临沂市妇幼保健院医疗质量安全核心制度

一、首诊负责制度

**（一）目的**

保证诊疗工作及时性、连续性、有效性、安全性，提高医疗质量。

**（二）适用范围**

全院各临床科室、执业医师。

**（三）定义**

首诊负责制度：是指患者的首位接诊医师（首诊医师）在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前，负责该患者全程诊疗管理的制度。医疗机构和科室的首诊责任参照医师首诊责任执行。

**（四）基本要求**

1、明确患者在诊疗过程中不同阶段的责任主体。

2、保障患者诊疗过程中诊疗服务的连续性。

3、首诊医师应当作好医疗记录，保障医疗行为可追溯。

4、非本医疗机构诊疗科目范围内疾病，应告知患者或其法定代理人，并建议患者前往相应医疗机构就诊。

**（五）内容**

1、原则

（1）首诊医师不得以任何理由拒绝诊治就诊者。

（2）首诊医师在处理患者，特别是急、危重患者时，有组织相关人员会诊、决定患者收住科室等医疗行为的决定权，任何科室、任何个人不得以任何理由推诿或拒绝。

（3）首诊医师下班前，应与接班医师交接，把患者的病情及需注意的事项交待清楚，并认真做好交接班记录。

2、门诊：

（1）接诊：首诊医师对门诊患者进行病情评估，完成门诊病历。

（2）诊断明确的患者：按照诊疗常规及进治疗。

（3）诊断尚不明确的患者：请上级医师会诊或邀请有关科室医师会诊，诊断明确后给予进一步治疗或及时转有关科室治疗。

（4）诊断为非本科疾病患者：与患者沟通，转诊至对应科室就诊。

（5）涉及多学科疾病的患者：申请全院多学科会诊，具体参见《全院多学科会诊制度》。

（6）转诊患者：按照《转院、转诊制度》转诊。

（7）危重患者：首诊医师必须先抢救患者，病情允许后陪同转送至急诊抢救室或上级医院。

（8）交接：对危重、体弱、残疾的病人，若需要进一步检查或转科或转院治疗、首诊医生应与有关科室联系并亲自或安排其他医务人员做好病人的护送及交接手续。

3、留院观察

（1）接诊：对新留观患者，首诊医师完成留观评估并完成留观病历文书书写，制定诊疗计划。

（2）诊断明确的患者：积极办理出观手续转相应科室或上级医院治疗。

（3）诊断尚未明确的患者：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。

（4）急、危、重患者：首诊医师应立即采取积极措施负责实施抢救。

（5）非所属专业疾病或多科疾病：应组织相关科室会诊或多学科会诊。具体参见《全院多学科会诊制度》。

（6）转院患者：按照《转院、转诊制度》安排转院。

**（六）监管**

1、科室应设立医疗核心制度落实情况检查记录本，医务人员应严格执行医师首诊负责制度，要求医务人员知晓率达100%。

2、医务科负责对全院医师落实首诊负责制情况进行医疗质量检查，每月一次，并现场询问医师2人知晓情况。

二、三级查房制度

**（一）目的**

为确保各级临床医师履行职责，有效提升低年资医师经验和技术能力的不足，保证医疗质量，体现上级医师在科研教学等方面的指导作用，提升诊疗水平。

**（二）适用范围**

全院各临床科室、执业医师。

**（三）定义**

指患者留观期间，由不同级别的医师以查房的形式实施患者评估、制定与调整诊疗方案、观察诊疗效果等医疗活动的制度。

**（四）基本要求**

1、实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。三个不同级别的医师可以包括但不限于主任医师或副主任医师-主治医师-住院医师。

2、遵循下级医师服从上级医师，所有医师服从科主任的工作原则。

3、各级医师应根据医院授予的医疗权限实施医疗决策。

4、明确查房周期：工作日每天至少查房2次，非工作日每天至少查房1次，三级医师中最高级别的医师每周至少查房2次，中间级别的医师每周至少查房3次。术者必须亲自在术前和术后24小时内查房。

5、明确医师查房行为规范，尊重患者、注意仪表、保护隐私、加强沟通、规范流程。 明确患者在诊疗过程中不同阶段的责任主体。

**（五）内容**

1、三级医师任职条件

临床科室聘任的三级医师应该合理完善。其中一级医师是指:取得执业医师资格、经注册取得执业证书的住院医师。二级医师是指取得主治医师任职资格的医师（包括住院总医师），且被医院评聘者。三级医师提指取得副主任医师及以上职称的医师，且被医院评聘者。

具有下级医师任职资格的医师，不能承担上级医师的工作职责；具有上级医师任职资格的医师，根据科室工作安排，可有履行下级医师的工作职责。

2、医师查房频次

经治住院医师每个工作日晨间及下午至少各查房1次，非工作日晨间每天至少查房1次；主治医师每日至少查房1次，（副）主任医师/科主任/诊疗组长每周不少于3次。新入院病人原则在24小时内最迟不超过48小时，有上一级医师查房意见，急诊病人应当在8小时内有上级医师查房意见，急危重症病人应通知上级医师立即到场进行诊查，并做好相关记录。

手术科室：术者必须亲自在术前和术后24小时内查房。

3、下级医师必须执行上级医师指示。如下级医师按规定向上级医师汇报、请示或执行上级医师的指示，其责任由上级医师负责。

如下级医师不按规定向上级医师汇报、请示或不执行上级医师的指示，其责任由下级医师负责。

4、上级医师必须对下级医师的工作进行指导、检查，对下级医师的工作做出指示，积极主动履行对下级医师的监管、指导职责。

5、三级医师查房制度必须反映在查房、手术、抢救、医疗文书、值班、医疗质量管理等方面。

6、二、三级医师可根据患者的病情向科室负责人提出组织科室内的病例讨论；科室负责人可根据患者的病情向医务科提出组织院内的病例讨论。

7、上级医师查房时，主管病人的相关下级医师均应随同到场，做好相关查房记录。

8、各级医师外派学习或休假时，科主任应安排其他医师查房。

**（六）职责**

1、科主任、诊疗组长查房

重点解决疑难病例；审查新入院、重危病员的诊断、治疗计划；决定重大手术及特殊检查治疗；抽查医嘱、病历的及时性及质量（特别是审签字）、护理情况；听取病员对诊疗护理的意见；兼顾教学查房；做好必要的医患沟通。

2、主治医师和履行主治医师职责的副主任医师查房

（1）要求对所管病人分组进行系统查房。尤其对新入院、围手术期、重危、诊断未明、治疗效果不好的病员进行重点检查，听取医师和护士的反映情况；倾听病员的陈述；检查病历并纠正其中错误的记录；检查医嘱执行情况及治疗效果；决定出/转院问题；做好必要的医患沟通。

（2）为上级医师查房做好相关查房前准备，如完善相关病史采集、检查资料，提出初步诊疗方案及需要解决的问题等。

3、住院医师查房

要求重点巡视重危、疑难、待诊断、新入院、手术后的病员，同时巡视一般病员；检查化验报告单，分析检查结果，提出进一步检查或治疗意见；检查当天医嘱执行情况；给予必要的临时医嘱并开次晨特殊检查的医嘱；主动征求病员对诊治的意见并进行有效的医患沟通。

**（七）监管**

1、临床科室主任负责监督和检查本科室三级医师查房制度的执行情况；建立科室三级管理组织；设立医疗核心制度落实情况检查记录本，医务人员应严格执行三级医师查房制度，要求医务人员知晓率达100%。。

2、医务科负责制定和修订三级医师查房制度，每月至少对全院三级医师查房制度的执行情况进行监督和检查1次，并现场抽查医师2人知晓情况及病历书写质量。

三、会诊制度

**（一）目的**

解决疑难、危重及特殊患者诊断、治疗问题，做到尽早诊断，规范诊疗。

**（二）适用范围**

医院员工、医学学员、患者、来访者。

**（三）定义**

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

**（四）基本要求**

1、按会诊范围，会诊分为院内会诊和院外会诊。院内多学科会诊应当由医务科组织。
　　2、按病情紧急程度，会诊分为急会诊和普通会诊。院内急会诊应当在会诊请求发出后10分钟内到位，普通会诊应当在会诊发出后24小时内完成。
　　3、按医疗机构统一会诊单格式的要求规范填写，明确各类会诊的具体流程。
　　4、原则上，会诊请求人员应当陪同完成会诊，会诊情况应当在会诊单中记录。会诊意见的处置情况应当在病程中记录。
　　5、前往或邀请机构外会诊，应当严格遵照国家有关规定执行。
 **（五）内容**

1、科内会诊：指对本科室各医疗组内的病例或手术前需统一诊治方案者。由主管医师提出，科主任召集本科医、护参加。此类会诊不收会诊费。会诊讨论意见应记入病程记录中。

2、院内会诊：指病情超过本科范围，需其他科室协助确定诊治方案的。主管医师填写会诊单，科主任签字后送交邀请科室。被邀请科室的医师应在24小时内前去会诊（急诊除外）。被邀请医师因故不能前往可指派相应医师会诊。院内会诊均需有会诊专家的意见及签字。对急诊的邀请会诊（电话）应立即前往（10分钟之内），科室并记录电话时间及姓名以便核查。

3、院外会诊：指院内会诊不能解决的疑难病例或病员要求，需请外院专家协助诊断、处理及手术的病例。主管医师填写会诊单，写明会诊目的，科主任同意并签字后经医务科盖章办理会诊手续。院外邀请会诊程序按《医师外出会诊管理暂行规定》办理。

4、院内大会诊：指需要医务科、院长组织多科协助解决的疑难病例。应由申请科室填写会诊单，科主任同意并签字报医务科后分发被邀请科室，会诊由医务科组织。

5、会诊应掌握指征，明确目的。会诊前有关医师要准备好病历及相关检查资料，会诊情况记录在病程记录及讨论本上。

6、会诊记录的内容：包括申请会诊记录和会诊意见记录。申请会诊记录应简要载明患者病情及诊疗情况、申请会诊的理由和目的，申请会诊医师签名等。会诊意见记录内容包括会诊意见、会诊医师所在的科别或者医疗机构名称、会诊时间及会诊医师签名等。

