的主持下统一讨论后才可使用，并有备案。

2.4规范、正确地使用肿瘤化学治疗药物，对可能发生的不良反应有处置预案。

2.4.1 科室具有开展化疗业务所需的所有基本条件：氧气供应系统和消毒隔离等基本医疗条件，配置有心电监护仪、吸痰器和抢救车等预防及救治严重化疗不良反应的相关设备；

2.4.2做好化疗前的预处理，化疗前各重要器官功能和身体状态是否调整到适宜状态，对常见严重化疗毒副反应（如抗过敏、呕吐、水化和崩解综合症等）进行预防处理的防治；

2.4.3所有医生、护士对各种化疗药物可能发生的不良反应，包括药物过敏、药物外渗、化疗后骨髓抑制和恶心、呕吐等有清楚的认识，并能及时准确地执行各种对症处理；

2.4.4化疗期间不良反应监测：化疗期间，每周查血常规2-3次，每周期至少查肝肾功能1次，心脏等检查按需进行；

2.4.5化疗药外漏的应急预案：立即停止化疗药液的注入，通知值班医生及护士长。避免局部受压，外渗局部肿胀严重的遵医嘱处理，外渗24小时内可有冰袋局部冷敷。疼痛剧烈者可用2%利多卡因100mg或2%普鲁卡因2ml+地塞米松5mg局部封闭。

2.4.6化疗后恶心、呕吐的应急预案：按化疗相关性呕吐（CINV）严重度分级进行处理。重度CINV推荐：5-HT<sub>3</sub>拮抗剂+NK-1受体拮抗剂+激素三联。中度CINV推荐：5-HT<sub>3</sub>拮抗剂+激素二联。轻度CINV推荐：激素为主。

2.4.7 化疗后骨髓抑制的应急预案：暂停化疗或化疗减量，G-CSF等刺激造血，必要时预防或治疗感染；

2.4.8 护士执行用药观察制度并观察病人用药后的反应。

2.5对肿瘤化学治疗药物使用实施分级管理。

2.5.1对于一线治疗使用的常规化疗药物，如乳腺癌中的阿霉素，非小细胞肺癌中的铂类药物等，具有化疗从业资格的主治医师即可使用（但仍需上级医师定期审核）；

2.5.2在进行二线治疗时，需有副主任医师的参与、讨论后才可使用；

2.5.3对肿瘤化学治疗药物的超常规、超剂量、新途径的用药方案，要在主任医师的主持下统一讨论后才可使用。

2.6建立肿瘤化疗质量监控、管理体系，成立质控小组，制定科室质量管理实施方案和具体措施，职责明确。

2.7职能部门定期进行检查和督促，发现肿瘤化学治疗药物在使用过程中不符合本规范要求，追究相关人员及科室责任，按医院管理制度扣罚。

### 3. 相关文件

3.1 《抗肿瘤药物临床应用指导原则》

3.2 《抗肿瘤药物临床应用管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	肠外营养性药品管理制度	<b>制度编号</b>	YXB-2020-49
	<b>发布部门</b>	药学部	<b>编制人</b>	张玉学
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	张玉学
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨 华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	509

## 肠外营养性药品管理制度

### 1. 目的

依据《中华人民共和国药品管理法》加强肠外营养性药品的管理，确保其正确的储存、配置和使用，保证患者使用安全。结合本院实际情况特制定场外营养药品管理制度。

### 2. 标准

2.1 肠外营养性药品是指经静脉途径输入营养药品，以维持机体正常生理需要和促进疾病康复的药品。

2.2 医师开具肠内、肠外营养性药品处方或医嘱单，药师检查用药适应症、配伍合理性，用量适当性，发现疑点和非常规使用时，及时与医师核实并修改。

#### 2.2.1 肠外营养性药品的使用管理

##### 2.2.1.1 适应症

2.2.1.1.1 作为营养支持：针对一些不能进食、不想进食、不允许进食、进食不足的患者。

2.2.1.1.2 作为治疗的手段：用于术后胃肠道需要休息、减少胃肠道消化液分泌的患者。

##### 2.2.2 配制与使用

2.2.2.1 在设备和环境条件符合处进行，由培训过的专业护理人员负责。抽取时尽量减少空气吸入，减少营养液的污染机会。

2.2.2.2 现配现用，室温条件下输注肠外营养液在 24 小时内输完，严禁加热使用。

2.2.2.3 采用 1-3L 营养袋输注，用输液泵恒速持续输入，不宜中断，以防止污染。

2.2.2.4 凡 1-2 周以内的营养支持，要通过周围静脉输注，可避免由深静脉插管引起的并发症；更长时间的治疗须由中心静脉输注，以免多次静脉穿刺，防止周围静脉发生血栓性静脉炎。

### 3. 相关文件

#### 3.1 《中华人民共和国药品管理法》

## 第五章 输血管理

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	临床用血管理制度	制度编号	SXK-2020-1
	发布部门	输血科	编制人	杨淋
	生效日期	2020年4月	审核人	唐永红
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	510-511

### 临床用血管理制度

#### 1. 目的

为确保临床用血安全,保障安全有效地将血液输注给患者,确保患者生命安全及医疗工作的正常运行,根据《中华人民共和国献血法》《突发公共卫生事件应急条例》《临床输血技术规范》《临床用血管理办法》等,结合我院实际,修定本制度。

#### 2. 标准

2.1 临床输血委员会负责临床用血的规范管理和技术指导,定期开展合理用血、科学用血的教育和培训,讨论重大输血疑难病例,防范医疗差错事故,确保临床用血的科学、安全、有效措施的实施。

2.2 输血科(血库)负责审核临床用血,对输血适应症和输血前检查项目把关。

2.3 临床医师和输血医技人员应积极开展和推广应用成分输血,确保临床合理、安全用血。

2.4 决定输血前,经治医师应履行告知义务,征得患者或家属的同意后,在输血治疗同意书上签字。择期或限期手术用血于术前2天、治疗用血于用前1天将申请单和血样送至输血科。

2.5 凡稀有血型(RhD 阴性)、不规则抗体阳性或特殊治疗输血应于3天前向输血科提出申请、预约。

2.6 临床科室取回的血液应尽快输用,各科室不得自行贮血,血液内不得加入其他药物。输血前由护士再次核对,用符合标准的输血器进行输注。

2.7 当患者输血出现异常情况时应减慢或停止输血,立即通知值班医师和输

血科值班人员，及时检查、治疗和抢救，逐项填写患者输血不良反应回报单，及时通知血库查找原因并做记录。

2.8 出现输血反应或输血感染时，应将血袋中的剩余血液和血液标本及时妥善保存，并积极查找原因，待责任明确后方可处理。输血科要将核对、调查处理情况做好详细记录，组织科室人员或业内专家进行讨论分析。

2.9 输血科建立输血不良反应追踪记录，每月统计输血反应或输血后发生感染情况并登记报告。

2.10 发生严重医疗差错或医疗事故立即报告医务科和主管院长，必要时提请医院输血委员会进行调查处理。

2.11 临床紧急用血而库在血液不足时，输血科值班人员应即刻与血站联系在第一时间供血，争取时间并积极采取其他治疗措施挽救患者生命，任何人不得自行采集血液或通过非指定渠道供血。

2.12 临床一次用血、备血量超过 2000ml 时需经输血科医师会诊，由科主任签名后报医务科批准。急诊大量用血后应按以上要求补办手续。

2.13 及时记录并定期反馈血站服务和血液质量，包括预约服务、送血服、血液包装和外观等。

2.14 及时与临床用血科进行沟通，听取意见和建议并反馈给相关科室和管理部门。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《临床输血技术规范》

3.3 《突发公共卫生事件应急条例》

3.4 《临床用血管理办法》



 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	临床用血评价及公示制度	制度编号	SXK-2020-2
	<b>发布部门</b>	输血科	编制人	杨淋
	<b>生效日期</b>	2020年04月	审核人	唐永红
	<b>修改日期</b>	2020年11月	批准人	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	页 码	512-513

## 临床用血评价及公示制度

### 1. 目的

为加强临床用血安全,促进临床安全用血的、有效用血,保障安全有效地将血液输注给患者,确保患者生命安全及医疗工作的正常运行,根据《中华人民共和国献血法》《突发公共卫生事件应急条例》《临床输血技术规范》《临床用血管理办法》等,结合我院实际,修定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 临床用血评价制度

2.1.1 用血合理性的评价:主要评价是否严格按照输血适应症进行输血,输血适应症按照《临床输血技术规范》的要求执行。

2.1.2 输血后疗效的评价:主要评价在输血后是否有输血治疗的疗效评价及有无输血不良反应的发生、处理、记录。

#### 2.2 临床用血公示制度。

实施临床科室和医师临床用血专项检查,将检查结果在全院公示,并由医院制定相应的奖惩措施。

2.2.1 检查人员:由医院输血管理委员会成员组成。

2.2.2 检查方法:每季度检查,抽取每个季度所有输血病历。


2.2.3 检查内容如下:

序号	检查内容
1	《临床输血申请单》的填写是否规范;输血前是否有输血前免疫学检查;
2	输血前患者是否签署《临床输血治疗知情同意书》;
3	是否有相关实验室检查,是否有临床输血指征; 大量用血是否有审批;
4	是否有患者输血适应症的评估;

5	是否有患者输血过程记录；
6	是否有患者输血后疗效评价。

### 3. 相关文件

- 3.1 《中华人民共和国献血法》
- 3.2 《临床输血技术规范》
- 3.3 《突发公共卫生事件应急条例》
- 3.4 《临床用血管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	临床用血前评估和用血后效果评价及公示制度	<b>制度编号</b>	SXK-2020-3
	<b>发布部门</b>	输血科	<b>编制人</b>	杨淋
	<b>生效日期</b>	2020年04月	<b>审核人</b>	唐永红
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	514-518

## 临床用血前评估和用血后效果评价及公示制度

### 1. 目的

为进一步提高医院临床用血的科学性、合理性，达到更加安全、有效、节约血源，对临床用血前进行评估和用血后效果进行评价，根据《中华人民共和国献血法》《突发公共卫生事件应急条例》《临床输血技术规范》《临床用血管理办法》等，结合我院实际，修定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 临床用血前评估

2.1.1 临床医师在决定对患者输血治疗前必须根据患者的病情和实验室检测指标进行输血前评估，输血治疗后要做出输血疗效评价，评估、评价结果要记入病程记录。

2.1.2 医师在决定是否对住院患者进行输血治疗前，必须对患者是否需要接受输血进行输血前评估。评估必须由主治医师及以上医师进行，并由评估医师在评估表上签名。

2.1.3 患者或家属签订输血同意书：临床医师根据患者的病情决定需要输血治疗时，应切实负起向患者及家属宣传安全用血的责任。应向患者或家属告知输血的目的和可能发生输血反应及感染经血液传播疾病的可能性（窗口期问题），征得患者或家属同意并签订输血同意书。这样使患者及其家属知道输血既有治疗作用，但又要承担一定的风险，从而杜绝输注“人情血”、“安慰血”、“营养血”、“新鲜血”，医院的输血人次减少，总用血量下降，同时也减少了由于输血所引起的医疗纠纷。

2.1.4 临床输血申请和审批：输血申请单一律由主治医师申请，上级医生签字核准。严格控制<600 ml 的输血申请，即失血量<600 ml 原则上不输血；申请输血量 1600ml 以上，除报医务科审批外，须经输血科主任审核。紧急输血须由

科主任或值班的医生签字核准，急诊用血事后 2 个工作日内及时补办《大量用血审批表》。

2.1.5 严格掌握输血适应症：输血适应症管理条例详见《输血适应症管理规定》，临床医师应严格掌握临床输血指征，减少不必要的输血（如失血量不超过血容量的 20%时不输血）。临床医师必须重视成分输血，根据不同病人的需要，输给相应制品。

