



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

【第三卷 总四卷】

2021年12月

目 录

十六、护理管理

护理质量与安全管理委员会工作制度.....	917
护理查对制度.....	918
护理人员值班与交接班制度.....	922
患者身份识别制度.....	924
护理部工作制度.....	926
护理质量管理制度.....	927
三级护理质量控制制度.....	928
护理工作例会制度.....	929
护理安全管理制度.....	930
护理安全用药管理制度.....	931
观察和处置患者用药与治疗反应制度.....	937
护理安全输血管理制度.....	938
输血反应处理预案、报告、处理制度.....	939
医嘱执行制度.....	940
重点环节应急管理制度.....	941
重点科室护理质量管理制度.....	942
危重患者安全管理制度.....	943
危重患者风险评估制度.....	944
危重患者抢救制度.....	945
患者入院管理制度.....	946
患者出院管理制度.....	947
患者转科交接制度.....	948
患者转运管理制度.....	949

住院患者管理制度.....	950
患者探视、陪护制度.....	951
护理安全评估与报告制度.....	952
护理安全（不良）事件报告管理制度.....	953
跌倒 / 坠床风险评估与报告制度	955
患者跌倒 / 坠床管理制度	956
压疮风险评估与报告制度.....	959
住院患者压疮管理制度.....	962
患者烫伤管理制度.....	968
患者导管滑脱管理制度.....	969
抗肿瘤药物安全防护制度.....	970
抗肿瘤药物外渗上报制度.....	976
约束工具使用管理制度.....	977
围手术期护理评估制度.....	978
患者健康教育制度.....	981
患者出院指导及随访制度.....	982
护理查房制度.....	984
护理病例讨论制度.....	986
护理会诊制度.....	987
病区管理制度.....	988
病区药品管理制度.....	991
病区消毒隔离制度.....	993
病区仪器设备管理制度.....	994
病区抢救设备管理制度.....	997
病区库房管理制度.....	999
病区物品、被服管理制度.....	1000
标本采集、送检管理制度.....	1001
修订护理制度、职责、常规等相关文件的规定与程序.....	1002

护理核心制度培训与考核管理制度.....	1004
护理文件书写规范.....	1005
护理文件管理制度.....	1012
推进优质护理服务保障制度和措施及考评激励机制.....	1013
责任制整体护理制度.....	1017
护士巡视病房制度.....	1018
护士执业准入制度.....	1019
特殊及重要岗位护理人员配备准入制度.....	1020
护理高风险技术操作准入制度.....	1025
护理人员执业管理相关制度.....	1027
护理人员分层管理制度.....	1028
护理人员职业防护制度.....	1029
护理人员医疗保健服务的相关规定.....	1030
护理人员请假制度.....	1031
护理投诉管理制度.....	1032
护理新技术、新业务应用管理制度.....	1033
护理人力资源紧急调配管理制度.....	1034
护理人力资源弹性调配管理制度.....	1035
护士在职继续教育培训考核制度.....	1036
护理人员分层培训及考核制度.....	1038
专科护士培训制度.....	1039
专科护士管理制度.....	1041
新入职护士规范化岗前培训制度.....	1042
新入职护士轮转制度.....	1043
临床护理教学管理制度.....	1044
护理进修人员管理制度.....	1046
护理部主任考核制度.....	1049
护理部副主任考核制度.....	1050

科护士长考核制度.....	1051
护士长考核制度.....	1052
护士长工作制度.....	1053
护士长值班制度.....	1054
沟通及请示报告制度.....	1055
节假日期间护理安全管理制度.....	1056
新型冠状病毒肺炎护理应急处置制度.....	1057
治疗室工作制度.....	1058
处置室工作制度.....	1059
急诊科护理工作制度.....	1060
重症医学科护理工作制度.....	1062
产房护理工作制度.....	1063
母婴同室病房护理工作制度.....	1065
婴儿沐浴室工作制度.....	1066
新生儿科护理工作制度.....	1067
导管室护理工作制度.....	1068
手术室护理工作制度.....	1069
影像中心护士工作制度.....	1070
血液透析室护理工作制度.....	1071
门诊护理工作制度.....	1072
门诊外科处置室护理工作制度.....	1073
门诊手术室护理工作制度.....	1074
门诊口腔科诊室护理工作制度.....	1075
门诊耳鼻喉科处置室护理工作制度.....	1077
门诊眼科处置室护理工作制度.....	1078
妇科门诊手术室护理工作制度.....	1079
干部保健科护理工作制度.....	1080
消毒供应室工作制度.....	1081

感染性疾病科护理工作制度.....	1082
-------------------	------

十七、院感防控管理

医院感染管理委员会工作制度.....	1083
公共卫生管理委员会工作制度.....	1084
生物安全管理委员会工作制度.....	1085
感染管理与疾病预防控制处（含公共卫生科）工作制度.....	1086
科室感染管理与疾病预防控制小组工作制度.....	1087
医院感染全员培训教育制度.....	1088
医院感染安全注射制度.....	1090
医院感染控制风险评估制度.....	1091
医院感染管理质量考评制度.....	1092
医院感染病例报告、处置、评价反馈制度.....	1094
突发公共卫生事件信息监测报告制度.....	1097
传染病预防与控制实施方案.....	1098
特定传染病人的特定人群医疗救助制度及保障措施.....	1103
新型冠状病毒感染预防与控制制度.....	1104
发热患者管理规定.....	1112
冷链进口物品消毒管理制度.....	1114
高风险区域人群及环境物表核酸检测制度.....	1117
医务人员分级防护制度.....	1119
职业暴露管理规定.....	1121
医院消毒隔离制度.....	1126
手卫生管理制度.....	1129
医疗废物管理实施细则.....	1132
医疗机构生活垃圾分类管理实施方案.....	1139
体液、血液、分泌物、排泄物污染处置流程.....	1142

关于胎盘、死胎、死婴、离体残肢等有形器官处置的管理规定.....	1144
气性坏疽、朊病毒等特殊病原体消毒管理制度.....	1146
医院感染监测制度.....	1149
紫外线灯消毒管理制度.....	1152
空气消毒机管理制度.....	1154
医院空气洁净技术净化系统管理制度.....	1157
过氧化氢低温等离子体灭菌管理制度.....	1158
环氧乙烷灭菌管理制度.....	1161
压力蒸汽灭菌器的使用管理规定.....	1163
消毒剂、消毒器械卫生安全评价报告管理制度.....	1166
医院消毒剂使用管理制度.....	1168
一次性使用医疗卫生用品管理制度.....	1170
红外线测温仪管理制度.....	1171
医用织物洗涤消毒管理制度.....	1172
手术部位感染预防与控制制度.....	1175
植入物与外来器械管理制度.....	1178
“三管”医院感染预防与控制制度.....	1184
下呼吸道感染预防与控制制度.....	1189
皮肤软组织医院感染预防与控制制度.....	1191
多重耐药菌医院感染预防与控制制度.....	1193
治疗室、治疗准备室、处置室医院感染管理制度.....	1202
门、急诊医院感染控制实施方案.....	1204
重症监护病房医院感染管理制度.....	1211
病区医院感染管理制度.....	1214
血液透析室医院感染管理制度.....	1217
内窥镜室医院感染管理制度.....	1220
洁净手术室医院感染管理制度.....	1223
门诊手术室（含膀胱镜室）医院感染管理制度.....	1225

消毒供应室医院感染管理制度.....	1226
产房医院感染管理制度.....	1228
新生儿病区医院感染管理制度.....	1229
导管室医院感染管理制度.....	1232
口腔科医院感染管理制度.....	1233
眼科、耳鼻喉、皮肤科门诊医院感染管理制度.....	1235
康复医学科门诊及康复大厅医院感染管理制度.....	1236
病理科医院感染管理制度.....	1237
检验科医院感染管理制度.....	1238
输血科医院感染管理制度.....	1240
预防接种室医院感染管理制度.....	1241
营养食堂医院感染管理制度.....	1243
洗衣房医院感染管理制度.....	1244
CT、超声等辅助功能科医院感染管理制度.....	1246
方舱 CT 医院感染管理制度.....	1247
医疗美容科医院感染管理制度.....	1249
高压氧科医院感染管理制度.....	1251
感染性疾病科医院感染管理制度.....	1252
疫苗接种管理实施方案.....	1254
《出生医学证明》管理实施方案.....	1268
新生儿出生缺陷报告管理制度.....	1277
放射安全管理制度.....	1278
个人剂量监测管理制度.....	1279
放射工作人员培训制度.....	1281
放射工作人员职业健康管理制度.....	1282
食源性疾病监测、报告工作管理制度.....	1284
心脑血管疾病监测工作实施方案.....	1285
居民死亡登记报告管理制度.....	1287

肿瘤登记报告制度.....	1288
---------------	------

十八、药事管理

药事管理与药物治疗学委员会工作制度.....	1291
基本用药遴选制度.....	1293
新药购进审批制度.....	1296
抗菌药物遴选制度.....	1298
药品采购工作制度.....	1300
目录外抗菌药物临时采购制度与程序.....	1301
临时采购药品管理制度与程序.....	1302
药品遴选与采购管理办法.....	1305
麻醉药品、第一类精神药品管理制度.....	1309
第二类精神药品管理制度.....	1315
特殊药品存放区域、标识、贮存方法的规定.....	1318
麻醉药品、第一类精神药品“五专”管理制度.....	1321
麻醉药品、第一类精神药品三级管理制度.....	1323
麻醉药品、第一类精神药品批号管理制度.....	1325
医疗用毒性药品管理制度.....	1326
放射性药品管理制度.....	1329
含兴奋剂药品管理制度.....	1330
易制毒化学品管理制度.....	1331
高警示药品临床使用管理办法.....	1332
易混淆药品管理制度.....	1334
临床药物治疗管理规定与程序.....	1335
优先使用国家基本药物规定.....	1337
优先使用国家基本药物的具体措施及监督考评办法.....	1338
抗菌药物临床应用管理办法和实施细则.....	1340

抗菌药物临床应用监测与评价制度.....	1348
限制使用级和特殊使用级抗菌药物临床应用程序与责任制管理.....	1350
围手术期抗菌药物预防应用管理规定.....	1352
外科系统围手术期抗菌药物使用监控月报告制度.....	1359
抗肿瘤药物临床使用管理办法.....	1362
抗肿瘤药物分级管理制度.....	1368
糖皮质激素类药物临床使用管理办法.....	1372
血液制剂临床使用管理办法.....	1375
生物制剂临床使用管理办法.....	1377
肠外营养临床使用管理制度.....	1379
重点监控药品临床使用管理制度.....	1381
静脉输注多组分液体之间冲管的管理规定.....	1383
药品皮肤（或皮内）敏感试验管理规定.....	1385
处方管理制度.....	1390
处方管理办法实施细则.....	1392
处方点评制度.....	1397
处方点评实施细则.....	1399
抗菌药物处方、医嘱专项点评制度.....	1403
不合格处方、不合理用药干预制度.....	1407
处方质量管理通报制度.....	1408
药物安全性监测管理制度.....	1409
药品不良反应与药害事件监测报告管理制度与程序.....	1410
药物应用动态监测及超常预警制度.....	1415
超说明书用药管理制度.....	1416
病区药品管理制度.....	1419
临床科室急救等备用药品管理制度.....	1420
肠外营养、危害药物静脉用药调配管理制度和措施.....	1423
住院患者自备药品管理制度.....	1425

临床科室结余药品退药管理规定.....	1426
不合格药品管理制度.....	1428
药品召回管理制度.....	1430
病区退药管理制度.....	1435
门诊退药管理制度.....	1436
药品报损、销毁制度.....	1438
药品质量问题报告制度和流程.....	1439
用药错误报告制度.....	1441
药品采购供应管理制度与流程.....	1443
药品采购“两票制”管理制度.....	1445
短缺药品管理制度与预警机制.....	1447
药品验收管理制度和程序.....	1449
药品贮存管理制度与流程.....	1451
药品摆放工作制度.....	1453
药品养护管理制度.....	1454
储存药品冰箱温度定时监控制度.....	1455
消杀制剂管理制度.....	1456
药品出库复核管理制度.....	1457
药品效期管理制度与处理流程.....	1458
药品清点制度.....	1461
药品调剂制度.....	1463
处方调剂操作规程.....	1465
处方前置审核工作制度.....	1468
药师审核处方或用药医嘱制度.....	1471
药房查对制度.....	1473
药物咨询工作制度.....	1474
药品拆零分装制度.....	1476
药品分包装操作规程.....	1478

发药差错登记、报告制度及处置程序.....	1480
药剂科工作制度.....	1483
调剂室工作制度.....	1485
药房值班工作制度.....	1487
药房交接班制度.....	1488
药库工作制度.....	1489
煎药室工作制度.....	1491
临床药师工作制度.....	1492
临床药师查房制度.....	1494
临床药师会诊制度.....	1495
药师联合门诊工作制度.....	1496
临床药师培训、考核制度.....	1497
药学专业技术人员培养、考核管理制度.....	1499
药剂科与临床科室沟通协调工作制度.....	1501
有关记录和凭证管理制度.....	1502

十六、护理管理

文件名称	护理质量与安全管理委员会工作制度				
文件编号	A08-ZD-001-06		发布部门	护理部	
审核人	李建辉	批准人	李建华	生效日期	2021年12月

护理质量与安全管理委员会工作制度

一、护理质量与安全管理委员会在院长领导下行使职责。负责督导全院护理质量的检查、监督和指导，监控全院护理质量运行情况。

二、委员会至少每半年召开1次工作例会，研究如何提高护理质量与安全管理工作。提高质量意识和服务意识，预防护理安全事故的发生，促进医院整体护理质量的提高。监督护理核心制度的落实、专科护理质量的提高、培养优秀护理专业人才等，需要时随时召开。

三、负责制定、修改和完善医院护理质量与安全管理方案；审校医院护理管理工作的规章制度，制定护理质量评审标准和奖惩制度。

四、审定年度护理工作规划、具体实施计划，实施评价过程。

五、监控各科室护理质量情况，针对护理工作中的缺陷和薄弱环节，制定整改措施，推动整体护理水平不断提高。

六、对重大护理安全责任事故及争议及时进行讨论，认真总结经验教训、提出管理措施。

七、临床需引进护理新技术、新业务、新产品时，委员会应当及时进行临床安全性论证，依据论证情况进行审核批准。

八、委员会人员变动时应当及时调整，确保委员会各项职责的有效履行。

文件名称	护理查对制度				
文件编号	A08-ZD-002-06			发布部门	护理部
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理查对制度

一、患者入院时身份查对

接诊护士认真核对住院通知单及患者身份证、医保卡信息，反问式询问患者的姓名、年龄等信息，对于沟通交流障碍的患者需与陪护人员核对患者姓名、年龄，双人核对无误后，打印患者腕带，并规范佩戴，告知患者、陪护人员腕带的重要性，避免随意取下。

二、医嘱执行查对

(一) 医嘱查对

1. 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。

2. 一般情况下不执行口头医嘱，在抢救或手术过程中医生下达口头医嘱时，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。

3. 责任护士要查对本班及上一班医嘱，每次查对均做好记录并签名。护士长每周至少组织总查对一次，内容包括电子医嘱、各类执行单、各种标识包括饮食、护理级别、过敏史、隔离要求等，查对中发现的问题进行记录并做原因分析，提出改进措施。

(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. 出院带药需与患者或家属核对无误后方可发放。

7. 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

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。

（一）交叉配血标本采集查对

1. 采集交叉配血标本前，双人核对医嘱单、输血申请单、备血执行单上各项信息，确保无误后方可采血。内容包括：姓名、床号、病案号、性别、年龄、血型、输血成份、血量。无误后打印交叉配血试验条码、预定用血时间条码，将预定用血时间条码贴在输血申请单上，交叉配血试验条码贴在采血管上，双人核对后抽取血标本。

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，采集者在输血申请单上签名，并在医嘱单上双签字。

3. 同时有两名以上患者需采集交叉配血血标本时，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的交叉配血血标本。

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。

（二）取血查对

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，并在登记本上签取血人姓名、发血人姓名及取血时间，并在输血申请单上签取血者姓名、发血者姓名及发血时间。

（三）输血查对

血液取回后，由两名医护人员在治疗室按输血“三查八对”核对医嘱单、输血执行单、

输血记录及交叉配血报告单。核对无误后由两名医护人员携病历、输血记录及交叉配血报告单、血制品共同到患者床旁，再次按“三查八对”要求核对上述信息，并询问患者姓名、血型，是否有输血史等，婴儿、昏迷、语言障碍等无法沟通的患者请陪护人员配合查对，确认无误后方可输入，并在输血申请单上签查对者姓名、输血者姓名、输血时间，在医嘱单上双签字。输血时须注意观察，确保输血安全，输血完毕后将血袋及时送回输血科。

四、检验标本采集查对

护理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、其他护理操作查对

护理人员进行其他诊疗操作时，应查对患者身份、护理操作项目内容、部位、时间、有无操作禁忌症、用品质量及有效期等。

六、手术患者查对

（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，洗手护士、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洗手护士、巡回护士共同确认后，随同病理申请单由专职人员送检，与病理科工作人员交接并签字确认。

（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。

七、消毒供应室查对制度

（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	护理人员值班与交接班制度				
文件编号	A08-ZD-003-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理人员值班与交接班制度

一、护理人员值班制度

(一) 值班护士应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。

(二) 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。

(三) 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。

(四) 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。

(五) 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。

(六) 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。

(七) 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。

(八) 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）。

(九) 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。

二、护理人员交接班制度

(一) 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。

(二)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。

(三)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。

(四)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。

(五)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。

(六)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。

文件名称	患者身份识别制度				
文件编号	A08-ZD-004-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

患者身份识别制度

一、为患者进行诊疗护理活动时，必须同时使用两种身份识别的方式确认患者的身份，并反向询问患者姓名，无法陈述姓名的由陪护人员予以确认。禁止仅以房间号或床号作为识别的唯一依据；不得采用条码扫描等信息识别技术作为唯一识别方法。

二、患者身份识别方式：门诊患者：姓名+年龄，必要时核对身份证信息；住院患者：姓名+病案号。

三、无名氏患者身份确认：

女患者姓名：无名氏年月日 X1、无名氏年月日 X2...

男患者姓名：无名氏年月日 Y1、无名氏年月日 Y2...

年月日格式：例如 2021 年 1 月 1 日标记为 210101

四、为提高医务人员患者身份识别的准确性，所有住院、急诊抢救及留观患者均应佩戴腕带，新生儿应佩戴双腕带。

五、腕带使用管理：

（一）患者办理入院手续后，由病区护士打印腕带，腕带应注明患者所在科室、床号、姓名、性别、年龄、过敏史、病案号等，经双人核对无误后方可使用。

（二）佩戴前应充分告知患者及家属佩戴腕带的目的、重要性及注意事项，保证腕带的完好，严禁随意将腕带取下。

（三）正常情况下，腕带佩戴于左手腕部，特殊情况可佩戴右手腕部或脚腕（新生儿双腕带佩戴根据患儿实际情况确定佩戴位置），松紧以进入一指为适宜。佩戴后注意观察局部有无擦伤、过敏、末梢血运变化等情况。

（四）若出现转科、换床、字迹模糊、腕带丢失、腕带破损时需更换腕带，并需两名医护人员重新核对，以便于准确核对患者身份。

(五) 对于腕带过敏或特殊情况不能佩戴腕带的患者，可根据患者的意识状态选择其他身份识别方法，确认无误后方可执行

(六) 患者出院时，责任护士收回患者腕带。作废的腕带按感染性垃圾处理。

六、护士长定期对患者身份识别进行监管并做好记录。

附件 1：PDA 手持终端使用规定

PDA 手持终端是用于执行治疗或护理操作时的条码标签与患者腕带的信息核对，可以进行住院患者的信息核对，但不得以 PDA 信息识别技术作为唯一识别方法。

1. 科室使用 PDA 时，应按使用说明书进行全体护理人员培训。
2. 科室将所有 PDA 进行编号管理，标清 PDA 所属的病房、编号。
3. 建立 PDA 交接记录，护士每班交接时清点 PDA 及充电器的数量，并登记。数量不符时，及时上报护士长。
4. 定期对 PDA 进行清洁、保养，禁止在 PDA 上自行粘贴任何装饰物，出现仪器故障及时申请报修。
5. 护士使用 PDA 手持终端进行条码扫描时，PDA 应倾斜 15° ，扫描头红色十字光应覆盖条码，禁止直接对着患者的眼睛扫描。
6. PDA 充电必须使用专配的充电器和数据线，充电时需关闭 PDA，充电过程中保持机身的平稳安全，防止跌落、损坏。
7. 在使用 PDA 时，应轻拿轻放，操作轻柔，禁止用锐器、笔等接触屏幕。
8. 为确保仪器安全使用，不应在多尘、潮湿的地方使用或储存 PDA。

文件名称	护理部工作制度				
文件编号	A08-ZD-005-06			发布部门	护理部
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理部工作制度

一、护理部在院长、主管院长的领导下负责全院护理业务和行政管理工作。实行三级管理，对科护士长、病区护士长进行直接领导。

二、负责拟定医院护理计划（年计划、季安排、月重点）并组织实施，年终有总结。

三、建立健全各项护理管理制度，负责审定各级各类护理人员岗位职责、疾病护理常规、技术操作流程等，并检查落实。

四、合理调配和使用护理人员，负责和参与护理人员聘任、考核、奖惩等事宜。

五、健全科护士长、病区护士长的考核标准，加强对其工作的具体指导，定期考核。

六、经常深入科室查房，指导和检查各项工作的落实，及时发现问题，解决问题。

七、定期对科室备用药品、物品、器械及导管的使用情况进行检查。

八、负责全院各项护理质量标准的拟定，按标准每月组织一次护理质量检查，对检查结果进行总结分析，做到持续改进提高。

九、定期组织护理人员进行护理学术讲座、护理查房与会诊、护理业务知识学习、技术操作训练及考核。

十、参与指导、协调全院重大应急预案的启动。

十一、加强对新入职护理人员的管理，制定带教计划，建立评价系统。督导科室加强对新入职护理人员进行培训、考核。

十二、落实护理安全（不良）事件报告管理制度，以促进护理质量、安全管理体系持续改进。

文件名称	护理质量管理制度				
文件编号	A08-ZD-006-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理质量管理制度

一、成立由医院质量与安全委员会—护理质量与安全委员会—科室质量管理小组组成的护理质量管理体系，负责全院护理质量管理，促进护理质量的持续改进。

二、护理质量与安全委员会，每月组织对各护理单元的病房管理、护理文书书写、优质护理、护理安全、危重患者护理等内容及特殊科室进行全面质量评价、监控、分析、反馈，提出改进措施，考核结果纳入科室绩效管理。

三、科护士长依据工作重点对分管科室每月进行质量评价，分析整改相应问题，促进护理质量持续改进。

四、科室护理质量控制小组，由护士长、质控员负责，每月按照质量标准对护理质量实施检查、控制、分析、反馈并有记录。发现工作中存在的问题与不足，及时制定改进措施。

五、加强特殊时段的护理质量监管，节假日护理部组织护士长对各护理单元质量进行检查；护理部主任随机参加各护理单元的晨晚间交接班、进行护理行政查房等，对科室护理质量进行全面考核；夜查房护士长对各护理单元夜间护理质量进行考核，及时向科室及护理部反馈考核情况。

文件名称	三级护理质量控制制度				
文件编号	A08-ZD-007-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

三级护理质量控制制度

一、在护理质量与安全管理委员会指导下建立三级质量管理体系，由科室、科护士长、护理部三级质量管理组织构成，对护理工作的环节质量和终末质量实施有效控制、评价和改进。

二、在病区护士长领导下成立一级护理质控组，每月对本病区各项护理质量进行自查。护士长确定重点检查内容，通过检查发现质量问题并记录，定期进行分析，制定改进措施并追踪改进效果。

三、科护士长负责分管科室的二级护理质量控制，每月对所属病区护理风险进行检查，科护士长负责对检查结果进行分析、汇总、反馈。

四、在护理部主任领导下成立三级护理质控组，每月负责对全院各护理单元各项护理质量进行抽查或普查，对手术室、血液透析室、急诊科、重症医学科、新生儿科、消毒供应室等特殊护理单元作为重点检查对象每月进行定期检查和不定期抽查。

五、各级质控组应制定相应的质量目标，定期对质量检查中存在的问题进行分析，提出改进措施，促进护理质量的不断提升。

六、三级质控组将护理质量检查结果纳入科室绩效考核管理。

七、护理质量与安全管理委员会每半年至少召开1次质量分析会，对检查中发现的重点质量问题及不良事件进行分析讨论，提出改进措施。

文件名称	护理工作例会制度				
文件编号	A08-ZD-008-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理工作例会制度

一、每年召开1次全院护理工作例会，根据工作计划总结已完成工作，分析护理工作形势及存在问题，布置下一步的护理工作计划及实施措施。

二、每半年至少召开1次护理质量与安全管理委员会会议，分析护理质量存在问题，研究制定改进措施。

三、护理部每月召开1次护士长例会，讲评质控情况、目标完成情况等，了解各科护理工作情况，通报、布置近期重点工作。

四、护士长定期召开护士会议，传达各级会议精神，与全科护士进行有效沟通，听取意见和建议。定期召开工休座谈会，了解患者对护理工作的意见和建议。

五、各科护理晨会每日晨科室交班后召开(节假日除外)，每次在15分钟左右。由护士长主持，听取值班人员汇报，点评责任护士工作质量，明确当日工作重点，解决护理工作中存在的主要问题。

六、各层护理会议均应做好记录。

文件名称	护理安全管理制度				
文件编号	A08-ZD-009-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理安全管理制度

一、护理部定期组织召开护理安全（不良）事件分析会，定期对全院护理人员进行法律法规和护理安全教育，增强护理安全意识，不断提高护理质量。

二、建立健全各项规章制度，完善各项操作规范，落实护理人员岗位职责，加强护理工作的质量控制。

三、护理部及科室定期对护理质量进行检查、评价，纠正出现的问题，控制缺陷。

四、护士长至少每季度对护理人员进行护理安全警示教育，增强护理安全意识，以预防和减少差错事故的发生。

五、护士须严格执行查对制度和患者身份识别制度，确保各项治疗护理及时准确执行。

六、护士须严格执行分级护理制度、护士值班和交接班制度，按时巡视病房，对患者病情做好全面评估，及时发现患者病情变化，立即报告医生并采取相应护理措施，确保患者安全。

七、护士须严格执行无菌技术和消毒隔离技术规范，预防院内感染。

文件名称	护理安全用药管理制度				
文件编号	A08-ZD-010-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理安全用药管理制度

一、经执业注册的护士方可执行给药医嘱，护士应熟练掌握常用药物的药理作用、副作用及使用注意事项。

二、护士根据处方或医嘱给药时，应严格进行三查八对，现用现配，并注意配伍禁忌，双人复核后执行，确保准确无误。

三、护士给药前、后应严格落实患者身份识别制度，向患者及家属告知药名、药理作用、用药方法、副作用，给药后观察疗效及不良反应。对易发生过敏反应的药物，护士在给药前应询问患者有无过敏史。用药后应密切观察，如出现过敏反应立即停止用药，报告医生并进行相应处理。

四、口服用药应由护士指导患者服用，看服到口，并交待注意事项后方可离开。

五、静脉用药时护士应定时巡视病房，根据患者年龄、病情和药物性质及说明书调整输液滴速，观察用药效果和不良反应。发现药物不良反应时应及时报告医生进行处理，并上报科主任、护士长，按《医疗安全（不良）事件报告管理制度》上报药剂科。

六、抢救或手术医生下达口头医嘱时，护士需复述一遍，医生确认后方可执行，给药时需与另一位在场医护人员再次查对药物名称、剂量、浓度、用法、效期等无误后方可给药。暂时保留用过的空安瓿，抢救结束后6小时内及时补记医嘱。

七、毒麻药品使用后应在毒麻药品使用登记本上登记，如有剩余药液，在第三人监督下，由双人处理并按要求登记，使用后空安瓿交回药房。

八、发现给药错误时迅速启动《承德市中心医院用药错误应急预案》，并按《医疗安全（不良）事件报告管理制度》上报护理部。

九、使用患者自备药品，需执行药剂科《住院患者自备药品管理制度》，在《患者自备药管理登记表》进行登记并严格交接班。

附件 1:

静脉用药调配与使用操作规范

为保障患者静脉用药安全,提高静脉用药的调配质量,根据我院实际情况,特制定本制度。

一、静脉用药的调配在医院静脉用药调配中心未开展工作之前,可在病区治疗室内调配,但需参考《静脉用药集中调配管理规范》有关要求严格管理,其他场所不能用于静脉用药的调配。

二、进行静脉用药调配工作的人员需接受专业知识培训并经考核合格方能从事此项工作。

三、静脉用药调配操作程序:

(一) 环境及物品准备:环境清洁、无尘埃飞扬,桌面清洁无杂物,符合无菌操作的基本要求。为避免跨越无菌区及遵循节力原则,物品准备充分,摆放合理。

(二) 操作者准备:操作前必须洗手、戴口罩、戴圆帽,在腰以上部位操作,视野开阔,操作者与操作台应保持一定距离。

(三) 静脉用药调配应严格遵守护理查对制度,双人核对输液执行单、瓶签、药物及液体(名称、规格、数量、质量、有效期等),查看瓶口有无松动、瓶身有无裂痕、药液有无变质,上下摇动液体,对光检查药液有无浑浊、沉淀、絮状物等。核对无误后在液体及药品有效期处做标记,如有变质或超过有效期的药品或物品严禁使用,核对无误后方可调配。

(四) 软包装液体的拉环应现用现拉,瓶装药物应去除铝盖中心部分,规范消毒,充分待干。自安瓿内吸取药液时,应首先将安瓿尖端药液弹至体部,规范消毒安瓿颈部及砂轮,在安瓿颈部划一锯痕,重新消毒,拭去细屑,折断安瓿;安瓿颈部若有点状标记,则不需划痕,规范消毒颈部后,折断安瓿即可。

(五) 选用适宜的一次性注射器,拆除外包装,旋转针头连接注射器,确保针尖斜面与注射器刻度处于同一方向。

(六) 抽取药液时,注射器针尖斜面应当朝下,紧靠安瓿瓶颈口抽取药液,手不可触及注射器活塞,针头不可触及安瓿外口,针栓不能进入安瓿内,然后注入输液袋(瓶)中,轻轻摇匀。

(七) 溶解粉针剂,用注射器抽取适量静脉注射用溶媒,注入于粉针剂的袋(瓶)内,必要时可轻轻摇动助溶,全部溶解混匀后,用同一注射器抽出药液,注入输液袋(瓶)内,

轻轻摇匀。

(八) 静脉用药调配应做到一药一注射器，调配过程中一旦怀疑有污染应及时更换注射器。

(九) 调配结束后，再次进行检查及核对：1. 检查已配药液有无沉淀、变色、异物等。2. 进行挤压试验，观察输液袋有无渗漏现象，尤其是加药处。3. 按医嘱执行单内容逐项核对所用液体与安瓿的药名、规格、用量等是否相符。4. 核检非整瓶（支）用量的患者的用药剂量和标识是否相符。5. 操作人员和核对人员应当分别签名，签名需清晰可辨。

(十) 输液调配操作完成后，应及时整理用物，清洁台面，空安瓿、外包装等废弃物按规定进行处理。

四、静脉用药混合调配注意事项：

(一) 静脉用药调配应做到一人一药一注射器，不得交叉使用。

(二) 静脉用药调配所用的药物，如果不是整瓶（支）用量，则必须将实际所用剂量在瓶签上明显标识，以便校对。

(三) 若有两种以上粉针剂或注射液需加入同一液体时，应当严格按药品说明书要求和药品性质顺序加入，并注意配伍禁忌；对肠外营养液、高警示药品和某些特殊药品的调配，应当制定相关的加药顺序调配操作规程。

(四) 调配过程中，出现异常或对药品配伍、操作程序有疑问时应停止调配，及时与主管医生沟通，无误后方可继续执行。

(五) 调配化疗药注意事项：

1. 操作者调配化疗药时应加强职业防护，严格按照有关规程操作。

2. 化疗药调配完成后，必须将西林瓶、安瓿等单独置于适宜的包装中，以供核查。

3. 调配化疗药用过的一次性注射器、手套、口罩及检查后的西林瓶、安瓿等医疗废物，按规定统一处理。

4. 化疗药溢出处理按照相关规定执行。

(六) 肠外营养液调配操作注意事项：

1. 静脉使用的肠外营养液组成包括：葡萄糖、脂肪乳剂、复方氨基酸注射液、电解质、维生素、微量元素和矿物质等，其他药物均不宜加入肠外营养液中。

2. 只有在药物相容性得到证实的前提下，适宜的治疗药物或营养药物方可加入静脉使用

肠外营养液中。

(1) 微量元素和无磷酸盐的电解质加入复方氨基酸注射液中，充分摇匀，避免局部浓度过高。

(2) 磷酸盐加入葡萄糖注射液中，充分摇匀。

(3) 将水溶性维生素溶解到脂溶性维生素中，充分混匀后加入脂肪乳中，混匀。

3. 所有调配操作严格按照无菌操作技术的要求调配。

4. 调配结束后应仔细检查营养液有无发黄、变色、出现浑浊、沉淀等现象，如有则须丢弃。

5. 最后用挤压法检查输液袋是否渗漏，如有渗漏，则须丢弃。

(七) 静脉用药调配所用药品、医用耗材和物料由药学部门及有关部门统一采购，应当符合有关规定。静脉用药调配所使用的注射器等器具，应当采用符合国家标准的一次性使用产品，临用前应检查包装，如有损坏或超过有效期的不得使用。

五、每日对治疗室进行清洁消毒处理，定期检测治疗室空气中的菌落数，并有记录。

附件 2:

静脉用药调配操作流程

一、环境及物品准备：环境清洁、无尘埃飞扬，桌面清洁无杂物，符合无菌操作的基本要求。为避免跨越无菌区及遵循节力原则，物品准备充分，摆放合理。

二、操作者准备：操作前操作者必须洗手、戴口罩、戴圆帽，在腰以上部位操作，视野开阔，并与操作台应保持一定距离。

三、静脉用药调配应严格遵守护理查对制度，双人核对输液执行单、瓶签、药物及液体（名称、规格、数量、质量、有效期等），查看瓶口有无松动、瓶身有无裂痕、药液有无变质，上下摇动液体，对光检查药液有无浑浊、沉淀、絮状物等。核对无误后在液体及药品有效期处做标记，如有变质或超过有效期的药品或物品严禁使用，核对无误后方可调配。

四、软包装液体的拉环应现用现拉，瓶装药物应去除铝盖中心部分，规范消毒，充分待干；自安瓿内吸取药液时，应首先将安瓿尖端药液弹至体部，规范消毒安瓿颈部及砂轮，在安瓿颈部划一锯痕，重新消毒，拭去细屑，折断安瓿；安瓿颈部若有点状标记，则不需划痕，规范消毒颈部后，折断安瓿即可。

五、选用适宜的一次性注射器，拆除外包装，旋转针头连接注射器，确保针尖斜面与注射器刻度处于同一方向。

六、抽取药液时，注射器针尖斜面应当朝下，紧靠安瓿瓶颈口抽取药液，手不可触及注射器活塞，针头不可触及安瓿外口，针栓不能进入安瓿内，然后将药液注入输液袋（瓶）中，轻轻摇匀。

七、溶解粉针剂，用注射器抽取适量静脉注射用溶媒，注入于粉针剂的袋（瓶）内，必要时可轻轻摇动助溶，全部溶解混匀后，用同一注射器抽出药液，注入输液袋（瓶）内，轻轻摇匀。

八、抽吸药液时一定要充分溶解，充分抽吸，要保持最小残余量，更要保持有效的药物浓度。

九、为了区分已配制与未配制的药物和避免跨越无菌区，可以将已配制的药物出列前移，已抽吸完的安瓿或西林瓶倒放以示区别，每次抽完后空安瓿或粉剂小瓶不可丢弃，以备查对。

十、静脉用药调配应做到一人一药一注射器，调配过程中一旦怀疑有污染应及时更换注



射器。

十一、调配结束后，再次进行检查及核对：1. 检查已配药液有无沉淀、变色、异物等。2. 进行挤压试验，观察输液袋有无渗漏现象，尤其是加药处。3. 按医嘱执行单内容逐项核对所用液体与安瓿的药名、规格、用量等是否相符。4. 核检非整瓶（支）用量的患者的用药剂量和标识是否相符。5. 操作人员和核对人员应当分别签名，签名需清晰可辨。

十二、输液调配操作完成后，应及时整理用物，清洁台面，空安瓿、外包装等废弃物按规定进行处理。

文件名称	观察和处置患者用药与治疗反应制度				
文件编号	A08-ZD-011-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

观察和处置患者用药与治疗反应制度

一、观察患者用药与治疗反应制度

(一) 护士应熟练掌握常用药物的作用和不良反应，对易发生过敏的药物和特殊人群（婴幼儿、儿童、老年人、孕产妇、心肝肾功能不全的患者）应密切观察。

(二) 应用特殊用药时应密切观察用药效果和不良反应，发现问题及时报告值班医生，遵医嘱给予相应处理，并逐级上报护士长、护理部和药剂科。

(三) 按《分级护理制度》要求，定时巡视病房，观察患者用药和治疗反应，根据病情和药物性质调整输液滴速，并观察有无发热、皮疹、恶心、呕吐等不良反应，发现异常及时通知医生进行处理。

(四) 做好患者及家属的用药指导，使其了解药物的一般作用和不良反应，指导正确用药。

二、患者用药与治疗反应应急处置

(一) 立即停止药物使用，更换液体和输液器，保留静脉通路。

(二) 立即通知值班医生，报告护士长。

(三) 若为一般用药治疗反应，应密切观察患者病情变化，安慰患者，减少患者焦虑。

(四) 若病情紧急，立即备好急救药品和物品，配合医生进行紧急救治。

(五) 加强巡视和病情观察，落实相应基础护理、专科护理，并详细记录患者生命体征及抢救过程。

(六) 患者家属有异议时，立即按有关流程对药品、输液器具进行封存。

(七) 按《医疗安全（不良）事件报告管理制度》上报，科室组织讨论分析。

文件名称	护理安全输血管理制度				
文件编号	A08-ZD-012-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理安全输血管理制度

一、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。

二、护士在执行输血的整个过程中，应严格执行输血查对制度，保证输血安全。

三、血液制品取回后在室温下放置 15-30 分钟（冷沉淀、血小板等特殊要求血制品除外），复温后即刻输注，科室不得自行储血。

四、输血前将血袋内的血液轻轻混匀，避免剧烈震荡。血液内不得加入其他药物。输血前后用生理盐水冲洗输血管路，每两袋血制品之间应用生理盐水冲洗输血器，输血器连续使用 4 小时以上必须更换。

五、输血过程应掌握先慢后快原则（抢救或冷沉淀、血小板等特殊要求血制品除外），开始输血时速度宜慢，观察 15 分钟无不良反应，再根据病情和年龄、血液制品种类调整输注速度。1 单位全血或成分血应在 4 小时内输注完毕，一般 200mL 血浆尽量在 20-40 分钟输注完毕，冷沉淀、血小板以患者耐受的最大速度输注。

六、输血患者的监测：对每袋输注的血液应在输血开始前、输血开始后 15 分钟、输血过程中及输血结束后 4 小时进行监测，内容包括患者的一般情况、体温、脉搏、呼吸、血压、患者的症状、体征等，并按要求填写《临床输血记录单》。

七、输血完毕护士应认真做好护理记录，将《临床输血记录单》、输血申请单存放在病历中，将血袋及时送回输血科并登记，输血科低温保存 24 小时。

八、在输血过程中，患者出现寒战、发热、血压下降、皮疹等情况，立即报告医生，给予相应处理，严重反应按照《输血反应应急预案》进行处理。

文件名称	输血反应处理预案、报告、处理制度				
文件编号	A08-ZD-013-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

输血反应处理预案、报告、处理制度

一、患者发生输血反应时，应立即停止输血，更换输液器，输入生理盐水，将输血器及剩余血液进行封存、送检。

二、值班护士立即报告医生及护士长，若是一般输血反应，应密切观察病情变化，遵医嘱进行相应处理并做好记录，安慰患者减轻焦虑。

三、若患者发生严重输血反应时，立即给予心电监护及吸氧，备好急救药品、物品、抢救设备，配合医生抢救，密切观察病情变化及尿量，必要时抽取患者的血样，按相关流程对血制品、输血器进行封存并做好记录。

四、抢救过程中积极与患者及家属进行充分沟通。

五、按《医疗安全（不良）事件报告管理制度》上报医务处。

文件名称	医嘱执行制度				
文件编号	A08-ZD-014-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

医嘱执行制度

一、医嘱必须由本院具有医师资格证、执业证和处方权的医师开具方可执行，执行医嘱的人员必须是本院取得护士执业资格证并通过医院护士资格认证的护理人员。

二、医生在医院 HIS 系统下达医嘱后，医嘱班护士和责任护士应及时接收医嘱，并认真阅读医嘱内容，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。

三、执行医嘱须分轻重缓急，即刻医嘱应立即执行，护士执行医嘱后注明执行时间并签全名。

四、各病区医嘱班护士负责打印医嘱执行单和条形码，并交由责任护士核对执行，责任护士必须严格遵守查对制度和患者身份识别制度，以防差错和事故的发生。

五、医生对患者治疗必须开具医嘱，不得口头吩咐，除抢救、手术外，护士不执行口头医嘱。医生下达口头医嘱时，执行护士应先复诵一遍，双方确认无误后方可执行，并暂时保留用过的空安瓿，抢救结束后 6 小时内据实补记医嘱。

六、凡需下一班执行的医嘱，应向有关人员交代清楚，做好标本容器、特殊检查（如禁食水、术前用药等）各项准备，并详细交班。

七、患者在分娩、手术或转科后需要重整医嘱，护士执行新开医嘱。

八、护士每班要查对本班及上一班医嘱，护士长每周至少组织总查对一次，所有查对均有记录并签名，护理部定期抽查各科室医嘱查对情况。

文件名称	重点环节应急管理制度				
文件编号	A08-ZD-015-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

重点环节应急管理制度

一、病区护士长负责本病区患者治疗用药、输血核对、执行治疗操作、标本采集、围手术期、手卫生、重点时段合理安排人力资源等护理安全重点环节的应急情况进行管理。

二、规范危重患者抢救流程，加强护士抢救能力的训练以及护士安全意识的教育，并做好培训及演练工作，做到人人知晓应急上报流程及应急预案。

三、根据科室的具体情况，科学合理安排人力，对重点时段的工作、人员、工作衔接有明确的要求，并在排班中体现。

四、科室应建立重点环节日常监测，要求护理人员做好各个班次的交接班，严格执行各项医疗护理制度及护理操作规程。

五、加强对护士安全意识的教育、观察病情变化的能力以及迅速的判断力，做好关键环节的应急处理。

六、科室发生突发事件，值班人员应立即报告护士长、科主任，并立即采取控制措施，降低突发事件造成的危害，根据情况决定是否启动突发事件应急预案，并上报护理部、医务处等相关部门。

七、突发事件应急预案启动后科室人员必须及时到达规定的岗位，服从统一指挥、调动。

八、任何个人对突发事件不得隐瞒、缓报、谎报或者授意他人隐瞒、缓报、谎报。

九、护理部每月对科室的护理重点环节进行督导检查，发现安全隐患，提出改进建议，制定改进措施，保证护理各环节的安全。



文件名称	重点科室护理质量管理制度				
文件编号	A08-ZD-016-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

重点科室护理质量管理制度

一、医院的重点科室包括：急诊科、重症医学科、产房、新生儿科、手术室、血液透析室、导管室、消毒供应室等。

二、重点科室的护理人员配备应遵循《承德市中心医院特殊及重要岗位护理人员配备准入制度》，并且保持人员相对固定。

三、对重点科室的人员要制定技术准入标准，并进行培训、考核，考核合格后方可上岗。

四、根据科室情况选派护理骨干参加市级以上专科护士培训，提高专科护理水平。

五、重点科室按科室计划每月组织科内质控检查，对出现的问题进行认真分析，并提出改进措施。

六、护理部制定重点科室护理质量评价标准，每月按计划对重点科室检查一次，对于出现的问题进行认真分析，不断改进护理质量。

七、加强对重点科室护理人员进行具有专科特色的应急演练，提高应急意识及应急能力。

文件名称	危重患者安全管理制度				
文件编号	A08-ZD-017-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

危重患者安全管理制度

一、护理人员要严格按照危重患者护理常规和危重患者病情变化的风险评估制度进行危重患者护理工作。

二、严格执行《综合医院分级护理指导原则》和《基础护理服务项目》《专科护理服务规范》落实各项工作。

三、制定护理计划，按照护理级别进行床旁巡视，观察患者病情。发现病情变化应及时通知医生给予相应的处理，记录内容应及时并与医疗记录一致。

四、严格执行查对制度和抢救工作制度，采取有效的防范措施，防止差错事故的发生。

五、对于具有高风险危险因素的患者要确保患者安全，采取相应防护措施，如跌倒/坠床，意外拔管等。

六、预防并发症：按预防呼吸机相关肺炎、导管相关感染、泌尿系感染等护理措施实施各种管道护理。

七、确保急救仪器设备处于完好状态，熟练掌握急救仪器设备的使用方法及故障排除。

八、注意手卫生，采取有效措施进行消毒隔离，预防交叉感染。

九、在进行特殊检查、治疗、护理前，履行告知义务，告知可能发生的风险及注意事项。

十、危重患者入院、转科、外出检查时由所在科室提前电话通知接收科室，并由医务人员护送到达。接收科室接到电话后立即准备好病床及抢救用物，并做好患者交接。

文件名称	危重患者风险评估制度				
文件编号	A08-ZD-018-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

危重患者风险评估制度

一、对危重、大手术后的特级护理、一级护理的住院患者，均要根据患者病情变化及时、动态进行风险评估。

二、责任护士对危重患者进行护理风险评估，及时填写护理评估单，危重患者发生病情变化时，立即报告医师并协助处理。

三、危重患者发生特殊情况，责任护士难以评估及处理时，应及时向护士长请示，必要时可申请护理会诊，集体评估。

四、高风险的评估结果应告知患者或其委托人，患者不能知晓或无法知晓的，必须告知患者委托的陪护人员或其直系亲属并签字。

五、对症状危急、有生命危险的患者先抢救后评估，评估时以保证患者安全为原则。

六、护理部及科室定期实施检查、考核、评价和监管危重患者护理风险评估工作，对考核结果定期分析，及时反馈，落实整改，保证护理质量。

文件名称	危重患者抢救制度				
文件编号	A08-ZD-019-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

危重患者抢救制度

一、各科抢救工作应由现场级别和年资最高的医师负责组织指挥，对重大抢救需根据病情提出抢救方案，成立抢救小组，必要时上报医务处、护理部。

二、医护人员应保持严肃、紧张、积极而有序的工作态度，分秒必争抢救患者，并根据情况安抚患者陪护人员。

三、参加抢救人员必须全力以赴，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操作规程。

四、抢救器材及药品必须完备，做到专人保管、定量储存、定位存放、定时清点，用后及时补充，班班交接。

五、护理人员应严格遵守各项护理操作规范，熟练掌握各种护理抢救技术包括静脉输液、吸氧、吸痰、心肺复苏等；熟练使用各种抢救仪器包括心电监护仪、呼吸机、微量泵、心电图机、除颤仪等，以保证抢救的顺利进行。

六、严密观察患者病情变化、生命体征，准确及时记录抢救时间、过程以及患者反应等。

七、严格执行无菌操作，遵守各项护理操作规程。

八、严格执行交接班制度、查对制度和口头医嘱执行制度，在执行口头医嘱前必须复述，确认无误后方可执行。所有药品的空安瓿必须暂时保留，经双人核对无误后方可弃去。

九、抢救完毕，及时整理抢救车、补充抢救药品，及时对抢救仪器设备进行消毒、整理备用。

十、抢救后6小时内据实补记医嘱，执行时间为实际执行时间，将抢救经过及患者病情变化记录在护理记录上，并签全名。

文件名称	患者入院管理制度				
文件编号	A08-ZD-020-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

患者入院管理制度

一、各病区办理入院手续便捷，提供 24 小时服务，特殊患者（如残疾人、无近亲属陪护且行动不便患者）科室应根据实际提供个性化便民服务。

二、病区接到患者入院通知后，应做好接待入院患者的各项准备工作，如系急诊手术或危重症患者，须立即做好抢救准备工作。

三、住院患者到达病区后，住院病区门禁管理人员严格核对患者及陪护人员的《住院通知单》、《新型冠状病毒核酸检测报告单》、《住院患者“新型冠状病毒感染的肺炎”住院前排查登记表》、《住院患者陪护人员流行病学调查表》，并进行体温测量、查看健康码及行程码、询问流行病学史等无误后，方可允许患者及陪护人员进入住院病区。

四、病区护士除再次核对以上信息外，医保患者要核对患者的医保卡信息，打印患者腕带，双人核对无误后将腕带戴在患者左手腕部，松紧度以进一指为宜，并通知责任护士和主管医生接诊患者。并将医保患者信息录入床位监管系统。

五、责任护士将患者送至相应床位，向患者主动自我介绍，并做好入院宣教、护理评估、测量生命体征等。同时应对患者及陪护人员做好新冠肺炎疫情防控宣教工作。陪护人员经流行病学史筛查、新冠病毒核酸检测合格后办理陪床证。

六、根据评估情况为患者提供必要的清洁、照护和心理支持等护理措施，并及时与医生沟通患者相关情况。

七、遵照医嘱有计划地完成入院患者的标本采集工作，帮助患者预约检查，并协助医生为入院患者实施及时、有效的治疗性措施。

八、向患者做好必要的健康教育包括评估的高风险项目的预防措施。

文件名称	患者出院管理制度				
文件编号	A08-ZD-021-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

患者出院管理制度

一、接到患者出院医嘱后，责任护士及时通知患者及陪护人员做好出院准备，并在离院前对患者进行出院指导及指导患者做满意度评价，护士长主动向患者及陪护人员征求意见。

二、结合出院患者的健康情况和个体化需求，做好出院指导和健康教育工作，健康教育主要包括：饮食、用药指导，运动和康复锻炼，复诊时间及流程，居家自我护理及注意事项等，并向患者发放出院指导单。

三、责任护士收回患者及陪护人员腕带及陪护证并销毁。根据患者实际情况及病情为出院患者提供必要的帮助和支持，确保患者安全离院。

四、责任护士应根据出院患者需要为其提供延续性护理服务，通过电话提供随访服务。

五、患者离院后，及时对床单元进行终末处理，并做好迎接新入院患者的准备。

文件名称	患者转科交接制度				
文件编号	A08-ZD-022-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

患者转科交接制度

一、科室建立患者转科交接登记本，在患者转科交接时严格执行患者身份识别制度，尤其是急诊科与病房、手术室、ICU、产房，新生儿科之间的患者转交接。

二、接到患者转科医嘱后，转出科室将患者的基本情况通知接收科室，以便做好迎接准备。

三、患者转科前由责任护士及主管医生向患者及陪护人员告知相关注意事项，如目前的病情，途中可能遇到的情况等。

四、转出科室护士将患者的基本情况在《承德市中心医院住院患者转科交接登记本》登记，并认真填写《承德市中心医院患者转科交接记录单》。

五、患者从科室转运到下一个科室过程中，需要有护士护送，危重患者需有医生陪同，准备好急救药品及抢救设备，如遇突发情况按应急预案处理，以保证患者安全。

六、患者到达科室后交接双方按《承德市中心医院患者转科交接记录单》内容对患者进行认真交接。对产妇、新生儿、手术、ICU、急诊、无名氏、儿童、以及意识不清、语言障碍、处于镇静状态的患者应双人核对腕带信息，并且由患者陪同人员陈述患者姓名，以确认患者身份。

七、对无法进行患者身份确认的无名患者，若为女患者则标识为无名氏年月日 X1、无名氏年月日 X2... 若为男患者则标识为无名氏年月日 Y1、无名氏年月日 Y2... 年月日格式：例如 210101。

八、患者交接内容如下：患者姓名、意识状态、血压、使用的药品名称、有无输血、各种管路情况（包括输液管、尿管、引流管和其他管路等）、患者皮肤情况是否完整（不完整的须注明皮损部位及情况）、各种物品交接（包括患者的病历、化验单、各种影像片和其他物品等）、备注栏内注明专科特殊病情及特殊情况。

九、交班者及接班者交接完毕需签全名、日期及时间。

文件名称	患者转运管理制度				
文件编号	A08-ZD-023-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

患者转运管理制度

一、入院转运

（一）平诊患者入院由门诊医生开具住院通知单在住院结算窗口办理住院手续后到相应病区，将住院通知单交给病区护士。

（二）急诊患者入院根据患者病情由急诊医务人员负责护送。转运前急诊科护士按《患者转科交接记录单》内容填写齐全，同时携带患者的病历资料及相关物品等，提前通知相关科室做好接收准备，确认准备妥当后再转运。

（三）危重患者的转运前，做好充分评估，根据病情需要携带所需的急救仪器和药物，转运途中注意保护好各种管路，密切观察患者病情。途中发生病情变化及时予以处理，并依据距离将患者快速送至相关科室或返回急诊科进行抢救。

（四）护送患者到达转运科室后，与病区护士、医生进行床旁交接并签字记录，各项内容交接确认无误后，护送人员方能返回病区。

（五）院前出诊的患者转运前医生要评估患者病情，待生命体征平稳方可转运至医院急诊科或相关病区。

二、检查转运

（一）责任护士在检查前告知患者检查时间及注意事项，并由陪检人员负责检查的预约和护送工作。

（二）危重患者在检查前主管医生、责任护士对患者病情进行评估，确定是否可以转运，根据病情备好急救药品及物品等。应根据检查项目携带必要的病历资料和物品等。转运途中注意保护好各种管路，密切观察患者病情。医护人员与检查科室人员交接确认患者身份，协助完成检查。检查结束后由医护人员陪同患者返回病房。

文件名称	住院患者管理制度				
文件编号	A08-ZD-024-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

住院患者管理制度

一、住院患者到达病区后，由责任护士对患者及陪护人员进行入院介绍，内容包括介绍责任护士和主管医生、住院环境、相关规定等，告知患者听从医护人员的指导和管理，与医护人员密切合作，配合各项检查、治疗、护理工作等。

二、患者住院期间着病员服，遵守作息时间，不得擅自离开病房，不得互串病房。陪护人员必须戴口罩、患者在病情允许的情况下要求戴口罩。患者和陪护人员出病房时必须戴口罩。住院期间一律不得离开医院，对私自离开医院的患者，值班护士应及时报告医生，必要时上报护士长和科主任并做好记录，同时按有关规定进行处理。

三、患者应保持病房内整齐安静及床单位的整洁，注意个人卫生。住院期间可携带必要的生活用品，其他物品不得带入病房。

四、患者按病情和护理级别监测体温，患者体温异常，立即上报医生按流程进行处理。

五、放置过渡病房的患者和陪护人员禁止出病房，严格佩戴口罩，待两次核酸检测阴性，排除新冠肺炎后方可搬出。

六、患者应按饮食医嘱进食。对有特殊饮食要求的患者，护士应做好饮食指导并使患者及陪护人员配合，共同做好饮食管理。护士应检查、监督患者治疗饮食的落实情况。

七、医护人员应主动告知患者检查、治疗及护理等情况，患者应积极配合。

八、患者对安排的检查、治疗、护理有疑问时，可以向医护人员询问，护士要耐心解释，征得患者同意后实施，如患者拒绝治疗，须向主管医生汇报，按相关规定处理。

九、护士长负责患者住院期间的协调、管理及特殊情况的处理工作。

十、患者及陪护人员不得随意进入医护办公室翻阅病历及其他医疗文件，不得将病历带出院外。

十一、新型冠状病毒肺炎疫情期间，患者及陪护人员应遵守医院疫情防控的相关规定。

文件名称	患者探视、陪护制度				
文件编号	A08-ZD-025-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

患者探视、陪护制度

一、病区主管医生、护士长根据患者病情及患者的需求决定患者是否需要陪护。

二、病区门禁实施 24 小时专人管理，并处于关闭状态。陪护及探视人员进入病区时需测体温，询问流行病学史，查验健康码、行程码，若健康码黄码、红码或体温大于 37.3℃在做好自身防护的前提下引领其到发热门诊排查，行程码带有 * 人员或有流行病学史者禁止陪护，其余符合陪护条件的人员及时做好登记记录。

三、由主治医师下达陪护医嘱，符合陪护条件的陪护人员经核酸检测合格后由责任护士负责办理陪护手续并登记，发放陪床证，陪床证上需注明科室、床号、姓名（患者及陪护人员）、身份证号（陪护人员）等，经病区护士长签字后方可生效，陪护人员因特殊情况外出时需携带身份证及陪床证。患者出院应当及时收回。

四、病区护士长负责对陪护人员进行监督管理，病区医护人员做好协助工作。

五、陪护人员凭科室发放的陪床证进入病区（非必要情况不得私自出入病区）必须佩戴口罩，责任护士每日监测陪护人员体温（日二次）并记录，如陪护人员体温超过 37.3℃，禁止陪护，引领其到发热门诊就诊。护理公司的员工应当按规定着装，持证上岗。

六、陪护、探视人员必须遵守病区的有关规章制度，听从医护人员的指导，保持病房整洁安静，不得坐卧病床，严禁吸烟，爱护公物，节约水电，损坏公物按价赔偿。不得私自将患者带出院外，不要谈论有碍患者健康和治疗的事宜，不得私自给患者服药或治疗。

七、陪护、探视人员需及时向主治医生和责任护士反映或了解患者病情，但不得随意进入医护办公室、治疗室，不得私自翻阅病历或有关医疗护理记录。

八、陪护人员陪护期间不得擅自进行自身职责之外的护理操作，不得离开病区。无特殊原因，陪护人员不得更换。

九、新型冠状病毒肺炎疫情期间，住院患者仅允许固定一人陪护，谢绝探视，如有特殊情况需增加陪护或探视时，需请示科主任，护士长。

文件名称	护理安全评估与报告制度				
文件编号	A08-ZD-026-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理安全评估与报告制度

一、新入院患者由责任护士负责对其进行护理风险筛查和安全评估，并在本班内将评估结果记录在护理记录中。

二、经过筛查和评估，存在压疮、跌倒/坠床、导管滑脱等风险的患者，责任护士通知主管医生，医生、护士对风险和防范措施向患者/亲属进行安全宣教，并在科室早交班会上进行报告。同时放置相应的安全警示标识，制定并采取相应的预防措施，并依据风险变化情况及时进行再评估，调整护理措施。

三、对于入院时已经存在护理问题的患者，如院外压疮等，应记录护理问题性质、程度和采取的护理措施，必要时提出护理会诊申请。住院期间及时评估，护理记录应体现采取的护理措施及护理问题的转归。

四、对于入院时评估无风险的患者，住院期间病情、治疗方案变化可能导致风险时，如手术、使用镇静药物等，需再次评估。

五、对高危风险患者，主管医生及护士查房时应重点关注，查看预防措施落实情况，强化健康宣教内容；同时责任护士应及时报告护士长，护士长或专科护士给予预防措施的指导和建议，超出本科室能力范围的及时提出会诊请求，护理部组织专科护士或护理专家进行会诊，提出护理措施，责任护士积极落实指导意见。

六、护士长应定期组织护理安全隐患分析，及时发现患者住院环境、设施等方面存在的安全隐患，讨论制定安全防范措施。各病区应制定专科应急预案，并组织培训考核。

文件名称	护理安全（不良）事件报告管理制度				
文件编号	A08-ZD-027-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理安全（不良）事件报告管理制度

一、护理安全（不良）事件报告管理制度

（一）护理安全（不良）事件包括：跌倒/坠床、压疮、管路滑脱、用药错误、烫伤、液体外渗、标本错误、其它。

（二）护理安全（不良）事件上报遵循责任性和自愿性、保密性、非处罚性、公开性的报告原则。

（三）科室发生护理安全（不良）事件后要立即向科室护士长、科主任汇报，当事人或科主任（护士长）应及时果断采取补救措施，将可能造成的影响、损害或损失降至最低。

（四）I级事件、II级事件为强制上报事件，事件发生后科室或当事人在积极处理事件的同时必须立即上报主管部门；非正常工作时间，上报医院总值班，并在24小时内进行系统补报。III级事件、IV级事件为鼓励上报事件，应在事件发生后48小时以内进行系统报告。

（五）与护理安全（不良）事件相关的药品、血液、器械、护理记录等应妥善保管封存，严禁涂改、伪造、隐匿、销毁。

（六）对所发生的护理安全（不良）事件科室护士长应及时召开分析讨论会，要求：

1. I、II级护理安全（不良）事件科室2个工作日内组织讨论改进，参加人员>80%，护理部参加。
2. III、IV级护理安全（不良）事件科室7个工作日内组织分析讨论改进。
3. 护理安全（不良）事件要运用鱼骨图等质量管理工具进行根本原因分析，制定改进措施，从制度、流程、培训、执行、检查、反馈、整改、落实、成效等方面进行持续质量改进，按整改时限进行有步骤落实。

（七）护士长是科室护理安全（不良）事件的管理者，应建立不良事件登记表，及时对科室发生的每例护理安全（不良）事件进行原因分析、制定整改措施，并进行追踪，将讨论



分析的结果上报护理部；护士长每半年对科室发生的护理安全（不良）事件进行汇总分析，并将汇总分析材料上报护理部。

（八）护理部负责收集、调查和处理护理相关的不良事件，督导、追踪事件整改措施落实情况，每月汇总、分析，对典型案例进行分享，以起到警示与借鉴作用。

（九）护理部对接报的投诉、纠纷事件负责督促相关科室或直接通过不良事件管理系统上报不良事件。

（十）对发生频率较高、结果严重或特殊新发不良事件，护理部要及时组织讨论分析，对系统问题提出改进措施，必要时提交护理质量与安全委员会进行决策。

（十一）护理部每半年组织召开全院不良事件分析会（警示教育）。

二、护理安全（不良）事件主动报告激励措施

（一）护理安全（不良）事件主动报告激励措施遵照《医疗安全（不良）事件报告管理制度》奖惩机制执行。

（二）如科室及个人没有主动上报护理安全（不良）事件，视后果严重程度及频次，护理部要进行以下处理：

1. 科室或个人没有主动上报护理安全（不良）事件，造成严重后果者，根据《医疗安全（不良）事件报告管理制度》进行处罚，科室质量总分扣 2 分。
2. 科室或个人没有主动上报护理安全（不良）事件，后果较轻者，根据《医疗安全（不良）事件报告管理制度》进行处罚，科室月护理质量总分扣 1 分。
3. 科室屡次不报者，酌情扣罚护士长绩效奖金，科室质量总分扣 2 分。

文件名称	跌倒 / 坠床风险评估与报告制度				
文件编号	A08-ZD-028-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

跌倒 / 坠床风险评估与报告制度

一、跌倒 / 坠床风险评估制度

(一) 评估对象及时机：新入院或转科患者 8 小时内由责任护士根据《患者跌倒 / 坠床危险因素评估记录单》书写要求进行评估，要求评分与患者实际情况相符，评估率达 100%。

(二) 措施：评分 ≥ 4 分为高度危险，每周评估一次，给予相应的护理防范措施，并签署书面告知书，教育患者及陪护人员预防跌倒 / 坠床注意事项，放置防跌倒 / 坠床警示牌，做好交接班；当患者发生病情变化、使用易致跌倒药物、发生跌倒 / 坠床事件后、特殊检查治疗后需再次评估。

二、跌倒 / 坠床报告制度

(一) 患者发生跌倒 / 坠床后，发现者立即奔赴现场，通知医护人员及患者陪护人员。对患者情况做初步诊断，如测量生命体征、判断患者意识、检查受伤部位、受伤程度及身体状况等。积极安抚患者，稳定患者情绪，如病情允许，将患者移至抢救室或患者床上。

(二) 医生对患者进行检查，发现者主动为医生提供信息，护士遵医嘱及时进行处理。

(三) 密切观察患者生命体征及病情变化，并记录患者跌倒 / 坠床的时间、经过及抢救过程，落实交接班工作。

(四) 初步处置后，医务人员应立即报告科主任、护士长，按《医疗安全（不良）事件报告管理制度》上报。非正常工作时间且因跌倒 / 坠床伤害事故而发生纠纷时，应及时报告医院总值班。

(五) 科室及时组织医务人员认真讨论，分析原因，制定改进措施。

(六) 发生患者跌倒 / 坠床科室如隐瞒不报，一经发现按医院相关规定进行相应的处理。

(七) 护理部定期对跌倒 / 坠床事件进行分析、汇总，制定改进措施，督导落实。



文件名称	患者跌倒 / 坠床管理制度				
文件编号	A08-ZD-029-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

患者跌倒 / 坠床管理制度

一、预防患者跌倒 / 坠床制度

(一) 职责分工

1. 护理部负责制定跌倒 / 坠床相关制度，对护士进行跌倒 / 坠床危险因素评估及安全防范培训，并督导落实。
2. 后勤保障处负责门诊、病区建筑布局合理、设施安全、环境整洁、地面干燥。标识清楚。
3. 医务处负责医生用药的安全教育、跌倒 / 坠床的应急处理等，降低患者的受伤害程度。
4. 门诊办公室负责门诊患者的安全教育和防范措施的落实，保障门诊患者的安全。

(二) 门诊预防患者跌倒 / 坠床制度

1. 医院保洁人员应保持门诊环境（特别是卫生间）的整洁，光线明亮、地面干燥，拖地时应置“小心地滑”的警示牌。雨雪天气及时放置防滑垫和防滑标识。
2. 门诊护士对产科、老年病科、骨科、神经内科、眼科等患者给予重点关注；对年老体弱、行动不便、步态不稳、视力障碍等患者给予搀扶、轮椅等协助。
3. 门诊护士应及时巡视，掌握预防跌倒的知识，对患者进行安全教育。
4. 门诊一旦发生患者跌倒事件，立即通知就近诊室医生，积极进行处理和伤情评估，严重者通知急诊科抢救。同时按《医疗安全（不良）事件报告管理制度》上报护理部。

(三) 病区预防患者跌倒 / 坠床制度

1. 责任护士应对新入院及转入患者根据我院《患者跌倒 / 坠床危险因素评估记录单》进行评估。评估为高度风险患者，宣教患者及陪护人员防跌倒 / 坠床注意事项，放置防跌倒 / 坠床警示牌，在护理记录单上记录，做好交接班。
2. 病情、用药变化时，责任护士需再进行跌倒 / 坠床危险因素评估，并在护理记录中记录。
3. 做好入院宣教，告知患者住院期间、起床活动时穿防滑鞋、外出检查有专人陪同，行

动不便者准备轮椅。

4. 对儿童、老年人、孕妇、行动不便和残疾等特殊患者，护士应对患者或陪护人员进行安全教育，告知患者起床或行走时应由陪护人员搀扶帮助，休息时拉起床档。

5. 给婴儿测体重和沐浴时，护士必须守护在旁，不得擅自离开。

6. 转运患者时，首先选择合适的工具，评估转运工具的安全性（脚刹）。在转运途中观察患者的反应，保证患者的安全。

7. 病房内应光线充足，保持病室、走廊和地面清洁、干燥、平整、完好，病室物品放置有序，以免影响人、车通行。保洁人员拖地或打蜡后应置“小心地滑”的警示牌。病区走廊有合适高度的防滑扶手。

8. 各病区一旦发生患者跌倒/坠床事件，立即通知值班医生，积极进行处理和伤情评估，同时按护理安全（不良）事件报告制度上报。

9. 病区护士长对发生的跌倒/坠床事件及时组织科室讨论，进行根因分析，找出科室管理中的缺陷，加强管理。

10. 护理部定期对跌倒/坠床不良事件进行分析，找出系统管理中的缺陷，提出改进措施，保证患者安全。

二、跌倒/坠床事件伤情评估及处理

患者发生跌倒/坠床时，护士立即到患者身边，测量生命体征、检查受伤情况，通知医生迅速查看患者，进行伤情评估和处理。

（一）伤情评估

跌倒无伤害（0级）：跌倒后，无损伤症状或体征。

跌倒轻度伤害（1级）：患者跌倒导致血肿、擦伤、疼痛，需要冰敷、包扎、伤口清洁、肢体抬高、局部用药等。

跌倒中度伤害（2级）：患者跌倒导致肌肉或关节损伤，需要缝合、夹板固定等。

跌倒重度伤害（3级）：患者跌倒导致骨折、神经或内部损伤，需要手术、石膏、牵引等。

跌倒死亡：患者因跌倒受伤而死亡（而不是由于引起跌倒的生理事件本身而致死）。

（二）处理措施

1. 跌倒无伤害（0级）或轻度伤害（1级）：搀扶或用轮椅将患者送回病床，安慰患者，并测量血压、脉搏，遵医嘱给予冰敷、伤口清洁、局部用药等。



2. 跌倒中度伤害（2级）：根据伤情协助医生进行包扎、缝合或夹板固定等。

3. 跌倒重度伤害（3级）：根据受伤部位和伤情采取适当的搬运方法，对头部摔伤出现意识障碍等危及生命的情况时，应立即将患者抬至病床，严密观察病情变化，注意瞳孔、神志及生命体征的变化，遵医嘱迅速采取相应的抢救措施。

文件名称	压疮风险评估与报告制度				
文件编号	A08-ZD-030-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

压疮风险评估与报告制度

一、压疮风险评估制度

(一) 对新入院及病情发生变化的患者，应用压疮危险因素评估表进行评估，确保护理危险因素评估率 100%，首次评估时限在患者办理入院手续后 8 小时内完成。

(二) 危险因素评分 ≤ 18 分者提示有发生压疮的风险；15-18分为低危患者，每周评估一次；13-14分为中危患者，每天评估一次；评分 ≤ 12 分为高危患者；每班评估一次；评分 < 9 分，为极高危患者，90%-100%可能发生压疮，视情况随时评估。

(三) 对院内新发生压疮以及院外带入压疮者，按《医疗安全（不良）事件报告管理制度》上报护理部。

(四) 高危患者放置警示标识，告知患者和陪护人员注意事项及防护措施，并签署风险告知书。

(五) 高危患者按分级护理要求加强巡视，做好交接班。

(六) 对于高危患者，科室积极采取护理措施，如：制定翻身计划、减压护理、加强营养、使用新型伤口敷料保护皮肤等。

(七) 对于疑难压疮病例，上报护理部申请会诊。

二、压疮报告制度

(一) 患者压疮风险评分在 13-18 分时，责任护士应严格交接班，有病情变化时及时评估，采取有效预防措施；患者压疮风险评分 ≤ 12 分时向病区护士长上报，必要时请压疮小组会诊。

(二) 院内新发生或发现院外带入压疮，应报告病区护士长，按《医疗安全（不良）事件报告管理制度》上报护理部。如患者转科，压疮发生科室需对压疮及不良事件上报情况与转入科室进行交接。

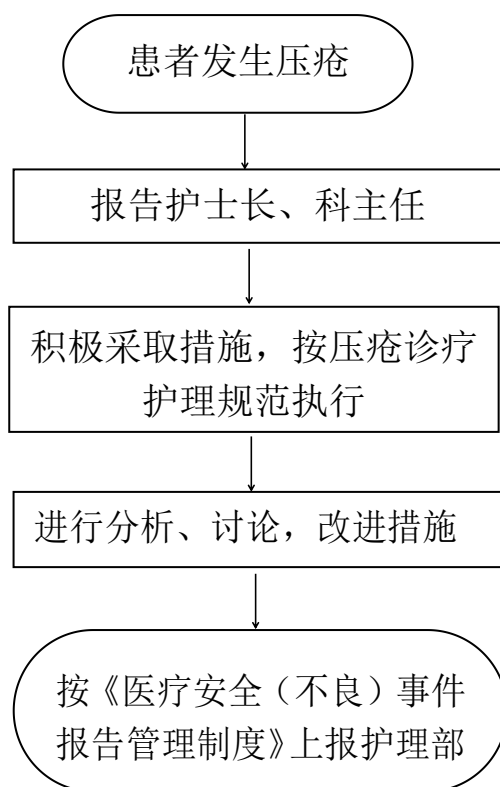
(三) 对 Braden 评分 ≤ 12 分，具备下列基本条件：强迫体位需要严格限制翻身、呼吸



衰竭、心力衰竭、肝功能衰竭、肾功能衰竭、偏瘫、高位截瘫、骨盆骨折、生命体征不稳定等；同时或伴有下列条件之一：年龄 ≥ 70 岁、血清白蛋白 $< 30\text{g/L}$ 、极度消瘦、高度水肿、大小便失禁、合作性差等的患者，评估为难免性压疮风险患者，请压疮小组会诊核实后上报护理部。

附 1:

患者发生压疮事件上报流程



文件名称	住院患者压疮管理制度				
文件编号	A08-ZD-031-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

住院患者压疮管理制度

一、护理部成立伤口/造口专科小组，定期对小组成员进行相关知识培训，充分发挥专科护理小组作用，协助临床做好压疮护理的评估及指导工作。

二、责任护士应在患者办理入院手续后8小时内根据《压疮危险因素评估记录单》内容进行评估，要求评分与患者实际情况相符，按评分分级给予相应的护理预防措施。

三、护士做好入院宣教，告知患者及陪护人员住院期间主动参与压疮的预防与护理，强调翻身的重要性，特别关注院外带入压疮患者，避免发生新的压疮。

四、对于疑难、复杂的压疮患者及高危患者应上报主管医生、护士长，必要时上报科主任，责任护士应加强健康指导，严格落实各项预防措施，放置警示标识并签署书面告知书。

五、患者发生压疮事件，应立即上报护士长、科主任，按照患者发生压疮事件上报流程上报处理。科室在规定时间内完成对不良事件的讨论、分析，提出改进措施，护理部追踪持续改进效果。

六、对于疑难、复杂的压疮，科室可申请专科护理会诊，加强多学科协作，会诊人员提出相应的建议和护理措施。

七、护士长加强日常检查及督导，重点关注对患者评估的准确性、健康宣教及防范措施的正确落实，保障患者安全。

附件 1:

压疮诊疗及护理规范

一、压疮定义

压疮是发生皮肤和 / 或潜在皮下软组织的局限性损伤, 通常发生在骨隆突处或与医疗或其他医疗设备有关的损伤。(美国国家压疮咨询委员会 (National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP)2016 年 4 月 13 日发布)

二、压疮发生原因

压疮形成是一个复杂的病理过程, 是局部和全身因素综合作用引起的皮肤组织的变性和坏死。

(一) 力学因素

1. 垂直压力 持续性垂直压力是最重要的原因。压疮的形成与压力的强度和持续的时间有密切的关系, 压力越大, 持续时间越长, 发生的几率越大。垂直压力常见于长时间采用某种体位, 如平卧位、半坐位等。

2. 摩擦力 皮肤与其接触面行相反方向移动时产生的与皮肤平行的力, 是机械力作用于上皮组织的力, 能去除外层保护性角化皮肤, 增加皮肤对压疮易感性。

3. 剪切力 由摩擦力和压力相叠加而成, 与体位关系密切, 常发生于半卧位患者骶尾部。是骨骼及深层组织由于重力作用会向下滑行, 而皮肤表层组织因摩擦力而停留在原位, 使两层组织产生相对性移位引起。剪切力比垂直方向的压力更具危害, 作用于深层, 引起组织相对移位, 切断较大区域血液供应, 如卧床患者抬高床头时的身体下滑倾向, 引起骶尾部皮肤与骶骨错位, 血管扭曲受压而产生局部血液循环障碍。

(二) 局部潮湿或排泄物刺激

皮肤潮湿或通透性增加, 角质层易脱落, 有利于微生物滋生, 躯体移动时产生的摩擦力会使其加倍受损。大小便失禁、大量出汗、伤口大量渗液等, 对皮肤产生化学刺激, 处理不及时严重损害皮肤。

(三) 营养状况

营养不良是导致压疮发生的原因之一, 也是直接影响其愈合的因素。营养障碍、营养摄入不足, 使蛋白质合成减少、负氮平衡、皮下脂肪减少、肌肉萎缩等。



(四) 年龄

老年人因活动能力下降、肌肉减少、皮肤组织结构下降、细胞修复速度减慢、血液循环下降、感觉能力下降、身体抵抗力减弱等，皮肤易受损。

(五) 体温升高

体温每升高 1℃，机体代谢、耗氧增加 10%，汗液浸渍刺激皮肤，压疮的发生几率增加。

(六) 医疗器械使用不当

因医疗器械，如心电监护、吸氧面罩、呼吸机、气管切开导管、各种约束装置及矫正器使用不当，可在医疗器械使用的部位产生压力和（或）造成局部温湿度改变，进而发生不同程度的压疮。因医疗器械固定使接触部位皮肤破损隐秘而难以被及时发现。

(七) 系统性疾病

血循环不足，如急性创伤、血管活性药、血压下降、休克等。脑血管疾病，如瘫痪、移动、感觉障碍等。糖尿病患者，外周神经疾病，末端感觉障碍等。重症患者、肿瘤晚期患者等。肝、肾疾病，消瘦、腹水、移动障碍、蛋白低致组织水肿耐受性下降。

三、好发部位

压疮多发生于受压和缺乏脂肪组织保护、无肌肉包裹或肌层较薄的骨隆突处，并与卧位有密切的关系。

(一) 仰卧位好发于枕骨粗隆、肩胛部、肘部、骶尾部及足跟处，尤其好发于骶尾部。

(二) 侧卧位好发于耳廓、肩峰、肋骨、髌骨、股骨粗隆、膝关节的内外侧及内外踝处。

(三) 俯卧位好发于面颊、耳廓、肩峰、女性乳房、肋缘突出部、男性生殖器、髂前上棘、膝部和足趾等处。

(四) 坐位好发于坐骨结节处。

四、压疮分期

(一) 1 期（指压不变白的红斑，皮肤完整） 受压部位出现暂时性血液循环障碍，局部皮肤表现为红、肿、热、麻木或有触痛，此期皮肤完整性未被破坏，为可逆性改变。

(二) 2 期（部分皮层缺失伴真皮层暴露） 红肿部位继续受压，血液循环得不到改善，静脉回流受阻，局部静脉淤血，皮肤的表皮、真皮层或二者发生损伤或坏死。表现浅表开放性溃疡，创面呈粉红色、无腐肉；也可表现为完整或破损的浆液性水疱。

(三) 3 期（全层皮肤缺失） 可见皮下脂肪，但骨骼、肌腱或肌肉尚未显露。可见腐肉，

但并未掩盖组织缺失的深度。可有潜行或窦道。此期压疮的深度依解剖学位置不同而表现各异，鼻、耳、枕骨和踝部因皮下组织缺乏可表现为表浅溃疡；臀部等脂肪丰富部位可发展损伤较深的3期压疮。

（四）4期（全层组织缺失）伴骨骼、肌腱或肌肉外露，可以显露或探及外露的骨骼或肌腱。创面基底部可有腐肉和焦痂覆盖，常伴有潜行或窦道。与3期类似，此期压疮的深度取决于解剖位置，可扩展至肌肉和（或）筋膜、肌腱或关节囊，严重时可导致骨髓炎。

（五）深部组织损伤期 皮肤完整，局部区域出现紫色或褐红色颜色改变，或出现充血性水疱，是由于压力和（或）剪切力所致皮下软组织受损所致。可伴疼痛、坚硬、糜烂、松软、潮湿、皮温升高或降低。肤色较深者难以识别深层组织损伤。

（六）不可分期 全层组织缺失，损伤程度被腐肉和（或）焦痂掩盖，无法确定其实际深度。溃疡底部有腐肉覆盖（黄色、黄褐色、灰色、绿色或褐色），或者伤口床有焦痂附着（碳色、褐色或黑色）。彻底清除坏死组织和（或）焦痂，暴露创面基底部后方可判断其实际深度和分期。清创前通常渗液较少，甚至干燥，痂下感染时可出现溢脓、恶臭。

五、压疮的处理：局部治疗为主，辅以全身治疗。

（一）全身治疗：积极治疗原发病，补充营养和全身抗感染治疗等。

（二）局部治疗：评估、测量并记录压疮的部位、大小、创面组织形态、渗出液、有无潜行或窦道、创口边缘及周围皮肤状况等，针对不同分期采取相应的措施。

1. 1期压疮 防止局部继续受压，使用气垫或减压贴，增加翻身次数，缩短翻身时间，压红后每小时翻身1次。

（1）局部护理：使用半透膜敷料或者水胶体敷料加以保护。

（2）营养支持：摄入足够的蛋白质、碳水化合物和水分，尽可能通过消化道提供足够的营养，进食困难者可鼻饲要素膳或给予肠外营养，补充维生素B族及C族。

2. 2期压疮 此期治疗应注意保持皮肤清洁，预防感染。防止局部继续受压，使用气垫或减压贴，增加翻身次数，缩短翻身时间（每小时翻身1次）。保护皮肤，预防感染是本期的治疗关键。

（1）局部护理，未溃破的水疱尽量减少摩擦，以防破裂，用水胶体敷料（透明贴、溃疡贴）覆盖，视水泡大小用无菌注射器抽出疱液，避免局部继续受压，促进上皮组织修复。

（2）营养支持，摄入足够的蛋白质、碳水化合物和水。尽可能通过消化道提供足够的营养，



进食困难者可鼻饲要素膳或给予静脉营养，多补充维生素 B 族及 C 族。

3.3 期压疮 清洁创面，促进愈合，预防和控制感染。

(1) 防止局部继续受压。使用气垫，增加翻身次数，缩短翻身时间，每 30 分钟 -1 小时翻身 1 次。

(2) 生理盐水棉球擦拭，去除渗液，使用清创膏清创、溃疡膏填充，覆盖水胶体敷料或泡沫敷料。创面有感染时，用生理盐水棉球清洁后，局部应用抗菌药物进行治疗，可选用 1: 5000 呋喃西林溶液清洗创面，根据渗出液特点，选择适当的湿性敷料，并根据创面渗出情况确定换药频率。

(3) 增加营养摄入，促进创面愈合，蛋白质和热量的摄入要高，根据患者理想体重来计算热量摄入。渗出较多者，增加液体、蛋白质的摄入。

4.4 期压疮 去除坏死组织，促进肉芽组织生长。

(1) 防止局部继续受压。使用气垫，增加翻身次数，缩短翻身时间，每 30min-1 小时翻身 1 次。

(2) 可用生理盐水或稀释碘伏清洗创面。对于溃疡较深、引流不畅者，用 3% 过氧化氢溶液冲洗，再进行换药处理。感染的创面应取分泌物作细菌培养及药物敏感试验，根据结果选用抗菌药物。一些中药制剂也可应用于压疮的治疗。对大面积深达骨骼的压疮，应配合医生清除坏死组织，植皮修补缺损组织，以缩短压疮病程，减轻患者痛苦。

(3) 增加营养摄入，促进创面愈合，蛋白质和碳水化合物的摄入要高，根据患者理想体重来计算热量摄入。渗出较多者，增加液体、蛋白质的摄入。

5. 深部组织损伤期压疮 谨慎处理，不能被表象所迷惑，严禁强烈和快速地清创；早期可以用水胶体敷料，使表皮软化。减压和预防剪切力；制定营养食谱，纠正营养不良；治疗和控制并发症；生理盐水清洗伤口；清创前可使用泡沫或水胶体敷料；水凝胶自溶清创结合保守性锐器清创逐步分次清除坏死组织；清创后准确分期，按照 3、4 期压疮处理方案执行。

6. 不可分期压疮 当伤口覆盖焦痂或坏死组织无法界定时，应先清除伤口内焦痂或坏死组织，再确定分期，伤口处理与 3-4 期压疮方法相同。

六、护理

(一) 避免局部长期受压。增加翻身次数，因疾病所采取的被迫体位，应每半小时至 2 小时改变体位 1 次，缩短皮肤受压时间；必要时使用气垫床。

(二) 避免局部皮肤刺激。保持皮肤清洁干燥、床单元平整无皱褶，对大小便失禁、呕吐或出汗多者应及时擦洗干净、更换衣服和床单，使用尿不湿者，及时更换。翻身及使用便器时，动作轻柔，避免擦伤皮肤。

(三) 促进局部血液循环，定时为患者进行温水擦浴，协助患者被动运动。

(四) 改善营养状况，给予平衡饮食，增加蛋白质、维生素和微量元素的摄入。不能进食者给予鼻饲或支持疗法。

(五) 遵医嘱用药，抗感染治疗，预防败血症。

(六) 做好心理护理，鼓励患者主动运动。

文件名称	患者烫伤管理制度				
文件编号	A08-ZD-032-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

患者烫伤管理制度

一、护理人员应对住院患者及陪护人员做好预防烫伤的健康宣教工作，提高安全防范意识，减少烫伤事件发生，确保患者安全。

二、做好病房安全管理，热水瓶妥善固定位置放置，告知患者及陪护人员不能擅自使用热水袋、电暖宝等取暖设施，必要时在医护人员指导下使用。

三、对于婴幼儿、神志不清、烦躁、肢体功能障碍、痛温觉感觉异常等使用冷热疗法的患者，容易发生烫伤，护士应做好充分评估，采用相应的预防措施。

四、对于高危患者，放置防烫伤标识牌给予警示。

五、应用冷热疗法时，应注意局部温度并观察皮肤变化，应用热水袋时要加外套包裹或置于两层盖被之间，水温 60-70℃。老年人、小儿、昏迷、截瘫的患者及麻醉未清醒者水温应调至 50℃，防止烫伤。使用烤灯时要保持一定的灯距（30-50cm），随时观察，调整灯距，防止烫伤。热水坐浴应保持水温 40-45℃，其他热疗按相应要求进行。

六、患者发生意外烫伤事件，护理人员应立即采取应对措施，上报科室护士长，并按相应流程上报护理安全（不良）事件。

文件名称	患者导管滑脱管理制度				
文件编号	A08-ZD-033-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

患者导管滑脱管理制度

- 一、医务人员应当本着预防为主的原则，认真评估患者是否存在管路滑脱危险因素。
- 二、如存在危险因素，要及时制定防范计划与措施，并做好交接班。
- 三、对患者及陪护人员及时进行宣教，使其充分了解预防管路滑脱的重要意义。
- 四、加强巡视，随时了解患者情况并做好护理记录。
- 五、护士要熟练掌握管路滑脱应急预案，当发生患者管路滑脱时，要本着患者“安全第一”的原则，迅速报告医生采取补救措施，避免或减轻对患者身体健康的损害或将损害降至最低。
- 六、当事人要立即向护士长汇报，并按相应流程上报护理安全（不良）事件。
- 七、护士长要组织科室工作人员认真讨论、分析、提出改进措施，护理部将追踪持续改进效果。
- 八、对高危导管滑脱事件或频繁发生的导管滑脱事件，由护理质量与安全管理委员会共同分析原因、提出防范措施，不断修订完善护理管理制度。

文件名称	抗肿瘤药物安全防护制度				
文件编号	A08-ZD-034-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

抗肿瘤药物安全防护制度

为了规范我院抗肿瘤药物的临床使用，保证医务人员的身体健康，避免环境污染，从而保证用药安全。特制订我院抗肿瘤药物安全防护制度。

一、防护基本原则

(一) 每年对接触化疗药的工作人员进行健康体检，发现问题及时调离，并积极进行治疗。

(二) 定期对抗肿瘤药物的相关内容进行培训，使工作人员掌握药物的毒副作用和防护知识。

(三) 做好健康教育，认真做好科室工作人员、肿瘤患者及陪护人员陪伴的宣传指导工作，普及防护知识。

(四) 工作人员尽量减少对化疗药物不必要的接触，防止药物由任何途径进入人体。

(五) 尽量减少化疗药物对环境的污染，抗肿瘤药物由专人在专用生物安全柜内，集中完成配制。

二、安全防护管理

(一) 配制环境安全管理：配制抗肿瘤药物的区域为相对独立的空间，宜在Ⅱ级或Ⅲ级垂直层流生物安全柜内配制。办公室和化疗配制间应有明确的分区。配制间为限制区，须有单独的洗手设施。操作中不要在工作区随意走动；在储存药物的区域设置适当的警示标识，提醒操作者应注意的防护措施；在药物配制区域不允许进食、喝水和储存食物。操作人员不得将个人防护用品穿戴出配制间。

(二) 病区使用安全管理

1. 加强病室的通风换气，每日开窗通风两次，每次 30-60 分钟。

2. 准备药物溢出包，对洒在桌面或地面的药液及时用纱布吸附并用清水冲洗。工作台面、治疗车（盘）等使用后及时用清水擦拭防止残留药物挥发到空气中。

3. 加强患者陪护人员、保洁人员的宣教，将患者的呕吐物置于带盖容器中，如有遗洒应及时清理，并用清水反复擦洗。处理化疗患者的尿液、粪便、呕吐物或分泌物时必须戴手套、口罩。

三、操作人员的安全管理

(一) 强化职业安全意识，加强基本技能训练，掌握安全配药方法，降低职业暴露危险。

(二) 配药时操作者应戴双层手套（内层为PVC手套，外层为乳胶手套）、一次性口罩；宜穿防水、无絮状物材料制成、前部完全封闭的隔离衣；可佩戴护目镜；配药操作台面应垫防渗透吸水垫，污染或操作结束时应及时更换。

(三) 给药时，操作者宜戴双层手套和一次性口罩；静脉给药时宜采用全密闭式输注系统。

四、化疗废物的安全管理

(一) 配制过程中产生的医疗废物如安瓿、密封瓶、一次性注射器（不需分离针头和毁型）及多余的药液等及时放入备用的化疗专用防漏防刺容器内。

(二) 配制完成后扎紧袋口，弃于配制室内的密闭化疗专用医疗垃圾箱（化疗专用警示标识）内。所有一次性个人防护用品脱卸后直接丢入化疗专用医疗垃圾箱。

(三) 当盛装的医疗废物达到垃圾箱的3/4时，及时将废物连箱一起密闭式运送至医院定点存放处处理。

附 1:

危害药品集中混合调配工作管理规定

为规范我院危害药品集中混合调配工作，确保输液质量，保障患者用药安全，防止调配操作人员职业暴露和环境污染，依据相关法规和《静脉用药调配中心建设与管理指南》，并结合我院实际情况特制定本规范。

一、基本要求

(一) 我院所有危害药品混合调配应集中到放化疗中心设置的调配操作间进行调配。

(二) 危害药品混合调配应在生物安全柜中进行操作。

(三) 从事危害药品混合调配的工作人员，应接受危害药品特点、负压调配技术与调配实践技能培训。

(四) 从事危害药品混合调配的工作人员，根据具体情况进行岗位轮换，怀孕和哺乳期应暂停危害药品混合调配岗位工作。

二、混合调配技术操作规程

(一) 调配前准备工作

1. 在调配操作前 30 分钟，对调配操作间进行消毒和空气洁净，启动生物安全柜，并确认其处于正常工作状态。

2. 个人防护用品：隔离服、N95 型口罩、护目镜、帽子、双层手套（内层 PVC，外层乳胶手套）、洁净区专用鞋、鞋套等。此外还应配备溢出包，用于危害药品溢出处理。

3. 更衣操作注意事项

(1) 按照操作规程洗手更衣，戴 N95 型口罩、一次性帽子和鞋套、穿连体隔离服，确保皮肤与头发无暴露。

(2) 戴双层手套，内层 PVC 手套应戴在防护衣袖口内，外层无粉乳胶手套应戴在防护衣袖口外，确保手套和防护衣之间无皮肤暴露。

(3) 连续工作时每 30 分钟应更换手套。操作过程中，出现手套破损或一次性防护衣被污染时，应立即更换。

(4) 用过的一次性隔离服、鞋套、口罩、帽子、手套等物品，应当按照医疗废物管理规定，在调配操作间内放入黄色医疗废物包装袋中，包装袋达到 3/4 时，采用鹅颈结式封口。

（二）混合调配技术操作

按照以下规定操作：

1. 为防止危害药品污染台面，应在生物安全柜台面中央铺一块医用吸附垫。
2. 调配操作前，应核对医嘱单、输液执行单、瓶签的药品名称、规格、数量、有效期，并检查药品包装完好性，无误后方可进行加药混合调配。
3. 按照用药医嘱，对非整支 / 瓶用量，操作人员应按实际用量抽取，并核对加药量的准确性。
4. 危害药品加药调配、计算结果与实际抽取药液量，应有双人核对确认并签名。
5. 混合调配技术操作，应严格执行负压无菌技术。
6. 用注射器抽取危害药品药液时，抽取药液量不宜超过注射器容量的四分之三，且药液中不得出现气泡，以免影响吸取药液量的准确性。
7. 调配完成后，将注射器与针头放入利器盒中。其它废物按照《承德市中心医院医疗废物管理条例》有关规定处置。

（三）调配技术操作结束后

1. 每组混合调配操作完成后，再次按照医嘱单、输液治疗单、瓶签核对药品名称、规格、用量，准确无误后，操作人员和核对人员双签名，并再次清洁输液袋 / 瓶外表面和消毒加药口，粘贴无菌瓶口贴，放置于注有“高警示药品”标识的专用转运箱中传出调配操作间。
2. 整理、清洁、消毒，用 75% 乙醇纱布对调配操作间物表进行擦拭消毒，并对空气进行消毒。

三、注意事项

（一）药品接收

1. 运送危害药品应使用专用周转容器，并有“高警示药品”标识。
2. 如有破损，按危害药品溢出应急预案处置。应妥善包装，再放置于专用周转容器中退还药房，做好记录。

（二）药品储存

1. 对于危害药品，应按高警示药品的管理要求进行管理和储存，并有统一的高警示药品标识。
2. 应在专区或专柜单独安全储存，每日清点，发现账物不符，立即查找原因、汇报结果，

并做好记录。

（三）摆药与核对

1. 摆药区摆放危害药品时，操作人员应戴一次性手套，拆除外包装。脱包后，西林瓶或安瓿表面应用蘸有 75% 乙醇的纱布擦拭，以除去危害药品残留物。核对人员校对无误后，放于专用容器内通过传递窗传递到操作间内。

2. 用过的纱布和手套等，应按医疗废物处理规定处置。

（四）成品输液发放与运送

1. 将配置好的成品输液，分病区、整齐放置于有“高警示药品”标识的专用周转容器内，并认真与病区药疗护士做好交接。

2. 易产生泡沫的危害药品成品输液，应放置于单独容器内或单独运送。

附件 2:

化疗药物外溢应急预案

一、当化疗药物外溢时，立即标明污染的范围，避免他人接触。

二、水剂药物溢到桌面或地面上，应用纱布吸附药液；粉剂药物则用湿纱布轻轻抹擦，以防药物粉尘飞扬污染空气，当药物完全被除去后，被污染的区域先用清水冲洗，再用清洁剂反复清洗 3 遍。

三、若不慎药液溅到工作服上，要立即更换、冲洗。溅到皮肤上应立即用大量清水冲洗三分钟后用洗手液清洗。如不慎溅入眼睛内立即用生理盐水反复冲洗。

四、当溢出量大于 150 ml 时还应对整个安全柜的内表面进行清洁。

五、配药后清洁地面。



文件名称	抗肿瘤药物外渗上报制度				
文件编号	A08-ZD-035-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

抗肿瘤药物外渗上报制度

一、发生抗肿瘤药物外渗后，要本着患者安全第一的原则，迅速采取补救措施，按化疗药物外渗应急预案处理。

二、当事人要立即向护士长汇报，并按《医疗安全（不良）事件报告管理制度》上报护理部。

三、严重渗漏应及时电话上报护理部。

四、发生抗肿瘤药物渗漏后，科室要组织护理人员进行讨论，分析出现的原因，制定改进措施，提高认识，吸取教训，改进护理工作。

五、发生抗肿瘤药物渗漏后有意隐瞒、不按规定报告，事后发现将按情节轻重给予严肃处理，并纳入个人绩效考核。

六、科室定期组织护理人员学习相关知识，预防抗肿瘤药物渗漏事件发生。

文件名称	约束工具使用管理制度				
文件编号	A08-ZD-036-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

约束工具使用管理制度

一、本制度所涉及的约束具是指约束手套和约束带。

二、对患者采用约束措施前必须充分告知患者或陪护人员使用目的，注意事项、观察要点、停用指征，同意后在知情同意书上签名。

三、使用约束具需在其他帮助性措施（包括安慰以及安排患者亲属陪伴等）无效后，医生下达医嘱后方可启用；紧急情况下护士可酌情对患者实施身体约束，再通知医生补开医嘱。

四、使用约束带时，松紧适宜（可插进两指），尽量避开输液部位、手术切口及皮肤破损处，注意保护患者隐私。

五、正确使用所有的约束具，并在发生紧急情况时易于取下。

六、护士长随时了解约束器具的更新，定期培训各种约束的方法。

七、实施约束后责任护士至少每小时评估患者1次，烦躁患者增加观察频次；两小时松解1次，检查约束部位血液循环情况并记录；每班次至少重新评估1次是否有停止约束或减少约束的可能。

八、如果患者使用约束具的指征消失，应及时停止约束，同时告知陪护人员多陪伴患者。

九、使用约束具要据时记录身体约束使用原因、约束具类型、部位、开始时间、血运情况、松解时间、结束时间。

十、约束具相关不良事件及时按规定上报护理部。

文件名称	围手术期护理评估制度				
文件编号	A08-ZD-037-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

围手术期护理评估制度

一、通过对患者评估，了解手术患者基本的现状和护理服务的需求，为患者顺利完成手术及术后康复提供安全保障。

二、围手术期患者评估的内容：

（一）手术前评估患者精神状态、饮食睡眠情况、皮肤清洁情况、床上大小便的锻炼情况、术前指导掌握情况、心理状态等。

（二）手术室护士术前对患者进行访视，讲解手术前应注意的事项、手术过程等，消除患者的恐惧心理，同时评估患者手术中的护理风险。

（三）术日晨责任护士评估患者生命体征、月经来潮、手术皮肤准备、肠道准备、药物过敏试验、传染性疾病筛查结果、备血情况、精神状态以及陪护人员的准备情况。

（四）患者进入手术室，巡回护士对患者的皮肤、心理等进行评估，并对存在的安全风险进行预防。

（五）手术后患者的评估：术后责任护士需评估患者的术式、术中出血、输血、麻醉恢复、手术切口及引流等情况，评估神志、疼痛、生命体征、饮食、活动、自理能力等情况。

（六）出院前责任护士评估患者自理能力、出院指导掌握情况。

三、择期手术患者术前评估由责任护士在手术前 24 小时内完成，急诊手术患者术前评估在手术前 1 小时内完成，特殊情况除外。手术室护士负责手术中患者评估。

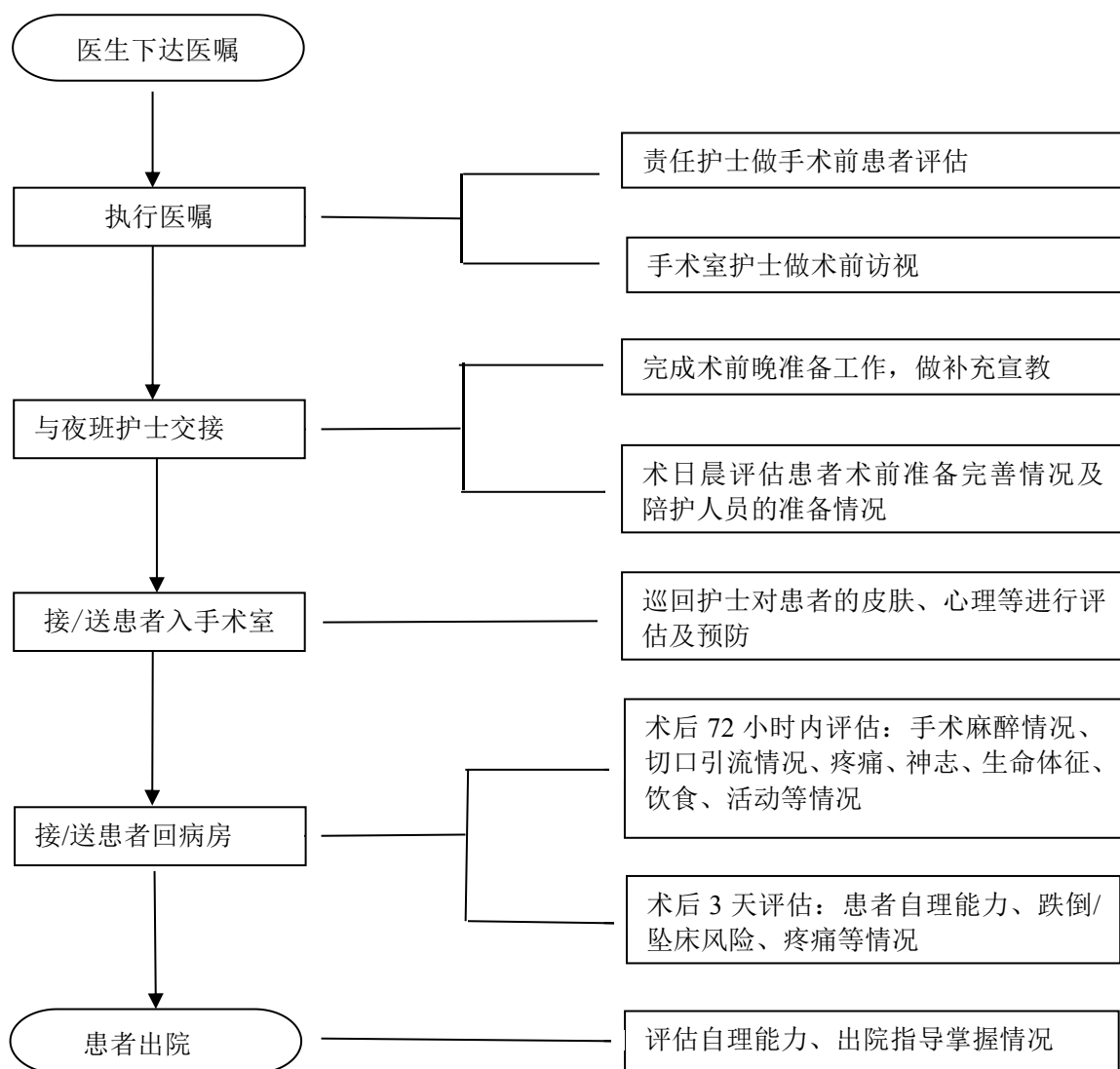
四、在评估中出现可能影响手术安全的情况时，护士应及时向主管医生报告并协同进行相应处理。

五、责任护士将评估存在的风险以及采取的预防措施，制定护理计划，记录在护理记录中。

六、护理部、护士长定期对围手术期患者的评估进行监管，对存在问题提出改进建议，持续改进。

附 1:

围手术期护理评估流程



附 2:

手术患者交接流程

一、患者手术前交接流程

(一) 手术室由巡回护士负责携带手术通知单到病区接手术患者。

(二) 病区护士提前将手术患者的病历放在护理站固定位置，病历中手术患者交接护理记录单、手术知情同意书、手术安全核查表、手术风险评估表、临时医嘱单依次放在最前面，术前静脉用药放在病历旁并贴好输液瓶贴。

(三) 巡回护士到病区后通知责任护士共同核对手术通知单与病历是否相符，核对内容包括：科室、床号、姓名、性别、年龄、病案号、手术名称、生命体征、皮试结果、药品名称、剂量、用法等，由责任护士负责在手术患者交接护理记录单上记录。

(四) 双方共同进入病房进行床头交接，巡回护士先自我介绍，双方再次共同核对床头卡、腕带信息、手术部位标识、术前准备完成情况，严格按手术患者交接护理记录单进行交接，由责任护士负责记录，双方核对无误后签字。

(五) 双方共同协助患者移至手术车上，移动时要注意患者安全、保护患者隐私、取舒适卧位并注意保暖。

(六) 病区责任护士负责通知手术医生患者已接走。

二、患者手术后交接流程

(一) 手术结束后由手术室巡回护士电话通知病区护士准备接患者。

(二) 病区护士接到电话后做好接收术后患者的准备，再次检查所需药品、物品、仪器设备是否齐全，床单元是否符合要求。

(三) 术后患者推入病房后，巡回护士与责任护士共同将患者安全移到病床上，责任护士根据病情将患者摆好体位、给予吸氧、连接心电监护等护理工作。

(四) 手术室巡回护士与责任护士按手术患者交接护理记录单内容共同查看交接患者，包括生命体征、意识、麻醉方式、人工气道、各种管路、皮肤、液路、切口敷料等，由巡回护士 /PACU 护士负责做好记录，双方核对无误后签字。

文件名称	患者健康教育制度				
文件编号	A08-ZD-038-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

患者健康教育制度

一、门诊大厅设咨询台及导诊护士，负责解答来院患者有关就医的问题。分诊护士对患者进行疾病的健康教育，检查前注意事项及用药指导。

二、患者入院后，由责任护士完成患者的健康教育工作，重点包括病区环境、卫生、安全及新型冠状病毒肺炎疫情防控宣教等，鼓励患者及陪护人员参与医疗安全活动等。

三、科室应根据医疗特色及患者需要制定健康教育宣传栏或宣传册，责任护士结合患者身体状况、文化程度等因人施教，以个体指导、集体传授及文字宣传等多种形式逐项落实健康教育计划。

四、健康教育过程中应注意对患者的身心保护，避免言语和行为不当而加重患者病情发展，影响患者康复。

五、患者住院不同阶段，根据患者病情、治疗、检查、用药、对疾病知识的需求及心理变化，制订个性化健康教育计划。重点内容包括：疾病相关知识、正确用药及注意事项、特殊检查治疗的注意事项、饮食及营养指导、围手术期宣教、康复技巧等。

六、及时评估学生对健康教育内容的知晓情况，效果不佳时分析原因，完善计划并进行。

七、出院健康教育应从患者康复期开始进行，评估学生住院期间健康教育知晓情况，结合疾病恢复情况、心理状态等，确定出院健康教育内容并落实。

八、护理部和科室定期对护士健康教育实施效果进行监督、指导，不断提高护士健康宣教能力。

文件名称	患者出院指导及随访制度				
文件编号	A08-ZD-039-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

患者出院指导及随访制度

一、出院患者健康教育在评估患者及陪护人员的实际需求后，由医务人员、患者、陪护人员共同确定完成。

二、护士应在患者计划出院或预约出院时适时为患者提供个性指导、集体讲解、文字宣传、图片及影视资料等方式的健康教育。并向患者及陪护人员发放出院指导单。

三、医务人员根据患者及陪护人员文化程度、获取知识的能力与需求给予适当的教育方式。

四、健康教育内容包括：

- (一) 强调疾病常识，进行居家用药指导。
- (二) 饮食营养、活动、休息、康复训练的要求及注意事项。
- (三) 生活或工作中的注意事项。
- (四) 心理调节方法和重要性。
- (五) 复诊时间安排及重要性。
- (六) 新型冠状病毒肺炎疫情防控要点。

五、护理随访要求

(一) 随访对象：出院后需继续治疗、各种慢性病、大手术术后患者等，选择大于科室本月出院患者总数30%的患者进行随访，PICC置管患者、伤口/造口患者、携带引流管、尿管、气管套管等出院的患者必须随访。

(二) 随访方式：包括电话随访、接受咨询、微信联系等。

(三) 随访时间：应根据患者病情和治疗需要具体制定，一般要求在患者出院一周内，必要时定期随访。

(四) 随访内容：包括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

何护理、如何康复、何时回院复诊、病情变化后的处置意见等专业技术性指导等。

（五）护理随访由患者住院期间的责任护士或护士长负责。

（六）科室建立出院患者护理随访登记表，记录患者姓名、年龄、病案号、出院日期、诊断、联系电话、随访问题等，以便进行随访和指导。

文件名称	护理查房制度				
文件编号	A08-ZD-040-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理查房制度

一、护理行政查房

护理行政查房在护理行政管理人员之间开展，由护理部主任、科护士长组织。目的是提高护士长的行政管理能力，改善护理工作管理质量。

（一）护理部行政查房：由护理部主持，每月1次，有专题内容，重点检查病区环境的管理（治疗室、急救车、药品、无菌物品等的规范管理）、核心工作制度的落实情况、护士的岗位培训和专业能力培养、护理质量持续改进、岗位责任制、服务态度及护理工作计划贯彻执行及护理教学情况。

（二）护士长行政查房：每日不少于3次，对病区专科护理质量、危重病人护理、护士职责履行、健康教育、病区风险管理等工作进行检查、督导、落实。

1. 早查房：护士长每日提前15-20分钟到病区查房，重点检查夜班护理工作质量，访视新入院患者、检查手术患者、危重患者的护理质量、治疗室、抢救室、病区环境等，为晨会交班提供资料，便于进行评价指导。

2. 上午、下午查房：重点是检查护士护理规章制度、专科护理制度、危重病人护理、护理文件书写、病区安全、消毒隔离及急救管理等落实情况，以便掌握病区情况，督导护士的工作。

二、护理业务查房

解决临床护理工作中的问题，不断提升专科护理内涵和质量，提高护士的专业能力，保持护理工作的连续性。

（一）由病区护士长、责任护士主持，主要针对重症抢救病例、疑难和特殊病例、新开展的手术和检查、新开展的护理新技术等进行查房。

（二）查房前3天向护理部提申请书，同时写明患者一般资料以及查房的目的，需要相

关专业科室协助解决的护理问题（所邀请的科室或人员），并做好准备工。

（三）参加查房的护士应查阅相应的文献资料，积极参与讨论。

（四）科室每年组织 6 次以上护理查房，护理部至少参加 1 次。科室认真做好查房记录，及时总结。

（五）护士长每周至少两次在护士早交班时进行业务小查房，时间 10-15 分钟。护士长应提前做好准备，选择适宜的病例，注重患者病情观察、专科知识、护理难点和护理风险等方面的讲授。提高护士临床观察能力及专科护理水平。

三、护理教学查房

科室安排带教老师组织低年资护士、实习护生针对典型病例或护理问题，进行的护理教学活动。

四、护理业务（教学）查房程序

（一）护理业务（教学）查房前由责任护士向护士长提出申请，由护士长确定查房病例。

（二）提前公示病例资料，根据病例梳理、分析、总结相关的知识，安排护理人员查阅有关资料，积极准备发言。

（三）查房时由责任护士汇报病历，介绍患者病情、目前存在的护理问题、采取的护理措施等，并提出通过查房需重点解决的护理问题。

（四）查房人员床旁进行护理查体，检查护理措施落实情况。

（五）针对患者的治疗、护理、心理方面存在的问题，与参加查房的护理人员进行综合分析、全面讨论，确定护理方面存在的主要问题、注意事项及解决对策。

（六）护士长对护士发言进行总结评价，明确实施目标，注重效果改进。

（七）各类查房均应详细记录查房内容并妥善保管，资料建档备查。



文件名称	护理病例讨论制度				
文件编号	A08-ZD-041-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理病例讨论制度

一、病区组织疑难护理病例讨论由病区护士长负责组织，责任护士负责病历汇报，并准备好相关检查资料，科室各层级护士参加，以完善护理措施、解决护理问题、确保护理安全，对讨论内容和结果做好记录。

二、需要多学科协同解决时，由病区护士长向护理部提出申请并准备好需讨论的病例，由护理部根据需要邀请相关科室，被邀请科室需派护士长、专科护士或 N3 及以上护士参加，讨论结束后由责任护士书写讨论记录并上交护理部归档。

三、以教学为目的的病例讨论应当结合患者疾病的病理、生理相关知识，讲解护理问题发生的原因和机制，总结讨论经验教训。

四、以解决护理问题为目的的病例讨论，讨论意见一经明确，责任护士应当及时归纳、整理、记录，负责组织落实并评价效果。

文件名称	护理会诊制度				
文件编号	A08-ZD-042-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理会诊制度

一、会诊人员资质

(一) 从事临床护理工作 5 年以上，主管护师及以上专业技术职称具有丰富的专科及多科临床护理经验、专业技能和理论知识的护理人员。

(二) 取得省级及以上专科护士证书的护理人员。

二、护理会诊范围

(一) 患者出现非本专业的合并症或器官功能障碍，需借助于其他专业解决的护理问题。

(二) 难治性压疮及造口的护理。

(三) PICC 置管及各种跨专业导管的护理。

三、护理会诊形式

由要求会诊科室的责任护士提出，护士长同意后填写会诊申请单并送至护理部，护理部接到申请后，及时组织有护理会诊资质的人员赴申请科室会诊，并书写会诊记录。

文件名称	病区管理制度				
文件编号	A08-ZD-043-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