7、会诊医师须亲自诊查患者并书写（发表）会诊意见，注明会诊时间（具体到分钟）。

**（六）职责**

1、会诊前，首诊医师应做好以下工作：

（1）规范书写门诊病历，标明会诊的科室及会诊目的；

（2）必要的辅助检查；

（3）向患者或家属解释清楚，告知到他科会诊的程序，取得理解与配合；

（4）患者为慢诊，一般状态较好，可自行前往他科会诊；

（5）患者为慢诊 ，一般状态差，可由导诊员护送到他科会诊；

（6）患者为急诊，且可以转送，应陪送到急诊科，与接诊医师交待清楚再返回；

（7）患者为急危重患者，不宜立即转运，应请相关专科医师到场会诊，并实施救治，待病情稳定后交给相关专科医师。

2、会诊医师应做好以下工作：

（1）详细询问病史，认真查体，提出必要的检查，综合分析，明确诊断，予以治疗；

（2）接诊医师为经治医师，患者病情较复杂，应请本专科出诊的主治医师以上医师会诊；

（3）接到他科医师前往会诊请求时，会诊医师应为主治医师以上医师，应先向本科其他出诊医师交待工作，然后前往；

（4）到他科诊室会诊，患者病情均较复杂，以本科疾病为主的，应收入院治疗，若病情危重，则先实施救治，待适于转运时，护送到病房。

**（七）监管**

1、临床科室主任负责监督和检查本科室会诊制度的执行情况；设立《会诊登记本》，医务人员应严格执行会诊制度，要求医务人员知晓率达100%。。

2、医务科负责对临床科室的各级会诊进行监管，查看病历及会诊记录，询问医务人员对会诊制度和流程的知晓率。作为对科室的质量考核指标之一。

四、分级护理制度

**（一）目的**

加强医院临床护理工作，规范临床分级护理及护理服务内涵，保证护理质量，保障患者安全。

**（二）适用范围**

全院医护人员、患者。

**（三）定义**

指医护人员根据住院患者病情和（或）自理能力对患者进行分级别护理的制度。

**（四）基本要求**

1、按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，制定本机构分级护理制度。

2、原则上，护理级别分为特级护理、一级护理、二级护理、三级护理4个级别。

3、医护人员应当根据患者病情和（或）自理能力变化动态调整护理级别。

4、患者护理级别应当明确标识。
 **（五）内容**

1、分级护理原则

（1）确定患者的护理级别，应当以患者病情和生活自理能力为依据，并根据患者的情况变化进行动态调整。

（2）具备以下情况之一的患者，可以确定为特级护理：

①病情危重，随时可能发生病情变化需要进行抢救的患者；

②重症监护患者；

③各种复杂或者大手术后的患者；

④严重创伤或大面积烧伤的患者；

⑤使用呼吸机辅助呼吸，并需要严密监护病情的患者；

⑥实施连续性肾脏替代治疗（CRRT），并需要严密监护生命体征的患者；

⑦其他有生命危险，需要严密监护生命体征的患者。

（3）具备以下情况之一的患者，可以确定为一级护理：

①病情趋向稳定的重症患者；

②手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；

③生活完全不能自理且病情不稳定的患者；

④生活部分自理，病情随时可能发生变化的患者。

（4）具备以下情况之一的患者，可以确定为二级护理:

①病情稳定，仍需卧床的患者；

②生活部分自理的患者。

（5）具备以下情况之一的患者，可以确定为三级护理：

①生活完全自理且病情稳定的患者；

②生活完全自理且处于康复期的患者。

2、分级护理要点

（1）护士应当遵守临床护理技术规范和疾病护理常规，并根据患者的护理级别和医师制订的诊疗计划，按照护理程序开展护理工作。

护士实施的护理工作包括：

①密切观察患者的生命体征和病情变化；

②正确实施治疗、给药及护理措施，并观察、了解患者的反应；

③根据患者病情和生活自理能力提供照顾和帮助；

④提供护理相关的健康指导。

（2）对特级护理患者的护理包括以下要点：

①严密观察患者病情变化，监测生命体征；

②根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

③根据医嘱，准确测量出入量；

④根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；

⑤保持患者的舒适和功能体位；

⑥实施床旁交接班。

（3）对一级护理患者的护理包括以下要点：

①每小时巡视患者，观察患者病情变化；

②根据患者病情，测量生命体征；

③根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

④根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；

⑤提供护理相关的健康指导。

（4）对二级护理患者的护理包括以下要点：

①每2小时巡视患者，观察患者病情变化；

②根据患者病情，测量生命体征；

③根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

④根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施；

⑤提供护理相关的健康指导。

（5）对三级护理患者的护理包括以下要点：

①每3小时巡视患者，观察患者病情变化；

②根据患者病情，测量生命体征；

③根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

④提供护理相关的健康指导。

（6）特级、危重、重症监护患者书写危重患者护理记录单。

（7）护士在工作中应当关心和爱护患者，发现患者病情变化，应当及时与医师沟通。

**（六）监管**

1、临床科室主任及护士长负责监督和检查本科室分级护理制度的执行情况；设立《分级护理检查登记本》，医务人员应严格执行分级护理制度，要求医务人员知晓率达100%。。

2、护理部负责对临床科室的分级护理制度执行情况进行监管，查看病历及分级护理检查记录，询问医务人员对分级护理制度和流程的知晓率。

3、科室护士长应当及时调查了解患者、家属对护理工作的意见和建议，及时分析处理，不断改进护理工作。

4、护理部应当加强对护理不良事件的报告，及时调查分析，防范不良事件的发生，促进护理质量持续改进。

五、值班和交接班制度

**（一）目的**

规范医师值班、交接班工作，明确责任，保证患者诊疗服务的完整、连续性，确保患者安全。

**（二）适用范围**

全院医师值班、交接班应遵循本制度。

**（三）定义**

指医疗机构及其医务人员通过值班和交接班机制保障患者诊疗过程连续性的制度。

**（四）基本要求**

1、建立全院性医疗值班体系，包括临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤部门，明确值班岗位职责并保证常态运行。

2、实行医院总值班制度，有条件时在医院总值班外，单独设置医疗总值班和护理总值班。总值班人员需接受相应的培训并经考核合格。

3、医院及科室应当明确各值班岗位职责、值班人员资质和人数。值班表应当在全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。

4、当值医务人员中必须有本机构执业的医务人员，非本机构执业医务人员不得单独值班。当值人员不得擅自离岗，休息时应当在指定的地点休息。

5、各级值班人员应当确保通讯畅通。

6、四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。

7、值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。

8、交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。
 **（五）内容**

1、医师值班：临床医技科室实行24小时值班。

（1）资质：已注册在本院的执业医师方可独立值班，原则上应由住院医师担任值班，主治医师及以上人员担任一线及二级听班。

（2）值班医师职责：

①值班医师必须坚守岗位，不得擅离职守，如确有特殊情况时，经科主任批准后方可调整。不得擅自调整、顶替班次。

②值班医师在值班期间负责日常医疗工作的同时，完成各项临时性医疗工作、患者的临时处理、遇有疑难问题需逐级请示上级医师。

③值班医师与值班护士每晚共同查房，包括对陪伴人员、病房卫生及安全等全面检查1次。

④值班期间应按照《住院病历书写制度》的要求，按时完成医疗文书的书写。

⑤值班医师参加次日晨会、早查房后，向接班医师交接并书写交接班记录后方可下班。

2、医师听班

（1）临床医技科室必须安排听班人员，以协助或指导值班人员完成医疗工作。

（2）主治医师及其以上医师方可担任听班医师，听班时间和值班医师同步。

（3）一线听班医师必须在院区内听班，24小时不得离开院区。二线及其他听班医师可不在院区听班，但确保通讯通畅，30分钟内能够到达院区。

3、交接班

（1）医师值班交接：应书写《医师交接班记录》，重点记录新入、危重、手术前后及有特殊病情变化患者的情况、观察重点及注意事项等。危重患者必须在床头交接班。每日由科主任或护士长组织科室医护人员参加晨会交接班，由夜班护士和值班医师报告夜班情况，科主任或护士长进行点评并强调当日工作重点。

（2）主管医师更换：科室内患者更换主管医师时需要进行交接，并记入病程记录。

（3）转科交接：详见《转科制度》。

（4）检查诊疗交接：患者更换诊疗场所时需要进行交换，如对于需要检查的病人，主管医师必须要向检查科室的医护人员交清诊断、病情以及需要注意的事项，记录在检查申请单中，对危重患者除检查申请单外，由主管医师亲自或指定医务人员陪同并当面交接。当日不能完成的检查次日需要进行再评估，并将评估结果记录在检查申请单中。

（5）医师其他交接班遵循《交接班制度》。

4、药房、检验科等有夜班的科室比照上述要求安排好值班，保证临床医疗工作的顺利进行，并做好记录及交接。

**（六）监管**

1、科主任或科医疗质控责任人负责医师值班、交接班制度的日常自查工作，《医师值班、交接班记录本》的记录是否规范。

2、医务科每月对医师值班、交接班制度的执行情况进行质控，同时现场访谈2名医务人员对制度的知晓度（要求达100%）。

六、疑难病例讨论制度

**（一）目的**

尽早明确诊断，制定最佳诊疗方案，提高医疗质量，确保医疗安全。

**（二）适用范围**

全院各职能部门、临床科室、患者。

**（三）定义**

指为尽早明确诊断或完善诊疗方案，对诊断或治疗存在疑难问题的病例进行讨论的制度。

**（四）基本要求**

1、医院及临床科室应当明确疑难病例的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。

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

3、医院应统一疑难病例讨论记录的格式和模板。讨论内容应专册记录，主持人需审核并签字。讨论的结论应当记入病历。

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

**（五）内容**

1、根据病情决定参加人的范围，可以由本科室、有关科室、院内或院外进行病例讨论。

2、多科室病例讨论，会前通知有关人员，约定时间、地点，按时参加，由主治医师准备病历和有关材料。

3、由科主任或医务科派人主持。主治医师报告病历，上级医师补充发言，明确讨论要解决的问题。

4、经治医师在《疑难病例讨论记录本》中做好每位专家的讨论记录，主持者根据讨论的意见，对于诊断、治疗方针和必要的检查，作概括总结，主治医师将讨论内容精炼，准确地记录病程记录中。