2.1.6 医师应将评估内容详细记录在病程记录中。

2.1.7 患者输血前评估条件如下：

序号	评估条件
1	急性大量出血病人和手术中用血病人。
2	慢性出血导致 Hb<60g/L 的病人。
3	血液病、各种血细胞减少及各种疾病引起的血小板和凝血因子异常导致的出凝血障碍病人。
4	严重烧伤病人。

2.1.8 临床输血指征综合评估指标如下：

序号	评估内容
1	患者的临床诊断；
2	引起失血或贫血的病因；
3	是否已进行病因治疗；
4	病因治疗与输血治疗哪个更有效；
5	相对于病因治疗输血治疗是否必须；
6	根据实验室检测指标，患者是否具有输血指征；
7	如确需输血治疗，输用何种血液品种及数量；
8	急性失血引起的血容量减低的扩容治疗是否遵循了先晶后胶原则，扩容的疗效，是否需输血，如需输血，输全血还是红细胞制品；
9	是否已考虑患者的年龄因素（如老年人和小孩）及心功能情况，输血中应注意的问题等；
10	是否已做好发生输血（不良）反应的治疗及抢救措施。

2.2 输血后疗效评价：

2.2.1 输血治疗患者的主管医师在输血治疗后第二天应根据输血治疗目的对患者进行血常规或出凝血相应的实验室检测，并观察患者病情有无好转、临床表现是否改善等，做出输血治疗疗效评价，并记录在病程记录中。

2.2.2 临床输血后质量评价：

序号	质量评价内容
1	各科室医疗质量控制小组每个月对本科室所有的输血病例临床用血质量进行评价。
2	主要评价内容是：患者是否明确诊断；
3	病例是否符合临床用血条件；
4	主管医师是否严格掌握输血适应证；
5	输血品种和数量是否与患者病情相符、输血治疗是否恰当；
6	急性失血是否进行了先晶后胶的扩容、大量输注抗凝血后是否根据病情变化补充了凝血因子（冷沉淀）和血小板；
7	非急症用血是否执行了备血制度和用血审批制度；
8	输血后是否及时进行了输血疗效评价、输血疗效如何；
9	输血治疗前是否履行了告知义务及是否签订《输血治疗同意书》；
10	输血申请单填写是否规范，输血病程记录等各种输血文书记录是否及时、规范、完整；
11	输血不良反应治疗抢救措施是否得当，是否规范填写输血不良反应回报单并上报。

2.2.3 输血后质量评价

2.2.3.1 每份输血病例（自评价）由本治疗组最高级别医师进行输血后评价，并在病例中填写结果、签名。输血前评估和输血后评价作为科室医疗质控小组的材料妥善保存、备查，不得丢失。

2.2.3.2 各科室医疗质量控制小组每个月对本科所有的输血病例临床用血

质量进行评价，评价结果汇总形成书面材料一式三份，一份作为科室医疗质量控制小组的材料妥善保存，其余两份分别送医务科、输血科，以供进行“临床科室用血情况考核”。

2.2.3.3 各科室医疗质量控制小组要根据每个月医院医疗质量检查通报中有关各科室输血质量内容，提出各自科室的整改措施，并在日常工作中落实好整改措施。以确保临床用血质量不断提高。

2.2.3.4 医务科和输血科每个月抽查至少 30 份的输血病例资料，对临床用血质量进行评价，并将评价结果作为每个月医疗质量通报的一部份内容。并针对医务人员输血质量中出现的问题提出整改要求。对出现较突出质量问题的相关医务人员进行输血技术规范的学习、培训。

### 2.3 临床用血公示制度

2.3.1 每份输血病例（自评价）由本治疗组最高级别医师进行输血后评价，并在病例中填写结果、签名。输血前评估和输血后评价作为科室医疗质控小组的材料妥善保存、备查，不得丢失。

2.3.2 各科室医疗质量控制小组每个月对本科所有的输血病例临床用血质量进行评价，评价结果汇总形成书面材料一式三份，一份作为科室医疗质量控制小组的材料妥善保存，其余两份分别送医务科、输血科，以供进行“临床科室用血情况考核”。

2.3.3 各科室医疗质量控制小组要根据每个月医院医疗质量检查通报中有关各科室输血质量内容，提出各自科室的整改措施，并在日常工作中落实好整改措施。以确保临床用血质量不断提高。

2.3.4 医务科和输血科每个月抽查至少 30 份的输血病例资料，对临床用血质量进行评价，并将评价结果作为每个月医疗质量通报的一部份内容。并针对医务人员输血质量中出现的问题提出整改要求。对出现较突出质量问题的相关医务人员进行输血技术规范的学习、培训。

### 2.4 临床用血公示制度

2.4.1 检查方法：每季度检查一次，抽取输血病历至少 30 份。

2.4.2 检查结果在全院通报，并按医院相关规定进行奖惩；以严格加强临床用血的管理，促进临床安全、有效、科学、合理的用血。

**厚德精诚 笃行至善**

2.4.3 临床用血情况将被作为科室和医生工作考核指标之一。

2.4.4 检查内容如下：

序号	检查内容
1	《临床输血申请单》的填写是否规范；
2	输血前是否有免疫学检查；
3	输血前患者是否签写《输血治疗同意书》；
4	是否有相关实验室检查，是否有临床输血指征；
5	大量用血是否有审批；
6	是否有患者输血适应症的评估，输血过程和输血后疗效评价情况。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《突发公共卫生事件应急条例》

3.3 《临床输血技术规范》

3.4 《临床用血管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>围手术期血液保护管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>SXK-2020-4</b>
	<b>发布部门</b>	<b>输血科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨淋</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2020年04月</b>	<b>审核人</b>	<b>唐永红</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>519-521</b>

## 围手术期血液保护管理制度

### 1. 目的

为了节约用血,减少经血液传染性疾病的传播,减少输血不良性事件的发生,确保医疗质量和医疗安全,根据《中华人民共和国献血法》《突发公共卫生事件应急条例》《临床输血技术规范》《临床用血管理办法》等,结合我院实际,修定本制度。

### 2. 标准

2.1 围手术期必须遵循血液保护原则:围手术期输血必须遵循改善生物相容性,减少生物免疫激活,减少同种输血,减少血液丢失,减少血液机械性破坏的原则。

#### 2.2 严格掌握输血指征

2.2.1 输血前适应症评估:对患者的术前贫血(失血)情况,血容量情况,Hb\Hct;手术失血危险因素,病人重要脏器功能情况进行评估。

#### 2.2.2 手术及创伤输血指征:

输血指征	措施
Hb>100g/L	不必输血;
Hb<70g/L	应考虑输入浓缩红细胞;
急性大出血出血量>20%血容量	可以考虑输血,并根据患者的出凝血状况及实验室检查结果,输注新鲜冰冻血浆.血小板和冷沉淀;
Hb70g/L~100g/L	根据病人代偿能力,一般情况和脏器器质性病变情况而决定是否输血;血压稳定,神智清醒,无继续失血,代偿能力好者不用输血。

#### 2.3 围手术期血液保护措施

##### 2.3.1 手术方式选择,手术性措施



序号	措施
1	根据患者疾病情况采取微创手术，选择小切口，避开大血管入路等手术措施，减少术中出血。
2	手术操作细致，止血彻底。
3	正确使用止血带。
4	直视下动脉阻断。
5	动脉内球囊阻断术（如骶骨和骨盆肿瘤手术）。

2.3.2 使用血浆代用品：适当范围内用低分子右旋糖酐铁、羟乙基淀粉、明胶等代血浆补充血容量，以维持正常组织灌注。

序号	措施
1	失血量<20%血容量，可单独用代血浆补充；
2	失血量 20~40%血容量，代血浆与全血各输一半；
3	失血量>50%血容量，则输代血浆 1 / 3，全血 2 / 3；

### 2.3.3 控制性降压（Controlled hypotension）

序号	相关措施
1	采用药物、麻醉措施使平均动脉压降至 60mmHg 或将血压控制在基础水平以下的 15%—20%范围内，降低血管内压力，以减少手术创伤出血。
2	积极开展自体输血，其自体血储备措施为：
3	Rh 阴性等稀有血型病人择期手术，术前动员患者进行自体血储备；
4	要求术前准备时间要充分（2~3 周），以便分次采血储存；
5	进行自体血储备的病人一般状况要好，排除贫血、严重心肺功能障碍病变；
6	自体血储备必须告知患者在血站进行；

### 2.4 急性等容性血液稀释措施

#### 2.4.1 完善知情同意手续；

2.4.2 麻醉成功后，手术开始前，从静脉放出 7.5~20ml/kg 全血贮存备用，同时输入等量的胶体液，将血容量保持恒定；

#### 2.4.3 根据手术失血情况术中或术后将自体血回输；

2.4.4 适应症如下：

序号	适应症
1	属于稀有血型者；
2	产生不规则抗体或可能产生不规则抗体者；
3	可能有大量出血的手术；
4	紧急外伤或其他原因的大量出血；
5	为避免异体输血引起感染、免疫抑制等；
6	因宗教或其他原因拒绝异体输血者。排除贫血、严重心肺功能障碍病变；

2.5 术前不采血血液稀释措施

手术开始前快速输注晶体和胶体液各 1000ml，造成高循环血容量而将血液稀释以减少出血，达到减少用血的目的。

3. 相关文件

- 3.1 《中华人民共和国献血法》
- 3.2 《突发公共卫生事件应急条例》
- 3.3 《临床输血技术规范》
- 3.4 《临床用血管理办法》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	大量输血审批制度	<b>制度编号</b>	SXK-2020-5
	<b>发布部门</b>	输血科	<b>编制人</b>	杨淋
	<b>生效日期</b>	2020年4月	<b>审核人</b>	唐永红
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	522-523

## 大量输血审批制度

### 1. 目的

为了规范大量输血的审批，确保临床输血工作的顺利开展。根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等相关法律法规特修定本制度。

### 2. 标准

2.1 大量输血原则：大量输血是指在 24 小时内输血量接近或超过病人的一个血容量的输血。

2.2 经输血科医生同意，交叉配血试验可适当简化。

2.3 必须按照紧急用血原则，尽早给予病人输血治疗。

2.4 对 Rh(D) 阴性的病人，最好给予 ABO 相同 Rh(D) 阴性的血制品。如紧急情况下不能提供足够所需的血液，经患者或其家属同意，O 型的 Rh(D) 阴性的红细胞或 ABO 血型相同的 Rh(D) 阳性的血制品也可使用。

2.5 在血小板  $<10$  万/u1、PLT  $>$  正常 1.5 倍时，必须考虑补充血小板和新鲜冰冻血浆。

#### 2.6 大量输血审批

2.6.1 急救输血（大量失血、急性创伤、换血）：申请输血量在 800 毫升至 1600 毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，经上级医师审核，科室主任核准签发后，送输血科配血取血。

2.6.2 申请输血量达到或超过 1600 毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，科室主任核准签发后，报医务部门批准，送输血科配血取血。

2.6.3 紧急情况下需大量输血时，因需要争取时间抢救患者生命，可口头或电话向输血科主任或医务部申请大量用血（红细胞悬液大于 8 单位，全血大于

1600 毫升），事后需补办大量用血申请审批手续。

2.6.4 大手术、器官移植及体外循环等治疗需输全血时，须经输血科医生会诊，由输血科主任签字后报医务部批准。

### 3 相关文件

3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《医疗机构临床用血管理办法》

3.3 《临床输血技术规范》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	临床紧急用血制度	制度编号	SXK-2020-6
	发布部门	输血科	编制人	杨淋
	生效日期	2020年2月	审核人	唐永红
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	524-525

## 临床紧急用血制度

### 1. 目的

为保证紧急状态下的临床供血需要，保证临床救治工作的正常进行。确保临床输血工作的顺利开展。根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等相关法律法规，结合我院实际，修定本制度。

