


# 第一部分 18 项医疗质量安全核心制度

 君爱康复医院 Junai Rehabilitation Hospital	上海君爱康复医院	编号：JA/ZD/060/01/2022
	医务科	版次：第 1 版
	18 项医疗质量安全核心制度	生效日期：2022 年 3 月 24 日
		共 1 页

## 关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知

国卫医发〔2018〕8 号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生计生委：

为进一步贯彻落实《医疗质量管理办法》，指导医疗机构加强医疗质量安全核心制度建设，保障医疗质量与医疗安全，我委制定了《医疗质量安全核心制度要点》（可从国家卫生健康委员会官网下载）。现印发给你们，请遵照执行。

各省级卫生计生行政部门应当制订本辖区的具体细则和实施工作要求，加强解读和宣贯培训，夯实基础医疗质量，筑牢医疗安全底线。各级各类医疗机构应当根据要点完善本机构核心制度、配套文件和 workflows，加强对医务人员的培训、教育和考核，确保医疗质量安全核心制度得到有效落实。


国家卫生健康委员会

2018 年 4 月 18 日

### 18 项医疗核心制度名称

一、首诊负责制度；二、三级查房制度；三、会诊制度；四、分级护理制度；五、值班和交接班制度；六、疑难病例讨论制度；七、急危重患者抢救制度；八、术前讨论制度；九、死亡病例讨论制度；十、查对制度；十一、手术安全核查制度；十二、手术分级管理制度；十三、新技术和新项目准入制度；十四、危急值报告制度；十五、病历管理制度；十六、抗菌药物分级管理制度；十七、临床用血审核制度；十八、信息安全管理。

制定日期	2022 年 3 月 审核人：戎霞君			
修订次数				
修订日期				
审批人				

		编号: JA/ZD/060/02/2022
	上海君爱康复医院	版次: 第 1 版
	医务科	生效日期: 2022 年 3 月 24 日
	18 项医疗质量安全核心制度	共 3 页

## 一、首诊负责制度

### 一、定义

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

### 二、基本要求

- 1.明确患者在诊疗过程中不同阶段的责任主体。
- 2.保障患者诊疗过程中诊疗服务的连续性。
- 3.首诊医师应当作好医疗记录，保障医疗行为可追溯。
- 4.非本医疗机构诊疗科目范围内疾病，应告知患者或其法定代理人，并建议患者前往相应医疗机构就诊。

## 二、首诊负责制度解读

为保证患者医疗服务的连续性，并使医务人员充分掌握患者病情及变化，根据《医疗质量管理办法》、《医疗质量安全核心制度要点》等法律法规，结合本院实际，解读如下；

(一)核心理念：医疗机构在患者就诊时，为强化医疗质量和安全，应对该患者实施明确、连续的全流程诊疗管理，覆盖医疗机构内所有医务人员的行为，并在患者医疗记录上可追溯。

(二)首诊责任主体：指医疗活动中承担相应诊疗义务和法律责任的医师、科室或医疗机构。

(三)诊疗服务涉及医学的各个学科，是以专业化的团队来完成各种诊疗服务流程，应确保患者在就医过程中，各个诊疗服务流程连贯、清晰。

(四)具体要求：

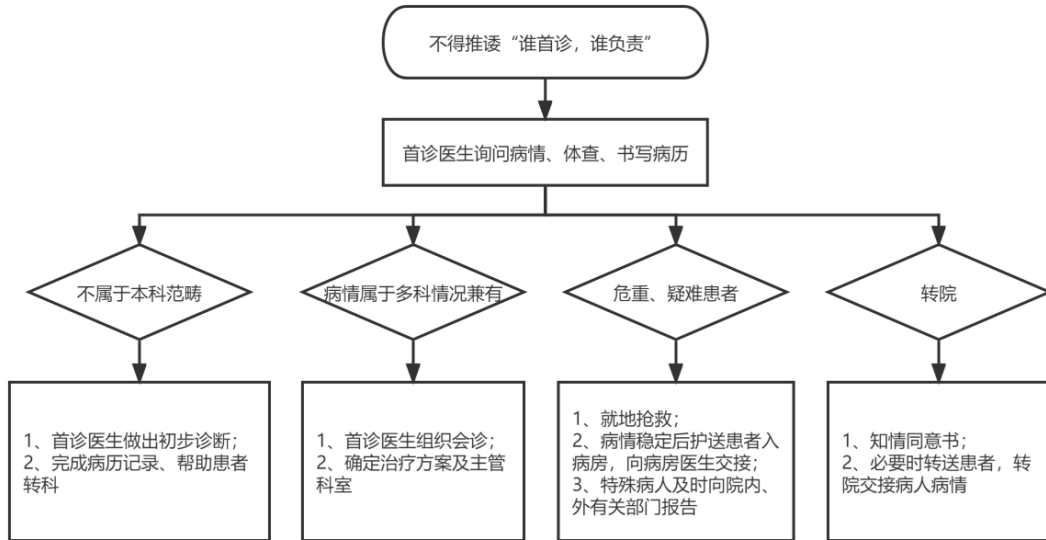
1. 患者完成门诊挂号并到达诊室后，首先接诊的科室为首诊科室，首位接诊医师为首诊医师。不包括医师接诊未挂号患者、患者所挂就诊号与所接触的医师不符或与科室(专科)不符的情况。首诊医师对患者的检查、诊断、治疗、抢救、转科和转院等工作负责。同

时必须详细询问病史，进行体格检查、必要的辅助检查和处理，对其实施的诊疗行为履行告知义务，及时书写病历。诊疗过程中，如诊断、处理存在困难时，应及时请上级医师协助诊治。经检诊后，需住院治疗的患者，首诊医师应负责向病房联系收治患者，并为患者开具住院证。


2. 非本机构诊疗科目范围内疾病，无法提供诊治时，必须先评估患者病情状况，判断其是否存在急危重症情况。如果患者病情平稳，应给患者提供适当的就医建议，履行告知义务并书写转诊医疗记录。对急危重症患者应当按照急危重症患者抢救制度进行诊疗；非本科疾病或涉及其他科室疾病，如在询问病史中发现，作为首诊医师应做好病史的详细记录，并向患者提出就诊建议，同时办理退号手续。
3. 急危重症需要抢救的患者的首位接诊医师即为首诊医师，不受其是否挂号，挂号与医师、科室或专科不符的限制；
4. 当患者系复合伤或涉及多科室的急、危重患者抢救或诊断不明时：
  - (1) 首诊科室和首诊医师应承担主要诊治责任，并及时邀请相关科室会诊，必要时通知医务科或总值班；诊断明确后及时转主要疾病相关科室继续治疗；在未明确收治科室时，首诊科室可首诊医师应负责到底，不得以任何理由推诿和拖延抢救；
  - (2) 诊疗过程中，当疾病主要矛盾发生变化时，相关科室的医师应协商决定主诊科室；涉及多科疾病，则以最可能危及生命的科室为主诊科室，相关科室必须协同诊治；各科室协商无果，则由相关职能部门根据具体情况裁决，各科必须服从。
  - (3) 如患者确需转科治疗，且病情允许搬动时，则由首诊科室和首诊医师负责落实转科事宜，并安排医务人员和工勤人员将患者安全转送至相应科室，转运途中的患者安全由首诊医师负责。
  - (4) 如患者确需转院治疗，则由首诊医师向本科室上级医师汇报，经上级医师评估转运途中风险后再报医务科，医务科负责落实好接受医院后方可转院，转院前首诊医师应与 120 办妥患者交接手续。
    1. 患者在门、急诊治疗过程中病情突然变化时，首诊科室医师要到场处理；若涉及他科疾病，应在进行必要的紧急处理后，请有关科室会诊或转诊；严禁相互推诿。
    2. 在门、急诊阶段一般由门、急诊出诊医师负责，住院阶段由所在科室的主管医师负责。当患者接受各种诊疗措施时，由每一个诊疗手段的实施者对这个诊疗阶段承担首诊职责，该实施者包括所有医务人员，不限于医师。

3. 对于急危重症需要抢救的患者，应有医务人员全程陪同（含监护）或/及陪同转运，并积极抢救，必要时呼叫专科人员。
4. 如果借用他人信息挂号时，医师有权拒绝接诊，不承担首诊负责制的主体责任。但若患者病情处于急危重症状态，医师须按未挂号患者予以接诊并承担首诊职责。
5. 患者或其近亲属不配合医疗机构进行符合诊疗规范诊疗，导致患者在诊疗活动中受到损害，且医方针对患方的不配合行为已经实施了必要的告知义务，并留存必要的证据，医疗机构不承担赔偿责任。
6. 非急危重症患者欠费的，医疗机构留存相应的证据，依法向患者或医疗费用支付义务单位起诉追讨拖欠的医疗费用。但需注意：所有的行为要符合诊疗过程，且不能替患者办理结账手续（特殊情况除外）。急危重症紧急救治标准的，不以患方缴费为前提，而是以患者的病症紧急情况为前提，不能拒绝诊治
7. 为保证首诊负责制的实施，凡遇医院设备发生意外，如设备故障、断水、断电等情况，各相关科室应及时向相关职能科室及门诊部报告，夜间向院总值班报告，使病人及时得到有关的急诊检查或治疗。
8. 对不执行首诊负责制所发生的医疗差错、事故、医疗纠纷而造成对医院的经济及名誉损失，按医院有关规定处理。

### 三、首诊负责制度流程



制定日期	2022年3月 审核人：戎霞君			
修订次数				
修订日期				
审批人				

	上海君爱康复医院	编号: JA/ZD/060/03/2022
	医务科	版次: 第 1 版
	18 项医疗质量安全核心制度	生效日期: 2022 年 3 月 24 日
		共 4 页

## 一、三级查房制度

### (一) 定义

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

### (二) 基本要求

1. 医疗机构实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。三个不同级别的医师可以包括但不限于主任医师或副主任医师-主治医师-住院医师。
2. 遵循下级医师服从上级医师,所有医师服从科主任的工作原则。
3. 医疗机构应当明确各级医师的医疗决策和实施权限。
4. 医疗机构应当严格明确查房周期。工作日每天至少查房 2 次,非工作日每天至少查房 1 次,三级医师中最高级别的医师每周至少查房 2 次,中间级别的医师每周至少查房 3 次。术者必须亲自在术前和术后 24 小时内查房。
5. 医疗机构应当明确医师查房行为规范,尊重患者、注意仪表、保护隐私、加强沟通、规范流程。
6. 开展护理、药师查房的可参照上述规定执行。

## 二、三级查房制度解读

为了确保三级医师负责制的认真执行,各级临床医师有效履行自己的职责,保证患者得到连贯性医疗服务,不断提高医疗质量,提高各级医师的医疗水平,培养良好的医疗行为和医疗习惯,根据《医疗质量管理办法》、《医疗质量安全核心制度要点》等法律法规,结合本院实际,解读如下:

具体要求:

查房实行正(副)主任医师、主治医师、住院医师三级查房。危重者入院后当天要有上级医师查房;夜间病重者入院后,次日要有上级医师查房记录,二级医师书写三级医师查房

记录,一级医师书写二级医师查房记录,查房前各级医师对需要进行讨论诊断和治疗的病例,事前应查阅有关文献资料,作好充分准备,以保证查房质量。

### (一) 三级医师查房规定

1. 每周查房 2 次,应由二级医师、住院医师、进修医师、护士长和有关人员参加。
2. 解决疑难病例,审查新入院及危重病人的诊疗计划,决定大手术及特殊检查与操作审核,新的治疗方案及参加全科会诊。
3. 抽查医嘱、病历(注重下级医师的医疗文书质量)、护理质量、发现缺陷、纠正错误、指导实践、不断提高医疗水平。
4. 疑难、病危、特殊病人的首次查房要含“六要素”即四要素(诊断与诊断依据;鉴别诊断及重要的实验室检查;诊疗计划;治疗中应注意的问题)的基础上加:当前病情的主要矛盾;解决该主要矛盾的方法或途径。
5. 充分使用典型、特殊病例,进行教学查房,以提高教学水平。
6. 听取医师、护士对医疗护理工作及管理方面的意见,提出解决问题的办法或建议,以提高管理水平。
7. 特殊情况下,科主任可委托职称为副主任医师代替主任医师查房。
8. 分管床位的副主任以上医师必须每日留有明确去向和联系方式,以便下级医师请示及时参与患者的诊治。

### (二) 二级医师查房规定

1. 每周至少查房 3 次,患者入院后,二级医师首次查房应在 48 小时内完成并包含“四要素”;应有本病房住院医师、进修医师、实习医师、责任护士等参加。
2. 对新病人,入院后 48 小时内须审核、修正住院医师书写的首次病程记录,做出诊断并在病史相应栏目上签名。
3. 对所管病人进行系统查房,确定诊断及治疗方案、手术或操作方式及检查措施,了解病情变化以及疗效判定。如一周后仍诊断不明或疗效不佳病例,应进行重点讨论,疑难危急病例或特殊病例,应及时向科主任汇报并申请上级医师查房;组织每周一次的教学查房,不断提高各级医师的业务水平。

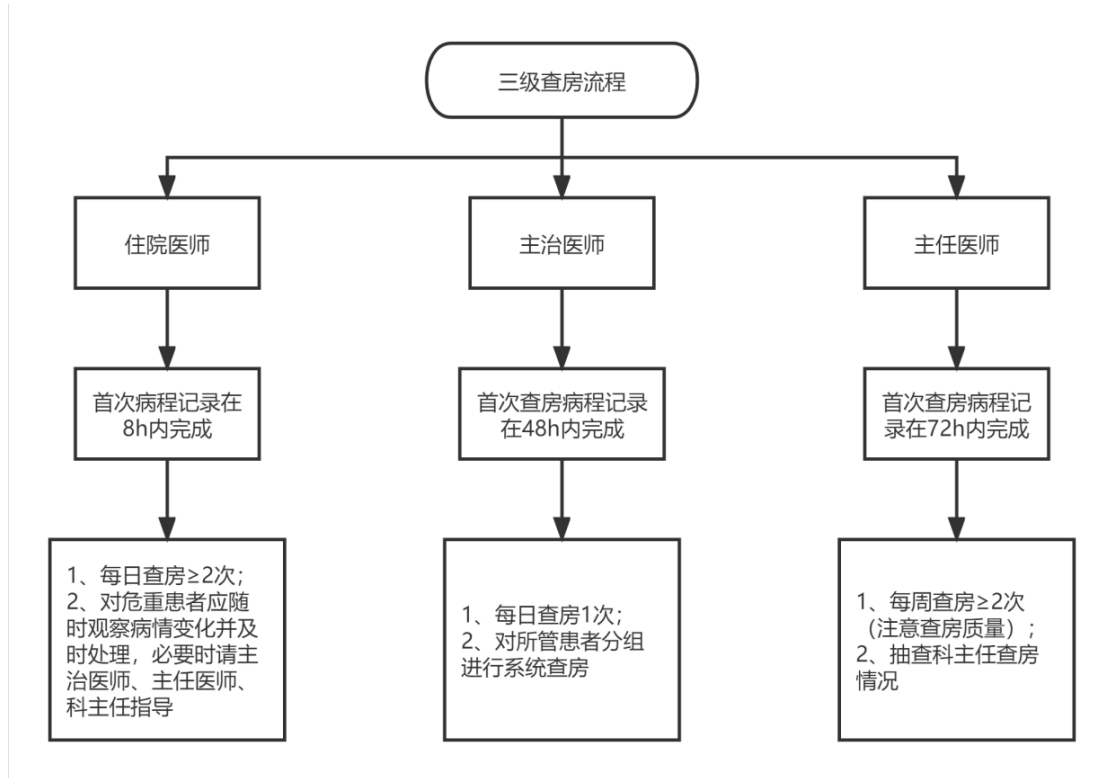
4. 对危重病人应每日随时进行巡视检查和重点查房，提出有效和切实可行处理措施，必要时进行晚查房。
5. 负责修改和指导下级医师书写的各种医疗文书记录，检查指导住院医师工作，签发会诊、特殊检查等申请单；审查特殊药品处方及病历首页。及时发现问题，避免和杜绝医疗差错事故的发生。
6. 协助科主任决定病人的入院、转科、转院问题。
7. 注意倾听医护人员和病人对医疗、护理、生活饮食、医院管理各方面意见，协助护士长搞好病房管理。
8. 每日必须留有明确去向和联系方式，以便下级医师请示，及时参与患者的诊治。

### (三) 一级医师查房规定


1. 对所管的病人每日至少查房 2 次，早晚查房一次，上午、下午下班前各巡视一次，非工作日每天至少接受查房 1 次。危重、新入院、手术等患者重点查房并增加巡视次数，发现新的病情变化及时处理；一个医师或多个医师共同完成查房。查房时应仔细询问病情、作相应的体检、分析资料，查阅辅助检查报告及医嘱执行情况，结合病人的疗效进行处理。及时询问急查的化验和检查结果并及时处理；及时落实会诊意见。新病人入院后 2 小时内须完成一级查房；危重、疑难、待诊断、手术后病人，随时观察病情变化并及时处理记录，遇有疑难问题，应立即报告上级医师帮助解决。
2. 及时向上级医师汇报经治病人的病情、诊疗情况。按病历书写规范书写病历，做好疑难、危重、死亡病例讨论的记录。做好外科室及外院会诊医师的陪同、介绍工作，并及时记录、落实会诊处理意见。
3. 做好上级医师查房的各项准备工作，如病史资料、各项检验检查报告及所需用的检查器材；介绍病例（上级医师查房时如系助理医师、实习医师介绍病例时，应督促检查准备工作，并对助理医师、实习医师汇报不足部分加以补充），根据当前病情提出需要解决的问题和自己的诊疗建议。对上级医师提出的问题必须认真回答，及时完成上级医师查房记录。
4. 做好助理医师、实习医师的带教工作。及时审核、修改被带教医师书写的各类医疗文书。
5. 每日检查当天医嘱执行情况、病人饮食及生活情况，并主动征求病员对医疗、护理和管理方面的意见。

6. 查房作风严谨，对病人要热情、亲切。认真执行保护性医疗制度。加强自我保护意识。

### 三、三级查房制度流程



制定日期	2022年3月 审核人：戎霞君			
修订次数				
修订日期				
审批人				

	上海君爱康复医院	编号: JA/ZD/060/04/2022
	医务科	版次: 第 1 版
	18 项医疗质量安全核心制度	生效日期: 2022 年 3 月 24 日
		共 5 页

## 一、会诊制度

### (一) 定义

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

### (二) 基本要求

1.按会诊范围,会诊分为机构内会诊和机构外会诊。机构内多学科会诊应当由医疗管理部门组织。

2.按病情紧急程度,会诊分为急会诊和普通会诊。机构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.医疗机构应当统一会诊单格式及填写规范,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。

