

## 十八项医疗核心制度

一、首诊负责制度.....	1
二、三级医师查房制度.....	2
三、疑难病例讨论制度.....	5
四、会诊制度.....	6
五、急危重患者抢救制度.....	9
六、手术分级管理制度.....	11
七、术前讨论制度.....	18
八、死亡病例讨论制度.....	19
九、查对制度.....	20
十、病历书写与管理制度.....	23
十一、医师值班交接班制度.....	32
十二、分级护理制度.....	33
十三、新技术准入制度.....	36
十四、临床“危急值”报告制度.....	37
十五、抗菌药物分级管理制度.....	40
十六、手术安全核查制度.....	42
十七、临床输血安全管理审批制度.....	44
十八、信息安全管理.....	46

### 注：

为进一步落实十八项医疗核心制度，结合我院实际情况，医务科对各项制度中的具体时间、人员、要求事项做进一步明确，请各科室组织医务人员认真学习、熟记于心、严格执行，提高我院医疗质量，杜绝医疗安全隐患。

医务科

### 一、首诊负责制度

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

二、首诊医师必须详细询问病史，进行体格检查、必要的辅助检查和处理，并认真记录病历。对诊断明确的患者应积极治疗或提出处理意见；对诊断尚未明确的患者应在对症治疗的同时，及时请上级医师或有关科室医师会诊；

三、首诊医师下班前，应将患者移交接班医师，把患者病情及需注意的事项交待清楚，并认真做好交接班记录。

四、对急、危、重患者，首诊医师应采取积极措施负责实施抢救。如为非所属专业疾病或多科疾病，应组织相关科室会诊或报告医院主管部门组织会诊。危重症患者如需检查、住院或转院者，首诊医师应陪同或安排其他医务人员陪同护送；如接诊医院条件所限，需转院者，首诊医师应与所转医院联系安排后再予转院。

五、首诊医师在处理患者，特别是急、危、重患者时，有组织相关人员会诊、决定患者收住科室等医疗行为的决定权，任何科室、任何个人不得以任何理由推诿或拒绝。

### 二、三级医师查房制度

查房实行正（副）主任医师、主治医师、住院医师三级查房。危重患者入院后 12 小时内要有上级医师查房；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，做好充分准备，以提高查房质量。

#### 1、三级医师查房规定

- (1) 每周查房 1-2 次，应由二级医师、住院医师、进修医师、护士长、责任护士和有关人员参加。
- (2) 解决疑难病例，审查新入院及危重患者的诊疗计划，决定大手术及特殊检查、新的治疗方案及参加全科会诊。
- (3) 检查医嘱、运行病历（病历书写的内涵质量）、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) 利用典型、特殊病例，进行教学查房，以提高教学水平。
- (5) 听取医师、护士对住院患者医疗、护理工作中的意见，提出解决问题的办法或建议，以提高管理水平。

#### 2、二级医师查房规定

- (1) 一般患者每周查房 3 次，一般患者入院后，二级医师首次查房不得超过 24 小时。应有本病房住院医师、进修医师、实习医师、责任护士参加。
- (2) 对所管患者分组进行系统查房，确定诊断及治疗方案、手术方式、检查措施，了解病情变化以及疗效判定。
- (3) 对危重患者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。
- (4) 对新入院患者，如 72 小时后仍诊断不明或治疗效果不好的病例，应进行重点检查与讨论，查明原因。
- (5) 疑难危急病例或特殊病例，应及时向科主任及上级医师汇报，请求上级医师查房指导诊疗工作。
- (6) 对常见病、多发病和其他典型病例进行每周一次的教学查房，结合实际，系统讲解，不断提高下级医师的业务水平。
- (7) 负责修改和指导一级医师书写的各种医疗记录，以提高书写水平。检查病历、各项医疗记录、诊疗进度及医嘱执行情况、治疗效果，发现问题，纠正错误。
- (8) 检查指导住院医师工作，避免和杜绝医疗差错事故的发生，签发会诊单、特殊检查治疗申请单、审查特殊药品处方及病历首页并签字。
- (9) 协助科主任解决患者的入院、转科、转院问题。
- (10) 注意倾听医护人员和患者对医疗、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。