### 2. 标准

2.1 紧急输血是指针对急性输血量达到自身血容量的40%，或呈失血性休克状态，或实施可以预见术中大出血的急诊手术的患者，为抢救其生命而采取的输血。

2.2 紧急输血由主管医生填写输血申请单，输血申请单上需注有“抢救输血”或“紧急输血”，连同患者3ml血标本由医护人员送往输血科。

2.3 输血科应在接到血标本15分钟内配血。当无法采集患者血样鉴定血型时，主管医生应在申请单上注明此情况并签字，为抢救失血性濒死型患者的生命，输血科告知主管医生后发出“O”型红细胞，立即通知用血科室，由医护人员到输血科取血。

#### 2.4. 选择血型参考下表：

患者血型	红细胞			血浆及冷沉淀	
	首选	次选	三选	首选	次选
A型	A型	O型	无	A型	AB型
B型	B型	O型	无	B型	AB型
AB型	AB型	A或B型	O型	AB型	AB型
O型	O型	无	无	O型	AB型

2.5 一旦遇到紧急抢救用血，应急时联系供血点，患者的生命高于一切。

2.6 紧急输血病人收费，急诊科病人输血，由输血科开具用血互助金与用血

材料缴费单，家属持单到门诊收费处交现金，血费直接记帐。若“三无”病人（即无意识、无家属陪护、无身份证明者）由医务部或医疗主管院长签字。

### 3. 相关文件

- 3.1 《中华人民共和国献血法》
- 3.2 《医疗机构临床用血管理办法》
- 3.3 《临床输血技术规范》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	临床用血申请、报批及登记制度	制度编号	SXK-2020-7
	<b>发布部门</b>	输血科	编制人	杨淋
	<b>生效日期</b>	2020年04月	审核人	唐永红
	<b>修改日期</b>	2020年11月	批准人	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	页 码	526-527

## 临床用血申请、报批及登记制度

### 1. 目的

为了规范临床用血的申请、报批及登记，确保临床输血工作的顺利开展。根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等相关法律法规，结合我院实际，特修定本制度。

### 2. 标准

2.1 患者病情需输血治疗时，由经治医师决定需输血量、成份、性质，逐项填写《临床输血申请单》，由主治医师核准签字，连同受血者血样于预定输血日期前（除急诊用血）送交输血科备血。

2.2 决定输血治疗前，经主治医师应向患者或其家属说明输同种异体血的不良反应和经血传播疾病的可能性，征得患者或家属的同意，并由医患双方在《输血治疗同意书》上签字。《输血治疗同意书》入病历。无家属签字的无自主意识患者的紧急输血，应报医务部或业务副院长同意、备案，并记入病案。

2.3 亲友互助献血由经治医师对患者家属进行动员，到血站或卫生行政部门批准的采血点无偿献血，由血站进行血液的初、复检，并负责调配合格血液。

2.4 血小板、RH(D)阴性等其他稀有血型的血制品，需慎重考虑输血量，输血科不储血。原则上预定多少，用多少。

2.5 同一患者一天申请备血量少于800ml的，由病人的主治医生提出申请，经上级医师核准签发后，方可备血。

2.6 同一患者一天申请备血量在800ml至1600ml的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，经上级医师审核，科室主任核准签发后，方可备血。

2.7 同一患者一天申请备血量达到或超过1600ml的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，科室主任核准签发后，报医务部门批准，方

可备血。

2.8 急诊急救输血、临床医师在输血单上注明“急诊”或“抢救”，并先口头向上级医师汇报申请，上级医师同意后进行急诊输血，抢救结束后按实际用量在《临床用血申请单》上补填各级审批签字。

2.9 每张申请单只能预约一天的用量，电话及口头申请预约不予受理。择期手术病人用量预计大于 1600ml 以上者，提前 2 天送血样和输血申请单到输血科，并报送医务部审批。预定计划 3 天内有效，如需改期需重新预定。

2.10 急诊用血和没有预约的用血，申请者须先与输血科联系是否有库存血，若无库存血，由医师完成输血前各项准备工作（补充完善申请单、输血四项化验单、血型化验单），输血科联系中心血站紧急取血。

2.11 新鲜血、全血、特殊用血（包括 Rh 阴性血液、冷沉淀、血小板、白细胞）必须提前一天与血库预约，以便血站及早预约、分离、洗涤、分装；新鲜血、全血备血必须经科主任签名报医务科核准签字后送医学检验科与血站联系；临床特殊用血必须在规定的时间内尽早输用、及时记帐，避免浪费。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《医疗机构临床用血管理办法》

3.3 《临床输血技术规范》



 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	临床用血审核制度	<b>制度编号</b>	SXK-2020-8
	<b>发布部门</b>	输血科	<b>编制人</b>	杨淋
	<b>生效日期</b>	2020 年 04 月	<b>审核人</b>	唐永红
	<b>修改日期</b>	2020 年 11 月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第 2 版	<b>页 码</b>	52

## 临床用血审核制度

### 1. 目的

为了规范临床用血的审核，确保临床输血工作的顺利开展。根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等相关法律法规，结合我院实际，特修定本制度。

### 2. 标准

2.1 临床输血一次性用血、备血超过 1600 毫升时要履行报批手续，需经输血科医师会诊，由科室主任签名同意后报医务部批准。急诊用血可在事后按要求 6 小时内补办手续。

2.2 严格掌握输血指征。患者血红蛋白高于 100g/L，血球压积高于 30%或出血量少于 600ml，原则上不输血。患者病情需要输血治疗时，主治医师应填写《临床输血申请单》，由上级医师核准签字后连同受血者血样送输血科。急诊用血需在事后 6 小时内按照以上要求补办手续。

2.3 无家属签字的无自主意识患者的紧急输血，应报医务部或医疗主管院长同意、备案，并记入病历。

### 3. 相关文件

- 3.1 《中华人民共和国献血法》
- 3.2 《医疗机构临床用血管理办法》
- 3.3 《临床输血技术规范》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>输血科标本管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>SXK-2020-9</b>
	<b>发布部门</b>	<b>输血科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨淋</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2020年10月</b>	<b>审核人</b>	<b>唐永红</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>529-530</b>

## 输血科标本管理制度

### 1. 目的

为保证输血质量，确保标本合格和准确无误，保证临床输血救治工作的正常进行。确保临床输血工作的顺利开展。根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等相关法律法规，结合我院实际，特修定本制度。

### 2. 标准

2.1 临床科室必须派医护人员送标本，家属及其他非医务人员不得送标本。输血科接收标本时，必须核查标本与输血申请单上病人姓名、性别、年龄、科室、床号、住院号是否一致，核查无误后接收人签名，若有疑问，立即通知临床科室。

2.2 所有标本必须按照要求进行采取，血液标本一般以真空负压管采取。

2.3 接收标本必须进行标本核收，对不符合要求的标本立即清退并详细记录原因。

2.4 标本的保存：所有标本检测后必须保存一定时间，以备核查。定血型配血的标本必须是三天内新鲜标本。血液发出后，受血者和供血者的血样保存于2—6℃冰箱，至少7天，以便对输血不良反应追查原因。

2.5 血液标本的处理：一次性标本过了保存期后按医疗废物有关规定进行处理。

2.6 对于医疗垃圾用黄色塑料袋包装送医疗垃圾站按有关规定处理。

#### 2.7 标本拒收准则

2.7.1 由非护士（病人或其家属、护工等）送达的标本。

2.7.2 管上未标明病人姓名、床号、住院号。

2.7.3 保存期超过输血前三天的标本不能用于交叉配血。

2.7.4 由于各种原因引起标本溶血（溶血性贫血除外）。

2.7.5 采错抗凝管的标本

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《临床输血技术规范》

3.3 《临床用血管理办法》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	<b>输血科血液发放制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>SXK-2020-10</b>
	<b>发布部门</b>	<b>输血科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨淋</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2020年10月</b>	<b>审核人</b>	<b>唐永红</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>531-532</b>

## 输血科血液发放制度

### 1. 目的

为了规范输血科血液发放，保证临床输血救治工作的正常进行。确保临床输血工作的顺利开展。根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等相关法律法规，结合我院实际，特修定本制度。

### 2. 标准

2.1 输血科按谁配血谁发血的原则，禁止非专业人员发血。

2.2 各类血液制品按有效期先后顺序的原则发放，避免过期，节约血液。

2.3 凡有以下情况之一者，一律不得发血。

2.3.1 标签破损，字迹不清。

2.3.2 血袋有破裂、漏血。

2.3.3 血液中有明显凝块

2.3.4 血浆呈严重乳糜状或暗灰色。

2.3.5 血浆中有明显气泡絮状物或粗大颗粒。

2.3.6 未摇动时血浆层与红细胞的界面不清或交界面上出现溶血。

2.3.7 红细胞层呈紫红色。

2.3.8 过期或其它须查证的情况。

2.4 配血结果未出来之前或配血结果有疑问时不得发血。

2.5 发血与取血双方应共同查对受血者姓名、性别、年龄、住院号、病区、床号、血型，献血者条形码号、血型、血量、品种、配血结果、有效期、失效期及血液的外观质量等，准确无误后，双方签字。

2.6 医护人员取血时，一次只能领取一位受血者的血液，决不允许一人同时领取几位受血者的血液。

2.7 受血者和供血者血样于 2~6℃ 冰箱保存至少 7 天。

2.8 输血后的血袋应送回输血科，按《输血后血袋回收登记处理制度》进行。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《医疗机构临床用血管理办法》

3.3 《临床输血技术规范》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	标 题	血液库存管理制度	制度编号	SXK-2020-11
	发布部门	输血科	编制人	杨淋
	生效日期	2020年10月	审核人	唐永红
	修改日期	2020年11月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	533-534

## 血液库存管理制度

### 1. 目的

为加强血液库存的管理，使血液库科学化、合理化，规范血液库存，保证临床输血救治工作的正常进行。确保临床输血工作的顺利开展。根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等相关法律法规，结合我院实际，特修定本制度。

### 2. 标准

2.1 进入输血科的血液及成分，必须入库登记。

2.2 全血、成分血按 A、B、O、AB 血型分类储存于输血科专用冰箱或专用冰柜不同层内，标识明显。不同日期的血液依先后次序存放，整齐排列，不能倒置。

2.3 保存温度和保存期如下：

品 种	保存温度	保存期
浓缩红细胞（CRC）	4±2℃	ICD：21天 CPD：28天 CPDA：35天
去白细胞悬浮红细胞（LPRC）	4±2℃	（同CRC）
红细胞悬液（CRCs）	4±2℃	（同CRC）
洗涤红细胞（WRC）	4±2℃	（同CRC）
冰冻红细胞（FTRC）	4±2℃	解冻后24小时内输注
手工分离浓缩血小板（PC-1）	22±2℃	24小时（普通袋）或5天 （专用袋制备）
机器单采浓缩血小板（PC-2）	22±2℃	（同PC-1）
机器单采浓缩白细胞悬液（GRAns）	22±2℃	24小时内输注
新鲜液体血浆（FLP）	4±2℃	24小时内输注
新鲜冰冻血浆（FFP）	-20℃以下	一年
普通冰冻血浆（FP）	-20℃以下	四年
冷沉淀（Cryo）	-20℃以下	一年
全血	4±2℃	（同CRC）
其他制剂按相关规定执行		

2.4 超过保存期限的应按照医疗垃圾处理，做好报废血液和医疗废物的处理

工作，做好相关记录。

2.5 每天定时作冰箱温度记录，当储血冰箱的温度自动控制报警装置发出报警信号时，要立即检查原因，及时解决。

2.6. 每天上班时，做好血液交接工作，核对实际库存数量，根据临床和库存需要，做好用血计划和预约血液工作。

2.7. 按照“血液库存预警方案”要求储存足量的 A、B、O、AB 型血液，不能空库和缺型，保证临床用血治疗的需要。

2.8 储血冰箱内严禁存放其它物品，冰箱每周消毒一次，冰箱消毒效果监测每月一次，菌落数 $<80\text{CFU}/10\text{min}$  或 $<200\text{CFU}/\text{m}^3$ (培养皿 90mm 细菌培养)，无霉菌生长。

2.9 做好储血室内的物表、地表、空气消毒工作，并做好记录。

2.10 妥善保存血液出入库记录及资料，保存至少十年。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《医疗机构临床用血管理办法》

