



郎溪县中医院

医疗管理制度

郎溪县中医院医务科 编印

2024年 8 月

目 录

第一章 医疗管理制度	1
一、医德医风工作机制	1
二、医德医风考评制度	2
三、发挥中医药特色优势的鼓励与考核制度	6
四、双向转诊制度	6
五、危急值报告制度	8
六、医疗不良（差错）事件报告制度	13
七、医务人员准入制度	14
八、医疗技术分级分类管理制度	14
九、医疗技术临床应用审批制度及流程	16
十、新技术、新项目准入管理制度	17
十一、首诊负责制	20
十二、会诊制度	20
十三、三级医师负责制	22
十四、查房制度	23
十五、值班和交接班制度	24
十六、术前讨论制度	27
十七、查对制度	30
十八、疑难、危重病例讨论制度	33
十九、危重病人抢救工作制度	33

二十、知情同意管理制度	34
二十一、有创操作管理制度	35
二十二、死亡病例讨论制度	35
二十三、医疗会诊管理制度	36
二十四、处方管理制度	38
二十五、依法执业管理制度	40
二十六、医嘱制度	42
二十七、医患沟通制度	43
二十八、保护性医疗制度和保护病人隐私制度	44
二十九、医疗安全管理制度	45
三十、来院进修医师管理制度	48
三十一、奖惩制度	50
三十二、治未病科工作制度	50
三十三、体检中心工作制度	51
三十四、急诊手术管理制度及工作流程	51
三十五、患者身份识别制度及工作流程	53
三十六、手术安全核查制度及工作流程	54
三十七、手术部位识别标示制度与工作流程	55
三十八、手术风险评估制度及流程	56
三十九、手术室病理标本管理制度及流程	57
四十、患者病情评估和术前讨论管理制度	59
四十一、重大手术(包括急诊手术)报告审批制度	61

四十二、手术医师资格准入、手术及有创操作分级管理制度	63
四十三、麻醉医师资格分级授权管理制度	66
四十四、麻醉恢复室(PACU)工作制度及细则	69
四十五、麻醉恢复室 PACU 的消毒、隔离制度	70
四十六、病历书写质控管理制度	71
四十七、医院病历管理制度	72
四十八、老中医药专家学术经验继承工作管理制度	74
四十九、重点专科专病管理制度	75
五十、放射科工作制度	76
五十一、放射科集体读片制度	76
五十二、放射科追踪读片制度	77
五十三、放射科会诊制度	77
五十四、CT 室工作制度	78
五十五、CT 诊断报告书写制度	80
五十六、磁共振机房管理制度	80
五十七、放射科防护制度	81
五十八、检验科工作制度	82
五十九、检验科实验室安全管理制度	83
六十、实验室化学危险品管理制度	84
六十一、检验科质量管理制度	85
六十二、输血管理工作制度	85
六十三、临床用血审核制度	86

六十四、经血传播疾病控制管理制度	89
六十五、输血申报登记和用血报批制度	89
六十六、输血前检验和核对制度	91
六十七、输血反应和输血感染疾病的登记报告和调查处理制度	93
六十八、超声科工作制度	93
六十九、心电图室工作制度	94
七十、内镜室工作制度	97
七十一、营养科管理制度	97
七十二、门诊部工作制度	98
七十三、门诊抢救制度	99
七十四、门诊病历书写制度	99
七十五、门诊诊断证明管理制度	100
七十六、换药室工作制度	101
七十七、急诊科工作制度	102
七十八、急诊绿色通道制度	103
七十九、急诊会诊制度	103
八十、急诊观察室工作制度	104
八十一、输液室工作制度	104
八十二、感染性疾病科工作制度	105
八十三、感染性疾病门诊隔离消毒制度	106
八十四、传染病诊断及转诊制度	106
八十五、传染病疫情报告管理制度	108

八十六、传染病培训制度	110
八十七、传染病信息网络直报账号保密制度	110
八十八、传染病疫情报告奖惩制度	111
八十九、传染病疫情数据安全管理制度	112
九十、郎溪县中医院传染病自查制度	112
第二章 发热门诊工作制度	114
一、预检分诊医院感染管理制度	114
二、发热门诊工作制度	115
三、发热门诊消毒隔离制度	116
四、发热患者闭环管理制度	118
五、留观病房消毒隔离制度	119
六、转运新型冠状病毒患者救护车的消毒隔离制度	123
七、新冠病毒核酸样本采集点感控管理制度	124
八、新型冠状病毒疫情期间医疗废物管理制度	125
九、发热门诊手卫生管理制度	127
十、发热院感知识培训制度	128
十一、发热门诊感染风险评估制度	129
十二、环境卫生学及消毒灭菌效果监测与质量持续改进制度	130
十三、空气消毒机使用管理制度	131
十四、紫外线消毒管理制度	131
十五、无菌技术操作制度	133
十六、安全注射管理制度	135

第一章 医疗管理制度

一、医德医风工作机制

为贯彻落实上级有关医德医风建设的意见和有关规定，发挥医德考评制度在医院管理体系中的重要作用和医德考评结果对医务人员职业道德行为的约束、激励作用，经研究决定，建立多科室参与的医德医风考评及结果共享协调机制，现将有关事项通知如下。

（一）、组织领导

医院成立由院党委领导、院长负责、党务行政工作机构齐抓共管的医德医风建设小组，由医务科牵头负责组织实施。

1、医德医风考核领导小组

组 长：郑俊

副组长：夏友兵

组 员：黄建平 江正志 盛 雷 姚中菊 廖卫顺 各临床科室负责人

2、领导小组职责

（1）、医院医德医风考核领导小组负责全院医德医风考核工作，每年对全院临床和医技科室考核一次。

（2）、坚持定期考核与平时考核相结合，做好日常考核工作，坚持平时检查考核，并做好记录。

（3）、领导小组应采取多方位、多渠道考核和评价，定期召开工作座谈会，及时听取病人、陪护人员意见，并做好记录，制定改进措施。

（4）、根据上级要求和医院实际，每年组织医务人员进行医德医风专项培训考核。

（二）、考核机制分工

医德医风建设实行党委领导，多部门协调，人人参与的总体原

则，医德医风建设各个方面的成果、数据要及时公示、通报，作为晋升职称、评优选先、干部任职的重要依据。

1、有很强的工作责任心，热爱本职工作，着装整齐，举止端庄，服务用语文明规范，服务态度好，不得歧视病人。认真践行医疗服务承诺，加强与患者的交流和沟通，自觉接受监督，构建和谐医患关系。（责任部门：纪委、医务科、护理部、药剂科、财务科等）

2、严格遵守卫生法律法规、卫生行政规章制度和医学伦理道德，严格执行各项医疗、护理工作制度，坚持依法执业，廉洁行医，增强责任意识，防范医疗差错、医疗事故的发生，保证医疗质量和安全。在医疗服务活动中，不收受、不索要患者及其亲友的财物。不收受药品、医用设备、医用耗材等生产、经营企业或经销人员给予的财物、回扣以及其他不正当利益（责任部门：纪委、医务科、护理部、药剂科、设备科）

3、严格执行诊疗规范和用药指南，坚持合理检查、合理治疗、合理用药、规范收费。（责任部门：医务科、护理部、药剂科、财务科）

4、积极参加上级安排的指令性医疗任务和社会公益性的扶贫、义诊、助残、对口支援等医疗活动。积极参加在职继续教育等培训，刻苦钻研业务水平，努力学习新知识、新技术，提高专业技术水平。（责任部门：院办、医务科、护理部、人事科）

二、医德医风考评制度

为加强我院行业作风建设，树立“救死扶伤、忠于职守，爱岗敬业、满腔热忱，开拓进取、精益求精，乐于奉献、文明行医”的行业新风尚，提高医务人员职业道德素质和医疗服务水平，使我院精神文明和行业作风建设与时俱进，不断发展，现根据《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见（试行）》，并结合我院实际，制定本制度。

（一）医德考评基本标准(基础分 80 分)

根据《郎溪县中医院医德医风工作机制》考核机制分工，每项 20 分，由责任部门考核。

1、有很强的工作责任心，热爱本职工作，着装整齐，举止端庄，服务用语文明规范，服务态度好，不得歧视病人。认真践行医疗服务承诺，加强与患者的交流和沟通，自觉接受监督，构建和谐医患关系。（责任部门：纪委、人事科、医务科、护理部、药剂科、设备科）

2、严格遵守卫生法律法规、卫生行政规章制度和医学伦理道德，严格执行各项医疗、护理工作制度，坚持依法执业，廉洁行医，增强责任意识，防范医疗差错、医疗事故的发生，保证医疗质量和安全。在医疗服务活动中，不收受、不索要患者及其亲友的财物。不收受药品、医用设备、医用耗材等生产、经营企业或经销人员给予的财物、回扣以及其他不正当利益（责任部门：纪委、医务科、护理部、药剂科、设备科）

3、严格执行诊疗规范和用药指南，坚持合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费。（责任部门：医务科、护理部、药剂科、财务科）

4、积极参加上级安排的指令性医疗任务和社会公益性的扶贫、义诊、助残、对口支援等医疗活动。积极参加在职继续教育等培训，刻苦钻研业务水平，努力学习新知识、新技术，提高专业技术水平。（责任部门：院办、医务科、护理部、人事科）

（二）、加分、扣分标准

1、加分项目

（1）、积极参加各种突发事件的抢救、救灾工作，加 5 分；

（2）、被评为同级卫生主管部门的先进工作者，加 6 分；被评为市级先进工作者，加 10 分；省级先进工作者加 15 分；国家级先进工作者加 20 分。

（3）、医师定期考核 90 分以上，加 2 分；100 分者加 3 分。收到病人及家属表扬信属个人的加 5 分；属表扬集体的，有关人员各加 1 分。受到单位来信表扬或病人赠送锦旗给予个人的，加 5 分；给科室集体的，有关人员各加 1 分。受到市级以上报刊点名表扬属个人的，加 10 分；属科室集体的，有关人员各加 1 分。

(4)、检举他人有收受回扣、收受病人财物不上缴或乱收费等腐败行为和不正之风，且检举情况属实的加 10 分。

(5)、有发明创造或开展新项目、新技术填补医院空白的加 5 分；填补县内空白的加 10 分；填补市内空白的加 15 分；填补省空白的加 20 分；填补国内空白的加 30 分。

(6)、凡获科技成果奖且为课题完成人前 3 名者，市级奖加 5 分，省级奖加 7 分，国家级奖加 10 分。

(7)、论文或译文在杂志刊登或在会议发表者，市级加 2 分，省级奖加 4 分，国家级加 7 分。

2、扣分项目

(1)、无故迟到或早退，每次扣 1 分，旷工每次扣 10 分。

(2)、擅自离岗、串岗每次扣 5 分。

(3)、与患者及家属发生争吵或有冷、硬、顶、推现象，属首次且经教育认识态度好的扣 15 分；屡教不改者扣 20 分。

(4)、有恶劣违纪行为，情节严重的扣 30 分。

(5)、有意捏造或歪曲事实，诬告陷害他人，损害单位及他人名誉的扣 30 分。

(6)、泄露病人隐私或秘密，未造成不良影响者扣 5 分，造成不良影响者扣 30 分。

(7)、不按时完成工作任务或不服从工作安排的各扣 5 分。

(8)、因技术欠缺，被投诉经核查属实者扣 15 分。

(三)、考评方法

根据《郎溪县中医院医德医风工作机制》，医德考评由医院医德医风考核领导小组组织实施。医德评价分为四个等级：医德优秀、医德良好、医德一般、医德较差。按照医德考评标准进行自我评价、科室评价、单位评价，最后确定等级。

1、自我评价。医务人员各自根据考核的基本标准内容和加分、扣分项，结合自己的实际表现，实事求是进行自我评分。

2、科室评价。在医务人员自我评价的基础上，以科室为单位，由科室考评小组根据每个人日常的医德行为进行评价打分。

3、单位评价。由医院医德医风考评领导小组根据自我评价和科室评价的结果，将日常检查、问卷调查、患者反映、投诉举报、表扬奖励等记录反映出来的具体情况作为重要参考依据，对每个医务人员进行评价打分，作出医德考评结论并填写综合评语。

(四)、考评结果

1、根据每位医务人员经过个人评价、科室评价、单位评价后的最终得分，确定医德医风考评等级。

- (1)、总分 ≥ 90 分为“医德优秀”；
- (2)、 $80 \leq \text{总分} < 90$ 分为“医德良好”；
- (3)、 $70 \leq \text{总分} < 80$ 分为“医德一般”；
- (4)、总分 < 70 分为“医德较差”。

2、医务人员在考评周期内有下列情形之一的，医德考评结果认定为医德较差：

(1)、在医疗服务活动中索要患者及其亲友财物或者牟取其他不正当利益的；

(2)、在临床诊疗活动中，收受药品、医用设备、医用耗材等生产、经营企业或经销人员以各种名义给予的财物或提成的；

(3)、违反医疗服务和药品价格政策，多记费、多收费或者私自收取费用，情节严重的；

(4)、隐匿、伪造或擅自销毁医学文书及有关资料的；

(5)、不认真履行职责，导致发生医疗事故或严重医疗差错的；

(6)、出具虚假医学证明文件或参与虚假医疗广告宣传和药品医疗器械促销的；

(7)、医疗服务态度恶劣，造成恶劣影响或者严重后果的；

(8)、其他严重违反职业道德和医学伦理道德的情形。

(五)、奖罚措施

1、奖励规定：获医德考评等级“医德优秀”以上者，在各种评先活动以及职称晋升、职务晋级中，同等条件下优先。

2、惩罚规定：

(1)、年终总评被评为“医德较差”者，扣发当年一个月绩效

工资。

(2)、连续两年被评为“医德较差”者，给予黄牌警告，扣发一季度绩效工资，专业技术职务酌情给予缓聘或低聘，情节严重者给予待岗或解聘处理，违纪违法行为的交由相关部门处理。

三、发挥中医药特色优势的鼓励与考核制度

为了进一步发挥中医药优势，走“名医、名科、名院”三名发展之路，特制定郎溪县中医院发挥中医药特色优势的鼓励与考核制度。具体如下：

1、人员配备。合理调整中医药人员配备不合理、中医类别执业医师比例，加强医院领导班子和职能科室负责人中医药基础知识和中医药法律法规培训和学习。没有完成或不达标者扣发当月奖金。

2、充分发挥专科建设的带头作用，加强国家、省级中医重点专科建设项目中医药特色疗法。鼓励非药物中医治疗，确定的重点病种应具备明显的中医药特色优势，非药物中医治疗门诊人次达不到门诊人次的 10%，扣发当月奖金，达标者奖金上浮 10%。

3、病历书写严格按中医病历书写规范执行。中医药治疗参与率须达到 70%以上，不达标者扣发科室当月奖金的 20%。

4、医务科定期组织全院和各临床科室中医药基础知识和临床常见病优势病种的培训学习，不达标者取消科室评先资格。。

5、鼓励医技人员加强中医药基础知识学习。取得中医中药更高学历者，医院给予报销一定比例学费，在省级或国家级刊物上发表中医药学术论文者，按<<职工科研奖惩规定>>给予奖励。

6、积极推广中医药适宜技术项目，每开展一项适宜技术项目。在科室奖金分配方案的基础上提高 10%奖励。

7、为了更好地服务病员，煎药室收费每剂收费下调 10%，以让利于民。

四、双向转诊制度

为加强基层卫生服务机构及上级医院的医疗技术协作与业务交流，合理利用卫生资源，实现大病在医院、小病在社区的工作目标，为患者提供安全、有效、便捷、经济的医疗服务，特制定本制度。

1、逐步建立服务规范、运转有效的双向转诊网络。医院患者下转以乡镇卫生院及周边社区卫生服务中心；上转以省内外三级医院为依托，加强技术协作与交流，达到以患者为中心，提高医院医疗与服务质量，构建和谐医患关系。

2、双向转诊原则。(1)患者自愿的原则：从维护患者利益出发，充分尊重患者的选择权，切实当好患者的“参谋”。(2)分级诊治的原则：小病、常见病在基层、社区，危急重症在上级医院。(3)就近转诊的原则：根据患者病情和和医疗机构服务可及性，就近转诊患者，做到方便、快捷。(4)针对性和有效性原则：根据患者的病情有选择地将患者转诊至专科、专病特色明显的医疗机构，提高患者诊治的有效性。(5)无缝式管理的原则：建立起有效、严密、实用、畅通的上下转诊渠道，为患者提供整体性、持续性的医疗服务。

3、双向转诊临床标准。(1)上转标准：①本院临床各科急危重症，卫生服务机构难以实施有效救治的病例。②不能确诊的疑难复杂病例。③重大伤亡事件中，处置能力受限的病例。④疾病诊治超出本机构核准诊疗登记科目的病例。⑤需要到上一级医疗机构做进一步检查，明确诊断的病例。⑥其他因技术、设备条件限制不能处置的病例。(2)下转标准：①急性期治疗后病情稳定，需要继续康复治疗的病例。②诊断明确，不需特殊治疗的病例。③各种恶性肿瘤患者的晚期非手术治疗和临终关怀。④需要长期治疗的慢性病病例。⑤老年护理病例。⑥自愿要求转回基层医疗机构者。⑦一般常见病、多发病病例。

4、双向转诊管理规范。(1)双向转诊医院应签订双向转诊协议，规定双方的权利和义务，以确保转诊的畅通，转诊协议时效自定，过期应再续签。(2)双向转诊协调由医务科具体负责，急诊科、门诊部负责上转患者的登记与统计。(3)医院应对协作单位进行业务技术指导，并免费为其培养卫生技术骨干。(4)对于在协作单位抢救的患者，如需要医院支援，医院在接到邀请后应立即派出医务人员出诊，就地参与抢救。需要转院的患者可直接送医院治疗。协作医院对疑难杂症提出会诊要求者，医院委派相关专家前往会诊，无特殊原因不

得推诿。(5)医院对上转来的患者实行优先就诊、检查、交费、取药及优先安排住院。(6)实行资源共享，对上转来的患者根据病情合理检查、合理诊断、合理治疗，不作不必要的重复检查。(7)患者转诊期间，转诊医生和患者保持联系，以便开展连续性的照顾与服务。(8)严格遵循双向转诊临床标准合理转诊患者。(9)对于病情较重患者转诊必要时派医护人员护送，以确保患者途中安全。(10)为转诊患者在就诊流程上提供一定的方便，患者持转诊单无需门诊挂号，由门诊医生初步诊断后，开具住院证办理住院手续。对转入的急诊患者，由急诊科出诊后，与住院部科室联系。(11)本院对对口支援单位转来的患者，治疗结束后下转时不提供住院治疗情况，没有下一步治疗、康复计划的，一经核实对责任人进行相应处理。

5、双向转诊评价。探索建立双向转诊工作模式，制定本院的双向转诊实施措施，明确转诊程序、标准和相应的技术规范。不定期评价双向转诊是否得到有效实施；对口支援单位双方医务人员是否知晓、重视；转诊程序是否流畅；是否按规范填写转诊单。在工作中对口支援单位应不定期沟通，互通有无，不断总结经验，建立长效机制，完善此项工作。

五、危急值报告制度

(一)、“危急值”报告制度

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

2、凡检验科、放射科、超声科等科室检查出的结果为“危急值”，应及时复核一次，同时电话报告临床科室，如两次复查结果相同，且确认仪器设备正常，标本采集、运送无误，方可将报告送到临床科室。

3、临床科室仅医务人员能接有关“危急值”报告的电话，并按要求复述一遍结果后，认真记录报告时间、检查结果、报告者。

4、护士在接获“危急值”电话时，除按要求记录外，还应立即将检查结果报告主管医师（或当班医师），同时记录汇报时间、汇报医师姓名。

5、医师接获““危急值”报告后，应根据该患者的病情，结合“危急值””的报告结果，对该患者的病情做进一步了解，对“危急值”报告进行分析和评估。对进一步的抢救的治疗措施（如用药、手术、会诊、转诊或转院等）做出决定；并在病程记录中详细记录报告结果、分析、处理情况，处理时间（记录到时与分）；若为住院医师应向上级医师报告的内容、上级医师查房情况。

（二）、“危急值”报告流程

1、辅助检查科室将检查过程中出现的“危急值”，严格按照“危急值”报告流程执行：

（1）重复检查，有必要时须请上级医生复查。

（2）对于首次出现“危急值”的病人，操作者应及时与临床联系并告知检验结果，及检查人员姓名，并询问接受报告人员的姓名。

（3）按“危急值”登记要求详细记录患者姓名、门诊号(或住院号、科室、床号)、收样时间、出报告时间、结果(包括记录重复检查结果)、向临床报告时间、报告接收人员姓名和检查人员姓名等。

（4）检验科必要时应保留标本备查。

2、临床科室对于“危急值”按以下流程操作：

（1）辅助检查科室发现“危急值”后，立即电话通知临床科室。护士接电话后将病人床号、姓名、检查结果、接电话的时间、检查报告人员姓名、电话等记录在“危急值”登记本上。临床科室需将接电话人员的姓名告知辅助检查科室报告人员。

（2）接电话的护士作完记录后必须在半小时内通知到一名相关医生。工作时间依以下次序通知医生：病人的经治医生，病人的主治医生，当日值班医生，主治医生，科主任，医务科。

（3）被通知医生应当在登记本上确认签字。

（4）医生接到“危急值”报告后及时采取相应诊治措施。

3、门、急诊病人“危急值”报告程序：门、急诊医生在诊疗过程

中，如疑有可能存在“危急值”时，应详细记录患者的联系方式：在采取相关治疗措施前，应结合临床情况，并向上级医生或科主任报告，必要时与有关人员一起确认标本采取、送检等环节是否正常，以确定是否要重新复检。医技室工作人员发现门、急诊患者检查(验)出现“危急值”情况，应及时通知门、急诊医生，由门、急诊医生及时通知病人或家属取报告并及时就诊：一时无法通知病人时，应及时向门诊部、医务科报告，值班期间应向总值班报告。必要时门诊应帮助寻找该病人，并负责跟踪落实，做好相应记录。医生须将诊治措施记录在门诊病历中。

(三)、“危急值”的定义进行不定期的维护：

1、临床科室对“危急值”标准、要求，应及时申请“危急值”项目和范围，将要求书面成文，科主任签字后交相关辅助检查修改。

2、临床科室如对“危急值”标准有修改要求，或申请新增“危急值”项目，请将要求书面成文，科主任签字后交检验科修改。

3、辅助检查科室按临床要求进行修改，并将申请保留。

4、如遇科室间标准、要求不统一，提交医务科协商解决。

附：郎溪县中医院危急值目录

(一) 心电检查“危急值”报告范围：

1、心脏停搏；

2、急性心肌缺血；

3、急性心肌损伤；

4、急性心肌梗死；

5、致命性心律失常：

①心室扑动、颤动；

②室性心动过速；

③多源性、RonT型室性早搏；

④频发室性早搏并Q-T间期延长；

⑤预激综合征伴快速心室率心房颤动；

⑥心室率大于180次/分的心动过速；

⑦二度Ⅱ型及二度Ⅱ型以上的房室传导阻滞；

⑧心室率小于 40 次/分的心动过缓；

⑨大于 2 秒的心室停搏

(二) 医学影像检查“危急值”报告范围：

1、中枢神经系统：

①严重的颅内血肿、挫裂伤、蛛网膜下腔出血的急性期；

②硬膜下/外血肿急性期；

③脑疝、急性脑积水；

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

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

2、脊柱、脊髓疾病：X 线检查诊断为脊柱骨折，脊柱长轴成角畸形、椎体粉碎性骨折压迫硬膜囊。

3、呼吸系统：

①气管、支气管异物；

②液气胸，尤其是张力性气胸；

③肺栓塞、肺梗死

4、循环系统：

①心包填塞、纵隔摆动；

②急性主动脉夹层动脉瘤

5、消化系统：

①食道异物；

②消化道穿孔、急性肠梗阻；

③急性胆道梗阻；

④急性出血坏死性胰腺炎；

⑤肝脾胰肾等腹腔脏器出血

6、颌面五官急症：

①眼眶内异物；

②眼眶及内容物破裂、骨折；

③颌面部、颅底骨折。

7、碘过敏中毒反应。

8、骨与关节系统外伤引起的失血性休克。

9、超声发现：

①急诊外伤见腹腔积液，疑似肝脏、脾脏或肾脏等内脏器官破裂出血的危重病人；

②急性胆囊炎考虑胆囊化脓并急性穿孔的患者；

③考虑急性坏死性胰腺炎；

④怀疑宫外孕破裂并腹腔内出血；

⑤晚期妊娠出现羊水过少并胎儿呼吸、心率过快；

⑥心脏普大并合并急性心衰；

⑦大面积心肌坏死；

⑧大量心包积液合并心包填塞。

（三）检验 “危急值” 报告项目和警戒值

检验项目	< 生命警戒 低值>	生命警戒高 值
血清肌酐 (Creatinine, Serum Cr)	----	880 μ mol/L
成人空腹血糖 (Glucose, Serum)	2.8mmol/L	25mmol/L
新生儿空腹血糖	1.7 mmol/L	
血清钾 (Potassium, Serum K)	2.7 mmol/L	6.0 mmol/L
血清钠 (Sodium, Serum Na)	120 mmol/L	160 mmol/L
血清钙 (Calcium Ca)	1.7 mmol/L	3.3mmol/L
血清氯 (Serum chloride, Cl)	80mmol/L	125mmol/L
血红蛋白 (Hemoglobin Hg)	50g/L	----
(血液病、放化疗患者) 白血球 (WBC)	$5 \times 10^9/L$	$40.0 \times 10^9/L$
(其他患者) 白血球 (WBC)	$1 \times 10^9/L$	$40.0 \times 10^9/L$
(血液病、放化疗患者) 血小板	$10 \times 10^9/L$	

(Platelets)		
(其他患者) 血小板 (Platelets)	$30 \times 10^{10}/L$	$1000 \times 10^{10}/L$
血凝时间 (Prothrombin Time (PT))	----	35 秒
INR (口服华法令)	----	3.5
APTT	----	100 秒

六、医疗不良（差错）事件报告制度

1、各科室建立差错、事故登记本，及时登记发生差错、事故的经过、原因、后果，科室负责人及时组织讨论与总结。

2、发生差错事故后，要积极采取补救措施，以减少或消除由于差错事故造成的不良后果。

3、发生或发现医疗差错事故，又能引起医疗事故的医疗过失行为或发生医疗事故争议的，应立即向科室负责人报告，科室负责人应向医务科报告，医务科接到报告后，应当立即进行调查、核实，并将有关情况如实向院长报告，并向患者解释。

4、医院应按县卫健委规定，对发生医疗事故及有重大医疗过失行为及时报告。

5、发生严重差错或事故的各种有关记录，检验报告及造成事故的药品、器械等均应妥善保管，不得擅自涂改、销毁，并保留病人的标本以备鉴定。

6、差错、事故发生，按其性质与情节，由科室或医务科组织全科或全院有关人员进行讨论，以提高认识，吸取教训，改进工作，并确定事故性质，提出处理意见。

7、发生差错、事故的科室或个人，有向只能部门或科室报告经过的义务，如不按规定报告，有意隐瞒，事后经领导或他人发现，须按情节轻重，给予处分。

8、对经调查、核实与医疗事故有关违规行为相关的医疗纠纷，处理结束后应按县卫健委医疗纠纷个人档案有关文件规定程序，由医务科组织讨论，如经投票表决结果记入纠纷个人档案的，与当事人

见面后记入档案。

9、医务科应定期分析差错、事故发生的原因,并提出防范措施。

七、医务人员准入制度

1、医师持有《医师资格证书》和《医师执业证书》，护士持有《护士执业证书》。医师、护士在法定时期内办理变更、注销等执业手续。

2、未取得执业医师证书者，不得从事临床诊疗活动及医技科室诊断工作。

3、医技科室现从事临床检验等工作的技术人员，不能单独发诊断报告的，应在执业医师指导下发报告，鼓励技术人员考取执业医师证书。

4、药房药剂人员必须持有药工证或取得药剂相关职称。

5、医务人员的录入必须通过上级卫生行政部门允许，任何科室和个人不得擅自借用、自招自聘医务人员。

6、如有医务人员不在岗，应及时上报，不得瞒报谎报。

八、医疗技术分级分类管理制度

为加强医疗技术临床应用管理，建立医疗技术准入和管理制度，促进医学科学发展和医疗技术进步，提高医疗质量，保障医疗安全，根据《医疗技术临床应用管理办法》有关规定，结合我院实际，特制定本规定。

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

2、医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。

3、根据《医疗技术临床应用管理办法》有关规定，医疗技术分为三类：第一类医疗技术是指安全性、有效性确切，医疗机构通过常规管理在临床应用中能确保其安全性、有效性的技术。由医疗机构自行制定目录并严格进行管理。第二类医疗技术是指安全性、有

效性确切，涉及一定伦理问题或者风险较高，由省卫生厅制定目录并严格进行控制管理的医疗技术。第三类医疗技术是指具有下列情形之一，目录由卫健委制定，需要经卫健委进行严格控制管理的医疗技术：