病区管理制度

一、在科主任的领导下，病区管理由护士长负责，科主任积极协助，全体医护人员参与。

二、病区应保持清洁、整齐、安静，病区内禁止吸烟。工作人员要做到“四轻”（说话轻、走路轻、操作轻、开关门轻）。

三、病房陈设摆放整齐规范，各种物品定位放置、标识明确，未经护士长同意不得随意搬动或私自增减。

四、工作人员应遵守劳动纪律，坚守岗位。工作时间必须按规定着装，不得在办公区域聊天、打闹、会友等，进行护理工作时不得接打私人电话。

五、加强陪护及探视人员管理，遇有可疑人员进入病区，医护人员应及时询问，发现可疑情况及时报告保卫处。

六、保证病区安全，严禁携带易燃易爆等危险品及各种动物入内。医务人员应了解灭火器和消防栓的放置位置，掌握灭火器和消防栓的使用方法，熟悉紧急疏散线路。

七、护士长全面负责管理病区财产、设备，并指派专人管理，建立账目，定期清点，如有遗失，及时查明原因，按规定处理。

八、定期召开工休座谈会，听取患者对医疗、护理、医技、后勤等方面的意见，对患者反映的问题及时处理，不断改进工作。

附件 1:

新型冠状病毒肺炎疫情期间病区管理补充规定

一、工作人员进入病区时，必须按规定着装，做好标准防护，加强手卫生，做好物品表面清洁消毒，确保疫情防控措施有效落实。

二、新入院患者必须经门、急诊就诊，入院前完成流行病学筛查、血常规和肺部 CT 检查，住院患者到达病区后，住院病区门禁管理人员严格核对患者及陪护人员的《住院通知单》、《新型冠状病毒核酸检测报告单》、《住院患者“新型冠状病毒感染的肺炎”住院前排查登记表》、《住院患者陪护人员流行病学调查表》，并进行体温测量、查看健康码及行程码、询问流行病学史等无误后，方可允许患者及陪护人员进入住院病区，如有异常，在做好防护的同时引领至发热门诊就诊。

三、疫情期间，严格执行一患一陪护制度，陪护人员应相对固定，无陪床证人员不得陪护。护理人员每日监测陪护人员体温（日二次）并记录，体温异常者在做好防护的同时引领至发热门诊就诊。

四、科室设置过渡病房，制定不明原因发热患者应急处理流程，住院期间患者怀疑新冠肺炎时立即转入过渡病房，单人单间专医护管理，待专家组会诊如为疑似按相应流程转入定点医院。

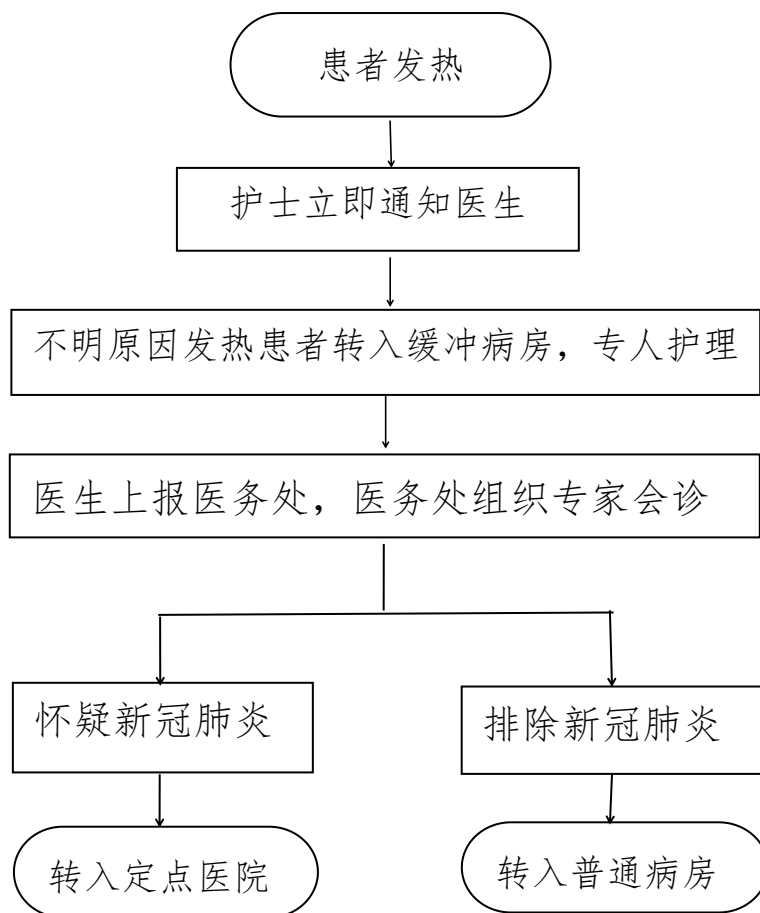
五、病区门禁 24 小时专人管理，并处于关闭状态，陪护人员无特殊情况禁止外出，谢绝探视。

六、患者出院时，科室收回患者腕带及陪床证，并销毁。

七、疫情期间护理人员弹性排班，做好人员替代方案，如有疑似患者需隔离时，有备用替代人员上岗。

附件 2:

病区不明原因发热患者处理应急预案



文件名称	病区药品管理制度				
文件编号	A08-ZD-043-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

病区药品管理制度

一、基数药品管理制度

（一）病区应根据治疗需要储备适量的基数药品并在药剂科备案。

（二）基数药品由护士长指定专人管理，按要求存放在专用的药品柜中，不能与非药品混放。且注射药、口服药与外用药严格分区存放，用统一标识，静脉用药、注射用药均采用蓝底白字，口服药物绿底白字，外用药物粉底白字。

（三）药品应存放在阴凉干燥处。性质不稳定的药品，如需避光及低温保存的，按药品说明书合理存放和使用。

（四）基数药品账物相符，每班交接且有交接记录。

二、高警示药品管理制度

（一）设置专用药柜（药架）或专区存放高警示药品，不得与其他药品混合存放。对于药名相近、包装相似的高警示药品不相邻放置。

（二）高警示药品存放区应粘贴专用标识，标识清晰、醒目，药物名称统一用黑底白字标注。

（三）高警示药品实行专人管理，每日核对，严格交接。

（四）科室需加强对高警示药品的效期管理，严格按照药品说明书进行贮存，做到“左进右出”、“近效期先用”，确保药品质量。

（五）科室须严格限定使用人员资质，实习护生、进修人员、有执业资格的新入院三个月内的护士、有执业资格的入院三个月以上但不具备独立值班能力的护士不得独立进行高警示药品的配制与使用。

（六）护理人员执行高警示药品的医嘱时，应严格执行查对制度，并行双人复核，确保配制与使用准确无误。

三、麻醉药品、精神药品管理制度

(一) 实行“五专”管理，即专人负责、专柜加双锁（分双人保管钥匙）、专用账册、专用处方、专册登记。

(二) 病区麻、精药基数需科室根据实际使用情况提交书面申请，由药剂科审批同意，建立专用账册，账物相符，每班有交接记录，交接过程中如发现账物不符，立即查找原因，如出现特殊情况，必须立即逐级上报。

(三) 麻醉药品只能供应住院患者按医嘱使用，其他人员不得私自取用、借用。使用后保留空安瓿交回药房，登记。

(四) 建立麻醉药品使用登记本，注明患者姓名、病案号、使用药品名称、剂量、批号，使用日期、时间、用法、剩余液量，两名医护人员认真核对填写、签全名。如有剩余药液，必须由执行人、复核人在第三人的监督下销毁并签字。

四、病区使用药品必须根据医嘱，严格执行查对制度，发现药品变色、发霉、混浊、过期或标识不清等不得使用。

五、病区存放药品的冰箱不得存放私人物品。

文件名称	病区消毒隔离制度				
文件编号	A08-ZD-045-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

病区消毒隔离制度

一、患有急性肝炎、活动期结核及其他传染性疾病的护理人员不宜从事临床护理工作，待恢复正常后方可重新工作。

二、所有护理人员应掌握标准防护要求，执行无菌操作或进入无菌区时，按规定洗手、着装、戴口罩。

三、病区感染控制护士职责明确，负责对病区感染病例及感染环节进行监测，督导本科室感控措施的落实。

四、严格执行手卫生相关规定。严格执行消毒、隔离制度及无菌技术操作规程，进行抽血、输液操作时，应保证一人一巾一带。

五、严格落实医疗器械消毒管理措施，一次性物品一次性使用。

六、无菌物品应专柜储存，与待消毒物品分区放置，标识明确，灭菌物品须注明灭菌日期和有效期，过期、失效物品应及时取出并重新消毒或更换。

七、需要隔离的患者，实行分区安置，做好标识。需保护性隔离的患者，应优先做治疗护理工作，对床旁隔离的患者应固定医疗用具，后做治疗护理工作。

八、病区医疗废物分类管理规范，不得混放。各种医疗废物容器标识明确，医疗锐器处理按照感控处制定的医疗废物管理制度、流程、规范执行。

九、患者出院后对床单元进行终末消毒，特殊感染者按院感相关规定执行。

十、新型冠状病毒肺炎疫情期间病区消毒隔离工作按照医院新冠疫情防控相关防控文件执行。

文件名称	病区仪器设备管理制度				
文件编号	A08-ZD-046-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

病区仪器设备管理制度

一、护士长全面负责对科室内仪器设备领取、保管、使用及报损，建立帐目，并进行分类保管，定期检查，做到科室账物相符。

二、建立各类设备、器械的使用操作流程，悬挂在仪器设备上。设备器械应处于完好状态，并挂“此仪器已维护，可以使用”标识，定期保养和维修。每日或使用结束后进行清洁和消毒处理。

三、各类仪器设备固定放置、标识清楚，便于清点、查找及检查。同种多台设备应进行标号管理，建立使用、维修记录，保持完好状态，确保正常安全使用。

四、各类仪器设备每班均清点交接，并记录在《仪器设备交接记录本》上，抢救车按相关使用管理规定清点检查。

五、各科室应有仪器、设备的使用流程和常见意外情况的应急处理预案。

六、不能使用的仪器、设备悬挂故障标识，及时通知医学工程处进行维修。

七、借出物品必须有登记手续和经手人签名，重要物品要经过护士长同意方可借出，全院调配设备除外。

附件 1:

护理计量设备校准管理规定

1. 护理计量设备包括血压计、体温计、水温计、体重计等。
2. 护士长负责督促、检查病区的计量设备校准管理工作，并根据本病区工作需要决定所需计量设备的添置。
3. 新领取的计量设备应有标准合格证，校准后方可使用。
4. 新领取的体温计要先测定基准。使用中的体温计应每月进行 1 次校准并记录，水温计可每半年校准 1 次并记录。
5. 体温计、水温计失准时，作报废处理。
6. 血压计、体重计应按医院规定定期校准并标识。如发现失准，由设备处负责修理检测或决定报废处理。
7. 使用计量设备前应检查是否有合格标识及是否在有效期内。如无合格标识则不能使用，如已超出有效期限，应校准合格后再使用。
8. 护理人员在使用各种计量设备过程中应遵循使用要求及注意事项，注意维护、保养，发现有失准要及时报修。

附件 2:

病区冰箱管理规定

1. 病区冰箱应放置在相对固定位置，保持通风干燥，避免阳光直射。
2. 病区冰箱应设专人管理，冰箱内干净整洁，物品摆放有序。治疗班护士每周使用 500mg/L 的含氯消毒液清洁消毒 1 次，每月检查、除霜 1 次（必要时），存在问题及时报修并有记录、签名。
3. 冰箱应放置温湿度计监测冰箱内温湿度（智能冰箱进行设置并显示），冷藏室温度应恒定在 2-8℃ 之间，湿度在 35%-75% 之间。每日 2 次检测温湿度并进行登记，间隔不小于 6 小时。
4. 需低温贮存的药品严格按照药品说明书要求在冰箱内分类、分区域存放，高警示药品单独存放，并有醒目标识。
5. 冰箱内药品数量不宜过多，存放冰箱的所有药品和试剂包装上有效期要清楚，治疗班护士每周进行效期检查，按照“先期先用”原则动态管理。
6. 启封抽吸后剩余药液如需放入冰箱，必须注明抽吸日期、时间并签名，做好交接班。严格按照药物说明书使用，配制过期及时废弃。
7. 若有血标本、病理标本应封存保存，防止倾倒污染其他物品，做好交接班并及时送检。冰箱内严禁放置痰标本、便标本和易燃、易爆等危险品。
8. 冰箱内不得存放食品、非低温保存药品以及私人物品。
9. 因故突然停电，应将温控器旋至“停”的位置或拔掉电源。如在很短时间恢复供电，应 5 分钟后再接电源。如计划性停电，可在停电前 1-2 小时，把温控器旋至“强冷”位置，也可制取些冰块放在冷藏室的容器内。
10. 将冰箱管理记录于科室冰箱管理记录本上，并签名。

文件名称	病区抢救设备管理制度				
文件编号	A08-ZD-047-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

病区抢救设备管理制度

一、抢救设备应包括抢救车、除颤仪、心电图机、呼吸机等。抢救设备需固定存放地点，位置合理，有明显标识，处于完好状态，不得任意挪用。

二、抢救设备应做到“五定”：定数量、定点放置、定专人管理、定期消毒、定期检查维护，每日进行功能检测并保持备用状态，班班交接清点并记录。

三、抢救设备使用后及时清洁、消毒、安装、清点、补充、检测，处理完毕后放回原处。

四、在进行维护检查或消毒后悬挂“此仪器已维护，可以使用”标识。

五、抢救物品外借时，需征得护士长或总值班/值班护士长同意。

附件 1:

抢救车管理办法

一、抢救车管理严格执行“5 统一”，即全院抢救车规格统一；放置位置统一；抢救车内物品、药品统一；物品、药品数量统一；标识统一。

二、科室应配备抢救车清点记录本，设专人管理；每周擦拭清洁一次，保持抢救车干净、整齐；每月月初（一周内）彻底清点，确保抢救车内物品性能完好、药品在有效期内、外观质量合格，无沉淀、浑浊、絮状物，并记录在抢救车月明细记录单上；护士长每月检查抢救车质量。

三、抢救车内应按要求配备 12 种常用急救药品、一次性无菌物品及其他急救物品，并处于完好备用状态，保证抢救时使用。

四、医护人员应熟练掌握抢救车内物品及药品放置位置及使用方法，保证抢救工作进行。

五、抢救车内物品及药品只供抢救时使用，不用时使用一次性锁管理。非抢救时医护人员不得随意取用抢救车内物品及药品。

六、药品按效期先后以“左进右出”的原则摆放，近效期药品优先使用。近效期六个月的药品应及时更换，如不能更换，近效期三个月的药品应用专用标识做好标记。

七、抢救车每班交接，交接内容：一次性锁的完好性、抢救车月明细记录单上物品及药品的质量及近期失效日期、20% 甘露醇是否有结晶、封锁号与登记是否一致等，并及时在抢救车交接记录单上签名。

八、抢救车使用后应及时彻底擦拭消毒，并在本班内清点补充所用的物品及药品，补充后及时封锁，并在抢救车交接记录本上记录开锁时间、封锁时间、锁号及封锁人/核对人姓名。

九、抢救车内血压计、听诊器、手电、简易呼吸器、氧气表、负压吸引器等物品每月定期检测一次，并在抢救车月明细记录单相应栏内做好记录（如：已检测，完好）。

十、电极片开封后不超过 30 天，在包装上注明开封时间。

十一、科室定期对医护人员进行抢救车使用方法培训并考核。

十二、抢救车内如需配备专科急救药品，应在药剂科备案（药品名称、数量等），并放在专科用药区内，配备的专科急救物品放在相应区域内，并将自备急救物品、药品的名称及数量填写在抢救车月明细记录单相应空白栏内。

文件名称	病区库房管理制度				
文件编号	A08-ZD-048-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

病区库房管理制度

一、库房布局、设计合理，分类分区放置，保持通风、干燥、清洁、温度及湿度达标，无菌物品放置符合消毒隔离要求。

二、一般器材室温保持在 10℃ -30℃，相对湿度在 35%-75%；特殊器材按说明书规定储存。每日有专人负责记录并登记库房温、湿度变化，如有异常及时调整措施。

三、设专人管理，物品定位放置，存放在物架上，标识清楚，距墙壁 $\geq 5\text{cm}$ -10cm，距地面 20cm，与屋顶保持安全距离，护士长掌握各类物品的性能用途、使用方法，做到计划供应、满足需要、防止浪费。

四、物资入库时必须认真核对品名、规格、数量、批号及有效期等，无误后方可入库，同时保留申领入库记录，不合格物品不得入库和使用。一次性耗材使用采取先入先出、摆放顺序遵循“左进右出”的原则，标识清楚。

五、备液基数与药房核对清楚，定期清点。

六、各种物资不得外供和私用，每月底护士长与护士双人盘库，登记签字。

七、无特殊情况库房内不得代存其他物品。严禁烟火、严禁存放易燃易爆物品。

八、所有耗材流通需经医院物资部门知晓、批准，不能以个人形式与厂家进行耗材的交换、借用等。

文件名称	病区物品、被服管理制度				
文件编号	A08-ZD-049-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

病区物品、被服管理制度

一、一般物品管理制度

(一) 护士长对一般物品全面负责领取、保管、报损，建立帐目，分类保管，定期检查做到账物相符。

(二) 在护士长指导下，各类物资指定专人分工管理，遵循先入先出、下进上出、左进右出的原则，定期检查核对，如有不符，应查明原因。

(三) 掌握各类物资的性能，及时消毒，分类保管，注意保养维修，防止生锈、霉烂、虫蛀等现象，并提高使用率。

(四) 借出物品必须有登记手续，经手人要签名，须经护士长同意方可借出。

(五) 护士长调动时，必须做好移交手续，交接双方共同清点并签名。

二、被服管理制度

(一) 各病区要求按床位确定被服基数，定期清点，如基数不符或遗失，须立即追查原因。

(二) 患者入院时，值班护士应介绍被服管理制度，以取得患者的协作。病区被服应每周更换一次，如遇特殊情况，如破损、污染后应随时更换。

(三) 患者出院时，值班护士应将被服当面清点、回收。

(四) 污染的被服应放于指定地点，由洗衣房人员回收清洗、消毒。

文件名称	标本采集、送检管理制度				
文件编号	A08-ZD-050-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

标本采集、送检管理制度

一、标本采集护士应熟练掌握各种标本的正确留取方法，严格遵医嘱执行。

二、标本采集前应事前向患者告知，正确识别患者，认真执行查对制度，医嘱、检验单、标本器皿逐项核对无误后，按照正确的标本采集途径，规范的操作方法，采集合格的标本。

三、采集交叉配血试验标本时必须双人核对，禁止同时采集两个或两个以上患者的血标本，以免发生混淆。

四、抢救患者标本采集的口头医嘱，须复诵一遍无误后方可执行。

五、标本应在规定的时限内及时送达检测，避免因采集不当、暂存环境与时间的延缓，而影响标本检测结果的真实性。

六、为确保生物安全性与防止医院交叉感染，拿取标本时必须佩戴手套，接触标本后，按要求彻底清洗双手，防止污染。所有标本均应使用密闭容器收集，并根据不同的检查项目将标本分开放置，避免混淆，并使用标准的标本运送箱及时送检。

七、具有高危传染性标本应在采集后应由专人用专门的标本转运箱及时送检。

八、科室需对标本运送人员进行培训、考核合格后方可进行标本运送。

九、各类标本在采集、暂存与运送过程中发生标本泄漏、标本容器破损等紧急意外事件，有紧急处理的程序与措施。

文件名称	修订护理制度、职责、常规等相关文件的规定与程序				
文件编号	A08-ZD-051-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

修订护理制度、职责、常规等相关文件的规定与程序

一、护理部依据中华人民共和国《护士条例》、各级卫生行政部门下发文件及护理行业标准等制定本院护理管理制度、岗位职责、工作流程。

二、国家、省卫健委等卫生行政部门下发新的文件、标准后，护理部组织科护士长、护士长学习领会其内涵，每2至3年修订本院相关制度、职责。

三、修订护理管理制度、岗位职责、护理常规等须经过全体护士长讨论，广泛征求意见及建议。

四、护理部根据征求的意见及建议修订制度、职责相关内容，并注明修订时间。

五、医院护理管理制度、职责定稿后报请护理质量与安全管理委员会、主管院领导批准正式发布，同时废止以前该项制度或职责。

六、各科室护士长组织相关人员学习培训，督导护士执行，保证制度落实。

七、护理管理人员在修订的护理管理制度、职责正式发布后，定期督导检查各科室培训学习及执行情况。

附件 1:

护理制度、职责、常规等相关件修订程序

护理部根据相关法律、法规、文件、医院工作流程更新后提出修订意见→报请分管领导同意→召开护士长会议讨论→根据护士长会议讨论修订成制度→经过护理质量与安全管理委员会讨论通过→正式发布修订稿→组织相关人员学习→各级护理管理人员督导检查制度、职责执行情况。

文件名称	护理核心制度培训与考核管理制度				
文件编号	A08-ZD-052-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理核心制度培训与考核管理制度

护理核心制度是确保医院护理质量，规范护理行为，减少护理安全（不良）事件发生的重点制度，为进一步加强护理核心制度的贯彻落实，确保护理安全，结合我院实际，特制定本制度。

一、护理核心制度包括：护理查对制度、分级护理制度、护士值班和交接班制度、患者身份识别制度、护理安全输血管理制度等。

二、护理核心制度培训

- （一）护理核心制度为新护士岗前培训的重要内容，岗前培训覆盖率达 100%。
- （二）各层级护理人员每年至少参加院内或科内培训一次。
- （三）根据临床工作需要修订核心制度后应进行培训，覆盖率达 100%。
- （四）护理部及各护理单元对培训情况认真做好相关记录。

三、护理核心制度考核

（一）书面考核：由护理部及各单元以理论考核的形式组织进行，护理单元结合培训内容，至少每年组织考核一次，考核结果科内留存，护理部至少每年组织一次全员考核，考核试卷留档保存一年。

（二）随机提问：各级质控检查人员在护理质量检查过程中随机提问护士，检查护士对护理核心制度的掌握情况。

（三）现场查看：各级质控检查人员在护理质量控制检查过程中现场查看护理核心制度的落实情况。

（四）新增加及修订后的护理核心制度培训后及时进行考核。

文件名称	护理文件书写规范				
文件编号	A08-ZD-053-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理文件书写规范

一、内容

护理文件包括体温单、医嘱单、重症护理记录单、一般护理记录单、交班报告、手术护理记录单、各种评估单等。

二、基本要求

(一) 护理文件书写应遵循客观、真实、准确、及时、完整和规范的原则。

(二) 手写护理文件书写应使用蓝黑或黑墨水笔，字迹工整、清晰。

(三) 护理文件书写应使用中文，通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。书写应使用规范医学术语，文字工整、表述准确、语句通顺、标点正确。

(四) 日期记录格式统一采用公历制，按年、月、日顺序书写，时间记录采用 24 小时计时制。

(五) 单位记录格式统一采用法定计量单位，书写时一律采用国际符号。

(六) 书写过程中出现错字时，应当用双横线划在错字上，保留原记录清晰可辩，并注明修改时间、修改人签署全名。不得采用刮、粘、涂描等方法掩盖或去除原来字迹。每页不超过三处修改，每处修改字数不超过 20 字，如修改过多，应重新书写。

(七) 护理文件书写人应签全名。实习、进修、未注册护士书写的记录要由有资质的带教护士审阅并复签名（学生 / 老师）。

三、具体要求

(一) 体温单的录入要求

【体温、脉搏、呼吸】

1. 新入院患者当日测三次，不足三次的于第二天完成三次测量。



2. 住院患者常规每日至少一次；手术患者在术前一日晚 18:00 增加一次（急症手术除外），术后每日二次，连测三天（含术日共 4 天）。

3. 体温超过 37.5℃ 以上者，日测体温、脉搏、呼吸四次，直至体温持续正常三天后按常规执行，体温超过 38.5℃ 采取降温措施 30 分钟后测体温，并在体温单上规范描记。

4. 重症、一级患者、新生儿日测体温、脉搏、呼吸至少四次，特殊情况遵医嘱。

5. 应用机械通气的患者，记录时用“R”表示，记录在相应时间栏内。

6. 跨日期的急诊手术，“术日”应以术后医嘱的日期时间为准。由急诊科直接进入手术室的病人，手术后进入科室，入院时的生命体征可以不记，只记录进入病房时的生命体征。

7. 体温单上的出入院时间与临时医嘱及病历首页的出入院时间相符。

【大便次数】

1. 指患者前一日 24 小时的大便次数。

2. 无大便录入“0”；人工肛门、大便失禁者以“※”表示；灌肠以“E”表示。例如：“3/E”表示灌肠后大便 3 次；“1 2/E”表示自行排便 1 次，灌肠后又排便 2 次；“4/2E”表示灌肠 2 次后大便 4 次。灌肠后 1 小时不排便，再行下次灌肠。与排便有关的小剂量灌肠（开塞露灌肠）也按要求记录在当日体温单上。肛门造漏者灌肠后用“※/E”表示。

【血压】

新入院患者常规测量、录入一次，以后每周至少测量、录入一次或按医嘱要求执行，一级护理患者每日至少测量一次或根据医嘱执行。

【总入量、总出量】

1. 记录患者前一日 24 小时的总入量 / 出量，总入量 / 出量每 24 小时总结、录入一次，不足 24 小时的以实际时间总结、录入。例如：12 小时内总入量 800ml，记为“12h 800”。

2. 需要记录入院当日入院前、入院后出入量；术日术前术后出入量：在总入量、总出量一栏内分别用竖线分隔为前后两部分，并录入在前面，标注时间。

3. 总入量包括进食量、饮水量、输液量和输血量等；总出量包括大便量、尿量、痰量、呕吐量、引流量及其他排出物的总量。

【引流量】

1. 录入患者前一日 24 小时的总引流量。每 24 小时总结、填写一次，不足 24 小时的以实际时间总结、录入，例：12h 200。

2. 引流量包括胸水、腹水、胃液和伤口引出液的总量。

【身高、体重】

1. “身高”录入患者实测身高，以“cm”为单位。卧床不能测量的患者，应在该项目栏内录入“卧床”。

2. “体重”录入患者实测体重，以“kg”为单位。新入院时测量一次，以后每周测量一次或遵医嘱测量并录入。危重或卧床不能测量的患者，应在该项目栏内录入“卧床”。

【过敏药物】

录入患者过敏药物的名称，逐页录入。入院时对某种药物过敏的应录入在体温单上，入院后经皮试结果阴性，以后体温单不再录入。

（二）医嘱单的书写要求

1. 护士须及时、正确的执行医嘱。医嘱分长期医嘱和临时医嘱，先执行临时医嘱，再执行长期医嘱，即刻医嘱应立即执行。对有疑问的医嘱，护士应与主管医师沟通，确认无误后再执行。

2. 医嘱开错或取消时，医嘱若未电脑执行，则通知医生作废或撤销，若已电脑执行，护士则撤销执行，医生给予作废或撤销处理。

3. 长期医嘱包括长期医嘱与长期备用医嘱（PRN），前者指医嘱有效时间在 24 小时以上，当医生注明停止时间后即失效，后者指医嘱有效时间在 24 小时以上，必要时用，两次执行之间有时间间隔，医师注明停止时间后失效。

4. 临时医嘱指医嘱有效时间在 24 小时以内，应在短时间内执行，有的需要即刻执行，有的需要限定时间内执行医嘱，如会诊、手术、检查等；另外，出院、转科、死亡等也列入临时医嘱。临时备用医嘱指自医生开写医嘱起 12 小时内有效，必要时用，过期未执行则失效。

5. 患者出院后长期医嘱停止，在长期医嘱单最后一格划红线。

6. 一般情况下，护士不得执行口头医嘱。因手术或抢救患者需要执行口头医嘱时，执行护士应先复诵一遍，双方确认无误后方可执行，抢救结束后医师应当即刻据实补录医嘱。

7. 术前 30 分钟用药由病房执行医嘱护士电脑执行，手术室护士实际给药后在医嘱单上签字。

8. 交叉配血试验医嘱、输血医嘱由执行人和查对人双签字；皮试医嘱由执行人和复核人双签字，填写皮试结果的时间必须大于 20 分钟



（三）重症护理记录单书写要求

1. “体温、脉搏、呼吸、血压、入量、出量”栏只需记录具体数值；药物、液体、血液制品的名称，引流液、痰液、排出物的颜色、性状、量要在“病情及治疗”栏中描述。

2. “病情及治疗”内容描述应当简明扼要、突出重点，能反映病情动态变化；采用的治疗、护理措施要有效果评价。手术患者应重点记录麻醉方式、手术名称、返回病房时间、意识情况、伤口与引流情况等；抢救患者应着重书写抢救时间、抢救经过、抢救结果；患者死亡应重点叙述抢救时间、抢救过程、死亡时间（时间具体到分钟）。

3. 每次记录后，记录者在“签名”栏签名。

4. 记录频次：依据病情变化和护理过程随时记录，间隔不超过1小时。

5. 每班就患者的病情、治疗、护理、总入/出量做一次小结，24小时做一次总结。

（四）一般护理记录单书写要求

1. 眉栏各项填写字迹清晰、准确、不空项。

2. “日期”栏应记录年、月、日；“时间”栏应记录时间，具体到分钟。

3. “内容”栏记录患者病情、重要的治疗、特殊检查等，所给予的护理措施和效果等，能及时、准确、连续地反应患者住院过程中的护理和病情变化。

4. 记录频次：I级护理：每天记录一次；II级护理：3天记录一次；III级护理：5天记录一次；有病情变化或特殊检查治疗时应当随时记录；如患者报病重或病危需按重症护理记录单记录，不再记录“一般护理记录单”，书写要求同重症记录单。

5. 新入院/转入患者的记录内容及频次：

首次记录内容：当班责任护士记录入院/转入的原因、病史、主诉和入院时间（与体温单记录的时间一致）、异常症状与体征、入院/转入当天给予的主要治疗、护理（包括护理级别、卧位、饮食）、护理风险评估、特殊检查、抢救等情况；采取的主要护理措施及实施后的效果；与疾病有关的重要告知和宣教内容等。

次日晨记录内容：下夜班护士在次日6:00-8:00之间完成，记录内容：患者神志、睡眠、症状体征的变化情况、特殊检查及治疗、专科内容等。

6. 手术患者记录内容及频次

（1）术前一日记录：生命体征、术前准备（包括常规或特殊的健康宣教内容以及心理反应）、拟行手术名称、时间、麻醉方式。

(2) 术日晨记录：生命体征、意识状态、睡眠及术前准备情况。

(3) 手术后回病房记录：生命体征、意识状态、伤口、引流、卧位等情况。

(4) 术后三日内应每日至少记录 1 次，记录内容：患者伤口、引流、皮肤情况、饮食、二便、特殊检查、治疗、护理以及康复、心理状态等内容。

(5) 术后三日以后按护理级别要求记录。

7. 特殊用药记录内容：给药原因、时间、剂量、用法、用药后反应；特殊检查记录内容：检查名称、检查前准备、检查后护理观察；特殊治疗、操作记录内容：实施的时间、结果和患者反应。

8. 输血记录内容：记录输血前体温，开始时间、血液制品种类、输血量，输血结束时间及输血后反应。输血结束后 4 小时记录一般情况，同时认真填写输血记录单，不得空项。

9. 出院 / 转出记录内容：出院 / 转出时间、目前情况、与疾病相关的重要告知内容。

10. 患者死亡记录内容：抢救时间、抢救过程、死亡时间等，于抢救结束 6 小时内完成。

11. 每次记录后，记录者在“签名”栏签名。

(五) 手术护理记录单书写要求

1. 书写应当文字工整、清楚，眉栏、页码、术中护理、器械敷料清点等项目齐全、规范，不漏项。记录时间具体到分钟。

2. 无菌包监测合格情况经洗手护士、巡回护士检查、核对后签名，并将器械包灭菌标识粘贴在手术护理记录单背面。

3. “其他”栏内主要记录术中发生的特殊情况，如：大出血、心跳骤停实施抢救情况。

4. 术前、术中、关闭体腔前、关闭体腔后应仔细清点、核对，准确记录器械、敷料的名称与数量。

5. 如发现器械、敷料的数量与术前不符，护士应及时与手术医师共同查找，如手术医师拒绝，护士在手术护理记录“其他”栏内标明，并由手术医师签全名。

6. 各项记录由巡回护士在手术结束后及时完成，洗手护士与巡回护士在记录单上签全名。

(六) 交班报告书写要求

1. 书写内容

(1) 出院、转出、死亡病人：出院者要记录床号、姓名、诊断、治疗效果及出院时间，转出者注明转往何院、何科，死亡者记录抢救过程及死亡时间。

(2) 新入院、转入病人：写清患者性别、年龄、入院时的生命体征、入院（转入）的原因、时间、主要症状、体征、存在的护理问题、给予的治疗和护理措施及效果等。对于特级护理的新入院病人，病人的性别、年龄、入院原因等均写在重症记录上，交班报告只记录“详见重症记录”。

(3) 手术病人：当天手术病人需写明麻醉种类、手术名称、麻醉清醒时间、回病房后生命体征，一般情况，切口敷料有无渗血，是否已排尿、排气，各种引流管是否通畅及引流液情况。输液、输血及镇痛药的应用有关情况。准备手术病人应写明术前准备和术前用药情况等。明日手术病人，要记录术日晨生命体征及夜间睡眠情况等。

(4) 产妇：应报告胎次、产程、分娩时间、分娩方式、会阴切口和恶露情况，何时自行排尿、排气，新生儿性别及评分等。

(5) 交班报告书写内容，要记录病人阳性体征，护理问题，给予的治疗和护理措施及效果等。

(6) 病人外出时（跨班者）要记录回病房时间。病人没有回来，记录病人未归。

2. 书写要求

(1) 应在经常巡视和了解病情的基础上书写。

(2) 书写内容应全面、真实、简明扼要、重点突出。字迹清楚，不得随意涂改。

(3) 填写时，标题部分病危、病重病人记录占两行，其他病人记录占四到五行，先写床号、姓名、病案号、诊断再简要记录病情、治疗和护理。不同内容之间留有一个空格。

(4) 对新入院、转入、手术、分娩、一级患者，在诊断的下方分别注明“新”、“转入”、“手术”、“分娩”、“一级”，病危/病重患者用“※”做标记。

(5) 对跌倒/坠床、压疮、管路滑脱高风险患者应记录床号、姓名。

(6) 为全面记录病区内 24 小时患者病情变化，不足以写进大交班的内容，可写进临时交班本。

(7) 交班报告应由交班者、接班者双签名，护士长每日检查交班书写质量并签字。

(七) 各种评估单书写要求

1. 对每一位新入院患者均需书写《入院护理评估单》、《护理计划单》、《患者日常生活活动（ADL）评估记录单》、《患者跌倒/坠床危险因素评估记录单》、《压疮危险因素评估记录单》评估时限在患者办理入院手续后 8 小时内完成，其中《患者日常生活活动（ADL）

评估记录单》应在医生开具患者护理级别之前评估。

2.《入院护理评估单》书写要求：各项内容书写齐全，包括书写压疮、ADL、跌倒/坠床等评估分值。

3.《患者跌倒/坠床危险因素评估记录单》书写要求：各项内容书写齐全，评估内容要与患者实际病情相符。评分 ≥ 4 分者为高度危险患者，需给予相应的护理措施，并放置防跌倒/坠床警示标识，每周评估一次，直至评分 < 4 分。评分为1-3分者为低度风险，也要给予相应的护理预防措施。

4.《压疮危险因素评估记录单》书写要求：各项内容书写齐全，评估内容要与患者实际病情相符，并根据病情变化动态书写。Braden评分 ≤ 18 分者，提示患者有发生压疮的风险；评分在15-18分为低危患者，每周评估一次；评分在13-14分为中危患者，每天评估一次；评分 ≤ 12 分为高危患者，每班评估一次；评分 < 9 分为极高危患者，90%-100%可能发生压疮，视情况随时评估。

5.《导管危险因素评估记录单》书写要求：各项内容书写齐全，评估内容要与患者实际病情相符，并根据导管变化动态书写。对所有置管患者（包括静脉留置针），均需书写《导管危险因素评估记录单》。评分 < 5 分为正常，每周评估一次；评分在5-8分为低度危险，每天评估一次；评分 ≥ 9 分为高度危险，每班评估一次。在同一类导管中出现2个以上管路者评估得分需累加。导管评分来源必须在导管分类中有标注。

6.《护理计划单》书写要求：护理计划内容要具体、突出个性化，各项内容书写齐全，并随病情变化进行动态书写。

7.《患者日常生活活动（ADL）评估记录单》书写要求：各项内容书写齐全，评估内容要与患者实际病情相符，病情变化时、手术后患者应有动态评估。因病情需要限制体位者项目评分按当时活动能力进行评估。

文件名称	护理文件管理制度				
文件编号	A08-ZD-054-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理文件管理制度

一、护理文件书写应以《河北省护理文件书写规范》为依据，按《承德市中心医院护理文件书写规范》要求严格执行。

二、病区护理文件摆放有序，病历中的护理文书应排列整齐，不得撕毁、涂改或丢失，用后归还原处。

三、实习、进修与未取得执业许可证的护士书写的护理文件，需经本科室有资质的带教护士审阅并复签名（学生/老师）。

四、护士长每天检查护理人员护理文件书写质量并签字，及时纠正书写中存在的问题。

五、病人不得自行携带护理文件出科室，如需复印病历，护理人员应给予相应的指导。

六、终末护理文件整理按规定顺序排列，由科室安排专人负责。

七、护理相关表格保存时间：《承德市中心医院病房巡视记录单》、《承德市中心医院病房交班本》应保存三年，输液、治疗等操作执行单及患者转科交接记录单保存六个月。

八、护理部定期对各科室护士书写的护理文件进行检查，持续改进护理文件书写质量。

文件名称	推进优质护理服务保障制度和措施及考评激励机制				
文件编号	A08-ZD-055-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

推进优质护理服务保障制度和措施及考评激励机制

一、保障制度

(一) 各科室、各部门要协同配合，确保医院“优质护理服务示范工程”顺利开展。

(二) 各科室、各部门要按照相应的职责及分工做好本科室人员的安排、制度的制定以及其他相应的工作准备。

(三) 各科室、各部门要定期收集整理各优质护理服务单元反馈的意见和建议，并进行整改。

(四) 将优质护理服务保障工作纳入每月绩效考核中，对保障不力的科室（部门）要进行相应处理。

二、职责及分工

(一) 后勤保障处：负责水、电、气、被服的及时供应和维修，并将物品、常用办公用品送至病区；根据工作需要，增添相应的护理用具。

(二) 医学工程处：负责仪器、设备的增设和定期检修、维护。

(三) 药剂科：负责病区口服药品的摆药及预定液体的配送。

(四) 消毒供应室：负责病区无菌物品的供应，并负责下收下送、保障无菌物品的质量。

(五) 医技部门：各种化验、检查报告等应在规定的时间内上传电子病历系统，以便科室及时查询。

(六) 医务处：加强对医技科室和医生的管理，争取临床医生支持配合，规范病人护理级别医嘱的下达。

(七) 财务处：保证病区购买各种设备、物资及师资培训的资金到位。

(八) 人事处：负责病区护理人员的配备，规范人员管理，保障护理人员待遇。

(九) 组宣处：负责各种公示牌及温馨提示牌的制作；病区的宣传及报道。



(十) 信息中心：负责护理工作站的有效运行，并不断完善信息系统，满足各临床护理和服务需求。

(十一) 营养食堂：负责病房的膳食，保证供应，送餐到病房。

三、工作措施

(一) 后勤保障处

1. 24 小时保持电话通畅，随叫随到。
2. 建立巡视机制，定期巡视病房，发现问题及时处理。
3. 保证水、电、气的及时供应和维修。
4. 根据医院计划，增加和更新相关的护理用具设备，做好临床科室的物资配备，保证病区临床工作的需求。
5. 常用办公用品满足病区工作要求及时送至病区。
6. 做到下送、下修，为临床提供及时、便捷、高效的服务；保证“三通”（水通、电通、气通），及时处理“三漏”（漏电、漏水、漏气），做到定期巡查，及时处理，保证安全使用，记录完善。

(二) 医学工程处

1. 认真执行医疗设备管理各项规章制度，根据科室需要采购合格的医疗用品，保障医疗安全。
2. 建立医院应急调配机制，重点部门抢救设备运转良好，随时待用。
3. 接到维修及急修电话，及时到达现场维修。

(三) 药剂科

1. 建立健全各项规章制度，保证配发药品质量合格安全有效。
2. 严格处方调剂操作规范，发出药品准确无误。
3. 每周按时将各病区所需液体送至病区。
4. 落实基本药物使用制度，临床药师定期查房，指导抗菌药物的合理使用。

(四) 消毒供应室

1. 严把质量关，保证消毒灭菌用品合格使用。
2. 及时下收下送，满足临床科室的需求。
3. 加强与科室的协调与沟通，多下临床征求科室意见，改进工作方法，对提出的意见，

及时讨论分析，制定改进措施，并进行质量跟踪。

4. 开展弹性排班，保证夜间、急诊、外来器械的灭菌工作，满足临床一线科室工作需求。

5. 遵守消毒隔离制度，认真执行下收下送的各项操作流程。

（五）医技部门（检验科、输血科、医学影像科室等）

1. 全天候接收各类标本，以免延误病人的手术和治疗。

2. 急诊化验、医技检查，接到电话或检查申请单应立即实施化验、检查（如床旁 B 超、床旁 X 光、床旁心电图等）。

3. 各种化验、检查报告等应在规定的时间内上传电子病历系统，以便科室及时查询。

4. 开通绿色通道，实行 24 小时值班制，及时有效的为患者提供就诊服务。

5. 为受检患者提供便民服务，注意保护患者隐私。

6. 加强科室与临床科室之间的联系，根据临床需求更好的改进科室工作。

（六）医务处

1. 加强临床科室和医技科室医务人员的管理。

2. 加强医护协作和有效沟通，共同做好患者的管理工作。

（七）人事处

1. 结合医院实际情况，保证临床一线护理人员的配备。

2. 执行国家有关工资、福利待遇等规定，保证护士岗位同工同酬。

（八）财务处、医保办公室、质控办

1. 认真执行物价部门公布的医疗收费项目、标准，不分解收费、不自立项目收费、不超标准收费。

2. 主动为患者提供每日收费清单和出院总清单。对患者提出的问题给予耐心解释；若发现收错费用，应及时给予办理退费，并做好解释工作。

3. 节假日照常办理入院手续。

4. 保证病区购买物品的资金供应。

（九）组宣处

1. 负责病区所需各种公示牌及温馨提示牌的制作。

2. 采集医院各病区的优质服务新闻并及时报道。

（十）营养食堂



制定并落实基本膳食服务规定，开展订餐服务，提供营养配餐，满足临床治疗工作需要。定期下病房征求病人的意见并及时改进。提供送饭菜到病房服务。

四、优质护理服务考评激励机制

为提高优质护理服务水平，调动一线护士工作热情与积极性，发挥有限护理人力资源的潜力，特制订优质护理考评激励机制如下：

（一）结合相应岗位职责及工作完成情况，对不同职称层级、工作岗位、班次的护理人员给予不同的奖金系数，同时结合工作量、服务质量对在岗护士进行量化考核。对责任护士、高年资且在夜班岗位的护士给予倾斜，治疗班与医嘱班的岗位系数相对较低，同时增加夜班护士值班费，使绩效分配体现责任大、岗位风险高班次护士的工作价值，促进高年资护士切实发挥其作用。

（二）每年年底根据工作表现评选“十佳”护士、“德艺双馨”奖、“恪尽职守”奖、先进工作者、优秀带教老师、医院医疗服务标兵、病历书写标兵等。

文件名称	责任制整体护理制度				
文件编号	A08-ZD-056-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

责任制整体护理制度

一、护士长按照责任制整体护理模式进行排班，责任护士负责患者从入院到出院全程、连续的护理。

二、病区有责任制整体护理工作具体实施方案，制定责任护士的岗位职责、工作标准和工作流程，护士长定期对责任护士的工作进行评价与指导。

三、按照责任护士的层级合理分配分管患者，分管患者数原则上不超过8人。

四、责任护士负责对患者自理能力进行入院评估和住院期间的再评估，将评估结果与主管医生沟通，确定护理级别，并依据护理级别为患者实施身心整体护理及康复指导。

五、责任护士评估患者需求按照基础护理服务规范为患者提供相应的基础护理服务。

六、病区有专科疾病护理常规和技术规范，责任护士按照常规和规范落实专科护理措施。

七、病区在征求护士意见的基础上制定包括护理工作数量、质量、护理技术与难度要求及患者满意度等在内的护士绩效考核方案，促进护士职责落实。

八、护理部定期对病区责任制整体护理开展情况进行督导检查，对存在的问题进行原因分析，提出整改措施，并追踪改进成效。

文件名称	护士巡视病房制度				
文件编号	A08-ZD-057-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护士巡视病房制度

一、巡视病房是临床护理工作中一项重要内容，护理人员要按照护理级别进行巡视，观察病人的病情变化。一级护理每小时巡视一次，二级护理每2小时巡视一次，三级护理每3小时巡视一次，必要时随时巡视。

二、巡视人员要求：护理人员接班时应详细了解病人的一般情况和病情。白班由责任护士负责巡视各组所管病人，夜间由值班护士负责巡视全病区病人。

三、巡视内容：

（一）巡视病房时，注意查看病人是否在病房，观察病人的病情变化及夜间睡眠情况等。

（二）查看病人的伤口及各种管路是否通畅，固定是否妥当，观察各种引流液的颜色性质和量。

（三）对长期卧床、营养不良、恶液质及手术后的患者定时翻身，观察皮肤受压情况，保持皮肤清洁干燥。

（四）观察输液局部情况及用药后的反应，防止药物外渗，认真询问患者有无不适。

四、巡视记录单填写要求：按着巡视内容和要求打钩并签字，有需要说明的内容在巡视记录单上简单记录。

五、巡视病房时发现病房病人病情变化，及时通知医生并配合医生进行处理。

六、加强安全隐患的巡查，如遇特殊情况：病人走失、突发意外等需立即上报相关部门，并给于及时处理。

文件名称	护士执业准入制度				
文件编号	A08-ZD-058-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护士执业准入制度

一、新入职护士、外院调入护士需经护理部资质准入通过后，方可独立从事护理工作。

二、护理人员必须执业资格考试成绩合格，并按规定注册在我院，且接受科室至少3个月的临床带教及考核，向护理部申请工号后才能具备我院正式护士资格。

三、在我院实习的护理专业学生、进修护士不能单独从事护士执业活动，但可以在执业护士的指导下进行临床工作。

四、新入职护理人员应按河北省卫计委《新入职护士培训大纲（试行）》要求完成规范化岗前培训。

五、特殊科室护理岗位（如重症医学科、急诊科等）须接受相关专业专门培训合格后上岗。

六、连续休假超过一年的护理人员，须接受科室相关理论、操作考核，经考核合格后方可上岗。

七、护士长加强病区护士合法执业的管理，对其办理护士注册负有告知、督促的责任。

文件名称	特殊及重要岗位护理人员配备准入制度				
文件编号	A08-ZD-059-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

特殊及重要岗位护理人员配备准入制度

一、急诊科护士准入制度

(一) 急诊科护士由具有三年以上临床工作经验的注册护士担任。

(二) 能够正确、迅速、安全有效地从事各项护理工作，具有分析、判断、预测和对急危重症病人进行应急处理能力。

(三) 具有较强的团队协作精神，能与相关工作人员同心协力，做好院前、院中急救工作。

(四) 掌握急诊工作制度，急诊护士岗位职责及常见急症的护理常规。

(五) 熟练掌握急救药品的药理作用及放置位置，掌握各种抢救仪器的操作方法及使用后的消毒、保养。

(六) 掌握徒手心肺复苏术、气管插管、吸痰术、洗胃术等急救技术及止血、包扎、复合伤的处理等专科急救技能。

(七) 参加急诊科组织的相关理论、专业技术和急诊急救能力的培训，考核成绩合格者，科室提出准入申请由护理部审批准入后，方可从事急诊专业护士工作。

二、重症医学科 / 重症监护室护士准入制度

(一) 重症监护室专业护士由具有二年以上临床护理工作经验的注册护士担任。

(二) 掌握本专业相应的医学基础理论知识、病理生理学知识及多学科护理知识和实践经验，具有一定的病情综合分析能力。

(三) 具有较强的团队协作精神，能与科室人员同心协力，做好危重症患者的抢救工作。

(四) 掌握监护室工作制度、岗位职责及常见危重症患者的护理常规。

(五) 掌握急救药品的药理作用及放置位置及常见急危重症病人的抢救与护理。

(六) 熟练掌握心肺复苏、血流动学监测、人工气道应用及管理、常用急救与监护仪器的使用和管理，包括除颤仪、呼吸机、心电监护仪、各种微量输液泵等。

(七) 参加监护室或上级医院 3-6 个月的相关理论、专业技术培训，考核成绩合格者，科室提出准入申请由护理部审批准入后，方可从事监护室专业护士工作。

三、血液透析专业护士准入制度

(一) 血液透析室专业护士由具有三年以上临床护理工作经验的注册护士担任。

(二) 在血液透析室学习满 3 个月，掌握肾病及血液透析的理论知识，各种工作流程及应急措施，掌握医院感染预防与控制措施。

(三) 具有较强的团队协作精神，能与科室人员同心协力，做好危重患者的抢救工作。

(四) 掌握血液透析室工作制度、岗位职责及专科疾病护理常规。

(五) 掌握急救仪器设备及急救药品的放置、使用，掌握常见急危重症病人的抢救与护理。

(六) 熟悉各种专科仪器的作用、性能、工作原理、正确操作方法以及使用后的消毒、保养。

(七) 参加血液透析室的相关理论、专业技术培训，考核成绩合格者，科室提出准入申请由护理部审批准入后，方可从事血液透析室专业护士工作。

四、手术室专业护士准入制度

(一) 手术室护士由在多科室轮转一年以上并具有较强的综合业务技术能力的注册护士担任。

(二) 熟悉手术室环境布局、基本设备及物品放置位置，特别是急救物品、药品的位置和使用。

(三) 掌握无菌、消毒和隔离的概念；熟练使用手术室器械并能正确的清洗与打包；熟知各专科敷料单的名称和折叠方法。

(四) 掌握手术室工作制度、岗位职责及各专科手术的配合。

(五) 具有较强的团队协作精神，能与术者、麻醉师同心协力应对术中出现的各种突发状况。

(六) 掌握病理标本的保管和登记，能及时、准确的填写各类护理记录单。

(七) 经过三个月的手术室专业理论、技术培训，考核成绩合格者，科室提出准入申请由护理部审批准入后，方可从事手术室专业护士工作。

五、产房专业护士准入制度

(一) 产房专业护士由取得《母婴保健技术合格证》的注册护士担任。



(二) 掌握产房工作制度、岗位职责。

(三) 掌握围产期助产技术，围产期解剖生理学基础，正常及异常产程护理常规，新生儿护理常规，母婴保健知识。

(四) 掌握急救仪器设备及急救药品的放置、使用，掌握新生儿心肺复苏术、简易呼吸器操作、子痫的抢救、脐带脱垂的抢救、羊水栓塞的抢救等抢救技能。

(五) 掌握产科病历书写、产程的记录及产程图的绘制、抢救记录的书写。

(六) 具有较强的团队协作精神，能与科室人员同心协力，做好危重患者的抢救工作。

(七) 参加产科组织的相关理论、专业技术培训，考核成绩合格者，科室提出准入申请由护理部审批准入后，方可从事产房专业护士工作。

六、新生儿科护士准入制度

(一) 新生儿科护士应由在临床各科轮转 2 年以上的注册护士担任。

(二) 熟悉新生儿病区环境、布局及基本设备、物品的定位。

(三) 掌握新生儿科工作制度、岗位职责及新生儿常见疾病的观察和护理。

(四) 熟练操作新生儿动脉采血、配药时的药物剂量换算、呼吸机的管理等常见技术。

(五) 能对患儿病情发展变化迅速做出准确的观察、判断和处置。掌握急救仪器设备及急救药品的放置、使用，掌握新生儿心肺复苏、简易呼吸器操作、气道护理等抢救技能。

(六) 具有较强的团队协作精神，能与科室人员同心协力，做好危重患儿的抢救工作。

(七) 掌握新生儿科医院感染控制技术。

(八) 参加新生儿科组织的为期三个月的理论技能培训，考核成绩合格者，科室提出准入申请由护理部审批准入后，方可从事新生儿科工作。

七、导管室护士准入

(一) 通过国家护士执业资格考试，取得护士执业证书。

(二) 具备良好的心理、身体素质及高度的自觉性和责任感，接受介入诊疗、护理、放射防护相关基础知识与操作培训并考核合格。

(三) 在指定带教老师的指导下，进行为期 6 个月以上介入手术室专业护士培训。

(四) 应具备的知识与技能

1. 能独立完成各类介入手术的术中配合及护理，熟练掌握与介入专业相关的护理技术操作，积极配合术中严重并发症的抢救；

2. 熟悉介入科环境、布局及基本设备、物品的定位，特别是急救器械物品的定位和使用，并掌握专科仪器设备的使用、维护及保养；

3. 掌握灭菌、消毒、隔离知识及无菌操作技术，掌握感染手术的配合及器械处理方法；

4. 掌握介入手术基础器械、耗材的名称、用途、使用方法；

5. 熟练掌握介入科的各项基本操作（包括铺无菌台、穿脱无菌手术衣、戴手套、洗手方法和各类手术患者体位的正确摆放等）及各专科手术的配合。

（五）遵照执行主管卫生行政部门规定的其他条件。



附件 1:

特殊岗位护理人员准入程序

1. 特殊岗位护士根据自身情况填写《特殊岗位护理人员准入申请表》，向科室护士长提出岗位准入资质申请。
2. 科室护士长对其专业技术能力、服务等进行评价，提出审核意见，审核后报护理部审批。
3. 护理部审核合格后方可独立值班。

文件名称	护理高风险技术操作准入制度				
文件编号	A08-ZD-060-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理高风险技术操作准入制度

一、护理高风险技术操作包括：血液净化技术、有创机械通气技术、PICC 置管技术、ECMO 使用技术。

二、护理高风险技术操作准入适用于取得《护士执业证书》，执业地点为我院的执业护士，且具有三年以上工作经验，其中 PICC 置管要求从事临床静脉穿刺工作 5 年及以上，职称为护师及以上。

三、护士独立进行护理高风险技术操作前，需在上级护士或具有该项操作经验护士的指导下成功完成 5 例或以上该项目操作，填写《护理高风险技术操作资格申请表》，并有护士长考核同意签字，报护理质量与安全委员会审查、批准、备案。

四、科室首例高风险技术操作需经上级医院培训，取得相关资质证书或培训证明后可申请相关准入，且首次操作应在设备工程师指导下进行。

五、常规情况下（紧急情况下除外），未获独立高风险技术操作准入资格的护士不得单独从事该项治疗操作。

六、紧急情况下，为抢救患者生命或防止严重并发症的出现，我院护士在护士长的准许下均可实施有利于患者的技术操作。

七、若取得护理高风险操作技术准入的护理人员连续休假超过一年，需接受再次准入方能从事该项护理技术操作。



附:

PICC 置管护士准入制度

一、PICC 置管护士申请的基本条件

- (一) 取得护士执业证书的注册护士。
- (二) 具备护理专科及以上学历、护师及以上职称。
- (三) 从事临床静脉穿刺工作 5 年及以上者。
- (四) 责任心强、沟通协调能力强。

二、PICC 置管护士准入条件

(一) 本人(符合基本条件)申请,科室护士长审核上报护理部,护理部审核后组织参加培训。

(二) 培训分为:医院静脉治疗小组组织相关理论及操作培训;中华护理学会、河北省护理学会专科护士 PICC 培训班。

(三) 通过省级、国家级培训考核,取得培训合格证书。

三、PICC 置管护士资格的申请、考核与认定

(一) 符合 PICC 置管护士基本条件,通过中华护理学会、河北省护理学会等组织的 PICC 培训班考核取得培训合格证书者方可从事临床 PICC 置管技术操作。

(二) 一年以上未进行 PICC 置管的护士,应重新考核,经考核合格后方可再次进行 PICC 置管技术操作。

(三) 每五年按相关标准重新进行考核,合格者方能继续进行此项技术操作。

文件名称	护理人员执业管理相关制度				
文件编号	A08-ZD-061-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理人员执业管理相关制度

- 一、按照《护士条例》的规定，制定我院护理人员执业管理相关制度。
- 二、本制度适用于我院全体护理人员。
- 三、护士执业，应当经执业注册取得护士执业证书者。
- 四、护士执业注册在有效期内，但执业地点不在我院的，需及时变更到我院，方可执业。
- 五、护士执业注册有效期届满需要连续注册的，应及时申请延续注册。
- 六、在未拿到执业注册证书前不允许单独值班，必须在老师指导下工作。
- 七、被录用到我院的护理人员必须在2年之内取得执业证书，超过2年仍未取得执业证书并影响工作者，按我院相关管理规定执行。

文件名称	护理人员分层管理制度				
文件编号	A08-ZD-062-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理人员分层管理制度

为加强护理队伍的科学管理，落实责任制整体护理，调动护理人员的工作积极性，建立和完善护理岗位管理，现制定护理人员分层管理制度。

一、根据护士的业务能力，结合工作年限、学历等将护士分为 NO- N4 五个层级，每个层级职责明确，分工协作，层层指导，共同负责病人的整体护理工作。

二、不同层级护士合理搭配，根据每位护士的层级合理分管患者，确保能级对应。

三、制定各层级护士岗位职责及任职条件，编写护士层级岗位说明书。

四、制定护士分层培训方案，实行护士分层级培训及考核制度，按计划落实培训及考核内容，提高护理人员综合素质和岗位能力。

五、护理人员分层晋级与管理按照《承德市中心医院护理人员分层管理及使用实施方案》执行。

文件名称	护理人员职业防护制度				
文件编号	A08-ZD-063-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理人员职业防护制度

一、护理人员在进行护理操作或进行清洁、消毒工作时，应严格执行护理操作规范和护理工作制度，避免发生职业暴露。

二、护理人员在日常工作中应采取最基本的防护措施，穿工作服和工作鞋，戴口罩、帽子，洗手。

三、以下情况应戴手套，脱去手套后应认真洗手：

（一）接触患者血液、体液、分泌物、排泄物及其污染物品时。

（二）接触患者粘膜和非完整皮肤时。

（三）清理传染性患者用过的物品及进行清洁消毒时。

四、当患者血液、体液、分泌物、排泄物等可能发生喷溅时，应当穿隔离衣，戴眼罩、防护面屏，穿鞋套等，以防交叉感染。

五、安全注射，使用锐器盒收集锐器，严禁回套护针帽。

六、在护理传染性疾病患者时，根据疾病的主要传播途径采取相应隔离防护措施，必要时采取双向防护。

七、及时清理被污染的被服、医疗器械及各种污染物，重复使用的医疗仪器设备应进行清洁消毒，防止造成二次污染及微生物传播。

八、正确处理医疗废物，避免造成交叉感染。

九、肿瘤科、放化疗科、放射科、感染性疾病科等特殊科室护理人员的职业防护按医院的有关规定执行。

十、若发生职业暴露，应立即采取紧急处理措施，并及时上报，按照医院规定进行相应的身体检查和预防治疗。

文件名称	护理人员医疗保健服务的相关规定				
文件编号	A08-ZD-064-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理人员医疗保健服务的相关规定

一、护士享有与其所从事的护理工作相适应的卫生防护、医疗保健服务，医院应为护士提供卫生防护用品，并采取有效的卫生防护措施。

二、医院在防范护士职业健康危害的同时，还应为护士提供医疗保健措施，定期为全院职工健康体检。

三、医院对从事直接接触有毒有害物质、有感染传染病危险工作的护士，按照法律、法规进行职业健康监护并按照国家有关规定给予津贴补助。

四、护士工作中患职业病的，有依照有关法律、行政法规的规定获得赔偿的权利。职业病患者享有的权利包括：

（一）职业病患者依法享受国家规定的职业病待遇。

（二）职业病患者的诊疗、康复费用，伤残以及丧失劳动能力的职业病患者的社会保障，按照国家有关工伤社会保险的规定执行。

（三）职业病患者依照有关民事法律，有权向法院提出赔偿要求。

（四）职业病的确立应按照原卫生部和劳动保障部颁布的《职业病目录》执行。

五、建立、健全各类职业暴露的处理流程，确保一旦发生职业危害，立即采取相应的应急措施，用以降低职业健康危害程度。

文件名称	护理人员请假制度				
文件编号	A08-ZD-065-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理人员请假制度

一、护理部主任（副主任）请假需由院长（主管院长）批准。

二、护士长需请假者应提前办理请假手续，以便科室安排工作，非紧急或特殊情况一律不准电话请假，应书写请假条，注明请假事由及休假时间，并取得有上级领导同意和签字，请假条上交护理部。请事假者1天以内由所在科室主任批准，2天（含2天）以内由科主任、护理部主任批准，2天以上者需由科主任、护理部主任、主管院长批准。

三、护士请假需向科室护士长报批，护士长按照医院及科室的相关规定酌情批准。

四、护理人员各类休假遵照医院相关制度、规定及程序执行。

五、护理人员休假期间应保持通讯畅通，休假结束后及时销假。

文件名称	护理投诉管理制度				
文件编号	A08-ZD-066-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理投诉管理制度

一、护理人员在岗工作期间因服务态度、服务质量及护理技术而发生的护理工作缺陷，引起患者或家属不满，以书面或口头方式反映到护理部或有关部门者均为护理投诉。

二、护理投诉实行首诉负责制，接待投诉人员应认真倾听投诉者的观点及意见，并耐心安抚投诉者，做好投诉记录。

三、接待投诉人员要态度诚恳、耐心解释、认真沟通与疏导，避免引发新的冲突。

四、护理部接到护理投诉后，立即调查核实，反馈到相应科室护士长，督促科室认真分析事件原因，提出改进措施和意见并做好跟踪管理。

五、投诉经核实后，可根据事件情节严重程度，根据医院及护理部相关奖惩制度给予护理单元或人员相应的处理。

六、护理部定期对投诉事件进行通报，不断改进护理质量与护理服务。

文件名称	护理新技术、新业务应用管理制度				
文件编号	A08-ZD-067-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理新技术、新业务应用管理制度

一、引进国外或国内已经成熟的护理技术时必须填写《新技术、新项目开展申请书》，向护理部提出书面申请，得到批准同意，并在护理部登记备案后方可开展。

二、凡科室开展的护理新技术、新业务，使用新型护理产品，须经护理部审定，并在相关科室试用安全有效后上报医院相关部门批准后方可引进并推广应用。

三、执行护理新技术操作的人员应为主管护师及以上人员或经过专项学习培训，取得相关技术资质者。

四、经审批同意开展的护理新技术，科室应制定相应的护理操作规范和不良反应应急预案，护士长应组织全体护理人员进行学习，掌握护理要求，熟悉护理流程，了解可能出现的不良反应和并发症及其处理方法。实施过程中患者出现不适反应或异常情况，应及时报告值班医生按应急预案进行处理，并上报护理部。

五、科室应设专人对护理新业务、新技术应用情况进行登记，每年年底将实施情况汇总后上报。

文件名称	护理人力资源紧急调配管理制度				
文件编号	A08-ZD-068-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理人力资源紧急调配管理制度

一、为有效应对突发公共卫生事件、重大伤亡事故、政府指令性任务等特殊紧急情况，迅速调配护理人员到位，确保护理工作高效、安全、有序的开展，保障患者安全，护理部在全院各临床科室抽调护士（每科 1-2 名护士）成立护理人力资源紧急调配库。

二、紧急调配库人员由 N2 及以上护士组成，优先选择家庭住址在市区的护理人员，每年可根据情况适当调整。紧急调配人员编制在各科室，由各科室负责管理。

三、各科室应本着以大局为重的原则，服从医院和护理人力资源紧急调配领导小组的调配，不得以任何理由推诿、拒绝。

四、紧急调配库人员必须保持 24 小时通讯畅通，无论休息或值班接到通知后都在第一时间反馈。

五、紧急调配人员应在 10-15 分钟内到达现场，听从现场护士长指挥，按护理相关规定与流程进行工作，保证护理安全。

六、护理部定期对紧急调配人员进行相关理论及技能培训考核。

文件名称	护理人力资源弹性调配管理制度				
文件编号	A08-ZD-069-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理人力资源弹性调配管理制度

一、护理部在全院各临床科室每科抽调 1-2 名护士及新入职护士成立护理人力资源弹性调配库。

二、护理部负责全院护理人员调配，科护士长负责大科内护理人员调配，护士长负责合理安排科室护理人员班次，确保临床护理工作有序开展。

三、当科室住院患者、特级、I 级护理患者剧增，科室护理人力资源相对短缺，影响科室正常开展工作时，首先由病区护士长在本病区内协调解决，以保证护理工作的正常运行。

四、病区护士长通过动态调整班次和弹性安排护理人员的作息时间，仍不能满足临床需求时，病区护士长可向科护士长提出人力支援申请。

五、对科室提出的护理人力申请，科护士长根据需要，抽调所分管科室护理人员到申请科室协助开展护理工作，所分管科室协调困难时，科护士长可向护理部提出申请。

六、对跨科的护理人力支援申请，护理部根据需要，抽调护理人力资源弹性调配库人员到申请科室协助开展工作。

七、对临时抽调到受援科室帮助工作的护理人员，其行政隶属关系不变，绩效奖励由受援科室发放。

文件名称	护士在职继续教育培训考核制度				
文件编号	A08-ZD-070-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护士在职继续教育培训考核制度

护理继续教育是继在学校毕业以后，对护士进行相关专业理论及技能、新进展、新技术为主的一种教育方式，目的是不断提高护士专业水平，针对我院全体护士继续教育工作制订本制度。

一、继续教育对象：全体护理人员

二、继续教育形式

（一）院级培训：各级护理人员必须参加医院和护理部组织的相关培训，包括新入职护士岗前培训和护理部全院护士分层培训等。

（二）科室培训：科室护理人员参加本科室按计划安排的相关专业培训。

（三）外出培训：参加短期培训班或到上级医院进修。

（四）个人自学：接受专业技术人员继续医学教育。

三、继续教育内容

内容包括：医疗相关法律、法规、医务人员职业道德规范、医院文化、医院各项护理工作制度、医院感染管理相关知识、护理人员行为规范、护理技术操作技能、沟通技巧、护理文书书写、相关专业理论及技能、新技术、新进展等。

四、考核办法

（一）新入职护士考核：参加岗前基础培训后由人事处、护理部根据培训内容进行考核，考核合格后方可上岗；进行科室轮转后，参加科室专业理论及技术考核、护理部月度技术操作考核及季度理论考核。考核不达标者给予一次补考机会，补考合格后可结业，不合格者视情况延期转正。

（二）其他各层级护士培训后考核：参加科室及护理部月度、季度考核（理论及技术）。对考核不合格者给予补考机会，连续三次不及格者下调岗位层级，同时列入科室质量裁决。

（三）外出进修学习及参加短期培训班学习，返院后书写学习体会、在全院进行讲课汇报，并协助护士长改进科室工作，提高科室专科管理水平。

（四）各层级护士接受专业技术人员继续医学教育，按着学分管理要求，每年需完成继续教育 25 学分，护士继续教育完成情况作为年度考核重要内容，也是技术职称评定及护士再注册的必备条件之一。

文件名称	护理人员分层培训及考核制度				
文件编号	A08-ZD-071-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理人员分层培训及考核制度

一、护理部对护理人员实行分层管理，各层级护士有明确的培养目标和培训计划。

二、护理部根据各层级特点通过集中授课、外出参加短期培训班、外出进修学习等多种形式进行护理人员分层培训。

三、定期依据各层级护理人员培训内容分层次进行抽考。

（一）护理部考核：根据年度《护理人员分层培训及考核方案》安排理论及操作考核范围及频次。

（二）科室考核：护士长应制定详细的培训及考核计划，护理部每月进行督导检查，科室可根据护士实际情况酌情增加考试频次，但不能低于护理部要求。

四、考核结果与职称晋升、评优、评先、绩效考核等相结合。

文件名称	专科护士培训制度				
文件编号	A08-ZD-072-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

专科护士培训制度

一、院内专科护士培训

(一) 培训对象：专科及以上学历，从事本专业护理工作3年以上（含3年）或根据不同专科培训需求，本人自愿并经科室选拔、推荐，护理部审核批准。

(二) 培训内容：专科基本理论、基本技能，专科新理论、新技术等。

(三) 培训方法：举办院内专科护士培训班（静脉治疗小组、伤口/造口小组、气道管理小组、VTE专科小组）；科室制订专科护士培训计划，进行专科培训学习（产科、新生儿科、急诊科等）。内容包括：集中理论培训（理论讲座、自学）与临床实践技能培训（相关专科的轮转实践）两部分。

(四) 培训目标：通过培训能解决本专业患者一般护理问题并进行健康教育指导，协助护士长进行科内基础培训工作。

(五) 考核：培训结束后，由护理部组织进行统一考核，合格者颁发院内专科护士证书。

二、省级/国家级专科护士培训

(一) 培训对象：本科及以上学历；从事本专业护理工作3年以上（含3年）或根据不同专科培训需求；本人自愿并经科室推荐，护理部审核批准。

(二) 培训内容：医学基础理论、专科护理理论技能、专科新理论、新技术。

(三) 培训方法：外派参加省级/国家级专科护士培训班。

(四) 培训目标：

1. 为本专科患者提供直接护理和健康教育，解决患者疑难护理问题。
2. 负责医院及所在科室本专科护理培训及临床教学工作。
3. 协助护士长进行本专科护理质量的评价与督导。
4. 开展临床专科护理新技术及科研工作。



5. 根据患者需要开设专科护理门诊，为患者提供健康教育、咨询和专科护理服务。
6. 进行院内本专科护理会诊。

（五）考核：培训结束后，由省级 / 国家级专科护士培训班进行考核，合格者颁发省 / 国家级专科护士证书。

文件名称	专科护士管理制度				
文件编号	A08-ZD-073-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

专科护士管理制度

为加强临床专科护士的培养和使用，充分发挥专科护士的引领作用，提高护理队伍整体素质，特制定本制度。

一、目标：

有计划、分步骤地在 ICU 专业、急诊专业、静脉治疗专业、皮肤伤口 / 造口专业、手术室专业、血液透析专业、骨科专业、糖尿病专业等护理专科或专病领域开展专科护士培训工 作，培养一批具有较高业务水平和专长，能较好地解决实际专科护理问题并指导其他护士开 展相关工作的护理骨干。同时，通过强化专科护士培训和管理，探索建立以岗位需求为导向 的护理人才培养模式，形成较为完善的在职护士培养体系，促进我院护理事业可持续发展。

二、临床专科护士的准入

（一）参加临床专科护士培训者须取得注册执业护士证书，有卫生和教育行政部门认定的 护理专业专科以上学历，护师以上职称。

（二）参加临床专科护士培训的学员要求具有 3 年以上专业护理工作经验。

（三）热爱护理事业，具有工作责任心及奉献精神，本人自愿并经科室选拔、推荐。

三、临床专科护士的管理

（一）护士取得省级及以上卫生行政部门认可的专科护士需在护理部备案。

（二）省 / 国家级专科护士取得资质 5 年内不得调离医院或调整科室，因个人原因违反 此规定，医院取消其专科护士资质的认可。

（三）省 / 国家级专科护士参与院内本专科护理会诊及疑难病例讨论与处理。

（四）省 / 国家级专科护士承担医院护理人员专业理论教学和技能示教；院内专科护士 承担本科系或单元内护理人员专业理论教学和技能示教。

（五）专科护士应采取多种途径学习本专科护理新理论、新技术，开展专科护理及科研 工作，带动本专科护理工作的发展。

文件名称	新入职护士规范化岗前培训制度				
文件编号	A08-ZD-074-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

新入职护士规范化岗前培训制度

为落实新入职护士规范化培训工作，培养合格临床护士，根据河北省卫计委《新入职护士培训大纲（试行）》，制定新入职护士规范化岗前培训制度。

一、新入职护士即院校毕业后新进入护理岗位工作的护士。

二、新入职护士培训分为基础培训、专业理论与实践能力培训。基础培训由人事处和护理部负责，时间为四周；专业理论与实践能力培训由各轮转科室负责，时间为24个月。

三、培训内容包括：医疗相关法律、法规、医务人员职业道德规范、医院文化、医院各项护理工作制度、医院感染管理知识教育、护理人员行为规范、护理技术操作技能、沟通技巧、护理文件书写规范等。

四、新入职护士须接受我院岗前教育培训和考核，考核达标后方可进入临床从事护理工作。

五、对培训考核不合格者，给予一次补考机会，补考合格后可结业，不合格者视情况延期转正。

文件名称	新入职护士轮转制度				
文件编号	A08-ZD-075-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

新入职护士轮转制度

一、护理部根据河北省卫计委《新入职护士培训大纲（试行）》及医院护理工作实际情况，制定新入职护士轮转计划。

二、新入职护士轮转分为轮转期（12个月）和相对专业固定科室（12个月），在轮转期内每个科室轮转期限为2-3个月，相对固定科室3个月后经科室培训考核合格方可申请工号。

三、各科室制定适合本科室的新入职护士培训计划并落实，安排N2层级及以上护理人员担任带教老师，并专人带教，严格管理。

四、轮转期间，轮转护士应遵守医院各项规章制度，尽快熟悉科室工作，掌握本科室专业知识及操作规范，在轮转期间不得独立值班，应在上级护士的指导下完成各项护理工作，书写护理文件要有上级护士签字。

五、科室轮转结束后，科室护士长及带教老师应对轮转护士进行出科考核，并认真填写轮转培训记录。

六、为检验新入职护士轮转效果及提高科室带教质量，轮转结束后，轮转护士和科室均需认真填写《临床科室护理带教质量评价表》及《临床科室对转科大学生评价表》。

文件名称	临床护理教学管理制度				
文件编号	A08-ZD-076-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

临床护理教学管理制度

一、由护理教研室设专人负责临床护理教学工作。

二、护理教研室根据各院校实习教学大纲要求，结合医院实际情况制定《实习护生年度培养规划》、《护生实习守则》、《护理理论年度教学计划》、《护理基本技能操作考核计划》、《实习护生轮转表》并组织实施。

三、按照医院护理教学老师任职资格的要求，每年对带教老师进行带教资格认定，优化临床护理教学队伍。

四、实习护生进入临床实习前由护理教研室统一组织安排岗前培训，考核合格方可进入临床实习。

五、科室带教工作严格按照教学计划落实，护士长应根据实习护生的学历、资质及考试结果合理安排带教老师，并监督教学计划的执行情况。

六、加强实习过程中的管理，严明实习纪律、做好学生的思想政治工作，加强对学生的生活和学习管理，使之顺利完成实习任务。

七、护理教研室每月组织一次针对全体学生的学术讲座和临床基本技能操作考核，并对各临床科室的教学质量和学习效果进行督导检查。

八、实习过程中实行双向教学评价。每科轮转结束后，带教老师或护士长通过《科室对护生评价表》对每一名学生的实习情况进行评价，同时将评价结果如实记录在实习手册中；每一名学生通过《护生对带教老师和带教科室评价表》对临床科室及带教老师的教学工作进行反向评价，以此改进临床带教质量，实现教学相长。

九、实习护生在实习期间，护理教研室随时与校方沟通联系，征求学校对带教工作的意见及建议，提高临床教学质量。

十、实习结束前，根据各科室实习鉴定，综合实习护生日常表现及考试成绩，为其填写实习鉴定总结，并根据实习期间的整体表现，评选出优秀实习护生。

附：

临床带教老师准入资格

- 一、注册护士，具备本科及以上学历，护师以上职称，且在本专科工作 3 年以上者。
- 二、爱岗敬业，责任心强，理论知识扎实，技能操作熟练，有良好的沟通能力。
- 三、热爱教学工作，关心学生，教学意识强。工作中严格执行各项规章制度，为学生树立良好形象。
- 四、考试成绩在科室名列前茅，每年参加护理部组织的理论、技能考试，成绩不低于全院平均分。
- 五、能胜任本专科的理论授课任务，能规范的组织、参与护理教学查房。
- 六、每年实习护生的带教情况评议中，有三个以上实习小组提出异议的将取消带教资格。

文件名称	护理进修人员管理制度				
文件编号	A08-ZD-077-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理进修人员管理制度

为进一步做好护理进修人员的带教和管理工作，确保来院进修生学有所获，提高护理带教水平实现教学相长，特制订本制度。

一、进修生的资格准入

(一) 临床工作满三年以上、取得护师资格证书、本科及以上学历的护士，可申请来我院进修。

(二) 符合以上资格的进修生按规定时间进行报到，报到时需持护士注册证、最高学历毕业证和身份证的原件及复印件。

(三) 护理教研室专职人员负责对进修护士的资格进行审核。

二、进修人员的要求

(一) 进修护士临床工作中，应养成科学严谨、谦虚谨慎的工作态度和一丝不苟、认真细致的工作作风。

(二) 进修护士在进修期间因病、因事等需请假时，应严格履行进修人员请假制度（附后）。

(三) 进修人员在进修期间应在带教老师的监督指导下完成工作，进修护士如在临床工作中发生差错、事故或护患纠纷等问题，除进修生本人承担责任外，所在科室和指导教师应承担相应责任，并视情节轻重按有关规定进行处理。

(四) 进修生进修期间客观如实填写《承德市中心医院进修人员鉴定表》。

三、临床科室对进修生的管理

(一) 科室制定进修带教计划，安排专职带教老师对进修生进行“一对一”模式的带教。

(二) 护士长监督带教计划的落实，并对科室教学质量和效果进行考核和评价。

(三) 进修结束时，由护士长对进修生进行客观评价，并将评价结果客观如实的填写在

《承德市中心医院进修人员鉴定表》中。

四、护理教研室对进修生的管理

（一）护理教研室专职人员负责护理进修生的全程管理，包括资格审查、岗前教育、办理餐卡和胸卡、按照进修生的学习意向安排进修科室等事宜。

（二）进修生入科后，护理教研室负责与相关科室沟通联系、了解进修生的服务态度、劳动纪律、进修效果等。每月集中组织一次护理专业理论授课及临床基本技能培训，每月对临床科室的带教计划落实情况进行督导检查，对带教质量和学习效果进行考核评价。

（三）进修结束后，由护理教研室主任对进修情况进行鉴定，并将鉴定结果客观如实填写在《承德市中心医院进修人员鉴定表》中。进修满3个月，发放《承德市中心医院进修结业证》。

附:

进修生请假制度

1. 病假、事假 <1 天: 进修生可直接与科室护士长及带教老师沟通, 经许可后方可休假。

2. 事假或病假 2-7 天:

(1) 事假: 由进修生本人到护理教研室说明理由并填写请假条, 经护理教研室主任及科室护士长同意签字后方可休假。

(2) 病假: 由进修生本人持我院的诊断书到护理教研室填写请假条, 经教研室主任和科室护士长同意签字后方可休假。

3. 事假、病假超过 7 天:

(1) 事假: 本人向原单位护理部申请, 由原单位护理部开具请假函, 进修生持原单位请假函方可到教研室填写请假条, 并获得护理教研室主任同意签字后方可休假。

(2) 病假: 进修生向原单位护理部申请, 由原单位护理部开具请假函, 进修生持原单位请假函和我院的诊断书到护理教研室填写请假条, 经护理教研室主任同意签字后方可休假。

文件名称	护理部主任考核制度				
文件编号	A08-ZD-078-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理部主任考核制度

- 一、严格按护理部主任工作职责进行考核。
- 二、由主管院长对护理部主任进行考核并通过询问护士长、护士和科主任等方式。
- 三、主管院长不定期与护理部主任进行沟通，发现不足，及时指出，并提出建设性意见。
- 四、对所提出建设性意见的落实情况进行跟踪考核。
- 五、将考核结果纳入绩效考核。



文件名称	护理部副主任考核制度				
文件编号	A08-ZD-079-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护理部副主任考核制度

一、严格按护理部副主任职责进行考核。

二、护理部主任根据平时工作情况（工作主动性、完成任务情况、完成任务的质量、沟通与协调能力等）进行综合考核。

三、将考核结果与副主任进行沟通，提出建设性意见。

四、将考核结果纳入绩效考核。

文件名称	科护士长考核制度				
文件编号	A08-ZD-080-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

科护士长考核制度

- 一、由护理部主任（副主任）按科护士长职责进行考核。
- 二、每季度对科护士长考核一次并及时反馈。
- 三、对多次提出的共性问题不改正者，护理部分析原因，提出建设性意见，及时与科护士长进行沟通或向主管院长汇报。
- 四、将考核结果纳入绩效考核。



文件名称	护士长考核制度				
文件编号	A08-ZD-081-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护士长考核制度

- 一、由护理部主任和科护士长对其进行考核，认真执行考核标准（按护士长职责和工作标准）。
- 二、每季度对护士长考核一次并及时反馈。
- 三、科护士长定期深入临床对护士长进行具体检查和指导，并将检查结果与季度考评相结合。
- 四、护理部主任将不定期对护士长进行抽查。
- 五、将考核结果纳入绩效考核。

文件名称	护士长工作制度				
文件编号	A08-ZD-082-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护士长工作制度

一、护士长在护理部及科室主任的领导下实施护理管理工作，服从医院及护理部各项工作安排，按时完成各项工作任务。

二、护士长负责本科室的护理管理、培训、考核、技术指导等工作。

三、护士长定期向护理部汇报科室工作情况。

四、护士长带领护理人员严格遵守医院及护理部各项规章制度和操作规程，认真履行岗位职责。

五、护士长熟练掌握各项管理职能，具备扎实的专科理论知识和娴熟的操作技能。

六、护士长按时参加医院及护理部会议，准确及时传达会议精神，按时落实工作任务。

七、护士长遇有突发、重大或特殊事件，应及时向护理部汇报情况。

八、护士长随时保持手机畅通，需请假时按照《承德市中心医院护理人员请假制度》执行。

文件名称	护士长值班制度				
文件编号	A08-ZD-083-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

护士长值班制度

为保障医院非正常工作时间的护理质量和安全，提高应对各种护理突发事件的能力，确保护理工作平稳有序运行，医院规定全体护士长必须参与非工作时间值班。

一、本制度适用于夜间、节假日等非正常工作时间的护士长值班。值班时间：上午 8:00-12:00，下午：冬季 12:00-17:00，夏季 12:00-17:30，夜班：冬季 17:00- 次日 8:00，夏季 17:30- 次日 8:00，护士长值班日期按护理部排班表进行。

二、严格落实值班制度，护士长值班实行交接班签到制度。交接班签到地点设在总机值班室。

三、接班时提前 5 分钟到总机值班室签到，领取值班查房记录本。

四、交班时须将填写完成的值班查房记录本交回总机值班室并签字。

五、值班必须在岗，严禁脱岗，值班期间必须保持通讯畅通。

六、因故需调班、替班时，需提前请示护理部，经批准同意后，可在值班人员内调整并通知总机，不得擅自找人代替。

七、值班期间要认真履行职责，严格按照护理部要求的非工作时间查房内容对科室护理工作进行检查。科室有危重患者抢救及护理工作中的疑难问题及困难时，要及时帮助指导。

八、严格落实《承德市中心医院请示报告制度》。对突发大型抢救、公共卫生事件及其他紧急情况要亲临现场按医院应急预案进行处置，同时报告医院总值班、护理部主任，必要时调动应急库护士参与抢救工作。

九、认真填写护士长查房记录本，做简明扼要的查房小结，夜班值班结束后，次日晨到监控室查看 5 个科室夜间护士值班录像情况。

十、每月护理部在护士长例会上对当月护士长非工作时间查房情况做分析、总结，并提出改进措施。

文件名称	沟通及请示报告制度				
文件编号	A08-ZD-084-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

沟通及请示报告制度

一、科室护理人员在护理工作中遇有特殊情况或自己难以解决的问题时，应及时报告护士长，如护患纠纷、仪器设备的损坏、毒麻药品的短缺、患者违反住院规定、发现安全隐患、发现可疑人等，护士长接到报告后及时了解问题，采取有效措施，并按规定逐级上报科护士长、护理部。

二、护士长对本病区护理工作中出现的特殊问题、护理人员的特殊情况、派出人员学习等，应当以口头或书面形式向护理部或相关部门领导请示报告。

三、护士长定期征求护士对科室管理的意见和建议，了解护士的学习、生活和思想动态。

四、护士长要随时征求患者及陪护人员的意见，对于新入院患者，应在24小时内与患者进行沟通了解情况。新入院的危重患者，护士长应立即查看患者掌握病情，指导责任护士制定护理计划，督促护理措施的落实。在患者出院前主动征求患者住院期间的意见和建议。

五、护士长、责任护士应当与医生保持有效沟通，保证医嘱按时正确执行，并及时将患者的有关治疗康复等问题反馈给医生，便于医生掌握患者的情况，做出处理。护士长应定期征求医生、护士对护理工作的意见和建议。

六、护士长应与协作科室、后勤保障处、信息中心等保持有效沟通，确保本护理单元环境整洁，水、电、气、暖等正常供应，信息网络安全畅通，各项护理工作的顺利进行。

文件名称	节假日期间护理安全管理制度				
文件编号	A08-ZD-085-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

节假日期间护理安全管理制度

一、各病区护士长督导科室护理人员对节假日期间继续住院治疗的患者及陪护人员做好宣教，以取得患者及陪护人员的配合，确保节假日安全。

二、护士长根据病区工作安排好节假日值班、备班人员。

三、严格落实护理查对制度、值班交接班制度、分级护理制度，做好书面和床头交接班，确保患者安全。

四、按照分级护理要求按时巡视，患者不在病室时，立即寻找并报告。

五、科室药品、物品及急救车按要求清点，抢救物品做到应急备用。

六、值班人员应坚守岗位，不得串岗、脱岗。

七、遇可疑人或事及突发情况难以处理时要逐级报告。

八、节假日期间不使用的房间应当加锁或贴封条，治疗室、处置室、值班室等处做到人走关灯、关门。

九、遇有重大抢救或特殊情况，值班护士应当及时逐级上报。

文件名称	新型冠状病毒肺炎护理应急处置制度				
文件编号	A08-ZD-086-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

新型冠状病毒肺炎护理应急处置制度

一、组建护理队伍

护理部接到疫情防控工作安排指令，依据患者数量及情况，立即根据要求从临床科室抽调护理人员，安排至相应的区域待命。区域负责人负责具体的工作安排。

二、培训护理人员

根据疫情防控要求，进行相关专业的知识培训，掌握消毒隔离及职业防护技能，确保安全防护到位，工作进行顺利。

三、参与医院梳理疫情防控流程

依据医院感染防控的各项要求，合理安排疫情防控的各项工作。

四、落实工作流程与要求

严格贯彻落实疫情防控相关文件要求及各项防控措施，按流程及要求做好急诊、发热门诊及过渡病房各项工作安排，切实做好疫情防控工作。

五、弹性调整护理值班人员

依据患者数量及具体的工作情况，弹性调整护理值班人员的数量及班次，确保疫情防控工作顺利进行。

文件名称	治疗室工作制度				
文件编号	A08-ZD-087-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

治疗室工作制度

- 一、室内布局合理，保持清洁卫生，物品摆放整齐有序。
- 二、非工作人员不得进入治疗室，进入治疗室必须穿工作服、戴口罩，必要时戴圆帽。
- 三、严格执行无菌技术及护理查对制度，确保所有物品无过期。无菌物品与非无菌物品应分开放置，灭菌物品应注明灭菌日期，并按日期先后依次摆放。
- 四、各种药品分类放置，标识明显，严格执行《承德市中心医院病区药品管理制度》。
- 五、开封后的液体瓶口处用瓶口贴封盖，并注明开启时间，开启的静脉输入液体不得超过2小时。
- 六、严格执行《承德市中心医院病区医用冰箱管理规定》，冰箱内物品放置有序，药品标识清楚，无非医疗用品。
- 七、各种物品应定点放置，专人管理，使用后及时补充或清洁、消毒、灭菌。
- 八、正确配制、使用各种消毒液，保持浓度达标，体温计、口服药杯等物品消毒处理后定位放置备用。
- 九、每项工作完成后要及时清理室内卫生，每周进行一次彻底清扫，台面、地面污染应使用含氯消毒液擦拭。
- 十、每日紫外线空气消毒一次，紫外线灯管应每周用75%酒精擦拭一次，并有记录签名。按要求定期进行空气和无菌物品采样细菌培养。
- 十一、按照《承德市中心医院医疗废物管理实施细则》要求认真做好医疗废物分类、交接工作。

文件名称	处置室工作制度				
文件编号	A08-ZD-088-06			发布部门	护理部
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

处置室工作制度

一、室内布局合理，保持清洁卫生，物品摆放整齐有序。

二、非工作人员和换药患者不得进入处置室，工作人员进入处置室必须穿工作服、戴口罩及圆帽，严格遵守无菌技术操作原则。

三、严格执行无菌技术及护理查对制度，确保所有物品无过期。无菌物品与非无菌物品应分开放置，灭菌物品应注明灭菌日期，并按日期先后依次摆放。

四、配制无菌消毒棉球的容器应每日更换，无菌持物钳每4小时更换。

五、正确配制、使用各种消毒液，保持浓度达标。

六、根据伤口情况备齐换药物品，应按清洁伤口、感染伤口、隔离伤口依次换药，换药操作轻柔，程序规范，包扎符合要求。

七、各种物品应定点放置，专人管理，使用后及时补充或清洁、消毒、灭菌。

八、每日紫外线空气消毒一次，紫外线灯管应每周用75%酒精擦拭一次，并有记录签名。按要求定期进行空气和无菌物品采样细菌培养。

九、每项工作完成后要及时清理室内卫生，每周进行一次彻底清扫，台面、地面污染应使用含氯消毒液擦拭。

十、按照《承德市中心医院医疗废物管理实施细则》要求认真做好医疗废物分类、交接工作。

文件名称	急诊科护理工作制度				
文件编号	A08-ZD-089-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

急诊科护理工作制度

一、急诊科按功能划分为院前急救区、抢救区、留观区、重症监护室（EICU）、急诊住院病房。急诊科护理人员相对固定，且由工作三年以上有一定临床经验和技术水平的护士担任，实习护生、轮转护士、进修人员不得单独值班。

二、急诊护士负责协助医生完成抢救、监护、治疗、观察中各项护理工作。护理人员应坚守岗位，各司其职，严格执行急诊各项规章制度和技术操作规程，建立各种危重患者抢救工作流程。

三、各区域护士职责

（一）院前往诊护士：主要负责院前首趟往诊的护理工作，负责设备区物品、药品以及相关设备的管理工作，无院前往诊时听从护理组长安排，负责协助预检分诊及抢救室相关护理工作。

（二）预检分诊护士：分诊护士依据患者病情、病史、生命体征及相关的检查进行预检分诊，按预检分诊结果及时安排患者到相应区域就诊。遇病情危重者，立即送入抢救室，先抢救后挂号，遇成批患者抢救时，依据《重大创伤紧急救治预案》进行抢救。负责分诊台相关的院感防控、交接、登记等相关工作，确保分诊工作规范。

（三）抢救区护士：负责对进入A区患者的相关救治工作，对抢救患者进行病情评估、生命体征监测、抢救记录书写，补充整理急救物品，维护管理抢救室急救设备，做到帐物相符、性能完好。遇疑难、特殊患者及成批患者抢救应及时上报。

（四）重症监护室护士：负责对重症监护室患者进行相关生命体征监测、各种诊疗措施的规范实施，重症记录书写，院感相关措施的落实，维护管理监护室急救设备，做到帐物相符、性能完好。

（五）急诊住院病房护士：负责对急诊住院患者按照住院病房护士职责落实相关诊疗护

理工作。

四、成批患者抢救工作

(一) 预检分诊护士根据单位时间内同一致病伤因素及就诊人数,按照预案规定分为一、二、三级,人数3~5名为一级,人数6~9名为二级,超过10人为三级,依据受伤人数及时启动相应预案。

(二) 成批患者到达或接到抢救通知时,预检分诊护士立即向科主任,护士长报告,护士长负责统一指挥和人员分工。由科主任、护士长根据情况决定启动相应应急救治预案,并上报科护士长、护理部、医务处。

(三) 护士长负责成批患者抢救护理工作的现场协调与指挥,组织指导、检查各区域护理组的工作,协调物资供应及外援护士配备。

(四) 护理人员按分诊、抢救、急诊诊疗、普通诊疗进行分组,组长负责组员的分工并指导外援护士工作。

1. 分诊组护士负责对患者进行检伤分类分级、佩带红(危重伤第一优先)、黄(中重伤第二优先)、绿(轻伤第三优先)、黑(死亡)胸卡,分别送至重症抢救区(A区)、急诊诊疗区(B区)、普通诊疗区(C区)进行处置,并负责做好相关登记工作。

2. 抢救组护士负责对第一优先患者进行呼吸循环支持与评估、生命体征监测和病情记录,对死亡者行尸体料理。急诊诊疗组护士负责第二优先患者的伤情评估、补液,协助医生进行检查和处置。普通诊疗组护士负责第三优先患者的病情观察,协同检查、治疗及转运等工作。

五、急诊各类抢救药品、急救器材、急救设备应性能完好,时刻保持功能状态,由专人管理,固定放置,经常检查、校准,及时补充、消毒、更新和维护,不得任意挪用或外借。

六、遇重大抢救及有法律纠纷的患者,应立即逐级上报。

七、在急诊科发现传染病或疑似患者时应立即就地隔离,进行消毒、逐级上报,并根据情况将患者转入隔离病室或传染病院。

文件名称	重症医学科护理工作制度				
文件编号	A08-ZD-090-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

重症医学科护理工作制度

一、重症医学科必须保持清洁、整齐、安静。凡进入重症医学科的工作人员按规定穿工作服、戴工作帽、更换拖鞋或戴鞋套，外出时必须穿外出工作服，更换外出鞋。

二、保持室内空气净化装置性能完好，医疗区域内温度应维持在 $24 \pm 1.5^{\circ}\text{C}$ ，湿度保持在 $55\% \sim 65\%$ 。

三、重症医学科的护士必须是经过 3-6 个月监护室理论和技能培训，且考核合格，取得重症医学科护理岗位资格者，应掌握各种监护设备、急救器材的性能和使用方法，并熟练掌握监护技术与急救技术，严格遵守各项规章制度及技术操作规范。

四、值班人员对入住重症医学科的重危患者，进行 24 小时床旁监护，密切观察病情变化，严密监测各项指征，准确进行护理记录。

五、重症医学科仪器、设备应专人管理，定期检查、维护，随时处于备用状态。对各种器械、药品做到专人、定位、定量保管，按时清点，及时补充并记录。

六、工作人员必须严格执行消毒隔离制度和无菌技术操作规范。进行空气及物表细菌培养，并将检测结果保存备查。

七、室内应减少人员流动，凡与本室无关人员不得入内。重症医学科的患者不得陪护，如病情允许可按规定时间及要求探视。

文件名称	产房护理工作制度				
文件编号	A08-ZD-091-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

产房护理工作制度

一、产房设 24 小时值班，值班人员不得擅自离开岗位。工作人员进入产房时，必须更换手术衣裤，换专用鞋，戴工作帽和口罩，严格执行无菌操作技术。外出时换外出工作服及外出鞋。非产房人员不得擅自进入产房。

二、医护人员要热情接待产妇，产房值班人员应严密观察和详细记录产程进展情况，发现产程异常，须立即报告医师并及时处理。要严格执行交接班制度，认真交待产程进展情况，接班人员要测血压、听胎心、必要时行阴道检查，了解宫口情况并作记录。

三、有传染病或疑似传染病产妇分娩时，应先进入隔离待产室待产，再进入隔离分娩室分娩，分娩后及时消毒处理，物表及地面用 1000mg/L 有效氯消毒液擦拭（必要时用 2000mg/L 含氯消毒液）后，紫外线消毒空气 1 小时后开窗通风。

四、医护人员在给产妇助产、手术时要严格执行无菌技术操作、助产技术操作及产房消毒隔离制度。

五、产房应保持清洁，每日开窗通风，按要求进行空气消毒，每日用 500mg/L 有效氯消毒液擦拭物体表面 1 次，温度保持在 24 ~ 26℃，相对湿度 55% ~ 65%。

六、产房、待产室应配备的急救药品、器材，有专人管理、定位放置，器材应定期保养维护。毒麻药品应加锁管理，班班清点登记，使用后及时记录、补充。

七、医护人员助产时，台下巡回护士不得擅自离开产房，应密切配合助产人员及时提供所需的各种药品、器械、敷料等。准确记录胎儿、胎盘娩出时间。

八、出生的新生儿处理脐带后，必须经产妇确认性别，并仔细查体，发现异常及时告知陪护人员或产妇并记录。在新生儿病历指定位置按上新生儿双足印，并佩戴双腕带，记录性别、出生时间、母亲姓名、床号、病案号等。

九、新生儿出生后除母婴有异常情况不能接触外，60 分钟内均应与母亲进行皮肤接触



30 分钟以上，产房人员要给予协助。

十、新生儿出生后除有异常情况外，即刻肌肉注射维生素 K1，按时接种乙肝疫苗、卡介苗。

十一、分娩结束后，助产人员要及时准确填写各种表格。密切观察第四产程，无异常情况送回母婴同室病房。

文件名称	母婴同室病房护理工作制度				
文件编号	A08-ZD-092-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

母婴同室病房护理工作制度

一、母婴同室病房工作的医护人员，必须具有爱婴精神，服务主动热情，责任心强，工作细心、耐心。并经过母乳喂养知识及技术培训，考核合格后方可上岗。

二、住院分娩的产妇及新生儿无特殊情况均入母婴同室病房。

三、医护人员进入母婴同室病房时，应着工作服，戴口罩，接触母婴时要洗手，并认真执行各项技术规范。

四、母婴同室病房每天用 500mg/L 有效氯消毒液擦拭室内用物，每日开窗通风 2 次，每次 1 小时。传染病及感染产妇入过渡病房，按有关消毒隔离制度进行处理。

五、母婴同室病房要实行责任制整体护理，每班护士要协助和指导产妇进行哺乳，及时解决出现的问题，教会产妇正确的挤奶方法。定时给新生儿更换尿布，教会并协助产妇护理新生儿，并做好出院指导。

六、产妇有严重合并症如心衰、子痫、重要脏器功能衰竭等暂不入母婴同室，转入重症监护室或抢救室，待病情好转后酌情母婴同室。产妇患有传染病、性病、精神病等不宜母乳喂养时，应遵医嘱进行人工喂养。

七、新生儿出生 60 分钟内与母亲进行皮肤接触，并在医护人员的指导下开始哺乳。剖宫产出生的新生儿，在手术室与产妇进行脸贴脸的皮肤接触，回病房后将新生儿放在产妇胸前进行皮肤接触 30 分钟以上。

八、对于高危新生儿，视情况给予脉氧监测或入住新生儿科。

九、母婴同室病房陪伴陪护人员应遵守《承德市中心医院患者探视、陪护制度》。

文件名称	婴儿沐浴室工作制度				
文件编号	A08-ZD-093-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

婴儿沐浴室工作制度

一、婴儿沐浴室保持清洁、整齐，物品摆放有序，非工作人员不得入内，非沐浴用物不得放入沐浴室。

二、工作人员着装整齐，剪指甲，凡患呼吸道、皮肤感染及其他传染患者均不得接触婴儿进行沐浴操作。

三、严格执行患者身份识别制度，沐浴前后必须认真核对腕带信息，与陪护人员做好交接。

四、操作人员熟练掌握新生儿沐浴技术，防止受凉、烫伤、摔伤等意外情况发生，新生儿物品专人专用，避免交叉感染。

五、认真落实护理查对制度，做好疫苗接种、新生儿疾病筛查、听力筛查初筛等工作。

六、做好新生儿沐浴室的消毒隔离工作，每日用含氯消毒液物表擦拭一次，紫外线灯消毒一次，并定期做细菌培养。

文件名称	新生儿科护理工作制度				
文件编号	A08-ZD-094-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

新生儿科护理工作制度

一、新生儿监护室室温保持在 22 ~ 24℃，湿度在 55 ~ 65%，环境清洁整齐。

二、非本室工作人员严禁入内，在患儿病情允许的情况下，陪护人员在规定的时间内，穿隔离衣、戴口罩、穿鞋套可入室探视。

三、工作人员入室前应洗手，穿室内工作衣，戴口罩，更换专用鞋，接触每个新生儿前后洗手。

四、严格落实护理查对制度、床旁交接班制度等核心制度，对患儿进行持续床旁监护，密切观察病情，严密监测各项指征，发现病情变化及时通知医生。

五、严格执行各项无菌技术操作及新生儿室医院感染管理制度。对患儿有或疑似传染病的患儿采取隔离措施，并按相关规定及时上报。

六、新生儿科的干、湿纸巾、奶嘴、奶瓶、尿裤均为一次性物品，专人专用不可混淆。新生儿衣服、被服，送洗衣房清洗后经供应室消毒后方可再用。新生儿出院后床单元要进行终末消毒处理。

七、新生儿入室必须与家属共同核对患儿身份信息并办理交接手续。

八、新生儿科实行双腕带管理。

九、室内物表及地面每日用含氯消毒液（浓度 500mg/L）擦拭两次。

十、室内物品、器械专人管理，定点放置；急救药品和物品完好备用。

文件名称	导管室护理工作制度				
文件编号	A08-ZD-095-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

导管室护理工作制度

一、护士言行符合护士礼仪规范。进入导管室必须更换无菌衣裤、鞋，戴帽子口罩，外出时应更换外出鞋，穿外出衣。手术完毕后放回指定地点。

二、保持工作间清洁、整齐、肃静，禁止吸烟，除参加手术及有关人员外，其他人员不得进入。值班人员应坚守岗位，不得擅离岗位。

三、接到介入手术预约通知单或急诊电话通知后，值班人员负责准备手术器械和敷料，安排手术。

四、手术前后值班护士认真核查患者身份，填写手术交接单及手术安全核查表，严格执行无菌操作技术，严格执行消毒隔离制度，防止院内感染、跌倒/坠床发生。

五、手术前后值班护士负责清点、核对物品，术毕整理。各种仪器、设备、药品、物品固定放置，专人负责，处于应急备用状态，定期维护和保养。室内一切物品未经负责人许可，不得擅自外借。

六、进入手术间人数应严格控制，患者家属及亲友一律谢绝参观，注意放射防护。

七、导管室护士应熟练掌握各项护理操作技术及术中手术配合，随时应对各种抢救。

文件名称	手术室护理工作制度				
文件编号	A08-ZD-096-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

手术室护理工作制度

一、手术室应认真做好术前各项准备工作，保障手术顺利实施。

二、手术室护士按时接送患者（首台、夜班、节假日），与病区护士认真查对患者身份信息及各项手术前的准备及检查，认真填写手术患者交接记录单。

三、凡进入手术室人员必须遵守手术室各项规章制度，更换手术室专用的衣、帽、口罩、鞋。参观手术室须经医务处、护理部批准，方可进入。

四、保持手术环境安静，不谈论与手术无关的话题，不得随意进入其他手术间。

五、手术人员应严格遵守无菌技术操作原则，先做无菌手术，后做有菌手术，有条件者应分开进行。

六、严格执行查对制度，如：手术患者的安全核查、手术部位标识、用药、输血、输液、标本等。在关闭颅、胸、腹腔等切口前，必须与手术医生共同确认，认真清点器械、缝针、敷料等，待清点无误后，方可关闭切口。

七、术后污染的器械应及时预处理，由消毒供应室集中清洗、灭菌，凡特殊感染手术器械、敷料，按消毒隔离制度进行彻底消毒。

八、严格执行手术室消毒隔离制度，做好环境保洁工作。每季度进行空气质量监测，报告单保存备查。无菌手术切口发生感染时，应与临床科室共同查找原因，采取改进措施。每月做好手术统计工作。

九、无菌物品间、一次性物品间、药品等应设专人管理，定期检查有效期和数量。

十、手术室实行 24 小时值班制，值班人员要坚守岗位，确保抢救和急诊手术及时、有效实施。

十一、妥善保存手术标本，核对后与病理检查申请单一起放到标本间。按规定时间由专人送病理科，与病理科人员当面交接并签字确认。

文件名称	影像中心护士工作制度				
文件编号	A08-ZD-097-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

影像中心护士工作制度

- 一、在科主任及护士长的领导下做好本职工作。
- 二、仔细阅读申请单做好预约登记工作。
- 三、认真遵守各项规章制度，严格执行护理查对制度，防止差错事故的发生。
- 四、应用对比剂、示踪剂药物时要遵照相关规定和要求进行操作、密切观察患者情况，如出现药物不良反应立即采取急救措施。
- 五、做好急危重症患者的抢救工作，按时清点抢救车，确保急救药品及设备完好。
- 六、放射性废物必须按有关规定进行妥善处理，并做好放射性药物的存储、保管等工作。
- 七、做好科室的清洁消毒工作，防止交叉感染。

文件名称	血液透析室护理工作制度				
文件编号	A08-ZD-098-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

血液透析室护理工作制度

一、医护人员进入血液透析室应穿工作服、戴工作帽、换工作鞋。操作前应洗手、戴口罩、带一次性手套，对不同患者进行操作，必须更换手套。

二、凡需进行血液透析治疗的患者，经血液透析室专科医师会诊同意后方可进行。

三、护士对接受血液透析治疗的患者，应按照医嘱执行治疗方案。长期治疗的患者，每次治疗前，询问上次治疗后的反应、饮食及用药情况并测体重、血压、心率、呼吸等。

四、严格执行各项操作规范和规章制度，认真作好血液透析记录，各项资料均应妥善保管。

五、对门诊治疗的患者护理人员应指导患者的饮食、用药，必要时进行随访观察。

六、血液透析室应备有常用的急救器材（抢救车、除颤器、心电图机等）及药品，定期检查，及时补充。各种治疗设备指定专人管理，定期保养，每日用消毒液擦拭，及时记录故障、维修情况。遇有故障，立即停止治疗查明原因，并及时处理。

七、对乙肝、丙肝等有传染性疾病的患者应在专设的隔离室应用专用透析机进行治疗。

八、严格区分清洁区、半污染区和污染区。各区清洁工具严格区分，设有明显标志，定时消毒。

九、治疗室每日进行清洁，定时通风，保持室内温湿度适宜。

十、使用后的一次性透析耗材在垃圾处理室进行毁形处理后放入黄色垃圾袋内统一转运并做好医疗废物交接登记。

文件名称	门诊护理工作制度				
文件编号	A08-ZD-99-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

门诊护理工作制度

一、门诊按功能分为挂号区、分诊区、候诊区、就诊区、检查室、采血室等，门诊护士负责门诊患者的就诊分诊、巡查、标本采集及健康宣教等工作。

二、分诊台、治疗室、处置室及采血室护士要合理安排患者就诊及检查治疗时间。

三、分诊护士负责督促医生准时开诊保证就诊环节通畅，疏导患者在候诊厅安静候诊，维持候诊厅的秩序，保证患者按序就诊。

四、分诊护士应耐心解答就诊患者的询问，主动帮助遇到困难的患者，对特殊及高龄患者适当优先安排就诊。

五、分诊护士对候诊的患者进行健康教育，告知就医流程，主动介绍科室专家的特长以及出诊时间。

六、巡查护士及时巡视，负责维持诊区的秩序，随时与分诊护士取得联系，发现问题及时解决。

七、各诊区应制定相应的应急预案。超声科、放射科、心电室等医技科室应配备急救物品及药品。患者在就诊、检查、治疗中发生病情突然变化时应按照相关应急预案处理并及时呼叫院内 120。

八、巡查护士主动帮助行动不便的患者，提供必要的便民设施，主动制止外来人员在院内做宣传、调查、推销药械等行为。接待患者投诉，及时报告突发意外事件。

九、严格执行消毒、隔离制度，防止医院内感染，发现可疑传染病患者及时报告，并采取相应的隔离措施。

十、治疗室、检查室、处置室及采血室的护理人员严格执行各项规章制度和操作规程，保证患者及时检查和治疗。

文件名称	门诊外科处置室护理工作制度				
文件编号	A08-ZD-100-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

门诊外科处置室护理工作制度

- 一、进入处置室必须穿工作服，进行无菌操作时必须洗手、戴帽子、口罩。
- 二、保持室内整洁，每日消毒液擦拭桌面、地面，紫外线空气消毒每日一次并登记。
- 三、严格执行无菌操作技术及查对制度，无菌物品专柜放置，确保无菌物品在有效期内。
- 四、严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染。
- 五、器械物品分类放置，标识明显，定期检查、维护、保养。
- 六、按照《承德市中心医院医疗废物管理实施细则》要求，做好医疗垃圾分类管理。



文件名称	门诊手术室护理工作制度				
文件编号	A08-ZD-101-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

门诊手术室护理工作制度

- 一、进入手术室时必须按要求穿工作服、戴工作帽、口罩，更换专用拖鞋或鞋套。
- 二、非手术室工作人员未经许可不得擅自进入手术室，严格限制手术间参观学习人员。
- 三、凡进入手术室人员，应严格执行手术室消毒隔离制度和无菌技术规范，防止交叉感染。
- 四、严格执行查对制度，做好术中配合工作。
- 五、保持室内安静和整洁，每日消毒液擦拭桌面、地面，紫外线空气消毒每日一次并登记，定期做细菌培养。
- 六、仪器、物品、药品等专人管理，定位、定量保管、定时清点、定期维护保养。
- 七、负责保存和送检手术采集的标本，认真告知手术后注意事项及换药、复诊时间。
- 八、按照《承德市中心医院医疗废物管理实施细则》要求，做好医疗垃圾分类管理。

文件名称	门诊口腔科诊室护理工作制度				
文件编号	A08-ZD-102-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

门诊口腔科诊室护理工作制度

一、口腔科门诊护士在门诊护士长和科室负责人的领导下进行工作。

二、护士应做到关心体贴患者、态度和蔼、有礼貌、主动热情、耐心解答患者问题，有计划安排就诊。

三、对重症、年老及急危患者，提前安排就诊。

四、做好分诊工作，严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染。

五、保持诊疗室清洁，加强自然通风，治疗前后用消毒液擦拭工作台面、座椅及地面，每日紫外线进行空气消毒 30-60 分钟，每周对工作环境进行一次彻底清洁消毒处理。

六、进入患者口腔内的所有诊疗器械必须达到“一人一用一消毒或灭菌”的要求。

七、接触破损粘膜、血液、穿破口腔组织或骨组织的器械必须灭菌。

八、接触患者完整粘膜、皮肤的口腔诊疗器械必须消毒。

九、对器械进行清洗、消毒或灭菌过程中应做好个人防护。



附:

口腔器械消毒流程

1. 口腔诊疗器械使用后，及时用流动水彻底清洗，对结构复杂、缝隙多的器械，采用加酶浸泡，超声波清洗。
2. 清洗后的器械使用经过消毒的低纤维絮擦布擦干或使用干燥设备，不应自然晾干，擦干后注入适量专用润滑剂，并检查使用性能后进行灭菌处理。
3. 裸露灭菌后存放于无菌容器中备用的器械一经打开使用，有效期不得超过 4 小时。
4. 灭菌效果检测采用工艺监测、化学监测、生物监测，确保灭菌方法合格，灭菌器运行正常，生物监测每月一次。
5. 灭菌后的附件按无菌物品储存要求储存，储存柜内每日清洁、消毒一次。

文件名称	门诊耳鼻喉科处置室护理工作制度				
文件编号	A08-ZD-103-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

门诊耳鼻喉科处置室护理工作制度

- 一、处置室内设备布局合理、环境整洁、物品摆放有序。
- 二、严格执行无菌操作规范及查对制度，非处置换药人员不得入内。
- 三、无菌物品要专柜放置，确保无菌物品在有效期内。
- 四、严格执行消毒隔离制度，每次处置后及时清理，每日紫外线照射一小时并登记签名。
- 五、按照《承德市中心医院医疗废物管理实施细则》要求，做好医疗垃圾分类管理。