3.3 《临床输血技术规范》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>血液冷链管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>SXK-2020-12</b>
	<b>发布部门</b>	<b>输血科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨淋</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2020年10月</b>	<b>审核人</b>	<b>唐永红</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>535-537</b>

## 血液冷链管理制度

### 1. 目的

为了规范血液的冷链管理，保证临床输血救治工作的正常进行。确保临床输血工作的顺利开展。根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等相关法律法规，结合我院实际，特修定本制度。

### 2. 标准

冷链是一套作用于血液和血液制品的储存和运输的系统，它是指血液从献血者采血开始到输注给患者这段时间能够保持适当的温度环境，它贯穿于血液的采集、制备、包装、运输、储存、发放到临床输注的整个过程。冷链系统的关键因素：安全储存和运输血液制品的设备及组织和管理血液制品储存和运输的人员。其中，最重要的是具体负责管理血液制品的工作人员。

#### 2.1 血液的储存

2.1.1 血液的保存温度：全血及红细胞悬液为  $4^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$  保存期 35 天；新鲜冰冻血浆为  $-20^{\circ}\text{C}$  以下保存期 1 年；普通冰冻血浆为  $-20^{\circ}\text{C}$  以下保存期 4 年；冷沉淀为  $-20^{\circ}\text{C}$  以下保存期 1 年；机采血小板和手采血小板在  $22 \pm 2^{\circ}\text{C}$  震荡下保存 5 天。以上所有血液制品储存环境温度需 24 小时监控，储血设备具有温度监控报警系统。

2.1.2 温度监控：输血科工作人员应每天巡视和记录冰箱温度，规定每天 4 次每 6 小时 1 次观察冰箱温度变化并记录。

2.1.3 血液的储存要点：血液制品必须放在对应冰箱内保存，合格血液制品及待检血液制品应分别放在有标识的冰箱内，遵循“先进先出”的原则。尽量减少开启冰箱门的次数，以保证冰箱温度的恒定。血液应竖直摆放，袋与袋之间应有空隙，这样不会影响血袋透气性，每台冰箱在不同点放置经过检验合格的温度计以对比冰箱温度是否一致，以避免冰箱内出现过高或过低的温度而对血液质量



造成安全隐患。

## 2.2 血液的运输

2.2.1 发往临床血液的运输：血液从输血科发出到临床科室输入患者体内，须经过一个过程，特别是在炎夏和寒冬，如直接暴露在环境温度中将对血液产生较大的影响。为最大限度的减少血液有效成分的变性、失活、和细菌滋生，必需配置专用运送血液制品设备（血液运输箱）。还要强化临床科室医务人员观念，防止血液制品在没有储存条件的环境中放置过久。而取血人员应及时将血液拿到临床科室，不得在路上耽搁时间。在运输过程中，血液保存温度不在正常范围，可能有以下几点原因：

2.2.1.1 没有足够的冰袋

2.2.1.2 箱子不完全隔热，需要换一个箱子

2.2.1.3 冰袋冰冻不完全，需要检查一下冷冻冰箱制冷效果

## 2.3 血液的回退

2.3.1 合格血液制品一旦发出就不允许回退，由于特殊原因需要回退的血液，同样需要在完整的冷链设备保存下运回输血科。输血科工作人员接到血液后应认真仔细检查血液的情况：

2.3.1.1 血液离开储存设备的时间。

2.3.1.2 血袋是否被打开。

2.3.1.3 有没有溶血或凝块。

2.3.1.4 血液标识是否完整。

## 2.4 报废血液制品的冷藏

2.4.1 对于检验不合格或者由于各种原因不能发放而需要报废的血液，首先进行标识区分，存放于报废血液冰箱，做好记录。

## 2.5 冷链设备的维护应做到以下几点：

2.5.1 冰箱与冰箱、冰箱与墙壁之间应保持 30 厘米以上的距离。

2.5.2 冰箱应放置在宽敞明亮、阴凉通风效果好的地方。

2.5.3 不要超负荷使用电源线板，有 UPS 电源。

2.5.4 工作人员可根据情况定期对冰箱进行清洁、除霜。

总之，要加强各环节的监控，增强员工的责任心，严格执行操作规程，才能

够有效保障血液质量。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《医疗机构临床用血管理办法》

3.3 《临床输血技术规范》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	<b>血液入库、核对、贮存制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>SXK-2020-13</b>
	<b>发布部门</b>	<b>输血科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨淋</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2020年10月</b>	<b>审核人</b>	<b>唐永红</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>538-539</b>

## 血液入库、核对、贮存制度

### 1. 目的

为保证紧急状态下的临床供血需要，保证临床救治工作的正常进行。确保临床输血工作的顺利开展。根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等相关法律法规，结合我院实际，特制定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 血液预订管理

2.1.1 当需特殊稀有血型血液时，应提前三天预约，并负责向临床医生做好解释工作，与市中心血站积极沟通，确认取血时间。

2.1.2 当血液库存将空库或急救用血时，及时与市中心血站沟通，尽快通知我院专职人员到血站取血。我院专职人员在中心血站按取血单交接，核对血液实际数量、血型、外包装、质量、有效期等是否符合要求。

#### 2.2 血液入库、核对管理

2.2.1 输血科工作人员入库前要认真核对验收，核对验收内容包括：运输条件、物理外观、血液封闭及包裹是否合格，当有下列情况之一者应拒收，并及时与市中心血站联系：

2.2.1.1 标签破损、字迹不清

2.2.1.2 血液中有明显血凝块

2.2.1.3 血袋有破损、漏血

2.2.1.4 血浆呈乳糜状（暗灰色）或红色（溶血）

2.2.1.5 血浆中有大量气泡、絮状物或粗大颗粒

2.2.1.6 未摇动时血浆层与红细胞的界面不清或交界面上有溶血

2.2.1.7 红细胞层呈紫色

2.2.2 标签填写是否清楚齐全（供血机构名称及其许可证号、供血者姓名或条形码编号和血型、血液品种、规格、采血日期、血液成分制备日期，有效期、血袋编号/条形码、储存条件）

2.2.3 入库血制品的数量、品种是否与预定的一致等。

2.2.4 交接完毕，双方签字确认。

2.3 进入输血科的血液及成分，必须入库登记，主要内容包括：献血者条形码编号、血型、品种、血量、采血日期、效期等。

2.4 输血科要认真做好血液出入库、核对、领发的登记，有关资料需保存10年。

2.5. 血液制品的贮存

2.5.1 全血、成分血按 A、B、O、AB 血型分类储存于输血科专用冰箱或专用冰柜不同层内，标识明显。不同日期的血液依先后次序存放，整齐排列，不能倒置。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《医疗机构临床用血管理办法》

3.3 《临床输血技术规范》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	<b>输血前核对制度制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>SXK-2020-14</b>
	<b>发布部门</b>	<b>输血科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨淋</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2020年10月</b>	<b>审核人</b>	<b>唐永红</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>540-542</b>

## 输血前核对制度

### 1. 目的

为了加强输血安全，保证临床输血救治工作的正常进行。确保临床输血工作的顺利开展。根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等相关法律法规，结合我院实际，特修定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 输血申请

2.1.1 主治医师应认真填写输血申请单，逐项填写患者姓名、性别、年龄、住院号、科别、床号等患者识别信息，准确填写患者血型，认真填写临床诊断、输血指征，准确填写既往输血史，是否孕产妇、患者主要的血液化验指标，准备输入的血液成分和输入量等。

#### 2.2 输血标本采集与送检核对

2.2.1 采血前采集人员持《临床输血申请单》认真核对受血者身份（严格执行双人核对）。核对患者的姓名、性别、年龄、病室、床号、住院号、诊断、血型等信息；若《临床输血申请单》的相关信息与受血者的资料完全一致时方可采集血标本，二者不一致时不得采集血标本。

2.2.2 血标本采集后，采集人员必须于患者床边在血标本上贴上标签，必须再次核对标本管标签信息与患者信息相符。

2.3.3 血标本送交人员与输血科人员交接血标本时应对血标本进行检查，并仔细核对血标本信息与《临床输血申请单》是否一致。确认无误后方可接收。

#### 2.3 实验室核对

2.3.1 所有试验操作前必须核对标本信息与申请单信息一致，检查标本外观正常后方可开始试验操作。

2.3.2 试验操作结束后，必须再次核对标本信息与申请单信息一致。

**厚德精诚 笃行至善**

2.3.4 对患者的血型进行正反定型，一人当班的时候自己进行复查，两人当班时，由第二人进行复查。确保血型定型结果准确无误，正确率 100%，误差率 0%。

2.3.5 两人值班时，交叉配血试验由两人互相核对；一人值班时，操作完毕后自己复核。

#### 2.4 血液入库核对

2.4.1 全血、血液成分入库前要认真核对验收。核对验收内容包括：运输条件、物理外观、血袋封闭及包装是否合格，标签填写是否清楚齐全（供血机构名称及其许可证号、供血者姓名或条形码编号和血型、血液品种、容量、采血日期、血液成分的制备日期及时间，有效期及时间、血袋编号 / 条形码，储存条件）等。

2.4.2 输血科要认真做好血液出入库、核对、领发的登记，有关资料需保存十年。

#### 2.5 取、发血核对

2.5.1 血液发出前发血人必须核对以下内容：

- (1) 核对输血申请单及交叉配血报告单的患者基本信息准确无误。
- (2) 用于输血的血液，其标签标记的血型与受血者的血型无误。（异常紧急发血和紧急抢救相容性输血除外）
- (3) 交叉配血报告单上的血袋信息与血袋标签相关信息一致。
- (4) 需交叉配血的血液成分，交叉配血结果相合或必须相容。

2.5.2 发血者与取血者给共同核对内容：患者姓名、性别、科室、住院号、床号、血型、血液的类型和数量、血袋号 / 条形码、血液的有效期、交叉配血试验结果，以及血液的外观质量、血袋封口及包装是否合格、血袋标签各项内容是否完整等，准确无误后，双方共同签字后方可发出。

#### 2.6 输血前核对

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

2.6.2 输血时，由两名医护人员带病历与交叉配血报告单共同到患者床旁核

对患者姓名、性别、年龄、住院号、床号、血型等，确认与交叉配血报告单相符，再次核对血液后，用符合标准的输血器进行输血。

### 3. 相关文件

- 3.1 《中华人民共和国献血法》
- 3.2 《临床输血技术规范》
- 3.3 《临床用血管理办法》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	<b>标本采集、运送、交接管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>SXK-2020-15</b>
	<b>发布部门</b>	<b>输血科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨淋</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2020年10月</b>	<b>审核人</b>	<b>唐永红</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>543-545</b>

## 输血标本采集、运送、交接管理制度

### 1. 目的

为规范输血标本的采集、运送、交接，保证临床输血救治工作的正常进行。确保临床输血工作的顺利开展。根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等相关法律法规，结合我院实际，特修定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 血标本采集人员要求

2.1.1 采集血型检测，交叉配血，不规则抗体筛查，直接、间接抗人球蛋白试验和新生儿溶血病试验血样的护士必须具有有资质并接受过相关的血液标本采集的培训，实习或进修护士不得进行采集输血用的标本。

2.1.2 采集血标本时要求：采血护士必须认真核对受血者身份，如果患者是清醒的，应要求患者回答自己的姓名；若患者意识不清，通过询问患者的亲属确认患者身份。只有当《临床输血申请单》与患者腕带的资料完全一致时方可采集血标本，并在采血后将标有患者姓名、性别、年龄、住院号、科室、床号、采血日期和需检测项目的条形码标签贴在采血试管上，并与《临床输血申请单》上资料仔细核对。绝对禁止通过床头卡来核实患者身份。