5、各级医师认真执行会诊意见。

6、病情追踪记录，指对病情处于治愈、好转、危重或死亡阶段时对病例讨论总结意见的补充或反馈。应由经管患者的主治医师负责填写。

**（六）监管**

1、科主任或科医疗质控责任人负责疑难病历讨论制度落实情况的日常自查工作，《疑难病例讨论记录本》的记录是否规范，是否准确记录于病程记录中。

2、医务科每月对疑难病例讨论制度的执行情况进行质控，同时现场访谈2名医务人员对制度的知晓度（要求达100%）。

门诊疑难病例会诊制度

 1、开展门诊疑难病例会诊是保证门诊医疗质量的主要措施之一，此项工作由门诊部负责。门诊部专干、各专科门诊组长是负责此项工作的联络员和组织者。

 2、凡同一疾病不同专科或相同专科3次就诊仍不能明确诊断者，由第3次接诊医师提出会诊申请，并填写《门诊疑难病例会诊申请单》后交门诊部。

 3、患者本人或其家属也可向医院门诊部提出会诊要求，经门诊部专干甄别后确有必要者，由门诊部填写《门诊疑难病例会诊申请单》并组织会诊。

 4、其他医疗机构护送或介绍来的疑难门诊病例，门诊部根据患者病情指定专科接诊或组织会诊。

 5、门诊部收到《门诊疑难病例会诊申请单》后，原则上24小时内安排会诊，会诊前病人或其家属须办理会诊相关手续。

 6、参加门诊疑难病例会诊人员原则上由各专科医疗派班表上的院内会诊医师组成，必要时也可由专科门诊组长指定，但均应具有副主任医师以上职称，申请科室与被邀科室必须对等安排，特殊情况下（如涉及某项特殊诊治技术）也可邀请低年制医师参加。

 7、会诊由门诊部主任或专干主持，首诊科室或门诊部委托的主要科室的医师负责介绍病情、记录与会诊的发言，并对会诊意见进行总结归纳，主持者掌握会诊纪律和会诊进程，并做好协调工作。

 8、每次会诊务求明确诊断，做出结论，提出诊疗方案或建议。参加会诊的医师均必须在会诊结论上签字。

 9、会诊结束时，主持人应委托首诊科室医师或疾病所涉及的主要专科的医师向病人或其家属反馈会诊意见，并做好告知与解释工作，争取患者的理解与配合。

 10、每次会诊结束后，门诊部均必须给病人一份文字性会诊结论。

七、急危重患者抢救制度

**（一）目的**

为切实做好急诊患者的抢救及后续治疗工作，提供快速、有序、有效和安全的诊疗服务，尽最大可能保证患者的生命安全，让人们真正感受到“救死扶伤、治病救人”的革命人道主义精神,保证病情危重患者能够得到及时、有效地抢救治疗。

**（二）适用范围**

全院各职能部门、临床医技科室。

**（三）定义**

指为控制病情、挽救生命，对急危重患者进行抢救并对抢救流程进行规范的制度。

**（四）基本要求**

1、医院及临床科室应当明确急危重患者的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。

2、医院应当建立抢救资源配置与紧急调配的机制，确保各单元抢救设备和药品可用。建立绿色通道机制，确保急危重患者优先救治。医院应当为非本机构诊疗范围内的急危重患者的转诊提供必要的帮助。

3、临床科室急危重患者的抢救，由现场级别和年资最高的医师主持。紧急情况下医务人员参与或主持急危重患者的抢救，不受其执业范围限制。

4、抢救完成后6小时内应当将抢救记录记入病历，记录时间应具体到分钟，主持抢救的人员应当审核并签字。

**（五）内容**

1、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、建立输液通道等，同时通知其他医护人员到场协助抢救。

2、医护人员接到患者家属呼救信息或其他医护人员发出协助抢救的信息后，迅速到达现场。

3、由科主任、上级主管医师或在场的年资最高的医师负责组织、实施抢救方案或措施。在抢救患者的同时，向家属告知患者的危重情况，取得家属的理解与配合，同时签写《病危通知单》。

4、首先检查生命体征（脉搏、血压、呼吸、体温），实行优先抢救生命的原则。

5、按照具体的病情，施行对症处理与病因治疗。先做紧急的对症处理，使病情稳定，然后进行病因治疗。

6、指定专人负责记录具体的抢救实施办法及患者的病情。

7、危重患者抢救时，护士在执行医师口头医嘱时，必须重述一次，并由专人记录，所有使用过的药物的安瓶暂时保留，抢救结束后经两人与记录核对后方可丢弃。

8、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。

9、抢救记录应当在抢救结束后6小时内据实补记，详细书写在病历中，各项处置按实际执行时间补充医嘱，时间应精确到分钟。

10、简明扼要地将抢救经过记载于《危重患者抢救记录本》中。

**（六）监管**

1、科主任或科医疗质控责任人负责急危重患者抢救制度落实情况的日常自查工作，《急危重患者抢救记录本》的记录是否规范，是否准确记录于病程记录中。住院危重患者抢救成功率≥85%。

2、医务科每月对疑难病例讨论制度的执行情况进行质控，同时现场访谈2名医务人员对制度的知晓度（要求达100%）。

八、术前讨论制度

**（一）目的**

保证医疗质量，降低手术风险，保障患者手术安全。通过对某个病例的诊断分析、手术适应症、禁忌症、术式、术中可能遇到的特殊情况或术式的改变、手术并发症等进行讨论，实现个性化治疗。同时，通过讨论可以完善病历内容，积累疑难复杂病例的治疗经验，提高诊疗水平。

**（二）适用范围**

全院各职能部门、临床医技科室。

**（三）定义**

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

**（四）基本要求**

1、除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外，所有住院患者手术必须实施术前讨论，术者必须参加。
　　2、术前讨论的范围包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论。临床科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。全科讨论应当由科主任或其授权的副主任主持，必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。患者手术涉及多学科或存在可能影响手术的合并症的，应当邀请相关科室参与讨论，或事先完成相关学科的会诊。
　　3、术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。
　　4、术前讨论的结论应当记入病历。

**（五）内容**

1、术前讨论的形式

所有在院接受手术治疗的患者都要经过术前讨论会诊。术前讨论分医疗组内讨论、全科术前会诊、院内术前会诊。

（1）医疗组内术前讨论是指患者病情稳定、手术难度不大的一、二级手术，由医疗组长主持，医疗组内所有医师参加的术前讨论，并将术前讨论在病程记录中详细记载。

（2）全科术前讨论（会诊）是指由医疗组长提出，由科主任、或主任委派的主任医师主持。病例选择：

①三级以上手术必须经全科讨论；

②一、二级手术，但病情较复杂，预计术后出现并发症风险较高的手术；

③属于本科室开展的新型手术项目，或开展较少，预后难以确定的手术；

④为确定病变性质的探查手术或术中可能改变术式的手术；

⑤患者一般状态差，或涉及多个脏器疾病的手术；

⑥确定需要外请专家的手术；

⑦属于本科室少见病种或罕见病种的手术；

⑧有教学、科研意义的手术；

⑨部分特殊患者，因社会需要提请术前讨论的手术。

（3）院内术前讨论是指需2个或2个以上学科共同参与完成手术治疗的病例，由医务科主持，召集相关学科副主任医师以上医师进行术前会诊，确定手术方案。

2、术前讨论完成的时限

（1）组内和全科的术前讨论至少应于患者手术前1天完成，具体时间由医疗组、科室自定，一般多在晨会后进行。

（2）多科室术前讨论一般应于术前2天进行。

3、术前讨论程序

（1）组内术前讨论

①经治医师准备术前讨论资料，包括完善病历，将病程记录完成到会诊当日、各种辅助检查报告单已置于病历中。

②经治医师汇报病例，简略报告主诉、病史、主要体征、辅助检查、组内诊断、拟采用麻醉方法和术式名称。

③主治医师提出手术方案，术前准备、术中术后可能发生的并发症及处置措施。

④医疗组长总结归纳，确定完整的手术方案。

⑤主治医师将术前会诊内容详细记录于病程记录中。

（2）全科术前讨论

①参加人员：科内所有医师，特殊病例请麻醉科医师参加。

②经治医师准备资料、汇报病历，做到准确、简练，需要查体的需提前通知患方，手法需轻柔、准确，步骤清晰、明了，准备必要的检诊工具，可采取多媒体形式汇报。

③主治医师指出本例手术的难点所在和需要解决的问题。

④讨论内容包括：进一步明确诊断、手术适应症、术式、麻醉方法、术中可能遇到的困难、术后注意事项等，同时交流类似手术的经验。会诊意见由主治医师记录和整理，经上级医师审阅后同意，记于术前小结和病程记录内。

⑤其他组医师发表意见，至少2个副主任以上人员发言。

⑥主任或主任委派的主持人总结发言，提出针对会诊病例的个性化手术方案。

⑦主治医师将讨论内容整理好，请上级医师审阅后准确详实记于病程记录及“术前小结”中。同时，将科内讨论情况简要记录于《术前讨论记录本》中。

⑧经科内术前讨论后，如果同意实施手术，科主任在“术前小结”的审批经过栏目中签字，科室共同承担手术风险；如果科内讨论不同意手术，科主任不在术前小结审批经过中签字，而医疗组实施手术，出现医疗纠纷或医疗事故，科室不承担风险，医疗组承担风险。科主任因故不能参加术前会诊时，由科主任指定的副主任以上医师代理主持并签字。

