



承德市中心医院
承德医学院第二临床学院

承德市中心医院制度汇编

【第二卷 总四卷】

2021年12月

目 录

十一、医疗质量核心制度

首诊负责制度.....	461
三级医师查房制度.....	463
会诊制度.....	466
分级护理制度.....	469
值班和交接班制度.....	474
疑难病例讨论制度.....	480
急危重症患者抢救制度.....	482
术前讨论制度.....	484
死亡病例讨论制度.....	486
查对制度.....	487
手术安全核查制度.....	491
手术分级管理制度.....	494
新技术和新项目准入制度.....	497
危急值报告制度.....	500
病历管理制度.....	511
抗菌药物分级管理制度.....	513
临床用血审核制度.....	518
信息安全管理度.....	526

十二、医务管理

医疗质量与安全委员会工作制度.....	529
医疗技术管理委员会工作制度.....	530
医学伦理管理委员会工作制度.....	531

医疗质量管理制度.....	532
医疗质量重点部门管理标准与办法.....	536
医疗质量关键环节管理标准与办法.....	543
医务处工作制度.....	547
科室分级诊疗管理制度.....	549
双向转诊管理制度.....	551
病人入、出院管理制度.....	554
转院、转科制度.....	556
没有空床或医疗设施有限时的处理制度.....	557
临床科室总住院医师管理制度.....	559
医疗技术管理制度.....	561
医务人员执业资格审核与执业准入相关规定.....	567
关于医疗技术临床应用伦理审查规定.....	568
高风险诊疗技术操作授权管理制度.....	569
介入诊疗医师资质授权制度与流程.....	575
手术医师能力评价与再授权制度.....	577
临床科研项目中使用医疗技术管理制度.....	579
医疗技术风险管理制度.....	581
医疗技术风险预警制度.....	582
医疗技术损害处置预案.....	584
终止实施诊疗技术（项目）的规定.....	585
外来短期工作人员技术资质管理制度.....	587
制定与更新临床诊疗指南 / 规范的规定.....	588
资格许可授权诊疗项目考评与复评制度.....	589
关于保障患者合法权益的管理制度.....	592
患者隐私权保护制度及具体措施.....	594
患者参与医疗安全活动管理制度.....	597
患者病情评估制度.....	600

谈话告知制度.....	603
履行职务回避制度.....	605
尊重患者民族风俗习惯和宗教信仰管理制度.....	608
重大手术报告审批制度.....	609
围手术期管理制度.....	611
手术后并发症的风险防范制度.....	614
急诊手术管理制度.....	616
术前准备管理制度.....	618
急救、术中等临床紧急用血管理规定与流程.....	619
手术知情同意制度.....	623
手术风险评估制度.....	624
手术部位识别标示制度.....	626
手术后标本病理学检查规定与流程.....	628
术后患者管理制度.....	629
非计划再次手术管理制度.....	631
医嘱制度.....	636
医嘱开具和书写管理制度.....	638
口头医嘱执行制度.....	640
模糊医嘱澄清制度.....	642
多学科综合诊疗制度.....	644
院外专家会诊管理制度.....	645
医师外出会诊管理制度.....	647
远程会诊管理制度.....	649
同级医疗机构检查、检验结果互认制度.....	650
医师定期考核工作制度及方案.....	653
执业医师证书使用管理制度.....	656
医务人员“三基三严”训练考核制度.....	657
临床路径开发与实施相关制度.....	660

临床路径管理持续改进机制.....	666
临床路径知情同意制度.....	667
单病种质量管理制度.....	669
单病种信息上报管理制度.....	671
住院时间超过 30 天患者管理制度.....	672
关于缩短患者平均住院日的管理规定.....	674
开具诊断证明制度.....	677
开具死亡诊断证明制度.....	678
尸体病理解剖制度.....	679
对口帮扶管理制度.....	680

十三、医疗管理

临床科室工作制度.....	683
急诊科工作制度.....	684
急诊科预检分诊工作制度.....	686
急诊留观患者管理制度与流程.....	688
急诊患者病情分级管理制度.....	689
急诊患者优先住院制度.....	690
急诊绿色通道管理制度.....	691
急诊科医护人员技能培训与考核制度.....	693
急诊与住院有效衔接制度.....	695
急诊危重症患者收住院无床位应急调配管理办法.....	697
重症医学科工作制度.....	698
重症医学科患者收治范围.....	700
重症医学科患者实施危重程度评分制度.....	701
重症疑难创伤多学科联合查房及会诊制度.....	702
重症医学科转入、转出标准和制度.....	703

ICU 患者及时转到相应科室的规定和流程.....	707
麻醉科工作制度.....	709
麻醉科质量安全管理制度的.....	711
麻醉医师资格分级授权管理制度.....	713
麻醉医师定期执业能力评价和再授权制度.....	718
麻醉药品管理制度.....	720
麻醉前病情评估制度.....	721
麻醉前讨论制度.....	722
麻醉前知情同意制度.....	723
麻醉恢复室管理制度.....	724
麻醉科术后随访制度.....	725
麻醉过程中的意外与并发症处理规范与流程.....	726
手术中用血制度与流程.....	729
麻醉效果评定的规范与流程.....	731
麻醉复苏室患者转入、转出标准与流程.....	733
术后、慢性疼痛、癌痛患者镇痛治疗管理的规范与流程.....	736
疼痛科工作制度.....	738
疼痛门诊工作制度.....	740
疼痛的评估、再评估制度与流程.....	742
新生儿科安全管理制度.....	744
新生儿科管理制度.....	745
新生儿科仪器管理制度.....	746
新生儿科配奶间管理制度.....	748
新生儿床头交接班制度.....	749
新生儿科探视制度.....	750
新生儿腕带使用管理制度.....	751
新生儿科患儿身份识别制度.....	752
新生儿科治疗室工作制度.....	753

新生儿科安全用药管理制度.....	754
危重新生儿抢救护理制度.....	755
入 NICU 管理制度.....	756
早产儿用氧安全管理制度.....	759
新生儿科定期随访制度.....	760
高压氧治疗室工作制度.....	761
高压氧治疗室安全管理制度.....	763
高压氧治疗室独立操舱人员资质要求.....	764
高压氧治疗室人员准入标准.....	765
高压氧治疗室医护人员资质要求.....	766
处理氧舱内紧急意外情况的措施和方案.....	767
高压氧治疗室危重昏迷患者陪舱治疗制度.....	769
高压氧治疗室控制氧浓度制度.....	771
空气加压氧舱治疗患者进舱告知制度.....	773
高压氧治疗室诊疗活动三级负责制度.....	775
高压氧治疗室心理护理工作制度.....	776
高压氧舱维护人员资质要求.....	777
氧舱设备保养与维修制度.....	778
康复医学科工作制度.....	780
康复医学科住院患者康复治疗的相关规定.....	782
全科医学科工作制度.....	783
中医科工作制度.....	785
发热门诊工作制度.....	786
感染性疾病科工作制度.....	787
生殖医学科生殖医学伦理委员会工作制度.....	788
血液透析室工作制度.....	791
导管室工作制度.....	792
膀胱镜室工作制度.....	794

膀胱镜室消毒隔离制度.....	796
体外碎石室工作制度.....	798
健康体检中心工作制度.....	799
妇儿院区医疗质量与安全保障指导意见.....	801
急危重症妇儿患者主院区住院管理规定.....	804
妇儿院区门诊、急诊发热患者管理办法.....	806
新型冠状病毒肺炎疫情防控期间急危重症发热患者管理办法.....	809
妇儿院区收治“新型冠状病毒肺炎”孕产妇工作方案.....	812

十四、投诉、纠纷管理

医患关系办公室工作制度.....	815
《医院投诉管理办法》实施细则.....	816
病历资料、实物封存程序.....	821
首诉负责制度.....	823
医院投诉管理制度.....	825
医院投诉协调处置相关规定.....	827
医院投诉处理制度及流程.....	830
医疗纠纷处理制度及流程.....	834
职工内部投诉管理办法.....	838
医疗投诉（纠纷）登记制度.....	840
医疗投诉（纠纷）报告制度.....	841
重大医疗差错、事故报告制度及处理流程.....	842
投诉（纠纷）档案管理制度.....	846
医疗投诉（纠纷）案例定期点评与改进制度.....	849
医院投诉（纠纷）分析、评价、持续改进工作制度.....	851
医疗纠纷防范教育培训制度.....	856
医疗投诉（纠纷）相关处罚规定.....	857

医疗投诉（纠纷）处理回访制度.....	859
医疗安全管理制度.....	864
医疗风险防范和控制制度.....	865
医疗投诉（纠纷）防范制度.....	867
医患沟通制度.....	868
医疗投诉（纠纷）处理暨医患关系办公室工作督导检查制度.....	870
院长接待日制度.....	874

十五、医疗服务管理

医疗服务办公室工作制度.....	877
患者回访中心工作制度.....	878
门诊导诊分诊工作制度.....	879
出院患者回访制度.....	880
出院患者随访制度.....	883
住院患者（家属）座谈会制度	885
特定患者定期随访制度.....	886
太平间管理制度.....	888
门诊管理制度.....	889
首问负责制度.....	890
急危重症患者优先处置制度.....	891
门诊挂号和号源管理制度.....	892
门诊预约诊疗工作制度及流程.....	893
门诊流量实时监测制度及门诊高峰时段分流患者方案.....	895
缩短患者诊疗等候时间的措施.....	896
门诊资源利用率最大化的措施.....	897
门诊医疗资源调配方案.....	898
门诊重点区域和高峰时段保障诊疗秩序和连贯性措施.....	899

门诊与辅助科室协调工作制度	900
门诊患者隐私权保护制度.....	901
门诊办公室工作制度.....	902
门诊出诊医师的管理措施.....	903
门诊停替诊管理规定.....	904
提高门诊医生出诊率的奖罚制度.....	905
节假日门诊工作制度.....	906
门诊便民服务措施.....	907
健康促进办公室工作制度.....	909
健康教育与健康促进、健康咨询管理工作规定.....	910
控烟工作制度.....	912
妇儿院区综合管理办公室工作制度.....	914

十一、医疗质量核心制度

文件名称	首诊负责制度				
文件编号	A05-ZD-001-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

首诊负责制度

首诊医师（首诊科室）在为患者实施明确、连续的全流程诊疗管理中发挥着主体作用。为进一步加强医疗质量和患者安全管理，依据原国家卫计委《医疗质量管理办法》、国家卫健委《医疗质量安全核心制度要点释义》、原河北省卫计委、中医药管理局《医疗质量安全核心制度实施细则（试行）》等，结合我院实际，特制定本制度。

一、第一次接诊的医师或科室为首诊医师或首诊科室，首诊医师对患者的检查、诊断、治疗、抢救、转院和转科等工作负责。

二、首诊医师必须详细询问病史，进行体格检查、必要的辅助检查，作出初步诊断和处理，并做好病历记录。

三、对诊断明确的患者，首诊医师及时提出诊治意见，对诊断尚不明确的患者在对症治疗、积极抢救的同时，及时请上级医师或相关科室医师会诊。

四、对急、危、重症患者，首诊医师应积极采取措施进行抢救，如患者不属于本专业疾病或属多科室疾病，应及时邀请相关科室医师会诊并报告科室主任（或副主任），必要时由科室主任（或副主任）向医务处申请组织全院会诊。危重症患者如果需要检查、住院的，首诊医师应陪同或安排医护人员陪同护送，任何科室、任何个人不得以任何理由推诿或拒绝。因医院条件所限，如需要转院的，首诊医师应尽可能与拟转医院联系后再予转院。

五、首诊医师应对特殊需随访患者进行登记、随访。

六、门诊首诊负责制

（一）凡门诊挂号患者，首诊医师均不得拒绝诊治。

（二）非本科室疾病患者，应详细询问病史，进行必要的体格检查，认真书写门诊病历，并耐心介绍其疾病及应去就诊的科室及位置。

（三）涉及多科室疾病患者，应及时请相关科室会诊，严禁推诿。



(四) 门诊就诊患者病情如出现突发性变化, 需要紧急抢救时, 首诊医师应立即采取抢救措施, 同时与急诊科联系。急诊科医师到达后, 首诊医师应与其做好交接工作, 交接完毕后的抢救及转运工作由急诊科医师负责。

七、急诊首诊负责制

(一) 一般急诊患者, 由急诊科护士预检分诊后, 通知急诊科值班医师接诊, 急诊科接诊医师为首诊医师。

(二) 首诊医师对诊断明确的患者积极予以诊疗处置, 对诊治困难的患者, 应及时邀请上级医师或相关科室医师会诊。

(三) 对急、危、重症患者, 首诊医师应立即进行抢救, 同时要求患者陪同人员办理挂号和缴费等手续, 但不得因强调挂号、缴费等手续延误抢救时机。需专科医师参与抢救时通知相关科室值班医师会诊, 在会诊医师到达后, 详细向其介绍患者病情及抢救措施, 抢救期间不得随意离开抢救场所。

(四) 如遇患者病情复杂或突发应急事件且需两个或以上科室协同抢救时, 首诊医师应首先进行必要的抢救, 迅速报告科室主任, 必要时报告医务处(或医院总值班), 由科室主任或医务处(或医院总值班)协调各相关科室医护人员参与抢救。

(五) 经急诊处置或抢救后的急、危、重症患者, 需住院治疗的, 首诊医师应按病种转入相关科室, 相关科室不得以任何理由拒绝收治。

(六) 凡决定收住院或转院治疗的急、危、重症患者, 首诊医师应根据病情及转科、转院的相关规定, 安排医护人员护送到病房或尽可能与拟转诊医院取得联系后再行转送。

八、病区首诊负责制

所有收住各病区的患者均应得到及时的检查、治疗。如发现本科室不能处置的问题应及时请相关科室会诊, 必要时转入相应的科室进行治疗, 并向患者及家属做好解释工作。若伴有本科室相关疾病应负责随诊, 协助继续治疗。

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

文件名称	三级医师查房制度				
文件编号	A05-ZD-002-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

三级医师查房制度

查房指医护人员在病房中对住院患者实施患者评估、制定与调整诊疗方案、观察诊疗效果等医疗活动。为进一步加强三级医师查房管理，保障医疗质量和患者安全，依据原国家卫计委《医疗质量管理办法》、国家卫健委《医疗质量安全核心制度要点释义》、原河北省卫计委、中医药管理局《医疗质量安全核心制度实施细则（试行）》等，结合我院实际，特制定本制度。

一、医院实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。三个不同级别医师中，三级医师可以为正（副）主任医师但不限于正（副）主任医师，二级医师可以为主治医师但不限于主治医师，一级医师可以为住院医师但不限于住院医师。

二、查房前医护人员要做好准备工作，如病历、辅助检查报告单、医学影像资料及所需用的检查器材等。查房时要自上而下逐级严格要求，认真负责。主管医师要简要报告病历、当前病情并提出需要解决的问题。上级医师应根据情况做必要的诊查和病情分析，并明确下一步诊疗意见。

三、急、危、重患者入院 24 小时内要有上级医师查房；一般患者入院后，二级医师 48 小时内完成首次查房，三级医师 72 小时内完成首次查房。

四、三级医师查房规定

（一）查房频次：科主任每周至少组织一次疑难危重或特殊患者查房。三级医师，每周至少查房 2 次；二级医师，每周至少查房 3 次；一级医师，工作日每天至少查房 2 次，休息日每天至少查房 1 次，也可由值班医师代查。对于急、危、重症等特殊患者，适当增加查房频次。

（二）三级医师查房规定：

1. 应有二级医师、一级医师、进修医师、规培医师、实习医师、护士长和有关人员参加。



2. 解决疑难病例，审查新入院及急、危、重症患者的诊疗计划。
3. 决定重大手术、特殊检查治疗、新的治疗方案。
4. 审查医嘱、病历和护理质量，发现缺陷、纠正错误、指导实践。
5. 利用典型、特殊病例进行必要的教学。
6. 听取医师、护士对诊疗护理工作及管理方面的意见，提出解决问题的办法或建议。

（三）二级医师查房规定：

1. 应有一级医师和进修医师、规培医师、实习医师及责任护士参加。
2. 对所管患者分组进行系统查房，确定诊断及治疗方案、手术方式、检查措施，了解病情变化以及疗效判定。
3. 对新入院、诊断不明或治疗效果不好的患者，进行重点检查与讨论，查明原因。
4. 对危重患者应随时进行巡视检查和重点查房，提出切实可行的处理措施，必要时进行夜查房。
5. 疑难或特殊病例应及时向上级医师汇报。
6. 负责检查、指导和修改下级医师书写的病历。
7. 检查医疗记录、诊疗进度及医嘱执行情况、治疗效果，发现问题，及时纠正。
8. 注意听取医护人员和患者对诊疗、护理、生活饮食、医院管理等方面意见和建议。
9. 协助科主任或上级医师决定患者出院、转科、转院等问题。
10. 协助护士长做好病房管理。

（四）一级医师查房规定：

1. 对危重、疑难、待诊断、新入院及手术后患者进行重点检查，发现病情变化及时处理并及时向上级医师汇报。
2. 负责检查、指导和修改进修医师、规培医师、实习医师书写的病历和各种医疗记录及其它医疗文件等。
3. 向进修医师、规培医师、实习医师讲授诊断要点、治疗原则、疗效判定，分析检查、检验报告结果，提出进一步检查或治疗意见。
4. 检查当日医嘱执行情况，给予必要的临时医嘱并开具次晨特殊检查医嘱。
5. 了解患者饮食及生活情况，主动征求患者及家属对医疗、护理和管理方面的意见。

五、护理、药师查房

制定护理、药师查房计划，查房重点突出，具有专业特点，围绕新技术、新项目开展，注重总结经验教训，通过查房，持续改进护理、药事工作质量及管理水平。

文件名称	会诊制度				
文件编号	A05-ZD-003-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

会诊制度

会诊是指出于诊疗需要，由本科室以外或本机构以外的医务人员协助提出诊疗意见或提供诊疗服务的医疗活动。为进一步加强会诊管理，保障医疗质量和患者安全，依据原国家卫计委《医疗质量管理办法》、国家卫健委《医疗质量安全核心制度要点释义》、原河北省卫计委、中医药管理局《医疗质量安全核心制度实施细则（试行）》等，结合我院实际，特制定本制度。

一、会诊分类：按会诊范围分为院内会诊和院外会诊。院内会诊分为科内会诊、科间会诊、全院会诊（多学科会诊）、急诊会诊等。按病情紧急程度分为急会诊和普通会诊。

二、会诊条件：凡遇疑难、危重病例或诊断不明确、涉及其它学科或专业的病例，须及时申请会诊。

三、会诊时限：普通会诊应当在会诊申请发出后 24 小时内完成，急会诊应当在会诊请求发出后 10 分钟内到位。主院区与妇儿院区两院区间急会诊，会诊医师可申请我院 120 救护车派送。

四、会诊人员资质及基本要求

（一）正常工作时间，普通会诊及急会诊要求主治医师及以上人员会诊。非正常工作时间由总住院医师或值班医师按照会诊要求及时完成会诊，根据实际情况请示上级医师指导或由上级医师及时到达现场处理。会诊后，会诊医师负责提出本科室检查、诊断意见及治疗建议。

（二）会诊医师仔细阅读病历，充分了解患者病情，亲自诊查患者，提出需要补充和完善的必要检查、具体诊疗意见和治疗方案，并须详细、规范书写会诊记录。

（三）对疑难病例、诊断不明确或处理有困难的病例，须及时请本科室上级医师指导或协助会诊，必要时请上级医师及时到达现场处理。

（四）会诊过程中要严格执行诊疗规范。院内实施的各类会诊，会诊医师必须现场亲自

诊查患者，不允许以电话、微信等形式会诊。若遇有紧急抢救，会诊医师一时无法在 10 分钟内到达现场时，可在电话中先进行病情交流，随后再到达现场会诊。

五、会诊流程

（一）科内会诊

对较疑难或对科研、教学有意义的病例，可由主管医师主动提出，上级医师或科主任召集本科有关医务人员参加，进一步会诊、讨论、统一诊疗意见。会诊时，由主管医师报告病例并分析诊疗情况，同时准确、完整地做好会诊记录。

（二）科间会诊

1. 门诊会诊：根据门诊就诊患者病情，若需要他科会诊或转专科门诊，接诊医师必须在门诊病历上记录患者的症状、体征、既往病史、初步诊断、会诊目的等。会诊医师应将会诊意见详细记录在门诊病历上，并签署全名和日期。属受邀请会诊科室疾病的，由受邀请会诊医师作进一步处理；不属于受邀请会诊科室疾病的，可回转给邀请科室或建议提请其他有关科室会诊。

2. 病房会诊：根据住院患者病情，需要申请其他科室会诊，协助明确诊断或指导治疗。申请科室必须严格掌握会诊指征，明确会诊目的及要求，提供简要病史、症状、体征、必要的检查、检验结果；原则上，会诊请求人员应当陪同完成会诊，以便随时介绍病情，听取会诊意见，共同研究治疗方案。受邀请科室安排熟悉本专业理论及技术操作，有一定临床经验、责任心强、态度认真的总住院或二级及以上医师，在规定时限内完成会诊。会诊医师应认真负责，如遇疑难或复杂病例，立即请上级医师指导或协助会诊，尽快提出会诊意见，并书写会诊记录。不得敷衍了事，不得推诿扯皮延误治疗。

3. 科室间会诊意见不一致时，须分别请示本科室上级医师，直至科室三级医师或科主任。如仍不能达成一致，上报医务处或医院总值班协调解决。

（三）全院会诊（多学科会诊）

对危、重、疑难、特殊病例或涉及多学科需院内多个科室会诊的，必须先行科室内讨论，明确会诊理由和会诊目的后，由科室向医务处提出申请。医务处负责组织专家并根据申请会诊科室需要参与会诊；申请科室主任主持讨论，申请科室负责将患者病历摘要送达参加会诊讨论的专家；申请会诊科室的主任（或副主任）、主管医师须参加会诊讨论，讨论过程中，主管医师将讨论内容记录在《疑难病例讨论记录本》上。会诊结束后，主管医师及时书写标



题为“多学科会诊记录”的病程记录，同时书写“疑难病例讨论记录”专页，科室对会诊讨论作出总结并制定下一步诊疗方案。

（四）急诊会诊

对本科难以处理急需其他科室协助诊治的急、危、重症患者，由经治（主管）医师提出急会诊申请，并同时上报本科室上级医师，电话通知会诊科室，并在电子病历（医嘱）系统选择急会诊。申请医师应争分夺秒对患者实施抢救。会诊医师应在接到急会诊请求后 10 分钟内到达现场进行会诊。申请会诊和到达会诊时间均应记录到分钟。如遇疑难或复杂病例，应立即请上级医师指导或协助会诊，及时出具诊疗意见。申请医师必须在现场，配合会诊及抢救工作。

（五）院外（含远程）会诊。

院外（含远程）会诊分为邀请外院专家来院（或远程）会诊和本院医师外出（或远程）会诊。院外会诊由医务处负责主导，按相关制度执行。

文件名称	分级护理制度				
文件编号	A05-ZD-004-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

分级护理制度

护理分级是指患者在住院期间，医护人员根据患者病情和（或）自理能力进行评定而确定的护理级别。参照中华人民共和国卫生行业标准《护理分级》WS/T431-2013、国家卫健委《医疗质量安全核心制度要点释义》、原河北省卫计委、中医药管理局《医疗质量安全核心制度实施细则（试行）》，结合我院实际，特制定本制度。

一、患者入院后，医护人员根据患者病情和（或）自理能力共同确定护理级别。护理级别分为特级护理、一级护理、二级护理和三级护理四个级别。

二、医护人员应根据患者病情和（或）自理能力的变化动态调整护理级别。

三、科室应根据患者护理分级安排具备相应能力的护士。责任护士根据患者的护理分级和医师制定的诊疗计划，为患者提供基础护理服务和护理专业技术服务。

四、护士应根据患者的护理级别做好信息一览表及床头卡护理级别标识：特级护理为橙色、一级护理为红色、二级护理为蓝色、三级护理为黄色。

五、分级依据及护理要点

（一）特级护理

1. 分级依据：符合以下情况之一，可确定为特级护理

- （1）维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者。
- （2）病情危重，随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者。
- （3）各种复杂或大手术后，严重创伤或大面积烧伤的患者。

2. 护理要点

（1）严密观察患者病情变化，随时测量体温、脉搏、呼吸、血压，保持呼吸道及各种管道的通畅，并依据病情变化和护理过程随时记录。

（2）根据医嘱，正确实施治疗、给药及护理措施。



(3) 准确测量、记录出入量。

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

(5) 保持患者的舒适和功能体位。

(6) 实施床旁交班。

(二) 一级护理

1. 分级依据：符合以下情况之一，可确定为一级护理

(1) 病情趋向稳定的重症患者。

(2) 病情不稳定或随时可能发生变化的患者。

(3) 手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者。

(4) 自理能力重度依赖的患者。

2. 护理要点

(1) 每小时巡视患者，观察患者病情变化。

(2) 根据患者病情，定时测量体温、脉搏、呼吸（每日至少四次）、血压（每日至少1次或根据医嘱）。

(3) 根据医嘱，正确实施治疗、给药及护理措施。

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

(5) 提供护理相关的健康指导。

(三) 二级护理

1. 分级依据：符合以下情况之一，可确定为二级护理

(1) 病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖的患者。

(2) 病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者。

(3) 病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

2. 护理要点

(1) 每2小时巡视患者，观察患者病情变化。

(2) 根据患者病情，测量生命体征。

(3) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。

(4) 根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施。

(5) 提供护理相关的健康指导。

(四) 三级护理

1. 分级依据：病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无需依赖的患者，可确定为三级护理。

2. 护理要点

(1) 每 3 小时巡视患者，观察患者病情变化。

(2) 根据患者病情，测量生命体征。

(3) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。

(4) 提供护理相关的健康指导。

四、自理能力分级

(1) 分级依据：采用 Barthel 指数评定量表（附 1）对日常生活活动进行评定，根据 Barthel 指数总分，确定自理能力等级。

(2) 分级：对进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯 10 个项目进行评定，将各项得分相加即为总分。根据总分，将自理能力分为重度依赖、中度依赖、轻度依赖和无需依赖四个等级（附 2）。

附：1. Barthel 指数评定量表

2. 自理能力分级表

附 1

Barthel 指数评定量表

序号	项目	完全独立	需部分帮助	需极大帮助	完全依赖
1	进食	10	5	0	-
2	洗澡	5	0	-	-
3	修饰	5	0	-	-
4	穿衣	10	5	0	-
5	控制大便	10	5	0	-
6	控制小便	10	5	0	-
7	如厕	10	5	0	-
8	床椅转移	15	10	5	0
9	平地行走	15	10	5	0
10	上下楼梯	10	5	0	-

附 2

自理能力分级表

自理能力等级	等级划分标准	需要照护程度
重度依赖	总分 \leq 40 分	全部需要他人照护
中度依赖	总分 41—60 分	大部分需要他人照护
轻度依赖	总分 61—99 分	少部分需要他人照护
无需依赖	总分 100 分	无需他人照护

文件名称	值班和交接班制度				
文件编号	A05-ZD-005-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

值班和交接班制度

规范实施值班和交接班是医院及医务人员为患者提供规范性、连续性、整体性、有效性诊疗服务的重要保障。为进一步加强医疗质量和患者安全管理，依据原国家卫计委《医疗质量管理办法》、国家卫健委《医疗质量安全核心制度要点释义》、原河北省卫计委、中医药管理局《医疗质量安全核心制度实施细则（试行）》等，结合我院实际，特制定本制度。

一、医院总值班、临床、医技、护理以及提供诊疗支持的信息中心、安全保卫处等科（处）室实施 24 小时值班管理。

二、基本要求：

（一）各科（处）室要及时将本科（处）室排班表抄报相应主管部门备案，主管部门定期向全院公布排班情况。

（二）值班人员提前到岗，与上一班值班人员做好工作交接，规范书写交接班记录专册并签字确认。

（三）各级值班人员严格履行岗位职责，及时、规范、有效处理各项工作事务。值班期间应保持通讯通畅，不得擅自离岗，休息时在指定的地点休息。

（四）依据值班和交接班岗位类别和工作特点，实施分类管理。

三、值班与交接班管理

（一）医院总值班值班与交接班管理

1. 院办公室负责总值班排班、调班等日常管理工作。

2. 总值班人员为各职能处室处长（主任）、副处长（副主任）。

3. 总值班有权按照《总值班工作流程》负责协调处理非正常工作时间全院医务、行政等各类临时和应急事务，及时传达、处理上级指示和紧急通知，签收上级文件，承接未办事项，按照职责和程序启动并执行各类应急预案。

4. 总值班人员须按时到总机室进行交接班，详细填写值班日志。总机室人员负责监督值班人员到岗签到、值班日志交接及当班时间的提醒。

5. 值班期间发生的各项事务要及时处理，未办结事务要向下一班交接，保证衔接办结；应到现场处理的事务必须到场处理，不得以任何理由推诿或延误。

6. 值班期间要严格落实重大事项请示报告制度，重要事务除交班外还须向主管院领导和院办公室报告。

7. 总值班期间必须在岗，保持通讯畅通，遇到现场处理事务时须将总值班电话呼叫转移至总机室。认真履行职责，严禁脱岗，未经院办公室同意不得擅自替班、换班，不允许非总值班人员替班。

（二）临床科室及医技科室值班与交接班管理

1. 临床科室医师值班管理要点：

（1）所有住院病区实行 24 小时值班，值班医师必须为注册在我院的执业医师。

（2）依据临床工作需要设一线、二线值班医师，可依据科室床位规模和收治患者情况，单独或联合值班；可根据本专业工作需要，安排三级医师担任三线值班。

（3）各级医师要严格按照排班表轮流值班。如确有特殊情况需要调换值班者，调换双方必须协调清楚，并报科主任同意后方可换班。

（4）值班医师工作要点：

①负责各项临时性医疗工作和患者病情变化的临时处理，对急诊入院的患者及时诊查、书写病历及各项医疗文书，给予必要的医疗处理；若需紧急救治，应积极参与；值班期间开展的所有诊疗活动要按照规定及时记入病历。

②值班医师应严格执行逐级请示报告制度，对危重患者及时请示上级医师，必要时请相关科室会诊；对不能自行解决的疑难问题必须及时报告上级医师或科主任。

③值班医师夜间必须在病区留宿，不得擅自离开；患者或家属反映病情时，应及时予以解答或处理，必要时查看患者；护理人员请查看患者时，应立即前往巡视，不得未诊视患者而直接下口头医嘱；一线值班医师如因公必须离开病区时，必须向二线医师及值班护士说明去向及联系方式，并保持联络，完成任务后及时返回；各级值班医师值班期间必须保持通讯畅通，随叫随到。

2. 临床科室医师交接班管理要点：

(1) 交班医师在交班前, 规范填写《医师交接班记录本》专册, 重点记录内容包括但不限于: 新入院患者诊疗情况 (特别是诊断未明确或评估后病情不稳定患者); 急危重症患者诊疗情况; 死亡患者的抢救情况; 当日接受手术及侵入性操作患者诊疗情况; 当日检查、检验危急值的患者诊疗情况。

(2) 接班医师应提前到岗, 接受前一班各级医师交办的医疗工作; 交接班时, 应巡视病房, 对四级手术患者手术当日和危重患者等重点患者, 做好床旁交接班; 交班医师和接班医师在《医师交接班记录本》专册上共同签字确认。

3. 临床科室晨会集体交接班管理要点:

(1) 住院病区每日晨会集体交接班一次, 由科室主任主持, 病区全体医护人员参加, 切实保障患者信息的及时、高效的沟通和交流。

(2) 一线值班医师汇报的主要内容包括: 新收 (包括转入) 患者数量及病情概要, 包括简要病史、体征、辅助检查结果、入院诊断等; 新收危重患者主要病史、体征、辅助检查结果、入院诊断、诊疗经过、病情转归、注意事项等; 死亡患者的抢救、死亡原因及死亡诊断等; 原有危重患者的病情变化、处理经过、转归、注意事项等; 原有普通患者的特殊情况; 围手术期患者情况, 含术后患者、当天拟手术患者情况等。

(3) 交班医师要向接班医师或主管医师交接危重患者情况及待处理的工作及其他需要说明的事项; 重点情况应向上级医师特别说明。

(4) 如设置二线 (三线) 值班医师, 由二线 (三线) 值班医师对一线值班医师交班内容进行补充或更正, 简要分析危重患者病情。

(5) 科主任根据交接班情况, 予以点评和布置工作。

4. 医技科室医师 (技师) 值班与交接班管理

检验科、放射医学影像科、超声诊断科、心电诊断科、药剂科等医技科室, 以保障医疗质量和患者安全为核心, 以满足临床实际诊疗工作需要为中心, 依据科室工作特点、人力资源配置等规范做好值班和交接班工作, 并建立人员紧急调配机制, 切实保证临床诊疗工作的有序开展。

(三) 护士值班与交接班管理

1. 护理人员值班管理要点:

(1) 值班护士必须具备注册在本院的护士执业资格, 且经科室相关培训考核合格, 由

病区护士长报护理部进行资质准入审批后方可单独值班。

(2) 护士长负责本科室护理人员的排班工作，护士实行 24 小时值班制。

(3) 值班护士必须坚守工作岗位，履行岗位职责，仪表端庄，着装整齐。禁止护士因非工作原因在医办室、值班室、休息室等地逗留，禁止从事与本岗位无关的活动。

(4) 值班人员必须按时交接班，未经交接班，值班护士不得擅自离开岗位，以确保诊疗、护理工作不间断。

(5) 值班护士应按照护理级别要求巡视患者，掌握病区患者的情况，发现病情变化要及时向值班医生报告。

(6) 一名护士值班时，如遇特殊医嘱（输血或特殊药物）需要两人核对时，需请值班医生协助核对无误后方可执行。

(7) 在突遇护理工作量骤增，本班护理人员难以应对时，值班护士应及时向护士长汇报，护士长立即按照科室人力资源调配方案进行调配，协助完成相应工作，保证护理质量及患者安全。

(8) 值班护士负责病区及陪护人员管理，遇到可疑人员或突发事件应及时向护士长、科室主任或总值班报告（非正常工作时间）。

(9) 爱护、保护本科室医疗设施、设备，如有损坏、挪用等现象要及时查清、制止或报告上级。

2. 护理人员交接班管理要点：

(1) 护理人员必须按时交接班，值班者应及时完成各种护理记录，检查各项工作完成情况，防止错误或遗漏。

(2) 接班者应提前 15 分钟到科室，阅读交班报告及护理记录、清点仪器设备、备品药等，接班者未接清楚之前，交班者不得离开岗位。

(3) 交班中如发现病情、治疗不清及器械、药品数量不符时，接班者应立即查问。接班时发现问题由交班者负责，接班后发现问题，由接班者负责。

(4) 正常工作日时间，病区每日早集体交接班一次，其他时间交班由当班护士负责，并与接班护士按照规定程序认真交接。

(5) 交接内容及要求

①交清住院患者总数，出院、转科（院）、死亡人数，以及新入院、特级护理、一级护

理、手术（分娩）、陪护人数。

②交接新入院、危重、抢救、分娩、手术前后患者病情变化及治疗护理完成情况，以及特殊检查、特殊治疗、特殊用药患者的医嘱执行情况，对尚未完成的工作，应向接班者特殊交代清楚。

③床头交班重点查看新入院、危重、抢救、手术等患者的病情，包括患者的生命体征、液路、皮肤、各种引流管情况等基础护理及专科护理完成情况。

④交接班者共同巡视、检查病房管理制度落实情况，保持病区环境清洁、整齐、安静、安全。

⑤晨会后护士长安排讲评、提问，布置当日工作重点及应改进的问题，一般不超过 15 分钟。

（四）信息中心值班与交接班管理

1. 值班人员应严格按照排班表进行值班，严格遵守值班时间，不得擅自离开岗位；非本部门工作人员，未经许可不得参与值班。

2. 值班人员必须认真监测机房网络服务器、空调等设备运行情况，及时处理故障问题。未经主管负责人批准，不得擅自更改服务器和网络配置及信息。

3. 值班人员及时接听报修电话，通过电话指导不能解决问题时要在 10 分钟以内到达现场解决问题。到达现场后仍不能解决问题时及时报告科室软件维护主管人员，科室软件维护主管人员要在在 40 分钟内到达现场解决问题。

4. 值班期间出现紧急情况或重大故障，值班人员应及时通知科室主管人员及科主任，并认真做好值班记录。

5. 值班人员严守工作行为规范，严禁值班期间从事其它一切与值班无关事务。

6. 接班人员按时到岗，与交班人员对当班期间发生的情况和待完成工作等进行交接并录入交接班系统。

7. 在交接班中若发生设备故障，由交班人员负责处理，接班人员做好协助，故障处理完毕后交班人员方可离开。

（五）监控室值班与交接班管理

1. 值班人员应严格按照排班表进行值班，严格遵守值班时间，不得擅自离开岗位；严禁与工作无关人员进入监控室。

2. 值班人员实时监视监控画面，及时发现问题并按照有关程序处理，如遇重大特殊事件及时向主管领导报告。

3. 值班人员严守工作行为规范，严禁值班期间从事其它一切与值班无关事务。

4. 严禁在监控设备上运行非系统设备配置的其他软件，严防病毒侵入。

5. 未经领导批准，不得任意改变系统工作状态或关闭设备，不得随意切断电源或关机。

6. 严格遵守监控资料调看规定、隐私保护措施等规章制度。

7. 接班人员提前到岗，交接双方执行当面交接。不得出现单人交接班，不得电话交接。

交班人员交接前对当班发生的情况做好记录并签字。

8. 交班人员对当班发生的重大情况和未尽事宜要向接班人员交代清楚，交待需要注意的问题，凡院领导交办的重要事项，原则上由原办人办理完毕。

9. 接班人因特殊情况不能及时到岗，应向本科室领导请示后换班。

文件名称	疑难病例讨论制度				
文件编号	A05-ZD-006-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

疑难病例讨论制度

规范开展疑难病例讨论，对于妥善解决患者诊疗中需要处理的医疗问题、提升医院整体技术水平和诊疗能力、及时发现并妥善处理非医源因素的风险和隐患具有重要的推动作用。为进一步规范疑难病例讨论，保障医疗质量和患者安全，依据原国家卫计委《医疗质量管理办法》、国家卫健委《医疗质量安全核心制度要点释义》、原河北省卫计委、中医药管理局《医疗质量安全核心制度实施细则》等，结合我院实际，特制定本制度。

一、疑难病例讨论范围包括但不限于出现如下情形的患者：住院7天未明确诊断或诊疗方案难以确定病例；住院时间超过30天病例；疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效病例；住院期间不明原因的病情恶化或出现严重并发症病例；病情危重需要多学科协作抢救病例；病情复杂、涉及多个学科或者疗效极差的复杂疑难病例；涉及多脏器严重病理生理异常者、涉及重大手术治疗病例；重大疑难手术病例；非计划再次住院和非计划再次手术病例；院内感染等经积极抢救仍未脱离危险、病情仍不稳定病例；有医疗争议倾向病例。

二、疑难病例讨论管理要点：

（一）组织实施：

1. 一般情况下，由科主任组织并主持，全科人员参加，必要时邀请相关科室专家参加；
2. 特殊情况下，由医务处组织、科主任主持，必要时邀请院外专家参加及主管院长指导；
3. 讨论成员至少有2人具备主治医师及以上专业技术职务任职资格，切实保障讨论内容的全面性和科学性。

（二）讨论流程：

1. 讨论前。主管医师将相关医疗资料收集完备，必要时提前将病例资料整理提交给参加讨论人员。

2. 讨论中：

(1) 由主管医师负责报告病例、提出讨论目的及意见；上级医师补充病史、分析病情；参加讨论人员逐级提出诊疗意见；主持人做病历讨论总结，并根据讨论情况确定进一步诊疗方案。

(2) 讨论内容由主管医师实施《疑难病例讨论记录本》专册记录，内容包括但不限于：患者基本信息、讨论时间、地点、参加人员（其他科室人员注明学科、职称）、主持人、记录人、讨论过程中各发言人发言要点、讨论结论（重点为后续诊疗方案）、参加讨论人员签字、主持人审核签字。

3. 讨论后：

(1) 主管医师当天书写疑难病例讨论后病程记录，对本次讨论做出总结和提出下一步诊疗方案，并由上级医师审核签字。

(2) 如科室讨论后诊断仍不明确，需提请医务处组织全院会诊或院外会诊进行讨论。

文件名称	急危重症患者抢救制度				
文件编号	A05-ZD-007-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

急危重症患者抢救制度

急、危、重症患者抢救指为控制病情、挽救生命，对急、危、重症患者进行抢救的医疗行为。为进一步加强急、危、重症患者抢救管理，提高抢救成功率，保障医疗质量和患者安全，依据原国家卫计委《医疗质量管理办法》、国家卫健委《医疗质量安全核心制度要点释义》、原河北省卫计委、中医药管理局《医疗质量安全核心制度实施细则》等，结合我院实际，特制定本制度。

一、急、危、重症患者包括但不限于出现以下情形的患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。

二、急、危、重患者的抢救工作，一般由科主任或三级医师负责组织并主持抢救工作。科主任或三级医师不在时，由现场级别和年资最高的医师主持抢救工作，但必须及时通知科主任或三级医师，特殊患者或需多学科协同抢救的患者，应及时上报医务处或医院总值班，以便组织有关科室共同抢救。

三、当患者出现生命危险时，医生未到之前，护士应根据病情给予必要的抢救措施，如及时给氧、吸痰、测量血压、建立静脉通道、辅助通气和心脏按压等。

四、参加抢救人员必须分工明确，紧密配合，听从指挥，坚守岗位，严格执行各项规章制度和各种疾病的抢救规程，确保抢救工作及时、快速、准确。

五、抢救人员必须熟练掌握各种器械、仪器的性能及使用方法和各种抢救操作技术，严密观察患者病情，准确、及时记录用药剂量、方法及患者状况。

六、对于病情危重患者要填写《病危（病重）通知书》，及时、认真向患者家属讲明病情及预后，取得家属的配合并签字。《病危（病重）通知书》要一式两份，一份放入病历中，一份交患者家属。

七、在抢救急、危、重症患者时，医生下达口头医嘱要求准确、清楚，护士在执行口

头医嘱时必须复述一遍，并与医师核对无误后执行。在抢救过程中要做到边抢救边记录，记录时间应具体到分钟。抢救结束后，应当即刻据实补记抢救相关医嘱，6小时内将抢救记录记入病历，主持抢救的人员应当审核并签字。

八、群体性事件、突发事件或特殊人群的急危重症患者，除积极进行抢救以外，要执行特殊情况报告制度。

九、符合绿色通道抢救范围的患者，确保优先救治。

十、各职能处室做好抢救人员、设备、药品及其他物资等储备及统一调配工作。

十一、抢救结束后，做好药品、器械清理消毒工作，及时补充抢救车药品、物品，并处于备用状态。

文件名称	术前讨论制度				
文件编号	A05-ZD-008-04			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

术前讨论制度

术前讨论指在患者手术实施前，医师必须对拟实施手术的手术指征、手术方式、预期效果、手术风险和处置预案等进行讨论的医疗行为。为进一步加强围手术期管理，保障手术质量和手术安全，依据原国家卫计委《医疗质量管理办法》、国家卫健委《医疗质量安全核心制度要点释义》、原河北省卫计委、中医药管理局《医疗质量安全核心制度实施细则》等，结合我院实际，特制定本制度。

一、除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外，所有住院手术病例均应进行术前讨论，参加手术的医师（术者、助手）必须参加。

二、术前讨论应在术前72小时内组织进行，术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。主管医师应在讨论前做好各项准备工作，负责在讨论中汇报病情，提供相关资料、记录讨论意见。

三、术前讨论由科主任或主任（副主任）医师主持（重大及新开展手术必须由科主任主持），手术医师、护士长及有关人员参加，必要时请麻醉医师或相关科室专家参加。患者手术涉及多学科或存在可能影响手术的合并症的，邀请相关科室参与讨论，特殊病例也可请医务处或主管院长参加。邀请外院专家作为术者的，术前讨论中应有外院专家发言记录。

四、讨论内容包括但不限于：诊断和诊断依据；手术指征和手术禁忌症；患者病情评估，术前准备情况；拟行手术方式及麻醉方式；术中、术后可能发生的困难与意外，以及防范应对措施；是否需要分次完成手术以及手术替代方案；术后护理、并发症的预防和处理；与患者及家属的沟通情况等。

五、术前讨论记录由主管医师填写“术前讨论记录”病历专页，记录内容包括一般项目（讨论时间、地点、主持人、记录人、参加人员姓名及专业技术职务）、术前准备情况、手术指征、手术方案、替代方案、可能出现的意外及防范措施，具体讨论意见及主持人小结性意见、

记录人签名等，主持人必须审签。

六、术前讨论后因病情发生变化暂停手术者术前应再次进行讨论，并做好记录。

七、急诊手术时，为抢救患者赢取时间可不进行术前讨论，但术者术前查看患者记录中应体现相应内容。

文件名称	死亡病例讨论制度				
文件编号	A05-ZD-009-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

死亡病例讨论制度

规范开展死亡病例讨论对于全面梳理诊疗过程、总结和积累诊疗经验、不断提升诊疗服务水平有着重要的意义。为进一步加强医疗质量和患者安全管理，依据原国家卫计委《医疗质量管理办法》、国家卫健委《医疗质量安全核心制度要点释义》、原河北省卫计委、中医药管理局《医疗质量安全核心制度实施细则（试行）》等，结合我院实际，特制定本制度。

一、死亡病例须在患者死亡后一周内进行讨论，尸检病例在尸检报告出具后一周内必须再次讨论。特殊死亡病例根据实际情况及时讨论。

二、讨论由科主任或（副）主任医师主持，科室医务人员参加。必要时医务处参加科室讨论或组织全院讨论。

三、死亡病例讨论由主管医师汇报病例。负责抢救的经治医师汇报抢救经过。主治医师补充诊治过程，分析死因，指出可能存在的问题。其他医务人员分别对诊治过程中的经验和不足进行分析。科主任、三级医师重点对诊断、治疗、死因和存在的不足等进行全面、深入分析，提出改进意见和措施。最后由主持人进行归纳、总结。

四、记录内容包括：讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、记录者的签名等。

五、讨论由主管医师负责记录，主持人审签，并将讨论记录归入病历。主管医师负责将讨论结果记录于《死亡病例讨论记录本》中。

六、科室每季度对死亡讨论病历进行汇总分析，报送医务处。医务处对全部死亡病例进行汇总分析，并提出持续改进意见。

文件名称	查对制度				
文件编号	A05-ZD-010-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

查对制度

医务人员对医疗行为、医疗器械、设施、药品等规范实施复核查对对防止医疗差错、保障患者安全有着重要的意义。为进一步加强医疗质量和患者安全管理，依据原国家卫计委《医疗质量管理办法》、国家卫健委《医疗质量安全核心制度要点释义》、原河北省卫计委、中医药管理局《医疗质量安全核心制度实施细则（试行）》等，结合我院实际，特制定本制度。

一、临床及相关科室查对制度

（一）医嘱查对制度

1. 医生开具医嘱、处方或进行诊疗时，应查对患者姓名、年龄、病案号（登记号）等信息。
2. 护士处理医嘱时，应认真阅读医嘱内容，检查医嘱是否规范准确，确认无误后执行并签名及执行时间。对有疑问的医嘱须与医生确认，无误后方可执行。
3. 在抢救或手术中执行口头医嘱，执行者须复述药名、剂量、给药途径，经医生确认无误后方可执行。并暂时保留用过的空安瓿至抢救结束，经两人核对无误，医嘱补写完毕后，方可弃去。

4. 各班护士应查对本班及上一班医嘱，护士长每周组织总查对一次。

（二）给药查对制度

1. 护士清点药品时和使用药品前，应检查药品质量，有无变质、混浊、沉淀、絮状物等，瓶口有无松动、裂痕，查看有效期/批号，如不符合要求或标签不清者，一律不得使用。
2. 通过各种途径进行药物治疗必须严格执行“三查八对一注意”。“三查”：给药前查、给药中查、给药后查，“八对”：对姓名、病案号、药名、剂量、浓度、时间、用法及药品有效期，“一注意”指注意用药后反应。
3. 凡需做过敏试验的药物，在试验前应详细询问有无过敏史，试验结果应由执行者和复核者双签字，皮试阴性方可应用。

4. 使用麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品等特殊管理药品及高警示药品时，应严格

执行相关规定，双人核对无误后方可执行。

5. 同时使用多种药物时，应注意配伍禁忌。

6. 执行给药时，如患者提出疑问，应及时查对无误后方可执行。

（三）输血查对制度

采集交叉配血标本、取血、输血全过程应由有执业资格的医护人员负责，严禁无执业资格的人员独立操作。

1. 交叉配血标本采集查对

（1）采集交叉配血标本前，双人核对医嘱及输血申请单上各项信息，确保无误后方可采血。

（2）采集交叉配血标本时，护士应严格查对患者床号、姓名、性别、年龄、病案号、科室与输血申请单上的患者信息是否一致，采集完成后，在输血申请单上注明采血时间及采集者签名。

（3）同时有两名以上患者需采集血标本时，应严格遵守“一人一次一管”的原则，严禁同时采集两名及以上患者血标本。

（4）医务人员将交叉配血标本及输血申请单送至输血科，与输血科工作人员共同核对相关信息。

2. 发血取血查对

（1）血型鉴定和交叉配血试验时，输血科工作人员执行“双查双签”，一人值班时，操作完毕后再复核一次。

（2）取血时，科室取血人员应与输血科工作人员共同按“三查八对”内容进行核对（三查：血液有效期、血液质量、血液包装，八对：患者姓名、床号、病案号、血型、血量、血袋号、血液种类、交叉配血试验结果），确认无误后方可取血并记录。

3. 输血过程查对

（1）输血前，由两名医护人员在治疗室共同核对血袋标签各项内容、血袋外包装及血液质量等。

（2）输血时，由两名医护人员携病历、输血记录及交叉配血报告单共同到患者床旁，按输血“三查八对”要求认真核对，确定无误后进行输血，并在医嘱单、输血记录单上双签字。输血时须注意观察，确保输血安全。

(3) 输血完毕后将血袋及时送回输血科。

(四) 检验标本采集查对

医护人员在采集检验标本时应认真查对患者床号、姓名、性别、年龄、病案号、检验项目及特殊检验前准备完成情况等。

(五) 其他诊疗操作查对

医护人员在进行其他诊疗操作时，应查对患者身份、诊疗操作项目内容、部位、时间、有无操作禁忌症、诊疗用品质量、有效期等。

二、手术室和介入手术室查对制度

(一) 接手术患者时，手术室护士与病区责任护士共同核对患者科室、床号、姓名、性别、年龄、病案号、诊断、手术名称、手术部位标识及术前准备完成情况等，认真填写《手术患者交接护理记录单》并签字。

(二) 手术患者在实施麻醉前、手术开始前、离开手术室前应由手术医生、麻醉医生、手术室护士按照《手术安全核查表》内容逐项进行三方核查并签字。

(三) 手术室护士应查对无菌包外信息、灭菌指示带、包内灭菌指示卡显示灭菌效果是否合格，查看手术器械是否齐全、适用。

(四) 凡涉及体腔或深部组织的手术，器械护士、巡回护士在手术开始前、关闭体腔前、关闭体腔后、皮肤完全缝合后共同清点手术台上所有器械、敷料和物品等。

(五) 手术标本应由手术医生与器械护士、巡回护士共同确认后，随同病理申请单由专职人员送检，并与病理科工作人员核对交接后签字。

(六) 对手术使用的各种体内植入物，由手术室护士逐项核对其标示内容及有效期，手术医生确认植入物种类及规格型号。

三、药剂科查对制度

(一) 调剂处方时，执行“四查十对”：查处方、对科室、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。

(二) 发药时，执行“四查一交代”：查对药名、规格、剂量、用法与处方内容是否相符；查对标签（药袋）与处方内容是否相符；查药品包装是否完好、药品有无变质，是否在有效期内；查对姓名、年龄；交待用法、用量及注意事项。

四、检验科查对制度



(一) 采集标本时，要查对患者身份、检验项目。

(二) 接收标本时，查对科室、姓名、年龄、病案号、性别、条形码（或登记号）、标本数量和质量。与临床科室交接标本时，双方确认后使用 LIS 系统签收。

(三) 检验时，查对试剂、项目与标本是否相符并评价标本质量。

(四) 发报告时，准确核对患者科室、姓名、病案号及检验项目，审核者审核签字后发出报告。

五、病理诊断科查对制度

(一) 收集标本时，查对姓名、年龄、病案号、性别、科室、条形码、标本、固定液，确认后双方共同签字。

(二) 制片时，查对编号、标本种类、切片数量和质量。

(三) 诊断时，查对编号、标本种类、临床诊断、病理诊断。

(四) 发放报告时，凭领取单核对后签字领取。

六、医学影像科（含心电诊断科、神经诊断科、CT、MRI、ECT、超声诊断科等）

1. 检查时，查对检查项目，姓名、年龄、科室、病案号 / 登记号、部位、目的等。

2. 治疗时，查对治疗项目，姓名、年龄、科室、部位、条件、时间、角度、剂量等。

3. 使用造影剂时，执行药品查对制度。

4. 发报告时，查对患者身份。

七、消毒供应室

(一) 清点回收器械包时，查对器械、器具的名称、规格、数量及性能。

(二) 灭菌后物品卸载时，查对包外胶带变色与批量监测是否合格、包外信息（器械包名称、灭菌日期、失效日期、灭菌锅号、锅次、包装者）是否齐全，查对灭菌是否合格（压力、温度、时间等灭菌参数、包外指示物及批量监测），核查有无湿包及破损，有则不应储存与发放。

(三) 发放器械包时，查对器械包所属科室名称，确认无菌物品的有效性及包装完好性。灭菌物品包装的标识应注明物品名称、灭菌日期、失效日期、灭菌器编号、灭菌批次及包装者姓名等内容，灭菌效果的监测符合规范要求。核查封包是否严密，保持闭合完好性。

(四) 发放植入物时，应查对生物监测结果，合格后方可发放。紧急情况下灭菌植入物时，使用含第 5 类化学指示物的生物 PCD 进行监测，化学指示物合格可提前放行，生物监测结果应及时通知使用部门。

文件名称	手术安全核查制度				
文件编号	A05-ZD-011-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

手术安全核查制度

手术安全核查是落实手术实施过程“正确的患者、正确的麻醉、正确的手术部位、正确的手术方式”4个基本要求的必要手段。为进一步规范手术安全核查管理，保障手术质量和手术安全，依据原国家卫计委《医疗质量管理办法》、国家卫健委《医疗质量安全核心制度要点释义》、原河北省卫计委、中医药管理局《医疗质量安全核心制度实施细则（试行）》等，结合我院实际，特制定本制度。

一、手术安全核查是由具有执业资质的手术医师、麻醉医师和手术室护士三方（以下简称三方），分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，共同对患者身份和手术部位等内容进行核查的工作。

二、本制度适用于各级各类手术，其他有创操作可参照执行。

三、手术患者均应配戴标示有患者身份识别信息的标识以便核查。

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

五、实施手术安全核查的内容及流程。

（一）麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。

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

（三）患者离开手术室前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方

式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。

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

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

八、三方确认后分别在《手术安全核查表》上签名。

九、住院患者《手术安全核查表》应归入病历中保管，非住院患者《手术安全核查表》由手术科室负责保存 15 年。

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

十一、医务处应加强对本机构手术安全核查制度实施情况的监督与管理，提出持续改进的措施并加以落实。

承德市中心医院手术安全核查表

姓名 性别 年龄 科别 床号 病案号

麻醉方式： 术者： 手术日期：

拟施手术方式：

实施手术方式：

1. 麻醉实施前	2. 手术开始前	3. 患者离开手术室前
患者姓名、性别、年龄正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	患者姓名、性别、年龄正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	患者姓名、性别、年龄正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
手术方式确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	手术方式确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	实际手术方式确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
手术部位与标识正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	手术部位与标识确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	手术用药、输血的核查 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
手术知情同意： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	手术、麻醉风险预警： 手术医师陈述： 预计手术时间 <input type="checkbox"/>	手术用物清点正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
麻醉知情同意： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	预计失血量 <input type="checkbox"/>	手术标本确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
麻醉方式确认： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	手术关注点 <input type="checkbox"/>	皮肤是否完整： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
麻醉设备安全检查完成： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	其它 <input type="checkbox"/>	各种管路： 中心静脉通路 <input type="checkbox"/>
皮肤是否完整： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	麻醉医师陈述： 麻醉关注点 <input type="checkbox"/>	动脉通路 <input type="checkbox"/>
术野皮肤准备正确： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	其它 <input type="checkbox"/>	气管插管 <input type="checkbox"/>
静脉通道建立完成： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	手术护士陈述： 物品灭菌合格 <input type="checkbox"/>	伤口引流 <input type="checkbox"/>
患者是否有过敏史： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	仪器设备良好 <input type="checkbox"/>	胃管 <input type="checkbox"/>
抗菌药物皮试结果： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	术前术中特殊用药情况 <input type="checkbox"/>	尿管 <input type="checkbox"/>
术前备血： 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	其它 <input type="checkbox"/>	其他 <input type="checkbox"/>
假体 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	是否需要相关影像资料： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	患者去向： 恢复室 <input type="checkbox"/>
体内植入物 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>		病房 <input type="checkbox"/>
影像学资料 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>		ICU病房 <input type="checkbox"/>
其他： <input type="checkbox"/>		急诊 <input type="checkbox"/>
		离院 <input type="checkbox"/>
其他： <input type="checkbox"/>		
其他： <input type="checkbox"/>		
手术医师签名： _____	麻醉医师签名： _____	
巡回护士签名： _____		

文件名称	手术分级管理制度				
文件编号	A05-ZD-012-04			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

手术分级管理制度

手术医师资质与授权管理是保障手术质量和安全的基础和必需手段。为进一步加强手术分级管理，保障手术质量和安全，依据《医疗机构管理条例》、《医疗机构手术分级管理办法（试行）》、《河北省医疗质量安全核心制度实施细则（试行）》等法律法规和部门规章，结合我院实际，特制定本制度。

一、手术分级

主要根据手术过程的复杂性、风险性、难易程度和对手术技术的要求，把手术分为四级：

- （一）四级手术：手术过程复杂，手术技术难度大，风险高的手术。
- （二）三级手术：手术过程较复杂，手术技术难度较大，风险较高的手术。
- （三）二级手术：手术过程复杂程度一般，有一定技术难度，有一定风险的手术。
- （四）一级手术：手术过程简单，手术技术难度低，风险较低的手术。

我院根据国家和河北省发布的手术分级目录，建立符合我院实际情况的手术分级参考目录，并根据新技术引进情况定期更新。

二、手术医师分级

根据其卫生技术资格、受聘技术职务、从事相应技术岗位工作的年限和临床工作经验，认定手术医师的分级。所有手术医师均应依法取得执业医师资格。

（一）低年资住院医师：从事住院医师岗位工作3年以内，或获得硕士学位、并从事住院医师岗位工作2年以内者，或博士毕业从事住院医师工作1年以内。

（二）高年资住院医师：从事住院医师工作3年以上，或硕士毕业从事住院医师工作2年以上或博士毕业从事临床工作1年以上者。

（三）低年资主治医师：担任主治医师3年以内，或博士生毕业后担任主治医师2年以内者。

(四) 高年资主治医师：担任主治医师3年以上者，或博士毕业后担任主治医师2年以上者。

(五) 低年资副主任医师：担任副主任医师3年以内，或博士毕业后担任副主任医师2年以内者。

(六) 高年资副主任医师：担任副主任医师3年以上者，或博士毕业后担任副主任医师2年以上者。

(七) 主任医师：受聘主任医师岗位工作者。

三、各级医师手术权限

(一) 依据各临床科室手术范围，按照职称、年资及实际业务能力划定各级医师手术权限。

1. 低年资住院医师：在上级医师指导下，逐步开展并熟练掌握一级手术。

2. 高年资住院医师：在熟练掌握一级手术的基础上，在上级医师指导下逐步开展二级手术。

3. 低年资主治医师：熟练掌握二级手术，在上级医师指导下，逐步开展三级手术。

4. 高年资主治医师：熟练掌握三级手术，有条件者可在上级医师指导下，适当开展一些四级手术。

5. 低年资副主任医师：熟练掌握三级手术，在上级医师指导下，逐步开展四级手术。

6. 高年资副主任医师：在主任医师指导下，开展四级手术，亦可根据实际情况独立完成部分四级手术、新开展的手术和科研项目手术。

7. 主任医师：熟练完成四级手术，特别是完成经批准新开展的手术或重大手术。

(二) 在急诊或紧急情况下，为抢救患者生命，经治医师可以根据实际情况和个人能力越级进行手术，并及时向上级医师和医务处(非工作时间报总值班)汇报，不得延误抢救时机。

四、手术(操作)医师资质认定

(一) 手术(操作)医师资质认定实施院、科两级管理。科室根据医师卫生技术资格、受聘技术职务、从事相应技术岗位工作的年限和临床工作经验，手术(操作)能力评估其可以达到的资质后上报医务处。医务处根据手术(操作)级别、专业特点、医师实际被聘任的专业技术岗位和手术技能，组织我院医疗技术管理委员会专家组对医师进行临床应用能力技术审核，审核合格后医院医疗技术管理委员会授予医师相应的手术权限。

(二) 手术(操作)医师资质认定程序：



1. 医师填写《承德市中心医院医师手术资质申请表》提出手术资质认定申请；
2. 科室讨论，科主任审批同意后，上报医务处审核；
3. 医务处对申请材料进行审核后上交医疗技术管理委员会审批；
4. 医疗技术管理委员会审批同意后给予认定，授予相应的手术（操作）权限。

五、医师手术（操作）资质管理

（一）医师手术（操作）资质实行动态管理，每2年进行一次授权。

（二）医务处负责对医师开展相关级别手术（操作）的情况监测、分析、评价，对每名医师开展手术（操作）情况，包括手术（操作）例数、围手术期死亡情况、并发症和合并症发生情况、非计划重返情况、随访情况、医疗纠纷发生情况等评价。

（三）对同一类型手术（操作）一年内出现2次及以上技术能力问题造成医疗缺陷或纠纷时，需暂停该医师该类型手术资格，造成严重后果的应降一级手术操作资质，直至取消手术（操作）资格，并在医院备案；重新恢复手术（操作）级别，需个人和科室提出申请，经医院医疗技术管理委员会裁定。

（四）违反本规定超权限手术（操作）、甚至由此而造成医患纠纷的科室和责任人，一经查实，将追究科室和责任人的责任；性质严重者手术级别降一级使用，直至取消手术（操作）资格。重新恢复手术（操作）资质，需个人和科室提出申请，经医院医疗技术管理委员会裁定。

六、手术（操作）医师技术档案

医师开展手术（操作）级别、定期评估授权情况计入医师技术档案。

文件名称	新技术和新项目准入制度				
文件编号	A05-ZD-013-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

新技术和新项目准入制度

新技术、新项目指在我院首次应用于临床的诊断和治疗技术。为进一步规范新技术、新项目论证、审核、质控、评估全流程管理，保障医疗质量和患者安全，依据《医疗机构管理条例》、《医疗纠纷预防和处理条例》、国家卫健委《医疗技术临床应用管理办法（2018版）》等有关法律法规和部门规章，结合我院实际，特制定本制度。

一、新技术、新项目的范围主要包括但不限于：临床上新的诊疗技术方法或手段（包括新诊疗设备的临床应用，使用新试剂的诊断项目）；常规开展的诊疗技术的新应用；其他可能对人体健康产生影响的新的侵入性诊断和治疗。

二、我院对新技术、新项目实行准入、全程追踪、动态评估管理，医务处建立医疗技术和诊疗项目临床应用目录并定期更新。

三、凡拟开展的新技术、新项目，首先须由所在科室进行可行性研究，在确认其合法性、科学性、安全性、有效性、可行性并符合伦理原则的基础上，经科室集中讨论和科主任同意后，方可申报开展。

四、科室拟开展新技术、新项目的，均应提前填写《承德市中心医院新技术、新项目开展申请书》，向医务处提交书面申请，每年集中上报1次，时间为每年2月份。特殊项目于项目开展前3个月提交申请。开展新技术、新项目临床应用项目负责人至少为本专业副高级或以上职称的本院职工。医务处在接到科室申请后对申请表内容进行审核。审核通过的由医疗技术管理委员会和医学伦理委员会进行专家论证。

五、科室拟开展新技术、新项目属于“按临床研究相关规定管理的医疗技术”的，应按照临床研究管理的相关规定进行审批后方可开展。

六、审批通过后的新技术、新项目列入新技术、新项目临床应用清单进行管理，每季度进行开展阶段汇总，并上报到医务处。发生不良反应要立即按照不良事件要求报告，并详细



记录诊疗技术（项目）实施过程、发生医疗风险情形。

七、开展半年后进行中期评估，一年后进行年终评估，或一年内完成计划例数后进行评估，评估结果分为4种：

1. 技术较完善、未发现明确不良反应或考虑不良反应与医疗技术无关联转为常规医疗技术管理。
2. 属于限制类医疗技术转为限制类医疗技术管理。
3. 考虑技术难度大，操作风险高的医疗技术列入高风险医疗技术管理。
4. 考虑技术难度太大、存在医疗隐患执行终止程序。

八、新技术、新项目仅限于获得批准的团队或个人实施，在未明确其效果并转为常规技术和项目前，其他人员不得实施，但被批准的团队或个人应当在新技术、新项目实施前对相关人员进行通报和培训，使相关人员知晓新技术、新项目实施的各种后果，便于应急处置。

九、实施新技术、新项目过程中的医师应向患者及其委托人履行告知义务，尊重患者及委托人的意见，在征得其同意并在相关知情同意书上签字后方可实施。

十、新技术、新项目小组要定期对已准入开展的新技术、新项目开展情况进行讨论，及时发现医疗技术风险，并采取相应控制措施，将医疗技术风险降到最低程度。

十一、开展的新技术、新项目，实行科室主任负责制，督促项目负责人按计划具体实施，当出现以下任意一项，必须及时报告医务处：

1. 该新技术、新项目出现并发症或不良反应。
2. 因人员、设备等各种客观因素造成新技术、新项目不能继续开展。
3. 申请科室认为需要暂停或中止此项新技术、新项目。
4. 当出现重大情况（致死、致残、致医疗纠纷以及重要脏器严重功能损害等）应立即同步报告主管副院长或院长。

十二、在新技术、新项目临床应用过程中出现下列情形之一，应当立即停止该项新技术、新项目的临床应用：

1. 该项新技术、新项目被卫生健康行政部门废除或者禁止使用。
2. 从事该项新技术、新项目主要专业技术人员或关键设备、设施及其他辅助条件发生变化，不能正常临床应用。
3. 发生与该项新技术、新项目直接相关的严重不良后果。

4. 该项新技术、新项目存在医疗质量和医疗安全隐患。
5. 该项新技术、新项目存在新近发现的伦理缺陷。
6. 该项新技术、新项目临床应用效果与申请时不相符。
7. 新近证实为未经临床研究论证的新技术、新项目。
8. 卫生健康行政部门规定的其他情形。

十三、各科室不得擅自开展新技术、新项目，对未经同意擅自开展新技术、新项目的，医务处责令停止，给予全院通报及处罚。因擅自开展新技术、新项目导致的不良后果，由所开展科室承担全部责任，并追究有关负责人的责任。科室开展新技术、新项目未通过医务处办理审批手续，不享受任何医院技术成果、职称评定等相关奖励。

文件名称	危急值报告制度				
文件编号	A05-ZD-014-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

危急值报告制度

危急值信息准确、及时的传递和处理是挽救可能处于生命危险状态患者的重要保障。为进一步加强危急值报告管理，保障医疗质量和患者安全，依据原国家卫计委《医疗质量管理办法》、国家卫健委《医疗质量安全核心制度要点释义》、原河北省卫计委、中医药管理局《医疗质量安全核心制度实施细则（试行）》等，结合我院实际，特制定本制度。

一、危急值项目和范围

危急值项目和范围：包括检验科、心电诊断科、放射医学影像科室、超声诊断科、内镜室、病理科、神经诊断科等科室可能危及患者生命的危急值报告项目及范围，由医务处主导，临床科室和医技科室共同确定，并定期调整。

二、住院患者危急值处理流程

1. 凡检验科、心电诊断科、放射医学影像科、超声诊断科、内镜室、病理科、神经诊断科等科室检查出的结果为危急值，应及时核实，根据本科室操作规范、流程及相关质量控制标准，对检查、检验的各个环节进行核查，如各个环节无异常情况，执行如下流程：

(1) 检验危急值：检验项目复核无误后，检验医师立即电话报告临床科室，同时启动危急值报告系统，若电话 5 分钟内无人接听，应迅速向医务处或总值班（非正常工作时间）报告。

(2) 检查危急征象：立即电话报告临床科室，若电话 5 分钟内无人接听，应迅速向医务处或总值班（非正常工作时间）报告。

2. 限定仅临床科室的医护人员可以接听有关危急值报告的电话，并按要求复述一遍结果后，将检查项目、检查结果、报告人、报告时间等详细记录在《危急值报告登记本》上。

3. 护士在接获危急值电话时，除按要求记录外，应在 5 分钟内将危急值结果报告主管医师（或值班医师），同时记录报告时间、接获报告医师姓名。

4. 主管医师（或值班医师）接获危急值报告后，应在接到报告 10 分钟内对该患者的病情做进一步评估，对危急值报告进行分析。对进一步的治疗措施做出决定，特殊情况及时报告上级医师或科室主任。在病程记录中详细记录报告结果，分析、处理情况，处理时间（时间精确到分钟）等。若临床科室发现危急值与患者病情不符时，医技科室应与临床科室共同查找原因，必要时进行复查。值班医师应在交接班记录本中做相应记录。

5. 各医技科室应根据临床需要，为临床科室提供危急值项目及结果咨询。

三、门急诊患者危急值处理流程

1. 凡检验科、心电诊断科、放射医学影像科室、超声诊断科、内镜室、病理科、神经诊断科等科室检查出的结果为危急值，应及时核实，根据本科室操作规范、流程及相关质量控制标准，对检查、检验的各个环节进行核查，如各个环节无异常情况，电话报告各临床诊室（诊室未设置电话拨打诊区分诊台电话报告），若电话 5 分钟内无人接听，应迅速向门诊办公室或医院总值班（非正常工作时间）报告。

2. 门诊接诊医师或门诊诊区分诊台护士接到危急值报告的电话后按要求复述一遍结果，将检查项目、检查结果、报告人、报告时间等详细记录在《危急值报告登记本》上。分诊台护士接听电话后立即将危急值结果报告接诊医师，同时记录报告时间、接获报告医师姓名。

3. 接诊医师接获危急值报告后，应在接到报告 10 分钟内对患者的病情做进一步评估，对危急值报告进行分析，对进一步的治疗措施做出决定，特殊情况及时报告科室主任。并在门诊电子病历中详细记录报告结果、分析与处理情况及处理时间（具体到分钟）。如患者已离开门诊诊区，应拨打患者或家属预留电话，通知患者尽快返回诊区接受治疗。

4. 如危急值发出时门诊接诊医师已下班，医技科室应通知接诊医师所在住院病区护士站，由病房护士通知门诊接诊医师或住院病区值班医师。

5. 发现急诊科危急值，核对后通知急诊科护士站，急诊科护士通知接诊医师或值班医师。已转至住院病区治疗患者由接到报告护士立即通知相应住院病区护士站。对于已转诊患者，在情况允许的情况下，由接到报告护士立即通知患者或家属。

四、质控与考核

各临床、医技科室要熟知并掌握危急值报告的项目、范围、程序和管理要求，要有专人负责本科室危急值报告制度落实情况的检查。相关职能处室负责对临床、医技科室危急值报告管理及执行情况进行督导检查。各临床、医技科室在实际诊疗工作中，如发现所规定危急



值项目及范围需更改或增减，应及时与医务处联系，医务处组织相关临床科室和检查、检验科室研究讨论确定更改或增减危急值项目和范围。

- 附：1. 检验科“危急值”报告范围
2. 放射医学影像科“危急值”报告范围
3. 超声诊断科“危急值”报告范围
4. 病理科“危急值”报告范围
5. 电生理检查“危急值”报告范围
6. 内窥镜检查“危急值”报告范围
7. 住院病区危急值报告流程图
8. 门急诊患者危急值报告流程图

附件 1

检验科“危急值”报告范围

项目	缩写	标本类别	通报科室	下限	上限	单位
白细胞	WBC	全血	全部	< 1.5	> 40	10 ⁹ /L
中性粒细胞绝对值	NEU	全血	全部	< 0.5		10 ⁹ /L
血小板	PLT	全血	全部	< 20	> 1000	10 ⁹ /L
血红蛋白	HGB	全血	全部	< 60		g/L
血红蛋白	HGB	全血	新生儿科	< 90		g/L
首次检测肌钙蛋白	cTNI	血清	全部		≥ 0.5	μg/L
凝血酶原时间	PT	血浆	全部	< 9.0	> 70	S
国际标准化比值	INR	血浆	全部		> 4.0	
活化部分凝血活酶时间	APTT	血浆	全部	< 15	> 100	S
凝血酶时间	TT	血浆	全部		> 150	S
纤维蛋白原	FIB	血浆	全部	< 1.0		g/L
葡萄糖	GLU	血清 / 血浆	全部	< 2.7	> 27.8	mmol/L
钾	K ⁺	血清 / 血浆	全部	≤ 2.5	≥ 6.2	mmol/L
钾	K ⁺	血清 / 血浆	新生儿科		> 8.0	mmol/L
钠	Na ⁺	血清 / 血浆	全部	< 120	> 160	mmol/L
总钙	Ca ⁺⁺	血清	全部	< 1.5	> 3.5	mmol/L
离子钙	iCa ⁺⁺	血浆	全部	< 0.8	> 1.5	mmol/L
离子镁	iMg ⁺⁺	血浆	全部	< 0.15	> 1.5	mmol/L
总胆红素	TBIL	血清	全部		> 307.8	mmol/L
乳酸	LAC	血浆	全部		> 5	mmol/L
地高辛	DIGO	血清	全部		> 2.5	ng/ml
pH 值	pH	动脉全血	全部	< 7.20	> 7.55	
二氧化碳分压	PCO ₂	动脉全血	全部	< 20	> 70	mmHg
氧分压	PO ₂	动脉全血	全部	< 50		mmHg
碳酸氢根	HCO ₃ ⁻	动脉全血	全部	< 13	> 40	mmol/L
脑脊液、胸水、腹水涂片 / 培养			全部	阳性		
血培养			全部	阳性		

附件 2

放射医学影像科“危急值”报告范围

一、中枢神经系统：

1. 严重颅内血肿、挫裂伤、蛛网膜下腔出血的急性期；
2. 硬膜下、外血肿急性期；
3. 脑疝、急性脑积水；
4. 头颅 CT 或 MRI 扫描诊断为颅内急性大面积脑梗死（范围达到一个脑叶或全脑干范围或以上）；
5. 脑出血或脑梗塞复查 CT 或 MRI，出血或梗塞程度加重，与近期片对比超过 15% 以上。

二、脊柱、脊髓疾病：

X 线检查诊断为脊柱骨折，脊柱长轴成角畸形、椎体粉碎性骨折压迫硬膜囊。

三、呼吸系统：

1. 气管、支气管异物；
2. 液气胸，尤其是张力性气胸；
3. 肺栓塞、肺梗死。

四、循环系统：

1. 心包填塞；
2. 急性主动脉夹层动脉瘤。

五、消化系统：

1. 食道异物；
2. 消化道穿孔、急性肠梗阻；
3. 急性胆道梗阻；
4. 急性出血坏死性胰腺炎；
5. 肝、脾、胰、肾等腹腔脏器出血。

六、颌面五官急症：

1. 眼眶内异物；
2. 眼眶及内容物破裂、骨折；
3. 颌面部、颅底骨折。

附件 3

超声诊断科“危急值”报告范围

1. 外伤见腹腔积液，疑似肝脏、脾、肾等内脏器官破裂出血的危重患者；
2. 急性胆囊炎考虑胆囊化脓并急性穿孔；
3. 考虑急性坏死性胰腺炎；
4. 急性上下肢动脉栓塞；
5. 子宫破裂；
6. 怀疑宫外孕破裂并腹腔内出血；
7. 胎盘早剥、前置胎盘并活动性出血；
8. 晚期妊娠出现羊水过少合并胎儿心率过快（ > 180 次/min）或过慢（ < 110 次/min）；
9. 心脏普大合并急性心衰（心功能减退 LVEF $< 30\%$ ）；
10. 大量心包积液合并心包填塞；
11. 主动脉夹层；
12. 心脏破裂；
13. 室间隔穿孔；
14. 心脏游离血栓；
15. 瓣膜换瓣后卡瓣。

附件 4

病理科“危急值”报告范围

1. 病理检查结果是临床医生未能估计到的恶性病变；
2. 恶性肿瘤出现切缘阳性；
3. 常规切片诊断与冰冻切片诊断不一致；
4. 活检标本与手术标本诊断结果性质不一致。（注：活检标本中存在肿瘤组织，而手术标本无肿瘤组织残存，此情况不纳入危急值报告范围）

附件 5

电生理检查“危急值”报告范围

一、脑电图：重度异常以上。

二、心电图

(一) 疑似急性冠状动脉综合征

1. 首次发现疑似急性心肌梗死的心电图改变；
2. 首次发现疑似各种急性心肌缺血的心电图改变；
3. 再发急性心肌梗死的心电图改变（注意与以往心电图及临床病史比较）。

(二) 严重快速性心律失常

1. 心室扑动、心室颤动；
2. 室性心动过速心室率 $\geq 150\text{bpm}$ ，持续时间 $\geq 30\text{s}$ 或持续时间不足 30s 伴血流动力学障碍；
3. 尖端扭转型室性心动过速，多形性室性心动过速，双向性室性心动过速；
4. 各种类型室上性心动过速心室率 $\geq 200\text{bpm}$ ；
5. 心房颤动伴心室预激最短 RR 间期 $\leq 250\text{ms}$ 。

(三) 严重缓慢性心律失常

1. 严重心动过缓、高度及三度房室阻滞，平均心室率 $\leq 35\text{bpm}$ ；
2. 长 RR 间期伴症状 $\geq 3.0\text{s}$ ；无症状 $\geq 5.0\text{s}$ 。

(四) 其它

1. 提示严重低钾血症心电图表现 [QT (U) 显著延长、出现快速性心律失常，并结合临床实验室检查]；
2. 提示严重高钾血症的心电图表现（窦室传导，并结合临床实验室检查）；
3. 疑似急性肺栓塞心电图表现（并结合临床及相关检查）；
4. QT 间期延长：QTc $\geq 550\text{ms}$ ；
5. 显性 T 波电交替；
6. R on T 型室性早搏。

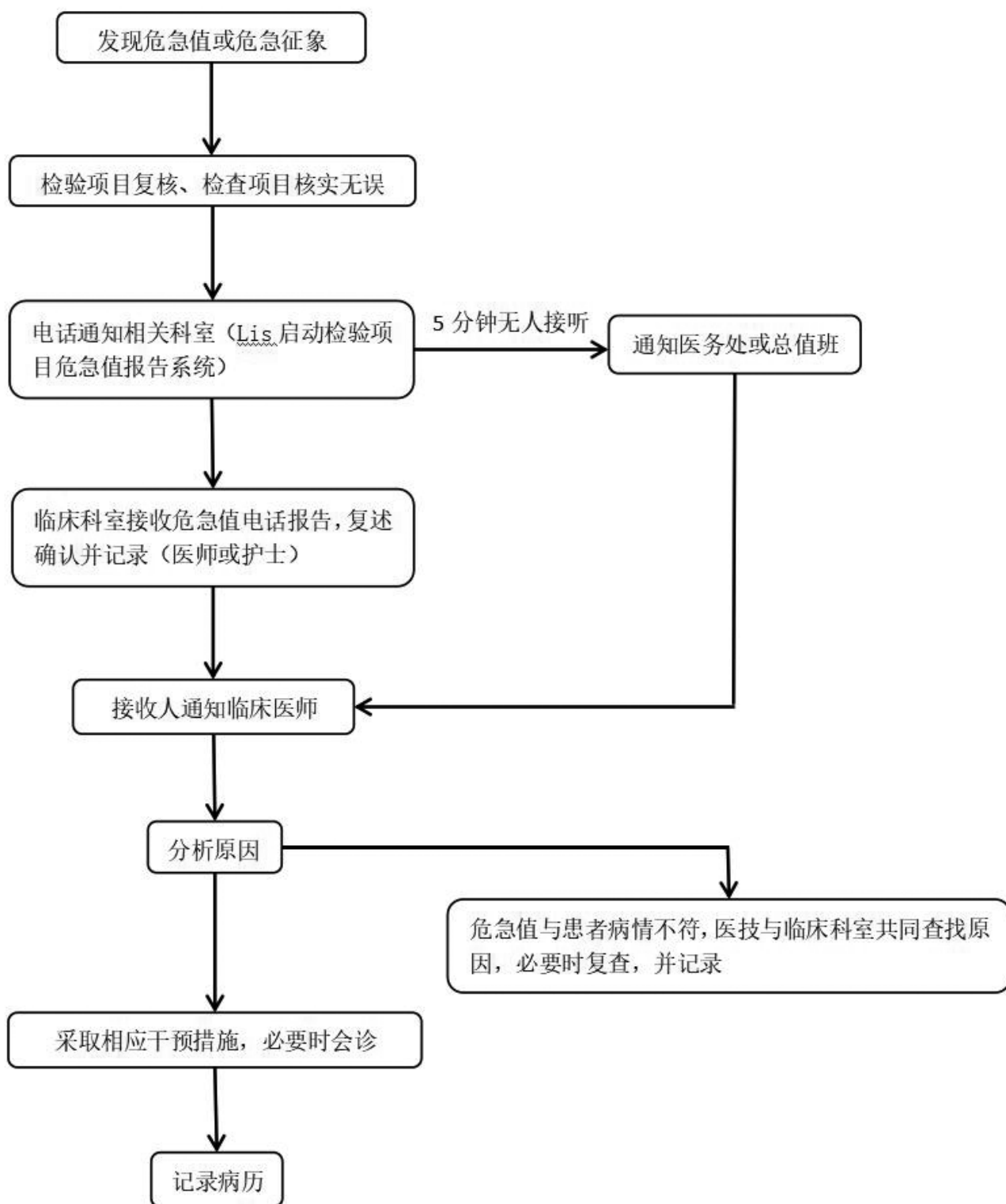
附件 6

内窥镜检查“危急值”报告范围

1. 术前未可预见的食管或胃底曲张静脉引起的活动性出血；
2. 术前未可预见的胃肠血管畸形、消化性溃疡、憩室引起的消化道出血；
3. 术前未知的胃、肠腔或支气管异物；
4. 检查中出现出血、穿孔等并发症；
5. 麻醉意外，呼吸、心跳骤停；
6. 特殊治疗：（ERCP、ESD、POEM、NOTES、巨大息肉切除）引起迟发性出血或穿孔。

