[首诊负责制度 4](#_Toc4047)

[三级医师查房制度 6](#_Toc26611)

[疑难、危重病例讨论制度 8](#_Toc15041)

[会诊制度 9](#_Toc29720)

[危重患者抢救制度 12](#_Toc10367)

[手术分级管理制度 14](#_Toc18682)

[术前讨论制度 18](#_Toc20907)

[手术安全核查制度 20](#_Toc20382)

[查对制度 22](#_Toc19040)

[死亡病例讨论制度 29](#_Toc1596)

[值班与交接班制度 30](#_Toc28783)

[新医疗技术、新项目准入制度 32](#_Toc12783)

[临床用血审核制度 36](#_Toc8403)

[危急值报告制度 38](#_Toc24298)

[医患沟通制度 45](#_Toc21901)

[患者知情同意管理制度及程序 48](#_Toc11099)

[医疗纠纷防范处理制度 55](#_Toc22399)

[医疗纠纷预警制度 61](#_Toc31329)

[鼓励患者参与医疗安全管理的规定 63](#_Toc19455)

[维护患者合法权益的管理制度 65](#_Toc22469)

[医疗安全不良事件报告制度及工作流程 68](#_Toc25667)

[入院·出院管理制度 70](#_Toc23118)

[急诊绿色通道管理制度 73](#_Toc25802)

[医疗质量管理制度 76](#_Toc494)

[危重症患者抢救协调管理制度 78](#_Toc11630)

[住院患者病情评估制度 80](#_Toc14358)

[临床路径管理制度 83](#_Toc28370)

[缩短平均住院日管理制度 86](#_Toc3062)

[住院超过30日患者管理制度 88](#_Toc24627)

[住院患者转科制度 89](#_Toc20853)

[双向转诊管理制度 90](#_Toc8434)

[病历质量管理制度 92](#_Toc16671)

[住院电子病历书写管理暂行规定（试行） 94](#_Toc2903)

[住院病案首页数据填写质量规范 97](#_Toc26725)

[住院病历管理制度 101](#_Toc10828)

[住院病历质量评价标准 104](#_Toc29909)

[病案室病案管理制度 106](#_Toc21037)

[出院病案复印制度 108](#_Toc31297)

[运行病历复印管理规定 110](#_Toc7390)

[关于病案补充病理报告单的管理规定 112](#_Toc4843)

[医师出具医学证明文件的规定 113](#_Toc19396)

[手术室管理制度 115](#_Toc29226)

[手术医师能力评价与再授权制度及程序 121](#_Toc26199)

[高风险技术操作的资格授权及再授权制度 123](#_Toc1320)

[围手术期管理制度 124](#_Toc25183)

[手术风险评估制度 128](#_Toc23210)

[手术部位标识制度 130](#_Toc19240)

[急诊手术管理制度 132](#_Toc4610)

[择期手术管理规定 134](#_Toc18213)

[连台手术工作管理规定 135](#_Toc21143)

[非计划再次手术管理制度 136](#_Toc6109)

[重大手术报告审批制度 138](#_Toc6313)

[术前讨论制度 140](#_Toc19994)

[手术抗菌药物应用管理制度 141](#_Toc18746)

[麻醉医师资格分级授权管理制度 144](#_Toc31918)

[麻醉医师能力评价与再授权制度及程序 148](#_Toc20039)

[麻醉药品精神药品处方权授权管理制度 150](#_Toc17998)

[麻醉术前访视、病情评估和知情告知制度 152](#_Toc17841)

[麻醉术后访视制度 154](#_Toc18257)

[临床医师输血权限、申请分级管理制度 155](#_Toc24710)

[术中输血制度 157](#_Toc8789)

[临床用血管理规定 158](#_Toc15762)

[临床用血评价制度 163](#_Toc28435)

[急症用血管理制度 166](#_Toc8532)

[自体输血技术管理制度 168](#_Toc1270)

[临床科室及医师临床用血公示制度 170](#_Toc16081)

[控制输血严重危害管理办法 171](#_Toc10023)

[医师执业资格管理办法 182](#_Toc8163)

[医师定期考核制度 185](#_Toc1575)

# 首诊负责制度

一、第一次接诊的医师或科室为首诊医师和首诊科室，首诊医师对患者的检查、诊断、治疗、抢救、转院和转科等工作负责，并认真书写医疗文书。

二、首诊医师必须详细询问病史，进行体格检查、必要的辅助检查和处理，并认真记录病历。对诊断明确的患者应积极治疗或提出处理意见；对危重或诊断尚未明确的患者应在对症治疗的同时，应及时请上级医师或有关科室医师会诊。

三、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。

四、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。危重症患者如需检查和住院者，首诊医师应陪同或安排医务人员陪同护送。

五、被邀会诊的科室医师须按时会诊，执行医院会诊制度。会诊意见必须向邀请科室医师书面交待。

六、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，直至本科主任。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总值班协调解决，不得推诿。

七、复合伤或涉及多科室的危重患者抢救，在未明确由那一科室主管之前，除首诊科室负责诊治外，所有的有关科室须执行危重患者抢救制度，协同抢救，不得推诿，不得擅自离去。各科室分别进行相应的处理并及时做病历记录。。

八、首诊医师对需要紧急抢救的患者，须先抢救，同时由患者陪同人员办理挂号和交费等手续，不得以强调挂号、交费等手续未完成而延误抢救时机。

九、首诊医师抢救急、危、重症患者，在患者病情稳定之前不宜转院，因医院病床、设备和技术条件所限，须由副主任及以上专业技术任职资格的医师或科主任或副主任亲自察看病情，决定是否可以转院，对需要转院而病情允许转院的患者，须由责任医师协同急诊科联系120指挥中心，并按120患者转运有关规定，进行转院，并对病情记录、途中注意事项、护送等均须作好交代和妥善安排。

十、急诊科严格限制以“共管”形式管理跨科、跨专业患者，预检分诊时应根据患者的主诉与病情程度分清主次，由一科为主管理患者，其他科室以会诊的形式协助诊治。若无法分清主次，则首诊科室全面负责，其他相关科室会诊。

十一、对符合转重症医学科继续治疗条件的，首诊医师需及时联系重症医学科，并办理相关转科事宜。

十二、凡在接诊、诊治、抢救患者或转院过程中未执行上述规定、推诿患者者，要追究首诊医师、当事人和各相关科室的责任。

# 三级医师查房制度

一、科主任、主任医师（含副主任医师）

每周查房1～2次。应有主治医师、住院医师或进修医师、实习医师和有关人员参加，重点是审查和决定急、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及治疗；决定邀请院外会诊；抽查医嘱、病厉的书写质量；结合临床病例考核住院医师、实习医师对“三基”掌握情况，进行必要的示教工作；分析病例，讲解有关重点疾病的新进展，听取医师、护士对医疗、护理的意见。

二、主治医师

每日查房一次，应有住院医师或进修医师、实习医师参加。对所管患者分组进行系统查房，内容包括：系统了解主管住院患者的病情变化，进行全面体格检查，检查医嘱执行情况及治疗效果，特别要对新入院、手术前后、危重、诊断未明确、治疗效果不佳的患者进行重点检查；听取指导住院医师及其他主治医师对诊断、治疗的分析及计划；决定一般手术和必要的检查及治疗；决定出院、转科、会诊；有计划的检查住院医师病历书写质量及医嘱，纠正其中的错误和不准确的记录；听取患者对医护人员的意见。

三、住院医师

查房每日上、下午至少各一次。系统巡视危重、疑难、待诊断、新入院、手术后患者，检查所管患者的全面情况；随时观察病情变化并及时处理，随时记录，必要时请上级医师检查患者；主动向上级医师汇报经治患者的病情、诊断、治疗等；检查化验报告单，分析检查结果，提出进一步的检查和治疗意见；检查当日医嘱执行情况；开写次晨特别检查医嘱和给予的临时医嘱；了解患者饮食情况，征求患者对治疗、护理、生活等方面的意见。

四、对于危重患者，住院医师应随时观察病情变化并及时处理，必要时及时请主治医师、科主任、主任医师临时检查患者。

五、上级医师查房时，下级医师要作好准备工作，如病历、影像学资料等各项检查、检验报告及所需的检查器材。经治住院医师要报告简要病历、当前情况并提出需要解决的问题。主任或主治医师可根据情况做必要的检查和病情分析，并做出明确的指示。每次查房后应及时详细将查房情况、患者的生命体征和主要阳性体征及其变化，以及有鉴别意义的阴性体征和分析及下步处理意见，记录于病程记录之内，并请上级医师签名。

六、节假日查房：节假日期间病房应安排值班人员。各医疗组每天至少保证一名住院医师或以上职称人员查房，值班住院医师每天要进行病房巡视，注意观察危重患者的病情变化，及时与上级医师保持联系。

七、查房时，各级人员应合理站位，查房医师在患者右侧，以便体检；主管医师（主治或住院医师、进修生、实习生）站在查房医师对面，医嘱记录者位于查房医师的外侧，其他人员围床而立。各级医师应呈直立站位，不得乱倚乱靠。

八、查房时应严肃认真，全部参加人员应关闭手机或调为静音，任何人不得相互私语或做小动作，保证查房的严肃性，以保证查房的质量。出入病房应根据年资或职称依次而入而出，以保证查房秩序。

九、院领导以及职能部门负责人，应有计划有目的地定期参加各科的查房，检查了解对患者治疗情况和各方面存在的问题，及时研究解决，做好查房及改进反馈记录。

# 疑难、危重病例讨论制度

一、疑难、危重病例讨论适用于以下情况：入院1周以上诊断不明或者疗效较差的病例；住院期间相关检查有重要发现可能导致诊疗方案的重大改变；病情复杂疑难或者本院本地区首次发现的罕见疾病；病情危重病例或者需要多科协作抢救病例以及科室认为必须讨论的其他病例。

二、讨论应由各医疗组提出或者科主任指定，科主任或医疗组长主持，本科（组）医师、护士长以及责任护士参加，必要时邀请相关科室专家参加，特殊情况也可邀请职能部门人员、医院领导参加或者由医院组织全院性讨论。

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

四、讨论情况应指定专人详实记录在病历（必须由讨论主持者审阅、修改并签名）和《疑难危重病例讨论登记本》内。

# 会诊制度

一、临床科室邀请外院专家会诊的有关规定

1、遇本院不能解决的疑难病例或由于本院无相应学科不能解决诊治，或者患者及其家属要求院外会诊的，可邀请院外专家会诊。

2、由经治科室向患者说明会诊费用等情况，征得患者（或其家属）同意并签字后，非手术患者到医务科填写《即墨市中医医院院外专家会诊申请单》，手术患者填写《特殊手术报告审批表》，由科主任签字后，报医务科审批备案。

3、由医务科或科室自行与有关医院联系会诊，会诊由申请科主任主持，并安排好陪同会诊人员，主管医师报告病史和做好会诊记录工作。必要时，分管院长和医务科主任参加。

二、院内会诊的有关规定

1、非急症院内会诊，由申请科室填写“院内会诊申请单”；并将申请单送达被请科室，并做好交接登记手续。

2、被请求会诊的科室，在接到“院内会诊申请单”后，由科主任24小时安排高年资医师及以上职称的医师到申请科室完成会诊。

3、组织院内大会诊时，申请会诊科室必须提前一天向医务科递交《即墨市中医医院院内多学科会诊申请表》（紧急会诊除外）并明确会诊主持人（主持人须副高及以上医师或科主任）。医务科根据申请确定会诊专家后，将会诊专家名单反馈给申请科室，申请科室须提前将《院内多学科会诊申请表》送达各受邀请专家，以便受邀专家了解病情。组织会诊科室须提前做好会诊准备；受邀会诊专家须按时到达会诊地点，认真负责地完成会诊工作。

4、急诊会诊时，应在“会诊申请单”上注明“急诊”，必要时电话通知。被请求会诊的科室，必须在10分钟内派专业人员到达申请科室实施会诊。特殊情况下可由值班医师先行处理，根据实际情况请示上级医师指导或由上级医师随后到达现场处理。

5、在实施会诊过程中，申请科室主管医师应主动介绍会诊患者情况，并全程陪同会诊。会诊医师应及时出具可行性会诊意见，并填写“会诊记录单”。若会诊医师在会诊患者的诊断和处理方面有困难时，应主动请本专业上级医生指导会诊。因同一原因请同一科室医师会诊，前次会诊医师未能为其解决问题的，原则上被邀科室应另选派更高水平的医师前往会诊。

6、在急诊会诊过程中，若发现需其他专业人员会诊，由首诊科室主管医生负责继续请会诊，首批到达的会诊人员与其他人员共同组织会诊。

7、会诊过程中，若患者出现病情危重或意外时，会诊人员必须配合首诊科室进行抢救。

三、本院医师受邀外出会诊的有关规定

1、必须严格遵守卫生部《医师外出会诊管理暂行规定》。

2、外出会诊医师应当向医务科提供请求会诊医院加盖公章的书面会诊邀请函或由请求会诊医院直接向医务科提供加盖公章的书面会诊邀请函。紧急会诊时应当由请求会诊医院直接与医务科电话联系，经医务科（必要时请示分管院长）批准后，可以先行会诊，但必须事后补办书面手续。

3、医务科接到会诊邀请后，在不影响本单位正常业务工作和保证医疗安全的前提下，安排医师外出会诊。会诊影响本单位正常业务工作但存在特殊需要的情况下，应当经院长批准。不能派出会诊医师时，由医务科及时告知邀请医院。

4、会诊医师应由具有相应资质的主治及以上职称的医师担任，外出手术的医师实施的手术不能超出《手术分级管理制度》的规定。会诊医师应当详细了解患者的病情，亲自诊查患者，完成相应的会诊工作。

5、医师在会诊过程中发现难以胜任会诊工作，应当及时、如实告知邀请医疗机构，并终止会诊。

6、医师在会诊过程中发现邀请医疗机构的技术力量、设备、设施条件不适宜收治该患者，或者难以保障会诊质量和安全的，应当建议将该患者转往其他具备收治条件的医疗机构诊治。

7、医师在外出会诊过程中应当严格执行有关的卫生管理法律、法规、规章和诊疗规范、常规，发生医疗事故争议时，由邀请医疗机构按照有关法律法规进行处理。

8、外出医师会诊结束返回本单位后，应当立即向所在科室负责人汇报有关会诊情况，并在2个工作日内向医务科汇报有关会诊情况。医务科应当建立医师外出会诊管理档案，并将医师外出会诊情况与其年度考核相结合。

9、会诊费用按照300-400元/例次收取，会诊费归会诊医师。

10、医师未经许可私自赴外院会（坐）诊者，不论是否在岗，一律按每次计旷工一天论处，一经查实，将记入医师考核档案，经教育仍不改正者，依法给予行政处分或者纪律处分。私自外出会诊发生的任何医疗纠纷、差错、事故以及交通事故、人身伤害等，由个人负责。

# 危重患者抢救制度

1、重危患者的抢救工作，一般由科主任、正（副）主任医师负责组织并主持抢救工作。科主任或正（副）主任医师不在时，由职称最高的医师主持抢救工作，但必须及时通知科主任或正（副）主任医师或本科听班人员。护士长做好护理人员分工，各负其责，如护士长不在班，领班护士负责组织抢救，不得延误，必要时报请护士长参加抢救。特殊患者或需跨科协同抢救的患者应及时报请医务科、护理部和分管副院长，以便组织有关科室共同进行抢救工作。

2、医护人员发现患者病情危重，第一发现人立即采取急救措施，如心脏按压、人工呼吸、建立输液通道、吸痰、输氧等，同时通知其他医护人员到场协助抢救，必须全力以赴，分秒必争，不得以任何借口推迟抢救。

3、参加危重患者抢救的医护人员必须明确分工，紧密合作，各司其责，要服从分配，严守岗位，严肃工作纪律，不得擅自离职，抢救患者过程中要无条件服从抢救工作主持者的嘱示，但对抢救患者有益的建议，可提请主持者认定后用于抢救患者，不得以口头医嘱形式直接执行。各种用药处置要准确、最大程度提高抢救成功几率。

4、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。执行医生口头医嘱时，必须重述一次确认无误后，方可执行，并由专人记录。

5、危重患者的各项记录必须指定专人记录，记录要做到严肃、认真、细致、准确、及时、全面，时间应精确到分钟。涉及到法律纠纷的，要报告有关部门。

6、要保证抢救药品及器材的供应以保证抢救工作的顺利进行,抢救器材及药品必须齐全完备,要定人保管,定位放置,定量储存,用后随时补充。值班人员必须熟练掌握各种器械、仪器性能及使用方法。抢救物品一般不外借,以保证使用。

7、在抢救患者的同时，由抢救工作主持者或指定人员，向家属告知患者的病情危重情况，取得家属的理解与配合，未签署病危通知书的及时与患者代理人或近亲属签署。

8、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，不得以任何借口加用拒绝或推迟，后勤管理处应保证水、电、气等供应。

9、特殊情况如高级干部、港、澳、台胞，或已产生纠纷的病例，可由医务科到场协调，必要时设立科室或院抢救小组，选派专人负责治疗或护理，或根据实际情况及时组织科室间或院间会诊，共同制定抢救方案。

10、重症医学科每日须留有床位，以备急、重症患者入院治疗，抢救时使用。

11、严格执行交班制度和查对制度，日夜应有专人负责，对病情变化、病情抢救经过及各种用药要详细交待，所用药品的空瓶经二人核对、记录后方可弃去。各种抢救药品、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。

12、抢救结束后，在规定的时间内，除做好抢救记录、登记和消毒外，将抢救实施办法、措施及患者的病情变化详细书写在病历中，各项处置按实际执行时间补充医嘱。

# 手术分级管理制度

为了确保手术安全和质量，加强各级医师的手术操作管理，根据《医疗机构管理条例》、《中华人民共和国执业医师法》和我院的质量管理体系文件，参照相关制度，制定本规定。

一、手术分级

依据各种手术的技术难度、复杂性和风险度，将手术分为四级：

(一)一级手术：技术难度较低、手术过程简单、风险度较小的各种手术。

(二)二级手术：技术难度一般、手术过程不复杂、风险度中等的各种手术。

(三)三级手术：技术难度较大、手术过程较复杂、风险度较大的各种手术。

(四)四级手术：技术难度大、手术过程复杂、风险度大的各种手术。

三级（含三级）以上手术必须进行术前讨论。

二、手术医师分级

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

(一)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、并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满3年，或获得硕士学位、并从事住院医师岗位工作满2年者。

(二)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满3年，或获得临床博士学位、从事主治医师岗位工作满2年者。

(三)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年以内者。

2、高年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作满3年者。

(四)主任医师：受聘主任医师岗位工作者。

三、各级医师手术权限

(一)低年资住院医师：在上级医师指导下，可主持一级手术。

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

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

(四)高年资主治医师：可主持三级手术。

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

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

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

四、手术审批权限

手术审批权限是指对拟施行的不同级别手术以及不同情况、不同类别手术的审批权限，审批含签发手术通知单。

(一)常规手术

1、四级手术：由高年资副主任医师及以上医师报批手术通知单，科主任审批。

2、三级手术：由副主任医师及以上医师报批手术通知单，科主任审批。

3、二级手术：由高年资主治医师及以上医师报批手术通知单，科主任审批。

4、一级手术：由低年资主治医师及以上医师报批手术通知单，科主任或副主任医师及以上医师审批。

（二）急症手术

1、一级急症手术由高年资住院医师及以上医师或科主任（含副主任）审批。二级急症手术由副主任医师及以上医师或科主任（含副主任）审批。三级及以上急症手术由高年资副主任医师及以上医师或科主任审批。

2、预期手术的级别在值班医生手术权限级别内时，可通知并施行手术。若属高风险手术或预期手术超出自己手术权限级别时，应紧急报规定的上级医师审批，需要时逐级上报。原则上应由具备实施手术的相应级别的医师主持手术。但在需紧急抢救生命的情况下，在上级医生暂时不能到场主持或指导手术期间，任何级别的值班医生在不违背上级医生口头指示的前提下，有权、也必须按具体情况主持其认为合理的抢救手术，不得延误抢救时机。急诊手术中如发现需施行的手术超出自己的手术权限时，应立即口头上报请示，以保证手术质量和安全。

3、符合特殊手术范畴的参照特殊手术的审批规定执行。

（三）特殊手术

1、年龄过75周岁患者手术、疑难手术、复杂手术、新开展手术、新技术新项目手术、重大手术、破坏性手术(如截肢、重要器官切除及致残性手术) 、麻醉或手术风险较大的手术、VIP患者手术、请院外专家来院主持、指导、会诊、协助的手术、需多科室联合攻关的手术、存在医疗纠纷隐患或纠纷的手术均须经科内讨论，填写《特殊手术报告审批单》，家属、科主任签署意见后，报医务科审批，由医务科备案，必要时报分管副院长或院长审批，以上手术为急症时，须报告科主任，并由科主任主持或指导手术，如科主任无法参加，由科主任指定科副主任或高年资副主任医师及以上的医师主持或指导手术。

2、高风险的新技术、新项目、科研手术须提交医院学术委员会审议通过后实施，其他审批程序同上。对重大的涉及生命安全和社会环境的手术项目还需按规定上报卫生行政主管部门。

（四）外出会诊手术

本院医师受邀请到下级医院指导手术，必须按有关规定办理相关审批手续。外出手术医生所主持的手术不得超出其按本规范规定的相应手术级别。

五、实施手术的其他规定

（一）二级及以上手术必须有本院两名以上医师参加，一级手术必须有本院一名医师参加，执业医师证执业地点不是即墨市中医医院或无执业医师资格的医师，未经医院批准不得主持手术。

（二）各级医师不得独立主持自己完成有难度的手术及超出自己手术权限级别的手术。

（三）所有手术均须书写术前小结，术前小结中要有手术者查看患者的记录；三级及以上手术（急症手术除外）须组织术前讨论并记录，参加手术的医师必须参加讨论。

六、医务科负责监督检查，发现违反以上规定者，有权停止手术并按有关规定处理。

七、各专业手术分级表由各专业科室负责制定，并报医务科审批后统一下发。

八、以往制度与本制度不一致的规定以本规定为准。

# 术前讨论制度

1、凡重大、疑难、新开展、诊断未确定的探查手术及二级以上择期手术，均需进行术前讨论。二级以上急诊手术无条件进行常规术前讨论时，应由主管医师召集至少一名三年以上的主治医师参加讨论，由职称最高者担任主持人，讨论结果向科主任汇报。

2、二级手术的术前讨论在医疗组内进行，由医疗组长主持，参加人员为医疗组成员，必要时通知护士长、责任护士参加。

3、三级以上手术、新开展手术、重大手术、疑难手术、外请专家进行的手术、诊断未确定的探查手术的术前讨论由科主任主持，全科医师、护士长、责任护士参加。主持人根据需要确定其他应参加讨论的人员如麻醉医师、相关专业人员、管理人员等。

4、讨论前，主管医师应做好充分的准备，包括病历、影像学资料、各种辅助检查报告及查房用具等，同时将病情提前通知参加讨论的人员，疑难病例应提前一天请相关专业会诊。

5、术前讨论内容包括但不限于：术前病情评估的重点范围、手术风险评估、术前准备情况、术前诊断、手术指征、拟施手术及拟施麻醉方案、手术风险与利弊、手术中后可能发生的问题及对策、是否需分次完成手术、手术后观察注意事项及护理要求、手术后治疗措施、手术后可能发生的并发症及防治措施、参加手术和麻醉的人员等。

6、主管医师在术前讨论会上，应首先就上述内容筒明扼要地提出初步意见，然后逐一讨论研究。参加讨论人员应认真检查患者，详细分析病情及辅诊资料，提出各自意见。

7、主持人应在最后就讨论情况进行总结，决定手术方式、麻醉方式、手术者和参加手术人员以及其他事项，指定相关人员积极做好术前准备工作。如为重大手术，应安排专人提前填写《特殊手术报告审批表》报医务科审查批准。

8、术前讨论结束后，主管医师应根据《手术风险评估制度》认真填写“手术风险评估表”。

9、非急诊手术的术前讨论应在手术前三天内完成。术前讨论结束后天内实施手术的，手术医师应在手术前一日对患者病情进行重新评估，将评估结果报科主任，由科主任确定是否重新进行术前讨论。术前讨论结束五天后仍未实施手术者，在实施手术前必须重新进行术前讨论。

10、二级手术的术前讨论意见应由主管医师归纳记录到术前小结中，手术者负责审签。三级以上手术、新开展手术、重大手术、疑难手术、诊断未确定的探查手术的术前讨论应由专人记录在病例讨论记录本中，讨论结束时记录人签字、主持人审签。主管医师根据讨论内容填写术前讨论记录，经主持人审签后列入病历之中。新入院急诊手术患者的术前讨论意见应由主管医师归纳记录到术前小结中。

11、术前讨论程序

(一)患者主管医师（实习医师或住院医师）汇报病历内容。

(二)患者主管住院医师提出手术指征，汇报术前准备情况。

(三)医疗组主治医师或组长报告医疗组意见，包括术式选择、麻醉选择，简要手术步骤、术中注意事项及术后处理。

(四)全科讨论

(五)主持人总结。

(六)患者主管医师根据讨论内容填写术前讨论记录，由主持人审签。

# 手术安全核查制度

为加强我院手术安全管理，保障医疗质量，根据《卫生部办公厅关于印发〈手术安全核查制度〉的通知》的规定，制定本制度。

一、手术安全核查是由具有执业资质的手术医师（手术主持者或第一助手）、麻醉医师和手术室护士（巡回护士）三方（以下简称三方），分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，共同对患者身份和手术部位等内容进行核查的工作。

二、本制度适用于各级各类手术，其他有创操作可参照执行。

三、手术患者均应配戴标示有患者身份识别信息的标识以便核查。

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

五、实施手术安全核查的内容及流程。

（一）麻醉实施前：由手术医师主持三方核查并负责填写表格内容，同时，应再次邀请患者主动提供身份信息、指认手术部位。三方按《手术安全核查表》依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。

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

（三）患者离开手术室前：由手术医师主持、巡回护士负责填写表格内容。三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。

（四）三方确认后分别在《手术安全核查表》（见附件）上签名。

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

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

八、空白《手术安全核查表》随拟手术患者的病历带入手术室。填写完毕的住院患者《手术安全核查表》应归入病历中保管，非住院患者《手术安全核查表》由手术室负责保存一年。

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

十、医务科、护理部负责监督、检查和考核手术安全核查制度实施情况，及时发现问题、提出改进措施并持续跟踪落实。

# 查对制度

在临床诊疗过程中，须严格确认患者身份，履行“查对制度”，至少同时使用姓名、住院号（门诊号）等两项以上的方式核对患者身份。为了确保安全也可另加年龄、性别、床号等信息进一步确认患者身份，禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据。确认患者身份时应让患者或其近亲属陈述患者姓名。对新生儿、意识不清、语言交流障碍等原因无法向医务人员陈述自己姓名的患者，让患者陪同人员陈述患者姓名。为无名患者（无陪同人员）进行诊疗活动时，须双人核对，确保对正确的患者实施正确的治疗。对危重患者、手术或昏迷的患者，建立使用“腕带”作为识别标示的制度，作为操作前、用药前、输血前等诊疗活动时辨识患者的一种有效手段。

一、医嘱查对

（一）医师开具医嘱、处方或进行诊疗时，应查对患者姓名、性别、床号、住院号（门诊号）等信息。

（二）执行医嘱时，值班护士必须认真阅读医嘱内容，对有疑问的医嘱须与医师确认无误后再打印各种执行单并执行。

（三）处理医嘱，应做到班班查对。

（四）处理长期医嘱或临时医嘱时要记录处理时间，处理医嘱者及核对者，均应签全名。医嘱执行者，要记录执行时间并签全名。

（五）所有医嘱须经核对无误后方可执行，特殊医嘱须有第二人核对后方可执行。

（六）抢救患者时，医师下达口头医嘱，执行者须复诵一遍，确认后执行，并保留用过的空安瓿，抢救完毕，医师要及时据实补开医嘱并签名。安瓿保留至抢救结束，经两人核实后方可弃去。

（七）护士长每周总查对医嘱一次。

二、服药、注射、处置查对

（一）服药、注射、处置前必须严格执行“三查九对”制度（三查：操作前查、操作中查、操作后查；九对：对床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间、用法、有效期及过敏史）。

（二）清点药品时和使用药品前要检查药品外观、标签、有效期和批号，注意水剂、片剂有无变质，安瓿、针剂有无裂痕，溶液有无沉淀、浑浊、絮状物等（须在振动后观察）。如质量不符合要求、有疑问、标签不清者，一律不得使用。

（三）摆药后必须经第二人核对后方可执行。

（四）口服药应协助患者服用后，方可离开。

（五）护士在给患者静脉给药前与注射单内容再次查对，确认无误后，方可执行，并在注射单上签全名及时间。静脉给药前要注意有无变质、瓶口松动、裂缝，在液体瓶签上有醒目标志或用中性笔书写患者姓名、药品名称及剂量。连续静脉输入液体，护士要告知患者输入瓶数，避免自行拔针造成漏用药物。

（六）针剂药物宜现用现配，同时使用多种药物时，要注意配伍禁忌，并注意药物的稀释方法，以免发生理化反应。

（七）观察用药后反应，护士发现患者发生药品不良反应应及时报告医师，医师发现患者发生药品不良反应或接到护士的报告，应及时根据患者的情况，提出妥善处理意见，进最大能力降低对患者的损害，并做好药品不良反应上报工作。护士对因各种原因患者未能及时用药者应及时报告医生，根据医嘱做好处理。做好各种记录。

（八）易致过敏药物，如青霉素、头孢菌素类等，给药前必须询问有无过敏史，检查皮试结果，皮试阴性方可应用，过敏试验结果在注射单与病历上注明阴性，门诊患者需同时标注在处方上；如皮试阳性，禁止应用，并在病历、床头牌、一览牌、腕带中予以标识。对于存在个体差异，易引起过敏反应的药物，也必须在用药前询问患者有无过敏史。例如：磺胺类药物等。使用毒麻、精神类及高危药品时，要经过双人核对，用后保留安瓿。

（九）对输液患者进行用药指导：①交代患者药物的不良反应及注意事项；②用药时间，门诊应明确告诉患者按时来治疗，尤其嘱患者做过敏试验药物的用药间隔时间不得延误。

（十）拔针前护士必须查对患者的液体瓶数，确认无液体后方可拔针。拔针后指导患者正确按压血管穿刺点。

三、输血查对

（一）血样采集查对

1．采血前须确认患者信息，将专用标签贴于试管。

2．医护人员持输血申请单和贴好标签的试管，当面核对患者床号、姓名、性别、年龄、住院号、科室、血型（含Rh血型）和诊断，采集者签名。

3．抽血时如有疑问，不能在错误的输血申请单和标签上直接修改，应重新核对，确认无误后重新填写（打印）输血申请单及标签。

4．医务人员将血样标本送至输血科，并与输血科工作人员当面共同核对患者相关信息。

（二）发血取血查对

1．血型鉴定和交叉配血试验，输血科工作人员要“双查双签”，一人工作时要重做一次。

2．发血时，输血科工作人员要与取血人共同核对科别、病区、床号、住院号、姓名、血型（含Rh血型）、交叉配血试验结果、血瓶（袋）号、采血日期、血液质量。发血后，受血者血液标本保留24小时，以备必要时查对。

3．遇有下列情形之一，一律不得发取：（1）标签破损、字迹不清；（2）血袋破损、漏血；（3）血液中有明显的凝块；（4）血浆呈乳糜状或暗灰色；（5）血浆中有明显气泡、絮状物或粗大颗粒；（6）未摇动时血浆层与红细胞的界面不清或交界面上出现溶血；（7）红细胞层呈紫红色；（8）过期或其他须查证的情况。

4．对血袋包装进行核查：血站的名称及其许可证号、献血者血型（含Rh血型）、血液品种、血量、采血日期、有效期及时间，储存条件、血袋编号、血液外观。确认无误后注明取血时间并签名。

（三）输血查对

1．输血前，检查采血日期，血袋有无外渗，血液外观质量，确认无溶血、凝血块，无变质后方可使用。

2．输血时，由两名医护人员（携带病历及输血记录单）共同到患者床旁确认受血者，手术时输血由麻醉师与巡回护士共同确认受血者,并核对患者床号、姓名、住院号、血型（含Rh血型）、血液成分、血量，核对供血者编号、血液成分、与患者的交叉相容试验结果等。经二人核对无误后，方可执行。

3．输血后，再次核对医嘱及输血信息，将输血记录单（交叉配血报告单）贴在病历中，并将血袋送回输血科（血库），至少保存24小时，按有关规定处理血袋。

四、饮食查对

（一）每日查对医嘱后，核对床号、姓名及饮食种类。

（二）对特殊治疗饮食、检查饮食，护士应查对落实。

五、手术查对（含介入或有创操作）

（一）接手术患者时，手术室人员与病区责任护士要查对科别、病区、床号、姓名、性别、住院号、年龄、诊断、手术名称、手术部位及其标示、术前用药、所带的术中用药、病历与资料及术前准备完成情况等，填写手术患者交接记录单。

(二)参加手术人员要据实认真填写《手术风险评估表》。麻醉前、手术前、手术后要严格按照国家卫生部颁发的《手术安全核查制度》的相关规定进行医师、麻醉师、手术室护士的三方核对并签字。

（三）查对无菌包外信息、3M标签、包内灭菌指示卡的灭菌情况及手术器械是否符合要求。一次性物品要查对名称、规格、有效期及包装是否完整等。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进行逐一核查。使用后将包外信息卡及植入物标签粘贴于《手术清点记录单》背面。