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

4、我院的医疗技术临床应用管理由医院医务科负责。

5、各科室不得在临床应用卫健委废除或者禁止使用的医疗技术。

6、在开展第二类医疗技术或者第三类医疗技术前，应当向相应的技术审核机构申请医疗技术临床应用能力技术审核。经上级卫生行政部门审批通过后方可在我院实施。

7、各科室在申请医疗技术临床应用能力技术审核时，应当提交医疗技术临床应用可行性研究报告，内容包括：

(1) 医疗机构名称、级别、类别、相应诊疗科目登记情况、相应科室设置情况；

(2) 开展该项医疗技术的目的、意义和实施方案；

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

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

(五) 本机构医学伦理审查报告；

(六) 其他需要说明的问题。

8、医疗机构开展通过临床应用能力技术审核的医疗技术，经相应的卫生行政部门审定后 30 日内到核发其《医疗机构执业许可证》

的卫生行政部门办理诊疗科目项下的医疗技术登记。经登记后医疗机构方可在临床应用相应的医疗技术。

9、医疗机构应当自准予开展第二类医疗技术和第三类医疗技术之日起2年内，每年向批准该项医疗技术临床应用的卫生行政部门报告临床应用情况，包括诊疗病例数、适应证掌握情况、临床应用效果、并发症、合并症、不良反应、随访情况等。

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

(1) 该项医疗技术被卫健委废除或者禁止使用；

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

(3) 发生与该项医疗技术直接相关的严重不良后果；

(4) 该项医疗技术存在医疗质量和医疗安全隐患；

(5) 该项医疗技术存在伦理缺陷；

(6) 该项医疗技术临床应用效果不确切；

(7) 省级以上卫生行政部门规定的其他情形。

九、医疗技术临床应用审批制度及流程

第一条 为规范本院医疗技术临床应用审批工作的顺利开展，特制定本制度及流程。

第二条 本制度及流程适用于第二类医疗技术和卫健委指定的第三类医疗技术的临床应用审批工作，主要包括申请与受理、申请资料的形式审查、技术审核组成员的确定、评审会或现场审核、出具技术审核报告。

第三条 根据《医疗技术临床应用管理办法》和卫生行政部门组织制定的医疗技术管理规范等相关要求，向技术审批机构提出技术审批申请，并提交相关资料。

第四条 技术委员会对科室所申请的医疗技术应用进行审核。

第五条 开展通过临床应用技术审批的医疗技术，经卫生主管部门审定后30日内核发诊疗科目的医疗技术登记。经登记后科室可

在临床应用相应的医疗技术。

第六条 第一类医疗技术继续按医院“三新”项目申报程序管理归档。

十、新技术、新项目准入管理制度

为加速医院发展，提高学科整体医疗技术水平，进一步规范新技术、新项目的申报和审批流程，完善新技术项目的临床应用质量控制管理，保障医疗安全，提高医疗质量，根据卫健委《医疗技术临床应用管理办法》，结合我院的实际，特制定新技术、新项目管理

制度。

（一）、新技术项目包括：

- 1、使用新试剂的诊断项目；
- 2、使用二、三类医疗技术器械的诊断和治疗项目；
- 3、创伤性诊断和治疗项目；
- 4、生物基因诊断和治疗项目；
- 5、使用产生高能射线设备的诊断和治疗项目；
- 6、其它可能对人体健康产生重大影响的新技术、新项目。

（二）、我院对新技术项目临床应用实行三类、三级准入管理。

1、第一类医疗技术项目：安全性、有效性确切，由我院审批后可以开展的技术。

2、第二类医疗技术项目：安全性、有效性确切，但涉及一定伦理问题或者风险较高，必须报省卫生厅批准后才能开展的医疗技术项目。具体目录见省卫生厅《第二类医疗技术目录》。

3、第三类医疗技术项目：安全性、有效性不确切，风险高，涉及重大伦理问题，或需要使用稀缺资源，必须报卫健委审批后才能开展的医疗技术项目。具体目录见卫健委《第三类医疗技术目录》。

（三）、新技术、新项目准入申报流程：

1、开展新技术、新项目的临床、医技科室，项目负责人应具有主治医师以上专业职称的本院职工，其认真填写《郎溪县中医院“三新”项目开展申报审批表》，经科室讨论审核，科主任签字同意后报送医务科。

2、在《申报审批表》中应就以下内容进行详细的阐述：

(1) 拟开展的新技术、新项目目前在国内外或其它省、市医院临床应用基本情况；

(2) 临床应用意义、适应症和禁忌症；

(3) 详细介绍疗效判定标准、评价方法，对有效性、安全性、可行性等进行具体分析，并对社会效益、经济效益进行科学预测。

(4) 技术路线：技术操作规范和操作流程；

(5) 拟开展新技术、新项目的科室技术力量、人力配备和设施等和各种支撑条件；

(6) 详细阐述可预见的风险评估以及应对风险的处理预案。

3、拟开展的新技术、新项目所需的医疗仪器、药品等须提供《生产许可证》、《经营许可证》、《产品合格证》等各种相应的批准文件复印件。

(四)、新技术、新项目准入审批流程：

1、首先医务科对科室递交《郎溪县中医院“三新”项目开展申报审批表》进行审查，审查内容包括：

(1)、申报新技术、新项目是否符合国家相关法律法规和规章制度、诊疗操作常规；

(2)、申报的新技术、新项目是否具有科学性、先进性、安全性、可行性和效益性；

(3)、参加的人员资质和水平是否能够满足开展需要；

(4)、申报的新技术、新项目所使用的医疗仪器和药品资质证件是否齐全。

2、医务科审核合格项目，委托医疗技术委员会进行论证，听取该项目负责人和科室答辩后，将专家讨论意见记录在《郎溪县中医院“三新”项目开展申报审批表》，并上报院办公会研究决定。

3、医院办公会研究决定后，医务科负责对二、三类新技术项目按程序进行卫健委审批备案。审批后新技术项目通知科室可以按计划具体实施。

4、对于各科室所提出的新技术、新项目的准入申请，无论批准

与否，医务科均于书面答复说明理由。

(五)、新技术、新项目临床应用质量控制流程：

1、批准后医疗新技术项目，实行科室主任负责制，按计划具体实施，医务科负责协调和保障，以确保此项目顺利开展并取得预期效果。

2、在新技术、新项目临床应用过程中，主管医师应向患者或其委托人履行告知义务，尊重患者及委托人的意见、在征得其同意并在“知情同意书”上签字后方可实施。

3、新技术、新项目在临床应用过程中出现下列情况之一的，主管医师应当立即停止该项目的临床应用，并启动应急预案，科室主任立即向医务科报告。

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

(2) 发生与该项技术直接相关的严重不良后果的；

(3) 发现该项技术存在医疗质量和安全隐患的；

(4) 发现该项技术存在伦理道德缺陷的。

(六)、新技术、新项目监督管理流程：

(1) 医务科做为主管部门，对于全院开展的新技术、新项目进行全程管理和评价，制定医院新技术项目管理档案，对全院开展项目不定期进行督查，及时发现医疗技术风险，并督促相关科室及时采取相应措施，将医疗技术风险降到最低程度；

(2) 医务科定期追踪项目的进展情况，会同财务处对其疗效、社会效益及经济效益进行评估。

(3) 原则上，每年3月底前各科室上交当年度的经科室讨论，并由科主任签字确认的《郎溪县中医院“三新”项目开展申报审批表》。

(4) 各科室在开展新技术、新项目过程中所遇到的各种问题，均应向医务科汇报，每年11月份将当年开展新技术、新项目的情况做出书面汇总，填写《郎溪县中医院新技术、新项目年度工作报告》，详细开展例数、经济效益、社会效益、目前存在问题等，医务科针

对汇总情况进行有重点的抽查核实；

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

七、本制度由医务科负责解释和完善。

十一、首诊负责制

(1) 首诊负责制是指一到医院就诊的病员，首诊的科室和医师对病员的检查、诊断、治疗和抢救均应承担责任的制度。

(2) 首诊医师应对所接诊病员详细询问病史，进行体格检查、必要的辅助检查和处理，做好病历记录，按照规定履行相应报告制度。经检诊后，如属本科疾病，首诊医师应负责处理；如诊治困难，应及时请上级医师指导；如不属本科疾病，或者同时存在其他专科疾病时，应及时请求会诊，除参加会诊的专科同意转科外，首诊医师应负责对病员继续进行处理。

(3) 首诊医师下班前应 与接班医师做好床头交班，共同检诊病员，并做好记录后方能下班。

(4) 首诊医师对急、危、重病员，应根据抢救制度立即实施抢救，如不属本科疾病，应一面抢救一面请他科医师会诊。被邀请的医师，应立即赶到现场，不得超过 10 分钟，明确为本科疾病后应接过病员按首诊医师的责任进行抢救。

(5) 经检诊或抢救后需要住院治疗的急、危、重病员，首诊医师应负责向病房联系，病房不得拒绝收治，如收治有困难时，应向医务科或院总值班报告，协调处理。

(6) 凡决定收入院或转院治疗的急、危、重病员，首诊医师应根据病情以及转院相关规定，由指定医护人员护送入病房，或转送他院。

十二、会诊制度

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

1、按会诊范围，会诊分为院内会诊和院外会诊。院内多学科会诊应当由医务科组织。

2、按病情紧急程度，会诊分为急会诊和普通会诊。院内急会诊应当在会诊请求发出后 10 分钟内到位，普通会诊应当在会诊发出后 24 小时内完成。

3、按医疗机构统一会诊单格式的要求规范填写，明确各类会诊的具体流程。

4、原则上，会诊请求人员应当陪同完成会诊，会诊情况应当在会诊单中记录。会诊意见的处置情况应当在病程中记录。

5、前往或邀请机构外会诊，应当严格遵照国家有关规定执行。

会诊内容：

1、科内会诊：指对本科室各医疗组内的病例或手术前需统一治疗方案者。由主管医师提出，科主任召集本科医、护参加。此类会诊不收会诊费。会诊讨论意见应记入病程记录中。

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

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

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

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

6、会诊记录的内容：包括申请会诊记录和会诊意见记录。申请

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

7、会诊医师须亲自诊查患者并书写（发表）会诊意见，注明会诊时间（具体到分钟）。会诊前，首诊医师应做好以下工作：

- （1）规范书写门诊病历，标明会诊的科室及会诊目的；
- （2）必要的辅助检查；
- （3）向患者或家属解释清楚，告知到他科会诊的程序，取得理解与配合；
- （4）患者为慢诊，一般状态较好，可自行前往他科会诊；
- （5）患者为慢诊，一般状态差，可由导诊员护送到他科会诊；
- （6）患者为急诊，且可以转送，应陪送到急诊科，与接诊医师交待清楚再返回；

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

8、会诊医师应做好以下工作：

- （1）详细询问病史，认真查体，提出必要的检查，综合分析，明确诊断，予以治疗；
- （2）接诊医师为经治医师，患者病情较复杂，应请本专科出诊的主治医师以上医师会诊；
- （3）接到他科医师前往会诊请求时，会诊医师应为主治医师以上医师，应先向本科其他出诊医师交待工作，然后前往；
- （4）到他科诊室会诊，患者病情均较复杂，以本科疾病为主的，应收入院治疗，若病情危重，则先实施救治，待适于转运时，护送到病房。

十三、三级医师负责制

（1）医院实行科主任、主管医师、主治医师三级分工负责制，受聘的三级人员原则上由主任（副主任）医师、主治医师、住院医师担任，可实行高职低聘，必要时也可低职高聘。

（2）科主任对本科室的医疗质量全面负责，具体指导下级医师，

解决疑难病例，审查新入院和急危重病员的诊疗计划，决定重大手术及特殊检查治疗，组织急危重病例的抢救，检查医疗护理工作，听取诊疗护理意见，改进和提高医疗质量，开展教学、科研工作，完成医院交给的相关工作。

(3)主管医师受科主任领导，负责本组病员的诊治和指导下级医师工作，具体对本组病员定期进行系统查房，对新入院、急危重、诊断未明、治疗效果不好的病例进行重点检查与讨论，听取医护汇报，倾听病员意见，修正病历记录，应邀参加会诊，决定出院计划，检查医疗护理工作，制订持续改进措施，不断提高医疗质量，开展教学、科研工作，完成各级交给的相关工作。

(4)经治医师受上级医师及科主任领导，负责分管病员的诊疗工作，认真执行查房制度，及时接管新进病员，按时完成住院日常病程录，制定初步诊疗计划，征询上级医师意见，接受上级医师指导，实施各项诊疗措施，监督医嘱执行情况，分析各项检查报告，观察处理病情变化，据实做好病程记录，主动征求病员意见，不断提高医疗质量。同时负有指导实习、见习和进修医师工作的职责，完成科室交给的教学、科研任务和各级交办的相关工作。

十四、查房制度

1、查房是医疗工作中最主要和最常用的方法之一，是保证医疗质量和培养医务人员的重要环节，各级医务人员应自觉参加，严肃对待。

2、三级医师查房：副高以上医师查房每周 ≥ 2 次，主治医师查房每日 ≥ 1 次，住院医师查房每日至少2次。上级医师查房，下级医师和进修医师、实习医师参加，必要时护士长和责任护士参加，三级医师查房的职责与三级医师负责制所规定的职责相对应。

3、三级医师查房前相关人员应充分做好查房各项准备工作；查房时参加查房人员应按照自下而上的原则逐级发表意见，经治医师应报告病情并提出需要解决的问题，主持查房医师应根据查房的目的是作必要的检查和分析并提出处理意见；查房后下级医师应将查房内容详实记载，主持查房医师应对记载内容进行核实修正并签字确

认。

4、科主任大查房：每周一次，由科主任主持，科内全体医师、护士长及有关人员参加，主要是讨论疑难危重病例的诊疗问题，进行重大手术、特殊检查的审查和安排，抽查病历质量，听取医护人员的工作汇报、建议或意见以及科主任认为需要处理的其他问题。由住院总(科秘书)和经治医师做好相应记录，科主任应对记载内容进行核实修正并签字确认。

5、危重病人查房：由主治医师以上人员或者科主任主持，对危重病人进行重点查房，组织讨论并做出有效处理。本组医护人员、值班医师、总住院医师以及相关的其他人员参加。由床位医师记录，主持人。

6、教学查房：根据临床教学计划定期组织。由带教老师主持，医疗和/或护理见习、实习、进修生参加。由教学秘书记录。主持者对记录内容进行核实，修正并签字确认。

7、业务查房：由业务副院长率领，医务科、护理部及有关科室负责人参加，每月一次。查房内容包括医护质量、医疗制度、病区管理等，查房结束后由医务科记录工作质量、存在问题及解决措施，并督促、检查落实情况。

8、行政查房：由院长或者院长委托的副院长主持，各职能部门负责人参加，每月一次。内容包括：行政管理、医疗质量、医疗安全、病房管理、医院秩序、爱国卫生等。查房结束后，由院办公室详细记录工作质量、存在问题及解决措施，并督促、检查落实情况。

9、为保证查房秩序和查房质量，查房期间病区应保持安静，不准探视，查房人员不应处理与查房无关的事项，手机应处于关机状态，因工作需要开放手机的人员也应将手机处于静音状态，特殊情况需要接听电话时应避开查房现场，减少对查房的干扰。非特殊情况，参加人员不应迟到、早退。处理紧急情况需要退出查房应征得主持人同意。

十五、值班和交接班制度

指医疗机构及其医务人员通过值班和交接班机制保障患者诊疗

过程连续性的制度。

（一）、基本要求

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

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

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

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

5、各级值班人员应当确保通讯畅通。

6、四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。

7、值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。

8、交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。

（二）、内容

1、医师值班：临床医技科室实行 24 小时值班。

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

（2）值班医师职责：

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

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

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

④值班期间应按照《住院病历书写制度》的要求，按时完成医疗文书的书写。

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

2、医师听班

(1) 临床医技科室必须安排听班人员，以协助或指导值班人员完成医疗工作。

(2) 主治医师及其以上医师方可担任听班医师，听班时间和值班医师同步。

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

3、交接班

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

(2) 主管医师更换：科室内患者更换主管医师时需要进行交接，并记入病程记录。

(3) 转科交接：详见《转科制度》。

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

(5) 医师其他交接班遵循《交接班制度》。

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

十六、术前讨论制度

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

（一）、基本要求

1、除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外，所有住院患者手术必须实施术前讨论，术者必须参加。

2、术前讨论的范围包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论。临床科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。全科讨论应当由科主任或其授权的副主任主持，必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。患者手术涉及多学科或存在可能影响手术的合并症的，应当邀请相关科室参与讨论，或事先完成相关学科的会诊。

3、术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。

4、术前讨论的结论应当记入病历。

（二）、内容

1、术前讨论的形式

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

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

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

①三级以上手术必须经全科讨论；

②一、二级手术，但病情较复杂，预计术后出现并发症风险较高的手术；

③属于本科室开展的新型手术项目，或开展较少，预后难以确定的手术；

④为确定病变性质的探查手术或术中可能改变术式的手术；

- ⑤患者一般状态差，或涉及多个脏器疾病的手术；
- ⑥确定需要外请专家的手术；
- ⑦属于本科室少见病种或罕见病种的手术；
- ⑧有教学、科研意义的手术；
- ⑨部分特殊患者，因社会需要提请术前讨论的手术。

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

2、术前讨论完成的时限

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

(2) 多科室术前讨论一般应于术前 2 天进行。

3、术前讨论程序

(1) 组内术前讨论

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

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

③主治医师提出手术方案，术前准备、术中术后可能发生的并发症及处置措施。

④医疗组长总结归纳，确定完整的手术方案。

⑤主治医师将术前会诊内容详细记录于病程记录中。

(2) 全科术前讨论

①参加人员：科内所有医师，特殊病例请麻醉科医师参加。

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

③主治医师指出本例手术的难点所在和需要解决的问题。

④讨论内容包括：进一步明确诊断、手术适应症、术式、麻醉方法、术中可能遇到的困难、术后注意事项等，同时交流类似手术

的经验。会诊意见由主治医师记录和整理，经上级医师审阅后同意，记于术前小结和病程记录内。

⑤其他组医师发表意见，至少 2 个副主任以上人员发言。

⑥主任或主任委派的主持人总结发言，提出针对会诊病例的个性化手术方案。

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

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

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

（3）院内术前讨论

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

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

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

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

4、患者病情交代问题

(1) 手术前讨论结束之后，应由本组主治医师以上人员向家属交代病情。

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

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

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

十七、查对制度

1、临床医技科室查对制度

①临床科室

a. 开医嘱、处方或进行治疗时，应查对病员姓名、性别、床号、住院号(门诊号)。

b. 执行医嘱时要进行“三查十对”；摆药时查；服药、注射、处置前查；服药、注射、处置后查。对床号、姓名、性别、年龄、药名、剂量、浓度、时间、用法和有效期。

c. 清点药品时和使用药品前，要检查质量、标签、失效期和批号，如不符合要求，不得使用。

d. 给药前，注意询问有无过敏史；使用毒、麻、精神药品时要经过反复核对；静脉给药要注意有无变质，瓶口有无松动、裂缝；给多种药物时，要注意配伍禁忌。

e. 输血前，需经两人查对，无误后方可输入；输血时须注意观察，保证安全。

②手术室

a. 接病员时，要查对科别、床号、姓名、性别、诊断、手术名称、术、前用药。

b. 手术前，必须查对姓名、诊断、手术部位、麻醉方法及麻醉用药。

c. 凡进行体腔或深部组织手术，要在术前与缝合前清点所有敷料和器械数。

③药房

a. 配方时，查对处方的内容、药物剂量、配伍禁忌。

b. 发药时，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；查对药品有无变质，是否超过有效期；查对姓名、年龄，并交代用法及注意事项。

④检验科

a. 采取标本时，查对科别、床号、姓名、检验目的。

b. 收集标本时，查对科别、姓名、化验单与标本联号、标本数量和质量。

c. 检验时，查对试剂，项目、化验单与标本是否相符。

d. 检验后，查对目的、结果。

e. 发报告时，查对科别、病室。

⑤影像科

a. 检查时，查对科别、病房、姓名、年龄、片号、部位、目的。

b. 治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、条件、时间、角度、剂量。

c. 发报告时，查对科别、病房。

⑥康复理疗及针灸科

a. 各种治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、种类、剂量、时间、皮肤。

b. 低频治疗时，并查对极性、电流量、次数。

c. 高频治疗时，检查体表、体内有无金属异常。

⑦供应室

a. 准备器械包时，查对品名、数量、质量、清洁度。

b. 发器械包时，查对名称、消毒日期。

c. 收器械包时，查对数量、质量、清洁处理情况。

⑧特殊检查室(心电图、内镜、超声波等)

a. 检查时, 查对科别、床号、姓名、性别、检查目的。

b. 诊断时, 查对姓名、编号、临床诊断、检查结果。

c. 发报告时查对科别、病房。

其他科室亦应根据上述要求精神, 制定本科室工作的查对制度。

2、输血查对制度

①确定输血后, 医护人员持输血申请单和贴好标签的试管, 当面核对患者姓名、性别、病案号、门急诊/病室、床号、血型和诊断, 采集血样。

②医护人员或者专门人员将受血者血样与输血申请单送交输血科时, 双方进行逐项核对。

③输血科交叉配血要逐项核对输血申请单、受血者和供血者血样, 复查受血者和供血者 ABO 血型(正、反定型), 并常规检查患者 Rh(D) 血型(急诊抢救患者紧急输血时 Rh(D) 检查可除外), 正确无误时进行交叉配血。

④输血科两人值班时, 交叉配血试验由两人互相核对, 一人值班时, 操作完毕后自己复核, 准确无误后填写配血试验结果。

⑤配血合格后, 由医护人员或专门人员到输血科取血, 取血与发血的双方必须共同查对患者姓名、性别、病案号、门急诊/病室、床号、血型有效期及配血试验结果, 以及保存血的外观等, 准确无误时, 双方共同签字后方可发出。

⑥血袋有下列情况之一的, 一律不得发出: 标签破损; 漏血; 血液中有明显凝块; 血浆呈乳糜状或暗灰色; 血浆中有明显气泡、絮状物或粗大颗粒; 未摇动时血浆层与红细胞的界面不清或交接面上出现溶血; 红细胞层呈紫红色; 过期或其他须查证的情况。

⑦输血前由两名医护人员核对交叉配血报告单及血袋标签各项内容, 检查血袋有无破损渗漏, 血液颜色是否正常。

⑧输血前由两名医护人员带病历共同到患者床旁核对患者姓名、性别、年龄、病案号、门急诊/病室、床号、血型等, 确认与配血报告相符, 再次核对血液后, 用符合标准的输血器进行输血。

十八、疑难、危重病例讨论制度

1、临床病例讨论是以解决临床疑难危重病人的诊断，治疗问题或以临床教学为主要目的，采取定期和临时两种形式。

2、病例选择；入院三天以上诊断不明者；诊断明确但临床少见或在诊治过程中有重要教学意义；危重病人紧急抢救后疗效不佳者；有完整病理资料者可举行病理讨论会。

3、讨论方式和讨论范围：

①治疗组讨论：一般是入院三天诊断不明者，由经治医师提出，治疗组负责医师主持，包括治疗组的其它实习医师和住院医师，由经治医师汇报病史、诊治经过和诊治方面的困难，针对需要解决的问题，集思广益，解决诊断和治疗中的问题。

②全科病例讨论：一般是入院一周诊断不明者，由治疗组负责医师提出，科室主任主持，全科各级人员参加，议论程序首先由经治医师详细介绍病史及各科检查结果；主治以上医师结合文献，以病例的诊断、治疗为重点，进行较全面的分析和介绍，提出诊疗过程中的困难，指出值得吸收的教训，其他有关人员针对病例，结合文献作较深入的分析讨论，提出诊治意见；会议主持者，进行总结。

③多学科讨论或邀请外院专家参加的病例讨论，一般是入院两周诊断不明或特殊需要，由经治科室主任提出，医务科负责安排、组织，由分管业务副院长或医务科主持，讨论前应作好较充分的资料准备，必要时应提前将病历摘要印发给有关医师。

④全科以上的临床病例讨论资料应全部记入《疑难危重病例讨论记录本》中，各种临床病例讨论内容按《病历书写规范》要求记入病程录中。

十九、危重病人抢救工作制度

1、为及时有效抢救急危重病员，提高抢救成功率制定本制度。

2、抢救工作应由主治医师资格或以上人员主持。接诊住院医师发现病员病情危重应立即进行抢救，同时将情况报告上级医师。各级医务人员不得以任何理由拒绝急救处置。

3、抢救过程中需请他科会诊或者协助抢救，应及时邀请相关科

室参加，紧急情况可以口头或者电话通知。

4、各科室接到抢救急会诊通知，应由主治医师资格及以上人员在10分钟内到达现场参加抢救工作，主治医师及以上人员如因其他医疗工作需要无法及时会诊时，应立即将情况向医务科汇报，由医务科组织协调。主治医师及以上人员在其他医疗工作结束后应及时到达现场，指导抢救工作。

5、参加抢救的医务人员应严格遵守相关法律法规，执行各项医疗规章制度和各种技术操作规程，尊重患者及家属的隐私权知情同意权，严防差错事故和医疗纠纷的发生。

6、因紧急抢救实施口头医嘱，护士必须复述一遍，确定无误后执行，医师应及时补开医嘱。

7、抢救过程应由责任医师及时、详实、准确记录，抢救过程中来不及记录的，应在抢救结束后6小时内据实补记，并及时登记于科室专备的《危重病人抢救登记本》上。

8、对于不宜搬动的急危重病员应就地进行抢救，待病情稳定后再护送至相应病房进一步处理，对立即需手术的病员应及时送手术室施行手术，经治医师应向病房医师或手术医师直接交班，需转院治疗的按转院制度执行。

9、遇重大抢救、突发公共事件应按照相关预案的规定及时报告，组织抢救。凡涉及法律、纠纷的病员，在积极救治的同时应向有关部门报告。

10、各科室应做到抢救器材、设备、药品定人管理、定点放置、定品种数量、定期检修保养，及时消毒灭菌，整理补充，班班清点交接，确保齐全完备，随时可用。

11、科主任、护士长应定期对抢救病例组织讨论，总结经验，吸取教训，不断提高危重病人抢救水平。

二十、知情同意管理制度

1、患者就医时享有知情权和同意权，在医疗活动中，要尽好告知及知情同意义务。

2、常规告知：医疗常规问题的告知，包括入院须知、患者入院

时病情告知书、患者知情同意授权委托书、患者住院期间病情告知书、医保自费项目同意书、病危通知单等。

3、特殊告知：在医疗过程中，进行临床试验、药品试验、医疗器械试验、手术、麻醉、输血以及特殊检查、特殊治疗等，应向患者及家属交代清楚，得到理解并签署同意书，包括手术知情同意书、麻醉知情同意书、输血治疗同意书、有创性诊断、治疗操作知情同意书、高耗材知情同意书、进行临床试验、药品试验、医疗器械试验等，要按照国家相关法律法规签署相应的知情同意书。

4、在各项知情同意文件的签署中，患方必须由患者本人或其指定代理人签字，如由其代理人签字，必须同时签署“患者知情同意授权委托书”，方能生效。

二十一、有创操作管理制度

1、各有创诊疗操作要根据病情需要，正确掌握适应症。

2、严禁实习生、进修生、轮科生、无执业资格的低年资住院医师等独立进行操作。

3、严格执行无菌操作，规范操作。

4、由于操作具有一定的创伤性和风险性，以及个体差异和某些不可预料的因素，操作中和操作后可能会发生意外和并发症，严重者会导致死亡。因此，要做好有创诊疗操作前谈话，并与患者或委托人签定有创诊疗操作知情同意书。

5、操作后要严密观察病情变化，并做好观察记录(病程录中有反映)。

二十二、死亡病例讨论制度

1、为总结死亡病例的诊疗经验，提高抢救成功率，降低临床死亡率制定本制度。

2、凡死亡病例均应进行死亡讨论，尤其是诊断和死亡原因不明、诊疗过程中存在医疗缺陷或系少见病证者，一般应在死亡后一周内召开死亡病例讨论会。特殊情况下应及时讨论。尸检病例，待收到尸检病理报告后一周内，结合临床病例组织讨论。

3、讨论由科主任或副主任以上医师主持，全科医师均应参加，

由经治的住院医师、主治医师(或值班医师)详细介绍病史、体征、辅助检查、住院诊疗经过、抢救经过、初步分析死亡原因。与会者认真分析讨论,重点在于讨论诊疗工作中存在的缺陷和应吸取的经验教训;在诊断、死亡原因等问题上取得一致意见,最后由主持者归纳总结。

如存在较大医疗缺陷或发生医疗纠纷时,可请医务科派人参加讨论,取得初步意见后交院科学技术委员会讨论审定。

4、死亡病例讨论详细内容记录于科室的《死亡病例讨论记录本》上。结论性内容简要记录于病程记录中,主持人应认真审核、修改、签字。

二十三、医疗会诊管理制度

1、院内会诊

①院内各科室在诊疗过程中,根据患者的病情需要或医疗管理相关规定,需要邀请其他科室的医师会诊时,应经过主治医师及以上人员同意,经治医师或值班医师填写会诊单,主管医师签名,将会诊单送达邀请科室。