#### 3、一级医师查房规定

- (1) 对所管的患者每日至少查房 2 次，早晚查房一次，值班时间应对病区所有患者早晚查房一次，上午、下午下班前各巡视一次，新入院患者、危重患者及手术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。
- (2) 对危急、疑难的新入院病例和特殊病例及时向上级医师汇报。
- (3) 及时书写住院患者运行病历和各种医疗文书等。
- (4) 向实习医师讲授诊断要点、体检方法、治疗原则、疗效判定、诊疗操作要点、手术步骤及分析检查结果临床意义。
- (5) 检查当日医嘱执行情况，患者饮食及生活情况，并主动征求患者对医疗、护理和管理方面的意见。
- (6) 做好上级医师查房的各项准备工作，汇报病情或报告病历。

### 三、疑难病例讨论制度

疑难病例：入院 72 小时诊断不明确；住院期间实验室或辅助检查有重要发现，将导致诊断、治疗的变更；治疗效果不佳；院内感染者；疑难重大手术。

重危病例：病情危重或病情突然发生变化。

- 1、科室进行讨论，讨论会由科主任或副主任主持，病区医师均参加。

2、讨论前，主管的住院医师负责收集病例资料，并汇报病历，介绍病情和诊疗过程；主治医师应补充汇报病史、分析病情、提出讨论目的及观点；主任医师、副主任医师结合诊疗规范、国内外资料分析制定诊治措施。

3、如科室讨论后诊断仍不明确，需将患者病情书面报告医务部，由医务部根据具体情况组织全院进行讨论。

4、全院讨论时，患者所在科室将患者病情摘要送至拟参加讨论的相关科室专家，医务科负责通知并组织讨论。

5、认真进行讨论，以明确诊断，修订治疗方案。讨论经过由主管医师记录整理，经主任医师（副主任医师）审查后，分别记入病程记录和疑难危重讨论记录本。

#### 四、会诊制度

会诊制度，是为了加强各科室间的医疗协作，提高医疗质量，确保医疗安全；在临床工作中，凡遇疑难、危重病例或诊断不明确、疑与其它学科有关的病例，须及时申请会诊。

1、会诊医师须做到：

（1）详细阅读病历，了解患者的病情，亲自诊察患者，补充、完善必要的检查；

（2）会诊医师须详细记录会诊意见，提出具体诊疗意见并开出本科医嘱，会诊记录包括会诊意见和建议、会诊医师的科室、会诊时间及会诊医师签名等；

（3）必须充分尊重患者的知情权，对患者需要自费或部分自费的药物或医用材料以及特殊用法须在会诊意见记录中注明，并告知患者和患者授权代理人履行签字手续；

（4）对疑难病例、诊断不明确或处理有困难时，须及时请本科上级医师协助会诊；

（5）会诊过程中要严格执行诊疗规范；

（6）严禁会诊医师不亲自查看患者电话会诊。

（7）住院医师、进修（规培）医师不得单独会诊。

2、院内会诊：分为科内会诊、科间会诊（包括门诊会诊与病房会诊（普通））、急诊会诊、全院会诊、请院外会诊、远程会诊。

（1）科内会诊：对本科内较疑难或对科研、教学有意义的所有病例，都可由主治医师主动提出，主任医师或科主任召集本科有关医务及技术人员参加，进行会诊讨论，以进一步明确和统一诊疗意见。会诊时，由经治医师报告病例并分析诊疗情况，同时准确、完整地做好会诊记录。

（2）科间会诊：

门诊会诊：根据病情，若需要他科会诊或转专科门诊者，经治医师必须在门诊病历上记录患者的病史及体征，初步诊断，会诊目的等。会诊医师应将会诊意见详细记录在门诊病历上，并同时签署全名；属本科疾病由会诊医师处理，不属于本科疾病可回转给邀请科室或再请其他有关科室会诊。