## 二、会诊制度解读

为使医疗工作人员在临床医疗工作中综合采纳医师的意见,为患者及时制定或修改诊疗方案,确保患者安全,依据《医疗质量管理办法》、《三级医院评审标准(2020年版)实施细则》(国家卫计委)等法律法规,结合本院实际,解读如下;

会诊分类:按病情轻重缓急分为急会诊和普通会诊,急会诊适用危急、重症患者,普通会诊适用于轻症慢性患者;按会诊范围分为院内会诊和院外会诊,院内会诊分为科间会诊和多学科会诊。

具体要求:

### (一) 院内会诊:

#### 1. 科间会诊

(1) 住院患者的普通会诊由床位主治医师根据患者病情变化提出,床位医师填写发送纸质/

电子会诊申请单。会诊单上应详细写明患者的病情、邀请会诊的目的和要求。会诊结束后被邀请科室的会诊医师应当场将会诊意见按规定格式书写会诊处理病程记录。

(2) 住院患者的急会诊由床位主治医师根据患者病情变化提出，经分管床位主任同意后，床位医师填写发送纸质/电子会诊申请单并同时直接电话联系被邀请科室住院总医师。会诊结束后会诊医师应当场将会诊意见按规定格式书写会诊处理病程记录。

(3) 急会诊应邀科室应在接到会诊邀请后 10 分钟内到场会诊（**严禁电话会诊**），2 小时完成会诊；普通会诊应邀科室应在接到会诊邀请后 24 小时内完成会诊。

(4) 科间会诊原则上由住院总医师负责完成。会诊期间，床位医师应全程陪同进行会诊。会诊医师应亲自查看患者，认真检诊，并及时书写会诊记录，会诊记录单应明确记录邀请会诊时间和会诊到达时间，并具体到分钟。如遇疑难不能处理或处理效果不佳时，会诊医师应立即报告上级医师申请协助会诊。

(5) 邀请会诊程序：

① 会诊发起：申请会诊由住院医师提出，主治医师决定，报科主任审核同意。

② 会诊指征：各级医师必须严格掌握会诊指征，尤其是急会诊指征。非急、危、重病人不得以急诊方式申请会诊。

③ 会诊申请单：由住院医师填写，病情介绍应清晰明了、明确会诊要求及会诊目的；做好会诊前的必要准备工作（病史资料和检验检查结果）。

④ 值班护士或工务员将会诊申请单登记后及时送到被邀科室，由接收科室签收后通知会诊医师按时会诊。

⑤ 时间要求：急会诊被邀请会诊科室必须在收到会诊信息后 10 分钟内前来会诊，情况紧急时，可先电话联系，再补写会诊单；普通会诊在 24 小时内完成。

⑥ 会诊应答：会诊医师应将检诊结果、诊断及处理意见详细记录于会诊应答单上。

⑦ 会诊陪同：床位医师或当班医师应热情接待前来会诊的医师并详细介绍有关病情情况，陪同前往患者床边，进行会诊询问、体格检查及病情分析。

⑧ 会诊处理：床位医师在会诊结束后，根据病情需要，尽快按会诊意见调整治疗方案或进行相应专科治疗，完成会诊处理病程记录并报告上级医师；及时与患者及家属沟通告知。

⑨ 设立会诊登记本：科室会诊申请由本科室申请会诊医师填写；科室被邀会诊由会诊医师本人填写。注意会诊发出时间和会诊完成时间。

## 2. 多学科会诊

- (1) 疑难、危重病例需要院内多科医师会诊时，由科主任提出，经医务部同意，报告业务院长，确定会诊时间，通知有关人员参加。
- (2) 多学科会诊可实行专家点名会诊，未点名会诊的应邀科室应安排副主任及以上资质医师参加。
- (3) 多学科会诊由申请会诊的科主任主持，院领导、医务部参加，会诊在申请会诊的科室进行。多学科会诊由床位医师汇报病史，分管床位主任补充，会诊医师提出诊治意见，会诊结束后，各会诊医师当场书写意见并签字确认，床位医师做好会诊记录，由分管床位主任审阅归档。
- (4) 会诊程序：
  - ① 床位医师报告病史及治疗经过。
  - ② 申请会诊的科室主治医师做中心发言，提出会诊目的及需解决的问题。
  - ③ 参加会诊的医师发言。
  - ④ 科主任综合讨论意见，提出诊治意见。
  - ⑤ 上报医务部主任或业务副院长后确定诊治意见。
  - ⑥ 床位医师将会诊内容整理好后记入病历中，并记入科室会诊讨论登记本上。

## **(二) 院外会诊：**

### **1. 邀请专家来院会诊**

(1) 住院患者病情诊断有困难或病情危重需要院外专家协助诊治的，临床科室可提出邀请院外专家会诊。

(2) 院外会诊由临床科室科主任提出并与患者或家属充分沟通，并得到患者或家属签字同意后，由床位医师详细填写《会诊（手术）邀请函》，经科主任确认签字后，报医务部审批，医务部审核同意后，由医务部与相关医疗机构联系并发出会诊邀请，医务部与相关医疗机构确认会诊时间后，立即向临床科室反馈。

(3) 院外会诊原则由科主任主持陪同，医务部安排人员参加，会诊结束后请会诊专家当场书写会诊意见并签名。

(4) 被邀请医师的会诊劳务费，按原国家卫生部《医师外出会诊管理暂行规定》执行。

### **2. 被邀请专家外出会诊**

(1) 有医务部负责接收外院会诊邀请。

(2) 外院邀请我院医师人员会诊时，必须书面提出会诊申请，经医务部审批同意后，医务

部通知临床科室住院总医师，临床科室根据科室实际情况决定是否出诊及出诊人员，并及时反馈医务部。

(3) 夜间及节假日急会诊由医院行政总值班负责安排、联系。

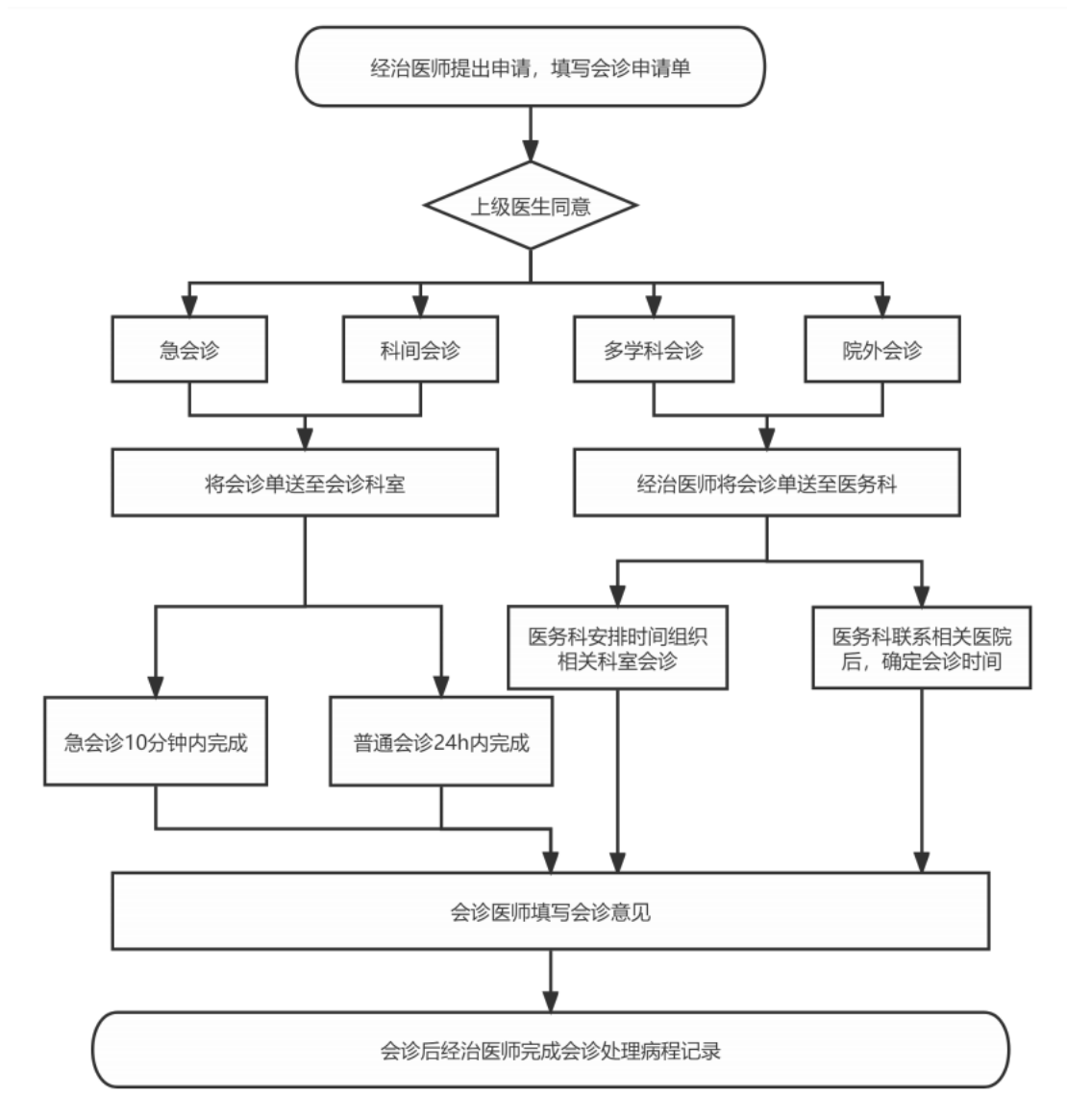
(4) 外出会诊的医师必须为副主任及以上资质医师出诊。点名会诊时临床科室尽可能安排被邀医师前往。

(5) 外出会诊医师应安排好本职工作，在不影响本院医疗工作的情况下方可外出会诊，如遇急会诊等情况，科室应安排相等资质医师暂代其工作。


### **(三) 外出会诊时应注意的几点：**

1. 因各种原因外出者，若外出期间正轮值院内外会诊任务，需在外出前落实同等以上资质医师替代工作，并按照《医师外出会诊管理暂行规定》规定，在《医师外出申请》中写明替代人及替代日期，交科主任审批同意后执行。
2. 了解患者的病情，亲自诊查患者，执行相关卫生管理法律、法规、规章和诊疗规范、常规，完成相应的会诊工作并书写医疗文书
3. 医师在会诊过程中发现难以胜任会诊工作，应当及时、如实告知邀请医疗机构，并终止会诊
4. 医师在会诊过程中发现邀请医疗机构的技术力量、设备、设施条件不适宜收治该患者，或者难以保障会诊质量和安全的，应当建议该患者转往其他具备收治条件的医疗机构诊治
5. 凡未经医务处审批同意而自行外出会诊、手术者，视为非法行医，责任自负。

### 三、会诊制度流程



制定日期	2022年3月 审核人: 戎霞君			
修订次数				
修订日期				
审批人				

	上海君爱康复医院	编号: JA/ZD/060/05/2022
	医务科	版次: 第 1 版
	18 项医疗质量安全核心制度	生效日期: 2022 年 3 月 24 日
		共 6 页

## 一、分级护理制度

### (一) 定义

指医护人员根据住院患者病情和（或）自理能力对患者共同确定患者护理级别，并根据患者病情和（或）自理能力变化动态调整的制度。

### (二) 目的

为住院患者提供相应护理服务，明确分级护理的指征及内容，保障护理质量，特制定本制度。

### (三) 政策

1. 《护理分级》（中华人民共和国卫生行业标准 2014-05-01）
2. 《医疗质量安全核心制度（2018-4-18）》

### (四) 应用范围

适应于全院各护理单元。

### (五) 标准

1. 护理级别确定：由医生与护士长/责任护士根据住院患者病情和（或）生活自理能力共同确定患者护理级别，并根据患者病情和（或）自理能力变化动态调整。
2. 根据护理级别，安排具备相应能力的护士，落实不同级别的护理。
3. 护理级别分类：分为特级护理、一级护理、二级护理、三级护理 4 个级别。
4. 自理能力分级：采用 Barthel 指数评定量表对日常生活活动进行评定，根据 Barthel 指数总分，确定自理能力等级。

对进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯 10 个项目进行评定，将各项得分相加即为总分。根据总分，将自理能力分为重度依赖、中度依赖、轻度依赖和无需依赖四个等级（见表 1）。

表 1 自理能力分级

自理能力等级	等级划分标准	需要照护程度
重度依赖	总分 ≤ 40 分	全部需要他人照护
中度依赖	总分 41 ~ 60 分	大部分需他人照护

轻度依赖	总分 61 ~ 99 分	少部分需他人照护
无需依赖	总分 100 分	无需他人照护

1. 护理级别标记：护理等级：一级、二级、三级护理分别在患者一览表左上角用三角形标识，一级护理为红色三角、二级护理为蓝色三角，三级护理为白色三角，特级护理为一览表玫红色牌。

2. 护理级别公示，按照国家卫计委发布的《护理分级》的内容进行公示，各病区将分级护理标准打印后放于健康宣教册内，并上墙公示。

3. 分级护理标准及实施：

### 特 级 护 理

#### 指征：

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

#### 护理要点：

1. 设立护理组，安排熟悉业务的护士，每日早、中、夜三班，24 小时专人看护，并班班交接。
2. 严密观察患者病情变化，监测生命体征，并做好各项记录。
3. 抢救仪器、器械和药物呈备用状态，一旦发生变化，立即投入抢救，并做好抢救后物品的处理工作。
4. 及时正确执行医嘱、认真落实各项治疗、护理措施。
5. 根据医嘱，准确测量出入量。
6. 根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、
7. 气道护理及管路护理等，实施安全措施。
8. 保持患者的舒适和功能体位。
9. 实施床旁交接班。

#### 服务项目：

1. 晨晚间护理：整理床单位 2 次/日，口腔护理和面部清洁 2 次/日，梳头、洗脚及会阴护理 1 次/日。
2. 对非禁食患者协助进食、水。
3. 卧位护理：协助患者翻身及有效咳嗽 1 次/2 小时（或遵医嘱），做好压疮预防及护理，必要

时协助床上移动。

4. 排泄护理：需要时床上使用便器、给与失禁护理，留置尿管护理 2 次/日。
5. 床上温水擦浴 1 次/2-3 日。
6. 其他护理：床上洗头 1 次/周，需要时协助更衣和指/趾甲护理。
7. 患者安全管理。

## 一 级 护 理

### 指征：

1. 病情趋向稳定的重症患者；
2. 病情不稳定或随时可能发生变化的患者；
3. 手术后或治疗期间需要严格卧床的患者；
4. 自理能力重度依赖的患者。

### 护理要点：

1. 每小时巡视患者，观察患者病情变化；
2. 根据患者病情，测量生命体征；
3. 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；
4. 根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；
5. 提供护理相关的健康指导。

### 服务项目：

1. 生活不能自理患者，基础护理要求同特级护理。
2. 生活部分自理患者
  - (1) 晨晚间护理：整理床单位 1 次/日，协助面部清洁 2 次/日，协助梳头、足部护理、会阴护理 1 次/日。对非禁食患者协助进食/水。
  - (2) 卧位护理：协助患者翻身及有效咳嗽 1 次/每 2h (或遵医嘱)，做好压疮预防及护理，必要时协助床上移动。
  - (3) 排泄护理：需要时床上使用便器、给与失禁护理，留置尿管护理 2 次/日。床上温水擦浴 1 次/2-3 日。
  - (4) 其他护理：需要时协助更衣、床上洗头和指/趾甲护理。
  - (5) 患者安全管理。

## 二级护理

### 指征：

1. 病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖的患者；
2. 病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者；
3. 病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

### 护理要点：

1. 每2小时巡视患者，观察患者病情变化；
2. 根据患者病情，测量生命体征；
3. 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；
4. 根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施；
5. 提供护理相关的健康指导。

### 服务项目：

1. 患者生活部分自理，基础护理要求同一级护理生活部分自理患者。
2. 患者生活完全自理：
  - (1) 整理床单位1次/日。
  - (2) 患者安全管理。

## 三级护理

### 指征：

病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无需依赖的患者。

### 护理要点：

1. 每3小时巡视患者，观察患者病情变化；
2. 根据患者病情，测量生命体征；
3. 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；
4. 提供护理相关的健康指导。

### 服务项目：

1. 整理床单位1次/日。
2. 患者安全管理。

## 二、分级护理制度解读

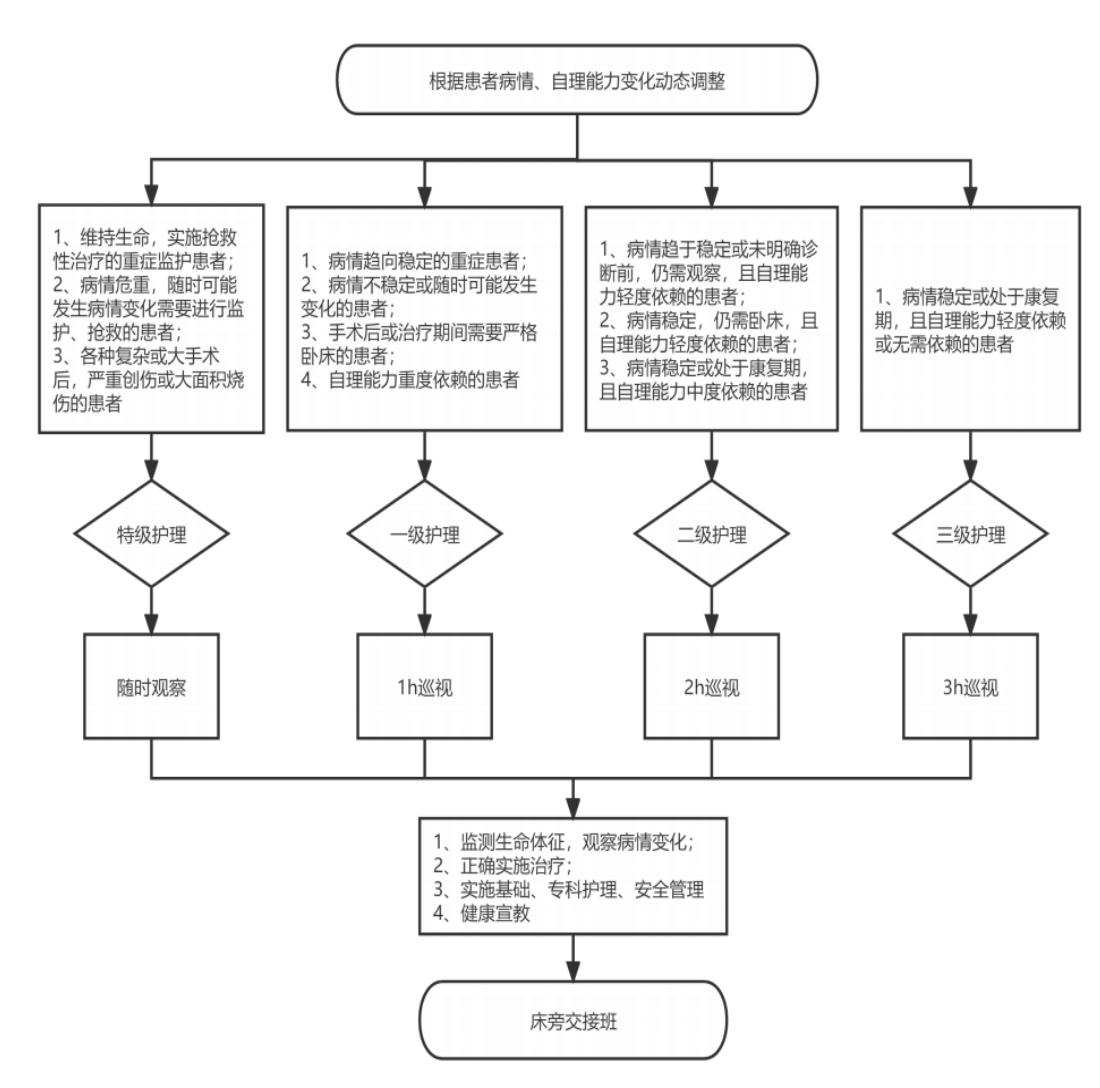
## 患者日常生活功能状态(Barthel 指数评定量表)