文件名称	门诊眼科处置室护理工作制度				
文件编号	A08-ZD-104-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

门诊眼科处置室护理工作制度

- 一、处置室内设备布局合理，环境及物品整洁，摆放有序。
- 二、严格执行无菌操作技术及查对制度，无菌物品专柜放置，无菌持物钳应每4小时更换一次，并注明日期时间，确保无菌物品在有效期内。
- 三、严格执行消毒隔离制度，每日进行紫外线空气消毒并记录消毒日期，签名。
- 四、按照《承德市中心医院医疗废物管理实施细则》要求，做好医疗垃圾分类管理。

文件名称	妇科门诊手术室护理工作制度				
文件编号	A08-ZD-105-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

妇科门诊手术室护理工作制度

- 一、进入手术室时必须按要求穿工作服、戴工作帽、口罩，更换专用拖鞋或鞋套。
- 二、非手术室工作人员未经许可不得擅自进入手术室，严格限制手术间参观学习人员。
- 三、严格执行手术室消毒隔离制度和无菌技术规范，防止交叉感染。
- 四、保持室内整洁，每日消毒液擦拭桌面、地面，紫外线空气消毒每日一次，每次不少于 30 分钟并登记，空气培养每季度一次并登记。
- 五、仪器设备、物品、药品等专人管理，定位、定量保管、定时清点、定期维护保养。
- 六、按要求及时送检手术采集的标本，认真告知手术后注意事项。
- 七、按照《承德市中心医院医疗废物管理实施细则》要求，做好医疗垃圾分类管理。



文件名称	干部保健科护理工作制度				
文件编号	A08-ZD-106-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

干部保健科护理工作制度

- 一、严格执行各项规章制度，完善各项技术规范，严防差错事故发生。
- 二、加强各类物品、药品和器械的保管，使用后及时补充、消毒。
- 三、对于科内不能解决的护理问题，需其他科或多科进行会诊时，由护士长向护理部提出会诊申请。
- 四、护士在提供护理技术服务的同时，根据患者的心理情况进行健康知识宣教。
- 五、严格执行保密制度。

文件名称	消毒供应室工作制度				
文件编号	A08-ZD-107-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

消毒供应室工作制度

一、在主管院长及相关职能科室领导下开展各项工作，保证临床科室物品的清洗、消毒、灭菌及无菌物品的供应。

二、严格执行《消毒隔离技术规范》，CCSD 三项卫生行业标准及本科室的各项规章制度、操作规范。

三、工作时间要做到：衣帽整齐，坚守岗位，严格落实各项岗位职责和要求。

四、工作人员要熟练掌握各类器材的性能、用途和保管方法，布类、器械必须清洁无损适用。

五、各规格敷料制备齐全，保证供应，便于临床使用。

六、各类灭菌器械包严格按操作规范处理，包内物品齐全完好。

七、严格掌握无菌操作技术：三区物品分开放置、存放整齐。灭菌物品位置固定，标识醒目，超过保存期限或封口已被拆开者，需重新消毒灭菌。

八、定期对临床科室进行灭菌物品质量追踪，征求临床科室意见，持续改进工作。

九、做好物品管理及供应工作，对所有物品器械定期检查、保养、维护。

十、定期进行质量监控：每月对灭菌物品细菌培养、工作人员手卫生细菌监测、每周对压力蒸汽灭菌柜的生物监测、每日进行灭菌柜的空锅 B-D 试验；每批次环氧乙烷灭菌柜的生物监测，过氧化氢低温等离子灭菌每天一次生物监测；每月对清洗机清洗质量监测；每季度对清洗后的呼吸机管路细菌监测；室内空气及物表细菌监测，结果应符合要求并备案。

十一、保持各工作区域环境整洁。

文件名称	感染性疾病科护理工作制度				
文件编号	A08-ZD-108-06		发布部门	护理部	
审核人	刘有为	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

感染性疾病科护理工作制度

- 一、护理人员严格执行标准预防和基于疾病传播途径的预防原则，正确使用防护用品。
- 二、护理人员要认真做好发热患者的治疗、护理工作并严格落实核心制度，严防差错事故的发生。
- 三、严格遵守各项护理操作流程，认真执行消毒隔离制度，按医院感染防控要求对科室的设施、设备及医用物品进行消毒，保持室内清洁卫生。
- 四、遇有可疑传染病病例，立即报告科主任、护士长，同时上报医务处、医院感控处。
- 五、遇有疑似或确诊传染病病例，待患者离开后立即关闭该诊室，进行终末消毒，启用备用诊室。
- 六、不明原因发热、疑似传染病病例、特殊感染的患者给予留观。护理人员对留观患者认真介绍留观须知，告知其遵守留观规定。
- 七、定期对科室护理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、流行动态、诊断、预防、职业暴露的预防和处理等，并对培训效果进行定期考核。
- 八、急救药品，物品处于完好备用状态，使用后及时补充、并做好抢救记录。
- 九、尽量防止和避免职业暴露，一旦出现职业暴露，应按相应的应急预案处理。
- 十、按照《承德市中心医院医疗废物管理实施细则》要求认真做好医疗废物分类、交接、登记工作。

十七、院感防控管理

文件名称	医院感染管理委员会工作制度				
文件编号	A11-ZD-001-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医院感染管理委员会工作制度

一、召开医院感染管理委员会工作会议，会议由感染管理与疾病预防控制处组织，医院感染管理委员会主任委员主持，每年不少于4次。会议记录保存3年。

二、医院感染管理委员会工作会议主要议题：

（一）依据法律、法规及行业规范完善规章制度，审议疾病预防与控制工作计划和工作方案，并纳入医院质量管理范畴。

（二）医院消毒药、械的购入、使用、保管进行监督管理。

（三）对医院的扩建、改建和新建项目从疾病预防与控制角度提出建设性的意见。

（四）制定医院感染暴发、出现不明原因传染性疾病、特殊病原体感染等事件预防与控制预案。

（五）分析医院疾病预防与控制现状，研究、协调和解决有关医院感染预防与控制方面存在的突出问题，增强医院感染预防与控制工作的科学性、预见性。

（六）针对突发疑似或确诊院内感染事件立即召开专题会议，制定应急预案及预防与控制措施。

三、建立并完善医院感染预防与控制三级组织体系，提升全员参与感控的意识与能力。

文件名称	公共卫生管理委员会工作制度				
文件编号	A11-ZD-002-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

公共卫生管理委员会工作制度

召开公共卫生管理委员会工作会议，会议由感染管理与疾病预防控制处（含公共卫生科）组织，公共卫生管理委员会主任委员主持，每年不少于2次。会议记录保存3年。

一、公共卫生管理委员会工作会议主要议题：

（一）依据法律、法规及行业规范完善规章制度，审议公共卫生管理工作方案，并督导落实。

（二）协调突发公共卫生事件、不明原因传染病的会诊、转诊、上报等工作。负责调配医务人员，参与突发公共卫生事件、不明原因传染病处置。

（三）负责应急物资储备，确保物资数量充足，个人防护用品符合规范要求。

（四）开展院内传染病、慢性病、健康教育与健康促进等相关活动。

（五）分析医院可能突发公共卫生实践现况，研究、协调和解决有关防控方面存在的突出问题，增强防控工作的科学性、预见性

文件名称	生物安全管理委员会工作制度				
文件编号	A11-ZD-003-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

生物安全管理委员会工作制度

一、召开生物安全管理委员会工作会议，会议由感染管理与疾病预防控制处组织，生物安全管理委员会主任委员主持，每年不少于2次。会议记录保存3年。

二、生物安全管理委员会工作会议主要议题：

（一）依据法律、法规及行业规范完善规章制度，审议生物安全管理工作方案、生物安全管理手册、病原微生物二级生物安全实验室工作制度等相关文件，并督导落实。

（二）建立生物安全保障的长效机制，不断健全实验室生物安全管理体系，保障实验人员安全、公众的安全及周围环境安全，确保实验室生物安全管理工作持续有效进行。

（三）实验室及其它涉及生物安全部门的生物安全论证与评估，负责生物安全管理执行情况的监督检查，对存在的问题提出整改措施，督导全院生物安全管理工作。

（四）开展生物安全教育、培训，组织参加生物安全管理活动。

（五）研究解决生物安全管理工作中存在的问题，并对阶段工作进行总结。

文件名称	感染管理与疾病预防控制处（含公共卫生科）工作制度				
文件编号	A11-ZD-004-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

感染管理与疾病预防控制处（含公共卫生科）工作制度

一、在院领导班子及医院感染管理委员会领导下，开展医院感染预防与控制相关工作。

二、每年制定医院感染预防与控制工作计划与方案提交医院感染管理委员会审阅，组织召开医院感染管理委员工作会议至少4次。每月对医院感染预防与控制指标完成情况进行汇总，并纳入综合质量评价。每季度及年度进行分析，查找医院感染预防与控制薄弱环节制定改进措施并督导落实，达到质量持续改进的工作目标。

三、依据感染管理与疾病预防控制相关文件、行业标准、制度、规范，结合医院实际及时制定或修订医院感染预防与控制相关制度、工作流程等文件。指导各科室执行标准与规范，至少每月对科室落实情况进行监督、检查，每季度进行质量反馈。

四、落实基础感控、循证感控、精准感控。每季度对重点部位进行环境卫生学监测，审核消毒药、械等卫生安全评价报告，加强日常使用管理。强化“三管”感染、多重耐药菌感染、手术部位感染、职业暴露不良事件等重点环节及重症监护室、手术室等重点部位监管力度。对医院感染聚集病例、疑似或暴发事件进行调查分析，并向医院感染管理委员会和主管领导进行报告，协调组织相关部门落实防控措施。

五、建立医院感染预防与控制培训教育制度，运用多种形式与渠道，每年对各级各类人员有针对性地进行预防医院感染的基础知识培训、重点传染病及医疗废物管理等相关培训，培训大于12次，模拟演练大于4次。加强医院感染专职及兼职人员管理，不断提升业务能力与管理水平。以科室感染管理与疾病预防控制小组为依托，带动一线医务人员与工勤人员，持续推进全员感控的有效落实。

文件名称	科室感染管理与疾病预防控制小组工作制度				
文件编号	A11-ZD-005-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

科室感染管理与疾病预防控制小组工作制度

一、科主任为科室感染管理与疾病预防控制小组第一责任人，在科主任领导下开展科室疾病预防与控制工作。

二、对科室工作人员执行无菌操作技术、手卫生、消毒隔离制度等基础感控措施落实进行质量控制。

三、监测科室医院感染病例，加强重点环节、重点时间、重点人群管理，及时发现医院感染隐患，采取有效措施，杜绝医院感染暴发。

四、主动报告医院感染事件，配合职能部门进行监测、调查与分析，制定改进措施督导落实。

五、根据传染病流行趋势，配备适宜防护用品。有效落实防护措施，确保人员及环境安全。

六、组织科室医务人员、工勤人员参加传染病及医院感染相关知识培训。做好新调入、实习、进修人员的院内感染预防与控制指导，发热门诊等重点部位培训考核合格后方可上岗。

七、开展质控活动，针对职能部门对医院感染预防与控制工作的监督、检查、指导与反馈，结合科室环节质控，对科室医院感染重点工作进行分析，针对存在问题制定改进措施并督导落实，评价改进效果，做好质控记录。

文件名称	医院感染全员培训教育制度				
文件编号	A11-ZD-006-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医院感染全员培训教育制度

为加强以中青年为主体的感染预防与控制专、兼职人员能力建设，贯彻落实相关法律、法规，培养全员参与医院感染防控意识，实现科学化、规范化管理，提高医院感染防控内涵质量，依据《医院感染管理办法》原卫生部令〔第48号〕、《医院感染管理专业人员培训指南》（WS/T525-2016），结合医院发展规划及总体工作安排，制定本制度。

一、加强感控专职人员与重点部位兼职感控人员能力建设

1. 以中青年为主，培养专职感控人员及内镜室、手术室、ICU、门急诊等重点专业兼职感控医生及护士，提高感控意识及能力。参加省、市医院感染专业培训，每年至少一次，拓宽思路与眼界。

2. 针对医院感染防控存在问题，多学科协作进行专案分析，创新学术交流渠道与平台，增强兼职感控人员参与医院感染控制的主动性与自觉性。

二、宣标贯标，提高全员医院感染防控意识

1. 为提高全体员工医院感染防控意识，加强医院感染防控能力建设及个人防护措施有效落实，以落实行业规范为目标进行手卫生、职业暴露与安全注射、多重耐药菌防控、“三管”及手术部位感染防控、医疗废物管理、环境卫生学管理等基础培训，每年至少一次。

2. 依据传染病流行趋势，适时做好相关传染病防控知识培训，每年至少一次，强化安全意识，规范执业行为。

3. 对新员工、住院医师规范化培训人员、实习生等进行岗前医院感染防控基础知识培训，考核合格后方可上岗。

4. 针对护理辅助岗、卫生员、保洁员、康复助理等工勤人员医院感染防控基础知识培训，每年至少一次，以现场示教与集中培训相结合方式，帮助工勤人员提升能力，有效落实消毒隔离措施。

三、加强重点部门的应急演练

院科两级开展突发传染病、职业暴露、医疗废物安全处置、医院感染暴发、医院放射事故、突发食品安全事件及突发公共卫生事件的培训与应急演练，感染管理与疾病预防控制处在医院感染管理委员会领导下，每年至少组织一次上述事件的院级培训与应急演练，各相关科室每年至少组织一次科级培训与应急演练。通过演练，培训应急队伍，落实岗位职责，不断提高突发事件的应急处置能力。

文件名称	医院感染安全注射制度				
文件编号	A11-ZD-007-05		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医院感染安全注射制度

医疗机构及医务人员在诊疗活动中，为有效防范因注射导致的感染风险，依据原卫生部令（第48号）《消毒管理办法》、WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》和国卫办医发[2013]40号《基层医疗机构医院感染管理基本要求》，结合本院实际情况，制定本制度。

一、所有医务人员，必须树立安全注射意识，充分认识安全注射的重要性。选用具有相应执业资格的医务人员承担注射、预防接种工作。

二、每年至少一次安全注射知识培训，每月进行监督与检查，确保注射规范、有序进行。

三、医院使用的一次性注射器等耗材由物资采购中心统一集中采购。每次购进，要认真验收，确保购进物品合格。

四、在医疗注射时，严格落实手卫生及无菌技术操作原则。

五、室内环境保持整洁，每日至少一次清洁与消毒。提供数量充足、符合规范的个人防护用品和锐器盒；指导、监督医务人员和相关工作人员做好个人防护。

六、严格执行查对制度，仔细检查药物的质量，如出现药液变质、变色、浑浊、沉淀、过期或安瓿有裂痕等现象，不可使用；认真检查包装是否完好，并在有效期内使用，过期及疑似有污染的一次性医疗用品及药械不得使用。

七、诊疗活动中一次性使用注射用具必须严格做到“一人一针一管一用一废弃”，一次性使用注射用具严禁重复使用。复用注射用具必须“一人一用一灭菌”。

八、抽出的药液和配置好的静脉输注用无菌液体，放置时间不应超过2小时后；启封抽吸的各种溶媒不应超过24小时；无菌棉球、纱布的灭菌包装一经打开，使用时间不应超过24小时。

九、使用合格的在有效期内的皮肤消毒剂，使用时必须注明开启时间，根据治疗的目的选择适宜的皮肤消毒剂及消毒范围，皮肤消毒后应完全待干再进行注射。

十、使用过的一次性注射器、安瓿、棉签等医疗废物分类收集，并做好交接记录。

文件名称	医院感染控制风险评估制度				
文件编号	A11-ZD-008-06		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医院感染控制风险评估制度

为进一步提升全员感控风险意识及风险评估能力，降低感染风险，依据国卫办医函〔2020〕480号《医疗机构感染预防与控制基本制度》、GB/T23694-2013/ISO《风险管理术语》等文件，结合我院实际情况，制定本制度。

（一）根据人、机、料、法、环五要素开展风险评估，建立并实施根据风险评估结果开展医院感染重点人群、重点环节与高危险因素筛查的工作机制。

（二）根据风险评估结果，进行风险控制，合理设定或调整干预目标和策略，明确影响医院、科室、重点环节感控的主要风险因素和优先干预次序，应用PDCA进行持续改进。

（三）风险评估部门和评估频率

1. 感染管理与疾病预防控制处每年开展1次全院风险评估，确定重点科室、重点环节、重点人群的医院感染风险。指导重点科室开展科室医院感染风险评估，确定科室医院感染风险环节，制订和落实防控措施。

2. 各科室感控小组每年对本科室的医院感染风险开展评估，确定感染危险因素。根据评估结果制定科室的感控工作计划，找出感控重点，监督感控制度和措施的落实。

3. 如遇有医院感染聚集、流行或暴发时，感染管理与疾病预防控制处随时开展风险评估，修订措施，督导落实。发现医院感染隐患，控制感染的扩散，防止感染聚集事件发生。

（四）风险评估的步骤

1. 风险识别：详细列举所评估部门各感染风险因素。

2. 风险评价：根据每个风险因素发生的可能性、严重程度、防范能力三个方面来进行评价。

文件名称	医院感染管理质量考评制度				
文件编号	A11-ZD-009-07		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医院感染管理质量考评制度

为查找医院感染防控工作的薄弱环节加以改进，提升全员感染防控的意识与能力，对医院感染防控工作落实情况进行考评，依据原卫生部令（第48号）《医院感染管理办法》、WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T312-2009《医院感染监测规范》等规范，结合我院实际，制定本制度。

一、感染管理与疾病预防控制处使用查检单每日对医院感染病例及疫情防控工作、每周对重点部位工作、每月对全院医院感染防控工作落实情况进行督导检查，根据医院感染综合性监测、目标性监测、环境卫生学监测及综合管理的结果，及时发现临床科室的感染高危因素，以问题为导向进行质量考核。

二、将传染病及医院感染病例漏报、治疗性抗菌药物使用前病原学送检率、“三管”每日评估、气囊管理、多重耐药菌感染患者转科及检查通知单等重点项目作为专项纳入到质量考核之中。

三、感染管理与疾病预防控制处每月对查检、考核进行汇总分析，并将“医院感染质量汇总”上传院内网，每季将考核存在的具体问题反馈到各个科室，要求科室进行原因分析，采取整改措施并进行效果评价，以促进工作持续改进。

四、考核结果纳入绩效管理，以督促科室持续改进。

附件1：科室医院感染质量评价表

科室医院感染质量评价表

评价项目	评价项目	评价结果
医院感染病例及传染病漏报	-1	
呼吸机相关肺炎防控措施执行率	-1	
气管插管气囊管理	每例 -0.5	
尿管相关尿路感染防控措施执行率	-1	
中央导管相关血流感染预防与控制措施执行率	-1	
手术部位感染预防与控制措施执行率	-1	
多重耐药菌感染防控措施执行率	-1	
治疗性抗菌药物使用前微生物检验样本合格率	-1	
限制使用或特殊使用抗菌药物使用前微生物检验样本合格率	-1	
医院感染诊断相关病原学送检率	两个以上重点药物联合使用前病原学送检率不达标 各 -0.5	
使用中的消毒剂生物监测	-1	
空气中的微生物监测	90% -0.5 80% 或 5 个以上部位不合格 -1	
手卫生设施	-1	
手卫生依从率	-1	
手卫生正确率	-1	
外科手消毒正确率	每例 -0.2	
紫外线及空气消毒机使用	-0.5	
无菌物品	-1	
医疗废物	-1	
使用中物品管理	-0.5	
消毒供应中心器械清洗灭菌质量	每例 -0.5	
内镜清洗消毒效果监测	每例 -0.5	
血液感染防控措施执行率	-1	
手术室感染防控措施执行率	-1	
空气、飞沫传播疾病预防与控制执行率	-1	
科室感控小组工作完成情况	-1	
科室感控知识应知应会	-1	
科室培训演练落实情况	-1	
评价结果		
科室		

文件名称	医院感染病例报告、处置、评价反馈制度				
文件编号	A11-ZD-010-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医院感染病例报告、处置、评价反馈制度

为了贯彻落实卫医发[2001]2号《医院感染诊断标准(试行)》和WS/T312-2009《医院感染监测规范》的有关要求,进一步加强医院感染管理,及时发现医院感染隐患,有效落实预防和控制医院感染措施,结合我院实际,制定本制度。

一、医院感染病例诊断

(一) 医院感染定义:

医院感染是指住院病人在医院内获得的感染,包括在住院期间发生的感染和在医院内获得出院后发生的感染;但不包括入院前已开始或入院时已存在的感染。医院工作人员在医院内获得的感染也属医院感染。

(二) 说明: 医院感染以临床诊断为主,以病原学诊断为依据。

1. 下列情况属于医院感染:

(1) 无明确潜伏期的感染,规定入院48小时后发生的感染为医院感染;有明确潜伏期的感染,自入院时起超过平均潜伏期后发生的感染为医院感染。

(2) 本次感染直接与上次住院有关。

(3) 在原有感染基础上出现其它部位新的感染(除外脓毒血症迁徙灶),或在原感染已知病原体基础上又分离出新的病原体(排除污染和原来的混合感染)的感染。

(4) 新生儿在分娩过程中和产后获得的感染。

(5) 由于诊疗措施激活的潜在性感染,如疱疹病毒、结核杆菌等的感染。

(6) 医务人员在医院工作期间获得的感染。

2. 下列情况不属于医院感染:

(1) 皮肤粘膜开放性伤口只有细菌定植而无炎症表现。

(2) 由于创伤或非生物性因子刺激而产生的炎症表现。

(3) 新生儿经胎盘获得(出生48小时内发病)的感染,如单纯疱疹、弓形体病、水痘等。

(4) 患者原有的慢性感染在院内急性发作。

二、医院感染病例报告流程

1. 登录 HIS 系统——选中“医院感染病例患者”——点击“公共卫生报告”——点击“医院感染报告”——按要求将“感染病例登记表”填写完整——点击“提交”。

2. 对不确定的感染病例,可采用电话、微信等方式与感染管理与疾病预防控制处专职人员进行交流,明确后再通过登录 HIS 系统报告。

三、医院感染病例报告管理

(一) 确诊病例

1. 主管医生对诊断明确的医院感染病例应主动上报,在 HIS 系统中填报“感染病例登记表”。

2. 感染管理与疾病预防控制处专职人员审核医院感染疑似病例筛查系统,对确诊的医院感染病例通过 HIS 系统反馈至主管医生,主管医生应于 48 小时内进行处理,如认定为医院感染病例,在 HIS 系统中填报“感染病例登记表”;如认定为非医院感染病例,主管医生点击排除并说明理由。如未按上述时限规定进行处理,视为确诊医院感染病例未处理,感染管理与疾病预防控制处通知临床科室主任或副主任进行共同分析,如确诊为医院感染病例,则按医院感染病例立即上报,对仍不能及时上报的院感病例纳入医院感染漏报病例管理。

(二) 疑似病例

感染管理与疾病预防控制处专职人员审核医院感染疑似病例筛查系统,对疑似的医院感染病例通过 HIS 系统反馈至主管医生,主管医生应于 72 小时内给与处理,如认定为医院感染病例,在 HIS 系统中填报“感染病例登记表”;如认定为非医院感染病例,主管医生点击排除并说明理由。如未按上述时限规定进行处理,视为疑似医院感染病例未处理,感染管理与疾病预防控制处通知临床科室主任或副主任进行共同分析,如确诊为医院感染病例,则按医院感染病例立即上报,对仍不能及时上报的院感病例纳入医院感染漏报病例管理。

(三) 医院感染聚集病例、疑似或确诊医院感染爆发

发生医院感染聚集病例、疑似或确诊医院感染爆发时,发现人立即报告感染管理与疾病预防控制处,报告内容包括:发生的时间、地点、感染初步诊断、累计感染人数、感染者目前健康状况、感染者主要临床症候群、疑似或者确认病原体、感染源、感染途径及采取的控

制措施等。感染管理与疾病预防控制处接到科室报告后，立即向医院感染暴发控制工作领导小组汇报，并开展流行病学调查与感染控制工作。医务处组织院内相关专家进行会诊，提出处置意见。护理部等相关职能科室协调并满足人力、物力需求。

四、医院感染病例评价反馈

1. 感染管理与疾病预防控制处每月对医院感染病例进行总结，医院感染漏报病例等项目纳入综合质量考评。每季度、年度对医院感染病例进行分析，并反馈相关科室改进环节质量。

2. 每年开展现患率调查及分析，确定某个时段医院感染实际发生情况，为准确掌握医院感染现状，判断变化趋势，采取针对性干预措施及干预效果评价提供基础。

3. 针对特殊感染事件、特殊病原体感染、医院感染聚集病例，感染管理与疾病预防控制处与药剂科、检验科、临床相关科室等多科室协作，共同进行专案分析，查找感控薄弱环节促进质量持续改进与提高。

文件名称	突发公共卫生事件信息监测报告制度				
文件编号	A11-ZD-011-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

突发公共卫生事件信息监测报告制度

为提高医院处置突发公共卫生事件的应急能力，最大程度地预防和减少突发公共卫生事件造成的损害，保障人员的生命安全，维护医院正常运转，依据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国食品卫生法》、《中华人民共和国职业病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》、《河北省突发公共卫生事件应急实施办法》，结合医院实际，制订本制度。

一、突发公共卫生事件，是指突然发生，造成或者可能造成社会公众健康严重损害的重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒以及其他严重影响公众健康的事件。

二、突发公共卫生事件包括：1. 传染病暴发流行；2. 食物中毒；3. 职业中毒；4. 农药中毒；5. 其他化学中毒；6. 环境卫生事件；7. 群体性不明原因疾病；8. 免疫接种事件；9. 医院内感染；10. 放射性卫生事件；11. 其他公共卫生事件。

三、突发公共卫生事件执行首诊负责制，严格门、急诊工作制度、各科室发现突发事件应立即报告医务处、感染管理与疾病预防控制处，非正常工作时间报告总值班。

四、报告内容为突发事件发生时间、地点、就诊人数、发病人数、死亡人数、新增人数、病人主要症状体征、初步诊断、诊疗措施、事件发生原因、致病因素、波及人群或潜在的威胁和影响。

五、相关职能处室及科室密切关注突发公共卫生事件的发展与变化、处置进程、事件的诊断和原因或可能因素；突发公共卫生事件结束后，对事件的发生和处理情况进行总结。

六、感染管理与疾病预防控制处，负责突发公共卫生事件的信息采集和报告工作，配合疾控部门开展流行病学调查、标本采样与处理。

七、任何科室和个人必须按照规定及时、如实报告突发公共卫生事件信息，不得瞒报、缓报、谎报。对有瞒报、缓报、谎报突发事件的责任报告科室及责任疫情报告人，依法追究责任。

文件名称	传染病预防与控制实施方案				
文件编号	A11-ZD-012-04			发布部门	感控处
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

传染病预防与控制实施方案

为进一步加强传染病预防与控制工作，有效落实“四早”原则，促进预防与控制关口前移，减少疾病传播，保障医患健康安全，依据《中华人民共和国传染病防治法》、《突发公共卫生事件与传染病疫情监测信息报告管理办法》、《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗和防控等方案》等文件精神，结合我院实际，制定本实施方案。

一、组织管理

(一) 应急领导小组及职责

组 长：院长

副组长：分管医疗与感控的副院长

成 员：感染管理与疾病预防控制处、医务处、护理部、门诊办、后勤保障处及物资采购中心的负责人

职 责：负责领导、协调突发传染病预防、救治等处置工作，决定启动和停止应急预案，决策有关重大事项。

(二) 应急处置小组及职责

1. 综合协调组

组 长：分管医院办公室的副院长

副组长：医院办公室的负责人

成 员：医院办公室工作人员

职 责：负责突发传染病防治工作有关文件的传达工作和完成领导交办的其他事宜。

2. 专家组

组 长：分管医疗的副院长

副组长：医务处负责人

成 员：急诊科、重症医学科、呼吸科、消化血液科、感染性疾病科及各相关临床、医技主任

职 责：负责病人的会诊及救治指导等工作。

3. 医疗救治组

组 长：分管医疗的副院长

副组长：医务处、护理部的负责人

成 员：各临床科室主任、护士长

职 责：按照传染病防治的诊疗规范，根据病情，进一步落实诊断和治疗。

4. 院内感染防控组

组 长：分管感染管理与疾病预防控制处的副院长

副组长：感染管理与疾病预防控制处、护理部、门诊办、后勤保障处负责人

成 员：感染管理与疾病预防控制处、护理部、门诊办、后勤保障处的工作人员

职 责：指导科室做好传染病预检分诊、医务人员个人防护、消毒、医疗废物处理等医院感染防控工作。

5. 疫情报告组

组 长：分管医务、感染管理与疾病预防控制处的副院长

副组长：医务处、感染管理与疾病预防控制处的负责人

成 员：医务处、感染管理与疾病预防控制处的工作人员

职 责：负责疫情报告，及时将疫情及监测信息上报上级卫生行政主管部门及网络报告；协助疾病预防控制中心进行传染病流行病学调查、样品采集工作。

6. 病人转运协调组

组 长：分管门急诊的副院长

副组长：医务处、门诊办的负责人

成 员：急诊科、相关科室的负责人

工作职责：负责协调安排院内转运和向定点医院转运患者。

7. 应急保障组

组 长：分管后勤的副院长

副组长：医学工程处、物资采购中心及后勤保障处的负责人



成 员：医学工程处、物资采购中心及后勤保障处的工作人员

职 责：负责传染病防控物资、消毒药械、个人防护用品的应急采购、储备和调度，保证医疗救治设备的正常运转。

8. 新闻宣传组

组 长：分管组宣处的院领导

副组长：组宣处的负责人

成 员：组宣处的工作人员

职 责：负责疫情期间对外宣传报道、新闻发布和舆情管理等工作。

二、工作要求

（一）院、科二级加强传染病防控知识和技能培训，提高全员传染病防控意识与能力，认真履行职责，保障防控工作的质量、安全和效率。

（二）按照分级防护要求，合理配备与使用防护用品。加强环境物表、仪器设备、一次性物品管理，预防医院感染发生。

（三）各处（室）密切协作，做好人员调配、设备及物资保障工作。

（四）依据传染病防治相关法律法规，做好信息的统计、核实、上报等工作。

（五）全院医务人员严格执行新闻发言人制度，不得泄漏与疫情相关的信息。

（六）做好公众健康宣教及传染病防控指导工作。

附件 1：传染病疫情报告管理制度

附件 2：传染病管理质量控制制度

附件 1

传染病疫情报告管理制度

一、认真贯彻执行中华人民共和国《传染病防治法》的规定，首诊医师为责任疫情报告人。

二、责任疫情报告人必须熟悉国家规定的法定传染病病种、报告时限及方法。

三、疫情报告内容：

（一）《中华人民共和国传染病防治法》规定的各类传染病。

（二）各类突发公共卫生事件到医院就诊的病例。

（三）卫生行政部门和疾病预防控制机构根据传染病流行趋势，提出重点监测并需要上报的病例。

四、法定传染病病种：

（一）甲类：鼠疫、霍乱

（二）乙类：传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾、人感染高致病性禽流感 H7N9。

（三）丙类：流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病，除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病、手足口病。

五、传染病报告方法及时限：责任疫情报告人发现甲类传染病、乙类传染病按甲类管理的传染性非典型肺炎病例、肺炭疽、新型冠状病毒肺炎等的病原携带者及疑似病人时，应在 2 小时内上报属地疾控机构，同时报出传染病报告卡。发现乙类、丙类传染病病人及疑似病人时应在 24 小时内进行网络直报。15 岁以下儿童发生任何不能立即确定病因的急性弛缓性麻痹，按乙类传染病报告管理。

六、首诊医师填写电子版传染病报告卡，填报病人姓名、年龄、现住址、发病日期、诊疗日期、确诊医生签字。儿科病人要求填写家长姓名、联系电话，在校学生要求填写所在学校及班级名称。报告卡在“*”部分为必填项目。难以确认的病人可先予疑似病人报告，待

确诊后在做订正报告。传染病报告卡留档三年。

七、为加强传染病管理工作，对此项工作纳入医疗质量考核中，对违反《传染病防治法》漏报、迟报或瞒报，造成疫情蔓延将视其情况轻重依据相关规定严肃处理。

附件 2

传染病管理质量控制制度

一、感染管理与疾病预防控制处专职人员每月通过电子病历系统、HIS 系统、LIS 系统，对全院传染病确诊病例、疑似病例的报告情况进行核查，审核传染病报告卡信息填写的准确性、完整性。对迟报、漏报病例及时督促医师进行补报。

二、每月将科室传染病报告情况，以反馈单形式通报科室。

三、将传染病报告管理纳入质量考评，对漏报、迟报纳入绩效考评。

四、瞒报、缓报、谎报传染病人、疑似病人或病原携带者，造成院内疫情传播与扩散，依法追究当事人及科室责任。

文件名称	特定传染病人的特定人群医疗救助制度及保障措施				
文件编号	A11-ZD-013-03		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

特定传染病人的特定人群医疗救助制度及保障措施

为进一步加强传染病防治工作，切实保障人民群众身体健康，依据《中华人民共和国传染病防治法》等法律法规，结合我院实际，制定本制度。

一、对特定传染病病人或者疑似传染病病人提供医疗救护，现场救援和接诊治疗，书写病历记录以及其他有关资料，并妥善保管。

二、预检分诊筛查到疑似或确诊空气传播、飞沫传播的传染病患者，应立即引导至感染性疾病科进行初诊。

三、医务人员要主动为前来就诊的患者提供 HIV 检测咨询，尽早的发现感染者。任何人员不得泄露患者感染 HIV 的隐私。

四、疑似或确诊肺结核患者，指导患者到传染病专科医院就诊。

五、出现重大传染病疫情时，落实“四早原则”，施行“绿色通道”，要严格执行先救治、后结算费用的规定，简化入院手续，及时开展救治工作；患者住院或者留院观察时，提供必要生活用品、满足就餐需求；办理登记手续后直接留院观察，入院治疗或转院救治时，严禁因为费用问题延误救治或推诿患者。

六、所需经费和物资由医务处、感染管理与疾病预防控制处提出申请，财务、后勤、器械、药剂等科室共同保障落实；医院办公室应安排通讯设备和交通工具；急救中心提供必要的救护车支持；严格执行上级部门要求执行相关救治及救助措施。

文件名称	新型冠状病毒感染预防与控制制度				
文件编号	A11-ZD-014-06		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

新型冠状病毒感染预防与控制制度

为进一步落实新型冠状病毒感染预防与控制措施，规范早发现、早报告、早隔离、早治疗的“四早”原则及内外同防、医患同防、人物同防的“三防”融合的防控策略，依据《新型冠状病毒感染的肺炎防控方案（第八版）》、《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案（第八版）》、《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南（第三版）》等文件精神，制定本制度。

一、管理要求

1. 开展院、科两级全员培训与应急演练，院级培训与应急演练每年至少两次，科级培训与应急演练每年至少一次，发热门诊、急诊、呼吸科、口腔科、耳鼻喉科、重症医学科、内镜室、血液透析中心（室）、CT检查室、核酸检测实验室、手术部（室）等高风险科室和部门应增加培训与演练频次，达到全员掌握新型冠状病毒感染预防与控制措施的目标。

2. 落实首诊负责制，对发热患者实施闭环管理

(1) 预检分诊前置。及时更新流行病学调查内容，掌握中高风险区域名单，关注参与冷链运输存储及销售人员、中高风险区域归来人员、症候群相似的聚集性病例等重点人群，加强流行病学问诊，利用电子测温设备进行体温快速筛查，对异常体温应进行复测，对具有可疑症状不能排除新冠病毒感染的患者，迅速以最短路途且避开其他人员，保持1米以上距离引导至发热门诊就诊，并做好交接记录。查验“健康码”、“行程码”，无“健康码”、“行程码”的老人及儿童，做好相应登记。各预检分诊处及病区入口应指导患者及家属等人员正确佩戴医用口罩，不应佩戴有呼气阀的口罩。

(2) 发热门诊对所有就诊患者进行核酸检测，检测结果反馈前必须进行隔离留观。疑似患者单间隔离，经病原学确诊的患者可以同室安置。对隔离留观的患者，原则上其活动限制在隔离室内，减少患者的移动和转换病房，若确需离开隔离室或隔离区域时，应当采取相

应措施，如佩戴医用外科口罩或医用防护口罩，防止对其他患者和环境造成污染。

(3) 其他诊疗区域均应查验“健康码”、“行程码”，及时更新流行病学调查内容，掌握中高风险区域名单，加强流行病学筛查，对具有可疑症状不能排除新冠病毒感染的患者，迅速以最短路途且避开其他人员，保持1米以上距离引导至发热门诊就诊，并做好交接记录。患者诊疗时需摘除口罩的科室，如鼻/咽拭子采集、口腔诊疗、支气管镜或上消化道内镜诊疗等，医务人员应佩戴医用防护口罩。严格实行一室一医一患。

(4) 住院病区谢绝探视，实行门禁管理，专人值守。指导患者及家属正确佩戴口罩。依据疫情流行态势和防控要求落实患者及家属核酸检测，查验并留存患者及陪护家属住院前、住院过程中、出院前核酸检测结果。常规诊疗的患者及家属应持48小时内核酸检测阴性证明方可办理住院手续，住院后24小时内、每周及出院前患者及家属均需进行核酸检测；急诊患者无核酸检测结果前，应安置在应急隔离病房。非必须不陪护，确需陪护的，要固定陪护人员，每位患者可允许1名相对固定的家属陪护，进入病区需每日进行体温监测，不得随意进出病区，严格限制行进路线和活动范围。

(5) 所有医务人员均应指导、监督患者及其陪同人员、以及其他进入医疗机构人员做好个人防护，正确使用防护用品，实施呼吸道卫生和咳嗽礼仪，在咳嗽或打喷嚏时用纸巾或肘部遮掩口鼻，手部接触呼吸道分泌物后即刻实施手卫生。患者接受诊疗时非必要不摘除口罩，在不影响正常诊疗工作前提下，应当保持至少1米的社交距离，避免人群聚集。

二、加强标准预防和额外预防，建立行为屏障

标准预防主要包括手卫生、正确使用个人防护用品、呼吸道卫生和咳嗽礼仪、诊疗设备及环境清洁消毒、患者安置、安全注射、医用织物洗涤和医疗废物管理等。额外预防是在标准预防基础上，针对感染性疾病病原学特点和传播途径，以阻断接触传播、飞沫传播或空气传播途径为目的，而采取的针对性综合防控措施。

(一) 防护用品使用

1. 选用原则及穿脱流程详见（附件1），佩戴医用防护口罩需进行适合性测试和密合性测试，合格者方可上岗。

2. 防护用品专区使用，严禁穿着或佩戴防护服、隔离衣、护目镜、面屏、医用手套、鞋套等防护用品离开工作区域，避免对其他区域造成污染。

3. 发热门诊、核酸检测实验室等高风险区域，确保医务人员个人防护到位。内穿服每班

次更换，用 500mg/L 的含氯消毒剂浸泡 30 分钟后再清洗。

（二）医务人员管理

1. 科室应加强医务人员管理，疫情期间非必要不外出，避免人群聚集。在岗人员每日监测体温，查验健康码、行程码，对体温异常及有呼吸道症状的人员进行登记与流行病学调查，如有异常或与疑似患者、确诊患者有直接或间接接触史应报告科室，科室报医务处、护理部、感控处、人事处等职能部门，依据规定采取必要隔离措施。

2. 加强手卫生管理，严格落实手卫生“五时机”。下班前应当进行个人卫生处置，并注意口腔、鼻腔、耳部清洁及呼吸道卫生。

3. 规范进行核酸检测。重点部位人员每周二次核酸检测，非重点部位人员每周一次核酸检测。重点区域环境每周一次核酸检测。对进口冷链药品及物品进行消杀及核酸检测，合格后方可入库。

4. 合理调配人力资源和安排班次，发热门诊等重点部门的医务人员相对固定，缩短可能暴露的时间，避免医务人员过度疲劳。做好医务人员疫苗接种工作，落实“应接尽接”要求。接诊疑似患者等高风险人群时，如出现呼吸道暴露应采取必要隔离措施。发现新冠病毒核酸检测阳性人员，立即按相关规定报告。

（三）加强环境及物体表面的管理

1. 空气消毒

（1）室内加强通风，去除病区门口及各通道门帘，楼门出入口的帘子可部分去除，兼顾保暖、通风与方便通行。

（2）发热门诊、急诊科、各预检分诊处、各核酸采集点、医废暂存点、病区应急隔离病房等感染高风险部门，每班次进行空气消毒。无人状态下可使用紫外线灯消毒，每次大于 30 分钟；有人状态下可使用空气消毒机消毒，注意控制气流方向，由清洁侧流向污染侧。规范记录空气消毒过程并签字。

2. 环境及物体表面的清洁消毒

（1）首选擦拭消毒，不宜采取喷洒式消毒。

（2）非感染高风险部门，有可见污染或疑似污染时，可选用 500mg/L 的含氯消毒剂或 75% 酒精进行消毒，重点为床栏、床边桌、门把手、键盘及鼠标等高频接触物体表面。

（3）发热门诊、急诊科、各预检分诊处、各核酸采集点、医废暂存点、病区应急隔离病房、

呼吸科、口腔科、内镜室等感染高风险部门，每班次用 1000mg/L 的含氯消毒剂或 75% 酒精擦拭消毒，规范记录物表消毒过程并签字。可增加床栏、床边桌、门把手、键盘及鼠标等高频接触物体表面消毒次数。计算机键盘等物体表面可用塑料薄膜覆盖，方便消毒与清洁。建议使用一次性纸巾或布巾进行擦拭消毒，复用布巾流程为先消毒、再清洗、消毒、干燥备用，消毒剂使用 1000mg/L 的含氯消毒剂，完全浸泡 30 分钟，确保消毒效果。

(4) 电梯及其他公共区域，每日用 500mg/L 的含氯消毒剂或 75% 酒精消毒，频次应大于 2 次。

(5) 终末消毒：高风险区域与高风险环节终末消毒，用含氯消毒剂 2000mg/L 擦拭物表及地面后，紫外线灯消毒大于 30 分钟。消毒完成后进行有效通风，使用前应再次清洁与消毒。

(四) 物品管理要求

1. 复用物品管理：听诊器、体温计、血压计等医疗器具应当专人专用或一用一消毒。复用物品消毒剂可选用：75% 酒精、500mg/L 的含氯消毒剂。疑似或确诊患者使用后，应使 2000mg/L 的含氯消毒剂消毒大于 30 分钟，再使用清水擦拭；不耐含氯消毒剂物品使用 75% 酒精擦拭 2 次，每次消毒时间大于 5 分钟。

2. 复用织物管理：疑似患者或确诊患者用过的床单、被套等用品密封于双层橘黄色塑料袋中，标记“疑似或确诊新型冠状病毒感染织物”，通知洗衣房单独、密闭回收。配置 1000mg/L 的含氯消毒剂，将橘黄色塑料内袋与织物完全浸泡于含氯消毒剂中后打开袋口，浸泡消毒 30 分钟后，再清洗、消毒。

3. 发热门诊诊室、留观室、其他门诊各诊室，尽量减少不必要的物品，不可放置医务人员生活物品，不使用布类窗帘、隔帘，不摆放假花、绿植等不宜消毒物品。

(五) 医疗废物的管理

1. 疑似患者或确诊患者产生的医疗废物、所有的废弃物（含生活垃圾）均按涉及疫情的感染性废物处理。

2. 核酸标本检测时产生的医疗废物、所有废弃物（含防护用品与标本等），压力蒸汽灭菌后，按涉及疫情的感染性废物处理。

3. 涉及疫情的感染性废物处理原则

(1) 使用双层感染性废物专用袋，并通知医疗废物清运人员单独收集，密闭转运。

(2) 医疗废物桶在非使用状态应加盖放置，承装的医疗废物达到容器的 3/4 满时，采

用鹅颈结式封口，分层封扎。封口前、后均使用 2000mg/L 的含氯消毒剂进行喷洒消毒。

(3) 科室与清运人员进行交接签字，将已规范处置的医疗废物放入转运桶内，桶内应有感染性废物专用袋，专用袋外面应贴有标签，内容为：产生单位、部门、日期、类别，在特别说明中贴黄底红字的警示标识，内容为“涉疫情废物 - 疑似新冠或新冠”。医疗废物转运人员再次鹅颈结式封口后称重，转运前使用 2000mg/L 的含氯消毒剂对转运桶内外及周围环境进行喷洒消毒后密闭转运。

(4) 医务人员、非疑似患者使用后口罩等个人防护用品按感染性废物处置，清洁面朝外折叠后放入感染性废物桶；无感染性废物桶区域应设立废弃口罩等个人防护用品暂存处，存储容器应使用感染性废物桶。如在生活垃圾桶内发现口罩等防护用品，使用 500mg/L 的含氯消毒剂进行喷洒消毒。

附件 1：医务人员防护用品选用原则及穿脱流程

2：呼吸道职业暴露后的处置流程

附件 1:

医务人员防护用品选用原则及穿脱流程

区域（人员）		个人防护用品类别							
		医用外科口罩	医用防护口罩	工作帽	手套	隔离衣	防护服	护目镜/防护面屏	鞋套/靴套
医院入口		+	—	±	—	—	—	—	—
预检分诊		+	—	±	±	±	—	—	—
引导患者去发热门诊人员		+	—	±	±	±	—	—	—
常规筛查核酸检测标本采样人员		—	+	+	+	+	—	+	—
有流行病学史或疑似患者核酸检测标本采样人员		—	+	+	+	±	±	+	±
门急诊窗口（非侵入性操作）		+	—	±	—	—	—	—	—
门急诊窗口（侵入性操作，如采血）		+	—	+	+	±	—	±	—
门诊	患者佩戴口罩	+	—	—	—	—	—	—	—
	患者需摘除口罩	+	±	±	±	±	—	±	±
	有血液体液暴露	+	±	+	+	±	—	±	±
病区*	普通病区	+	—	±	±	±	—	—	±
	过渡病区（室）	+	±	+	+	±	±	±	±
	确诊病例定点收治隔离病区	—	+	+	+	—	+	+	+
手术部（室）	常规手术	+	—	+	+	—	—	±	±
	急诊、新冠病毒感染者手术	—	+	+	+	—	+	+	+
发热门诊	诊室	—	+	+	+	±	±	±	+
	检查	—	+	+	+	±	±	±	+
	留观病室	—	+	+	+	—	+	±	+
新冠 PCR 实验室		—	+	+	+	±	±	+	±
新冠病毒感染者转运		—	+	+	+	±	±	+	±
行政部门		+	—	—	—	—	—	—	—
注 1：“+”指需采取的防护措施。									
注 2：“±”指根据工作需要可采取的防护措施；隔离衣和防护服同时为“±”，应二选一。									
注 3：医用外科口罩和医用防护口罩不同时佩戴；防护服和隔离衣不同时穿戴；防护服如已有靴套则不需另加穿。									
注 4：餐饮配送、标本运送、医废处置等人员防护按所在区域的要求选用。									
注 5：为新冠病毒感染者实施气管切开、气管插管时可根据情况加用正压头套或全面防护型呼吸防护器。									
注 6：《新型冠状病毒感染的肺炎防控中常见医用防护用品使用范围指引（试行）》（国卫办医函〔2020〕75号）废止。									
* 普通病区可选项取决于患者是否摘除口罩或有血液体液暴露。									



图 2-1 工作人员穿戴防护用品流程示意图



图 2-2 工作人员脱除防护用品流程示意图

附件 2

呼吸道职业暴露后的处置流程

一、呼吸道暴露

缺乏呼吸道防护措施、呼吸道防护措施损坏时（如口罩松动、脱落等）、使用无效呼吸道防护措施（如使用不符合规范要求的口罩）与新冠肺炎确诊患者密切接触；被新冠病毒污染的手接触口鼻等。

二、处置流程

（一）医务人员发生呼吸道职业暴露时，应当即刻采取措施保护呼吸道（用规范实施手卫生后的手捂住口罩或紧急外加一层口罩等），按规定流程撤离污染区。

（二）紧急通过脱卸区，按照规范要求脱卸防护用品。

（三）根据情况可用清水、0.1% 过氧化氢溶液、碘伏等清洁消毒口腔或 / 和鼻腔，佩戴医用外科口罩后离开。

（四）及时报告当事科室的主任、护士长和医疗机构的主管部门。

（五）医疗机构应当尽快组织专家对其进行风险评估，包括确认是否需要隔离医学观察、预防用药、心理疏导等。

（六）高风险暴露者按密接人员管理，隔离医学观察 14 天。

（七）及时填写新冠肺炎医护人员职业暴露记录表，尤其是暴露原因，认真总结分析，预防类似事件的发生。

文件名称	发热患者管理规定				
文件编号	A11-ZD-015-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

发热患者管理规定

依据国务院联防联控机制关于《应对秋冬季新型冠状病毒肺炎疫情医疗救治工作方案》、《新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第八版）》、《新型冠状病毒肺炎防控方案（第八版）》，结合我院工作，修订本规定。

一、工作目标

落实“四早”原则，按照“及时发现、快速处置、精准管控、有效救治”的目标，严格按发热患者闭环管理相关要求开展工作。

二、重点人群

门诊发热患者、住院发热患者、急诊手术患者、外院转入患者。

三、工作内容

1. 规范工作流程：

(1) 来院就诊患者及家属应佩戴医用口罩，经预检分诊后方可继续就诊。

(2) 预检分诊和发热门诊工作紧密衔接。预检分诊处配备红外线测温仪测量体温，体温高于 37.3℃ 的患者，采取其他方式再次测温仍发热的患者，由专人按指定路线引导至发热门诊就诊，防止发热患者与其他患者密切接触。

(3) 设立应急隔离病房，住院发热患者不能除外特殊病原微生物感染时，应根据疑似病原微生物种类及传播途径快速有效落实消毒、隔离措施，防止院内传播。

(4) 应用核酸快速检测设备，及时完成发热患者的新型冠状病毒核酸检测，有效提高检测效率，缩短病例筛查时间。

2. 落实首诊负责制

(1) 做好发热患者基本信息登记，进行流行病学调查，强化新型冠状病毒肺炎及其他空气、飞沫传播疾病早期识别能力与报告意识。

(2) 加强发热患者诊疗与报告管理，确保发热患者网络报告数据和各项报表及时、准确。

3. 加强病例筛查管理

(1) 发热门诊全部患者要进行新型冠状病毒核酸和血常规检测（必要时进行新型冠状病毒特异性抗体检测、CT 检查）。标本采集应在发热门诊完成，采集后标本专人专箱转运至检验科。需进行 CT 等检查前，应通知检查科室人员立即到达方舱 CT，确保人员防护与环境消毒有效落实。

(2) 经发热门诊筛查后，排除特殊病原微生物感染后，进入正常诊疗流程。可疑患者应留观进一步筛查。

(3) 疑似或确诊甲类传染病或乙类传染病按甲类管理的传染病例，2 小时内向上级行政主管部门报告及网络报告，按上级行政主管部门指令专人专车转至定点医院。

4. 加强医院感染控制

(1) 医务人员落实标准预防原则与额外预防原则，依据不同岗位使用适宜的防护用品。加强佩戴口罩、手卫生等基础感控措施有效落实。

(2) 加强住院患者及陪护属管理，按规定落实新冠病毒核酸检测，指导正确佩戴口罩及手卫生，非必要不陪护，确需陪护应严格落实陪护管理规定。

(3) 根据不同区域管理要求，加强环境通风管理与物体表面的清洁与消毒。

(4) 优化诊疗流程，减少人员聚集。

文件名称	冷链进口物品消毒管理制度				
文件编号	A11-ZD-016-03		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

冷链进口物品消毒管理制度

按照省卫生健康委印发的《关于印发卫生健康系统存量冷链进口物品排查检测的通知》（冀卫防〔2020〕385号）等相关文件要求，为规范冷链进口物品管理，进一步做好冷链进口物品消毒及检测工作，制定本制度。

一、全面排查建档

1. 负责存储和使用的相关科室，对冷链进口物品进行排查，对冷链进口物品存量情况全面统计。

2. 负责采购的科室将冷链进口物品录入“河北冷链物品追溯系统”，确保不漏环节，不留死角。

二、严格消杀管理

1. 负责存储和使用的相关科室，对冷链进口物品，按照“谁拆包谁消毒”的原则，以“不影响安全性和品质”为前提，消毒到最小密闭外包装并记录。未经消毒的冷链进口物品，不得入库、出库和使用，冷链进口物品贮存场所每周清洁消毒。

2. 根据冷链产品的特性，合理选用消毒剂进行擦拭消毒。通常选用75%酒精或浓度为1000mg/L含氯消毒剂。75%酒精作用时间3-5分钟；1000mg/L的含氯消毒剂作用时间大于30分钟，配置后使用时间不超过24小时，使用前需应用试纸进行浓度检测。

三、全覆盖核酸检测

对现存的冷链进口物品包装物及贮存环境、新采购的冷链

进口物品包装物进行全面核酸检测。对于暂无核酸检测结果的新采购冷链进口物品，应分区放置；检测结果为阴性的，方可继续贮存和使用；检测结果为阳性的，报上级卫生主管部门、市场监管等部门按照相关要求，组织开展核查处置。

四、强化人员防护与培训管理

1. 相关人员严格落实体温检测，健康异常报告管理。

2. 直接接触冷链进口物品人员按照标准预防的原则，穿工作服，戴帽子、一次性外科口罩或防护口罩、乳胶手套、护目镜或面屏，必要时穿隔离衣及鞋套，并进行核酸检测。

3. 接触冷链进口物品人员应接受防护培训，掌握相关防控知识与技能。

五、落实主体责任，严把入库使用关口，实施全链条追溯管理

（一）采购冷链进口物品责任科室或部门

1. 在接收冷链进口物品前，应审核报关单或入境货物检验检疫证明、消毒证明、核酸检测证明、信息追溯凭证等有效证明，并对不符合规定的冷链进口物品进行处理。

2. 提前通知相关科室或部门，做好接收冷链进口物品准备。

3. 接收冷链进口物品时，应查验货物与有效凭证一致性。严禁采购、使用来历不明的冷链进口物品。

（二）使用冷链进口物品责任科室或部门

设定专人管理。加强入库、出库、核酸采集、物表及场所消毒等工作落实，台账清楚，可追溯管理。

（三）感染管理与疾病预防控制处

负责防控知识培训。协调采购科室与使用科室，对冷链进口物品全过程管理落实情况进行指导。

六、非冷链进口物品参照冷链进口物品进行管理。

附件 1：冷链、非冷链进口产品入库前消毒、核酸采集登记表

2：冷链、非冷链进口物品管理查检单



附件 1:

冷链、非冷链进口产品入库前消毒、核酸采集登记表

产品名称	规格型号	生产企业	生产批号	数量	入 / 出库时间	消毒		责任人	核酸采集人员
						75%酒精	1000mg/L含氯消毒剂		

注：1. 相关科室或部门留存。
2. 如有发货单附在此登记表后，可不填写产品名称、规格型号、生产批号等项目，只记录详见发货单。数量、入 / 出库时间、消毒、责任人和核酸采集人员需详细填写。

附件 2:

冷链、非冷链进口物品管理查检单

采购科室： 使用科室： 冷链进口物品信息：
查检科室： 查检人： 查检日期： 年 月 日

采购科室				存储、使用科室消毒			
报关单或入境货物检验检疫证明	消毒证明	核酸检测证明	信息追溯凭证及登记	消毒		核酸采样	建立台账
				防护用品	入库前最小包装密闭		
			签字 将冷链进口物品录入“河北冷链物品追溯系统”				专人负责台账清楚

注：感染管理与疾病预防控制处留存

文件名称	高风险区域人群及环境物表核酸检测制度				
文件编号	A11-ZD-017-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

高风险区域人群及环境物表核酸检测制度

依据《河北省应对新型冠状病毒肺炎疫情工作领导小组办公室关于进一步强化当前疫情防控有关措施的紧急通知》等文件精神，对高风险区域主动开展环境物表和人群核酸检测。尽早发现，快速处置，确保环境和人员安全，降低院内感染的风险。

一、高风险区域及采样要求：

1. 高风险区域：发热门诊及核酸采集处、儿科发热诊室及核酸采集处（包括儿科病区）、妇产科核酸采集处（包括妇科及产科病区）、核酸采样厅、急诊科、检验科、方舱 CT、药库冷库、各医疗废物暂存点、各预检分诊处、口腔科、耳鼻喉科、眼科、呼吸科、内镜室。

2. 采样要求：高风险区域人员每周 2 次全员核酸检测；高风险区域环境物表每周 1 次核酸检测，采样部位为门把手、门帘、治疗车（桌）、台面、设备、电脑、鼠标等高频接触表面，每次采样标本应大于 10 份。

二、其他区域的采样要求：

除高风险区域外，导管室、门诊手术室及门诊处置室、手术室、重症医学科、采血大厅、放射科、病理科等重点部位，轮流进行每周一次环境物表核酸检测，采样部位为门把手、门帘、治疗车（桌）、台面、设备、电脑、鼠标等高频接触表面，每次采样标本应大于等于 10 份。

三、采样方法及结果报告

以混合采集的方式进行环境及人员采样，每周按要求将检测结果上报双桥区疾病预防控制中心。

附件

附表 1 高风险区域人群及环境物表核酸检测记录表

附表 2 重点部位人群核酸检测记录表

附表 1

高风险区域环境物表核酸检测记录表

监测日期	监测科室	序号	监测部位	结果
		1		
		2		
		3		
科室签字:			检验科签字:	

附表 2

高风险区域人群核酸检测记录表

序号	姓名	已检测 人员划 √	未检测 人员划 ×	未检测原因	序号	姓名	已检测 人员划 √	未检测 人员划 ×	未检测原因
1					4				
2					5				
3					6				
科室签字:					检验科签字:				

文件名称	医务人员分级防护制度				
文件编号	A11-ZD-018-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医务人员分级防护制度

为了医务人员在日常诊疗过程中采用适宜的防护技术，落实标准预防原则，依据《医务人员分级防护要求》及《不同传播途径个人防护用品选择的相关要求》，结合本院实际，制定本制度。

一、医务人员分级防护要求

传播途径	个人防护用品							
	帽子	外科口罩	医用防护口罩	护目镜或防护面屏	手套	隔离衣	防护服	鞋套或防水靴
接触传播 预防措施	+	+/- ^a	-	+/- ^a	+	+/- ^b	-	+/- ^c
飞沫传播 预防措施	+	+	+/-	+	+	+	+/- ^d	+/- ^c
空气传播 预防措施	+	-	+	+	+	+	+/- ^d	+/- ^c
注 1: “+”指需采取的防护措施								
注 2: “+/-”根据工作需要可采取的防护措施								
a 预计可能出现血液、体液、分泌物、排泄物喷溅时使用								
b 大面积接触患者或预计可能出现血液、体液、分泌物、排泄物喷溅时使用								
c 接触霍乱、SARS、人感染高致病性禽流感、埃博拉病毒等疾病时按需使用								
d 为疑似或确诊感染经空气传播疾病的患者进行产生气溶胶操作时，接触 SARS、人感染高致病性禽流感、埃博拉病毒等疾病时按需使用								

二、接触不同传播途径感染时医务人员个人防护用品的选择要求

防护级别	使用情况	防护用品									
		外科口罩	医用防护口罩	防护面屏或护目镜	手卫生	乳胶手套	工作服	隔离衣	防护服	工作帽	鞋套
一般防护	普通门（急）诊、普通病房医务人员	+	-	-	+	±	+	-	-	-	-
一级防护	发热门诊与感染性疾病科医务人员	+	-	-	+	+	+	+	-	+	-
二级防护	进入疑似或确诊经空气传播疾病患者安置地或为患者提供一般诊疗操作	-	+	±	+	+	+	±★	±★	+	+
三级防护	为疑似或确诊患者进行产生气溶胶操作时	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+

注：“+”应穿戴的防护用品，“-”不需穿戴的防护用品，“±”根据工作需要穿戴的防护用品，“±★”为二级防护级别中，根据医疗机构的实际条件，选择穿隔离衣或防护服。

三、使用个人防护用品的注意事项

- （一）工作人员应掌握个人防护用品使用方法和注意事项，确保防护效果有效落实。
- （二）在进行任何一项诊疗、护理操作之前，工作人员应评估人体被血液、体液、分泌物、排泄物或感染性物质暴露的风险，根据评估结果选择适宜的个人防护用品。
- （三）摘除个人防护用品时应避免污染工作服和皮肤。
- （四）如需戴手套和穿隔离衣，在不同患者诊疗操作间应更换手套和隔离衣。
- （五）注意使用适合个体型号的个人防护用品，使用医用防护口罩前应进行密合性测试。

文件名称	职业暴露管理规定				
文件编号	A11-ZD-019-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

职业暴露管理规定

医务人员从事诊疗过程中应进行标准预防，避免因直接接触有毒、有害物质或感染性病原体，危及健康。为进一步规范职业暴露管理，依据《血源性病原体职业接触防护导则》、《慢性乙型肝炎防治指南》（2015年版）、《乙型肝炎病毒母婴传播预防临床指南（第1版）》、《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则（试行）》、《中国丙型肝炎病毒性肝炎医院感染防控指南》、《实用医院感染监测方法学》、《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南（第三版）》等相关规定，结合我院工作实际，修订本制度。

一、职业暴露应急处理程序

（一）血源性病原体职业暴露应急处置

血源性病原体职业暴露：被针刺伤、咬伤、擦伤或锐器伤，通过黏膜或破损皮肤接触了含血源性病原体的体液、血液等物质。

1. 挤：应从近心端向远心端轻轻挤压伤口，尽可能从皮肤伤口处挤出血液。
2. 冲：用流动水或肥皂水冲洗污染的皮肤，继续从皮肤伤口处挤出血液；粘膜暴露用生理盐水或流动水反复冲洗。
3. 消：用0.5%碘伏、安尔碘等皮肤黏膜消毒剂进行创口消毒，如伤口损伤严重，应进行专科处理。
4. 评估：评估暴露源情况及可能暴露的风险度，是否为血源性病原体及职业暴露者免疫水平。

（二）呼吸道职业暴露后的处置流程

呼吸道暴露：缺乏呼吸道防护措施、呼吸道防护措施损坏时、使用无效呼吸道防护措施，与空气传播或飞沫传播疾病的确诊患者密切接触。

- （1）医务人员发生呼吸道职业暴露时，应当即刻采取措施保护呼吸道（用规范实施手



卫生后的手捂住口罩或紧急外加一层口罩等），按规定流程撤离污染区。

(2) 紧急通过脱卸区，按照规范要求脱卸防护用品。

(3) 根据情况可用清水、0.1% 过氧化氢溶液、碘伏等清洁消毒口腔或 / 和鼻腔，佩戴医用外科口罩后离开。

(4) 及时报告当事科室的主任、护士长和医疗机构的主管部门。

(5) 医疗机构应当尽快组织专家对其进行风险评估，包括确认是否需要隔离医学观察、预防用药、心理疏导等。

(6) 高风险暴露者按密接人员管理，隔离医学观察 14 天。

(7) 及时填写新冠肺炎医护人员职业暴露记录表，尤其是暴露原因，认真总结分析，预防类似事件的发生。

(三) 有毒、有害气体与液体职业暴露处置流程

有毒、有害气体与液体暴露：缺乏防护措施或防护措施损坏时、使用无效防护措施，与有毒、有害气体与液体密切接触。

1. 发生有毒、有害气体职业暴露时，应即采取措施保护呼吸道，用清洁的手捂住口鼻或滑脱的口罩、也可紧急外加一层口罩等，迅速撤离污染区。

2. 发生有毒、有害液体职业暴露时，应立即清除皮肤、黏膜的污染物，迅速撤离污染区。

3. 必要时设置警戒线，保护现场。进入现场人员必须佩带适宜的防护用品，避免不必要的损害。

4. 积极救治，对暴露较重或合并其他损伤的人员实施专科治疗。

二、职业暴露后管理

(一) 报告程序

1. 职业暴露发生后，应口头或电话等形式报告科室负责人、感染管理与疾病预防控制处，实习护士同时报告护理教研室，实习医生同时报告科教处，保洁员及垃圾清运班等工勤人员同时报告后勤保障处。有害气体或辐射事故、呼吸道职业暴露后，血源性病原体中 HIV 暴露，应立即报告；其他职业暴露的报告也应尽早完成，最迟不应超过 24 小时。

2. 感染管理与疾病预防控制处了解职业暴露后应急处置流程，呼吸道职业暴露以及有毒、有害气体与液体职业暴露后应向相关应急处置小组汇报。如暴露源为血源性或疑似血源性病原体，暴露者到感染管理与疾病预防控制处签署告知书，并依据职业暴露风险度开具检验

申请单。

3. 职业暴露者所在科室或发生职业暴露科室核实事件发生经过，针对问题进行分析并提出改进措施，通过综合质量安全（不良）事件管理系统，填报《职业暴露不良事件》报感染管理与疾病预防控制处。

（二）暴露源为血源性或疑似血源性病原体，职业暴露者血标本留取及追踪管理

1. 血标本留取

（1）血标本留取时间：职业暴露者应尽早留取血标本并及时送检，常规情况下应在 24 小时内完成。

（2）血标本采集地点：职业暴露场所、职业暴露者所在科室、检验科采血大厅。

（3）血标本留取及送检：血标本采集后操作者应在检验申请单上签字，在职业暴露场所、职业暴露者所在科室留取标本，由所在科室协助送检；在检验科采血大厅留取标本，由感染管理与疾病预防控制处协助送检。

2. 追踪管理

感染管理与疾病预防控制处依据暴露源的血源性病原体检测结果及职业暴露者免疫水平进行追踪管理，留存暴露源及职业暴露者检验结果。

（1）暴露源为乙型肝炎病毒 (HBV)，职业暴露者应在暴露后 24 小时内、4 周、12 周、24 周追踪检测乙肝五项。评估暴露后 24 小时内乙肝表面抗体 (HBsAb) 水平，乙肝表面抗体 (HBsAb) $\geq 10\text{mIU/ml}$ 无需进一步处理；乙肝表面抗体 (HBsAb) 阴性，应在专科医生指导下遵循自愿原则给予预防用药，用药前应仔细阅读说明书。追踪过程中职业暴露者乙肝表面抗原检测阳性者，需进行乙肝 DNA 检测，并专科就诊。

（2）暴露源为丙型肝炎病毒 (HCV)，职业暴露者应在暴露后 24 小时内、12 周、24 周追踪检测丙肝抗体。追踪过程中职业暴露者丙肝抗体检测阳性者，需进行丙肝 RNA 检测，并专科就诊。

（3）暴露源梅毒螺旋体颗粒凝集试验 (TPPA) 阳性，职业暴露者应在 24 小时内、6 周、10 周追踪检测梅毒螺旋体抗体 (anti-TP)。评估暴露后 24 小时内梅毒螺旋体抗体 (anti-TP) 水平，梅毒螺旋体抗体 (anti-TP) 为阴性，应在专科医生指导下遵循自愿原则给予预防用药，用药前应仔细阅读说明书。追踪过程中职业暴露者梅毒螺旋体抗体 (anti-TP) 及梅毒螺旋体颗粒凝集试验 (TPPA) 为阳性，需进行非梅毒螺旋体抗原血清学试验 (RPR) 检测，并专科就诊。

(4) 暴露源为艾滋病病毒 (HIV)，应即刻报告科室负责人、感染管理与疾病预防控制处，立即留取血标本检测 HIV 抗体，并于暴露后第 4 周、第 8 周、第 12 周、第 24 周追踪检测 HIV 抗体。职业暴露后由第三医院专业人员对职业暴露者进行风险评估及预防用药。

(三) 血源性病原体职业暴露预防用药管理

1. 职业暴露预防用药评估科室及专家

消化内科、皮肤科、急诊科主任。

2. 流程

职业暴露者填写《职业暴露预防用药领药单》，科室负责人签字，持单就诊相关专科；相关科室专家根据暴露风险度、职业暴露者免疫水平及意愿对职业暴露者进行预防用药评估，如需预防用药填写用药名称、剂量、用法并签字；感染管理与疾病预防控制处、主管院长签字后取药。使用前应仔细阅读药品说明书了解用药注意事项，确保用药安全。相关科室专家诊疗费按季度报销。

附件：医务人员职业暴露告知书

附件：

医务人员职业暴露告知书

尊敬的医务工作者：

依据《中华人民共和国职业病防治法》、《血源性病原体职业接触防护导则》、《医务人员艾滋病病毒职业暴露防护工作指导原则（试行）》、《丙型肝炎病毒筛查及管理》、《承德市中心医院处方集》等相关法律法规，规范医务人员职业暴露后的管理，让医务人员知晓职业暴露后相关处置流程，积极预防血源性病原体传播，对职业暴露者告知内容如下：

一、发生职业暴露后，职业暴露人员在进行应急处理后应尽快报告科室负责人（科主任或护士长），同时报告医院感染管理科。报工伤保险采取自愿原则，具体事宜请在72小时内咨询人事处。

二、职业暴露人员所在科室通过不良事件上报系统填报《医务人员职业暴露登记表》，医院感染管理科根据暴露源及职业暴露人员免疫情况开具相应检验单，职业暴露人员将血样及检验单送至检验科，并将检验结果报告单送回医院感染管理科留存。

三、职业暴露后的免疫处理及预防用药

（一）暴露源为乙型肝炎病毒（HBV），职业暴露者应在24小时内抽血检测乙肝五项。检验结果如乙肝表面抗体（HBsAb）阳性（ $\geq 10\text{mIU/ml}$ ），则无需处理（《血源性病原体职业接触防护导则》）；如乙肝表面抗体（HBsAb）阴性（ $<10\text{mIU/ml}$ ），应在临床医生指导下遵循自愿原则予以注射乙肝免疫球蛋白及乙肝疫苗（乙肝免疫球蛋白在24小时内注射）。

注射乙肝免疫球蛋白及乙肝疫苗须知：

- 1、注射乙肝免疫球蛋白：
- （1）在临床医生指导下遵循自愿原则应用。
- （2）乙肝免疫球蛋白为血液制品。

- （3）不良反应：一般不会出现不良反应，少数人有红肿、疼痛感。
- （4）禁忌：①对免疫球蛋白过敏或有其他严重过敏史者；②有IgA抗体的选择性IgA缺乏者。

2、接种乙肝疫苗：

- （1）在临床医生指导下遵循自愿原则自行接种。
- （2）不良反应：少数人可有注射局部疼痛、红肿或中、低度发热，

一般不需特殊处理，可自行缓解，必要时对症治疗。

（3）禁忌：发热、患有急性或慢性严重疾病患者及对酵母成分过敏者。

（二）暴露源为丙型肝炎病毒（HCV）：职业暴露者应在24小时内抽血检测丙肝抗体。没有推荐采用接触后预防措施（《血源性病原体职业接触防护导则》）。

（三）暴露源的梅毒螺旋体抗原血清试验（TPPA）阳性时，职业暴露者应在24小时内抽血检测梅毒螺旋体抗体，并由皮肤科医生对职业暴露者进行风险评估，给予规范的预防性治疗方案。

（四）暴露源为艾滋病病毒（HIV），职业暴露者应立即抽血检测HIV抗体，该血清留样备案，并电话通知医院感染管理科，由第三医院专业人员对职业暴露者进行风险评估（电话：15603148813，刘主任），给予规范的预防性治疗方案。

四、职业暴露免疫处理的审批程序：发生暴露源为乙型肝炎病毒（HBV）的职业暴露，根据临床医生建议，如需进行乙肝免疫球蛋白接种，职业暴露者应阅读“注射乙肝免疫球蛋白及乙肝疫苗须知”并签字，由医院感染管理科开具用药处方，由主管药剂科副院长审批，所发生的费用列入科室支出。乙肝疫苗可根据临床医生建议自行接种。

五、暴露追踪：职业暴露人员依据《职业暴露管理制度》的规定按时到医院感染管理科开具相关检验单进行定期的追踪检测和必要时的预防性治疗。

- （一）乙肝职业暴露：24小时内、4周、12周、24周
- （二）丙肝职业暴露：24小时内、12周、24周
- （三）梅毒职业暴露：24小时内、6周、10周
- （四）HIV职业暴露：即刻、4周、8周、12周、24周

职业暴露后规范进行病原学追踪管理与及时应用预防性方案，可最大限度预防血源性病原体传播。

暴露时间：____年____月____日____时 所在科室：_____

职业暴露者：_____已认真阅读告知书并知晓相关内容，知晓职业暴露源为：_____，知晓职业暴露后进行追踪检测日期，知晓未按日期开具检验单进行检测视为自动放弃，并承担相应后果。

签署日期：____年____月____日____时____分

文件名称	医院消毒隔离制度				
文件编号	A11-ZD-020-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医院消毒隔离制度

为了预防和控制医院感染的发生，依据原卫生部 2006 年《医院感染管理办法》、WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T311-2009《医院隔离技术规范》、WS/T521-2016《医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范》、WS/T510-2016《病区医院感染管理规范》、WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》的有关要求，进一步加强医院感染管理，做好医院清洁、消毒、隔离工作，有效落实预防和控制医院感染措施，制定本制度。

一、隔离管理要求

1. 医务人员工作期间应严格遵守标准预防原则。依据传染病传播途径及分级防护要求选择适宜的防护用品，认真执行手卫生规范。

2. 多重耐药菌感染者或定植患者，严格执行接触性隔离措施。下接触隔离医嘱并放置接触隔离标识。有条件应单间隔离或同种病原体感染安排一室；条件受限时，进行床旁隔离。配备快速手消毒液；多重耐药菌感染或定植患者使用的医疗器械、设备应专人专用或一用一消毒；废弃物品均按感染性废物处置。

3. 传染病患者或疑似传染病患者，按接触传播、飞沫传播、空气传播等不同传播途径采取相应的隔离措施。医疗废物按着相应的法律、法规进行分类存储、收集、转运；生活垃圾按感染性废物处置。医疗区域按病原体特性进行物表及空气消毒。患者出院、转院、转科及死亡后应进行终末消毒。

二、布局流程及环境管理要求

1. 各区域应布局流程合理，按需求配备治疗室、处置室、开水间、卫生间及适于隔离的房间等必要的功能用房。区域划分明确，标识清楚，洁污分开；应保持环境整洁、干燥，无卫生死角；配备适宜的手卫生设施。

2. 普通区域空气净化首选自然通风；手术室、介入导管室、消毒供应中心、血液透析室、

重症监护病房、新生儿室、产房、内窥镜室、口腔科门诊、检验科等重点部门，按需求可选择配备空气消毒机、紫外线灯等空气消毒设备，必要时可采用空气洁净技术。

3. 普通区域物体表面、地面应每日湿式清洁 1-2 次；重点部门物体表面、地面应保持清洁干燥，每日消毒 1-2 次。被患者血液、体液、排泄物、分泌物等污染时，先用吸污材料清洁污物，再用消毒剂消毒。

4. 床单、被套、枕套等直接接触患者的医用织物，应一人一用一更换；住院时间超过一周时，应每周更换；遇有血液、体液、呕吐物、排泄物等污染随时更换。被芯、枕芯、褥子、病床隔帘、床垫等间接接触患者的医用织物应定期清洗与消毒，如遇污染随时更换、清洗、消毒。感染性织物应放入橘红色袋子中密闭收集并粘贴标识，先消毒，再清洗消毒。

5. 不同区域布巾及地巾标识明确，分区使用；擦拭不同单元或区域应更换。重复使用的布巾及地巾宜集中清洗消毒处理。不应将使用后或污染的布巾与地巾浸泡至清洁用水、使用中清洁剂和消毒剂内重复使用。

6. 按规范要求月度、季度对重点部门进行环境卫生学监测。

三、器械、物品管理要求

（一）必须遵守消毒灭菌原则。

1. 进入人体无菌组织、器官、腔隙，或接触人体破损皮肤、破损粘膜、组织的诊疗器械、器具和物品应进行灭菌；

2. 接触完整皮肤、粘膜的诊疗器械、器具和物品应进行消毒；

3. 各种用于注射、穿刺、采血等有创操作的医疗器具一用一灭菌。

4. 正确使用消毒剂、消毒器械、卫生用品和一次性使用医疗用品。

5. 一次性使用的医疗用品不得重复使用。

6. 重复使用的医疗器械应严格按照先清洁，再消毒或灭菌的程序进行。被朊毒体、气性坏疽及突发原因不明传染病病原体污染的诊疗器械、器具和物品，使用后应采用双层黄色塑料袋严密包装，标识疑似或确诊病原体名称，消毒供应中心单独回收，先消毒，再进入常规的清洗消毒或灭菌的处理程序。

（二）普通患者持续使用的医疗设备，如监护仪、输液泵等物体表面，应每天清洁消毒 1~2 次。共用的医疗设备，如超声诊断仪、除颤仪、心电图机等物体表面，直接接触患者的部分应每位患者使用后立即清洁消毒，未与患者接触的部分应每天清洁消毒 1~2 次。



(三) 一般性诊疗器械，如听诊器、叩诊锤、手电筒、软尺等宜专床专用，如共用应一用一消毒。

(四) 依据器械、物品种类选择适宜的消毒、灭菌方式与方法。灭菌可采用压力蒸汽灭菌、环氧乙烷灭菌、低温等离子灭菌等。消毒可采用热力消毒、化学消毒剂消毒。

四、消杀制剂及无菌物品管理要求

1. 应根据药品说明书的要求配置药液，现配现用。

2. 抽出的药液和配制好的静脉输注用无菌液体，放置时间不应超过 2h；启封抽吸的各种溶媒不应超过 24h。

3. 无菌棉球、纱布的灭菌包装一经打开，使用时间不应超过 24h。

4. 干罐储存无菌持物钳使用时间不应超过 4h。

5. 碘伏、醇类等消毒剂应注明开瓶日期和失效日期，沾取消毒剂开瓶后使用有效期为 7 天。

6. 环境物表、医用织物、器械物品消毒或灭菌，常用化学消毒剂为含氯消毒剂、季铵盐类、75% 酒精等，应依据病原菌与消毒物品种类选择适宜的消毒剂。应用化学消毒剂消毒或灭菌浓度与作用时间应遵循说明书。含氯消毒剂常规使用浓度为 500mg/L，传染病或特殊病原体感染使用浓度为 2000mg/L，作用时间大于 30 分钟；配置后使用时间不超过 24 小时，使用前需应用试纸进行浓度检测。

文件名称	手卫生管理制度				
文件编号	A11-ZD-021-04			发布部门	感控处
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

手卫生管理制度

为了进一步加强手卫生管理，提高医务人员手卫生依从性与正确性，根据《医务人员手卫生规范（WS/T313-2019）》，制定本制度。

一、科室手卫生设备和设施配置

包括洗手池、水龙头（重点区域采用非接触式水龙头）、流动水、洗手液（皂液）、干手用品、手消毒剂等。

二、手消毒剂选择与配备

1. 卫生手消毒时首选速干手消毒剂，过敏人群可选用其他手消毒剂；针对某些对乙醇不敏感的肠道病毒感染时，应选择其他有效的手消毒剂。

2. 治疗车、监护室每病床、病房走廊应配备速干手消毒剂。速干手消毒剂消耗量应 $>2\text{ml/每床/天}$ 。手消毒剂开启后应注明开启日期、时间及失效日期时间并签名。手消毒剂应在有效期内使用，开启后使用有效期应符合使用说明书的要求。

三、洗手与卫生手消毒

（一）下列情况医务人员应洗手和/或使用手消毒剂进行卫生手消毒

1. 接触患者前。
2. 清洁、无菌操作前，包括进行侵入性操作前。
3. 暴露患者体液风险后，包括接触患者黏膜、破损皮肤或伤口、血液、体液、分泌物、排泄物、伤口敷料等之后。
4. 接触患者后。
5. 接触患者周围环境后，包括接触患者周围的医疗器械、用具等物体表面后。

（二）下列情况应洗手

1. 当手部有血液或者其他体液等肉眼可见的污染时。



2. 可能接触艰难梭菌、肠道病毒等对速干手消毒剂不敏感的病原微生物时。

(三) 下列情况时医务人员应先洗手, 然后进行卫生手消毒

1. 接触传染病患者的血液、体液和分泌物以及被传染性病原微生物污染的物品后。
2. 直接为传染病患者进行检查、治疗、护理或处理传染患者污物之后。

(四) 洗手与卫生手消毒的方法

1. 洗手: 流动水下淋湿双手, 取适量洗手液均匀涂抹双手。卫生手消毒: 取适量手消毒剂均匀涂抹双手。

2. 认真揉搓双手至少 15 秒。认真清洗消毒双手所有皮肤, 包括指背、指尖、指缝。步骤: 内、外、夹、弓、大、立、腕(顺序不分先后)。

四、外科手消毒

(一) 外科手消毒应遵循以下原则:

1. 先洗手、后消毒。
2. 不同患者手术之间、手套破损或手被污染时, 应重新进行外科手消毒。

(二) 洗手方法与要求:

1. 洗手之前应先摘除手部饰物, 并修剪指甲, 长度应不超过指尖。

2. 取适量的洗手液清洗双手、前臂和上臂下 1/3, 并认真揉搓。清洁双手时, 可使用清洁指甲用品清洁指甲下的污垢和使用揉搓用品清洁手部皮肤的皱褶处。

3. 流动水冲洗双手、前臂和上臂下 1/3。

4. 使用干手物品擦干双手、前臂和上臂下 1/3。

(三) 外科手消毒方法:

1. 冲洗手消毒方法: 取适量的手消毒剂涂抹至双手的每个部位、前臂和上臂下 1/3, 并认真揉搓 3min-5min, 在流动水下从指尖向手肘单一方向冲净双手、前臂和上臂下 1/3, 无菌巾彻底擦干。冲洗水应符合标准, 达到监测要求。

2. 免冲洗手消毒方法: 取适量消毒剂放在左手掌, 将右手手指尖浸泡在消毒液中(≥ 5 秒), 将手消毒剂涂抹在右手、前臂至上臂下 1/3, 使手消毒剂完全覆盖皮肤, 环形揉搓 10-15 秒, 直至消毒剂干燥。同法消毒对侧。手消毒剂的取液量、揉搓时间及使用方法遵循产品的使用说明。

(四) 注意事项:

1. 不应戴假指甲、装饰指甲，保持指甲和指甲周围组织的清洁。
2. 在外科手消毒过程中应保持双手位于胸前并高于肘部，使水由手部流向肘部。
3. 洗手与消毒可使用海绵、其他揉搓用品或双手相互揉搓。
4. 术后摘除手套后，应用洗手液清洁双手。
5. 用后的清洁指甲用品、揉搓用品如海绵、手刷等，放到指定的容器中；揉搓用品、清洁指甲用品应一人一用一消毒或者一次性使用。

五、手卫生的监测要求：

1. 卫生手消毒，监测的细菌菌落总数应 $\leq 10\text{CFU}/\text{cm}^2$ 。
2. 外科手消毒，监测的细菌菌落总数应 $\leq 5\text{CFU}/\text{cm}^2$ 。

六、手卫生依从率、正确率评价指标：

1. 普通部位手卫生依从率 $\geq 65\%$ ，重点部位手卫生依从率 $\geq 90\%$ 。
2. 手卫生正确率 $\geq 95\%$ 。

七、手卫生管理措施：

手卫生执行院科两级管理，科室医院感染控制小组应对本科室工作人员手卫生的依从性、正确性进行督导。感染管理与疾病预防控制处每月对各科室手卫生管理制度的落实进行督导，对存在的管理缺陷纳入质量考评。

文件名称	医疗废物管理实施细则				
文件编号	A11-ZD-022-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗废物管理实施细则

为认真贯彻医院感染管理相关规定，进一步规范落实医疗卫生机构医疗废物管理，依据《中华人民共和国传染病防治法》、《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》、《医疗废物分类目录（2021年版）》、《医疗废物专用包装物、容器的标准和警示标识的规定》（HJ421-2008）、《国家卫生健康委办公厅关于做好新型冠状病毒感染的肺炎疫情期间医疗卫生机构医疗废物管理工作的通知》（国卫办医函〔2020〕81号）、《病原微生物实验室生物安全通用准则》、《医疗机构消毒技术规范》（WS/T367-2012）、《河北省医疗卫生机构医疗废物管理规范（试行）》等规范，结合我院工作实际，制定本实施细则。

一、指导思想和工作目标

医疗废物是医疗卫生机构在医疗、护理、预防保健以及其他相关活动中产生的具有直接或者间接感染性、毒性以及其他危害性的废物。依法加强医疗废物的安全管理，建立医疗废物管理责任制，提高全体人员的责任意识和职业安全防护意识，将医疗废物管理工作纳入医疗卫生机构日常管理工作重点，切实做好医疗废物分类、收集、暂存、交由集中处置单位处置等各项工作，维护群众健康和环境安全。

二、组织机构

医疗废物管理领导小组：

1. 组 长：院长
2. 副组长：分管后勤的副院长
3. 成 员：感染管理与疾病预防控制处、后勤保障处、护理部、质控办、医务处、门诊办、妇儿院区办公室的负责人、各科室主任、护士长
4. 医疗废物专职管理人员：后勤保障处专职人员

三、工作职责

1. 后勤保障处为医疗废物管理主管责任部门，负责与转运公司、处置公司签订协议；负责医疗废物清运人员管理及职业防护；负责医疗废物分类收集、院内运送、暂时贮存、登记、交接等工作流程的管理；负责医院公共区域内医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故发生时的紧急处理工作。

2. 护理部为医疗废物管理监督执行部门，负责监督检查各临床科室医疗废物分类收集、暂时贮存、交接登记等制度的落实情况；负责科室内医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故发生时的紧急处理工作。

3. 感控处为医疗废物管理监督和指导部门，负责制定医疗废物管理制度、应急预案；负责全院医疗废物处置的监督、技术指导和人员培训；参与医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故发生时的紧急处置工作，负责指导事故现场的环境消毒和医务人员的职业防护。

4. 科室负责人为科室医疗废物规范管理第一责任人，确保医疗废物管理的各项制度落实。

四、管理要求

（一）医疗废物的分类和收集

1. 医疗废物分为感染性废物、病理性废物、损伤性废物、药物性废物及化学性废物。根据医疗废物的类别，将医疗废物分置于符合规范的包装袋或者容器内，并使用医疗废物专用警示标识，单独存放，单独收集。

2. 医疗废物豁免管理：患者自行用于按压止血而未收集于医疗废物容器中的棉签、棉球、输液贴，可不按照医疗废物管理。

3. 不属于医疗废物的有

（1）非传染病区使用或者未用于传染病患者、疑似传染病患者以及采取隔离措施的其他患者的输液瓶（袋）、盛装消毒剂、透析液的空容器，属于医疗机构生活垃圾，作为可回收物应交由有资质的回收公司处置，并与回收公司、再利用公司签署协议，回收后不能用于原用途、用于其他用途时不应危害人体健康。

（2）一次性医用外包装物，废弃中草药与煎制后残渣，盛装药物的药杯，尿杯，纸巾、湿巾、尿不湿、卫生巾、护理垫等一次性卫生用品，医用织物以及使用后的大、小便器等。

（3）患者截肢的肢体以及引产的胎龄 16 周以上、重量 500 克以上的胎儿，纳入殡葬管理，执行《关于胎盘、死胎、死婴、离体残肢等有形器官的管理规定》，按规定签署告知书，建立死婴、死胎交接登记，与家属、殡仪馆有交接记录，实现可追溯。

（二）医疗废水的处理

1. 患者的引流液、体液、排泄物等，可直接排入医院污水处理系统。
2. 医学影像室、实验室等使用后废弃的化学试剂；使用后的消毒剂：如戊二醛、邻苯二甲醛、含氯消毒剂、过氧乙酸、酸性氧化电位水等，可直接排入医院污水处理系统。
3. 发热门诊、病原微生物实验室等感染高风险区域产生污水应进行单独处理后，再排入医院污水处理系统。
4. 病理科等科室使用后的甲醛、二甲苯、联苯胺等及批量废弃的消毒剂原液和化学试剂原液应分类存放，注明种类，后勤保障处按化学性废物交由危险废物处置中心处置。
5. ECT 室使用核素半衰期小于 24 小时，槽式衰变池贮存的放射性废液暂存时间超过 30 天后可直接解控排放。
6. 后勤保障处对医疗废水进行在线监测与记录，并按相关部门的要求送检水样，确保污水达到排放标准。

（三）医疗废物的交接登记

医疗废物交接登记包括科室与医疗废物清运人员的交接登记、医疗废物暂存点责任人与医疗废物运输与处置公司人员的交接登记。登记内容应当包括医疗废物的来源、分类、名称、重量或者数量、交接时间、最终去向以及经办人签名等项目。科室记录、医疗废物回收记录、医疗废物运输与处置公司联单应相符，交接清楚、记录完整。科室记录本、医疗废物回收记录本与转运联单保存 3 年。

（四）医疗废物的院内转运

1. 科室产生的医疗废物应置于医务人员视野范围之内或加锁管理，避免泄漏、流失。
2. 清运人员每天从医疗废物产生地点将分类包装的医疗废物按照规定的时间和路线运送至医疗废物院内暂存点。
3. 清运人员在运送医疗废物前，应当检查包装袋或者容器的标识、标签及封口是否符合要求，不得将不符合要求的医疗废物运送至医疗废物院内暂存点。
4. 运送医疗废物应当使用防渗漏、无锐利边角、易于装卸和清洁、具有明确标识的专用运送工具。
5. 清运人员在运送医疗废物时，应防止造成包装物或容器破损和医疗废物的流失、泄漏和扩散；加强个人防护，避免医疗废物直接接触身体。

6. 每日运送工作结束后，用 2000mg/L 的含氯消毒剂对转运桶及转运工具进行清洁和消毒。

（五）医疗废物院内暂存点

1. 医疗废物院内暂存点设责任人，负责日常工作。

2. 有严密的封闭措施，加锁管理，设有监控，防止非医疗废物暂存点工作人员接触医疗废物。严禁转让、买卖医疗废物，禁止将医疗废物混入其他废物和生活垃圾。

3. 醒目位置张贴医疗废物暂存点标识及警示标识，有“禁止吸烟、饮食”标志，与本室工作无关人员禁止入内。

4. 医疗废物应采用密闭转运方式回收至暂存点，称重装箱。暂存点内标识醒目，按感染性废物、损伤性废物、药物性废物、病理性废物、化学性废物分区存储；涉疫情废物单独存储，医疗废物专用袋及容器外应贴有标签，内容为：产生单位、部门、日期、类别，在特别说明中标注疑似或确诊疾病名称。

5. 医疗废物存储时间应小于 48 小时，疫情期间存储时限按相关规定执行。如有超时限存储，立即报告后勤保障处及感控处。

6. 存贮病理性废物的冰柜应运转正常，保持清洁无杂物。

7. 有防鼠、防蚊蝇、防蟑螂、防渗漏的安全措施，并保持设施完好。地面、墙面等物表每日应用 2000mg/L 的含氯消毒剂进行消毒。空气每日用紫外线灯进行照射消毒，照射时间应大于 30 分钟，并按要求进行登记。

（六）医疗废物清运人员职业防护

医疗废物清运人员收集、转运、称重及装箱医疗废物时，应遵循安全操作流程，配备并使用工作服、工作帽、一次性医用外科口罩或防护口罩、手套等防护用品，做好个人防护，防止职业暴露发生。收集医疗废物时使用的手套，可预防锐器伤及手部被医疗废物污染，但不可触及公共区域的物体表面，以免污染环境。入职前及年度应进行血源性病原体检测，主管部门留存检测结果。

五、质量考评办法

1. 护理部对各临床科室医疗废物分类收集、暂时贮存、交接登记等制度的落实情况进行质量考评。

2. 感控处对各科室医疗废物管理工作落实情况提出建议，每月进行督导检查并纳入质量



考评。

六、附件：

1. 医疗废物分类目录
2. 医疗废物豁免管理清单

附件一：

医疗废物分类目录

类别	特征	常见组分或废物名称	收集方式
感染性废物	携带病原微生物具有引发感染性疾病传播危险的废物。	1. 被患者血液、体液、排泄物等污染的除锐器以外的废物； 2. 使用后废弃的一次性使用医疗器械，如注射器、输液器、透析器等； 3. 病原微生物实验室废弃的病原体培养基、标本，菌种和毒种保存液及其容器；其他实验室及科室废弃的血液、血清、分泌物等标本和容器； 4. 隔离传染病患者或者疑似传染病患者产生的废弃物。	1. 收集于符合《医疗废物专用包装袋、容器和警示标志标准》（HJ421）的医疗废物包装袋中； 2. 病原微生物实验室废弃的病原体培养基、标本，菌种和毒种保存液及其容器，应在产生地点进行压力蒸汽灭菌或者使用其他方式消毒，然后按感染性废物收集处理； 3. 隔离传染病患者或者疑似传染病患者产生的医疗废物应当使用双层医疗废物包装袋盛装。
损伤性废物	能够刺伤或者割伤的废弃锐器。	1. 废弃的金属类锐器，如针头、缝合针、针灸针、探针、穿刺针、解剖刀、手术刀、手术锯、备皮刀、钢钉和导丝等； 2. 废弃的玻璃类锐器，如盖玻片、载玻片、玻璃安瓿等； 3. 废弃的其他材质类锐器。 4. 密封药瓶、安瓿瓶等玻璃药瓶，导丝等。	1. 收集于符合《医疗废物专用包装袋、容器和警示标志标准》（HJ421）的利器盒中；利器盒达到 3/4 满时，应当封闭严密，按流程运送、贮存。 2. 密封药瓶、安瓿瓶等玻璃药瓶、导丝等的废物，如不使用利器盒，盛装容器应满足防渗漏、防刺破要求，并有医疗废物标识或者外加一层医疗废物包装袋。标签为损伤性废物，并注明：密封药瓶、安瓿瓶、导丝等废物名称。
病理性废物	诊疗过程中产生的人体废弃物和医学实验动物尸体等。	1. 手术及其他医学服务过程中产生的废弃的人体组织、器官； 2. 病理切片后废弃的人体组织、病理蜡块； 3. 废弃的医学实验动物的组织和尸体； 4. 16 周胎龄以下或重量不足 500 克的胚胎组织等； 5. 确诊、疑似传染病或携带传染病病原体的产妇的胎盘。	1. 收集于符合《医疗废物专用包装袋、容器和警示标志标准》（HJ421）的医疗废物包装袋中； 2. 确诊、疑似传染病产妇或携带传染病病原体的产妇的胎盘应使用双层医疗废物包装袋盛装； 3. 可进行防腐或者低温保存。
药物性废物	过期、淘汰、变质或被污染的废弃药物。	1. 废弃的一般性药物； 2. 废弃的细胞毒性药物和遗传毒性药物； 3. 废弃的疫苗及血液制品。	1. 少量的药物性废物可以并入感染性废物中，但应在标签中注明； 2. 批量废弃的药物性废物，收集后应交由具备相应资质的医疗废物处置单位或者危险废物处置单位等进行处置。
化学性废物	具有腐蚀性、毒性、易燃性、反应性的化学物品。	列入《国家危险废物名录》中的废弃危险化学品，如甲醛、二甲苯等；非特定行业来源的危险废物，如含汞血压计、含汞体温计，废弃的牙科汞合金材料及其残余物等。	1. 收集于容器中，粘贴标签并注明主要成分； 2. 收集后应交由具备相应资质的医疗废物处置单位或者危险废物处置单位等进行处置。



附件二:

医疗废物豁免管理清单

序号	名称	豁免环节	豁免条件	豁免内容
1	棉签、棉球、 输液贴	全部环节	患者自行用于按压止血而未收集于医疗废物容器中的棉签、棉球、输液贴。	全过程不按照医疗废物管理。

文件名称	医疗机构生活垃圾分类管理实施方案				
文件编号	A11-ZD-023-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗机构生活垃圾分类管理实施方案

为了进一步加强医疗机构生活垃圾分类管理，提升管理能力与管理水平，依据《生活垃圾分类标志（GB/T 19095—2019）》、《2020年城市生活垃圾分类工作考核方案》、《承德市2020年生活垃圾分类工作实施方案》、《承德市生活垃圾分类工作指南（试行）》等相关文件精神，结合我院实际工作，制定本实施方案。

一、指导思想和工作目标

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，号召广大医护人员自觉参与生活垃圾分类管理，减少环境污染，促进资源回收利用和垃圾无害化处理，在建设“生态强市、魅力承德”中发挥示范引领作用。

二、组织机构

医疗机构生活垃圾分类管理领导小组：

1. 组长：分管后勤的副院长
2. 副组长：感染管理与疾病预防控制处、后勤保障处的负责人、
3. 成员：营养科、护理部、质控办、医务处、妇儿院区办公室的负责人、各科室主任、护士长、感染管理与疾病预防控制处、后勤保障处的工作人员
4. 专职管理人员：后勤保障处、营养科专职工作人员

三、医疗机构生活垃圾分类

1. 可回收物。主要包括未经患者血液、体液、排泄物等污染且未列入医疗废物管理的输液瓶（袋）及玻璃瓶、废纸张、废纸箱、废塑料、废玻璃制品、废金属、废织物等适宜回收、可循环利用的生活废弃物。

2. 有害垃圾。主要包括废电池、废胶片、废灯管、废药品、废油漆及其容器等对人体健康、自然环境造成直接或潜在危害的生活废弃物。

3. 厨余垃圾。主要包括包括食堂、办公等区域产生的食材废料、剩菜剩饭、果皮、蛋壳、茶渣、骨头等易腐性垃圾。

4. 其他垃圾。主要包括除可回收物、有害垃圾、厨余垃圾以外的其他生活废弃物。如废弃卫生纸、餐巾纸、烟头、一次性废弃餐具等不可回收的垃圾。

四、工作职责

1. 保卫处负责可回收物管理。与经商务部门备案的再生资源回收企业和利用企业签订协议，回收利用的输液瓶（袋）不得用于原用途，不得用于制造餐饮容器以及玩具等儿童用品，不得危害人体健康。设专人管理，按照“闭环管理、定点定向、全程追溯”的原则，加强日常监管力度。

2. 后勤保障处负责有害垃圾、厨余垃圾、其他垃圾管理。厨余垃圾、其他垃圾与环卫部门或有资质公司签订协议，负责分类收集、运送、暂时贮存、登记、交接等工作流程的管理。有害垃圾在生态环境部门指导下进行处置或暂存。负责意外事故发生时的紧急处理工作。

3. 营养科、妇儿院区办公室、培训基地办公室负责厨余垃圾分类存储与交接签字等工作，确保厨余垃圾干、湿分离。

4. 感染管理与疾病预防控制处为生活垃圾分类规范管理监督和指导部门，负责制定管理方案、分类收集清单和流程；负责生活垃圾分类规范管理的监督和指导及人员培训；参与意外事故发生时的紧急处理工作，负责指导现场的规范处理和职业防护。

5. 护理部为生活垃圾分类规范管理监督执行部门，负责监督检查各临床科室分类收集、暂时贮存、交接登记制度的落实。参与意外事故发生时的紧急处理工作。

6. 科室负责人为科室生活垃圾分类规范管理第一责任人，确保生活垃圾分类规范管理有效落实。

五、管理要求

1. 可回收物投放管理要求：可回收物桶为蓝色，桶外有“可回收物”字样和标识。放置于内、外科及妇儿院区垃圾专用转运电梯旁，及门诊、医技楼部分楼层或科室。各科室将产生的可回收物放置于可回收物桶内，放置公共区域的承装输液瓶、袋的可回收物桶应加锁管理，避免遗失。指定专人进行回收，日清日结，并与科室进行交接双签字。

2. 有害垃圾投放管理要求：有害垃圾桶为红色，桶外有“有害垃圾”字样和标识。有害垃圾桶放置于部分科室及楼层公共区域、生活垃圾暂存点，各科室可将有害垃圾放置黑色塑

料袋或专用桶中，单独与清运人员交接并签字。

3. 厨余垃圾投放管理要求：厨余垃圾桶为绿色，桶外有“厨余垃圾”字样和标识。厨余垃圾转运桶放置于食堂等厨余垃圾产生区域及部分公共区域内，以方便投放为原则。食堂可设置厨余垃圾（餐厨废弃油脂）专用收集容器，确保厨余垃圾干、湿分离。

4. 其他垃圾投放管理要求：其他垃圾桶为黑色，桶外有“其他垃圾”字样和标识。其他垃圾转运桶放置于内、外科楼及妇儿院区垃圾专用转运电梯旁，及门诊、医技楼部分楼层。各科室将产生的其他垃圾放置于其他垃圾转运桶内，由垃圾清运班人员每天进行回收。

文件名称	体液、血液、分泌物、排泄物污染处置流程				
文件编号	A11-ZD-024-04			发布部门	感控处
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

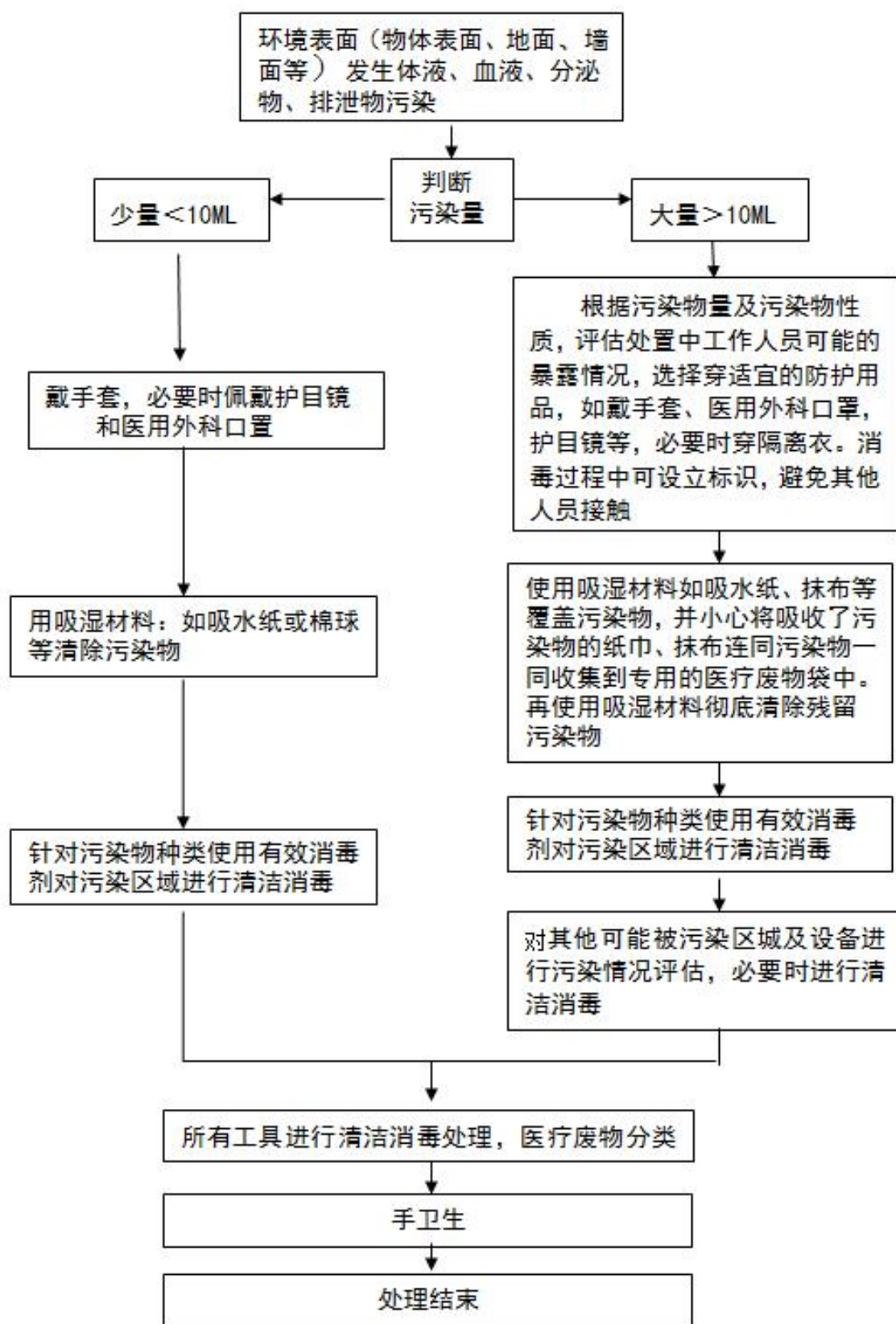
体液、血液、分泌物、排泄物污染处置流程

为进一步规范处置患者的血液、体液、分泌物（不包括汗液）、排泄物意外喷溅至环境表面（物体表面、地面、墙面等），预防院内交叉感染的发生，依据《医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范》WS/T512-2016、《医疗机构消毒技术规范》WS/T367-2012等规范，结合本院实际，制定本处置流程。

一、处置原则：

1. 建议配备血液、体液污染处置工具包，方便使用。
2. 根据污染物的量及性质，评估处置中工作人员暴露程度，选择适宜的防护用品，一次性外科口罩、手套、帽子、工作服，必要时戴面屏或护目镜、穿隔离衣、鞋套。
3. 消毒过程中可设立标识，避免其他人员接触。
4. 消毒剂类别、浓度、作用时间等根据病原体种类进行选择，如使用含氯消毒剂，可选用有效氯 500mg/L 消毒液作用 30 分钟，如被经血传播病原体、分枝杆菌及其他特殊病原体等污染，可选用 2000-5000mg/L 消毒液作用 30 分钟。如被污染物品为医疗器械，应考虑消毒剂与设备材料的兼容性。
5. 先采用吸湿材料将血液、体液、分泌物、排泄物清除；如污渍已干涸，可使用含有效氯 500mg/L 的消毒液、消毒湿巾、75% 乙醇棉球先将污渍擦除，再对污染区域进行清洁消毒。
6. 清洁消毒应以污染部位为中心，由外向内进行清洁消毒，如被污染表面有裂缝，应对缝隙进行彻底清洁消毒。
7. 如污染物内有锐气，应先使用工具将其移除后，再进行清洁消毒。

二、处置流程：



文件名称	关于胎盘、死胎、死婴、离体残肢等有形器官处置的管理规定				
文件编号	A11-ZD-025-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

关于胎盘、死胎、死婴、离体残肢等有形器官处置的管理规定

依据原卫生部《关于产妇分娩后胎盘处理问题的批复》精神，《医疗机构新生儿安全管理制度（试行）》的通知精神，《医疗废物管理条例》、《医院感染管理办法》、《中华人民共和国传染病防治法》、《殡葬管理条例》等相关法律法规，对于胎盘、死胎、死婴、离体残肢等有形器官处置的管理规定如下：

一、胎盘处置

（一）分娩后无传染性胎盘，科室应根据产妇或委托代理人意愿处理。如产妇或委托代理人要求自行处置，应签署知情同意后领取；如产妇或委托代理人放弃胎盘，应签署知情同意书，医院依据《医疗废物管理条例》相关规定进行处置。

（二）分娩后对可能造成传染病传播的胎盘，必须由医院进行处置。科室与产妇或委托代理人签署知情同意书，医院依据《中华人民共和国传染病防治法》、《医疗废物管理条例》的有关规定进行处置。

（三）由医院处置的胎盘，产科或手术室与医疗废物回收人员严格执行胎盘交接登记双签字。任何单位与个人不得买卖胎盘。

二、死胎、死婴处置

（一）手术或分娩后无传染性死胎、死婴，科室应根据产妇或委托代理人意愿处置。如产妇或委托代理人要求自行处置，应签署知情同意后领取；如产妇或委托代理人放弃死胎、死婴，应签署知情同意书，由医院依据《医院感染管理办法》、《殡葬管理条例》相关规定进行处置。

（二）手术或分娩后可能造成传染病传播的死胎、死婴，必须由医院进行处置。科室与产妇或委托代理人签署知情同意书，医院依据《中华人民共和国传染病防治法》、《殡葬管

管理条例》的相关规定进行处置。

(三) 由医院处置的死胎、死婴，产科或手术室与太平间管理人员严格执行死胎、死婴交接登记双签字，太平间管理人员与殡仪馆执行交接双签字，依据《殡葬管理条例》将死胎、死婴交予殡仪馆妥善处置，严禁按医疗废物处理。

三、离体残肢等有形器官管理

(一) 手术后无传染性离体残肢等有形器官，科室应根据患者或委托代理人意愿处置。如患者或委托代理人要求自行处置，应签署知情同意后领取；如患者或委托代理人放弃离体残肢等有形器官，由医院依据《医院感染管理办法》、《殡葬管理条例》相关规定进行处置。

(二) 手术后可能造成传染病传播的离体残肢等有形器官，必须由医院进行处置。科室与患者或委托代理人签署知情同意书，医院依据《中华人民共和国传染病防治法》、《殡葬管理条例》的有关规定进行处置。

(三) 非手术产生无人认领的离体残肢等有形器官，由医院依据《医院感染管理办法》、《殡葬管理条例》相关规定进行处置。

(四) 由医院处置的离体残肢等有形器官，手术产生由手术室与太平间管理人员进行交接，非手术产生由相关科室与太平间管理人员进行交接，交接双方严格执行离体残肢等有形器官交接登记双签字，太平间管理人员与殡仪馆执行交接双签字，依据《殡葬管理条例》将离体残肢等有形器官交予殡仪馆妥善处置，严禁按医疗废物处理。

四、医疗服务中心负责对医院处置的死胎、死婴、离体残肢等有形器官交接、存储、交予殡仪馆妥善处置等环节质量进行监督管理。后勤保障处负责对胎盘等交接、存储，按病理性废物处置等环节质量进行监督管理。

文件名称	气性坏疽、朊病毒等特殊病原体消毒管理制度				
文件编号	A11-ZD-026-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

气性坏疽、朊病毒等特殊病原体消毒管理制度

为控制气性坏疽、朊病毒等特殊病原体在院内传播，防止医院感染发生，依据 WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》和 WS310.2-2016《医院消毒供应中心第2部分：清洗消毒及灭菌技术操作规范》的要求，制定气性坏疽、朊病毒等特殊病原体消毒管理制度。

临床科室、检验科等科室发现气性坏疽、朊病毒等特殊病原体，立即报告感染管理与疾病预防控制处。

一、朊病毒

(一) 消毒方法

1. 感染朊病毒患者或疑似感染朊病毒患者宜选用一次性使用诊疗器械、器具和物品，使用后应进行双层密闭封装焚烧处理。

2. 可重复使用的被感染朊病毒患者或疑似感染朊病毒患者的高度危险组织（大脑、硬脑膜、垂体、眼、脊髓等组织）污染的中度和高度危险性物品的消毒灭菌：将使用后的物品浸泡于 1mol/L 氢氧化钠溶液内作用 60min，去除可见污染物，清水漂洗，置于开口盘内，下排气压力蒸汽灭菌器内 121℃ 灭菌 60min 或预排气压力蒸汽灭菌器 134℃ 灭菌 60min。然后清洗，并按照一般程序灭菌。

3. 被感染朊病毒患者或疑似感染朊病毒患者高度危险组织污染的低度危险物品和一般物体表面应用清洁剂清洗，根据待消毒物品的材质采用 10000 mg/L 的含氯消毒剂或 1mol/L 氢氧化钠溶液擦拭或浸泡消毒，至少作用 30min，并确保所有污染表面均接触到消毒剂。

4. 被感染朊病毒患者或疑似感染朊病毒患者高度危险组织污染的环境表面应用清洁剂清洗，采用 10000mg/L 的含氯消毒剂消毒，至少作用 30min。为防止环境和一般物体表面污染，宜采用一次性塑料薄膜覆盖操作台，操作完成后按特殊医疗废物焚烧处理。

5. 被感染朊病毒患者或疑似感染朊病毒患者低度危险组织污染的低度危险物品、一般物

体表面和环境表面可只采取相应常规消毒方法处理。

6. 被感染朊病毒患者或疑似感染朊病毒患者其他无危险组织污染的中度和高度危险物品，采取以下措施处理：

(1) 清洗并按常规高水平消毒和灭菌程序处理；

(2) 除接触中枢神经系统的神经外科内镜外，其他内镜按照国家有关内镜清洗消毒技术规范处理；

(3) 采用标准消毒方法处理低度危险性物品和环境表面，可采用 500mg/L ~ 2000mg/L 的含氯消毒剂或相当剂量的其他消毒剂处理。

(二) 注意事项

1. 感染朊病毒患者或疑似感染朊病毒患者高度危险组织污染的中度和高度危险物品，使用后应立即处理，防止干燥；不应使用快速灭菌程序；没有按正确方法消毒灭菌处理的物品应召回重新按规定处理。