⑨夜间、节假日急诊患者需要手术时，由当班主治医师以上医师主持紧急术前讨论，明确手术目的、术中术后可能发生的并发症、采取的应对措施，必要时请医疗组长或科主任参加手术。

（3）院内术前讨论

①多科室术前讨论是院内会诊的一种形式，主治科室提前3天向医务科递交书面的院内会诊申请单，医务科通知相关科室副主任医师以上医师参加术前讨论。

②参加人员：提请讨论的科室主任主持，患者所在医疗组的所有医师、护士长、相关科室主治医师以上医师、麻醉科主治医师以上麻醉师。提请科室的其他医疗组医师可以参加讨论。

③经治医师汇报病例，主治医师补充并提出目前诊治上的难点和诊疗意见，相关科室医师就本学科情况发表意见，应明确手术前需要解决的问题及措施，以及手术后在本学科可能出现的并发症和相关解决方法。参与人员应基本取得一致意见。主治医师将各学科意见记载于病程记录中，请上级医师审阅，签字。同时，将会诊情况简要记录于《术前讨论记录本》中。

④急诊手术涉及多个科室时，由首诊科室请相关科室会诊，必要时请示总值班或医务科予以协调。

4、患者病情交代问题

（1）手术前讨论结束之后，应由本组主治医师以上人员向家属交代病情。

（2）交代病情需详细、准确、全面、真实，用词得当，将手术讨论的基本问题、相关风险、可能出现的并发症以及解决方案向家属交代，取得家属的理解。

（3）如家属对术前讨论有异议或有其他要求，需及时向上级医师汇报，及时沟通解决。

（4）术前讨论交代之后，如有需要，将交代问题落实纸面，并需取得家属对病情知情的签字。

**（六）监管**

1、科主任或科医疗质控责任人负责术前讨论制度落实情况的日常自查工作，《术前讨论记录本》的记录是否规范，是否准确记录于病程记录中。住院患者三级及以上手术术前讨论率100%。

2、医务科每月对术前讨论制度的执行情况进行质控，同时现场访谈2名医务人员对制度的知晓度（要求达100%）。

九、死亡病例讨论制度

**（一）目的**

规范死亡病例的讨论，及时总结经验、吸取教训，不断提高医疗技术水平。

**（二）适用范围**

职能部门、临床医技科室。

**（三）定义**

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

**（四）基本要求**

1、死亡病例讨论原则上应当在患者死亡1周内完成。尸检病例在尸检报告出具后1周内必须再次讨论。
　　2、死亡病例讨论应当在全科范围内进行，由科主任主持，必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。
　　3、死亡病例讨论情况应当按照本机构统一制定的模板进行专册记录，由主持人审核并签字。死亡病例讨论结果应当记入病历。
　　4、医院应当及时对全部死亡病例进行汇总分析，并提出持续改进意见。
 **（五）内容**

1、讨论时限

（1）一般情况下，患者死亡1周内进行；若为尸检病例则在尸检报告出具后1周内必须再次讨论。 特殊情况（医疗纠纷、猝死病例）应及时讨论，形成初步意见，同时动员家属做尸检，凡同意尸检的家属必须在尸检志愿书签字，然后保留于病历中。

（2）凡死亡病例，医师均应询问死亡患者的家属是否同意尸检，如不同意尸检，死者亲属应在病历首页“是否同意尸检”栏内进行签字。

2、参加人员

（1）一般死亡病例，由本医疗组组长主持，本组全体医师参加，也可邀请其他组医师自愿参加；

（2）疑难病例或有纠纷病例，由科主任主持，科室所有医师和有关的医技、护理人员参加，特殊情况请医务科派人参加。

3、讨论内容

讨论死亡原因、病理报告、死亡诊断和治疗抢救是否适当及应吸取的经验教训。

4、讨论程序

（1）经治医师汇报病例，包括：入院情况、诊断及治疗方案、病情的演变、抢救经过等。

（2）主治医师、医疗组长补充入院后的诊治情况，对死亡原因进行分析。

（3）其它医师发表对死亡病例的分析意见。

（4）主持人对讨论意见进行总结。

5、讨论内容简要记载于《死亡病例讨论记录本》中，详细内容经主治医师整理后，以“死亡病例讨论记录”的形式置于病历中，医疗组长或科主任及时审阅签章，出科归档。

**（六）监管**

1、科主任或科医疗质控责任人负责死亡病例讨论制度落实情况的日常自查工作，《死亡病例讨论记录本》的记录是否规范，是否准确记录于病程记录中。死亡病例报告率、及时率、讨论率均要求达100%；。

2、医务科每月对死亡病例讨论制度的执行情况进行质控，同时现场访谈2名医务人员对制度的知晓率（要求达100%）。

十、查对制度

**（一）目的**

确保对正确的患者实施正确的操作，防止异常事件发生。

**（二）适用范围**

医疗、护理、医技、药剂及财务、后勤等人员在为患者进行操作时。

**（三）定义**

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

**（四）基本要求**

1、查对制度应当涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等相关方面。

2、每项医疗行为都必须查对患者身份。应当至少使用两种身份查对方式，严禁将床号作为身份查对的标识。为无名患者进行诊疗活动时，须双人核对。用电子设备辨别患者身份时，仍需口语化查对。

3、医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。
 **（五）内容**

1、医嘱查对制度

（1）医嘱处理：医生下达医嘱后，护士应及时处理医嘱。处理医嘱时要记录处理医嘱的时间并签全名。若有疑问必须澄清后方可执行。

（2）医嘱查对：处理医嘱后护士及时查对并打印或转抄各种执行单。各班医嘱均由两名当班护士进行查对，两人查对无误方可执行。护士长组织每周总查对1次。

（3）口头医嘱：口头医嘱只有在抢救患者或在手术中使用，医生下达口头医嘱后护士记录在《口头医嘱记录本》上，并复读、经医生确认后执行，保留空安瓶以便核对。抢救结束后于6小时内补下医嘱，执行者签全名及执行时间（抢救当时的时间）。

2、服药、注射、输液查对制度：

（1）“三看”：看药物有无浑浊变质、看药品有效期、看包装有无损毁。

（2）“三查”：操作前查、操作中查、操作后查，有效确认患者身份后实施操作。

（3）“七对”：核对姓名、ID号、药名、剂量、浓度、时间、用法。

（4）药品交接：与药房工作人员交接药物时必须核对清楚，签字确认，发现问题及时沟通。

（5）易致过敏的药物：皮试前需详细询问患者有无过敏史，并确认皮试结果阴性后方可给药。

（6）药物配伍禁忌：同时使用多种药物时，查询药物配伍禁忌，注意用药后反应。

（7）麻精类药品：使用时必须双人核对后方可执行，用后保留安瓿交回药房。

（8）给药：给药时，应携带执行单进行核对，如患者提出疑问，应及时查询，无误后向患者解释并执行，必要时与医生联系。

（9）特殊情况处理：因各种原因致患者不能及时用药应与医生沟通，根据医嘱做好相应处理，并记录在护理单中。

3、输血查对制度：

（1）备血查对：

①根据医嘱、临床输血申请单、血型报告单双人核对患者姓名、ID号。

②查看输血相容性检测：ABO血型鉴定、RhD血型鉴定、不规则抗体筛查（抗体筛选）；肝功能测定和感染性疾病筛查（乙肝表面抗原、丙肝抗体、梅毒抗体、艾滋病毒抗体）等是否齐全。

（2）取血查对：

①查对者：取血者、输血科工作人员。

②查对项目：患者科别、姓名、性别、ID号、血型（包括Rh血型）、血液种类、血量、有效期、交叉配血试验、血袋外观等。

③查对内容：取血单与输血记录单核对；发血单、输血记录单与血袋标签核对；核对无误，取血者与发血者分别签名。

④取血要求：做到“一人一箱”，严禁多个患者血制品混放；取血者不得擅自更改标签内容。

（3）输血查对：

①查对者：两名医务人员。

②查对内容：两名医务人员共同核对患者病历、输血记录单、血袋上面的患者姓名、ID号、性别、年龄、血型、RH结果、血袋编号、发血日期、血液成分、血量、不规则抗体筛查、交叉配血试验、血袋外观等。

③输血要求：执行双人核对、双签名、输血过程中严密观察，输血完毕将血袋送到输血科统一处理。

4、手术查对：参照《手术安全核查制度》。

5、检验标本的查对制度：

（1）样本采集时查对：

①患者身份查对：让患者自报姓名，核对试管上的患者姓名、ID号。

②检验项目查对：按照医嘱下达的化验项目选择相匹配的标本容器。

③标本容器查对：扫条码前应注意检查容器有无损毁，以防造成标本的外溢污染。

（2）收样时查对：试样收验时，认真检查标本是否合格，如不符合要求，立即与临床取得联系，双方核对后在交接单上签名。

（3）检验前查对：

①样本信息查对：样本信息与样本管或申请单信息核对（姓名、ID号）。

②项目和容器查对：标本容器和检验项目是否一致。严防标记错误，最好实行条形码管理。

6、膳食发放查对制度：

（1）发放前查对：发放膳食前查对所送膳食种类与医嘱是否相符。

（2）核对项目：

①医院膳食：科室、姓名、ID号、民族、医院膳食种类、食物名称、数量、时间。

②管喂饮食：科室、姓名、ID号、营养素名称、剂量、时间、用法、保质期。

③自备膳食：家属送来的饮食，需经医护人员检查符合膳食医嘱后方可食用。

7、药学部门查对制度：

（1）药品验收查对：

查对内容：

①药品验收时：收货人员对照随货同行单（票）进行查对，内容包括药品的通用名称、剂型、规格、批号、有效期、数量、批准文号、生产厂商、收货单位、发货日期、药品外观等内容，并查对是否加盖供货单位药品出库专用章原印章。验收药品应当按照药品批号查验同批号的检验报告书。

