

临沧市中医医院

工作制度与岗位职责

医务科

目 录

医疗质量管理制度

一、医疗质量管理制度.....	1
二、医疗质量管理制度实施措施.....	1
三、医疗质量监督检查评价制度.....	2
四、医疗质量控制与考核方案.....	2
五、环节质量管理.....	5
六、首诊医师负责制度.....	6
七、三级医师负责制度.....	7
八、病历书写制度.....	8
九、查房制度.....	9
十、医嘱制度.....	12
十一、医嘱执行规定.....	12
十二、医师处方权申请办法.....	13
十三、处方制度.....	13
十四、值班、交接班制度.....	14
十五、会诊制度.....	15
（一）院内会诊制度.....	15
（二）外请会诊制度.....	16
（三）外出会诊制度.....	17
（四）医师外出会诊管理办法.....	17
（五）门诊会诊转诊制度.....	18
（六）疑难危重病例会诊讨论制度.....	18
十六、病例讨论制度.....	19
十七、危重病人报告制度.....	19
十八、转院转科制度.....	20
十九、死亡报告制度.....	20
二十、查对制度.....	20

二十一、院内感染控制标准.....	21
二十二、判定院内感染的标准.....	22
二十三、传染病报告制度.....	22
二十四、合理使用抗生素制度.....	23
二十五、抗菌药物应用管理制度.....	23
二十六、抗菌药物合理应用实施细则.....	25
二十七、抗菌药物分级管理制度.....	31
二十八、抗菌药物用量动态监测及超常预警制度.....	31
二十九、抗菌药物临时采购制度.....	32
三十、抗菌药物遴选和定期评估制度.....	33
三十一、药品不良反应监测报告工作制度与程序.....	34
三十二、医院药害事件监测报告管理制度与处理应急预案.....	35
三十三、各级医务人员去向报告制度.....	36
三十四、进修人员准入管理制度.....	36
三十五、进修人员管理制度.....	37
三十六、关于承担下级医院医技人员进修培训的管理方案.....	38
三十七、参观手术制度.....	41
三十八、业务学习制度.....	41
三十九、临床实习带教制度.....	42
四十、临床规范体格检查.....	42
四十一、“三基三严”培训考核与管理制度.....	52
四十二、继续医学教育管理.....	53
四十三、医师考核办法.....	55
四十四、医疗法律法规培训制度.....	56
四十五、出具诊断证明管理制度.....	57
四十六、诊断证明管理制度.....	57
四十七、病案管理制度.....	58
（一）病案管理制度.....	58
（二）、住院病历返修管理制度.....	59
（三）、病案安全防护制度.....	59

(四)、病案借阅制度.....	60
(五)、病案复印制度.....	60
(六)、病案封存制度.....	61
四十八、医疗统计工作制度.....	61
四十九、病房管理制度.....	62
五十、扶贫病房管理制度.....	63
五十一、科室人员紧急替代制度.....	64
五十二、重点专科管理制度.....	64
五十三、重点专科建设管理办法.....	65
五十四、医疗技术应用准入管理制度.....	67
五十五、新技术、新业务应用管理制度.....	69
五十六、“危急值”报告制度.....	69
五十七、危急值报告程序.....	72
五十八、异常医疗信息请示报告制度.....	73
五十九、单病种管理制度.....	74
六十、医疗并发症范围.....	74
六十一、无菌手术的范围.....	74
六十二、医技检查项目使用管理制度.....	75
六十三、科际间协作技术项目管理制度（试行）.....	75
医疗安全管理制度	
一、医疗安全管理制度.....	76
二、医疗安全管理方案.....	77
三、尊重和维护患者合法权益管理制度.....	79
四、患者权利和义务.....	80
五、医疗差错事故报告管理制度.....	81
六、不安全隐患及医疗事故上报制度.....	82
七、首诉负责制度.....	83
八、医疗服务缺陷问责管理制度.....	84
九、医疗投诉管理制度.....	85
十、医疗事故处理规定.....	85

十一、医疗安全（不良）事件报告制度和 workflow.....	86
十二、医疗事故检查处理程序.....	89
十三、医疗差错事故的分级.....	89
科室工作制度及医务人员职责	
一、医疗质量管理委员会职责.....	90
二、医疗安全管理委员会职责.....	91
三、科学技术管理委员会职责.....	91
四、科室工作制度.....	92
五、科室检查和报告单审核签发制度.....	93
六、科室报告单取送制度.....	93
七、科室资料保存管理制度.....	94
八、科室质量监控小组职责.....	94
九、医务科管理制度.....	94
（一）医务科工作职责.....	95
（二）医务科科长（副科长）职责.....	95
（三）医务科科员职责.....	96
（四）病案管理委员会职责.....	96
（五）病案管理人员职责.....	97
（六）医疗统计人员职责.....	97
十、内科工作制度.....	98
十一、外科工作制度.....	98
十二、妇产科工作制度.....	99
十三、爱婴医院工作制度.....	错误！未定义书签。
十四、小儿内科工作制度.....	错误！未定义书签。
十五、临床科主任职责.....	99
十六、临床正、副主任医师职责.....	100
十七、临床主治医师职责.....	100
十八、临床总住院医师职责.....	101
十九、临床住院医师职责.....	101
二十、进修医师职责.....	102

二十一、门诊工作制度.....	102
(一)、门诊工作制度.....	102
(二)、门诊病历书写制度.....	104
(三)、处方制度.....	105
(四)、门诊诊断证明开具规定.....	106
(五)、门诊工作人员职责.....	106
二十二、急诊科工作制度.....	107
(一)、急诊工作制度.....	107
(二)、急诊分诊制度.....	108
(三)、抢救室工作制度.....	108
(四)、急诊抢救制度.....	109
(五)、急诊观察工作制度.....	109
(六)、留住观察制度.....	110
(七)、急诊工作人员职责.....	110
二十三、重症监护病房工作制度.....	113
(一)、重症监护病房医疗质量及安全管理制.....	113
(二)、危重病人抢救工作制度.....	113
(三)、危重病人交接班制度.....	114
(四)、危重病人追踪、访视制度.....	114
(五)、患者身份标识制度.....	114
(六)、探视、陪护制度.....	115
(七)、病人回访制度.....	116
(八)、“三无”病人救治制度.....	117
(九)、转科交接登记制度、交接程序和身份识别措施.....	117
(十)、院内关键科室间的患者转接流程.....	119
二十四、重症医学科工作制度.....	120
(一)、重症医学科工作制度.....	120
(二)、重症医学科收住制度.....	120
(三)、重症医学科收住患者病情评估制度.....	122
(四)、重症医学科工作人员入室管理制度.....	122

（五）、重症医学科患者管理制度	122
（六）、重症医学科知情同意书制度	123
（七）、交接班制度	123
（八）、重症医学科患者转科(院)制度	124
（九）、重症医学科抢救工作制度	124
（十）、重症医学科医嘱制度	125
（十一）、在危重病或急诊抢救过程中执行口头医嘱制度	125
（十二）、重症医学科探视、陪伴制度	126
（十三）、重症医学科床位使用汇报制度	127
（十四）、重症医学科科务会议相关规定	127
（十五）、重症医学科科室病历管理制度	127
（十六）、重症医学科排班、调班、下乡安排制度	128
（十七）、重症医学科医师培训制度	129
（十八）、医疗护理文书记录与保管制度	129
（十九）、重症医学科卫生管理制度	129
（二十）、重症医学科感染管理制度	130
（二十一）、多重耐药菌医院感染管理制度	131
（二十二）、重症医学科预防重点部位医院感染的制度	131
（二十三）、一次性医用消耗品管理制度	133
二十五、重症医学科（ICU）人员岗位职责	134
（一）、科主任岗位职责	134
（二）ICU 病房主诊（管）医师岗位职责	135
（三）、ICU 住院医师岗位职责	136
（四）、ICU 护士长职责	137
（五）、ICU 护士岗位职责	138
二十六、麻醉科工作制度.....	139
（一）、麻醉工作制度.....	139
（二）、手术分级制度.....	141
（三）、手术风险评估制度.....	142
（四）、手术部位识别标示制度.....	143

(五)、术前讨论及手术审批制度.....	144
(六)、重大手术报告审批制度.....	145
(七)、围手术期管理制度.....	145
(八)、ICU、急诊科、手术麻醉科专门监管制度.....	147
(九)、洁净手术室医疗管理制度.....	148
二十七、口腔科制度与职责.....	150
(一)、口腔科工作制度.....	150
(二)、口腔消毒室工作制度.....	150
(三)、口腔科工作人员职责.....	151
二十八、药剂科工作制度.....	153
(一)、药剂科工作制度.....	153
(二)、药事管理委员会工作制度.....	154
(三)、病区药房工作制度.....	154
(四)、门诊西药房工作制度.....	155
(五)、中药房工作制度.....	156
(六)、药剂科规范化培训考核制度.....	157
(七)、药剂科岗前培训制度.....	158
(八)、贵重药品、大型诊疗项目使用解释制度.....	158
(九)、临床合理检查、合理治疗、合理用药制度.....	159
(十)、煎药室工作制度.....	160
(十一)、原料库保管制度.....	161
(十二)、药房交接班制度.....	161
(十三)、药房值班制度.....	161
(十四)、住院处方审核制度.....	162
(十五)、门诊处方审核制度.....	162
(十六)、门诊药房服务规范.....	163
二十九、药品管理制度.....	163
(一) 药品质量监督管理制度.....	163
(二) 药品质量抽检制度.....	165
(三)、药品采购工作制度.....	165

（四）药品采购管理制度.....	166
（五）药品入库验收制度.....	167
（六）、药库保管工作制度.....	167
（七）药库管理制度.....	168
（八）、处方制度.....	169
（九）、处方管理规程.....	169
（十）处方调配管理制度.....	173
（十一）处方点评制度.....	173
（十二）、麻醉药品、第一类精神药品管理制度.....	174
（十三）、第二类精神药品管理制度.....	175
（十四）、医疗用毒性药品管理制度.....	175
（十五）、药物不良反应监测与报告制度.....	176
（十六）药物不良反应处理预案及整改措施.....	177
（十七）抗菌药物临床使用管理办法.....	178
（十八）四查十对制度.....	182
（十九）有效期药品管理制度.....	182
（二十）不合格药品管理制度.....	183
（二十一）不合格药品管理销毁规程.....	184
（二十二）药品划价制度.....	185
（二十三）中药饮片验收制度.....	186
（二十四）中药饮片采购制度.....	186
（二十五）中药饮片库房保管制度.....	187
（二十六）药品价格管理制度.....	187
（二十七）合理用药公示制度.....	188
（二十八）新药申请程序.....	189
（二十九）药品调配差错的预防和处理.....	190
（三十）突发事件急救药品应急预案.....	191
（三十一）合理用药培训及宣传制度.....	192
三十、药剂科岗位职责.....	193
（一）药剂科主任职责.....	193

（二）主任（中）药师职责.....	194
（三）主管药师（中）职责.....	194
（四）药剂师（中）职责.....	195
（五）药剂士（中药士）职责.....	195
（六）药剂员（中药剂员）职责.....	196
（七）临床药师工作职责.....	196
（八）药品质量负责人岗位职责.....	196
（九）药品采购人员职责.....	197
（十）药品保管员职责.....	197
（十一）药品验收人员工作职责.....	198
（十二）药品养护人员工作职责.....	198
（十三）药品质量监督员职责.....	199
（十四）中药饮片管理人员职责.....	199
（十五）中药煎药室职责.....	200
（十六）药房划价人员职责.....	200
（十七）药房发药人员职责.....	201
（十八）药房核对药品人员职责.....	201
（十九）中草药发药人员职责.....	201
（二十）药房分装药品人员岗位职责.....	202
三十一、检验科制度与职责.....	202
（一）、检验科工作制度.....	202
（二）、检验科急诊检验制度.....	203
（三）、检验科标本管理制度.....	203
（四）检验科拒收标本规定.....	204
（五）、检验科危急值报告制度.....	205
（六）、检验科信息反馈制度.....	206
（七）、窗口服务工作制度.....	206
（八）、检验报告签发审核登记制度.....	207
（九）、检验科查对制度.....	208
（十）、检验科试剂管理制度.....	208

(十一)、检验科生物安全管理制度.....	209
(十二)、微生物室生物安全制度.....	210
(十三)、检验科消毒隔离制度.....	211
(十四)、检验科标本处理规定.....	212
(十五)、微生物实验室感染性废物处理规定.....	212
(十六)、检验科门诊临检室工作制度.....	213
(十七)、检验科病区临检室各种制度.....	213
(十八)、检验科免疫室工作制度.....	213
(十九)、检验科生化室管理制度.....	214
(二十)、细菌室工作制度.....	214
(二十一)、检验科 HIV 筛查室工作制度.....	215
(二十二)、检验仪器管理制度.....	215
(二十三)、仪器使用维护制度.....	216
(二十四)、检验科值班与交接班制度.....	216
(二十五)、检验科差错事故处理制度.....	217
三十二、检验科工作人员职责.....	218
(一)、检验科岗位责任制.....	218
(二)、检验科主任职责.....	219
(三)、检验科各专业组组长职责.....	219
(四)、主管检验师职责.....	219
(五)、检验师职责.....	220
(六)、检验士职责.....	220
(七)、检验员职责.....	220
(八)、检验科护工职责.....	221
(九)、检验科质量管理人员职责.....	221
三十三、输血科工作制度.....	221
(一) 输血科工作制度.....	221
(二) 临床用血管理制度.....	222
(三) 实验室工作制度.....	223
(四) 值班与交接班制度.....	223

(五) 查对制度.....	223
(六) 疑难血型病例讨论制度.....	224
(七) 输血科血液报废制度.....	224
(八) 储血室制度.....	224
(九) 输血反应、输血感染登记制度.....	224
(十) 差错事故登记制度.....	224
(十一) 血液质量管理制度.....	225
三十四、输血科工作人员职责.....	225
(一) 输血科主任职责.....	225
(二) 输血科主治医师（主管技师）职责.....	225
(三) 输血科医师（技师）职责.....	226
(四) 输血科技士（护士）职责.....	226
三十五、中医特色治疗室工作制度.....	227

医疗质量管理制度

一、医疗质量管理制度

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

2、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。

3、院长是医院医疗质量管理第一责任人，应认真履行质量管理与改进的领导与决策职能；其它医院领导应切实参与制定、监控质量管理与改进过程。

4、设置质量管理与改进组织，包括医疗质量管理委员会、药事管理委员会、医院感染管理委员会、输血管理委员会、病案管理委员会，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。

5、医疗、护理、医技职能部门行使指导、检查、考核、评价和监督职能。

6、临床、医技等科室部门主任全面负责本科室医疗质量管理工作，是本科室医疗质量管理第一责任人。应明确自己的职权和岗位职责，并应具备相应的质量管理与分析技能。

7、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，建立切实可行的医疗质量管理制度及方案。

二、医疗质量管理制度实施措施

1、制定医院医疗质量控制与管理方案。

2、坚持两会一课的质量教育制度，将全员质量教育的培训纳入科室与个人年度综合考评。

3、院科两级质量管理组织采取医院检查和科室自查的办法，落实医疗质量控制方案。

4、开展日常性的过程检查，医务科、质控科不定期下科室巡查，组织院内会诊与病案讨论；各科室主任坚持业务查房，每日巡查和掌握科室危重病人情况。

5、把职业道德教育和医疗质量管理相结合。医务人员要牢固树立全心全意为病人服务的思想理念，恪尽职守，无私奉献。

6、将病人的表扬与投诉规范为医疗质量的检查形式之一，坚持病人满意度调查以推进整体医疗质量持续改进。

7、医院医疗质量管理委员会对各科质控小组进行督察评价，促进各科质量控制工作有效开展。

8、每月、每季度对全院医疗质量各项指标进行汇总、评价，促进整体医疗质量不断提高。

三、医疗质量监督检查评价制度

1、医院必须把医疗质量管理工作放在首位，实行全面监督检查与评价，定期开展全面医疗质量检查考核，每季度进行一次全面质量分析评价，以保证医疗质量的持续改进。

2、成立医疗质量管理委员会，院长任委员会主任，负责对医疗质量管理工作进行监督评价。

3、设立医疗质量控制办公室，负责医疗质量管理的相关工作。

4、定期向患者发放医疗服务满意度调查表，收集、整理患者的意见建议，以不断改进和提高医疗质量。

5、坚持利用各种形式对医务人员进行质量教育，按照医疗质量管理方案进行检查和考核。

6、以国家卫生健康委《医院管理评价指南》、云南省卫生健康委《二级医院医疗质量综合考评标准》、《云南省医院评审手册》为依据，加强医院基础医疗质量，不断强化环节质量，严格控制终末质量，促进医疗质量的持续改进。

7、院、科两级质量管理组织，要把质量监督、检查、控制工作常态化，常抓不懈。

四、医疗质量控制与考核方案

对医疗质量进行有效地控制、科学地评价是保证和提高医疗质量的重要方法。通过对医疗质量的关键环节和容易出问题的薄弱环节重点控制，对医疗行为

和结果进行分析评价，不断改进医疗工作，提高医疗质量。为此根据二级中医医院评审的标准，结合我院的具体情况，制定医疗质量控制与评价的方法。

一、医疗质量的控制

1、健全院科两级医疗质量控制组织，实施组织控制。组织控制要发挥组织、计划、指挥、控制、协调的基本职能。抓好四个主要环节：有明确的目标，有检查考核的标准，有严格控制的方法，有奖惩制度。

院医疗质量管理委员会、临床医技科室质控小组、药事委员会、感染控制委员会、病案管理委员会、输血管理委员会的组成及职责。

2、制定医疗质量标准，实施标准化控制。科室合格标准和个人职称标准构成医院标准化管理的体系。科室合格标准包括质量、效率、管理和业务开展标准。

(1) 各科业务开展技术范围，见《2012 云南省二级医院医疗质量综合考评标准》的科室技术标准部分。

(2) 临床质量标准

入院诊断与出院诊断符合率 $\geq 95\%$	临床诊断符合率 $\geq 90\%$
危重病人急诊抢救成功率 $\geq 80\%$	危重病人病房抢救成功率 $\geq 84\%$
手术前后诊断符合率 $\geq 90\%$	无菌手术伤口甲级愈合率 $\geq 80\%$
住院死亡率 $\leq 0.02\%$	活产新生儿死亡率 $\leq 0.5\%$
门诊处方合格率 $\geq 95\%$	甲级病案率（无丙级病案） $\geq 95\%$
门诊病历合格率 $\geq 95\%$	病床周转率达到 $85\% \sim 93\%$
平均住院日 ≤ 18 天	年病床周转次数 ≥ 17 次

(3) 医技质量标准

(4) 护理质量标准

(5) 技术操作常规

(6) 危急重病症抢救标准和抢救成功标准

(7) 院内感染控制标准

(8) 病历控制标准，见二级医院评审标准的《住院病历评价用表》。

(9) 单病种质量标准

(10) 职能科室质量标准

3、制定和完善各项医疗工作规章制度和各级各类人员职责，实施制度化控

制。制度是科学管理的一个重要组成部分，它不仅规范医务人员行为，而且使医、技、护工作有章可循，达到提高医疗质量的目的。

(1) 认真落实各项规章制度，并抓住重点。

(2) 狠抓岗位责任制的落实。

4、医疗缺陷控制。医疗差错、事故与纠纷属医疗缺陷范畴，它是医疗质量不高的表现，也是衡量医院与科室管理水平和业务技术水平的重要标志。一旦发生医疗缺陷，对医院工作影响较大，并产生效应。

(1) 医疗缺陷可分为：诊断、治疗、护理、病历、手术、抢救、院内感染和其他缺陷。按程度又可分为：重度（事故）、中度（严重差错）、轻度（差错）医疗缺陷。医疗缺陷的判定标准，见卫生部《医疗事故处理条例》、《医疗事故技术鉴定暂行办法》、《医疗事故分级标准》。

(2) 加强医疗质量、医疗安全教育，警钟长鸣。对发生的医疗缺陷做到：实事求是、深入调查、科学分析、定性准确、分清责任、处理恰当。并做到三不放过，即未找到原因不放过、责任者未吸取教训不放过、未制定出防范措施不放过、发生医疗缺陷按医院《医疗事故处理方案》及《医疗事故追究制度》有关规定处理。

5、医疗质量的控制方法，包括自我控制、同级控制、逐级控制、越级控制、医疗缺陷控制、预防性控制和回顾性控制。

二、医疗质量的评价

1、自我评价：以岗位责任制为中心，医护人员提高自身素质，对完成的医疗质量负责，严格按标准要求，自觉进行医疗过程各环节的质量控制，发生缺陷立即纠正、补救。

2、同级评价：科室间、部门间及相互间密切配合，相互制约、监督、共同完成医疗任务，保证医疗质量。

3、逐级评价：按医疗质量控制系统实行逐级评价负责制，上一级控制下一级。科室严格实行三级负责制。

4、越级评价：院医疗质量管理委员会对各种医疗质量监控点进行监督控制评价，发现问题，及时纠正，强化医疗质量管理。

5、医疗缺陷评价：在整个医疗过程中，严把质量关，及时发现、纠正、处

理、预防医疗缺陷。强化质量、安全意识。

6、社会评价：定期听取病员、主管部门等对医疗质量的意见，不断改进工作。

医院每月进行一次考核，每季一小评，年底进行全年评价，各项考核指标、分值评价。

五、环节质量管理

要保证医疗质量，首先要重视医疗过程中各个环节的质量，其次要围绕三级医疗质量评审的医疗技术水平与效率的要求开展工作。

1、临床科室要抓好

(1) 门诊工作 建立合格门诊诊疗流程，提高门诊确诊能力，做到合理检查、合理治疗。规范门诊医疗书写，使门诊病历合格率达到 $\geq 90\%$ ，门诊处方合格率达到 $\geq 95\%$ 。

(2) 急诊工作 做好首诊负责制、交接班制度、抢救制度。建立“急诊快速通道”，使急诊服务及时、安全、便捷、有效。

(3) 诊断质量 门诊入院诊断及出院诊断符合率达到 $\geq 95\%$ 。掌握好诊断原则、依据和方法。做好新入院病人，疑难重危病人会诊的诊断工作。

(4) 掌握好药物治疗、手术治疗的原则和方法。

(5) 手术科室遵守手术分级管理制度、重大手术报告、审批制度。严格执行大中型手术术前讨论制度，加强围手术期管理。

(6) 严格执行医疗常规、规范、制度。节假日值班人员要坚守岗位，履行职责，不得擅离值守；交接班要注意交接的衔接，避免脱节。

(7) 加强协作诊疗。科内、科间要加强协作，作好疑难、危重、手术、抢救病人会诊抢救工作，会诊人员要及时到场，以便确定诊断、制定有效治疗方案；麻醉科要加强与手术科室配合，作好围手术期工作、术前访视病人并谈话，手术前准备充分，避免病人进入手术室后才谈话或因准备不足造成耽误手术或无法手术，作好术后回访，配合手术科室术后治疗；医技科室要结合病人病情，配合临床，给临床提供及时、准确、可靠的诊治检查依据。

(8) 疑难、危重、手术、抢救病人治疗过程中每个病例要诊断清楚、指征

明确，病案记录规范及时、抢救处理措施得当、各级医师按责执行，各种预后估计充分，并及时恰当和病人沟通。

(9) 作好“科间临界”病人收治工作。首诊医师要遵守首诊负责制，负责病人诊断、治疗、住院，组织相关科室会诊，根据会诊情况实施专科专治。

(10) 加强新技术、新项目管理，严格遵守新技术、新项目的准入制度。

(11) 加强医院感染管理，进行目标调查。重点检测感染性疾病科、口腔科、手术室、重症监护室、新生儿病房、产房、内窥镜、血液透析室、检验科、输血科、供应室。

2、医技科室要抓好

(1) 严格执行操作规程，实行科学的质量标准。

(2) 提高检查报告质量，严格执行报告单签发审核制度。

(3) 加强仪器设备的管理、使用、保养、维修、保证设备的完好率达到 $\geq 95\%$ 。

(4) 提高服务使患者和临床满意。

3、护理工作要抓好

(1) 制定、执行护理工作制度、各项技术操作规程、疾病护理常规、护理缺陷的控制、防止院内感染的措施。

(2) 做好护士的在职培训。制定护理质量考核标准、考核办法。

(3) 抓好基础护理、分级护理、专科护理。

4、终末质量管理

(1) 每月考核各项医疗指标完成的情况。

(2) 每月考核医疗缺陷情况。

(3) 每月汇总病历评审情况。

(4) 定期对各项质量标准进行评议和改进。

六、首诊医师负责制度

1、各科室必须加强对医务人员的医德教育，严格执行首诊科室、首诊医师负责制。

2、对门诊病人，尤其是危重、疑难病人属“科室间临界病人”的，首诊医

师必须进行必要的检查和处理，在病历中详细记录。

3、对病情较复杂或多处复合性创伤的患者首诊接诊的科室可与有关科室联系协同处理。被邀请会诊的科室或个人应随叫随到，到达会诊地点时间严格执行会诊制度的相关规定，不得以任何借口推诿。

4、会诊确诊后，属于哪一科室即以该科为主，组织救治，首诊科室则应向接受科室办好移交手续，书写好病历及病程记录，并注明科室，签全名以示负责。

5、对必须收入院治疗的危重病人或留观病人，在该科病床有困难时，首诊科室医师请示医务科同意后，有权责成它科接收。凡因拒绝收治造成医疗纠纷或事故，由拒收科室和当事人承担责任。

6、如遇大批抢救患者，首诊科室难以承担时，应报告医务科或院总值班组织抢救。

7、急诊患者来院就诊由急诊科接待分诊，同时用电话通知相关科室值班医师会诊，不得无故推诿患者。而被邀请急会诊科室医生应在 10 分钟内到达会诊地点，不得有误。

8、患者需进一步检查，转科或住院治疗时，对此，首诊医师要妥善安排处理，尤其对于危重病、外伤或其它在搬运途中有可能发生意外的患者，要安排担架，合理运送，并且一定要有医师或护士陪送。

七、三级医师负责制度

1、在临床科室的整个医疗活动中，必须履行三级医师负责制，逐级负责，逐级请示，即主治医师对住院医师的诊疗工作负责，副主任医师、主任医师对主治医师的诊疗工作负责。

2、三级医师负责制体现在查房、手术、门诊、急诊、值班、抢救、解决疑难问题、医疗文书书写、质量管理等方面。

3、在各种诊疗活动中，下级医师应及时向上级医师汇报，并听取上级医师的指导意见，上级医师有责任查询下级医师的工作，上通下达，形成一个完整的诊治体系。

4、下级医师必须认真执行上级医师的指示，若下级医师不请示上级医师而主观臆断，对病人做出不正确的诊断和处理，由下级医师负责；若下级医师向上

级医师汇报，上级医师未能亲自查看病人即做出不实际的处理意见，所造成的不良后果，由上级医师负责；若下级医师不执行上级医师的指示，擅自更改诊治方案、拖延时间而延误诊治，甚至造成不良后果，由下级医师负责。

5、若下级医师对上级医师的处理意见持不同见解时，仍应执行上级医师的决定，事后再与上级医师进行学术探讨。

八、病历书写制度

1、病历书写应用钢笔书写，力求通顺、完整、简练、准确、字迹清楚、整洁、不得涂改倒填、剪贴、挖补。医师应签正楷全名。

2、病历一律用中文书写，无正式译名的病名以及药名等可以例外。诊断、手术应按照疾病和手术分类名称填写。

3、新入院病员必须填写一份完整病历，内容包括姓名、性别、年龄、职业、籍贯、国籍、发病节气、工作单位或住所、主诉、现病史、既往史、家族史、个人生活史、女病人月经史、生育史、望、闻、问、切、体格检查，实验室检查（包括特殊检查）、四诊摘要、辨证分析、西医诊断依据、入院诊断、治则治法、方药、辨证调护、诊疗计划。

4、书写时力求详尽，整齐、准确，要求入院 24 小时完成，急诊应即刻检查填写。

5、住院记录，首次病程记录，必须由住院医师填写，进修医师必须填写住院病历，主治医师应审查修正并签字。实习医师应写住院病历，由带教老师修改并签字，病程记录，在带教老师的许可下实习医师才能书写，带教老师必须修改签字。

6、病员入院必须于 24 小时完成拟诊分析，提出诊疗措施，并记于病程记录内。

7、病程记录包括病情变化，检查所见，鉴别诊断，辨证分析，治疗，治法，方药等分析及诊疗意见，治疗过程和结果。凡施行特殊处理时，要记明施行方法和时间。病程记录应每天记录一次，重危病员和骤然恶化病员随时记录。病程记录由经治医师负责记载，主治医师应有计划地进行检查，提出同意或修改意见并签字。

8、科内或全院性会诊及疑难病症的讨论，应作详细的记录，请他科医师会诊由会诊医师填写会诊记录并签字。

9、手术病员的手术前准备、术前讨论、手术记录、麻醉记录、术后记录、术后总结均应详细填写在病程记录内或另附手术记录单。

10、凡移交病员均由交班医师作出交班记录，接班医师应填写接班记录，填入病程记录内。阶段小结由经治医师负责填入病程记录内。

11、凡决定转诊、转科或转院的病员，经治医师必须写较为详细的转出、转入或转院记录，主治医师审查签字，转院记录最后由科主任审查签字。

12、各种检查回报单应按顺序粘贴，各种病情介绍单或诊断证明书亦附于病历上。

13、出院记录和死亡记录应在当日完成。出院记录内容包括病历摘要及各项检查、住院期间的病情转变及治疗过程、效果，出院时情况，出院后处理方案和随诊计划由经治医师书写，主治医师审查。死亡记录除病历摘要、治疗过程外，应记载抢救措施，死亡时间，死亡原因由经治医师书写，主治医师审查签字。凡作病理解剖的病员应有详细的病理解剖记录及病理诊断。死亡病理讨论也应作详细记录。

14、门（急）诊病历、住院病历的书写内容要严格按国家卫生部、中医药管理局 2010 年颁布实施的《中医病历书写基本规范》要求执行。

九、查房制度

1、主任、主任医师、副主任医师或主治医师查房，应有住院医师、护士长和有关人员参加。科主任、主任医师、副主任医师查房每周 1-2 次，主治医师查房每日一次，住院总医师每日至少一次巡回查房。查房一般在上午进行，住院医师对所管理病员每日至少查房二次，实习、进修医师每日至少三次。

2、对危重病员、住院医师应随时观察病情变化并及时处理，必要时可请主治医师、副主任医师、科主任、主任医师随时检查病员。

3、查房前医护人员做好准备工作，如病历、X 光片，各项有关检查报告及所需要的检查器材等。查房时要自上而下逐级严格要求，认真负责。经治的住院医师要报告简要病历，当前病情，诊治经过并提出需要解决的问题。主任或主治

医师可根据情况作必要的检查和病情分析，并做出肯定性的指示，经治医师要作好查房记录，整理后记载在病历病程记录中，并请上级医师审核签字。

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

5、查房的内容：

(1) 科主任、主任医师、副主任医师查房，要解决疑难病例；审查对新入院、危重病员的诊断，治疗计划，决定重大手术及特殊检查治疗；抽查医嘱、病历、护理质量、听取医师护士对诊疗护理的意见，进行必要的教学工作。

(2) 主治医生查房，要求对所管病人分组进行系统查房。尤其对新入院、危重、诊断未明，治疗效果不好的病员进行重点检查与讨论。听取医师和护士的反映，倾听病员的陈述，检查病历并纠正其中错误的记录，了解病员病情变化并征求对饮食、生活的意见；检查医嘱执行情况治疗效果；决定出、转院等问题。

(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，当天医嘱执行情况，给予必要的临时医嘱并开写次晨特殊检查的医嘱，检查病员饮食情况，主动征求病员对医疗、护理、生活等方面的意见。

6、院领导以及相关行政科室负责人，有计划有目的地定期参加各科的查房、检查了解病员治疗情况和各方面存在的问题并及时研究解决。

附：三级查房具体要求

1、三级医师查房是在科主任、主任医师带领下，有主治医师、住院医师、进修医师、实习学生、护士长、护士参加的有准备、有重点、有目的地对病人进行一次较全面的医疗、护理活动。

2、其目的是解决疑难病例，审查对新入院、重危病员的诊断、治疗计划，决定重大手术及特殊检查治疗。检查医嘱、病历、护理质量。听取医师、护士对诊疗、护理的意见，进行必要的教学工作。各科根据本科的实际情况，每周进行一次三级查房。

3、查房前医护人员应做好准备工作，如病历、X光片、各项检查报告及所需的检查器材。

4、进病房前、要衣帽整洁、仪容端庄，必要时带口罩，进修或实习学生拿

病历（没有进修或实习学生时，经治医生拿病历）。

5、进病房的次序是：实习、进修医师（没有实习、进修医师时经治医师）推开病房门，科主任先进，依次为主任医师、主治医师、住院总、住院医师、护士长、进修医生、护士、实习学生。

6、进入病房后，要严肃认真，不能高声喧哗。检查病人时，站立的位置是：科主任或主任医师站在病床右侧；经治住院医师站在病床的左侧；经治主治医师靠近经治的住院医师的左侧站立；护士长靠近经治主治医师左侧站立。围绕床尾站立的次序由里向外依次是：主治医师、住院医师、进修实习医师、护士、实习学生。经治医师报告病人的病情及处理情况，内容包括：姓名、年龄、性别、住院号、主诉、现病史、既往史、阳性体征和主要的阴性体征，辅助检查的结果、诊断治疗情况等。

7、主管病人的主治医师要进行必要的补充。科主任或主任医师根据病人的情况进行检查和病情分析，指导诊断、检查、治疗，并做出肯定性的指示。查房中要注意医疗保护制度，对于有些不宜在病人面前指导的问题，可以在办公室再做出指示。

8、查房结束后，离开病房的次序是：实习进修医师（没实习进修医师时，主管病人的住院医师）开门，科主任先行，依次为主任医师、主治医师、护士长、住院医师、进修医师、护士，实习学生最后离开病房。

9、主管病人的住院医师必须把查房的经过、上级医师的指示及时整理后记入病程记录，并按上级医师指示及时执行。

附：带教查房（教学查房）具体要求

1、科主任或主任医师应根据学生在本科的实习计划实施情况，并结合本科病种有准备、有目的地进行临床带教查房。

2、应在查房前一日通知查房内容，以便学生做必要的准备，进入病房前，要衣帽整洁，仪容端庄。进病房时，带教老师先进，学生后进，带教老师站在病床的右侧，学生站在病床的左侧，主动报告（背诵）病历，老师进行补充。

3、根据学生掌握基本知识情况，带教老师进行提问，以促进学生的理论知识与临床实践的有机结合。带教老师结合病人的具体情况进行讲解或做示范性查体或技术操作，以强化学生从书本上学到的知识。学生如有问题时，可举手，经

带教老师同意后提出问题。

4、学生提问题时，要注意医疗保护制度，对于有些不宜在病人面前解答的问题，可以在办公室请教老师。

5、查房结束后，带教老师先离开，学生跟随。

6、为了使学生在临床实习过程中对医院的医疗常规和病房管理有所了解，查房时要科主任或主任医师应亲自带教。

十、医嘱制度

1、医嘱一般在上班后两小时内开出，要求层次分明，内容应当准确、清楚，转抄和整理必须准确，一般不得涂改，如须更改或撤销时，应用红笔填“取消”字样并签名，临时医嘱应向护士交代清楚后方可执行，开写、执行和取消医嘱必须签字并注明时间。

2、医师开出医嘱后，要复查一遍，护士对可疑的医嘱，必须查清后方可执行。除抢救或手术中外，不得下达口头医嘱。下达口头医嘱，护士需复诵一遍，经医师查对药物后执行，医师要及时补记医嘱，每项医嘱只能包含一项内容，严禁不察看病人就开医嘱的草率行为。

3、每班护士必须查对医嘱，夜班护士查对当日医嘱，每周由护士长总查对一次。转抄、整理医嘱一次，需经另一人查对后方可执行。

4、手术后或分娩后，应停止术前或产前医嘱，重开医嘱并分别转抄于医嘱记录和各项执行单上。

5、凡需下一班执行的临时医嘱，要交待清楚，并由值班护士分别转抄于医嘱记录和各项执行单上。

6、医师无医嘱时，护士一般不得给病员作对症处理，但遇抢救危重病人的紧急情况，护士可针对病情临时给予必要处理，但应做好记录，并及时向经治医师报告。

十一、医嘱执行规定

针对临床科室在医嘱执行中出现的问题，为防止医疗差错，杜绝医疗事故发生，特制定如下规定：

1、长期医嘱必须当日即时执行。

- 2、为了方便临床工作，第一次执行长期医嘱可取药两次日量。
- 3、停止长期医嘱无特殊情况下，医生应提前通知护士，医嘱必须当日签字停止。
- 4、特殊情况下长期医嘱可立即停止（例如：转院、病情变化、死亡等），所剩药物退回药房。
- 5、临时医嘱按要求及时执行。
- 6、与本规定不符者以本规定为准。

十二、医师处方权申请办法

- 1、取得执业医师资格的医师书面写出处方权申请书，并由所在科室科主任据工作能力签署科室意见。
- 2、申请书交由医务科审核并确认其执业医师资格。
- 3、普通处方权医务科受理审核。
- 4、麻醉药品和第一类精神药品处方权：
 - (1) 资格：取得普通处方全 2 年以上的医师。
 - (2) 必须参加医务科和药剂科组织的麻醉药品和第一类精神药品知识培训。
 - (3) 培训完成后，参加相关知识考试并及格。及格分数线为 90 分。
 - (4) 不及格人员必须再次参加培训，2 个月后继续参加相关知识考试。
- 5、申请医师在医务科及有关科室签全名留样。
- 6、最后报请主管院长签字批准，方可取得相应处方权。

十三、处方制度

- 1、医师（士）处方权，在医师（士）取得执业医师（助理）资格并注册取得执业证书后，由科主任提出，医务科长批准，并在医务科备案，特殊情况经主管院长批准，并将本人签字或印模留样于相关科室。
- 2、处方的书写应严格遵照《医师处方管理规范（试行）》
- 3、处方一律用规范的中文或英文名称书写。书写的药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范，不得使用“遵医嘱”、“按说明服”等不规范字句。
- 4、中药饮片、中成药、西药三类药品不得同方书写。中药饮片处方的书写，

可按君、臣、佐、使的顺序排列，药物调剂、煎煮的特殊要求应注明在药品之后上方，并加括号如（先煎、后下包煎、冲服、烊化等）；处方要写清剂数、服法和禁忌。饮片剂量单位要使用国家规定的“克”制，西药用“克、毫克、毫升”等以及通用的国际单位。中成药、西药都要写明剂型，数字一律用阿拉伯数字书写。

5、一般处方以 3-7 日量为限，急诊处方一般不超过 3 日量，对某些慢性疾病、老年病或特殊情况可酌情增加。处方当日有效，超过期限需经医师更改日期，并重新签字方可调配。医师不得为自己开处方。

6、处方规格、内容要求与全省统一标准相符。书写要清楚，不得涂改，如有涂改，医师需在涂改处签字或盖章。

7、药剂科不得擅自修改处方，如处方有错误应通知医师更改并盖章或签字后再配发。凡处方不合规定或签字不清楚者，药剂科有权拒绝配发。而对违反规定乱开处方、滥用药品的情况，药剂科在拒绝调配的同时，对情节严重者应报告院长（业务副院长）或主管部门严肃查处。

8、有关毒、麻、精神药品处方，要遵照国家卫生部 2004 年颁发的《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定（暂行）》执行。处方中有相反、相畏或超大剂量的用药，调剂室可拒绝调配。如属特殊配伍，处方医师要在处方上签双名以示认可。

9、自产药品的制剂，按药品监督管理局批准的药品标准为准。

10、一般处方须保存 1 年，到期登记后经院长、主管副院长批准销毁。毒、麻、精神药品处方，要遵照国家卫生部 2004 年颁发的《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定（暂行）》中的规定保存。

十四、值班、交接班制度

1、医院临床科室在非办公时间及节假日均须设医师值班。原则上应由住院医师任一线值班，主治医师任二线值班，副主任医师可参加二线值班，值班人数可根据医院科室的具体情况而定，值班医生不得擅离岗位。

2、值班医生每日在上班前接受各级医师交办的医疗工作。交班时，要巡视病房，对危重病员要做到床前交班。

3、各科室医师在下班前应将危重病员的病情和处理事项记入交班簿，并做好交班工作。值班医师对危重病员应做好病程记录和医疗措施记录，并扼要记入值班日志。

4、值班医师负责各项临时性医疗工作和病员临时情况的处理。对急诊入院病员及时检查填写病历，给予必要的医疗处置。

5、值班医师遇有疑难问题时，应请经治医师或上级医师处理。

6、值班医师必须在夜间或午间在值班室留宿，不得擅自离开。护理人员邀请时应立即前往诊视。如有事离开时，必须向值班护士说明去向。

7、值班医师一般不脱离日常工作。如因抢救病人未得休息时，应根据情况给予适当补休。

8、每日晨，值班医生将病员情况重点向主治医师或主任医师汇报，并向经治医师交清危重病员情况尚待处理的工作。

十五、会诊制度

凡遇疑难病例，应及时申请会诊。

1、急诊会诊：被邀请的人员，必须在接到会诊申请单或电话后 10 分钟内到达有关科室进行会诊，并书写会诊记录及签名。

2、科内会诊：由经治医师或主治医师提出，科主任召集有关医务人员参加。

3、科间会诊：由经治医师提出，上级医师同意，填写会诊单，应邀医师一般要在当天内完成，并写会诊记录。如需专科会诊，病员可持会诊单到专科检查。

4、院内会诊：由科主任提出，经医务科同意，并确定会诊时间，通知有关人员参加。一般由申请科主任主持，医务科要派人参加。

5、院外会诊：由科主任提出，经医务科同意，并由医务科与有关单位联系，确定会诊时间。会诊由申请科主任主持，必要时携带病历，陪同病员到院外会诊。也可将病历资料，寄发有关单位，进行书面会诊。

（一）院内会诊制度

在临床诊疗工作中，如有疑难问题或入院一周不能确诊的病例，可以申请科间会诊或院内会诊。

一、科间会诊

1、根据患者病情需要，由经治医师填写会诊申请单，上级医师审阅签名后，通知会诊科室；急诊病人会诊由值班医师决定，立即电话通知会诊科室，随后填写会诊申请单。

2、住院医师和进修医师不得单独会诊，但急会诊和抢救会诊除外。

3、申请会诊科室必须提前做好会诊所需的器械材料，由经治医师陪同会诊，详细介绍患者病情，以保证会诊质量。

4、被邀请科室接到会诊申请单后必须在 8 小时内完成会诊工作，急危重病例会诊随请随到。

5、会诊医师根据会诊申请，书面提出本专业在诊断和治疗上的意见和建议。

二、院内大会诊

1、患者所在科室主任向主管院长或医务科书面或电话提出会诊申请并提出会诊科室及参加人员名单，医务科审核确认后电话通知有关人员按时参加，院内大会诊由主管院长或医务科主持。

2、会诊前主管医师必须做好会诊准备工作，整理好有关临床资料，并负责向参加会诊的医师报告病历，说明会诊的目的和要求。

3、主诊科室主任补充报告病历，提出目前诊疗过程中存在的疑难问题，使会诊医师更好的掌握病情。

4、会诊讨论中，参加会诊的医师要依序发表个人的观点和意见，提出详细的诊疗方案。

5、主持人进行总结发言，统一认识，确定下一步的诊疗方案。

6、会诊结束后，科室主任及主管医师要及时和患者或家属进行沟通，告知院内会诊的意见，必要时可邀请会诊医师及医务科人员参与告知谈话；经治医师必须详细记录会诊意见。

（二）外请会诊制度

在日常临床医疗工作中，凡在诊断或治疗上遇有疑难问题，并且科间会诊、院内会诊仍不能解决问题时，可以申请院外会诊。

1、本院不能解决的疑难病例，可聘请外院专家来院会诊。

2、凡需要外请会诊的病例，科室必须先进行科内病案讨论，以明确会诊的目的和要求。

3、外请会诊的有关事宜，科主任必须详尽告知患者或家属，征得同意后方可进行。

4、会诊的外院专家必须拥有副主任医师/副教授或以上职称。

5、院外会诊由主管医师提出申请（包括患者情况及会诊专家单位、职称等），科主任签字，医务科批准。班外时间及假期需院外会诊时，由主管医师报科主任同时报总值班。

6、未经申报或批准擅自聘请外院人员来院会诊而造成的一切后果由相关责任人承担。

7、外请会诊费用严格按照国家有关标准执行。

（三）外出会诊制度

1、医务科在接到其它医疗机构会诊邀请函后，在不影响相关专业正常业务工作和医疗安全的前提下，及时安排被邀请医师外出会诊。

2、外出会诊原则上由主治医师以上人员承担，紧急情况例外。

3、所有外出会诊必须经过医务科批准，并办理相关手续后方可进行。

4、未经医务科批准，擅自外出会诊者，一切后果由会诊者个人承担，医院将视情节给予必要的处罚。

（四）医师外出会诊管理办法

1、依照卫生部《医师外出会诊管理暂行规定》，结合医院工作实际，制定本办法。

2、本办法所称医师外出会诊是指经医务科批准，为其他医疗机构的患者进行的诊疗活动。

3、收到会诊邀请函后，在不影响相关专业科室正常业务工作和医疗安全的前提下，医务科报请主管院长批准后及时安排被邀请医师外出会诊。

4、医师不得擅自外出参加会诊。

5、医生在外出会诊过程中要严格执行有关的卫生管理法律、法规、规章和诊疗规范、常规。

6、医师在会诊过程中发现邀请方的技术力量、设备、设施条件不适宜收治该患者，或难以保障会诊质量和安全的，应建议将该患者转往上级医疗机构进行诊治。

7、医师在会诊返院后2个工作日内将外出会诊的有关情况报告医务科。

8、外出会诊费用由邀请单位或会诊医师交医院计划财务科，会诊医师按医院规定领取一定的会诊费。

医师外出会诊不得违反规定私自收取邀请方报酬，不得收受或索要患者及其家属的钱物，不得索取其它不正当利益。

(五) 门诊会诊转诊制度

1、各科门诊医师遇到疑难病例，或门诊两次得不到确诊的病人应提请上级医师会诊，三次以上得不到确诊者要提请本科主任或副主任医师会诊，以提高三次门诊确诊率。

2、上级医师或科室主任会诊后仍不能确诊者，可根据病情需要，提请院内课间会诊，经治医师必须为患者建立门诊病历，详细记录病人的病史、体检和必要的辅助检查所见、初步诊断和会诊目的要求等。

3、门诊会诊病人同样实行首诊负责制，由导医或门诊护士陪同患者前往会诊科室进行会诊，必要时可邀请会诊医师来科会诊。

4、接受会诊的科室应由主治医师以上人员接诊，并将检查结果和诊疗意见详细记载在病历上，转回原科。若诊治结果认为确是本科专业范围，要负责处理到底。

5、凡院内会诊难以解决需转往院外治疗者，按照我院《转院制度》的要求执行。

各科对门诊会诊、转诊病人应尽量给予优先处理，特别是急、危、重症患者、外地患者及老年患者。

(六) 疑难危重病例会诊讨论制度

1、为解决疑难危重病例的诊断治疗问题，提高医疗质量，应对疑难、危重病例及时召开临床病例会诊、讨论会。

2、疑难危重病例根据病情需要随时组织会诊讨论。科内会诊未得出结论者，及时报主管院长或医务科提请院内大会诊或召开病例讨论会。

3、危重病人和入院三天未确诊病人，科室讨论；入院一周未确诊病人，必须组织院内会诊讨论。

4、会诊或讨论前，主诊科室要做好充分准备，经治医师负责整理有关病例

材料并写出病情摘要，告知参加会诊讨论人员。

5、科室内部病案讨论由科主任主持；院内病案讨论会由主管院长或医务科主持。

6、经治医师要详细记录病例会诊或讨论内容，并计入病例中。

十六、病例讨论制度

1、医院应选择适当的在院或已出院（死亡）的病例进行定期或不定期的临床病例（临床病理）讨论会，死亡病例需在死亡一周内进行讨论。

2、临床病例（临床病理）讨论会，可以一科举行，也可以几科联合举行。有条件的科室与病理科联合举行时，称“临床病理讨论会”。

3、每次医院临床病例（临床病理）讨论会时，必须事先做好准备，负责主治的科应将有关材料加以整理，尽可能作出书面摘要，事先发给参加讨论的人员，预作发言准备。

4、开会时由主治科室的主任或主治医师主持，负责及解答有关病情、诊断、治疗等方面的问题，并提出分析意见（病历由住院医师报告），会议结束时主持人总结。

5、临床病例（临床病理）应做好记录，可以全部或摘要归入病历内。

十七、危重病人报告制度

1、医院实行危重病人上报制度，除科室和病人家属保存外还要上报医务科。

2、各临床科室遇有病情危重的病人，（含生命体征有两项不达标的病人），经治医师要及时书写病危通知书进行上报。

3、对病情危重的病人（含生命体征有两项不达标的病人），经治医师要书面通知其家属或关系人，对其可能出现的病情变化要进行详细说明和交待，严格履行告知签字手续，并记录在病程记录中。

4、医务科对上报危重病人要详细登记，并根据科室的要求协调解决相关问题，如遇特殊情况，要及时上报主管院长。

5、医务科对危重病人要进行跟踪管理，并于每周一将全院危重病人情况书面报告院长办公会。

6、院、科两级必须加强对危重病人抢救工作的组织领导，确保危重病人抢

救共作顺序进行。

十八、转院转科制度

1、医院因限于技术和设备条件，对不能诊治的病员，应及时转院治疗。但对烧伤、破伤风、多发性神经根炎等病，实行首诊医院负责制，不得随意转院。

2、传染病、麻风病、精神病、截瘫病人不得转入外省市治疗。

3、病员转院，如估计途中可能加重病情或可能死亡者，应留院处置，待病情稳定或危重过后，再行转院。较重病人转院时应选医护人员护送。病员转院时，将病历摘要随病员转去，转入疗养院的病员只带病历摘要。

4、病员转科需经转入科会诊同意。转科前，由经治医师开转诊医嘱，并写好转科记录，通知住院处登记，按联系的时间转科。转出科应派人送到转入科，向值班人员交待有关情况。转入科写转入记录，并通知住院处和营养室。

十九、死亡报告制度

1、住院病人死亡后应及时报告医务科，并在二十四小时内填写死亡报告单一式四份，一份及时送交医务科进行网络直报，一份存入病历或由相关管理部门保存，其他交病人家属或单位。

2、治疗、护理失误，工作人员失职，直接或间接造成死亡的须立即报告医务科和总值班，科主任负责组织全科认真分析讨论，并将结果意见以书面材料报医务科。

3、涉及刑事案件或纠纷的人员死亡之后，要及时报告有关科室或院领导按程序处理。

二十、查对制度

1. 临床科室查对制度：

(1) 医生开医嘱、处方、治疗单和手术单时均要查对病人的姓名、床号、年龄、性别、药量、用法、时间和手术部位。

(2) 各班护理人员在执行医嘱、进行治疗、护理、发药、治疗饮食、采集标本时均应认真执行医嘱，必须严格执行“三查七对”。

三查：摆药后查；服药、注射、处置前查；处置后查（口腔拔牙的三查是：查牙位、查伤口、查牙根）。

七对：对床号、姓名，药名、剂量、浓度、时间、用法。

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

（4）给药前，要询问有无过敏史；使用毒、麻、精神药品时要经过反复核对。不能自理的病员要等病员服药后再离去。

（5）静脉给药时要注意有无变质，瓶口有无松动、裂缝；输液管有无破损污染等；静脉给多种药物时，应注意配伍禁忌。

（6）输血：必须认真查对科别、床号、姓名、血型、交叉配合实验结果、血瓶号、采血日期、血液质量。输血前需经两人查对无误后，方可输入，并注意观察反应情况。输血后，袋内余血保留一小时，以备必要时查对。

2. 手术室查对制度：

（1）接伤病员时，要查对科别、床号、姓名、诊断、手术名称、术前用药。

（2）坚持术前“三查”：手术室护士和手术第一助手要分别查对姓名、诊断、手术部位、麻醉方法及麻醉用药。

（3）凡进行体腔或深部组织手术，要在术前与缝合前坚持“三数”即：清点纱布块、吸水巾和各种缝针、器械数。

（4）用药前认真查对。毒、麻、精神药品需经第二人查对后，方可使用。使用后的空瓶应保存，以备再查。

二十一、院内感染控制标准

1、院内感染单：≤8%

2、无菌手术切口感染率：≤0.5%

3、法定报告传染病漏报率：0

4、院内感染漏报率：≤20%

5、无菌手术切口甲级愈合率：≥97%

6、器械消毒合格率：100%

7、高压蒸汽灭菌的医疗用品，不得检出任何微生物；消毒后的医疗用品，

不得检出病原微生物。

8、使用中的消毒液，细菌菌落数应 $\leq 100\text{cfu}$ ；不得检出致病性微生物。

9、各类病房的物体表面和医务人员的手，细菌总数 $< 10\text{cfu}/\text{cm}^2$ 。

10、手术室、产房、空气中的细菌总数 ≤ 200 个/ m^3 。

11、儿科、新生儿科病房的物体表面、食具和医务人员的手，不得检出沙门氏菌。

12、污水排放连续三次取样 500ml 检验，不得检出肠道致病菌和结核杆菌，总大肠杆菌群数 < 500 个。

二十二、判定院内感染的标准

1、凡住院伤病员，在入院时不存在某种感染，已存在感染的潜伏期（潜伏期超过住院时间的传染病除外）是在住院期间发生的感染。

2、感染部位及编号：1、泌尿道；2、下呼吸道；3、胃肠道；4、烧伤；5、手术伤口；6、皮肤；7、腹腔；8、败血症；9、其它。

3、举例说明：

①、因手术室、产房、婴儿室、换药室等处的金葡萄球菌、绿脓杆菌引起的感染。

②、产妇在住院期间发生的产褥热。

③、无菌性手术后引起的伤口感染。

④、因输血、输液、检查、治疗、造影等穿刺引起的感染。

⑤、在某些危重病情发展过程中，由于抵抗力下降（如白血病、恶性肿瘤晚期等）所致的继发性的感染以及一般上呼吸道感染，不列入院内感染。院内感染月感染率=当月内感染病历例数/当月全月住院病例数*100%。我院控制指标不超过 8%。

二十三、传染病报告制度

1、认真贯彻执行中华人民共和国《传染病防治法》的规定，所有的医务人员均为法定报告人。

2、法定报告人，必须熟悉国家规定的法定传染病病种和报告方法，并严格

执行法定传染病相关的报告规定。

3、发现法定传染病或疑似传染病人时，要立即按规定程序报告，不迟报、不漏报、不错报，并要做到早报告、早隔离、早治疗。

4、填写疫情报告卡时，要提高填写卡片质量，要做到字迹清楚，项目齐全。

5、院领导要经常深入科室督促检查疫情报告的执行情况，发现问题要及时解决。

6、在填写门诊工作日志时，凡发现确诊为传染病例时，要在门诊工作日志上登记患者的家庭住址和病名。

二十四、合理使用抗生素制度

1、应严格掌握抗生素的适应症、禁忌症，以及药物的配伍禁忌；根据药物敏感实验，选择敏感的、毒副作用小的抗生素。

2、严格掌握与控制预防性抗生素的使用，在使用过程中，应注意监测其耐药性的变化，密切观察菌群失调的先兆。

3、尽量减少抗生素的使用不当和对其依赖性的发生。

其他要求细则，依照国家三部局下发的国卫医发【2004】285号《抗菌药物临床应用指导原则》具体规定执行。

二十五、抗菌药物应用管理制度

为规范我院抗菌药物的使用，给病人提供最恰当的用药选择与治疗方案，最大限度地保障病人安全、有效、合理地使用抗菌药物，根据《抗菌药物临床应用指导原则》规定，特制定《临沧市中医医院抗菌药物应用管理办法》。