2. 感染朊病毒患者或疑似感染朊病毒患者高度危险组织污染的中度和高度危险物品，不能清洗和只能低温灭菌的，宜按特殊医疗废物处理。

3. 使用的清洁剂、消毒剂应每次更换。

4. 每次处理工作结束后，应立即消毒清洗器具，更换个人防护用品，进行手的清洁与消毒。

二、气性坏疽病原体

(一) 消毒方法

1. 伤口的消毒

采用 3% 过氧化氢溶液冲洗，伤口周围皮肤可选择碘伏原液擦拭消毒。

2. 诊疗器械的消毒

应先消毒，后清洗，再灭菌。消毒可采用含氯消毒剂 1000 mg/L ~ 2000 mg/L 浸泡消毒 30min ~ 45min，有明显污染物时应采用含氯消毒剂 5000mg/L ~ 10000mg/L 浸泡消毒 \geq 60min。然后按规定清洗，灭菌。

3. 物体表面的消毒

手术室或换药室，每例感染患者之间应及时进行物体表面消毒，采用 0.5% 过氧乙酸或 500mg/L 含氯消毒剂擦拭。

4. 环境表面的消毒



手术室、换药室、病房环境表面有明显污染时，随时消毒，采用 0.5% 过氧乙酸或 1000mg/L 含氯消毒剂擦拭。

5. 终末消毒

手术结束、患者出院、转院或死亡后应进行终末消毒。终末消毒可采用 3% 过氧化氢或过氧乙酸熏蒸，3% 过氧化氢按照 20mL/m³ 气溶胶喷雾，过氧乙酸按照 1g/m³ 加热熏蒸，湿度 70% ~ 90%，密闭 24h;5% 过氧乙酸溶液按照 2.5mL/m³ 气溶胶喷雾，湿度为 20% ~ 40%。

6. 织物

接触患者的织物尽量一次性使用，需重复使用时单独收集，应用双层黄色塑料袋专包密封，注明病原菌，送消毒供应室灭菌后再清洗。

(二) 注意事项

1. 患者宜使用一次性诊疗器械、器具和物品。
2. 医务人员应做好职业防护，接触患者时应戴一次性手套，严格执行手卫生。
3. 接触患者创口分泌物的纱布、纱垫等敷料，一次性医疗用品、切除的组织如坏死肢体等双层封装，按医疗废物处理。

文件名称	医院感染监测制度				
文件编号	A11-ZD-027-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医院感染监测制度

为进一步加强医院感染环节质量控制，依据《医院感染监测规范》WS/T312-2009、《医疗机构消毒技术规范》WS/T367-2012、《医院消毒卫生标准》GB15982-2012、《医务人员手卫生规范》WS/T313-2019、2015年《医院感染管理质量控制指标》、《基层医疗机构血液透析室医院感染防控要求》、《三级医院等级评审实施细则》等相关规范的要求，结合医院实际工作，制定医院感染监测制度。

一、监测内容

开展综合性监测、目标性监测、环境卫生学监测、消毒灭菌监测等工作。制定年度监测方案，依据行业规范、河北省医院感染质量监测数据、上一年度指标完成情况等信息，修订监测评价指标，促进质量持续改进。

二、监测项目

（一）综合性监测

1、监测项目及意义：

（1）对住院患者进行医院感染发病率、发病例次率、漏报率监测。关注重点科室、关键部位、高危因素及病原体特点，预警聚集性病例、疑似或确诊医院感染暴发病例，开展流行病学调查，为医院感染控制提供科学依据。

（2）对住院患者开展现患率调查，反映确定时段或时点医院感染实际发生情况，为准确掌握医院感染现状，判断变化趋势，采取针对性干预措施及干预效果评价提供基础。

2. 监测频次与方法：

（1）医院感染发病率、发病例次率、漏报率监测：每日监测，每月数据汇总，每季度进行分析。应用医院感染信息系统进行前瞻性调查，抽查至少10%终末病例进行回顾性调查。

（2）现患率调查：每年监测并分析汇总。制定现患率调查方案，针对感控医生进行培训。

选定调查时间，制定网络调查问卷，针对在院患者基础疾病、有创操作、感染部位、微生物送检、抗菌药物使用等情况进行调查。

(二) 目标性监测

1、监测项目及意义：

呼吸机相关性肺炎、中央导管相关性血流感染、导尿管相关泌尿系感染、外科手术部位感染、多重耐药菌感染数据进行监测。反映：呼吸机相关肺炎、中央导管相关性血流感染、导尿管相关泌尿系感染、手术患者手术部位医院感染管理情况和院感防控能力，以及医院内多重耐药菌感染的总体情况和某种特定菌种多重耐药菌感染情况。

2. 监测频次与方法：

- (1) 对感染情况每月应用医院感染信息系统进行监测。
- (2) 对预防与控制措施执行情况专职人员每周进行现场督导检查。

(三) 环境卫生学监测

1. 监测重点部位：重症医学科及亚监护室、手术室、口腔科、内镜室、导管室、血透室、消毒供应室、新生儿病区、肿瘤肠外营养室、放化疗中心配药室、产房、计划生育手术室、宫腔镜室、门诊手术室、膀胱镜室、营养科肠道营养配制室、洗衣房及布（地）巾洗涤室、其他纳入Ⅱ类环境管理的区域。

2. 监测项目及意义：

空气、物表、医务人员手、使用中消毒剂、器械清洗质量等进行监测，反映重点部位医院感染管理情况和院感防控能力。

3. 监测频次与评价方法：

重点部位空气、物表、医务人员手、使用中消毒剂等每季度监测一次，当医院感染流行怀疑与医院环境卫生学因素有关时，应及时对环境进行采样。

(1) 空气效果评价（沉降法）：

I 类环境洁净手术部：

洁净用房等级	沉降法细菌最大平均浓度		空气洁净度级别	
	手术区	周边区	参考手术	周边区
I	0.2cfu/30min·φ90皿	0.4cfu/30min·φ90皿	5级（相当于百级）	6级
II	0.75cfu/30min·φ90皿	1.5cfu/30min·φ90皿	6级（相当于千级）	7级
III	2cfu/30min·φ90皿	4cfu/30min·φ90皿	7级（相当于万级）	8级
IV	6cfu/30min·φ90皿		8.5级（相当于30万级）	

I 类环境其他洁净场所空气细菌菌落总数应 $\leq 4\text{cfu}/30\text{min}\cdot\phi 90$ 皿；II 类环境空气细菌菌落总数应 $\leq 4\text{cfu}/15\text{min}\cdot\phi 90$ 皿；III 类环境、IV 类环境空气细菌菌落总数应 $\leq 4\text{cfu}/5\text{min}\cdot\phi 90$ 皿。

(2)物表效果评价：I 类环境、II 类环境物体表面细菌菌落总数应 $\leq 5\text{cfu}/\text{cm}^2$ ，III 类环境、IV 类环境物体表面细菌菌落总数应 $\leq 10\text{cfu}/\text{cm}^2$ 。

(3)手消毒效果评价：

洗手和卫生手消毒，监测的细菌菌落总数应 $\leq 10\text{cfu}/\text{cm}^2$ ；外科手消毒，监测的细菌菌落总数应 $\leq 5\text{cfu}/\text{cm}^2$ 。

(4)使用中消毒液效果评价：

使用中的灭菌消毒液监测应为无菌生长；使用中皮肤粘膜消毒液染菌量监测应 $\leq 10\text{cfu}/\text{ml}$ ；其他使用中消毒液染菌量监测应 $\leq 100\text{cfu}/\text{ml}$ 。采样后 4 小时内检测，不得检出致病性微生物。

(5)内镜消毒效果监测：消毒后的内镜合格标准为：细菌总数 $<20\text{cfu}/\text{件}$ ，不能检出致病菌。

(6)消毒供应室器械清洗质量、内镜清洗质量监测：每季度应用 ATP 荧光检测仪对清洗后物品进行抽样检测效果评价，手术器械 RLU（相对发光值） ≤ 2000 合格， $2000 \sim 4000$ 中度风险， > 4000 高度风险；支气管镜、胃镜、肠镜清洗效果评价 RLU（相对发光值） ≤ 20000 合格， $20000 \sim 40000$ 为警告， > 40000 为不合格。

(四)消毒灭菌监测

1. 紫外线灯监测与维护，遵照《紫外线灯消毒管理制度》执行。
2. 空气消毒机监测与维护，遵照《空气消毒机管理制度》执行。
3. 空气洁净技术净化系统监测与维护，遵照《医院空气洁净技术净化系统管理制度》执行。
4. 过氧化氢低温等离子体监测与维护，遵照《过氧化氢低温等离子体灭菌管理制度》执行。
5. 环氧乙烷灭菌器监测与维护，遵照《环氧乙烷灭菌医院感染管理制度》执行。
6. 压力蒸汽灭菌器监测与维护，遵照《压力蒸汽灭菌器的使用管理制度》执行。

三、感染管理与疾病预防控制处负责对全院监测资料进行查检、统计、分析，发现问题及时书面或电话反馈，并协助科室查找不合格原因，提出改进措施。

文件名称	紫外线灯消毒管理制度				
文件编号	A11-ZD-028-06		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

紫外线灯消毒管理制度

为强化医院感染管理，确保紫外线消毒质量，依据 WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、GB19258-2012《紫外线杀菌灯》、《紫外线低压汞消毒灯使用说明书》的要求，结合我院实际工作，制定本制度。

一、紫外线灯安装要求

紫外线灯分悬吊式和移动式两种，适用于室内空气和物体表面的消毒。灯管悬吊高度距离地面 1.8 米～2.2 米，安装紫外线灯的数量为平均 $\geq 1.5\text{W}/\text{m}^3$ 。（以 40W 紫外线灯为例，即小于 9 平方米的面积，应用 40W 紫外线灯管一根，可达到安装要求。）

二、紫外线消毒方法

（一）紫外线照射时间 ≥ 30 分钟。

（二）空气消毒：关闭门窗，保持消毒空间内清洁、干燥，如温度低于 20℃或高于 40℃，相对湿度大于 60%，被有机物保护的微生物及空气中悬浮粒子增多时，应适当延长照射时间。

（三）物表消毒：将灯置于消毒物体表面上方，使紫外线直接照射至被消毒物体表面，消毒纸张及织物等粗糙表面时，应延长照射时间，且两面均应受到照射。

三、紫外线照度（强度）监测

（一）新 $\geq 18\text{W}$ 直管型紫外线灯的辐射照度额定值 $\geq 62\ \mu\text{W}/\text{cm}^2$ ，新 30W 直管型紫外线灯的辐射照度额定值 $\geq 100\ \mu\text{W}/\text{cm}^2$ ，新 $\geq 36\text{W}$ 直管型紫外线灯的辐射照度额定值 $\geq 135\ \mu\text{W}/\text{cm}^2$ ，新灯管初始辐射照度应不低于额定值的 93%。更换新灯管或镇流器时，在使用前应通知感染管理与疾病预防控制处给予检测，合格后方可使用。

（二）使用中的紫外线灯辐射照度或强度低于 $70\ \mu\text{W}/\text{cm}^2$ 时，应立即更换。感染管理与疾病预防控制处每年应用紫外线辐照仪进行辐射照度监测，使用中的紫外线灯辐射照度高

于 $70 \mu\text{W}/\text{cm}^2$ 且低于 $75 \mu\text{W}/\text{cm}^2$ 时，科室应每月使用紫外线强度照射指示卡进行强度监测，并将指示卡粘贴在紫外线登记本上。

四、应用紫外线强度照射指示卡监测方法

开启紫外线灯 5 分钟后，将指示卡置于紫外线灯下垂直距离 1 米处，有图案一面朝上，照射 1 分钟（紫外线照射后，图案正中光敏色块由乳白色变成不同程度的淡紫色），观察指示卡色块的颜色，将其与标准色块比较，读出照射强度。

五、紫外线灯日常管理与消毒记录

（一）应保持紫外线灯表面清洁，每周用酒精布巾擦拭一次，发现灯管表面有灰尘、油污等时，应随时擦拭。

（二）在室内无人状态下，采用紫外线灯悬吊式或移动式直接照射消毒，避免人体皮肤和眼睛直接暴露在紫外线光源辐射中造成损伤。

（三）各科室将紫外线灯管进行统一编号，保证每根紫外线灯有使用时间及强度监测记录。

（四）紫外线灯记录内容：灯管启用时间、累计照射时间、每次消毒时间、灯管清洁日期、灯管辐射照度（强度）监测日期及监测结果、操作人签名，归档保留 3 年备查。

文件名称	空气消毒机管理制度				
文件编号	A11-ZD-029-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

空气消毒机管理制度

为加强空气消毒机规范管理，依据《奥洁等离子空气消毒机使用说明书》及《维护保养补充说明》、《老肯牌等离子体空气净化消毒机使用说明书》、《新华牌医用空气消毒器使用说明书》，制定本制度。

一、等离子空气消毒机管理

(一) 工作原理

等离子空气净化消毒机，采用初、中、高效过滤除尘、等离子体杀菌等消毒方法，可用于有人与无人状态下的空气净化消毒。

(二) 消毒机的使用、清洁与维护

1. 消毒机的使用：

(1) 按使用场所面积配置适宜型号的空气消毒机，确保消毒效果符合要求。

(2) 注意用电安全，避免在易燃易爆场所使用。

(3) 消毒时间及效果：

1) 老肯牌：置于最大风挡持续工作 1 小时，可达到消毒合格要求。设备持续工作 2 小时，可有效去除空气中 $\geq 0.5 \mu\text{m}$ 的悬浮粒子。

2) 奥洁牌：连续开机消毒 2 小时，达到消毒合格要求。

(4) 消毒方式：可采用自动定时功能或手动功能。

2. 清洁与消毒：

(1) 外观清洁消毒：每日用 75% 酒精或 500mg/L 含氯消毒剂擦拭表面，如遇污染随时擦拭。擦拭时需切断电源。

(2) 内风叶应由专业人士拆洗，1-2 年拆洗 1 次。

(3) 奥杰牌过滤网、过滤器维护：

1) 机器背面有三张过滤网，上、中为中效过滤网，下为 HEPA 高效过滤网。使用中如发现灰尘多时，应卸下过滤网清洁。

2) 中效过滤网用水清洗，严禁用毛刷类工具刷洗，水温不得超过 40℃，洗涤干净放在阴凉通风处干燥后，按原位置安装，中效过滤网每月清洁 1 次，1-2 年更换 1 次。更换下的过滤网，按照医疗废物处置。

3) HEPA 高效过滤网，用刷子或毛刷清理灰尘，严禁用清水冲洗。高效过滤网每月清洁 1 次，每年更换 1 次。更换下的过滤网，按照医疗废物处置。

(4) 老肯牌过滤器维护：每隔 730 小时设备会在屏幕提示更换过滤器。更换过滤器后清零使用时间。更换下的过滤器，按照医疗废物处置。

(5) 接诊特殊病原体感染患者后，立即对设备表面及过滤网等进行消毒，消毒剂可使用 500mg/L-2000 mg/L 的含氯消毒剂，消毒 30 分钟后清水擦拭。

3. 使用寿命：

(1) 老肯牌等离子体发生器和等离子体电极芯寿命为 25000 小时。

(2) 奥杰牌整机使用寿命为 5 年。

(三) 注意事项

1. 科室做好空气消毒机的消毒记录和设备维护记录。

2. 避免用手指甲按键，应平手按键。

3. 清洗过程中、擦拭机器及拆卸过滤网时，一定要拔掉电源。

4. 使用时，房间应注意关好门窗，房间要有良好的封闭性。

5. 机器的进出风口严禁有物品覆盖或遮挡。

6. 切勿将任何东西沿机壳缝隙塞入机器内，否则会引起火灾或触电，切勿将任何液体泼洒在机器上。

7. 使用过程中如机器出现故障，请勿私自拆装，尽快与医学设备管理处及售后负责人联系。

二、高压静电空气消毒机管理

(一) 工作原理

由中效过滤器、风机、静电场发生器组成，利用风机使空气经过静电场发生器循环进行消毒。可用于有人与无人状态下的空气净化消毒。



(二) 消毒机的使用、清洗与维护

1. 消毒机的使用:

1) 注意用电安全, 避免在易燃易爆场所使用。

2) 消毒方法: 按使用场所面积配置适宜型号的空气消毒机, 确保消毒效果符合要求。在室温下, 相对湿度不大于 80% 的条件下, 连续开机 60 分钟以上, 可达到空气消毒要求。

3) 消毒方式: 可采用手动、定时、临时消毒功能。

2. 清洁与维护:

(1) 外观清洁消毒: 每日用 75% 酒精或 500mg/L 含氯消毒剂擦拭表面, 如遇污染随时擦拭。擦拭时需切断电源。

(2) 过滤网清洁与维护:

1) 初效过滤网、进风窗: 一般每 6 个月卸下后用清水清洗, 晾干后装入; 污染严重场所每 3 个月卸下后用 75% 酒精擦拭消毒, 5 分钟后清水清洗, 晾干后装入。

2) 炭板: 一般每 12 个月由专业人员更换, 污染严重场所 3-6 个月由专业人员更换。更换下的炭板, 按照医疗废物处置。

3) 静电场发生器: 每 2 年由专业人员更换, 污染严重场所 1 年由专业人员更换。更换下的静电场发生器, 按照医疗废物处置。

(3) 接诊特殊病原体感染患者后, 立即对设备表面进行及过滤网进行消毒, 消毒剂可使用 500mg/L-2000 mg/L 的含氯消毒剂, 消毒 30 分钟后清水擦拭。

(三) 注意事项

1. 科室做好空气消毒机的消毒记录和设备维护记录。

2. 避免用手指甲按键, 应平手按键。

3. 清洗过程中、擦拭机器及拆卸过滤网时, 一定要拔掉电源。

4. 使用时, 房间应注意关好门窗, 房间要有良好的封闭性。

5. 机器的进出风口严禁有物品覆盖或遮挡。

6. 切勿将任何东西沿机壳缝隙塞入机器内, 否则会引起火灾或触电, 切勿将任何液体泼洒在机器上。

7. 使用过程中如机器出现故障, 请勿私自拆装, 尽快与医学设备管理处及售后负责人联系。

文件名称	医院空气洁净技术净化系统管理制度				
文件编号	A11-ZD-030-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医院空气洁净技术净化系统管理制度

为了做好医院空气净化管理工作，避免医院交叉感染，根据 WS/T368-2012《医院空气净化管理规范》，结合我院实际工作，制定本制度。

一、医院提供符合规范要求的空气净化与消毒设备满足临床需求。

二、手术室、重症医学监护病房、神经外科重症监护病房、新生儿病区、生殖医学科等区域采用层流净化系统，科室与医学工程处应加强区域监管与维护。

三、采用空气洁净技术要求

1. 采用洁净技术的手术室，应每日监测净化设施运行情况，并记录温湿度，发现异常情况及时联系医学工程处检查维修。

2. 空气处理机组、新风机组应定期检查，保持清洁。

3. 新风机组粗效滤网宜每 2 天清洁一次；粗效过滤器宜 1—2 个月更换一次；中效过滤器宜每周检查，3 个月更换一次；亚高效过滤器宜每年更换。发现污染和堵塞及时更换。

4. 末端高效过滤器宜每年检查一次，当阻力超过设计初阻力 160Pa 或已经使用 3 年以上时宜更换。

5. 排风机组中的中效过滤器宜每年更换，发现污染和堵塞及时更换。

6. 定期检查回风口过滤网，宜每周清洁消毒一次，每年更换。如遇特殊污染，及时更换回风口过滤网，按医疗废物处置；并用消毒剂擦拭回风口内表面。消毒剂可使用 500mg/L-2000mg/L 含氯消毒剂。

7. 医学工程处设专门维护管理人员，遵循设备的使用说明进行保养与维护；并制定运行手册，有检查和记录。

文件名称	过氧化氢低温等离子体灭菌管理制度				
文件编号	A11-ZD-031-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

过氧化氢低温等离子体灭菌管理制度

为进一步做好过氧化氢低温等离子体灭菌管理工作，保证医疗质量和患者安全，根据 WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T310-2016《医院消毒供应中心 第1部分管理规范、第二部分清洗消毒及灭菌技术操作规范、第三部分清洗消毒及灭菌效果监测标准》、GB/T32309-2015《过氧化氢低温等离子体灭菌器》和 GB/T27955-2020《过氧化氢低温等离子体灭菌器卫生要求》等规范要求，结合我院实际工作，制定本制度：

一、适用范围

1. 适用于医疗器械物品的灭菌，特别是不耐热、不耐湿的物品。
2. 可灭菌的物品能耐受过氧化氢等离子，包括患者端连接电线电缆、光学镜片、玻璃镜头、硬式内镜、导管、手术器械、诊疗器械等。
3. 不可灭菌的物品不能耐受过氧化氢等离子，包括内径小于 1mm、长度大于 500mm 的不锈钢管状器械、吸湿材料（木质器械、纤维素、棉织物、纱布等）、液体、膏剂、油剂和粉剂、不完全干燥的物品、一端封闭的内腔、植入物等。

二、设备使用管理

1. 过氧化氢低温等离子体灭菌器应每年遵循设备生产厂家的使用说明或指导手册进行维护、保养、检测。
2. 日常清洁和检查：每日对过氧化氢低温等离子体灭菌器进行清洁，使用之前检查设备是否完好，参数是否正常。
3. 灭菌的器械、物品应使用纯化水清洗，清洗彻底，并充分干燥。
4. 灭菌装载应利于过氧化氢气体穿透，应采用专用的包装袋单层包装或专用无纺布双层包装后方可灭菌。最终灭菌医疗器械包装材料应符合 GB/T19633 的要求。皱纹纸、无纺布、纺织品还应符合 YY/T0698.2 的要求；纸塑袋还应符合 YY/T0698.5 的要求。

5. 纸塑袋、纸袋等密封包装其密封宽度应 $\geq 6\text{mm}$ ，包内器械距包装袋封口处应 $\geq 2.5\text{cm}$ 。

6. 灭菌物品应无积压，自然码放，最多码放 2 层，包装之间应留有间隙，不应排放过于紧密，不应接触灭菌腔内壁。

7. 包装后的灭菌物品最多装载不应超过物筐容积的 80%，重量不应超过 20kg/ 层。

三、环境管理

依据设备生产厂家的使用说明或指导手册对工作环境中过氧化氢浓度进行监测，结果可追溯。

四、灭菌质量监测

1. 原则：过氧化氢低温等离子体灭菌器新安装、移位、大修、灭菌失败、包装材料或被灭菌物品改变，应对灭菌效果进行重新评价，包括采用物理监测法、化学监测法和生物监测法进行监测（重复三次），监测合格后，灭菌器方可使用。

2. 物理监测：每次灭菌应连续监测并记录每个灭菌周期的临界参数如舱内压、温度、等离子体电源输出功率和灭菌时间等灭菌参数。灭菌参数应符合灭菌器的使用说明或操作手册的要求。可对过氧化氢浓度进行监测。

3. 化学监测：每个灭菌物品包外应使用包外化学指示物，作为灭菌过程的标志；每包内最难灭菌位置应放置包内化学指示物，通过观察其颜色变化，判定其是否达到灭菌合格要求。

4. 生物监测法：每天使用时应至少进行一次灭菌循环的生物监测，监测方法如下。

（1）灭菌管腔器械时，可使用管腔生物 PCD 进行监测，应将管腔生物 PCD 放置于灭菌器内最难灭菌的部位（按照生产厂家说明书建议，远离过氧化氢注入口，如灭菌舱下层器械搁架的后方）。灭菌周期完成后立即将管腔生物 PCD 从灭菌器中取出，生物指示物应放置 $56^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$ 培养 7d(或遵循产品说明书)，观察培养结果。并设阳性对照和阴性对照（自含式生物指示物不用设阴性对照）。

（2）灭菌非管腔器械时，应使用非管腔生物监测包进行监测，应将生物指示物置于特卫强材料的包装袋内，密封式包装后，放置于灭菌器内最难灭菌的部位（按照生产厂家说明书建议，远离过氧化氢注入口，如灭菌舱下层器械搁架的后方）。灭菌周期完成后立即将非管腔生物监测包从灭菌器中取出，生物指示物应放置 $56^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$ 培养 7d(或遵循产品说明书)，观察培养结果。并设阳性对照和阴性对照（自含式生物指示物不用设阴性对照）。



(3) 结果判定阳性对照组培养阳性，阴性对照组培养阴性，实验组培养阴性，判定为灭菌合格。阳性对照组培养阳性，阴性对照组培养阴性，实验组培养阳性，判定为灭菌失败；同时应进一步鉴定实验组阳性的细菌是否为指示菌或是污染所致。灭菌失败的器械应禁止使用。

文件名称	环氧乙烷灭菌管理制度				
文件编号	A11-ZD-032-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

环氧乙烷灭菌管理制度

为进一步做好环氧乙烷低温灭菌管理工作，保证医疗质量和患者安全，根据 WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T310-2016《医院消毒供应中心 第1部分管理规范、第二部分清洗消毒及灭菌技术操作规范、第三部分清洗消毒及灭菌效果监测标准》和 YY 0503-2016《环氧乙烷灭菌器》等规范要求，结合我院实际工作，制定本制度：

一、适用范围

适用于不耐热、不耐湿的诊疗器械、器具和物品的灭菌，如电子仪器、光学仪器、纸质制品、化纤制品、塑料制品、陶瓷及金属制品等诊疗用品。不适用于食品、液体、油脂类、粉剂类等灭菌。

二、设备使用管理

1. 生产厂家每年1次对环氧乙烷灭菌器进行维护、保养、检测，可追溯。
2. 日常清洁和检查：每日对环氧乙烷灭菌器进行清洁，使用之前检查设备是否完好，参数是否正常。
3. 灭菌的器械、物品应清洗干净，并充分干燥。
4. 灭菌装载应利于环氧乙烷气体穿透，应采用专用的包装材料，包括纸、包装袋（纸袋、纸塑袋等）、非织造布、硬质容器。最终灭菌医疗器械包装材料应符合 GB/T19633 的要求。皱纹纸、无纺布、纺织品还应符合 YY/T0698.2 的要求；纸袋还应符合 YY/T0698.4 的要求；纸塑袋还应符合 YY/T0698.5 的要求；硬质容器还应符合 YY/T0698.8 的要求。
5. 纸塑袋、纸袋等密封包装其密封宽度应 $\geq 6\text{mm}$ ，包内器械距包装袋封口处应 $\geq 2.5\text{cm}$ 。
6. 灭菌柜内装载物品周围应留有空隙，物品应放于金属网状篮筐内或金属网架上；纸塑包装应侧放。物品装载量不应超过柜内总体积的 80%。



7. 环氧乙烷灭菌气瓶或气罐应远离火源和静电，通风良好，无日晒，存放温度低于40℃，不应置于冰箱中。使用后气罐按有害垃圾处理。

三、环境管理与应急处置

1. 每年对工作环境中环氧乙烷浓度进行监测，结果可追溯。

2. 工作人员应经专业知识和紧急事故处理的培训。过度接触环氧乙烷后，迅速将其移离中毒现场，立即吸入新鲜空气；皮肤接触后，用水冲洗接触处至少15min，同时脱去脏衣服；眼睛接触液态环氧乙烷或高浓度环氧乙烷气体至少冲洗眼10min，应尽快就诊。

四、灭菌质量监测

1. 原则：环氧乙烷灭菌器新安装、移位、大修、灭菌失败、包装材料或被灭菌物品改变，应对灭菌效果进行重新评价，包括采用物理监测法、化学监测法和生物监测法进行监测（重复三次），监测合格后，灭菌器方可使用。

2. 物理监测：每次灭菌应监测并记录灭菌时的温度、压力、时间和相对湿度等灭菌参数。灭菌参数应符合灭菌器的使用说明或操作手册的要求。

3. 化学监测：每个灭菌物品包外应使用包外化学指示物，作为灭菌过程的标志，每包内最难灭菌位置放置包内化学指示物，通过观察其颜色变化，判定其是否达到灭菌合格要求。

4. 生物监测：每灭菌批次应进行生物监测。

（1）监测方法：将常规生物测试包置于灭菌器最难灭菌的部位（所有装载灭菌包的中心部位）。灭菌周期完成后应立即将生物测试包从被灭菌物品中取出。自含式生物指示物培养一般为4小时，自含式生物指示物不用设阴性对照，特殊产品使用遵照产品说明书。如使用芽孢菌片的，培养48h，观察初步结果，无菌生长管继续培养至第7日。检测时以培养基作为阴性对照，以加入芽孢菌片的培养基作为阳性对照。

（2）结果判定：阳性对照组培养阳性，阴性对照组培养阴性，试验组培养阴性，判定为灭菌合格。阳性对照组培养阳性，阴性对照组培养阴性，试验组培养阳性，则灭菌不合格；同时应进一步鉴定试验组阳性的细菌是否为指示菌或是污染所致。灭菌失败的器械应禁止使用。

文件名称	压力蒸汽灭菌器的使用管理规定				
文件编号	A11-ZD-033-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

压力蒸汽灭菌器的使用管理规定

为进一步做好压力蒸汽灭菌器管理工作，依据《医院消毒供应中心第1部分：管理规范 WS 310.1-2016》、《医院消毒供应中心第2部分：清洗消毒及灭菌技术操作规范 WS 310.2-2016》、《医院消毒供应中心第3部分：清洗消毒及灭菌效果监测标准 WS 310.3-2016》、《小型压力蒸汽灭菌器效果监测方法和评价要求 GB/T30690-2014》等规范要求，结合我院实际，制定本制度：

一、压力蒸汽灭菌通用原则：

1. 耐湿、耐热的器械、器具或者物品，应首选压力蒸汽灭菌。
2. 压力蒸汽灭菌包重量要求：器械包重量不宜超过 7kg，辅料包重量不宜超过 5kg。
3. 压力蒸汽灭菌包体积要求：下排气压力蒸汽灭菌器不宜超过 30cmX30cmX25cm；预真空压力蒸汽灭菌器不宜超过 30cmX30cmX50cm。
4. 灭菌物品包装的标识应注明物品名称、灭菌日期和失效日期、包装者等相关信息。标识应具有可追溯性。

二、压力蒸汽灭菌器操作程序：

1. 灭菌前按说明书要求对设备进行常规检查。
2. 灭菌物品装载：应使用专用灭菌架或篮筐装载灭菌物品，灭菌包之间应留间隙；宜将同类材质的器械、器具和物品，置于同一批次进行灭菌；材质不相同时，纺织类物品应放置于上层、竖放，金属器械类放置于下层；手术器械包、硬质容器应平放；盆、盘、碗类物品应斜放，玻璃瓶等底部无孔的器皿类物品应倒立或侧放；纸袋、纸塑包装物品应侧放；利于蒸汽进入和冷空气排出；选择下排气压力蒸汽灭菌程序时，大包宜摆放于上层，小包宜摆放于下层。
3. 灭菌操作及无菌物品卸载：



(1) 应观察并记录灭菌时的温度、压力和时间等灭菌参数及设备运行状况。

(2) 无菌物品卸载：从灭菌器卸载取出的物品，冷却时间 > 30min。

三、压力蒸汽灭菌的监测方法：

1. 物理监测法：每批次对压力、温度、灭菌时间等信息进行监测。

2. 化学监测法：应进行包外、包内化学指示物监测。具体要求为灭菌包包外应有化学指示物，高度危险性物品包内应放置包内化学指示物，置于最难灭菌的部位。根据化学指示物颜色或形态等变化，判定是否达到灭菌合格要求。

3. 生物监测法：每周至少一次。

4. B-D 试验：预真空(包括脉动真空)压力蒸汽灭菌器应每日开始灭菌运行前空载进行 B-D 测试，B-D 测试合格后，灭菌器方可使用。B-D 测试失败，应及时查找原因进行改进，监测合格后，灭菌器方可使用。小型压力蒸汽灭菌器不常规进行 B-D 测。

四、压力蒸汽灭菌的日常维护

灭菌器定期进行预防性维护与保养、日常清洁和检查。

(1) 每天：待灭菌器温度降至安全范围内，将内室污物清洗干净，排出蒸发器中的剩余存水。

(2) 每周：对密闭槽门胶条等部位进行清理。

(3) 每月：清理疏通管路上的过滤网、过滤器等。

(4) 每年：压力蒸汽灭菌器应每年对灭菌程序的温度、压力和时间进行检测，对压力表和安全阀进行校验。

五、压力蒸汽灭菌的质量控制过程的记录与可追溯要求

1. 应留存灭菌器运行参数打印资料或记录。

2. 应记录灭菌器每次运行情况，包括灭菌日期、灭菌器编号、批次号、装载的主要物品、灭菌程序号、主要运行参数、操作员签名或代号，及灭菌质量的监测结果等，并存档。

3. 应对灭菌质量的日常监测和定期监测进行记录。

4. 记录应具有可追溯性，灭菌质量监测资料和记录的保留期应 ≥ 3 年。

六、注意事项：

1. 灭菌器操作方法应遵循生产厂家说明书或指导手册。

2. 快速压力蒸汽灭菌程序不应作为物品的常规灭菌程序，应在紧急情况下使用。

3. 管腔器械不应使用下排气压力蒸汽灭菌方式进行灭菌。
4. 检查有无湿包，湿包不应储存与发放，分析原因并改进。
5. 无菌包掉落地上或误放到不洁处应视为被污染。
6. 物理监测时应每年用温度压力检测仪监测温度、压力和时间等参数，检测仪探头放置于最难灭菌部位。
 7. 采用快速程序灭菌时，也应进行化学监测。直接将一片包内化学指示物置于待灭菌物品旁边进行化学监测。
 8. 生物监测应至少每周 1 次。采用新的包装材料和方法进行灭菌时应进行生物监测。
 9. 生物监测不合格时，应尽快召回上次生物监测合格以来所有尚未使用的灭菌物品，重新处理；并应分析不合格的原因，改进后，生物监测连续三次合格后方可使用。
 10. 小型压力蒸汽灭菌器因一般无标准生物监测包，应选择灭菌器常用的、有代表性的灭菌物品制作生物测试包或生物 PCD, 置于灭菌器最难灭菌的部位，且灭菌器应处于满载状态。生物测试包或生物 PCD 应侧放，体积大时可平放。
 11. 每年应对小型压力蒸汽灭菌器的灭菌参数、灭菌效果和排气口生物安全性进行验证。

文件名称	消毒剂、消毒器械卫生安全评价报告管理制度				
文件编号	A11-ZD-034-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

消毒剂、消毒器械卫生安全评价报告管理制度

为进一步做好消毒剂、消毒器械管理工作，减少院内感染的发生，依据 WS/T367-2012《医院消毒技术规范》、2014年36号《关于印发消毒产品卫生安全评价规定的通知》等规范要求，结合我院实际工作，制定本制度：

一、采购消毒剂、消毒器械时，产品采购科室应索取的证件：

- (一) 索取生产单位授予销售单位或销售单位法人代表授权书。
- (二) 除“三新”产品外的消毒剂和消毒器械，应索取卫生安全评价报告。

1. 产品责任单位提供卫生安全评价报告内容：

- (1) 产品标签（铭牌）、说明书；
- (2) 取得计量认证合格证书的检测机构出具检验报告（含结论）；
- (3) 国产产品生产企业卫生许可证；
- (4) 进口产品生产国（地区）允许生产销售的证明文件及报关单。

2. 产品责任单位应提供卫生安全评价报告原件，如为复印件应由产品责任单位加盖公章。

3. 第一类消毒产品（包括用于医疗器械的高水平消毒剂和消毒器械、灭菌剂和灭菌器械，皮肤黏膜消毒剂，生物指示物、灭菌效果化学指示物）卫生安全评价报告有效期为四年，有效期满后，产品使用单位应当重新索取卫生安全评价报告；第二类消毒产品（包括除第一类产品外的消毒剂、消毒器械、化学指示物，以及带有灭菌标识的灭菌物品包装物、抗（抑）菌制剂）卫生安全评价报告长期有效。

(三) “三新”产品是指利用新材料、新工艺技术和新杀菌原理生产的消毒剂和消毒器械，应索取卫生许可证和国家卫建委颁发的产品卫生许可批件。

(四) 证件查验的主要内容：

1. 查验各类证件是否在有效期内；

2. 查验产品是否在证件所批的生产 / 经营许可范围内;
3. 查验各类证件复印件是否加盖原证持有者印章;
4. 查验各类证件的法人、厂址等信息是否一致;
5. 查验各级授权书是否内容齐全, 包括授权销售产品范围、销售地域范围及授权有效时间、法人签名等;
6. 销售人员身份证复印件, 并记录地址、电话等。

(五) 消毒剂、消毒药械采购科室, 对购入相关产品建立验收、登记制度, 并存档。

二、感染管理与疾病预防控制处定期对购入的消毒剂、消毒药械的相关资料及消毒剂的效期进行督导检查。对存在严重问题及时汇报医院感染管理委员会。

文件名称	医院消毒剂使用管理制度				
文件编号	A11-ZD-035-04			发布部门	感控处
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医院消毒剂使用管理制度

消毒剂指用于杀灭传播媒介上的微生物使其达到消毒或灭菌要求的制剂。包括灭菌剂、高效消毒剂、中效消毒剂和低效消毒剂。为进一步加强消毒剂的管理，掌握各种消毒剂的使用方法，正确选择消毒剂，依据 WS/T367-2012《医院消毒技术规范》的要求，结合我院实际，制定本制度：

一、感染管理与疾病预防控制处对全院消毒制剂的使用状况进行监督和指导，定期对临床使用中的消毒制剂进行监测。

二、使用科室应指定专人负责消毒制剂的管理和使用，发现问题应及时与感染管理与疾病预防控制处联系解决。

三、消毒剂使用基本要求

(一)使用前应认真阅读产品包装上的“产品说明”、“使用范围”、“使用方法”和“注意事项”等，并严格遵照执行。

(二)消毒剂应放置于阴凉通风处，避光、防潮、密封保存。

(三)按产品说明，根据有效成份含量按稀释定律配制所需浓度。

(四)含氯消毒剂等稳定性差的消毒剂应现用现配、使用前监测浓度。邻苯二甲醛、戊二醛等连续使用的消毒剂应每日监测浓度，或每次使用前监测浓度，并按要求更换消毒液。

(五)重复使用的诊疗器械、器具和物品，使用后应先清洁，再进行消毒或灭菌。

(六)用于浸泡消毒时容器应加盖，并存放于通风良好的环境中。

(七)消毒剂均有一定的腐蚀性，不宜长时间浸泡物品或残留在物体表面，作用时间达到后应取出或采取有效措施去除残留消毒剂。

(八)消毒人员应做好个人防护，必要时戴口罩、橡胶手套、护目镜或面罩等。有强烈刺激性气味时，人员应尽可能离开消毒现场或加强环境通风。

(九) 感染管理与疾病预防控制处定期对使用中的消毒剂进行微生物学监测。使用中灭菌剂：无菌生长；使用中皮肤黏膜消毒液染菌量： $\leq 10\text{cfu/ml}$ ；其他使用中消毒液染菌量： $\leq 100\text{cfu/ml}$ ，不得检出致病微生物；无菌器械保存液应无菌生长。

文件名称	一次性使用医疗卫生用品管理制度				
文件编号	A11-ZD-036-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

一次性使用医疗卫生用品管理制度

为了做好一次性使用医疗卫生用品管理工作，避免一次性物品重复使用，杜绝医源性感染，依据 WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》，结合我院实际工作，制定本制度。

一、一次性使用无菌医疗用品必须统一采购，临床科室不得自行购入和使用。

二、感染管理与疾病预防控制处对一次性使用无菌医疗用品使用和处理进行监督检查。

三、医院所购入的一次性使用医疗卫生用品的生产厂家应具有中华人民共和国《医疗器械产品注册证》、《生产企业产品许可证》及《医疗器械生产/经营企业许可证》等相关证件。

四、建立一次性使用无菌医疗用品的采购登记制度，采购部门每次购置必须进行质量验收，订货合同、发货地点及货款汇寄账号与生产企业相一致。并查验每一批号产品的检验合格证、生产日期、产品标识和有效期，内外包装应完好无损，包装标识应符合国家标准。进口产品应有中文标识。

五、采购部门应对一次性使用无菌医疗用品建立出入库登记制度，按失效期的先后存放于阴凉干燥、通风良好的物架上，禁止与其它物品混放，不得将标识不清、包装破损、失效、霉变的产品发放至使用部门。

六、一次性使用医疗用品只能一次性使用。使用前应认真检查，若发现包装标识不符合标准，包装有破损、过效期和产品有不洁等不得使用。使用时若发生热原反应、感染或其它异常情况时，应立即停止使用，按不良事件相关规定上报及处理。

文件名称	红外线测温仪管理制度				
文件编号	A11-ZD-037-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021 年 12 月

红外线测温仪管理制度

为进一步加强医用红外线测温仪使用管理，依据产品说明书，制定本制度。

一、工作原理

通过利用红外线传感器来测量人体的核心温度。

二、测量部位

额式红外测温仪是通过测量额头的热辐射来显示被测对象的温度，前额中心是确定核心温度的最佳测量区域，而手部与腿部易出现血管收缩，不是核心温度的最佳测量区域。

三、使用注意事项

1. 使用易受环境影响，温度、湿度等外界因素容易引起检测结果偏差，不同型号产品对环境因素要求不同，使用前应阅读说明书。
2. 易受电磁干扰，不要靠近手机、微波炉等。
3. 额头上汗水、帽子等影响测量效果。
4. 不同产品测量有效距离存在差异，请依据产品说明书在有效距离内使用，一般额式红外测温仪距离前额中心 3 厘米为宜，不可直接接触到测量部位皮肤。
5. 如果存放处与进行测量所在处有温差，请将本体放置超过 30 分钟，达到测量处温度后再进行测量。
6. 测量结果存在偏差，可重复测量，但不应超过 3 次，如仍有差异，应更换测温设备再次测量体温。

四、保养与维护

1. 每日至少使用 75% 酒精擦拭消毒 1 次，如有污染随时擦拭消毒，待干后再次使用。
2. 每月 1 次将红外测温仪送至医学工程处进行校准。

文件名称	医用织物洗涤消毒管理制度				
文件编号	A11-ZD-038-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医用织物洗涤消毒管理制度

为了做好医用织物洗涤消毒管理工作，避免院内交叉感染，依据原卫生部令（第48号）《医院感染管理办法》、WS/T311-2009《医院隔离技术规范》、WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T508-2016《医院医用织物洗涤消毒技术规范》、WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》等规范的要求，结合我院实际工作，制定本制度。

一、建筑布局

1. 办公及工作区域分开设置，工作区域应设置接收、清洗、存储三个区域，接收与发放两个通道。

2. 室内地面、墙面和工作台面应坚固平整、不起尘，便于清洁；排水、防虫等设施完善；装饰材料防水、耐腐蚀。

3. 污染区和清洁区应有实际隔离屏障。污染区应安装机械通风设施和空气消毒设备，采用非手触式水龙头，保证工作流程由污到洁，不交叉，不逆行。

4. 洗涤用水的卫生质量应符合GB5749要求，洗涤剂、消毒剂及消毒器械符合国家有关规定，烘干设备合格。

二、工作流程

1. 分类收集：

(1) 脏污织物和感染性织物进行分类收集，封口运送，收集时减少抖动。

(2) 感染性织物使用“感染性织物”标识的橘红色收集袋，应床旁密闭收集，其装载量不得超过三分之二。

(3) 盛装使用后医用织物的专用容器应一用一清洗消毒。

(4) 织物暂存场所使用的存放容器至少1周清洗消毒1次，若有污染随时清洗消毒，常规消毒应用500mg/L含氯消毒剂，特殊病原菌污染使用2000mg/L含氯消毒剂消毒。

(5) 使用后的一次性专用塑料包装袋按医疗废物处理。

2. 洗涤与消毒:

(1) 脏污织物遵循先洗涤后消毒原则, 分批、分机或专机洗涤。新生儿、婴儿、手术室的医用织物应专机洗涤、消毒。消毒剂选择 250mg/L-500mg/L 含氯消毒剂。

(2) 感染性织物应先消毒, 再进行清洗消毒。按疾病的传播途径, 接触传播、飞沫传播、空气传播分类处理织物。处理飞沫及空气传播疾病的感染性织物应连同橘红色包装袋一同浸入消毒剂中再松开袋口, 不可将未消毒的感染性织物取出在环境中抖动。

(3) 被传染性疾病污染的复用织物, 以及多重耐药菌感染或定植患者使用后的复用性织物, 依据病原体特性选择 500mg/L-2000mg/L 的含氯消毒剂进行消毒。

(4) 被朊病毒、气性坏疽的病原体污染的织物, 若需重复使用应专包密封, 标识清洗, 压力蒸汽灭菌后再洗涤。突发不明原因传染病的病原体污染的织物, 若需重复使用依据届时国家发布的消毒灭菌方法落实。

(5) 疥疮患者使用过的医用织物上有体外寄生虫时, 采用煮沸或蒸汽法杀灭, 并使用杀虫剂对环境进行杀虫, 具体方法遵循产品的使用说明。

3. 储存:

(1) 清洁织物应存放于专室的清洁织物存放架上, 存放架距地面 20cm ~ 25cm, 离墙 5cm ~ 10cm, 距天花板 \geq 50cm, 保持该室内整洁与干燥。

(2) 使用后医用织物严禁与任何清洁物品存放在同一房间内, 其暂存时间不应超过 48h。

(3) 织物发放执行先进先出的原则。

4. 运送:

(1) 使用后的医用织物和清洁织物运输工具, 不应交叉使用, 采取封闭方式运送。

(2) 运输工具每天消毒, 运输感染性织物一用一消毒, 常规消毒应用 500mg/L 含氯消毒剂, 特殊病原菌污染使用 2000mg/L 含氯消毒剂消毒。

三、人员防护

1. 在污染区和清洁区穿戴的个人防护用品不应交叉使用。

2. 在污染区应遵循“标准预防”的原则, 必要时穿隔离衣、防水围裙和胶鞋, 落实手卫生。

四、设备及环境消毒



1. 感染性织物每次投入洗涤设备后，应立即用有效消毒液擦拭舱门及附近区域；若使用水溶性包装袋时可不消毒处理。

2. 每天工作结束后对污染区的空气进行消毒，物体表面、地面及台面用 500mg/L 含氯消毒液擦拭；被血液、体液、分泌物等污染时，先用吸湿材料去除可见污染物，再清洁和消毒，依据病原体特性选择适宜的消毒剂，一般使用 500mg/L-2000mg/L 含氯消毒剂。清洁区的地面、台面、墙面保持清洁。

3. 当工作环境受到突发传染病病原体污染时，选用有效消毒剂进行消毒，消毒方法依据届时国家发布的消毒灭菌方法落实。

五、培训教育

1. 对工作人员进行岗前培训，使其熟练掌握洗涤、消毒技能。

2. 培训内容包括洗涤和烘干等相关设备、设施的使用、消毒隔离及感染控制的基础知识、常用消毒剂使用方法等。

文件名称	手术部位感染预防与控制制度				
文件编号	A11-ZD-039-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

手术部位感染预防与控制制度

为了有效预防和控制手术部位感染，提高医疗质量和保证患者安全，根据卫办医政发〔2010〕187号《外科手术部位感染预防与控制技术指南（试行）》、《2017年版美国疾病预防控制中心手术部位感染预防指南解读》、国卫办医发〔2015〕43号附件《抗菌药物临床应用指导原则》、WS/T310.2-2019《医院消毒供应中心 第2部分》、GB 50333—2013《医院洁净手术部建筑技术规范》和WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》精神的要求，结合我院实际工作，制定本制度：

一、手术部位感染定义：

手术部位感染是指患者无植入物手术后30天（有植入物手术后1年）内发生的与手术相关感染，包括表浅切口感染、深部切口感染和器官感染、腔隙感染。

二、管理要求：

强化院科两级管理，及时发现并报告手术部位感染病例。加强业务培训，督导医务人员要严格落实外科手术部位感染预防和控制措施。

三、手术部位感染预防与控制措施：

（一）手术前感染预防与控制措施

1. 应缩短手术患者的术前住院时间，择期手术患者应当尽可能待手术部位以外感染治愈后再行手术。重视术前患者的基础疾病，纠正水电解质的不平衡、贫血、低蛋白血症等。

2. 有效控制糖尿病患者的血糖水平。

3. 正确准备手术部位皮肤，条件允许择期手术患者手术前一日或更早时候，使用抗菌/非抗菌皂液进行沐浴。术前备皮应在手术当日进行，确需去除手术部位毛发时，应使用不损伤皮肤的方法。

4. 抗菌药物使用：如需预防使用抗菌药物时，应在手术患者皮肤切开前30min～2h内

或麻醉诱导期给予合理种类和剂量的抗菌药物。若手术时间超过 3h 或者所用抗菌药物半衰期 2 倍以上，或者成人失血量大于 1500ml 的，术中应当对患者追加合理剂量的抗菌药物。依据《抗菌药物临床应用指导原则》附录 2，合理选择使用围手术期的预防性应用抗菌药物。

（二）手术中感染预防与控制措施

1. 皮肤消毒前要彻底清除手术切口和周围皮肤的污染。皮肤消毒范围应符合手术要求，如需延长切口、做新切口或放置引流时，应扩大消毒范围。皮肤消毒剂的选择与使用方法、作用时间应遵循产品的使用说明书，开瓶后应注明开启日期、失效日期，在有效期内使用。每次皮肤消毒后均应待干，确保达到最佳消毒效果。

2. 手术室温度 21-25° C、湿度 30-60% 为宜，术中手术室门应为关闭状态，最大限度减少人员数量和流动。根据手术间设计负荷严格控制室内人数，I 级手术 12-14 人，II 级手术 10-12 人，III、IV 级手术 6-10 人。

3. 保证手术中使用器械、器具及物品等达到灭菌水平。植入物应在生物监测合格后方可发放，紧急情况灭菌植入物时，使用含第 5 类化学指示物 PCD 进行监测，合格后方可使用。一次性物品不得重复使用，复用麻醉机外管路及面罩等一人一用一消毒。

4. 依据《医务人员手卫生规范》进行外科手消毒，术中医务人员要严格遵循无菌技术。

5. 手术人员尽量轻柔地接触组织，保持有效地止血与缝合，最大限度地减少组织损伤，彻底去除手术部位的坏死组织，避免形成死腔。

6. 术中保持患者体温正常，防止低体温。冲洗手术部位时，应当使用温度为 37℃ 的无菌生理盐水等液体。

7. 对于需要引流的手术切口，术中应当首选密闭负压引流，并尽量选择远离手术切口、位置合适的部位进行置管引流，确保引流充分。

8. 每台手术后，应清除所有污物，应用 500mg/L 含氯消毒剂或双链季铵盐对手术室环境及物体表面进行消毒，特殊病原微生物应用 2000mg/L 含氯消毒剂进行消毒。连台手术间 I 级洁净用房（百级手术间）最少自净时间为 10min，II 级洁净用房（千级手术间）、III 级洁净用房（万级手术间）最少自净时间为 20min。

9. 对肺功能正常、全身麻醉且接受了气管内插管的患者，在术中及术后给予适度氧疗，可促进组织供氧，降低手术部位感染发生率。

（三）手术后感染预防与控制措施

1. 接触患者手术部位或者更换手术切口敷料前后应当进行手卫生，严格遵守无菌技术操作原则及换药流程。
2. 保持引流通畅，防止逆行感染，根据病情尽早为患者拔除引流管。
3. 要定时观察患者手术部位切口情况，出现分泌物时应当进行微生物培养，结合微生物报告及患者手术情况，对外科手术部位感染及时诊断、报告、治疗。

文件名称	植入物与外来器械管理制度				
文件编号	A11-ZD-040-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

植入物与外来器械管理制度

为进一步强化植入物与外来器械管理工作，降低手术部位感染的发生，依据 WS310.1-2016《医院消毒供应中心管理规范》、WS310.2-2016《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》、WS310.3-2016《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》、GB15979-2002《一次性使用卫生用品卫生标准》等相关要求，结合我院实际情况，制定本制度。

一、物资采购中心

（一）物资采购中心与准入的器械供应商签订协议，规范器械供应商行为，确保植入物与外来器械质量。

（二）依据器械供应商提供的《承德市中心医院人体植入器械验收记录》，物资采购中心对预使用植入物的相关资质进行审核，审核无误后在《承德市中心医院人体植入器械验收记录》上签字。

（三）《承德市中心医院人体植入器械验收记录》（白联）上相关项目填写完成后由物资采购中心留存。

二、器械供应商

（一）器械供应商应提供植入物与外来器械说明书（内容应包括清洗、消毒、包装、灭菌方法与参数）。

（二）将预使用的植入物名称、数量、条码，预使用患者姓名、住院号，预使用手术器械包名称及器械供应商代码、预使用器械总数量等相关追溯信息填写在《承德市中心医院人体植入器械验收记录》上，如预使用手术器械名称、数量不能固定，需将预使用器械详单记录于皮子上，记录项目：器械包名称及器械供应商代码、预使用器械名称、数量及汇总。

（三）器械供应商持物资采购中心审核签字后的《承德市中心医院人体植入器械验收记录》、记录不能固定预使用器械详单的皮子及所列举物品，择期手术于使用前 24 小时送至

消毒供应室，急诊手术所需植入物与外来器械，各器械供应商根据科室需求，由消毒供应室灭菌后放置在手术室专区备用，特殊情况应向消毒供应室提出申请。

三、消毒供应室

（一）消毒供应室依据器械供应商提供的植入物与外来器械说明书对消毒供应室人员进行培训，专人管理，保证清洗、消毒、包装、灭菌质量；首次灭菌时，对灭菌参数和有效性进行测试，并进行湿包检查。

（二）消毒供应室应根据手术通知单接收植入物与外来器械，并与器械供应商核对《承德市中心医院人体植入器械验收记录》（红联）与记录不固定预使用器械详单的内皮上内容，双方共同清点与实物相符，确认签字后方可接收，将记录不固定预使用器械详单的内皮放入器械包内，对植入物与外来器械清洗、消毒、包装、灭菌符合规范及器械供应商提供说明书。消毒供应室保存《承德市中心医院人体植入器械验收记录》（红联），保存期限应 ≥ 3 年。

（三）灭菌植入物应每批次进行生物监测，生物监测合格后方可放行；紧急情况灭菌植入物时，可在生物测试包中加入5类化学指示物，5类化学指示物合格，可作为提前放行的标志，生物监测结果应及时通报使用部门，如生物监测不合格，应通知使用部门停止使用，并召回上次监测合格以来尚未使用的所有灭菌物品，同时报相关主管部门，采取紧急措施，预防或降低风险的发生。

（四）使用后的外来器械，应由消毒供应室清洗、消毒后交还器械供应商。

（五）消毒供应室应对清洗、消毒、灭菌质量的日常监测和定期检测进行记录，记录应具有可追溯性，清洗、消毒监测资料和记录的保存期应 ≥ 6 个月，灭菌质量监测资料和记录的保留期应 ≥ 3 年。

四、手术室及相关临床科室

（一）择期手术及急诊手术使用需灭菌的植入物与外来器械，均应由消毒供应室清洗、包装、压力蒸汽灭菌后使用，严禁使用快速压力蒸汽灭菌器为植入物灭菌。

（二）使用独立包装的无菌植入物，认真核对植入物名称、型号、生产批号、效期等相关信息，将相关追溯信息粘贴存放于病历中。

（三）使用需消毒供应室清洗、包装、压力蒸汽灭菌的植入物，认真核对患者姓名、住院号、手术名称、植入物名称、型号、生产批号、消毒日期、手术包名称及包内化学指示卡等相关信息，将相关追溯信息粘贴保存在病历中。



（四）患者使用的植入物与外来器械相关追溯信息，在病历、《承德市中心医院人体植入器械验收记录》（红联、白联）上信息完整统一。

五、感染管理与疾病预防控制处

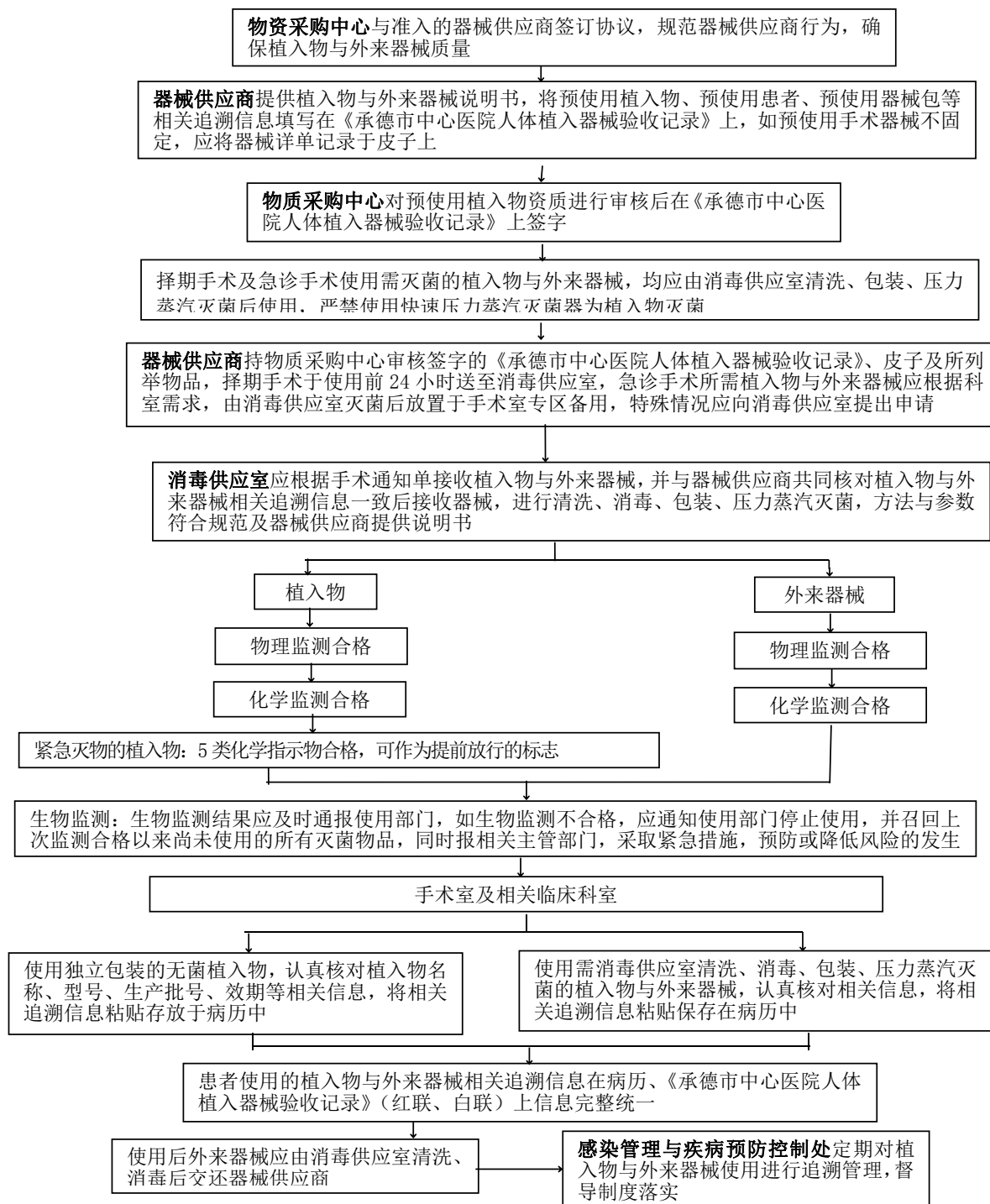
定期对植入物及外来器械进行追溯管理，督导《植入物与外来器械管理制度》的落实。

附件 1：《植入物与外来器械使用流程》

附件 2：《手术取出的植入物管理制度》

附件 1:

植入物与外来器械使用流程



附件 2:

手术取出的植入物管理制度

依据《医疗器械监督管理条例》、《医疗废物管理条例》、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》、《医疗废物分类目录》、《中华人民共和国传染病防治法》等法律法规，结合我院实际情况，制定本管理制度。

感染性疾病患者手术取出的植入物，为预防疾病传播，应由医疗机构按医疗废物规范处置。非感染性疾病患者手术取出的植入物，属于医疗废物，原则上由医疗机构按医疗废物规范处置；特殊情况下患者与家属可申请自行保存。

一、医疗机构处置流程

1 术前应充分告知。手术科室医生与患者或家属签署《手术取出的植入物告知书》，明确植入物去向。

2. 手术取出的植入物应登记，填写《手术取出的植入物登记表》。

3. 手术取出的植入物应在手术室区域进行处置，严格按照医疗废物分类存储，手术室护士与手术科室医生在《手术取出的植入物登记表》上签字确认。

二、患者或家属保存流程

1. 非感染性疾病患者手术取出的植入物，因特殊情况患者或家属强烈申请自行保存，交由患者或家属保存。

2. 手术科室医生与患者或家属签署《手术取出的植入物告知书》，明确自行保存手术取出的植入物应承担的义务与法律责任。

3. 手术室护士应对手术取出的植入物进行消毒处理。与患者或家属在《手术取出的植入物登记表》上签字后交接。

手术取出的植入物告知书

患者姓名		住院号	
所在科室		植入物 名称及数量	
<p>患者或家属知晓手术取出的植入物属于医疗废物，同意按照医疗废物相关法律法规，交由医疗机构规范处置。</p> <p>患者签字： 家属签名： 与患者关系： 科室签字：</p> <p style="text-align: right;">日期： 年 月 日</p>			
<p>依据《中华人民共和国传染病防治法》，为预防疾病传播，感染性疾病患者手术取出的植入物应按医疗废物处置。患者或家属知晓，同意交由医疗机构规范处置。</p> <p>患者签字： 家属签名： 与患者关系： 科室签字：</p> <p style="text-align: right;">日期： 年 月 日</p>			
<p>非感染性疾病患者手术取出的植入物，因特殊情况患者或家属强烈申请自行保存，已对植入物进行消毒处理。患者或家属知晓手术取出的植入物属于医疗废物，应该按照医疗废物相关规定处置。承诺绝不卖给他人回收再利用，并承担因上述植物流失造成的所有法律责任。</p> <p>患者签字： 家属签名： 与患者关系： 科室签字：</p> <p style="text-align: right;">日期： 年 月 日</p>			

注：告知书科室留存三年。

手术取出的植入物登记表

日期	科室	住院号	姓名	手术名称	取出 植入物 名称	数量	是否有 感染性 疾病	取出植入物去向			
								按医疗废物处置		患者或家属保存	
								手术室人员 签名	手术科室人员 签名	手术室人员 签名	患者或家属 签名

文件名称	“三管”医院感染预防与控制制度				
文件编号	A11-ZD-041-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

“三管”医院感染预防与控制制度

为了有效预防和控制“三管”医院感染，提高医疗质量和保证患者安全，依据国卫办医函〔2021〕136号《血管导管相关感染预防与控制指南（2021版）》、WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》、WS/T 509-2016《重症监护病房医院感染预防与控制规范》、WS 392-2012《呼吸机临床应用》、卫办医政〔2010〕187号《导尿管相关尿路感染预防与控制技术指南（试行）》等规范的要求，结合我院实际情况，制定本制度。

一、呼吸机相关肺炎的预防与控制措施

1. 应每天评估呼吸机及气管插管的必要性，尽早脱机或拔管。
2. 严格掌握气管插管或切开适应证，使用呼吸机辅助呼吸的患者应优先考虑无创通气，宜选择经口气管插管。应保持气管切开部位的清洁、干燥。
3. 若无禁忌症应将患者头胸部抬高 30°~45°，并应协助患者翻身拍背及震动排痰。应使用口腔含漱液进行口腔护理，每 6h~8h 一次。
4. 在进行与气道相关的操作时应严格遵守无菌操作技术。
5. 宜使用气囊上方带侧腔的气管插管，及时清除声门下分泌物。气囊放气或拔出气管插管前应确认气囊上方的分泌物已被清除。做好气囊压力的测定，数值不低于 25~30cmH₂O。
6. 吸痰时应无菌操作，吸痰管一用一换。吸痰结束后及时对周围环境进行清洁消毒。
7. 呼吸机管路及其附件的清洁消毒符合要求：
 - （1）呼吸机外壳及面板每天清洁消毒 1~2 次。
 - （2）呼吸机管路及配件一人一用一消毒或者灭菌，长期使用者每周更换，如遇污染随时更换。
 - （3）及时倾倒冷凝水。冷凝水收集瓶应处于管道最低位置，保持直立并及时清理。
 - （4）湿化罐和雾化器液体应使用无菌水，24 小时更换一次。

(5) 复用呼吸机螺纹管、湿化罐由消毒供应室集中回收处理。

8. 将呼吸机相关肺炎预防措施执行率纳入科室质量控制，感控处每周对呼吸机相关性肺炎的预防控制措施落实情况进行检查，对存在的问题反馈科室持续改进。

二、导尿管相关尿路感染的预防与控制措施

1. 严格掌握留置导尿管的适应征，每日评估留置导尿管的必要性，尽早拔除导尿管。

2. 操作时应严格遵守无菌技术操作规程，执行手卫生规范。

3. 置管时间大于3天者，宜持续夹闭，定时开放。

4. 保持尿液引流装置密闭、通畅和完整，不应常规进行膀胱冲洗，患者变换体位时落实防止逆行感染措施。

5. 做好导尿管的日常维护，防止滑脱，保持尿道口及会阴部清洁。

6. 正确固定尿管，集尿袋 2/3 满时清空，保证集尿袋高度低于膀胱水平，避免接触地面，防止逆行感染。

7. 根据导尿管及集尿袋材质，依据说明书确定尿管及尿袋更换时间。

8. 采集尿标本做微生物培养时，应在导尿管侧面以无菌操作方法穿刺抽取尿液，其他目的的采集尿标本时应从集尿袋开口采集，避免打开导尿管和集尿袋的接口。

9. 将导尿管相关尿路感染的预防与控制措施执行率纳入科室质量控制，感控处每周对导尿管相关尿路感染的预防与控制措施落实情况进行检查，对存在的问题反馈科室持续改进。

三、中央导管相关血流感染的预防与控制措施

(一) 管理要求

1. 留置血管导管由取得医师、护士执业资格，并经过相应技术培训与授权的医师、护士执行。

2. 科室每年至少一次对相关医务人员进行血管导管使用指征、置管方法、使用与维护、血管导管相关感染预防与控制措施进行再培训，并对患者及家属进行相关知识的宣教。

3. 中心导管置管环境应当符合Ⅱ类环境要求，应单人单间置管，置管前进行空气、物表消毒管理。

4. 医护人员应评估患者发生血管导管相关感染的风险因素，实施预防和控制血管导管相关感染的工作措施。对血管导管相关感染进行监测，定期进行分析反馈，持续质量改进，预防感染，有效降低感染率。



（二）感染预防与控制要点

1. 置管前。

（1）严格掌握置管指征，减少不必要的置管。

（2）对患者置管部位和全身状况进行评估。选择能够满足病情和诊疗需要的管腔最少，管径最小的导管。选择合适的留置部位，中心静脉置管成人建议首选锁骨下静脉，其次选颈内静脉，不建议选择股静脉；连续肾脏替代治疗时建议首选颈内静脉。

（3）置管使用的医疗器械、器具、各种敷料等医疗用品应当符合医疗器械管理相关规定的要求，必须无菌。

（4）患痈肿、湿疹等皮肤病或呼吸道疾病（如感冒、流感等）的医务人员，在未治愈前不应进行置管操作。

（5）如为血管条件较差的患者进行中心静脉置管或经外周静脉置入中心静脉导管（以下简称 PICC）有困难时，有条件的医院可使用超声引导穿刺。

2. 置管中

（1）严格执行无菌技术操作规程。置入中心静脉导管、PICC、中线导管、置入全植入式血管通路（输液港）时，必须遵守最大无菌屏障要求，戴工作圆帽、医用外科口罩，按《医务人员手卫生规范》有关要求执行手卫生并戴无菌手套、穿无菌手术衣或无菌隔离衣、铺覆盖患者全身的大无菌单。置管过程中手套污染或破损时应立即更换。置管操作辅助人员应戴工作圆帽、医用外科口罩、执行手卫生。完全植入式导管（输液港）的植入与取出应在手术室进行。置管后填写《中央导管置管核查单》，每月 26 日前统一报感染管理与疾病预防控制处存档。

（2）采用符合国家相关规定的皮肤消毒剂消毒穿刺部位。建议采用含洗必泰醇浓度 > 0.5% 的消毒液进行皮肤局部消毒。

（3）中心静脉导管置管后应当记录置管日期、时间、部位、置管长度，导管名称和类型、尖端位置等，并签名。

3. 置管后

（1）应当尽量使用无菌透明、透气性好的敷料覆盖穿刺点，对高热、出汗、穿刺点出血、渗出的患者可使用无菌纱布覆盖。

（2）应当定期更换置管穿刺点覆盖的敷料。更换间隔时间为：无菌纱布至少 1 次 / 2 天，

无菌透明敷料至少 1 次 / 周，敷料出现潮湿、松动、可见污染时应当及时更换。

(3) 医务人员接触置管穿刺点或更换敷料前，应当严格按照《医务人员手卫生规范》有关要求执行手卫生。

(4) 中心静脉导管及 PICC，尽量减少三通等附加装置的使用。保持导管连接端口的清洁，每次连接及注射药物前，应当用符合国家相关规定的消毒剂，按照消毒剂使用说明对端口周边进行消毒，待干后方可注射药物；如端口内有血迹等污染时，应当立即更换。

(5) 应当告知置管患者在沐浴或擦身时注意保护导管，避免导管淋湿或浸入水中。

(6) 输液 1 天或者停止输液后，应当及时更换输液管路。输血时，应在完成每个单位输血或每隔 4 小时更换给药装置和过滤器；单独输注静脉内脂肪剂 (IVFE) 时，应每隔 12 小时更换输液装置。外周及中心静脉置管后，应当用不含防腐剂的生理盐水或肝素盐水进行常规冲封管，预防导管堵塞。

(7) 严格保证输注液体的无菌。

(8) 紧急状态下的置管，若不能保证有效的无菌原则，应当在 2 天内尽快拔除导管，病情需要时更换穿刺部位重新置管。

(9) 应当每天观察患者导管穿刺点及全身有无感染征象。当患者穿刺部位出现局部炎症表现，或全身感染表现的，怀疑发生血管导管相关感染时，建议综合评估决定是否需要拔管。如怀疑发生中心静脉导管相关血流感染，拔管时建议进行导管尖端培养、经导管取血培养及经对侧静脉穿刺取血培养。

(10) 医务人员应当每天对保留导管的必要性进行评估，不需要时应当尽早拔除导管。

(11) 若无感染征象时，血管导管不宜常规更换，不应当为预防感染而定期更换中心静脉导管、肺动脉导管和脐带血管导管。成人外周静脉导管 3-4 天更换一次；儿童及婴幼儿使用前评估导管功能正常且无感染时可不更换。外周动脉导管的压力转换器及系统内其他组件应当每 4 天更换一次。不宜在血管导管局部使用抗菌软膏或乳剂。

(12) 各类血管导管相关感染的特别预防措施见附件。长期置管患者多次发生血管导管相关血流感染时，可预防性使用抗菌药物溶液封管。

(三) 各类血管导管相关感染的预防与控制要求

1. 中心静脉导管、PICC 及肺动脉导管

(1) 不应当常规更换中心静脉导管、PICC 或肺动脉导管以预防血管导管相关感染。

(2) 非隧道式导管无明显感染证据时，可以通过导丝引导更换。可疑感染时，不应当通过导丝更换导管。

(3) 中心静脉导管或 PICC 患者出现血管导管相关血流感染证据，应当根据临床综合评估结果决定是否拔管。

(4) 外周动脉导管及压力监测装置：成人宜选择桡动脉、肱动脉、足背动脉。儿童宜选择桡动脉、足背部动脉及胫骨后动脉。压力传感器使用时间应当遵循产品说明书或每 4 天更换一次。宜使用入口处为隔膜的压力监测装置，在使用前应用消毒剂擦拭消毒隔膜。应当保持使用中压力监测装置无菌，包括校准装置和冲洗装置无菌。不宜通过压力监测装置给予含葡萄糖溶液或肠外营养液。

(5) 宜使用密闭式的连续冲洗系统。

2. 脐血管导管

(1) 脐动脉导管放置时间不宜超过 5 天，脐静脉导管放置时间不宜超过 14 天，不需要时应当及时拔除。

(2) 插管前应当清洁、消毒脐部。不宜在脐血管导管局部使用抗菌软膏或乳剂。

(3) 在发生血管导管相关血流感染、血管关闭不全、血栓时，应当拔除导管，不应当更换导管。

(4) 使用低剂量肝素（0.25U/ml~ 1.0U/ml）持续输入脐动脉导管以维持其通畅。

3. 完全植入式导管（输液港）

(1) 输液港专用留置针（无损伤针头）应当至少每 7 天更换一次。

(2) 输液港血管通路在治疗间隙期应当至少每 4 周维护一次。

4. 血液透析导管

(1) 宜首选颈内静脉置管。

(2) 维持性血液透析患者宜采用动静脉内瘘。

(四) 将中央导管相关血流感染的预防与控制措施执行率纳入科室质量控制，感控处每周对中央导管相关血流感染的预防与控制措施落实情况进行督导检查，对存在问题反馈科室持续改进。

文件名称	下呼吸道感染预防与控制制度				
文件编号	A11-ZD-042-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

下呼吸道感染预防与控制制度

为做好下呼吸道感染的防控工作，降低下呼吸道感染发生率，依据卫医发[2001]2号《医院感染诊断标准(试行)》，结合我院实际工作，制定本制度。

一、感染病人与非感染病人应分开安置，同类感染病人相对集中，特殊感染病人单独安置，并根据病原体、疾病的传播途径采取相应的消毒隔离措施。

二、保持病室环境清洁，定时开窗通风，定期对空调通风系统进行清洗并达到相应的卫生学要求，房屋改造时要预防军团菌和曲霉菌污染。

三、严格执行无菌操作规程和消毒隔离制度，医务人员按照《医务人员手卫生规范》执行手卫生。诊疗护理操作时应戴一次性外科口罩或防护口罩、帽子。接触病人血液、体液、分泌物时应戴手套。对可能发生血液、体液飞溅的操作时选用护目镜或防护面屏，必要时穿戴具有防渗透性能的隔离衣或围裙。

四、积极治疗基础疾病(如糖尿病、COPD、血液病等)，严格掌握机械通气指征，尽量采用无创通气，限制插管的留置时间。对建立人工气道的病人，应遵照《呼吸机相关肺炎预防与控制措施》执行。

五、实施正确的口腔护理，并按照口腔护理频次要求保持患者口腔卫生。

六、吸氧病人应加强呼吸道湿化，湿化瓶内应为无菌蒸馏水，应24小时更换。

七、注意口腔卫生，防止口咽部分泌物吸入。病情许可时采取半卧位。控制进食速度和量，尽量避免使用H₂受体阻滞剂和制酸剂，及时清除声门下分泌物。

八、保持呼吸道通畅，及时清除气道分泌物。定时翻身拍背，以促进排痰。手术病人术前做好卫生宣教，术后指导并鼓励病人有效咳嗽排痰，尽早起床活动。

九、慎重使用镇静药、麻醉药等。

十、不宜常规使用抗菌药物预防下呼吸道感染。

十一、怀疑患者发生下呼吸道感染时，应当尽快采集痰液送微生物培养，考虑为医院感



染及时填写医院感染报告卡，发现特殊感染或感染聚集时立即报告感染管理与疾病预防控制处。

文件名称	皮肤软组织医院感染预防与控制制度				
文件编号	A11-ZD-043-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

皮肤软组织医院感染预防与控制制度

为做好皮肤软组织感染的防控工作，降低皮肤软组织感染发生率，依据卫医发[2001]2号《医院感染诊断标准(试行)》，结合我院实际工作，制定本制度。

一、积极治疗或纠正可引起皮肤软组织感染的疾病或危险因素，保持皮肤完整性，防止损伤，预防皮肤软组织感染。皮肤病应积极治疗，避免抓破损伤；注意皮肤出现的浅表伤口，及时处理体表软组织的损伤，防止继发感染。

二、指导患者加强营养，增强皮肤抵抗力，预防压疮发生。

三、加强压疮易发者的护理：长期卧床病人勤翻身，定期检查受压部位皮肤，防止局部受压；尽量避免潮湿、摩擦及排泄物刺激；因治疗需要不允许过多翻身者，应使用特殊床垫、器具防止压疮发生。

四、指导患者注意个人卫生，保持皮肤清洁干燥，衣服清洁无皱褶，被汗液、尿液等浸湿时及时更换；大小便失禁患者及时清洁局部皮肤，肛周可涂皮肤保护剂，减少皮肤摩擦和刺激。

五、新生儿护理应手法轻柔，更换尿布、内衣时要防止损伤皮肤。尿布应柔软，勤于更换。保持婴儿皮肤干燥，经常更换体位，以防局部长期受压。做好产房和婴儿室的消毒隔离工作，控制感染源。

六、对手术病人应选择不伤害皮肤的方法备皮，严格消毒，术中严格遵守无菌操作原则，术后伤口要保持清洁干燥。

七、产妇要预防乳腺脓肿或乳腺炎的发生，保持局部清洁卫生，做好手卫生，如发现局部红、肿、热、痛等炎症表现及时进行治疗。

八、认真执行无菌技术操作规程。侵入性操作时严格按照规定进行皮肤消毒并保证足够的待干时间。

九、严格执行《医务人员手卫生规范》，掌握手卫生指征，落实手卫生工作。



十、严格执行安全注射管理制度，使用安全注射器具，遵循一人一用一丢弃原则，一次性物品一次性使用，严禁复用。

文件名称	多重耐药菌医院感染预防与控制制度				
文件编号	A11-ZD-044-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

多重耐药菌医院感染预防与控制制度

近年来，多重耐药菌已经成为医院感染重要的病原菌。为进一步加强多重耐药菌医院感染预防与控制，降低发生医院感染的风险，保障医疗质量和安全，依据原卫生部令（第48号）《医院感染管理办法》、《多重耐药菌医院感染预防与控制技术指南（试行）》、《医院感染管理质量控制指标（2015年版）》、《医院感染监测基本数据集及质量控制指标集实施指南（2016版）》等相关规定，结合医院实际工作，制定本制度。

一、重点监测多重耐药菌名称：耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌（CRE）（包括：耐碳青霉烯类肺炎克雷伯菌（CRKP）、耐碳青霉烯类大肠埃希菌（CREC））、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）、耐碳青霉烯类鲍曼不动杆菌（CRABA）、耐碳青霉烯类铜绿假单胞菌（CRPAE）。

二、多重耐药菌感染管理要点

（一）重视多重耐药菌感染管理。医院感染管理委员会召开多重耐药菌感染专题会议，医院质量与安全委员会工作会议讨论预防多重耐药菌感染议题，研究多重耐药菌感染现状与预防控制措施。

（二）加强重点环节管理。对重症医学科、新生儿科、呼吸科、神经内科、神经外科等重点部门以及长期收治在重症监护室的患者，或长期反复住院使用抗菌药物的患者，留置各种管道以及合并慢性基础疾病的患者等重点人群加大管理力度，落实医院感染防控措施。

（三）加大人员培训力度。加强对全院人员医院感染预防与控制的培训，通过对不同人群进行多场次培训，提高全院人员对多重耐药菌医院感染预防与控制的认知，强化医护人员对多重耐药菌感染的危险因素、流行病学以及预防与控制措施等培训，确保全院人员知晓多重耐药菌相关知识。

三、多重耐药菌感染预防与控制措施



1. 对所有患者实施标准预防措施，对确定或高度疑似多重耐药菌感染患者或定植患者，应当在标准预防的基础上，实施接触隔离，预防多重耐药菌传播。
2. 尽量选择单间隔离，也可以将同类多重耐药菌感染患者或定植患者安置在同一房间。没有条件实施单间隔离时，应当进行床旁隔离，床间距大于 1.1 米。耐万古霉素肠球菌及金黄色葡萄球菌感染者必须单间隔离。不宜将多重耐药菌感染或者定植患者与留置各种管道、有开放伤口或者免疫功能低下的患者安置在同一房间或同一区域。
3. 多重耐药菌感染或者定植患者转诊或外出检查前使用“多重耐药菌感染患者转科及检查通知单”通知接诊的科室，采取相应隔离措施。
4. 主管医师依据检验报告结果开具接触隔离医嘱，护士悬挂接触隔离标识，指导多重耐药菌感染或者定植患者及家属采取必要的隔离措施。
5. 加强医务人员手卫生。配备充足的洗手设施，多重耐药菌感染或者定植患者床旁配备快速手消毒剂，提高医务人员手卫生依从性。医务人员在直接接触患者前后、进行无菌技术操作和侵入性操作前，接触患者使用的物品或处理其分泌物、排泄物后，必须按照六步洗手法进行洗手或使用速干手消毒剂进行手消毒。
6. 加强清洁和消毒工作，对可能被病原体污染的设备 and 环境表面，包括邻近患者的区域（如床栏杆和床头桌）和高频接触表面（如门把手、病室卫生间内部和周围环境表面等），应增加清洁消毒频次。可依据消毒物品种类选择消毒剂，常用含氯消毒剂浓度 2000mg/L。
7. 医务人员对患者实施诊疗及护理操作时，应当将高度疑似或确诊多重耐药菌感染患者或定植患者安排在最后进行。医护人员正确使用帽子、一次性外科口罩、手套等防护用品，接触耐万古霉素肠球菌及金黄色葡萄球菌感染者需穿隔离衣，可能发生血液、体液飞溅的操作（如冲洗伤口、吸痰、气管插管、执行气管切开可能分泌物喷溅）时，戴护目镜或面屏。
8. 与多重耐药菌感染患者或定植患者直接接触的相关医疗器械、器具及物品如听诊器、血压计、体温表、输液架等要专人专用；轮椅、担架、床旁心电图机等不能专人专用的医疗器械、器具及物品要在每次使用后应用 2000mg/L 含氯消毒剂擦拭消毒。
9. 在多重耐药菌感染患者或定植患者诊疗过程中产生的医疗废物及生活垃圾，均应使用双层黄色感染性废物专用包装袋，按照感染性废物进行处置。用过的被服装入双层橘色塑料袋，及时密封并标注多重耐药菌名称。洗衣房回收后，先用 500mg/L 含氯消毒剂浸泡 30 分钟后再清洗。

10. 落实交接班制度，医务人员知晓多重耐药菌感染或定植患者及多重耐药菌名称。

四、合理使用抗菌药物

（一）落实抗菌药物临床合理使用的有关规定，严格执行抗菌药物临床使用的基本原则，切实落实抗菌药物的分级管理，正确、合理地实施个体化抗菌药物给药方案。根据临床微生物检测结果，合理选择抗菌药物。严格执行围术期抗菌药物预防性使用的相关规定，避免因抗菌药物使用不当导致细菌耐药的发生。

（二）建立和完善临床抗菌药物处方审核制度，微生物室每季度向临床药师提供最新的抗菌药物敏感性趋势，临床药师分析现况，正确指导临床合理使用抗菌药物，提高抗菌药物处方水平。

（三）加强治疗性抗菌药物使用前病原学送检管理，提升治疗性抗菌药物使用前病原学送检率。

五、建立和完善对多重耐药菌的监测机制

（一）加强多重耐药菌监测工作。对多重耐药菌感染患者或定植高危患者要进行监测，及时采集标本送检。必要时主动筛查鼻拭子、肛拭子，及时发现、早期诊断多重耐药菌感染患者和定植患者。

（二）提高临床微生物实验室的检测能力。临床微生物实验室发现多重耐药菌后，反馈相关临床科室，以便及时采取有效的治疗和感染控制措施；发现特殊病原体或同一病原体在单位时间内在某科室检出大于等于3例，应立即反馈感染管理与疾病预防控制处进行专案分析，采取有效措施预防院内感染发生。患者隔离期间要定期监测多重耐药菌感染情况，直至临床感染症状好转或治愈方可解除隔离。

（三）临床微生物实验室及药剂科每季度向全院公布一次临床常见分离细菌菌株及其耐药情况，包括全院和重点部门多重耐药菌的检出变化情况和感染趋势等。

附件：1. 多重耐药菌多方协作机制

2. 细菌耐药监测与预警制度

3. 多重耐药菌感染患者转科及检查通知单

4. 多重耐药菌感染或定植预防和控制措施执行情况查检单

附件 1

多重耐药菌多方协作机制

为合理应用抗菌药、降低多重耐药菌感染的发生率，强化多重耐药菌预防措施落实，建立多重耐药预防控制多部门协作机制。

一、合理应用抗菌药：严格落实治疗性抗菌药物分级管理及特殊级抗菌药使用感染性疾病科医师会诊制度。医务处、临床药师负责对治疗性应用抗菌药分级管理制度落实进行督导检查。

二、感染管理与疾病预防控制处专职人员每日查看多重耐药菌检出情况，每月进行汇总。每周对重点部位多重耐药菌感染患者预防与控制措施情况进行查检，每月对普通病房多重耐药菌感染患者预防与控制措施执行情况进行查检，对多重耐药菌检出情况与预防措施执行情况予以公布，每季度对科室多重耐药菌检出情况与预防措施执行情况予以反馈，对不达标科室纳入质量考评

三、感染管理与疾病预防控制处、医务处、药剂科、感染性疾病科对特殊多重耐药菌感染情况进行专案分析，探讨制定多重耐药菌预防控制方案。

四、临床微生物实验室发现多重耐药菌后，反馈相关临床科室，以便及时采取有效的治疗和感染控制措施；发现特殊病原体或同一病原体在单位时间内在某科室检出大于等于 3 例，应立即反馈感染管理与疾病预防控制处，采取有效措施预防院内感染发生。负责本院常见致病菌分布和多重耐药菌感染检测工作。每季度为临床提供耐药菌的趋势与抗菌药物敏感性报告。每季度为重症医学科一病区、重症医学科二病区、呼吸科重症监护室、神经内科重症监护室、神经外科重症监护室提供科室季度内前五位医院感染多重耐药菌名称及耐药率，以指导临床科室合理应用抗菌药物。

五、临床药师依据多重耐药菌的变化趋势，定期分析建立细菌耐药预警机制，提出干预和改进措施。每季依据微生物室提供的多重耐药菌的趋势与抗菌药物敏感性报告，进行细菌耐药预警，并上报医务处在医院内网公示。临床药师应对主要目标性细菌耐药率超过 50% 及 70% 的抗菌药物应用情况进行监督检查，感染性疾病科医师负责对特殊级抗菌药的临床应用进行指导。

六、临床科室在治疗性应用抗菌药物前，送检病原学标本进行抗菌药物敏感性检测。依

据细菌耐药预警信息，合理应用抗菌药物。为有效预防和控制多重耐药菌的传播，检验科在判断为多重耐药菌的报告单上做提示。主管医师依据检验报告结果，开具接触隔离医嘱，护士指导对多重耐药菌感染患者及家属采取隔离措施。执行交接班制度，多重耐药菌感染或者定植患者转诊或外出检查前使用“多重耐药菌感染患者转科及检查通知单”通知接诊的科室，采取相应隔离措施。对感染管理与疾病预防控制处督导检查反馈问题，科室应进行自查，分析原因，落实改进措施。

七、护理部督导护理人员、保洁员、卫生员做好基础护理及各项消毒隔离措施的落实。对接触隔离医嘱的执行进行检查。

八、感染管理与疾病预防控制处开展多重耐药菌感染防控培训。依据多重耐药菌分布情况，对相应科室医务人员、保洁员，对多重耐药菌感染或定植患者的信息知晓、各项预防隔离措施的执行率进行检查，指导存在质量缺陷的科室采取改进措施。对于多重耐药菌检出率较高科室给予指导，必要时督导落实终末大消毒。

九、感染管理与疾病预防控制处依据多重耐药菌感染情况，申请召开医院感染管理委员会专题会议，每年1-2次，多部门协作，采取有效的干预措施，降低多重耐药菌感染的发生率。

附件 2

细菌耐药监测与预警制度

为深入贯彻卫生部《抗菌药物临床应用指导原则》，进一步加强和规范抗菌药物临床应用管理，结合我院工作实际，制定本制度。

一、药研室、检验科每季度向临床科室通报全院的细菌耐药情况，并对数据进行分析、评价和总结。细菌耐药分析结果由医务处向全院公布。针对主要目标细菌耐药率的不同，采取不同的预警及处理措施，以指导临床抗菌药物合理应用。

1. 对主要目标细菌耐药率超过 30% 的抗菌药物，应及时将预警信息通报临床医务人员。

2. 对主要目标细菌耐药率超过 40% 的抗菌药物，应提示临床医务人员慎重经验用药。

3. 对主要目标细菌耐药率超过 50% 的抗菌药物，提示临床医务人员参照药敏实验结果选用。

4. 对主要目标细菌耐药率超过 75% 的抗菌药物，应暂停临床应用，根据追踪细菌耐药监测结果，再决定是否恢复临床应用。

二、严格控制围手术期抗菌药物预防应用的管理，特别是要重点加强 I 类切口手术预防用药管理。

三、治疗性应用抗菌药物需要有指证，应尽早查明感染病原，根据病原种类及细菌药物敏感实验结果选用抗菌药物。在开始抗菌治疗前，先留取相应标本进行培养，应尽早明确病原菌和药敏结果。危重患者在未获知病原菌及药敏结果前，先给予抗菌药物经验治疗，获知细菌培养及药敏结果后，对疗效不佳的患者调整给药方案。住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率改进目标：

1. 接受抗菌药物治疗的住院患者，抗菌药物使用前病原学送检率不低于 50%。

2. 接受限制使用级抗菌药物治疗的住院患者，抗菌药物使用前病原学送检率不低于 50%。

3. 接受特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者，抗菌药物使用前病原学送检率不低于 80%。

4. 发生医院感染的患者，医院感染诊断相关病原学送检率不低于 90%。

5. 接受两个或以上重点药物联用的住院患者，联合使用前病原学送检率应达到 100%。

四、严格执行抗菌药物分级管理制度，特别是加强“特殊使用”抗菌药物的使用和管理。特殊使用的抗菌药物需由药事管理与药物治疗学委员会认定，具有抗感染临床经验的感染性疾病科和相关专业专家及临床药师会诊同意，并由具有临床正、副主任医师资格的医师开具处方后方可使用。

五、每月对全院抗菌药物使用情况进行合理用药评价分析，并将各科室抗菌药物使用情况列入考核目标。



附件 3

多重耐药菌感染患者转科及检查通知单

科室	姓名	性别	年龄	住院号
标本:		多重耐药菌名称:		
主要诊断:				
<p>多重耐药菌感染防控措施:</p> <p>1、尽量安排单间或同种病原体感染患者安排一室,如不能安排单间,做好床旁接触隔离。</p> <p>2、有“接触隔离”长期医嘱,执行消毒隔离制度。</p> <p>3、有“接触隔离”提示卡。</p> <p>4、多重耐药菌感染患者做各项检查前(外出检查或床旁检查)应提前通知医技科室采取相应防控措施。</p> <p>5、配备速干手消毒剂,落实手卫生规范。</p> <p>6、严格遵守无菌技术操作原则,尤其是侵入性操作。</p> <p>7、体温计、听诊器、血压计、输液架等物品专人专用;轮椅、担架、车辆等不能专用的器械、物品每次使用后进行擦拭消毒。</p> <p>8、增加患者环境物体表面的清洁消毒频次。</p> <p>9、医务人员正确使用帽子、口罩、手套等防护用品,必要时穿隔离衣。</p> <p>10、减少探视,加强对陪护和探视人员手卫生等接触隔离相关知识的指导。</p> <p>11、将感染性废物放入双层黄色包装袋中。</p>				
<p>主管医生签名:</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				
<p>转入或检查科室医生已经了解该患者情况,并严格执行多重耐药菌感染各项防控措施。</p> <p>转入或检查科室医生签名:</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				

备注:《多重耐药菌感染患者转科及检查通知单》一式两份,科室及检查科室(转入科室)分别留存。

附件 4

多重耐药菌感染或定植预防和控制措施执行情况查检单

项目 科室	病室 床号	患者	多重耐药 菌名称	预防和控制措施执行情况											
				医护人员 知晓防控 措施	隔离 医嘱	接触 隔离 标识	环境物表 清洁消毒	转科检查 有通知单	床旁备 快速手 消毒剂	听诊器 等 诊疗用品 专用	特殊多重耐药菌 感染正确使用防 护用品	医疗废 物管理 规范	终末 处理 规范	同种病原体收治 一室或床旁隔离 符合规定	

文件名称	治疗室、治疗准备室、处置室医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-045-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

治疗室、治疗准备室、处置室医院感染管理制度

为进一步加强医院感染环节质量控制，提高医疗质量和保证患者安全，根据 WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T 510-2016《病区医院感染管理规范》、WS/T 512-2016《医疗环境表面清洁与消毒管理规范》和 WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》精神的要求，结合医院实际工作，制定治疗室、治疗准备室、处置室医院感染监测制度。

一、环境管理

1. 室内通风良好的，选择自然通风或机械通风，没有与室外直接通风条件的，应配备紫外线灯或其他符合要求的空气净化装置。

2. 地面、物体表面应每天湿式清洁，保持清洁干燥；被患者血液、体液、排泄物、分泌物等污染时，应随时清洁并消毒。

3. 诊疗操作前半小时应停止清扫地面等工作，避免不必要的人员进出。操作结束后，应立即实施环境清洁与消毒。

二、诊疗用品管理

1. 无菌物品应存放在清洁、干燥的无菌橱或架上，并按失效日期的先后顺序排列，在有效期内使用。

2. 抽出的药液和配置好的静脉输注用无菌液体，放置时间不应超过 2h；启封抽吸的各种溶媒不应超过 24h。注明配制或启用时间。

3. 无菌棉球、纱布的灭菌包装一经打开，使用时间不应超过 24h，打开时应注明启用时间。

4. 使用的皮肤黏膜消毒剂应注明开瓶日期及失效日期，连续使用不应超过 7 天，大包装倒取溶液连续使用不应超过 30 天；对于性能不稳定的消毒剂如含氯消毒剂，现用现配，配置后使用时间不应超过 24h，使用前需要进行浓度检测。

5. 一次性使用的医疗器械、器具应一次性使用，使用前应检查包装的完好性，有无破损，

并在有效期内使用。

三、操作管理

1. 医护人员在进行诊疗操作前后应严格执行手卫生，摘手套后应执行手卫生。
2. 医务人员工作期间应严格遵守标准预防原则，根据预期可能发生的暴露选择合适的防护用品，包括医用外科口罩、手套、隔离衣、护目镜或面屏等。
3. 医护人员在进行诊疗操作时严格遵循无菌操作原则，并防止职业暴露。
4. 严格执行一人一针一管一用，尽可能使用单剂量注射药；多剂量用药无法避免时，严禁使用用过的针头及注射器再次抽取药物。
5. 医疗废物应就地分类处置，禁止二次分拣。

文件名称	门、急诊医院感染控制实施方案				
文件编号	A11-ZD-046-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

门、急诊医院感染控制实施方案

为进一步加强门、急诊医院感染控制工作，有效落实门、急诊医院感染防控措施，依据WS/T591-2018《医疗机构门、急诊医院感染管理规范》、WS/T511-2016《经空气传播疾病医院感染预防与控制规范》、WS/T512-2016《医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范》、原卫生部第41号令《医疗机构传染病预检分诊管理办法》等相关规范要求，结合我院实际工作，制定本实施方案。

一、组织机构

(一) 门、急诊感染管理与疾病预防控制领导小组。

组 长：分管医疗与感控的副院长

副组长：感染管理与疾病预防控制处、医务处、护理部、门诊办、急诊科主任、后勤保障处及物资采购中心的负责人

成 员：医务处、护理部、感染管理与疾病预防控制处、门诊办、急诊科、后勤保障处及物资采购中心相关人员

(二) 门、急诊感染管理与疾病预防控制小组设办公室在门诊办。

主 任：门诊办、医疗服务中心、急诊科、呼吸科、感染管理与疾病预防控制处负责人

副主任：门诊办、急诊科、感染管理与疾病预防控制处副主任

成 员：科室感染管理与疾病预防控制小组成员

二、工作职责：

1. “门、急诊感染管理与疾病预防控制组织”负责门急诊医院感染防控工作领导、组织、协调、评价等各项工作。

2. “门、急诊感染管理与疾病预防控制小组”负责门、急诊医院感染防控的各项制度具体实施、部门间的沟通协调等工作。负责对门、急诊工作人员进行传染病防治知识、职业暴

露预防、医院感染防控等相关知识培训与考核，提高防控意识与防控能力。

- 附件：1. 门、急诊预检分诊制度
2. 门、急诊医务人员个人防护要求
3. 门、急诊环境管理制度

附件 1

预检分诊工作制度

一、管理要求

(一) 根据传染病的流行季节、周期、流行趋势，及卫生行政部门发布的特定传染病预警信息，加强特定传染病的预检、分诊工作。

(二) 门、急诊应设置醒目标识、告示、指引牌等，引导发热患者至发热门诊就诊。

二、物资配备

(一) 门、急诊预检分诊处应配备：

1. 非接触红外额温计、热成像测温机，必要时备体温计。
2. 手卫生设施：快速手消毒剂或洗手设施与干手设施。
3. 个人防护用品：一次性外科口罩、一次性防护口罩、一次性帽子、一次性手套、护目镜或面屏、一次性隔离衣或防护服。
4. 消杀物品：依据病原体选择性使用 500mg/L 含氯消毒剂或 2000 mg /L 含氯消毒剂及配制容器、75% 酒精，双链季铵盐表面消毒剂。
5. 门、急诊预检分诊发热患者登记本及患者流调登记本。
6. 上述物资定位放置，便于随时取用。

(二) 门、急诊诊室应配备：

1. 手卫生设施：洗手设施与干手设施或快速手消毒剂。
2. 个人防护用品：一次性外科口罩、一次性防护口罩、一次性帽子、一次性手套。必要时配备护目镜或面屏、一次性隔离衣或防护服。
3. 门诊诊室配备《门诊发热患者登记本》。
4. 配备体温计或非接触红外额温计。

(三) 各诊疗区域的分诊台应配备：

1. 快速手消毒剂。
2. 个人防护用品：一次性外科口罩、一次性防护口罩、一次性帽子、一次性手套。
3. 体温计或非接触红外额温计。

三、落实首诊负责制

（一）门、急诊预检分诊处：

1. 预检分诊工作人员对就诊患者应进行体温测量，根据体温测量结果，初步排除特定传染病后，再引导到相应的普通科室就诊。

2. 如遇体温超过 37.3° C 的患者，预检分诊工作人员应询问患者有关的流行病学史及职业史，结合患者的主诉、病史、症状和体征等对就诊的患者进行传染病的预检，并在《预检分诊发热患者登记本》上详细登记患者姓名、性别、年龄、体温、临床症状体征、工作单位或详细住址（具体到门牌号）、联系电话、去向等身份识别信息，便于追踪管理。

3. 预检为传染病患者或者疑似传染病患者，应立即专人引导患者至发热门诊就诊，做好交接记录。

4. 预检为经空气、飞沫传播的传染病患者或者疑似传染病患者，应立即给患者佩戴或加戴外科口罩，走最短路途专人引导至发热门诊，减少与其他人员接触的机会，并按照规定对患者的陪同人员和其他密切接触人员采取医学观察或其他必要的预防措施，与发热门诊做好交接记录。立即电话报告感染管理与疾病预防控制处、医务处、护理部等相关职能部门。

（二）发热门诊：

1. 配备一次性外科口罩、一次性防护口罩、一次性帽子、一次性手套、护目镜或面屏、鞋套、靴套、一次性隔离衣、防护服等个人防护用品。按传染病的不同传播途径选择适宜的个人防护用品。

2. 配备 500mg/L 含氯消毒剂或 2000 mg /L 含氯消毒剂及配制容器、75% 酒精，双链季铵盐表面消毒剂，依据病原体特性选择性使用消杀制剂。

3. 诊疗传染病患者或者疑似传染病患者，对就诊患者应进行体温测量，如遇体温超过 37.3° C 的患者，应询问患者有关的流行病学史及职业史，结合患者的主诉、病史、症状和体征等对就诊的患者进行初步诊断，并在《感染性疾病科发热患者登记本》上详细登记患者姓名、性别、年龄、体温、临床症状体征、工作单位或详细住址（具体到门牌号）、联系电话、去向等信息，便于追踪管理。初步诊断为经空气、飞沫传播的传染病患者或者疑似传染病患者，应立即指导患者正确佩戴外科口罩，送患者至隔离留观室，并按照规定对患者的陪同人员和其他密切接触人员采取医学观察或其他必要的预防措施。立即电话报告感染管理与疾病预防控制处、医务处、护理部等相关职能部门。

4. 妥善安置隔离留观患者，单间隔离，外送标本应使用生物安全转运箱。

（三）各诊疗区域的分诊台：

对候诊患者进行管理，如有直接到达诊区的发热及咳嗽等呼吸道症状患者，应立即通知医生进行筛查。分诊台护士以最短的路径将患者送至发热门诊，做好交接记录。诊区及诊室进行终末消毒。

（四）门诊医生：

接诊患者一人一诊室。接诊体温超过 37.3° C 的患者，应询问患者有关的流行病学史及职业史，结合患者的主诉、病史、症状和体征等对就诊的患者进行传染病的预检，并在《门诊发热患者登记本》上详细登记患者姓名、性别、年龄、体温、临床症状体征、工作单位或详细住址（具体到门牌号）、联系电话、去向等身份识别信息，便于追踪管理。应立即电话通知发热门诊，交由导诊护士以最短的路径将患者引导至发热门诊科就诊，并按照规定对患者的陪同人员和其他密切接触人员采取医学观察或其他必要的预防措施。诊室立即停诊，进行终末消毒，并电话报告感染管理与疾病预防控制处、医务处、防保处、护理部等相关职能部门。

四、会诊及转诊要求

传染病患者或者疑似传染病患者，应报告医务处组织相关专业会诊。上报上级卫生行政主管部门后按指令转诊患者到定点医疗机构诊疗。经空气、飞沫传播的传染病患者需使用负压救护车转诊。科室未经医务处许可，严禁私自转诊传染病患者。

附件 2

门诊、急诊医务人员个人防护要求

- 一、日常诊疗过程中，应遵循标准预防原则，并依据《医务人员分级防护制度》要求选择适宜的防护用品。
- 二、工作人员应掌握个人防护用品使用方法和注意事项，确保防护效果有效落实。
- 三、在进行任何一项诊疗、护理操作之前，工作人员应评估人体被血液、体液、分泌物、排泄物或感染性物质暴露的风险，根据评估结果选择适宜的个人防护用品。
- 四、摘除个人防护用品时应避免污染工作服和皮肤。
- 五、如需戴手套和穿隔离衣，在不同患者诊疗操作间应更换手套和隔离衣。
- 六、注意使用适合个体型号的个人防护用品，使用医用防护口罩前应进行密合性测试。



附件 3

门、急诊环境管理制度

一、门、急诊环境设专人管理

(一) 门、急诊护士为门、急诊环境管理责任人，负责督导门、急诊环境的清洁、消毒工作。

(二) 无门诊护士的科室，诊区导诊人员为环境管理责任人，负责督导并落实环境清洁、消毒工作。每月按负责诊室数量给予奖励，医疗服务中心负责绩效分配与考评。

二、门、急诊环境清洁、消毒频次与方法

(一) 日常管理:

1. 每日清洁、消毒 2 次。
2. 每个诊疗区域一块布巾、一块地巾，不能在清水或消毒剂中浸泡后重复使用。
3. 重点区域、疑似血液、体液、分泌物、排泄物污染时，应用 500mg/L 的含氯消毒液、双链季铵盐表面消毒剂进行擦拭消毒。可见血液、体液、分泌物、排泄物污染的环境表面，应先采用纸巾等可吸附材料将其清除，再应用 2000mg/L 的含氯消毒液进行擦拭消毒。

(二) 接诊传染病患者或疑似传染病患者后环境管理:

1. 空气消毒：立即进行开窗通风，有人状态下可采用空气消毒机消毒，无人状态下可应用紫外线灯消毒。
2. 物表消毒：消毒剂类别、浓度、作用时间等根据病原体种类进行选择。一般可选用 500-2000mg/L 含氯消毒液，作用时间应大于 30 分钟。

三、加强医疗废物分类管理

按照《承德市中心医院医疗废物管理实施细则》要求，规范落实医疗废物管理措施。

文件名称	重症监护病房医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-047-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

重症监护病房医院感染管理制度

为了有效预防和控制重症监护病房医院感染，降低院内感染的发生，提高医疗质量和保证患者安全，依据 WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》、WS/T 509-2016《重症监护病房医院感染预防与控制规范》等规范的要求，结合我院实际情况，制定本制度。

一、管理要求

1. 整体布局应以洁污分开为原则，医疗区域、医疗辅助用房区域、污物处理区域等应相对独立。床间距应大于 1m。

2. 温度应维持在 24° C±1.5° C，相对湿度应维持在 30%~60%。

3. 不应在室内摆放干花、鲜花或盆栽植物。

4. 无菌物品管理、使用中物品管理同《病区医院感染管理制度》。

二、患者的安置与隔离

1. 应将感染、疑似感染与非感染患者分区安置，确诊为同种病原体感染可同室安置。设立应急隔离病房，不明原因发热患者、感染或疑似感染者应单间隔离。在标准预防的基础上，应根据疾病传播途径的不同，采取接触隔离、飞沫隔离、空气隔离的预防与控制措施，隔离标识正确、醒目。

2. 重点监测多重耐药菌感染或定植患者，宜单间隔离；如隔离房间不足，可将同类耐药菌感染或定植患者集中安置，并设醒目的标识，与其他患者床间距大于 1.1m。

三、医务人员的职业防护

1. 医务人员应采取标准预防，防护措施应符合 WS/T311 的要求。

2. ICU 应配备足量的、方便取用的个人防护用品，如医用口罩、帽子、手套、护目镜、防护面罩、隔离衣等。



3. 医务人员应掌握防护用品的正确使用方法。
4. 应保持工作服的清洁。
5. 进入 ICU 可不更鞋，必要时可穿鞋套或更换专用鞋。
6. 乙肝表面抗体阴性者，上岗前宜注射乙肝疫苗。

四、探视者的管理

1. 应明示探视时间，限制探视者人数。
2. 探视者宜穿专用探视服，探视服专床专用，探视日结束后清洗消毒。
3. 探视者进入 ICU 可不更鞋，必要时可穿鞋套或更换专用鞋。
4. 应谢绝患有呼吸道感染性疾病的探视者。

五、环境清洁消毒方法与要求

1. 物体表面应保持清洁。被患者血液、体液、排泄物、分泌物等污染时，应随时清洁并消毒。

2. 物体表面与地面应每天清洁消毒 1~2 次，达到中水平消毒效果，可选用 500mg/L 的含氯消毒剂、双链季铵盐消毒剂等。擦拭物体表面的布巾，不同患者之间和洁污区域之间应更换，擦拭地面的地巾不同病室及区域之间应更换，用后集中清洗、消毒，干燥保存。

3. 计算机键盘宜使用键盘保护膜覆盖，表面每天清洁消毒 1~2 次。

4. 一般性诊疗器械（听诊器、叩诊锤、手电筒、软尺等）宜专床专用，如交叉使用应一用一消毒。

5. 普通患者交叉使用的医疗设备如（超声诊断仪、除颤仪、心电图机等）表面，直接接触患者的部分应每位患者使用后立即清洁消毒，不直接接触患者的部分应每周清洁消毒 1~2 次。

6. 多重耐药菌感染或定植患者使用的医疗器械、设备应专人专用，或一用一消毒，消毒剂可选用 2000mg/L 的含氯消毒剂。

7. 床单、被罩、枕套、床间隔帘应保持清洁，定期更换，如有血液、体液或排泄物等污染，应随时更换。多重耐药菌感染患者用过的被服装入双层橘色塑料袋，及时密封并标注多重耐药菌名称，与洗衣房单独交接。

8. 空气净化方法同《病区医院感染管理制度》，安装空气净化系统的 ICU，空气净化系统回风口应每周清洁消毒 1-2 次。

六、医院感染监测

- 1、常规开展 ICU 医院感染监测及三管、多重耐药菌、手术部位感染等目标性监测。
2. 每季度对物体表面、医务人员手和空气进行消毒效果监测，当怀疑医院感染暴发、ICU 新建或改建以及病室环境的消毒方法改变时，应随时进行监测。
3. 对感染管理与疾病预防控制处反馈存在的问题及时进行分析与改进，查找相关因素，采取积极的防控措施。

七、相关感染管理要点

- 1、遵循《“三管”医院感染预防与控制制度》，掌握留置的适应征，每日评估留置的必要性，尽早拔除。
2. 遵循《手术部位感染预防与控制制度》，掌握出入 ICU 的指征，缩短住 ICU 天数。

八、手卫生要求

1. 医务人员手卫生应符合《手卫生管理制度》的要求。
2. 探视者进入 ICU 前后应洗手或用速干手消毒剂消毒双手。

文件名称	病区医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-048-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

病区医院感染管理制度

为了做好病区医院感染管理工作,提高医疗质量和保证患者安全,根据 WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T 510-2016《病区医院感染管理规范》、WS/T 512-2016《医疗环境表面清洁与消毒管理规范》和 WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》精神的要求,结合我院实际情况,特制定本制度。

一、标准预防与隔离

1. 医务人员工作期间应严格遵守标准预防原则,根据预期可能发生的暴露选择合适的防护用品。

2. 各区域应布局合理,洁污分区明确,认真执行手卫生规范,配备手卫生设施。

3. 应将感染、疑似感染与非感染患者分区安置,确诊为同种病原体感染可同室安置。设立应急隔离病房,不明原因发热患者、感染或疑似感染者应单间隔离。在标准预防的基础上,应根据疾病传播途径的不同,采取接触隔离、飞沫隔离、空气隔离的预防与控制措施,隔离标识正确、醒目。

4. 医护人员在诊疗操作中应严格执行手卫生制度。

二、空气净化方法

1. 有条件情况下,依据季节、温度、室外风力适时进行自然通风。

2. 紫外线灯管理:应在无人状态下使用,应保持紫外线灯表面清洁,每周用酒精布巾擦拭一次;每年监测紫外线的辐照强度,强度不达标及时更换紫外线灯管;每次消毒后应记录。

3. 空气消毒机管理:依据产品说明书设定消毒时间、方法,依据说明书进行维护,每次消毒后应记录。

三、消毒物品与无菌物品管理

1. 应存放在清洁、干燥的无菌橱内,并按失效日期的先后顺序排列,在有效期内使用。

2. 抽出的药液和配置好的静脉输注用无菌液体，放置时间不应超过 2h；启封抽吸的各种溶媒不应超过 24h。

3. 无菌棉球、纱布的灭菌包装一经打开，使用时间不应超过 24h。

4. 碘伏、碘酊、碘尔康、酒精、葡萄糖醋酸氯己定醇等皮肤消毒剂应注明开瓶日期及失效日期，连续使用不应超过 7 天，大包装倒取溶液连续使用不应超过 30 天；对于性能不稳定的消毒剂如含氯消毒剂，配置后使用时间不应超过 24h。

5. 一次性使用的医疗器械、器具应一次性使用，使用前应检查包装的完好性，有无破损，并在有效期内使用。

四、物体表面、地面、诊疗物品的清洁与消毒

1. 物体表面应每天湿式清洁，保持清洁干燥，遇污染时应及时清洁与消毒。

2. 擦拭物体表面的布巾，不同患者之间和洁污区域之间应更换，擦拭地面的地巾不同病房及区域之间应更换，用后集中清洗、消毒，干燥保存。

3. 严格遵守无菌技术操作原则，重复使用的器械、器具和物品应进行清洗、消毒与灭菌。凡侵入性诊疗用物，均应做到一人一用一灭菌；与病人皮肤粘膜直接接触物品应一人一用一消毒。