1. Barthel 指数评定在病人入院、出院时测评; 外科择期手术病人、急诊手术病人术后或有病情变化病人应根据患者病情及自理能力变化动态测评并填写得分调整患者护理分级; 当病人住院超过一个月时, 期间应有一次 Barthel 指数评定;
2. 病人在院期间有转科时转入病区应进行 Barthel 指数评定。
3. 患者入院后根据患者病情严重程度确定病情等级;
4. 根据 Barthel 指数总分, 确定自理能力的等级;
5. 依据病情等级和 (或) 自理能力等级确定患者护理分级;
6. 评定前应与病人沟通, 取得病人的理解与合作, 了解病人的基本情况, 如肌力、关节活动范围、平衡能力等, 还应该考虑到病人生活的社会环境、反应性、依赖性等;
7. 大部分项目可通过直接观察法获得, 让病人在实际环境中进行, 观察病人完成实际生活中的动作情况, 以评定其能力。有些不便完成或不易完成的动作, 可以通过询问病人本人或家属的方式取得结果。如病人的大小便控制、个人卫生管理等。
8. Barthel 指数评定细则
  - (1) 进食: 用合适的餐具将食物由容器送到口中, 包括用筷子 (勺子或叉子) 取食物、对碗 (碟) 的把持、咀嚼、吞咽等过程。10 分: 可独立进食; 5 分: 需部分帮助; 0 分: 需极大帮助或完全依赖他人, 或留置胃管。
  - (2) 洗澡: 5 分: 准备好洗澡水后, 可自己独立完成洗澡过程; 0 分: 在洗澡过程中需他人帮助。
  - (3) 修饰: 包括洗脸、刷牙、梳头、刮脸等。5 分: 可自己独立完成; 0 分: 需他人帮助。
  - (4) 穿衣: 包括穿 (脱) 衣服、系扣子、拉拉链、穿 (脱) 鞋袜、系鞋带等。10 分: 可独立完成; 5 分: 需部分帮助; 0 分: 需极大帮助或完全依赖他人。
  - (5) 控制大便: 10 分: 可控制大便; 5 分: 偶尔失控, 或需要他人提示; 0 分: 完全失控。
  - (6) 控制小便: 10 分: 可控制小便; 5 分: 偶尔失控, 或需要他人提示; 0 分: 完全失控, 或留导尿管。
  - (7) 如厕: 包括去厕所、解开衣裤、擦净、整理衣裤、冲水等过程。10 分: 可独立完成; 5 分: 需部分帮助; 0 分: 需极大帮助或完全依赖他人。
  - (8) 床椅转移: 15 分: 可独立完成; 10 分: 需部分帮助; 5 分: 需极大帮助; 0 分: 完全依赖他人。


(9) 平地行走:15分:可独立在平地上行走45m; 10分:需部分帮助; 5分:需极大帮助; 0分:完全依赖他人。

(10) 上下楼梯:10分:可独立上下楼梯; 5分:需部分帮助; 0分:需极大帮助或完全依赖他人。

### 三、分级护理制度流程



制定日期	2022年3月			审核人: 戎霞君
修订次数				
修订日期				
审批人				

	上海君爱康复医院	编号: JA/ZD/060/06/2022
	医务科	版次: 第 1 版
	18 项医疗质量安全核心制度	生效日期: 2022 年 3 月 24 日
		共 4 页

## 一、值班和交接班制度

### (一) 定义

指医疗机构及其医务人员通过值班和交接班机制保障患者诊疗过程连续性的制度。

### (二) 基本要求

1. 医疗机构应当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. 医疗机构实行医院总值班制度，有条件的医院可以在医院总值班外，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. 医疗机构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、值班和交接班制度解读

为使医务人员充分掌握患者病情及变化，实时了解患者医疗需求，依据原国家卫生计生委员会下发的《医疗质量管理办法》《三级医院评审标准（2020年版）实施细则》等文件内容，结合本院实际情况，解读如下：

### 一、值班具体要求：

#### (一) 病区值班

1. 值班医师应提前到岗，值班期间必须坚守工作岗位，严禁擅自离岗外出，履行值班医师岗位职责，遇有疑难问题时及时请示上级医师；备班医师备班期间严禁离开本地。
2. 凡设置病房的科室无论是工作日、双休日或节假日均须安排 24 小时医师值班。原则上一线值班由在我院具备执业资质的住院医师担任，二线值班由主治医师或住院总医师担任，三线备班由副主任及以上医师担任。科室可根据规模的大小及科室医疗风险的高低，酌情设置三线值班。
3. 值班医师值班期间，每班至少 2 次巡视病区（分别于早交接班前，晚交班后，以当日最高级别值班医师带领各级医师巡视），了解患者的病情变化，尤其要密切观察新入院、危重、手术后、诊断不明以及有特殊情况患者的病情变化，根据病情及变化及时予以处理，做好病程记录。
4. 值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。
5. 值班医师若因急会诊等医疗工作确需暂时离开病区时，应将去向告知值班护士和其他值班医师，在黑板上注明去向，并保持通讯畅通，当护士呼叫时应立即赶回病区诊视。夜间休息时遇有患者病情变化或会诊，应立即到位查看患者，严禁在不诊视患者的情况下开口头医嘱。
6. 值班医生严格执行交接班制度，将值班期间患者病情变化及处理情况按规定格式简明扼要记入交班本，并口头向科内全体医务人员或接班医师进行交班，对危重患者应进一步跟经治医师或接班医师进行床边交班。
7. 所有值班医师在值班当日必须参加早交班并签到考勤。

## （二）辅助诊疗科室值班

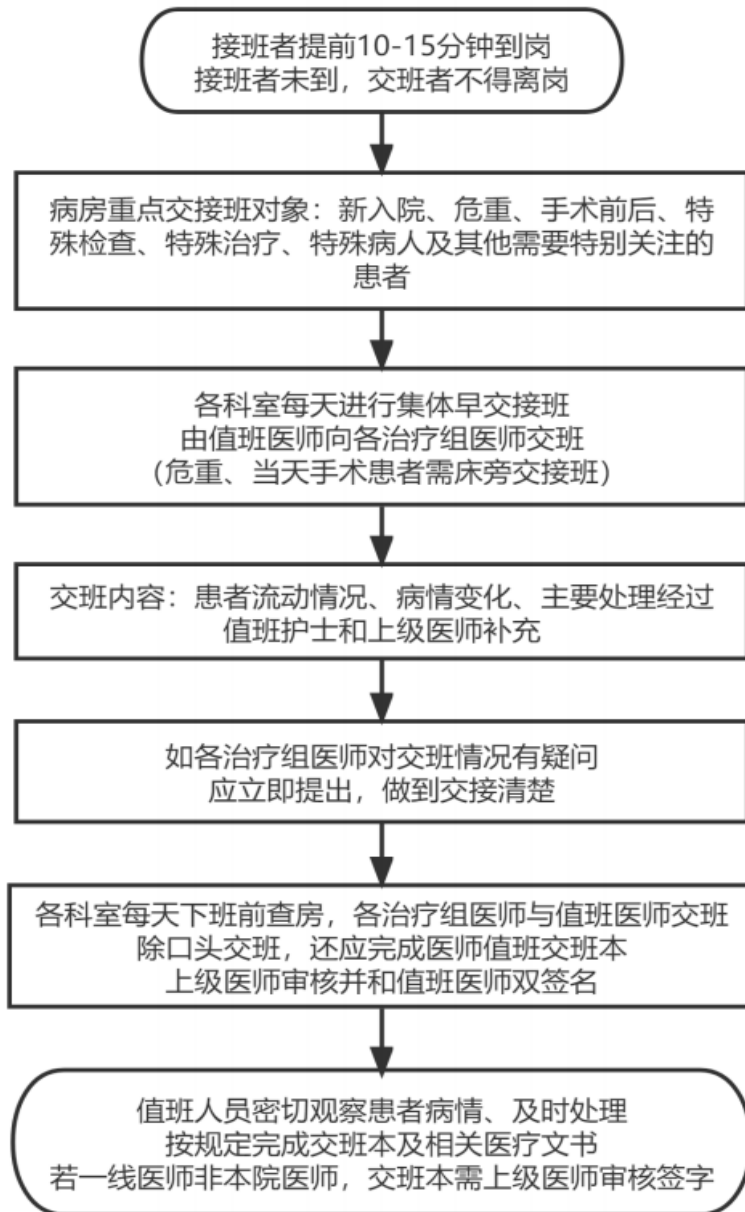
1. 放射科、检验科、药剂科等医技科室在非工作时间应保留值班人员，保持通讯畅通，具备开展业务的能力。
2. 各级值班人员应当确保通讯畅通。
3. 值班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。

## 二、交接班具体要求


1. 实施早晚双交班制。
2. 医务人员在下班前都应该与接班者认真做好交接班工作，接班者未到时，交班者不得离岗；接班者需要提前 10-15 分钟到岗。
3. 医疗工作实施责任追究制，原则上谁当班，谁负责。

4. 病房重点交接班对象：新入院、危重、手术前后、特殊检查、特殊治疗、特殊病人及其他需要特别关注的患者。
5. 正常工作日各科室每天都必须进行集体早交接班，由值班医师向各治疗组医师交班，在班医生必须全部参加。先由值班医师按交班本记录进行交班，交班内容包括患者流动情况和新入院、危重、手术前后、特殊检查等患者的病情变化及主要处理经过，值班护士和上级医师补充。如各治疗组医师对交班情况有疑问应立即提出，做到交接清楚，以免贻误治疗或发生差错。接班后发生的问题，原则上应由接班者负责。
6. 正常工作日各科室每天下午下班前必须进行查房，由各治疗组医师对本治疗组内的新入院、危重、手术前后、特殊检查等患者进行查房，并于下班前与值班医师做好交班，除口头交班外，还应该将交班内容记录在医师值班交班本中，上级医师审核并和值班医师双签名。
7. 值班人员应对患者的病情变化严密观察、及时处理，对值班期间患者的病情变化及处理情况应按规定记录于交班本中，同时在病程录中也要详细记录，如一线医师非本院医师，交班本必须有上级医师审核签字。
8. 对毒、麻、限制及抢救药品、医疗器械、贵重仪器等如有使用应当面查验交接。
9. 对危重患者、当天手术患者的交接班必须在床边进行。
10. 当患者经治医师发生变更时，交接班医师也应该进行交接班，交班医师应将患者的病情及诊疗情况详细向接班医师介绍，并于交班前在病史中完成交班记录；接班记录由接班医师于接班后 24 小时内完成。交（接）班记录的内容包括入院日期、交班或接班日期、患者姓名、性别、年龄、主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、目前情况、目前诊断、交班注意事项或接班诊疗计划、医师签名等。

### 三、值班交接流程



制定日期	2022年3月 审核人：戎霞君			
修订次数				
修订日期				
审批人				

 君爱康复医院 Jun'ai Rehabilitation Hospital	上海君爱康复医院	编号：JA/ZD/060/07/2022
	医务科	版次：第 1 版
	18 项医疗质量安全核心制度	生效日期：2022 年 3 月 24 日
		共 2 页

## 一、疑难病例讨论制度

### （一）定义

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

### （二）基本要求

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

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

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

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

## 二、疑难病例讨论制度解读

对于在临床上发现的疑难病例，为给患者提供及时、有效诊治，进行分析和讨论，特制定本制度，解读如下：

疑难病例是指入院 7 天仍诊断不明的病例；或住院期间临床及实验室检查有重要发现，导致与原诊断不符或治疗上需作重大变更的病例；或经过 3-7 天的治疗，效果不确切的病例。

具体要求：

（一）出现疑难病例，分管床位的主治医师应及时向病区主任及科主任提出全科疑难

病例讨论的申请，由科主任统筹安排讨论时间。

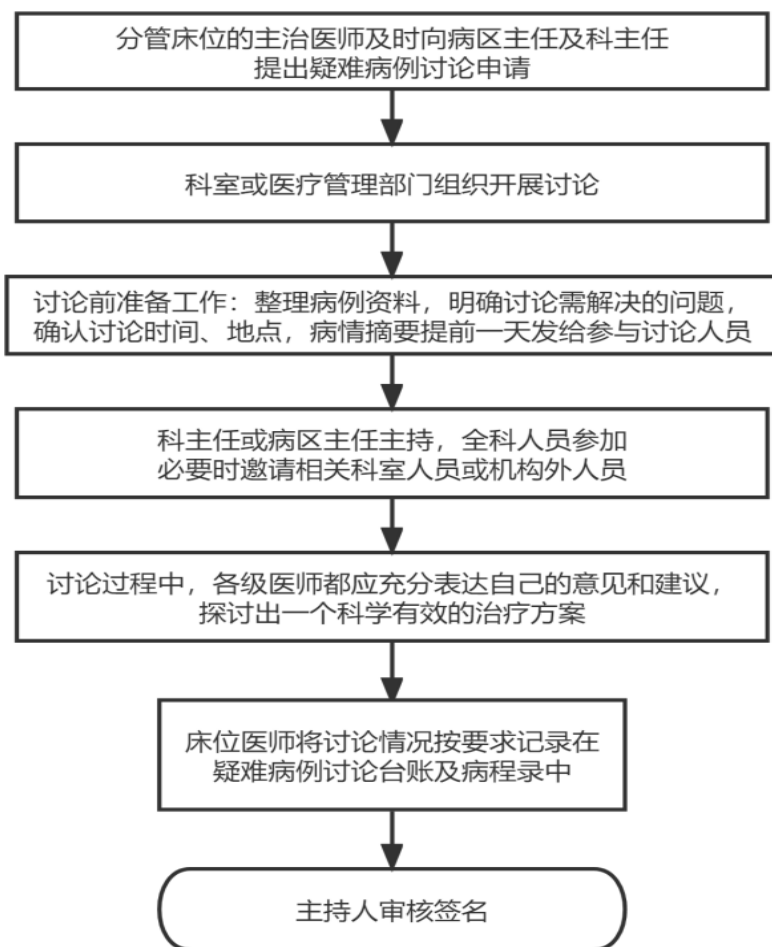
（二）为确保疑难病例讨论的效果，讨论前，床位医师应做好充分的准备工作：负责床位的实习医师、住院医师或进修医师应整理好病例资料；主治医师和分管主任应明确讨论需要解决的问题，并根据患者的病情提出需要相关科室共同参与讨论的建议，经科主任同意后填写会诊申请，并与会诊医师确认讨论的时间、地点；床位医师应将病情摘要提前一天分发给第二天参与讨论的所有医务人员。

（三）疑难病例讨论由科主任或病区主任主持，病区所有医师均应参加及相关护理人员。由住院医师汇报病史，介绍病情和诊疗过程；主治医师应详细分析病情，提出讨论目的及观点；床位分管主任补充病史，提出自己的观点，供大家讨论。


（四）讨论过程中，各级医师都应该充分表达自己的意见和建议，大家群策群力，探讨一个科学有效的治疗方案。

（五）床位医师应将讨论情况详细记录在专设的疑难病例讨论电子台账中，内容包括讨论日期、主持人、参加人员姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见等，主持人应审核签名；同时将讨论情况记录在病程录中。

### 三、疑难病例讨论制度流程



制定日期	2022年3月 审核人：戎霞君			
修订次数				
修订日期				
审批人				

	上海君爱康复医院	编号: JA/ZD/060/08/2022
	医务科	版次: 第 1 版
	18 项医疗质量安全核心制度	生效日期: 2022 年 3 月 24 日
		共 3 页

## 一、急危重患者抢救制度

### (一) 定义

指为控制病情、挽救生命，对急危重患者进行抢救并对抢救流程进行规范的制度。

### (二) 基本要求

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

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

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

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

## 二、急危重患者抢救制度解读

为提高急、危、重患者的抢救成功率，确保患者生命安全，结合本院实际，解读如下：

急、危重症是指病情急危重，有可能危及生命，需要医务人员及时抢救的患者。

具体要求：

(一) 急、危、重患者抢救应严格执行首诊负责制，各级医生不得以任何借口延误抢救时机。紧急情况下医务人员参与或主持急、危、重患者的抢救，不受其执业范围限制。

(二) 急、危、重患者的抢救工作，一般由科主任或正（副）主任医师负责组织并主持。科主任或正（副）主任医师不在时，由当时职称最高的医师主持抢救工作，但必须及时通知科主任或正（副）主任医师。

(三) 遇到特殊患者或需跨科抢救的急、危、重患者，应及时汇报医务科。参加跨科抢救患者的各科医师应积极主动，协作配合，投入抢救工作。

(四) 参加急、危、重患者抢救的医护人员中必须明确一名主持抢救工作的负责人。医护人员必须明确分工，紧密合作，各司其职，要无条件服从负责人的医嘱，但对抢救患者有益的建议，可提请负责人确认后用于患者抢救。

(五) 抢救时口头医嘱要准确、清楚，尤其是药名、剂量、给药途径与时间等，避免有误，护士应当复诵一遍。抢救结束后，医师应当即刻据实补记医嘱，注明“补记”。

(六) 参加抢救工作的护理人员应严格执行医嘱，并严密观察病情变化，随时将医嘱执行情况 and 病情变化报告主持抢救者，及时做好抢救现场的流水记录。各种急救药品的安瓿、输液空瓶、输血空袋等用完后应暂时保留，以便统计与查对，避免医疗差错。

(七) 被抢救患者如系病情突变的患者，医务人员在组织抢救的同时，应及时下达病危通知。

(八) 在抢救急、危、重患者过程中，如需进行有创检查或操作治疗，应按规定向其法定代理人或委托人告知，在取得其知情同意签字后实施。为抢救患者，在其法定代理人或委托人无法及时签字的情况下，病区可及时汇报医务部或行政总值班，经负责人同意授权后实施。