1、药事管理委员会是本院抗菌药物临床应用的管理和指导机构，负责抗菌药物临床应用的管理和医师合理用药的指导工作。

2、医院不断完善病原微生物检测工作，为临床医师正确使用抗菌药物提供依据。

3、医师应根据药物的抗菌谱、药物代谢动力学特点以及致病菌的敏感度综合考虑，合理选择、正确使用抗菌药物(品种、剂量、剂型、给药途径、给药次数和疗程)。避免过度依赖经验性或臆断性用药，避免不恰当使用广谱抗菌药物，禁止单纯从经济收益考虑滥用抗菌药物。本院住院患者微生物检验样本不低于30%，住院病人抗菌药物使用率<60%，使用强度在40DDD以下。

4、医师应根据患者的生理、病理、免疫及经济等具体情况，制定个体化用药方案。对特殊病理、生理状况患者(老年、婴幼儿、孕产妇、肝肾功能不全患者)的抗菌药物选用尤其要慎重考虑。

5、医师应严格掌握抗菌药物的适应证。缺乏细菌及有关病原微生物感染的依据、诊断不能成立，以及病毒性感染者，均不能无指征应用抗菌药物。

6、医师应按照必要性，可行性，有效性严格控制抗菌药物的预防性应用。不得无指征预防性使用抗菌药物。通常不宜常规预防性应用抗菌药物的内儿科情况有：普通感冒、麻疹、水痘等病毒性疾病，急性发生的昏迷、休克、中毒、心力衰竭及肿瘤(未合并细菌感染者)和应用肾上腺皮质激素等患者。

手术科室为预防术后切口感染，主要针对金黄色葡萄球菌选用药物；预防手术部位感染或全身感染，则依据手术野污染或可能的污染菌种选药。I类切口手术和介入治疗抗菌药物预防使用率不超过30%。接受清洁手术者，在术前0.5—2小时给药，或麻醉开始时给药，使手术切口暴露时血清和组织中已达到足以杀灭手术过程中入侵切口细菌的药物浓度；术中要确保整个手术期间有足够的抗菌药物浓度，抗菌药物的有效覆盖浓度应包括整个手术过程和手术结束后4小时，如手术时间超过3小时，或失血量超过1500ml，手术中可给予第二剂。抗菌药物应短程使用，总的预防用药时间不超过24小时，个别情况可延长至48小时。接受污染手术者，可根据患者情况酌情延长；对手术已形成感染者，抗菌药物按治疗性应用而选用。

7、抗菌药物联合应用的主要目的是为了提高疗效、降低毒性、延缓或避免耐药性的产生。多数细菌感染只需一种抗菌药治疗，临床只需要使用一种抗菌药物能够达到治疗目的时，不应联用第二种；在感染特别严重，估计有两种以上细菌合并感染或使用一种抗菌药物难以控制的感染，才考虑联合使用相应的抗菌药物。但一般在同一处方中联合应用抗菌药物不得超过2种，若病情需要联合应用2种以上抗菌药物时，使用前应征得主治或以上医师同意并签名。

8、医师应根据感染部位、感染程度正确选择给药途径，一般应尽量选择口服给药，对通过静脉给药应严格控制，抗菌药物一旦使用不宜频繁更换药物，疗程不宜过长。避免不恰当超疗程、超剂量使用。

9、实行抗菌药物分级使用原则。我院设非限制使用、限制使用、特殊使用

三个级别。非限制使用为疗效肯定、不良反应少、价格合理、资源充足的一类抗菌药物，处方医师可根据患者病情合理使用；限制使用类为疗效好，但不良反应相对较大或价格比较昂贵的一类药物，医师处方应有主治或以上职称者签名同意；特殊使用类为疗效好，但价格昂贵或属近期研制的保留抗菌药物，医师使用此类药物应有确凿依据(细菌培养及药敏试验)，并经有关专家会诊同意，处方由副高以上职称或科主任签名。紧急情况下，医师可越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限一天用量。

10、医师凡使用、更换、停用抗菌药物，均应在病历上有详细分析、完整记录。

11、药师应积极参与合理用药指导工作。对用药不合理的处方，药师应直接与处方医师联系(药师不得直接与病人或家属谈论用药是否合理)，并提出合理建议。对拒不纠正的医师处方，药师有权拒绝发药，并应向院医疗质量管理部门报告，院医疗质量管理部门接到报告后，应在认真调查后作出相应处理。

12、由不合理用药及不恰当解释所引起的医疗纠纷，处方医师和发药药师应承担相应的责任。

二十六、抗菌药物合理应用实施细则

为了促进医务人员合理使用抗菌药物，保证临床用药的安全、有效、经济，避免和减少药物不良反应，控制病原微生物耐药性的产生，根据《抗菌药物临床应用指导原则》、卫办医发(2009)38号《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》制定本细则。

1、抗菌药物合理应用的管理组织与职责

成立抗菌药物合理应用管理小组。管理小组的组成：由医院主管医疗工作的院长或副院长担任组长，副组长由医务科负责人、医院感染管理科负责人、药学部门负责人担任。成员包括临床科室(内、外、妇、儿)具有高级职称的主任或副主任、检验科的主任或副主任以及临床药学专业人员。

抗菌药物合理应用管理小组办公室设在医务科，小组的职责是组织抗菌药物合理应用临床会诊，负责全院抗菌药物合理应用的技术指导、检查和监督。

2、临床抗菌药物合理应用的基本原则

2.1 抗菌药物用于细菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、真菌等病原

微生物所致的感染性疾病。非上述病原体所致疾病原则上不用抗菌药物。

2.2 在使用抗菌药物治疗前，应尽可能正确采集有关标本，及时送病原学检查及药敏试验，作为选用药物的依据。未获结果前或病情不允许耽误的情况下，可根据临床诊断推测最可能的病原菌，进行经验治疗；一旦明确病原菌，应根据临床用药效果并参考药敏试验结果，调整用药方案，给予针对性目标治疗。临床无感染表现而病原检查获阳性结果时，应注意排除污染菌、正常菌群和定植菌的可能。

2.3 对轻症社区获得性感染或初治患者，可选常用抗菌药物。对医院获得性感染、严重感染、难治性感染患者应根据临床表现及感染部位，推断可能的病原菌及其耐药状况，选用抗菌活性强、安全性好的杀菌剂，必要时可以联合用药。门诊经抗菌药物治疗3天，病情未能有效控制的，原则上应住院治疗并应进行病原学检测和药敏试验，根据检验结果选择抗菌药物治疗。

2.4 选择抗菌药物应严格掌握抗菌药物应用指征，根据药物抗菌作用和体内特点，结合患者病情，感染的病原菌种类，正确制定抗菌的治疗方案。根据病原菌种类和感染情况，尽量选用对病原菌作用强、感染部位药物浓度高的品种，并综合考虑以下因素：

2.4.1 患者的疾病状况：感染严重程度、机体生理、病理、免疫功能状态等。

2.4.2 抗菌药物的特性：包括抗菌药物的药效学特点(抗菌谱、抗菌活性等)、药物动力学特点(吸收、分布、代谢与排泄，如半衰期、血药浓度、组织浓度等)以及不良反应等。

2.4.3 参考各医疗机构及病区细菌耐药状况，选用适当的抗菌药物。

2.4.4 给药途径：轻中度感染尽量选用生物利用度高的口服制剂；病情较重者可采用注射剂。

2.4.5 有多种药物可供选用时，应优先选用抗菌作用强、窄谱、不良反应少的抗菌药物；制定抗菌药物治疗方案时，应考虑药物的成本-效果比。严禁在门诊治疗中使用“特殊使用”抗菌药物，原则上只使用单一抗菌药物治疗，尽可能避免联合用药，需联合用抗菌药物的，只能二联用药；禁止在门诊使用三种以上抗菌药物联合用药(抗结核除外)。

2.4.6 其它药物的相互作用、供应情况等。

2.5 抗菌药物的调整：一般感染患者用药 72 小时(重症感染 48 小时)后，可根据疗效或临床病原检查结果，决定是否需要调整所用抗菌药物。

2.6 疗程：一般感染待症状、体征及实验室检查明显好转或恢复正常后再继续用药 2~3 天，特殊感染或特殊药物按特定疗程执行。

2.7 在抗菌药物治疗的同时不可忽视综合治疗。有局部病灶者需同时进行局部引流等治疗。

2.8 应尽量避免将全身用抗菌药物作为皮肤粘膜局部用药，以防产生耐药菌株。若全身用药在局部感染灶难以达到有效浓度时，可考虑局部应用。抗菌药物一般不用于气道预防给药。

2.9 遵循抗菌药物预防应用与联合用药原则。门诊应用抗菌药物治疗宜选用口服或肌肉注射方式给药，严格控制静脉用药。

2.10 加强抗菌药物的不良反应监测，及时发现其不良反应并妥善处置，认真执行药物不良反应报告制度。

3、合理应用抗菌药物的管理要求

3.1 抗菌药物临床应用分级管理：

按“非限制使用”、“限制使用”和“特殊使用”抗菌药物的分级管理规定，建立健全抗菌药物分级管理制度，明确医师使用抗菌药物的处方权限和实际工作中的操作流程，预防和纠正不合理应用抗菌药物的现象。

3.2 分级原则：

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

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

3.2.3 特殊使用：用以治疗高度耐药菌感染的药物，一旦细菌对其出现耐药，后果严重，需严格掌握其适应证者；新上市的抗菌药，其疗效或安全性方面的临床治疗尚不多，或并不优于现用药物者；药品价格相对较高者。

3.3 分级管理办法：

3.3.1 对抗菌药物进行分级管理。其中对某些属“限制使用类”的抗菌药品种，因使用较多，为便于处方，按“非限制使用类”管理，但仍应按限制适应证

及限制人群使用。此种情况见于应用较多的沿用喹诺酮类的口服制剂。

3.3.2 临床医师可根据诊断和患者病情开具非限制使用抗菌药物处方；患者病情需要应用限制使用抗菌药物时，应根据该类药物适应证或适应人群使用，并应受主治医师以上专业技术职务任职资格的人员的监督检查，有相关的医疗文书记录和签名。

3.3.3 对“特殊使用”级别抗菌药物的管理：

“特殊使用”抗菌药物须经由医务科召集专家会诊同意，由具有高级专业技术职务任职资格的医师开具处方后方可使用。医师在临床使用“特殊使用”抗菌药物时要严格掌握适应证，药师要严格审核处方。主管医生根据患者的病情，认定需要使用“特殊使用”抗菌药物治疗时，首先进入申请会诊程序，向医务科提请专家组会诊。医务科组织抗菌药物合理应用管理小组的专家对患者会诊后，确定抗菌药物的使用品种、使用方法、使用时间以及其他事项。患者收治科室或主管医师对会诊意见应严格遵照执行。非紧急情况下患者收治科室或主管医师不得擅自使用“特殊使用”抗菌药物。【紧急情况下未经会诊同意或需越级使用的，处方量不得超过1日用量，并做好相关病历记录。如需继续使用，必须办理相关审批手续】另外，严禁在门诊治疗中使用“特殊使用”抗菌药物。

根据抗菌药物临床应用监测情况，以下药物作为“特殊使用”类别管理：①第四代头孢菌素：头孢吡肟、头孢匹罗、头孢噻利；②碳青霉烯类抗菌药物：亚胺培南/西司他丁、美罗培南、帕尼培南/倍他米隆、比阿培南等；③多肽类与其他抗菌药物：万古霉素、去甲万古霉素、替考拉宁、利奈唑胺；④抗真菌药物：卡泊芬净，米卡芬净，伊曲康唑(口服液、注射剂)，伏立康唑(口服剂、注射剂)，两性霉素B含脂制剂。

4、对“限制使用”抗菌药物的管理

“限制使用”的抗菌药物种类较多，如：氟喹诺酮类药物：该类药物在我国临床应用普遍，使用量大，细菌耐药率高，氟喹诺酮类药物的经验性治疗可用于肠道感染、社区获得性呼吸道感染和社区获得性泌尿系统感染，其他感染性疾病治疗要在病情和条件许可的情况下，逐步实现参照致病菌药敏试验结果或本地区细菌耐药监测结果选用该类药物。应严格控制氟喹诺酮类药物作为外科围手术期预防用药。对已有严重不良反应报告的氟喹诺酮类药物要慎重遴选，使用中密切

关注安全性问题。氨基糖苷类、氯霉素、四环素类抗菌药原则上不作为儿童的一线用药，氨基糖苷类不能用于门诊患儿，作为老年人一线慎用，喹诺酮类禁用于18岁以下儿童，四环素类禁用于8岁以下儿童。替硝唑禁用于12岁以下儿童。此外对药物临床适应症或适用人群加以限制的抗菌药物还有很多，结合医疗工作实际，我院仅将以下药物作为“限制使用”抗菌药物实施处方权限管理，它们是氟康唑注射剂、庆大霉素注射剂、米诺环素口服剂型、哌拉西林/舒巴坦注射剂、头孢西丁注射剂。临床医师开具以上五种抗菌药物时，应受本科室主治医师以上专业技术职务任职资格的人员的监督检查，有相关的医疗文书记录和签名。其他限制使用类药物则按“非限制使用类”管理。

5、临床抗菌药物预防性应用的管理要求

5.1 抗菌药物预防应用原则

5.1.1 预防用药指征：患者具有发生感染的高危因素，如果不预防应用抗菌药物，一旦发生感染将引起严重后果。

5.1.2 不应随意选用广谱抗菌药物、新品种、昂贵品种或多种抗菌药物联用作为预防用药。

5.2 抗菌药物预防性应用注意事项

5.2.1 单纯性病毒感染者一般不需用抗菌药物。

5.2.2 预防性应用的抗菌药物应安全、有效、不良反应少、给药方便、价格适宜。

5.2.3 加强 I 类切口手术预防使用抗菌药物的管理和控制。I 类切口手术一般不预防使用抗菌药物，确需使用时，要严格掌握适应证、药物选择、用药起始与持续时间。给药方法要按照《抗菌药物临床应用指导原则》有关规定，术前 0.5—2 小时内，或麻醉开始时首次给药；手术时间超过 3 小时或失血量大于 1500ml，术中可给予第二剂；总预防用药时间一般不超过 24 小时，个别情况可延长至 48 小时。

5.2.4 以严格控制 I 类切口手术预防用药为重点，加强围手术期抗菌药物预防性应用的管理。医师要严格按照《抗菌药物临床应用指导原则》中围手术期抗菌药物预防性应用的有关规定，确保围手术期抗菌药物预防性应用的科学性，防止出现过度依赖抗菌药物预防手术感染的状况。对具有预防使用抗菌药物指征

的，参照《常见手术预防用抗菌药物表》选用抗菌药物。也可以根据临床实际需要，合理使用其他抗菌药物。

6、临床微生物检测与细菌耐药监测工作。

6.1 医疗机构要按照《抗菌药物临床应用指导原则》要求，加强临床微生物检测与细菌耐药监测工作。通过建立规范的临床微生物实验室，对患感染性疾病患者的标本进行病原菌的分离、鉴定及药敏试验，并按照卫生部的要求进行质量控制，有条件的应开展细菌菌落分布及其耐药性监测。提高病原学诊断水平，定期分析报告本机构细菌耐药情况；要根据全国和本地区细菌耐药监测结果，结合本机构实际情况，建立、完善抗菌药物临床应用与细菌耐药预警机制，并采取相应的干预措施。

6.1.1 对主要目标细菌耐药率超过 30% 的抗菌药物，应及时将预警信息通报本机构医务人员。

6.1.2 对主要目标细菌耐药率超过 40% 的抗菌药物，应慎重经验用药。

6.1.3 对主要目标细菌耐药率超过 50% 的抗菌药物，应参照药敏试验结果选用。

6.1.4 对主要目标细菌耐药率超过 75% 的抗菌药物，应暂停该类抗菌药物的临床应用，根据追踪细菌耐药监测结果，再决定是否恢复其临床应用。

7、抗菌药物合理应用的监督管理

7.1 将抗菌药物临床合理应用工作作为医疗安全与质量管理的重要内容纳入临床科室考核范畴，通过健全规章制度和责任追究制度，明确责任。将各项管理要求落在实处。

7.2 抗菌药物合理应用管理小组建立抗菌药物合理使用情况的监管记录。对抗菌药物的分级管理以及 I 类切口手术预防性使用抗菌药物进行重点检查。对 I 类切口手术确定五个病种进行重点核查。及时防控不合理用药事件的发生和蔓延。

7.3 对不重视抗菌药物临床合理应用工作或违反以上管理要求、存在临床抗菌药物滥用现象而由此造成医疗纠纷和其他严重后果的个人，将依照《执业医师法》、《医疗机构管理条例》以及其他有关法律法规的规定给予相应处罚。直至将吊销具体责任人的执业资格。

二十七、抗菌药物分级管理制度

1、根据抗菌药物特点、临床疗效、细菌耐药、不良反应以及本地区的社会经济状况、药品价格等因素，将目前我院使用的抗菌药物分为非限制使用、限制使用与特殊使用三类进行分级管理。

1.1 非限制使用：经临床应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。

一般对轻度与局部感染患者应首先选用非限制使用抗菌药物进行治疗，临床医师可根据诊断和患者病情开具非限制使用抗菌药物处方。

1.2 限制使用：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、药品价格等某方面存在局限性，不宜作为非限制药物使用。

严重感染、免疫功能低下者合并感染或病原菌只对限制使用抗菌药物敏感时，可选用限制使用抗菌药物治疗。

1.3 特殊使用：不良反应明显，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；其疗效或安全性任何一方面的临床资料尚较少，或并不优于现用药物者；药品价格相对较高的抗菌药物。

特殊使用抗菌药物的选用应从严控制。患者病情需要应用特殊使用抗菌药物，应具有严格临床用药指征或确凿依据，处方需经具有高级专业技术职务任职资格医师签名。

紧急情况下临床医师可以越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限于 1 天用量。

2、药事委员会每季度开会讨论抗菌药物应用的品种，根据使用情况对抗菌药物的类别进行调整，并暂停使用已产生严重耐药性的药物。

3、每月由药事委员会和医务科对抗菌药物使用的合理性进行评价，并将抗菌药物使用的合理性纳入医疗质量和综合目标管理考核体系。

二十八、抗菌药物用量动态监测及超常预警制度

为提高本院临床合理用药水平，结合我院药品用量动态监测及超常预警制度，对不合理用药的行为及时予以干预，建立实施药物重点是抗菌药物用量动态监测及超常预警制度。

1、药剂科每月对抗菌药物使用情况进行调查，“临床合理用药监控小组”对使用金额排名前十位的药品结合处方、病历等相关资料进行合理性分析评价，对使用不合理的科室和医生，“医院药事委员会”及时予以干预，包括：警告谈话限期改正、限定处方权、取消处方权。“医院药事委员会”对药品使用情况、评价结果、处理结果以简报形式通报全院。

2、对全院抗菌药物使用金额前 10 位和用量前十位的抗菌药物品种进行监控公示，内容包括：药品名称、规格、使用数量、金额，对使用异常和用量超常增长的药品，采取控制使用量或停止购进使用。

3、对门诊医师处方用药进行抽查监控公示，内容包括：100 张处方评价结果(平均处方药品数、抗菌药使用率、注射剂使用率、国家基本药物占处方用药数、处方平均金额、药品通用名使用率、诊断、处方合格率)，抗菌药分级执行率，不合理用药金额比例，其评价结果纳入个人综合考核指标。对无正当理由连续三个月居个人用药金额第一位的药品、和用量超常增长的药品，给予警告限期改正，直至停止该药品的处方权。

二十九、抗菌药物临时采购制度

1、因特殊感染患者治疗需求，需使用我院抗菌药物供应目录以外的抗菌药物，启动临时采购程序。临时采购由临床科室提出申请，说明申请购入抗菌药物名称、剂型、规格、数量、使用对象和使用理由，经我院抗菌药物管理组审核同意后，由药剂科临时一次性购入使用。

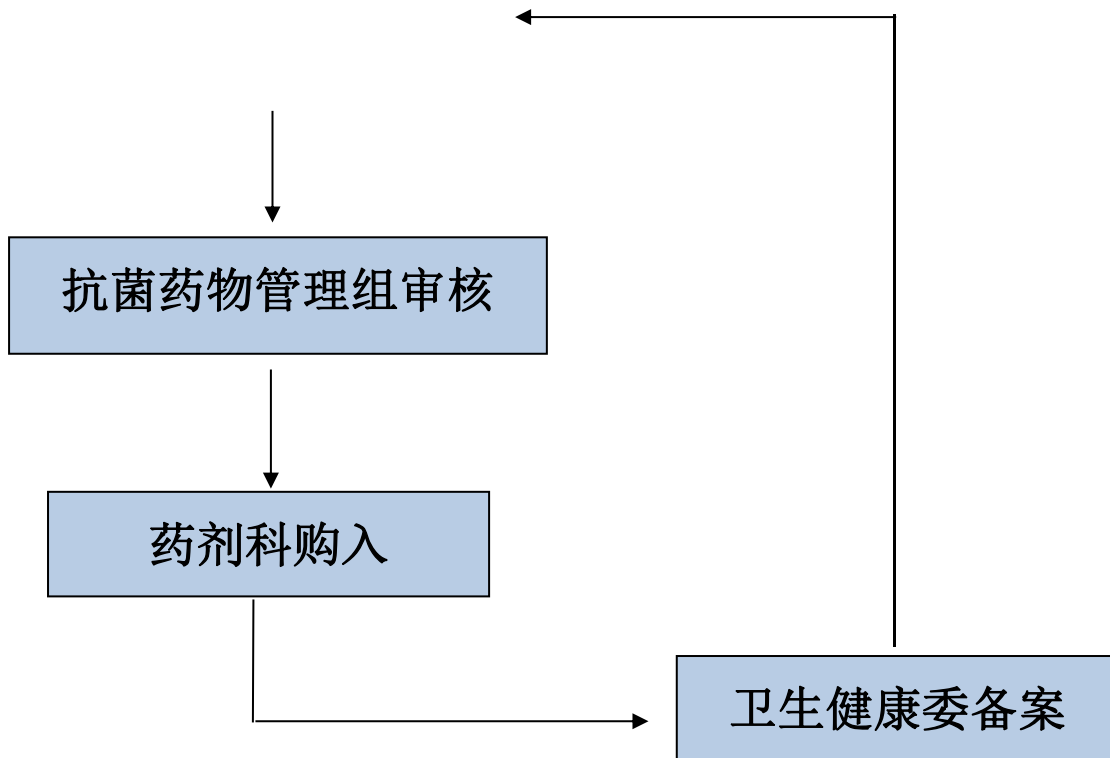
2、同一通用名的抗菌药物启动临时采购程序不得超过 5 次，若超过，应讨论加入抗菌药物采购目录。调整后的总数不得增加我院抗菌药物供应目录品种。

3、临时采购情况，每半年向卫生局备案。

4、我院确定的抗菌药物供应目录调整周期原则上不得少于一年，并于每次调整后十五个工作日内向卫生行政部门备案。

目录外抗菌药物临时采购程序

临床科室提出申请



三十、抗菌药物遴选和定期评估制度

为规范抗菌药物的遴选采购和临床的合理使用，特制定本制度：

1、医院抗菌药物应当由药剂科统一采购供应，其他科室或者部门不得从事抗菌药物的采购、调剂活动，不得在临床使用非药剂科采购供应的抗菌药物。

2、药剂科应当按照药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称购进抗菌药物，优先选用《国家处方集》、《国家基本药物目录》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的抗菌药物品种。

3、药剂科购进抗菌药物品种不得超过 35 种；同一通用名称抗菌药物品种，注射剂型和口服剂型各不得超过 2 种，处方组成类同的复方制剂 1-2 种。具有相似或相同药学特征的抗菌药物不得重复采购。

三代及四代头孢菌素(含复方制剂)类抗菌药物口服剂型不得超过 5 个品规，注射剂型不得超过 8 个品规；碳青霉烯类抗菌药物注射剂型不得超过 3 个品规；氟喹诺酮类抗菌药物口服剂型和注射剂型各不得超过 4 个品规；深部抗真菌类抗菌药物不得超过 5 个品规。

4、医院新引进抗菌药物品种，应当由临床科室提交申请报告，经药剂科提出意见后，报院抗菌药物管理领导小组审议。抗菌药物管理领导小组 2/3 以上成

员审议同意后，提交药事管理与药物治疗学委员会审核，经药事管理与药物治疗学委员会 2/3 以上委员审核同意后方可列入采购供应目录。对存在安全隐患、疗效不确定、耐药严重、性价比差或者违规促销使用等情况的抗菌药物品种，临床科室、药剂科、抗菌药物管理领导小组和药事管理与药物治疗学委员会可以提出清退或者更换意见。清退或者更换获得抗菌药物管理领导小组 1/2 以上成员同意后执行，并报药事管理与药物治疗学委员会备案。清退或者更换的抗菌药物品种原则上 6 个月内不得进入我院药物采购供应目录。

5、因特殊感染患者治疗需求，未列入我院药品处方集和基本药品供应目录的抗菌药物，医院可以启动临时采购程序。临时采购应当由临床科室提交申请报告，说明申请购入药品名称、规格、剂型、数量、使用对象和使用理由，经抗菌药物管理领导小组审核同意后由药剂科一次性购入使用。医院应当严格控制临时采购抗菌药物品种和数量，同一通用名抗菌药物品种启动临时采购程序不得超过 5 次。如果超过 5 次，抗菌药物管理领导小组应当进行调查，决定是否同意继续临时采购或者列入常规药品采购程序。

三十一、药品不良反应监测报告工作制度与程序

1、药品不良反应实行逐级、定期报告制度，必要时可以越级报告。

2、各科室科主任负责药品的不良反应报告和监测工作，发现可能与用药有关的不良反应应详细记录、调查、分析、评价、处理，并填写《药品不良反应事件报告表》，每月向院报告一次，院集中向上级药品不良反应监测中心报告，其中新的或严重的药品不良反应应于发现之日起 15 日内报告，死亡病例须及时报告。

3、《药品不良反应/事件报告表》的填报内容应真实、完整、准确。

4、新药(投入使用 5 年内)监测期内的药品应报告该药品发生的所有不良反应；新药监测期已满的药品，报告该药品引起的新的和严重的不良反应。

5、进口药品自首次获准进口之日起 5 年内，报告该进口药品发生的所有不良反应；满 5 年的，报告该进口药品发生的新的和严重的不良反应。

6、如发现群体不良反应，应立即报告院办，由院向上级(食品)药品监督管理局、卫生局以及药品不良反应监测中心报告。

7、个人发现药品引起的新的或严重的不良反应，可直接向医院或所在地药

品不良反应监测中心或(食品)药品监督管理局报告。

8、科室有下列情况之一者，将按照有关的法律法规以及医院的有关规章制度给予相应处罚：

- 8.1 无专职或兼职人员负责本科室药品不良反应监测工作的；
- 8.2 未按要求报告药品不良反应的；
- 8.3 发现药品不良反应匿而不报的；
- 8.4 因为工作不规范，由药品不良反应引起医疗纠纷的；
- 8.5 隐瞒药品不良反应资料。

附：名词解释

1. 药品不良反应 是指合格药品在正常用法用量下出现的与用药目的无关的或意外的有害反应。

2. 药品不良反应报告和监测 是指药品不良反应的发现、报告、评价和控制的过程。

3. 新的药品不良反应 是指药品说明书中未载明的不良反应。

4. 药品严重不良反应 是指因服用药品引起以下损害情形之一的反应：

- 4.1 引起死亡；
- 4.2 致癌、致畸、致出生缺陷；
- 4.3 对生命有危险并能够导致人体永久的或显著的伤残；
- 4.4 对器官功能产生永久损伤；
- 4.5 导致住院或住院时间延长。

三十二、医院药害事件监测报告管理制度与处理应急预案

第一章 总则

第一条 为建立和完善应急处理机制，增强应对突发重大药害事件的反应能力，确保对重大药害事件反应迅速、决策正确、措施果断、运转高效、处置得当、处理到位，把事故的损失降到最低限度，最大限度地保障人民群众身体健康与生命安全，维护正常的社会秩序，依据《云南省突发公共事件总体应急预案》规定，结合我院实际情况制定本药害事件监测报告管理制度与处理应急预案。

第二条 药害事件应急工作，应坚持以人为本、生命至上和预防为主、常备不懈的方针，贯彻统一领导、分级负责、依靠科学、处置有力的原则。

第三条 药害事件，是指对社会公众健康造成或可能造成严重损害的重大的药品质量事故、群体性药害事件、严重药品不良反应事故、重大制售假劣药事件以及其他影响公众健康的药害事件。具体包括：

- （一）群体性药害事故或药品不良反应事故；
- （二）自然灾害、流行性疾病、传染性疾病等情况紧急需求的药品质量控制；
- （三）涉及面大、影响范围广的重大制售假劣药案件；
- （四）引起新闻媒体关注，涉及药品监管的重大问题。

第四条 根据药害事件的性质、危害程度和涉及范围，可能或已经对社会造成的不良影响，将药害事件分为三级。

一级：重大药害事件。指药害事件在全院范围影响大，波及范围广，蔓延势头紧急，已经发生一人以上死亡、或者三人以上重伤、或者致人严重残疾、或者十人以上轻伤或者其他特别严重后果的事件。

二级：较大药害事件。指药害事件在医院范围影响扩大，蔓延势头有升级趋势，已经导致一人重伤、或者五人以上轻伤或者其他严重后果的事件。

三级：一般药害事件。指药害事件在一定区域内造成较大影响，危害较为严重，具有较为明显的蔓延势头，已经导致一人以上、五人以下轻伤或其他严重后果的药害事件。

三十三、各级医务人员去向报告制度

1、科主任（副主任）外出开会、学习、会诊及请假等，必须经医务科报请院长批准，并到有关职能部门办理相关手续。

2、科室其他人员外出开会、学习、会诊及请假等需向科主任请假，并到有关职能部门办理相关手续。

3、门诊医生有事外出，除要向科主任请假外，并要向门诊办公室报告。

4、各科要建立科主任（主任、副主任医师）、主治医师、医师（士）去向日志（包括院内），以便随时联系。如不向科室及有关部门报告而耽误工作者，应追究责任。

三十四、进修人员准入管理制度

1、凡申请来我院进修人员，须填写进修申请表，经医务科对其资质审核后，由拟进修科室对其进行专业技术考核。

2、进修人员必须持有医师资格证、注册证、毕业证，并将其复印件留在医务科。

3、凡经本院审查同意来我院进修人员，必须持本人单位介绍信和我院“进修人员申请表”，按规定时间到医务科办理报道手续。

4、进修人员报到时，须一次性交清进修费，提前结束进修不予退费。

5、进修人员须按申请专业学习，不得随意改变科目或学习时间。

6、进修人员主要通过临床实践提高医疗技术水平，学习期间服从上级医师指导，遵守医院各项规章制度。

7、进修期间，应积极参加业务学习和集体活动，党团员应参加组织生活。

8、严格履行请假手续。三天以内由科室主任批准，一周以内由医务科批准，一周以上由其原医院医务科批准并书面进行通知。进修期间不安排探亲假、公休假。

9、临床科室进修人员，进修时间一般为半年或一年。

10、进修人员在进修期满三个月后，视实际工作能力，由科室主任提出处方权申请，报医务科审核，在其变更执业地点后可正式办理处方权申报手续。

11、进修期满依据结业考核要求，由进修生本人写出自我总结，进修科室出具鉴定意见，医务科审核盖章。

12、各科室要指定专人带教进修人员，按进修要求完成培训计划。

三十五、进修人员管理制度

1、医院由医务科负责进修工作，要严格掌握进修人员条件。各科要选派临床经验丰富、高年资住院医师以上的医务人员指导进修。带教者应根据进修科目拟定计划，定期检查，努力完成。

2、进修人员要遵守医院各项规章制度，参加医院各项活动，不得自行调换进修科目，不得无故中途退学或延长学习时间。进修期间一般不安排探亲假等。请事假3天以内由科主任批准，4天以上须经医务科审批，无特殊情况事假累计超过一个月者取消进修资格，不退进修费。

3、进修人员的处方权（符合处方制度规定）由指导医师提出，经科主任鉴定，上报医务科批准，报有关科室备案。

4、进修人员开出的诊断书或病情介绍单需经指导医师审查签字。

5、医院领导要经常了解进修人员思想情况，关心他们的学习和生活，定期召开座谈会征求意见，改进带教管理工作。

6、进修人员在工作中有贡献者应给予表扬。医疗作风恶劣或犯有严重错误者，要终止其进修，由医院提出意见后，将材料和本人一起退回原单位处理。

7、进修期间，应由带教医师做好考核鉴定。进修结束时应督促清理有关手续后，方可离院。

三十六、关于承担下级医院医技人员进修培训的管理方案

我院一直承担着下级医院卫生技术人员进修培训任务。为了使各类卫生技术进修人员通过在我院进修医学教育后，能在原有基础上进一步充实和提高医疗服务能力，提高临床教学水平，为下级医院培养更多的合格技术人员。根据我院实际情况，特制定临沧市中医医院卫生技术进修培训人员管理方案：

一、进修管理制度

1、学习制度

①、进修期间应努力学习、认真钻研业务技术。积极参加所在支部组织生活。党员应携带临时党员组织关系。

②、进修人员的进修计划制定后，各科室应认真贯彻执行，进修科目和时间照原计划规定，不得任意变更，或者要求延长。进修人员也不得无故中途调回，如有特殊情况必须缩短或延长者需双方组织协商同意，对无故提前或中途终止学习者，不作鉴定，不发进修结业证。

2、报到制度

①、进修人员应按通知和规定日期报到，逾期不报到者不保留进修名额，作自动放弃处理，接到录取通知书后选派单位不可任意换人进修，如被发现将取消资格，如有特殊情况不能如期报到，必须及时通知医务科。

②、进修人员报到时应携带单位行政介绍信、加盖双方单位公章的资格审查表、与从医有关的证件以及健康证明和生活用品、听诊器等。

3、请假制度

①、医院规定进修期间不允许请假。如有特殊情况需要请假者，须持原有单位证明，经医务科批准后方能生效，事假最长一般不得超过一周。

②、进修半年以上者，病、事假累计不得超过二周，逾期不作鉴定，不发任何证明或证书。

③、请假手续：进修生请假 1~2 天经所在科室批准，3 天以上须经医务科批准，对擅离值守，情节严重者将终止其进修，退回原单位，对批准请假的进修生，假期结束，必须及时到医务科销假，逾期不归，将作自动终止进修处理。

4、三级审查制度

申请进修的学员必须填写进修审查申请表，由选派单位签署意见，报送医务科，接收进修人员必须经业务科室同意，医务科批准，然后办理有关手续，开始临床及逆序教育。

二、教学管理

1、专人负责

带教科室科主任要指派专人负责进修教育工作，负责制定进修生培养计划，组织定期的业务讲座，指定高年资医师负责带教，对刚报到的进修生，科室要进行上岗前培训，内容包括科室规章制度、病区规章制度、病历书写基本要求、病人手术前的谈话技巧等，定期检查进修生的培养工作，妥善处理，进修结束时要予以考核，并交科主任签署考核意见。

2、自学为主

进修生在指定的高年资医师带教下，在工作中应以自学为主，除参加科室的病例讨论和讲座外，还可利用业余时间参加其他边缘学科的讲座或学术会议等，要刻苦钻研努力学习，在工作实践中不断提高专业技术水平。

3、严格管理

进修生在进修期间也要参加科室教学工作，进修生经考核后才能授予处方权和参加值班，临床科室应根据进修生的实际工作能力，分配其担任适当的医疗工作，要给予一定的自学时间，同时应加强对进修生的督促检查，防止发生医疗事故和差错。

4、医务科要定期了解和检查进修人员的医疗质量和服务态度，发现问题（如

病人投诉等)及时找进修人员了解情况和谈话,并与科主任联系妥善处理。

5、进修半年以上的进修生,医务科要做好科室轮转工作和医疗工作记录,结束时进修生要认真做好自我总结,交所在科室做出全面鉴定,由医务科函寄原单位,如未按时完成进修计划或请假超过二至四周以上者,则不予发给结业鉴定或结业证书。

三、思想管理

1、医务科要定期召开进修人员座谈会,还可设进修人员意见反馈信箱,及时了解进修人员的思想,加强进修人员的医疗道德和政治思想工作。

2、医务科要做好进修人员进修报到时的上岗培训,让进修人员了解医院的各项规章制度,还要定期举办进修人员岗位培训包括精神文明、医保政策,医患沟通、医疗纠纷的防范,病历书写,安全保卫工作等内容。

3、对在进修期间发生医疗差错(如病人投诉),违纪行为的进修人员,医务科要找到进修人员谈话,并视情节轻重,做出处理意见,科主任和主管院长审批,及时处理,对情节严重者要与进修人员单位联系,并退回原单位。

四、学籍管理

1、经医院审查录取的进修生,报到后必须办理入院进修注册手续。

2、进修期限半年以上的进修生,学习期满应做书面小结。进修科室应对其基础理论水平、实际操作能力、自学能力及服务态度等方面,认真考核。可按“优”“良”“及格”“不及格”四级评定做出鉴定。鉴定材料经临床科室和医务科签署意见后,寄给选送单位。一般个别进修生,学习期满发给结业证书。

3、进修生学习期满,必须到医务科办理离院手续。

五、进修人员守则

1、进修生进修期间不得随意请假,以保证实习时间,如有特殊情况,需本人亲自办理请假手续,请假二天以内者,经带教老师签字同意后,由科主任审批。请假三天以上一周以内者,经带教老师和科主任同意后由医务科审批。请假一周以上者经进修生所在单位审批并函告医务科。

2、上班时间必须穿工作服,佩戴胸牌,衣着整洁。不准穿背心、短裤和拖鞋、高跟鞋进入医护办公室和病房。

3、进修生必须严格遵守医院规章制度,服从医院的领导和管理,严格按医

院制定的进修计划进修，不得擅自改变进修计划、不得私自调换科室，特殊情况须经医务科同意。

4、上班时应严肃认真、一丝不苟，不准做与进修无关的事，严格遵守操作规范，不懂就问，反对脱离实际、粗枝大叶、对病人漠不关心、麻木不仁的倾向和行为，杜绝医疗事故的发生。

5、进修生不准伪造带教老师处方签字，不准借病人名义为自己或别人开药、不准索取病人财物、不准接受病人的馈赠。一旦发现，立即退回原单位。

6、必须爱护、关心、尊重病人，不得讽刺、挖苦、取笑、侮辱病人。

7、严禁酗酒、赌博、偷窃、打架斗殴及其它违法犯罪活动。一旦发现便终止进修退回原单位。如涉及刑事责任，交公安机关处理。

8、必须节约用电、用水、用纸及其医疗物品。爱护医疗器械和设备。如有损坏，应按医院赔偿制度由当事人赔偿。重要仪器和医药用具，未经同意，不得擅自使用。严禁使用电磁炉和私接电器。

9、进修生必须服从科室所做出的进修、实习评语和考核成绩。不得以任何形式要求更改进修评语和成绩。

三十七、参观手术制度

1、进修实习人员如需参观手术，应提前与医务科联系，由医务科征得手术室护士长、科主任、手术者同意后统一安排，方可入内。

2、学员见习，须按课程表进行，由负责教师事先联系安排，不得擅自进入手术室。

3、参观者进入手术室前，应穿戴手术室准备的参观衣裤、帽、口罩。须穿戴整齐，合乎要求，由指定人员带入手术间。

4、参观者应严格遵守无菌技术规定，不得站在距手术台过近（保持距离一尺以上）或过高处，以免影响手术进行及防止感染。

5、凡参观者只限于在指定手术室观看，不得任意到其它手术间，以防交叉感染。

6、大手术参观者不超过 8 人，小手术间不宜超过 4 人。

三十八、业务学习制度

1、临床、医技、后勤等科室的业务学习，原则上每周一次，具体时间根据各科室具体情况进行安排。

2、各科室要建立业务学习登记本，包括学习地点、主持人、参加人员、内容摘要等，个人建立业务学习笔记，医务科利用业务查房、月质量考核时抽查以上学习笔记。

3、全院的业务学习由主管职能科室统一安排，任课教师认真备课，要提前一周通知主管科室。

4、业务学习实行签到制度。

5、半年和年终的业务考试，根据院科安排的业务学习、讲座内容出题，考试成绩列入技术档案，作为外出进修、学习、晋升和评选先进的条件之一。

三十九、临床实习带教制度

1、医学院（校）实习计划下达后，医务科应根据计划要求，制定出实习工作的具体安排，并及时向各有关科室布置、落实。

2、凡接受实习或学习人员的科室，应指定一名主治医师或高年资住院医师担任带教老师，负责管理、制定实习计划，组织实施完成教学大纲规定的实习内容。

3、临床实习或学习人员必须参加各级医师、护理查房，带教医师结合病员病例进行实践教学，并随时向实习或学习人员提问和做必要的解答。

4、根据实习大纲要求，定期安排不同形式的专题、专业讲座和教学查房，每周至少一次至二次。

5、实习或学习人员必须按时完成住院病员的住院病历和各种观察记录，带教老师应认真检查修改病历并指导其进行各项技术操作。

6、实习或学习人员应严格考勤制度，病、事假三天以内由科室批准，三天以上须有所在院校正式函电证明，其本人的请假函电一律不准假。

7、各科室对学习人员要严格要求，实习结束时，认真做好实习鉴定，并征求他们对教学工作的改进意见。

四十、临床规范体格检查

体格检查是医师运用自己的感官，并借助一些简单的工具，了解身体状况，发现患者阳性体征最基本的检查方法。常用的器具有体温表、血压计、听诊器、叩诊锤、软尺、直尺、手电筒、消毒棉签、压舌板、标记笔等。

病房内查体，病人多取仰卧位。医师步入病房，站在病人右侧，向病人问候，并作自我介绍，告知查体注意事项，希望病人予以配合，通过简短的交流，消除其紧张情绪，增强信任感，并了解病人的应答和言语状况。

取体温表，先检查体温表内水银柱是否已甩至 35° 以下，然后把体温表放在腋窝深处紧贴皮肤，如有汗液则须擦干后测体温，并嘱病人用上臂将体温表夹紧。

检查脉搏时手指并拢，以食指、中指和环指指腹平放在病人右手桡动脉近手腕处，至少计数 30 秒脉搏搏动次数。同时观察病人呼吸，计算胸廓起伏频率，计数 30 秒。

测量右上臂血压前必须在安静环境下休息 $5\sim 10$ 分钟。先打开血压计开关，检查水银柱液面是否与 0 点平齐。使病人右上肢裸露，伸直并外展约 45° ，袖带气囊胶管避开肱动脉，袖带紧贴皮肤敷于上臂，下缘距肘弯横纹上 $2\sim 3\text{cm}$ ；袖带不宜过紧或过松，一般以能伸进 1 指为宜。在肘窝肱二头肌腱内侧触及肱动脉，将听诊器膜式体件置于肱动脉上，不宜将体件塞在袖带下，并使测量点与腋中线同一水平。右手以均匀节奏向气袖内注气，待动脉搏动消失，再升高 $20\sim 30\text{mmHg}$ ($2.6\sim 4.0\text{kPa}$)。然后缓缓放气，使水银柱缓慢下降，以每秒 2mm 速度为宜。两眼平视水银柱平面，听到的第一个搏动声为收缩压，水银柱继续下降至声音突然变低沉，直至消失，此时所示压力值为舒张压。同样的方法测定两次，间歇 1 分钟左右，取最低值为血压值。解下袖带，整理好后放入血压计内。向右侧倾斜血压计约 45° ，使水银柱内水银进入水银槽内后关闭开关。

取出体温表，观察刻度后甩下水银，将体温表放入托盘内。分别记录每分钟脉搏、呼吸次数、血压和体温。

观察被检者发育、营养、体型、面容表情和体位。观察头发、头颅外形。用双手拨开头发，检查整个头颅有无压痛、包块、损伤等。

观察眉毛分布有无脱落，眼睑有无下垂、水肿。嘱被检者眼睛下视，用右手食指和拇指捏住左上眼睑中部的边缘，轻轻向前牵拉，然后食指向下压，并与拇

指配合将睑缘向上捻转，翻转上眼睑。观察眼睑结膜。提起上眼睑皮肤，使眼睑翻转复原。按同样方法检查右上眼睑。用双手拇指置于下眼睑中部，请受检者向上看，同时向下牵拉睑边缘，观察下眼睑结膜、球结膜及巩膜。

观察眼球的外形有否突出或下陷，双侧瞳孔是否等大等圆。取手电筒，聚光圈后检查对光反射。先查左瞳孔，手电光由外向内移动，直接照射瞳孔，并观察左瞳孔是否缩小。移开光源后，用手隔开双眼，再次用手电光直接照射左瞳孔并观察右侧瞳孔的动态反应。用同样的方法检查右侧瞳孔的直接和间接对光反射。

检查者伸右臂，竖食指，距受检者左眼前约 30~40cm 处。嘱被检者注视示指的移动，并告之勿转到头部，可用左手固定被检者头部。食指按水平向外→外上→外下→水平向内→内上→内下，共 6 个方向进行。检查每个方向时均从中位开始，观察有无眼球运动障碍和眼球震颤。同时检查右侧眼球运动。

嘱被检者注视 1m 以外的示指，然后将示指较快地向鼻梁方向移动至距眼球约 20cm 处，观察两侧瞳孔变化，即调节反射。再将 1m 外的示指缓慢移近，观察两侧眼球的内聚，称为辐辏反射。

角膜反射检查时，嘱被检者向对侧上方注视，用棉签毛由眼角外向内，轻触被检者的角膜边缘，同时观察两侧眼睑闭合反应。先查左侧，后查右侧。清醒病人可不查角膜反射。

检查耳廓有无畸形、结节或触痛。请被检者头部转向右侧，将左手拇指放在耳屏前向前牵拉，右手中指和环指将耳廓向后上方牵拉，拇指和示指持手电，观察外耳道的皮肤及有无溢液。检查乳突有无压痛。先左后右。

观察鼻部皮肤和外形。左手拇指将鼻尖上推，借助手电光观察鼻前庭和鼻腔。检查者用手指压闭一侧鼻翼，请受检者呼吸，以判断通气状态。同样方法检查另一侧。

检查额窦、筛窦和上颌窦有无压痛。用双手固定于病人的两颞侧。将拇指置于眶上缘内侧同时向后按压，询问有无压痛，两侧有无差别。将手下移，先用右拇指置于被检者鼻根部与眼内眦之间，向后内方按压，询问有无压痛；接着用左手拇指压右侧鼻根部与眼内眦之间，向后内方按压，询问有无压痛。再将两手下移，拇指置于颧部，同时向后按压，询问有无疼痛，两侧有无差别。

观察口唇色泽，有无疱疹、口角糜烂等。取手电筒和消毒压舌板，观察口腔

粘膜、牙齿、牙龈；轻轻压迫牙龈，注意有无出血和溢脓。嘱病人张大口并发“a”音，手持压舌板的后1/3，在舌前2/3与舌后1/3交界处迅速下压，借助手电光观察软腭、软腭弓、悬雍垂、扁桃体和咽后壁。注意有无粘膜充血、红肿、淋巴滤泡增生。如果扁桃体增大，则须分度。请被检者伸舌，观察舌体、舌苔和伸舌运动、鼓腮、示齿动作。

解开衣领，充分暴露颈部。观察颈部皮肤，有无颈静脉怒张、搏动和颈动脉搏动，先左后右。观察甲状腺是否突出，是否对称。

按顺序由浅入深触诊颈部淋巴结。用双手指滑动触诊耳前、耳后、乳突区淋巴结。请被检者将头转向右侧，用右手指触诊枕骨下区的枕后淋巴结。头部还原，检查者双手指尖在颈后三角沿斜方肌前缘和胸锁乳突肌后缘触诊；翻掌，用双手指在颈前三角区，先沿胸锁乳突肌前缘触诊。然后让给被检者头稍低向左侧，检查者左手扶住头部，右手指尖分别触摸颌下和颈下淋巴结。同法触摸右侧颌下淋巴结。请被检者头部稍前屈，用双手指尖在锁骨上窝内由浅部逐渐触摸至锁骨后深部，检查锁骨上淋巴结。如触摸到淋巴结时，应注意部位、大小、数目、硬度、压痛、活动度，有无粘连，局部皮肤有无红肿、疤痕、瘰管等。

双手触诊法检查甲状腺。右手拇指在胸骨上切迹向上触摸甲状腺峡部在气管前有无增厚，请受检者作吞咽动作，判断有无肿大或肿块。然后用左手拇指在甲状软骨下气管右侧向对侧轻推，右手示指、中指和环指在左胸锁乳突肌后缘，右手拇指在气管旁，使甲状腺左叶在此四指间，以拇指滑动触摸来确定甲状腺的轮廓大小及表面情况，有无肿块和震颤。请被检者吞咽，肿大的甲状腺可随吞咽运动上下移位。同法检查甲状腺右叶。

将食指与环指分别放在两侧胸锁关节上，将中指置于气管之上，观察中指与食指、环指间距离，判断有否气管移位。

听诊颈部大血管区血管性杂音，先左后右。如果有甲状腺肿大，则将听诊器放在肿大的甲状腺上，注意有无连续性静脉“嗡嗡音”或收缩期动脉杂音。甲状腺无肿大则无须听诊。

揭开被子，去枕，嘱被检者下肢自然伸直，颈部放松，检查者左手托住被检者枕部，右手放在其胸前固定位置。左手使被检者头部前屈作被动屈颈动作，测试颈肌抵抗力，有无颈项强直；再次快速屈颈，观察两膝关节和髋关节的活动，

如有屈曲则为 Brudzinski 征阳性。

解开衣服，充分暴露前胸部。视诊皮肤，观察呼吸运动是否均衡、节律是否规整，两侧是否对称；肋间隙宽度，胸壁静脉有无曲张。蹲下观察并比较胸廓的前后径与左右径，注意胸廓外形的异常改变，如桶状胸、佝偻病胸或局部隆起。视诊两侧乳房对称性和乳房皮肤有无异常，乳头的位置、大小和对称性，男性有无乳房增生。

触诊腋窝淋巴结。检查者左手扶着被检查者左前臂，屈肘外展抬高约 45°，右手指并拢，掌面贴近胸壁向上直达腋窝顶部，手臂放下靠拢身体，由浅入深滑动触诊。然后依次触诊腋窝后壁、内侧壁、前壁，触诊腋窝前壁时，注意拇指和四指的配合。再翻掌向外，触诊腋窝外侧壁。同法检查右腋窝淋巴结。注意事项同颈部淋巴结的触诊。

用手掌前部分别触压胸廓左右上、中、下三部位有无皮下气肿，并询问被检查者有无胸壁压痛。双手按压胸廓两侧，检查胸廓的弹性。用拇指按压胸骨柄及胸骨体的中、下部，询问被检者有无压痛。女性则常规触诊乳房，先查健侧，后查患侧。左乳房检查按内上、外上、尾部、内下、外下顺序由浅入深施加压力，旋转滑动触诊，一般以能触及肋骨而不引起疼痛为度，注意乳房有无红肿热痛和包块。触诊乳晕和乳头，则用拇指和示指同时轻压乳头两侧对应部位，注意有无硬结和分泌物。

检查胸廓扩张度，两手掌及伸展的手指置于胸廓前下部的对称位置，左右拇指分别沿两侧肋缘指向剑突，两拇指间距约 2cm。然后嘱被检者作深呼吸动作，比较两手的动度是否一致。

将双手掌置于被检者胸部的对称位置，嘱其以同等强度发“yi”长音，并双手作一次交换，以排除两手感觉的误差。检查上、中、下三部位，比较两侧相应部位语音震颤的异同，注意有无增强或减弱。

双手掌置于被检者胸廓下侧部，嘱其深吸气，触诊有无胸膜摩擦感。

检查胸部叩诊音分布，以胸骨角为标志，确定肋间隙。板指与肋骨平行，由第一肋间至第四肋间，按由外向内、自上而下、两侧对照的原则叩诊。注意叩诊音改变及板指的震荡感。

肺下界叩诊，按右锁骨中线、左腋中线、右腋中线顺序叩三条线。被检者平

静呼吸，检查者板指贴于肋间隙，自上而下，由清音叩到浊音时翻转板指，取板指中部用标记笔，数肋间隙并作记录。

肺部听诊按锁骨中线、腋前线和腋中线三条线，上、中、下三个部位，从内到外。嘱被检者以一般的声音强度重复发“yi”长音，作两侧对比，有无增强或减弱。嘱被检者深吸气，左前下侧胸壁听诊有无胸膜摩擦音。

检查者下蹲，以切线方向观察心前区是否隆起，观察心尖搏动的位置、强弱和范围及心前区有无异常搏动。

手掌置于心前区，注意心尖搏动的位置和有无震颤。食指和中指并拢，用指腹确定心尖搏动的位置、范围，是否弥散，有无抬举性搏动，确定心前区异常搏动（包括剑突下搏动）。用手掌在心底部和胸骨左缘第4肋间触诊，注意有无震颤及心包摩擦感。必要时用手掌尺侧（小鱼际）确定震颤的具体位置，判定收缩期还是舒张期。

心脏叩诊先叩左界，从心尖搏动最强点外2~3cm处开始，沿肋间由外向内。叩诊音由清变浊时，翻转板指，在板指中点用标记笔作标记。如此自上而下，叩至第二肋间。叩右界则先沿右锁骨中线，自上而下，叩诊音由清变浊时为肝上界，于其上一肋间（一般为第四肋间）由外向内叩出浊音界，上移一个肋间，于第三、第二肋间由外向内叩出浊音界，并分别作标记。然后标出前正中线和左锁骨中线，用直尺测量左右心浊音界各标记点距前正中线的垂直距离和左锁骨中线，用直尺测量左右心浊音界各标记点距前正中线的垂直距离和左锁骨中线与前正中线间的距离。

心脏听诊先将听诊器体件置心尖搏动最强的部位。听诊心率（1分钟）、心律、心音（强度改变、心音分裂、额外心音）、杂音。然后依次在肺动脉瓣间（胸骨左缘第二肋间）、主动脉瓣区（胸骨右缘第二肋间）、主动脉瓣第二听诊区（胸骨左缘第三肋间）、三尖瓣区（胸骨左缘第四、五肋间）听诊。注意A₂与P₂的强度比较，心音分裂与呼吸的关系；如听到杂音，应认真辨别其最响的部位、时期、性质、传导、强度及与体位、呼吸、运动的关系。在胸骨左缘3、4肋间听诊心包摩擦音。