（四）凡进行体腔或深部组织手术时，术前与缝合前必须由器械和巡回护士双人清点纱布块、纱布垫、纱（棉）球、器械、缝针、线轴数目等；术前清点结束，巡回护士必须复述一遍，确保清点物品数目的准确性。术中临时增加或减少的物品，以同样方法清点、记录。体腔关闭前、术毕，需再清点复核一次，并签字。清点物品数目不符时，如不能确认物品未留在体内，不得关闭体腔或交接班；如已确认物品未留在体内，手术者与手术护士须在《手术清点记录单》上说明并签字确认。

（五）凡病情需要填入体内的纱布、纱条或内植物等应详细记录在《手术清点记录单》上，由手术医师确认签字，以便取出时核对。

（六）手术取下的标本，器械护士与手术者核对后，术者在病理标本登记表上签字后专人送检，并与病理科相关人员核对后分别签字。

（七）用药与输血应按要求进行查对。

（八）术前当家属面取下假牙和贵重物品（戒指、项链、耳环等），并交由家属保管。

六、供应室查对

一、器械清洗查对制度

1、回收后的器械物品：双人查对名称、数量、初步处理情况及完好程度。

2、污染器械数量查对：污染器械接收时应对器械名称、规格、数量及性能。

3、每天清洗者要查对机械清洗技术参数，每次清洗的物品与清洗程序应相符。

4、清洗效果查对：人工清洗器械时，查对血迹、锈迹及污垢是否被冲洗，清洗消毒器清洗物品时，查对器械装载质量和程序选择是否正确。如：轴节完全打开，器械的表面均能被水冲洗等。洗毕有无肉眼可见污物。

5、使用化学消毒剂，必须查对监测的浓度，湿热消毒时查对消毒温度与时间。

二、器械包装查对制度

1、组装者和包装者双人查对：器械包装时，由组装者负责准备包内所有的器械，按要求正确摆放。包装者负责核对器械敷料的名称、数量、质量、干燥度及包内化学指示物正确摆放，确认合格后进行包装。双人签名。

2、待灭菌物品查对：装载物品时，消毒员再次对待灭菌物品包的体积、质量、外包装、标签信息等进行核对，再次核查物品密封完好性，合格后进行装载灭菌。

三、灭菌工作查对制度

1、灭菌前查对器械敷料包装规格是否符合要求，装载方法是否正确；灭菌方法的选择是否准确；灭菌器各种仪表、程序控制是否符合标准要求。使用预真空压力蒸汽灭菌器在工作前，消毒员必须严格检查灭菌器附件、蒸汽管道、水压、汽压、压缩空气参数，检查正常后才启动灭菌器工作。

2、B-D试验结果应消毒员与组长双人核对，符合要求后，方可进行灭菌工作。

3、每批次灭菌过程中，消毒员密切观察及准确记录灭菌器运行状况、以及压力、温度和时间。

4、每批次灭菌结束后，消毒员判断物理监测结果，与发放人员共同核对物理监测结果，以及包内、包外化学指示物结果，符合要求后，方可进行卸载。

5、灭菌后查试验包化学指示卡变色是否符合要求、有无湿包、植入物及器械是否每次灭菌时进行生物学监测。

四、无菌物品查对制度

1、每批次灭菌物品进入发放区内，发放人员必须认真查对每包灭菌物品包外灭菌化学指示物变色合格，外包装完整、清洁、无潮湿、无破损、无松散，标签信息齐全，方可进行灭菌物品的分类摆放。

2、接收一次性无菌物品时，应查对外包装标识，检验报告，生产批号，灭菌批号，失效日期，外包装质量。

3、一次性无菌物品拆除外包装进入无菌物品存放区时，必须查对每包生产批号、灭菌批号、失效日期与外包装是否一致，以及包装质量。

4、发放无菌物品时，必需双人查对无菌物品的名称、数量、外包装、包外灭菌化学指示物及标签信息符合要求后，方可进行无菌物品的发放工作。

5、随时检查供应室备用的各种无菌包是否在有效期内及保存条件是否符合要求。

七、药剂科查对

（一）配方前，查对科别、床号、住院号、姓名、性别、年龄、处方日期。

（二）配方时，查对处方的内容、药物剂量、含量、配伍禁忌。

（三）发药时，实行“四查、一交代”：即查对药名、规格、剂量、含量、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；查对药品包装是否完好、有无变质。安瓿针剂有无裂痕、各种标志是否清楚、是否超过有效期；查对姓名年龄；交待用法及注意事项。

八、检验科查对

（一）采取标本时，查对科别、床号、姓名、检验目的。

（二）收集标本时，查对科别、姓名、性别、条码、标本数量和质量。

（三）检验时，查对试剂、项目，化验单与标本是否相符。

（四）检验后，查对目的、结果。

（五）发报告时，查对科别、病区、有无审核人员审核。

九、病理科查对

（一）收集标本时，查对单位、姓名、性别、联号（条码）、标本、固定液。

（二）制片时，查对编号、标本种类、切片数量和质量。

（三）诊断时，查对编号、标本种类、临床诊断、病理诊断。

（四）发报告时，查对科室、病区、姓名。

十、影像科及放疗查对

（一）检查时，查对科别、病区、姓名、年龄、片号、部位、目的。

（二）治疗时，查对科别、病区、姓名、部位、条件、时间、角度、剂量。

（三）使用造影剂时应查对患者有无造影剂过敏史。

（四）发报告时，查对科别、病区、姓名。

十一、其他

其他科室应根据上述要求，制定本科室工作的查对制度。

# 死亡病例讨论制度

1、凡死亡病例均应在科内进行讨论，一般要求在患者死亡后一周内完成；特殊病例即时完成；尸检病例待病理报告做出后一周内完成。

2、讨论应由科主任或医疗组组长主持，科室（或医疗组）全体医师（需要时请护士长和责任护士）参加，必要时请医务科人员及分管副院长参加。

3、讨论中应由主管医师简明介绍病情、病史、治疗与抢救经过以及死亡原因（急诊死亡病例由当时负责抢救的值班医师介绍，参加抢救的其他医师予以补充），本组上级医师（主治医师、主任医师）可酌情补充并做详尽的分析论证。参加讨论人员应本着科学严谨的态度，对诊疗意见、死亡原因、抢救措施进行详尽分析，借鉴国内外对本病诊治的先进经验进行总结。讨论由经管医师负责记录并在《死亡病例讨论登记本》中如实登记。

4、讨论情况及结论应由经管住院医师详实在病历中书写死亡病例讨论记录，讨论主持者须审阅、修改并签名。

# 值班与交接班制度

一、各科室必须设有值班医师。值班医师必须本着严肃认真的态度和对患者高度负责的精神坚守岗位，履行职责，严禁擅离职守，以确保医疗工作连续有效地进行。

二、值班医师必须具备独立处理医疗突发事件的能力。未取得执业资格的本院医师、进修医师、实习医师不得独立承担值班任务。我院在职轮转医师必须经所在科室带教、考核合格，科主任认可同意后方可独立值班。

三、医师应严格按照《医师排班表》轮流值班。节假日应至少提前三天将《医师排班表》抄报医务科。如确有特殊情况需要调班换班者，须经科主任同意后在《医师排班表》上注明。下一班医师未到，上一班医师不得离开岗位。

四、值班医师必须在下班前到达科室，接受各级医师交办的医疗工作。交接班时，应巡视病室，做好床前交接了解危重病员情况。

五、临床值班医师负责非办公时间及假日全科临时性医疗处置，急危重症患者的观察、治疗和抢救，急会诊，急诊入院患者的检诊与处理及首次病程记录书写等，同时应协助值班护士做好病区管理工作。医技科室值班医师（技师）应做好本专业所负责之各项检查、检验工作（如X光、CT、MRI、各种血液检查等），以保证配合临床诊疗抢救需要。

六、值班期间严格执行三线医师制，一线医师必须在病区留宿；二线医师接到通知后必须在10分钟内到岗；三线医师可在院外听班。值班医师遇有疑难问题时，应及时报请上级医师处理。一线医师值班期间如因公必须短时间离开病区时，必须向二线医师和值班护士说明去向以保证联络。

七、各科医师在下班前应将危重病员的病情和处理事项记入交班本，并做好交班准备。值班医师对危重病员应做好病程记录和医疗措施记录，并扼要记入交班本。

八、每日晨，夜班值班医师将病员情况重点向中级医师或上级医师报告，并向经治医师交代清楚危重病员情况及尚待处理的工作。

九、白、夜班交班记录分别由白班主管医师、夜班值班医师亲自书写，项目齐全、字迹清楚、规范，应用医学术语。

1、交班范围：新入院患者、危重患者、特殊患者、术前及术后三天内的患者。

2、对危重、新入院患者书写观察记录的同时必须床前交接班，并继续严格执行《危重患者床旁交班制度》。

十、值班医生对急、危重患者处置后必须实时做好交班记录及相应的病程记录。

十一、交班记录应重点突出，即主要的病情、临床表现及相关处理，急危重病和新入院患者写明患者诊断、主要病情及处理、需密切观察的内容；当日手术患者应写明疾病名称、术式及手术结果；术后三日内的患者应注明患者生命体征、有无并发症、刀口渗血、引流情况等。

十二、病房主管医师轮转时，必须与接班医师认真交接所分管患者并书写交接班病程记录。

十三、坚持每日交班、不得遗漏。

# 新医疗技术、新项目准入制度

医疗新技术是指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成果)，在本院尚未开展过的项目和尚未使用的临床医疗新手段。

一、医疗新技术准入及临床应用管理组织

医院医疗质量与安全管理委员会全面负责新技术的准入及临床应用管理工作；科室医疗质量与安全管理小组负责科室拟开展新技术的初审及新技术开展的日常监督工作；医务科具体负责新技术的申报登记及新技术临床应用情况的动态管理。

二、新技术准入管理

（一）医疗新技术准入管理按照卫生部《医疗技术临床应用管理办法》的要求实行分类管理。具体分为：

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

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

第三类医疗技术是指具有下列情形之一，需要卫生行政部门加以严格控制管理的医疗技术：涉及重大伦理问题；高风险；安全性、有效性尚需经规范的临床试验研究进一步验证；需要使用稀缺资源；卫生部规定的其他需要特殊管理的医疗技术。

（二）新技术准入必备条件

1．拟开展新技术应符合相应国家的相关法律法规和各项规章制度；

2．有卫生行政部门批准的相应诊疗科目；

3．拟开展新技术的主要人员为具有执业资格并在本院注册、能够胜任该项医疗技术临床应用的专业人员；

4．有与开展该项新技术相适应的设备、设施和其他辅助条件，并具有相应的资质证明；

5．医院伦理委员会审查通过；

6．新技术承担科室及主要人员近3年相关业务无不良记录；

7．有拟开展新技术相关的管理制度和质量保障措施；

8．符合卫生行政部门规定的其他条件。

（三）新技术准入审批流程

凡引进本院尚未开展的新技术、新项目，首先需由所在科室进行可行性研究，在确认其安全性、有效性及具备相应的技术条件、人员和设施的基础上，经科室集中讨论和科主任同意后，填写《医疗新技术申报审批表》（以下简称“审批表”）交医务科组织审核和集体评估。

1．拟开展新技术属一类技术的，科室填写“审批表”向医务科申请，由医务科组织审核和集体评估，经分管院长批准后开展。

2．拟开展新技术属二类技术的，由医务科委托科室质量与安全管理小组依据相关技术规范和准入标准进行初步评估，形成可行性研究报告；提交医务科后15个工作日内由医务科组织医院质量管理委员会及医学伦理委员会专家评审；评审通过后由医务科向青岛市卫生局申报，审批通过后开展。

3．拟开展新技术属三类技术，按照卫生部《第三类技术临床应用能力技术审核申请及审核流程》进行申报审批。

（四）所需提交材料

开展二类、三类医疗技术时，应当提交医疗技术临床应用可行性研究报告。报告内容包括：

1．医疗机构名称、级别、类别、相应诊疗科目登记情况、相应科室设置情况；

2．开展该项医疗技术的目的、意义和实施方案；

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

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

5．医学伦理审查报告；

6．其他需要说明的问题。

三、新技术临床应用管理

（一）新技术分级评估

1．新技术审批通过后，由医院质量管理委员会组织并邀请部分院外专家（至少包括同级别医院相关专业专家3名）对新技术进行分级评估。

2．根据新技术的科学性、先进性、实用性等分为四个等级。

（1）特级新技术是指国际领先、国内首例，在国际医学领域产生重大影响的技术；

（2）国家级新技术是指国内领先，在国内医学领域产生重大影响的技术；

（3）省级新技术是指省内领先，在省内医学领域产生重大影响的技术；

（4）院级新技术是指在我院首次开展的技术。

3．凡申请特级和国家级新技术的科室需提供正式查新检索机构的查新证明。

（二）新技术临床试用期质量管理

1．新技术临床试用期间（为期3年），实行医院医疗质量与安全管理委员会、科室质量与安全管理小组及项目负责人三级管理体系。

2．医院医疗质量与安全管理委员会全面负责新技术的临床应用管理，由医务科负责具体工作，组织专家进行跟踪评估，并建立技术档案；

科室医疗质量与安全管理小组督促医疗技术按计划实施, 定期与医务科联系，确保医疗新技术顺利开展；

新技术负责人应对新技术的开展情况的安全、质量、疗效、费用等情况进行全程追踪管理和评价，并及时记录，及时发现开展过程的安全隐患或技术风险，及时总结评估和提高。

3．医院对新技术实行档案管理，新技术均应建立技术档案。其内容包括新技术审批表、相关证明材料、中期总结材料、结题总结材料与发表的相关论文等。

4．新技术必须按计划实施，凡中止或撤销新技术需由医院医疗质量委员会批准并报医务科备案。对不能按期完成的新技术，负责人必须向医疗质量与安全管理委员会提供详细的书面材料说明原因，医疗质量与安全管理委员会有权力根据具体情况，对项目申请人提出质疑批评或处罚意见。

5．中期评估

新技术实施过程中每年进行一次总体评价。评价内容应包括：

（1）新技术开展总体进展情况，包括已开展的例数、完成的效果及完成预定目标的情况等；

（2）新技术开展过程中的管理情况，包括实施人员资质、设备与药品、技术损害、告知义务履行情况，是否存在违规行为及采取的措施等；

（3）提出下一阶段工作重点及应注意的问题。

6．结题总结

新技术试用期结束后1个月内由医务科组织医院质量管理委员会针对新技术开展情况进行总结。评价内容基本同中期评估，但以评价新技术的社会效益为主。书写结题报告并报医务科存档。

7．开展新技术的科室和人员不得将获准试用的新技术在其他医疗机构应用，经过相关部门批准或者紧急救援、急诊抢救的情形除外。

（三）暂停新技术临床试用的情况

新技术临床试用期间，发生下列情形之一的，应当立即暂停新技术临床试用，由医务科组织专家进行调查，调查情况报医院质量管理委员会讨论，以决定是否恢复临床试用。

1．发生重大医疗意外事件的；

2．可能引起严重不良后果的；

3．技术支撑条件发生变化或者消失的。

（四）新技术临床试用期间鼓励政策

1．新技术临床试用期间，对于按计划顺利开展、产生良好经济和社会效益的新技术，按照一定比例给予资金扶持和奖励。

2．新技术奖评选。申报科室于年底将所开展的新技术进行总结，填写新技术评选申请表，上报医务科参加医院年度评比。医务科每年年底对已经开展并取得成果的医疗新技术，组织医院新技术管理委员会专家采用高效、公正的程序进行评审，对其中非常有价值的项目授予奖励，与职称晋升挂钩，并向上级部门推介。

（五）新技术临床试用期结束经医院医疗质量与安全管理委员会评估通过后，按照卫生部及省卫生厅的相关文件要求，在允许的情况下可进入常规技术管理范畴。

违反本办法规定，未经准入管理批准而擅自开展的医疗技术项目，按照《医疗机构管理条例》、《医疗机构管理条例实施细则》等相关法律法规进行处罚，并承担相应法律责任。

# 临床用血审核制度

一、有关人员认真学习《临床输血技术规范》，确实掌握输血的各种指征。

二、输血前准备工作

（一）输血治疗前，由主管医师逐项填写《输血治疗同意书》，并向患者及其家属说明同种异体输血的不良反应及输血传播疾病的可能性，征得其同意后，在《输血治疗同意书》上签字，并载入病历。同一次住院期间多次输注同种血液制品时，可只在第一次输血（血液制品）前签署《输血治疗同意书》，但需向患方说明并注明以后输血（血液制品）时，不再签署《输血治疗同意书》；输注不同血制品时仍需按要求签署。

（二）为提高输血安全率，避免医疗纠纷的发生，根据有关规定受血者输血前必须进行相关传染病的检测，包括乙肝、丙肝、艾滋病与梅毒抗体的检测。

（三）用血申报和发放时间：

1．手术用普通类成分（悬浮红细胞、病毒灭活血浆）于手术前24小时预定；非手术用普通类成分(同上)小量用血即到即取。

2．洗涤红细胞、分装红细胞、冷沉淀，预订12小时后发放临床。

3．机采血小板、机采粒细胞、去白细胞全血，预订24小时后发放临床。

4．RH阴性类的所有血液及成分预订48小时后发放临床（急症酌情处理）。

5．需大量输血（超过1200ml）的择期手术的术前备血，需提前72小时申报计划，以确保血液供应，并由主治以上（包括主治）医师核准后签字。一次用血量超过1200毫升以上，要履行报批手续，由所在科室科主任签字后，到医务科审批签字，送输血科备血，具体按《大量用血申请和审批制度》执行。

（四）确定输血后，由经治医师逐项填写《临床输血申请单》，对空缺项目由当事医师至输血科补填。

（五）每次输注任何血液制品（红细胞、血小板、血浆、冷沉淀），都应抽取备血标本（或有保留在输血科的3天以内的备血标本）。由医务人员持《临床输血申请单》和贴好标签的患者血标本，于每日10：30以前送交血库，择期用血者需提前1天（急症用血除外）。输血科与送血者当面认真核对受血者姓名、住院号及血标本等。

（六）每次输血前，医务人员持处方到输血科取血。

三、输血科发放血液时应附带《输血记录单》，与取血者认真核对受血者及供应者姓名、血型及交叉配血实验结果等。凡存在以下情形，应拒绝领用。输血后，病房将《输血记录单》存入病历。（1）标签破损、字迹不清；（2）血袋有破损、漏血；（3）血液中有明显凝块；（4）血浆中有明显凝块；（5）血浆呈乳糜状或暗灰色；（6）血浆中有明显气泡、絮状物或粗大颗粒；（7）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；（8）红细胞层呈紫红色；（9）过期或其他须查证的情况。

四、各科室从输血科取回的血液尽快输用，不得自行储血，血液出库后不得退回，急症抢救患者应按需取血，不得一次取回数袋放室温备用。

五、临床科室的护士给患者输血前，应认真检查血袋标签记录，必须由二人对照病史卡记录，严格核对病房、床位住院号、姓名、性别、血型、品种、规格、交叉试验及采血时间（有效期）无误后，经二人签名方可进行输血治疗。出现输血不良反应时，应立即停止输血，积极治疗抢救，及时向上级医师汇报并详细记录。同时保留血袋及输血器、认真填写《患者输血不良反应回报单》，一并及时送回输血科。

六、出现输血不良反应时，应立即停止输血，积极治疗抢救，及时向上级医师汇报并详细记录。同时保留血袋及输血器、认真填写《患者输血不良反应回报单》，一并及时送回输血科。

七、各临床科室应针对医疗实际需要积极推行血液成份输血，合理用血，并做好成份输血的宣教工作。

# 危急值报告制度

“危急值”是指当这种检验结果出现时，表明患者可能正处于有生命危险的边缘状态，临床医师需要及时得到检验信息，迅速给予患者有效的干预措施或治疗，就可能挽救患者生命，否则就有可能出现严重后果，失去最佳抢救机会。

“危急值”报告流程

（一）检验科“危急值”报告流程

检验科工作人员发现“危急值”情况时,严格按照“危急值”报告流程执行：

1．确认检查仪器、设备和检验过程是否正常，核查标本是否有错，操作是否正确，仪器传输是否有误。

2．在确认临床及检查（验）过程各环节无异常的情况下，核实标本信息（包括患者姓名、科室、床位、诊断、检测项目等）。

3．在确认检测系统正常情况下，立即复检，与质控标本同步测定，有必要时须重新采样。

4．复检结果无误后，对于首次出现“危急值”的患者，操作者应及时与临床联系。1分钟内电话通知相应诊室或临床科室医护人员，同时报告本科室负责人或相关人员。

5．检验者在报告单上注明“结果已复核”、“已电话通知”及接电话者的科室、病区和姓名。

6．检验科按“危急值”登记要求在《检验（查）危急值报告登记本》上详细记录患者姓名、门诊号(或住院号、科室、床号)、收样时间、出报告时间、检验结果(包括记录重复检测结果)、向临床报告时间、报告接收人员和检验人员姓名等。

7．尽快将书面报告送达相应诊室或科室、病区，必要时应通知临床重新采样。

8．必要时检验科应保留标本备查。

（二）心电图室“危急值”报告流程

1．检查人员发现“危急值”时，在排除伪差的情况下核实信息（包括患者姓名、科室、床位、诊断、检测项目等），第一时间将“危急值”通知相关临床科室及本科负责人，发具临时诊断报告，必要时重新进行检查，以确保结果的可靠性和准确性。检验者在报告单上注明“结果已复核”、“已电话通知”及接电话者的科室、病区和姓名。

2．如“危急值”与患者病情不相符，检查人员须积极主动及时与临床沟通，或进一步检查,以保证诊断结果的真实性。

3．在心电图室《检验（查）危急值报告登记本》上对报告情况作详细记录。

4．对“危急值”报告的项目实行严格的质量控制，报告有可靠的途径和规定的时间，并为临床提供咨询服务。

（三）医学影像科”危急值”报告流程

1．检查人员发现“危急值”情况时，首先要确认检查设备是否正常，操作是否正确，在确认临床及检查过程各环节无异常的情况下，才可以将检查结果发出。

2．立即电话通知相应临床科室医护人员“危急值”结果，核实患者基本信息，同时报告本科室负责人或相关人员。

3．在《检验（查）危急值报告登记本》上对报告情况作详细记录。

4．积极与临床沟通，为临床提供技术咨询，必要时进一步检查，保证诊断结果的真实性。

（四）病理科“危急值”报告流程

1．病理科工作人员发现“危急值”情况时，检查（验）者首先要确认核查检验标本是否有错，标本传输是否有误、标本检查及切片制作过程是否正常，操作是否正确；。在确认检查（验）过程各环节无异常的情况下，需立即电话通知临床科室人员“危急值”结果，并在《检验（查）危急值报告登记本》上逐项做好“危急值”报告登记。

2．病理科必须在《检验（查）危急值报告登记本》上详细记录，并简要提示标本异常外观性状显微镜下特点等。记录应有以下内容：患者姓名、性别、年龄、住院号、临床诊断、申请医师、收到标本时间、标本特点、报告时间、病理诊断、通知方式、接收医护人员姓名。

3．对原标本妥善处理之后保存待查。

4．主管医师或值班医师如果认为该结果与患者的临床病情不相符，应进一步对患者进行检查；如认为检验结果不符，应关注标本留取情况。必要时，应重新留取标本送检进行复查。若该结果与临床相符，应在30分钟内结合临床情况采取相应处理措施，同时及时通知病理科医师。

三、临床科室对于“危急值”按以下流程操作：

（一）临床医师和护士在接到“危急值”报告电话后，如果认为该结果与患者的临床病情不相符或标本的采集有问题时，应重新留取标本送检或进行复查。如结果与上次一致或误差在许可范围内，应在报告单上注明“已复查”。

（二）临床科室在接到检验科“危急值”报告时，应备有电话记录。在《检验（查）危急值结果登记本》上详细记录患者姓名、门诊号(或住院号、科室、床号)、出报告时间、检查或检验结果(包括记录重复检测结果)、报告接收时间和报告人员姓名等。

（三）接收报告者应及时将报告交该患者的主管医师。若主管医师不在病房，立即通知科主任或病区现场年资最高医师。

（四）医师接报告后，应立即报告上级医师或科主任，并结合临床情况采取相应措施。

（五）门、急诊医护人员接到“危急值”电话时应及时通知患者或家属取报告并及时就诊；一时无法通知患者时，应及时向门诊部、医务科报告，值班期间应向总值班报告。必要时门诊部应帮助寻找该患者，并负责跟踪落实。

（六）接到“危急值”报告后60分钟以内主管医师对”危急值”报告的应答，应见医嘱或病程记录。接收人负责跟踪落实并做好相应记录。

四、“危急值”项目和范围的更新：

（一）临床科室如对“危急值”标准有修改要求，或申请新增”危急值”项目，请将要求书面成文，科主任签字后交相应医技科室修订，并报医务科备案。

（二）相应医技科室应按临床要求进行”危急值”修改，并将临床递交的申请存档保留。

（三）如遇科室间标准、要求不统一，提交医务科协商解决。

五、登记制度

“危急值”报告与接收均遵循“谁报告（接收），谁记录”原则。各检查、检验科室及临床科室均应建立检验（查）“危急值”报告登记本，对“危急值”处理的过程和相关信息做详细记录。

六、质控与考核

（一）临床、医技科室要认真组织学习“危急值”报告制度，人人掌握“危急值”报告项目与“危急值”范围和报告程序。科室要有专人负责本科室“危急值”报告制度实施情况的督察，确保制度落实到位。

（二）“危急值”报告制度的落实执行情况，将纳入科室质量考核内容。医务科等职能部门将对各临床、医技科室“危急值”报告制度的执行情况和来自急诊科、重症监护病房、手术室等危重患者集中科室的“危急值”报告进行检查，提出“危急值”报告制度持续改进的具体措施。

1. **检验科“危急值”项目及范围**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目** | **范围** | **项目** | **范围** |
| **钾（血清）** | **<2.5mmol/L；>6.5mmol/L** | **PLT（静脉血.末梢血）** | **<30×109/L**  **>1000×109/L** |
| **钠（血清）** | **<120mmol/L；>160mmol/L** | **HGB（静脉血末梢血）** | **<40g/L；**  **>200g/L** |
| **氯（血清）** | **<80mmol/L；>125mmol/L** | **淀粉酶（血清）** | **>520U/L** |
| **钙（血清）** | **<1.5mmol/L；>3.5mmol/L** | **PO2(血气)** | **<40 mmHg** |
| **糖（血清）** | **<2.5mmol/L；>25 mmol/L**  **新生儿**  **<1.7 mmol/L**  **>16.6 mmol/L** | **PH(血气分析)** | **<7.25 >7.55** |
| **PCO2(血气)** | **<20mmHg**  **＞70 mmHg** |
| **肌酐（血清）** | **普通科室650 umol/L 肾病>1000 umol/L** | **WBC（静脉血末梢血）** | **<2.0×109/L；**  **>30.0×109/L** |
| **尿素氮** | **＞35.6 mmol/L** | **APTT（静脉血）** | **>100秒** |
| **D-二聚体** | **＞10 mg/L** | **PT（静脉血）** | **<5秒；>40秒** |
| **HIV** | **初筛阳性待诊** | **肌钙蛋白** | **＞1.5μg/L** |
| **血脑脊液培养**  **脑脊液涂片** | **阳性.** | **金黄色葡萄球MRSA**  **耐万古霉素肠球VRE** | **阳性** |

（二）心电图“危急值”项目及范围

1．心脏停博

2．急性心肌缺血

3．急性心肌损伤

4．急性心肌梗死

5．致命性心律失常

（1）室性心动过速

（2）多源性、RonT型室性早搏

（3）大于2秒的心室停搏

（4）频发性室性早搏并Q-T间期延长

（5）预激伴快速房颤

（6）心室率大于180次/分的心动过速

（7）高度、三度房室传导阻滞

（8）心室率小于45次/分的心动过缓

（三）医学影像科“危急值”项目及报告范围：

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、急性脑积水；

（4）颅脑CT或MRI扫描诊断为颅内急性大面积脑梗死（范围达到一个脑叶或全脑干范围或以上）；

（5）脑出血或脑梗塞复查CT或MRI，出血或梗塞程度加重，与近期片对比超过15％以上。

2．严重骨关节创伤：

（1）X线或CT检查诊断为脊柱骨折，脊柱长轴成角畸形、椎体粉碎性骨折压迫硬膜囊致椎管狭窄、脊髓受压。脊柱骨折伴脊柱长轴成角畸形；

（2）多发肋骨骨折伴肺挫裂伤及或液气胸；

（3）骨盆环骨折。

3．呼吸系统：

（1）气管、支气管异物；

（2）气胸及液气胸，尤其是张力性气胸（压缩比例大于50%以上）；

（3）肺栓塞、肺梗死；

（4）一侧肺不张；

（5）急性肺水肿。

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；

（3）心脏破裂；

（4）纵膈血管破裂及出血；

5．消化系统：

（1）食道异物；

（2）急性消化道穿孔、急性肠梗阻；

（3）急性胆道梗阻；

（4）急性出血坏死性胰腺炎；

（5）肝脾胰肾等腹腔脏器挫裂伤、出血；

（6）肠套叠。

6．颌面五官急症：

（1）眼眶或眼球内异物；

（2）眼球破裂、眼眶骨折；

（3）颌面部、颅底骨折。

7．超声发现：

（1）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患者；

（2）急性胆囊炎考虑胆囊化脓并急性穿孔的患者；

（3）考虑急性坏死性胰腺炎；

（4）怀疑宫外孕破裂并腹腔内出血；

（5）晚期妊娠出现羊水过少并胎儿呼吸、心率过快；

（6）心脏普大并合并急性心衰；

（四）病理科“危急值”项目及报告范围：

1．病理检查结果是临床医师未能估计到的恶性病变。

2．恶性肿瘤出现切缘阳性。

3．常规切片诊断与冰冻切片诊断不一致。

4．送检标本与送检单不符。

5．快速病理特殊情况（如标本过大，取材过多，或多个冰冻标本同时送检等），报告时间超过30分钟时。

6．对送检的冰冻标本有疑问或冰冻结果与临床诊断不符时。

# 

# 医患沟通制度

一、门诊沟通

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

二、入院时沟通

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

护理人员实行“首问负责制”。责任护士在患者入院30分钟内至床前做自我介绍，做好入院宣教并记录。护士长在患者入院1小时内至患者床前做自我介绍，与患者进行沟通交流，了解患者的基本情况及需求。

三、住院期间沟通

（一）根据患者病情的轻重、复杂程度以及预后的好差，由不同级别的医护人员沟通。同时要根据患者或亲属的文化程度及要求不同，采取不同方式沟通。

（二）医师与患者的沟通

内容包括患者病情变化时的随时沟通；有创检查及有风险处置前的沟通；变更治疗方案时的沟通；贵重药品使用前的沟通；发生欠费且影响患者治疗时的沟通；急、危、重症患者随疾病的转归的及时沟通；术前沟通；术中改变术式沟通；麻醉前沟通（应由麻醉医师完成）；输血前沟通以及应用医保目录以外的诊疗项目或药品前的沟通等。

（三）护士与患者的沟通

1．护理人员实行“首问负责制”,对患者或家属提出的问题要认真、耐心解释。

2．责任护士每天主动与患者及家属进行沟通交流，了解患者的情况及思想动态，做好心理护理及健康教育，并做好记录。对检查、用药等注意事项的解释或健康指导要及时到位、通俗易懂。

3．护士长应落实“五查房”制度，有重点地与患者或家属进行交流，了解患者对住院期间对护理工作满意程度并征求其意见和建议；每月定期组织住院患者或家属召开工休座谈会，征求意见和建议并记录。

4．护理人员对患者实行“温馨护理操作”。护士进行每一项护理技术操作时须做到：操作前有问候和告知声；操作中有鼓励和安慰声；需患者配合时有感谢声；操作后有注意事项的交待声；操作失误时有道歉声。

5．高风险护理操作必须让患者（或被患者授权的家属）在知情的情况下签署知情同意书。告知签字必须由操作者进行。

6．患者住院期间因误解或其他原因对护理工作不满时，护士长与责任护士应及时向患者及其家属做好解释，努力化解矛盾；如有可能演变为医疗纠纷时，应按医院规定及时预警报告，并做好相关记录。

7．手术前沟通：

手术前1天，责任护士主动向患者及家属做好术前指导，包括饮食、休息、用药、术前准备等，并做好记录。手术室护士须到病房访视患者，向患者介绍手术室环境，解释术中注意事项及配合要点，减轻患者对手术的恐惧，并做好记录。夜班护士要按时巡视病房，主动与患者及其家属交流，尽量解除其焦虑紧张情绪，同时观察患者的病情及睡眠情况，并做好记录。患者入手术室前，责任护士应再次落实术前准备情况，做好患者安慰鼓励工作。

四、出院时沟通

患者出院时，医护人员应向患者或家属明确说明患者在院时的诊疗情况、出院医嘱及出院后注意事项以及是否定期随诊等内容。

值班护士发放住院患者调查表，详细讲解办理出院手续的流程，护士长主动与患者及家属交流，征求住院期间的意见或建议；责任护士主动向患者做出院指导，包括用药、休息、饮食、复诊等，对患者提出的问题予以耐心解答。护士长或责任护士应主动向患者提供健康咨询热线及发放爱心服务卡，友好道别。