(九) 在抢救急、危、重患者的间隙，医务人员应及时将患者病情及预后告知患者家属，以取得患者家属的理解与配合。

(十) 为保证抢救工作的井然有序，原则上不参加抢救工作的医护人员及患者家属不得进入抢救现场，但应积极配合做好抢救工作。如遇重大抢救，医务部、分管院长需亲临现场，做好组织协调工作。

(十一) 急、危、重患者的抢救经过应如实记录在病程录中，因抢救急、危、重患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束**6小时内**据实补记，并加以注明。内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名及专业技术职称等。记录抢救时间应当具体到分钟。主持抢救的人员应当审核并签字。

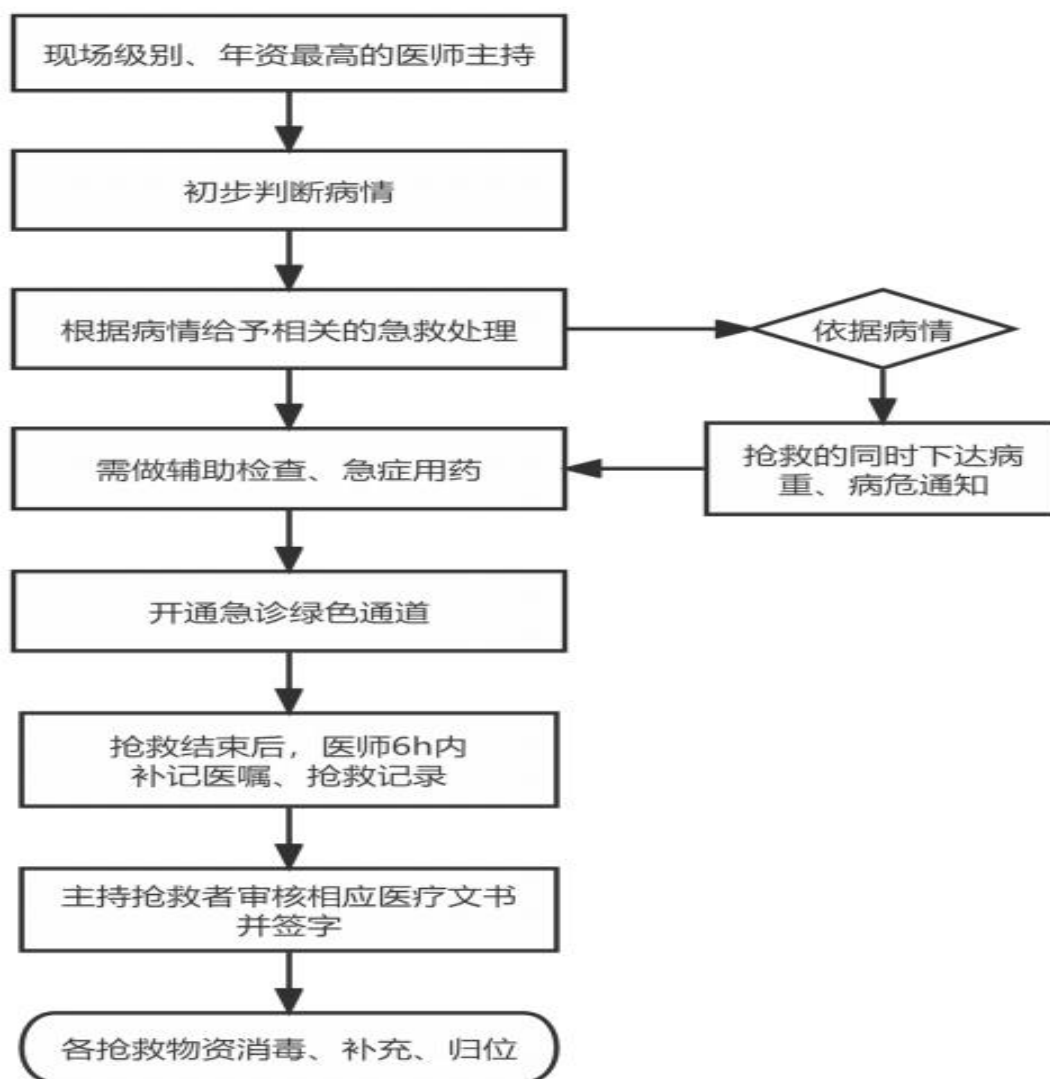
(十二) 抢救工作中，药房、检验、放射或其他辅科室及后勤部门，应满足临床抢救工作的需要，要给予充分的支持和保证。

(十三) 抢救工作结束，应认真、及时总结抢救工作中的经验教训，要有明确的抢救记录，并按规定填写抢救登记本。


(十四) 为保证抢救工作的及时有效, 病区的各种抢救药品、器械、耗材应随时处于备用状态, 使用后应及时清理、消毒、补充、物归原处, 以备再用。

(十五) 对于因纠纷、斗殴、交通醉酒、吸毒或生产事故、自杀、他杀等原因致伤的患者及形迹可疑的伤病员, 医务人员除应积极进行抢救工作外, 同时应向医务部或保卫科汇报, 必要时报告公安部门。

### 三、急危重患者抢救制度流程



制定日期	2022年3月 审核人: 戎霞君			
修订次数				
修订日期				
审批人				

 君爱康复医院 Junai Rehabilitation Hospital	上海君爱康复医院	编号: JA/ZD/060/09/2022
	医务科	版次: 第 1 版
	18 项医疗质量安全核心制度	生效日期: 2022 年 3 月 24 日
		共 3 页

## 一、术前讨论制度

### (一) 定义

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

### (二) 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、术前讨论制度解读

为了给患者制定适宜手术方案, 确保取得手术安全和手术成功, 根据《三级医院评审标准(2020 版) 实施细则》、《病历书写规范(第 2 版)》等法律法规, 结合本院实际, 解读如下:

### 具体要求

(一) 术前讨论时间至少提前一天; 重大手术术前讨论需手术前三天完成。以紧急抢救生命为目的的急诊手术由手术科室自行决定术前讨论时间。

(二) 术前讨论由科主任主持, 手术组医师、床位分管护士都必须参加, 必要时邀请麻醉科、医学影像科、病理科及其他科室相关医师参加讨论。

(三) 术前讨论由经治医师汇报病史(包括所有检查结果), 提出诊断、鉴别诊断意见、

手术指征和术前准备情况，然后由上级医师补充病史、提出手术方案、预计术中可能出现的困难及医疗风险、以及相应的防范措施（包括术后观察事项以及护理要求）。

（四）术前讨论由主刀医师主持（重大、疑难、致残、院内首次开展的手术由科主任主持），手术组医师、麻醉医师、责任护士或邀请其它科室有关医师参加。任何意见均应有充分的理论依据，最后达到意见统一，由主持人总结后并提出最终手术方案。术前谈话、术前小结应在术前讨论后完成。

（五）具体讨论内容为：

1. 进一步明确疾病诊断，手术适应症、手术方式、步骤，决定麻醉方式。
2. 确定术者和助手。
3. 讨论术中、术后可能发生的问题和对策。

（六）讨论时应充分考虑主刀医师的资质和手术权限，确保手术安全。

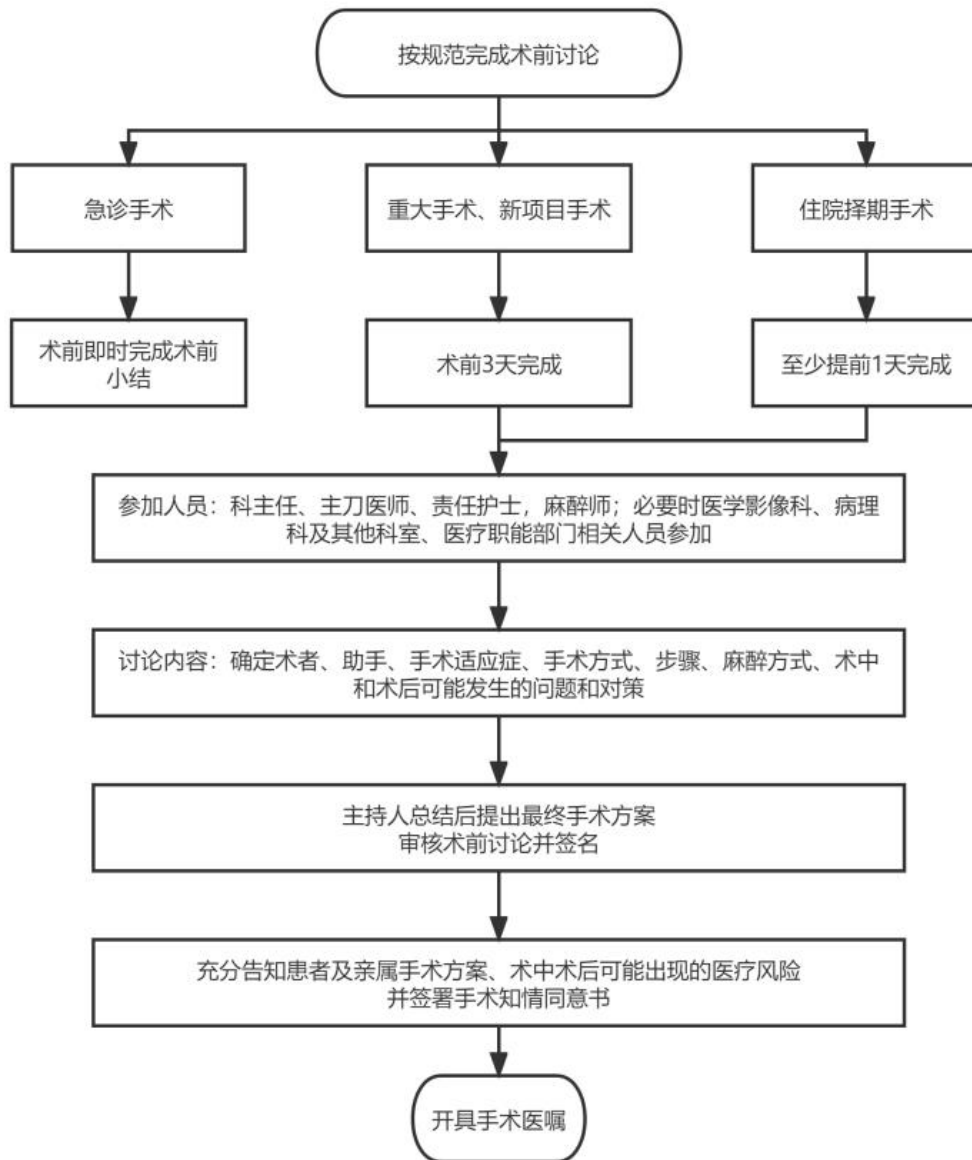
（七）术前讨论情况整理后床位医师应按规定格式于手术前一天记入术前讨论专页中。

（八）术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，术中、术后可能出现的医疗风险，应向患者亲属充分告知，并签署手术知情同意书。


（九）术前 1 天由各病区经治医师填写手术通知单并送交手术室统一安排手术。手术通知单由专业组主治医师或科主任签署。

（十）对于已向医疗职能部门申报的重大手术/新项目手术的病例术前讨论，需邀请医疗职能部门相关人员参加。

### 三、 术前讨论流程图



制定日期	2022年3月 审核人：戎霞君			
修订次数				
修订日期				
审批人				

	上海君爱康复医院	编号: JA/ZD/060/10/2022
	医务科	版次: 第 1 版
	18 项医疗质量安全核心制度	生效日期: 2022 年 3 月 24 日
		共 3 页

## 一、死亡病例讨论制度

### (一) 定义

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

### (二) 基本要求

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

## 二、死亡病例讨论制度解读

为不断总结积累临床经验,通过死亡病例讨论,持续提高医务人员的医疗水平,依据《医疗质量管理办法》、《病历书写规范(第二版)》等法律法规,结合本院实际,解读如下:

具体要求:

(一) 死亡病例讨论原则上应当在患者死亡 1 周内完成。尸检病例在尸检报告出具后 1 周内必须再次讨论。意外死亡病例、有医疗纠纷的死亡病例、诊断不清的死亡病例及其它特殊死亡病例应及时讨论(24 小时以内)。

(二) 死亡病例讨论由科主任或具有副主任医师及以上专业技术职称的医师主持,病区所有医师、参与抢救的医师和护士长参加。存在纠纷隐患或者不良事件的病例必须请医务部、护理部等职能部门和相关科室参加。

(三) 死亡病例讨论由床位医师汇报病史,负责抢救的经治医师汇报抢救经过,陈述死因;主治医师补充诊治过程,分析死因;副主任、主任医师重点对诊疗过程、死因和应该吸取的经验教训进行进一步综合分析,提出改进措施。

(四) 死亡病例讨论时各级医师均应充分发表意见，全面分析，任何意见均应有充分的理论依据，以不断积累临床经验。

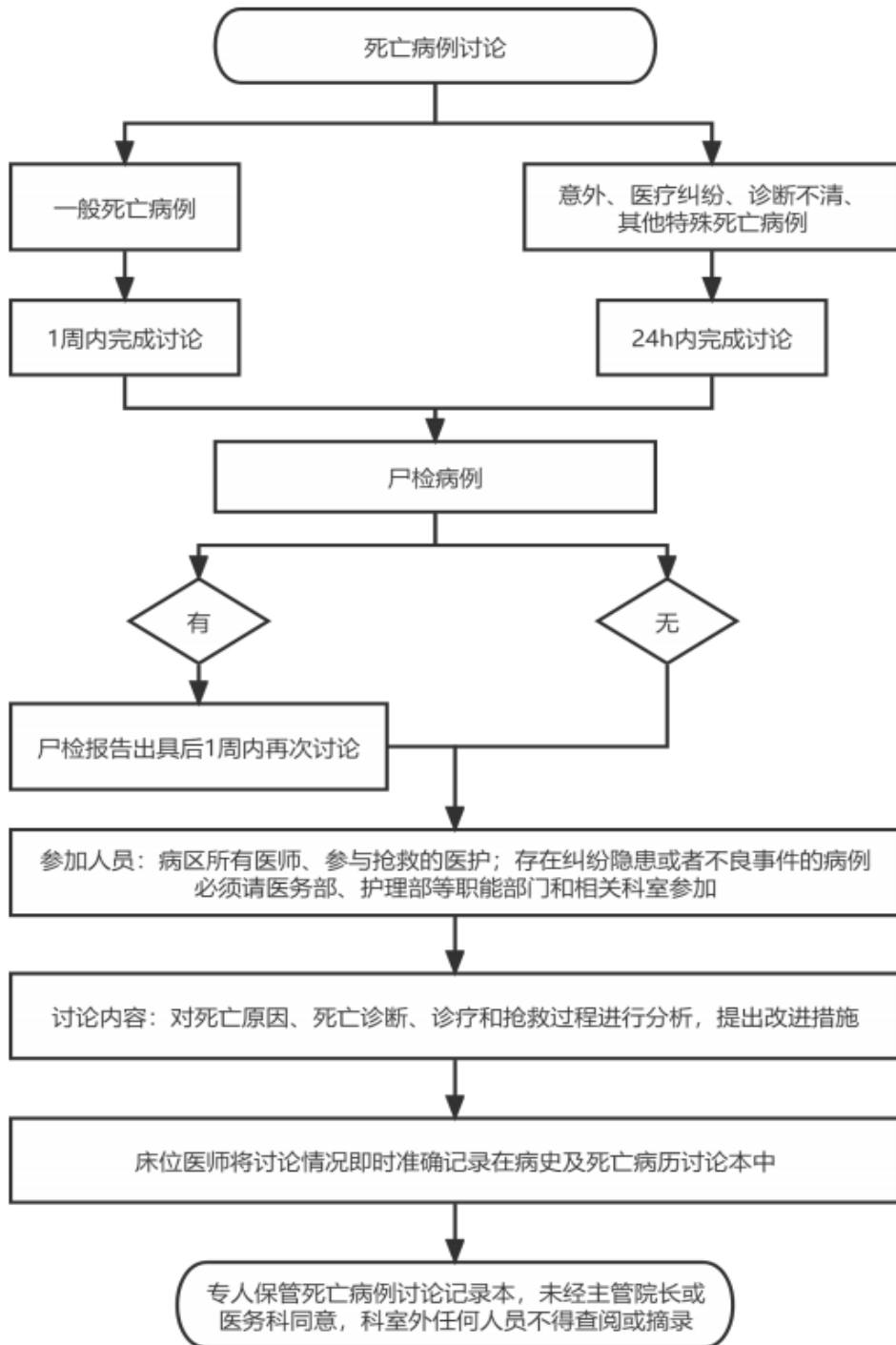
(五) 床位医师应将讨论情况及时准确的记录在病史及死亡病例讨论本中，内容包括讨论日期，主持人及参加人员姓名、专业技术职称，重点记录诊断意见、死亡原因分析、抢救措施意见、经验教训等，具体讨论意见及主持人小结等，经整理后按规定格式书写死亡讨论记录，记录者签名，主持人审核并签名。

(六) 讨论会要有完整记录，各科必须建设立专用死亡讨论记录本，在进行死亡病例讨论时，指定人员在死亡讨论记录本上按要求进行记录。


(七) 死亡讨论记录本应指定专人保管，未经主管院长或医务科同意，科室外任何人员不得查阅或摘录。

(八) 为提高医疗技术和水平，促进医学的发展，凡属死因不明、家属有争议、特殊罕见病例，有科研价值及涉及法律时，均应尽量主动做好死者家属工作，争取尸体解剖。

### 三、死亡病例讨论制度流程



制定日期	2022年3月 审核人：戎霞君			
修订次数				
修订日期				
审批人				

	上海君爱康复医院	编号: JA/ZD/060/11/2022
	医务科	版次: 第 1 版
	18 项医疗质量安全核心制度	生效日期: 2022 年 3 月 24 日
		共 5 页

## 一、查对制度

### (一) 定义

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

### (二) 基本要求

1. 医疗机构的查对制度应当涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等相关方面。
2. 每项医疗行为都必须查对患者身份。应当至少使用两种身份查对方式，严禁将床号作为身份查对的标识。为无名患者进行诊疗活动时，须双人核对。用电子设备辨别患者身份时，仍需口语化查对。
3. 医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。

## 二、查对制度解读

为提高医疗工作质量，确保医疗安全，落实患者安全管理目标，防止医疗差错、事故的发生，根据本院实际情况，解读如下：

具体要求：

### 一、医嘱查对：

(一) 医师在开具医嘱、处方、各种检查单或进行治疗时应认真核对病员的姓名、性别、年龄、床号、住院号（门诊号）；字迹端正，填写完整。

1. 为保障正确执行医嘱，严格执行“三查八对一注意，严禁四不准”。
2. 三查：治疗及操作前查、治疗及操作中查、治疗及操作后查。
3. 八对：床号、姓名、住院号、药名、剂量、浓度、时间、用法。
4. 一注意：注意用药后的反应。