病房会诊（普通）：邀请会诊科室必须严格掌握会诊指征，申请科室必须提供简要病史、体查、必要的辅助检查结果，以明确会诊目的及要求，在会诊时必须由经治医师陪同进行，以便随时介绍病情，听取会诊意见，共同研究治疗方案，同时表示对被邀请医师的尊敬。被邀请会诊科室按申请科室的要求，指定有一定临床经验，专业理论及技术操作有一定能力，工作责任心强，态度认真的主治医师或副主任医师（或高年资总住院医师）根据病情在8小时内完成会诊，为保证会诊质量，以达预期会诊目的及医疗安全，科室不得派住院医师承担会诊任务（急会诊例外）。会诊医师应本着对病人完全负责的精神和实事求是的科学态度认真会诊并进行随访，如遇疑难问题或病情复杂病例，立即请上级医师协助会诊，尽快提出具体意见，并写会诊记录。对待患者不得敷衍了事，更不允许推诿扯皮延误治疗。

（3）急诊会诊：对本科难以处理急需其他科室协助诊治的急、危、重症的患者，由经治医师或主治医师提出急诊会诊申请，同时上报本科室上级医师，并在申请单上注明“急”字。在特殊情况下，可电话邀请。会诊医师应迅速（10分钟内）到达申请科室进行会诊。申请会诊和到达会诊时间均应记录到分钟。如遇疑难问题或病情复杂病例，应立即请上级医师协助会诊，以及时做出诊治意见。申请医师必须到场，配合会诊及抢救工作。

（4）全院会诊：对危、重症及疑难病例、特殊病例需院内会诊，由科主任向医务部提出申请，经医务科同意，并确定会诊时间。医务科负责通知专家，申请会诊科室主任主持讨论，申请会诊科室负责将病历摘要提前送达参加会诊讨论的专家。

(5) 请院外会诊：对危、重症及疑难病例、特殊病例需院外会诊，由科主任书面提出申请，经医务科同意后与有关单位联系确定会诊时间。会诊由申请科室主任主持。

(6) 远程会诊：参考院外会诊要求执行。

## 五、急危重患者抢救制度

1、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抢救工作。科主任或正（副）主任医师不在时，由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，特殊患者或需多学科协同抢救的患者，应及时报告医务科，以便组织有关科室共同进行抢救工作。

2、对急危重患者严格执行首诊负责制，不得以任何借口推迟、推诿抢救，必须全力以赴，分秒必争，各种记录及时全面，对有他科病情由主诊科室负责邀请有关科室参加抢救。

3、参加危重患者抢救的医护人员必须明确分工，紧密合作，各司其职，坚守岗位，要无条件服从主持抢救人员的指挥及医嘱，对抢救患者有益的建议，可提请主持抢救人员认定后用于抢救患者。

4、参加抢救工作的护理人员应在护士长领导下，执行主持抢救人员的医嘱，并严密观察病情变化，随时将医嘱执行情况和病情变化报告主持抢救者；执行口头医嘱时应复述一遍，并与医师核对药品后执行，防止发生差错事故。

5、严格执行交接班制度和查对制度，各班应有专人负责，对病情抢救经过及各种用药要详细交班，所用药品的空安培经二人核对方可离开，各种抢救药品、器械用后应及时清理、消毒、补充，物归原处，以备再用。

6、需多学科协作抢救的危重患者，原则上由医务科或医疗副院长等组织抢救工作，并指定主持抢救人员，参加多学科抢救患者的各科医师应运用本科专业特长，团结协作致力于患者的抢救工作。

7、急、危重患者必须认真书写病危通知单，并及时、认真向患者家属讲明病情及存在的风险性，家属签字后放入病历中。

8、因纠纷、斗殴、交通或生产事故、自杀、他杀等原因致伤的患者及形迹可疑的患者，除应积极进行抢救工作外，同时执行特殊情况报告制度，在正常工作日应向医务科和保卫科汇报，非工作日向医院总值班汇报，必要时报告公安部门。

9、不参加抢救工作的医护人员一般不进入抢救现场，但须做好抢救的保障后勤工作，并管理好病区其他患者。

10、抢救工作中，药房、检验、影像等医技科室及行政后勤部门，应满足临床抢救工作的需要，要给予充分的支持和保障。

## 六、手术分级管理制度

1、根据国务院《医疗机构管理条例》和卫计委《医院分级管理办法》要求，根据医院功能制定手术分级管理制度。

2、各科室要认真组织全科人员进行讨论，根据科室各级人员技术情况，科学界定各级人员手术范围。

3、科室根据科内人员晋升及个人技术水平提高状况，定期申报调整其手术范围申请，由医务科组织医院学术委员会专家评议后确认。所称“手术范围”，系指卫生行政部门核准的诊疗科目内开展的手术。