嘱被检者坐起，稍转向检查者，两手抱膝，暴露背部，视诊皮肤。双拇指在第10肋水平，对称性地把手掌放在背部两侧，两拇指间距约2cm，两手向脊柱

方向推挤，使皮肤松弛致双手大拇指掌侧缘平行。然后嘱被检者作深呼吸动作，比较两手的动度是否一致。

检查者两手掌置肩胛下区对称部位，请被检者发“yi”音，然后两手交换，请被检者以相等强度重复发“yi”音，比较两侧语音震颤是否相等。

背部叩诊肩胛区脊柱两侧上下共 4 个部位，左右腋后线、肩胛线左右上下共 4 点，先左后右。比较叩诊音的分布是否正常。

请被检者上臂自然下垂贴于胸侧壁，检查者握其肘，稍作内收外展动作，另一手触摸肩胛下角，左上臂自然下垂时确定肩胛下角位置，通过此角的垂线为肩胛线。沿肩胛线自上而下，叩出平静呼吸时的肺下界。嘱被检者作深吸气后屏住呼吸，迅速沿左肩胛线自上而下叩至浊音区，翻转板指，在其中点作一标记。恢复平静呼吸，再嘱其深呼气后屏气，迅速沿左肩胛线自上而下叩出浊音区，翻转板指，再作标记，嘱被检者恢复正常呼吸。数肋间，用直尺测量两个标记间的距离，即肺下界移动范围。再叩右肩胛线处肺下界及深吸气、深呼气末的肺下界，数肋间。测量右肺下届移动范围。作记录。

听诊肩胛间区脊柱两侧上下共 4 个部位，左右腋后线、肩胛线上下共 4 点，注意双侧对称部位的呼吸音是否正常，有无干、湿性啰音。嘱被检者以相同的声音强度发“yi”长音，在肩胛间区脊柱两侧和肩胛下区左右共 4 点对比两侧语音共振有增强或减弱。

用双拇指按压背部第 12 肋与脊柱夹角的顶点（即肋脊点）和第 12 肋与腰肌外缘的夹角顶点（即肋腰点），同时询问被检者有无疼痛。用左手掌平放在左肋脊角处，右手握拳用轻到中等的力量叩击左手背，询问有无疼痛，即肾区叩击痛。然后检查右侧有无叩击痛。

请被检者前后左右活动颈部及腰部，观察脊柱的活动度，有无活动受限。检查者用手指沿脊柱的棘突以适当的压力从上而下划，观察划压后皮肤出现的红色充血线，判断脊柱有无侧弯。检查者用拇指自上而下逐个按压脊柱棘突及椎旁肌肉直至骶部，询问有无压痛。先用间接叩击法，嘱被检者坐正，将左手掌置于被检者头顶部，右手半握拳叩击左手背。观察被检者有无疼痛，疼痛部位多是病变位置。然后用叩诊锤直接叩击胸椎和腰椎体的棘突，询问有无叩击痛。如有压痛，则以第 7 颈椎棘突为骨性标记，计数病变椎体位置。

嘱被检者躺下取仰卧位，充分暴露腹部。蹲下平视腹部外形是否平坦。视诊腹部皮肤、呼吸运动是否存在或有异常，有无腹壁静脉曲张、胃肠型或蠕动波等。

请被检者屈膝并稍分开，以使腹肌松弛。以全手掌放于腹壁上部，感受腹肌紧张度，并使患者适应片刻。然后轻柔地进行腹部浅触诊，先触诊未诉病痛的部位，一般自左下腹开始滑动触诊，然后沿逆时针方向移动，同时观察被检者的反应及表情。注意腹壁的紧张度、抵抗感、表浅的压痛、包块、搏动和腹壁上的肿物。用指尖深压位于脐与髂前上棘连线中外 1/3 交界处的 McBurney 点，停留片刻后突然将手抬起，已检查有无反跳痛。再作深触诊，左手与右手重叠，以并拢的手指末端逐渐加压触摸深部脏器。同浅触诊、大小、形态、质地、压痛、搏动、移动度及腹壁的关系。

双手触诊法检查肝脏。嘱检查者张口，检查者用左手拇指置于季肋部，其余四指置于背部，以限制右下胸扩张，增加膈下移的幅度。右手三指并拢，掌指关节伸直，与肋缘大致平行地放在右髂窝，沿右锁骨中线，患者呼气时手指压向腹深部，吸气时手指向前迎触下移的肝缘。如此反复进行中，手指逐渐向肋缘滑行移动。如果肋下触及肝脏，必要时宜在右锁骨中线叩出肝上界并测量肝脏的上下径，以排除肝脏下移。然后在前正中线触诊肝脏，一般从脐部开始，自下而上滑行移动，与呼吸运动配合，测量肝缘与剑突根部间的距离。触及肝脏除测量肝脏的大小外，还应注意其质地、表面、边缘、压痛、搏动感等。肝脏肿大者作肝颈静脉回流征检查，即用手掌压迫右上腹，观察颈静脉，如出现颈静脉怒张更加明显，则为肝颈静脉回流征阳性。

脾脏双手触诊法，左手掌置于被检者左腰部第 7~10 肋处，试从后向前托起脾脏，右手掌平放于腹壁，与肋弓大致呈垂直方向。一般从脐部开始，两手配合，随呼吸运动深部滑行向肋弓方向触诊脾脏，直至触及脾缘或左肋缘。触诊不满意时，可嘱被检者右侧卧位，右下肢伸直，左下肢屈曲使腹部皮肤松弛，再作触诊。如脾脏肿大，则测量甲乙线、甲丙线和丁戊线；除大小外，还应注意脾脏的质地、表面情况、有无压痛及摩擦感等。

被检者仍取仰卧位，两腿屈起稍分开。Murphy 氏征检查以左手掌平放于被检者右季肋区下部，以拇指指腹勾压腹直肌外缘与肋弓交界处，其余四指与肋骨交叉。然后嘱作深吸气，同时注意被检者的面部表情，询问有无疼痛。因疼痛而

突然中止吸气动作，为 Murphy 氏征阳性。

双手拇指依次深压两侧肋弓第 10 肋下缘偏内（即季肋点）、脐水平腹直肌外缘（上输尿管点）和髂前上棘水平腹直肌外缘（中输尿管点），注意有无压痛。检查肝区叩击痛，用左手掌平放在右季肋区，右手握拳由轻到中等力量叩击左手背，询问叩击时有无疼痛。

液波震颤检查时，检查者左手轻贴被检者右侧腹壁，右手四指并拢屈曲，用右手指指腹部叩击左侧腹壁。如左手掌有波动感，为排除腹壁本身振动的传导，则请被检者或助手用右手掌尺侧缘压在脐部腹正中线上。再叩击对侧腹壁，如贴于右腹壁的手掌仍有被液体冲击的感觉，则为液波震颤阳性。

检查者左耳凑近被检者上腹部，示、中、环三指并拢置于上腹部，手指与腹壁呈 70° 作数次急速有力的冲击动作，如闻及气体和液体相撞击的声音即为振水音。

腹部叩诊音分布检查同浅触诊，从左下腹开始，以逆时针方向叩诊，以发现有无异常的浊音或实音。

移动性浊音的叩诊先从脐部开始，沿脐水平向左侧方向移动。当叩诊音由鼓音变为浊音时，板指位置固定，嘱被检者右侧卧位，稍停片刻，重新叩诊该处，听取音调是否变为鼓音。然后向右侧移动叩诊，移动不便时可改变指尖方向，继续叩诊直达浊音区。叩诊板指固定位置，嘱被检者向左侧翻身 180° 呈左侧卧位，停留片刻后再次叩诊，听取叩诊音之变化。如出现浊音区随体位移动而变动之现象，为移动性浊音阳性。

右下腹听诊肠鸣音（1 分钟）。在脐部和脐上两侧听诊有无血管杂音。鉴于腹部触诊和叩诊可能影响肠鸣音的活跃程度，可根据专科情况，腹部检查改为视、听、触、叩的顺序进行。

双手触摸两侧腹股沟淋巴结。比较两侧腹主动脉搏动是否存在，搏动强度是否一致，并将听诊器体件置于股动脉搏动处，听诊有无射枪音；稍加用力，注意有无 Duroziez 双重杂音。

取棉签分别沿肋弓、脐水平、腹股沟，由外向内轻划刺激腹壁，先左后右，左右对比，检查上、中、下腹壁反射是否引出。

盖好被子，视诊上肢皮肤、关节、手指及指甲。检查上臂内侧肘上 3~4cm

处皮肤弹性。触诊左滑车上淋巴结时，用左手付托被检查者左前臂，并屈肘约90°，以右手小指固定在被检者的肱骨内上髁，示指、中指及环指并拢，在其上2~3cm处的肱二、三头肌之间的肌沟中，纵行、横行滑动触摸车上淋巴结。同法检查右上臂皮肤弹性和右滑车上淋巴结。

比较双侧桡动脉搏动是否一致，有无交替脉。请被检者深吸气，检查有无奇脉。左手指掌侧紧握被检者右手腕桡动脉处，将被检者前臂抬高过头，感觉桡动脉的搏动，判断有无水冲脉。用手指轻压被检者指甲末端，观察有无红白交替现象，即毛细血管征。

请被检者活动上肢，观察有无运动功能障碍或异常。右手置被检者上臂内侧，嘱被检者作屈肘动作；右手置被检者前臂外侧，嘱其作伸肘运动，观察肌肉克服阻力的力量，即肌力。相同方法测试右前臂肌张力，并与左侧作比较。请被检者双手紧握检查者示指、中指和环指，检查者用力回抽，以比较双侧握力。

以左手托住被检者屈曲的肘部，将大拇指置于肱二头肌肌腱上，然后以叩诊锤叩击拇指甲，观察前臂的屈曲动作，即肱二头肌反射。用叩诊锤直接叩击鹰嘴突上方的肱三头肌肌腱，观察前臂的伸展运动，为肱三头肌反射。使被检者腕部桡侧面向上，并使腕关节自然下垂，用叩诊锤叩击桡骨茎突上方，观察前臂前旋、屈肘动作，为桡骨膜反射。检查者左手握住被检者腕关节上方，右手以中指及示指夹持被检者中指，稍向上提，使腕部处于过伸位，然后以拇指迅速弹刮患者中指指甲，如果其余四指有轻微的掌屈动作，则为Hoffmann征阳性。同样的方法检查右侧。

暴露下肢，视诊双下肢皮肤、下肢静脉、关节、踝部及趾甲。使被检者屈膝，触摸腘窝淋巴结，触及胫骨前缘内侧有无压陷性水肿，先检查左下肢，后查右下肢。双手同时触摸两侧第1、2趾骨间足背动脉，并作比较。

请被检者活动下肢，观察有无运动功能障碍。用手握住小腿下部，嘱被检者作屈腿动作；用手置于受检者胫骨下方并施加压力，请受检者对抗阻力作伸膝动作，检查肌力并两侧对比。

用左手在腘窝处托起下肢，使髁、膝关节稍屈，然后用叩诊锤叩击髁骨下方的股四头肌肌腱，观察小腿伸展动作，先查左侧后查右侧膝反射。使被检者髁、膝关节稍屈，下肢外旋外展位，用左手使足掌背屈呈过伸位，然后以叩诊锤叩击

跟腱，观察足向跖面屈曲运动。同样方法检查右侧跟腱反射。

用手托住被检者左踝部，用叩诊锤柄或钝竹签沿足底外侧缘，由后向前划至小趾掌关节出再转向大拇趾侧，正常表现为足趾跖屈，为 Babinski 征阴性。再检查右侧 Babinski 征。用拇指和示指或示指和中指沿被检者胫骨前缘用力由上向下滑压，阳性表现为拇指缓缓背伸，其它四趾呈扇形展开，称 Oppenheim 征阳性。将膝部稍抬起，右手拇指及其它四指捏压腓肠肌，称 Gordon 征，阳性表现同 Babinski 征和 Oppenheim 征，均先查左侧后右侧。先使被检者一侧髌、膝关节屈曲成直角，左手置于膝关节上，右手置踝部并抬高小腿 Kernig 征阳性者伸膝受限，伴有疼痛，而且对侧膝关节屈曲。先查左侧后右侧。

盖好被子，收拾完毕后，感谢被检者的配合。并道别。

四十一、“三基三严”培训考核与管理制度

医学临床“三基三严”是提高医务人员业务素质的基本途径，也是提高医疗质量的重要环节。“三基”即：基本理论、基本知识、基本技能；“三严”即：严格要求、严谨态度、严肃作风。为了强化全院医务人员“三基三严”培训意识，加强“三基三严”培训，特制定我院“三基三严”培训考核与管理制度。

一、“三基”培训为全员培训，各级医生均应参加。“三基”考核必须人人达标。要把“三严”作风始终贯彻到各项医疗活动和管理工作中。

二、科室成立由科主任担任组长的考核小组，制定本科室、本专业“三基”训练计划、内容和考核标准。在“三基”训练过程中巩固和掌握已学过的基础医学专业知识，提高医疗技术水平。

三、培训内容：各级医师必须掌握卫生部要求的医学专业基本理论、基本知识、基本技能及本专业的医学技能。

四、培训及考核方式：

1、科室考核小组负责“三基”训练工作，要求科室定期对医师进行培训，每月对考核人员进行一次考核。

2、医院青年医师学习小组定期组织培训对象集中学习，每季度进行一次考核。

3、医务科定期邀请专家、教授或主任医师为全院医师做专题讲座，年终对

全院医师进行一次业务考核。

所有考核成绩交医务科存档。医务科定期对全院卫生技术人员进行严格的系统考核，督查各科室“三严”训练工作。

五、医院有针对性的进行急诊、急救知识的集中培训，以提高我院卫生技术人员的“三基”水平。

六、考核成绩将与奖金及医师年终考核挂钩。考核成绩不合格者扣除当月奖金；连续 2 年不合格者即为医师考核专业水平测试不合格。

四十二、继续医学教育管理

21 世纪是知识经济时代，是经济与社会加速发展、生命科学将取得重大突破的时代。

实施继续医学教育是提高我国卫生队伍整体素质的重要措施，是落实“科教兴国”战略和《中共中央国务院关于卫生改革与发展的决定》的重要内容。从 2000 年开始，我院将积极贯彻落实卫生部《医学医学教育暂行规定》及《继续教育“十三五”计划》并开展工作，制定继续医学教育规章制度，举办继续教育活动，并将邀请省内外专家和教授来我院进行专题讲座，为“十三五”期间继续医学教育工作的持续发展奠定良好的基础。

2010 年，全国范围内建立起适应医学科技发展的需要，适应医院发展，适应社会主义市场经济体制和人民群众健康需求的、比较完善的卫生体系。要实现这一目标，必须充分依靠科技的进步与教育的发展，继续医学教育是医学教育的重要组成部分，是实现卫生改革与发展总目标的基本保障，必须使继续医学教育为我院医疗事业的持续发展服务，使继续医学教育的发展战略与医院建设和发展战略相融合，提高我院职工的综合实力。为使我院继续医学教育工作再上新台阶，特制定本管理办法。

一、指导思想和原则

市场竞争归根到底是人才的竞争，是“制度均衡下人力资源的竞争”。医院人才对提高医院的竞争力作用是显而易见的。因此认识上要把所有员工视为人力资源去开发，在发展战略思考时既注重医生队伍素质的提高，又顾及护理队伍素质的提高。从而达到提高医务人员的综合实力目标。对专业技术人员而言，要牢

固树立终身学习，终身教育的观念。把着眼点放在提高专业技术与自我发展、自我完善上。因此我院将继续贯彻实施“科教兴院”战略，落实新时期卫生工作方针。建设一支能适应医学科学技术和卫生事业发展需要的高素质的卫生技术队伍。

我院继续医学教育的原则是以学习现代医学科学技术发展的新理论、新知识、新技术、新方法为重点，注重先进性、针对性和实用性。坚持教育方式的多种形式，注重质量和实效；坚持普及与提高相结合，创造优秀卫生技术人员脱颖而出的良好环境；坚持实事求是、因地制宜的原则。

二、总体目标与具体指标

继续医学教育工作的总体目标是：在巩固现有成绩的基础上，进一步提高教育质量和效益，实现继续医学教育工作制度化、管理规范化的手段现代化，在全院建立起比较完善的、具有我院特色的继续医学教育体系，以适应卫生事业改革发展与卫生技术人员自身学习提高的需要。具体指标包括：1、举办专题讲座，临床医学知识覆盖率要达到 95%以上。2、邀请省内专家教授来我院进行专题报告，重点学科覆盖率达到 85%以上。3、将全院临床、医技科室划分为五个学习小组，要求继续教育对象参与率达到 100%。4、医院每年将选派医技人员在省内外专科进修学习，为医院培养一批学科带头人。5、每年从各专业选派专业能力强、技术好的骨干分子参加省内或国内知名学术机构举办的大型学术交流会。及时获取新的医疗信息和新的医疗技术。提高医疗质量，更好地为患者服务。

三、措施

继续医学教育是一项系统工程，是医院发展的基础性战略型工作。各级部门必须采取有力措施，确保计划目标的实现。

1、进一步提高认识，加强领导

要通过多种形式和途径加大对继续医学教育在卫生与发展中重要地位、作用的宣传，提高全院卫生技术人员“科教兴院”的意识，树立终生教育的观念，切实做好各项工作的实施落实，将职工的继续教育学分作为职称评聘的依据。

2、进一步完善制度，规范管理

要在总结以前工作经验的基础上，建立健全有关规章制度。加快继续医学教育工作的制度化、规范化、科学化建设。要严格按照《继续医学教育规定（试行）》

要求，规范继续医学教育的对象、学分的授予、考核、登记、验证等环节的管理，使继续医学教育工作有序健康的开展。

3、开展多种形式的继续教育活动，并充分利用现代技术手段

计划让高年资大夫为年轻医师进行定期授课，内容包括基础理论、临床病情分析、病历书写、病案讨论等。邀请省内外专家来我院为专业技术人员做专题报告。利用各种现代化技术手段，开发多媒体教学课件，有效地服务于继续教育工作，使继续教育工作更加高效、便捷和规范。

4、加强理论学习，提高临床工作效率，积极开展学术交流

组织专业技术人员定期进行专业理论培训，提高专业技术水平，结合临床实际，加强理论研究，要求专业技术人员对于比较典型的病例要善于观察、多分析、多总结，及时撰写有价值的医学论文，积极参加医学论文交流。每年度医院要求每个科室上交医院优秀论文至少两篇，全院积极上报科技局研究成功项目。通过各种途径积极联系省内外相关专家来我院开展专项学术交流会，并指导临床工作，使我院在医疗、教学、科研等方面能独领风骚，为创品牌医院奠定良好的基础。

5、完善考核评估制度，健全激励机制，进一步提高质量与效益

进一步完善并严格执行继续教育考核和评估制度。重视继续教育的质量和实效，将继续教育与卫生技术人员的考核、聘任、晋升、任职、执业注册等密切结合。为了加快我院专业技术人员的知识更新速度，强制性的要求执业人员要参加继续教育、掌握医疗卫生中的新技术、新业务，尽快为医疗事业服务，保证医疗工作质量。积极开展多种形式的继续教育活动，坚持“按需施教、讲究实效”和教学内容突出“四新、三性”（新理论、新知识、新技术、新方法，先进性、针对性、使用性）的基础上，要加强政治思想、医德医风、医学伦理等有关知识的学习和教育，规范我院继续教育工作。

6、保证科研项目，专款专用

继续医学教育经费要专款专用。接受继续医学教育的个人在参加有关活动时应承担一定的费用。

四十三、医师考核办法

根据卫生部制定的医师定期考核办法，建立健全医院医师考核制度，结合我院实际情况，特制定本办法。

1、医师定期考核时限为二年进行一次。

2、医师定期考核包括业务水平测试、工作成绩和职业道德评定。

3、考核

①、业务水平测试包括法律法规及专业理论、技能测试和实践测试。

②、工作成绩指医师个人在考核年度内完成工作的数量、质量及政府指令性计划完成情况。

③、职业道德即医德医风考核。

4、医德医风考核由监察审计科具体实施，与个人年度考核相结合。

5、医德医风考核及业务水平测试一项不合格者即为考核不合格。

6、无不良行为记录的副主任职称以上的医师定期考核执行简易程序。

①、本人书写述职报告，科室签署考核意见。

②、医务科签署业务考核意见。

③、监察审计科签署医德医风考核意见。

④、考核委员会签署考核意见。

7、无不良行为记录的中级职称以下（含中级职称）医师执行一般程序考核。

①、本人书写述职报告，科室签署考核意见。

②、参加医务科组织的法律法规测试。

③、参加医务科组织的专业知识、技能测试及实践测试。

④、考核合格者医务科签署考核意见并备案。

⑤、监察审计科签署医德医风考核意见。

⑥、考核委员会签署考核意见。

8、考核不合格医师本年后进行一次一般程序的医师考核补考。继续不合格医师取消其本考核年度内的执业资格。

9、在考核年度内参加全国职称考试成绩合格医师，本考核年度内即认为其业务水平考核为合格。

四十四、医疗法律法规培训制度

1、医院必须把医疗卫生法律法规的培训及考核工作作为一项常规的教育制度常抓不懈，确保全员参与，以此规范依法执业的行为。

2、医院定期组织对全院职工进行法律法规知识讲座，力争使常用法律法规知晓率达 100%。

3、医院规定每一年的六月份是医院的医疗安全月；平常每月第一周的周一为医院确定的医疗安全教育日，各科室要把对员工的法律知识培训和考核纳入教育范畴。

4、医务科每年组织法律法规知识考试一次，考试成绩纳入科室绩效考核和个人年度业务考核。

四十五、出具诊断证明管理制度

1、门诊医师要严格按照病情开写诊断、病体证明，并将其记录于病历。严禁开人情假。急诊病人的病休证明一般不得超过三天。

2、诊断证明盖章时须持挂号证（或门诊病历）在假期时间内有效，过期不予盖章，一般不补开病休证明。

3、凡属特殊诊断证明（用于退休、离休、调换工种、意外事故等），须持有关单位证明信和病历，由本院指定的专业组医师开写，方可盖章。

4、计划生育证明（证明男方或女方无生育能力或儿童病残等），须持县以上医疗单位转诊单或乡以上计划生育办公室的介绍信，由本院指定的专业组医师二人以上签名。

5、复工、复学证明，须持本单位建议复工、复学介绍信，经本院临床医师检查认可后，出具证明。

四十六、诊断证明管理制度

1、诊断证明主要用于证明疾病诊断及病情处理。

2、诊断证明填写要慎重认真，简明扼要，并有医学科学依据，所诊断的疾病应尽量明确具体，说明程度。

3、处理意见要考虑病情需要与实际可能，一般只提原则建议，并写明本院已给病人进行过何种主要检查和治疗。

4、严格掌握病休时间，门诊普通病、多发病 3 天为宜，一般不超过 1 周，特殊情况例外。出院患者视出院时情况，由主管医师确定病休时间，但一次出具病休诊断证明不得超过一个月。

5、诊断证明的主要处理意见及时间均应记入门诊病历。

6、诊断证明由门诊导医台专人审核盖章，未加盖专用章者无效。

7、凡属于工伤、交通事故、打架斗殴致伤者，诊断证明只写病情和诊断，不写致伤原因。涉及法律问题的诊断证明，应持有关部门介绍信，经医务科审核后办理，并详细登记。

8、诊断证明一般交病人本人带回，特殊情况者由门诊保存。

四十七、病案管理制度

（一）病案管理制度

为了加强医院病案管理，保证病案资料客观、真实、完整，根据《医疗机构管理条例》和《医疗事故处理条例》等法规，制定本规定。

1、病案是指医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和，包括门（急）诊病案和住院病案。

2、医疗机构建立病案管理制度，设置专门部门配备专职人员负责本机构病案的保存与管理工作。

3、病案严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取。

4、除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅该患者的病案。因科研、教学需查阅病案的，需经有关部门同意后查阅。阅后应当立即归还。不得泄露患者隐私。

5、住院病案因医疗活动或复印等需要带离病区时，应由病区指定专门人员负责携带和保管。病案室按时下临床各科收取病案，其他人不能携带。

6、对归档病案应用 ICD-10 进行疾病分类，应用 ICD-9-CM-3 进行手术操作分类。出院病案应三日归档。

7、病案复印遵守病案复印制度。

8、病案借阅遵守病案借阅制度。

9、住院病案原则上最少保存 30 年。

(二)、住院病历返修管理制度

为了进一步提高住院病历质量,使病历监控中发现的问题得到及时修订和完善,确保归档病历的科学性和完整性,特制定管理制度。

1、住院病历返修范围:

①、病例中存在重大质量缺陷,单项否决判定为丙级病历者(共38项);

②、病历中存在漏填项目:如首页有空项、缺签名(包括主任及主治医师)、各种知情同意书有漏项、化验单无标记等;

③、涉及知情告知等重要法律责任的记录单缺失,如:拒绝治疗(检查)同意书、自动出院等;

④、患者已复印过的病历不得进行返修。

2、病历返修程序:

①、未归档病历的返修:

病历审查室工作人员进行终末病历质量监控中发现问题,如能电话通知到当事人或各科室主任,则要求当事人当日内修订完善病历。

②、已归档病历的返修:

医务科根据每月终末病历质量监控结果,对存在符合上述返修标准的病历于每月上旬通知各科室,要求科室在接到通知后,于通知后两日内安排专人统一到病案室借出返修病历,在三个工作日内完成病历的返修并归还病历。

3、注意事项:

①、借出病历时必须在病案室办理登记手续,借出后妥善保管,避免丢失;

②、必须在3个工作日内将返修病历归还病案室;

③、严格按照病历质量监控中发现的问题进行病历的修订和完善,不得随意修改其他部分,以免影响病历的客观真实性。

④、医务科每月底抽查返修过的病历并查看“返修病历借阅记录本”,检查结果纳入月绩效考核。

(三)、病案安全防护制度

1、防火:病案室不准用明火、吸烟,下班前切断电源、并配备消防器材、灭火器。

2、防水、防潮:病案室密集架不直接落地,以防病案跟地面直接接触。

- 3、防尘：定时进行卫生打扫，擦拭密集架等。
- 4、防虫：定期用杀虫剂进行杀虫处理。
- 5、防光：配备遮阳设施
- 6、防有害气体：病案库房每天进行空气流动，无异味，保持空气清新。
- 7、防有害微生物：定期对病案库房进行消毒处理。
- 8、防盗窃、防止丢失：做好防盗门窗等防盗设施，下班前检查门窗，锁好门。收取或归还病历，做好登记工作，借阅病历办理相关手续。
- 9、防止伪造、篡改或者销毁病历资料：保护病案信息的安全性，不得随意谈论或非法借阅、使用病案资料，防止患者隐私的泄露。

（四）、病案借阅制度

为了使病案更好地为临床、教学、科研服务，严防病案的损坏及丢失，特制订以下病案借阅制度：

- 1、本院医师借阅病案，必须办理登记借阅手续，禁止跨科室借阅病案。
- 2、本院的病案一律不对外借阅，若特殊借阅必须持有关单位介绍信，写清楚借阅理由，须经有关部门批准。但不得携带病案离开病案室。
- 3、凡本院进修、实习医师、行政、总务、后勤人员一律不得借阅病案。
- 4、科研或教学需要的病案，应先与病案室联系约定时间，由病案室供应，按病案多少，决定归还期限。
- 5、临床病案讨论、尸体解剖检查、死亡病案讨论需要的病案，借期不得超过三天，并将讨论记录附在病案内。
- 6、借阅者，应保证病案的安全，不得转借、涂改、拆散、丢失，否则将承担由此引起的一切法律责任。
- 7、对归还病案，病案室工作人员要严格检查。若发现涂改、漏缺、污损等，有权拒收。

（五）、病案复印制度

遵照国务院《医疗事故处理条例》，以及卫生部和国家中医药管理局发布的《医疗机构病历管理规定》，医院应受理有关人员要求对病历内容复印的申请。病案室在受理病历复印申请时，要求申请人提供以下有关证明材料：

- 1、申请人为患者本人的，应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亲属的有效证明、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、死亡患者与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。合同或者法律另有规定的除外；

6、申请人持以上有关证明材料，经审批后，按国家相关规定复印允许复印的病案资料（客观性病案资料）。

7、公安、司法部门因办理案件需要复印病历资料的，应当提供公安、司法部门采集证据的法定证明及执行公务人员的有效身份证明（工作证）；

8、复印的病案资料经核对无误后，病案室加盖证明公章，可按照规定收取工本费。

（六）、病案封存制度

1、病案封存，如果是病人本人，应持本人有效身份证件到病案室直接要求封存病案。如果是被授权的人，应当持病人的有效证件的复印件，并在复印件背后由病人亲笔书写授权委托书。如果病人死亡，病人亲属应持病人的死亡医学证明和身份证明，及本人身份证明，向医院提出申请，

2、发生医疗事故争议时，医院负责医疗服务质量监控的部门或者专（兼）职人员，应当在患者或者代理人在场情况下封存。死亡病案讨论记录，疑难病案讨论记录，上级医师查房记录，会诊意见，病程记录等。封存的病案由医疗机构负责医疗服务质量监控的部门或者专（兼）职人员保管。封存的病案可以是复印件。

四十八、医疗统计工作制度

1、医疗统计包括数量统计和质量统计，其主要指标有：出入院人次、治愈率、好转率、病死率、病床使用率、病床周转率、出院病人平均住院日、平均病床工作日、住院病人疾病分类、诊断符合率、无菌手术感染率、医疗差错事故、抢救成功率，各种统计资料要求准确，如实反映情况，对各种统计卡片、记录，定期报表和台帐应妥善保管。

2、在医务科领导下，统计人员应负责督促检查科室的医疗统计工作，按期填报上级规定的各种统计报表，完成上级布置的各种统计调查，并对所提供的统计资料的准确性、及时性负责，不得虚报、瞒报、迟报、漏报、拒报和错报。

3、医院应根据统计指标，综合医院实际情况，定期分析医疗质量及工作效率，从中总结经验、发现问题，改进工作。

4、做好基本数字的统计和原始资料的积累，全面及时地收集与整理资料，并按月、季、半年、年度进行汇总；同时做好对比分析。

5、认真做好原始表格的复核工作，保持各类表格纵横栏数字平衡，确保数字质量，按期向省、市、区卫生行政主管部门和医院上报各类报表。

6、坚持门诊周报工作，及时记录原始资料及台帐，各类原始记录、过度表、卡片、报表和台帐的数字口径要一致，期末进行分类整理，装订成册，妥善保存，不得随意乱放，以便随时提取。

7、认真执行卫生部颁发的《关于提供和公开发表统计数字的管理办法》和《全国卫生统计工作管理办法》加强统计资料的管理和保密工作。各种统计资料仅供院领导、医务科以及各职能部门使用，医疗科室使用数字必须经所在科室负责人允许，所有资料一经汇总概不外借。

四十九、病房管理制度

1、病房实行护士长、主治医师分工负责，高年资住院医师积极协助。

2、定期向病员宣传讲解卫生知识，根据情况可选出病员小组长协助做好病员思想、生活管理等工作。

3、保持病房清洁、整齐、安静、舒适、安全。床上床下无杂物、窗明几净。避免噪音，做到走路轻、关门轻、说话轻。

4、统一病房陈设，室内物品和床位要放整齐，固定位置，未经护士长同意，

不得随意搬动。

5、保持病房清洁卫生，注意通风，每日至少清扫两次，每周大清扫1次。

6、医务人员穿工作服、帽，护士穿护士鞋。着装整洁，操作时戴口罩、帽，病区内不准吸烟。

7、病员被服、用具按基数配给，出院时间清点收回。

8、护士长全面负责病房财产、设备，并分别指派专人管理，建立帐目，定期清点。如有遗失及时查明原因，按规定处理。管理人员调动时办好交接班手续。

9、病房内不得接待非住院病人，不会客，医生查房时不接私人电话，病人不得离开病房。

五十、扶贫病房管理制度

依照云南省卫生健康委及临沧市卫生健康委的要求，为了保障贫困群众的就医，满足贫困患者的基本医疗需要，切实缓解贫困群众看病难看病贵的问题，实现全面建设小康社会、和谐社会的目标，特重新制定医院扶贫病房管理制度。

1、扶贫病房的设置

各临床科室要按照科室床位的10%集中或分散设置扶贫病床，在病房的门楣、病床的床头及扶贫病人的住院证和病历夹上要有明确的标志；扶贫病床原则上不得被非扶贫病人占用，扶贫病床在确无扶贫病人入住期间，也可以收治普通病人。

2、扶贫对象

持城镇居委会证明的未享受医疗保险的城市低保人群，持农村村镇开具困难证明的农村贫困户。

3、费用优惠标准和优惠项目

医院对扶贫病房患者实行免除门诊挂号费。检查费、手术费、住院费、治疗费优惠20%。医院所有优惠政策只能享受其中一种，优惠标准累计，以优惠政策最高标准为准。

4、凡申请扶贫病房的患者必须写出个人书面申请，并持居委会或乡村两级困难证明、诊断证明、入院证等材料到医务科进行审核登记，主管院长批准后由计划财务科执行优惠政策。

5、医护人员要尊重、关爱扶贫病房的患者，要保证诊疗过程中的医疗质量，为贫困患者提供优质的医疗服务。

6、各科室要严格执行扶贫病房管理及准入制度，规范扶贫病房收费标准，坚决杜绝不合理检查、不合理用药的情况发生。对违反本规定的科室和个人将进行严厉处罚。

7、对军人、残疾人等优抚对象参照以上标准执行。

五十一、科室人员紧急替代制度

为了使科室工作人员能够满足医疗工作需要，维持正常的医疗秩序、确保医疗安全，特制定本制度。

1、班内：如因科室工作繁忙而人员不足，或当班医务人员因意外情况不能坚持完成工作时，由副班医务人员代替完成；若后者没有能力完成该诊疗操作，则由当日二线医务人员完成；若仍不能满足医疗需要，则须向科主任报告请求派相应的人员替代，如有必要，可报告医务科或院领导予以协调解决。

2、班外及节假日：如遇到人员不足时，或当班人员因故不能坚持完成工作时，由当班医务人员负责联系二线医务人员并报告科主任，如有必要可报告总值班或院领导，予以协调解决。

3、替代人员到岗后，与当班医务人员做好交接班手续，当班医务人员方可离开。

4、替代医务人员应坚守工作岗位，认真履行岗位职责。

五十二、重点专科管理制度

1、为加强医院重点专科的建设和管理，结合医院专科的实际情况，特制定本制度。

2、医院重点专科建设坚持引进竞争机制，实行动态管理，坚持科学化、规范化管理。

3、重点专科建设要结合本专科的特点和现状，确定专科建设的方向和发展目标，要确保有专科特色并在一定范围内领先的技术和科研项目。

4、坚持科学发展观，坚持技术创新，以人为本。各专科学术带头人是本专

科开展新技术应用及新课题研究的第一责任人，要坚持遴选和培养本专科的学术骨干，加强本专科的人才梯队培养。

5、重点专科可以跨学科组建，实行资源和人才共享。

6、各重点专科每年度要有明确的新技术应用或项目研究计划，阶段性进展和年度总结或成果，书面向医院重点专科领导小组汇报。

7、医务科负责对重点专科的日常管理，并将评估结果不定期上报医院重点专科建设领导小组。

五十三、重点专科建设管理办法

第一章 总则

第一条 医院重点专科建设是推进医院医疗、教学、科研全面发展的重要举措，是医院培养人才、多出成果，提高教学科研、医疗技术水平的重要途径。

第二条 医院重点专科建设坚持引进竞争机制，以加快我院的重点专科建设步伐，促进医院更多的重点专科尽快到达省、市级重点专科水平。

第二章 指导思想和目标

第三条 指导思想：为适应医疗市场的竞争需要和满足新形势下人民群众对医疗卫生多层次的服务需求，以重点专科带动全院医疗服务质量、教学水平、科研能力的全面提高。

第四条 目标：把我院建设成院有重点、科有特色、人有专长的高水平的三级中医医院。

第三章 重点专科设置、申报

第五条 医院建立重点专科的条件

1、在本专业疾病的诊疗、教学、科研等方面具有重大价值，具有前瞻性的专科。

2、本专科的总体医疗技术质量、教学水平、科研能力在同级医疗机构中处于一定领先地位的专科。

3、经过多年建设在一定区域内有较好的社会影响和良好的经济效益的优势专业。

4、本专科人才梯队建设合理，有较高技术水平和一定学术影响力的学科带

头人 1-2 名。

5、具备完善的科室管理制度和应急处理措施。

第六条 医院重点专科的申报

1、申请医院重点专科的科室，填写医院重点专科申报表，向医务科提出书面申请。

2、医院重点专科领导小组在每年度的第一季度依照医院重点专科建设标准予以审批。

3、申请省、市级重点专科的科室，必须是医院的重点专科。

4、申请省、市级重点专科的科室，必须经过医院重点专科领导小组进行综合论证。

5、经过医院重点专科领导小组综合论证合格的重点专科，医务科负责向上级主管部门进行申报。

第四章 权利和义务

第七条 重点专科的权利

1、重点专科优先进行科研立项，医院在科研鉴定、科研获奖及在新业务和新技术的立项和评审上给予支持。

2、重点专科优先安排和装备医疗设备。

3、重点专科优先进行人才培养和引进，优先考虑专科人才的技术职称聘任。

4、医院对成效显著管理优秀的重点专科加大专项资金投入。

5、医院对申报上省、市级的重点专科及学术带头人酌情分等给予一次性奖励。

第八条 重点专科的义务

1、要具有可操作性的专科建设计划，要有明确的发展目标和发展方向。

2、重点专科的新技术应用及科研项目要确保有专科特色，并在一定区域范围内具有领先地位。

3、重点专科的学术带头人是本专科开展新技术应用及新科研项目研究的第一责任人，要坚持遴选和培养本专科的学术骨干，加强本专科的人才梯队培养。

4、重点专科要对计划中的新技术应用及科研项目进行自评，按计划书写中期发展报告和年终总结，并上报重点专科领导小组。

5、科研科对各重点专科的业务进展可随时督查，各重点专科必须积极配合。

第五章 检查评估

第九条 检查与评估

1、医院重点专科领导小组将每年组织对各级重点专科复审一次。

2、按复审结果，对优秀重点专科予以奖励。

3、对发展缓慢、停滞不前，达不到重点专科标准，或不积极争取创建市级、省级及国家级重点专科的学科和专业给予警告直至取消重点专科资格，不再享受重点专科应有的权利。

4、对在下一评审周期中未能保持重点专科资格的专业，取消相应待遇。

第六章 附则

第十条 本办法由医务科负责解释。

五十四、医疗技术应用准入管理制度

一、为加强我院医疗技术临床应用的管理，保证医疗安全，提高医疗质量，促进我院医疗技术的发展，根据《中华人民共和国执业医师法》，《医疗机构管理条例》，《云南省医疗技术临床应用准入管理暂行办法》规定和国家、省、市的有关政策要求，结合我院实际，制定本制度。

二、本制度适用于临沧市中医医院各临床、医技科室的医疗技术临床应用及管理。

三、我院实行医疗技术临床应用准入管理制度。医疗技术临床应用准入应当遵循科学、安全、先进、合法以及符合社会伦理规范的原则。

四、本制度所称的医疗技术是指在我院范围内首次应用于临床的诊断个治疗技术。例如：

- (一) 我院尚未开展的诊疗项目。
- (二) 使用新试剂的诊疗项目。
- (三) 使用二、三类医疗器械的诊疗项目。
- (四) 创伤性的诊断和治疗项目。
- (五) 生物基因诊断和治疗项目。
- (六) 组织器官移植项目。

(七) 使用高能射线设备的诊断和诊疗项目。

(八) 其他可能对现有医疗技术、人体健康或社会伦理道德产生重大影响的诊疗和治疗技术。

五、我院医疗技术临床应用准入管理由医务科具体负责，按照有关规定逐级上报申请。

六、申请新技术临床应用的各科室应向医务科提交下列材料。

(一) 项目申请书。

(二) 可行性研究报告。

研究报告内容包括：

1、开展该技术的设备、设施及其他辅助支持条件。

2、主要技术人员的资质证明、相关履历。

3、需求分析。

4、成本效益分析。

5、国内外有关该技术研究、使用情况的资料。

6、准入管理规定的其他内容。

七、医务科受理准入申请材料后，在接到申请书 60 日内组织院科学技术委员会评审，并做出是否同意准入的决定，予以准入的，书面告知申请科室，不予准入的，书面告知申请科室并说明原因。

八、各科室应当制定相应的规章制度和技术规范，建立技术档案，开展质量评估，加强对医疗技术临床应用的管理。

九、因医疗在临床应用过程中发生下列情形之一的，科室应立即中止该医疗技术的临床应用，并报告医务科：

(一) 严重不良后果的。

(二) 发现严重质量隐患的。

(三) 该技术的主要技术人员、设备、设施、或其他辅助支持条件发生变化。

(四) 医务科规定的其他情形。

医务科接到报告后，要对有关情况组织调查，对经整改后适宜继续应用的技术，做出恢复临床应用的决定，对不适宜继续应用的技术，做出停止临床应用的决定。

十、本办法由医务科负责解释。

五十五、新技术、新业务应用管理制度

1、在院长、主管副院长的领导下，医务科负责组织、研究、制定和实施新技术、新业务的发展规划和目标。引进新技术、新业务之前，科室要提出申请，医务科组织专家论证后拿出可行性报告，由院长办公会对新技术、新业务的研究方向、业务的开展、资金的投入、项目的引进及配套设施等进行讨论审批。并报请上级行政主管部门核准。

2、开展新技术、新业务的科室要有发展规划及阶段总结。每年度医务科对开展的新技术、新业务进行评估检查，考核结果纳入科室的综合目标检查项目中。

3、严格筛选新技术、新业务项目。要求科室学科带头人既要重视学科梯队建设又要把握学科的发展方向，指导制定科室开展新技术、新业务的发展规划；后备学科带头人在学科带头人的领导下，积极认真地协助科主任开展新技术、新业务。

4、根据医院及科室的建设发展需要，对新开展的具有中医、中西医结合特色的、能够提高医院和科室两个效益的项目，医院在引进政策上予以倾斜、优先，保证专款专用。

5、对开展的新技术、新业务的安全、质量、疗效、费用等情况进行全程追踪管理评价，发现医疗技术风险或隐患，及时采取相应措施，以避免医疗风险或将其降到最低限度。

6、每年度各科室要对开展的新技术、新业务进行阶段总结。新技术、新业务的管理要纳入医院医疗质量综合目标检查中。

五十六、“危急值”报告制度

1、“危急值”的定义：“急值”通常指某种检验、检查结果出现时，表明患者可能已处于危险边缘。此时，如果主检医师能及时得到检查信息，迅速给予有效的干预措施或治疗，可能挽救患者生命；否则就有可能出现严重后果，危及患者安全甚至生命，这种有可能危及患者安全或生命的检查结果数值称为“危急值”。

2、“危急值”的目的：第一时间将某一病人的某一项目或几项检验结果“危急值”通知临床，引起医务人员的足够重视，积极采取相应的措施，保障医疗安全，维护患者生命。

3、检验科“危急值”报告范围；

检验项目危急值

检验项目	危急值	危险临床意义供参考
血钾	< 2.5mmol/L	低钾血症，呼吸肌麻痹而死亡
	> 6.5mmol/L（标本溶血除外）	高钾血症，可有心率失常，呼吸麻痹
血钙	< 1.5mmol/L	低血钙性手足抽搐
	> 3.5mmol/L	高血钙甲状旁腺危象
血钠	< 120mmol/L	低钠严重者惊厥，昏迷，脑水肿，颅内高压综合症循环衰竭综合症
	> 160mmol/L	高钠 水摄入不足致严重脱水甚至死亡：尿崩症
血镁	< 0.5mmol/L	低镁：肌肉震颤，手足抽搐或癫痫发作。严重心率失常，心室纤维颤动
	> 5.0mmol/L	高镁：镁对心脏和肌肉的抑制，可因呼吸肌麻痹而死亡
血磷	< 0.5mmol/L	急性乙醇中毒，甲状旁腺功能亢进症，佝偻病，代谢性酸中毒，糖尿病
血尿素氮	> 35.6mmol/L	肾功能衰竭
血肌酐	> 665umol/L	肾功能衰竭
血糖	< 2.7mmol/L	低糖性神经症状，低血糖性昏迷
	> 22.2mmol/L	高血糖性昏迷，渗透性多尿伴严重的脱水和酮中毒
血红蛋白	< 52g/L	急性大量失血或严重贫血
白细胞计数	< 2.0*10 ⁹ /L	有引发致命性感染的可能
血小板计数	> 40.0*10 ⁹ /L	急性白血病可能或败血症

	< 30.0*10 ⁹ /L	可能有严重的出血倾向，是临床输注血小板的阈值
	> 1000*10 ⁹ /L	怀疑原发性血小板增多症的可能
PH (动脉血气分析)	< 7.0	酸中毒
	> 7.6	碱中毒
PO ₂	< 40mmHg	低氧血症或呼吸衰竭
PCO ₂	> 70mmHg	高碳酸血症或呼吸衰竭
肌钙蛋白 I	阳性	可能急性心肌梗死
肌酸激酶同工酶	> 正常值的 2 倍 (男性: 24-195 女性: 24-175)	可能急性心肌梗死
凝血酶原时间 (PT)	> 35 秒	出血性疾病或 DIC
激活部分凝血活酶时间 (APTT)	> 100 秒	严重肝脏疾病, 阻塞性黄疸, 新生儿出血症, 口服抗凝剂, 应用肝素等
抗凝治疗者 (INR) 国际标准化比值	> 4.0	DIC. 原发性纤溶症, 阻塞性黄疸, 先天性缺乏凝血酶原, 严重肝病
其他:	脑脊液涂片找细菌 发现任何细菌、真菌及原虫	
微生物检查	血液细菌培养 发现血培养瓶内液体可疑有细菌生长时, 立即图片呢观察, 发现任何细菌	
	无菌部位标本细菌培养 细菌生长	

4、(1) 医技科室认为需紧急报告的一切事项

(2) 传染病疫情报告按原规定执行 (另外 HIV-Ab 和梅毒 RPR 阳性也及时与医生沟通)

5、科室应建立《“危急值”结果登记本》，应详细记录检验日期、患者姓名、住院号、科室床号、检查项目、检查结果、复查结果、临床联系人、联系时间(min)、报告人等项目。有关人员都应按此程序办理。要关注样本的留取是否存在缺陷，

如有需要，应重留标本进行复查。

6、(1) 病人检验结果达到上述“危急值”，首先应检查标本质量和该项目的室内质控是否达标，确认无误后再重复检验；

(2) 结果经审核后，属门诊病人的立即电话通知开单医生，属病室病人的立即电话通知该病室护士，护士复述无误并确认后将病人信息和结果登记在统一的《“危急值”结果登记本》上，由护士负责通知主管医生或值班医生，并记录医生姓名和通知发送科室人员姓名。

(3) 医生或值班医生在接获信息后立即做出相应医学处置，同时报告上级医生或科主任。需在 6 小时内病程中记录收到的“危急值”报告结果和所采取的相关诊疗措施。由于在检查时，可能存在一些影响和干扰因素，因此临床医师若发现“危急值”与临床征象不符时，应及时与医技科沟通，再次确认，必要时再重新检查，一旦发现病人的检查结果有可能直接危害到病人的生命，或者是病人处于一种危险状态时，必须及时告知患者，并给予书面病危通知和特殊抢救治疗，手术同意书。同时迅速给予患者有效的干预措施和治疗，争取最佳的抢救时机，及时挽救病人的生命。

(4) 危急值报告与接受制度

① 检验科工作人员知晓本部门的危急值项目及内容，能够有效识别和确认危急值，可以利用信息化系统自动识别、提示危急值结果。严格执行危急值报告制度与工作流程，报告患者信息、危急值项目及结果、报告时间、通知人员和接收人员的姓名，做好危急值报告的记录。平诊检验出现危急值时必须在 30 分钟以内报告。

② 接获危急值报告的临床医护人员应记录患者识别信息、危急值内容和报告者的信息、报告时间，复核无误后，及时向经治或值班医师报告，并做好记录，医师接获危急值报告后应及时追踪、处置并记录。

③ 定期检查危急值记录本，记录本使用完之后应保存两年。

④ 规范分析前操作，杜绝因不规范抽血等引起的假危急值的产生。

⑤ 加强对医护人员的培训，提高危急值报告的知晓率，规范危急值记录。

五十七、危急值报告程序

【目的】危急值报告是患者医疗安全的重要保障。患者危急值结果报告及时与正确的处置，事关患者的及时治疗及生命安危，否则将会因为错过最佳的治疗时机而使患者的生命安全受到威胁。

【范围】适用于检验人员和临床医护人员

【程序】

1、检验科工作人员知晓本部门的危急值项目及内容，能够有效识别和确认危急值，可以利用信息化系统自动识别、提示危急值结果。

2、检验科工作人员严格执行危急值报告制度与工作流程，报告患者信息、危急值项目及结果、报告时间、通知人员和接受人员的姓名，做好危急值报告的记录。检验出现危急值时必须在 30 分钟以内报告。

3、接获危急值报告的临床医护人员应记录患者识别信息、危急值内容和报告者信息、报告时间，符合无误后，及时向经治或值班医师报告，并做好记录，医师接获危急值报告后应及时追踪、处置并记录。

4、如果在某段时期内同一患者每次检验都会出现危急值的情况下，实验室可与临床协商是否设定一个报告频次，一旦达到临床预先设定的值，则不需要做危急值报告。

5、定期检查危急值记录本，记录本使用完之后应保存两年。

6、规范分析前操作，杜绝因不规范抽血等引起的假危急值的产生。报告危急值时应充分了解标本是否规范采集，必要时备注注明标本状态。

7、加强对医护人员的培训，提高危急值报告的知晓率，规范危急值记录。

五十八、异常医疗信息请示报告制度

为了加强医疗安全，防范医疗环节缺陷，最大限度地减少医疗纠纷与投诉，特制定本制度。

1、报告的范围：

- ①、发生医疗事故，严重差错、失误的。
- ②、诊疗过程中发生意外事件或严重并发症，有纠纷征兆的。
- ③、患者对诊断、治疗效果不满意，有发生纠纷可能的。
- ④、同时收治 2 人以上严重工伤、重大交通事故、中毒、甲类传染病等事件，

必须动员全院力量抢救时。

- ⑤、凡有大手术、需要脏器切除、截肢、首次开展的新手术、新疗法。
- ⑥、需紧急手术的患者，本人无行为能力，且无家属陪同时。
- ⑦、输血过程中发生严重输血反应时。
- ⑧、发生局部院内感染、疾病流行或发现特殊疾病病例，特殊症状病例时。
- ⑨、医疗活动中，存在难以处理的突发情况时。

2、报告程序：

发生上述情况时，当班医师要及时报告科主任，同时向院方报告（班内报告医务科，班外及节假日报总值班），以便协助科室妥善处理。

五十九、单病种管理制度

- 1、建立单病种质量控制与考核方案。
- 2、制定单病种质量控制方案。
- 3、定期检查单病种质量控制方案落实情况。
- 4、单病种质量控制指标达到同级医院平均水平。
- 5、单病种质量考评结果与科室考核相结合。

六十、医疗并发症范围

并发症或合并症分二类，第一类是疾病本身病理过程发展的结果。如消化性溃疡并发幽门梗阻、穿孔、出血等；第二类是在诊疗过程中造成的组织、器官形态损害和技能变化，给病人造成痛苦、残废甚至死亡。一般标准所指的并发症系指第二类。

六十一、无菌手术的范围

- 1、普通外科：疝的修补术，大隐静脉抽出术及结扎术，良性肿瘤摘除术，甲状腺切除术，腰交感神经节切除术，脾切除术及脾肾静脉吻合术，腹腔内肿瘤切除术（肠管外的），乳癌根治术。
- 2、胸外科：二尖瓣分离术，先天性心脏病手术，包裹性血胸剥离术等。
- 3、泌尿科：鞘膜翻转术，精索静脉曲张结扎术，睾丸肿瘤睾丸切除术，辜

丸下低固定术，肾肿瘤肾切除术，肾上腺切除术。

4、骨科：新鲜闭合性骨折切开整复术，陈旧性骨折畸形愈合、不愈合、假关节等切开正复内固定术，陈旧性骨折脱位切开正复术、成形术或固定术，各种先、后天畸形的矫正手术，脊柱固定切除术、摘除术截肢术，游离植皮术及皮瓣植皮术等。

5、妇产科：卵巢囊肿摘除术，宫外孕手术，子宫肌瘤次全切除术，输卵管结扎术。

6、眼科：白内障摘除术（外伤性除外），青光眼手术，视网膜脱离手术，角膜移植术。

六十二、医技检查项目使用管理制度

为了进一步规范临床医务人员的诊疗行为，做到合理检查、合理用药、合理治疗，切实减轻患者经济负担，特制定本制度。

1、医技检查审批实行医师分级管理制度。

2、常规医技检查项目由取得执业证书的住院医师开具检查申请单，包括血、尿、粪常规、肝肾功能、电解质、胸片、心电图、B超检查等。

3、大型检查或特殊检查项目必须请示上级医务人员，同意并签字后方可实施，包括CT、MRI等。

4、医保、新农合患者的医技检查项目的审批按照医保、农合相关制度执行。

5、开具医技检查项目前，主管医师必须做好患者的解释沟通工作，讲明检查的目的、意义、费用等，取得患者理解同意后，方可进行检查。

六十三、科际间协作技术项目管理制度（试行）

1、为加强我院科际间协作技术项目的管理，保障协作技术项目有组织、有计划顺利实施。促进医疗质量不断提高，特制订本制度。

2、科际间技术协作本着互通有无、互惠互利、团结协作、共同提高的原则进行。

3、本制度使用于临沧市中医医院各临床科室之间、临床与医技科室之间及医技科室之间的协作技术项目管理。

4、科际间协作技术项目在开展前，由申请该项目的科室按照《新技术准入管理制度》的要求进行准入申报并获得准入同意，否则，不得擅自开展。

5、获得准入的协作项目在正式实施前，由科研科及医务科组织参与项目实施的科主任就项目实施过程中的有关问题进行协商，确定项目负责科室，明确协作科室的责任与权利，并签署“科际间协作技术项目协作意向书”。

6、项目负责科室必须建立新技术管理档案，负责项目开展过程中的技术评估，并定期向科研科汇报实施开展情况，发生紧急情况要及时报告。

7、科际间协作技术项目在实施的过程中，发生下列情形之一的，任一参与项目实施的科室均可向科研科及医务科提出终止实施的要求：

①、产生严重不良反应的；

②、发现严重质量隐患的；

③、开展协作技术项目的主要技术人员、设备实施或其他辅助技术条件发生变化的；

④、参与项目实施的科室不按规定履行各自职责的。

⑤、科研科及医务科规定的其他情形。

8、医务科接到报告后，要对有关情况认真调查，并做出明确指示。

9、凡参与科际间协作技术项目实施的科室主任必须重视项目实施，认真履行职责，不得无故中途退出或擅自终止项目实施。

10、我院科际间协作技术项目由科研科及医务科负责协调和监控，各相关执行科室主任负责组织实施。

11、本制度由医务科负责解释。

医疗安全管理制度

一、医疗安全管理制度

1、各科室要严格执行三级医师负责制：

2、规范病历书写，提高病历质量，病历中各种记录要求及时、准确和真实，如疾病（身体）检查、化验、诊断、治疗、护理必须详细、准确、如实的记录，如实填写患者的人名、地址、电话号码、身份证号等。