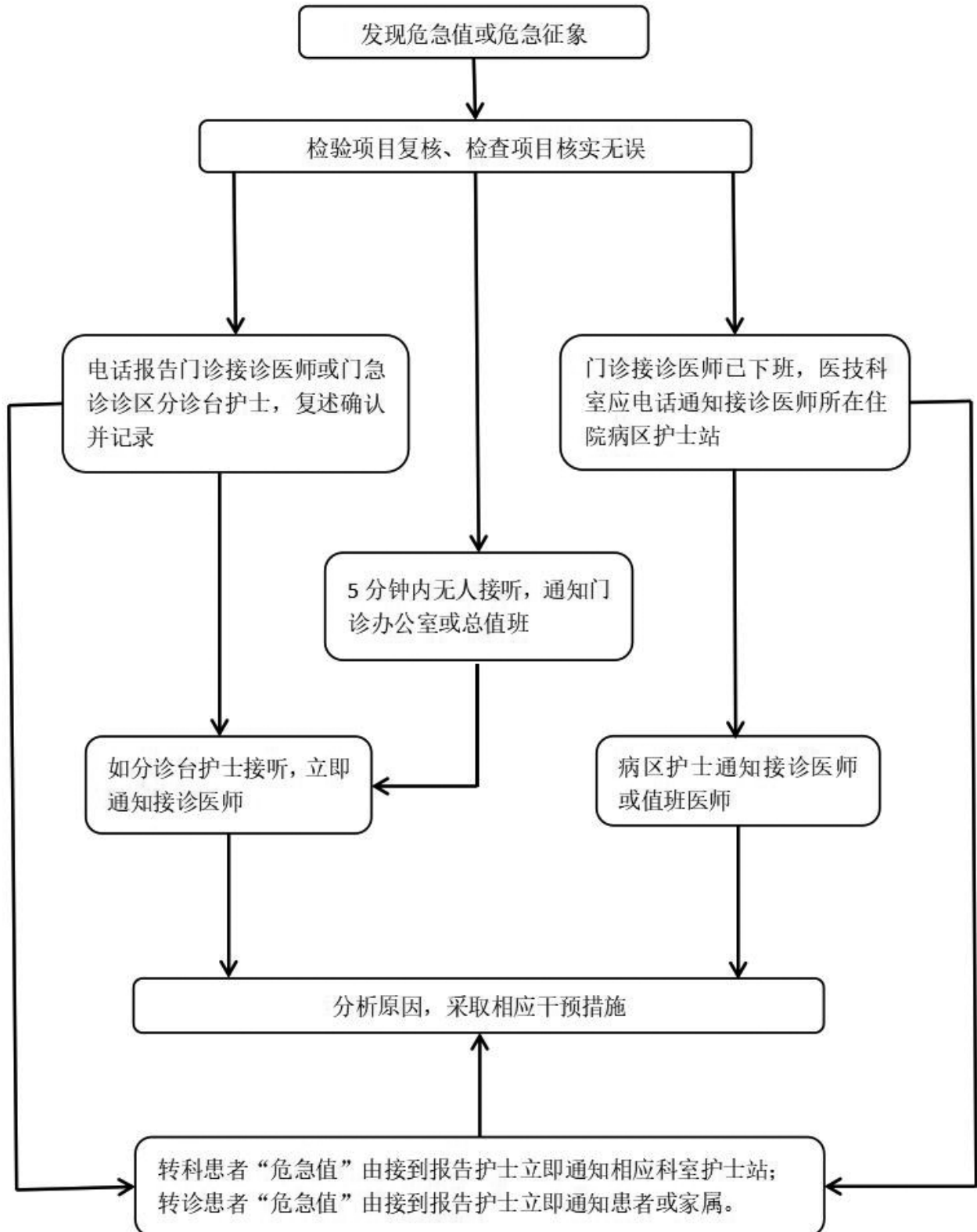
附件 7

住院病区危急值报告流程图





门急诊患者危急值报告流程图



文件名称	病历管理制度				
文件编号	A05-ZD-015-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

病历管理制度

病历是医院进行科学管理的可靠依据，是医院质量和安全文化传承的重要载体。为进一步加强病历管理，依据病历管理相关法律法规、部门规章和行业规范，结合我院实际，特制定本制度。

一、病历书写、保管、使用严格遵守《中华人民共和国侵权责任法》、《执业医师法》、《医疗纠纷预防与处理条例》、《医疗事故处理条例》、《医疗机构病历管理规定》、《病历书写基本规范》、《河北省病历书写规范（2013版）》、《住院病案首页质控指标（2016年版）》、《病案管理质量控制指标（2021年版）》、《电子病历应用管理规范（试行）》等有关法律法规、部门规章和行业规范。

二、我院为所有来院就诊患者（门诊、急诊、留观、住院）采集基本信息，并建立和书写相关病历。

三、严格遵循相关法规、规范中的有关规定，制定纸质病历、电子病历的建立、记录、修改、存储、传输、质控、安全保护等级等管理制度，保证病历资料客观、真实、完整，严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

四、工作日期间，公安、交通伤门诊病历在患者每次诊疗结束24小时内收回公安交通伤门诊病案室，节假日期间病历由就诊科室负责临时保管；复诊患者调用病历由病案管理人员送至就诊科室与分诊护士交接病历安排就诊；如患者同时就诊两个及以上科室，由相关科室的门诊护士将患者病历送到后续就诊科室并进行病历交接登记。

五、患者住院期间，其病历由所在病区负责统一、集中管理，同时科内加强病历的内涵质量管理，发挥三级医师的病历质控作用，由科内质控医师及质控护士，每月对病历质量进行逐份检查与评价。

六、运行病历质控中心定期抽检各临床科室运行环节病历质量，并将检查结果及时反馈

给临床科室并督导落实。

七、患者出院后，由病案管理人员在患者出院 2 个工作日内回收出院病历，同时完成病历基础项目核查。病案室病案质控人员完成已签收病案首页及病案基本内容质控工作，并将质控结果反馈给科室，科室针对本月病案存在的问题分析原因、制定整改措施。

八、医务处每季度组织病案评审专家，对终末病案内涵质量进行评审，定期对门（急）诊、留观病历质量进行检查，通报检查结果并反馈给科室。科室对督导检查发现的问题及时做出整改，并将整改措施及整改情况上报医务处，医务处追踪检查整改落实情况。

九、电子病历归档后原则上不得修改，特殊情况下确需修改的，临床科室主任签字后，经医务处批准，进行修改并保留修改痕迹。

十、病案室及时排查出院病历归档情况，及时向临床科室催缴未归档病历，每月将统计分析报告上报医务处、质控办。

十一、除涉及对患者实施医疗活动的医务人员以及医疗服务质量监控人员外，其他任何机构或个人不得擅自查阅患者的病历（案）。

十二、借阅病案要严格执行《病案借阅制度》，办理借阅手续，按期归还。病案调用和查询者应对病案完整性负责并对患者的病历资料保密，不得将患者的信息资料向外泄露。

十三、除公、检、法、医保、卫生行政等单位外，其他单位一般不予外借，特殊情况下，持工作证明、身份证明、介绍信，经医务处核准，可以摘录病史。

十四、根据相关法律、法规的有关规定，患者出院 7 个工作日以后，病案室为符合规定的申请人在规定的时间内提供病案查询、复印服务。

十五、本院医师经医务处批准后，方可借阅死亡及有医疗争议等特定范围内的病历，但不得借阅本人亲属及与本人存在利益关系的患者病历。

十六、门诊病历由患者自行保管或科室自行保管，对门诊病历进行保管的科室，门诊病历至少保存 15 年，住院病历至少保存 30 年。

文件名称	抗菌药物分级管理制度				
文件编号	A05-ZD-016-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

抗菌药物分级管理制度

抗菌药物分级管理制度指根据抗菌药物的安全性、疗效、细菌耐药和价格等因素，对抗菌药物临床应用进行分级管理的制度。为进一步加强我院抗菌药物临床应用管理，提高抗感染治疗水平，降低药物不良反应，减缓细菌耐药的发展，达到安全、有效、经济、适宜的使用抗菌药物的目的，依据原卫生部《抗菌药物临床应用管理办法》（卫生部2012年第84号令）、《抗菌药物临床应用指导原则（2015版）》、《国家卫生计生委办公厅关于进一步加强抗菌药物临床应用管理遏制细菌耐药的通知》（国卫办医发〔2017〕10号）及《关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知》（国卫医发〔2018〕8号）等要求，结合我院实际，特制定本制度。

一、抗菌药物分级原则

根据安全性、疗效、细菌耐药性、价格等因素，将抗菌药物分为非限制使用级、限制使用级和特殊使用级三级，分级原则如下：

（一）非限制使用级：经长期临床应用证明安全、有效，对病原体耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。应是已列入基本药物目录，《国家处方集》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。

（二）限制使用级：经长期临床应用证明安全、有效，对病原体耐药性影响较大，或者价格相对较高的抗菌药物。

（三）特殊使用级：具有明显或者严重不良反应，不宜随意使用；抗菌作用较强、抗菌谱广，经常或过度使用会使病原菌过快产生耐药的；疗效、安全性方面的临床资料较少，不优于现用药物的；新上市的，在适应证、疗效或安全性方面尚需进一步考证的、价格昂贵的抗菌药物。

根据以上分级原则，参照《河北省抗菌药物临床应用分级管理目录》，制定我院抗菌药

物分级管理目录（见附表）。

二、抗菌药物分级管理授权

（一）具有高级专业技术职务任职资格的医师，可授予特殊使用级抗菌药物处方权；具有中级以上专业技术职务任职资格的医师，可授予限制使用级抗菌药物处方权；具有初级专业技术职务任职资格的医师，可授予非限制使用级抗菌药物处方权。

（二）医务处负责组织对医师和药师进行抗菌药物临床应用知识和规范化管理培训，经培训并考核合格后，方可按专业技术职称授予医师相应的抗菌药物处方权和药师抗菌药物处方调剂资格。

（三）特殊使用级抗菌药物会诊专家由医院抗菌药物管理工作组授权组成，应由具有抗菌药物临床应用经验的感染性疾病科、呼吸科、重症医学科、微生物室、药学部门等具有高级专业技术职务任职资格的医师和抗感染等相关专业临床药师担任。

三、抗菌药物分级管理使用原则

临床选用抗菌药物应根据感染部位、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、药品价格等因素加以综合分析考虑，并依照《抗菌药物临床应用指导原则》中“预防性应用的基本原则”和“各类细菌性感染的治疗原则及病原治疗原则”进行选择。要遵循以下分级使用原则：

（一）预防感染、治疗轻度或者局部感染应当首选非限制使用级抗菌药物。具有初级专业技术职务任职资格以上的医师可根据诊断和患者病情开具非限制使用级抗菌药物，并在病历中予以记录。

（二）对中、重度感染、免疫功能低下合并感染或已明确病原菌只对限制级抗菌药物敏感时，可选用限制使用级抗菌药物。主治医师及以上专业技术人员可根据患者具体病情需要，开具限制使用级抗菌药物，并在病历中予以详细记录。

（三）临床应用特殊使用级抗菌药物应严格掌握用药指证。对严重感染、免疫功能低下合并感染或已明确病原菌只对特殊使用级抗菌药物敏感的患者，可使用特殊使用级抗菌药物治疗。患者病情确需使用特殊使用级抗菌药物时，应经所在科室主任同意后，由主管医师填写《特殊使用级抗菌药物临床使用会诊表》，经抗菌药物管理工作组认定的两名专家会诊同意后，由副高级以上医师开具医嘱 / 处方后方可使用，并在病历中详细记录，会诊表须在病历中保存。

(四) 紧急情况下限制使用级或特殊使用级抗菌药物越级使用：①感染病情严重者；②免疫功能低下患者发生感染时；③已有证据表明病原菌只对限制使用级或特殊使用级抗菌药物敏感感染，可未经会诊同意或越级使用，且处方量不得超过 1 日用量，并详细记录用药指证，做好相关病历记录，并于 24 小时内补办越级使用抗菌药物的相关手续。

(五) 严格控制特殊使用级抗菌药物使用。普通门诊只能开具非限制使用级和限制使用级抗菌药物，不得开具特殊使用级抗菌药物。

(六) 临床医师应根据微生物标本检测结果合理选用抗菌药物。接受非限制使用级、限制使用级、特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者抗菌药物使用前微生物送检率分别不低于 30%、50%、80%。

四、管理与督导

(一) 抗菌药物管理工作组和处方点评小组要定期对在院病历、出院病历、门诊处方进行分级管理及合理使用抗菌药物评价，结果纳入科室的绩效考核。

(二) 患者使用特殊使用级抗菌药物超过 1 周，经科室讨论评估病情需要继续使用时，报告医务处执行特殊使用级抗菌药物 MDT 程序。

(三) 药学部门对抗菌药物使用情况进行动态管理，发现异常及时报告医院抗菌药物管理工作组。

(四) 医院将抗菌药物合理使用评价纳入医疗质量和综合目标管理考核体系，对临床科室制定具体考核指标。医务处、药学部门依据职能定期就相关管理目标进行抗菌药物合理使用的考核。

(五) 医院对碳青霉烯类抗菌药物及替加环素实行专档管理。

(六) 医院对医师抗菌药物处方权限实行动态管理。对出现抗菌药物超常处方 3 次以上且无正当理由的医师，限制其特殊使用级和限制使用级抗菌药物处方权；对不参加培训或考核不合格者取消抗菌药物处方权。

附：抗菌药物临床应用分级管理目录（2021 版）



附件

承德市中心医院抗菌药物临床应用分级管理目录（2021 版）

分类	非限制使用级	限制使用级	特殊使用级
广谱青霉素	阿莫西林		
对青霉素酶不稳定的青霉素类	青霉素		
	苜星青霉素		
对青霉素酶稳定的青霉素类	苯唑西林		
青霉素类复方制剂（ β -内酰胺酶抑制剂）	阿莫西林 / 克拉维酸		
		哌拉西林 / 他唑巴坦	
第一代头孢菌素类	头孢氨苄		
	头孢唑林		
第二代头孢菌素类	头孢呋辛（酯）		
	头孢克洛		
第三（四）代头孢菌素类	头孢曲松	头孢噻肟	头孢吡肟
		头孢克肟	
		头孢他啶	
		头孢哌酮 / 舒巴坦	
其他 β 内酰胺类		氨曲南	
		头孢西丁	
碳青霉烯类			美罗培南
			亚胺培南 / 西司他丁
			比阿培南
磺胺类和甲氧苄啶	复方磺胺甲噁唑（复方新诺明）		
四环素类	多西环素	米诺环素	

分类	非限制使用级	限制使用级	特殊使用级
大环内酯类	红霉素		
	阿奇霉素（口服）	阿奇霉素（注射）	
	罗红霉素		
	克拉霉素		
林可酰胺类	克林霉素		
氨基糖苷类	庆大霉素	大观霉素	
	阿米卡星		
	链霉素		
喹诺酮类	环丙沙星	莫西沙星	
	诺氟沙星		
	左氧氟沙星		
糖肽类			万古霉素
			去甲万古霉素
			替考拉宁
咪唑衍生物	甲硝唑		
	替硝唑		
其它抗菌药物	磷霉素		利奈唑胺
抗真菌药		氟康唑（注射）	两性霉素 B
	氟康唑（口服）	伏立康唑（口服）	伏立康唑（注射）
	伊曲康唑（口服）		卡泊芬净

文件名称	临床用血审核制度				
文件编号	A05-ZD-017-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

临床用血审核制度

临床用血审核是实现临床用血全过程管理各项程序和环节紧密衔接的重要保障。为进一步加强临床用血管理，保障临床用血质量和安全，依据《中华人民共和国献血法》、《中华人民共和国卫生行业标准 全血和成分血使用》、《中华人民共和国卫生行业标准 内科输血》、《中华人民共和国卫生行业标准 输血反应分类》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等法律法规和部门规章，结合我院实际，特制定本制度。

一、血液资源必须加以保护、合理应用，避免浪费，杜绝不必要的输血。

二、临床医师和输血医技人员应严格掌握输血适应证，正确应用成熟的临床输血技术和血液保护技术，包括成分输血和自体输血。区分紧急输血和择期输血的情况，确保输血的治疗作用。

三、临床择期用血量管理流程要点：

1. 同一患者一天申请备血量少于 800 毫升：中级以上专业技术职务任职资格医师提出申请→上级医师审批签字→输血科备血。

2. 同一患者一天申请备血量在 800 毫升至 1600 毫升：中级以上专业技术职务任职资格医师提出申请→上级医师审核→科室主任审批签字→输血科备血。

3. 同一患者一天申请备血量达到或超过 1600 毫升：副主任医师提出申请→经治医师填写《临床超量用血申请表》→科室主任签字→输血科主任审批签字→医务处审批签字→输血科备血。

四、急诊抢救用血管理：经临床科室主任（或副主任）同意后，执行“先抢救、先输血、后及时补办报批手续”管理，补办程序依据实际用血量参照“临床择期用血量管理流程”管理。

五、在 ABO 血型血液制剂血站报警、输血科血液储存量低于最低库存的情况下，只保障紧急抢救用血，执行“急诊抢救用血管理”，补办报批手续流程：经治医师填写《紧急用

血审批表》→科室主任审批签字→输血科主任审批→医务处审批备案→输血科使用预警储备库存。

六、标本及血液取送

血液标本必须由医护人员或专职人员送至输血科，并规范执行领取血液、核对签字程序，不得由患者或家属送配血标本或领取血液。

七、输血治疗履行知情同意管理：

1. 经治医师经评估患者病情确定存在输血指征时，向患者或受委托人说明输同种异体血的不良反应和经血传播疾病的可能性等情况，征得其同意后规范签署《输血/血液制品治疗知情同意书》。

2. 无自主意识且无授权委托人患者的紧急输血，经医疗机构负责人或授权的负责人批准后，实施输血治疗，备案并规范书写病历。

3. 紧急情况下抢救危重患者需要用血时，正常工作时间报医务处审批，非正常工作时间报医院总值班，经批准后实施紧急输血，并及时补办相关报批手续。

八、血液发放与签收管理

配血合格后，由医护人员到输血科取血。取血与发血的双方必须共同查对患者姓名、性别、年龄、病案号、床号、血型、血液有效期及配血试验结果，以及保存血的外观等，准确无误时双方共同签字后方可取血。

1. 凡血袋有下列情形之一者，一律不得发血：

- (1) 标签破损；
- (2) 血袋有破损、漏血；
- (3) 血液中有明显凝块；
- (4) 血浆呈乳糜状或暗灰色；
- (5) 血浆中有明显气泡、絮状物或粗大颗粒；
- (6) 未摇动时血浆层与红细胞层的界面不清或交界面上出现溶血；
- (7) 红细胞层呈紫红色；
- (8) 过期或其它需查证的情况；

2. 血液发出后禁止退回。

九、血液的核查核对



1. 输血前由两名医护人员核对“交叉配血报告”及“血袋标签”各项内容，检查血袋有无破损渗漏，血液颜色是否正常，准确无误方可输血。

2. 输血时由两名医护人员带病历共同到患者床旁核对患者姓名、性别、年龄、科室、病案号、床号、血型等，确认与交叉配血报告单内容相符，再次核对血液后，用符合标准的输血器进行输血。取回的血应尽快输注，不得自行贮血。

3. 输血前将血袋内的成分轻轻混匀，避免剧烈震荡。血袋内不得加入其它药物，如需稀释只能用 0.9% 氯化钠注射液。输血前后用 0.9% 氯化钠注射液冲洗输血管道。连续输用不同供血者的血液时，前一袋血输尽后，用 0.9% 氯化钠注射液冲洗输血器，再输下一袋。

十、输血过程观察与记录

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

2. 疑为溶血性或细菌污染性输血不良反应，应立即停止输血，用 0.9% 氯化钠注射液维持静脉通路，及时报告上级医师、医务处、医院总值班（非正常工作时间），在积极治疗抢救的同时，做以下核对检查：

（1）核对用血申请单、血袋标签、交叉配血试验记录；

（2）核对受血者及供血者血型，用保存于冰箱中的受血者与供血者血样、新采集的受血者血样，重测血袋中血样血型、不规则抗体筛查及交叉配血试验；

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

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

（5）如怀疑细菌污染性输血不良反应，抽取血袋中血液做细菌学检验；

（6）尽早检测血常规、尿常规及尿血红蛋白；

（7）必要时溶血反应发生后 5-7 小时测血清胆红素含量；

3. 医护人员发现输血患者出现输血不良反应时，应立即通知临床医师、输血科，护理人员、医生、输血科严格按各自流程处理，临床医师需逐项填写《输血不良反应回报单》，及时将输血不良反应上报不良事件，临床医师需将输血不良反应的处理过程和结果详细记入病历中，若没有输血不良反应发生也应在其病历中进行输血情况相关记录。

4. 如发生严重输血不良反应，影响了患者身体健康，由医务处组织临床科室、输血科共同调查输血不良反应发生原因，必要时请承德市中心血站协助调查，调查完成后由医务处书面向医院临床用血管理委员会报告。

十一、输血完毕后临床护士需在 6 小时内将血袋送回输血科。输血科保存 24 小时后按照医院感染管理要求进行处理。

十二、输血科负责临床用血的技术指导和技术实施，确保贮血、配血和科学、合理用血措施的执行，输血科医师参与全院疑难病例临床会诊讨论，并指导临床科室合理用血。

十三、临床用血管理委员会对用血管理进行定期评价与监督，医务处具体负责用血分级管理的评价与考核，并且把结果内容公示于医院内网并纳入科室绩效考核。

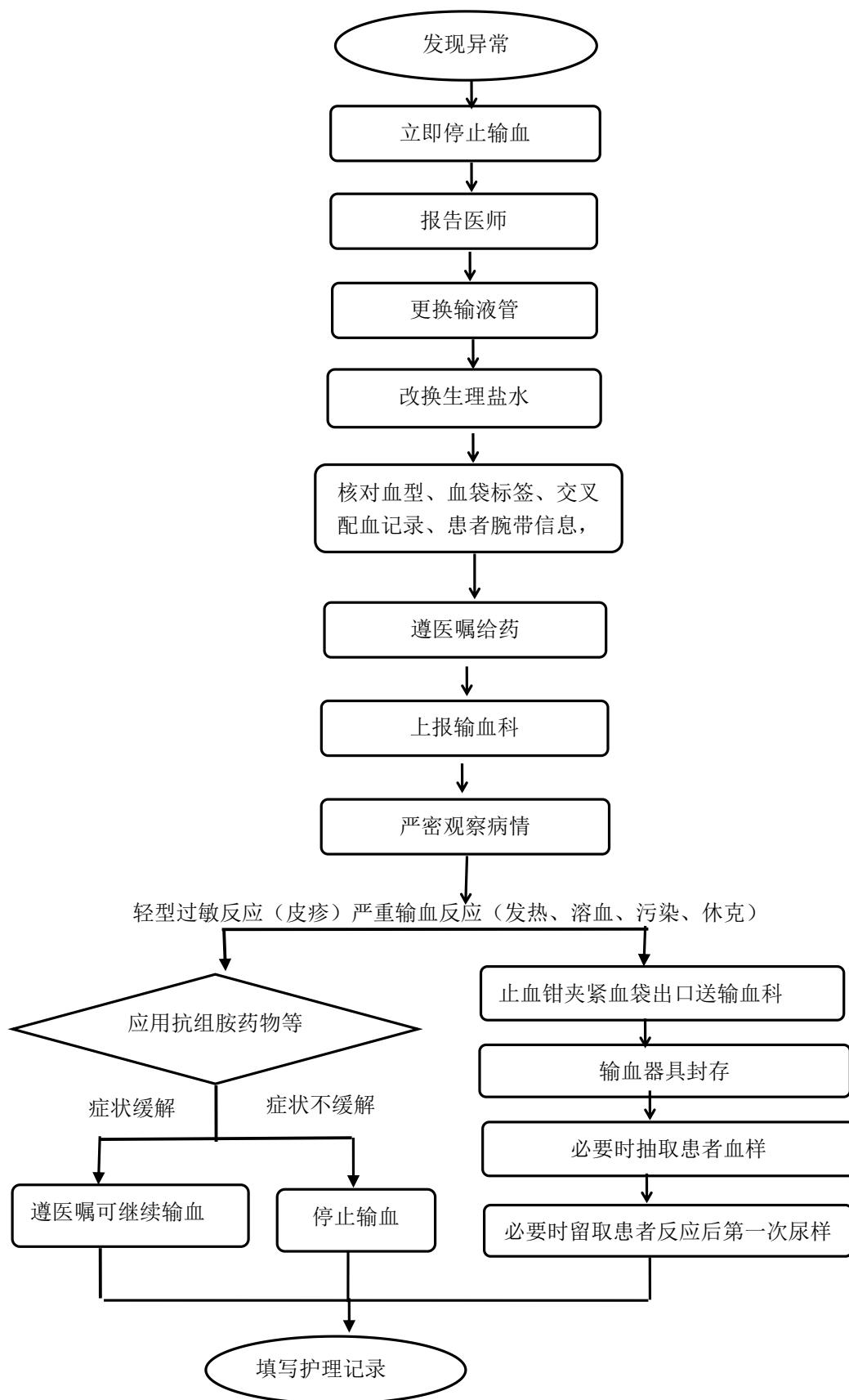


承德市中心医院 临床超量用血申请表

患者姓名		性别		年龄		住院号	
诊 断							
手术名称						手术时间	
血 型		输血成份		输血量		申请日期	
超 量 用 血 原 因							
输 血 科 建 议							
主管医师签字： 科主任签字：				输血科主任签字：			
年 月 日				年 月 日			
医务科审批签字：							
年 月 日							

注：临床输血一次备血量超过 1600ml 需科主任签字报医务处批准，急诊用血事后补办手续，一式两份（一份入病历，一份输血科保存）

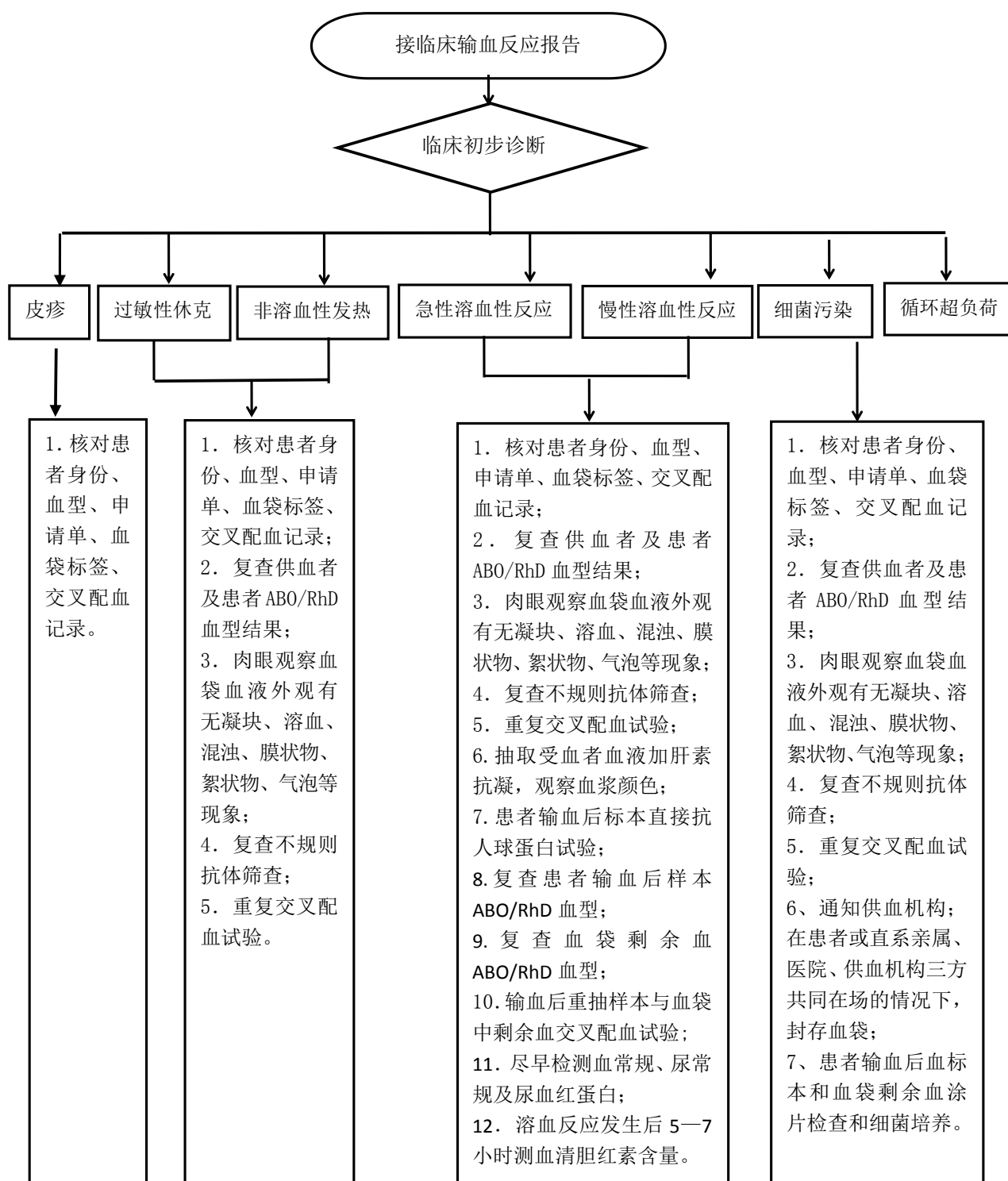
护理人员血反应处理流程图



临床医师输血不良反应处理流程图



输血科输血反应处理流程图



文件名称	信息安全管理制度的				
文件编号	A05-ZD-018-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

信息安全管理制度的

为规范落实患者诊疗信息全流程管理的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性要求，增强信息系统安全防护能力、隐患发现能力、应急响应能力，依据《中华人民共和国计算机信息系统安全保护条例》、国家卫健委《医疗质量安全核心制度要点释义》、原河北省卫计委、中医药管理局《医疗质量安全核心制度实施细则（试行）》等法律法规和部门规章，结合我院实际，特制订本制度。

一、总则

（一）医院接入内网和互联网的所有用户必须遵守《中华人民共和国计算机信息系统安全保护条例》、《中华人民共和国计算机信息网络国际联网管理暂行规定》和国家有关法律、法规。

（二）医院信息化领导小组负责修改制定医院信息安全管理制度的，落实各项网络安全管理措施，负责网络安全的监督、检查和指导工作。

（三）信息中心是医院信息网络日常管理部门，负责医院网络规划、建设、应用开发、运行维护与日常管理。保障计算机网络、服务设备、配套设施、信息数据的安全运转。

二、网络安全管理

（一）医院信息机房建设必须按国家相关标准要求施工和验收。

（二）信息中心要定期对服务设备、防火墙、防毒软件、桌面管理、网络管理等安防系统进行巡检，及时处理安全隐患。

（三）信息中心负责全院网络 IP 地址的管理，计算机及设备需要接入网络的，必须经信息中心登记备案，使用者不得擅自更改或删除网络配置。

（四）医院接入的任何对外网络链路，必须经信息中心进行网络拓扑总体设计和安全评估。

(五) 为保障信息网络线路安全畅通, 各类基础建设、公共设施、信号覆盖等工程施工前, 必须通知信息中心进行网络安全评估, 避免医院网络线路受到干扰和破坏。

(六) 未经信息中心批准, 任何人不得改变网络拓扑结构及网络设备分布。

(七) 严禁将外来计算机、笔记本电脑、PAD 等设备擅自接入医院网络。

(八) 不得随意中断网络设备及设施的供电线路。因工作需要的应提前通知信息中心做断电应急处理。

三、计算机终端安全管理

(一) 医院计算机使用者必须按照计算机正确使用方法操作计算机, 严禁暴力使用, 严禁蓄意破坏计算机相关软硬件。

(二) 任何人不得擅自拆装搬运医院工作站及其它计算机外部设备; 禁止将任何移动存储设备接入内网计算机; 内网计算机禁止接入互联网。

(三) 医院办公用计算机禁止安装用于炒股、游戏或与医院工作无关的软件及工具。

(四) 各计算机终端使用科室要严格保证计算机周围卫生和通风, 不得在计算机周围乱放杂物, 使用者应加以爱护。

(五) 各科室负责人要加强对本科室计算机使用的管理, 定期进行监督和检查, 以保证科室计算机系统正常运行、设备安全。

四、使用人员行为管理

(一) 不得在医院网络中制作、复制、查阅和传播国家法律、法规所禁止的信息及进行违反法律、法规的活动。

(二) 未经允许, 不得擅自使用医院网络计算机或者使用医院网络资源。医院业务系统工作站使用权限必须由相关职能处室授权, 由信息中心开放帐号后方可使用。不得盗用他人帐号。人员离职、转科应及时以书面形式通知信息中心做帐号停用和调整。

(三) 不得擅自对医院网络计算机中存储、处理的数据和应用程序进行增加、删除或修改操作。

(四) 任何操作人员离开计算机前必须退出应用程序, 避免信息泄漏或他人盗用, 下班后应及时关闭计算机或做计算机使用交接班。

(五) 操作人员要加强个人帐号和密码的安全保密意识, 定期修改密码, 不得随意告诉他人。

五、数据信息安全管理

(一) 操作人员应严格按照数据信息标准，正确录入患者基础信息和诊疗信息，要保证数据的完整性、真实性和准确性。

(二) 未经允许，不得进行患者相关数据信息的拷贝、公开。严防数据泄漏，保护患者隐私。因教学、科研等原因需要的，应填写数据信息调取表由相关职能处室领导签字后由信息中心统一调取，使用时必须隐藏患者隐私信息。

(三) 未经允许，不得将含有数据信息的各类存储介质交与无关人员。公、检、法等部门信息取证的，需要持有介绍信和本人工作证件，经医院办公室或医务处审批后方可提供。

(四) 未经允许，不得随意修改或删除数据库中的数据信息。

(五) 外来技术人员来院实施项目，必须准确核实人员身份并签订安全保密协议。

(六) 信息中心统一管理各类软件及驱动的安装程序，任何人不得擅自安装、复制、传播此类软件。

(七) 信息中心专职人员定期对数据库运行、备份信息进行检查、维护，发现问题及时解决和备案，保证数据的完整和安全。

十二、医务管理

文件名称	医疗质量与安全管理委员会工作制度				
文件编号	A05-ZD-019-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗质量与安全管理委员会工作制度

一、负责医院的医疗质量与安全管理持续改进工作，承担质量改进与病人安全管理工作，参与制定、实施医院医疗质量安全与持续改进管理方案，监督质量管理持续改进措施落实。

二、院长为医院质量管理第一责任人、分管领导负责定期专项研究医疗质量和医疗安全工作的具体措施，监督质量管理责任体系运行过程，参与质量及病人安全管理。医疗质量管理委员会下设质量管理组织（职能科室）实施医院医疗质量管理、检查、考核与评价活动。

三、指导相关科室制定医疗服务质量监控重点与指标，监控重点部门与重要岗位人员职责、医疗质量管理体系、各项工作制度、技术操作规程等医疗管理法律法规执行的监督。落实执行情况，建立专门的质量管理部门，负责对全院医疗、护理、医技质量进行监督，建立各部门间质量管理协调机制。

四、根据实际工作需要，每半年或不定期召开质量与安全管理工作会议，根据医院管理需要，质量与安全管理委员会工作会议主要议题是：

（一）对医院重大质量议题采取共同决策。

（二）听取质量管理组织提出的质量管理检查考评工作报告、质量改进意见与措施情况。

（三）查找医疗质量缺陷及薄弱环节，对质量管理组织提出的持续改进意见与措施，并用于持续改进过程。

文件名称	医疗技术管理委员会工作制度				
文件编号	A05-ZD-020-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗技术管理委员会工作制度

- 一、负责医院科研课题的审批、上报和新技术、新项目的论证、审批，评定医院科研成果，并向主管部门推荐申报。
- 二、负责审议全院医疗、教学、职工继续医学教育，根据医院学科发展情况确定重点学科。
- 三、定期深入科室督导检查科研课题进度和新技术、新项目的开展情况。
- 四、及时讨论和修订科研奖励制度及科研经费管理制度。
- 五、负责医院学术年会、科技大会的举办和召开，评审优秀论文及优秀科研人员。
- 六、负责全院的医疗纠纷、差错、事故的技术鉴定。
- 七、负责全院专业技术人员的年度考核、技术职称评审、专业技术人员准入审核工作。
- 八、技术（学术）委员会每半年召开会议一次，遇有重大议题可临时召开。

文件名称	医学伦理管理委员会工作制度				
文件编号	A05-ZD-021-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医学伦理管理委员会工作制度

一、医院成立医学伦理管理委员会。伦理委员会由医学伦理学、心理学、法学、医学专家等人员组成。

二、伦理委员会设主任委员一名，常务副主任委员三名，副主任委员四名，秘书一名，总委员人数为单数，伦理委员会在主任委员的领导下开展工作。

三、贯彻国家医疗法律、法规、规范，遵从社会伦理道德、价值观念，尊重患者的各项权益。

四、开展医学伦理的研究和伦理探索，加强对国内外医学伦理学信息的收集，向临床医务人员提供最新的医学伦理知识。

五、审核在医务人员中宣传、普及医学伦理知识并结合医院实际开展职业道德教育的工作方案。

六、对医院开展的医疗活动提供伦理监督、指导和培训。

七、讨论医疗活动中涉及医学伦理的问题，以决定治疗措施。

八、对医院开展的新技术、新项目、临床研究和应用新药临床试验等涉及到的伦理问题进行审核。

九、在发生医患冲突和违反伦理道德的行为时，伦理委员会有权介入，并努力化解医患冲突，避免法律纠纷。

十、本委员会定期或不定期活动，可根据需要由主任召集会议，秘书负责会议记录。

文件名称	医疗质量管理制度				
文件编号	A05-ZD-022-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗质量管理制度

为加强医院医疗质量管理，进一步提高医疗质量及持续改进诊疗工作，减少发生医疗质量安全事件，保障患者诊疗安全，运用现代科学管理方法，对医疗服务要素、过程和结果进行管理与控制，根据《医疗质量管理办法》、《医疗质量安全核心制度要点》及三级公立医院绩效考核相关工作意见等，结合我院实际情况，制定本制度。

一、医疗质量管理组织体系

为进一步提高我院的医疗质量，持续改进诊疗工作有成效，我院实行院科两级质量管理与质量控制，确保医疗质量与安全。

(一) 院级质量管理由医院医疗质量管理委员会负责。

1. 医疗质量管理委员会是院级医疗质量管理组织，决定医疗质量、管理的方针、政策、方法，制定医疗质量管理的工作规划，确定医疗质量监控及持续改进的重点项目，监督和指导医疗质量管理行为，定期召开工作会议，为医院质量管理提供决策依据。

2. 院长作为医疗质量管理第一责任人，应当认真履行医疗质量管理与改进的领导与决策职能；主管副院长具体负责医疗质量管理与持续改进过程，其他医院领导干部应当切实参与制定、监控质量管理与改进过程。

3. 医疗、护理、医技主管职能处室行使指导、检查、考核、评价和监督职能。

(二) 科室成立质量管理小组，临床、医技等科室主任全面负责本科室医疗质量管理工作。

科室质量管理小组由科主任、副主任、护士长及高职称医师、护师组成，其职责为：

1. 在医疗质量管理委员会指导下对本科室医疗质量进行经常性检查。

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

3. 依据检查情况提出奖惩意见与目标管理考评挂钩。

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

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

二、医疗质量持续改进

（一）院、科两级质量管理组织要根据自身医疗工作的实际，及时修订、完善医疗质量管理的有关方案。并针对各项制度进行医疗质量管理的科级监控及院级监控，持续落实，不断改进。

（二）医疗质量与安全管理持续改进方案是全面、系统的书面计划，能监督各科室日常的医疗质量管理、医疗风险管理和医疗安全管理。

（三）医疗质量与安全管理持续改进方案的主要内容包括：建立医疗质量管理目标、指标、计划、措施、效果评价及信息反馈等，加强医疗质量关键环节、重点部门和重要岗位的管理。

（四）健全医院规章制度和人员岗位责任制度，严格落实医疗质量和医疗安全的核心制度。加强全员质量和安全教育，牢固树立质量和安全意识，提高全员质量管理与改进的意识和参与能力，严格执行医疗技术操作规范和常规；医务人员“基础理论、基本知识、基本技能”必须人人达标。

（五）完善医疗质量管理常用的结果性指标体系，逐步形成结果性指标、结构性指标、过程性指标的监控与评价体系，将医疗质量与安全的评价结果纳入对科室及医务人员的绩效评价评估。

（六）医疗质量管理工作应当有文字记录，并由医疗质量管理组织形成报告，定期、逐级上报。通过检查、分析、评价、反馈等措施，持续改进医疗质量。

（七）建立完善的诊疗质量评价和反馈机制，进行现场反馈和处理院科两级监控中发现的诊疗缺陷、错误，并进行纠正。同时进行院例会通报，对考核检查中发现的重点及普遍存在的质量问题，在院例会上进行通报。

三、医疗质量管理责任追究

严格落实医疗质量管理责任追究管理，逐步完善医疗质量管理可追溯与医疗质量风险预警管理的运行机制。

（一）责任体系

1. 坚持院长为医疗质量第一责任人的原则，同时实行主管院长和职能科室主任分级负责制，对所发生的医疗质量安全事件承担督导、监管责任。

2. 临床、医技等科室（以下简称业务科室）主任是本科室医疗质量管理的第一责任人，对本科室发生的医疗质量安全事件承担管理或直接责任。

3. 各级各类医务人员在本职工作范围内发生的医疗质量安全事件承担直接责任。

（二）医疗质量安全事件

医疗质量安全事件是指医务人员在医疗活动中，由于诊疗过错造成患者死亡、残疾、器官组织损伤导致功能障碍等明显人身损害的事件。

（三）责任追究

1. 针对发生重大医疗质量安全事件，造成严重后果和不良社会影响，并存在下列情形之一的，由院长对主管院长进行约谈，情况严重的予以通报批评，对职能部门负责人予以通报批评、留职察看、免职等处分，并上报卫生行政部门备案。

（1）未明确相应的职能管理部门或人员负责医疗安全事件相关质量管理工作；

（2）院级医疗质量管理责任人不清楚督导、监管职责或未掌握相关管理法规制度、规范要求。

（3）院级医疗质量管理责任人未发挥督导、监管作用，导致医疗质量管理混乱，存在严重医疗质量管理缺陷，直接或间接导致特大、重大医疗质量安全事件发生的；

（4）发生重大医疗质量安全事件隐匿不报的；

（5）发生医疗质量安全事件后未组织开展相应的整改工作的。

2. 针对发生医疗质量安全事件，责任科室存在下列情形之一的，视情节程度对科室责任人予以经济处罚、取消评先评优资格、通报批评、留职察看及免职等处分。

（1）医疗质量管理体系不健全或科室责任人未履行相应的管理职责，科室存在重大医疗质量安全隐患的；

（2）科室未执行分级诊疗负责，未规范开展早交班、质量控制、病例讨论、三级医师查房等诊疗工作，未遵守手术分级、临床用血审核等医疗制度，直接或间接造成医疗质量安全事件的；

（3）针对职能部门反馈和科室质控活动中发现的医疗质量缺陷，不按要求在限期内整改完善，屡次出现相同问题的。

3. 医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，造成患者权益损害的，视情节程度予以经济处罚、取消评先评优资格、通报批评、注销处方权、降低或撤销手术资质、暂停或终止一切医师执业活动、转岗培训学习等处罚。

4. 医务人员在执业活动中，违反法律法规的，按有关法律法规处理，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

四、附则

（一）本制度自发布之日起施行，2020年8月印发的《医疗质量管理制度》（GZZD-YWC-0049第3版）同时废止。

（二）本制度由医务处负责解释。

文件名称	医疗质量重点部门管理标准与办法				
文件编号	A05-ZD-023-01			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗质量重点部门管理标准与办法

一、急诊室管理标准与办法（措施）：

（一）标准：

1. 急诊急救人员相对固定，必须具有较高的政治素质和具有一定临床经验及技术水平的医师、护士，必须具有较高的急救意识和急救综合能力，经过急诊专业培训，能够胜任急诊工作，考核达到“急诊医师、护理人员技术和技能要求”。
2. 做好与 120 交接工作，保障患者获得连贯性服务。
3. 急诊抢救药品摆放齐全，设备（包括车辆）保证正常状态，能满足院内急救需要。
4. 病历质量按照《河北省病历书写规范（2013年版）》标准执行。各种突发事件发生后立即启动医院相应突发事件应急处理预案。

（二）办法（措施）：

1. 加强爱岗教育和医德医风教育，培养爱岗敬业、勇于奉献、救死扶伤高尚的职业情操。加强首诊负责制、危重患者抢救制度、交接班重制度等医疗质量和医疗安全核心制度的学习和落实。
2. 医护人员包括救护车司机定期举行急救演练和培训。
3. 严密观察急诊患者的病情变化，做好各项记录。认真执行急诊技术操作规程。
4. 遇到重大抢救，应立即上报，主管领导应亲临现场指挥抢救。
5. 加强与患者及家属的沟通，知晓急救的各种风险，及时签署转送、转诊同意书和其他相关医疗文书。
6. 进入我院的急救患者按照医院急救患者“绿色通道”组织急救。
7. 加强质量控制、检查和考核，纳入每月综合质量考核，并与绩效工资挂钩。发生医疗纠纷，经调查确有过错按照医院相关规定执行。

二、手术室管理标准和办法（措施）：

（一）标准：

1. 术前检查齐全准备完善。
2. 术前小结，大型手术、复杂手术、危重患者、新开展手术有术前讨论，制定较详细的手术方案。
3. 择期手术应予手术前一日通知麻醉科，急诊手术提前 30 分钟通知麻醉科，参加手术的医护人员必须按时做好准备和参加手术，急诊手术随叫随到。
4. 麻醉师在择期手术前必须查看患者，制定麻醉方案。
5. 病历书写按照《河北省病历书写规范（2013 年版）》规定执行。
6. 术前履行告知义务，并签署手术知情同意书及相关医疗文书。
7. 手术人员安排按照《手术分级管理制度》标准执行。
8. 消毒灭菌消毒隔离按照相关法律法规和医院感染相关规定执行。
9. 手术室布局合理、流程规范，手术室器械、药品和设备必须满足手术麻醉需要。
10. 医疗废物按《医疗废物管理条例》和我院对医疗废物管理的相关规定实施。

（二）办法（措施）：

1. 严格执行手术和围手术期管理制度。
2. 择期手术前，必须完成必要的辅助检查，尽可能明确诊断，按规定进行术前讨论。
3. 做好各项术前准备工作，纠正手术禁忌症。
4. 术前履行告知义务，并签署好规定的手术知情同意书及相关医疗文书。
5. 严格执行手术分级管理制度。
6. 提前通知手术相关部门做好手术准备。
7. 严格执行手术操作规范，仔细解剖，准确操作。
8. 麻醉师必须进行术前、术后访视、术前讨论。做好麻醉准备术中管理、术后管理和随访。严格掌握拔管指征，不得随意带管回病房。
9. 严格遵守手术室工作制度，遵守无菌原则。
10. 严格手术器械管理，术前术后清点无误。
11. 严格执行查对制度。
12. 严格请示汇报制度，手术安排的变动、术中发现异常、意外等均应及时请示上级医师、

科主任，必要时应立即向医务处、主管院长或院长汇报。

13. 及时书写、填写各种记录单，粘贴各种标签存放病历中。

14. 标本必须病理检查。

15. 麻醉师、术者、护士共同护送患者到病房，并做好交接工作。麻醉医师在 24 小时内作好随访记录，特殊情况时及时、多次随访。

16. 主管(刀)医生及时下达术后医嘱，及时完成手术相关记录，向值班医生做好床旁交班。

17. 病区护理根据医嘱和病情认真做好护理、治疗和健康教育、康复指导工作。

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

发生医疗纠纷，经调查确有过错按照医院相关规定执行。

三、血液透析室管理标准与办法（措施）：

（一）标准：

1. 诊疗操作按照《血液净化标准操作规程》开展血液透析质量及相关工作，建立合理、规范的血液透析治疗流程。

2. 消毒灭菌符合医院感染管理要求，按照《传染病防治法》等执行。

3. 病历书写按照《河北省病历书写规范（2013 年版）》规定执行。

4. 医疗废物按《医疗废物管理条例》和我院对医疗废物管理的相关规定实施。

（二）办法（措施）：

1. 操作医师必须了解相关病史，把握适应症，相对禁忌症。

2. 对所有初次透析的患者进行乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、梅毒、艾滋病病毒感染的相关检查，每半年复查一次；乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒、梅毒螺旋体及艾滋病病毒感染的患者应当分别在各自隔离透析治疗间或者隔离透析治疗区进行专机血液透析。

3. 向患者及家属、授权委托人进行血液传播性疾病方面的解释说明，签署血液透析知情同意书和相关医疗文书。

4. 加强质量控制、将检查和考核结果，纳入每月综合质量考核，并与绩效工资挂钩。发生医疗纠纷，经调查确有过错按照医院相关规定执行。

四、介入导管室管理标准和办法（措施）：

（一）标准：

1. 凡在导管室工作人员，必须严格遵守无菌原则，保持室内肃静和整洁。进手术间必须

佩戴鞋、帽、隔离衣、口罩。

2. 药品、器材、敷料有专人负责保管，放在固定位置。麻醉药品、剧毒药品加锁保管。
3. 介入手术前应经患者或家属同意。
4. 消毒灭菌隔离符合医院感染管理规定。
5. 接手术患者时进行身份核对、识别，防止差错。
6. 由操作者亲自、及时完成介入手术记录。
7. X线机透视及摄片的最高照射标准条件应在安全范围之内。

(二) 办法(措施):

1. 按照高风险诊疗操作权限执行，严禁无资质人员操作。
2. 严格执行知情告知制度，履行告知义务，签署医疗文书。
3. 严格执行相关法律法规、规章制度，严格执行诊疗操作规范和常规。
4. 严格执行查对制度和患者身份识别制度。
5. 操作医师及时书写介入病程记录。
6. 操作完成后及时告知操作结果，交代注意事项并认真做好护理、观察和随访工作。
7. 加强质量控制、检查和考核，纳入每月综合质量考核，并与绩效工资挂钩。发生医疗纠纷，经调查确有过错按照医院相关规定执行。

五、内窥镜室管理标准与办法(措施):

(一) 标准:

1. 诊疗操作按照相关内窥镜技术操作规范和流程执行。
2. 检查室必须配备必要的抢救药品和设备。
3. 消毒灭菌按照《内镜清洗消毒技术操作规范》和《传染病防治法》等执行。
4. 检查报告及时、描述准确、结论科学，有活体组织病理检查者以病理报告为准。
5. 医疗废物按《医疗废物管理条例》和我院对医疗废物管理的相关规定实施。

(二) 办法(措施):

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

2. HbsAg、HCV、HIV阳性患者和其他特殊感染患者用过内窥镜应先消毒--再清洗--



灭菌。每天工作结束后，必须对吸引瓶、吸引管、清洗、酶洗、冲洗槽、台面及地面等应进行擦洗消毒。弯盘、咬口等器具一人一用一消毒。每周监测使用消毒剂的有效浓度，每月进行卫生微生物学监测并记录。

3. 对发现异常组织必须进行活体组织病理学检查。

4. 对个别高危患者必须进行此检查，应在临床科室做好充分的现场抢救准备，征得患者及家属同意并报有关部门和领导后进行。

5. 检查前必须履行告知义务，签署检查知情同意书和相关医疗文书。

6. 加强质量控制、将检查和考核结果，纳入每月综合质量考核，并与绩效工资挂钩。发生医疗纠纷，经调查确有过错按照医院相关规定执行。

六、重症病房管理标准和办法（措施）：

（一）标准：

1. 重症病房应配备较齐全的抢救药品、器械和设备，随时保持完好状态。

2. 重症病房医师人数与床位数之比不低于 0.8:1，护士人数与床位数之比不低于 2.5-3:1。

3. 执行重症医学科收住患者范围、重症医学科患者转入转出标准。

4. 执行交接班制度、三级医师查房制度、多学科联合查房制度。

5. 执行医务人员进入 ICU 的管理制度、ICU 探视制度。

6. 病历书写按照《河北省病历书写规范（2013 年版）》执行。

7. 消毒灭菌消毒隔离按照相关法律法规和医院感染相关规定执行。

8. 医疗废物按《医疗废物管理条例》和我院对医疗废物管理的相关规定实施。

（二）办法（措施）：

1. 严格执行《重症医学科管理制度》。

2. 医生全权负责医疗工作，认真履行职责，随时掌握病情及变化，及时会诊和讨论，及时处理病情变化。

3. 及时与患者及家属加强沟通，通报病情及治疗计划等。

4. 严格交接班，班班交接、床头交接。

5. 非本科及相关人员，未经许可不得入内，进入工作人员要穿工作服，戴工作帽，口罩、鞋套。

6. 患者的家属需留下电话号码，以便必要时及时取得联系。

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

8. 加强质量控制、将检查和考核结果、纳入每月综合质量考核，并与绩效工资挂钩。发生医疗纠纷，经调查确有过错按照医院相关规定执行。

七、产房医疗质量管理标准及办法（措施）：

（一）标准：

1. 产房应保持清洁整齐和适宜的温度、湿度，通风良好。
2. 产房应备有必要的抢救药品和器械，随时保持效期和完好。
3. 产房严格执行 24 小时值班制。
4. 非产房工作人员不得入内，谢绝参观、探视。
5. 产妇产后一般留观 1-2 小时，无特殊情况才可送回病房。
6. 出生后的新生儿须作全身检查，测体重，验留脚印、系手圈、滴眼药等，然后送母婴室。
7. 病历质量按照《河北省病历书写规范（2013 年版）》执行。
8. 工作人员进入产房时，必须穿专用衣、裤、鞋，戴好工作帽、口罩，接生和手术时，应严格执行无菌技术操作规程。
9. 医疗废物按《医疗废物管理条例》实施。

（二）办法（措施）：

1. 值班人员不得擅自离开工作岗位，严格执行交接班制度。
2. 产房应备齐产程中所需要物，药品和急救设备，固定位置，专人保管，定期检查、维修及时补充和更换。
3. 应热情接待产妇，严密测血压、听胎心、观察产程。产妇在待产和分娩过程中应及时发现和处理异常情况。
4. 产房应保持清洁，定期做好清洁工作、消毒工作和细菌培养。可疑患有传染病的产妇，分娩时应采取隔离措施，产后及时消毒处理，分娩结束后，及时整理用物、产床、被服，行常规清洁消毒，各种物品归还原位。
5. 接生后，接生人员应及时、准确地填写产程、临产、新生儿和出生证等记录。
6. 新生儿出生后要及时让产妇和亲人知晓相关情况。
7. 产房应有浸泡手消毒液，保持浓度，定期更换。

8. 加强质量控制、将检查和考核结果、纳入每月综合质量考核，并与绩效工资挂钩。发生医疗纠纷，经调查确有过错按照医院相关规定执行。

八、新生儿病房管理标准和办法（措施）：

（一）标准：

1. 新生儿病房应保持清洁整齐和适宜的温度、湿度，通风良好。
2. 新生儿病房应备有必要的抢救药品和器械，随时保持效期和完好。
3. 非新生儿病房工作人员不得入内，新生儿病房谢绝参观、探视。
4. 病历质量按照《河北省病历书写规范（2013年版）》执行。
5. 医疗废物按《医疗废物管理条例》实施。

（二）办法（措施）：

1. 室内每日通风换气、进行空气消毒。
2. 新生儿病房有医护人员 24 小时守护。严格交接班制度，必须床旁交接。严密观察，及时发现处理异常情况。保暖热水袋温度不超过摄氏 49 度。热水袋应加布套，勿贴近新生儿身体。新生儿每天沐浴，沐浴盆每日消毒一次。
3. 工作人员进入新生儿病房应戴帽子、口罩，穿好隔离衣，更换专用鞋。接触新生儿前后，应洗净手。
4. 新生儿病房内的器械、物品均应固定专用。
5. 新生儿病房的面巾，产妇清洗乳头的棉棒，奶瓶、奶头、奶罩，新生儿的衣服、尿布必须经过消毒才可应用。新生儿出院后床位要进行消毒。新生儿患传染病或有感染可疑时，应当予以隔离。
6. 新生儿的手圈、床及包被外面，均需标明母亲姓名、新生儿性别以便识别。
7. 新生儿应逐日称量体重，按要求接种预防疫苗。
8. 及时与家长交流沟通，通报新生儿现状和观察治疗方案，并签署知情同意书和相关医疗文书。
9. 加强质量控制、检查和考核，纳入每月综合质量考核，并与绩效工资挂钩。发生医疗纠纷，经调查确有过错按照医院相关规定执行。

九、附则

本标准与办法自发布之日起施行，由医务处负责解释。

文件名称	医疗质量关键环节管理标准与办法				
文件编号	A05-ZD-024-01			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗质量关键环节管理标准与办法

一、急危重患者质量安全管理标准及办法（措施）

（一）标准：

1. 急危重患者诊断抢救治疗措施和方案符合诊断抢救治疗原则，快速、高效。
2. 病历书写及时、准确、规范，按照《河北省病历书写规范（2013年版）》及《电子病历基本规范（试行）》执行。
3. 会诊按照我院的会诊制度执行，急会诊应在 ≤ 10 分钟到达现场。
4. 急诊留观不得超过72小时，疑难病例要组织相关人员进行讨论分析，尽快明确诊断，制定相应诊治计划和方案。
5. 急诊手术按急诊手术管理制度执行。
6. 急危重患者抢救成功率 $\geq 80\%$ 。
7. 急救药品物品齐全，设备处于完好备用状态。
8. 消毒隔离按照相关法律法规和医院感染相关规定执行。

（二）办法（措施）：

1. 认真执行首诊负责制、交接班制度。
2. 为急危重患者的检查、入院、手术等开辟“绿色通道”，简化手续和流程，保证各种措施和方案得到有效落实。
3. 急危重患者的检查、转科、转院，各部门要通力配合，提前做好准备，必须有医护人员陪同和护送，并准备必要的抢救药品和设备。
4. 加强医务人员的培训，熟练掌握急危重患者的抢救治疗程序。
5. 在抢救的同时，逐级报告，必要时组织科间和全院会诊及抢救。
6. 严密观察病情，记录要及时详细，用药处置要准确，对危急患者应就地抢救，待病情

稳定后方可移动。

7. 严格执行口头医嘱制度和查对制度。

8. 及时将病情与患者家属沟通。重要诊治措施、有创检查及操作应征得患者本人、家属或委托人的同意，并签署知情同意书。

9. 及时完成病历的书写。

10. 加强质量控制、检查和考核，纳入每月质量考核，并与绩效工资挂钩。发生医疗纠纷，经调查确有过错的，按照医院相关规定执行。

二、手术、围手术期安全管理标准和办法（措施）：

（一）标准：

1. 术前检查齐全，准备完善。

2. 二级及以上手术应有术前讨论，制定较详细的手术方案。

3. 择期手术应于手术前一日、急诊手术提前 30 分钟通知麻醉科。参加手术的医护人员必须按时做好准备和参加手术，急诊手术随叫随到。

4. 麻醉师术前必须查看患者，制定麻醉方案。

5. 病历书写按照《河北省病历书写规范（2013 年版）》标准执行。

6. 术前履行告知义务，并签署手术同意书及相关医疗文书。

7. 手术人员安排按照《手术分级管理制度》执行。

8. 消毒灭菌按照相关法律法规和医院感染相关规定执行。

9. 手术室布局合理、流程规范，手术室器械、药品和设备必须满足手术麻醉需要。

10. 医疗废物按《医疗废物管理条例》和我院对医疗废物管理的相关规定实施。

（二）办法（措施）：

（1）严格执行围手术期管理制度。

（2）择期手术前，必须完成必要的辅助检查，尽可能明确诊断，按规定进行术前讨论，纠正手术禁忌症、相对禁忌症。

（3）术前履行告知义务，并签署好规定的手术同意书及相关医疗文书。

（4）严格执行手术分级管理制度。

（5）提前通知手术相关部门做好手术准备。

（6）麻醉师必须进行麻醉探视。做好麻醉准备、术中管理、术后管理和随访。严格掌

握拔管指征，不得随意带管回病房。

(7) 严格执行手术操作规范，仔细解剖，准确操作，保护组织。

(8) 严格遵守手术室工作制度，遵守无菌原则。

(9) 严格执行《查对制度》、《身份识别制度和流程》、《手术安全核查制度》等规定，严格手术器械管理。

(10) 术中发现异常、意外等均应及时与家属沟通，并请示上级医师、科主任，必要时应向医务处、主管院长或院长汇报。

(11) 认真填写各种记录单，粘贴各种标签存放在病历中。

(12) 术中取下的标本，由术者给家属或授权委托人过目确认，送病理检查。

(13) 麻醉医师护送患者到病房，并做好交接工作。

(14) 主管医生及时下达术后医嘱，及时完成手术相关记录，向值班医生做好交班。

(15) 病区护士根据医嘱和病情认真做好护理和健康教育、康复指导工作。

(16) 加强质量控制、检查和考核，纳入每月综合质量考核，并与绩效工资挂钩。发生医疗纠纷，经调查确有过错按照医院相关规定执行。

三、输血与药物安全管理标准和办法（措施）：

（一）标准：

1. 医务人员必须具有相应资格。
2. 输血与用药必须严格掌握适应症。
3. 输血应征得患者或其家属同意并签字。
4. 输血和分级管理药品的使用要严格掌握等级权限。
5. 输血要有输血记录及效果评价，特殊用药的用药分析在病历中要有记载。
6. 完善输血前各项检查。
7. 消毒灭菌按照相关法律法规和医院感染相关规定执行。
8. 医疗废物按《医疗废物管理条例》和我院对医疗废物管理的相关规定实施。

（二）办法（措施）：

1. 严禁无资质人员操作。
2. 充分尊重患者知情同意权，履行告知义务，签署同意书和其他相关医疗文书。
3. 严格执行相关法律法规、规章制度，严格执行诊疗操作规范和常规。



4. 严密观察病情，记录要及时详细，用药处置要准确。
5. 严格执行交接班制度和查对制度。
6. 及时完成病历的书写。
7. 加强质量控制、检查和考核，纳入每月综合质量考核，并与绩效工资挂钩。发生医疗纠纷，经调查确有过错按照医院相关规定执行。

四、有创诊疗操作安全管理标准和办法（措施）：

（一）标准：

1. 操作人员必须具有相应资格。
2. 有创诊疗操作项目必须是必要的、可行的。
3. 患者及家属同意。
4. 配备必要的抢救药品和设备。
5. 消毒灭菌按照相关法律法规和医院感染相关规定执行。
6. 医疗废物按《医疗废物管理条例》和我院对医疗废物管理的相关规定 实施。

（二）办法（措施）：

1. 严禁无资质人员操作。
2. 充分尊重患者知情同意权，履行告知义务，签署同意书和其他相关医疗文书。
3. 严格执行相关法律法规、规章制度，严格执行诊疗操作规范和常规。
4. 认真做好操作前的各项准备工作，如：患者心理准备、物品器械、药品、人员等。
5. 及时完成相关操作记录。
6. 操作完成后及时告知操作结果，交代注意事项并认真做好护理、观察和随访工作。

五、附则

本制度自发布之日起施行，由医务处负责解释。

文件名称	医务处工作制度				
文件编号	A05-ZD-025-04			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医务处工作制度

一、在医院党政领导的领导下，根据医院发展目标和工作规划，拟定医疗工作计划，经院领导批准后具体组织实施，并分析和研究医疗工作中存在问题和改进措施，为医院领导决策提供可靠依据。

二、建立健全医疗质量管理体系，不断强化医疗质量与安全管理，督导各科室医疗质量工作开展，检查各级各类医务人员医疗规章制度、技术操作常规和工作职责的执行情况，定期分析医疗质量缺陷，研究制定相应的改进措施，持续提高医疗质量、保证患者安全。

三、调查、研究医疗服务过程中存在的问题，不断优化医疗服务流程，提高医疗工作效率。

四、组织、调度各临床、医技科室开展正常的诊疗活动，协调各科室之间的工作关系，组织突发事件的应急救援、疑难病例讨论、危重患者的会诊抢救，负责重大手术、临床用血及院内外会诊的审批。

五、负责组织限制类技术项目组织、申报、审核、备案，新技术项目的论证、准入，负责对医疗技术进行追踪监管和效果评价，实行动态管理，保证医疗安全。

六、负责医务人员执业资格审核与准入，严格管理急诊、重症医学科、手术科室等重点科室人员的从业资质，审批实施病历书写、处方、手术、麻醉、高风险技术操作、限制类技术等人员的授权与评价。

七、根据医院发展规划，协调做好学（专）科布局，推进抓好重点学（专）科建设、人才培养，协调学（专）科合作，保证学（专）科的可持续发展。

八、制定医务人员“三基三严”培训计划并组织实施，开展“医师定期考核”考核活动，提高医务人员业务能力和技术水平。

九、负责组织实施院内外医务行政工作，处理卫生行政部门下达的临时性医疗任务。

十、附则



(一)本制度自发布之日起施行,2020年8月印发的《医务处工作制度》(GZZD-YWC-0001第3版)同时废止。

(二)本制度由医务处负责解释。

文件名称	科室分级诊疗管理制度				
文件编号	A05-ZD-026-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

科室分级诊疗管理制度

一、科室的医疗活动在科主任领导下完成，执行三级医师分级诊疗的原则。三级医师分级诊疗体现在病情评估、疾病诊断、制定诊疗方案、会诊抢救、值班查房、病例讨论、医疗文书书写、医疗质量管理等各个方面。三级医师的资质以医院聘任岗位为标准。

二、主任（副主任）医师在科主任领导下，负责审查新入院和急危重患者的诊疗计划，决定重大手术及特殊检查治疗，主持急危重病例的抢救，组织疑难病例的会诊讨论，听取医师、护士对诊疗护理意见，组织开展科研教学、业务学习、三基训练，检查科室质控工作开展情况，就学科建设和科室管理为科主任提供决策建议，完成医院交给的相关任务。

三、主治医师在科主任、主任（副主任）医师指导下，负责本科（组）患者的诊疗工作，审查并调整住院医师的诊疗方案，尤其对新入院、急危重、诊断未明、治疗效果不好的病例进行重点检查与讨论，定期进行系统查房，听取医护汇报，倾听患者意见，审核住院医师的病历记录，确定手术、临床用血并提交审批，决定患者的出院、转院问题，应邀参加会诊，参与组织科室的医疗质量管理，科研教学等工作，并完成各级管理部门和上级医师交给的相关任务。我院主诊组长定位参照主任医师、副主任医师，主治医师进行。

四、住院医师接受科主任、主任（副主任）医师及主诊医师领导，具体负责所分管患者的诊疗任务，并负责收治新入院患者，制定初步诊疗计划，征询上级医师意见，接受上级医师指导，实施各项诊疗措施，监督医嘱执行情况。日常工作中，认真执行查房制度，分析各项检查报告，观察处理病情变化，据实完成病历书写，参加业务学习、三基训练和质量管理等活动，不断提高技术能力和科室的医疗质量。同时负有指导实习、见习和进修医师工作的职责，完成上级医师交代的教学、科研等任务。

五、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，上级医师有责任审查下级医师的工作，上通下达，形成一个完整的诊疗体系。

六、下级医师必须认真执行上级医师的指示，若下级医师未请示上级医师，主观臆断，对患者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，上级医师推诿、拒绝或未亲自查看患者即做出不切实际的处理意见，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，擅自更改或拖延而延误诊治，甚至造成不良后果，由下级医师负责。

七、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诊疗方案的探讨。

八、本制度自发布之日起施行，由医务处负责解释。

文件名称	双向转诊管理制度				
文件编号	A05-ZD-027-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

双向转诊管理制度

为充分履行公立医院社会职责，落实分级诊疗“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”工作要求，推动医疗卫生机构间的优势互补、资源共享，特制定本制度。

一、适用范围

依据承德市卫生健康发展规划，并结合我院功能定位及医疗资源配置实际情况，在保障医疗质量和患安全的前提下，对如下类别基层医院双向转诊实施优先：

- （一）医联体协作医院；
- （二）河北省“春雨工程”、承德市“雨润工程”对口精准帮扶受援医院。

二、双向转诊原则

- （一）患者自愿原则：从维护患者利益出发，充分尊重患者选择；
- （二）分级诊治原则：
 1. 基层医院负责常见病、急症患者的治疗等；
 2. 我院负责危重症、疑难杂症或基层医院不具备救治能力的患者治疗。

三、双向转诊条件

（一）转至我院

1. 基层医院临床各科室危重症、疑难杂症及难以实施有效救治的病例；
2. 基层医院认为需要上级医疗机构进一步检查，明确诊断的病例；
3. 重大伤亡事件中，基层医院处置数量受限的病例；
4. 疾病诊治超出基层医院核准诊疗登记科目的病例；
5. 其他因技术、设备条件限制不能处置的病例。

（二）转至基层医院

1. 可以在基层医院进行的指导性诊疗或教学性手术的病例；



2. 其他适合转至基层医院的病例。

四、双向转诊程序

(一) 转至我院

1. 基层医院接诊，评估患者是否符合转诊条件；

2. 若患者符合转诊条件，接诊医师应向患者详细说明转诊的必要性和流程，取得患方的知情同意后实施转诊；

3. 对急危重症患者，基层医院相关管理部门需要与我院医务处提前联系，医务处依据患者病情，在患者拟收治专科床位允许的情况下及时安排，切实保障患者安全。

4. 我院相关科室按患者疾病危重程度收治转诊患者。

(二) 转至基层医院

1. 患者病情稳定后，主管医师评估患者是否符合下转标准；

2. 若患者符合标准，征得患方知情同意后实施转诊，若患者不同意转诊，继续在原科室治疗。

五、双向转诊要求

(一) 我院

1. 在床位允许的情况下，各临床科室及时收治转诊患者；对危急重症实施绿色通道管理；

2. 诊疗中严格落实“合理检查，合理用药，合理诊疗，合理收费”要求。

(二) 基层医院

1. 通过宣传手册或其他渠道，熟悉我院的专科设置、专家特长等情况；

2. 协助转诊患者选择合适的科室和专家，为患者提供便利；

3. 急危重症转诊时，应安排专人护送并向接诊医生提供必要的病情和检查资料。

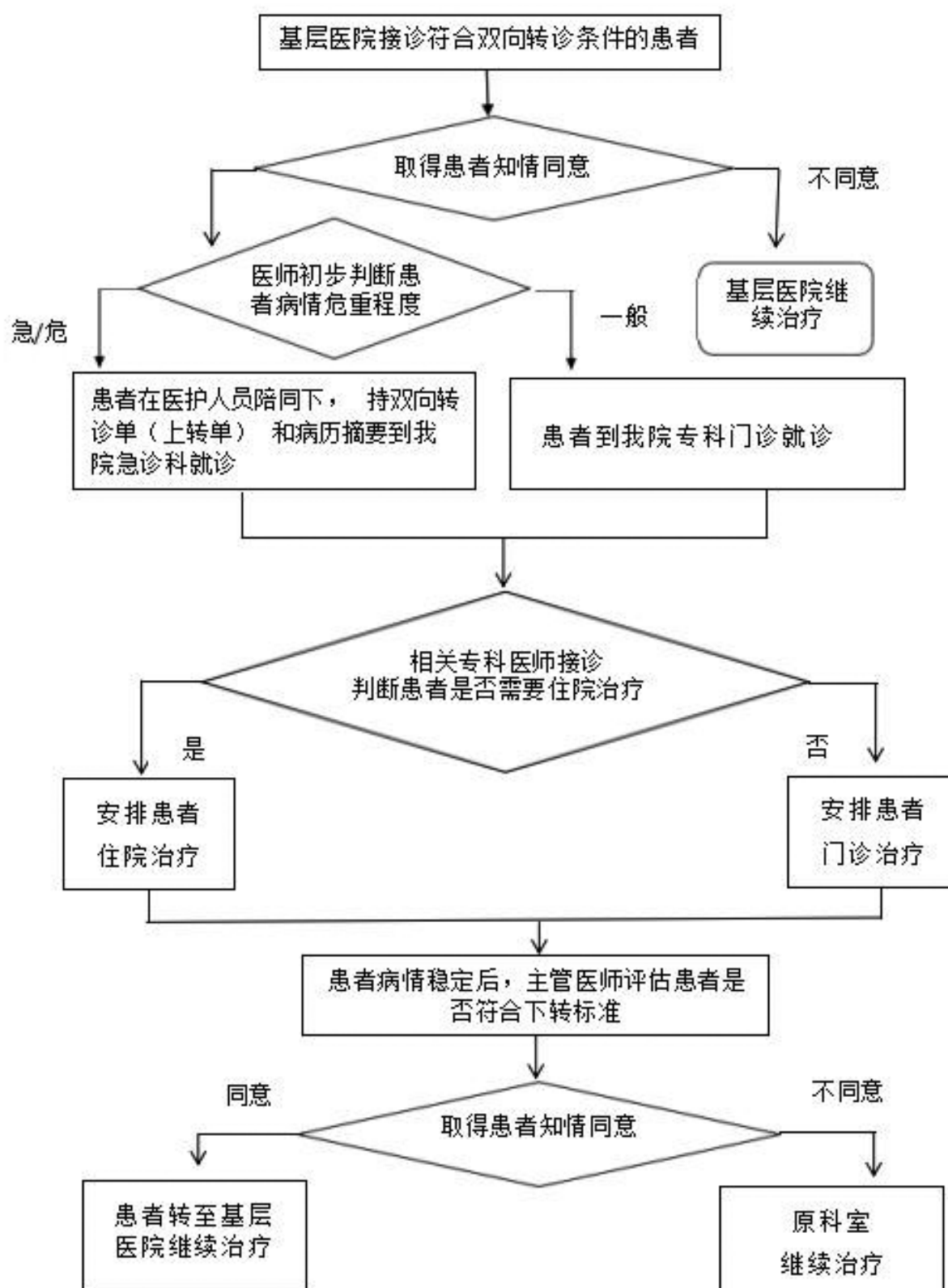
六、附则

(一) 本制度自发布之日起施行，2020年8月印发的《双向转诊管理制度》（GZZD-YWC-0060第3版）同时废止。

(二) 本制度由医务处负责解释。

附件:

双向转诊流程图



文件名称	病人入、出院管理制度				
文件编号	A05-ZD-028-04			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2020年12月

病人入、出院管理制度

一、入院

(一) 入院标准

1. 符合收治标准的患者。
2. 各临床科室应根据各专业疾病的特点收治急诊患者入院。
3. 对急诊或有紧急需求的患者，优先诊治，优先入院。

(二) 入院制度

1. 由本院具备执业资格的医师通过病情诊断、入院标准，现有医疗资源（人力、技术、设备）承受能力决定患者是否住院，并为入院患者开具住院证，在住院办公室办理入院手续。
2. 每一个患者从门诊或急诊到收入院的过程须有完整的病历记录，包含有明确的住院日、入院时患者的身体状况，精神状况的评价，并向患者说明，取得理解和同意。
3. 预约手术患者，急性创伤、急性心肌梗死等重点疾病患者及其他急危重症患者优先入院治疗。医院各病区应预留应急床位，对于入院抢救的患者，各科室均不得推诿、拒收，必要时由医务处协调全院床位，优先收治急诊患者。
4. 对于需收住重症监护病房的，应当明确地向患者及其家属告知收住的理由、预期效果及费用，取得理解与同意，患者运送途中要保障其安全。
5. 危重症患者转院前应明确地向患者及其家属告知转院的理由、可能的后果、途中可能的意外，取得理解与同意，做好相应的病历记录，并与上级医院取得联系，必要时可派医务人员护送。
6. 医院员工应关注那些在就医过程中存在困难的患者，如年老体弱者、残疾人、语言交流障碍和听力受损的患者，提供轮椅、翻译等帮助。
7. 医师应告知患者办理住院手续后尽快到相应科室入住，对拒绝住院治疗的患者应向其

充分说明住院治疗的重要性及离院可能造成的不良后果。

二、出院

(一) 患者出院应当由本科的主管医师或上级医师查房后决定，由主管医师向患者或家属告知出院事项。

(二) 医护人员应当根据病情为出院患者提供必要的服药指导、营养指导、康复训练指导、生活或工作中的注意事项等健康指导。

(三) 每一位出院患者都有出院小结的副本，主要内容有入院时情况、诊断名称、治疗方法、效果、出院带药、出院的注意事项以及康复指导等。

(四) 护理人员根据医嘱整理出院病人病历、药品。协助病人整理物品，清点医院用物。

(五) 清整病床单位用物，注销各种卡片。进行病床单位终末消毒处理。

(六) 病情不宜出院，而患者或患者家属要求出院者应加以劝阻，充分说明继续治疗的重要性及自动出院可能造成的不良后果，如劝阻无效，应由主管医师批准，并在病历上写明原因，患者或患者家属签字，患者方可出院。应出院而不出院者，同样在病程记录中如实记载具体情况。病人自行离院三天以上者视为自动出院。

四、附则

(一) 本制度自发布之日起施行，2020年8月印发的《病人入、出院管理制度》(GZZD-YWC-0058)同时废止。

(二) 本制度由医务处负责解释。

文件名称	转院、转科制度				
文件编号	A05-ZD-029-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

转院、转科制度

为保证医疗质量与患者安全，使患者得到及时、准确和安全的治疗，加强转院、转科管理，结合我院实际，特制定本制度。

一、转院制度

（一）因限于技术和设备条件，本院确认不能诊治的病人可行转院。转院前需经全院病例讨论，由主管院长同意，并报医务处备案。

（二）确需转院的危重病人，经科主任同意，提前与转入医院联系，征得同意后方可转院。派遣救护车、在医护人员携带药品、设备陪护下进行。要充分估计途中可能出现的危险并取得家属理解和知情同意。

（三）急性呼吸道传染病及其它传染病转院按《突发公共卫生事件应急防治预案》执行。

二、转科制度

需要转科病员，须经转入科室会诊、同意。转科前写好转科记录、请转入科室做好准备、派人陪送到转入科室；向值班人员交待有关情况；双方签署《转科记录》。

文件名称	没有空床或医疗设施有限时的处理制度				
文件编号	A05-ZD-030-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

没有空床或医疗设施有限时的处理制度

为在科室没有空床或医疗设施有限时，及时为患者解决入院、诊疗问题，结合本院实际，特制定本制度。

一、提前告知，妥善沟通，减少医患冲突

科室没有空床时，应提前告知门诊医生，使病人在办理住院手续前就大体了解住院条件并自愿入住病房。护士长和责任护士应立即加床，备好床位，并在患者和家属入院后妥善沟通，详细告知加床条件，取得患者及家属的谅解。严禁强制或在不告知的情况下收住院。

二、合理加床

依据科室人员配备、医疗物品储备、抢救设施等情况合理加床。各科室在不推诿病人的情况下，为保证患者的医疗护理安全及诊疗质量，尽量控制加床的数量在安全线以内，必要时请相关职能科室协调。同时，做好患者的周转工作，及时进行床位调整。

三、妥善安排加床患者需要的各种物品

各科室要准备好加床患者需要的各种生活物品及医疗护理设施，相关的后勤科室给予保障支持。严禁在无法达到诊疗护理基本要求的情况下盲目加床。

四、保证加床科室的医护人员配备

各科室对于加床要严格管理，确保病人在入院后得到及时准确的诊疗护理。依据病人总数和危重病人的数量由内外科系统的科护士长在系统内进行调配，必要时由护理部进行全院调配，确保病人得到安全、优质、高效的医疗护理服务。

五、加快周转

做好患者周转工作，及时进行床位调整。

六、严格规范诊疗行为

科室应严格执行医疗核心制度，有特殊情况应立即进行医疗安全预警上报，杜绝医疗差



错及事故的发生。

七、及时进行辅助检查

患者行辅助检查时，由于我院医疗设施有限无法满足诊疗需要的，应及时告知患者到外院检查。

文件名称	临床科室总住院医师管理制度				
文件编号	A05-ZD-031-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

临床科室总住院医师管理制度

为提高医疗质量，保障患者安全，促进复合型人才培养，提高中青年医师的临床技能及综合素质，实现医院“各学科全面发展”的战略目标，经医院决定，实施部分临床科室总住院医师管理制度。

一、担任总住院医师的条件

- (一) 本科毕业，连续从事临床医疗工作5年以上，取得主治医师及以上资格。
- (二) 硕士研究生毕业，从事临床工作3年以上，取得主治医师及以上资格。
- (三) 具备较系统的专业理论知识和临床经验，能处理一般急诊及专科急、危、重症病人的治疗工作。

二、总住院医师职责

- (一) 在科主任领导下，协助科主任做好科室各项医疗、行政管理工作。
- (二) 指导并协助值班医师做好本病区所有患者非正常工作时间的诊疗工作。
- (三) 负责本专业正常及非正常工作时间的常规性会诊工作。
- (四) 协助主任、副主任做好各种急、危、重症患者的会诊工作。
- (五) 完成各项指令性工作。

三、总住院医师管理具体实施办法

- (一) 总住院医师上岗前，需填写总住院医师任职审批表，科主任签字，报医务处及主管院长审批后备案。
- (二) 总住院医师任期：总住院医师任期原则上为一年，特殊情况可分期执行。
- (三) 总住院医师值班期间，要随时保持通讯畅通，特殊情况离开病区时，应向科室告知去向。
- (四) 总住院医师实施一周六天（24小时×6天）连续工作制，周一上午8时开始至



周六下午 18 时。总住院调休期间由科主任指定主治医师以上人员代班，接替总住院医师工作。

（五）医院倡导具备条件的临床科室执行总住院医师制度，对暂不具备条件的科室不予强制执行。

文件名称	医疗技术管理制度				
文件编号	A05-ZD-032-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗技术管理制度

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

一、本制度所称的医疗技术，是指我院医务人员以诊断和治疗疾病为目的，对疾病作出判断和消除疾病、缓解病情、减轻痛苦、改善功能、延长生命、帮助患者恢复健康而采取的医学专业手段和措施。本制度所称的医疗技术临床应用，是指将经过临床研究论证且安全性、有效性确切的医疗技术应用于临床，用以诊断或者治疗疾病的过程。

二、我院实行医疗技术分类管理，医疗技术分为二类：

（一）非限制类医疗技术：是指安全性、有效性确切，医疗机构通过常规管理在临床应用中能确保其安全性、有效性的技术。

（二）限制类医疗技术：是指安全性、有效性确切，涉及一定伦理问题或者风险较高，对医疗机构的服务能力、人员水平有较高要求，卫生行政部门应当加以控制管理的医疗技术，其中，具有下列情形之一，需要卫生行政部门加以严格控制管理。

1. 涉及重大伦理问题；
2. 高风险；
3. 安全性、有效性尚需经规范的临床试验研究进一步验证；
4. 需要使用稀缺资源；
5. 卫生部门规定的其他需要特殊管理的医疗技术。