4. 床单元应进行每日进行清洁和（或）消毒，床单被套、枕套等直接接触患者的床上用品，应一人一更换，间接接触患者床上用品应定期清洗与消毒，被患者血液、体液、排泄物、分泌物等污染时，应随时清洁并消毒。

5. 病床湿式清扫，一床一套（巾），一桌一布，用后消毒，遇有污染的物体表面及时消毒；病人出院、转科或死亡后，必须进行终末消毒处理。

五、医疗废物管理

医疗废物分类放置，收集、运送应做好交接登记，相关记录保存 3 年。

附件:

不同等级的风险区域的日常清洁与消毒管理

风险等级	环境清洁等级分类	方式	频率 / (次 /d)	标准
低度风险区域 (行政管理部门、会议室、病案室等)	清洁级	湿式卫生	1-2	要求达到区域内环境干净、干燥、无尘、无污垢、无碎屑、无异味等
中度风险区域 (普通住院病房、门诊科室、功能检查室)	卫生级	湿式卫生, 可采用清洁剂辅助清洁	2	要求达到区域内环境表面菌落总数
高度风险区域 (手术室、产房、监护室、感染性疾病科等)	消毒级	湿式卫生, 可采用清洁剂辅助清洁	≥ 2	要求达到区域内环境表面菌落总数
		高频接触的环境表面, 实施中、低水平消毒	≥ 2	
注 1: 各类风险区域的环境表面一旦发生患者体液、血液、排泄物、分泌物等污染时应立即实施污点清洁与消毒。				
注 2: 凡开展侵入性操作、吸痰等高度危险诊疗活动结束后, 应立即实施环境清洁与消毒。				

文件名称	血液透析室医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-049-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

血液透析室医院感染管理制度

为了做好血液透析室医院感染管理工作，保证患者安全，依据 YY1269-2015《血液透析及治疗相关用水处理设备常规控制要求》、WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》、《血液净化标准操作规程（2021版）》、《医疗废物分类目录（2021年版）》等规范的要求，结合我院实际情况，制定本制度。

一、管理要求

（一）布局合理，清洁区、污染区及其通道分开。

（二）血液透析室应达到III类环境的要求。

（三）配备足够的个人防护用品：如手套、医用外科口罩、医用防护口罩、帽子，必要时使用的护目镜或面屏、隔离衣、防护服等。

（四）乙型肝炎和丙型肝炎患者分区分机进行隔离透析，感染病区的机器不能用于非感染病患者的治疗。

（五）感染患者使用的设备和物品如病历、血压计、听诊器、治疗车、机器等应有标识。

（六）在标准预防的基础上，应根据疾病的传播途径（接触传播、飞沫传播、空气传播），采取相应的隔离与预防措施。

（七）护理人员相对固定，照顾乙肝和丙肝患者的护理人员不能同时照顾非乙肝和丙肝的患者。

（八）工作人员从工作人员通道进入血液透析室，按要求穿戴个人防护用品。

（九）医疗废物的管理：非传染病区使用或者未用于传染病患者、疑似传染病患者以及采取隔离措施的其他患者的输液瓶（袋）、盛装消毒剂、透析液的空容器，属于医疗机构生活垃圾，作为可回收物分类收集，与收集人员交接并签字。

二、手卫生管理



按照《手卫生管理制度》的要求做好手卫生。

(一) 手卫生设施齐全。

(二) 按手卫生五时机进行洗手或手消毒，手部有可见污染物应洗手后再进行卫生手消毒。

三、透析机管理

每一台血液透析机应当建立独立的运行档案记录，每半年应该对血液透析机进行技术参数的校对。

(一) 血液透析机器外部消毒

1. 每次透析结束后，如没有肉眼可见的污染时应对透析机外部进行初步的消毒，采用 500mg/L 的含氯消毒剂或季铵盐湿巾擦拭消毒。

2. 如果血液污染到透析机，应先采用吸湿材料将血液清除，再用 2000mg/L 浓度的含氯消毒剂消毒，作用 30 分钟后再进行清洁。

(二) 机器内部消毒

1. 每日透析结束时应对机器内部管路进行消毒。消毒方法遵循厂家说明书。

2. 透析时如发生破膜、传感器渗漏，在透析结束时应对机器立即消毒，消毒后的机器方可再次使用。

四、日常管理

(一) 一次性物品管理：一次性无菌物品应一次性使用，不得复用，分类存储。

(二) 无菌物品管理：无菌用品及容器应在灭菌有效期内使用，开启后使用时间不得超过 24 小时。

(三) 库房、水处理间管理：保持干燥，水电分开。

五、环境物表及人员监测

(一) 血液透析室物体表面和空气监测

每月对透析室空气、物体、机器表面及部分医务人员手进行病原微生物的监测，保留原始记录，建立登记表。

(二) 血液透析患者传染病病原微生物监测

1. 对于第一次开始透析的新入患者或由其它中心转入的患者，必须在治疗前进行乙肝、丙肝、梅毒及艾滋病感染的相关检查。对于 HBV 抗原阳性患者应进一步行 HBV-DNA 及肝

功能指标的检测，对于 HCV 抗体阳性的患者，应进一步行 HCV-RNA 及肝功能指标的检测。保留原始记录，登记患者检查结果。

2. 对长期透析的患者应该每 6 个月进行乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病病毒血源性病原体检查 1 次；保留原始记录并登记。如出现血源性病原体检测阳性病例，立即报告科主任、感染管理与疾病预防控制处及医务处等职能部门，查找原因，防控院内交叉感染的发生。

（三）医务人员感染监测

对血液透析室工作人员应每年进行乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病病毒血源性病原体监测。对于乙肝表面抗体阴性的工作人员建议注射乙肝疫苗。

六、水处理系统及水质控制

（一）日常养护

1. 水处理间应该保持干燥，水、电分开。每半年应对水处理系统进行技术参数校对。

2. 水处理设备的滤砂、活性炭、阴阳离子树脂、反渗透膜等需按照生产厂家要求或根据水质情况进行更换。

3. 每天应对水处理设备进行维护与保养，包括冲洗、还原和消毒，每次消毒后应该测定消毒剂的残余浓度，确保安全范围，保证透析供水。

4. 做好维护保养记录。

（二）透析用水的水质监控

1. 电导率正常值约 $10 \mu\text{s/cm}$ 。

2. 纯水的 pH 值应维持在 5 ~ 7 的正常范围。

3. 细菌培养应每月 1 次，要求细菌数 $< 200 \text{ cfu/ml}$ ；采样部位为反渗透水输水管路的末端。透析机每台透析机每年至少检测 1 次。

4. 内毒素检测至少每 3 个月 1 次，要求细菌数 $< 100 \text{ cfu/ml}$ ，内毒素 $< 0.25 \text{ EU/ml}$ ；采样部位同上。每台透析机每年至少检测 1 次。

5. 化学污染物情况至少每年测定 1 次，软水硬度及游离氯检测至少每周进行 1 次。

文件名称	内窥镜室医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-050-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

内窥镜室医院感染管理制度

为切实做好内镜室的医院感染管理工作，依据 WS 507-2016《软式内镜清洗消毒技术规范》和 YY0992-2016《内镜清洗工作站》的要求，结合我院实际情况，制定本制度。

一、内镜室应建立健全岗位职责、清洗消毒操作规程、质量管理、监测、设备管理、器械管理、职业安全防护、继续教育和培训等管理制度，并指定专人负责质量监测工作。

二、内镜室布局合理，清洗、消毒应与诊疗工作分区进行，确保通风良好。

三、不同部位内镜的诊疗工作应分室进行，不能分室进行的，应当分时间段进行，不同部位内镜的清洗消毒应分开进行。

四、诊疗室应配备非手触式洗手装置。配置内镜及附件的数量应与接诊病人数量相匹配。注水瓶内的用水为无菌水，应每天更换，注水瓶每日消毒。

五、清洗消毒室配备设施、设备应符合以下要求：

（一）清洗槽。手工清洗消毒操作还应配备漂洗槽、消毒槽、终末漂洗槽。

（二）配备全管道灌流器、各种内镜专用刷、压力水枪、压力气枪、测漏仪、计时器、内镜及附件运送容器、低纤维絮且质地柔软的擦拭布及垫巾等。

（三）水：应有自来水、纯化水、无菌水。纯化水应保证细菌总数 $\leq 10\text{CFU}/100\text{ml}$ ；生产纯化水所使用的滤膜孔径应 $\leq 0.2\ \mu\text{m}$ ，并定期更换。

（四）压缩空气：应为清洁压缩空气。

（五）干燥剂：应配备 75-95% 乙醇。

六、一次性使用医疗用品不得重复使用。

七、内镜室的水处理系统应按照水处理设备说明书定期消毒并记录。

八、应依据不同区域做好医务人员个人防护，诊疗室应穿工作服、佩戴工作帽、外科口罩、手套；清洗消毒室人员应穿工作服、佩戴手术帽、外科口罩、护目镜或面罩、防水围裙

或防水隔离衣、专用鞋。

九、在标准预防的基础上，应根据疾病的传播途径（接触传播、飞沫传播、空气传播），采取相应的隔离与预防措施。

十、临床科室自备的软式内镜使用后做好预处理后，及时送往内镜室清洗、消毒或灭菌。内镜室做好与临床科室的交接、登记工作。

十一、软式内镜清洗消毒原则

（一）每日诊疗工作开始前，应对当日拟使用的消毒类内镜进行再次消毒、终末漂洗、干燥后，方可用于患者诊疗。

（二）所有软式内镜每次使用后均应进行彻底清洗和高水平消毒或灭菌。

（三）进入人体无菌组织、器官，或接触破损皮肤、破损黏膜的软式内镜及附件应进行灭菌；与完整黏膜相接触，而不进入人体无菌组织、器官，也不接触破损皮肤、破损黏膜的软式内镜及附属物品、器具，应进行高水平消毒，弯盘一人一用一消毒（或废弃）。

（四）内镜清洗前至少每天测漏 1 次并记录。

（五）消毒后内镜应采用纯化水或无菌水进行终末漂洗，禁止使用非流动水对内镜进行清洗。

（六）清洗使用的擦拭布一用一更换。干燥台使用的无菌巾应每 4 小时更换一次，如有污染随时更换。

（七）内镜与附件储存：消毒干燥后内镜，镜体应悬挂，并将取下的各类按钮和阀门单独储存。内镜与附件储存库（柜）应每日清洁消毒一次并记录。灭菌后的内镜、附件等应遵循无菌物品储存要求。

（八）每日清洗消毒工作结束，应对清洗槽等彻底刷洗、消毒。每日诊疗工作结束，应对室内环境进行清洁消毒处理。

十二、监测与记录

（一）应采取目测法对每件内镜及附件进行检查，清洗质量不合格的重新处理。

（二）使用中的消毒剂使用前应进行浓度监测，并记录；酸性氧化电位水应在每次使用前，在出水口处测定 PH 和有效氯浓度，并记录；消毒剂或灭菌剂染菌量应每季监测 1 次。

（三）消毒内镜应每季进行微生物学监测。内镜数量 ≤ 5 条的，应每次全部监测；多于 5 条的，每次监测数量应不低于 5 条。



(四) 每季对医务人员的手、诊疗及清洗消毒环境的消毒效果进行监测。

(五) 质量控制过程应有记录，达到可追溯的要求：每条内镜的使用及清洗应记录诊疗日期、患者标识与内镜编号（均应具唯一性）、清洗消毒的起止时间及操作人员姓名等。消毒液浓度监测记录保存应 ≥ 6 个月，其他监测资料保存应 ≥ 3 年。

文件名称	洁净手术室医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-051-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

洁净手术室医院感染管理制度

为了有效预防和控制洁净手术部医院感染，提高医疗质量和保证患者安全，根据卫办医政发〔2010〕187号《外科手术部位感染预防与控制技术指南（试行）》、WS/T368-2012《医院空气净化管理规范》、WS/T310-2016《医院消毒供应中心》、GB 50333—2013《医院洁净手术部建筑技术规范》和WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》精神的要求，结合我院实际工作，制定本制度：

一、人员管理

1. 工作人员进入手术室时按要求更衣，帽子应将头发全部盖住。参与手术人员更衣前应摘除耳环、戒指、手镯等饰物。

2. 医务人员工作期间应严格遵守标准预防原则，根据预期可能发生的暴露选择合适的防护用品，且防护用品配备齐全，方便医务人员使用，出手术室穿外出衣并换鞋。

3. 应限制与手术无关人员的出入，进入限制区的非手术人员应按照人员流动路线要求，在限制范围内活动。根据手术间设计负荷严格控制室内人数，I级12-14人，II级10-12人，III、IV级6-10人。

4. 医务人员应当严格执行手卫生制度及遵守无菌技术操作规程。

二、环境管理

1. 有手术间温度、湿度及压力日常监测。手术室温度21-25℃、湿度30-60%为宜，保证手术中手术室门处于关闭状态，保持手术室正压通气。

2. 手术室环境采取湿式卫生，高频接触的环境表面进行消毒，频率≥2次/日，每周彻底清洁、消毒1次。每台手术开台前（含连台手术），均应对手术间地面及物体表面进行清洁消毒；手术结束后，应对手术间环境进行终末消毒。消毒剂可使用500mg/L的含氯消毒剂，特殊感染菌使用2000mg/L的含氯消毒剂。对手术间消毒落实情况进行记录，记录应留存大于3年。

3. 规范使用与维护空气净化系统，术前开启空气净化系统，按手术间级别达到净化效果方可开始手术。新风机组粗效滤器每 2 天清洁一次，1-2 月更换；中效过滤器每周检查一次，3 月更换；高效过滤器每年检查一次，阻力大于 160pa 或 2-3 年更换，回风口过滤网一周清洁与消毒一次，每年更换。

4. 每季度对空气、物表、工作人员手、使用中消毒剂等进行监测。

三、无菌操作和消毒隔离

1. 手术中使用器械、器具及物品等，凡进入人体无菌组织、器官或者经外科切口进入无菌腔隙的内镜及附件，如腹腔镜、关节镜、脑室镜、膀胱镜、宫腔镜等，必须灭菌。凡穿破粘膜的内镜附件，如活检钳、高频电刀等必须灭菌。

2. 依据《医务人员手卫生规范》进行外科手消毒，术中医务人员要严格遵循无菌技术。

3. 植入物应在生物监测合格后方可发放，紧急情况灭菌植入物时，使用含第 5 类化学指示物 PCD 进行监测，合格后方可使用。

4. 手术室术中污染需要复用的器械，清洗消毒灭菌的流程及监测应符合消毒供应中心相关规范。禁止应用卡式灭菌柜等快速灭菌设备灭菌植入物、常规手术器械。

5. 正确配制消毒剂，有浓度监测记录。皮肤消毒剂开瓶后应注明开启日期、失效日期，在有效期内使用。

6. 无菌物品按灭菌日期前后顺序摆放和取用。

7. 在限制区一次性使用无菌物品应去除外包装后存放。一次性物品不得重复使用，严格遵循“一人一针一管一抛弃”原则。

8. 麻醉机外管路及面罩等一人一用一消毒(或一次性使用)，内管路每季度至少消毒一次。

9. 在标准预防的基础上，应根据疾病的传播途径(接触传播、飞沫传播、空气传播)，合理安置手术间及手术时间。飞沫传播、空气传播及其他特殊感染性疾病患者手术安排在非感染性疾病患者手术结束后，在感染手术间进行，并采取相应的隔离与预防措施。

四、预防术中低体温

保持患者体温正常(核心体温不低于 36°)，冲洗手术部位时，应当使用温度为 37℃ 的无菌生理盐水等液体。

五、医疗废物管理

医疗废物按着分类放置、收集、运送，并做好交接登记，相关记录保存 3 年。

文件名称	门诊手术室（含膀胱镜室）医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-052-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

门诊手术室（含膀胱镜室）医院感染管理制度

为了有效预防和控制手术部医院感染，提高医疗质量和患者安全，根据卫办医政发〔2010〕187号《外科手术部位感染预防与控制技术指南（试行）》、WS/T368-2012《医院空气净化管理规范》、WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》等规范的要求，结合我院实际工作，制定本制度：

一、门诊手术室（含膀胱镜室）应布局合理，洁污分开，进入手术室更换工作衣，换鞋，戴帽子、外科口罩，方可进入手术室。

二、严格执行外科手消毒制度，遵照医务人员的外科手消毒流程。

三、无菌物品与非无菌物品分开放置。一次性无菌物品存放应去除外包装，严禁重复使用。

四、门诊手术室工作区应保持清洁，每台手术开台前（含连台手术），均应对手术间地面及物体表面进行清洁消毒；手术结束后，应对手术间环境进行终末消毒。消毒剂可使用500mg/L的含氯消毒剂，特殊感染菌使用2000mg/L的含氯消毒剂。有人状态下使用空气消毒机按要求进行空气消毒，无人状态下使用紫外线灯进行空气消毒，消毒时间应大于30分钟，保持紫外线灯表面清洁，每周用酒精清洁一次。对手术间消毒落实情况进行记录，记录应留存大于3年。

五、每季度对手术室空气、物表、消毒剂等进行微生物学监测。

六、严格执行医疗废物分类、收集、管理制度，并做好交接登记。

七、在标准预防的基础上，应根据疾病的传播途径（接触传播、飞沫传播、空气传播）合理安置手术间及手术时间，

配备一次性外科口罩、防护口罩、护目镜或面屏、乳胶手套、鞋套、隔离衣、防护服等防护用品，根据需要选用适宜的防护用品。如有空气传播、飞沫传播、及其他特殊感染性疾病患者必须紧急在门诊手术室进行手术时，应报告感染管理与疾病预防控制处，指导医务人员做好标准预防与额外预防，疏散其他无关人员。

文件名称	消毒供应室医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-053-04			发布部门	感控处
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

消毒供应室医院感染管理制度

为了做好消毒供应室医院感染管理工作，提高医疗质量和保证患者安全，根据 WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T310-2019《医院消毒供应中心 第1、2、3部分》和 WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》精神的要求，结合我院实际情况，制定本制度。

一、环境管理

1. 布局合理，分为辅助区和工作区。区域间应有实际屏障，路线及人流、物流由洁到污。
2. 工作人员工作期间应严格遵守标准预防原则，依据工作岗位佩戴符合要求的个人防护用品。
3. 工作区域温度、相对湿度符合要求：去污区 16～21℃，相对湿度 30～60%；检查包装区及灭菌区 20～23℃，相对湿度 30～60%；无菌物品存放区低于 24℃，相对湿度低于 70%。

4. 各室桌面、地面每日用消毒液擦拭，每周大扫除一次，保持各室的清洁整齐。
5. 如无通风条件，每日进行空气消毒并记录。

二、清洗、消毒、干燥及灭菌

1. 各种物品车洁、污分开，有标记，专车专用，密闭运送，用后按要求清洁、消毒环境管理。
2. 对所有需要消毒或灭菌后重复使用的诊疗器械、器具和物品，应集中收回处理。
3. 被朊病毒、气性坏疽及突发原因不明的传染病病原体污染的诊疗器械、器具和物品，使用双层黄色包装袋单独收回，注明病原菌名称。
4. 进入人体无菌组织、器官、腔隙，或接触人体破损皮肤、破损粘膜、组织的诊疗器械、器具和物品进行灭菌；接触完整皮肤、粘膜的诊疗器械、器具和物品进行消毒。
5. 清洗后器械表面及其关节、齿牙处无血渍、污渍、水垢和锈斑。

6. 压力蒸汽灭菌包重量、体积符合要求：器械包重量不宜超过 7kg，敷料包重量不宜超过 5kg；预真空压力灭菌器不宜超过 30cm×30cm×50cm。

7. 从灭菌器卸载取出的物品，冷却时间 > 30min，无湿包。

三、质量监测

1. 每月抽检灭菌包内物品的清洗质量并记录监测结果。每年对清洗消毒器的清洗效果采用清洗效果测试指示物进行检测。当清洗消毒器新安装、更新、大修，更换清洗剂、消毒方法时，应清洗效果检测合格后，方可使用。

2. 对灭菌器应进行物理监测、化学监测、生物监测。灭菌包包内外应设有灭菌化学指示物。大型预真空压力蒸汽灭菌器在每日开始运行前空载进行 B-D 试验。压力蒸汽灭菌的生物监测应至少每周监测一次；环氧乙烷灭菌每灭菌批次应进行生物监测；过氧化氢低温等离子体灭菌每天使用时应至少进行一次灭菌循环的生物监测。

四、无菌物品存放及发放管理

1. 灭菌后物品应分类、分架存放。

2. 无菌物品均在有效期内：普通棉布包装的无菌物品有效期不应超过 7d，医用无纺布包装的无菌物品有效期宜为 180d，使用一次性纸塑包装的无菌物品有效期宜为 180d，硬质容器包装的无菌物品，有效期宜为 180d。

3. 无菌物品存放区工作人员严格复查灭菌物品六项信息，证明无误方可下发。

五、植入物发放管理

1. 植入物的灭菌应每批次进行生物监测。

2. 植入物与外来器械提前送至消毒供应室进行清洗、干燥、灭菌；使用后的外来器械送至消毒供应室清洗消毒方可交供应商带走。

文件名称	产房医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-054-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

产房医院感染管理制度

为切实做好产房的医院感染管理工作，依据原卫生部（第36号令）《医疗卫生机构医疗废物管理办法》、WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》的要求，结合我院实际工作，制定本制度。

一、产房布局合理，分区明确。

二、非产房工作人员未经许可不得入内。产房应避免不必要的人员走动或进出。

三、凡进入产房工作人员应洗手、更衣、换鞋、严格遵守各项无菌操作规程和安全注射原则。

四、对患有或疑似传染病的产妇，应在隔离待产室及产房分娩，并采取相应的隔离与预防措施。分娩按隔离技术要求护理和助产，所有物品严格按照消毒灭菌要求单独处理，尽可能使用一次性物品。

五、刷手间应配备流动水、感应式手卫生设施。洗手刷、擦手毛巾一人一用一灭菌，助产人员按外科手消毒方法洗手。

六、无菌产包打开30分钟未用，需重新更换；无菌敷料一经开封24小时内有效；无菌持物钳干式保存，4小时更换一次。

七、一次性医疗用品不得重复使用；吸痰用生理盐水一婴一瓶，不得共用。

八、每天对空气、地面、物体表面等进行清洁、消毒，遇有血液、体液污染，应随时清洁消毒。空气消毒无人状态下使用紫外线灯、有人状态下可使用空气消毒机；物表消毒可使用500mg/L-2000mg/L含氯消毒剂，依据病原菌种类选择消毒剂浓度。

九、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、交接登记，严格执行关于胎盘、死胎、死婴处理的管理规定。

文件名称	新生儿病区医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-055-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

新生儿病区医院感染管理制度

为切实做好新生儿病区的医院感染管理工作，依据 WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T510-2016《病区医院感染管理规范》、WS/T 509-2016《重症监护病房医院感染预防与控制规范》、WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》的要求，结合我院实际工作，制定本制度。

一、人员管理

1. 新生儿病区应严格限制非工作人员的进入，医务人员按规定着装，进入到新生儿病区前应洗手或手消毒、戴口罩、帽子、穿工作服或隔离衣、换拖鞋。工作人员患有皮肤感染、腹泻、呼吸道感染等有相关传染风险的感染病时，应暂时离岗，等隔离期结束后再返岗。

2. 在标准预防的基础上，应根据疾病的传播途径（接触传播、飞沫传播、空气传播）合理安置患儿，放置隔离标识并采取相应的消毒隔离措施。对于特殊病原体或疑似空气、飞沫传播疾病的患儿应单间安置；对于多重耐药菌感染/定植患儿、感染性腹泻的患儿，应严格实施接触隔离预防措施，避免与极低体重儿、早产儿等同区域安置。

3. 原则上谢绝探视，若必须探视，探视人员入室前应进行手卫生，穿探视服，探视服专床专用，探视日结束后，清洗消毒。禁止患有皮肤病、呼吸道感染、腹泻等症状的人员探视。

二、环境管理

1. 地面、物体表面每日湿式清洁 > 2 次。如遇污染或可疑污染时用 500mg/L 含氯消毒剂，消毒后清水擦拭去除残留消毒剂。地巾专区使用，使用后清洗、消毒、干燥备用；布巾分区使用，一用一更换，使用后清洗、消毒、灭菌后备用。多重耐药菌感染及特殊病原体感染的患者可增加清洁消毒频次，消毒方式选择按《区域消毒隔离制度》落实。

2. 新生儿出院后床单元应使用 500mg/L 含氯消毒剂进行终末消毒，特殊病原体、传染病及多重耐药菌感染患儿可使用 2000mg/L 含氯消毒剂进行彻底的终末消毒，消毒后应使用清

水擦拭去除残留消毒剂。

三、物品管理

1. 新生儿使用的被服、衣物等应保持清洁，每周更换不少于 1 次，污染后及时更换。
2. 一次性的奶瓶、奶嘴禁止复用，可复用的奶具应一人一用一灭菌，首选压力蒸汽灭菌方式。
3. 隔离监护室内物品（仪器、设备）应专人专用，不得交叉使用，复用物品使用后应消毒或灭菌。
4. 进入新生儿病区的物品（仪器、设备），须用 500mg/L 含氯消毒剂或 75% 酒精消毒，消毒后应使用清水擦拭去除残留消毒剂，干燥后方可使用。
5. 雾化吸入器、氧气湿化瓶、面罩、氧气管、浴巾、浴垫等接触患儿皮肤、粘膜的器械、器具及物品应当一人一用一消毒或一次性使用。重复使用的呼吸机管路、简易呼吸器、喉镜叶片送消毒供应室集中消毒。
6. 体温计、听诊器宜专人专用。
7. 蓝光治疗仪使用后消毒，专用蓝光治疗仪每天清洁，患儿转出后终末消毒。
8. 口腔护理、眼部护理、臀部护理、沐浴用品宜一次性使用或专人专用。

四、新生儿暖箱的管理

（一）基本要求

1. 新生儿暖箱应标号，有 1 ~ 2 个备用的新生儿暖箱用以周转清洁消毒，清洁、消毒新生儿暖箱前应进行手卫生，并佩戴手套。
2. 使用中的新生儿暖箱恒温罩外表面用 500mg/L 含氯消毒剂每日二次消毒，消毒后清水擦拭去除残留消毒剂；恒温罩内面使用灭菌后布巾与灭菌水每日二次清洁。清洁消毒后检查暖箱温度、湿度及性能是否完好。
3. 新生儿暖箱应先消毒清洁早产儿暖箱、后消毒清洁普通患儿暖箱；特殊感染患儿（包括多重耐药菌）消毒应单独进行，清洁消毒后应对清洗槽、地面等环境进行清洁消毒。
4. 新生儿暖箱湿化水应用灭菌水，每日更换。
5. 新生儿暖箱的空气过滤材料应 2 个月更换 1 次，破损时随时更换，做好记录。
6. 清洁消毒后备用的新生儿暖箱应放在辅助区，有效期为 1 周。使用前新生儿暖箱应再次清洁，并注明开启日期。

（二）终末消毒

1. 使用中新生儿暖箱及备用的新生儿暖箱，大于 7 天应进行终末消毒，如遇污染，随时进行消毒。

2. 终末消毒流程：

（1）拔掉电源，将电线盘起挂好，推至清洁消毒间。

（2）抽屉式水箱，先去除水箱内残水，再使用 500mg/L 含氯消毒剂浸泡消毒，使用前应使用试纸检测含氯消毒剂浓度。

3. 取下恒温罩上输氧孔的塑料套、操作窗的塑料密封套、输液软垫、空气过滤器盖板及过滤网、婴儿床搁板等可拆卸部件，使用 500mg/L 含氯消毒剂浸泡消毒。

4. 擦拭恒温罩内、外表面，机身内、外表面和机架，不同区域应更换布巾，动作轻柔，避免损坏温度控制探头。

5. 更换手套，将所有浸泡消毒的物品取出、冲洗、擦干。

6. 按拆卸的反顺序逐个装回。安装时注意部件放置的位置、方向，旋钮应锁紧，密封条四周应确保密封。安装完毕，应检测性能是否完好。

五、操作管理

1. 遵循手卫生五时机，严格执行手卫生制度。每个房间内至少设置 1 套洗手设施。每床宜配备 1 套速干手消毒剂。

2. 在诊疗护理操作时应当按照“先早产儿后足月儿，先非感染性患儿后感染性患儿”的原则进行。

3. 在进行脐静脉置管和维护时、肠外营养液配置与使用时，应严格执行无菌操作规程。

六、医疗废物与死婴管理

按医院专项管理制度，做好医疗废物分类、收集及死婴的交接登记。

文件名称	导管室医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-056-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

导管室医院感染管理制度

为切实做好导管室医院感染管理工作，依据 WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》的要求，结合我院实际工作，制定本制度。

一、导管室布局合理，放射防护设施、警示标识应规范。

二、手术人员术前戴一次性外科口罩、帽子、换拖鞋、进行外科手消毒、穿无菌手术衣、戴一次性外科无菌手套，术中严格遵守无菌操作原则。外出应穿外出衣和鞋。

三、手术室工作区应保持清洁，每台手术开台前（含连台手术），均应对手术间地面及物体表面进行清洁消毒；手术结束后，应对手术间环境进行终末消毒。消毒剂可使用 500mg/L 的含氯消毒剂，特殊感染菌使用 2000mg/L 的含氯消毒剂。有人状态下使用空气消毒机按要求进行空气消毒，无人状态下使用紫外线灯进行空气消毒，消毒时间应大于 30 分钟，保持紫外线灯表面清洁，每周用酒精清洁一次。对手术间消毒落实情况进行记录，记录应留存大于 3 年。

四、一次性无菌物品存放应去除外包装，一次性使用的医疗用品不得复用。

五、一次性导管用后按感染性废物处置，不得复用；销毁导管的编号及使用情况应按要求记录，结果可追溯。

六、无菌物品与非无菌物品分开放置，每日进行检查防止过期。

七、每季度对空气、物表、消毒剂等进行微生物学监测。

八、严格执行医疗废物分类、收集，并做好交接登记。

九、在标准预防的基础上，应根据疾病的传播途径（接触传播、飞沫传播、空气传播），合理安置手术间及手术时间。飞沫传播、空气传播及其他特殊感染性疾病患者手术安排在非感染性疾病患者手术结束后，并采取相应的隔离与预防措施，配备一次性外科口罩、防护口罩、护目镜或面屏、乳胶手套、鞋套、隔离衣、防护服等防护用品。手术结束后对环境、物表、排风设施等进行终末大消毒，感染管理与疾病预防控制处对消毒效果进行评价后方可继续使用。

文件名称	口腔科医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-057-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

口腔科医院感染管理制度

为切实做好口腔科的医院感染管理，依据 WS506-2016《口腔器械消毒灭菌技术操作规范》、GB/T30690-2014《小型压力蒸汽灭菌器灭菌效果监测方法和评价要求》的要求，结合我院实际工作，制定本制度。

一、口腔科布局合理，诊疗区域、口腔诊疗器械清洗区和消毒区域分设。

二、从事口腔工作的医务人员，应当熟悉掌握《医疗机构口腔诊疗器械消毒技术操作规范》的相关知识。

三、保持室内清洁，每天操作结束后应进行终末消毒处理。

四、接诊患者应落实标准预防的原则，应根据疾病的传播途径（接触传播、飞沫传播、空气传播），采取相应的隔离与预防措施，科室应配备并在操作中佩戴医用外科口罩、帽子、手套、护目镜或面屏等防护用品，必要时穿隔离衣或防护服；医务人员对每位患者操作前后应执行手卫生。

五、选择适宜的消毒或灭菌方法，并遵循以下原则：

（一）进入病人口腔内的所有诊疗器械，必须达到一人一用一消毒或灭菌的要求；凡接触病人伤口、血液、破损黏膜、穿破口腔软组织或骨组织的器械（手机、车针、扩大针、牙钳、解剖刀、挺子、骨凿、牙周刮治器、洁牙器、根管器械、银汞充填器等）、敷料等必须达到灭菌。灭菌首选压力蒸汽灭菌或干热灭菌。

（二）接触病人完整粘膜、皮肤的口腔诊疗器械，包括口镜、探针、牙科镊子等口腔检查器械，各类用于辅助治疗的物理测量仪器、混汞机、印模托盘、漱口杯等，使用前必须达到消毒。

（三）控制照相室拍片过程的交叉污染，夹片器应一用一消毒，干燥保存备用。

（四）凡接触病人体液、血液的修复、正畸模型等物品，送技工室操作前必须进行消毒；



(五) 棉球、敷料等无菌物品，一经打开，使用时间最长不超过 24 小时；瓶装麻醉药品开封后，使用时间不得超过 2 小时，抽出的药液保存时间不得超过 2 小时。一次性使用医疗用品不得重复使用。

(六) 牙科综合治疗台及其配套设施应每日清洁、消毒，遇污染应及时清洁、消毒。每次治疗前和结束后及时冲洗内部管路 30 秒，减少回吸污染。

(七) 一次性使用医疗用品不得重复使用。重复使用的医疗器械必须先清洗、加酶浸泡、再清洗保养、干燥、注油、灭菌。特殊污染器械（炭疽、破伤风、气性坏疽等）应单独处置，先高水平消毒后，再进行清洗、灭菌。

(八) 对口腔诊疗器械进行清洗、消毒或者灭菌的工作人员，在操作过程中应当做好个人防护工作。

六、对口腔诊疗器械消毒与灭菌的效果进行监测，生物监测每月至少一次。新灭菌设备和维修后的设备在投入使用前，进行生物监测合格后，方可投入使用。

七、保持室内清洁，每日对口腔诊疗、清洗、消毒区域进行清洁、消毒。

文件名称	眼科、耳鼻喉、皮肤科门诊医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-058-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

眼科、耳鼻喉、皮肤科门诊医院感染管理制度

为切实做好眼科、耳鼻喉科、皮肤科的医院感染管理，依据 WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T591-2018《医疗机构门急诊医院感染管理规范》的要求，结合我院实际工作，制定本制度。

一、严格落实预检分诊制度，各科门诊医师、护士、导诊等人员上岗时应着装规范，选择适宜的防护用品。

二、诊室内每日通风2次，每次至少30分钟，温度允许时持续开窗通风，保持空气流通。

三、每个诊室配备性能完好的水龙头、洗手液、干手纸、洗手流程图、生活垃圾桶，每日清洁或消毒洗手池。

四、每个诊桌配备速干手消毒剂，医务人员诊疗时，每接触一个病人前后使用速干手消毒剂消毒双手；当手部有明显血渍、污渍污染时，应先用流动水洗手后再进行手消毒。

五、使用中消毒剂均应注明开启日期，在有效期内使用。

六、物体表面和地面的清洁与消毒

（一）诊室内物体表面一桌一布每天清洁消毒2次，地面采用湿式清洁，每天2次，消毒剂使用500mg/L含氯消毒剂，现配现用，使用前检测浓度。

（二）物体表面和地面当受到明显污染时，遵照《血液、体液、分泌物、排泄物污染处置流程》执行。

七、医疗废物分类处置，严禁将医疗废物混入生活垃圾，达到包装物或者容器的3/4满时，应当使用有效的封口方式，使包装物或容器的封口紧实、严密，并与回收人员认真做好交接登记，记录单保存3年。

八、治疗室、换药室及处置室严格遵照《治疗室、治疗准备室、处置室医院感染管理制度》执行。

文件名称	康复医学科门诊及康复大厅医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-059-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

康复医学科门诊及康复大厅医院感染管理制度

为切实做好康复医学科门诊及康复大厅的医院感染管理，依据 WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T512-2016《医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范》和《河北省中医治疗操作感染防控指南（试行）冀中医药〔2017〕9号》的要求，结合我院实际工作，制定本制度。

一、医务人员在治疗操作时应遵循标准预防的原则，在治疗操作前后，严格落实手卫生制度。

二、进行针灸等操作时严格执行无菌技术操作规程，正确进行穿刺部位的皮肤消毒；针灸针具（毫针、耳针、小针刀等）做到“一人一针一用一废弃（或灭菌）”，一次性针灸针具、严禁重复使用，用后按损伤性医疗废物处理。

三、康复大厅每日通风2次，每次至少30分钟，温度允许时持续开窗通风，保持空气流通。每日康复治疗结束后使用紫外线灯消毒大于30分钟，并记录。

四、康复大厅地面、物体表面应每天湿式清洁消毒2次，消毒剂使用500mg/L含氯消毒剂，现配现用，使用前检测浓度。

物体表面和地面当受到明显污染时，遵照《血液、体液、分泌物、排泄物污染处置流程》执行。

五、医疗废物分类处置，严禁将医疗废物混入生活垃圾，达到包装物或者容器的3/4满时，应当使用有效的封口方式，使包装物或容器的封口紧实、严密，并与回收人员认真做好交接登记，记录单保存3年。

文件名称	病理科医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-060-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

病理科医院感染管理制度

为切实做好病理科的医院感染管理工作，依据原卫生部（第36号令）《医疗卫生机构医疗废物管理办法》、WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》的要求，结合我院实际工作，制定本制度。

一、病理科应划分清洁区、半污染区、污染区、标本容器等污染物放污染区，报告单在清洁区计算机终端打印，避免污染。

二、接收标本时，验收人员仔细检查标本袋有无破损、漏液，封好袋口防止甲醛挥发污染环境。

三、取材时，取材医师穿好防水隔离衣，戴帽子、一次性外科口罩或防护口罩、手套及鞋套等，做好自我防护。

四、对传染性（例如结核、肝炎、HIV感染等）标本需要及时固定、消毒，并延长固定时间，避免造成污染及院内交叉感染。

五、复用隔离衣脱下后放到指定位置，一用一消毒。取材完毕使用过的器具要清洗干净，放入盛有消毒液的消毒盘内消毒并清洗水池及漏网；使用后的一次性刀片放入利器盒。

六、病理标本和其他废弃物，应放入专用的不透水的密闭容器内，由医废清运人员收集，做好交接登记。

七、室内污染区应每天进行紫外线消毒一次，每次大于30分钟，并及时记录。物体表面、工作台、地面等消毒可依据污染物性质选择使用500mg/L-2000mg/L含氯消毒剂进行擦拭消毒，并及时记录。

八、取材器具每周更换一次消毒液并及时记录，操作者签名。

九、感染管理与疾病预防控制处将对消毒及记录情况进行不定期检查。

十、每年对取材室、切片室进行甲醛、二甲苯浓度监测，确保环境安全。

文件名称	检验科医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-061-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

检验科医院感染管理制度

为切实做好检验科的医院感染管理工作，依据原卫生部（第36号令）《医疗卫生机构医疗废物管理办法》、WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》的要求，结合我院实际工作，制定本制度。

一、布局合理，工作区与生活区分开，每个工作区设有流动水和非手触式洗手设备、手消毒用品，操作后及时进行手卫生。

二、病原微生物室需配备生物安全柜、高压灭菌设备，按规范进行监测与校验；对源于病人的原始标本如痰液等进行涂片或接种平板等操作，应在生物安全柜中进行，生物安全柜安置位置符合要求，生物危险标志，限制与实验无关人员进入。

三、工作人员进入微生物室须穿工作服、戴工作帽，戴一次性外科口罩或防护口罩、手套，必要时穿隔离衣。开展新型冠状病毒核酸检测实验时，执行三级防护，戴医用防护口罩、帽子、鞋套、手套、护目镜或面屏，穿防护服，无关人员不得进入实验区。

四、保持室内清洁卫生，每日一次对空气、各种物体表面及地面进行清洁、消毒；严格执行实验室操作规程，在进行各种检验时，应避免污染，如遇污染随时消毒；在进行特殊传染病检验后应及时进行消毒，遇有场地、工作服或体表污染时，应立即处理，防止扩散，并向科主任报告。空气消毒无人状态下使用紫外线灯，有人状态下可使用空气消毒机；物表及地面消毒可依据情况选用500mg/L-2000mg/L含氯消毒剂、75%酒精。宜使用一次性布巾或纸巾，复用布巾应先消毒、再清洗、消毒、干燥、备用。

五、必须使用符合规范的一次性检验用品。严格执行无菌技术操作规程，静脉采血必须一人一针一管一巾一带；微量采血应做到一人一针一管。

六、检验报告单实行系统传输，试验区外计算机终端打印。

七、各种废弃标本及使用后棉签、棉球、纱布、玻片等物品应按医疗废物分类暂存于

医疗废物桶，桶内套有专用标识的双层黄色塑料袋，不得随意丢弃。废弃的病原体培养基、菌种、毒种保存液等必须就地灭菌，按医疗废物管理的有关规定密闭转运。

文件名称	输血科医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-062-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

输血科医院感染管理制度

为切实做好输血科医院感染管理工作，依据原卫生部（第85号令）《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》、WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》的要求，结合我院实际工作，制定本制度。

一、布局合理，内部划分为清洁区、潜在污染区和污染区。血液储存、发放处和血液治疗室等应设在清洁区，办公区设在半清洁区，实验室和处置室应设在污染区。

二、进入输血科的血液及血液成分应由卫生行政部门指定的血站供应。

三、必须严格按卫生部颁布的《医疗机构临床用血管理办法（试行）》和《临床输血技术规范》规定的程序进行管理和操作。

四、保持环境清洁，台面、地面、桌面每日清洁，被血液污染应及时消毒处理。消毒剂可选择500mg/L含氯消毒剂。

五、储血设备应专用于储存血液及血液成分，定期清洁消毒，每月对储血冰箱内空气及物表进行微生物学监测，不得检出致病微生物和霉菌。

六、严格执行无菌技术操作规程，采血时应做到一人一针一管一巾一带。

七、工作中应做好个人防护，接触血液必须戴手套，脱手套后应洗手。一旦发生体表污染或锐器刺伤，应及时处理。

八、废弃的一次性使用医疗用品、废血和血液污染物必须按照医疗废物进行处理。

九、做好血袋发放、收回登记并签名。

文件名称	预防接种室医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-063-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

预防接种室医院感染管理制度

为进一步加强医院感染环节质量控制，提高医疗质量和保证患者安全，根据 WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T 510-2016《病区医院感染管理规范》、WS/T 512-2016《医疗环境表面清洁与消毒管理规范》和 WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》等文件要求，结合医院实际工作，制定本管理制度。

一、环境管理

1. 每日接种前及接种后进行自然通风，无人状态下应用紫外线灯消毒，消毒时间应大于30分钟。

2. 地面、物体表面每日二次采用 500mg/L 含氯消毒剂或 75% 酒精进行擦拭消毒，有明显血迹、污渍等污染处采用 2000mg/L 含氯消毒剂擦拭消毒。擦拭布巾宜使用一次性纸巾，复用布巾、地巾先消毒、再清洁，专室专用。含氯消毒剂配置后使用时间不应超过 24h，使用前需要进行浓度检测。

3. 诊疗操作前半小时应停止清扫等工作，避免不必要的人员进出。操作结束后，应立即实施环境清洁与消毒。每日治疗结束后进行终末消毒。

二、诊疗用品管理

1. 无菌物品应存放在清洁、干燥的无菌橱或架上，并按失效日期的先后顺序排列，在有效期内使用。

2. 无菌棉球、纱布的灭菌包装一经打开，使用时间不应超过 24h，打开时应注明启用时间。

3. 酒精等皮肤消毒剂应注明开瓶日期及失效日期，连续使用不应超过 7 天。

4. 严格执行一人一针一管一用，尽可能使用单剂量注射药；多剂量用药无法避免时，严禁使用用过的针头及注射器再次抽取药物。

5. 医疗废物应就地分类处置，禁止二次分拣。

三、疫苗管理

1. 疫苗为冷链物品，取出后要尽快接种，不能在室温放置过长时间，以免影响药效。

2. 存储疫苗的冰箱配备不间断电源，冰箱配备冷链监测系统，管理人员应关注手机提示的冰箱温度报警信息，分析原因妥善处理，确保疫苗存储安全。每日接种前后观察并手工记录冰箱温度。冰箱内壁每日用 75% 酒精擦拭后再清洁。

3. 疫苗入库应严格执行冷链管理流程，扫码入库，认真清点数量并记录。疫苗入库前用 75% 酒精对外包装进行消毒。

四、接种与防护管理

1. 医护人员在进行接种前后应严格执行手卫生，摘手套后应再次执行手卫生。

2. 医务人员工作期间应严格遵守标准预防原则，根据预期可能发生的暴露选择合适的防护用品，着工装，佩戴医用外科口罩或医用防护口罩、帽子、手套，必要时配备隔离衣、护目镜或防护面屏等。

3. 医护人员在进行诊疗操作时严格遵循无菌操作原则，并预防职业暴露。

4. 接种人员应佩戴口罩，加强手卫生。接种前签署告知书，在候诊区等候，并保持 1 米间距。接种人员应一人一诊室，两个接种者之间应更换接种台上治疗巾，预防交叉感染。接种后应留观大于 30 分钟。

文件名称	营养食堂医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-064-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

营养食堂医院感染管理制度

为切实做好营养食堂的医院感染管理工作，依据 WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》的要求，结合我院实际工作，制定本制度。

一、营养食堂、职工食堂人员上岗前应做体检，患有传染病患者不得从事此类工作。

二、为保证餐具的消毒效果，餐具用后首先彻底清洗去污再消毒（一洗、二涮、三冲、四消毒、五保洁）。流通蒸汽消毒时间大于 30 分钟。消毒处理后的餐具要求：清洁、干爽、无油垢、无污物。每季度对消毒后的餐具进行细菌学检测，不得检出致病菌。

三、每季度对发放前的匀浆膳及使用中的匀浆膳进行抽样检查，不得检出致病菌。

四、传染病人的餐具，用 500-1000mg/L 有效氯消毒液浸泡 30 分钟后再常规清洗，流通蒸汽消毒 30 分钟保存备用。

五、厨余垃圾的存放场所要及时清理，不得发生腐烂、变质。防湿、防蟑、防虫设施完好。

六、工作人员离开工作间，要脱掉工作服，非营养科人员不得进入工作间。

七、加强卫生洁具的管理，专用布中专区专用，使用后应清洁、消毒、干燥备用。

八、加强空调与排风设施的管理，每年至少清洁两次。

文件名称	洗衣房医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-065-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

洗衣房医院感染管理制度

为切实做好洗衣房的医院感染管理工作，依据 WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》和 WS/T508-2016《医院医用织物洗涤消毒技术规范》的要求，结合我院实际工作，制定本制度。

一、洗衣房在后勤保障处的领导下应设有质量管理负责人和兼职质检员，负责开展各工序的自检、抽检工作。

二、在现有条件下做到合理布局，洁污分开。

三、医用织物分类收集、运送与存储操作要求：

(一) 分类收集。对脏污织物和感染性织物进行分类收集，收集时应减少抖动，盛装使用后医用织物的专用包装箱（桶）应加盖密闭。感染性医用织物应使用专用包装袋密闭收集。盛装使用后医用织物的专用包装箱（桶）应一用一清洗消毒。

(二) 运送。医院洗衣房应分别配置运送使用后医用织物和清洁织物的专用运输工具，不应交叉使用。运输工具每周清洗消毒，遇污染随时清洗消毒；运输工具运送感染性织物后应一用一清洗消毒。

(三) 存储。使用后医用织物的暂存时间不应超过 48h；清洁织物存放时间过久，如发现有污渍、异味等感官问题应重新洗涤。清洁织物存放架应距地面高度 20-25cm，离墙 5-10cm，距天花板 $\geq 50\text{cm}$ 。

四、洗涤、消毒的原则与方法：

(一) 脏污织物。遵循先洗涤后消毒原则，分批、分机或专机洗涤。新生儿、手术室的医用织物应专机洗涤、消毒，不应与其他医用织物混洗。消毒剂选择 250mg/L-500mg/L 含氯消毒剂。

(二) 感染性织物。

1. 感染性织物应先消毒，再进行清洗消毒。按疾病的传播途径，接触传播、飞沫传播、

空气传播，分类处理织物。处理飞沫及空气传播疾病的感染性织物应连同橘红色包装袋一同浸入消毒剂中再松开袋口，不可将未消毒的感染性织物取出在环境中抖动。

2. 被传染性疾病污染的复用织物，以及多重耐药菌感染或定植患者使用后的复用性织物，依据病原体特性选 500mg/L-2000mg/L 的含氯消毒剂进行消毒。

3. 被朊病毒、气性坏疽的病原体污染的织物，若需重复使用应专包密封，标识清洗，压力蒸汽灭菌后再洗涤。突发不明原因传染病的病原体污染的织物，若需重复使用依据届时国家发布的消毒灭菌方法落实。

4. 疥疮患者使用过的医用织物上有体外寄生虫时，采用煮沸或蒸汽法杀灭，并使用杀虫剂对环境进行杀虫，具体方法遵循产品的使用说明。

五、每天工作结束后应对污染区的地面与台面采用 500mg/L 含氯消毒剂进行擦拭消毒；清洁区的地面、台面应每天清洁。

六、每季度对工作人员手、物体表面、清洁织物进行卫生学抽检。手、物体表面菌落数 $\leq 10\text{cfu}/\text{cm}^2$ ，清洁织物细菌菌落数 $\leq 200\text{cfu}/100\text{cm}^2$ 。

七、使用后医用织物和清洁织物收集、交接时，应有记录单据，记录内容包括医用织物名称、数量、外观、洗涤消毒方式、交接时间等信息，并有双方交接人员签字。日常质检记录、交接记录应具有可追溯性，记录的保存期应 ≥ 6 个月。

八、人员防护要求：

（一）在污染区和清洁区穿戴的个人防护用品不应交叉使用。

（二）污染区工作人员应穿戴工作服（包括衣裤）、帽、口罩、手套、防水围裙和胶鞋。

（三）处理疑似空气飞沫传播疾病患者接触的织物，佩戴医用外科口罩或医用防护口罩。

（四）工作人员在接触清洁织物前、脏污织物后要进行手卫生。

文件名称	CT、超声等辅助功能科医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-066-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

CT、超声等辅助功能科医院感染管理制度

为进一步加强重点部位、重点环节、重点人群管理，依据《秋冬季新冠肺炎疫情医疗救治工作方案》精神，结合本院实际情况，制定本制度。

一、环境管理

1. 加强通风。通风不良时，可使用紫外线灯或空气消毒机进行空气消毒，每日 1-2 次，做好记录。
2. 物体表面湿式清洁。可疑污染传染病流行期间，应用 500mg/L 的含氯消毒剂或 75% 酒精消毒，每日 1-2 次，可疑污染或可见污染立即消毒，重点为检查床及周围的高频接触物体表面。
3. 进行有创性操作房间，不应悬挂布帘、摆放绿植，不应有与操作无关的物品及生活用品。进行有创性操作前，应进行空气及物表消毒消毒，达到 II 类环境要求。

二、物品管理

1. 配备速干手消毒剂及一次性外科口罩及防护口罩、一次性帽子、手套等防护用品，必要时备一次性隔离衣、护目镜或面屏等。
2. 一次性物品一次性使用，加强高压注射器等耗材使用管理，禁止重复使用。接触破损皮肤及粘膜的物品应灭菌。
3. 加强铅衣等复用物品的清洁与消毒、存储、年度检测及效期管理。
4. 加强超声探头管理，接触完成皮肤应一用一消毒或使用保护罩、抗菌凝胶等；接触粘膜应使用灭菌的保护罩，使用后去除保护罩，并对超声探头进行消毒。消毒剂选择遵循厂家说明书。
5. 加强医疗废物管理，落实医疗废物管理规定。

三、人员管理

加强手卫生管理，严格落实标准预防原则。

文件名称	方舱 CT 医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-067-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021 年 12 月

方舱 CT 医院感染管理制度

为进一步加强重点部位、重点环节、重点人群管理，做好疫情防控工作，依据《秋冬季新冠肺炎疫情医疗救治工作方案》精神，结合本院实际情况，制定本制度。

一、消毒设备与物品配置

1. 扫描室应配置大于 30w 紫外线灯 2 根、感染性废物桶及速干手消毒剂。
2. 操作室宜配置 30w 紫外线灯 1 根、感染性废物桶及速干手消毒剂。

二、不同区域与人群防护用品配备与使用

1. 如操作室与扫描室之间门呈密闭状态，在操作室隔室进行操作前提下，工作人员穿工作服、佩戴外科口罩或防护口罩、乳胶手套、帽子等防护用品。
2. 工作人员进入扫描室前，正确穿戴防护用品，应配戴防护口罩、帽子、护目镜或面屏、隔离衣或防护服、鞋套等防护用品。
3. 进入扫描室的患者及家属应佩戴外科口罩或防护口罩。

三、环境消毒管理

1. 每一名发热患者、不能除外特殊病原体感染患者检查后均应进行环境消毒。聚集性病例、同种病原体患者可在使用后集中消毒。每周进行终末大消毒。

2. 消毒流程：

(1) 首先隔室打开紫外线灯，进行空气消毒，消毒时间应大于 30 分钟。紫外线灯应在无人状态下使用。

(2) 应用紫外线灯进行空气消毒后，工作人员正确穿戴防护用品进入扫描室，进行物体表面及地面消毒。根据材质选择适宜消毒剂进行消毒，消毒剂可选用 75% 酒精，疑似或确诊病例使用 2000mg/L 含氯消毒剂。宜选择一次性纸巾进行擦拭消毒，复用布巾、地巾先消毒、再清洁，专室专用。消毒重点部位为检查床及周围的高频接触物体表面。



(3) 消毒后在扫描室门口，面朝外面正确脱卸防护用品，放置于双层黄色专用袋的感染性废物桶中。疫情期间医疗废物按涉及疫情废物处置，采用鹅颈结式封口，分层封扎。封口前、后均使用 2000mg/L 的含氯消毒剂进行喷洒消毒，并通知医疗废物清运人员单独收集。

(4) 环境消毒后通风，再次常规清洁后方可使用。

文件名称	医疗美容科医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-068-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

医疗美容科医院感染管理制度

为切实做好医疗美容科的医院感染管理工作，依据原卫生部（第36号令）《医疗卫生机构医疗废物管理办法》、WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》的要求，结合我院实际工作，制定本制度。

一、医疗美容科应布局合理，洁污分开。进入诊室更换工作衣、换鞋、戴帽子、外科口罩。

二、严格执行手卫生制度。

三、接触患者手术部位或者更换手术切口敷料前后应进行手卫生，严格遵守无菌技术操作原则及换药流程。根据《手术部位感染预防与控制制度》预防手术部位感染。

四、消杀制剂及无菌物品管理要求

1. 无菌物品与非无菌物品分开放置，一次性无菌物品存放应去除外包装，严禁重复使用。

2. 应根据药品说明书的要求配置药液，现配现用。抽出的药液放置时间不应超过2h。

3. 无菌棉球、纱布的灭菌包装一经打开，使用时间不应超过24h。

4. 干罐储存无菌持物钳使用时间不应超过4h。

5. 碘伏、醇类等消毒剂应注明开瓶日期和失效日期，沾取消毒剂开瓶后使用有效期为7天。

6. 环境物表、医用织物、器械物品消毒或灭菌，常用化学消毒剂为含氯消毒剂、季铵盐类、75%酒精等，应依据病原菌与消毒物品种类选择适宜的消毒剂。应用化学消毒剂消毒或灭菌浓度与作用时间应遵循说明书。含氯消毒剂常规使用浓度为500mg/L，传染病或特殊病原体感染使用浓度为2000mg/L，作用时间大于30分钟；配置后使用时间不超过24小时，使用前需应用试纸进行浓度检测。

五、使用紫外线灯对空气进行消毒，每次不少于30分钟，并做好消毒记录。应保持紫外线灯外表面清洁，每周用75%酒精清洁一次，并记录。

六、诊疗区应保持清洁。地面、墙面、物表每日清洁。如有手术，手术结束后，应立即



对环境物表进行清洁消毒。清洁消毒频次与方法参照《门、急诊环境管理制度》。

七、严格执行医疗废物分类、收集、管理制度，并做好交接登记。

文件名称	高压氧科医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-069-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

高压氧科医院感染管理制度

为切实做好高压氧科的医院感染管理工作，依据原卫生部（第36号令）《医疗卫生机构医疗废物管理办法》、WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》的要求，结合我院实际工作，制定本制度。

一、布局流程合理，洁污分开。

二、严格执行手卫生制度。

三、落实标准预防原则，规范使用防护用品。

四、消杀制剂、设备使用原则

1. 使用碘伏、醇类、快速手消毒剂等消杀制剂应注明开瓶日期和失效日期。

2. 环境物表、复用医用织物的消毒，常用化学消毒剂为含氯消毒剂、季铵盐类、75%酒精等，应依据病原菌与消毒物品种类选择适宜的消毒剂。应用化学消毒剂消毒浓度与作用时间应遵循说明书。含氯消毒剂常规使用浓度为500mg/L，传染病或特殊病原体感染使用浓度为2000mg/L，作用时间大于30分钟；配置后使用时间不超过24小时，使用前需应用试纸进行浓度检测。

3. 氧仓内无人状态下使用紫外线灯对空气进行消毒，每次不少于30分钟，并做好消毒记录。应保持紫外线灯外表面清洁，每周用75%酒精清洁一次并记录。

五、严格执行医疗废物分类、收集管理制度，并做好交接登记。

文件名称	感染性疾病科医院感染管理制度				
文件编号	A11-ZD-070-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

感染性疾病科医院感染管理制度

为进一步加强感染性疾病科医院感染管理工作，有效落实医院感染预防与控制措施，依据 WS/T311-2009《医院隔离技术规范》、WS/T367-2012《医疗机构消毒技术规范》、WS/T313-2019《医务人员手卫生规范》等相关要求，结合我院工作实际，制定本制度。

一、日常诊疗过程中，应遵循标准预防原则，依据分级防护原则与病原微生物传播特点进行科学防控。

二、加强人流、物流管理，降低清洁区、潜在污染区、污染区三区交叉感染机会。

三、发热诊室就诊时，一医一患，避免人群聚集。接诊疑似或确诊呼吸道传播疾病的患者，病情允许应为患者佩戴外科口罩。

四、疑似或确诊传染病患者应单间隔离，按规定及时报告。

五、医务人员应掌握个人防护用品使用方法和注意事项，确保防护效果有效落实。

1. 操作前评估人体被血液、体液、分泌物、排泄物等物质暴露的风险。根据评估结果选择适宜的个人防护用品，防护用品被污染应及时更换。

2. 摘除个人防护用品时应避免污染工作服和皮肤。

3. 如需戴手套和穿隔离衣，在不同患者诊疗操作间应更换手套和隔离衣。

六、环境管理

1. 空气：每日2次空气消毒。无人状态下可使用紫外线灯消毒，每次大于30分钟；有人状态下可使用空气消毒机消毒，注意控制气流方向，由清洁侧流向污染侧。

2. 物表：依据病原微生物特性，物体表面每日应用500mg/L-2000mg/L的含氯消毒剂或75%酒精消毒2次。可增加床栏、床边桌、门把手、键盘及鼠标等高频接触物体表面消毒次数。计算机键盘等物体表面可用塑料薄膜覆盖，方便清洁与消毒。

3. 终末消毒：应用2000mg/L的含氯消毒剂喷洒物表及地面后，紫外线灯消毒大于30分钟；

消毒完成后进行有效通风，使用一次性卫生湿巾或 75% 酒精再次擦拭物表，关闭门窗紫外线灯再次消毒大于 30 分钟。

七、物品管理

1. 复用的听诊器、体温计、血压计等诊疗器具应专人专用或一用一消毒，消毒剂可选用：500mg/L-2000mg/L 的含氯消毒剂或 75% 酒精。

2. 被服类：疑似患者或确诊患者用过的床单、被套等放至双层黄色塑料袋中，标记“疾病名称”，通知洗衣房单独、密闭回收，选用 500mg/L-2000mg/L 的含氯消毒剂浸泡 30 分钟后，再清洗。

3. 诊室及留观室内，尽量减少不必要的物品，不能摆放假花、绿植等物品，尽量不使用布类帘子，如使用布类窗帘、隔帘，疑似污染应立即更换，与被服类处置方式相同。

八、医疗废物处置

1. 所有非锐器性的废弃物（含生活垃圾）均按感染性废物处理，感染性废物专用袋应双层使用。锐器放置利器盒中按损伤性废物处理。

2. 医疗废物桶在非使用状态应加盖放置，承装的医疗废物达到容器的 3/4 满时，采用鹅颈结式封口，分层封扎。封口前、后均使用 2000mg/L 的含氯消毒剂进行喷洒消毒。

3. 留观室内产生的医疗废物规范处理后从患者通道转运至暂存间；工作区域产生的医疗废物规范处理后从医护通道转运至暂存间。

文件名称	疫苗接种管理实施方案				
文件编号	A11-ZD-071-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

疫苗接种管理实施方案

为进一步加强疫苗接种管理工作，依据承德市卫生健康委员会关于《切实加强疫苗接种管理工作》及《疫苗接种和异常反应保险补偿》的通知精神，结合我院实际情况，制定本实施方案。

一、组织机构

预防接种管理领导小组（以下简称“领导小组”）

组 长：分管感控副院长

副组长：感染管理与疾病预防控制处（含公共卫生科）、医务处、护理部负责人

成 员：产科主任、护士长，感染管理与疾病预防控制处（公共卫生科）、医务处、护理部相关工作人员

二、工作职责

1. 领导小组负责“预防接种管理工作”领导、组织、实施、部门间的沟通协调、质量考评等各项工作。

2. 医务处：负责预防接种异常反应或者疑似预防接种异常反应的会诊及应急抢救工作；

3. 护理部：负责预防接种的规范操作及安全注射的管理工作。

4. 感染管理与疾病预防控制处（公共卫生科）：负责疫苗的接收、储存、使用等疫苗冷链管理的督导检查工作。

附件：

1. 《预防接种人员工作职责》

2. 《预防接种室清洁消毒制》

3. 《安全注射管理制度》

4. 《疑似预防接种异常反应监测与处理制度》

5. 《冷链管理制度》
6. 《疫苗管理制度》
7. 《疫苗发放领取流程》
8. 《疫苗接种注意事项》
9. 《接种禁忌告知》
10. 《家长须知》
11. 《预防接种常见副反应及处理》
12. 《接种疫苗后出现异常反应补偿处理应急预案》

附件 1

预防接种人员工作职责

一、认真贯彻《中华人民共和国传染病防治法》、《疫苗流通和预防接种管理条例》，履行相应职责和义务。

二、负责本院出生新生儿预防接种免疫规划工作，严格按《预防接种工作规范》及各级相关工作制度及规定要求，实施免疫接种工作。将各项预防接种工作任务落到实处，确保安全有效实施接种，杜绝接种事故发生。

三、按规定及时建立预防接种证，记录详细清楚。接种证填写符合率 100%。

四、提供优质服务，主动服务，做好计划免疫及传染病防治知识宣传。

五、正确掌握禁忌症，尽量避免接种偶合症。

六、按规定时间统计上报免疫规划信息报表，数据准确，相关记录、资料完整。各种表、卡（册）齐全，并妥善管理。

附件 2

预防接种室清洁消毒制度

一、预防接种工作人员必须规范穿戴清洁整齐的工作衣、帽，佩戴工作人员标识。

二、接种人员进行接种前应洗手或卫生手消毒，戴口罩。

三、保持接种室内环境整洁，每日通风 2 次，通风时间不少于 30 分钟。

四、每天下班前对接种室空气消毒，用紫外线灯照射 30 分钟以上，紫外线灯管表面应保持洁净，每周用酒精擦拭 1 次。

五、保持工作台面及其他物体表面的洁净，每次接种工作结束后，用 500mg/L 含氯消毒剂或其他消毒剂擦拭消毒台面。

六、确定接种部位，接种部位要避开疤痕、炎症、硬结和皮肤病变处。

七、皮肤消毒时用 75% 酒精，消毒操作以注射部位为中心，由内向外缓慢旋转、逐步涂擦，消毒面积不小于 5cm×5cm，局部消毒后注意不得触碰污染，待晾干后立即接种。禁用 2% 碘酊进行皮肤消毒。

八、严格执行无菌操作规程，疫苗接种应“一人一针一管”。使用后的一次性注射器按感染性废物处理。

附件 3

安全注射管理制度

一、对疫苗应用灭菌的注射器具和规范的操作进行注射，并对使用过的注射器具进行安全处理。它应达到“三个安全”的标准，即对受种者安全，使用安全的注射器材；对实施接种者安全，操作过程中避免刺伤；对环境安全，正确处理使用过的注射器材。

二、接种工作人员应具备执业护士资格，并经过市级卫生行政部门组织的预防接种专业培训，取得预防接种资格后，方可上岗。

三、严格执行一次性注射器“一人一针一管一用一处理”的制度要求。注射完毕后，尖锐物应该投放在安全盒中，不得将使用过的一次性注射器回套针帽。

四、严格按照《预防接种工作规范》和国家制定的第二类疫苗使用指导原则进行接种。实施接种前必须清洁工作场所、清洁双手；严格执行无菌操作，疫苗安瓿要正确消毒，皮肤要正确消毒。同时接两种疫苗时，在接种台分别设置醒目的疫苗标记，避免错种、重种和漏种。

五、接种人员应熟练掌握疫苗接种的禁忌症，在接种前应仔细核对受种者姓名、性别、出生日期、免疫程序、本次应种疫苗及接种记录；接种时要与家属共同再次核对疫苗的名称、效期等，做到三查七对一验证，接种后必须留观 30 分钟。

六、接种前要与家属做好宣教，讲解预防接种疫苗的相关不良反应。如出现异常反应有保险补偿，但此项工作必须是家属自愿履行，不能强迫。（一定要向患者及家属讲明白，并签署知情同意书）。

七、活疫苗开启后超过半小时、灭活疫苗开启后超过 1 小时未用完必须废弃。凡过期、变色、污染、发霉、有摇不散凝块或异物、无标签或标签不清、安瓿有裂纹的疫苗一律不得使用。

附件 4

疑似预防接种异常反应监测与处理制度

一、建立疑似预防接种异常反应监测登记本，专人负责。

二、报告内容主要包括姓名、性别、年龄、儿童监护人姓名、住址、接种疫苗名称、剂次、接种时间、发生反应的时间和人数、主要临床特征、初步诊断和诊断单位、报告单位、报告人、报告时间等。

三、疑似预防接种异常反应实行属地化管理。

四、接种工作人员发现疑似预防接种异常反应，应及时上报防保科，防保科向所在地卫生行政部门、药品监督管理部门报告，并填写疑似预防接种异常反应报告卡。

五、发现怀疑与预防接种有关的死亡、群体性反应或者引起公众高度关注的事件时，应在发现后 2 小时内，向所在地卫生行政部门、疾病预防控制中心和药品监督管理部门报告。

六、属于突发公共卫生事件的，按照《国家突发公共卫生事件相关信息报告管理工作规范（试行）》和《突发公共卫生事件应急条例》的规定进行报告。

七、与预防接种异常反应相关的诊断，应由县级以上预防接种异常反应诊断小组做出。接种人员应妥善保管与异常反应有关的物品和接种资料，积极配合上级调查，提供有关情况。

八、预防接种异常反应的鉴定按照卫生部《预防接种异常反应鉴定办法》规定执行。任何医疗单位或个人均不得做出预防接种异常反应诊断。

附件 5

冷链设备管理制度

一、疫苗的运输必须用冷藏箱，领取疫苗时必须配置相应的冷藏设备。疫苗在运输过程中，疫苗发放、运送、接收人员要进行温度监测记录。

二、冷链设备必须做到专物专用，不得挪作它用。

三、冷链设备必须建档建卡，建立健全领发手续和登记制度，做到账、物相符。

四、疫苗进、出必须建立专账，做到账、苗相符。

五、疫苗要进入冷链系统保存，并由专人负责保管。乙肝疫苗、卡介苗在 2℃—8℃条件下贮存。

六、疫苗保存期间须进行温度监测，每天温度监测系统上下午各采集 1 次疫苗温度，并记录监测结果；每月 1 日由产科专人打印温度记录一次并存档。做好停电、停机、故障维修记录，管理员因故外出不能进行日常监测时要做好交接班。

七、贮存的疫苗要摆放整齐，疫苗与箱壁，疫苗与疫苗间应留有 1-2cm 的空隙，疫苗要按品名和失效期分类摆放。

八、冷链设备要经常进行保养，经常保持电冰箱的清洁，做到无灰尘、无污迹，电冰箱蒸发器结霜温度超过 4 小时要及时化霜和除霜。冷藏箱或冷藏背包使用过擦净水迹，保持箱内干燥和清洁。

九、冷链设备出现异常或故障时，系统自动发送信息到专职人员手机，由专职人员通知专业人员进行检查和修理，非专业技术人员不得随便拆卸。

附件 6

疫苗管理制度

一、根据预防接种工作的需要，制定疫苗及注射器的需求计划，上报疾病预防控制机构。

二、接收上级疾病预防控制机构分发、供应的疫苗时，应对疫苗品种、剂型、批准文号、数量、规格、批号、有效期、质量状况等内容进行核对，做好记录。保存至超过疫苗有效期 2 年备查。

三、在规定的冷藏要求下运输的疫苗，方可接收。

四、健全疫苗领发保管制度，建立疫苗领发台帐，日清月结，每半年盘查 1 次。领发登记必须清楚填写疫苗的名称、数量、生产厂家、批号、有效期、进出数量、领取人、备注等。

五、疫苗使用应严格执行有关规定，活疫苗开启半小时，灭活疫苗开启 1 小时，即应废弃。

六、定期对储存的疫苗进行检查并记录，发现质量异常的疫苗，要立即停止使用，并及时向属地的疾病预防控制机构报告，不能自行处理。

七、由于各种原因导致的疫苗过期、破损、失效等，应及时上报疫苗报废审批表，并按照《医疗废物管理条例》的规定进行集中处置。

附件 7

疫苗发放领取流程

一、每月底由产科专人结算本月新生儿乙肝及卡介苗接种量并清理结算库存，填写新生儿首针接种报告表，核对新生儿乙肝及卡介苗接种票据。

二、每月初将新生儿乙肝及卡介苗月领取计划上报宝贝计划系统。

三、每月中旬由上级疾控中心专车专人配送新生儿乙肝疫苗及卡介苗到妇儿院区楼下，产科派专人并携带专用疫苗领取箱到妇儿院区楼下与疾控中心疫苗配送人员进行新生儿乙肝及卡介苗的领取，并所取新生儿乙肝及卡介苗出库单据、疫苗运输记录表、疫苗批签发文件。

四、疫苗领取后由产科疫苗管理人员进行清点数量，准确无误后放置专用冷链冰箱内储存。

附件 8

预防接种注意事项

- 一、受种人员在患有感冒、腹泻等疾病或患病未完全康复时不宜接种疫苗。
- 二、儿童家长要向医生说明受种人员健康状况，过敏体质的需要咨询医生能否接种；如果是早产儿或者营养不良，应按医生建议进行接种。
- 三、患有皮肤病的儿童不能进行接种。
- 四、患有肝炎、结核、严重心脏病等疾病时，要暂缓接种。
- 五、注射前应充分摇匀，如有摇不散的块状物、疫苗容器有裂纹、标签不签、或过期失效者，禁止使用。
- 六、本品严禁冻结。
- 七、儿童受种后不要急着离开，应到留观室观察 30 分钟后再走。应备有肾上腺素等药品，以防偶有严重过敏反应发生时使用。
- 八、接种后要保持接种部位 24 小时干燥和清洁，不要沐浴、洗澡，防止局部感染；要适当休息，多饮开水，注意保暖，不要做剧烈活动。
- 九、极少数人接种疫苗后可能出现低烧，局部发红，疼痛等，这些情况属正常现象，一般 24 小时内会自然消失，如出现症状加重，请及时就医。
- 十、同时接种两种或两种以上疫苗时，注意药物的配伍禁忌，建议咨询医生。

附件 9

接种禁忌告知

如有以下情况者一般不宜接种疫苗：

1. 接种部位有严重皮炎、牛皮癣、湿疹及化脓性皮肤病的儿童，应在治愈后补种。
2. 发热 $> 37.5^{\circ}\text{C}$ 的儿童。
3. 有严重心肝肾疾病和结核病的儿童。
4. 神经系统疾病，如：癫痫、脑发育不全。
5. 重度营养不良、严重佝偻病、免疫功能低下、先天性免疫缺陷儿童。
6. 有哮喘、荨麻疹等过敏体质的儿童。
7. 腹泻儿童，不宜服用脊髓灰质炎疫苗。
8. 已知对该疫苗任何成分过敏者。

附件 10

家长须知

一、预防接种是预防传染病，保障儿童身体健康的最有效手段之一。

二、按照国家的规定，疫苗分为两类：第一类疫苗免费接种，第二类疫苗自费自愿接种。

三、儿童出生后，及时建立预防接种卡、预防接种证和预防接种票据证（免费）应使用激光打印机打印。每次接种疫苗时儿童家长或监护人都应携带预防接种证和票据证；入托、入学或出国等都要查验预防接种记录，请儿童家长妥善保管好预防接种证。

四、暂住儿童与流动儿童享受与本地儿童同样的预防接种服务。

五、儿童家长及监护人在预防接种前，应将儿童健康状况、有无禁忌症等如实告知预检登记和接种人员。

六、接种前向患者及家属讲明有可能出现异常反应，根据《改革和完善疫苗管理制度》我们有保险公司相关政策，此项工作必须是自愿履行。

预防接种常见副反应及处理

一、局部反应

局部肿痛，属于局部过敏引起的血管神经性水肿，可进行局部热敷，一般不超过 3 天、接种卡介苗 2-3 周左右，局部发生红肿，丘疹状浸润硬块、直径 1cm 左右，逐渐软化成白色脓疱，可自行破溃。8-12 周结痂，痂脱落后可在局部形成一个稍凹陷的瘢痕，整个过程持续 2-3 个月，此反应为正常反应，一般不需处理。但要注意局部清洁，防止继发感染，避免接触水或用手搔抓，浅表溃疡可涂 1% 龙胆紫，使其干燥结痂，防止感染。

二、全身反应

发热：一般不超过 38.5℃、3 至 5 天可自愈。38.5℃ 以上者可对症处理。

过敏反应：全身出现荨麻疹或皮疹，一般不超过 3 天，可用扑尔敏、非那根、维生素 C 等进行抗过敏治疗。

晕针：接种后短时间（30 分钟内）出现恶心、呕吐、出冷汗甚至晕厥。是由于精神紧张引起的暂时性脑缺血，可令其平卧休息，数分钟后可自愈。

过敏性休克：极个别儿童接种后即刻或数分钟到半小时内发生，出现胸闷、气急、面色苍白、呼吸困难、脉搏细弱、血压下降，昏迷等，要立即给予 1% 肾上腺素皮下注射，平卧休息，缓解后进行对症处理。

附件 12

接种疫苗后出现异常反应保险补偿应急预案

一、发现婴儿接种疫苗后出现异常反应症状及体征时，立即上报上级领导及相关部门（护士长、科主任、）；

二、密切观察婴儿病情变化，采取治疗措施，由护士长上报护理部、预防保健处、科主任上报医务处；

三、科里组织全员会诊，确诊是疫苗接种反应再上报保险公司，理赔科（服务专线 95518）；

四、交给保险公司理赔科进行 AEF 报告，并告知案件处理流程。

文件名称	《出生医学证明》管理实施方案				
文件编号	A11-ZD-072-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

《出生医学证明》管理实施方案

为进一步规范《出生医学证明》管理，全面提高《出生医学证明》签发质量，提高群众获得感和满意度，杜绝违纪违规签发行为，结合本院实际，制定本方案

一、组织机构

(一) 出生医学证明管理质量控制领导小组（以下简称“领导小组”）

组 长：分管感控副院长

副组长：感染管理与疾病预防控制处、质量控制办公室、医务处、护理部负责人

成 员：产科主任、护士长，病案管理科、医务处、质量控制办公室相关负责人，感染管理与疾病预防控制处成员

(二) 领导小组下设办公室在感染管理与疾病预防控制处，感染管理与疾病预防控制处处长兼任办公室主任。

(三) 工作职责

1. 领导小组负责“出生医学证明管理工作”领导、组织、协调、实施、质量考评等各项工作。

2. 办公室负责“出生医学证明管理工作”具体组织实施、部门间的沟通协调等工作。

二、指导思想

根据《中华人民共和国母婴保健法》、《河北省出生医学证明管理办法》、《河北省〈出生医学证明〉管理质量控制实施方案》、《承德市〈出生医学证明〉管理质量控制实施方案》要求，全面提高出生医学证明管理质量。

三、管理质控目标

通过科学、全面的管理质量控制，将质量控制内容纳入出生医学证明全过程，实施动态监控与目标绩效相结合，全面提升出生医学证明办证质量和效率，推动出生医学证明管理逐

步实现科学化、规范化、标准化、信息化。

四、质控内容及方法

使用附件中的《管理质控表》，对《出生医学证明》签发管理、日常工作管理、换发管理、签发类资料档案管理、签发场所管理进行质量控制，对发现的问题及时纠正与改进，对不能进行持续改进的科室及人员纳入质量管理，以达到规范办证流程、减少换发、降低废证率，提高办证效率的总体目标。

五、工作分工

1. 产科：加强《出生医学证明》空白证、首次签发、换发等环节质控，完善流程管理，对不能解决问题以清单形式报出生医学证明管理质量控制领导小组。

2. 病案管理科：加强《出生医学证明》存根及相关资料交接、存储等环节质控，加强补发《出生医学证明》提供相关证明资料并审核环节质控，对不能解决问题以清单形式报出生医学证明管理质量控制领导小组。

3. 医务处：督导医疗文件规范书写，确保病历记录的准确性与一致性。

4. 护理部：督导护理文件规范书写，确保各项记录的准确性与一致性。

5. 质控办：督导落实绩效管理，确保质控管理顺利实施。

6. 感染管理与疾病预防控制处：协助产科、病案管理科落实相关工作，每月对《出生医学证明》管理工作进行督导检查并反馈，对不能持续改进问题，每季度组织相关科室协调解决，仍无法落实的问题上报《出生医学证明》管理质量控制领导小组，组织召开《出生医学证明》管理专题会议，并落实会议决议。

附件：

1. 《出生医学证明》首次签发标准操作流程
2. 《出生医学证明》日常环节管理质控标准
3. 《出生医学证明》换发管理质控标准
4. 《出生医学证明》签发类资料档案管理质控标准
5. 《出生医学证明》签发场所管理质控标准



《出生医学证明》首次签发标准操作流程

编号	人员	时间	关键点	方法	关键步骤	分值	打分标准	得分
1	签发人	签发时	确认首次签发信息不出错	做到“一看二查三审”	<ol style="list-style-type: none"> 看：是否有空项、涂改、涂改是否有签名； 查：新生儿姓名是否随父姓或母姓，是否属于通用规范汉字； 审：办证人是否是新生儿母亲。 	15	<ol style="list-style-type: none"> 空项、涂改、涂改无签名，发现一处扣 1 分； 查出新生儿姓名随父或随母姓以外无特殊理由的、查出不属于通用规范汉字的，发现一处扣 5 分； 非新生儿母亲办证且无委托书的扣 5 分。 	
2	签发人	签发时	确认在本机构分娩不出错	审核三个项目中“四个一致”	<ol style="list-style-type: none"> 办证系统； 《出生医学证明首次签发表》； 有效身份证件信息是否一致。 	30	<ol style="list-style-type: none"> 发现产妇姓名不一致本项不得分。 发现有效身份证号码(是否过期)、民族、父亲姓名信息错误，每一处扣 10 分。 	
3	签发人	签发时	确保分娩信息不出错	审核“五项信息一致”	即审核办证系统、首签发以下内容： <ol style="list-style-type: none"> ①新生儿的性别； ②新生儿出生时间； ③孕周； ④体重； ⑤身长。 	30	发现①②③④⑤内容中信息不一致，每一处扣 5 分。	
4	签发人	签发时	录入信息双核对	采用双显示屏	<ol style="list-style-type: none"> 签发人录入信息时，请领证人窗外同步查看显示屏； 录入完成后，由签发人与领证人共同核定确认； 尤其对新生儿姓名同音不同字的要反复确认。 	10	一处违反，扣 1 分。	

编号	人员	时间	关键点	方法	关键步骤	分值	打分标准	得分
5	签发人	签发时	指导告知	1. 指导领证人规范填写； 2. 告知盖章地点； 3. 告知其他注意事项	1. 指导领证人规范填写《出生医学证明首次签发表》和在已经开具的《出生医学证明》存根上签名； 2. 告知领证人盖章地点和窗口； 3. 告知落户前，不得自行撕开、对折、塑封。	10	一处违反，扣 2 分。	
6	盖章人	盖章时	盖章规范标准	做到持章正、直、用力均匀	盖章清晰，位置正确。	5	一处违反，扣 1 分。	
总分								
建议：1、证明办理场所窗口应有醒目的《证明信息录入》窗口和《证明签章》窗口 2、若证明签发与信息录入不在同一间屋内，应有告知 3、场所公示，让群众监督								

注：满分 100 分，合格 60 分。



《出生医学证明》日常环节管理质控标准

编号	时间	管理节点	管理质控内容	分值	打分标准	得分
1	——	组织架构	<p>成立《出生医学证明》管理质量控制组：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 组长由主管领导担任，确定副组长、组成人员及主管部门； 2. 负责工作制度的制定和落实，建立了分工明确，职责清晰的管理体系。 	20	<ol style="list-style-type: none"> 1. 未成立组织，不得分； 2. 缺少一项扣 2 分； 	
2	每月	时间节点 管理质控	<p>每月由质控组随机抽查不少于 30 份《出生医学证明》，查找存在问题，重点检查 7 项内容：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 查《出生医学证明首次签发登记表》：有无涂改、空项、漏项，与电子病历分娩信息是否一致，入院孕妇身份与入院者的信息是否一致； 2. 查存根：存根信息是否与电子病历信息一致； 3. 查换发：换发申请表、换发登记本是否规范； 5. 查废证：废证登记本、废证三联标识是否规范； 5. 查空白证：看现存空白证是否有断号，数量是否一致。 6. 查出入库：看出入库登记本是否落实双人签字，数量是否一致。 7. 查出入库登记本：看登记是否存在空项和跳号等问题。 	35	<ol style="list-style-type: none"> 1. 当月漏查不得分； 2. 一项不合格扣 2 分； 	
3	每月	时间节点 管理质控	<p>对量化指标进行统计分析，量化指标包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 签发总数（首签、换发、废证）与系统中数据一致性； 2. 首次签发数（当年出生当年签发数）； 3. 换发数； 4. 换发原因分析；（如历史原因、新生儿父母原因、系统原因、办证人员查对原因） 5. 废证数和废证率； 6. 废证原因分析； 7. 对可控因素制定改进措施。 	15	<ol style="list-style-type: none"> 1. 当月漏查不得分； 2. 一项不合格扣 1 分； 	
4	每月	落实奖惩措施	<p>将《出生医学证明》办理工作纳入本单位日常考核工作中，发现每一例提供、录入信息错误，根据本医院制定的绩效考核方案规定进行经济处罚。</p>	10	错 1 例扣 1 分	

编号	时间	管理节点	管理质量控制内容	分值	打分标准	得分
5	每季度	时间节点 管理质控	每季管理质控回头看。对质控量化指标进行管控分析，落实整改措施，避免类似问题发生。	10	未做扣 10 分	
6	每年	时间节点 管理质控	1. 每年年末进行管理质控大总结。对全年管理质控数据进行总结，查找高发风险点，分析问题原因，制定改进措施； 2. 每年标准数据管控： ①当年出生当年领证率 > 90%。 ②废证率 < 1%	10	未做扣 10 分， 进行管理质控 但数据不达标， 一项扣 3 分。	
总分						

注：时间、管理节点等可根据本单位实际情况调整。满分 100 分，合格 60 分。



《出生医学证明》换发管理质控标准

编号	时间	管理节点	管理质控内容	分值	打分标准	得分
1	每月	规范签发	每月由质控组（至少两人），查看所有的《出生医学证明》换发材料，是否有违规换发的情况	-	发现违规签发则本项质控 0 分	
2	每月	填写规范	使用规范的换发登记表，内容填写规范、无空项、错项、漏项，提供的资料全部填写清楚	20	发现一处问题扣 5 分	
3	每月	时间节点管理质控	查找存在问题，重点检查 7 项内容： 1. 是否符合换发条件； 2. 原《出生医学证明》真伪； 3. 原签发记录复印件； 4. 查看新生儿父母有效身份证件复印件； 5. 查看领证人有效身份证件复印件； 6. 新生儿如已落户需提供户口本复印件。 7. 人工查验人应在复印件上签署查验意见	60	发现一处问题扣 10 分	
4	每月	时间节点管理质控	其他问题： 1. 换发后原证和废证的处理、归档情况； 2. 信息系统内信息与换发记录一致性；	20	发现一处问题扣 5 分	
总分						

注：满分 100 分，合格 60 分。

附件 4

《出生医学证明》签发类资料档案管理质量控制标准

编号	时间	管理节点	管理质控内容	分值	打分标准	得分
1	每月	归档逻辑清楚	以利于开展工作为原则自定义逻辑归档，可分类归档也可全部按号码顺序依次归档。	20	发现归档混乱扣 20 分	
2	每月	归档规范	1. 档案入盒； 2. 每盒有目录，目录按顺序登记，且应记录《出生医学证明》的基本信息，如首签与换发、补发、补发放在一起归档的目录应标记清楚； 3. 每盒内档案份数应一致，如 50 份或者 100 份。	30	发现一处问题扣 5 分	
3	每月	归档材料	归档内容明确：按照《河北省〈出生医学证明〉管理办法》要求组织材料，首次签发、换发、补发及机构外签发档案材料规范归档，不得出现规定以外的证明材料。	30	发现一处问题扣 10 分	
4	每月	库房环境	1. 库房配备必要的设备，做到防盗、防火、防虫、防潮、防尘、防高温等； 2. 所有档案应做到永久保存； 3. 有条件的地区可移交当地档案部门保存。	20	发现一处问题扣 10 分	
总分						

注：满分 100 分，合格 60 分。



《出生医学证明》签发场所管理质控标准

编号	时间	管理节点	管理质控内容	分值	打分标准	得分
1	每月	办证场所要求	1. 办证场所应设立独立房间，通风良好，柜台办证、配备双显示器； 2. 办证场所不与其他科室交叉使用。	20	发现一项不合格扣 10 分	
2	每月	证章分开	1. 印章专人管理 2. 严格执行证章分开	20	发现一项不合格扣 10 分	
3	每月	空白《出生医学证明》管理	1. 专人管理； 2. 按顺序发放，不跳号，出入库登记准确无误；	20	发现一项问题扣 10 分	
4	每月	空白《出生医学证明》存储	储存条件应做到： 1. “三铁”：铁门、铁栅栏窗、保险柜； 2. “两锁”：门锁、柜锁； 3. “六防”：通风、防潮、防火、防盗、防鼠、防尘； 4. 室内应配有灭火器、温湿度仪等。	40	发现其中一项不符合扣 10 分	
总分						

注：满分 100 分，合格 60 分。

文件名称	新生儿出生缺陷报告管理制度				
文件编号	A11-ZD-073-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

新生儿出生缺陷报告管理制度

为规范新生儿出生缺陷报告管理，依据《医疗机构出生缺陷儿登记卡》的要求，结合我院实际情况，制定本制度。

一、报告范围：在我院出生的先天异常、先天畸形新生儿（胎龄 ≥ 28 周）。

二、主管医生发现出生缺陷新生儿应填写《医疗机构出生缺陷儿登记卡》，上报至感染管理与疾病预防控制处。

三、《医疗机构出生缺陷儿登记卡》要求填写内容准确、完整，报告及时，做到保护患者隐私，不得迟报、漏报。

四、感染管理与疾病预防控制处专职人员收到《医疗机构出生缺陷儿登记卡》后负责将报告卡上报至双桥区妇幼保健院。

文件名称	放射安全管理制度				
文件编号	A11-ZD-074-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

放射安全管理制度

为规范放射诊疗环境及医用铅衣等辐射防护用品管理，保障患者和医务人员安全，依据GBZ130-2020《放射诊断放射防护要求》，结合我院实际情况，制定本制度。

一、根据防护部位不同，选用合适的防护配件，如铅衣、铅帽、铅围脖、铅围裙等供医务人员及患者使用。

二、医用铅衣等辐射防护用品在使用前检查尺码是否合适，内外表面是否有破损，使用中避免与尖锐物体接触，以免划伤而影响防护效果。

三、医用铅衣等辐射防护物品，储存于不受阳光直射、远离热源、通风良好的室内，应用铅衣衣架挂起，不可折叠或挤压，以免造成破裂影响防护效果。

四、医务人员有创操作中，与防护用品一同穿着，避免血液、体液、分泌物直接与医用铅衣等接触。

五、医用铅衣等辐射防护物品可接触到的所有外表面和内表面物品均应便于清洗和消毒。医务人员使用铅衣等辐射防护物品每周消毒，污染后随时消毒。患者及家属使用铅衣等辐射防护物品，一用一消毒。消毒可采用软布沾75%酒精擦拭，或遵循产品使用说明书。

六、使用中的医用铅衣等辐射防护物品执行效期管理，请在有效期内使用。

七、医用铅衣等辐射防护物品应每年至少自行检测一次，防止因老化、断裂或损伤而降低防护质量，若发现老化、断裂或损伤应自行及时更换。

八、感染管理与疾病预防控制处每季度对放射诊疗科室进行巡检，督导警示标识、剂量计牌、安全装置规范使用，监测放射诊疗环境射线无超标，确保放射诊疗环境安全。

文件名称	个人剂量监测管理制度				
文件编号	A11-ZD-075-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

个人剂量监测管理制度

为规范放射诊疗环境及医用铅衣等辐射防护用品管理，保障患者和医务人员安全，依据GBZ130-2020《放射诊断放射防护要求》，结合我院实际情况，制定本制度。

一、凡在我院所有从事放射工作的人员进行放射诊疗工作时，必须按照国家有关标准、规范的要求进行个人剂量监测。

二、进入放射诊疗区域必须佩戴个人剂量计外，还应佩戴个人剂量报警仪。

三、所有放射工作人员要按规定正确佩戴个人剂量计，将个人剂量计佩戴于左胸，对于工作中穿戴铅衣的场合，通常应佩戴在铅衣里面躯干上，妥善保管，禁止非工作时间将剂量计置于放射性工作场所，不得损坏丢失。

四、佩戴周期及更换：按规定每年进行个人剂量监测4次，每次佩戴个人剂量计3个月。佩戴周期结束时，由感染管理与疾病预防控制处通知各科室防护责任人将剂量计收集上交感染管理与疾病预防控制处统一进行更换。

五、感染管理与疾病预防控制处专人负责个人剂量监测和档案管理工作，按时换发剂量计，监督和检查剂量计佩戴情况、及时向监测单位反映放射工作人员变动情况，建立并终生保存个人剂量监测档案，并允许放射工作人员查阅、复印本人的个人剂量监测档案。档案内容包括常规监测的方法和结果等相关资料；应急或事故中受到照射的剂量和调查报告等相关资料。

六、个人剂量监测结果要及时告知放射工作人员（监测周期结束后1个月），并将个人剂量监测结果及时记录在《放射工作人员证》中。

七、对个人剂量监测值较高或超过调查水平者进行可疑结果调查，找出原因，做好调查记录，写出调查报告并存档，改进防护措施。

八、对不明原因连续两个周期出现超剂量的人员，要暂时离开放射工作场所1个月进行



观察，感染管理与疾病预防控制处上报分管副院长，依据国家规范进行岗位调整。

九、个人剂量监测工作由市疾控中心委托具备资质的技术服务机构承担。

文件名称	放射工作人员培训制度				
文件编号	A11-ZD-076-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

放射工作人员培训制度

为加强和规范医院放射安全知识和法律法规知识培训工作，提高从业人员安全素质、法律观念，防范事故，减轻职业危害，依据 GBZ/T 149-2015《医学放射工作人员放射防护培训规范》、GBZ130-2020《放射诊断放射防护要求》等相关规范，结合本院实际，制定本制度。

一、感染管理与疾病预防控制处专人负责本院放射工作人员培训工作，组织所有放射工作人员和相关管理人员、相关专业见（实）习人员接受国家相关法律、法规、专业知识和放射防护知识培训。

二、所有从事放射的工作人员上岗前应当接受法律法规和辐射安全与防护知识的培训教育，考核合格，取得《放射工作人员证》后方可参加相应的工作，培训时间不少于4天。在岗期间放射工作人员应定期进行在培训，两次培训的时间间隔不超过2年，每次培训时间不少于2天。

三、放射防护及有关法律知识培训由符合省级以上环保行政部门及卫生健康行政部门规定条件的单位承担；

四、我院定期对本院放射人员进行放射防护及相关知识培训，最大限度地避免射线的群体检查，以降低群体受照剂量，严格控制和掌握孕妇及婴幼儿检查指征，以减少对胎儿和婴幼儿的照射。

五、感染管理与疾病预防控制处建立并按照规定期限妥善保存培训档案，培训档案应当包括每次培训的教学人员和课程名称、培训时间和地点、参加人员简况、考试或考核的内容和成绩等资料。

六、感染管理与疾病预防控制处依据省级以上环保部门及卫生健康行政部门要求，安排放射工作人员参加统一培训和考核，并将每次培训的情况及时记录在《放射工作人员证》中。

文件名称	放射工作人员职业健康管理制度				
文件编号	A11-ZD-077-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

放射工作人员职业健康管理制度

为保障放射工作人员的健康，贯彻落实《中华人民共和国职业病防治法》、《放射诊疗管理规定》、《放射工作人员职业健康管理办法》等法律、法规、规章的要求，结合我院实际工作，制定本制度。

一、本院放射工作人员为从事放射诊疗活动可能受到电离辐射照射的人员。

二、感染管理与疾病预防控制处负责本院放射工作人员的职业健康检查和管理工作，建立职业健康监护档案、个人剂量监测档案和放射防护培训档案，并妥善保管。

三、放射工作人员上岗前，进行上岗前的职业健康检查，符合放射工作人员健康标准的，方可参加相应的放射工作。

四、放射工作人员上岗前，其本人或科室负责人应当向感染管理与疾病预防控制处提出申请，及时安排其接受放射防护法规和防护知识培训并取得合格证明，为其办理《放射工作人员证》，并由感染管理与疾病预防控制处为其配备个人剂量计。

五、感染管理与疾病预防控制处组织放射工作人员每2年内需到有资质的体检机构进行一次职业健康检查，必要时可增加临时性检查。发现不宜继续从事放射工作的，根据体检机构的意见及时调离放射工作岗位并妥善安置；对需要复查和医学随访观察的，及时予以安排。放射工作人员脱离放射工作岗位时，应当及时安排其进行离岗时的职业健康检查，以评价其停止放射工作时的健康状况。对参加应急处理或者受到事故照射的放射工作人员，应当及时组织健康检查或者医疗救治，按照国家有关标准进行医学随访观察。

六、放射工作人员职业健康检查等费用，由医院承担。

七、感染管理与疾病预防控制处专职人员将健康检查报告结论记入《放射工作人员证》中。

八、放射工作人员在工作期间必须按照规定佩带个人剂量计，每3个月检测一次。

九、放射工作人员每2年必须接受放射防护和有关法律知识培训，并将培训情况及时记

录在《放射工作人员证》中。

十、对怀孕或在哺乳期间的妇女，不得安排应急处理和职业性内照射工作。

十一、放射工作人员在职业健康监护、个人剂量检测、防护培训中形成的档案以及《放射工作人员证》归本院所有，由感染管理与疾病预防控制处统一保管，终生保存。放射工作人员有权查阅、复印本人的档案。职业健康检查档案内容：①职业史、既往病史和职业照射接触史；②历次职业健康检查结果及评价处理意见；③职业性放射性疾病诊疗、医学随访观察等健康资料。

文件名称	食源性疾病监测、报告工作管理制度				
文件编号	A11-ZD-078-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

食源性疾病监测、报告工作管理制度

为进一步做好食源性疾病监测、报告工作，贯彻落实《中华人民共和国食品卫生法》的要求，结合我院实际工作，制定本制度。

一、严格执行《中华人民共和国食品卫生法》，临床医生做好有关食源性疾病的登记、报告。不得瞒报、迟报、谎报或授权他人瞒报、迟报、谎报。

二、主管院长负责食源性疾病监测工作的领导，感染管理与疾病预防控制处负责监测工作的指导，组织相关的医务人员进行食源性疾病相关知识的培训。

三、首诊医生发现食源性疾病病例，必须按规定填写食源性疾病报告卡，填写项目齐全、字迹清楚，住址写到门牌号，要留联系方式及联系人，不得有缺项、漏项，并应当在诊断后2个工作日内上报。

四、发现食品安全事故或食源性疾病聚集性病例（2例以上），除采取抢救措施外，2小时内向医务处、感染管理与疾病预防控制处电话报告，医务处、感染管理与疾病预防控制处接到报告后及时报告分管院长，并向卫生行政主管部门、疾控部门报告，同时在1个工作日内完成系统上报。

五、发现食物中毒群体性事件，首诊医生除报告外，还应及时联系医务处、检验科等相关科室，封存相关标本，做好登记、抢救记录等资料保存。

六、医务人员在医疗过程中，对疑似或确诊食源性疾病不按要求上报，瞒报、缓报、谎报者，一经查实将给予批评、相应处罚，并及时补报。

文件名称	心脑血管疾病监测工作实施方案				
文件编号	A11-ZD-079-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

心脑血管疾病监测工作实施方案

为了科学掌握居民心脑血管事件发病水平、分布特征和变化趋势，有效地防控心脑血管疾病。按照省卫生计生委统一部署安排，以及市卫生计生委组织制定的《承德市心脑血管疾病监测工作实施方案》要求，结合本院的实际特制定本实施方案。

一、监测目的

为心脑血管疾病综合防控提供科学依据，并有效的提升心脑血管疾病综合防控能力。

二、成立心脑血管疾病监测小组

组 长：分管医务和感控的副院长

副组长：感染管理与疾病预防控制处、医务处负责人

成 员：急诊科、心血管内科、神经内科、神经外科、重症医学科一病区、重症医学科二病区、感染性疾病科负责人，感染管理与疾病预防控制处成员

职 责：负责心脑血管疾病监测工作的组织管理和质量控制，协调及指导院内的心脑血管疾病监测工作。

三、监测内容及要求

（一）报告病种

三类急性发作事件：

1. 急性心肌梗死（I21-I22）；

2. 心脏性猝死（I46.1）；

3. 脑卒中：致死性和非致死性脑卒中（I60-I64），包括蛛网膜下腔出血、脑出血、脑梗死及未分类脑卒中。不包括一过性脑缺血发作（TIA）及慢性脑动脉硬化。

（二）报告规则

报告病种为以上疾病的急性发作事件，具体以发病 28 天为期，并以一次事件记录为一

个病例，发病 28 天以内（包括 28 天）如有新发展或第二次急性发作均不作登记；发病 28 天以后（不包括 28 天）如有新发展或再次急性发作，应按又一新发病例登记填报卡片一次。不包括陈旧性并处于恢复期的病例。急性发作后死亡和未死亡的病例均需报告。

如果患者同时患有脑卒中和 / 或冠心病，应按所患之病种分别予以填报。

（三）报告内容

报告内容包括门诊号、住院号、姓名、身份证号、性别、出生日期、民族、职业、工作单位、联系电话、户籍地址等基本信息，疾病诊断、ICD-10 编码、诊断依据、确诊时间、是否首次发病、确诊单位等疾病信息。

（四）报告人

首诊医师或临床医师为报告人。由医师对于符合条件的病例按照规范的流程，进行心脑血管急性事件报告卡的填写与上报。感染管理与疾病预防控制处设专人收集、整理、审核后，及时上报到“中国疾病预防控制中心信息系统”。

（五）报告范围

1. 监测人群：居住在双桥区 6 个月以上的常住居民。
2. 报告本医院就诊的新发病例。

（六）报告时限

应在患者出院后 7 个工作日内完成《心脑血管事件报告卡》的填写。

（七）心脑血管病事件报告流程

登录 HIS 系统→门诊病人列表→选中患者→诊疗→进入公共卫生报告→选择慢病报卡→心脑血管报卡→冠心病急性事件、脑卒中发病报卡→填写各项信息→报卡→电子报告卡直接推送到感染管理与疾病预防控制处→感染管理与疾病预防控制处审核→登录“中国疾病预防控制中心信息系统”→上报心脑血管报告卡

四、加强培训，建立健全相关工作制度

对相关医务人员进行心脑血管事件报告的培训，强化主动报告意识及报告质量。建立健全心脑血管事件诊断、报告、登记和信息安全等各项管理制度。

五、数据安全与管理

设专人负责，本着“谁使用，谁负责”的原则，确保信息系统安全。

六、定期开展自查，减少漏报。

文件名称	居民死亡登记报告管理制度				
文件编号	A11-ZD-080-04		发布部门	感控处	
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

居民死亡登记报告管理制度

为了认真贯彻落实《全国死因登记信息网络报告工作规范（试行）》文件的精神，做好全院死亡病例监测网络直报工作，结合我院实际工作，制定本管理制度：

一、接诊或住院患者发生死亡，主治医师要及时、准确、完整的填报《居民死亡医学证明书》，通过医院信息系统报告感染管理与疾病预防控制处，不得迟报、漏报。

二、感染管理与疾病预防控制处专人对上报的《居民死亡医学证明书》进行审核和网络直报。

三、五岁以下儿童除填写《居民死亡医学证明书》外，还应填写《儿童死亡报告卡》，上报感染管理与疾病预防控制处。

四、积极参加卫生和疾控部门组织召开的培训，协助疾控部门和妇幼保健机构开展死因登记信息的质量控制和相关调查，对反馈的问题及时整改。

五、执行《中华人民共和国保守国家秘密法实施条例》，未经单位同意，不得私自向外提供数据。

文件名称	肿瘤登记报告制度				
文件编号	A11-ZD-081-04			发布部门	感控处
审核人	杨松梅	批准人	刘建伟	生效日期	2021年12月

肿瘤登记报告制度

为了科学掌握居民肿瘤发病水平、分布特征和变化趋势，有效地防控肿瘤发生，依据《河北省居民肿瘤病例报告卡》的相关要求，结合本院的实际，制定本制度。

一、由感染管理与疾病预防控制处负责医院《河北省居民肿瘤病例报告卡》的收集、审查、登记及上报工作。

二、由各科室医师负责填写《河北省居民肿瘤病例报告卡》。

三、感染管理与疾病预防控制处收集、检查无重复报告后在“医院肿瘤登记册”上登记，并按季度统一报送至辖区肿瘤登记处。

四、填报病种：

1. 各系统的恶性肿瘤（包括各种白血病）；
2. 所有中枢神经系统肿瘤（包括良性）；
3. 其他部位良性肿瘤不必填报。

五、填报范围：

（一）门急诊、住院病人经临床或病理等证实，确诊为所规定的肿瘤病种者，均须报告。

（二）在我院确诊的，新发肿瘤病例报告一次即可，以后不必再报，若经过治疗后，又有复发或转移不必再报，但已在外院确诊为肿瘤（包括已经治疗）而来我院治疗，不论原发或继发，仍须填写报告卡。

（三）同一患者先后出现二处原发性肿瘤，则二次肿瘤均须报告。

（四）暂未确诊的可疑病例可以不报。但确诊后应立即填报，部分病例虽未作 X 线或病理检查，但只要临床或其他检查能够肯定诊断，已进行癌肿治疗的也须报告。

六、填报方法：

（一）明确诊断的新发肿瘤病例，应由医师负责填写《恶性肿瘤病例报告卡》和《恶性

肿瘤登记簿》，并在病历首页上加以标记。

（二）填写报告卡时，各项内容均须完整、正确、清楚，不能遗漏填写项目。

（三）如发现过去已发出的报告需要更正时（如部位或诊断错误，或原报告为恶性肿瘤而实际并非恶性肿瘤等），请按目前诊断另行报出，并填写更正诊断报告栏。

十八、药事管理

文件名称	药事管理与药物治疗学委员会工作制度				
文件编号	C01-ZD-001-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2020年8月

药事管理与药物治疗学委员会工作制度

(一) 医院药事管理与药物治疗学委员会由院长、业务院长、药剂科主任和相关科室主任组成。药事管理与药物治疗学委员会设主任委员1名，由院长担任，常务副主任委员1名，由主管院长担任，副主任委员2名，由医务处及药学部门负责人担任。委员由具有高级技术职务任职资格的药学、临床医学、护理和医院感染管理、医疗行政管理等人员组成。

(二) 药剂科是药事管理与药物治疗学委员会的常设机关，负责药事管理与药物治疗学委员会的日常工作。医务处指定专人，负责与药物治疗相关的行政事务管理工作。

(三) 主任委员为会议召集人员，必要时副主任委员受主任委员委托也可召集会议。原则上药事管理与药物治疗学委员会每季度召开一次例会，遇特殊情况主任委员可召集临时会议。

(四) 药事管理与药物治疗学委员会负责宣传教育、监督检查我院贯彻落实《药品管理法》等有关法律、法规、规章的执行情况。审核制定我院药事管理工作的规章制度，并组织实施。

(五) 依据国家基本药物制度，抗菌药物临床应用指导原则和中成药临床应用指导原则，制定我院基本药物临床应用管理办法，建立并落实抗菌药物临床应用分级管理制度。定期组织对抗菌药物合理使用情况进行统计分析，及时反馈通报和解决存在的问题。

(六) 指导和监督临床遵循有关药物临床应用指导原则、临床路径、临床诊疗指南和药品说明书等合理使用药物；建立临床用药监测、评价和超常预警制度，定期组织对医师处方、用药医嘱的适宜性进行点评与干预。点评结果及时通报反馈，发现问题及时沟通解决。

(七) 根据《国家基本药物目录》、《处方管理办法》、《国家处方集》、《药品采购供应质量管理规范》等制订我院《药品处方集》和《基本用药供应目录》。建立新药引进审批制度，制定新药遴选原则，组织对新药的评审论证工作。

(八) 定期分析我院药物使用情况，组织评价我院所用药物的临床疗效与安全性、经济

性，提出淘汰药品品种意见。

（九）建立药品不良反应、用药错误和药品损害事件监测报告制度，按照国家有关规定向相关部门报告药品不良反应，用药错误和药品损害事件应，及时处理解决医院医疗用药中的重大问题和医疗事故。

（十）建立健全医院药品质量管理体系与质量管理目标，按照国家法律、法规，对医院药品的采购、贮存、调剂和临床使用等全过程实施严格的管理与监督；定期组织检查，发现问题及时纠正。

（十一）定期召开工作会议，有完整的会议记录，对本院药事管理工作定期做阶段性分析、总结，讨论研究药事工作中的有关问题，并针对存在的问题采取有效措施予以解决。

文件名称	基本用药遴选制度				
文件编号	C01-ZD-002-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2020年8月

基本用药遴选制度

为保证我院预防、治疗、科研、教学用药需求，有序、合理、及时、规范地引进新药，根据《国家基本药物目录管理办法（暂行）》《医疗机构药事管理规定》《中国医疗机构药品评价与遴选快速指南》和我院临床用药特点，特制定本制度。

一、医院《基本用药供应目录》的遴选原则：防治必需、安全有效、价格合理、使用方便、中西药并重、基本保障、临床首选。

二、医院《基本用药供应目录》的遴选标准：

（一）医院《基本用药供应目录》所列药品应选择具有较好的性价比，临床应用疗效好，质量优，价格相对较低的品种。

（二）《基本用药供应目录》中的品种应为《临床诊疗指南》、《临床路径》所列病种里面我院常见病种的首选药物，考虑患者个体差异，可针对常见并发症选择同类产品作为补充。

（三）《基本用药供应目录》中同一通用名称药品的品种，注射剂型和口服剂型各不得超过2种，处方组成类同的复方制剂1～2种。因特殊诊疗需要使用其他剂型和剂量规格药品的情况除外。

三、医院《基本用药供应目录》由药事管理与药物治疗学委员会讨论审定，原则上在现有用药的基础上每年调整一次，进行必要的增补和淘汰，增删品种不超过5%。

四、我院《基本用药供应目录》以《国家基本药物目录》《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《河北省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》为基础，结合我院用药特点，适当进行增补和调整。

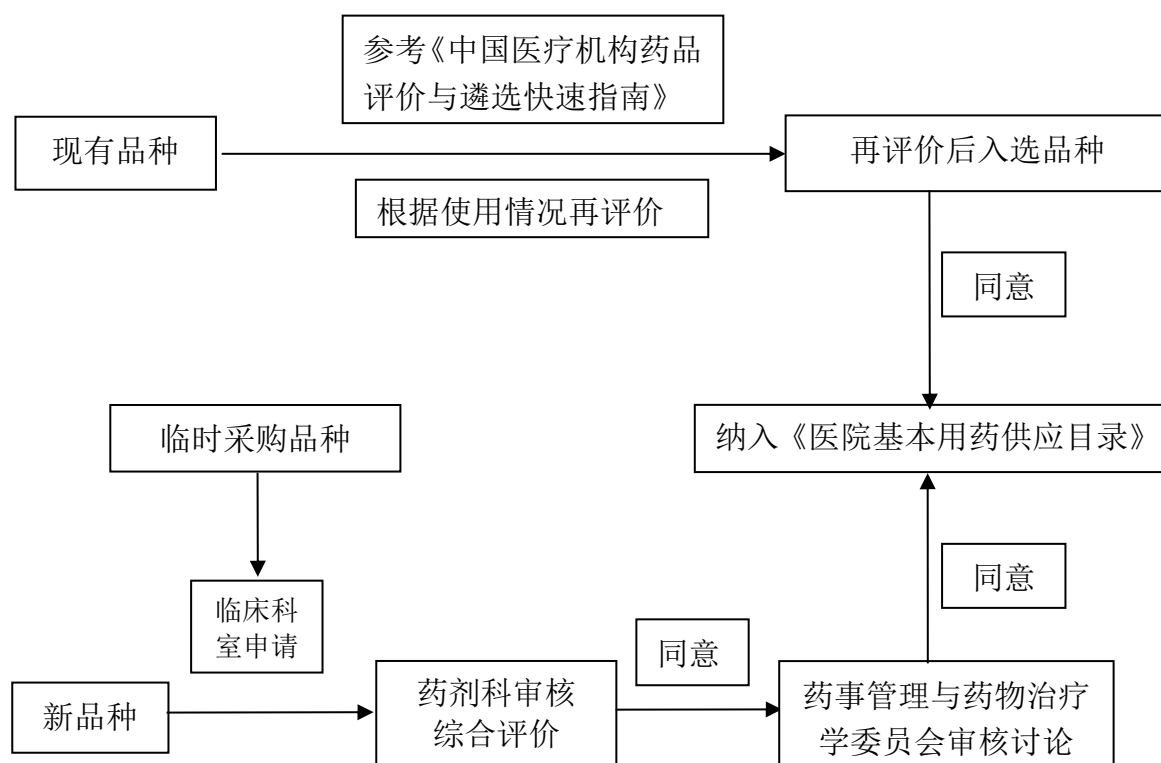
五、进入医院《基本用药供应目录》的药品须经过药品安全性、有效性、经济学、适宜性等综合评价并经药事管理与药物治疗学委员会审核等程序后方可准入。



六、以药品临床价值为导向，建立健全药品综合评价标准和工作机制，不断优化用药结构，调整用药目录，形成以基本药物为主导的“1+X”用药模式。

七、因药品不良反应、不良事件或其他原因被药品监督管理部门叫停的药品，自动退出《基本用药供应目录》，对于因特定厂家的原因被叫停的，考虑临时引进其他厂家的相同品种，也可使用其他同类药品进行替代；对于整个品种被叫停的，应临时引进替代品种；该品种再次进入目录，应有药品监督管理部门允许使用的通告，再次经过药事管理与药物治疗学委员会讨论通过后方可进入。

基本用药供应目录遴选操作程序



文件名称	新药购进审批制度				
文件编号	C01-ZD-003-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