#### 2.2 血标本的要求：

2.2.1 ABO 及 RhD 血型鉴定试验血标本推荐用 EDTA·K2 抗凝，血量不少于 2ml；交叉配血，不规则抗体筛查，直接、间接抗球蛋白试验，新生儿溶血病试验采集的血量至少 3ml，同样用 EDTA·K2 抗凝，并及时送检。

2.2.2 疑难交叉配血的血标本要求送检 2 管，1 管抗凝（推荐 EDTA·K2 抗凝，另 1 管不抗凝，血量依照 1 要求。）

2.2.3 交叉配血标本采集要求，凡患者上次输注过血制品，再次输血仍须重



新抽取交叉配血血标本以防止输血反应的发生；放置于输血科交叉配血的标本，超过三天后，而又要求配血的患者，须重新抽取交叉配血血标本。

### 2.3 受血者血标本采集

#### 2.3.1 血标本采集前的核对

2.3.2 血标本采集前应征得受血者知情同意。

2.3.3 采血人员持《临床输血申请单》和血型鉴定报告认真核对受血者身份。若患者是清醒的，应要求患者回答自己的姓名；若患者意识不清，通过询问患者的亲属核对患者身份。

### 2.4 血标本的采集

2.4.1 《临床输血申请单》和“条码”的相关信息与受血者的资料完全一致时方可采集血标本，二者不一致时不得采集血标本。

2.4.2 采集血标本时严格执行无菌操作和正确穿刺。

2.4.3 一位采血人员不得同时采集两位以上患者用于输血用的血标本。

2.4.4 血标本的标识：血标本采集后，采血人员必须于患者床边在血标本上贴上条码，内容至少包括患者姓名、性别、年龄、病案号、科室、床号、采血时间及需检测项目等信息。

### 2.5 受血者血标本的运输

2.5.1 标识好的血标本连同《临床输血申请单》由医护人员送往输血科。

2.5.2 紧急送检血标本应符合输血科紧急检测项目的相关要求，并在《临床输血申请单》上注明“紧急”字样。

2.5.3 送外单位检测的血标本应有试管盖封口，同《疑难配血登记表》一起放入标本袋并密封，观察无血液渗漏后方可送检；若采取4℃条件送检，应避免该血标本与冰盒等接触发生溶血。

2.5.4 输血相关标本应及时送检，保持标本在运输过程中不被污染，标本管不破损。不符合要求的标本输血科有权拒收。

### 2.6 受血者血标本的交接

2.6.1 血标本送交人员与输血科人员交接血标本时按照前面的要求对血标本进行检查，并仔细核对血标本信息与《临床输血申请单》是否一致。

2.6.2 确认无误后，由血标本送交人员和输血科工作人员共同核对接收。

2.6.3 如果应用实验室管理系统接收血标本，接收人员核对标本信息后，对血标本条形码扫描。

2.7 供血者血标本的留取配血时，供血者血标本应从与血袋相连的小样中获得，留样时要注意保持血标本试管与血袋标识的一致性。

2.8 血标本的离心及检测按各试验项目标准操作规程具体执行。

2.9 血标本的保存和销毁：

2.9.1 接收到的血标本不能及时检测时，应将血标本放置于 2~6℃ 标本储存冰箱内保存。

2.9.2 血标本检测完毕后，受血者和供血者血标本必须保存于 2~6℃ 冰箱至少 7 天，以便发生输血不良反应时追查原因。

2.9.3 血标本按要求保存期满后，由输血科工作人员审核，按医疗废物进行无害化处理。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《临床输血技术规范》

3.3 《临床用血管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	临床用血申请分级管理制度	<b>制度编号</b>	SXK-2020-16
	<b>发布部门</b>	输血科	<b>编制人</b>	杨淋
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	唐永红
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页码</b>	546-547

## 临床用血申请分级管理制度

### 1. 目的

为了规范、指导本医院临床输血科室科学、合理、安全、有效用血，根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等相关法律法规，结合我院实际，特修定本制度。

### 2. 标准

2.1 临床医师须严格掌握输血适应症，根据患者病情和实验室检查指标，对输血指征进行综合评估，遵照合理、科学的原则，制订输血方案，不得浪费和滥用血液。

2.2 决定输血治疗前，医师应向患者或其近亲属说明输血的必要性、使用的风险和利弊及科选择的其他办法，明确同意输血的次数，征得患者或近亲属的同意，医患双方在《铜仁市妇幼保健院输血/血液制品治疗知情同意书》上签字。

《铜仁市妇幼保健院输血/血液制品治疗知情同意书》入病历。因抢救生命垂危的患者需要紧急输血，不能取得患者或者其近亲属意见的，应报医务部同意、备案并批准后实施，记入病历

2.3 申请用血时应由静置医师逐渐填写《铜仁市妇幼保健院临床输血申请单》，申请单填写要格式规范、书写规范，信息记录完整。

2.4 同一患者一天申请备血量少于 800 毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，上级医师核准签发后，方可备血。同一患者一天申请备血量在 800 毫升至 1600 毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，经上级医师审核，科室主任核准签发后，方可备血。同一患者一天申请备血量达到或超过 1600 毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，科室主任核准签发后，报医务部门批准，方可备血。（急救用血除外，急诊用血事后应当按以上要求补办手续）

2.5 临床医师正确运用临床输血技术和血液保护技术，包括成分输血等，

**厚德精诚 笃行至善**

积极动员亲友互相献血工作。

2.6 各临床科室每月对医师合理用血情况进行评价，并将评价结果用于个人业绩考核与用血权限的认定，连续三次考核不合格者，取消其用血权限，经培训考核合格后方可再次取得用血权限。

### 3. 相关文件

- 3.1 《中华人民共和国献血法》
- 3.2 《医疗机构临床用血管理办法》
- 3.3 《临床输血技术规范》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	紧急输血管理制度	制度编号	SXK-2020-17
	<b>发布部门</b>	输血科	编制人	杨淋
	<b>生效日期</b>	2020年4月	审核人	唐永红
	<b>修改日期</b>	2020年11月	批准人	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	页 码	548-549

## 紧急输血管理制度

### 1. 目的

为确保紧急情况下的临床用血安全,保障安全有效地将血液输注给患者,确保患者生命安全及医疗工作的正常运行,根据《中华人民共和国献血法》《突发公共卫生事件应急条例》《临床输血技术规范》《临床用血管理办法》等,结合我院实际,修定本制度。

### 2. 标准

2.1 患者因生命垂危等特殊情况,急需输血抢救治疗,而患者又无自主意识,无法取得其意见,且短时间内无法取得其近亲属(或委托授权人、法定监护人)意见的紧急情况下的输血。

2.2 进行紧急输血治疗时,主治医师必须严格遵守输血相关法律法规、技术规范,并严格掌握输血指征,确保患者的安全。

2.3 提出紧急输血申请的同时,主治医师应将患者的紧急情况上报相关职能部门(上班时上报医务科或分管院长,法定假日或夜班时上报医院总值班或值班院长),并做好相关记录。相关职能部门接到报告后,应及时在主治医师提供的相关记录上签字同意,以保证紧急输血抢救的及时性,确保患者的生命安全。

2.4 紧急输血抢救结束,患者恢复意识或其近亲属(或委托授权人、法定监护人)到场后,主治医师应及时向患者或其近亲属等履行输血告知义务,双方补签《输血治疗知情同意书》,并将《输血治疗知情同意书》与相关职能部门签字同意的相关记录一并保存于病历中。

2.5 执行紧急输血抢救结束后,主治医师还应根据《临床用血管理办法》的有关规定和用量,及时补办相应的用血审批手续交输血科存档。

### 3. 相关文件

- 3.1 《中华人民共和国献血法》
- 3.2 《临床输血技术规范》
- 3.3 《突发公共卫生事件应急条例》
- 3.4 《临床用血管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	临床用血效果评价制度	制度编号	SXK-2020-18
	发布部门	输血科	编制人	杨淋
	生效日期	2016年4月	审核人	唐永红
	修改日期	2020年2月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	550-551

## 临床用血效果评价制度

### 1. 目的

为确保临床用血效果，规范临床用血，保障安全有效地将血液输注给患者，确保患者生命安全及医疗工作的正常运行，根据《中华人民共和国献血法》《突发公共卫生事件应急条例》《临床输血技术规范》《临床用血管理办法》等，结合我院实际，修定本制度。

### 2. 标准

2.1 《医疗机构临床用血管理办法》第二十八条明确提出：医疗机构应当建立临床用血医学文书管理制度，确保临床用血信息客观真实、完整、可追溯。医师应当将患者输血适应证的评估、输血过程和输血后疗效评价情况记入病历；临床输血治疗知情同意书、输血记录单等随病历保存。

2.2 《医疗机构临床用血管理办法》第三十条明确提出：医疗机构应当建立科室和医师临床用血评价制度。将临床用血情况纳入科室和医务人员工作考核指标体系。

#### 2.3 临床用血效果评价

2.3.1 用血合理性的评价：主要评价是否严格按照输血适应症进行输血，输血适应症按照《临床输血技术规范》的要求执行。

2.3.2 输血后疗效的评价：主要评价在输血后是否有输血治疗的疗效评价及有无输血不良反应的发生、处理、记录。

#### 2.3.3 检查内容包括以下几方面：

2.3.3.1 《临床输血申请单》的填写是否规范

2.3.3.2 输血前是否有输血前免疫学检查

2.3.3.3 输血前患者是否签署《临床输血治疗知情同意书》

2.3.3.4 是否有相关实验室检查，是否有临床输血指征

2.3.3.5 大量用血是否有审批

厚德精诚 笃行至善

2.3.3.6 是否有患者输血适应症的评估

2.3.3.7 是否有患者输血过程记录

2.3.3.8 是否有患者输血后疗效评价

### 3. 相关文件

3.1 《医疗机构临床用血管理办法》

3.2 《临床输血技术规范》

3.3 《临床输血治疗知情同意书》



 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	临床用血授权管理制度	制度编号	SXK-2020-19
	发布部门	输血科	编制人	杨淋
	生效日期	2016年4月	审核人	唐永红
	修改日期	2020年2月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	552

## 临床用血授权管理制度

### 1. 目的

为了规范临床医师用血权限的认定、用血权限的暂停和用血权限的恢复，指导本医院临床输血科室科学、合理、安全、有效用血，根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等相关法律法规，结合我院实际，特修订制定本制度。

### 2. 标准

#### 2.1 临床医师用血权限的认定。

2.1.1 临床医生被授予处方权同时获得用血权限。

2.1.2 有用血权限的医师每年至少一次参加医院组织的临床输血知识培训考核，不参加或未通过培训考核的，在完成培训并通过考核前暂停使用用血权限。

2.1.3 被查到无指征用血三次的，暂停用血权限二个月，在通过临床用血知识培训考核后恢复。

#### 2.2 用血权限的暂停

2.2.1 医务处填写“用血权限暂停通知单”，通知当事医师暂停用血权限，并告知输血科。

#### 2.3 用血权限的恢复

2.3.1 当事医生需恢复用血权限，应向医务处申请临床输血知识培训考核，考核合格后填写“用血权限恢复申请表”，经医务处审核批准，医务处通知当事医师恢复用血权限，并告知输血科。

### 3. 相关文件

3.1 根据《中华人民共和国献血法》

3.2 《医疗机构临床用血管理办法》

3.3 《临床输血技术规范》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>输血信息系统管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>SXK-2020-20</b>
	<b>发布部门</b>	<b>输血科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨淋</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2020年1月</b>	<b>审核人</b>	<b>唐永红</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>553-554</b>

## 输血信息系统管理制度

### 1. 目的

为保证输血管理信息系统的安全性和可靠性，确保临床输血工作的顺利开展。根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等相关法律法规特修定本制度。

### 2. 标准

2.1 信息管理科负责输血管理信息系统的引进、授权、数据备份及日常维护，并负责建立其相应的应急预案，保证输血信息的完整性、安全性和保密性，包括确认和评估系统软件的功能需求和信息安全等。