②应邀科室接到会诊单后,应派出主治医师或以上人员及时进行会诊。一般会诊应在24小时完成。紧急会诊应在10分钟内到达现场。

③邀请会诊医师应陪同会诊医师做好会诊工作,介绍患者情况、提供相关资料并协助完成会诊工作,做好会诊记录。会诊医师应根据常规诊察患者,并按照规定书写会诊意见。

2、邀请院外会诊

①各科室在诊疗过程中,根据患者的病情需要或者患者要求等原因,需要邀请其他医疗机构的医师会诊时,应经科主任同意,并向患者说明会诊目的及费用等情况,征得患者同意后,签署会诊知情同意单,填写会诊申请单报医务科批准。当患者不具备完全民事行为能力时,应征得其近亲属或者监护人同意。

②会诊申请单内容应包括拟会诊患者病历摘要、拟邀请医师或者邀请医师的专业及技术职务任职资格、会诊的目的、理由、时间、

费用。医务科接到会诊申请单后加盖医务科公章，电话联系被邀请医院医务管理部门，并书面传真会诊单。接到对方确认后，通知邀请科室完善相关资料，做好接待和配合会诊医师的准备工作。

③有下列情形之一的，科室不得提出会诊邀请

- a. 会诊邀请超出我院诊疗科目或者我院不具备相应资质的；
- b. 我院的技术力量、设备、设施不能为会诊提供必要的医疗安全保障的；
- c. 会诊超出被邀请医师执业范围的；
- d. 各级卫生行政部门规定的其他情形。

④会诊费根据相关规定执行。

⑤邀请会诊时原则上由科主任主持，科主任外出或因工作原因无法主持时，应委托副主任或主治医师主持，经治医师及相关医务人员应陪同参加会诊工作，涉及需要检查治疗或者手术时，应邀请相关科室参加会诊工作，特殊情况由医务科或业务副院长主持会诊工作。

⑥会诊结束后，医务科和邀请科室应对会诊情况进行登记备案，并将会诊情况通报应邀会诊医疗机构。

3、应邀外出会诊

①医院或各科室接到会诊邀请后，在不影响本院正常业务工作和医疗安全的前提下，由医务科会商相关科主任及时安排医师外出会诊。对于外出会诊可能影响我院正常业务工作，但确因特殊需要的情况下，由业务副院长或院长批准，违者按有关规定处罚。

②接受会诊邀请或者不能派出会诊医师时，医务科应及时告知邀请医疗机构。

③医务科决定派出会诊医师后，应及时填写《外出会诊通知单》，通知会诊医师执行会诊任务，为会诊医师提供必要的帮助。紧急会诊时，电话先通知，后补手续。

④医师外出会诊严格执行有关卫生管理法律、法规、规章和诊疗规范、常规，不得违反规定接受邀请医疗机构报酬，不得收受或者索要患者及其家属的钱物，不得牟取其他不正当利益。

⑤医师在会诊过程中发现难以胜任会诊工作的，应当及时、如实告知邀请医疗机构，并终止会诊。发现邀请医疗机构的技术力量、设备、设施条件不适宜收治该患者，或者难以保障会诊质量和安全的，应当建议将患者转往其他具备收治条件的医疗机构诊治。如果患者拟转入我院进一步诊治，应事前通知相关科室或者医务科做好相应准备。

⑥医师外出会诊过程中发生的医疗事故争议，由邀请医疗机构按照《医疗事故处理条例》的规定处理，必要时我院协助处理。

⑦医师在会诊结束返回我院2个工作日内将外出会诊的有关情况报告所在科室和医务科，并将《外出会诊通知回执》交回医务科。

⑧非正常上班时间，紧急会诊邀请由总值班报告值班领导或者医务科负责人根据上述原则处理。

4、会诊管理

①我院会诊管理由医务科负责。

②医务科应加强会诊管理工作，完善会诊登记，建立会诊管理档案，定期或者不定期进行会诊情况的科间评价，将会诊情况与科室、医师的考核工作相结合。

③医师违反规定，擅自外出会诊或者在会诊中违反相关法律、法规、规章或者诊疗规范、常规，由医务科记入医师考核档案，情节严重的依法严肃处理。

④医师接受上级卫生行政部门调遣到其他医疗机构开展诊疗活动或者参加紧急救援行动的不适应本办法规定。

二十四、处方管理制度

1、医师的处方权，由所在科室主任对其考核后，科主任向医务科呈书面报告，医务科长审批后，报业务院长批准，办理手续，并将字样留于药剂科及药房。进修医师一般工作三个月以上，根据实际情况，亦可照此办理临时处方权。

2、有关毒、麻、限、剧药品处方，遵照毒麻、限剧药品管理制度及国家有关管理麻醉药品的规定执行。具有主治医师以上职称或从事临床工作5-7年以上的医师，经院长批准，并报卫生行政部门

审批，可授予麻醉药处方权。急救时住院医师可根据病情需要一次性使用麻醉药品。

3、普通处方为白色；急诊处方为淡黄色，右上角标注“急诊”；儿科处方为淡绿色，右上角标注“儿科”；麻醉药品和第一类精神药品处方为淡红色，右上角标注“麻、精一”；第二类精神药品处方为白色，字红色，右上角标注“精二”。

4、处方内容包括以下几项：医院全称、门诊号或住院号、年、月、日、科别、病人姓名、性别、年龄、临床诊断、药品名称、剂型、规格及数量、用法、药费、医师签名或印章、审核签名、配方人、发药人签名。

5、每张处方限于一名患者的用药。西药和中成药分别开具处方，中药饮片单独开具处方。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。开具处方后的空白处划一斜线以示处方完毕。医师不得为自己及直系亲属开处方。

6、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。临床诊断填写应与病历记载相一致。处方字迹要清楚，如需修改，应当在修改处签名并注明修改日期。医师签全名和/或加盖本人印章，且无越格、越位及倒置。

7、药品名称应当使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称，没有中文名称的可以使用规范的英文名称书写；不得自行编制药品缩写名称或者使用代号；书写药品名称、剂型、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。必须做皮试的药品，处方医师须在处方上注明过敏试验及结果的判定。

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。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、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。开具麻醉药品和精神药品处方，应当按照卫健委制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则规定执行，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。

11、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。

12、医院成立处方总评小组每月对全院处方进行抽查并做出分析，对重大错方和大方及伪方应及时汇报，医务科及时解决。药剂师有权监督医生科学用药，合理用药，对于违反规定，乱开处方、滥用药品的情况，药剂科有权拒绝调配，情节严重者应报告医务科、质控办或业务副院长、院长，检查处理。药剂人员及医技科室人员不得开专业用药之外的处方，特殊情况报请业务院长批准后，方有处方权。如明知有错而予调配或擅自修改后调配者，调配人员应对其一切不良后果负一定责任。

13、一般处方、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3年，麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为3年，到期登记后由院长、副院长批准后方可销毁。

14、进修医师进修期满及返聘人员解聘时，立即注销处方权。

二十五、依法执业管理制度

当今社会，随着医学的飞跃发展，因医疗差错及医疗事故引起

的纠纷及法律诉讼急剧上升，为了更加有效地规范医疗行为，保障医疗安全，进一步提高我院的医疗服务质量及抗风险能力，防止医疗差错事故的发生，特制定依法执业管理制度。

1、积极开展普法和医疗卫生管理法规的宣传教育，提高医务人员学法、懂法、守法的法律意识，严格依法执业，认真履行工作职责，在保护患者合法权益的同时，也依法保护自身的合法权益。

2、根据《中华人民共和国执业医师法》，凡从事临床医疗工作没有取得执业医师资格的人员，一律作为实习生安排工作，不得单独值班，无处方权，并要在规定的时间内取得相关执业资格证书，如未取得执业医师资格者，将调离医疗专业岗位。

3、出具影像、病理、超声、心电图等诊断性报告的，必须是经执业注册的执业医师，相关专业的医技人员可出具数字，形态描述等客观描述的检查报告。

4、根据《医师外出会诊管理暂行规定》，医务科建立医师外出会诊管理档案，严格掌握和办理医师外出会诊手续，有下列情形之一的，不得派出医师会诊：

- ①会诊邀请超出本院诊疗科目或者本院不具备相应资质的；
- ②会诊邀请超出被邀请医师执业范围的；
- ③邀请医疗机构不具备相应医疗救治条件的；
- ④省级卫生行政部门规定的其它情形。

5、医师在外出会诊过程中发生的医疗事故争议，由邀请医疗机构按照《医疗事故处理条例》的规定进行处理。

6、凡本院医师未经医务科批准，擅自外出手术、麻醉、化验会诊的，依法给予行政处分或者纪律处分，违反《执业医师法》有关规定的，按照《执业医师法》第三十七条处理。

7、根据《安徽省实施(抗菌药物临床应用指导原则)管理办法(试行)》的规定，临床医师可根据诊断和患者病情开具非限制使用抗菌药物处方，患者需要应用限制使用抗菌药物治疗时，应经具有主治医师以上专业技术职务任职资格的医师同意并签名：患者病情需要应用特殊使用抗菌药物，应具备严格临床用药指征或确凿证据，经

抗感染或有关专家会诊同意，处方需经具有高级专业技术职务任职资格医师签名。

临床医师必须遵循抗菌药物分级原则，做到因病施治，合理用药，禁止滥用抗菌药物，对违反管理办法规定，侵害患者权益造成严重后果的，除按有关规定进行处理外，所增加的医药费用和责任、责任科室挂钩。同一年度发生2次或2次以上违规行为的，停止责任人处方权6至12月或予以解聘。

8、没有取得执业护士资格的护理人员，一律作为实习护士安排工作，不得单独值班，并要在规定的时间内取得执业护士资格，否则将予以解聘。

9、严禁利用“B超”鉴定胎儿性别，各B超室要挂有“禁止非医学需要进行胎儿性别鉴定”的警示标牌，使用省卫生厅统一的“B超”登记，项目要填写完整，字迹清晰，不得空项、缺项。

10、妇科对孕14周以上孕妇实施终止妊娠手术时，要严格查验接受手术者的身份证及有关证明、介绍信等资信材料，在孕妇各项证明齐全，并持有按安徽省、宣城市计划生育文件规定的医疗机构所出具的需要终止妊娠的医学意见后，方可实施手术。

11、设备科要坚决执行一次性医疗物品的“三证三期”检查验收工作，拒绝无生产资质证书、无注册许可证的产品进入我院，并重点做好对骨科、外科等相关科室植入性器械及耗材的申请、审批、采购、使用，跟踪工作，杜绝非准人医疗器械进入我院。

12、请院外专家会诊(包括手术、查房)，必须经医务科审核批准后方可进行。

13、未经医教科批准、任何临床、医技科室不得擅自按纳外来人员见习、实习、进修。

14、禁止“出租科室”、“外包科室”。

二十六、医嘱制度

1、医嘱一般在上班后二小时内开出，要求层次分明，内容清楚。转抄和整理必须准确，一般不得涂改。如须更改或撤销时，应用红笔填“取消”字样并签名。临时医嘱应向护士交代清楚。医嘱要按

时执行。开写、执行和取消医嘱必须签名并注明时间。

2、医师写出医嘱后，要复查一遍。护士对可疑医嘱，必须查清后方可执行。除抢救或手术中不得下达口头医嘱，下达口头医嘱，护士需复诵一遍，经医师查对药物后执行，医师要及时补记医嘱。每项医嘱一般只能包含一个内容。严禁不看病人就开医嘱的草率作风。

3、护士每班要查对医嘱，夜班查对当日医嘱，每周由护士长组织总查对一次。转抄、整理医嘱后，需经另一人查对，方可执行。

4、手术后和分娩后要停止术前和产前医嘱，重开医嘱，并分别转抄于医嘱记录单和各项执行单上。

5、凡需下一班执行的临时医嘱，要交代清楚，并在护士值班记录上注明。

6、 医师无医嘱时，护士一般不得给病员做对症处理。

二十七、医患沟通制度

为响应卫健委《关于开展“以病人为中心，以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动》的决定，提高服务质量，强化为人民服务宗旨，构建和谐医患关系、和谐医院，特制订以下制度。

1、我院医护人员要将医患沟通贯彻于医疗行为全过程，要进一步强化服务意识，用和缓的语言、耐心的态度、和善的笑脸去为病人解疑释难，融洽医患关系，充分尊重和保障患者的知情权和选择权，全面提升医院服务水平。

2、医生接诊门诊病人时，根据病情一般要和对方进行深入细致的交谈，让患者在交流过程中轻松、明白，体现人文关怀。

3、患者入院3天，主治医师、主管护师必须与患者或家属进行一次全面的沟通交流，告知患者的疾病诊断、病情及预后、目前的主要治疗措施及下一步的治疗方案、重要检查的目的及结果、某些治疗可能引起的严重后果、药物不良反应、手术方式，手术并发症及防范措施等具体情况，并解答患者及家属的疑问。

4、医务人员还要加深对目前医学技术局限性、风险性的了解，并将相关情况予以告知，使患者和家属心中有数，从而争取他们理

解、支持和配合，保证临床医疗工作的顺利进行。

5、医护人员与患者在交谈过程中注意保护其隐私权。

6、各病区每月召开一次患者(家属)座谈会。

7、医院每半年召开一次行风监督员会议，每半年召开一次病员(家属)座谈会，每月进行一次满意度测评。

医院将对该项工作的执行情况进行不定期检查，并给予相应的奖惩处理。

二十八、保护性医疗制度和保护病人隐私制度

1、医务人员应具有良好的医德医风，本着救死扶伤的人道主义精神和高度责任感，尊重、关心、爱护病人，实行保护性医疗制度。

2、医务人员在实施诊疗过程中凡遇涉及病人的语言，均应做到清楚简明，分寸得当，避免其产生误解、疑虑、悲观等不良情绪或造成其他不必要的伤害。对有可能对病人造成不利影响或伤害的病情分析、病例讨论等不得在病人查房时进行。

3、对于可造成病人精神伤害的疾病、生理上的缺陷、有损个人名誉的疾病等，医务人员在履行告知义务时，在不违背保护性医疗制度前提下，不得歧视病人，在向病人和家属告知病情时，应使用规范性语言，特别要讲究语言的艺术和效果。

4、医务人员进行各项诊疗操作时应做到衣着整洁端庄，态度热情温和，耐心细致，动作娴熟准确，成功率高，尽可能减轻病人的紧张、焦虑和痛苦。

5、为教学工作需要进行现场示教时，或在病人清醒状态下进行手术时，医务人员不得泄露病人不应了解的、不利于其病情恢复的情况。

6、由于医疗活动的特点，医务人员在疾病诊疗活动中所处的特殊地位，主动或被动地了解患者的病史、症状、体征、家族史以及个人的习惯、嗜好、民族习惯及宗教信仰等。病人具有隐私权，隐私权必须得到保护。保护病人隐私是医务人员应尽的责任和义务。

7、病人的隐私仅在诊疗过程中向医务人员公开，是不愿让他人知道的个人私有领域，医务人员必须严格为其保守秘密，未经病人

本人同意，不得以任何方式向任何人泄露。

8、本院其他工作人员不得利用工作便利私自查阅或复印病历、检验报告等医疗资料。必要时必须与具体经管医师协商后按照医院相关规章制度办理。

9、在未得到病人或其委托人同意的情况下，医院无权向除司法机关、疾病控制中心、省市医保中心以外的其他单位提供病史资料。

10、遇到为实行保护性医疗措施而不宜让病人知情的情况时，由病人授权委托其近亲属代行知情权。如病人因故无法行使知情权，由其法定继承人代行知情权，尊重患者的民族习惯及宗教信仰。

二十九、医疗安全管理制度

为进一步增加医护人员医疗安全防范意识，杜绝医疗事故，严防各种医疗差错与纠纷的发生，确保在我院就诊病人的医疗安全，确保我院各项医疗工作的正常运行，提高医疗质量，现结合我院实际情况，特制定院医疗安全管理制度。

1、认真履行医疗安全分级管理制度，明确职责，一级对一级负责。院安全管理委员会每季度组织一次全院医疗安全检查，重点检查关键性医疗制度的执行情况，发现问题及时处理。

2、严格执行三级医师负责制，主任或副主任医师每周查房1—2次，没有高级职称的由科主任代理；主治医师每日查房1次；住院医师执行24小时负责制，同时做好一切查房记录。

3、严格遵守首诊、转诊、交接班制度。首诊医师应对病员高度负责，详细询问病史，作好全面检查，履行首诊负责制。凡因擅离岗位，敷衍马虎，不负责任，相互推诿而造成的医疗事故或差错事故，要追究责任，严肃处理，住院病人未经科主任批准不准擅自转科、转院或到院外做任何检查和处理。严格执行交接班制度，新入院重、危病人要床边交班，夜班要坚持晚查房，做到上一班不留问题，下一班心中明白，进修医生一律不准单独值班。

4、严格执行病例讨论制度，对疑难重危病人要及时组织科内病历讨论或组织院内外会诊，重大疑难及新开展的手术，必须进行术前讨论；凡死亡病例，必须在死亡后1周内讨论。讨论须由科主任

或主治医师主持，有关人员参加。

5、严格执行会诊制度，凡遇疑难病例，应及时申请会诊，由经治医师提出并填写会诊单，上级医师同意并签字，应邀医师必须要在1天内完成会诊；急会诊必须随请随到。会诊医师必须是科住院总或主治以上医师。

6、严格执行手术分级管理制度及大手术报告制度，坚决杜绝越级手术，对一些重大破坏性手术及新开展的手术应报医务科及分管院长审批。对住院病人的一切技术性操作，要按照各级各类专业技术人员职责范围及操作常规进行，对复杂、疑难或有一定危险性的操作，要在上级医师指导下进行，术者必须服从指导，决不允许进修或实习医生擅自处理。坚决杜绝做非专业性手术。

7、新技术、新项目必须经过安全性、可行性论证，由院技术委员会讨论审核批准，并报医务科及上级主管部门备案后方可实施。

8、在对病人实施手术、麻醉、有创检查、特殊诊疗、输血和使用血制品等医疗活动前，医务人员要充分尊重患方的知情同意权，履行告知义务，在取得患方理解和配合并在知情同意书上签字盖章(手印)后方可安排进行。

9、对当日手术病人，手术室人员和手术医师要陪同病人一同进入手术室直至手术结束后将病人安全送回病房为止；只有手术者本人有权向病人家属讲解或答疑，不允许其他人随意解释或答复，手术麻醉科接到急症手术电话或通知后，必须做好一切手术准备，不允许以任何理由拒绝手术或延误时间。手术标本要及时送病理科，病理科及时写出书面报告。

10、各科室建立医疗缺陷登记本，及时登记发生医疗缺陷的原因、经过、后果等。科主任、护士长及时组织讨论与总结，并填写《医疗缺陷认定报告书》上报医教科。根据我院院科两级负责制规定凡是发生的医疗意见纠纷均由所在科室的科主任负责处理，医务科及客服中心协助。发生严重差错或事故后应由科主任及时报医务科，并指定专人对各种有关记录及造成差错事故的药品、器械等做妥善保管，不得擅自涂改、销毁。同时积极采取补救措施以减少

或消除由于差错事故造成的不良后果。对于差错事故隐瞒不报者将追究科主任、护士长的领导责任。

11、各科室根据本科室实际情况制订杜绝医疗事故、严防各种医疗差错与医疗纠纷发生的管理细则，杜绝一切可能发生医疗事故和差错的苗头，防患于未然。

12、严格遵守“执业医师法”等相关法律法规，依法行医，未取得执业医师资格人员必须在执业医师指导下从事诊断、治疗及相应医疗活动，严禁无证独立上岗操作。

13、规范病历书写，各临床医生必须严格按照卫健委《病历书写基本规范》和国家中医药管理局《中医病历书写规范》，认真书写住院病历和门诊病历。院病案委员会、医务科将不定期组织检查，并按有关规定给予奖惩。

14、加强住院病历管理，病人住院期间临床各科必须认真做好病历保管，不得私自涂改、伪造、外借、复印病历。各种检查回报单应按顺序粘贴，各种病情介绍单或诊断证明书亦应附于病历上。出院小结和死亡记录应在当日完成。出院小结内容包括病历摘要及各项检查要点、住院期间的病情转变及治疗过程、效果、出院时情况、出院后处理方针和随诊计划，由经治医师书写，主治医师审查签字。死亡记录除病历摘要、治疗经过外，应记载抢救措施、死亡时间、死亡原因，由经治医师书写，主治医师审查签字。凡做病理解剖的病员应有详细的病理解剖记录及病理诊断。死亡病历讨论也应做详细记录。病人要求复印的，必须按相关程序到医务科审批后复印。涉及上级医疗行政部门或公、检、法、律师需调阅材料者，要经医务科或分管院长批准。

15、医技科室的临床检验、药品供应、物资供应工作应适应和满足临床科室的要求。

①药剂科：严格执行各类药品及输液的准人制度和处方管理制度，加强毒、麻、限、剧药品管理，加强临床药学监控，保证合理、安全用药。

②检验科：各种检验项目，必须严格遵循操作规程，做好室内

质控，对急诊项目要做到随时检查，及时报告。除三大常规外其它检验项目应注明检验方法及相应的正常参考值，度量衡量器具要严格核准，各种试剂配置要符合标准化要求，标本的收集及报告单的发放要有签字手续。严格执行检验报告复核制度。对有重大疑问的检验结果，应先电告临床科室统一意见后发出报告。各种血液制品的贮、运及使用必须符合质量与安全管理的要 求。做好废水废物的无害化处理。

③放射科：严格按照申请单的要求进行检查和摄片，确保甲级片率达 40%以上，废片率 2%以下，各种导管造影均应严格执行无菌技术，做好各种突发事件的应急准备。各种检查、摄片严防错号、错部位等差错。坚持集体读片，上级医师复核、修改后签发报告。加强临床随访，提高诊断准确率。

④麻醉科、手术室：对手术中的器械、物品严格执行无菌操作规程，要求麻醉科做好术前会诊、签字及术后随访工作，并根据麻醉种类做好人员安排；在麻醉操作中，仔细观察生命体征变化、准确记录麻醉过程，认真交代苏醒前后的处理。手术室护士在配合手术时要坚守岗位，在手术前后及手术中认真执行查对制度。

⑤其它：CT 室、心电图室、B 超室、内窥镜室等各部门均应优先为急、重、危病人检查。努力提高诊断符合率，加强对住院病人的随访工作，有创性检查的科室应配备抢救设施。

16、严格执行《医疗事故处理条例》。对医务人员违反卫生管理法律、法规、部门规章、诊疗护理常规、规范，主观上有过失，存在医疗缺陷或构成医疗事故者，医院将根据鉴定和造成的后果，按照院相关规定，对有关责任人和责任科室进行处罚。情节严重的建议卫生行政部门吊销责任人执业医师资格证书；构成医疗事故罪的，依法移交司法机关处理。

三十、来院进修医师管理制度

1、来院进修人员必须具有医学大专以上学历，已取得执业医师资格证及执业医师注册证，并在本专业工作三年以上者。

2、符合进修基本条件人员首先由选修科室主任考核面试，医务

科审核备案。

3、获准来院进修人员在规定时间内到医务科报到，办理有关手续，否则作为自动放弃。

4、进修人员自备工作衣、帽、口罩，并根据进修专业需要自带听诊器等仪器。

5、进修期间除国家规定的节假日外，不放寒暑假，无探亲假。确因特殊情况需要请假，需有原单位来函、来电证明。进修期间请假累计超过一个月者，终止进修。

6、进修人员进修期间的业务学习、工作分配、行政生活管理均听从医院及科室安排。认真书写病历，确保医疗质量，严禁出现丙级病历。

7、进修人员必须树立敬业精神，遵守职业道德，尽职尽责为患者服务。对病人要体现爱心、细心、耐心，不能以任何理由与病人及其家属发生争执。

8、进修人员必须树立医疗安全防范意识。各种诊疗活动一定要在带教老师同意并指导下进行。如擅自独立操作者，视情节给予处罚。严重者停止进修，退回原单位。

9、进修人员必须关心、爱护、尊重患者。保护患者的隐私，执行保护性医疗制度。不准未经带教老师同意泄露患者隐私。

10、进修人员必须遵守院规章制度，积极参加本科或本专业各种学术活动、业务学习及教学查房。进修期满，认真做好自我鉴定和出科考试。其中出科考试成绩将作为科室考核意见内容之一。

11、进修人员必须加强自我保护意识，自觉遵守社会公德，注意人身财产安全。如在进修期间发生个人意外伤害、财产丢失等事件，院方概不承担任何责任。

12、进修结束前一周写好小结，做好自我鉴定，还清所有物品及书刊等。

13、进修半年以上者，必须带党、团组织关系(临时)，以便参加所在科室的政治学习和组织生活。

三十一、奖惩制度

1、医院将本预案所规定的的相关条款纳入各临床医技科室月度综合考评指标中，并作为医院先进科室、先进个人评比的重要依据。凡出现医疗缺陷引发较大医疗事故争议或构成医疗事故的个人，不得参加当年各项评比及个人晋升，并将有关资料存入人事档案。发生医疗事故的当事科室当年不得参加各项评比。

2、医务人员违反卫生管理法律、法规、部门规章、诊疗护理常规、规范，主观上有过失，存在医疗缺陷或构成医疗事故，造成医院经济损失的，医院按相关规定对有关当事人和有关科室进行处罚。

同时医院按医疗缺陷的轻重或医疗事故的分级、主观过失的程度分别给当事人通报批评、警告、严重警告、记过、记大过、降级、降职、开除留用、开除等行政处分；情节严重的建议卫生行政部门吊销当事人执业医师资格证书；构成医疗事故罪的，依法移交司法机关处理。

三十二、治未病科工作制度

1、贯彻落实党的路线、方针、法规和上级指示，在上级卫生主管部门的指导下，全面对治未病中心的医疗、科研、预防予以指导。按院党委和主管部门的要求，准确、及时有效的完成各项任务，不断进行改革创新，使治未病的各项工作有效进行。

2、负责制定并保持治未病中心的质量方针和质量目标，有效具体落实，深入开展。

3、制定治未病中心长远发展规划和年度规划，定期做好总结工作，并向上级部门做好汇报工作。

4、定期深入门诊及其他工作室，积极采取有效措施，不断提高医疗技术水平。负责开展组织、检查临床工作，培训科室人员业务学习。

5、定期检查治未病医学科学研究工作计划和贯彻执行情况，采取措施，促进研究工作的顺利开展，不断运用、引进新技术，新方案，提高医疗、教学及科研水平。

6、检查教育本中心人员树立全心全意为人民服务的思想，改进

医疗作风和工作作风，改善服务质量。

7、落实社会监督，及时妥善处理人民群众来信来访接待工作。

8、开展实际调查研究，不断总结经验，以点带面。推动工作室的工作不断向前发展。

9、指导担任本辖区的多发病、慢性病的预防工作，做好慢性病健康教育及访视工作，使未病、欲病人群与慢性病管理既有效区分又能良好对接，实现健康全程管理。

10、通过适宜的预防保健服务及中医适宜技术，提高疾病的预防，满足民众偶的健康需求，使民众不生病、少生病、延年益寿，促进生活质量的提高，健康长寿，从而提高医疗行业对社会的影响力。

11、结合本院重点专科专病开展对“乙肝病毒携带者、癌前病变者、糖尿病、腰腿痛患者”的健康档案建立、管理和干预服务，开展中医预防保健技术的总结、推广和应用。

三十三、体检中心工作制度

1、每天早上 7:30—10:00 为各类体检人员常规体检时间，节假日预约体检。

2、参加体检的工作人员要认真负责，确保体检质量，按规定着装整齐，不得迟到、早退或擅自离岗。

3、体检前，参加特殊体检的各类从业人员要按规定需交一张一寸免冠相片或（和）提供本人身份证，经核实后方可体检，否则不得参加体检。

4、体检流程应按登记、收费、领表、内科、外科、采血、收表等顺序逐项进行，不得漏项目。

5、体检时，体检医师需核对相片或（和）身份证，人与相片不符不得体检，检查结束后要签字。

6、接受检查者全部体检结束后将表交到登记处，由主检医师审查并签字。

三十四、急诊手术管理制度及工作流程

（一）、进行急诊手术时各人员职责

- 1、本科室值班医生：查体、观察病情、告知上级医师。
- 2、主治医师：患者谈话、病情评估，告知科室主任。
- 3、主任：决定手术。

（二）、急诊手术是指病情紧迫，经医生评估后认为需要在最短的时间内手术，否则就有生命危险的手术。

（三）、特急手术是指由于病情危重累及生命而需要进行紧急手术抢救的手术。

（四）、工作制度及要求

1、急诊手术权限：病房急诊手术由科主任决定，并遵照《手术分级管理及审批制度》执行。

2、急诊手术范围：急诊手术指病情紧迫，需在最短时间内手术，多见于创伤、大出血、穿孔可能等情况。

3、急诊手术流程：

（1）值班医生发现病人需要急诊手术应立即请示当天值班级别最高医生，必要时请示科主任。

（2）决定手术后，立即通知手术室、麻醉科。

（3）由值班医师尽快完成必要的术前检查、配血、术前准备。

（4）决定急诊手术后，主刀或第一助手应在急诊室详细向患者和/或家属说明病情、手术必要性、手术风险、替代治疗等情况，征得患者和/或家属签字同意。如患者因特殊原因（如昏迷）又无家属在身边，应报医务科或总值班审批。