5. 四不准：不准输错血；不准打错青霉素；不准开错刀，不准抱错婴儿和推错尸体。

（二）抢救病人时，医师下达口头医嘱，执行者须重述一遍，然后执行及做好详细记录，医师抢救后立即补开医嘱。

#### 二、输血前、用药查对：

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

（二）给药前，注意询问有无过敏史；使用毒、麻、精、限、剧药时要经过反复核对；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。

（三）输血前，需经两人查对（三查十对），无误后，方可输入；输血时须注意观察，保证安全。若出现输血反应，按相关流程处理。

1. 三查：查血液有效期；查输血装置是否完整；查血液质量。

2. 十对：受血者姓名、性别、年龄、床号、住院号、血型交配试验结果、供血者姓名、编号、核对采血日期、有效期。

#### 三、手术病人查对：

（一）接病人前，必须根据手术通知单核对病人床号、姓名、性别、年龄、住院号，并询问是否给予术前用药等。

（二）接病员时，要查对科别、床号、姓名、性别、诊断、拟施手术名称、手术部位、所带的术中用药以和病历与资料、术前备皮等。

（三）手术医护人员术前应查对病人床号、姓名、性别、年龄、诊断、手术名称、部位、术前用药，药物过敏试验结果，按要求摆好体位。查无菌包内灭菌指示剂是否达到要求，手术器械是否齐全。

（四）实施麻醉前，麻醉师必须查对姓名、诊断、手术部位、麻醉方法及麻醉用药，在麻醉前要与病人主动交流作为最后核对途径。同时要知道患者是否有已知的药物过敏。

（五）手术切皮前，施行“暂停”程序，由手术者与麻醉师、护士再次核对姓名、诊断、手术部位、手术方式后方可开始手术。

（六）凡进行体腔或深部组织手术，器械护士要在术前与缝合前清点纱布块、纱布(棉花)棉球和器械数。

（七）除手术过程中神志清醒的患者外，应使用“腕带”作为核对患者信息依据；对使用各种手术体内植入物之前，应对其标示内容与有效期的进行逐一核查。

(八) 凡手术留取的标本，应及时登记，查对科别、姓名、性别、部位、标本名称。

(九) 用药与输血应按输血前、用药查对要求进行查对。

(十) 术后要查对带回的病历、影像学资料、剩余药物、血制品等。

#### 四、发血前查对：

(一) 血型鉴定和交叉配血试验；两人工作时要“双查双签”，一人工作时要重做一次。

(二) 发血时，要与取血人共同查对科别、病房、床号、姓名、血型、交叉配血试验结果、血瓶(袋)号、采血日期、血液质量。

#### 五、药房查对：

(一) 各药房、配置中心在发药前必须做到“四查十对”。

1. 四查：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、规格、剂量、标签与处方内容是否相符；查配伍禁忌，用法用量，对药品性状、药品有无变质，是否超过有效期；查用药合理性，对临床诊断，医师签名是否正确。

2. 十对：对科别，对姓名，对年龄；对药名，对剂型，对规格，对数量；对药品性状，对用法用量；对临床诊断。

(二) 发出的药品应注明患者姓名和药品名称、用法、用量。

(三) 发出药品时应按药品说明书或处方医嘱，向患者或其家属交待每种药品的用法、用量及注意事项等。

#### 六、检验科查对：

(一) 采集标本前，查对科别、床号、姓名、性别、住院（门诊）号、检验目的和取标本容器匹配。

(二) 收集标本时，查对科别、姓名、性别、标本标签和数量质量。

(三) 检验时，查对试剂、项目，化验单与标本是否相符，以及标本质量。

(四) 检验后，查对目的、结果。

(五) 发报告前，查对科别、床号、姓名、性别、住院（门诊）号。

#### 七、病理科查对：

(一) 收集标本时，查对科室、姓名、性别、住院（门诊）号、标本名称、固定液。

(二) 制片时，查对编号、标本种类、切片数量和质量。

(三) 诊断时，查对编号、标本种类、临床诊断、病理诊断。

(四) 发报告前，查对科别、床号、姓名、性别、住院（门诊）号。

八、放射科查对:

(一) 检查时, 查对科别、病房、姓名、年龄、住院(门诊)号、片号、部位、目的。

(二) 使用造影剂时, 应查对病人对造影剂过敏。

(三) 发报告时, 查对科别、病房、姓名、年龄、住院(门诊)号、片号、部位。

九、特殊检查室(心电图、心(肺)功能、脑电图、超声波、同位素、内窥镜、导管室等)查对:

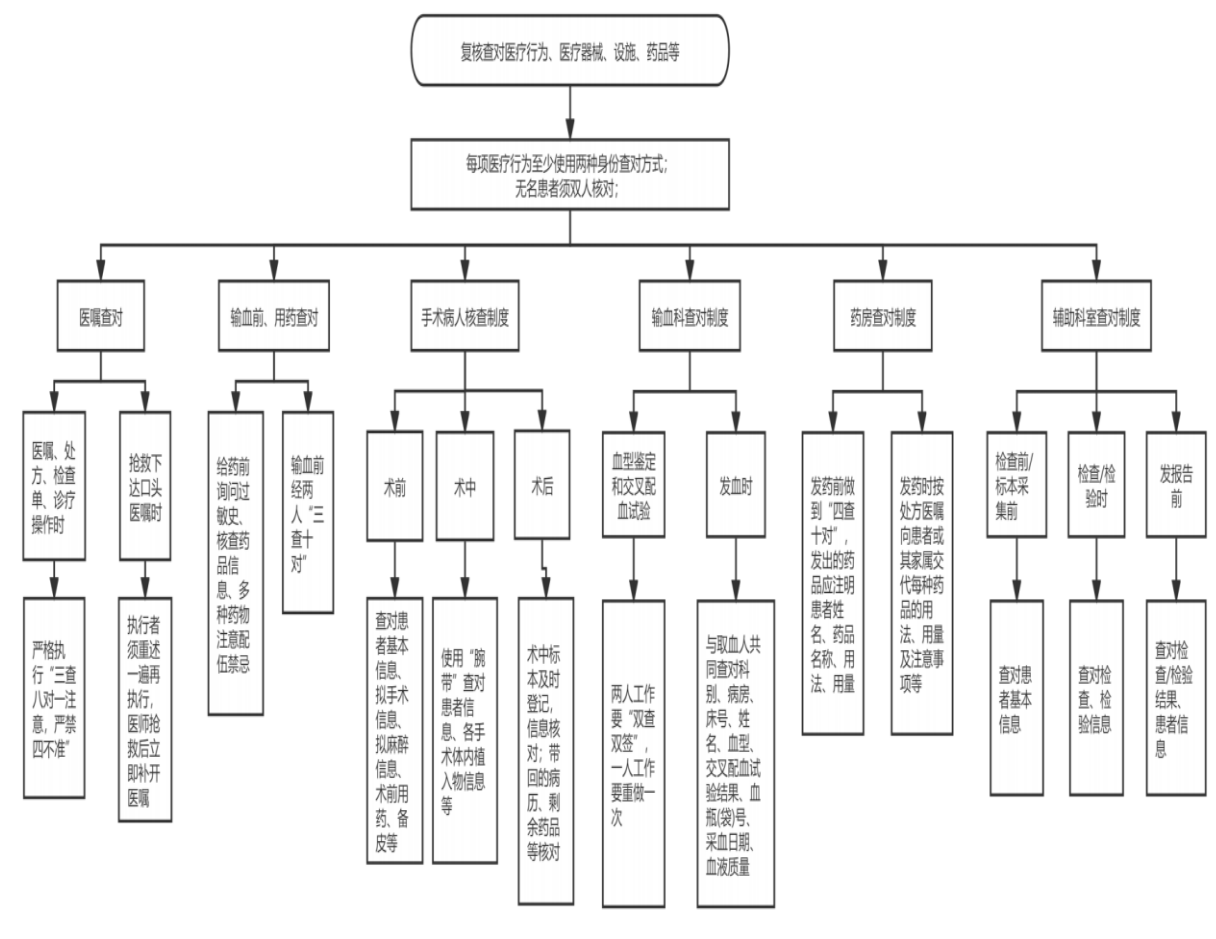
(一) 检查时, 查对科别、床号、姓名、性别、住院(门诊)号、检查目的。

(二) 诊断时, 查对姓名、编号、临床诊断、检查结果。


(三) 发报告前, 查对科别、床号、姓名、性别、住院(门诊)号。

十、粘贴各种化验单、报告单前要核对科别、床号、姓名、性别、住院(门诊)号。

### 三、查对制度流程



制定日期	2022年3月 审核人：戎霞君			
修订次数				
修订日期				
审批人				

	上海君爱康复医院	编号: JA/ZD/060/12/2022
	医务科	版次: 第 1 版
	18 项医疗质量安全核心制度	生效日期: 2022 年 3 月 24 日
		共 3 页

## 一、手术安全核查制度

### (一) 定义

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

### (二) 基本要求

1. 医疗机构应当建立手术安全核查制度和标准化流程。
2. 手术安全核查过程和内容按国家有关规定执行。
3. 手术安全核查表应当纳入病历。

## 二、手术安全核查制度解读

为使患者能够在手术治疗过程中得到高质量的医疗服务，防范医疗风险，保障患者安全，依据《医疗机构管理条例》、《护士条例》《患者十大安全目标（2019）》等法律法规、政策，结合医院实际情况，解读如下：

具体要求：

(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腕带以便核查。

(四) 手术安全核查由麻醉医师主持，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。

1. 麻醉实施前（由麻醉科医师主导）：由麻醉科医师、手术医师、手术室护士三方按《手术安全核查表》中内容依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、术前诊断、手术名称、手术方式、知情同意情况、手术部位与标示、麻醉方式、麻醉知情同意、皮肤完整情况、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（由手术医师主导）：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标示，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（由手术室护士主导）：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（手术器械、敷料），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。

5. 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。

6. 术中用药、输血的核查：由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负责核查。

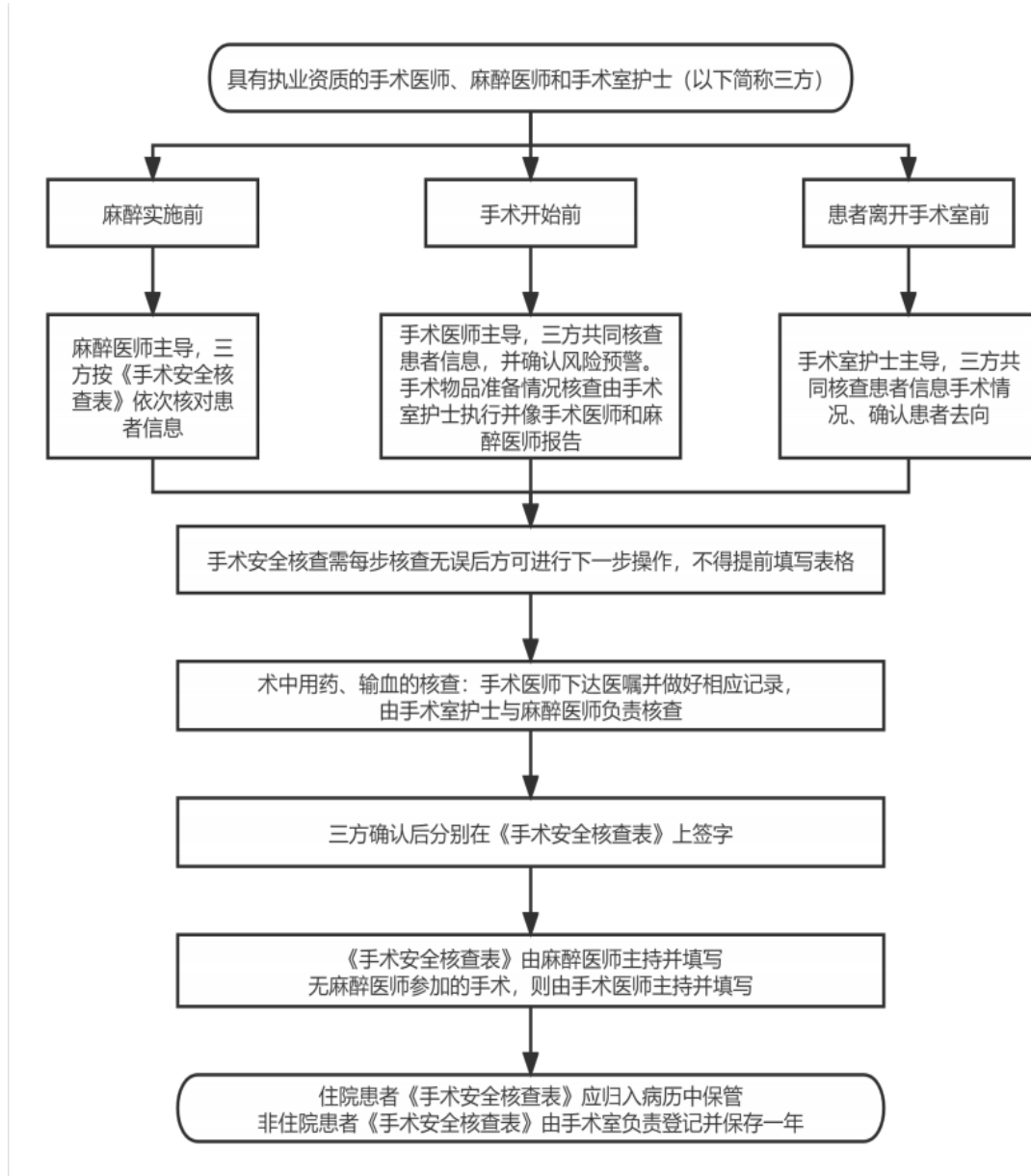
7. 住院患者《手术安全核查表》应归入病历中保管，非住院患者《手术安全核查表》由手术室负责登记并保存一年。

8. 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。


9. 医务部、护理部等医疗质量管理部门应根据各自职责，认真履行对手术安全核查制度实施情况的监督与管理，提出持续改进的措施并加以落实。

10. 为确保及时有效查对，《手术安全核查表》由麻醉医师主持并填写；无麻醉医师参加的手术，则由手术医师主持并填写。

### 三、手术安全核查制度流程



制定日期	2022年3月 审核人：戎霞君			
修订次数				
修订日期				
审批人				

	上海君爱康复医院	编号: JA/ZD/060/13/2022
	医务科	版次: 第 1 版
	18 项医疗质量安全核心制度	生效日期: 2022 年 3 月 24 日
		共 6 页

## 一、手术分级管理制度

### (一) 定义

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

### (二) 基本要求

- 1.按照手术风险性和难易程度不同,手术分为四级。具体要求按照国家有关规定执行。
- 2.医疗机构应当建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。
- 3.医疗机构应当建立手术分级授权管理机制,建立手术医师技术档案。
- 4.医疗机构应当对手术医师能力进行定期评估,根据评估结果对手术权限进行动态调整。

## 二、手术分级管理制度解读

为了加强各级医师的手术分级管理,提高医疗质量,保障医疗安全,维护患者合法权益,依据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗技术临床应用管理办法》等法律法规,根据本院实际情况,解读如下:

具体要求:

本制度所称手术是指医务人员使用手术器械在人体局部进行操作,以去除病变组织、修复损伤、移植组织或器官、缓解病痛、改善机体功能或形态等为目的的诊断或治疗措施。

### (一) 手术分级原则:

根据风险性和难易程度不同,手术分为四级:

一级手术:技术难度较低、过程简单、风险较低的普通手术。

二级手术:有一定风险,过程复杂程度一般,有一定技术难度的手术。

三级手术:风险较高、过程较复杂、难度较大的手术。

四级手术:风险高、过程复杂,难度大的重大手术。

### (二) 手术归类原则:

根据《国家卫生部手术分级目录（2011版）》内容，临床科室针对手术的部位、操作相似性及手术难度对手术进行归类，每一级别手术包含若干类型。

手术归类由临床各科室核心医疗小组自行归纳，并上报医院医疗技术委员会审核确定，后由医务部备案。

### （三）手术医师分级：

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

#### 1. 住院医师

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

#### 2. 主治医师

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

#### 3. 副主任医师

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

#### 4. 主任医师：受聘主任医师岗位工作者。

### （四）各级医师手术权限：

1. 低年资住院医师：在上级医师指导下，可主持一级手术。
2. 高年资住院医师：在熟练掌握一级手术的基础上，在上级医师临场指导下可逐步开展二级手术。
3. 低年资主治医师：可主持二级手术，在上级医师临场指导下，逐步开展三级手术。

4. 高年资主治医师：可主持三级手术。
5. 低年资副主任医师：可主持三级手术，在上级医师临场指导下，逐步开展四级手术。
6. 高年资副主任医师：可主持四级手术，在上级医师临场指导下或根据实际情况可主持新技术、新项目手术及科研项目手术。
7. 主任医师：可主持四级手术以及新技术、新项目手术或经主管部门批准的高风险科研项目手术。

对技术资格准入手术，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，或经科室主任认可授权后方可开展相应手术

#### （五）手术审批权限：

手术审批权限是指对拟施行的不同级别手术以及不同情况、不同类别手术的审批权限，是控制手术质量的关键。

##### 1. 常规手术：

- (1) 一级手术：由医疗组长审批，主治医师（及以上）医师签发手术通知单。
- (2) 二级手术：由医疗组长审批，高年资主治医师（及以上）医师签发手术通知单。
- (3) 三级手术：由医疗组长或科主任审批，由副主任医师（及以上）医师签发手术通知单。
- (4) 四级手术：由科主任审批，由高年资副主任医师以上医师签发手术通知单，并报医务部备案。

##### 2. 特殊手术：

##### (3) 资格准入手术

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

##### (4) 重大手术

对本院界定的重大手术，必须按照《重大及新开展手术报告审批制度》的规定进行上报审批，获准后方可实施手术。

##### (5) 急诊手术

预期手术的级别在值班医师手术权限级别内时，可施行手术。若属重大手术或预期手术超出自己手术权限级别时，应紧急报告医疗组长，必要时向科主任汇报。但在需紧急抢救生命的情况下，在上级医师暂时不能到场主持手术期间，值班医师在不违背上级医师口头指示的前提下，有权、也必须按具体情况主持其认为合理的抢救手术，不得延误抢救时机。