三、医疗技术的准入

（一）各科室在医疗技术准入后，方可严格按照各类技术规范开展医疗技术。

（二）各科室不得在临床应用卫生行政部门废除或禁止使用的医疗技术。



(三) 对于“限制类医疗技术”的临床应用实行备案管理。在开展限制类医疗技术前，应当向河北省卫健委进行医疗技术临床应用能力技术审核备案后，在我院方可实施。

(四) 各科室在申请医疗技术临床应用能力技术审核时，应当按要求提交医疗技术临床应用相关情况，内容包括：

1. 医疗机构名称、级别、类别、相应诊疗科目登记情况、相应科室设置情况；
2. 开展该项医疗技术的临床应用情况，包括人员情况、仪器设备情况及场所情况；
3. 该项医疗技术的基本概况，包括国内外应用情况、适应证、禁忌证、不良反应、技术路线、质量控制措施、疗效判定标准、评估方法，与其他医疗技术诊疗同种疾病的风险、疗效、费用及疗程比较等；
4. 开展该项医疗技术操作医师授权情况，包括执业注册情况、资质、相关履历；
5. 开展该项医疗技术的相关管理制度，包括质量保障措施、诊疗护理规范、感染管理制度、消毒技术规范、相关应急预案及相关知情同意书；
6. 其他需要说明的问题。

(五) 开展通过临床应用能力技术审核的医疗技术，经河北省卫健委审定后 30 日内到核发其《医疗机构执业许可证》的部门办理诊疗科目项下的医疗技术登记。经登记后方可在临床应用相应的医疗技术。

(六) 自准予开展限制类医疗技术之日起 2 年内，每年向批准该项医疗技术临床应用的河北省卫健委报告临床应用情况，包括诊疗病例数、适应证掌握情况、临床应用效果、并发症、合并症、不良反应、随访情况等。

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

1. 该项医疗技术被卫生行政部门废除或者禁止使用；
2. 从事该项医疗技术主要专业技术人员或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化，不能正常临床应用；
3. 发生与该项医疗技术直接相关的严重不良后果；
4. 该项医疗技术存在医疗质量和医疗安全隐患；
5. 该项医疗技术存在伦理缺陷；
6. 该项医疗技术临床应用效果不确切；

7. 省级以上卫生行政部门规定的其他情形。

四、医疗技术目录制定

(一) 非限制类医疗技术由科室医疗技术管理小组讨论后向医务处提交本科室的技术目录，报我院医疗技术管理委员会审核并通过执行。

(二) 限制类医疗技术目录根据河北省卫健委备案情况制定。

五、医疗技术资格授权管理与审批程序

(一) 科室主任作为科室第一责任人，医疗技术管理委员会负责医疗技术授权管理工作，医务处负责具体实施及监管工作，科室负责本科室的医疗技术相关工作。

(二) 在上级卫生行政部门或本院对相应类别医疗技术临床应用能力审核通过的基础上，由医务处对手术、介入、麻醉、腔镜等高风险技术项目操作人员进行资格的许可授权、考评复评及再评估的动态管理。

手术（含腔镜、介入）医师的资格授权管理参照《手术分级管理制度》、《高风险诊疗技术操作授权管理制度》及相关管理制度执行，麻醉医师的资格授权管理参照《麻醉医师资格分级授权管理制度》执行。

(三) 医疗技术人员准入

1. 非限制类医疗技术临床应用安全性、有效性确切，各科室通过常规管理在临床应用中能确保其安全性、有效性，由医院根据功能、任务、技术能力实施严格管理。

实施人员要求具备执业医师资格，注册范围与开展技术专业一致，首次开展须经科室内考核合格，近期未发生与开展该技术相关的医疗事故即可实施，非限制类医疗技术涉及手术项目，按照《手术分级管理制度》执行，由科室上报医务处备案。

2. 限制类医疗技术安全性、有效性确切，涉及一定伦理问题或者风险较高，需向河北省卫健委申报备案。

实施人员要求具备执业医师资格，注册范围与开展技术专业一致，具有主治医师以上专业技术职务任职资格，并有5年以上该专业临床诊疗工作经历；独立完成一定例数，近期未发生与开展该技术相关的医疗事故，经医院伦理委员会审核通过后，上报省卫健委备案方可实施。特殊技术需满足该专业技术管理规范要求（如心血管病介入诊疗技术），并取得该专业技术培训合格证或上岗证，方可实施。

其中，需要卫生行政部门加以严格控制管理的医疗技术：实施人员要求具备执业医师资

格，注册范围与开展技术专业一致，副主任医师以上专业技术职务任职资格，10年以上该专业临床诊疗工作经历；5年以上独立开展该治疗经验，独立完成一定例数，经专业培训基地培训并考核合格，近期未发生与开展该技术相关的医疗事故，经医院伦理委员会审核通过后，上报省卫健委或国家卫健委备案方可实施。

（四）资格授权依照以下流程：首先医务人员向本科室医疗技术管理小组申报个人的资质能力，科室医疗技术管理小组进行初步考评，考评结果提交医院技术管理委员会进行最终认定，必要时还应同时提交上级卫生行政部门审定。

（五）医院根据医疗技术的类别及要求，每两年对操作人员的资质能力再授权，将医疗纠纷及非计划再次手术情况进行综合评价，对不符合资质能力要求的人员，取消或降低其相应项目操作资格。

（六）对取消或降低操作资格的人员，医疗技术管理委员会负责安排对其进行为期1个月到1年不等的考察，考察期满后，对其进行再评估，考评通过则可恢复其操作资格。

六、医疗技术的临床应用管理和奖罚措施

（一）各专业所开展的各种诊疗技术必须符合诊疗技术规范，不得将不成熟的技术应用于临床诊疗工作中。

（二）严禁应用未经批准或已经废止和淘汰的技术。

（三）凡发生医疗技术损害的，操作人要立即报告上级医师、科主任，在积极迅速进行补救的同时上报医务处，根据情况医务处组织相关科室力量进行全力补救，将损害降到最低程度。

（四）临床已开展的医疗技术，当技术力量、设备和设施发生改变，可能会影响到医疗技术的安全和质量时，经医疗技术管理委员会讨论后医务处下达终止此项技术的指令，有关科室必须服从，不得违反。

（五）临床科研项目中使用医疗技术的，也须按照本制度要求严格管理。

医务处负责各项管理工作的监督和反馈，建立技术档案并动态管理，检查科室的医疗技术的工作，并根据检查结果进行奖罚和反馈。

七、医疗技术档案管理

医院建立医疗技术档案，对医师医疗技术开展情况实行动态管理，定期更新；并根据要求将规定技术开展情况上报上级卫生行政部门。

附件

河北省限制临床应用的医疗技术（2015 版）

（一）安全性、有效性确切，但是技术难度大、风险高，对医疗机构的服务能力和人员技术水平有较高要求，需要限定条件的医疗技术。

如：

1. 造血干细胞（包括脐带血造血干细胞）移植治疗血液系统疾病技术
2. 质子、重离子加速器放射治疗技术
3. 放射性粒子植入治疗技术（包括口腔颌面部恶性肿瘤放射性粒子植入治疗技术）
4. 肿瘤深部热疗和全身热疗技术
5. 肿瘤消融治疗技术
6. 心室辅助装置应用技术
7. 颅颌面畸形颅面外科矫治术
8. 口腔颌面部肿瘤颅颌联合根治术
9. 人工智能辅助诊断、治疗技术
10. 各专业内镜三级以上手术
11. 人工关节置换技术（包括膝、髋和其他人工关节）
12. 神经血管介入诊疗技术
13. 外周血管介入和综合介入治疗技术
14. 心血管疾病介入诊疗技术
15. 口腔种植诊疗技术
16. 基因芯片诊断技术
17. 临床基因扩增检验技术
18. 肿瘤放射治疗技术
19. 准分子激光角膜屈光手术技术
20. 血液透析治疗技术
21. 男女性外生殖器成形或再造（除外变性手术）治疗技术
22. 人工耳蜗植入技术



23. 乳房整形技术（除外隆乳手术）

24. 冠状动脉旁路移植技术

（二）存在重大伦理风险或使用稀缺资源，需要严格管理的医疗技术。如：

1. 同种胰岛移植治疗糖尿病技术

2. 同种异体组织移植治疗技术（仅限于角膜、骨、软骨、皮肤移植治疗技术）

3. 性别重置技术（变性手术）

文件名称	医务人员执业资格审核与执业准入相关规定				
文件编号	A05-ZD-033-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医务人员执业资格审核与执业准入相关规定

一、医师资格审核与管理

（一）严格按照《中华人民共和国执业医师法》和国家中医药管理局制定的《中医师、士管理办法（试行）》执行医师注册执业管理。

（二）医务处严格审查医师资质，依法取得执业医师资格，注册在我院的医务人员，按照医院相关的管理规定从事医疗工作。

（三）对取得执业资格的新调入人员，必须先办理执业注册或变更手续，《执业医师证》交医务处留存。本人提交书面申请，科主任签署意见后报医务处审批，授予处方权后方可独立执业。

（四）取得医师资格，按程序完成执业注册或变更手续的在院规培学员、实习本科生、研究生、博士生可以在执业医师的指导下进行临床工作，但不能单独从事诊疗活动。

（五）入院后新取得《医师资格证》的人员，由医务处负责办理注册手续，《执业医师证》交医务处留存，按管理规定授予处方权后方可独立执业。

（六）仅取得执业助理医师资格的人员，必须在执业医师指导下从事各项诊疗活动，不能独立执业。

（七）严格遵守医师执业范围，严禁超范围执业；严格执行医疗技术准入与手术分级管理制度，严禁越级开展手术。

二、医技人员必须取得相应专业技术资格，经科室主任同意后书面报送医务处，审核同意备案后方可独立执业和出具相关检查报告。

文件名称	关于医疗技术临床应用伦理审查规定				
文件编号	A05-ZD-034-01			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

关于医疗技术临床应用伦理审查规定

根据《医疗纠纷预防和处理条例》、《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》、《医疗技术临床应用管理办法》相关要求,结合我院实际,对我院医疗技术临床应用伦理审查规定如下:

一、伦理审查范围

(一) 医疗技术、项目:是指在我院和(或)国内外均尚未开展过或使用过的、在人体上首次临床应用的医疗技术,包括新的技术方法、方案、产品以及新的生物医学技术等医学专业手段和措施;

(二) 院内新技术、项目:主要指在我院首次开展、临床应用的限制类医疗技术;其他经评估后需进一步伦理审查的技术项目;

(三) 上级卫生行政主管部门规定的特殊管理类技术等。

二、审查方式

原则上限制类医疗新技术项目采用会议审查为主模式,由1-2名主审委员负责审查新技术的科学性与伦理合理性,以及知情同意书是否告知充分,其他委员对方案的科学性与伦理性等进行充分讨论,针对存在的问题提出修改建议,做出审查决定。

三、跟踪审查

医疗新技术的伦理审查属于技术准入,原则上不进行伦理追踪,按医院医疗技术管理相关要求进行管理。涉及技术难度大、风险高,对医疗机构的服务能力、人员水平有较高专业要求、重大伦理风险的等限制类技术以及人体器官移植技术、人类辅助生殖技术、细胞治疗技术的经伦理委员会评估后设置跟踪审查时间及方式。

四、其他

未经我院伦理审查委员会通过的医疗新技术,特别是限制类医疗技术,不得应用于临床。在医疗新技术临床应用过程中,发现该项医疗技术存在重大伦理缺陷或者出现重大伦理问题的,应当立即停止该项技术临床应用,并报告伦理委员会对该医疗技术进行审议。

文件名称	高风险诊疗技术操作授权管理制度				
文件编号	A05-ZD-035-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

高风险诊疗技术操作授权管理制度

为提高医疗质量，保障医疗安全，加强高风险诊疗技术的管理和规范高风险诊疗技术的临床应用，根据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗技术临床应用管理办法》等法律法规，制定本制度

一、高风险诊疗技术操作相对具有操作复杂、难度高、风险高等特性，具有更严格的准入要求。高风险诊疗技术操作随着医学科学发展和不同地区、不同医院发展水平的不同，具有差异性和变动性。各临床专业科室确定本科室高风险诊疗技术操作目录，并根据学科发展和技术水平变化，定期进行目录更新。

二、我院将手术、麻醉、介入、腔镜及部分新技术、新项目纳入高风险诊疗技术操作范畴管理。

三、高风险诊疗技术操作的管理

（一）本院执业医师必须经授权后方能进行高风险诊疗技术项目操作，未予授权的人员不得开展相应操作；

（二）各科室根据本专业有创诊疗操作技术的复杂性、难度和风险程度列出高风险诊疗技术操作目录报医务处审核备案并对目录进行定期更新。

（三）高风险诊疗操作技术按专业项目分别设准入标准，各专业医师根据高风险诊疗操作的复杂性和技术难度按项目分别进行操作资质准入。

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

（五）手术分级管理，按照医院《手术分级管理制度》执行。

（六）麻醉技术的管理，按照医院《麻醉医师资格分级授权管理制度》执行。



(七) 腔镜手术的管理，按照《腔镜诊疗技术管理规范》执行。

(八) 介入医疗技术的管理，按照《介入诊疗技术管理规范》执行。

(九) 新技术、新项目的管理按照医院《新技术、新项目准入管理制度》执行。

(十) 除手术、麻醉、腔镜、介入外的高风险诊疗技术操作权限的申请及授权：

1. 申请者须取得主治医师及以上职称方可提出高风险诊疗操作技术项目权限申请。

2. 申请者必须担任申请项目一助 5 例以上并在上级医师（或有经验医师）指导下成功施行 5 例，经科室医疗技术管理小组讨论同意，填写《承德市中心医院高风险诊疗技术操作资质申请表》并由科主任签字后上报医务处审核。

3. 医务处审核后上报医疗技术管理委员会，经认定同意后授予相应高风险诊疗技术操作权限。

四、高风险诊疗技术操作的监管和再授权

(一) 高风险诊疗技术操作实行追踪管理，开展高风险诊疗技术操作的科室自项目开展日起每年对高风险诊疗技术操作开展情况进行总结，并将总结报告报送医务处备案。

(二) 高风险诊疗技术操作权限实行动态管理，每两年复审一次。

(三) 已获授权者出现下列情况，医务处酌情取消或降低其操作权限：

1. 达不到新修订的授权审核条件者；

2. 操作者两年内某项操作并发症的发生率超过操作标准规定的范围；

3. 操作者在某项或多项操作过程中明显或屡次违反操作规程；

4. 复审不合格者。

(四) 高风险诊疗技术操作须由授权医师完成，但紧急或特殊情况下，为不延误抢救时机，坚持以抢救生命为原则，未授权医师需请示科主任批准，报告医务处（非正常上班时间报告总值班）获临时授权后进行操作，并于三日内补办《承德市中心医院高风险技术操作临时授权表》。

(五) 取消或降低操作权限者可在半年后提出再授权申请，科主任签字报医务处审核，报医疗技术管理委员会裁定。

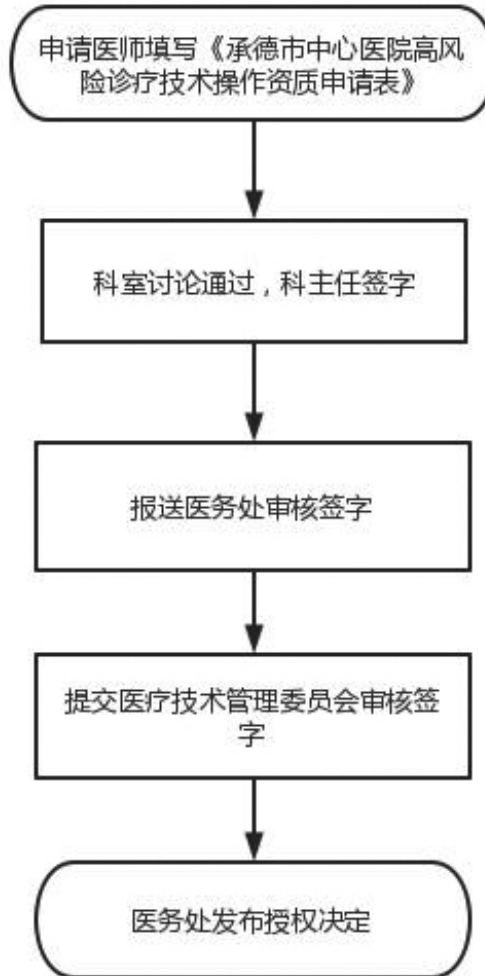
五、对于高风险诊疗技术操作权限申请、授权、监管及再授权结果持有异议者可直接向医疗技术管理委员会提出申诉，由医疗技术管理委员会作出裁定，且为最终裁定。

- 附：1. 承德市中心医院高风险技术操作授权流程
2. 《承德市中心医院高风险诊疗技术操作资质申请表》
3. 《承德市中心医院高风险技术操作临时授权表》



附件 1.

承德市中心医院高风险技术操作授权流程



承德市中心医院高风险诊疗技术操作资质申请表

科室		姓名		年龄	
技术职称 / 职务		学历		任职年限	
相关技术培训或 进修情况说明					
高风险技术操作技术能力评价					
申请高风险诊疗技术 操作项目名称	一助及独立操作案例 (填写病历号或专有编号)		并发症发生率	有无医疗 纠纷或事故	
科室意见： <div style="text-align: right;"> 科主任签字： 年 月 日 </div>					
医务处意见： <div style="text-align: right;"> 签字（盖章） 年 月 日 </div>					
医疗技术管理委员会： <div style="text-align: right;"> 签字（盖章） 年 月 日 </div>					



承德市中心医院高风险技术操作临时授权表

科室		姓名		年龄	
技术职称 / 职务		学历		任职年限	
申请高风险诊疗技术项目名称					
<p>紧急或特殊情况说明：</p> <p style="text-align: right; margin-top: 100px;">申请人签字： 年 月 日</p>					
实施高风险技术操作情况					
患者姓名		住院号		主要诊断	
高风险技术操作效果					
<p>科室意见：</p> <p style="text-align: right; margin-top: 100px;">科主任签字： 年 月 日</p>					
<p>医务处意见：</p> <p style="text-align: right; margin-top: 100px;">签字（盖章） 年 月 日</p>					

文件名称	介入诊疗医师资质授权制度与流程				
文件编号	A05-ZD-036-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

介入诊疗医师资质授权制度与流程

为了确保介入诊疗操作的安全和质量，明确各级医师操作权限，根据《介入诊疗技术临床应用管理规范》结合我院实际，特制定本制度与流程。

一、介入诊疗医师资质授权制度

（一）介入诊疗医师

1. 取得《医师执业证书》，执业范围为医学影像和放射治疗专业或与开展的介入诊疗相适应的临床专业。

2. 有3年以上相关专业临床诊疗工作经验，具有主治医师及以上专业技术职务任职资格。

3. 开展三级以上介入诊疗手术的医师还应当符合以下要求：有5年以上介入临床诊疗工作经验，具有高年资主治医师以上专业技术职务任职资格；经过卫生行政部门认定的介入诊疗培训基地系统培训并考核合格。

（二）专业护士及其他技术人员经过相关介入诊疗技术专业系统培训并考核合格。

（三）拟从事介入诊疗的医师应当接受不少于6个月的系统培训。拟从事三级以上介入诊疗的医师应当接受不少于12个月的系统培训。

二、介入诊疗医师资质授权流程

申请者向所在科室提出书面申请，填写《承德市中心医院介入诊疗资质授权申请表》，由科室医疗技术管理小组对其进行考核，做出综合评价，报医务处审核，提交医疗技术管理委员会审批。

附件：承德市中心医院医师介入诊疗资质授权申请表



承德市中心医院医师介入诊疗资质授权申请表

科室		姓名		性别	
出生日期		职称		从事介入诊疗年限	
执业证书编号			执业范围		
申请类别	<input type="checkbox"/> 神经血管介入诊疗技术 <input type="checkbox"/> 心血管介入诊疗技术 <input type="checkbox"/> 外周血管介入诊疗技术 <input type="checkbox"/> 综合介入诊疗技术				
<p>申请人介入诊疗能力自评</p> <p style="text-align: right; margin-top: 100px;">申请人： 年 月 日</p>					
<p>科室医疗技术管理小组意见</p> <p style="text-align: right; margin-top: 100px;">组长签字 年 月 日</p>					
<p>医务处意见</p> <p style="text-align: right; margin-top: 100px;">盖章 年 月 日</p>					
<p>医疗技术管理委员会意见</p> <p style="text-align: right; margin-top: 100px;">盖章 年 月 日</p>					

文件名称	手术医师能力评价与再授权制度				
文件编号	A05-ZD-037-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

手术医师能力评价与再授权制度

为规范医院手术管理，提高手术质量，确保手术安全，依据我院《手术分级管理制度》的规定，对手术医师实施定期能力评价与再授权管理，特制定本制度。

一、手术医师定期能力评价

(一) 各手术科室成立至少 3 人的医疗技术管理小组，由科主任任组长，组员原则上由副高及以上职称的专家担任。小组每年度对科室医师的手术资格与手术能力进行客观、公正的评价。

(二) 各手术医师于年度末填写《医师手术能力科室年度考核评价意见表》，医疗技术管理小组填写审核评价意见，由组长签名后上报医务处。

(三) 对于存在违规手术情况的医师，要如实填写《科室手术医师违规情况上报表》，医疗技术管理小组组长签名后上报医务处。医务处审核后上报至医疗技术管理委员会进行医师手术能力院级评价，并进行讨论，根据医疗技术管理委员会意见给予相应处理。

二、再授权管理

医院医疗技术管理委员会综合每年度医师手术能力评价情况，进行手术资质再次授权，原则上每两年一次。

(一) 授权标准

1. 科室每年度考核均合格，可完成本级别手术种类的 80% 以上，且未发生医疗过错或事故者，授予同级别手术权限；

2. 申请晋升高一级别手术权限的医师，除达到可完成本级别手术种类的 80% 以上条件外，需同时具备以下条件：

(1) 获得相应手术级别的卫生专业技术资格、任职年限；

(2) 承担本级别手术时间满两年；

(3) 承担本级别手术期间无医疗过错或事故发生（以医疗技术管理委员会认定结果为准）；

(4) 在上级医师指导下完成高一级别手术 5 例以上者。

3. 当出现下列情况之一者，取消或降低其手术操作权限：

(1) 达不到相应手术级别资质的；

(2) 对手术医师实际完成手术质量评价后，经证明其手术并发症的发生率超过相关规定范围的；

(3) 在手术操作过程中明显或屡次违反手术操作规程的；

(4) 承担本级别手术期间，发生 2 次或 2 次以上因技术能力问题造成医疗缺陷或纠纷的；

(5) 承担本级别手术期间，发现有越级手术或未经授权擅自开展手术的，当年度手术医师能力评价视为不合格，本年度不得晋升上一级别手术资质。

（二）授权程序

1. 科室医疗技术管理小组综合以上标准，对科室开展的手术进行梳理、讨论，对手术医师资质进行评定，拟定本授权周期各级手术医师手术级别及手术范围。

2. 科室考核合格，建议原级别再授权的医师填写《承德市中心医院手术医师定期能力评价与再授权表》，科主任签名后上报医务处。

3. 科室考核符合申请高一级别手术权限的医师，需填写《承德市中心医院医师手术资质申请表》，并提交相关支撑材料，上报医务处。

4. 科室考核建议取消或降低其手术操作权限的医师，形成书面材料上报医务处；或医务处监管其医师实际手术操作能力与申报审批的能力不符、无法胜任该级别手术操作的医师，医务处形成书面材料。

5. 医务科审核材料后，提交医疗技术管理委员会讨论、审批。

6. 医疗技术管理委员会形成决议后，给予相应授权并备案。

三、医师开展手术（操作）级别、定期评估授权情况计入医师技术档案。

文件名称	临床科研项目中医疗技术管理制度				
文件编号	A05-ZD-038-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

临床科研项目中医疗技术管理制度

为加强医疗技术科研管理，促进医学科技进步，保障患者身体健康，根据《医疗机构管理条例》、《医疗技术临床应用管理办法》等国家有关法律法规，结合医院实际，特制定本制度。

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

二、医务人员在开展临床科研项目使用医疗技术时应当遵守本制度。

三、医务人员在开展临床科研项目使用医疗技术时应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。

四、医院对医务人员开展临床科研项目使用医疗技术实行分类、分级管理。

五、医疗技术按照安全性、有效性及确切程度分为两类。

（一）非限制类医疗技术：是指安全性、有效性确切，医疗机构通过常规管理在临床应用中能确保其安全性、有效性的技术。

（二）限制类医疗技术：是指安全性、有效性确切，涉及一定伦理问题或者风险较高，对医疗机构的服务能力、人员水平有较高要求，卫生行政部门应当加以控制管理的医疗技术，其中，具有下列情形之一，需要卫生行政部门加以严格控制管理的医疗技术。

1. 涉及重大伦理问题；
2. 高风险；
3. 安全性、有效性尚需经规范的临床试验研究进一步验证；
4. 需要使用稀缺资源；
5. 上级管理部门规定的其他需要特殊管理的医疗技术。

六、医务人员在开展临床科研项目使用医疗技术时，应通过伦理委员会审核，相关管理与审批由科教处和医务处共同负责监督落实。

七、各专业开展医疗新技术必须保障应用的安全性、有效性、效益性和合理性，并严格按照相关制度申报。

八、医务人员在开展临床科研项目使用医疗技术中涉及手术准入治疗，必须严格执行《手术分级管理制度》。

九、医务人员开展临床科研项目使用医疗技术，必须符合诊疗技术规范，不得将不成熟的技术应用于临床科研工作中。从事临床科研活动的医务人员，必须是合法的有相应资格的卫生技术人员，不允许非卫技人员从事诊疗活动。各种有创的操作技术项目在独立操作之前必须经过培训，经科室考核批准后才能独立操作。

十、医务人员开展临床科研项目使用的医疗技术在开展前必须按照有关规定进行操作前讨论，严格控制适应症、禁忌症以及其他替代疗法实施的可行性。做好充分的操作前准备，包括医患沟通、患者的知情同意、术前病情评估、术中术后可能发生的意外和防范措施等。

十一、临床科研开展过程中，凡发生医疗技术损害的操作人要立即报告科主任，积极进行补救的同时须上报医务处。如需要，医务处组织相关科室力量进行全力补救，将损害降到最低程度。

十二、临床科研中已开展的医疗技术，当技术力量、设备和设施发生改变，可能会影响到医疗技术的安全和质量时，医院将根据相关制度下达终止此项技术的开展指令，相关科室必须服从。

十三、医务人员在开展临床科研项目使用医疗技术应用过程中，有违反《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《人体器官移植条例》和《医疗技术临床应用管理办法》等法律、法规行为的，按照有关法律法规处罚。

文件名称	医疗技术风险管理制度				
文件编号	A05-ZD-039-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗技术风险管理制度

为规范医疗技术风险管理工作，科学、有效地控制医疗技术的合理开展，使医疗技术的实施更符合国家相关法律法规和各项规章制度的规定，特制定本制度。

一、风险管理基本内容包括收集风险管理初始信息、进行风险评估、制定风险管理策略、提出和实施风险管理解决方案、风险管理的监督与改进。

二、医疗质量与安全委员会、医疗技术管理委员会、医务处、技术实施科室共同负责医疗技术风险评估的具体工作。

三、所有开展医疗技术的人员进行依法注册；拟开展的医疗技术的科室按规定填写准入申请书，并对拟开展的医疗技术安全性、存在的医疗风险、制定的解决措施作出说明。

四、医务处负责初步审核科室技术申请书面材料；医疗技术管理委员会负责组织专家对该项技术存在的风险、影响因素、科室控制风险制定的解决方案、应急预案等多方面进行审核评估。

五、医院制定医疗技术损害处置预案，以规范医疗技术实施过程中突发医疗意外事件处置过程。

六、将医疗技术风险因素院级评估和科室评估作为日常管理的工作，及时发现医疗技术风险，防止医疗事故发生，确保医疗安全。

文件名称	医疗技术风险预警制度				
文件编号	A05-ZD-040-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗技术风险预警制度

一、为及早发现医疗技术风险，加强预警监控，防止医疗事故，确保医疗安全，制定本预警制度。

二、医疗技术风险是指医疗服务过程中存在或出现的可能发生医疗失误或过失导致患者死亡、伤残以及躯体组织、生理功能和心理健康受损等不安全事件的危险因素，无论不良后果是否发生以及患者是否投诉，均属预警监控范围。

三、医疗技术安全预警工作要遵守“以患者为中心”的服务宗旨，以卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范为准绳，以深挖细找医疗质量和安全各环节存在的安全隐患为主要手段，达到及时消除安全隐患并警示责任人，从而确保医疗安全。

四、医院各级各类专业技术人员，按职责和分工，各司其职，各负其责，做好预警工作。

五、技术风险预警分级。根据工作和医疗活动中因失误造成的医疗缺陷的性质、程度及后果，将技术风险预警分为三级。

（一）一级预警项目

指违反有关法律、法规、规章、操作规程和常规，但尚未给患者或医院造成损害或招致患者投诉等不良后果的情形。如：违反工作纪律、违反诊疗规范、医疗保障缺陷、诊疗记录缺陷。

（二）二级预警项目

1. 因发生一级风险预警引起患方投诉；
2. 一年内累计发生两次及两次以上风险预警；
3. 由于责任者的过失，造成非事故性医疗缺陷，给医院造成一定经济损失（经协商、调解或法院判决）。

（三）三级预警项目

1. 一年内发生两次及两次以上二级风险预警；

2. 由于责任者的过失，造成非事故性医疗缺陷，给医院造成较大经济损失（经协商、调解或法院判决）。

3. 出现医疗事件酿成医疗纠纷，虽未认定为医疗事故，但责任者过失严重，情节恶劣，严重损害了医院声誉；

4. 发生严重违反医德医风事件，被上级通报或新闻媒体曝光，造成较坏的社会影响。

六、医疗技术风险预警处置

（一）医院医疗质量与安全管理委员会领导医务处、监察室、医患办、护理部等职能科室及当事科室共同负责医疗技术风险评估的具体工作。

（二）一级预警：医护人员首先报告科主任及护士长。科主任及护士长马上了解情况及时处理，避免事态演变，将风险降至最低，并科室通报事件原因避免重复出现。

（三）二、三级预警科室报告医务处，技术实施暂停，医务处收到科室预警报告，会同其他职能科室进行调查分析，提出整改措施并提交医疗质量安全管理委员会讨论，委员会最终决定风险解决方案，并对技术能否继续实施做出决定。

（四）根据警示等级、情节轻重与后果，区别直接责任与间接责任，参照态度和一贯表现，确定处罚度。对于受到风险警示的部门和个人，坚持教育为主、处罚为辅的原则；对于及时发现风险、努力补救、避免重大事故发生的工作人员，给予一定的奖励。

文件名称	医疗技术损害处置预案				
文件编号	A05-ZD-041-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗技术损害处置预案

为加强医疗技术管理，提高医务人员在出现医疗技术损害时的应急处置能力，规范医疗损害处置工作，保护就医患者和医务人员的合法权益，将医疗损害发生率降至最低点，特制定本预案。

一、立即暂停原医疗技术操作，终止致害因素；根据现场情况采取有效补救措施。

二、立即报告上级领导。技术损害一旦发生，都必须立即如实报告。患者损害较轻、不致造成严重后果者报告上级医师和科主任；后果严重者应当同时报告医务处、主管院长或者总值班；重大技术损害必须报告院长。同时做好患者的保护性医疗措施，防止再次或继续发生医疗技术损害。

三、轻者由上级医师和科主任在接到报告后 15 分钟内组织相关技术专家会诊讨论，研究进一步的补救处理对策和是否继续进行原医疗技术操作；重者由医务处、主管院长立即组织抢救，采取有效抢救措施。

四、轻者科室安排技术骨干根据补救措施处理患者，操作中尽量避免出现并发症；重者待抢救完毕生命体征平稳后组织会诊讨论补救措施，防止发生患者的进一步损害，尽量减少损害和避免发生其他损害后果。

五、操作完毕后密切注意患者生命体征和病情变化，防止其他意外情况发生。及时按规定整理材料、保留标本。

六、全面检查、总结教训，找出技术损害发生的原因，制定改进措施，修订制度及时完善相关记录。

七、当发现技术损害与技术或药品、器材本身缺陷有关，或同类损害重复出现或反复出现时，暂停使用该项技术或有关药品、器材，并对其认真地进行研讨和重新评估，必要时报告上级卫生行政部门。

文件名称	终止实施诊疗技术(项目)的规定				
文件编号	A05-ZD-042-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

终止实施诊疗技术(项目)的规定

为确保我院诊疗技术(项目)安全、有效,切实规避医疗风险,落实患者安全目标,特制定本规定。

一、根据我院医疗技术相关管理制度,医务人员在诊疗过程中,必须选择符合卫健委规定且在我院已批准开展的诊疗技术(项目),不得使用已经废止或淘汰的诊疗技术(项目)。诊疗技术必须依靠医院设备、技术能力支持及其他诊疗工作安全保障。医疗质量安全管理委员会、医务处、各科室负责人均有责任对诊疗安全行为实施监管。

二、在诊疗过程中,遇各种原因所致诊疗风险加大、治疗效果不确切、并发症难以控制、患者安全难以保障等情况,如重要诊疗设施设备、人员技术力量发生较大变异,诊疗技术难以顺利进行时,均需立即采取终止措施,规避或降低医疗风险,保障患者安全。

三、终止诊疗技术(项目)一般由科主任作出决定,终止理由主要从权衡诊治利弊、确保患者安全角度出发。终止措施要全面、细致、及时,在确保诊疗安全的基础上,做好相应的后续诊疗工作。

四、终止诊疗技术(项目)主要包括但不限于以下情况:

- (一) 该项医疗技术被卫生行政部门废除或禁止使用;
- (二) 从事该项医疗技术主要专业技术人员或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化,不能正常临床应用;
- (三) 发生与该项医疗技术直接相关的严重不良后果;
- (四) 该项医疗技术存在医疗质量和医疗安全隐患;
- (五) 该项医疗技术存在伦理缺陷;
- (六) 该项医疗技术临床应用效果不确切;
- (七) 诊疗过程突发或新发严重不良后果,危及患者安全;



(八) 其他有必要立即终止诊疗技术(项目)的。

五、发生终止诊疗技术(项目)行为,要立即向医务处报告,并详细记录诊疗技术(项目)实施过程、发生医疗风险情形、终止缘由、终止时间、终止决定人、患者基本情况及采取的应对措施等书面报告医务处或院领导。科室留存相关原始资料,病程记录予以相应记载。

六、医疗质量安全管理委员会将对终止诊疗技术(项目)情况予以调研、分析与评估,制定持续性改进措施并监督落实。

文件名称	外来短期工作人员技术资质管理制度				
文件编号	A05-ZD-043-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

外来短期工作人员技术资质管理制度

为了优化医疗资源配置，促进卫生人力资源合理流动和交流，提高医疗技术水平。根据有关规定制定本管理制度。

一、医务处负责外来短期卫生专业技术人员的技术资质管理及认证工作。外来卫生专业技术人员本人申请或同意，由医务处进行资质审核、论证、按照规定程序办理准入手续，安排到相应科室开展医疗、科研、教学活动。

二、外来卫生技术人员具备执业医师资格，从事过医疗临床诊疗工作至少一年以上，根据规定可以从事医疗活动的，准入进行医疗活动。没有取得执业医师资格的只能在医院执业医师带领下从事医疗活动，无处方权、单独诊疗权利。

三、执行政府指令性任务的短期医疗技术人员，有政府相关文件要求，如对口支援等，由医务处直接批准授权，开展医疗活动。

四、医院通过资源整合，以方便患者就医和提高医疗技术水平为目的，签订合作协议书，并报告当地卫生行政部门认可及备案的，由医务处直接批准授权，开展医疗活动。

五、因医疗工作需要或个人申请要求到医院短期开展医疗活动的，取得执业医师资格，或已在其它医疗机构执业，按照规定要求办理多点执行注册，再经医务处核准诊疗项目，授予相应的医疗技术项目资质，开展相应医疗活动。

六、医院为外来卫生技术人员提供必要的工作平台和建立需要的工作伙伴关系，提供必要的设备。医务处按照制度、规范、标准对外来卫生技术人员的医疗活动进行监管，确保医疗安全。必要时可以取消医疗活动资格。

七、短期医疗技术人员发生医疗损害行为，或其它事宜参照医院其他员工执行。

八、短期医疗技术人员工作期限结束，按照医院规定程序办理离院手续。

文件名称	制定与更新临床诊疗指南 / 规范的规定				
文件编号	A05-ZD-044-01			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

制定与更新临床诊疗指南 / 规范的规定

为进一步提高医疗质量，保证医疗安全，使临床诊疗工作更符合规范、有效，结合本院实际情况，特制定该规定。我院需要制定与更新临床指南 / 规范，均应严格遵守该规定。

一、各临床科室的诊疗行为应遵守医院的临床诊疗工作指南与诊疗规范。

二、医院各科室、各专业临床诊疗工作指南、规范必须依照卫健委或中华医学会发布的指南、规范的基础制定。专业协会公认的临床实践指南也可作为临床各科室的选择范围。

三、各临床科室根据医学进展与循证医学原则，依据卫健委或中华医学会发布的最新指南、规范，并结合本院资源，及时更新临床诊疗指南 / 规范，保证其权威性、实用性和有效性。不得使用已明显落后或不规范的诊疗指南。

四、各科室对更新的诊疗指南 / 规范要及时培训，并在临床工作中遵照执行，保证其指导临床诊疗工作。

五、对本科室临床诊疗指南 / 规范的制定及更新、培训情况，具体工作由科室主任负责，在本科室内落实完成。

六、医务处定期对各科室指南 / 规范的制定与更新情况进行督导、检查，并纳入质量管理。

文件名称	资格许可授权诊疗项目考评与复评制度				
文件编号	A05-ZD-045-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

资格许可授权诊疗项目考评与复评制度

为贯彻落实国家、省卫生健康委有关对实施手术、麻醉、介入、腔镜诊疗等高风险技术操作的卫生技术人员实行授权制度，保障医疗技术安全，确保医疗安全和医疗质量，根据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗技术临床应用管理办法》等法律法规规定，结合我院实际，特制定本制度。

一、手术科室手术人员考评、复评、取消和降低标准：

1. 近两年工作量 5 分。
2. 手术适应证 10 分：诊疗原则正确 5 分、诊断明确 2 分、治疗方案充分 3 分。
3. 术前讨论 10 分：诊断要点清晰 5 分、难度估计及风险预案充分 5 分。
4. 术前准备 5 分：医嘱规范 2 分、检查结果完整 1 分、同意书及审核签字规范 2 分。
5. 手术操作 20 分：动作规范 5 分、操作准确 5 分、技术熟练 5 分、流程熟悉 5 分。
6. 无菌观念 10 分：洗手程序正确 5 分、手术消毒彻底 5 分。
7. 无瘤观念 5 分：无瘤原则 1 分、无癌残留 1 分、淋巴清扫 1 分、减少医源性传播 1 分、冲洗 1 分。
8. 注意事项 5 分：手术体位 2 分、术野暴露 2 分；器械选择 1 分。
9. 预期目标 10 分：手术顺利完成 5 分、解决预期问题 5 分。
10. 术后处理 10 分：术后医嘱规范 5 分、术后记录完整 5 分。
11. 抗菌药物使用 10 分：严格掌握抗菌药物应用原则 5 分、抗菌药物使用、时机、剂量合理 3 分、抗菌药物选择合理 2 分。
12. 考评总分满分：100 分；75 分合格，65-75 分接受考评组织的复评，60-65 分降低相应的操作权利，低于 60 分取消相应的操作权利。

二、麻醉科各级麻醉医师考评、复评、取消和降低标准：



1. 麻醉住院医师：能独立完成一般麻醉的操作和管理工作，掌握围麻醉期监测技术和患者管理，对危重患者的处理能够提供正确的方案，初步掌握心、肺复苏术。麻醉分级操作成功率在 85% 以上，并能根据病情制定麻醉方案，与主治医师以上级别医师符合率在 90% 以上。

2. 麻醉主治医师：能完成麻醉日常工作，并指导下级医师工作。对危重患者能够提出诊断、治疗方案，检查执行情况，对下级医师不能完成的麻醉，操作成功率在 90% 以上。制定麻醉方案，修改下级医师的麻醉方案，解决麻醉过程中出现的各种情况。

3. 麻醉正、副主任医师：指导各级医师完成麻醉工作，对各种困难操作或操作失败的患者熟练掌握处理流程，并能减少或避免相关并发症，对疑难病例的处置有独到之处，并根据情况开展新方法新技术、新项目的应用。指导各下级医师麻醉方案的制定和实施，完成危重病例、特殊患者的麻醉；参与病例讨论时能将国内外的发展现状进行讲解，制定和选择优良的处理方案。对各种麻醉出现的情况进行正确的处理，正确率在 100%。各级麻醉医师的麻醉分级操作成功率应达到以上相关标准，如达不到标准给予降级或取消相应的麻醉操作权利。各级麻醉医师应严格按照《麻醉医师资格分级管理暂行规定》所要求的范围进行操作，如有违规、越级操作者给予降级或取消相应的麻醉操作权利的处罚。

三、内镜诊疗技术人员考评、复评、取消和降低标准：

1. 内镜诊疗技术由具有相应专业内镜诊疗技术临床应用能力的具有主治医师以上专业技术职务任职资格的本院在职医师决定，实施按照四级手术管理的内镜诊疗技术由具有副主任医师专业技术职务任职资格的本院医师决定。

2. 对本级别内镜种类完成 80% 者，视为相关能力评价合格，可授予同级别内镜诊疗技术权限；

3. 预申请高一级别内镜权限的医师，除达到本级别内镜种类完成 80% 以外，尚同时具备以下条件：

(1) 符合受聘卫生技术资格，对资格准入手术，内镜者必须是已获得相应专项内镜的准入资格者；

(2) 在参与高一级别内镜中，依次从辅助到主助做起；各类内镜手术一助累积达到 50 例以上；专项病例内镜手术一助累积 20 例以上，在上级医师指导下主刀专项病例达到 10 例以上；特殊内镜手术（如病种极少）准入需提交医务处及医疗技术管理委员会特批；

(3) 承担本级别内镜操作时间满两年度；

(4) 承担本级别腔镜操作期间无医疗过错或事故主要责任。

4. 当出现下列情况之一者，取消或降低其腔镜操作权限：

(1) 达不到操作许可必需条件的；

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

(3) 在操作过程中明显或屡次违反操作规程。

文件名称	关于保障患者合法权益的管理制度				
文件编号	A05-ZD-046-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

关于保障患者合法权益的管理制度

一、患者的合法权益是指患者在诊疗期间所拥有的而且能够行使的权利和应该享受的利益，医务人员应当尊重和维护患者的合法权益。

二、医务人员应依法维护患者最基本的权益，即有权获得适宜的医疗诊治。

(一) 享有平等医疗的权利：患者不分性别、国籍、民族、信仰、社会地位和病情轻重，都有权受到礼貌周到、耐心细致、合理连贯的诊治服务。

(二) 有权获得安全有效的诊治：根据病情需要，有权获得有助于改善健康状况的诊断方法、治疗措施、护理条件的权利。

(三) 有权要求清洁、安静的医疗环境。

三、医务人员应尊重患者知情同意的权利，履行告知义务

(一) 患者对病情、诊疗（手术）方案、风险益处、费用开支、临床试验等真实情况了解与被告知的权利，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，应向患者近亲属解释。

(二) 按照医务人员提供的诊疗方案，患者有权根据医疗风险、经济条件等情况自行选择。

(三) 患者有权拒绝实验性临床医疗措施。

(四) 在法律范围内（精神病、传染病患者的某些情况属不允许范围）患者具有拒绝医嘱或处理的权利，但医务人员应向患者说明可能导致的后果。

(五) 除抢救生命垂危的患者等紧急情况，未取得患者或者其近家属的同意，医务人员不得擅自进行手术、麻醉、输血及各种特殊诊疗措施。

(六) 不违反法律规定的情况下，患者或授权委托人有权要求终止治疗、放弃抢救或自动出院，但必须做出医院和医务人员对发生的后果不负任何责任的声明与签字。

四、医务人员应尊重和维护患者的隐私权

(一) 在医疗过程中，针对因医疗需要而提供的个人隐私，患者有要求保密的权利。

(二) 患者有权要求接受检查的环境具有合理的隐蔽性，接受身体特殊部位的检查、治疗时，有权要求同性别医务人员在场。

(三) 医疗机构及其医务人员禁止以非医疗、教学、研究目的泄露患者的病历资料。

五、患者的民族风俗习惯和宗教信仰应当得到尊重。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，医务人员应充分配合，尽量满足。

六、患者有权复制或者查阅其病历资料、获得病历复制或者查阅服务的权利。

七、患者在接受治疗的过程中，患者有权得到医疗费用的解释和说明。

八、针对医院提供的医疗服务，患者有权做出客观的评价，如果认为医护人员存在过失导致患者权益的损害或是正当要求没有得到满足，患者有权向医院提出投诉。

九、附则：本制度自发布之日起施行，由医务处负责解释。

文件名称	患者隐私权保护制度及具体措施				
文件编号	A05-ZD-047-01			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

患者隐私权保护制度及具体措施

为贯彻落实国家法律、法规和规章的有关规定，切实尊重和维护患者的合法权益，保护患者的隐私权，构建和谐医患关系，结合我院实际，特制定本制度和措施，请各类各级医护人员认真学习，并贯彻落实。

一、患者隐私权保护制度

(一) 隐私权是公民具有与公共利益的一切个人信息、个人领域不受他人侵扰的权利。

患者隐私是患者不愿意告知或不愿意公开的有人格尊严的私生活秘密。它主要包括：患者个人身体的秘密，主要指患者的生理特征、生理心理缺陷和特殊疾病，如奇特体征、性器官异常；患有性病、妇科病等“难言之隐”患者的身世和历史秘密，包括患者的出生、血缘关系，如系非婚生子女、养子女、生育婚恋史及其他特殊经历；患者的性生活秘密，包括夫妻性生活、未婚先孕、堕胎、性功能缺陷等；患者的家庭生活和社会关系秘密，包括夫妻生活关系，家庭伦理关系、亲属情感状态和其他各种社会关系等等。

(二) 医疗行为当中有意识无意识地侵犯患者隐私的十种形式：

1. 医生询问病情隐私被候诊患者或他人“旁听”。
2. 化验单随时公开引出各种有关隐私被泄露。
3. 医学观摩未经患者同意隐私变成活教材。
4. 床头卡曝光病情泄露患者疾病隐私。
5. 以书面形式（撰写医学论著、科研论文等）公开患者隐私。
6. 少数医务人员非法触摸、窥视患者隐私部位。
7. 少数医、技、管人员以口头形式宣扬患者隐私。
8. 病案管理人员因工作疏忽造成病案损坏、丢失、被盗而发生患者隐私泄露。
9. 电子病案技术的应用，由于网络系统不完善、操作人员不注意保密，密码被他人窃取

进入医生、护士工作站，患者隐私被泄露。

10. 少数院外办案人员调阅、复印病历，窥探到与本案无关的患者隐私内容，予以宣扬。

（三）强化法律意识，树立维护患者隐私的观念，加强相关的卫生行政法规的学习及宣传，提高全体医务人员法律素质。正确处理权利与义务，保护患者隐私，把法律意识转化为自觉的依法行使权利、履行义务的法律行为。

（四）强化法规意识，提高道德修养。

加强职业道德教育，严格区分正常介入隐私和利用职务之便侵犯患者隐私的界限，医务人员应按照技术操作规程办事。不仅执行职务的程度和方式必须合法，而且介入患者隐私行为的形式和内容也必须合法。即介入患者隐私的行为完全是基于诊疗患者疾病的目的，如检查女性患者必须有女护士在场：一般性体检没有必要裸露身体，特殊检查的确需要患者裸露检查时，必须向患者说明原因，并要求其他医护人员在场；在诊疗中与治病无关的事不做，与诊疗无关的话不问。

（五）强化保密意识，提高职业自律性。卫健委颁发的《医务人员医德规范及实施办法》明确要求医务人员做到“为患者保守保密，不准泄露患者隐私与秘密”，《医师法》明文规定医师在职业活动中，有“尊重、关心、爱护患者，依法保护患者隐私和个人信息”的义务，病案管理人员对患者的隐私了解较多，工作中对患者的隐私应当保密，守口如瓶，不得外泄，不得宣扬、任意传播；更不能利用工作之便索取非法利益。

（六）加强患者的维权意识，提高患者自我保护能力。为了便于医生准确诊断，应积极主动配合，讲清有关个人秘密。同时，患者应懂得自己享有的一些权利，如要求医务人员为其保密，有权拒绝回答与诊治疾病无关的询问；当需要患者在就诊时协助医院完成教学或科研任务，并且在此过程有可能涉及患者隐私时，必须明确告知患者，并且要经过患者同意后方可进行。

患者必须有知情同意权，医院应该履行义务告知权。对医务人员干涉、侵害自己隐私权的行为患者有权利向有关部门和领导反映，要求处理；对严重侵犯自己隐私，并造成一定后果的行为，要学会运用法律武器来维护自己的合法权益，捍卫自己的人格尊严。

（七）加强就医环境的改造、设施更新，使患者隐私能够得到最大限度的保护。检查女患者隐私部位要有屏障遮掩，如男医生检查时要有女护士在场。检验人员要妥善保管好患者化验单，核对好被检验者后方发给其检验结果单。为了不暴露患者病情隐私，床头卡片内容

只填写科室、姓名、性别、年龄等。加强病案管理与监督，提高病案使用者保护患者隐私权的意识。认真落实病案借阅制度、病案的外调、复印制度、病案保密制度，不得以口头形式或书面形式公开病案中的隐私。

二、患者隐私保护具体措施

(一) 影像科、检验科不能把患者做的检测报告单随意乱放。

(二) 为患者做诊疗查体、行导尿术、灌肠、会阴冲洗等处置，以及超声、心电等辅助检查时可以通过诸如进行屏风遮挡，床单位间进行活动帘隔离；严格就诊区与候诊区划分，医护人员与患者交谈时的语言轻柔等措施来保护患者的隐私权。

(三) 医务人员在职业活动中，要关心、爱护、尊重患者，保护患者的隐私。患者享有不公开自己的病情、家庭史、接触史、身体隐私部位、异常生理特征等个人生活秘密和自由的权利，医务人员不得非法泄露，如情节严重者将依法追究当事人责任。为诊疗或学术报道需要，需先征得患者或其家属同意后方可拍摄、报道。

(四) 医务人员未经上级卫生行政部门批准，不得将就诊的淋病、梅毒、艾滋病患者及其家属的姓名、住址和患者病史公开。

(五) 当患者利益与社会公共利益发生冲突时，应以社会公共利益优先。比如，被查出传染病的患者，医生有义务和权利按照规定上报，并告知与患者亲密接触的人。

(六) 对患者隐私权的保护不得违反国家法律。

三、主管职能部门监督检查。各分管职能处室对于患者诊疗期间相关合法权益应加大检查力度，确保患者享受合法权益。

四、附则：本制度自发布之日起施行，由医务处负责解释。

文件名称	患者参与医疗安全活动管理制度				
文件编号	A05-ZD-048-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

患者参与医疗安全活动管理制度

保障医疗质量与患者安全是医患双方共同的责任，鼓励患者参与医疗质量与患者安全管理不仅充分体现了患者的权利，也诠释了医院以患者为中心的服务理念。在诊疗过程中，患者的参与有助于及时发现不良因素、可有效地避免医疗缺陷、保证医疗质量，增加医疗透明度，对构建和谐医患关系将起到积极地促进作用。为此，我院特制定本制度。

一、医务人员有鼓励患者参与医疗安全活动的责任和义务。

二、实施任何诊疗活动前，医务人员应亲自与患者或家属沟通，取得患者或家属的确认；其中特殊检查（治疗）、创伤性诊治活动前需知情同意签字确认，作为最后确认的手段，以确保实施操作等医疗行为的顺利进行。

三、引导患者在就诊时应提供真实病情和真实信息，并向患者宣传提供真实病情和有关信息对保障诊疗服务质量与安全的重要性。

四、针对患者的疾病和诊疗信息，为患者和家属提供相关的疾病和健康知识的教育，协助患方对诊疗方案的理解与选择。

五、主动邀请和鼓励患者参与医疗质量与患者安全管理，尤其是患者在接受手术、介入或有创操作前告知其目的和风险，并请患者参与手术部位的确认。

六、需要使用设备或耗材的，为患者提供设备和材料的相关信息。让患者对操作有所了解，以确认设备及耗材和患者身份具有唯一对应性，以及和相应费用的对应性。

七、药物治疗时，告知患者用药目的与可能的不良反应，鼓励患者主动获取安全用药知识，充分体现患者的知情权，并邀请患者参与用药时的查对。

八、护士在进行护理和心理服务时，应告知患者护理操作的目的、操作的步骤、以及如何配合及配合治疗的重要性。

九、对儿童、老年、孕妇、行动不便和残疾患者，用语言提醒、搀扶、请人帮助和警示

标识等办法邀请患方主动参与防止患者跌倒事件的发生。

十、定期向患者举行医疗健康教育讲座，宣传参与医疗安全活动。

十一、建立投诉机制，向患方公开本院接待患者投诉的主管部门、投诉的方式及途径。

十二、邀请患者主动参与医疗安全管理

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

（二）进一步落实医务人员对患者及其家属的健康知识教育，以公休座谈、知情告知等形式，对患者及其家属的健康教育知识进行宣传，每周每个病区至少一次，并记录。

（三）落实出院患者回访制度。医院职能科室及病区进行出院患者回访工作，并进行记录小结分析。主管医师在患者出院1周内进行回访，职能科室在1月内进行回访，对患者治疗效果、满意度情况、改进意见等调查，促进医疗持续改进。

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

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

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

（七）医务人员在给患者采集标本、给药或输血等各类诊疗活动时，应该至少同时使用两种患者身份识别方法，并主动要求患者及家属参加。

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

（九）在实施任何有创诊疗活动前，实施者应亲自与患者（或家属）沟通，作为最后确认的手段，对接收手术、昏迷、神智不清、无自主能力的重症患者及重症监护病房、手术室、急诊抢救室、新生儿室等科室的患者，要使用“腕带”作为操作、用药、输血等诊疗活动时

辨识患者的一种必备手段。

(十) 公开本院接待患者投诉的主管部门、投诉的方式及途经。

文件名称	患者病情评估制度				
文件编号	A05-ZD-049-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

患者病情评估制度

患者病情评估是指通过询问病史、体格检查、临床实验室检查、医技部门辅助检查等途径，对患者的心理、生理、社会、经济状况、病情严重程度、全身状况支持能力等做出综合评估。通过对患者评估全面把握患者基本的现状和诊疗服务的需求，为制定适宜于患者的诊疗方案（及手术计划）提供依据和支持。

一、评估责任人与资质

对患者进行评估工作是各临床科室医师、护士的职责，是重要的质量管理监控环节。

执行患者病情评估工作由本院注册的执业医师、护士，或经医务处授权的其它岗位卫生技术人员完成。

二、评估时机与形式

住院患者首次病情综合评估应在8小时内完成，急危重症患者实行定期评估、随机评估两种形式，根据患者病情变化及时调整治疗方案，手术（麻醉）前评估应于手术（麻醉）24小时完成，急诊手术于术前完成病情评估，患者出院前的病情评估应于出院前一天完成。

患者评估资料是供临床科室直接负责患者诊疗工作的医师使用，为制定诊疗方案（及手术计划）和会诊、讨论提供支持，注意患者隐私保护，患者评估结果以病程记录的形式记录于住院病历。

三、围手术期评估

手术、麻醉前，手术医师、麻醉医师应对患者进行手术风险评估，要根据病史、体格检查、影像与实验室资料、临床诊断、拟施手术、麻醉方式的风险与利弊进行综合评估。

手术后再次对患者的全身状况、切口愈合情况、重要脏器的功能进行评估，预防手术后并发症的发生，并依照患者术后病情再评估结果，拟定术后康复、再手术或放化疗等方案。

四、评估重点

患者住院期间，对患者病情评估的重点范围至少应当包含住院患者评估、手术前评估、麻醉评估、危重患者评估、手术后评估、出院前评估。依据实施的诊疗措施和不同的治疗阶段（如：应用新技术项目、特殊检查治疗、住院时间超 30 天），根据病情变化，适时的对患者进行病情评估，调整诊疗方案。

（一）医师病情评估具体要求。

1. 入院前 3 天。

首次病程记录需由在本院注册的执业医师书写，在诊疗计划中行首次病情评估，评估内容依照标准模板。

2. 患者在入院后发生病重、病危、抢救等特殊情况或病情出现重大变化。

主管医师应及时向上级医师请示，科内组织再评估，评估内容记入当天病程。必要时申请全院多学科会诊，进行集体评估。

3. 术前评估。

术前评估内容记入术前小结“手术者查看患者情况”内。所有手术均须书写术前小结。

4. 术后评估。

术后病情评估写入术后首次病程记录。

5. 出院前评估。

计划内出院的患者，出院前，医师应根据患者病情评估结果，制定出院计划、出院指导内容和出院后的随访事项，记入出院前一天病程记录，评估内容包括患者意识状态、自主能力、治疗效果、随访事项、饮食注意事项、康复注意事项及尚未解决的问题等。

患者自动出院或非正常出院时，病情评估内容应记入出院当天病程记录。患者的病情评估结果应告知患者或其家属，履行书面的谈话告知手续。

6. 重点评估说明。

所有住院患者均需进行病情评估，重点包括新入院患者、手术患者、危重患者、抢救患者、住院时间 ≥ 30 天的患者、出院 15 天内再次住院患者、非计划再次手术患者。

对于重点患者，主管医师应及时进行病情评估，评估内容除包括一般项目外，还应重点针对再次入院的原因、再次手术原因进行评估。

住院超过 30 天患者作为大查房重点，应书写（副）主任医师查房，在查房记录中说明“住院超过 30 天的原因、再次进行病情评估的结果、是否需要调整诊疗方案、下一步诊疗计划、

是否需要其他科室会诊、会诊结果如何”等。

（二）护理病情评估具体要求。

1. 初次评估。

责任护士在患者入院后 2 小时内完成初次评估并记录，主要内容包括：生理状态；心理状态；费用支付形式；营养状况；自理能力和活动耐力；患者安全（压疮、跌倒/坠床等评估）；疼痛等。

鼓励患者 / 家属参与治疗护理计划的制定和实施，并提供必要的教育及帮助。

2. 再次评估。

护士至少每班对危重、手术前一天、手术当天、术后三天内患者进行评估、记录，主要内容：按医嘱定期测量生命体征；生理状态；心理状态；营养状况；自理能力和活动耐力；患者安全；家庭支持；健康宣教需求；疼痛和症状管理；治疗依从性。

在下列情况下，需对患者及时评估及记录，评估重点内容按医嘱及病情需要决定：判断患者对药物、治疗及护理的反应；病情变化；创伤性检查；镇静 / 麻醉前后。

五、督导与监管

本制度执行情况将纳入到医院病历质量检查体系中，与科室月度质控评分挂钩。医务处、护理部及相关职能部门负责联合制定临床医师对患者评估管理的流程，并督导、监管急诊患者、住院患者的评估工作；负责对患者病情评估工作开展情况进行不定期监督检查，检查过程中发现的问题及时反馈给相关科室，并限期整改。

对于在执行患者病情评估过程中存在重大失误，造成恶劣影响者，相关职能部门将根据医院相关规定严肃处理。

文件名称	谈话告知制度				
文件编号	A05-ZD-050-04			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

谈话告知制度

医患谈话制度主要是为了强化患者对疾病知情权及治疗方案选择权意识，以利于建立良好的医患关系，达到减少医疗纠纷和医疗事故为目的，并起到进一步促进医师更好地服务于人类健康的作用。

一、医患谈话制度

主管医师对住院一周以上的患者在住院期间应进行不少于3次的谈话。

(一) 第一次谈话为入院谈话，要求患者入院后24小时内完成，内容为目前病情诊断情况，患者可选择的治疗方案及大约费用，可能要做的进一步检查，疾病可能出现的并发症、预后、所用药物可能的副作用，有关检查的目的及危险程度等。

(二) 第二次谈话内容为疾病诊治的进展情况及病情变化的情况，对危重患者病情变化要做到随时交代。并详细记录于病程，必要时患者及家属双签字。

(三) 第三次谈话内容是告知出院后患者的注意事项以及复诊和随诊时间等。

二、术前谈话告知制度

(一) 所有的损伤性诊断、治疗、麻醉、手术均应向患者或其家属交待病情转归的严重后果及可能发生的并发症并签字。

(二) 急诊手术谈话签字由总住院医师或术者负责。择期手术谈话签字由主治医师以上医师负责。麻醉谈话签字必须由本院医师负责。

(三) 择期手术、危重患者手术前必须有符合要求的术前讨论讨论。严禁择期手术的麻醉术前谈话和手术术前谈话及签字在手术当日或在手术室门前进行。

(四) 术中发现与术前估计不十分吻合，需要更改手术方案，而术前谈话又未涉及时，须通知患者家属，征得其同意并重新签字方可继续手术。

(五) 特殊医疗服务谈话签字由主治医师及以上医师负责，病室负责人签字并盖章，严



禁弄虚作假（更改入院、手术时间，被点名教授不上台等）。违反者拟承担相应的纠纷责任和法律责任。

文件名称	履行职务回避制度				
文件编号	A05-ZD-051-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

履行职务回避制度

一、目的

为维护公平正义原则，保护当事人合法权益，有效防范医疗审查、审理、判定、处理过程中违法违规、不规范操作等情形及行为的发生。

二、依据

依据《刑事诉讼法》及最高人民法院、最高人民检察院有关司法解释的规定、《行政处罚法》、《中国共产党纪律检查机关监督执纪工作规则（试行）》、《公安机关办理刑事案件程序规定》（公安部令第127号）、《河北省三级综合医院评审标准实施细则》等。

三、适用范围

适用于医疗审查、审理、判定、处理过程中与相关工作存在利害关系的人员，如医疗纠纷的讨论处理、伦理委员会审查过程中可能对医疗纠纷、伦理审查结果造成非正确性引导人员。

四、回避程序及流程

（一）主动回避程序及流程

在医疗审查、审理、判定、处理过程中，工作人员自行提出回避申请，填写《回避申请/审批表》，经主管部门（委员会）同意后进行回避，移交相关工作；未同意的将继续完成相关工作。

（二）指令性回避程序及流程

在医疗审查、审理、判定、处理过程中，经主管部门（委员会）根据工作情况进行讨论后，认定工作人员需要回避的，工作人员填写《回避申请/审批表》，按指令性进行回避，移交相关工作，并在工作处理过程中记录在案。

（三）其他类型回避参考以上两种回避程序进行。



五、附则

本制度自下发之日起实施，由医务处负责解释说明。

附件：回避申请 / 审批表

附件：

回避申请 / 审批表

姓名		科室		职务	
职称		联系方式			
回避类型	<input type="checkbox"/> 医疗纠纷预防处理的回避 <input type="checkbox"/> 医学伦理审核的回避 <input type="checkbox"/> 其他回避：_____				
回避形式	<input type="checkbox"/> 主动回避 <input type="checkbox"/> 指令性回避 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
申请理由					
	签字： 日期：				
签批					
	委员会盖章： 日期：				

文件名称	尊重患者民族风俗习惯和宗教信仰管理制度				
文件编号	A05-ZD-052-01			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

尊重患者民族风俗习惯和宗教信仰管理制度

一、范围

本制度适用在我院诊疗期间的少数民族患者及不同宗教信仰患者。

二、措施

(一) 医院重视宗教信仰和民族风俗习惯知识的宣教工作，通过医院网站、公共授课等形式宣传少数民族风俗习惯和宗教信仰知识。临床科室可以组织全员性的少数民族风俗习惯和宗教信仰知识要点培训，重点了解饮食和生活习惯方面的禁忌。

(二) 医生在病史询问过程中确认患者系少数民族或宗教信仰者后，应主动了解其在生活和饮食方面的禁忌，询问患者的需求，并在病历中做好相应记录。

(三) 在诊疗过程中，相关医务人员应做好交接工作，并通过各种途径进一步了解该民族的风俗习惯。

(四) 食堂应为患者提供适宜的饮食。涉及饮食禁忌的，科室应提前通知食堂。

(五) 患者在院期间进行的宗教和民族活动，凡属国家法律允许的，医务人员要尊重和保护，在条件许可时，应主动提供相应的服务。不得嘲笑、歧视和在公共场所议论。

(六) 当患者的宗教和民族活动已经影响医院工作秩序和其他患者的就医环境时，医务人员应做好劝导工作，劝导过程注意方式方法，避免粗暴干涉。

(七) 主管职能部门监督检查。各分管职能处室对于患者诊疗期间相关合法权益应加大检查力度，确保患者享受合法权益。

三、附则

本制度自发布之日起施行，由医务处负责解释。

文件名称	重大手术报告审批制度				
文件编号	A05-ZD-053-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

重大手术报告审批制度

重大手术是指医院已开展，但因客观或主观原因，对患者生命或重要器官有直接威胁或损伤之危险且预后不良的以及患者情况特殊的手术。

一、我院界定的重大手术包括：

- （一）我院《手术分级管理办法》中规定的四级手术中难度特别大，过程极其复杂者；
- （二）截肢、重要器官及脏器切除手术；
- （三）各种原因可能导致毁容或永久性致残的手术；
- （四）被手术者系外宾、华侨、港、澳、台同胞的手术；
- （五）被手术者系特殊保健对象，如高级干部、著名专家、学者、知名人士及民主党派负责人等；
- （六）可能引起医疗纠纷的手术或存在医疗纠纷的再次手术；
- （七）被手术者系自杀或他杀等涉及法律问题的患者的手术。

二、报告审批程序及流程

（一）急诊重大手术报告。

科室以电话形式及时报告医务处，并在术后1个工作日内书面形式进行补报《特殊、重大手术审批表》。

（二）择期重大手术报告。

1. 科主任主持下组织全科术前讨论（特殊情况下可请院内外专家会诊），制定手术方案，必要时上报医务处，医务处参加术前讨论。

2. 主管医师负责填写《特殊、重大手术审批表》，科主任签字后，在手术前一天上报医务处。

3. 医务处审阅《特殊、重大手术审批表》，对患者病情、诊断、手术方案、手术风险、



预后等问题做全面了解，必要时组织院内或院外专家讨论论证，并经主管医疗院长审批同意后通知科室实施手术。

文件名称	围手术期管理制度				
文件编号	A05-ZD-054-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

围手术期管理制度

为进一步加强医疗质量关键环节的管理，提高手术患者围手术期的医疗质量，保障患者安全，特制定本制度。

一、术前管理：

（一）凡需手术治疗的患者，各级医生应严格根据手术适应症，及时完成手术前的各项准备和必需的检查。准备输血的患者必须检查血型及感染筛查（肝功、乙肝五项、HCV，HIV、梅毒抗体等）。术前必需的、短时期有变化可能的检查，距手术日期不得超过1周，否则应重新检查。

（二）手术前手术医师及麻醉医师必须亲自查看患者，向患者及家属或患者授权代理人履行告知义务，包括：患者病情、手术风险、麻醉风险、自付费项目等内容，征得其同意并由患者或患者授权委托人签字。如遇紧急手术或急救患者不能签字，患者家属或授权委托人又未在医院能及时签字时，按《医疗机构管理条例》相关规定执行，报告医务处或总值班，并在病历中详细记录。

（三）严格执行术前讨论制度，主管医师应做好术前小结、术前讨论记录。重大手术、特殊患者手术术前讨论须由科主任主持术前讨论制订手术方案，并履行重大、特殊手术申请审批表程序。

（四）手术医师确定应按手术分级管理制度执行。

（五）手术患者在完成各项术前检查、病情和风险评估、以及履行知情同意手续后方可给予下达手术医嘱。手术需特殊器械等情况需下达手术医嘱后及时和手术室沟通。

（六）病区护理人员遵医嘱做好术前准备工作，包括皮肤及胃肠道准备、合血及交叉配血、药物过敏试验、手术前和手术当日的准备等。

（七）手术前患者应固定好识别用的腕带，所标的信息准确无误；执行手术部位识别标

示制度完成手术部位的标记。

(八) 手术室人员接患者时与病区责任护士严格执行查对制度，确认患者身份、用药、物品、病历等。核对无误后，分别在手术交接单上签字。巡回护士将患者送入指定手术间。

二、术中管理：

(一) 医护人员要在接诊时及手术开始前认真核对患者姓名、性别、病案号、床号、术前诊断、手术部位、手术房间等。患者进手术室前须摘除假牙，贵重物品由家属保管。

(二) 当日参加手术团队成员（手术医师、麻醉医师、器械与巡回护士、其它相关人员）应按时进入手术室，麻醉实施前、手术开始前、患者离开手术室前严格执行手术安全核查制度，准确填写《手术安全核查表》。

(三) 手术人员应严格按照手术权限执行。手术过程中术者对手术负有完全责任，助手须按照术者要求协助手术。术中若遇到疑难或意外情况时，术者无法解决，应及时请示上级医师，必要时进行术中会诊。

(四) 手术过程中麻醉医师应始终监护患者，不得擅自离岗。术中患者发生麻醉意外情况，麻醉医师应及时通知术者暂停手术，及时妥善处理，并报告上级医师，必要时向科室主任及医务处汇报。

(五) 术中发生急危重症患者抢救情况时，由手术医师、麻醉医师中专业技术职务（或行政职务）最高者担任临时指挥者，其他人员要及时向麻醉科主任和手术科室主任报告。

(六) 手术中如确需更改原订手术方案、术式或决定术前未确定的脏器切除，使用贵重耗材等情况时，要及时请示上级医师、科主任，必要时向医务处（总值班）或主管院长报告；并须再次征得患者或家属同意并签字后实施。

(七) 需认真核查术中植入的假体材料、器材标示上的信息及效期。术毕要认真清点核对手术器械等。

(八) 术中切除的标本须严格执行手术标本管理制度和送检流程，标本须向患者或家属展示并在病案中记录。手术中切取的标本及时按要求处理，在标本容器上注明科别、姓名、住院号，由手术医师填写病理检查申请单。手术中需做冰冻切片时，切除的标本由手术室专人及时送病理科。

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

三、术后管理：

（一）手术医师需待麻醉结束后，与麻醉医师及巡回护士 3 人共同护送患者回病房，并规范完成交接工作，填写交接记录。

（二）麻醉科医师要对实施麻醉的所有患者进行麻醉后评估，尤其对全麻术后患者，麻醉科医师应严格依照全麻患者恢复标准确定患者去向（麻醉复苏室、病区或重症医学科）。并对患者实行术后 24 小时随访且有记录。

（三）手术医师须向患者或患者授权委托人交待病情、手术过程及注意事项。

（四）手术医师须及时下达术后医嘱，并向值班医护人员交待相关事项，内容包括：手术时间、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术中输液、出血、输血、用药情况、术后应特别注意观察的情况等。

（五）根据手术方案及患者病情评估结果，制定术后诊疗计划，预防手术并发症的发生。

（六）手术医师须按照《河北省病历书写规范》的要求及时书写手术记录、术后首次病程记录等医疗文书。

（七）加强术后患者的护理，护士应详细了解患者病情，严密监测生命体征、伤口和各种引流情况，并详细记录；协助患者翻身、鼓励患者排痰；指导和协助患者做好相关护理（如肢体活动预防下肢静脉血栓形成等），进行术后康复教育。

（八）值班医师要主动巡视手术患者，对于病情变化或出现并发症的患者要及时联系手术医师、科主任或邀请有关科室会诊。

（九）在术后适当时间，依照患者术后病情再评估结果，拟定术后康复、再手术或放化疗等方案。

四、围手术期医嘱管理：

（一）手术前后医嘱必须由手术医师或由术者授权委托的医师开具。

（二）对特殊治疗、抗菌药物和麻醉镇痛药品按国家有关规定执行。

文件名称	手术后并发症的风险防范制度				
文件编号	A05-ZD-055-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

手术后并发症的风险防范制度

为预防术后并发症的发生，确保围手术期患者安全，特制定本制度。

一、做好充分术前准备，严格执行手术操作规范

（一）手术医师做好充分的术前病情评估，严格执行术前讨论制度，对疾病的诊断、手术方式、可能发生的并发症及采取的预防措施进行充分的讨论。

（二）严格履行告知义务，向患者或患者授权委托人详细说明术中和术后可能发生的并发症等内容，取得患者或患者授权委托人的知情同意，并在手术知情同意书上签字。

（三）指导患者进行术前适应性训练，包括：

1. 练习床上大小便；
2. 正确的咳嗽、排痰（深呼吸）的方法；
3. 保持良好的心理状态，保证充足的睡眠；
4. 戒烟、戒酒等。

（四）结合手术方案及麻醉方式进行手术风险评估，对于可能影响术后恢复的因素如肺炎、血糖异常、心脑血管病变、水、电解质及酸碱平衡紊乱等采取必要的干预措施，选择适宜的手术时机，降低术中、术后风险。

（五）手术医师、麻醉医师、手术室护士等所有参加手术的人员均需严肃认真地执行各项医疗技术操作规范，确保手术质量。

二、手术后采取相应措施，防范并发症的发生

（一）麻醉医师术后须做好访视工作，手术医师在术后3日内应密切观察患者病情变化、切口愈合及引流情况等，发现异常及时处理。针对不同手术、术后的不同时期和患者的具体情况，提前采取有效的预防措施，有针对性的观察患者是否出现早期并发症的表现，做到早发现、早处理。

(二) 根据病情、诊断、手术方式及麻醉方式，做好术后护理及康复指导。

(三) 预防和处理术后感染，合理使用抗菌药物。

(四) 针对骨关节与脊柱等大型手术、高危手术，制定并执行预防“深静脉栓塞”、“肺栓塞”的措施。

(五) 在对病情全面评估的前提下，鼓励术后患者床上活动或及早下床活动，并逐步增加活动量和活动范围。

1. 卧床活动：患者麻醉作用消失清醒后，可进行深呼吸及有效咳痰、翻身、四肢屈伸等运动。

2. 离床活动：根据手术种类及身体情况，在对患者进行全面评估后，先坐在床边做深呼吸和咳嗽，再在床旁站立、行走，逐步增加活动范围、次数。

文件名称	急诊手术管理制度				
文件编号	A05-ZD-056-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

急诊手术管理制度

一、急诊手术主要是指：

- (一) 急诊科收治的急危重症患者需紧急施行的手术。
- (二) 住院患者因病情变化可能在短时间内危及生命，需立即施行的手术。
- (三) 急诊介入治疗按照急诊手术进行管理。

二、急诊科患者的急诊手术

(一) 急诊科医师评估患者病情危重需要紧急施行抢救手术，立即通知相关专业科室会诊。

(二) 在专科医师到达急诊室之前由急诊科医师负责抢救患者，专科医师到达后与急诊科医师共同救治患者，待患者生命体征等情况允许后，由急诊科医师开具住院单，手术医师、急诊科护士护送患者至手术室。

(三) 急诊科医师尽快完善术前准备，包括完善必要的辅助检查，完成药物过敏试验、血型鉴定及交叉配血试验等工作，并留取血样备查。

(四) 专科医师下达手术申请及手术医嘱，电话通知手术室做好术前准备，通知麻醉值班医师。

(五) 手术医师、麻醉医师完成知情同意告知，患者或患者授权委托人签署《手术知情同意书》、《麻醉知情同意书》等。

(六) 按照《手术分级管理办法》的相关要求明确手术权限，制定手术方案。

三、住院患者的急诊手术

(一) 住院患者在急诊手术前，完成必需的辅助检查、输血前准备等工作，必要时留取血样备查。

(二) 按照《手术分级管理办法》的相关要求明确手术权限，制定手术方案。

（三）主管医师或值班医师下达手术申请及手术医嘱，并及时电话通知手术室做好术前准备，通知麻醉科值班医师。

（四）手术医师、麻醉医师完成知情同意告知，患者或患者授权委托人签署《手术知情同意书》、《麻醉知情同意书》等。

四、急诊手术也须严格执行《手术安全核查制度》、《手术风险评估制度》、《手术部位识别标示制度》等有关制度。

五、急诊手术应在半小时前通知麻醉科、手术室（或导管室），麻醉科及手术室（或导管室）必须在半小时内作好手术准备，接收病人。特殊情况，手术室可先接收病人，手术医生负责观察，抢救病人，以尽可能缩短等待时间。

六、急诊科患者的抢救生命急诊手术执行绿色通道的保障措施和协调机制。

文件名称	术前准备管理制度				
文件编号	A05-ZD-057-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

术前准备管理制度

为持续改进医疗质量，实现患者安全目标，特制定本制度。

一、凡需手术治疗的患者，应及时完成手术前必需的各项检查，如心电图、胸片（或CT）、血尿便常规、凝血测定、测定肝功、肾功、电解质、血糖及传染性疾病预防筛查（乙肝五项、HCV、HIV、梅毒抗体）。

二、评估患者术中可能出血量，必要时备血，签署输血知情同意书。

三、术前手术医师查看患者，评估患者病情、手术风险等内容，严格执行术前讨论制度，制定手术方案。重大手术、特殊患者手术须由科主任主持术前讨论制订手术方案，并履行重大、特殊手术申请审批表程序。

四、手术医师履行告知义务，严格执行手术知情同意制度，由患者或家属、授权委托人签署手术知情同意书。

五、手术医生在手术患者完成各项术前检查、病情和风险评估以及履行知情同意手续后方可给予下达手术医嘱。

六、手术前麻醉医师到病房访视患者，了解患者病情，评估其麻醉风险等级，履行告知义务，由患者或家属、授权委托人签署麻醉知情同意书。

七、主管医师应做好术前小结、术前讨论、术前病程、手术审批等记录。

八、手术医师确定应当按手术分级管理制度执行。

九、手术需特殊器械等情况需下达手术医嘱后及时和手术室沟通。

十、手术前患者应固定好识别用的腕带，手术医师检查所标的信息准确无误，同时完成手术部位的标记。

文件名称	急救、术中等临床紧急用血管理规定与流程				
文件编号	A05-ZD-058-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

急救、术中等临床紧急用血管理规定与流程

一、指导思想及目的

以《医疗质量管理办法》为指导，以落实危重患者抢救制度、临床用血审核制度等医疗质量安全核心制度为核心，保障急危重症患者安全、合理、有效用血。

二、适用范围

本规定适用于在急危重症患者（疑难血型除外）抢救中如下用血情况：

- （一）急诊科抢救“未知血型”患者管理。
- （二）已知血型术中紧急用血患者管理。
- （三）术中紧急追加用血量患者管理。
- （四）其它紧急用血患者管理

三、管理流程要点

（一）急诊科抢救“未知血型”患者管理。依据输血操作技术规范“血浆血融时间”等客观指标要求，并结合具体临床实践，目前申请“未知血型”血液制品限于“去白细胞悬浮红细胞”及“普通冰冻血浆（病毒灭活）”，并限于急诊科医师申请，管理流程如下：

1. 首诊医师指定护理人员（以下简称“指定人员”）至挂号室开通“绿色通道”：

- （1）挂号室值班人员建“绿色通道专用卡”、打印挂号票。
- （2）指定人员在挂号票上签字、加盖“绿色通道专用章”；挂号票由挂号室留存。

2. 指定人员持“绿色通道专用卡”返回急诊科。

3. 首诊医师开具血常规+血型、交叉配血试验、输血前筛查及输血申请（未知血型）医嘱，医嘱名称：

- （1）申请 去白细胞悬浮红细胞 单位；血型：未知。
- （2）申请 普通冰冻血浆（病毒灭活）ml；血型：未知。



4. 首诊医师打印《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》一式二份并加盖“绿色通道专用章”。

5. 指定人员采血，并按如下顺序完成以下工作：

(1) 送“血常规+血型”检测标本1管及检验申请单至门诊检验科。

(2) 送“血型”检测标本1管、“交叉配血”标本1管、《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》一式二份至输血科。

6. 输血科和门诊检验科及时完成如下工作：

(1) 输血科采用“玻片法”初步鉴定筛选患者血型（以下简称“玻片法血型”）→做交叉配血试验的同时用“微柱凝胶检测法”进行血型鉴定。

(2) 门诊检验科采用“微柱凝胶检测法”行血型检测→第一时间上传血型检测结果（以下简称“微柱凝胶法”）→电话告知输血科值班人员。

7. 输血科值班人员核对“玻片法血型”与“微柱凝胶法血型”检测结果一致，并且交叉配血试验结果符合后执行如下程序：

(1) 填写《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》中“交叉配血”内容并签字。

(2) 将《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》一份及血液交于指定人员；另一份《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》输血科存档。

8. 指定人员电话确认患者去向：

(1) 如患者尚在急诊科，指定人员及时返回急诊科并规范完成输血。

(2) 如患者已办理住院（或直接进入手术室），指定人员持《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》、血液及时至患者住院病区（或手术室）与输血护士规范进行交接，输血护士规范完成输血。

9. 血型检测报告单打印管理。患者输血前，以患者所在科室首诊医师（或麻醉医师）为责任主体，及时完成如下工作，作为输血前核查依据：

(1) 打印血型检测报告单并归入病历。

(2) 在《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》“血型”栏手工补写血型并签字。

(二) 已知血型术中紧急用血患者管理。此种情况指术前已常规检测血型但未术前备血，因术中特殊情况需要紧急用血的情况。为避免“血型变异”等引起医疗安全不良事件，执行以下管理流程：

1. 由手术第一术者或者麻醉医生提出申请。（正常工作时间需有麻醉科主任、副主任或者副主任医师以上人员同意）。

2. 麻醉医师下达交叉配血试验、输血申请医嘱、打印《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》一式二份。

3. 巡回护士采“血型”检测标本1管、“交叉配血”标本1管，由指定人员将血样标本、《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》及时送达输血科：

（1）正常工作时间由手术室护士长指定人员完成。

（2）非正常工作时间由外勤人员完成。

4. 输血科值班人员采用“微柱凝胶检测法”进行血型鉴定，同时做交叉配血试验。

5. 输血科值班人员核对“微柱凝胶法血型”、“LIS系统血型”、《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》“血型”一致，并且交叉配血试验结果符合后执行如下程序：

（1）填写《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》中“交叉配血”内容并签字。

（2）将《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》一份及血液交于指定人员；另一份《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》输血科存档。

6. 指定人员持《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》、血液至手术室与巡回护士规范完成交接。

7. 巡回护士规范完成输血。

8. 麻醉医师、巡回护士、手术医师及时、规范完成病历及相关记录。

（三）术中紧急追加用血量患者管理。此种情况指术前已备血，因术中特殊情况需要追加用血量的情况。此种情况属于同一患者连续性输注用血，为保障输血质量、安全和效率，管理流程要点如下：

1. 由手术第一术者或者麻醉医生提出申请。（正常工作时间需有麻醉科主任、副主任或者副主任医师以上人员同意）

2. 麻醉医师第一时间电话联络输血科值班人员，告知患者信息、追加输血成分及数量。

3. 输血科利用原交叉配血标本做交叉配血试验。

4. 麻醉医师及时下达输血申请、交叉配血试验医嘱、打印《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》一式二份（“抽血人”项目处由巡回护士手工填写“术中紧急追加用血量，使用原有交叉配血血样”并签字）。



5. 《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》由指定人员及时送达输血科：

(1) 正常工作时间由手术室护士长指定人员完成。

(2) 非正常工作时间由外勤人员完成。

6. 输血科值班人员核对“LIS 系统血型”、《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》“血型”一致，并且交叉配血试验结果符合后执行如下程序：

(1) 填写《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》中“交叉配血”内容并签字。

(2) 将《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》一份及血液交于指定人员；另一份《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》输血科存档。