②中药饮片验收时：收货人员还应对产地进行查对。

③实行批签发的生物制品，还应当查验同批号生物制品批签发证明。

（2）出入库查对：

①库查对：药品会计或药库人员微机入库时，应对照随货同行单（票），查对供货单位、药品的通用名称、剂型、规格、批号、有效期、数量、价格、生产厂商、收货单位、发货日期等内容，并查对是否加盖供货单位药品出库专用章原印章。一致后，方可办理入库。

②出库查对：药品或消杀用品出库时对照出库单据，出库人员和领药部门人员应查对领药单位、药品的通用名称、剂型、规格、数量、批号、有效期、生产厂商、质量状况等。

③精麻毒药品出入库查对：麻醉药品和第一类精神药品及毒性药品入库须双人验收，严格按批号入库；出库时药库人员双人复核，领药部门人员再次核对，严格按批号出库。

（3）药品储存查对：

①药品出库进入到药房后，检查药品外包装有无破损或漏液。

②药品储存和摆放做到与标签名称相符，并保证药品先进先出。

③每月检查药品效期，发现近效期药品立即警示或处理。

（4）药学人员在调剂处方、医嘱时执行“四查十对”：

①查处方，对科别，对姓名，对年龄。

②查药品，对药名，对剂型，对规格，对数量。

③查配伍禁忌，对药品性状，对用法用量。

④查用药合理性，对临床诊断。

（5）发药时查对：

①门诊患者发药：

a.查对内容：发药人员核发药品时需让患者自报姓名，核对处方确认患者ID号、性别、年龄、处方与发票金额。

b.患者教育：向患者交待药品名称、剂型、数量、用法、注意事项及储存条件等。

②住院患者发药：送药人员与病区护士交接药品时，要按照药品清单逐一核对。特殊保存药品需要单独说明。

（6）口服片剂摆药核查：

①药品拆零时仔细查对药品名称、剂型、数量、批号等。

②裸片放入摆药盒时，核对药名及摆放位置。

③摆药后，摆药人员进行核对。

（7）静脉药物配制时查对：按照药品汇总单排药，排药时需核对药品名称、剂型、规格、产地、批号、有效期及数量等。

①同一病区药品批号相同，易过敏药物更换批号时，需要通知病区做过敏试验。

②与病区护士交接药品时，要按照药品清单逐一核对。特殊保存药品需要单独说明。

**（六）监管**

1、科主任或护士长负责查对制度落实情况的日常自查工作。

2、医务科每月对查对制度的执行情况进行质控，同时现场访谈2名医务人员对制度的知晓率（要求达100%）。

十一、手术安全核查制度

**（一）目的**

通过建立手术核对程序，保证为正确的患者，在正确的部位，实施正确的手术，减少手术错误风险。

**（二）适用范围**

医院员工、患者。

**（三）定义**

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

**（四）基本要求**

1、建立手术安全核查制度和标准化流程。

2、手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。

3、手术安全核查表应当纳入病历。
 **（五）内容**

1、手术安全核查：分为实施麻醉前核查、手术前核查和患者出手术室前核查三个步骤。

（1）实施麻醉前核查：患者进入手术室建立静脉通道后，所有人员进行其他操作前，麻醉医师宣布核对开始，由术者或一助、麻醉医师和手术室巡回护士三方共同按《手术安全核查表》中内容核对仪器设备、患者知情同意书、患者身份、手术名称及部位标识、手术体位、麻醉方式、气道风险、手术及麻醉关注点、过敏史、静脉通道、术前抗生素、植入物等并记录。核对过程中主动邀请患者共同参与。

（2）手术前核查：由手术者在切皮前执行叫停程序，宣布开始核对，参与手术的全体人员暂停一切操作。由术者、麻醉医师和巡回护士三方共同按《手术安全核查表》中内容核对患者身份、手术名称及预计手术时间、手术部位标识、影像学资料、植入物、无菌物品及用药并记录。如有疑问，不得开始手术。

（3）患者出手术室前核查：由术者或一助、麻醉医师和手术室巡回护士三方共同按《手术安全核查表》中内容核对各种管路、手术标本、皮肤完整性、医疗设备、患者去向并记录。

2、要求：

（1）全部手术必须进行安全核查，安全核查表必须于手术前由手术医师填写患者信息。

（2）住院患者安全核查表应归入病历中保管。

**（六）监管**

1、科主任、护士长负责手术安全核查制度落实情况的日常自查工作。

2、医务科、护理部负责对手术安全核查制度实施情况的监督与管理，提出持续改进的措施并加以落实；现场访谈2名医务人员对制度的知晓率（要求达100%）。

十二、手术分级管理制度

**（一）目的**

规范各级医师手术操作权限，提高医疗质量，保障医疗安全，维护患者的合法权益。

**（二）适用范围**

职能部门、临床手术科室、患者。

**（三）定义**

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

**（四）基本要求**

1、按照手术风险性和难易程度不同，手术分为四级。具体要求按照《医疗机构手术分级管理办法（试行）》执行。

2、医院建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。

3、医院建立手术分级授权管理机制，建立手术医师技术档案。

4、医院对手术医师能力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。
 **（五）内容**

1、手术及有创操作分级

手术及有创操作指各种开放性手术、腔镜手术及麻醉方法（以下统称手术）。依据其技术难度、复杂性和风险度，将手术分为四级：

（1）一级手术：技术难度较低、手术过程简单、风险度较小的各种手术。

（2）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。

（3）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。

（4）四级手术：技术难度大、手术过程复杂、风险度大的各种手术。

注：微创（腔内）手术根据其技术的复杂性分别列入各分极手术中。

2、手术医师级别

依据其卫生技术资格、受聘技术职务及从事相应技术岗位工作的年限等，规定手术医师的级别。所有手术医师均应依法取得执业医师资格，且执业地点在本院。

（1）住院医师

①低年资住院医师：从事住院医师岗位工作3年以内，或获得硕士学位、曾从事住院医师岗位工作2年以内者。

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

（2）主治医师

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

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

（3）副主任医师：

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

②高年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作3年以上者。

（4）主任医师:受聘主任医师岗位工作者。

3、各级医师手术权限

（1）低年资住院医师：在上级医师指导下，可主持一级手术。

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

（3）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。

（4）高年资主治医师：可主持三级手术。

（5）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。

　　（6）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。

　　（7）主任医师：可主持四级手术以及一般新技术、新项目手术或经主管部门批准的高风险科研项目手术。

 （8）对资格准入手术，除必须符合上述规定外，手术主持人还必须是已获得相应专项手术的准入资格者。

4、手术审批程序

（1）手术科室医疗小组组长按医师级别确定组内每例手术的术者和助手名单。需要全科会诊的，至少提前1天交科主任组织全科会诊并审批。

（2）科主任审批全科各医疗组每例手术的术者和助手名单，确保医师级别与手术分类相对应，签字生效。原则上，不批准越级手术。特殊情况下可以批准，但必须保证有上级医师在场指导。

（3）患者选择医师时应以医疗组为单位，执行医师分级手术制度为前提。

5、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。若已施行电脑管理手术通知单，科主任及带组组长的书面签字应落实在术前小结的审批经过栏目中。

常规手术：

一级手术：医疗小组组长审批，主管的医师以上医师报手术通知单。

二级手术：带组教授审批，主管的主治医师以上医师报手术通知单。

三级手术：科主任审批，由副主任医师以上医师报手术通知单。

四级手术：科主任审批，由高年资副主任医师以上医师报手术通知单。

6、特殊手术审批权限

（1）资格准入手术

 资格准入手术是指按市级或市级以上卫生行政主管部门的规定，需要专项手术资格认证或授权的手术。由市级或市级以上卫生行政主管部门或其认可的专业学术机构向医院以及手术医师颁发专项手术资格准入证书或授权证明。已取得相应类别手术资格准入的手术医师才具有主持资格准入手术的权限。

（2）高度风险手术

 高度风险手术是指手术科室科主任认定的存在高度风险的任何级别的手术。须经科内讨论，科主任签字同意后报医务科，由医务科负责人决定自行审批或提交业务院长审批，获准后，手术科室科主任负责审批。

（3）急诊手术

 预期手术的级别在值班医师手术权限级别内时，可施行手术。若属高风险手术或预期手术超出自己手术权限级别时，应紧急报告带组组长审批，必要时向科主任上报。但在需紧急抢救生命的情况下，在上级医师暂时不能到场主持手术期间，值班医师在不违背上级医师口头指示的前提下，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。

（4）新技术、新项目、科研手术

①一般的新技术、新项目手术及重大手术、致残手术须经科内讨论，科主任在已填写的《重要手术审批单》上签署同意意见后，上报医务科，由医务科备案并审批。

②高风险的新技术、新项目、科研手术由医院上报省卫计委审批。必要时由省卫计委委托指定的学术团体论证、并经专家委员会评审同意后方能在医院实施。

（5）需要向医务科报告或审批的手术。

①该学科新开展或高难度的重大手术。

②邀请国内外著名专家参加的手术。

③预知预后不良或危险性很大的手术。

④可能引起医疗纠纷的手术或存在医疗纠纷的再次手术。

⑤国家邀请的外宾、港澳台知名人士的手术。

⑥干部患者（省、市、校领导，省内外知名人士）的手术。

⑦可能导致毁容或致残的手术。

　 ⑧大器官移植手术。

以上手术，须经科内讨论，科主任签字同意后报医务科备案，手术科室科主任负责审批。

（6）外出会诊手术

本院执业医师受邀请到外单位或外地手术，必须按《执业医师法》、《医师外出会诊管理规定》的要求办理相关审批手续。外出手术医师所主持的手术不得超出其在本细则规定的相应手术级别。

7、行政管理

（1）为了确保医疗安全，根据医师职称承担的责任，实行各级医师分级手术制度。各手术科室应执行各级医师手术范围的规定，手术组组长授或科室主任根据规定审批参加手术的术者和助手名单。手术医师在提升手术级别时，由科主任及手术组组长实行具体考核，并以“术前小结”审批经过签字生效。