3、对疑难重危病人要及时组织科内进行病例讨论或组织院内外会诊，对死

亡病例要进行及时讨论以总结经验、吸取教训，进一步提高治疗水平。对引起医疗纠纷、事故的病例，医务科应组织有关科室及院专家委员会进行讨论、分析、总结经验教训，提出整改措施。

4、严禁跨专业、跨科收治病人。

5、加强医患沟通制，医护人员应如实告知患者病情，医疗措施和医疗风险。对病人的特殊检查、特殊治疗要履行告知义务，要求病程记录要有医患沟通的记录，并有患者同意接受特殊检查 and 治疗的签字。

6、各科医护人员应严格执行诊疗、护理技术规范。

7、严格手术分级管理制度，对一些重大破坏性手术（如脏器部分或全部切除、肢体切除等）以及新开展的手术，应报医务科及主管院长审批。

8、手术病人，术前应对诊断、术式进行讨论，术前谈话记录应对术中可能发生的意外或并发症要有防范措施，要把可能发生的一切危险与预后情况向病人亲属或单位领导说清楚、讲明白，要在亲属完全同意手术并同时手术协议上签字后方可安排手术，以做好知情与维权工作。门诊手术或急症手术参照此程序执行。

9、对死亡或有争议病历，在未做出妥善处理前要由医务科封存保管，不准私自涂改伪造，不准外借或复印，涉及上级医疗行政部门或公、检、法、律师需借阅材料者，要经医务科或主管院长批准。

二、医疗安全管理方案

为不断加强医院的基础医疗质量建设，增进医患沟通，防范医疗差错、事故，避免医患纠纷，不断提高医疗质量，保障医疗安全，特制定医院医疗质量安全管理方案。

一、加强学习，提高认识，认真履行职责，提高质量意识。

全院医务人员要加强学习，深刻领会《医疗事故处理条例》精神，熟悉与医疗行业有关的法律、法规，增强法律意识、安全意识和自我保护意识。自觉认真履行岗位职责，对全院医务人员经常性地地进行质量管理，提高全员质量管理意识，牢固树立“质量第一”的观点。

二、强化风险管理，提高风险意识，做到警钟长鸣。

强化医务人员的医疗安全意识，有效调动医护人员的积极性和责任心，促进科室采取有效措施加强管理，防范和处理医疗纠纷、差错及事故。坚持经常性地组织典型案例进行病案讨论，做到警钟长鸣，在保障病人安全的同时加强自我保护。

三、完善院科两级医疗安全体系建设，发挥两级体系的监督作用。

四、落实病情告知和医患沟通、减少医患纠纷。

医院与病人是委托治疗关系，应尽可能地将病人的病情、治疗方案、需作的特殊检查、治疗，治疗费用、治疗风险及其他应告知内容告知病人，加强沟通，以减少医患纠纷。

五、重视医疗病历的内在质量。

医疗病历是诊疗过程中的原始记录，有很强的书证作用；在医疗纠纷中，是进行技术鉴定、司法鉴定、判明是非、分清责任的依据。加强医疗病历的内在质量管理，可以避免医疗纠纷的发生。

六、正确对待患者或家属同意治疗等意见的签字。

各类知情同意书的签订实际上是双向性的，一方面是使患者理解临床医学的风险，另一方面是医生要针对这些风险，做好充分的防范措施和一旦发生意外的应急补救措施。患者或家属签订同意书是理解可能发生的危险，但决不是容忍医护人员因失误所发生的意外，医护人员必须保持头脑清醒，正确对待患者或家属对治疗操作同意的签字，在治疗中要精益求精，尽可能避免发生意外。临床医生在选择治疗方式、方法、药物、护理措施的同时，要求对患者讲清利弊，充分征求意见，尊重患者或家属对治疗方法的选择权。

七、加强职能部门深入临床一线的检查、协调和督导作用。

职能部门要经常深入病房检查规章制度落实情况，了解科室运作中存在的问题和安全隐患，现场协调解决；医务科要掌握各临床科室诊疗活动开展情况，及时发现和化解医疗纠纷的苗头和隐患，把医疗中的不安全因素力争消灭在萌芽状态。

八、严格科室技术准入，加强医疗质量考核

对临床科室开展的新技术、新项目要进行严格的审核及风险评估，严把医疗技术准入关。同时，要加强对各科室的质量考核，发现事故苗头及时进行化解，

以确保患者在医院能得到安全有效的医疗服务。

三、尊重和维护患者合法权益管理制度

1、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。

2、医务人员应依法维护患者最基本的权益即有权获得适宜的医疗诊治。

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

(2) 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；

(3) 有权要求清洁、安静的医疗环境，并有权知道经管医生及护士的姓名；

(4) 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；

(5) 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；

(6) 患者或其近亲属、授权委托人对病情、诊断、医疗措施和医疗风险具有知情选择的权利；

(7) 参保患者对医疗保障制度支付项目具有知情同意的权利。

3、医务人员应尊重患者自由选择 and 拒绝治疗的权利

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

(2) 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。但医生应说明拒绝治疗的危害；

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

4、医务人员应尊重和维护患者的隐私权

(1) 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，不随意向外人泄露；

(2) 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。有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；

(3) 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。

5、患者有监督自己的医疗及护理权益实现的权利

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

(2) 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。

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

7、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。

四、患者权利和义务

1、患者权利

(1) 您享有人格尊重权，不因国籍、性别、年龄、经济条件或社会地位而受到歧视。

(2) 您享有知情权，您有权了解您的病情、病因、诊断、治疗计划和预后情形；您有权知晓手术原因、手术成功率、可能发生的并发症及危险；您有权知晓药物的疗效、副作用和使用方法。

(3) 您享有选择权，您有权参与医疗照护过程，并且决定接受或拒绝诊疗或手术。

(4) 您享有安全权，您有权在安全的医疗环境下接受诊疗照护。

(5) 您享有隐私权，未经您同意，医务人员不得无故泄露您的病情资料，

也不应和无关人员讨论，病人的病情资料与记录均由医院妥善保管并保密。

(6) 您享有获得权，您有权获得正确的医疗资讯，包括病情、诊断、治疗计划、用药、饮食和护理指导资讯。您有权申请自己的病历复印件、诊断证明与医疗费用明细表。

(7) 您享有投诉权，如果您对本院的医疗服务有任何意见或不满意，请拨打投诉专线：3064906

2、患者义务

(1) 请您或您的家属主动、正确告知医护人员自身情况、过去病史、药物过敏史、夜游史、目前是否患传染病等信息。

(2) 请您或您的家属确认主管医生和其他医护人员确实回答您的问题，对您的健康问题及治疗方法已充分提供需要的咨询。

(3) 请您或您的家属，在给药或进行给药之前，确定医生或护士已确认过您的身份，确定您的药物名称、数量与药袋上所标示的无误，您已了解正确的用药方式。

(4) 请您或您的家属，在签署任何文件之前，仔细阅读所有内容，并确定已完全了解。若有不了解的地方，可以请医生或护士说明。

(5) 请您或您的家属遵守医院规定，配合诊断和治疗，不能自行停药；不能服用非本院药物，如必须服用非本院提供的药物，请告知您的主管医生；对于您未愈而要求出院时，您或您的家属有义务签具“患者自动出院知情同意书”。

(6) 请您或您的家属在病房内不要大声喧哗，以免影响其他病人休息。

(7) 本院全面禁烟，禁止携带危险物品或违禁品，勿携带宠物进入医院，在医疗器械使用区域禁用手机。

(8) 请您或您的家属要爱护医疗资源，妥善使用医院设施。

(9) 请您或您的家属按照国家收费标准，支付医疗费用。

(10) 请您或您的家属尊重医务人员。

五、医疗差错事故报告管理制度

1、各科室建立差错、事故登记本，由本人及时登记发生差错或事故的原因、经过、后果等，科主任或护士长及时组织讨论与总结。

2、发生差错，应及时报告科主任或护士长，一旦发生事故，应及时由科主

任报告医务科，并积极采取补救措施，以减少或消除差错事故造成的不良后果。

3、发生严重差错或事故后，应及时指定专人对各种有关记录及造成差错事故的药品、器械等妥善保管，不得擅自涂改、销毁。

4、事故发生后，应按其性质与情节、分别组织全科或全院人员进行讨论，吸取教训，改进工作。

5、发生差错、事故的科室或个人，如不按规定报告，有意隐瞒，事后经领导或其他人发现时，须按情节轻重给予处分。

6、为了弄清实施真相，应注意倾听当事人的意见，讨论会应允许当事人参加。

7、科主任或护士长应定期组织医务人员分析差错事故发生的原因，并提出防范措施。

8、对发生的医疗事故或可能是医疗事故的事件，应按有关规定做好调查处理工作，并及时上报卫生行政部门。

六、不安全隐患及医疗事故上报制度

1、医疗质量与医疗安全工作实行科主任负责制。各临床医技科室要根据本科室的实际情况，制定相应的医疗安全制度和医疗风险防范预案，并予以贯彻落实。

2、医务人员在医疗活动中要努力提高医疗质量，严格遵守操作规程，保持与患者及时和有效地沟通，切实防范医疗不安全事件的发生，努力消除医疗不安全隐患，规避医疗风险。

3、医务人员在医疗活动中发生医疗缺陷或因种种原因出现医疗不安全隐患，当事人应立即向科主任汇报，科主任应随即调查处理，并于24小时内向医务科报告。对于可能形成复杂医疗纠纷的医疗隐患，医务科接报告后，应及时介入，积极协助科室处理，力争把事态消灭在萌芽状态。当出现重大医疗事故或纠纷时，科主任应立即向医务科报告，由医务科向主管院长汇报，必要时以书面形式上报卫生行政主管部门。

4、上报医务科的同时，科主任应指派专人负责保管与纠纷有关的全部病史资料。若患方要求复印病历资料，按有关规定处理。死亡病历讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊记录及病程记录应当在医患双方在场的情

况下封存和启封，并商定启封时限。严禁涂改、伪造、隐匿和销毁。疑似输液、输血、注射、药物引起不良后果的，医患双方应共同对现场实物进行封存，封存的病史及实物均保存在医务科。

5、医务科接到报告后，应组织进行检查、核实，将调查结果及时向院领导汇报，并向病员及家属通报、解释。

6、对重大纠纷及医疗事故，由医务科组织院专家进行医疗事故讨论，适时在全院内部进行通报。

7、医疗安全隐患及纠纷发生后，科室需组织全体人员进行讨论，提出科室处理意见，并以书面形式提交医务科。根据调查结果及科室意见，由医务科拟定初步处理方案，经院专家委员会讨论，院长办公会通过最终处理意见。

8、医疗纠纷、医疗事故的处理工作，由所在科室和医务科共同进行，当事人适时介入，特别是在处理与反映情况有较大出入时，参与解答病人及家属所提问题。涉及到对病人进行经济赔偿时，科主任、负责人应参与赔偿数额的最终商定。

9、纠纷病例的尸检、申请医学会鉴定，协议公证及法院应诉等事宜，由医务科牵头，所在科室及当事人参与。

七、首诉负责制度

1、全院各科室和职能部门均有责任受理病人和群众（以下简称投诉人）来信、来访、来电和其他邮件等反映无缘医德医风、医疗服务质量、医疗服务收费、服务态度、院务公开、医患关系、医院环境等方面的投诉。

2、投诉人向有关科室和职能部门投诉的，受理投诉的科室、部门工作人员应当予以热情接待，耐心细致的做好解释工作，稳定投诉人情绪，避免矛盾激化。

3、受理投诉的科室和投诉接待人员应当认真听取投诉人意见，核实相关信息，并如实填写《临沧市中医医院投诉登记表》，如实记录投诉人反映的情况，并经投诉人签字确认。

4、对于能够当场协调处理的投诉，应当尽量当场协调解决；对于无法当场协调处理的，受理投诉的科室应当主动报告有关职能科室，并引导投诉人到职能管理部门投诉。

5、科室或职能部门受理投诉后，应当及时向当事科室相关人员了解、核实

情况，在查清事实、分清责任的基础上提出处理意见，并向投诉人反馈。当事科室和相关人员应当予以积极配合。

6、各科室之间要做好内部的投诉移交、沟通和协调工作。对于涉及医疗质量安全、可能危及患者健康的投诉，受理科室应当及时向分管领导汇报，并立即采取积极措施，预防和减少患者损害的发生。对重要投诉件院长应当批阅，分管院长应对分管工作的投诉信件做出批示，研究处理投诉工作中的突出问题。

八、医疗服务缺陷问责管理制度

一、为不断提高医疗服务质量，强化医务人员工作责任心，督导各级医务人员认真履行岗位职责，防范和减少医患纠纷。

二、本制度所称医疗服务缺陷，是指临床、医技科室的各级医、技师在履行岗位职责过程中，由于主观或客观原因造成工作缺陷，从而影响医疗服务质量或引发医患纠纷。

三、医疗服务缺陷问责制应坚持科室督查与主管职能部门监察相结合的原则；坚持实事求是、客观真实的原则；坚持院科两级分级管理、分级负责的原则；坚持责任与考核、考评相结合的原则。

四、医疗服务缺陷问责制必须建立在严格贯彻执行有关医疗管理法律、行政法规、诊疗规范、常规和医院医疗工作制度、工作流程的基础上。

五、医疗服务缺陷涵盖的主要工作环节有：

- 1、临床科室、医务人员执行首诊负责制度方面存在的缺陷；
- 2、临床医师医疗文书书写方面存在的缺陷；
- 3、临床医师对患者实施查体、技术操作过程中规范化操作、履行告知义务方面存在的缺陷。
- 4、临床医师执行“三合理”过程中存在的缺陷；
- 5、临床医师诊疗过程中服务态度方面存在的缺陷；
- 6、医技科室工作人员在执行查对制度方面存在的缺陷；
- 7、医技科室工作人员对患者实施检查过程中存在的缺陷；
- 8、医技科室工作人员书写检查报告单方面存在的缺陷；
- 9、医技科室工作人员服务态度方面存在的缺陷。

六、院科两级建立医疗服务缺陷登记制度。科室由科主任总负责，指定一名

质控小组成员和一名安全小组成员负责并上报医务科备案。科室每月利用医疗安全日活动对上一月服务缺陷进行讨论分析，提出切实可行的改进措施，避免缺陷的重复发生。科室不得漏报、瞒报缺陷事件，一经发现，严肃查处。

七、医院建立医疗服务缺陷考评制度，医务科、质控科将医疗服务缺陷问责制作为每月绩效考核的必须内容，并将考核情况和科室评先进、个人评优、晋升挂钩，确保制度的落实。

八、医院建立重大医疗服务缺陷责任追究制度。对因缺陷造成影响较大的医疗纠纷、不良社会影响或损失的，事件情节严重的，追究当事科室和相关责任人的责任。

九、本办法适用于全院临床、医技科室及各级医、技师。

十、本办法由院医务科负责解释。

九、医疗投诉管理制度

1、接待医疗投诉的工作人员要态度和蔼、认真听取患者或其家属对医疗工作的意见和建议并做好记录。

2、在接到医疗投诉后，应及时与当事科室进行沟通，了解患者病情及治疗情况，并负责对患者及其家属提出的质疑给予答复、协助科室进行处理。

3、当事科室应积极配合对患者投诉的调查处理，对患者提出的质疑给予解释及相关处理。

4、对无法达成共识的医疗纠纷应向患者及其家属讲明法律程序及相关规定，建议其申请医疗事故技术鉴定或进行司法诉讼。

十、医疗事故处理规定

关于医疗事故的处理，应本着既要保护医患双方的合法权益，又要为利于医学事业发展的原则，定性必须准确，处理务求合理，不能有敷衍态度，防止惩办主义。

医疗事故的处理，主要依据医疗事故的性质给病员直接造成的损失，同时考虑当事人（指责任者）应负的责任大小（对病人加害程度）一贯表现和认识态度。

1、判定为责任事故的，应基本由医院或上级卫生部门根据具体情况分别给予不同的行政处分；其中个别案例确属构成刑事责任者则由司法部门处理，依法

裁决。

2、判定为技术事故的，应主要是总结经验教训；如果在技术事故中确认为责任因素的，视其责任大小，情节轻重，分别给予适当行政处分或经济制裁。

3、判定为医疗差错，原则上只总结教训不予行政处分，属严重差错有责任因素者，对责任者应做书面检查，如情节确属严重者，应根据轻重予以适当行政处分。

4、进修人员发生的医疗事故，除指导医师对其承担的责任进行检查外，本人也应做出深刻检查，由所在进修单位提出处理意见，转交原单位处理。

十一、医疗安全（不良）事件报告制度和 workflows

1、目的：规范医疗安全（不良）事件的主动报告，增强风险防范意识，及时发现医疗不良事件和安全隐患，将获取的医疗安全信息进行分析，反馈并从医院管理体系、运行机制与规章制度上进行有针对性的持续改进。

2、适用于医院各临床科室发生的医疗安全（不良）事件与隐患缺陷的主动报告；但药品不良反应/事件、医疗器械不良事件、数学不良反应、院内感染个案报告需按特定的报告表格和程序上报，不属本医疗安全（不良）事件报告内容之列。

3、医疗安全（不良）事件的定义和等级划分

（1）定义：医疗安全（不良）事件是指在临床诊疗活动中以及医院运行过程中，任何可能影响病人的诊疗结果、增加病人的痛苦和负担并可能引发医疗纠纷或医疗事故，以及影响医疗工作的正常运行和医务人员人身安全的因素和事件。

（2）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：

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

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

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

IV级事件（隐患事件）-由于及时发现错误，但未形成事实。

4、医疗安全（不良）事件报告的原则：

（1）Ⅰ级和Ⅱ级事件属于强制性报告范畴，报告原则应遵照国务院《医疗事故处理条例》（国发[1987]63号）、卫生部《重大医疗过失行为和医疗事故报告制度的规定》（卫医发[2002]206号）

（2）Ⅲ、Ⅳ级事件报告具有自愿性、保密性、非处罚性和公开性的特点。

自愿性：医院各科室、部门和个人有自愿参与（或退出）的权利，提供信息报告是报告人（部门）的自愿行为。

保密性：该制度对报告人以及报告中涉及的其他人和部门的信息完全保密。报告人可通过网络、信件等多种形式具名或匿名报告，相关职能部门将严格保密。

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。

公开性：医疗安全信息在院内通过相关职能部门公开和公示，分享医疗安全信息及其分析结果，用于医院和科室的质量持续改进。公开的内容仅限于事例的本身信息，不涉及报告人和被报告人的个人信息。

5、职责

（1）医务人员和相关科室：

①识别与报告各类医疗安全（不良）事件，并提出初步的质量改进建议。

②先关科室负责落实医疗安全（不良）事件的持续质量改进措施的实施。

（2）护理部

①指派专人负责收集有关护理的《医疗安全（不良）事件报告表》，并对事件进行分类统计和分析，于每月8日前将上月所有护理安全（不良）事件汇总，填写《护理不良事件汇总表》后上交质量控制科。

②对全院上报的护理医疗安全（不良）事件，进行了解和沟通，作出初步分析，并在10个工作日内反馈给相关科室，提出改进建议。

③负责对全院护理人员进行护理不良事件报告知识培训。

（3）质量控制科

①指派专人负责收集有关诊疗的《医疗安全（不良）事件报告表》，并对事

件进行汇总、统计和分析。

②对有关诊疗的医疗安全（不良）事件，进行了解和沟通，作出初步分析，并在 10 个工作日内反馈给相关科室，提出改进建议。

③每个季度将发生频率较高（每月或数月发生一次）的医疗安全（不良）事件汇总，组织相关部门或科室讨论并提出改进建议，必要时上报医疗质量管理委员会（或院长书记会）讨论。

④负责对全院医务人员进行医疗安全（不良）事件报告知识培训。

（4）医疗质量管理委员会

①每季度讨论质量控制科提交的医疗安全（不良）事件，并制定相关事件的质量持续改进措施或建议。

②根据事件的性质、是否主动报告、报告的先后顺序以及事件是否得到持续质量改进等方面，给予报告的个人或科室一定的奖惩建议。

6、医疗安全（不良）事件的上报

（1）上报程序：发生或者发现已导致医疗事故的医疗安全（不良）事件时，医务人员除了立即采取有效措施，防止损害扩大外，应立即向所在科室负责人报告，科室负责人应及时向医务科、护理部或质量控制科报告。

（2）I、II级事件报告流程

①主管医护人员或值班人员在发生或发现 I、II级事件时，应按我院《医疗过失行为和医疗事故报告、登记制度》的程序进行上报。

②当事科室需在 2 个工作日内填写《医疗安全（不良）事件报告表》，并上交护理部或质量控制科。

（3）III、IV事件报告流程

报告人在 5 个工作日内填报《医疗安全（不良）事件报告表》，并提交至护理部或质量控制科。

7、奖惩

（1）以下所有奖惩意见，经医疗质量管理委员会讨论，根据报告的先后顺序、事件是否能促进质量获得重大改进，给予相应的奖惩。

(2) 对于主动报告医疗安全（不良）事件的个人，根据报告的先后顺序、事件是否能促进质量获得重大改进，给予相应的奖励。

(3) 每个季度以科室为单位评定并颁发医疗安全（不良）事件报告质量贡献奖。评定标准：

① 主动报告医疗安全（不良）事件达到 3 例以上，并且上报的医疗安全（不良）事件对流程再造有显著帮助，实现流程再造达到 3 项以上的科室；

② 发生严重医疗安全（不良）事件未主动报告的科室取消评选资格。

(4) 当事人或科室在医疗安全（不良）事件发生后未及时上报导致事件进一步发展的；质量控制科从其它途径获知的，虽未对患者造成人身损害，但给患者造成一定痛苦、延长了治疗时间或增加了不必要的经济负担的，给予当事人或科室相应的处理。

(5) 已构成医疗事故和差错的医疗安全（不良）事件，按《医疗事故和差错处罚规定（修订）的通知》执行。

(6) 对于已经进行医疗安全（不良）事件报告的医疗缺陷，医疗质量管理委员会将根据情况酌情减免处罚。

十二、医疗事故检查处理程序

1、申诉人填写“医疗事故申请鉴定表”。

2、医务科或护理部受理并完成调查报告。

3、医疗事故鉴定委员会根据调查报告，定性、定级、定主要责任者。

4、根据鉴定结论、医院行政办公会讨论处理意见。

5、院长办公会议根据行政办公会议提出的处理意见作出结论，决定给予行政处分者由人事科完成材料并宣布，作其它处理的由医务科或护理部完成材料并建立留档卡片。

6、处理结果上报卫生厅并通知申诉人。

十三、医疗差错事故的分级

一、医疗责任事故

在诊疗护理工作中，医务人员因工作失职或违反规章制度和诊疗常规，发生

诊疗错误，造成病员组织器官损伤，导致功能障碍，残废或死亡的结果，应是医疗责任事故。

1、造成病员死亡者，应为一级医疗责任事故。

2、造成病员组织残废，完全丧失劳动能力，生活不能自理者，应为二级医疗责任事故。

3、造成病员组织器官损伤，致功能障碍，部分丧失劳动能力，影响生活自理者，应为三级医疗责任事故。

二、医疗技术事故分级

在诊疗护理工作中，医务人员由于技术水平有限，发生诊疗护理错误，造成病员组织器官损伤致功能障碍、残废或死亡的后果，是医疗技术事故。

1、造成病员死亡者，应定为一级医疗技术事故。

2、造成病员残废、完全丧失劳动能力，生活不能自理者，应为二级医疗技术事故。

3、造成病员组织器官损伤，致功能障碍、部分丧失劳动能力，影响生活自理者，应为三级医疗技术事故。

三、医疗差错

1、医疗严重差错：在诊疗护理工作中，由于责任或技术原因发生错误，虽给病员造成一定痛苦，延长了治疗时间，但无不良后果后，应是严重医疗差错。

2、医疗一般差错：在诊疗护理工作中，由于责任或技术原因发生错误，但未给病人造成痛苦者，应是一般差错。

四、医疗意外

医疗意外：在诊疗护理工作中，由于无法抗拒的原因，导致病员出现难以预料和防范的不良后果，应是医疗意外。

科室工作制度及医务人员职责

一、医疗质量管理委员会职责

1、在院长领导下，全面负责医院的医疗质量管理工作。

2、负责制定全院医疗、医技工作质量管理年度工作计划。

3、负责制定和完善全院医疗质量管理制度、持续改进方案，对各项医疗质量标准、各种诊断治疗技术操作规程和各种医疗文件的书写进行规范。

4、审议医务科制定的有关医疗质量管理具体实施措施。对全院医疗、医技工作中的安全隐患提出指导性的改进要求。

5、制定医院新技术、新业务准入管理制度和规定。

6、负责讨论、决定全院医疗、医技工作中的差错、过失和事故等事件的院内处理意见。

7、负责宣传贯彻质量方针、质量目标、质量管理的有关知识，开展对全院医务人员的质量意识教育和质量安全意识教育工作。制定全院医、技人员质量教育、培训的要求。并检查其落实情况。

8、定期组织相关人员对临床、医技部门的医疗质量进行监督、检查、评价，并提出整改意见。按医疗质量标准规范医疗环节，使质量水平不断提高。

二、医疗安全管理委员会职责

1、在院长领导下，全面负责医疗安全管理工作，制定审核相关监控工作计划，并督促实施。

2、对全体医务人员进行法律和安全医疗教育。

3、发生重大医疗事件时，协调、组织急救、抢救工作，讨论拟定积极有效措施，减少患者的损失。

4、对医疗事故争议及医疗过失行为进行调查核实，得出医院初步意见。

5、负责医疗过失、医疗事故的责任追究，提出处理意见。对医疗鉴定为医疗事故当事人，提出行政责任追究建议，经院长办公会议决定后执行。

6、针对重大的医疗事故争议，制订或完善相关防范措施。

7、每季度召开例会，进行安全医疗分析和总结，并按规定上报。

三、科学技术管理委员会职责

1、制定医院科学技术工作计划及实施方案，并督促落实。

2、对医院科研课题的立项进行筛选、评定，定期对科研课题的开展情况进行总结。

3、负责对医院科研工作的监督、管理及指导。

4、协助课题组对科研成果进行评审及评奖。

5、协助科室组织大型学术会议。

6、按照国家有关规定对拟在我院开展的新技术、新项目进行筛选、论证、

审批，负责日常的监督、管理工作。

四、科室工作制度

1、科室实行科主任负责制，由科护士长配合，负责科室全面工作，完成门诊、住院病人的诊疗、科研、教学任务。

2、实行三级医师负责制，科主任每周至少查房一次，住院医师每日查房二次，主治医师每日查房一次。

3、各级医务人员要及时了解国内外学术动态，不断更新知识，开展新业务。

4、坚持核心制度，如查房制度、会诊制度、危重病历讨论制度、死亡病历讨论制度、术前讨论制度等，提高医疗质量。

5、护士长负责病房管理，达到整洁、卫生、规范化，力争为病人创造一个舒适安静的治疗环境。

6、严格执行消毒、隔离制度、预防交叉感染。

7、加强组织纪律、相互理解、加强团结、遵守医德规范和医院各项规章制度。

8、加强医患沟通，向患者及家属介绍所患疾病的诊疗情况、重要检查目的及结果，病情的转归及其预后，某些治疗可能引起的不良后果、药物不良反应、手术方式、手术的并发症及防范措施等等，做好医疗告知并获得患者的有关授权，尊重患者知情权，保护好患者的隐私。

附例：针灸科工作制度

1、科室实行科主任负责制，由科护士长配合，负责科室全面工作，完成门诊、住院病人的诊疗、科研、教学任务。

2、实行三级医师负责制，科主任每周至少查房一次，住院医师每日查房二次，主治医师每日查房一次。

3、各级医务人员要及时了解国内外学术动态，不断更新知识，开展新业务。

4、坚持核心制度，如查房制度、会诊制度、危重病例讨论制度、死亡病例讨论制度等，提高医疗质量。

5、护士长负责病房管理，达到整洁、卫生、规范化，力争为病人创造一个舒适安静的治疗环境。

6、严格无菌操作，针灸器具必须严密消毒，按规定使用一次性无菌针灸针，

防止交叉感染。

7、凡留针治疗者，术者不得离开岗位，注意观察病员变化。取针时注意防止漏针、断针。

8、采取措施，预防晕针、滞针和断针，如有发生，迅速处理。

9、使用电针时，应首先检查机器是否完好，输出是否正常，并根据病情，选用适当强度。治疗完结后将开关关闭，输出扭至零位。

10、经常检查针灸器具是否完好，如有问题时应及时修理、更换。

11、针灸要严格遵守操作规程，注意解剖部位，防止发生意外。

12、加强医患沟通，向患者及家属介绍所患疾病的诊疗情况、重要检查目的及结果，病情的转归及其预后等等，做好医疗告知并获得患者的有关授权，尊重患者知情权，保护好患者的隐私。

五、科室检查和报告单审核签发制度

1、为贯彻落实医疗质量控制方案，保障医疗安全，特制定科室检查和报告单审核签发制度。

2、认真做好各种检查工作，仔细查看临床医师各种申请单，对各种检查标本要认真核对，做到准确无误。

3、各种检查要向病人及家属讲明情况，有创检查要做好防范及抢救措施。

4、各种检查报告单实行质控员审核、签发制度；对疑难病例的结果及外院会诊病例，要由科室主任或副主任审核签字后发出，但急诊除外。

5、在报告单审核过程中，如发现与检验模式或临床诊断不相符的结果，必须执行复查制度并及时与临床科室取得联系。

6、对各种检查报告单要有出科登记，且履行报告单取、送制度。

7、对急诊病人应先电话报告检查结果。

8、对涉及法律纠纷的有关检查资料、报告单，如须借阅须持介绍信并交押金，经科室主任批准后方可借阅。借阅时间原则上不超过一个月，如有丢失、损伤、污染、超时，押金概不退回。

9、各科室要严格执行本专科报告单审核签发制度。

六、科室报告单取送制度

- 1、为贯彻医院管理年活动方案，特制定报告单取送制度。
- 2、各科检查报告单出具时间严格按照《质量管理年活动方案》要求的重点指标执行。
- 3、门诊及平诊病人的报告单及胶片按照出具时间要求交给患者。疑难病例次晨经集体讨论确定诊断后，交给患者。
- 4、住院病人的报告单及胶片，由检查科室在规定时间内派专人送到相关科室。
- 5、各种急诊检查报告单及胶片在规定时间内送往就诊科室或由护士、病人及家属自取结果，并签字为据。
- 6、各科要严格执行本专科报告单取送制度。

七、科室资料保存管理制度

- 1、各科存底检查申请单、报告单、存档光盘等资料要定期保存。
- 2、各科检查资料要有专门储存场地，专人负责，保证资料完整，不能破损遗失。
- 3、如有借阅，要办理借阅手续并及时归还，如有遗失应及时落实责任，做好记录。
- 4、各种检查报告单、胶片的取或送，严格执行报告单取、送制度，防止资料丢失。

八、科室质量监控小组职责

- 1、负责科室员工质量教育。
- 2、落实医院各项规章制度及医院质控目标。
- 3、制定并及时完成本科室医疗质量自查方案。
- 4、反馈其他科室存在的质量问题，以示警戒。
- 5、积极参与院内组织的医疗质量监控检查工作。
- 6、每季度对科室质量管理工作进行一次全面分析和评价，并上报院医疗质量管理委员会。

九、医务科管理制度

1、在院长的领导下，组织实施全院的医疗、预防、教学和科研工作，使医院业务工作保持正常而有序的运行。

2、指导和检查医疗质量、医疗安全、技术操作规程、医疗文书书写等各项医疗管理方案和医疗规章制度的落实情况，定期进行分析、评价、及时反馈、改进和提高。

3、组织医务人员的业务学习、新技术训练、学术研究以及科研开发与推广活动，不断促进医疗技术水平与医疗质量的提高。

4、实施医务人员的晋升考核、技能评估等。

5、负责组织处理医疗缺陷、医疗纠纷以及与医疗工作有关的其他一切事宜。

6、负责临床教学管理工作。

7、负责病案管理工作。

(一) 医务科工作职责

1、在院长的领导下，负责组织、协调临床、医技科室的医疗工作。

2、制定医院的医疗业务发展规划、重点工作的布署和实施方案。

3、深入科室了解情况，协调各业务科室之间的工作关系，组织重大的院内外抢救和会诊。

4、督促检查各项医疗规章制度和常规的执行情况，提高医疗质量，严防医疗差错和事故的发生。

5、对医疗差错、医疗事故以及特殊死亡病历及时调查、讨论、做出初步结论并向院长提交处理意见。

6、负责实施临床、医技人员的继续教育以及技术考核工作。

7、负责新进临床、医技人员的业务考核、转科、期满评价工作，提出调配意见。

8、负责临床教学、进修实习的管理工作。

9、负责病案、图书的管理工作。

10、负责收集、编制医疗统计报表，提供医疗资讯。

11、完成上级交办的其他工作。

(二) 医务科科长（副科长）职责

1、在主管院长领导下，具体组织实施医疗、教学工作。

2、协助主管院长制定业务发展规划和年度工作计划，负责组织实施并经常督促检查，定期总结汇报。

3、经常深入各临床、医技科室了解和掌握医疗工作情况，组织重大抢救和院内外会诊，督促各项医疗制度和诊疗常规的执行。定期检查分析，提出改进措施，不断提高医疗质量，严防差错事故。

4、负责组织实施全院医务技术人员的业务训练和技术考核。协助人事科做好医务技术人员的职称晋升、年度考核及科室调配工作。

5、负责组织实施临时性院外医疗任务和对基层医疗单位的技术指导工作。

6、检查督促各科室临床工作计划的落实情况。

7、加强门、急诊管理，不断改进门、急诊工作。

8、负责安排医疗纠纷的接待和处理，对医疗事故进行调查，并组织专家组讨论，及时向主管院长、院长提出处理意见。

9、领导组织科内人员进行业务和政治学习，不断提高工作能力，确保各项工作的顺利开展。

10、副科长协助科长负责相应工作。

（三）医务科科员职责

1、在医务科科长领导下进行工作。

2、负责具体的医务行政工作。

3、按分工负责、相互协助完成各项工作任务。

4、深入各科室参加业务活动，每天收集重点病人信息及时向科长汇报，每周一将全院危重病人信息报告院长办公室。

5、定期检查医疗质量和医疗安全，征求各科室质量管理小组的意见和建议，及时完成总结分析，提出改进工作的建议。

6、组织院内疑难病案讨论等。

7、对医疗纠纷、差错事故进行调查，及时向科长及主管院长汇报有关情况。

8、经常了解各科室业务学习和新业务开展情况，具体安排学术交流。

9、负责安排进修、实习人员科室轮转、考核和理论培训工作。

10、承院办、科领导交办的其他相关工作。

（四）病案管理委员会职责

1、在主管院长的领导下，全面负责医院病案资料的管理工作，密切配合临床教学和科研。

2、定期对病案管理工作进行督促、检查和指导，收集对病案管理工作的意见和建议。

3、根据有关材料讨论和确定疾病诊断和手术名称的统一命名，制定病案书写标准，及时对临床医师、护理人员提出写好、用好病案的要求。

4、组织各种形式的病案书写治疗检查，评选优秀病案，交流书写和管理经验。

5、制定本院病案管理制度，审定全院医用表格的式样，并监督实施。

6、推进临床医师和病案管理人员之间的相互协作，促进病案书写和管理质量的不断提高。

7、定期听取病案管理工作情况的汇报，及时提出意见和建议，定期向主管院长提出病案管理工作报告。

（五）病案管理人员职责

1、在医务科的领导下进行工作。

2、经常检查各科病历书写情况，提出改进意见，提高病历书写质量。

3、负责病案的回收、整理、装订归档、检查和保管工作。

4、负责病案资料的索引、登记、编目工作。

5、查找再次入院和复诊病员的病案号，保证病案的供应，办理借阅病案手续。

6、提供教学、科研、临床经验总结等使用的病案。

7、做好病案室的管理工作，保持清洁、整齐、通风、干燥、防止病案霉烂、虫蛀和火灾。

（六）医疗统计人员职责

1、在医务科的领导下，负责编制上级规定的各项统计报表，对各种报表做到认真核对，及时准确，按时上报。为领导检查工作，制定计划，提供依据。

2、负责收集门诊票据和报表、住院动态工作报表和病人住院卡片，分别进行整理、核对和统计，发现问题，及时纠正，做到日清月结。

3、每月末向医技科室收取反映科室工作量及经济收入的月报表，并进行分

别登记、汇总。

4、认真做好疾病分类工作，注意报表档次、关系，及时与动态报表核对，保证统计数字准确、无误。

5、各类报表，经核对无误后，按月、季、半年、全年台账分别对比分析，要求字迹清楚、账面整洁、妥善保管。

6、按期完成各项统计报表，经送院办审阅盖章后报省市区卫生部门及院领导，做到不漏报、瞒报、错报和虚报。

十、内科工作制度

1、实行科主任负责制，在院长领导下，由护士长配合，负责科室全面工作，完成门诊、住院病人的诊疗、科研、教学任务。

2、实行三级医师负责制，科主任每周至少查房一次。主治医师每日查房一次，住院医师每日查房三次。住院医师三年内实行 24 小时负责制，对危重、抢救病人要重点交班，及时向有关领导汇报。

3、及时了解国内外学术动态，不断更新知识，开展新业务。

4、坚持危重病人、死亡病案讨论制度，提高医疗质量。

5、护士长负责病房的管理，达到整洁、卫生规范化，力争为病人创造一个舒适、安静的治疗环境。

6、严格执行消毒、隔离制度，预防交叉感染。

7、加强组织纪律，相互理解，加强团结，遵守医德规范和医院各项规章制度。

十一、外科工作制度

1、实行科主任负责制，在院长领导下，由护士长配合，负责科室全面工作，完成门诊、住院病人的诊疗、科研、教学任务。

2、实行三级医师负责制，科主任每周至少查房一次。主治医师每日查房一次，住院医师每日查房三次。住院医师三年内实行 24 小时负责制，对危重、抢救病人要重点交班，及时向有关领导汇报。

3、坚持术前、危重病人死亡病案的讨论制度。

4、及时了解国内外学术动态，不断更新知识，开展新业务，提高医疗质量。

- 5、加强围手术期病人的检查和护理，重视每一例手术。
- 6、护士长负责病房的管理，达到整洁、卫生规范化，力争为病人创造一个舒适、安静的治疗环境。
- 7、严格执行消毒、隔离制度，预防交叉感染。对特殊感染病人，应设专门病房，严密隔离，积极抢救，努力提高治愈率。
- 8、加强组织纪律，相互理解，加强团结，遵守医德规范和医院各项规章制度。

十二、妇产科工作制度

- 1、科室实行科主任负责制，医疗工作实行三级医师负责制和毕业三年内住院医师 24 小时负责制。
- 2、主任医师每周查房 1-2 次，主治医师至少每天上午查房一次，住院医师坚持每日查房三次，危重和术后病人随时巡回。
- 3、认真贯彻执行各项工作制度，新入院病人 24 小时内完成病例书写，按时查房，书写病程记录，对危重疑难病人及时组织会诊、讨论、坚持重大手术审批，术前讨论制度，做好交接班严防医疗事故发生。
- 4、认真执行岗位责任制，严格工作程序，严禁擅离职守。
- 5、认真执行各项医疗、护理技术操作工作常规。
- 6、认真做好带教实习工作。
- 7、及时了解国内外学术动态，不断更新知识，开展新业务，提高医疗质量。

十三、临床科主任职责

- 1、在院长领导下，实行科主任责任制，负责本科的医疗、教学、科研、预防及行政管理工作。
- 2、制定本科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
- 3、领导本科人员对病员进行医疗护理工作，完成医疗任务。
- 4、定期进行医疗行政查房（每周至少查房一次），共同研究解决重危疑难病例诊断治疗上的问题，并及时解决有关行政管理方面的问题。
- 5、组织全科人员学习，应用国内外医学先进经验，开展新技术、新业务，进行科研工作，及时总结经验。

6、督促本科人员认真执行各项规章制度和技术操作常规，严防并及时处理差错事故。

7、确定医师轮换、会诊、出诊。组织对技术协作单位的技术指导工作，帮助基层医务人员提高医疗技术水平。

8、参加门诊、会诊、出诊，决定科内病员的转科转院和组织临床病例讨论。

9、定期检查医疗质量，发现问题及时纠正。制定措施，积极落实，组织安排专科医疗工作。

10、发生医疗纠纷或医疗事故后，积极采取措施使患者损失降低至最低程度，并负责处理有关事宜。

副主任协助主任负责相应的工作。

十四、临床正、副主任医师职责

1、在科主任领导下，指导全科医疗、教学、科研的技术培训和理论提高工作。

2、定期查房并亲自参加指导急、重、疑难病例抢救与特殊疑难和死亡病例的会诊、讨论。

3、指导本科主治医师和住院医师做好各项医疗工作，有计划地开展基本功训练。

4、担任教学和进修、实习人员的培训工作。

5、定期参加门诊工作。

6、运用国内、国外先进经验指导临床实践，不断开展新技术、提高医疗质量。

7、督促下级医师认真贯彻执行各项规章制度和医疗操作规程。

8、指导全科结合临床开展科学研究工作。

十五、临床主治医师职责

1、在科主任领导和上级医师指导下，负责本科一定范围的医疗、教学、科研、预防工作和病房、门诊、急诊观察室等部门的日常临床工作。

2、按时查房、每日一次。具体参加和指导住院医师进行诊断、医疗及特殊诊疗操作。

3、掌握病员的病情变化，病员发生病危、死亡、医疗事故或其它重要问题时，应及时处理；涉及病员转科、出院，要审签出（转）院病历，并及时向科主任汇报。

4、参加值班、门诊、会诊、出诊工作。

5、主持病房的临床病例讨论会。检查、修改下级医师书写的医疗文件，提高医疗质量，要求甲级病案 $\geq 90\%$ ，无丙级病案。

6、认真执行各项规章制度和技术操作常规，经常检查本院病房的医疗护理质量，严防差错事故。协助护士长搞好病房管理。

7、组织本组医师学习和运用国内外先进医学科学技术，开展新技术、新业务，进行科研工作，做好资料积累，及时总结经验。

8、担任临床教学，指导进修、实习医师工作。

十六、临床总住院医师职责

1、在科主任领导和上级医师指导下，实行二十四小时负责制，协助科主任做好科内各项业务和日常医疗行政管理工作。

2、带头执行并检查督促各项医疗规章制度和技术操作规程的贯彻执行，严防差错事故的发生。

3、负责组织和参加科内疑难危重病患者的会诊、抢救和治疗工作，带领下级医师做好下午、晚间查房和巡视工作，主治医师不在时，代理主治医师工作。

4、协助科主任和上级医师加强对住院、进修、实习医师的培训和日常管理工作。

5、组织病房出院及死亡病历总结讨论，做好病死率、治愈率、病床周转率、病床使用率及医疗事故、差错的登记统计、报告工作。

6、负责医生排班及书写各种手术通知单。

十七、临床住院医师职责

1、在科主任、主任医师和主治医师指导下，根据工作能力、年限负责一定数量病员的医疗工作。

2、对病员进行检查、诊断治疗，下达医嘱并检查其执行情况。

3、书写病历。新入院病员的入院记录，应于病员入院后 24 小时内完成。检

查和修正进修、实习医师的住院病历。并负责病员住院期间的病程记录，及时完成出院小结。甲级病历 $\geq 90\%$ ，无丙级病历。

4、向主治医师及时报告诊断、治疗上的困难以及病员病情的变化，提出需要转科或出院的意见。

5、住院医师对经治病员应全面负责，在下班以前，作好书面交班工作。对需要特殊观察的重症病员，必须向值班医师床旁交班。

6、参加科内查房。对所负责的病员每天上、下午至少各巡诊一次。科主任、主治医师查房或巡诊时，应详细汇报病员的病情和诊疗情况，完整记录上级医师的诊治意见。请他科会诊时，应陪同诊视，报告病史，体检及有关检验资料。

7、认真执行各项规章制度和技术操作常规，亲自操作或指导实习医师、护士进行各种重要的检查和治疗，严防差错事故的发生。

8、随时了解病员的思想和生活情况，经常性征求病员对医疗护理工作的意见，做好医患沟通工作。

9、服从安排，积极完成本院与上级领导部门下达的各项任务。

十八、进修医师职责

1、在进修期间，要服从领导，遵守各项规章制度，培养良好的服务态度和工作作风。

2、在上级医师和护士长领导下负责管理一定数量的病人。

3、自己分管的病床收住新病人后，要和上级医师一起及时检查病人，并认真书写病历及各项记录。

4、除每天跟随上级医师查房外，要经常巡视病人，对急症、危重病人应随时观察，及时向上级医师报告病情变化和各项检查结果，并做好病程记录。

5、科室考察实际工作能力，上报医务科批准备案，按处方制度规定给予处方权（无出具诊断证明权），方能单独处理病人。

6、病人出院、转科或转院应及时和上级医师一起检查和处理病人，交待有关事项，并及时完成病历书写，请上级医师审阅。

十九、门诊工作制度

（一）、门诊工作制度

1、医院一名副院长分工负责领导门诊工作。各科主任、副主任应加强对本科门诊的业务技术领导。各科（特别是内、外、妇产、小儿等科）应确定一位主治医师或高年住院医师协助科主任领导本科的门诊工作。

2、各科室参加门诊工作的医务人员应派有一定经验的医生、护士参加，在门诊办的统一领导下进行工作。人员调换时，应与门诊部共同协商。

3、门诊各科工作人员要提前 10 分钟进入岗位，搞好室内卫生，做好各项准备工作，衣帽整洁，正点开诊，迎接患者。上班时间坚守工作岗位，不串岗，不早退，加强岗位责任制。

4、对疑难重症病员不能确诊、病员两次复诊、不能确诊或疗效不显者应及时请上级医师诊治。科主任、主任医师应定期上门诊，解决疑难病例，

5、对高烧病员、重病员、60 岁以上老人，应提前安排门诊。

6、对病员要进行认真检查，简明扼要准确地记载病历。主治医师应定期检查门诊医疗质量。各临床科室应积极主动地接受转科会诊病人，防止推诿病人现象。

7、门诊检验，放射等各种检查结果，必须做到准确及时。门诊手术应根据条件规定一定范围。医师要加强对换药室，治疗室的检查指导，必要时亲自操作。

8、门诊各科与住院处及病房应加强联系，以便根据病床使用及病员情况，有计划地收容病员住院治疗。

9、加强检诊，做好分诊工作，严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染。小儿科、内科应建立传染病诊室，做好疫情报告。

10、门诊工作人员要做到关心体贴病员，态度和蔼，有礼貌、耐心解答问题。尽量简化手续，有计划地安排病员就诊。

11、门诊应经常保持清洁整齐，改善候诊环境，加强候诊教育，宣传卫生防病，计划生育和优生知识。

12、门诊医师要采用保证疗效、经济便宜的治疗方法，合理检查，科学用药，尽可能减轻病员的负担。

13、对基层或外地转诊病人，要认真诊治。在转回基层或原地时要提出诊治意见。

14、转外院的病人，要简要介绍病史、病情及诊治经过。

附（一）门诊医务人员配备要求

- 1、健全领导体制，建立门诊办公室，设主任一人。
- 2、医生轮换要相对稳定，每期以半年为宜。
- 3、主治医师与住院医师之比宜在 1:1.5 至 1:2 之间。
- 4、科主任要定期上门诊。除会诊疑难病人外，要抽查门诊医疗质量。
- 5、进修、实习医师应有专人负责指导。

附（二）专科病门诊要求

- 1、开诊前半小时开始挂号，对急诊病人，高干、高知、外宾、港澳台同胞、军烈属、持寿星证书者优先或特约挂号。
- 2、实行复诊预约制度。
- 3、要根据病人就诊密度和规律，合理调配卫生技术人员。特别是临床科室每日在下班前半小时应留有少数医师等待区做检验或特检的病人，视检查结果予以诊治处理。
- 4、挂号、候诊、划价、收费、检验、取药、注射排队，每对人数不得超过 15 人。
- 5、各科有专人接诊，维持候诊秩序，保证诊室一医一患，无围观的病人和家属，小儿、老、残及危重病人陪伴不超过一人。

（二）、门诊病历书写制度

- 1、要简明扼要。病员的姓名、性别、年龄、职业、籍贯、工作单位或住所楼号室要填写。主诉、现病史、既往史，各种阳性体征和必要的阴性体征，诊断或印象及治疗，处理意见等均需记载病历上，由医师书写签字。
- 2、间隔时间过久或与前次不同病种的复诊病员，一般都应与初诊病员同样写上检查所见与诊断，并应写明“初诊”字样。
- 3、每次检查，均应填写日期，急诊病历应加填时、分。
- 4、请求他科会诊，应将请求会诊目的及本科初步意见在病历上填写清楚。
- 5、被邀请的会诊医师应在请求会诊的病历上填写检查所见，诊断和处理意见并签名。
- 6、门诊病人需要住院检查和治疗时，由医师签写住院证，并在病历上写明

住院的原因和初步印象诊断。

7、门诊医师对转诊病员应负责填写转诊病历摘要。

(三)、处方制度

1、医师处方权，可由各科主任提出，医务科批准，登记备案，并将本人签字或印模留样留医务科和药剂科。

2、药剂科不得擅自修改处方。如处方有错误，应通知医师更改重新签名后配发。凡处方不和规定者药剂科可有权拒绝调配。

3、毒、麻、限剧药处方遵照麻醉药品管理的有关规定办理。

4、一般处方以三日量为限，对于某些慢性病或特殊情况可酌情适当延长。处方当日有效，超过期限须经医师更改日期，重新签字方可调配。医师不得为本人开具处方。

5、处方内容包括以下几项：医院全称、门诊或住院号、年、月、日、科别、病员姓名、性别、年龄、药品名称、剂型、规格及数量、用药方法、医师签字（中药毒麻药品双签字）、配方人签字、检查发药人签字、药价。

6、处方一律用钢笔书写，字迹要清楚，不得涂改。如有涂改，医师必须在涂改处签字，一般用拉丁文或中文书写。急诊处方应在左上角盖“急”字图章。

7、药品及制剂名称，使用剂量，应以中国药典及卫生部（省、市、区卫生厅）颁发的药品标准为准。如药疗需要必须超过剂量时，医师须在剂量边重加签字方可调配。未有规定之药品可采用通用名。

8、处方上药品数量一律用阿拉伯数码书写。药品用量单位以克（g）、毫克（mg）、毫升（ml）、国际单位（i.u）计算；片剂、丸剂、胶囊剂以片、丸、粒为单位，注射剂以支、瓶为单位，并注明含量。中药汤剂以付为单位。

9、饮片、中成药、西药三类药品不得同方书写，饮片处方应注明煎法（先煎、后下、包煎、冲服、烊化等）、剂量、服法和禁忌。药名要用正名或通用药名，饮片剂量以克（g）为单位。

10、一般处方保存一年，毒、麻、限、剧、贵重药品处方保存三年，到期登记后由院长、副院长批准销毁。

11、对违反规定，乱开处方。滥用药品的情况、药剂科有权拒绝调配，情节严重者应报告院长，业务副院长或主管部门检查处理。

12、药剂师（药剂士）有权监督医生科学用药，合理用药。

（四）、门诊诊断证明开具规定

1、凡本院临床科室具有医师以上职称在岗在位，或退休返聘在门诊上班者，经科室上报，医院批准，医务科备案，均有开具诊断证明的权利。

2、门诊各临床科室医师开具的诊断证明，一律到医务科盖章。不盖章或科室盖章无效。病休时间一般为：急性病一次不得超过四天，慢性病一次不得超过一周。

3、门诊医务人员不能单纯凭患者简单主诉而不加以医学科学检查为根据，或因人情关系，利用职权滥开诊断证明，更不允许出具假诊断证明。

4、凡出具诊断证明，要仔细检查，并获得一定医学科学依据。诊治医师必须按照门诊病历书写制度认真填写。诊断证明书中治疗意见栏内容必须同病历相符。如病历、内容不相符者，门诊办不予盖章。

5、对诊断难度大，或诊断有分歧的疾病，不可出具诊断证明，更不能出具双重诊断证明，必须进一步检查得出准确的结论。

6、属于公伤、交通事故、医疗纠纷、打架斗殴伤者，其诊断证明一律经过会诊后，由主治医师以上的医生签字，方可盖章，或经主治医师以上人员签字方能生效。

7、对过期的诊断证明或先休后补的诊断证明一律不予盖章。凡有疑问的诊断证明要核实、查对患者。

8、医师只有开具本科专业范围内疾病的诊断权利，不允许跨科室、跨专业出具证明。凡利用工作之便，开假诊断书者，要严肃处理；造成重大后果者，医院有权吊销本人处方权，并给予行政处理。

（五）、门诊工作人员职责

1、门诊医师职责

①、门诊医师对病员要热情接待，细心询问病史，认真体检，耐心解释，不断提高医疗服务质量。

②、严格遵守各项规章制度，认真执行疫情报告制度、坚持八小时工作制，不迟到早退，严守岗位、保质、保量完成完成门诊定额及各项任务。

③、对就诊病人要认真书写门诊病历，及时作出诊断或印象诊断和治疗，凡疑难病人三次门诊不能确诊或疗效不显著者，应及时请示上级医师或专科门诊，组织会诊明确诊断。

④、凡需转专科门诊或其它科会诊的病人，应写好病历。作好有关检查，提出会诊目的，再转专科或邀请会诊，必要时共同研究处理。

⑤、门诊病人需收住院者，一般病人应先作好必要的检查和术前准备方能收治。

⑥、手术科室的门诊医师，负责该科门诊病人的诊治和手术治疗。

⑦、负责指导进修医生和带好实习医生，认真修改各种医疗文件，指导技术操作，杜绝事故。

⑧、对危重病人，应随到随诊。

2、门诊会诊医师职责

①、负责门诊会诊病人和疑难病人的诊断、处理，凡属外单位转来的病人，除书写门诊病历外，应填写会诊意见，诊治有困难时可请示上级医师。

②、负责指导门诊医师的诊治工作。

③、坚守工作岗位，不迟到不早退，严格执行各项规章制度，防止医疗差错事故。

二十、急诊科工作制度

(一)、急诊工作制度

1、各临床科室应选派有一定临床经验和技術水平的医师、护士，担任急诊科工作，人员相对稳定。实习医师和实习护士不得单独值急诊班，进修医师由科主任报医务科批准方可参加值班。