五、出院后的沟通

1．出院后沟通工作原则上由住院期间的主管医护人员负责；

2．沟通时间、频次由各科室、病区依据病情及患者需求确定；

3．沟通内容包括：了解患者疾病康复情况，对患者出院后的用药、护理及保健等给予指导，必要时为患者预约复诊。

六、沟通记录格式及要求

医患沟通应根据实际情况进行适当的记录，重要的医患沟通应在病历中详细记录。记录的内容有沟通的时间、地点，参加的医护人员及患者或家属姓名，以及沟通的实际内容、沟通结果，必要时由参加沟通的医护人员及患方签名。

# 患者知情同意管理制度及程序

一、患者知情同意是患者对病情、诊疗（手术）方案、风险益处、费用开支、临床实验等真实情况有了解与被告知的权利，患者在知情的情况下有选择、接受与拒绝的权利。医院全体医务人员应充分尊重患者的知情同意权，自觉履行医疗告知义务。

二、知情同意告知的基本要求

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

（二）进行医疗告知的人员为具有我院执业资格的医务人员及有关职能部门工作人员。

（三）告知对象

1．当患者本人为完全民事行为能力人时，告知的对象首先是患者本人。

2．当患者本人为未成年人、精神患者等无民事行为能力人或限制民事行为能力人时，告知的对象为患者的监护人（法定代理人）。

3．在医疗活动中，因实施保护性医疗措施等不宜向患者说明情况的，其知情同意权由具有完全民事行为能力的近亲属代为行使。

4．完全民事行为能力患者因实施保护性医疗措施等各种原因不宜向本人说明情况的，必须授权他人行使其知情同意权。患者签署《授权委托书》，告知的对象为其被授权人。

5．抢救患者，在其法定代理人或被授权人或近亲属或关系人无法及时到场的情况下，应告知医务部负责人或者医院行政值班。

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

（五）对与治疗及护理有重要意义的事项，应向患者或患者家属反复多次告知。

三、知情同意告知的时机和内容

（一）患者入院前告知

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

2．分诊护士应告知办理住院的流程、病房的位置等。

（二）患者入院时告知

1．患者入院后，由值班护士接待患者，向患者介绍该病区的环境、人员及医疗责任组情况。

2．主管医师及时向患者作自我介绍并详细询问病情，告知患者初步诊断、需要做的检查、以及初步的治疗方案；如有多种替代治疗方案，应向患者或家属讲明优劣，供患者选择；并告知患者或家属应予配合及注意的有关事项，并签署《住院告知书》。

（三）治疗过程中的告知

1．治疗过程中的常规告知

（1）以患者或患者家属陈述的病情及医师的初步检查为依据，告知患者所患疾病的发展概况及现时所处的进程。

（2）应当立即采取的诊断措施和方法，这些诊断措施和方法可能发生的意外。

（3）患者所患疾病的诊断或暂不能确定的诊断，及确定某种诊断或暂不能做出诊断的根据。

（4）拟采取的治疗措施（包括药物治疗、手术治疗及其他治疗）的近期和远期后果。包括可能出现的理想效果、某种程度的好转、可能出现的副作用及并发症，以及能够预测的后果、目的、方法及手术过程中可能出现的并发症和意外；如存在有多种可能的治疗措施时，应同时向患者说明几种不同措施的不同效果。

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

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

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

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

5．放、化疗前告知：告知放、化疗的必要性、效果及可能产生的副作用。

６．应用大剂量激素或长期应用激素时告知。

（四）创伤性操作前、后告知

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

2．麻醉前、后谈话：麻醉前，麻醉医师应亲自诊视患者，向患者或家属告知拟采取的麻醉方式及依据，麻醉中或麻醉后可能出现的风险与意外，征得患方同意并签字。术后，做好与病区医护人员的交接，并根据具体情况将麻醉后可能出现的问题与风险、注意事项详细向患方告知，且应在病程记录中做好告知记录（包括：接受告知人及其理解程度，必要时由其签字）。

（五）有无其他可替代的诊疗方法告知

医师不仅应告知患方被推荐的检查或治疗信息，还应告知可供选择的诊治方案信息。具体包括：

1．有无可替换的医疗措施。

2．可替代医疗措施所伴随的风险及其性质、程度及范围。

3．可替代医疗措施的治疗效果，有效程度。

4．可替代医疗措施可能引起的并发症及意外。

5．不采取此替代医疗措施的理由。

（六）改变治疗方案的告知

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

2．改变治疗方案的告知须由高级职称人员进行。

（七）费用方面的告知

诊断和治疗所要付出的费用，特别是医疗保险的自费项目。如存在采取不同措施的可能，要同时说明不同措施费用的高低差异。

（八）进行实验性临床医疗的告知

在进行临床试验、药品试验、医疗器械试验等实验性临床医疗前，责任医师应向患者及家属告知试验的目的、程序、可能的不良影响等相关情况，取得患者及家属或代理人的同意，签署知情同意书后方可开展。

四、知情同意告知的方法

（一）如实告知，充分告知。对患者或家属的告知，应当是真实的、准确的、充分的。对某些暂时难以确定诊断、难以预料的预后或其他情况，也应如实地向患者或家属说明。禁止敷衍、草率、走过场的行为，或有意引导错误的告知，不真实的告知。

（二）要向患者及家属说明，由于医学的局限性以及个体病情发展的不可预知性，医师的告知不可能是绝对无误的。

（三）如遇有某种特殊紧急情况，不能对患者及其家属及时告知，应按告知免除或补充告知的办法处理。

（四）对患者的告知，要注意与保护性医疗结合进行，避免告知加重病情发展、增加患者心理负担等情况的发生。凡可能增加患者心理负担情况的告知，应首先告知家属或者其他法定代理人，待病情允许后再告知患者本人。

（五）通俗告知，明确告知。对患者的告知，应尽可能将专业术语转化为通俗易懂的语言进行。如遇某些说地方语言的患者，医患双方直接交流有困难，应当设法通过适当的方法，让医患双方准确了解彼此表达的意愿，避免发生误解。

（六）对患者的告知，应当尽可能详尽、条理，鼓励患者提出自己的疑惑，尽可能地解答患者的质疑，在双向交谈中完成对患者的告知。

（七）对患者的告知，应注意不同文化背景、不同宗教信仰、不同种族和民族的差异，尊重他们的习俗和文化特点。

（八）对于某些能够表示本人意愿，但执意授权子女代为表示自己意愿的老年患者，医师应亲自与患者本人交谈并听取本人的真实意愿。如果子女的同意与患者的健康利益及愿望相吻合时，医师可接受子女履行同意手续；如子女或其他家属出于经济等方面的原因，表示的意愿背离患者健康利益或意愿时，医师应耐心地、及时地向他们做出解释，并提出必要的建议要求他们慎重对待。

（九）某些不能表达本人意愿且亲属众多的患者，可要求他们确定一名家属履行知情同意权；面对医师提出的治疗决策，众多亲属存在分歧时，医师应反复向他们说明治疗方案的科学性与必要性，便于他们慎重选择，并采取全体签字同意的方法。

（十）对于某些父母的意愿明显背离未成年子女健康利益、不同意医师的治疗决策时，医师应耐心地向他们说明其后果。

（十一）对患者的告知谈话，一般的入院、诊疗由主管医师、护士进行；特殊诊疗、用药、检查等由医疗责任组组长或高级职称医师进行；危重、疑难、大手术由医疗责任组组长或高级职称医师进行，必要时科主任参加；有医疗争议的告知谈话必要时通知医务部人员参加。

五、知情同意签字制度

（一）患者知情同意书的签署，是患者或家属（代理人）在知情的前提和条件下，对拟实施的特殊诊疗操作、处置，做出的承诺或同意的意思表示，说明医务人员已向患者履行了医疗行为不利后果的告知义务和医务人员不同程度的关注义务，即患者行使知情同意权的法定形式或医务人员履行告知义务的法定形式。

（二）诊疗活动中，以下情况均应签署知情同意书：

1．各种手术及麻醉。

2．输血（血液制品）治疗。

3．有创伤性、危险性、可能产生不良后果的检查和治疗。

4．由于患者体质特殊或病情危重，可能产生对患者不良后果和危险的检查和治疗。

5．临床试验性检查和治疗。

6．收费可能对患者造成较大经济负担的检查和治疗，如贵重药品、自费药品等。

7．对死因有异议需尸检。

8．患者病情危重。

9．术中改变手术治疗方式时。

10．其他需要事后证明已得到患者（或相关人）认可的事项。

（三）知情同意书中条款要完善，意思表达要正确、真实、精确；字迹要工整，形式要合法。内容可包括：项目名称、目的、适应症、替代医疗方案、风险（可能发生的意外、并发症及不良后果）、防范措施、患者陈述、患者及相关人签名、日期时间、医师签名等内容。

（四）签字同意的第一资格主体是患者本人，知情同意书的签属应遵循告知对象的原则。

六、知情不同意的处理

（一）知情不同意，是指患者、患者家属或其他法定代理人，在充分知情的情况下不同意医方对疾病的诊断措施、诊断或提出的治疗方案，拒绝配合治疗或拒绝履行签字同意等手续的行为。

（二）知情不同意可区分为部分不同意与全部不同意。其中包括诊断方法、治疗方法、手术与否及手术方案、用药选择、费用的耗费等方面的不同意。

（三）对患者或其家属提出的各方面不同意见，医师在综合分析自身的意见和患者、家属提出的意见后，仍认为是科学合理的，则应再次或多次向患者或患者家属耐心说明，并陈述利害关系，说服他们同意医师的意见。如患者仍坚持己见，则应分别不同情况予以处置：

1．如患者出于降低费用原因，提出改用其他治疗方法或其他药物，而对疗效及患者康复没有严重影响，医师可考虑接受病方意见，修改原有治疗方案。

2．患者出于提高诊断的准确率和治疗效果，提出种种补充或修改意见，且这种意见有其可取之处，并愿承担费用，医师可接受患者的意见，修改原有方案，形成新的知情同意。

3．患者从他处得知另有其他治疗方法，且自认为这种方法优于现时医师向其提出的治疗方案，不同意或怀疑医师提出的诊断措施或诊断结论，要求另选医院，医师在向其说明后仍不接受，可同意其选择，并协助做好转院或其他手续。如在转院中可能出现危险，医师应明确告知或劝阻；劝阻无效时，应要求患者完善自动出院申请书等书面手续。

4．对患者已明确表示的不同意，如患者的意见可能危急患者的生命，或可能给患者健康带来不利影响，医师应向患者或其家属再次充分说明；对于仍坚持其意见者，须签署拒绝检查治疗的相关知情同意书。

5．所有不同意，都应明确记录在案，并在相应的知情同意书或病程记录中如实记录。若患方拒绝签字，须由至少两名本院执业医务人员签字确认，以备查用。

七、知情同意与保密要求

（一）不向他人、媒体公开其病情、隐私、个人相关资料及诊断治疗中的一切情况。

（二）因各种原因需拍摄患者的照片时，均须事先征得患者的签名同意。

（三）新闻媒体部门需了解患者情况时，必须经过医院办公室安排，征得患者或亲属同意后，由医务部、护理部予以协调，安排相关人员接受采访。任何人不得擅自将患者的情况通报给新闻部门。

（四）除对患者实施诊疗活动的医务人员和质量监控人员可以查阅病历（案）外，其他任何人员如需查阅或复印、使用病案内的资料，必须按照卫生部《医疗机构病历管理规定》，到统计与病案管理科办理。

（五）患者对自己的病情依法享有隐私权。如果患者提出的保密内容有违国家法律规定，或者对患者健康恢复不利、或有违他人健康，则应向患者说明保密的不利影响，按国家有关法律、法规处理，如传染病患者应严格按照卫生部传染病上报的有关制度实行。

八、科室质量与安全管理小组、医务科、门诊部等对本制度的落实情况进行监管，监管情况纳入科室和个人考核，对违反本规定者，1人次扣科室绩效管理0.5分，由此引发的不良后果由科室及责任人承担。

# 

# 医疗纠纷防范处理制度

为加强医疗质量管理，增强医务人员的风险意识和责任意识，预防和减少医疗纠纷的发生，根据《医疗事故处理条例》、《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《中华人民共和国侵权责任法》，结合我院的工作实际情况，制定本制度。

本制度所称医疗纠纷，是指因患者或其家属对医务人员或医院的医疗服务不满意，与院方发生的争执。

一、医疗纠纷的防范

（一）医务人员在医疗活动中，必须严格遵守医疗卫生管理法规、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，恪守医疗服务职业道德；具有热情的服务态度和高度的责任心。

（二）医院有关部门应定期对医务人员进行医疗卫生法律法规、部门规章和诊疗护理规范、常规的培训和医疗服务职业道德教育。

（三）临床医师应按照卫生行政部门规定的要求，认真、按时书写并妥善保管病历，严禁涂改、伪造、隐匿病历资料。

（四）在医疗活动中，医务人员应加强与患者的沟通，尽到告知义务，充分尊重患者的知情同意权。

二、医疗纠纷的处理程序

（一）医疗纠纷的受理。

监察室统一接受医疗纠纷投诉，各职能部门、业务科室具体受理其职权范围内的投诉。

（二）医疗纠纷处理程序

1．科室医务人员在接到投诉后，需积极处理并做好解释工作。 患方投诉所涉及问题，应进行科学、客观、认真的分析讨论，及时按《医疗安全（不良）事件报告制度》进行报告；必要时将科室的答复意见归纳总结为书面材料，经科主任签名认可后上交投诉中心，投诉中心备案后转交相关职能科室。

2．患方来访时，职能部门应做好接待和登记工作，负责调查并组织院内相关专业专家讨论鉴定，必要时组织院外专家讨论鉴定，鉴定结果及时向分管院领导汇报。在接到投诉5个工作日给予解释答复，如遇特殊情况，最长不超过10日。相关科室科主任、主诊组长或护士长全程协助调查、解释答复。

3、医院医疗质量与安全管理委员会通过调查、分析、鉴定，对于事实清楚、定性准确、责任明确的医疗纠纷，相应主管部门应积极与患方协商解决，经协商双方达成共识的，签署《协议书》；经协商双方无法达成共识的，引导患方依法处理，申请医疗事故鉴定或依法诉讼。

4、在医疗纠纷处置中发生以下突发性纠纷事件的，相关部门或人员应当及时向保卫部门报告，必要时向公安机关报案。

（1）在医院内寻衅滋事的；

（2）故意损坏公私财物的；

（3）侮辱、威胁、恐吓、殴打医护人员的；

（4）非法限制医护人员人身自由的；

（5）占据办公、诊疗场所，影响正常工作、医疗秩序的；

（6）在医院内拉横幅、设灵堂、张贴大字报、堵塞通道及大门等扰乱医院秩序的；

（7）抢夺尸体或拒不将尸体移放太平间或殡仪馆，经劝说无效的；

（8）抢夺病历或损毁医疗文书的；

（9）其他扰乱医院正常秩序的不法行为。

5、公安机关参与处置时，保卫科负责人负责与公安机关保持联系。

三、医疗纠纷的分类与定性

（一）、本规定纠纷分类如下：医疗事故（四个等级）、严重差错、差错、缺陷、投诉。

（二）、经各级医学会医疗事故技术鉴定委员会鉴定构成医疗事故的，以鉴定结论为准。

（三）、进行司法鉴定，经人民法院判决造成医院赔偿的，按照青岛市卫生局《关于加强医疗质量管理保障医疗安全的通知》精神进行处罚：赔偿额为当年居民收入的1倍以下（含1倍），按照严重差错处理；赔偿额为当年居民收入的1-3倍（含3倍），按四级医疗事故处理；赔偿额为当年居民收入的3-6倍（含6倍），按三级医疗事故处理；赔偿额为当年居民收入的6-10倍（含10倍），按二级医疗事故处理；赔偿额为当年居民收入的10倍以上，按一级医疗事故处理。

（四）、未经医学会医疗事故技术鉴定委员会鉴定或鉴定不构成医疗事故的，以本院专家讨论定性结果为准。

（五）、一年内发生两起或两起以上医疗事故，或者在处罚期间内连续发生医疗事故者，第二起及之后发生的医疗事故均按上一级医疗事故等级的处罚标准进行处罚，且主要当事人不能参加主诊医师竞聘。

（六）、多个当事人承担赔偿费用的分担比例以本院专家讨论定性为准。

四、处罚措施

医疗纠纷发生后给医院造成经济损失的，纠纷赔款金额与科室挂钩，提交医院医疗质量与安全管理委员会讨论确定：

（一）、一级医疗事故 1、当事人承担赔偿费用的20％。2、扣当事人自事件发生之月起一年的绩效工资，情节严重者下岗1年（期间只发生活费1000元）或开除留用一年（期间只发生活费600元）或开除，触犯刑法者交由司法机关处理。3、暂停当事人执业资格8－12个月（期间按见习医师对待）。4、扣科室事件发生时当月总绩效工资的10％。5、事故由医疗行为引发，扣科主任自事件发生之月起3个月绩效工资；事故由护理行为引发，扣护士长自事件发生之月起3个月的绩效工资。6、事故当事人为科主任、护士长、主诊组长的，给予免职处分。7、对负领导责任的科主任、护士长、主诊组长给予相应的行政处分。8、事故定性当年不能参与先进科室评选，相关责任人、科主任或护士长不能参与先进个人评选。9、科主任目标责任状一票否决。10、医疗事故责任者未满3年（自定性之日起计算），不得申报卫生专业技术资格考试，不得参加职称晋级或晋档，不得参加主诊医师竞聘。11、扣科室年终考核分实分5分。12、给予全院通报批评。

（二）、二级医疗事故

1、当事人承担赔偿费用的15％。

2、扣当事人自事件发生之月起6个月绩效工资。

3、暂停当事人执业资格6－8个月（期间按见习医师对待）。

4、扣科室事件发生时当月总绩效工资的8％。

5、事故由医疗行为引发扣科主任自事件发生之月起2个月的绩效工资；事故由护理行为引发扣护士长自事件发生之月起2个月的绩效工资。

6、对负领导责任的科主任、护士长、主诊组长给予相应的行政处分。

7、事故定性当年不能参与先进科室评选，相关责任人、科主任或护士长不能参与先进个人评选。

8、科主任目标责任状一票否决。

9、医疗事故责任者未满3年（自定性之日起计算），不得申报卫生专业技术资格考试，不得参加职称晋级或晋档。

10、扣科室年终考核分实分4分。

11、给予全院通报批评。

（三）、三级医疗事故

1、当事人承担赔偿费用的10％。

2、扣当事人自事件发生之月起4个月绩效工资。

3、暂停当事人执业资格3－6个月（期间按见习医师对待）。

4、扣科室事件发生时当月总绩效工资的6％。

5、事故由医疗行为引发，扣科主任事件发生时当月绩效工资；事故由护理行为引发，扣护士长事件发生时当月绩效工资。

6、事故定性当年不能参与先进科室评选，相关责任人、科主任或护士长不能参与先进个人评选。

7、科主任目标责任状一票否决。

8、医疗事故责任者未满2年（自定性之日起计算），不得申报卫生专业技术资格考试，不得参加职称晋级或晋档。

9、扣科室年终考核分实分3分。

10、给予全院通报批评。

（四）、四级医疗事故

1、当事人承担赔偿费用的5％。

2、扣当事人自事件发生之月起2个月的绩效工资。

3、扣科室事件发生时当月总绩效工资的4％。

4、事故由医疗行为引发，扣科主任事件发生时当月绩效工资；事故由护理行为引发，扣护士长事件发生时当月绩效工资。

5、事故定性当年不能参与先进科室评选，相关责任人、科主任或护士长不能参与先进个人评选。

6、科主任目标责任状一票否决。

7、医疗事故责任者未满1年（自定性之日起计算），不得申报卫生专业技术资格考试，不得参加职称晋级或晋档。

8、扣科室年终考核分实分2分。

9、给予全院通报批评。

（五）、严重差错

1、当事人承担赔偿费用的2％。

2、扣当事人事件发生时当月绩效工资。

3、扣科室事件发生时当月总绩效工资的2%。

4、自定性之日起当事人1年内不得参与先进个人评选。

5、扣科室年终考核分实分1分。

（六）、差错

1、当事人承担赔偿费用的1%。

2、扣当事人事件发生时半个月绩效工资。

3、自定性之日起当事人1年内不得参与先进个人评选。

4、扣科室年终考核分实分0.5分。

（七）、缺陷扣科室年终考核分实分0.2分。

（八）、投诉扣科室年终考核分实分0.1分。

五、其它

（一）、医疗纠纷发生后先由专家委员会对事件预先评估，认为可能构成医疗事故的，取消相关责任人和科室当年度评先选优资格。

（二）、对于发生医疗事故的个人实施责任追究，追诉时效没有时间的限制，事件处理期间若已获得荣誉称号的给予取消并全院公示。

（三）、对于发生医疗事故的科室，科室连带责任时效为2年度。

（四）、医院鼓励科室化解和处理医疗纠纷，对科室自行化解和处理的医疗纠纷，没有给医院造成负面影响的，医院将不再重复处理。产生赔偿费用的，科室与医院各承担50%。

（五）、上级相关部门做出的行政处罚与本院处理决定一并执行。

（六）医疗纠纷处理结束后，院内及科内要及时组织讨论，分析原因，找出差距，总结教训，提出整改措施。

# 医疗纠纷预警制度

为了提高医疗服务质量和服务水平，防范和减少医疗纠纷，在纠纷发生之前解决纠纷隐患，实行以下医疗纠纷预警方案。

一、医疗纠纷预警内容

医护人员在医疗工作中发现患者及家属对医疗服务质量和服务水平（诊疗、护理、服务态度等）存在异议，或医疗工作存在某些缺陷，以及某些医疗的特定情况，有可能演变为医疗纠纷时，必须发出医疗纠纷预警。科室必须高度重视，组织（一级预警由相应主管部门组织）全科医护人员对医疗隐患进行分析，制定方案，专人负责，在提高医疗服务质量的同时，加强医患沟通，力争化解医疗纠纷隐患。

二、医疗纠纷预警级别

根据医疗纠纷隐患的严重程度、演变成纠纷的可能性、预计经科室内解释协调可解决程度、若演变成医疗纠纷将造成后果的严重程度，医疗纠纷预警分为三个级别：

（一）三级预警。指医疗纠纷隐患的严重程度较轻，有演变成纠纷的可能性，预计经科室内解释协调问题可以解决，若演变成医疗纠纷有可能造成不良后果。

（二）二级预警。指医疗纠纷隐患的严重程度较重，预计经科室内解释协调有可能得到解决，若演变成医疗纠纷将造成一定的不良后果。

（三）一级预警。指医疗纠纷隐患严重，极有可能演变成严重的医疗纠纷，即使经科室全力解释协调，问题仍难以解决，隐患所涉及的医疗缺陷明显，将造成严重的不良后果。

三、医疗纠纷预警处置

根据医疗纠纷预警级别的不同，医院实行不同的处置方案。

（一）三级预警要求医护人员发现预警情况后，立即报告护士长及科主任。科主任、护士长应马上了解情况，在科内通报以引起每位医护人员的重视。在提高医疗服务质量的同时，加强医患沟通，以化解医疗纠纷隐患。若科内处理不力，隐患进一步加重，则预警级别上升。

需报三级预警的情况：患者正常死亡、出现并发症、病情发生重大变化、病危、重大手术、新技术、重大抢救、药物试验等；医护工作中不存在缺陷，但患方对医院的工作有不理解或不满的预兆（包括医疗服务质量、服务态度以及后勤、医技、收费等方面的问题）；有演变为纠纷可能性的其他情况。

（二）二级预警要求医护人员发现预警情况后，立即报告科主任及护士长。科主任、护士长接到预警报告后。科室立即制定消除隐患的方案、实施办法并确定责任人（医疗纠纷责任人为引起或触发医疗纠纷人员），力争化解医疗纠纷隐患，及时将处理情况上报投诉接待办公室。若科内处理不力，隐患进一步加重，则预警级别上升为一级预警。

需报二级预警的情况：患者死亡（猝死）原因不明、出现较重的并发症、病情突然恶化；医护工作中存在一定缺陷、患者及家属有不满表现；演变为纠纷的可能性较大，一旦演变为纠纷则处理难度较大。

（三）一级预警要求医护人员发现预警情况后，立即启用医院一键报警系统，科主任、护士长应立即上报总值班，总值班上报分管院长。

需报一级预警的情况：医护工作中存在明显缺陷导致患者死亡、残疾、严重并发症；患者及家属有极度不满表现甚至威胁，极可能演变为医疗纠纷。

（四）医护人员每日交班时，必须将医疗纠纷隐患情况作为交接班内容向科主任、主诊组长、护士长报告。须上报相应主管部门的一级预警、二级预警需填写《医疗纠纷预警报告表》并上报，如情况紧急可以口头上报，但事后24小时内必须补报书面材料。医疗纠纷隐患的当事人需在第一时间内到相应主管部门汇报相关情况。

四、医疗纠纷预警的监管

（一）医务科、护理部、门诊部等部门，建立医疗纠纷预警登记处理本。定期检查科室的医疗隐患预警的落实情况，及时总结、分析、反馈，制定整改措施，提高医疗服务质量。

（二）检查结果将与纳入科室、科主任、责任人的考核，与科室绩效管理管理、科主任考评、个人年终考核、医师定期考核、医德考评、评优评先、晋级聘用等结合。

1．对未发出预警，科室不积极处理隐患，演变为医疗纠纷的科室，导致医院经济损失的，按《医疗纠纷防范处理制度》，提升一级处理。

2．对于提前预警，科室积极处理隐患，但仍演变为医疗纠纷的科室，按《医疗纠纷防范处理制度》，酌情做出降级处理。

3．具体处理措施将提交医院医疗质量和安全管理委员会讨论确定。

# 鼓励患者参与医疗安全管理的规定

一、加强对患者的健康知识教育

医务工作者在诊疗过程中，应有意识的为患者及其家属提供与患者疾病诊疗相关的健康知识教育，以协助患方对诊疗方案做出正确理解与选择，从而更积极的配合治疗。为患者提供健康知识教育的方式可以多种多样。

（一）在诊疗过程中运用患者可以理解的语言至少在以下方面对患者进行教育：患者参与知情同意和医疗护理工作的重要性，如实提供患者信息的重要性，基本病情和推荐诊疗方案，临床路径，特殊诊疗方法和操作的告知（必要性、成功率、风险性等），安全用药（包括药物的不良反应、药物和饮食之间潜在的相互作用等），安全有效的使用医疗机构提供的医疗器械和材料，康复技术等。医护人员应鼓励患者对不理解不明白的问题多问，对于患者的提问要耐心认真的解答。

（二）医务科定期组织开展健康大讲堂活动，鼓励临床科室根据自身情况开展健康知识普及活动，加强前期宣传，并为患者提供咨询和反馈的途径（固定电话、电子邮箱等）。

（三）在医院网站上创建健康教育模块，为患者提供有关健康和疾病的知识，增加患者对疾病的认识；在门诊、病区等处张贴宣传页，向患者介绍疾病常识、手术或特殊治疗措施、医院规章制度等。制作健康教育小册子，内容由各科室自行拟定，可包括对特定疾病的简单解释、特殊医疗护理检查操作过程、面对疾病的正确心态、正当用药指导等。

二、认真落实《医患沟通制度》、《患者知情同意告知制度》，加强医患沟通、护患沟通，保障患者的知情同意权。

三、鼓励患者通过认真填写《满意度调查表》反馈住院期间对医疗服务的意见和建议；在醒目位置公布医院投诉主管部门的电话等投诉途径；医院医务科设专人负责处理患者反映的问题。

四、主动邀请患者参与医疗安全活动

（一）患者身份识别

在给药、输血、输液、采集血样或其他临床检验所需样本或提供其他治疗之前，应主动邀请患者（或家属）参与身份确认。鼓励患者及其家属主动提供身份信息，如姓名、身份证号、住院号等，以便与医护人员进行信息核对。

（二）手术部位标示

医师向患者和（或）家属解释手术部位识别标示的意义和方法，取得患者及家属同意，在患者家属或监护人在场参与标示认定的情况下进行手术部位标示。麻醉开始前应再次邀请患者提供身份信息、指认手术部位。

（三）药物使用

患者使用药物前，尤其是高风险药物前，医护人员应详细向患者讲解药物的使用方法和不良反应，并提供不同的治疗方案，方便患者及其家属自主选择；鼓励患者主动报告药物应用中的不良反应。

# 维护患者合法权益的管理制度

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

二、医务人员应依法维护患者最基本的权益即有权获得适宜的医疗诊治。

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

（二）享受安全有效的诊治，凡病情需要，有助于改善健康状况的诊断方法、治疗措施、护理条件，都有权获得；

（三）有权要求清洁、安静的医疗环境，并有权知道经管医师及护士的姓名；

（四）有权了解有关诊断、治疗、处置及病情预后等确切内容和结果，并有权要求对此做出通俗易懂的解释。从医疗角度不宜相告的或当时尚未明确诊断的，应向其家属解释；

（五）有权了解各种诊治手段的有关情况，如有何副作用，对健康的影响，可能发生的意外及合并症、预后等。

三、医务人员应尊重患者自由选择和拒绝治疗的权利。

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

（二）患者在法律允许的范围内（精神病、传染病患者的某些情况属不允许范围）可拒绝治疗，也有权拒绝某些实验性治疗。但医师应说明拒绝治疗的危害；

（三）在不违反法律规定的范围内，有权自动出院，但必须向医院和医师做出对其出院及后果不负任何责任的声明与签字。

四、医务人员应尊重和维护患者的隐私权。

（一）患者在医疗过程中，对由于医疗需要而提供的个人的各种秘密或隐私，有要求保密的权利。医务人员应严守私密，不随意向外人泄漏。

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

（三）在进行涉及床边会诊、讨论时，可要求不让不涉及其医疗的人参加；有权要求其病案只能由直接涉及其治疗或监督病案质量的人阅读。

五、患者有监督自己的医疗及护理权益实现的权利。

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

（二）患者在接受治疗的过程中，无论由谁支付医疗费用，患者有权审查其支付的帐单，并有权要求解释各项支出的用途。

六、医务人员应充分尊重患者的知情同意权，严格遵守我院《患者知情同意告知制度》的有关规定，履行告知义务。

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

# 医疗安全不良事件报告制度及工作流程

为更好地保障医疗安全，减少医疗安全不良事件，确保病人安全，结合本院实际，特制定本制度。

一、医疗安全不良事件的定义：

本制度所称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,任何可能影响患者诊疗结果、增加患者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,包括诊断治疗的失误及相关的设施、设备引发的损害等。

二、报告范围

1.可能导致病人残疾或死亡的事件。

2.各类可能引发医疗纠纷的医疗事件。

3.不符合临床诊疗规范的操作。

4.有助于预防严重医疗差错的发生的事件。

5.其他可能导致不良后果的隐患。

三、医疗安全不良事件等级划分

医疗安全不良事件按事件的严重程度分4个等级：

（一）Ⅰ级事件（警告事件）——非预期的死亡，或是非疾病自然进展过程中造成永久性功能丧失。分三个级别：

1.一般医疗安全事件：造成2人以下轻度残疾、器官组织损伤导致一般功能障碍或其他人身损害后果。

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

3.特大医疗安全事件：造成3人以上重度残疾或死亡。

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

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

（四）Ⅳ级事件（隐患事件）——由于及时发现并修正错误，未形成事实。

四、医疗安全不良事件报告的原则

（一）Ⅰ级和Ⅱ级事件属于必须报告范畴，报告原则应遵照国务院《医疗事故处理条例》（2002年）、《中华人民共和国侵权责任法》（2010年）以及卫生部《医疗质量安全事件报告暂行规定》（2011年）执行。

（二）Ⅲ、Ⅳ级事件鼓励主动报告，具有主动性和非处罚性的特点。

1.主动性：医院倡导各科室、部门和个人自愿参与，主动报告不良事件。

2.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。

医疗质量安全信息仅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。

五、医疗安全不良事件的上报

（一）报告形式

不良事件应早发现早报告，当发生不良事件，当事人或当事科室要求积极、主动进行不良事件报告。

1、书面上报：发生医疗不良事件后24-48小时内，当事人或其他发现人员填写纸质版不良事件上报表并上报相应职能部门，内容包括人员信息、不良事件情况、不良事件类别、报告人信息等。

# 入院·出院管理制度

一入院制度

（一)总则

1．医务科、护理部、医疗科室、医院总值班、住院处及急诊收费处通力合作，保证有住院指征的患者一天24小时均可及时入院就诊。

2．本院具有执业医师资格的医生方有资格收治其专业范围的患者，所有住院证上必须写明入院初步诊断或收住的正当理由，并向患者及其家属做好以下解释工作：

（1）住院的理由；

（2）治疗计划；

（3）治疗的预期结果；

（4）初步估计的住院费用；

（5）其他有助于患者及其家属做出住院决定的信息。

3．医院应关注那些在就医和入院治疗过程中存在某些困难的患者如老年人、残疾人、语言交流和听说功能受损者，并给予一定帮助。

4．在专科病床已满的情况下，各病区根据病情性质就近安排至相关的病床。

5．所有患者入院前需交纳预交款，对于病情不稳定但急需抢救的患者，必须先实施抢救措施。

6．医院应首先保证急诊、手术预约患者入院。普通患者入院采取预约制，按照先来后到的原则由各科护士站统一安排，护士长负责。

7．医保（包括农保）患者携带医保卡（农保卡）及身份证可在住院处办理相关手续。住院处工作人员对持医保卡人员要进行严格审核，并积极为其办妥有关手续。

8．传染病员住院，必须严格按《传染病法》由专科收治。

9．为保证急危重症抢救患者及时入院，各病区需预留1~2张抢救病床。

（二)门诊患者入院程序

1．医生在初步评估患者的基础上，对确需住院治疗的患者，根据医院提供的服务范围和设施能否满足其诊疗的需求，如能满足其需求，则决定患者入院并开具住院证。

2．入院患者持住院证，到相应病区按制度办理入院手续。病区护士热情接待，有空床位时，登记床位，告知入院流程；无空床位时做好解释说明工作，并与值班医师做好病情评估，开启预约登记。