7. 指定人员持《输血申请单 输血记录及交叉配血报告单》、血液至手术室与巡回护士规范完成交接。

8. 巡回护士规范完成输血。

9. 麻醉医师、巡回护士、手术医师及时、规范完成病历记录。

(四) 其它紧急用血患者管理。对于紧急且备血量较大的情况，采取临床科室（或麻醉科）一次性申请、输血科分批次配血、发血的方式执行，切实保障安全、合理、有效用血。

文件名称	手术知情同意制度				
文件编号	A05-ZD-059-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

手术知情同意制度

为充分尊重手术患者的知情同意权，特制定本制度。

一、手术前应向患者或监护人、授权委托人充分说明患者病情评估情况、术前诊断、手术指征、手术方案、手术风险与术中术后可能出现的意外情况、高值耗材的使用与选择、自付费项目、替代治疗方案等，并签署手术知情同意书。

二、肿瘤手术应以病理诊断为决定手术方式的依据。根据术中冰冻病理诊断结果需要调整手术方式的，在手术前要向患者或监护人、授权委托人充分说明，征得患方同意并签署手术知情同意书。

三、手术前应向患者或监护人、授权委托人充分说明用血与使用血制品的必要性，使用的风险和利弊及其他可选择的方法等。

四、针对不同患者，手术医师应采用通俗易懂的方式进行谈话告知，确保知情同意的效果。

五、手术前的告知谈话由手术医师进行，知情同意结果记录于病历之中。择期手术患者于手术前一天签署手术知情同意书，急诊手术患者确定手术方案后于术前签署手术知情同意书。

六、手术知情同意书应由手术医师先手写签名，然后由患者或监护人、授权委托人签署意见，签字时间具体到分钟。授权委托人签署知情同意书时，必须有相应的授权委托书方能生效。

七、对急诊、危重患者需实施抢救性手术，在患者无法履行知情同意手续又无法与家属取得联系或无法在短时间内到达的情况下，病情可能危及患者生命安全时，由医务处或总值班人员签字批准手术。

文件名称	手术风险评估制度				
文件编号	A05-ZD-060-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

手术风险评估制度

为持续改进医疗质量，实现患者安全目标，特制定本制度。

一、所有实施手术治疗的患者均应进行手术风险评估。

二、手术医师、麻醉医师应根据手术切口清洁程度、麻醉分级、手术类别、是否为急诊手术、预计手术时间、预计失血量、手术关注点、麻醉关注点、术前术中特殊用药等内容进行手术风险的评估。根据评估结果制定出安全、合理、有效的手术计划和麻醉方式，并做好术前告知，履行书面知情同意手续。

三、患者经评估后，本院不能手术治疗或手术治疗效果不肯定的，应及时与患者或患者授权委托人沟通，协商在本院治疗或转院治疗。

四、手术风险评估内容及流程

（一）手术医师、麻醉医师、巡回护士按照手术风险评估表相应内容对患者进行评估，分别在签名栏内签名。

（二）手术医师在手术前一天根据手术切口清洁程度、手术类别、术前术中特殊用药、预计手术时间、预计失血量、手术关注点、是否为急诊手术、术前术中特殊用药等内容评估手术风险，结果记录在病历中，同时填写手术风险评估表。

1. 手术切口按照清洁程度分为四类：I类手术切口（清洁手术）、II类手术切口（相对清洁切口）、III类手术切口（清洁-污染手术）、IV类手术切口（污染手术）。

2. 手术类别分为：（1）浅层组织手术；（2）深部组织手术；（3）器官手术；（4）腔隙手术。

（三）麻醉医师在手术前一天根据患者情况，结合麻醉分级、麻醉关注点、术前术中特殊用药等内容评估手术风险，结果记录在病历或麻醉术前访视记录单中，同时填写手术风险评估表。

根据患者的临床症状将麻醉分为六级：

- P1：正常的患者（除局部病变外，无系统性疾病）；
- P2：患者有轻微的临床症状（有轻度或中度系统性疾病）；
- P3：有严重系统性疾病（日常活动受限，但未丧失工作能力）；
- P4：有严重系统性疾病（已丧失工作能力，威胁生命安全）；
- P5：病情危重（生命难以维持的濒死患者）；
- P6：脑死亡的患者。

（四）手术持续时间：手术结束后由巡回护士填写。

根据手术的持续时间将患者分为两组

- 1.T1：手术在 3 小时内完成；
- 2.T2：完成手术，超过 3 小时。

（五）随访：由手术医师在患者出院时填写。

术后七天切口愈合与感染情况：

- 1. 切口甲级愈合； 2. 切口感染 -- 浅层感染、深层感染； 3. 其他

五、手术风险分级的计算

（一）根据“手术风险分级标准（NNIS）”将手术分为四级。

（二）NNIS 分级分数由手术医师根据评估内容计算并填写在手术风险评估表和病历首页中。具体计算方法是将手术切口清洁程度、麻醉分级和手术持续时间的分值相加，总分 0 分为 NNIS-0 级、1 分为 NNIS-1 级、2 分为 NNIS-2 级、3 分为 NNIS-3 级。

六、手术医师应根据手术风险分级结果制定出安全、合理、有效的术后诊疗计划，对患者及其家属履行告知义务，告知患者或者家属术后可能面临的风险及相关应对措施，必要时嘱患者或家属知情后签字。

七、手术医师应在出院时评估患者切口愈合及感染情况，并根据评估结果对患者进行正确的出院指导。

文件名称	手术部位识别标示制度				
文件编号	A05-ZD-061-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

手术部位识别标示制度

为确保患者手术安全，防止手术过程中患者及手术部位出现识别差错，特制订本制度。

一、手术医师在术前要明确手术方式及手术切口位置。

二、所有手术操作，包括在手术室内进行的手术，在产房、门诊、急诊进行的手术都应该进行手术标记。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识，手术标识执行率要求达到 100%。

三、手术标示方法

（一）手术切口、穿刺点和手术部位的标记要求准确、清晰，铺单后可明确识别。手术切口采用单线来标记，画线前先画定位点，最后将定位点连成线；穿刺点用“O”来标记；手术部位（不是手术切口，用于确认左右或上下位置）的标记用大写字母“B”表示。

（二）手术部位已有纱布、石膏、牵引架等时，统一标记在包扎物上方 2 公分左右（约 1-2 横指）处，以“B”号标明左右侧。

（三）由自然腔道进入人体内的内镜等手术根据实际情况标记，输尿管镜手术可在会阴部标记，支气管镜下操作可在颈部进行标记。牙齿等无法直接标记可在 X 线片标记（但要区分 X 线片的正反）。

四、因为一岁的患儿进行标记时可能会留下永久性痕迹，因此，一岁以内婴幼儿不允许在患儿皮肤上进行手术标记。患者或家属拒绝做手术部位标识或标识部位在解剖学角度来说是不可能或不可行时，手术医师要采用书面的手术部位确认方式进行替代并于病历中记录。

五、患者在进手术室前，手术医师在病房与患者或家属共同核对及确认手术部位后，用黑色记号笔对患者手术部位进行标识。急诊手术在手术方案确定后、术前完成手术标识。

六、手术室人员到科室接患者时必须查看患者的身体切口位置是否有手术标识，若无标识，应提醒手术医师即刻标记。

七、在对患者进行麻醉、手术前严格执行《手术安全核查制度》，手术医师、麻醉师、巡回护士必须查看患者的手术部位是否有手术标识，查对标识是否和患者即将手术的部位一致。

文件名称	手术后标本病理学检查规定与流程				
文件编号	A05-ZD-062-01			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

手术后标本病理学检查规定与流程

为规范手术后病理标本管理，避免各类差错事故的发生，保证准确及时发出病理报告，并根据我院实际情况特制定以下规定。

一、手术中取下的标本（不论组织大小），都必须送做病理检查，不得随意丢弃。

二、凡需手术的患者，由主管医生术前填写《病理申请单》，于手术当天与病历一起送入手术室。手术中切下的标本由巡回护士放入容器内，按规定将标本完全浸入固定液内，并贴好标码（患者姓名、住院号），送交手术室专职人员登记签收。

三、送检的病理标本连同《病理申请单》，由手术室专职人员送到病理科，送检人员与病理科工作人员双方核对无误签字确认后留下标本。

四、凡送检冰冻病理标本，手术医师必须按要求填写《冰冻病理申请单》，并由术者或第一助手（特殊情况下可由手术室专职人员）将手术标本给患者家属或授权委托人确认。然后由手术室专职人员将冰冻标本、《病理申请单》一同送到病理科。凡有需送冰冻检查的情况，临床医师应提前一天通知病理科。

五、病理科收到标本后应及时操作检查，病理报告签发时限：

（一）冰冻报告一般在收到标本后半小时左右发出临时冰冻报告。如遇特殊情况应及时通知手术室，三天后发出正式冰冻报告。

（二）石蜡切片报告在实际收到标本后五个工作日内发出，如遇特殊情况（需做酶标、特染、脱钙等）应及时发出临时报告。

（三）细胞学检查：穿刺涂片一般在穿刺后两到三个工作日发出报告，如有特殊情况需和患者约定发出报告日期，脱落细胞检查在收到标本后两个工作日内发出报告。

六、病理标本检查后至少保留一个月。

文件名称	术后患者管理制度				
文件编号	A05-ZD-063-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

术后患者管理制度

为持续改进医疗质量，实现患者安全目标，特制定本制度。

一、术后患者管理

（一）麻醉科医师要对实施麻醉的所有患者进行麻醉后评估，尤其对全麻术后患者，麻醉科医师应严格依照全麻患者恢复标准确定患者去向（麻醉复苏室、病区或重症医学科）。并对患者实行术后 24 小时随访且有记录。

（二）送回术后患者的麻醉医师、手术室护士必须与临床科室医师、护士（或重症医学科医生、护士）做好详细交接，并书写交接记录。

（三）手术医师术后须向患者家属或授权委托人交待病情、手术过程及注意事项。

（四）手术医师须及时下达术后医嘱，并向值班医护人员交待相关事项，内容包括：手术时间、麻醉方式、手术方式、手术简要经过、术中输液、出血、输血、用药情况、术后应特别注意观察的情况等。

（五）手术医师根据手术方案、术中情况及术后患者病情评估结果，制定术后诊疗计划，预防手术并发症的发生。

（六）手术医师须按照《河北省病历书写规范（2013 年）》的要求及时书写手术记录、术后首次病程记录等医疗文书。每位患者手术后的生命指标检测结果记录在病历中。

（七）加强术后患者的护理，护士应详细了解患者病情，严密监测生命体征、伤口和各种引流情况，并详细记录；协助患者翻身、鼓励患者排痰；指导和协助患者做好相关护理（如肢体活动预防下肢静脉血栓形成等），进行术后康复教育。

（八）值班医师要主动巡视手术患者，对于病情变化或出现并发症的患者要及时联系手术医师、科主任或邀请有关科室会诊。

（九）在术后适当时间，依照患者术后病情再评估结果，拟定术后康复、再手术或放化



疗等方案。

二、手术后医嘱必须由手术医师或由术者授权委托的医师开具。

三、对特殊治疗、抗菌药物和麻醉镇痛药品按国家有关规定执行。

文件名称	非计划再次手术管理制度				
文件编号	A05-ZD-064-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

非计划再次手术管理制度

为进一步加强非计划再次手术管理，强化“患者安全至上”的围手术期管理安全文化，严格控制非计划再次手术发生率，促进手术科室医疗质量安全管理持续改进，依据《河北省医疗质量安全核心制度实施细则（试行）》等管理规定，结合我院实际，对非计划再次手术管理制度进行修订。

一、非计划再次手术指患者同一次住院期间因前一次手术出现的并发症、诊疗出现的差错失误、检验及检查结果误差等因素，致使两次或两次以上手术（含介入手术）。

二、在医院质量安全管理委员会的领导下，医务处为非计划再次手术质量管理主责部门。医务处要切实发挥安全监测、预警分析、评估考核、整改反馈的全程管理职能，做好全院非计划再次手术病例信息收集、重点病例会诊指导、季度分析及持续改进措施制定等工作。

三、管理流程要点

（一）报告管理

1. 在手术室实施的非计划再次手术。执行实施手术科室、麻醉科“双报告”管理，并纳入医疗安全（不良）事件管理体系。同时，依据手术类别实施分类管理。

（1）择期非计划再次手术。再次手术术前一个工作日填写《非计划再次手术报告表》（附1）向医务处报告。同时，手术科室及麻醉科通过医疗安全（不良）事件系统及时报告。

（2）急诊非计划再次手术。手术科室以电话形式及时报告医务处，并在术后1个工作日内向医务处补报《非计划再次手术报告表》。同时，手术科室及麻醉科通过医疗安全（不良）事件系统及时报告。

2. 介入类非计划再次手术。执行手术科室和介入导管室“双报告”管理，报告流程及时限同上。

3. 消化内镜下止血术等非计划再次手术。执行患者所在科室和消化内科“双报告”管理，

报告流程及时限同上。

（二）质量安全管理

以医疗质量安全核心制度的规范执行、保障非计划再次手术质量和安全为目的，管理要点如下：

1. 充分发挥团队协作作用，以科室主任为责任主体，依据患者实际情况规范组织实施适宜级别的会诊，医务处做好必要的指导工作。

2. 对于择期非计划再次手术，由科室主任主持（特殊情况下由副主任主持）疑难病例术前讨论；对于抢救生命的非计划再次手术，纳入急危重症患者抢救管理。

3. 病情复杂的患者在病情允许的情况下，应由医务处组织院内多学科联合会诊。

4. 依据手术分级管理制度要求，为保障非计划再次手术质量安全，在条件允许的情况下，由具有高于第一次手术级别资质及能力的人员担任术者完成手术，特殊情况应由主管院长指导实施手术。

5. 手术实施前，手术科室应及时做好患者及家属的沟通工作并规范签署知情同意文件，避免出现因沟通不及时或不充分而出现的医疗争议。

6. 非计划再次手术后7个工作日内，由科室主任主持（特殊情况下由副主任主持）分析讨论会，并制定可行性整改措施，同时，规范填写《非计划再次手术分析总结表》（附2）。

四、保障措施

非计划再次手术发生率是医疗质量安全评价的负性评价指标之一，为严格控制非计划再次手术发生率，保障措施如下：

（一）以医务处为责任主体，每季度及年度对非计划再次手术发生的基本情况、科室分布、发生原因等情况进行根因分析，为持续改进围手术期质量安全管理提供有力保障。

（二）经医务处认定，科室在季度内发生 ≥ 2 例存在明显管理缺欠的非计划再次手术，取消科室年度评先评优资格，并对发生科室予以一定的经济处罚。

（三）依据手术分级管理制度规定，将非计划再次手术的评估作为手术医师资格评价与再授权的重要依据，并纳入医师年度评先评优、职称晋升、医师定期考核体系。

（四）对漏报、瞒报非计划再次手术的科室，按医疗安全（不良）事件报告及管理相关规定执行处罚。

五、附则

（一）本制度自发布之日起施行，2020年8月印发的《非计划再次手术上报及管理制度》（GZZD-YWC-0035第3版）同时废止。

（二）本制度由医务处负责解释。

附 1

非计划再次手术报告表

患者姓名		性别		科别		住院号	
入院时间	年 月 日		术前诊断				
首次手术时间	年 月 日		再次手术时间		年 月 日		
首次手术医师			再次手术医师				
首次手术麻醉方式			再次手术麻醉方式				
再次手术依据和目的							
再次手术名称							
再次手术术中及术后可能出现的风险及处置原则							
科主任签字：				年 月 日			

注：此表一式两份，一份留存科室，一份上交医务处

附 2

非计划再次手术分析总结表

姓名		性别		年龄		科室		住院号	
入院时间	年 月 日			术前诊断					
入院时间		年 月 日			主要诊断				
首次手术时间		年 月 日			再次手术时间			年 月 日	
首次手术术者					再次手术术者				
再次手术 术中情况									
再次手术 原因分析									
整改措施									
科主任签字：					年 月 日				

姓名

性别

年龄

科室

住院号

文件名称	医嘱制度				
文件编号	A05-ZD-065-04			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医嘱制度

一、医嘱是医师在医疗活动中下达的医学指令。它是对患者实施所有医疗和急救措施的法律依据，医务人员必须按相关法律、法规及以下规定严格执行，不得拖延或随便更改。

二、医嘱开具资格：开具医嘱的人员，必须是注册于本院，并接受过系统的医嘱制度培训、医务处授权的执业医师。

三、我院实行电子医嘱，分长期医嘱和临时医嘱（ST 医嘱）。每日查房后处理医嘱。由医师使用本人工号在医嘱系统录入，并在打印纸质医嘱单上使用蓝色或黑色笔签署签名，护士确认、执行。常规医嘱一般在上班后 2 小时内开具，每项医嘱一般只能包含一个内容。要求层次分明，内容清楚。严禁不查看患者就开具医嘱的不负责、危及医疗安全的行为。

四、医师下达医嘱后，须复核一遍。护士或药剂师收到电子医嘱单后须仔细查看，对模糊或存疑的医嘱，必须确认、核实后方可执行。对开写不规范的医嘱，护士或药剂师需请医师重新开具，经开写者签名后再执行。护士或药剂师执行医嘱后注明时间并签名。因故不能执行医嘱时，应当及时报告主管或值班医师并相应处理。

五、已录入并确认的长期医嘱，在医嘱系统中停止医嘱。已录入但护士尚未确认的医嘱，可直接在 HIS 系统中取消；电子临时医嘱撤销后必须电话告知护士，已执行的临时医嘱不得撤销。

六、口头医嘱只允许在抢救或无菌操作、手术中下达，口头医嘱下达后，护士须复诵一遍，经医师核对确认后执行。上述情况完成后，口头医嘱要及时补记。口头医嘱的下达与执行参见《口头医嘱管理规定》。

七、护士每班要查对医嘱，夜班查对当日医嘱，每周由护士长组织总查对一次。转抄、整理医嘱后，需再经一位护士认真查对无误后，方可执行。凡需交班后、下一班执行的临时医嘱，要交代清楚，并在护士值班记录上注明。

八、进行手术、分娩要停止术前或产前医嘱，术后医师需重开医嘱，护士按新医嘱执行。患者转科时所有医嘱即自动停止，必须重新开具医嘱。

九、无医师医嘱时，护士一般不得给患者进行对症处理。仅在抢救危重患者的紧急情况下，医师不在现场，护士可以针对病情临时给予必要处理，但应当做好记录并及时向主管或值班医师报告。

文件名称	医嘱开具和书写管理制度				
文件编号	A05-ZD-066-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医嘱开具和书写管理制度

一、医师开具医嘱与患者的病情有直接关系，根据患者病情，急需解决的医嘱内容在前，常规医嘱内容在后。

二、医师开具医嘱前，在医嘱系统中认真核对患者姓名无误后，方可录入。医嘱内容及起始、停止时间由本院执业医师以书面形式开具或通过电脑 HIS 系统录入，医师在纸质医嘱单上签署全名。

三、长期医嘱有效时间 24 小时以上，一般重复执行不少于两次，医师注明停止时间后失效。临时医嘱应在 2 小时内执行，且仅限执行一次，有效时间为 24 小时以内；凡转科、出院一律开临时医嘱，注明转科或出院。

四、每项医嘱应当只包含一个内容。医嘱内容必须完整、准确、清楚，格式规范，应当包括对患者实施的所有医疗行为，如：护理常规、护理级别、饮食、留陪人、患者体位、物理治疗、药物治疗（名称、剂量、给药途径及用法用量）、化验及各项辅助检查、手术、各项操作、抢救、请会诊、转科、调换床位、出院带药等。

五、对需进行约束的患者应由医师下达约束医嘱，并明确约束部位，如：“保护性约束双上肢”。

六、不得使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清的字句。不允许写“医嘱同前”而省略具体的内容。

七、药物医嘱的书写要求参见《处方管理办法》、最新《病历书写基本规范与管理制度》及药事管理制度中《药品管理及使用制度》、《处方管理制度》执行。麻醉药品、精神药品处方的书写要求见《麻醉药品和精神药品管理制度》。医嘱中药物必须使用中国药典规定的中、外文法定药名，并写清剂量及用法，度量衡单位使用国家颁布的计量单位。如用拉丁文、英文应写全名，如：“10% 葡萄糖”不能写成“10%GS”，不能用化学分子式，如“10% 的

氯化钾”不能写成“10%KCL”。除个别复方药按“片”下达医嘱外，其他一律要注明剂量，如g（克）、mg（毫克）、ml（毫升）、U（单位）等。书写剂量要准确、清晰，不能引起歧义。

八、药物治疗医嘱应按口服、皮下注射（皮下、皮内）、肌肉注射（肌注）、静脉注射（静推）、静脉输液（静点）等开具。

九、针对特殊患者，医嘱中对静脉用药需注明滴速，开具格式为ml/min、mg/h等；开具需要随时调整输液滴速的医嘱，如依据血压调整静脉用药滴速等，除注明滴速外可在医嘱中注明“维持血压120/80mmHg，上下调整滴速1 μ g/h”。护士在为患者输液时应告知患者和家属不可擅自调整输液速度，以避免出现不良反应。

十、静脉联合用药需要分组滴注时，必须分组开具医嘱，应注意药物的配伍禁忌。

十一、在下达临床药学试验的药物医嘱时，需在药物名称后注明“（试验用药或自备）”。在下达患者自备药物医嘱时，需嘱托中注明“（自备）”。

十二、长期医嘱内容顺序：

（一）护理常规，如：“脑梗死护理常规”、“发热待查护理常规”等。

（二）护理级别及病情，如：“一级护理”等；如病情较重，须下病危，在其下一行写“病危”。护理级别不能重复下医嘱，如：特级护理、一级护理等。

（三）饮食，如“半流食”、“糖尿病饮食”等。

（四）有特殊要求时需注明体位，如“半卧位”等。

（五）特殊护理，如血压监测、脉搏监测、留陪人等。

（六）特殊治疗，如吸氧等。

（七）药物治疗等

十三、医务处、护理部对医嘱的开具、书写及签字等情况进行督导检查，保证医嘱质量的持续改进。



文件名称	口头医嘱执行制度				
文件编号	A05-ZD-067-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

口头医嘱执行制度

一、医师按规定开具完整的医嘱和处方，仅在紧急抢救危重患者的情况下，必要时医师可下达口头医嘱。

二、护士执行口头医嘱前，需复述一遍医嘱内容，准备执行前，如有条件，两位护士核对，得到医师确认后方可执行。

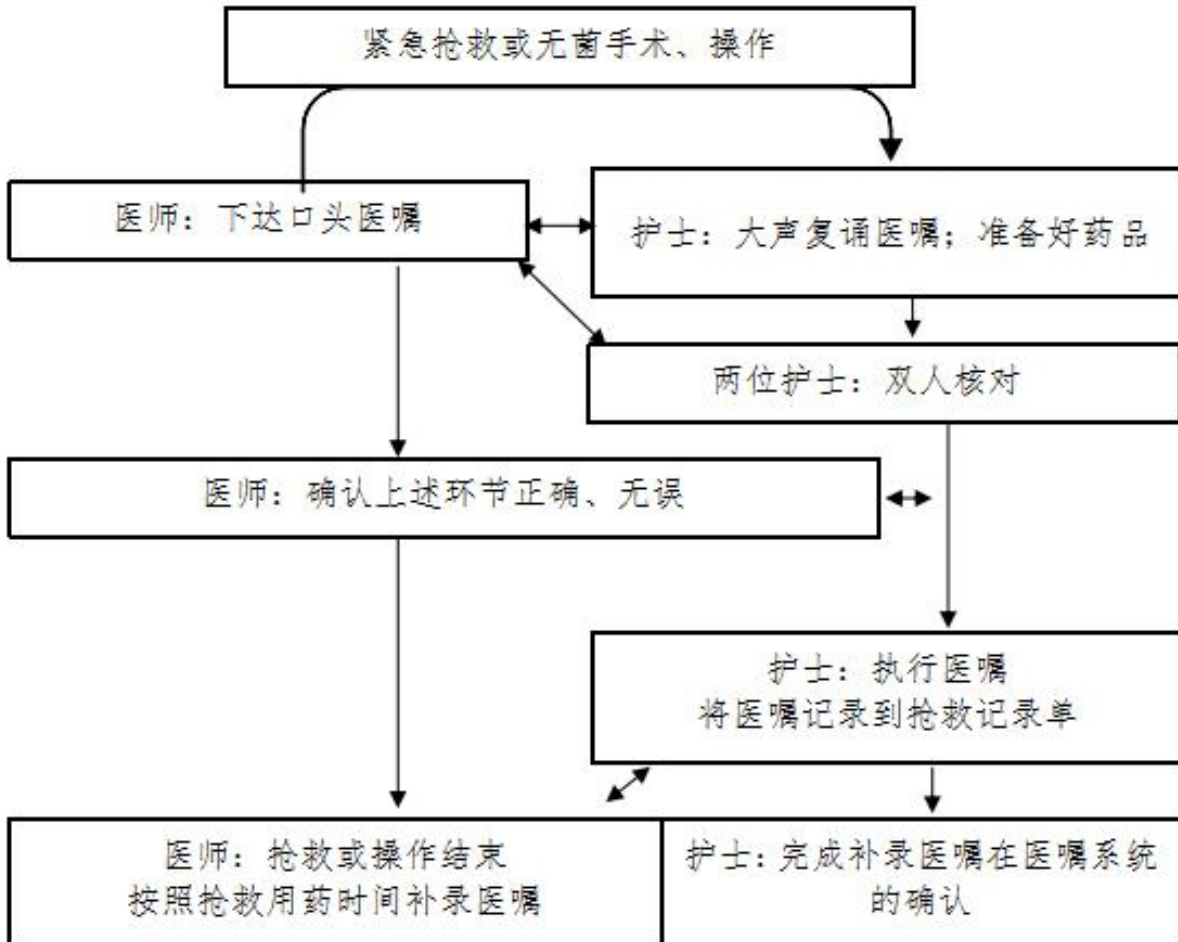
三、口头医嘱的执行情况应立即记录于抢救记录单中。

四、抢救过程中用过的空安剖瓶，输液 / 输血空瓶、空袋应集中放置、保留，抢救结束后经双人核对记录无误后方可处置。

五、抢救结束后，医师应立即书面补记所下达的口头医嘱，医嘱时间为实际执行时间。

附件：

口头医嘱执行流程



文件名称	模糊医嘱澄清制度				
文件编号	A05-ZD-068-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

模糊医嘱澄清制度

一、模糊医嘱是指医嘱有明显错误、违反治疗常规或药物使用规范、内容不完整、不明确或与日常医嘱有较大差别，以及医嘱存在其他疑问的情况。

二、医嘱护士接医师下达的医嘱后，认真阅读及查对，对模糊医嘱，必须查清后方可执行。

三、医嘱护士应首先与开具医嘱的医师核对，如无法联系则与上级医师或科主任核对。

四、护士与医师核实后，医师开具需更改的医嘱，接核实后医嘱，护士应再次认真核对再执行。

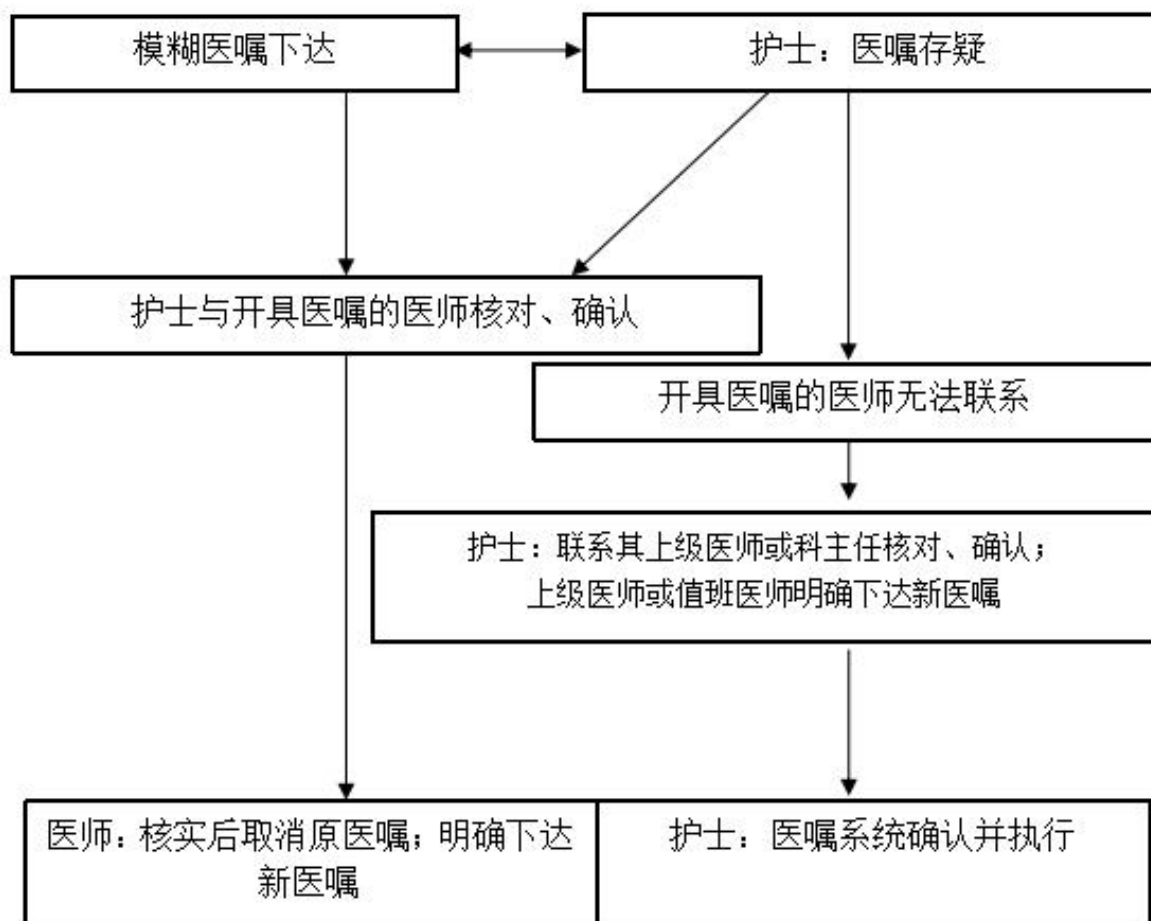
五、在紧急抢救情况下，对于模糊医嘱，护士应当即向医师核实，核实后再次复述，医师确认后执行。

六、护士应严格按照医嘱内容准确执行，不得擅自更改。

七、医嘱执行后，应认真观察疗效和不良反应，必要时进行记录并及时向医师反馈。

附件：模糊医嘱的澄清流程

模糊医嘱的澄清流程



文件名称	多学科综合诊疗制度				
文件编号	A05-ZD-069-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

多学科综合诊疗制度

一、对需要多学科会诊的患者，首先科室进行相关检查，积极治疗，对效果做出评价，科室讨论后认为诊治方面还需要多学科会诊，向医务处提出申请并拟定需参加会诊的相关科室，医务处组织相关科室专家进行会诊。

二、讨论内容包括：患者目前的诊断、治疗方案是否准确、适宜，需要进一步进行的相关检查，目前患者最需要紧急解决的问题，并发症的处理，预后分析，确定今后诊疗方案，最后讨论结果记录于病历中。

三、受邀请参加会诊的学科必须仔细阅读会诊材料，了解本次讨论内容，对诊断、临床分期、病理诊断、预后评估、治疗方案等做出判断。应派出具有副主任医师以上职称人员参加会诊。

四、组织讨论科室必须按照讨论结果意见，认真执行，并及时将诊治情况反馈相关科室，以便评价治疗效果。

五、多学科联合查房，科室根据患者病情决定需要由多学科联合查房时，向医务处申请，并将患者病历资料发送至相关科室。医务处协调相关专家并派人参加查房，做好记录。查房时按照三级医师查房标准进行，查房后认真讨论，制订下一步诊疗方案。

六、受邀请科室严格按照邀请科室确定的时间、地点准时参加，对于紧急情况下发出的多学科会诊，按照急会诊要求执行。

文件名称	院外专家会诊管理制度				
文件编号	A05-ZD-070-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

院外专家会诊管理制度

为规范其他医疗机构医师来医院会诊行为，加强医院医疗技术临床应用管理，促进医学交流与发展，方便群众就医，保护患者、医师、医院的合法权益，根据国家《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》及《中华人民共和国卫生部令》第42号《医师外出会诊管理暂行规定》等法律法规，结合我院实际，特制定本制度。

一、本制度所称院外专家会诊是指我院医师在诊疗过程中，因本院暂时不能诊断或患者要求等，需要邀请外院专家来我院开展执业范围内的诊疗活动（包括手术治疗）。

二、邀请外院专家来院会诊前应向患者或家属说明会诊目的等情况，征得患者或家属同意后，由所在科室主任提出申请，填写《外院医师来院会诊申请单》，经医务处审核，主管院长批准（特殊病例需院长批准）。

三、医院审批同意后，由申请科室确定会诊时间，医务处向会诊医疗机构或应邀专家发出邀请。

四、有下列情形之一的，不得提出会诊邀请：

- （一）会诊邀请超出本院诊疗科目或者超出本院执业范围的；
- （二）本院的技术力量、设备、设施不能为会诊提供必要的医疗安全保障的；
- （三）会诊邀请超出被邀请医师执业范围的；
- （四）卫生行政部门规定的其他情形。

五、外院专家在会诊过程中发现难以胜任会诊工作，应当及时、如实告知医务处，并终止会诊。外院专家在会诊过程中发现我院的技术力量、设备、设施条件不适宜收治该患者，或者难以保障会诊质量和安全的，应及时提出建议或意见。

六、会诊结束后，邀请会诊科室应将会诊情况告知医务处。

七、未经医院允许不得邀请外院专家来院会诊，否则发生医疗纠纷或事故由该科室承担



全部责任。

八、医师在会诊过程中应当严格执行有关的卫生管理法律、法规、规章和诊疗规范、常规。

九、会诊过程中发生的医疗纠纷，按照我院《医疗纠纷（事故）处理制度》的规定进行处理。必要时，会诊医疗机构或会诊专家协助处理。

十、医师受卫生行政部门调遣到我院开展诊疗活动的，不适用本制度。

文件名称	医师外出会诊管理制度				
文件编号	A05-ZD-071-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医师外出会诊管理制度

为加强本院医师外出会诊的管理，规范医师会诊行为，保证医疗质量和患者安全，促进医学交流与发展，根据国家《执业医师法》、《医疗机构管理条例》及《中华人民共和国卫生部令》第42号《医师外出会诊管理暂行规定》等法律法规，结合我院实际，特制定本制度。

一、本制度所称医师外出会诊是指医师经医务处批准，为其他医疗机构特定的患者开展执业范围内的诊疗活动（包括手术治疗）。

二、邀请会诊的医疗机构拟邀请我院的医师会诊，需向我院医务处发出邀请。医务处接到会诊邀请后，在不影响本院（科）正常临床工作和医疗质量的前提下，应当及时安排医师外出会诊，外出会诊医师应具备中级及以上技术职务任职资格，并填写《医师外出会诊申请单》后方可外出会诊。

三、会诊影响本院（科）正常业务工作，但存在特殊需要的情况下，应当经主管业务院长批准。有下列情形之一的，不得派出医师外出会诊：

- （一）会诊邀请超出本院诊疗科目或者是不具备相应资质的；
- （二）会诊邀请超出被邀请医师执业范围的；
- （三）邀请医疗机构不具备相应医疗救治条件的；
- （四）卫生行政部门规定的其他情形。

四、医师接受院外会诊任务后，应详细了解患者的病情，亲自诊查患者，完成相应的会诊工作，并按照规定书写医疗文书。

五、医师在会诊过程中应严格执行有关的卫生管理法律、法规、规章和诊疗规范、常规。

六、医师在会诊过程中发现难以胜任会诊工作，应当及时、如实告知邀请的医疗机构，并终止会诊。医师在会诊过程中发现邀请医疗机构的技术力量、设备、设施条件不适宜收治该患者，或者难以保障会诊质量和安全的，应建议将该患者转往其他具备收治条件的医疗机

构诊治。

七、会诊结束后，邀请医疗机构应将会诊情况告知我院医务处。医师应在返回我院后及时将外出会诊的有关情况报告所在科室负责人和医务处。

八、医师在外出会诊过程中发生的医疗事故争议，由邀请医疗机构按照《医疗事故处理条例》的规定进行处理。必要时我院予以协助。

九、医务处应当加强对本单位医师外出会诊的管理，并将医师外出会诊情况与其年度考核相结合。

十、医师未经批准，不得外出会诊，否则视为擅自外出行医。医师擅自外出行医牟取不正当利益的，将予以责任人全院通报批评，记入医师考核档案；经教育仍不改正的给予行政或纪律处分，并且擅自外出会诊引起的一切不良后果由责任人自行承担。医师外出会诊违反《执业医师法》有关规定的，按《执业医师法》第三十七条处理。

十一、医师受卫生行政部门调遣到其他医疗机构开展诊疗活动的，不适用本制度。

文件名称	远程会诊管理制度				
文件编号	A05-ZD-072-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

远程会诊管理制度

为规范远程会诊的顺利进行,保证远程会诊的效果和质量,结合我院实际,特制定本制度。

一、根据患者病情需要请协作医院远程会诊者,由主管医师填写《远程会诊申请单》,提出会诊目的与要求,经科主任签字,送至医务处审批备案,由远程会诊中心负责实施。

二、对要求远程会诊的病例必须准备如下资料:病历摘要、各项检验、检查及影像报告单(可以是复印件)、各种影像学资料、病理片(报告)等。

三、确定会诊时间后,主管医师应在会诊前及时到达远程会诊中心,必要时患者及家属可一同前往。如患者病情较重,需医护人员陪同并准备必要的抢救设备及药物。

四、会诊时先由主管医师汇报病史、回答专家提问,可结合临床进行咨询讨论。

五、主管医师参考专家的会诊意见,结合我院实际情况和患者病情、主观意愿以及经济承受能力,制定个体化、精准化的治疗方案并实施。按照病案管理要求记录整理资料(包括疑难病例讨论记录、会诊记录、谈话记录等)并归入病案中保存。

文件名称	同级医疗机构检查、检验结果互认制度				
文件编号	A05-ZD-073-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

同级医疗机构检查、检验结果互认制度

为落实关于解决人民群众关心的“看病难、看病贵”有关文件精神，促进合理检查，降低患者就诊费用，根据《卫生部办公厅关于加强医疗质量控制中心建设推进同级医疗机构检查结果互认工作的通知》（卫办医政发〔2010〕108号）、《河北省卫生厅办公室关于印发2013年“三好一满意”活动实施方案的通知》（冀卫办医政〔2013〕29号）要求，本着尊重医学科学，维护医患双方合法权益，保证医疗服务质量和安全的原则，结合我院实际，制定本制度。

一、互认范围

（一）为保证临床检查结果的准确、可靠，我院对河北省卫生厅三级综合医院评审通过的三级以上医疗机构检查、检验结果予以互认。

（二）同级医疗机构检查、检验结果互认适用于在有效时限内出于同一目的的检查，原检查结果、图像所示与临床症状相符，可满足临床疾病诊疗的需要。

二、互认项目和要求

（一）临床检验项目主要包括部分稳定性较好，费用较高的检验项目，出具临床检验报告时必须注明检测方法学和参考值。互认项目至少应包括：

1. 临床生化。包括：钠、氯、钙、磷、镁、葡萄糖、尿酸、尿素、总蛋白、白蛋白、球蛋白、谷丙转氨酶、谷草转氨酶、总胆红素、乳酸脱氢酶、碱性磷酸酶、r-谷氨酰转肽酶、总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇。

2. 临床免疫。包括：乙型肝炎表面抗原（基于确证基础上）、丙型肝炎病毒抗体（抗HCV）（基于确证基础上）、人类免疫缺陷病毒抗体（抗-HIV）（基于确证基础上）、梅毒抗体（特异）（基于确证基础上）、乙型肝炎病毒DNA、丙型肝炎病毒RNA、结核分枝杆菌DNA、沙眼衣原体DNA、淋球菌DNA、巨细胞病毒DNA、甲状腺功能测定、肿瘤标

志物（AFP、CEA 定量测定）、前列腺特异性抗原（PSA）。

3. 临床微生物。包括：细菌涂片检测、真菌涂片检测、结核分枝杆菌涂片检测、细菌鉴定（常见需氧菌）、耐甲氧西林葡萄球菌检测（MRSA、MRS）、血液或相关体液培养、肠道病原菌培养及鉴定。

4. 临床血液。包括：血红蛋白、白细胞计数、红细胞计数、血小板计数、血细胞比容、平均红细胞体积、平均红细胞血红蛋白含量、平均红细胞血红蛋白浓度。

（二）医学影像检查项目主要包括部分稳定性较好，费用较高的项目，互认项目至少要包括：

1. 普通放射线检查，包括普通平片、CR、DR 达到甲级。

2. 使用甲、乙类大型医疗设备的检查项目，包括PET-CT、PET、SPECT、CT、MRI、DSA 等，其中涉及的影像资料应做到检查过程规范、拍摄部位正确完整、影片图像清晰、质量可靠、达到诊断要求（具有时效性）。

（三）不予认可的情况

1. 因病情变化，检查结果与患者临床表现、疾病诊断不符合，难以满足临床诊断治疗要求的。

2. 检查项目在疾病发展过程中变化较快的。

3. 检查项目意义重大（如手术等重大医疗措施前）等原因需重新检查的。

4. 急诊、急救患者。

5. 超声检查。

6. 其它特殊情况。

以上情况，经治医师可要求患者重新检查，但须向患者说明，并在病历中注明复查原因。

（四）临床医师在诊疗过程中，结合患者临床表现，对患者提供的有参考价值的检查报告，应予以认可并在病历中详细记载。记载内容除检查结果外还应包括检查机构名称、检查日期、编号。对患方要求复查的项目，在病历中予以记载，特殊检查及费用较高的检查项目应由患者或家属签字认可。

（五）临床医师对患方提供的有参考价值的医学影像资料，如需要进一步确认的，做好与患方的沟通后，方可开具检查申请。

三、工作要求



（一）广大医务人员要主动告知患者保管好检验、检查报告和相关资料，减少因患者自身原因导致的重复检查。对需重复检查的项目，需将原因充分告知患者，取得患者的理解和信任，减少或避免医患纠纷。

（二）我院将通过多种形式加强对医务人员的职业道德教育和专业知识培训，不断提高临床医师基本技能和鉴别诊断能力，做到合理选择检查项目，避免不必要的重复检查。同时，要加强医患沟通，认真履行告知义务，避免医患纠纷的发生。

文件名称	医师定期考核工作制度及方案				
文件编号	A05-ZD-074-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医师定期考核工作制度及方案

为加强医师执业管理，规范医师执业行为，提高医师素质，保证医疗质量和医疗安全，确保医师定期考核工作规范有序的开展，保证考核的客观、科学、公平、公正、公开，根据《中华人民共和国执业医师法》、《医师执业注册管理办法》（国家卫生计生委令第13号）、原卫生部《医师定期考核管理办法》（卫医发[2007]66号）、《河北省医师定期考核实施细则》（冀卫办医函[2018]85号）等法律法规文件精神，结合实际情况，制定我院医师定期考核工作制度及方案。

一、成立医师定期考核委员会，负责拟定医师考核工作制度及方案，对医师定期考核工作进行检查、指导，保证考核工作规范进行。考核委员会下设考核管理办公室，具体负责医师定期考核组织和实施及日常事务工作。

二、医师定期考核工作坚持客观、科学、公平、公正、公开的原则。考核委员会、参加考核工作人员与接受考核的医师有利害关系的，应当主动回避。接受考核的医师认为考核委员会与其有利害关系，可能影响考核客观公正的，应向考核委员会申请回避。参加考核工作人员不得玩忽职守、滥用职权、弄虚作假。

三、对于在医师定期考核工作中弄虚作假、徇私舞弊以及不配合医师定期考核的，将根据相关规定给予严肃处理。

四、医师定期考核每两年为一个周期，考核对象为依法取得医师执业证书，主执业机构为我院的在职执业医师、执业助理医师（含退休返聘的执业医师）。考核类别分为临床、中医、口腔和公共卫生。

五、医师定期考核内容：由工作成绩、职业道德评定和业务水平测试三部分组成。其中，工作成绩与职业道德评定由医师执业注册医疗机构负责，考核委员会进行复核。业务水平测试，由考核机构负责，通过“互联网+分散考核”模式，由医师通过计算机或手机APP在

规定时间内统一完成考核。

六、考核方式：工作成绩包括医师执业过程中，遵守有关规定和要求，一定阶段完成工作的数量、质量和政府指令性工作的情况。职业道德包括医师执业中坚持救死扶伤，以患者为中心，以及医德医风、医患关系、团结协作、依法执业状况等。业务水平包括人文医学、基本理论、专业知识、相关卫生法律法规、常见病及多发病处理能力等。

七、医师定期考核程序分为一般程序和简易程序。

（一）简易程序：在考核时间内医师通过定考系统对本人的工作成绩、职业道德完成自评，并参加“人文医学知识”测评。

（二）一般程序：在考核时间内医师通过定考系统对本人的工作成绩、职业道德进行自评并参加“人文医学知识”测评，并在规定的考核时间区间内参加业务水平测评。

如医师在考核周期内按规定通过住院医师或全科医师规范化培训；通过晋升上一级专业技术职务任职资格考试；从执业助理医师晋升为执业医师或专科医师培训试点考核，可视为业务水平测评合格，仅考核工作成绩、职业道德以及“人文医学知识”。

八、符合下列条件之一的医师，定期考核执行简易程序。

- （一）具有 5 年以上执业经历，且考核周期内有良好行为记录的；
- （二）具有 12 年以上执业经历，且考核周期内无不良行为记录的；
- （三）具有副主任医师及以上专业技术职务，且考核周期内无不良行为记录的；
- （四）医师离退休后由本单位返聘，且考核周期内无不良行为记录的。

九、良好行为记录包括：

- （一）医师在执业过程中受到市级以上的奖励、表彰；
- （二）完成卫生支农、援外医疗、救灾医疗等政府指令性任务；
- （三）取得市级以上科技成果奖；
- （四）其他良好行为记录。

十、不良行为记录包括：

- （一）因违反医疗卫生管理法规和诊疗规范常规受到的行政处罚、处分；
- （二）发生医疗事故。

十一、考核结果分为合格和不合格，工作成绩、职业道德和业务水平其中一项不能通过评定或测评的，即为不合格。对考核不合格的医师，责令其暂停执业活动 3 至 6 个月，接受

培训和继续医学教育。暂停执业活动期满，再次进行考核。对考核合格者，允许其继续执业，但该医师在本考核周期内不得评优和晋升；对再次考核不合格的，由注册审批机关注销注册，收回医师执业证书。

十二、医师在考核周期内有下列情形之一的，认定为考核不合格：

（一）在发生的医疗事故中负有完全或主要责任的；

（二）未经所在机构或者卫生行政部门批准，擅自在院外医疗机构进行执业活动的，但紧急情况下，为抢救垂危者生命，实施紧急医学措施的除外；

（三）跨执业类别进行执业活动的，但紧急情况下，为抢救垂危患者生命，实施紧急医学措施的除外；

（四）代他人参加医师资格考试的；

（五）在医疗卫生服务活动中索要患者及其亲友财物或者牟取其他不正当利益的；

（六）索要或者收受医疗器械、药品、试剂等生产、销售企业或其工作人员给予的回扣、提成或者牟取其他不正当利益的；

（七）通过介绍病人到其他单位检查、治疗或者购买药品、医疗器械等收取回扣或者提成的；

（八）出具虚假医学证明文件，参与虚假医疗广告宣传和药品医疗器械促销的；

（九）未按照规定执行医院感染控制任务，未有效实施消毒或者无害化处置，造成疾病传播、流行的；

（十）故意泄漏传染病人、病原携带者、疑似传染病病人、密切接触者涉及个人隐私的有关信息、资料的；

（十一）考核周期内，有一次以上医德考评结果为医德较差的；

（十二）无正当理由不参加考核，或者扰乱考核秩序的；

（十三）违反《中华人民共和国执业医师法》有关规定，被行政处罚的。

十三、本制度自下发之日起执行，原《承德市中心医院医师定期考核工作制度》同时废止。

文件名称	执业医师证书使用管理制度				
文件编号	A05-ZD-075-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

执业医师证书使用管理制度

为了进一步促进我院医疗卫生工作的发展，加强执业医师证书管理，强化依法执业意识，规范执业行为，提高医疗工作质量，根据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》以及卫生行政部门有关要求，结合我院实际情况，对执业医师证书使用实行严格管理。截至目前，我院未允许任何人、任何医师多点执业，严禁执业医师个人买卖、租借执业医师证书等行为。执业医师证书由医务处统一保管，实行借用审批的管理办法。具体借用规定如下：

一、晋升职称借用：在使用结束后7个工作日内归还。

二、外出进修借用：在使用结束后7个工作日内归还。

三、对口支援派驻借用：在使用结束后7个工作日内归还。

四、其他（如各类考试所需）借取：按各实际情况，在使用结束后7个工作日内归还。

五、每次借用必须由本人亲自向医务处提出申请，说明借用理由，借条由医务处保管。

使用结束后，在规定的时间内予以归还。没有正当理由不予借取。

文件名称	医务人员“三基三严”训练考核制度				
文件编号	A05-ZD-076-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医务人员“三基三严”训练考核制度

“三基”指基础理论、基本知识、基本技能，“三严”指严格要求、严密组织、严谨态度（以下简称“三基三严”）。为强化医务人员“三基三严”培训管理，保证培训质量，制定此制度。

一、医务处负责全院医务人员的培训与考核工作，包括制定培训与考核方案、计划和实施细则，组织开展考核结果的指导和评定，督导、检查临床、医技科室“三基”培训与考核工作的开展情况等。

二、“三基”培训与考核的人员包括我院临床、医技科室在职的医师和技师。

三、不同层次及专业人员的“三基”培训内容：

（一）45岁及以上人员仅参加心肺复苏技术的理论和操作培训，科室的法律法规和医疗质量管理相关知识培训。

（二）45岁以下医师和技师培训内容：

1. 医疗卫生法律法规：《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国献血法》、《中华人民共和国侵权责任法》、《中华人民共和国突发事件应对法》、《医疗事故处理条例》、《医疗机构管理条例》、《医疗机构临床用血管理办法》等法律、法规、规章和规范。

2. 医疗质量安全核心制度：首诊负责制度、三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、手术分级管理制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、查对制度、值班和交接班制度、分级护理制度、临床用血审核制度、手术安全核查制度、手术分级管理制度、危急值报告制度、抗菌药物分级管理制、临床用血审核制度、信息安全管理制。

3. 病历书写基本规范与管理相关内容。

4. 心肺复苏技术的理论知识和操作。

5. 各专业有关的病史采集、病历分析、临床检验报告判读、影像学检验报告判读等。



6. 各专业岗位基本技能考核

(1) 内科专业: ①心电图判读; ②心肺复苏术 ③胸腔穿刺术、腹腔穿刺术、腰椎穿刺术、骨髓穿刺术; ④穿脱隔离衣; ⑤呼吸机、除颤仪的使用; ⑥插胃管。

(2) 外科专业: ①脊柱损伤、颈髓损伤、胸腰椎骨折情况的搬运; ②心肺复苏术; ③胸腔穿刺术、腹腔穿刺术、腰椎穿刺术、中心静脉穿刺术; ④穿手术衣(无菌手套)刷手; ⑤气管插管术⑥换药术; ⑦导尿术; ⑧呼吸机使用; ⑨插胃管; ⑩开放性伤口的止血包扎。

(3) 妇产科专业: ①妇产科常见激素化验判读 ②心肺复苏术; ③胸腔穿刺术、腹腔穿刺术、腰椎穿刺术、中心静脉穿刺术(股静脉途径、下肢静脉切开); ④插胃管; ⑤穿手术衣(无菌手套)刷手; ⑥换药术 ⑦导尿术 ⑧有/无创呼吸机使用; ⑨妇科盆腔检查、四步触诊、骨盆外测量; ⑩气管插管术。

(4) 儿科专业: ①水电解质平衡判读; ②心肺复苏术; ③胸腔穿刺术、腹腔穿刺术、腰椎穿刺术、骨髓穿刺术; ④穿脱隔离衣⑤呼吸机、除颤仪的使用; ⑥气管插管。

(5) 急诊专业: ①急性中毒的诊断和救治; ②开放性伤口的止血方法和包扎方法; ③传染病的防护与应对; ④呼吸机、除颤仪的使用; ⑤洗胃术; ⑥心肺复苏术; ⑦气管插管术 ⑧胸腔穿刺闭式引流术、中心静脉穿刺术、腹腔穿刺术、腰椎穿刺术、心包穿刺术、环甲膜穿刺术; ⑨脊柱损伤、颈髓损伤、胸腰椎骨折情况的搬运; ⑩洗手、穿脱隔离衣。

(6) 麻醉专业: ①心肺复苏术; ②全身麻醉与气管插管术; ③腰椎硬膜外联合麻醉术; ④麻醉恢复期间的监测和术后镇痛等基础理论、基本知识。

(7) 医学影像专业: ①心肺复苏术; ②胸部、心脏平片、腹部平片、立位片、骨与关节外伤、关节病变、四肢长骨病变、脊柱病变 X 线诊断报告; ③上胃肠道造影诊断报告; ④颅脑、五官、颈部、胸部、心脏、腹部、盆腔、脊柱、脊椎、四肢关节、骨骼的 CT 或 MRI 诊断报告; ⑤上消化道气钡双对比造影技术。

(8) 病理专业: ①心肺复苏术; ②病理标本大体观察及取材; ③病理标本接收、登记及处理; ④常规病理切片诊断。

(9) 检验专业: ①心肺复苏术; ②白细胞计数; ③尿沉渣有形成分显微镜检查; ④脑脊液细胞计数; ⑤网织红技术; ⑥细菌革兰氏染色及形态识别; ⑦血涂片细胞识别; ⑧室内质控分析; ⑨血型及交叉配血。

(10) 耳鼻喉专业: ①心肺复苏术; ②气管切开; ③鼓膜穿刺; ④口咽部检查; ⑤上

颌窦穿刺。

(11) 眼科专业：①泪道冲洗；②球后注射；③压陷或眼压计；④泪液破裂时间分泌实验；⑤房角镜检测；⑥心肺复苏术。

(12) 口腔专业：①后牙铸造全冠牙体预备 ②口腔一般检查；③磨牙复面洞制备术；④下颌磨牙拔除术；⑤牙列印模制取；⑥心肺复苏术。

(13) 其他专业的培训和考核内容参照科室实际工作进行。

四、“三基”培训及考核形式

(一) 医务处负责组织院级培训，以集中讲课、现场演示、内网授课、技能训练等形式开展。

(二) 临床、医技科室结合院级培训组织开展科级的“三基”培训。

(三) 医务处每年度组织一次全院基础理论、基本知识考核，统一命题，集中进行，并分批次组织各专业开展一次基本技能考核。临床、医技科室自行组织基础理论、基本知识考核，基本技能考核至少每半年进行一次。

五、“三基”培训及考核管理办法

(一) 临床、医技科室应按实际工作情况分次参加院级“三基”培训，在职人员参加“三基”培训率达 100%。

(二) 45 岁以下在职人员须全部参加“三基”考核，首次考试不达标者可补考一次，对仍不及格者转岗培训，经考核合格后方可重新上岗。同时，考核结果与绩效奖金、执业注册及定期考核挂钩。

(三) 医务处负责对科室“三基三严”培训进行督导、考核、检查，并纳入科室医疗质量考核体系。

六、附则

(一) 本制度自发布之日起施行，2020 年 8 月印发的《“三基三严”训练考核制度》(GZZD-YWC-0052 第 3 版) 同时废止。

(二) 本制度由医务处负责解释。

文件名称	临床路径开发与实施相关制度				
文件编号	A05-ZD-077-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

临床路径开发与实施相关制度

为提高我院医疗质量，保证医疗安全，充分发挥医务人员主观能动性，顺利开展临床路径管理工作特制定本方案。

一、临床路径的组织管理

(一) 临床路径技术管理委员会由主管业务院长任主任，医务处、护理部等相关职能科室负责人任副主任；相关职能、医疗、护理、医技、药学等科室主任任成员。

委员会职责：

1. 制定临床路径及单病种实施方案并组织实施。
2. 明确各有关部门的职责并负责组织协调各部门工作。
3. 确定实施临床路径及单病种管理病种与标准。
4. 组织临床路径及单病种相关的培训工作。
5. 督查工作进展情况，实施临床路径及单病种的效益评价。
6. 召开专题会议，研究解决实施中存在的问题，改进工作方法，促进医疗质量的全面提高。

(二) 临床路径指导评价小组组长由医务处处长担任，成员由相关职能科室处长担任。

指导评价小组职责：在管理委员会领导下，具体负责全院临床路径及单病种的实施和管理。

1. 对临床路径及单病种的开展、实施进行技术指导；
2. 制订临床路径及单病种的评价指标和评价程序；
3. 对临床路径及单病种的实施过程和效果进行评价和分析；
4. 根据评价分析结果提出临床路径及单病种管理的改进措施。

职能科室职责：

1. 医务处负责组织临床科室科主任修订临床路径。

2. 护理部负责组织护士长修订护理路径。
3. 医务处、护理部共同组织科室制定临床路径及单病种患者告知书。
4. 医务处、护理部负责临床路径及单病种管理的综合考评。
5. 病案室和信息中心负责相关病案管理及信息收集、统计。
6. 信息中心负责临床路径及单病种各种表单在电子病历中的正常运行。
7. 收费办公室负责收费的实时监控。
8. 制定临床路径与单病种用药规范，提供病人诊疗所需药品、材料，检查、监督临床科室合理用药等情况，协助处理与药物有关的变异。临床药师参与临床路径及单病种质控工作。
9. 负责临床路径及单病种管理患者住院费用的成本核算，落实并兑现科室考核结果。
10. 感控处负责医院感染监控管理。

（三）临床路径实施小组

组长为各科室主任，成员为各科室临床医师、护理人员。

科室临床路径实施小组职责：

1. 在临床路径及单病种指导评价小组指导下工作。
2. 负责临床路径及单病种相关资料的收集、记录和整理；
3. 负责提出科室临床路径及单病种病种选择建议，会同药学、临床检验、影像及财务等部门制订临床路径文本；
4. 结合临床路径及单病种实施情况，提出临床路径及单病种文本的修订建议；
5. 在本科室负责临床路径及单病种的实施和管理，对临床路径及单病种的实施过程和效果评价与分析，并根据临床路径及单病种实施的实际情况对科室医疗资源进行合理调整。
6. 决定病人是否进入或退出临床路径及单病种。
7. 定期将临床路径及单病种实施情况分析评价，以书面形式报临床路径管理办公室。

临床医师职责：

1. 负责临床路径相关资料的收集、记录和整理。
2. 负责提出科室临床路径病种选择建议，会同药学、临床检验、影像及财务等部门制定临床路径文本。
3. 结合临床路径实施情况，提出临床路径文本的修订建议。
4. 参与临床路径的实施过程和效果评价与分析，并根据临床路径实施的实际情况对科室

医疗资源进行合理调整。

5. 及时反馈临床路径运行情况。

护理人员职责：

1. 协助医师进行各种诊疗工作，负责采取各种检验标本。

2. 认真执行各项护理制度、护理常规和技术操作规程，正确执行医嘱，准确及时地完成各项护理工作，做好查对及交接班工作，防止差错、事故的发生。

3. 做好基础护理、心理护理、饮食护理和服药护理。在护师指导下努力掌握运用护理程序，实施整体护理。

4. 经常巡视病房，密切观察与记录危重患者的病情变化，如发现异常情况应及时报告。

医技科室职责：

1. 执行临床路径及单病种表上本科室执行的项目。

2. 按临床路径及单病种要求，按时完成各项检查，及时出具报告单。

3. 协助处理与本科室有关的变异。

二、临床路径的开发

（一）临床路径的病种选择。医务处将原卫生部临床路径病种及标准下发各相关科室，科室临床小组结合我院实际情况组织讨论，选出切实符合我院工作实际的病种，报临床路径领导小组审议修订后实施。

（二）临床路径标准的修订。各科室临床路径小组根据卫健委制定的病种临床路径管理标准，结合临床工作实际情况，对医院选择的临床路径病种，修订适合我院的临床路径表，上报临床路径管理小组审议通过后实施。

（三）确定标准化医嘱。标准化医嘱是指依据某一病种的病情发展与变化，制定出该病种基本的、必要的、常规的医嘱，如治疗、用药、检查等。标准化的医嘱与临床路径的内容相对应，使之相对全面化、程序化，并相对固定，方便临床路径的顺序进行。

（四）召开专题会议。培训实施之前召开专题会议，对各专业人员进行系统培训，使医、护、药、技及其他各科室人员明确各自职责。另外采取院刊、简报等多种形式，宣传临床路径实施的意义和进展情况。

（五）试行。通过临床试行对临床路径进行检测，发现存在的问题，加以改进，逐步完善。

三、临床路径的实施

(一) 实施临床路径应具备以下前提条件:

1. 具备以病人为中心的服务标准;
2. 临床路径文本中所列项目中医疗技术服务可及性、连续性有保障;
3. 相关科室有良好的流程管理文本和训练;
4. 关键环节具有质控保障;
5. 紧急情况处置和警告值报告制度能力评估。

(二) 临床路径实施流程:

1. 主管医师完成患者的检诊工作, 科室临床路径管理员和科室临床专家对住院患者进行临床路径的准入评估。

2. 符合准入标准的, 按照临床路径确定的诊疗流程实施诊疗, 根据医师临床路径表开具诊疗项目, 向患者介绍住院期间为其提供诊疗服务的计划, 并将评估结果和实施方案通知相关护理组;

3. 相关护理组在为患者作入院介绍时, 向其详细介绍其住院期间的诊疗计划(术前注意事项)以及需要给予配合的内容;

4. 主管医师会同管理员根据当天诊疗服务完成情况及病情的变化, 对当日的变异情况进行分析、处理, 并做好记录;

(三) 进入临床路径的患者应满足以下条件:

诊断明确、没有严重的合并症、能够按临床路径设计流程和预计时间完成诊疗项目的患者。

(四) 出现以下情况时, 患者应当退出临床路径:

1. 在实施临床路径的过程中, 患者出现了严重的并发症, 需要转入其它科室实施治疗的;
2. 在实施临床路径的过程中, 患者要求出院、转院或改变治疗方式而需退出临床路径的;
3. 发现患者因诊断有误而进入临床路径的;
4. 患者出现严重的医疗相关感染等情况不适合继续完成临床路径的。

(五) 临床路径的变异

临床路径的变异是指病人在接受诊疗服务的过程中, 出现偏离临床路径程序或在根据临床路径接受诊疗过程中出现偏差的现象。变异的处理的遵循以下步骤:

1. 记录。医务人员应及时将变异情况记录在变异记录单内; 记录应当真实、准确、简明;

主管医师应与个案管理员交换意见，共同分析变异原因并制订处理措施。

2. 报告。主管医师应及时向实施小组报告变异原因和处理措施，并与科室相关人员交换意见，并提出解决或修正变异的方法。

3. 讨论。对于较普通的变异，可以组织科内讨论，找出变异的原因，提出处理意见；也可以通过讨论、查阅相关文献资料探索解决或修正变异的方法。对于临床路径中出现的复杂而特殊的变异，应组织相关的专家进行重点讨论。

四、临床路径管理与培训

（一）增加临床路径管理试点专业和病种数

各临床科室应进一步加强临床路径管理，逐步增加本专业病种数。

（二）提高临床路径管理病例入组率和完成率

加强对本院实施临床路径管理病种的质量管理与控制，对于符合进入临床路径标准的患者，达到入组率 >50%，入组后完成率 >70% 的目标。

（三）各科室临床路径实施小组在临床路径实施前应当对有关医务人员进行相关培训，将培训内容、有关反馈情况、开展例数上报医务处，培训内容应当包括：

1. 临床路径基础理论、管理方法和相关制度；
2. 临床路径主要内容（包括具体用药、辅助检查等）、实施方法和评价制度。
3. 临床路径管理组织中各类人员的职责；
4. 临床路径信息系统的使用；
5. 实施临床路径的成果总结；

五、临床路径实施过程监测指标

（一）监测指标范围

1. 依从性指标：出院患者总人数、入径患者总入径次数、完成路径患者总入径次数、变异患者数；

2. 效率指标：平均住院日（天）；

3. 效果指标：诊疗效果（病死率（%））、30日内再住院率（%）、手术病人非计划重返手术室发生率（%）、并发症与合并症发生率；

4. 卫生经济学指标：次均费用；

（二）负责监测工作责任人

1. 各临床科室主任为第一责任人，科室临床路径与单病种管理员具体实施落实；
2. 医务处负责临床路径与单病种监测指标统计工作。

文件名称	临床路径管理持续改进机制				
文件编号	A05-ZD-078-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

临床路径管理持续改进机制

我院实施临床路径信息系统，为持续推进该项工作，制定临床路径管理持续改进机制，具体内容如下：

一、利用院周会、院内网、临床路径培训等形式加强临床路径实施过程中的问题沟通和信息共享，增加临床医师对临床路径的认识，提高重视度和参与度。

二、监控进入临床路径病例，将入出径例数及变异情况进行反馈，院科两级加强对临床路径实施结果的评估与持续改进，使临床路径相关工作切实起到规范医疗行为，提高医疗质量的作用。

三、科室临床路径管理小组通过路径医嘱的修改和完善，逐步完善路径医嘱设置，逐渐组建完整的医嘱模块，便于临床利用成组医嘱，缩短医嘱下达的时间。

四、医务处制定相应的考核措施，确保临床路径管理病例入组率和完成率，完成医疗质量管理与控制指标。

五、病案室负责指导临床路径的病历首页规范化管理，保证疾病编码的准确性，配合临床科室进行临床路径的病案统计和调阅工作。

六、信息中心协助解决各病区临床路径与单病种上报的网络信息问题，统一科室代码，规范归口管理，指导临床科室信息系统使用，利用信息手段实现临床路径病例或单病种上报的相关数据，避免手工填报，减轻工作量。

七、不断优化临床路径信息系统，运行条件成熟后，实现单病种的指标控制，配合医保开展病种收费管理。

文件名称	临床路径知情同意制度				
文件编号	A05-ZD-079-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

临床路径知情同意制度

临床路径管理是公立医院改革的核心内容，是改善医疗服务管理的有效措施。按照卫生健康委开展临床路径管理工作和相关要求，结合我院临床路径实际情况，制定本制度。

一、对符合临床路径入径标准的患者，在实施临床路径前主管医师均需履行患者知情同意告知义务，签署相关知情同意书。

二、在履行临床路径病种管理知情同意程序时须告知患者或其委托人、法定代理人的内容包括：

（一）疾病诊断，可能的病因，病情程度及发展情况，需要采取何种治疗措施及相应后果等；

（二）诊疗措施，有无副作用，检查结果对诊断的必要性、作用等；

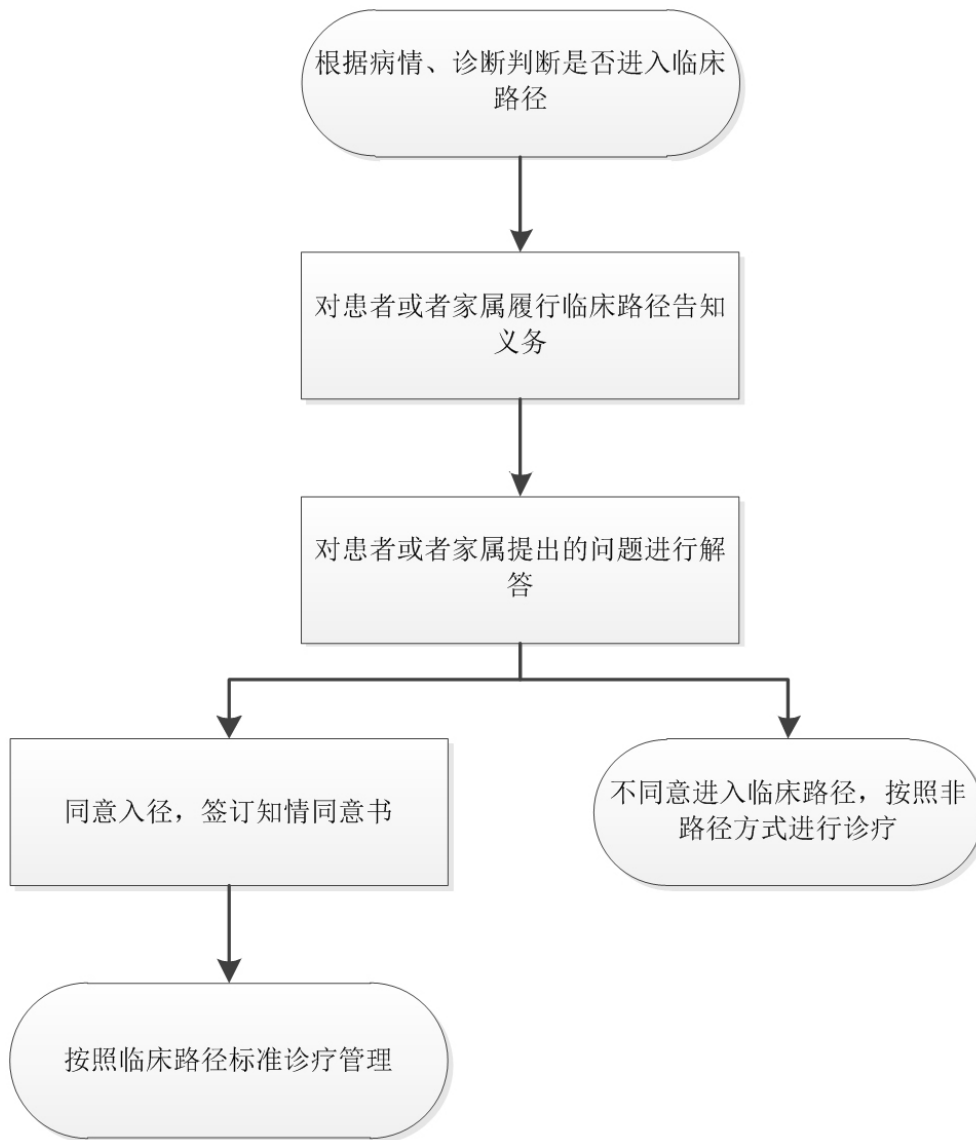
（三）患者将入何种临床路径，临床路径的目的和范围；

（四）患者或其委托人不愿意接受临床路径或因病情变化有权退出；

（五）告知患者或其委托人可参与及监督临床路径的实施。

三、由主管医师或其上级医师履行告知义务，对患者及其家属提出的问题进行解释。

四、患者不同意进入临床路径或者要求退出临床路径时，不得影响患者的正常诊疗。



文件名称	单病种质量管理制度				
文件编号	A05-ZD-080-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

单病种质量管理制度

一、按照卫健委发布的单病种质量控制的通知要求，对规定的单病种质量控制指标开展单病种质量监控。

二、医院成立单病种质量管理领导小组，组长由主管业务副院长担任，成员由医务管理、护理管理、药事管理、信息统计、临床医技、病案管理等人员组成。主要负责定期督导全院单病种质量控制的实施情况，并进行效果评价和考评奖惩。

三、单病种质量管理工作在医院单病种质量管理领导小组指导下，由科室单病种质量管理实施小组具体实施，科室单病种质量管理实施小组由科主任、护士长任组长，组员包括科内医疗人员、护理人员、临床药师和其他相关责任人。

四、单病种质量管理实施小组要组织科室相关人员学习单病种质量管理相关知识。

五、临床科室的单病种质量管理实施小组每月对本科室单病种质量控制指标进行评价，医院单病种质量管理领导小组每季度进行评估分析，并将结果及时反馈给各单病种质量管理实施小组，督促整改落实，保证质量持续改进。

六、单病种质量控制指标：

（一）诊断质量指标：出入院诊断符合率、手术前后诊断符合率、临床与病理诊断符合率；

（二）治疗质量指标：治愈率、好转率、未愈率、并发症发生率、抗生素使用率、病死率；

（三）效率指标：平均住院日、术前平均住院日；

（四）经济指标：平均住院费用、手术费用、药品费用、耗材费用。

七、单病种质量控制的主要措施

（一）按照卫健委制定的临床路径管理要求，严格执行诊疗常规和技术规；

（二）健全落实诊断、治疗、护理各项制度；

（三）合理检查，使用适宜技术，提高诊疗水平；



(四) 合理用药、控制院内感染;

(五) 加强危重病人和围手术期病人管理;

(六) 调整医技科室服务流程, 降低平均住院日。

八、实施单病种质量管理的科室建立单病种管理登记本, 记录患者单病种管理的相关信息。

九、加快信息化建设: 加强信息化建设, 对单病种诊疗流程进行信息化管理, 增加临床医师的依从性, 并逐步做到从医院信息系统中自动收集监测指标信息。

文件名称	单病种信息上报管理制度				
文件编号	A05-ZD-081-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

单病种信息上报管理制度

单病种质量管理与控制是规范临床诊疗行为、持续改进医疗质量、保障医疗安全、控制医疗成本、提高病人满意度的重要举措，对提升医疗质量精细化、科学化管理水平具有重要作用。为更好地改进我院单病种质量管理与控制，进一步加强“国家单病种质量管理与控制平台”信息上报工作，特制定本制度。

一、临床科室要加强对《单病种质量管理与控制技术方案（2020年版）》《单病种质量监测信息项（2020年版）》学习和培训，充分理解和掌握单病种信息采集方式和质量监测信息项目内容，确保报送相关数据信息及时、准确、完整。

二、各科指定专人为单病种信息填报管理员，并上报医务处备案，做好科室上报管理工作；科室主管副主任负责科室层面上报信息审核工作，确保上报信息的合理、准确；科主任承担科室单病种信息填报的监督与指导责任。

三、信息中心负责对相关数据信息上报提供技术支持。

四、医务处负责指导、督导、数据统计、提交信息等工作。

五、各相关科室完成本科开展的每例相关病种诊疗后，按照上报要求于10个工作日内上报监测病种要求的全部数据信息。

六、医务处定期对各科室上报情况进行检查，对上报工作主动积极、病种数量符合要求的科室进行奖励；同时对上报工作不重视、滞后的科室和个人进行相应质量裁决，并根据未完成情况扣发相应病历绩效奖励。

文件名称	住院时间超过 30 天患者管理制度				
文件编号	A05-ZD-082-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021 年 12 月

住院时间超过 30 天患者管理制度

为进一步加强我院住院患者的管理，杜绝过度诊疗和服务流程不合理现象，接轨国家推行的按疾病诊断相关分组 / 点数法总额预算和按病种分值（DRG/DIP）付费改革，促进医疗质量持续改进，保障医疗安全，减轻群众就医的经济负担，依据《河北省三级综合医院评审标准实施细则（2013 年版）》和《三级医院评审（2020 年版）》相关要求，结合我院实际，特制定本规定。

一、各临床科室要采取有效措施，严格管理和监控住院时间，加强对住院超过 30 天患者的管理，每月进行分析总结，制定整改措施与考核方案，严格执行超长住院患者管理规定，“科室质量与安全管理小组活动记录”中实现 PDCA 改进。

二、对于住院超过 30 天的患者，作为主任大查房的重点，主管医师应在 2 天内书写阶段小结。记录重点：详细评价分析住院超过 30 天的原因、入院后至本阶段小结时患者的病情演变、诊疗经过及结果、再次进行病情评估的结果、是否需要调整诊疗方案、下一步诊疗计划、是否需要其他科室会诊及会诊结果等。主管医师、上级医师等要针对上述内容及时做好患者及家属的沟通工作，记录家属对继续住院治疗的诉求，避免出现因沟通不及时或沟通不细致出现投诉或纠纷。交接班记录、转科记录可代替阶段小结。

三、对住院时间超过 30 天的患者，各临床科室应在住院第 31 日起的 3 日内进行上报，主管医师填写《住院时间超过 30 天患者上报表》经 TQMS 系统上报至医务处。上报内容包括：科室、住院号、患者姓名、入院时间、诊断、报告人、住院超 30 天原因分析、原因分类及下一步诊疗措施等。

四、医务处对各科室上报住院时间超过 30 天的患者，根据实际情况组织有关专家对特殊患者进行全院多学科会诊，必要时请相关部门进行协调处理，采取必要措施。每月对各科住院时间超过 30 天患者的上报表内容进行统计，每季度进行分析反馈，并在内网公布或院

周会通报。

五、医务处对各科室住院时间超过 30 天的患者管理情况进行监督、考核，发现科室对住院时间超 30 天未开展分析评价管理、病历中无科主任大查房记录、TQMS 系统存在漏报及记录不规范等情况，给予该科室当月绩效考核相应扣分，与科室绩效挂钩。

文件名称	关于缩短患者平均住院日的管理制度				
文件编号	A05-ZD-083-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

关于缩短患者平均住院日的管理规定

平均住院日是指一定时期每一出院者平均住院时间的长短，等于出院者占用总床日数与出院人数之比。为切实落实“以病人为中心”的服务理念，合理利用现有医疗资源，提高医院运营效率，降低患者医疗费用，接轨国家按疾病诊断相关分组/点数法总额预算和按病种分值（DRG/DIP）付费改革，根据依据《河北省三级综合医院评审标准实施细则（2013年版）》和《三级医院评审（2020年版）》相关要求，结合医院实际情况，制定我院缩短患者平均住院日的管理规定。

一、医院建立以科学缩短平均住院日为中心的综合目标管理责任制

（一）深入临床科室，结合学科发展现状，科学制订院、科及代表性病种平均住院日标准。建立以科室为中心，以病种为重点的逐级控制目标责任制。

（二）通过正性激励，推动临床科室管理和医务人员缩短平均住院日的积极性和自觉性。将平均住院日和病床周转率列入医院/科室考核体系。平均住院日作为一项单独考核、奖惩指标，纳入各科室各部门的岗位职责、医疗质量考核、绩效考核体系，科室平均住院日情况与科主任考核挂钩。同时，严禁以压缩平均住院日为目的的分解住院及多次入院情况。

（三）建立定期临床、医技科室及职能部门间沟通、协调和访谈会机制，以品管圈方式建立缩短平均住院日的长效机制。

二、落实医院质量管理和持续改进方案，提高诊疗质量

（一）完善和落实医疗工作制度，急诊开通多条急救绿色通道，门诊实行预约制，保障医疗质量和医疗安全，使患者得到及时、有效、规范的救治。

（二）加大“三基三严”培训力度，鼓励学科指南与共识实践和新技术、新业务开展，提高医务人员整体素质。加强对护士的培养、教育和训练考核，提高业务水平。

（三）严格执行核心工作制度，合理用药，有效控制患者医药费用；推进精细化管理，

全面提升医疗质量。加强病历质量、会诊质量、不良事件、院感管理等环节质控及终末质控，规范医疗行为全过程，全面提升医疗质量。

（四）加强医患沟通，改变患者的传统观念，尊重患者知情同意权，保障医疗安全，减少医疗纠纷。

三、优化辅助检查流程和再造围手术期管理模式

将各辅助检查科室整合至门诊较为集中区域，并实行预约制，合理安排患者检查时间，减少患者等待及患者走动，安排周末及节假日值班，减少住院患者辅助检查的等待时间，提高辅助检查的效率，从而缩短平均住院日。

加强手术室、各手术科室、麻醉科的配合。信息化管理术前评估，减少手术接台间隔，对手术患者接、送及接台手术制定规范的流程，设立麻醉恢复室，加速手术室的周转，实现手术室合理、高效安排手术。

四、开展临床路径、单病种质量管理，落实双向转诊

开展临床路径及单病种质量管理工作，规范临床诊疗行为，保障医疗质量和医疗安全，有利于缩短患者平均住院时间。在保证医疗质量的前提下，严格执行我院《临床路径管理工作制度》和《单病种质量管理制度》。

建立长期帮扶机制和医院出院患者信息追踪制度，将普通病例、慢性病患者及康复治疗患者分流到基层医院或社区卫生服务中心等医疗机构，切实减轻患者负担。

五、重点加强影响平均住院日关键环节的控制

（一）鼓励内部流程重组，加速康复外科（ERAS）系统建设。从疾病确诊时间、术前等候时间和手术间隔时间、疾病治愈时间、技术水平的提高和普及、术后康复时间 5 个环节找切入点，鼓励微创手术、适宜病种的日间手术和日间病房、ERAS、麻醉恢复室建设等举措，关注和保障患者营养、心理、康复及社会需求。

（二）加强各临床科室的配合。严格执行首诊负责制，严格会诊医师资格和时效管理，强调会诊医师担当意识，保证会诊质量和会诊时效性。疑难危重病例及时向医务处报告，组织相关科室、专家会诊，条件成熟时组建 MDT 团队，提出全面有效的诊疗方案，缩短疾病诊治时间。

（三）确立医技科室质量时限目标。加强检验科、影像科、病理科、心电图室等医技科室的时效性管理，优化流程，各科室应按照规定检查时限出具报告，周末常规检查项目均

正常开展。积极推行同级医院化验结果互认制度。

（四）强化质量效益观念和规章制度，尽量减少并发症发生。医护人员应严格消毒隔离制度和无菌操作规范，预防院内感染发生。通过院内感染监控管理网络，对重点科室定期检查。

（五）严格“住院时间超过 30 天患者”评价与管理，对于有不合理病例的科室，医院将责令科室立即进行整改。

六、应用信息化管理提高工作效率

（一）科室可通过自查对比分析总结，医院质控部门通过信息系统统计各科室平均住院日，每月公布各科室平均住院日，科学管理并控制平均住院日。

（二）加强信息化建设，在诊疗过程中检验、影像、病理等检查结果尽量通过网络传递信息，确保临床工作更加科学、高效、准确。

（三）职能、后勤管理部门进一步优化管理模式与网络办公模式，确保临床日常诊疗工作高效运转，出现突发事件能反应敏捷、处理到位。

文件名称	开具诊断证明制度				
文件编号	A05-ZD-084-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

开具诊断证明制度

为加强和规范我院诊断证明书的管理，特制定此制度。本制度适用于全院门急诊及住院患者诊断证明书的开具。

一、具有我院执业资格的临床医生方可开具诊断证明书。各级医师不得出具与自己执业类别无关或者与执业范围不相符的医学证明书。

二、门急诊医学诊断证明书原则上由急诊和各相关专科门诊医师出具，非门急诊医师不得开具。如属特殊情况须经科主任同意并审核签字。

三、门急诊医师在亲自诊查患者、做出病情全面评估、规范书写门、急诊病历后，方可出具医学诊断证明书。住院患者诊断证明书由主管医师或上级医师出具。

四、诊断证明书须规范书写，确保各项信息与门急诊诊疗记录、住院病历相符合。

五、门急诊及住院诊断证明书所涵盖的疾病诊断应具有诊断依据，并客观、真实。

六、诊断证明书应由诊断医师签署全名、日期，由本科室科主任（副主任）审核、签字、门诊办公室审核登记加盖“诊断证明专用章”后生效。

七、门急诊及住院患者诊断证明书应一式两份，一份交予患者，一份在门诊办保存。

八、凡违反上述规定乱开证明、提供伪证或出具假医学诊断证明的医务人员，一经查出，一律严惩，责任自负。

九、本制度自发布之日起施行，2020年8月印发的《开具诊断证明制度》（GZZD-YWC-0050）同时废止。本制度由医务处负责解释。

文件名称	开具死亡诊断证明制度				
文件编号	A05-ZD-085-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