2、对急诊病员应以高度的责任心和同情心，及时、严肃、敏捷地进行救治，严密观察病情变化，做好各项记录。疑难，危重病员应即请上级医师诊视或急会诊。

3、急诊室各类抢救药品及器材要准备完善，保证随时可用。由专人管理，

放置固定位置，便于使用，经常检查，及时补充，更新、修理和消毒。

4、急诊科工作人员必须坚守岗位，做好交接班。严格执行急诊各项规章制度和技术操作规程。要建立各种危重病员抢救技术操作程序。

5、急诊室应设立个汇总观察病床。病员由急诊科医师和护士负责诊治护理。要写好病历，开好医嘱，密切观察病情变化，及时有效地采取诊治措施。观察时间一般不超过三天。

6、遇重大抢救，需立即报请科主任和院领导亲临参加指挥。凡涉及法律、纠纷的病员，在积极救治的同时，要及时向有关部门报告。

7、对需要转院的急诊病人须事先与转去医院联系，取得同意后方准转院。

8、严格执行首诊负责制。

(二)、急诊分诊制度

1、分诊工作应由有经验的护士主持，对危急病人要立即通知医生和护士长，迅速组织抢救。一般急诊要分清轻重缓急，依次就诊。

2、对患传染病的病人或可疑传染病人应和普通患者隔离就诊。

3、扼要了解病情，重点观察体征，并进行必要的体格检查。根据病情需要填写检验申请单，并记录于病历上。

4、急危重病人可先行抢救而后补办手续。

5、遇大批抢救病人时，应及时报请科主任，门诊办主任或院领导组织抢救，涉及刑事案件者应向保卫部门报告。

6、在分诊中遇有困难时，应请护士长或医生协助分诊。

(三)、抢救室工作制度

1、抢救室专为抢救病员设置，其它任何情况不得占用。

2、一切抢救药品、物品、器械、敷料均须放在指定位置。

3、药品、器械用后均需及其清理，消毒。消耗部分应及时补充，放回原处，以备再用。

4、每日核实一次物品，班班交接，做到帐物相符。

5、无菌物品需注明无菌日期，超过一周时，重新灭菌。

6、每周须彻底清扫，消毒一次，室内禁止吸烟。

7、抢救时抢救人员要按岗定位，遵照各种疾病的抢救常规程序进行工作。

8、每次抢救病员完毕后，要做现场评论和初步总结。

(四)、急诊抢救制度

1、抢救室设备齐全，制度要严格，做到能随到投入急救工作。在抢救当中，需要各有关科支持，必须及时，积极给予保证，病人需转入病房时，要及时收容，严禁推脱，抢救科室有呼救权和转诊权。

2、一切急救用品实行“四固定制度”（定数量，定地点，定人管理，定期检查、消毒及维修）。各种仪器要保证性能良好、避免临时出现故障。抢救室物品一律不外借，值班护士要班班交接，并做好记录。

3、参加抢救的医务人员要严肃认真，紧张而有序的工作。由主要医生和护士长组织抢救，必要时科主任或院领导组织有关科室共同进行抢救。各级人员应听从指挥，既要明确分工，又要密切协作。

4、参加抢救的人员必须穿工作服，戴口罩和工作帽。非参加抢救人员未经负责人允许，不得进入抢救室。

5、抢救工作遇有诊断、治疗、技术操作等方面困难时，应及时请示上级，迅速予以解决。一切抢救工作要做好记录，记录要求准确、清晰、扼要、完整，而且必须注明执行时间。

6、医护要密切配合，完成自己所担负的任务。口头医嘱要求清楚准确。尤其是药物的使用，如药名、药量、给药途径与时间等，护士要复述一遍，避免有误。并及时记录于病历上，补开处方。

7、各科急救药物的安瓿，输液空瓶等用完后要集中放在一起，便于统计与查对，避免医疗差错。

8、病人经抢救后，如病情稳定，应由护士护送到观察室、病房或手术室继续治疗。病情不允许搬动者，应留在急症病室继续观察治疗，且需去人看护或经常巡视。

9、对已住院治疗的急症病人，要定期进行追踪查诊。

10、抢救室物品使用后，要及时归还原处，清理补充并保持整齐清洁。

(五)、急诊观察工作制度

1、不符合住院条件，但根据病情尚须急诊观察的病员可留观察室进行观察。

2、各科急诊值班医生和护士根据病情严密注意观察和治疗。凡收入观察室

的病员必须开好医嘱，按格式规定及时填写病历，随时记录病情及处理经过。

3、急诊值班医师早晚各查记一次，重病可随时查。主治医师每日查房一次，及时修订诊疗计划，指出重点工作。

4、急诊室值班护士随时主动巡视病员，按时进行治疗护理，并及时记录，反映情况。

5、值班医护人员对观察病员的临时变化要随叫随到，床边看视，以免贻误病情。

6、急诊值班医护人员对留观察病员，要按时详细认真地进行交接班工作，必要时写出书面记录。

(六)、留住观察制度

- 1、病情危重，虽经抢救，但移动仍有危险者。
- 2、特殊检查或治疗后，有较剧烈的疼痛或过敏者。
- 3、有高热惊厥、脱水，诊断尚不明确，须做短期观察者。
- 4、符合住院条件，但病房无床，暂不能住院者。
- 5、留观病人观察时间一般不超过三天。

(七)、急诊工作人员职责

1、急诊科主任职责

①、在院长领导下，负责本科室的医疗、教学、科研、护理和行政管理工
作。

②、制定本科室长远规划与工作计划，并组织实施，经常督促检查执行情况，按期总结汇报。

③、负责建立行之有效的呼叫及应召的急救组织系统，以保证在救治疑难危重病例，重大意外伤亡及事故或大规模抢救下，及时调动医务人员，调拨急救物品，组织各科协作，完成急救任务。

④、负责业务技术指导和把关，高效率、高质量地完成急诊抢救与常规业务，使急诊工作规范化、制度化、程序化、井然有序、忙而不乱。

⑤、备齐必要的急救设备及药品，保障抢救中顺利，完好，齐全，遇有重大问题向院部汇报。

⑥、领导科室人员进行急诊医疗、护理工作，经常分析急诊工作特点，有计划领导本科人员的业务训练和技术考核，不断提高急诊医疗护理质量与业务技术水平，使医护人员主动热情、机敏、果断。

⑦、确定本科医生的轮换、值班、会诊、出诊，组织临床病案讨论。

⑧、组织本科人员学习运用祖国医学和国内先进经验，积极开展新业务、新技术、新疗法、进行科研、教学工作，及时总结经验。

⑨、督促检查全科人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。

⑩、做好对下级医师的业务指导，技术考核，提出升、调、奖、惩的意见。安排进修实习人员的学习及工作。

⑪、副主任协助主任负责相应的工作。

2、急诊科主任医师职责

①、在科主任领导下，运用中医理论和经验，指导急诊科医疗、教学、科研、技术培训与理论提高工作。

②、指导全科主治医师，住院医师做好急诊各项工作，加强全科室医师对危急重症抢救医疗技术的训练，随时解决危重，疑难病症。

③、紧密结合临床实践、负责整理研究与本专业有关的中医古典文献，总结临床急诊经验，带好下级医师。

④、了解掌握与急诊有关的中医学术动态和先进经验，定期或随时向科内人员介绍，安排急诊中医理论与急诊有关的现代医学的学习，组织学术讨论，不断提高急诊医务人员的技术水平。

⑤、负责对本科人员进行中医水平与本专业有关的现代医学水平的考核，了解下级医师的实际水平，向科主任提出有关人员合理使用的意见个建议。

⑥、重视人才培养，带较好下级医师。

⑦、督促下级医师认真贯彻执行各项规章制度和医疗技术操作规程。

⑧、积极完成科主任交给的其他任务。

副主任医师参照主任医师职责执行。

3、急诊科主治医师职责

①、在急诊科主任领导和主任医师指导下，运用中医理论，参加本科一定范围的医疗、教学、科研和技术培训工作。

②、每晨交班后领导医师对新病人，危重疑难病人进行查房，讨论分析有关诊治方案，指导下级医师进行辨证施治及特殊诊疗操作，组织抢救危重病人。

③、掌握急诊重点病人的病情变化，及时组织危重病人、死亡病员、严重差错医疗事故的讨论并提出初步处理意见。对科内发生重大的医疗事故，应及时向科主任或主任医师汇报。

④、组织业务学习，病案讨论，决定提请主任医师讨论的病例，并负责组织有关资料准备，参加值班、会诊及出诊工作。

⑤、以身作则，严格要求医师在医疗及临床急诊研究工作中突出中医特色、病历书写格式统一，内容完整、理法药方一致，亲自指导、修改，并经常检查，甲级病历率>90%，杜绝丙级病历。

⑥、认真执行各项规章制度和技术操作规程，经常检查医疗护理质量，严防差错事故。

⑦、组织医师学习并正确运用中医理论及国内外与急诊有关的诊疗技术，开展新技术、新疗法、进行科研工作，做好资料积累，及时总结经验。

⑧、担任临床教学、指导进修、实习医师工作、负责向科主任提供各项征询意见。

⑨、努力完成科主任和主任医师交办的其他工作。

4、急诊医师职责

①、对急症病人应以高度责任精神、严肃、认真及时地进行抢救，密切观察病情变化，及时详细记录，遇疑难抢救病人即请示上级医师诊视，对病情危重不宜搬动的病人，就地组织抢救，待病情允许时再护送病人到房。

②、严守工作岗位，因工作需要离开急诊科应由科室做好安排，认真交待后方能离去，严格执行各项规章制度，技术操作规程，严防医疗差错事故。

③、负责急症病人的诊治，凡经预诊鉴别属哪科的病人，应先进行诊治，不得推诿，需要时再邀请会诊。

④、负责院外出诊工作，当接到出诊抢救通知时，应立即前往，出诊期间，由科主班医生即时安排号急诊诊治工作。

⑤、负责指导进修、实习医师工作，认真修改各种医疗文件。

5、急诊科出诊医师职责

①、严守工作岗位，接到通知后应向有关人员作好交待，立即出发。

②、对危重病人应就地抢救，作好记录，待病情允许时才离开或护送回医院，必要时可电话先与医院联系。

③、出诊返院后，做好登记，传染病人应严格执行疫情报告，填写传染病卡片，并办妥药品器材的补充手续。

二十一、重症监护病房工作制度

(一)、重症监护病房医疗质量及安全管理制度

1、科主任或学科带头人、护士长要具备较强的工作能力，科室人员结构合理。

2、制定快捷、安全、有效的工作程序和突发意外紧急情况的处理预案，抢救物品配备完善。

3、各类抢救药品、器材要由专人管理，放置固定位置，经常检查，及时补充更新、整理和消毒，保证抢救需要。

4、科室对危重病人情况要实时评价，以指导实际工作。

(二)、危重病人抢救工作制度

1、抢救工作应由经治（值班）医师和护士长组织，重大抢救应由科主任或院领导参加组织，所有参加抢救人员要听从指挥，严肃认真分工协作。

2、在抢救过程中遇有诊断、治疗、技术操作等方面的困难时，应及时请示，

迅速予以解决，一切抢救工作要做好记录，要求准确、清晰、扼要、完整，并准确记录执行时间。

3、医护要密切合作，口头医嘱护士须重复一遍，无误后方可执行。

4、各种急救药品的安瓿、输液、输血的空瓶等用完后要集放到一起，以便查对。

5、抢救药品使用后要及时放归原处，清理补充，并保持整齐清洁。

6、新入院或突变的危重病人，应及时通知医务科或总值班，并填写病危通知单一式三份，分别交病人家属和医务科，另一份贴在病历上。

7、危重病人抢救结果，应电话报告医务科。

(三)、危重病人交接班制度

1、危重病人执行床头接班制度。

2、各科室入住的危重病人在前班下班前和接班医师进行床头交接班，并及时书写病程记录。

3、值班医师对危重病人要随时检查，如病情变化，应及时请示上级医师。

4、每天科室晨交接班，应重点交接危重病人。

(四)、危重病人追踪、访视制度

为加强对危重病病人的管理，及时对医疗环节中的风险隐患进行有效干预，化解医患矛盾，防范医疗纠纷的发生，特制定本制度。

1、医务科医疗干事坚持每日（星期天除外）造成对医院重点监控危重病人进行访视，对全院危重病人进行电话追踪，以了解病情及治疗情况，对科室需要协调的问题，访视过程中予以积极协调解决，如组织会诊、借调医疗设备等，必要时上报医务科主任或业务院长，帮助解决相关事宜。

2、对已发生纠纷或对诊治不满意存在纠纷隐患的重点监控危重病人，主管医师及时报告科主任，科主任应及时上报院方，班内上报医务科，班外及节假日上报总值班，医务科（总值班）接到报告后，应及时到达现场，进行全面调查，与科室一起协商处理方案，必要时请示主管院长，进一步明确处理方案。

3、医务科通过追踪随访对发生纠纷或存在纠纷隐患危重患者要及时上报主管院长。

(五)、患者身份标识制度

1、在实施任何介入或有创诊疗活动前，实施者应亲自与患者（或家属）沟通，作为最后确认的手段，以确保对正确的患者实施正确的操作。

2、严格执行查对制度，准确识别患者身份。在进行各项治疗、护理活动中，同时使用姓名、性别、床号三种方法确认患者身份。

3、完善并落实护理各关键流程（急诊、病房、手术室、重症医学科之间流程）的患者识别措施、交接程序与记录。

4、对昏迷、神志不清、无自主能力、新生儿、手术等患者，建立使用“腕带”作为患者识别标识制度。在进行各项诊疗操作前认真核对患者腕带信息，准确确认患者的身份。

5、填入腕带的识别信息必须经两名医务人员核对后方可使用，若损坏需更新时，经两人重新核对。

6、腕带填写的信息字迹清晰规范，准确无误。项目包括：病区、床号、姓名、性别、年龄、住院号等信息。

7、患者使用腕带舒适，松紧度适宜，皮肤完整无破损。

8、加强对患者腕带使用情况的检查，各级护理质量控制组每月进行督导并由记录。

（六）、探视、陪护制度

为保证医疗护理工作的正常进行，并使病人能得到充分休息与及时治疗，应严格执行探视陪护制度。

1、探视者按规定时间进入病房探视。

2、危重病人的家属可持病危通知单随时探视。如病情不宜探视者，医护人员须做好解释工作。

3、医师或护士长决定病人是否需要陪护。

4、陪护人员外出时，应与值班人员联系，取得同意后方可离开。

5、在查房及治疗时间，陪伴人员应主动离开病室。如须了解病情，待查房结束后，向医护人员询问。

6、陪护和探视人员须听从医护人员指导，遵守病房制度，保持病房整洁、安静。不准吸烟、高声谈话或坐卧在病人床上，也不可串房、翻阅病历或谈论有碍病人健康和治疗的事项。不可自请院外医生诊治或自行用药。

7、陪护和探视人员必须爱护公物，节约水电。如损坏公物，须按制度赔偿。

(七)、病人回访制度

为了更进一步的深化医院福利理念，主动适应医疗市场竞争，做到真正的以病人为中心，为病人提供优质的全程医疗服务，我院决定建立出院病人回访制度，门诊病人追踪制度，以融洽医患情感，推动医院业务发展。

一、回访对象

- 1、全部出院病人。
- 2、诊断不明、治疗效果不确切的门诊病人。

二、回访方式

- 1、发放就诊科室及主管医生或接诊医生联系卡。
- 2、电话回访。
- 3、信件回访。
- 4、医院网站发布信息回访。
- 5、上门回访。

三、回访内容

- 1、了解出院后情况。
- 2、指导院外治疗。
- 3、提供健康信息、心理咨询、卫生常识、医学保健知识服务。

四、回访要求

- 1、对来我院就诊、住院的病人，各临床科室联系卡的发放率达到 100%。
- 2、对门诊就诊病人的追踪率达到 20%以上。
- 3、对出院病人的回访率达到 80%以上。
- 4、各科室要针对不同病种制定出相应的回访方案。
- 5、各科室要对回访情况做好记录。

五、责任人

- 1、科主任为各临床科室回访病人的第一责任人。
- 2、门诊接诊医生是门诊病人追踪责任人。
- 3、主管医生是出院病人的回访责任人。

六、考核

将对病人的回访、追踪工作列入科室业务考核指标，由医务科负责监督落实

(八)、“三无”病人救治制度

1、依照上级卫生部门的有关要求，为弘扬我院社会主义公益医院“全心全意为人民服务”的宗旨，为保障“三无”病人的身心健康，特制定本制度。

2、“三无”病人是指无钱、无家属、无联系方式等的急、危、重病人。

3、救死扶伤是医务人员的天职，医院对“三无”病人实行先救治后交费原则，坚决杜绝见死不救等违法违规行为。

4、对“三无”病人实行首诊医师和首诊科室负责制，经初步诊疗，确诊非本科疾病时首诊医师负责病人的会诊、专科，直到病人安全的转入下一个治疗程序为止。

5、首诊医师在接诊“三无”病人时执行报告制度，首诊医师报告科主任，由科主任报告医务科或总值班，医务科或总值班报告院领导。

6、“三无”病人的救治费用由医院垫付。救治科室向医务科提请费用担保，经院领导同意后，医务科填写费用担保单，交由住院处执行。

7、“三无”病人救治期间，由院保卫科联系公安机关寻找病人家属；联系到家属者，病人费用由其家属补交；联系不到家属而病人昏迷或死亡或有其它情况者，依照有关程序报临沧市民政局处理。

(九)、转科交接登记制度、交接程序和身份识别措施

1、医护人员在各类诊疗活动中，必须严格执行查对制度，应至少同时使用姓名、年龄 2 种方法确认患者身份。

2、检查 ICU、病情危重、意识障碍、新生儿、围手术期、输血、不同语种或语言交流障碍等患者必须按规定使用“腕带”标识。

3、护士在为患者使用“腕带”标识时，实行双核对。“腕带”记载信息包括：患者姓名、性别、年龄、住院号、床号、科别、诊断、过敏史等。由病房责任护士负责填写。

4、护士在给使用“腕带”作为识别标示时，必须双人核对后方可使用，若损坏需更新时同样需要经两人核对。佩戴“腕带”标识应准确无误，注意观察佩戴部位皮肤无擦伤、血运良好。

5、介入治疗或有创治疗活动、标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊

饮食前，医护人员应让患者或家属陈述患者姓名，并至少同时使用两种患者身份识别方法，核对床头卡和腕带，确认患者身份。

6、在诊疗活动前，实施者必须亲自与患者或其家属进行沟通，严格执行查对制度，保证对患者实施正确的操作。

7、转科相关制度

(1) 凡住院病人因病情需要转科者，经转入科会诊同意，并在会诊申请单上签署意见，转出科持会诊单联系好床位，方可转科。

(2) 转入科对需转入病人应优先安排，及时转科。如急危重病人，转入科应尽快解决床位；如转科过程中导致生命危险的可能，则应待病情稳定后，由转出科医师陪送至转入科。

(3) 转科前由经治医师开出专科医嘱，并写好专科记录，通知住院处，按联系的时间派人陪送到转入科，向值班人员交代有关情况。

(4) 转入科应及时诊治或抢救转科病人，写好接收等记录，并通知住院处和营养科。

(5) 危重病人转科时，转出科医师应向转入科医师当面交代病情。

(6) 如病情需两科共管者，应以原所在科室为主，共同负责协商解决，定期按时查房。

8、手术患者在转运交接过程中，必须有患者身份识别的如下具体措施：

(1) 手术患者进入手术室前，由病房护士给患者使用“腕带”标识，写清患者床号、姓名、性别、住院号、科别、血型后，与手术室护士交接并填写病房与手术室对接单，无误后方可进入手术室。

(2) 围手术期患者“腕带”使用时间必须依据护理部规定，即手术前一日开始使用，手术后病情危重期间使用（直至改为二级护理），手术后病情稳定使用三日，结束后由病房负责护士核对后取下。

9、急诊、临床科室、手术室、ICU之间患者识别，必须有患者身份识别的如下具体措施：

(1) 急诊科危重患者转科：由医务人员护送，确保搬运安全；出示患者在急诊就诊的病历；认真与科室护士交接，内容包括患者一般资料、病情、置管情况、特殊情况等，并填写急诊科危重患者转接记录单，无误后方可离开。

(2) 门诊急诊患者与 ICU、手术室、病房转接患者：由医务人员护送，确保搬运安全；出示患者在急诊就诊病例；认真与科室护士交接，内容包括患者一般情况、生命体征、意识状况、皮肤完整情况、出血情况、引流情况等，填写门诊急诊患者与 ICU、手术室、病房对接记录单，无误后方可离开。

(3) 科室与手术室转接患者：科室护士认真核对，做好手术前准备；认真与手术室护士进行交接，内容包括：床号、姓名、手术名称、生命体征、手术前准备、药物情况等，并填写科室与手术室患者对接记录单。

(4) 手术室与科室转接患者：手术后，手术室护士仍应按识别卡与病区做好病情、药物及物品的交接，填写手术室与科室患者对接记录单，无误后方可离开。

(5) 科室与 ICU 转接患者：由医务人员负责转送，保证搬运安全；责任护士认真交接，内容包括：意识、瞳孔、生命体征、输液、各种引流、皮肤完整情况等，填写科室患者与 ICU 对接记录单，无误后方可离开。

对于违反该制度的相关责任人，予以全院通报批评，并勒令定期整改，并处以一定金额的罚金。

(十)、院内关键科室间的患者转接流程

1、急诊与手术室交接程序：医生开出医嘱；护士收到并确认；通知病人办理入院手续；佩腕带；与医生确认是否通知麻醉科及手术室；术前准备工作；整理病历；等待通知；与麻醉师、手术室护士详细交班。

2、急诊与 ICU 交接程序：医生开出院证，家属办理手续；核对病人信息；通知 ICU 护士，等待 ICU 通知；准备抢救用物品；与 ICU 护士详细交班。

3、急诊与科室交接程序：医生开出住院证，家属办理手续；核对病人身份后；通知病区主班护士，准备物品等待通知；转运前评估病情；与接受科室护士详细交接班。

4、手术室/麻醉科与科室/ICU 术前和术后交接的程序与内容：

术前交接：科室择期手术病人术前交接；核对手术交接核查表；准备病历及药物至术前准备室；科室护士与手术室护士交接。

术后交接：术后手术室护士通知病人回科室时的准备事项；送病人至科室病房；评估病人后科室护士与手术室护士进行交接。

二十二、重症医学科工作制度

(一)、重症医学科工作制度

1、重症医学科工作人员必须履行各自的职责，严格遵守重症医学科的各项规章制度，坚定工作岗位。排定的班次未经批准不得私自调班。

2、严格执行无菌技术操作及查对制度，严防医疗缺陷发生。

3、重症医学科内各种仪器及急救车内物品做到定位存放、定量储备、定时补充、定时消毒。急救仪器、监护设备专人保管维修，按操作规程操作，操作前熟悉仪器性能和注意事项，每次抢救患者后由专人管理、检查，及时清理，消毒，消耗部分应及时补充并按规定放回原处。

4、一切仪器在工作期间，未经许可不得擅自拨动，如患者需要，需有关人员先调试，然后向主管护士交班。

5、重症医学科内应保持清洁、安静、舒适，非有关人员未经批准不得入内。

6、工作时间内不准因私事向外打电话。接听电话时，应以最简单的话语，以免影响工作。

7、对转出重症医学科的患者，要提前与有关科室联系，并负责将患者安全送到转入科室，同时做好交接工作。

8、严格执行交接班制度。

9、科主任及质控员随时监控科内的质量，通过各种途径获得所有与质量有关的信息资料，对存在的问题及时组织解决。科室质量管理小组每月活动一次，由科主任、业务骨干组成，讨论相关质量问题，拟定质量管理与持续改进方案，并组织实施，做好相关记录。

(二)、重症医学科收住制度

为合理使用重症医学科病床，充分发挥重症医学科人员和设备的配置优势，方便管理，特制定本收住制度。

1、收住原则：

(1)收住各科具有监护指征的危重患者。

(2)谢绝各类可能造成传染性扩散的患者和精神病类者。

2、收住指征：

(1)心功能衰竭，急性心肌梗塞，恶性心律失常，心源性休克等。

- (2)重要脏器功能衰竭、多脏器功能衰竭。
- (3)各种类型休克。
- (4)糖尿病酮症酸中毒、高渗性昏迷、严重水电解质酸碱平衡紊乱。
- (5)心、肺等外科重大手术后。
- (6)急性高位截瘫，格林巴利氏综合征。
- (7)心脏创伤性检查或介入治疗后。
- (8)ARDS 和 ACI
- (9)脑血管意外。
- (10)酒精中毒和药物中毒。
- (11)重症感染
- (12)四类手术病人(手外科除外)。
- (13)术中输血 $\geq 400\text{ml}$ 。
- (14)需进行特级护理的病人。
- (15)行全身麻醉后的病人。
- (16)年龄在 12 岁以下或 75 岁以上的术后病人。
- (17)需进行呼吸管理和呼吸支持的患者。
- (18)各类休克。
- (19)心肺脑复苏的病人。
- (20)ASAIII级及III以上的手术。
- (21)车祸、坠落等造成较严重多发伤、复合伤。
- (22)多发肋骨骨折伴胸腔引流。
- (23)消化道大出血。
- (24)溺水、电击伤。
- (25)内分泌

3、收住注意事项:

- (1)收住需办理转科手续。
- (2)所有患者入科时均进行一次 APACHE 评分。
- (3)转科前有关科室将患者的病种、病情、可能需要监护的项目，准备采取的诊治措施，通知重症医学科。便于重症医学科做相应准备。

- (4)病情稳定后及时转出重症医学科。
- (5)医保患者收住，参照有关文件规定执行。
- (6)特殊原因需收住者，必须经分管院长批准。
- (7)有收住指征但无经济承受能力者，必须请示行政总值班。

(三)、重症医学科收住患者病情评估制度

1、为了客观评估新入住患者疾病严重程度及判断患者的预后，对所有入住患者的病情进行评估。

2、评估的方法采用 APACHE II 评分系统，昏迷的患者加用 GCS 评分系统。所有新入住重症医学科患者采取评价时间窗在 24 小时内病情最危重时。

3、24 小时内死亡患者暂不予以评估。

4、有关病情评估的相关检查由接诊医师完成。

5、主管医师负责每位患者 APACHE II 或 GCS 评分，最迟应在患者入住我科 48 小时内完成评分。

6、所有转出我科或出院患者 APACHE II 或 GCS 评分表专人统一保管。

(四)、重症医学科工作人员入室管理制度

1、为保证重症医学科清浩整齐，达到医院感染要求，须严格控制入室人员。

2、工作人员按规范洗手、更衣，穿鞋套、戴工作帽，外出时必须穿外出服。

3、严格执行无菌技术操作原则及消毒隔离制度。

4、严格落实洗手和手消毒的有关规定。在各种检查、治疗、护理前后均应洗手用快速消毒液消毒。接触患者体液以及为保护性隔离患者和特殊感染性疾病患者检查、护理时必须戴手套，操作完毕脱去手套后必须认真洗手。

5、保持重症医学科室内安静，工作人员须做到说话轻、走路轻、操作轻、开关门窗轻。不得在室内喧哗、谈论与工作无关的事情。

(五)、重症医学科患者管理制度

1、入重症医学科患者必须符合监护标准，由主管医师和护士长统一协调。

2、入重症医学科患者必须及时更衣，除必需生活用品外，其他物品不得带入室内。

3、患者及家属应认真了解“患者的权利和义务”，积极履行义务，配合治疗、护理和管理。

4、患者及家属对所安排的检查、治疗、护理有疑问时，可以向医务人员询问，如拒绝治疗护理，应按规定签字。

5、患者在住院期间应按医嘱进食，对有特殊膳食要求的患者，护士做好膳食指导，取得患者及家属配合。未经医护人员同意，患者不可食用非医院提供的膳食。

6、家属须服从医护人员管理，按规定探视，配合医疗护理工作，做好患者的心理工作，协同促进患者康复。

7、患者及家属不得随意进入医护办公室、转抄、复印病历及其它医疗文件，不得将病历带出院外。

8、重症医学科患者一律不允许陪护。

(六)、重症医学科知情同意书制度

1、在重症医学科临床诊治过程中，因患者病情危重、体质特殊、需行手术、特殊检查、特殊治疗、费用过大和试验性临床医疗等情况，医务人员应履行告知责任，详细填写知情同意书。

2、重症医学科知情同意书的内容包括：有创操作、特殊检查、特殊治疗的项目 目的、风险性及可能并发症等，也包括不执行此操作、特殊检查、特殊治疗所带来的后果。

3、紧急避险时，以维持患者生命安全为原则：

(1)危及患者生命的手术、操作，有时由于各种原因不能在签完字后才能进行，这时可通知家属，讲明情况后执行。

(2)若由于各种原因不能通知到家属及签字者，应征得上级医师及院领导同意后方可执行。

(3)为最大限度维护患者的生存权，对心肺复苏初期 A、B、C，包括电除颤等紧急避险时，在紧急无时间先征求家属意见时，可先救命后告知。

4、知情同意书一旦签署，必须妥善保存，切勿丢失。

(七)、交接班制度

1、各班医师应按时接班，听取交班医师关于值班情况的介绍。接受交班医师交办的医疗工作。

2、对于急、危、重病患者，必须做好床前交接班。值班医师应将急、危、

重患者的病情和所有应处理事项，向接班医师交待清楚，双方进行责任交接班签字，并注明日期和时间。

3、各病房设交接班记录本，将危重 I 级护理、手术当天、新入院患者的情况与值班者进行床头、书面交接班，其他需要观察、注意病情变化的患者，也需书面交接班，明确职责。值班人员离岗前，同样要向有关医师进行交接班。

4、每日晨会，值班医师应将重点患者情况向病区医护人员报告，并向主管医师告知危重患者情况及尚待处理的问题。

5、门急诊危重患者收入院、病区间危重患者转科、麻醉科护送术后患者时，应由医护人员护送至病房，并进行床头交班。

6、检验、放射、药房等科室值班人员遇重要情况亦应进行书面交接班。

(八)、重症医学科患者转科(院)制度

1、患者需要转回原临床专科，患者病情及途中风险，取得家属同意并签字后，方可进行转科(院)事宜。

2、根据转科医嘱，进行转移前患者各项护理准备，并通知接收科室的护士。

3、检查患者护理记录齐全，记录内容完整。

4、检查患者的个人卫生：转出时患者棉部、手足、会阴、皮肤清洁。无褥疮。

5、检查各管道应清洁通畅，固定合理、牢固、引流袋清洁。注明插管 / 换管日期、时间、伤口敷料干燥清洁。

6、检查静脉穿刺部位。保持静脉输液通畅，所用药物标志清楚。

7、备妥病历记录、各种检查胶片、有关药品和患者的物品准备移交。

8、向接收科室护士介绍患者的情况：姓名、诊断、主要治疗、皮肤及各种管道情况。接收专科(院)继续治疗原发病时，由医生向家属交代。

9、根据患者病情危重程度，安排医师护士陪同。

10、转科(院)途中备好必要的抢救药品及用物。认真观察患者病情变化，保证各种管路通畅。

11、到达新科室(院)后，认真与该科室(院)的主管医生、护士进行床旁交接班，由交、接双方填写交接记录。

(九)、重症医学科抢救工作制度

1、重症医学科必须配备功能齐全、性能完好的抢救设备，做到定品种、定数量、定位放置、定人保管、定期检查维修、及时消毒、及时维护，保持备用状态。

2、抢救车物品定位、定量放置，每日清点登记，质管员每周核对清点，保证账物相符。

3、重症医学科人员熟练掌握抢救流程、抢救设备仪器的性能及使用方法。

4、抢救工作由科主任、主管医师、护士长负责制定抢救方案，组织安排人力、物力，及时组织抢救，并按医院有关要求上报。

5、参加抢救人员必须明确分工，密切配合，服从指挥，严格执行有关规章制度和操作规程。

6、护士应严密观察病情，认真执行医嘱，严格执行查对制度，口头医嘱要经复述核实后方可执行，所有药品包装、安瓿必须在抢救结束经 2 人查对后方可丢弃。

7、详细作好抢救记录，准确记录病情变化和抢救经过。

8、抢救药品、物品、器械、敷料用后应及时清理、消毒、补充、以备再用。

(十)、重症医学科医嘱制度

1、具有执业资格的医师具有下达医嘱的权限。

2、准确录入或书写下达医嘱时间、患者姓名和床号。书写医嘱时字迹要清晰，签全名。意义要明确，不得随意涂改，修改医嘱要签名。

3、医嘱内容要求使用中文通用名，无准确中文译名的药品，用公认英文代号。

4、如开错或取消未执行的医嘱用红笔在此条医嘱中注明“取消”字样及本人签字。对护士已执行的医嘱，禁止使用“取消”，只能下达停止医嘱。

5、医生在开完医嘱后需及时通知该患者的主管护士，以免遗漏、延误执行。

6、医生不得下达口头医嘱(抢救时除外)。抢救时医生下达的口头医嘱护士必须复述确认无误后方可执行，抢救结束后半小时内完成口头医嘱的补记。

7、电子录入医嘱系统应能有效识别录入者的身份和权限。

8、必要时设置不同级别医师的医嘱权限。

(十一)、在危重病或急诊抢救过程中执行口头医嘱制度

在临床工作中，一般不执行口头医嘱，特殊情况下必须执行时，应遵循以下制度。

1、口头医嘱范围标准：

- (1)医生因为正在做无菌操作，不能书写医嘱，而患者又急需处理时。
- (2)危重病的抢救时，来不及书写医嘱时。

2、口头医嘱方式：现场口头医嘱方式。

3、相关措施：

(1)严格执行口头医嘱的管理范围与标准，原则上使口头医嘱应用到最少并能执行的最好。

(2)医生是做好口头医嘱的关键：能下达医嘱时的书写原则必须遵守。医生在下达口头医嘱时必须清晰地说出药品(包括商品名)、姓名、年龄、床号、剂量等。注意避免使用片、瓶等容量来表示所使用药物的剂量。特别需要说明在剂量上，如 g、mg，并重复两遍。

(3)医生离开现场之前，应及时补记口头医嘱于医嘱单或医嘱本上并签字执行护士确认后方可离开。完成已执行的口头医嘱补记和转抄医嘱工作。

4、护士当好医嘱的直接执行者：应把好最后一道防线。

- (1)严格执行“三查七对”制度。
- (2)清楚地复述医嘱并确保得到医师的确认。
- (3)现场中应有两个人听到同样的口头医嘱。
- (4)现场能直接记录下来作为口头医嘱的凭证为好。
- (5)及时核对认可的口头医嘱。
- (6)执行护士书写口头医嘱时应当字迹清楚、药名、剂量准确。
- (7)执行口头医嘱的注射医嘱时不要把液体瓶、安剖遗弃，以作为核对口头医嘱时使用。

(8)认真执行口头医嘱制度，确保及时在所有口头医嘱上签字。

(9)建立双方查对制度，确保口头医嘱的正确实施，保证患者的安全。

(十二)、重症医学科探视、陪伴制度

- 1、重症医学科为专医、专护，不留家属陪伴。
- 2、家属探视：每日 15:00-16:00。遇特殊事件，如抢救患者、新入院患者

等，探视时间另行安排。

3、探视患者要按规定时间，学龄前儿童不得进入病房。

4、传染患者一般不得探视和陪伴。

5、探陪人员必须遵守院规、听从医务人员指导，保持安静。不要谈论有碍患者健康和治疗的事宜，不准吸烟、饮酒。要爱护公物，节约水电。

6、每次探视时间均有护士引导家属更衣、换鞋，进入病区，原则上规定每轮每床只能进入两名家属探视，其余家属轮候进入。

7、探视、陪伴人员损坏或丢失医院物品、应赔偿。

(十三)、重症医学科床位使用汇报制度

1、按照重症医学科建设与管理指南规定，加强治疗床位数为医院病床总数的2-8%。

2、床位的使用率少于85%或至少保留一张空床。

3、如果床位使用率大于85%，及时汇报给医务科或行政总值班，便于合理安排。

4、如果重症病房没有空床或呼吸机，应立即报给医务科、行政总值班或分管院领导，由相关领导协调患者的收治工作。

(十四)、重症医学科科务会议相关规定

1、为了加强学科建设，促进重症医学科医疗质量和服务质量及时有效的持续改进，现对我科的科务会议作如下规定。

2、科务会议内容：院部及职能部的各种指令性任务传达，科室有关行政、医疗、教学、科研相关工作布置，质量、服务相关内容持续改进措施安排等。

3、科务会议召开时间：定于每周一早晨提早15-30分钟在科内集中召开科务例会；每月下旬召开一次全科人员参加的科务会议。

4、科务会议主持：科务会议由科主任主持。

5、科务会议记录：全科科务会议内容由科主任事先拟定，并记录在“科务会议记录”专用记录本上。

6、遇紧急、重要的事项，各组长及其他人员需对科务例会中缺席的人员及时做好传达，同时利用网络信息平台及时公布科务会议中重要内容。

(十五)、重症医学科科室病历管理制度

- 1、严格实施医院病历书写规范。
- 2、病历质量由科主任总负责质控。
- 3、平时具体病历科室质控员负责管理。
- 4、每科室病历设质控负责人员。
- 5、每月举行一次病历书写规范学习(包含上月病历书写所犯的 error 和不足之处)。
- 6、现症病历由科主任、质控员抽查，三天一次(每周二、五)。大病历、首次病程录、病程记录满页及时打印。
- 7、归档病历必须在出院后 2 天内完成，并上交质控员负责检查。
- 8、归档病历必须每逢 2 号、12 号、22 号上交科室质控员处，交科室至质控员负责检查所有归档病历。
- 9、在病历上交前 1 天上交科主任负责最后检查，并及时上交病案室。
- 10、如出现病历推迟上交，没有明确理由，对书写病历者进行处罚(具体由科主任定)。
- 11、及时上交病历并书写规范，在 95 分以上者，可予以奖励(具体由科主任定)。

(十六)、重症医学科排班、调班、下乡安排制度

- 1、为了科学、合理安排各岗位的工作，尽力控制好各种不安全因素，现对我科的排班、调班及下乡事宜作如下规定：
- 2、全科的日常工作安排由科主任统一安排。
- 3、科主任将依据各岗位的技术要求及特性，结合各专业技术人员的工作特长、技术能力及相关培训情况，合理安排各专业技术人员的岗位。
- 4、所有人员一律不准私自调班，有特殊情况需要进行调班时，必须向科主任提出口头或书面申请，征得同意后才能调班。
- 5、全体人员必须无条件服从科主任的临时调动需求，以应对各种意外情况的发生。
- 6、对不服从工作安排及私自调班者，将按院部有关规定进行处理。
- 7、根据卫生厅有关专业技术职称晋升的条件要求，凡需要进行下乡锻炼者，科主任将优先安排，其他指令性的任务，如各种体检、下乡服务等，将由科主任

依据各专业人员的技术能力及特点给予合理安排。

(十七)、重症医学科医师培训制度

1、健全重症医学科医师培训管理体制，实行科主任、各医疗组长、带教干事负责制。

2、科室医师有明确的培训目标、详细的培训计划和实施细则，落实率>80%。

3、认真落实卫生厅和医院对各级医师人员继续教育，按规定完成继教学分。

4、住院医师按计划完成规范化培训。

5、每年的培训计划中，必须包含理论和技能培训

6、必须参加医院组织的含有法律、法规和职业道德的教育。

7、鼓励科室医师参加在职士、博士学历教育。

(十八)、医疗护理文书记录与保管制度

1、按《云南省病历书写规范》、《医疗机构病历管理规定》及有关医疗配套文件规定进行医疗文件管理。

2、护士长负责病区医疗护理文书的管理，办公护士负责具体整理保管工作，各班医护人员均需按照管理要求执行。

3、住院患者的医疗病历和护理病历中各种表格应按规定顺序排列整齐。要求记录及时据实、完整，不得随意涂改、伪造或遗失，用后归还原处。

4、患者不得擅自翻阅和带病历出科室，外出会诊或转院时只许携带病历摘要。需要复印病历者，按《医疗事故处理条例》的有关规定执行，经科主任审核签字后报医务处批准，确保病历档案保密性、安全性。

5、护士长和质控员每周检查各种文书的整理和管理状况，发现问题及时解决，对归档前的护理文件按有关标准进行审核。

6、科主任和质控员每周检查医疗文书的质量，对归档前的医疗文件按有关标准进行审核。

7、患者出院或死亡后，护理与医疗病历按序检查确认其完整性，及时送病案室统一保存。

(十九)、重症医学科卫生管理制度

1、各班次工作人员每天下班前认真清理一次桌面卫生，整理好物品方可离开。

2、上班时穿戴工作服，各工作物品保持整齐，不随地丢弃。

3、工作人员应将各种洁净物品与污物物品分区域存放。

4、所有冰箱中不得存放食品等私物。

5、每周对本组工作区作一次卫生清扫。

6、每季度将接受一次全院性的卫生检查。

7、检查成绩将直接计入个人年度考核成绩。

(二十)、重症医学科感染管理制度

1、重症医学科病房布局合理，各区均设有非手触式洗手设备和手消毒设施。重症医学科应安装空气净化装置通风，保持清洁安静，空气新鲜。

2、重症医学科工作人员应接受医院感染管理的专业培训。工作时应穿专用工作服(更衣)、穿室内鞋(换鞋套)、戴工作帽、口罩、洗手或手消毒。外出时，应换鞋、换外出服装。

3、严格人员进出管理，有感染性疾病者禁止入内。严格探视制度，原则上不允许探视，特殊情况需入室探视时，应取得科主任、护士长同意，探视者应更衣，换鞋，戴帽子、口罩，洗手，由值班人员引进探视。

4、严格掌握进入重症医学科患者的分室标准，对免疫抑制、特殊感染及进行血液净化治疗者必须单间隔离/感染患者与非感染患者分开护理。对特殊感染或高度耐药菌感染患者，必须采取严格的消毒隔离措施，所有使用的物品，必须专人专用，用后严格消毒并无害化处理。

5、重症医学科人员必须严格执行无菌技术操作规程，正确实施隔离技术，认真洗手或手消毒，进行各项操作前后均须洗手；执行侵入性医疗操作前，接触伤口、血液、体液、分泌物及护理特殊传染性疾病患者时必须戴手套，避免锐器刺伤，如意外刺伤应做好应急处理，并报告感染管理，随访观察并记录。

6、加强患者的感染管理及监测，特别是对各种留置管路、口腔、皮肤、肠道。抗生素使用情况，细菌耐药情况，用药后不良反应的监测。加强危重患者的局部护理与清洁消毒，预防并及早发现菌群失调而引发的医院感染。

7、进行动静脉注射、导尿管的放置、气管插管及引流管的放置、呼吸机的

使用等操作，应严格按相关操作的感染控制措施操作与护理。

8、加强对各种监护仪器设备、卫生材料及患者用物的消毒灭菌管理及监测。每个床位所用的血压计、听诊器、床头用品、供氧装置等，禁止与其他床位交叉使用。患者转出或出院后，应清洗消毒。

9、加强医院感染监测，发现医院感染病例或医院感染病例有异常增加时，应及时报感染管理科，尽快调查处理。每月进行环境卫生学监测，各项监测指标达到重症医学科感染控制标准。

10、具有高度传染性的感染性疾病患者，原则上不收住重症医学科，确诊或疑似具有高度传染性的患者，应按隔离要求进行隔离护理，及时上报医务科和感染管理科。

11、患者离室后，要进行床单位消毒处理，必要时进行病室及物品的终末消毒。按要求进行卫生学监测，合格后方可收治患者。

(二十一)、多重耐药菌医院感染管理制度

1、加强多重耐药菌的医院感染管理，预防和控制多重耐药菌的传播。

2、建立和完善多重耐药菌的目标性监测：MRSA(耐甲氧西林金黄色葡萄球菌)、VRE(耐万古霉素肠球菌)、ESBLs(产超广谱β-内酰胺酶的细菌)、PDRAB(泛耐药的鲍曼不动杆菌)、耐碳青霉烯类铜绿假单胞菌、肠杆菌科等。

3、明确多重耐药菌医院感染的诊断标准与报告程序，及时诊断、报告处理。

4、严格执行手卫生消毒制度，预防和控制多重耐药菌的传播。

5、按照《抗菌药物临床应用指导原则》和《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》(卫办医发[2009]38号文件)要求，合理选择抗生素。

6、严格遵守无菌技术操作规程，防止交叉感染。

7、加强医务人员、工人、家属相关知识的培训与教育，以利于医院感染预防与控制。

8、加强医疗废物的管理，防止感染的扩散与传播。

(二十二)、重症医学科预防重点部位医院感染的制度

1、呼吸机相关性肺炎：

(1)严格执行人工机械通气的适应症，只有在必须时才能使用，早用早脱机，

尽量采用无创通气的措施。

(2)有人工机械通气操作指南、护理规范及相关感染的控制方法，对相关人员进行培训与授权，使其熟知和严格遵循。

(3)对建立人工气道患者，有严格的无菌操作规程。

(4)重复使用的呼吸回路管道，达到灭菌或高水平消毒要求，每周更换1次，回路管道如有明显分泌物污染则及时更换。

(5)连接呼吸机的管道上冷凝水应及时引流、倾去、并有制度保证。

(6)定期进行重点部位病原学检查，在符合“呼吸机相关性肺炎”诊断标准时，应在4小时内获得抗菌药物治疗，72小时无效重复病原学检查。

(7)有完整的操作与观察处置记录。

(8)有呼吸机相关性肺炎(发病率、病原菌及其耐药性)监测、分析与反馈。

2、血管内导管所致血行感染：

(1)严格执行留置血管内导管的适应症，只有在必须时才能使用，并尽早拔除。

(2)有留置血管内导(尤其是中心静脉导管和周围动脉导管)的操作指南、护理规范及相关感染的控制方法，并对相关人员进行培训与授权、使其能够熟知和严格遵循。

(3)应在半透明的半浸透性的聚亚安枉费缴料，覆盖纱布或覆膜变湿、弄脏时、能及时更换。

(4)三通管保持清洁，发现污垢和残留血迹时，能及时更换。

(5)定期进行重点部位病原体检查，在符合“血管内导管所致血行感染”诊断标准时，应在4小时内获得抗菌药物治疗，72小时无效重复病原学检查。

(6)有完整的操作与观察处置记录。

(7)有导管相关血流感染(发病率、病原菌及其耐药性)的监测、分析与反馈。

3、留置导尿管所致尿路感染：

(1)严格执行留置导尿管的适应症，只要在必须时才能使用，并尽早拔除。

(2)有留置导尿管的操作常规、护理规范及相关感染的控制方法，并对相关人员进行培训，使其能够熟知和严格遵循。

(3)插管时应注意无菌操作、动作轻柔，避免损伤，正确固定导尿管，并采用连续密闭的尿液引流系统。

(4)导尿管与集尿袋的接口不要輕易脫开。应保持尿流不受阻断的引流。

(5)不使用抗菌药物作连续膀胱冲洗预防感染。集尿袋低于膀胱水平，不接触地面。

(6)保持会阴部清洁干燥、尤其是尿道口。

(7)定期进作重点部位病原学检查，采集尿标本作培养时，应在导尿管远端接口处用无菌空针抽取尿液，在符合“留置导尿管所致尿路感染”诊断标准时，应及时获得治疗，72小时无效重复病原学检查。

(8)有完整的操作、观察与处置记录。

(9)有留置导尿管所致尿路感染(发病率、病原菌及其耐药性)的监测、分析与反馈。

4、血液净化(持续动静脉血滤和透析)相关感染:

(1)严格执行血液净化的适应症，只有在必须时才能使用。

(2)有血液净化的操作指南、护理规范及相关感染的控制方法，并对相关人员进行培训与授权，使其能够熟知和严格遵循。

(3)血液透析机与水处理设备应符合国家产品质量规定的要求。

(4)严格按照血液透析器及管路产品说明使用，对可重复使用的产品，有严格的操作与检测规范，定期进行病原学检查，有完整的监测记录。

(5)有完整的血液净化所致的相关感染应急管理预案与处理程序。

(6)透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。

(7)有血液净化所致相关感染(发病率、病原菌及其耐药性)的监测、分析与反馈。

(二十三)、一次性医用消耗品管理制度

1、科室所用一次性医用品均由采购中心或服务中心统一采购，不准私自购用。

2、一次性医用品储存环境应保持整洁、干燥，严格防止污染。物品应存放于阴凉、干燥、通风良好的地方，距地面20cm，距墙面5cm，拆去外包装盒。

3、一次性注射器、针头、头皮针、轮流器、输血器、无菌手套由供应中心负责发放，不得将包装破损、失效、霉变的物品到使用部门，做好发放数量的记录。

4、科室领取的一次性医用品后，应按用途专柜合理放置，妥善保管，使用前认真做好查对，凡包装破损、过期或对产品质量有怀疑时，应停止使用，及时与采购部门、院感办联系，监测其消毒灭菌效果，不得私自退货、换货。

5、使用一次性医用品若发生热源反应、感染或其它异常情况，必须保留用品，送相关部门检验，做好记录，监测结果未出来前，暂缓使用此生产批号产品，确保安全。

6、使用后的一次性医用品，医院统一回收，集中消毒、毁形，再由卫生行政部门指定机构回收，做无害化处理。严禁私自处理，避免重复使用和流回市场。

7、在收集、暂存使用后的一次性医用品过程中，应防止污染周围环境，及时清理工作场地，物品不得露天存放，回收人员应做好自身保护。

8、严格执行登记制度，发放数、使用数、回收数应基本一致，并做好签名。院感科定期抽查。

9、一次性医用品必须具有三证，采购部门必须严格审查，并做好质量验收。

10、感染管理科对一次性医用品的采购、储存、发放、使用、回收、销毁等各环节实施监督管理，保证产品质量合格，使用安全，废弃规范。

二十三、重症医学科（ICU）人员岗位职责

（一）、科主任岗位职责

1、在院长领导下承担临床科主任的全部职责，是ICU 诊疗质量与安全管理和持续改进第一责任人，应对院长负责。确保ICU 为病人提供优质、安全及合理的治疗。

2、ICU 科主任应是医院“医疗质量管理组织”的成员，参与医院医疗质量与病人安全管理工作。

3、本岗位基本要求与能力

①是具有相应危重病医学执业资格的副主任医师及以上人员；

②在 ICU 病房工作至少五年以上，具有相应 ICU 训练水准、熟练的专业技术、丰富的临床经验，了解危重病医学的进展情况。

③在病房从事 ICU 临床及管理工作，或是授权一名具有同样资格的副主任医师从事上述工作。

④具有与各临床与医技科室间协调的能力，能参与检查、评价医院内合理利用 ICU 医疗资源的情况。

（二）ICU 病房主诊（管）医师岗位职责

1. 在科主任领导下，负责本科相应的医疗、教学、科研等工作，并协助主任做好行政管理工作。

2. 主管分管床位的一切医疗工作。安排每日工作（转入、转出等）。每日查房，随访转出病人，负责手术前、转科前病人的检查。检查每日医嘱及执行情况。做好家属的日常解说工作。

3. 具体负责教学和指导下级医生进行诊断、治疗、特殊技术操作（如：各种血管穿刺、插管术或心导管术）。检查、修改下级医生书写的病史、病程记录和医疗文件。复核绘制图表及监测数据。审签出院及转科病历。考核住院医师的日常工作能力和水平。

4. 及时掌握病人的病情变化，病人发生病危、死亡、医疗事故或其它重要问题时，应及时处理，并向科主任汇报。

5. 参加会诊、出诊，参加夜班和节假日值班工作。紧急呼叫，不论是夜间或休息日必须赶到病房或立即与病房取得电话联系。

6. 危重病人的转入或者病情发生突变时（如：心跳骤停等），负责现场指挥，组织并保证各项急救工作有条不紊的进行。

7. 主持临床病历讨论、死亡病历讨论及重要会诊。

8. 认真执行各项规章制度、操作常规，经常检查医疗、护理质量。

9. 检查重要仪器的保管、使用和维修等情况。检查进口物资储备及消耗情况，制定年度的仪器设备的订购计划。

10. 检查特种药品的保管、使用情况，制定年度的特种药品订购计划。

11. 积极钻研业务，并指导住院医师的文献阅读，努力进行科研工作，做好

资料积累，汇总、整理并保存各种监测资料，填写登记卡片，及时总结经验。

12. 指导进修医师工作。

13. 本岗位基本要求与能力

①是具有相应危重病医学执业资格的副主任医师（或至少直接从事 ICU 专业五年以上的高年主治医师）及以上人员；

②在 ICU 病房工作至少五年以上，具有相应 ICU 训练水准、熟练的专业技术、丰富的临床经验，了解危重病医学的进展情况。

③能够负责分管病人的医疗全过程，每天 24 小时、每周 7 天能够随时可在病房从事 ICU 临床及管理工作。

④具有组织指导下级医师开展 ICU 病人诊疗活动的 ability、与各临床与医技科室间的协调能力和相应教学与科研能力。

（三）、ICU 住院医师岗位职责

1. 在科主任及病房主诊（管）医师的领导下工作，参加日常、夜班和节假日值班。紧急呼叫，不论是夜间或休息日，必须赶到病房或立即与病房取得电话联系。培养吃苦耐劳、勤奋好学的作风和对病人生命安全高度负责的精神。

2. 新毕业住院医师应经过麻醉科、普通外科、心血管内科、呼吸内科、心电图、血液净化科等有关科室轮转，能较全面系统的掌握危重病医学的基础及专业理论知识，并培养一定急救应变能力，为医治危重病人打好基础。

3. 病历书写（转科记录或住院记录）要求 24 小时内完成。要求条理清晰、重点突出、字迹清楚、语言通顺、完整准确。病程记录及时，准确反应病情变化，治疗效果及上级医师的查房意见，死亡、转科、病人会诊，交接班以及出院病人，都要有完整的病历手续。各项监测数据定期记录在规定表格上，字迹清楚，及时绘制各种图表。

4. 熟悉各项基本技术操作（如：急救复苏术、心导管术、动、静脉插管术等），熟悉各种重要仪器（呼吸机、除颤器、床边监测仪等）的使用操作常规。关心仪器的保管、爱护公物，损坏要赔偿。

5. 对所管病人应全面负责。随时了解观察病人病情变化，及时向主任、主诊（管）医师汇报，提出初步的诊治意见。第一年参加工作的住院医师必须实行

24 小时住院医师制。因随访、出诊或去图书馆等要向值班医生报告去向。下班前应向值班医生交好班，应床头交班，不交班不能离去。在主治医师指导下开医嘱，并每日检查医嘱执行情况。特种药品（白蛋白、脂肪乳等）须在主治医师指导下开出医嘱和处方。严防差错事故。主任、主治医师查房时汇报病人病情。他科会诊时应陪同诊视。

6. 在接到手术室、急诊室或其他科室通知后，应守候在病室内，做好接收病人的准备（如：安装并检查呼吸机及必要的急救器械）。在病人到达后，接收有关科室转来的全部病历资料。手术后病人的转入，必须了解手术情况，麻醉方式、术中出血量、尿量、输液成分、输液量，并标记各种引流管和记录引流量，做好交接班。重点患者转出后三到五天内进行随访，必要时向主治医师汇报病情。

7. 家属探视时要求主管病人的医师主动及时与家属沟通。

8. 自觉遵守医院各项工作制度，严格无菌操作，做好隔离消毒工作。

9. 不断学习国内外医学科学先进经验及进展，较好的掌握一门外语，阅读外文书籍。在主治医师指导下，每年完成一篇文献综述。参加病历资料整理和分析，不断总结临床经验。

10. 本岗位由经过 ICU 专业培训，并经技能考核合格的执业医师担任。

（四）、ICU 护士长职责

1. 在护理部、科护士长的领导及科主任的指导下，是本科护理质量与安全管理和持续改进第一责任人，应对护理部、科主任负责。负责本病房的护理行政管理和业务工作。

2. 督促护理人员严格执行各项规章制度，检查各项护理措施的实施，严防差错事故。

3. 主持晨会交班及床头交接班，根据患者病情需要，合理调配护士工作。

4. 随同科主任、主治医师查房，参加科内会诊、疑难危重症及死亡病历讨论。

5. 组织并参与危重症患者的抢救。

6. 定期检查仪器、急救物品、贵重药品，保证仪器性能良好，药品齐全并记录。

7. 定期检查各项表格记录，保证其完整性与准确性。

8. 定期检查各种消毒与灭菌物品并记录。
9. 负责护士继续教育的管理，制定各级护理人员培训计划，负责组织护理查房、护理会诊。
10. 组织本科护理科研工作，积极参加学术交流。
11. 积极听取医师及患者的意见，不断改进病房管理工作。
12. 负责科室临床教学工作的管理和实施。
13. ICU 护士长资质基本要求与能力
 - ① 由主管护师及以上人员任护士长
 - ② 经过 ICU 专业培训，并在 ICU 临床工作五年以上，具有较丰富的 ICU 专业护理知识，有一定的管理和教学能力，并经过护士长岗位培训。
 - ③ 每天 24 小时、每周 7 天能够随时可在病房从事 ICU 临床护理及管理工作，或是授权一名具有同样资格的主管护师承担上述工作
 - ④ 具有与各临床与医技科室间协调的能力，能参与检查、评价 ICU 护理质量管理的情况。
 - ⑤ 对设置床位较多工作量较大的 ICU 护理单元(如心脏大血管外科术后 ICU 等)可设科护士长进行管理，根据工作性质及数量分设日班与夜班护士长制，或是设副护士长，以确保医疗质量与病人安全。