（2）手术按照已确定的手术人员分工进行，不得越级手术。手术中根据病情需要扩大手术范围，或改变预定术式，需请示上级医师，按照医师分级手术范围规定进行手术。如施行越级手术时，需经科主任批准并必须有上级医师在场指导。

（3）除正在进行的手术术者向上级医师请示外，上级医师不得未经给患者会诊，未参加术前讨论，未办理手术手续，而直接参加手术。

（4）新技术、新项目、科研手术必须征得患者或直系家属的知情同意，并签署知情同意告知书。

（5）明确各级医师手术权限，是规范医疗行为，保障医疗安全，维护患者利益的有力措施，各手术科室及各级医师必须严格遵照执行。对违反本规范超权限手术的科室和责任人，一经查实，将追究科室和责任人的责任；对由此而造成医疗事故的，追究相应人员责任。

**（六）监管**

1、科主任、护士长负责手术分级管理制度落实情况的日常检查工作。

2、医务科、护理部负责对手术分级管理制度实施情况的监督与管理，提出持续改进的措施并加以落实；现场访谈2名医务人员对制度的知晓率（要求达100%）。

 十三、新技术和新项目准入制度

**（一）目的**

为保障医疗安全，提高医疗质量，提高我院学科整体医疗技能和水平，促进可持续发展，进一步规范新技术、新项目的申报和审批流程，完善新技术、新项目在临床应用中的质控与管理。

**（二）适用范围**

医院临床、医技、护理人员。

**（三）定义**

指为保障患者安全，对于本医疗机构首次开展临床应用的医疗技术或诊疗方法实施论证、审核、质控、评估全流程规范管理的制度。

**（四）基本要求**

1、拟开展的新技术和新项目应当为安全、有效、经济、适宜、能够进行临床应用的技术和项目。

2、明确本机构医疗技术和诊疗项目临床应用清单并定期更新。

3、建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目必须经过本院相关技术管理委员会和医学伦理委员会审核同意后，方可开展临床应用。

4、新技术和新项目临床应用前，要充分论证可能存在的安全隐患或技术风险，并制定相应预案。

5、明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围，并加强新技术和新项目质量控制工作。

6、建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理和动态评估。

7、开展临床研究的新技术和新项目按照国家有关规定执行。
 **（五）内容**

1、我院对新技术、新项目的开展实行准入管理。

2、医疗技术临床应用管理委员会负责对科室提交的新技术、新项目申请进行审核、评估，根据评估情况对具体项目予以不予准入、准入及转入常规技术管理。

3、申报的新技术、新项目需在我院执业机构许可证批准、登记的诊疗科目范围内，不得就原卫生部已废除或禁止使用的医疗技术提出申请。

4、新技术、新项目准入申报流程：

（1）申请开展新技术、新项目的临床、医技科室，项目负责人应具有中级或以上专业技术职称，认真填写《新技术、新项目准入申报表》（附件1），经科室讨论审核，科主任签字同意后报送医务科。

（2）在《申报表》中应就以下内容进行清晰准确的阐述：

①项目类别：依据《医疗技术临床应用管理办法》第二章第七条，以及第二、三类医疗技术目录（附件2），将医疗技术分为一、二、三类。根据是否为我院研发首创，分为创新型（我院首创）、拓展型（我院首次开展的已成熟的技术）。根据风险级别分为普通技术、高风险技术。涉及手术的技术，根据手术分级管理制度分为四级。科室需据此对所申请的新技术、新项目进行自评；

②综合评价：针对拟开展项目的安全性、有效性、适宜性及在国内、外临床应用基本情况的综述；

③拟开展新技术、新项目的科室技术力量、人力配备和设施等和各种支撑条件；

④适应证和禁忌证；

⑤预期效益及成本分析：包括对社会效益、经济效益、成本及收益、耗材使用情况等方面的预期及分析；

⑥详细介绍预期目标及其评估方法，特别是针对安全、质量、疗效、经济方面的判定标准及具体评价方法；

⑦技术路线：操作规范和操作流程；

⑧详细阐述可预见的风险（包括意外或并发症）评估以及应对风险的处理预案；

⑨符合病案管理规范的知情同意书。

5、新技术、新项目准入审批流程：

（1）医务科对科室申报的新技术、新项目进行初审，对申报材料齐全的，提交医疗技术临床应用管理委员会；

（2）下列情况需同时提交伦理委员会征询审核意见：

①申请开展卫生部规定的第三类医疗技术或原卫生厅规定的第二类医疗技术的；

②经医疗技术临床应用管理委员会审核，认为有必要提请伦理委员会审核的。

（3）医疗技术临床应用管理委员会针对初审合格的项目予以开会讨论评议。属于第一类医疗技术的申请，经医疗技术临床应用管理委员会审核通过，并经财务科确认后即可施行。属于第二、三类医疗技术的申请，需按卫生部《医疗技术临床应用管理办法》要求上报卫生行政主管部门，获准后方可实施。

（4）对于各科室所提出的新技术、新项目的准入申请，医务科以批件或通知的形式答复审核结果。

6、新技术、新项目临床应用质量控制流程：

（1）获准在临床开展的新技术、新项目，实行科室主任负责制，需严格按照申报的方案、操作流程、操作规范实施，以确保项目的顺利开展并取得预期效果。

（2）在新技术、新项目临床应用过程中，主管医师应注意履行经过审查的“知情同意”程序。

（3）新技术、新项目在临床应用过程中出现下列情况之一的，主管医师应当立即停止该项目的临床应用，并启动医疗技术风险及医疗技术损害处理预案等相应应急预案。医务科在接到科室书面报告后，根据实际情况报告医疗技术临床应用管理委员会，由其决定是否启动新技术、新项目中止流程。

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

②发生与该项技术直接相关的严重不良后果的；

③发现该项技术存在医疗质量和安全隐患的；

④发现该项技术存在伦理道德缺陷的。

7、新技术、新项目跟踪管理流程：

（1）跟踪管理时限

①非侵入性第一类医疗技术，跟踪时限为三个月，侵入性第一类医疗技术，跟踪时限为半年，自科室书面向医务科提交开展报告之日起算；

②第二、三类医疗技术，以及属于我院研发创新型的医疗技术，跟踪时限为2年，自卫生行政部门批准之日起算。

（2）各科室应建立新技术、新项目的管理档案，对本科室开展的新技术、新项目进行全程管理和评价，及时发现医疗技术风险，并采取相应措施，将医疗技术风险降到最低程度。

（3）各科室应按所申请项目的跟踪管理时限，按时填报《新技术、新项目季度跟踪报告表》（附件3）和《新技术、新项目年度工作报告》（附件4），并提交医务科，内容包括诊疗病例数、适应证掌握情况、临床应用效果、并发症、合并症、不良反应、安全性、有效性等。

（4）各科室在开展新技术、新项目过程中存在任何疑问和出现未预料的问题，应及时向医务科报告。对于具有明确的医疗安全性、有效性评价以及具有良好经济和社会效益的第一类新技术、新项目将不再纳入新技术、新项目管理，转入常规技术管理，科室可继续开展应用。属于第二、三类医疗技术的项目应当自准予开展技术之日起2年内，每年根据负责审批该项医疗技术临床应用的卫生行政部门的具体要求，向其报告临床应用情况，包括诊疗病例数、适应证掌握情况、临床应用效果、并发症、合并症、不良反应、随访情况等。

8、新技术、新项目的中止流程：

新技术、新项目在临床应用过程中出现下列情形之一的，应当立即停止该项医疗技术、项目的临床应用，并及时向医务科报告：

（1）该项医疗技术被卫生部废除或者禁止使用；

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

（3）发生与该项医疗技术直接相关的严重不良后果；

（4）该项医疗技术存在医疗质量和医疗安全隐患；

（5）该项医疗技术存在伦理缺陷；

（6）该项医疗技术临床应用效果不确切；

（7）省级以上卫生行政部门规定的其他情形。

9、各科室申报的新技术、新项目未在规定时间内主动提交跟踪报告的，将被视为放弃该项目的开展，再次开展时需重新申报。

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

**（六）监管**

1、新技术、新项目经审批后按计划实施，增加或取消新技术、新项目须经医疗质量与安全管理委员会审核、院领导批准后方可进行。

2、医务科每年对开展的新技术、新项目的实施情况进行监督检查，项目科室按规定及时报送相关数据材料。

3、建立新技术、新项目档案并妥善保管，项目验收后，项目负责人将技术总结报医务科。

十四、危急值报告制度

**（一）目的**

使临床能及时掌握患者病情变化，避免医疗事故的发生，保障患者安全。

**（二）适用范围**

1、危急值报告者：检验室、影像科。

2、危急值接收者：门/急诊科室、临床科室。

**（三）定义**

指对提示患者处于生命危急状态的检查、检验结果建立复核、报告、记录等管理机制，以保障患者安全的制度。

**（四）基本要求**

1、建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范，确保危急值信息准确，传递及时，信息传递各环节无缝衔接且可追溯。

2、制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。

3、出现危急值时，出具检查、检验结果报告的部门报出前，应当双人核对并签字确认，夜间或紧急情况下可单人双次核对。对于需要立即重复检查、检验的项目，应当及时复检并核对。