开具死亡诊断证明制度

为加强和规范我院《死亡医学证明书》的管理，特制定此制度。

一、医疗诊治过程中发生的死亡病例（包括住院期间死亡、来院已死亡、院前急救过程中死亡）我院应出具《死亡医学证明书》。

二、《死亡医学证明书》是具有法律效力的医疗文书，必须由诊治医师认真填写，不得缺项和涂改。

三、医师填写《死亡医学证明书》，需在患者死亡3日内开具，共分为四联，第一联为单位存根联，第二联为公安机关保存联，第三联为死者家属保存联，第四联为殡葬管理部门保存联。

四、死因不明时，须填写死亡调查记录，内容包括死者生前病史及症状体征、被调查者姓名、与死者关系、联系电话、联系地址或工作单位、死因推断、调查者签名、调查日期，被调查者对上述调查记录确认无误后签字认可。

五、对死亡原因（他杀、自杀）有怀疑，可向公安部门反映，由公安部门协助确定死因。

六、《死亡医学证明书》经医师签字，指定医疗机构盖章后有效。

七、网络直报人员在死亡后7日内完成死因编码及网络直报工作。

文件名称	尸体病理解剖制度				
文件编号	A05-ZD-086-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

尸体病理解剖制度

一、尸体病理解剖由临床科室主任提出申请，经医务处报主管院长批准，病理科收到完备的手续申请单后具体实施。

二、填写尸解申请单，必须认真负责，逐项填写，包括死者姓名、性别、年龄、住址、住院号、死亡时间、病史摘要和临床经过等，以供解剖，分析死因和书写病理报告时参考。

三、尸体病理解剖必须在死后 48 小时内进行。

四、尸检时要态度严肃、对死者尊重、严禁嬉笑、哄闹。应尽量保持尸体的外形完整和清洁。未经病理科允许，无关人员一律不得参观。对剖验过程及结果不得外传，必须严格保密。

五、尸体病理解剖的具体实施步骤按《尸体解剖操作规范》执行。

六、在施行尸体病理解剖时，如涉及医疗纠纷或事故问题，或发现有他杀或自杀可疑时，按相关法律法规规定处理。

七、尸体病理解剖一般应在 45 个工作日发出诊断报告。发现死亡为烈性传染病者，应于确诊后 12 小时内报告主管院长和当地卫生防疫部门。

八、附则：

（一）本制度自发布之日起施行，2020 年 8 月印发的《尸体病理解剖制度》（GZZD-YWC-0054 第 3 版）同时废止。

（二）本制度由医务处负责解释。

文件名称	对口帮扶管理制度				
文件编号	A05-ZD-087-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

对口帮扶管理制度

为充分履行公立医院社会职责，发挥“区域医疗中心”优质医疗资源优势，提升基层医疗卫生服务能力和管理水平，满足人民群众健康需求，依据河北省卫生健康委等四部门《关于继续做好三级医院帮扶贫困县县级医院有关工作的通知》、河北省卫健委《关于进一步加强对口支援工作的通知》，结合我院实际，特制定本制度。

一、组织机构及职责

(一) 对口帮扶领导小组。(以下简称“领导小组”)

组 长：李建华

副组长：胡秀芬 刘建伟 姜皓丰 何士杰

成 员：陈建华 张艳利 刘有为 陈淑玲 刘树国

孙晓春 常 欣 于素敏 刘 岩 高晓兰

马志红 赵胜军 唐桂华 于云翔

各临床、医技科室主任。

领导小组下设办公室在医务处(以下简称“办公室”)，张艳利副处长任办公室主任。

(二) 领导小组工作职责：

1. 领导小组负责对口帮扶的决策制定、领导、组织、协调、实施相关工作。

2. 办公室职责：

(1) 负责对口帮扶派驻医师的日常督导检查、定期总结评价(每半年一次)、年终考核、台账管理等具体工作的组织和实施。

(2) 每季度到受援医院进行走访并召开座谈会，根据受援医院需求，对派驻人员进行适时调整。

二、总体要求

(一) 指导思想。落实党中央、国务院和河北省委、省政府关于全面实施精准扶贫、精准脱贫方略和健康扶贫要求，我院积极做好对贫困县县级医院对口帮扶工作，加快提升贫困县县级医院医疗服务能力，有效解决贫困县人民群众看病就医问题。

(二) 帮扶对象。我院按照统筹协调、加强衔接，立足现实、全面覆盖，因地制宜、分类指导的原则，加强与贫困县人民政府沟通，将对口帮扶县级医院与“三下乡”、扶贫开发、城乡医院对口支援等政策相衔接，集中发挥各项目的作用和优势。按照省卫健委文件要求，确定我院的对口帮扶贫困县县级医院共计五家，分别为：丰宁满族自治县医院、丰宁满族自治县中医院、丰宁满族自治县妇幼保健院、滦平县医院、滦平县中医院、滦平县妇幼保健院。

(三) 帮扶时间严格执行河北省卫生健康委规定的对口帮扶计划时间安排，期间无特殊原因对口帮扶关系不再调整。帮扶期间，与地方医院的对口帮扶关系不变。

(四) 任务目标通过一对一的对口帮扶，每年为对口帮扶医院“解决一项医疗急需，突破一个薄弱环节，带出一支技术团队，新增一个服务项目”，培养一批具有较高水平的医院管理人才和临床专业技术人才，显著提高常见病、多发病、部分急危重症的诊疗能力。积极做到使对口帮扶贫困县县级医院医疗服务能力和可及性显著提升，充分发挥县域医疗中心作用，为贫困县人民群众提供可及有效的基本医疗卫生服务。

三、工作任务

(一) 签订对口帮扶责任书。我院与丰宁满族自治县医院、丰宁满族自治县中医院、丰宁满族自治县妇幼保健院、滦平县医院、滦平县中医院、滦平县妇幼保健院签订一对一对口帮扶责任书，明确对口帮扶工作总体目标、年度任务和量化考核指标。

(二) 加强临床专科服务能力建设。我院将为每个对口帮扶医院派驻至少 3-5 名医务人员组成的团队进行驻点帮扶，帮助受援医院开展日常诊疗服务，建立针对当地疾病谱的临床诊疗科目，提升受援医院内科、外科、妇产科、儿科、重症医学科、急诊科等常见病、多发病以及部分危急重症的诊疗能力。

(三) 加大专业人才培养力度。我院是国家级住院医师规范化培训基地，优先招收受援医院符合条件人员参加培训。结合受援医院骨干医师培训项目，通过“派下去”、“请上来”等方式，采取教学查房、手术带教、学术讲座等多种形式，有计划地为贫困县受援医院培养一批业务水平较高的技术骨干，使其人才队伍更趋合理。

(四) 加快提升医院管理水平。我院对口帮扶小组要帮助对口帮扶医院完善各项管理制

度，加强医院和科室内部管理，提高受援医院管理法制化、科学化、规范化水平。

（五）有效方便群众看病就医。我院结合贫困县实际医疗需求，定期派出医疗队，开展巡回义诊和卫生下乡活动，为贫困县居民提供“家门口”的日常诊疗服务。

四、工作步骤

（一）我院与对口帮扶县级医院签订对口帮扶责任书。医院之间签订对口帮扶协议书，进一步细化帮扶目标、时间节点、任务内容、相关责任和落实措施等。

（二）我院和对口帮扶医院按照签订的帮扶协议，认真实施各项帮扶工作任务。每年开展工作进度和成效评估，形成年度总结报告。

五、工作要求

（一）加强组织领导。我院把对口帮扶贫困县县级医院作为重点工作，实行一把手负责制，将健康扶贫工作作为履行社会责任和体现公益性的重要内容，切实加强组织领导，建立健全制度，做到任务到人、责任到人，使工作有效落实，确保实现对口帮扶工作目标。

（二）完善激励约束机制。我院对口帮扶贫困县县级医院实行目标管理。建立完善和对口帮扶双方的考核制度，按照对口帮扶责任书和协议书，加强监督检查和考核评估。保证派出人员各项福利待遇不变，并给予一定补贴；对口帮扶工作优秀人员，在职称晋升、岗位聘用、提拔任用、各项评优评先时优先考虑。

（三）加强宣传引导。我院将做好政策解读、宣传引导、典型挖掘和经验推广工作，充分发挥新闻宣传和舆论引导作用，利用多种媒体形式，加大宣传报道力度，提高贫困县群众知晓率，确保获得及时、有效的基本医疗卫生服务。

六、附则

本制度自发布之日起施行，由医务处负责解释。

十三、医疗管理

文件名称	临床科室工作制度				
文件编号	A05-ZD-088-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

临床科室工作制度

根据国家卫生方针及医改政策，结合本院工作实际，特制订本制度。

一、根据院长及主管院长的工作计划，定期拟定科室医疗、教学、科研、预防、保健等专项业务计划，经过院长批准，具体组织实施。

二、做好科室之间的协调工作，组织科内、外重大疑难重症病人的救治工作。

三、根据科室专业发展需要，有计划地参加各种学术会议及派出人员进修。

四、组织全科人员定期对疑难重症病例及死亡病例的讨论、分析、总结并提出改进措施。

五、严格遵守医师会诊制度及全院制定的临床科室各项工作制度。

六、加强基础医疗工作管理，不断提高基础工作质量，尤其对病历书写和无菌技术操作等业务质量管理工作，严格检查落实。

七、定期分析医疗质量及工作效率、制定有效措施、持续改进，努力提高医疗质量。

八、积极做好医疗差错及医疗事故的防范工作，保证医疗安全。

九、各级人员严格执行卫生行业有关法律、法规及诊疗操作规范。

十、及时完成院长、主管院长及职能科室交办的紧急工作任务。

文件名称	急诊科工作制度				
文件编号	A05-ZD-089-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

急诊科工作制度

一、急诊科 24 小时 X7 天提供急诊诊疗服务，节假日照常开诊。科内设有急诊监护病房、抢救室、留观室、急诊病房等病室及床位。

二、急诊医师由工作三年以上、有一定临床经验和技術水平的医师担任。实习医生、进修医师、转科培训医师可辅助急诊专科医师工作，但不可单独诊疗病人。

三、急诊工作人员必须坚守岗位，做好交接班工作。严格执行急诊各项规章制度和技术操作规程，要建立急危重症抢救流程及规程并予执行。

四、院前急救工作人员负责院前急诊患者的接诊工作，院内急救实行预检分诊，确保接诊→预检分诊→急诊首诊→医技检查→住院治疗→手术/介入“绿色通道”畅通。

五、急诊科医护人员应以高度的责任心及时、迅速的对患者进行救治。密切观察病情变化，及时有效地采取诊治措施。要及时、正确、科学、实事求是地书写病历等医疗文件。患者在急诊科留观时间原则上不超过 72 小时。

六、对疑难、危重病人，应立即请上级医师或专科医师紧急会诊指导抢救工作。对危重不宜搬动的病人，应就地抢救，待病情稳定后再护送至病房。对需要立即手术的病人应及时送手术室施行手术治疗。对危重病人急诊医护人员应护送病人至病房或手术室，并向接收科室做好交接工作。

七、急诊室各类抢救药品、物品要准备充足，设备及车辆运转良好，保证随时可用。设备及物品要专人管理，放置固定位置便于使用，并要经常检查，及时进行补充、更新、维护保养和消毒。

八、遇重大抢救事件，需及时启动各类应急救治预案，立即上报并根据情况报请科主任、医务处和主管院领导等指挥抢救。

九、凡涉及法律纠纷的病人及事件，在积极救治的同时，要及时向有关司法部门报告。

十、急诊患者实行分区、分级诊治。对需要转院的急诊患者须尽可能与拟转诊医院取得联系，以方便病人能顺利接受继续抢救治疗。

十一、各相关部门应积极配合急诊工作，检验、影像、药剂、介入 24 小时 × 7 天提供服务。

文件名称	急诊科预检分诊工作制度				
文件编号	A05-ZD-090-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

急诊科预检分诊工作制度

一、急诊预检分诊工作应由工作5年以上、经过分诊业务培训的有经验护士承担。

二、分诊护士应坚守岗位不得脱岗。分诊台应配备：生命体征测定仪（脉搏、呼吸、血压计、血氧饱和度）、体温表、压舌板、手电筒、心电图、血糖仪、便携式心电监护等辅助检查仪器，每日上岗前需校准时间。

三、分诊护士应具有冷静、机动、灵活的头脑，善于统筹安排，分清患者的轻重缓急，决定患者就诊次序及就诊程序。依据《医院急诊科规范化流程》将患者分为四级。

一级为濒危患者：病情可能随时危及患者生命，需立即采取挽救患者生命的干预措施。

二级为危重患者：病情有进展至生命危险和致残危险者，应尽快安排接诊。

三级为急症患者：病情有急性症状或急诊问题，但目前明确没有危及生命或致残危险，应在一定的时间段内安排患者就诊。

四级为非急症患者：轻症患者或非急症患者，患者目前没有急性发病情况，无或很少不适主诉。

其中一级和二级病患者进入红区进行支持、抢救和诊疗，其中一级患者应立即应诊，二级患者需要迅速急诊处理，三级患者需在黄区进行诊治，在诊治的过程中，要密切观察病情变化，及时上调患者的病情分级，四级患者在绿区就诊。

四、分诊护士听到救护车警报声，应主动迎接患者并迅速通知抢救室护士做好抢救工作。以便捷有效的评估方法对患者进行初步评估，依据病情进入指定区域。

五、对于交通、创伤、中毒等涉及刑事、民事纠纷者或有成批伤患者时，应及时上报并启动相应的应急预案程序。

六、做好发热及传染病患者的预检，对发热患者由专人引领至发热门诊就诊，并做好登记，对可疑传染病人应安排到隔离室就诊，避免交叉感染。

七、做好急诊就诊登记工作，应登记患者的姓名、性别、年龄、症状、生命体征、住址、来院准确时间、工作单位等。

八、分诊护士应将每月分诊数据做统计分析，持续改进力求准确率 >90%。

文件名称	急诊留观患者管理制度与流程				
文件编号	A05-ZD-091-04			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

急诊留观患者管理制度与流程

一、不符合住院条件，但根据病情尚须急诊观察的病人，可留住观察病房。留观时间原则上不超过 72 小时。

二、需留观的病人，由接诊医生通知观察室值班医生和护士，于护理站办理相关留观手续，患者或家属签署《急诊科患者留观告知书》，并与值班医生和护士当面或床头交代病情。

三、留观病人由留观病房医生负责诊治。按照病历书写规范要求书写观察病历，并及时记录病情变化及处理经过。每天早晚各查房 1 次，病情有变化时随时检查，避免贻误病情。随时查看危重患者，及时修订诊疗计划，必要时请相关科室会诊，并及时向患者或家属交代病情变化，取得病人及其家属的合作。

四、值班护士按照分级护理工作制度按时巡视患者，密切观察病情变化，明确观察项目和注意事项，积极进行治疗和护理，及时记录并向医生反映病人情况。做好健康宣教，防跌倒、防坠床等，以保证患者安全。

五、建立交接班制度，实行床旁交接班，共同查看患者，认真书写交接班记录本。

六、对于由于特殊情况就诊患者，涉及到法律层面（如交通事故、斗殴伤、意外伤害、中毒等）要秉公诊治，准确客观地记录病情，并及时与有关部门联系。

七、患者解除留观时，据医嘱决定患者离院或住院治疗。离开观察室时，医生和护士应向其交代病情和注意事项，病历应及时归档或送病区。

文件名称	急诊患者病情分级管理制度				
文件编号	A05-ZD-092-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

急诊患者病情分级管理制度

为提高急诊患者预检分诊准确率、合理分配急诊医疗资源、保证危重患者得到及时有效救治，特制订本制度。

一、分级依据

(一) 急诊患者病情的严重程度。

(二) 急诊患者占用急诊医疗资源多少。

根据患者病情评估结果进行分级，共分为四级：

级别	病情严重程度
一级	濒危患者
二级	危重患者
三级	急症患者
四级	非急症患者

1、一级为濒危患者，病情可能随时危及患者生命，需立即采取挽救患者生命的干预措施。

2、二级为危重患者，病情有进展至生命危险和致残危险者，应尽快安排接诊。

3、三级为急症患者，病情有急性症状或急诊问题，但目前明确没有危及生命或致残危险，应在一定的时间段内安排患者就诊。

4、四级为非急症患者，轻症患者或非急症患者，患者目前没有急性发病情况，无或很少不适主诉。

二、急诊分区收治

一级和二级患者进入红区进行支持、抢救和诊疗，其中一级患者应立即应诊，二级患者需要迅速急诊处理，三级患者需在黄区进行诊治，在诊治的过程中，要密切观察病情变化，及时上调患者的病情分级，四级患者在绿区就诊。

文件名称	急诊患者优先住院制度				
文件编号	A05-ZD-093-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

急诊患者优先住院制度

为了切实做好急诊患者的抢救及后治疗工作，尽最大可能保证患者的生命安全，确保需要继续住院治疗的急诊患者能够及时住院进一步诊治，特制定急诊患者优先住院制度。

一、急诊患者优先住院制度的患者范围：所有生命体征不稳定或可能危及患者生命的各类急危重症患者。

二、凡急、危重患者接诊后严格按照各项抢救程序做好急诊抢救工作，陪同并护送患者做必要的检查，对年老、体弱、行动不便者协助办理入院手续，护送入院。

三、急诊科必须对所有急诊患者实行 24 小时接诊和首诊负责制。

四、急诊科患者是否纳入“优先住院”范畴，由急诊科医生根据病情决定，对纳入“急诊患者优先住院制度”的患者，实行“三先一后”原则，即先抢救，先治疗，先检查，后补办手续。

五、相关接诊科室必须优先诊治和简化手续，密切配合，相互支持，严格执行急诊患者优先住院制度，凡对进入“急诊患者优先住院制度”的患者有推诿现象，依据对患者抢救的影响追究其责任。

文件名称	急诊绿色通道管理制度				
文件编号	A05-ZD-094-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

急诊绿色通道管理制度

为了切实做好急危重患者的诊疗工作，保证患者能够得到及时、有效地抢救治疗，结合我院实际情况，特制定急诊绿色通道管理制度。

一、绿色通道管理范畴

需要进入急诊绿色通道的患者是指在短时间内发病，所患疾病可能在短时间内（< 6小时）危及生命或者可导致严重残疾的急危重症患者。

（一）急性创伤引起的内脏破裂出血、严重颅脑出血、张力性气胸、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭等重点病种。

（二）气道异物或梗阻、急性中毒、电击伤、溺水等。

（三）急性冠脉综合症、急性肺水肿、急性肺栓塞、大咯血、休克、严重哮喘持续状态、消化道大出血、急性脑血管意外、昏迷、重症酮症酸中毒等。

（四）宫外孕大出血、产科大出血等。

（五）消化性溃疡穿孔、急性肠梗阻等急腹症。

（六）其他严重创伤或危及患者生命的疾病。

（七）突发公共卫生事件、群体事件、“三无”人员（就诊时不知姓名、无家属、无治疗经费）也在绿色通道管理范畴内。

二、绿色通道实施原则

（一）“三先一后”原则，即先抢救，先治疗，先检查，后补办手续。

（二）“一全三优”原则全程陪护，优先检查、优先治疗、优先入院。

三、急诊绿色通道运行程序

（一）急诊科实行 24 小时接诊，对于接诊的患者，是否进入急诊“绿色通道”，由首诊医生根据病情决定。



(二) 急诊科设置“绿色通道专用图章”，由各组组长负责交接，非“急诊绿色通道”患者不得随意使用专用图章。

(三) 检验、输血、放射、药剂、手术等相关辅助科室的医护人员必须全力配合，不得以任何理由推诿患者，延误患者的最佳诊疗时机。

(四) 各辅助检查科室须及时接收患者标本并及时对患者进行相关辅助检查。

(五) 属复合伤或涉及多科室的危重病人抢救，在未明确由哪一科室主管之前，由急诊科负责组织救治，有关科室须执行危重病人抢救制度，协同抢救，不得推诿。需收入院的患者原则上由对患者生命威胁最大的疾病的专业科室收治。如有争议，急诊科主任（或副主任）有权决定。

(六) 重点病种和危重患者由医护人员护送，优先入院抢救，后补办住院手续。

四、对进入急诊“绿色通道”的患者，医护人员如有推诿或呼叫不应、脱岗离岗等情况，将予奖金扣罚或通报批评。

文件名称	急诊科医护人员技能培训与考核制度				
文件编号	A05-ZD-095-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

急诊科医护人员技能培训与考核制度

一、培训考核目的

为加强急诊科的规范化建设和管理，提高急诊医护人员医疗水平，保证医疗质量和医疗安全，提高急诊工作的效率，特制定本制度。

二、适用范围

全体医护人员。

三、具体要求

（一）到急诊科轮转工作的医务人员，在上岗前必须进行急诊医学知识和技能的专业培训，由急诊科主任负责。

（二）急诊科医务人员按照要求，在科室内部进行业务学习、知识更新的学习和培训。

（三）不断加强三基三严、医院核心制度的学习和急救技术的规范化培训，结合新观念、新理论，全面提升医护的急诊急救服务能力。

四、培训方式

（一）每周三下午为科室固定业务学习时间，采取专题讲座、病历讨论、实际操作训练等形式，提高专业水平。

（二）积极参与各种急诊学术会议，及时了解本专业的前沿动态。

（三）鼓励青年医护人员参加各种学历教育，提高整体学历层次。

五、急诊医护应掌握的技术和技能

（一）医师应掌握的技术和技能

1. 独立处理各种急症（如高热、胸痛、呼吸困难、咯血、休克、急腹症、消化道大出血、黄疸、血尿、抽搐、晕厥、头痛等）的初步诊断和处理原则；

2. 掌握创伤的初步诊断、处理原则和基本技能；



3. 掌握急性中毒的诊断和救治原则；
4. 掌握暂时未明确诊断急危重症的抢救治疗技能；
5. 掌握心肺脑复苏术，人工气道技术，电除颤，溶栓术，动、静脉穿刺置管术，心、胸、腹腔穿刺术，腰椎穿刺术，胸腔闭式引流术，三腔管放置术等。
6. 熟练使用呼吸机、床旁血液净化技术、快速床旁检验（POCT）技术、血糖、血气快速检测和分析等。

（二）急诊护士应掌握的技术和技能

1. 掌握急诊护理工作内涵及流程，急诊预检分诊原则。
2. 掌握急诊科医院感染预防与控制原则。
3. 掌握常见危重症的急诊急救护理。
4. 掌握创伤患者的急诊急救护理。
5. 掌握急诊危重症患者的监护技术及急救护理操作技术。
6. 掌握急诊各种抢救设备、物品及药品的应用和管理。
7. 掌握急诊患者心理护理要点及沟通技巧。
8. 掌握突发事件和群伤的急诊急救配合、协调和管理。

（三）考核方法

考核应同时采用笔试和技能操作两种形式。医院和科室对考核成绩应有一定的奖惩规定，对不合格者要重复培训直至合格为止。

文件名称	急诊与住院有效衔接制度				
文件编号	A05-ZD-096-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

急诊与住院有效衔接制度

为了保障急诊患者治疗期间医疗服务的连续性，保障患者的安全，降低医患矛盾，减少医疗风险，为患者就诊、住院、会诊、转诊、出院、随诊全过程提供优质的服务，保证医疗、护理工作的正常运转，现制定本制度。

一、急诊与住院有效衔接的服务标准

(一) 医院所有与急诊医疗服务相关的临床科室均应提供“24小时×7天”连贯不间断的急诊服务。

(二) 药学、医学影像（普通放射、CT、MRI、超声等）、临床检验、输血、介入诊疗部门应提供“24小时×7天”连贯不间断的急诊服务，认真执行危急值报告工作制度。

(三) 医疗器械部门及保障部门应提供“24小时×7天”连贯不间断的抢救设备、后勤保障支持服务。

(四) 对于行动不便、高龄、残疾等患者应提供轮椅、平车等便民措施。

二、急诊与住院有效衔接的服务流程

(一) 得到医疗服务的途径及入院前评估

1. 从院前急救人员接诊患者或患者到达急诊科与医护人员接触时，医患活动即开始发生。
2. 急诊预检分诊人员严格执行急诊检诊分诊工作制度和流程。
3. 医护人员立刻对患者进行评估，及时了解患者的需求是否与医院所提供的医疗服务资源相匹配，医院的技术、设备及人员等条件能否够满足其医疗需求。
4. 对于危重病人、外伤病人、65岁以上老人、残疾人、久病体弱者、疼痛病人和门诊提前预约挂号的病人，应优先安排病人的诊疗、检查、取药和治疗。
5. 遇有疑难疾病、危重抢救患者，应及时请示上级医生或邀请会诊。经过完善相关辅助检查、充分评估病情、病情较重或符合“入院标准”和“转诊转院规定”者按医院规定及时

予以办理。

（二）入院前医患沟通

1. 急诊医生针对病情建议患者入院（留观）治疗时，应告知患者及家属入院检查、治疗（手术）的目的和必要性、治疗的预期效果、住院的大致时间（天数）、所需的大约医疗费用、住院首次押金等情况。在患者及家属得到充分的信息沟通后决定入院，医生开出相应医嘱。医生对收入院的病人要确认科室的技术、设备及人员等条件是否能够满足其医疗需求。

2. 医院或科室病床设施不够时应视情况对病人做相应的处理。病情危重需要立即入院治疗但收治科室无床时，需上报医务处由医务处协调处理，若我院不具备诊治条件时，可予以转院；病情需进一步检查、择期手术的病人可暂行门诊治疗或预约床位，待有空床后通知住院；急诊患者暂时不能入院，如果病情允许可先在留观室观察处理，如果医院短期无法解决病人的住院问题，在病情允许的情况下可以安排病人转院治疗。

3. 对于需紧急抢救、危重的患者应在急诊抢救室紧急处理，待病情允许时进行转运，转运前应履行医患沟通，告知患者家属转运途中可能出现的风险，并取得家属同意后签字。电话告知收治科室做好安排患者的相关准备，在医务人员及家属的共同陪同下一同转运。

（三）入院后紧急处理

1. 入院后接诊医师应参与紧急处理过程，并向值班医师交代病情及与患者家属沟通情况。对可能出现纠纷的重点环节应重点交待；对危重、抢救及需急诊手术患者应及时向上级医师、科主任汇报病情，请求上级医师指导诊疗，必要时向医务处或医院总值班汇报。

2. 按照《病历书写基本规范》书写医疗文书。

3. 需要其它科室紧急处理的，邀请相关科室急会诊，协助处理。

4. 需要紧急输血、血液制品的参照输血相关规定执行。

5. 对可能需要急诊手术，应请上级医师评估病情，决定是否急诊手术，进行相关术前准备、知情告知等。

（四）紧急处理后治疗

紧急处理如为值班期间非主管医生处置，紧急处理后应向主管医生充分交待病情，应包括医患沟通内容、紧急处理措施、拟定的下一步治疗方案等。主管医生应继续评估病情，根据评估结果决定下一步诊疗方案。

文件名称	急诊危重症患者收住院无床位应急调配管理办法				
文件编号	A05-ZD-097-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

急诊危重症患者收住院无床位应急调配管理办法

一、各科室原则上预留急诊床位 1-2 张。

二、急诊病人病情需要住院或手术无床位时，需向总值班及医务处报告。医务处及总值班协调其他科室调配床位。

三、医务处或总值班不能调配床位时：

（一）病情相对平稳或病情较轻者，暂住急诊留观病房留观，请相应科室会诊。

（二）急危重症患者需要住院无床位时，暂住急诊 ICU。

（三）需要急症手术的急危重症患者无床位时，先入手术室，相应科室负责手术，同时联系重症医学科，手术后收入重症医学科。

四、住院无床时医务处也可以与家属协商，可根据家属意愿，联系其他医院，可由救护车送至外院住院治疗，做好交接手续。

文件名称	重症医学科工作制度				
文件编号	A05-ZD-098-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

重症医学科工作制度

一、入住重症医学科病房的患者选择

(一) 严格执行我院《重症医学科收治标准》。

(二) 各科病房重症医学科可根据本科室实际情况，制定入住重症医学科病房具体病种选择标准，例如各种复杂大型手术后的危重患者；需行呼吸管理和（或）呼吸支持的患者；心功能不全或有严重心律失常患者；急性心肌梗死患者；各类休克患者；严重创伤患者；各种原因所致的急性肾小管坏死患者；器官移植患者；急性中毒患者；其他经短期强化治疗恢复的多系统、器官功能不全的患者等。

(三) 全麻术后麻醉作用尚未消失或生命体征尚未稳定，一般经短时间观察，患者苏醒或病情稳定后及时转到普通病房。

(四) 不适宜重症医学科病房收治的：如已认定脑死亡者、急性传染病、无急性症状的慢性患者；恶性肿瘤晚期、老龄自然死亡过程患者；治疗无望或因某种原因放弃抢救者。

二、建立健全规章制度并严格执行

(一) 在已有院级规章制度的基础上，重症医学科应进一步制定相应的制度及细则，不断改进及完善本科室的诊疗常规，所有的医务人员均应熟练掌握。

(二) 严格执行三级查房制度、病历书写制度、病历讨论制度、危重患者抢救及会诊制度及消毒隔离等规章制度。

三、质量目标与指标

定期讨论在贯彻医院重症医学科部分的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件。

四、加强医疗质量关键环节的管理，包括：

(一) 诊疗方案的讨论与制定

- (二) 院内感染监控
- (三) 抗菌药物及胃肠外营养的合理应用
- (四) 患者（或家属）知情同意等

五、诊疗管理

(一) 重症医学科的患者由重症医学科医师负责管理，患者的诊疗活动须由主治医师以上（含主治医师）负责。重症医学科医师应该与原发疾病的专科医师保持密切联系与沟通。

(二) 重症医学科医师主要承担脏器功能监护和支持救治，患者原发疾病的相关专科情况，应及时邀请相关专科医师负责及时诊疗，其他专科医师应随时提供会诊及其他诊疗服务，不得延误。

(三) 对重点高危患者，建立实行重症医学科医师与负责原发疾病诊疗相关医师联合查房的机制。

(四) 医技科室如检验科、医学影像中心、药剂科、输血科应随时为所有的重症医学科提供服务。

六、高风险操作实行许可授权制

对危重患者进行高风险诊疗操作，实行许可授权制，参照我院《高风险诊疗技术操作授权管理制度》执行。

七、优先原则

严格执行危重患者出、入重症医学科病房优先原则，所有出、入重症医学科的患者均须经重症医学科专科医师对其病情评估后再决定。

八、入住与转出重症医学科病房的患者需进行评分，医务处定期对各重症医学科病房及时进行督导分析。

九、重症医学科病房医疗仪器、设备应保持性能状态良好，重症医学科病房医疗仪器、设备的管理、消毒及维护记录应有专人管理负责。

十、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。

文件名称	重症医学科患者收治范围				
文件编号	A05-ZD-099-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

重症医学科患者收治范围

一、急性、可逆、已经危及生命的器官功能不全，经过重症医学科的严密监测和加强治疗短期内可能得到恢复的患者。

二、存在各种高危因素，具有潜在生命危险，经过重症医学科严密的监测和适时有效治疗可能减少死亡风险的患者。

三、在慢性器官功能不全的基础上，出现急性加重且危及生命，经过重症医学科的严密监测和治疗可能恢复到原来状态的患者。

四、慢性消耗性疾病的终末状态、不可逆性疾病和不能从重症医学科的监测与治疗中获得益处的患者，通常不是重症医学科的收治范围。

文件名称	重症医学科患者实施危重程度评分制度				
文件编号	A05-ZD-100-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

重症医学科患者实施危重程度评分制度

一、对入住与转出重症医学科病房的患者实施危重程度评分的目的是用于评价重症医学科治疗效能、护理质量、预测死亡风险的状况，指导合理利用重症医学科资源。

二、入住与转出重症医学科病房的患者在接受监测和治疗前后应进行危重程度评分。

三、常用评分方法包括：

（一）APACHE II 评分（急性生理和慢性健康评分 11）系统

（二）MODS 多脏器功能障碍评分

（三）MODS 多器官功能失常综合症评分

（四）ISS — RTS — TRISS 创伤损伤严重性评分

（五）TISS — 28 治疗十预评分

（六）Glasgow 昏迷评分（因中枢神经系统疾病而昏迷的患者）。

（七）根据自身重症医学科的性质与功能选用其它认为适宜的评分方法评分的途径可有“实时”评分及“回顾”评分，均应严格遵循其规定的评分方法与程序，以确保科间、院际的评价信息比较可信度。评分工作在医务处领导下实施，定期将评分结果，报告院长和医院质量与安全委员会，用于医院重症医学科资源利用状况及对危重症治疗质量的持续改进。

文件名称	重症疑难创伤多学科联合查房及会诊制度				
文件编号	A05-ZD-101-01			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

重症疑难创伤多学科联合查房及会诊制度

一、目的：为解决涉及多学科的病情复杂的疑难病例，进一步提高医疗质量，解决部分疑难重症患者多学科就诊的困难和不便，降低严重复合性创伤、多发伤死亡率，特制定本制度。

二、应用范围为全院各相关临床科室、输血科、影像科、检验科、临床药学部、护理部、营养科等科室。

三、执行标准

（一）继续加强严重复合性创伤患者入住ICU后的重点管理，涉及2个及以上部位的严重创伤且可能需要急诊手术的患者，由ICU值班医师直接向医务处申请启动全院会诊（多学科会诊），并同时向ICU主任汇报，病情极其危重的情况，由ICU主任及时上报主管院长。

（二）入住ICU后的限期手术患者，术前评估中度危险以上，或者手术创伤大、手术时间长，须由ICU主任或首诊科室主管医师向医务处提出联合查房或多学科会诊申请，决定手术时机的选择。

（三）医务处在接到申请后确定查房时间，由医务处副处长负责组织，及时通知相关科室人员参加查房或会诊。

（四）参加多学科联合查房的医生应由已获得主任医师、副主任医师资格的临床医师组成。听取病历汇报，查看患者，讨论并提出诊治相关意见和建议。

（五）主管医师记录并整理汇总意见，根据要求书写病历。

文件名称	重症医学科转入、转出标准和制度				
文件编号	A05-ZD-102-01			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

重症医学科转入、转出标准和制度

一、转入程序及标准：

（一）ICU 收治程序

1. 各临床科室、急诊科医生认为病人需要收入 ICU 进行监护治疗时，通知 ICU 医生并开出会诊申请。

2. ICU 医生会诊后，根据收治标准决定病人是否应收入 ICU 治疗。

3. ICU 医生通知 ICU 护士站、安排床位。

（二）ICU 收治顺序：

1. 按照病情的轻重顺序，以危重者优先。

（1）一级：病人病情危重，临床情况不稳定，需要加强监护和治疗；手术后病情不稳定，需要进入 ICU 渡过围手术期；

（2）二级：病人病情较重，需密切观察、治疗方面无特殊；

（3）三级：住院时临床情况尚稳定，但基础差或伴随基础疾病，一定条件下可转为危重疾病、且康复的可能性较少，但能从 ICU 的监护中获益；

（4）四级：病人不符合收入 ICU 标准，但院内无其他场所可提供所需要的治疗护理，由医务处或医院总值班负责协调。

2. 按照联系的时间顺序，先联系者先收入。

3. 以上情况有冲突时，一般由负责 ICU 的三级医生或麻醉科主任协调解决，必要时由医务处或医院总值班协调解决。

（三）ICU 收治标准：

ICU 优先收治外科围手术期的危重患者

ICU 收治对象主要包括：



1. 突然出现呼吸困难，并短时间内氧合或通气功能障碍不能恢复的患者及需要气管插管和机械通气以便进一步诊治的患者；
2. 持续血流动力学波动明显，需在有创血流动力学监测下进行液体和药物复苏的患者；
3. 高龄伴有冠心病、严重心律失常或慢性呼吸系统疾病及代谢性疾病的围手术期患者；
4. 术中大量出血或大手术后需要有创监测和或机械通气支持的患者；
5. 严重水、电解质及酸碱失衡的患者；
6. 脓毒症、各种类型休克、多脏器功能障碍，需要有创监测和脏器维护治疗的患者；
7. 心肺复苏术成功后需要进一步高级生命支持的患者；
8. 各种严重中毒的患者；
9. 淹溺、电击伤等有抢救希望的患者；
10. 围术期危重患者，主要包括：
 - (1) 术前高危患者：
 - ①术前有严重的心肺疾病，如急性心肌梗死、严重慢性阻塞性肺疾患；
 - ②多于三个器官或多于两个系统的创伤；两个体腔的开放创伤；多发性长骨和骨盆骨折估计失血超过 1000ml；
 - ③有一个以上重要脏器生理功能损害的 70 岁以上老年患者；
 - ④各种类型休克；
 - ⑤血培养阳性的脓症患者；
 - ⑥需机械通气支持的呼吸功能衰竭患者；
 - ⑦急性胰腺炎、内脏穿孔、消化道出血、肠梗阻、肠坏死患者；
 - ⑧急性肾肝衰竭患者；
 - ⑨昏迷患者；
 - (2) 术后高危患者
 - ①出现病情重大变化，如发生急性心肌梗死、肺栓塞、术后大出血；
 - ②生命体征不稳定，如低血压、心律失常；
 - ③任何一个生命器官出现功能衰竭；
 - ④术中失血 1000ml 左右，输血或输红细胞在 1600ml 以上；
 - ⑤发生水、电解质与酸碱失衡，每日输液量在 5000ml 以上；

⑥严重感染、内脏穿孔、肠坏死、胰腺炎、吸入性肺炎、血液培养阳性，体温升高 $>38.3^{\circ}\text{C}$ 超过2天者；

(四) 不适合收住 ICU 的情况：

1. 慢性疾病的终末期病，包括恶性肿瘤晚期及脑死亡、临终状态；
2. 明确没有救治希望的濒死患者，或因各种原因放弃进一步治疗的危重病；
3. 各种传染病的传染期；
4. 精神疾病；

二、转入制度：

1. 所有入室患者，需经患本人或家属同意。

2. 择期手术后拟转入 ICU 的患者，术前可由专科医生向 ICU 二级医师提出申请。由 ICU 医师根据拟入室患者的危重程度，手术创伤程度，合并症等危险因素，严格掌握入 ICU 指征。

3. 若手术中出现特殊情况（如心肺复苏、大量失血、大量输血等），可由主管麻醉医师向 ICU 二级医师提出申请。

4. 专科病房拟转入 ICU 的患者，由专科医师向 ICU 二级医师提出会诊申请。

5. 由专科病房向 ICU 转运的途中，患者可能发生心跳呼吸骤停等风险，专科医师应在病人转送前向家属交待清楚并签字，取得理解和配合，并有专科医师护送至 ICU 病房。

6. 病人转入后，ICU 住院医师应即刻详细询问病史、检查病人，向上级医师汇报病情。ICU 医师与专科医师共同协作制定治疗计划。ICU 住院医师在 6 小时内完成“ICU 入室记录”，在 24 小时内完成患者的危重程度评估。

7. ICU 床位不得作为普通病房的借床使用。

8. ICU 床位不得作为非手术科室借床使用，如遇特殊抢救需要借床，须上报医务处备案，且原治疗科室须负责借床期间该患者的一切治疗，并尽快转回原科室治疗。

三、转出标准：

(一) 生命体征相对稳定，无需进一步监护和支持治疗的患者：

1. 患者血压不再需要较大剂量血管活性药物支持即能维持于 100-150/40-90mmHg，或血压经给予口服药物即能维持正常的灌注压 $\text{MAP}>60\text{mmHg}$ ；

2. 心率无药物作用即能维持于 50-120bpm，心律相对正常，不影响血压，患者无明显不

适主诉;

3. 呼吸频率与节律相对正常, 12-28 次/分, 无明显呼吸急促与窘迫症状, 患者无明显不适主诉;

4. 电解质与血糖等相对正常, 无明显异常。

(二) 系统、脏器功能稳定或恢复, 无需特殊治疗的患者:

1. 循环呼吸功能相对正常, 无需呼吸机或大剂量血管活性药物支持, 低流量吸氧即能维持 $SPO_2 > 90\%$ 以上, 患者无明显气促症状;

2. 肾功能正常; 或即使存在肾功能障碍, 但电解质相对正常, 无需行床边持续肾替代治疗;

3. 肝脏功能相对平稳。

(三) 继续监护治疗并不能恢复健康或提高生活质量的患者

1. 恶性肿瘤终末期患者, 无进一步治疗措施;

2. 危重病患者家属一致要求放弃积极治疗措施。经医师评估、临床伦理审核通过;

(四) 不愿意接受进一步重症监护治疗的患者 (由患者或委托人签字同意)

四、转出制度

(一) 病人经 ICU 治疗病情稳定后, 由 ICU 二级医师决定并通知相关专科转回。原科室应尽快安排病床, 以保证 ICU 病人能正常转出。任何科室不应以任何理由拒绝。需要体位特殊管理的患者 (如骨科手术), 专科医生应派专人搬运和接送。特殊体位的固定用物 (如海绵垫、牵引架) 由原床位病区提供。

(二) 病人转出时, ICU 住院医师要及时完成“ICU 转出记录”, 上级医师及时完成病历的修改审查。病区护士完成转出时刻的治疗, 结清费用, 与转入科室联系安排妥当后, 携带病历、X 光片等资料与 ICU 住院医师共同护送患者至转入科室, 并与转入科室医师和护士交班。

(三) 病人转出前应通知病人家属, 告知病情和病人去向。

(四) 涉及多个专科共同治疗的患者, 病情平稳转出 ICU 后应转至当前需解决主要矛盾的专科进行后续治疗, 由此专科协调床位, 必要时请医务处或医疗总值班负责协调。

文件名称	ICU 患者及时转到相应科室的规定和流程				
文件编号	A05-ZD-103-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021 年 12 月

ICU 患者及时转到相应科室的规定和流程

一、目的：为节约 ICU 病房医疗资源、减轻患者经济负担、解决 ICU 患者滞留问题，让符合转出 ICU 条件的患者能够及时转到相应科室，特制定本规定。

二、本规定适用范围为全院各相关临床科室。

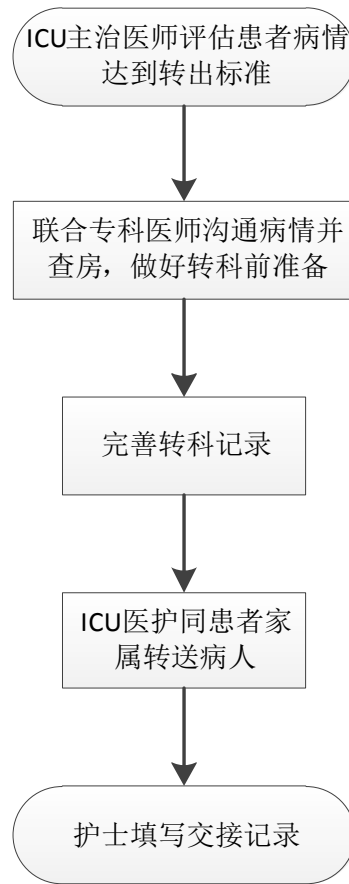
三、转出相关规定和执行流程

（一）患者转出去向应遵循以下原则：

1. 患者不能直接办理出院，自动出院除外。
2. 转入原转科病区继续治疗，转科病区无权拒绝。
3. 如果病情复杂，或涉及多个学科，或直接收入 ICU 者，需转入某专科病区原则上由 ICU 主任决定，如专科病区有异议，则由 ICU 主任提请医务处协调解决。

（二）执行流程

1. 患者转出 ICU 前由 ICU 主治医师评估患者病情，认为患者已达到转出标准，ICU 医生按照患者疾病种类通知专科病房医师来 ICU 沟通病情和共同查房，做好床位安排与接收准备工作，并与患者家属谈话，交代转科的相关事宜。
2. 转出前应提前通知接收病区转科时间，ICU 医师写好转科记录，病房医师写好转入记录。
3. 患者的转运：由 ICU 医护人员和患者家属一起将患者送至病房，ICU 护士与病房护士做好交接工作，并填写转科交接核对记录。



文件名称	麻醉科工作制度				
文件编号	A05-ZD-104-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

麻醉科工作制度

为落实麻醉医师执业责任，保障临床麻醉工作正常有序进行，特制定本制度。

一、麻醉前

（一）访视病人：择期手术由主麻医师于麻醉前一天进行，主麻医师不在，值班医生代查，服务热情亲切、文明礼貌。

（二）阅读病历：详细了解病史、麻醉手术史、药物过敏史、烟酒嗜好及日常生活状态，评估各重要脏器功能及现有疾病对全身的影响，查看辅助检查结果。

（三）体格检查：除常规进行心肺检查外，还应进行与麻醉相关的系统性检查。

（四）选择麻醉方式，确定麻醉前用药，调整完善治疗方案及补充必要的辅助检查项目。

（五）凡遇有特殊及疑难病例，应向科主任汇报，并进行术前讨论，制定恰当的麻醉实施方案，对麻醉中可能发生的安全隐患提出防范对策，必要时报告医务处，采取相应措施。

（六）向病人及家属告知麻醉相关费用、自主承担的经济份额及大额自费项目，并签字确认。告知麻醉相关风险，签署麻醉知情同意书。

（七）向病人介绍麻醉方式及围手术期注意事项，解除病人顾虑，缓解紧张情绪，睡眠障碍者睡前给予镇静药。

（八）做好麻醉必要的设备、器械、耗材及药品准备。

二、麻醉实施前

（一）病人入手术室后，严格执行手术风险评估及安全核查制度，确保查对项目无误。

（二）询问病人禁食、水情况，检查胃管及尿管放置是否可靠。

（三）常规监测血压、脉搏、呼吸、血氧饱和度及体温，必要时监测有创动脉压、中心静脉压、BIS、CO₂等，并记录在麻醉记录单上，遇有特殊变化时，应请示上级医师寻求正确处理意见。



(四) 仔细检查、核对麻醉器械及药品准备情况，发现故障及时排除。

三、麻醉管理期

(一) 严格执行无菌操作制度。

(二) 麻醉操作应轻柔、精准，如遇操作困难时，应及时请上级医师协助处理。

(三) 时刻保持静脉开放，确保输血、输液及药物治疗。

(四) 按手术需要摆好病人体位，防止眼球、肢体、躯干等部位压伤。

(五) 严密监测各项生命体征变化，确保麻醉机、监护仪及手麻系统工作正常和记录准确。如遇特殊危重病人，应实施有创监测，及时调整出入量及电解质酸碱平衡。

(六) 保持气道通畅，常规吸氧。

(七) 麻醉期间病人如发生意外情况，应及时通知术者暂停手术，及时妥善处理，并报告上级医师，必要时向科主任及医务处汇报。

四、麻醉后

(一) 术后应总结麻醉药剂量、出入量，并填写在麻醉记录单上。

(二) 病人出手术室前应撤掉静脉麻醉药，并确保病人血压、脉搏、呼吸及反射情况正常。

(三) 特殊病人应备好抢救器械，做好保温防护。

(四) 护送病人回病房须有主麻医师、术者及巡回护士三人同行，并向管床医生及家属交待麻醉后注意事项。

(五) 送回病人后应将所用麻醉器械和药品进行清理消毒，麻醉药品、第一类精神药品登记后妥善保管。

(六) 麻醉后病人一般应在术后 24 小时内进行首次随访，特殊情况酌情增加随访频次，并向病房医生提出处理意见，必要时向科主任汇报，防止麻醉相关并发症的发生。

(七) 随访情况记载于麻醉术后随访记录上。

文件名称	麻醉科质量安全管理制度的				
文件编号	A05-ZD-105-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

麻醉科质量安全管理制度的

一、麻醉科质量安全管理实行医院医疗质量安全管理委员会与麻醉科医疗质量安全管理小组两级管理，医务处、护理部、医院感染科等职能部门对麻醉科有实时监管职责。

二、麻醉质量管理

（一）建立健全麻醉质量标准化、规范化管理制度，坚持以患者为中心，以医疗质量为核心的质量安全管理制度的。

（二）强化质量意识，定期开展基础质量、环节质量和终末质量的分析、评价，保证质量持续改进。

（三）科室成立质量与安全管理小组，科主任任组长，为科室质量与安全第一责任人。

（四）按照麻醉质量与安全管理要求，每月召开一次麻醉质量与安全会议，对麻醉存在问题进行总结整改；每季度进行一次全面的麻醉质量检查评价并通报全科。对麻醉质量存在的突出问题，要及时调查、处理，制定整改方案，认真落实、持续改进。

（五）提高麻醉记录单的书写质量，保证手麻系统麻醉记录单的准确性、及时性、完整性、整洁性和一致性。

（六）对住院医师按照医院要求，做好住院医师规范化培训。对进修医师、轮转医师和新上岗医师，必须进行岗前教育和培训，重点是医德医风、规章制度、操作规范和流程等。

三、医疗安全管理

（一）定期或不定期开展医疗安全教育，牢固树立安全意识。

（二）按照麻醉医师资格分级授权管理制度，安排手术患者的麻醉工作。

（三）充分做好麻醉前准备，严格检查各种麻醉器械设备，确保抢救设备完好和抢救药品齐全及有效期合格。

（四）严格遵守各项操作规程和消毒隔离制度，定期检查实施情况，防止差错事故发生。



（五）严格执行查对制度。麻醉期间所用药物及输血输液要做到“三查七对”，对药品名称、剂量、配制、日期、用法、给药途经等须经两人查对，特别要注意易混淆的药物。用过的安瓿等物品应保留到患者出手术室后丢弃，以备复查。

（六）新技术的开展和新方法的使用，应按照医院新技术准入及管理制度进行管理，经医院批准后实施。

（七）严格执行值班、交接班制度，坚持岗位交班、手术台旁交班，病情不稳定和疑难病例的手术时一律不准交班。交班内容应包括患者情况、麻醉经过，特殊用药、输血输液等。

（八）围麻醉期出现并发症或意外，应及时采取有效措施处理，并向上级麻醉医师汇报，必要时请示科主任。各种医疗安全不良事件应及时按照医院要求上报，必要时应进行全科讨论，认真整改落实。

（九）疼痛治疗和术后镇痛应加强管理，要有相应的质量和安全管理制度，不断总结经验，保证治疗效果，确保患者安全。

（十）凡发生重大事件，应在 24 小时内报告所属市（地）麻醉质控委员会，一周内书面报告省麻醉质控委员会。

文件名称	麻醉医师资格分级授权管理制度				
文件编号	A05-ZD-106-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

麻醉医师资格分级授权管理制度

麻醉医师资格分级授权原则上按照职称和业务能力划分，必要时可依据具体情况统筹安排。

一、麻醉与镇痛患者的分类

(一) 参照美国麻醉医师协会 (ASA) 的患者病情分级标准

I级：患者心、肺、脑、肝、肾、内分泌等重要器官无器质性病变。

II级：有轻度系统性疾病，但处于功能代偿阶段。

III级：有明显系统性疾病，功能处于早期失代偿阶段。

IV级：有严重系统性疾病，功能处于失代偿阶段。

V级：无论手术与否，均难以挽救患者的生命。

VI级：确诊为脑死亡，其器官拟用于器官移植手术。

(二) 麻醉分级

1. 一级麻醉：低平面蛛网膜下腔神经阻滞、腰段硬膜外腔神经阻滞、下胸段硬膜外腔神经阻滞、局麻强化麻醉、四肢手法复位患者静脉麻醉、眼科手术麻醉、普通气管插管及喉罩置入静吸复合麻醉。

2. 二级麻醉：常用的神经阻滞术、上胸段硬膜外腔神经阻滞麻醉、普通颅脑外科手术麻醉、单腔气管内插管的胸科手术麻醉、经鼻气管内插管麻醉、心导管检查麻醉、急诊手术麻醉、小儿硬膜外腔神经阻滞麻醉、唇腭裂手术麻醉、小儿颌面部手术麻醉、小儿扁桃体腺样体手术麻醉。

3. 三级麻醉：心内直视手术麻醉、心包剥脱术患者麻醉、冠心病心功能不全麻醉、高血压合并肝、肾功能低下麻醉、控制性降压麻醉、合并内分泌疾患并发症麻醉、复杂颅脑外科手术麻醉、严重呼吸道梗阻患者麻醉、支气管内插管麻醉、湿肺患者麻醉、口腔颌面部疾病



致气管插管困难以及需行肌皮瓣移植术麻醉、小儿气管内异物取出术麻醉、控制性低温手术麻醉。

4. 四级麻醉：复杂心内畸形矫治及大血管手术麻醉、严重功能性内分泌疾病患者麻醉、近期合并心肌梗死患者麻醉、严重休克及多脏器功能衰竭患者麻醉、各种复杂及诊断未明患者麻醉、新开展手术项目麻醉。

二、麻醉与镇痛医师级别

麻醉医师须依法取得执业医师资格，依据其卫生技术资格、受聘技术职务及从事相应技术岗位工作能力规范麻醉医师级别。

（一）住院医师

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

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

（二）主治医师

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

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

（三）副主任医师

1. 低年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作 3 年以内者。

2. 高年资副主任医师：从事副主任医师岗位工作 3 年以上者。

（四）主任医师

受聘主任医师岗位工作者。

三、各级医师麻醉与镇痛权限

独立实施麻醉的医师必须具备中级以上专业技术职务任职资格

（一）低年资住院医师麻醉权限

在上级医师指导下可开展 ASA 分级 I - II 级的麻醉，如神经阻滞麻醉、低位椎管内麻醉、一二级手术麻醉、气管插管术等。

（二）高年资住院医师麻醉权限

在上级医师指导下可开展 ASA 分级 II - III 级患者的麻醉、二三级手术麻醉，初步熟悉心脏、大血管手术麻醉、颅内动脉瘤手术麻醉、巨大脑膜瘤手术麻醉、脑干手术麻醉、肾上腺手术麻醉、多发严重创伤手术麻醉、休克患者麻醉、高位颈髓手术麻醉、高龄患者麻醉、新生儿麻醉、支气管内麻醉、控制性降压技术、低温麻醉、有创血管穿刺术、心肺脑复苏等。

（三）低年资主治医师麻醉与镇痛权限

可独立开展 ASA 分级 II - III 级手术患者的麻醉、二三级手术麻醉、初步掌握心脏、大血管手术麻醉、颅内动脉瘤手术麻醉、巨大脑膜瘤手术麻醉、脑干手术麻醉、肾上腺手术麻醉、多发严重创伤手术麻醉、休克患者麻醉、高位颈髓手术麻醉、高龄患者麻醉、新生儿麻醉、支气管内麻醉、控制性降压技术、低温麻醉、有创血管穿刺术、心肺脑复苏等，轮转疼痛门诊。

（四）高年资主治医师麻醉与镇痛权限

可独立开展 ASA 分级 III - IV 级手术患者的麻醉、三四级手术麻醉，熟练掌握心脏、大血管手术麻醉、颅内动脉瘤手术麻醉、巨大脑膜瘤手术麻醉、脑干手术麻醉、肾上腺手术麻醉、多发严重创伤手术麻醉、休克患者麻醉、高位颈髓手术麻醉、高龄患者麻醉、新生儿麻醉、支气管内麻醉、控制性降压、控制性降温麻醉、有创血管穿刺术、心肺脑复苏等，轮转疼痛门诊。

（五）低年资副主任医师麻醉与镇痛权限

可独立开展 ASA 分级 IV - V 级患者的麻醉、四级手术的麻醉，轮转疼痛门诊。

（六）高年资副主任医师麻醉与镇痛权限

指导下级医师操作疑难患者的麻醉及处置下级医师麻醉操作意外、疼痛门诊疑难患者诊治等。

（七）主任医师麻醉与镇痛权限

指导各级医师操作疑难患者的麻醉及处置各级医师麻醉操作意外、疼痛门诊疑难患者诊治，开展新技术新项目、极高风险手术麻醉等。

（八）特殊麻醉与镇痛权限

1. 资格准入麻醉与疼痛权限

资格准入麻醉与镇痛是指符合国家卫生行政法律法规，获得市级或以上卫生行政主管部门认可的专业学术机构向医院以及医师颁发专项麻醉与镇痛资格准入证书或授权证明，取得

相应类别麻醉与镇痛资格准入的麻醉医师才具有实施麻醉与镇痛的权限。

2. 高风险麻醉权限

高风险麻醉按照医院《高风险诊疗技术操作授权管理制度》执行。

3. 急诊手术麻醉权限

急诊手术的麻醉级别在值班医生麻醉权限级别内时，可独立施行麻醉。若属高风险或预期麻醉超出自己麻醉权限级别时，应紧急报告住院总或二线上级医师，必要时向科主任上报。但在需紧急抢救生命的情况下，上级医师暂不能到达手术现场时，值班医生在不违背医疗原则的前提下，有权也必须按实际情况施行其认为合理的抢救。

4. 新技术、新项目麻醉权限

开展的新技术、新项目麻醉按照医院《新技术、新项目准入管理制度》执行。

四、麻醉审批程序

1. 科主任按医师级别确定每例手术的麻醉安排，需要提请麻醉专科会诊的，至少提前 1 天交科主任组织全科会诊并审批。

2. 科主任审批全科麻醉安排须确保医师级别与手术分类相对应。原则上不安排越级麻醉，特殊状况下如若安排越级麻醉须有上级医师在场指导。

3. 患者选择医生时应以执行医师分级麻醉制度为前提。

五、麻醉审批权限

麻醉审批权限是指对拟施行的不同级别手术、不同状况特点以及不同类别手术的麻醉实施制度管理。

(一) 择期手术由科主任审批，工作日上午 10:00-12:00 完成麻醉安排。

(二) 急诊手术由住院总或主治医师及以上级别医师审批。

(三) 节假日择期手术由科主任或住院总审批。

六、麻醉医师资格认定

(一) 医务处应当根据麻醉医师实际被聘任的专业技术岗位和技术能力，组织我院专家组对麻醉医师进行临床能力技术审核，审核合格后授予相应的麻醉权限。

(二) 麻醉医师资格认定程序：

1. 麻醉医师填写《承德市中心医院医师麻醉资格申请表》提出麻醉资格认定申请；

2. 科室讨论，科主任审批同意后，上报医务处审核；

3. 医务处对申请材料进行审核后上交医疗技术管理委员会审批；
4. 医疗技术管理委员会审批同意后给予认定，授予相应的麻醉与镇痛权限。

七、麻醉资格管理

（一）麻醉医师麻醉资格实行动态管理，每 2 年进行一次授权。

（二）医务处负责对麻醉医师开展麻醉与镇痛的情况监测、分析、评价。对同一类型麻醉一年内出现 2 次及以上技术能力问题造成医疗缺陷或纠纷时，降一级麻醉资格，直至取消麻醉资格，并在医院备案；重新恢复麻醉级别，需个人和科室提出申请，经医院医疗技术管理委员会考核后裁定。

（四）违反本规定超权限麻醉，甚至由此而造成医患纠纷的，一经查实，将追究麻醉科和责任人的责任；取消责任人麻醉资格。重新恢复资格，需个人和科室提出申请，经医院医疗技术管理委员会考核后裁定。

八、医师技术档案

麻醉医师开展麻醉级别、定期评估授权情况计入医师技术档案。

文件名称	麻醉医师定期执业能力评价和再授权制度				
文件编号	A05-ZD-107-01			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

麻醉医师定期执业能力评价和再授权制度

依据我院《麻醉医师资格分级授权管理制度》的规定，对麻醉医师执业能力实施定期能力评价和再授权管理。

一、麻醉医师定期能力评价

(一) 麻醉医师定期能力评价周期为每两年度评价一次。

(二) 评价标准。

1. 对本级别麻醉方式正确完成 80% 者视为麻醉能力评价合格，可授予同级别麻醉权限。

2. 预申请高一级别麻醉权限的医师，除达到本级别麻醉方式正确完成 80% 以外，需同时具备以下条件：

(1) 符合受聘卫生技术资格，已获得相应专项麻醉的准入资格。

(2) 在参与高一级别麻醉中，依次从辅麻顺次到主麻，分别完成该级别麻醉 5 例者。

(3) 承担本级别麻醉时间满半年。

(4) 承担本级别麻醉期间无医疗差错事故。

二、再授权程序

(一) 科主任组织科内专家小组，根据《各级医师麻醉分级及麻醉范围》对科室内麻醉医师技术能力进行讨论评价。

(二) 科室考核合格，建议原级别再授权的医师填写《麻醉医师定期能力评价与再授权表》，科主任签字后上报医务处。

(三) 科室考核符合申请高一级别麻醉权限的医师，填写《承德市中心医院医师麻醉资格申请表》，科室主任签字后上报医务处。

(四) 科室考核建议取消或降低其麻醉权限的医师，形成书面意见上报医务处；或医务处监管其麻醉医师实际能力与申报审批的能力不符、无法胜任该级别麻醉的医师，医务处形

成书面材料。

（五）医务处审核材料后，提交医院医疗技术管理委员会讨论。

（六）医院医疗技术管理委员会形成决议后，给予相应授权并备案。

三、麻醉医师定期评估授权情况计入医师技术档案。

文件名称	麻醉药品管理制度				
文件编号	A05-ZD-108-01			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

麻醉药品管理制度

一、麻醉药品及第一类精神药品由麻醉医师开具处方，麻醉科专职护士负责审查核对电脑账单，并持处方到住院药房领回药品。

二、麻醉药品、第一类精神药品实行保险柜专职护士责任管理，手术室内存放的保险柜由麻醉科专职护士负责管理，手术室外存放的保险柜由临床科室专职护士负责管理。

三、工作日 8:30 前，麻醉医生（包括去手术室外实施麻醉的医生）到麻醉科专职护士处登记并领取择期手术麻醉药品、第一类精神药品。手术结束后麻醉医生须将剩余药品、残液、空安瓿及处方交由麻醉科专职护士查对，二次登记所消耗及结余的麻醉药品、第一类精神药品。

四、急诊手术不限定领取麻醉药品时间，交接程序与择期手术相同。

五、上夜班麻醉医生从麻醉科专职护士处定量领取用于急诊手术的麻醉药品和第一类精神药品，履行交接登记手续，于次日早 8:30 前与麻醉科专职护士二次交接、登记麻醉药品和第一类精神药品，麻醉护士收回处方和空安瓿。

六、工作日 18:00 时前麻醉科专职护士须持处方领取当天全部消耗的麻醉药品、第一类精神药品，存放入手术室内专用保险柜。

七、手术室外存放的麻醉药品、第一类精神药品执行基数补充及日二次交接班管理。当日消耗的麻醉药品处方及空安瓿由当日工作的麻醉医生于 18:00 前交给麻醉科专职护士并履行核查、登记手续，次日早 8:30 前由当日实施麻醉的麻醉医生将该数量麻醉药品从麻醉科专职护士处领取并登记，再交由临床科室专职护士核查、入柜、登记，麻醉医师使用麻醉药品时须从临床科室专职护士处领取、使用并二次登记。

文件名称	麻醉前病情评估制度				
文件编号	A05-ZD-109-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

麻醉前病情评估制度

麻醉科实施主治医师责任制，主治医师对自己所管理的患者全面负责。

一、住院医师可与主治医师同时访视术前患者，须仪表端庄、衣着整洁、态度和蔼。住院医师应携带听诊器、血压计、指压式脉搏血氧仪、麻醉知情同意书及各项需患者签署的文件。

二、完整阅读病历，包括影像学检查、实验室检查、电生理检查、器官功能检查、专科会诊意见、重要病史及病情发展变化过程，对病情诊断和手术麻醉风险应有全面了解。

三、明确手术方案和对麻醉的特殊要求。

四、访视患者时应向患者及家属介绍麻醉科医师的职责，建立互相尊重、轻松和谐的医患关系，沟通清晰有效。体格检查应系统全面，重点突出，准确评估患者的重要脏器功能状态及代偿能力。

五、向患者及家属如实告知病情、麻醉方案、可能的麻醉并发症、麻醉的基本过程和入室后将要进行的各种操作流程及异样感受，要强调具体麻醉方法须由麻醉科医师根据病情和手术的要求决定，术中存在因病情和手术变化而改变麻醉方法的可能，术后不排除更改转运路径的选择。

六、提醒术后与麻醉相关的注意事项，包括镇痛的必要性、备选方案、优缺点、价格和自费额度。

七、麻醉医师应提前与患者本人或授权委托人签署麻醉知情同意书及各项麻醉相关文书，讲解所列内容的含义。

八、麻醉医师如对术前准备、手术方案、麻醉方法或其他外科相关问题有疑问应与外科医师讨论沟通，填写麻醉前访视记录单，制定完整麻醉计划和术后转运流程。

文件名称	麻醉前讨论制度				
文件编号	A05-ZD-110-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

麻醉前讨论制度

为进一步提高麻醉质量，保障患者的手术安全，加强三级医师防控体系建设，特制定麻醉前讨论制度。

一、麻醉前讨论是科室每天早上的例行会议，全体麻醉科医生、护士、进修人员、规培人员、学生、轮转人员参加，科室主任主持会议。

二、讨论的内容和程序

（一）值夜班医生报告值班期间的麻醉情况、顺利与否、结局转归以及是否有特殊情况。

（二）麻醉前讨论应涵盖新开展的手术麻醉、有特殊麻醉要求的传统手术、重大麻醉风险或困难的手术、既往有麻醉并发症或与麻醉相关的严重不良反应事件发生。

（三）麻醉前访视医师负责汇报患者病情和麻醉方案，疑难危重患者的麻醉应做重点讨论，并有值班医师记录，必要时向医务处报告。

（四）麻醉医师执业能力不足以承担高风险麻醉时，科室主任应及时调换主麻医师或指派具有相应能力的上级医师协助麻醉。

三、麻醉前讨论的重点是针对三、四级麻醉方案的选择和对可能发生的问题提出防范措施。

四、如发现术前准备不足可向手术医师建议补做术前准备和商讨手术时机，必要时延期手术，以保证患者安全。

文件名称	麻醉前知情同意制度				
文件编号	A05-ZD-111-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

麻醉前知情同意制度

知情同意即患者拥有对病情、诊疗手术、麻醉方案、风险利弊、费用开支等真实情况有了解与被告知的公民权利，患者在知情的情况下有选择、接受与拒绝的权利。

一、麻醉实施前麻醉医师须向患者、近亲属或委托人告知麻醉的充分合理性和必要性，并就麻醉方式、术前注意事项和可能发生的麻醉并发症、术后镇痛风险、益处和其他可供选择的替代方案向患者、近亲属或委托人做详细告知，确认患者、近亲属或委托人理解，并签署麻醉知情同意书。

二、麻醉知情同意书的内容包括患者姓名、性别、年龄、病案号、科别、术前诊断、拟行手术方式、拟行麻醉方式、患者基础疾病及可能对麻醉产生影响的特殊情况、麻醉中拟行的有创操作和监测、麻醉风险、可能发生的并发症及意外情况等，患者本人、近亲属或委托人签署意见并签名，麻醉医师签名并填写日期时间，并将麻醉知情同意书存放在病历中。

三、对急诊、危重患者、需实施抢救性手术麻醉、有创诊疗、输注血液或血液制品时，如患者无法履行知情同意手续又无法与家属联系或家属无法在短时间内到达且病情可能危及患者生命安全时，应紧急请示报告科主任、医务处，请医院总值班签字批准。

四、存在体感不适有痛苦或有一定危险的有创操作，术前应与患者本人、近亲属或委托人做好解释沟通，如实告知诊疗项目的必要性和危险性。

五、告知地点包括患者床旁、外科医生办公室或其他有监视摄像记录的院内场所，告知次数和时间依据实际情况灵活确定。告知内容须具备充分性、合理性和必要性，并将相关内容记录于《麻醉知情同意书》中。

文件名称	麻醉恢复室管理制度				
文件编号	A05-ZD-112-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

麻醉恢复室管理制度

一、麻醉恢复室是麻醉科实施全程管理的重要环节。

二、麻醉科主任负责麻醉恢复室的组织领导工作，为确保患者麻醉恢复期的安全，人员构成至少包括一名主治医师以上（含主治）和一名或数名护理人员。

三、麻醉恢复室用于麻醉结束后尚未清醒，或虽已基本清醒但肌力恢复不满意的患者的恢复。

四、所有病人必须监测 ECG、BP、RR、SPO₂、T，观察意识状态、肢体活动程度、呼吸、颜面与口唇颜色，保持呼吸道通畅。

五、保持各种留置管道妥善固定，引流通畅，伤口敷料完好，观察病人的伤口情况和生命体征，烦躁病人用约束带约束。

六、按照麻醉恢复室记录单进行各项监测内容的记录，对于恢复缓慢者应进行治疗，如残余肌松药或麻醉性镇痛药的拮抗等。病情发生变化或不稳定时，须及时处理并记录，如遇病人病情发生重大变化，在进行初步处理的同时应该立即通知实施麻醉医生或科主任共同处理，必要时请相关科室会诊处理。

七、转出麻醉恢复室标准：患者意识清醒，呼吸及肌力等恢复情况达到 Steward 苏醒评分 4 分以上。

八、如遇到患者苏醒时间意外延长，或呼吸循环等功能不稳定者，应积极查找原因，及时处理，必要时可转 ICU，以免延误病情。

九、恢复室内仪器、设备定期维护、自检。

文件名称	麻醉科术后随访制度				
文件编号	A05-ZD-113-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

麻醉科术后随访制度

为加强手术病人围术期安全管理，及时发现术后病情异常，预防各种并发症，避免医源性伤害和经济损失，特制定本制度。

一、所有麻醉病人术后 24 小时内均需进行随访。

二、随访内容包括意识、呼吸、血压、脉搏、咽喉、肢体活动、穿刺部位有无感染、血肿等情况，随访结果记录在《术后随访记录单》上。如有阳性结果应分析产生原因、评估预后结果、参考辅助检查，进行针对性处理或向上级医师报告共同处理。

三、全身麻醉病人应随访至意识清醒、拔除气管插管，对神经、循环、呼吸、消化和泌尿等系统进行逐项检查和评估。遇有麻醉并发症须每 24 小时随访一次，积极处理，记录结果，直至病人痊愈、出院或死亡。非麻醉原因不能拔除气管插管病人可每 48-72 小时随访，直至病人痊愈、出院或死亡。

四、出现严重并发症须及时向科主任和医务处汇报，按流程填报不良事件，组织相关会诊、讨论、处理。

文件名称	麻醉过程中的意外与并发症处理规范与流程				
文件编号	A05-ZD-114-01			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

麻醉过程中的意外与并发症处理规范与流程

一、麻醉过程中的意外与并发症处理规范

(一) 科室成立麻醉科应急小组，负责指导麻醉过程中的意外及并发症的处理。承担麻醉工作的麻醉医师参加应急处理工作，须服从应急小组的指挥，并将处理过程记录于麻醉单及病历中。

(二) 凡已有或预计有因麻醉、疼痛治疗导致重要脏器和系统的功能受损、感觉障碍、运动障碍、昏迷和死亡时，应立即向上级医师寻求帮助，同时将事件及地点向科主任汇报，并通知当时在岗的应急小组成员参加抢救。

(三) 接到抢救通知的应急小组成员在确认自己管理的患者安全的前提下，应尽快赶到现场参加抢救。

(四) 参加抢救的全体医护人员须在应急小组人员的领导下分工合作，共同管理呼吸、循环、中枢神经及内环境等。

(五) 对可能发生医疗纠纷的病例应立即通知医务处，报告不良事件、患者现状和可能发生的问题，并邀请医务处工作人员到现场指导工作。

(六) 在病情基本稳定后或初步决定放弃抢救后，由应急小组负责人召集在场的应急小组成员和麻醉科责任医师，与患者所在科室的主管医生和医务处协商继续治疗或处理方案，指定负责对患者家属谈话的人员、与患者家属谈话的基调、主要内容、审核医疗记录等事宜。

(七) 对围术期发生的以下情况均应在当日填写麻醉科不良事件报告：①麻醉意外和并发症导致重要脏器和系统功能受损、感觉障碍、运动障碍、昏迷、甚至死亡。②由于任何原因所致的危险状况如不及时处理可能产生上述后果的不良事件。此报告单与麻醉前访视单和麻醉记录单复印件一并交专人收集管理，由科主任或副主任定期组织应急小组成员讨论，以提高临床麻醉质量，为防范风险提供重要依据。

(八) 对发生的医疗事故要进行调查，对确定的医疗事故应在一个月内认真讨论，严肃处理，总结教训，改进工作。并填写《医疗事故报告》上报医院。

(九) 严禁麻醉科和相关科室任何人员擅自给患者家属及相关人员介绍事件经过和交代病情，严禁在患者家属前谈论事件责任问题。

二、麻醉过程中的意外与并发症防范措施

(一) 加强科室管理及质量监控，定期组织学习《医疗事故处理条例》等卫生行政法规及麻醉意外与并发症的预防处理规范和流程。麻醉药品、麻醉机、监护仪及麻醉记录单由专人管理，加强对进修医师的管理，定期业务及操作技能指导，遵循三级医师负责制，建立科室奖罚制度。定期检查、反馈、总结，有改进措施。组织麻醉意外和并发症专题讨论，定期自查、分析、整改，有效预防麻醉意外与并发症，持续改进有成效。

(二) 加强科室人员的业务培训，制定住院医师阶段性培训计划，并由专人负责对其进行阶段性考核，定期组织业务学习及新知识介绍，不定期地进行新技术、新设备操作演示，鼓励大家参加业务学习及进修，提高自身的职业素质及职业技能。

(三) 麻醉医师必须加强术前访视，向患者做好解释工作，制定适宜的麻醉方案，对疑难病例应请示上级医师和科主任。

(四) 麻醉操作前检查麻醉机及监护仪等设备工作状况，应做好全麻的准备，备好气管插管器械、除颤器及相应的抢救药品。

(五) 严密观察患者各项生命体征变化，并在短时间内做出正确判断和处理，坚持查对制度，所有麻醉中用药均应做标记。抽药后的空安瓿应保留至患者离开手术室后，以便核对。一经施行麻醉，麻醉医师不得离开患者，擅离职守者重罚。根据具体情况选择麻醉药物及剂量，不得超范围超剂量用药，严格执行麻醉操作常规，各项预防措施落实到位。对住院医师及实习进修医师加强培训和监管，疑难重症由主治医师操作。

(六) 静吸复合麻醉时应提前准备麻醉诱导药物，妥善固定患者松动的牙齿，诱导前适度补液，关注注药速度和患者的通气状况，避免血压剧烈波动和通气不足。气管插管时要有良好的肌松，操作轻柔，避免不必要的损伤。术中密切观察患者的生命体征变化，发现异常及时与手术医师联系，排除手术操作干扰的可能，维持患者生命体征平稳。当遇到难以处理的病情时，须请示上级医师，严格执行三级医师负责制度。

(七) 椎管内麻醉在术前访视时即应排除穿刺部位感染，穿刺时动作轻柔，注意进针速

度和层次突破感，术后随访时注意询问患者是否有感觉或运动异常。

（八）神经阻滞时，操作轻柔，定位准确，推荐超声引导下神经阻滞技术。注药前回抽，明确无血后方可注药，防止麻醉药误入血管引起中毒。一旦患者出现口唇麻木、惊厥等征象时，应予以面罩控制呼吸，同时准备全麻下气管内插管。

（九）术毕呼吸循环稳定，呼吸交换好，反射恢复才能拔除气管导管，观察并监护 20 分钟以上无异常方可送回普通病房。

文件名称	手术中用血制度与流程				
文件编号	A05-ZD-115-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

手术中用血制度与流程

一、手术中用血制度

(一) 凡择期术中需输血者，外科经治医师应于术前备好血标本，填好输血申请单，注明手术输血日期和备血量送血库。如需用血量较大或有特定成分输血要求，经治医师均须提前与血库联系。术中需输血时，应由手术人员及时联系取血。取血人员每次只限定取1名患者所需的血液，以免发生差错。输血前应仔细查对患者姓名、住院号、血型及输血申请单等3遍，取血人在血库查对1遍，麻醉医师与巡回护士查对1遍，输血或加血者查对1遍，严格落实三查八对制度。按手术进行情况调整好输血速度，密切观察输血反应，出现输血反应时应保留余血备检。凡输注两人以上供血者的血液时，应在两者之间输以少量生理盐水，两者不可直接混合。输血起始、完毕时间及输血量由麻醉医师记录于麻醉记录单上，输血完毕保留血袋以备查对。

(二) 申请用血应由临床经治医师详细填写《临床输血申请单》，由主治医师核准签字，连同受血者的交叉血样于预定输血日期前由本科室医护人员送交输血科备血，电话及口头备血无效。

(三) 申请用血必须抽取受血者血液3ml以上，连同申请单送输血科做交叉配合试验。如果用血量超过4U以上，标本须酌量增加。

(四) 受血者配血实验的血标本必须是输血前一日采集，逾时需重新抽血。一次输入3个及以上献血者血液的受血者，如仍须输血须重新抽血做交叉配合试验。所用血量应按照病情需求申请，避免浪费。

(五) 申请单上须写明用血时间，非急救用血应提前一天备血。一次用血量超过8U时要执行报批手续，须经输血科主任签字同意后报医务处核准签字。

(六) 特殊用血（包括Rh阴性血液、冷沉淀、血小板）须提前一天与输血科预约，以

便血站及早分离、洗涤、分装。输注全血须经科室主任签字并报医务处核准后送输血科，由输血科与血站联系。临床特殊用血必须在规定的时间内尽早输用，及时记录备案，避免浪费。

(七) 麻醉医师根据术中患者病情及失血情况开出配血医嘱填写输血申请单。临床领取用血时务必按制度查对，一经出库不可退还，未出库者只收取相应检验费用。

二、手术中输血流程

(一) 麻醉医师需根据术中患者病情及失血情况开出输血医嘱、填写输血申请单并电话通知输血科。

(二) 巡回护士核对医嘱后，安排专职人员取血。

(三) 输血科做血型复查和交叉配血试验，无误后发放血液制品。

(四) 发血者与取血者共同查对患者姓名、性别、年龄、病案号、病室、床号、血型、血液有效期、交叉配血结果以及血液制品外观等，双方共同签字确认。

(五) 取血者与巡回护士共同查对以上相关内容准确无误后，双方共同签字确认。

(六) 巡回护士与麻醉医师共同核对输血记录单与血型报告单信息，包括科别、床号、姓名、性别、年龄、住院号、交叉配血试验结果、ABO 血型、Rh 血型。核对输血单与血袋信息，包括姓名、血型、血袋号、血液成分、有效期、血液质量、血量等，核对无误后，双方共同在输血单上签字。

(七) 巡回护士与麻醉医师在手术台旁核对患者的腕带等身份信息，清醒患者共同参与核对，确认无误后开始输血。

(八) 取 0.9% 氯化钠冲洗输液管路，输入适量盐水。

(九) 无菌操作下将输血器插入血袋内，调整输血速度。

(十) 再次核对血型，确认无误后在输血记录单上双签名。

(十一) 输血过程中观察有无输血反应。

(十二) 输血完毕，再输入适量生理盐水。

(十三) 根据医嘱输入其他液体。

文件名称	麻醉效果评定的规范与流程				
文件编号	A05-ZD-116-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

麻醉效果评定的规范与流程

一、组织管理

(一) 由麻醉科质量安全管理小组负责对本科室麻醉效果进行定期评定，并形成书面材料上报医务处，内容包括分析、评价、总结及改进措施。

(二) 医务处定期对麻醉效果进行检查、督导、总结分析，对存在的问题督促整改。

二、麻醉效果评级标准

(一) 全麻效果评级标准

I级：

1. 麻醉诱导平稳、无躁动、无呛咳及血流动力学的显著变化，插管顺利无损伤。
2. 麻醉维持期深浅适度，无明显的应激反应，无呼吸循环的过度抑制，肌松良好氧合满意。
3. 麻醉苏醒期安静无躁动，无术中知晓，无苏醒延迟，呼吸、循环、中枢神经系统等各项监测指标正常，肌力恢复良好，拔管后无窒息，体温监测正常无寒战。
4. 无麻醉相关并发症。

II级：

1. 麻醉诱导时轻微呛咳，血流动力学轻度波动。
2. 麻醉维持期深度掌握不够准确，血流动力学有起伏波动，肌松尚可，配合手术欠理想。
3. 皮肤缝合时患者体动，血压、心率轻度波动、体温 $35.1 \sim 35.9 \text{ C}^{\circ}$ ，轻度寒战。
4. 出现轻度麻醉相关并发症。

III级：

1. 麻醉诱导经过不平稳，插管有呛咳、躁动，血流动力学剧烈波动，应激反应强烈。
2. 麻醉维持期深浅度掌握不熟练，致使应激反应强烈或麻醉过深，呼吸和循环明显兴奋或抑制，肌松不良，配合手术较差。



3. 麻醉苏醒期冗长，有呼吸抑制或缝皮时出现躁动、呛咳，被迫进行拔管，拔管后呼吸恢复欠佳，体温低于 35C° ，寒战剧烈。

4. 产生严重麻醉相关并发症。

(二) 椎管内麻醉效果评级标准

I 级：穿刺过程顺利无异感、术中无痛、肌松良好、安静，血流动力学保持相对稳定。

II 级：穿刺过程反复、出现神经根刺激症状、术中轻度疼痛或合并内脏牵引痛、肌松欠佳、需辅助镇痛及镇静剂，血流动力学有波动。

III 级：穿刺神经异感强烈、术野疼痛明显、肌松差、呻吟躁动、血流动力学波动明显。

IV 级：需更换麻醉方法才能完成手术。

(三) 神经阻滞麻醉效果评级标准

I 级：阻滞范围完善，患者无痛、安静，肌松满意。

II 级：阻滞范围欠完善，肌松效果欠满意，患者有轻微疼痛反应。

III 级：阻滞范围不完善，疼痛较明显，肌松效果差，患者出现呻吟、躁动。

IV 级：麻醉失败，需更换麻醉方法后才能完成手术。

三、麻醉效果评价流程

(一) 主麻医师承担麻醉效果评定人，负责对该患者进行麻醉效果评价，并记录于麻醉记录单。

(二) 麻醉科质控会议上由麻醉医师汇报麻醉效果不满意的病例，并进行分析讨论。

(三) 科室质量安全小组通过抽查病历方式定期对麻醉效果进行复查审核。

(四) 医务处督查整改情况，对麻醉效果进行再次评价，促进工作的持续改进。

文件名称	麻醉复苏室患者转入、转出标准与流程				
文件编号	A05-ZD-117-01			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

麻醉复苏室患者转入、转出标准与流程

一、复苏室转入标准：

- （一）心胸、血管、神经外科手术以外的全身麻醉患者。
- （二）接受椎管内麻醉患者术毕距末次椎管内注药时间小于 20 分钟、术毕麻醉阻滞平面高于 T6、围麻醉期发生局麻药毒性反应、过敏反应且经处理呼吸循环功能基本稳定者。
- （三）接受神经阻滞麻醉患者围麻醉期发生局麻药毒性反应、过敏反应、气胸、膈神经阻滞或其他影响呼吸、循环的情况，经处理呼吸循环功能基本稳定者。
- （四）接受静脉全身麻醉患者。
- （五）其他任何责任麻醉医师认为尚不应直接送回病房，有必要进入 PACU 继续监护和处理的情况。
- （六）静脉液路须保持通畅。