3．患者去住院处办理入院手续，填写入院前的有关信息，支付费用。

4．住院处把患者的信息输入电脑。

5．病区护士收到入院单后，热情接待，带患者到床位并妥善安排，测T、P、R、BP、体重并记录，主动介绍入院须知、有关制度、主管医生和责任护士，协助患者熟悉环境，对急诊手术或危重患者，须事先做好器械、药品等的抢救准备，并与护送者做好交接班工作。

6．负责通知主管医生，并及时执行医嘱。

7．护士按要求全面评估患者，对患者所提出的要求和问题，及时给予帮助并作出答复。

（三)急诊患者入院程序

1．重危、急诊手术患者应先通知病房或手术室做好抢救准备，由急诊科医护人员护送，到达相关病房或手术室，运送途中携带必要的抢救器材及物品。

2．家属办理床位登记、入院和交费手续，无家属时由急诊科护士为患者办理床位登记和入院手续。

3．对于有入院指征的急诊患者，如因医保付费问题或其他原因，患者或其家属拒绝入院，必须在病历记录上签字或由医生说明患者或其家属拒绝入院原因并由患者或其家属签字。

4．创伤患者经急诊处理病情稳定、无入院指征者，可让其离院，必要时留急诊观察室观察。

5．有入院指征的急、危、重、抢救患者，急诊科护士通知相应科室护士/医生，做好患者接收准备。应通知以下内容

（1）患者姓名、性别及年龄；

（2）收治的专科/医生；

（3）患者诊断及病情；

（4）需要准备的物品及设备。

6．急诊护士护送患者至病区，并与病区护士做好交班工作；病情需要时，应由专科医生陪同。

二出院制度

1．患者出院应由主治医师以上（包括主治医师）在评估患者健康状况、治疗情况、家庭支持能力及当地卫生资源等基础上，按照本科的具体要求决定。主管医师在评估病人需求的基础上，根据病人的需要制定相应的出院计划。如果病人有特殊治疗需求，应及早制定出院计划，必要时鼓励患者及家属一起参与。

2．制定出院计划后，主管医师应提前向患者或家属告知，包括拟定出院时间、出院带药、合适的交通工具、出院后去向等。

3、医师、护士应根据病情为出院患者提供必要的服药指导、营养指导、康复训练指导、生活或工作中的注意事项等信息服务。

4．医师应向每一位出院患者提供出院记录的副本。依患者需要，还应开具诊断证明等医疗文书。

5．患者出院当天，医师下达出院医嘱，并与护士协调出院过程，联系提供必需的服务，根据患者病情帮助其选择合适的交通工具，让患者安全地出院。

6．病情不宜出院而患者或家属要求自动出院者，医师应加以劝阻，充分说明继续治疗的重要性及自动出院可能造成的不良后果，如劝阻无效，应报请副主任医师以上（含副主任医师）批准，由患者或其委托代理人签署相关知情同意文书后办理出院手续，方可离院。如患方拒绝签名，医师在病程记录中写明知情同意告知情况及患方拒绝签字的情况，请在场的第三方证人（如另外一名医师或护士）签名，书写者签名。

7．医师通知出院而拒绝出院者，应积极劝导并向患方发出《出院通知书》，必要时报告医务处、保卫部和患者所在单位或有关部门，共同协助做好出院工作。

# 急诊绿色通道管理制度

一、为系统规范急性危重患者的接诊、分诊、检查、诊断、抢救全程医疗服务行为，使急性危重患者得到及时、规范、高效、周到的医疗服务，提高抢救成功率，减少医疗风险，特制定本制度。

二、急诊绿色通道的服务人群包括所有生命体征不稳定的病人或预见可能出现危及生命的各类危急重病人，这些疾病包括但不限于：

（一）急性创伤引起的体表大出血、开放性骨关节损伤、胸腹腔内出血、张力性气胸及其他可能危及生命的创伤；急性颅脑损伤；消化道穿孔、急性肠梗阻等急腹症。

（二）气道异物或梗阻、急性中毒、电击伤、溺水等。

（三）急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性肺栓塞、急性呼吸衰竭、严重哮喘持续状态、大咯血、消化道大出血、重症酮症酸中毒、甲亢危象、休克、昏迷等。

（四）宫外孕大出血、产科大出血等。

（五）群体性（3人及以上）伤、病、中毒等情况。

三、急诊抢救绿色通道

（一）患者到达急救中心，分诊护士将患者送入抢救室，并在5分钟内完成患者安置、吸氧、监护及生命体征监测。并迅速建立静脉通道、采取血液标本，建病历。

（二）首诊医师迅速评估病情，下达抢救医嘱。所有医嘱可下达口头医嘱，由护士复述，经医师确认无误后，执行并记录。抢救结束后6小时内由抢救医师完成急诊抢救病历和补记口头医嘱。

（三）专科医师在到达急救中心进行会诊时，急诊医师向专科医师交待病情，专科医师应对患者进行快捷有效的查体，并向急诊医师说明专科处理意见，确定转专科诊治患者，由医护人员将患者转送到相关科室。

（四）经急诊外科医师评估，病情危重，需要紧急施行抢救手术的患者，按照我院《急症手术管理制度》规定施行。

（五）多发性损伤或多脏器病变的患者，由急救中心主任或在场的最高行政主管或在场的最高医疗技术职称人员主持会诊，会诊召集相关专业科室人员参加，根据会诊意见，由可能威胁到患者生命最主要的疾病所属专业科室接收患者，并负责组织抢救。会诊记录由急救中心完成，符合进入ICU标准的患者应收入ICU。如有争议，急诊科医师有权裁决，或由医务科（或总值班）决定，急诊科医师收住病人，科室不得以任何借口推诿拒收。

（六）所有急性危重患者的诊断、检查、治疗、转运必须在医务人员的监护下进行。

四、门诊抢救绿色通道

门诊患者需要抢救时，由门诊医师和门诊护士负责现场抢救，并立即通知急救中心，由急救中心医务人员接患者至急救中心，继续救治。

五、急诊绿色通道的要求

（一）进入急诊绿色通道的患者必须符合本规范所规定的疾病情况。

（二）在确定患者进入绿色通道后，凡不属于本专业授权范围的抢救要尽快请相应专业医师紧急会诊。接到会诊通知，在医院医疗岗位的医师10分钟内到达现场，如有医疗工作暂不能离开者，要指派本专业有相应资质的医师前往。必要时可请听班医师及时会诊。

（三）进入绿色通道的患者医学检查结果报告时限：

1．影像医师在接到患者后，普通X线及超声在检查结束后30分钟内、CT及磁共振在检查结束后60分钟内出具检查结果报告（可以是口头报告）。

2．检验科接收到标本后，30分钟内出具常规检查结果报告（血常规、尿常规等，可电话报告），60分钟内出具生化、凝血结果报告。

3．输血科在接到配血申请后，在30分钟内完成配血。

4．药房在接到处方后优先配药、发药。

5．麻醉手术科在接到手术通知后，立即准备好手术间及相关物品，并立即通知手术相关人员到场，麻醉医师进行麻醉评估和选择麻醉方案。

（四）急诊科当班医师有权根据绿色通道服务人群条件决定病人进入“急诊绿色通道”救治程序，后由当班医师补办书面申请。其它科室书面报告医务科或总值班书面批准绿色通道申请后，开放绿色通道。每次申请绿色通道金额不得超过2000元，绿色通道费用必须由科室书面申请经医务科或行政总值班批准后才能继续。急诊绿色通道产生的费用确认无法催缴时，按照《疾病应急救助管理制度》落实。

（五）对突发公共事件（交通事故、中毒等），有3名以上伤病员的重大抢救时，应在紧急救治的同时，立即报告医务科或总值班，启动相关的应急预案。

六、医务科、护理部、门诊部等相关职能部门负责对本制度的落实情况进行监管，定期总结、分析、反馈、改进，检查情况纳入科室绩效管理和个人考核，因违反本规定延误患者抢救导致不良后果者，由责任科室和个人承担相应的责任。

# 医疗质量管理制度

一、医疗质量是医院管理的核心内容和永恒的主题，医院必须把医疗质量放在首位，质量管理是不断完善、持续改进的过程，要纳入医院的各项工作。

二、医院要建立健全医疗质量保证体系，即建立院、科两级质量管理组织，职责明确，配备专（兼）职人员，负责质量管理工作。

（一）医院设置的质量管理与改进组织（例如医疗质量管理委员会、病案管理委员会、药事管理委员会、医院感染管理委员会、输血管理委员会）要与医院功能任务相适应，人员组成合理，职责与权限范围清晰，能定期召开工作会议，为医院质量管理提供决策依据。

（二）院长作为医院医疗质量管理第一责任人，应当认真履行质量管理与改进的领导与决策职能；其它医院领导干部应当切实参与制定、监控质量管理与改进过程；

（三）医疗、护理、医技职能管理部门行使指导、检查、考核、评价和监督职能。

（四）临床、医技等部门的科室主任全面负责本科室医疗质量管理工作。

（五）各级责任人应当明确自己的职权和岗位职责，并应当具备相应的质量管理与分析技能。

三、院、科两级质量管理组织要根据上级有关要求和自身医疗工作的实际，建立切实可行的质量管理方案。

（一）医疗质量管理与持续改进方案是全面、系统的书面计划，能监督各部门，重点是临床、医技科室的日常质量管理与质量的危机管理。

（二）质量管理方案的主要内容包括：建立质量管理目标、指标、计划、措施、效果评价及信息反馈等，加强医疗质量关键环节、薄弱环节和重点部门的管理。

四、健全医院规章制度和人员岗位责任制度，严格落实医疗质量和医疗安全的核心制度：

（一）18项核心制度包括首诊负责制度、查对制度、疑难病例讨论制度、急危重患者抢救制度、危急值报告制度、病历管理制度、死亡病例讨论制度、值班和交接班制度、会诊制度、三级查房制度、分级护理制度、手术分级管理制度、抗菌药物分级管理制度、新技术和新项目准入制度、术前讨论制度、手术安全核查制度、临床用血审核制度、信息安全管理制度。

（二）对病历质量管理要重点加强运行病历的实时监控与管理。

五、加强全员质量管理和安全教育，牢固树立质量和安全意识，提高全员质量管理与改进的意识和参与能力，严格执行医疗技术操作规范和常规；医务人员“基础理论、基本知识、基本技能”必须人人达标。

六、质量管理工作应当有文字记录，并由质量管理组织形成报告，定期、逐级上报。通过检查、分析、评价、反馈等措施，持续改进医疗质量，将质量与安全的评价结果纳入对医院、科室、员工的绩效评价评估。

七、建立与完善医疗质量管理责任追究制度、形成医疗质量管理可追溯与质量危机预警管理的运行机制。

八、加强基础质量、环节质量和终末质量管理，要严格遵循诊疗指南开展临床医疗工作。

九、建立不以处罚为目的的不良事件报告系统，能够根据通过对不良事件的梳理和分析，发现目前运行的医疗质量管理制度、运行机制和流程的缺陷并进行改进。

十、在目前质量管理常用的结果性指标体系基础上，逐步建立与完善由结果性指标、结构性指标和过程性指标构成的监控与评价体系。

# 危重症患者抢救协调管理制度

一、认真执行首诊医师负责制、三级医师负责制、病例讨论制度、会诊制度等核心制度，建立完善各专业急危重症患者的救治预案。

二、危重患者的抢救，见《危重患者抢救制度》。

三、危重患者收治原则上应以主要病情责任科室为主，出现两个及以上重要脏器衰竭或损伤，危及患者生命的，原则上转入重症医学科（ICU）进行进一步救治。

四、患者入院后病情发生变化，出现危及生命的病情超出所在科室诊治范围的，应及时联系相关科室会诊，参与会诊医师应及时向科主任汇报会诊意见，意见一致后尽快转入相应科室。确因病情复杂，难以确定转诊科室时，由医务科组织相关科室讨论确定。确定原则：

（一）首先考虑危及患者生命首要病症所属专业；

（二）内科危重患者需要手术时，如病情允许则转入相应手术科室进行手术治疗，如涉及多个手术科室，原则上应首先考虑危及患者生命首要病症所属专业。如病情危重不允许转科的，仍在内科科室保守治疗；

（三）经会诊讨论仍难以确定转入科室的，由医务科根据专家会诊意见决定收治科室，任何科室不得推诿、拒绝。

五、转诊科室一经确定，转入科室会诊医师应立即向科主任汇报，协调确定床位，转出科室迅速完善本科工作，保证患者及时、安全转科。

六、确定转诊科室后，如转入科室以各种理由拒绝收治患者，立即汇报医务科或分管院长协调处理。如延误患者治疗，对医院造成不良影响的，将视情节严重，予以当事人及科主任通报批评或扣除科主任半年到一年津贴的处罚；如因此引发医疗纠纷，则拒绝转入科室为纠纷责任科室，当事人为医疗纠纷责任人，根据《医疗纠纷（事故）防范、预警与处理规定》对科室进行加倍处罚。

七、经积极救治，转入患者病情缓解，无危及生命征象者，应及时转出，具体参照《转科制度》。

八、各有关科室遇有危重患者的检查、治疗、取药、住院等均应及时处理，不得过分强调手续，以免延误抢救。不得因抢救而忽视正规操作和传染患者的消毒隔离以免造成事故和交叉感染。

九、凡遇重大抢救、群死群伤、集体中毒、涉外抢救、特殊人物的抢救及传染病疫情暴发或卫计委的紧急呼叫时，医院全体职工应服从医院统一组织安排，准备待命，随叫随到。院内急诊接收的突发群体损害危重患者，科室应严格按照医院临时安排进行收治，不得以任何理由拒绝参与抢救和收治患者。

# 住院患者病情评估制度

为了保障患者的医疗安全，根据卫生部《医院管理评价指南（2011年版）、《医疗机构病历书写规范与管理规定》的有关要求，制定本制度。

一、所有住院患者，入院后均由有执业资格的接诊医师、护士对患者的病情进行评估，医师在入院记录中记录。

二、通过询问病史、体格检查和相关辅助检查等手段，明确患者病情严重程度、心理和生理状况、营养状况、治疗依从情况、家庭支持情况、医患沟通情况及自理能力等，以此为依据，制定适宜有效的诊疗方案，保证医疗质量和患者安全。

三、患者病情评估的范围是所有住院患者，尤其是新入院患者、手术患者、危重患者、住院时间≥30天的患者、15天内再次住院患者、再次手术患者。

四、应在规定的时限内完成对患者的评估。

五、执行患者病情评估人员的职责

（一）在科主任（护士长）指导下，对患者进行检查、诊断、治疗，书写医嘱和病历。

（二）随时掌握患者的病情变化，并根据病情变化及疾病诊疗流程，适时的对患者进行病情评估。

（三）在对患者进行病情评估的过程中，应采取有效措施，保护患者隐私。

（四）评估结果应告知患者或其委托人，患者不能知晓或无法知晓的，必须告知患者委托的家属或其直系亲属，必要时取得其知情签字。

（五）积极参加患者病情评估专业教育、培训工作，掌握专门的病情评估知识和技能，定期参与考核，持续改进评估质量。

六、医师对患者病情评估

（一）医师对患者的病情评估主要通过询问病史、体格检查和相关辅助检查等手段进行。

（二）按照相关制度，在规定时限内完成首次病程记录、入院记录等病历书写。新入院患者还应在入院6小时内填写《患者病情评估表》。

（三）手术（或介入诊疗）患者还应在术前依照《手术风险评估制度》进行术前评估。

（四）患者在入院后发生病重、病危等特殊情况的，主管医师应及时向上级医师请示，科内应组织再次评估。必要时申请全院会诊，进行集体评估。

（五）住院时间≥30天的患者、15天内再次住院患者、再次手术患者，主管医师应按照相应的评估要求进行病情评估，重点针对患者长期住院、再次入院的原因、再次手术原因进行评估。

（六）患者入院经正确评估后，本院不能治疗或治疗效果不能肯定的，应及时与家属沟通，协商在本院或者转院治疗，并做好必要的知情告知。

（七）对出院患者要进行出院前评估，完成出院记录，评估内容包括：患者现状、治疗效果、随访事项、饮食注意事项、康复注意事项及尚未解决的问题等。

# 临床路径管理制度

一、临床路径是指由医疗、护理及相关人员在疾病诊断明确后，针对某种疾病或者某种手术制定的具有科学性（或合理性）和时间顺序性的整体服务计划。

二、院内各科室开展临床路径均需遵守本制度。

三、各科室临床路径开展应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则，并与科室功能任务相适应，需具备符合资质的专业技术人员、相应的设备、设施和质量控制体系；各级医务人员要严格执行相关病种的诊疗护理规范、常规，优化质控病种的诊断、治疗环节质量。

四、设立组织，加强督导

在院长、分管院长的领导下，建立三级医疗控制体系负责开展临床路径工作，并负责该工作的管理、督导。医院成立临床路径和单病种管理小组及指导评价小组。

临床路径和单病种管理小组隶属于医院医疗质量管理委员会，主要负责制定临床路径管理有关规章制度，对我院临床路径管理质量进行指导、监控和评估，协调临床路径实施过程中遇到的问题。

指导评价小组负责临床路径推行计划的制定与实施，各临床路径的审议及修订；定期对全院各临床科室临床路径实施的过程和效果进行评价、分析并提出质量改进建议。

相关科室成立临床路径实施小组，由临床科室主任任组长，医疗、护理人员任成员，并设立路径管理员。

医务科负责相关材料的收集、记录和整理及信息上报。

五、进入路径病例的选择要求：

(一)常见病、多发病，尤其是科室出院排名前5位的疾病；

（二）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。

（三）结合我院实际，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。

六、临床路径方案的制定

应根据卫生部颁发的临床路径管理病种和文本，遵循循证医学原则，同时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，结合本科的实际情况进行制定。

临床路径制定需要包括标准诊疗流程需要的总时间和主要诊疗阶段的时间范围；临床路径诊疗项目包括长期医嘱、临时医嘱、主要诊疗工作、主要护理工作；医嘱类项目包括药物、检查、嘱托、提示及其他项目。

七、临床路径培训

临床路径实施前，由医务科牵头组织全院性培训。培训内容包括临床路径基础理论、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。

科室要根据本科室临床路径模板和使用情况进行相关培训。

八、临床路径实施流程

临床路径一般应当按照以下流程实施：

（一）经治医师完成患者的检诊工作，对住院患者进行临床路径的准入评估；

（二）符合准入标准的，向患者介绍住院期间为其提供诊疗服务的计划，填写知情同意书，选择路径模板，按照临床路径确定的诊疗流程实施诊疗，并将评估结果和实施方案通知相关护理组；

（三）经治医师诊疗项目完成情况及病情的变化，对变异情况进行分析记录；

（四）患者依据出院标准出院后，科室汇总病种资料，分析质量管理情况。

九、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在根据临床路径接受诊疗过程中出现偏差的现象。变异的处理应当遵循以下步骤：

（一）记录。医务人员应当及时将变异情况记录，记录应当真实、准确、简明。

（二）分析。经治医师应当与路径专管员交换意见，共同分析变异原因并制订处理措施。

（三）报告。经治医师应当及时向实施小组报告变异原因和处理措施，并与科室相关人员交换意见，并提出解决或修正变异的方法。

（四）讨论。对于较普通的变异，可以组织科内讨论，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，应当组织相关的专家进行重点讨论。

十、进入临床路径的患者出现以下情况之一时，经路径管理员或科主任同意后，可退出临床路径：

（一）在实施临床路径的过程中，患者出现了严重的并发症，需要改变原治疗方案的；

（二）在实施临床路径的过程中，患者要求出院、转院或改变治疗方式而需退出临床路径的；

（三）发现患者因诊断有误而进入临床路径的；

（四）其他严重影响临床路径实施的情况。

十一、临床路径评价与改进

（一）实施小组每月常规统计病种评价相关指标的数据，并上报指导评价小组。指导评价小组每季度对临床路径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，并及时上报指导评价小组。需要修改临床路径方案的，填写临床路径诊疗方案修改申批表，上报指导评价小组讨论后实行。

（二）医院至少每季度开展临床路径实施的过程和效果评价。

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、患者退出临床路径的记录等。

十二、考核与奖惩

临床路径考核是科主任目标责任状内容之一，根据临床路径考核细则每月进行考核，并与绩效挂钩。

# 缩短平均住院日管理制度

一、医院质量控制办公室负责制定各临床科室的平均住院日考核目标。

二、各科室质量控制小组负责监督本科室平均住院日目标完成情况。

三、完善入院前检查，提高入院前诊断正确率，减少患者住院后因检查而延长住院天数。

四、对病情复杂、危重、疑难的患者及时进行会诊、讨论，尽快明确诊治方案。

五、严格执行诊疗规范及操作规程，合理诊疗。对于一些特殊或需要预约的检查，主管医师应提前与相关科室进行沟通联系，如检查前需要患者做相应准备的，应及时告知患者，尽量减少不必要的等待时间。

六、尽量做到专科专治。减少和避免因非专科收治造成的诊治检查延误。

七、及时与麻醉手术科沟通，及时安排手术。

八、合理安排科内医师的工作，保证治疗、手术及时安全。

九、加强医师“三基”知识、专业技术知识学习及考核，不断提高专业技术诊疗水平，减少差错及并发症的发生，避免不必要的纠纷等造成住院日的增加。

十、严格无菌操作及手卫生规范，降低院内感染发生率，减少因治疗院内感染而增加的住院时间。

十一、严格执行会诊制度，减少会诊等待时间。

十二、加强单病种、临床路径质量控制指标的管理，规范临床诊疗行为，完善服务流程。

十三、医技科室缩短检查报告时间。急诊常规影像检查结果报告时间≤30分钟，急诊CT检查结果≤30分钟；常规影像检查（X线平片、超声）结果报告时间≤1小时；大型影像设备（CT、MRI、DSA）、各种造影检查、核医学检查结果报告时间≤24小时；急诊常规检验结果≤30分钟，生化检验结果≤1小时；门诊常规检验结果≤1小时，生化检验结果、电发光≤2小时；术中快速冰冻病理接收标本到出具结果时间≤30分钟；常规病理在3-5天内出报告，最多不能超过7天，液基涂片在48小时之内出报告。

十四、临床科室应加强对住院患者，尤其是危急重症、诊断治疗效果不佳、对服务不满意、或出现医疗纠纷隐患等重点患者管理，优化服务流程，保证患者及时检查、及时治疗，尽可能缩短住院时间。

十五、每周对科内现有住院患者进行梳理，对于患者住院时间超过本科室平均住院日的，应及时查找原因；住院时间≥30日的患者须作重点查房、进行科内病例讨论并上报医务科。

十六、对诊疗过程中存在医疗纠纷隐患的患者，科室在积极诊治同时，还应做好与患方的沟通解释工作，最大限度地避免医疗纠纷的发生。

十七、对于已经有出院指征的，但由于其他原因仍执意继续留院的患者，科室要及时告知其目前已具备出院条件及社保的相关规定，规劝患者及时出院。

十八、与社区医院建立双向转诊医院，对于需要康复的患者，转诊到社区医院治疗。

十九、不断提升医院信息化建设发展程度，合理配置和利用现有医疗资源。利用远程会诊系统，与其他医院沟通，会诊疑难危重患者，减少等待时间。

二十、医务科及相关职能部门定期对各科平均住院日进行汇总分析，查找原因，提出整改方案，不断改进服务流程，缩短科室及全院的平均住院日。科室平均住院日情况纳入科室绩效管理管理。

# 住院超过30日患者管理制度

为进一步加强我院住院患者的管理，促进医疗质量的持续改进，保障医疗安全，减轻患者的经济负担，特制定本制度。

一、科室应对住院天数超过30日的患者进行重点管理，须作重点查房、进行科主任主持的科内病例讨论，分析原因（包括病情分析、长时间住院原因分析、诊疗是否适宜、服务流程是否合理等），提出解决方案，并及时与患方沟通。以上内容详细记录在病历上。

二、科室应填写《住院超过30日患者登记报表》，一式两份，72小时内报医务科（公休日及节假日顺延）。

三、患者住院期间，每30日登记、讨论、上报1次。

四、科室质量与安全管理小组、医务科负责对本规定落实情况进行督查。科室应每季～半年对本科住院天数超过30日的患者进行总结、分析，提出整改意见并落实，报医务科。医务科每月对住院时间超过30日患者的情况进行汇总、分析，将分析结果全院通报，反馈至科室，并对医院整个服务、诊疗流程等进行评价和改进。对违反本规定不进行科内讨论、上报者，1例扣科室绩效管理2分；分析、讨论不到位，处理措施不及时或违反本规定的其他情形，扣科室绩效管理0.5分。

# 住院患者转科制度

一、住院患者转科需经转入科室会诊同意并有记录。转入科室疑为本科疾病而在转出科检查、观察、治疗有困难的患者，应予接受。

二、转出科室整理、完善患者病历资料，办理转科手续，由医务人员携带病历护送患者到转入科室，向值班人员进行交接，并交待有关情况。

三、转入科室在接受患者的同时，应检查转出科室的病历完成情况，对病历存在的缺陷进行告知，转出科室应及时完善病历。

四、住院患者需转科，但界限不清的，会诊后由相关科室科主任协商决定，特殊情况下由医务科决定。

三、搬运或途中可能发生危险的危重患者，不宜转院或转科，应就地组织抢救和诊治，待病情稳定后方可转院或转科。

四、科室质量与安全管理小组、医务科等对本制度的落实情况进行监管，监管情况纳入科室和个人考核。对违反本规定者，1人次扣科室绩效管理0.5分，由此引发的不良后果由科室及责任人承担。病历质量按我院病历相关管理制度执行。

# 双向转诊管理制度

一、工作原则

（一）患者自愿、保证安全原则

（二）分级诊治原则

（三）专科特色原则

（四）资源共享原则

（五）连续治疗管理原则

二、转诊条件

（一）上转条件

除急诊抢救外，社区卫生服务机构应将下列患者上转诊治：

1.临床各科急危重症，社区卫生服务机构难以实施有效救治的病例；

2.受诊疗条件限制不能诊治的疑难复杂病例；

3.突发公共卫生和重大伤亡事件中，处置能力受限的病例；

4.因技术、设备条件限制不能处置的病例；

5.疾病诊治超出本机构核准诊疗登记科目的病例；

6.需要到上一级医疗机构进一步检查、明确诊断的病例；

7.其它原因不能处置的病例。

（二）下转条件

医院应将下列患者下转至社区卫生服务机构进行后续治疗、康复：

1.急性期治疗后病情稳定，需要继续康复治疗的患者；

2.诊断明确，不需特殊治疗的患者，或诊断明确，需要长期治疗的慢性病患者；

3.各种恶性肿瘤患者的晚期非手术治疗和临终关怀；

4.手术愈合后需长期康复的患者；

5.需长期护理和照护的老年患者；

6.自愿要求转回社区卫生服务机构后续治疗或康复者；

7.一般常见病、多发病患者；

8.医院与社区卫生服务机构共同商定的其他转诊患者。

三、双向转诊程序

（一）社区卫生服务机构按转诊原则将符合上转指征的患者转至医院进行进一步诊治。

（二）转诊患者持“双向转诊单”到医院就诊。

（三）转诊患者病情稳定后，医院将符合下转指征的患者转回社区卫生服务机构，继续进行康复治疗。

四、工作职责

（一）医院职责

1.统一协调和规范管理双向转诊工作。

2.医院负责接诊社区卫生服务机构转诊的患者，确保转诊患者得到及时、有效的诊治。

3.建立双向转诊绿色通道，减少环节，对社区卫生服务机构上转的住院患者，实行优先就诊，对社区卫生机构送检的样本可直接为其提供相关检查服务。

4.实行资源共享，避免不必要的重复检查。

5.定期到社区卫生服务机构巡诊，开展健康教育，以进修或短期培训的方式义务为社区卫生服务机构培养卫生技术人才。

（二）社区卫生服务机构职责

1.负责协助或指导患者选择合适的专家和检查项目。

2.认真填写《双向转诊上转记录单》，写明患者的病情及诊疗情况。

3.对急危重症患者，应采取必要的急救措施，并提前通知医院，及时进行转送。

4.接诊转回社区卫生服务机构的患者，与医院医师保持联系，建立良好的合作关系。

5.随时反馈医院的服务情况，进一步提高双向转诊的医疗水平。

6.与医院联合对社区居民开展健康教育、健康促进活动。

# 病历质量管理制度

一、临床科室：

（一）按规定的格式和内容书写门（急）诊病历和住院病历。

（二）负责本科室病历质量（包括基础、环节和终末质量）的检查把关。

（三）上级医师应指导及检查下级医师病历的书写，及时进行修改、补充、签名。

（四）收到病历质量整改通知后，在24小时内完成。

（五）结合本专业的特点，为新进科进修医师、实习医师等讲授病历书写课程。

（六）参加医院统一组织的病历质量检查活动。

二、病案管理科：

(一)病案管理科质量检查人员负责抽查出院病历并进行评分，及时通知病房医师检查病历。

（二）负责病历首页医疗信息的计算机录入、扫描，并保证其录入的准确性，扫描的完整性。

（三）参加医院统一组织的病历质量检查活动。协助临床科室病历自查。

三、医务科：

（一）负责有关病历书写、管理、检查等制度的制定和修改。

（二）负责对住院病历进行基础、环节、终末质量的全程控制。

（三）负责对临床医师、新进院人员、进修医师进行有关病历书写和管理的培训、指导。

（四） 负责急诊病历、观察室病历质量管理与检查。

（五）病案质量检查人员负责抽查出院病历质量并进行评分，及时通知病房医师检查病历。

（六）监管病案科工作。定期对住院病历进行质量检查，及时将检查结果汇总，上报有关领导，反馈各临床科室。

（七）负责年终优秀病历的评选工作。

四、门诊部：

负责门诊病历的管理与检查。

五、护理部：负责护理记录质量。

六、医院病案质量管理委员会：负责全院病历质量管理中重大问题研究，督促医务科、门诊部、护理部、临床科室病历质量管理工作。

# 住院电子病历书写管理暂行规定（试行）

为规范我院电子病历管理，保证医患双方合法权益，根据《执业医师法》、《侵权责任法》、《医疗事故处理条例》、《电子病历基本规范（试行）》等法律、法规，结合我院实际情况制定本规定。

一、医务人员使用本人的用户名和密码登录电子病历系统，并在规定权限内完成书写、审核、修改、保存、打印、归档等操作，医务人员完成操作后应及时退出系统，对本人的身份标识的使用负全责，所有操作后台均进行记录。

二、住院电子病历格式、内容、完成时限等按照卫生部《病历书写基本规范》和《山东省病历书写基本规范》执行，使用全院统一制定的项目名称、格式，任何科室和个人不得擅自更改。

全院统一使用A4纸张，页眉及页脚格式、页边距（上2cm，下左右各1.5cm）、行间距（1.5倍）、标题（小二号）及正文字号（小四号）字体（宋体）由医院统一制定。病程记录之间不得留有空行，每页标注页码。

病历排版格式符合中文常用书写格式，日期左对齐，医师签字右对齐。

三、电子病历须在规定的时间内完成（包括上级医师审阅、修改病历）并打印成纸质病历，由相应医务人员手写签名后放入病历夹中；非我院执业医师录入的病历内容须由我院执业医师的审阅签名（住院电子病历提供续打和整页打印功能）。打印病历用黑色，字迹清楚易认，符合病历永久保存和复印的要求。

四、严格复制管理功能。同一患者的相同信息可以复制（一次复制粘贴＜150字，符合率＜90%），复制内容必须校对，不同患者的信息不得复制。一份住院病历中相关内容不得完全雷同。

五、一般患者出院后，医护人员在24小时内完成出院记录、病历首页等，并对全部病历内容进行终末质量控制，包括病历的内涵质量、规范性、完整性等，将纸质病历按照出院病历排序要求整理好后送统计与病案管理科，住院电子病历按时限自动收回，科室不得保留出院患者的电子病历。患者死亡的，应在患者死亡后一周内完成包括死亡病例讨论记录在内的全部病历内容。

六、住院期间须封存或复印的病历，科室及时与医疗安全管理科、统计与病案管理科联系，由科室派本院医师与患方一起携纸质病历到统计与病案管理科封存或复印。统计与病案管理科对封存纸质病历保管、对电子病历内容进行锁定，只能阅读，不能修改、打印。

七、病房须严格执行医院病历管理制度，患者住院期间的病历（包括电子和纸质版本）由病房保管。除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗质量监控人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者的病历，不得为任何人打印、复印任何病历资料，不得泄露患者的隐私。

八、住院电子病历运转流程

（一）患者持入院证在住院部办理住院手续，住院部负责患者基本信息（入院证上）的准确录入并打印“患者基本信息核对表”，配发住院号；经患方确认签字后，粘贴在入院证背面（不再打印病案首页）。患者入院时未能提供完整基本信息者，入院后需补录或修改者，须由患方填写《在院患者基本信息补充（修改）申请单，经病房主管医师、值班护士同意签名后，到住院部申请办理。

患者出院后24小时内，由医师完成病案首页上的其他所有内容，医师姓名为打印字体，除质控医师、质控护士须本人手写签名确认外，其他医护人员不须手写签名；全部完成后打印出纸质病案首页。