2.2 输血科主任为输血管理信息系统分管理员，负责输血管理系统的系统管理、数据维护、参数设置和权限分配，并负责输血管理系统操作者的培训及业务指导。

2.3 科内技术人员负责正确使用输血管理信息系统，授予血液入库、血液出库等相关的工作权限，并承担使用其登录名进入输血管理信息系统进行全部操作所涉及的责任。

2.4 信息管理科负责本院输血管理信息系统所需硬件设备的配置，包括能够满足日常工作需要的服务器、工作站、交换机和打印机等设备；信息管理部门负责构建和维护输血管理系统运行环境，包括网络接入和软硬件安装，并保证数据的准确传递。

2.5 输血科主任应定期对运行输血管理信息系统的计算机和网络设备等进行全面检测并记录，内容包括计算机硬盘整理、网络性能测试、供电线路检测等，必要时应联系本院的信息管理部门进行检测，发现故障时应及时联系相关部门进行维修或更换。

2.6 科内技术人员在应用输血管理信息系统时，应严格执行《输血管理信息系统标准操作规程》和《计算机使用操作规程》，包括保持工作场地、计算机外

观和周围环境清洁，温湿度适宜；定期更改电子口令（登录密码）等，并适时监控输血管理信息系统运行状态，发现异常时，应及时报告科主任。

2.7 输血科主任应具有处理输血管理信息系统一般故障的能力，以保证日常工作需要。当输血管理信息系统或计算机出现较严重故障时，科主任应第一时间联系相关部门进行维修或更换；当出现短时间内无法解决的故障时，科主任应根据具体情况，适时地启动应急预案，以保证临床紧急用血。


2.8 除工作需要外，禁止任何人在安装有输血管理信息系统的计算机上进行与输血管理信息系统运行无关的操作，以确保输血管理系统的安全性和保密性。

### **3. 相关文件**

3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《医疗机构临床用血管理办法》

3.3 《临床输血技术规范》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	标 题	输血科信息反馈制度	制度编号	SXK-2020-21
	发布部门	输血科	编制人	杨淋
	生效日期	2019年4月	审核人	唐永红
	修改日期	2020年2月	批准人	杨华
	版 本	第2版	页 码	555

## 输血科信息反馈制度

### 1. 目的

为保证输血管理信息系统的收集，确保临床输血工作的顺利开展。根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等相关法律法规特修定本制度。

### 2. 标准

2.1 反映医院临床输血技术及学术水平，以及成分血的百分率；

2.2 可为研究发展医学提供可靠的临床依据；

2.3 可以及时发现血液质量状况，并向供血单位反馈。

2.4 信息收集的方法：

2.4.1 计算机网络法：建立和实现输血科与血站的网络，输血科血液制品的核收、出库、质量检查、输血不良反应、结算实行机算机管理，最后统计上报或反馈给血站。

2.5 输血科每月统计个科室用量及用血例数，并统计临床用血评估表，及时反馈到医务科及输血管理委员会。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《医疗机构临床用血管理办法》

3.3 《临床输血技术规范》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	输血全过程的血液管理制度	<b>制度编号</b>	SXK-2020-22
	<b>发布部门</b>	输血科	<b>编制人</b>	杨淋
	<b>生效日期</b>	2020年4月	<b>审核人</b>	唐永红
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	556-559

## 输血全过程的血液管理制度

### 1. 目的

为了规范输血全过程的管理，确保临床输血工作的顺利开展。根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等相关法律法规特修定本制度。

### 2. 标准

2.1 决定输血治疗前，经治医生向患者家属说明输同种异体血的不良反应和经血液传播疾病的可能性，征得患者及（或）家属的同意，并在《输血治疗同意书》上签字，《输血治疗同意书》入病历，无家属签字的无自主意识患者的紧急输血，应报医院医务科或分管院长同意、备案、并记入病历。

2.2 护士接到输血医嘱时，两人认真核对医师填写好的《输血申请单》的正副联，并将填写完整的《输血申请单》的副联粘贴于配血管上。

2.3 采集血标本时，护士持《输血申请单》及贴有标签的试管至患者处，当面核对床号、姓名、性别、年龄、住院号、科室/门急诊号、血型和诊断、无误后方可采血，采血后两人在《输血申请单》下面签名，操作要求，一人一次一管。

2.4 采集血标本时，不得在输入大分子溶液通道中取血，应在另侧肢体血管取血，以防影响血型交叉试验结果。

2.5 采血由医护人员或专人将血样和输血申请单送交血库，与血库工作人员双方逐项核对。

2.6 护士收到血型鉴定单时，两人核对患者床号、姓名、性别、年龄、住院号，无误后通知患者或家属。

2.7 取血时，护士与血库人员双方交接核对：1. 受血者的床号、姓名、性别、年龄、住院号、科室/门急诊号、血型（包括 Rh 因子）、血液成分、血量；2. 核对血袋标签、血液条形编码、血型（包括 Rh 因子）、血液的有效期。3. 检查血袋有无破损渗液，血袋内血液有无溶血及凝块。双方核对无误后，方可取血。

2.8 凡血袋有下列情景之一的，一律拒领；

2.8.1 标签破损，字迹不清；

2.8.2 血袋有破损，漏血；

2.8.3 血液中有明显凝块；

2.8.4 血浆呈乳糜状或暗灰色；

2.8.5 血浆中有明显的气泡，絮状物或粗大颗粒；

2.8.6 未摇动时血浆层与红细胞界面不清或交界面出现溶血。

2.9 血液领回病房后，有两名医护人员负责核对，核对的信息同取血时的信息、无误后登记在输血系统上，并确认签名。如有两袋及以上的血液，先进行总核对，然后再一袋一核对确认签名。

2.10 血液从血库中取出后 30min 内进行输血，输血前将血袋内成分轻轻摇匀，避免剧烈震动，输血过程中必须严格执行无菌技术，输入的血液内不得加入其他药物，如酸性或碱性药物、高渗或低渗溶液，以防血液凝集或溶解。

2.11 输血时，必须由两名医护人员携带病历至床旁，用两种识别患者的方法再次核对患者床号、姓名、血型（包括 Rh 因子）、及交叉配血试验效果。严格执行“三查十一对”即对采血者的床号、姓名、性别、住院号、血型鉴定单、交叉配血试验结果、供血者血袋条形码编号、血液成分、血量、血袋编号、血液有效期，用符合标准的输血器进行输血。

2.12 护士在采集血标本及输血时，应至少同时使用两种识别患者的方法进行核对。所有患者除均要使用床头牌识别外，清醒患者另外使用“反问式”的识别方法，手术、昏迷、神志不清、无自主能力的重症患者另外使用腕带识别。

2.13 输血前、后静脉滴注生理盐水冲洗管道，连续输用不同供血者的血液时，两袋血之间用生理盐水冲洗管道。

2.14 输血过程中掌握先慢后快原则，开始输血时速度宜慢，观察 15min 无不良反应后，再根据病情和年龄调整输注速度。要求输血到输血结束最长时限为 2 小时。输血全过程和输血后 30min 内都必须严密观察有无输血反应，如出现异常情况应及时处理（详见控制输血严重危害）；

2.15 输血器操作规范与流程：

2.15.1 使用符合国家标准的一次性输血器，做到“三证”齐全。

**厚德精诚 笃行至善**

2.15.2 检查产品包装密封性是否完好，应注意检查质量和有效期，核对产品型号，静脉针规格符合要求。

2.15.3 严格遵行无菌操作原则，执行输血查对制度（即三查八对）。

2.15.4 在输血过程中排气时，应尽量避免挤压莫菲氏滴管，以免由于液体快速冲向输血器的莫菲氏滴管，而产生大量的混入液体内的气泡。应排尽输血器内的空气，莫菲氏滴管内的液面高度应以 2/3 为宜，最低不可低于 1/2 高度。

2.15.5 输血前后用生理盐水冲洗输血器，连续输用不同供血者的血液时，中间应用生理盐水冲洗输血管道后再继续输注。

2.15.6 输血过程中应先慢后快，再根据病情和年龄调整输血速度，并严密观察患者有无输血不良反应(包括溶血反应、发热反应、避免引发各种传染病等)，如出现异常情况应及时处理，并报告医生。

2.15.7 输血过程中加强巡视、观察病情变化，询问患者的感受，注意观察输血过程中常见问题(如溶液不滴、莫菲氏滴管液面自行下降、血液滴漏现象等)，如出现异常情况及时处理。

2.15.8 一次输血器使用后严格规范化操作及时毁形、消毒、进行无害化处理。

2.16 输血完毕，及时收回输血袋并登记于专用记录本上，回收的血袋集中放置于 4℃ 冰箱内，于 24 小时内送回血库。

2.17 输血治疗病程记录书写规范：

2.17.1 输血治疗病程记录完整详细，需包括选择的输血方式，输血原因，输注成分、血型及数量，输血过程中有无不良反应。

2.17.2 输血治疗后的病程记录中，须有输血效果评价。

2.17.3 手术输血患者其手术记录、麻醉记录、护理记录、术后记录中出血与输血量要完整一致，输血量与发血量一致。

### 3. 相关文件

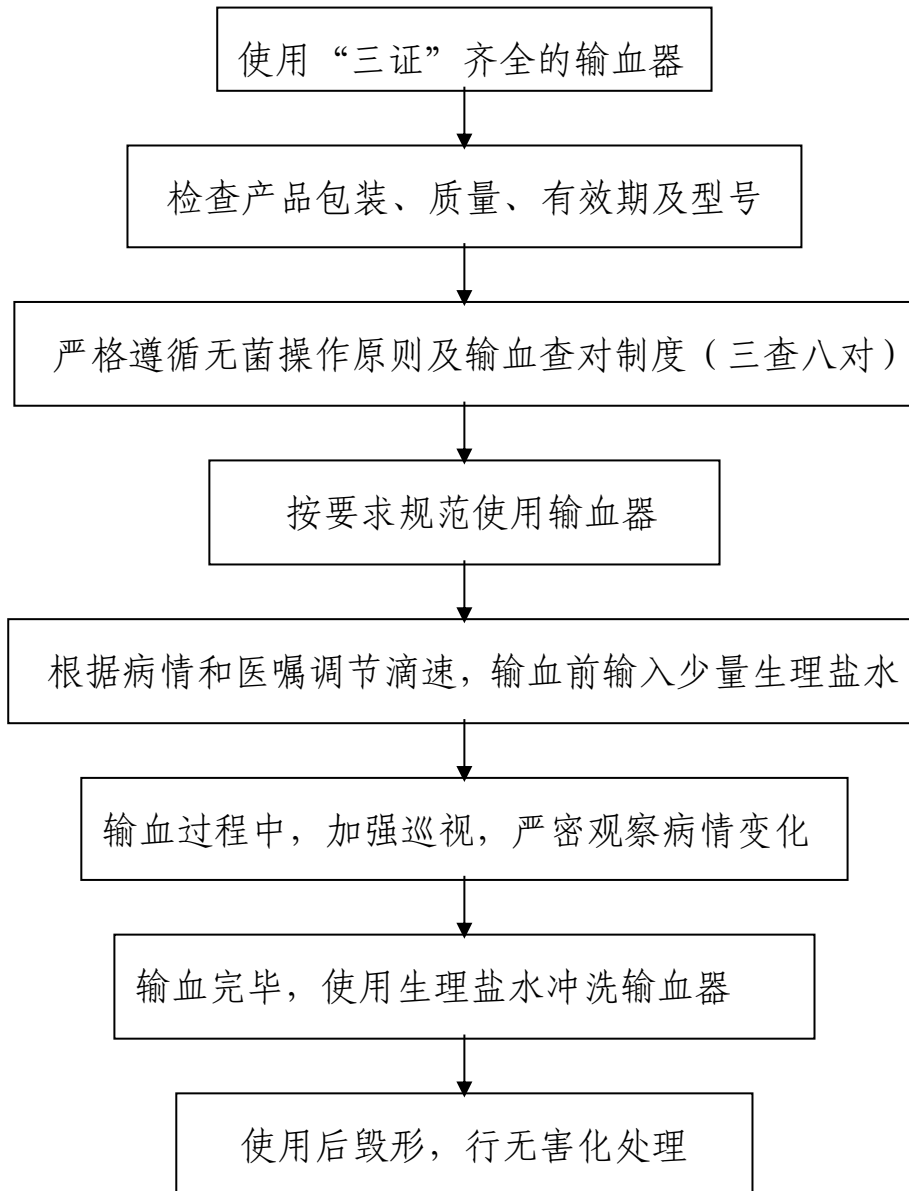
3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《医疗机构临床用血管理办法》