二、麻醉复苏室转入流程

- （一）责任麻醉医师确认术后病人须送入 PACU 继续进行监测治疗，由手术室巡回护士电话通知 PACU 工作人员做好接收患者的准备。
- （二）PACU 护士检查复苏所需物品，调节好呼吸机参数，准备迎接病人。
- （三）麻醉医师、外科医师与巡回护士共同将患者送入 PACU，麻醉未苏醒者立即连接呼吸机，已苏醒拔除气管导管者给予面罩吸氧。
- （四）观察胸廓起伏，听诊呼吸音，确认气管导管深度是否合适。
- （五）连接监护仪监测各项生命体征。
- （六）妥善固定好呼吸回路、输液管路、各类引流管等。
- （七）适宜约束患者肢体。
- （八）主麻医师与巡回护士分别与 PACU 医师和护士进行床旁详细交接班，内容包括麻

醉方式、术中生命体征变化、术中用药及反应、术中输血及输液量、当前静脉输入药物和剂量、各种导管情况、患者皮肤完整性、患者随身用物、手术后特殊要求及其他注意事项等。交接清楚后主麻医师与复苏室医师、手术室巡回护士与 PACU 护士在患者交接记录单上双签名。

(九) 监测病情变化, 认真做好相关记录。

(十) 填写好“患者交接记录单”和“复苏室出入患者登记本”。

三、麻醉复苏室转出标准

术后进入复苏室患者在 PACU 的监护时间为 0.5 ~ 6 小时不等。PACU 责任医师应认真评估患者恢复情况, 在患者符合转出标准并确保安全的前提下, 可将患者转出 PACU。特殊患者还应与主麻医师和外科医师共同商议转出计划。

(一) 一般转出标准

麻醉后 Steward 评分达 4 ~ 6 分, 并满足下列条件:

1. 意识完全清醒或容易唤醒, 能完成指令性动作, 定向和辨认能力恢复。
2. 心率、血压稳定, 并与术前水平接近, 对循环用药反应敏感, 无严重心律失常。
3. 气道通畅, 保护性反射恢复, 通气功能正常, PO_2 正常或达术前水平, SpO_2 满意, 吸氧状态下大于 95%, 吸空气状态下大于 92%。
4. 肌张力恢复, 四肢活动正常, 平卧抬头能持续 5 秒钟以上。
5. 体温在正常生理范围, 各项监测指标至少稳定 10 ~ 30min。
6. 应用各类拮抗药的病人, 至少在末次用药毕 15 ~ 30min 以上方可转出。
7. 在 PACU 内应用单次镇静和镇痛药的病人, 应在末次用药后 30min 后方可转出。
8. 怀疑发生麻醉或外科并发症危险较大的患者, 即使达到上述条件, 也应适当延长在 PACU 内的监护治疗时间。

(二) 特殊转出标准

1. 排除苏醒延迟等原因, 预计需要较长时间机械通气的患者以及病情较重需要专科治疗的患者, 应在 PACU 内监护治疗至生命体征基本稳定, 在确保转运安全的前提下转入专科 ICU。
2. 出现手术并发症时, 经与外科医师协商认定需要重新手术的患者, 应在持续支持治疗的基础上, 及时二次手术。
3. 小儿患者应参考成人患者的转出标准, 完全不能配合时, 可在确保安全的前提下, 给

与适当的镇静。

四、麻醉复苏室转出流程

麻醉医师再次评估患者生命体征，Steward 评分 ≥ 4 分



检查转送车情况，根据术后患者的病情，酌情配备监护仪、简易呼吸器、氧气枕，必要的抢救药品



通知病房准备接收术后患者



记录转出复苏室患者生命体征



一般全麻术后患者由复苏室护士护送至原科室，途中安全措施到位



危重全麻术后患者由麻醉医生和复苏室护士共同护送至 ICU，途中安全措施到位



与病房管床医师和责任护士交接

文件名称	术后、慢性疼痛、癌痛患者镇痛治疗管理的规范与流程				
文件编号	A05-ZD-118-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

术后、慢性疼痛、癌痛患者镇痛治疗管理的规范与流程

一、术后、慢性疼痛、癌痛患者镇痛原则

(一) 实施镇痛的麻醉医师必须经过专项培训，掌握操作技能，了解所用药物的药理作用、不良反应以及并发症的防治。

(二) 实施镇痛须掌握适应症和禁忌症。对拒绝接受术后镇痛、合并睡眠性呼吸暂停、药物成瘾史、觉醒障碍、循环功能不稳定和低血容量病人以及婴幼儿不推荐使用自控镇痛(PCA)方式。

(三) 实施镇痛者须加强监护和巡视，普通镇痛者每24小时巡视一次，危重症镇痛者每24小时至少巡视两次。记录疼痛评分、不良反应、心血管和呼吸参数、镇静程度、运动感觉阻滞平面、查看硬膜外穿刺点等。

(四) 填写详细的镇痛记录，包括镇痛方法、给药途径、所用药物，用药时间、药物总量和浓度、初始剂量、单次追加剂量、锁定时间、持续给药速度。

(五) 告知手术医师、值班护士、病员及家属，遇到下列情况应及时通知麻醉科，进行相应处理：

1. 镇痛效果不满意。
2. 输注管道及输注泵故障报警。
3. 皮肤感觉进行性减退，胸闷气短。
4. 肌力恢复后再次出现运动功能障碍。
5. 病人进行性嗜睡，难以唤醒。
6. 吸氧时 $SPO_2 < 95\%$ ，吸入空气时 $SPO_2 < 90\%$ ，呼吸频率 < 12 次/分。

二、镇痛疗效观察与评价方法

(一) 采用主观疼痛自我评分法 (verbal rating scale VRS)：根据患者对疼痛的主诉，

将疼痛程度分为轻度、中度、重度三类。

(二) 视觉模拟法 (VAS) 划线法: 用 0-10 表示疼痛程度。

(三) 面部表情评分分级法 (PFS): 由 6 种面部表情, 程度从不痛到疼痛难忍, 表达疼痛程度。

三、镇痛实施方案

(一) 口服给药

(二) 肌肉注射或静脉注射镇痛剂

(三) 局麻镇痛

(四) 区域神经阻滞镇痛

(五) 病人自控镇痛

(六) 椎管内镇痛

(七) 经皮贴、口腔黏膜贴、平衡技术等新方法镇痛。

四、不良反应的监测与记录

(一) 呼吸抑制

(二) 恶心、呕吐

(三) 皮肤瘙痒

(四) 尿潴留

(五) 过度镇静

五、患者和家属宣教随访

疼痛治疗过程中, 患者及其家属的理解和配合至关重要, 应当有针对性地开展镇痛知识宣传教育, 建立健全术后、慢性疼痛、癌痛患者的随访制度。

文件名称	疼痛科工作制度				
文件编号	A05-ZD-119-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

疼痛科工作制度

- 一、认真执行医护人员岗位职责和《医疗机构从业人员行为规范》。
- 二、科室主任为科室管理第一责任人，全面负责科室各项管理工作。
- 三、根据医院工作计划制定本科工作计划，并组织实施。经常督促检查，按期总结汇报。
- 四、各级各类工作人员在科主任领导和上级医师指导下工作。完成病人的诊断、治疗、服务等工作。各级医师按规定完成查房。
- 五、按规定完成医疗文书书写。及时完成出院记录及出院病历归档。检查、修改实习医师书写的医疗文书，做好进修、实习生的带教工作。
- 六、工作期间要仪表端庄，衣帽整洁，严格坚守岗位，做好交接班。
- 七、严格执行各项规章制度和技术操作规程。抓好医疗质量，确保医疗安全，严防差错事故发生。
- 八、加强院感管理，防范医院感染事件发生。
- 九、加强“三合一规”管理，做到合理检查、合理治疗、合理用药、规范收费。
- 十、开展新技术、新项目必须科室讨论，科主任签字，报医疗管理部门、业务院长审批，批准后始可进行。
- 十一、爱护设施、设备，严格执行操作规程。
- 十二、按照有关要求报送本科室医疗质量管理相关信息。
- 十三、承担医院要求的各项任务：如应急、联合会诊、政府指令性任务等工作。
- 十四、严格遵守法律法规和医院各项规章制度，廉洁行医。
- 十五、定期组织进行医疗安全、医疗质量分析讨论。对存在的共性和重大问题提出处理意见或建议，提交上级主管部门研究决定。
- 十六、根据科室的工作特点，完成以下相关工作：

(一) 负责全院所有疼痛患者的咨询、检查、诊断和治疗，接受临床各科的会诊邀请。

(二) 对收住院的病人，按照医院对临床各科的要求，认真进行必要的检查、诊断和治疗，并合理收费。

(三) 在诊治常见疼痛性疾病的同时与临床各科共同开展恶性疼痛的诊治，如各种顽固性神经痛、神经病理性痛、晚期癌痛等。

(四) 按时完成无痛工作，如无痛胃肠镜检查、无痛ERCP、无痛支气管镜检查、无痛人流、无痛分娩、无痛取卵、无痛深静脉穿刺技术等。

(五) 积极开展疼痛诊疗技术。

(六) 树立无菌操作观念，严格无菌技术操作，防止院内感染。

文件名称	疼痛门诊工作制度				
文件编号	A05-ZD-120-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

疼痛门诊工作制度

一、疼痛门诊是由专职医师负责的临床诊疗专科。

二、疼痛门诊日常诊疗工作由具有主治医师及以上职称的医师承担。医师相对固定，可定期轮换，保持疼痛诊疗业务的连续性。

三、负责全院所有慢性疼痛、癌痛患者的咨询、检查和初步诊断，对本学科业务范围内的疾病进行治疗，接受临床各科室的会诊邀请。

四、疼痛门诊的接诊时间为：周一至周五上午 8:00 ~ 12:00、下午 14:30 ~ 17:30，节假日按照医院规定执行。

五、医生应以患者利益为中心，加强医患沟通，对患者和蔼亲切，认真解答疑问与关切，树立良好的医德医风。

六、诊室环境应保持整洁、安静，重视保护患者隐私，医生着统一制式白衣，仪表庄重得体，为患者营造良好的就医环境。

七、询问病史详实客观，体格检查轻柔细致，病历书写真实完整，检验项目合理准确，诊断治疗力求精准规范，杜绝过度检查与治疗。必要时查阅患者既往医疗档案，防止误诊、漏诊。

八、诊疗过程中应严格执行各项医疗规章制度和操作规程，所有有创操作治疗必须征得患者同意并签署知情同意书。治疗过程中密切观察病情演变和治疗效果，配备必要的抢救设备和药品。

九、接受疼痛治疗的患者应根据治疗方法和病情在疼痛治疗室留观到生命体征平稳、无运动系统障碍、无不适感时方可离院。医务人员应加强对患者感觉运动监测，防止意外事件发生。

十、遇有疑难病例或意外时，应及时向上级医师或科主任汇报，并严格执行上级医师医

嘱，必要时邀请有关科室会诊，共同修订诊疗方案，避免盲目操作，防止医疗事故发生。

十一、不断学习和引进本专业的新技术、新业务，建立多学科协调、协作机制。

十二、加强对研究生、实习生、规培生和进修生的教学管理，带教老师应认真负责，不断提高科室教学、科研水平。

文件名称	疼痛的评估、再评估制度与流程				
文件编号	A05-ZD-121-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

疼痛的评估、再评估制度与流程

一、疼痛的评估、再评估制度

(一) 评估是指通过询问病史、体格检查、临床实验室检查、医技部门辅助检查等途径,对患者的心理、生理、社会、经济状况、病情严重程度、全身状况支持能力等做出综合评估,用于指导患者的诊疗活动。

(二) 根据患者的评估制度结合本科的实际情况,原则上对每个门诊及住院患者均应进行相应的评估,全面把握患者的疼痛现状和诊疗服务需求,为制定适于患者的诊疗方案提供依据和支持。

(三) 对患者进行评估工作是疼痛科医师的职责,是重要的质量管理监控环节,执行评估工作的医师应是经专业培训的医护人员。

(四) 疼痛评估的重点范围包括:危重患者、治疗前、治疗后及治疗后随访等。

(五) 患者的疼痛评估资料为制定诊疗方案和会诊、讨论提供支持,应注意患者隐私保护,住院患者的疼痛评估记录文件进入住院病历。

(六) 医院有患者评估操作与程序,包括有评估项目、评估人及评估内容、标准、时限要求、记录文件格式等。

二、疼痛的评估、再评估流程

(一) 将疼痛评分纳入病历专科检查项目。

(二) 教会患者及家属疼痛评分方法。

(三) 评估时间:门诊接诊时首次疼痛评估,疼痛治疗后24小时内由接诊疼痛医师电话随访后再评估。

(四) 评估人员:接诊疼痛医师。

(五) 评估要求:门诊接诊时评估当时疼痛的强度。再评估为接诊治疗后24小时内的

平均疼痛强度。

（六）记录方法：

1. 疼痛强度采用 VAS 数字评分法，记录在门诊病历中。
2. 电话随访再评估时填写在《有创镇痛治疗效果评价登记表》中，疼痛评分 > 7 为无缓解； $4 \sim 6$ 为轻度缓解； $2 \sim 3$ 为中度缓解； $0 \sim 1$ 为完全缓解。

文件名称	新生儿科安全管理制度				
文件编号	A05-ZD-122-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

新生儿科安全管理制度

- 一、执行医院护理安全管理制度，执行新生儿科消毒隔离制度。
- 二、各班严格执行查对及交接班制度。
- 三、各种治疗严格遵守无菌操作规程，特殊治疗、处置、用药等需双人核对。
- 四、建立腕带识别标志，腕带、床头卡信息准确无误，进行查对时至少有三种以上识别方式。
- 五、各种抢救物品齐全，数量充足。各班人员熟练掌握物品位置、应用方法及抢救程序。
- 六、各种仪器性能良好，处于备用状态；报警装置完好，处于开启状态。
- 七、外出检查严格执行《新生儿外出检查的制度》，认真核实，保证安全。
- 八、新生儿沐浴时应一次一婴，按《新生儿洗澡规范》执行，保证安全。
- 九、暖箱门，婴儿床护栏打开及新生儿沐浴时，工作人员严禁离开。
- 十、新生儿入院及出院时严格执行《新生儿病房身份识别制度》。

文件名称	新生儿科管理制度				
文件编号	A05-ZD-123-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

新生儿科管理制度

一、新生儿病房布局合理，做到洁污区域分开，功能流程合理。

二、新生儿病房室温保持在 22-26℃，相对湿度为 40-55%；保持空气清新。每季度做空气培养并做好记录。

三、新生儿所用衣服被褥等必须经消毒后方可使用，发现污渍及时更换，出院床单和衣被必须进行终末消毒处理后才能使用。

四、接触患儿皮肤、粘膜的器械、器具及物品应做到一人一用一消毒。如：雾化吸入器、面罩、体温计等。

五、奶瓶，奶嘴“一人一用一弃”，配奶间用具专用，送供应室高压蒸汽灭菌后再用。

六、新生儿病房暖箱每日清洁。同一患儿长期连续使用暖箱、应当每周更换并做好终末消毒处置。

七、对新生儿病房工作人员的手、物体表面做细菌监测。

八、进入新生儿病房的医务人员须更换好衣、鞋、口罩，外出时必须更换外出衣、非本室工作人员一律不得入内，家属应在规定时间进行探视。

文件名称	新生儿科仪器管理制度				
文件编号	A05-ZD-124-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

新生儿科仪器管理制度

一、新生儿科的设备应由专人管理，每天实行交接班制度，并详细记载仪器的使用与运转情况（包括开机时情况、运转时间、运转过程中的情况、停止使用时间、发生故障的时间、故障原因、故障的表现、故障排除的时间、验收的情况等）。

二、操作者在仪器使用之前一定要详细阅读仪器使用说明书，尤其要核定仪器的工作条件（包括电压、温度、湿度及清洁度），严格按操作程序开机和关机，仪器在与病人连接之前一定要调节到安全使用条件，机器出现故障时，应立即将机器与病人脱离开，然后再检查故障的原因。

三、仪器表面不应放置任何液体，使用后可用无腐蚀性消毒液潮抹布擦拭，然后用干抹布擦干，散热过滤网要定期清洗，否则影响仪器散热。

四、除颤器等带有充电电池的设备用后要及时充电，以备紧急情况下使用，如果长时间不用，也要定时充电。

五、当仪器出现故障时要逐级上报，值班医生-上级医生-器械科-总值班，并应积极维修，尽早恢复，但一定切记：仪器只是治疗疾病的辅助手段，但不是唯一措施，因此在应用的过程中，应想好一系列的替换措施，切忌把病人的生命交给仪器。

六、新生儿科的仪器原则上不外借，如遇特殊情况必须请示主任，院外要通知院长。

七、各种仪器使用后要进行终末清洁消毒处理，心电监护仪、呼吸机使用后自检一次并记录，微量泵每周自检一次并记录。对正常使用者，挂“此仪器已维护，可以使用”的标识牌以备用，对不能正常使用的仪器及时送设备科进行检修。

设备科电话：2026877

各种仪器自检方法：

（一）心电监护仪：波形完整，导联线完好，有自检功能的进行自检，无自检功能的心

率、血压、呼吸的数值与手测数值相符者，可以使用。

（二）呼吸机：用膜肺检查，各项指标正常，可以使用。

（三）微量泵：有自检功能的微量泵进行自检。无自检功能的微量泵，取 20ml 注射器抽 20ml 生理盐水，泵速设置为每小时 20ml，观察 15 分钟，注射器内剩余 15ml 生理盐水为正常，可以使用。

（四）医务人员应按要求做好手卫生，接触每一位新生儿前后均应洗手或手消毒，防止交叉感染。

（五）严格执行查对制度和交接班制度，做好新生儿腕带，床头标识，严防差错事故发生。

（六）观察新生儿的病情变化，并准确、及时、全面书写护理记录，发现异常及时通知医生处理。

（七）病房重要仪器设备、药品、抢救设施应专人负责，定期检查，定位放置，及时补充。

（八）出院时仔细做好核对工作，进行沐浴更衣后请家属签字确认无误后方可离院。

文件名称	新生儿科配奶间管理制度				
文件编号	A05-ZD-125-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021 年 12 月

新生儿科配奶间管理制度

- 一、配奶间应设有独立区域，污染区及清洁区区域分明，物品按区域分类进行摆放。
- 二、配奶间保持室内温度为 22-26 度，湿度 40%-55%，有监测记录。
- 三、配奶间有专人进行管理，非本病房工作人员不得进入配奶间。
- 四、配奶间设立洗手装置，进入配奶间需洗手、戴帽子、口罩。
- 五、每日由卫生员用含氯消毒液（浓度 500mg/L）浸泡过的拖布擦拭地面两次、物体表面及配奶操作台及操作车由康复助理用消毒卫生湿巾擦拭两次。如有污染时应及时用含氯消毒液（浓度 1000mg/L）进行消毒；每次配奶后应清洁操作台面。
- 六、配奶间内物品应放置有序，使用一次性奶瓶和奶嘴，用后统一处理。
- 七、奶粉保存于清洁干燥处，开启后注明启用时间，密闭存放，开启后保存时间根据说明书要求。
- 八、如开展母乳喂养，配奶间应设立独立的母乳存放的冰箱，每日进行清洁消毒，每月进行除霜，并进行温度监测，有记录。
- 九、配奶专用的奶具每 8 小时更换一次，保持奶具清洁无污染，热水壶每周彻底清洁去垢一次。
- 十、配奶室每季度进行空气监测，每月进行物表培养，如发现异常，及时上报感控处查找原因。

文件名称	新生儿床头交接班制度				
文件编号	A05-ZD-126-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

新生儿床头交接班制度

一、每日早晨由护士长带领夜班护士、主班护士（晚、夜班由交接护士）进行床头交接班，实地查看患者。交接内容为：患者姓名、诊断、病情、治疗、护理、液体滴速、特殊用药、出入量、皮肤、手术情况及特殊问题等。

二、交接班护士进行床头交接生命体征、病情重点观察、特殊治疗、护理等内容。

三、交接班护士共同查看液路、各种管道是否通畅、固定是否良好，位置是否合适等。

四、交接各种仪器使用状态、参数指标、监测系统运行是否正常。

五、交接班护士查看医嘱执行情况、护理记录、出入量等，以了解掌握各种治疗、护理措施执行落实情况。

六、交接各种管道、引流等护理，预防交叉感染措施的执行情况。



文件名称	新生儿科探视制度				
文件编号	A05-ZD-127-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

新生儿科探视制度

一、新生儿科为无陪住病区，探视时请家长在病房外大厅等候，并注意保持安静，禁止吸烟。

二、每周二、五下午 3:00-3:30 为探视时间，请家长在规定时间内探视患儿，探视时携带探视卡及身份证，如有特殊情况不能前来探视，请告知本科医务人员。

三、探视时家长应遵守科室规章制度，听从医务人员的安排。如需要进入病室探视，应穿鞋套、隔离衣、戴口罩，进病室后不要触摸新生儿及新生儿床单元。

四、进入病区后请您不要接打电话，禁止拍照、摄像。

五、非探视时间不允许探视。如需了解病情请于每日 10:00 之前询问主管医生。

文件名称	新生儿腕带使用管理制度				
文件编号	A05-ZD-128-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

新生儿腕带使用管理制度

一、新生儿科所有患儿均需佩戴腕带标识，并实行双腕带佩戴。

二、接诊护士认真填写患儿腕带信息，包括床号、姓名、性别、住院号、体重、入院日期，腕带要求字迹清晰规范，准确无误。

三、腕带填写完毕需经双人核对无误后佩戴于患儿手腕部或脚踝部，并向患儿家长讲解腕带使用的注意事项及重要性。转出转入或腕带损坏需更换时同样要经两人核对。

四、注意观察腕带松紧度，以放入一手指为宜，观察佩戴部位皮肤有无擦伤、血运情况等，发现异常及时处理。

五、严禁医务人员随意将患儿腕带标识取下

六、执行各项治疗护理前要认真核对双腕带信息。

七、病人出院应及时取下腕带，按感染性垃圾处理。

文件名称	新生儿科患儿身份识别制度				
文件编号	A05-ZD-129-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

新生儿科患儿身份识别制度

一、医务人员在医疗护理活动中必须严格执行查对制度，认真落实患儿身份识别制度，确保对正确的患儿实施正确的操作和治疗。

二、在诊疗护理活动及交接班时，至少使用3种身份识别信息，确认患儿身份。

三、新生儿必须按规定使用双“腕带”标识。

四、患儿进入病区后，已办理入院手续的，值班护士与家属对患儿进行全面检查，共同核对后系腕带，按新生儿双脚印及家长手印，详细记录家长信息。填写探视卡并交与患儿家属，探视时必须携带探视卡。正确填写住院病历、床头卡。

五、患儿进入病区后，未办理入院手续的，值班护士填写临时腕带，标明患儿姓名和性别。

六、患儿外出检查时，必须医护人员双人核对后方可进行。

七、转入的患儿要与产科护士、急诊科护士等有关人员，核对好患儿身份才能办理入院。

八、出院时要与家长核对好患儿身份并要家长出示相关证件，方可办理出院。

文件名称	新生儿科治疗室工作制度				
文件编号	A05-ZD-130-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

新生儿科治疗室工作制度

一、室内布局合理，保持清洁整齐，各抽屉内物品摆放有序。入室人员着装须符合要求，穿工作服，必要时戴口罩，除工作人员以外的其他人员谢绝入内。

二、严格执行无菌技术操作规程及查对制度，无菌物品专柜放置，确保无菌物品无过期。

三、各种药品分类放置，标识明显，字迹清楚，定期核查清点。毒麻、贵重药应加锁保管严格交接班。

四、开封后的液体瓶盖用瓶口贴封盖，开启的静脉输入无菌液体需注明时间，超过2小时不得使用。

五、每完成一项工作后要及时清理。每周对治疗室进行一次彻底清扫，定期进行空气和无菌物品采样细菌培养。

六、体温计、口服药杯等物品消毒处理后定位放置备用。

七、冰箱内物品放置有序，药品标识清楚，无私人用品。每日检查冰箱内温度并记录。

八、垃圾桶盖严，医疗废物、生活垃圾分类放置，一次性使用物品用后处理符合要求。

文件名称	新生儿科安全用药管理制度				
文件编号	A05-ZD-131-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

新生儿科安全用药管理制度

一、严格执行医院《病区药品管理制》、《静脉用药调配与使用操作规范》和《护理查对制度》。

二、办公室护士执行医嘱时核对医嘱正确性，有疑问时及时与医生沟通。

三、用药前打印执行单，由医嘱班和治疗班护士共同核对药物名称、剂量、用法、时间，检查药物质量和有效期，并在执行单上双签字。

四、给药前核对患儿腕带、床头卡，至少使用3种或以上身份识别方式，确认患儿身份正确。

五、给药时认真落实“三查八对”。

六、静脉给药及特殊口服药需双人核对。静脉推注葡萄糖酸钙时必须双人核对、双人操作并登记，用药后严密观察有无渗漏。

七、严格掌握新生儿常用药物剂量及换算方法，掌握特殊药物的不良反应。

八、输注静脉高营养、血管活性药物、葡萄糖酸钙时尽量选择中心静脉导管；如无中心静脉导管，尽量选择外周粗大静脉置管，增加巡视频率，早期发现液体外渗。

九、静脉高营养由专人配制，配液人员与责任护士共同核对患儿信息、药物名称、剂量、用法、时间并签字。

十、配好的营养液放于冰箱冷藏室，温度2-8℃，使用前用注射器抽好药液在室温下复温30分钟。

十一、静脉用药现用现配，配好的药液置于无菌盘内，在室温下放置时间不超过2小时。

文件名称	危重新生儿抢救护理制度				
文件编号	A05-ZD-132-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

危重新生儿抢救护理制度

一、建立责任明确的系统组织结构，在接到抢救任务时，应立即指定抢救负责人，组成抢救小组。一般分为全院性和科室性抢救两种。科室抢救时科主任、护士长组织实施。

二、凡参加抢救人员必须全力以赴，明确分工，密切配合，听从指挥，动作迅速准确。

三、抢救时护士可在医生未到之前，根据病情需要，予以适当、及时地紧急处理，如止血、吸氧、人工呼吸、胸外心脏按压、建立静脉通路等

四、及时准确做好各项护理记录，来不及记录的，等抢救结束后6小时内据实补记，记录内容完整。

五、严格交接班制度和查对制度，在抢救患者过程中，正确执行医嘱，医生下达口头医嘱，护士倾听、记下后复述一遍，二人核对确认无误后再执行，保留空安瓿以备事后查对。

六、抢救结束及时清理各种物品并进行初步处理、登记。

文件名称	入 NICU 管理制度				
文件编号	A05-ZD-133-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021 年 12 月

入 NICU 管理制度

一、NICU 主要收治来自产科或由外院转入病情危重者，主要包括：

- (一) 高危妊娠或分娩过程中有并发症所分娩新生儿
- (二) 出生时 Apgar 评分低于正常
- (三) 需要各种原因进行呼吸管理，因各种原因引起急慢性呼吸衰竭，需行氧疗、呼吸治疗的
- (四) 严重及呼吸暂停反复发作者
- (五) 反复惊厥发作者
- (六) 各种原因所致休克
- (七) 早产儿
- (八) 严重心律失常
- (九) 水、电解质、血糖紊乱
- (十) 黄疸需干预者
- (十一) 生后喂养不耐受的新生儿

二、患儿若符合至少上述某一项标准，由住院部值班医师/门诊医师与家属沟通患儿病情，家属同意患儿住院后门诊办理诊疗卡、挂号，由住院部值班医师/门诊医师开具住院通知单，患儿入住 NICU。急危重患者可先收治、后补办住院手续。

三、根据患儿病情，选择入住 NICU 不同病区。值班医师进行诊治和抢救工作，病区护士及时执行医嘱。

入重症病区标准：

- (一) 高危妊娠或分娩过程中有并发症所分娩新生儿
- (二) 出生时重度窒息

(三) 需要各种原因进行呼吸管理，因各种原因引起急慢性呼吸衰竭，需行氧疗、呼吸机治疗的

(四) 严重及呼吸暂停反复发作者

(五) 反复惊厥发作者

(六) 各种原因所致休克

(七) 早产儿（胎龄小于 35 周）

(八) 严重心律失常

(九) 水、电解质、血糖紊乱

出重症病区转早产儿病区：

(一) 早产儿校正胎龄达 35 周，无需应用呼吸机，无脐静脉及 PICC 置管，肠道内喂养逐步加量，体重增长满意

(二) 生命体征平稳的足月儿

入住早产儿病区标准：

(一) 黄疸需干预者

(二) 生命体征平稳的早产儿（胎龄大于 35 周）

(三) 血糖稳定的糖尿病母儿

(四) 生后喂养不耐受的新生儿

出早产儿病区标准：

(一) 黄疸消退，静脉胆红素达安全范围

(二) 体重达 2.0kg，食奶及体重增长满意，出温箱后体温稳定正常全身情况稳定，化验指标正常

入住感染病区标准：

(一) 发生院内感染的新生儿

(二) 门诊收治的入院后已排除新冠感染的发热、肺炎患儿

(三) 梅毒、水痘、单疱等传染病的母亲所生的新生儿

(四) 肠道病毒感染的新生儿

出感染病区病人标准：

(一) 院内感染痊愈



(二) 体温正常，肺炎痊愈

(三) 临床症状及检验达出院标准

入恢复区标准：

(一) 门诊收治的尚未排除新冠感染的新生儿

(二) 拟于明日出院的，不与门诊收治的尚未排除新冠感染的新生儿同住

出恢复区标准：

(一) 门诊收治的已排除新冠感染，依据病情选择入住重症区、感染区、早产儿区。

(二) 达出院标准的新生儿。

文件名称	早产儿用氧安全管理制度				
文件编号	A05-ZD-134-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

早产儿用氧安全管理制度

一、严格遵循《早产儿治疗用氧和视网膜病变防治指南》，防治氧中毒。

二、严格掌握氧疗指征：临床上有呼吸窘迫的表现，在吸入空气时，动脉氧分压 $\text{PaO}_2 < 50\text{mmHg}$ ，或经皮氧饱和度 $< 85\%$ 者，应给予吸氧，治疗的目标是维持 $\text{PaO}_2 50-80\text{mmHg}$ 或经皮氧饱和度 88-93%。

三、最好使用空氧混合气源，给氧浓度视病情需要而定，调整氧浓度应逐步进行，以免波动过大。

四、连续吸入氧浓度 60% 者，不宜超过 24 小时，连续使用氧浓度 80% 者，不宜超过 12 小时，纯氧不宜超过 4-6 小时，以免发生氧中毒。如患儿对氧浓度需求高，长时间吸氧仍无改善，应积极查找病因，重新调整治疗方案，给予相应治疗。

五、在氧疗过程中，密切监测氧浓度，血氧分压或经皮氧饱和度。使用头罩氧、温箱给氧时必须使用氧浓度测定仪监测氧浓度，探头放于早产儿鼻子附近，而非氧气主流出道处。

六、对早产儿尤其是极低体重儿用氧时，一定要告知家长早产儿血管不成熟的特点，早产儿用氧的必要性和可能的危害性。

七、凡是经过氧疗，符合眼科筛查标准的早产儿，应在出生后 4-6 周或矫正胎龄 32 周以上进行眼科 ROP 筛查，以早期发现早期治疗。

八、进行早产儿氧疗必须具备相应的监测条件，如氧浓度测定仪，血气分析仪，经皮氧饱和度监测仪，不具备氧疗监测条件，应转到具备条件的医院治疗。

文件名称	新生儿科定期随访制度				
文件编号	A05-ZD-135-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

新生儿科定期随访制度

为全面落实“一切以患者为中心”的服务宗旨，推行院前、院中、院后的一体化医疗服务模式，将诊疗服务延伸，做好出院患者健康指导工作，提升医师岗位责任意识，特制定本制度。

一、随访方式：医院实行医院、科室两级随访，以电话随访为主，也可采取微信、短信、召回复诊等形式。

二、随访对象为在我科住院接受诊疗服务的出院患者。患者出院前由主管医生核对患儿家属联系方式、电话号码家庭住址、与患儿的关系，填写出院患者随访记录本。

三、随访内容：

（一）一级（科室）随访：主管医生告知出院随访的目的，询问了解患者出院后的治疗效果、病情变化和恢复情况，指导如何用药、叮嘱何时复诊、病情变化后的处置意见等专业技术性指导，并接受健康咨询，同时征求意见，于患者随访记录本填写记录随访内容。

（二）二级（医院）随访：由我院患者回访中心执行，主要了解一级随访完成情况，征求患者对医院、科室、医务人员的意见、建议等

四、科主任负责本科出院患者的随访工作。首次随访在患者出院一周内完成，以后视病情和治疗需要进行随访。

各科出院患者随访记录本定点放置。对未按要求完成患者随访及随访率不达标者，按医院相关规定纳入科室质量裁决。

文件名称	高压氧治疗室工作制度				
文件编号	A05-ZD-136-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

高压氧治疗室工作制度

- 一、承担全院门急诊、住院病人的高压氧治疗任务。
- 二、承担本院的医疗、教学、科研等各项工作。
- 三、由院医学工程处负责氧舱设备安全管理和监督检查。
- 四、高度重视设备、病人的安全管理，制订安全管理制度。
- 五、高压氧工作场所需配备消防器材，定期检查。
- 六、高压氧治疗室工作场所内严禁吸烟。
- 七、高压氧治疗室工作人员未经许可不得进入高压氧治疗区和机房、氧气房等处。
- 八、爱护氧舱设备，不得随意搬动、拆卸或外借仪器设备。
- 九、严格遵守有关规章制度，坚守工作岗位，不做与操舱无关的事情。
- 十、保持氧舱厅室整洁安静，维持良好的工作环境。

文件名称	高压氧治疗室安全管理制度				
文件编号	A05-ZD-137-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

高压氧治疗室安全管理制度

- 一、贯彻执行国家相关法律法规及相关部门、行业的安全技术规程等。
- 二、在院领导和相关职能部门直接领导下开展各项安全管理工作。
- 三、由院设备管理部门负责氧舱设备安全管理和监督检查。
- 四、严格执行氧舱的购置验收、维护保养、检验、检定、修理改造、报废等有关规定。
- 五、及时向所在地市级监管部门报告氧舱的变更和年度检查中发现的问题以及处理措施等情况；
- 六、按规定对高压氧从业人员进行安全教育和业务培训、考核，持证上岗；
- 七、严格执行各级各类人员的岗位职责和氧舱的各项操作规程。
- 八、高压氧工作场所，如治疗厅室、氧气间、机房等，须备消防器材，并严禁吸烟。
- 九、科室设有安全员，定期检查更换消防器材与安全状况，及时消除隐患，确保科室各部位、氧舱各系统安全，应急通道畅通，标志明显。
- 十、全科工作人员按照火灾消防要求分工明确，定期演练并做纪录。
- 十一、爱护氧舱设备，不得随意搬动、拆卸或外借仪器设备。
- 十二、氧舱运行期间，工作人员不得擅离值守，不得进行氧舱设备的维修操作。
- 十三、保持高压氧舱治疗厅室整洁安静，禁止无关人员入内，维持良好的工作环境。

文件名称	高压氧治疗室独立操舱人员资质要求				
文件编号	A05-ZD-138-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

高压氧治疗室独立操舱人员资质要求

- 一、具有 1 年以上的临床医疗工作经验，并通过执业医师或职业护士资格考试。获得执业证书。
- 二、必须经过专业机构的专业培训学习，经考试取得合格证书，并具有卫生部门指定机构或技术监督部门颁发的上岗证。
- 三、在老师带教下进行操舱治疗至少 60 次，熟练掌握《高压氧舱操作规程》。
- 四、熟悉高压氧舱各系统的主要设备和装置的结构、性能及操作方法。
- 五、熟悉高压氧对人体各系统的生理影响以及可能发生的副作用和并发症。
- 六、熟练掌握《氧舱应急情况处理规则》。
- 七、熟练掌握《诊疗活动三级负责制度》。
- 八、具有高度的安全意识和责任感，自觉遵守各项规章制度和操作规程。
- 九、心肺复苏考核合格。

文件名称	高压氧治疗室人员准入标准				
文件编号	A05-ZD-139-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

高压氧治疗室人员准入标准

一、高压氧从业人员要具有良好的医德医风。

二、高压氧科从业医师要求高等院校临床医学专业专科及以上学历；护士要求护理专业中专及以上学历；技师要求机电专业中专及以上学历。

三、高压氧医护人员、操舱人员必须到卫生部门指定的培训中心接受培训，并取得上岗证方可上岗工作。

四、高压氧维护管理人员必须经国家质量技术监督局锅炉局认可的机构培训、考核，并取得资格证，方可上岗工作。

文件名称	高压氧治疗室医护人员资质要求				
文件编号	A05-ZD-140-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

高压氧治疗室医护人员资质要求

一、医师需具有1年以上的临床医疗工作经验，并通过执业医师资格考试，获得执业证书。护士需具有1年以上的临床护理工作经验，并通过执业护士资格考试，获得执业证书。

二、必须经过专业机构的培训学习，经考试取得合格证书，并具有卫生部门指定机构颁发的上岗证。

三、心肺复苏考核合格。

四、熟悉高压氧舱各系统的主要设备和装置的结构、性能及操作方法。

五、熟悉高压氧对人体各系统的生理影响以及可能发生的副作用和并发症。

六、医师需熟练掌握高压氧治疗的适应证、禁忌证、诊疗常规及治疗方案、医嘱制度等。护士需严格执行医嘱。

七、熟练掌握《氧舱应急情况处理规则》。

八、严格执行《诊疗活动三级负责制度》。

九、严格执行《氧舱安全操作规程》及各项规章制度。

文件名称	处理氧舱内紧急意外情况的措施和方案				
文件编号	A05-ZD-141-01			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

处理氧舱内紧急意外情况的措施和方案

一、氧舱内紧急意外情况的定义：

高压氧治疗过程中，氧舱出现突发性的、不可预料到、如处理不当会导致严重后果甚至危及病人生命的紧急情况。如：火情、呼吸心跳停止、停电等情况。

二、处理氧舱内紧急意外情况领导小组：

组 长：何士杰副院长

副组长：陈建华（医务处）、武尚峰（医学工程处）、于云翔（后勤保障处）、李勇（高压氧治疗室）、张钧（保卫处）、陈志国（急诊科）。

三、人员职责

（一）氧舱内紧急意外情况处置领导小组组长何士杰

负责全面指挥，调度各小组快速实施紧急救援方案；督导各小组做好善后工作，及时恢复正常工作，减少损失。

（二）通讯联络组组长：陈建华

负责向组长汇报情况；负责宣传教育工作，解除医护人员和患者的恐惧心理，稳定人员情绪，防止矛盾激化引发不安定事件；负责外来人员的接待工作。

（三）灭火组组长：张钧，副组长：李勇

负责组织扑灭舱内余火，组织、引导人员撤离危险场所。

（四）医疗救护组组长：陈志国

负责组织伤亡人员的安置、抢救、护理等工作。

（五）安全警戒组组长：张钧

负责事故现场的秩序维护和主要通道的疏导工作。

（六）物品保障组组长：于云翔



根据应急救援需要，保证物品器材供应。对水、电、气、暖的运行状况及时调整。

(七) 氧舱检查维修组组长：武尚峰

负责氧舱火灾后的检查和维修。

四、应急救援程序

当发生氧舱内紧急意外情况时，值班人员应在现场处置的同时，立即向科主任和医务处汇报，科主任应在第一时间赶到现场参加和指挥科室人员进行施救。医务处领导应立即向分管院长（组长）汇报；同时，通知氧舱事故救援各职能小组组长，赶到现场参加救援。各职能小组在救援过程中完成各自的职责任务。

文件名称	高压氧治疗室危重昏迷患者陪舱治疗制度				
文件编号	A05-ZD-142-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

高压氧治疗室危重昏迷患者陪舱治疗制度

一、对危重、昏迷及行动不便的病人及患儿必须进舱陪护。

二、加压前按进舱须知做好宣传解释工作及咽鼓管调压动作等。

三、备好必需药品、急救器材。

四、治疗过程中叮嘱并协助病人正确使用吸氧装置，指导病人按自然呼吸运动吸氧，避免过度深呼吸，并经常检查吸氧装置有无漏氧情况。

五、静脉输液宜用开放式输液瓶。如用密闭式输液，瓶内应插入长针头至液面以上，以保证瓶内外气压平衡，防止液体外溢和气栓发生。加减压时注意输液滴管内液面升降情况，并调整至适当水平。

六、治疗过程中严密观察病情，注意血压、脉搏、呼吸、意识状态等变化，按医疗操作常规完成预定护理、治疗计划。如有特殊情况应及时报告，正确处理。

七、减压时应将病人身上的各种引流管开放，以便引流通畅。

八、气管插管的气囊于加压后应注意调整松紧度，以防脱落；减压前应排气少许，以免减压时因气囊膨胀而压迫气管造成黏膜损伤。气管切开病人应予及时吸痰，保持呼吸道通畅。

九、减压时舱温下降，嘱病人穿、盖好衣被，以免着凉。

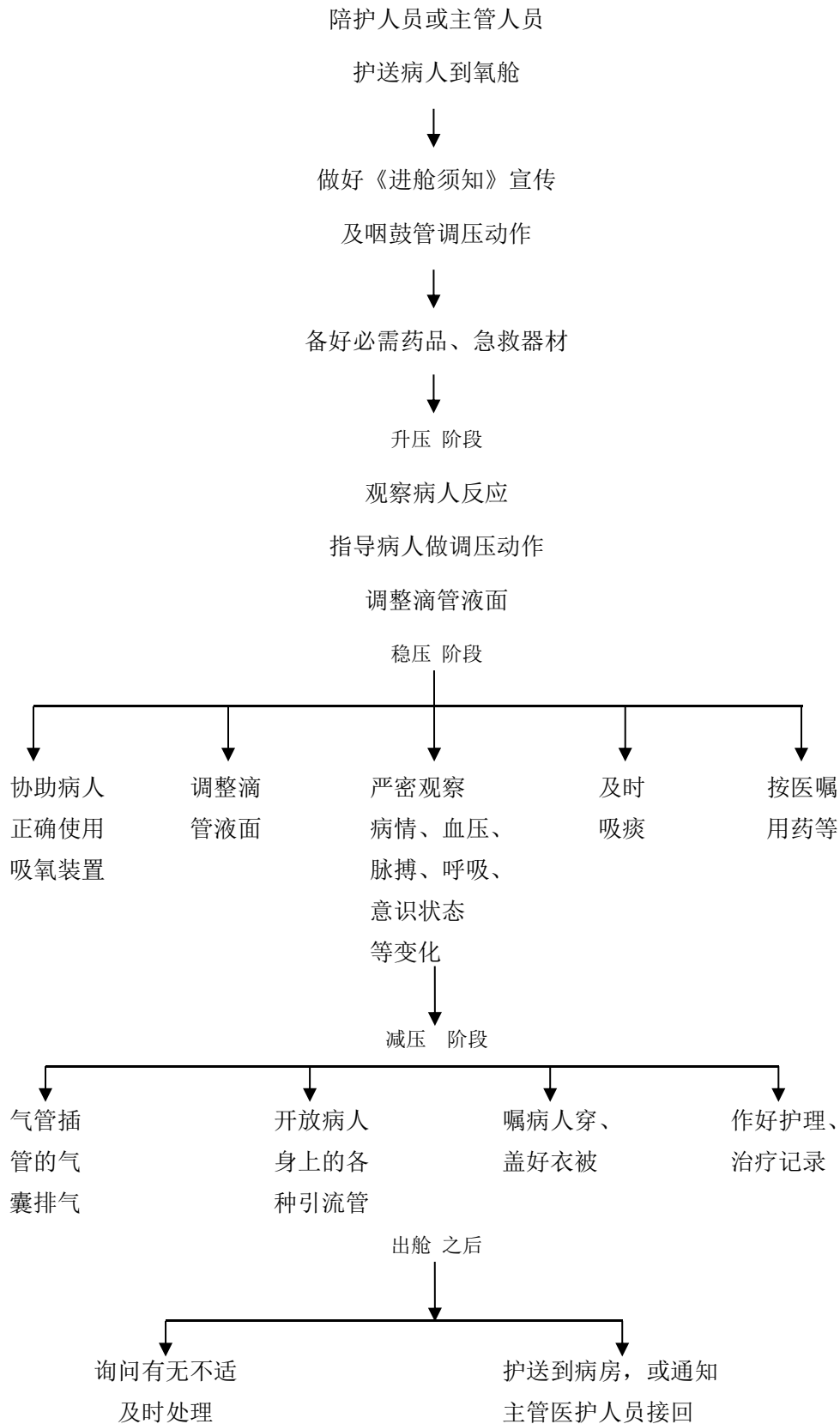
十、作好护理、治疗记录。

十一、病人出舱后应询问有无不适，及早发现并及时处理意外情况。

十二、将所陪护的病人护送到病房，或通知主管医护人员接回。



危重昏迷患者陪舱治疗流程



文件名称	高压氧治疗室控制氧浓度制度				
文件编号	A05-ZD-143-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

高压氧治疗室控制氧浓度制度

一、开舱之前检查供氧管道及阀门有无漏气，发现问题及时解决、并做好记录。

二、正确佩戴吸氧面罩，防止泄露。

三、严格执行操作规程，操舱人员应在岗在位、一丝不苟、认真操作。

四、严格执行治疗方案，控制压力——吸氧时程。

五、正确使用测氧仪，全程监控舱内的氧浓度，并将记录保留存档。

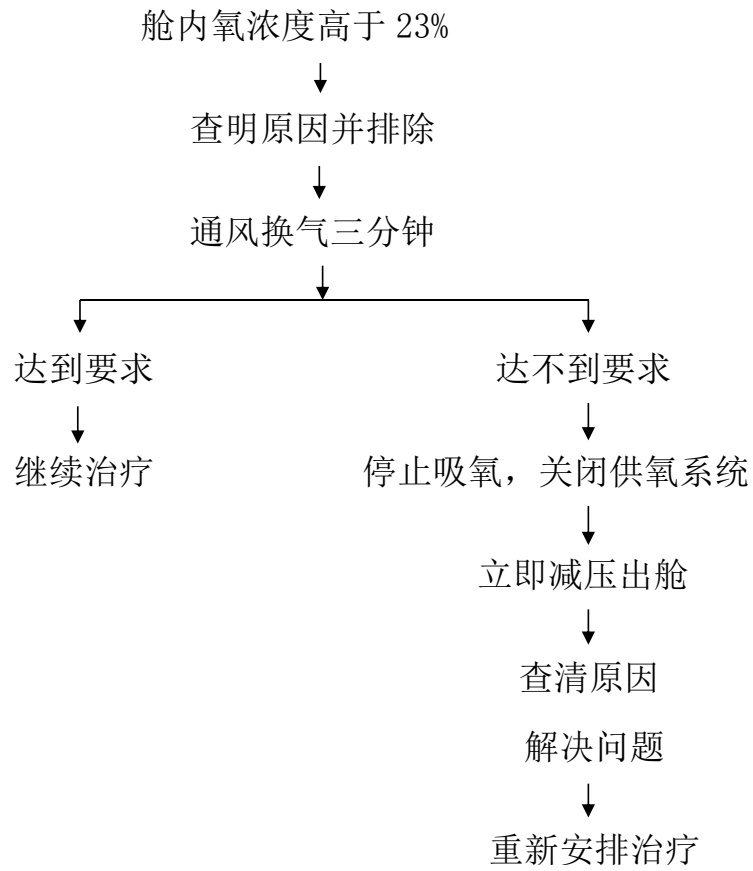
六、氧浓度增高过快应及时查明原因并针对排除。

七、空气加压舱内氧浓度必须控制在 23% 以下，超标时必须进行置换，置换 3 分钟后如达不到要求，应立即进行应对处理，必要时停止吸氧，关闭供氧系统，减压出舱，排除故障后重新安排患者治疗。

八、做好氧舱及配套设备的维修保养工作，确保氧舱全部仪器仪表设备均处于良好状态，消除隐患。



控制氧浓度的流程



文件名称	空气加压氧舱治疗患者进舱告知制度				
文件编号	A05-ZD-144-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

空气加压氧舱治疗患者进舱告知制度

一、患者必须经高压氧专科医生检查同意并签署知情同意书后凭卡治疗，按指定的时间准时到达。

二、严禁将火种（如：打火机、火柴、电子产品及可能导致静电火花的材料或玩具等）及易燃、易爆、有毒、有害、易挥发物品（如汽油、油脂、发胶、含易燃制剂的喷雾剂等）带入舱内。

三、勿将手表、钢笔、真空杯等与治疗无关的物品带入舱内。

四、治疗期间不宜吃易产气类及有异味的食物，如豆制品、葱、蒜等。

五、进舱治疗前应主动、如实报告身体状况（如感冒、病情变化、服药等情况），并排空大、小便。

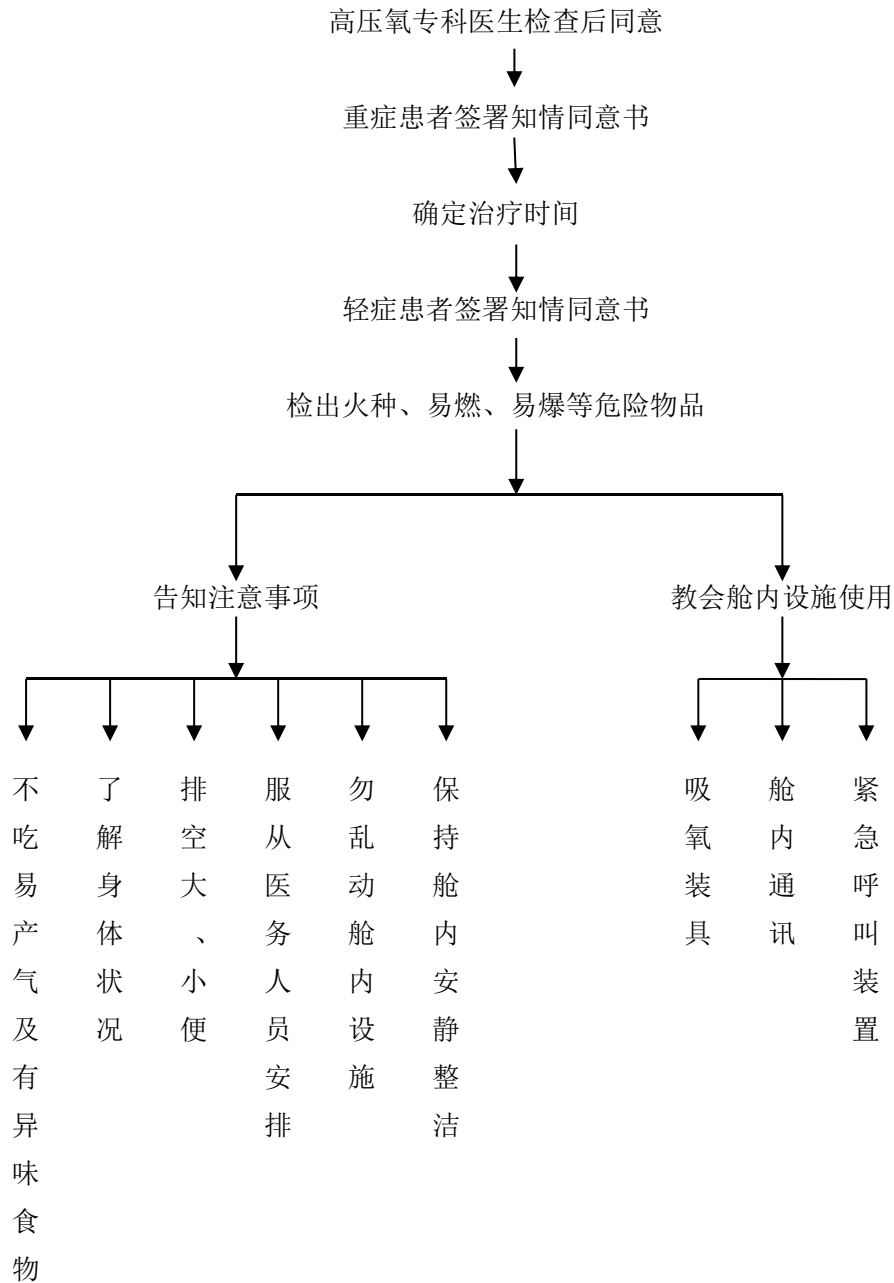
六、进舱治疗全过程必须服从医务人员的指导和安排，感觉不适或发现患者病情变化时应及时报告医务人员，服从指导及处置。

七、正确使用紧急呼叫装置。爱护舱内设施，切勿随意乱动，以免发生意外。

八、保持舱内安静整洁。



《进舱须知》告知流程



文件名称	高压氧治疗室诊疗活动三级负责制度				
文件编号	A05-ZD-145-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

高压氧治疗室诊疗活动三级负责制度

一、高压氧治疗室执行主任 - 医师 - 护士（技术员）三级负责制度。

二、主任负责全面的质量管理工作。检查指导下级人员的各项工作质量；听取下级人员的意见，解决医疗护理问题；进行疑难危重病人的会诊、查房、抢救等，确定诊断及治疗计划。

三、医师负责初诊和会诊病人，按规定时间书写病例、病程记录，确定是否为高压氧治疗适应症，排除禁忌症，拟订高压氧治疗方案；每次治疗前、中、后都要认真观察患者的病情变化、及时处理；对疑难危重病人要及时向主任汇报，会诊前准备好病历等相关资料，做好病情、查房记录；做为或协助操舱人员进行操舱治疗工作。

四、护士负责按医师的医嘱进行操舱治疗工作、危重患者陪护治疗工作，治疗时要认真观察患者的病情变化、发现异常及时向医师汇报，并按医嘱及时处理；负责氧舱清洁、消毒、急救药品和器具的准备和检查更新等工作。

五、氧舱工程技术员服从科主任的领导。负责氧舱的维护保养、定期检验等工作，保证氧舱安全运行；工作中发现问题要及时向主任汇报，做好工作记录和氧舱资料保管，同时可负责操舱治疗工作。

文件名称	高压氧治疗室心理护理工作制度				
文件编号	A05-ZD-146-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

高压氧治疗室心理护理工作制度

目的：高压氧治疗有其特殊性，治疗环境为高压密闭空间，许多患者治疗前会有紧张、焦虑、恐惧等情绪变化。因此需要进行心理护理。心理护理就是有针对性的心理疏导，安抚患者情绪，提供心理支持，与患者建立信任关系，使患者在良好的精神状态下进行治疗，促进患者的身心康复。具体执行时应遵循以下原则：

- 一、心理护理工作主要由操舱人员负责。
- 二、心理护理工作应贯穿于高压氧治疗护理的全过程。
- 三、尊重患者人格，不伤害患者的自尊心。
- 四、以热情、和蔼、真诚的态度，文明礼貌的语言对待患者，营造和谐护患关系。
- 五、对敏感、紧张、有精神症状及老幼患者要加强心理护理。
- 六、告知患者空气加压氧舱治疗的安全性。
- 七、坚守岗位，密切观察、经常询问，及时妥善处理患者的问题，缓解患者紧张、焦虑等情绪，给患者安全感。

文件名称	高压氧舱维护人员资质要求				
文件编号	A05-ZD-147-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

高压氧舱维护人员资质要求

- 一、从事医疗设备维修工作时间 1 年以上。
- 二、必须经过专业机构的专业培训学习，取得合格证书，并具有技术监督部门颁发的上岗证。
- 三、熟练掌握设备的结构、性质和工作原理。
- 四、具有高度的安全意识和责任感，自觉遵守各项规章制度和操作规程。
- 五、及时完成《氧舱工程技术人员职责》，保证氧舱安全运行。

文件名称	氧舱设备保养与维修制度				
文件编号	A05-ZD-148-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

氧舱设备保养与维修制度

一、日常保养制度

- (一) 保证各舱室正常开舱使用所必备的条件。
- (二) 保证氧舱各附属系统设备正常运行所必备的条件。
- (三) 保证压缩空气系统和供氧系统所规定的压力值及储气量。
- (四) 定期对动力机械系统进行必要的保养，添加或更换润滑油，对制冷剂不足的空调装置应及时添加。
- (五) 操作人员应严守岗位，随时巡视设备运行情况。
- (六) 设法排除氧舱及附属设备在运行中出现的一般性故障。
- (七) 对储气罐、油水分离器、空气过滤器、空气冷凝器等定期进行排污处理。
- (八) 开机及停机时应检查各阀门开关位置是否正确。对氧舱应急排气阀手柄应经常拉动检查。
- (九) 经常擦拭设备以保持清洁，不得留有油污及水滴。
- (十) 各种仪表应按期送检。
- (十一) 做好日常维护记录及每班工作记录。
- (十二) 医院应对氧舱设备出现的故障及时进行保养维修，保证氧舱的正常安全运行。

二、维修工作制度

- (一) 维修工作要尽量保持设备的完整性。安装时，要注意清除异物；安装后，注意检查有无漏装、错装，特别要注意电气设备的正确接线。
- (二) 维修时，带电设备一定要先断开电源，并挂上警示标志，以防他人合闸。带电作业时，除选用例行的安全工具外，并由一人监护，一人工作。
- (三) 拆卸压力容器时，要先行卸压，防止伤人事故。加压系统需维修时，必须在患者

出舱后，方可进行。

（四）机器设备安装完毕后，须反复试机。试机前，应清理好场地；试机时，要有专业人员在场，大修后的空气压缩机须进行磨合运行。

（五）机器设备大检修时，对维修或更换的器材、零件及改换的项目等，应详细记录，作为本单位高压氧治疗设备的技术档案资料妥善保管。

文件名称	康复医学科工作制度				
文件编号	A05-ZD-149-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

康复医学科工作制度

一、康复医学科所有人员要严格遵守医疗质量和安全核心制度。科室实行科主任负责制，由护士长配合，负责科室全面工作。

二、康复医学科所有员工在院领导及科主任的领导下，遵守医院及科室的各项规章制度；执行医院的休假、请假、劳务工资发放制度；按时上下班，不准擅自离岗，不准做与工作无关的事情。

三、科室工作每月有质控会、总结、计划，加强科室各组之间的协作。对康复医学科住院患者定期召开由医师、治疗师、护士参加的康复评定会议，定期评估患者功能改变和残存的问题，针对存在的问题修改治疗方案。

四、病房实行三级医师查房制度：三级医师每周至少查房2次；二级医师每周至少查房3次；一级医师工作日每天至少查房2次，休息日每天至少查房1次，休息日也可由值班医师代查。

五、康复医学科各级医师要严格遵循各级岗位职责，进行康复诊疗工作。康复医师担任住院病区值班、管理病人、书写病历、会诊等工作，要严格按照核心工作制度执行。值班医师遇有患者特殊病情变化，要及时向上级医师汇报，直至科主任，严防医疗事故发生。会诊医师在规定时间内完成会诊，对需要康复的患者，要与主管医师协商制定康复治疗方

六、康复治疗师严格按照医嘱执行，如有疑问，应向康复医师询问，了解清楚后再行治疗，每次治疗前，应进行必要的查对及检查。康复治疗师在对患者首次治疗时，应与患者进行沟通，告知患者治疗期间的权利与义务。康复治疗师对患者的功能状况进行定期评估，做好详细记录，以确定患者问题、制定治疗方案。在治疗过程中密切观察、了解患者的情况，并根据评定结果及时调整治疗方案并向患者交代注意事项。

七、行针灸治疗时，要严格无菌操作，按规定使用一次性无菌针灸针，防止交叉感染；凡留针治疗者，术者不得离开岗位。取针时注意防止漏针、断针；遇有晕针、断针、滞针、出血患者，按应急预案流程处理。

八、护士长负责住院病区管理，保持病区整洁、卫生、规范化，为病人创造一个舒适安静的治疗环境。

九、坚持业务学习，定期组织业务交流，积极开展新技术、新业务，以患者为本，不断提高科室工作人员的业务水平。

十、加强安全意识，定期检查、维修、保养仪器，消除各种安全隐患。定期组织对突发事件应急预案的学习和演练。各组、各治疗室出现意外事故，按医院奖惩条例，追究当事人、责任人的责任。

十一、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，尊重患者知情权，保护好患者的隐私。

文件名称	康复医学科住院患者康复治疗的相关规定				
文件编号	A05-ZD-150-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

康复医学科住院患者康复治疗的相关规定

一、由医师、康复治疗师、护士共同对患者进行入院评定，与患者及家属共同制定康复目标、康复计划。

二、主管医师负责协调整个医疗诊治过程（包括在必要时请其它临床医生会诊），与患者及其家属相互沟通，调整治疗方案，向患者及家属说明康复计划、康复目标及预后预测。让患者或其授权委托人签署康复治疗知情同意书。

三、护士对患者进行全面护理评价，包括生命体征、营养情况、吞咽情况、膀胱直肠功能、压疮风险、肺栓塞风险等，帮助处理患者各方面的护理情况。

四、医师、康复治疗师共同向患者及家属说明治疗的内容、训练目的、禁忌等，对患者实施治疗前确认患者病情及所承受能力。由康复治疗师对患者实施治疗。

五、医师、康复治疗师、护士对入院患者在1-2周内进行中期评定，共同评价康复治疗效果。

六、治疗过程中对患者的康复治疗效果、舒适程度、愿望与意见等项目进行评价。

七、对将出院或转诊的患者进行出院评定，提供出院后或转诊后康复训练方案。

八、医师、康复治疗师、护士均可对患者的无效康复训练提出中止建议，经科室讨论后可中止无效康复训练。

九、神经内科、神经外科患者按早期康复介入要求，按照巡诊相关要求实施评估、治疗。

十、其他科室住院患者需康复治疗者，由该科主管医师发出会诊，我科康复医师接到会诊后在规定时间内进行会诊、评估患者，与该科主管医师共同商定治疗计划/方案，由我科康复治疗师实施康复治疗。

文件名称	全科医学工作制度				
文件编号	A05-ZD-151-02		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

全科医学科工作制度

一、全科医学科病房

(一) 实行科主任负责制，在院长领导下，由科护士长配合，对科室实行全面管理，完成病房诊疗、科研、教学等各项工作任务。

(二) 科主任或副主任每日查房一次，除检查指导工作外，重点检查新病人、疑难危重病人的诊治工作，并组织全科医生对疑难病例进行讨论。特别是危重病例科主任随时组织抢救，必要时向上级汇报，组织全院性会诊或抢救。

(三) 主治医师每日带领下级医师查房一次。主持或指导住院医师对病员进行诊治，有困难时请上级医师查房指导。

(四) 住院医师每日早晨、下午各查房一次。值班时，晚餐后加查房一次，直接诊治病人和书写各种医疗文件，向主治医师报告，请主治医师指导自己困难的技术操作。

(五) 全体医护人员均需严格遵守院内和各项规章制度，廉洁行医，坚守岗位，全心全意为病员服务，杜绝各种失职和差错事故。

(六) 他科请会诊，严格按医院会诊制度执行，会诊班医师在24小时内前往，急会诊随时前往，遇有疑难病例，及时上报请示科主任。

(七) 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。

(八) 护士长负责病区管理，达到整洁，卫生规范化，为病人创造一个舒适、干净的治疗环境。

二、全科医学科门诊

(一) 设立全科诊室，门外有醒目的标志。

(二) 全科诊室的工作应由具有执业医师资质的全科医师或持有全科岗位培训合格证书



的医师担任。教学门诊工作应由具有全科师资资质人员担任。

(三) 门诊医师应对病人的健康状况进行全面整体的检查和评估, 准确记载于门诊病历。

(四) 不能确诊的病人应及时请上级医师会诊。对需要其他科室会诊及转诊的病人, 认真填写会诊单, 协助转诊至其他科室。

(五) 全科医师应根据病人具体情况, 有针对性地进行健康指导。

(六) 发现确诊或疑似传染病病人, 及时做好诊治、疫情报告、消毒、隔离及转运工作。

(七) 全科诊室应有相对独立的单人诊区, 私密性良好的诊疗环境, 严格消毒, 防止交叉感染, 保持清洁整齐。

文件名称	中医科工作制度				
文件编号	A05-ZD-152-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

中医科工作制度

- 一、严格遵守医院各项规章制度和操作规程。
- 二、中医应以健康发掘，整理提高祖国医学遗产为宗旨，积极提高中医诊疗工作。
- 三、按照中医理论进行辨证论治，突出中医特点。根据理法方药的原则，进行诊疗活动。
- 四、在弘扬中医特长的同时，有选择的吸收西医的成功经验，不断探索中西医结合新思路。
- 五、中医师要向患者或家属说明中药饮片的煎药方法、服药时间及服药期间饮食禁忌。
- 六、按照中药君臣佐使组方原则开具处方，中药具体到克，特殊用药要在处方上标明，处方签全名。
- 七、院外处方不能转抄，只能作为参考。
- 八、中医师未见患者，未诊查患者一律不得开处方。
- 九、积极采取民间土、验、单方进行整理、筛选、验证，对确有疗效的要推广应用。

文件名称	发热门诊工作制度				
文件编号	A05-ZD-153-02		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

发热门诊工作制度

一、恪守职业道德，弘扬人道主义精神，依法执业，以严谨的工作作风、优良的专业技术，做好发热门诊工作。

二、坚持门诊首诊负责制。对发热病人，详细询问有无传染病接触史，做初步流行病学调查，进行体格检查，查血常规、胸部影像、特异性诊断项目等检查，作出初步诊断。

三、对疑似或确诊的传染病病人，按照相关管理规定在第一时间将病人转至隔离留观病房（或转至传染病医院）治疗。

四、认真做好就诊登记，严格执行疫情报告制度，一旦发现可疑或确诊传染病病人，及时向医院防保处、医务处报告。

五、对疑难、危重、不能及时确诊的病人，及时组织相关学科会诊，保证诊疗质量。

六、医护人员需认真填写门诊工作日志、传染病登记，及时书写门诊病历及医学观察记录等医疗文件。

七、医务人员须做好个人防护，严格执行消毒隔离制度及手卫生制度，规范进行环境、设备、用具、医用废物及病人排泄物的消毒处理等工作。

八、对候诊、就诊及医学观察病人进行管理，开展健康知识及传染病法规宣教等工作。

文件名称	感染性疾病科工作制度				
文件编号	A05-ZD-154-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

感染性疾病科工作制度

一、建立健全各项规章制度，并确保其真正得以落实。

二、定期对科室工作人员进行有关传染病防治知识的培训，培训内容包括传染病防治的法律、法规及专业知识，如流行动态、诊断、治疗、预防、职业暴露的预防和处理等。

三、对科室工作人员定期考核，考核合格后方可上岗。

四、对病人进行传染病甄别，并采取及时、正确的救治措施。

五、认真执行消毒隔离制度。科室布局、分区合理，人流、物流合理，所有物品、区域的标识与标志明确、清楚。保持室内清洁卫生，洁、污物品分开放置。

六、严格按照《医院感染管理规范》和《消毒技术规范》对感染性疾病科的设施、设备、医用物品等进行消毒。工作人员在感染性疾病科工作区采取标准预防措施；医护人员每诊疗、护理一个病人和接触污染物品后，应严格按照手卫生规范及时进行手的清洗和 / 或消毒；必要时戴手套。感染性疾病科工作人员应为就诊的呼吸道发热病人提供口罩。

七、严格执行《医疗废物管理条例》，认真做好医疗废物的分类收集、登记、转运、处理等工作。

八、认真贯彻执行《传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》，指定专人负责传染病报告工作。感染性疾病科医务人员必须了解、掌握传染病病种及分类、不同传染病的报告时限和内容要求，及时、准确报告传染病。要及时将传染病报告卡和传染病信息报预防保健处或医院总值班室，并与医院感染管理科沟通。必要时，可直接向所在卫生行政部门和疾病预防控制机构报告。对排除传染病的，要及时修正报告。

九、与疾病预防控制机构密切配合，开展有关传染病的宣传教育工作。

十、医院要为工作人员提供必要的工作条件，配备必要的防护物品，尽量防止和避免职业暴露，一旦发生职业暴露，能立即采取补救措施。

文件名称	生殖医学科生殖医学伦理委员会工作制度				
文件编号	A05-ZD-155-02		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

生殖医学科生殖医学伦理委员会工作制度

一、会议制度

(一) 生殖医学伦理委员会每年召开 1 ~ 2 次全体会议，遇有特殊情况，临时召开全体会议，及时讨论决定。

(二) 会议内容为：

1. 组织学习生殖伦理方面的知识，相关政策和法律法规；
2. 研究论证涉及伦理方面的病例，决定是否实施有关生殖技术手术；
3. 汇报工作，分析形势，提出新任务。

(三) 会议由主任委员主持，主任委员因事不能到会时，指定一名委员主持。

(四) 会议召开提前三天由主持人将开会的时间、地点和内容通知各委员，以便做好准备，准时到会。

(五) 各委员接到开会通知后，要安排好工作，应尽量到会，如因特殊情况不能参加会议的，须向主持人请假。

(六) 指定秘书为会议记录员，将会议召开的时间、地点、到会人员情况、会议内容及讨论决定问题的情况，详细记录在卷并形成会议的纪要。

二、监督指导制度

(一) 生殖医学伦理委员会与生殖医学科是指导与被指导，监督与被监督的关系，伦理委员会对生殖医学科实施人类辅助生殖技术全过程进行监督，及时提供有效的指导。

(二) 伦理委员会监督的重点是：在实施人类辅助生殖技术方面，是否有利于患者；是否知情同意；是否保护后代；是否维护社会公益；是否保密及是否有商业化行为；是否严格掌握人类辅助生殖技术适应证并排除禁忌证；是否严格避免了以多胎妊娠为目的使用促排卵药物的行为；是否按照卫计委规定的“每周期移植胚胎总数不得超过 3 个，其中 35 岁以下

妇女第一次助孕周期移植胚胎数不得超过 2 个”。伦理委员会与生殖医学科的医护人员经常保持联系，必要时与疑难病患者保持联系。委员深入实际，认真调查研究，了解实施人类辅助生殖技术的情况，及时发现和纠正涉及政策法规、医学伦理方面的问题。

（三）委员中的医护人员应结合自己的工作进行监督，对申请实施辅助生殖技术的患者，依据规定认真审核有关情况，对违反伦理原则的，要坚持依法办事，拒绝提供辅助生殖技术服务，并做好解释工作。

三、宣传教育制度

（一）生殖医学伦理宣传教育，是伦理委员会一项重要任务，要不失时机地开展这方面的宣传教育工作，使医护人员和就诊患者提高医学伦理知识，增强执行各项生殖伦理原则的自觉性。

（二）经常组织医护人员学习有关文件，使之熟记生殖医学伦理原则，同时，要利用墙报、宣传专栏等形式进行伦理宣传教育，使患者了解有关生殖伦理知识。

（三）委员结合工作实际，应用典型案例，消除患者顾虑，自觉遵守各项伦理原则。

四、咨询和论证制度

（一）伦理委员会结合辅助生殖技术工作开展伦理咨询服务，及时回答医、患人员提出的伦理问题，开展对辅助生殖技术伦理问题的讨论、分析和论证，及时解决工作中遇到的伦理问题。

（二）一般伦理问题，由委员中的伦理专家负责解答，及时提供咨询服务。重大疑难伦理问题，由主任委员召开全体委员会议进行集体讨论和论证并以伦理委员会名义做出解答。

（三）对重大疑难伦理问题进行讨论决定前，由主任委员指定一名委员为经办人，负责审查病案材料及有关情况，收集有关伦理方面的文件依据，拟出汇报提纲，做好讨论的准备工作，以保证会议的质量和效果。

（四）讨论决定重大疑难伦理问题应有三分之二的委员参加，否则应推迟举行。

（五）讨论决定伦理问题时，先由经办的委员汇报有关情况，提供有关文件依据，提出初步处理意见，由委员们进行集体讨论和评估，委员们就实施某次辅助生殖技术是否违反伦理原则，是否损害患者及其后代的利益，是否给社会造成负担等重要问题发表个人意见，由主任委员做概括性发言，最后进行表决。

（六）讨论决定伦理问题，实行少数服从多数的原则，多数人的意见为结论意见，但少



数人的意见必须记录在卷。如果人数相等，由主任委员作出裁决。讨论结果，由主持人通知生殖医学科执行。

文件名称	血液透析室工作制度				
文件编号	A05-ZD-156-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

血液透析室工作制度

- 一、以“患者至上”为宗旨，热忱为患者服务，不断提高服务质量。
- 二、医务人员要认真履行岗位职责，坚守工作岗位。
- 三、医护人员要严格按照医疗原则及技术操作规程开展工作。
- 四、医师要严格掌握血液净化治疗的适应症、禁忌症，积极收治病人、组织血液透析治疗的实施和对危重病人的抢救。
- 五、医师在透析前后要认真检查病人并做好医疗文件的书写。
- 六、护士要严格执行查对制度，完成当日护理工作后须认真复查，并做好次日的工作准备，发现问题及时报告。
- 七、定期检查急救器材、药品，保证抢救工作正常进行。
- 八、积极开展新技术、新项目，并做到有准备、有指征、有把握。加强学术交流，开展科研工作，不断提高专业水平。
- 九、加强进修生的管理和培养，指定专人教学，保证工作质量及带教质量。
- 十、做好安全生产相关的各项工作。

文件名称	导管室工作制度				
文件编号	A05-ZD-157-04			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

导管室工作制度

一、导管室作为全院介入科室手术平台，24小时为全院介入科室提供诊疗服务。在科主任领导下开展日常介入诊疗工作。

二、严格控制导管室内人员的数量，进入导管室的工作人员必须穿好工作服，换鞋入内，进入手术间需戴好帽子、口罩。凡进入导管室的参观人员，必须严格遵守导管室的《手术参观制度》，不得随意喧哗、走动。

三、导管室护士负责手术的配合工作：

（一）了解介入科手术操作方案及步骤，准备术中全部手术器械，导管及附件等；

（二）准备必要的药物及造影剂等，配合手术医生进行抢救工作；术中做好患者生命体征监护工作。

（三）负责术后手术器械、导管清洗、整理和消毒。

四、各工作人员职责明确，严格执行各项规章制度和操作规程。

五、导管室手术间内一切物品、仪器、药物等应分类，固定位置放置，专人保管，定期检查维护保养，以保证使用，及时补充，毒麻药品需加锁双人保管。

六、导管室手术间内保持整洁，清洁工具分区使用、手术间每日湿式打扫两次，介入术前空气消毒机消毒1小时后开始手术。每季度空气培养一次（含空气、物表、使用中消毒液、工作人员的手等）。

七、无菌物与非无菌物品分开放置，标识清晰。严格执行医院消毒隔离制度及无菌物品存放制度。

八、做好X线防护，工作人员进入机房上台工作时须穿好铅衣，戴好铅围脖，铅眼镜，认真贯彻执行放射防护条例。定期监测所剂量牌，定期体检，同时做好患者的X线防护。

九、手术时严格认真，不得闲谈，手术过程中严格执行查对制度，对一切口头医嘱护士

须经复述，核对后方可执行，使用剧毒麻醉药及静脉用药时须经两人核对。操作时严格遵守无菌操作规程。

十、手术过程中严密观察病人情况，随时报告医生，集中精力注意手术进展情况，及时地供应所需物品，配合手术顺利进行。

十一、做好介入术后整理工作，一次性介入物品及导管按医疗废物管理规定进行毁型、销毁登记。术后做好手术间内物表的清洁消毒工作。

十二、手术预约严格遵守导管室《手术预约制度》，因故变动者，应事前与导管室联系。急症手术由值班医生通知导管室。如急诊手术与常规手术发生冲突时，优先安排急症手术。

十三、详细记录患者姓名、性别、年龄、住院号、临床诊断及造影诊断。记录术中用药，用导管情况以及所发生的特殊情况。术后登记，保管好患者各种造影资料。

十四、做好科室各种培训及应急演练，为日常实际工作打好基础。

文件名称	膀胱镜室工作制度				
文件编号	A05-ZD-158-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

膀胱镜室工作制度

- 一、凡进膀胱镜室人员，必须按规定着工作服，戴口罩、帽子，更换拖鞋或穿鞋套。
- 二、膀胱镜室必须保持卫生，无灰尘，一律采用湿性打扫，不准会客，不准高声喧哗，禁止吸烟。
- 三、凡是做膀胱镜检查的病人，应由医生逐项填写申请单，各项操作前必须查对姓名、年龄，注意有无禁忌症，并谈话、签字。
- 四、膀胱镜检查预约时，要向病人详细交待检查日期和注意事项，并指导病人携带已有的病案材料，以便参考。
- 五、非本室人员未经科主任允许不得使用本室仪器，使用时须严格按照说明书规定操作，未弄清楚前不得随意使用，均应建立使用方法，履历卡机故障排除纪录。
- 六、爱护仪器设备，每次用完后必须清洗干净，妥善保管仪器，按规定进行维护，急救药品、器械必须随时做好准备，以便及时取用；所有器械、用物必须随时检查，保证在有效期内，及时修理补充。
- 七、严格无菌操作，遵守操作规程，掌握医院感染诊断标准，操作力求做到快、准、轻，确保医疗安全，严防医疗事故的发生。
- 八、镜检后要及时做好记录，填写膀胱镜检查记录单和必要的病理申请单，送往病理科；认真做好登记将全部资料归档，妥善保存。
- 九、发现医院感染病例，及时上报，查找感染源、感染途径，控制蔓延，积极治疗病人。
- 十、使用过的膀胱镜及时清点，进行初步清洗，及时送消毒供应室消毒。
- 十一、每日工作完毕打扫卫生，做好垃圾分类，物品放置整齐。
- 十二、从事膀胱镜检查工作人员必须有医师操作资质，参加预防、控制医院感染知识的培训。

十三、常规仪器设备每日用 75% 酒精擦拭，操作后及时清洁。地面、桌面用 500mg/L 的含氯消毒液擦拭。

文件名称	膀胱镜室消毒隔离制度				
文件编号	A05-ZD-159-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

膀胱镜室消毒隔离制度

一、医务人员必须应严格遵守标准预防原则。按要求选择适宜的防护用品，认真执行手卫生规范。

二、多重耐药菌感染者或定植患者，严格执行接触性隔离措施。设备应专人专用或一用一消毒。

三、布局合理，三区划分明确，洁污分开，标识清晰。环境清洁干燥，无卫生死角，配备无接触手卫生设施。

四、空气消毒：采用紫外线照射，每日1小时，并做好登记。

五、物表、地面每日湿式清扫1-2次。被患者血液、体液、呕吐物、排泄物等污染时先用吸附材料清洁污物，再用含氯消毒剂消毒。

六、一次性使用物品一人一用一换，不得重复使用。

七、重复性使用的医疗器械按照先清洗再消毒灭菌的程序运行。

八、特殊感染病人用过的膀胱镜应先消毒，再常规清洗消毒。进行膀胱镜诊治前需对病人进行乙肝表面抗原（HBsAg）等过筛检查，必要时进行抗-HCV等过筛检查。HBsAg阳性者，已知特殊感染患者或非特异结肠炎患者等，应用安排在每日检查的最后。用后的膀胱镜及配件应立即去污染、清洁，清除管道中的血液及活检孔和抽吸孔内的残留组织，洗净的膀胱镜应沥干水份后送供应室进行消毒。HBsAg阳性病人和其他特殊感染病人用过的膀胱镜应先消毒，再常规清洗消毒。

九、膀胱镜室内直接接触患者的仪器设备，每位患者使用后立即消毒，未与患者接触的部分每日清洁消毒1-2次。公用设备一用一消毒。

十、肿瘤病人用过的膀胱镜应先常规清洗、消毒，再用毛刷刷洗，75%酒精消毒。

十一、应做好膀胱镜清洗灭菌的登记工作。登记内容：患者姓名、清洗时间、消毒时间

及操作人员姓名。

十二、膀胱镜室内物品表面用 500 毫克 / 升含氯消毒液每日擦拭一次，室内各种仪器表面用 75% 的酒精每日擦拭一次。传染病或者特殊病原体感染使用 2000 毫克 / 升含氯消毒剂消毒，作用时间大于 30 分钟。含氯消毒剂配置后使用时间不超过 24 小时，使用前用试纸检测浓度。

十三、每季做空气细菌培养、物表、台面细菌培养。

文件名称	体外碎石室工作制度				
文件编号	A05-ZD-160-01		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

体外碎石室工作制度

一、碎石室工作人员在泌尿外科主任的领导下工作，严格执行医院的各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故。

二、对需要体外冲击波碎石的患者，碎石前医师应详细了解病情，完善各种检查，严格掌握适应症和禁忌症，方可准备碎石。

三、认真填写患者登记表和碎石记录单。将治疗过程中可能出现的意外情况向患者或法定代理人进行告知，并签署碎石治疗同意书后方可实施。

四、碎石过程中应密切注意观察病人的反应和机器运行情况，发现异常应及时做出相应的处理，并报告上级领导。

五、碎石结束后，由碎石医师耐心交代注意事项，写好碎石记录。

六、按照医疗器械使用管理规定，定期对机器进行维护和保养。熟悉机器的性能，严格执行操作规程操作，发现故障即时排除。

七、保持室内清洁卫生，要做到经常清洁，定时消毒，室内严禁吸烟、会客、饮食等。

文件名称	健康体检中心工作制度				
文件编号	A05-ZD-161-04		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

健康体检中心工作制度

一、在院长、主管院长领导下，实行科主任负责制。

二、严格遵守医德规范，坚持以体检者为中心，不断提高体检质量和服务质量。

三、围绕医院中心工作，不断地改进体检流程，科学增加检查新项目。在工作中敢于创新。

四、坚持开展继续教育，提高全员素质。制定全员职业教育计划，组织实施，并考核计分，计入工作评价表。

五、各检查室应保持整洁、安静，每天工作前后均要进行卫生打扫和整理。

六、建立各岗位职责、操作规范、检查程序，并严格遵守。

七、建立健全报告审核制度，坚持体检报告三级审核，以保证发出的各项检查报告和汇总报告无误。新毕业人员需经培训、考核合格后，才能具有签发报告权，对未能独立工作的初级人员和进修实习人员所写的报告，应由带教老师审核后共同签发，并由带教老师负责。

八、健全登记统计制度，对各项工作的数量进行登记和统计，填写表格要完整、准确，妥善保管。各部门在月底和年终做出各项统计结果，向科主任报告。

九、向体检者宣教标本采集方法，说明相关的注意事项。对不符合检验要求的标本，不得接收，并说明原因和采集要求，建议重新采集。

十、定期检查各种仪器设备质量、性能、试剂的质量并定期对测试系统进行校准。定期修订操作手册，以使检查技术不断标准化和规范化。

十一、建立质量管理小组，全面做好质量保证工作，并制定质量工作手册。

十二、建立监督检查制度，重视信息反馈，切实抓好制度的执行和完善工作。

十三、在工作过程中，一定要注意保护体检者的个人隐私，如违反规定，引起不良后果，给与责任人严肃处理。

十四、坚持做好健康促进工作，经常向广大公众宣传健康的理念，倡导健康生活方式，



改变不良的生活习惯，促进公众身体健康，更好地为社会服务。经常组织多种形式的健康宣教活动。

文件名称	妇儿院区医疗质量与安全保障指导意见				
文件编号	A05-ZD-162-02		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

妇儿院区医疗质量与安全保障指导意见

为保障妇儿院区医疗质量、患者安全、运行效率的持续改进，针对妇儿院区与主院区院区间工作运行可能面临的急诊和特殊医疗情况，特制定本指导意见。

一、指导原则

以国家法律法规、医疗质量安全核心制度为依据，践行“以患者为中心”的服务理念，遵循“患者安全至上”的基本原则，根据妇儿院区与主院区院区间工作运行可能面临的不同情况，对急诊和特殊医疗情况实施分类管理。