4、科室应严格监督落实《各级医师手术范围》要求，任何科室和个人不得擅自开展超出相应范围的手术治疗活动。

5、若遇特殊情况（例如：急诊、病情不允许、危及生命等），医师可超范围开展与其职、级不相称的手术，但应及时报请上级医师，给予指导或协助诊治。

手术分级管理办法：

### 一、手术分类

手术及有创操作分级：手术指各种开放性手术、腔镜手术及麻醉方法（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：

一级手术：技术难度较低、手术过程简单、风险度较小的各种手术。

二级手术：技术难度一般、手术过程不复杂、风险度中等的各种手术。

三级手术：技术难度较大、手术过程较复杂、风险度较大的各种手术。

四级手术：技术难度大、手术过程复杂、风险度大的各种手术。

## 二、手术医师级别

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，规定手术医师的级别。所有手术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，或获得硕士学位、曾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、取得执业医师资格、并曾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，或有博士后学历、从事副主任医师岗位工作2年以上者。

(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。

## 三、各级医师手术权限

(一)低年资住院医师：在高年资住院医师或上级医师指导下，可主持一级手术。

(二)高年资住院医师：在熟练掌握一级手术的基础上，在上级医师临场指导下可逐步开展二级手术。

(三)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。

(四)高年资主治医师：可主持三级手术。

(五)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。

(六)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。

(七)主任医师：可主持四级手术以及一般新技术、新项目手术或经主管部门批准的高风险科研项目手术。

(八)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。

(九)考虑医院人才梯队建设和后备力量培养问题，高年资医师（取得现有职称3年以上）可在上级医师的指导下完成高一类手术。对无主任医师的专业，医院将根据副主任医师技术水平状况，选择一位可以完成主任医师手术范围的副主任医师承担主任医师工作，若选择不出，不可超范围开展此类手术。

## 四、手术审批程序

1. 手术科室主任必须由主任医师或副主任医师担任，医疗组组长由主治医师职称以上医师担任，医疗组组长按医师级别确定组内每例手术的术者和助手名单。需要全科会诊的，至少提前1天交科主任组织全科会诊并审批。

2. 科主任审批全科各医疗组每例手术的术者和助手名单，确保医师级别与手术分类相对应，签字生效。原则上，不批准越级手术。特殊情况下可以批准，但必须保证有上级医师在场指导。

3. 患者选择医生时应以医疗组为单位，执行医师分级手术制度为前提。

## 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。我院施行手写通知单报送，科主任必须审核通过后签字方可报送。

常规手术：

一级手术：科主任审批，住院医师职称以上医师报手术通知单。

二级手术：科主任审批，住院医师职称以上医师报手术通知单。

三级手术：科主任审批，由主治医师职称以上医师报手术通知单。

四级手术：科主任审批，由主治医师职称以上医师报手术通知单。

## 六、特殊手术审批权限

### 1、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。

### 2、高度风险手术

高度风险手术是指手术科室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，上报医务科，按照临沧市中医医院《手术治疗管理制度》相关要求，由医务科负责人组织院内多学科专家小组会诊后提交业务副院长审批，获批准后，手术科室科主任负责安排手术。

### 3、急诊手术

预期手术的级别在值班医生手术权限级别内时，可施行手术。若属高风险手术或预期手术超出自己手术权限级别时，应紧急报告医疗组组长审批，必要时向科主任上报。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，值班医生在不违背上级医生口头指示的前提下，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。

### 4、新技术、新项目、科研手术

(1) 一般的新技术、新项目手术及重大手术、致残手术须经科内讨论，科主任在已填写的各种特殊手术审批单上签署同意意见后，上报医务科，由医务科备案并审批。

(2) 高风险的新技术、新项目、科研手术由医院上报省卫生健康委审批。必要时由省卫生健康委委托指定的学术团体论证、并经专家委员会评审同意后方能在医院实施。

### 5、需要向医务科报告或审批的手术需填写《临沧市中医医院重大、疑难、特殊病例手术报告审批单》。

- (1) 该学科新开展或高难度的重大手术。
- (2) 邀请院外、国内相关专家参加的手术。
- (3) 预知预后不良或危险性很大的手术。
- (4) 可能引起医疗纠纷的手术或存在医疗纠纷的再次手术。
- (5) 干部病人（省、市、校领导，省内外知名人士）的手术。
- (6) 可能导致毁容或致残的手术。