（5）由手术医师、麻醉师共同护送病人进手术室。

（五）、注意事项：

1、抢救患者的特急手术，必须争分夺秒。

2、对特急手术患者应立即开“通绿色通道”，优先抢救治疗，保障急诊手术及时安全。

3、值班医师应提前通知手术室和麻醉科进行术前准备。特殊情况下（如需立即手术），手术室可先接受患者，尽可能缩短抢救时间，挽救患者生命。

4、是否危及生命的急诊手术的判定，由当日最高级别值班医生

或科主任负责确定，经治医生在联系手术时应予以说明。

三十五、患者身份识别制度及工作流程

(一)、严格执行查对制度，准确识别患者身份。

(二)、在进行各项治疗护理活动中，至少同时使用姓名、性别、床号三种方法确认患者身份。

(三)、在实施任何介入或有创诊疗活动前，实施者应亲自与患者（或家属）沟通，作为最后确定的手段，以确保对正确的患者实施正确的操作。

(四)、完善并落实护理各关键流程（急诊、病房、手术室）的患者识别措施，交接程序与记录。

(五)、对昏迷，神志不清，无自主能力，手术等患者，使用“腕带”作为患者身份识别标识；在进行各项诊疗操作前认真核对腕带信息，准确确认患者的身份。

(六)、填入腕带的识别信息必须经两名医务人员核对后方可使用，若损坏需更新时，需要经两人重新核对。

(七)、腕带填写的信息字迹清晰规范，准确无误。项目包括：病区、床号、姓名、性别、年龄、住院号等信息。

(八)、患者使用腕带松紧适度，皮肤完整无破损

关键流程患者身份识别措施

1、门诊、急诊患者：医务人员在各种操作前，必须与患者和/或家属核对患者信息。

2、昏迷、神志不清及无自主能力的患者：入院后由病区护士和家属给患者带上腕带，填写患者姓名、性别、年龄、病区、床号、住院号、诊断；诊疗操作过程中，医师、护士必须核对以上项目。

3、手术患者：手术前由病区护士给患者带上腕带，填写患者姓名、性别、年龄、病区、床号、住院号、诊断；病历、手术通知必须明确写清楚手术部位包括左/右侧；术前讨论确定术式；麻醉前手术室护士、麻醉医师分别核对患者姓名、性别、年龄、病区、床号、住院号、诊断；手术前手术医师核对患者姓名、性别、年龄、病区、床号、住院号、诊断、手术部位包括左/右侧，确认即将采用的术式。

回病房后手术室护士与病房护士交接核对病人信息，麻醉清醒后，病房护士再次核对病人信息。

4、关键流程（急诊、病房、手术室、检验科之间）：查看患者病历或检查申请单，核对患者姓名、性别等信息，核对患者腕带信息，确认无误后再进行各项操作。

三十六、手术安全核查制度及工作流程

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

（二）、本制度适用于各级各类手术，其他有创操作可参照执行。

（三）、手术患者均应配戴标示有患者身份识别信息的标识以便核查。

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

（五）、实施手术安全核查的内容及流程

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

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

3、患者离开手术室前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。

4、三方确认后分别在《手术安全核查表》上签名。

（六）、手术安全核查必须按照上述步骤依次进行，每一步核查

无误后方可进行下一步操作，不得提前填写表格。

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

(八)、住院患者《手术安全核查表》应归入病历中保管，非住院患者《手术安全核查表》由手术室负责保存一年。

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

(十)、医疗管理职能部门应加强对本院手术安全核查制度实施情况的监督与管理，提出持续改进的措施并加以落实。

三十七、手术部位识别标示制度与工作流程

为了确保手术患者的医疗安全 防止手术过程中患者及手术部位出现识别差错。特制定本制度与流程。

1、涉及有双侧、多重结构手指、脚趾、病灶部位、多平面部位脊柱的手术时对手术侧或部位应做标记。

2、临床医生在医疗活动中要严格执行《术前讨论制度》及《手术过程管理规范》。

3、经治医生在术前要明确手术切口位路、手术方式及手术目的。

4、手术患者在离开病区到手术室前 经治医生必须在即将手术的患者身体切口位路用黑色油彩笔对患者手术部位书写“+”图形体表标识、标示 并与患者或家属共同确认及核对。

5、手术室工作人员到病区接患者时必须查看即将手术患者的身体切口位路是否有黑色油彩笔“+”图形体表标示 若无标示 禁止将患者接到手术室。

6、麻醉医生在为手术患者进行麻醉术前 严格遵守《查对制度》同时必须查看即将手术的患者身体切口位路是否有黑色油彩笔“+”图形体表标示 并查对术前切口标示是否和患者即将的手术部位一致。若无标示或标示与手术部位不一致 麻醉医生拒绝为患者进行麻醉手术直至经治医生标示清楚方可进行麻醉。

手术部位识别、标识工作流程图

三十八、手术风险评估制度及流程

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

1、手术患者都应进行手术风险评估。

2、医生、麻醉师对病人进行手术风险评估时要严格根据病史、体格检查、影像与实验室资料、临床诊断、拟施手术风险与利弊进行综合评估。

3、术前主管医师、麻醉师、巡回护士应对病人按照手术风险评估表内容逐项评估，根据评估的结果与术前讨论制定出安全、合理、有效的手术计划和麻醉方式。必须做好必要的术前知情告知，告知患者或者其委托人手术方案、手术可能面临的风险，并嘱患者或委托人签字。手术风险评估分级超过 NNIS2 级（2 分）时，应及时向科主任请示，请科主任再次评估，必要时可组织院内会诊后再进行评估。

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

5、手术风险评估填写内容及流程

术前 24h 手术医生、麻醉师、巡回护士按照手术风险评估表相应内容对病人进行评估，做出评估后分别在签名栏内签名。由手术医生根据评估内容计算手术风险分级。评估内容如下：

①手术切口清洁程度

手术风险分级标准将手术切口按照清洁程度分为四类：

I 类手术切口（清洁手术）

II 类手术切口（清洁-污染手术）

III 类手术切口（污染手术）

IV类手术切口（感染手术）

②麻醉分级（ASA 分级）

手术风险分级标准中根据患者的临床症状将麻醉分为六级（ASA 分级）。

P1：正常的患者；

P2：患者有轻微的临床症状；

P3：患者有明显的系统临床症状；

P4：患者有轻微的明显系统临床症状，且危及生命；

P5：病情危重，生命难以维持的濒死病人；

P6：脑死亡的患者。

③手术持续时间

手术风险分级标准根据手术的持续时间将患者分为两组：即为“手术在 3 小时内完成组”；“手术超过 3 小时完成组”

属急诊手术在“□”打“√”。

④手术类别由麻醉医师在相应“□”打“√”。

⑤随访：切口愈合与感染情况在患者出院后 24h 内由主管医生填写。

手术风险评估流程：

术前医师按照手术风险评估表

病情评估

→

心理评估

对病人评估，内容包括：

→

↓

评估结束后拟定手术方案

↓

告知患者评估结果及手术方案，嘱患者或委托人签名

↓

评估有疑问或困难，组织会诊并上报医务科

三十九、手术室病理标本管理制度及流程

为了规范病理标本管理，避免各类差错事故的发生，保证准确

及时发出病理报告，根据我院实际情况特制定以下规定。

(一)、手术中取下的标本（不论组织大小），都必须送做病理检查，不得随意丢弃。

(二)、凡需要手术的病员，由手术医生填写好“病理申请单”，连同术后标本一起送达检验科，由检验科工作人员核对无误签收后，方能留下标本。

(三)、凡送检冰冻病理标本，手术医师必须按要求填写冰冻病理申请单，并由手术主刀或一助（特殊情况下可由手术室专职人员）将手术标本给病人家属或委托人确认。然后由手术室专职人员将冰冻标本、病理申请单一同送到检验科。凡需送冰冻检查，临床医师应提前一天通知检验科。

(四)、检验科收到标本后应及时操作检查。病理报告签发时限：

1、冰冻报告一般在收到标本后半小时左右发出临时冰冻报告。如遇特殊情况应及时通知手术室，三天后发出正式冰冻报告。

2、石蜡切片报告在实际收到标本后五个工作日内发出，如遇特殊情况（需做酶标、特染、脱钙等）应及时发出临时报告。

3、细胞学检查：穿刺涂片一般在穿刺后一小时发出报告，如有特殊情况需和病人约定发出报告日期，脱落细胞检查在收到标本后二个工作日内发出报告。

(五)、病理标本检查后至少保留一个月。

(六)、凡违反上述规定者，按性质、后果，责任到人。



四十、患者病情评估和术前讨论管理制度

为了保证医疗质量，保障患者生命安全，使患者从进院开始就能够得到客观科学的评估，医生能够做出详细科学的治疗计划，当病情变化的时候能够及时调整修改治疗方法，使患者得到科学有效的治疗，根据卫健委、卫生厅有关文件精神要求，结合我院实际情况，医院医务科、护理部、门诊部联合制定患者评估管理制度：

1、明确规定对患者进行评估工作由注册的执业医师和护士，或者经医院授权的其他岗位的卫生技术人员实施。

2、医院制定患者评估的项目、重点范围、评估标准与内容、时限要求、记录文件格式、评估操作规范与程序。

3、患者评估的结果需要记录在住院病历中，用于指导对患者的诊疗活动。

4、医院职能部门定期实施检查、考核、评价和监管患者评估工作，对考核结果定期分析，及时反馈，落实整改，保证医疗质量。

5、医师对接诊的每位患者都应进行病情评估。重点加强手术前、麻醉前、急危重患者的病情评估、危重病人营养评估、住院病人再评估、手术后评估、出院前评估。

6、医师对门诊病人进行评估时要严格掌握住院标准，严格按照患者的病情作为制定下一步治疗的依据，严禁将需住院治疗的病人进行门诊观察治疗。假如门诊医生决定需要住院的患者拒绝入院治疗，医生必须做好必要的知情告知，详细告知患者可能面临的风险，并要求患者签字。

7、病人入院后，主管医师应对病人全面情况进行评估，包括病情轻重、急缓、营养状况等做出正确的评估，做出正确的诊断，参照疾病诊治标准，制定出经济、合理、有效的治疗方案并告知患者或者其委托人。

8、对病人在入院后发生的特殊情况的，应及时向上级医生请示，再请科主任共同再次评估。必要时可申请会诊，再集体评估。

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

10、麻醉科手术室实行患者病情评估制度，对手术科室的病人进行风险判断，要求手术科室在术前小结、术前讨论中予以评估，及时调整诊疗方案。

11、手术前实行患者病情评估，术前主管医师应对病人按照手术风险评估表内容逐项评估。

12、对于急危重症患者实行患者病情评估，根据患者病情变化采取定期评估、随机评估两种形式。及时调整治疗方案。

13、临床医生除了对患者的病情进行正确科学的评估，还应该对患者的心理状况作出正确客观的评估，全面衡量患者的心理状况，

对有可能需要作心理辅导的患者进行必要的登记并作记录，随时请心理学科医生给予必要的心理支援。

14、所有的评估结果应告知患者或其病情委托人，病人不能知晓或无法知晓的，必须告知病人委托的家属或其直系亲属。

15、患者评估的结果需要记录在住院病历中，用于指导对患者的诊疗活动。

四十一、重大手术(包括急诊手术)报告审批制度

为降低手术风险保证医疗质量，病情复杂及疑难手术必须实行重大手术报告审批制度。本制度适用于大手术以上类型。

(一)、重、大手术界定及手术权限

重大手术指技术难度大、手术过程复杂、风险度大的各种手术。包括资格准入手术，高度风险手术，新技术新项目、科研手术及其它特殊手术。

科主任或副主任医师及以上职称手术医师方可主持重大手术，包括一般新技术、新项目手术或经主管部门批准的高风险科研项目手术。对资格准入手术，除必须符合上述规定外，手术主持人还必须是已获得相应专项手术的准入资格者，但手术医师的手术权限均不可超出我院的手术权限。

(二)、重大手术审批权限

重大手术审批权限是指对拟施行的重大手术（包括不同情况、不同类别手术）的审批权限。

1、副主任以上医师主持手术，由科主任（正、副主任医师）审批。

2、重大、疑难、致残手术，新开展的大手术由病房主治医师提出报告并填写《重大及疑难手术申报审批单》，科主任签署意见后报医务科，由业务副院长审批后才能手术。

3、一般急诊手术由当班主治医师批准、科主任知情同意，急重症需报科主任（正、副主任医师）批准。

4、审批者应按手术分级标准审批，特殊情况经科主任批准，可将手术分级标准的档次提高或降低。

5、进修、实习医师无手术审批权。

6、未经批准而越级或未按上述规定履行手术审批程序而自行手术者，由手术者个人承担一切责任。

（三）、特殊手术

凡属下列之一的可视作特殊手术：

1、被手术者系外宾、华侨、港、澳、台同胞的；

2、被手术者系特殊保健对象如高级干部、著名专家、学者、知名人士及民主党派负责人；

3、各种原因导致毁容或致残的；

4、可能引起司法纠纷的；

5、同一患者 24 小时内需再次手术的；

6、高风险手术；

7、外院医师来院参加手术者。异地行医必须按执业医师法有关规定执行；

8、大器官移植。

以上手术，须科内讨论，科主任签字报医务科审核，由业务院长或院长审批，由科主任或副主任医师以上人员签发手术通知单。执业医师，异单位，异地行医手术，需按《执业医师法》的要求办理相关审批手续。

此外，在急诊或紧急情况下，为抢救患者生命，经治医师应当机立断，争分夺秒积极抢救，并及时向上级医师和总值班汇报，不得延误抢救时机。

（四）、重、大手术管理要求

1、在急诊手术、探查性手术或非预期的中转手术中，如必须施行超医院手术权限的手术，在不影响病人安全的前提下，应邀请上级医院会诊并电话报请医务科批准后方可进行，术毕一周内补办书面手续。

2、科研项目手术必须征得患者或直系家属同意。

3、超权限手术的审批程序：由科室提出申请，经医院技术委员会讨论同意后，报委员会主任批准。申请批准时需提供以下材料：

①医院相关科室、医护人员学历、职称、资格准入证明、技术开展情况、设备、基础设施条件及日常技术质量考核情况。②近二年本科室医疗事故争议、重大医疗差错、医疗事故发生情况统计。③开展新手术的可行性论证报告。④人员进修学习情况，是否有上级指导医师。⑤其他需要提供的资料。医务科要在接到申请后组织专家进行资料审核、现场考察、评审验收，书面批复。

4、对违反本制度超权限手术的责任人，将追究相关人员的责任，对由此而造成医疗纠纷的，依法追究相应的责任。重、大手术申报审批制度是规范医疗行为，保障医疗安全，维护病人利益的有力措施，各科室必须严格遵照执行。

四十二、手术医师资格准入、手术及有创操作分级管理制度

(一)、为了确保手术及高风险有创操作的安全和质量，加强我院各级医师手术及有创操作管理，根据《医疗机构手术及有创操作分级准入管理暂行办法》，结合我院实际，特制定本制度。

(二)、手术分级：手术及有创操作系指各类开放性手术、腔镜手术及介入治疗(以下统称手术)。依据其技术难度、复杂性和风险度，将手术分为四级：

1、四级手术：技术难度大、手术过程复杂、风险度大的各种手术，新开展的手术及各级科研项目。

2、三级手术：技术难度较大、手术过程较复杂、风险度较大的各种手术。

3、二级手术：技术难度一般、手术过程不复杂、风险度中等的各种手术。

4、一级手术：技术难度较低、手术过程简单、风险度较小的各种手术。

(三)、各级医师手术权限：

1、低年资住院医师(取得相应资格，从事住院医师临床专业岗位三年以内)：在上级医师的临场指导下可开展一丁级手术。

2、高年资住院医师(取得相应资格，从事住院医师临床专业岗位三年以上)：在熟练掌握丁级手术的基础上，在上级医师的临场指

导下可逐步开展二级手术。

3、低年资主治医师（取得相应资格，从事主治医师临床专业岗位三年以内）：在熟练掌握丙级手术的基础上，在上级医师的临场指导下可逐步开展三级手术。

4、高年资主治医师（取得相应资格，从事主治医师临床专业岗位三年以上）：在开展乙级手术的基础上，在上级医师的临场指导下可逐步开展部分三级手术。

5、低年资副主任医师（取得相应资格，从事副主任医师临床专业岗位三年以内）：在熟练掌握三级手术的基础上，在上级医师的临场指导下可开展四级手术。

6、高年资副主任医师及主任医师：可开展四级手术，并根据实际情况开展新技术、新项目手术及科研项目手术。

7、新调入聘任的各级医师独立开展手术前应有高一级的医师带教考核后参照上述原则核定权限。

8、进修医师由科室根据其职称和实际能力经考核后参照上述原则确定手术权限并报医务科批准执行。

9、邀请外院专家会诊手术，或本院医师应邀到外院会诊手术根据卫健委《医师外出会诊暂行规定》执行。

资格准入手术：除符合上述要求外，手术主持者还必须是已获得专项手术准入资格者。

（四）、手术审批权限

1、常规手术

（1）、一级手术由主管的主治医师以上医师审批并签发手术通知单。

（2）、二级手术由科主任审批，高年资主治医师以上医师签发手术通知单。

（3）、三级手术由科主任审批，由副主任医师以上医师报批手术通知单。

（4）、四级手术，由科主任审批，由高年资副主任医师以上医师报批手术通知单。

2、高风险手术是指手术科室科主任（或专业组主任/负责人）认定的，存在高度风险的任何级别的手术。实施此类手术，须经科内讨论，填报《重大及疑难手术申报审批单》或《郎溪县中医院“三新”项目开展申报审批表》，科主任签字同意后报医务科，由医务科负责人及业务副院长审批备案，获准后，手术科室科主任负责签发手术通知单。

3、特殊手术应经科内讨论，由科主任填写《重大及疑难手术申报审批单》报告医务科，由医务科负责人及业务副院长审批备案。获准后，手术科室科主任负责签发手术通知单。

特殊手术包括：①被手术者系持外国或港、澳、台护照的；②被手术者系自治区保健对象；③可能导致毁容或致残的；④脏器摘除或截肢的；⑤已经或预期可能引起司法纠纷的；⑥本院因术后并发症需再次手术的。

4、急诊手术：预期手术的级别在值班医生手术权限级别内时，可通知并施行手术。若属高风险手术或预期手术权限超出值班医师手术权限级别时，应按规定报告上级医师处理，需要时再逐级上报。原则上应由具备实施手术的相应级别的医师主持手术。但在需紧急抢救生命的情况下，在上级医师暂时不能到场主持手术期间，值班医师在不违背上级医师口头指示的前提下，有权、也必须按照具体情况主持其认为合理的抢救手术，不得延误抢救时机。如在急诊手术中如发现实施的手术超出自己的手术权限时，应立即口头上报请示上级医师。

（五）、管理要求

1、各手术科室和各级医师要严格按手术权限开展手术，开展规定范围外手术由科室根据其实际工作能力的水平初定后，按照《郎溪县中医院新技术、新项目准入管理制度》的要求报医院技术委员会审核。

2、各手术科室未按本规范执行的，一经查实，将追究科室负责人的责任，对由此而造成医疗事故的，依法追究相应的责任。明确我院各级医师手术范围，是规范医疗行为，保障医疗安全，维护患

者得益的有效措施，各手术科室，各级医师必须严格遵照执行。

四十三、麻醉医师资格分级授权管理制度

(一)、麻醉与镇痛病人的分类

1、参照美国麻醉医师协会（ASA）病情分级标准：I～V 级 ASA 分级标准：

第一级：病人心、肺、肝、肾、脑、内分泌等重要器官无器质性病变；

第二级：有轻度系统性疾病，但处于功用代偿阶段；

第三级：有明显系统性疾病，功用处于早期失代偿阶段；

第四级：有严重系统性疾病，功用处于失代偿阶段；

第五级：无论手术与否，均难以挽救病人的生命。

2、特殊手术麻醉及操作技术

心脏、大血管手术麻醉，颅内动脉瘤手术麻醉、巨大脑膜瘤手术麻醉，脑干手术麻醉，肾上腺手术麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克病人麻醉，高位颈髓手术麻醉，器官移植手术麻醉，高龄病人麻醉，新生儿麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等。

3、新展开项目、科研手术。

4、参考手术分级标准。

(二)、麻醉与镇痛医师级别

依据其卫生技术资格、受聘技术职务及从事相应技术岗位工作的年限等，规范麻醉医师的级别。所有麻醉医师均应依法取得执业医师资格。

1、住院医师

(1) 低年资住院医师：从事住院医师岗位工作 3 年以内；

(2) 高年资住院医师：从事住院医师岗位工作 3 年以上；

2、主治医师

(1) 低年资主治医师：从事主治医师岗位工作 3 年以内，

(2) 高年资主治医师：从事主治医师岗位工作 3 年以上，

3、副主任医师：

(1) 低年资副主任医师：从事副主任医师岗位任务3年以内。

(2) 高年资副主任医师：从事副主任医师岗位任务3年以上者。

(三)、各级医师麻醉与镇痛权限

1、低年资住院医师

在上级医师指导下可展开ASA分级1~2级病人的麻醉如神经阻滞麻醉、低位椎管内麻醉及部分全麻，气管插管术等。

2、高年资住院医师

在上级医师指导下可展开ASA分级2-3级病人的麻醉、二三级手术麻醉、初步熟悉心脏、大血管手术麻醉，颅内动脉瘤手术麻醉、巨大脑膜瘤手术麻醉，脑干手术麻醉，肾上腺手术麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克病人麻醉，高位颈髓手术麻醉，器官移植手术麻醉，高龄病人麻醉，新生儿麻醉，支气管内麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等。

3、低年资主治医师

可独立开展ASA分级2~3级手术病人的麻醉、二三级手术麻醉、初步掌握心脏、大血管手术麻醉，颅内动脉瘤手术麻醉、巨大脑膜瘤手术麻醉，脑干手术麻醉，肾上腺手术麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克病人麻醉，高位颈髓手术麻醉，器官移植手术麻醉，高龄病人麻醉，新生儿麻醉，支气管内麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等，轮转疼痛门诊。

4、高年资主治医师

可独立开展ASA分级3~4级手术病人的麻醉、三四级手术麻醉、熟练掌握心脏、大血管手术麻醉，颅内动脉瘤手术麻醉、巨大脑膜瘤手术麻醉，脑干手术麻醉，肾上腺手术麻醉，多发严重创伤手术麻醉，休克病人麻醉，高位颈髓手术麻醉，器官移植手术麻醉，高龄病人麻醉，新生儿麻醉，支气管内麻醉，控制性降压，低温麻醉，有创血管穿刺术，心肺脑复苏等，轮转疼痛门诊。

5、低年资副主任医师

可独立开展ASA分级4~5级手术病人的麻醉、四级手术的麻醉，轮转疼痛门诊。

6、高年资副主任医师

指导下级医师操作比较疑难病人的麻醉及处理下级医师麻醉操作意外、疼痛门诊疑难病人诊治等。

7、主任医师

指导各级医师操作比较疑难病人的麻醉及处理各级医师麻醉操作意外、疼痛门诊疑难病人诊治，开展新项目、极高风险手术麻醉等。

（四）、麻醉与镇痛审批程序

科主任审批每例手术的主麻、副麻名单，确保医师级别与手术分类相对应，签字生效。原则上，不同意越级手术。特殊状况下可以同意，但必需保证有上级医师在场指导。

（五）、麻醉与镇痛审批权限

手术审批权限是指对拟施行的不同级别手术以及不同状况、不同类别手术的审批权限。所有手术须由科主任审批，科主任的书面签字应落实在手术通知单的审批经过栏目中。

1、高度风险麻醉

高度风险麻醉是指麻醉科主任认定的存在高度风险的任何级别的手术。须经科内讨论，科主任签字同意后报医务科，由医务科决议自行审批或提交业务副院长审批，获准后，由指定的医师负责实施。

2、急诊手术麻醉

预期手术的麻醉级别在值班医生麻醉权限级别内时，可施行麻醉。若属高风险或预期麻醉超出自己麻醉权限级别时，应紧急向科主任报告。但在需紧急抢救生命的状况下，在上级医师暂时不能到场主持手术麻醉时期，值班医生在不违背医疗原则的前提下，有权、也必需按详细状况主持其以为合理的抢救，不得延误抢救时机。

3、新技术、新项目

一般的新技术、新项目须经科内讨论，同时按照《郎溪县中医院“三新”项目开展申报审批表》的相关程序进行审批备案。

（六）、麻醉医师资格分级授权程序

1、麻醉医师可独立承担麻醉时，或麻醉医师根据前述有关条款需晋级承担上一级麻醉时，应当根据自己的资历、实际技术水平和操作能力等情况，书写述职报告，填写《医院麻醉医师资格准入申请表》（见附件），交本科室主任；

2、科主任组织科内对其技术能力讨论评价考核合格后，提交医务科；

3、医务科复核认定后，提交医院专家委员会讨论通过；

4、医务科备案。

（七）、监督管理

1、医务科（质控办）履行管理、监督、检查职责；

2、按照本制度与程序对手术医师资格分级授权进行准入和动态管理；

3、不定期检查执行情况，其检查结果将纳入医疗质量考核项目中；

4、对违反本规范超权限手术的科室和责任人一经查实，将追究科室负责人的责任，并按照医院《医疗质量控制考核方案》的相关规定处理，由此引发的医疗纠纷，违规人员个人承担相应的法律和经济赔偿责任。

四十四、麻醉恢复室(PACU)工作制度及细则

（一）、麻醉恢复室是麻醉科实施全程管理的重要环节，也是麻醉科重要岗位之一。二级、三级医院都应建立 PACU，其主要工作职责是保证麻醉后病人安全返回病房。

（二）、麻醉科主任负责 PACU 的组织领导工作；白天值班的二线班医师、副班医师和恢复室护士共同承担 PACU 的日常医疗和管理工作（以下简称 PACU 医师和 PACU 护士）。

（三）、全麻病人、硬膜外麻醉平面在 T₈以上及病情不稳定的病人，由责任麻醉医师，手术医师，手术室护士共同护送至 PACU 继续观察。心胸外科，神经外科短时间内不能拔除气管导管的病人原则上不进 PACU，护送回相应病区重症监护病房（ICU）。隔离病人应参照“医院感染管理规范”执行。

(四)、责任麻醉医师、手术室护士应向 PACU 医师和 PACU 护士交班下列内容:

1、麻醉方法、手术名称。

2、麻醉药、肌松药、血管活性药物等术中用药情况。术中出入量(出血量、尿量、补液量、输血量)。

3、术中病情特殊变化及术后可能发生的并发症、防范措施等。

4、交代麻醉、手术后临时医嘱。

(五)、PACU 护士每日上班后须常规检查药品、器械用具和设备。并配制:阿托品 0.1mg/ml, 麻黄素 6 mg/ml, 多巴胺 1 mg/ml。检查室内麻醉机, 呼吸机, 监护仪的运转情况。要求药品齐全, 器械设备功能完好。

(六)、病人进入 PACU 后 PACU 医师与责任麻醉医师共同评估入室病人(神智、循环、呼吸、肌力、脉搏氧)并评分, 观察和施行各项监测并在麻醉记录单记录生命体征, 病人情况发生变化或不稳定, 须及时处理; 如遇病人情况重大变化, 在进行初步处理的同时, 通知责任麻醉医师或科主任指导协同处理。如有他科情况, 即请有关科室医师会诊、处理。

(七)、进入恢复室复苏的病人, 均须在麻醉记录单上写明入室及出室时间, 出室时经 PACU 医师确认符合出室标准(Steward 评分>4 分), 护送病人回病房, 并在麻醉记录单上记录出室时 Steward 评分。若病人入室 2 小时后病情仍不稳定, Steward 评分 $\leq$ 4 分, 又非麻醉原因, 则由 PACU 医师或责任麻醉医师和外科医师共同护送病人回病房或 ICU。

(八)、病情危重或特殊病例则由责任麻醉医师、手术室护士和手术医师共同直接护送病人回相关科室病区 ICU。

(九)、麻醉恢复室下班前一小时, 停止接受病人(周六 12:30 停止接受)。

四十五、麻醉恢复室 PACU 的消毒、隔离制度

1. 每天对 PACU 的地面、治疗桌、抢救车、各种仪器设备清洁。

2. 周六彻底打扫 PACU 的环境卫生, 消毒麻醉恢复室, 每季度做

空气培养。

3.PACU 在对病人做治疗和护理时，使用一次性物品。

4.使用后的一次性医疗用品废弃物由手术室统一回收。

5.凡进入人体无菌组织、器官的医疗器具、导管等必须达到灭菌标准：接触皮肤、黏膜的器具应达到消毒要求。

6.呼吸机的螺纹管、接头等附件以及中心吸氧湿化瓶、中心吸引连接管应一人一用。

7.感染性手术病人在感染手术间进行麻醉复苏后直接送回各病区的隔离病房。

8.PACU 是一个中转站，不准入室探视。

9.PACU 工作人员外出时应更换外出衣和外出鞋。

四十六、病历书写质控管理制度

住院病历和门（急）诊病历根据卫健委、国家中管局《病历书写基本规范》、《中医病历书写基本规范》进行质量管理，确定病历质量等次。

（一）、住院病历三级质控

1、一级质控

（1）、一级质控员：住院医师。

（2）、质控内容：

负责做好本人和本治疗组所有住院病历归档前的质控工作，对本人和本治疗组的病历质量负责；按照病历完整性、及时性、准确性的要求，对本人和本治疗组的病历进行全面的质控，抓好病历质量；在病人出院后立即对病历进行检查，确认达标后在病历首页质控医师栏目签名，然后交与科主任。