（二）患者凭入院证、预交押金单到病房，护士接受患者基本信息并再次进行核对，分配床位，建立纸质病历本，通知医师。

（三）医师按规定的内容、格式和时间录入、修改、保存、打印成纸质病历并签名。

（四）需转科的患者由转出科室网上提交电子病历（上锁）至转入科室后，医护人员携带纸质病历护送患者至转入科室，转入科室对转出科室的电子病历只能阅读、续打，不能修改、打印。

（五）患者出院后24后小时内，由病房质控医师检查、整理好全部病历资料；纸质版本送统计与病案管理科，同时电子版本网上提交统计与病案管理科。

（六）统计与病案管理科对病案首页上的内容进行质控，完成诊断、手术操作编码，确认后归档、入库。

（七）若因特殊情况需对提交归档后的病历进行修改，须经医务部同意，在统计与病案管理科对电子病历解锁及纸张病历进行修改。

（八）出院病历借阅，按照《纸张病案借阅规定》及《数字化病案网上调阅管理规定》执行。

九、科室质量与安全管理小组，医务科、护理部、信息网络中心等相关职能部门负责对本规定执行情况进行督导、检查，检查情况及时汇总、通报、反馈，并纳入科室、个人考核。通报并纳入科室和个人考核。

# 

# 住院病案首页数据填写质量规范

第一章 基本要求

第一条 为提高住院病案首页数据质量，促进精细化、信息化管理，为医院、专科评价和付费方式改革提供客观、准确、高质量数据，提高医疗质量，保障医疗安全，依据《中华人民共和国统计法》、《病历书写基本规范》等相关法律法规，制定本规范。

第二条 住院病案首页是医务人员使用文字、符号、代码、数字等方式，将患者住院期间相关信息精炼汇总在特定的表格中，形成的病例数据摘要。

住院病案首页包括患者基本信息、住院过程信息、诊疗信息、费用信息。

第三条 住院病案首页填写应当客观、真实、及时、规范，项目填写完整，准确反映住院期间诊疗信息。

第四条 住院病案首页中常用的标量、称量应当使用国家计量标准和卫生行业通用标准。

第五条 住院病案首页应当使用规范的疾病诊断和手术操作名称。诊断依据应在病历中可追溯。

第六条 疾病诊断编码应当统一使用ICD-10,手术和操作编码应当统一使用ICD-9-CM-3。

使用疾病诊断相关分组（DRGs）开展医院绩效评价的地区，应当使用临床版ICD-10和临床版ICD-9-CM-3。

第七条 医疗机构应当建立病案质量管理与控制工作制度，确保住院病案首页数据质量。

第二章 填写规范

第八条 入院时间是指患者实际入病房的接诊时间；出院时间是指患者治疗结束或终止治疗离开病房的时间，其中死亡患者是指其死亡时间；记录时间应当精确到分钟。

第九条 诊断名称一般由病因、部位、临床表现、病理诊断等要素构成。

出院诊断包括主要诊断和其他诊断（并发症和合并症）。

第十条 主要诊断一般是患者住院的理由，原则上应选择本次住院对患者健康危害最大、消耗医疗资源最多、住院时间最长的疾病诊断。

第十一条 主要诊断选择的一般原则

（一）病因诊断能包括疾病的临床表现，则选择病因诊断作为主要诊断。

（二）以手术治疗为住院目的的，则选择与手术治疗相一致的疾病作为主要诊断。

（三）以疑似诊断入院，出院时仍未确诊，则选择临床高度怀疑、倾向性最大的疾病诊断作为主要诊断。

（四）因某种症状、体征或检查结果异常入院，出院时诊断仍不明确，则以该症状、体征或异常的检查结果作为主要诊断。

（五）疾病在发生发展过程中出现不同危害程度的临床表现，且本次住院以某种临床表现为诊治目的，则选择该临床表现作为主要诊断。

疾病的临终状态原则上不能作为主要诊断。

（六）本次住院仅针对某种疾病的并发症进行治疗时，则该并发症作为主要诊断。

第十二条 住院过程中出现比入院诊断更为严重的并发症或疾病时，按以下原则选择主要诊断：

（一）手术导致的并发症，选择原发病作为主要诊断。

（二）非手术治疗或出现与手术无直接相关性的疾病，按第十条选择主要诊断。

第十三条 肿瘤类疾病按以下原则选择主要诊断：

（一）本次住院针对肿瘤进行手术治疗或进行确诊的，选择肿瘤为主要诊断。

（二）本次住院针对继发肿瘤进行手术治疗或进行确诊的，即使原发肿瘤依然存在，选择继发肿瘤为主要诊断。

（三）本次住院仅对恶性肿瘤进行放疗或化疗时，选择恶性肿瘤放疗或化疗为主要诊断。

（四）本次住院针对肿瘤并发症或肿瘤以外的疾病进行治疗的，选择并发症或该疾病为主要诊断。

第十四条 产科的主要诊断应当选择产科的主要并发症或合并症。没有并发症或合并症的，主要诊断应当由妊娠、分娩情况构成，包括宫内妊娠周数、胎数（G）、产次（P）、胎方位、胎儿和分娩情况等。

第十五条 多部位损伤，以对健康危害最大的损伤或主要治疗的损伤作为主要诊断。

第十六条 多部位灼伤，以灼伤程度最严重部位的诊断为主要诊断。在同等程度灼伤时，以面积最大部位的诊断为主要诊断。

第十七条 以治疗中毒为主要目的的，选择中毒为主要诊断，临床表现为其他诊断。

第十八条 其他诊断是指除主要诊断以外的疾病、症状、体征、病史及其他特殊情况，包括并发症和合并症。

并发症是指一种疾病在发展过程中引起的另一种疾病，后者即为前者的并发症。

合并症是指一种疾病在发展过程中出现的另外一种或几种疾病，后发生的疾病不是前一种疾病引起的。合并症可以是入院时已存在，也可以是入院后新发生或新发现的。

第十九条 填写其他诊断时，先填写主要疾病并发症，后填写合并症；先填写病情较重的疾病，后填写病情较轻的疾病；先填写已治疗的疾病，后填写未治疗的疾病。

第二十条 下列情况应当写入其他诊断：

入院前及住院期间与主要疾病相关的并发症；现病史中涉及的疾病和临床表现；住院期间新发生或新发现的疾病和异常所见；对本次住院诊治及预后有影响的既往疾病。

第二十一条 由于各种原因导致原诊疗计划未执行、且无其他治疗出院的，原则上选择拟诊疗的疾病为主要诊断，并将影响原诊疗计划执行的原因（疾病或其他情况等）写入其他诊断。

第二十二条 手术及操作名称一般由部位、术式、入路、疾病性质等要素构成。

多个术式时，主要手术首先选择与主要诊断相对应的手术。一般是技术难度最大、过程最复杂、风险最高的手术，应当填写在首页手术操作名称栏中第一行。

既有手术又有操作时，按手术优先原则，依手术、操作时间顺序逐行填写。

仅有操作时，首先填写与主要诊断相对应的、主要的治疗性操作（特别是有创的治疗性操作），后依时间顺序逐行填写其他操作。

第三章 填报人员要求

第二十三条 临床医师、编码员及各类信息采集录入人员，在填写病案首页时应当按照规定的格式和内容及时、完整和准确填报。

第二十四条 临床医师应当按照本规范要求填写诊断及手术操作等诊疗信息，并对填写内容负责。

第二十五条 编码员应当按照本规范要求准确编写疾病分类与手术操作代码。临床医师已作出明确诊断，但书写格式不符合疾病分类规则的，编码员可按分类规则实施编码。

第二十六条 医疗机构应当做好住院病案首页费用归类，确保每笔费用类别清晰、准确。

第二十七条 信息管理人员应当按照数据传输接口标准及时上传数据，确保住院病案首页数据完整、准确。

# 住院病历管理制度

一、根据《中华人民共和国侵权责任法》、《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范》、《医疗机构病历管理规定》，为加强我院住院病历管理，保证病历资料客观、真实、完整，保证住院病历的质量，特制定本制度。

二、各级医师在科主任和医疗组长的指导下实施对患者的诊疗活动，并严格按照卫生部《病历书写基本规范》(卫医政发[2010]11号)及《山东省病历书写基本规范(2010年版)》据实、认真完成病历的书写。

三、科室应在收到住院患者的化验报告单（检验报告）、医学影像检查结果报告单等检查结果后24小时内归入住院病历。

四、患者住院期间其住院病历由所在科室负责集中、统一保管。各科室住院病历资料存放于护士办公室，配备加锁病历车，由办公桌护士负责加锁保管。住院病历出入护士办公室必须与办公桌护士履行交接手续。夜班及节假日值班期间，住院病历原则上不得带出护士站。患者住院期间进行相应检查、会诊或转科时，住院病历资料一律由主管医师提供，不得交由患者本人或他人携带，否则一切责任由主管医师及科主任承担。

五、住院病历质量由科主任负责。科主任每周至少对本科所有住院患者病历进行一次审阅，保证病历内涵质量。

六、住院病历的整理与回收。患者出院后主管医师要根据要求完成住院病历的整理工作；在住院病历交病案室之前质检员和科主任要认真检查病历，完善住院病历的各项内容并签名确认，严禁代签字。

患者出院3个工作日内住院病历必须交病案室归档。患者出院二周后无特殊原因住院病历仍未交病案室者，按病历遗失处理。

七、科室每月对病历质量进行评价，将病历质量作为本科室医师考核内容。住院病历交病案室之前，质控医师和科主任要完成对住院病历质量的审核并签字，记录发现问题并定期进行病历质量分析。

八、病历由病案室负责保存与管理。住院病历归档后任何人不得随意更改。严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

归档病历只能在病案室查阅，原则上不得外借。除科室主任、医疗组长、主管医师及对患者实施诊疗活动的值班医师和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住院病历。实习医师、临床研究生及进修医师无权借阅病历。

九、医务科和病案室应为医院医务人员、管理人员、患者及其代理人、有关司法机关及医疗保险机构人员提供病历服务。

（一）公安、司法机关因办理案件，需要查阅、复印或者复制病历资料的，应由执行公务人员持公安、司法机关出具采集证据的法定证明及有效身份证明到病案室登记办理。

（二）因正当理由可提出复印或者复制病历资料的人员和机构包括：患者本人或其代理人、死亡患者近亲属或其代理人、保险机构。

（三）申请复印或复制病历资料的人员和机构，应当按照下列要求提供有关证明材料：

1.申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明；

2.申请人为患者代理人的，应当提供患者及其代理人的有效身份证明、申请人与患者代理关系的法定证明材料（授权委托书）；

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

4.申请人为死亡患者近亲属代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者近亲属及其代理人的有效身份证明，死亡患者与其近亲属关系的法定证明材料，申请人与死亡患者近亲属代理关系的法定证明材料（授权委托书）；

5.申请人为保险机构的，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，患者本人或者其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，死亡患者近亲属或其代理人同意的法定证明材料。

以上人员和机构应提供完整的证明材料，到病案室登记办理。

十、可复印或者复制的病历资料包括：门（急）诊病历和住院病历中的住院志（即入院记录和再次入院记录）、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录。

十一、医院可在医务人员按规定时限完成病历后予以提供复印或复制病历资料。病历资料在申请人在场的情况下在病案室完成复印或复制，由病案室负责核对无误后加盖“即墨市中医医院病历复印专用章”。

十二、发生医疗事故争议时，由医务科在患者或者其代理人在场的情况下封存病历，封存的病历可以是复印件。封存的病历由医务科保管。

十三、奖惩措施

（一）对住院病历丢失或丢失住院病历部分内容的，严肃追究相关科室的责任，每发生一次对责任科室罚款1500元。

（二）患者出院二周后住院病历仍未交病案室者，每缺一份住院病历对科室罚款200元。

（三）住院病历交病案室之后，病案室对住院病历进行检查并按照“住院病历质量评价标准”进行评分。对检查中发现存在缺陷的病案，科主任必须在通报后48小时内进行整改；对发现的乙级病历，每份对科室罚款500元；对发现的丙级病历，每份对科室罚款1000元。对通报后超过一周仍未完成整改的，按照上述标准继续进行处罚。

（四）患者住院期间的病历由医务科定期进行抽查，按照“住院病历质量评价标准”进行评分。对检查中发现的缺陷直接向科室进行反馈，由科主任负责进行整改，整改措施及整改结果报医务科；对乙级病历、丙级病历的处罚同第13款第2条。所有的考核结果作为科室与科主任年终考核的参考之一。

（五）对优秀的住院病历进行展评并给予书写者适当的奖励。

# 住院病历质量评价标准

根据《青岛市住院病历质量评价标准（2015年草稿）》，制订我院“住院病历质量评价标准”，具体内容及分值见《住院病历质量评分表》。

一、住院病历质量评分标准使用说明

（一）本标准适用于医院的终末病历和运行病历质量评价。

（二）首先用单项否决法进行筛选，对存在单项否决所列缺陷的病历不再进行病历质量评分。经筛选合格病历按照评分标准进行质量评分。

（三）终末病历评价总分100分，甲级病历90分以上，乙级病历90分及以下、75分以上，丙级病历75分及以下。

（四）运行病历总分90分，评价后换算成100分再评病历等级，等级标准同终末病历。

（五）每一书写项目内扣分采取累加的计分办法，扣分最多不超过本项目的标准分值（单项否决扣分不计入内）。

（六）对病历中严重不符合规范，而本表未能涉及的，可说明理由直接扣分。

二、乙级病历项目：

1. 无入院记录、或入院记录未在患者入院后24小时内完成，或非执业医师书写入院记录。

2. 入院记录无病史确认者签字（患者或代理人）。

3. 首次病程记录未在8小时内完成（以病房安排床位时间计算）。

4. 入院48小时内无上级医师首次查房记录。

5. 疑难或危重病例1周内无科主任或主（副主）任医师查房记录。

6. 无死亡病例讨论记录

7. 拒绝重要检查无相关记录

8. 拒绝重要治疗无相关记录

9. 三级以上手术无术前讨论记录(急症手术除外）

10. 术者未参加术前讨论

11.无手术安全核查记录

12.无手术记录或在术后24小时内未完成

13.无出院记录

14. 死亡病人无死亡记录

15. 放弃抢救无患者或委托人签署意见并签名的医疗文书

16.医疗记录与护理记录不一致

三、丙级病历4项。

1. 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

2.无手术同意书或无签名

3.无麻醉同意书或无签名

4. 手术、麻醉、输血、有创操作、临床路径等无患者签名的知情同意书。

# 病案室病案管理制度

病案室负责回收、保存与管理医院全部出院病历；受理复印或者复制病历资料的申请；按规定复印有关病历资料；负责对发生医疗争议病历的封存和保管。

一、回收制度：

1．患者出院48小时内（死亡病历7日内）回收至病案室。

2．严格执行院内病案交接制度，病房工作人员与病案室工作人员交接查收后，在“病历交接登记本”上签名。病案室应一周内向临床科室查询未归病案的下落。

3．病案室每月统计出院病案归档情况，向医务科反馈。

4．病案回收情况纳入科室考核内容。

二、借阅制度：

1．除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者的病案（病历）。

2．再入院患者需参阅以前的住院病案时，由本院医师携带再入院病案首页及本人签字盖章的借条到病案室办理借阅手续，三日内归还。

3．因科研需借阅病案时，科主任到病案室填写借阅登记并签字，医师带科主任签字借条方可借阅。大批量借阅者分批提供，阅览一律在病案室内，严禁带出。

4．下列情况可提供病案，但须凭科主任签字借条，病案室提供病历复印件，并在三日内送还。

（1）医疗事故、纠纷病案讨论。

（2）示教、尸解病案。

（3）教学、会诊病案讨论。

5．出院病案资料为临床医、教、研工作服务，非本院临床人员不得借阅。

6．借阅者不得修改病案任何内容，不得毁损、转借、拆散和丢失，不得擅自转抄、复制病案，按期归还。不得泄露患者隐私。

7．病案室应建立病案借阅登记，定期对病案借阅情况进行汇总。及时追回未归档病案。

三、质量控制制度：病案科人员有控制病历质量的责任，在工作中发现病历缺陷，应向病历质量检查人员或主管医师及时提出。病案科质量检查人员负责检查出院病历的终末质量。如发现有缺陷者，及时通知相关医师到病案科检查病案。每月将检查结果汇总报医务科。

四、病案（病历）封存、启封制度

1．当患方要求封存病历时，科室主管医师或值班医师迅速与科主任、护士长、医务科（晚间及节假日与院总值班）联系。

2．医务科（晚间及节假日院总值班）、科室主管医师或值班医师与患者或近亲属共同在场的情况下，进行封存。

3．封存时院方先复印一份病历，患方需要时按病案复印制度执行。

4．封存的病历可以是病历原件，也可以是复印件。医务科（晚间及节假日院总值班）工作人员在封存件正面写清病历号、患者姓名、科室、封存日期，在封口处盖章或按手印，主管医师、患者或近亲属在封口处签字或做标记。

5．封存的病历由医务科保管，晚间及节假日由院总值班保管，次日或节假日后移交医务科。任何人不得私自拆封。

6．当患方要求启封封存病历时，先到医务部提交书面启封申请（须有申请人签字或手印），医务部负责人同意签字后，携申请与临床主管医师一起启封病案（病历）。医务科保留书面申请书。

六、保管制度：

（一）患者出院一周内的病历，先按住院号排列次序，认真核对患者姓名、住院号，确保无误后加皮、上架、入库、归档。

（二）借阅抽调病案时，要做到一册一借条，取出病案放入借条。病案归档时要认真核对患者姓名、住院号，确保病案皮、病案和病案借条三者准确无误后归档，销毁借条。

（三）定期对病案进行清查，仔细核对，发现问题并及时解决。

(四)入库病案概不外借，借阅者在阅读区内阅读，爱护病案，不得拆散、涂改、撕毁和私自带出病案库房。

（五）保持病案整洁有序，做好防火、防潮、防丢失工作。严守病案资料保密制度。

# 出院病案复印制度

为加强病案资料的管理，方便患者获取病案资料，根据《医疗机构病历管理规定》，结合我院情况，特制定本制度。

一、住院一周以上的患者如需要病案资料，其申请人须持以下证明材料到病案室办理。

（一）申请人为患者本人的，应同时提供：患者住院费用结算单据，患者本人居民身份证原件；患者为未成年人者，父母须持本人居民身份证原件和户口簿。

（二）申请人为患者代理人的（包括商业保险、律师等），应同时提供：患者住院费用结算单据；患者本人及其代理人的居民身份证原件；委托书（包括委托内容、患者本人及代理人签名、印章或手印、日期等）。

（三）申请人为死亡患者近亲属的，应同时提供：患者住院费用结算单据；患者死亡证明、户口簿及其近亲属的居民身份证原件。

近亲属包括配偶、父母、成年子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。

（四）申请人为死亡患者近亲属代理人的，应同时提供：患者住院费用结算单据；患者死亡证明、死亡患者近亲属及其代理人的居民身份证原件；死亡患者近亲属委托代理人的委托书。

（五）公安、司法机关办理案件时，须同时有两位执行公务人员办理，并提供：公安、司法机关的单位介绍信和立案证明；两位执行公务人员的工作证。

（六）已封存病案，须在医疗鉴定部门或法院受理并同意拆封后提供查阅、复印。

二、病案室须按照国家和上级部门的规定提供复印相关的病案资料内容，包括：门（急）诊病历和住院病历中的入院记录、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录。

三、复印或者复制的病历资料经申请人核对无误后，统计与病案管理科工作人员加盖病案复印专用章，并按规定收取工本费。

四、出院不到一周或未出院患者需复印病历资料者，按照《运行病历复印管理规定落实》。

五、我院为患者提供病案复印方式为：

1、病人或代办人持身份证到病案复印室进行登记，复印员告知复印时间。

2、复印病历：复印员病历复印，标明复印张数及金额，并在病历原件进行附近标记。

3、交款：经办人在病案复印室交款，复印员开具收据。

六、病案室负责对患者病案资料复印工作。审核申请人证明资料，为符合申请条件的申请人提供复印，详细登记、留存申请人的申请材料，定期汇总、分析，不断改进服务质量。

# 运行病历复印管理规定

为了加强运行病历管理，保证运行病历资料客观、真实、完整，维护医患双方的权益，根据《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》和《医疗机构病历管理规定》等法规，制定本规定。

一、医院应受理下列人员和机构复印运行病历资料的申请：

1、患者本人或其代理人。

2、死者近亲属或其代理人。

3、保险机构。

4、公安、司法机关等行政部门。

二、受理复印运行病历资料申请时，申请人填写运行病历复印申请单，并按如下要求提供有关证明材料：

1、申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明。

2、申请人为患者代理人的，应当提供患者及其代理人的有效身份证明、申请人与患者代理关系的法定证明材料。

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

4、申请人为死亡患者近亲属代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者近亲属及其代理的有效身份证明，死亡患者与近亲属关系的法定证明材料，申请人与死亡患者近亲属代理关系的法定证明材料。

5、申请人为保险机构的，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，患者本人或其代理人同意的法定证明材料；患者死亡，应当提供保险合同复印件，承办人员的有效身份证明，死亡患者近亲属或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

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

7、以上证明材料由科室及医务科进行审核，并留存申请人或申请机构相关证明材料的复印件。

三、运行病历复印的内容：（复印已运行病例的客观部分，主观部分不能复印）

患者本人或其代理人，死亡患者近亲属或其代理人，保险机构等申请复印病历，只能复印病历的客观部分，包括门（急）诊病历和住院病历中的住院志（即入院记录）、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录等。主观部分不能复印，包括死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊意见、病程记录等。

四、运行病历复印的具体程序：

1、申请人提出申请并填写运行病历复印申请表（一式三份）

2、患者或委托代理人或机构提出申请并填写运行病历复印申请表。

3、科室审核申请人身份证明材料，科主任签署意见

4、医务科核实并加盖医务科专用章

5、科室医师与申请人共同到病案室复印处进行登记备案

6、病案复印员在申请人在场的情况下进行病历复印，并按规定收费

7、病案室在复印病历上加盖病案室专用章

# 关于病案补充病理报告单的管理规定

随着各科室住院病人周转率的加快，部分病人出院时病理报告因技术原因不能及时送达病区，因此这部分病人存有不完善，根据卫生部病案管理相关规定，经医院医疗质量管理委员会研究制定本规定如下：

一、各科室病区接到迟到的病理报告单由办公桌妥善保管并报告科室质检员和科主任审查核对无误后，指定专人对该报告单进行登记在专用登记本上，登记需写明病人姓名、性别、年龄、住院号、病理号。

二、科室主任指定本科室本院医护人员持登记本和病理报告单送交医院病案管理科。病案管理科应对所交病理单在专用登记本重新登记并由双方在各自登记本上交叉签字完成交接。

三、由病案管理科工作人员将所接病理报告单按其所登记住院号查找病历并进一步核实病人姓名、性别、年龄、住院号、病理号无误后将报告单贴入检验单粘贴栏并按相关规定妥善保存。非病案管理科工作人员不得以任何理由进入库房重地。

四、病案复印时病案管理科工作人员应核实病理报告单完善后或对病人说明情况后方可对外复印。

五、病历原件在使用时如有病理报告单缺失，以登记本双签字为准分清责任。

六、住院期间正常时间到达的病理单仍由病区负责并进入质量考核。

# 医师出具医学证明文件的规定

据我国法律规定，证据的特征有：合法性、客观性、关联性。医学诊断证明作为证据一种，也必须同时具备“三性”时才能作为认定案件事实的根据。因此医师要以科学、严谨、实事求是的态度，认真开具。

一、医师资质：

（一）有处方权的本院医师有出具诊断证明、病假条、死亡证明等医学证明文件的权利。各科医师只能开具本专业疾病的诊断证明等，不得出具与自己执业范围无关或执业类别不相符的医学证明文件。严禁在无诊断依据或未亲自诊治病人时为开具相关证明书。

（二）需开具涉及司法办案、病退、评残、保险索赔、计划生育等疾病诊断证明时，须持有关部门介绍信，由高级职称医师出具。

二、门诊病人医学证明的开具：

（一）医师为门诊病人开具疾病诊断证明书，必须有本院相应的检查报告，诊断明确、依据充分，并在门诊病历中做相应的记录。

（二）病假条的开具：

1.急诊患者的病假证明一般不得超过3天，门诊病假一般不得超过7天。病假时间3天之内的，接诊医师签字即可；病假时间3天以上7天以内者，须接诊医师和一名主治职称以上医师双签字。门、急诊患者在2个月内因同一病情反复请病假超过15天以上者，由接诊医师所在科室科主任在假条签字确认。

2.对于半年内因手术或其他内科疾病住院的患者，每次开具病假时间可延长至15天。但患者每次就诊须携带出院小结或诊断证明等材料。此类病假条接诊医师和主治医师双签字即可。

（三）医师为病人开具的病假条，由门诊部工作人员认真审核，严格把关，并加盖门诊部印章后方能生效。

三、住院病人医学诊断证明的开具：

（一）出院记录（或盖有医院“病历复印专用章”的复印件）可直接作为住院病人诊断证明，应严格按照山东省《病历书写基本规范》的要求，由本院执业医师书写出院记录，一式两份，经上级医师（主治或以上职称）审核后签名，一份存入住院病历，一份交病人或其亲属。

（二）如需为住院病人出具其他相关病情证明的，统一出具《即墨市中医医院诊断证明书》。

1.《即墨市中医医院诊断证明书》作为重要的医疗文件，使用统一格式，一般由主管医师填写、科主任审核并签名。

2. 《即墨市中医医院诊断证明书》只证明住院病人的疾病诊断和相关医疗建议，不得出现休学、因病退休、免夜班等非临床医学治疗内容，不应提及与医疗不相关的其他处理意见。

3.《即墨市中医医院诊断证明书》中“建议”的书写要求：

（1）如建议休息，休息时间应从出院日期开始计算至下次复诊时间，原则上最长时间不超过一个月，其后可根据门诊复诊情况决定是否需要继续休息，另行出具证明。

（2）如建议陪护，应根据住院病历中的医嘱单，在“建议”一栏内注明是否需陪护及陪护的起止时间，但不可判定陪护人数。

（3）如建议继续住院治疗，不得涉及需继续住院的天数。

（4）如建议行二次手术治疗，应注明建议行二次手术时段及手术名称，但不得涉及手术所需费用。

4.医务科工作人员严格审核证明相关材料，并进行详细登记，核实无误后盖章生效。如核查中发现不符合规定的诊断证明，可以拒绝盖章，并收回诊断证明。

四、管理：门、急诊医师开具病假条必须本人签字，严禁模仿他人签名。假条必须字迹清晰、可辨。门诊部每发现一例违规病假条，扣当事科室当月考核分3分。对于出具假病历、假诊断证明、假检查单等假证明造成较坏影响者，根据《即墨市中医医院关于职业道德建设和行业纠风的奖惩规定》第三款第四条“给予责任人下岗培训6个月，并扣发6个月绩效工资，2年内不晋升专业技术职称；情节恶劣后果严重者，报卫生行政部门给予开除留用或开除处分。”

# 手术室管理制度

一、手术人员管理制度

（一）除参加手术的医务人员外，其他人员一律不准进入手术室。凡在手术室工作人员，必须严格遵守无菌原则。保持室内肃静和整洁。

（二）患呼吸道感染，面部、颈部、手部有创口或炎症者，不可进入手术室，更不能参加手术。

（三）进入手术间人员一律关闭移动通讯设备。非特殊情况，不传呼寻找手术进行中的医务人员。

（四）每手术间总人数控制在10人以内，参观人数不超过3人。

二、手术室更衣制度

（一）手术人员（包括进修、参观、实习人员）进入手术室必须服从手术室安排，严格按照分区更换清洁拖鞋。更换合适型号的洗手衣裤，戴口罩、帽子进入手术室。

（二）参加手术人员凭胸卡向门卫领取清洁拖鞋、洗手衣裤及衣橱钥匙。

（四）手术人员禁止穿病房隔离衣进入更衣室。

（五）出入手术室的工作人员要严格自律，手术人员外出要穿外出衣，更换外出鞋或穿鞋套，离开手术楼要换外出鞋。

（六）手术完毕，应及时更衣换鞋，手术衣裤放入指定回收袋，将口罩、帽子放入指定垃圾袋，保持更衣室清洁整齐。并归还衣橱钥匙。

（七）手术结束后不能穿着手术衣裤在病房工作，避免交叉感染。

三、参观手术制度

（一）凡本院医师、研究生、进修医师、实习医师必须凭手术通知单或手术参观牌进入手术室。外来参观者须凭医务科批准，经手术室护士长同意后进入手术室。

（二）见习生参观手术须按照教学大纲由带教老师事先与医务科、科教科联系，经手术室护士长同意，在带教老师带领下参观手术，每手术间见习生不超过2人。

（三）参观人员必须遵守手术室各项规章制度，更换手术衣裤，戴口罩、帽子，着装整齐。

（四）参观者接受护士管理，经巡回护士允许后方可进入手术间参观。每手术间参观人数严禁超过3人。

（五）参观者必须在指定的手术间参观，保持安静，关闭手机。不得随意走动，不能妨碍手术室各项工作。

（六）参观人员进出手术间不能携带任何物品。严格遵守无菌原则，与手术无菌区域保持30cm以上距离。

（七）参观后及时更衣换鞋，将口罩、帽子放入指定垃圾袋，保持更衣室清洁整齐。交回手术衣裤，放入指定回收袋。

（八）参观者要未经许可，不得随意拍照。

（九）急症手术、夜班、节假日一律谢绝参观。

四、手术通知制度

（一）手术科室在手术前一日16点前将手术通知单通过计算机提交手术室，手术审批单由科主任签字后送手术室。手术特需物品及特殊要求应注明。必要时与手术室进行电话沟通。

（二）手术通知单须逐项填写完整，双侧器官、组织、肢体等部位手术须在手术通知单上注明左右侧。每台手术参观者最多不能超过2人。

（三）特殊感染患者如肝炎、艾滋病、气性坏疽、性病在手术通知单上注明。

（四）若手术通知单项目填写不全、不按规定提交通知单、无手术审批单等，手术室有权不予安排手术。

（五）手术时间排定后，不得随意增减手术及改变手术时间，因故必须更改应预先和手术室护士长联系。

（六）急诊手术必须由值班医生预先电话通知手术室做好术前准备，同时通过手术麻醉系统填写手术通知单、手术审批单送手术室。审批单由主刀医生签字并注明急诊手术。未经手术室同意，医生不可擅自将病人推入手术室。

五、术中输血规定

（一）凡估计术中需输血者，主管医师于术前一日备血。输血申请单手术时随病人病历带入手术室。

（二）术中需输血时，由麻醉医师开出取血单，由护士派人去取，取血人每次只许取1名患者所需血液。

（三）输血前应仔细查对病人、姓名、床号、住院号、血型、手术名称、献血者姓名、血液编号、血型及交叉配血结果等3遍（取血人在血库查对1遍，麻醉师与巡回护士查对1遍，输血者查对1遍）。核对者、输血者在输血单上签名，并将输血记录单保存在住院病历中。

（四）输血起始、完毕时间及输血量，由麻醉医师记录在麻醉记录单上。

六、术中辅助检查制度

（一）凡术中须进行有关辅助检查如拍片、超声检查、内窥镜检查等，均应于手术前1日由主管医师与有关科室联系，并提前告知巡回护士做好充分准备。

（二）术中进行辅助检查时，巡回护士应协助做好联系并及时通知门卫准备相应物品。辅助人员进入手术室前，按规定更衣换鞋。

（三）手术医生、巡回护士协助辅助检查人员进行有关操作，一切操作应遵循无菌操作原

（四）术中急诊检查时，由台下巡回护士联系相关科室进行紧急会诊。

七、病理标本管理规定

（一）手术医生负责留取各种标本，洗手护士、巡回护士核对后放入相应标本容器。

（二）术中切取的一切组织、抽吸的液体等，洗手护士必须向手术医师确认是否留存，不得擅自丢弃或擅自处理。

（三）术中若需送快速冰冻，主管医师应于术前填好病理申请单，并与病理科预先联系。

（四）快速冰冻标本由巡回护士在标本容器外注明患者各项信息，填写标本送检登记本，由护工将病理申请单及标本送病理科。

（五）术中冰冻切片病理检查报告结果均须以正式文字报告为准，不得以电话或口头报告。

（六）标本离体30分钟内，手术医师剖开标本，手术室护士使用10%甲醛溶液固定，标本由手术医师向患者家属展示。

（七）术后标本由手术医师填写病理申请单，手术护士将标本放于病理标本存放处并在标本送检登记本上登记、签名。

（八）护工人员将标本送病理科，病理科人员查对验收后双方签名。

（九）无病理申请单的标本、病理申请单填写不全、无签名医师者，通知相应科室，科主任责成相关医师补充更正，5天内不改者，按无保留价值标本处理。

八、手术室的药品、器材、敷料管理规定（请参照医院近期下发的医疗设备、材料使用管理制度）

（一）手术室无菌物品、药品、器械、卫生材料由专人管理，定室、定点放置。手术器械、仪器、设备应经常检查，以保证手术正常进行。手术室器械一般不得外借，如外借时，须经手术室护士长同意。