#### (6) 新开展手术

新开展手术，根据我院《新技术准入及临床应用管理制度》的规定，在获得准入资格后方可实施。

#### (六) 手术资质准入管理

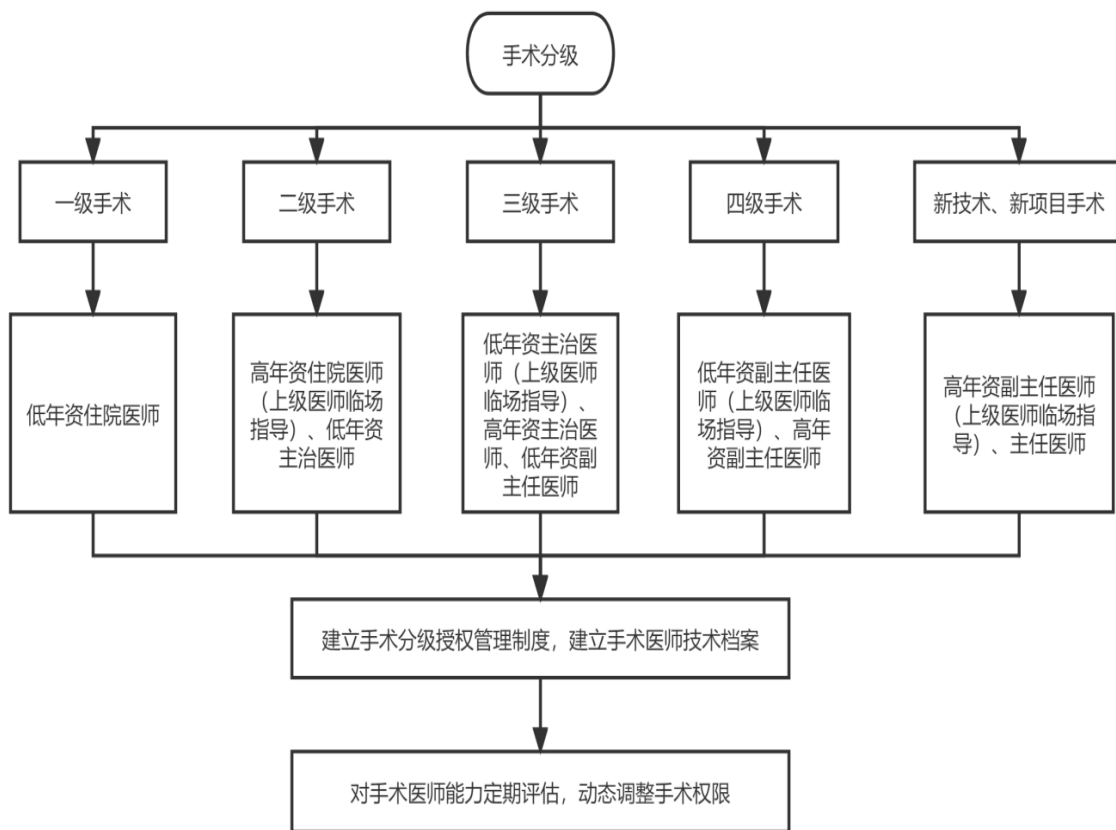
1. 在本院注册（含多点执业），依法取得医疗技术职称证书并经授权后，方有资格独立开展相应级别的手术。
2. 临床医师在取得某一级别手术权限后，方可独立开展该级别手术。在未取得某一级别手术权限前，不得独立开展该级别及以上级别的手术，但在上级医师的带领下，可作为助手参与该级别的手术。
3. 为确保手术安全，各级医师均不得冒用上级医师的名字，超资质开展手术，凡私自冒用上级医师名字，超资质开展手术的，一切后果由该医师承担。凡授权同意下级医师冒用本人名字，超资质开展手术的，一切后果由上级医师承担。
4. 手术难度因患者个体差异而存在不确定性，因此即使主刀医师在手术资质范围内，如在手术过程中发现手术难度超出了本人的技术能力，仍应及时汇报执行主任或科主任并安排具备相应能力的医师前来协助手术。
5. 多学科联合开展手术（包括急诊手术、术中发现病情非本专业疾患的情况），术者应为原发疾病专业的临床科室医师，且手术资质需满足该疾病手术级别。
6. 科室执行主任作为科室管理的第一责任人，应加强对本科室医师手术资质的准入管理。
7. 医务部将实时监控全院手术的手术医师资质情况，对超资质手术的医师将按照扣罚规定落实考核。

#### (七)、超权限手术扣罚标准


- 1、凡发现冒用上级医师名字，超资质手术或授权同意下级医师冒用本人名字超资质手术，但未引发医疗纠纷、差错事故的，全院通报批评，发现一例扣罚当事人奖金 **500 元**，同时扣罚科室执行主任管理分 **5 分**。

2、因冒用上级医师名字超资质手术或授权同意下级医师冒用本人名字超资质手术，造成医疗纠纷、差错事故而发生经济赔偿的，全院通报批评，科室和个人承担相应赔偿费用和责任，标准参照科主任考核中关于医疗纠纷、差错事故的扣罚标准执行。

### 三、手术分级管理制度流程



制定日期	2022年3月 审核人：戎霞君			
修订次数				
修订日期				
审批人				

 君爱康复医院 Junai Rehabilitation Hospital	上海君爱康复医院	编号：JA/ZD/060/14/2022
	医务科	版次：第 1 版
	18 项医疗质量安全核心制度	生效日期：2022 年 3 月 24 日
		共 4 页

## 一、新技术和新项目准入制度

### （一）定义

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

### （二）基本要求

1. 医疗机构拟开展的新技术和新项目应当为安全、有效、经济、适宜、能够进行临床应用的技术和项目。
2. 医疗机构应当明确本机构医疗技术和诊疗项目临床应用清单并定期更新。
3. 医疗机构应当建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目必须经过本机构相关技术管理委员会和医学伦理委员会审核同意后，方可开展临床应用。
4. 新技术和新项目临床应用前，要充分论证可能存在的安全隐患或技术风险，并制定相应预案。
5. 医疗机构应当明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围，并加强新技术和新项目质量控制工作。
6. 医疗机构应当建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理和动态评估。
7. 医疗机构开展临床研究的新技术和新项目按照国家有关规定执行。

## 二、新技术和新项目准入制度解读

为进一步规范医疗新技术的管理、完善审批程序，同时加强对新技术、新项目的临床应用情况监管，并按照国家卫健委发布的 2018 年版《医疗技术临床应用管理办法》的要求，根据本院实际情况，解读如下：

具体要求：

（一）医疗技术流向、技术准入申报和审批制度是指在本院各科室开展临床应用类新技术项目前必须通过调研、论证及审批的制度。制订本制度的目的是立足我院实际，更有效、合理的利用现代医学技术，避免医疗资源的浪费和重复建设，保障医疗质量和医疗安全。

(二) 新技术、新项目包括从未在本院开展过的临床、检验类和影像类新技术(以下简称技术)。

(三) 拟开展的新技术、新项目应符合国家相关法律法规和各项规章制度,应具有科学性、先进性、安全性、创新性和有效性。

(四) 拟开展的新技术、新项目所使用的医疗仪器须有《医疗仪器生产企业许可证》、《医疗仪器经营许可证》、《生产企业安全许可证》、《组织机构代码证》(卫生安全评价报告)和产品合格证,并提供加盖企业印章的复印件备查并由医院相关职能部门审核通过;使用资质证件不齐或证照不在有效期内的医疗仪器申报开展新技术、新项目者,一律不予受理。

(五) 拟开展的新技术、新项目所使用的药品须有《药品生产许可证》、《药品经营许可证》和产品合格证,进口药品须有《进口许可证》,并提供加盖企业印章的复印件备查并由医院相关职能部门审核通过。使用资质证件不齐或证照不在有效期内的药品申报开展新技术、新项目者,一律不予受理。

(六) 申报新技术、新项目的负责人应具有副主任医师、副主任技师、副主任护师或以上专业技术职称的本院员工,须认真填写《\*\*医院医疗技术临床应用能力技术审核申请书》经本科讨论审核,科主任签署意见后报送医务部。

(七) 医务部按流程的规定对拟开展的新技术、新项目向医疗技术管理委员会和医学伦理委员会审核提出申报,在通过医院专家论证后方可开展,或视情况按规定遴选院外专家论证。否则,将视为违规操作,由此而引起的医疗或医学伦理上的缺陷、纠纷、事故,将由当事科室或个人承担。

(八) 评审中所涉及的外院专家劳务费由医务部专项经费支出。涉及医学伦理问题者,同时报请医院伦理委员会审核、评估,经充分论证并同意准入后,报请分管院长审批。

(九) 拟开展的新技术、新项目报分管院长和上级有关部门审批后,需要新增加收费项目的由财务处审计科负责向卫生局物价部门申报收费标准,批准后方可实施;涉及医保报销与否,由医保办上报至上级医保部门审批。

(十) 申报新技术、新项目应符合上海市卫健委关于新技术、新项目申报的要求,提交书面材料的主要内容包括:

1. 拟开展的新技术、新项目的基本情况(国内外现状及本市其他医院开展的现状);
2. 新技术、新项目临床应用的意義、范围、适应症、禁忌症;
3. 对申报开展或应用的新技术、新项目的分析(合法性、理论性、安全性、有效性、适宜

性、可行性、伦理性)与效益预测;

4. 新技术的技术操作规范、新项目的操作规程;
5. 新技术、新项目的预见风险, 以及风险防范处理预案;
6. 提供国内外有关该项新技术研究和使用情况的检索报告及技术资料。其中涉及医疗器械、药品的, 还应当提供相应的批准文件。

(十一) 对于无创技术或项目、医疗风险较小者、本市其他医院已广泛运用并具有较好的疗效和效益的、并已有相应的收费标准者, 经有关专家评审后, 由医务部和分管院长审批授权同意后可开展进行。

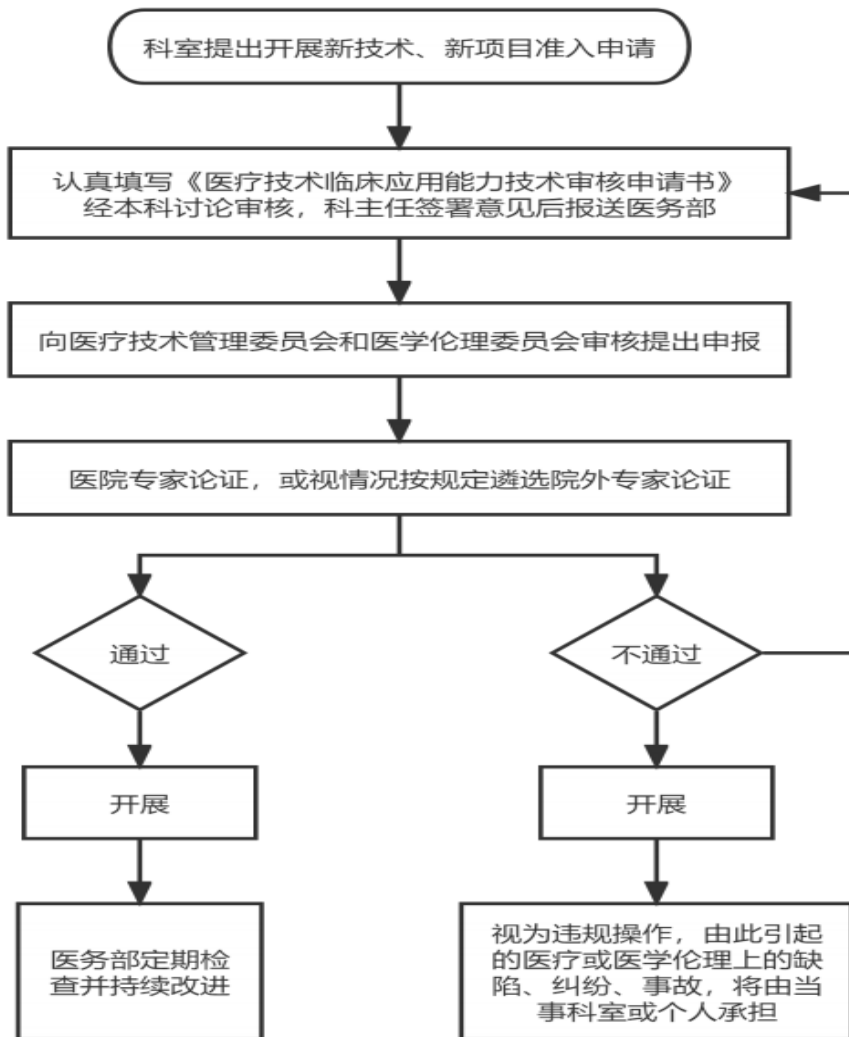
(十二) 对有创技术、医疗风险较大者、本市尚未开展的、无相应收费标准的, 须提请医学伦理委员会评估及专家组评审, 由医务部和分管院长审批授权后, 再由医务部上报市卫生行政部门(市卫生监督所、市医学会)进行复审和相应的价格审批。

(十三) 新技术、新项目经批准后必须按计划实施, 凡增加或撤销项目需经医务部或医院技术管理委员会审核同意, 报分管院领导批准后方可进行。


(十四) 医务部对全院开展的新技术、新项目进行定期检查并持续改进。

(十五) 医务部接受各科室上报的新技术、新项目申报材料后, 应在收到有效申报材料后的 15 个工作日内组织有关专家论证和审批, 专家审批所需时间不计入上述时限内。需要上报卫生行政部门审批者, 经医务部审核后及时上报。

### 三、新技术和新项目准入制度流程



制定日期	2022年3月 审核人：戎霞君			
修订次数				
修订日期				
审批人				

 君爱康复医院 Jun'ai Rehabilitation Hospital	上海君爱康复医院	编号: JA/ZD/060/15/2022
	医务科	版次: 第 1 版
	18 项医疗质量安全核心制度	生效日期: 2022 年 3 月 24 日
		共 4 页

## 一、危急值报告制度

### (一) 定义

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

### (二) 基本要求

1. 医疗机构应当分别建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范, 确保危急值信息准确, 传递及时, 信息传递各环节无缝衔接且可追溯。
2. 医疗机构应当制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。
3. 出现危急值时, 出具检查、检验结果报告的部门报出前, 应当双人核对并签字确认, 夜间或紧急情况下可单人双次核对。对于需要立即重复检查、检验的项目, 应当及时复检并核对。
4. 外送的检验标本或检查项目存在危急值项目的, 医院应当和相关机构协商危急值的通知方式, 并建立可追溯的危急值报告流程, 确保临床科室或患方能够及时接收危急值。
5. 临床科室任何接收到危急值信息的人员应当准确记录、复读、确认危急值结果, 并立即通知相关医师。
6. 医疗机构应当统一制定临床危急值信息登记专册和模板, 确保危急值信息报告全流程的人员、时间、内容等关键要素可追溯。

## 二、危急值报告制度解读

为规范各医学技术部门专业危急值的报告, 根据国家卫计委关于印发《医学检验实验室基本标准和管理规范(试行)》、《放射治疗质量控制基本指南》(NCC/T-RT 001-2017) 以及上海市临床检验质控中心、上海市影像质控中心的相关文件, 结合我院实际, 解读如下:

## 具体要求

(一) 指该辅助检查结果出现时，提示患者已经出现严重的异常、可能危及生命，需要临床医生迅速给予相应的干预措施和治疗，争取最佳抢救时机。

### (二) 本院危急值项目及范围

检验科“危急值”项目（末次修订时间\_\_\_\_\_）：

插入

超声室“危急值”项目（末次修订时间\_\_\_\_\_）：

插入

影像科“危急值”项目（末次修订时间\_\_\_\_\_）：

插入

心电图室“危急值”项目（末次修订时间\_\_\_\_\_）：

插入

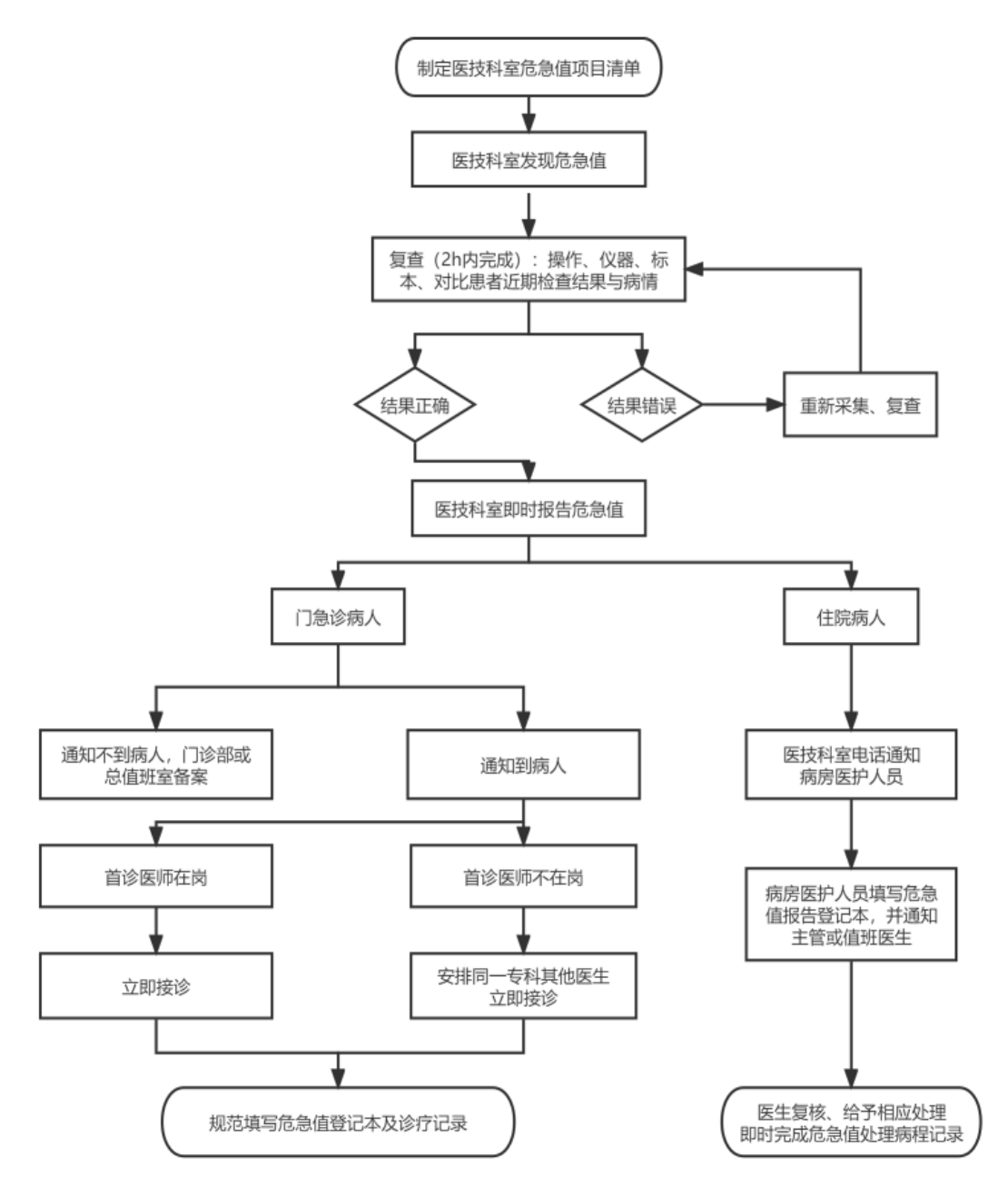
### 其他等

### (三) 检验科、超声科、放射科、心电图室等具体要求


1. 医学检验科：检测中出现危急值时必须复查，包括对原始标本复查或必要时重抽标本复查。复查应在 2 小时内完成。白班应当双人核对并签字确认，夜间或紧急情况下可单人双次核对。危急值标本必须按规定保留。血清标本应按要求保留至少 24 小时，血气分析标本可在检查后按规定处理。危急值标本的保留情况应在危急值登记表中注明。
2. 超声、影像学：当班书写报告医师发现危急超声、影像时应首先立即请示当日核图、核片医师或副主任及以上资质医师，夜间请二班医师审核，应在 2 小时内完成审核。
3. 临床报告程序：危急值报告遵循首查负责制：即谁通知、报告，谁记录。由相应的检测部门在结果复核后 10 分钟内向患者所在病区护士站/医生办公室电话报告情况，5 分钟内无人接听和应答，应迅速向医疗管理部门（夜间或节假日为医院总值班/医疗总值班）报告。同时于 ITH 系统上对病区进行危急值提示，并在 30 分钟内出具书面报告。危急值报告部门应对电话接收报告的人员做好信息登记，并将检查结果发出。
4. 临床处理与记录程序：临床科室危急值登记实行首接负责制，病区护士台接获危急值报告后，护理人员应规范、完整、准确地填写危急值登记记录表。经治或值班医师签字确认接到危急值报告，并迅速开展有针对性的治疗工作，并于 6 小时内病程记录/门诊病历中记录接收到的“危急值”报告结果和采取的诊治措施。