新药购进审批制度

一、新药是指本院未使用过的药品。本院已使用过的药品改变给药途径、剂型、增加规格，或因各种原因停用一年以上的药品亦按新药管理。

二、新药引进原则：防治必需、安全有效、价格合理、使用方便、中西药并重、基本保障、临床首选，国家基本药物和国家谈判品种优先。

三、新药的引进必须经过科室申请，药学部门综合评价并得到药事管理与药物治疗学委员会批准，未经批准，任何人不得采购新药。

四、临床、医技科室可根据本学科的发展趋势、医院在用药品情况及药品市场变化状况等，提出新药采购申请，填写《承德市中心医院新药申请表》，签署廉洁承诺书。

五、药剂科在受理新药申请后，应收集该新药的相关资料包括用药指南、专家共识、参考文献等循证医学信息，并在此基础上对临床科室提交的新药申请进行程序审核和综合评价。药品综合评价包括药品安全性、有效性、经济性、创新性、适宜性、可及性评价，经综合评价后给出综合评分，供药事管理与药物治疗学委员会参考。

六、经综合评价合格的新药申请，连同全部资料提交医院药事管理与药物治疗学委员会讨论。

七、经医院批准的新设专科、科研和临床新技术项目急需专用药品时可由科主任填写《学科建设/医学科研临时用药申请审批表》，医务处或科教处、药剂科提出初审意见，经主管院长批准后购入，也可随时召开药事管理与药物治疗学委员会按新药审批程序批准后购入。

八、遴选和新引进抗菌药物品种，应当由临床科室提交申请报告，由抗菌药物管理工作组出具初步意见，经药事管理与药物治疗学委员会讨论通过后执行。

九、遴选和新引进抗肿瘤药物品种，应当由临床科室提交申请报告，由抗肿瘤药物管理工作组出具初步意见，经药事管理与药物治疗学委员会讨论通过后执行。

十、药事管理与药物治疗学委员会定期或不定期召开会议，对新药申请进行逐品种审议，并以投票的方式对每个品种是否采用进行表决，投赞成票超过参会委员三分之二的品种方可批准引进。

十一、经药事管理与药物治疗学委员会批准采购的新药，由药剂科按有关规定组织采购，并将信息及时反馈给申请科室。

十二、因特殊原因须临时或紧急采购的新药，按医院《临时采购药品管理制度与程序》执行。

文件名称	抗菌药物遴选制度				
文件编号	C01-ZD-004-02		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

抗菌药物遴选制度

为加强我院抗菌药物临床应用管理，规范抗菌药物临床使用行为，控制细菌耐药，保障医疗质量和医疗安全，根据卫生部《抗菌药物临床应用管理办法》和我院临床用药特点，制定本制度。

一、我院抗菌药物的的遴选原则：防治必需、安全有效、价格合理、使用方便、基本保障、临床首选。

二、我院抗菌药物供应目录在医院药事管理与药物治疗学委员会领导下由抗菌药物管理工作组负责审定。原则上我院供应的抗菌药物品种不超过 50 种，以后在现有用药的基础上定期进行调整，但总品种数不变。

三、本制度所指抗菌药物，主要包括治疗细菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、真菌等病原微生物所致感染性疾病的药物，不包括各种病毒感染性疾病和寄生虫病的治疗药物和抗结核药。

四、我院《抗菌药物供应目录》以《国家处方集》《国家基本药物目录》《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》为基础，结合我院用药特点，适当进行增补和调整。

五、新引进抗菌药物品种，需由临床科室提交申请报告，经药学部门提出同意遴选意见后，报抗菌药物管理工作组审议。抗菌药物管理工作组 70% 以上成员审议同意后，提交药事管理与药物治疗学委员会审核。经药事管理与药物治疗学委员会 2/3 以上委员审核同意方可列入采购供应目录。

六、因特殊感染患者治疗需求，又未列入我院药品处方集和基本药品供应目录的抗菌药物，可以启动临时采购程序。临时采购应当由临床科室提交申请报告，说明申请购入药品名、规格、剂型、数量和使用理由。经抗菌药物管理工作组审核同意后由药学部一次性购入使用。

七、对存在安全隐患、疗效不确定、耐药严重、性价比差或者发现违规促销使用等情况

的抗菌药物品种，临床科室、药学部、抗菌药物管理工作组或药事管理与药物治疗学委员会成员均可以提出清退或者更换意见。清退或者更换意见获得抗菌药物管理组 50% 以上成员同意后执行，并报药事管理与药物治疗学委员会备案。清退或者更换的抗菌药物品种原则上 6 个月内不得重新进入本机构药物采购供应目录。

八、因药品不良反应、不良事件或其他原因被卫生行政部门叫停的药品，自动退出《抗菌药物供应目录》，对于因特定厂家的原因被叫停的，考虑临时引进其他厂家的相同品种，也可使用其他同类药品进行替代；对于整个品种被叫停的，应临时引进替代品种；该品种再次进入目录，应有卫生行政部门允许使用的通告，再次经过药事管理委员会讨论通过后方可进入。

文件名称	药品采购工作制度				
文件编号	C01-ZD-005-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药品采购工作制度

一、药品采购必须严格执行《药品管理法》等有关法律法规，依法购进。

二、医院使用的药品、医疗用消毒剂应由药剂科负责统一计划、采购和供应，其它科室不得擅自购销药品等。

三、药剂科应当指定专人负责采购工作，其他人员未经允许一律不得采购药品。采购人员任职依据规定要求应定期轮换，原则上任期为2年，最多不应超过3年。

四、药品采购必须从有资质的正规的药品经营企业购入，应将有关业务关系的经营企业和业务人员的资质（如：企业三证等）备案，并应相对固定。

五、药品采购实行集中招标采购。药品采购计划及品种，应依据我院的《基本用药供应目录》和处方集目录并结合临床需要制定。对临床常用的非中标品种和急需、特需药品采取备案采购。

六、采购人员要严格自律，严禁以任何形式索取、收受各种形式的回扣，所收各种礼品等应及时登记上缴，不得私自留用。

七、凡临床需要使用我院《基本用药供应目录》和处方集目录外的药品或新药时，必须由临床科室提出书面申请，经医院药事管理与药物治疗学委员会审批后方可采购，采购员不得自行决定。

八、特殊管理药品的采购必须严格按照相关法规 and 规定执行。

九、临床特需或急救的一次性购入药品，应当由临床医师申请，填写目录外临时采购药品申请表，经科主任签字，药剂科主任同意，主管院长批准，由采购员按照申请表中的申请量购买，如是短效期的，或购入量较多时，应当酌情分批次购入，避免因患者病情变化，改变用药时所造成的积压和浪费。

文件名称	目录外抗菌药物临时采购制度与程序				
文件编号	C01-ZD-006-02		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

目录外抗菌药物临时采购制度与程序

为进一步加强我院抗菌药物的管理，规范我院抗菌药物的临时采购，根据《抗菌药物临床应用管理办法》，结合我院实际，制定本制度与程序。

一、我院抗菌药物供应目录依据《国家处方集》、《国家基本药物目录》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的抗菌药物品种，并结合我院的抗感染临床需求由抗菌药物管理工作组审议制定，原则上保留抗菌药物品种不超过 50 种。

二、临床医师使用抗菌药物必须在我院确定的抗菌药物供应目录中选择应用。因特殊感染患者治疗需求，又未列入我院抗菌药物供应目录的抗菌药物，经抗感染专家会诊或医务处组织的全院会诊同意，可以启动临时采购程序。

三、临时采购由临床科室提交申请报告，填写“目录外抗菌药物临时采购审批表”，说明申请购入药品名称、规格、剂型、数量和使用理由。经抗菌药物管理工作组审核同意后由药学部门一次性购入使用。

四、同一临床科室在 1 个月内连续 2 次以上申请临时采购同一品种抗菌药物时，抗菌药物管理工作组应当进行调查，决定是否同意继续临时采购或者列入常规药品采购程序。

五、严格控制临时采购抗菌药物品种和数量，对于同一通用名称抗菌药物品种启动临时采购程序不得超过 5 次。如果超过 5 次，抗菌药物管理工作组应当讨论是否列入本机构抗菌药物供应目录。调整后的抗菌药物供应目录总品种数不得增加。

文件名称	临时采购药品管理制度与程序				
文件编号	C01-ZD-007-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

临时采购药品管理制度与程序

一、临时采购药品指未经医院药事管理与药物治疗学委员会审批、未纳入医院药品采购供应目录、医院未常规购进的品种，但临床有特殊需求，且无其他同类替代药品。一般应为危重病人用药、专家会诊指定用药、特殊病人用药、突发事件应急用药及学科建设用药（新技术、新项目级专科）、科研用药等。

二、临床科室因治疗需临时或紧急采购临采药品时，由临床医师填写医院《目录外临时用药申请审批表》，说明申请原因及药品适应症，药品申请数量不可超过单一病人用量，科主任签字同意后提交药剂科药品采购办公室。

三、临时采购抗菌药物，按照《目录外抗菌药物临时采购制度与程序》执行。

四、临时采购抗肿瘤药物，科室需填写《抗肿瘤药物临时用药申请审批表》，详细填写患者信息，说明申请原因，经我院抗肿瘤药物管理工作组审核同意后，由药学部门临时一次性购入使用。

五、学科建设（新技术、新项目及专科）用药及医学科研项目用药，科室需填写《学科建设/医学科研临时用药申请审批表》，学科建设（新技术、新项目及专科）用药申请需经医务处、医疗主管院长审批签字，医学科研用药申请需经科教处、科研主管院长审批签字。

六、药品采购办公室经核查医院信息系统确认所申请的药品为我院未常规采购的药品后，报药剂科主任、药学主管院长签署意见，同意后进行临时采购。

七、临时采购治疗用药只供申请科室的特定病人临时使用，不可作为医院常规供应品种。临时采购药品一次采购量原则上应为一个病人一疗程用量，不得造成损失。如因病人原因造成临采药品剩余时，由申请科室负责使用。

八、临时采购学科建设（新技术、新项目）及医学科研项目用药，只供申请科室开展学科建设（新技术、新项目）用药及医学科研项目用药，其购入量以满足治疗为原则，其他科

室不得使用。

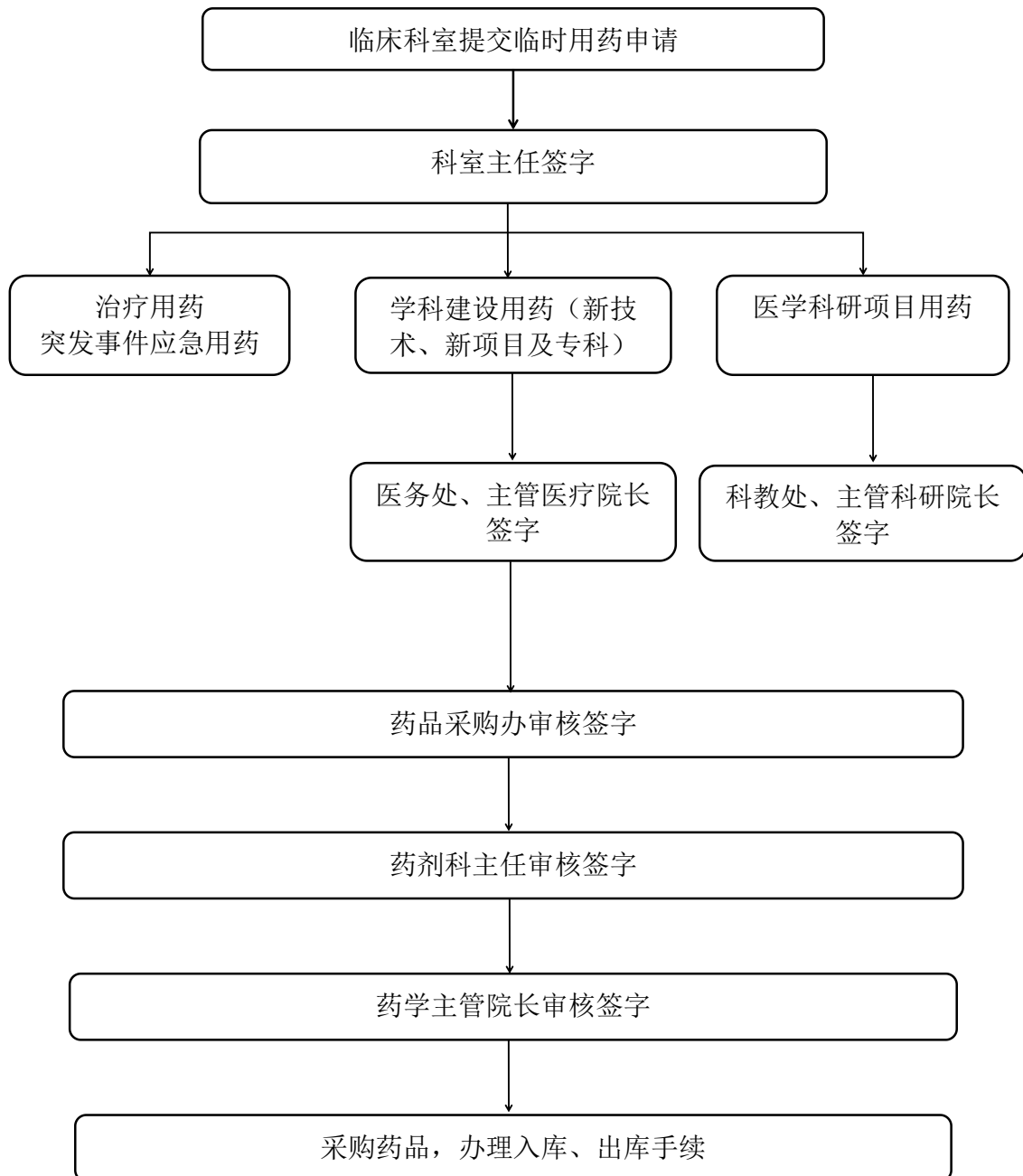
九、临时采购药品购进后由药品采购人员通知申请科室和申请人办理出库手续。

十、一种药品原则上每年临时采购不得超过五次。临时采购超过五次的，使用科室需填写《承德市中心医院新药申请表》，经药剂科审核，提交药事管理与药物治疗学委员会进行审议通过后，方可纳入医院《基本用药供应目录》。

十一、根据学科建设及医学科研用药数量，对学科建设开展良好的及医学科研用药临床需求特别大的，由使用科室需填写《承德市中心医院新药申请表》，经药剂科审核，提交药事管理与药物治疗学委员会进行审议通过后，方可纳入医院基本用药供应目录。



临时采购药品审批程序



文件名称	药品遴选与采购管理办法				
文件编号	C01-ZD-008-02		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

药品遴选与采购管理办法

一、总则

(一) 为落实国家卫生计生委《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》，《关于进一步深化治理医药购销领域商业贿赂的通知》、河北省《医疗机构药品集中采购实施方案》及中共承德市委《关于深化基层党风政风“清洁行动”推进“微腐败”专项治理的意见》等文件要求，按照临床科室集体申请、廉洁准入、会议决议、程序公开、阳光采购的原则，进一步完善我院药品遴选与采购的组织机构、工作制度、工作流程，加强内部监督机制，制定本办法。

(二) 本办法适用于我院各科室药品遴选与采购工作。

二、组织机构

(一) 医院药事管理与药物治疗学委员会负责全院药品的遴选工作，是医院唯一具有药品遴选职责的组织机构。

(二) 在药事管理与药物治疗学委员会下组建我院药品遴选专家库（以下简称专家库），原则上由临床各专业具有高级专业技术职务任职资格的临床医学、药学及护理等专业的在职人员组成。专家库每年更新，每次调整后在药事管理与药物治疗学委员会办公室备案。

(三) 药事管理与药物治疗学委员会办公室设在药剂科，负责药事管理与药物治疗学委员会的日常工作。

三、药品遴选原则

(一) 医院药品供应目录内总品规数应符合国家及河北省相关规定，同一通用名称药品的剂型原则上不超过 2 种，每种剂型对应的规格原则上不超过 2 种，兼顾成人和儿童用药需要。因诊疗需要使用其他剂型和包装规格药品情况（如局部用药、摆药机专用的大包装药品等），应当经过药事管理与药物治疗学委员会审批，并在河北省药品采购交易平台（简称

采购平台)进行公示。抗菌药物遵循国家和河北省关于抗菌药物临床应用的相关管理规定。

(二)药事管理与药物治疗学委员会召开药品遴选会议时,应确保 2/3 以上(含 2/3)成员参加会议。同时从专家库中抽取药品遴选专家的人数不少于参会总人数的半数。抽取药品遴选专家应当按照随机抽取的原则,从我院专家库中抽取;原则上从抽取专家到开始药品遴选之间的时间不应超过 24 小时。

(三)药事管理与药物治疗学委员会实行集体决策、实名投票、利益回避,至少超过三分之二人员同意方能通过。遴选过程中禁止单人提交申请、个人审核、个人决策。

(四)药事管理与药物治疗学委员会召开药品遴选会议时,必须有两名以上纪检监察人员参会,对药品遴选过程进行全程监督。

(五)优先遴选原则:

- 1.《国家基本药物目录》内品种和河北省基本药物增补品种;
- 2.《河北省基本医疗保险药品目录》收录的品种;
- 3.符合疾病诊疗指南推荐的药品;
- 4.纳入国家重大疾病保障、重大公共卫生项目的药品;
- 5.支持医院重点学科建设,开展新项目,提高治疗手段所必需的药品。

四、药品遴选工作流程

(一)新药申请指新进入医院药品供应目录的申请,包括新增药品申请和变更药品申请。提出申请的药品必须是采购平台上通过资质审核的药品。

(二)为保持患者治疗用药的连续性、药品供应的稳定性及医院与基层分级诊疗用药的连贯性,对于医院已有类似品种、剂型或规格的,建议原则上不再调整品种。

(三)提交新药申请须经主要临床使用科室核心组成员(包括主任、副主任及业务骨干)(≥ 3 人)集体讨论,按照本科室所申请药品重要程度进行排序,集体签字后提交,保留讨论及签字记录。提交材料包括药品通用名、剂型、规格、循证医学证据等,不显示商品名信息。

(四)为保证新药准入的透明度,遏制新药准入过程中的不正之风,新药申请人员在提交新药申请的同时须签署廉洁自律承诺书,由监察室审核签署意见后将新药申请交予药剂科。承诺书一式两份,一份提交药剂科,一份留监察室存档。

(五)药剂科药品遴选小组应收集该新药的相关资料包括用药指南、专家共识、参考文献等循证医学信息,并在此基础上对临床科室提交的新药申请进行程序审核和综合评价。药

品综合评价包括药品安全性、有效性、经济性、创新性、适宜性、可及性评价，经综合评价后给出综合评分，供药事管理与药物治疗学委员会参考。

对医院药品目录内发生不良反应率高、存在质量缺陷、长期未使用或供应不稳定等情况的品种，由药剂科定期汇总，报药事管理与药物治疗学委员会讨论删除或替换。

（六）药事管理与药物治疗学委员会及药品遴选专家根据医院诊疗的疾病谱、临床各专业科室现有药品的品规数，各科室药品申请排序、药品综合评分及循证医学证据等，对增加新药品通用名或替换原有产品的必要性进行实名投票，投票通过的药品进入产品遴选。

（七）药事管理与药物治疗学委员会遵循安全、有效、经济的原则，按照综合评价及实名投票相结合的方式进行产品遴选。

（八）对于采购平台中收录多个企业的药品，由药剂科根据河北省采购平台采购数据、产品质量状况及信誉对生产企业进行遴选，原则上拟遴选企业不少于三个，由药事管理与药物治疗学委员会委员与遴选专家对拟遴选企业产品进行投票，根据投票结果进行选择并现场公布遴选结果。

（九）药事管理与药物治疗学委员会的会议决议及遴选结果（包括遴选未通过情况），一律要在院内网公示，时间不少于 5 个工作日，遴选过程相关材料应及时归档留存备查。原则上，医院药品采购目录以及目录调整变化情况应通过采购平台进行公示。

（十）遴选结果公示无异议、经药事管理与药物治疗学委员会主任签字后生效。

五、特殊采购的审批

（一）特殊采购是指医院备案采购、临时采购及短缺药品调整采购。

（二）备案采购是指需采购采购平台以外的品种，仅限于急（抢）救、临床必需等特殊情况。备案采购的药品由临床科室提出用药需求，药剂科审核无替代品种时，报请药事管理与药物治疗学委员会主任同意后办理采购，并在药事管理与药物治疗学委员会备案。紧急情况下药学部门可以先行采购，随后补办审批手续。原则上备案采购的药品用量不超过一人份一个疗程。医院应当自采购之日起 3 个工作日内，通过采购平台进行登记，涉及的药品生产经营企业应在供货之日起 5 个工作日内向采购平台申请挂网。

（三）临时采购是指采购医院供应目录之外，采购平台之内，在医疗过程中临时需要的药品，包括：急诊、危重患者的抢救用药；突发公共卫生事件用药；疑难杂症和特殊病例的救治用药以及学科建设、科研用药等。

1. 原则上临时采购申请的药品用量不超过一人份一个疗程。
2. 临床医师填写临时用药申请单后由科主任审核签字，报药学部门签批，经药事管理与药物治疗学委员会常务副主任审批后，药学部门按审批数量进行采购。
3. 药品临时采购情况需定期在药事管理与药物治疗学委员会备案。同种药品临时申请用药原则上每年不超过 5 例患者。超过 5 例患者的，提交药事管理与药物治疗学委员会讨论，必要时纳入新药遴选流程。

（四）短缺药品是指医院向《河北省药品采购平台》上报的短缺药品目录内，同时属于医院供应目录内的药品，一旦短缺将会造成临床严重后果。“短缺药品”供应不足时，由药学部门提出申请，报请药事管理与药物治疗学委员会常务副主任签字同意后采购其他可供货企业的药品，并在药事管理与药物治疗学委员会备案采购原因、数量和购药渠道，紧急情况下药学部门可以先行采购，随后补办审批手续。长期不能稳定供货的应经药事管理与药物治疗学委员会调整并列入医院药品目录。

六、监督管理

（一）医院纪委及监察室对我院药品遴选、采购情况进行定期、不定期监督检查，如发现在药品遴选与采购过程中存在违规、违纪行为，与相关责任人进行约谈。

（二）医院在药品遴选、采购和使用中就反商业贿赂行为与药品生产经营企业、配送企业等签订《医药领域反商业贿赂承诺书》。对发生药品质量问题、药品群体不良事件、商业贿赂行为涉及的药品，依据情节严重程度，按照国家和省、市有关规定采取立即停止使用、从医院药品目录清除、将企业列入黑名单等措施，并向相关部门报告。

（三）强化药品使用信息统计管理，加强信息系统加密及权限设置，控制权限人数，强化痕迹管理，严格药品统计审批程序，严禁为不正当商业目的统计医师个人和临床科室有关药品用量信息。

（四）加强处方点评和用药动态监测制度，重点跟踪监控抗菌药物、超常使用药品及价格高、用量大的辅助治疗药品和自费药品，强化合理用药、安全用药管理。

文件名称	麻醉药品、第一类精神药品管理制度				
文件编号	C01-ZD-009-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

麻醉药品、第一类精神药品管理制度

为加强我院麻醉、第一类精神药品管理，保证麻醉药品和第一类精神药品的合法、安全、规范管理与使用，严防流入非法渠道，根据《中华人民共和国药品管理法》《麻醉药品和精神药品管理条例》《处方管理办法》《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》《麻醉药品、第一类精神药品购用印鉴卡管理规定》《河北省医疗机构麻醉药品和第一类精神药品使用管理标准操作规程（2019年版）》《国家卫生健康委办公厅关于加强医疗机构麻醉药品和第一类精神药品管理的通知》（国卫办医发〔2020〕13号）等有关法律法规和规定，结合我院实际，特制定此制度。

一、管理要求

（一）麻醉药品、第一类精神药品（以下简称麻、精一）是指列入国家麻醉药品和第一类精神药品品种目录内的药品，是我国依法依规实行特殊管理的药品。

（二）医院在药事管理与药物治疗学委员会下设立由分管院领导负责，医、药、护和保卫等部门负责人参加的麻醉、精神药品管理领导小组，负责麻、精一药品的使用及监督工作，日常工作由药学部门承担。

（三）医院对麻、精一药品实行“三级管理”：药库、药房、使用部门；“五专管理”：专人负责、专柜加锁、专用帐册、专用处方、专册登记；批号管理：对麻、精一药品的购入、储存、发放、调配、使用实行批号管理和追踪，必要时可以及时查找或者追回。

（四）医院根据管理需要在门诊、住院、妇儿等药房设置麻、精一药品周转柜，周转柜应当每天结算。各药房、病区及临床科室应当根据使用情况确定基数，各药房发药窗口麻、精一药品调配基数不得超过医院规定的数量。

（五）医务处、护理部及药学部门要建立麻、精一药品使用专项检查制度，并定期组织检查，做好检查记录，及时纠正存在的问题和隐患。

(六) 医院定期组织对本院执业医师和药师进行麻醉药品和精神药品使用知识和规范化管理的培训。执业医师经考核合格后取得麻醉药品、第一类精神药品的处方权，药师经考核合格后取得麻醉药品、第一类精神药品调剂资格。

二、“印鉴卡”的管理

药剂科指派专人负责“印鉴卡”的申办、换发，申报用药计划及变更手续，按期报送药品购用情况统计报表。批准核发的“印鉴卡”由专人保管，除接受检查或购买药品之用等规定情况外，不得外出携带。

三、采购与验收管理

(一) 麻、精一药品的购进必须从具有该类具体品种经营资格的企业按计划网上采购，保持库存合理。

(二) 麻、精一药品入库验收必须货到即验，至少双人开箱验收，清点验收到最小包装，逐项核对药品信息，包括：药品名称、剂型、规格、批号、有效期、批准文号、生产企业、数量、外观质量，确保票、物相符。验收合格的药品按照双人双锁管理规定入库。验收人员根据验收情况填写验收记录，并双人签字。

(三) 在验收过程中如发现麻、精一药品缺少、破损或污染的，验收人员应当填写麻、精一药品验收缺损登记表，与配送方人员共同签字认可后上报药学部门负责人，通知药品经营企业及时解决。

四、入出库和专账登记管理

(一) 完成药品验收入库后，采购药师应当登陆麻、精一药品印鉴卡管理系统，完成入库确认。

(二) 库管药师对入出专库（柜）的麻、精一药品建立专用帐册，入出逐笔记录，记录内容包括：日期、凭证号、领用部门、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、发药人、复核人和领用人签字，做到帐、物、批号相符。专用帐册的保存期限应当自药品有效期期满之日起不少于5年。

(三) 麻、精一药品的出库，必须凭出库单出库，严格执行“双人出库、三人交接”原则。药库发放麻、精一药品时，执行双人核对，按照出库单逐项核对药品名称、剂型、规格、数量、批号、有效期、生产企业，核对无误后，药库发药、复核和药房领药药师在出库单上签字。

(四) 调剂部门应指定专人领取麻、精一药品，领取后库存总量不得超过调剂室基数。

送药人员必须亲自及时将药品送到调剂室，中途不得停留或办理其他事宜。送药人和领药人需认真核对药品名称、数量、产品批号、有效期后，签字办理领药手续。领药人及时将药品存入专用保险柜、完成入帐等相关手续。

（五）病区、麻醉科、手术室、门诊、急诊专管护士负责麻、精一药品的逐日领取，领取的麻、精一药品应当及时入专柜加锁，单独存放，登记本次取回的麻、精一药品数量、批号、结存等。

五、药品的储存和保管

（一）药库、药房、病区及科室应设专用保险柜储存麻、精一药品，贮药保险柜双锁双人管理。同一品规麻、精一药品应当按批号、效期从左至右、从上到下、从前到后的顺序摆放于专柜中，先进先出。

（二）对专柜贮存的麻、精一药品要单独建帐，入出逐步登记，按月盘点，做到帐物相符。发现过期、破损或被污染而不可供药用的品种，应双人清点登记，统计汇总后交回药库统一保管和处理。药库应将不可用的麻、精一药品放在不合格区域，并设警示标识。

（三）专用保险柜放置区域应设有防盗、监控设施，药库、药房应安装报警装置。

调剂部门、临床科室应指定专人管理麻、精一药品，按计划 and 处方请领，及时入柜入帐，做好“日清日结”和交接班。

六、处方开具与调剂

（一）医师须按照原卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则，使用麻、精一药品专用处方，开具麻、精一药品。

（二）开具的麻、精一药品处方应书写完整，写明患者姓名、性别、年龄、身份证号、病历号、疾病名称，还应写明代办人姓名、身份证号等。

（三）为门（急）诊患者开具的麻醉药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。

第一类精神药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过 15 日常用量，缓释制剂每张处方不得超过 30 日用量。

（四）为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻、精一药品注射剂，每张处方不得超过 3 日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 15 日常用量；其他剂型，

每张处方不得超过 7 日常用量。

(五) 为住院患者开具的麻、精一药品处方应当逐日开具，每张处方为 1 日常用量。

(六) 除需长期使用麻醉药品、第一类精神药品的门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外，麻醉药品注射剂仅限于医院内使用。

(七) 对于需要特别加强管制的麻醉药品，盐酸二氢埃托啡、盐酸哌替啶处方为一次常用量，仅限于院内使用。

(八) 调剂麻、精一药品必须严格按照国家有关规定进行。处方的调配人、核对人应当仔细核对麻、精一药品处方，调配后应将药品的批号在处方上注明并签字或加盖专用签章。发药药师核对无误后发药并进行用药交代，签字或加盖专用签章。对不符合规定的麻、精一药品处方，处方的调配人、核对人员应当拒绝发药。

(九) 药房专管药师对使用的麻、精一药品专用处方应当进行编号并专册登记。专册登记内容包括：药品名称、剂型、规格、单位、生产企业、发药日期、处方编号、患者姓名、数量、批号、备注。

(十) 药房专管药师应对麻、精一药品按日做消耗统计，处方单独存放，按月汇总，处方保存三年备查。处方保存期满后，填写《麻醉药品、第一类精神药品处方销毁账册申请登记表》，经主管院长批准后由专管药师和所在班组负责人双人销毁、签字（章）。销毁申请及记录留档 3 年

(十一) 门诊药房应设置固定发药窗口，由专人负责麻、精一药品调配。

(十二) 病区及科室对患者使用麻、精一药品情况要建立使用登记，在使用记录表上登记日期、时间、患者姓名、住院号、医师、药品名称、批号、用法、用量，并双人签字。

七、专用病历的使用和保管

(一) 门诊长期使用麻、精一药品的患者，需到医院指定部门按相关规定办理专用病历，指定部门对专用病历建档编号，统一登记、保存，留取相关证明材料。

(二) 患者取药时，需到指定部门取专用病历到相应科室开具处方。医师为患者开具处方并填写专用病历中

(三) 患者持处方和专用病历到门诊药房取药，调剂药师发药时，根据专用病历中的前次记录核对空安瓿、废贴数量、批号，登记患者或代办人员的身份证号，核对处方信息，记录本次取药的批号。发药后保管专用病历。

(四) 专管药师每日清点汇总专用病历后, 于次日早晨将专用病历归还指定部门保管。

(五) 医师应当每 3 个月对患者复诊或随诊一次, 更新病历信息。

(六) 对于需要转诊到其他医疗机构的患者, 应当由医师开具转诊证明, 指定部门根据证明办理专用病历的转诊手续, 同时将本院的专用病历归档。

(七) 患者不再使用麻、精一药品时, 及时将专用病历归档, 在封面上标示“归档”二字。如有未用完的药品应当要求患者交回取药的药房, 办理无偿退回手续。

(八) 患者连续 3 个月未开具使用麻、精一药品, 须重新办理专用病历。

(九) 专用病历由指定人员专柜管理, 保存期为停止取药后 15 年。

八、药品回收及销毁管理

(一) 药房应当无偿回收患者不再使用的麻、精一药品, 并出具无偿退回凭据。凭据一式两份, 一份交与患者, 一份药房留存。

(二) 专管药师和部门负责人双人清点回收的麻、精一药品, 填写麻、精一药品回收登记表, 双人签字。

(三) 药房专管药师定期汇总回收登记, 填写回收汇总登记表, 经部门负责人审核签字后, 连同药品一同交到药库, 并与药库专管药师核对药品数量、剂型、规格、批号, 双方确认签字。

(四) 从患者回收的麻、精一药品及由于破损、变质、过期失效而不可供药用的麻、精一药品应单独存放, 不得与正常销售的药品混放, 并做警示标示。

(五) 对患者交回的麻、精一药品及本院由于破损、变质、过期失效而不可供药用的麻、精一药品进行销毁时, 由药库负责向卫生主管部门提出销毁申请, 销毁申请表经药剂科主任批准签字后, 上报主管院长批准, 加盖医院公章, 上报卫生主管部门。申请表一式两份, 一份上报卫健委, 一份医院留存。

(六) 在卫生主管部门人员监督下, 药库专管药师和部门负责人两人进行当场销毁, 填写销毁登记表, 记录销毁过程并双人签字。销毁记录一式二份加盖公章, 一份上交卫生主管部门, 一份医院存档备查。

九、空安瓿、废贴的管理

(一) 长期使用麻、精一药品注射剂、贴剂的门诊患者, 再次取药时, 调配药师应当将原批号的空安瓿或者用过的贴剂收回。

(二) 门诊一次性使用麻、精一药品注射剂, 由使用科室专管护士交回空安瓿。

(三) 住院患者使用后的麻、精一药品空安瓿、废贴，由专管护士保管，在换领药品时统一交回住院药房。调剂药师应当如数回收。

(四) 药房调剂药师核对回收的空安瓿、废贴品规、批号、数量，填写回收登记表。

(五) 药房专管药师核对空安瓿、废贴，在登记表上确认后，将回收的空安瓿、废贴在部门负责人监督下销毁，并作记录。

(六) 药房专管药师定期汇总核对空安瓿、废贴，填写汇总登记表。

(七) 药房专管药师将毁型的空安瓿、废贴打包 / 封箱后，交给医疗废物回收人员按医疗废物处理，并填写回收处理交接登记表。

十、残余药液的处置

麻、精一药品用量应严格按照医嘱，对于未使用完的注射液和镇痛泵中的剩余药液，由医师、药师或护士在视频监控下双人进行销毁，并记录。相关监控视频保存期限原则上不少于 180 天。留存空安瓿交回药房，登记，集中监督销毁。

十一、管理人员变更与交接

(一) 麻、精一药品管理人员应定期进行轮换，轮换周期原则上为 1 年，最多不超过 2 年。人员变更时，需办理交接手续。

(二) 麻、精一药品管理人员调整时需在监督人员在场情况下进行交接清点并记录，交接完成后双方签字确认。

十二、药品丢失、被盗案件报告

麻、精一药品在使用、保管过程中一旦发现骗取、冒领者，或发生药品丢失、被盗、被抢案件，立即报告药剂科主任、医院保卫处及主管院长，并上报公安、卫生、药品监督管理部门。

十三、安全监督

医院药学、医务、护理部门要按照相关法律法规对麻、精一药品进行监督检查，保证麻、精一药品管理与使用全过程的正常运行。保卫处要定期检查储备麻、精一药品各部门的防火、防盗设施，节假日值班人员要进行巡查，以保证药品储存、保管处于安全状态。

文件名称	第二类精神药品管理制度				
文件编号	C01-ZD-010-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

第二类精神药品管理制度

为加强我院第二类精神药品的安全管理，保障药物的合理应用，防止发生流弊，根据国务院《麻醉药品和精神药品管理条例》《河北省医疗机构第二类精神药品使用管理标准操作规程》（试行）有关要求，结合我院实际情况，特制定此制度。

一、药库的药品管理

（一）采购与验收

第二类精神药品的购进必须从具有该类具体品种经营资质的企业按计划采购。购入药品及时双人验收，逐项核对药品信息，包括：药品名称、剂型、规格、数量、批号、生产日期、有效期、批准文号、生产厂家、供货单位、验收结论，确保票、物相符。验收过程中如发现缺少、破损或污染的，验收人员应通知药品经营企业及时解决。

（二）入出库及专账登记

1. 库管药师对入出专柜的第二类精神药品建立专用帐册，入出逐笔记录，记录内容包括：药品名称、剂型、规格、单位、生产企业、日期、入/出库数量，入/出库人、核对人和领药人签字，做到帐、物相符。如填写错误可用单横线修改，并在修改处签字。

专用帐册的保存期限应当自药品有效期期满之日起不少于5年。

2. 药库发放第二类精神药品时，应按照出库单逐项核对药品名称、剂型、规格、数量、批号、有效期、生产企业，核对无误后，库管药师和药房领药药师在出库单上签字。

（三）储存与保管

1. 第二类精神药品应设专柜储存，专人管理，按月盘点，做到帐物相符。

2. 按规定对第二类精神药品进行储存和养护，药品应当按批号、效期远近从左至右、从后至前的顺序摆放，做到先进先出。如发现过期、破损或被污染的药品，应放置在不合格药品存放区，设置清晰标识并上报药剂科主任。

二、调剂部门的药品管理

(一) 调剂部门应当指定符合资质的药学专业技术人员管理第二类精神药品，建立专用帐册。出账入账要有领药或处方使用凭据，做到领入、发出、结存数量平衡，做到“日清日结”。

(二) 调配人员应当严格按照二类精神药品处方管理规定审核、调配处方。对不符合规定的第二类精神药品处方，处方的调配人、核对人员应当拒绝发药。

(三) 遵循专用处方和用量要求。为门诊患者开具的第二类精神药品，每张处方一般不得超过 7 日常用量；对于慢性病或某些特殊情况（精神病、癫痫、严重失眠患者等）的患者，处方用量可以适当延长并由处方医师注明理由，但不超过 15 日常用量。

为急诊患者开具的第二类精神药品处方不得超过 3 日常用量。

为住院患者开具第二类精神药品处方，应逐日开具，限 1 日常用量。患者出院带药一般每张处方不得超过 7 日常用量。

(四) 专管药师每日对第二类精神药品处方整理、统计，单独存放，按月装订封存，处方保存 2 年备查。处方保存期满后，填写《第二类精神药品处方销毁申请登记表》，经主管院长批准后由专管药师和所在班组负责人双人销毁、签字（章）。销毁申请及记录留档 3 年。

(五) 定期检查药品质量。发现过期、破损或被污染而不可供药用的品种，应双人清点登记，统计汇总后交回药库统一保管和处理。

三、临床科室的药品管理

(一) 抢救车内第二类精神药品基数全院统一设置，临床科室在抢救车外需要配备第二类精神药品，应当填写《门急诊、病区、麻醉科、手术室第二类精神药品基数申请表》，经审核批准后交药剂科备案，临床需求变化时应及时变更备案申请。

(二) 抢救车内配备的第二类精神药品应当标识清晰、定位存放，使用后及时补充。抢救车以外的第二类精神药品应专柜 / 专屉存放，标识清晰，不得与其他药品、物品混放。

(三) 抢救车内配备的第二类精神药品应定期检查数量、质量、有效期等，随抢救车药品一起记录。对抢救车以外的第二类精神药品应日清日结，建立专用账册。登记内容包括药品名称、领入 / 使用数量，结存数量，交接时间，交接完成后交接人签字。

(四) 积极配合药房定期对备用的第二类精神药品进行检查，发现过期、破损或被污染的第二类精神药品，不得再使用，不能按照普通医疗垃圾随意丢弃，应当交回药房统一保管。

和处理。

四、药品报损销毁申报

药库定期汇总需要报损的品种，填写报损申请，报经医院主管领导批准后，进行监督销毁并记录。

文件名称	特殊药品存放区域、标识、贮存方法的规定				
文件编号	C01-ZD-011-03			发布部门	药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

特殊药品存放区域、标识、贮存方法的规定

一、麻醉药品及精神药品

(一) 医院在药库设立专库（专柜）储存麻、精一药品，并使用保险柜，实行双人双锁管理。并安装监控、报警、防火防盗设置。

(二) 药房调剂室使用保险柜储存麻、精一药品，实行双人双锁管理。并安装监控、报警、防火防盗设置。

(三) 医院保卫处应特别强调对麻醉药品、精神药品的安全防范，组织安排人员加强对麻醉药品、精神药品的储存区域的巡查。

(四) 医院麻醉药品、精神药品管理领导小组应负责对麻醉药品、精神药品储存、使用的安全防范措施定期进行督促检查。

(五) 必须配备麻、精一药品的病区应当配备保险柜储存麻、精一药品，并实行专人管理，药剂科每月监督其使用，并实行批号管理及批号追踪。

(六) 麻醉、精神药品存放区域应标识清楚、醒目，设置规定药品提示牌，提醒医、药、护人员注意，各储存柜上必须贴有规定的麻醉、精神药品标识。

(七) 麻、精一药品的储存应当建立专用账册，专人登记，专用账册必须对入库、出库逐笔记录，定期盘点，做到账物相符。专用账册的保存期限应当自药品有效期期满之日起不少于5年。

(八) 麻、精一药品的入库出库记录内容有：日期、凭证号、领用部门、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、发药人、复核人和领用人（签字）。

(九) 麻、精一药品入库前，应坚持双人开箱验收、清点、双人签字入库制度，麻、精一药品出库时要有专人对品名、数量、质量进行核查，并有第二人复核，发货人、复核人共同在单据上盖章签字。做到账、物、批号相符。

(十) 对过期、损坏的麻、精一药品，应清点登记，单独妥善保管，并列表上报药品监督管理部门，听候处理意见。进行销毁时，应当向市卫生行政部门提出申请，在市卫生行政部门监督下进行销毁，并对销毁情况进行登记。

(十一) 麻醉药品的大部分品种，特别是针剂遇光易变质，库（柜）应注意避光，采取遮光措施。

二、医疗用毒性药品

(一) 医疗用毒性药品到货后须经双人验收、核对、验收到最小包装单位。验收合格后，药品采购人员需在经营企业提供的随货同行单上签字。

(二) 毒性药品须设专柜。实行专人、专柜、专账、贴明显标签加锁保管的方法。毒性药品须由责任心强，业务熟练的药师以上的药剂人员负责管理。设立专用账册每日盘点，做到账物相符，严禁收假、发错，严禁与其他药品混杂。发现问题时必须迅速查明并上报相关主管部门。医疗毒性药品存放区域应标识清楚、醒目，设置规定的提示牌提醒医、药、护人员注意，毒性药品的储存柜上必须印有规定的毒药标志。

(三) 报损的毒性药品必须经药剂科负责人、主管院长批准，按规定报上级主管部门集中销毁并做好记录。

(四) 管理人员交接班时，应在科主任监督下进行交接，严格核对品名、数量，应账物相符。发现问题及时追究。

三、放射性药品

(一) 收到放射性药品时，应认真核对名称、出厂日期、放射性浓度、总体积、总强度、容器号、溶液的酸碱度以及物理性状等，注意液体放射性药品有否破损、渗漏，注意发生器是否已作细菌培养、热源检查。

(二) 放射性药品必须有适当的专门贮存场所，符合每种放射性药品所规定的贮存条件，不同品种、不同批号的放射性药品应当分开存放，并采取必要的防火、防盗、防鼠、防辐射和防污染等措施，保证放射性药品质量和安全。贮存场所应当有放射性警示标识。贮存放射性药品容器应贴好标签。

(三) 放射性药品应放在铅罐内，置于贮源室的贮源柜内，平时有专人负责保管，严防丢失。常用放射性药品应按不同品种分类放置在通风橱贮源槽内，放射性药品警示标志要鲜明，以防发生差错。



(四) 放射性药品应由专人负责保管、双人双锁，建立放射性药品使用登记表册，每次使用时须认真按项目要求逐项填写。并做永久性保存。

(五) 发现放射性药品丢失时，应立即追查去向，并报告上级机关。

(六) 放射性药品使用后的废物（包括患者排出物），必须按国家有关规定妥善处理。

四、药品类易制毒化学品

(一) 医院使用药品类易制毒化学品的药品，应当设置专库或者在药品仓库中设立独立的专库（柜）储存药品类易制毒化学品。专库应当设有防盗设施。储存场所应当设有易制毒化学品标识，安装报警装置并与公安机关联网。

(二) 应在温度、条件适宜的仓库内妥善储存、保管易制毒化学品。

(三) 保管员要全面掌握易制毒化学品的有关知识，了解易制毒化学品的物理性质和化学性质及安全保管要求。

(四) 要随时了解易制毒化学品库的库存、实物的情况，物品摆放要符合规定，做到分类安全合理、摆放整齐，并配备消防器材。

(五) 药品类易制毒化学品的出入库情况，应在电脑内备案，并能随时调阅。

(六) 人员进出仓库必须严格，禁止领用人单独进入易制毒化学品库，库门要随开随锁。

(七) 对过期、损坏的药品类易制毒化学品应当登记造册，并向所在地县级以上地方食品药品监督管理部门申请销毁。食品药品监督管理部门应当自接到申请之日起5日内到现场监督销毁。

(八) 发生药品类易制毒化学品被盗、被抢、丢失或者其他流入非法渠道情形的，应当立即报告当地公安机关和县级以上地方食品药品监督管理部门。接到报案的食品药品监督管理部门应当逐级上报，并配合公安机关查处。

(九) 易制毒化学品的废弃处理，必须制订周密的安全保障措施，并经有关部门批准后方可处理。

文件名称	麻醉药品、第一类精神药品“五专”管理制度				
文件编号	C01-ZD-012-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

麻醉药品、第一类精神药品“五专”管理制度

一、专人管理

(一) 药库由专人申报计划，保持合理库存（库存量一般不超过基数）。药品采购人员须经过批准，凭“印鉴卡”向定点批发企业购买麻醉药品、第一类精神（以下简称麻、精一）药品。计划采购的麻、精一药品应由药品经营企业送到药库，采购、保管人员不得自行提货。

(二) 入库验收，必须货到即验，双人开箱验收，清点验收到最小包装，验收记录双人签字。

(三) 入库验收采用专簿记录，包括：日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、数量、批号、有效期、生产单位、供货单位、质量情况、验收结论、验收和保管人员签字等内容。

(四) 在验收中发现麻、精一药品缺少、破损或污染的，验收人员应当填写麻、精一药品验收缺损登记表，与配送方人员共同签字认可后上报药学部门负责人，通知药品经营企业及时解决。

二、专柜加锁

(一) 药库、药房、各病区、麻醉科、急诊科储存麻、精一药品必须配备保险柜。药库、药房安装有防盗门（窗），并安装报警装置；各病区、麻醉科、急诊科存放麻、精一药品应当配备必要的防盗设施。

(二) 保险柜实行双人双锁管理。

三、专用账册

(一) 药库麻、精一药品验收入库和出库必须进行专用账册登记，登记内容包括：日期、凭证号、品名、剂型、规格、单位、入库数量、出库数量、结存数、批号、有效期、生产企业、供应商、质量情况、验收/发药人、领药人、复核人签字等内容。

(二) 各药房凭请领单到药库领取麻、精一药品，病区、麻醉科、急诊科凭专用处方到

药房领取麻、精一药品。领取后的麻、精一药品储存于专用保险柜中，专人管理。

(三) 各药房、病区、麻醉科、急诊科对入出专柜的麻、精一药品要建立专用账册，出入逐笔记录。药房专用账册内容包括药品名称、剂型、规格、生产企业、出入库日期、数量、批号、有效期、结存数量、入库人、核对人等；病区、麻醉科、急诊科专用账册内容包括药品名称、剂型、规格、生产企业、基数、日期、入库数量、使用数量、余数、空安瓿/废贴数、交接班时间、交接班人。

(四) 专用账册的保存期限应当自药品有效期期满之日起不少于 5 年。

四、专用处方

(一) 医院可自行组织麻醉药品和精神药品处方及调剂培训和资格授权工作。

(二) 培训和考核对象为医院执业医师、药学专业技术人员。

(三) 培训结束后医院对执业医师、药学专业技术人员进行考核，考核方式为考试。成绩合格者可分别授予麻、精一药品处方资格及调剂资格。

(四) 医师应当按照卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则，开具麻醉药品、精神药品处方。

(五) 开具麻、精一药品使用专用处方。

(六) 处方的调配人、核对人，应当仔细核对麻醉药品、精神药品处方，对不符合规定的麻醉药品、精神药品处方，拒绝发药。调配人、核对人在双人完成处方调剂后，应当分别在处方上签名或者加盖专用签章。

(七) 各药房对麻、精一药品处方，按年月日逐日编制顺序号。

(八) 麻、精一药品处方保存期限为 3 年。

五、专册登记

(一) 各药房、病区、麻醉科、急诊科对麻、精一药品处方分品种、规格进行专册登记，登记内容包括发药日期、患者姓名、用药数量、药品批号等。

(二) 专册登记保存期限为 3 年。

(三) 药房、病区、麻醉科、急诊科储存麻、精一药品应建立账册或账卡。每天结算，账物、批号相符，建立交接班制度并有交接班记录。

文件名称	麻醉药品、第一类精药品三级管理制度				
文件编号	C01-ZD-013-04			发布部门	药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

麻醉药品、第一类精药品三级管理制度

为加强我院麻醉药品、第一类精神（以下简称麻、精一）药品管理，依据《麻醉药品和精神药品管理条例》、《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》、《河北省医疗机构麻醉药品和第一类精神药品使用管理标准操作规程》等法律法规和规定，我院对麻、精一药品实行药库、药房、使用科室三级管理，明确各级职责。

一、药库管理

（一）麻、精一药品入库验收

1. 麻、精一药品入库验收必须货到即验，至少双人开箱验收，清点验收到最小包装，验收记录双人签字。
2. 双人验收签字后做好相关登记入库。
3. 药品保管员严格按照“专柜加锁”管理原则保管储存好麻、精一药品。

（二）麻、精一药品出库领用管理

1. 各药房麻、精一药品实行基数管理。
2. 药房凭请领单按照相关管理规定到药库领取麻、精一药品。

（三）麻、精一药品储存管理

1. 麻醉药品、第一类精神药品库必须配备保险柜，安装监控、报警装置。
2. 专用保险柜实行双人双锁管理。

二、药房管理

（一）各药房可根据医院相关规定设置麻、精一药品周转柜，但库存不得超过规定数量。发药窗口配备的麻、精一药品调配数量不得超过基数。

（二）各药房指定专人负责麻、精一药品的请领、入库、入账、每日清点结算。

（三）各药房应固定发药窗口，并设立明显标识，调配人员应当严格按照麻、精一药品

处方调配规定审核、发药，严格执行专用处方和限量规定。

(四) 各药房对使用的麻、精一药品专用处方应当进行编号并专册登记。

(五) 各药房应对麻、精一药品按日做消耗统计，处方单独存放，按月汇总，处方保存三年备查。处方及专用账册保存期满后按规定进行销毁并记录。

(六) 各药房要加强对交回的空安瓿或者用过的贴剂管理，及时记录收回的空安瓿或者废贴的数量，按规定进行毁型，做好交接记录。

(七) 药房对患者无偿交回的麻、精一药品做好登记，及时汇总退回药库处理。

(八) 各药房要加强对麻、精一药品的安全防范，做好交接班记录，发现问题及时上报。

三、临床使用科室管理

(一) 病区、麻醉科、手术室、急诊科根据实际使用情况提交书面申请，经审批同意，建立使用基数。

(二) 专管护士凭医师开具的麻、精一药品专用处方（淡红色）到药房取药，注射剂除凭医师处方外，还须交回空安瓿换药。

(三) 麻、精一药品取回后及时放入科室专用保险柜，由专人负责，并专帐登记。

(四) 科室对患者麻、精一药品的使用情况要建立使用登记，对于未使用完的注射液和镇痛泵中的剩余药液，由医师、护士在视频监控下双人进行销毁，并记录。留存空安瓿交回药房。

(五) 患者停止使用麻、精一药品，立即停止发药，将剩余药品无偿交回药房。

(六) 配合药学部门做好麻、精一药品的月度检查。

文件名称	麻醉药品、第一类精神药品批号管理制度				
文件编号	C01-ZD-014-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

麻醉药品、第一类精神药品批号管理制度

为加强麻醉药品、第一类精神（以下简称麻、精一）药品管理，对使用的麻、精一药品具有可追溯性，我院对麻、精一药品的购入、储存、发放、调剂、使用实行批号管理。

一、药库登记的批号管理

（一）麻、精一药品在购入验收时，必须认真仔细逐一查验核对至最小包装，仔细验收批号和有效期等内容；入库时必须严格按照批号入库，并有专人复核，并记录。

（二）麻、精一药品出库时，库管药师依据药房请领单，严格按批号出库，并有专人复核，并记录。

二、药房请领登记的批号管理

（一）药房请领的麻、精一药品需建立专用账册，登记批号和有效期，每天结算，账物、批号相符，建立交接班制度并有交接班记录。

（二）各药房每日对麻、精一药品处方分品种、规格进行专册登记，登记内容包括发药日期、患者姓名、用药数量、药品批号等，以便追溯。

三、处方使用登记的批号管理

（一）病区、麻醉科、手术室、急诊科使用备用的麻、精一药品由专人负责，医师开具专用处方取药，并专册登记，登记内容包括发药日期、患者姓名、用药数量、药品批号等。

（二）药房药师在调配麻、精一药品处方后，应当将药品的批号在处方上注明并签字或加盖专用签章。对于长期用药患者，药师须将药品的批号注明在专用病历上、并签字。

（三）回收麻、精一药品空安瓿时需核查批号登记留存。

文件名称	医疗用毒性药品管理制度				
文件编号	C01-ZD-015-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

医疗用毒性药品管理制度

为规范我院医疗用毒性药品使用和管理，根据《中华人民共和国药品管理法》《医疗机构管理条例》《处方管理办法》《医疗用毒性药品管理办法》《关于加强亚砷酸注射液管理工作的通知》《关于将A型肉毒毒素列入毒性药品管理的通知》，明确各管理环节的操作流程和责任权限，保证更加安全、合理的使用和管理医疗用毒性药品，特制定本制度。

一、定义 医疗用毒性药品系指毒性剧烈、治疗剂量与中毒剂量相近，使用不当会致人中毒或死亡的药品。医疗用毒性药品必须按相关的法律法规进行购进、储存、保管和使用，任何部门及个人，不得自行更改管理制度。

二、采购与验收

（一）医疗用毒性药品的购进必须从具有该类具体品种经营资质的企业中按计划采购，保持合理库存。

（二）医疗用毒性药品入库验收必须货到即验，至少双人开箱验收，清点验收到最小包装。验收时应认真查验药品内外包装，逐项核对药品信息（包括药品名称、剂型、规格、数量、批号、生产日期、有效期、批准文号、生产厂家、毒性药品标识、供货单位），查看药品质量，填写购入验收记录，双人签字。

（三）在验收中发现缺少或被污染的医疗用毒性药品应双人清点登记，通知供配送企业及时解决处理。

（四）在验收过程中如发现亚砷酸制剂、水杨酸毒扁豆碱注射液等安瓿破损的，应立即进行处理。将安瓿（或小瓶）及残药全部盛装于密闭容器中按照医疗废物处理；注射用A型肉毒毒素应及时进行高压灭菌或用0.5%次氯酸盐溶液灭活后按照医疗废物处理。处理过程中应注意戴防护手套，不要直接接触渗漏的毒性药品。

三、入出库及专账登记

(一) 库管药师及药房专管药师对入出专柜的毒性药品建立专用帐册，入出逐笔记录，记录内容包括：药品名称、剂型、规格、单位、生产企业、日期、入/出库数量，入/出库人、核对人和领药人签字，做到帐、物相符。如填写错误可用单横线修改，并在修改处签字。

专用帐册的保存期限应当自药品有效期期满之日起不少于5年。专用账册保存期满后，填写专用账册销毁申请登记表，经主管院长批准后方可销毁。

(二) 药库发放毒性药品时，应按照出库单逐项核对药品名称、剂型、规格、数量、批号、有效期、生产企业，核对无误后，库管药师和药房领药药师在出库单上签字。

四、储存与保管

(一) 药库、药房对医疗用毒性药品应设专柜加锁储存，专人管理，设置警示标示。按月盘点，做到帐物相符。

(二) 毒性药品应当按批号、效期远近从左至右、从后至前的顺序摆放于专柜中，做到先进先出。

(三) 如发现过期、被污染的药品，应集中于药库单独加锁放置，设置清晰标识，填写不合格药品登记表，上报药学部门负责人按规定处理。

(四) 毒性药品注射剂在储存、保管过程中发生破损的，参照入库验收程序执行。

(五) 如发生毒性药品遗失、被盗，应当立即报告药学部门负责人和医院保卫部门。

五、处方调剂及处方管理

(一) 调配毒性药品处方时，必须严格遵照处方调剂操作规程，认真审核处方，调配处方时，做到“四查十对”，发药时双人核对，调配完毕，调配药师、复核药师在处方上签字，与取药护士当面交接确认。

(二) 处方单独开具，每次处方剂量不得超过两日极量。注射用A型肉毒毒素应按药品说明书中规定的适应症、剂量及频次使用，每次处方不得超过两日用量。

(三) 调配毒性中药饮片时，调剂药师必须严格按照处方用量认真称量，做到计量准确无误。称量完成后所有工具、容器要处理干净，以防污染其他药品。

(四) 药房专管药师应对毒性药品按日做消耗统计，处方单独存放，按月进行装订封存，处方保留两年备查。

(五) 处方保存期满后，填写处方销毁申请登记表，经主管院长批准后，在药学部门负责人监督下，由专管药师和所在班组负责人双人销毁、签字(章)，销毁申请登记表留档3年。

六、使用管理

(一) 门诊科室使用注射用 A 型肉毒毒素应由护士到药房凭处方领取及保管，不得整支发放给患者。

(二) 病区使用亚砷酸制剂、水杨酸毒扁豆碱注射液及注射用 A 型肉毒毒素应每日到药房领取，专柜或专屉加锁保管，不得在病区设定备用基数。

(三) 医师或治疗护士应严格按照毒性药品注射剂处方和医嘱中的用法用量用药，使用前经双人核对无误后再注射用药。

(四) 毒性药品注射剂严格按照患者个体化用药，使用后的剩余药品应当在第二人监督下弃用，并填写毒性药品剩余药液处理记录表。

(五) 弃用的亚砷酸制剂、水杨酸毒扁豆碱注射液应盛装于密闭容器中按照医疗废物处理；弃用的 A 型肉毒毒素药液及使用后的药瓶、注射器和沾有溅出液的器具等均应高压灭菌或用 0.5% 次氯酸盐溶液灭活后按照医疗废物处理。

(六) 配置后的 A 型肉毒毒素溶液如需存放应由专人管理，存放于冰箱中固定位置（不得与其他药物混放），设置清晰警示标识，在药品说明书规定的时间内使用。

七、监督管理

医务处、药剂科和护理部负责对全院门诊科室、病区毒性药品管理与合理使用进行监督检查。

文件名称	放射性药品管理制度				
文件编号	C01-ZD-016-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

放射性药品管理制度

一、放射性药品系指用于临床诊断或者治疗的放射性元素制剂或其标记药物。为加强我院放射性药品的管理，保证医务人员和患者的安全，根据《放射性药品管理办法》及有关规定，特制定本制度。

二、放射性药品仅限于核磁共振室使用。核磁共振室必须配备与其医疗任务相适应的并经核医学技术培训的技术人员。非核磁共振室专业技术人员或未经培训、批准，不得从事放射性药品使用工作。

三、使用放射性药品，必须符合国家放射性同位素卫生防护管理的有关规定。

四、使用科室必须对使用的放射性药品进行临床质量检验，收集不良反应，并定期向药学部门报告。

五、放射性药品使用后的废物（包括患者排泄物），必须按国家有关规定妥善处理。

六、放射性药品存放地点必须根据其放射性剂量，置于相适应的防护装置内，以确保对人和环境无影响。

七、放射性药品的销毁，必须按国家有关规定妥善处理，使其放射性比度达到国家允许标准。

八、使用科室每月由专人对所使用的放射性药品进行检查，发现问题及时上报药学部门及主管院长、上级监督部门。

九、对违反《放射性药品管理办法》的科室和个人，按照有关法规的规定处理。

文件名称	含兴奋剂药品管理制度				
文件编号	C01-ZD-017-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

含兴奋剂药品管理制度

一、为加强我院含兴奋剂药品的管理，杜绝药源性兴奋剂事件，根据《反兴奋剂条例》及相关的法律法规，制定本制度。

二、药库在购进含兴奋剂类物质的药品时，必须严格审核供货企业的资质，保证购进渠道的合法性。购进蛋白同化制剂、肽类激素时，必须从具有蛋白同化制剂、肽类激素经营资质的企业购进。

三、药库要加强对含兴奋剂类物质的药品验收，严格检查含兴奋剂类物质的药品包装标签和说明书是否用中文注明“运动员慎用”的字样，做好验收记录，未注明的不得入库。

四、临床医师在为患者开具含兴奋剂类物质药品处方时，要严格掌握适应症，合理用药。同时要认真核实患者身份，履行告知义务，对运动员要按规定签署知情同意书。

五、药师要加强含兴奋剂药品处方的审核，加强临床用药指导。对需拆零的兴奋剂药品，要在药袋上注明“运动员慎用”字样。同时对含兴奋剂处方要妥善保管，保存1年备查。

文件名称	易制毒化学品管理制度				
文件编号	C01-ZD-018-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

易制毒化学品管理制度

为加强易制毒化学品管理，防止流入非法渠道，根据中华人民共和国《药品类易制毒化学品管理办法》，结合我院实际制定本制度。

一、易制毒化学品，是指国家规定管制的可用于制造麻醉药品和精神药品的化学原料及制剂，药品类易制毒化学品是指《易制毒化学品管理条例》中所确定的麦角酸、麦角胺、麦角新碱以及麻黄素等类物质。

二、易制毒化学药品的购进由中心药库负责，购进时必须严格审核供货企业的资质，依法向公安机关禁毒机构允许经营并有备案的公司进行购买，保证购进渠道的合法性。

三、库房要加强对易制毒化学品的验收保管，做好验收记录，并单独存放。

四、科室领取易制毒化学品时，需有相关科室科主任批示，并有二人以上到库房签字领取。

五、药房的易制毒化学品要加强管理，单独存放，账目清楚、准确。严禁借药、换药，防止流失。

六、严格审核含易制毒化学品的处方，调配处方时除遵照处方管理规定外，一次调配不得超过5个最小包装。

七、需销毁的易制毒化学品，由部门负责人审核签字经院领导批准后由二人以上共同处理，并做好销毁记录。

八、各部门严格遵守本工作制度，严格操作程序，造成易制毒化学品外流的，将查找责任人，按照国家有关法律、法规进行处罚。

文件名称	高警示药品临床使用管理办法				
文件编号	C01-ZD-019-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

高警示药品临床使用管理办法

高警示药品是指由于使用错误而可能对病人造成严重伤害的药品。临床上一般指药理作用显著且迅速、易危害人体的药品，包括高浓度电解质、肌松药及细胞毒药品等。为促进高警示药品的合理使用，加强该类药品的监管，减少不良反应及药害事件的发生，制订本办法。

一、高警示药品的标识



该标识用于我院药库、药房及病区高警示药品的管理。可制成标贴粘贴在高警示药品储存处，以提示医务人员正确处置高警示药品。

二、高警示药品的储存与保管

(一) 药库、各调剂部门及护理站需设置专用药柜（药架）或专区存放高警示药品，不得与其他药品混合存放。

(二) 高警示药品存放药柜（药架）应标识醒目，粘贴专用标识，提醒药学及护理人员注意。

(三) 高警示药品实行专人管理。调剂室负责人指定药师以上技术职称专业技术人员负责高警示药品的养护、清点等工作。病区护士长指定专人负责本单元高警示药品的管理，保证高警示药品质量安全。护理单元高警示药品实行定量管理，每日核对，严格交接。

(四) 各部门需加强对高警示药品的效期管理，严格按照药品说明书进行贮存、保养，做到“先进先出”、“近效期先用”，确保药品质量。

三、高警示药品的调剂与使用

（一）医生在开具高警示药品时应严格掌握适应症，认真核对患者姓名、病历号、药品名称、药品剂量及给药途径等内容，严格按照法定给药途径和标准给药浓度给药。超出标准给药浓度的医嘱医生须加签字。

（二）高警示药品的调剂实行双人复核制度，并做到“四查十对”，确保调剂准确无误。

（三）护理单元须严格限定使用人员资质，实习护士、进修护士、试用期护士、助理护士、有执业资格的新入院三个月内的护士、有执业资格的入院三个月以上但不具备独立值班能力的护士不得独立进行高警示药品的配制与使用。

（四）护理人员执行高警示药品的医嘱时，应严格执行查对制度，并且行双人复核，确保配制与使用准确无误。

四、高警示药品的监管

（一）病区护理站原则上不常备高警示药品（抢救药除外），如确有需要，可少量存放，严格管理。

（二）临床药师应定期对高警示药品进行风险评估，加强高警示药品监测，及时收集、分析和总结国内外高警示药品用药差错案例，定期反馈给医护人员。

（三）药剂科定期对高警示药品目录进行更新，并将新引进高警示药品信息及时告知相关科室和护理单元。

（四）医院定期对高警示药品管理及使用情况进行督导检查，对检查中发现的问题及时分析、反馈、整改。

文件名称	易混淆药品管理制度				
文件编号	C01-ZD-020-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

易混淆药品管理制度

一、易混淆药品指包装相似、听似、看似药品、一品多规药品、多剂型药品等。

二、易混淆药品的标识



以上标识用于我院药库、药房及病区易混淆药品的管理，分别代表听似，包装相似、看似药品和一品多规、多剂型药品。可制成标贴粘贴在易混淆药品储存处，以提示医务人员正确处置易混淆药品。

三、易混淆药品的陈列：

（一）根据剂型不同，注射剂、内服药及外用药品分区摆放，分柜陈列。

（二）药名标签放置必须与陈列药品一一对应，字迹清晰。

（三）原则上易混淆药品应分开放置，避免同一排放置。

（四）对于听似、看似、多规、多剂型的易混淆药品应放置不同的“警示标识”，且全院统一。

四、易混淆药品的调剂：

调剂易混淆药品时，药师应遵循“四查十对”原则，应仔细核对药品名称、规格、剂型、产地等信息，确认无误后方能发放。

五、易混淆药品的使用：

护士在给患者使用易混淆药品时，亦应仔细核对药品名称、规格、剂型、产地等信息，确认无误后方能给药。

文件名称	临床药物治疗管理规定与程序				
文件编号	C01-ZD-021-02		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

临床药物治疗管理规定与程序

为加强药物临床应用管理，保证患者用药安全，根据相关的法律、法规、规章制度，结合我院实际，特制定我院临床用药管理制度与程序。

一、临床药物治疗是使用药物进行预防、诊断和治疗疾病的医疗过程，临床用药管理的目的是合理用药。临床医师、药师、护师等专业技术人员应当遵循安全、有效、经济的合理用药原则，加强协作，知识互补，组成治疗团队，共同为患者用药的安全性负责。

二、医院根据国家制定的“基本药物目录”、“国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录”，制定医院“处方集”和“医院基本用药供应目录”。药剂科在“医院基本用药供应目录”内组织有效的药品供应。

三、医务处按照相关规定对医师处方权限进行管理，处方权授予符合程序与规定。医院药房设有处方签字留样，药学人员须在核对处方签字后方可发药。

四、临床医师在临床药物治疗中应当遵循有关药物临床应用指导原则、临床路径、临床诊疗指南和药品说明书等合理使用药物；药师对医师处方、用药医嘱的适宜性进行审核。

五、在临床诊疗中，医师要制定合理用药方案，按照药品说明书用药，超出药品说明书范围用药，执行超说明书使用管理制度，并在病历中做出分析记录。

六、尊重患者对药品使用的知情权和隐私权。使用自费药品或乙类药品，以及扩展用药需经患者或家属签字同意。

七、开具抗菌药物应按照我院《抗菌药物临床应用实施细则》和抗菌药物分级管理制度执行。

八、开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品等按照医院相关管理规定执行。

九、为确保需要时得到急救用药，各病区和医技检查科室应配备必要的急救药品。护理部与药剂科按照医院急救、备用药品管理制度，负责进行监管。



十、医院建立临床用药监测、评价和超常预警制度，对药物临床使用安全性、有效性和经济性进行监测、分析、评估，实施处方和用药医嘱点评与干预。

十一、医院建立药品不良反应、用药错误和药品损害事件监测报告制度。临床科室发现药品不良反应、用药错误和药品损害事件后，应当积极救治患者，立即向药学部门报告，并做好观察与记录。医院按照国家有关规定向相关部门报告药品不良反应，用药错误和药品损害事件。

十二、医院应当结合临床和药物治疗，开展临床药学和药学研究工作，并提供必要的工作条件，制订相应管理制度，加强领导与管理。

文件名称	优先使用国家基本药物规定				
文件编号	C01-ZD-022-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2020年4月

优先使用国家基本药物规定

为了进一步规范国家基本药物使用和管理，保障人民群众基本用药，根据国务院办公厅《关于完善国家基本药物制度的意见》（国办发〔2018〕88号），国家卫健委《关于进一步加强公立医疗机构基本药物配备使用管理的通知》及我省我市有关文件要求，结合我院实际，制定本规定。

一、《国家基本药物目录》中的药品应优先纳入《医院基本用药供应目录》，医院基本药物配备占比逐步达到60%以上，同时需符合一品两规原则。

二、基本药物保管、购进、不良反应的监督管理应遵守国家药品管理法律、法规、规章。

三、临床医师必须按照《国家基本药物临床应用指南》和《基本药物处方集》指导临床合理用药。临床医师在用药选择上应优先使用国家基本药物。

四、药学部门加强药事行政管理，要完善医师处方、药师调剂监督检查和药师审核处方制度，医务处每年至少组织一次对临床医师、药师进行基本药物合理使用的培训，鼓励医师优先合理使用基本药物，发挥临床药师在参与临床药物治疗和规范临床用药行为的作用，为安全、有效、经济的合理用药提供保障。

五、医师和药师要根据患者病情，合理开具和调剂所需药品，对药品的有关情况有告知义务。患者有权知悉处方所列药品的相关信息，有优先选择治疗效果相同或相近基本药物权利。

六、药事管理与药物治疗学委员会加强合理用药舆论宣传与教育引导工作，提高公众合理用药意识，普及公众合理用药常识，改变不良用药行为，提高城乡居民对基本药物的认知度和信赖度，形成有利于基本药物制度实施的良好社会氛围。

文件名称	优先使用国家基本药物的具体措施及监督考评办法				
文件编号	C01-ZD-023-02		发布部门	医务处、药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2020年4月

优先使用国家基本药物的具体措施及监督考评办法

为进一步贯彻落实国家基本药物制度，促进合理使用管理基本药物，有效控制药品费用增长，减轻患者就医负担，根据国务院办公厅《关于完善国家基本药物制度的意见》（国办发〔2018〕88号），国家卫健委《关于进一步加强公立医疗机构基本药物配备使用管理的通知》（国卫药政发〔2019〕1号）及我省、市有关文件要求，结合等级医院评审要求，修订定我院优先使用国家基本药物的管理措施及监督考评办法。

一、落实基本药物全面配备，确保基本药物主导地位。按照基本药物“突出基本、防治必需、保障供应、优先使用、保证质量、降低负担”的功能定位，医院逐步完善《基本用药供应目录》和《处方集》中的药品配备，以国家基本药物为主，使我院基本药物配备占比逐步达到60%以上，同时符合一品两规原则。

二、提升基本药物使用占比。临床医师在临床药物治疗过程中，使用同类药品时，在保证药效前提下应当优先选用国家基本药物。基本药物使用金额比例及处方比例应当逐年提高，基本药物使用金额占比逐步达到40%以上。

三、做好基本药物供应管理。药剂科在采购药品时，按照药品集中采购信息系统中的标识优先采购基本药物。医院在信息系统中对基本药物进行标识，每月对基本药物采购品种占比和金额占比进行统计上报。同时积极落实短缺药品监测应对要求，对短缺药品信息及时确认、分析评估、制定替代策略等，更好满足临床合理用药需求。

四、确保基本药物优先合理使用。临床医师在实施临床路径和诊疗指南的过程中应当首选基本药物，按照《国家基本药物临床应用指南》和《基本药物处方集》合理用药。医师使用基本药物出现的超常处方和医嘱，严格按《医院处方点评管理实施细则》等执行。对违反国家基本药物制度的处方和医嘱，药房将不给予发药。

五、开展基本药物监测评价

（一）以基本药物等为重点开展药品使用监测。对配备品种、使用数量、采购价格、供应配送等信息实施动态管理，加强数据分析利用，为药品供应保障、合理使用等政策制定提供循证依据。

（二）开展药品临床综合评价。建立药品临床综合评价机制，以基本药物为重点，优先考虑儿童用药、心血管病用药和抗肿瘤用药等重大疾病用药，重点对基本药物临床使用的安全性、有效性、经济性等开展综合评价，并将评价结果应用于医院药品采购目录制定、药品临床合理使用、药学服务、控制不合理药品费用支出等方面。

（三）加强基本药物使用情况评估。严格处方评价管理制度，每月抽查与点评各临床科室的处方和医嘱，了解各科室对国家基本药物制度的实施情况，对基本药物处方和处方调剂指标执行情况进行检查、统计分析，为基本用药目录的动态调整政策的不断完善提供依据。

（四）鼓励医师优先合理使用基本药物，建立责任追究机制，对未按照规定使用基本药物的科室与医师，参照医院不合理用药的相关规定进行处理。

六、使用国家基本药物的考核与奖惩

（一）基本药物金额比排名：各临床科室使用基本药物金额不得低于科室药品使用总额的40%。医院每月对各临床科室使用国家基本药物金额比进行排名，对基本药物金额比达标的科室，给予通报表扬。对金额比不达标的科室和不合理用药的医师给予通报批评，严重情况予以经济处罚。

（二）优先使用国家基本药物情况列入科室绩效考核范围，并对不达标科室进行相应的质量裁决。

（三）执业医师有下列行为之一的给予通报批评，并由医务处对医师和科主任进行诫勉谈话。

1. 故意不使用基本药物。
2. 不按照《处方管理办法》规定和《国家基本药物处方集》和《国家基本药物临床应用指南》相关要求开具处方的。
3. 不能正确引导患者接受基本药物治疗。故意制造医患矛盾和纠纷的。

文件名称	抗菌药物临床应用管理办法和实施细则				
文件编号	C01-ZD-024-05		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

抗菌药物临床应用管理办法和实施细则

为进一步加强我院抗菌药物临床应用管理，规范抗菌药物临床应用行为，控制细菌耐药，保障医疗质量和患者安全，根据原卫生部《抗菌药物临床应用管理办法》（卫生部 2012 年第 84 号令）、国家卫计委《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》（国卫办医发〔2015〕42 号）、《抗菌药物临床应用指导原则 2015 年版》（国卫办医发〔2015〕43 号）（简称《指导原则》）等法规和文件要求，结合我院工作实际，修订本管理办法和实施细则。

一、总则

（一）抗菌药物临床应用管理的宗旨，是根据《抗菌药物临床应用管理办法》的要求，通过科学化、规范化、常态化的管理，促进抗菌药物合理使用，减少和遏制细菌耐药，安全、有效、经济地治疗患者。

（二）抗菌药物的应用应当遵循“安全、有效、经济”的原则并实行分级管理。根据安全性、疗效、细菌耐药性、价格等因素，将抗菌药物分为三级管理：非限制使用级、限制使用级和特殊使用级。

（三）本办法和实施细则所称抗菌药物是指治疗细菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、真菌等病原微生物所致感染性疾病的药物。不包括各种病毒所致感染性疾病和寄生虫病的治疗药物。

（四）本办法适用于全院抗菌药物临床应用管理工作。

二、建立抗菌药物临床应用管理体系

抗菌药物临床应用管理是以促进抗菌药物使用安全、有效、经济等目的，对我院抗菌药物的采购供应、临床应用、检测等全过程所开展的各种监督管理，技术支持与持续改进。抗菌药物应用管理体系分为院、科两级：院长为医院抗菌药物临床应用管理第一责任人；临床科室主任为科室抗菌药物临床应用管理的直接责任人。

（一）设立和完善抗菌药物管理工作组

医院抗菌药物管理工作组（以下简称管理工作组）由医务、感染、药学、临床微生物、医院感染管理、信息、质量控制、护理等多学科专家组成，抗菌药物管理工作是多部门、多学科的共同合作，各部门职责、分工明确。管理工作组下设办公室，办公室设在医务处，负责抗菌药物管理具体工作。

工作职责：

1. 贯彻执行抗菌药物管理相关的法律、法规、规章，制定我院抗菌药物工作制度并监督实施；
2. 审议我院抗菌药物供应目录，制定抗菌药物临床应用相关技术性文件并组织实施；
3. 对我院抗菌药物临床应用与细菌耐药情况进行监测，定期分析、评估、上报监测数据并发布相关信息，提出干预和改进措施；
4. 对医务人员进行抗菌药物管理相关法律、法规、规章制度和技术规范培训，组织对患者合理使用抗菌药物的宣传教育。

（二）建立抗菌药物临床应用管理专业技术团队

建立和完善抗菌药物临床应用管理专业技术指导小组（以下简称指导小组）。指导小组由感染性疾病、药学（尤其临床药学）、临床微生物、医院感染管理等相关专业组成。

工作职责：

1. 为抗菌药物临床应用管理提供专业技术支持。
2. 对临床科室抗菌药物临床应用进行技术指导和咨询。
3. 完成特殊使用级抗菌药物会诊工作。
4. 为医务人员和下级医疗机构提供抗菌药物临床应用相关专业培训。

（三）抗菌药物管理相关科室责任分工：

（一）医务处职责：

1. 负责本院抗菌药物日常管理工作。建立和监督抗菌药物临床应用分级工作制度的制定和实施，负责考核和审批抗菌药物分级使用权限、抗菌药物处方权限、抗菌药物调剂权限。
2. 负责组织对医务人员进行有关抗菌药物管理法律、法规、规章制度的教育培训，监督落实培训效果。
3. 负责组织相关科室开展抗菌药物临床应用监测工作，每月对院、科两级抗菌药物临床应用情况开展调查。充分运用信息化手段，重点对抗菌药物使用量、使用强度及变化趋势，革



兰氏阳性、阴性杆菌耐药形势、变化趋势以及抗菌药物使用合理性等进行监测和评价。定期发布监测结果，根据监测结果及时发布相关预警信息，指导临床做好抗菌药物品种的选择和使用。

4. 依据药剂科对多重耐药菌预警信息，参与医院感染管理科、护理部、药剂科、检验科、感染性疾病科医师组织的多部门多重耐药菌控制协作联席会议，采取有效的干预措施，降低多重耐药菌发生。

5. 根据抗菌药物临床应用相关管理办法，对抗菌药物使用不当或错误的当事人及临床科室采取公示、诫勉谈话、质量裁决等措施管理，落实责任追究制度。创新模式，持续提高抗菌药物临床应用管理水平。

6. 医务处与质控办共同制定抗菌药物临床应用质量和绩效考核管理办法（另行发放）

（二）药剂科职责：

1. 执行抗菌药物遴选和定期评估制度，确保抗菌药物的规范性采购与供应；建立本院抗菌药物处方集和基本用药供应目录；负责组织讨论并确定本院抗菌药物目录（≤ 50 种）及分级管理目录。

2. 协助医务处对医务人员进行有关抗菌药物临床应用技术规范的教育培训，监督落实培训效果。

3. 每月完成抗菌药物临床应用情况监测；并向全国抗菌药物临床应用监测网报送抗菌药物临床应用相关数据信息。

4. 每月对抗菌药物处方、医嘱实施专项点评；负责对抗菌药物临床使用异常情况开展调查，提出干预和改进措施。

5. 协助医院感染管理科负责定期分析、建立细菌耐药预警机制，提出干预和改进措施。

6. 负责抗菌药物临床应用逐级排序（包括使用量、金额）工作。

（三）感染管理与疾病预防控制处职责：

1. 负责监测治疗性使用抗菌药患者微生物送检率及定期反馈。

2. 督促检验科对全院细菌耐药情况进行监测，依据多重耐药菌分布情况，对相应科室多重耐药菌预防隔离措施的落实进行检查，指导存在质量缺陷的科室采取改进措施。

3. 依据药剂科对多重耐药菌预警信息，适时协调医务处、护理部、药剂科、检验科、感染性疾病科医师召开多部门多重耐药菌控制协作联席会议，采取有效的干预措施，降低多重耐药菌发生。

4. 加强重点部位医院感染监测，查找医院感染隐患，制定改进措施，为合理应用抗菌药物做好基础保障工作。

（四）感染性疾病科职责：

1. 负责对全院各临床科室抗菌药物临床应用进行技术指导及培训。
2. 感染性疾病科医师参加院内包括细菌感染在内的各类疑难感染性疾病会诊，依据医院菌群分布及细菌耐药监测预警信息，做好临床特殊使用级抗菌药物临床应用会诊指导工作；
3. 参与医院感染控制和抗菌药物临床应用管理。采取综合措施，努力提高微生物标本质量，提高送检比例，保障检测结果的准确性，并依据临床微生物标本检测结果合理选用和调整抗菌药物。

（五）计算机技术与信息管理中心职责：

1. 抗菌药物工作制度、各类临床指南、监测数据等相关信息的发布；抗菌药物合理应用与管理的网络培训与考核。
2. 实现医师抗菌药物处方权限和药师抗菌药物处方调剂资格管理。
3. 逐步实施电子处方系统，整合患者病史、临床微生物检查报告、肝肾功能检查结果、药物处方信息和临床诊治指南等形成电子化抗菌药物处方系统，根据条件自动过滤出不合理使用的处方、医嘱；辅助药师按照《处方管理办法》进行处方、医嘱的审核，促进合理用药。
4. 实现院、科两级抗菌药物使用率、使用强度等指标信息化手段实时统计、分析、评估和预警。

（六）护理部职责：

1. 加强围手术期护理质量管理，定期对外科系统围手术期工作进行检查、评价，做到持续改进。
2. 督促、指导科室落实《围手术期护理质量标准》并不断改进。
3. 落实手卫生工作，提高护理人员手卫生依从性。
4. 严格无菌技术操作，定期对护理人员进行各种技能培训。
5. 做好预防交叉感染的环节管理，例如：空气、物表、床单元、病号服等细节管理。
6. 定期召开协调会议，以问题为抓手，共同改进工作。

（七）检验科细菌室职责：

1. 临床微生物室开展微生物培养、分离、鉴定和药物敏感试验等工作，提供病原学诊

断和细菌耐药技术支持。

2. 负责本院常见致病菌分布和耐药监测工作，每月向医院感染管理科和临床药物研究室报告检测结果；参与抗菌药物临床应用管理工作。

3. 按照要求向全国细菌耐药监测网报送耐药菌分布和耐药情况等相关信息。

（八）临床科主任职责：

1. 组织本科室人员参加抗菌药物相关知识培训，并不断强化学习，保障全科医务人员熟知抗菌药物临床应用法律法规及业务基本知识，为抗菌药物临床应用做好准备工作。

2. 确保本科抗菌药物临床应用指标达标。

3. 参加本院抗菌药物合理应用监督检查工作（处方及医嘱点评、用药合理性分析等、各项制度落实情况的互查等）。

4. 收集抗菌药物临床应用过程中的问题、提出合理化建议并及时报告。

三、抗菌药物临床应用实行分级管理

抗菌药物临床应用的分级管理是抗菌药物管理的核心策略，有助于减少抗菌药物过度使用，降低抗菌药物选择性压力，延缓细菌耐药性上升趋势。医院建立健全抗菌药物临床应用分级管理制度与目录，按照“非限制使用级”、“限制使用级”和“特殊使用级”的分级原则，明确各级抗菌药物临床应用的指征，落实各级医师使用抗菌药物的处方权限。

（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，将抗菌药物分为三级。

1. 非限制使用级：经长期临床应用证明安全、有效，对病原菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。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。

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

3. 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；价格昂贵的抗菌药物。

（二）抗菌药物分级管理目录制定及处方权限管理

1. 根据河北省卫生厅《河北省抗菌药物临床应用分级管理目录（试行）》（冀卫医〔2012〕87号）文件要求，结合我院实际情况，制定了《承德市中心医院抗菌药物临床应用

分级管理目录》。

2. 处方权限

根据《抗菌药物临床应用管理办法》规定，医院每年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的培训，经医院培训并考核合格后，按专业技术职称授予医师相应处方权和药师抗菌药物处方调剂资格。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。药师经培训并考核合格后，方可获得抗菌药物调剂资格。

（三）抗菌药物临床应用

1. 临床应用抗菌药物必须遵循国家卫计委《抗菌药物临床应用指导原则》（2015版），根据感染部位、严重程度、致病菌种类以及细菌耐药情况、患者病理生理特点、药物价格等因素综合考虑，参照“各类细菌性感染的治疗原则及病原治疗”，对轻度与局部感染患者应首先选用非限制使用级抗菌药物进行治疗；严重感染、免疫功能低下者合并感染或病原菌只对限制使用级或特殊使用级抗菌药物敏感时，可选用限制使用级或特殊使用级抗菌药物治疗。

2. 特殊使用级抗菌药物的选用从严控制。临床应用特殊使用级抗菌药物应当严格掌握用药指征，经医院特殊使用级抗菌药物会诊专家组会诊同意后，按程序由具有相应处方权医师开具处方。主管医师与会诊医师共同完成《特殊使用级抗菌药物临床使用会诊表》，存入住院病历中。

3. 特殊使用级抗菌药物不得在门诊使用。

4. 有下列情况之一可考虑越级应用特殊使用级抗菌药物：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特殊使用级抗菌药物敏感的感染。使用时间限定在24小时之内，其后需要补办申办手续并由具有处方权限的医师完善处方手续。

5. 严格控制门诊患者静脉输注使用抗菌药物比例。

四、加强病原微生物检测与细菌耐药监测管理

（一）加强病原微生物检测工作，提高病原学诊断水平

医师应根据临床微生物标本检测结果合理选用抗菌药物，因此需要不断提高微生物标本尤其无菌部位标本的送检率和标本合格率，提高病原学诊断的能力、效率和准确性。促进目标治疗、减少经验治疗，以达到更有针对性的治疗目的。全院接受抗菌药物治疗的住院患者

抗菌药物使用前微生物送检率应大于 50%；接受限制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大于 50%；接受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大于 80%；发生医院感染的患者，医院感染诊断相关病原学送检率不低于 90%；接受两个或以上重点药物联用的住院患者，联合使用前病原学送检率应达到 100%。

（二）细菌耐药监测

细菌耐药监测有助于掌握临床重要病原菌对抗菌药物的敏感性，为抗感染经验治疗、耐药菌感染防控、以及抗菌药物的遴选提供依据。医院临床微生物室应对本院常见病原微生物（重点为细菌）的耐药性进行动态监测，以季度为单位在院内网定期公布监测数据，定期报送地区和全国细菌耐药监测网。医院临床微生物室要按照医院细菌耐药情况，设定重点监测耐药菌，定期向临床科室发布耐药警示信息，耐药警示信息遵循以下原则：

1. 主要目标细菌耐药率超过 30% 的抗菌药物，应及时将预警信息通报全院医务人员；
2. 主要目标细菌耐药率超过 40% 的抗菌药物，应当慎重经验用药；
3. 主要目标细菌耐药率超过 50% 的抗菌药物，应当参照药敏试验结果选用；
4. 主要目标细菌耐药率超过 75% 的抗菌药物，应当暂停针对此目标细菌的抗菌药物的临床应用，根据追踪细菌耐药监测结果，再决定是否恢复其临床应用。

（三）临床医师应当根据临床微生物标本检测结果合理选用抗菌药物。

临床微生物标本检测结果未出具前，临床医师可以根据当地和本院细菌耐药监测情况经验选用抗菌药物，临床微生物标本检测结果出具后根据检测结果进行相应调整。

五、加强各级人员抗菌药物临床应用和管理培训

（一）医院抗菌药物管理办公室负责组织对执业医师和药师进行抗菌药物使用知识和规范化管理的培训及考核。

执业医师经考核合格后取得抗菌药物处方权，药师经考核合格后取得抗菌药物调剂资格。提倡遵循本《指导原则》和基于循证医学证据的感染性疾病诊治指南，严格掌握抗菌药物尤其联合应用的适应证，争取目标治疗，减少经验治疗，确保抗菌药物应用适应证、品种选择、给药途径、剂量和疗程对患者是适宜的。

（二）培训和考核内容应包括：

1. 《药品管理法》等相关法律法规以及《抗菌药物临床应用指导原则 2015 年版》等规范性文件。

2. 医院抗菌药物临床应用及工作制度；

3. 将抗菌药物治疗性应用的基本原则；抗菌药物预防性应用的基本原则；抗菌药物在特殊病理、生理状况患者中应用的基本原则及各类细菌性感染应用抗菌药物经验性治疗原则作为各临床科室医师定期考核和不定期考核的重点内容。

4. 抗菌药物不良反应的防治。

六、抗菌药物使用合理性评估、督导、干预与持续改进

（一）医院根据实际使用情况及各临床科室不同专业特点，设定了医院和科室的抗菌药物临床应用管理评价指标，并根据国家相关政策及医院管理情况进行调整；对抗菌药物使用趋势进行分析。

（二）开展抗菌药物处方、医嘱的专项点评

抗菌药物管理办公室组织医疗、药学、感染、临床微生物、医疗管理等多学科、多部门技术及管理人员对抗菌药物处方（医嘱）按月实施专项点评，每月接受处方点评医师比例大于 25%，每位接受处方点评医师被点评的处方（医嘱）数量不少于 50 张处方（或 50 条医嘱）。重点关注特殊使用级抗菌药物、围手术期（尤其是 1 类切口手术的预防用药品种选择、疗程、时机合理率）以及重症医学科、血液科、呼吸科等科室抗菌药物的合理应用。

（三）干预与持续改进

1. 根据点评结果对不合理使用抗菌药物的突出问题在全院范围内进行通报，对责任人进行告知和诫勉谈话，对问题频发的责任人，按照有关法律法规和《抗菌药物临床应用管理办法》规定进行处罚。

2. 建立我院抗菌药物临床应用情况月度排名、内部公示和报告制度。

3. 抗菌药物管理办公室根据抗菌药物临床应用有关规定及临床科室抗菌药物控制指标情况，对临床科室主任、问题频发的责任人、所在科室进行质量和绩效评价。

4. 抗菌药物管理办公室根据综合检查结果，研究制定针对性的临床用药质量管理等药事管理改进措施，并责成相关部门和科室予以落实。

5. 抗菌药物管理办公室对存在问题的相关科室、个人进行重点监测以跟踪其改进情况，通过监测 - 反馈 - 干预 - 追踪模式，促进抗菌药物临床应用的持续改进。

6. 对问题频发并有较为严重后果的责任人，按照有关法律法规和《抗菌药物临床应用管理办法》规定处罚。

文件名称	抗菌药物临床应用监测与评价制度				
文件编号	C01-ZD-025-02			发布部门	医务处、药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

抗菌药物临床应用监测与评价制度

为加强我院抗菌药物临床应用管理，提高抗菌药物合理用药水平，根据国家卫生部门的有关规定，结合我院实际情况，制定我院抗菌药物临床应用监测与评价制度。

一、医院药事管理与药物治疗学委员会和抗菌药物管理工作组负责全院抗菌药物临床应用监测工作，分析我院及临床各专业科室抗菌药物使用情况，评估抗菌药物使用适宜性；对抗菌药物使用趋势进行分析，对抗菌药物不合理使用情况及时采取有效干预措施。

二、外科手术预防使用抗菌药物应当在术前 30 分钟至 1 小时内，清洁手术用药时间不得超过 24 小时。I 类切口手术预防性使用抗菌药物不超过 30%，住院患者抗菌药物使用率不超过 60%，门诊患者抗菌药物使用率不超过 20%。逐步达到全院抗菌药物使用强度不超过 40DDD 值的目标。

三、开展细菌耐药监测工作，定期发布细菌耐药信息，建立细菌耐药预警机制，采取相应措施。对接受抗菌药物治疗患者，微生物检验样本送检率不得低于 30%。为给临床提供用药参考，检验科负责统计各病区致病菌分布及药敏资料，由感染科每季度向全院发布。

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

（二）对主要目标细菌耐药率超过 40% 的抗菌药物，应当慎重经验用药。

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

（四）对主要目标细菌耐药率超过 75% 的抗菌药物，应当暂停临床应用，根据追踪细菌耐药监测结果，再决定是否恢复临床应用。

四、医务处每月要对医院抗菌药物临床应用指标进行监测，及时掌握医院抗菌药物监测指标变化情况及临床抗菌药物使用动态，对超常使用的抗菌药物进行预警及干预。

五、药剂科每月要组织人员对门诊处方及住院医嘱开展抗菌药物专项点评，对不合理使

用抗菌药物的处方和医嘱进行分析，对不合理用药的医生及科室进行通报。

六、医院抗菌药物管理工作组按规定对以下抗菌药物临床应用异常情况开展调查，并根据不同情况作出处理：

（一）使用量异常增长的抗菌药物；

（二）半年内使用量始终居于前列的抗菌药物；

（三）经常超适应证、超剂量使用的抗菌药物；

（四）企业违规销售的抗菌药物；

（五）频繁发生严重不良反应的抗菌药物。医院按规定加强对抗菌药物生产、经营企业在本机构促销活动的监管，对违规促销的企业，应当及时采取警告、暂停进药、清退等措施。

七、抗菌药物管理工作组对纳入《抗菌药物采购供应目录》的采购品种要进行临床评价，内容包括该药物的不良反应监测结果，临床疗效评价结果，临床用量等情况。

八、监察科每季度要对抗菌药物的使用情况进行逐级排序，对销售金额前十位的抗菌药物及医生进行公示，对不合理用药的医生及科室要进行诫勉谈话。

九、不良反应发生率频繁、安全性低、效价低的品种，根据临床药师填写药品不良反应监测报告，经抗菌药物管理工作组、药事管理与药物治疗学委员会经调查评估，决定是否继续使用。

文件名称	限制使用级和特殊使用级抗菌药物临床应用程序与责任制管理				
文件编号	C01-ZD-026-03		发布部门	医务处、药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

限制使用级和特殊使用级抗菌药物临床应用程序与责任制管理

为进一步贯彻《抗菌药物临床应用管理办法》，严格执行抗菌药物分级管理制度，规范限制使用级和特殊使用级抗菌药物临床应用，特制定此应用程序与责任制管理。

一、限制使用级抗菌药物使用条件和程序包括：临床选用应遵循《抗菌药物临床应用指导原则》，根据感染部位、严重程度、致病菌种类以及细菌耐药情况、患者病理生理特点、药物价格等因素加以综合分析考虑。

（一）严重感染、免疫力能低下者合并感染，或病原菌只对限制使用级抗菌药物敏感时，才可选用限制使用抗菌药物治疗；

（二）要求使用限制使用级抗菌药物的微生物标本送检率在 50% 以上；

（三）使用限制使用级抗菌药物应经具有主治医师以上专业技术职务任职资格的医师开具。

（四）紧急情况下需越级使用的，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。

二、特殊使用级抗菌药物使用条件和程序包括：特殊使用级抗菌药物选用应从严控制，患者病情需要应用特殊使用级抗菌药物，应具备严格临床用药指征或确凿依据。

（一）有药敏试验支持；

（二）经科室讨论和有关专家会诊同意；

（三）使用特殊使用级抗菌药物的微生物标本送检率在 80% 以上；

（四）处方需经具有副高级以上专业技术职务任职资格医师开具；

（五）填写特殊使用级抗菌药物会诊审批表，报抗菌药物专家组成员批准。

（六）紧急情况下未经会诊同意或需越级使用的，处方量不得超过 1 日用量，并详细记录用药指证，做好相关病历记录，并于 24 小时内补办使用特殊使用级抗菌药物的相关手续。

三、责任制管理：

(一) 以上权限的控制，在应用程序上实行电脑程序严格把关，医院药学部门通过信息系统维护，将本院抗菌药物做标识，分为非限制使用级抗菌药物；限制使用级抗菌药物；特殊使用级抗菌药物。各级医师抗菌药物处方权限受电子医嘱系统权限控制，一般情况下医师无法越权开具抗菌药物。门诊医师无法开具特殊使用级抗菌药物。

(二) 特殊情况下越级使用抗菌药物需经审批临时权限后方可开具相应医嘱。临时权限在 24 小时内有效，且处方限 1 日用量。

(三) 医院药事管理和药物治疗学委员会和医院感染管理委员会共同负责承担抗菌药物管理，并由医务处、质控办、药剂科、院感处、护理部、检验科及临床科室负责人及相关人员组成抗菌药物临床应用管理小组各负其责，具体实施。严格控制不良反应明显、细菌过快产生耐药而导致严重后果及价格昂贵的特殊使用抗菌药物进入临床。

(四) 医院药事管理与药物治疗学委员会每季度进行检查，总结反馈。对于出现抗菌药物超常处方 3 次以上且无正当理由医师提出警告、限制其特殊使用级和限制使用级抗菌药物处方权；限制处方权后，仍连续出现 2 次以上超常处方且无正当理由的，取消其抗菌药物处方权。对于抗菌药物培训考核不合格的；未按照规定开具抗菌药物处方造成严重后果的；未按照规定使用抗菌药物造成严重后果的；开具抗菌药物处方牟取私利的医师，要取消其抗菌药物处方权。

申请医师填写《特殊使用级抗菌药物会诊表》



组织全科讨论记录结论并由科主任签字，并邀请专家会诊



会讨论抗菌药物使用的品种、方法、时间、剂量的事项



由具有资质的医师开具医嘱



经审批同意后再在药房取药



执行医嘱，在病程记录上记录会诊内容，会诊单留病历保存

文件名称	围手术期抗菌药物预防应用管理规定				
文件编号	C01-ZD-027-02		发布部门	医务处、药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

围手术期抗菌药物预防应用管理规定

为进一步加强外科手术抗菌药物预防性应用的管理，规范抗菌药物使用行为，根据国家卫计委《抗菌药物临床应用指导原则》（2015年版）、《抗菌药物临床应用管理办法》等，重新修订我院围手术期抗菌药物预防应用管理规定。

一、外科手术预防用药的目的在于预防手术部位感染，包括浅表切口感染、深部切口感染和手术所涉及的器官/腔隙感染，但不包括与手术无直接关系的、术后可能发生的其他部位感染。

二、预防用药原则应根据手术切口类别、手术创伤程度、可能的污染细菌种类、手术持续时间、感染发生机会和后果严重程度、抗菌药物预防效果的循证医学证据、对细菌耐药性的影响和经济学评估等因素，综合考虑决定是否预防用抗菌药物。

三、清洁手术（I类切口）手术脏器为人体无菌部位，局部无炎症、无损伤，也不涉及呼吸道、消化道、泌尿生殖道等人体与外界相通的器官。手术部位无污染，通常不需预防用抗菌药物。如疝修补术、甲状腺手术、乳腺手术、血管造影术、纤维瘤切除术、内固定物取出术、静脉曲张高位结扎术、淋巴结活检术、肾活检术、介入诊断等。

四、下列手术可考虑预防应用抗菌药物

（一）清洁手术（I类切口）存在以下高警示因素时可考虑预防用药：1. 手术范围大、时间长、污染机会增加如截肢术等；2. 手术涉及重要脏器，一旦发生感染将造成严重后果者，如头颅手术、心脏手术、眼内手术、肝脏手术等；3. 异物植入手术，如人工心瓣膜植入、永久性心脏起搏器放置、人工关节置换等；4. 高龄或免疫缺陷者等高警示人群。如年龄 ≥ 75 岁、免疫缺陷者、严重贫血、长期应用激素或其他免疫抑制剂、合并糖尿病、低蛋白血症、白细胞低下者、营养不良、存在有1个或多个脏器衰竭或功能不全的基础疾病等患者。

（二）清洁-污染手术（II类切口）：由于手术部位存在大量人体寄殖菌群，手术时可

能污染手术部位引致感染，故此类手术通常需预防用抗菌药物。如上、下呼吸道、上、下消化道、泌尿生殖道手术，或经以上器官的手术，如经口咽部大手术、经阴道子宫切除术、经直肠前列腺手术，以及开放性骨折或创伤手术。

(三) 污染手术(Ⅲ类切口)：由于胃肠道、尿路、胆道体液大量溢出或开放性创伤未经扩创等已造成手术部位严重污染的手术。此类手术需预防用抗菌药物。

(四) 污秽-感染手术(Ⅳ类切口)：在手术前即已开始治疗性应用抗菌药物，术中、术后继续，此不属预防应用范畴。

手术切口类别定义

切口类别	定义
I类切口 (清洁手术)	手术不涉及炎症区，不涉及呼吸道、消化道、泌尿生殖道等人体与外界相通的器官
II类切口 (清洁-污染手术)	上、下呼吸道，上、下消化道，泌尿生殖道手术，或经以上器官的手术，如经口咽部手术、胆道手术、子宫全切除术、经直肠前列腺手术，以及开放性骨折或创伤手术等
III类切口 (污染手术)	造成手术部位严重污染的手术，包括：手术涉及急性炎症但未化脓区域；胃肠道内容物有明显溢出污染；新鲜开放性创伤但未经及时扩创；无菌技术有明显缺陷如开胸、心脏按压者
IV类切口 (污秽-感染手术)	有失活组织的陈旧创伤手术；已有临床感染或脏器穿孔的手术

注：1. 按照指导原则均采用以上分类。而目前我国在病案首页中将手术切口分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ类，其Ⅰ类与本指导原则中Ⅰ类同，Ⅱ类相当于指导原则中Ⅱ、Ⅲ类，Ⅲ类相当于指导原则中Ⅳ类。参考指导原则时应注意两种分类的区别。

2. 病案首页0类系指体表无切口或经人体自然腔道进行的操作以及经皮腔镜操作。

五、预防用药选择

(一) 根据手术切口类别、可能的污染菌种类及其对抗菌药物敏感性、药物能否在手术部位达到有效浓度等综合考虑。

(二) 选用对可能的污染菌针对性强、有充分的预防有效的循证医学证据、安全、使用方便及价格适当的品种。

(三) 应尽量选择单一抗菌药物预防用药，避免不必要的联合使用。预防用药应针对手术路径中可能存在的污染菌。如心血管、头颈、胸腹壁、四肢软组织手术和骨科手术等经皮肤的

手术，通常选择针对金黄色葡萄球菌的抗菌药物。结肠、直肠和盆腔手术，应选用针对肠道革兰阴性菌和脆弱拟杆菌等厌氧菌的抗菌药物。

(四) 头孢菌素过敏者，针对革兰阳性菌可用万古霉素、去甲万古霉素、克林霉素；针对革兰阴性杆菌可用氨曲南、磷霉素或氨基糖苷类。

(五) 对某些手术部位感染会引起严重后果者，如心脏人工瓣膜置换术、人工关节置换术等，若术前发现有耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）定植的可能或者该机构 MRSA 发生率高，可选用万古霉素、去甲万古霉素预防感染，但应严格控制用药持续时间。

(六) 不应随意选用广谱抗菌药物作为围手术期预防用药。鉴于国内大肠埃希菌对氟喹诺酮类药物耐药率高，应严格控制氟喹诺酮类药物作为外科围手术期预防用药。

(七) 常见围手术期预防用抗菌药物的品种选择，见下表：抗菌药物在围手术期预防应用的品种选择。

抗菌药物在围手术期预防应用的品种选择 [1, 2]

手术名称	切口类别	可能的污染菌	抗菌药物选择
脑外科手术（清洁，无植入物）	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素 [3]，MRSA 感染高发医疗机构的高警示患者可用（去甲）万古霉素
脑外科手术（经鼻窦、鼻腔、口咽部手术）	II	金黄色葡萄球菌，链球菌属，口咽部厌氧菌（如消化链球菌）	第一、二代头孢菌素 [3] ± [5] 甲硝唑，或克林霉素 + 庆大霉素
脑脊液分流术	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素 [3]，MRSA 感染高发医疗机构的高警示患者可用（去甲）万古霉素
脊髓手术	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素
眼科手术（如白内障、青光眼或角膜移植、泪囊手术、眼穿通伤）	I、II	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	局部应用妥布霉素或左氧氟沙星等
头颈部手术（恶性肿瘤，不经口咽部黏膜）	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素
头颈部手术（经口咽部黏膜）	II	金黄色葡萄球菌，链球菌属，口咽部厌氧菌（如消化链球菌）	第一、二代头孢菌素 [3] ± [5] 甲硝唑，或克林霉素 + 庆大霉素

手术名称	切口类别	可能的污染菌	抗菌药物选择
颌面外科（下颌骨折切开复位或内固定，面部整形术有移植物手术，正颌手术）	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素
耳鼻喉科（复杂性鼻中隔鼻成形术，包括移植）	II	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素
乳腺手术（乳腺癌、乳房成形术，有植入物如乳房重建术）	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌，链球菌属	第一、二代头孢菌素
胸外科手术（食管、肺）	II	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌，肺炎链球菌，革兰阴性杆菌	第一、二代头孢菌素
心血管手术（腹主动脉重建、下肢手术切口涉及腹股沟、任何血管手术植入人工假体或异物，心脏手术、安装永久性心脏起搏器）	I	金黄色葡萄球菌，凝固酶阴性葡萄球菌	第一、二代头孢菌素 [3]，MRSA 感染高发医疗机构的高警示患者可用（去甲）万古霉素
肝、胆系统及胰腺手术	II、III	革兰阴性杆菌，厌氧菌（如脆弱拟杆菌）	第一、二代头孢菌素或头孢曲松 [3]±[5] 甲硝唑，或头霉素类
胃、十二指肠、小肠手术	II、III	革兰阴性杆菌，链球菌属，口咽部厌氧菌（如消化链球菌）	第一、二代头孢菌素 [3]，或头霉素类
结肠、直肠、阑尾手术	II、III	革兰阴性杆菌，厌氧菌（如脆弱拟杆菌）	第一、二代头孢菌素 [3]±[5] 甲硝唑，或头霉素类，或头孢曲松 ±[5] 甲硝唑
经直肠前列腺活检	II	革兰阴性杆菌	氟喹诺酮类 [4]
泌尿外科手术：进入泌尿道或经阴道手术（经尿道膀胱肿瘤或前列腺切除术、异体植入及取出，切开造口、支架的植入及取出）及经皮肾镜手术	II	革兰阴性杆菌	第一、二代头孢菌素 [3]，或氟喹诺酮类 [4]
泌尿外科手术：涉及肠道的手术	II	革兰阴性杆菌，厌氧菌	第一、二代头孢菌素 [3]，或氨基糖苷类 + 甲硝唑
有假体植入的泌尿系统手术	II	葡萄球菌属，革兰阴性杆菌	第一、二代头孢菌素 [3]+氨基糖苷类，或万古霉素
经阴道或经腹腔子宫切除术	II	革兰阴性杆菌，肠球菌属，B 组链球菌，厌氧菌	第一、二代头孢菌素（经阴道手术加用甲硝唑）[3]，或头霉素类

手术名称	切口类别	可能的污染菌	抗菌药物选择
腹腔镜子宫肌瘤剔除术 (使用举宫器)	II	革兰阴性杆菌, 肠球菌属, B组链球菌, 厌氧菌	第一、二代头孢菌素 [3]±[5] 甲硝唑, 或头霉素类
羊膜早破或剖宫产术	II	革兰阴性杆菌, 肠球菌属, B组链球菌, 厌氧菌	第一、二代头孢菌素 [3]±[5] 甲硝唑, 或头霉素类(有厌氧菌感染危险者)
人工流产-刮宫术 引产术	II	革兰阴性杆菌, 肠球菌属, 链球菌, 厌氧菌(如脆弱拟杆菌)	第一、二代头孢菌素 [3]±[5] 甲硝唑, 或多西环素
会阴撕裂修补术	II、III	革兰阴性杆菌, 肠球菌属, 链球菌属, 厌氧菌(如脆弱拟杆菌)	第一、二代头孢菌素 [3]±[5] 甲硝唑
皮瓣转移术(游离或带蒂) 或植皮术	II	金黄色葡萄球菌, 凝固酶阴性葡萄球菌, 链球菌属, 革兰阴性菌	第一、二代头孢菌素 [3]
关节置换成形术、截骨、 骨内固定术、腔隙植骨术、 脊柱术(应用或不用植入物、 内固定物)	I	金黄色葡萄球菌, 凝固酶阴性葡萄球菌, 链球菌属	第一、二代头孢菌素 [3], MRSA 感染高发医疗机构的高警示患者可用(去甲)万古霉素
外固定架植入术	II	金黄色葡萄球菌, 凝固酶阴性葡萄球菌, 链球菌属	第一、二代头孢菌素 [3]
截肢术	I、II	金黄色葡萄球菌, 凝固酶阴性葡萄球菌, 链球菌属, 革兰阴性菌, 厌氧菌	第一、二代头孢菌素 [3]±[5] 甲硝唑
开放骨折内固定术	II	金黄色葡萄球菌, 凝固酶阴性葡萄球菌, 链球菌属, 革兰阴性菌, 厌氧菌	第一、二代头孢菌素 [3]±[5] 甲硝唑

注: [1] 所有清洁手术通常不需要预防用药, 仅在在前述特定指征时使用。

[2] 胃十二指肠手术、肝胆系统手术、结肠和直肠手术、阑尾手术、II或III类切口的妇产科手术, 如果患者对β-内酰胺类抗菌药物过敏, 可用克林霉素+氨基糖苷类, 或氨基糖苷类+甲硝唑。

[3] 有循证医学证据的第一代头孢菌素主要为头孢唑啉, 第二代头孢菌素主要为头孢呋辛。

[4] 我国大肠埃希菌对氟喹诺酮类耐药率高, 预防应用需严加限制。

[5] 表中“±”是指两种及两种以上药物可联合应用, 或可不联合应用。

六、特殊诊疗操作抗菌药物预防应用的建议 见下表：

特殊诊疗操作抗菌药物预防应用的建议

诊疗操作名称	预防用药建议	推荐药物
血管（包括冠状动脉）造影术、成形术、支架植入术及导管内溶栓术	不推荐常规预防用药。对于7天内再次行血管介入手术者、需要留置导管或导管鞘超过24小时者，则应预防用药	第一代头孢菌素
肾、肺或其他（除肝外）肿瘤化疗栓塞	不推荐预防用药	
下腔静脉滤器植入术	不推荐预防用药	
子宫肌瘤-子宫动脉栓塞术	不推荐预防用药	
肿瘤的物理消融术（包括射频、微波和冷冻等）	不推荐预防用药	
隧道式血管导管或药盒置入术	不推荐预防用药	
血管畸形、动脉瘤、血管栓塞术	通常不推荐，除非存在皮肤坏死	第一代头孢菌素
内镜黏膜下剥离术（ESD）	一般不推荐预防用药；如为感染高警示切除（大面积切除，术中穿孔等）建议用药时间不超过24小时	第一、二代头孢菌素
主动脉内支架植入术	高警示患者建议使用1次	第一代头孢菌素
经内镜逆行胰胆管造影（ERCP）	建议使用1次	第二代头孢菌素或头孢曲松
先天性心脏病封堵术	建议使用1次	第一代头孢菌素
心脏射频消融术	建议使用1次	第一代头孢菌素
腹膜透析管植入术	建议使用1次	第一代头孢菌素
淋巴管造影术	建议使用1次	第一代头孢菌素
脾动脉、肾动脉栓塞术	建议使用，用药时间不超过24小时	第一代头孢菌素
肝动脉化疗栓塞（TACE）	建议使用，用药时间不超过24小时	第一、二代头孢菌素 ± 甲硝唑
食管静脉曲张硬化治疗	建议使用，用药时间不超过24小时	第一、二代头孢菌素 头孢菌素过敏患者可考虑喹诺酮类
经颈静脉肝内门腔静脉分流术（TIPS）	建议使用，用药时间不超过24小时	氨苄西林 / 舒巴坦或阿莫西林 / 克拉维酸
经皮内镜胃造瘘置管	建议使用，用药时间不超过24小时	第一、二代头孢菌素
经皮椎间盘摘除术及臭氧、激光消融术	建议使用	第一、二代头孢菌素
经皮肝穿刺胆道引流或支架植入术	建议使用	第一、二代头孢菌素，或头霉素类

诊疗操作名称	预防用药建议	推荐药物
输尿管镜和膀胱镜检查，尿动力学检查；震波碎石术	术前尿液检查无菌者，通常不需预防用药。但对于高龄、免疫缺陷状态、存在解剖异常等高警示因素者，可予预防用药	氟喹诺酮类，或 SMZ/TMP，或第一、二代头孢菌素，或氨基糖苷类