4、外送的检验标本或检查项目存在危急值项目的，医院应当和相关机构协商危急值的通知方式，并建立可追溯的危急值报告流程，确保临床科室或患方能够及时接收危急值。

5、临床科室任何接收到危急值信息的人员应当准确记录、复读、确认危急值结果，并立即通知相关医师。

6、医院统一制定临床危急值信息登记专册和模板，确保危急值信息报告全流程的人员、时间、内容等关键要素可追溯
 **（五）内容**

1、危急值确定与更新：

（1）确定：由医务科负责组织检验室、影像科、临床科室等负责人及相关专家共同讨论确定本院危急值项目、阈值以及报告流程，报分管院长审批后公示。

（2）更新：医务科每年组织一次回顾更新，对上一年的危急值进行总结评价，并结合医院实际工作对危急值项目进行修订。

2、危急值（非POCT项目和病理项目）管理流程：

（1）报告流程：

①确认：

a.检验室检查：当操作者发现危急值后，必须立即确认标本是否合乎检测要求，仪器设备运行是否正常，检测试剂是否有效，室内质量控制是否在控，在上述方面都正常情况下，决定立即复查。

b.其他检查：检查仪器设备运行是否正常，操作是否正确，确定是否复查。

②复检（查）：复查结果与第一次结果吻合无差异后，进行危急值通知。

③通知：危急值确认后检查科室应立即与临床科室联系。

a.住院患者：报告者应电话联系病区医护人员，告知患者姓名、ID号、检验项目、检验结果、复核结果、检验人员姓名，并询问接收报告人员的姓名和工号。

b.门诊、急诊患者：报告者应立即电话通知门诊诊区分诊护士，告知信息同上。

④记录；检验室或影像科危急值报告人员在《危急值报告登记表》准确记录。

（2）危急值处置流程

①住院患者：

a.记录：临床科室医务人员接到危急值报告时，在《危急值接收登记表》准确记录。

b.回读：接收者完成记录后，回读给报告者。

c.确认并报告：确认无误后即刻通知主管/值班医师，并在《危急值接收登记表》中记录通知的医师。

d.处理及记录：医师接到危急值通知后，根据患者病情立即处理，并在6小时内在病程记录中准确记录危急值项目、结果、处置措施等。护士根据医嘱积极处理，并在6小时内在护理记录中记录危急值项目、结果、处置措施等。

②门、急诊患者：

a.通知：分诊护士在《危急值接收登记表》中记录、回读，待报告者确认后，立即通知开申请单的门、急诊医师。门、急诊医师应立即通知患者或家属及时就诊。如果分诊护士联系不上医师及医师联系不上患者时，均应立即向门诊部报告，门诊部做好备案。必要时门诊部应协助寻找患者，并负责跟踪落实，做好相应记录。

b.处理及记录：门、急诊医师应结合临床情况立即采取相关诊疗措施，必要时向上级医师或科主任报告。医师须将危急值项目、结果及诊治措施记录在门诊病历中。

3、POCT危急值管理流程

（1）记录：POCT检测人员应在《POCT危急值登记表》中记录。

（2）报告：检测人员即刻通知主管/值班医师，并在《POCT危急值登记表》中记录通知医师的时间。

（3）处理及记录：医师接到危急值通知后，根据患者病情立即处理，并在6小时内在病程记录中准确记录危急值项目、结果、处置措施等。护士根据医嘱积极处理，并在6小时内在护理记录中记录危急值项目、结果、处置措施等。

4、注意事项：

（1）医务人员接到危急值报告后必须立即处理。

（2）危急值记录时间精确到分钟。

（3）科主任和护士长在《危急值接收登记表》每页记录满页后应审核签字。

**（六）监管**

1、科室：检验室、医学影像科、各临床科室的负责人、护士长负责本科室危急值的日常监管。

2、职能部门：医务科每月监管检验室、医学影像科、各临床科室危急值管理情况。

十五、病历管理制度

**（一）目的**

提高病历书写质量，加强病历的监控和管理，确保医疗质量和医疗安全。

**（二）适用范围**

员工对运行和终末病历进行质量管理时遵循本制度。

**（三）定义**

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

**（四）基本要求**

1、建立住院及门急诊病历管理和质量控制制度，严格落实国家病历书写、管理和应用相关规定，建立病历质量检查、评估与反馈机制。
　　2、病历书写应当做到客观、真实、准确、及时、完整、规范，并明确病历书写的格式、内容和时限。
　　3、实施电子病历的医疗机构，应当建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。
　　4、医疗机构应当保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。
　　5、鼓励推行病历无纸化。
 **（五）内容**

1、病历质量管理主要包括统一病历质控标准、建立三级质控管理、总结与反馈、绩效管理等。

2、病历质量管理标准：

（1）原卫生部2010年版《病历书写基本规范》。

（2）《山东省病历书写与管理规范》。

（3）本院《住院病历书写制度》《门急诊病历书写制度》《护理病历书写规范》《麻醉病历书写规范》等书写制度。

（4）本院《患者评估制度》《知情同意制度》《转科制度》等相关制度。

3、医院设立病历质量三级质控管理：

（1）质控管理机制：

①一级质控（科级质控）：由临床科室负责对本科室及本病区的病历进行质量管理。

②二级质控（部门质控）：由医务科、护理部、病案室负责对运行病历、门急诊病历、留观病历、归档病历每月进行1次质量管理。

③三级质控（专项质控）：由医务科、护理部组织医师、技师、护士、麻醉师等组成专家组负责至少每季度1次对运行或归档病历进行专项检查。

（2）质控管理要求：

①科级质控：

a.运行病历：上级医师负责审查下级医师所书写的诊疗计划、上级医师查房记录、讨论记录、出院病程、出院记录并签名确认。

b.出院病历：提交前由主管医师对电子病历进行质量审查，质控医师、质控护士对纸质病历进行出科前终末审查。

②部门质控：

a.医务科负责每月随机抽查至少每名医生5份运行病历按照医院住院病历质量评分标准表审查医疗文书，记录每份的得分并做好每月质量分析。

b.病案室负责每月随机抽查至少每名医生5份终末病历，由病案室、护理部、医务科共同完成审查，并完成总结分析。

③专项质控：由医务科、护理部负责至少每季度组织1次，并对专项质控结果做好质量分析。

**（六）监管**

1、部门质控检查结果汇总后统一上报医务科，并在病案室备案。

2、部门及专项质控须将每月、每季度检查情况及时反馈给各科室。

3、各科室根据自查结果和医院检查结果，对本科室存在的缺陷进行整改并与绩效挂钩。

十六、抗菌药物分级管理制度

**（一）目的**

规范医师抗菌药物的使用，确保患者用药安全。

**（二）适用范围**

医院科室/部门、员工、患者。

**（三）定义**

指根据抗菌药物的安全性、疗效、细菌耐药性和价格等因素，对抗菌药物临床应用进行分级管理的制度。

**（四）基本要求**

1、根据抗菌药物的安全性、疗效、细菌耐药性和价格等因素，抗菌药物分为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级三级。

2、严格按照有关规定建立本机构抗菌药物分级管理目录和医师抗菌药物处方权限，并定期调整。

3、医疗机构应当建立全院特殊使用级抗菌药物会诊专家库，按照规定规范特殊使用级抗菌药物使用流程。

4、按照抗菌药物分级管理原则，建立抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程。
 **（五）内容**

1、抗菌药物分级原则：根据抗菌药物特点、临床疗效、细菌耐药、不良反应以及本地社会经济状况、药品价格等因素，将抗菌药物分为非限制使用、限制使用和特殊使用三级。

（1）非限制使用抗菌药物：经临床长期应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。

（2）限制使用抗菌药物：与非限制使用抗菌药物相比较，这类药物在疗效、安全性、对细菌耐药性影响等某方面存在局限性，且价格较贵的抗菌药物。

（3）特殊使用抗菌药物：不良反应明显的药物；不宜随意使用或临床需要倍加保护以免细菌过快产生耐药而导致严重后果的抗菌药物；新上市的抗菌药物；价格昂贵的药品。

2、抗菌药物分级使用：抗菌药物的选用应遵循《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》中第一部分“抗菌药物临床应用的基本原则”。

（1）轻度及局部感染首选非限制使用抗菌药。

（2）重感染或根据药敏结果选用限制使用抗菌药。

（3）特殊使用抗菌药严格控制。

（4）围手术期用抗菌药：按《医院围手术期抗菌药物预防应用方案》执行。3、抗菌药物分级授权：

（1）临床医生可根据诊断和患者病情开具非限制使用抗菌药物。

（2）主治医师以上医师可根据诊断和患者病情开具限制使用抗菌药物。

（3）特殊使用抗菌药使用时应严格掌握临床应用指征，经抗感染或有关专家会诊同意，由具有高级专业技术职务任职资格的医师开具处方。

（4）因抢救生命垂危的患者等紧急情况，临床医生可以越级使用高于权限的抗菌药物，处方量仅限1天使用。越级使用抗菌药物应当详细记录用药指证，并应于24小时内补办越级使用抗菌药物的必要手续。

（5）特殊使用级抗菌药物不得在门诊上使用。

抗菌药物处方权管理：按照我院《医师抗菌药物处方权管理制度》执行。

**（六）监管**

1、药事管理委员会、药剂科及医务科定期开展合理用药培训与教育，督导本院临床合理用药工作；定期与不定期对各科室应用抗菌药物进行监督检查，对不合理用药情况提出纠正与改进意见。

2、将抗菌药物合理使用纳入医疗质量检查内容和科室综合目标管理考核体系。

十七、临床用血审核制度

**（一）目的**

保证临床合理、规范、安全用血，保障紧急抢救的及时用血。

**（二）适用范围**

医院科室、员工、患者。

**（三）定义**

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

**（四）基本要求**

1、严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定，设立临床用血管理委员会或工作组，制定本机构血液预订、接收、入库、储存、出库、库存预警、临床合理用血等管理制度，完善临床用血申请、审核、监测、分析、评估、改进等管理制度、机制和具体流程。

2、临床用血审核包括但不限于用血申请、输血治疗知情同意、适应证判断、配血、取血发血、临床输血、输血中观察和输血后管理等环节，并全程记录，保障信息可追溯，健全临床合理用血评估与结果应用制度、输血不良反应监测和处置流程。