2、二级质控

（1）、二级质控员：科主任、护士长。

（2）、质控内容：

①科主任、护士长对本科室的病历质量负责；科主任对本科室质控医师质控过的病历，每月抽查 10 份病历进行复查，把复查的结果报到质控小组。

②所有出院病历须在病人出院后3天内完成二级质控并由科主任移交给护士长，病历移交过程要做好记录；护士长须于病人出院后3天内完成质控并归档至病案室。

3、三级质控

(1)、三级质控员：病案管理委员会。

(2)、质控内容：

①每季度抽查全院归档病历的5%（病历“问题”医师、科主任复查过的病历、死亡病历、疑难病历、重点病人均为重点抽查对象），对照评分标准，查找病案书写缺陷，严格评分，发现问题记录在评分单上。

②每月不定期抽查运行住院病历的及时性与完整性，重点突出三级查房、谈话签字、药物合理使用、中医管理等内容。对检查中发现的缺陷，要求书写医师立即整改。

(二)、门（急）诊病历质控

质控门诊组每月不定期抽查门（急）诊医师的门（急）诊病历书写情况，重点突出中医特色。

四十七、医院病历管理制度

(一)、门(急)诊病历必须有连续的页码，由病员自行保管。急诊留观期间，急诊留观病历由急诊科负责保管。

(二)、病员住院期间，其住院病历由所在病区负责整理、统一保管。病区应将收到的住院病员的检查报告等结果于24小时内归入住院病历。病员出院后的住院病历无讨论、纠纷等特殊原因，病区应于3个工作日内归档。归档病历由病案室负责保管，年限不少于30年。

(三)、急诊留观病历和住院病历分别编号保存。入院病历、入院记录及所有主观病历应标注连续的页码。

(四)、科室必须严格保管病历，严禁病员翻阅病历。严禁隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。

(五)、病历在科室、护理单元、住院处（医保科）和病案室的流通过程中，应严格签收制度。

(六)、住院病历、急诊留观病历因医疗活动或复印、复制等需要带离病区时，应由科室指定专人负责携带和保管。

(七)、病历借阅：

1、除涉及病员实施医疗活动的医务人员及医务科相关人员外，其它任何机构和个人不得擅自借阅病员的住院病历。

2、本院正式医务人员（含有处方权的研究生）一次借阅不得超过20份；合同医生、进修生须经上级医生同意后方可借阅，一次不得超过2份。借阅病历应尽快归还，借阅最长时限不超过5天。科研或职称评定需借阅病历须经科主任和医务科批准，病案室备案并按时追回。

3、借阅者须持正式印章前往病案室借阅，不得他人代借、转借。

4、借阅者应爱护病案，确保病案的完整。丢失病案者将视情给予经济和行政处罚。

5、本院医师调离，转业或其他原因离开本院，归还全部所借病案后方可办理离院手续。

(八)、病历复印（在医务人员按规定时限完成病历后予以提供）：

1、对下列人员和机构复印或复制病历资料的申请应当受理：

(1) 病员本人或其代理人。

(2) 死亡病员近亲属或其代理人。

(3) 保险机构。

2、受理申请时，申请人按照要求应提供有关证明材料：

(1) 申请人为病员本人的，应当提供其有效身份证明。

(2) 申请人为病员代理人的，应当提供病员及其代理人的有效身份证明及代理关系的法定证明材料。

(3) 申请人为死亡病员近亲属的，应当提供病员死亡证明及其近亲属的有效身份证明及近亲属的法定证明材料。

(4) 申请人为死亡病员近亲属代理人的，应当提供病员死亡证明、近亲属及其代理人的有效身份证明、近亲属关系的法定证明材料、代理关系的法定证明材料。

(5) 申请人为保险机构的，应当提供保险合同复印件，承办人

员的有效身份证明，病员本人或者其代理人同意的法定证明材料；病员死亡的，应当提供近亲属或者其代理人同意的法定证明材料。合同或者法律另有规定的除外。

3、公安、司法机关因办理案件，需要查阅、复印或者复制病历资料的，由公安、司法机关向医务科出具采集证明的法定证明及执行公务人员的有效身份证明后方可给予协助办理。

4、可以为申请人复印或者复制的病历资料包括：住院病历的入院记录、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医学影像检查资料、特殊检查（治疗）同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录。

（九）、发生医疗问题争议时，由医务科人员在病员或其有关人员在场的情况下封存病历。封存的病历由病案室负责保管。封存的病历可以是复印件。

四十八、老中医药专家学术经验继承工作管理制度

1、老中医药专家学术经验继承组织管理工作由医院医务科统一负责。

2、继承人每周跟师学习时间不少于 1.5 个工作日，累计不少于 180 个工作日；独立从事临床的时间不少于 2 个工作日，累计不少于 250 个工作日，其中在病房的临床实践累计不少于 40 个工作日；理论学习以自学研修为主，集中授课时间累计不少于 40 个工作日。

3、跟师学习期间必须自觉遵守医院的各项规章制度。

4、尊师重教、团结同事，在带教老师的指导下按质按量完成学习任务，达到《全国老中医药专家学术经验继承工作实施方案》中第四条教学任务规定。

5、学习期间如需请假，必须报请医务科批准。对有特殊原因，中断学习时间在六个月内的，经当地中医药行政管理部门批准；超过六个月的，协议自行终止，停止学习。

6、医务科定期会同指导老师对继承人进行考核，对平时考核不合格者，提出警告；对阶段考核不合格者，上报卫生厅主管部门，建议取消学习资格。

四十九、重点专科专病管理制度

为了加强医院重点专科（专病）建设，充分发挥中医药的特色和优势，提高医院医疗服务水平，促进医院可持续发展，根据《国务院关于扶持和促进中医药事业发展的若干意见》和《安徽省中医药“三名”（名院、名科、名医）工程实施方案》，特制定本制度。

1、在分管院长的领导下，医务科对重点专科建设进行具体管理。各重点专科成立以科主任为组长的专科建设小组，具体负责本重点专科建设的日常管理工作，负责接受医院和上级有关部门的评审考核。

2、申报：重点专科专病名称以卫健委和国家中医药管理局颁布的诊疗科目为标准。按照省市卫生行政管理部门的要求，由医务科具体组织医院重点专科（专病）的申报工作，填写《重点专科（专病）申请表》及附件上报；

3、建设：重点中医药专科（专病）建设周期为3-5年，从上级卫生行政部门行文之日算起。重点专科建设实行分级管理和目标管理，实施项目负责人负责制度，重点中医药专科（专病）建设的项目，要按照《重点中医药专科（专病）标准》的要求做好重点专科（专病）的建设规划和年度实施计划，严格按照建设计划切实开展建设工作，必须完成省、市卫生行政部门和医院下达的医疗、科研、教学等方面的指令性工作任务及其他任务。每年年底进行总结和评估，接受上级部门的督查；上级卫生行政部门和医院筹集一定经费，用于重点专科（专病）建设。专项经费主要用于诊疗规范研究、人员培训、学术交流与协作、适宜技术引进与推广、设备添置等。

4、验收：专科专病建设周期满后，重点中医专科（专病）可根据《重点中医专科（专病）建设标准》先行自查，按专科专病建设要求，报送专科专病建设验收资料，并接受上级卫生主管部门的验收。

5、奖惩：凡申请获得国家、省、市级专科专病，经上级卫生主管部门验收合格的重点专科专病，医院按照《郎溪县中医院科技和中医药文化创新奖励办法》予以奖励，并在年终评优、奖金、晋升

等方面予以优先；医院每年对重点专科专病进行一次检查考核，对未达标的重点专科专病项目负责人予以约谈；凡因人为因素造成重点专科专病未能验收合格者，医院将予以通报批评，取消项目负责人再次申报重点专科专病的资格，医院有权视情况按一定比例从该科室收回所投入的重点专科专病建设的专项资金。

五十、放射科工作制度

1、各项X线检查，须由临床医师详细填写申请单。急诊病人随到随检。各种特殊造影像检查，应事先预约。

2、重要摄片由医师和技术员共同确定投照技术。特检摄片和重要摄片，等观察湿片合格后方嘱病人离开。

3、重危或做特殊造影的病人，必要时由医师携带急救药品陪同检查，对不宜搬动的病人应到床旁检查。

4、X线诊断要密切结合临床、进修或实习医师写的诊断报告，应经上级医师签名。

5、X线片和录盘是医院工作的原始记录，对医疗、教学、科研都有重要作用。全部X线片和录盘都应由放射科登记，归档、统一保管，借阅照片要填写借片单、并有经治医师签名负责，院外借片，除经医务科批准外，应按一定手续，以保证归还。

6、每天集体阅片，经常研究诊断和投照技术，解决疑难问题，不断提高工作质量。

7、严格遵守操作规程，做好防护工作，工作人员要定期进行健康检查，并要统一安排休假。

8、注意用电安全、严防差错事故。X线机应指定专人保养，定期进行检修。

五十一、放射科集体读片制度

为了提高整个科室医疗质量和技术水平，特实行集体读片制度。

1、诊断组

①每日读片由主任医师、副主任医师、主治医师主持，值班者负责宣读病史和临床检查结果。

②由前一天值班者将当天的摄片和造影整理好，从中选出5—10

较疑难或富有教学价值的影像资料进行阅读。

③每日早晨八时交班后开始，一般在一小时内读完，除胃肠班外诊断组同志一律参加，不得迟到、早退。

④为了配合进修、实习人员的教学工作，可由住院总医师或主治医师根据当日读片内容有系统地、有计划地出1—2道讨论题，供大家讨论发言。

⑤读片时，除明确诊断外，对于技术上的一些差错、缺点也应进行检查。

2、技术组

①每日读片由副主任技师、主管技师及住院总医师主持。

②读片内容：当日白班上午的所有摄片和前一天的造影片。

③每天下午四时开始，行政班、当班者必须参加，暗室及划价处的同志其中一人参加。暗室人员每周必须参加两次，一般安排在星期三、五。

④读片时，应评出甲片率，说明乙、丙片的原因，提出改进的具体方法，做好记录。

⑤每天或定期讲解一个部位摄影及技术操作。

五十二、放射科追踪读片制度

1、由住院总医师或主治医师负责选择病例，并随访追查手术病理结果。

2、每月或定期组织全科工作人员集体讨论。

3、读片会由主任医师或副主任医师负责主持，并根据读片内容提出1—2个具体问题，让大家回答，共同提高。

4、每次读片会都要有记录。

五十三、放射科会诊制度

1、凡遇疑难病例，应及时申请会诊。

2、科间会诊：由科内总住院医师提出，填写申请单，经科主任签字同意，上报医务科申请日期、地点完成。

3、急诊会诊：值班医师或/和湿片报告医师需会诊者，需立即报告科主任或/和上级医师，经同意后被邀请的科内或科外人员，必

须随请随到。

4、院内会诊：凡院内各科邀请本科有关医师会诊，必须于会诊前一日将会诊单送到我科或有关工作人员，被邀请人员必须按时参加。

5、院外会诊：本科一时不能确诊的疑难病例或/和介入放射技术应用需要院外教授专家会诊者，必须与医务科联系，确定会诊时间、人员，经医务科同意后方可实施。

6、外出会诊：凡科内人员外出会诊，必须由科主任同意，到医务科办理有关手续，否则，一切后果自负。

五十四、CT 室工作制度

(一)、CT 机房管理：CT 是高度精密的大型设备，必须实行严格的管理制度

1、保持恒温($20^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$)，恒湿(40—60%)，温、湿度及电源不符合要求时应立即停机，采取有效措施。

2、保持良好的清洁度，定时清洁地面及机器，工作人员及病人进入机房应换本室专用拖鞋或鞋套。机房内不准堆放杂物，室内物品应放置整齐。

3、医、技人员使用机器前要熟悉其使用方法，严格执行操作规程。其它人员未经许可不得操作机器，发现机器异常情况应立即报告维修人员，并做记录。

4、维修人员要做到每日晨检查，每周小检修，每月大检修。

5、工作人员应严守工作岗位，认真负责，认真填写工作日志。

6、非 CT 室工作人员不能随意进入 CT 室，重症患者可由一名家属或医务人员陪同进入机房，以免发生意外，陪同人员应佩带铅围裙以避免不必要的射线曝射。

7、CT 室内应备齐急救药品和器械

(二)、CT 室预约登记工作制度

1、预约患者时审查申请单的填写是否符合要求，不符合者应补填清楚。

2、注意轻重缓急，急症和住院患者应提前安排，特别是急诊患

者应尽可能立即检查。

3、发给患者预约单并说明注意事项。

4、询问有无过敏史，解释增强扫描的目的，征得患者或家属同意履行签字手续。

5、向患者及其家属解释 CT 扫描有关事项，并耐心回答问询。

(三)、医、护、技各组工作人员主要职责

1、医师组

(1)、接诊医师应认真阅读申请单，了解临床资料和要求以决定：

①扫描部位和范围。②扫描体位。③扫描层厚和间隔。④注射或口服造影剂方法和剂量，是否要放置阴道栓等。⑤必要时补问病史及了解其他资料，根据病情制定检查方案。

(2)、与操作人员密切配合，圆满地完成当日扫描检查并指导扫描。

(3)、及时完成急诊患者的扫描检查，并向临床医师报告结果。

(4)、书写 CT 检查报告，必须由上级医师审核签名方可发出，有疑问者要复上机观察。

(5)、有异常发现的病例要进行登记并定期随诊，总结经验，不断提高诊断水平。

(6)、如遇对造影剂有毒，副反应或过敏的患者，要全面负责抢救工作，并及时报告上级医师及请有关科室共同抢救。

2、技术组

(1)、负责扫描及暗室冲洗胶片工作。

(2)、扫描前向患者解释扫描方法，训练患者按指令摒气，使患者合作完成检查。

(3)、注意摆位及掌握不同体位，层厚的扫描条件以便获得良好的图像，发现异常或不满意时应和扫描医师商议改变层厚，间距或体层。

(4)、扫描结束后向患者说明取结果日期，按要求填写扫描记录单。

(5)、增强扫描要注意观察患者，发现不良反应要及时作应急处理，立即报告医师，积极参加抢救工作。

(6)、保证照片质量，发给病人的照片要符合诊断要求。

(7)、遇有困难问题要请示技术组长或接诊医师。

五十五、CT 诊断报告书写制度

1、每日读片前，值班医师应负责整理，核对好当日所有的 CT 片。

2、急诊报告，由值班医师在半小时内发出，其余报告发出时间最迟不得超过 24 小时。

3、书写报告前仔细阅片，注意细微征象，密切结合临床、病史；复诊病人要与老片对比，必要时要亲自检查病人。

4、报告应以集体读片意见为诊断结果，不得各行其是，但可保留自己的看法。

5、写报告必须严肃认真，注意整洁，字迹要工整，不得草率从事，涂涂改改。

五十六、磁共振机房管理制度

1、扫描仪为高度精密设备，机房应保持适当的温度(16—22℃)，湿度(40—60%)和良好的清洁度。应定时对机房、操作室及计算机室吸尘。

2、非本室工作人员不得进入机房，包括操作室和磁体房。凡须进入操作室和磁体房的人员必须穿工作服，并换拖鞋才能入内。

3、机器在操作人员使用 MRI（磁共振成像）扫描仪及其附件设备时，应首先熟悉机器的使用方法，严格执行操作规程，发现问题应及时通知维修人员，不得擅自动机器。

4、每日应认真填写工作日志，记录机器运转情况。机器出现故障时，应及时记录，并通知维修人员。

5、要保持供给 MRI 扫描仪的电源稳定，配备专门配电室和稳压器，最好能使用不间断电源(UPS)，如遇停电，应立即关机，以防计算机损坏。

6、开机和关机应由专人负责，并应将机器动转情况记录在案，

夏季如遇空调机不能保持机房温度时，应及时停机。

7、每日在开机前应有专人负责检查记录液氮在机内的存贮量。如液氮量低达60%，应停止使用，并采取消磁措施，以防失超。

8、扫描仪如发生失超，医技人员应迅速将病人撤离，打开一切风装置，并立即通知维修人员以防止失超的进一步发展。

9、严格禁止携带金属物品进行磁场，以免伤人和损坏机器。如有较大金属物吸入磁场不能拔出时，不要试图自己拔除吸入物体，应立即通知维修人员。

10、要保持机房内的整洁，每日工作结束时，应将磁带、记录本、凳椅放归原处，并做好第二天的准备工作。

五十七、放射科防护制度

1、放射科安装X线机，必须按照国家规定设计出机房面积，控制室防护及墙壁、门窗防护方案，经防疫站审批后，方能施工安装，安装后，经防疫站测试合格颁发许可证后方可投入使用。

2、操作人员曝光时，应在控制室内操作，如需要在机房内操作者，必须穿铅衣，必要时戴铅手套，防止射线损伤。

3、曝光时，注意病人防护，尽量缩小视野特别应注意病人生殖腺等敏感部位的防护，尽量减少病人曝光量。

4、注意周围人员的防护，曝光时一定要关好机房铅门，防止射线对其他人员的损伤。

5、床边拍片时，工作人员必须穿铅衣，尽可能远离射线源并注意周围其他病人的防护。

6、进入机房的其它人员，曝光时应离开机房，必须留在机房者，需穿铅衣，并尽可能远离射线源。

7、工作人员每季度定期进行一次化验检查血象，低于正常者需暂停接触射线的工作，改换其他工作，待恢复正常后再恢复机器操作，如复查仍不正常者，按国家有关规定治疗，休息。

8、体检资料由个人妥善保存，不正常项目及休息治疗情况，由科室统一登记保管。

9、本科设防护监督员一名，不定期检查上述措施落实情况，定

期向科主任汇报。

五十八、检验科工作制度

1、本科工作人员必须严格执行岗位责任制和各项规章制度、技术操作规程；对检验结果加强查对、复查、审查，以防发生差错事故。

2、收集/接收标本时严格执行查对制度，不符合要求的应重新采集/拒收，并做好登记工作；不能立即检验的标本，要妥善保管。

3、检验方法严格按照《临床检验操作规程》(最新版)和各室制定的 SOP 文件操作，不得擅自更改；若有方法学更新、改进及创新，经组长审核、采纳并报科主任或分管主任批准后方可使用。

4、为了确保检验质量，要定期校正仪器、鉴定试剂；建立健全质量控制制度，做好室内质量控制，并积极参加室间质量评价活动。

5、认真填写检验结果，作好登记，双签名或盖章；若检验结果与临床诊断不符合或可疑时，应主动联系，重新复查；发现检验目的以外的阳性结果应主动报告；院外检验报告，应由主任审签。

6、检验完毕，应认真核对所检标本、检验结果与病人姓名是否一致，无误后方可填写检验报告单，并做好记录工作；审核过的报告单，应由专人放入消毒柜，每日下午进行集中消毒处理后，负责送往各临床科室并签收。

7、提供 24 小时急诊检验服务。值班人员接到急诊标本后，应按规定及时处理标本，临检项目 ≤ 30 分钟出报告，生化、免疫项目 ≤ 2 小时出报告，并将检测结果报告临床医生，不能及时报告的检验标本，应在接受标本时告知送检人。

8、普通检验一般应于当日上午 11:00 左右时发送报告；检验结果报告时间：临检常规项目 ≤ 30 分钟，生化、免疫常规项目 ≤ 1 个工作日出报告，微生物常规项目 ≤ 4 个工作日。

9、对所有医疗纠纷，实验过程中出现差错、事故均应认真登记、讨论，追究相关责任人，并报表上交医务科。

10、密切配合医教科研工作，学习使用国内外新技术、新方法，不断改进检验方法。

11、对进修、实习生要有进修、实习计划，安排专人带教，定期检查、考核。带教老师要身教重于言教，以身作则，严格要求。

12、试剂订购由各专业实验室负责人根据实际需要提出意见或申请，经科主任同意后，统一报医院采购。

13、建立健全医院感染和生物安全管理制度；突发事件按照检验科应急预案处理；实验室产生的医疗废弃物和生活垃圾按照院医疗废弃物管理规定处理。

14、建立健全安全管理体系，实行安全事故行政责任追究制；菌种、毒种和剧毒、易燃、易爆、强酸、强碱等试剂及精密贵重仪器，由专人管理使用，作好消耗登记，定期检查。

15、全科整洁卫生工作实行分室包干，责任到室、到人；科内卫生情况由专人监督，科主任定期检查。

16、值班人员坚守岗位，上班前作好准备工作，下班时关好水电，方可离岗。

五十九、检验科实验室安全管理制度

1、临床实验室安全管理的目的；按照国家颁布的法令、法规和单位制订的安全生产工作管理规定，保障工作人员、病人和进入临床实验室人员的安全，保证仪器设备、有毒和易燃、易爆试剂的安全使用，使工作人员在安全的环境和条件下完成日常工作。

2、建立安全管理体系即科室安全生产管理小组，实行安全事故行政责任追究制。

3、对剧毒化学药品，各类菌(毒)株，压力设备和贵重仪器责任到人。进行安全教育和安全督查。

4、电、水、使用的安全：对科室用电总负荷予以测算，并留有余地，防止超负荷。不得随意加粗保险电阻丝，更不能用铁丝代替，以防止电路起火。所有电插座必须安全接地。对大型贵重仪器应根据仪器设备的要求和工作性质配备稳压器和不间断电源。使用电炉时一定要有人看守。使用电高压消毒锅时，一定要遵守操作程序，以防爆炸。使用煤气和液化气时要有人看守，以防燃气外泄发生事故，使用完毕后一定要关好开关。下班前一定要检查水、电、开关，

关好门窗，注意防盗。

5、使用强酸、强碱、腐蚀、有害、易燃、易爆品时，应在适当的环境中正确操作，防止腐蚀、灼伤、中毒、和爆炸等事件的发生。

6、对工作中可能发生的意外事故，如触电、失火、割伤、刺伤、烧伤、中毒等，制定应急处理预案。

7、防火设施各室内保持走廊通道畅通，便于火警时人员安全撤离。应备有足够数量的灭火器和防火箱。

六十、实验室化学危险品管理制度

为进一步加强实验室易燃、易爆物等化学危险品的管理，确保实验人员及他人的生命财产安全，维护正常的实验秩序，切实贯彻国家《危险化学品安全管理条例》，特制定本制度。

1、化学危险品必须储存在专用或储存室内，设专人保管；容器或外包装上有明显标识

2、化学危险品专用仓库，应符合有关安全防火规定，并根据物品种类、性质，设置相应的通风、防爆、防火、防晒、灭火等安全措施

3、化学危险品要分类存放，经常检查，防止因变质、分解造成自燃或爆炸事故

4、储存化学危险品的仓库，严禁吸烟及使用明火，并配备有灭火设施

5、使用化学危险品者必须严格遵守各项安全制度和操作规程，有安全防护措施和用具

6、仪器设备要远离易燃、易爆及腐蚀性物品

7、化学危险品的管理工作由安全负责人责成安全管理员负责，使用时经安全管理员批准。在搬运时，要轻拿轻放，防止震动、撞击、重压、倾倒和摩擦。遇水易发生爆炸、燃烧的化学物品，不准放在潮湿或易积水、漏水的地方

8、受阳光照射易引爆的化学危险品，要存放在阴凉处

9、未经主管领导批准，任何人不得出售或借用易燃、易爆、有毒、有害的化学危险品

10、化学危险品要加强保管，一旦发现缺损或丢失时，要立即向主管领导报告，并同时报院保卫科

11、实验室化学危险品要严格按其安全使用操作规程执行，实验室要采取有效措施，防止危险品的燃烧、爆炸、腐蚀、中毒等情况发生，以防对实验室人员及他人的生命财产造成损失。

六十一、检验科质量管理制度

1、各专业实验室根据省临检的有关规定，开展实验室内质量控制，并制定有关措施。对室内质控应每日有总结，有质控日记，对失控情况有纠正方法，有预防性措施，对于目前尚无完整的室内质控体系的实验室，应积极创造条件，建立室内质量控制体系。

2、各专业实验室必须参加本省的各次室间质控活动，对每次质控评价应有记录。

3、计量仪器(包括分析天平，天平、分光光度计等)应定期校正，每年一次。

4、大型分析仪器必须专人负责，有使用维修记录。

5、商品化的试剂盒的申购由各专业室的组长负责申报，每月一次报科主任审批，不得使用过期，无批准文号的劣质试剂，自配试剂须严格校正后方可使用。

6、各专业实验室必须建立完整的操作程序，并应严格按程序执行。

7、各种检验报告单须严格审核后方可发出。

8、科室在完成室内、室间质量控制体系的同时，应逐步建立全面质量控制体系，对标本的采集，运送，保存等纳入严格的管理之中。每日送检的标本应签收。

9、急诊检验应严格按照急诊制度执行。

六十二、输血管理工作制度

1、严格执行《献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等有关制度和规定。

2、所用血液及血液成分必须全部来自市红十字中心血站。要认真做好血液出入库、校对、领发的手续，有关资料要保存十年。

3、血型鉴定要常规进行 ABO 正反定型及 RH(D) 定型，严格执行血型复检制度，交叉配血试验应同时应用盐水法和不完全抗体检测法。

4、要做到“双核双签”，一人工作时要自己复检一遍后方可发报告。发血时要同取血者严格执行查对制度，确保安全输血。

5、及时协助临床鉴定处理输血不良反应。

6、每月进行有关工作量的各项统计，并上报医务科及相关部门。

六十三、临床用血审核制度

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

1、临床用血申请

(1) 严格掌握输血适应症

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

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

②对慢性患者血红蛋白 < 10 克，可小量分次输血，应采用成份输血。

(2) 履行知情同意程序

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

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

(3) 用血申请

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

2、临床用血量审批及权限

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

(二) 单次用血量在 800~2000ml 的, 由医疗小组组长审签;

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

(四) 急诊用血由坐班医师审批。

3、标本及血液取送

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

4、血液发放与签收

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

(2) 凡血袋有下列情形之一的, 一律不得发出:

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

(3) 血液发出后不准退回。

5、输血前查对

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

(2) 两名医护人员带病历共同到患者床旁核对: 患者姓名、性别、年龄、病案号、科别、床号、血型等, 确认与配血报告相符, 对神志清醒的患者要核对姓名, 对神志不清的患者或儿童患者应得

到家属证实确定无误后，用符合标准的输血器进行输血。

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

6、输血过程观察与记录

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

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

①核对用血申请单、血袋标签、交叉配血试验记录；

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

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

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

⑤如怀疑细菌污染性输血反应，抽取血袋中血液做细菌学检验；

⑥尽早检测血常规、尿常规及尿血红蛋白；

⑦必要时，溶血反应发生后 5-7 小时测血清胆红素含量；

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

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

六十四、经血传播疾病控制管理制度

目的：细菌、病毒、寄生虫、螺旋体均可经输血传播，为规范对经血传播疾病管理，保障受血者安全，制定本制度。

1. 贯彻执行《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等法规要求，对输血全过程进行规范化管理。

2. 加强输血法规的教育和输血相关知识的培训，严格掌握输血适应症，提倡科学合理用血。

3. 按照《临床输血技术规范》要求，患者输血前应做好经血传播疾病项目的检测，并保存好相关原始资料。

4. 输血前，医师应执行告知制度，说明可能发生的经血传播疾病，并在《输血治疗同意书》上签字。

5. 对输血前经血传播疾病项目的检测为阳性结果者，应及时告知患者和亲属，检测结果和对患者的谈话内容、时间、患者或其亲属签名等并记录在病历中。

6. 经血传播疾病的登记、调查、和报告：

(1) 当出现或怀疑输血感染病例时，经治医师应及时向科主任或负责人报告，并及时书面报告医院感染管理部门和检验科（血库）。

(2) 业务主管部门在接到报告后组织医院感染管理部门和检验科（血库）及时进行流行病学调查处理，分析查找原因，做好相关资料的登记，采取有效控制措施。

六十五、输血申报登记和用血报批制度

目的

为规范临床输血申请，保证临床输血安全、合理、有效，依据要求制定本制度。

职责

2.1 临床医师：根据临床表现和实验室检查结果认真评估，确保科学合理用血。

2.2 检验科（血库）工作人员：对《临床输血申请单》进行审核。

3. 输血申请

3.1 常规输血

3.1.1 经治医师应向患者或其亲属说明输血目的、可能的替代方法（如自体输血）、选择的血液品种、输同种异体血的不良反应和经血传播疾病的可能性，征得患者或其亲属同意，并签《输血治疗同意书》归入病历。