3.3 《临床输血技术规范》

附件：

## 输血器的操作流程





 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>血液储存质量管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>SXK-2020-23</b>
	<b>发布部门</b>	<b>输血科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨淋</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>唐永红</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年2月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>560-561</b>

## 血液储存质量管理制度

### 1. 目的

为了保证储存质量，确保临床输血工作的顺利开展。根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等相关法律法规特修定本制度。

### 2. 标准

2.1 血液运输及入库应由具有相应资格的专业技术人员操作，血液保存区域除本科室人员外，非授权人员不得入内。

2.2 值班岗位人员负责血液保存区域安全，须做好防火、防盗、防水淹等工作，定期检查和更换灭火器，检查门、窗等设施是否安全。

2.3 血液贮存设备不应作为他用，待检血液、自体储血应分别应单独存放，不能与合格血液成分混放。

2.4 血液保存设备应运行可靠，温度稳定、均衡，有温度记录装置和报警装置。

2.5 值班人员负责随时检查贮血冰箱及温度监控系统报警装置是否正常。

2.6 保持贮血室内通风良好，温度、湿度适宜。

2.7 各种血液成分的标准保存条件

2.7.1 全血和悬浮红细胞分别保存在2—6℃有明显标志的专用储血冰箱内。

2.7.2 新鲜或普通冰冻血浆保存-20℃以下有明显标志的专用储血冰箱内。

2.7.3 冷沉淀存放于-30℃以下(国家标准)有标志的专用储血冰箱或冰柜内。

2.7.4 血小板(手工、机采)保存于(22±2℃)的血小板专用振荡保存箱内。

2.8 各种血液成分的正常保存状态

2.8.1 全血和悬浮红细胞标志清楚，外观颜色正常，无溶血、乳糜凝块、气泡、渗漏及冰冻等状况。

2.8.2 冰冻血浆和冷沉淀呈冻实状态，标志清楚，外观颜色为淡黄色，包装完好。

2.8.3 液态保存血小板标志清楚，外观呈淡黄色雾状、无凝集、无纤维蛋白析出和气泡，血袋无破损。

#### 2.9 血液保存温度状态监控：

2.9.1 采用血库冰箱温度监控管理系统，对所有储血设备内部温度进行 24 小时监测并记录，一旦储血设备内部温度超出设定范围，血库冰箱温度监控系统将及时发出声音报警，并通过手机短信的方式通知相关责任人，以提醒值班人员及相关责任人对报警信息作出及时处理，确保血液质量安全。

#### 2.10 血液制品的存放

2.10.1 按照不同储存要求将不同血型的全血和成分血分别在单独储血设备内存放，并对每一个储血设备做好明显标志。

2.10.2 血液存放时应遵循先进先出的原则，确保各种血液成分正常周转，保证血液质量并杜绝血液浪费。

2.10.3 全血和悬浮红细胞应按时间次序竖直摆放在冰箱内的储血管中，不得紧密堆积。值班人员每天应对储血架整理一次，便于发血时查找。

2.10.4 冰冻血浆、冷沉淀应按血型整齐存放在专用低温储血冰箱或冰柜内。

2.10.5 单采及手工血小板应单层、整齐摆放在血小板专用振荡保存箱内，不得紧密堆积。

#### 2.11 库存血液配发原则

2.11.1 值班人员每天应及时作废过期的配血记录，选择可供配血的血液记录时应遵循由旧到新的原则。

2.11.2 血液发放时也应遵循由旧到新的原则，以确保库存血液得到合理周转，既为临床提供高质量血液，又避免血液浪费。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《医疗机构临床用血管理办法》

3.3 《临床输血技术规范》

 铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital	<b>标 题</b>	<b>血液贮存质量监测制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>SXK-2020-24</b>
	<b>发布部门</b>	<b>输血科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨淋</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2016年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>唐永红</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年2月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>562-563</b>

## 血液贮存质量监测制度

### 1. 目的

为了保证贮存质量，切实有力的起到监管作用，确保临床输血工作的顺利开展。根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等相关法律法规特修定本制度。

### 2. 标准

2.1 全血、血液成分出入库前要认真验收核对，并记录。 内容：运输条件、物理外观、包装是否合格，血袋是否有破损，标签字迹是否清晰、内容是否完整。标签上标明供血机构名称、供血者条形码编号、血型、品种、血量、采血日期、成分制备日期、有效期等。

2.2 进入输血科的血液及成分，必须入库登记。

2.3 全血、成分血按 A、B、O、AB 血型分类储存于输血科专用冰箱或专用冰柜不同层内，标识明显。不同日期的血液依先后次序竖置存放，整齐排列，以便发血时观察红细胞和血浆层界面。

2.4 红细胞类制品 2~6℃ 保存，血浆和冷沉淀-20℃ 以下保存，血小板 20~24℃ 振荡保存。

2.5 当贮血冰箱的温度自动控制报警装置发出报警信号时，要立即检查原因，及时解决并记录，每天做好冰箱温度记录。

2.6 各类血液及成分严格按照规定储存期限保存，过期血一律不得用于临床，严格执行报废血的报批手续，并作好相关记录。

2.7 根据临床和库存需要，每天作好用血计划和预约血液工作，节约血液，避免浪费。

2.8 每天下班前，做好血液交接工作，核对实际库存数量、记录数量，作好交接记录。

2.9 贮血冰箱内严禁存放其它物品，冰箱每周消毒一次，冰箱消毒效果检测每月一次菌落数 $<80\text{cfu}/10\text{min}$  或 $<200\text{cfu}/\text{m}^3$ （培养皿 90mm 细菌培养），无霉菌生长。

2.10 必须随时储存足量的 A、B、O、AB 型血液，不能空库和缺型，随时保证临床用血需要。

2.11 做好报废血液和医疗废物的处理工作，输血器械符合国家标准，“三证”齐全，一次性输血耗材进行无害化处理并有记录。

2.12 妥善保存血液入库记录及资料，档案保存至少十年，并且要有计算机管理设施用于血液管理。

2.13 输血科工作人员应根据血液贮存质量检测规范，做好各项记录。

2.14、输血科负责质控工作专职人员应每日定期检查各项相关检测记录，发生问题时应及时向科主任报告，立即采取相应措施。

2.15 当有下列情况之一者，应及时与铜仁市中心血站联系：

2.15.1 标签破损、字迹不清；

2.15.2 血液中有明显血凝块；

2.15.3 血袋有破损、漏血；

2.15.4 血浆呈乳糜状（暗灰色）或红色（溶血）；

2.15.5 血浆中有大量气泡、絮状物或粗大颗粒；

2.15.6 未摇动时血浆层与红细胞层的界面不清或交接面上有溶血；

2.15.7 红细胞层呈紫色。

2.16 当血液保存期过期时应按照医疗垃圾处理，做好报废血液和医疗废物的处理工作，做好相关记录。

2.17 输血后的血袋应交回输血科（血库） $2\sim 6^{\circ}\text{C}$  保存至少 1 天，然后按照医疗垃圾处理。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《医疗机构临床用血管理办法》

3.3 《临床输血技术规范》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	输血不良反应处理措施及上报制度	制度编号	SXK-2020-25
	<b>发布部门</b>	输血科	编制人	杨淋
	<b>生效日期</b>	2016年4月	审核人	唐永红
	<b>修改日期</b>	2020年11月	批准人	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	页 码	564-565

## 输血不良反应处理措施及上报制度

### 1. 目的

为了有效预防输血科对疑是输血不良反应的检测、报告、评估体系。根据《中华人民共和国献血法》《突发公共卫生事件应急条例》《临床输血技术规范》《临床用血管理办法》等，结合我院实际，修定本制度。

### 2. 标准

2.1 在临床输血过程中，临床医护人员必须严格观察病人的病情变化，如有异常反应，应及时处理，严重者要立即停止输血，并迅速通知上级医师和输血科，查明原因并作相应处理。

2.2 输血反应是指在输血过程中或输血后，受血者发生的不良反应。在输血当时和输血 24 小时内发生的为速发性反应；在输血后几天甚至数月发生者为迟发性反应。一般包括：

2.2.1 发热反应

2.2.2 过敏反应

2.2.3 溶血反应

2.2.4 输血后移植物抗宿主病

2.2.5 大量输血后的并发症（循环负荷过重、出血倾向）

2.2.6 细菌污染引起的输血反应

2.2.7 输血传播的疾病

2.3 输血过程中应先慢后快，再根据病情和年龄调整输注速度，并严密观察受血者有无输血不良反应，如出现异常情况应及时处理：

2.3.1 减慢或停止输血，用静脉注射生理盐水维持静脉通路；

2.3.2 立即通知值班医师和输血科（血库）值班人员，及时检查、治疗和抢救，并查找原因，做好记录。

2.4 疑为溶血性或细菌污染性输血反应，应立即停止输血，用静脉注射生理

盐水维护静脉通路，及时报告上级医师，在积极治疗抢救的同时，做以下核对检查：

2.4.1 核对用血申请单、血袋标签、交叉配血试验记录；

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

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

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

2.4.5 如怀疑细菌污染性输血反应，抽取血袋中血液做细菌学检验；

2.4.6 尽早检测血常规、尿常规及尿血红蛋白；

2.4.7 必要时，溶血反应发生后 5—7 小时测血清胆红素含量。

2.5 临床输血出现不良反应和发生输血相关疾病时，相关科室医师应详细记录输血反应反馈卡后送输血科，并及时调查处理。输血科（血库）每月统计上报医务科，并向负责供血的血站反馈。

2.6 医院输血管理委员会应对输血不良反应进行定期分析，制定对策，不断提高临床输血安全水平。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《突发公共卫生事件应急条例》

3.3 《临床输血技术规范》

3.4 《临床用血管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	输血传染病疾病的管理措施和上报制度	<b>制度编号</b>	SXK-2020-26
	<b>发布部门</b>	输血科	<b>编制人</b>	杨淋
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	唐永红
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	566-569

## 输血传染性疾病的管理措施和上报制度

### 1. 目的

为了保证临床输血工作的顺利开展。严格执行对传染性疾病的管理及上报流程作出依据。根据《中华人民共和国献血法》《突发公共卫生事件应急条例》《临床输血技术规范》《临床用血管理办法》等，结合我院实际，修定本制度。

### 2. 标准

2.1 医护人员在临床操作过程中应做到：

2.1.1 输血过程中要严格遵照无菌操作规程进行操作。

2.1.2 禁止把任何药物直接加入血液内一同输注。

2.2 常见输血感染性疾病控制：

2.2.1 输血后肝炎病毒性肝炎由多种不同类型的肝炎病毒引起，是目前世界和我国流行最广泛且十分严重的传染病。是输血常见的并发症。主要有乙型肝炎和丙型肝炎，尤其是丙型肝炎（约占输血后肝炎的90%以上）。