(五)、ICU 护士岗位职责

1. 在科主任、护士长的领导下进行护理工作。
2. 自觉遵守医院和科室的各项规章制度，严格执行各项护理制度和技术操作规程，准确及时地完成各项治疗、护理措施，严防护理差错和事故的发生。
3. 具备良好的职业道德和护士素质，贯彻“以病人为本”的服务理念，做好患者的基础护理和心理护理。
4. 护理工作中有预见性，积极采取各种措施，减少护理并发症的发生。
5. 参加主管患者的 ICU 医生查房，及时了解患者的治疗护理重点。
6. 掌握常规监测手段，熟练使用各种仪器设备，密切观察病情变化并及时通知医生采取相应措施，护理记录详实、准确。
7. 抢救技术熟练，能够配合医生完成各项抢救。

8. 严格执行消毒隔离制度，防控医院感染的发生及扩散。
9. 做好病房仪器、设备、药品、医用材料的保管工作。
10. 及时了解患者的需求，经常征求患者的意见，不断改进护理工作。
11. 参与本科室护理教学和科研工作。
12. ICU 护士资质基本要求与技能：
 - ① 符合 ICU 护士准入条件的注册护士。
 - ② 符合 ICU 护士技能条件的注册护士。

二十四、麻醉科工作制度

（一）、麻醉工作制度

1、科室工作制度

（1）择期手术的通知单，应于手术前一天上午由病房送到麻醉科，由麻醉科负责按病员数量、手术情况安排麻醉人员。

（2）负责麻醉者，要进行术前访视工作，熟知患者的各项检查结果，详细、认真查体，从而估价病员手术和麻醉的耐受程度，选定麻醉方法、确定麻醉方案，开出术前医嘱。重大手术应与术者商讨麻醉、手术中可能发生的问题及相应的处理措施，共同制定麻醉方案。

（3）麻醉前认真检查麻醉药品、器械是否完备，严格执行技术操作常规和查对制度，保证安全。

（4）择期手术的麻醉器械由前一天值班人员准备，急诊手术由当天值班人员处理，接到手术通知单后，应立即到病房检查病员，决定麻醉方案，开出术前用药，并准备麻醉器械。

（5）麻醉者在麻醉时，一定要严格查对麻醉药品，麻醉期间坚守岗位，密切观察，认真记录，记录单字迹要清楚，内容要准确，遇有异常情况及时与术者联系，共同研究，妥善处理。对实习、进修人员要严格要求，具体指导。

（6）手术完毕，麻醉终止，麻醉者应护送患者回病房，并与值班人员交待术中情况及术后应注意事项，再次测血压、脉搏、呼吸，待稳定后方可离开。

（7）麻醉后应进行术后随访，一般病员要随访三天，对全麻及其他危重病员、新开展的针刺、中药等麻醉，应于二十四小时内随访，将有关情况写入麻醉

记录单，遇有并发症，应协同处理，严重并发症要向上级报告。

(8)麻醉完毕及时清理麻醉器械、仪器，应由专人妥善保管，定期检修，麻醉药品应及时补充。

(9)全麻、危重病员的麻醉，小儿麻醉应由二人担任，体外循环手术应由三人麻醉，部位麻醉一人即可。每次用药前要有二人校对之后方可使用，严防差错。

(10)发生麻醉意外、事故应立即向医务科及主管院长汇报，并在一周内由科主任主持全科讨论，必要时请有关专家参加。

2、麻醉药品管理制度

(1)麻醉药品均凭处方领取，麻醉结束后麻醉者应及时书写处方，由麻醉师（士）负责领取。

(2)设专人管理麻醉用药，负责定期领取、保管、供应，建立库存药定查对制度。

(3)精神依赖药（吗啡、度冷丁等）以专用处方领取。

(4)麻醉用药不得外借，特殊情况需经科主任批准。

(5)麻醉中特殊用药，需经当日负责巡视指导麻醉的主治医师决定后，方能使用。

3、麻醉事故及意外的防范和汇报制度

(1)严禁工作失职，麻醉者在工作中应全神贯注，集中精力、坚守岗位、一丝不苟，在麻醉中必须时刻密切观察病员的变化，随时记录各种生命体征及变化，并迅速判断其临床意义，对意外事故的征兆及早发现，妥善处理。

(2)麻醉前应正确判断病情，作好麻醉前准备。麻醉科负责人应按科内人员的技术水平安排每天的麻醉工作，不可超越各级医师的工作范围和实际水平，发现有不能胜任或病员情况突变时，需调配相应人员及时处理，保证病人生命安全，麻醉者在工作中遇到技术上的困难时，切勿草率从事，应及时请示上级医师协助处理，开展新技术或重大手术的麻醉时，必须进行讨论，周密计划，或科主任亲自担任麻醉。

(3)使用乙醇麻醉时，室内严禁火源，电接头必须远离地面，并有可靠的绝缘装置。在手术室内工作的人员禁止着用毛织品和尼龙类衣裤以防发生电火

花。所有电器设备必须定期检修。

(4) 麻醉所有器械和仪器要有定时维修和检查制度，要求性能良好，保证使用。

(5) 术中、术后发生的重大问题，均应立即向主治医师或科主任汇报，及时采取措施进行处理。医疗事故、差错、意外和严重并发症，应在全科内讨论，病向医务科汇报。

4、麻醉器械保管、消毒制度

(1) 麻醉器械及用药，经科主任批准，专人领取、检修和保管，麻醉器械的使用保管及消毒应按常规执行。

(2) 凡麻醉用药固定之后，不得随意串换，若因工作需要，用后必须放回原处。

(3) 固定一人负责，每周检查一次麻醉器械及用物，并做好相关检查记录；对损坏及丢失的器械、物品给以及时地补充和维修。

(二)、手术分级制度

一、手术分类

主要根据手术过程的复杂性和对手术技术的要求，把手术分为：

- (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。

二、手术医师分级

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

(一) 住院医师

1、低年资住院医师：从事住院医师工作 3 年以内，或硕士生毕业，从事住院医师 2 年以内者。

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

(二) 主治医师

1、低年资主治医师：担任主治医师 3 年以内，或临床博士生毕业 2 年以内

者。

2、高年资主治医师：担任主治医师3年以上，或临床博士后从事临床工作2年以上者。

（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，或博士后从事临床工作2年以内者。

2、高年资副主任医师：担任副主任医师3年以上者。

（四）主任医师

三、各级医师手术范围

（一）低年资住院医师：在上级医师指导下，逐步开展并熟练掌握一级手术。

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

（三）低年资主治医师：熟练掌握一级手术，并在上级医师指导下，逐步开展二级手术。

（四）高年资主治医师：掌握二级手术，有条件者可在上级医师指导下，适当开展一些三级手术。

（五）低年资副主任医师：熟练掌握二级手术，在上级医师指导下，逐步开展三级手术。

（六）高年资副主任医师：在主任医师指导下，开展三级手术，亦可根据实际情况单独完成部分四级手术、新开展的手术和科研项目手术。

（七）主任医师：熟练完成四级手术，特别是完成新开展的手术或引进的新手术，或重大探索性科研项目手术。

（三）、手术风险评估制度

1、手术患者都应进行手术风险评估

2、医生、麻醉师对病人进行手术风险评估要严格根据病史、体格检查、影像与实验室资料、临床诊断、拟施手术风险与利弊进行综合评估。

3、术前主管医师、麻醉师、巡回护士应对病人按照手术风险评估表内容逐项评估，根据评估的结果与术前讨论制定出安全、合理、有效的手术计划和麻醉方式。必须做好必要的术前知情告知，告知患者或者其委托人手术方案、手术可

能面临的风险，并嘱患者或委托人签字。手术风险评估分级 ≥ 2 分时，必须在科主任的组织下进行科内甚至院内会诊，由科主任报告医务科。

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

5、手术风险评估填写内容及流程：术前 24h 手术医生、麻醉师、巡回护士按照手术风险评估表相应内容对病人进行评估。做出评估后分别在签名栏内签名。由手术医生根据评估内容计算手术风险分级。评估内容如下：

(1) 手术切口清洁程度：根据手术切口清洁程度将手术风险分级标准分为四类：I 类手术切口（清洁手术）、II 类手术切口（相对清洁切口）、III 类手术切口（清洁-污染手术）、IV 类手术切口（污染手术）

(2) 麻醉分级（ASA 分级）：根据患者的临床症状将麻醉手术风险分级标准分为六级。P1：正常的患者；P2：患者有轻微的临床症状；P3：患者有明显的系统临床症状；P4：患者有明显系统临床症状，且危及生命；P5：如果不手术，患者将不能存活；P6：脑死亡的患者。

(3) 手术持续时间：根据手术的持续时间将患者手术风险分级标准分为两组：即为“手术在标准时间内完成组”；“手术超过标准时间完成组”。属急诊手术在“□”打“√”。

(4) 手术类别由麻醉师在相应“□”打“√”。

(5) 随访：切口愈合与感染情况在患者出院后 24h 内由主管医生填写。

术前医师按照手术风险评估表对病人评估，内容包括病情评估、心理评估；评估结束后拟定手术方案；告知患者评估结果及手术方案；嘱患者或委托人签名；评估有疑问或困难，组织会诊并上报医务科。

(四)、手术部位识别标示制度

1、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，对手术侧或部位应做标记。

2、临床医生在医疗活动中要严格执行《术前讨论制度》及《手术过程管理规范》。

3、经治医生在术前要明确手术切口位置、手术方式及手术目的。

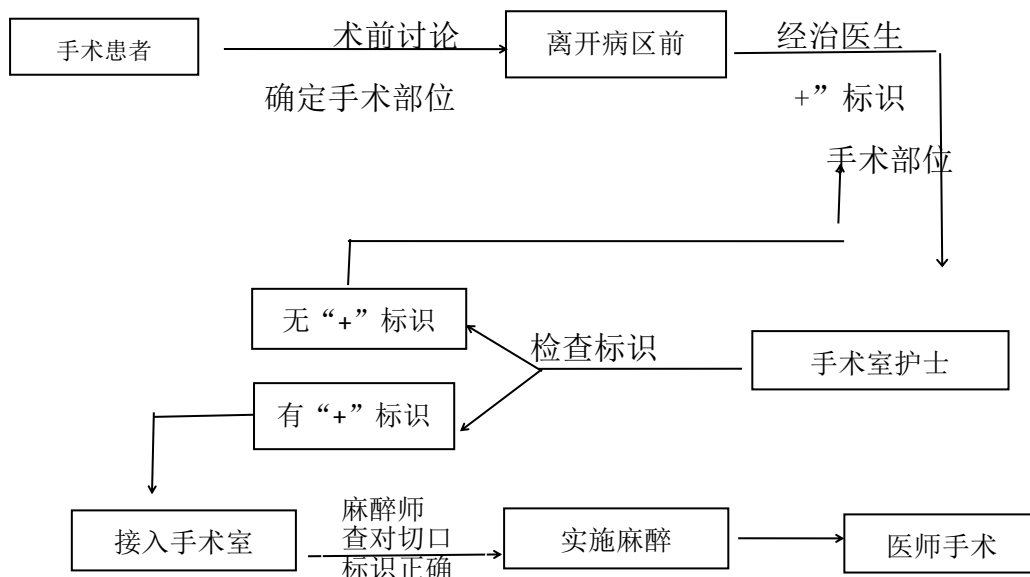
4、手术患者在离开病区带手术室前，经治医生必须在即将手术的患者身体

切口位置用黑色油彩笔对患者手术部位书写“+”图形体表标识、标示，并与患者或家属共同确认及核对。

5、手术室工作人员到病区接患者时必须查看即将手术患者的身体切口位置是否有黑色油彩笔“+”图形体表标示，若无标示，禁止将患者接到手术室。

6、麻醉医师在为手术患者进行麻醉术前，严格遵守《查对制度》，同时必须查看即将手术的患者身体切口位置是否有黑色油彩笔“+”图形体表标示，并核对术前切口标示是够和患者即将的手术部位一致，若无标示或标示与手术部位不一致，麻醉医生拒绝为患者进行麻醉手术，直至经治医生标示清楚方可进行麻醉。

手术部位识别、标识工作流程图



(五)、术前讨论及手术审批制度

1、凡疑难复杂手术，估计预后不良或可能术中发生不良合并症或致残的手术，新开展手术，均应采取慎重态度，术前要认真讨论，讨论由科主任或上级医师主持，对重要脏器摘除、截肢、新开展手术，制订手术方案，要填写“重大手术报告书”报医务科或经医院领导审批后实施。

2、大、中手术或重病患者的术前讨论，由主任医师（科主任）或主治医师主持，手术有关人员参加，必要时请麻醉医师参加讨论，如特殊情况可请病人家属及单位同志参加，一般手术由经治医师组织有关人员进行，必要时请主治医师或主任医师（科主任）及总值班人员参加讨论。

3、术前讨论应对病人的诊断及手术适应症、手术方法、麻醉方法和术中、术后可能产生的问题以及麻醉和术后护理的要求等，进行详细讨论，最后由主任医师（科主任）、主治医师总结。大、中手术书写“术前讨论记录”。

4、术前讨论内容，由经治医师认真记录并载入病历。

5、凡参加手术人员必须在术前亲自诊查病人，详细了解病情，向病人做好思想工作，经治医师要向患者告知拟施手术的相关情况，并由患者签署同意手术的医学文书（手术同意书）。取得患者的积极配合。

6、手术须由主任医师（科主任）、主治医师批准，并建立明确的分级手术制度。

7、重大手术需多科室协作方能完成时，手术科室要上报医务科，由医务科组织有关科室一起进行术前讨论，参与制定手术方案，并派人亲自参加。

8、手术后应及时书写详细手术记录，特殊病例术后应召集参加手术人员进行术后讨论，总结经验教训，必要时请医务科或主管院长参加。

（六）、重大手术报告审批制度

1、重大手术病人，在填报手术通知单前必须经过有关审批程序，严格执行重大手术书面上报审批制度。

2、对重大手术、高风险手术、新开展手术等，经术前讨论、科主任签署意见后上报医务科，必要时医务科可派人下科室参加术前谈话，医务科审批后由主管院长审批，由（副）主任医师或主治医师担任术者或负责指导手术。

3、凡危险性较大的手术、诊断未确定的探查手术或病情危重又必须手术时，除术前讨论外，应由有经验的主治医师或主任医师担任主刀，同时履行申报手续进行审批。

4、实施手术前，必须经患者或患者家属签名同意。紧急手术来不及征求家属意见或三无病人，可由主治医师作出处理意见并请示科主任，报医务科经主管院长批准后执行。

5、对急诊或复杂手术，未履行审批手续或不上报者，病人在术中、术后或出院后出现任何问题，均由执行者负责。

（七）、围手术期管理制度

一、手术签字知情同意制度

1、所有手术必须进行术前谈话，向患者或家属交待病情、术前诊断、手术名称、术中及术后可能出现的并发症、手术风险等，患者或家属许可后，在知情同意书上签字确认。

2、手术谈话必须由取得执业医师证的本院医师进行，其中一、二类手术由主治医师以上人员进行告知谈话，重大、疑难手术应由术者亲自谈话。

3、遇有特殊情况或改变术式时须及时向家属再行谈话告知，并书面签字。

二、术中紧急替代制度

1、手术中若发生手术人员尤其是因某些意外情况不能坚持完成手术时，由其下一级医师（第一助手）替代其完成手术。

2、若后者没有能力完成该手术，则需要向科主任报告，请求选派有能力完后手术的医师上台。

三、手术患者术后管理制度

1、根据病情、病种进行监护、观察、管理、治疗。落实各项技术操作常规及诊疗常规。

2、麻醉医师术后亲自护送病人到病房，并向责任护士交代有关注意事项，防止麻醉并发症的发生。24小时内访视病人并做好访视记录。

3、各级医师认真查房，注意病情变化及术后并发症的发生，及时书写病程记录，发现问题逐级上报，及时处理。

4、合理使用抗生素，预防术后感染。

5、及时查看病理结果，避免延误患者治疗。提高术前、术后病理诊断符合率。

6、做好术后相关检查项目的复查，如血常规，影像学检查等，以便正确评估手术效果。

四、手术方案的确定流程

1、平诊患者手术方案的确定。各类手术由主管医师提出口头申请，科主任同意后，科室组织术前讨论，以安排手术时间、地点、参加人员。牵扯到其他学科疑难问题时，科室应提交医务科组织院内科室会诊，决定治疗方案。

2、手术前一天由主管医师填写手术通知单，科主任签字，送交手术室，统一安排手术。

3、急诊患者手术方案的确定：一级手术由值班高年资医师确定；二、三级手术由值班二线医师确认，一级及其以上手术，需请示科主任确定手术方案。任何科室和个人不得越级确定手术方案，否则发生意外，责任自负。

五、外科患者围手术期流程规范

- 1、符合入院指征的患者——入院。
- 2、尽快进行各项术前检查，及时进行三级查房——明确诊断。
- 3、如有问题及时复查、请会诊。
- 4、进行术前讨论——确定治疗方案——进行术前准备。
- 5、进行手术操作——术后护理常规、加强术后管理（合理应用抗菌素、及时查看病理等）。

6、符合出院标准的患者——出院。

7、出院后复查、随访。

七、手术患者接送制度

- 1、病房护士按术前医嘱做好术前各项准备工作。
- 2、手术室护士按“手术通知单”上安排的时间按时到各病区接人。
- 3、手术室接病人是必须与病房护士做好各项查对制度，以免发生差错。
- 4、病人进入手术室间后巡回护士要再次查对患者的姓名、性别、年龄、科室、诊断等情况。
- 5、手术结束后，由手术室护士、麻醉医师及参加手术的医师（本院）护送病人回病房。

6、麻醉医师、手术室护士与病房做好工作交接。

（八）、ICU、急诊科、手术麻醉科专门监管制度

急危重症患者及手术患者的抢救治疗是医疗质量管理的重要环节，关系到患者的生命安全，也是纠纷的高发环节，为保障医疗安全和“绿色通道”畅通，规范医务人员的医疗行为，确保急危重症患者及手术患者能够抢救及时、治疗准确、服务到位，特制定本制度：

1、加强医务人员的值班管理

ICU、急诊科、手术麻醉科的医务人员必须始终保持高度的责任心，严格遵守医院的各项规章制度，严格执行操作规程。要时刻以生命安全为第一要务，如

因故需要离岗，必须联系并待替班人员到岗后再离开，科室任何人员都必须服从科主任的安排，坚守工作岗位，擅离职守一律按照劳动纪律处理。

2、纠纷征兆报告制度

在发生医疗纠纷的征兆或已发生医疗纠纷时，值班人员在听取患者及家属的意见和要求时要做好记录，并迅速报告科室主任，必要时直接向医务科汇报。

3、强化医务人员的报告意识

ICU、急诊科值班医师在对病情进行紧急处理后，应及时向患者和家属通报病情，手术麻醉科人员对手术过程中发生的变化、麻醉方式的变化，如术中的新发现、手术方式改变、临时决定切除的脏器要及时告知家属，并履行签字手续，征得家属同意后方可继续进行手术。凡是应该告知而未告知或者告知不详细，一旦发生纠纷，由告知人负责。

4、ICU、急诊科、手术麻醉科的监督管理

ICU、急诊科、手术麻醉科在工作中遇到困难和问题时，由医务科负责协调，予以重点解决，医务科负责ICU、急诊科、手术麻醉科的监督管理工作。科室要注重加强环节监督，做好人员培训工作，提高工作人员的自身素质和安全意识，保证工作的持续改进和患者的生命安全。

（九）、洁净手术室医疗管理制度

为规范我院洁净手术室的管理，保证手术室发挥应有功能，结合医院具体工作实际，特制定本制度。

一、指导思想

以进一步做好洁净手术室的规范化管理为目的，使各级医务人员在使用洁净手术室时，严格遵守洁净手术室的工作流程及规程，增强行为自律性，自觉遵守洁净手术室各项规章制度，确保手术室的正常运转。

二、具体措施及要求

1、我院洁净手术室工作流程、室间净化等级度与以往发生了很大的变化，进入手术室的工作人员都要自觉遵守规定的流程，各科室间应加强沟通和协调，手麻科与手术科室之间，手术科室与其它医技检查科室之间应互相理解，互相支持，互相配合，构建和谐的工作团队。

2、各级手术医师要积极参加洁净手术室的培训教育，遵守手术室的有关工

作流程和技术规范，不断更新观念，转变工作方式。

3、各科应及时对所收住的病人按照急诊手术、择期手术的原则进行分类。安排常规手术时，在手术前一个工作日上午 9 时 30 分以前填报次日的手术通知单，手术通知单中的“手术时间”就为手术开始时间，各科室要尽可能保证按预定的时间实施手术，对手术中需要的特殊器械要在手术前一个工作日上午 10 时 30 分之前到供应室进行择选，外送器械在前一个工作日下午 4 时以前移交给手术室，以便及时消毒处理，避免延误手术。由于患者病情变化，拟停止手术时，应及时通知手术麻醉科。

4、接台手术时，手术医师要按照手术室通知的时间实施接台手术，如果手术室在安排接台手术有困难时应及时和手术医师进行沟通，手术医师要配合手术室并做好和病人（家属）的沟通。

5、麻醉科在术前访视病人时，如需改变手术医师提出的麻醉方式，须及时与主观医师、科主任及家属（或患者）进行沟通，并达成共识，保证手术如期顺利进行。

6、所有需要手术的患者进入洁净手术室后，麻醉师应及时接诊患者对患者进行必要的围手术期处理。手术过程中要严密监护患者的生命体征，观察手术进程，及时洞察影响患者生命体征的各种因素，及时提醒术者控制手术进程，必要时与手术医师沟通，协商治疗方案。手术中如果需要院内、外院会诊，拍片、超声检查、造影等检查时，各类医务人员要严格遵守洁净手术室的工作流程和规定。

7、如果在手术过程中因不可抗拒的因素，导致麻醉方式或手术方式发生改变时，手术室护士要携带相应的病历资料与麻醉医师或术者在手术协谈窗口与患者家属进行沟通，并履行签字手续。

8、为了确保手术室空气质量，各科室在择期手术安排参观人员时原则上应控制在 3 人以内。对特殊感染开展的新技术、新项目、特殊人群的手术，原则上不安排参观人员，严禁手术参观人员乱窜手术间，以免影响洁净手术室的正常运行。

9、各科室安排急诊手术时，在送手术通知单前先与手术室电话联系，以便手术麻醉科及时启动科室内部应急预案。

10、在安排择期手术时，如果患者“四项筛查”检验结果异常，患者患有呼

吸道传染性疾病，如肺结核等，要在手术通知到上注明。急诊患者可能会因某些因素导致无“四项筛查”化验结果，术后化验阳性结果，主管医师应及时向洁净手术室反馈，以便进行相关处理。各科室主任为责任人，对因工作疏忽，导致发生院内感染事件，医院将予以严肃处理。

11、术后需要复苏观察的患者，麻醉医师应严格执行医疗常规，负责患者的复苏治疗和观察。患者离开手术室时由参与手术的医师、麻醉医师、手术室护士一同护送到病房，并做好病人的交接班。

12、术中手术医师需要参考的患者病情资料，由手术室按照洁净手术室的相关规定进行处理，并做好资料的登记。术中需要临时进入手术室使用的仪器、设备、物品、药品等，手术室应做好处理和安排。

13、因手术需要外请的教授进入洁净手术室以前，相关科室的医生应提前与教授做好沟通交流，遵守我院洁净手术室的相关管理规定，进出洁净手术室时应全程陪同。

二十五、口腔科制度与职责

（一）、口腔科工作制度

1、在科主任的带领下，口腔科全体工作人员必须以高度负责的态度，认真、细心、保质保量地完成门诊及住院病人的接诊任务。

2、以医院医德规范为准则，严格遵守医院劳动纪律，不迟到早退，不随意离开工作岗位。履行请假制度，上班衣帽整齐。

3、工作人员由科室统一领导，根据科室专业发挥在那的需要进行分工，各专科由具有一定经验的医师具体负责，协助科主任领导本专科的工作。

4、执行首诊负责制，做到态度和蔼，文明礼貌，耐心解答问题，有计划地安排病院就诊。

5、对病员要规范接诊，简明、扼要、准确地记载病历，对疑难危重病员专科不能确诊者，应及时请上级医师诊视，提请相关科室会诊，科主任定期检查门诊医疗质量。

6、保持清洁整洁的就诊环境，严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染，加强健康宣教，做好疫情报告，诊疗区域内不得存放私人物品。

（二）、口腔消毒室工作制度

- 1、设置单独的器械清洗、消毒室，室内布局合理，设有流动水洗手设施。清洁区、污染区分区明确，配备清洗池及清洗用具、防护设备。
- 2、工作人员进入室内应衣帽整洁，严格执行各项感染规章制度及技术操作规程。
- 3、无菌物品与备用器材、药品分柜放置，标志清楚，定期检查灭菌有效期。
- 4、消毒室工作人员应掌握口腔诊疗器械消毒及个人防护等医院感染预防与控制方面的知识，遵循标准预防的原则，负责对口腔诊疗器械及各诊疗、清洗、消毒区域进行消毒。
- 5、器械消毒灭菌按照“去污染——清洗——消毒灭菌”的程序进行，并做好各项消毒灭菌登记、记录。
- 6、凡接触病人伤口和血液的器械用后灭菌，常规口腔检查器械、充填器、托盘等每人用后消毒。
- 7、严格执行医用垃圾处理规范，严格执行各项消毒、灭菌操作流程，定期做好感染监测并记录结果。

(三)、口腔科工作人员职责

1、科主任职责

- ①、在院长、副院长和医务科的领导下，负责本科的医疗、教学、科研、预防及行政管理工作。
- ②、制定本科年度工作计划并组织实施，实行对口腔各专科治疗的同意领导和管理，经常督促检查，按期总结汇报。
- ③、根据各专科发展需要及人员情况进行科学分工，保证对病员进行及时的诊断和治疗。
- ④、参加临床会诊和对疑难病例的诊断治疗，检查科室人员的工作质量，提高诊疗水平，参加专科诊疗工作。
- ⑤、组织领导本科人员认真执行各项规章制度和技术操作常规，经常检查防护情况和设备使用、保养情况。接待来信、来访和投诉，严防差错事故，及时处理医疗纠纷和医疗事故，保障医疗安全。

- ⑥、组织本科人员的医德医风教育、业务培训和考核。
- ⑦、学习、引进国内外先进医疗技术，不断改进诊疗方法。制定本科的科研计划，指导科研与新技术的开展和实施。
- ⑧、担任临床教学，搞好进修、实习人员的培训。
- ⑨、确定本科人员轮转、值班、休假及参加学术活动、外出进修。
- ⑩、审签本科药品器材的请领与报销。

2、口腔科主治医师职责

- ①、在科主任领导和上级医师指导下，负责科室一定范围的医疗、教学和科研工作。
- ②、认真执行各项规章制度和技术操作规程，经常检查医疗质量，严防差错事故。
- ③、参加日常日常工作，解决业务上复杂疑难问题，指导下级医师完成诊疗工作，做好科内各类技术人员的培训提高工作。
- ④、学习和运用国内外先进医疗技术，开展新技术、新项目，做好资料积累，及时总结经验。
- ⑤、参与值班工作，其他职责同住院医师。

3、口腔科医师职责

- ①、在科主任领导和主治医师指导下进行工作。
- ②、负责本专科日常诊疗工作，认真完成各项诊疗任务，遇到疑难问题及时请示上级医师。
- ③、掌握本专科常见病的诊疗常规，严格执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。
- ④、加强业务学习，不断提高业务技术水平。
- ⑤、认真学习和积极开展新技术、新项目，及时总结经验。

⑥、协助搞好进修、实习人员的带教工作。

⑦、参与科室值班工作。

4、口腔科技师职责

①、在科主任的领导和上级技师的指导下进行工作。

②、负责完成口腔技工工作，严格执行各项规章制度和口腔工艺操作规程，严防差错事故。

③、加强业务学习，不得提高工艺技术水平。

④、协助搞好进修、实习人员的带教工作。

⑤、开展技术革新和科研，担任一定的教学工作。

二十六、药剂科工作制度

（一）、药剂科工作制度

1、在院长直接领导下，负责本院药剂工作。按《药品管理法》及实施办法，检查监督医疗科室合理使用药品，确保用药安全有效，严防滥用和浪费。

2、在药事委员会的领导下，编制药品采购计划，做好药品保管、供应及帐卡登记和进销账目统计报表，收发药品审查核对等。

3、根据医院医疗和科研需要，及时准确的调配处方，制备制剂，加工炮制中药。

4、中、西药调剂室对违反规定滥用药品、有配伍禁忌、涂改及不合理用药的处方，拒绝调配，情节严重者应报告院领导处理。

5、自配制剂应坚持为医疗和科研服务的方向坚持自用原则，不得进入市场自配制剂应按质量标准 and 操作规程进行生产，产品检验合格后方可使用。

6、加强药品质量管理，建立健全药品监督和检验制度，杜绝假劣药品进入本院，确保临床用药安全有效。

7、对麻醉药品、精神药品、毒性药品严格执行其管理办法，并监督临床安全使用。

8、开展临床药学，做好用药咨询，协助临床搞好新药试用和药品不良反应

监测，不断提高临床用药水平。

(二)、药事管理委员会工作制度

1、药事管理委员会在院长的领导下，协助医院完善药品管理工作。

2、药事管理委员会的任务是依据上级药品监督管理的有关政策、法规及医院临床用药的实际需求审定新药、基本用药、用药计划、修订基本用药目录，组织评价新老药物的临床疗效和不良反应，提出淘汰品种的意见，及时研究解决本院医疗用药的重大问题，监督检查本院贯彻执行药政法规的执行情况。

3、评定新药中，应按评审规则，充分考虑患者的承受能力，保证优质、廉价、高效的药品在临床使用。

4、药事委员会要带头抵制损害患者利益的现象，并自觉维护医院利益和声誉。

5、药事管理委员会成员不得以任何形式接受厂方或公司的礼品。现金、馈赠及未经许可的国内外药事活动，不得代表科室、药厂、公司或亲戚朋友的利益进行工作。

6、药事管理委员会办公室设在药剂科，日常工作由药剂科负责。

(三)、病区药房工作制度

1、病区药房必须紧密配合临床，加强协作，经常与临床医护人员联系，征求意见，改进工作方法，保证药品供应。

2、住院药房的调配工作针对临床各科室，必须由各科专职护士取药，实习学生、陪人等一律补得取药。

3、坚持微机划价记帐、集中发药、专人核对，各科室领药人员对所领药品当面点清，否则责任自负。

4、认真核对处方，执行“四查十对”对不合格处方拒绝调配，确保用药安全。收方时，如处方内容不妥或错误时，应与处方医师联系更正后方可调配。

5、配方应细心迅速和准确，严格执行核对制度，计价配方，核对发药人均需在处方签名。急诊处方及抢救用药保证随到随配。

6、对出院病人发药时，应将病人姓名、用药方法及注意事项详细写在药袋上或药瓶上，并应耐心地向病人交待清楚。

7、对已发生的药品原则上不予退回，确因药品质量问题须退药时，应立即

填写药品报损单，并注明退回原因，同时将药品退出药房，严防出现混药。

8、调剂室的分装人员必须详细复核，在药袋上写清药名、含量、数量及有效期。调剂分装的药品及调配用具要定位放置，用后放回原处。补充药品时经另一人核对，方可装瓶。

9、对麻醉药、毒药、精神药品及贵重药品，当日核对，发现问题或差错及时纠正。

10、药品要定期检查有效期，严防过期失效的现象发生。

11、调剂室工作人员要衣帽整齐，注意个人卫生和室内卫生，工作时间应保持肃静，不得大声喧哗，严格遵守劳动纪律，坚守工作岗位，工作时间有时离岗要请假，不得擅自脱岗。

12、非本室人员不得入内。

(四)、门诊西药房工作制度

1、工作人员必须衣帽整齐，佩证上岗，使用规范文明用语。

调剂人员要根据本院医师正式处方调配发药，非本院处方不予调配，配方必须执行处方制度，处方划价要正确输入药品编码和数量，确保数据准确无误。

2、细心审核处方，发现有配伍禁忌和不合理用药应及时与相关医生协商解决，不得擅自更改处方，对时间、姓名、年龄填写不全，书写不规范，超剂量或其他不合规定的处方可拒绝调配。

3、药剂士职称以上人员方能在窗口上发药，处方调配发药要坚持查对制度，进行药品复核，药袋、瓶签必须书写药品名称、用法、用量，并向患者交待服药方法、药物不良反应、药品贮存方法等。

4、调剂台、窗台、调配用具要进行消毒处理，分装人员分装药品前须检查药品质量；拆零后的药品放入拆零药袋，在药袋上写清药品名称、含量及数量，并登记、签字后集中存放在拆零专柜；调配用具要定位放置，用后放回原处。

5、严格按照《麻醉药品管理办法》《精神药品管理办法》、《毒性药品管理办法》管理相关药品并监督临床正确使用。

6、药品应按品种、规格、剂型用途及储存条件要求分类陈列保管，并建立药品质量、效期登记，定期检查药品，防止药品发霉变色，过期失效。

7、急诊处方及抢救用药随到随配，其他处方按次序配发。凡是库内有药，

病人需要时应及时领取，保证病人用药。

8、工作中真正做到让病人对药品质量、药品价格服务质量放心。

9、工作人员不得私自挪用，随意外借或更换药品。

10、工作室内禁止吸烟、喧哗、嬉戏、打闹，非本科室工作人员一律不准进入药房。

11、认真搞好安全保全工作，下班前做好交接班工作，管好门窗。

12、检查水、电，定期进行防火设备检查，掌握防火器材的使用方法。

(五)、中药房工作制度

1、工作人员必须衣帽整齐，佩证上岗，使用规范文明用语。

2、调剂人员要根据本院医师正式处方调配发药，非本院处方不予调配，配方必须执行处方制度，处方划价要正确输入药品编码和数量，确保数据准确无误。

3、细心审核处方，发现有配伍禁忌和不合理用药应及时与相关医生协商解决，不得擅自更改处方，对时间、姓名、年龄填写不全，书写不规范，超剂量或其他不合规定的处方可拒绝调配。

4、调剂人员调配时按“君、臣、佐、使”顺序逐味称取，称后倒在铁盘上，并适当的分开，不可对方在一起。

5、配方时应认真称取，所开药品不得漏称，切忌“一把抓”，必要时复称合剂的分包重量，误差不得超过±5%（每味药重量不得超过±3%）并进行复核，建立差错登记。

6、注意药品别名和区域习惯等，不能混淆，切勿猜测，按处方药味核实品种数量，注意质量，不得有假劣药品掺入。

7、严格按照《麻醉药品管理办法》、《毒性药品管理办法》管理相关药品并监督临床正确使用。

8、在自校无误后写好药袋，对配方中需先煎、后下、冲服、烊化、另包的药品，应写清楚。

9、调配处方者应在处方上签名或盖章以明确责任。

10、调剂室贮药斗应写正名正字，并与药物相符，不应有串斗、混杂及虫蛀、鼠咬、霉变等现象，补充药品时必须核对方可装斗。

11、工作中真正做到让病人对药品质量，药品价格，服务质量放心。

12、工作人员不得私自挪用、随意外借或更换药品。

13、工作室内禁止吸烟、喧哗、嬉戏、打闹，非本科室工作人员一律不准进入药房。

14、认真搞好安全保卫工作，下班前关好门、窗、水、电，定期进行防火检查，掌握防火器材的使用方法。

(六)、药剂科规范化培训考核制度

一、岗前培训：

主要培训内容为医务人员职业道德、医院的各项规章制度、药剂科各部门的工作流程、工作制度、岗位职责、操作规程等。

二、在岗培训：

1、科室组织学习。主要学习药学专业基础知识、医院药事管理相关法律法规，《处方管理办法》、《抗菌药物临床使用指导原则》、《医疗机构药事管理暂行规定》等。各岗位技术操作规程，并结合临床进行处方分析，互相交流经验。请主管药师以上职称的人员定期讲课。

2、临床药师业务学习。临床药师自学临床医学基础知识，为临床药学走进临床参与临床药物治疗奠定扎实的医学基础，每2周请临床科室主任讲课一次。每月进行工作总结，每月进行一次工作例会，各临床药师将本月的药历查房记录一起讨论、分析、沟通，讨论疑难病历。

三、继续教育：

1、每1-2年科室派有关人员外出学习，参加各种药学专业学术交流会议，参观先进医院的药房管理。回来后在全科室进行讲课，掌握药学方面的新知识、新动态。

2、执业药师要参加国家继续教育学习培训。

3、鼓励中专毕业的人员自考大专学历，大专毕业的人员自考本科学历，以此提高全科人员的综合素质。

4、根据各人的资质积极参与学术论文的交流与写作。

四、考核制度：

1、严格执行考勤制度，不得迟到、早退、缺勤。

2、不定期抽查业务学习笔记，作为年终考核成绩项目。

3、随时以提问、口试、现场查看操作过程等方式进行考核，增进学习效果。

4、每季度正式笔试考核一次，对未达标人员予以补考，直至成绩合格，否则进行处罚。

(七)、药剂科岗前培训制度

1、药剂科对新分配来的药学专业人员或新聘用的药学专业人员实行上岗前培训制度，上岗前培训的主要内容为：

①、医务人员职业道德教育。

②、医院的各项规章制度。

③、了解药剂科各部门的工作流程、工作制度、岗位职责、操作规程等。

④、学习《药品管理法》、《处方管理办法》、《医疗机构药事管理暂行规定》、《抗菌药物临床应用指导原则》、《麻醉药品、精神药品、毒性药品、放射性药品等特殊药品管理办法》。

⑤、了解各药房的处方调配程序及电脑操作规程，学习《处方调配制度》。

2、培训结束经药学部进行理论考核，考试合格后方可上岗。

3、根据《处方管理办法》的规定，具有药学专业技术职务任职资格的人员经培训考核合格后才能取得处方调配资格。

4、对具有药学专业技术职务任职资格的人员进行麻醉药品和精神药品使用知识和规范化管理的培训，经考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格。

(八)、贵重药品、大型诊疗项目使用解释制度

1、为了在医疗活动中充分尊重患者的知情权和选择权，做到让患者“明明白白看病”，特制定本制度。

2、因患者病情需要必须使用贵重物品时，主管医师首先征得上级医师同意，在使用前必须向患者和家属说明使用该药品的必要性和初步估算的贵重药品费用数额，征得其同意并履行签字手续后方可使用。

3、凡对患者进行费用较高的诊疗诊断项目。主管医师在向上级医师汇报并征得同意后，在实施前必须向患者和家属说明实施该项目的必要性、目的及预期达到的效果，以及可能出现的不良后果，征得其同意并履行签字手续后方可实施

于患者。

4、对患者使用必须使用的贵重药品、进行费用较高的诊疗诊断项目前，必须在知情同意书上签字，由主管医师详细记录并由患者和家属意见，履行医患双方签字手续，该知情同意书归入住院病历保存。

5、在对患者解释说明使用贵重药品、进行费用较高的诊疗诊断项目时，要做到态度和蔼、解释耐心，充分尊重患者和家属的意见，不得强迫患者接受医师的意见。

6、因患者使用贵重药品、进行费用较高的诊疗项目前，不向患者解释或解释不到位而引发的医疗纠纷，将追究科室主任及相关人员责任。

(九)、临床合理检查、合理治疗、合理用药制度

为了规范临床医生的执业行为，引导医务人员在诊疗过程中做到因病施治，合理检查、合理用药，减轻群众的医疗负担，在一定程度上缓解群众“看病贵”的难题，特制定本制度。

1、合理检查

①、接诊医生应针对患者的病情开具检查项目，原则上能用较低价位检查方法明确诊断的就不要用高价位检查方法。

②、检查次序一般应遵循由简到繁，由低价到高价顺序进行。

③、不允许开具与诊断病情无关、关系不大的检查项目。

④、费用较高检查项目如 CT，MRI 等要征得患者同意后方可实施。

2、合理治疗：

①、在为患者选择治疗方案时应本着疗效可靠、方法科学、费用低廉、创伤最小等原则进行。

②、全体病员推行“双（多）诊疗方案知情选择制度”，充分尊重患者的选择权，让患者参与治疗方案的选择。

③、避免过度医疗行为。

3、合理用药：

①、医务人员在为患者治疗过程中，必须坚持合理用药，在确保疗效的前

提下优先选择价格低廉、不良反应较少的药品，尽量减轻病人的负担。

②、各科室主任要加强对本科内医务人员合理用药的教育，规范科室用药行为。

③、认真落实抗菌素合理使用制度，加强对抗菌素使用的分级管理。

④、使用贵重药品时必须向患者做好解释沟通工作，征得同意后方可使用。

⑤、各科室要严格控制门诊及住院药费输欧比例，对药费比例过高的科室进行全院通报。

⑥、对医保及农合患者额的用药，必须符合医保农合政策。

4、严格监督考核

医务科将合理检查、合理治疗、合理用药纳入科室绩效考核，并作为考核医生的标准，定期公示不合理检查、治疗与用药情况。

（十）、煎药室工作制度

1、煎药室负责住院或门诊病人的中药煎药工作。

2、煎药室有一名中药师（士）负责煎药业务指导及管理工作。

3、煎药人员领取中药剂时，应核对病人姓名、科别、地址、床号、日期、剂数。

4、煎药要严格遵守技术操作规程和医嘱，按规定浸泡后，根据药剂性能选择火候、时间，进行煎煮，药汁量符合要求。药渣保存 24 小时备查。

5、凡注明有先煎、后下、另煎、兑服、烩化等特殊用药的煎煮，要按医嘱执行，确保煎药质量。

6、煎药卡从领药时起，必须紧随药袋、浸泡容器、煎煮容器和盛药容器转移，每个工序都有操作人员签名。

7、盛药容器必须经过清洗和高温消毒，严防污染。

8、内服药与外用药应用不同颜色煎药卡，用不同形状容器严格区分。

9、汤药送抵病房或药房，应请护士或收药人核对后在送药登记本上签收。

10、制定急煎制度，新入院和急重病人的药剂，应即领、即煎、即送，不得延误时间。

11、注意安全，做好防火、防毒、防盗措施，下班前关好门、窗、水、电。

12、其他人员非公事不得进入煎药室。

(十一)、原料库保管制度

1、库内做到药品存放整齐、清洁卫生。

2、药品应按型排列，毒、限、剧、麻醉药品按毒、限、剧、麻醉药品要求管理。

3、原料入库时，根据入库单（库房出库单）核对品名、规格、数量质量、无误后入库上帐。

4、经常检查有无失效、过期、发霉、变质药品，发现后及时处理。

5、药品出库需经领药人核对品名、规格、数量、质量后签字下帐。

6、每季盘点一次实物和账本，应做到帐物相符。

(十二)、药房交接班制度

1、由具有独立操作能力和值班资格的药品调剂人员承担值班岗位工作。

2、药房实行交接班制，并建立交接办记录本。值班人员必须坚守工作岗位，履行职责，保证调剂工作及时准确地进行。

3、按时进行交接班，接班者必须提前 10 分钟到达科室，在接班者未到来或未交接清除之前，交接班必须坚守工作岗位，不得离开。

4、值班者必须在交班前完成本班的各项任务，在下班前做好交接班准备，写好交接班报告及各项记录，须交待工作事项、工作中发现的问题和意见等，遇到特殊情况必须口头详细交待，并与接班者共同处理好后才能离去。

5、交班者必须完成办公室、值班室的清洁卫生等工作，各种物品归还原处。

6、对规定交接班的药物（麻醉药品、毒性药品、精神药品及其它须交接的药品）当面交接清除并签字。

(十三)、药房值班制度

1、值班工作人员必须认真遵守医院各项规章制度及操作规程，履行职责，保证急诊病人及时用药，严防差错事故的发生。

2、值班工作人员必须按时交接班，工作时间严禁擅自离岗，值班室内严禁闲人入内。

3、交班前，必须认真清点毒、麻、限、剧药及贵重药品，以便交班是及时交清，并将普通药品摆放整齐。

- 4、值班人负责整理好当天处方，统计处方数量及金额，并进行登记。
- 5、值班人员对值班期间所发生的重要问题及时向领导反映，以尽快解决。

(十四)、住院处方审核制度

1、住院患者用药医嘱分为长期医嘱和临时医嘱，护士通过计算机将长期医嘱和临时医嘱发送到药房，药师对医嘱进行审核后方可调配。

2、审核内容包括：

- 1) 给药途径、用药剂量、给药次数、疗程是否正确；
- 2) 有无重复用药；
- 3) 联合用药是否合理，有无药物相互作用和配伍禁忌；
- 4) 注射剂溶媒选择是否合理；
- 5) 医师有无特殊用药交待；
- 6) 患者有无药物过敏史；
- 7) 使用特殊药品是否规范，抗菌药物使用是否符合相关规定。

3、用药医嘱若有错误或疑问之处，必须联系医生进行干预，并记录干预内容和结果，按照有关规定报告。

4、麻醉药品、毒性药品、精神药品严格按照有关规定执行。

5、药师在完成处方调剂后，调剂药师和审核药师应当在处方上签名或者加盖专用签章。

(十五)、门诊处方审核制度

1、药师应当认真逐项检查处方前记、正文和后记书写是否清晰、完整，并确认处方的合法性。

2、药师应当对处方用药适宜性进行审核，审核内容包括：

规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；

处方用药与临床诊断的相符性；

剂量、用法的正确性；

选用剂型与给药途径的合理性；

是否有重复给药现象；

是否有潜在临床意义的药物相克作用和配伍禁忌；

其它用药不适宜情况。

3、药师经处方审核后，认为存在用药不适宜时，应当及时与处方医师联系，请其确认或者重新开具处方，避免由于药物不良相互作用和其它不合理用药情况造成的药害，减少药源性疾病的发生。药师发现严重不合理用药或者用药错误，应当拒绝调剂，及时告知处方医师，并应当记录，按照有关规定报告。

4、药师调剂处方时必须做到“四查十对”：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。

5、麻醉药品、毒性药品、精神药品严格按照有关规定执行。

6、药师在完成处方调剂后，调剂药师和审核药师应当在处方上签名或者加盖专用签章。

(十六)、门诊药房服务规范

1、救死扶伤，实行社会主义人道主义，一切从病人利益出发，完善便民措施。

2、对待病人一视同仁，尊重病人的人格与权利。

3、举止端庄，语言文明，态度和蔼，同情、关心、体贴病人。

4、廉洁奉公，遵纪守法，不以药谋私。

5、发放药品是应将患者姓名、用法、用量及注意事项详细写在药袋上，耐心向患者交代清楚，并为患者提供塑料袋。交代用药事项时要用患者通俗易懂的语言告诉服用方法，如“半片、半格”等。

6、计价迅速准确，发药仔细、认真，对病人的咨询解答耐心、热心。

7、门诊药房为患者提供系统、完善全新的药学服务，设有用药咨询窗口，为广大患者答疑解惑；促进科学、安全、合理用药。

8、服务便捷高效，病员流量增大时应及时增加窗口工作人员分流病人，为老幼、伤残、行动不便等患者提供优先服务。

9、严把质量关，不销售假冒伪劣药品，严防差错事故，保证病人用药安全。

10、使用“您好、请、对不起、谢谢、再见”等文明用语，杜绝服务忌语。

二十七、药品管理制度

(一) 药品质量监督管理制度

药品质量的优劣，直接影响医疗质量的高低以及病人的生命健康，所以对于

医院所用的药品质量，必须从药品采购直至使用的每个环节都要进行严格监督控制。

1、药瓶质量监督的内容

(1) 药库、药房药品的质量情况，检查药品储存条件、药库和药房的分类保管及验收入库制度的执行情况，检查有无变质、霉变、破损、近期、失效药品。

(2) 检查病区小药柜药品质量情况。

(3) 处方制度的执行情况。

(4) 各类特殊管理药品的使用、管理情况。

(5) 检查院内药品流通各环节的药品管理、交接和使用情况。

(6) 其他药品质量情况。

2、药品质量监督小组任务

(1) 以《药品管理法》和有关药品监督管理法规、规章为依据，开展药品质量监督检查，其工作要对药事管理委员会负责。

(2) 建立各个环节的登记制度：发现新的质量问题必须进行详细登记。

(3) 建立药品质量跟踪分析报告制度：对检查中发现的药品质量问题应及时分析原因，提出解决问题的意见。

3、药品质量监督小组的职责

药品质量监督小组由药剂科主任任组长，组员由各药房责任心强、工作认真、熟悉业务的具有药师职称以上人员组成，一般为3-5人。药品质量监督员在药事管理委员会的领导下开展工作。

(1) 认真执行药事管理委员会和药品质量监督小组的决定，积极宣传群众性药品质量监督的意义和作用。

(2) 建立健全各种规章制度和操作规程，制定岗位职责。对医院所有药品进行全面的质量监督检查，特别对医院各个药品周转环节，确保药品质量。

(3) 如果发现药品质量问题，应立即向组长反映，提出处理意见并由组长向分管院长汇报，必要时可依法直接向政府有关部门反映真实情况。

(4) 对药剂科使用的计量仪器进行监督，确保剂量准确。

(5) 药品质量监督员要以身作则，严格遵守国家的法律、法规及有关政策。

(6) 对本院自制制剂实行有效期和使用期管理。

4、药品质量监督网的组成

药品质量监督网的组成：药品从采购——检验——验收入库——仓库保管——发放供应——各药房（小药柜）——使用环节，形成一个质量管理网络，对全院所用全部药品实施全面质量管理。

（二）药品质量抽检制度

1、药检室对各个药房、药库的药品实行抽检制度。

2、各药房、药库负责人经常对库存药品进行目查和抽查，检查项目主要是：有无过期失效、变质、虫蛀、霉变、变色等情况。

3、科室药品质量监督控制小组每月按药品比例 1%进行抽查、每月报表、定期会议总结，及时发现问题，避免药品质量事故。

4、深入病房检查、收集、整理院内的药品质量情况并及时归纳总结，建立药品质量信息网。

5、如果在自查和抽查中发现药品质量问题，应立即向药品质量监督小组反应，提出处理意见并向领导汇报，必要时可向政府有关部门反映真实情况。

6、检查中如果发现有临近失效期或积压过多的药品，应及时与医生联系，在保证医疗质量的前提下提前使用。

7、国家与地方食品药品监督管理局每次下发的有关查处药品质量问题的文件，要认真落实执行，及时检查我院有无相关药品，按规定上报。

8、对以外边药品换取药房药品，或以药冲欠款的，一经发现，扣除经办人当月奖金，并处以重金罚款。

9、对由于个人原因造成药品过期失效或因保管不善造成药品报损的，扣除主要责任人报损药品金额三倍罚款并在科室通报批评。

（三）、药品采购工作制度

1、药库采购人员负责全院药品的采购供应工作，根据本院业务性质、工作范围、医疗需要，按时编制药品采购计划交科主任审查，院长批准后执行。

2、药品的库存量，在正常情况下一一般为二至四个月，特殊情况科适当增减。

3、采购人员应自觉遵守财务管理的有关规定，廉洁自律把好药品质量关，不准采购假劣药品和非药品，坚持按主渠道购进药品。

4、按药品管理规定进行药品采购。认真执行药品采购计划，积极组织货源，

保证药品供应，要搞好经济管理，保证资金合理流动避免药品积压和浪费。

5、购进、调进和退库的药品，由采购人员按照原始发票，会同药库管理人员对品名、规格、数量、批准文号、生产批号、有效期限、外观、质量、包装情况、产地金额等项，进行验收核对无误后，采购保管或验收人在进货单上签字后方可入库。

6、入库单由药库管理人员填写，一式三联，第一联留存备查，第二联记帐凭证，第三联原始单据交财务部办理报帐手续。

（四）药品采购管理制度

1、成立以院领导、各临床医技科室主任、护士长、药剂科参与的药事管理委员会及药品采购领导小组。药剂科在药事管理委员会及药品采购领导小组的领导下负责全院药品的采购、储存和供应工作。药房与药库分开，药库由专人管理。

2、采购药品必须是招标目录中的药品品种，对于集中招标目录中没有的药品品种临床又需要的目录外药品，医院可采用竞争性报价或价格谈判等集中议价的方式采购。

3、采购药品必须从招标领导小组引进决定的中标单位采购药品，采购药品必须向证照齐全的生产、经营批发企业采购，选择药品质量可靠、服务周到、价格合理的供货单位。

4、采购员必须具有良好的政治思想素质和专业技术知识。采购人员根据临床需要，依据本院用药目录科学地制定采购计划，经医院药品采购领导小组审核批准后方可进行采购。

5、新品种必须由临床科室提出申请，药剂科初审，医院药事管理委员会通过方能采购。

6、药品采购必须执行质量验收核对制度，发现采购的药品有质量问题要拒绝入库。对质量不稳定的供货单位要停止供货。

7、对招标品种的药品价格执行招标价，未招标的目录外药品价格，采取定价、议价方式采购。严格并及时执行物价部门的价格调整文件。

8、强化药品采购中的制约机制，严格实行采购、质量验收分离的管理制度。

9、药剂科必须定期向院领导、药事管理委员会汇报本年度的药品品种、进货渠道等情况。院领导、药事管理委员会定期对采购渠道、药品质量及药品管理

制度的执行情况进行检查。

10、定期征求供货单位意见，接受院内、外群众的监督，发现药品采购或其他人员存在的违规问题要严肃处理。

11、强化法规意识，自觉接受法律约束，建立健全各项规章制度，确保工作落到实处。

（五）药品入库验收制度

药品供应厂家送来药品，全部放入药品待验区。

药库管理人员，应按入库凭证核对品名、规格、数量和质量验收人员的鉴章，（外地产品入库时，还应核查药厂化验报告），并对质量进行抽查，发现问题及时与质量检验或业务部门联系解决。