3.1.2 无自主意识患者且无亲属签字的紧急输血，以挽救患者生命为原则决定输血治疗，报业务主管部门批准后实施，备案并记入病历。

3.1.3 经治主治医师提出输血申请，逐项填写《临床输血申请单》，按规定报上级医师或科主任核准签名。要求项目填写完整，字迹清晰异辨。

3.1.4 同一患者一天申请备血量少于 800 毫升的，又具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，上级医师核准签发后，方可备血。

同一患者一天申请备血量达到在 800 毫升至 1600 毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，经上级医师审核，科室主任核准签发后，方可备血。

3.1.5 《临床输血申请单》连同受血者血标本，由护理人员或经过培训的授权人员于预定输血日期前送交输血科(血库)备血。

3.1.6 输血科(血库)应对《临床输血申请单》中受血者个人信息、血型、临床诊断、输血指征和目的等进行审核。发现填写内容不正确、不完整，应立即通知临床科室补充或重新填写。输血科(血库)还应审核输血申请是否合理，符合指征者方可按《临床输血申请单》备血和发血；不符合输血指征者，应根据《临床输血咨询服务管理程序》提出合理化建议供经治医师参考。

3.1.7 在门、急诊输血完毕后，对于没有住院治疗的患者，医护人员应将《输血治疗同意书》、《临床输血申请单》、《交叉配血报告单》等资料根据医疗机构的有关规定统一保管。

3.2 特殊情况的输血申请

3.2.1 择期手术的输血申请

(1) 备血量超过 1600ml 时需要履行报批手续，需经检验科(血

库)医师会诊,有科室主任或负责人签名后报医务科批准。

(2)对择期手术用血,应至少在术前一天向检验科(血库)递交申请。若申请少量血(50ml或100ml)、大量输血(超过1600ml)、保存期短的血(7天内)、特殊血液品种如Rh(D)阴性血或冰冻红细胞,至少于输血前2---3天报送检验科(血库),以便向采供血机构预约。

3.2.2 急诊用血的申请

(1)急诊输血时尽快将申请单及血标本送至检验科(血库),并在申请单右上方标明“火急”或“紧急”字样,禁止口头医嘱申请用血。

(2)急诊输血患者应在输血前留取血标本做经血传播疾病指标的检测,准确记录采集血标本的日期及时间,申请单上注明“结果待报”检验结果报告后入病历。

六十六、输血前检验和核对制度

(一)、为了保证输血安全,保障医院和病人双方利益,必须在输血前进行相关检验,严格执行各环节的核对程序,特制定本制度

(二)、输血前血型检验主要包括ABO血型和Rh血型。

1、血库对每份受血者标本均须进行ABO血型正反鉴定和Rh(D)鉴定,交叉配血时须复查献血者和受血者血型,并同时做盐水法和聚凝胺法交叉配血。

2、临床须在输血文书中填写和核对受血者血型。首次入院申请输血患者《临床输血申请单》可不填写血型项,但已经检验血型或输血者,必须将血型填写于住院病历首页,并须在每次输血申请时写明血型,以便相互核实。

(三)、下列标本可送安庆市中心血站鉴定和特殊配血:

- 1、含特殊抗体的受血者,本科无法解决者;
- 2、特殊疾病患者配血。

(四)、按卫健委《临床输血技术规范》要求,经血传播疾病输血前检查指标包括:ALT、HbsAg、Anti-HBs、Anti-HBc、Anti-HCV、Anti-HIV 1/2和梅毒等。它们是预防医院感染、判断输血感染疾病

的重要依据。

1、决定输血治疗前，经治医师应向患者或其家属说明输同种异体血的不良反应和经血传播疾病的可能性，同时告知输血前检查的重要性，征得患者或其家属的同意，并在《输血治疗同意书》上签字。不同意作输血前检查，应嘱其在《输血治疗同意书》备注后写明“本人拒绝做输血前检查，由此而引起的一切后果由本人负责”，并签字。已作输血前检查的请填写结果；

2、在《临床输血申请单》上增加输血前检查“病人签字拒查、已检查待报告和已检查”等选项，请医生填写。已检查结果逐项填写

3、《输血治疗同意书》、检验报告单、配血报告单等原始医学文书保留在病历中

（五）、临床输血前核对

1、取血者与发血者应严格执行“双查双签”制度，共同认真查对受血者姓名、性别、年龄、住院号、科室、病区、床号、血型，献血者条形码号、血型、血量、品种、配血结果、有效期、失效期及血液的外观质量等，以确保输血安全；

2、取血者与发血者应严格检查血液制品和血袋有无：

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

（六）、从血库取走的血液，因强烈震荡、破损、污染、放置时间过长而造成的浪费应由用血科室负责。

（七）、为了保证输血安全，防止意外事故发生，血液从血库取走后，一律不能再退回血库，若有特殊原因不能输血，应提前通知血库。

（八）、血液发出后，供血者和受血者标本放入指定试管架，置2-4℃冰箱，至少保存7天以便查对。

六十七、输血反应和输血感染疾病的登记报告和调查处理制度

输血是临床抢救病人、治疗疾病的重要措施，也是一项风险治疗措施，可能有不良反应发生。如发生输血反应和输血感染等，按本制度登记报告和调查处理。

1、做好输血前的相关检查，把好血液质量关，防止输血传染病的发生，一旦发生输血后相关疾病，即进行登记并上报院医务科，由医院组织专家鉴定并处理。

2、血型鉴定、交叉配血要严格按操作规程进行，杜绝溶血性输血反应的发生。若发生溶血性输血反应，立即终止输血，临床医师先对症处理，并同时留取标本、血袋标本及原配血标本进行鉴定。

3、发生怀疑由细菌污染的血液而引起的输血反应，立即终止输血，同时封存剩余血液，进行相关实验室检测。

4、为了减少发热、过敏反应，应推广成分输血，减少因血浆引起的多种输血反应。

5、一旦发生输血反应，输血护士应及时报告医师及检验（输血）科，并上报院医务科，同时记录反应情况。

6、每次输血完毕，输血护士应将血袋及输血反应回报单送回检验（输血）科。

六十八、超声科工作制度

1、实行院长领导下的科主任负责制，健全科室管理，加强医德医风教育，树立全心全意为人民服务的思想，努力提高诊断质量。

2、坚守工作岗位，不迟到，不早退，按时接诊，维护好程序，不与病人发生争执，廉洁行医，接受监督。

3、严格遵守操作规范，严肃认真，成立质量控制小组，保证检查质量，发现疑难病例应请上级医师复查或由全科会诊并及时与临床医师联系。

4、超声检查须由临床医师详细填写申请单。急诊病人随到随检。（对不宜搬动的病人应到床边检查。各种特殊检查应事先预约。）

5、检查完毕，应及时准确书写、签发诊断报告。急诊病例检查时将结果口头告知主管医师，检查结束后立即书写或打印报告。常

规检查报告 24 小时内完成,疑难病人诊断报告延发时间不超过一天。

6、超声诊断要密切结合临床。进修或实习医生书写的诊断报告应经上级医师签名。

7、所有检查病人均需登记,重点病人应按规定进行详细的记载编号归档,以便复查、追踪随访。

8、经常研究诊断和操作技术,解决疑难问题;定期向临床科室征求意见,不断提高工作质量。与临床合作积极开展新业务。开展新业务、新技术时,科室首先明确其目的、意义及方法,向院医学科申报,经过审批后方可进行。

9、创造良好的环境,保持室内清洁、整洁与安静,严禁在室内吸烟、谈笑、会客,各级人员在工作时间应穿着整洁的工作衣。

10、爱护仪器设备,严格遵守操作规程,保证工作正常运转。检查结束后,关机断电,全面整理室内环境卫生,下班时,关好门窗。注意安全用电,爱护操作仪器并指定专人保养,定期进行检修。

11、全科工作人员应积极参加医疗、科研、教学等工作。互相配合,努力完成各项工作任务。

12、实行 24 小时听(值)班负责制,不得空岗脱岗。

六十九、心电图室工作制度

1、心电图室负责一切住院、门诊、急诊 24 小时心电图检查任务,坚守工作岗位,急诊随叫随到。

2、病员做心电图由医师填写检查申请单,危重、急诊病人优先安排。检查前应详细查阅申请单,核对病员姓名、了解病员准备情况及特殊要求。做各种心电图负荷试验,均需预约并详细交待注意事项,对有一定危险的负荷试验,应严格审核适应症、禁忌症,要求临床医师备抢救药品、器械,按指定日期、时间护送来检查。

3、需作动态心电图检查的病人应由临床医师详细填写申请单包括一般项目、近二周用药情况、临床记录及临床诊断。

4、遵守操作规程,要求图像基线稳定、图形完整。遇有特殊病例须增加导联检查。

5、门诊报告于检查后半小时内发出,住院患者心电图报告当天

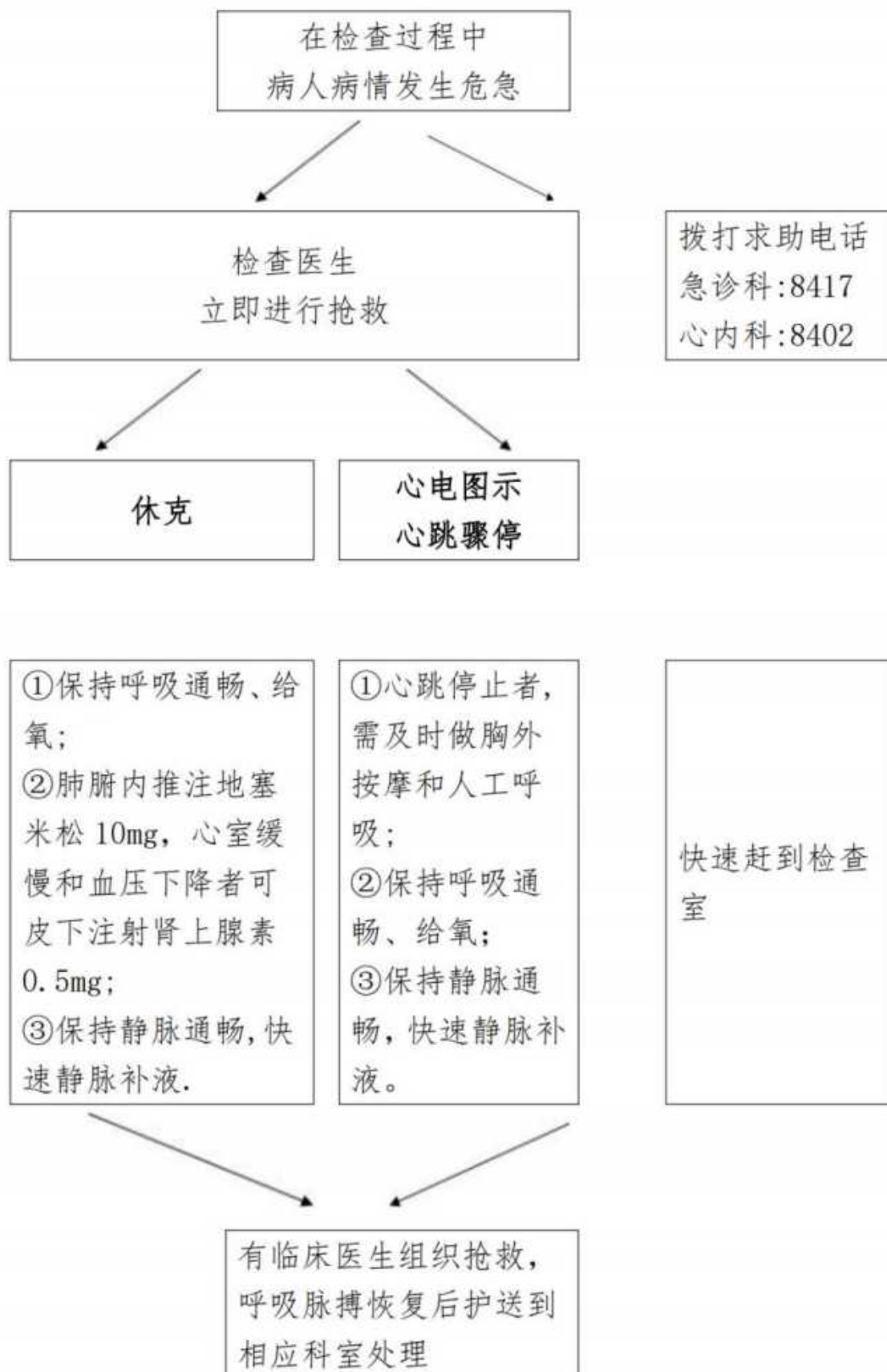
发出，急诊及时报告经治医生。遇有疑难病例，应组织集体讨论或与临床医师共同研究后书写报告，必要时随诊复查。书写检查报告时，应做到对图形认真分析，提高报告准确率。

6、严格遵守操作规程和交接班制度，各种检查记录应妥善管理，建立档案，各种资料须归档统一管理。

7、室内仪器、设备指定专人管理，每月对心电图机进行一次检查调试，并做好使用、维修记录。负责仪器的清洁，一级保养及有关仪器的技术档案、附件等保管，发现故障及时登记报告，请修理人员检修。

8、心电图室应保持整洁，定期清扫、消毒和更换卫生被服。离开科室前检查门窗、水电，切断仪器电源。

心电图室危重病抢救应急流程



七十、内镜室工作制度

1、需作检查的病员，由临床医生开申请单，必要时请有关医师检查同意。

2、检查前后应详细阅读申请单，了解病员是否按要求做好准备。（危重病员检查时，应有医护人员送到床边检查。）

3、需预约时间的检查，应详细交待注意事项；发现有传染病患者，应排于最后检查，检查完毕要严格消毒仪器和用具。

4、及时准确报告检查结果，遇疑难问题应与临床医师联系，共同研究解决。

5、严格遵守操作规程，认真执行医疗器械管理制度，注意安全，定期保养、维修，并对机器进行检测。

6、保管好各种检查记录，建立档案，经过批准和登记手续后才能借出。

7、内镜室操作时谢绝参观，非检查时间不得在室内逗留。

七十一、营养科管理制度

1、临床营养是医疗工作的重要组成部分，医院营养科是行使对住院病人进行营养评价、营养治疗的部门，属于医技科室。

2、二级甲等及以上医院应设营养科，从事临床营养工作的专职营养师与床位比不能少于 1:200。

3、必须严格执行《食品卫生法》、《医疗机构管理条例》等相关法律法规

4、营养科实行科主任负责制，定期讨论在贯彻医院(营养部分)的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件。

5、负责制定“住院病人的各类膳食的适应症和膳食应用原则”，是医院现行的规章制度组成部分。

6、营养科结合医院特点负责制订本医院住院病人膳食种类，并指导、监督营养厨房按照要求保质保量制作、分发治疗膳食，保障食品安全。

7、营养科负责住院病人的营养评价，接受特殊、疑难、重危及

大手术病人的营养会诊，提供各类营养不良/营养失衡病人的营养支持方案，按照《病历书写规范》的要求进行记录。弘扬中医文化，在中医师辨证指导下开展药膳，积极发挥中医药特色。

8、必须牢固树立以病人为中心、为临床服务的理念，确保食品安全。要为糖尿并高血压、高血脂、心脑血管疾并特殊、疑难、重危及大手术患者等提供适合其病情治疗需要的膳食，并进行营养与健康宣传教育服务，在出院时提供膳食营养指导；为临床人员提供临床营养学信息。

9、各类住院病人膳食应包括基本膳食(如普通膳食、半流质膳食、流食)；治疗膳食(如低盐膳食、低脂低胆固醇饮膳食、高蛋白膳食、低蛋白膳食、高膳食纤维膳食、少渣(无渣)膳食、糖尿病膳食、配方膳食)。根据医院收治病种增添治疗膳食种类。必要时参与或承担肠内营养支持工作。

10、由营养科主任负责召集，每月一次由临床营养专业人员和营养厨房的管理人员、厨师长的联席会议，汇报和评估临床营养工作有关各项工作制度执行、协调情况，并有会议记录。

11、参加住院患者座谈会，听取并征求住院病员及家属意见；参加医、护、技联席会议，汇报对诊疗服务流程中存在的缺陷(问题)，提出协调意见。

12、人员资质：

营养师持有卫生行政部门颁发的营养专业技术资格证书。

13、有岗前培训和在职继续教育制度和计划

14、积极创造条件开设营养咨询门诊和开展临床营养的科学研究工作。

七十二、门诊部工作制度

1、在院长领导下，负责做好门诊全面管理工作。

2、经常检查督促各科室工作制度和工作职责执行情况，加强信息反馈，提高服务质量。

3、做好门诊环境管理和秩序管理，达到环境整洁、舒适、安全、工作有序。

4、经常深入科室调查了解各项工作落实情况，进行分析，发现问题及时解决。并及时向院长汇报工作，提出改进工作措施。

5、健全和落实好本部门各项规章制度。

6、建立本部门大事记。

7、严守工作岗位。每日检查开诊情况。

8、加强医德医风建设，搞好门诊病人及社区合同单位满意度调查，进行分析改进工作措施，提高服务水平。

七十三、门诊抢救制度

为使门诊工作有序开展，防范门诊正常诊疗活动中的突发情况发生，杜绝医疗安全隐患，特制定门诊抢救制度。

1、要结合门诊工作特点，制定门诊急救预案。

2、对在门诊诊疗过程中，发现患有病情变化，要及早识别、及早处理，并转送急诊科诊治。

3、各专科要加强对本科突发病情的应急处置知识的学习和演练。

4、门诊配备的抢救药品、设施等，需放在指定位置，必要时做标记，任何情况下不得挪作他用或外借。

5、门诊配备的抢救药品、设施在使用后，消耗部分应及时补充，放回原处，以备再用，要定期查对，保证设施及药品等完好。

七十四、门诊病历书写制度

1. 门诊病历记录应用钢笔或水珠笔书写，文字力求通顺、完整、简练、准确，字迹清楚、整洁，不得涂改、剪贴，要签全名。

2. 病历一律用中文书写，诊断、手术应按照疾病和手术分类名称填写。

3. 门诊病历的书写要求

(1)要简明扼要。要“五有一签名”，即主诉、病史、检查、诊断或印象诊断、处理、签全名。

(2)复诊病人应重点记述前次就诊后各项诊疗结果和病情演变，体检可有所侧重，对上次的阳性体征应重复检查，并注意新的体征，补充必要的辅助检查和特殊检查。间隔时间过久或与前次不同病种的复诊病员，书写要求同初诊。

(3) 每次诊查，均应填写日期。急诊病历注明时间，法定传染病应注明疫情

报告情况。

(4) 请求他科会诊，应将请求会诊目的及本科初步诊断在病历上填写清楚。

(5) 被邀请的会诊医师应在病历上填写检查所见、诊断和处理意见并签名。

(6) 门诊病员需要住院检查和治疗时，由医师签写住院证，并在病历上写明住院的原因和初步印象诊断。

(7) 门诊医师对转诊病员应负责填写转诊病历摘要。

4. 病程记录

首次病程记录要详细，包括姓名、性别、年龄、促使本次就诊的主要原因、体格检查、辅助检查、诊断依据、初步诊断、鉴别诊断、诊疗计划。以后的病程记录要重点突出，避免繁琐。应包括以下内容：病情变化；本科及他科会诊医生的病情分析；诊疗意见；特殊检查结果及其判断；诊疗操作的经过情况；特殊治疗的效果及其反应；重要医嘱的更改及其理由；家属及有关人员的反映修正诊断的理由；术前准备、讨论、手术记录，麻醉记录，术后总结等均应详细地填入病程记录内。

5. 转科、转诊或转院的病员，经治医师必须书写较为详细的转诊记录，科主任审查签名。

6. 各种检查报告单应按顺序，标准粘贴，保持整洁。

七十五、门诊诊断证明管理制度

1. 医学诊断证明包括疾病诊断、治疗、出生死亡等证明文件，是重要的法律依据。

2. 出具医学诊断证明书的人员应为在本医疗机构注册的执业医师。医师不得出具与自己执业范围无关或者与执业类别不相符的医学证明文件。

3. 医师必须亲自诊查患者后方可出具医学诊断证明书，医学诊断书应客观、全面，每项诊断都应具备科学的、客观的诊断依据，

并与病历中记载的病情和检查结果相符，主要处理意见也应在病历中记载备查。

4. 医师开具的诊断证明书、休假证明，日期应填写就诊当日，当日盖章有效。原则上，急诊开具病假时间一般不超过3天，门诊不超过1周，慢性病不超过2周，特殊情况不超过1个月。

5. 门诊医师为门诊病人开具疾病诊断证明书必须有本院相应的检查报告，诊断明确、依据充分，并在门诊病历中做相应的记录。加盖公章时须持门诊病历及相关辅助检查，在病休时间内有效，过期不予盖章，不补开病体证明。

6. 诊断证明、休假证明只证明病人疾病诊断和是否需要病休以及时间或医疗建议，不得出现疗养、免夜班等非临床医学治疗内容，不应提及与医疗不相关的其他处理意见。

7. 医师只能出具在本医疗机构死亡患者的死亡证明文件，医师未经特殊授权不得出具劳动能力、伤残程度及职业病等专用诊断证明文件。凡涉及司法办案需要的证明，以及用于因病退休、伤害、残疾、工伤、劳动鉴定、保险索赔、办理低保、生育二胎等特殊诊断证明，由当事人或家属持公检法、交通管理、劳动保障等相关部門的介绍信，经医院管理部门审核后，由相应科室医师按照相关规定开具诊断证明。

8. 诊断证明书应加盖医院专用印章方为有效，负责加盖公章的部门应严格按照规定对诊断证明审核、把关、登记、保存。

9. 医学诊断证明严禁涂改、伪造、弄虚作假，开具诊断证明的医师须承担相应的法律责任。

七十六、换药室工作制度

1、严格执行无菌管理制度，无关人员不得入内。

2、一切换药物品需保持无菌(固定敷料除外)，每日更换一次，并注明灭菌日期。超过一周者，重新灭菌。灭菌溶液(生理盐水和呋喃西林等)超过三天，要更换。

3、器械浸泡液每周更换二次。

4、对清洁和污染伤口，要分先后，并在固定位置处理。

5、特殊感染不得在换药室处理。

6、换药物品每周大消毒一次，室内消毒每日一次，每月做一次细菌培养。

七十七、急诊科工作制度

1、急诊科 24 小时开诊，随时应诊，节假日照常接诊。工作人员必须明确急救工作的性质、任务，严格执行首诊负责制和抢救规则、程序、职责、制度及技术操作常规，掌握急救医学理论和抢救技术，实施急救措施以及抢救制度，分诊制度，交接班制度、查对制度、治疗护理制度、观察室工作制度、监护室与抢救室工作制度、病历书写制度、查房会诊制度、消毒隔离制度，严格履行各级各类人员职责。

2、值班护士不得离开接诊室。急诊病人就诊时，值班护士应立即通知有关科室值班医师，同时予以一定处置(如测体温、脉搏、血压等)和登记姓名、性别、年龄、住址、来院准确时间、单位等项目。值班医师在接到急诊通知后，必须在 5—10 分钟内接诊病人，进行处理。对拒绝来急诊科诊治病人或接急诊通知后 10 分钟不到的医师，急诊室护士随时通知医务科、门诊部或总值班；与有关科负责人联系，查清原因严肃处理。

3、临床科室应选派技术水平较高的医师担任急诊工作。实习医师和实习护士不得单独值急诊班。进修医师经科主任同意报医务科、门诊部批准，方可参加值班。

4、急诊科各类抢救药品、器材要准备完善，由专人管理，放置固定位置，经常检查，及时补充更新、修理和消毒，保证抢救需要。

5、对急诊病人要有高度的责任心和同情心，及时、正确、敏捷地进行救治，严密观察病情变化，做好各项记录。疑难、危、重症病员应在急诊科就地组织抢救，待病情稳定后再护送病房。对需立即进行手术治疗的病人，应及时送手术室施行手术。急诊医师应向病房或手术医师直接交班。任何科室或个人不得以任何理由或借口拒收急、重、危症病人。

6、急诊病人收入急诊观察室，由急诊医师书写病历，开好医嘱、

急诊护士负责治疗，对急诊病人要密切观察病情变化并做好记录，及时有效地采取治疗措施。观察时间一般不超过 3 天，最多不超过一周。

7、遇重大抢救病员需立即报告医务科、护理部、门诊部，有关领导亲临参加指挥。凡涉及法律纠纷的病员，在积极救治的同时，要积极向有关部门报告。

七十八、急诊绿色通道制度

1、为了发扬救死扶伤的人道主义精神，迅速、及时、有效地抢救急危重病，凡进入急诊科的病员，应无条件进行生命支持抢救。

2、对急危重症患者，需要急诊抢救、急诊住院或急诊手术，开通绿色通道。

3、对绿色通道病员，实行优先抢救、检查和治疗，一切手续由护理员负责办理。如需要会诊，应及时通知会诊科室，会诊医生应在 10 分钟内到场。

4、在急诊科绿色通道病员经急诊抢救后，病情相对稳定，需要住院者，由护理员协助办理住院手续，并由医务人员护送入住，同时做好交接班手续。

5、凡 110 或 120 送入我院的急危重病员，因无家属在场或费用困难，先由 110 或 120 经办人员填写证明，报医务科或总值班及时办理有关手续，医护人员应及时做好费用催交。

七十九、急诊会诊制度

1、如遇需处理的急、危、重症病人，首诊医务人员不得推诿，应争分夺秒采取最基本的抢救措施，然后告知相应科室参与处理，并作交接班记录，书写抢救记录。

2、紧急情况下，急诊科人员可先电话告知要求急会诊，被邀科室在岗医师须于 10 分钟内到达会诊科室，如因病情需要进行多个科室会诊，不在岗被邀会诊医师须在 30 分钟内到达会诊科室，同时要带上本专科所必须的抢救治疗及检查器械设备。特别是遇到涉及多科的危重病人和多发伤病人的抢救，需及时请多科急会诊，要求尽

早赶到配合抢救。待病情有所缓解或事后在会诊单上补写应邀科室的处理意见。

3、不超过 24 小时的留观病人需会诊时，可在急诊病历本上注明“已请××科急会诊”字样，并由观察室值班护士与会诊科室电话联系，接受会诊科室不得推诿，并及时前来会诊。超过 24 小时的留观病人需会诊时，除应书写留观病历，还应填写急会诊单，由观察室值班护士与会诊科室电话联系，被邀会诊科室应尽快确定会诊医师并及时到达急诊科。

4、会诊时，急诊医师应为会诊准备好必要的临床资料，并陪同检查、介绍病情，应邀医师认真填写好会诊记录。

5、会诊后需入院治疗者，接诊或会诊医师开出入院证，值班护士电话联系住院床位。由医生或护士护送入院。

6、应邀参加急诊会诊的医师，应在安排好本科室工作后前去参加会诊；如遇特殊原因不能参加急诊会诊时，应及时委派相应专科资质的医师参加。

八十、急诊观察室工作制度

1、因病情需要，可在急诊科观察室短期观察病人(包括病情复杂难以确诊，需入院诊治而暂时无床又不能转出者)。

2、值班医师和护士，要严密观察病情变化，开好医嘱，及时填写急诊观察病历，随时记录病情和处理经过，认真做好交接班。

3、急诊观察室医师早、晚各查床一次，重症随时查看。主治医师每日查床一次，及时修订诊疗计划。

4、急诊观察室值班护士，要随时主动巡视病人的病情、输液情况，发现病情变化，立即报告医师并及时记录。

八十一、输液室工作制度

1、工作人员要着装整齐，热情接待病员，清除紧张、恐惧情绪。输液(注射)时注意保暖。

2、严格执行查对制度，各种输液应按输液注射单和医嘱执行。

3、对容易引起过敏的药物，输液前必须按规定做过敏试验。

4、输液时及输液后密切观察病员情况，一旦发生过敏或其他注

射反应和意外，应立即采取措施并报告医生。

5、严格执行无菌操作规程，器械要定期消毒和更换。

6、备齐抢救药品、器械，并置于固定位置，定期检查、及时补充和更换。

7、室内要每天消毒，每月采样做细菌培养。

8、严格执行隔离、消毒制度，防止交叉感染。

八十二、感染性疾病科工作制度

1、建立健全各项规章制度，并确保其真正得以落实。

2、定期对科室工作人员进行有关传染病防治知识的培训，培训内容包括传染病防治的法律、法规及专业知识，如流行动态、诊断、治疗、预防、职业暴露的预防和处理等。

3、对科室工作人员定期考核，考核合格后方可上岗。

4、对病人进行传染病甄别，并采取及时、正确的救治措施。

5、认真执行消毒隔离制度。科室布局、分区合理，人流、物流合理，所有物品、区域的标识与标志明确、清楚。保持室内清洁卫生，洁、污物品分开放置。

6、严格按照《医院感染管理规范》和《消毒技术规范》对感染性疾病科的设施、设备、医用物品等进行消毒。工作人员在感染性疾病科工作区采取标准预防措施；医护人员每诊疗、护理一个病人和接触污染物品后，应严格按照手卫生规范及时进行手的清洗和/或消毒；必要时戴手套。感染性疾病科工作人员应为就诊的呼吸道发热病人提供口罩。