以上手术，须经科内讨论，科主任签字同意后报医务部备案，手术科室科主任负责审批。

### 6、外出会诊手术

本院执业医师受邀请到外单位或外地手术，必须按《执业医师法》、《医师外出会诊管理规定》的要求办理相关审批手续。外出手术医师所主持的手术不得超出其在本细则规定的相应手术级别。

## 七、行政管理

1、为了确保医疗安全，根据医师职称承担的责任，实行各级医师分级手术制度。各手术科室应执行各级医师手术范围的规定，医疗组组长或科室主任根据规定审批参加手术的术者和助手名单。手术医师在提升手术级别时，必须由科主任及医疗组组长实行具体考核，并以“分级手术变更申请表”上报医务科，经学术委员会专家审核讨论，主管院长审批后，签字盖章生效。一般每年进行一次变更，变更后由医务科及时下发变更通知及各类医师手术范围。

2、手术按照已确定的手术人员分工进行，不得越级手术。手术中根据病情需要扩大手术范围，或改变预定术式，需请示上级医师，按照医师分级手术范围规定进行手术。如施行越级手术时，须经科主任批准并必须有上级医师在场指导。

3、除正在进行的手术术者向上级医师请示外，上级医师不得未经给病人会诊，未参加术前讨论，未办理手术手续，而直接参加手术。

### 4、新技术、新项目、科研手术必须征得患者或直系家属的知情同意，并签署知情同意告知书。

对违反本规范超权限手术的科室和责任人，一经查实，将追究科室和责任人的责任；对由此而造成医疗事故的，追究科主任及相应人员责任。

明确各级医师手术权限，是规范医疗行为，保障医疗安全，维护病人利益的有力措施，各手术科室及各级医师必须严格遵照执行。

## 七、术前讨论制度

一、所有住院手术病例（急诊手术除外）均应进行术前讨论，特殊病例应报医务科备案或医务科派人参加讨论。

二、术前讨论由科主任或副主任医师以上人员组织（主持），手术医师、主管医师、责任护士、进修、规培医师参加。重大疑难、新开展的、特殊情况的手术需上报医务部组织多学科专家进行讨论。

三、讨论内容：诊断和诊断依据；手术指征和手术禁忌症；术前准备，如特殊检查、血源等；重新开展手术应订出手术方案；术中可能发生的困难与意外，以及防范措施；麻醉选择；术后护理，术后并发症的预防和处理；手术人员、麻醉人员及有关人员的组织和安排。一般手术也要进行相应讨论。

四、术前讨论要做好记录，并随同病历归档，重大疑难、新开展的、特殊情况的术前讨论内容且需要记录在“术前讨论记录本”中，以备检查。

## 八、死亡病例讨论制度

1、各科对每例死亡病例必须进行详细讨论，总结经验、吸取教训、提高临床诊疗水平。

2、死亡病例讨论必须在病人死亡后 48 小时内完成，有潜在医疗纠纷隐患的死亡患者，死亡讨论必须在抢救结束后 8 小时内召开。

3、死亡病例讨论必须由科主任或副主任医师以上职称的医师主持，全体医师和护士长参加。

4、主管医师汇报病史；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，指出可能存在的问题；副主任、主任医师重点对诊断、治疗、死因和存在的不足进行进一步综合分析，提出改进措施。