3、完善急救用血管理制度和流程，保障急救治疗需要。
 **（五）内容**

1、临床用血申请

（1）严格掌握输血适应症

临床医师应严格掌握输血适应症，区分紧急输血和择期输血的情况，确保输血的治疗作用。

①对慢性病患者血红蛋白≥10克，或红细胞压积≥30%不予输血；急性失血量在600ml以下，红细胞压积≥35%的患者原则上不输血。

②对慢性患者血红蛋白＜10克，可小量分次输血，应采用成份输血。

（2）履行知情同意程序

①决定输血治疗前，经治医师应向患者或其家属说明输血的用途、不良反应和经血传播疾病的可能性，征得患者或家属的同意，并在《输血治疗同意书》上签字后存入病历。

②无家属在场、患者无自主意识需紧急输血进行救治，应由经治医师将《输血治疗同意书》报总值班或医务科签字批准，并置入病历。

（3）用血申请

任何情况下输血，均需填写《临床输血申请单》。由经治医师逐项填写，由主治医师以上人员核准签字，连同受血者血样送交血库进行备血。

2、 临床用血量审批及权限

（一）预计单次用血量在800ml以内，由主治医师以上人员在《临床用血申请单》上审签；

（二）单次用血量在800～2000ml的，由医疗小组组长审签；

（三）单次用血量超过2000ml，由科室主任审签后由血库主任审批（急诊用血除外）；申请单必须由血库保存备案。

（四）急诊用血由坐班医师审批。

3、标本及血液取送

必须由医护人员或专职人员送输血标本、领取血液并核对签字，不得由患者或家属送输血标本或领取血液。

4、血液发放与签收

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

（2）凡血袋有下列情形之一者，一律不得发出：

①标签破损；

②血袋有破损、漏血；

③血液中有明显凝块；

④血浆呈乳糜状或暗灰色；

⑤血浆中有明显气泡、絮状物或粗大颗粒；

⑥未摇动时血浆层与红细胞的界面不清或交界面上出现溶血；

⑦红细胞层呈紫红色；

⑧过期或其他须查证的情况。

（3）血液发出后不准退回。

5、输血前查对

（1）两名医护人员核对交叉配血报告单及血袋标签各项内容，检查血袋有无破损、渗漏，血液颜色是否正常，准确无误方可输血。

（2）两名医护人员带病历共同到患者床旁核对：患者姓名、性别、年龄、病案号、科别、床号、血型等，确认与配血报告相符，对神志清醒的患者要核对姓名，对神志不清的患者或儿童患者应得到家属证实确定无误后，用符合标准的输血器进行输血。

（3）取回的血应尽快输用，不得自行贮血。输用前将血袋内的成分轻轻混匀，避免剧烈震荡。血液内不得加入其他药物，前一袋血输尽后，用静脉注射生理盐水冲洗输血器，再接下一袋血继续输注。

6、输血过程观察与记录

（1）患者在输血过程中，经治医师应密切观察有无输血反应，若有异常立即采取措施，及时报告上级医师指导处理并记载于病历中。

（2）疑为溶血性或细菌污染性输血反应，应立即停止输血，用静脉注射生理盐水维护静脉通路，及时报告上级医师、总值班或报医务科，在积极治疗抢救的同时，做以下核对检查：

①核对用血申请单、血袋标签、交叉配血试验记录；

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

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

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

⑤如怀疑细菌污染性输血反应，抽取血袋中血液做细菌学检验；

⑥尽早检测血常规、尿常规及尿血红蛋白；

⑦必要时，溶血反应发生后5-7小时测血清胆红素含量；

（3）医护人员对有输血反应的应立即通知血库，医师逐项填写患者“输血不良反应回报单”，并返还血库保存。血库每月统计上报医务科备案。

（四）输血完毕后6小时，由护士（记录人）记录，医师（复核人）复核，填写医院“临床输血过程记录”单，存于病历中。

**（六）监管**

1、医务科、血库：负责全院临床输血管理，对临床输血管理进行评价、考核、公示与通报，提出工作持续改进措施并监督实施效果。

2、医院质量与安全管理办公室：承担临床输血全过程的监督与检查，并负责质量控制考核。

3、血库：承担医院临床输血和管理的培训与指导、血液安全发放、临床合理输血监督与检查并报医务科审核。

4、护理部：负责对临床输血全过程中护理质量控制考核、监督，并进行工作持续改进。

5、医院感染管理办公室：负责血液贮存环境的卫生学监测、考核与监督实施。

十八、信息安全管理制度

**（一）目的**

为加强医院网络管理，明确岗位职责，规范操作流程，维护网络正常运行，确保计算机信息系统的安全。

**（二）适用范围**

医院办公室、信息科、计算机使用人员。

**（三）定义**

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

**（四）基本要求**

1、医疗机构依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技术保障体系，完善组织架构，明确管理部门，落实信息安全等级保护等有关要求。

2、医疗机构主要负责人是医疗机构患者诊疗信息安全管理第一责任人。

3、医疗机构应当建立患者诊疗信息安全风险评估和应急工作机制，制定应急预案。

4、医疗机构应当确保实现本机构患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。

5、医疗机构应当建立患者诊疗信息保护制度，使用患者诊疗信息应当遵循合法、依规、正当、必要的原则，不得出售或擅自向他人或其他机构提供患者诊疗信息。

6、医疗机构应当建立员工授权管理制度，明确员工的患者诊疗信息使用权限和相关责任。医疗机构应当为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障，因个人授权信息保管不当造成的不良后果由被授权人承担。

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

1、网络安全管理制度

（1）计算机网络系统的建设和应用，应遵守国家有关计算机管理规定。

（2）计算机网络系统实行安全等级保护和用户使用权限控制。安全等级和用户使用权限以及用户口令密码的分配、设置由信息科专人负责制定和实施。

（3）计算机中心机房应当符合国家相关标准与规定。

（4）在计算机网络系统设施附近实施的维修、改造及其它活动，不得危害计算机网络系统的安全。如无法避免而影响计算机网络系统设施安全的作业，须事先通知信息科，经负责人同意并采取相应的保护措施后，方可实施作业。

（5）计算机网络系统的使用单位和个人，都必须遵守计算机安全使用规则，以及有关的操作规程和规定制度。对计算机网络系统中发生的问题，有关使用部门负责人应当立即向信息科网络管理员报告。

（6）对计算机病毒和危害网络系统安全的其它有害数据信息的防范工作，由计算机中心负责处理。

（6）所有局域网计算机严禁连接国际互联网或与院外其它公共网络直接连接。

2、网络安全管理规则

（1）网络系统的安全管理包括系统数据安全管理和网络设备设施安全管理。

（2）网络系统应有专人负责管理和维护，建立健全计算机网络系统各种管理制度和日常工作制度，以确保工作有序进行，网络运行安全稳定。

（3）设立系统管理员，负责注册用户，设置口令，授予权限，对网络和系统进行监控。重点对系统软件进行调试，并协调实施。同时，负责对系统设备进行常规检测和维护，保证设备处于良好功能状态。

（4）设立数据库管理员，负责用户的应用程序管理、数据库维护及日常数据备份。每周、每月必须进行一次全备份，每日进行一次日志备份，数据和文档及时归档，备份介质应由专人负责登记、保管。

（5）对服务器必须采取严格的保密防护措施，防止非法用户侵入。系统的保密设备及密码、密钥、技术资料等必须指定专人保管，设专用库房或专柜存放。拷贝或者借用涉密载体必须按同等密级文件确定权限，履行审批手续，严禁擅自拷贝或者借用。

（6）系统应有切实可行的可靠性措施，关键设备需有备件，出现故障应能够及时恢复，确保系统不间断运行。

（7）所有进入局域网使用的介质，必须经过严格杀毒处理，对造成不良后果的有关人员，应严格按照有关条款给予处罚。

（8）网络系统所有设备的配置、安装、调试必须指定专人负责，其它人员不得随意拆卸和移动。

（9）所有上网操作人员必须严格遵守计算机及其相关设备的操作规程，禁止无关人员在工作站上进行系统操作。

（10）保持机房的清洁卫生，并做好防尘、防火、防水、防触电、防磁、防辐射、防雷击等安全防护工作。

（11）网络管理员有权监督和制止一切违反安全管理的行为。

3、网络安全监督制度

信息科对计算机网络系统安全保护工作行使下列监督职权：

（1）监督、检查、指导计算机网络系统安全保护工作。

（2）查处危害计算机网络系统安全的违规行为。

（3）网络管理员发现计算机网络系统安全隐患时，可立即采取各种有效措施予以消除。

（4）网络管理员在紧急情况下，可以就涉及计算机网络安全的特定事项采取特殊措施进行防范。

（5）履行计算机网络系统安全保护工作的其它监督职责。

4、网络技术管理规则

（1）网络管理员应为满足系统功能要求和用户需求而对网络系统进行操作和维护的全部活动进行管理。

（2）网络系统中各类设备的配置，由系统负责人提出规划和计划，报医院领导审批后实施。系统硬件设备的购买、使用、保管、登记、报废等，均按医院医疗设备管理规定执行。

（3）系统软件在交付用户使用前，相关技术人员必须严格按照功能要求全面调试，达到系统功能要求后交用户使用。

（4）网络管理员实行分工负责制。

5、人员培训制度

（1）重要岗位计算机操作人员要经过考试合格后可上岗。

（2）人员上岗的要求是：掌握计算机基本知识和基本操作技能，能够严格按照计算机操作规程和系统应用要求进行操作；熟练掌握相关应用系统的操作。

6、工作站管理规则

（1）各工作站一律不配软驱和光驱，屏蔽接口，避免因病毒传播造成数据丢失或网络瘫痪。

（2）严格按照计算机操作使用规程进行操作。操作中必须做到细致认真、准确及时完成各项录入工作。

（3）保持各种网络设备、设施整洁，认真做好网络设备的巡检工作，使网络设备始终处于良好的工作状态。

（4）加强设备定位定人管理，未经网络管理员允许，不得随意挪动、拆卸和外借。

（5）机房内严禁存放易燃、易爆、易腐蚀及强磁性物品；遇有临时停电及雷电天气，应采取保护措施，避免发生意外；机房内不准吸烟、进食、会客、大声喧哗；严禁无关人员上机操作或进行其它影响网络正常运行的工作。

（6）严格交接班制度，工作中遇到的问题要及时妥善报告和处理。

**（六）监管**

医院办公室及信息科共同负责本医院范围内的计算机信息系统安全及网络管理工作。