对货单不符、质量异常包装不牢，标志不清影响安全储存的药品，有权拒收。

对验收合格的药品要详细填入库质量验收记录，认真填写日期、药品名称、规格、数量、生产厂家、批准文号、注册商标、效期、供货单位、验收记录、验收结论，正式放入药库。

对验收不符合的药品放入不合格品库或退货库，并做不合格登记，联系厂家要求退货。药品验收记录保存至药品效期一年，至少 3 年。

（六）、药库保管工作制度

1、药库管理人员要认真执行药政法规，对麻醉药品、医疗用毒性药品、精神药品、贵重药品，必须按有关规定，严格管理，不断提高专业知识水平和经济管理水平。

2、药品库的房屋要求建筑坚实、室内干燥通风、门窗牢固，注意随时加锁，库内设有防火设备，并应经常检查，确保安全，非药库管理人员不得擅自进入药库。

3、药库药品应按性质、剂型、分类保管，注意室内温度、通风避光及药品的有效期，低温保存药品，应贮冰箱内，防止霉变、虫蛀、鼠咬等。

4、药品库必须建立健全各种帐卡、统计、登记和有效药品标记。

5、化学危险药品应另设安全库，分类存放，不得与其他物品同库贮存，并定期进行安全检查。

6、药品库必须定期清查盘点，并核对帐目，达到帐（卡）目相符。

7、保管人员调动工作时，必须履行交接手续，并应由科主任监交，交接双方和监交人员在有关帐（卡）表格上签字。

（七）药库管理制度

1、计划采购

（1）根据本院的业务性质、工作范围及不同季节的发病情况，请领计划及入库情况，编造药品的年、季、月采购计划，经药剂科主任审批及报请分管院长批准后采购，药品的库存定额在供应正常情况下一般限定 2-4 个月库存，特殊情况可适当调整。

（2）采购计划一式两份，一份送医药公司，一份留存备查，外地采购药品需经科主任和分管院长批准。

（3）按《药品管理法》规定进行药品采购，不得购进伪药劣药和非药用品，采购人员用自觉遵守财务管理制度，廉洁自律，自觉遵守国家的法律、法令，把好药品质量关，保证人民用药安全。

（4）坚持按正规渠道进药，严禁由不法渠道购进药品。

2、仓库保管

（1）药库应保持干燥通风、避光、门窗牢固，备用防火设施。

（2）库存药品应按药的性质分类保管，要注意室内温度、湿度，通风避光，以防霉变、虫蛀、鼠咬及化学污染等。

（3）药库必须建立健全各种帐卡，统计登记和特殊药品的标记，做到帐物相符。

（4）每月清查核对帐目一次，年终彻底盘点并核对帐目做金额核算，以便掌握全年药品的进销情况和合理库存。

（5）保管人员调动时，必须履行交接手续，并由科主任监交，交接双方和监交人均应在帐卡表格上签字以示责任。

（6）库存药品要定期抽查药品质量。

3、药品检法手续

（1）各科室应有领取药预单可随时领取。定期到药库领药品，只要库房的药品门诊或病房需要，可随时领取。

（2）实发药品由保管人员填写出库单，一式三联，双方签字，第一联保管

记帐，第二联药材会计记帐，第三联交领药单位。

(3) 药库不得配发处方，未经领导同意，不得对外代收、代购、转让药品。

(4) 有关毒剧药品的领发，应按毒限剧药管理制度的规定执行。

(5) 药库未经许可，任何人不得入内。

(八)、处方制度

处方是药物治疗和药剂调配的重要书面文件，因书写或调配处方的差错所造成的医疗事故，医师和药剂人员负有法律责任。

有关毒、麻、精神药品的处方，应遵照“毒、麻、精神药品管理办法”的有关规定执行。

处方书写要求字迹清楚，各项内容填全，如有项目欠缺或有错误的处方，药剂人员有权拒绝调配。

处方当日有效，超过期限者，须经医师同意，改签日期并签名后方予调配。

医师签字要签全名，字迹清楚，处方开出后，各项目均不得涂改，如需涂改，修改处须有医师签字。

处方应用蓝黑墨水笔书写，字迹要清楚，药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范，药品剂量与数量用阿拉伯数字书写。

无处方权的人员不得开处方，也无权修改处方，处方中的药物需要更改或替代以及处方中错误须经医师修改。

医师开具处方要自己签字，医师不得事先在空白处方上签字，交给无处方权或下级医师。药剂人员调配处方后，要双签字以示负责。

医院处方有不同颜色，医师应按其不同用途，分别使用。

处方开药量，处方一般不得超过 7 日用量，急诊处方一般不得超过 3 日用量，对某些慢性疾病或者特殊情况，可适当延长，但医师应当注明理由。

处方中的药品名称应以《中华人民共和国药典》和药典委员会公布的《中国药品通用名称》收录的药品名称为准。

(九)、处方管理规程

为规范处方管理，提高处方质量，促进合理用药，保障医疗安全，根据《执业医师法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条例》、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《处方管理办法》等有关法律、法规，制定本办法。

1、医师开具处方和药师调剂处方应当遵循安全、有效、经济的原则。处方药应当凭医师处方销售、调剂和使用。

2、处方书写应当符合下列规则：

(1) 患者一般情况、临床诊断填写清晰、完整，并与病历记载相一致。

(2) 每张处方限于一名患者的用药。

(3) 字迹清楚，不得涂改；如需修改，应当在修改处签名并注明修改日期。

(4) 药品名称应当使用规范的中文名称书写，没有中文名称的可以使用规范的英文名称书写；医疗机构或者医师、药师不得自行编制药品缩写名称或者使用代号；书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范，药品用法可用规范的中文、英文、拉丁文或者缩写体书写，但不得使用：“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句。

(5) 患者年龄应当填写实足年龄，新生儿、婴幼儿写日、月龄，必要时注明体重。

(6) 西药和中成药可以分别开具处方，也可以开具一张处方，中药饮片应当单独开具处方。

(7) 开具西药、中成药处方，每一种药品应当另起一行，每张处方不得超过5种药品。

(8) 中药饮片处方的书写，一般应当按照“君、臣、佐、使”的顺序排列；调剂、煎煮的特殊要求注明在药品右上方，并加括号，如布包、先煎、后下等；对饮片的产地、炮制有特殊要求的，应当在药品名称之前写明。

(9) 药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用，特殊情况需要超剂量使用时，应当注明原因并再次签名。

(10) 除特殊情况外，应当注明临床诊断。

(11) 开具处方后的空白处划一斜线以示处方完毕。

(12) 处方医师的签名式样和专用签章应当与院内药学部门留样备查的式样相一致，不得任意改动，否则应当重新登记留样备案。

3、药品剂量与数量用阿拉伯数字书写。剂量应当使用法定剂量单位：重量以克(g)、毫克(mg)、微克(μg)、纳克(ng)为单位；容量以升(L)、毫升(ml)为单位；国际单位(IU)、单位(U)；中药饮片以克(g)为单位。片剂、

丸剂、胶囊剂、颗粒剂分别以片、丸、粒、袋为单位；溶液剂以支、瓶为单位；软膏及乳膏剂以支、盒为单位；注射剂以支、瓶为单位，应当注明含量；中药饮片以剂为单位。

4、经注册的执业医师在执业地点取得相应的处方权。

5、医师应当在注册的医疗机构签名留样或者专用签章备案后，方可开具处方。

6、医师应当根据医疗、预防、保健需要，按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方。开具医疗用毒性药品、放射性药品的处方应当严格遵守有关法律、法规和规章的规定。

7、医师开具处方应当使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。

8、处方开具当日有效，特殊情况下需延长有效期的，由开具处方的医师注明有效期限，但有效期最长不得超过3天。

9、处方一般不得超过7日用量；急诊处方一般不得超过3日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。医疗用毒性药品、放射性药品的处方用量应当严格按照国家有关规定执行。

10、医师应当按照卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则，开具麻醉药品、第一类精神药品处方。

11、医师利用计算机开具、传递普通处方时，应当同时打印出纸质处方，其格式与手写处方一致；打印的纸质处方经签名或加盖签章后有效。药师核发药品时，应当核对打印的纸质处方，无误后发给药品，并将打印的纸质处方与计算机传递处方同时收存备查。

12、取得药学专业技术职务任职资格的人员方可从事处方调剂工作

13、药师在执业的医疗机构取得处方调剂资格。药师签名或者专用签章式样应当在本机构留样备查。

14、具有医师以上专业技术职务任职资格的人员负责处方审核、评估、核对、发药以及安全用药指导；药士从事处方调配工作。

15、药师应当凭医师处方调剂处方药品，非经医师处方不得调剂。

16、药师应当按照操作规程调剂处方药品：认真审核处方，准确调配药品，正确书写药袋或粘贴标签，注明患者姓名和药品名称、用法、用量，包装；向患者交付药品时，按照药品说明书或者处方用法，进行用药交代与指导，包括每种药品的用法、用量、注意事项等。

17、药师应当认真逐项检查处方前记、正文和后记书写是否清晰、完整，并确认处方的合法性。

18、药师应当对处方用药适宜性进行审核，审核内容包括：

- (1) 规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；
- (2) 处方用药与临床诊断的相符性；
- (3) 剂量、用法的正确性；
- (4) 选用剂型与给药途径的合理性；
- (5) 是否有重复给药现象；
- (6) 是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌；
- (7) 其它用药不适宜情况。

19、药师经处方审核后，认为存在用药不适宜时，应当告知处方医师，请其确认或者重新开具处方。药师发现严重不合理用药或者用药错误，应当拒绝调剂，及时告知处方医师，并应当记录，按照有关规定报告。

20、药师调剂处方时必须做到“四查十对”：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。

21、药师在完成处方调剂后，应当在处方上签名或者加盖专用签章。

22、除麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和儿科处方外，不得限制门诊就诊人员持处方到药品零售企业购药。

23、医疗机构应当建立处方点评制度，填写处方评价表，对处方实施动态监测及超常预警，登记并通报不合理处方，对不合理用药及时予以干预。

24、医疗机构应当对出现超常处方 3 次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其处方权；限制处方权后，仍连续 2 次以上出现超常处方且无正当理由的，取消其处方权。

25、处方由药剂科妥善保存。普通处方、急诊处方、儿科处方保存期限为 1

年，医疗用毒性药品、第二类精神药品处方保存期限为2年，麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为3年。处方保存期满后，经医疗机构主要负责人批准、登记备案，方可销毁。

（十）处方调配管理制度

1、药剂人员要正确介绍药品的适应症或功能主治、用量用法、不良反应、禁忌及注意事项等，防止差错事故的发生。

2、严格执行到处方的审核、调配、复核和保存的管理规定，确保调剂的正确性和准确性。

3、中药饮片应符合炮制规范，禁止掺假、掺杂、饮片配方中不能以生品代替炮制品，并做到计量准确。

4、药剂人员接到处方后，应先审方，认真审查处方的姓名、年龄、性别、药品剂量及处方医师签章，对方所列药品不得擅自更改或代用。对有配伍禁忌或超剂量的处方，应当拒绝调配。必要时，经处方医师更正或重新签字，方可调配。处方调配好应经另一人核对，无误后方可发给病人。

5、调配完毕后，调配人员应按处方要求进行复查，确认无误后签字，交复核人员复核，签字后方可发药。

6、凡需特殊处理的饮片应按规定处理，需另包的饮片应在小包上注明煎煮服用方法。

7、违反规定，工作失职，将在质量考核中处罚。

（十一）处方点评制度

为了规范医师开方用药行为，控制用药费用，我院开展对医生合理用药综合评价，并对各医疗区单处方最大额度处方或病人有疑问的处方进行公示。对无指征用药、指征改善后应停药而未停药的、违反联合用药原则的、针对性不强的“大范围”用药、无指征超剂量用药、不合理用药、违反药物配伍禁忌等进行点评，同时在院内网和院周会进行公示，防止和纠正大处方、乱用药，切实做到因病施治、合理用药。评价结果将与其效益工资挂钩。此项制度主要用于点评医院所有具有处方权的医生。对于“不当处方”点评方法如下：

1、医院处方点评由药剂科临床药师实施，适时监控医生开的医嘱、处方，掌握医生用药动态，对方调剂、临床查房和病历用药质控过程中发现的不合理

用药进行定期点评。

2、每季度根据本院的住院病人量，确定随机抽查开方日一天的住院处方和病历数，对各医疗区中单处方最大金额或者患者提出疑问的医生用药处方，进行一次公示。

3、对医院每季度药品使用总金额排名前 20 位的西药（重点是抗菌药物）以及单品种使用量波动幅度较大的药品进行排序统计，重点实施监控。

4、抗菌药物要严格按照我院制定的《抗菌药物分线管理使用原则》使用。抗菌药物合理使用委员会要定期检查通报。

5、每月每科抽查门诊处方 10 张评审，门诊处方书写合格率由药剂科负责，按《门诊处方质量考核标准》评审，具体细则参照《处方管理办法》执行。

医院药事委员会还将定期对开展处方公示和点评情况进行检查，促进我院合理用药。

(十二)、麻醉药品、第一类精神药品管理制度

1、根据本院需要，按照有关规定购入麻醉药品，第一类精神药品保持合理库存。

2、严格出入库管理制度，严格登记并签字，做到帐、物、批号相符。

3、使用麻醉药品的医务人员必须具有主治医师以上专业技术职称，并经考核能正确使用麻醉药品。

4、麻醉药品和第一类精神药品处方的印刷用纸为淡红色，处方右上角分别标注“麻”、“精一”并统一格式。

5、麻醉药品、第一类精神药品注射剂处方为一次用量，其它剂型不得超过 3 日常用量，控缓释制剂处方不得超过 7 日常用量；为晚期癌症患者和重度慢性疼痛患者，开具注射剂处方不得超过 3 日常用量，控缓释制剂处方不得超过 15 日常用量、其它剂型不得超过 7 日常用量。盐酸哌替啶处方为一次用量。

6、各部门（库房、各药房）要严格执行“五专管理”即专人负责、专柜加锁、专用帐册、专用处方、专册登记、每日统计、交接班并签字，发现问题及时上报科室及医院。

7、麻醉药品、第一类精神药品仅限于本院临床使用，医师不得为他人开具不符合规定的处方或为自己开具麻醉药品、第一类精神药品处方。

8、药剂人员要严格审核处方，对不符合规定的处方，拒绝调配，麻醉药品、第一类精神药品处方至少报讯 3 年。

9、因抢救病人急需麻醉药品的，药剂科应当立即办理，但只限于该病例一次性使用剂量，手续不完备的可予事后补办。

10、库房、各药房配备保险柜，麻醉药品、第一类精神药品储存各环节应当指定专人负责，明确责任。

11、对麻醉药品、第一类精神药品的购入、储存、发放、调配、使用实行批号管理和追踪，必要时能及时查找或追回。

12、注射剂回收空药瓶，核对批号、数量、并作登记，由专人负责，定期监督销毁、记录。

13、对过期、损坏的麻醉药品、第一类精神药品进行销毁时，应向所在地卫生行政部门提出申请，在卫生行政部门监督管理下进行销毁并登记。

14、在储存、保管过程中发生麻醉药品、第一类精神药品丢失或被盗、被抢的，发现骗取或冒领的应立即向所在地卫生行政部门、公安机关、药品监督管理部门报告。

15、科室麻醉药品管理小组，严格履行职责，做好麻醉药品、第一类精神药品的监督管理工作，发现问题及时上报处理。

(十三)、第二类精神药品管理制度

认真执行国务院发布的《精神药品管理办法》，根据我院需要从规定的经营单位购入精神药品。

各部门建立精神药品收支帐目，按月盘点，做到帐、物相符。

第二类精神药品处方每次不超过 7 日常用量，处方保存 2 年备查。

第二类精神药品应用专用处方，处方右上角标注“精二”。

处方必须注明患者姓名、性别、年龄、药品名称、剂量、用法、病人病情等。药剂人员应认真审核处方，否则拒绝调配。

实行专人管理，专柜加锁，发现问题及时向卫生行政部门报告。

(十四)、医疗用毒性药品管理制度

认真执行国务院发布的《医疗用毒性药品管理办法》，从指定的药品经营单位购入药品。

各部门建立毒性药品收支帐目，按月盘点，做到帐物相符。

毒性药品处方剂量不得超过 2 日剂量，处方保存 2 年备查。

毒性药品应用专用处方，处方上标注“毒”。

处方注明患者姓名、性别、年龄、药品名称、剂量、用法、病人病情等，药剂人员认真审核处方，否则拒绝调配。

毒性药品单独存放，以防与其它药品混淆。

毒性中药应由专人、专柜、加锁、建册、并记载收入使用、消耗情况，严禁与一般中药混杂放置。

中药处方未注明“生用”的毒性中药，应当付炮制品，调剂室不发单味毒性中药。

以毒性药品为原料自配的制剂要设专区，各种制剂专用，用后立即清洗干净，必须两名药学人员负责配制，要有完整操作记录，保存两年备查。

(十五)、药物不良反应监测与报告制度

凡本院临床使用的药品，必须建立不良反应监测和报告制度。

临床医师、护士、临床药师对患者使用药品过程中出现的药物不良反应，必须填写药品不良反应/事件报告表。患者对药品质量提出的口头反应和书面意见必须详细的记录。

凡因某种药物造成的伤害或不良反应都应及时对症处理，把药品不良反应因素列入对原因的考虑之列，再次详细的询问既往史，并避免使用过敏发生率高的药物。然后通知医院药品不良反应监测办公室，并向医院药品不良反应监测委员会报告。

报告应按药品不良反应/事件报告表的内容详细填写，内容尽量详尽。

不良反应的经过及所采取的措施应详细记录，并与反应的原始记录一并归案保存。

药品不良反应监测办公室负责人根据反应报告迅速调查了解，采取措施（包括立即停药），以防不良反应继续扩大。

医院药品不良反应监测办公室应定期向临床科室、临床医师、临床护士征求对药品不良反应的监测意见，组织讨论医院发生的不良反应监测委员会和药事管理委员会，提出合理用药方案。并采取有效措施减少和防止药品不良反应的重复

发生。

临床药学组织对收集的报表进行整理，对疑难病历由医院药品不良反应监测组分析、评定。每季度向药事委员会及上级行政部门报告，重大质量问题及群体不良反应应及时向卫生行政部门报告。

(十六) 药物不良反应处理预案及整改措施

由专业人员负责收集上报药品不良反应。

临床上出现药品不良反应的处理流程：

1、药品不良反应发生后，立即停药，保留静脉通道，对症处理，缓解症状，确保病人生命安全。

2、医务人员、护士或患者及时与药学人员联系，填写药品不良反应报告表，药剂科组织医院专家讨论分析，反馈临床。

3、及时向药品监督管理局上报药品不良反应。

4、通知本院其它科室注意观察此药物使用情况及预防措施，如发现多次出现该药品不良反应时停止使用，送药品检验所检验，上报药事会，根据检验结果做退货或销毁处理。

对国家发布的严重不良反应的药物，立即核查我院购进的药品，通知临床科室立即停止使用，从临床科室、各药房召回所有的此种药品封存，清查批号及数量，上报卫生监督管理部门，按卫生部门意见处理。

对临床使用的新上市药品的疗效、不良反应、相互作用等方面重点进行监测，上报所有引起的不良反应、充分做到早发现、早报告、早处理，确保患者用药安全。

药物不良反应发生后整改措施：

(1) 严格按照药品说明书内容使用药品。

(2) 做好合理用药咨询和用药交待服务。

(3) 尽可能选用安全性较好的口服剂型。

(4) 提高护理人员无菌意识。严格执行无菌操作技术，减少污染的机会。

(5) 尽量减少药品配伍品种数。同组液体超过 5 种后，药品不良反应发生率大大增加。

(6) 临床使用注射给药时，要加强用药监护，对有药物过敏史或过敏体质

的患者，要密切关注，避免快速输注，以减少过敏反应的发生。

(7) 中药注射剂也可发生严重不良反应，尽量单独使用，并使用精密输液器。

(8) 重点对新上市药品的疗效、不良反应、相互作用等方面评价，充分做到早发现、早报告、早处理，确保患者用药安全。

(9) 合理使用抗生素，加强对抗生素的不良反应监测，避免无明显指征用药和预防用药，重视细菌学培养鉴定和药敏实验。

(10) 进行药品不良反应知识培训与宣传。

(十七) 抗菌药物临床使用管理办法

为了进一步规范临床抗菌药物的合理使用，减少细菌耐药现象的发生和临床抗菌药物不良反应，降低医疗成本，减轻病人经济负担，提高医疗质量，根据卫生部《抗菌药物临床应用指导原则》《医院临床抗菌药物分级使用管理原则》及医院管理年活动工作目标要求，在广泛征求临床及智能科室专家意见的基础上，制定本院《抗菌药物临床使用管理办法》通过医院药事管理委员会专家讨论通过后执行。

1、抗菌药物分级原则

(1) 非限制使用：经临床长期应用证明安全、有效，价格相对较低的抗菌药物。

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

(3) 特殊使用：不良反应明显，不宜随便使用，包括某些用以治疗高度耐药菌感染的药物，一旦细菌对其出现耐药，后果严重，需严格掌握其适应证者，以及新上市的抗菌药，后者的疗效或安全性方面的临床资料尚不多，或并不优于现用药物者；药品价格相对较高。例如万古霉素、第四代头孢菌素、碳青霉烯类等。

2、抗菌药物分级管理办法

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

(2) 临床医师可根据诊断和患者病情开具非限制使用抗菌药物处方。

(3) 患者病情需要应用限制使用抗菌药物时，应根据该类药物适应证或适应人群使用，并应受主治医师以上专业技术职务任职资格人员的监督检查，批准后方可使用。

(4) 患者病情需要应用特殊使用抗菌药物时，应具有严格临床应用指征，经抗感染或有关专家会诊同意，处方需经具有高级专业职务任职资格医师签名。

(5) 严重感染、免疫力低下的病人发生感染时可参照有关规定直接使用二线以上的抗菌药物。当有细菌培养及药敏实验结果时，应及时调整治疗用药方案。

(6) 紧急情况下根据药物适应证或适应人群，临床医师可以越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限于 1 天用量，且病历中及时记录使用原因分析。如需继续使用，必须办理相关审批手续。

3、抗菌药物的使用管理

(1) 抗菌药物预防用药应遵循相关基本原则和适应证。

(2) 抗菌药物使用仅用于细菌、真菌、支原体、衣原体等感染性疾病，非上述感染原则上不用抗菌药物。

(3) 治疗全身性感染或脏器感染时应避免局部应用抗菌药物。

(4) 抗菌药物品种的选用原则上应根据病原菌种类及病原菌对抗菌药物敏感或耐药，即细菌药物敏感试验（以下简称药敏）的结果而定。住院病人必须在开始抗菌治疗前，先留取相应标本，立即送细菌培养，以尽早明确病原菌和药敏结果；门诊病人可以根据病情需要送验细菌培养及药敏试验。

(5) 抗菌药物的用药疗程：抗菌药物疗程因感染不同而异，一般宜用至体温正常、症状消退后 72-96 小时。但是，败血症、感染性心内膜炎、化脓性脑膜炎、伤寒、布鲁菌病、骨髓炎、溶血性链球菌咽炎和扁桃体炎、深部真菌病、结核病等需较长的疗程方能彻底治愈，并防止复发。

(6) 抗菌药物的更换：一般感染者用药 72 小时（重症感染 48 小时）后可根据临床反应或临床微生物检查结果，决定是否需要更换所用的抗菌药物。

(7) 抗菌药物的联合应用要有明确指征、单一药物可有效治疗的感染，不需联合用药，仅在下列情况时有指征联合用药。

① 病原菌尚未查明的严重感染，包括免疫缺陷者的严重感染。

② 单一抗菌药物不能控制的需氧菌及厌氧菌混合感染，2 种或 2 种以上病原菌感染。

③ 单一抗菌药物不能有效控制的感染性心内膜炎或败血症等重症感染。

④ 需长程治疗，但病原菌易对某些抗菌药物产生耐药性的感染，如结核病、深部真菌病。

⑤ 具有协同抗菌作用的药物可联合应用，如青霉素类、头孢菌素类及其他 β 内酰胺类与氨基酸苷类的联合。联合用药尚可减少毒性大的抗菌药的剂量，如两性霉素 B 与氟胞嘧啶联合治疗隐球菌脑膜炎时，前者的剂量可适当减少，从而减少其毒性反应。联合用药通常采用 2 种药物联合，3 种及 3 种以上药物联合仅适用于个别情况，如结核病的治疗。此外必须注意联合用药后药物不良反应将增多。

(8) 门诊处方抗菌药物的使用以单药为主，原则上不超过 3 天量，最多不得超过 7 天（特殊病种用药除外）；遇有不良反应时应做好记录，并填表上报药物不良反应监测机构。

(9) 外科预防应用抗菌药物的给药方法：接受清洁手术者，在术前 0.5-2 小时给药，或麻醉开始时给药，使手术切口暴露时局部组织中已达到足以杀灭手术过程中入侵切口细菌的药物浓度。如果手术时间超过 3 小时，或失血量大（大于 1500ml 可手术中给予第 2 剂。抗菌药物的有效时间应包括整个手术过程和手术结束后 4 小时，总的预防用药时间不超过 24 小时，个别情况可延长至 48 小时。手术时间较短（小于 2 小时）的清洁手术，术前用药一次即可。接受清洁-污染手术者的手术时预防用药时间亦为 24 小时，必要时延长至 48 小时。污染手术可依据患者情况的酌量延长。对手术前已形成感染者，抗菌药物使用时间应按治疗性应用而定。

4、抗菌药物临床使用监督管理

(1) 抗菌药物临床合理应用工作纳入医疗质量与综合目标管理考核体系，建立健全规章制度和责任追究制度，明确各级责任人和各项责任内容，切实将各项管理要求落实在实处。

(2) 医院药事管理委员会全面负责抗菌药物临床应用管理。药事管理委员

会下设“抗菌药物临床应用管理小组”，小组成员由主要临床科室主任，院感科、药剂科等科室负责人组成，在院长或分管院长领导下开展日常工作。

(3) 抗菌药物管理小组的职责和任务

① 根据本单位情况，制订抗菌药物分级管理目录，定期检查和不定期抽查分级管理实施情况，并根据临床需要，定期调整。

② 规范我院抗菌药物采购行为，对同一通用名的药品，每一剂型只能选定 1-2 家生产企业的药品。

③ 每年至少 2 次定期公布本单位抗菌药物使用情况，建立实施抗菌药物用量动态监测及超常预警制度。发现过度使用抗菌药物的行为时，应组织有关人员进行合理用药调查，对医师不合理用药情况提出纠正与改进意见，并对医院调整采购和使用抗菌药物提出建议。

④ 督促临床医师按病情需要及早送验细菌培养及药敏，以根据病原菌药敏结果合理用药。

⑤ 组织本单位相关医务人员进行抗菌药物合理应用的培训，每年至少 2 次，并有培训记录备查，内容包括：涉及到的法律法规、规章制度、抗菌药物合理应用指导原则等。

⑥ 组织对临床科室和医师抗菌药物合理应用的检查和考评。

⑦ 规范抗菌药物应用会诊制度，会诊咨询要有会诊单和记录。

⑧ 组织开展抗菌药物不良反应检测工作，及时向有关临床科室通报监测结果以示采取相应措施。

(4) 药剂科：应建立各类抗菌药物的出入及消耗登记制度，对某些价格昂贵和不良反应较大的抗菌药物实行限制性应用，发现有明显违规行为的品种予以使用。并承担药事管理委员会的日常工作，负责医院抗菌药物目录的分类，日常用药管理和监督，定期对医院抗菌药物应用情况及合理性进行分析，通报临床医师抗菌药物应用排序，定期发布抗菌药物有关信息，向药事管理委员会提出抗菌药物临床应用情况的报告，参与对临床医师有关抗菌药物应用知识的培训。

(5) 医院感染管理科：通过医院感染管理工作监控医院抗菌药物临床合理

应用情况和医院抗菌药物耐药情况，提出临床合理用药建议，定期通报相关信息。临床微生物科和医院感染控制部门应对全院细菌药敏结果定期进行分析，每年发布 2 次，供临床医师用药时参考。

5、罚则：对违反以上规定者，按照所应用抗菌药物的 1-10 倍罚款。

（十八）四查十对制度

1、药学专业技术人员调配处方时必须认真做到“四查十对”即查处方；对科别、姓名、年龄；查药品：对药品、规格、数量、标签；查配伍禁忌：对药品性状、用法、用量；查用药合理：对临床诊断。

2、药学专业技术人员审核处方后，认为存在用药安全问题的，应告知处方医师，请其确认或重新开具处方。并记录在处方调剂问题专用记录表上，经办药学专业技术人员应当签名，同时注明时间。

3、发现药品滥用和用药失误，应拒绝调剂并及时告知处方医生，但不得擅自更改或者配发代用药品。

4、对于严重药品滥用和用药失误的处方，药学专业技术人员应当按有关规定报告。

5、配方时要细心、谨慎、称量准确、不得估计取药。调配西药时，禁止用手直接接触药品，必须用药匙配，以防污染。

6、中药方剂需先煎、后下、冲服等特殊煎法的药必须单包注明。对需临时炮制的中药材，应切实按照医疗要求进行加工，以保证中药汤剂质量。

7、调配毒、麻、精神药品时，要反复核对。

8、处方调配好应经另一人核对无误后方可发给病人，调配人及复核人均需在处方上签字。

9、发出的药品应注明患者姓名和药品名称、用法用量。

10、发出药品时应按药品说明书或处方医嘱向患者或其家属进行相应的用药交待与指导，包括每种药品的用法、用量、注意事项。

（十九）有效期药品管理制度

有效期药品有规定的使用年限，故必须加强管理，以保证药品不致因保管不善而造成过期浪费。

1、有计划地采购药品，以免积压或缺货。

2、验收时检查效期，并按效期先后在帐目上登记。库房内要设“效期药品一览表”，将近失效期药品按先后顺序分别标明，使之一目了然。每次购进新货时，按效期先后作适当调整。

3、每一货位要设货位卡，药品按批号分垛存放。

4、要定期检查、按效期先后及时调整货位，做到近期先用。

5、库房人员要勤检查。一般效期药品在到期前6个月，要向主管部门报告，及时作出处理。

6、在库药品已到效期后，应该另区（库房）存放、登记，向科室报告，科室批准后下帐。

7、各药房要定期检查多有库存药品效期，已到效期药品由药房填写报损单，上报科室，药品统一交由库房另区（库房）存放。

8、已到效期的药品定期向药品监督管理部门报告并交由药品监督管理部门销毁。

（二十）不合格药品管理制度

1、对不合格药品实行控制性管理，防止购进不合格药品和将不合格药品销售给患者。

2、质量管理人员、药品购进人员、库房保管员、调剂人员对本期制度的实施负责。

3、不合格药品指：

（1）《药品管理法》第四十八、四十九条规定的假药、劣药。

（2）质量证明文件不合格的药品。

（3）包装、标签、说明书内容不符合规定的药品。

（4）数量和规格不符合规定的药品。

（5）包装破损、被污染，影响销售和使用的药品。

（6）批号、有效期不符合规定的药品。

（7）对于不合格药品，不得购进和销售。

（8）对药品的内在质量由怀疑而不能确定其质量状况时，应抽样送药品检验所检验。

4、在药品购进验收时发现不合格药品，验收员应在验收记录中说明，并报

质量管理人员进行复核；经质量管理人员确认为不合格的药品，应拒收。

5、在库养护检查中，经质量管理人员复核确认为不合格的药品，应通知保管员将其存放在红色标志的不合格品库（区），并通知将该批号药品撤离各药房，不得继续销售。

6、对于假药、劣药和出现严重质量事故的药品，必须立即停止购进和销售，就地封存，并向药品监督管理局报告。

7、一般不合格药品的销毁经批准后应有质量管理人员监督销毁；假劣药品应就地封存，并报送市药品监督管理局处理或备案。销毁工作应有记录，销毁的地点应远离水源、住宅等。特殊管理药品应在指定的地点进行销毁。销毁方式可采取破碎深埋，燃烧等方式。

8、质量管理人员对不合格药品的处理情况应定期进行汇总，记录资料归档。

9、不合格药品的确认、报告、报损、销毁应有完善的手续和记录。

（二十一）不合格药品管理销毁规程

1、对不合格药品实行控制性管理，防止购进不合格药品和将不合格药品销售给患者。

2、质量管理人员、药瓶购进人员、库房保管人员、调剂人员对本制度的实施负责。

3、不合格药品指：

（1）《药品管理法》第四十八、四十九条规定的假药、劣药。

（2）质量证明文件不合格的药品。

（3）包装、标签、说明书内容不符合规定的药品。

（4）数量和规格不符合规定的药品。

（5）包装破损、被污染，影响销售和使用的药品。

（6）批号、有效期不符合规定的药品。

（7）对于不合格药品，不得购进和销售。

（8）对药品的内在质量由怀疑而不能确定其质量状况时，应抽样送药品检验所检验。

4、在药品购进验收时发现不合格药品，验收员应在验收记录中说明，并报质量管理人员进行复核；经质量管理人员确认为不合格的药品，应拒收。

5、在库养护检查中，经质量管理人员复核确认为不合格的药品，应通知保管员将其存放在红色标志的不合格品库（区），并通知将该批号药品撤离各药房，保存在不合格药品库不得继续销售。

6、对于假药、劣药和出现严重质量事故的药品，必须立即停止购进和销售，就地封存，并向药品监督管理局报告。

7、不合格药品的销毁：

（1）不合格药品应按规定的程序办理报告、确认、报损、销毁。

（2）不合格药品应查明原因，分清责任，及时和采取纠正、预防措施。

（3）不合格药品报损后需作销毁处理，应在药品监督部门的监督下进行，并填写《报损药品销毁记录》

（4）不合格药品销毁程序：医院药剂科提出申请——主管院长审核批准——报药监部门批准——监督管理部门批准后监督销毁。

（5）需报损、销毁的特殊管理药品必须报监督管理部门批准后监督销毁。

（6）经批准后应有质量管理人员监督销毁；假劣药品应就地封存，并报送市药品监督管理局处理或备案。销毁工作应有记录，销毁地点应远离水源、住宅等。特殊管理药品应在指定的地点进行销毁。销毁方式可采取破碎深埋，燃烧等方式。

8、质量管理人员对不合格药品的处理情况应定期进行汇总，记录资料归档。

9、不合格药品的确认、报告、报损、销毁应有完善的手续和记录。

（二十二）药品划价制度

1、药品价格管理严格按照物价管理部门的规定执行，对不属于不同的定价权限的药品，要分别按照管理权限规定的部分定价执行。

2、对招标品种的药品价格严格执行价格招标价，未招标的药品价格，采取定价、议价方式采购。属于国家定价的药品，不得高于国家规定的最高零售价销售。严格并及时执行物价管理部门的价格调整文件。

3、购入的所有药品价格按采购价及规定的加成率作零售价。

4、对于新进药品价格与药库和药房的药品价格不同时应在药房将上次药品销售完后及时调整药品价格，零售价执行最新价。

5、对新一期招标药品，及时调整药库及药房的价格，在规定时间内过渡到

新的招标零售价。

6、药学的划价执行计算机同意划价系统，药品价格由专人输入，一人输入，一人审核，保证输入价格的准确无误。

7、严禁药房手工划价，特殊情况（如停电、计算机故障等）方可手工划价；记帐或收费处方，应在该处方上注明并及时报减，打印报减单由药品会计签名证明和领导批准报减库存量。

8、划价人员在划价时应认真审核处方，在计算机上正确的输入药品的品名、规格、数量、保证输入的处方与医生处方一致，另有专人审核，以保证划价的准确性。划价的准确率由药学部计算机监控小组定期抽查审核。

（二十三）中药饮片验收制度

1、对所购的中药饮片，应当按照国家标准和省、自治区、直辖市药品监督管理部门制定的标准和规范进行验收，验收不合格的不得入库。

2、对购入的中药饮片质量有疑义需要鉴定的，并委托国家认定的药检部门进行鉴定。

3、掌握《中华人民共和国药典》收载的中药饮片常规检验方法。

4、购进中药饮片时，验收人员应当对品名、产地、生产企业、产品批号、生产日期、合格标识、质量检验报告书、数量、验收结果及验收日期逐一登记并签字。

5、购进国家实行批准文号管理的中药饮片，还应当检查核对批准文号。

6、发现假冒、劣质中药饮片，应当及时封存并报告当地药品监督管理部门。

（二十四）中药饮片采购制度

1、采购中药饮片，由仓库管理人员依据本单位临床用药情况提出计划，经本单位主管中药饮片工作的负责人审批签字后，依照药品监督管理部门有关规定从合法的供应单位购进中药饮片。

2、坚持公开、公平、公正的原则，考察、选择合法中药饮片供应单位。严禁擅自提高饮片等级、以次充好，为个人或单位谋取不正当利益。

3、采购中药饮片，应当验证生产经营企业的《药品生产许可证》或《药品经营许可证》、《企业法人营业执照》和销售人员的授权委托书、资格证明、身份证，并将复印件存档备查。

4、购进国家实行批准文号管理的中药饮片，并验证注册证书，将复印件存档备查。

5、中药饮片供应单位签订“质量保证协议书”。

6、定期对供应单位供应的中药饮片质量进行评估，并根据评估结果及时调整供应单位和供应方案。

(二十五) 中药饮片库房保管制度

为了加强医院中药饮片管理，保障患者用药安全、有效，根据国家卫生部中医药管理局关于印发《医院中药饮片管理规范》的通知，结合我院的药品管理，特制定中药饮片的保管制度如下：

1、中药饮片仓库应当有与使用量相适应的面积，具备通风、调温、调湿、防潮、防虫、防鼠等条件和设施。

2、配备温湿度计，每天进行温湿度记录，根据记录进行温湿度调整。

3、中药饮片出入库应当有完整的记录。入库前应有中药库管理人员进行严格的质量验收，对购入的中药饮片质量有疑义的，保管人员应当拒收。

4、中药饮片出库前，应当严格进行检查核对，不合格的不得出库使用。

5、应当定期进行中药饮片养护检查并记录检查结果。养护中如发现虫蛀、霉变等质量问题，应当及时上报科室领导，经批准按规定进行报损，并定期将报损的中药饮片进行销毁。

(二十六) 药品价格管理制度

1、药品管理严格执行《药品管理法》药品价格政策和职工基本医疗保险制度的有关规定，并遵循“计划采购、定额管理、加速周转、保证供应”的原则。

2、药品价格严格按照国家物价管理部门的规定执行药品价格，对属于不同的定价权限的药品，要分别按照其管理权限规定的部分定价执行。医院药品明码标价，张贴价格公示栏，接受患者监督。

3、医院自制制剂属于国家标准收载的品种，执行全省统一价格，其他制剂品种按照国家财务制度，核价后报物价部门审批。

4、入库价格

(1) 购入的药品按批价及规定加成率作价。

(2) 对于招标采购的品种执行按照有关文件制定的零售价。

(3) 属国家定价的药品，可以低于最高限价销售药品，但任何情况下均不得高于国家规定的最高零售价销售。

(4) 以上价格科根据情况向下浮动，幅度不限。

5、出库价格

(1) 药品出库应按照先进先出的原则进行出库。

(2) 对于药库与药房的药品价格不同时，应在药房将上批药品销售完时及时调整药品价格，零售价执行最新价。

(3) 对于新一期招标药品，应及时调整药库及药房价格，在规定时间内过渡到新的招标零售价。

(4) 属于国家定价的药品，应及时调价，严格执行国家定价。

6、药房划价

药房应严格执行药品出库价。划价时应认真核对药品名称、剂型、规格、产地等，准确划价。尤其是有多种产地、多种规格、剂型的药品。

7、药剂科有专人负责统一管理药品价格，包括接受物价文件，筛选应该调价的品种，通知执行调价等，但必须经第二人核对。调价时间应全院统一，调价后各药房应及时统计盈亏，并报药剂科主任批准后及时平账。

(二十七) 合理用药公示制度

为了贯彻落实医院管理年的活动，提高临床合理用药水平，控制医药费用，努力降低群众医药费用负担，维护患者与医院的合法权益，特制定药品公示制度：

1、药品价格公示制度

按照药品通用名、剂型、规格、计价单位、生产厂家在我院电子滚动屏进行价格公示，并注明医保类型。电子屏与我院计算机管理系统联网，随时进行价格更新和调整。

2、大处方点评公示制度

根据我院门诊处方药品金额分析，对处方超过 100 元以上的处方用药合理性进行分析（或处方金额排名前 20 位），对不合理用药处方每月公示一次，并进行处罚。

3、不合格处方公示制度

根据《处方管理办法》及我院《门诊处方质量考核标准》，每月抽取一定量

处方进行点评分析、评价，不合格处方在院内点评公示，并按照我院不合格处方处罚制度进行处罚。

4、医院单品种用药总量公示

药剂科每月对全院药品用量排序，并在公示栏进行公示，掌握临床用药变化量和发病趋势的相符性。对用量长势过快的药品少量进药，直至停药。实行药品用量动态监控。

5、临床医师不合理用药情况公示

对于存在配伍禁忌、不合理的联合用药，不合理使用抗菌药物，过度使用贵重药品的处方进行点评分析，并将点评进行公示。

6、合理用药评价监控公示

药剂科按照《处方管理办法》每月填写《处方评价表》，并将评价结果进行公示。

（二十八）新药申请程序

1、新药是指我院未使用过的药品。我院已使用过的药品改变给药途径、剂型、规格，或因各种不良时间停用一年以上的药品亦按新药管理。

2、新药的采用必须经过申请，新药申请须由主治医师以上职称医师提出，并负责填写《新药申请表》，科主任签字同意，并经批准方可在临床使用。

3、新药审批由药事管理委员会会议通过。

4、各临床、医技科室可以根据下列因素的变化情况，经过缜密调查、认真研究，综合考虑各项因素，提出新药的采购申请：

（1）相关政策法规的调整。

（2）医药科技新的发展。

（3）医院在用药品的情况。

（4）临床治疗需要、药品市场的变动。

5、药剂科受理申请后，应及时收集该新药的资料，并予以审查，药剂科主任签署初审意见。

6、药剂科主任将收集到的所有资料和初审意见，交药事委员会审查，形成审查结论。

7、药事委员会将新药审查的结论交由药剂科组织执行。

8、因特殊原因须临时或紧急采购的新药，经主管院长批准，可采用简化程序进行审批。

9、申请科室主任应对所申请药品的用量负责，购入后造成积压浪费由申请科室承担责任。

（二十九）药品调配差错的预防和处理

药师在调配药品的过程中，必须做到将正确的药物和准确的数量发给相应的患者。每个工作人员必须掌握必要的预防措施以减少和预防调配差错的发生。为减少或预防差错，需遵守下列规则：

1、药品贮存

- （1）药品的摆放应有利于调配，可以按字母顺序或药理作用系统分类；
- （2）只允许受过训练并被授权的人员往药架上摆放药品，确保药品与药架上的标签（标有药名及规格）严格对应；
- （3）不同规格的药品分开摆放；
- （4）包装相似或读音相似的药品分开摆放；
- （5）在易发生差错的药品摆放位置上，可加贴醒目的警示标签，以便药师配方师注意。

2、配方

- （1）配方时先读懂处方上所有药品的名称、规格和数量，有疑问时可咨询上级药师或电话联系处方医师
- （2）配齐一张处方的药品后再取下一张处方，以免发生混淆。
- （3）贴服药标签时再次与处方逐一核对。
- （4）如果核对人发现调配错误，应将药品退回配方人，并提醒配方人注意。

3、发药

- （1）确认患者的身份，以确保药品发给相应的患者。
- （2）对照处方逐一向患者交待每种药的使用方法，可帮助发现并纠正配方及发药差错。
- （3）对理解服药标签有困难的患者或老年人，需耐心仔细地说明用法并辅以服药标签。
- （4）在咨询服务中确认患者、家属已了解用药方法。

4、药房管理的有效措施

(1) 制订并公示标准调配操作规程，有助于提醒工作人员在工作中注意操作要点：

(2) 保证轮流值班人员的数量，减少由于疲劳而导致的调配差错；

(3) 及时让工作人员掌握药房中新药的信息；

(4) 发生差错后，分析和检讨出现差错的原因，及时让所有工作人员了解如何避免发生类似差错；

(5) 定期召开工作人员会议，接受关于差错隐患的反馈意见，讨论提出改进建议。

(6) 合理安排人力资源，工作高峰时适当增加调配人员。管理工作应安排的非高峰时间。

(三十) 突发事件急救药品应急预案

为了切实做好医院突发事件的急救工作，保障急救药品的供应，有利于病人救治，特制订本方案：

1、突发事件急救药品的储备标准：院药剂科的药品储备应根据本区域的情况，立足于平时与救灾相结合、储备与流通渠道、消耗相结合。储备做到简化品种，统一规格，以外伤急救药品为主，并适当配备防治传染病的药物。

2、急救药品的储备原则：在急救用药的储备中，要配备外伤、传染、中毒等一批药品，由急诊科和药剂科负责。救护车备有一定量急救药品。

(1) 一般应准备升压药（肾上腺素、去甲肾上腺素等）、酸中毒治疗药（碳酸氢钠）、钙剂（葡萄糖酸钙）、肾上腺皮质激素（氢化可的松、地塞米松）、强心药（西地兰、毒k）、副交感神经抑制剂、抗痉挛用药等。

(2) 创伤、产科、中毒急救用药品：外用消毒液，利多卡因，肾上腺素、阿拉明、阿托品、纳洛酮、电解磷定、立止血等。

(3) 灾害创伤、眼科急救药品：碘酒、戊二醛、乙醇、过氧化氢溶液，眼药膏、烧伤膏、碘伏、苯巴比妥等。

(4) 内科、外科复苏急救药品：如肾上腺素、利多卡因、异丙肾上腺素、阿托品、地西洋、多巴胺、20%甘露醇、乳酸林格钠注射液、碳酸氢钠、血浆代用品，各种输出液等。

(5) 急救准备药品：如碘伏、乙醇、肾上腺素、利多卡因、注射用水、异丙肾上腺素、阿拉明、毒毛旋花苷 k、毛花苷丙、硝酸甘油、利血平、肝素钠、地西洋、苯巴比妥、氯丙嗪、阿托品、氨甲苯酸、酚磺乙胺、垂体后叶素、碳酸氢钠、胃复安、安痛定、异丙嗪、山莨菪碱、呋塞米、氯化钾、创可贴等。

3、灾害与急救药品管理：急诊科、各科抢救室、急救车内、药剂科分别备一定的储备量，定期检查和更新补充，药品库房对以上药品设置一定的基数，用完后定期补充。

4、突发事件严重，估计急救用药量大，应马上组织货源（含从公司进货、从兄弟医院调剂等）。

(三十一) 合理用药培训及宣传制度

为了提高我院药事管理与药物治疗的质量，促进合理用药水平，保障患者用药安全、有效、经济，降低不良反应发生率，特制订以下培训宣传制度：

1、合理用药培训与宣传由医院药事管理委员会组织实施，由药剂科负责日常工作。

2、培训及宣传对象：培训对象为全院医务人员、进修医务人员、实习学生等，宣传对象还包括病人及其家属等。

3、培训及宣传内容：

(1) 《处方管理办法》、《抗菌药物临床使用指导原则》、《麻醉药品和精神药品管理条例》、《药品不良反应监测报告制度》等法律法规的培训与学习。

(2) 印发我院有关药事管理制度并要求各科室组织学习。

(3) 为全院医务人员印发药学知识学习资料。

(4) 根据医院每月的抗生素使用情况及每月处方合格率抽查情况分析，对全院医护人员进行专题讲座。

(5) 邀请院外药学专家讲课。

3、培训方法：

(1) 组织本单位相关医务人员进行抗菌药物合理应用的培训，每年至少 2 次，并有培训记录备查，内容包括：涉及到的法律法规、规章制度、抗菌药物合理应用指导原则等。

(2) 每年组织召开药品质量监督和药品不良反应监测研讨会各一次，总结

交流经验，学习培训药品质量监督和药品不良反应监测的知识和技能。

(3) 积极开展临床合理用药咨询工作，提供药学咨询服务。在门诊设立药物咨询窗口，为病人及时提供药学服务。对医护人员、病人及病人家属提出的用药问题必须做到有问必答，并尽可能提供相关资料。对不能当场回答的问题应留下病人的联系方式，查到确切资料后再提供给病人。

(4) 做好合理用药宣传工作，向病人和社会宣传合理用药知识。出版合理用药宣传栏，并定期更新。印发“告患者书”等合理用药知识，开展合理用药培训，增强医务人员、患者的合理用药意识。主办我院《临床药学杂志》，向临床医护人员宣传合理用药资料和新药情报，以促进全社会的合理用药水平。

二十八、药剂科岗位职责

(一) 药剂科主任职责

1、在院长领导下，负责药剂科的业务、教学、科学研究、行政管理和对全科人员进行政治思想教育等工作。

2、制定、组织实施药剂科年度工作计划，督促检查计划的执行，按期总结汇报。

3、拟定药品和卫生材料的年度预算、采购计划，经院长批准后组织执行。坚持按计划管理和勤俭节约的原则，严格药品采购渠道。

4、建立健全、并严格贯彻执行各项规章制度和操作规程，严防差错事故的发生。

5、组织领导药品调配与制剂工作，指导或亲自参加复杂的药剂调配和制剂，保证配发的药品质量合格。

6、督促和检查毒、麻、精神药品、贵重药品的使用、管理以及药品检验的鉴定工作。

7、掌握医药科学信息，深入科室了解需要，主动搞好药品供应，积极组织药剂科参加危重病员抢救，重大手术时应组织人员积极配合。

8、领导本科人员进行业务学习，组织技术考核，做好药品供应，提出升、奖、惩意见。

9、组织开展学术研究，搞好临床药学，改革剂型，进一步开发微机网络。

10、组织实施药品登记，统计工作。

11、组织和指导进修人员、实习生的学习培训。

12、确定本科人员的分工、轮换和值班等。副主任协助主任负责相应的工作。

(二) 主任(中)药师职责

1、在药剂科负责人的领导下，负责分管调剂、制剂、药检、临床药学、药物信息、临床药理、科研、教学等业务工作。

2、指导下级药师做好各项业务工作，深入实际，解决业务工作中的难题，指导复杂的药剂调配、制剂、药检、咨询等工作，保证药品安全有效。

3、督促检查毒、麻、精神药品的使用管理以及药品检验鉴定工作。

4、经常深入临床科室，了解药物使用和管理、安全用药情况，征求用药意见，介绍新药。开展临床药学工作，参加临床查房、会诊及病例讨论，指导合理用药。

5、组织开展学科研究工作，配合临床开展新技术、新剂型的研制。组织指导引进国内外的新理论、新知识、新技术、新方法。

6、担负教学工作，指导进修、实习生学习。做好科内各级技术人员培训指导工作。

7、应具备良好的药学道德，坚强的工作毅力和事业心，刻苦钻研业务，为下级药师作好表率。

副主任药师参照主任药师职责执行。

(三) 主管药师(中)职责

1、在药剂科负责人领导和主任药师的指导下，负责本科室规定范围内的工作，负责指导、组织并亲自参加药品的调剂配发、制剂和对药品检验监控工作，确保药品质量。承担药品信息咨询服务。

2、组织、带领下级药学技术人员认真执行各项规章制度、技术操作规程以及麻、毒、精神药品管理规定和《药品管理法》、《医疗机构药事管理暂行规定》等法律、法规的有关规定。

3、主持药学部门某一科(室)的日常业务工作，带领、指导下级药学技术人员完成各项任务，保证业务工作的正常运转，改善服务态度，提高药学服务质量，严防差错事故。

4、较熟练掌握本学科的基础理论、基本知识和基本技能，参与临床药物治

疗，提供药物信息与治疗意见、介绍新药、手机药物安全信息。了解药物使用和保管情况，发现问题及时解决。

5、积极参加临床药学与临床药理相关工作、合理用药、药物信息和新制剂、新剂型的研究工作，不断吸取、应用国内外的新理论、新知识、新技术、新方法。

6、担任教学和进修、实习人员的具体培训带教工作，组织本科室药学技术人员的业务学习，定期考核，作好记录。

7、应具有良好的药学职业道德，有事业心，热爱本专业，坚持学习业务技术，为下级药学技术人员起表率作用。

（四）药剂师（中）职责

1、在药学部门负责人领导和上级药师指导下，参加临床药学、信息、药品采购、管理、药品调剂配发、药物制剂、药品检验、监控等日常业务工作。负责对患者的用药指导和用药教育工作。

2、认真执行有关规章制度和各项技术操作规程，保证药品、制剂质量，严防差错事故发生。做好各项工作的登记和统计，严格执行值班和交接班制度。

3、做好药品管理工作，防止药品变质，过期失效，检查毒、麻、精神、贵重等药品使用管理情况，发现问题及时研究解决，并向上级报告。深入病房或门诊各科室，了解药物使用情况和管理情况，收集药物安全信息。

4、认真学习业务技术，掌握医院药学的基础理论、基本知识和基本操作，会查阅药学文献，学习科研工作的基本思路、方法与技能。

5、担任进修、实习人员的带教工作，指导药士工作和业务学习。

6、做好仪器设备的保养和使用登记工作。

7、遵守职业道德规范，树立良好的药学服务观念，对患者做好解释工作，服从分配，坚守岗位，严守劳动纪律。

（五）药剂士（中药士）职责

1、在药师的指导下进行工作。

2、按照分工、负责药品的预算、请领、保管、分发、采购、报销、回收、下送、登记、统计和药品制剂与处方调配等工作。

3、主动深入科室，征求意见，不断改进药品供应工作，检查科室药品的使用、管理情况，发现问题及时研究处理，并向上级报告。

- 4、担任药剂员的业务学习和技术指导。
- 5、认真执行各项规章制度和技术操作规程，严格管理毒、麻、精、贵重药品，严防差错事故。
- 6、经常检查和校正天平、冰箱、干热灭菌器及注射液过滤等设备，保持性能良好。

(六) 药剂员（中药剂员）职责

- 1、在药剂师、士指导下工作。
- 2、负责处方调配和一般制剂工作。
- 3、协助药剂师、士进行灭菌制剂的配制和消毒。
- 4、协助药剂士进行药品的出纳、分发、保管、消耗、回收、下送、登记、统计工作。
- 5、负责所在工作室的清洁卫生工作。
- 6、根据实际情况，经科主任批准可参加药剂值班。

(七) 临床药师工作职责

- 1、深入临床了解药物应用情况，进行治疗药物监测，对药物临床应用提出改进意见。
- 2、参与查房和会诊，参加危重患者的救治和病案讨论，对药物治疗提出建议。
- 3、根据病人用药、饮食及临床情况，设计修改个体化给药方案。
- 4、指导护士做好药品请领、保管和正确使用工作。
- 5、协助临床医师做好新上市药品使用的临床观察，收集、整理、分析、反馈药物安全信息。
- 6、提供有关药物咨询服务，宣传合理用药知识。
- 7、结合临床用药，按国家有关规定开展药物评价和药物利用研究。
- 8、带教进修人员和药学实习学生，指导进修人员书写病历。

(八) 药品质量负责人岗位职责

- 1、在院长的领导下，带领科室全体员工认真学习和执行有关《药品管理法》、《药品管理法实施条例》、《处方管理办法》等法律、法规、规章。
- 2、全面管理科室的质量工作，对医院负责。

3、负责组织制定和修订各项质量管理制度，在院长签署颁发后组织实施并监督检查。

4、对质量体系的工作质量负责。

5、主持质量问题的调查、分析和处理。落实质量奖惩工作。

（九）药品采购人员职责

1、在科主任的领导下，负责全院的药品采购工作。

2、根据药品的使用情况，定期制定药品的本月采购计划，交科主任审查，经医院药事管理委员会研究，院长批准后执行。

3、加强资金的合理流动，计划采购，合理用款，避免药品的积压和浪费。

4、自觉遵守财务管理的有关规定，廉洁自律，把好药品质量关，不准采购“三无”药品、伪劣药品或非药用品，坚持按药品采购渠道购进药品。对于招标药品，从招标购进；对于规格、含量相同的招标药品，根据价格、生产厂家、临床疗效择优采购。