5、讨论情况记入专设的《死亡病例讨论本》中，要求有完整的死亡讨论记录，由科主任、上级医师审核签字确认后纳入病历，并书面报备医务科。

6、需由医院医疗安全专家委员会进行讨论的死亡病例，由科主任向医务部提出申请，由医务科组织委员会专家及时召开，各科室不得以各种理由拒绝，推迟召开讨论会。

## 九、查对制度

### 一、临床科室

1、开医嘱、处方或进行治疗时，应查对患者姓名、性别、床号、住院号(门诊号)。

2、执行医嘱时要进行“三查七对”：操作前、操作中、操作后；对床号、姓名、药名、剂量、时间、用法、浓度。

3、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。

4、给药前，注意询问有无过敏史；使用剧、毒、麻、限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。

5、输血时要严格执行三查八对制度，确保输血安全。

### 二、手术室

1、接患者时，要查对科别、床号、姓名、年龄、住院号、性别、诊断、手术名称及手术部位(左、右)。

2、手术前，必须查对姓名、诊断、手术部位、配血报告、术前用药、药物过敏试验结果、麻醉方法及麻醉用药。

3、凡进行体腔或深部组织手术，要在术前与缝合前、后清点所有敷料和器械数。

4、手术取下的标本，应由巡回护士与手术者核对后，再填写病理检验送检。

### 三、药房

1、配方时，查到处方的内容、药物剂量、配伍禁忌。

2、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。

### 四、血库

1、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。

2、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、血液种类和剂量、血液质量。

## 五、检验科

- 1、采取标本时，要查对科别、床号、姓名、检验目的。
- 2、收集标本时，查对科别、姓名、性别、联号、标本数量和质量。
- 3、检验时，查对试剂、项目，化验单与标本是否相符。
- 4、检验后，查对目的、结果。
- 5、发报告时，查对科别、病房。

## 六、病理科

- 1、收集标本时，查对单位、姓名、性别、联号、标本、固定液。
- 2、制片时，查对编号、标本种类、切片数量和质量。
- 3、诊断时，查对编号、标本种类、临床诊断、病理诊断。
- 4、发报告时，查对单位。

## 七、放射线科

- 1、检查时，查对科别、病房、姓名、年龄、片号、部位、目的。
- 2、治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、条件、时间、角度、剂量。
- 3、发报告时，查对科别、病房。

## 八、理疗科及针灸室

- 1、各种治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、种类、剂量、时间、皮肤。
- 2、低频治疗时，并查对极性、电流量、次数。
- 3、高频治疗时，并检查体表、体内有无金属异常。
- 4、针刺治疗前，检查针的数量和质量，取针时，检查针数和有无断针。

## 九、特殊检查室(心电图、脑电图、基础代谢等部门)

- 1、检查时，查对科别、床号、姓名、性别、检验目的。
- 2、诊断时，查对姓名、编号、临床诊断、检查结果。
- 3、发报告时查对科别、病房。

其他科室亦应根据上述要求，制定本科室工作的查对制度。

## 十、供应室

- 1、准备器械包时，查对品名、数量、质量、清洁度。
- 2、发器械包时，查对名称、消毒日期。
- 3、收器械包时，查对数量、质量、清洁处理情况。
- 4、高压消毒灭菌后的物件要查验化学指示卡是否达标。

## 十、病历书写与管理制度

### 一、病历书写的一般要求：

(一) 病历书写要认真执行陕西省中医管理局、陕西中医药大学附属医院制定的《病历书写基本规范》，应当客观、真实、准确、及时、完整。

(二) 病历书写应当使用蓝黑墨水、碳素墨水，需复写的病历资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔。力求文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。计算机打印的病历应当符合病历保存的要求。

(三) 各种症状、体征均须应用医学术语，不得使用俗语。

(四) 病历书写应当使用中文，通用的外文缩写和无正式中文译名的症状、体征、疾病名称等可以使用外文。中医术语的使用依照有关标准、规范执行。诊断、手术应按照疾病和手术分类等名称填写。

(五) 度量衡均用法定计量单位，书写时一律采用国际符号。一律采用中华人民共和国法定计量单位，如米(m)、厘米(cm)、升(L)、毫升(ml)、千克(Kg)、克(g)、毫克(mg)等书写。

(六) 病历书写一律使用阿拉伯数字书写日期和时间，采用24小时制记录。

(七) 病历的每页均应填写患者姓名、住院号和页码。各种检查单、记录单均应清楚填写姓名、性别、住院号及日期。

(八) 因抢救急危患者，未能及时书写病历的，有关医务人员应当在抢救结束后6小时内据实补记，并加以注明。



(九)对按照有关规定需取得患者书面同意方可进行的医疗活动(如特殊检查、特殊治疗、手术、输血、自费药的使用及实验性临床医疗等),应当由患者本人签署同意书。患者不具备完全民事行为能力时,应当由其法定代理人签字;患者因无法签字时,应当由其近亲属签字,没有近亲属的,由其关系人签字;为抢救患者,在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下,可由医疗机构负责人或者被授权负责人签字。因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的,应当将有关情况通知患者近亲属,由患者近亲属签署同意书,并及时记录。患者无近亲属的或者患者近亲属无法签署同意书的,由患者的法定代理人或者关系人签署同意书。