（二）手术室应常备各种急诊手术包及抢救器材。

（三）根据手术需要量预定无菌敷料、手术材料，保证手术及时供应，减少库存，避免出现过期现象。

（四）入库的无菌物品要先除去外包装，检查内包装是否合格，确认灭菌指示标识，无菌有效期后进入储存室。

（五）高压灭菌的无菌敷料、器械存放于无菌敷料室。一次性卫生材料存放于无菌物品室，无菌物品存放要排列整齐有序，标签名称、灭菌时间清晰。

（六）无菌物品存放应距离地面20cm～25cm，距离墙面5cm，距离房顶50cm以上。无菌储存室温度控制在25℃以下，保持室内清洁、干燥。

（七）麻醉药与剧毒药应有明显标志，专人加锁保管，根据医嘱并经过仔细查对方可使用。

九、手术室感染控制制度（请参照卫生部相关规定）

（一）手术室各区域之间分区明确，有明显标志。严格划分限制区（无菌区）、半限制区（清洁区）、非限制区（污染区），区间有明显标志，

（二）进入手术室的工作人员，必须更换手术衣裤、鞋、戴好口罩、帽子。不能携带私人物品进入手术室。外出时更换手术室外出衣、外出鞋。严格限制非手术人员进入手术室。手术患者进入手术室前，必须更换清洁的病员衣裤。

（三）手术室使用净化空调系统，每日手术开台前30分钟开启净化空调系统。温度控制在22~25℃，湿度控制在40%~60%左右。手术过程中减少手术间开门的次数，及时关闭手术室内各区域之间的大门，保证手术室内的洁净环境。

（四）严格执行各项消毒隔离、清洁、灭菌制度，保持手术间环境清洁整齐。手术器械、敷料、一次性材料均需达到灭菌要求，按无菌物品流程送入手术室无菌间，保存条件符合要求。

（五）手术室工作区域每24小时清洁消毒一次。手术开始前、连台手术之间、当天手术全部完毕后，按要求进行手术间物体表面、地面进行清洁消毒处理。感染手术的手术间按照感染控制要求清洁消毒处理。

（六）与临床科室共同实施患者手术部位感染的预防措施。

1．术前皮肤准备完善，择期手术患者皮肤无感染性损伤。

2．有效控制血糖。

3．合理使用抗菌药物，术前抗生素在手术开始前30分钟~2小时内使用。

4．预防患者手术过程中发生低体温。

（七）参加手术人员在实施手术过程中，必须遵守无菌技术原则。

（八）严格执行手卫生制度，实施标准预防。操作前后，按六步洗手法用皂液和流动水清洗，接触病人血液、体液或为隔离手术病人进行操作时应戴一次性手套或乳胶手套，操作后用皂液和流动水清洗双手。

（九）实施手术过程中加强职业卫生安全防护，感染手术使用防护镜。

（十）手术后器械按照器械回收、清洗、打包、灭菌规范处理。

（十一）严格按照医院废物处理规范进行手术垃圾分类收集，手术结束后按医疗废物流程处理。

（十二）手术室各项监测有专人负责。手术间空气监测、无菌物品监测、外科洗手效果监测、物体表面细菌监测、消毒液细菌监测按医院相关规定执行。

（十三）及时发现感染隐患，特异性感染患者手术及时上报医务处、医院感染管理科。

（十四）每周六对手术室进行彻底卫生清扫。

十、接送手术患者规定

（一）择期手术

1．上午首台手术患者应在早8：00之前被接入手术室。

2．连台手术患者在前一台手术结束之前接入手术室。

（二）急症手术

急诊手术由手术室做好术前准备后，接患者进入手术室。危重患者必须有手术医生陪同。医生不可擅自将病人推入手术室。

（三）接患者时随带病历、X光片等，并详细核对病人姓名、性别、年龄、住院号、床号、诊断、手术部位及药敏试验、术前用药，患者应穿医院衣服进入手术室。巡回护士应核对患者身份信息、术前准备等情况，如患者身份信息不明确、术前准备不完善不能接入手术间。

十一、手术开始时间规定

（一）上午第一台手术在9点之前开始切皮。

（二）接台手术在上一台手术结束后的30分钟之后开始。

# 手术医师能力评价与再授权制度及程序

实施手术权限化管理，是确保手术安全的有效措施，是手术分级管理的最终目的。依据《医疗技术临床应用管理制度》的规定，对手术医师资格分级授权实施动态化管理。

一、手术医师能力评价

(一)手术医师能力评价时间为每年度复评一次。

(二)评价标准：

1、按照《即墨市中医医院手术资质授权考评表》的考评项目，对本级别手术能力评价合格，可授予同级别手术权限。

2、预申请高一级别权限的医师，除达到本级别手术能力评价合格外，尚同时具备以下条件：

(1)符合受聘卫生技术资格，对资格准入手术，术者必须是以获得相应专项手术准入资格者；

(2)在参与高一级别手术中，根据手术级别需要作为一助，完成该级别手术≥10例，在上级医师指导下主刀完成该级别手术≥5例。

(3)承担本级别手术时间满两年度；

(4)承担本级别手术期间无医疗过错或事故主要责任(以我院医疗质量与安全管理委员会讨论结果为准)。

(5)对申请高一级别手术权限的医师，按照第(2)条规定完成高一级别手术，但该级别手术种类未达到该专业《手术分级目录》中的80%，可申请部分高一级别手术权限，但申请表及考评表、审批表中要列明申请的手术名称。

3.当出现下列情况之一者，取消或降低手术操作权限：

(1)达不到操作许可必须条件的；

(2)对操作者实际完成质量评估后，经证明年内发生严重手术并发症2例以上者；

(3)发生医源性非计划再手术造成医疗纠纷者；虽未造成医疗纠纷，但年内发生3例以上非计划再手术者；

(3)在手术过程中明显或屡次违反操作规程的；

(4)在本级别手术能力评价不合格;

二、工作程序

(一)再授权：每年进行手术再授权，工作程序参照《即墨市中医医院手术分级与手术医师权限管理制度》。

(二)符合申请高一级手术权限的医师：参照《即墨市中医医院手术分级与手术医师权限管理制度。申请部分高一级别手术权限，申请表及考评表、审批表中要列明申请的手术名称。

(三)手术医师能力评价与再授权结果院内公示。

(四)医务科备案。

三、监督管理

(一)医务科履行手术医师能力评价与再授权工作的管理、监督职责；

(二)对违反本规定的相关人员，由医务科调查后，根据相关规章制度追究其责任。

# 高风险技术操作的资格授权及再授权制度

一、本制度规定的具有高风险性项目如下：经皮动脉置管术、各种途径的中央静脉置管术、肺动脉置管术、经静脉临时起搏器安置术、心律转复／除颤术、气管内插管术、胸腔闭式引流术、纤维支气管镜检查术、三腔管气囊止血术、心包穿刺术、经皮气管切开置管术；诊断性腹腔灌洗术。机械通气。持续动静脉血滤和透析、人工体外膜肺、人工心室辅助、主动脉内球囊反搏、人工肝与血浆置换等血液净化技术等。

二、医务科、护理部建立相应的资格许可授权程序与机制。

1.医务科、护理部与相关专业人员组成考评组织。

2.提供需要资格许可授权的诊治操作项目的操作常规与考评标准，并实施培训与教育。

3.结合操作者的理论水平和实际操作技能，对其熟练掌握程度进行认定。

4.所有资格评价资料都应当是可信任的，是书面的、详细的，并能随时可查。

三、高风险技术操作的资格许可实行动态管理、每两年进行资格再授权：

1.科主任组织科室质量小组成员，根据上述规定，科室医师资格进行审核、讨论，确定医师高风险技术操作内容；

2.医务科组织相关专家小组，对其进行理论及技能考核评估，提交医院医疗质量与安全管理委员会讨论通过；

3.结果院内公示后医务科备案

4.当出现下列情况，则应当取消或降低其进行操作的权力。

（1）达不到操作许可授权所必需资格认定的标准者。

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

（3）在操作过程中明显或屡次违反操作规程者。

四、监督管理

1.医务科履行高风险技术操作的资格许可评价与再授权的管理、监督职责；

2.对违反本规定的相关人员，由医务科调查后，依相关规章制度追究其责任。

# 围手术期管理制度

一、术前准备

择期手术的所有术前准备工作应在术前12—72小时内完成。

（一）手术分级及审批：

各手术科室应根据我院《手术分级与手术医师权限管理制度》，安排相应级别医师手术。

（二）术前医师准备工作：

1．主管医师应熟悉并评估患者病情，完善术前必需检查，完成相关医疗文书书写（术前小结、术前讨论记录、手术风险评估表等）。

2．术者术前必须亲自查看患者，参加术前讨论。

3．患者病情较重、手术难度较大（三、四级手术）、需审批的重大手术及其他科室认为需讨论的手术，均应进行术前讨论。术前讨论按照医院《术前讨论制度》执行。急症手术如时间不允许进行术前讨论，由当天值班、听班最高级别医师确定手术方案。

4．术前了解患者及家属社会、心理状况；应请上级医师或科主任查房，共同商讨患者病情，进行体格检查；应积极完成术前各项常规检查及某些特殊检查，尽可能在术前得出正确诊断。

5．术者或第一助手应亲自与患者及家属术前谈话，介绍拟行手术的风险和预期的治疗效果，可能发生的并发症及替代治疗方案等，取得患方同意，并与患方共同完成手术同意书签字。需做术中快速冰冻、拟输血、使用人体植入物者等，均应详细告知并签署相应的知情同意书。

6．麻醉医师应于手术前一日亲自访视患者，了解患者病情及术前准备状况，再决定麻醉方式，如发现手术准备不充分有权暂停手术并在病历中写出麻醉评估意见。麻醉医师应向患者及家属介绍麻醉方法、麻醉风险、注意事项等，在保证患者及家属能正确理解的前提下，完成签署《麻醉知情同意书》。术前一天麻醉医生无法完成访视可由其他麻醉医生完成，但手术当日必须亲自访视患者。

7．预计需要输血的患者按照医院《临床用血管理规定》执行，做好血型鉴定和交叉配血试验，必要时并备一定数量的红细胞、血浆或全血等。采取措施纠正患者全身情况欠佳状况，以提高患者的手术耐受力。对术中拟用药品有需要做过敏试验的，术前均应按要求做好过敏试验。

8. 择期手术，手术通知单需于手术前1天上午16时之前发送至手术室；急症手术需提前电话通知手术室，随后送手术通知单，并标明“急”字。择期手术按照急症手术通知手术室，手术室护士长有权拒绝安排并上报医务科。医务科对相应科室暂停一周的第一台手术安排，并予以相应的惩罚。特殊感染患者递交手术通知单时应特别注明，以便手术室采取相应的防范措施。

9．重大手术、疑难手术、新开展的手术、请外院医师会诊的手术等须按医院《重大手术报告审批制度》的规定，填写《重大手术报告审批表》，携病历一起，报医务部审批备案。

10．完成备皮及某些专科的手术区局部准备之要求；手术部位标示按照医院《手术部位术前标示制度》，由手术者进行标示。

11．手术预约按医院《手术预约制度》执行。

12．其他术前准备工作。

（三）术前护理准备工作：

1．护理人员应全面了解患者的生理、心理等情况，向患者作入院宣教，并对患者进行健康教育。

2．遵医嘱做好术前准备工作，包括皮肤及胃肠道准备、合血及交叉配血、药物过敏试验、手术前和手术当日的准备等。

3．患者入手术间前，不得将患者衣物、石膏、牵引器等污染物带入手术间。

4．固定好腕带等信息标示。

5．手术患者交接：按医院《手术患者交接制度》执行。

二、术中医疗、护理工作要求

（一）当日参加手术团队成员（手术医师、麻醉医师、洗手与巡回护士、其他相关人员）应按时进入手术室，首台手术的手术医师应在医院规定的常规上班时间后30分钟内进入手术间。

（二）严格执行《手术安全核查制度》。

（三）手术过程中术者对患者全面负责，助手须按照术者要求协助手术。手术中若需变更原手术方案或临时决定使用高值耗材等情况时，须再次征得患者或家属同意并签字后实施。术中若遇到疑难或意外情况术者无法解决时，须及时请示上级医师，必要时进行术中会诊，并向医务科报告。

（四）手术过程中麻醉医师应当始终监护患者，不得擅自离开患者。对出现的异常生命参数及时分析处理，并通知术者，保证手术顺利进行。如手术麻醉效果不好，不能达到手术要求时，麻醉医师应向其上级医师报告，由上级麻醉医师及时处理。术中更改麻醉方式必须与手术医师、患者家属协商。

（五）由手术医师自行实施的局麻手术，术者应掌握所用局麻药的药理特性、使用剂量、浓度及可能出现的不良反应，并注意患者反应，发现问题及时处理。

（六）术中如需输血时，执行《术中输血制度》。

（七）所有手术切除的组织脏器标本必须做病理检查，标本送检执行《病理送检组织标本制度》，需做快速冰冻者执行《术中快速冰冻送检规定》。

（八）手术物品清点，执行《手术物品清点制度》。

（九）巡回护士术前应准备好所有物品，应充分考虑手术需要及意外情况，术中不得随意离开手术间。

（十）术后需核查术中植入的假体材料、器材标示上的信息及有效期等，条形码应贴在“人体植入物粘贴单”上。

（十一）及时书写术中相关病历资料（如麻醉记录、手术清点记录等），并归入病历。

（十二）凡参与手术的人员，要严肃认真地执行各项医疗技术操作常规，注意执行保护性医疗制度，术中不谈论与手术无关的事情。

三、术后医疗、护理工作

（一）手术结束后，由麻醉医师依照患者情况决定是否送患者到麻醉复苏室。麻醉复苏室值班医师与主管医师共同决定患者是否转送普通病房或ICU。

（二）转送ICU的患者，手术医师与麻醉医师向ICU值班医护人员交班，由手术医师下达术后临时医嘱。患者住ICU期间日常诊疗工作由手术医师协助ICU医护人员完成。

（三）手术医师应在术后及时下达术后医嘱，并向科内值班医护人员交班。对患者术后需要特殊观察的项目及处置（各种引流管和填塞物的处理）要有明确的书面交待（手术记录或病程记录）。

（四）主管医护人员应根据诊断、施行的手术制定缜密的术后诊疗计划，包括监测方法、镇痛、抗菌药物应用等。

（五）术后应加强护理，护士应详细了解患者病情，根据手术情况按常规监测生命体征、刀口和各种引流情况，并详细记录；协助患者翻身、鼓励患者排痰；指导和协助患者做好相关护理（如肢体活动预防下肢静脉血栓形成等），进行术后康复教育。

（六）术者应当在术后注意观察患者，据患者情况确定查看患者的次数和时间，确保患者安全，术者对术后患者的诊疗全面负责。

（七）值班医师要主动巡视手术患者，对于危重或出现并发症的患者及时联系手术医师、请示上级医师或请有关科室会诊协助处理。

（八）麻醉医师应在术后48小时内至少随访患者一次。按时完成麻醉术后访视记录等。

（九）手术医师应严格按照《山东省病历书写基本规范》要求书写手术记录、术后首次病程记录、术后连续3天病程记录，其中至少有1次术者查房记录。

（十）注意手术并发症的预防，如出血、低体温、感染、切口裂开、下肢静脉血栓形成、肺栓塞等。加强术后感染预防和处理。

（十一）术后主管医护人员应向家属交待病情及注意事项（包括术后禁食、禁水时间等）。

四、围手术期抗菌药物应用严格按照《围手术期预防用抗菌药物管理实施细则》执行。

五、科室质量与安全管理小组、医务科、护理部等按照各自职责对本制度落实情况进行监管，定期将监管情况进行总结、分析、反馈，检查结果纳入科室绩效管理和个人考核。

# 手术风险评估制度

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

一、手术患者都应进行手术风险评估。

二、手术医师安排手术前要进行手术风险评估，填写《手术风险评估表》上的各项内容并在医师签字处签字，评估为低风险手术预约手术。麻醉医师核实麻醉分级、手术类别的评估并签字；手术护士核实手术持续时间并签字。

三、手术风险评估结果为高风险的患者，应及时向医疗诊疗组组长、科（副）主任报告请示，请医疗诊疗组组长、科（副）主任或科主任授权的高级职称医师再次评估，必要时可组织院内会诊、病例讨论后再进行评估。及时与患方沟通，做好知情同意工作。

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

五、手术风险评估内容如下：

（一）手术切口清洁程度

手术风险分级标准将手术切口按照清洁程度分为四类：

Ⅰ类手术切口（清洁手术）

Ⅱ类手术切口（相对清洁切口）

Ⅲ类手术切口（清洁-污染手术）

Ⅳ类手术切口（污染手术）

（二）麻醉分级（ASA分级）

参照美国麻醉医师协会(ASA)病情分级标准：I-Ⅵ级：

P1：正常的患者；

P2：患者有轻微的临床症状；

P3：患者有明显的系统临床症状；

P4：患者有轻微的明显系统临床症状，且危及生命；

P5：病情危重，生命难以维持的濒死病人；

P6：脑死亡的患者。

（三）手术持续时间

手术风险分级标准根据手术的持续时间将患者分为两组：即为“手术在2小时内完成组”；“手术超过2小时完成组”属急诊手术在“□”打“√”。

（四）手术类别由麻醉医师在相应“□”打“√”。

（五）随访：切口愈合与感染情况在患者出院后24h内由主管医生填写。

六、监督管理

（一）科室质量与安全管理小组、医务科按照各自的职责分工分别对本制度的落实情况进行监督管理。对不按规定完成《手术风险评估表》中术前评估内容者，麻醉医师不得进行麻醉。麻醉手术科每月对手术科室执行情况进行汇总，报医务科。

（二）医务科定期对本制度落实情况进行检查，及时汇总、分析、反馈、整改，检查情况纳入科室绩效管理管理，并作为手术、麻醉医师权限动态管理的重要依据。

# 手术部位标识制度

一、医务人员在医疗活动中要严格执行《术前讨论制度》、《围手术期管理办法》。

二、手术医生在术前要确定手术切口位置、手术方式及手术目的，并告知患方，签署《手术知情同意书》。

三、手术患者在离开病区到手术室前，由手术医生在即将手术的患者身体切口位置用不掉色的油彩笔以“O”字进行标识，主动邀请患者或家属共同确认及核对手术部位，并与病房责任护士共同核对确认。若患者神志不清或无行为能力者，应在直系亲属或受委托人在场时行手术切口标识。涉及有双侧、多重结构（手指、脚趾、病灶部位）、多平面部位（脊柱）的手术时，对手术侧及部位均应做“O”号标记。

四、下列部位手术需进行手术部位识别标示：1．左右脑手术 2．左右耳手术 3．左右眼手术4．左右侧颈部手术 5．左右侧乳房手术 6．左右侧胸腔手术 7．左右上肢手术 8．左右下肢手术 9．左右侧肾脏手术 10．左右侧腹股沟手术 11．脊柱手术 12．周围血管手术。以上手术部位，不论是否有伤口、纱布、石膏、牵引等，均需进行手术部位标示。

患者手术部位标记方法：

（1）体表有皮肤切口的——在相应手术切口部位用记号笔做“O”号标记。

（2）腹腔镜手术——在切口位置用记号笔画“O”。

（3）眼科——在患侧眼部覆盖纱布。并在术侧额部标记“↓”

（4）骨科——开放性骨折，在包扎或固定物上画“O”标识。

（5）会阴部经自然腔道或窦道手术——在耻骨联合上方用“↓”标示。非经皮手术患者，医师在患者手术部位的相应体表部位做标识。

（6）手术患者或家属拒绝做手术部位标识，或标识部位在解剖学角度来说是不可能或不可行时，手术医生要填写《手术部位确认记录单》确认方式进行替代。

五、手术室工作人员到病区接患者时必须与病房护士、手术医生共同查看手术部位是否有标识，若无标识，不能接患者，由手术医师标识或填写《手术部位确认记录单》之后交接患者，并上报医务科。

六、麻醉师、手术医师、手术护士在手术患者进行麻醉、手术前严格遵守《手术安全核查制度》若无标识或标识与手术部位不一致，麻醉医师拒绝为患者进行麻醉，直至手术医师为手术患者标识相应手术部位后方可为患者进行麻醉。

七、术后患者离开手术室前再次核查实际手术方式是否与手术患者及部位相符。切实做到手术麻醉实施前、手术开始前、患者离开手术室前在《手术安全核查表》上签字。

八、要求各手术科室人员必须严格执行手术部位标识制度与流程，责任到人，每一环节未按要求标识或核查标识者，对当事人给予经济处罚200元，发现并杜绝者给予奖励200元；因手术部位标识不清引起的延误手术等后果，由患者所在科室及相关责任人承担。

九、医务科、护理部监督检查落实情况。

# 急诊手术管理制度

为加强急症手术的管理，确保急症手术及时顺利开展，制定本制度。

一、急症手术是指病情紧急、危重，经医师评估后需尽快手术治疗的手术。

三、急症手术权限。病房急症手术由科主任或医疗主诊组组长确定，来自急诊的急症患者由当天值、听班最高级别医师确定，并遵照《手术分级与手术医师权限管理规定》执行，特殊情况下可越级手术。

四、确定手术后，立即电话通知麻醉手术科，并提交急诊手术申请，做好手术准备。特殊情况下（如需立即实施手术），麻醉手术科可先接收患者，尽可能缩短抢救时间，挽救患者生命。

五、尽快完成必要的术前检查、配血及其他术前准备，紧急完成术前评估及必要的术前讨论，感染性检验项目可在术前抽血备查。

六、确定急症手术后，手术医师、麻醉医师向患者和/或家属说明病情、手术/麻醉必要性、手术/麻醉风险、替代治疗等情况，征得患者和/或家属同意并签署手术/麻醉同意书等知情同意书。如患者因特殊原因（如昏迷）又无家属在身边，应上报医务科或医院行政值班，按有关规定执行。

七、麻醉手术室急症手术安排

（一）麻醉手术室每天保留1个手术间为急症手术专用，择期手术不得占用，保障急症手术绿色通道畅通。

（二）接到急救通知，初步了解患者人数、病情，根据具体情况确定是否需要启动应急预案，做好人员、设备、药品、血制品的准备。如遇有大批量急救患者抢救任务，须立即报告麻醉手术室科主任及护士长，启动应急预案，并上报医务科、护理部或医院行政值班。

（三）由现场职称最高的麻醉医师和手术医师确定具体抢救方案、药品应用，同时向患者家属告知麻醉风险、手术风险和抢救情况。若无家属或患者已无民事行为能力者，需上报医务部或医院行政值班备案。麻醉手术科遵照《抢救工作制度及流程》组织抢救，人员明确分工、密切配合、保证抢救及时、有效。

（四）同时有两台或以上急症手术时，对于危及生命的特急手术，手术室立即以最短的时间安排接台，原则上占用本科室择期手术房间，特殊情况由麻醉手术科主任和护士长全权负责调配安排。对不服从麻醉手术科安排，拒不让出手术台者，造成后果者由该手术科室主任和手术医师承担。

八、输血科、检验科等相关科室，应积极配合完成相关工作。

九、医务科等相关部门负责对急症手术进行协调，并对本制度落实情况进行监管。对违反本规定者，全院通报，纳入科室绩效管理和个人考核。对不服从协调者，1次扣科室绩效管理2分，由此导致的不良后果由科室负责人和当事人承担；违反本制度的其他情形，扣科室绩效管理0.5分。

# 择期手术管理规定

随着医院的手术病人不断增加，原有的手术日安排规定已不能满足工作需求，为更好地利用手术室设施条件资源，充分发挥现有人力物力的作用，现对择期手术安排事宜重新规定如下，望各有关科室认真遵照执行。

一、科主任全面负责科室手术安排和协调，手术申请单必须经科主任确认，主任外出由副主任或科室负责人代签。

二、择期手术通知单必须于术前一天、周一手术于术前两天（上周六）上午8点至10:00点前提交手术申请单。未按时预约的手术，原则上不作安排。特殊感染、特殊病情、特殊要求或需特殊器械的手术，需在手术申请单备注栏内详细注明。

急症、必须更换的手术可随时发送，但必须电话通知麻醉手术室护士长及麻醉科主任。已发送但需停止的手术也应电话通知麻醉手术室护士长及麻醉科主任。更换、暂停手术需注明原因。

择期手术不得以急症手术的形式进行预约。

三、各手术科室的手术日及手术间应相对固定，原则上各科室按固定手术日安排手术。如需在非固定手术日进行手术时，手术科室需与麻醉手术室协商，由手术室择时择台安排手术。抢救手术时，主管医师须及时与麻醉手术室值班医护人员联系，麻醉手术室优先安排手术。

四、医院规定的节假日和休息日原则上不安排择期手术，外请专家手术，须经医务科批准，并有书面申请单，否则不安排专家进入手术室，因此造成的后果，由手术科室负责。

五、为保证每日手术顺利进行，手术医师、麻醉师、手术护士必须于上班30分钟内开始术前三方核查，1小时内开始手术。如有延时手术或特殊情况由手术室负责统一协调、妥善安排，必要时上报医务科协调解决。

六、各临床科室质量与安全管理小组、医务科负责对本制度落实情况进行监管。麻醉手术室每月汇总手术预约情况，报医务科。对非急症手术按急症手术预约，或无故更换手术者，1次扣科室绩效管理1分，麻醉手术室有权拒绝安排手术，由此引起的不良后果由术者负责；对违反本规定的其他情形，每人次扣科室绩效管理0.5分。

# 连台手术工作管理规定

一、连台手术制度是对择期手术进行管理的制度。连台手术序次安排应符合医院感染管理规范，兼顾手术类型、手术难度、手术病人入院时间及个体情况。

二、科主任全面负责科室手术协调，安排手术台次及手术序次，主任外出由副主任或科室负责人负责协调。

三、手术室将每日全部择期手术按一定编排原则进行排序并按序连台，并通过手麻系统反馈手术科室。

四、手术科室医护人员须共同做好接台手术患者及家属的沟通告知工作。

五、手术室及手术科室应缩短接台手术之间的准备时间，确保连台手术有序高效开展。手术室和手术科室应合理安排医、护、工人员工作，实行弹性工作制度，以满足临床手术需求。

六、如遇急诊手术，在无空手术台时，原则上安排至所属科室的手术台等待，所属科室的接台择期手术顺延。若手术病人病情危急，应安排至最早结束的手术台。因急症手术导致连台手术推延，手术室应及时通知手术科室，并做好病人及家属的告知工作。

医务科、护理部负责对连台手术工作进督查监管对违反本规定者，每人次扣科室绩效管理0.5分。

# 非计划再次手术管理制度

一、非计划再次手术是指在同一次住院期间，因各种原因导致患者需进行计划外再次手术，包括医源性因素，即手术或特殊诊治操作造成严重并发症必须再次施行手术；以及非医源性因素，即由于患者病情发展或出现严重术后并发症而需要再次进行手术。

二、非计划再次手术由科主任或科副主任组织全科讨论，必要时进行全院会诊，讨论的内容包括病情评估、手术风险评估、手术方案、术后处置预案，记录内容暂放在疑难病例讨论本中。

三、实施非计划再次手术的科室必须主动书面（填写非计划再次手术上报表）上报医务科。择期手术术前24小时上报医务科，由科室主任或科副主任签字确认；急诊手术术前电话报告医务科或医院总值班，术后24小时内以书面形式上报医务科。

四、实施非计划再次手术的科室应在严格执行《围手术期管理制度》和《手术分级管理制度》基础上，尽量做到非计划再次手术由上一级职称医师主刀，第一次主刀医师协助手术。

五、手术科室应及时做好患者及家属的沟通工作，避免因沟通不及时或不充分而出现的纠纷。

六、医务科对非计划再次手术通过《非计划再次手术上报表》进行监测，每季度进行质量点评，针对出现的问题发布医疗风险预警，提醒临床科室，保证医疗安全。

七、对因科室、病区工作人员过错和差错造成“非计划再次手术”的，责令科室限期整改；并将整改报告上交医务科。

八、对非计划再次手术瞒报的科室，扣除当月医疗质量核心制度考核分，由此产生的相关费用（如欠费、补偿费等）由科室及当事医师承担。并在院内通报。

九、“非计划再次手术”指标将作为对手术医师资格评价、再授权的重要依据，对屡次发生医源性“非计划再次手术”者，将医师手术资质授权作降级处理。由科室手术资质评价小组讨论，讨论结果上报医务科，最后由医院医疗技术管理委员会讨论决定予降级处理。降级处理时限6个月至1年。

十、非计划再次手术监测流程

（一）患者同一次住院再次手术，主管医师需在再次手术 12 小时内上报。

（二）由医务科调查确定再次手术是否为非计划再次手术。病情危急，则术前2小时或术后2小时上报医务科或医院总值班。由手术科室住院医师填写《非计划再次手术上报表》上报，科室护士长进行监管。

（三）由医务科填写《非计划再次手术登记表》。

（四）由医务科组织全科会诊必要时全院会诊，根据会诊结果选择再次手术方式。

（五）科室至少每季度开展一次“非计划再次手术”的讨论分析，讨论结果上报医务科。

（六）医务科保存《非计划再次手术上报表》。并组织全院每半年开展一次“非计划再次手术”的讨论分析，查找原因，总结经验、吸取教训，提出整改措施。

# 重大手术报告审批制度

一、为降低手术风险，保证医疗质量，我院对重大手术实行报告审批制度。

二、重大手术指对患者生命或重要器官有直接威胁或损伤危险且可能预后不良的手术，以及术者或患者情况特殊的手术。我院重大手术包括：

（一）该手术的实施对医院、科室的医疗技术水平在国内或省内产生一定的影响力，如新技术应用的开始、罕见病例、重要器官切除等。

（二）我院《手术分级与手术医师权限管理规定》中规定的四级手术中难度特别大、过程尤其复杂的手术。

（三）可能预后不良或危险性很大、可能发生死亡或重要器官功能丧失的手术。

（四）患者系外籍或港澳台人士的手术。

（五）患者系特殊保健对象等，如高级干部、著名专家、学者、知名人士及民主党派负责人。

（六）各种原因可能导致毁容或永久性伤残的手术。

（七）可能引起医疗纠纷的手术或存在医疗纠纷的再次手术。

（八）其他特殊情况。

三、报告审批程序及要求

（一）重大手术必须由科（副）主任或科主任授权的高级职称医师或医疗责任组组长主持术前讨论，特殊情况下可请院内外专家、医务科主任、院领导参加。讨论内容包括患者情况、术前准备情况、手术指征、手术方案、麻醉方式、可能出现的意外及防范措施、术后注意事项等，并确定手术时间、术者及助手。术者必须参加讨论，本院经治医师记录讨论内容，书写术前讨论记录和《重大手术报告审批表》。

（二）《重大手术审批报告表》必须由科主任审阅签字后，经治医师于术前1天（急危患者于术前）报医务科主任审批。

（三）医务科主任审阅《重大手术报告审批表》和病历（包括入院记录、病程记录、术前小结、术前讨论记录、手术同意书等），对患者病情、诊断、手术方案、科室意见等做全面了解后，方可签署意见并签字。

（四）医务科主任审批后，经治医师在医务科登记备案。《重大手术报告审批表》放入病历，科室方可预约手术。

四、手术科室质量与安全管理小组、麻醉手术科、医务科据各自职责对本制度落实情况进行监管。对未进行手术报告审批的重大手术，麻醉手术科应进行劝告，并通知医务科。医务科定期总结、反馈，对违反本规定者，全院通报批评，扣科室绩效管理2分，并与科主任考核挂钩。

# 术前讨论制度

一、术前讨论是指患者病情较重、手术难度较大（三、四级手术）、属需审批的重大手术、科室认为需讨论的其他手术，术前在科（副）主任或科主任授权的高级职称医师主持下，组织有关人员（包括医师、护士、麻醉医师、营养师、临床药师、医技人员等）对拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施所作的讨论。

二、讨论内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、麻醉方式、可能出现的意外及防范措施、术后注意事项，并确定手术时间、手术医师及助手。

三、经治医师汇报病情，参加人员讨论发言，主持人归纳总结。

四、术前讨论记录

讨论时由经治医师负责记录，讨论完毕整理、书写成术前讨论记录，归入病历。术前讨论记录内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施、参加讨论者的姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、讨论日期、记录者的签名等。要详细记录每一位医师的发言意见，主持人审阅修改后签名。

术前讨论记录的内容格式符合《病历书写基本规范》的要求。

五、术前讨论一般在术前1～3天内完成（急症手术应随时进行）。参加手术的医师必须参加术前讨论。如手术关系到其他学科，必须请相关科室医师一起讨论。对重大手术、新开展的手术，讨论后报医务科批准、备案。

六、科室质量与安全管理小组、医务科等对本制度的落实情况进行监管，监管情况全院通报，纳入科室和个人考核，对应进行讨论的病例不进行讨论者，1例扣科室绩效管理1分；不按规定进行讨论、记录者，1例扣科室绩效管理0.5分，由此引发的不良后果由科室及责任人承担。

# 手术抗菌药物应用管理制度

根据卫生部《关于开展抗菌药物临床应用专项整治活动的通知》、《抗菌药物临床应用指导原则》以及各级相关要求，结合我院工作实际，制订以下手术预防用抗菌药物管理制度，自文件下发之日起外科手术预防性使用抗菌药物合理性将严格纳入质控考评，各科室须严格遵照执行。

一、预防用药目的

预防手术后切口感染，以及清洁-污染、污染或者严重污染-感染手术后手术部位感染及术后可能发生的全身性感染。

二、手术预防用药的基本原则

根据手术野是否有污染或污染可能，决定是否预防用抗菌药物：

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，通常不需预防用抗菌药物，仅在下列情况时考虑预防用药：（1）手术范围大、时间长、污染机会增加；（2）手术涉及重要脏器，一旦发生感染将造成严重后果者，如头颅手术、心脏手术、眼内手术等；（3）异物植入手术，如人工心瓣膜植入、永久性心脏起搏器放置、人工关节置换等；（4）高龄或免疫缺陷者等高危人群。