5. 填写危急值登记记录表要求：将接收日期、时间、患者床号、姓名、住院号、危急值项目及结果、报告者姓名或工号、接收护士姓名、报告医生时间、接收医生，逐项填入危急值登记表内。
6. 表格填写注意事项：
  - (1) 无内容的其它化验栏目要销空。
  - (2) 医生签字栏要督促医生签名，护士不要代签。

### 三、危急值报告制度流程



制定日期	2022年3月 审核人: 戎霞君			
修订次数				
修订日期				
审批人				

	上海君爱康复医院	编号: JA/ZD/060/16/2022
	医务科	版次: 第 1 版
	18 项医疗质量安全核心制度	生效日期: 2022 年 3 月 24 日
		共 8 页

## 一、病历管理制度

### (一) 定义

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

### (二) 基本要求

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

## 二、病历管理制度解读

根据卫生部《中华人民共和国侵权责任法》、《医疗机构病历管理规定》、《医疗事故处理条例》有关规定，为加强医院病案资料有序管理，结合本院实际情况，解读如下：

具体要求：

### 一、病历书写基本规范：

1. 病历书写应当：客观、真实、准确、及时、完整、规范，要做到这 12 字，必须有极其负责的态度和方法。
2. 人员资质要求：在本医疗机构具有执业资格的医务人员书写，实习的医技护人员、试用期的医技护人员书写的医疗文书，应当经上级带教老师审阅、修改并签名。进修医技护人员由本院医务部护理部等考核合格后，方能书写相应的医疗文书。

### 二、具体内容：

#### 门（急）诊病历

- (一) 门（急）诊病历内容包括门（急）诊病历首页（门（急）诊手册封面）、病历记录、化验单（检验报告）、医学影像检查资料等。
- (二) 门（急）诊病历首页内容应当包括患者姓名、性别、出生年月日、民族、婚姻状况、职业、工作单位、住址、药物过敏史等项目。门诊手册封面内容应当包括患者姓名、性别、年龄、工作单位或住址、药物过敏史等项目。
- (三) 门（急）诊病历记录分为初诊病历记录和复诊病历记录。初诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、病史、既往史，阳性体征、必要的阴性体征和辅助检查结果（患者提供的外院病历资料须注明时间及医院名称），诊断及治疗意见和医师签名等。复诊病历记录书写内容应当包括就诊时间、科别、主诉、病史、必要的体格检查和辅助检查结果、诊断、治疗处理意见和医师签名等。急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。
- (四) 门（急）诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时即时完成。
- (五) 急诊留观记录是急诊患者因病情需要留院观察期间的记录，重点记录观察期间病情变化和诊疗措施，记录简明扼要，并注明患者去向。抢救危重患者时，应当书写抢救记录。门（急）诊抢救记录书写内容及要求按照住院病历抢救记录书写内容及要求执行。

## 住院病历

入院记录是指患者入院后，由经治医师通过问诊、查体、辅助检查获得有关资料，并对这些资料归纳分析书写而成的记录。入院后 24 小时内完成。包括患者一般情况、主诉、现病史、既往史、个人史、婚育史、月经史、家族史、体格检查、专科情况、辅助检查、初步诊断、医师签名。

### （一）入院记录

#### 1. 主诉：

症状（体征）+持续时间（或本次治疗目的）简明扼要，不超过 20 个字，能导出第一诊断。

#### 2. 现病史：

(1) 现病史与主诉相符。

(2) 起病时间与诱因。

(3) 主要症状、体征的部位、时间、性质、程度，伴随症状与体征描述。

(4) 有鉴别意义的阴性症状、体征。

(5) 疾病演变、入院前诊治经过及效果。

注：本次住院需要治疗的其他疾病，另起一行书写。

3. 既往史：

(1) 既往各系统的情况。

(2) 手术、外伤史，重要的传染病史、输血史、药物过敏史。

4. 个人史：

(1) 个人生活习惯、嗜好、职业接触史、不接性生活史。

(2) 婚育史：婚姻、月经、生育史。

5. 家族史：

(1) 遗传疾病，病史询问不少于三代。

(2) 直系家族成员健康状况;死亡者，要描述死因。

6. 体格检查：

(1) 各系统项目齐全，填写完整、正确。

(2) 与主诉现病史相关的查体项目重点描述。

(3) 专科检查（限有专科要求）要全面，应有鉴别诊断体征的记录。

7. 辅助检查：

(1) 与本次疾病相关的主要检查及其结果，写明检查日期、外院检查著名医院名称。

8. 入院诊断：

(1) 初步诊断合理，名称规范，主次排列有序。

(2) 医师签名。

9. 修正诊断：

凡以症状待诊的诊断、或初步诊断、入院诊断不完善、不符合，上级医师查房后做出的修正诊断，应及时在入院记录中填写（位置在末页中线左侧，时间为修正日期），上级医师签名。

## （二）、首次病程记录

首次病程记录是指患者入院后由经治医师或值班医师书写的第一次病程记录。入院8小时内完成。内容包括：病例特点、拟诊讨论（诊断依据及鉴别诊断）、诊疗计划等。

1. 首次病程记录要求

(1) 病例特点：将入院病史、体检及辅助检查归纳提炼，重点突出，逻辑性强。不能照搬病史、体检、辅助检查。

(2) 诊断与鉴别诊断：

- ① 紧扣病例特点，写出入院诊断
- ② 记录对诊断的分析过程，阐明诊断依据及鉴别诊断。
- ③ 必要时对治疗中的难点进行分析讨论。

2. 诊疗计划：具体、有针对性、不采用套话。

### **(三) 主治、主任首次医师查房记录：**

首次主治医师查房记录—入院 48 小时内完成；首次副主任医师以上查房记录—入院 72 小时内完成；首次上级医师查房记录是指上级医师查房时对新入院患者病情评估、诊断、鉴别诊断、诊疗措施等分析及下一步诊疗意见等的记录

### **(四) 各级查房记录要求**

1. 住院医师：问、查+分析。
2. 主治医师：高一级的问、查+分析+指导。
3. 主任医师：更高级的问、查+分析+指导。

每一级查房医师要核对住院医师记录的内容，并确认签字（绝不能出现假签字），更不能出现“三级水平=住院医师”。

## **三、病历保管**

(一) 门诊病历：

- 1.原则上由患者保管:检查检验结果及时交给患者。
- 2.医院保管:收到检查检验结果后 24 小时内，归入门(急)诊病历。
- 3.保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 15 年。

(二) 住院病历：

- 1.医院统一保管。
- 2.检查、检验结果在收到 24 小时内，归入住院病历。
- 3.保存时间自患者最后一次住院出院之日起不少于 30 年。

## **四、病历借阅**

除为患者提供诊疗服务的医务人员，以及经卫生计生行政部门、中医药管理部门或者医疗机构授权的负责病案管理、医疗管理的部门或者人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者病历。

其他医疗机构及医务人员因科研、教学需要查阅、借阅病历的，应当向患者就诊医疗机构提出申请，经同意并办理相应手续后方可查阅、借阅。

查阅后应当立即归还，借阅病历应当在3个工作日内归还。

## 五、病历复印

《医疗机构病历管理规定》中第十七条：医疗机构应当受理下列人员和机构复制或者查阅病历资料的申请患者本人或者其委托代理人。死亡患者法定继承人或者其代理人。公安、司法、人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门。

病历复印申请人应提供证明材料:申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明;申请人为患者代理人的，应当提供患者及其代理人的有效身份证明，以及代理人与患者代理关系的法定证明材料和授权委托书。

申请人为死亡患者法定继承人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料。

申请人为死亡患者法定继承人代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人及其代理人的有效身份证明，死亡患者与法定继承人关系的法定证明材料代理人与法定继承人代理关系的法定证明材料及授权委托书。

公安、司法人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门提供证明材料:该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门出具的调取病历的法定证明、经办人本人有效身份证明、商业保险审核，还应提供保险合同复印件、患者本人或者其代理人同意的法定证明材料或者死亡患者法定继承人或者其代理人同意的法定证明材料。

## 六、病历封存

参与封存人员:医疗机构或者其委托代理人——主管医师、医疗纠纷办;患者或者其代理人。

封存病历可以是原件或复制件;未完成病历的封存:先封存已完成的，再封存后续完成的病历。医疗机构负责封存病历的保管。

## 七、病历解封

开启封存病历:医疗纠纷已解决或封存满 3 年, 患者未提出解决纠纷的要求医疗机构可以自行解封。完善病历内容方法, 纠纷封存病历不能修改, 写补充修正说明。已复印病历用双线划在错字上, 保留原记录清楚、可辨, 并注明修改时间, 修改人签名。无纠纷、未复印病历完善流程。

## 八、病历质量检查

### (一) 科室自查

1. 医师按时限要求完成病历书写并及时提交。
2. 上级医师及时、认真完成质控并及时提交。
3. 科室质控医师核查纸质病案完整、无缺页, 签字无遗漏后, 送住院病案室。

### (二) 运行病历实时监控—医疗质控办。

1. 每月各科专项监控 1-2 项, 发现问题科质控员沟通, 科主任例会公示。

### (三) 终末病案检查—医疗质控办。

1. 对出院病案的完整性 100%进行检查, 发现问题科主任例会公示。
2. 乙级、丙级病历绩效扣款。

### (四) 重点抽检病案

1. 单病种、临床路径等病历。
2. 卫计委的 18 个重点病种、18 个重点手术。
3. 低风险死亡病例。
4. 住院 > 30 天病例。
5. 死亡病例。
6. 非计划再次手术病例。
7. DRGs 分组费用离散度高的病例。

注: 符合 2 个以上条件的病例是重点中的重点。

### (五) 公示制度

1. 病历、病案的检查结果将在院周会和我院内网上定期公示。
2. 与本院医师的职称晋升挂钩。

### (六) 完善病案全流程管理建立奖惩机制。

1. 本院医师
  - (1) 乙级病历扣绩效 50 元/份、丙级病历扣款绩效 100 元/份。

(2) 累计出现 3 份乙级、1 份丙级病案延迟一年晋升

## 2. 进修医师

出现 1 份丙级病历或累计出现 3 份乙级病历，取消该医师的进修资格，改为参观学习，且进修结束时不予颁发《进修医师结业证书》

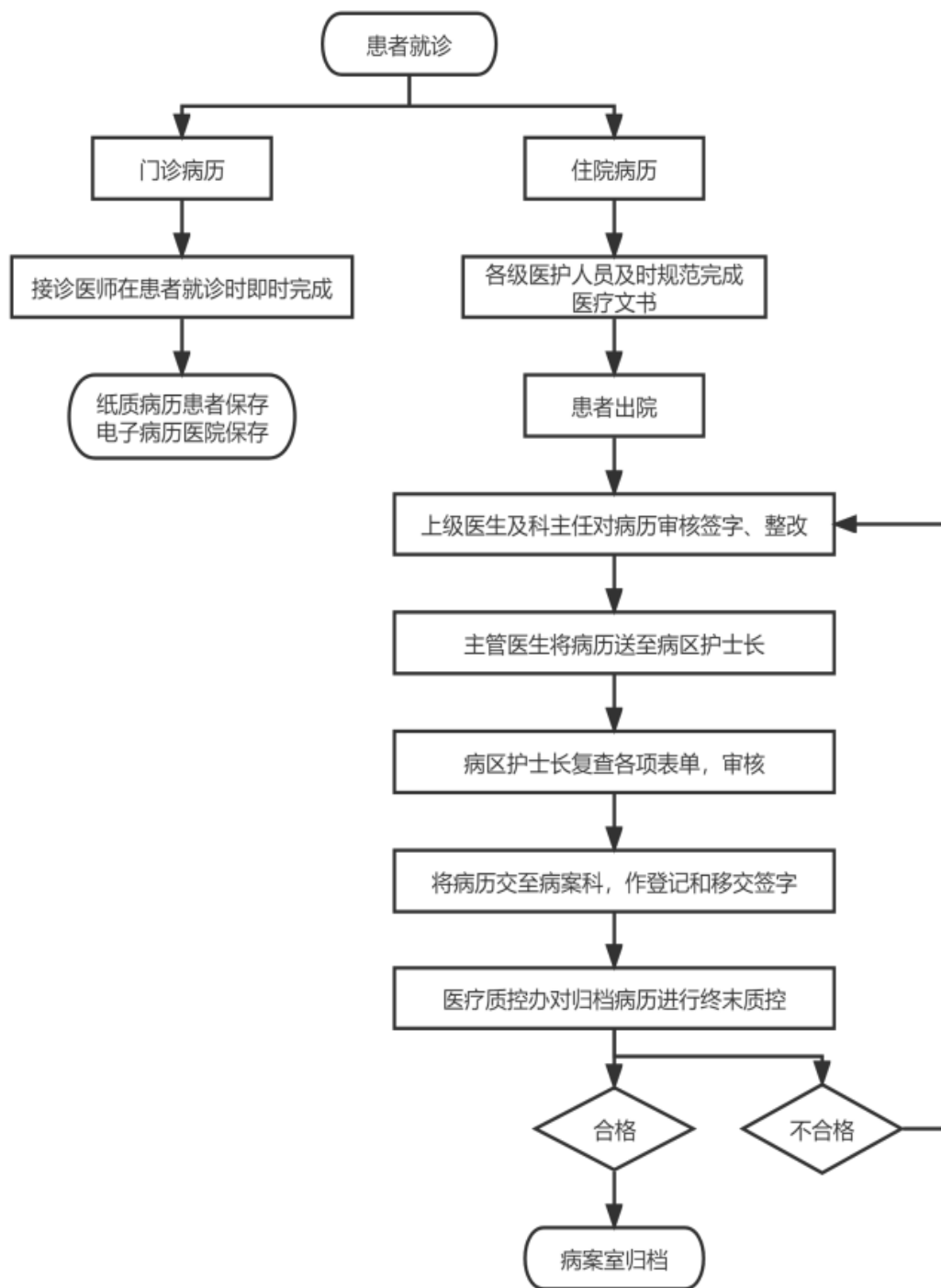
## 3. 科室

(1) 当月累计出现 3 份乙级、1 份丙级病案，扣除该科室该月绩效奖励总额的 10%，明确责任主体及奖惩机制。


(2) 各临床科室出院病历归档时间:患者出院后第 3 个工作日 24 点前，将出院病案提交到病案室。未按时归档的病历，扣主诊医师 10 元/天，上不封顶，所扣金额用于奖励按时归档科室及个人，每月考核结果由病案室直接反馈人事处运营办。

(3) 病案室及财务处及时在医保规定时限内进行编码及结算，因人为因素导致无法按时编码及按 DRG 结算的，扣编码员或结算员 100 元/天。由管理小组进行考核，对于错误率较高的个人该部门负责人应进行约谈及培训，屡教不改者由主管部门调离重点岗位。

### 三、病历管理制度流程



制定日期	2022年3月 审核人：戎霞君			
修订次数				
修订日期				
审批人				

	上海君爱康复医院	编号: JA/ZD/060/17/2022
		版次: 第 1 版
	医务科	生效日期: 2022 年 3 月 24 日
	18 项医疗质量安全核心制度	共 5 页

## 一、抗菌药物分级管理制度

### (一) 定义

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

### (二) 基本要求

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

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

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

4. 医疗机构应当按照抗菌药物分级管理原则, 建立抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程。

## 二、抗菌药物分级管理制度解读

为提高全院合理使用抗菌药物的意识, 促进抗菌药物的合理使用, 减少细菌耐药性的发生, 依据原卫计委《抗菌药物临床应用指导原则》文件内容, 结合本院实际, 解读如下:

具体要求:

### 一、抗菌药物管理核心要求:

(一) 责任制: 医疗机构主要负责人是第一责任人, 并与临床科室负责人签订责任状。

- (二) 多学科管理团队:临床、微生物、药学、院感等部门多学科团队协作。
- (三) 目录管理:限制品种数, 限制部分类别抗菌药物的品规或品种数量。
- (四) 分级管理:非限制级、限制级、特殊级限定职称, 建立特殊级抗菌药物会诊制度。
- (五) 指标管理:使用率、使用强度、I类切口使用率、特殊级使用率、送检率等。
- (六) 细菌耐药监测: 定期发布耐药信息和建立耐药预警制度, 建立耐药监测网
- (七) 培训制度:定期进行抗菌药物培训, 与抗菌药处方权挂钩。
- (八) 点评制度: 多学科团队参与点评, 全院通报, 与科室、个人考评挂钩。

抗菌药物管理核心指标				
微生物送检率	抗菌药物分级管理	抗菌药物使用强度	手术预防相关指标	抗菌药物使用率

## 二、抗菌药物分级的原则

抗菌药物分为非限制使用级、限制使用级与特殊使用级三类进行分级管理。细则如下:

(一) 非限制使用级: 经临床应用证明安全、有效, 对细菌耐药性影响较小, 价格相对较低的抗菌药物。一般对轻度与局部感染患者应首先选用非限制使用抗菌药物进行治疗, 临床医师可根据诊断和患者病情开具非限制使用抗菌药物处方。

(二) 限制使用级: 与非限制使用抗菌药物相比较, 这类药物在疗效、安全性、对细菌耐药性影响、药品价格等某方面存在局限性, 不宜作为非限制药物使用。严重感染、免疫功能低下者合并感染或病原菌只对限制使用抗菌药物敏感时, 可选用限制使用抗菌药物治疗。限制使用的抗菌药物需具有中级及以上专业技术职务任职资格医师方可开具。