(十)按规定真实、客观地完成患者评估制度相关内容。

## 二、门诊病历书写要求

(一)门诊病人一律建立门诊病历,患者保管。

(二)病历应使用蓝色(黑色)钢笔、圆珠笔书写。

(三)病历一律用中文填写,力求通顺、准确、简练、完整,字迹清晰工整、不潦草,重要字段不得有涂改。

(四)医师签字要签全名,字迹工整。

(五)初诊病历书写要求:(1)认真逐项书写首次病历,不可漏项;(2)有就诊日期;(3)有患者主诉、病史、查体;(4)有检查、初步诊断、处置;(5)有医师签名。

(六)复诊病历书写要求:(1)有就诊日期;(2)有患者治疗后自觉症状的主诉(简明扼要、重点突出)、治疗效果、重要检查结果;(3)有病情变化后的查体;有初诊阳性体征的复查;(4)有处置、复诊时间;(5)有医师签名。

(七)有药物过敏史者,应在门诊病历首页注明过敏药物名称。

(八)病历中详细记录治疗方案,应有药名、剂量、用法、数量。

(九)开具诊断证明、休假证明和重要病情交待,病历中要有记录。

(十)诊断书写要规范,待查病例要有印象诊断,不能确诊的病例要有鉴别诊断,跨科开药要有相应的疾病诊断。

## 三、急诊病历书写要求:

原则上与门诊病历相同,但应突出以下几点:

(一)急诊病历书写就诊时间应当具体到分钟。

(二)必须记录体温、脉搏、呼吸和血压等有关生命体征。

(三)危重疑难的病历应体现首诊负责制,应记录有关专业医师的会诊或转接等内容。

(四)抢救危重患者时,应当书写抢救记录。对需要即刻抢救的患者,应先抢救后补写病历,或边抢救边观察记录,以不延误抢救为前提。

## 四、住院病历书写要求:

(一)书写时间和审阅要求:

1、新入院患者由住院医师或值班医师在24小时内完成住院病历(或表格病历)。患者因同一种疾病再次或多次入住本院,应写再次或多次入院记录,要求及特点按《病历书写基本规范》的规定。

2、对入院不足24小时即出院的患者,可只书写24小时入出院记录。记录应详细记录主诉、入院时情况、查体、入院诊断、诊治经过、出院的理由以及患者或家属的签字;入院时间超过8小时的应书写首次病程记录;24小时入出院记录应于患者出院后24小时内完成。

3、入院不足24小时死亡的患者,可只书写24小时入院死亡记录,必须详细记录主诉、入院时情况、查体、入院诊断、抢救经过、死亡时间、死亡原因、死亡诊断,24小时入院死亡记录应于患者死亡后24小时内完成。

4、急症和危重患者入院后,值班医师要及时书写首次病程记录,在不妨碍抢救的前提下,尽快完成住院病历。

5、实习医师或进修医师等(未取得我院注册执业资格的医师)书写的病历,必须由本院取得注册执业资格的带教医师修改、补充以及审阅签字。修改过多或书写不合格的应重写。

6、住院时间过长的患者,每月应写一次阶段小结。阶段小结原则上由住院医师按有关格式书写,主治医师负责审阅签字。

7、患者转科时，由转出病区医师及时书写转科记录，接收病区医师于患者转入后 24 小时内完成接收记录。转科患者属危重患者，应及时完成接收记录。书写文件必须符合我院转院转科规定。

(二) 病程记录书写要求：

1、首次病程记录由本院注册执业医师书写，在病人入院 8 小时内完成。书写内容包括病例特点、诊断依据、鉴别诊断、诊疗计划及中医引经据典、辨证论治、理法方药等。

2、日常病程记录由实习医师、进修、规培医师书写后带教医师修改签字或住院医师书写；书写时首先书写“病程记录”为标题，另起一行标明记录日期，再另起一行记录具体内容。对病危、病重患者应根据病情变化随时记录，每天至少 2 次，病情稳定患者，至少 3 天记录一次病程记录。