注：1. 操作前半小时静脉给药。

2. 手术部位感染预防用药，第一代头孢菌素主要为头孢唑啉，第二代头孢菌素主要为头孢呋辛。

3. 我国大肠埃希菌对氟喹诺酮类耐药率高，预防应用应严加限制。

七、预防用药的给药方法

（一）给药方法：给药途径大部分为静脉输注，仅有少数为口服给药。静脉输注应在皮肤、黏膜切开前 0.5 ~ 1 小时内或麻醉开始时给药，在输注完毕后开始手术，保证手术部位暴露时局部组织中抗菌药物已达到足以杀灭手术过程中沾染细菌的药物浓度。万古霉素或氟喹诺酮类等由于需输注较长时间，应在手术前 1 ~ 2 小时开始给药。

结直肠手术前用抗菌药物准备肠道，应在手术前 1 天给，不宜连用 3 天（有特殊临床指南规定的除外）。

（二）预防用药维持时间：抗菌药物的有效覆盖时间应包括整个手术过程。手术时间较短（< 2 小时）的清洁手术术前给药一次即可。如手术时间超过 3 小时或超过所用药物半衰期的 2 倍以上，或成人出血量超过 1500ml，术中应追加一次。清洁手术的预防用药时间不超过 24 小时，心脏手术可视情况延长至 48 小时。清洁 - 污染手术和污染手术的预防用药时间亦为 24 小时，污染手术必要时延长至 48 小时。过度延长用药时间并不能进一步提高预防效果，且预防用药时间超过 48 小时，耐药菌感染机会增加。

具体药物给药方法：头孢菌素类、氯唑西林、克林霉素、氨曲南等应在术前 0.5h 内给药，或麻醉开始时给药（在手术室给药）；甲硝唑、万古霉素、去甲万古霉素、氨基糖苷类、喹诺酮类应在术前 1h 给药。如果手术时间超过 3h，头孢菌素类、氯唑西林、克林霉素、氨曲南应在术中给第 2 剂。成人失血量大（> 1500ml），以上抗菌药物均应在术中追加 1 次。

文件名称	外科系统围手术期抗菌药物使用监控月报告制度				
文件编号	C01-ZD-028-02			发布部门	医务处、药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

外科系统围手术期抗菌药物使用监控月报告制度

为进一步促进我院抗菌药物合理使用,有效规范我院围手术期预防使用抗菌药物的管理,保障医疗质量和病人安全,根据《抗菌药物临床应用指导原则》和《抗菌药物临床应用管理办法》等规定,结合我院实际,制定本制度。

一、围手术期预防使用抗菌药物的监控目标:

- (一) 围手术期预防性使用抗菌药物的条件;
- (二) 围手术期预防性使用抗菌药物的选择;
- (三) 围手术期预防性使用抗菌药物的疗程。

二、围手术期预防使用抗菌药物的管理:

(一) 围手术期预防性使用抗菌药物的条件:

1. 清洁手术 (I类切口手术): 清洁手术通常不需要预防使用抗菌药物, 主要应加强消毒灭菌和无菌操作。仅在下列情况时可考虑预防应用抗菌药物:

- (1) 手术范围大、时间长 (超过 3 小时)、污染机会增加;
- (2) 手术涉及重要脏器, 一旦发生感染会造成严重后果者, 如头颅手术、心脏手术、眼内手术等;
- (3) 异物植入手术, 如人工心脏瓣膜植入、永久性心脏起搏器放置、人工关节置换等;
- (4) 年龄大于 70 岁;
- (5) 糖尿病控制不佳;
- (6) 恶性肿瘤放、化疗中;
- (7) 免疫缺陷或营养不良。

以下手术不需要预防性使用抗菌药物:

腹股沟疝修补术 (包括补片修补术)

甲状腺疾病手术

乳腺疾病手术

关节镜检查手术

颈动脉内膜剥脱手术

颅骨肿物切除手术

经血管途径介入诊断手术

2. 清洁 - 污染手术：可以根据实际情况用药。

3. 污染手术：需要预防性应用抗菌药物。

术前已经存在细菌性感染的手术，如腹腔脏器穿孔腹膜炎、脓肿切开引流术、气性坏疽截肢术等，属于抗菌药物治疗性应用，不属预防应用范畴。

（二）预防性使用抗菌药物的选择：

1. 种类：应选用杀菌剂，不宜选用抑菌剂。原则上应选择一、二代或三代头孢菌素类药物，选用的抗菌药物必须是疗效肯定、安全、使用方便及价格相对较低的品种。参照“常见手术预防用抗菌药物表”

2. 剂量：应给足剂量，静脉快速滴入；药物溶媒量 100ml 为宜，不宜用大量液体长时间慢速滴入。

3. 给药时间：应在切皮前 0.5-1 小时内给药或麻醉开始时给药。

4. 给药地点：手术室。

（三）预防性使用抗菌药物的疗程：

1. 接受清洁手术者，总的预防用药时间不超过 24 小时，个别情况可延长至 48 小时。

2. 接受清洁 - 污染手术者，预防用药时间亦为 24 小时，必要时延长至 48 小时。

3. 污染手术，可根据患者情况酌量延长。

4. 对手术前已形成感染者，抗菌药物使用时间应按治疗性应用而定。

三、围手术期预防使用抗菌药物的报告：

（一）每月对外科系统围手术期抗菌药物的使用情况进行抽查，根据监控目标进行分析，对不合理使用情况进行统计。

（二）对外科系统围手术期抗菌药物使用不合理情况进行分析，查找不合理使用的原因，提出整改建议。

（三）每月上报外科系统围手术期抗菌药物使用情况，把不合理使用抗菌药物情况反馈到科室，监督整改。

文件名称	抗肿瘤药物临床使用管理办法				
文件编号	C01-ZD-029-03		发布部门	医务处、药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

抗肿瘤药物临床使用管理办法

一、总则

(一) 为进一步加强抗肿瘤药物临床应用管理,提高抗肿瘤药物临床应用水平,保障医疗质量和医疗安全,维护肿瘤患者健康权益,根据国家卫健委颁布的《抗肿瘤药临床应用管理办法(试行)》《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则2020年版》,结合我院实际情况,修订我院抗肿瘤药物临床使用管理办法。

(二) 抗肿瘤药物临床应用应当遵循安全、有效、经济的原则。医务人员应当以循证医学证据为基础,以诊疗规范、临床诊疗指南、临床路径和药品说明书等为依据,充分考虑药物临床治疗价值和可及性,合理应用抗肿瘤药物,以达到治疗肿瘤、提高患者生存率、改善患者生存质量的目的。

(三) 本办法所称抗肿瘤药物,是指通过细胞杀伤、免疫调控、内分泌调节等途径,在细胞、分子水平进行作用,达到抑制肿瘤生长或消除肿瘤的药物,一般包括化学治疗药物、分子靶向治疗药物、免疫治疗药物、内分泌治疗药物等,不包括各种肿瘤辅助药物如造血因子、止吐剂和镇痛剂等。

二、组织机构和职责

我院抗肿瘤药物管理分为院科两级管理,院长为我院抗肿瘤药物临床应用管理第一责任人;临床科室主任为科室抗肿瘤药物临床应用管理直接责任人。

(一) 医院在药事管理与药物治疗学委员会下设抗肿瘤药物管理工作组,由医务、药学、临床科室、医学影像、病理、护理、检验、信息管理、质控等部门负责人或具有相关专业高级技术职务任职资格的人员组成,依法依规对我院抗肿瘤药物管理工作实施统筹、监督和管理。

抗肿瘤药物管理工作组办公室设在医务处,由医务处和药剂科共同负责抗肿瘤药物管理

具体工作。

抗肿瘤药物管理工作组职责：

1. 贯彻执行抗肿瘤药物管理相关的法律、法规、规章，制订和完善我院抗肿瘤药物管理制度并组织实施；
2. 审议我院抗肿瘤药物分级管理目录，制订抗肿瘤药物临床应用相关技术性文件，并组织实施；
3. 对我院抗肿瘤药物临床应用情况进行监测，定期分析、评估、上报监测数据并发布相关信息，提出干预和改进措施；
4. 对全院医务人员进行抗肿瘤药物管理相关法律、法规、规章制度和技术规范培训，组织对患者合理使用抗肿瘤药物的宣传教育。

（二）成立抗肿瘤药物临床应用管理专业组，专业组由肿瘤专科医师、抗肿瘤专业临床药师、病理医师、影像学医师等组成。

组 长：刘建伟

成 员：宋 冀 王 翔 王利敏 高福洋 马建欣 廉 蕊 段庆华
 刘海丽 郑 义 刘庆祥 张延方 芦秋彤 姜 浩 刘有为

抗肿瘤药物专业组工作职责：

1. 为抗肿瘤药物临床应用管理提供专业技术支持。
2. 对临床科室抗肿瘤药物临床应用进行技术指导和咨询。
3. 为医务人员和下级医疗机构提供抗肿瘤药物临床应用相关专业培训。

三、抗肿瘤药物临床应用管理

（一）分级管理

根据药物适应证、药物可及性和肿瘤治疗价值，将抗肿瘤药物分为限制使用级和普通使用级两级进行管理。

1. 限制使用级抗肿瘤药物是指具有下列特点之一的抗肿瘤药物：

- （1）药物毒副作用大，纳入毒性药品管理的抗肿瘤药物；
- （2）适应证严格，禁忌证多，须由具有丰富临床经验的医务人员使用，使用不当可能对人体造成严重损害的抗肿瘤药物；

（3）按药品通用名国内上市3年内，或用药经验少进入我院不足2年的新型抗肿瘤药物；



- (4) 价格昂贵、日均治疗费用大于 1000 元的抗肿瘤药物；
- (5) 未在国家基本药物目录内，或非河北省基本医疗保险药品目录内的品种；
- (6) 严重不良反应报告多，平均每月严重不良反应报告大于 4 例；
- (7) 临时采购的抗肿瘤药物；
- (8) 肿瘤免疫治疗药物；
- (9) 医院认为有必要列入限制使用级的抗肿瘤药物。

2. 限制使用级抗肿瘤药物的临床应用应当加以控制。临床应用限制使用级抗肿瘤药物应当严格掌握用药指征，由具有相应处方权医师开具处方，同时，由具有抗肿瘤药物临床应用经验、具备高级专业技术职称任职资格的抗肿瘤药物临床合理应用专家组审核后使用，抗肿瘤药物临床合理应用专家组可由肿瘤专科医师、抗肿瘤专业临床药师、病理医师等组成。如特殊情况下越级使用了限制使用级抗肿瘤药物，需在 24 小时内进行补办手续，并由具备高级专业技术职称任职资格的医师审核。

普通使用级抗肿瘤药物是指除限制使用级抗肿瘤药物外的其他抗肿瘤药物。（具体内容见抗肿瘤药物分级管理制度）

（二）培训与人员资质管理。

由医务处组织，定期对我院抗肿瘤药物相关的医师、药师、护士进行抗肿瘤药物临床应用知识培训并进行考核，并按专业技术职称授予医师相应处方权和药师肿瘤药物处方调剂资格：

1. 对于经培训合格的具有高级专业技术职称的临床医师，授予限制使用级药物处方权限。
2. 对于获得主治医师任职资格满 5 年，且从事肿瘤专科治疗工作者，授予除新型抗肿瘤药物以外的限制使用级抗肿瘤药物处方权限。
3. 诊断明确的肿瘤患者首次抗肿瘤药物处方，应由具有高级专业技术职称的临床医师开具。
4. 病情相对稳定的患者延续使用限制级抗肿瘤药物，应由符合条件的主治及以上医师开具。
5. 重新调整治疗方案后（不包括药物剂量调整），应由具有高级专业技术职称的临床医师开具限制使用级抗肿瘤药物。
6. 原则上不允许非肿瘤专科医师开具首次抗肿瘤药物治疗处方。

（三）抗肿瘤药物遴选与采购管理。

1. 我院抗肿瘤药物品种遴选应当以临床需求为目标，优先选用国家基本药物目录、国家基本医疗保险药品目录中收录、国家集中谈判或招标采购，以及国家卫生健康委公布的诊疗规范、临床诊疗指南、临床路径推荐的药品。

2. 我院抗肿瘤药物由药学部门统一采购供应，其他科室或部门不得从事抗肿瘤药物的采购、调剂活动。因特殊治疗需要，确需使用我院抗肿瘤药物供应目录以外抗肿瘤药物的，可以启动临时采购程序，由临床科室提出申请，经我院抗肿瘤药物管理工作组审核同意后，由药学部门临时一次性购入使用。

3. 遴选和新引进抗肿瘤药物品种，应当由临床科室提交申请报告，由抗肿瘤药物管理工作组出具初步意见，经药事管理与药物治疗学委员会讨论通过后执行。对于临床优势明显、安全性高或临床急需、无可替代的创新药物，应当在充分评估的基础上，简化引进流程，及时纳入抗肿瘤药物供应目录。

对于存在重大安全隐患、疗效不确定、成本-效果比差或者严重违规使用等情况的抗肿瘤药物，临床科室、药学部门、抗肿瘤药物管理工作组应当提出清退或者更换意见，经药事管理与药物治疗学委员会讨论通过后执行。清退或者更换的抗肿瘤药物品种或品规，原则上12个月内不得重新进入抗肿瘤药物供应目录。

（四）临床应用管理。

1. 医师应按照被授予的处方权开具相应级别的抗肿瘤药物。

2. 在没有获得细胞或组织病理学诊断之前，医师不能开具抗肿瘤药物进行治疗，应当根据细胞或组织病理学结果合理选用抗肿瘤药物。但是，对于某些难以获取病理诊断的肿瘤，如胰腺癌，其确诊可参照国家相关指南或规范执行。

3. 对于有明确规定需进行基因靶点检测的靶向药物，使用前需经靶点基因检测，确认患者适用后方可开具。

4. 抗肿瘤药物的使用应依据业内公认的临床指南实施，治疗规范合理，确保药物适量，疗程足够，切忌重复用药。

5. 具体治疗方案应由科主任或主任医师确定。

6. 治疗前务必与患者及家属充分沟通，说明治疗目的、疗效、给药方法及可能出现的毒副反应等，医患双方尽量达成共识，并签署“化疗知情同意书”。



（五）抗肿瘤药物的调配管理。

1. 药房调配抗肿瘤药物须凭医师开具的处方或医嘱单，应当由经过抗肿瘤药物临床应用知识培训并考核合格的药师审核和调配。

2. 抗肿瘤药物的调配应当设置专门区域，实行相对集中调配，并做好医务人员职业防护。静脉用药调配人员应当经过相应培训并考核合格。

3. 在选择和使用抗肿瘤药物时，需注意与其他药物之间的配伍禁忌。抗肿瘤药物输注应由专科护士进行，用药过程中，应注意抗肿瘤药物的保存条件、给药方式、输注速度、输注时间、渗漏处理等各个环节，密切关注药物不良反应，一旦发生，应立即对症处理并及时上报。

（六）安全管理。

1. 加强抗肿瘤药物不良反应、不良事件监测工作，提高相关人员使用抗肿瘤药物的安全意识，定期对医护人员进行抗肿瘤药物相关知识的培训。

2. 医护人员应掌握抗肿瘤药物的相关不良反应及药液渗漏发生时的应急预案和处置办法。一旦出现给药部位药液渗漏，及时采取相应的对症处理，以减轻对患者造成的局部损害，有较大刺激性的药物应采取深静脉给药方式。发生药液渗漏时，第一时间报告科主任及护士长，科室组织讨论后及时向相关科室上报“医疗不良事件”。

3. 抗肿瘤药物废弃物必须与其它物品分开放置，并密闭存放在防渗漏的污物袋中，集中焚烧处理。

4. 抗肿瘤药物的储存和保管应严格按说明书要求执行，临床科室在药品储存过程中发现问题应及时上报，并将问题药品退回药剂科处理。

四、临床应用监测

（一）医院抗肿瘤药物管理工作组定期对我院抗肿瘤药物的管理和临床应用进行监测，分析我院和各临床科室抗肿瘤药物使用情况，评估抗肿瘤药物使用适宜性；对抗肿瘤药物不合理使用情况及时采取有效干预措施。

（二）医院利用信息化手段，对抗肿瘤药物临床应用的全过程进行管理，并将抗肿瘤药物临床应用监测数据上报国家监测网，并保证数据规范、真实、可靠。

（三）医务处定期组织开展对抗肿瘤药物的专项点评，评价抗肿瘤药物处方的适宜性、合理性，并将抗肿瘤药物处方点评和用药医嘱审核结果纳入医师定期考核、临床科室和医务人员业务考核。

(四) 医院将抗肿瘤药物合理使用纳入科室医疗质量和综合目标管理考核体系，抗肿瘤药物临床合理应用管理指标包括：

1. 抗肿瘤药物分级管理制度执行情况；
2. 限制使用级和普通使用级抗肿瘤药物的使用率；
3. 抗肿瘤药物使用金额占比；
4. 抗肿瘤药物处方合理率与干预率；
5. 抗肿瘤药物不良反应报告数量及报告率；
6. 抗肿瘤药物临床应用监测及相关数据上报情况。

五、处罚

(一) 对出现超常处方 3 次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其处方权；限制处方权后，仍连续 2 次以上出现超常处方且无正当理由的，取消其处方权。

(二) 医师出现下列情形之一的，取消处方权：

1. 被责令暂停执业；
2. 考核不合格离岗培训期间；
3. 被注销、吊销执业证书；
4. 未按照规定开具抗肿瘤药物处方，造成严重后果的；
5. 未按照规定使用抗肿瘤药物，造成严重后果的；
6. 开具抗肿瘤药物处方牟取不正当利益的。

(三) 科室负责人、药品采购人员、医师等有关人员索取、收受药品生产企业、药品经营企业或者其代理人给予的财物或者通过开具抗肿瘤药物牟取不正当利益的，依据国家有关法律法规进行处理。

文件名称	抗肿瘤药物分级管理制度				
文件编号	C01-ZD-030-03		发布部门	医务处、药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

抗肿瘤药物分级管理制度

为合理使用抗肿瘤药物，根据《抗肿瘤药物应用指导原则》和《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则》，结合我院具体情况，特制定本分级工作制度。

一、分级原则

抗肿瘤药物临床应用的分级管理是抗肿瘤药物管理的核心策略，有助于减少抗肿瘤药物过度使用或使用不足。根据安全性、疗效、价格等因素，将抗肿瘤药物分为两级，即普通使用级和限制使用级。（分级管理目录见附表1）

（一）限制使用级抗肿瘤药物是指具有下列特点之一的抗肿瘤药物：

1. 药物毒副作用大，纳入毒性药品管理的抗肿瘤药物；
2. 适应证严格，禁忌证多，须由具有丰富临床经验的医务人员使用，使用不当可能对人体造成严重损害的抗肿瘤药物；
3. 按药品通用名国内上市3年内，或用药经验少进入我院不足2年的新型抗肿瘤药物；
4. 价格昂贵、日均治疗费用大于1000元的抗肿瘤药物；
5. 未在国家基本药物目录内，或非河北省基本医疗保险药品目录内的品种；
6. 严重不良反应报告多，平均每月严重不良反应报告大于4例；
7. 临时采购的抗肿瘤药物；
8. 肿瘤免疫治疗药物；
9. 医院认为有必要列入限制使用级的抗肿瘤药物。

（二）普通使用级抗肿瘤药物是指除限制使用级抗肿瘤药物外的其他抗肿瘤药物。

（三）医院药事管理与药物治疗学委员会根据《抗肿瘤药物应用指南原则》的规定制定了“承德市中心医院肿瘤化疗药物分级管理目录”，该目录涵盖了部分肿瘤化疗药物，新品种引进时要同时明确其分级管理级别。

二、使用原则与方法

（一）总体原则

坚持合理用药；分级使用；严禁滥用。

（二）具体使用方法

1. 普通使用级：根据病情需要，要求具有主治医师及以上人员开具处方及医嘱。

2. 限制使用级：限制使用级抗肿瘤药物的临床应用应当加以控制。临床应用限制使用级抗肿瘤药物应当严格掌握用药指征，由具有相应处方权医师开具处方，同时，由具有抗肿瘤药物临床应用经验、具备高级专业技术职称任职资格的抗肿瘤药物临床合理应用专家组审核后使用，抗肿瘤药物临床合理应用专家组可由肿瘤专科医师、抗肿瘤专业临床药师、病理医师等组成。如特殊情况下越级使用限制使用级抗肿瘤药物，需在 24 小时内进行补办手续，并由具备高级专业技术职称任职资格的医师审核。

三、人员资质管理

由医务处按年度组织对医师和药师进行抗肿瘤药物临床应用知识和规范化管理的培训，并按专业技术职称授予医师相应处方权和药师肿瘤药物处方调剂资格。

（一）对于经培训合格的具有高级专业技术职称的临床医师，授予限制使用级药物处方权限。

（二）对于获得主治医师任职资格满 5 年，且从事肿瘤专科治疗工作者，授予除新型抗肿瘤药物以外的限制使用级抗肿瘤药物处方权限。

（三）诊断明确的肿瘤患者首次抗肿瘤药物处方，应由具有高级专业技术职称的临床医师开具。

（四）病情相对稳定的患者延续使用限制级抗肿瘤药物，应由符合条件的主治及以上医师开具。

（五）重新调整治疗方案后（不包括药物剂量调整），应由具有高级专业技术职称的临床医师开具限制使用级抗肿瘤药物。

（六）原则上不允许非肿瘤专科医师开具首次抗肿瘤药物治疗处方。

附表:

承德市中心医院抗肿瘤药物分级管理目录

药物分类	普通使用级	限制使用级
烷化剂	环磷酰胺 复方环磷酰胺 异环磷酰胺 替莫唑胺	
抗代谢药	甲氨碟呤 阿糖胞苷 羟基尿 氟尿嘧啶 吉西他滨 卡培他滨片 培美曲塞 替吉奥胶囊 地西他滨	雷替曲塞 阿扎胞苷 磷酸氟达拉滨
抗肿瘤抗生素	多柔比星 柔红霉素 吡柔比星 平阳霉素 丝裂霉素 放线菌素 D 表柔比星 博来霉素	多柔比星脂质体
植物来源的抗肿瘤药及其衍生物	长春新碱 紫杉醇 紫杉醇白蛋白结合型 高三尖杉酯碱 长春瑞滨 羟喜树碱 多西他赛 依托泊苷	
抗肿瘤激素类	他莫西芬 来曲唑 阿那曲唑 甲羟孕酮 氟他胺 比卡鲁胺 托瑞米芬	氟维司群 阿比特龙 戈舍瑞林 亮丙瑞林 曲谱瑞林 依西美坦

药物分类	普通使用级	限制使用级
铂类	顺铂 奥沙利铂 卡铂 吉非替尼 伊马替尼 埃克替尼 厄洛替尼	洛铂 奈达铂 尼妥珠单抗 曲妥珠单抗 帕妥珠单抗 利妥昔单抗 西妥昔单抗 马来酸吡咯替尼 尼洛替尼 奥希替尼 安罗替尼 卡瑞利珠单抗 信迪利单抗 帕博利珠单抗 特瑞普利单抗 甲苯磺酸索拉非尼 甲磺酸阿帕替尼 奥拉帕利 培唑帕尼 重组人血管内皮抑制素 贝伐珠单抗 磷酸芦可替尼 呋喹替尼 甲磺酸阿美替尼 阿昔替尼
其他类	维 A 酸 门冬酰胺酶 亚叶酸钙 米托蒽醌 美司钠	硼替佐米 来那度胺 亚砷酸（三氧化二砷） 达卡巴秦 培门冬酶 伊沙佐米

文件名称	糖皮质激素类药物临床使用管理办法				
文件编号	C01-ZD-031-01		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2014年12月

糖皮质激素类药物临床使用管理办法

为加强我院糖皮质激素类药物的临床应用管理,规范临床糖皮质激素类药物的用药行为,根据《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》,特制定本管理办法。

一、糖皮质激素类药物临床应用的基本原则

(一)严格掌握糖皮质激素类药物使用的适应证、禁忌症,密切观察药物疗效和不良反应。

(二)糖皮质激素类药物在非必要时,应尽量不用;必须使用时,要严格按照规定的剂量和疗程用药。不能将激素类药物当作“万能药”而随意使用。

(三)制订个体化的给药方案,注意剂量、疗程和合理的给药方法,间隔时间,用药途径。

(四)注重药物经济学,降低病人药物费用支出。

二、糖皮质激素类药物使用规定

(一)对发热原因不明者,不得使用糖皮质激素类药物。

(二)对病毒感染性疾病者,原则上不得使用糖皮质激素类药物。

(三)使用糖皮质激素类药物要有明确的指征,并根据药物的适应症、药物动力学特征及病人的病情特点,严格选药,并注意剂量、疗程和给药方法进行个性化给药。原则上糖皮质激素使用时间一般不超过3天,使用剂量不超过药典规定。

(四)对已经明确诊断,确需较长时间使用糖皮质激素时,要努力寻找最小维持剂量或采用间歇疗法,当病情稳定后要有计划地逐步停药或改用其他药物和治疗方法。

(五)在明确诊断,确需使用糖皮质激素时,要注意以下事项:

1. 因细菌感染而需要使用糖皮质激素类药物的患者,要配合使用敏感而足量的抗菌药物。

2. 患者尤其是老年患者在服用糖皮质激素时,要常规补充钙剂和维生素D,以防止骨质疏松的发生。

3. 服用糖皮质激素期间要经常检测血糖,以便及时发现类固醇性糖尿病。

4. 对长期用药者，糖皮质激素的给药时间要定在早晨 8 时和下午 4 时，以尽可能符合皮质激素的生理分泌规律。在撤药时，要采取逐渐减量的方式，以使自身的皮质功能得以逐渐恢复。

5. 防止各种感染的发生，特别是防止多重感染的发生。

6. 为减少对胃肠道的刺激，可在饭后服用，或加用保护胃粘膜药物。

（六）下列情况禁用糖皮质激素：

1. 肾上腺皮质功能亢进症；

2. 当感染缺乏有效对病因治疗药物时，如水痘和霉菌感染等；

3. 病毒感染，如水痘、单纯疱疹性角膜炎、角膜溃疡等；

4. 消化性溃疡；

5. 新近做过胃肠吻合术、骨折、创伤修复期；

6. 糖尿病；

7. 高血压病；

8. 妊娠初期和产褥期；

9. 癫痫、精神病的患者。

三、临床使用分级管理制度

（一）严格限制没有明确适应证的糖皮质激素的使用，如不能单纯以退热和止痛为目的使用糖皮质激素。

（二）冲击疗法需具有主治医师以上专业技术职务任职资格的医师决定。

（三）长程糖皮质激素治疗方案，需由相应学科主治医师以上专业技术职务任职资格的医师制定。

（四）先天性肾上腺皮质增生症的长程治疗方案制订需三级医院内分泌专业主治医师以上专业技术职务任职资格的医师决定。随访和剂量调整可由内分泌专业主治医师以上专业技术职务任职资格的医师决定。

（五）紧急情况下临床医师可以高于上条所列权限使用糖皮质激素，但仅限于 3 天内用量，并严格记录救治过程。

四、落实与督查

（一）各临床科室必须加强糖皮质激素类药物临床应用的管理，建立、健全本科室促进、



指导、监督糖皮质激素临床合理应用的工作制度，并将糖皮质激素合理使用纳入医疗质量和综合目标管理考核体系。

（二）按照《医疗机构药事管理规定》和《处方管理办法》规定，药事管理与药物治疗学委员会要定期开展合理用药培训与教育，督导临床合理用药工作。依据《指导原则》和“实施细则”，每季度组织 1 次全院范围的监督检查，内容包括：糖皮质激素使用情况调查分析，医师、药师与护理人员糖皮质激素知识调查。对不合理用药情况提出纠正与改进意见。

五、责任追究及奖惩制度

（一）对违反用药原则，不合理应用糖皮质激素的处方或病例进行点评，按照处方点评制度措施进行处罚，并全院通报批评。

（二）对多次违规、问题较多的医师除扣除绩效工资外，必要时给予降职低聘、限制处方权、停止处方权、待岗培训学习、调离岗位等处理措施，并记录医德医风考评档案中。对问题严重的科室和个人在当年的医德医风考评中“一票否决”，不得评优、评先进。

文件名称	血液制剂临床使用管理办法				
文件编号	C01-ZD-032-02		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

血液制剂临床使用管理办法

血液制品是指从人类血液提取的任何治疗物质，包括全血、血液成分和血浆源医药产品，本办法仅指血浆源医药产品，即血液制剂。为加强血液制剂的管理，进一步规范该类药物的临床应用，保障医疗质量和医疗安全，根据《血液制品管理条例》以及《中华人民共和国药典临床用药须知》（2015年版）的有关规定，结合我院实际情况，制定本管理办法。

一、采购管理

（一）为保证我院使用的血液制剂的质量，凡在我院使用的血液制剂，由药剂科统一供应，任何其他科室或部门不得从事血液制剂的采购、调剂活动。

（二）购进血液制剂，必须严格按照国家食品药品监督管理部门批准内容进行，根据《生物制品批签发管理办法》和《关于进一步实施血液制品批签发工作的通知》有关规定，使用经国家审批的血浆源医药产品。

（三）严格执行血液制剂的入库验收制度。入库时要对血液制剂的名称、规格、生产批号、生产单位、批准文号、配送公司及入库数量进行登记、核对，并对药品的外观质量进行检查，符合规定后方可入库。

（四）入库血液制剂按照说明书要求贮存。对热不稳定的血液制剂，运输和贮存都要有专门的设施，贮存温度为2～8℃，严防冻结。要严格遵循先进先出，近效期先出的原则，防止过期失效。

二、临床使用分级管理

（一）临床使用血液制剂要严格掌握适应症和禁忌症，特别是人血白蛋白等使用的适应症和禁忌症。人血白蛋白、人免疫球蛋白及人凝血因子Ⅷ按特殊使用药品管理，其他血液制剂按一般药品管理。

（二）一般血液制剂根据病情需要，由主治及以上医师签名方可使用。特殊管理血液制

剂需经过副主任、主任医师签字后方可使用。紧急情况下可越级使用，但处方量不得超过 1 日用量，并做好相关病历记录。

（三）加强血液制剂的不良反应监测，对使用血液制剂进行有效的药物警戒。遵循不良反应“可疑即报”的原则，按我院不良事件报告程序上报，并在病历中有记录。并注意血液制剂中的防腐剂、稳定剂等辅料的不良反应或潜在风险。

三、监督检查

（一）药事管理与药物治疗学委员会应当加强血液制剂临床应用的管理，并将血液制剂合理使用纳入医疗质量和综合目标管理考核体系。

（二）医务处、药剂科负责对血液制剂的临床应用进行监督检查，促进、指导、监督血液制剂临床合理使用，开展合理应用血液制剂的培训与教育，定期对血液制剂处方 / 医嘱进行专项点评，对不合理使用血液制剂的情况提出纠正与改进意见。

文件名称	生物制剂临床使用管理办法				
文件编号	C01-ZD-033-02		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

生物制剂临床使用管理办法

为加强生物制剂的管理，进一步规范该类药物的临床应用，保障医疗质量和医疗安全，根据《中华人民共和国药品管理法》、《生物制剂管理规定》、《生物制剂批签发管理办法》以及《中华人民共和国药典临床用药须知》（2015年版）的有关规定，结合我院实际情况，特制定本管理办法。

一、生物制剂的范畴

生物制剂是指用微生物（细菌、立克次体、病毒等）及其代谢产物有效抗原成分、动物毒素、人或动物的血液或组织等加工而成作为预防、治疗、诊断相应传染病或其他有关疾病的生物制品。

二、采购和遴选管理

（一）生物制剂由药剂科统一采购供应，任何其他科室或部门不得从事生物制剂的采购、调剂活动，不得在临床使用非药学部门采购供应的生物制剂。

（二）按照药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称购进生物制剂，优先选用《国家处方集》、《国家基本药物目录》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》收录的生物制剂品种。

（三）确因疾病治疗需求，对未列入医院《药品处方集》和《基本药品供应目录》的生物制剂，可以启动临时采购程序，临时采购须严格执行医院相关规定。

三、使用管理

（一）处方 / 医嘱开具

生物制剂临床应用严格按照药品说明书规定使用，不得超适应证、超剂量、超疗程使用。对超疗程使用的生物制剂，主管医师须有用药评估，并在病程记录中明确说明。

（二）药品调配

调配生物制剂须凭医师开具的处方或医嘱单，经药师审核后予以调配；并由药师复核药品，确认无误方可发放或配制。

（三）用药复核

使用生物制剂前必须核对患者信息、药品信息，并仔细检查药品的外观状况，确认无误后方可给药。静脉用生物制剂应根据药品说明书规定选择合适溶媒配制输液，不得与其他药物混合、配伍使用，应建立单独输液通道。

（四）药品贮存

生物制剂须严格按照药品说明书规定的贮存条件贮存，属于高警示药品的生物制剂要专门位置存放，并有警示标识。

（五）药品运输

药库应严格要求做好药品的验收工作，每批生物制品均要收取相应的资质材料和检验证明，对需冷处保存的生物制剂，严格按冷藏药品冷链管理制度执行。

（六）人员资质管理

加强生物制剂临床应用和规范化管理培训，医师、药师、护士必须经过培训并考核合格，方能处方、审核调配和使用生物制剂。

四、生物制剂不良反应监测与报告

加强生物制剂不良反应监测，防范生物制剂不良事件的发生。医护人员要掌握生物制剂的不良反应及相应的处置办法，保障患者用药安全。发生药物不良反应及时妥善处理并按医院相关规定及时上报有关部门。

五、监督检查

（一）药事管理与药物治疗学委员会负责我院生物制剂的临床应用管理，医务处、药剂科负责日常管理工作。生物制剂安全与合理使用列入科室医疗质量和综合目标管理考核。

（二）严格按照《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》、《生物制剂管理规定》、《国家处方集》等法规和文件要求加强对生物制剂采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理。

（三）开展生物制剂临床应用监测工作，利用信息化手段促进生物制剂合理应用。医务处、药剂科每季度对生物制剂的临床使用情况进行监督检查，定期对省去制剂处方 / 医嘱进行点评，评估生物制剂使用适宜性，对生物制剂不合理使用情况及时采取有效干预措施。

文件名称	肠外营养临床使用管理制度				
文件编号	C01-ZD-034-03			发布部门	医务处、药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

肠外营养临床使用管理制度

肠外营养(PN)是经静脉途径供应手术前后及危重患者所需要的营养要素,包括热量(碳水化合物、脂肪乳剂)、必需和非必需氨基酸、维生素、电解质及微量元素。肠外营养分为完全肠外营养和部分补充肠外营养。肠道外营养疗法是纠正和救治营养不良的有力措施,但使用和管理不当可引起较多且严重并发症。为实现住院患者营养支持治疗的合理、安全的目标,特制定本制度。

一、使用管理

(一) 严格掌握肠外营养的适应证,肠外营养基本适应证为胃肠道功能障碍或衰竭的营养不良患者。包括:(1)长时间(>7d)不能进食或经肠内途径摄入每日所需热量、蛋白质或其他营养素者;(2)由于严重胃肠道功能障碍或不能耐受肠内营养而需营养支持者;(3)通过肠内营养无法达到机体需要的目标量时应该补充肠外营养。

(二) 严格掌握禁忌症,以下情况不适宜或应慎用肠外营养。包括:(1)肠道功能正常,能获得足量营养的;(2)计需肠外营养支持少于5天的;(3)心血管功能紊乱或严重代谢紊乱尚未控制或纠正期;(4)预计发生肠外营养并发症的风险大于其可能带来的益处的;(5)需急诊手术者,术前不宜强求肠外营养;(6)临终或不可逆昏迷患者。

(三) 使用前必须对患者进行营养评估筛查。

(四) 使用肠外营养需评估肠外营养支持的获益及风险。

(五) 根据临床患者需要和营养液混合后的稳定性设计合理规范的肠外营养配置处方。

(六) 药师应对肠外营养配置处方进行审查,存在疑义的处方应和临床沟通,不合理处方有权拒绝调配。

(七) 根据肠外营养使用时间、患者状况以及配方的渗透压合理选择经外周静脉、中心静脉或经中心静脉置管皮下埋置导管等输液途径。



(八) 护士应对肠外营养液输注过程进行全程监护。

(九) 严密监测肠外营养液使用中的并发症。

二、临床使用分级管理

(一) 对于较大手术及较严重的创伤的围手术期患者、肠痿患者、炎性肠道疾病患者、严重营养不良的患者，要求具有主治医师以上专业技术职务任职资格的医师开具肠道外营养支持医嘱。

(二) 对于合并有重要脏器功能不全的患者，如肝功能不全、肾功能不全、心肺功能不全；炎性粘连性肠梗阻；重症急性胰腺炎患者的肠道外营养支持，要求具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的医师开具特殊肠外营养制剂医嘱：如丙胺酰谷氨酰胺、脂肪乳注射液（C14-24）、结构脂肪乳注射液（C6-24）等。

三、监督检查

医务处、药剂科定期对全院肠外营养处方 / 医嘱及合理性应用进行监督检查，促进、指导肠外营养临床合理使用，加强肠外营养临床应用和规范化管理培训，对不合理使用肠外营养的情况提出纠正与改进意见，对违规行为予以通报，按照有关规定处罚。

文件名称	重点监控药品临床使用管理制度				
文件编号	C01-ZD-035-02		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

重点监控药品临床使用管理制度

为进一步加强和规范我院药物的临床使用，促进合理用药，防止用药过度，合理降低医药费用，依据《建立重点监控合理用药药品管理制度的通知》（国卫办医函〔2019〕558号）、《关于印发国家重点监控合理用药药品目录调整工作规程的通知》（国卫办医函〔2021〕474号）等文件精神，特制定此制度。

一、重点监控药品品种遴选原则

（一）在国家、河北省、承德市重点监控药品目录的基础上，遴选制定我院重点监控药品目录。重点监控药品目录包括以下药品：抗菌药物、抗肿瘤药物、非治疗性辅助药品、质子泵抑制剂、糖皮质激素、肠外营养药物、不良反应发生率高、无特殊原因使用量快速增长的药品，以及卫健委、中医药管理部门或医疗机构认为有必要列入重点监控目录的其他药品。

（二）我院药品销售金额排名靠前、临床使用量大、性价比低的品种列入遴选范围。

二、重点监控药品品种遴选程序及方法

（一）由药剂科按照上述遴选原则拟定重点监控药品目录，提交药事管理与药物治疗学委员会审议。

（二）药事管理与药物治疗学委员会审议通过的重点监控药品目录报卫健委备案。

（三）重点监控药品目录应定期调整。

（四）对于重点监控药品品种调整、限量、暂停、恢复供应等均需经过药事管理与药物治疗委员会专家严格论证。

三、临床使用规定

（一）抗菌药物管理：

以《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》为指导，根据我院《抗菌药物临床应用管理办法与实施细则》对目录内抗菌药物的使用进行严格管理。



（二）非抗菌药物管理：

1. 基本指导原则：

- （1）严格依据患者病情、药品说明书适应症、医疗保险政策、患者付费类型规范用药。
- （2）具有相同疗效药物应优先选择基本医疗保险药品目录内价格较低的药品。

2. 联合用药原则：

- （1）作用机制相同或相近的静脉类西药不得同时联用。
- （2）静脉类中药不得联用（含目录外中药静脉制剂）。
- （3）与目录外功能相同或基本相同的中成药原则上不得联用。

四、监督检查

（一）药事管理与药物治疗学委员会应当加强重点监控药品临床应用的管理，并将重点监控药品合理使用纳入医疗质量和综合目标管理考核体系。

（二）医务处、药剂科负责对重点监控药品的临床应用进行监督检查，定期对重点监控药品处方/医嘱进行专项点评，促进、指导重点监控药品临床合理使用，对不合理使用重点监控药品的情况提出纠正与改进意见。

文件名称	静脉输注多组分液体之间冲管的管理规定				
文件编号	C01-ZD-036-02		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

静脉输注多组分液体之间冲管的管理规定

一、为了保证病人输液安全，防止或减少药物间的反应，在静脉输注多组液体时，有下列情况之一者均需冲管：

- （一）抗菌药物；
- （二）中药注射剂；
- （三）生物制剂包括血液制品（如白蛋白、血浆、血液等）；
- （四）细胞毒性药物和新型抗肿瘤药物；
- （五）乳浊液（如前列地尔、脂肪乳、多烯磷脂酰胆碱、丙泊酚、前列腺素E、TNP等）；
- （六）PH值较高的药物：如氨茶碱注射液、多索茶碱注射液、二羟丙茶碱注射液、碳酸氢钠注射液及其他弱酸强碱盐型药物；

（七）与其他药物易发生配伍禁忌的药物（根据药品说明书、药典及其他有关配伍禁忌的证据资料）：如盐酸氨溴索葡萄糖注射液、盐酸溴己新注射液、碘海醇注射液、注射用阿昔洛韦、氨甲苯酸注射液、注射用萘普生钠、注射用还原谷胱甘肽、微量元素注射液等。

二、冲管的液体一般用0.9%生理盐水或5%葡萄糖注射液，每次冲管的液体量一般为40～50毫升，婴幼儿一般为20～30毫升。输注脂肪乳等粘稠药液时，需要适当增加冲管液使用量，或使用适当方法增加药液与输液管壁接触范围，确保冲管效果。

三、医生需根据药物性质开具冲管液体。如果前后两组药物的稀释液是不同且无法替代时，应分别开具相应的冲管液，护理人员操作时必须分别用相应冲管液先后充分冲管，以免发生配伍禁忌。每次冲管前原药液在壶中尽量少存，或壶中刚好没有时冲管。对于心衰或需要控制入液量的患者适当减少冲管液量，或将冲管液放掉（不进入血管），或更换输液器，也可采用空气阻断法冲管。

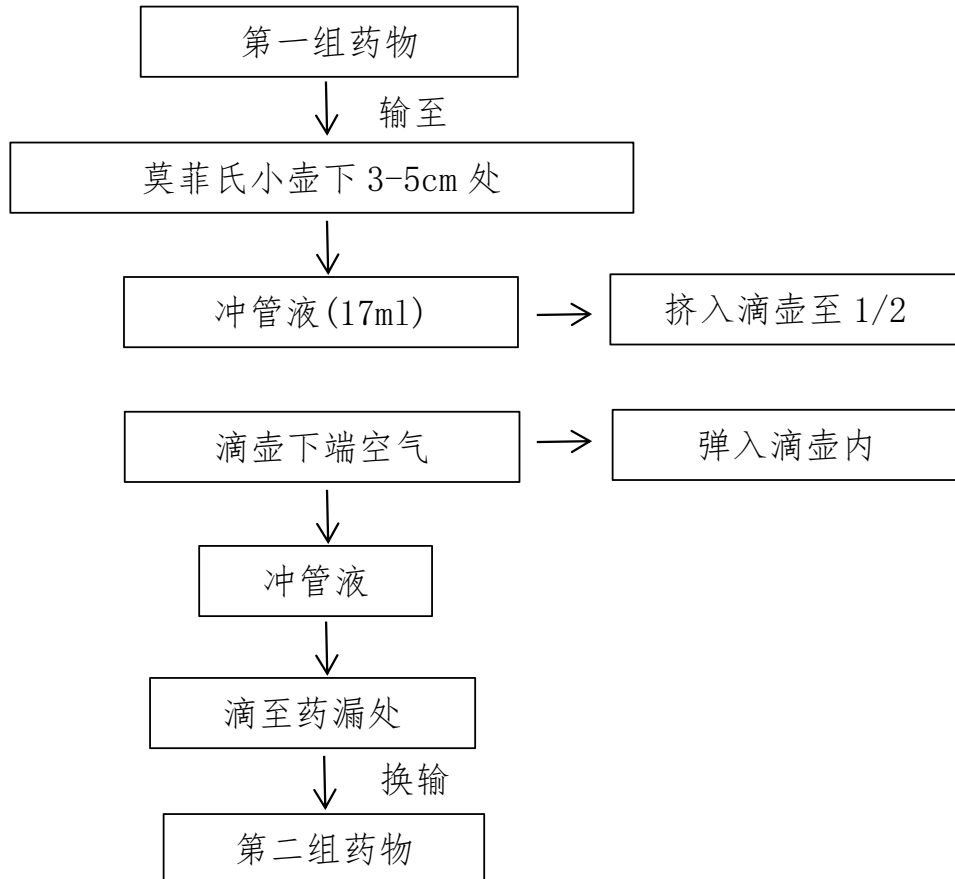
四、在不明确两组输液间是否存在配伍禁忌时，均需要使用冲管液。

五、冲管液需要开具医嘱，并明确为“冲管”。



附:

空气阻断法冲管流程



文件名称	药品皮肤（或皮内）敏感试验管理规定				
文件编号	C01-ZD-037-02		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

药品皮肤（或皮内）敏感试验管理规定

由于医务人员在临床实践中过敏史甄别欠细致、皮试适应证宽泛、皮试操作不规范、结果判读不正确等现象普遍存在。基于当前存在的问题，为澄清药物过敏反应机制和皮试临床意义，规范药物过敏史甄别和皮试临床实践，保障患者安全，特制定此规定。

一、β内酰胺类皮试的管理规定

皮肤试验包括点刺试验和皮内试验，目前国内抗菌药物皮肤试验常规采用皮内试验。以下提到的皮肤试验均指皮内试验，简称皮试。

（一）皮试适应证

1. 青霉素类：依据青霉素类抗菌药物说明书、《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》和《中华人民共和国药典临床用药须知》（2015年版）的要求，在使用青霉素类抗菌药物前（包括注射剂和口服制剂）需常规做青霉素皮试。

2. 头孢菌素类：

依据《抗菌药物临床应用指导原则（2015年版）》、《中华人民共和国药典临床用药须知》（2015年版）、头孢菌素类抗菌药物的说明书头孢菌素类抗菌药物仅以下情况需要皮试：

(1) 既往有明确的青霉素或头孢菌素 I 型（速发型）过敏史患者。此类患者如临床确有必要使用头孢菌素，并具有专业人员、急救条件，在获得患者知情同意后，选用与过敏药物侧链不同的头孢菌素（见附表）进行皮试；

(2) 药品说明书中规定需进行皮试的。

以下患者不需进行皮试：

(1) 既往无药物过敏史患者；既往有青霉素、头孢菌素皮试阳性者；

(2) 既往有迟发型过敏反应者；

(3) 有过敏性疾病病史（如过敏性鼻炎、过敏性哮喘、特应性皮炎、食物过敏和非 β 内

酰胺类抗菌药物过敏)。

但上述患者用药后一旦出现过敏反应，症状可能会更重，应加强用药后观察。

3. 其他 β 内酰胺类

青霉素类、头孢菌素类的 β 内酰胺酶抑制剂复方制剂，皮试适应证和方法可分别参照青霉素类、头孢菌素类药物。单环类、头霉素类、氧头孢烯类、碳青霉烯类、青霉烯类等其他 β 内酰胺类抗菌药物，给药前无需常规进行皮试。若这些类别药物的说明书要求使用前皮试，参照头孢菌素类处理。

(二) 皮试操作基本原则与结果判读

1. 皮试液配制：

(1) 青霉素皮试液配制：以注射用青霉素 G 或青霉素 G 皮试制剂稀释为 500U/ml 的皮试液

(2) 头孢菌素皮试液配制：若确需进行皮试，将拟使用的头孢菌素加生理盐水稀释至 2mg/ml 浓度的皮试液。

设立阴性对照（生理盐水）及阳性对照（0.01mg/ml 磷酸组胺），有助于排除假阳性反应及假阴性反应。

2. 皮试操作方法

用 75% 乙醇消毒前臂掌侧下段皮肤，对乙醇敏感的患者可使用生理盐水清洁。使用 1ml 一次性注射器抽取皮试液，先排净针管内空气。用一手绷紧患者皮肤，另一手持针，针头斜面向上，与皮肤呈 $5 \sim 15^\circ$ 进针，皮内注射皮试液 0.02 ~ 0.03ml，形成直径 3mm 的皮丘。

3. 皮试结果的判断与解读

进行皮试后 15 ~ 20 分钟后判断皮试结果，如皮丘较之前注射形成的皮丘直径扩大 ≥ 3 mm 应判断为皮试阳性，伴有红晕或痒感更支持呈阳性反应。

皮试阳性（除非皮试诱发严重过敏反应）应记录为“皮试阳性”，不应记录为“过敏”。既往仅皮试阳性的患者，并非皮试的禁忌证，可在密切观察基础上重复皮试。

4. 皮试注意事项

(1) 皮试有诱发严重过敏反应甚至过敏性休克的可能，皮试区应常规备有相关抢救设备及药品，且相关人员应接受过严重过敏反应抢救的正规培训；

(2) 4 ~ 6 周内发生过 β 内酰胺类药物严重过敏反应的患者进行皮试，由于 sIgE 在严重过敏反应发生时已被大量消耗，皮试可能出现假阴性结果。如需进行皮试，建议在反应发生

4～6周后进行。

(3) 有些药物可抑制皮肤反应，导致假阴性结果，故皮试前应询问近期用药史，并在病情允许时停用可能干扰皮试结果的药物。全身应用一代抗组胺药物停药至少2～3天，二代抗组胺药物停药至少3～7天，全身较长时间应用糖皮质激素停药至少7天，丙咪嗪类抗抑郁药、吩噻嗪类抗精神病药停药至少7天，对皮试的影响才能消除。如用药史不明，或因客观原因无法停药或停足够长时间，应以磷酸组胺作为阳性对照，明确皮肤反应性是否受抑制而导致假阴性。

(4) 哮喘控制不佳或哮喘急性发作期患者进行皮试，一旦出现严重过敏反应，症状会更重，因此皮试最好在哮喘控制期进行；若必须在非控制期进行皮试，需加强监测。

(5) β 受体阻滞剂及血管紧张素转化酶抑制剂可影响对严重过敏反应的救治。有严重过敏反应高危因素的患者，皮试前应至少停此类药物24小时。

(6) 皮试液浓度过高会引起皮肤非特异性刺激，操作者手法较重、注射量大及注入气泡等均可导致假阳性反应。

(7) 皮肤反应性增高（如部分荨麻疹、皮肤肥大细胞增多症）的患者可出现假阳性反应，影响结果判读，应以生理盐水作为阴性对照。

(8) 婴幼儿及老年患者皮肤反应性差，可能出现假阴性结果。

(9) 皮试液抗原性低或失效可导致假阴性反应，因此皮试液应尽量现配现用，如需保存应4℃冷藏，且保存时间不应超过24小时。

（三）过敏史的甄别

皮试仅为预防过敏反应的措施之一，其预测作用仅限于少数药物引发的IgE介导的速发型过敏反应。

1. 预防和降低过敏反应风险应更多依靠：①详细询问和甄别过敏史；②用药期间的密切观察；③配备过敏反应抢救药品和设备；④医务人员熟悉严重过敏反应救治措施；

2. 采集和甄别过敏史，应认真询问并详细记录：①可疑药物品种；②给药途径；③给药与出现疑似过敏反应的时间间隔；④临床表现；⑤处置与转归；⑥经治医师所做诊断；

3. 应注意鉴别患者所诉的“过敏反应”是否为非过敏性的药物不良反应。如考虑过敏反应，还应尽量区分为速发型还是迟发型；

4. 记录过敏史时，尽量具体到药物品种而非笼统表述为某类药物过敏；既往仅皮试阳性

患者，应为“既往皮试阳性”，而不应表述为“过敏”。

附表：

β - 内酰胺类药物侧链相似性比较

青霉素 C6 位与头孢菌素 C7 位侧链相同或相似		头孢菌素 C7 位侧链相同或相似		
阿莫西林 氨苄西林 头孢氨苄 头孢克洛 头孢拉定 头孢丙烯 头孢羟氨苄	哌拉西林 头孢哌酮	头孢噻吩 头孢西丁	头孢泊肟 头孢克肟 头孢唑肟 头孢曲松 头孢噻肟 头孢匹罗 头孢吡肟	头孢他啶 氨曲南

备注：同一列内药物具有相同或相似的侧链结构

二、含碘对比剂皮试的管理规定

含碘对比剂包括离子型对比剂（如复方泛影葡胺）、非离子型对比剂（如碘海醇等）、油脂类对比剂（如碘化油）、磁共振成像的顺磁性对比剂如钆类螯合物等。《中华人民共和国药典临床用药须知（2015年版）》已将碘对比剂过敏试验的相关内容彻底删除。《碘对比剂血管造影应用相关不良反应专家共识》及《对比剂使用指南（第2版）》等国内的相关指导文件均不建议再做过敏试验。

（一）基本原则

1. 决定采用造影检查之前需了解患者有无过敏性疾病，一般食物或药物过敏史，以及对碘剂的严重反应史，并在病历中记录。
2. 含碘对比剂是否需要做过敏性试验以药品说明书为准。
3. 过敏性试验均应严格按照国家药品监督管理局批准的该对比剂产品说明书进行操作。并需明确过敏试验本身也可导致严重过敏反应且试验结果只具有一定临床参考价值，不预示发生反应严重程度，阴性结果也存在发生严重反应（包括致死反应）的可能性。
4. 要求在造影检查室内配备各种处理和抢救造影反应的药品和器械。
5. 使用对比剂后的病人应至少观察 30 ~ 60 分钟以上，因为大多数的严重不良反应发生在这段时间。但仍有发生延迟反应的可能。

（二）含碘对比剂应用的具体规定

1. 在病人注射对比剂后应有掌握造影反应和处理技能的医护人员在场作严密观察。如果在造影过程中出现严重症状时，应立即终止造影并进行抗过敏、抗休克和其它对症治疗。若有心脏停搏则需立即进行心脏按摩术等。

2. 需要做过敏试验的对比剂的观察方法及结果：

(1) 静脉注射试验方法：将同一品种对比剂 1ml 缓慢输入静脉，观察 15 分钟，出现恶心、呕吐、头晕、荨麻疹、心慌、气急、血压下降及其它不适等症状者属阳性反应，严重者出现休克、惊厥、喉头水肿及呼吸循环衰竭等。

(2) 皮内试验方法：将同一对比剂 0.1ml 注入前臂内，另在其下方或对侧前臂注入同量的蒸馏水作对照，15 分钟后观察，出现超过直径 1cm 的红斑或丘疹，或有伪足形成者属阳性反应。

(3) 结膜试验方法：将同一品种对比剂 1～2 滴直接滴入一侧眼内，对侧眼内滴入生理氯化钠溶液作对照，3～4 分钟后观察，试验侧眼结膜明显充血，甚至血管怒张或曲张和有明显刺激感者为阳性反应。

(4) 口服碘过敏试验方法（本规定的参考书目没有收载具体的口服碘过敏试验方法，下列试验方法仅供参考）：①口服 10% 碘化钾 20ml，服后 20min 若无反应即可行造影检查。②口服 5～10% 碘化钾 5～10ml，每日 3 次，观察 2～3 日，若无反应即可行造影检查。③造影前 3 日口服复方碘溶液，5～10 滴 / 次，3 次 / 日，3 日内如无反应即可行造影检查。结果观察：阳性者可有结膜红肿、流泪、流涕、唾液腺肿胀、唾液增加、恶心、手脚麻木及皮疹等。

三、其他需要皮试的药品

鲑鱼降钙素注射液、维生素 B1 注射液、破伤风抗毒素等其他需要皮试的药品要严格按照药品说明书上皮试方法进行操作，并观察皮试结果，皮试结果阳性者禁用。

文件名称	处方管理制度				
文件编号	C01-ZD-038-03			发布部门	医务处、药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

处方管理制度

为规范处方管理，提高处方质量，促进合理用药，保障医疗安全，根据《处方管理办法》的精神，结合我院实际情况，制定我院处方管理制度。

一、处方标准按照卫生部统一规定的标准和格式由医院统一印制，按要求使用专用处方，既普通处方、儿科处方、急诊处方、麻醉药品处方和精神药品处方。

二、处方书写应当符合处方书写规则，用钢笔或毛笔书写。字迹清楚，处方项目必须填写齐全，不得涂改；如需修改，应当在修改处签名并注明修改日期。对项目不全、字迹潦草、签名不清者，药剂人员有权拒绝发药。

三、药品名称应当使用规范的中文名称书写，没有中文名称的可以使用规范的英文名称书写；医疗机构或者医师、药师不得自行编制药品缩写名称或者使用代号；书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范，药品用法可用规范的中文、英文、拉丁文或者缩写体书写，但不得使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句。

四、药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用，特殊情况需要超剂量使用时，应当注明原因并再次签名。

五、经注册的执业医师在我院可取得相应的处方权。经注册的执业助理医师在我院开具的处方，应当经我院执业医师签名或加盖专用签章后方有效。

医师只有在医务处及药剂科签名留样或者专用签章备案后，方可开具处方。

六、有关麻醉药品和精神药品的处方权，按照《麻醉药品和精神药品管理条例》的有关规定执行。

七、处方医师的签名式样和专用签章应当与院内药学部门留样备查的式样相一致，不得任意改动，否则应当重新登记留样备案。

八、处方开具当日有效。特殊情况下需延长有效期的，由开具处方的医师注明有效期限，

但有效期最长不得超过 3 天。

九、处方一般不得超过 7 日用量；急诊处方一般不得超过 3 日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

医疗用麻醉药品、精神药品、毒性药品、放射性药品的处方用量及开具应当严格按照国家有关规定执行。

十、药师应按《处方调剂制度》的规定审核和调配处方。如有药品名称书写不清、用药重复、配伍禁忌及超量等情况应及时与开方医生联系，经处方医生更改重新签字后方可调配，调剂人员无权私自更改处方。对发生严重药品滥用和用药失误的处方，调剂人员有权拒绝调剂并按有关规定上报医务科。

十一、调剂药品应经严格核对后方可发出，调剂人员和复核人员均应在处方上签名。如遇壹人值班时，值班人员应同时履行配方，核对职责，并在处方上双签字。对于不规范处方或者不能判定其合法性的处方，不得调剂。

十二、调配特殊管理的药品应按有关规定执行。

十三、处方由药房妥善保存。普通处方、急诊处方、儿科处方保存期限为 1 年，医疗用毒性药品、第二类精神药品处方保存期限为 2 年，麻、精一药品处方保存期限为 3 年。

处方保存期满后，经主管院长批准、登记备案，方可销毁。

十四、医院每月对全院处方进行抽查并进行处方点评，填写处方评价表，对处方实施动态监测及超常预警，登记并通报不合理处方，对责任人和责任科室进行质量裁决。对出现超常处方 3 次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其处方权；限制处方权后，仍连续 2 次以上出现超常处方且无正当理由的，取消其处方权。

十五、具体细则按《处方管理办法实施细则》执行。

文件名称	处方管理办法实施细则				
文件编号	C01-ZD-039-03		发布部门	医务处、药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

处方管理办法实施细则

为规范处方管理，提高处方质量，促进合理用药，保障医疗安全，根据《处方管理办法》的精神，结合我院实际情况，制定我院处方管理办法实施细则。

一、处方管理的一般规定

（一）处方印制

处方由医务处、药剂科根据国家相关规定制定样模，按照规定的标准和格式统一印制。处方分为普通处方（白色），急诊处方（黄色），儿科处方（绿色）。麻醉和第一类精神药品处方（红色），二类精神药品处方（白色）。计算机开具、打印的处方格式、颜色同手写处方保持一致。

（二）处方书写应当符合下列规则：

- 1、患者一般情况、临床诊断填写清晰、完整，并与病历记载相一致。
- 2、每张处方限于一名患者的用药。
- 3、字迹清楚，不得涂改；如需修改，应当在修改处签名并注明修改日期。
- 4、药品名称应当使用规范的中文名称书写，没有中文名称的可以使用规范的英文名称书写；医疗机构或者医师、药师不得自行编制药品缩写名称或者使用代号；书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范，药品用法可用规范的中文、英文、拉丁文或者缩写体书写，但不得使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句。
- 5、患者年龄应当填写实足年龄，新生儿、婴幼儿写日、月龄，必要时注明体重。
- 6、西药和中成药可以分别开具处方，也可以开具一张处方，中药饮片应当单独开具处方。
- 7、开具西药、中成药处方，每一种药品应当另起一行，每张处方不得超过5种药品。
- 8、中药饮片处方的书写，一般应当按照“君、臣、佐、使”的顺序排列；调剂、煎煮的特殊要求注明在药品右上方，并加括号，如布包、先煎、后下等；对饮片的产地、炮制有

特殊要求的，应当在药品名称之前写明。

9、药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用，特殊情况需要超剂量使用时，应当注明原因并再次签名。

10、除特殊情况外，应当注明临床诊断。

11、开具处方后的空白处划一斜线以示处方完毕。

12、处方医师的签名式样和专用签章应当与院内药学部门留样备查的式样相一致，不得任意改动，否则应当重新登记留样备案。

(三) 药品剂量与数量用阿拉伯数字书写。剂量应当使用法定剂量单位：重量以克(g)、毫克(mg)、微克(μ g)、纳克(ng)为单位；容量以升(L)、毫升(ml)为单位；国际单位(IU)、单位(U)；中药饮片以克(g)为单位。

片剂、丸剂、胶囊剂、颗粒剂分别以片、丸、粒、袋为单位；溶液剂以支、瓶为单位；软膏及乳膏剂以支、盒为单位；注射剂以支、瓶为单位，应当注明含量；中药饮片以剂为单位。

二、处方权的获得与签名留样管理

(一) 医院制定医师处方权审批制度和程序。处方权审批包括：本人申请、科室意见、医务处审核、批准等。

(二) 医院制定医师签名留样登记管理制度，建立普通处方、麻醉处方、精神处方签名留样册。签名留样包括：医师姓名、职称、科室、处方权限、个人签名、处方权批准时间等内容。签名留样单保存于医务处和药房，药剂人员审核医师所开处方的签名与签名留样一致时，方可调配处方并发药。

(三) 医院对批准授予处方权的医师办理签名留样，同时将处方权通知书和签名样模送达药剂科等相关科室。医师要在医院签名留样备案后，方可开具处方。

(四) 医院对医师和药师进行麻醉药品、精神药品、抗菌药物知识和规范化管理的培训。执业医师经考核合格后取得麻、精一药品及抗菌药物的处方权，药师经考核合格后取得麻、精一药品及抗菌药物调剂资格。

(五) 试用期人员和进修人员开具处方，要经带教老师审核、并签名或加盖专用签章后方有效。

(六) 医院对因各种原因受到停止或取消处方权的医师办理停止手续，医务处应及时通知药剂科和相关科室，并在其签名留样登记册内注明取消。药房在接到通知之日起停止调配

该医师处方。

三、处方的开具

(一) 医师要根据医疗、预防、保健需要,按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方。开具医疗用毒性药品、放射性药品的处方应当严格遵守有关法律、法规和规章的规定。

(二) 医院制定药品处方集。内容包括:规范化的处方,药品名称、剂型、规格、剂量、用法;处方的注释部分应包括:作用机理、临床应用、适应范围、相互作用、不良反应、注意事项、禁忌症、合理用药提示,剂量增减提示等信息。

(三) 医院按照经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称购进药品。同一通用名称药品的品种,注射剂型和口服剂型各不得超过2种,处方组成类同的复方制剂1~2种。因特殊诊疗需要使用其他剂型和剂量规格药品的情况除外。

(四) 处方开具当日有效。特殊情况下需延长有效期的,由开具处方的医师注明有效期限,但有效期最长不得超过3天。药房有权拒绝调剂超期限的处方。

(五) 处方一般不得超过7日用量;急诊处方一般不得超过3日用量;对于某些慢性病、老年病或特殊情况,处方用量可适当延长,但医师应当注明理由。医疗用毒性药品、放射性药品的处方用量应当严格按照国家有关规定执行。

(六) 医师要按照卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则,开具麻、精一药品处方。

(七) 门(急)诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻、精一药品的,首诊医师应当亲自诊查患者,建立相应的病历,要求其签署《知情同意书》。

病历中应当留存下列材料复印件:

1. 二级以上医院开具的诊断证明;
2. 患者户籍簿、身份证或者其他相关有效身份证明文件;
3. 为患者代办人员身份证明文件。

(八) 为门(急)诊患者开具的麻醉药品注射剂,每张处方为一次常用量;控缓释制剂,每张处方不得超过7日常用量;其他剂型,每张处方不得超过3日常用量。

第一类精神药品注射剂,每张处方为一次常用量;控缓释制剂,每张处方不得超过7日常用量;其他剂型,每张处方不得超过3日常用量。哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时,每张

处方不得超过 15 日常用量。

第二类精神药品一般每张处方不得超过 7 日常用量；对于慢性病或某些特殊情况的患者，处方用量可以适当延长，医师应当注明理由。

（九）为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻、精一药品注射剂，每张处方不得超过 3 日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 15 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 7 日常用量。

（十）为住院患者开具的麻、精一药品处方应当逐日开具，每张处方为 1 日常用量。

（十一）对于需要特别加强管制的麻醉药品，盐酸二氢埃托啡、盐酸哌替啶处方为一次常用量，仅限于医院内使用。

（十二）医师利用计算机开具、传递普通处方时，应当同时打印出纸质处方，其格式与手写处方一致；打印的纸质处方经签名或者加盖签章后有效。药师核发药品时，应当核对打印的纸质处方，无误后发给药品，并将打印的纸质处方收存备查。

四、处方的调剂

（一）取得药学专业技术职务任职资格的人员方可从事处方调剂工作。药师资格在药剂科备案资格。药师签名或者专用签章式样要医院在留样备查。

（二）具有药师以上专业技术职务任职资格的人员负责处方审核、评估、核对、发药以及安全用药指导；药士从事处方调配工作。

（三）药师应当凭医师处方调剂处方药品，非经医师处方不得调剂。

（四）药师要按照工作制度调剂处方药品：认真审核处方，准确调配药品，正确书写药袋或粘贴标签，注明患者姓名和药品名称、用法、用量，包装；向患者交付药品时，按照药品说明书或者处方用法，进行用药交待与指导，包括每种药品的用法、用量、注意事项等。

（五）药师要认真逐项检查处方前记、正文和后记书写是否清晰、完整，并确认处方的合法性。对于不规范处方或者不能判定其合法性的处方，不得调剂。

（六）药师要对处方用药适宜性进行审核，审核内容包括：

1. 规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；
2. 处方用药与临床诊断的相符性；
3. 剂量、用法的正确性；
4. 选用剂型与给药途径的合理性；

5. 是否有重复给药现象;
6. 是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌;
7. 其它用药不适宜情况。

(七) 药师经处方审核后,认为存在用药不适宜时,应当告知处方医师,请其确认或者重新开具处方。药师发现严重不合理用药或者用药错误,应当拒绝调剂,及时告知处方医师,并应当记录,按照有关规定报告。

(八) 药师调剂处方时必须做到“四查十对”:查处方,对科别、姓名、年龄;查药品,对药名、剂型、规格、数量;查配伍禁忌,对药品性状、用法用量;查用药合理性,对临床诊断。

(九) 药师在完成处方调剂后,要在处方上签名或者加盖专用签章。

五、监督管理

(一) 医院建立处方点评制度,每月填写处方评价表,对医师处方进行综合评价,实施动态监测及超常预警,对不合理用药及时予以干预,登记并通报不合理处方。

(二) 医院对出现超常处方3次以上且无正当理由的医师提出警告,限制其处方权;限制处方权后,仍连续2次以上出现超常处方且无正当理由的,取消其处方权。

(三) 医师出现下列情形之一的,处方权由其所在医疗机构予以取消:

1. 被责令暂停执业;
2. 考核不合格离岗培训期间;
3. 被注销、吊销执业证书;
4. 不按照规定开具处方,造成严重后果的;
5. 不按照规定使用药品,造成严重后果的;
6. 因开具处方牟取私利。

(四) 未取得处方权的人员及被取消处方权的医师不得开具处方。未取得麻、精一药品处方资格的医师不得开具麻、精一药品处方。

(五) 处方由药剂科统一保存。普通处方、急诊处方、儿科处方保存期限为1年,医疗用毒性药品、第二类精神药品处方保存期限为2年,麻、精一药品处方保存期限为3年。

处方保存期满后,经主管院长批准、登记备案,方可销毁。

六、附则

本办法由医务处、药剂科负责解释。

文件名称	处方点评制度				
文件编号	C01-ZD-040-03		发布部门	医务处、药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

处方点评制度

为了贯彻执行《处方管理办法》，规范医疗服务行为，保障用药安全，减少不合理用药，维护就医患者身心健康，结合我院实际，特制定本处方点评制度。

一、组织领导

成立处方点评领导小组，领导小组负责人由主管医疗的副院长担任，领导小组办公室设在医务处。领导小组具有行政管理职能和技术管理功能，行使对医生合理用药进行考评的职责，按照医院制定的合理用药系列规章制度，规范医务人员的用药行为。

二、处方点评办法

（一）点评范围

我院已注册的执业医师在诊疗活动中为患者开具的处方，包括住院医嘱。

（二）点评内容

1. 执行《医院处方点评管理规范》中的规定条款。
2. 无指征使用药物；
3. 指征改善后应该停药而未及时停药者；
4. 违反联合用药原则；
5. 针对性不强的大处方；
6. 无依据、无指征超剂量使用药物。

（三）点评办法

1. 药师每月检查汇总，写出点评意见，报医务处。
2. 每周业务院长医疗质量查房时，药剂科将用药的合理性、安全性作为一项重要内容进行检查，发现问题及时提出并纠正。
3. 在实施三级医师查房制度中，将用药的合理性作为重要内容进行专项检查。发现不合

理用药，及时予以纠正。

4. 在疑难、重危患者讨论会诊中，邀请药剂科参加，提出合理用药建议。

(四) 对住院病历进行专项用药质控。

质控内容：

1. 病程记录中未记录或未说明理由的使用、更换或停止药物。
2. 药物选择不正确。
3. 无指征联合用药。
4. 超过药典和说明书适应症范围或用法用量。
5. 指征改善后应该停药而未及时停用药物。
6. 出现药物不良反应未及时停药、未记录。
7. 围手术期预防性用药时间过长。

(五) 点评方式

1. 检查中对用药欠合理的医嘱、处方进行点评，及时向当事医生反馈结果，使其知晓问题所在，有利于以后自觉纠正。

2. 建立处方点评登记、上报制度。对有典型错误的、同类问题发生率较高的医嘱、处方进行点评，采取召开点评会形式予以通报。对连续多次有缺陷处方的人员，造成严重用药错误的，按《处方管理办法》进行处罚，情节严重者直至吊销处方权。

3. 每季度住院药品使用前 10 位的抗生素类、活血化瘀类，进行单品种数量、金额统计，凡波动大于 30%，而无合理解释理由的，实施重点监控。必要时采取减量或停用的措施。

4. 对用药处方金额过大，缺乏用药指征，又无合理解释，连续 3 次排名全院前 10 名的医生，进行戒勉谈话，直至吊销处方权。

5. 对于用药合理性有争议的，可召集有关专业人员探讨，或在药学通讯上组织研讨，以促进学术交流，提高用药的科学性、合理性、安全性。

三、实现目标

通过处方点评制度，加大临床用药监管力度，强化医师合理用药意识，促进临床药学工作，自觉规范用药行为，形成合理用药的主流导向，保障用药安全，降低患者医药费用负担，提高医院信誉，保证医院持续健康发展。

文件名称	处方点评实施细则				
文件编号	C01-ZD-041-02		发布部门	医务处、药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

处方点评实施细则

一、总则

为加强处方管理，提高处方质量，规范处方点评工作，促进合理用药，保障医疗安全，根据《处方管理办法》《处方点评管理规范（试行）》等有关法律、法规、规章，结合我院实际情况，制定我院处方点评实施细则。

二、组织管理

（一）处方点评工作在医院药事管理与药物治疗学委员会领导下，由医院医疗管理部门和药学部门共同组织实施。成立处方点评领导小组，由医疗管理、药学部、临床医学等多学科专家组成，为处方点评工作提供专业技术咨询。

（二）医院医疗管理部门和药学部门成立处方点评工作小组，负责处方点评的具体工作。点评工作小组成员由医务、药学和临床专家组成。

三、处方点评的实施

（一）处方点评工作小组负责处方点评和考核的日常工作。

（二）定期抽查处方，组织实施处方点评，对医师所开医嘱、处方等不规范用药行为进行点评，将结果纳入每月的医疗质量考核。

（三）每个月组织对临床科室具有抗菌药物处方权医师的处方、医嘱进行点评，重点为外科、呼吸科、心内科、肿瘤科、神经科、重症医学科等临床科室及一类切口手术和介入治疗病例。每个科室不少于 10 份。

（四）逐步建立健全专项处方点评制度。对特定的药物或特定疾病的药物（如国家基本药物、血液制品、中药注射剂、肠外营养制剂、抗菌药物、辅助治疗药物、激素等临床使用及超说明书用药、肿瘤患者和围手术期用药等）使用情况进行处方点评。

四、处方点评的结果



(一) 处方点评结果分为合理处方和不合理处方。

(二) 不合理处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

(三) 有下列情况之一的，应当判定为不规范处方：

1. 处方的前记、正文、后记内容缺项，书写不规范或者字迹难以辨认的；
2. 医师签名、签章不规范或者与签名、签章的留样不一致的；
3. 药师未对处方进行适宜性审核的（处方后记的审核、调配、核对、发药栏目无审核调配药师及核对发药药师签名，或者单人值班调剂未执行双签名规定）；
4. 新生儿、婴幼儿处方未写明日、月龄的；
5. 西药、中成药与中药饮片未分别开具处方的；
6. 未使用药品规范名称开具处方的；
7. 药品的剂量、规格、数量、单位等书写不规范或不清楚的；
8. 用法、用量使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句的；
9. 处方修改未签名并注明修改日期，或药品超剂量使用未注明原因和再次签名的；
10. 开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全的；
11. 单张门急诊处方超过五种药品的；
12. 无特殊情况下，门诊处方超过 7 日用量，急诊处方超过 3 日用量，慢性病、老年病或特殊情况下需要适当延长处方用量未注明理由的；
13. 开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理药品处方未执行国家有关规定的；
14. 医师未按照抗菌药物临床应用管理规定开具抗菌药物处方的；
15. 中药饮片处方药物未按照“君、臣、佐、使”的顺序排列，或未按要求标注药物调剂、煎煮等特殊要求的。

(四) 有下列情况之一的，应当判定为用药不适宜处方：

1. 适应证不适宜的；
2. 遴选的药品不适宜的；
3. 药品剂型或给药途径不适宜的；
4. 无正当理由不首选国家基本药物的；
5. 用法、用量不适宜的；

6. 联合用药不适宜的；
7. 重复给药的；
8. 有配伍禁忌或者不良相互作用的；
9. 其它用药不适宜情况的。

(五) 有下列情况之一的，应当判定为超常处方：

1. 无适应证用药；
2. 无正当理由开具高价药的；
3. 无正当理由超说明书用药的；
4. 无正当理由为同一患者同时开具 2 种以上药理作用相同药物的。

(六) 对出现抗菌药物超常处方 3 次以上且无正当理由的医师予以警告，限期整改，依照抗菌药物分级管理规定，限制其特殊使用级和限制使用级抗菌药物的处方权，限制处方权后，仍 2 次以上超常处方且无正当理由的，将视情依法、依规予以取消其处方权、降级使用、吊销医师执业证书等处理。

五、点评流程

(一) 每月 30 日前处方点评工作小组按照总处方量的千分之一随机抽取全院门急诊处方进行质量评价，且每月点评处方绝对数不应少于 100 张。

(二) 处方点评小组将点评结果汇总后报医务处。

(三) 每月将处方检查情况向科主任反馈，要求各科室制定整改措施。

(四) 医务处根据全院处方检查情况总结全院处方点评工作，写出阶段性分析报告，内容包括检查基本情况、处方书写缺陷分析和持续改进措施等。

六、点评结果的应用与持续改进

(一) 不合理处方的奖惩办法按照医疗质量考核实施细则实施。对开具不合理处方的医师，采取教育培训、批评等措施；对于开具超处处方的医师按照《处方管理办法》、《抗菌药物临床管理办法》的规定予以处理；对多次开具不合理处方的医师，责令离岗参加培训；对患者造成严重损害的，应当按照相关法律、法规、规章给予相应处罚。

(二) 药师未按规定审核处方、调剂药品、进行用药交待或未对不合理处方进行有效干预的，应当采取教育培训、批评等措施；对患者造成严重损害的，应当依法给予相应处罚。

(三) 定期通报处方点评结果，通报不合理处方；根据处方点评结果，对本院在药事管



理、处方管理和临床用药方面存在的问题，进行汇总和综合分析评价，提出质量改进建议。并向医院药事管理和药物治疗学委员会和医疗质量管理委员会报告；医院药事管理和药物治疗学委员会和医疗质量管理委员会研究制定有针对性的临床用药质量管理和药事管理改进措施，并责成相关科室落实质量改进措施，提高合理用药水平，保证患者用药安全。发现可能造成患者损害的，应当及时采取措施，防止损害发生。

文件名称	抗菌药物处方、医嘱专项点评制度				
文件编号	C01-ZD-042-02			发布部门	医务处、药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

抗菌药物处方、医嘱专项点评制度

为了认真贯彻落实《抗菌药物临床应用管理办法》《抗菌药物临床使用指导原则》等文件精神，规范抗菌药物临床应用，根据《处方管理办法》《医院处方点评管理规范》（试行），特制定我院抗菌药物处方、医嘱专项点评制度。

抗菌药物处方、医嘱点评是根据相关法规、技术规范，对处方、医嘱书写的规范性及药物临床使用的适宜性（用药适应证、药物选择、给药途径、用法用量、药物相互作用、配伍禁忌等）进行评价，发现存在或潜在的问题，制定并实施干预和改进措施，促进临床药物合理应用的过程。

一、组织管理

我院抗菌药物处方、医嘱点评工作是在医院药事管理与药物治疗学委员会的领导下，由医院抗菌药物管理工作组对抗菌药物处方、医嘱实施专项点评。日常操作由医务处会同药剂科处方点评工作小组负责执行。

二、抗菌药物处方、医嘱点评的实施

（一）点评周期：每月一次。

（二）抽样率与抽样方法：

1、抽样量：

点评合理性的门诊处方：依据我院当前门急诊处方量，抽取抗菌药物处方总数的25%进行点评。

点评合理性的住院医嘱：内科重点科室如重症医学科、呼吸科等每科室抽取10～25份，其他科室随机抽取病例进行点评；外科抽取全部清洁手术病例进行点评。

2、抽样方法：处方样本抽取时应该考虑的因素包括：符合统计学随机要求、临床科室本身的处方比例、特殊药品及方便门诊处方剔除等。医嘱抽取可按临床科室当月出院人数比

例、兼顾小科室按适当比例轮抽。

3、填写点评表：

门急诊抗菌药物处方点评填写《处方点评工作表》、《抗菌药物使用率点评表（门诊）》和《抗菌药物专项点评表（门诊）》；

病区医嘱点评填写《抗菌药物专项点评表（住院）》和《病区医嘱点评工作表》。我院处方、医嘱点评具体流程。

4、点评要求：处方、医嘱点评工作应坚持科学、公正、务实的原则，有完整、准确的书面记录。处方点评工作小组在点评工作过程中发现不合理处方、医嘱，应当及时报告药剂科和医务处，并在每月形成点评结果报告。

5、逐步利用信息技术建立处方点评系统，逐步实现与医院信息系统的联网与信息共享。

三、抗菌药物处方、医嘱点评的结果

抗菌药物不合理处方、医嘱包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

（一）不规范处方的判定：有下列情况之一的

1. 处方的前记、正文、后记内容缺项，书写不规范或者字迹难以辨认的；2. 医师签名、签章不规范或者与签名、签章的留样不一致的；3. 药师未对处方进行适宜性审核的（处方后记的审核、调配、核对、发药栏目无审核调配药师及核对发药药师签名，或者单人值班调剂未执行双签名规定）；4. 新生儿、婴幼儿处方未写明日、月龄的；5. 西药、中成药与中药饮片未分别开具处方的；6. 未使用药品规范名称开具处方的；7. 药品的剂量、规格、数量、单位等书写不规范或不清楚的；8. 用法、用量使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句的；9. 处方修改未签名并注明修改日期，或药品超剂量使用未注明原因和再次签名的；10. 开具处方未写临床诊断或临床诊断书写不全的；11. 单张门急诊处方超过五种药品的；12. 无特殊情况下，门诊处方超过7日用量，急诊处方超过3日用量，慢性病、老年病或特殊情况下需要适当延长处方用量未注明理由的；13. 医师未按照抗菌药物临床应用管理规定开具抗菌药物处方的。

（二）不适宜处方的判定：有下列情况之一的

1. 适应证不适宜的；2. 遴选的药品不适宜的；3. 药品剂型或给药途径不适宜的；4. 无正当理由不首选国家基本药物的；5. 用法、用量不适宜的；6. 联合用药不适宜的；7. 重复给药的；8. 有配伍禁忌或者不良相互作用的；9. 其它用药不适宜情况的。

(三) 超常处方判定：有下列情况之一的

1. 无适应证用药；2. 无正当理由开具高价药的；3. 无正当理由超说明书用药的；4. 无正当理由为同一患者同时开具 2 种以上药理作用相同药物的。

四、点评结果的应用与持续改进

(一) 每月末由医务处组织医院抗菌药物临床应用管理工作小组对处方点评小组提交的点评结果进行讨论，并报领导小组审核。

(二) 领导小组通过每月的科主任例会平台定期公布处方、医嘱点评结果，通报不合理处方、医嘱所涉及的临床科室和当事人。根据点评结果，对医院在药事管理、处方管理和临床用药方面存在的问题，进行汇总和综合分析评价，提出质量改进建议，并向医院药物与治疗学委员会和医疗质量管理委员会报告。

(三) 在处方、医嘱点评过程中，点评小组发现可能造成患者损害的，应当及时上报并采取相应措施，防止损害发生。

(四) 院药事管理与药物治疗学委员会和医疗质量管理委员会根据抗菌药物管理工作组提交的质量改进建议，研究制定有针对性的临床用药质量管理和药事管理改进措施，并责成相关部门和科室落实质量改进措施，提高合理用药水平，保证患者用药安全。

(五) 处方和医嘱点评结果纳入相关科室及其工作人员绩效考核和年度考核指标，建立健全相关的奖惩制度。

五、监督管理

医院应当加强处方质量和抗菌药物临床应用管理，规范医师处方行为，落实处方审核、发药、核对与用药交待等相关规定。

(一) 定期对医务人员进行抗菌药物合理用药知识培训与教育。

(二) 处罚：

1、对于开具超处方的医师按照《处方管理办法》的规定予以处理；一个考核周期内（一年为一个考核周期）5 次以上开具不合理处方的医师，应当认定为医师定期考核不合格，离岗参加培训；对患者造成严重损害的，卫生行政部门应当按照相关法律、法规、规章给予相应处罚。

2、药师未按规定审核处方、调剂药品、进行用药交待或未对不合理处方进行有效干预的，医院采取教育培训、批评等措施；对患者造成严重损害的，卫生行政部门应当依法给予相应



处罚。

3、门诊和住院抗菌药物临床应用考核内容见《抗菌药物临床应用指导原则实施细则(2015年版)》和《承德市中心医院部分手术和外伤预防性应用抗菌药物指南》。

文件名称	不合格处方、不合理用药干预制度				
文件编号	C01-ZD-043-03			发布部门	医务处、药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

不合格处方、不合理用药干预制度

一、为提高处方质量，促进合理用药，根据《处方管理办法》及《处方点评管理规范（试行）》、《医疗机构处方审核规范》，结合我院实际，制定此制度。

二、药师应按规定对处方进行审核和调配。认真逐项检查处方前记、正文和后记书写是否清晰、完整，并确认处方的合法性。对书写不合格处方集中放置，统一交与门诊办公室，由门诊办公室工作人员督促处方责任人进行更正。

三、药师应当对方用药适宜性进行审核，审核内容包括：

- （一）规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；
- （二）处方用药与临床诊断的相符性；
- （三）剂量、用法的正确性；
- （四）选用剂型与给药途径的合理性；
- （五）是否有重复给药现象；
- （六）是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌；
- （七）其它用药不适宜情况。

四、药师经处方审核后，认为存在用药不适宜时，应当告知处方医师，请其确认或者重新开具处方。

五、药师发现严重不合理用药或者用药错误，应当拒绝调剂，及时告知处方医师，并将干预情况进行记录，按照有关规定报告。

六、对开具不合理处方的医师，医院将采取培训、批评等措施；对于开具超常处方的医师按照《处方管理办法》的规定予以处理；一年内5次以上开具不合理处方的医师，离岗参加培训；对患者造成严重损害的，按照有关法律、法规给予相应处罚。

七、药师未按规定审核处方、调剂药品，未对不合理处方进行有效干预的，医院采取教育措施；对患者造成严重损害的，依法给予相应的处罚。

文件名称	处方质量管理通报制度				
文件编号	C01-ZD-044-03		发布部门	医务处、药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

处方质量管理通报制度

一、为规范处方点评工作，提高处方质量，促进合理用药，根据《处方管理办法》及《处方点评管理规范（试行）》，结合我院实际，制定此制度。

二、医院处方点评领导小组每月组织专家对医院处方和住院医嘱进行点评，对点评结果进行评议和通报。

三、处方点评结果每月在医院工作简报中进行通报，对不合理处方情况及处方责任人在院内公示栏内进行公示和通报。

四、医院将处方点评结果作为重要指标纳入科室和个人的质量考核中，对处方点评中出现不合理处方的科室和个人进行相应的质量裁决。

五、科室要加强对处方质量的管理，根据每月处方质量通报情况，提出整改措施，提高处方质量。

文件名称	药物安全性监测管理制度				
文件编号	C01-ZD-045-02		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药物安全性监测管理制度

一、为加强我院药品的安全监管，保障患者用药安全，促进临床合理用药，根据《药品管理法》《医疗机构药事管理规定》《药品不良反应报告和监测管理办法》等相关法律法规和规定制定本制度。

二、我院对药物安全性实行全过程监测管理。任何科室和个人在药物流通的任何环节发现可能与药物有关的问题，包括药物质量问题、用药错误、药物不良反应及不良事件、药害事件等均应及时上报。

三、我院药物安全性监测领导小组负责全院药物安全性监测管理工作。（一）定期通报全院药物安全性监测和报告情况；（二）组织检查各科室药物安全性监测开展情况；（三）对影响较大并造成严重后果的药物安全性问题组织调查、确认和处理。

四、临床药学室具体负责我院药物安全性的监测报告工作。

（一）承担全院药物安全性监测报告的收集、评价、反馈工作；

（二）对常见的药物安全性进行技术指导；

（三）组织药物安全性的宣传、教育、培训工作。

五、建立药品不良反应与药害事件监测报告制度、用药错误报告制度、药品质量报告途径和流程，建立我院所使用药品的质量档案，搜集和分析药品质量信息，调查、处理药品质量事故或质量投诉并及时报告。

六、建立高警示药品和易混淆药品工作制度，并有清晰的标识，减少用药错误。

七、鼓励医务人员积极开展药物安全性研究，主动上报药物安全性报告。

八、医院药事管理与药物治疗学委员会每年度对药物安全性监测管理工作进行经验总结，查找管理漏洞，对存在的问题提出改进措施。

文件名称	药品不良反应与药害事件监测报告管理制度与程序				
文件编号	C01-ZD-046-02		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药品不良反应与药害事件监测报告管理制度与程序

为了加强我院药品的安全监管，规范药品不良反应与药害事件监测报告程序，保障临床用药的安全性，同时也为评价和淘汰药品提供依据，根据《中华人民共和国药品管理法》、《药品不良反应报告和监测管理办法》（卫生部第81号令）、《河北省药品不良反应报告和监测管理办法实施细则（试行）》（冀食药监[2012]246号）等相关法律法规和文件要求，我院实行药品不良反应与药害事件监测报告制度。

一、机构与职责

医院药品不良反应与药害事件监测管理机构由医院药事管理与药物治疗学委员领导的药品不良反应与药害事件监测领导小组、药品不良反应与药害事件监测站及药品不良反应与药害事件监测信息员组成，其主要任务是负责全院药品不良反应报告的收集、核实、评价、上报、反馈及其相关工作。

（一）医院药品不良反应与药害事件监测领导小组：由主管领导、医学、药学、护理、流行病学等相关专家组成，职责如下：

1. 根据国家《药品不良反应报告和监测管理办法》，在市ADR监测中心的领导下，制定医院药品不良反应与药害事件监测报告的管理办法，并监督实行。
2. 全面指导医院开展药品不良反应与药害事件监测工作，从法规及业务上协助并督导监测工作的落实。
3. 对医院药品不良反应与药害事件监测提供咨询和指导，对新的、严重的、突发、群发、影响较大并造成严重后果的药品不良反应组织调查、分析、评价、确认和处理；对特殊和疑难病例给予评判；对全院药品不良反应与药害事件监测的热点、难点问题进行讨论。对已确认发生严重不良反应与药害事件的药品采取紧急措施。
4. 审核医院药品不良反应工作情况，了解、督促、检查各项工作执行、进度和完成情况。

5. 负责协调全院药品不良反应平台的建设、运转和维护。

6. 开展药品不良反应宣传、培训、咨询工作，组织开展药品不良反应与药害事件监测办法的研究工作

7. 起草或提请修订相关工作制度、技术规范和应急预案；提请审议相关的奖励和处罚事项。

8. 承担国家及省市药品不良反应与药害事件监测中心委托的工作，配合严重药品不良反应和群体不良事件相关调查工作。

（二）药品不良反应与药害事件监测站：药品不良反应与药害事件监测站为医院药品不良反应与药害事件监测工作的核心机构，办公室设在临床药学室，职责如下：

1. 在医院药品不良反应与药害事件监测领导小组的领导下，负责全院药品不良反应与药害事件监测的技术工作。

2. 拟定药品不良反应与药害事件监测年度工作计划，掌握各项工作的执行、进度和完成情况，及时向医院药品不良反应与药害事件监测领导小组汇报。

3. 拟定具体执行和落实全院药品不良反应和药害事件监测工作计划的实施方案，安排日常工作。

4. 负责全院药品不良反应与药害事件资料的收集、评价、上报和信息反馈，组织对疑难、复杂的药品不良反应进行调查、确认和处理，了解和掌握全院药品不良反应与药害事件监测总体情况，及时调研。

5. 承担全院药品不良反应与药害事件的宣传、教育、培训工作，保存药品不良反应与药害事件监测报告管理档案。

6. 对收集到的药品不良反应与药害事件监测报告管理资料进行分析和评价，并采取有效措施减少和防止药品不良反应的重复发生。

（三）药品不良反应与药害事件监测网：医院各科室的各级医、药、护、技人员。各临床科室均设一名兼职监测员，药剂科下属各部门各设一名监测员，与临床药师共同组成医院药品不良反应与药害事件监测网。职责如下：

1. 各网点监测员会同各科室或部门主管，按照本管理办法对本部门区域内的药品不良反应报告及管理进行宣传、教育并实施。

2. 负责本区域内发生的药品不良反应与药害事件的收集、整理、初步分析评价及上报工

作。

3. 对本区域内发生的药品严重不良事件组织调查、确认和处理。

4. 及时向原报告人反馈有关信息，提醒用药者及科室注意药品不良反应与药害事件的危害性，向医生和患者提供药品安全性方面的资料及用药注意事项。

5. 负责指导和培养本部门人员的药品不良反应与药害事件监测报告意识，不断提高监测工作水平。

二、报告程序和要求

（一）报表：按照我国《药品不良反应报告和监测管理办法》的要求，如发现药品不良反应/事件（ADR/ADE），应先填写《药品不良反应/事件报告表》、《药品群体不良反应/事件报告表》，上报院药品不良反应与药害事件监测站，由监测站分析评估后通过国家药品不良反应与药害事件监测信息网络报告。报告内容应真实、完整、准确。

（二）报告程序及要求

1. 在本院范围内发生的 ADR/ADE 逐级、定期报告，必要时可越级报告。

2. 临床医师、护士、药师应主动收集药品不良反应与药害事件信息，对患者用药情况进行监测，获知或者发现药品不良反应与药害事件后应当详细记录、分析和处理，填写《药品不良反应/事件报告表》并报告。发生严重药品不良反应或药害事件时，积极进行临床救治，做好医疗记录，保存好相关药品、物品的留样，对事件进行及时地调查、分析。

3. 各级医护人员发现可能与用药有关的 ADR/ADE 需详细记录，及时汇报给本科室的药品不良反应与药害事件监测员，各科室药品不良反应与药害事件监测员调查、分析和初步评价后，协助发现 ADR/ADE 的有关人员立即填写《药品不良反应/事件报告表》，并将患者发生的药品不良反应或药害事件如实记入到病历中，将报表及时上报到医院药品不良反应监测站。

4. 获知或者发现药品群体不良反应或事件后，应当立即上报医院药品不良反应与药害事件监测站，必要时可以越级报告；同时填写《药品群体不良事件基本信息表》，对每一病例还应当及时填写《药品不良反应/事件报告表》，通过国家药品不良反应监测信息网络报告。

5. 对新的、严重的、突发、群发、影响较大并造成严重后果的药品不良反应与药害事件，积极救治患者的同时立即上报本院药品不良反应与药害事件监测站，并由监测站迅速上报医院药品不良反应与药害事件监测领导小组，组织有关专家迅速开展临床调查，分析事件发生

的原因，必要时可采取暂停药品使用等紧急措施。核实后应当立即通过电话或传真等方式报市食品药品监督管理局、卫生局和药品不良反应与药害事件监测中心。

6. 密切关注国家药品不良反应信息通报的有关信息，对已通报需重点监测的药品，通知有关部门及监测员进行重点监测，发生可能与使用该类药物有关的不良反应，应立即进行分析、评价，采取相应控制措施，在初步确认关联性的情况下，立即上报市食品药品监督管理局和药品不良反应与药害事件监测中心并积极配合有关部门对事件的调查、核实、评价、处置。

7. 药品不良反应与药害事件监测站应建立并保存药品不良反应与药害事件监测报告档案。对收集到的药品不良反应与药害事件监测报告资料进行分析和评价，并采取有效措施减少和防止药品不良反应与药害事件的重复发生。

8. 药品不良反应与药害事件监测报告的内容和统计资料是加强药品监督管理、指导合理用药的依据。任何个人、科室和组织对在药品不良反应与药害事件监测和报告过程中获取的商业秘密、个人隐私、患者和报告者信息依法予以保密。

（三）报告范围和时限：

1. 为了最大限度的降低人群用药风险，本着“可疑即报”的原则，各科室、部门需报告发现的所有药品不良反应及可疑不良反应。

2. 新的、严重的药品不良反应 / 事件应当在 15 日内报告，其中死亡病例须立即报告；其他药品不良反应 / 事件应当在 30 日内报告。有随访信息的，应当及时报告。

三、奖励和处罚

（一）奖励：为推动医院药品不良反应与药害事件监测工作的发展，提高药品不良反应与药害事件报告的质量和数量，调动全院各部门和人员参与药品不良反应与药害事件报告的积极性，根据国家《药品不良反应报告和监测管理办法》第一章第五条“国家鼓励公民、法人和其他组织报告不良反应”，对提供特别有价值的药品不良反应与药害事件报告（包括提供严重、罕见的药品不良反应报告与药害事件报告或药品说明书上未收载的新的不良反应报告），予以特别奖励。

（二）处罚：在药品不良反应与药害事件监测工作中存在以下行为之一者，视情节严重程度，予以责令改正、通报批评或警告，情节严重并造成不良后果的，按照有关法律法规的规定进行处罚。

1. 无兼职人员负责本科室、部门药品不良反应与药害事件监测工作的。

2. 未按要求报告药品不良反应与药害事件者。

3. 发现药品不良反应与药害事件隐匿不报者。

4. 隐藏药品不良反应与药害事件资料者。

5. 医院药品不良反应与药害事件监测站及其有关人员在药品不良反应与药害事件管理工作中违反规定、延误不良反应报告、未采取有效措施控制严重药品不良反应与药害事件重复发生并造成严重后果的，依照有关规定给予行政处分。

四、释义：

（一）药品不良反应，是指合格药品在正常用法用量下出现的与用药目的无关的有害反应。

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

（三）严重药品不良反应，是指因使用药品引起以下损害情形之一的反应：

1. 导致死亡；

2. 危及生命；

3. 致癌、致畸、致出生缺陷；

4. 导致显著的或者永久的人体伤残或者器官功能的损伤；

5. 导致住院或者住院时间延长；

6. 导致其他重要医学事件，如不进行治疗可能出现上述所列情况的。

（四）新的药品不良反应，是指药品说明书中未载明的不良反应。说明书中已有描述，但不良反应发生的性质、程度、后果或者频率与说明书描述不一致或者更严重的，按照新的药品不良反应处理。

（五）药品群体不良事件，是指同一药品在使用过程中，在相对集中的时间、区域内，对一定数量人群的身体健康或者生命安全造成损害或者威胁，需要予以紧急处置的事件。

同一药品：指同一生产企业生产的同一药品名称、同一剂型、同一规格的药品。

（六）药品重点监测，是指为进一步了解药品的临床使用和不良反应发生情况，研究不良反应的发生特征、严重程度、发生率等，开展的药品安全性监测活动。

文件名称	药物应用动态监测及超常预警制度				
文件编号	C01-ZD-047-02		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药物应用动态监测及超常预警制度

为加强我院药物的使用监管，规范临床医师处方行为，促进临床合理用药，根据国家卫生部门的有关规定，结合我院实际情况，制定本制度。

一、医院药事管理与药物治疗学委员会和处方点评领导小组负责全院药物使用的动态监测工作，对超常使用的药物及时发出预警。

二、药剂科每季度对单品种药物的使用情况进行统计，对用量前三十位的药品和销售金额前三十位的药品进行排序，并将详细情况上报监察室进行公示。

三、医院药事管理与药物治疗学委员会负责组织对公示的药品进行分析以确定是否属于正常用药，对连续两次以上被公示的药品应作为重点品种进行监测。

四、对确定属于非正常用药的品种，可发出预警信号。

黄色警示：药品使用有异常趋势，提出警告，采取限销措施；

红色警示：药品使用超出正常用药范围，停止采购和销售。

五、对抗菌药物、心脑血管药物、抗肿瘤药物及营养药物要重点监测，对药品的采购量、出库量、使用量进行动态监控，对异动情况及时分析和采取措施。

六、处方点评领导小组负责每月组织对全院病历及处方进行检查，对用药不合理的医师进行公示，并给予警告、严重警告、待岗等处理。

文件名称	超说明书用药管理制度				
文件编号	C01-ZD-048-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

超说明书用药管理制度

一、“超说明书用药”的定义：超说明书用药或称药品未注册用法，是指药品使用的适应症、给药方法或剂量不在药品监督部门批准的说明书之内的用法。具体含义包括给药剂量、适应人群、适应症、给药途径等与药品说明书不同的用法。

二、“超说明书用药”的条件

临床医师只有在影响患者生活质量或危及生命的情况下，无合理的可替代药品，并充分考虑药品 ADR、禁忌症、注意事项，权衡患者获得的利益大于可能出现的危险，并认为采用的药品未注册用法是目前最佳治疗方案时方可采用。

三、“超说明书用药”具体规定：

（一）临床科室对“超说明书用药”进行评价及论证，（包括药品名称，用药适应证，用药方法，具体证据和参考材料）；并将“超说明书用药”按循证证据级别分级：国际权威指南规范级、国内学会指南级、学会专家组共识级共 3 个档次。写出书面申请报告，上报药剂科。

（二）药剂科对临床科室超说明书用药申请进行审核，拿出初步论证意见，上报医院药事管理与药物治疗学委员会。

（三）药事管理与药物治疗学委员会组织相关专家，从国内外临床试验、权威参考资料、指南或专家意见等方面，对上报的“超说明书用药”进行讨论、评价及论证。

（四）医院药事管理与药物治疗学委员会论证通过后，上报医院伦理委员会进行审批。伦理委员会审批通过后，审批结果在医院内网进行公示，此超说明书用药纳入医院超说明书用药目录可以在医院范围内使用。

（五）对于未予以审批通过的“超说明书用药”，临床科室不准继续使用。

（六）经审批批准的“超说明书用药”，在给与患者应用前，主管医师要告知患者及家

属应用该药物的必要性、不良反应、及可能出现的风险。签署《知情同意书》后方可应用。紧急抢救情况下要求科主任同意并签字。

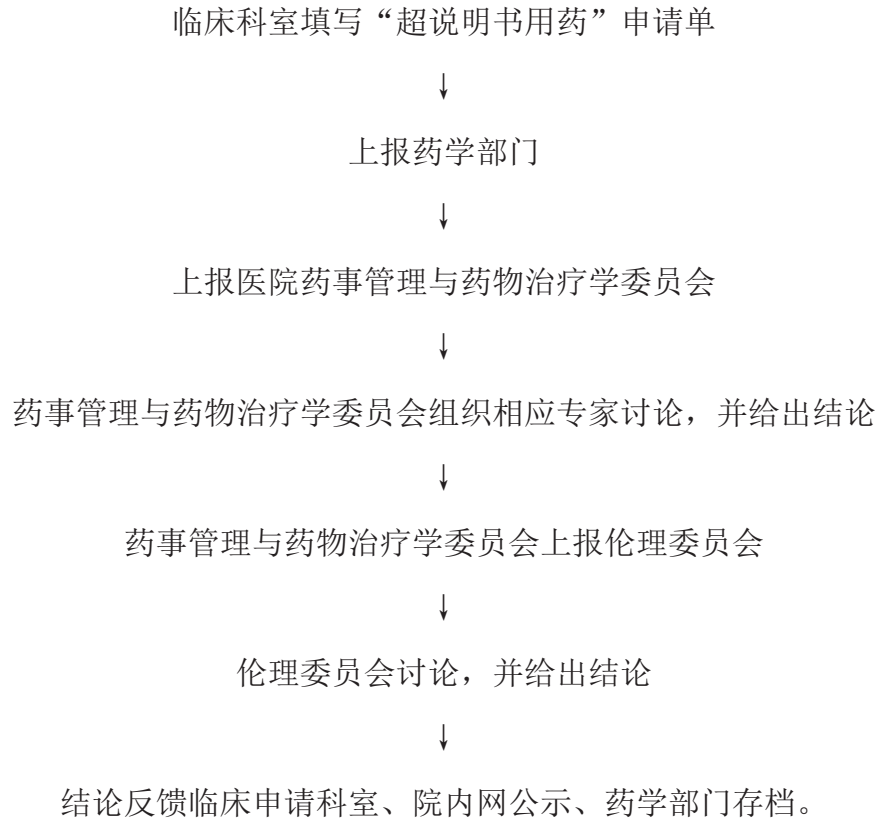
（七）药师在审核处方时，应以药品说明书为依据，并熟悉本院批准的“超说明书用药”，确保调剂行为规范及患者用药安全。药师审核处方后，认为存在用药不适宜时，应告知处方医师，请其确认或重新开具处方。药师发现严重不合理用药或用药错误，可以拒绝调剂。

（八）临床药师对“超说明书用药”疗效进行分析、评价，对“超说明书用药”导致的药物 ADR 及时分析整理，并上报医务处和通知相关科室，减少或防止因“超说明书用药”导致 ADR 重复发生。

（九）随着循证医学的发展和临床安全性评价的深入，各专科应关注对已批准的“超说明书用药”的更新，需变更的及时上报药剂科，中止某些不安全、不合理的用法，以保障患者的用药安全，降低医院的医疗风险。医务处、各临床科室、药学部门必须做好相关协调工作。



超说明书用药审批流程



文件名称	病区药品管理制度				
文件编号	C01-ZD-049-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

病区药品管理制度

一、病区药品由护士长指定专人管理，按要求存放在专用的药品柜中，不能与非药品混放，且注射药、内服药与外用药严格分开存放。

二、麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品等特殊管理的药品，要专柜存放，专人加锁保管，专帐记录，帐物相符，每日交班，发现问题及时上报。

三、需冷处储存的药品应按规定要求储存在冰箱冷藏室（2～8℃）中。

四、高浓度电解质制剂、肌肉松弛剂与细胞毒等高警示药品，必须单独存放，且有醒目标识，使用时应双人核对。

五、严格执行配药程序，注射液稀释和临床使用应实行双人签字制度。

六、药品在使用前，必须严格核查药品信息（药品名称、规格、剂量、效期，性状，用法用量、配伍禁忌等）及患者信息（姓名，性别、年龄、诊断、病历号、床位号）经核对确认无误后，方可使用。

七、药品柜存放的药品以不超过1个处方日的量为宜，对存放的药品应定期进行检查，保证无过期失效药品。

八、抢救车中的药品和备用药品品种和数量应有登记，并定期进行检查并记录，近效期药品要标识。

文件名称	临床科室急救等备用药品管理制度				
文件编号	C01-ZD-050-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

临床科室急救等备用药品管理制度

为加强各临床科室、病区急救等备用药品的管理与使用，规范领用、补充流程，保证药品质量，确保患者用药安全有效，制定本制度。

一、急救等备用药品是按照各科室、病区的实际需要储存于科室及病区供临床急救和周转的必备药品，备用药品分为全院统一配置药品和科室专科用药，并固定品种及数量。

二、统一配置药品品种及数量目录由医院药事管理与药物治疗学委员会制定。科室、病区首次选择领用统一配置药品，由科主任、护士长签字后报药剂科主任、主管院长审批同意，到药库办理出库。

三、科室专科用药品种及数量由科主任、护士长签字，填写《配备必备（基数）药品审批表》报护理部、医务处审核，上报药剂科、主管院长审批后，方可配置。备用药品中含有高警示药品的，需特别注明。

四、备用药品中含麻醉、精神药品时应分别填写《麻、精一药品病区 / 麻醉科 / 手术室 / 诊室基数申请表》及《门急诊、病区、麻醉科、手术室第二类精神药品基数申请表》，经批准后在药房备案领取药品。

五、申请领用备用药品的科室，必须填写《领用必备（基数）药品审批表》并在申请单上填写所备药品名称、规格、数量等信息，在药库办理出库。

六、备用药品品种及数量审批后，原则上不再变动。因临床需要，确需增加品种、数量的，须填写《补充必备（基数）药品审批表》审批后，方可变动。

七、领用备用药品的新增科室及病区，确属临床急需等特殊情况的，须填写《领用必备药品审批表》，药品明细参考专业相同科室、病区配置。

八、科室、病区备用药品数量，原则上不予补充。因特殊情况确需补充（如三无病人用药、破损或近效期等）须填写《领用必备药品审批表》，说明理由，并附补充药品明细，补

充药品不得超出医院统一配置药品和科室专科用药目录。破损或过期、变质等不能使用的备用药品填写退药单退回药库处理。

九、病房和科室所有急救等备用药品，只能便于病人应急时使用，其他人员不得私自取用。基数药品取用后应及时凭门诊处方或病区领药单到药房进行补充基数药品。

十、病区和科室备用药品由专人保管，负责领药和保管工作。定期清点、检查药品，防止积压、变质，如发现有沉淀、变色、潮解、过期、标签模糊、包装损坏和其它可能影响药品质量的情况，停止使用并报药学部门处理。

十一、基数药品应列入交、接班内容班班交接，并定期清点、检查。交接班时注意检查批号、效期、外观质量，发现问题，保管护士应立即报告护士长和药房负责人。

十二、麻醉、精神等特殊管理药品，应按特殊管理药品的相关规定管理。麻醉药品、第一类精神药品设专用保险柜存放，第二类精神药品专柜 / 专屉存放，并按需要保持一定基数。使用后，由医师开专用处方，向药房领回，每日要进行交接班。药学部门定期检查麻醉、精神等特殊管理药品的管理和使用是否符合规定。

十三、各病区基数药品若有使用应当班补齐，不能及时补齐的需在交接记录中详细记录药品去向及不能补齐原因，抢救用药应随时补充。

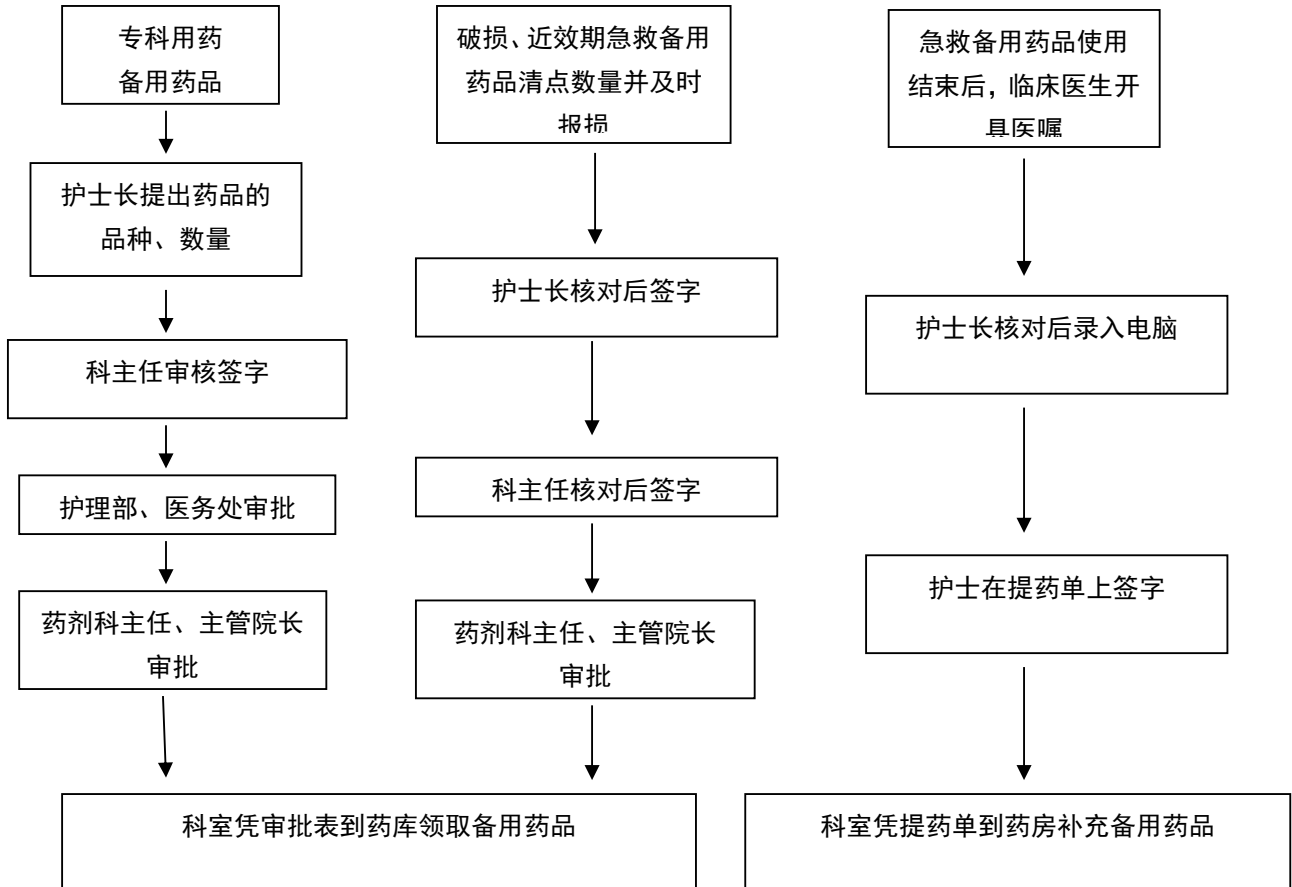
十四、科室及病区定期检查备用药品有效期，对效期六个月内的备用药品，列出明细表，科主任、护士长签字后和实物一并交至药房进行更换。

十五、护士长对本科室、本病区的所有备用药品负责（包括麻醉药品和精神药品），调科室或进修或辞工要对新护士长进行备用药品的交接工作。

十六、各科室、病区每月对本科室备用药品效期、储存、养护等工作进行自查，药剂科、护理部定期对急救等备用药品管理情况进行督导检查，对存在的问题督促科室及时整改。



科室急救备用药品领用、补充流程



文件名称	肠外营养、危害药物静脉用药调配管理制度和措施				
文件编号	C01-ZD-051-02		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

肠外营养、危害药物静脉用药调配管理制度和措施

一、肠外营养、危害药物静脉用药的调配在医院未实行静脉用药集中调配之前，可在病区治疗室内分散调配，但需参考《静脉用药集中调配管理规范》有关要求严格管理，其他场所不能用于肠外营养、危害药物静脉用药的调配。