7、严格执行《医疗废物管理条例》，认真做好医疗废物的分类收集、登记、转运、处理等工作。

8、认真贯彻执行《传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》，指定专人负责传染病报告工作。感染性疾病科医务人员必须了解、掌握传染病病种及分类、不同传染病的报告时限和内容要求，及时、准确报告传染病。要及时将传染病报告卡和传染病信息报预防保健科或医院总值班室，并与医院感染管理科沟通。必要时，可直接向所在卫生行政部门和疾病预防控制机构报告。对排除传染病

的，要及时修正报告。

9、与疾病预防控制机构密切配合，开展有关传染病的宣传教育工作。

10、医院要为工作人员提供必要的工作条件，配备必要的防护物品，尽量防止和避免职业暴露，一旦发生职业暴露，能立即采取补救措施。

八十三、感染性疾病门诊隔离消毒制度

1、医护人员衣帽整齐，接诊不明原因发热病人、传染病人或疑似传染病人时，应采取隔离措施，戴口罩、手套，穿隔离衣、隔离鞋、隔离裤。

2、医护人员诊治每例病人后，应及时按六步洗手法清洗双手或用快速洗手液擦拭消毒双手。

3、由感染性疾病科门诊护士负责感染性疾病门诊的消毒隔离制度的落实。保持室内外清洁，定时通风，采用湿式清扫，用0.1%含氯消毒液拖地每日2次，空气用紫外线照射消毒每日2次，每次60分钟。物体表面用0.1%含氯消毒液擦拭每日2次。

4、体温表、压舌板等诊疗用品，严格做到一人一用一消毒，诊疗床床单每日更换2次，传染病人用后应及时更换消毒。

5、应保持无菌物品在有效期内使用，严格无菌技术操作。

6、传染病人的呕吐物、排泄物用2%含氯消毒液搅拌混匀2小时后倾倒至厕所，消毒液的使用应大于呕吐物、排泄物量的两倍。

7、尽可能使用一次性使用无菌医疗用品，需重复使用的物品或器具必须用后立即采用0.1%含氯消毒液浸泡30分钟后再清洗、消毒或灭菌。

8、感染管理科每月督导检查感染性疾病消毒隔离制度的落实情况，并进行空气和物体表面微生物学监测。

八十四、传染病诊断及转诊制度

医院实行传染病预检、分诊制度；对疑似传染病病人，应当引导至相对隔离的分诊点进行初诊。

按照国务院卫生行政部门规定的传染病诊断标准和治疗要求，

采取相应措施；对不能确诊的疑似传染病病人应组织医院专家组会诊确认，同时上报市疾控中心，按照规定报告传染病疫情。传染病病人、疑似传染病病人：指根据国务院卫生行政部门发布的《中华人民共和国传染病防治法规定管理的传染病诊断标准》，符合传染病病人和疑似传染病病人诊断标准的人。

按照规定对传染病病人、疑似传染病病人提供医疗救护、现场救援、接诊，对不具备传染病诊疗条件的科室，在发现传染病病人或疑似病例时，要认真、详细地做好登记，按照传染病管理相关规定进行报告，非危重病人转到当地传染病专科医院归口治疗，危重病人先就地抢救，待病情稳定后再转诊到传染病专科医院进一步治疗。

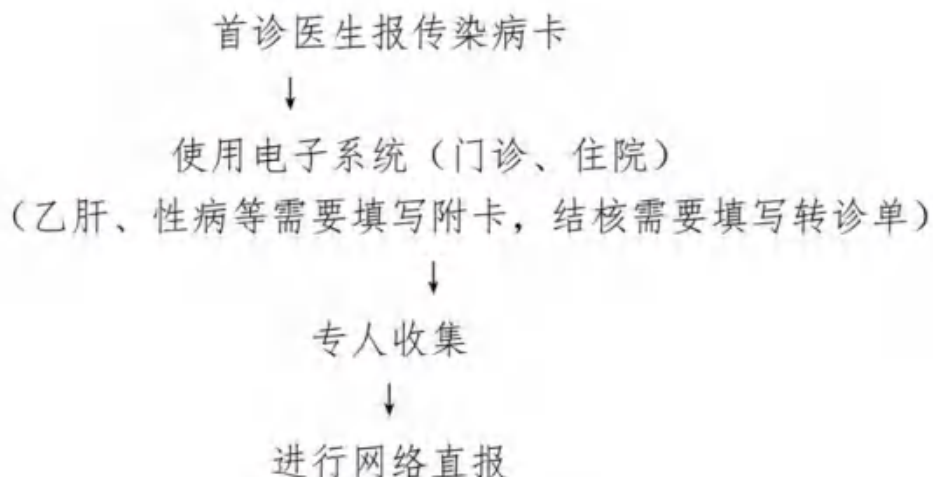
对传染病病人或者疑似传染病病人书写病历记录以及其他有关资料，并妥善保管；不外泄传染病病人、病原携带者、疑似传染病病人、密切接触者涉及个人隐私的有关信息、资料。

对肺结核病人应按相关规定转诊到市人民医院归口治疗，同时填写传染病报告卡和结核病人转诊三联卡。

腹泻门诊开诊时间为每年 5.1--10.31。腹泻病人必须在腹泻门诊就诊，其他科室不得截留病人；儿科和急诊科腹泻病人须有专门腹泻门诊登记本；检验科做好腹泻病人培养结果的登记及反馈。

附：传染病报告流程图

传染病报告流程图



八十五、传染病疫情报告管理制度

依据《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国电子签名法》、《传染病信息报告管理规范(2015年版)》和全国传染病信息报告管理工作技术指南(2016年版)》等法律及规范的要求,制定本制度。

1、医疗机构应成立以院长或分管院长为组长的传染病疫情报告管理领导小组,成员由相关科室业务人员组成,并做到职责分工明确。人员出现变动时,领导小组应及时做出调整。

2、二级及以上医疗机构指定专门业务科室,安排至少2名专人负责传染病疫情信息的收集与报告管理工作;二级以下医疗机构要安排专(兼)职人员负责传染病疫情信息的收集与报告管理工作,并保持工作人员的相对固定,疫情管理人员应每年接受传染病防治法律法规的知识培训,并做到及时更新,切实增强传染病疫情报告意识,熟练掌握传染病诊断、报告标准和流程。

3、节假日(重大节日)应安排人员做好本医疗机构传染病疫情信息的收集与报告管理工作,密切关注传染病疫情动态,保持信息畅通。

4、医疗机构在诊疗过程中发现法定传染病或其它需要报告的传染病时,由首诊医生或其执行职务的医务人员,按规定时限要求,规范填写传染病报告卡,并及时通知疫情报告管理人员。

5、报告病种

(1).法定传染病:共3类41种。

甲类传染病:鼠疫、霍乱。

乙类传染病:新型冠状病毒肺炎、传染性非典型肺炎、艾滋病(艾滋病病毒感染者)、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、流行性乙中脑炎、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H7N9

禽流感、猴痘。

丙类传染病：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。

国家卫生健康委决定列入乙类、丙类传染病管理的其他传染病和按照甲类管理开展应急监测报告的其他传染病，如：新型冠状病毒肺炎。

（2）. 其他传染病。

省级人民政府决定按照乙类、丙类管理的其他地方性传染病和其它暴发、流行、新发或原因不明的传染病。

（3）. 不明原因肺炎病例和不明原因死亡病例等重点监测疾病。

6、疫情管理部门负责本院传染病信息的收集、审核、网络报告、订正、查重、资料备份和质量控制工作。

7、责任疫情报告人发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎等按照甲类管理的传染病人或疑似病人时，或发现其它传染病和不明原因疾病暴发时，应于2小时内将传染病报告卡实施网络报告。

对其它乙、丙类传染病病人、疑似病人和规定报告的传染病病原携带者在诊断后，应于24小时内实施网络报告。

不具备网络直报条件的医疗机构，或具备网络直报条件的报告单位由于停电、设备故障等原因不能实施网络报告时，应及时向属地乡镇卫生院、城市社区卫生服务中心或县（区）级疾病预防控制机构报告，并及时将传染病报告卡报送至代报单位，双方应做好交接记录。

8、传染病疫情管理人员应按规定做好疫情的收集报告工作，至少每月一次开展本院传染病报告管理自查，做好自查记录，并将相关资料妥善保管存档。

9、纸质传染病报告卡及传染病报告记录保存3年。不具备网络直报条件的医疗机构，其传染病报告卡由实施代报单位保存，原诊

断报告单位应进行登记备案。

10、实行传染病报告卡电子化的医疗机构，具备电子签名和时间戳的电子传染病报告卡与纸质文本具有同等法律效力，各份保存期限至少为3年。无电子签名和时间戳的电子传染病报告卡应打印成纸质卡片由首诊医生签名后进行备案保存。

11、实行电子病历的医疗机构，病人就诊登记项目应设置齐全；电子病历系统应具备电子传染病报告卡功能模块，内容应符合传染病报告卡的要求，且具备信息自动推送和生成电子保卡的功能，确保传染病报告的完整性、准确性和及时性。

八十六、传染病培训制度

1、医院疫情管理人员、网络直报人员和有关院科领导要积极参加各种有关传染病知识培训，全面了解有关法律法规及其规章制度。

2、对全院医务人员每年进行二次传染病相关知识培训。

3、新入院的医生和实习生或轮岗的必须进行传染病相关知识培训，经考试合格后，方可上岗。

4、培训内容主要包括：传染病防治法、传染病疫情信息报告管理规范、突发公共卫生应急管理条例等相关法律法规，传染病诊断标准、传染病报告管理技术等。

5、疫情管理人员和网络直报人员每年必须接受上级疾控部门的培训，经考试合格后方可上岗。

6、拒绝参加培训者按有关制度处置。

八十七、传染病信息网络直报账号保密制度

根据《中华人民共和国传染病防治法》及传染病防控工作的新形势，进一步加强全国传染病信息报告管理工作，提高报告质量，依据传染病信息报告管理规范（2015年版）第六条信息系统安全管理条例内容对我院进行管理。

1、信息系统使用人员不得转让或泄漏信息系统操作账号和密码。发现帐号、密码泄漏或被盗用时，应立即采取措施，更改密码，同时向上级疾病控制机构报告。

2、传染病信息报告、管理、使用部门和个人应建立传染病数据

使用的登记和审核制度，不得利用传染病数据从事危害国家安全、社会公共利益和他人合法权益的活动，不得对外泄露传染病病人的个人隐私信息资料。

八十八、传染病疫情报告奖惩制度

为了有效预防、控制和消除传染病的发生与流行，保障人体健康，促进传染病的疫情报告管理，特制定本制度。

按照医院、科室、责任人三级管理制度落实奖惩制度。

全年度传染病疫情报告管理优秀科室给予科室评优优先。

根据传染病检查上报情况对工作突出的个人给予个人评优优先。

科室传染病上报表的完成情况以及完成的准确性与绩效挂钩。

对发现传染病未能及时填卡上报或漏报者根据情节，依据院部指定的责任追究制度进行处理：

凡漏报、迟报，未造成传染病疫情播散、暴发、流行者，谁漏报、迟报，谁负责，扣首诊医生 50 元/例，科室主任负连带责任，扣科主任 50 元。情节严重者，造成疫情播散，根据传染病防治法规定处理，科室主任负连带责任。

对累计漏报、迟报超过 3 例者，除处罚外，还要通报全院，科室主任负连带责任。

凡违反《传染病防治法》规定，未能及时上报传染病疫情，造成传染病暴发、流行且后果严重者，根据《传染病防治法》规定处理：

第六十九条 医疗机构违反本法规定，有下列情形之一的，由县级以上人民政府卫生行政部门责令改正，通报批评，给予警告；造成传染病传播、流行或者其他严重后果的，对负有责任的主管人员和其他直接责任人员，依法给予降级、撤职、开除的处分，并可以依法吊销有关责任人员的执业证书；构成犯罪的，依法追究刑事责任：

未按照规定承担本单位的传染病预防、控制工作、医院感染控制任务和责任区域内的传染病预防工作的。

未按照规定报告传染病疫情，或者隐瞒、谎报、缓报传染病疫

情的。

发现传染病疫情时，未按照规定对传染病病人、疑似传染病病人提供医疗救护、现场救援、接诊、转诊的，或者拒绝接受转诊的。

故意泄露传染病病人、病原携带者、疑似传染病病人、密切接触者涉及个人隐私的有关信息、资料的。

八十九、传染病疫情数据安全管理制度

1、成立网络直报管理小组，直报领导小组由分管院长直接领导，保健科科长负责管理，网络直报员负责具体工作，共同做好院疫情直报和网络安全工作。

2、疫情网络计算机专机专用，坚持保密制度。

3、疫情网络计算机未经上级同意不得连入其它任何网络，禁止随意更改通讯协议和参数。

4、疫情网络计算机发生故障，应首先报分管院长，同时上报市 CDC，由市 CDC 作出是否维修及维修地点，以免泄密。

5、疫情网络计算机不得使用外来软件或来历不明的软件。

6、疫情网络计算机应安装杀毒软件和防火墙，坚持每周杀毒。

7、网络直报信息系统必须每月更改密码，严防泄漏。

8、禁止任何个人和部门非工作性质查阅传染病信息系统相关数据。

9、如单位或个人需查阅传染病相关数据，必须经过分管领导和部门负责人审核通过尚可查阅，查阅时管理员需认真登记查阅者个人信息及查阅内容。

九十、郎溪县中医院传染病自查制度

所有医务人员均为法定传染病疫情责任报告人。

传染病疫情报告工作的督查由“传染病管理小组”监督，分管院长及防保科科长负责。

责任报告人发现传染病时，在诊疗患者的同时应及时、规范填写“传染病报告卡”。

责任报告人发现甲类传染病和按甲类传染病管理的传染病时，要立即电话报告保健科。

防保科疫情管理员每日进行传染病报告卡网络收取，按要求进行网络直报，并及时审核。

每月由分管院长带队，随机抽取医院传染病管理小组成员，查看各科门诊日志及登记本内容填写是否规范。查看是否有传染病漏登、漏报、迟报现象。

抽查放射科及相关科室对结核病报告卡填写及转诊工作的执行情况。

抽查检验科对传染病登记及反馈工作的执行情况。

不定期抽查肠道门诊，检查是否按照“逢泻必登、逢疑必检”的原则进行霍乱弧菌培养和报传染病卡。

防保科须将传染病报告卡和网络直报中存在的问题进行登记上报。

院领导小组根据各科的漏报和传染病报告卡，以及网络直报中存在的问题，按传染病疫情管理奖惩制度进行处置。

第二章 发热门诊工作制度

一、预检分诊医院感染管理制度

一、目的

规范预检分诊管理工作，切实落实《传染病防治法》、《消毒技术规范》、《医院隔离技术规范》等法律法规，确保门诊病人就诊安全。

二、适用范围

本制度适用于预检分诊、门诊、急诊以及住院病区，在门诊、急诊工作的所有工作人员包括门诊医生均应严格执行。

三、具体要求

1. 预检分诊选址符合要求，位置醒目、标识清楚，相对独立且通风良好，不得用导医台代替。在分诊点，设立红外线发热检测仪，张贴告示，引导发热患者到发热门诊就诊。

2. 预检分诊点配备发热病人使用的一次性医用外科口罩、体温表、手消毒液及预检分诊病人基本情况登记本；病情允许时，患者应当戴医用外科口罩；指导患者咳嗽礼仪，在接触呼吸道分泌物后应当使用流动水洗手或者使用手消毒剂消毒双手。

3. 预检分诊台工作人员着装规范，穿工作服、戴工作帽、一次性医用外科口罩，必要时穿隔离衣，口罩每 4 小时更换一次，如出现潮湿、污染等及时更换。

4. 在日常诊疗活动中，应提高对呼吸道传染病诊断及报告意识，主动询问发病前可疑接触史；落实三级分诊：

（1）第 1 级分诊：在医院大门口预检分诊点，入口配备红外线体温检测仪及体温计，监测体温；对发热者，应询问其流行病学史，由分诊人员引导至发热门诊。

（2）第 2 级分诊：门诊和急诊医师接诊患者时应询问患者有无发热；询问其流行病学史；如有发热及流行病学史者，由专人引导患者及其陪同人员，正确配戴医用外科口罩至发热门诊就诊。

(3)第 3 级分诊：在各病区入口处，有专人负责，测量体温、询问流行病学史，及时发现发热病例以及风险区域人员。为患者及其陪同人员发放医用外科口罩，由专人陪送到发热门诊。

(4)落实首诊负责制，医师注意流行病学史询问，避免漏诊，切实做到对呼吸道传染病的早发现、早报告。

5.应当对疑似或确诊患者及时进行隔离，并按照指定路线由专人引导进入隔离病区。

6.医务人员应当严格遵照标准预防的原则进行个人防护。

7.做好诊疗环境的管理，诊疗区域应保持良好的通风并定时清洁消毒。

8.工作人员严格遵守《手卫生规范》落实手卫生。

9.医疗废物按我院《医疗废物管理制度》要求收集、包装、储存、转运。

二、发热门诊工作制度

为有效控制呼吸道传染疾病的传播流行，加强对此类疾病的早期诊断，早期治疗及有效控制与预防，特制定以下工作制度。

1.发热门诊诊治范围

发热（体温 $\geq 37.3^{\circ}\text{C}$ ），伴流感样症状者。

2.发热门诊的设置

发热门诊 24 小时开放，独立设置，与普通门（急）诊隔离。保证污染区、半污染区、清洁区划分，且符合呼吸道传染病的通风要求。诊室、观察室配备相应的消毒药械及隔离防护用品。

3.发热患者预检分诊

接诊护士要对发热患者进行预检分诊扫安康码、行程码，测量体温，询问流行病学史、外出史、接触史（过往 14 天的急性呼吸道疾病接触史）以及临床症状，并登记姓名、年龄、性别、发病日期、家庭地址、联系电话、患者流向等。符合发热门诊诊治范围的，发放一次性防护口罩、手套，分诊到发热门诊接诊。

4.发热患者诊疗要求

发热门诊实行首诊负责制。医师接诊患者后，应按照《传染病

防治法》规定管理的传染病诊断标准以及疾病诊疗常规进行诊断和治疗，做好病史的采集，特别是流行病学史、外出史、接触史，并详细记录。认真书写门诊病历。发现疑似患者，应立即报告院感科及医务科、防保科。需要做相关检查的，由专人引导。

5. 发热门诊消毒隔离

(1) 工作人员进入发热门诊，必须严格按照传染病消毒隔离要求进行，做好自身防护。接触病人前后，要及时洗手或手消毒。穿脱程序符合要求。

(2) 发热门诊工作人员如有发热等不适症状，应立即报告，并及早进行检查和治疗。

(3) 诊断室、留观室必须保证通风良好，保持清洁，做好常规消毒。接诊患者后，应当对其房间的环境和使用的物品进行终末消毒。

(4) 发热门诊产生的所有废物均按医疗废物处置流程执行。

三、发热门诊消毒隔离制度

1、发热门诊位置相对独立，建筑布局合理，标识清楚，工作流程明确。设置独立的诊室、治疗室、隔离留观室、隔离病室等。

2、医务人员进入室内必须穿工作服（或洗手衣），医用隔离服或防护服、戴医用防护口罩、橡胶手套、一次性帽子、一次性鞋套或靴套，必要时戴护目镜或防护面罩。如进行呼吸道标本采集、吸痰等产生气溶胶操作时要佩戴戴护目镜或防护面罩。

3、各区应配备必要的医疗、防护设备和手卫生设施，安装非接触式水龙头。医护人员每诊疗、护理一个病人和接触污染物品后，应严格进行手卫生，必要时戴手套。

4、严格遵循《医院消毒隔离技术规范》，在实施标准预防的基础上，根据病原体传播途径，采取相应的消毒隔离措施，为就诊的呼吸道发热病人提供口罩。

5、发热门诊诊室内要加强开窗通风，每日开窗通风不少于4次，每次不少于1小时；空气消毒机进行空气消毒每天不少于4次，每次1小时，消毒时间与方法参照厂家使用说明。通风良好的病室，

在注意保暖的同时，加强开窗通风。每班至少开窗通风一次，每次不少于 60 分钟；通风不良病室或无法开窗通风时，使用符合国家标准空气消毒机进行空气消毒，每班一次，消毒方法参照厂家说明，适当延长。

6、物体表面、地面应每天清洁消毒 4 次，用含有效氯 1000mg/L 的含氯消毒剂消毒，作用 30 分钟。遇污染时，先去除污染再使用含有效氯 2000mg/L 的含氯消毒剂消毒。用后的抹布、拖布，用 1000mg/L 含氯消毒剂浸泡，作用 30 分钟，清洗干燥后备用。

7、防护眼罩、防护面罩：使用后采用 1000 mg /L 的含氯消毒剂浸泡 30 分钟后，清洗干燥后备用。一次性使用的医疗用品按照感染性医疗废物处置。

8、病人用物处理

尽量使用一次性医疗用品。重复使用的医疗用品，做到专人专用。

(1) 体温计一人一用一消毒，使用后放在 75%酒精或 10000 mg/L 有效氯消毒剂浸泡消毒 30 分钟，清洁后干燥保存；听诊器、血压计使用后用 75%酒精、1000mg/L 的双链季铵盐消毒湿巾或 1000mg/L 含氯消毒剂彻底擦拭消毒，血压计袖带遇污染应进行清洗消毒，晾干备用。

(2) 患者使用的床单、被罩等物品，按感染性织物收集，标识清楚，交洗衣房。洗衣房用 1000mg/L 含有效氯消毒剂浸泡消毒半小时后，专机清洗干燥。

(3) 患者使用后的可复用高度、中度危险物品，用后应当立即用 1000mg/L 的含氯消毒剂浸泡消毒 30 分钟后，密闭包装，做好标识、单独交接，交由消毒供应中心集中处置供应。若可疑接触呼吸道分泌物，用后应当立即用 2000mg/L 的含氯消毒剂浸泡消毒 30 分钟后，再按上述流程与消毒供应中心交接。

(4) 呼吸治疗装置尽可能使用一次性使用物品。呼吸机表面清洁后，用 1000 mg /L 的含氯消毒剂擦拭消毒，遇污染时及时清洁消毒。

(5) 推车、担架等物品使用后清洁消毒，用 1000mg/L 含氯消毒液消毒剂擦拭，作用 30 min 后用清水擦净备用。

9、患者病室及医疗过程中产生的所有废物均应按医疗废物进行处置，执行医院《医疗废物管理制度》，置于双层黄色医疗废物袋中，有效封口，贴上明显标签，外表面可疑污染时需加套医疗废物袋，严防渗漏、专人收集专线密闭转运。

10、终末消毒

病人出院、转院、死亡后，病室必须进行终末消毒。

四、发热患者闭环管理制度

为落实常态化疫情防控有关工作要求，做好发热患者就诊期间的闭环管理，降低院内交叉感染的风险，结合我院实际提出以下工作要求，请贯彻执行。

一、发热门诊发热患者闭环管理要求

1. 预检分诊工作人员发现发热患者，按路线将其引导至发热门诊就诊。

2. 发热门诊就诊的患者在核酸检测结果未出前，均应在发热门诊留观室留观，核酸结果阴性者，方可离开。

3. 发热患者挂号、收费、标本采集、CT 检查、取药、治疗均应在发热门诊完成，发热门诊的护士做好防护，指导患者佩戴好口罩，引导患者开展相关检查。

4. 发热门诊留观患者一律不留陪护。

二、住院发热患者的闭环管理要求

1. 无有效期内核酸检测结果新入院病人，应先安排至发热门诊隔离病房，核酸结果为阴性者转入普通病房。

2. 住院患者住院期间发热时，如无明确的感染原因，应将患者转入隔离病房，对患者及陪护加强管理，限制在病房内活动，并再次进行核酸检测，核酸结果阴性方可转入普通病房，如需要其他检查，尽量做床边检查。

3. 陪护人员出现发热者，引导陪护至发热门诊就诊，新冠核酸结果为阴性者，劝其离开医院，不再陪护，阳性者，在发热门诊进

行隔离，按照相关流程进行报告和处理。要做好发热陪护人员在医院期间的行为管控，如非必须，限制在固定区域内活动。

五、留观病房消毒隔离制度

一、环境物体表面清洁与消毒

1. 遵循原则：严格遵循《医院消毒卫生标准》(GB15982-2012)《普通物体表面消毒剂通用要求》(GB27952-2020)《医疗机构消毒技术规范》(WS/T 367-2016)《医疗机构环境表面清洁与消毒管理规范》(WS/T 512-2012)《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南 3》等文件要求。

2. 感染防控要点

(1) 加强日常环境物体表面清洁和消毒工作，消除污染的环境物体表面的传播隐患。

(2) 按照单元化操作的原则，强化高频接触物体表面的清洁与消毒。

(3) 严格执行医院环境清洁与消毒制度，有明显污染的情况下，应先去污，再实施消毒；消毒液选用 1000mg/L 含氯消毒液或 75%酒精。

(4) 物体表面擦拭宜采用含消毒剂的抹布；地面清洁消毒宜使用超细纤维地布；清洁工具做到分区使用，保持清洁工具清洁与干燥。使用过的或污染的保洁工具未经有效复用处理，不得用于下一个患者区域或诊疗环境，防止发生病原微生物交叉污染。

(5) 预防消毒与随时消毒相结合。有明显污染随时清洁消毒。

3. 终末清洁与消毒

(1) 患者一旦转出，应立即对病房或患者区域进行环境终末清洁与消毒工作，有效阻断病原微生物传播。

(2) 应有序实施以“床单元”为单位的终末清洁与消毒工作，从医用织物到环境物体表面，先清洁、后消毒，从上到下，从相对清洁物体表面到污染物体表面，清除所有污染与垃圾。

(3) 消毒选用 1000mg/L 含氯消毒液；有明显污染时先去污染再消毒。

(4) 必要时可采取强化的终末消毒措施，即在上述清洁与消毒措施基础上，采用过氧乙酸消毒，或紫外线辐照设备消毒。

5. 注意事项

(1) 遵循“五要、六不”原则。“五要”，即：隔离病区要进行定期消毒和终末消毒；医院人员密集场所的环境物体表面要增加消毒频次；高频接触的门把手、电梯按钮等要加强清洁消毒；做好个人卫生。“六不”，即：不对室外环境开展大规模的消毒；不对外环境进行空气消毒；不直接使用消毒剂对人员进行消毒；不在有人条件下对空气使用化学消毒剂消毒；不用戊二醛对环境进行擦拭和喷雾消毒；不使用高浓度的含氯消毒剂进行预防性消毒。合理使用消毒剂，科学规范采取消毒措施，同时避免过度消毒。

(2) 使用合法有效的消毒剂，消毒剂的使用剂量、作用时间和注意事项参考产品使用说明。

(3) 消毒剂对物品有腐蚀作用，特别是对金属腐蚀性很强，对人体也有刺激，配制消毒液、实施环境清洁消毒措施时，应做好个人防护。

二、医用织物的清洁与消毒

1. 遵循原则：应严格遵循《医院医用织物洗涤消毒技术规范》(WS/T 508-2016)的要求。

2. 感染防控要点

(1) 应保持清洁卫生。

(2) 宜使用可水洗的医用织物，可擦拭的床垫。

(3) 留观住院患者应一人一套一更换，床单、被套、枕套至少每周更换1次；遇污染时应及时更换；更换后的医用织物应及时清洁、消毒；枕芯、被褥、床垫应定期清洁、消毒，被血液、体液污染时应及时更换，清洁、消毒。

(4) 医务人员工作服应保持清洁，定时更换，如遇污染应随时更换；专用工作服专区专用，至少每日更换，遇污染应随时更换。

3. 留观患者接触织物的清洁与消毒

(1) 宜使用可水洗的医用织物，可擦拭的床垫。

(2) 当发现有疑似新冠肺炎患者，使用后的床单、被套等立即先用 1000mg/L 的含氯消毒液浸泡 30 分钟，再装入双层专用袋鹅颈结式包扎，并贴有警示标识，密闭转运集中进行消毒、清洗。

(3) 一次性床单等，使用后当作医疗废物处理。

(4) 明显污染且无法清洗的织物可按医疗废物处理。

4. 注意事项

(1) 实施病人单元整理、更换、清洁和消毒时，以及洗衣时应做好个人防护。

(2) 医用织物收集过程避免扬尘和二次污染。

三、室内空气清洁与消毒

1. 感染防控要点

(1) 可选择自然通风或机械通风进行有效空气交换，每次不少于 60 分钟；室内配置人机共存的空气净化消毒机；有人情况下不能使用紫外线灯辐照消毒和化学消毒。

(2) 化学消毒剂消毒应在无人情况下使用，可选择过氧乙酸、含氯消毒剂等消毒剂，使用浓度和作用时间，按产品的使用说明进行。

(3) 中央空调系统的日常管理应按《医院中央空调系统运行管理》要求进行，安全有效使用。

2. 留观患者所处室内空气的清洁与消毒

(1) 当留观病房有留观患者时，在患者离开该环境后，应对患者所处室内环境进行通风与清洁消毒。

(2) 留观患者应单间隔离，并通风良好，采用人机共存的空气消毒机进行空气消毒。无人条件下可用紫外线等对空气进行消毒，用紫外线消毒时，可适当延长照射时间到 1 小时以上。