5、对购进、调进或退库药品，由药品采购人员会同药库管理人员，对品名、规格、含量、批准文号、生产厂家、有效期限、外观质量、包装情况、进货价格等逐项验收核对，并由采购人员在原始单据上签字以示负责，发现问题及时解决。

6、建立缺货登记簿，对抢救急需的药品，采购人员应立即组织进货，以保证抢救治疗的需要。

（十）药品保管员职责

1、在科主任的领导下，负责全院的药品保管供应工作。

2、要认真执行药政法规，对麻醉药品、医疗用毒性药品、精神药品、贵重药品，要按有关规定严格管理，不断提高专业知识和管理水平。

3、库存药品应按药品性质，剂型分类定位保管，保持库内通风干燥，以防药品霉变失效。

4、建立药品分类明细账，对入库药品应详细盘点，填入药品验收登记本，填写药品验收及入库单。发现差错及时查对。建立有效期药品登记簿（牌）、药品出库单、药品缺货登记本。

5、危险药品应入危险品库，不得与其它药品同库存放，危险品库应配备灭火器等消防器材。

6、会同财务每月对库存药品清点一次，做到帐目、帐物相符。

7、保管人员应严守药库管理规定，严禁非药库人员进出药库。

(十一) 药品验收人员工作职责

1、药品验收人员要树立“质量第一”的观念，坚持质量原则，把好药品入库质量关。

2、按照法定标准和合同规定规定的质量条款对购进药品逐批进行开箱验收，验收不合格的药品不得入库，填写拒收发单，报质量负责人确认，并做好不合格药品的隔离工作。

3、验收时应对药品的包装、标签、说明书及有关要求的证明文件，逐一检查，整件药品包装中应有产品合格证，能够保存的文件或样品应归入药品质量档案保存。

4、验收外用药品，其包装的标签或说明书上应有规定的鄂标示和警示说明。

5、验收中药材和中药饮片应有包装，并附有质量合格的标志。每件包装上应标明法定的药品质量内容。

6、验收新品种，应有首批到货药品同批号的药品出厂检验报告书。

7、验收进口药品应按《进口药品管理办法》，其包装的标签应以中文注明药品的名称、主要成分及加盖供货单位印章哪个《进口药品注册证》和《进口药品检验报告书》的复印件。

8、验收合格的药品填写药品入库验收记录，做到字迹清除、内容真实、项目齐全、批号数量准确、结论明确、签单规范。验收记录保存志至超过药品有效期一年，但不得少于三年。

(十二) 药品养护人员工作职责

1、药品养护人员要树立“质量第一”的观念，认真执行《药品管理法》，坚持“预防为主”的原则，确保药品在库储存质量。

2、负责对库存药品定期进行循环质量养护检查，按照药品理化性质和储存条件的规定，结合库房实际情况，对在库三个月以上的药品养护检查。一般药品每季一次，重点养护品种每月一次，并做好养护检查记录。

3、结合库存养护管理的实际情况，确定重点养护品种，对易变质药品，已发现质量问题的药品，应加强养护并建立药品养护档案，必要时抽样送检，并及

时报质量负责人复查处理。

4、配合保管员做好库房温、湿度管理工作，每日定时对温度湿度做记录，根据气候环境变化，对中药材、中药饮片采取干燥、除湿等相应的养护措施。

5、正确使用养护、保管设备，并定期检查保养，建立仪器设备管理档案，作好记录。

6、汇总、分析和上报养护检查近效期或长时间储存药品的质量信息。

(十三) 药品质量监督员职责

1、每月对本室药品和制剂进行抽检，内容包括：药品名称、生产厂家、批准文号、生产打号、有效期、剂量等项检查，并观察药品内外包装是否完好，药品外观是否有变色、受潮、沉淀、糖衣脱落、碎片、发霉、变质、虫咬等现象，抽检量不得低于本室所有品种的 1%，抽检结果填“药品质量抽查记录”报药检室。

2、日常组织本室人员经常对药品质量情况进行检查。

3、严格控制药品在有效期内使用，对有效期药品提前 6 个月向组长报告并张贴于效期公告栏。

4、药品按法定保存条件防置，如：冷藏。避光等。

5、及时发现影响本室药品质量的内外因素，并及时解决，及时报告。

6、药检室到各室检查时，该室检查员要陪同进行并与本室组长联系，负责及时解决药品质量。

7、发现本室的药品有质量问题时及时与药检室联系，立即停止使用并向组长报告。

8、药品质量检查情况应有详细记录。

(十四) 中药饮片管理人员职责

1、中药饮片管理由本单位法定代表人全面负责。

2、中药饮片管理由医院的药事管理委员会监督指导，药剂科主任，中药房主任或相关部门负责人具体负责。

3、认真执行有关规章制度和各项技术操作规程，保证药品质量，严格防止差错事故发生。做好各项工作的登记和检查统计，严格执行交接班制度。

4、做好药品管理工作，防止药品变质，过期失效。检查毒、麻、精神、贵

重等药品使用管理情况，发现问题及时研究解决，并向上级报告。

5、认真学习专业技术知识。掌握医院药学的基础理论、基本知识和基本操作，学习科研工作的基本思路、方法与技能。

6、担任进修、实习人员的带教工作，指导下级技术人员的工作和业务学习。

7、直接从事中药饮片技术工作的，应当是中药学专业技术人员。

8、中药饮片的验收人员，应当具有中级以上专业技术职称和饮片鉴别经验。

9、负责中药饮片临方炮制工作的，应当是具有三年以上炮制经验的中药学专业技术人员。

10、中药饮片煎煮工作应当由中药学专业技术人员负责，具体操作人员应当经过相应的专业技术培训。

(十五) 中药煎药室职责

1、煎药室要做好煎药工作，保证煎药质量。

2、对所煎的药，应详细检查患者姓名、床号、服药时间、剂数和煎法，如有疑问及时与医师、调剂室等有关人员联系。

3、煎药要按规程如法操作，煎出有效成分为度，对单包、选煎、后入、烩化药物要按规程做好。

4、煎药不得过沸、溢出药液，不得中途加冷水，如将药液煎干，应另配方案重煎。

5、煎药时应按服药日期先后顺序煎药，煎药后必须核对煎药锅和服药瓶上姓名、日期是否相符，无误后方可发药，急诊药物随到随煎。

6、煎药要建立煎药登记和差错事故登记以备查考。

7、煎药室要注意安全，与工作无关的人员不得进入。下班前要将气阀关闭，交接班要交待清楚。

(十六) 药房划价人员职责

1、认真执行微机网络系统管理制度，划价时正确输入药品编码和数量，确保数据准确无误。

2、细心审核每张处方，若发现处方存在问题如书写不清楚、用法或用量不当、有配伍禁忌，缺药等，不得擅自更改或代用，应及时与处方医师联系解决。

3、应按规定做好麻醉药品、毒性药品、精神药品的控制使用。

4、应严格执行处方管理规定，详细核对处方上所列药品的名称、剂型、规格、数量、用法。

5、划价时若出现差错，核对人员未正确核出，造成经济损失的由划价和核对人共同承担责任。

6、审方计价必须严格按照处方制度执行。

(十七) 药房发药人员职责

1、调配处方时应严格遵守规程，核查药品名称、剂型、规格、数量、药袋、瓶签，检查药品是否霉坏、变质、过期失效、并写清药品用法、用量及服用方法。

2、细心审核每张处方，审查处方的姓名、年龄、性别、药品剂量及处方医师签章，对处方所列药品不得擅自更改或代用，发现有配伍禁忌，不合理用药的处方及时与相关医生联系解决。

3、严格执行处方管理制度，对擅自更改处方的，时间、姓名、年龄填写不全的，书写不规范及药物超剂量的处方拒绝调配。

4、麻醉药品、毒性药品、精神药品处方执行相关规定，对晚期癌痛患者开具麻醉药品，必须办理《知情同意书》方可调配处方。

5、发现缺货无药时应及时与库房联系，并在缺货登记本上登记，以确保临床用药。

6、需要药房之间互相借调的药品，发药人应认真填写借药单，并写清药品名称、剂型、规格、编码及数量。

(十八) 药房核对药品人员职责

1、核对人员认真核对每张处方，查对患者姓名、年龄、性别，药品名称、数量、用法，并正确下帐。

2、细心核对所取药品的名称、剂型、规格、数量是否与微机划价和处方一致，发现差错及时反馈于划价人员，立即纠正。准确呼唤病人姓名，确认无误后方可发出药品。

3、核对人员应耐心回答患者提出的疑问，并交待每种药品的服用方法和注意事项。

(十九) 中草药发药人员职责

1、调剂人员调配时按“君、臣、佐、使”顺序逐味称取，称后倒在塑料片

上，并适当的分开，不可对方在一起。配方时应认真称取，所开药品不得漏称，并进行复核。

2、在自校无误后写好药袋，对配方中需先煎、后下、冲服、烊化、另包等特殊煎法的药物应单包注明，发药时准确呼唤病人姓名并向病人交待清楚服用方法。

3、定期检查调剂室储药斗。药物不应有串斗、混杂及虫蛀、鼠咬、霉变等现象，补充药品必须核对后方可装斗。

4、调配处方者应在处方上签名或盖章。

(二十) 药房分装药品人员岗位职责

1、在药房组长的直接领导下做好药品分装工作。

2、分装人员分装药品必须详细复核，在药袋上写清药品名称、含量及数量，并登记、签字。调配用具要定位放置，用前消毒处理，用后放回原处。

3、分装人员负责药品的请领计划和窗口药品的补充，补充药品的量以保证一天的正常用量为宜。

4、住院病人用药分装的原则是利于病人及时用药和加强药品管理，保证患者的用药安全。

二十九、检验科制度与职责

(一)、检验科工作制度

1、检验单由医师逐项填写，要求字迹清楚，目的明确。急诊检验单上注明“急”字。

2、收标本时严格执行查对制度。标本不符合要求，应重新采集。对不能立即检验的标本，要妥善保管。普通检验，一般应于当天下班前发出报告。急诊检验标本随时做完随时发出报告。

3、要认真核对检验结果，填写检验报告单，作好登记，签名后发出报告。检验结果与临床不符合或可疑时，主动与临床科联系，重新检查。发现检验目的以外的阳性结果应主动报告。院外检验报告，应由主任审签。

4、特殊标本发出报告后保留二十四小时，一般标本和用具应立即消毒。被污染的器皿应高压灭菌后方可洗涤，对可疑病原微生物和标本应于指定地点焚烧，防止交叉感染。

- 5、保证检验质量，定期检查试剂和校对仪器的灵敏度，定期抽查检验质量。
- 6、建立实验室内质量控制制度，积极参加室间质量控制，以保证检验质量。
- 7、积极配合医疗、科研，开展新的检验项目个技术革新。
- 8、菌种、毒种、剧毒试剂、易燃、易爆、强酸、强碱又贵重仪器应指定专人严加保管，定期检查。

(二)、检验科急诊检验制度

- 1、急诊检验指临床医生在抢救病人时开具的急诊检验项目。
- 2、急诊检验范围包括：血、尿、粪常规，血凝，各种穿刺液常规、涂片染色，胸腹水，脑脊液常规生化，血液离子、肾功、血糖、淀粉酶、心肌酶、心肌标志物。特殊、重大抢救病人不受限制。
- 3、各种急诊标本的采集由患者所在科室护士采集并送检，必须注明采集时间年、月、日、时、分。
- 4、检验人员收到标本后优先进行急诊标本的检验，三常规 30 分钟发报告，生化等 2 小时内发报告，报告单注明收到标本时间和报告时间。
- 5、检验结果应及时电话通知患者所在科室的主管医生或值班护士，并在记录本上记录接电话人。书面报告按常规程序集中送到申请科室。
- 6、各种急诊检验在保证质量的基础上力求快速，并做好原始记录、结果登记。
- 7、值班人员不能解决的重大问题及时与科主任或总值班联系。

(三)、检验科标本管理制度

1、标本的转运：住院部标本各科护工 8-9 点交检验科，血液标本交生化室窗口；体液标本交病区体液室窗口；细菌培养标本交细菌室窗口；急诊常规交门诊化验室窗口。急诊检验标本在值班时段交门诊化验室。门诊化验室采集的血样由检验科护工分别在 8 点、9 点、10 点分三次送检生化室，由生化室负责验收查对并及时编号，急诊和临床抽取的标本由护工或门诊采血人临床转运，切勿延搁样本，延误检测。

2、验证和签收：各实验室人员进行接收时，严格对各种样本及时进行查对验收，认真查对姓名，联号，住院号，病区床号，项目，标本是否合格。对不符合要求者当面退回并作记录，告诉送标本人通知采样科室，正确及时地补采样，

以免延误病人的检测结果报告。对书写不清楚的申请单当事者要及时与病房联系，明确受检者姓名，住院号，性别，年龄，病区，床号和检验项目等。接收标本时同时接收标本采集清单，签字后统一装订在原始化验单上归档保存。没有标本采集清单者由送检人员在标本接收登记本上登记签字，检验人眼验收确认后签字。

3、外单位送检：外单位送检的样本，一律由生化室登记后，再转交各实验室检测，报告结果交科主任复审。

4、标本放置：所有送检标本须统一放置在生化室标本分理台上，由生化室标本接收人员分类并放置在有明显标志的样本盒中，以便其他实验室的同志来拿取，急诊样本应及时通知和催促有关实验室的通知来拿取。

5、多张检验单标本：凡有两张以上的检验申请单，原则上要分装各管，随检验申请单一起分别放置各样本盒，唐氏筛查标本由免疫室人员查收、编号、转运。

6、特殊标本处理：对暂不检测的项目和超规定时间抽取的样本，要随时登记和交班，以免漏检、遗失和延误检验，对没有登记者，一旦发现有此样本的差错发生，追究责任，实行“首接”负责制。

7、检验后标本的处理：所有标本均视为传染源，检验后及时按编号排列，封闭保存。细菌室标本由细菌室负责高压消毒后转洗消室处理，抗酸染色涂片保存3个月；其他四楼各室标本均转运到洗消室登记保存48小时后，由洗消室人员初消毒后，打包送医疗垃圾处理站；门诊化验室标本由门诊临检室人员按编号排列，封闭保存在门诊化验室冰箱24小时后交护工处理，复查血片保存7天后处理；妇科临检室和体液室标本检验后及时覆盖漂白粉消毒，然后由护工统一处理。

（四）检验科拒收标本规定

1、检验人员为了保证检验质量发现下列情况可拒收：

溶血、脂血严重者；

抗凝血中有凝块；该抗凝未加抗凝剂者；

血量不足（如血沉、PT等等）；

不应接触空气的接触了空气；

采集标本离送检间隔过长者；
该加防腐剂未加防腐剂者；
用错真空采血管的；
惟一性标志错误或不清楚的；
细菌培养被污染者；
输血/输液中采集的标本；
其他不符合标本要求规定的；

2、拒收标本要在申请单上注明拒收原因，时间，并在拒收标本登记本上进行记录。

(五)、检验科危急值报告制度

1、危急值指检验科做出的检验结果值为危急病人生命时，检验人员立即启动危急值报告程序。

2、危急值项目与范围：

血清钙： 1.75--3.4mmol/L 以外
血清钾： 3.0--6.0mmol/L 以外
血清钠： 125--150mmol/L 以外
血糖： 2.6--20.0mmol/L 以外
白细胞： 2.5--34*10⁹/L 以外
血小板： 50*10⁹/L 以下
APTT： 70 秒以上
PT： 未抗凝治疗大于 16 秒
FIB： 1.0g/L 以下

以及其它可能危及病人生命的结果。

3、处理程序：

(1) 立即审核质控，定标以及其它标本的测定情况有无异常。

(2) 在确认仪器设备正常的情况下，立即复查，复查结果与第一次结果吻合无误后，立即电话通知临床，向临床了解病人情况，以及标本采集是否规范。

(3) 在《检验危急值结果登记本》上详细记录，记录上检验日期、患者姓名、病案号、科室床号、检验项目、检验结果、复查结果、临床联系人、联系时

间（min）、报告人等项目。

（4）临床医生接到电话后首先考虑两点：一是该结果是否与临床症状相符；二是如果临床症状不符，样本的留取是否有问题？如需要，马上重留标本，复查。

（六）、检验科信息反馈制度

1、反馈信息包括：

- （1）临床科室反馈的信息，如要求、意见、协商情况等。
- （2）患者及家属的反馈信息，如要求、意见、建议、抱怨、投诉等。
- （3）本科室人员的建议、报告、要求、意见等。
- （4）向临床科室发布的检验业务信息。
- （5）与临床科室的各种沟通。

2、检验科要定期向临床医生发放信息反馈单，逐项审阅，登记处理。重要问题的处理要及时与临床科室联系、商议。

3、门诊组信息员由主管副主任担任，临床信息员由采血护士担任。

4、要耐心听取病人的意见，并做好病人意见的登记、处理。

5、全科人员要重视信息反馈工作，虚心听取临床医生、病人的意见与要求，重要意见及时登记，认真改进。

6、对临床科室因疾病诊治需要的特殊检验要求，应结合实际，尽力配合。

（七）、窗口服务工作制度

1、每天上班提前五分钟开窗，工作人员挂牌上岗，衣帽端正，实行窗口责任制。

2、工作人员要认真负责，做到态度和蔼、热情诚恳、礼貌待人，避免与病人发生争吵。应向病人讲明各种标本采集要求，并说明取报告单的时间。对重、危、年老行动不便病人应出窗口抽血。

3、上班时间不干与工作无关的事情，不看与业务无关的书籍，不闲谈嬉闹，补充零食，不擅离职守。

4、严格执行查对制度和各种操作规程，查对病人姓名、性别、年龄、检验项目、有无收费及收费是否正确。

5、抽血窗口要严格按无菌操作和消毒隔离制度要求进行，戴口罩、帽子、一人一针一带一垫。

6、要正确处理好医患关系，多用“您好、请、对不起”。告别生、冷、硬语言。充分发扬社会主义人道主义，全心全意为病人服务，努力营造“放心医院、放心科室”，塑造医院、科室新形象。

7、若发现因态度不好而受到投诉者，一经查实。从重处罚。

(八)、检验报告签发审核登记制度

1、检验报告的书写

(1) 检验报告的填写执行《全国临床检验操作规程》，检验项目应用中文，定量结果使用法定计量单位，数据用阿拉伯数字表示并附参考值，定性结果用(+) (-) 表示。

(2) 检验者应签全名，如经两人检验，应签两人全名，实习进修人员操作的检验报告由带教老师审核后签全名。机打报告应手工签名。

(3) 报告单不得涂改，如必须涂改，由上级人员审核修改并签字。

2、检验报告的审核

(1) 检验科实行报告单审核签发制度，常规报告单由检验者签字后，还应有另一有资格的检验人员核查并签名，最好由本工作室负责人核查签名，但在危急情况下或单独一人值班时（如夜班）除外。

(2) 审核人员必须认真负责，基本的核查内容有：临床医师所申请的检验项目已全部检验、无漏项；检验结果填写清除、正确；有无非常异常的、难以解释的结果，应核查结果书写有无错误及决定是否需要复查等。有异议的结果必须及时复查，确认后方可发出报告。

(3) 特殊项目的检验报告单及一些敏感的检验报告（如抗 HIV 阳性的报告单；诊断为白血病及恶性肿瘤的报告单，发现罕见病原体的报告单）需有检验科主任或由检验科主任授权的检验人员复核无误并签字后方可发出。并有保护患者隐私的规定。

(4) 需要复查的特别异常结果

- 1) 结果异常偏高或偏低；
- 2) 与临床诊断不符的结果；
- 3) 与以往结果相差过大的结果；
- 4) 与相关试验结果不符的结果；

5) 关系较大的结果 (如抗 HIV 阳性、初诊白血病或肿瘤的结果等)。

3、检验报告的登记

(1) 检验人员完成检验后, 必须如实登记患者姓名、科别、性别、年龄、结果; 传染性疾病还必须记录患者住址、检验方法、检验者。

(2) 检验结果登记本每月底交库房管理员统一管理, 保存 2 年, HIV-AB 登记保存 15 年。

(九)、检验科查对制度

1、建立查对制度是为医疗安全服务, 杜绝医疗事故。减少差错发生。

2、每天每组有一名主管检验师负责对其他人员的工作结果进行复核, 并签上核对者姓名。遇疑难问题, 应大家共同分析处理。

3、采集标本时, 应认真查对科别、床号、姓名、标本、数量、质量及检测项目。收集时查对科别、住院号、床号、姓名、检验目的、标本数量与质量。

4、检验时, 应认真查对仪器性能、试剂质量、化验单项目与标本是否相符。

5、检验后, 应认真查对检验目的、结果、是否缺项等。

(1) 生化结果严重异常时, 应重新测定, 并在报告单注明。

(2) 血常规: WBC >1.5 万或 <3.0 、提示警告、及峰形异常者应进行手工计数和分类。PLT <8 万或 >40 万者应进行手工复查。

(3) 尿常规应 100% 镜检。

6、发报告单时, 应认真查对科别、姓名及检验项目。

(十)、检验科试剂管理制度

1、科室的试剂管理小组, 由科主任任组长。试剂管理小组受医院药事管理委员会的直接领导。

2、临床实验室的质量管理要求, 对试剂的采购方针为:

(1) 有国家正式检定合格批文的试剂, 其生产厂家必须有生产许可证。

(2) 选择由正式经营试剂资格并有良好服务能力的公司作为定点采购单位。

(3) 不轻易变更试剂的品牌, 选择最适合产品的试剂。

3、试剂的选用原则:

(1) 专用仪器配套试剂

(2) 有批文的试剂

(3) 质量符合要求并且适用本室仪器的试剂

(4) 长期应用，经过实践检验的试剂

4、试剂采购与使用的流程为：

(1) 请购：各实验室根据工作需要，每月申报所需试剂计划，由科主任统一汇总成科室试剂计划，向设备科请购。计划外的试剂需求提前一周申请。

(2) 购买：设备科根据试剂请购计划向定点供应商购买。

(3) 入库与出库：购入试剂由设备科收入库，再由检验科领出登记入库，由专人保管。

(4) 本科建立试剂台帐和试剂管理档案。

(5) 使用与消耗：各专业实验室领用有限期内试剂，做好登记。

5、试剂管理员协助科主任做好请购、登记入库、领发、保管、清点盘存、报废等工作。

6、取得试剂生产厂家的生产经营许可证、试剂的生产批文，供货单位的营业执照、经营许可证等证件。

7、对剧毒试剂管理严格按有关规定。由科室统一保管，取用时应用两人在场并做好使用记录。易燃易爆试剂远离水源、火源，强酸强碱试剂也须妥善保存。

8、做好试剂的质量管理

(1) 电解质分析仪、尿液分析仪等对试剂有特殊要求的，使用同一公司的配套试剂。

(2) 可以使用国产试剂的选用合格生产单位的合格国产试剂，并且不轻易更换品牌。

(3) 按要求保管和贮存试剂，按正确的方法启用试剂。

(4) 如试剂发生质量问题，认真分析并及时采取必要的措施，并将有关的情况作记录。

(5) 如某种试剂的质量不稳定，或是不适合本科仪器的使用，或是对测定方法作改进，就必要更换试剂的品牌，替代的试剂在事先应作检验测试和评价。

(6) 标准品和质控品均选用国际品牌，可溯源者。

9、每年对各种登记本统一归档保存。

(十一)、检验科生物安全管理制度

- 1、实验室是具有生物传染危险的特殊场所，禁止非工作人员进入实验室。参观实验室等特殊情况须经实验室负责人批准后方可进入。
- 2、工作人员在进入实验室之前要阅读生物安全规范并按照规范要求操作。
- 3、在实验室工作时，任何时候都必须穿连体衣、隔离衣或工作服。不得在实验室穿暴露脚趾的鞋子。
- 4、二级生物安全实验室入口须贴上生物危险标志，注明危险因子、生物安全级别、负责人姓名和电话、进入实验室的特殊要求及离开实验室的程序。
- 5、禁止在工作区饮食、吸烟、处理隐形眼镜、化妆及储存食物，长发应束在脑后，工作区内不应佩戴戒指、耳环、腕表、手镯、项链和其他珠宝，个人物品、服装存放在实验室以外。
- 6、接触微生物或含有微生物的物品后，脱掉手套后和离开实验室前要洗手。
- 7、以移液器吸取液体，禁止口吸。
- 8、使用尖锐器具应执行尖锐器具安全操作规程。
- 9、按照实验室安全规程操作，降低溅出和气溶胶的产生。
- 10、每天至少消毒一次工作台面，活性物质溅出后要随时消毒。
- 11、所有培养物、废弃物在运出实验室之前必须进行灭活，如高压灭活。需运出实验室灭活的物品必须放在专用密闭防漏的容器内储存、运输及消毒灭菌。
- 12、如有条件工作人员应接受必要的免疫接种（如卡介苗等）。
- 13、必要时收集从事危险性工作人员的基本血清留底，并根据需要定期收集血清样本，应有检查报告，如有问题及时处理。
- 14、工作人员要接受有关的潜在危险知识的培训，掌握预防暴露以及暴露后的处理程序。
- 15、实验设备在运出修理或维修前必须进行消毒。
- 16、发生生物安全事故时，必须按生物安全事故处理预案处理，并及时向实验室负责人汇报、记录。

（十二）、微生物室生物安全制度

- 1、微生物室标本接种、培养、鉴定等有传染性风险操作必须在无菌室内进行，非本室工作人员严禁入内。
- 2、微生物室工作人员，在所有的细菌培养处理过程中都应戴乳胶手套，穿

隔离衣，戴口罩，采取正确的自我保护措施。

3、拒收不符合安全标准的血培养瓶或培养管。

4、必须在生物安全柜内进行细菌暴露性操作，严防操作产生可能含有高浓度的致病菌或真菌的气溶胶。

5、在无菌操作罩内进行细菌非暴露性染色、结果观察、药敏测量等可能传染性操作。

6、严格执行微生物实验室及时操作规范、操作规程，自觉参加有关知识培训，及时更新知识。

7、防止接触用于培养的塞子和胶带等可能含有高浓度的致病菌的一切物体。

8、及时处理在培养过程中产生的污染物，严防病原微生物的扩散，微生物实验室的废弃物必须高压灭菌。

9、立即报告各种培养结果及抗生素敏感试验结果。

10、发现可疑高致病原微生物时，必须立即封存标本及培养物，向院感科报告。

11、发生实验室生物安全事故时立即按生物安全事故处理预案执行。

(十三)、检验科消毒隔离制度

1、工作室保持整洁，分清污染区、半污染区、清洁区，各类物品严格分区放置。工作室不可吸烟、饮食；工作人员不可佩戴戒指、手镯等上岗。

2、污染区每日至少消毒一次，包括地面、台面使用消毒液、空气使用紫外灯，其他区域一经污染随时消毒。

3、进入污染区工作必须穿戴隔离衣、帽、戴手套，离开污染区严格洗手消毒，并脱去工作衣。

4、标本采集必须执行一人、一针、一管、一巾、一带，用后物品集中消毒。

5、各类标本及含有、粘有标本的液体、器皿均视为污染物，必须初消毒后，集中处理，待保存的标本密封存放。所有标本容器必须一次性使用。

6、细菌培养用后的各种培养基及培养物，需高压消毒后消毒。

7、各种医疗垃圾和生活垃圾必须分开，医疗垃圾由专人当日打包后送专门存放点，集中焚烧。

8、各种报告单必须集中消毒后才能发出。

9、检验人员工作结束后及时洗手，毛巾专用，每天消毒。

(十四)、检验科标本处理规定

1、生化室、免疫室血清原始管按顺序排列与编号的试管架上，并在试验完成后交洗消室用塑料膜包裹后冰箱保存，试管架应容纳 200 个标本，至少保存 48 小时，这样大约每 2 天周转一次。

2、血常规管在试验完成后按顺序排列于分析仪旁的标本架里，通常有 1 个标本架以供储存，当第一个标本架满时，用塑料膜包裹后放在冰箱保存 24 小时备查。

3、体液标本用后放在污物桶生物危险容器内，每日收集前喷洒 84 消毒液，或加入漂白粉初消毒后由护工转运至医疗垃圾处理站。

4、细菌室标本应定期高压灭菌处理后弃置于实验室的生物危险容器（生物危险袋黄色袋），让清洁员做集中处理。

5、所有标本（血清、尿、体液等）处理时必须经初消毒，血液标本每管加入 84 消毒液后，弃置于实验室的生物危险容器（生物危险袋黄色袋），让清洁员做适当处理，处理病人标本时应实行全面防护。

(十五)、微生物实验室感染性废物处理规定

1、操作感染或任何有潜在危害的废物时，必须穿戴手套、口罩和防护服。对有多种成份混和的医学废料，应按危害等级较高者处理。处理含有锐利物品的感染性废料时应使用防刺破手套。

2、实验室产生的感染性废物必须严格区分感染性和非感染性废物，一旦分开后，感染性废物必须加以隔离。

3、感染性废物应分类丢入垃圾袋，所有收集感染性废物的容器都应有“生物危害”标志，或使用“红色”容器。

4、液体性感染性废料，应确保容器无泄漏，每日加入 1:20 的 84 消毒液消毒后倒入下水道。

5、每日的感染性废物、设备和玻璃器皿均通过压力蒸汽灭菌去除污染。处理过程应保证在 121℃ 进行（被处理物中心温度不低于 115℃），时间 60-90 分钟（不少于 20 分钟）。

6、初消毒后的废物用黄色塑料袋包装后，转交洗消员集中送交医疗垃圾处

理站。

(十六)、检验科门诊临检室工作制度

1、认真执行门诊基本工作制度，执行 24 小时接待制，工作人员提前 10 分钟上岗。

2、接待患者应文明用语、礼貌待人、耐心解释，为患者提供一切可提供的帮助。

3、窗口服务人员坚守岗位，患者等候时间不超过 10 分钟，常规报告时间不超过 30 分钟。

4、检验人员认真完成本室开展的各项工作，严守操作规程，及时、准确发出报告。

5、搞好室内质控，出现失控应分析原因，及时解决。

6、及时完成各种急诊检验，及时向临床科室报告，报告时间不超过 2 小时。

7、组长负责各种检验仪器的日常维护保养、校准，确保检验仪器的正常运行。

8、严格执行消毒制度，加强自身防护和传染性物品的消毒处理。

(十七)、检验科病区临检室各种制度

1、按照岗位分工认真完成本室开展的各项工作，严守操作规程，及时、准确发出报告。

2、严格执行实验室质量控制管理制度，搞好室内质控，出现失控应分析原因，及时解决。

3、及时完成各种急诊检验，及时向临床科室报告，报告时间不超过 1 小时。

4、组长负责各种检验仪器的日常维护保养、校准，确保检验仪器的正常运行。

5、严格执行消毒制度，加强自身防护和传染病物品的消毒处理。

6、保持室内环境卫生，班前班后消毒工作台面，打扫卫生。

7、认真执行医德规范，尊重患者，尊重同事，互帮互学，精益求精。

(十八)、检验科免疫室工作制度

1、认真完成本室开展的各项工作，严守操作规程，及时、准确发出报告。

2、认真搞好室内质控，出现失控应分析原因，及时解决。

3、严格执行实验室生物安全管理制度，按照实验室分区进行各项工作，及时消毒处理各种废弃物。

4、搞好各种检验仪器的日常维护保养、校准，确保检验仪器的正常运行。

5、执行传染病报告登记制度，及时向保健科报告传染性病例。

6、严格执行消毒制度，加强自身防护和传染性物品的消毒处理。

7、保持室内环境卫生，班前班后消毒工作台面，打扫卫生。

(十九)、检验科生化室管理制度

1、按照岗位分工认真完成本室开展的各项工作，严守操作规程和各项规章制度，及时、准确发出报告。

2、严格执行实验室质量控制管理制度，搞好室内质控，出现失控应分析原因，及时解决。

3、及时完成各种急诊检验，及时向临床科室报告，报告时间不超过 2 小时。

4、搞好各种检验仪器的日常维护保养、校准，确保检验仪器的正常运行。

5、严格执行消毒制度，加强自身防护和传染性物品的消毒处理。

6、保持室内环境卫生，班前班后消毒工作台面，打扫卫生。

(二十)、细菌室工作制度

1、严格执行细菌室各项规章制度和操作规程，安全、高效完成本室工作。

2、负责鉴定及签发报告的主管技术人员应不断更新知识，了解细菌学检验新进展。

3、掌握医院感染检测知识，定期统计分析医院感染细菌分布，耐药变迁，并将其结果反馈临床。

4、细菌室工作人员均应具备细菌传染、消毒、灭菌知识。

5、定期与临床联系，参与病例讨论，了解病情及治疗情况，达到细菌检验与临床的密切联系。

6、每天发出的微生物报告应认真复审，分析报告、评价报告。

7、工作人员加强有菌观念，无菌操作，认真执行二级生物实验室安全管理制度。

8、当工作环境被细菌污染，必须立即消毒处理，报告主管人员，采取必要措施。

9、工作人员被细菌培养物污染应消毒处理，必要时给予药物治疗，并向主管负责人报告，采取特殊措施。

(二十一)、检验科 HIV 筛查室工作制度

1、认真完成本室开展的各项工作，严守操作规程，及时、准确发出报告。

2、严格执行实验室生物安全管理制度，和个人安全操作规程，按照实验室分区进行各项工作，及时消毒处理各种废弃物。

3、严格执行操作规程和各种登记制度，无上岗证人员严禁执行 HIV 筛查工作。

4、认真搞好室内质控，出现失控应分析原因，及时解决。搞好各种检验仪器的日常维护保养、校准，确保检验仪器的正常运行。

5、执行传染病报告登记制度，及时向保健科报告传染性病例。

6、严格执行消毒制度，加强自身防护和传染性物品的消毒处理。

7、保持室内环境卫生，班前班后消毒工作台面，打扫卫生。

8、严格执行实验室保密制度，保护被检者隐私。

9、工作人员必须熟悉各种意外处理预案，及时更新知识，搞好解释宣教。

(二十二)、检验仪器管理制度

1、检验仪器实行专人负责，制订操作规程，仪器与仪器资料不分离，妥为保存，以便查询。

2、检验人员必须具有高度责任心，上机前应经操作培训，熟练掌握仪器性能严格遵守仪器的操作规程，正确地进行操作。

3、每天检测前应检查仪器是否完好、功能是否正常。操作中若发现异常或故障，应及时报告设备科检修，不能擅自乱动、乱修。使用后须检查仪器并关复原位。清理号试剂瓶、操作台，写好使用、维修记录。

4、按照仪器使用说明和操作规程做好日常维护工作，努力延长仪器的使用寿命。

5、进修、实习人员要在带教老师的指导下使用仪器，不得任意操作。指导老师必须严格带教、监督，避免意外情况发生。

6、做好仪器的安全、清洁工作，严禁在仪器室内吸烟、进食或接待客人。外来参观人员须经科领导同意后才可接待。

7、选购仪器应由医院领导、科主任及专业人员多方考察后，按正常渠道进货，组织验收，培训人员，建立仪器档案，登记入帐。

8、带有微机配置的仪器，不得运行与本机工作无关的软件，不得在电脑上玩游戏。

9、科主任要经常了解、检查仪器情况，发现问题，及时解决。

10、定期对仪器进行校准，多台同类仪器定期用日常标本进行比对。

(二十三)、仪器使用维护制度

1、科室应保证所有仪器设备经常处于常规或急诊需要的正常工作。

2、每一种大型精密仪器设备均应建立一份详细的档案，其内容应包括：(1) 仪器设备名称；(2) 仪器的型号；(3) 生产或销售产商及维修服务者的名称、地址及联系方式；(4) 仪器编号；(5) 所属单位的仪器设备编号；(6) 购置日期；(7) 使用保修期；(8) 仪器放置地点；(9) 电源要求；(10) 操作手册或使用说明书；(11) 使用记录；(12) 故障出现及维修保养记录；(13) 责任人。

3、操作人员应懂得所使用仪器的操作原理并按操作步骤进行规范操作。仪器责任人应参与新购置仪器的安装调试和岗前培训。

4、仪器保养。分为预防性保养和常规保养。一般在仪器设备的操作手册中有详尽的书面说明，使用者应按其规定执行。常规保养指每天开始工作前和结束工作后规定做的保养工作；预防性保养指定期（1周，1月）做的保养工作。有些另配件、材料虽然没有出现损伤现象，有时亦要定期更换。

5、仪器发生故障必须及时向主管负责人报告，并进行记录。

(二十四)、检验科值班与交接班制度

1、值班人员的工作时段为下班的前10分钟到上班的前10分钟，必须在正常工作时间的10分钟交接班，在上班或值班时段未完成的工作转交接班人员，并进行记录，当面交接，亲笔签名。

2、值班期间应坚守岗位、仪表端庄、衣帽整齐、文明服务、礼貌待人。

3、一人值班离开岗位时必须挂牌说明去向，并给相临科室人员交待。

4、认真执行急诊检验制度和危机值报告制度，对急诊标本必须及时检验，快速报告。

5、如遇疑难、重大问题，应及时报告二线值班科主任或总值班，并做好记

录。值班人员可在必要时通知科室任何人协助工作。

6、值班期间负责全科治安保卫、仪器维护及值班室清洁卫生。

7、交接班记录已完成的工作量、未完成的标本，仪器状况、清点材料柜物品，需要关机的仪器执行关机程序，清理桌面、台面、空气消毒、地面卫生、转交值班钥匙。

8、周一到周五中午值班人员中餐时间为 11:00-11:50，周六、周日中午送餐不能离开岗位。

9、周六值班的休假时间为下周的 1、2 下午。

10、长假节日值班者以及长假前一天夜班存假一天，最后一天假日值班不存假。

(二十五)、检验科差错事故处理制度

1、建立差错事故登记册，发生差错事故的当事人应及时向科室负责人汇报。

2、所有差错事故都应及时召开科室会议，分析原因，总结经验，吸取教训，提出改进意见，属于严重差错或医疗事故的更应该及时报告并按医院有关规定严肃处理。

3、每年的医疗安全月对全年医疗安全工作进行总结。

4、差错的范围：由于责任性不强、不认真执行规章制度，不遵守操作规程或技术因素而引发检验错误，对病人未造成严重后果的，称为差错。差错按程度不同，分为一般差错和严重差错。

一般差错：

(1) 违反操作规程，导致血液等标本管在离心时破损，或工作中不慎打破，损坏标本，影响检验者。

(2) 漏做、错做一般标本的检验目的，编错试管号码，标错标本联号、猜错病人标本，写错检验结果并已发出报告者。

(3) 计算错误，写错报告难以挽回者。

(4) 使用未经校正或过期、变质的试剂或不按时绘制工作曲线而影响结果的准确性者。

(5) 其他不属于严重差错和事故的差错者。

(6) 一般性差错每次扣罚责任者 50 元。

严重差错：

(1) 因责任性不强，丢失或损坏重要标本：如脑脊液、心包液、骨髓，以致不能检验者。

(2) 重要标本漏查或做错项目，且标本已处理，需再次采取标本检验者。

(3) 严重差错每次扣罚责任者 100 元。

5、事故的范围：凡因工作不责任、违反规章制度或操作规程、错报或假添检验结果等影响了患者诊断治疗；延误了重危病人抢救，产生严重后果者。

6、无论发生一般差错、严重差错或检验事故均应由实验室及时登记，查明情况，保留标本，主动向科主任报告，并迅速采取措施，把损害控制到最小程度。一再发生差错，屡教不改，或发生错差事故隐瞒不报，推卸他人者从严处理。

7、发生医疗事故争议需要紧急封存医疗文书或标本时按照以下程序进行：

必须当事三方在场：即院方代表（医疗教学工作部人员）、患者代表（本人或家属）、检验科代表（操作者本人或科主任）。

三十、检验科工作人员职责

（一）、检验科岗位责任制

1、岗位责任制是保证工作质量和医疗安全，提高工作效率的重要环节，各个组必须明确分工，明确责任，相互配合，才能保持协调而有秩序地工作，因此各组必须严格执行岗位责任制，做到人人职责明确，事事有人负责，立足本职，团结互助，相互协调，保证各项任务的胜利完成。

2、各室均应由组长负责岗位责任的落实，发生岗位投诉或医疗差错时如果责任无法落实，由组长承担责任。

3、牢固树立把质量放在第一位的思想，在工作中必须加强检查和复查制度，以保证检验质量及医疗安全。

4、交接工作必须认真负责，须核对实物和记录，对工作一般情况、存在问题和注意事项具体交待，否则，发生问题由交班人负责。职工临时因故离开工作岗位，必须将工作委托给能胜任该项工作的人员，否则，发生问题由原担任该项工作者负责。

5、精密仪器和重要设备，凡是专用的，要建立起专责岗位制，其他人不得使用；凡是一物多人使用的，除共同负责外，由该岗位责任制负责人，负责

指导正确操纵，定期安全检查，经常维护保养，保持正常运转，该负责人有权制止任何违章操作和有害设备安全的行为。

(二)、检验科主任职责

- 1、在院长的领导下，负责本科的检验、教学、科研、行政管理工作。
- 2、制订本科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
- 3、督促本科各级人员认真执行各项规章制度和技术操作规程，做好登记、统计和消毒隔离工作。正确使用菌种、毒株、毒剧药品和器材，审签药品器材的请领、报销，经常检查安全措施，严防差错事故。
- 4、参加部分检验工作，并检查科内人员的检验质量，开展质量控制工作。
- 5、负责本科人员的业务训练、技术考核，提出升、调、奖、惩意见。搞好进修、实习人员的培训及临床教学。
- 6、确定本科人员轮换和值班。
- 7、制定本科的科研规划，检查进度，总结经验。学习使用国内外新技术，不断改进各种检验方法。
- 8、经常与临床科室联系，征求意见，改进工作。
- 9、副主任协助科主任负责分管工作区制度落实、检验质量、教学和科研工作。

(三)、检验科各专业组组长职责

- 1、在科主任领导下，负责本组检验、教学、科研工作。
- 2、监督本组工作人员贯彻执行[医德规范]和医院、科室各项规章制度，严格执行收费标准。
- 3、负责本组检验质量把关，监督本组人员严守操作规程，确保检验质量，发现失控及时处理，并填写失控报告。
- 4、负责本组窗口的患者咨询，协调解决医患纠纷。
- 5、负责本组资产管理，物品领用，收入统计。
- 6、每月底上报收入统计、工作量统计、加班统计、试剂与材料消耗计划、室内质控统计、失控报告、设备故障报告。

(四)、主管检验师职责

- 1、在科主任领导下，负责指导本科的检验、教学和科研工作。

2、参加部分检验工作，并负责本组室内质控工作和室间质控工作，解决业务上复杂疑难问题。

3、开展科研，担负教学工作。指导进修、实习人员的学习，做好科内各类技术人员的培养提高工作。

4、负责本组检验仪器的日常维护、校正。

5、协助科主任制定科研规划，督促实施。实习使用国内外新技术，不断改进各种检验方法。

(五)、检验师职责

1、在科主任领导和主管检验师指导下进行工作。

2、亲自参加检验，并指导检验士、员进行工作，核对检验结果，负责特殊检验的技术操作和特殊试剂的配制、鉴定，检查、定期校正检验试剂、仪器，严防差错事故。

3、负责菌种、毒株、毒剧药品，贵重器材的管理和检验材料的请领、报销等工作。

4、开展科学研究和技术革新，改进检验方法，不断开展新项目，提高检验质量。

5、负责临床教学，搞好进修、实习人员的培训工作。

6、负责开展对本专业质量控制工作。

(六)、检验士职责

1、在检验师的指导下，担负各种检验工作。

2、收集和采集检验标本，发送检验报告单。在检验师的指导下进行特殊检验。

3、认真执行各项规章制度和技术操作规程，随时核对检验结果，严防差错事故。

4、负责检验药品、器材的请领、保管，检验试剂的配制，严防差错事故。

5、担任一定的检验器材的洗刷，做好消毒隔离工作。

(七)、检验员职责

1、在检验师、检验士的指导下，进行一般的基础性检验工作。

2、严格执行科室各项规章制度和操作规程。

- 3、负责窗口部门的标本采集、标本分离、报告单保管、发放工作。
- 4、担任一定的检验器材的洗刷，做好消毒隔离工作。

(八)、检验科护工职责

- 1、负责检验科卫生区及清洗消毒室的清洁卫生。
- 2、负责检验科各种废旧卫生材料的收集、消毒、处理。
- 3、负责检验科记账单的收集、送达、回收及检验报告单的发送。
- 4、严格执行检验科消毒隔离制度，做好自身防护，严防传染病传播。
- 5、严格执行高压容器操作规程及各种电器的使用规程严防事故发生。
- 6、下班前关闭电炉、高压锅等电器。

(九)、检验科质量管理人员职责

- 1、科主任兼质控组长全面负责检验科工作质量，副主任分管片区质量工作。
- 2、质量管理组长负责建立和健全技术质量管理组织，建立岗位责任制，明确各类人员职责，制订技术发展计划与工作计划，并组织实施、检查。
- 3、各组组长负责各专业组开展室内质量控制，做到日有操作记录，月有小结、分析；发现失控要及时纠正，记录，总结；组长负责本组仪器设备的维护管理和定期保养，确保设备正常工作。
- 4、各组工作人员要认真执行操作规程和查对制度，发现失控要及时纠正，未纠正前停发检验报告，纠正后再重检、报告。
- 5、采血护士要加强业务学习，及时向患者宣传标本采集前准备注意事项，搞好分析质量控制。

三十一、输血科工作制度

(一) 输血科工作制度

- 1、在科主任的带领下，输血科全体工作人员必须以高度认真、细心、负责的态度，保质保量地完成医院交给的临床供血任务。
- 2、以医院医德规范为准则，严格遵守医院劳动纪律，不迟到早退，不随意离开工作岗位。履行请假制度，上班衣帽整齐。
- 3、配血申请单由医师逐项填写，每天上午按规定时间由护士连同受血者血样 4-5mL 送交输血科。急诊患者，优先处理。
- 4、冰箱内储存一定的血量，每日检查冰箱血液存量和冰箱温度 2℃-6℃。发

现血凝块、溶血或其他异常者要及时报告，妥善处理，同时做好记录。

5、核对患者血样姓名、编号、血型及采血日期，确定后入冰箱。

6、出血冰箱内不得存放私人物品。非科室人员不得入内。

（二）临床用血管理制度

一、输血科必须按照卫生行政部门指定的采供血机构购进血液，不得使用无血站名称和许可证号标记的血液。

二、临床医师应严格掌握输血适应症，积极使用成分输血。

三、患者需要输血时，临床医师应向患者详细告知输血的有关事项并征得患者同意，认真填写患者用血同意书并签字。值班护士按医嘱执行查对后，给病人采两管静脉血，试管应贴标签并注明科别、姓名、床号、住院号与输血前一天送输血科。（急诊用血除外）

四、同一患者一天申请备血量少于 800 毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，上级医师核准签发后，方可备血。

同一患者一天申请备血量在 800 毫升至 1600 毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，经上级医师审核，科室主任核准签发后，方可备血。

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

五、输血科工作人员根据临床医师预约用量，及时与血站联系，备好各型血液，保证临床用量。

六、输血科工作人员接受标本时要认真执行查对制度，逐项核对。

七、输血科所备各型血液，应标志明显，分格保存。

八、输血科工作人员进行血液交叉配血试验要严格执行技术规范，核对无误后方可发出。

九、取血护士在领取血液时要严格执行查对制度，核对无误后签全名方可将血液拿出输血科。

十、血液发出后，受血者和供血者血样、血袋要送回输血科，保存于冰箱内不少于七天，以便对输血不良反应追查原因。

十一、所有血液发出后一律不得退回。

十二、如果出现输血反应，临床医师应告知输血科并报告科主任，科主任上报医务科，医务科负责各类用品的统一封存。

十三、输血科工作人员必须保证入库血量、出库血量、库存血量账目清除并认真保管。

（三）实验室工作制度

- 1、实验室内保持清洁、整齐有序。
- 2、试剂配制剂量准确、清亮，不允许有沉淀的试剂，不得出现沉淀物。
- 3、实验用具清亮，刻度清晰。
- 4、按时发送报告。
- 5、严格执行各种实验操作规程。
- 6、艾滋病实验按国家实验室操作规程执行。

（四）值班与交接班制度

- 1、必须按时交接班，不得迟到、早退。
- 2、必须坚守工作岗位，不得擅自离开工作室。
- 3、值班时必须仪表端正，衣帽整齐。
- 4、对病人态度和蔼，解释耐心，礼貌待人。
- 5、负责及时准确地完成各项急诊检验工作。
- 6、遇有疑难问题，应请上级协助解决。
- 7、如有特殊重大事情，应记入值班日志。
- 8、负责搞好规定的准备工作。
- 9、负责科室的治安保卫，清洁卫生及清理工作。
- 10、审查当日收、退费并做好解释工作。
- 11、遗留问题要交代清楚。

（五）查对制度

1、血型鉴定和交叉配血实验，两人工作时要 1 人配血，他人复核，1 人工作时要重做 1 次。

2、发血时，要与取血人共同核对科别、病房、床号、姓名、血型交叉配血实验结果、血液编号、采血日期、血液质量。

- 3、配血前、后，认真核对血样与配血申请单信息，应准确无误。
- 4、收血样时认真核对并检查血样质量。
- 5、对血站送来的血液制品应认真核对，并检查血液质量、记录。

(六) 疑难血型病例讨论制度

- 1、建立疑难血型鉴定、配血登记本。
- 2、遇到疑难血型或配血，利用晨会或科室业务会议进行讨论分析。
- 3、大家提出共同的实验方案进行实验鉴定与配血。
- 4、在试剂/设备达不到要求时可送到血站或上级医院鉴定。
- 5、记录鉴定结果及实验过程。
- 6、有价值的血样标本冰冻保存，备用。

(七) 输血科血液报废制度

- 1、每月清点报废血液。
- 2、报废时必须写明原因损坏、溶血、过期等理由。
- 3、必须实事求是的申述。
- 4、由科会讨论后，提出申请，上报院方审批。

(八) 储血室制度

- 1、储血冰箱温度保持在 2℃-6℃，并记录。
- 2、储血冰箱每周用消毒液擦洗 1 次。
- 3、每周五进行 1 次血液数量查对。
- 4、保证储血数量，以备急诊用血。
- 5、储血室保持整洁，每周进行 1 次紫外线消毒。

(九) 输血反应、输血感染登记制度

- 1、建立输血反应登记本。
- 2、对有输血感染病人进行随访记录。按输血感染处理流程处理。
- 3、对输血反应病人进行再次复查血型，并作相关实验。按输血反应处理流程执行。
- 4、对疑难血型必要时请院外会诊。
- 5、对有输血感染的病人进行随访追踪，并建议治疗。

(十) 差错事故登记制度

- 1、建立差错事故登记本。
- 2、对差错事故要分析、总结。
- 3、对差错人员要进行处理，起到教育目的。
- 4、每月建立零差错登记。

(十一) 血液质量管理制度

- 1、检查血液外观，颜色，血浆分层，血袋有无破碎。
- 2、有无溶血，凝块。
- 3、复查献血员血型，每天制备标准红细胞。
- 4、每日记录冰箱温度，保持 2℃-6℃，并交接班。
- 5、ABO 及 Rh (D) 定型试剂，不同批号进行效价测定。
- 6、对输血反应及有血液质量问题及时反馈供血单位。
- 7、不合格血液退回血站。
- 8、科室成立血液质量监督小组。
- 9、每月对治疗室及储血冰箱进行空气培养。

三十二、输血科工作人员职责

(一) 输血科主任职责

- 1、在主管院长和医务科的领导下，负责本科的检验、科研、行政管理和全院输血业务工作。
- 2、制定本科年度工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结。
- 3、制订各项制度和技术操作规范，经常检查安全设施，严防差错事故。
- 4、参加部分输血工作，检查科内人员的输血质量，控制输血质量。
- 5、负责本科人员的业务训练，技术考核；提出升、调、奖、惩意见。
- 6、搞好进修、实习人员的培训及临床教学。
- 7、制定本科的科研计划，负责输血科研与新技术的开展与实施。
- 8、学习国外新技术，不断改进各种监测方法。
- 9、经常与临床科室联系，征求意见，改进工作，参与输血会诊。
- 10、负责全院人员的输血培训工作。
- 11、接待来信、来访和投诉工作。

(二) 输血科主治医师（主管技师）职责

- 1、在科主任领导下，负责指导本科的输血、教学和科研工作。
- 2、监督检查并严格执行各项制度和技术操作规程。
- 3、参加配血、发血等日常工作，解决业务上复杂疑难问题，严防差错事故发生。
- 4、结合临床开展科研，开展成分输血，指导进修实习人员，做好科内各类技术人员的培训提高工作。
- 5、协助科主任制定科研规划，督促实施。学习使用国内外新技术，不断改进工作。
- 6、参与值班工作。
- 7、完成主任交办的具体工作。

（三）输血科医师（技师）职责

- 1、在科主任领导下进行工作。
- 2、严格执行各项工作制度和各项技术规程，严防差错事故。
- 3、经常检查血液质量，做好血液的储备工作。
- 4、参加血型鉴定、交叉配血实验和发血等各项日常工作。
- 5、主动深入临床科室，了解输血情况，密切配合临床需要，开展科学研究工作。
- 6、提高自身业务学习，搞好进修、实习人员的培训。
- 7、检查或填写血库各项登记、统计工作。
- 8、参与值班工作。
- 9、完成科主任和主管技术交办的临时性、突发性工作。

（四）输血科技士（护士）职责

- 1、在血库技师的领导下进行工作。
- 2、负责血型的鉴定、交叉配血实验和发血工作，严格遵守查对制度，严防差错事故。
- 3、负责冰箱的管理，血液的储备，血液质量的鉴定。
- 4、负责药品器材及其他物品的保管工作。
- 5、参加血库值班，负责填写血库各项登记统计。
- 6、完成主任和上级技师交办的具体工作。

三十三、中医特色治疗室工作制度

1. 非工作人员和非治疗人员严禁进入治疗室。
2. 工作人员必须穿戴工作服，带工作帽，必要时戴口罩。
3. 各种医疗用品应分类放置，标签上字迹应工整醒目。无菌品需注明灭菌日期，超过一周者应重新灭菌。无菌与有菌物品必须分开存放。
4. 设备、物品应定位放置，用完后及时补充更换。
5. 中医特色治疗室应当温度适宜、空气新鲜。必要时男女患者的诊疗床用屏风隔开。
6. 严格遵守各项操作规程，操作敏捷轻柔。态度和蔼、语言亲切。
7. 治疗前应详细了解病情，明确诊断，确定治疗种类与疗程。治疗过程中严格掌握适应症和禁忌症，发生意外情况应立即处理。
8. 施灸、拔火罐、热敷、足浴等治疗时要防止烫伤。
9. 进行带电设备操作时，应首先检查器械是否完好，输出是否正常，有无接地装置。除去病员身上一切金属物，并注意地面与病员的隔离。使用完毕时及时切断电源。
10. 对施治患者，应注意观察病情变化，医护人员不得离开岗位。
11. 进修人员或学员施行治疗时，必须在治疗师的指导下进行，不得独立操作。