二、治疗室内布局合理，清洁区、污染区分区明确。治疗台上普通药品调配区与肠外营养、危害药品调配区分区明确。

三、进入治疗室必须穿工作服，戴工作帽及口罩，除工作人员外，不许在室内逗留。调配危害药物需穿防护服。

四、保持室内清洁，每次调配药品前使用 75% 乙醇擦拭消毒治疗台，室内每日使用紫外线消毒一次。每完成一批调配要及时清场。

五、各种药品分类放置，标识清晰。特殊管理药品严格遵照相关规定保管。

六、严格执行无菌技术操作，配置前后应严格执行查对制度及配置工作制度，严防差错事故发生。

七、静脉用药配置抽出的药液超过两小时不得使用，启封抽吸的各种溶媒超过 24 小时不得使用。

八、治疗室物品按性质与储存条件要求分类定位存放，无菌物品须注明灭菌日期，超过 1 周重新灭菌。

九、清洁用具应分区专用，治疗室内地面每天消毒。

十、正确处理医疗废物，分类收集，锐器盒使用规范，有明显标识，并有交接记录。

十一、管理措施

(一) 各病区护士长负责指导本病区护理人员肠外营养、危害药物等静脉用药分散调配规范操作，并随时检查和纠正不规范错误操作现象。



(二) 药剂科每月对各分散调配室的肠外营养、危害药物等静脉用药分散调配工作检查 1 次，发现问题，对科室反馈，限期整改、纠正。

文件名称	住院患者自备药品管理制度				
文件编号	C01-ZD-052-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

住院患者自备药品管理制度

药品作为特殊商品，其质量关系到患者的生命安全。药品质量对药品在生产、流通环节中要求十分严格。医务人员很难凭肉眼判断患者自备药品质量是否合格。因此使用患者自备药品存在很多风险。为保障患者的用药安全，根据《药品管理法》等法律法规，特制订此制度。

一、原则上住院患者不得使用自备药品。仅在医院无备药可供，病情确需的情况下，经科主任同意的个别特殊情况下，方可按照医嘱使用。

（一）病情急需，医院内无备药可供，应当由药学部门积极组织供药。

（二）病情急需，医院内无备药可供，患者又有自备合格的药品。

二、无药品购买发票证明和药品说明书、药品标签不清、过期药品、非国药准字药品、进口药品未标明进口药品注册证号以及可疑、来路不明的药品等，一律不得使用。

三、医师应告知患者使用自备药品的可能风险，若因使用自备药品出现不良反应，责任由患方承担。但如果出现意外，医院应秉持人道主义原则，维护患者健康。即用药中执行三查七对、用药后严密观察患者、病情危急第一时间抢救处理并及时转院等，但相关费用由患方承担。

四、住院患者的自备药品使用需由主管医师填写自备药品审批表，科主任审核批准后方可执行，审批表一式两份，一份临床科室留存备查，一份上报药剂科进行自备药品上码维护。

五、患者使用自备药品需签署“自备药品使用知情同意书”。

六、审核批准后，主管医师下达自备药品医嘱，并在医嘱上注明“自备药”，明确写明用法用量及开始和停用药时间。

七、患者使用的自备药品由病房护士保管，并做好保管登记，在保管记录及自备药品使用知情同意书中记录清楚“自备药”的名称、生产企业、规格、剂型、数量、效期、批号等。

八、药物配制和使用前，由护士按常规要求进行核对。

九、医院任何医护人员都不得给患者使用无医嘱的任何药物。

文件名称	临床科室结余药品退药管理规定				
文件编号	C01-ZD-053-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

临床科室结余药品退药管理规定

为保证药品质量和患者用药安全有效，规范药品管理，坚持因病施治原则，根据《医疗机构药事管理规定》《三级综合医院评审标准实施细则》等有关规定，制订本管理规定。

一、“结余药品”，是指住院药房单剂量摆药、病区静脉用药集中配置过程中，因为药品规格与患者实际用药剂量不一致，个体给药批量配制而产生的药品。

二、除科室在药学部门备案的基数药品及正常周转治疗药品外，原则上病区不应留存药品，病人因出院、转科、更改治疗方案、死亡等原因不再使用的药品应及时办理退药手续并在3天内退还给药房。

三、临床科室要严格执行医院用药规定，如确因包装、规格原因等结余的药品应写明药品名称、规格、剂型、生产企业、生产批号、数量，必须定期退回给住院药房，不得留存在科室。

四、住院药房由专人负责接收科室退药，应严格检查和核对药品的名称、规格、生产厂家、批号、有效期、包装等。

五、临床科室所退药品必须由科室填写退药单，并写明退药原因，由住院药房进行核对验收。住院药房由专人负责统计汇总科室节余药品退回情况，交药剂科主任及主管院长签字后上报医院财务处，纳入医院财务管理。

六、医院要加大临床用药尤其是病房用药的监管力度，杜绝私自处理药品；不宜保存或无法退还使用的结余药品，由护理部门及时收回、核对批号和数量并登记后，统一交给药库作报废药品处理。

七、有以下情况的药品药房不予接收：

- （一）临床科室申请专购专用的药品。
- （二）需作皮试且与药房现用批号不同的药品。

(三) 药品包装破损、药品有效期及标签模糊不清、粘贴有输液单或写有姓名、床号、日期等字迹的。

(四) 生产厂家、外观、规格与药房现用不一致的药品。

(五) 口服药品。

(六) 有效期低于 3 个月的药品（与药房现用批号相同的除外）。

(七) 过期、变质、发霉、变色等有质量问题的药品。

八、医院对临床科室交回的节余药品进行统一管理与核算。住院药房在月末盘点时根据药品的节余情况进行库存调整，将调整明细进行打印，经药剂科主任、主管院长签字后上报财务处，由财务处负责对账审查。

九、财务处将节余药品收入单独列支，作为科室备品补充、三无人员、特困患者救治的专项基金。

文件名称	不合格药品管理制度				
文件编号	C01-ZD-054-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

不合格药品管理制度

一、不合格药品是指：药品的包装不合格、外观质量不合格、内在质量不合格。

二、不合格药品的确认：

（一）国家或省、市各级药品监督管理部门发布的通知或质量公报中的不合格药品。

（二）质量验收、保管养护和销售过程中发现的外观、包装、标识不符，包装污染、破碎及超过有效期的药品，并报质量管理员确认为不合格的。

（三）各级药品监督管理部门抽查检验不合格的药品。

（四）符合药品管理法中有关假、劣药品定义的。

（五）生产厂商、供货单位来函通知的不合格药品。

三、不合格药品一旦确认，即不能再销售，将不合格药品移入不合格区，并做好记录。

四、入库验收发现不合格药品，验收员填写“药品拒收报告单”交质量管理员，由质量管理员确认后，提出处理意见进行处理。

五、在储存、养护或出库时发现质量有疑问药品，应立即挂黄牌暂停销售，填写“药品质量复查通知单”交质量管理员复验。复验合格，摘除黄牌；不合格，将不合格品移入不合格品区，填写“药品质量处理通知单”进行处理。

六、在药房陈列、检查、销售过程中发现不合格药品应停止销售，立即下柜。

七、凡药监局公告或发文通知不合格的药品，以及抽查检验发现的不合格药品，应立即清查，集中存放于不合格区内，按要求上报。

八、各环节发现的不合格药品，均应及时报质量管理员，质量管理员每季度对不合格药品进行汇总和分析，分清质量责任，制定处理和预防措施。

九、对于包装破损或者包装不符合规定的不合格药品，可由采购员根据协议及时联系退货处理；对过期失效药品、超过供货商负责期的有质量问题药品、属假劣药品范围的不合格

药品应报废，并在药品监督管理部门的监督下进行销毁处理。

十、不合格药品的确认、报告、报损、销毁应有完善的手续和记录。

文件名称	药品召回管理制度				
文件编号	C01-ZD-055-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

药品召回管理制度

为加强药品安全监管，保障公众用药安全，减少或避免药害事件的发生，提高快捷高效地处理用药风险的能力，根据《中华人民共和国药品管理法》、《药品召回管理办法》等法律法规，结合我院实际，特制定本制度。

一、药品召回是指按规定的程序收回已上市销售的存在安全隐患的药品。

二、有下列情况的，必须召回药品：

（一）调剂、发放错误的药品。

（二）已证实或高度怀疑污染的药品。

（三）在储存、养护、发放、使用过程中发现的不合格药品。

（四）药品使用者投诉并得到证实的不合格药品。

（五）药品监督管理部门公告的质量不合格药品、假药、劣药或因存在安全隐患而责令召回的药品。

（六）使用过程中发生影响较大并造成严重后果的药品群体不良事件的药品。

（七）已过期失效的药品。

（八）生产商、供应商要求召回的药品。

三、药品召回按其紧急程度，分为三级。

（一）一级召回：使用该药品可能引起严重健康危害的，24小时内召回医院内所有应召回的药品，查处处方、病历，尽可能找到用药患者，通知其停止用药，请求其协助送回应召回药品。

（二）二级召回：使用该药品可能引起暂时的或者可逆的健康危害的，48小时内召回医院内所有应召回的药品，有患者要求退回药品且符合规定的，收回药品。

（三）三级召回：使用该药品一般不会引起健康危害，但由于其他原因需要召回的，一

周内召回医院内所有应召回的药品，有患者要求退回药品且符合规定的，收回药品。

四、药品召回处理程序

（一）药剂科负责医院药品召回具体管理工作，负责召回工作的组织、协调、落实，布置实施召回方案，督促各部门执行，保持与临床科室、药品监督管理部门、生产商、供应商的联系。

（二）根据召回药品情况，科学设计召回计划如召回范围、召回级别、药品替换等，并组织实施。

1、在做出药品召回决定或收到药品召回通知后，立即停止采购、销售和使用所涉问题药品，各病区、各药房的药品退回药库，妥善保管于指定场所，做好下架封存、登记报告工作。

2、发现假、劣药品时，按规定及时报告有关部门并迅速召回，妥善保存所有原始记录，对假、劣药品，及时查明原因，追究相关责任。

3、发现调剂错误时，立即追回调剂错误的药品。采取相应措施，对调剂错误，及时分析原因，提出整改措施。

4、各调剂室负责人指定专人通过查找处方、病历等方式找到用药患者，通知其停止用药，办理退药手续，并登记召回药品相关信息妥善保存所有原始记录。

5、已召回的药品集中封存，退药处方需单独保存。

6、药库负责人经主管领导审批后与药品供应商联系退药事宜，从患者处召回的药品按退药处理。

7、确定为药品不良反应的按不良反应报告程序及时上报。

8、积极配合药品监督管理部门和药品生产企业开展有关药品安全隐患调查、药品召回、销毁等相关工作。做好向卫生行政部门和药品监督管理部门汇报沟通工作。

9、在召回完成后，应当对召回效果进行评价，评价结果存档备查。仔细分析假、劣药品和调剂错误等药品召回事件的发生原因，加强环节管理，及时修订相关制度，保障用药安全。

10、已发布的信息需要撤销、更改、补充的，应按相关信息的发布程序进行。

附件 1:

药剂科药品召回通知

召回药品信息			
药品通用名称		批准文号	
规格		生产批号	
生产企业		配送企业	
召回的部门、批号	部门	生产批号	数量
召回原因			
召回方式	<input type="checkbox"/> 收回 <input type="checkbox"/> 退换		
召回级别	<input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级		
召回批准人			
召回联系人		电话	
召回通知下达时间	年 月 日 时 分		

附件 2:

药剂科药品召回记录表

日期	召回药品名称	规格	生产批号	生产企业	召回原因	召回数量	执行情况	记录人

附件 3:

药剂科药品召回事件报告表

召回级别	<input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级		召回范围	
召回批准			职位	
召回原因			召回时间	
召回药品信息				
药品通用名称			批准文号	
规格			生产批号	
购进数量			召回数量	
生产商			经销商	
召回部门 召回数量	部门	召回数量	药品批号	负责人签字
召回评估				
处理措施				
改进意见				
召回联系人		联系方式		

报告人签字:

部门负责人签字:

日期:

日期:

文件名称	病区退药管理制度				
文件编号	C01-ZD-056-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2020年8月

病区退药管理制度

为保证药品质量和患者用药安全，针对实际工作中病区不再使用的药品要求退药的情况，根据《中华人民共和国药品管理法》和《医疗机构药事管理规定》及有关法规，特制定本制度。

一、一般情况药品一经发出，如无质量问题，一律不得退换。凡在我院住院出现以下情况的可办理退药手续：（一）用药后患者出现严重的不良反应，经医师确认需要更换药品治疗；（二）病人病情发生变化，经专家会诊确需更换用药方案；（三）病人死亡或出院（转院），导致已取回的药品不能继续使用；（四）医生录入错误；（五）药品质量问题。

二、退回的药品要保证包装完好、无污染，已拆封或标签脱落、包装破损、变形污染的药品不得退回。

三、冷藏保存的药品如必需退回时，可以记账，但不得收回实物。

四、退回药品必须是我院药房发出的，药品生产厂家、批号要与药房现存药品或最近一批药品一致。

五、凡属以下情形的药品不予办退药手续：

- （一）所退药品在病人医嘱上未曾出现；
- （二）摆放的单剂量药品，分装药品；
- （三）药品包装拆毁、破损、有污染；药品已变色、变质；药品包装上有人为书写床号、病人姓名等；药品生产厂家、生产批号与药房现有库存药品不一致；
- （四）需要办理退药的手续不完整。

六、退药程序：

- （一）主管医师在电脑上填写退药申请，说明退药原因，由科主任审核同意后方可退药。
- （二）护士持 HIS 系统生成的药品退药单、所退药品，到药房办理退药手续。
- （三）药房逐一核对所退药品，确认无误后可进入退药流程。

文件名称	门诊退药管理制度				
文件编号	C01-ZD-057-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2020年8月

门诊退药管理制度

为保证药品质量和患者用药安全，针对实际工作中门诊患者要求退药的情况，根据《中华人民共和国药品管理法》和《医疗机构药事管理规定》及有关法规，特制定本制度。

一、药品一经发出，原则上概不退药。考虑到临床工作实际情况，符合下列条件之一的，可予以退药：

（一）患者在用药过程中出现过敏反应或其它不良反应，无法继续使用的；

（二）确属处方用药不当（禁忌症、超治疗用量、重复用药、违反公费医疗规定等），患者不宜继续使用该药的；

（三）急诊患者在治疗中死亡或病情发生变化需采取新的治疗方案以及因住院治疗等未使用完的注射用药品；

（四）药品质量问题；

（五）其他医方责任导致患者不能继续使用的。

二、退回药品必须是本院药房发出的药品，批号与本院购入药品相符；药品应包装完整、整洁；封口密闭完好；可证实其保存符合要求；药品在有效期内；药品发出在1个星期内。

三、凡属下列情况，一律不得退药：

（一）无原始凭据的；

（二）发出的药品已接触肝炎、结核等传染病患者的（如结核、肝炎用药）等；

（三）麻醉、精神、毒性等特殊管理药品（患者死亡的按有关规定办理）；

（四）不能提供完整最小包装的拆零药品；

（五）特殊条件保存的药品；

（六）其他不符合规定、不宜继续使用的。

四、退药程序：

(一) 因药房工作人员错误和药品质量存在问题的，相关药房无条件予以退药，并及时上报领导处理。

(二) 因药品引起不良反应退药者，开方医师按规定填写药品不良反应报告后，由开方医师开具退药申请，退回本张处方数量范围内的致不良反应的药品。

(三) 因医师开错药而需退药者，由开方医师开具退药申请，经医务处领导签字同意后，可退回错开、误开药品。

(四) 患者死亡或因住院变更治疗方案而需退药的，由开方医师开具退药申请，隶属科主任批准后办理退药。

(五) 药房设专人办理退药手续，详细检查退药申请和退回药品质量，做出同意退药与否意见。

(六) 电脑执行退药，相关人员在退药单上签字。

(七) 门诊患者退药必须携带本院开具的原始收据，按财务有关规定办理退费手续。

五、因本院工作人员失误如发错药、开错药、大处方（急诊处方超过 3 日量、普通处方超过 7 日量）等而致退药造成损失者，经济损失由相关工作人员承担。

六、不属于上述各种情况的不能劝止的退药事宜，由药剂科和医务处协商处理。

七、为避免退药行为发生，医师应严格掌握适应症和处方量，急诊患者 3 日量，普通患者 7 日量，急诊留观患者及夜间住院患者为一日量，并向患者告知有关不予退药规定。

八、医院要将科室不合理退药情况纳入年终考核，对违反医院规定而致退药者进行单项质量裁决。

文件名称	药品报损、销毁制度				
文件编号	C01-ZD-058-03			发布部门	药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药品报损、销毁制度

一、为加强药品管理，规范药品报损、销毁行为，提高药品管理水平，保障用药安全，特制定此制度。药品、化学试剂、制剂原辅料、药品包装材料的报损和销毁遵从本制度。

二、下列情况下，药品可以申请报损：

（一）在入库验收、在库养护、售后退回等业务流程中发现的非质量因素的不合格药品，且无法退换的。

（二）麻醉药品、第一类精神药品、毒性药品、化学危险品等在运输、储存、养护、使用等过程中造成药品内在质量（变质、失效、过期）或外观质量（外包装严重破坏、破损、字迹不清等）发生变化，不能再继续使用者。

（三）患者无偿交回的麻醉药品、第一类精神药品。

（四）药品在储存过程中受外界因素影响造成受损、受潮等而不能药用的。

（五）国家公布的质量不合格药品或明令禁止销毁的药品。

三、各部门负责人应及时将本部门需报损的药品情况进行统计，一般药品填写《药品报损审批表》，麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品填写《特殊药品报损审批表》，报药剂科主任审批。

四、药剂科主任审批同意后，将审批表报到财务部门和院长审批。审批同意后，将审批表转回申请部门。申请部门可以对报损药品进行清点、汇总、销账。

五、经批准报损的药品可以销毁。药品销毁应集中由药库负责销毁，并做好销毁记录。麻醉药品、第一类精神的销毁应上报卫生管理部门，医疗用毒性药品销毁应上报环保部门，在其监督下组织销毁。不同药品的销毁应按规定程序操作。

六、报损的麻醉药品、第一类精神药品、毒性药品、化学危险品等在待销毁储存期间，要做到专人管理并专柜上锁单独存放，避免丢失和环境污染。

七、原始记录、凭证和报告建档保存，保存期三年。

文件名称	药品质量问题报告制度和流程				
文件编号	C01-ZD-059-03			发布部门	药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药品质量问题报告制度和流程

一、药品质量问题，是指药品应用过程中，因药品质量问题而导致的危及人体健康或造成医院经济损失的情况。质量问题按其性质和后果的严重程度分为：重大质量问题和一般质量问题两大类。

二、药品重大质量问题

（一）违规购销假劣药品，造成严重后果者。

（二）未严格执行质量验收制度，造成不合格药品入库者。

（三）由于保管不善，造成药品整批虫蛀、霉烂变质、破损、污染等不能再供药用，造成重大经济损失者。

（四）发出药品出现差错或其他质量问题，并严重威胁人身安全或已造成医疗事故者。

三、药品一般质量问题

（一）违反进货程序购进药品，但未造成严重后果者。

（二）保管、养护不当，致使药品质量发生变异。

四、药品质量问题的报告途径、程序、时限

（一）发生重大质量问题，造成严重后果的，由药剂科认真查清事故原因，及时处理。并在2日内向药品监督管理部门做出书面汇报。

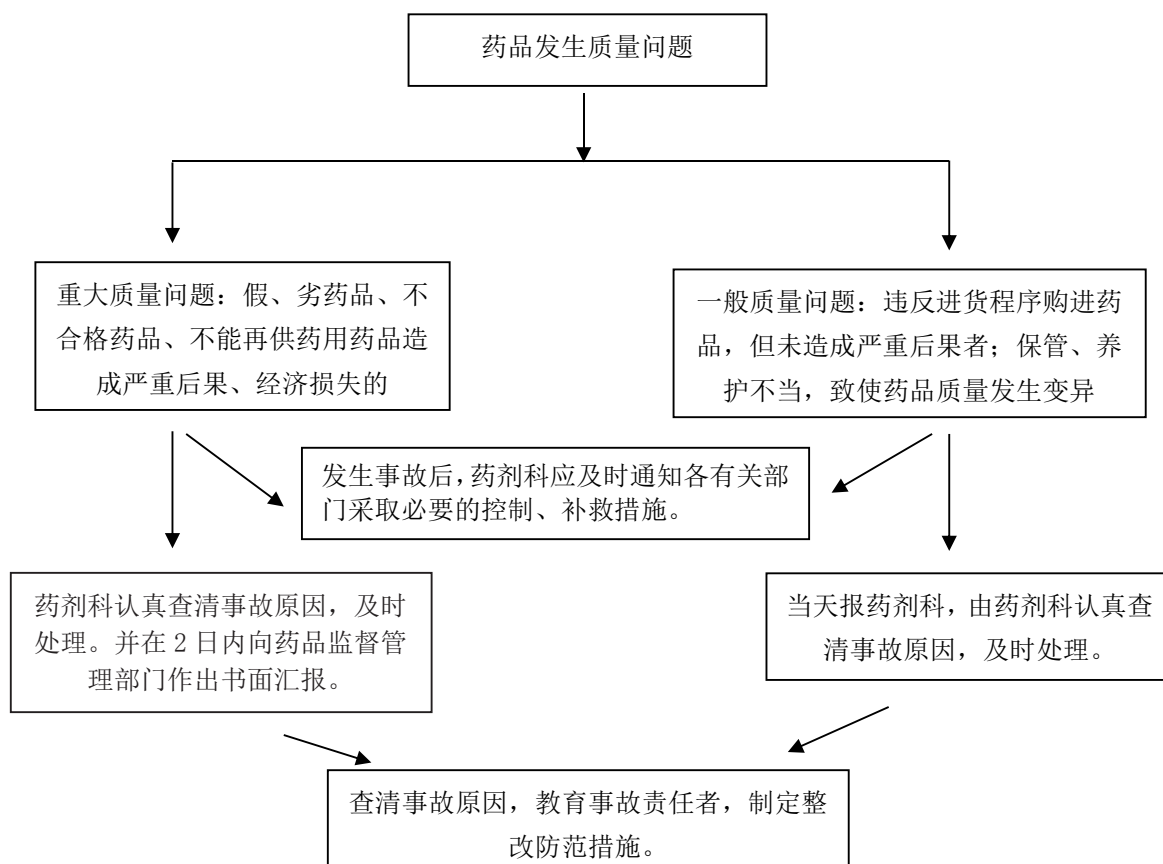
（二）一般质量问题应在当天报药剂科，由药剂科认真查清事故原因，及时处理。

五、发生事故后，药学部门应及时通知各有关部门采取必要的控制、补救措施。

六、药剂管理部门在处理事故时，应坚持“三不放过”原则，即事故原因不查清不放过，事故责任者和员工没有受到教育不放过，未制定整改防范措施不放过。



药品质量报告流程



文件名称	用药错误报告制度				
文件编号	C01-ZD-060-03			发布部门	医务处、药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

用药错误报告制度

一、用药错误（medication errors）是指药品在临床使用及管理全过程中出现的、任何可以防范的用药疏失，这些疏失可导致患者发生潜在的或直接的损害。用药错误可出现于处方、医嘱、药物标签与包装、药物名称、药物混合、配方、发药、给药、用药指导、监测及应用等过程中。

二、为及时发现用药系统中存在的漏洞，及时加以纠正和改进，以避免类似的错误再次发生，保证用药安全，我院实行用药错误监测报告制度。从处方、调配、发放、流通到应用的各环节的任何医务人员，当发现任何形式的用药错误均应终止或纠正此次错误用药事件，并及时填报用药错误监测报告单报到临床药学室。

三、我院用药错误监测报告由医院药品不良反应与药害事件监测领导小组负责领导和管理。

- （一）定期通报全院用药错误监测和报告情况；
- （二）组织检查各科室用药错误监测开展情况；
- （三）对影响较大并造成严重后果的用药错误组织调查、确认和处理。

四、临床药学室具体负责我院用药错误的监测报告工作。

- （一）承担全院用药错误监测报告单的收集、评价、反馈工作；
- （二）对临床科室常见用药错误进行技术指导；
- （三）组织用药错误的防范宣传、教育、培训工作。

五、鼓励医务人员积极主动填报用药错误监测报告单。用药错误监测报告实行无责任报告制度，即不因为用药错误事件惩罚报告人及无害事件责任人

六、《用药错误监测报告单》的填写内容应真实、完整、准确。

七、各科室应指定专人负责用药错误监测和报告工作，发现可疑的用药错误应详细记录、



调查、分析、评价、处理，并填写《用药错误报告单》上报临床药学室。其中严重的用药错误应于发现之日起 3 日内报告，死亡病例须及时报告。

八、用药错误监测报告单由临床药学室保存。临床药学室每年对该年度用药错误监测报告进行统计分析，并写出总结报告，上报医院药事管理与药物治疗学委员会。报告人、报告保存和管理者有责任对报告进行保密（禁止在媒体公开），保护此类报告资料。

九、医院药事管理与药物治疗学委员会每年度对用药错误监测进行经验总结，查找管理漏洞，对存在的问题提出改进措施。

文件名称	药品采购供应管理制度与流程				
文件编号	C01-ZD-061-03			发布部门	药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药品采购供应管理制度与流程

为了认真贯彻《药品管理法》，规范药品采购行为，根据我院实际情况，特制定本制度与流程。

一、药剂科在院长和主管院长的领导下，负责全院的药品采购、储存和供应工作，其它科室和个人不得自购、自制、自销药品。

二、药库由专人管理，应设置药品采购及药品保管人员负责药品的采购、验收和保管工作。库房保管、采购人员应具备良好的政治思想素质和专业技术知识，严格执行相关的法律法规。

三、采购药品必须向证照齐全的生产、经营企业采购，选择药品质量可靠、服务周到、价格合理的供货单位，药剂科必须将供货单位的证照复印件存档备查。

四、采购药品要根据临床所需，结合医院基本用药目录、用药量制定采购计划。采购计划交药剂科主任审核后方能进行采购。新品种必须由所用临床科室提出书面申请报告报到药剂科，经药事管理与药物治疗学委员会讨论、分管院长签字审批后方可采购。

五、采购进口药品时，必须向供货单位索取《进口药品检验报告书》，并加盖供货单位的印章，采购特殊管理的药品必须严格执行有关规定。

六、在采购活动中，应坚持优质、价廉的原则，不得采购“食”、“妆”、“械”等非药保健品及无批准文号、无厂牌、无注册商标的药品进入医院。

七、采购药品必须执行质量验收制度。如发现采购药品有质量问题要拒绝入库，对于药品质量不稳定的供货单位要停止从该单位采购。

八、库房购进、调出药品必须建立真实、完整的出入库记录，如实反映药品进出情况，严禁弄虚作假。

九、强化药品采购中的制约机制，严格实行采购、质量验收、药品付款三分离制度。药剂科必须每年向院领导、院药事管理与药物治疗学委员会汇报本年度采购药品的品种、渠道、



金额等情况。院领导、药事管理与药物治疗学委员会定期对药品采购渠道、药品质量、药品管理制度执行情况进行检查。

十、在药品采购活动中，严禁以任何形式收受贿赂及各种“回扣”，自觉接受院内外群众的监督。如发现药品采购或其他人员存在违规现象要严肃处理。

文件名称	药品采购“两票制”管理制度				
文件编号	C01-ZD-062-02			发布部门	药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

药品采购“两票制”管理制度

为加强药品采购票据管理，规范药品购销环节符合规定及税务部门的两票制，确保购销药品证、票、货、款、物一致，根据国务院医改办等八部门《关于在公立医疗机构药品采购中推行“两票制”的实施意见（试行）》（国医改办发[2016]4号）、《关于印发〈河北省公立医疗机构药品采购推行“两票制”实施方案〉（冀医改办[2017]2号）、《河北省卫生计生委办公室关于公立医疗机构落实药品采购“两票制”的通知》（冀卫办医[2017]27号）等文件精神，结合我院实际，特制定本制度。

一、本制度适用于药品采购过程中的购销票据管理。自2017年11月1日起，医院药品采购实行“两票制”。

二、“两票制”的界定

“两票制”是指药品生产企业到流通企业开一次发票，流通企业到医疗机构开一次发票。

（一）药品生产企业或科工贸一体化的集团型企业设立的仅销售本企业（集团）药品的全资或控股商业公司（全国仅限1家商业公司）、境外药品国内总代理（全国仅限1家国内总代理）可视同生产企业。

（二）药品流通集团型企业内部向全资（控股）子公司或全资（控股）子公司之间调拨药品可不视为一票，但最多允许开一次发票。

（三）按照《2017年河北省公立医疗机构药品采购推行“两票制”实施方案（试行）》的通知方案视为生产企业的，配送公司需向医院作出书面说明情况，并承诺其配送的药品符合“两票制”相关规定，说明书、承诺书一式两份，配送方与医院各留存一份备查。

三、药库采购药品时，应先确定配送公司配送的药品能否提供生产企业发票复印件、公司开具的购销发票及随货同行（即两票）。除急救、抢救药品以及临床必需品种（见承德市中心医院暂不执行药品采购“两票制”品种目录）外，对不能提供两票的药品不得采购。特



殊情况下，报医院药事管理与药物治疗学委员会审批。

四、药库到货验收时，应验明配送企业配送药品的销售发票及随货同行单、该药品于生产企业采购时同批次进项发票复印件（加盖企业配送鲜章）/ 票据与实际采购药品的品种、规格、剂型、生产厂家、批准文号、单价、数量等；核对一致并建立购进药品验收记录，做到票、货、账相符。对发票和随货同行单 / 票不符合国家有关规定要求或者发票、随货同行单 / 票和购进药品之间内容不相符的，不得验收入库。

五、配送公司向我院提供的生产企业发票复印件、公司开具销售发票、随货同行单（销售出库复核单）且需随货同行（每个药品品种的进货发票复印件至少提供一次）；公司开具的发票作为我院支付药品货款凭证。

六、购销药品中发生的发票及相关票据由财务处保管，应当按照票据管理规定保存 5 年。

文件名称	短缺药品管理制度与预警机制				
文件编号	C01-ZD-063-02		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

短缺药品管理制度与预警机制

为规范我院短缺药品管理，促进短缺药品供应，保障临床诊疗需求，根据《关于改革完善短缺药品供应保障机制的实施意见》（国卫药政发【2017】37号）和《医疗机构年度短缺药品分类分级与替代使用技术指南》，结合我院实际，制定本制度。

一、短缺药品是指临床必需，在一定时间内不能正常供应的药品。包括用量不确定、价格低廉、企业不常生产和在本区域内经常短缺的药品。

二、短缺药品按其性质分为临床必需不可替代、临床必需且可替代两个类别。根据短缺药品的供应情况将其分成三级：一级短缺是指连续6个月及以上不能正常供应的药品；二级短缺是指连续3个月及以上不能正常供应的药品；三级短缺是指连续1个月及以上不能正常供应的药品。

三、短缺药品监测应急预警和保障机制

（一）以河北省药品集中采购平台为依据，建立我院短缺药品监测预警系统，实行院科两级预警、分级负责的监测预警和供应保障机制。

（二）实行短缺药品信息登记和直报制度。药剂科指定专人及时采集短缺药品信息，汇总登记后上报医院。医院确认短缺药品信息无误后通过河北省药品采购平台进行直报。

（三）短缺药品信息包括药品通用名称、剂型、规格、生产企业、配送企业、短缺原因及短缺时间类别等内容。

（四）每月药剂科对临床急需而不能及时供应的短缺药品信息进行汇总、分析，对不能协调解决的药品短缺问题上报主管院长。医院将实际情况上报河北省药品采购平台。

（五）短缺药品出现供应问题时可临时采购替代品种。

临时采购替代品种流程：药剂科提出替代品种名称、规格、生产企业等信息→征求相关科室意见→报主管院长审批→药库负责采购落实。



(六) 药品突发性短缺时药剂科可参照《重大突发事件大规模调集应急药品保障方案》执行，积极协调药品配送公司、相关医院和临床科室。一方面从多渠道获取药品信息，进行市场信息追踪，积极寻找货源；另一方面征询临床意见，寻找替代品种方案。

四、短缺药品工作程序

(一) 药剂科根据短缺药品的性质开展分类分级评估，以评估短缺药品的临床必需性、可替代性和药品短缺的严重性为主要目标，统筹考虑循证医学证据，多学科专家意见和医院实际情况，根据分类分级评估结果，有针对性的采取措施。

(二) 对于分类评估结果为临床必需且可替代或不完全可替代的，启动替代药品遴选程序。

(三) 替代药品管理

1. 替代药品遴选原则：安全有效、价格合理、保障供应。

2. 替代药品使用原则：用前评价、用中监测、充分知情、用后评价原则

3. 替代药品采购管理：根据临床需求，制定采购计划，报科主任和主管院长审批后启动临时采购程序，并进行记录。

4. 短缺药品恢复供应后根据临床需求、药品短缺风险、替代药品评价结果，由短缺药品管理工作组提出提点药品处置方案，并报药事管理与药物治疗学委员会备案。

(四) 药剂科应加强短缺药品的储备工作，加强日常管理，完善储备信息系统功能。对易发生短缺的药品加大储备量。

(五) 医院定期上报短缺药品信息，根据短缺药品性质可采取限定用药科室、患者人群和医生处方权限等措施。

文件名称	药品验收管理制度和程序				
文件编号	C01-ZD-064-02		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

药品验收管理制度和程序

一、为确保购进药品的质量，把好药品的入库质量关，药品验收应依据《药品管理法》等有关法律法规依法验收。

二、药品验收由保管人员负责，并应在规定的时限内完成（生物制品必须做到货到即验，一般也须当天来货当天验收）。验收人员对购进的药品，要根据进货的原始发票，严格按照有关规定逐批验收，并做好验收记录。

三、药品入库验收时，药库保管员应对照药品采购计划、进货单和有效凭证，认真核对货品包装上的药品名称、规格、数量、生产厂家、生产批号、有效期、供货企业；内外包装有无破损、外观有无异常；有无产品合格证、产品批检验报告。所有项目符合要求，方能放行入库。

四、验收麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品等特殊管理的药品必须双人验收。

五、验收中药材和中药饮片应有包装，并附有质量合格的标志。每件包装上，中药材标明品名、产地、供货单位；中药饮片必须标明品名、规格、产地、生产企业、生产企业生产许可证号、生产批号、生产日期、合格证等。实施文号管理的中药材和中药饮片，在包装上还应标明批准文号。

六、进口药品验收时，应凭盖有供货单位质量管理机构原印章的《进口药品注册证》或《医药产品注册证》及《进口检验报告书》的复印件或注明“已抽样”并加盖公章的《进口药品通关单》复印件验收，进口生物制品应有加盖供货单位质量管理机构原印章的《生物制品进口批件》复印件。并检查其包装的标签应以中文注明药品的名称、主要成分以及注册证号，并有中文说明书。

七、验收合格后，应当及时将进货单据等，整理签字，交账目管理员登记入账，打印出药品“入库凭证”。保管员将“入库凭证”和随货的“产品合格证”、“产品检验报告”一



起归档保存以备查。

八、必须真实完整填写验收记录，验收记录应有质量状况和验收结论，验收人员要签字。

验收记录应保存至超过药品有效期后一年，但不得少于三年。

文件名称	药品贮存管理制度与流程				
文件编号	C01-ZD-065-03			发布部门	药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药品贮存管理制度与流程

为保证对药品库房实行科学、规范的管理，正确、合理地贮存药品，保证药品贮存质量，根据《药品管理法》及《药品经营质量管理规范》，制定本制度。

一、按照安全、方便、节约、高效的原则，正确选择库区，合理使用仓容，“五距”适当，堆码规范、合理、整齐、牢固，无倒置现象。

二、根据药品的性能及要求，将药品分别存放于常温库（30℃以下），阴凉库（20℃以下），冷库（2～8℃）。对有特殊温湿度贮存条件要求的药品，应设定相应的库房温湿度条件，保证药品的贮存质量。相对湿度应保持在35%～75%之间。

三、库存药品应按药品批号及效期远近依序存放，不同批号药品不得混垛。

四、根据季节、气候变化，做好温湿度管理工作，坚持每日上、下午各一次观测并记录“温湿度记录表”，并根据具体情况和药品的性质及时调节温湿度，确保药品储存安全。

五、药品存放实行色标管理。待验区、退货药品区 ---- 黄色；合格品区、零货称取区、发货区 ---- 绿色；不合格品区 ---- 红色。

六、药品实行分区、分类管理。具体要求：

- （一）注射液、内服药、外用药应分货位存放；
- （二）一般药品与性能相互影响及易串味的药品分库存放；
- （三）危险药品应设置专库存放，并配备相应的安全、消防设施设备；
- （四）品名和外包装容易混淆的品种分开存放；
- （五）特殊管理药品、医疗用毒性药品应专人保管、专柜或专库存放、专账管理；
- （六）中药饮片应按照不同品种的性质要求，分别设置相应温湿度贮存库房；
- （七）不合格药品单独存放，并有明显标志。
- （八）实行药品的效期储存管理，对近效期的药品可设立近效期标志。对近效期的药品



应按月进行催销。

（九）保持库房、货架的清洁卫生，定期进行清理和消毒，做好防盗、防火、防潮、防腐、防鼠、防污染等工作。

注：“五距”是指药品垛位之间的距离不小于 30 厘米；药品与墙的间距不小于 30 厘米；药品与屋顶（房梁）间距不小于 30 厘米；药品与散热器或供暖管道间距不小于 30 厘米；药品与地面的间距不小于 10 厘米。

文件名称	药品摆放工作制度				
文件编号	C01-ZD-066-02		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

药品摆放工作制度

为规范药品摆放，特制定此制度，药库及各药房药品摆放均按此制度执行。

一、药学人员要按照本制度的规定摆放药品、并随时检查摆放药品的质量。

二、摆放药品的药架应保持清洁卫生，防止人为污染药品。

三、药品摆放应按照内服药与外用药分开、易串味药品与一般药品分开、药品名称相近容易混淆的药品分开的原则，并按品种、用途或剂型分类整齐摆放，标签使用恰当，标志明显，放置准确，字迹清晰。

四、药品要按药品特性要求的条件存放，需冷藏的药品，应摆放在相应的冷藏设施内。

五、拆零药品应集中存放于拆零药品专柜，售完前保留原包装的标签。

六、高警示药品专区存放并有警示标识。

七、麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理的药品要按国家有关规定存放。

八、摆放药品应避免阳光直射，需避光储存的药品要按照规定存放。

九、凡质量有疑问的药品，一律不予上架。

十、上架药品，应每月进行质量检查，并做好药品的质量检查记录，发现质量问题应及时下架，并按规定处理。

十一、中药饮片按其类别、性质、气味等情况进行合理摆放。中药饮片装斗前要做质量复核，不得错斗、串斗，防止混药。饮片斗前要写正名正字。

十二、药品应按批号顺序摆放，掌握先进先出、近效期先出的原则。

文件名称	药品养护管理制度				
文件编号	C01-ZD-067-03			发布部门	药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药品养护管理制度

一、药品养护工作的目的是对在库储存的药品进行合理养护，防止在库药品的失效或变质。

二、药品养护由专人负责。药品养护人员应对药品进行合理储存，规范陈列，并负责做好库房、药房温、湿度监测和管理，每日上午（8:00~10:00）、下午（14:00~16:00）各一次对库房、药房的温、湿度进行记录，超出规定范围时，应及时采取调控措施，并予以记录。

三、药品养护人员应根据库存和陈列药品的流转情况，制定养护计划，进行循环的质量检查；对质量有疑问的或储存日久的品种，应有计划抽样送检；对重点养护品种的养护应建立档案。

四、药品养护应贯彻“预防为主”原则，储存药品的仓库应阴凉、干燥、通风；有安全、防霉、防蛀、防鼠、防虫、防潮、防污染等设施，库内保持清洁卫生。

五、对养护所用的仪器设备进行定期检查，建立养护设备档案，并做好记录。养护设备的使用应有使用记录。

六、在药品养护中发现质量问题，应悬挂明显标志或马上撤下药架并暂停上架，尽快通知质量管理部门进行复查。

七、近效期药品应有明显的效期标识，并按月填报效期报表。

文件名称	储存药品冰箱温度定时监控制度				
文件编号	C01-ZD-068-03			发布部门	药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

储存药品冰箱温度定时监控制度

一、为确保低温保存的药品、疫苗、生物制品等药品质量，确保临床用药安全，特制订本制度。

二、冰箱内放置温度计或冰箱电子温度计，温度控制在 2-8℃（如有特殊要求，按说明书执行），药品避免与冰箱内壁接触。

三、冰箱应有专人负责，每天上午、下午定期检查冰箱温度（上午 8:00-10:00，下午 14:00-16:00）并填写《冰箱温度检查记录表》。如发现温度异常，及时分析原因、采取措施，必要时把冰箱内药品转移到正常运转的冰箱。

四、冰箱内药品放置应根据品种、性质、用途等分类，存放整齐，并有醒目标识。

五、冰箱应指定专人管理养护，定期清洁冰箱，每周擦拭消毒冰箱，每月除霜并记录（结霜厚度不超过 1cm）。

六、定期或不定期抽查，以确保冰箱处于良好的工作状态。发现问题及时联系相关部门进行维修。

七、当冰箱不能正常运转，冰箱内温度达不到药品储存要求时，应及时将冰箱内的药品转移到正常运转的冰箱。

八、遇到停电等突发事件时，时时监控冰箱内的温度。如药房局部停电，可将药房冰箱内的药品转移到药库的冷库中。如全院停电，可联系当地医药公司，将药库、药房内的冷藏药品全部转移到医药公司的冷库中。

文件名称	消杀制剂管理制度				
文件编号	C01-ZD-069-02		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

消杀制剂管理制度

为加强我院消杀制剂的采购、储存和使用，根据国家有关规定，结合我院实际情况，特制定本管理办法。

1. 所有消杀制剂的购入，必须经过医院感染委员会的审核和批准，未经审核和批准，不许购入任何消杀制剂。
2. 严把消杀制剂购入的质量关。所有消杀制剂的购进，必须按照国家有关规定查验所有证件，坚持从正规厂家和正规渠道进货，并监督进货产品的质量，并按有关要求登记。对擅自采购证件不全的产品和从非正规厂家或其他非正规渠道采购的，对当事人将严肃处理。
3. 认真做好消杀制剂的储存和保管。消杀制剂的储存实行专人、专库管理，对所储存的消杀制剂登记购入日期和效期，保证消杀制剂在储存期间的质量。因保管不当造成消杀制剂失效的，将追究当事人的相关责任。
4. 严格控制消杀制剂的使用。消杀制剂的领用需凭各科室主任或护士长签字方可到药库开票领取，任何个人不得随意领取消杀制剂。药库应对全院消杀制剂的使用情况进行反馈，对存在的问题及时汇报医院感染委员会。

文件名称	药品出库复核管理制度				
文件编号	C01-ZD-070-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药品出库复核管理制度

一、药品出库必须凭出库单出库，无出库单不得出库。

二、药品出库按照“近期先出”和按批号发货的原则进行。

三、保管人员按出库单出库完毕后，必须在出库单上签字，将出库药品交给复核人员复核，复核人员必须按出库清单逐一核对品名、剂型、规格、批号、数量等，并检查包装的质量状况。

四、特殊管理药品出库应由双人进行质量复核，并签字。

五、下列药品不准出库：

- （一）过期失效、霉烂变质、虫蛀、鼠咬及淘汰药品；
- （二）内包装破损的药品；
- （三）瓶签（标签）脱落、污染、模糊不清的品种；
- （四）怀疑有质量变化，未经质量管理员明确质量状况的品种；
- （五）有退货通知或药品监督管理部门通知暂停销售的品种。

文件名称	药品效期管理制度与处理流程				
文件编号	C01-ZD-071-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药品效期管理制度与处理流程

一、药品的有效期是指药品在规定的储存条件下能保持其质量的期限。

二、我院对药品、制剂实行效期管理制度。采购的药品和自制的制剂必须标明有效期。无有效期的药品、制剂不得购入，超过有效期的药品、制剂禁止销售。

三、距有效期不大于六个月的药品为近效期药品，有特殊规定的除外。

四、药剂科原则上应采购距有效期不短于六个月的药品，采购时应根据药品的有效期，在预测药品使用量的基础上合理采购，避免积压、浪费。采购近效期药品，应统计既往的平均用量，限额采购。距有效期短于三个月的药品不得采购，特殊情况必须采购的，应由药品使用科室主任做出使用计划，严格按计划采购。

五、药品验收时必须查看药品的有效期，无有效期的药品不得验收入库。一次入库多批号药品时，应分别检查批号和效期。遇近效期药品，应与药品采购员联系，在确认无误的情况下方可收货。

六、药品入库时必须填写药品批号和有效期等与效期管理有关的信息，信息填写必须及时、准确。

七、在库储存药品应按品种、剂型、规格、批号分别码放，同品种不同批号的药品，应按效期远近依次码放，掌握先进先出或近期先出原则。

八、各级药品保管员每月检查、核对、汇总库存近效期药品，按月填报《近效期药品报告表》上报采购员。采购员审核无误后督促调剂室内部进行药品调拨，尽量先发放近效期药品。

九、药品调剂人员发放距失效期短于三个月的药品时应向患者说明药品的效期情况，叮嘱其及时服用，不要超效期。严禁将无效期和过期药品发放给临床或病人。

十、在药品的保管、养护及调剂、发放、补充、清点工作中发现距失效期短于三个月的药品，应立即停止该药品的调剂和发放，向本科室质量管理员报告。质量管理员审核无误后

填写《近效期药品报告表》报中心药库并将药品退回药库。

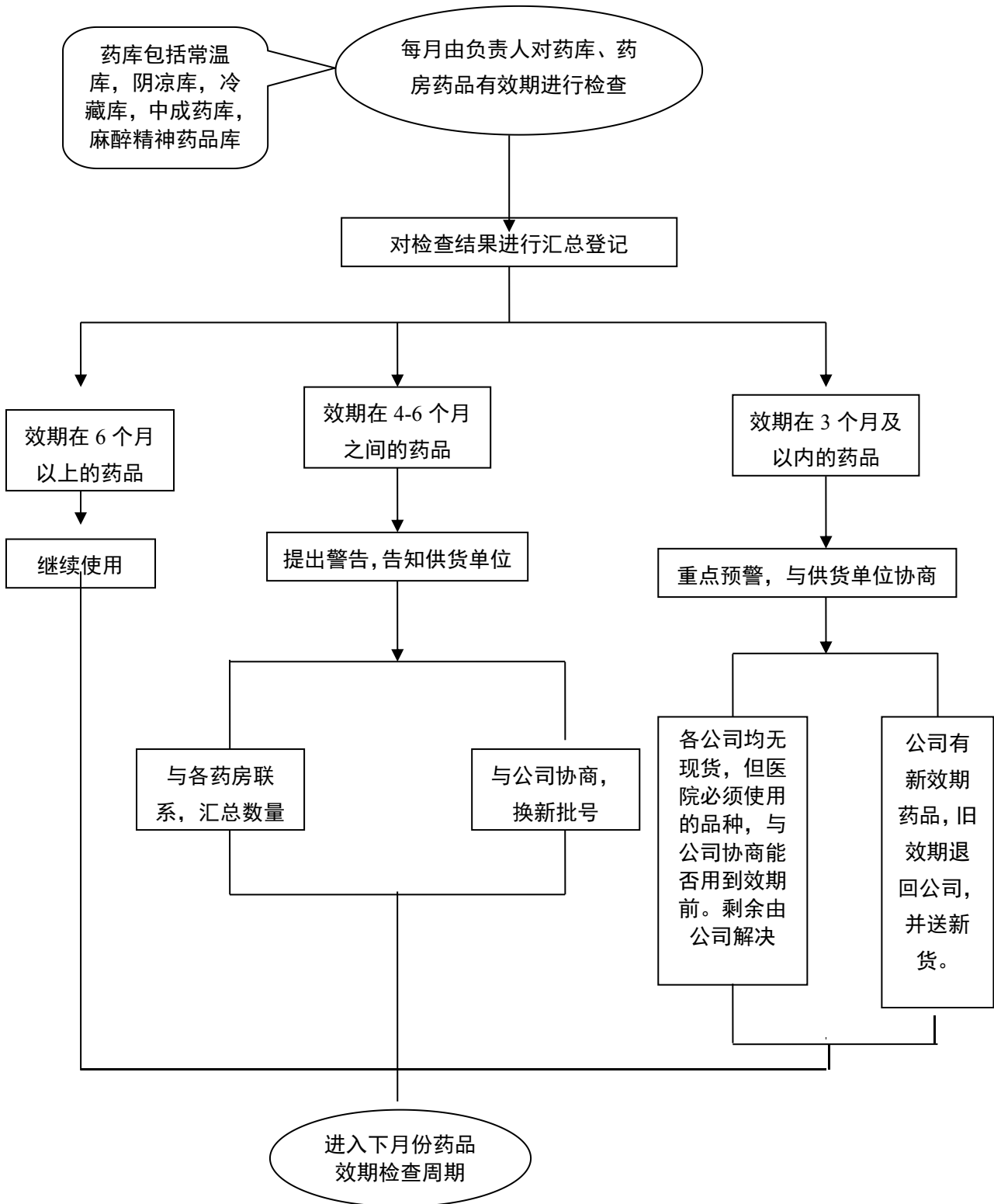
十一、采购员应尽快完成近效期药品的退换货工作，避免因药品过期失效而造成损失。

十二、已发出药品需要退换的，退回药品应在有效期内。对已超过有效期时限的药品，不得办理销后退回手续。

十三、在库储存的药品超过有效期的，按药品报损、销毁程序的规定执行。



药品效期管理流程图



文件名称	药品清点制度				
文件编号	C01-ZD-072-03			发布部门	药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药品清点制度

一、为加强药品管理，规范药品清点行为，提高管理水平，特制定此制度。

二、药剂科各部门必须组织对所保管的药品、制剂、原辅料、包装材料等物品进行定期清点。

三、药剂科应统一安排进行月度、季度清点。原则上应安排于每月 25 日至月底之间。

四、清点应于静止状态下进行。静止状态指清点期间不得发生与清点无关的药品帐物和药品实物的出入操作。急诊药房、住院药房不能做到完全静止时，应对各种操作的影响进行评估，并对帐、物进行相应处理，尽量减少一般业务操作对清点的影响。清点前应完成所有药品帐物的入出操作。

五、清点时应严谨、细致，实事求是。各部门应就组织、人员、操作、计算等方面进行周密、细致地安排，力求清点的准确。

六、清点标准

（一）库房：

帐物相符率（金额）=100%。

帐物相符率（品种）=100%。

（二）药房

帐物不符率（品种）≤ 2%。

帐物不符率（金额）≥ 0，单品种帐物不符率（金额）≤ 0.3%。

七、清点程序

（一）启动相应计算机程序，打印待清点物品的盘点表，盘存表上各细项的库存数量为理论库存量。

（二）以盘存表为依据，逐细项清点实物，记录实物数量。中药饮片、化学试剂等不能



准确称量的物品，应采用适当方法进行估计，估计误差应在 $\pm 10\%$ 之间。

(三) 对应合并、累计的项目进行计算，统计出各细项实物总量，并记录为实际库存量。

(四) 比较理论库存量和实际库存量，发现帐物不符时，应重新清点实物。

(五) 采用查看计算机账目、查对方等方法，查找帐物不符的原因，并做记录。

(六) 统计、计算清点数据。应分别统计盈亏品种，计算盈亏金额。不能将盈亏品种数或盈亏金额相抵后计算、报告帐物相符率或帐物不符率。

八、清点当日无法找到帐物不符的原因的，可先做记录，暂时不调整账目，待日后再认真查找原因，经主管院长审批后进行调整。

九、清点完成后第二天起的三个工作日内，各部门负责人应向药剂科财务人员提交《清点报告》。清点报告应包括如下内容：清点日期、分别计算的盈亏额、分别列出的盈亏品种详情、帐物不符的可能原因、责任人、改进措施和处理意见等，报告后应附帐物不符的品种目录和盈亏数量、金额。财务人员签署意见后报药剂科主任和主管院长审批。

十、原始记录、凭证建档保存，保存期三年。

十一、帐物不符率（金额）=（实际库存量 - 理论库存量）/ 理论库存量 $\times 100\%$ ，正值为盘盈，负值为盘亏。

帐物相符率（金额）= $1 - \text{帐物不符率（金额）}$ 。

帐物不符率（品种）= 帐物不符品种数 / 总品种数 $\times 100\%$ 。

帐物相符率（品种）= $1 - \text{帐物不符率}$ 。

文件名称	药品调剂制度				
文件编号	C01-ZD-073-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药品调剂制度

为了保证患者安全、有效、合理地使用药物，根据《医疗机构药事管理规定》《处方管理办法》《医疗机构处方审核规范（试行）》的规定，制定本制度。

一、药品调剂人员接到处方后，必须认真审核处方的合法性，只有确认是经本院医务处授予处方权的医生开具的处方后方可调配。

二、调剂人员应按医院《处方管理制度》的规定认真审核处方，对方用药适宜性进行审核，包括下列内容：

- （一）对规定必须做皮试的药物，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；
- （二）药品适应症与临床诊断的相符性；
- （三）剂量、用法的正确性；
- （四）剂型与给药途径的合理性；
- （五）是否有重复给药现象；
- （六）是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌；
- （七）其他用药不适宜情况。如有疑问，审核人或调配人员应及时向上级药师请教处理。

三、如有药品名称书写不清、用药重复、配伍禁忌及超量等情况应及时与开方医生联系，经处方医生更改重新签字后方可调配，调剂人员无权私自更改处方。对发生严重药品滥用和用药失误的处方，调剂人员有权拒绝调剂并按有关规定上报医务处。

四、调剂处方时必须做到“四查十对”。查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、规格、数量、标签；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。

五、调配特殊管理的药品应按有关规定执行。

六、调剂药品应经严格核对后方可发出，调剂人员和复核人员均应在处方上签名。如遇一人值班时，值班人员应同时履行配方、核对职责，并在处方上双签字。



七、发出药品时应按药品说明书或处方医嘱，向患者或其家属正确介绍药品性能、用法、用量、注意事项、配伍禁忌等，防止差错事故。急诊处方必须随到随配，其余按先后次序配发。

八、中药配方调配，应称量准确。毒性药材（设专用称）要逐剂称量，需将先煎、后下、烊化、冲服、包煎的药材单包，并注明煎服方法。配完处方后，必须经过核对药味无误后，再行包装，并将病人姓名、付数、煎服方法及用法填写在包装上，经核对无误在处方上签字后，交复核发药人。

文件名称	处方调剂操作规程				
文件编号	C01-ZD-074-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

处方调剂操作规程

一、调配处方的程序一般为：收方→审方→调配→复核→发药及用药交待。在调配过程中应严格执行“四查十对”。

二、审方：指调剂人员收到患者提交的处方后，在调配过程中和发药前对处方进行的核对。首先是审核开方医师的资质是否符合规定，不同的药品是否使用规定的处方书写，还包括以下内容：

- （一）对规定必须做皮试的药物，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；
- （二）处方用药与临床诊断的相符性；
- （三）剂量、用法是否正确；
- （四）剂型与给药途径是否合理；
- （五）是否有重复给药现象；
- （六）是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌。

三、调配：指处方经审核合格后，按照处方要求取、配药品的过程。

- （一）仔细阅读处方，按照药品顺序逐一调配；
- （二）拆零药品应在药袋上注明患者姓名、药品名称、用法用量、批号、效期；
- （三）药品配齐后，与处方逐条核对药名、剂型、规格、剂量和用法，准确规范地书写标签；
- （四）调配好一张处方的所有药品后再调配下一张处方，以免发生差错；
- （五）调配过程中应检查药品的有效期、外观质量、是否变质等，保证调配药品的质量。
- （六）核对后签名或盖章。

四、复核：指药品调配完毕，在发药前必须进行的对处方和药品的核对。

- （一）核对患者姓名、年龄；



(二) 核对药品名称、规格、剂量、用法是否与处方内容一致。特别关注有无配伍禁忌、妊娠禁忌和超剂量用药。对特殊管理药品和儿童、老年人、孕妇、哺乳期妇女的用药剂量，应特别仔细核对；

(三) 逐一核对标签（药袋）与处方内容是否相符；

(四) 核对药品包装是否完好、药品有无变质，是否超过有效期；

(五) 发现配方错误时，应将药品退回配方人，并及时更正。

五、发药及用药交待：在处方和药品进行准确复核后，将药品发给患者并进行用药交待而完成调剂的最后环节。

(一) 在电脑上输入处方编号并确认，查对患者姓名、年龄，警惕重名现象；

(二) 向患者说明每种药品的服用方法和特殊注意事项，同一药品有两盒以上时要特别说明；

(三) 针对特殊人群用药，如老年人、孕妇、哺乳期妇女、儿童及肝肾功能不全者，发药人员要根据患者不同情况给予用药指导，打印用药提示单，分别注明药品用法、用量、注意事项等；

(四) 对需要特殊保存的药品应向患者说明保存方法，如“置 2 ~ 8℃ 保存”；

(五) 发药时应注意尊重患者隐私；

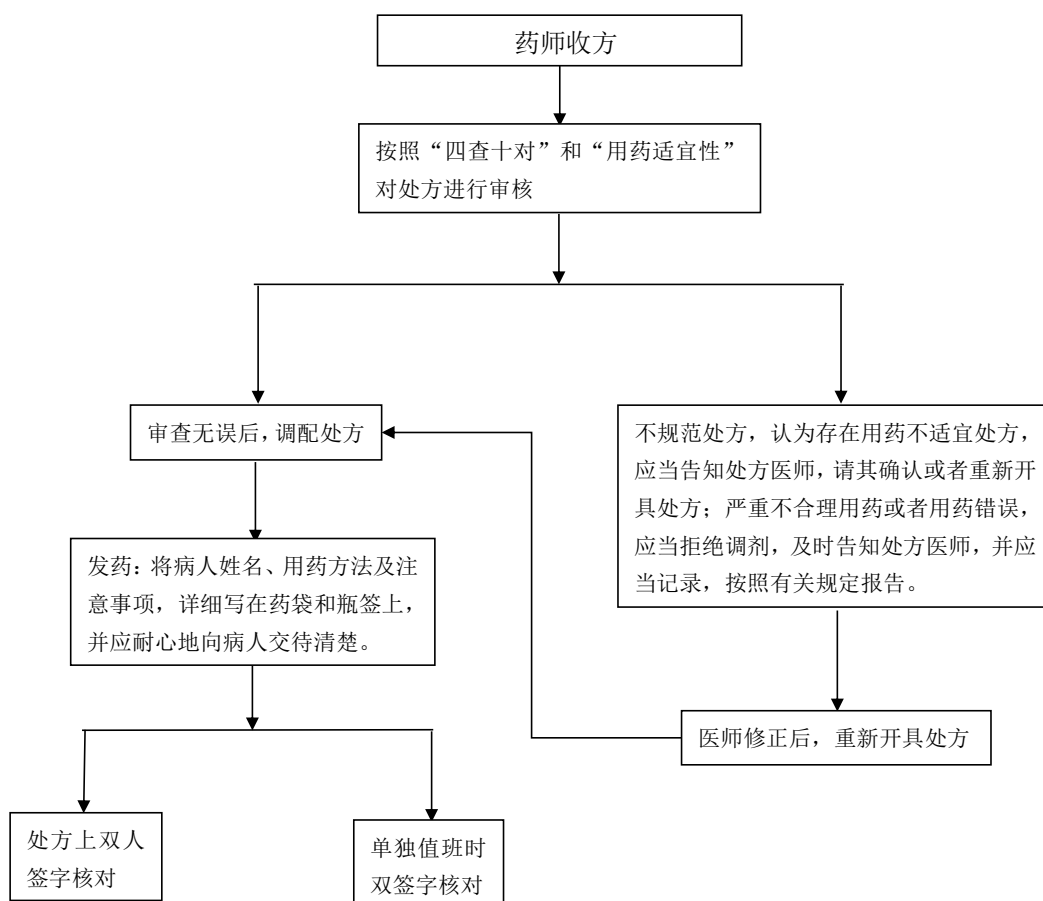
(六) 应耐心回答患者的问题；

(七) 发药人应签字或盖章；

(八) 发现问题及时责成有关人员纠正。属差错事故要按规定程序报告，妥善处理。

附：

调剂处方流程



文件名称	处方前置审核工作制度				
文件编号	C01-ZD-075-01		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021 年 12 月

处方前置审核工作制度

根据《关于印发医疗机构处方审核规范的通知》（国卫办医发[2018]14号）的要求，为规范我院处方审核工作，提高处方合理率，特制订此制度。

一、审核规则

主要根据《处方管理办法》、临床诊疗规范指南、临床路径、药品说明书、国家处方集等国家药品管理相关法律法规和规范性文件制定。

二、审核处方人员资质

药师是处方审核工作的第一责任人，审方药师应具备以下条件：

（一）取得药师及以上药学专业技术职务任职资格。

（二）审方药师具有3年及以上门急诊或病区处方调剂、医嘱审核工作经验，或取得临床药师资质并从事临床药学工作2年以上，接受过处方审核相应岗位的专业知识培训并考核合格者。

（三）审核规则维护的人员，需取得临床药师资质并从事临床药学工作2年以上，接受过处方审核相应岗位的专业知识培训并考核合格者。

三、具体规定

（一）审方时间：正常工作时间，系统审方与审方药师共同对处方进行全方位实时审核，其余时间系统自动审核。

（二）审核内容：处方信息是否完整；用法用量、给药途径、选用溶媒与载体是否合理（药典、药品说明书）；配伍是否合理（药物相容性、稳定性、相互作用、配伍禁忌）；是否存在禁忌症等方面进行审核。

（三）系统维护：临床药师每周固定时间对新增品种进行比对，对药事管理与药物治疗学委员会审核通过的超说明书用药进行规则维护，并记录在案。

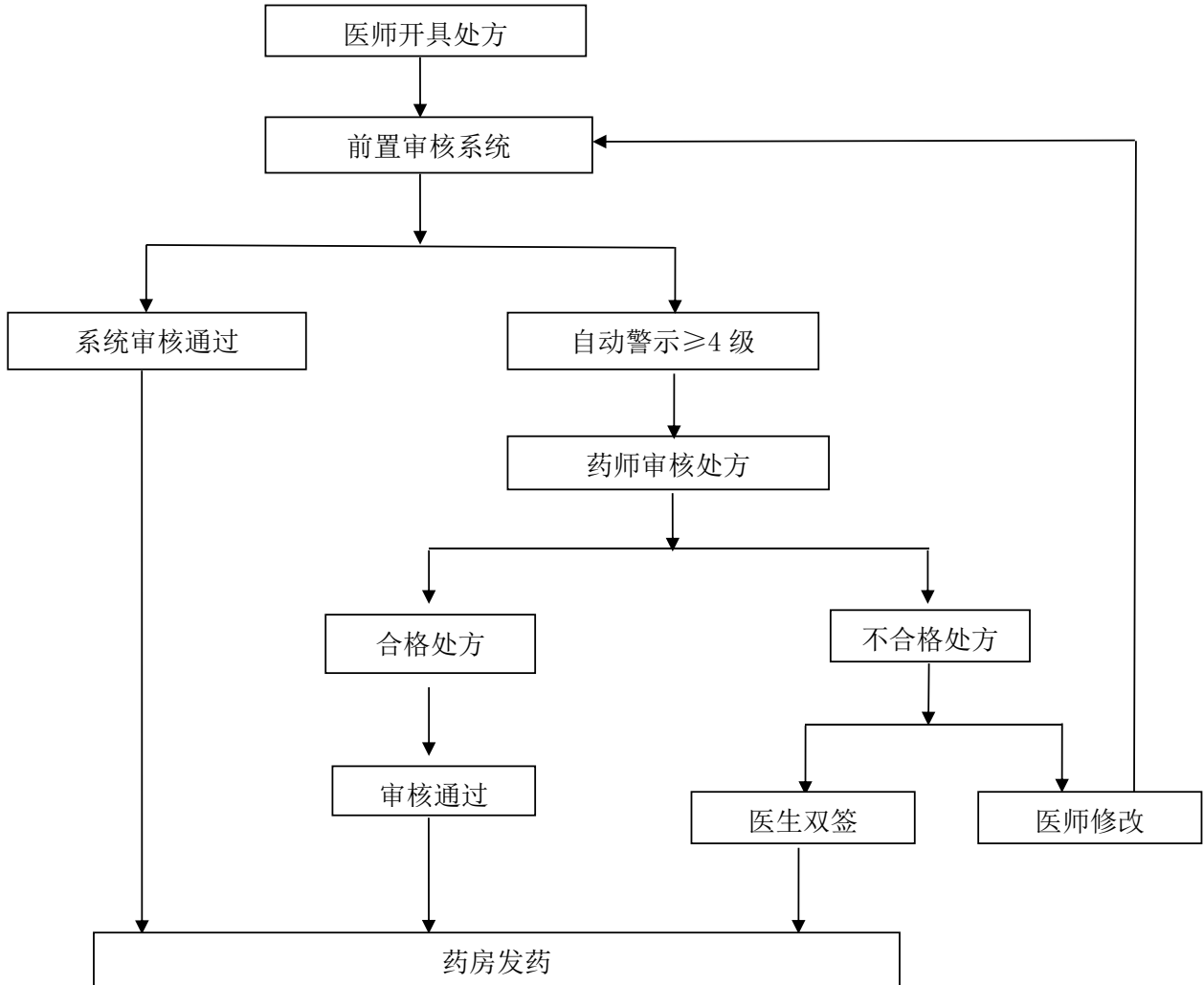
(四) 不合格处方 / 医嘱处理程序

1. 药师认为存在用药不适宜时，应当告知处方医师，建议其修改或者重新开具处方；
2. 药师发现不合理用药，处方医师不同意修改时，医师需通过双签字以示承担相应的法律责任，药师应当作好相应记录并纳入处方点评；
3. 药师发现严重不合理用药或者用药错误时，应当拒绝调配，及时告知处方医师并记录。



附:

处方前置审核操作流程



文件名称	药师审核处方或用药医嘱制度				
文件编号	C01-ZD-076-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药师审核处方或用药医嘱制度

为保证处方和用药医嘱的合法性、规范性与适宜性，提高处方/医嘱审核质量，保障患者用药安全，根据《医疗机构药事管理规定》《处方管理办法》《医疗机构处方审核规范（试行）》的有关规定，制定本制度。

一、我院所有处方和医嘱原则上均应当经过审核，审核通过后方可进入划价收费和调配环节，未经审核通过的处方不得收费和调配。

二、药师是处方审核工作的第一责任人。药师应当对处方各项内容进行逐一审核。医院可以通过相关信息系统辅助药师开展处方审核。对信息系统筛选出的不合理处方及信息系统不能审核的部分，应当由药师进行人工审核。

三、从事处方审核的药学专业技术人员（以下简称药师）应当满足以下条件：

（一）取得药师及以上药学专业技术职务任职资格。

（二）具有3年及以上门急诊或病区处方调剂工作经验，接受过处方审核相应岗位的专业知识培训并考核合格。

四、药师要按照国家药品管理相关法律法规和规范性文件，临床诊疗规范、指南，临床路径，药品说明书，国家处方集等以及我院药事管理与药物治疗学委员会制定的临床用药规范、指南，加强对医师开具处方的审核，确保处方合法性、规范性、适宜性。

五、审核主要包括以下内容：

（一）形式审查：处方或用药医嘱内容应当符合《处方管理办法》、《病历书写基本规范》的有关规定，书写正确、完整、清晰，无遗漏信息。

（二）分析鉴别临床诊断与所选用药品的相符性。

（三）确认遴选药品品种、规格、给药途径、用法、用量的正确性与适宜性，防止重复给药。



(四) 确认静脉药物配伍的适宜性，分析药物的相容性与稳定性。

(五) 确认选用溶媒的适宜性。

(六) 确认药物皮试结果和药物严重或者特殊不良反应等重要信息。

(七) 需与医师进一步核实的任何疑点或未确定的内容。对处方和用药医嘱存在错误的，应当及时与处方医师沟通，请其调整并签名。因病情需要的超剂量等特殊用药，医师应当再次签名确认。对用药错误或者不能保证成品输液质量的处方或医嘱应当拒绝调配。

六、审核药师审核处方后，认为存在用药不适宜时，应当告知处方医师，请其确认或重新开具处方。发现严重不合理用药或者用药错误，应当拒绝调剂，及时告知处方医师，并记录，按照有关规定报告。

文件名称	药房查对制度				
文件编号	C01-ZD-077-01		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

药房查对制度

一、调剂处方时，严格执行“四查十对”：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。

二、发药时，严格执行“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，是否超过有效期；查对姓名、年龄；交待用法用量及注意事项。

文件名称	药物咨询工作制度				
文件编号	C01-ZD-078-01		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

药物咨询工作制度

为开展全方位的药物咨询服务，更好地向患者、医师、护士和公众提供优质药学服务、解答药学疑问、提供合理用药信息及树立药学人员良好的形象，特制定本制度。

一、工作时间

每周星期一至星期六正常工作时间。

二、药物咨询成员

临床药师及各药房药师。

三、工作方法

(一) 主动向患者、医师、护士和公众讲授安全用药知识，发放合理用药宣传材料，向大众宣传促进合理用药的信息。

(二) 面对面解答有关药物咨询的问题。

(三) 通过电话解答有关药物咨询问题。

四、工作内容

接受患者咨询药物相关问题。利用各种相关计算机软件及药学书籍、杂志等为患者及医护人员提供有关药物的临床合理应用、相互作用、不良反应、药品保管等信息，为患者和临床提供最新实用的药品信息和药物咨询服务，宣传合理用药知识，协助临床做好合理用药工作。

(一) 建立咨询记录(时间、问题、解答、参考资料，尽量保留患者的资料、电话、需求等)。

(二) 整理药物咨询资料。

(三) 每年度对咨询情况进行汇总分析，找出咨询者需求或药学人员需注意的问题等。

(四) 收集药学人员药物咨询所需的资料。

(五) 建立与临床科室良好的沟通渠道，及时回答药物有关的咨询问题。

五、工作要求

(一) 热诚、冷静、耐心地听取咨询者的询问，严禁对于咨询问题推诿，损害药学人员形象。

(二) 对不能确切回答的问题，应积极寻求答案，再进行恰当地回答。当面不能回答时，可有效利用信息资源或在临床药学小组共同磋商后，通过电话尽快给予及时回答。对确有疑难问题不能回答患者，应上报上级药师。

(三) 针对不同咨询对象（如患者、医师、护士或公众），从不同角度有侧重地向其提供合理药物信息，即有针对、有侧重地回答不同人群的问题，对特殊人群应提示其用药过程中需注意的问题。

(四) 注意文明用语，回答问题应认真、仔细，通俗易懂；注意沟通交流技巧；对待患者要有热情和耐心、关心、尊重咨询者并为其保守秘密。

文件名称	药品拆零分装制度				
文件编号	C01-ZD-079-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药品拆零分装制度

拆零药品是指将完整包装单元（瓶、盒）的药品拆分后予以销售、使用的药品。药品拆零分装是指为方便患者，根据本院就诊患者需求及有关药品限量规定而制定的药品协定剂量包装。为了保证患者安全、有效地使用药品，根据我院实际，特制定此制度。

一、拆零药品虽能方便患者，节约药品资源，但由于外包装被拆除，拆零药品质量缺乏保障，容易变质失效，应尽可能购进小包装药品避免药品拆零。拆零分装品种仅限常用用量无法采购到相应装量的药品。

二、药房设独立的药品分装区域，并有专用药品调剂台，所用包装袋、药匙等应专用，并专处存放。

三、分装用器具如天平、药匙、刀片、瓷盘、包装袋必须符合卫生要求和质量要求，做到分装前消毒，分装后擦拭。

四、药品分装工作，须由药学专业人员承担。根据药房分装药品量多少设专职或兼职分装人员。

五、分装人员应注意个人卫生，工作时佩戴手套、帽子、口罩，不能裸手接触药品。

六、分装室要保持整洁卫生，每次分装前，工作台要用 75% 乙醇擦拭，擦拭后需更换一次性手套。

七、药品拆零分装前，对拆零药品须检查其外观质量，凡发现质量可疑及外观性状不合格的药品不可拆零分装。

八、拆零后的药品应集中存放于拆零专柜，不能与其他药品混放，并保留原包装。

九、分装药品药袋要注明药品名称、规格、数量、批号、分装日期及有效期等项目。

十、药品拆零分装应做到销完同一批次包装再拆另一批次包装，不得将不同批次包装药品混装。

十一、分装药品要认真核对，避免差错。

十二、每一药品分装完毕要及时清场，清理完毕再分装下一药品，确保不出现混装。

十三、药品分装后应立即填写《药品拆零分装记录》，登记分装药品名称、规格、批号、数量、生产厂家、拆零日期等，分装人和核对人签字

十四、拆零分装药品过期或外观质量不符合规定，应即时撤出，按不合格药品处理。

文件名称	药品分包装操作规程				
文件编号	C01-ZD-080-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

药品分包装操作规程

一、分装前准备：

- (一) 分装前对分装场地、分装用具、内包装材料作洁净处理；
- (二) 药品分装室要保持清洁、整齐，分装人员应穿戴清洁工作衣帽、口罩，带一次性手套；
- (三) 分装容器及直接接触药品的包装材料必须无毒，并且保持清洁、干燥，不影响药物稳定性。

二、分装操作：

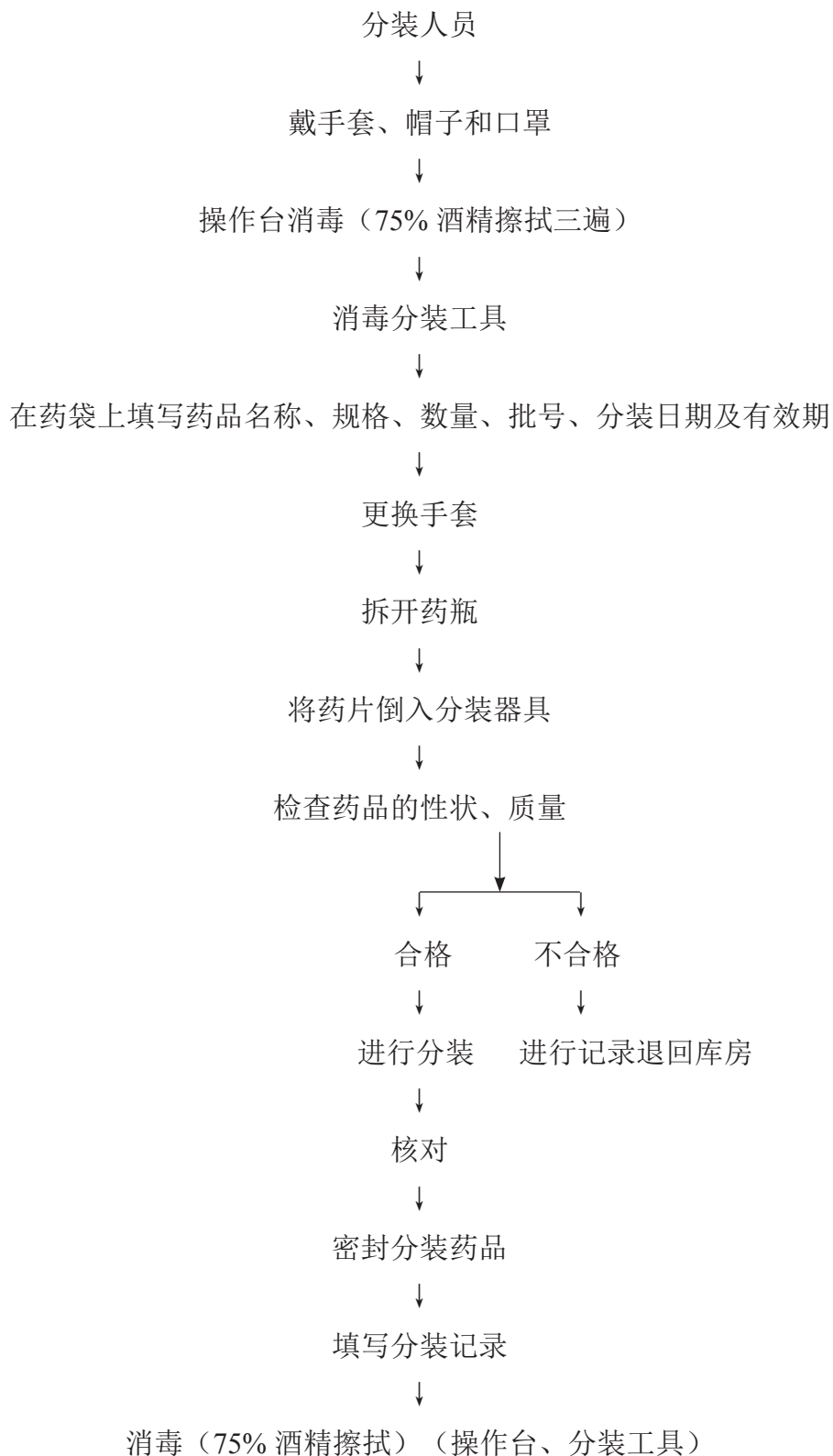
- (一) 分装时，须两人在场，核对药品名称、规格、批号等，以保证分装药品质量；
- (二) 应将不同批号药品分次分装，不同批号药品不得混合分装；
- (三) 外包装袋上须有标签，包括药品名称、规格、数量、用法用量、批号、使用期限等；
- (四) 分装完毕后应做好药品分装记录，包括药品名称、规格、生产批号、分装数量、分装日期、分装人签名、核对人签名、储存记录。
- (五) 分装好的药品应贮存在防潮容器内，以防变质。贮存分装药品的药柜内应保持清洁整齐。

三、分装后清场：

分装完毕后，对分装场地进行清理，对分装器具进行清洗、消毒以备用。

附：

分装流程



文件名称	发药差错登记、报告制度及处置程序				
文件编号	C01-ZD-081-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

发药差错登记、报告制度及处置程序

一、差错事故的种类

(一) 处方医师的错误：医师由于不了解药名、剂量、规格、配伍变化、用法而书写错误处方，药剂人员未能检查发现，依照错误处方调配发药。

(二) 调配错误：药剂人员错误调配药品品种、规格、剂量、数量以及用法错误等。

(三) 标示错误：药剂人员在药袋、瓶签上标示患者姓名、药名、规格、用法、用量时发生错误。

(四) 管理混乱：药品效期管理不严，药品贮藏不当等原因，配发了过期、失效、霉变的药品等。

(五) 特殊药品未按相关法律法规管理而流入非法渠道。

(六) 其他情况：如擅离岗位，延误急重病人抢救时机等。

二、差错事故登记报告

(一) 各部门均应设立差错事故登记本。

(二) 凡发生差错事故，当事人应及时如实报告，隐瞒不报者，一经查出严肃追究。

(三) 每月向上级职能部门报告医疗安全情况。

(四) 发生严重差错应立即报告上级职能部门及分管院领导。

三、处方调剂差错事故处理办法

(一) 严格执行“四查十对”制度。查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。

(二) 药剂人员在发生差错事故后，应及时采取补救措施，尽可能减轻差错事故造成的后果，同时向科室负责人报告，严重的差错事故应及时向上级职能部门及分管院长报告，以便及时处理，减少损失。

(三) 建立差错事故登记制度, 药房负责人是第一责任人, 应认真如实登记差错事故, 要认真履行职责。组织人员每月对本月发生的差错事故认真分析讨论, 分析发生的原因, 提出防范和解决方法。

(四) 对于发生的差错, 如能及时发现, 并及时更正, 未发生不良后果的, 登记后, 给予当事人口头警告。

(五) 发生差错事故, 当事人未能及时发现, 被临床科室或患者检查发现, 当事人应积极主动与临床科室或患者联系, 及时采取补救措施, 登记差错并进行相应处罚; 造成药品损失的, 另由当事人等赔偿。

(六) 发生的差错事故, 酿成医疗纠纷或造成医疗事故的, 按医院的有关文件规定处罚, 由当事人承担相应责任。

四、发药差错原因分析

(一) 调剂人员责任心不强。个别调剂人员责任心不强, 作风松懈, 注意力不集中, 印象式发药, 对药房药品的规格剂型、用法用量、适应症及商品名和通用名不能熟练掌握, 没有形成良好的工作习惯, 从而导致调剂差错, 这是发生差错原因的重要原因之一。

(二) 处方调剂未按操作规程完成。药房药剂调配人员在处方调配过程中, 从处方审核→配药→核对→发药未严格操作规程而出现某个环节上的差错, 这也是处方调剂差错的主要原因。

(三) 医师处方不规范, 药师审核处方未严格把关。由于某些医师处方规范性差, 将药物剂量、剂型、规格、用量、给药途径、给药次数未注明或错误。导致药品错发, 从而发生差错。

(四) 药品未按规定摆放。有时药房药品未按规定摆放, 如将不同用途的药品混放, 外包装相似的药品混放, 商品名和通用名相似的药品存放在一起, 调剂人员调剂时未认真核对而发生差错。

五、预防处方调剂差错事故发生的措施

(一) 首先要提高药学人员专业技术水平, 培养药学人员爱岗敬业精神。药剂科要定期对药学人员进行安全法规和医德医风教育, 强化医疗安全意识, 不断更新药学人员的知识结构, 增强工作人员的责任感, 同时培养药学人员良好的工作习惯, 树立爱岗敬业的精神, 建立适应本院实际工作的调配及规范服务条例, 是预防处方调配差错最根本的措施。

(二) 建立处方调剂流程，合理调整药房布局。为减少和最大限度的避免由于个人因素造成的差错，优化处方调剂工作流程，保证处方的审核、核对、发药由药师以上药学技术人员完成，调配可由药士操作，整个过程至少由 2 个人完成，独立值班时要进行双签字核对，最大限度减少差错发生。

(三) 严格规范调剂操作规程。发现问题及时与医师联系。配药时按处方药品配齐，然后将处方和药品交给复核发药人员，核对发药时按处方核对，要核对患者的姓名、年龄，同时向患者说明药品的使用方法和注意事项，完成整个调配过程。

(四) 落实各项规章制度，奖惩分明。工作人员在完成自己的岗位工作后在处方上及时签名或盖章，每月对处方进行抽查，检查处方是否规范，岗位人员的签字是否完整及时，检查复核人员是否在岗等，发现问题及时解决。做到责任明确，奖惩分明，使处方差错降到最低。

文件名称	药剂科工作制度				
文件编号	C01-ZD-082-03			发布部门	药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药剂科工作制度

一、在院长、主管院长领导下，按照《药品管理法》、《医疗机构药事管理规定》及《麻醉药品和精神药品管理条例》、《处方管理办法》《医疗机构处方审核规范（试行）》等相关法律法规和医院规章制度，具体负责医院的药学技术服务和相关的药品管理工作。

二、要建立以病人为中心的药学服务模式，开展以合理用药为核心的临床药学工作，参与临床药物治疗工作，提供药学技术服务，提高医疗质量。

三、根据临床用药情况，组织协调本院药品的采购、保管、调剂、制剂、质量监测等，保障临床用药和药品质量，同时尽量减少库存，加速周转，做好药品价格和帐物管理。

四、根据相关的药事管理规范要求制订出科学的、完善的、可行的工作制度、技术操作规程和岗位责任制，并认真落实和执行。

五、对麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品、药品类易制毒化学品等按国家有关规定进行管理，定期检查，发现问题及时上报。

六、制定药学专业技术人员培训计划，组织药学专业技术人员，按规定参加规范化培训和继续教育，学习和掌握专业技术知识与技能，提高全体人员的技术和服务水平。

七、担负医药院校学生实习，接受基层医疗单位药剂人员进修及对基层医疗单位药剂人员进行技术指导。

八、组织各岗位直接接触药品人员每年进行健康检查。患有传染病或者其他可能污染药品的疾病者，不得从事直接接触药品的工作。

九、经常了解、检查、监督各临床科室药品使用及管理情况，注意抽查分析处方，指导临床合理用药。

十、提供有关药物咨询服务，宣传合理用药知识，定期发布药品相关信息，推荐新药，收集临床用药情况，做好药品疗效评价和药品不良反应监测报告工作。



十一. 根据医院的发展状况和科室的实际情况, 制定出切合实际的科室发展规划和药学服务工作计划, 并予以实施。

文件名称	调剂室工作制度				
文件编号	C01-ZD-083-03			发布部门	药剂科
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

调剂室工作制度

一、处方调剂人员必须经专业岗位培训，并取得药师以上药学专业技术职称资格的人员担任。

二、认真贯彻执行各项药事法规、管理制度及操作规程，准确、及时地调配处方，坚持处方“四查十对”制度（查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、规格、数量、标签；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断），避免发生差错，保证患者用药安全。

三、应按《药品调剂制度》《药师审核处方或用药医嘱制度》的规定审核处方，如有药品名称书写不清、用药重复、配伍禁忌及超量等情况应及时与开方医生联系，经处方医生更改重新签字后方可调配，调剂人员无权私自更改处方。

四、对发生严重药品滥用和用药失误的处方，调剂人员有权拒绝调剂并按有关规定上报医务处。

五、中药饮片必须符合炮制规范，禁止掺杂、掺假。饮片配方中不能以生品代替炮制品。

六、调剂药品应经严格核对后方可发出，调剂人员和复核人员均应在处方上签名。如遇一人值班时，值班人员应同时履行配方，核对职责，并在处方上双签字。

七、发出药品时应按药品说明书或处方医嘱，向患者或其家属正确介绍药品用法、用量、注意事项、配伍禁忌等，防止差错事故。急诊处方必须随到随配，其余按先后次序配发。

八、中药方剂需先煎、后下、冲服等特殊煎法的药物，必须单包注明；对需临时炮炙的中药材，应切实按照医疗要求进行加工，以保证中药汤剂的质量。

九、调剂药品需要拆零时，调剂人员、工作环境、使用工具、包装物品应符合卫生和质量要求，拆零药品应在包装袋上写明药品名称、规格、用法、用量、有效期等。

十、调剂特殊管理的药品（麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、药品类易制毒化学

品)，应严格审核是否使用了专用处方和用量，严格执行处方限量规定，处方必须双人签字，处方按规定年限保存。

十一、发出的药品应保证质量，凡不符合质量要求的药品和制剂不得调配使用。发现质量问题及时报告部门负责人和质量管理员。

十二、为保证患者用药安全，药品一经发出，无特殊原因不得退换。

十三、调剂人员应经常对天平砝码、称衡器、量具等进行校正，以保持其准确性。

十四、做好药品的请领、验收、储存养护和效期管理，做好特殊药品的管理工作。

十五、加强与临床科室的联系，积极主动地为临床提供药品信息和用药咨询服务；收集药品不良反应信息，发现药品不良反应及时上报部门负责人和不良反应监测站，填写不良反应报告表。

十六、定期征求患者、医护人员对药学服务、药品供应的意见，改进工作质量。加强与药品库房的联系，及时反映临床的要求，沟通信息。

十七、处方逐日分类统计数量、金额后装订，分类装箱封存，定期按有关制度销毁。

十八、药品分类放置有序并按月盘点，盘点结果报药品会计。

十九、工作人员应按照《药房服务规范》的规定上岗，衣帽整洁，使用文明用语，工作时间不得擅自离岗、串岗。

二十、保持调剂室内整洁、安静，禁止吸烟、会客，非本室工作人员未经许可不得入内。

二十一、做好安全用电、用水、防火工作，下班前关好门窗，锁好保险柜，做好交接班工作。

二十二、对差错事故及时登记和分析。

文件名称	药房值班工作制度				
文件编号	C01-ZD-084-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药房值班工作制度

一、根据实际工作情况及临床医疗工作的需要和要求，药剂科在门、急诊药房、住院药房、妇儿药房设置相应的值班。

二、参加各类值班的人员必须是具有药师以上专业技术职称的药学技术人员，并在药品调剂岗位上工作至少一年及以上，经考核能够独立承担值班工作。

三、值班人员应严格遵守各项法律法规和规章制度，对工作认真负责，急患者之所急，保证患者的用药安全。

四、应建立值班日志和交班记录，值班员应将值班情况详实地记录在案，遇有重大事件应及时上报，并做好详实记录。交班时应将值班情况，出现的问题和需要注意的事项，认真详细地交待清楚并有记录，交接双方应签字。

五、应保持值班室内干净整洁，工作区与休息区应分隔开。严禁非值班人员进入值班室。

六、值班人员在值班期间，严禁做与值班无关的事情，不得聊天，吃食物（就餐除外）、玩游戏等。

七、值班人员不得擅自离职守。在未经准许的情况下，不得随意请其他人员替班，尤其严禁非技术人员替班或值班。

八、调剂处方时，应认真核对处方各项内容和药品名称、规格、剂量，确认无误后方可发药。发现处方有误时，应及时与处方医师联系修改处方，不得擅自更改处方内容。

九、发药时应向患者或取药者详细说明药品使用方法和注意事项。

文件名称	药房交接班制度				
文件编号	C01-ZD-085-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

药房交接班制度

为规范药房交接班管理，保证药房工作进行顺利，各药房交接班按本制度规定执行。

一、药房调剂岗位各班次不经交接，不得擅自离开调配窗口和所在岗位。

二、每班次交接班时要提前 10 分钟，对需要统计数量的贵重药品、麻醉药品、精神药品、毒性药品等进行清点交接。

三、交班人员在交班前应搞好值班室卫生，清理好值班现场，将正在处理的患者取药、退药等工作处理完毕。遇抢救病人或紧急情况需要调配抢救药品，在班内未处理完的工作，详细交接下一班处理。根据紧急情况的不同，必要时延长值班时间。

四、待交班完毕后，接班人员将情况核实清楚后（必要时查看实物），下班人员方可离岗，接班人员进入岗位工作。

五、早交班于工作日早上 8 时开始，由各药房负责人主持，采用早会形式集体交班。

六、下夜班人员为主交班人员。交班的主要内容应在交班本上记录。包括：(1)主要运行情况。(2)特殊管理药品使用情况，未使用的注明“未使用特殊管理药品”。(3)退药情况。(4)药房之间调拨情况。(5)借药情况，特别注明尚未归还情况。(6)欠药情况。(7)缺药情况。(8)药品破损情况。(9)信息系统运行情况。(10)其他需交班的事项。

七、除工作运行情况外，交班时还要对以下情况进行特别提示：临床用药信息反馈、新到药品（包括新药）、短缺药品、或调价通知及特别注意事项等。

八、发现不合格的药品，如失效、过期、伪劣、变质等情况，要及时登记和逐班次进行交接，报告负责人，通知全药房人员停止使用，交药库作退货处理。

九、利用早交班要通报差错、投诉、特殊事件及处理情况，及时传达医院周会内容及医院、科室的重大决策。

文件名称	药库工作制度				
文件编号	C01-ZD-086-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药库工作制度

一、药库是医院的药品采购中心，主要负责药品的采购、保管和供应，包括消毒用品的采购和供应工作。

二、药库工作人员，必须严格遵守有关的法律法规和各项规章制度，严禁收受药品回扣或其它变相回扣。

三、根据相关规定和要求，依据库存和临床用药情况，制定药品采购计划，经科主任审批后，向指定的药品配送企业采购药品。

四、特殊药品（麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、药品类易制毒化学品等）的采购应严格按照有关规定，凭专用印鉴卡和申购单，到指定的经营单位采购。

五、特殊药品的保管、出库应严格按照相关规定认真执行。在药品保管上实行“五专”即：专人、专柜（库）、专帐、专册、专用处方。

六、应保持药品库房内干净整洁，定期通风，做到“五防”即：防潮、防虫、防火、防盗、防霉变；每日记录温度、湿度，发现异常及时处理。

七、药品应分类分垛码放，药品与地面的距离应不小于10厘米；与墙壁、房顶的距离不小于30厘米，并有明确的标识。

八、药品入库时，应当严格按照有关规定认真进行验收核对。检查包装是否完整；有无药品批准文号、生产批号及有效期；有无生产合格证和产品（批）质量检验报告。产品（批）质量检验报告应统一、分公司保管，以备查。严禁不合格药品、假劣药品入库。

九、药品库房应建立完整的药品明细账目，并做到帐物相符。应定期盘点库存药品，并将盘库情况详细记录。

十、管账与物、采购与保管等工作应当分别由专人担任。

十一、各种账册、入出库单据、领药单据等应分类妥善保管，保留三年以备查（特殊管



理的药品按有关规定执行），超过保存期的账册、单据，经报主管院长同意后，统一销毁并记录。

十二、药库应严禁非库房工作人员入内；严禁在库房内吸烟及做与工作无关的事情。

十三、应当单独设置化学危险品库房，用于存放危化品。库房内外应配备齐全的消防灭火和防爆器材，应有良好的通风设施。

十四、药品库房应当划有专门的药品待验区 and 不合格区，分别存放质量可疑的药品 and 不合格待退药品。

文件名称	煎药室工作制度				
文件编号	C01-ZD-087-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

煎药室工作制度

一、煎药人员收到药剂，应详细核对病人姓名、性别、年龄、科别、床号、服药时间、剂数及煎法，经核对无误后，在收药本上签收。如有疑问，应及时与医生、调剂人员联系。

二、煎药时要认真执行煎药工作制度，保证煎药质量。对先煎、后下、冲服、烊化、包煎等需特殊处理的药物必须按规定特殊处理。

三、药剂煎好后，必须检查煎药煲和装药瓶（袋）签姓名是否相符，无误者可由护士验收签字领取。药渣应保存 24 小时备查。

四、煎药用具、容器应清洁干净，每个处方煎完后，必须放净残液并清洗相应药煲，杜绝混药。

五、煎药室要注意安全，煎药机应由熟练人员专人操作，注意维护，保持煎药机正常工作状态。

六、保持清洁卫生，非工作需要不得进入煎药室。

七、对新入院和急重病病人的药剂，应即领、即煎、即送（取）。

八、煎药室应有收、发药记录、煎药记录及差错事故记录。

文件名称	临床药师工作制度				
文件编号	C01-ZD-088-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

临床药师工作制度

为贯彻落实国家卫生健康委员会《医疗机构药事管理暂行规定》精神，促进医药护互相协作，提高医疗质量，规范临床药师工作模式，结合我院实际，特制定此制度。

一、临床药师任职资格

临床药师应当由药学专业技术人员担任，同时应满足以下条件之一：

1. 取得药学相关专业硕士学位，具有一年以上工作经历；
2. 取得药学相关专业学士学位，具有二年以上工作经历；
3. 具有药学相关专业本科毕业，并具有中级以上专业技术职称。

二、临床药师工作任务

（一）临床药师应深入病房，参加临床医师的查房、会诊、急救及病例讨论，对药物治疗提出建议，为危重症患者提供用药监护。

（二）提供药学咨询服务，指导患者正确使用药品，对患者进行用药教育，对住院患者进行用药重整。

（三）开展药学门诊或医师-药师联合门诊，为门诊患者提供药学服务。

（四）协助临床医师做好新药上市后临床观察，收集、整理、分析、反馈药物安全信息。

（五）开展治疗药物监测，设计个体化给药方案，促进临床合理用药。

（六）负责全院药品不良反应收集、整理、核实及上报工作。

（七）对方剂、病历用药医嘱应用合理性进行点评，写出点评报告。

（八）对院内使用的药品、临采品种及引进品种做好评价工作。

（九）抗菌药物应用监测网和抗肿瘤药物监测网上报工作。

（十）对药学质控重点监测指标（如清洁手术抗菌药物使用率、住院患者抗菌药物使用率及使用强度、门急诊抗菌药物使用率、基本药物使用金额占比等）进行监控，对不达标

数据进行原因分析，提出改进措施。

(十一)承担医院对药师、医师、护士进行的药学相关知识培训工作及进修药师带教工作。

三、临床药师深入临床工作程序

(一)参加医护查房之前，首先到病房巡视病人或通过电子病历了解病人一般情况和最新检验、检查结果。

(二)参加医护查房，在查房讨论中提出用药建议；对病人用药进行指导，询问和观察用药后的情况，关注药物相互作用，促进用药安全；如发现药物不良反应，进入不良反应处理程序；

(三)参与疑难、危重病人的会诊、抢救和病案讨论，并做好记录。临床药师在参加会诊前，应事先查阅病历，了解病情，进行必要的资料查阅，以提出科学严谨的观点，协助医师提高救治效果。对重点病人建立药历，进行用药监护。

(四)向医生、护士以及病人提供药物咨询服务，对医生、护士和患者提出的问题都应积极给予答复，若当时不能给予解答，应及时记录，事后咨询有关专家或查阅资料尽量给予满意答复。对重点咨询或典型问题应有详细记录。

(五)对特殊病人的用药进行指导。对新入院的患者、转科患者及出院患者进行用药教育、用药重整，必要时向患者发放用药注意事项卡片。患者用药教育记录、药物重整记录留档保存。

(六)收集、整理、分析、反馈药物安全信息，做好药物不良反应监测工作，及时处理临床医护人员等提交的不良反应报告，并上报国家药品不良反应监测网。对上报的药品不良反应，每月、每季、每半年、每年度均写出总结报告，分析存在的问题，提出改进措施。

(七)对病人用药是否需要进行血液浓度监测提出意见，根据临床需要和药物特点协助医护人员做好治疗药物监测工作，并做好监测病人状况及监测结果记录，对血药浓度监测结果进行分析，根据参数制定和调整给药方案，积累群体药代动力学资料。

文件名称	临床药师查房制度				
文件编号	C01-ZD-089-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

临床药师查房制度

一、根据我院的临床实际及需要，临床药师应定期参加查房（原则上每周不少于3次），及时做好查房工作记录。查房前及查房过程中应熟悉本科室病例特点和常用治疗方案，并掌握常用治疗药物的正确使用方法和常见不良反应防治措施。

二、临床药师进入病房着装打扮应大方整洁得体，自觉遵守病房规定。进入重症监护病房时要加强无菌意识。对待患者应和蔼可亲，语言得体，时刻保持临床药师的良好形象。

三、临床药师查房过程中应主要进行以下工作：

（一）积极为临床提供药学信息服务及合理用药建议。对医护人员提出的用药问题应给予及时、准确的答复，不能现场回答的问题应认真查阅药品说明书、指南等相关资料，并进行药师之间的讨论，达成一致意见后给出回复。

（二）参加危重、疑难病例的救治和讨论，协助制定个体化给药方案。

在查房过程中应对病人医嘱进行审核，对发现的临床潜在或实际存在的不合理用药问题，及时向医师提出修改建议。

（三）协助医师指导患者正确使用药品。做好患者用药咨询和用药教育服务，并记录存档。

（四）在查房过程中对新入院的患者应详细询问用药史、药物过敏史；对重点病人应进行药学监护，监护内容包括患者生命体征、检验指标、治疗方案调整、药品不良反应等，并建立患者药历。

（五）对出院病人要做好出院带药用药教育及用药指导工作。

（六）在查房过程中应监测药品不良反应，对发现的药品不良反应应提醒及协助医护人员及时上报，使其增强药品不良反应上报意识。

文件名称	临床药师会诊制度				
文件编号	C01-ZD-090-04		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

临床药师会诊制度

临床药师进行药物治疗学会诊（简称“药学会诊”）已经成为医疗机构临床药师日常工作的重要内容之一。为加强会诊工作中临床药师管理，规范会诊过程中临床药师行为，明确临床药师在会诊中的职责，特制定本制度。

一、药学会诊是指临床科室或医院其他部门因为患者疾病治疗原因要求临床药师现场给予药物治疗学建议或药学帮助的情况，原则上参照我院会诊制度进行。

二、药剂科指派主管药师及以上专业技术职务任职资格且具有丰富临床经验的临床药师进行药学会诊工作。

三、药剂科对临床药师参与药学会诊工作进行绩效考核。

四、临床药师接收会诊信息的方式分为书面的《会诊单》和电话会诊请求。

五、院内急会诊应当在会诊请求发出后 10 分钟内到位；普通会诊应当在会诊申请发出后 24 小时内完成；全院会诊按要求到达指定场所会诊。

六、参加会诊的药师需认真阅读病例（普通会诊和全院会诊需提前阅读病例），并全面了解患者用药史、过敏史、疾病状况、药物治疗情况、治疗效果和不良反应等。

七、会诊药师应根据患者的临床实际并针对用药问题提出合理化用药建议，填写会诊记录，病案留档。

八、会诊过程中，出现会诊药师本人不能解决的专业问题或与药剂科有关的其他问题，会诊药师立即汇报药剂科主任协调解决。

文件名称	药师联合门诊工作制度				
文件编号	C01-ZD-091-01		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

药师联合门诊工作制度

一、药师联合门诊是指药师参与门诊诊疗工作，协助医师为患者提供药学服务的门诊。

二、药师联合门诊的药师需由具有主管药师及以上专业技术职务任职资格、从事临床药学工作3年及以上，或具有副主任药师及以上专业技术职务任职资格、从事临床药学工作2年及以上者担任。

三、遵守医院的各项规章制度，服从医院门诊部的统一管理。

四、坚守工作岗位，不得擅自离职守。

五、药师联合门诊药师应当以患者为中心，重点关注患者的治疗需求。根据患者用药后的反应等，可从药物治疗的安全性、有效性、经济性、依从性等方面对患者用药情况进行评估，解决个体化用药及其他合理用药相关问题。

六、药师联合门诊药师应对来访患者提供用药咨询服务，如：1. 药物（或药物装置）的通用名、商品名或其他常用名称；2. 药物剂型、给药途径、剂量、用药时间和疗程；3. 主要的用药注意事项；4. 药物的特殊剂型、特殊装置、特殊配制方法的给药说明；5. 药品的适宜贮存条件；6. 患者对药物和疾病的认知，提高患者的依从性等。

七、药师联合门诊药师需对来访患者开展用药教育指导并普及合理用药知识，以提高患者用药知识水平，降低用药错误发生率，保障医疗质量和用药安全。

八、药师联合门诊药师可协助医师完成力所能及的诊疗活动。

九、药师联合门诊药师应对就诊患者的药物相关疑问及时做出正确解答，并准确认真规范填写登记。

十、如遇联合门诊药师不能处理的药品相关问题时，应及时汇报药剂科主任协调解决。

文件名称	临床药师培训、考核制度				
文件编号	C01-ZD-092-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

临床药师培训、考核制度

一、培训

(一) 岗前培训：新入职人员上岗之前要参加医院组织的岗前培训及院内科室轮转，轮转科室包括医务处、急诊科、内外科等，在临床带教医师的带领下，参加查房、疾病诊治、病历书写、患者用药效果和不良反应监测、病历讨论等临床工作。轮转结束回科后要进行岗位轮转，在上级药师指导下熟悉各岗位情况，了解岗位职责，掌握工作制度和服务技巧，积累专业知识。新调入的员工以及新调岗的员工在上岗前要进行岗前培训，内容包括岗位职责、操作规程、管理制度等。轮转期满后，据考核情况分配到临床药理学室工作。

(二) 分配到临床药理学室的药师根据需要确定临床药学专业分工，然后按专业到相应临床科室进行学习，跟随临床医师参加科室的查房，了解该专业各种疾病的临床诊断和诊疗程序，重点掌握各疾病的药物治疗方案，区别不同方案的优劣，掌握药物的适应证、用法用量、禁忌症、注意事项、药物相互作用等基础知识，能对患者进行用药咨询和用药教育服务；掌握关注患者治疗效果和处理药物不良反应的方法等技能。

(三) 参加医院组织的继续教育讲座和业务学习：认真参加医院安排的业务学习，了解临床医学发展动态，扩大知识面，完成本年度继续教育学分。

(四) 参加每月科室组织的科内业务学习，并做好笔记。

(五) 个人自学：个人抽时间安排学习，记录自学笔记，这也是自学的主要形式。个人应该根据不同学历、不同职称以及不同专业自行安排学习。

(六) 鼓励在职和业余业务学习。临床药师要不断提高自身素质，加强专业知识学习，了解和掌握本专业的发展趋势和动向。掌握操作规程和服务技巧，提高解决问题的能力。随着专业技术职称的晋升，药学专业人员的自身业务水平和医、教、研综合能力也应该有相应的锻炼和提高。



(七) 参加药学相关专业学历教育的正式工作人员应向科主任提出申请，统一协调批准同意后，方可报名参加学习。未按规定程序申请或未获得批准擅自参加学习的，药剂科不提供时间、经济等帮助。

(八) 每人每年组织专题讲座不少于 2 次。每名临床药师每年参加相关专业的国家级院外培训一次。

(九) 选派经过轮转、参加工作满两年的药师或具有主管药师专业技术职务任职资格的药师进入到临床药师培训基地进行专科培训 1 年，以取得临床药师资格证。

二、考核与管理

(一) 考核：每月统计各临床药师参加查房、会诊、咨询、患者用药教育及药历书写数量，并检查完成质量。年末集中统计每人参加医院学习情况，统计学分卡；统计参加药学部组织的学习情况，统计出勤情况；检查个人自学情况，统计科研以及发表论文情况。药师每年度须达到规定的培训学时数量或学分要求。

(二) 奖惩：对学习主动性高、积极向上的个人提出表扬及奖励；对缺乏学习主动性的人员提出批评；对无故不参加学习的人员扣发奖金；以便督促改正；并将结果作为临床药师年度考核、晋升专业技术职务任职资格和专业岗位聘任的条件之一。

(三) 对积极参与本行业学术交流活动并获奖的临床药师，和每个年度在专业学术期刊上发表文章、出版论著的临床药师，根据科室的有关规定给予一定奖励。

文件名称	药学专业技术人员培养、考核管理制度				
文件编号	C01-ZD-093-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药学专业技术人员培养、考核管理制度

为了加强药学专业技术人员业务学识，提高业务能力，更好的为患者服务，按照《药品管理法》《医疗机构药事管理规定》《处方管理办法》《医疗机构处方审核规范》等法律法规和药事管理规定以及医院和科室的发展要求，制定本制度。

一、指导思想

(一) 通过培养、考核，促使员工在知识、技能、品德、法规、沟通等方面不断提高，以获得足够能力履行其职责，更好的为患者服务。

(二) 按照国家对各级各类人员的要求，达到掌握较宽的知识面，熟悉掌握药业务知识，做好药学工作。

二、具体安排和要求

药剂科每年采取多种形式对全员进行职业道德、药事法规、质量管理体系、专业知识、工作技能等培训、考核工作。每年应做好全年教育培训计划，做好培训记录，内容要求：培训时间、内容、对象、授课者等。

(一) 岗前培训：新入职人员上岗之前要参加医院组织的岗前培训及院内科室轮转，轮转科室包括医务处、急诊科等。轮转结束回科后要进行岗位轮转，在上级药师指导下熟悉各岗位情况，了解岗位职责，掌握操作规程和服务技巧，积累专业知识。新调入的员工以及新调岗的员工在上岗前要进行岗前培训，内容包括岗位职责、操作规程、工作制度等。

(二) 参加医院组织的继续教育讲座和业务学习：认真参加医院安排的业务学习，了解临床医学发展动态，扩大知识面，完成本年度继续教育学分。

(三) 全科集中组织学习：药剂科每月安排两次集中业务学习，全体人员（夜班、值班人员除外）全部参加，重点安排大专以上学历、中级以上专业技术职务任职资格的专业人员讲授药学知识，加强基本理论、基本技能、知识技能的学习和更新。定期或不定期邀请院外

专业人员对全体工作人员进行业务讲座，提高学术水平。

（四）各部门组织学习：各部门根据情况学习药学相关知识，做好记录。

（五）个人自学：个人抽时间安排学习，记录自学笔记，这也是自学的主要形式。个人应该根据不同学历、不同职称以及不同年龄层次自行安排学习。

（六）药剂科鼓励在职和业余业务学习。药学人员要不断提高自身素质，加强专业知识学习，了解和掌握本专业的发展趋势和动向。掌握操作规程和服务技巧，提高解决问题的能力。随着专业技术职称的晋升，药学专业人员的自身业务水平和医、教、研综合能力也应该有相应的锻炼和提高。

（七）参加药学相关专业学历教育的正式工作人员应向科主任提出申请，统一协调批准同意后，方可报名参加学习。未按规定程序申请或未获得批准擅自参加学习的，药剂科不提供时间、经济等帮助。

三、考核与管理

药学人员应建立个人培训教育档案，内容包括：姓名、职位、职称、培训时间、培训题目、培训地点及培训师、课时、考核结果等。

（一）考核：年末集中统计职工参加医院学习情况，统计学分卡；统计参加药学部组织的学习情况，统计出勤情况；检查各部门的学习情况；检查个人自学情况，统计科研以及发表论文情况。药师每年度须达到规定的培训学时数量或学分要求。年终根据业务讲座及“三基”内容进行员工考核，考核结果记入个人档案，作为外出进修、学习、晋升等重要条件。

（二）奖惩：对学习主动性高、积极向上的班组和个人提出表扬及奖励；对缺乏学习主动性的人员提出批评；对无故不参加学习的人员扣发奖金；以便督促改正；并将结果作为药学专业技术人员年度考核、晋升专业技术职务任职资格和专业岗位聘任的条件之一。

（三）对积极参与本行业学术交流活动并获奖的药学专业人员，和每个年度在专业学术期刊上发表文章，出版论著的药学专业人员，可根据本单位和科室的有关规定给予一定奖励。

文件名称	药剂科与临床科室沟通协调工作制度				
文件编号	C01-ZD-094-03		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2019年12月

药剂科与临床科室沟通协调工作制度

为了认真贯彻执行《中华人民共和国药品法》、《处方管理办法》，维护广大人民群众的根本利益，调整医院药品收入结构，建立科学、规范、合理的用药机制，指导临床用药，增强与临床工作的互动，及时反馈临床药物功效以及药物的不良反应，确保临床用药和药物安全有效，结合我院工作实际，特制定本制度。

一、药剂科每月到临床各科室至少一次，征求临床科室用药需求及对药剂科工作改进的意见。

二、药剂科每月组织一次到临床各科室检查，检查内容包括麻、精一药品、高警示药品、急救备用药品等的使用、管理及药品的有效期、存放是否符合规定等。

三、临床药师在工作中发现的问题及时与临床科室沟通、整改，指导临床合理用药。

四、临床药师与科室沟通内容：

（一）处方点评中发现的不合理用药问题 包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

（二）合理用药方面：围手术期预防性抗菌药物的应用、住院病人药物使用分析、抗菌药物使用分析中发现的不合理用药，及时与临床医师及科主任沟通、整改。

（三）临床科室需要药物咨询服务等其他需要解决的问题。

五、沟通方式：

（一）与各科室主任面对面沟通；电话沟通。

（二）与临床各科室医生面对面沟通；电话沟通。

（三）与各科护士长面对面沟通；电话沟通。

（四）与个别护士和患者面对面沟通；电话沟通。

六、沟通原则：

诚实守信、互相尊重、达成共识、持续改进。

文件名称	有关记录和凭证管理制度				
文件编号	C01-ZD-095-02		发布部门	药剂科	
审核人	李翠芹	批准人	李建辉	生效日期	2021年12月

有关记录和凭证管理制度

一、各种质量记录及票据必须由医院按有关规定统一制定、审批后方可使用。由科室统一印制、下发。使用部门按照记录的管理职责，分别对管辖范围内的记录使用、保存及管理负责。

二、记录由各岗位人员负责填写。记录人员按照规定真实填写或按要求输入计算机。

三、记录要字迹清楚，正确规范。不得用铅笔填写，不得撕毁或任意涂改，需要更改时应划线后在旁边填写，并在更改处签字，使其具有真实性、规范性和可追溯性。

四、各岗位操作人员要按时输入、填写记录及票据，不得提前输入、填写或写回忆录。计算机录入人员要对自己的密码严格保密。

五、实行计算机录入数据的记录，签名部分手工填写或盖专用签章，以明确责任。

六、购进药品时，必须索取合法票据并逐批验收票据的合法性，检验是否盖有税章。票据传输要有登记，传输过程中所有经手人均需签字。

七、各种记录和凭证由各岗位定期归档，按类别保存，专人负责，妥善保管，随时备查，防止损坏、丢失。

八、各种记录和凭证要保存完整，并按规定保管和销毁。