二、管理内容及要点

(一) 涉及来主院区就诊的急诊妇产科及儿科患者的管理。

1. 急诊妇儿患者的管理：

(1) 院前急救：

① “120 指挥平台” 建立妇儿患者病情预判评价机制，对于非急危重症患者，向患者建议直接至妇儿院区就诊。

②对急危重症患者，及时与妇儿院区相应科室联系，规范完成院前往诊工作。特殊情况时，由急诊科值班负责人决定邀请妇产科或儿科医生同时参与院前往诊，并负责通知相关人员。相关医务人员可自行搭乘交通工具往诊。

(2) 院内急救：对于自行来主院区就诊的妇产科及儿科患者，急诊科对患者做初步处置及评估，并根据患者病情及时联系妇儿院区医护人员到主院区做进一步救治。对需要在院本部实施急诊手术的危重患者实施如下管理：

①急诊科负责完成书写急诊病历、邀请会诊、术前准备、向手术室转运患者、协助办理住院手续等工作。

②相关专业科室及时到位，保证患者救治质量和安全。

③根据实际情况，患者术后转入重症医学科一病区或其他专业科室，术后平稳后转回妇儿院区继续治疗。

无需在院本部实施紧急处置的患者，由急诊科视患者病情，予以指导、引导或将患者及时转运至妇儿院区就诊。

2. 主院区住院妇儿患者急会诊管理：

(1) 主院区住院女性患者涉及妇产科专业的急会诊，由患者收治科室发出会诊邀请，妇产科在会诊规定的时限内在急诊科指定诊室内完成。

(2) 主院区住院儿童患者的儿科会诊按会诊制度要求完成。

(二) 妇儿院区危重患者的管理。

1. 妇儿院区危重症患者的急诊会诊，通常由医务处组织实施，紧急情况下由临床科室负责人组织。

2. 转诊管理：

(1) 经医务处组织急会诊，患者病情具备转诊指征和转运条件，各专业科室服从医务处转诊安排。

(2) 经医务处组织急会诊，需要在妇儿院区继续治疗，由医务处协调医务人员、调配呼吸机等必要设备及药品，重症医学科等相关科室服从医务处安排。重症医学科医师在妇儿院区抢救危重症患者实行 24 小时值班制，具体管理细则另行制定。

3. 主院区专业科室至妇儿院区急会诊管理：一般情况下，由主院区专业科室主任或副主任完成会诊。特殊情况下，由主院区专业科室主任或副主任指定具有副主任医师职称以上资质人员或高年资主治医师完成会诊工作，切实保障会诊工作质量。

4. 急诊辅助检查管理：

(1) 根据危重患者病情需要，拟到主院区进行非常规急诊辅助检查，由患者所在科室主任同意，主管医师与相关医技科室进行急诊检查预约，并呼叫“120 指挥平台”安排救护车支援，必要时请急救中心或其他相关专业科室协助，切实保证转运中、检查中的患者安全。

(2) 医技科室根据妇儿院区急诊检查诊疗需要，合理调配相关工作，切实保证妇儿院区急诊检查及时顺利进行。

(三) 妇儿院区与主院区正常工作时间会诊管理。

此种情况是指在正常工作时间内，妇产科、儿科医师前往主院区会诊，或主院区各临床

科室前往妇儿院区会诊，按相关会诊制度要求完成。

（四）其他急诊及特殊情况的医疗管理：

相关专业科室根据工作需要，完善相关工作制度和流程，由医务处审批后执行。

三、附则

（一）本指导意见相关绩效管理另行制定。

（二）本指导意见试行期限 1 年。

（三）本指导意见由医务处负责解释。

具体工作制度见《承德市中心医院妇儿院区工作制度及文件汇编》

文件名称	急危重症妇儿患者主院区住院管理规定				
文件编号	A05-ZD-163-02			发布部门	医务处
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

急危重症妇儿患者主院区住院管理规定

为进一步加强主院区自行就诊危重症妇儿患者急诊住院管理，保障医疗质量和患者安全，特制定本管理规定。

一、对自行到主院区就诊的妇产科及儿科危重患者，急诊科需对患者迅速作出初步病情评估及紧急救治，负责书写急诊病历并及时邀请专科医师会诊。

二、对病情危重不宜或不能转至妇儿院区需在主院区立即住院的患者（主院区有专科收治科室的患者除外），急诊科首诊医师负责开具住院通知单，将患者收入急诊科住院病房。

三、急诊科医师负责下达住院基础诊疗医嘱及抢救医嘱，负责书写急诊科住院病历、首次病程、病程记录、病情告知等医疗文书。专科医师到达急诊科后与急诊科医师协同完成进一步诊疗。急诊科护理组负责执行医嘱。

四、如患者需在主院区紧急实施手术，医院为专科医师下达急诊科病房医嘱授权，专科医师与急诊科医师协同下达术前及手术医嘱。急诊科护理组完成所有医嘱的执行（重点包括急诊抽血化验、术前准备、及时抽取交叉配血标本等）。

五、专科医师负责通知手术室、麻醉科，联系专科所需手术人员，确保手术及时实施。

六、急诊科医护人员负责向手术室转运患者。专科医师协助患者的转运。

七、急诊科负责手术过程中患者所需血液制品的请血工作（包括下达请血医嘱、签署输血同意书、向输血科提交规范的请血申请单及交叉配血标本等）。

八、专科医师负责完成专科记录、术前小结、术前讨论、术前术者查房、术前病情告知与知情签字、手术记录、转科记录（从急诊入院到出院由同一专科持续管理者，不需书写转科记录）等医疗文书。

九、术后由手术医师及麻醉医师共同提出患者收治病区建议，由术者或术者科室主任确定并负责联系具体收治病区。根据患者术后整体病情及可收治病区床位等情况，可分别将患

者收治在重症医学科一病区、急诊科住院病房及专科病区。患者病情平稳后转回妇儿院区继续治疗。

术后无需继续在主院区救治者，由急诊科提供转运车辆，手术科室与急诊科协商确定陪送医护人员，将患者转运至妇儿院区。

十、接收术后患者的病房要保障特殊患者的环境需求，保护患者隐私，避免交叉感染。

十一、相关科室须及时规范书写医疗文件，保证病历书写的环节质量，出院病案质量由出院科室负责。

十二、需做好多科室协作，保证全过程诊疗质量，实现患者安全。

文件名称	妇儿院区门诊、急诊发热患者管理办法				
文件编号	A05-ZD-164-02		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

妇儿院区门诊、急诊发热患者管理办法

一、指导思想

依据国家卫健委《新型冠状病毒肺炎防控方案》、《新型冠状病毒肺炎诊疗方案》、河北省卫健委新型冠状病毒肺炎疫情防控期间儿童管理指导意见（试行）、《新型冠状病毒肺炎疫情防控期间孕产妇管理指导意见》等，结合我院实际，为进一步加强妇儿院区和主院区一体化管理，做好“新型冠状病毒肺炎”防控期间妇儿院区发热患者管理工作，特制定本管理办法。

二、成立妇儿院区门诊、急诊发热患者管理领导小组（以下简称“领导小组”）

（一）领导小组人员组成

组 长：刘建伟

副组长：陈建华 杨松梅

成 员：张艳利 刘有为 李晓颖 王兰英 关 艳 申 英

刘 晓 华 曹 丽 娟 李 涛 李 文 张 国 良 石 秀 霞 周 景 霞

（二）领导小组工作职责：

1. 负责妇儿院区门诊、急诊发热患者管理工作的总体指挥、指导及决策工作。
2. 制定妇儿院区门诊、急诊发热患者管理办法并督导落实。

三、管理流程要点

（一）严格落实预检分诊制度

以妇儿院区门诊办公室、医疗服务办公室为责任主体，严格落实预检分诊制度。对来院人员进行体温检测、流行病学史询问，对发热、有呼吸道症状和（或）具有流行病学史患者进行登记并规范分诊。

（二）严格执行首诊负责制

门诊首诊医师以流行病学史询问、体温测量为重点规范诊查。对具有流行病学史、发热和（或）呼吸道症状的患者，根据患者病情实施分类处置。

1. 疑似或确诊“新型冠状病毒肺炎”患者管理

依据《妇儿院区收治“新型冠状病毒肺炎”孕产妇工作方案（试行）》规定执行。

2. 急危重症患者的管理

（1）首诊医师在做好患者现场应急处置的同时，及时汇报科室主任（或副主任）。

（2）科室主任（或副主任）根据现场情况，邀请相关专业科室急会诊，并汇报领导小组副组长（必要时汇报组长）。

（3）领导小组组长或副组长（或指定人员）到达现场，依据疫情防控相关要求指导现场处置。

（4）患者病情具备转运指征时，由救护车将患者转运至主院区指定科室的隔离区域（或隔离病房），相关专业科室做好护送工作。

（5）主院区相关临床科室依据河北省卫健委《关于进一步加强急危重症发热患者管理的通知》要求及我院急危重症患者发热患者管理流程，规范实施诊治（流程图附后）。

3. 非急危重症患者的管理

（1）首诊医师指导患者至主院区发热门诊就诊。

（2）主院区发热门诊依据国家卫健委《新型冠状病毒肺炎诊疗方案》等规范完成诊疗工作。

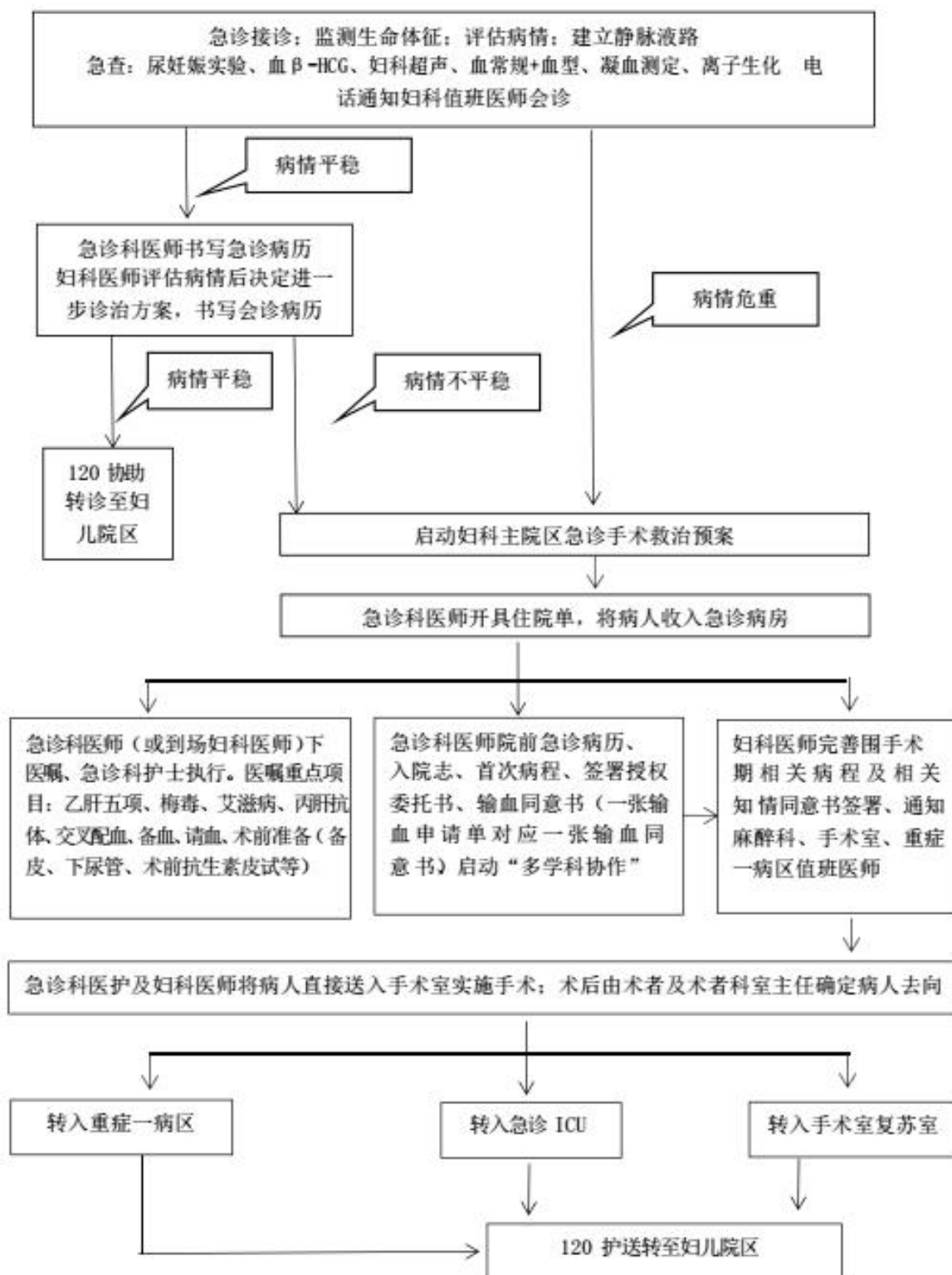
四、附责

本管理办法自印发之日起执行，由医务处、防保处负责解释。

附：主院区急诊危重妇科病人救治流程图



承德市中心医院主院区急诊危重妇科病人救治流程图



文件名称	新型冠状病毒肺炎疫情防控期间急危重症发热患者管理办法				
文件编号	A05-ZD-165-02		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

新型冠状病毒肺炎疫情防控期间 急危重症发热患者管理办法

一、指导思想

依据国家卫健委《新型冠状病毒肺炎防控方案》、《新型冠状病毒肺炎诊疗方案》、河北省卫健委新型冠状病毒肺炎疫情防控期间儿童管理指导意见（试行）、河北省卫健委《关于进一步加强急危重症发热患者管理的通知》等，结合我院实际，遵循“以人为本，生命优先”的原则，为做好新型冠状病毒肺炎疫情防控期间急危重症发热患者管理，保障医疗质量和患者安全，特制定本管理办法。

二、适用患者范围

本管理办法适用于主动脉夹层、消化道大出血、急性心肌梗死、重症创伤、严重急腹症、脑血管意外等急危重症发热患者。

三、成立新型冠状病毒肺炎疫情防控期间急危重症发热患者管理领导小组（以下简称“领导小组”）

（一）领导小组人员组成

组 长：刘建伟 何士杰

副组长：陈建华

成 员：杨松梅 张艳利 刘有为 李晓颖 党国义 陈贵艳 陈治国 高君武
景卫革 张秀义 勾建强 石秀霞 周景霞 张学东 李 涛 李 文
申 英 李秀娟 周 江 朱海暴 刘晓华 曹丽娟 胡 杰 张承民
武焕颖 李晓峰 金宝城 陈望军 刘东波 高福洋 王 翔 孙国良
项征剑 郑 义 王 洪 刘庆祥 姜 浩 李 莹 李翠芹

（二）领导小组工作职责：



1. 负责新型冠状病毒肺炎疫情防控期间急危重症患者管理的总体指挥、指导及决策工作。
2. 制定新型冠状病毒肺炎疫情防控期间急危重症患者管理办法并督导落实。

四、管理流程要点

严格落实首诊负责制。首诊医师对是否具有流行病学史、发热和（或）呼吸道症状的患者，根据首诊院区、患者病情，对患者实施分类处置。

（一）主院区急危重症发热患者管理

1. 有明确流行病学史、不排除新型冠状病毒感染的急危重症发热患者管理。

（1）首诊医师在做好患者现场应急处置的同时，及时汇报科室主任（或副主任）。

（2）科室主任（或副主任）到达现场，综合评估患者病情，请医院防控技术专家组成员急会诊，并汇报领导小组副组长（必要时汇报组长）。

（3）领导小组组长或副组长（或指定人员）到达现场，依据河北省卫健委《关于进一步加强急危重症发热患者管理的通知》相关要求，结合医院防控技术专家组成员会诊意见，将患者转运至指定科室的隔离区域（或隔离病房）。优先、及时完善新型冠状病毒核酸检测、血常规、胸部 CT 等检验检查，规范实施诊治。

（4）依据患者病情、新型冠状病毒核酸检测、胸部 CT 结果等，及时制定转科、向定点医院救治医院转院等措施。

（5）不能转运需紧急手术的患者，由防保处依据相关指南，指导医务人员及患者做相应级别的院感防护，安排在隔离负压手术室实施紧急手术。

（6）术后将患者安置在隔离区域（或隔离病房），待病情允许后转运至指定收治医院。

2. 无流行病学史、考虑发热与原发疾病相关的急危重症患者管理。

（1）首诊医师在做好患者现场应急处置的同时，上报科室主任，并邀请发热门诊、呼吸内科副主任医师及以上人员和（或）医院防控技术专家组成员中至少一人急会诊，协助诊查。

（2）患者病情允许情况下，入院前必须完善血常规、胸部 CT（患者病情危重需紧急手术、临床可除外新冠病毒感染的病例可暂缓胸部 CT 检查）等辅助检查，经会诊基本除外新型冠状病毒感染后，填写排查表并及时办理住院手续，并于入院当日进行新型冠状病毒核酸检测。

（二）妇儿急危重症发热患者管理

1. 患者在妇儿院区就诊，首诊医师经诊查患者，考虑为新型冠状病毒肺炎疑似或确诊病例，依据《妇儿院区收治“新型冠状病毒肺炎”孕产妇工作方案（试行）》（承市医字（

2020〕9号）规定处置。

2. 患者在妇儿院区就诊，首诊医师在做好患者现场应急处置的同时，上报科室主任，并邀请呼吸内科副主任医师及以上人员和（或）医院防控技术专家组成员中至少一人急会诊，协助诊查。经会诊基本除外新型冠状病毒感染后，参照“主院区急危重症发热患者管理”相关程序在妇儿院区规范实施诊疗。

如患者需要在主院区实施手术、完善胸部 CT 检查、在主院区相关专业科室住院治疗等情况时，由救护车将患者转运至主院区，相关专业科室做好护送工作。

3. 对在主院区就诊需急诊手术的妇儿患者的管理，参照《急危重症妇儿患者主院区住院管理补充规定》执行。

文件名称	妇儿院区收治“新型冠状病毒肺炎”孕产妇工作方案				
文件编号	A05-ZD-166-02		发布部门	医务处	
审核人	陈建华	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

妇儿院区收治“新型冠状病毒肺炎”孕产妇工作方案

一、指导思想

依据国务院《关于加强新型冠状病毒肺炎疫情防控期孕产妇疾病救治与安全助产工作的通知》、国家卫健委《新型冠状病毒感染的肺炎防控方案》、《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》、河北省卫健委《新型冠状病毒肺炎疫情防控期间孕产妇管理指导意见》、中国医师协会及中华医学会《妊娠期与产褥期新型冠状病毒感染专家建议》等，结合我院实际，为做好“新型冠状病毒肺炎”孕产妇救治工作，特制定本方案。

二、成立“新型冠状病毒肺炎”孕产妇救治领导小组（以下简称“领导小组”）

组 长：刘建伟 何士杰

副组长：陈建华

成 员：张艳利 杨松梅 刘有为 李晓颖 王兰英 于云翔 关 艳 孟令成
申 英 刘晓华 李 文 李志敏 胡 杰 张承民 景卫革 陈治国
郑 义 姜 浩 李 莹

工作职责：

1. 负责“新型冠状病毒肺炎”孕产妇救治工作的总体指挥、指导及决策工作。
2. 制定妇儿院区收治“新型冠状病毒肺炎”孕产妇管理办法并督导落实。

三、设置隔离区域

根据“新型冠状病毒肺炎”孕产妇救治相关要求和标准，结合我院妇儿院区建筑设计布局等情况，隔离区域设置于妇儿院区四楼（妇科 401、402、403、404 病室），隔离病房分为孕产妇隔离病房和新生儿隔离病房，房间数量根据收治患者数量实施动态调整。

四、隔离区域收治患者范围及医疗救治要点

（一）收治范围：市属医疗机构疑似或确诊的“新型冠状病毒肺炎”待产孕产妇。

（二）医疗救治要点：

1. 依据“新型冠状病毒肺炎”孕产妇救治指导性意见，对患者予以规范救治。以医务处为责任主体，定期向市健委汇报患者救治情况。

2. 原则上，终止妊娠采取剖宫产的方式进行，以最大限度保障妇儿院区防控安全。

3. 隔离患者所有的检验项目必须在做好标本生物安全防护基础上送主院区检验科生物安全实验室完成，急诊科负责必要的车辆及医务人员协助。

五、隔离区域的启动

（一）启动情况：

1. 市卫健委工作指令性启动。

2. 我院收治疑似或确诊“新型冠状病毒肺炎”待产孕产妇。

（二）启动人：领导小组组长或副组长。

（三）启动流程要点：

1. 调配医务人员：依据河北省卫健委《新型冠状病毒肺炎疫情防控期间孕产妇管理指导意见》，对隔离区域的医务人员实施统一调配，调配工作安排如下：

（1）医生：以医务处为责任主体，依据孕产妇实际情况，对妇科、产科、新生儿科、重症医学科等科室医师进行统一调配。

（2）护士：以护理部为责任主体，统一调配。

（3）医辅人员：以医疗服务办公室、妇儿院区综合管理办公室为责任主体，统一调配。

2. 转运隔离区域原有患者：以医务处处长、护理部主任为管理主体，依据妇科患者数量及病情，指导及协调隔离区域原有住院患者向妇科非隔离区域、产科、主院区相关临床科室进行转运。

3. 完善隔离区域启用前场地准备：以防保处为责任主体，依据《新型冠状病毒感染的肺炎防控方案》相关标准，落实妇儿院区场地、通道设置、防控设施配置等疫情防控工作。

4. 防控综合保障：根据医院疫情防控工作要求，妇儿院区综合服务办公室、物资采购中心、后勤保障处、安全保卫处、组宣处、妇儿院区食堂等处（室）做好必要的保障工作。

六、其它

以医务处、护理部、感控处、妇儿院区综合管理办公室为责任主体，在妇儿院区隔离区域启动前，对医护人员、医辅人员进行防控知识、技能强化培训，并进行情景模式下的演练，以切实保障预案启动后的工作质量和安全。

十四、投诉、纠纷管理

文件名称	医患关系办公室工作制度				
文件编号	A06-ZD-001-04		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医患关系办公室工作制度

一、医患关系办公室工作人员要耐心细致的听取患者及家属的投诉。详细记录，将医疗投诉（纠纷）的处理程序告知投诉人，尽量做好安抚工作。

二、对医疗投诉（纠纷），客观调查，协调讨论研究，拟定解决方案。

三、客观公正，做好沟通解释，协调处理医疗投诉（纠纷）工作。

四、处理赔偿的医疗投诉（纠纷），应当遵循公平、公正、及时的原则，实事求是，依法依规处理。

五、重大纠纷和赔偿纠纷严格按程序处理及上报，掌握处理的最佳时机，尽量避免事态扩大。

六、努力学习处理纠纷的相关法律、法规和医疗业务知识。

七、及时总结经验教训、分析评价，持续改进工作。

八、本制度自下发之日起执行，2020年8月印发的《医患关系办公室工作制度》（GZZD-YHB-0001）同时废止。

文件名称	《医院投诉管理办法》实施细则				
文件编号	A06-ZD-002-04		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

《医院投诉管理办法》实施细则

为加强我院投诉管理，规范投诉处理程序，维护正常医疗秩序，保护医患双方合法权益，根据原卫生部、国家中医药管理局制定的《医院投诉管理办法（试行）》之规定，特制定我院《医院投诉管理办法》实施细则。

一、本实施细则所称投诉，主要是指患者及其家属等有关人员（以下统称投诉人）对医院提供的医疗、护理服务及环境设施等不满意，以来信、来电、来访等方式向医院反映问题，提出意见和要求的行为。

二、医院投诉的接待、处理工作应当贯彻“以病人为中心”的理念，遵循合法、公正、及时、便民的原则。

三、医院接待医疗投诉的主管职能部门是医患关系办公室。主要履行以下职责：

（一）统一受理全院的各类投诉，热情接待投诉人，认真听取其陈述，做好相关记录，初步做好解释疏导工作，实行“首诉负责制”；

（二）详细记录患者及家属的姓名、单位、住所、通讯方式等，负责接受其书面投诉意见。经核实属于医疗投诉的继续由医患关系办公室负责；经核实属于其他服务类投诉的，按投诉内容移交相关科（处）室处理，医患关系办公室协助；

（三）调查、核实投诉事项，提出处理意见并及时答复投诉人；

（四）负责组织、协调相关职能处室，受理职权范围内的投诉；

（五）定期或不定期汇总、分析投诉信息，提出加强与改进工作的意见或建议，及时反馈给相关科室进行整改。

四、投诉途径与渠道

（一）投诉地址：双桥区广仁大街路北11号承德市中心医院行政办公区1楼医患关系办公室 邮编：067000

(二) 投诉邮箱: yihuanbanwanglimin@126.com

(三) 投诉电话: 0314-2039677 0314-2026112

五、受理投诉条件

(一) 投诉者必须是到我院诊疗或工作关系过程中, 因自己的合法权益直接受到侵害的本人和(或)法定代理人;

(二) 有明确的被投诉者或科室, 有事实依据和明确的具体诉求;

(三) 投诉者应有文字材料, 或本人口述由受理部门记录, 经投诉人确认后可作为投诉材料。电话方式投诉的, 投诉人应报真实姓名、联系地址、通讯方式等, 受理科室应做好记录。

六、投诉处理

(一) 医院投诉接待实行“首诉负责制”。投诉人向有关部门、科室投诉的, 被投诉部门、科室的工作人员应当予以热情接待, 对于能够当场协调处理的, 应当尽量当场协调解决; 对于无法当场协调处理的, 接待的部门或科室应当主动引导投诉人到医患关系办公室投诉。

(二) 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《患者投诉登记表》(见附件患者投诉登记表), 如实记录投诉人反映的情况, 并经投诉人签字(或盖章)确认。

(三) 投诉接待人员应当耐心细致地做好解释工作, 稳定投诉人情绪, 避免矛盾激化。

(四) 医患关系办公室接到投诉后, 应当及时向当事部门、科室和相关人员了解、核实情况, 并可采取院内医疗质量安全评估等方式, 在查清事实、分清责任的基础上提出处理意见, 并反馈投诉人, 当事部门、科室和相关人员应当予以积极配合。

(五) 对于涉及医疗质量安全、可能危及患者健康的投诉, 按照医院制定的医疗投诉(纠纷)及接待处理流程进行处理。涉及医疗事故、医疗损害争议的, 应当告知投诉人按照《民法典》《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗事故处理条例》等法律法规, 通过医疗事故技术鉴定、司法医学鉴定、调解、诉讼等途径解决, 并做好解释疏导工作。

1. 对于其它方面的投诉, 投诉管理人员应按其投诉性质交办相关职能部门及时处理。如当时能查明情况的, 应立即处理。

2. 对于情况较复杂, 需调查、核实的投诉事项, 一般应当于5个工作日内向投诉人反馈相关处理情况或处理意见。

3. 对于投诉涉及多个科室或投诉事项复杂疑难等, 需组织、协调相关部门共同研究的投

诉事项，应当于 10 个工作日内向投诉人反馈处理情况或处理意见。

七、属于下列情形之一的投诉，投诉接待部门应当向投诉人说明情况，告知相关处理规定：

- （一）投诉人已就投诉事项向人民法院起诉的；
- （二）投诉人已就投诉事项向信访部门反映并作出处理的；
- （三）没有明确的投诉对象和具体事实的；
- （四）已经依法立案侦查的治安案件、刑事案件；
- （五）其他不属于投诉管理部门职权范围的投诉。

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

九、将投诉管理纳入医院质量安全管理体系，逐步建立投诉信息上报系统及处理反馈机制。

（一）医患关系办公室应当定期或不定期对投诉情况进行归纳分类和分析研究，发现医院管理、医疗质量的薄弱环节，提出改进意见或建议，督促相关部门、科室及时整改。

（二）定期或不定期召开投诉分析会议，分析产生投诉的原因，针对突出问题提出改进方案，并加强督促落实。

十、医院工作人员有权对医院管理、服务等各项工作进行内部投诉，提出意见、建议，医院及投诉管理等有关部门应当予以重视，并及时依相关规定接待、处理、反馈。

临床一线工作人员，对于发现的药品、医疗器械、水、电、气等医疗质量安全保障方面的问题，有责任向投诉管理办公室（医患关系办公室）或者有关职能部门反映，投诉管理等有关部门应当及时处理、反馈。

十一、建立健全投诉档案，立卷归档，留档备查。要求具有：1. 投诉人基本信息；2. 投诉事项及相关证明材料；3. 调查、处理及反馈情况；4. 其他与投诉事项有关的材料。

十二、按照《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）做好重大医疗过失行为和医疗事故报告的工作。

十三、未按照本实施细则规定开展投诉管理工作，导致发生严重群体性事件的，按照《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗事故处理条例》等的有关规定给予处理，同时要追究有关部门负责人的领导责任。

十四、对于在医院投诉管理中表现优秀，有效预防重大群体性事件发生的科室及有关人员，应当予以表扬并纳入绩效管理。

十五、本制度自下发之日起执行，2020年8月印发的《医院投诉管理办法》实施细则（GZZD-YHB-0003）同时废止。

- 附件：1. 医院投诉登记表
2. 病历资料、实物封存程序

附件 1

医院投诉登记表

投诉形式： 来电 来访 来信 其他

投诉人姓名		与患者关系	
患者姓名		患者性别	
患者年龄		住院 / 门诊号	
投诉时间		被投诉科室 / 人员	
联系电话		住院（或就诊）时间	
地址 / 单位			
简要情况： <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 记录人： 记录时间： 投诉人签字： </div>			
当事科室、当事人意见（含汲取教训情况）：			
处理结果（含赔偿情况：）			
当事科室、当事人处理情况：			
医院改进工作情况：			
备注：			

附件 2

病历资料、实物封存程序

医患双方因诊疗活动引发争议，患者或家属要求封存病历资料和（或）现场实物时，依据《医疗事故处理条例》《医疗纠纷预防和处理条例》等相关规定，特按照以下程序执行：

一、封存病历资料

（一）运行病历

1. 发生医疗纠纷，患方申请封存病历资料的，科室值班医师应立即上报科主任或护士长，科主任上报医务处、医患关系办公室。

2. 医务处或医患关系办公室接到上报后，安排科主任（或副主任）与科室医师携带病历资料共同至病案管理科与患方封存病历，科室主任（或副主任）代表医院。医务处或医患关系办公室见证病历资料封存的全过程。

3. 封存完毕，当事科室医师将原始病历资料带回科室。

（二）归档病历

病历资料已归档至病案管理科，患方要求封存病历资料的，由医务处或医患关系办公室同病案管理科与患方共同完成病历资料的封存。

（三）病案管理科按病历资料封存的相关管理规定在医患双方共同在场的情况下进行封存。

（四）病案管理科清点病历资料页数并将病历资料封存；在其封面上注明患者姓名、年龄、性别、病案号、科室、页数、封存时间；医患双方在封面上共同签字。

（五）封存的病历资料由病案管理科保存。

二、现场实物封存

1. 疑似输液、输血、注射、用药等引起不良后果，患方申请封存现场实物的，科室值班医师应立即上报科主任或护士长，科主任上报医务处、医患关系办公室。

2. 医务处、医患关系办公室根据患方申请封存实物的内容，通知护理部（护理相关）、输血科（血液相关）、药剂科（药品相关）、检验科（化验相关）、物资采购中心（医疗器械相关）等科（处）室参加封存。在医患双方共同在场的情况下，立即对输液器、注射器、残存的药液、血液、药物以及服药使用的器皿等现场实物进行封存。



3. 封存时应严格按照无菌技术规范操作，防止再次污染。需要同时封存的还有同批同类物品，便于检验时做对照检验。

4. 疑似输血引起的不良后果，需要对血液进行封存保留的，除通知输血科外，还应当通知提供该血液的血站派员到场。

5. 封存后的实物由有利于实物保存的科室予以保管。需要检验的，应当由医患双方共同委托依法具有检验资格的检验机构进行检验。医患双方无法共同委托的，由上级卫生行政部门指定。

三、患方申请封存病历资料和（或）现场实物的，非正常上班时间科室值班医师与医院总值班及科主任联系。总值班根据患方的要求通知相关科（处）室人员参加。

文件名称	首诉负责制度				
文件编号	A06-ZD-003-01		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

首诉负责制度

为了强化医院对患者的责任意识，进一步增强服务意识和提高服务质量，有效缓解医患之间的矛盾，在医患之间建立起诚信机制，树立和维护医院在患者心目中所应有的形象，根据原卫生部《医院投诉管理办法（试行）》有关要求，结合我院工作实际，制定本制度。

一、全院各科（处）室均有责任受理患者及家属和群众来信、来访、来电和其他邮件等反映医院医德医风、医疗服务质量、医疗服务收费、服务态度、院务公开、医患关系、医院环境等方面问题的投诉。

二、凡在工作职责和业务范围内，第一个受理患者及家属投诉的科主任或其他负责人，为首诉负责人。首诉负责人应及时报告或移交主管投诉的医患关系办公室处理或在医患关系办公室协调指导下处理。

三、投诉人向有关科（处）室投诉时，受理投诉的科（处）室，应予以热情接待，认真听取投诉人意见，如实填写《投诉登记本》，耐心细致的做好解释工作，稳定投诉者的情绪，避免矛盾激化。

四、所投诉事项属于首诉负责人所在科（处）室办理的，首诉负责人要负责全程办理相关事项。对于不属于受理人所在科（处）室业务内的，首诉负责人不得推诿，应当主动引导投诉人到医患关系办公室，并做好书面记录。

五、正常工作时间，各科（处）室主任或医患关系办公室予以接待和处理。夜间、节假日及其它非正常工作时间，由医院总值班予以接待和处理。

六、医院投诉接待工作实行“首诉负责制”，首诉负责制的基本要求：

（一）首诉负责人对待投诉人要热情接待，耐心细致，用语文明，实事求是，对于能够当场协调解决的，尽量当场协调解决，并做好书面记录，并将投诉处理情况报告医患关系办公室。



（二）对于涉及多个科室，问题较复杂，无法当场协调解决的，首诉负责人主动引导投诉人向医患关系办公室投诉；投诉人不想到医患关系办公室投诉的，首诉负责人做好解释疏导工作和投诉记录，并及时将投诉意见转至医患关系办公室，配合医患关系办公室做好投诉处理后续工作。

文件名称	医院投诉管理制度				
文件编号	A06-ZD-004-01		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医院投诉管理制度

为加强医院投诉管理，预防和妥善处理医疗纠纷，规范投诉处理程序，改善医疗服务，保障医疗安全和医患双方合法权益，维护正常医疗秩序，根据《医疗纠纷预防和处理条例》《信访条例》《医疗机构投诉管理办法》等法律法规的有关规定，制定本制度。

一、本制度所称投诉，主要是指：

（一）患者及其家属等有关人员（以下统称投诉人）对医院提供的医疗、护理服务及环境设施等不满意，以来信、来电、来访等方式向医院、卫生行政主管部门、政府信访部门、承德市 12345 市民服务热线等反映情况，提出意见、建议或者投诉请求，医院进行调查、处理和结果反馈的投诉事项。

（二）医院内部职工（以下简称投诉人）以来信、来电、来访等方式对医院或科室及个人在医疗、服务、管理及环境设施等方面存在的问题提出意见和要求、反映情况的投诉事项。

二、医院投诉处理实行“首诉负责制”，严格落实“第一发生地”和“第一责任人”管理。

患者向有关部门、科室投诉的，接待投诉的部门、科室工作人员应当热情接待，对于能够当场协调处理的，应当当场协调解决；对于无法当场协调处理的，接待部门或者科室应当主动将患者引导到医患关系办公室，不得推诿、搪塞。

严禁有关部门、科室诱导患者投诉，激化医患矛盾。

三、医院投诉的接待、处理工作应当贯彻“以患者为中心”的理念，遵循合法、公正、及时、便民的原则。

在医院显著位置公布医院投诉处理程序、地点、接待时间和联系方式。

工作日正常工作时间由医患关系办公室负责医院投诉接待处理；工作日非正常工作时间、周末及节假日由医院总值班负责医院投诉接待处理。

四、投诉接待人员应当认真听取患者意见，耐心细致地做好解释工作，避免矛盾激化；

应当核实相关信息，如实记录患者反映的情况，及时留存书面投诉材料，保证体现投诉处理全过程。

患者应当依法文明表达意见和要求，向医患关系办公室提供真实、准确的投诉相关资料，配合调查和询问，不得扰乱正常医疗秩序，不得有违法犯罪行为。

单次投诉人员数量原则上不超过 5 人。超过 5 人的，应当推选代表集中反映诉求。

五、医患关系办公室受理投诉后，能够当时协调解决的，当时解决，并做好记录。当时无法协调解决的，将医院投诉反馈被投诉科室及（或）主管职能处室，一般事件应当在收到投诉之日起 5 个工作日内进行调查核实，被投诉科室与医患关系办公室共同回复患者；特殊事件或遇到情况较复杂，需组织、协调相关科室、部门共同研究的，被投诉科室应当在收到投诉之日起 10 个工作日与医患关系办公室共同回复患者。

六、涉及医疗质量安全、可能危及患者健康的，应当立即采取积极措施，避免或者减轻对患者身体健康的损害，防止损害扩大，同时应当告知投诉人按照《民法典》《医疗纠纷预防和处置办法》《医疗事故处理条例》等法律法规的相关规定，通过医疗事故技术鉴定、司法鉴定、调解、诉讼等途径解决，并做好解释疏导工作。

七、医院设医患关系办公室，履行以下职责：

（一）统一受理、处理医院投诉，其中包括本院职工相关投诉，有关院内职工投诉详见《职工内部投诉管理办法》。

（二）组织、协调、指导医院投诉处理工作，及时反馈相关职能处室调查、核实投诉事项，提出处理建议和意见，协调有关职能处室及科室做好投诉答复工作。

（三）建立和完善医院投诉接待和处置程序。

（四）参与医疗机构医疗质量安全管理。

（五）汇总、分析投诉信息，提出加强与改进工作的意见或者建议，并加强督促落实。

八、各当事科室在接到职能处室相关投诉通知后，应积极分析讨论，并及时将讨论意见上报医患关系办公室，科室负责人为配合解决投诉责任人。

九、为加强医疗质量管理，增强医务人员的风险意识和责任意识，预防和减少医疗投诉、医疗纠纷或医疗事故的发生，对于投诉事件处理中当事人、当事科室以及相关主管职能处室管理纳入绩效考核，按《医疗投诉（纠纷）相关处罚规定》进行相关处理。

十、本制度自 2022 年 1 月 1 日起施行，由医务处、医患关系办公室负责解释。

文件名称	医院投诉协调处置相关规定				
文件编号	A06-ZD-005-01		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医院投诉协调处置相关规定

为进一步优化我院投诉处理工作，规范我院投诉处理程序，维护正常医疗秩序，保障医患双方合法权益，根据《医院投诉管理办法（试行）》《医疗机构管理条例》《医疗事故处理条例》《信访条例》《卫生信访工作办法》及我院的相关管理制度，结合我院实际情况制定《医院投诉协调处置相关规定》。本规定适用于我院接待投诉的所有部门及科室。

一、医院接待投诉的主管职能部门是医患关系办公室。

主要履行以下职责：统一受理投诉；调查、核实投诉事项，做好登记，提出处理意见，及时答复投诉人；负责组织、协调相关职能处室受理职权范围内的投诉；定期或不定期汇总、分析投诉信息，提出加强与改进工作的意见或建议，及时反馈给相关科室进行整改。

各临床、职能科室负责人为第一责任人。

各部门必须在医患关系办公室管理和指导下处理投诉，并由医患关系办公室负责协调。工作配合不力的由医患关系办公室做出绩效考核意见。

二、医疗纠纷防范管理委员会负责全院投诉管理工作的监督指导。医院投诉接待实行“首诉负责制”。投诉人向有关部门、科室投诉的，被投诉部门、科室的工作人员应当予以热情接待，对于能够当场协调处理的，应当尽量当场协调解决；对于无法当场协调处理的，接待的部门或科室应当主动引导投诉人到医患关系办公室投诉。

三、医患关系办公室接到投诉后，根据投诉人提出的主要问题和其对有关情况的认识，应当及时向当事部门、科室和相关人员了解、核实情况。医院各部门、科室应当积极配合投诉管理部门开展投诉事项调查、核实、处理工作。科室负责人应尽快组织调查、分析讨论，研究处理措施及处理意见。

原则上服务态度和医德医风及意见箱（簿）事项由监察室、党办室等负责；门诊相关事项由门诊办公室负责；医疗质量事项由医务处负责；护理质量事项或主要当事人是护士、护



工、陪护人员的由护理部负责；财务收费事项由财务处、医保及收费办负责；保险相关事项由医保及收费办负责；医疗器械以及其他设备质量或卫生材料事项由医学工程处负责；环境卫生、饮食、电梯、水、电等后勤保障事项由后勤保障处负责；安全保卫、门卫事项由安全保卫处负责；劳动人事关系事项由人事处负责；信访、纪律方面事项由监察室负责；职工权益、女性职工特殊权益等事项由工会、妇委会负责等。

四、被投诉科室在接收到医患关系办公室反馈的投诉信息后，应及时调查、核实、分析投诉人所投诉情况并提出科室意见。

（一）当事医务人员或相关人员，整理有关事件经过，书写病历摘要或诊疗经过。涉及多个科室，应当由各科室分别书写相关材料，再由主要诊疗科室负责根据各科书面材料整理完成一份反映整个诊疗经过的病历摘要或诊疗经过。

（二）组织科室人员或相关人员就投诉人投诉所涉及问题，进行科学、客观、认真的分析讨论，针对本科诊疗过程中存在问题，以及问题的性质，科室的处理意见归纳总结为书面材料，经科主任签名认可后上交医患关系办公室。科室调查工作原则上应在3个工作日内完成。遇特殊情况不能按时完成的，科室应报告医患关系办公室并书面说明原因。医患关系办公室负责督促科室、个人完成调查工作，并对其进度、完成情况及时向院领导汇报，向投诉人进行沟通说明。

（三）医患关系办公室可安排适当的时间，由科室负责人与投诉人代表进行沟通，就有关投诉涉及主要问题，本着实事求是的态度做出说明、解释，完成首次答复，原则上不超过5-10个工作日。

五、对于按一般程序处理的投诉，医患关系办公室应积极组织被投诉科室的有关负责人和相关人员，在医患关系办公室工作人员的协调下，与投诉人进行沟通、解释说明有关情况。

六、对于涉及收费、价格、服务、环境等能够当场核查处理的，医患关系办公室应当协调相关科室及时查明情况，立即纠正。

七、医务人员在实际工作中应善于总结，及时发现纠纷苗头，尽可能地将医院投诉早期发现，及时干预，正确引导，消灭在萌芽中。

八、医患关系办公室可根据医疗技术管理委员会意见或医疗事故技术鉴定结论，或者是生效的法律诉讼判决，向主管院领导提交整改方案或建议，以及对相关责任人的经济和行政方面的处理建议，并依据相关规定予以绩效裁决。

九、医院工作人员有权利和义务对医院管理、服务等各项工作进行内部投诉，提出意见、建议，医院投诉管理及有关职能部门（财务处、人事处、工会、妇委会等）应当予以重视，并及时处理、反馈。

十、投诉与绩效考核相结合，同时参考我院其他相关管理规定、职称评审、职称聘任、德艺双馨考评、升学、进修等纳入投诉管理考核。

文件名称	医院投诉处理制度及流程				
文件编号	A06-ZD-006-01		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医院投诉处理制度及流程

为加强医院投诉管理，妥善处理医院投诉，规范投诉处理程序，维护正常医疗秩序，持续改进工作，根据《医疗纠纷预防和处理条例》《信访条例》《医疗机构投诉管理办法》及我院《医院投诉管理办法》实施细则、《医院投诉管理制度》等制定本制度。

一、本制度所称投诉，主要是指：

（一）患者及其家属等有关人员（以下统称投诉人）对医院提供的医疗、护理服务及环境设施等不满意，以来信、来电、来访等方式向医院反映情况，提出意见、建议或者投诉请求。

（二）医院内部职工（以下简称投诉人）以来信、来电、来访等方式对医院工作等方面存在的问题提出意见和要求。

二、医院设医患关系办公室，统一受理、处理医院投诉，其中包括本院职工相关投诉。设有配置完善录音录像设施的投诉接待室。

三、制定符合医院投诉相关管理制度及处理流程，医院投诉处理明确时限并按要求严格执行。

四、医院投诉处理实行“首诉负责制”并严格执行。

五、医院投诉的接待、处理工作应当贯彻“以患者为中心”的理念，遵循合法、公正、及时、便民的原则。

六、医院建立畅通、便捷的医院投诉渠道，在医院显著位置公布医院投诉处理程序、地点、接待时间和联系方式。

工作日正常工作时间由医患关系办公室负责医院投诉接待处理；工作日非正常工作期间、周末及节假日由医院总值班负责医院投诉接待处理。

七、投诉接待人员应当认真听取患者意见，耐心细致地做好解释工作，避免矛盾激化；应当核实相关信息，如实记录患者反映的情况，及时留存书面投诉材料，保证体现投诉处理

全过程。

单次投诉人员数量原则上不超过 5 人。超过 5 人的，应当推选代表集中反映诉求。

八、投诉接待人员在接待场所发现患者有自杀、自残和其他过激行为，或者侮辱、殴打、威胁投诉接待人员的行为，应当及时采取控制和防范措施，同时向公安机关报警，并向当地卫生行政部门报告；对接待过程中发现的可能激化矛盾，引起治安案件、刑事案件的投诉，应当及时向当地公安机关报告，依法处理。

九、医患关系办公室受理医院投诉后，能够当时协调解决的，当时解决，并做好记录。当时无法协调解决的，将医院投诉反馈当事科室及主管职能处室，一般事件，被投诉科室和责任职能处室应当在收到投诉之日起 5 个工作日内进行调查核实并与医患关系办公室共同回复患者；特殊事件或遇到情况较复杂，需组织、协调相关科室、部门共同研究的，被投诉科室和责任职能处室应当在收到投诉之日起 10 个工作日内与医患关系办公室共同回复患者。

十、医院投诉涉及医院工作人员违法违纪问题的，医患关系办公室应当及时报告和移送纪检监察室等部门调查处理。

十一、医患关系办公室不断建立健全医院投诉档案，立卷归档，留档备查，相关工作按《医院投诉档案管理制度》执行。

十二、医院投诉处理过程中，有关人员严格按照投诉回避相关管理制度执行回避程序。

十三、医院切实保护与医院投诉相关的患者和医务人员隐私，妥善应对舆情，严格落实《新闻发言人》制度，严禁发布违背或者夸大事实、渲染投诉处理过程的信息。

十四、医院将投诉管理纳入年终考评指标，作为先进科室、先进个人重要评比依据。

十五、投诉处理流程

（一）患者及其家属、卫生行政机关交办、本院职工等提出意见、建议或者投诉请求的，接办科室或职能处室按《首诉负责制度》进行处理。

（二）投诉至当事科室或职能处室的，当事科室或职能处室能处理的可自行处理，处理完毕后将相关处理过程资料报医患关系办公室备案留存。对于当事科室或职能处室不能处理的上报医患关系办公室协助处理。

（三）相关投诉事件形成后，一般质量问题，被投诉科室和责任职能处室应当在收到投诉之日起 5 个工作日内进行调查核实并与医患关系办公室共同回复患者；特殊事件或遇到情况较复杂，需组织、协调相关科室、部门共同研究的投诉事件，被投诉科室和责任职能处室



应当在收到投诉之日起 10 个工作日内与医患关系办公室共同回复患者。

（四）投诉人员对于医院答复不满意的，当事科室或职能处室、医患关系办公室上报主管领导，组织讨论后再次答复投诉者，对于答复仍不满意者建议其他途径解决与我院的投诉。

（五）投诉事件形成纠纷事件的，按《医疗纠纷处理制度及流程》执行。

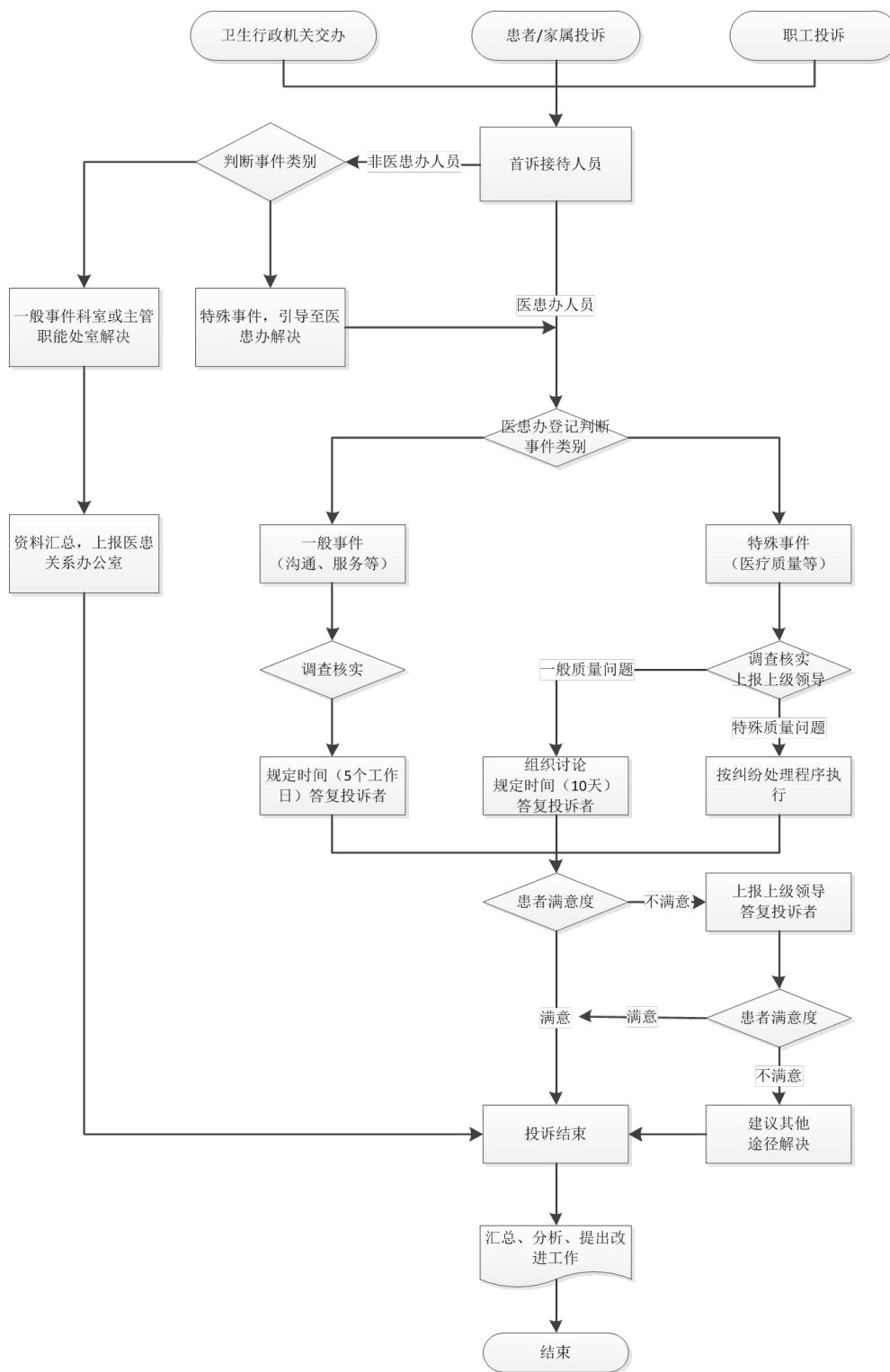
十六、其他未尽事宜按《医院投诉管理办法》实施细则、《医院投诉管理制度》等执行。

十七、本制度自 2022 年 1 月 1 日起施行，由医务处、医患关系办公室负责解释。

附件：医院投诉处理流程

附件：

医院投诉处理流程



文件名称	医疗纠纷处理制度及流程				
文件编号	A06-ZD-007-04		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗纠纷处理制度及流程

为防止医疗纠纷处理随意性，使医疗纠纷处理制度化、程序化和规范化。同时明晰医疗纠纷责任，奖罚有据到位，以警示全院工作人员依法执业，特制定本制度。

一、本制度所称医疗纠纷，是指医患双方因诊疗活动引发的争议。

二、医患关系办公室为全院处理医疗纠纷的主管、指导、协调部门，并直接负责协调处理复杂、重大的医疗纠纷的调查、核实、调解、谈判和处理工作，并且主管和协调医疗纠纷鉴定、诉讼等工作。

三、各职能科室负责人、各临床科室主任在各自职责范围内配合医疗纠纷的处理。

四、安全保卫处负责维护医院正常医疗秩序。遇有暴力倾向苗头时，负责向警方及时报告。当医患双方谈判时，应医务处、医患关系办公室要求指派安全保卫人员全程陪同医院谈判代表，不得离开谈判现场，确保谈判代表人身安全。对于破坏医院正常工作秩序的暴力行为以及侵害医务人员人身安全和医院财产安全的行为，安全保卫处要果断制止，并负责现场取证，向警方和医务处、医患关系办公室提供证据。当患方在医院科室恶意闹事时，当事科室应立即通知安全保卫处，安全保卫处应立即到达当事科室（不超过5分钟），并在闹事平息之前安全保卫处不得离开现场，安全保卫处应保证当事科室医务人员的安全，并配合医务处、医患关系办公室、责任科室积极创造医患谈判的条件，以便医务处、医患关系办公室尽快、有效介入解决纠纷。

五、涉及多部门的医疗纠纷由医患关系办公室牵头协调各部门共同处理。

六、医疗纠纷发生后，当事科室责任人、上级医师、科主任、护士长积极向患方做好解释工作，对于案件复杂、医患矛盾激烈的医疗纠纷由医务处、医患关系办公室直接介入处理，由医务处、医患关系办公室协调相关科室负责人与患方沟通解释。对于有过错医疗纠纷，责任科室24小时内组织全科讨论。

七、医患关系办公室应及时对医疗纠纷进行调查核实，当事科室负责人和当事人及其他相关医务人员应配合调查工作，否则承担相应行政和法律责任，并纳入绩效管理。医患关系办公室在规定时间内做出初步调查意见及处理方案，向主管院长报告，按规定时间向患方家属通报和解释。

八、当突发重大医疗纠纷时，按《重大医疗纠纷应急处置预案》处理。

九、医院设立医疗纠纷防范管理委员会，医疗纠纷防范管理委员会由医疗各专业带头人及骨干、医政资深专职人员、医患关系办公室人员、法律顾问等组成。由主管院长和医务处、医患关系办公室组织选择对医疗纠纷有针对性的专业人员参加评估会议，评估会议由主管院长和医务处处长主持。

十、对于复杂的、重大的、医患矛盾激烈影响较大的案件，必要时可考虑临时邀请外院或上级医院医疗技术专家、上级卫生行政部门医政管理人员、法律专家召开联席评估会议。

十一、医患关系办公室针对医疗纠纷的评估结果，根据事件的性质、责任大小依据法律、法规、规章的相关赔偿条款进行赔偿预算，向主管院长提出赔偿方案。

十二、医院将医疗安全指标纳入年终考评指标，作为先进科室、先进个人重要评比依据。凡经相关评定出现责任医疗事故或有医疗过错的医疗纠纷不得参加年终科室、个人评先，参考《医疗投诉（纠纷）相关处罚规定》执行。

十三、医患关系办公室应以多种形式对相关员工进行医疗纠纷案例教育，组织实施培训等按《医疗纠纷案例定期点评与改进制度》《医院投诉（纠纷）分析、评价、持续改进工作制度》《医疗纠纷防范教育培训制度》等执行。

十四、医患关系办公室、各职能部门对医疗纠纷处理工作进行督导、检查、总结、反馈，有改进措施，相关工作按《医疗纠纷案例定期点评与改进制度》《医院投诉（纠纷）分析、评价、持续改进工作制度》《医疗投诉（纠纷）处理暨医患关系办公室工作督导检查制度》《医疗投诉（纠纷）处理回访制度》等执行。

十五、纠纷处理流程

（一）发生医疗纠纷，医患双方可以通过下列途径解决：

1. 双方自愿协商；
2. 申请人民调解；
3. 申请行政调解；

4. 向人民法院提起诉讼；
5. 法律、法规规定的其他途径。

(二) 相关投诉事件形成纠纷后，当事科室或职能处室能处理的可自行处理，处理完毕后将相关处理过程资料报医患关系办公室备案留存。对于当事科室或职能处室不能处理的上报医患关系办公室协调处理。

(三) 相关投诉事件形成纠纷后，一般质量问题纠纷，被投诉科室和责任职能处室应当在收到投诉之日起 5 个工作日内进行调查核实并与医患关系办公室共同回复患者；特殊事件或遇到情况较复杂，需组织、协调相关科室、部门共同研究的纠纷事件，被投诉科室的责任职能处室应当在收到投诉之日起 10 个工作日内与医患关系办公室共同回复患者。

(四) 投诉人员对于医院答复不满意的，当事科室或职能处室、医患关系办公室上报上级领导，组织讨论后再次答复投诉者，对于答复仍不满意者建议其他途径解决与我院的医疗纠纷。

十六、医患关系办公室逐步健全医疗纠纷档案，相关工作按《医院投诉（纠纷）档案管理制度》执行。

十七、其他未尽事宜按《医院投诉管理办法》实施细则、《医院投诉管理制度》等执行。

十八、附则

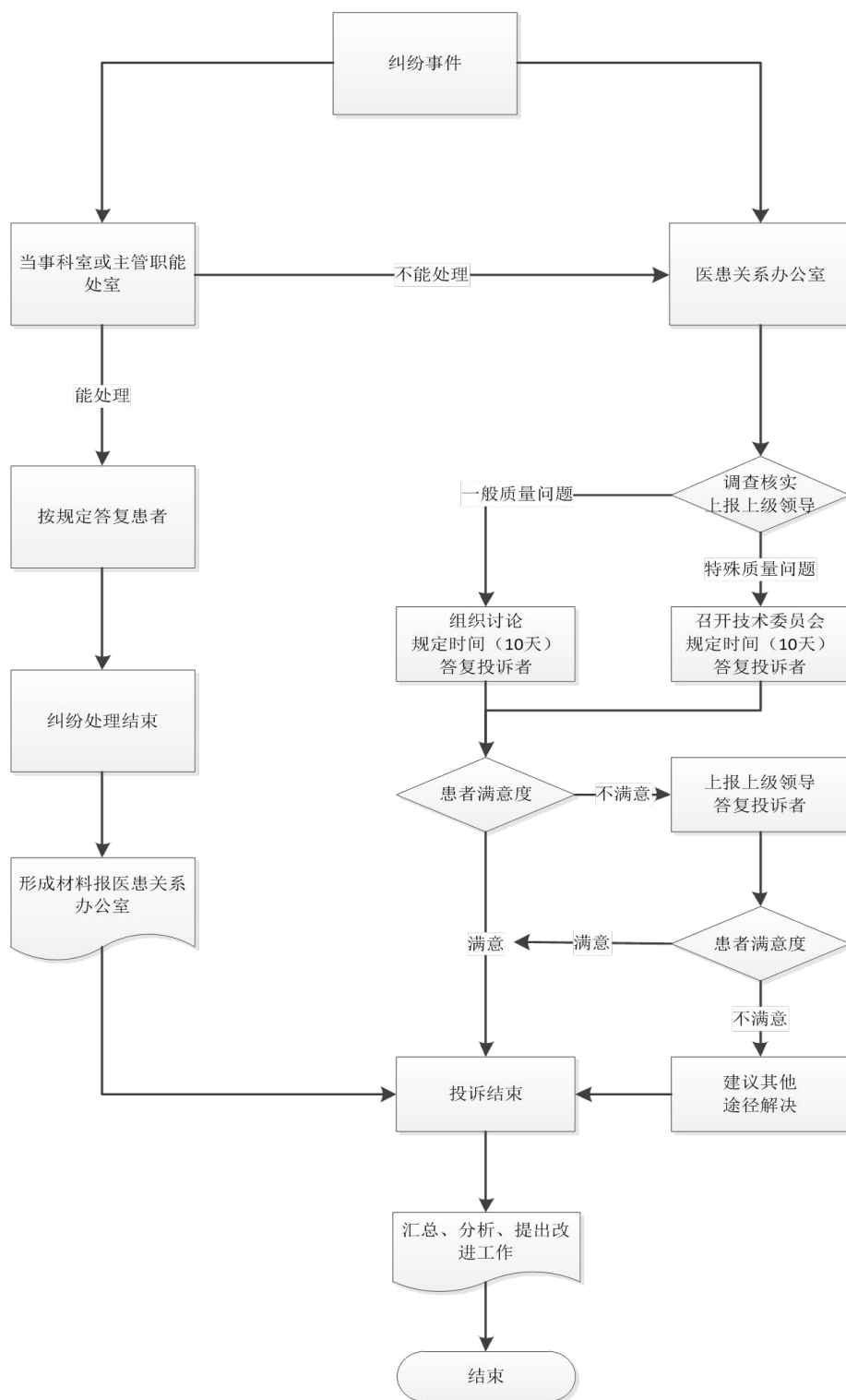
(一) 本本制度自 2022 年 1 月 1 日起施行，2020 年 8 月印发的《医疗纠纷处理制度及流程》（GZZD-YHB-0004 第 3 版）同时废止。

(二) 本制度由医务处、医患关系办公室负责解释。

附件：医疗纠纷处理流程

附件：

医疗纠纷处理流程



文件名称	职工内部投诉管理办法				
文件编号	A06-ZD-008-01		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

职工内部投诉管理办法

为维护职工工作、学习、生活的合法权益，及时发现和处理职工思想、认识等方面的内部隐患，构建院内和谐氛围，提升医院管理水平，根据等级医院评审要求，结合医院实际，特制定《承德市中心医院职工内部投诉管理办法》。

第一条 本办法所指的投诉，是指医院内部职工（以下简称投诉人）以来信、来电、来访等方式对医院或科室及个人在医疗、服务、管理及环境设施等方面存在的问题提出意见和建议、反映情况的行为。

第二条 依据等级医院评审“首诉负责制”的要求，确定医患关系办公室是职工内部投诉的管理部门。纪检监察室为监督部门。

投诉电话：2039677、2026112

邮 箱：yihuanbanwanglimin@126.com

第三条 针对职工内部投诉的管理。医患关系办公室履行以下职责：

- （一）负责全院的职工内部投诉协调工作。
- （二）对全院的职工内部投诉，认真接待记录，及时移交相关主管部门处理。
- （三）定期汇总投诉信息，提出加强与改进工作的建议。

第四条 根据投诉人投诉事件的性质，医患关系办公室协调院办公室、党办公室、组宣处、纪检监察、人事处、医务处、护理部、科教处、工会等相关责任部门，做好投诉处理工作。

第五条 投诉人可采取面谈、电话、信函、电子邮箱等方式进行投诉。既可以按照职责分工向有关部门投诉，也可以直接向医患关系办公室投诉。

第六条 职工投诉接待实行“首诉负责制”。投诉接待人员应当认真听取投诉人意见，填写在投诉记录本上，如实记录投诉人反映的情况。

第七条 接到职工投诉后，医患关系办公室等相关部门应当在 48 小时内向当事科室和相

关人员了解、核实情况，当事科室和相关人员应当予以积极配合，在 10 个工作日内按要求完成投诉事项书面记录、初步责任认定及科室初步处理意见。

第八条 投诉受理部门在查清事实、分清责任的基础上提出处理意见，并反馈投诉人。

第九条 受理职工投诉的工作人员，不得向外界透露投诉人的情况。

第十条 投诉人必须提供投诉详细资料，并对投诉内容的真实性负全责，严禁捏造或恶意夸大事实。

第十一条 本规定适用于医院全体职工。

第十二条 本规定自文件下发之日起执行。

文件名称	医疗投诉（纠纷）登记制度				
文件编号	A06-ZD-009-01		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗投诉（纠纷）登记制度

为加强医院投诉管理，规范投诉处理程序，维护正常医疗秩序，保障医患双方合法权益，根据《医院投诉管理办法（试行）》和《医疗事故处理条例》等法规、规章，制定我院的投诉（纠纷）登记制度。

一、首诉接待处理人员应当认真听取投诉人的意见，核实相关信息，如实记录投诉人反映的情况，并经投诉人签字（或盖章）确认。同时对于患方每次到访及所提问题予以登记记录。

二、对于转交投诉问题处理、调查核实情况等登记记录。

三、对于职能处室、各当事科室所提供资料予以详细登记记录。

四、对于会议、讨论、沟通等内容进行登记记录。

五、处理结果向患者（或家属）通报和解释时，通过电话方式的，应做好电话记录并存档；通过书面方式的，应将文字材料复印件存档并进行登记记录。

六、及时将医疗纠纷处理材料整理归档，已归档的材料不得篡改、伪造，不得随意外借，应有专人保管，防止遗失。

七、建立健全投诉档案机制，立卷归档，留档，完善相关登记记录。

文件名称	医疗投诉（纠纷）报告制度				
文件编号	A06-ZD-010-01		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗投诉（纠纷）报告制度

为规范医疗投诉（纠纷）处理程序，及时有效化解医患矛盾，强化对医疗投诉（纠纷）的处理能力，形成防范和处置医疗投诉（纠纷）规范、有序、高效的工作流程，制定本制度。

一、工作人员在诊疗操作过程中，如发现本科室有投诉（纠纷）隐患患者应及时与该患者沟通，力争将投诉（纠纷）消灭在萌芽中，同时上报科室主任，必要时科室负责人报医务处或医患关系办公室；发现非本科室有投诉（纠纷）隐患患者时应及时报相关主管职能处室或主管副院长，存在安全隐患时应及时报安全保卫处。

二、首诉接待人员在接到患者或患者家属投诉（纠纷）后，认真接待、记录、处理并及时上报本人直接领导。职能处室接到的投诉（纠纷），应积极处理，必要时科室负责人报医务处、医患关系办公室或主管院长协调处理，定期将投诉处理情况报医患关系办公室，或移交医患关系办公室处理。

三、医患关系办公室接投诉（纠纷）报告后，及时调查或协调发生投诉（纠纷）科室主管职能处室调查，职能处室调查核实、提出处理意见后及时回报医患关系办公室，以便尽快有序解决投诉（纠纷）。

四、各当事科室在接到职能处室相关投诉（纠纷）通知后，应积极调查处理，并及时将情况说明进行上报。

五、出现重大投诉（纠纷）时，职能处室应及时上报主管院长，必要时召开技术委员会、医疗纠纷防范管理委员会等。

六、需要向上级部门汇报或新闻发布时，按《新闻发言人制度》等其他制度执行。

七、所有的报告等留存相关资料或痕迹，以保证投诉（纠纷）处理的完整性。

八、对于当事科室不及时上报投诉（隐患）及已发生投诉（纠纷）情况说明的，造成医院经济、名誉损失等不良后果，纳入绩效管理并依法依规处理。

文件名称	重大医疗差错、事故报告制度及处理流程				
文件编号	A06-ZD-011-01			发布部门	医患关系办公室
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

重大医疗差错、事故报告制度及处理流程

一、目的

为维护患者和医务人员的合法权益，保障医疗安全，最大限度的减少医疗差错事故，根据《医疗事故处理条例》《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗机构管理条例》《医院投诉管理办法》、原卫生部《重大医疗过失行为和医疗事故报告制度的规定》等政策法规，结合我院实际，制定本制度。

二、定义

(一) 医疗投诉：主要是指患者及其家属等有关人员（以下统称投诉人）对医院提供的医疗、护理服务及环境设施等不满意，以来信、来电、来访等方式向医院反映问题，提出意见和建议的行为。

(二) 医疗纠纷：是指医患双方因诊疗活动引发的争议。

(三) 重大医疗差错：是指在诊疗过程中，因医务人员的过失，对患者的身体健康造成一定程度的损害结果，但未达到《医疗事故处理条例》中所规定的程度。

(四) 重大医疗事故：发生重大医疗过失行为，导致患者死亡或者可能为二级以上的医疗事故，或导致3人以上人身损害后果。

三、报告制度

(一) 凡在诊疗过程中发生重大医疗差错、事故（含尚不能定性的可疑问题），当事人应立即向科主任、护士长报告，科主任、护士长接到报告后根据具体情况及时向医务处、医患关系办公室、主管院长报告。造成患者死亡或者可能为二级以上的医疗事故，或者导致3人以上人身损害后果的医院应于12小时内向卫生行政机关报告，必要时申请医疗事故鉴定。

(二) 上述情况发生后，当事科室在上报的同时应立即采取补救措施，以减少或消除由于差错事故造成的不良后果。

(三) 凡发生重大医疗差错、事故的, 科主任及当事人应在 24 小时内呈交书面材料, 内容要务必做到具体、真实、准确、客观。

(四) 涉及发生重大医疗差错、事故患者的全部病历资料、标本等应妥善保存, 病历不得涂改、伪造、隐匿和销毁, 以备鉴定。当事科室应在 24 小时内将病历材料(或病历复印件)交病案管理科保管, 未经主管领导同意, 任何人不得拆封、查阅、借出。

(五) 发生重大医疗差错、事故后, 由医务处、医患关系办公室及时组织召开技术委员会讨论, 并将医院的处理意见告知患者或其家属。任何人不得随意向患者或家属做出解释说明或允诺。

(六) 患者死亡的, 如家属对死因提出疑义或引起医疗纠纷时, 由当事科室单独或(和)医务处配合应告知死者近亲属有关尸检的规定。如同意尸检的, 应当在患者死亡后 48 小时内进行尸检。如拒绝或者拖延尸检, 超过规定时间, 影响对死因判定的, 由拒绝或拖延的一方承担责任。

(七) 发生重大医疗差错、事故的科室或个人, 有向职能科室报告经过的义务, 如不及时按规定报告, 或有意隐瞒不报, 一经发现, 根据情节轻重给予当事人及科室领导行政处分及经济处罚。

(八) 医务处、医患关系办公室根据重大医疗差错、事故发生的性质、情节, 组织全院或有关科室人员进行讨论分析, 以提高认识, 吸取教训, 并提出防范措施, 杜绝类似情况的发生。当事科室根据实际情况制定整改措施上报医务处。

(九) 医务处、医患关系办公室根据重大差错、事故的发生和处理情况, 执行医院相关规定, 呈报质控办。

四、处理流程

(一) 发现重大医疗差错、事故倾向, 当事人应立即向科主任或护士长报告, 同时对患者及家属进行安抚, 及时化解矛盾。科主任或护士长应及时有效地制止事态的扩展做好补救工作, 立即向医务处、医患关系办公室、主管院长报告, 并于 24 小时内呈交书面材料。由医务处、医患关系办公室会同当事科主任进行调查、处理工作。

(二) 上报程序为当事人→科主任或护士长→医务处、医患关系办公室、主管院长。

(三) 医患关系办公室负责接待投诉、来信、来访工作, 负责调查、协调、处理、解释、咨询等工作。



（四）事件发生（接到报告后）医院应采取一切有效措施阻止损害后果扩大，医患关系办公室协助接待家属，妥善做好处理工作。

（五）医务处配合医患关系办公室进行调查、核实，召集相关人员分析、讨论，明确性质，提出解决方案、整改措施。

（六）根据重大医疗差错、事故的性质、结果，提交技术委员会讨论。

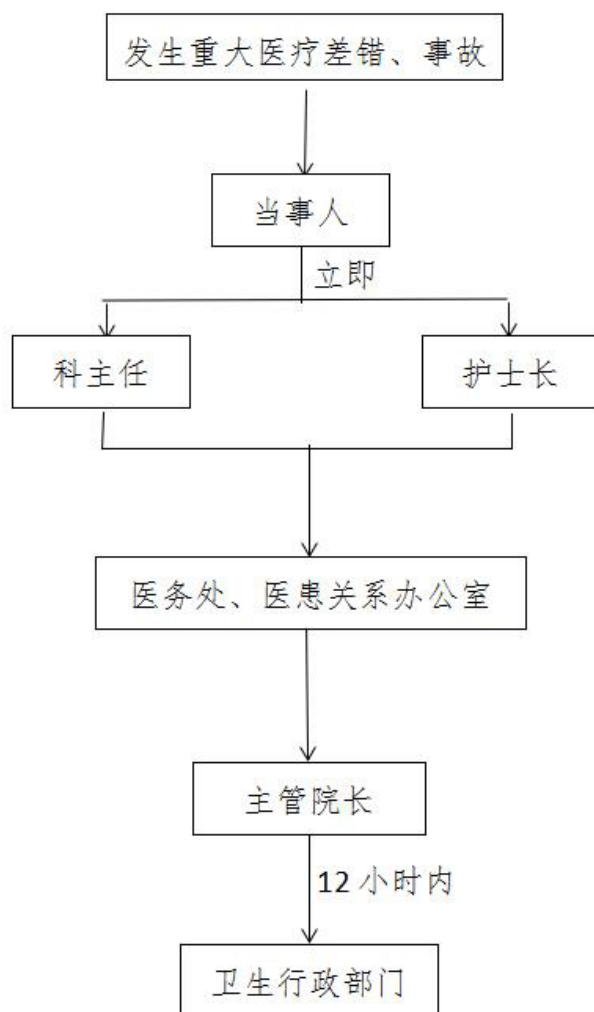
（七）告知家属按照国家法律法规规定的程序处理（人民调解、法院诉讼、申请鉴定等）。

（八）对隐瞒不报，造成后果或补救不力造成严重后果的科室或个人，提出处罚意见，提交技术委员会讨论。

附件：重大医疗差错、事故报告制度流程图

附件

重大医疗差错、事故报告制度流程图



文件名称	投诉（纠纷）档案管理制度				
文件编号	A06-ZD-012-01		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

投诉（纠纷）档案管理制度

一、目的

为加强医院投诉（纠纷）档案管理工作，有效地保护和利用档案，维护当事人合法权益，现结合我院实际工作，制定本制度。

二、投诉档案管理内容

医院投诉档案定义及管理部门：医院投诉档案是指医疗投诉（纠纷）接待处理过程中所直接形成的各种文字、图表、凭证、报表、技术资料、电脑盘片、声像、胶卷、证件等不同形式的资料。

1. 我院投诉档案应当基本包括：

形式上：

- （1）投诉登记本；
- （2）纠纷专案档案；
- （3）影像资料等。

内容上：

- （1）患者基本信息；
- （2）投诉事项及相关证明材料；
- （3）调查、处理及反馈情况；
- （4）其他与投诉事项有关的材料。

2. 医院投诉档案管理工作由医患关系办公室主任统一领导，档案管理人员负责接收，收集、整理、立卷、保管。

三、归档及保存年限

档案的保存期限依据《民事诉讼法》及相关档案管理的规定。

四、投诉档案日常管理

（一）档案管理形式

1. 投诉登记本按年度存放。
2. 因纠纷处理实践中存在易反复性，所以纠纷案例档案依档案袋活页排序，不采取装订形式保存。

（二）查阅

1. 医疗纠纷档案不得随意带出医患关系办公室，任何人不得私自复印、拍照、摘抄医疗纠纷档案，档案管理人员不得擅自对外提供医疗纠纷档案资料。

2. 医院投诉档案原则上不允许非相关人员进行借阅，相关人员需查阅投诉档案的由直接管理部门领导向医患关系办公室申请同意后进行检查，其他非投诉相关人员查阅投诉档案需经院领导批准后方可查阅，查阅原则上应在录像设备下进行。

3. 任何人员不得转借、拆卸、调换、污损等相关档案，不得在相关档案上圈点、划线和涂改，查阅时严禁私自复印、拍照、摘抄等形式将相关投诉档案带出管理部门；借阅人员确实需要复印、摘抄档案内容的，需递交相关申请，由主管领导批准。

（三）管理与销毁

1. 应配备专用的档案柜，集中存放，注意防盗、防火、防潮、防虫、防鼠等，确保档案资料安全性。

2. 应定期对档案进行检查，保持清洁、整齐。

3. 任何人员非经允许和批准不得销毁任何投诉档案；确实需要销毁的档案，应至少安排两名工作人员在销毁前认真清点相关档案并在纪检监察相关部门监督下进行销毁，销毁后在原档案管理部门记录中做好相关记录。

（四）移交

1. 档案管理人员变动，要及时办理交接档案手续，防止档案遗失。

2. 移交前后相关工作人员做好档案清点工作。

（五）保密

1. 投诉档案管理部门应遵守保密守则，保护与投诉相关的患者和医务人员隐私。

2. 相关工作人员应忠于职守，遵守法律规定，保守秘密，树立全心全意为医院服务的思想，做好档案管理工作。



3. 任何人以任何方式将投诉档案尤其是医疗纠纷档案泄露的，按后果严重程度进行严格处理。

文件名称	医疗投诉（纠纷）案例定期点评与改进制度				
文件编号	A06-ZD-013-04		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗投诉（纠纷）案例定期点评与改进制度

为保证患者安全，更好对医疗纠纷进行阶段性总结，及时分析医疗服务过程各个环节存在的问题和不足，不断改善服务流程，制定完善相关制度和预案，形成医疗质量、患者安全持续改进和提高的长效机制，根据国家相关法律、法规和原卫生部《医院投诉管理办法（试行）》相关规定，结合我院工作实际，制定本制度。

一、医疗纠纷定期点评工作由医院技术管理委员会领导，由医务处、医患关系办公室具体组织实施。

二、医务处及医患关系办公室每季度或半年（根据纠纷处理情况）对医疗投诉、医疗纠纷，做出类别、例数、赔偿情况等统计，针对典型纠纷、重大纠纷，从医疗质量管理体系完善、技术提高、服务流程改进等不同层面做出分析。

三、医院技术管理委员会或责成医务处、医患关系办公室就纠纷成因（管理水平、执行法律法规、制度流程执行、技术资格准入、技术水平、医德医风）等方面对责任认定、经验教训、改进方案等进行讨论。

四、每年度至少组织一次以上医疗纠纷案例点评会，由主管副院长或医务处处长进行综合点评。

五、各临床、医技科室特别是被点评科室要组织全科认真学习讨论全院医疗纠纷案例点评会精神，分析本科室工作中存在的不足，并提出改进措施，以书面形式上报医务处、医患关系办公室。

六、医务处、医患关系办公室对全院医疗工作运行情况及各科室改进工作情况加强督导、定期评价。从环节管理，完善制度、优化流程、法律法规培训等方面，坚持完善持续改进的长效机制。

七、全院各科室认真执行此项工作制度，医务处、医患关系办公室根据科室工作改进情



况进行绩效考核。

八、本制度自下发之日起执行，2020年8月印发的《医疗投诉（纠纷）案例定期点评与改进制度》（GZZD-YHB-0005）同时废止。

文件名称	医院投诉（纠纷）分析、评价、持续改进工作制度				
文件编号	A06-ZD-0014-01		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医院投诉（纠纷）分析、评价、持续改进工作制度

为进一步加强医疗质量和医疗安全管理，保证患者安全，杜绝医疗事故隐患，对医院投诉（纠纷）处理工作进行阶段性总结，及时分析诊疗服务过程各个环节存在的问题和不足，汲取经验教训，不断改善服务流程，制定完善相关制度和预案，形成医疗质量、患者安全持续改进和提高的长效机制，根据国家相关法律、法规规定，结合我院工作实际，制定本制度。

一、医院投诉（纠纷）管理分析、评价体系

（一）投诉（纠纷）总体分析、评价

1. 医院投诉（纠纷）管理评价总体工作由医院技术管理委员会、医疗纠纷防范管理委员会领导，由医务处、医患关系办公室具体组织实施，对医院投诉（纠纷）事件进行总结、分析、评价及监督持续改进工作。

2. 医患关系办公室定期或不定期对上报的医院投诉、医疗纠纷、不良事件，做出类别、例数、赔偿情况等统计，针对典型纠纷、重大纠纷，从医疗质量管理体系完善、技术提高、服务流程改进等不同层面做出分析。

3. 各职能处室对于分管责任科室内发生的投诉（纠纷）事件进行总结、分析、评价及持续改进工作，并将相关资料报医务处、医患关系办公室。

4. 各投诉（纠纷）当事科室对于科室内发生的投诉（纠纷）事件进行总结、分析、评价及持续改进具体工作，并将相关资料报责任职能处室。

（二）典型投诉（纠纷）分析、评价

1. 医患关系办公室解决投诉（纠纷）后，应认真分析投诉（纠纷）事件，发出《医疗投诉（纠纷）整改建议书》（见附件1）并督促职能处室及时落实整改。

2. 各相关职能处室接医患关系办公室《医疗投诉（纠纷）整改建议书》后，组织并安排当事科室认真分析讨论投诉事件，找出本科室工作中存在的不足，提出整改意见并做好持续

改进工作。上报医患关系办公室《医疗投诉（纠纷）整改情况回复书》（见附件2）。

3. 各科室接到投诉（纠纷）事件通报后，科室内对于相关事件进行分析、讨论，做出整改方案并认真贯彻执行，上报医患关系办公室及主管职能处室《医疗投诉（纠纷）整改回复书》（见附件3）。

二、医务处、医患关系办公室对全院投诉（纠纷）情况及各科室改进工作情况加强督导、定期评价。从环节管理、完善制度、优化流程、法律法规培训等方面，坚持完善持续改进的长效机制。

三、各相关主管职能处室结合日常管理工作对当事科室投诉（纠纷）整改工作按医院投诉（纠纷）分析、评价体系实行持续改进工作督导、监管，并将督导、监管情况报告医患关系办公室。

四、全院各科室认真执行此项工作制度，医务处、医患关系办公室根据科室投诉情况及对于投诉处理、分析、整改总体工作进行绩效考核，同时参考我院其他相关管理规定、职称评审聘任、德艺双馨考评、升学、进修等纳入投诉管理考核。

- 附件：1. 医疗投诉（纠纷）整改建议书
2. 医疗投诉（纠纷）整改情况回复书
3. 医疗投诉（纠纷）整改回复书

附件 1

医疗投诉（纠纷）整改建议书

发生科室		时 间	年 月 日
事件名称		当 事 人	
简要概述：			
分析存在问题：			

医患关系办公室

年 月 日



附件 2

医疗投诉（纠纷）整改情况回复书

职能处室		督促整改科室	
整改情况：			
持续改进工作：			
效果评价：			

（职能处室）签字\盖章：

年 月 日

文件名称	医疗纠纷防范教育培训制度				
文件编号	A06-ZD-015-01		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗纠纷防范教育培训制度

为了加强医院医疗纠纷防范教育，强化医疗服务安全意识和质量管理，积极有效预防和
处理医疗纠纷，根据《医疗事故处理条例》《医疗纠纷预防和处理条例》等法律法规的规定，
结合我院实际情况，制定本制度。

一、培训目的

提高医务人员的法律意识和医患纠纷防范能力，保障医疗安全。医务人员应熟知并遵守
医疗卫生管理法律、法规、规章和诊疗护理规范、常规，恪守医疗服务职业道德，改善服务
态度，建立良好的医患关系，预防医疗纠纷的发生。

二、培训要求

(一) 医务人员具有高尚的职业道德，应当贯彻“以病人为中心”的服务理念，文明诊疗。

(二) 医务人员在诊疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护
理规范、常规的，应当进行医疗安全培训。