(3) 终末消毒可使用过氧乙酸等进行空气消毒。

3. 注意事项

(1) 注意诊疗场所的气流组织，应从清洁区域流向污染区域。

(2) 选择的空气消毒设备，应符合国家有关管理规定，并按照使用说明操作和使用。

四、诊疗器械器具和物品清洗与消毒

1. 遵循原则：严格遵循《消毒供应中心第1部分：管理规范》(WS310.1-2016)《消毒供应中心第2部分：清洗消毒及灭菌技术操作规范》(WS310.2-2016)《消毒供应中心第3部分：清洗消毒及灭菌效果监测标准》(WS310.3-2016)《医疗机构消毒技术规范》(WS/T367-2012)和《医院消毒卫生标准》(GB15982-2012)等文件的要求。

2. 感染防控要点

(1) 按照行业标准要求做好复用诊疗器械、器具和物品的收集、清洗、包装、灭菌或消毒、储存、运送的全流程工作，确保复用器械的使用安全。

(2) 应采取集中管理方式，所有复用的诊疗器械、器具和物品由消毒供应中心负责回收、清洗、消毒、灭菌和供应。

(3) 使用后的诊疗器械、器具与物品，在使用部门应先就地预处理，去除肉眼可见污染物，及时送消毒供应中心集中处理；

(4) 血压计、听诊器、输液泵等医疗用品处理同物体表面。

3. 留观患者诊疗器械、器具和物品的清洗与消毒

(1) 可复用诊疗器械、器具和物品，使用后去除可见污染物后立即采用双层专用袋逐层密闭包装，做好标识，密闭运送至消毒供应中心集中进行处理；消毒供应中心可实行先消毒，再处理。

(2) 或使用后立即使用有消毒杀菌的医用清洗剂或1000mg/L含氯消毒剂浸泡30分钟，采用双层专用袋逐层密闭包装，做好标记，密闭运送至消毒供应中心集中进行处理。

(3) 灭菌首选压力蒸汽灭菌，不耐热物品可选择化学消毒剂或低温灭菌设备进行消毒或灭菌。

4. 注意事项

(1) 首选机械清洗、消毒，手工清洗注意个人防护。

(2) 注意医疗器械处理间的环境通风、清洁与消毒。

(3) 防止运送中再污染。

六、转运新型冠状病毒患者救护车的消毒隔离制度

一、目的

规范新型冠状病毒感染/疑似感染转运救护车的消毒、隔离工作，严格落实国家卫生健康委《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》、《传染病急救转运指南》等文件要求，降低发生感染的风险，保障医患安全，特制定该管理制度。

二、范围

本院用于救转运特殊传染病患者用车后的终末清洁消毒；负责急救转运人员均应执行该制度。

三、具体要求

1. 传染病转运救护车应指定地点放置，专职负责管理；
2. 用于转运传染病患者的救护车其驾驶舱与医疗舱应密封隔离，转运救护车及车载医疗设备和担架等专车专用，救护车医疗舱为污染区，驾驶舱应视为半污染区，转运途中尽可能减少对驾驶舱的污染；
3. 转运呼吸道传染病时首选标准负压型救护车，开启负压装置时医疗舱应保持密闭状态，保证负压装置运转良好，无负压车时选用医疗舱通风良好的救护车，关闭车载空调救护车开窗自然通风换气；人员工作是尽量处于上风位置，如患者病情允许，应佩戴外科口罩，采取呼吸道卫生/咳嗽礼仪。
4. 传染病患者与非传染病患者不得同车转运，不同病种的传染病患者不得同车转运，确诊病例和疑似病例分开转运，疑似病例一车一人隔离转运；
5. 转运疑似或确诊传染病患者后，救护车辆及车内设备、污染物品必须消毒后再转运其它患者，途中遇污染随时消毒，每次转运结束后，返回车辆停放在污染车场内进行终末消毒，消毒完毕驶入清洁停车场。
6. 车内配备全套防护用品，消毒剂(84 消毒液，医疗废物盛装容器、利器盒、一次性担架单，纸巾等，随身携带手卫生用品，精密仪器等表面可采用保护膜覆盖等。

7. 尽可能使用一次性用品，可复用物品使用后套双层包装袋，贴上“新冠”标签，放置指定容器，通知消毒供应中心回收消毒、清洁和消毒/灭菌。

8. 转运人员防护要求：

(1) 防护用品配备参照《医院隔离技术规范》(WS/T311-2009) 配备医用乳胶手套、鞋套、医用防护服、医用防护口罩、外科口罩、护目镜（或护目面屏）、隔离衣等。防护用品符合国家有关标准；

(2) 人员防护原则：人员的防护在标准预防基础上，根据传染病的传播途径导致感染的危险程度，采取飞沫隔离、空气隔离、接触隔离的预防措施按需防护，同时严格执行手卫生；

(3) 出诊人员必须配置二级防护，二级防护包括戴一次性工作帽、护目镜/面屏、医用防护口罩、医用防护服或隔离衣、一次性乳胶手套、一次性鞋套。

9. 人员卫生处置与车辆终末消毒

(1) 转运结束后，人员按流程摘防护用品、进行卫生处置。车辆终末消毒：指定专人负责救护车进行终末消毒，选用 1000 mg/L 有效氯消毒溶液进行擦拭消毒，作用 30min。随车人员更换手套后对仪器设备表面采用 75%酒精进行擦拭消毒，作用时间 30 分钟；空气消毒采用紫外线照射/空气消毒机消毒 60 分钟，消毒结束后开窗通风。

(2) 消毒顺序：操作流程见专用转运车清洁消毒流程

(3) 消毒用具处理：使用后的抹布和墩布原则上不作回收，按感染性垃圾处理。

10. 医疗废物管理：医疗废物的处理应遵据《医疗废物条例和医疗卫生机构医疗废物管理办法》进行管理与处置，患者所产生的生活垃圾均属于医疗废物，用双层黄袋盛装，贴上“新冠”交医院暂存点统一处理，不得随意丢弃。

七、新冠病毒核酸样本采集点感控管理制度

为做好新冠病毒核酸样本采集点感控管理，杜绝疾病传播，根据《医疗机构消毒技术规范》、《新型冠状病毒肺炎预防与控制指南

III》等相关要求，制定本制度。

1. 新冠病毒核酸标本采集点工作人员遵从流程管理，不得穿戴防护用品离开工作区域。

2. 工作人员严格根据《医务人员手卫生管理规范》执行手卫生，遵从手卫生时机，严格执行六步洗手法。

3. 标本采集人员防护要求：穿戴工作服、一次性工作帽、手套，防护服/隔离衣、医用防护口罩、防护面罩/护目镜、鞋套。

4. 标本采集后室温放置不超过4小时，应在2-4h内送到实验室。

5. 所有产生的医疗废物分类收集，双层医疗废物包装袋分层封扎，严格交接与记录。产生的医疗废物，应鹅颈结式封口，双层分次封扎，标明“新冠”，单独与转运人员交接及记录。医疗废物交接后，对医疗废物桶及废物收集地点进行消毒。

6. 采集点保持环境清洁，对环境、物表、空气做好清洁消毒工作并做好记录。

7. 重复使用的护目镜等防护用品消毒后，才能再次使用，遇污染，随时消毒与清洁。

8. 按照《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》规定，做好清洁消毒工作。

八、新型冠状病毒疫情期间医疗废物管理制度

一、管理要求

1. 医院成立新型冠状病毒感染的肺炎疫情期期间医疗废物管理领导小组，院长、书记为医疗废物管理第一责任人；产生医疗废物的具体科室负责人和操作人员是直接责任人，全院职工均在其职责范围内承担相应的责任。

2. 按照“下管一级”的原则，层层对医疗废物管理工作进行监督，相关职能部门、科室负责人承担管理责任。

3. 相关职能部门要对照法律法规、规章制度的要求，定期对医院医疗废物管理工作进行检查，并督促整改。

4. 因违反医疗废物管理相关法律法规、规章制度导致恶劣后果的，按照相应的法律法规、规章制度追究并落实责任。

二、医废管理制度

1. 明确分类收集范围

我院发热门诊和隔离病区、核酸采样点及 PCR 实验室产生的废弃物，包括高危患者产生的生活垃圾，均应当按照医疗废物进行分类收集。

2. 规范包装容器

医疗废物专用包装袋、利器盒的外表面应当有警示标识，在盛装医疗废物前，应当进行认真检查，确保其无破损、无渗漏。医疗废物收集桶应为脚踏式并带盖。医疗废物达到包装袋或者利器盒的 3/4 时，应当有效封口，确保封口严密。应当使用至少双层包装袋盛装医疗废物，采用鹅颈结式封口，分层封扎。

3. 做好安全收集

(1) 按照医疗废物类别及时分类收集，确保人员安全，控制感染风险。盛装医疗废物的包装袋和利器盒的外表面被感染性废物污染时，应当增加一层包装袋。分类收集使用后的一次性隔离衣、防护服等物品时，严禁挤压。每个包装袋、利器盒应当粘贴中文标签，标签内容包括：医疗废物产生单位、产生科室、产生日期、类别，并在特别说明中标注“新冠”字样。

(2) 收集及路线：

医疗废物专职转运人员使用专用转运车，不得进入留观病房，按固定转运路线将医废收集至转运车内，表面采用 1000mg/L 的含氯消毒液擦拭消毒。按照规定转运路线将医疗转运至废物暂存点，建立台账与龙铁公司做好交接。

(3) 做好病原体标本处理

应当在产生地点进行压力蒸汽灭菌或者化学消毒处理，然后按照感染性废物收集处理。

(4) 加强医疗废物的转运储存

1) 安全运送管理

在运送医疗废物前，收集人员应当检查包装袋或者利器盒的标识、标签以及封口是否符合要求。工作人员在运送医疗废物时，应

当防止造成医疗废物专用包装袋和利器盒的破损，防止医疗废物直接接触身体，避免医疗废物泄漏和扩散。每次收集运送结束后，对运送工具进行清洁和消毒，含氯消毒液浓度为 1000mg/L，作用 30 分钟。

2) 规范储存交接和暂存点管理

a、医疗废物暂存处应有严密的封闭措施，医废专职转运人员用专用转运箱将医废收集到医废暂存处后，放入专用房间，存放并标识明确、专用桶内、密闭存放。

b、暂存间需严格落实清洁消毒制度，每次转运完毕后对转运箱（车）用 1000mg/L 含氯消毒剂进行擦拭消毒，作用 30 分钟后，用清水冲洗、晾干备用。

c、每日对医疗废物暂存间墙面、地面等物体表面用 1000mg/L 含氯消毒剂擦拭消毒每日至少 2 次，紫外线进行空气消毒 2 次，每次 1 小时，安排专人进行管理，防止非工作人员接触医疗废物。

d、医疗废物产生科室、运送人员、暂存处工作人员以及医疗废物处置单位转运人员之间，要逐层登记交接，并做好相应记录。登记资料保存 3 年。

(5) 医废转运人员职业防护要求

医废转运人员需做好防护，穿工作服、一次性隔离衣/防护服、戴外科口罩、手套，执行手卫生标准，每日测体温并登记，如有异常，报告防保科。

九、发热门诊手卫生管理制度

1. 所有医护人员进入发热门诊须严格按照“七步洗手法”洗净双手，尽可能减少不必要的接触，在每次接触新生儿前使用快速手消毒剂，参观者不得接触新生儿。

2. 新进入发热门诊的工作人员，包括新职工、进修生、实习生等应由护士长或上级医生负责进行首次手卫生的培训。本室内的工作人员定期进行手卫生培训，2~3 个月 1 次，每次 20~30 分钟。每次培训均有专人专本记录培训时间、内容、参加人员及考核情况等。

3. 发热门诊内设置非手触式感应洗手设备，所有洗手池旁配有

抗菌洗手液、抽取式擦手纸巾或手烘干机。

4. 选择合适的快速手消毒剂，确保每位患儿床旁放置1瓶，并注明开瓶日期，有效期根据说明书，一般为90天。定期检查手消毒剂使用情况，及时添加或更换手消毒剂。

5. 当手部有可视污渍或接触血液、体液和分泌物等污染物时，应使用抗菌洗手液在流动水下按照“七步洗手法”洗手。

6. 当手部无可视污染物时可使用快速手消毒剂代替流动水洗手。

7. 医务人员处理隔离患者前，接触血液、体液、分泌物或不完整的皮肤时应先戴一次性手套，再使用手消毒剂。进行侵入性操作时应当戴无菌手套，戴手套前后应当进行手消毒。

8. 加强手卫生执行情况的监督和管理，护士长与病房院感医生，院感护士参与监督。

9. 加强对工作人员卫生手消毒效果的监测。每月定期抽查，并公布细菌菌落总数，对结果异常者应查明原因并制订改进措施，以预防和控制院内感染的发生。

十、发热院感知识培训制度

1. 全科工作人员进行医院感染相关法律法规、医院感染管理相关工作规范和标准、专业技术知识的培训与考核。

2. 医务人员参加预防和控制医院感染相关知识的继续教育课程、学术活动等每年不少于6学时，工勤人员每年不少于3学时，医院感染管理委员会成员应不少于9学时。

3. 对新上岗人员、进修生、实习生进行岗前培训，时间不得少于3学时，考核合格后方可上岗。

4. 医务人员应当掌握与本职工作相关的医院感染预防和控制方面的知识，落实医院感染管理规章制度、工作规范和要求。工勤人员应当掌握有关预防和控制医院感染的基础卫生学和消毒隔离知识，并在工作中正确运用。

5. 科室定期学习无菌技术操作规程，流行病学诊断标准，消毒药械正确使用等相关知识。

从相关报刊、杂志下载有关内容进行感染管理知识宣传。

重点培训内容：

(1) 医生培训内容：

相关疾病流行病学特点、诊断标准、鉴别诊断要点、治疗原则、以及医院感染控制、消毒隔离、个人防护、手卫生和传染病报告要求，新冠疫情期间相关知识培训等。

(2) 护士培训内容：

相关疾病护理要点，以及传染病分诊、各项护理操作、医院感染控制、消毒隔离、个人防护、手卫生，新冠疫情期间相关知识培训等。

(3) 工勤人员培训内容：

①医院清洁、消毒灭菌与隔离的基本知识，消毒剂的选用，手卫生知识；

②医院各类物品表面的消毒和废物分类、转运、储存与处理；

十一、发热门诊感染风险评估制度

一、本制度依据《风险管理原则与实施指南(GB/T24353—2009)》等有关国家标准制定。

二、医院感染风险评估每季度一次，季度初评估，实施过程中每季度应有分析评价。

三、科室的感染风险评估，由科室监控小组成员共同研讨完成，上报院感办。

四、科室感染风险评估，参照院感办制定的《郎溪县中医院感染控制风险评估表》、《各科室重点环节、重点人群、高危因素评估清单》等，结合自身专业特点和科室实际情况进行制定。

五、风险评估包括风险识别、风险分析和风险评价3个步骤。

1. 风险识别：发现、列举和描述风险要素的过程。要素可以包括来源或危险（源）、事件、后果和概率。

2. 风险分析：系统地运用相关信息来确认风险的来源，并对风险进行估计。风险分析能为风险评价、风险处理和风险承受提供一个基础。信息可以包括历史数据、理论分析、基于可靠信息的见解等。

3. 风险评价：将估计后的风险与给定的风险准则对比，来决定风险严重性的过程。风险估计可以考虑成本、收益、利益相关者的关系，以及其他各种风险评估的因素。

十二、环境卫生学及消毒灭菌效果监测与质量持续改进制度

1. 定期对消毒、灭菌效果进行监测，灭菌合格率必须达到 100%，不合格物品不得使用。

2. 监测项目及频次

(1) 医务人员手、物体表面监测：每季度监测一次。新冠疫情期间，根据风险高低，调整环境物表核酸监测频次。

(2) 使用不稳定消毒剂如含氯消毒剂、过氧乙酸等，应现配现用，并在每次配制后进行浓度监测，符合要求后方可使用。

(3) 紫外线灯的监测：分日常监测和灯管辐照强度监测。日常监测是指科室日常使用的监测记录，包含消毒时间、消毒地点、累计时间、灯管清洁等项目。灯管辐照强度每半年监测一次。

(4) 怀疑医院感染暴发与空气、物体表面、医务人员手、消毒剂等污染有关时，应随时对其进行监测，并针对目标微生物进行检测。

3. 不推荐医院常规开展灭菌物品的无菌检查，当流行病学调查怀疑医院感染事件与灭菌物品有关时，进行相应物品的无菌检查。常规监督检查可不进行致病性微生物检测，涉及疑似医院感染暴发、医院感染暴发调查或工作中怀疑微生物污染时，应进行目标微生物的检测。

4. 监测报告单要妥善保存备查。

5. 对监测工作要务求真求实，避免单纯追求合格率而进行造假、走形式，对不合格项目要进行原因分析并制定改进措施，一周内进行整改并重新监测，仍不合格的，立即报告院感办协同科室查找原因、商讨整改方案，直到复测结果达标。

6. 根据院感办每季度对全院环境卫生学及消毒灭菌效果监测资料进行统计、分析的结果，发现问题及时反馈，并提出改进措施，

促进监测质量持续改进。

十三、空气消毒机使用管理制度

1. 科室必须有专人负责空气消毒机的保养和维护。
2. 使用和维护消毒机之前，必须仔细阅读维护与保养说明。
3. 动态或静态使用空气消毒机时，均要求关闭门窗。
4. 空气消毒机进、出风口不应有影响空气循环的遮挡物。
5. 注意室内物品表面卫生，包括器械柜顶部，避免产生二次扬尘。
6. 值班人员检查空气消毒机的使用性能及运行情况，当发现异常时，立即停机断电，及时报修。
7. 空气消毒机不能与水直接接触或冲洗，用湿布擦抹时必须先切断电源。

8. 维护与保养

(1) 每周擦拭清洁机器表面及显示屏，特别注意出、入风口处；检查过滤网，有破损及时更换，有积尘及时清洗。

(2) 每月至少清洗过滤网 1 次，必要时使用中性清洁剂洗涤。当使用场所污染严重时，应增加清洗频次。清洗时根据需要穿戴个人防护用品：如口罩、手套、防水围裙等。

(3) 每半年对空气消毒机进行检查、维护与保养。

(4) 维护保养时应先切断电源，同时做好必要的防护。

(5) 质控人员对空气消毒机的日常使用、消毒记录、维护保养每周检查一次。

十四、紫外线消毒管理制度

1. 适用范围：用于室内空气、物体表面的消毒。

2. 使用要求

(1) 用于消毒的紫外线灯在电压为 220V、环境相对湿度为 60%、温度为 20℃ 时，辐射的 253.7nm 紫外线强度（使用中的强度）应不低于 70uw/m²。

(2) 空气消毒可采用悬吊式或移动式直接照射消毒。灯管吊装

高度一般距地面 1.8~2.2 米。安装紫外线灯的数量为平均 $\geq 1.5\text{w}/\text{m}^3$ ，照射时间 $\geq 30\text{min}$ 。

(3) 紫外线消毒物体表面时，有效距离不超过 1m。

(4) 在使用过程中应保持紫外线灯管表面的清洁，每周用 75% 酒精擦拭一次，发现灯管表面有灰尘、油污时应随时擦拭。

3. 使用方法

(1) 空气消毒：室内无人时使用，关闭门窗，并保持环境清洁干燥，消毒时做好登记，项目包括：消毒地点、消毒时间、累计时间、清洁（更换）灯管、执行人等。

(2) 物体表面消毒：消毒床垫、织物等粗糙表面时，应使照射表面充分暴露于紫外线。有效距离在 1m 以内，照射时间 $\geq 30\text{min}$ ，且两面均应受到照射。

4. 强度监测

监测紫外线灯管辐照强度有两种方法：辐照计和指示卡，选择其一即可。

(1) 辐照计监测法：开启紫外线灯 5min，将调试好的辐照计光盖打开，感光探头置于紫外线灯中央下方垂直 1m 处照射，待仪表数字相对稳定读值即可。

(2) 指示卡监测法：开启紫外线灯 5min，将紫外线强度指示卡色块面朝上放置在灯管中央下方垂直 1m 处照射 1min，立刻将反应色块与标准色块进行比较，记录结果。

(3) 监测结果判定：新灯管 $>90\text{uw}/\text{m}^2$ 为合格；使用中灯管 $>70\text{uw}/\text{m}^2$ 为合格。

5. 注意事项

(1) 不得使紫外线光源照射到人，以免引起损伤。

(2) 用紫外线灯消毒室内空气时，房间内应保持清洁干燥，减少尘埃和水雾，温度低于 20°C 或高于 40°C ，相对湿度大于 60% 时，应适当延长照射时间。

(3) 紫外线杀菌灯的平均寿命应根据产品使用说明书确定。使用过程中定期监测消毒紫外线灯的辐照强度，当辐照强度低于要求

值以下时，应及时更换。

(4) 紫外线强度监测每半年至少标定一次，紫外线监测指示卡应经国家卫生行政部门批准，并在有效期内使用。

十五、无菌技术操作制度

一、无菌技术操作原则

1. 环境要清洁。进行无菌技术操作前半小时，须停止清扫地面等工作，避免不必要的人群流动，防止尘埃飞扬。治疗准备室每日用紫外线照射消毒一次。

2. 进行无菌操作时，衣帽穿戴要整洁。帽子要把全部头发遮盖，口罩须遮住口鼻，并修剪指甲，洗手。

3. 无菌物品与非无菌物品应分别放置，无菌物品不可暴露在空气中，必须存放于无菌包或无菌容器内，无菌物品一经使用后，必须再经无菌处理后方可使用，从无菌容器中取出的物品，虽未使用，也不可放回无菌容器内。

4. 无菌包应注明无菌名称，消毒灭菌日期，并按日期先后顺序排放，以便取用，放在固定的地方。无菌包在未被污染的情况下，可保存 7-14 天，过期应重新灭菌。

5. 取无菌物品时，必须用无菌钳（镊）。未经消毒的物品不可触及无菌物品或跨越无菌区。

6. 进行无菌操作时如器械、用物疑有污染或已被污染，即不可使用，应更换或重新灭菌。

7. 一套无菌物品，只能供一个病员使用，以免发生交叉感染。

二、准备质量标准

1. 工作人员着装整洁，洗手、戴口罩、修剪指甲。

2. 备齐用物。

3. 治疗盘，无菌持物钳或镊放于无菌罐内，无菌溶液、无菌包、无菌容器及物品、无菌手套、弯盘、75%酒精、无菌棉签。

4. 查对无菌物品、灭菌日期及手套号。

5. 用物排放有序，符合无菌操作要求。

三、操作流程质量标准

1. 选择清洁、干燥、宽阔的场所进行操作。

2. 解开无菌包系带卷放在包布下边。

3. 用拇指和食指先揭左右两角，最后揭开内角，注意手不可触及包布的内面。用无菌钳（镊）取出一块无菌巾放于治疗盘内，剩余部分按原折痕包起扎好，并注明开包时间。

4. 铺无菌盘：双手拇、食指捏住治疗巾两上角外面，轻轻抖开，双折铺于治疗盘上，内面为无菌区，盖的半幅成扇形折到对面无菌盘上，开口边向外，放入无菌物品后，边缘对齐盖好。将开口处向上翻折两次，两侧边缘向下翻一次，以保持无菌。

5. 打开无菌容器盖，必须把盖的无菌面（内面）向上，放在稳妥处，夹取所需物品放入无菌盘内后立即盖严。

6. 倒无菌溶液，仔细检查核对溶液后，面对瓶签两手拇指将橡皮塞向上翻转，将橡皮塞拉出，另一只手（或同一只手）握住瓶签倒出少许溶液冲净瓶口，再由原处倒出所需溶液于无菌容器中，套上瓶塞并消毒翻转部分与瓶颈（从非污染处到污染处）后立即盖好，并注明开瓶时间。

7. 戴无菌手套法，打开无菌手套包，核对灭菌日期和消毒指示胶带及无菌手套袋上所注明的手套号码、然后将手套袋摊开，取出滑石粉包，将粉擦于手掌、手背和指间，以一手掀起手套内袋开口处，另一手捏住手套翻折部分（手套内面）取出手套，使手套的两拇指相对，一手伸入手套内戴好，再以戴好手套的手伸入另一手套的反折部分，依法戴好另一手套，将反折部分翻转套在工作服衣袖外面，揭开无菌盘进行无菌操作。

8. 持无菌容器时应托住底部，不可触及容器内面及边缘。

9. 开包递送无菌物品时，一手托起无菌包，另一手打开无菌包一角，将带子卷起夹在托包的手指缝内，另一手依次打开其他三角并抓住递送或稳妥地将包内物品放入无菌容器中（无菌区域内）。

10. 操作完毕，从手套口翻转向下脱去手套，整理用物。

四、终末质量标准

1. 操作有序，方法正确，无菌概念清楚，无菌观念强。

2. 能口述无菌操作的原则与注意事项。

五、注意事项

1. 开包后的无菌包和开封后的无菌溶液有效期均为 24 小时，无菌盘有效期限不超过 4 小时。

2. 取无菌持物钳时，无菌持物钳不可触及容器口边缘。使用时应保持钳端向下，不可倒转向上，用后立即放入容器中。如到远处夹取物品时，无菌持物钳应连同容器一并搬移，就地取出使用。无菌持物钳只能用于夹取无菌物品，不能用于换药和消毒皮肤。无菌持物钳及无菌罐每 4 小时更换。

3. 使用无菌瓶内的溶液时，不可将无菌敷料堵塞瓶口倾倒无菌溶液，或直接伸入溶液瓶内蘸取，以免污染剩余的溶液。

4. 无菌包内物品不慎污染或无菌包浸湿，外界微生物可渗入包内，造成污染，需重新消毒。

5. 戴手套时应注意未戴手套的手不可触及手套外面，而戴手套的手则不可触及未戴手套的手或另一手套的里面。戴手套后如发现破裂，应立即更换。脱手套时，须将手套口翻转脱下，不可用力强拉手套边缘或手指部分，以免损坏。

十六、安全注射管理制度

为有效防范因注射导致的医源性感染风险，对接受注射者无害，避免实施注射操作的医务人员不暴露于可避免的风险，以及注射后医疗废物不对环境和他人造成危害，保障医疗安全，制定本制度。

1. 院感办和护理部共同负责制定并实施安全注射技术规范 and 操作流程；明确护理部和医务科为负责安全注射培训与管理的责任部门；院感办负责监督指导责任。

2. 严格执行无菌操作技术及查对制度，确保患者安全

(1) 严格执行无菌操作规程，操作前后必须进行手卫生。

(2) 注射前需确保注射器和药物处于有效期内且外包装完整，疑似有污染的器械和药品不得使用。

(3) 一次性使用无菌注射器及其针头不得重复使用，应做到“一

人一针一管一用一废弃原则”。

(4) 可复用注射用具应当“一人一用一清洗/灭菌”。杜绝注射用具及注射药物的共用、复用等不规范使用。

(5) 抽出的药液、开启的静脉输注用无菌液体须注明开启日期和时间，放置时间超过 2 小时后不得使用；各种溶媒开启后超过 24 小时不得使用。灭菌物品（棉球、棉签等）一经打开，使用时间不得超过 24 小时，提倡使用小包装。

(6) 使用合格的在有效期内的皮肤消毒剂，消毒方法参照使用说明书。皮肤消毒后应完全待干再进行注射。

(7) 使用同一溶媒配制不同药液时，必须每次更换未启封的一次性使用无菌注射器和针头抽取溶媒。

(8) 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，不得使用。加强对注射前准备、实施注射操作和注射操作完成后医疗废物处置等全过程风险管理、监测与控制，强化对注射全过程中各相关操作者行为的监督管理。

3. 严防锐器伤，确保医务人员职业安全

(1) 禁止双手回套针帽，如确需回套，则使用单手回套或使用针帽回套装置。

(2) 禁止用手直接分离注射器针头。禁止徒手弯曲、折断注射器针头。

(2) 禁止手持锐器随意走动。

(3) 进行注射操作时，要保证充足的光线，防止被针头、缝合针等锐器刺伤或划伤。

(4) 锐器使用后应立即放入防渗漏、防穿透的锐器盒内，锐器盒放置的位置应醒目、方便使用、高度适宜。

(5) 锐器盒不可盛装过满，达到 3/4 满时应及时关闭，避免在运送过程中内容物外漏或溢出。

(6) 接触血液、体液时，需戴手套。

(7) 建议推广使用安全注射器具进行各种注射操作，如无针系

统、自毁式注射器。

（8）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正确处置使用后的注射器具。

（9）院感办加强对注射前准备、实施注射操作和注射操作完成后医疗废物处置等的全过程风险管理、监测与控制，强化对注射全过程中各相关操作者行为的监督管理。

（10）各科室应配备数量充足、符合规范的个人防护用品和锐（利）器盒，指导、监督医务人员和相关工作人员正确处置使用后的注射器具。

4. 安全注射培训

所有开展注射相关诊疗工作的科室应加强对医务人员的安全注射相关知识与技能培训，达到安全注射培训全覆盖。