2.3 预防输血后肝炎的主要措施：

2.3.1 大力开展无偿献血，使用国家正规血站提供的合格血液。有偿献血者多有隐瞒病史问题，受血者输血后肝炎发生率比输无偿献血者多出数倍。

2.3.2 对献血者必须进行国家规定项目的检测，使用经检测合格的血液。尽管使用合格的血液，因存在窗口期问题，仍不能保证所用血液是安全的。

2.3.3 所有供临床输血用的血液均须在采集后留样复查，合格者方可发出输用。

2.3.4 严格掌握输血适应证，由于输血有传播肝炎的危险，临床医师应权衡利弊，非必要时不要给患者输血。

2.3.5 严格执行消毒制度，提倡使用一次性注射器、一次性输血器、血袋。

2.3.6 保护受血者，可在输血后24小时内及输血后1个月时各肌注乙肝抗体1次，对经常输血的患者最好注射乙肝疫苗。

厚德精诚 笃行至善

2.3.7 大力提倡选择性的自身输血和成分输血。

2.4 艾滋病 艾滋病的全称为获得性免疫缺陷综合征。是一种严重威胁人类生命的传染病和免疫缺陷性疾病。病原是人类免疫缺陷病毒。传播途径主要有：

2.4.1 性接触

2.4.2 静脉注射毒品

2.4.3 输用 HIV 污染的血液或制品，移植感染者的器官、组织

2.4.4 母婴传播

2.5 防止输血传播艾滋病的主要措施：

2.5.1 加强宣传教育，使公民认识到艾滋病的危害性，还应包括其经血传播的危险，使感染者或可疑感染者能自我从献血行列中退出。

2.5.2 性病患者或有性病者、性滥交者、吸毒者等艾滋病高危人群不能献血。

2.5.3 禁止使用进口血液制品。

2.5.4 对献血者进行抗 HIV 检测，阳性者不能献血。⑤ 临床使用血液必须进行严格的检测和把关，杜绝漏检。

2.5.5 严格掌握输血适应证，非必要不输血。

2.5.6 鼓励自身输血。

2.6 梅毒

梅毒是由梅毒螺旋体引起的慢性传染病。献血者患有梅毒，并处于梅毒螺旋体血症阶段，献出的血液被输用后可以传播梅毒。输血传播梅毒的潜伏期 4 周到 5 个月，平均为 9~10 周。感染者常见的症状是典型的二期梅毒皮疹。虽然我们使用的血液对献血者进行了梅毒检测试验，但由于：

2.6.1 第一期梅毒的早期（此时螺旋体血症十分明显）血清学试验常是阴性；

2.6.2 与梅毒螺旋体检测方法和试剂的敏感程度有很大关系，所以仍存在输血后传播梅毒危险。

2.6.3 预防梅毒传播主要措施如下：

2.6.3.1 对有性病或性滥交者及其伙伴应拒绝献血；

2.6.3.2 对献血者进行检查试验，阳性者不能献血；

2.6.3.3 尽量输用在 4℃ 冷藏保存 3 天以上的血液。

**厚德精诚 笃行至善**



## 2.7 巨细胞病毒感染

2.7.1 巨细胞病毒（CMV）感染以输血最为多见。多发生在免疫功能低下的受血者，如早产儿、低体重儿、先天性免疫缺陷、肾移植和骨髓移植者，且随着输血次数增多、量增大而感染率越高。库存血液中，CMV 的存活时间不长，输用库血比新鲜血的感染机会小。

### 2.7.1.2 预防输血感染 CMV 的主要措施：

2.7.1.2.1 对免疫功能低下者，抗-CMV 阴性时，输用 CMV 抗体阴性血液。

2.7.1.2.2 输用去白细胞（较好方法是用白细胞过滤器）的血液、洗涤红细胞。

2.7.1.2.3 静注 CMV 免疫球蛋白，对易感者有预防作用。

2.7.1.2.4 尽量输贮存血液，可减少 CMV 感染机会。

2.7.1.2.5 对低体重儿和早产儿，尽量减少血液标本采集数量和次数，以免缺血过多而增加输血机会，以减少感染机会。

## 2.8 疟疾

疟原虫可存在于各种血细胞和血浆、冷沉淀中。患过疟疾的人，体内或血中可能仍带有疟原虫，其血液仍可能传播疟疾。经输血传播的疟疾通常约在输血后 1 周至 1 个月内发病，也可短至 1 日长至 60 日。

### 2.8.1 预防输血传播疟疾的措施：

2.8.1.1 有疟疾病史者，须病愈 3 年后方能献血。

2.8.1.2 在流行区暂住或作短期逗留者，离开后，既未服抗疟药，又无症状，6 个月后可以献血。

2.8.1.3 对输入疑有疟原虫污染血液的受血者、或在疟疾流行区的受血者，都应服用抗疟剂预防。输血前 24 小时，受血者可口服氯喹 1500 毫克，或输血后立即口服氯喹至少 300 毫克，连续 5~7 天。

2.8.1.4 在疟疾流行区，有条件时对献血者作血清学检测，筛除疟原虫抗体阳性者。也可用注射肾上腺素的方法，促使疟原虫出现于外周血做血液涂片检查。

## 2.9 其他输血相关疾病

2.9.1 成人嗜 T 淋巴细胞白血病是发生于成人 T 淋巴细胞中的特殊类型的白血病，由嗜 T 淋巴细胞白血病病毒 I 型引起，可通过输血传播。目前主要流行区

有日本南部的九州地区，加勒比海地区和非洲的尼日利亚北部地区。我国福建省沿海、粤东地区有小流行区，其他地区也有散在小区域发病病例。

2.9.2 弓形体病是由于弓形体引起的一种细胞内寄生、人畜共患的流行性传染病，多为隐性感染，但能引起多系统损害。易通过皮肤黏膜和胃肠道感染，但也能通过输血、器官移植、胎盘传播。

2.10 医护人员在输血过程中如出现异常情况应该立即通知值班医师和输血科值班人员，及时检查、治疗和抢救，并查找原因，做好记录。

2.11 输血完毕，血袋保存 24 小时，以便对输血不良反应原因追查。

2.12 医护人员对有输血反应或输血后感染的应逐项填写患者输血回报单，并返还供血库登记、保存，供血库每月统计上报当地血站。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《突发公共卫生事件应急条例》

3.3 《临床输血技术规范》

3.4 《临床用血管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	输血前的输血相容性检测管理制度	<b>制度编号</b>	SXK-2020-27
	<b>发布部门</b>	输血科	<b>编制人</b>	杨淋
	<b>生效日期</b>	2016年4月	<b>审核人</b>	唐永红
	<b>修改日期</b>	2020年11月	<b>批准人</b>	杨华
	<b>版 本</b>	第2版	<b>页 码</b>	570-571

## 输血前的输血相容性检测管理制度

### 1. 目的

为了规范输血前相容性检测试验，确保输血安全合理，根据《中华人民共和国献血法》《突发公共卫生事件应急条例》《临床输血技术规范》《临床用血管理办法》等，结合我院实际，修定本制度。

### 2. 标准

2.1 根据输血相关法律法规要求，对于申请输血的患者，应进行输血前的检测包括：

2.1.1 血常规检测：评估输血适应症。择期手术或输血浆前需加做凝血常规。

2.1.2 输血相容性检测：ABO 血型正反定型、Rh(D) 血型鉴定、不规则抗体筛查（抗体筛选）和交叉配血试验。

2.2 交叉配血试验必须在盐水相试验基础上，加做检查 IgG 血型抗体非盐水相试验（如间接抗人球蛋白法、酶法、聚凝胺法、玻璃珠法和凝胶法等）。

2.3 凡遇有输血史、妊娠史或短期内需要多次输血的患者，均应做不规则抗体筛检。

2.4 肝功能测定和感染性疾病筛查（乙肝五项、丙肝抗体、梅毒抗体、艾滋病抗体等）

2.5 首次输血患者必须在输血前进行检查，将检测结果完整填在《输血治疗知情同意书》和《临床输血申请单》上；间隔三个月后再次输血，应重新进行肝功能测定和感染性疾病筛查。

2.6 急救输血时，必须在输血前采集送检标本，填写结果处可标明“标本已抽，结果未回”字样，并在病历记录中描述、备案，待检测结果出来后，及时将报告单粘贴于病历保存。

### 3. 相关文件

- 3.1 《中华人民共和国献血法》
- 3.2 《突发公共卫生事件应急条例》
- 3.3 《临床输血技术规范》
- 3.4 《临床用血管理办法》

 <p>铜仁市妇幼保健院 Tongren Maternal And Child Health Care Hospital</p>	<b>标 题</b>	<b>输血相容性检测报告管理制度</b>	<b>制度编号</b>	<b>SXK-2020-28</b>
	<b>发布部门</b>	<b>输血科</b>	<b>编制人</b>	<b>杨淋</b>
	<b>生效日期</b>	<b>2020年4月</b>	<b>审核人</b>	<b>唐红</b>
	<b>修改日期</b>	<b>2020年11月</b>	<b>批准人</b>	<b>杨华</b>
	<b>版 本</b>	<b>第2版</b>	<b>页 码</b>	<b>572-573</b>

## 输血相容性检测报告管理制度

### 1. 目的

为了规范输血相容性检测报告，促进临床安全用血的、有效用血，保障安全有效地将血液输注给患者，确保患者生命安全及医疗工作的正常运行，根据《中华人民共和国献血法》《突发公共卫生事件应急条例》《临床输血技术规范》《临床用血管理办法》等，结合我院实际，修定本制度。

### 2. 标准

2.1 进行输血相容性检测试验前，应执行下列管理规定或完成下列工作：

2.1.1 严格核对《输血审批单》、《临床输血申请单》和血标本，要求字迹清楚、信息填写完整，联号相符，并有相关人员的签名，确保患者身份信息准确、一致；若联号不符或患者身份信息不一致，应拒收，要求临床重新采集血标本送检。

2.1.2 认真检查血标本质量，确保血标本符合实验要求，要求实验用的血标本必须是输血前3天之内的，且无溶血、无气泡、颜色正常、标本量充足；否则应拒收，要求临床重新采集血标本送检。

2.1.3 复检患者的ABO血型和Rh(D)血型，要求复检血型与申请单上的血型一致，否则应要求临床重新采集血标本送检。

2.1.4 对有输血史、妊娠史或短期内需要接受多次输血的患者，应在配血前进行不规则抗体筛查，阳性结果还应进行抗体鉴定试验。

2.1.5 根据患者的血型、申请输血种类和输血量，取相应库存血液进行ABO血型和Rh(D)血型复检，要求复检血型与血袋上标注的血型一致(急诊抢救患者紧急输血且无Rh(D)血型相同的血液时，可以不考虑患者和库存血Rh(D)血型的一致性)，否则应更换相符的库存血液进行复检，并通知和配合市血站纠正相关错误。

2.2 进行输血相容性检测试验时，应执行下列管理规定或完成下列工作：

**厚德精诚 笃行至善**

2.2.1 严格按照《输血相容性检测实验操作规程》进行操作，不得擅自更改或简化操作程序。

2.2.2 对急性溶血性贫血或烧伤患者的溶血标本，应在试验前、后作溶血程度的比较。

2.2.3 凡输注红细胞类血液制品、浓缩白细胞和手工分离浓缩血小板等，应进行血液相容性检测；血浆类血液制品可以不要求进行血液相容性检测。

2.2.4 配血时，应采用能检查完全抗体的实验方法和能检查不完全抗体的实验方法同时进行血液相容性检测，即盐水法+凝聚胺法，或盐水法+微柱凝胶法等。

2.2.5 配血不合时，应对患者进行不规则抗体筛查，阳性结果还应进行抗体鉴定试验。

2.2.6 日常的输血相容性检测应由双人负责，互相核对，只有操作相符时，方可发布报告；一人值班时，操作完毕后应进行复核，复核相符时，方可发布报告。

2.3 输血相容性检测操作完毕后，应及时、认真、准确、完整填写《输血记录单》，并签名和记录时间，要求双人操作时进行双人签名或一人操作时双签名，时间记录应精确到分钟。

2.4 用于输血相容性检测的试剂应符合国家相应的标准，同时应做好试剂的质量控制工作。

2.5 用于输血相容性检测的仪器设备应符合国家相应的要求，同时应做好日常维护保养，确保仪器设备能正常使用。

2.6 血液发出后，输血科应将患者和供血者的血标本置于  $4 \pm 2^{\circ}\text{C}$  专用保存冰箱内至少保存 7 天。

2.7 应做好各项记录工作，各类输血相关文件须保存十年。

### 3. 相关文件

3.1 《中华人民共和国献血法》

3.2 《突发公共卫生事件应急条例》

3.3 《临床输血技术规范》

3.4 《临床用血管理办法》

# 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