(三) 培训课程分：法规教育、医疗质量安全教育、医疗技术培训、典型案例纠纷 / 疑
难病例讨论培训等，相关职能处室或科室积极安排有关课程进行培训。

三、培训计划与总结

(一) 医患关系办公室每年至少组织一次全院性医疗纠纷防范及处理的培训讲座。

(二) 对新入职的医务人员进行岗前培训，提高医疗安全风险防范意识和应急处理技能。

(三) 医患关系办公室与各科（处）室沟通，年初制定初步培训计划并在本年度内执行，
年终对本年度医患关系办公室相关培训进行总结。

文件名称	医疗投诉（纠纷）相关处罚规定				
文件编号	A06-ZD-016-01		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗投诉（纠纷）相关处罚规定

为加强医疗质量管理，增强医务人员的风险意识和责任意识，预防和减少医疗投诉、医疗纠纷或医疗事故的发生，根据《医疗事故处理条例》《医师法》《执业医师条例》《医疗机构管理条例》等法律法规结合我院实际，制定本暂行规定。

一、对医疗投诉（纠纷）按照以下原则进行考核：

（一）同一事项医疗投诉，患者无论通过哪种途径反映，均按照一件投诉纳入考核。

（二）对于不符合有关法律法规、政策、社会公序良俗的诉求，以及情况不属实、恶意举报等不合理诉求，在提供相关佐证材料（相关法规法律规定，具体情况说明等）的情况下，不纳入考核。

二、主要责任人的认定：

（一）一般情况下主管医生或首诊医师为主要责任人；

（二）危重抢救病人主管医生不请示、不汇报，私自决定治疗方案或手术方案，产生的纠纷主管医生为主要责任人；

（三）下级医师及时请示上级医师，上级医师技术失误、不负责任脱岗、不作为或推卸责任等产生的纠纷上级医师为主要责任人；

（四）手术台上主刀医师为主要责任人；

（五）医疗纠纷主要原因属于护理方面的，实施护理行为的当事人为主要责任人；

（六）责任人界限不清的视为共同责任人，共同承担责任；

（七）医院其他岗位工作人员的责任认定，据具体投诉（纠纷）情况确定；

三、将医疗投诉（纠纷）作为个人与科室绩效考核的依据。根据医疗投诉统计结果，对责任科室进行处理，具体处理情况由医务处、医患关系办公室确定。

将医疗投诉作为个人与科室年终考核、医师定期考核、医德考评、评优评先等的依据。



四、根据医疗投诉的严重程度，可以对被投诉人作出如下处理：

- (一) 通报批评；
- (二) 暂停执业；
- (三) 降低手术权限；
- (四) 延迟职称晋升申报；
- (五) 处分；
- (六) 调离原工作岗位或解除聘用合同关系；
- (七) 其他处理形式：扣发绩效工资、撤销职务等。

以上处理形式可以单独或合并使用。

五、医务处、医患关系办公室定期或不定期通过内网或会议等形式对医疗投诉较多的科室和个人进行通报。

六、医务人员因多点执业引发的医疗投诉，患者投诉到医院的，医院将加大处罚力度。

七、对未按照规定处理医疗投诉或不配合医院处理的科室和个人应当通报批评，同时纳入绩效考核，并对主要负责人进行约谈。

八、被投诉科室或被投诉人积极化解医疗投诉、有效预防严重后果发生、整改效果有实效的，可以减轻或不纳入考核。

九、对积极配合医院解决非本科室或非本人发生的医疗投诉的，予以全院通报表扬，并适当奖励。医院实行零投诉处理，对1年内未发生医疗投诉的科室和个人给予评优评先优先资格。

十、对于投诉科室或被投诉人不积极化解投诉、产生纠纷的、影响纠纷解决的、整改没有效果的等，予以加重处理。

十一、对于投诉处理过程中，扰乱处理过程的，一经核实给予降职或辞退处理。

文件名称	医疗投诉（纠纷）处理回访制度				
文件编号	A06-ZD-017-01		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗投诉（纠纷）处理回访制度

为进一步规范医疗机构投诉接待处理，提高投诉接待处理人员服务能力，提升患者的获得感、安全感和幸福感，保障医患双方合法权益，根据《医疗纠纷预防和处理条例》《医疗机构投诉管理办法》《医疗机构投诉接待处理“十应当”》中的有关要求，特制定我院医疗投诉（纠纷）处理回访制度。

一、目的及意义

医疗投诉（纠纷）回访是处理医疗投诉（纠纷）的重要环节，回访制度的建立有利于进一步加强医患沟通，构建和谐社会，有利于提升医疗服务质量，有利于更好地了解投诉者对医院各方面工作的意见，提高患者满意度，更有利于对接待和处理医疗投诉（纠纷）中存在的问题进行总结分析，逐步提高医疗机构投诉管理水平。通过实行医疗投诉（纠纷）处理回访，真正拉近医院和投诉者之间的距离，建立全方位的医疗投诉（纠纷）监督渠道，为全面了解社会及广大患者的需求与期望、全面了解医院管理的现状提供更准确的依据。

二、回访要求及形式

（一）回访要求

1. 回访人在回访过程中要做到热情、礼貌、不与被回访者发生争执，据实记录被回访者反映的情况。
2. 回访前要先了解被回访者或患者的基本信息，包括被回访者/患者的姓名、年龄、性别、转归、疾病诊断、医疗投诉（纠纷）处理情况等。
3. 回访时要先介绍自己，再确认回访者的身份，并说明回访目的。
4. 对被回访者的提问应耐心听取，慎重回答，对治疗原则问题不清楚的不得随意敷衍；对当时不能马上解决或解释不清的问题应采取另行答复方式解决。
5. 回访范围：按要求对重点投诉进行回访，逐步实现应访尽访。



6. 原则上“谁处理、谁回访”，医疗投诉（纠纷）处理部门进行回访。

7. 对被回访者及被回访者家属的配合表示感谢。被回访者拒绝进行回访的应立即结束回访。

（二）回访形式

1. 电话或短信息式回访；
2. 现场或上门式回访；
3. 座谈会形式回访；
4. 问卷调查式回访；
5. 能达到回访要求的其他方式。

三、回访的统计及处理

（一）应访尽访原则尽量对所有医疗投诉（纠纷）进行回访。

（二）回访部门对回访情况进行统计、汇总、分析评价，形成报告上报主管院长、院长。

（三）对于被回访者提出的意见、建议等情况，回访部门必须向有关部门和科室反馈，责令整改，由相关部门对被回访者反映的情况认真分析，不足之处予以改正，同时向医院主管部门反馈整改情况。

（四）所有被回访者回访记录内容以音频、视频资料或文字资料进行归档处理。

四、回访监督

（一）各回访部门严格执行医疗投诉（纠纷）回访制度。

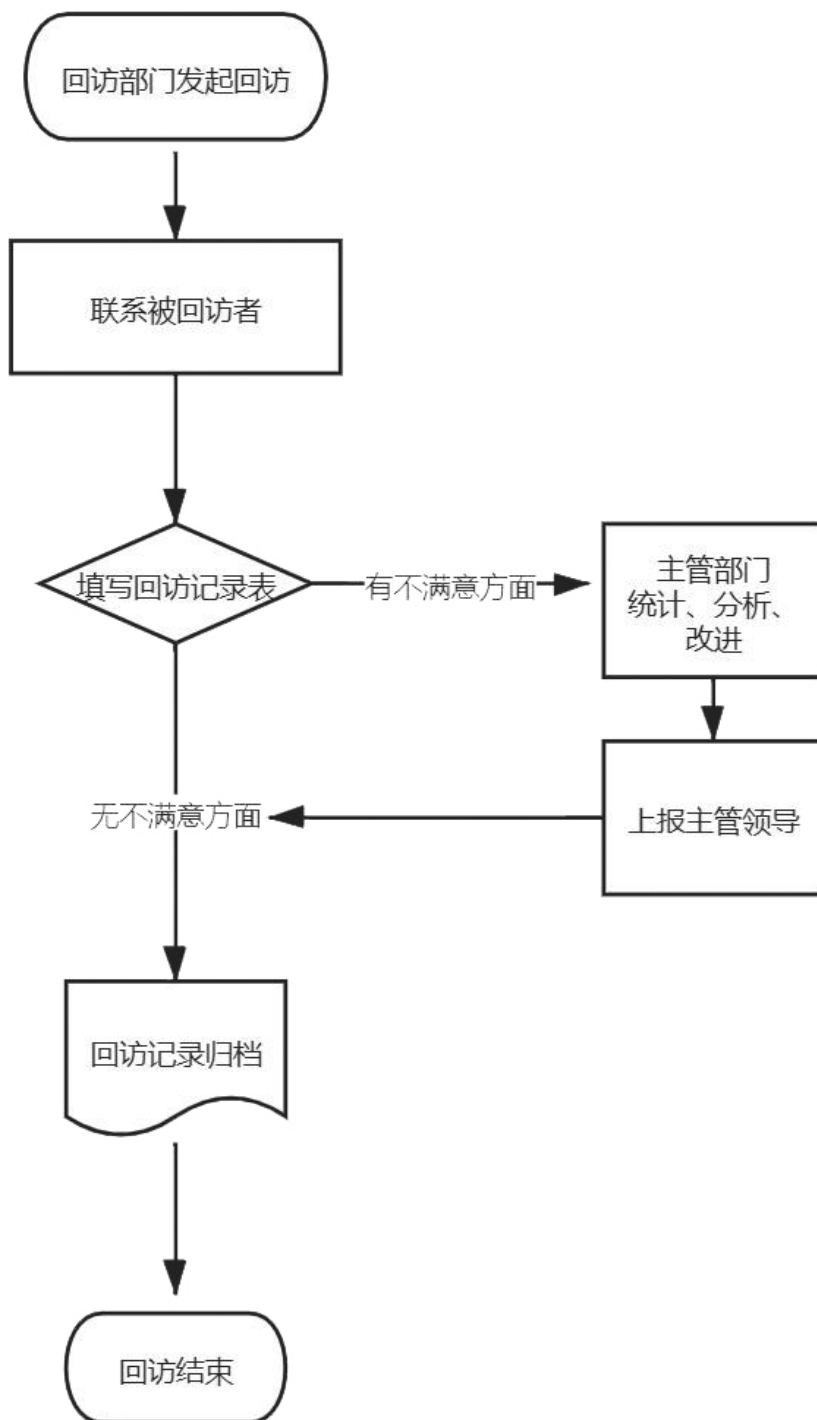
（二）必须详实书写回访记录，以便核查，对弄虚作假者给予通报批评。

（三）上级主管领导不定期对回访进行监督，指出回访中出现的问题并给予指导解决。

- 附件：1. 医疗投诉（纠纷）处理回访流程
2. 医疗投诉（纠纷）处理回访记录表
3. 医疗投诉（纠纷）处理回访督导检查表

附件 1

医疗投诉（纠纷）处理回访流程



附件 2

医疗投诉（纠纷）处理回访记录表

事件名称		回访日期	
被回访者信息	姓名		性别
	与患者关系		联系方式
回访方式	<input type="checkbox"/> 1. 电话或短信息式回访 <input type="checkbox"/> 2. 现场或上门式回访 <input type="checkbox"/> 3. 座谈会形式回访 <input type="checkbox"/> 4. 问卷调查式回访 <input type="checkbox"/> 5. 其他方式		
回访内容	接待满意度	<input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不满意 <input type="checkbox"/> 其他	
	处理过程满意度	<input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不满意 <input type="checkbox"/> 其他	
	结果满意度	<input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不满意 <input type="checkbox"/> 其他	
	事件科室处理满意度	<input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不满意 <input type="checkbox"/> 其他	
	整体服务满意度	<input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不满意 <input type="checkbox"/> 其他	
	其他	需要说明的方面： <input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 不满意 <input type="checkbox"/> 其他	
意见建议			
整改措施及结果			

被回访者：

回访部门：

回访人员：

附件 3

医疗投诉（纠纷）处理回访督导检查表

被督导科室		督导检查日期	
督导内容	制度落实情况	<input type="checkbox"/> 较好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差	
	回访真实性	<input type="checkbox"/> 真实 <input type="checkbox"/> 基本真实 <input type="checkbox"/> 不真实	
	回访记录表填写情况	<input type="checkbox"/> 较好 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 差	
	对于反馈问题处理情况	<input type="checkbox"/> 已处理 <input type="checkbox"/> 正在处理 <input type="checkbox"/> 未处理	
	其他存在问题		
存在问题整改及处理结果			

督导检查人员：

文件名称	医疗安全管理制度				
文件编号	A06-ZD-018-01		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗安全管理制度

为了减少或避免医疗风险的发生，最大限度减少对患者的意外伤害，减少医疗纠纷，及时发现漏洞，改善管理，保障患者的合法权益，构建和谐医患关系，不断提高医疗服务质量，维护医院形象。根据有关法律法规和医疗规章制度，结合医院的实际情况，特制定本制度。

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

二、加强医疗质量管理，严格执行《医疗质量管理办法》并遵守医疗质量安全核心制度及相关工作制度和诊疗规范，规范医疗服务行为，保障医疗安全，严格执行《河北省三级综合医院评审标准实施细则》的要求规范管理及诊疗行为。

三、按照卫生行政部门关于医疗技术准入有关规定，规范医疗技术准入和医师、护士的执业行为，执行医院有关规定。

四、尊重患者的知情同意权。应当用患者能够理解的语言，将患者病情、医疗措施、医疗风险、替代方案、应急处理等如实告知患者或家属，及时解答其咨询，并避免对患者产生不利后果。要让患者（或家属）对诊疗方案、手术、麻醉、特殊检查（治疗）同意书条款，新开展技术项目及某些非常规治疗项目风险了解清楚，并于检查或治疗前履行知情同意签字手续。

五、按照《医疗事故处理条例》《医疗纠纷预防和处理条例》《处方管理办法（试行）》《河北省病历书写规范》及各级卫生行政部门规定和要求等，书写和妥善保管病历资料。

六、涉及医疗质量安全、可能危及患者健康的、发生或者发现医疗过失行为的，医务人员及科室领导应立即采取有效措施，避免或者减轻对患者身体健康的损害，防止损害扩大。

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

文件名称	医疗风险防范和控制制度				
文件编号	A06-ZD-019-01		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗风险防范和控制制度

医疗风险具有不可避免性、类型复杂性、危害严重性等特点。为进一步维护患者和医务人员的合法权益，保障医疗质量与安全，最大限度地减少医疗差错、事故，防范医疗风险，结合医院实际，特制定本制度。

一、常规要求

（一）各科（处）室必须围绕“患者第一、医疗质量第一、医疗安全第一”的宗旨，完善医疗质量保障工作，落实各项规章制度。

（二）各种抢救设备要处于良好状态，保证随时投入使用。根据资源共享、特殊急救设备共用的原则，医务处有权根据临床急救需要进行调配。

（三）从维护全局出发，全院各科室及各医务人员之间应相互配合相互维护；严禁在患者面前贬低他人抬高自己等不符合医疗道德的行为。

（四）进修及实习医师不得独立完成诊疗工作。

（五）加强对可能存在安全隐患患者的关注与沟通。

（六）对于已经出现的医患纠纷苗头，科室主任必须亲自过问和决定下一步诊疗措施。安排专人接待患者及家属，其他人员不得随意解释病情。

（七）各项检查必须具有严格的针对性，合理安排各项检查的程序及顺序。重视对于疾病的转归及预后具有重要指导意义的各项检查及化验，其结果要认真分析，妥善保管。

（八）合理使用药物，注意药物配伍禁忌和药物不良反应，特别关注老年人和儿童的用药安全。严格掌握药物的适应证。

（九）重视院内感染的预防和控制工作，充分发挥院、科感染监控人员的作用，对于已经发生的院内感染及时登记报告，不得隐瞒。

（十）患者需要输血时，必须进行传染病学等相关检查。输血后的血袋交由输血科统一保管和销毁。



(十一) 各科室在做有创诊疗时，必须配备抢救设备，并保证随时可用。医技科室接到检查申请后必须尽快安排。急诊医技检查必须及时完成。药剂科保证药品的正常进货渠道及质量，保证抢救药品及时到位。

(十二) 病历严格按照《病历书写基本规范》、《医疗事故处理条例》、《医师法》及《医疗纠纷预防和处理条例》等的相关要求进行书写。

(十三) 收治患者必须落实急诊优先、专病专治的原则。

(十四) 严格执行三级查房及会诊制度。

(十五) 住院期间的三级以上手术病例必须经过术前讨论（急诊、抢救手术病例除外），病历中要有详细记录，术者必须参加。

(十六) 主管医师履行患者在院期间的知情权及选择权。告知的内容必须包括以下几个方面：（1）疾病的诊断、拟实施的检查、治疗措施、预后、难以避免的治疗矛盾，治疗中药物的毒副作用等；（2）检查、治疗措施有可能产生的不良后果以及为矫正不良后果可能采取的进一步措施；（3）手术中需留置体内材料；（4）医疗费用中自付费用情况；（5）手术、麻醉及其他创伤性操作的实施情况；（6）手术过程中发现与术前诊断不一致病灶；（7）术中需切除术前未曾向患者交代的器官组织时；（8）危重患者因特殊检查需进行搬动有可能造成危险时；（9）输血、造影、介入、射频、气管切开、化疗及其他需患者或家属了解的内容。对以上内容，主管医师必须做好文字记录，并嘱患者或受托人及时签字。

二、防范控制措施

(一) 建立医疗安全目标责任制，科主任作为医疗安全第一责任人。

(二) 开展医疗安全教育。

(三) 加强医疗缺陷监控。

(四) 严格实行技术准入和人员准入制度。

(五) 加强对高风险科室（专业）及急诊急救工作的管理。

(六) 加强医院感染管理。

(七) 加强运行病历环节质量管理。

(八) 加强医患沟通。

(九) 加强医院医疗服务信息化建设。

(十) 医院设置专职部门（医患关系办公室），负责医疗纠纷日常接待处理工作。

文件名称	医疗投诉（纠纷）防范制度				
文件编号	A06-ZD-020-01		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗投诉（纠纷）防范制度

为提高医疗质量，维护医疗秩序，加强全体医务人员责任心，保障医疗安全，防范医疗投诉（纠纷）的发生，根据相关法律法规，参照有关规定，并结合我院实际情况，特制定医疗投诉（纠纷）防范制度。

一、医患关系办公室作为投诉（纠纷）处理的统一管理部门，负责接受患者对医疗服务的投诉。

二、医院制定并完善相关管理制度、流程、预案等规范性文件，并加强培训，督导落实，持续改进工作。

三、医院工作人员认真贯彻《医疗安全管理制度》相关内容。

四、定期或不定期举行全院性培训教育，按时分析总结投诉情况，对全院职工进行医疗卫生管理知识、法律、法规、部门规章和诊疗护理规范、常规培训和医疗服务职业道德教育，使全体工作人员熟知并在医疗活动中严格遵守各项法律、法规、规章制度、操作常规，恪守医疗服务职业道德，有效防范投诉（纠纷）的发生。

五、医务人员要不断加强业务学习，提高自身的业务水平和诊治技能。

六、患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答咨询，但要注意方式方法，避免对患者产生不利影响。发生诊疗不理解时应按规定为患者及家属提供复印或复制病历资料。努力预防医疗投诉（纠纷）事故发生。

七、落实各科室质控小组及各委员会职能，为化解医患矛盾提供支持与帮助。

文件名称	医患沟通制度				
文件编号	A06-ZD-021-04		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医患沟通制度

一、医患沟通的时间

(一) 门、急诊沟通：门诊医师在接诊患者时，应根据患者的既往史、现病史、体检、辅助检查等对疾病作出初步诊断，并征求患者的意见，争取患者对各种医疗处置的理解。必要时，应将沟通内容记录在门诊病志上。

(二) 入院时沟通：病房接诊医师在接收患者入院时，应根据疾病严重程度、综合客观检查对疾病作出诊断，在入院后 24 小时内完成与患者或家属进行疾病沟通，并由患者或被授权家属在知情同意书上签字。

(三) 入院后沟通：医护人员在患者入院 2 天内必须与患者进行沟通。医护人员应向患者或家属介绍疾病诊断、治疗措施以及下一步治疗方案等。

(四) 住院期间沟通：内容包括患者病情变化时的随时沟通；有创检查及有风险处置前的沟通；变更治疗方案时的沟通；贵重药品及医保目录外的诊疗项目或药品使用前的沟通；发生欠费且影响患者治疗或急危重症患者及时沟通等。

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

二、医患沟通的内容

(一) 诊疗方案的沟通：1. 既往史、现病史；2. 体格检查；3. 辅助检查；4. 初步诊断、确定诊断；5. 诊断依据；6. 鉴别诊断；7. 其他可供选择的治疗方案，并说明利弊以供选择；8. 初期预后判断等。

(二) 诊疗过程的沟通：医护人员应向患者或家属介绍疾病诊断情况、主要治疗措施、检查的目的及结果、患者的病情及预后、某些治疗可能引起的严重后果、药物不良反应、医疗药费情况等，并听取患者或家属的意见，回答问题，增强患者和家属对疾病治疗的信心。

(三) 机体状态综合评估：根据患者的性别、年龄、病史、遗传因素、所患疾病严重程度以及是否患多种疾病等情况，对患者机体状态进行综合评估，推断疾病转归及预后。

三、医院要列出对患者执行书面“知情同意”的目录，由主管医师以患者易懂的方式和语言充分告知患者（家属）并履行签字同意手续。

四、对急诊、危重症患者需实施抢救性手术，有创诊疗、输血、麻醉等，在患者无法履行知情同意手续，又无法与患者家属联系或无法在短时间到达，病情可能危及患者安全时，要及时报告科主任，医务处及医院总值班签字批准。

五、如果患者对检查、治疗有疑虑，拒绝接受医嘱或处理，主管医师应在病程记录中详细记录，同时要进行一次向患者做详细的解释，如患者及家属再一次拒绝接受处理时，要及时上报科主任，并记录在病程记录中，如果患者及家属执意不同意接受应该执行的检查及治疗，则不予实行，但应告知可能产生的后果，由患者及家属在知情同意书上签字。

六、进行临床试验、药品试验、医疗器械试验以及其他特殊检查及治疗前必须签署特殊检查、特殊治疗知情同意书，主管医师要告知相关情况，同患者及家属签署知情同意书。

七、患者死亡医师应建议家属进行尸检病理检查，要充分告知死亡患者家属尸检目的和时限，必须有直系家属同意方可实施。家属不同意尸检应签署拒绝尸检意见书。

八、本制度自下发之日起执行，2020年8月印发的《医患沟通制度》（GZZD-YHB-0002）同时废止。

文件名称	医疗投诉（纠纷）处理暨医患关系办公室工作督导检查制度				
文件编号	A06-ZD-022-01		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗投诉（纠纷）处理暨医患关系办公室 工作督导检查制度

为进一步规范投诉处理程序，保护医患双方合法权益，及时分析诊疗服务过程各个环节存在的问题和不足，不断改善服务流程，制定完善相关制度和预案，依据《医师法》《医疗机构管理条例》《医疗事故处理条例》《医院投诉管理办法》等法律法规，结合“河北省三级综合医院评审标准实施细则”相关评审标准与评审要点等要求，根据我院工作实际情况，制定本制度。

一、目的

医疗投诉（纠纷）事件的接待、处理工作应当贯彻“以病人为中心”的理念，遵循合法、公正、及时、便民的原则。对医疗投诉（纠纷）处理工作暨医患关系办公室工作督导检查，为加强我院投诉管理，规范投诉处理程序，维护正常医疗秩序，保护医患双方合法权益，规范医务人员的工作行为提供有力保障。同时加强医疗质量和医疗安全管理，保证患者安全，杜绝医疗事故隐患，形成医疗质量、患者安全持续改进和提高的长效机制。

二、指导思想

对医疗投诉（纠纷）处理工作暨医患关系办公室工作督导检查，应遵循以有效化解医疗纠纷，保护患者和医疗机构的合法权益，维护正常的医疗秩序，促进医院、社会和谐稳定，切实发挥人民调解工作在化解医疗纠纷中的重要作用为出发点，坚持保证医疗纠纷处理的合法、公正、及时、便民的原则，探索建立我院便捷、公正、高效的医疗纠纷调解机制。

三、督导检查内容与形式

（一）督导检查内容

1. 通过各种形式，在显要地点公布投诉管理的部门、地点、接待时间、联系方式及投诉电话，同时公布上级部门投诉电话。

2. 医患关系办公室设置及职责明确。
3. 有完整的投诉登记，体现投诉处理的全过程。
4. 有投诉管理的相关制度及明确的处理流程。
5. 有明确的投诉处理时限并得到严格执行。
6. 实行“首诉负责制”，科室、职能部门处置投诉的职责明确，有完善的投诉协调处置机制。
7. 建立健全投诉档案，包括书面、音像档案资料。
8. 定期对投诉资料进行归类整理、分析，提出改进建议提供给相关管理部门和科室。
9. 有医疗纠纷范围界定、处理制度与操作流程，妥善处理医疗纠纷。
10. 有法律顾问、律师提供相关法律支持。
11. 以多种形式对员工进行医疗纠纷防范、处理及典型案例教育培训。
12. 建立院方发言人制度。
13. 投诉与绩效管理落实情况。

（二）督导检查形式

1. 根据督导内容制定对医疗投诉、医疗纠纷处理工作暨医患关系办公室督导检查的督导检查单，采用表单形式不定期进行督导检查。
2. 查阅资料。对于管理制度的制定实施、档案、登记的记录、培训资料等进行资料的审查。
3. 对于相关工作人员工作的访谈及追踪。

附件：1. 医疗投诉、医疗纠纷处理工作暨医患关系办公室工作情况督导检查评价表

2. 工作改进回复书



附件 1

医疗投诉、医疗纠纷处理工作暨医患关系办公室 工作情况督导检查评价表

督查时间	督查过程中发现的问题暨工作效果评价
年月日	
上次督查发现问题 科室整改后效果评价	
督导检查组	医务处： 纪检监察室： 特邀临床、医技科室主任： 纪检书记： 主管副院长：

附件 2

工作改进回复书

科室：医患关系办公室	时间： 年 月 日
分析整改情况：	
科主任签名：	

注：1 请科主任接到《督导检查评价表》后一周内将《工作改进回复书》反馈回医务处。
2. 再次督导检查时将对工整改效果进行评价。

文件名称	院长接待日制度				
文件编号	A01-ZD-023-01		发布部门	医患关系办公室	
审核人	王利民	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

院长接待日制度

为了构建和谐医患关系，加强医患双方的沟通和交流，增加医院管理的透明度，及时有效地解决群众反映的各类问题，特制定院长接待日制度。

一、每周三下午 3:00—5:00 为院长接待日时间，如遇节假日顺延至正常工作日第一天下午。接待地点设在门诊办公室；如遇特殊情况，由院办公室统一另行安排。

二、院级领导实行轮流接待，由院办公室安排接待顺序。

三、院长接待日期间，相关职能部门的负责人参加接待。

四、接待内容：

1. 听取患者对医院工作的意见和建议；

2. 接受患者的投诉。

五、接待要求：

1. 接待患者和家属来访要遵循以下原则：正确贯彻执行党的路线、方针、政策，分工负责，归口办理，件件有结果。

2. 对患者和家属来访反映的问题，自己能够解决的要主动予以解决，需要集体研究后解决的要先做好解释工作，研究后及时给予答复，属于职能科室处理的问题，批转或责成有关部门答复处理。

3. 转办和督办件应当在 5-10 个工作日内办结并及时告知来访人，因特殊原因不能按期办结的，延长期限不应超过 30 日，并告知来访人延期理由。

4. 每次接待患者和家属来访，要做好受理登记，认真记录来访人的姓名、联系电话、地址和投诉请求、事实和理由等内容、处理结果都要填入《院级领导接待日记录》，定期交院办公室保管。

六、对于因工作落实不力造成群众重复上访、越级上访或产生严重影响的，要严格按照

医院有关规定追究相关部门和人员的责任。

七、接待院长和所有参加人员，要尊重来访者的隐私权，为来访群众守密，不得散布来访者所反映的任何问题，否则将按医院有关规定严肃处理。

十五、医疗服务管理

文件名称	医疗服务办公室工作制度				
文件编号	A23-ZD-001-04		发布部门	医疗服务办公室	
审核人	关艳	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

医疗服务办公室工作制度

一、在院长和主管院长的领导下，认真完成各项工作。

二、负责门诊导诊及护理辅助岗、文案、外勤、电梯、太平间等岗位派遣人员的管理。做好人员培训、调配及日常工作的督导检查等。

三、加强外勤人员管理，根据科室工作需要做好外送外检外取等工作。每月向各科征求意见，不断改进，满足临床工作需要。

四、定期组织召开全员工作例会，不断提高工作质量。

五、积极与各科室协调，保证各项工作顺利进行。



文件名称	患者回访中心工作制度				
文件编号	A23-ZD-002-04		发布部门	医疗服务办公室	
审核人	关艳	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

患者回访中心工作制度

一、认真落实全院出院患者的院科两级回访。

二、由专职回访人员，在规定时间内完成出院患者的二级回访工作。定期督导检查临床科室出院患者随访（一级回访）工作的完成情况。

三、对回访中患者提出的意见、建议认真记录，及时反馈给相关科室，并督促科室及时提出改进措施，持续改进医院医疗服务质量等各项工作。

四、对回访中患者反映较为突出的问题，及时报告医患关系办公室主任，根据情况协助相关科室进行调查处理、督导改进。

五、严禁泄露、擅自更改患者信息。

六、严禁使用回访电话接打私人电话，非回访中心工作人员不得进行电话回访。

七、负责出院患者满意度调查，定期督导检查各临床科室住院患者满意度评价工作。

八、每月对回访中心各项工作进行汇总、分析，上报院长及相关科室，并纳入医院质量管理考核。

文件名称	门诊导诊分诊工作制度				
文件编号	A23-ZD-003-04		发布部门	医疗服务办公室	
审核人	关艳	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

门诊导诊分诊工作制度

一、在医疗服务办公室主任及门诊护士长的领导下进行工作。

二、提前到岗，做好开诊前准备工作，确保准时开诊。维持好诊疗秩序，对门诊量相对较大的科室，分诊人员指导患者分时段就诊。

三、做好优质服务，对重症、高龄及无家属陪护的患者给予必要的帮扶，对优抚对象要安排优先就诊，并做好其他患者的解释协调工作。患者有困难，尽全力帮助解决，确保患者就医安全。

四、上岗要仪表规范，佩戴胸卡。落实首问负责制，以高度的责任心和饱满的热情接待每一位患者。

五、严格落实门诊预检分诊工作制度。

六、保持服务台、诊室桌面及环境整洁，对候诊患者做好相应的健康宣教。

文件名称	出院患者回访制度				
文件编号	A23-ZD-004-03			发布部门	医疗服务办公室
审核人	关艳	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

出院患者回访制度

为加强医患沟通、构建和谐医患关系，持续改善医疗服务质量，提高回访成功率，创建人民群众满意的医院，特制定本制度。

一、执行院科两级回访，患者回访中心负责全院出院患者的回访工作，做好出院患者满意度调查。

二、回访对象：为所有办理住院手续，在本医疗机构内接受诊疗服务并已出院的患者（死亡患者除外）。

三、回访形式：以电话回访为主，利用电话回访系统对出院患者进行回访。

四、回访时限：在患者出院后两周内完成。

五、回访内容：包括患者在住院期间对医疗护理服务质量、技术水平、服务态度、检查用药、医疗收费、医疗环境以及医院管理、廉洁行医、后勤保障等方面内容的满意程度，收集患者对医疗服务工作的意见、建议等。同时解答患者咨询，了解临床科室医生的出院患者随访完成情况。

六、工作要求：

（一）回访人员应在回访前做好准备工作，检查所用设备状态，调整情绪，保持愉快心情，以饱满的精神状态投入患者回访工作。

（二）回访中做到热情、礼貌、不与患者发生争执，通话时对患者的提问应耐心听取，使用文明用语、规范用语，慎重回答。

（三）回访时要按照回访内容逐一询问，认真记录患者反馈的信息。

（四）对问题不清楚的不得随意敷衍；对当时不能马上解决的或电话解释不清的问题应告知患者答复时间，并及时给予答复。

（五）当患者有无理言行时应尽量容忍，耐心说服，不以恶言相待，更不允许与患者发

生争执。

（六）严禁违规使用回访信息系统，回访人员应尊重和维护患者的隐私权，不得向无关人员透露患者信息、回访意见及建议。

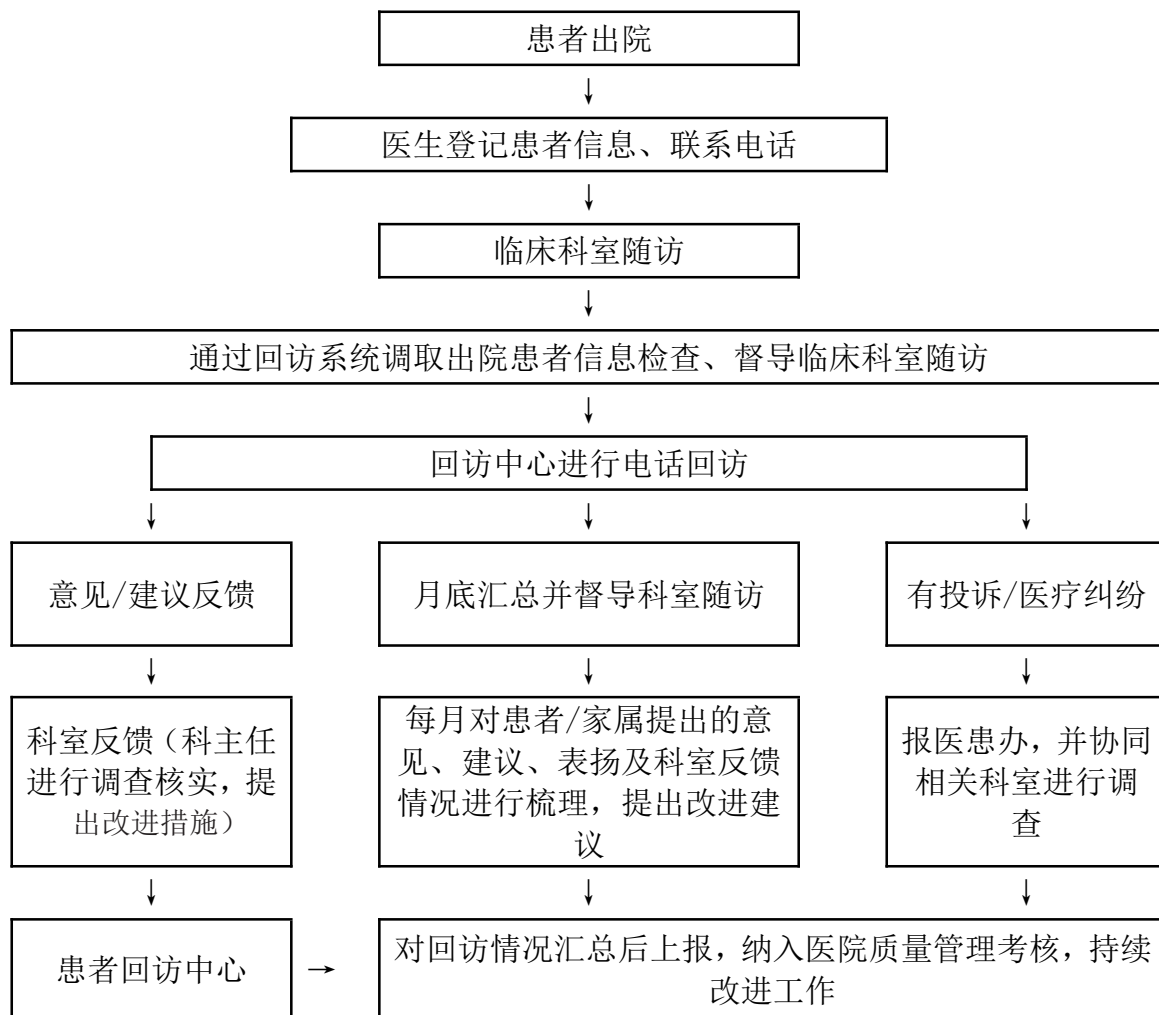
七、对回访中患者提出的意见、建议等认真记录，及时反馈给相关科室，相关科室要高度重视，对患者的意见、投诉等问题进行调查核实，及时给予回复，并结合科室实际情况制定整改措施加以落实；对投诉情况属实的要对责任人给予相应处理；对患者提出的合理建议，各科室要认真落实，持续改进医院各项工作，不断改善医疗服务质量。

八、对回访中患者反映较为突出的问题，及时报告医患关系办公室主任，根据情况协助相关科室进行调查处理、督导改进。

九、定期督导检查临床科室对出院患者随访工作的完成情况。

十、回访中心每月将征求的意见、建议及表扬等回访情况进行汇总，向相关职能科室反馈患者意见及建议，并上报主管院长，纳入医院质量安全管理，持续改进工作。

出院患者电话回访工作流程



文件名称	出院患者随访制度				
文件编号	A23-ZD-005-03		发布部门	医疗服务办公室	
审核人	关艳	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

出院患者随访制度

为推行诊前、诊中、诊后的一体化医疗服务模式，加强后医疗服务管理，使患者出院后的继续治疗、康复指导和健康教育能得到科学、专业、便捷的指导，提升医师岗位责任意识，特制定本制度。

一、出院患者随访工作是由经治医师、责任护士根据病情对出院患者提供服药指导、营养指导、康复训练指导、生活或工作中的注意事项提示等服务，促进患者康复。

二、随访对象：凡在我院办理住院手续，接受我院诊疗服务并已出院的患者，均至少进行一次出院后随访，出院患者随访率要求达到100%（死亡患者除外）。

三、随访方式：以电话随访为主，也可采取微信、短信、入户、预约复诊等形式。

四、随访时间：首次随访在患者出院一周内完成，以后视病情和治疗需要进行随访。

五、随访内容：了解患者出院后的治疗效果、病情变化和恢复情况，指导患者如何用药、如何康复、饮食注意事项，以及何时回院复诊、病情变化后的处置意见等专业性指导，并征求意见建议。

六、各临床科室负责对本科室出院后的患者进行出院随访。主管医生为第一责任人，并根据患者病情或其他特殊情况决定是否委托上级医师、科主任随访。科主任对住院医师的随访工作每月至少检查一次，对没有按要求完成随访的医生应进行督促。

七、患者出院前由主管医生告知出院随访目的及形式，并核对患者联系方式及电话号码；对不方便接听电话者，留取直系亲属联系电话并注明与患者的关系。

八、随访要求：

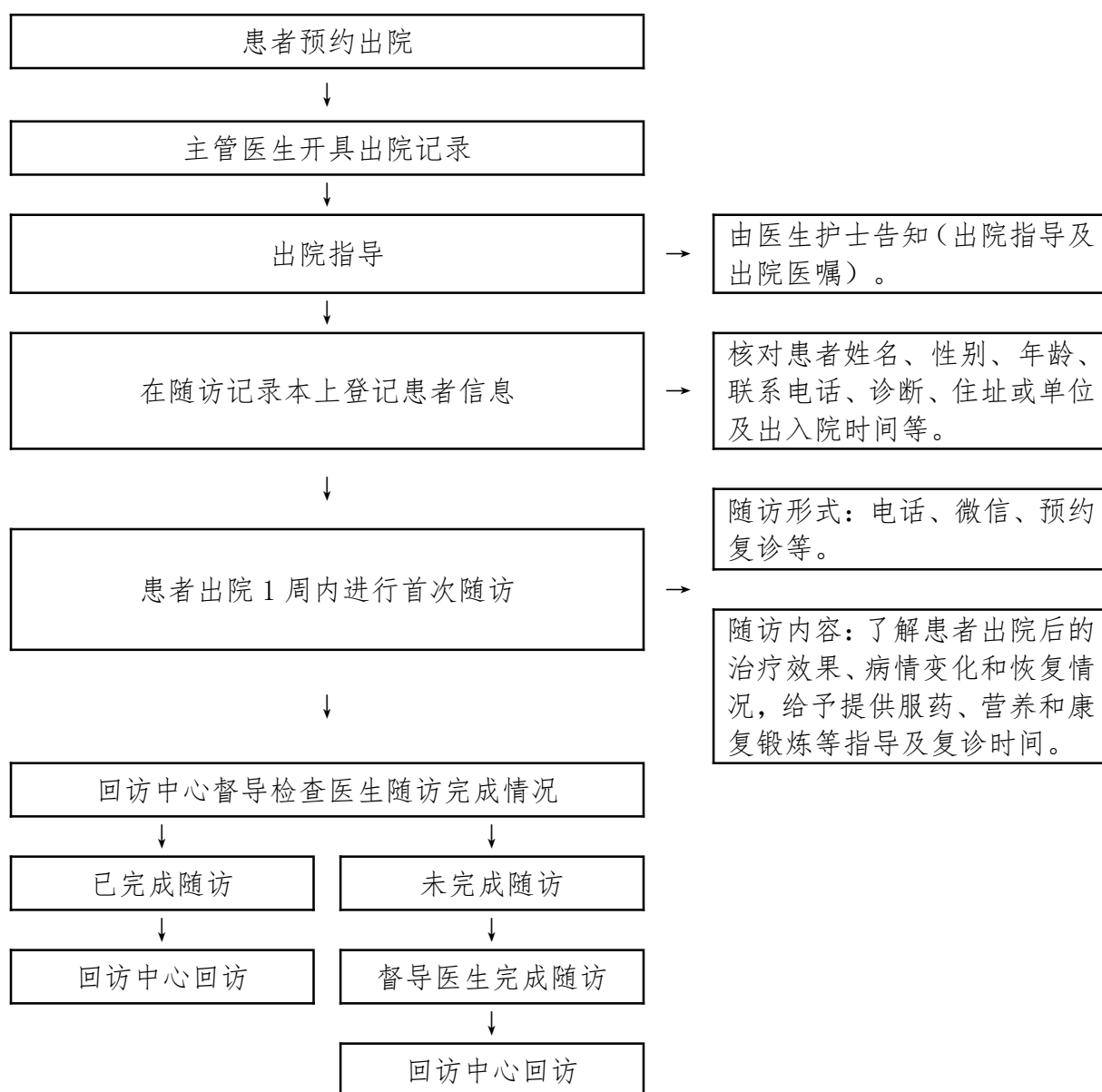
（一）随访人员应在随访前做好准备工作，调整好情绪。随访时应先问候患者，并进行自我介绍，音量适当、语气亲切、语速适中。

（二）随访中仔细听取患者或家属提出的问题，耐心给予解答。

(三)认真做好随访记录,详细填写随访内容。出院患者随访记录本应固定位置统一放置。

九、回访中心负责定期督导检查出院患者随访工作的完成情况,对未按要求完成患者随访及随访率不达标者,按医院相关规定纳入科室质量管理考核。

出院患者随访流程



文件名称	住院患者（家属）座谈会制度				
文件编号	A23-ZD-006-03		发布部门	医疗服务办公室	
审核人	关艳	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

住院患者（家属）座谈会制度

为加强医院与住院患者之间的沟通，和谐医患关系，进一步改善医疗服务，不断提高医疗服务质量，医院定期组织召开住院患者（家属）座谈会。

一、住院患者（家属）座谈会由医疗服务办公室组织，每月召开一次，邀请住院患者及家属代表参加。

二、召开患者（家属）座谈会，须有院领导及护理部、后勤保障处、营养科、医学工程处、安全保卫处、卫生保洁领班、电梯班等相关职能科室负责人参加。

三、会议内容：请患者及家属座谈在我院就医过程中的体验和感受；医务人员服务态度、服务质量，廉洁行医方面有无收红包礼物的现象；对我院的医疗技术水平、医院环境、餐饮卫生、后勤保障等方面的评价，征求意见建议。

四、会中虚心听取患者及家属提出的意见建议，相互沟通，增进了解和信任，改进工作。能现场解答的，相关科室负责人要耐心给予解答。

五、认真做好会议记录，对患者及家属提出的每一条意见和建议进行梳理，并将问题反馈到相关科室，督导改进。

六、每月对患者（家属）座谈会情况进行汇总，上报院领导及相关职能科室。

文件名称	特定患者定期随访制度				
文件编号	A23-ZD-007-02			发布部门	医疗服务办公室
审核人	关艳	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

特定患者定期随访制度

为规范患者出院指导，延伸诊疗服务，使住院患者的院外治疗、康复能够继续得到科学、专业指导，准确的统计临床科研数据，特制定特定患者随访制度，请各科室遵照执行。

一、特定患者主要包括科室开展新技术、新项目的患者；根据科研需要数据统计的患者，及其他需要开展定期随访的特殊患者（如脑卒中、经介入术治疗等），具体由医务处、科教处确定。

二、各科室根据情况建立特定患者随访登记，登记内容包括：住院号、姓名、性别、年龄、入院时间、出院时间、出院诊断、家庭住址、联系电话等信息。

三、随访方式包括电话随访、微信随访、预约复诊及家访等。随访内容包括：了解患者出院后的治疗效果、主诉、体征变化和恢复情况，指导患者如何用药、如何康复、何时回院复诊、病情变化后的处置意见等专业性指导。

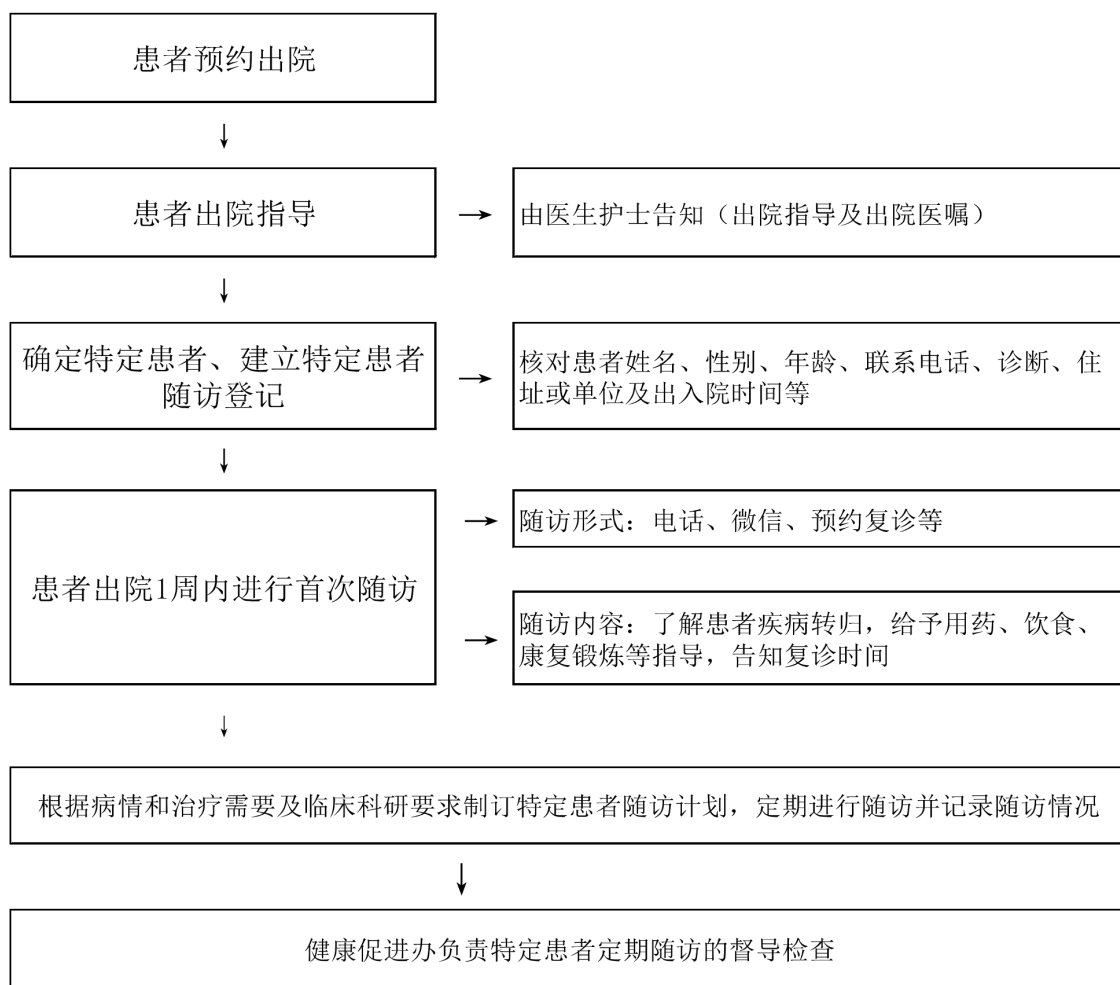
四、首次随访由住院期间的主管医生或上级医师负责，在患者出院1周内完成，并将随访内容详细记录在出院患者随访记录本中。回访中心于患者出院1周后进行督导检查，对未按时完成随访的督导医生限期完成。

五、第二次及以后的随访时间，应根据患者病情和治疗需要及临床科研要求而定。治疗用药副作用较大、病情复杂和危重的患者应出院后随时随访；需长期治疗的慢性患者或有科研、教学意义的患者经治医师应根据实际情况定期随访。

六、临床科研负责人及时将随访数据进行统计分析，获得科研数据，指导临床实践。

七、健康促进办、医务处、科教处应对各临床科室纳入特定患者的随访情况定期检查指导，对存在问题提出改进意见。

特定患者定期随访流程



文件名称	太平间管理制度				
文件编号	A23-ZD-008-02		发布部门	医疗服务办公室	
审核人	关艳	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

太平间管理制度

一、太平间由医院指定专人管理，管理人员负责接收和保管患者尸体。

二、接收尸体时，应有所在科室填写的尸体登记卡，标明死亡时间、姓名、性别、年龄、住址等详细信息，填写交接记录并双方签字确认。领取尸体时，太平间管理人员要认真核实领取人的身份信息、死亡证明、尸体登记卡等。核对门诊收费收据等证明材料、并履行签字手续，严防差错发生。

三、太平间要保持室内外清洁、通风，定期消毒处理。

四、管理人员应定期检查冰柜的低温效能，发现问题及时处理。

五、太平间停放尸体应按《河北省物价收费标准》收费。

六、遇有长期未认领的尸体，按公安部门有关规定处理。

七、严禁在太平间内烧香烧纸和举行悼念活动，以防火灾发生。

八、严禁医院太平间开展赢利性殡仪服务。工作人员不得私自调配殡仪车辆联系外运遗体。因特殊情况需要将遗体运往外地的，需经承德市殡仪馆批准并办理遗体运送手续。

九、尸体领走后，要及时对尸体柜清洁消毒。

十、遇有传染病逝者、应按传染病相关管理制度执行。

文件名称	门诊管理制度				
文件编号	A21-ZD-001-01		发布部门	门诊办公室	
审核人	王晓波	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

门诊管理制度

一、门诊办公室主任在主管院长领导下，全面负责门诊办公室的管理工作；门诊办公室副主任协助门诊办公室主任工作，负责各项工作组织与实施；门诊护士长负责门诊护理工作。

二、各临床科室的门诊包括专家门诊、专科门诊、普通门诊。专科门诊、普通门诊由高年资住院医师职称以上的医生出诊；专家门诊由副主任职称以上的医生经准入审批后方可安排出诊。

三、门诊工作人员要遵守医院各项规章制度、劳动纪律。出诊医师准时出诊，不得脱岗串岗。特殊情况需请假，经临床科室主任同意，做好替诊安排，并应提前通知门诊办公室，未经批准不得自行停诊。

四、接诊医师应严格执行首诊负责制，详细询问患者病史，进行必要的体格检查，认真书写门诊病历。

五、对疑难危重患者或三次门诊仍不能确诊者，应及时请上级医师或其他专科会诊，并做好会诊记录。对急危重患者，要及时转送急诊科；对不宜转送的患者，须就地抢救，病情稳定后再送急诊室或病房，并做好交接班工作。

六、医生在完成对一个患者的诊疗后，应主动告知患者需要接受哪些检查、到什么地方接受检查等，引导患者进入下一个诊疗环节。

七、各检查、检验科室必须严格执行限时承诺制度，准确及时出具各种检查、检验报告。

八、门诊保安负责门诊的安全保卫工作，维持秩序、巡查安全隐患；门诊导诊人员负责导诊咨询，帮助和指导患者就医，并帮助扶持老、弱、残患者；门诊大厅设导诊、咨询服务、门诊提供饮水机、轮椅、拐杖、无障碍卫生间、花镜等便民措施。

九、门诊一至四楼、医技楼一楼设有人工挂号缴费窗口，门诊二至六楼设有自助挂号、预约挂号、缴费设备，三楼预约挂号窗口可提供电话及现场预约服务。不断优化门诊预约诊疗服务，简化流程，方便患者就医。

文件名称	首问负责制度				
文件编号	A21-ZD-002-01		发布部门	门诊办公室	
审核人	王晓波	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

首问负责制度

一、首次接待患者提出的问题为首问责任人，适用于医院所有工作人员。

二、工作人员要树立良好的职业道德，使用文明用语，热情大方，为患者提供安全、便捷的咨询服务。

三、患者提出的办理事项属于首问责任人职责范围内能够解决的，首问人应当及时办理，一次性告知有关事项，耐心、细致、周到地解答有关询问；不属于首问责任人职责范围内，但是属于本院职责范围内的，应主动告知有关科室，必要时应为患者联系有关科室和责任人；不属于本院职责范围内的，首问人应当耐心解释，并尽自己所知给予指引和帮助。

四、认真履行岗位职责，熟练掌握专业知识和专业技能，熟悉业务及工作内容，熟悉患者就诊流程及医院布局。

五、工作人员需熟悉本岗位工作业务和工作程序，了解有关科室的职能。

六、各岗位工作人员要自觉遵守首问责任制度，积极主动帮助患者解决问题，不能解决的问题要及时上报相关领导。

文件名称	急危重症患者优先处置制度				
文件编号	A21-ZD-003-01		发布部门	门诊办公室	
审核人	王晓波	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

急危重症患者优先处置制度

为切实做好急诊患者的抢救及后续治疗工作，提供快速、有序、有效和安全的诊疗服务，尽可能保证患者生命安全，让人们真正感受到“救死扶伤，治病救人”的革命人道主义精神，保证病情危重患者能够得到及时有效的抢救治疗，制定优先处置制度：

一、门诊建立优先处置通道，符合条件者及时启动优先处置通道。进入“优先处置通道（绿色通道）”的病人：是指各种休克、昏迷、心肺骤停，严重心律失常，急性重要脏器功能衰竭垂危者。

二、“优先处置通道”的工作要求及诊疗程序如下：

（一）接诊医师必须对门诊急危重症患者实行首诊负责制。

（二）门诊患者突发意外情况时，所在诊室医生及分诊护士就地进行抢救，并通知相关科室配合。

（三）凡进入“优先处置通道”的患者，相关科室必须优先诊治和优先检查，各科室间必须密切配合，相互支持，提供全程服务。

（四）危重患者优先入院抢救，由首诊接诊医生、护士护送，后补办住院手续。

（五）对进入“优先处置通道”的患者，全体医护人员尽职尽责，提供快速、有序、有效和安全的诊疗服务，尽最大可能挽救患者生命。

文件名称	门诊挂号和号源管理制度				
文件编号	A21-ZD-004-01		发布部门	门诊办公室	
审核人	王晓波	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

门诊挂号和号源管理制度

为方便患者门诊就医，保护病人的平等就医权利，特制订号源管理制度：

一、医院实行无假日门诊工作制度，周一至周六上午全部科室开放门诊。周六下午、周日按系统出诊。国家法定节假日门诊各科室以专家诊为主。

二、医院采用实名制挂号，挂号方式有预约挂号和当天挂号，所有号源（普通门诊、专科门诊、专家门诊）全部开放七天预约。当天挂号的号源为除预约号以外的全部号源，若上午 9:15 之前电话、现场预约患者未取号票，号源自动回到号池，供当天号源使用。

三、患者挂号获得就诊号后，原则上不能退号，病人需要退号时，由医生在挂号单背面签字并注明原因，到挂号收费窗口退号。

文件名称	门诊预约诊疗工作制度及流程				
文件编号	A21-ZD-005-04		发布部门	门诊办公室	
审核人	王晓波	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

门诊预约诊疗工作制度及流程

一、在门诊办和医疗服务办公室领导下进行工作。

二、工作人员着装整齐，佩戴胸卡，按时到岗。上岗后检查所用设备状态；调整情绪，保持愉快心情，以饱满的精神状态投入到工作中。

三、及时接听电话，语气温和，语速适中，耐心解答。坚守岗位，不得脱岗、空岗。

四、预约挂号可提前一周进行预约。

五、预约方式：

现场预约 门诊三楼预约挂号室

微信、支付宝预约、自助机预约

电话预约 预约电话：2022121 2023113

自助设备预约

开通时间：上午 8:00—12:00

下午 2:30—5:30（冬季 2:00—5:00）

六、预约时，工作人员详细准确的记录患者预约科室及就诊时间等信息，同时告知患者取号注意事项。

七、每日下班前半小时两人共同核对当日预约信息，如有错误及变更，核对清楚及时更正，保证预约的准确性。

八、因特殊情况预约专家不能出诊，及时通知患者，更换预约时间或预约专家。

九、预约挂号系统出现问题立即上报，并及时通知计算机管理中心。

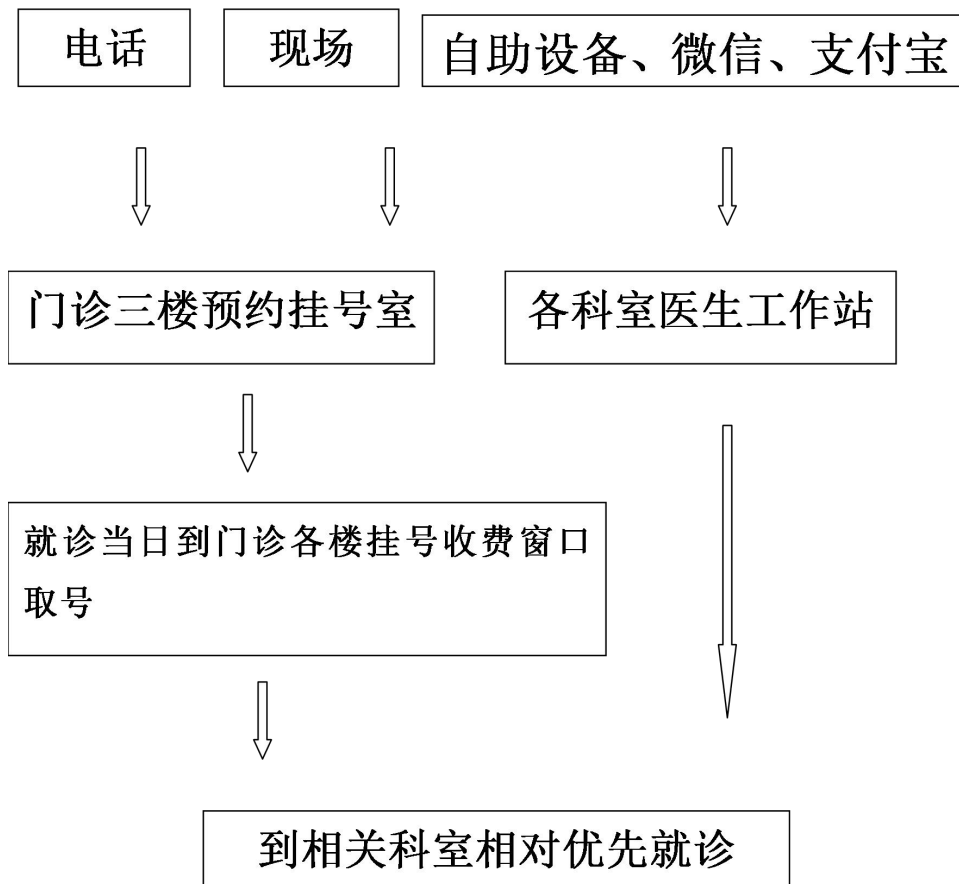
十、严禁使用预约电话接打私人电话，非本室中工作人员禁止在屋内长时间逗留、闲聊。

附：预约诊疗服务流程



附:

预约诊疗服务流程



文件名称	门诊流量实时监测制度及门诊高峰时段分流患者方案				
文件编号	A21-ZD-006-02		发布部门	门诊办公室	
审核人	王晓波	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

门诊流量实时监测制度及门诊高峰时段分流患者方案

一、门诊流量监测包括的信息：每个专业的出诊医师数量、科室挂号人次、医师已接诊人次和候诊人次及各窗口单位等处等候人次。

二、门诊流量实时监控方法：

- （一）通过导诊人员随时观察，及时将信息反馈给门诊办公室。
- （二）各服务窗口工作人员各自监控本辖区的流量，反馈到各自办公室。
- （三）门诊办公室工作人员根据就诊高峰期进行巡视，进行实时监测。

三、门诊高峰时段分流患者方案

（一）门诊办公室主任、护士长、医疗服务办公室人员在巡视中，发现门诊科室超过接诊能力时，即刻与该科主任、副主任联系，要求增加出诊人员。

（二）本科室分诊人员发现超过接诊能力时通知门诊办，门诊办即刻与该科主任、副主任联系，要求增加出诊人员。

（三）新增出诊人员要符合门诊出诊医师资质（取得医师资质三年以上）。

（四）增派人员数量根据挂号人数、和病房可调配人员数等因素决定，特殊情况由门诊办主任报主管院长全院内调配。

文件名称	缩短患者诊疗等候时间的措施				
文件编号	A21-ZD-007-01		发布部门	门诊办公室	
审核人	王晓波	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

缩短患者诊疗等候时间的措施

为了优化门诊就诊流程，缓解病人多处排长队等候的现象，我院采取多种措施缩短病人等候时间：

一、门诊实施“电子健康卡”就医，患者凭身份证或填写身份信息，通过门诊一、二、三、四楼、医技一楼收费窗口、自助终端打印纸质电子健康码、微信绑定电子健康码等建档方式进行全流程应用，以方便病人。

二、推行自助服务，设置自助服务一体机，实现自助办卡挂号、缴费、预约、查询；打印化验单、CT、X线、MRI胶片、报告单等功能。推行微信公众号网络服务，实现绑卡、缴费、预约、诊疗信息查询等功能。

三、开展多渠道预约方式，引导患者分时段就诊，加强预约诊疗服务的宣传，提高社会知晓率，缩短等候时间。

四、门诊服务台、各楼层分诊台设立导医服务，各楼层标识醒目，减少患者因寻找而浪费时间。

五、实行弹性工作制，挂号收费室采取提前上岗、门诊药房实行24小时值班制等措施。

六、各医技科室高峰时段实行弹性排班。

七、节假日、周六、日门诊正常开放，为患者提供方便。

八、加强应急预案的培训，如网络故障、停电等突发事件发生时，及时应对，同时向患者及家属做好耐心解释工作，取得患者的谅解。

文件名称	门诊资源利用率最大化的措施				
文件编号	A21-ZD-008-01			发布部门	门诊办公室
审核人	王晓波	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

门诊资源利用率最大化的措施

医院门诊是全院医疗服务的重要组成部分，门诊管理是医院管理极其重要的内容，为了使我院门诊医疗资源利用率达到最大化，进一步提高门诊服务质量和技术水平，现制定如下措施：

一、加强门诊导诊工作，进行门诊流量实时监控，做好门诊重点区域和高峰时段处理。

通过加强门诊导诊工作做好门诊流量实时监控，对门诊患者就诊情况能有一个充分的了解及评估，合理调配门诊医疗资源，确保良好的就诊秩序，方便患者就诊。

二、做好预约诊疗服务，安排患者定时就诊，合理分配医疗资源。

通过电话、现场、自助机、微信等预约方式开展预约诊疗工作，根据医院就诊高峰情况，合理安排患者分时段就诊，避免高峰时段的拥挤和提高就诊闲置时段的资源利用率。

三、开放节假日门诊，实行无假日门诊，充分利用门诊资源。

通过合理安排，开放节假日门诊，实行门诊节假日不停诊，使门诊工作时间延长，方便患者随时就诊，并对日常门诊患者进行节假日分流，缓解日常门诊就诊高峰时段的紧张趋势。

四、做好门诊和辅助科室工作协调，提高就诊效率。

通过加强门诊与辅助科室之间的协调管理，缩短辅助检查等候及报告出具时间。

文件名称	门诊医疗资源调配方案				
文件编号	A21-ZD-009-01		发布部门	门诊办公室	
审核人	王晓波	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

门诊医疗资源调配方案

为改善门诊就诊环境，完善门诊管理制度，落实便民措施，减少就医等待，改善患者就医体验，特制定“门诊医疗资源调配方案”

一、人力资源调配

(一) 各科室应根据本科室门诊工作的特点，对门诊实施人力资源调配，针对门诊就诊高峰时段，科室应重点做好该时段的门诊值班人员安排。

(二) 各分诊台工作人员根据各科门诊就诊患者数量合理分诊，当相关科室有大量患者候诊时，由出诊医师与科室主任联系，做好人力增援工作及相应的协调工作，保障门诊工作的有序有效进行。

(三) 门诊服务窗口出现排长队现象时，由分诊人员首先及时疏导分散患者到其他窗口或楼层，必要时通知对应窗口负责人及时开启备用窗口，缩短患者排队等候时间。

(四) 辅助检查科室各诊室等候人数增多时，各科主任应立即进行人员调配，增加值班人员。

二、物资、设备调配

(一) 临床科室和辅助科室根据门诊工作量及时做好设备调配，当门诊患者检查或治疗的需求量超过本科室每台仪器规定的工作量时，要及时通知科室负责人开启备用设备，必要时延长工作时间，缩短病人排队等候时间，杜绝推诿，做到当日检查、治疗当日完成。

(二) 辅助科室开展的各项辅助检查要有明确的适应症与禁忌症，并定期在院内进行培训，避免有些检查项目闲置，有些检查项目过度使用的现象，在保障患者有效就诊的同时，做到医院医疗资源合理化利用，同时保障了患者的权益。

三、时间调配

门诊各岗位实行弹性值班制，根据各岗位患者流量高峰时段合理安排值班时间。

文件名称	门诊重点区域和高峰时段保障诊疗秩序和连贯性措施				
文件编号	A21-ZD-010-01			发布部门	门诊办公室
审核人	王晓波	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

门诊重点区域和高峰时段保障诊疗秩序和连贯性措施

为方便患者就医，确保患者来院有医可看，及时就诊，制定本措施：

1、对门诊流量实时监控，如果发现门诊科室就诊人数异常增多，立即按照《门诊医疗资源调配方案》启动人力资源调配，门诊负责人现场协调指挥，科室医护人员及导分诊人员共同维护就诊秩序，保证每位患者及时就医。

2、根据高峰期针对门诊人次多，且集中在上班时间段的特点，实施弹性排班，部分就诊人员较多的科室提前上班，并根据病人流量延长服务时间或增加医务人员。

3、高峰期增设挂号缴费窗口、延长挂号、缴费、取药等窗口上班时间，并安排保安在现场维持秩序。

4、分诊人员及时尽早分流病人，避免病人拥堵在走廊、大厅等地方，让病人早入诊区，早作准备。

5、患者就诊期间，医务人员完成本岗位工作后主动指导患者进入下一诊疗缓解，确保患者就医的连贯性。

6、门诊重点区域有内科系统（内分泌科、消化血液科、临床心理门诊）、外科系统（骨科一病区、骨科二病区）等部位，除了应用电子叫号系统外，诊区分诊人员重点维护秩序、引导患者分时段就诊。

7、在门诊诊疗过程中任何区域，任何时段出现病人秩序紊乱及其它服务环节的异常现象，由科室向门诊办公室报告，由门诊办公室安排人员协调解决，维护诊疗正常秩序。重点区域的导诊人员加强巡视。

文件名称	门诊与辅助科室协调工作制度				
文件编号	A21-ZD-011-01		发布部门	门诊办公室	
审核人	王晓波	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

门诊与辅助科室协调工作制度

为确保门诊与辅助科室间工作衔接流畅，优化门诊诊疗流程，使患者得到便捷、高效、优质的门诊医疗服务，特制定本制度：

一、门诊服务窗口出现排长队现象时，门诊办公室与窗口负责人沟通及时开启备用窗口，缩短患者排队等候时间。

二、门诊遇急危重症患者需立即进行检验、检查时，门诊医师应立即与相关科室电话联系随时安排检查；特殊情况下（外地患者、高龄患者等），门诊医师应与医技科室提前沟通，根据实际情况合理安排。

三、医技科室候诊量大时，导诊人员应适时做好需进行多项检查项目患者的分流工作，协助患者合理安排检查顺序。

四、医技科室做好工作量监测，当检查候诊量超出最大接诊量限度时，及时增加工作人员，延长工作时间，实施门诊与住院患者分时段预约检查，确保检查结果回报及时。

五、遇有信息系统故障、医疗设备故障、门诊就诊高峰等特殊情况，门诊办公室应积极协调门诊与辅助科室间的应急响应、工作流程，确保门诊正常工作秩序。

文件名称	门诊患者隐私权保护制度				
文件编号	A21-ZD-012-01		发布部门	门诊办公室	
审核人	王晓波	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

门诊患者隐私权保护制度

为保护患者隐私，维护诊室秩序，优化服务流程，特制定本制度。

一、医务人员在诊疗活动中，必须关心、爱护、尊重患者，自觉保护患者隐私，未经患者本人同意，不得以任何方式向任何人泄露。

二、门诊诊疗环境私密性良好，诊查时应拉上屏风、隔帘或关门。

三、门诊各诊室实行一医一患诊查制，医生有自觉维护诊室“一医一患”的秩序的权利和义务，医师在诊疗过程中，不得有两个或两个以上的患者在同一诊室内等候诊疗，若为异性患者进行隐私部位诊查时可确保一医一患一护。

四、分诊人员应主动提示医师和患者共同维护好诊室一医一患的工作环境。

五、注意保护病人信息数据，门诊电子叫号系统显示就诊病人信息时，首位字用“*”字符代替。

文件名称	门诊办公室工作制度				
文件编号	A21-ZD-013-04		发布部门	门诊办公室	
审核人	王晓波	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

门诊办公室工作制度

- 一、在主管院长领导下，负责门诊行政管理工作。
- 二、每日巡查门诊，重点对门诊秩序、环境、服务、流程进行督导检查，发现问题及时沟通解决。
- 三、负责专家门诊出诊、停、替诊管理工作。
- 四、负责门诊多学科联合会诊组织工作。
- 五、负责门诊高峰时段人员调配工作。
- 六、每月对门诊工作进行总结、分析、评价并持续改进。
- 七、根据医院发展，配合各部门，推动门诊工作。

文件名称	门诊出诊医师的管理措施				
文件编号	A21-ZD-014-01		发布部门	门诊办公室	
审核人	王晓波	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

门诊出诊医师的管理措施

一、严格依法执业，普通门诊安排高年资住院医师及以上职称医师出诊，专家门诊为副主任医师以上人员，执业范围与科室专业相符合。

二、新上岗出专家门诊的医师需到门诊办公室办理申报、审批、人事处资格认定手续。

三、门诊医师准时上岗，提前5分钟做好开诊前准备工作，不得无故迟到、早退、脱岗。对因特殊情况确实无法出诊的医师，原则上不停诊，应采取替代方案，确保门诊工作正常运行。

四、门诊医师严格按出诊时间出诊，因特殊原因停诊应提前一周到门诊办公室办理书面停诊手续。

五、执行首诊负责，严格履行告知义务，认真诊查病人，规范书写门诊病历、各项申请单。

六、上岗着工作服、佩戴胸卡，文明服务，接诊或治疗中不得接打手机。

文件名称	门诊停替诊管理规定				
文件编号	A21-ZD-015-01		发布部门	门诊办公室	
审核人	王晓波	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

门诊停替诊管理规定

为进一步加强专家门诊管理，保证为患者提供准确及时的门诊服务，以及门诊预约工作的顺利开展，特制定本规定。

一、专家门诊出诊日原则上不得安排其它工作，保证按时开诊，不得随意停诊或替诊。

二、如有特殊情况确需停诊或替诊者，必须由出诊医师或本科室分诊人员提前1天到门诊办公室填写停替诊申请单，

然后由出诊医师或本科室分诊人员持申请单告知预约挂号处（预约挂号处通知患者取消预约）、并把申请单送至信息中心，由信息中心完成信息医师出诊信息的维护。

三、分诊人员及时告知患者医师停诊情况，做好与患者沟通、解释工作。

文件名称	提高门诊医生出诊率的奖罚制度				
文件编号	A21-ZD-016-01		发布部门	门诊办公室	
审核人	王晓波	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

提高门诊医生出诊率的奖罚制度

一、门诊办公室、医务处对出诊医生的出诊情况进行监督和管理。出诊医师不得无故随意停诊。如因医院工作安排，不能按时出诊的医师，应在开诊前一天提出停诊申请，并由所在科室主任同意，做好同级别医生替诊，并到门诊办公室办理停替诊手续。

二、如临时因意外情况（因病、因伤）不能提前办理停诊替诊手续，应先通知门诊办公室及挂号收费处，同时科室应及时指派同专业同级别或以上医师替诊。门诊办公室负责督促和协调相关科室工作。

三、凡每月出诊迟到1次，给予口头警告，2次与科室主任汇报；3次及以上上报质控办予以处罚。



文件名称	节假日门诊工作制度				
文件编号	A21-ZD-017-01		发布部门	门诊办公室	
审核人	王晓波	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

节假日门诊工作制度

为满足患者在不同时段的就诊需求，我院实行无假日门诊。

一、推行节假日门诊服务，周六下午、周日全天内科系统各科室轮流出诊，法定假日长假期间，按医院要求，全院各专科门诊正常出诊，以专家门诊为主。

二、节假日期间各医技科室照常开展各项医疗业务工作，按时发放各项检查报告，满足临床诊疗工作需要。

三、每逢法定假日长假期间，门诊科室应在放假前三日，将节假日值班人员排班表送至门诊办公室，以便统一调整安排。

四、制定激励措施，门诊绩效考核按节假日进行核算发放。

文件名称	门诊便民服务措施				
文件编号	A21-ZD-018-01		发布部门	门诊办公室	
审核人	王晓波	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

门诊便民服务措施

- 一、在门诊二楼设立咨询服务台，配备导诊员，提供接待、引导、咨询服务，对危重、行走不便的无助患者可实行全程导诊。
- 二、门诊大厅安装触摸屏介绍医院基本情况、服务项目和收费标准、药品价格查询。
- 三、门诊挂号室外墙上设医生出诊时间表，方便患者查询。
- 四、门诊各种指示标识规范、明显、准确。
- 五、门诊各楼层免费提供一次性纸杯。
- 六、门诊各楼层设候诊椅，方便患者候诊。
- 七、门诊配备轮椅、拐杖、推车、针线，方便患者使用。
- 八、医技楼一楼、门诊五楼设有残疾人无障碍卫生间。
- 九、提供方便的检验结果自助打印机，CT、X线、MRI胶片、报告自助打印机。
- 十、为方便患者节假日就医，医院实行无假日门诊。
- 十一、为方便患者购药，设置简易门诊。
- 十二、门诊在挂号、收费、取药、采血、取化验结果等窗口均配备花镜、笔，方便患者使用。
- 十三、开通手机、微信、支付宝挂号（包括预约挂号）、缴费、查看检查、检验报告的功能。
- 十四、为减少患者排队现象，医院一至四楼、医技一楼均设挂号、收费窗口，实现挂号收费一体化。
- 十五、门诊三楼设置封闭式母婴室。
- 十六、对特殊人群（急危重症病人、65岁以上老年人、消防救援人员、优抚对象）实行挂号、缴费优先的服务措施。



十七、军人、退役军人持军人证挂号、缴费、检查、就诊优先。

十八、离休老干部免挂号费（设老干部诊室、收费窗口）。

文件名称	健康促进办公室工作制度				
文件编号	A20-ZD-001-04		发布部门	健康促进办	
审核人	邹丽英	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

健康促进办公室工作制度

为充分发挥健康教育和健康促进工作在医院建设与发展中疾病预防、医疗和康复中的作用，实现健康教育和健康促进工作管理的科学化、规范化，特制定本制度。

一、在院长和主管院长的领导下，根据医院总体工作部署，负责医院健康教育和健康促进工作计划、实施、总结和改进工作。

二、遵守医疗法律、法规，完成医院各项健康教育促进工作。定期召开健康教育和健康促进工作例会，定期开展健康教育理论与技能培训。

三、组织实施医院内、外各种健康讲座、义诊等健康教育促进活动，进行资料收集、整理、归档。

四、负责医院健康教育和健康促进工作的督导检查、效果评价、总结等，将健康促进工作持续改进。

五、负责健康教育资料的制作、发放，控烟履约工作。

六、开展健康教育方面的调查研究，建立和发展健康教育信息网络，推广健康教育与健康促进的经验和成果。

七、加强科室自身建设。加强政治及业务素质修养，具备良好的与领导及科室沟通的能力，确保科室充分行使职能。

文件名称	健康教育与健康促进、健康咨询管理工作规定				
文件编号	A21-ZD-002-01		发布部门	健康促进办	
审核人	邹丽英	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

健康教育与健康促进、健康咨询管理工作规定

为了更好地发挥健康教育和健康促进在医院建设与发展中的作用。“以人民健康为中心”，维护群众健康，提高全民健康意识。实现健康教育和健康促进工作管理的科学化、规范化，特制定本规定：

一、医院成立健康教育与健康促进组织机构和领导小组，由主管院长担任组长，成员包括各行政职能科室和临床科室的主任、护士长。负责健康教育相关制度的制定和落实；健康教育与健康促进工作纳入科室工作计划。

二、健康促进办公室为健康教育和健康促进工作日常管理部门，负责医院健康教育和健康促进的计划、实施、总结、持续改进工作。

三、建立完善的健康促进网络，由各科室主任和护士长和健康教育骨干组成，负责本科室健康教育和健康促进工作的实施。

四、健康促进办公室每年组织健康教育骨干参加一次健康促进知识培训，系统学习健康教育与健康促进及相关学科的基本理论和方法，以提高自身健康促进专业水平。

五、健康促进办公室统一管理医院的健康宣教资料。各种宣传资料的内容由科室提供，健康促进办公室审核后，交由组宣处统一印刷、存放，各科室领取相关内容的健康宣传资料。

六、“以人民健康为中心”，努力为人民群众提供全方位全周期的健康保障，落实预防为主的工作方针。医院开展合理膳食、控制体重、适当运动、心理平衡、改善睡眠、限盐、戒烟限酒、控制药物依赖等健康生活方式和可干预危险因素的健康教育，开展脑卒中、高血压、糖尿病、冠心病、哮喘、肺炎、恶性肿瘤、结核病、肝炎、艾滋病、流感等重点疾病健康教育。对门诊、住院、出院患者开展针对性的健康教育，由相关医务人员发放各种宣传资料。在候诊室、门诊大厅、住院大厅等醒目的位置设立健康教育宣传栏、宣传橱窗及电子屏幕等，传播各科常见病和季节性传染病的预防、急救等知识，并且经常更换宣传内容。

七、各科室有义务参与针对本地区人群健康状况特点开展健康教育与健康促进科普讲座、义诊等公益性活动以及积极开展卫生宣传日活动，计划、宣传主题清晰，内容丰富，形式多样，医院每半年进行一次效果评价；同时各科室医护人员也有义务接受各行政部门指令或医院自发组织开展的社会公益活动。

文件名称	控烟工作制度				
文件编号	A21-ZD-003-01		发布部门	健康促进办	
审核人	邹丽英	批准人	何士杰	生效日期	2021年12月

控烟工作制度

为营造一个文明、健康、和谐的医疗服务环境，更好的保护公众健康，提高控烟知识和控烟参与意识，提供戒烟咨询和技术指导，根据《无烟卫生计生机构标准》，结合我院实际，特制定本制度。

在医院控烟领导小组领导下，下设控烟工作办公室，具体负责组织有关职能部门对本制度的实施、检查和监督。

本院职工、患者以及家属一律不得在医院内所有诊疗区域、办公室、公共场所等非吸烟区吸烟。

在院内设置吸烟区，并张贴醒目标识和指引，吸烟者只能在吸烟区吸烟。

医院拒绝接受烟草广告商赞助和标明了烟草广告的物品，院内不刊登、张贴、播放、散发烟草广告；在职工办公室、会议室、工作场所不得设有烟具及与烟草有关的物品；医院小卖部不得出售香烟。

定期向全院职工、门诊及住院病人开展控烟知识讲座，利用宣传栏、内网、院刊和宣传小册子等形式进行控烟宣传。

医务人员应掌握控烟知识、方法和技巧，对吸烟者提供简短的劝阻指导。

全体员工均是控烟义务宣传员、监督员，应大力宣传吸烟有害健康等控烟知识。均有义务进行同伴教育及相互监督。均有义务对病人及家属进行控烟宣传。

一、对在院内非吸烟区吸烟者，全院工作人员均有责任进行劝阻或指引其到吸烟区内吸烟，劝阻无效时可逐级向上报告或请相关人员协助处理。

二、建立控烟督察机制，并将控烟信息、督察结果及时反馈。

三、各科室主任（科长）为本科室控烟第一责任人，负

责本病区区域内控烟工作，并设控烟监督员，根据医院工作计划开展控烟工作，在病区

内以及病区前、办公室内等所辖区域的公共场所进行监督和劝阻吸烟者。

四、医院将控烟目标作为年度考评先进集体、先进个人的必备条件。

五、对试用期人员违反规定的，医院不予接收。

本制度由医院控烟工作办公室负责解释，自颁布之日起执行。

文件名称	妇儿院区综合管理办公室工作制度			
文件编号	A29-ZD-001-02		发布部门	综合管理办公室
审核人	李晓颖	批准人	刘建伟	生效日期 2021年12月24日

妇儿院区综合管理办公室工作制度

一、妇儿院区综合管理办公室在院领导及主管院长领导下进行工作，负责院区日常运行综合保障管理工作。

二、负责院区各项相关管理制度的督导落实，协助医院各职能部门随机对院区开展多形式工作巡查，制定改进措施并督导落实，确保病人满意度不断提升。

三、根据工作需要，组织召开工作会议，协调各科室之间的工作关系，提高工作效率，改进服务质量。

四、执行医院总体管理工作要求，按医院要求参加各种会议，督办医院决策部署在妇儿院区的各项工作全面落实和执行，及时完成医院下达的指令性工作。

五、负责协助门诊办、收费、医保、监控、安全保卫、停车场等的相关工作，确保以上工作正常运转。

六、监督管理外包公司的工作质量、流程，所需物品、耗材使用，用工情况及合同所约定的各项具体要求落实情况。监督、核查相关资质符合国家标准要求，及时结转相关服务费用。

七、处理一般性群众来信、来访，对提出的问题予以初步解决及处理，必要时根据问题、事件性质及程度，依照相关管理规定协调相关职能部门办理。

八、根据医院要求，负责院区内对外接待工作，必要时协调相关职能处室协助，接待工作做到热情、周密、妥当。

九、监督管理医院环境、设施、安全、停车、应急、保洁、保卫、餐饮等工作，院区设施布局合理、设置、设备达到安全质量标准。

十、对电梯、供水、供暖、供电、生活垃圾、消防等设备设施及其运行情况进行定期检查，保证安全运行。

十一、负责院区工作车辆的管理，并在指定区域范围内行驶，未经批准司机不得私自出车。

十二、组织协助相关部门进行安全生产大检查，及时排查重点部位存在的安全隐患，制定解决方案及改进措施，并督导落实。