2、上、下呼吸道；上、下消化道；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抗菌药物。

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。此类手术需预防用抗菌药物。

4、严重污染-感染：手术前已形成感染者，如腹腔脏器穿孔腹膜炎、脓肿切除术、气性坏疽截肢术等，属抗菌药物治疗性应用，不属预防应用范畴。

三、预防用药的选择及给药方法

（一）用药选择

1、选择抗生素时要根据手术种类的常见病原菌、切口类别和病人有无易感因素等综合考虑。原则上应选择相对广谱、效果肯定、杀菌剂而非抑菌剂、安全及价格相对低廉的抗菌药物。头孢菌素是最符合上述条件的。心血管、头颈、胸腹壁、四肢软组织手术和骨科手术，主要感染病原菌是葡萄球菌，一般首选第一代头孢菌素如头孢唑啉、头孢拉定。进入腹腔、盆腔空腔脏器的手术，主要感染病原菌是革兰阴性杆菌，则多使用第二代头孢菌素如头孢呋辛，复杂、易引起感染的大手术可用第三代头孢菌素如头孢曲松、头孢噻肟。下消化道手术、涉及阴道的妇产科手术及经口咽部粘膜的头颈部手术多有厌氧菌污染，须同时合用抗厌氧菌药物。一般是在第二、三代头孢菌素基础上加用针对厌氧菌的甲硝唑。肝、胆系统手术，可选用能在肝、胆组织和胆汁中形成较高浓度的头孢曲松、头孢哌酮或头孢哌酮/舒巴坦，或哌拉西林。

2、病人对青霉素过敏不宜使用头孢菌素时，针对葡萄球菌、链球菌可用克林霉素，针对革兰阴性杆菌可用氨曲南，大多二者联合应用。氨基糖苷类抗生素具有耳、肾毒性，不是理想的预防药物。但因其价廉易得，在我国耐药情况不严重的基层医院，在密切监控防止不良反应的情况下，仍有一定的实用价值。万古霉素一般不作预防用药，除非有特殊适应证，例如已证明有MRSA(耐甲氧西林金黄色葡萄球菌)所致的SSI（手术切口感染）流行时。喹诺酮类在国内滥用造成恶果，革兰阴性杆菌耐药率高，一般不宜用作预防，除非药物敏感试验证明有效。

3、下消化道手术除术中预防用药外。术前一日要分次口、服不被吸收或少被吸收的肠道抗菌药物(如新霉素、庆大霉素、红霉素)，并用口服泻剂或灌肠清洁肠道。不主张术前连用数日。

（二）给药方法

1、给药的时机极为关键，应在切开皮肤(黏膜)前30min-2h内开始给药，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。不应在病房应召给药，而应在手术室给药。

2、应静脉给药，30min内滴完，不宜放在大瓶液体内慢慢滴入，否则达不到有效浓度。

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。常用的头孢菌素血清半衰期为1-2h，因此，如手术延长到3h以上，或失血量超过1500m1，应补充一个剂量，必要时还可用第三次。如果选用半衰期长达7-8h的头孢曲松，则无须追加剂量。

4、一般应短程使用，择期手术结束后不必再用。若病人有明显感染高危因素，或应用人工植入物，或术前已发生细菌污染(如开放性创伤)时，可再用一次或数次到24h，特殊情况可以延长到48h。连续用药多日甚至用到拆线是没有必要的，并不能进一步降低切口感染的发生率。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。

# 麻醉医师资格分级授权管理制度

为提高医疗质量，保证医疗安全，规范麻醉行为，根据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗技术临床应用管理办法》等法律法规、部门规章，结合医院实际情况，特制定本制度。

一、管理组织

（一）医院医疗质量与安全管理委员会：负责医院麻醉医师权限的准入及动态管理，对落实情况进行监督导和评定。

（二）医务科具体负责麻醉医师权限的准入及动态管理的日常工作，定期向医院医疗质量与安全管理委员会提交工作报告。

二、麻醉医师分级

1.低年资住院医师：在上级医师指导下，可主持ASA分级1-2级病人麻醉和一级麻醉。

2.高年资住院医师：在熟练掌握一级麻醉的基础上，在上级医师临场指导下可逐步开展主持ASA分级2-3级病人麻醉和二级麻醉。

3.低年资主治医师：可主持ASA分级2-3级病人麻醉和二级麻醉，在上级医师临场指导下，逐步开展ASA分级3-4级病人麻醉和三级麻醉。轮转疼痛门诊。

4.高年资主治医师：可主持ASA分级3-4级病人麻醉和三级麻醉。轮转疼痛门诊。

5.低年资副主任医师：可主持ASA分级3-4级病人麻醉和三级麻醉，在上级医师临场指导下，逐步开展ASA分级4-5级病人麻醉和四级麻醉。轮转疼痛门诊。

6.高年资副主任医师：可主持ASA分级4-5级病人麻醉和四级麻醉，在上级医师临场指导下或根据实际情况可主持新技术、新项目及科研项目。疼痛门诊疑难病人的诊治。

7.主任医师：可主持ASA分级4-5级病人麻醉和四级麻醉以及一般新技术、新项目或经主管部门批准的高风险科研项目。疼痛门诊疑难病人的诊治。

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

三、麻醉医师资格准入与授权程序

（一）所有麻醉医师均应依法取得执业医师资格，且执业地点注册在我院。

（二）麻醉科质量与安全管理小组负责组织相关专家，依据医师专业技术职称、聘用职务、实际工作能力等进行综合评价，拟定医师麻醉权限，报医务科医院医师权限管理办公室。

（三）医务科组织相关专家进行评价，评价结果报医院医疗质量与安全管理委员会。

（四）医院医疗质量与安全管理委员会讨论、审核医院医师权限管理办公室报告，确定后公示，并备案。

（五）每年根据麻醉医师的工作情况进行评价与再授权。遇有特殊情况随时进行动态管理。

四、麻醉权限的实施与监管

（一）麻醉科、麻醉医师应严格执行医院授予的麻醉权限，在权限范围内安排、开展麻醉，不得越级。

（二）下级医师遇到超出自己判断和处理能力的情况时，必须及时请示上级医师。请示上级医师一般按照就近原则，即首先请示离所在手术间较近的上级医师。

（三）手术中需改变预定麻醉方式时，须请示上级医师。急症手术等需施行越级麻醉时，须经科主任批准。

（四）麻醉手术科质量与安全管理小组、手术医师应对麻醉医师麻醉权限进行监督，发现越级者进行劝止，对不听劝阻者，报医务科。

（五）医务科负责对本制度的落实情况进行监管，监管结果作为医师麻醉权限授权及动态管理的依据，并纳入科室和个人考核。擅自超范围开展麻醉1例，暂停麻醉3个月，扣科室医疗质量分2分，由此而造成医疗事故的，按照医院相关规定处理。

附件1：即墨市中医医院麻醉权限分级目录

附件1：即墨市中医医院麻醉权限分级目录

一级麻醉：低平面蛛网膜下腔脊神经阻滞，腰部硬膜外脊神经阻滞，下胸段硬膜外脊神经阻滞，小儿氯胺酮肌肉或静脉麻醉，小儿基础麻醉，病情较轻的四肢手法复位病人的静脉麻醉，眼科手术的麻醉。

二级麻醉：常用的神经阻滞术，上胸段硬膜外脊神经阻滞，普通颅脑外科手术病人麻醉，心导管检查病人的麻醉，小儿硬膜外麻醉，气管内麻醉。小儿扁桃体、腺样体手术的麻醉。

三级麻醉：胸科病人麻醉，支气管麻醉术。经鼻气管内插管麻醉，困难气管插管，危重及病情复杂（失血性休克、严重肠梗阻）的急诊病人麻醉，心内直视手术的麻醉，心包切除术病人麻醉，病情严重病人的麻醉（心功能不全、冠心病、高血压及肝，肾功能低下，内分泌疾患病人等），严重呼吸道梗阻病人的麻醉，复杂颅脑外科手术的麻醉。小儿气管内异物取出术麻醉，控制性低血压麻醉、，控制性低温手术麻醉。

四级麻醉：复杂心内直视手术的麻醉，严重内分泌疾患病人的麻醉，严重脏器功能低下病人的麻醉。各种复杂手术及病情危重、诊断未明病人的麻醉，新开展手术项目病人的麻醉。

附件2：麻醉医师分级

（一）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、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、从事住院医师岗位工作2年以上者。

已聘住院医师。

（二）主治医师：

1．低年资主治医师：担任主治医师3年以内。

2．高年资主治医师：担任主治医师3年及以上。

（三）副主任医师：

1．低年资副主任医师：担任副主任医师3年以内。

2．高年资副主任医师：担任副主任医师3年及以上。

（四）主任医师：受聘主任医师岗位工作者。

# 麻醉医师能力评价与再授权制度及程序

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

一、麻醉医师能力评价：

（一）麻醉医师能力评价时间为每两年度复评一次。

（二）评价标准：

1.对本级别麻醉种类完成 80%者，视为手术能力评价合格，可授予同级别手术权限；

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

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

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

（3）承担本级别麻醉时间满两年度；

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

3.当出现下列情况之一者，取消或降低其麻醉操作权线：

（1）达不到操作许可必需条件的；

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

（3）在操作过程中明显或屡次违反操作规程。

二、工作程序：

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

（二）符合申请高一级别麻醉权限的医师，书写述职报告，填写“麻醉医师资格准入申请表”，交本科室主任；

（三）科主任组织科内专家小组对其技术能力讨论评价后，提交医务科；

（四）医务科组织相关专家小组，对其进行理论及技能评估讨论；

（五）对取消或降低其麻醉操作权限的医师，科主任组织科内专家小组讨论，形成书面意见后，报医务科备案。

三、监督管理

（一）医务科履行麻醉医师能力评价与再授权工作的管理、监督职责；

（二）对违反本规定的相关人员调查处理，并按照医院的相关规定追究其责任。

# 麻醉药品精神药品处方权授权管理制度

一、处方权授权规定

我院实行麻醉药品精神药品处方动态授权。

（一）我院使用麻醉药品和第一类精神药品的医务人员必须是取得执业医师资格，或按规定经麻醉药品和精神药品使用知识的培训、考核，经考核合格，并在医院注册从业的执业医师，才具有麻醉药品和第一类精神药品的处方权（资格）。

（二）有麻醉药品和第一类精神药品处方权的执业医师，停止在医院执业时其麻醉药品和第一类精神药品处方权即被自动取消。

（三）医院应当将具有麻醉药品和第一类精神药品处方资格的执业医师名单及其变更情况报送卫生局、药品监督管理局。

二、处方书写要求

（一）使用麻醉药品和精神药品必须在病历上记载，并与处方记载的内容相一致，每张处方只限于一名患者的用药。使用麻醉药品必须用麻醉药品专用处方（淡红色处方）开具，处方右上脚分别标注“麻”，“精一”，第二类精神药品处方的印刷用纸为白色，处方右上角标注“精二”。

（二）麻醉药品、精神药品处方必须完整、字迹清晰；写明姓名，性别，年龄、身份证编号、地址、诊断，年、月、日等，医师应签全名。签名必须与各药房及医务科签名留样相一致。

（三）医务人员不得为自己和家人开具麻醉药品和精神药品处方。

（四）麻醉处方麻醉药品用量：麻醉药品、第一类精神注射剂处方为一次用量，麻醉药品控（缓）释制剂处方一次不超过七日用量，其他剂型的麻醉药品处方一次不超过三日用量；第二类精神药品处方一次不超过七日用量。

（五）中、晚期癌症病人及中、重度慢性疼痛患者，使用麻醉药品，第一类精神药品注射剂处方不得超过三日用量；控缓释制剂15日常用量，其他剂型处方不得超过七日用量。

（六）对不符合规定的处方，药剂人员有权拒绝发药。

（七）麻醉药品注射剂型仅限于医院内使用或者由医务人员出诊至患者家中使用。各病区、手术室等调配使用麻醉药品、第一类精神药品注射剂时应收回空安瓿，交至发药部门，核对批号和数量，并作记录。剩余的麻醉药品、第一类精神药品应办理退库手续。

（八）为提高晚期癌症病人的生活质量，对癌症病人（有近期诊断证明书或麻醉药品专用卡）镇痛使用吗啡（制剂），可由有麻醉药品处方权的执业医师根据病情和患者耐受情况决定用量。

（九）应积极推行规范化疼痛和慢性非癌痛治疗指导原则，提倡无创给药。盐酸哌替啶注射剂不宜长期用于癌症疼痛和其他慢性疼痛的治疗。

（十）麻醉药品处方至少保存3年。精神药品处方至少保存2年，备查。销毁麻醉药品及精神药品处方需经医院主管领导批准，登记备案后，方可销毁。

# 麻醉术前访视、病情评估和知情告知制度

一、目的

本制度旨在规范麻醉医师麻醉前访视、病情评估及麻醉前签字的内容。确保麻醉医师按统一规定进行麻醉前访视、病情评估及麻醉前签字。

二、工作规范

（一）.对择期手术病人，麻醉医师在麻醉前必须访视病人，评估病情。访视一般在术前一日进行，对一些病情复杂或新开展的手术则宜在术前数日进行会诊，以便完善麻醉前必要的准备并制定合适的麻醉方案。对急症手术也尽可能在麻醉前进行访视病人。手术前一天访视病人后或手术当天患方在麻醉科签署各种麻醉相关的知情同意书。

（二）麻醉医师到病房查阅病历，访视患者，核对患者姓名、年龄、住院号等患者基本信息。

（三）复习病历，着重了解患者的现病史、个人史、既往史、手术麻醉史和治疗用药史。了解患者的心、肺、肝、肾、脑等重要器官功能状况。对各种实验室检查、辅助检查结果进行仔细复习。

（四）对与麻醉实施密切相关的器官和系统进行重点复查。

1．呼吸系统：参阅胸部影像学资料等判断患者是否存在呼吸道异常及肺部病变。

2．心血管系统：对患者目前心功能情况作出评估。

3．脊柱：对拟行椎管内麻醉的患者，应明确脊柱有无病变、畸形、外伤及手术史，穿刺点临近组织有无感染，是否存在出血性疾病或正在接受抗凝治疗。复习脊柱影像学资料等，了解脊柱的活动情况。对有脊椎疾患（如：椎体骨折、椎间盘突出症等）或不明原因的腰、腿痛及正在接受抗凝治疗的患者，原则上禁用椎管内麻醉。

4．气管插管条件评估：术前应对所有患者气管插管条件进行全面的评估，包括张口度、Mallampatti分级、颈部活动度、甲颏距离等，并注意有无小下颌、牙齿松动、义齿、牙齿美容。了解是否存在困难插管史等。

5．体表血管：观察颈外静脉及外周静脉，估计有无穿刺困难。如需行桡动脉置管直接测压者，需做Allen试验。

（五）了解手术情况：访视时需向手术医师了解手术情况，包括体位、手术范围、难易程度，以及是否需要特殊的麻醉技术（如低温、控制性降压等）。

（六）病情评估分级：根据麻醉前访视结果，将病史、体格检查和实验室检查资料，结合手术具体情况进行综合分析，对患者的全身情况及麻醉耐受力做出较全面的评估，确定患者的ASA分级，决定是否还需要作进一步的检查，是否需要请专科医师会诊。

（七）术前谈话和签署麻醉知情同意书。

1．麻醉医师进行术前访视时，应根据病情和手术情况，将麻醉方式和过程告知患者/授权委托人/监护人，告知有可能根据情况的变化改变麻醉方法，告知可能发生的危险、并发症或副作用，并签署麻醉知情同意书。

2.询问否术后镇痛（自费）并回答有关问题，如同意作术后镇痛，病人或家属（或委托人）需在同意书上签字。

3．在实施麻醉或给药前必须取得有效的知情同意书。签署麻醉知情同意书时应获得麻醉医师根据病情需要使用自费药物、是否使用术后镇痛泵的权力。

4．签署麻醉知情同意书应获得在危急意外情况下，麻醉医师可以根据病情实施紧急抢救工作的权力。

（八）麻醉前准备事项的告知及解释

1.向患者告知及解释麻醉前准备和注意事项，包括禁食、禁水时间，治疗药物的服用时间，对活动义齿、佩饰物等处理方法。

2.指导患者配合麻醉，回答有关问题，解除患者的焦虑和恐惧，取得患者的同意和信任。

（九）按规定书写麻醉术前访视记录、手术风险评估表等病历内容。

三、麻醉科、医务科对本制度落实情况进行督查。督查情况纳入科室绩效管理考核和个人年终考核。违反本规定，麻醉医师不进行麻醉前访视1例者，扣科室绩效管理0.5分。

# 麻醉术后访视制度

一、麻醉医师应对术后患者麻醉恢复情况进行访视。

二、访视内容包括：患者一般情况、麻醉恢复情况、清醒时间、术后医嘱、是否拔除气管导管等。

三、麻醉术后访视的时间据患者情况而定，术后24小时内至少随访1次。特殊患者、特殊病例、新开展手术或麻醉方法、高风险择期手术、重大疑难手术的麻醉应随时随访。

四、若出现麻醉相关并发症，应会同患者主管医师共同处理或提出处理意见，并随访至情况好转。

五、若出现麻醉严重并发症，必须在麻醉手术科内进行讨论，分析原因，提出改进措施，并向医务科报告。如出现麻醉意外、差错、事故按医疗安全管理规定执行。

六、按照《山东省病历书写基本规范》书写麻醉术后访视记录，必要时在病程记录上进行记录。

七、麻醉手术科、医务科对本制度落实情况进行督查。督查情况纳入科室绩效管理考核和个人年终考核。违反本规定，麻醉医师不进行术后访视1例者，扣科室绩效管理0.5分。

# 临床医师输血权限、申请分级管理制度

为了进一步加强临床用血的管理，促进科学、安全、合理用血，实施输血医师权限化管理，现根据卫生部《医疗机构临床用血管理办法》的有关要求，结合我院实际情况，特制订本管理制度。

一.临床医师用血权限的准入

1.临床医生获得任职资格后，参加医院组织的临床输血知识培训及考核，考核合格后由医院输血管理委员会授予临床用血处方权限。

2.有用血权限的医师每年至少参加一次临床输血知识培训，未参加培训的予以医院内批评通报，连续两年不参加培训的，暂停其用血权限。

二.临床医师用血分级管理

1.同一患者一天申请备血量<800ml的，由有资质且有输血授权的主治医师提出申请，上级医师核准签发后，方可备血。

2.同一患者一天申请备血量在800ml--1600ml之间的，由有资质且有输血授权的副主任医师提出申请，上级医师核准签发，科主任核准签发后，方可备血。

3.同一患者一天申请备血量达到或超过1600ml的，由有资质且有输血授权的主任医师提出申请，上级医师核准签发，科主任核准签发后，经输血科会诊，报医务科审批，方可备血。

注:以上条款不适用于急救用血，符合紧急用血条件可以不受临床用血申请分级管理权限及逐级审批限制，但需在用血后两个工作日内补齐相关审批手续。

三.临床医师用血评价

用血评价主要包括：合理用血和输血后疗效评价的实施情况。

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.科室输血质量评价：临床科室每月对医师合理用血情况进行评价、总结、分析，并将医师合理用血评价结果用于个人业绩考核与用血权限的认定管理。

3.输血科质量监控：医务科每半年对医师合理用血情况进行评价、总结、分析，内容包括：（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）输血前患者是否签署《临床输血治疗知情同意书》；（4）是否有相关实验室检查，是否有临床输血指征；（5）大量输血是否有审批；（6）是否有患者输血适应症评估，输血过程和输血后疗效评价情况，（7）输血病程是否记录详细，输血后病程中有无效果评定，并将评价结果用于科室质量管理评定和医师用血权限的认定管理。

四.临床医师用血的监管实行动态管理

1.临床医师用血权限的暂停。临床医师被查到半年内不合理用血2次，不合格输血病程记录达4次的，由医院输血管理委员会发出“用血权限暂停通知书”，暂停当事医师的用血权限，输血科将不再受理其输血申请。

2.临床医师用血权限的恢复。当事医生需恢复用血权限时，应向医院输血管理委员会提出书面申请，经临床输血知识培训考核合格后，医院输血管理委员会审核批准，当事医师方可恢复用血权限。

3.临床医师用血权限的考核。输血管理委员会授权医务科及输血科定期对全院临床用血情况进行督导检查，幷予以平价及公示，并直接与医师的用血权限进行挂钩，同时将检查情况纳入科室和医务人员工作考核指标体系。

# 术中输血制度

术中用血由麻醉医师根据病人情况决定是否输血，并在麻醉记录单记录。

一、异体输血：

（一）择期手术备血应于手术前一天完成，避免术中备血。按照我院《临床用血管理制度》执行。

（二）术前未备血的紧急用血，按照《急症用血管理制度》执行，由麻醉科医师开具输血申请，落实输血相关程序。

二、自体输血：自体输血包括贮存式自体输血、稀释性自体输血、回收式自体输血。

（一）贮存式自体输血：按照《贮存式自体输血相关规定》落实。

（二）稀释性自体输血：由手术医师宣传动员及告知，并在手术麻醉申请单备注栏中注明。麻醉手术科根据患者身体状况与科室共同制定采血计划，并由麻醉手术科在麻醉后负责采血。输血科负责提供技术指导。

（三）回收式自体输血：由手术医师术前宣传动员及告知，并在手术麻醉申请单备注栏中注明。麻醉手术科在患者麻醉后实施。严重全身感染、恶性肿瘤患者以及回收血受到污染时原则上应禁忌使用自体回收式输血。应记录回收血总量。

三、输血科、麻醉手术科、医务科室对本制度执行情况按各自职责范围进行监管，定期总结、分析、反馈，检查情况纳入科室绩效管理和个人考核。

# 临床用血管理规定

为规范临床用血，保证输血安全，根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》（卫生部令第85号）和《临床输血技术规范》，结合医院实际情况，特制定本规定。

一、临床医务人员和输血医技人员应严格按《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》进行临床输血及输血管理。

二、输血前准备

（一）遵照临床输血指南，严格掌握临床输血适应症（《手术及创伤输血指南》、《内科输血指南》可在医院办公平台—公共资料—输血科中下载）。根据患者病情和实验室检测指标，对输血指征进行综合评估，制定合理的输血治疗方案，正确应用临床输血技术和血液保护技术，杜绝不必要的输血和浪费。

（二）知情同意：

决定输血治疗前，医师须向患者、近亲属或委托人充分说明使用血液成分的必要性、使用的风险和利弊及可选择的其他办法，取得患者或委托人知情同意后，签署《输血治疗同意书》。因抢救生命垂危的患者等特殊情况需紧急输血，不能取得患者或者其近亲属意见的，经医务科负责人或医院行政值班批准后实施。门诊患者的《输血治疗知情同意书》签双份，一份入病历，一份交输血科存档。

（三）备血前检验：

备血前，必须完成血常规、血型、肝功能、乙肝表面抗原、HCV抗体、HIV抗体、梅毒抗体的检验；急症患者应在输血前需先抽取血液备查。

（四）用血申请：

临床科室按照备血量进行分级申请管理。

1．同一患者一天申请备血量＜800毫升的，由输血授权医师提出申请，上级医师核准签发后，方可备血。

2．同一患者一天申请备血量在≥800毫升且＜1600毫升的，由输血授权医师提出申请，经上级医师审核，科主任核准签发后，方可备血。

3．同一患者一天申请备血量≥1600毫升的，由输血授权医师提出申请，经上级医师审核，科主任核准签发后，经输血科会诊，报医务科批准，方可备血。

4．急救用血时，先电话联系备血，在输血后24小时内补办相关手续。

5．输血申请单：由输血授权医师在医师工作站填写“临床输血申请单”，经上级医师审核后，经医院网络发送到输血科。

（五）其他：

1．择期手术备血应于手术前一天完成，避免术中备血。

2．特殊血型（如Rh阴性）患者需要用血时，须提前与输血科联系。

3.紧急大量用血后，必须于3天内按照以上要求补办手续。

三、标本采集与送检

（一）医护人员根据医嘱打印合血条形码，将条码按要求粘贴在试管上，采血人员持试管到患者床前，采血前须向患者本人或患者家属核对患者信息（至少包括患者姓名、年龄及住院号）与试管条码信息是否一致，核对无误后按要求采集标本；标本采集完毕，再次核对患者信息。

采集时每次只抽取一位患者的标本，不得一次采集多位患者的血液标本。输血申请单上的申请医师对标本的质量负责。

（二）标本和输血申请单由医护人员或专门人员送交输血科，双方对试管信息及相关申请项目进行逐项核对，准确无误后双方在登记本上签字。

四、配血与取血

（一）输血科按照相关操作规程及流程进行血型鉴定，应用能检测出不规则抗体的方法（抗人球蛋白卡式法和聚凝胺法）进行交叉配血，按照要求进行血液成分准备。配血完毕由配备人员打印发血单并签名，并将血液及发血单交于取血人员。

（二）取、发血双方人员必须认真核对：

1．核对发血单，包括患者姓名、性别、科室、住院号、床号、血型、有效期、交叉配血结果、血袋条码、血量及血液成分类别。任何一项不符不得发血。

2．核对血袋及血液外观，凡血袋有下列情况之一的，一律不得发出：

（1）标签破损、字迹不清。

（2）血袋有破损、漏血。

（3）血液中有明显凝块。

（4）血浆呈乳糜状或暗灰色。

（5）血浆中有明显气泡、絮状物或粗大颗粒。

（6）未摇动时血浆层与红细胞的界面不清或交界面上出现溶血。

（7）红细胞层呈紫红色。

（8）过期或其他需查证的情况。

发现血液质量可疑时，不得随意处理，应立即报告上级技师。

3.核对合格后双方共同在发血单签名并注明取血时间。发血规定：

（1）常规输血，红细胞类血制品每次发放不超过2u，血浆每200或400ml，血小板按每一治疗量发放；冷沉淀根据临床申请量一次性发放。

（2）手术用血、急症用血、ICU用血，红细胞类血制品可一次发放4u、血浆600ml以内。

（3）紧急抢救用血根据临床需求可多袋发放（电话通知输血科并申请单上注明）

（三）其他：

1.受血者配血试验的血液标本必须是输血前3天之内的，标本超过3天必须重新抽取标本并进行抗体筛查试验。

2.血液发出后不得退回。

五、输血

（一）取回的血液必须在规定的时限内完成输注，不得自行贮存。

各种血液制品从发血到输血结束的时限为：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 成分 | 开始 | 结束 |
| 红细胞 | 离开冰箱后30分钟以内 | 4小时内 |
| 血小板 | 立即 | 30分钟以内 |
| 血浆 | 30分钟以内 | 40分钟以内 |
| 冷沉淀 | 解冻后快速 | 30分钟以内 |

（二）输血前由两名医护人员核对输血记录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，准确无误后方可输血。

（三）输血时，由两名医护人员到患者床旁核对患者姓名、性别、年龄、住院号、床号、血型等，确认与输血记录单报告相符，再次核对血袋信息并签名后进行输血。

（四）除生理盐水外，输血前和输血过程中，不得向血液内加任何药品。

（五）输血时必须使用合乎国家标准的一次性输血器，严格执行输血的无菌操作程序，冷藏血不可随意加温，若确需加温，只能使用专用加温装置。

（六）严格控制输血的速度，按照先慢后快原则，输血的全过程应随时观察受血者情况，尤其是输血开始的15分钟内，医护人员应留在受血者床边严密观察，以便一旦出现异常症状能及时发现。对婴幼儿、意识不清、全麻、用大量镇静剂等不能表述自我感受的受血者，尤其应注意有无输血不良反应发生。

（七）输血完毕后的血袋应尽快装入医疗垃圾专用之黄色塑料袋送回输血科，输血科值班人员与送还者共同核对血袋数量，并在“血袋回收登记本”上双签名后，将血袋放入2-6℃，保存24小时后，按医疗废物处理并有记录。

（八）若发现输血严重危害（指在输血中或输血后发生的与输血有关的不良反应，包括输血不良反应及经血传播疾病）时，应按照、医院《控制输血严重危害管理办法》执行。

六、输血后效果评价与临床用血医学文书管理

（一）医师在给患者进行输血治疗后，须对其输血效果进行评价。规范书写输血治疗病程记录。输血治疗病程记录完整详细，至少包括输血原因，输注成分、血型和数量，输注过程观察情况，有无输血不良反应、不同输血方式的选择、输血治疗后输注效果的评价等内容。

（二）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。

（三）严格执行《病历书写基本规范》及我院《病历书写制度》，按规定书写和保管临床用血医学文书，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症的评估、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、血型及抗体筛查报告等随病历保存。

七、加强对医务人员临床用血知识的培训，积极推行节约用血新型医疗技术，提高输血治疗效果和安全性。

八、监督管理

（一）医院临床用血管理委员会负责全院临床合理用血管理工作，医务科、输血科共同负责临床用血的日常管理工作。

（二）输血科负责每月对临床科室用血、输血申请单填写、血液标本、输血不良反应报告、输血治疗病程记录、合理用血等情况进行督查、评价，汇总后报医务部，反馈至临床科室。

（三）各临床科室医疗质量管理小组每月对本科的输血管理情况、医师合理用血情况进行评价。

（四）督查情况全院通报，纳入科室和个人考核，评价结果作为个人业绩与用血权限认定的依据。

# 临床用血评价制度

根据《中华人民共和国献血法》、卫生部《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》有关规定，制定即墨市中医医院临床用血评价制度，对患者在临床治疗时是否有必要使用大量的血液和血液成份制品正确应用进行评价，实现科学合理用血，降低输血总量，提高成分输血比例的目标。

一、符合用血的条件

1．急性大量出血病人和手术中用血病人。

2．慢性出血导致血色素下降至 50-60g/L 的病人。

3．血液病、各种血细胞减少及凝血因子缺失病人。

4．严重烧伤病人。

二、成份血的适应病症

1．全血只适用于失血量已超过 1 000 ml～1 200 ml，并同时有进行性出血，濒临休克或已经发生休克的患者。

2．悬浮红细胞：应用于临床各科输血，适宜血容量正常的慢性贫血的输血者和外伤手术等引起的急性失血患者。

3．浓缩红细胞（同悬浮红细胞）。

4．洗涤红细胞：①主要用于输注全血或血浆后发生过敏反应的患者。②自身免疫性溶血性贫血患者。③高血钾症及肝肾功能障碍的患者。④反复输血已产生白细胞或血小板抗体而引起发热的患者等。

5．白（粒）细胞：白(粒)细胞减少症。

6．血小板：①各种原因导致的血小板计数低于 2 万的病人。②血小板数量正常但血小板功能下降者。

7．新鲜冰冻血浆：凝血因子缺乏症或凝血功能障碍者。

8．冷沉淀：主要用于对于Ⅷ因子、XⅢ因子缺乏病，纤维蛋白原缺乏病，血管性血友病（vWD），儿童及成年人轻中型血友病，各种大失血及低容量性休克并发的 DIC 以及白血病，肝衰竭病所致的纤维蛋白缺乏，创伤、烧伤、烫伤、严重感染等患者。

三、输血前评估：

1．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。

2．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。

3．临床输血申请和审批：输血申请单一律由主管医师填写，主治医生以上职称医生签字核准。严格控制<600ml 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，须经输血科医生会诊审核。紧急输血须由科主任或主诊医师签字核准。

4．严格掌握输血适应证：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。

5．医师应将评估内容详细记录在病程记录中。

四、输血后评价：

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，输血前评估和输血后评价表作为科室医疗质控小组的材料妥善保存、备查，不得丢失。

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以供进行“临床科室用血情况考核”。

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。

4．医务科和输血科每个月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。

# 急症用血管理制度

一、因临床急诊抢救（如急诊科、产科、消化科患者突发性出血、手术患者失血过多等）急需输血的情况属急症用血。

二、输血科为临床提供24小时急症用血。

三、紧急情况下，值班医师可电话通知输血科，如已知患者血型应同时告知；同时临床医师填写输血申请单（电子发送或手工填写）、抽取患者血标本、开具处方等，临床医师须在申请单上注明紧急程度，如“非常紧急”，10～15分钟；“紧急”，30分钟等，尽快送交输血科。

四、急症患者在输血前应抽取血液标本，备查输血前相关检验项目，并记录在病历中。

五、“非常紧急”患者需输血科立即发血，输血科来不及完成血型鉴定、抗体筛查及交叉配血试验时，根据临床医师要求，输血科工作人员可以不经血型鉴定和交叉配血，在10～15分钟内发放第一袋Ｏ型浓缩红细胞，需要时可发放AB型血浆，并且在输血记录单上注明未经交叉配血。随后尽快完成血型鉴定、抗体筛查及交叉配血实验。

六、若“紧急”患者需输血时，输血科收到标本后立即优先完成血型鉴定、抗体筛查试验，同时进行交叉配血，保证在30分钟内血液发放。

七、Rh阴性患者输血时应采取以下措施

（一）患者如无抗-D，急诊抢救生命时，可以采取Rh阳性血液（红细胞、血小板）配血相合输注。

1．输血科通知并配合临床医师告知患方在紧急情况下输注的利与弊（书写在输血治疗同意书上的告知内容栏），患方同意后签署“输血治疗同意书”，同时详细记录在病历中。

给患者带来的后果和并发症包括但不限于以下情况：

（1）不会出现溶血性输血反应。

（2）Rh阴性红细胞缺乏，不输Rh阳性红细胞危及生命，此时抢救生命是第一位的，输注Rh阳性红细胞是抢救生命的必要条件。

（3）会给以后用血或女性患者妊娠带来不良后果，可能导致妊娠的流产、早产或新生儿溶血病等不良后果（特别是对没有生育过的女性）。

（4）患者因本身原发病不治而非输血治疗所能挽回时，不能归属于输血治疗。

2．临床科室主任（副主任）或医疗责任组组长、输血科主任同时在知情同意书上签名。

3．报告医务科主任审批后实施。

（二）患者抗-D抗体阳性时，必须输注交叉配血相合的Rh阴性红细胞。

（三）血浆及冷沉淀：可按ABO同型或相容输注，不考虑RhD血型。

八、急症备血患者，输血科接到标本后必须在1小时内完成血型鉴定和抗体筛查试验；遇到疑难血型，不规则抗体阳性等问题，影响供血时要及时通报临床医师，做好记录，及时联系血液中心做好供血工作。