(三) 特殊使用级: 不良反应明显, 不宜随意使用或临床需要倍加保护以免细菌过快产生耐药而导致严重后果的抗菌药物; 新上市的抗菌药物; 其疗效或安全性任何一方面的临床资料尚较少, 或并不优于现用药物者; 药品价格相对较高的抗菌药物。

## 三、抗菌药物权限授予原则

(一) 非限制使用权限: 具有处方资格的初级专业技术职务任职资格的医师, 经培训并考核合格后, 授予非限制使用权限, 即具备开具非限制使用级抗菌药物的权限。中医师经培训取得抗菌药物处方权以后, 仅授予非限制使用权限。

(二) 限制使用权限: 具有中级以上专业技术职务任职资格的医师, 经培训并考核合格

后，授予限制使用权限，即具备开具非限制使用、限制使用级抗菌药物的权限。

（三）特殊使用权限：具有高级专业技术职务任职资格的医师，经培训并考核合格后，授予特殊使用权限，即具备开具非限制使用、限制使用、特殊使用级抗菌药物的权限。

#### 四、抗菌药物临床应用管理

（一）医务人员要严格掌握使用抗菌药物预防感染的指征。预防感染、治疗轻度或者局部感染应当首选非限制使用级抗菌药物；严重感染、免疫功能低下合并感染或者病原菌只对限制使用级抗菌药物敏感时，方可选用限制使用级抗菌药物。

（二）特殊使用类抗菌药物应由经治医师采集标本进行病原学检查，待药敏结果出来后，请特殊级抗菌药物会诊专家组（临床医师、临床药师、检验技师）会诊同意后，根据药敏结果，由相应处方权医师开具医嘱（处方）使用，并做好相关病历记录。

（三）遇紧急情况（如抢救病人等）需越级使用抗菌药物，且现场无符合使用权限的医师在场时，医师可越级使用抗菌药物，对每个病人只允许使用一日。超权限医嘱（处方）必须在病历记录中载明，必须在 24 小时内填写《临床抗菌药物越级使用申请表》并递交药剂科。

（四）门诊患者需使用抗菌药物治疗的，原则上只能选择使用非限制使用级抗菌药物，如因病情需要使用限制使用级抗菌药物的，应经专科主治医师以上任职资格的医师会诊同意后方能使用。门诊治疗中不得使用特殊级抗菌药物。

（五）门诊治疗原则上应使用单一抗菌药物治疗，尽可能避免联合用药，禁止三种抗菌药物联合应用（抗结核治疗除外）。

（六）如抗菌药物连续使用超过 14 天或使用期间有停药需重新申请审核。

#### 五、监管与处罚

在院抗菌药物管理小组领导下，医务部牵头药剂科、院感科、检验科、医保办、信息中心负责本制度的落实、监管和考核。

（一）监管方式：

1. 由医务部负责牵头和组织督查，参加的部门包括医务部、药剂科、院感科，必要时现场查看患者的状况。
2. 药剂科、院感科在常规检查病史时要检查使用抗菌药物的指征及记录情况，并判断使用抗菌药物的合理性。对于特殊抗菌药物的处方点评原则上每月一次。

3. 医务部汇总监管结果，并根据监管情况发出整改通知书。

(二) 处罚:

1. 对于存在普遍性的用药不合理问题或发出整改通知书而未整改的科室，由医务部牵头，药剂科、院感科等部门参加，对相关科室、相关医师进行约谈。
2. 对于约谈后仍存在抗菌药物应用不合理情况的医师，对相关医师采取停止其抗菌药物处方权措施，并要求其重新参加抗菌药物应用学习，经考核合格后方可恢复其抗菌药物处方权。

抗菌药物分级管理目录? (各家医院自定)

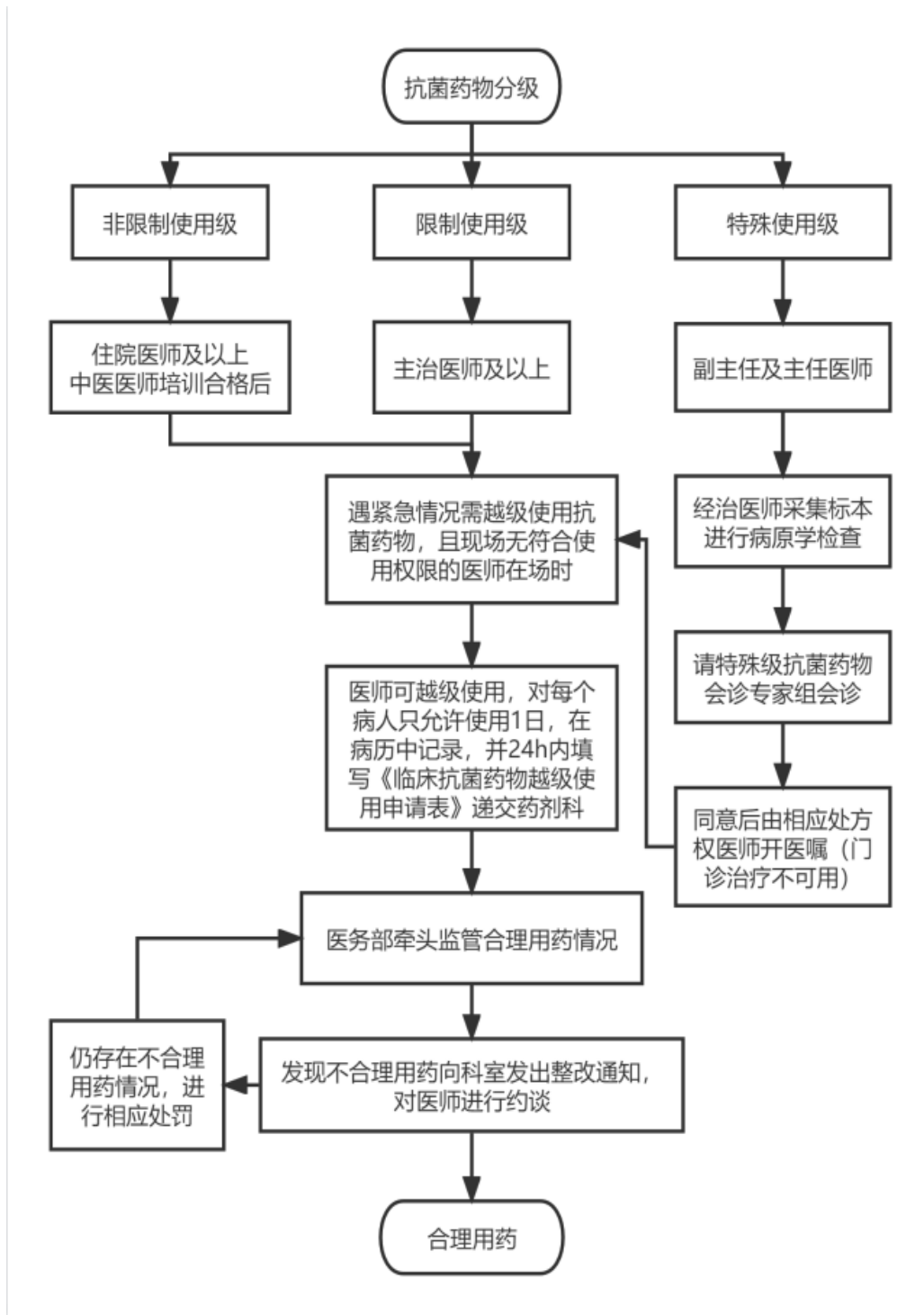
类别	非限制使用级	限制使用级	特殊使用级

限制使用级的抗菌药物--限主治医师及以上


注射剂:头孢哌酮/舒巴坦、哌拉西林/舒巴坦、哌拉西林/他唑巴坦、头孢他啶、氟康唑、美洛西林钠舒巴坦钠、头孢硫脒、头孢尼西、头孢唑肟、拉氧头孢、头孢米诺、头孢西丁、阿奇霉素、妥布霉素、依替米星、异帕米星、厄他培南、莫西沙星泊沙康唑

口服剂型:莫西沙星、米诺环素、头孢丙烯、头孢泊肟酯、头孢地尼、头孢克肟、伊曲康唑口服液、伏立康唑、泊沙康唑泊沙康唑

### 三、抗菌药物分级管理制度流程



制定日期	2022年3月 审核人: 戎霞君			
修订次数				
修订日期				
审批人				

	上海君爱康复医院	编号: JA/ZD/060/18/2022
		版次: 第 1 版
	医务科	生效日期: 2022 年 3 月 24 日
	18 项医疗质量安全核心制度	共 4 页

## 一、临床用血审核制度

### (一) 定义

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

### (二) 基本要求

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

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

3. 医疗机构应当完善急救用血管理制度和流程，保障急救治疗需要。

## 二、临床用血审核制度解读

为了规范、指导我院临床科室科学、合理用血，依据《医疗机构临床用血管理办法》、《临床用血质量控制指标（2019年版）》等法律法规，解读如下：

具体要求：

一、血液资源必须加以保护、合理应用，避免浪费，杜绝不必要的输血。

二、临床医师和输血医技人员应严格掌握输血适应证，正确应用成熟的临床输血技术和血液保护技术，包括成分输血和自体输血等。

三、血库负责临床用血的技术指导和技术实施，确保贮血、配血和其他科学、合理用血措施的执行。

四、输血申请应由经治医师逐项填写《临床输血申请单》，由主治医师核准签字，连同受血者血样于预定输血日期前送交血库备血。

五、申请单上要写明用血时间，非急救病人用血请提前一天备血（按属地）。

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

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

（三）同一患者一天申请备血量达到或超过 1600 毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，科室主任核准签发后，报医务部门批准，方可备血。

（四）各级医师要履行报批手续，核准签字后送检验科（急诊除外），并提前一周与血站联系备血。

（五）申请单必须由血库留存备案。

六、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，征得患者或家属的同意，并在《输血治疗同意书》上签字。《输血治疗同意书》入病历。无家属签字的无自主意识患者的紧急输血，应报医务科同意备案并记入病历。危重抢救患者紧急情况下需要用血时，白天报医务科审批，晚上及双休日、节假日报总值班，必须由当班医生及医务科或总值班签名，医务科及总值班备案。

七、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。

八、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。准确无误方可输血。输血时，由两名医护人员带病历共同到患者床旁核对患者姓名、性别、年龄、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。取回的血应在 30 分钟内输用，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，如需稀释只能用静脉注射生理盐水。输血前后用静脉注射生理盐水冲洗输血管道。连续输用不同供血者的血液时，前一袋血输尽后，用静脉注射生理盐水冲洗输血器，再接下一袋血继续输注。

九、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，在积极治疗抢救的同时，做以下核对检查：

（一）核对用血申请单、血袋标签、交叉配血试验记入。

(二) 核对受血者及供血者 A B O 血型、R h (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、R h (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)。

(三) 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。

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

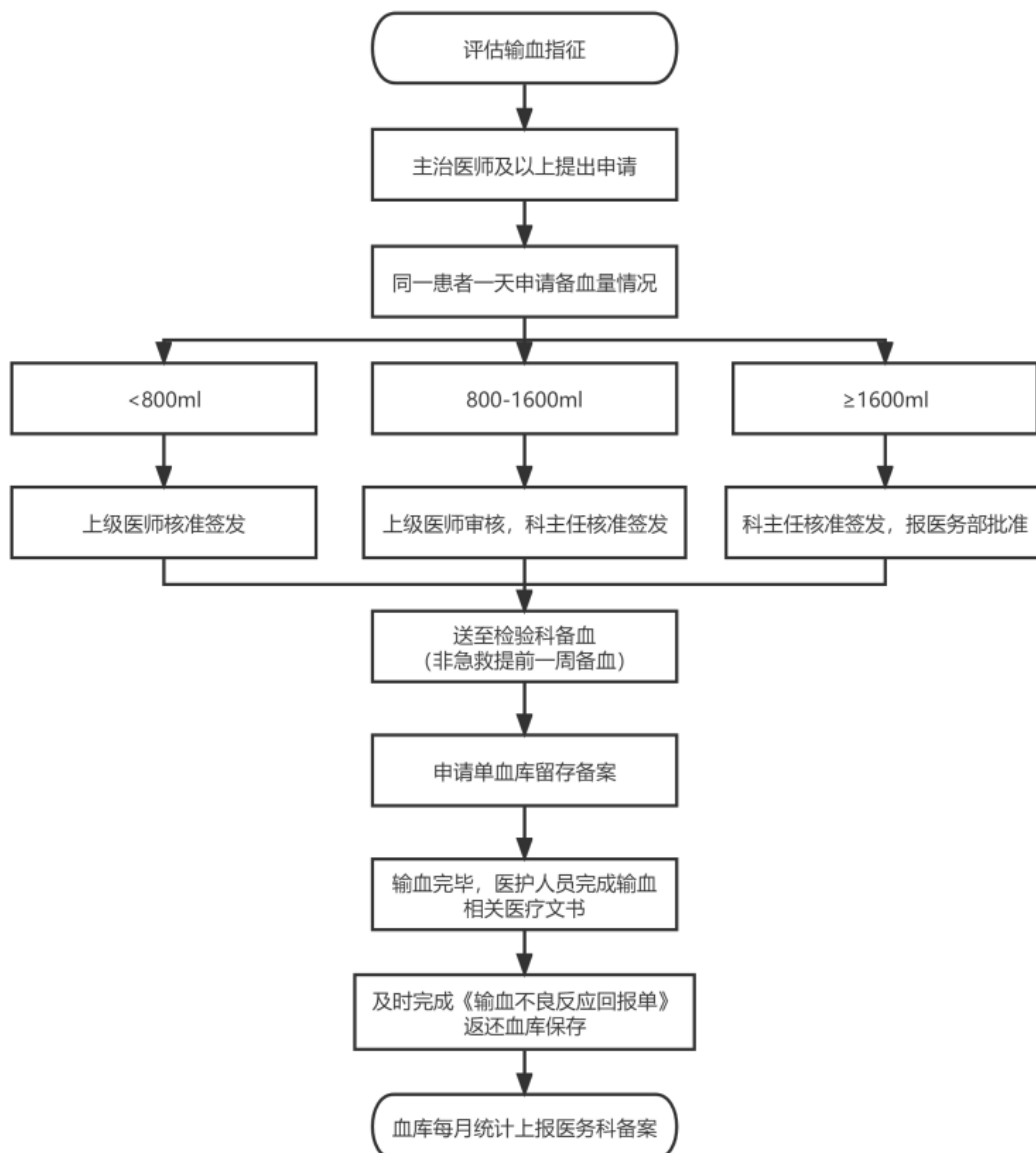
(五) 如怀疑细菌污染性输血反应, 抽取血袋中血液做细菌学检验。

(六) 尽早检测血常规、尿常规及尿血红蛋白。


(七) 必要时, 溶血反应发生后 5-7 小时测血清胆红素含量。

十、输血完毕, 医护人员应及时完成输血相关医疗文书; 对有输血不良反应的应立即通知血库, 并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。

### 三、临床用血审核制度流程



制定日期	2022年3月 审核人: 戎霞君			
修订次数				
修订日期				
审批人				

	上海君爱康复医院	编号: JA/ZD/060/19/2022
		版次: 第 1 版
	医务科	生效日期: 2022 年 3 月 24 日
	18 项医疗质量安全核心制度	共 3 页

## 一、信息安全管理制度的

### (一) 定义

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

### (二) 基本要求

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

2. 医疗机构主要负责人是医疗机构患者诊疗信息安全管理第一责任人。

3. 医疗机构应当建立患者诊疗信息安全风险评估和应急工作机制,制定应急预案。

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

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

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

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

## 二、信息安全管理制度的解读

### (一) 计算机安全管理

1. 医院计算机操作人员必须按照计算机正确的使用方法操作计算机系统。严禁暴力使用计算机或蓄意破坏计算机软硬件。

2. 未经许可，不得擅自拆装计算机硬件系统，若须拆装，则通知信息科技技术人员进行。

3. 计算机的软件安装和卸载工作必须由信息科技技术人员进行。

4. 计算机的使用必须由其合法授权者使用，未经授权不得使用。

5. 医院计算机仅限于医院内部工作使用，原则上不许接入互联网。因工作需要接入互联网的，需书面向医务科提出申请，经签字批准后交信息科负责接入。接入互联网的计算机必须安装正版的反病毒软件。并保证反病毒软件实时升级。

6. 医院任何科室如发现或怀疑有计算机病毒侵入，应立即断开网络，同时通知信息科技技术人员负责处理。信息科应采取措施清除，并向主管院领导报告备案。

7. 医院计算机内不得安装游戏、即时通讯等与工作无关的软件，尽量不在院内计算机上使用来历不明的移动存储工具。

## （二）网络使用人员行为规范

1. 不得在医院网络中制作、复制、查阅和传播国家法律、法规所禁止的信息。

2. 不得在医院网络中进行国家相关法律法规所禁止的活动。

3. 未经允许，不得擅自修改计算机中与网络有关的设置。

4. 未经允许，不得私自添加、删除与医院网络有关的软件。

5. 未经允许，不得进入医院网络或者使用医院网络资源。

6. 未经允许，不得对医院网络功能进行删除、修改或者增加。

7. 未经允许，不得对医院网络中存储、处理或者传输的数据和应用程序进行删除、修改或者增加。

8. 不得故意制作、传播计算机病毒等破坏性程序。

9. 不得进行其他危害医院网络安全及正常运行的活动。

## （三）网络硬件的管理

网络硬件包括服务器、路由器、交换机、通信线路、不间断供电设备、机柜、配线架、信息点模块等提供网络服务的设施及设备。

1. 各职能部门、各科室应妥善保管安置在本部门的网络设备、设施及通信。

2. 不得破坏网络设备、设施及通信线路。由于事故原因造成的网络连接中断的，应根据其情节轻重予以处罚或赔偿。

3. 未经允许，不得中断网络设备及设施的供电线路。因生产原因必须停电的，应提前通知网络管理人员。

4. 不得擅自挪动、转移、增加、安装、拆卸网络设施及设备。特殊情况应提前通知网络管理人员，在得到允许后方可实施。

#### (四) 软件及信息安全

1. 计算机及外设所配软件及驱动程序交网络管理人员保管，以便统一维护和管理。

2. 管理系统软件由网络管理人员按使用范围进行安装，其他任何人不得安装、复制、传播此类软件。

3. 网络资源及网络信息的使用权限由网络管理人员按医院的有关规定予以分配，任何人不得擅自超越权限使用网络资源及网络信息。

4. 网络的使用人员应妥善保管各自的密码及身份认证文件，不得将密码及身份认证文件交与他人使用。

5. 任何人不得将含有医院信息的计算机或各种存储介质交与无关人员。更不得利用医院数据信息获取不正当利益。

制定日期	2022年3月 审核人：戎霞君			
修订次数				
修订日期				
审批人				