九、遇到无名急症患者用血时，由临床医师提出申请，报医务部或医院行政值班同意后发血，并做好记录。

十、因紧急输血在输血前无法完善的相关病历资料，在抢救结束后６小时内完成。

十一、因急症抢救用血影响择期手术时，输血科应立即向医务部汇报。医务部根据手术安排、血液库存等情况综合判断，决定是否暂停择期手术的开展，并通知临床手术科室和麻醉手术科，手术医师应做好与患者的解释工作。

十二、临床科室质量与安全管理小组、输血科、医务部根据各自的职责范围，负责对本制度的落实情况进行监管，管理情况纳入科室绩效管理考核和个人年度考核。

自体输血技术管理制度

自体输血可以避免血源传播性疾病和免疫抑制，对一时无法获得同型血的患者也是唯一血源。自体输血有三种方法：贮存式自体输血、急性等容血液稀释(ANH)及回收式自体输血。

一、 贮存式自体输血

术前一定时间采集患者自体的血液进行保存，在手术期间输用。

l、只要患者自体一般情况好，血红蛋白>110g／L或红细胞压积33％，行择期手术，患者签字同意都适合贮存式自体输血。

2、按相应的血液储存条件，手术前3天完成采集血液。

3、每次采血不超过500ml(或自体血容量的10％)，两次采血间隔不少于3天。

4、在采血前后可给患者铁剂、维生素C及叶酸(有条件的可应用重组人红细胞生成素)等治疗。

5、血红蛋白<110g／L。的患者及有细菌性感染的患者不能采集自体血。

6、对冠心病、严重主动脉瓣狭窄等心脑血管疾病及重症患者慎用。

二、 急性等容血液稀释(ANH)

ANH一般在麻醉后、手术主要出血步骤开始前，抽取患者一定量自体血在室温下保存备用，同时输入胶体液或等渗晶体液补充血容量，使血液适度稀释，降低红细胞压积，使手术出血时血液的有形成份丢失减少。然后根据术中失血及患者情况将自体血回输给患者。

l、患者体体一般情况好，血红蛋白≥110g／L(红细胞压积≥0．33)，估计术中有大量失血，可以考虑进行ANH。

2、手术需要降低血液粘稠度，改善微循环灌流时，也可采用。

3、血液稀释程度，一般使红细胞压积不低于0．25。

4、术中必须密切监测血压、脉搏、血氧饱和度、红细胞压积和尿量的变化，必要时应监测中心静脉压。

5、下列患者不宜进行血液稀释：血红蛋白<100g／L，低蛋白血症，凝血机能障碍，静脉输液通路不畅及不具备监护条件的。

三、回收式自体输血

血液回收是指用血液回收装置，将患者体腔积血、手术中失血及术后引流血液进行回收、抗凝、滤过、洗涤等处理，然后回输给患者。血液回收必须采用合格的设备，回收处理的血必须达到一定的质量标准。体外循环后的机器余血应尽可能回输给患者。

回收血禁忌症：

1、血液流出血管外超过6小时。

2、怀疑流出的血液被细菌、粪便、羊水或消毒液污染。

3、怀疑流出的血液含有癌细胞。

4、流出的血液严重溶血。

注：

① 自体贮血的采血量应根据患者耐受性及手术需要综合考虑。有些行自体贮血的患者术前可能存在不同程度的贫血，术中应予重视。

②适当的血液稀释后动脉氧含量降低，但充分的氧供不会少。

# 临床科室及医师临床用血公示制度

为了进一步加强医院临床用血的管理，促进更加科学、安全、合理用血，将临床用血情况纳入临床科室和医师个人工作考核指标体系，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，更好提升临床用血的科学管理，促进临床用血合理、安全、有效。

（一）检查人员：由医务科、输血科协同成立临床用血专项检查小组。

（二）检查方法：每月检查一次，抽取输血病历至少20份。

（三）检查内容包括以下几方面：

（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）输血前患者是否签署《临床输血治疗知情同意书》及项目是否齐全；

（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。

# 控制输血严重危害管理办法

输血严重危害（SHOT）是指在输血中或输血后发生的与输血有关的不良反应，包括输血不良反应及经血传播疾病。为预防、控制输血严重危害，特制定本管理办法。

一、输血过程中应先慢后快，观察15分钟无不良反应后，再根据病情和年龄调整输注速度，并严密观察患者有无输血不良反应（标准参见附1）。

二、临床监测输血的医护人员发现患者因输血导致不良反应时，应立即减慢或停止输血，根据输血不良反应的症状，按照《输血不良反应监控、调查及处理程序》（见附2）及时进行检查、治疗和抢救，并查找原因，做好记录，向主管医师及输血科报告，填写《输血不良反应回报单》并提交，将剩余血液送交输血科。

三、疑为溶血性或细菌污染性输血反应，应立即停止输血，更换输注器械，用静脉注射生理盐水维护静脉通路，及时报告上级医师，进行积极治疗抢救和处理。

（一）护士核对输血记录单、血袋标签、交叉配血试验记录，查看血源是否正确。

（二）临床医师给予对症治疗：应用糖皮质激素，碱化尿液、利尿，保证血容量和水电解质平衡，纠正低血压，防治肾衰竭和DIC，必要时行透析、血浆置换等。

（三）采取患者血标本（抗凝血与非抗凝血各1份）及血袋连同输血器、《输血不良反应回报单》送输血科，输血科在收到标本及《输血不良反应回报单》后应立即按相关流程进行检测分析：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、血袋中血样，重测ABO血型、Rh（D）血型、不规则抗体筛选、交叉配血试验（包括盐水和非盐水试验）；用新采集的受血者血样重测ABO血型及Rh（D）血型、不规则抗体筛选、交叉配血实验及直接抗人球蛋白试验，如发现抗体应检测相关抗体效价，并对抗体应作进一步鉴定；肉眼观察受血者输血反应后的血浆颜色。

（四）采取患者血液加肝素抗凝剂送检验科，测定血清胆红素含量，尽早检测血常规、尿常规；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；必要时，在溶血反应发生后5-7小时再次测定血清胆红素含量。

四、需要对血液进行封存保留的，输血科应当通知采供血机构派员到场，封存的血液由医疗机构保管。

五、输血科主任负责解释输血科检测试验结果，给予正确的反应评估报告，并向临床反馈意见。

六、当输血反应调查结果显示存在血液成分管理不当等系统问题时，输血科主任应积极参与解决。

七、若怀疑输血感染性疾病发生则按《输血感染登记报告制度》（见附3）执行。

八、输血科每月统计输血不良反应上报医务部，并定期进行分析总结。

附1：输血不良反应症状与识别

附2：输血不良反应监控、调查及处理程序

附3：输血感染登记报告制度

附4：血液输注无效预防处理措施

附1：输血不良反应症状与识别

输血不良反应症状与识别

输血不良反应是指在输血中或输血后，受血者发生了用原来的疾病不能解释的新的症状或体征。输血不良反应按发生的时间分即发型和迟发型，即输血时或输血后24小时内发生的和输血后几天至几十天发生的。

一、过敏性反应和荨麻疹

输血后可发生轻重不一的过敏反应，轻者只出现单纯的荨麻疹；中型为过敏性反应；重度可发生过敏性休克和死亡。这些反应属于血浆蛋白免疫性反应，即抗原抗体反应。

1、原因：

（1）IgA抗体：有些受血者缺乏IgA，当输血或其他刺激后产生抗IgA抗体（可不一定有输血或妊娠史），当输入相应IgA时便发生IgA的抗原抗体反应。

（2）过敏体质：对普通变应原（如花粉、尘埃等）敏感的人，易发生中度至严重荨麻疹，这可能由于IgE抗特应性变应原所致。

（3）被动获得性抗体：献血者的抗体（如青霉素）通过输血传给受血者，当受血者接触相应抗原时可发生过敏反应。

（4）低丙种球蛋白血症：此种患者当注射免疫球蛋白时易发生过敏反应。

2、症状和体征

（1）轻度：痛痒、局部红斑、荨麻疹、血管性水肿和关节痛。血液中嗜酸性细胞增多。

（2）重度：支气管痉挛，发绀、呼吸困难、肺部有喘鸣、脉快、低血压、胸骨下痛、胸部压迫感、休克、喉头水肿以至窒息。有的患者易伴有发热、寒战、咳嗽、恶心、呕吐、腹痛和腹泻等症状。

二、发热反应

在输血期间或输后1-2小时内体温升高1摄氏度以上并有发热症状者。

1、原因（1）热原：热原是由细菌和不洁物产生的，如蛋白质、死细菌及细菌产物。

（2）免疫反应：多次输血或妊娠后受血者产生白细胞抗体（也可以是血小板或血浆蛋白抗体），当再次输入血细胞（也可是全血）时可产生抗原一抗体反应，激活补体，进一步引起白细胞溶解，而释放热原。

2、症状和体征

常表现为畏寒、寒战、发热、出汗，体温可达38-41摄氏度。反应出现的时间不尽相同，一般在输血开始后15-120分钟内发生，当患者白细胞凝集素效价高时，可在开始输血5分钟就出现面潮红、热感，输血后1小时出现高热。某些患者可伴有恶心、呕吐、皮肤潮红、心悸、心动过速和头痛，反应持续30分钟至数小时后完全消退。

三、溶血性输血反应

溶血性输血反应是输血后红细胞受到破坏而引起的一系列反应，有急性溶血性输血反应和迟发型溶血性输血反应之分。

1、原因

（1）免疫性溶血反应：一、ABO血型不合：抗体为IgM抗体，为天然完全抗体，主要是血管内溶血。二、Rh血型不合：抗体为IgG抗体，为免疫性不完全抗体，主要是血管外溶血。三、其他血型系统血型不合引起的溶血：如MNSs、Lewis、Kell、Di等等，发生的溶血有血管内或血管外溶血。四、献血者间血型不合：见于大量输血或短期内输入多个献血员的血。

（2）非免疫性溶血反应：此类反应较少见，包括低渗液体输注；冰冻、过热或机械操作作破坏红细胞；某些药物的混入；献血或受血者红细胞有缺损（如某些红细胞缺陷性疾病）

2、症状和体征

（1）这类反应多半在输血过程初期，输入数十亳升后发病，表现为寒战、面潮红、呼吸困难、低血压、创面渗血，出现血红蛋白尿，尿少，尿闭以至发展成肾功能衰竭和尿毒症（常于反应后1-2周变得明显）。

（2）患者可突发休克，可发生广泛渗血及凝血障碍而一步引起DIC。

（3）迟发性溶血反应：主要属于血管外溶血。常见于Rh血型不合，偶见于其他血型系。在经产妇或有输血史者，输血后数天或周发生原因不的发热、贫血、黄疸，症状轻微，网织红细胞增多，球形红细胞增多，结体球蛋白降低，可有肝脾肿大，血红蛋白尿少见。

四、细菌污染的反应

在现代设备和技术条件下，基本上可以做到血液不受细菌污染，但实际上，由于各种原因，细菌污染仍然或多或少地发生。

1、原因

（1）血袋、采输血器具消毒不严、破损。

（2）开放式采血和制备血液成分、输血。

（3）献血者皮肤消毒不严，采血部位有化脓病灶。

（4）血液保存、管理不严。

2、症状和体征

轻者以发热为主。重者于输少量血（10-20毫升后突然病情加重，极度不安，发生剧烈寒战、高热、大汗，恶心、呕吐、呼吸困难、干咳、发绀、面部潮红，皮肤粘膜出血，腹痛、腹泻，血压下降、脉细弱等，严重者可发生休克、DIC和急肾衰而死亡。可发生血红蛋白尿和肺部并发症。

一般情况下，高热休克和皮肤充血是常见特征。休克为温暖型，皮肤潮红而干燥。体全麻患者可能只有血压下降和创面渗血，而无寒战与发热。

五、循环系统负荷过重

大量输血或受血者心功能不全时，输血可致心衰、肺水肿，严重者则可在数分钟内死亡。这是由于输血过多过快、超过患者的正常血容量所致。

1、原因

（1）老年心功能较差、儿童血容量少，这都不能耐受大量输血。

（2）原有心肺功能不全者，慢性严重贫血者。

（3）大量快速输血输液，或输注高浓度白蛋白（20－25%）而引起大量组织间隙水分进入血管内，引起心脏负担过重。

（4）血浆胶体压下降（如低蛋白血症）或肺血管渗透性增加（如大面积肺炎）时输入量虽不多，但只要血管内压升高，即易引起肺水肿。

2、症状

早期的信号是全身静脉压升高，伴肺血管内血量增加和肺少量减少。输血中或输血后1小时内患者突然心率加快、心音变弱、脉搏微弱、呼吸困难、胸紧、头痛、头胀，发绀、咳出大量血性泡沫痰，直坐时颈静脉怒张、肺部出现湿性罗音，可发生心房颤或心房扑动，严重可于数分钟内死亡。临床症状加上收缩压迅速增加6.7kPa以上时，可作此诊断。

六、高血钾

全血和红细胞在保存期间，随着库存时间的增长，其血浆中的钾含量也逐渐增多，这是由于红细胞中K＋的外溢，大量输血可引起钾中毒，患者血浆中钾浓度达到8毫摩尔/L时，可引起心电图显著改变，约为10毫摩尔/L时，可认为是即刻死亡的原因。

七、枸橼酸盐中毒

临床输血中的血液大多数是用ACD或CPD抗凝，当大量输血或换血时，血浆中的枸橼酸盐盐很容易达到中毒水平（约1g/L），这是由于过量的枸橼酸盐同血钙结合成鳌合物，而引起低血钙。

八、氨血症与酸碱失衡

随着血液贮存时间的增长，血中氨的浓度将逐渐增加，贮存到3周的血中氨的浓度可约等于新鲜血中氨浓度的8-9倍，所以肝功能不全的患者不应给大量贮存血。

九、输血后紫癜

输血一周后出现瘀斑、瘀点、黏膜出血、血小板减少，严重者出现内脏和颅内出血。

十、输血相关急性肺损伤

常在输血后30-60分钟内突然寒战、发热、干咳、哮喘、呼吸急促窘迫、紫绀，伴有血压下降、休克、肾功能衰竭。

十一、肺微血管栓塞

临床表现为突然烦躁，极度呼吸困难，严重缺氧。

十二、输血相关移植物抗宿主病

常发生于输血后2-30天，发热、红斑，严重者出现红皮病、水疱和皮肤剥脱，多伴有全血细胞减少。

附2：输血不良反应监控、调查及处理程序

输血不良反应监控、调查及处理程序

一、输血过程应先慢后快，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：

（一）减慢或停止输血，用静脉注射生理盐水维持静脉通路。

（二）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。

二、如怀疑非溶血性发热反应，执行以下程序：

（一）立即停止输血，保持静脉通路。

（二）对症处理，注意保暖、解热、镇静。

（三）医护人员密切观察病情变化，每15～30分钟测体温、血压各一次。

（四）非溶血性发热反应要与细菌污染性输血反应鉴别：发生非溶血性发热反应立即停止输血，经对症处理后30分钟～2小时后症状缓解；若患者仍需输血，应改输少白细胞红细胞或洗涤红细胞；如停止输血并经对症处理2小时后，病情未缓解甚至加重者，应考虑细菌污染性输血反应，应及时抢救。

三、怀疑过敏性输血反应，执行以下程序：

（一）对轻度过敏反应应减慢输血速度，口服或肌内注射抗组胺药物，严密观察，若症状缓解可继续输血；反之，应立即停止输血，保持静脉通路并查找原因。

（二）对重度过敏反应应立即停止输血，保持静脉通路，有支气管痉挛者，皮下注射肾上腺素；严重或持续者，静脉注射或静脉滴注地塞米松、氨茶碱等；有喉头水肿者，应立即气管插管或气管切开，以免窒息；有过敏性休克者，应积极进行抗休克治疗。

四、怀疑血型不合引起的输血不良反应，执行以下程序：

（一）核对《临床输血申请单》、血袋标签和《交叉配血报告单》。

（二）核对受血者及献血者ABO、RhD血型。用保存于冰箱中的受血者与献血者血标本及新采集的受血者血标本、血袋中剩余血标本，重测ABO、RhD血型，并进行不规则抗体筛查及交叉配血试验（盐水介质和非盐水介质）。

（三）采集受血者血液加肝素抗凝、离心、观察血浆颜色，并进行血常规、血浆游离血红蛋白含量测定。

（四）采集受血者血液，进行血清胆红素含量测定、血浆结合珠蛋白测定、直接抗球蛋白试验并检测相关抗体效价，如发现特殊抗体，应做进一步鉴定。

（五）留取输血不良反应后第一次尿送检（急性溶血性输血反应属血管内溶血，尿中有血红蛋白）。

（六）发生急性输血性输血反应，应由经治医师积极治疗，治疗原则如下：迅速补充血容量、应用速效利尿剂、应用多巴胺、碱化尿液、应用肾上腺皮质激素及大剂量免疫球蛋白、病情严重者施行换血或血浆置换疗法、有急性肾功能衰竭应进行透析治疗、DIC的防治。

五、怀疑细菌污染引起的输血不良反应按以下程序处理：

（一）观察血袋剩余血液的物理性状：如有无浑浊、膜状物、絮状物、气泡、溶血、红细胞变暗紫色、血凝块等，有上述情况之一均提示有细菌污染的可能。

（二）取血袋剩余血液直接涂片或离心后涂片镜检，找污染细菌（阴性不能排除细菌污染）。

（三）取血袋剩余血液和患者血液，在4℃、22℃、37℃条件下做需氧菌和厌氧菌培养。细菌培养须在无菌条件下进行。

（四）对受血者进行外周白细胞计数：如中性粒细胞与输血前相比明显增多，对诊断有帮助。

（五）一旦怀疑细菌污染引起的输血不良反应，治疗原则如下：尽早联合使用大剂量、强效、广谱抗生素；加强支持治疗；及时采取抗休克、防治DIC与急性肾功能衰竭措施。

六、经血传播疾病处理:出现或怀疑输血感染病例时，经治医师应及时向本科室主任或负责人报告，并及时书面报告医务部、医院感染管理办公室；通知供血机构追溯传染源头；核查相关献血者资料及相同受血者感染情况；检查受血者输血前传染病指标检查情况。

七、输血科在接到发生严重输血溶血反应的报告后，应迅速进行调查，以确定原因，结果要及时通报临床科室，汇报科室领导，并书面报告医务部。

八、输血完毕，填写《患者输血反应回报单》，并于24小时内上报，上报渠道有：

（一）网络直报：通过医院医疗安全（不良）事件上报系统进行网络直报。

具体流程为：登录医院办公平台—业务管理—不良事件管理—不良事件上报，按要求填写相关内容后保存发送，并打印出1份纸张表留科室保存。

（二）书面报告：书面报告仅限于在医院办公平台无法使用的情况下使用。《患者输血反应回报单》在医院办公平台—公共资料—输血科/医务部中下载，填写后报至输血科。

九、输血科在接到发生输血不良反应的报告并初步核实后，要立即通知血站，并协同医务科、临床科室等做好证据保全的工作。

十、输血科、医务部等职能部门负责对本制度的执行情况进行监管。输血科每月对不良反应发生及报告情况进行统计，上报医务部，上报情况纳入科室和个人考核，不按规定处理、上报者1例扣科室绩效管理0.5分。

附3：输血感染登记报告制度

输血感染登记报告制度

一、当出现或怀疑输血感染病例时，经治医师应及时向本科室主任或负责人报告，医护人员应逐项填写《患者输血不良反应回报单》交输血科保存。

二、科室监控小组负责人应在医院感染管理办公室的指导下，及时组织经治医师、护士查找感染原因，采取有效控制措施。

三、输血科在接到报告后应记录发生输血后感染患者的姓名、血型、住院号、科室、所输血液制品的名称、血液编码、输入量、感染症状、处理方法、结果等，对疑为输血后感染患者进行评估，并详细做好记录。

四、业务主管部门在接到报告后组织医院感染管理部门及时进行流行病学调查处理，分析查找原因，做好相关资料的登记，采取有效控制措施。

五、业务主管部门写出调查报告，认真总结经验，制定相应防范措施。

六、对可能因输血感染疾病产生医疗纠纷或法律诉讼，医院应保存好相关资料，与相关部门协调积极应对。

七、输血后如果受血者出现可经血液传播的传染病，经验证受血者确因输注供血者血液成分而传染疾病，受血者如确诊感染HIV，应迅速报告卫生行政管理部门。

八、输血相关传染病所涉及的供血者由采供血机构按有关政策处理。

附4：血液输注无效预防处理措施

血液输注无效预防处理措施

一、红细胞输注无效的预防处理措施：

（一）输血前认真核查患者ABO血型RH血型，避免亚型漏检；认真做好抗体筛查及交叉配血，避免不规则抗体的存在导致输注无效。

（二）发现红细胞输注无效后应认真做好以下工作：

1．再次复查患者ABO血型，特别注意发现ABO亚型。

2．用原有标本及新标本进行抗体筛查及交叉配血，以检测是否有不规则抗体的存在。

3．抽取患者新标本做直接抗球蛋白实验，以检查患者红细胞是否被致敏。

二、血小板输注无效预防处理措施：

（一）选择经血小板交叉配型的血小板输注。

（二）使用辐照血小板。

（三）使用去除白细胞的血小板。

（四）尽可能避免在受血者存在脾肿大、感染、发热、药物反应、急性失血、DIC、溶血等因素时输注血小板。

# 医师执业资格管理办法

为加强我院医师执业资格管理，确保医疗质量和医疗安全，根据《执业医师法》、《医师执业注册暂行办法》等文件精神，结合医院情况，制定本办法。

一、医务科设专人负责全院医师执业资格的相关管理工作。

二、医师执业权限的获得

（一）执业资格的获得

1．参加国家考试取得《医师资格证书》的医师，个人向医务科提出注册申请，由医务科统一到青岛卫计委办理注册手续。医师经注册取得《医师执业证书》后，方可按照注册的执业地点、执业类别、执业范围，从事相应的医疗、预防、保健活动。

2．未在我院注册者，不得单独从事值班、临床诊疗等医师执业活动。

3．我院医师专业技术职称为政工科所聘用的专业技术职称。

（二）处方权的获得

1．医师取得《医师执业证书》后，个人提出申请，科主任同意签名，报医务科主任审批同意，在医务科考试、备案后给予授权，即可开具普通处方。

2．获得普通处方权的医师经麻醉药品使用与规范化管理培训获得合格证书后，获得麻醉药品和第一类精神药品处方权，其签字式样医务科、药剂科留样后方可开具麻醉药品和第一类精神药品处方。

3. 根据《抗菌药物分级管理制度》对获得普通处方权的执业医师经抗菌药物培训考核合格，授予相应的处方权：具有高级专业技术职务任职资格的医师，可授予特殊使用级抗菌药物处方权；具有中级专业技术职务任职资格的医师，可授予限制使用级抗菌药物处方权；具有初级专业技术职务任职资格的医师，可授予非限制使用级抗菌药物处方权。

4．获得普通处方权的执业医师参加医院组织的临床输血知识培训及考核，考核合格后由医院输血管理委员会授予临床用血处方权限。

（三）手术、高风险诊疗技术操作资格权限的获得

1．个人提出申请，填写《手术、高风险诊疗技术操作资格申批表》，提交科室质量与安全管理小组讨论，依据医师工作年限、聘用职务、实际工作能力（工作量及工作质量）进行综合评价，拟定医师的执业权限报医务科，经医疗质量与安全管理委员会讨论、审核，确定后公示备案，授予相应的权限。

2．医师应严格按照医疗质量与安全管理委员会授予的权限，进行相应级别的手术和高风险技术操作，不得越级进行手术和高风险技术操作。特殊情况下需越级进行手术或操作时，按照《手术分级与手术医师权限管理制度》、《高风险诊疗技术操作资格授权管理制度》、《麻醉医师资格分级授权管理制度》等制度执行。

（四）特殊资格准入权的获得

特殊资格准入权是指按照卫生行政主管部门的规定，需要专项的资格认证或授权，如器官移植、心脏介入、大型仪器操作、放射诊疗、计划生育等，由卫生行政主管部门或其认可的专业学术机构向医院以及医师颁发专项资格准入证书或授权证明。

三、医师执业资格的实施

（一）医师必须严格按照获得的权限开展执业活动，不得超越权限开展诊疗活动。

（二）医特科室出具诊断性报告的人员必须具备执业医师资格，如心电图、脑电图、超声、病理、消化内镜、放射等岗位。卫生技术人员取得相应任职资格后，可出具数字或描述形态的报告。

（三）新分配、调入我院有执业资格的人员，应办理完成执业变更手续后，由本人提出书面申请、科室签具意见后报医务科授予处方权后，方能独立执业。在未完成执业变更手续前，不得独立执业，所书写的医疗文书，必须经我院执业医师审核签名。

（四）进修医师、实习医师等，在参与医学教育临床诊疗活动时，必须由我院带教执业医师的监督、指导，不得独自为患者提供临床诊疗服务；临床实践过程中产生的有关诊疗的文字材料，必须经我院带教的执业医师审核签名后才能作为医疗文书。参观医师不得以任何形式参与临床诊疗活动。

四、医师执业资格权限的管理和再授权

（一）我院对医师执业资格权限进行动态管理。每年依据医师专业技术职称、工作年限、聘用职务、实际工作能力（工作量及工作质量）、职能部门监管情况等进行综合评价，对资格许可进行再授权。

（二）执行《医师定期考核制度》，按照卫计委的布署，每2年对医师的业务水平、工作成绩和职业道德状况进行1次考核。对考核不合格的人员，责令其暂停执业活动3个月至6个月，并接受培训和继续医学教育。暂停执业活动期满，再次进行考核，对考核合格的，允许其继续执业；对考核不合格的，由卫计委注销注册，收回医师执业证书。

（三）医务科对本办法的落实情况进行监管，监管结果作为医师授权及动态管理的依据，并纳入科室和个人考核。擅自超权进行诊疗活动１人次，暂停相应的诊疗权限3个月，扣科室绩效管理5分；由此造成不良后果者，按照医院相关规定和国家相关法律法规处理。

# 医师定期考核制度

为加强医师执业管理，提高医师素质，保证医疗质量和医疗安全，根据《中华人民共和国执业医师法》、《医师定期考核管理办法》及《山东省医师定期考核管理办法实施细则》的精神及相关规定，以客观、科学、公平、公正、公开为原则，结合我院实际情况，制定本制度。

一、组织机构

（一）医院医师定期考核委员会：负责拟定医师考核工作制度，对医师定期考核工作进行检查、指导和考核结果的评定，保证考核工作规范进行。

（二）医师定期考核委员会办公室：设在医务科，负责医师定期考核的组织和实施工作。按规定向卫生行政部门提交申请、报告考核工作情况及医师考核结果。

二、考核对象类别

（一）考核对象：我院注册的执业医师或执业助理医师。

（二）考核类别：分为执业医师考核和执业助理医师考核。考核类别分为临床、中医（包括中医、中西医结合）、口腔和公共卫生。

三、考核周期

（一）每两年为一个周期。

（二）在考核周期内，拟变更执业地点的或者违反《中华人民共和国执业医师法》规定，有下列情形之一，由县级以上人民政府卫生行政部门给予行政处罚，但未被吊销执业证书的医师，应当提前进行考核。

1．违反卫生行政法规、规章制度或技术操作规范，造成严重后果的。

2．由于不负责任延误急危病重患者的抢救和诊治，造成严重后果的。

3．在发生的医疗事故中负有完全或主要责任的。

4．未经亲自诊查、调查，签署诊断、治疗、流行病学等证明文件或者有关出生、死亡等证明文件的。

5．隐匿、伪造或者擅自销毁医学文书及有关资料的。

6．使用未经批准使用的药品、消毒药剂和医疗器械的。

7．不按照规定使用麻醉药品、医疗用毒性药品、精神药品和放射性药品的。

8．未经患者或其家属同意，对患者进行实验性临床医疗的。

9．泄露患者隐私，造成严重后果的。

10．利用职务之便，索取、非法收受患者财物或者牟取其他不正当利益的。

11．发生自然灾害、传染病流行、突发重大伤亡事故以及其他严重威胁人民生命健康的紧急情况时，不服从卫生行政部门调遣的。

12．发生医疗事故或者发现传染病疫情，患者涉嫌伤害事件或者非正常死亡，不按照规定报告的。

四、考核内容

包括业务水平测评、工作成绩和职业道德评定。

（一）业务水平：包括医师掌握医疗卫生管理相关法律、法规、部门规章和应用本专业的基本理论、基础知识、基本技能解决实际问题的能力以及学习和掌握新理论、新知识、新技术和新方法的能力。执业医师要能独立处理本专业常见病、多发病、一般急症，掌握常用专业技术问题；执业助理医师在执业医师的指导下能处理上述问题。

业务水平测评可以采用以下一种或几种形式：

1．个人述职。

2．有关法律、法规、专业知识的考核或考试以及技术操作的考核或考试。

3．对其本人书写的医学文书的检查。

4．患者评价和同行评议。

（二）工作成绩考核：基本内容包括医师执业过程中，遵守有关规定和要求，一定阶段完成工作的数量、质量和服从卫生行政部门的调遣和本机构的安排，及时完成相关任务的情况。

（三）职业道德考核：基本内容包括医师恪守职业道德、遵守医德规范情况以及工作作风、医患关系、团结协作情况等，并按照纪检部门的相关考核标准执行，严格实行一票否决制。

五、考核程序

医师定期考核程序分为简易程序与一般程序。

（一）简易程序：为本人书写述职报告，医院医师定期考核委员会签署意见，报卫生行政部门审核备案。符合下列条件的医师定期考核执行简宜程序：

1．具有5年以上执业经历，考核周期内有良好行为记录的。

2．具有12年以上执业经历，在考核周期内无不良行为记录的。

医院实行医师行为记录制度，建立医师行为记录档案。医师行为记录分为良好行为记录和不良行为记录。良好行为记录包括医师在执业过程中受到的奖励、表彰、完成政府指令性任务、取得的技术成果等；不良行为记录包括因违反医疗卫生管理法规和诊疗规范受到的行政处罚、处分以及发生的医疗事故等。医师行为记录作为对医师工作成绩、职业道德进行评定的重要依据。

（二）一般程序：除按简宜程序考核的医师外，其他医师定期考核按照一般程序进行。一般程序按照第四部分规定的考核内容进行考核。

六、考核结果

考核结果分为合格和不合格。

（一）医师在考核周期内按规定通过住院医师规范化培训或通过晋升上一级专业技术职务考试，可视为业务水平测评合格，考核时仅考核工作成绩和职业道德。

（二）业务水平、工作成绩或职业道德中任何一项不能通过评定或测评的，即为不合格。

（三）医师在考核周期内有下列情形之一的，应当认定为考核不合格：

1．在发生的医疗事故中负有完全或主要责任的。

2．未经医院批准，擅自在注册地点以外的医疗、预防、保健机构进行执业活动的。

3．跨执业类别进行执业活动的。

4．代他人参加医师资格考试的。

5．医疗卫生服务活动中索要患者及其亲友财物或者牟取其他不正当利益的。

6．索要或者收受医疗器械、药品、试剂等生产、销售企业或其工作人员给予的回扣、提成或者谋取其他不正当利益的。

7．通过介绍患者到其他单位检查、治疗或者购买药品、医疗器械等收取回扣或者提成的。

8．出具虚假医学证明文件，参与虚假医疗广告宣传和药品医疗器械促销的。

9．未按照规定执行医院感染控制任务，未有效实施消毒或者无害化处置，造成疾病传播、流行的。

10．故意泄漏传染患者、病原携带者、疑似传染病患者、密切接触者涉及个人隐私的有关信息、资料的。

11．未依法履行传染病监测、报告、调查、处理职责，造成严重后果的。

12．考核周期内，有1次以上医德考评结果为医德较差的。

13．无正当理由不参加考核，或者扰乱考核秩序的。

14．违反《执业医师法》有关规定，被行政处罚的。

七、监督管理

（一）医师不配合进行考核的，将进行通报批评，严重者判定为该考核周期考核不合格。医师以贿赂或欺骗手段取得考核结果的，将取消其考核结果，并判定为该考核周期考核不合格。

（二）医院考核工作人员违反有关规定，弄虚作假、玩忽职守、滥用职权、徇私舞弊的，依法给予行政处分；构成犯罪的，依法追究其法律责任。

（三）对考核不合格的医师，医院责令其暂停执业活动3个月至6个月，并接受培训和继续医学教育；暂停执业活动期满，由医院再次进行考核。对考核合格者，允许其继续执业，但该医师在本考核周期内不得评优和晋升；对考核不合格的，由卫生行政部门注销注册，收回医师执业证书。

卫生行政部门将考核结果记入《医师执业证书》的“执业记录”栏，并录入医师执业注册信息库。`