3、日常病程记录内容包括：

(1) 上级医师对诊断和鉴别诊断的分析，当前诊治措施、疗效的分析以及下一步诊疗意见。

(2) 患者病情发展或变化（主要症状和体征的判定，处理情况及治疗效果）。

(3) 与治疗 and 预后有关重要化验结果和特检报告，应有确切的记录。

(4) 重要治疗的名称、方法、疗效及反应和重要医嘱的修改及理由。

(5) 凡待诊、诊断不明确或原诊断需修正时，应及时进行修正并记录修正诊断的依据和理由。

(6) 胸腔穿刺、腹腔穿刺、骨髓穿刺、腰椎穿刺、心包穿刺、肾穿刺和床旁静脉切开等各种有创诊疗操作经过均按统一格式记录书写。术前一定要有告知同意书。

(7) 胃镜、纤支镜、胆道镜、直肠镜、膀胱镜等重要操作后，均应有术后情况记录。术前一定要有患者同意书。

(8) 患者以及其委托人（代理人）拒绝治疗或检查，应有相关的记录，并说明拒绝的理由以及患者或其委托人（代理人）的签字。

(9) 患者死亡后，其委托人（代理人）签署死亡通知书后是否同意尸检，应有相关记录。

(10) 与患者委托人（代理人）沟通的主要内容以及对其交待的特殊事项应有记录；手术患者应有与患者或其委托人谈话主要内容的记录。

(11) 手术患者术中改变麻醉方式、手术方式和临时决定摘除器官应有委托代理人同意的记录和签字。

(12) 输血病人输血当天要有病程记录，记录病员有无输血反应。

(13) 患者出院当日应有记录，重点记录患者出院时的情况。自动出院者，应记录注明，并有患者或其代理人（委托人）的签名。

4、新入院患者 24 小时内，主治医师应进行首次查房。急诊危重入院病人，24 小时内应有副主任医师以上人员或科主任的查房记录。首次查房记录重点记录主治医师对病史、查体的补充以及诊断的分析依据和治疗用药的依据，凡记录上级医师查房内容时，均应注明查房医师的全名及职称，若系（副）主任医师代理主治医师查房的要有注明。

5、上级医师查房后 1—2 天内，应检查审查房记录是否完整、准确并签字。

6、住院期间需他科医师协助诊治时，按《会诊制度》规定进行会诊，同时申请医师或值班医师在病程记录中书写会诊情况。

7、患者入院 3 日内未确诊时，应组织全科讨论，入院诊断为待诊，必要时汇报医务科，由医务科组织多学科多专业讨论。大查房和多科会诊时，由主管医师按统一书写格式要求书写大查房记录和多科会诊记录。在科室危重疑难病人讨论记录本中记录每个发言医师的分析。病历记录中，一律不记录每个发言医师的分析，而只记录较统一的总结性诊断和诊疗措施意见。

8、所有住院患者的病程记录中，必须有三级医师的查房记录。记录时，应写出查房医师的全名和相应职称。

9、危重患者抢救记录必须反映出整个抢救过程，包括：上级医师的指示、抢救治疗使用的药物、抢救措施、患者病情的转归以及参加抢救人员的姓名和职称等。因抢救急危重症患者，未能及时书写记录的，有关医务人员应在抢救结束 6 小时内据实补记，并加以说明。必要时抢救结束后立即记录。

10、在实施保护性医疗措施时，经治医师按有关法律法规征询患者委托代理人意见后，决定是否告之患者本人。其决定意见应当及时记录，并有患方委托代理人签名认可。

(三) 专项记录书写要求：

1、手术患者的病历必须书写术前小结；患者二级以上手术（含二级）应书写术前讨论，术前讨论由副高职称以上的医师主持，内容包括术前准备情况、手术指征、手术方案、可能出现的意外及防范措施、参加讨论者的专业技术职务、讨论日期；急诊手术患者可只写术前小结，但必须有副高职称以上医师查看患者的分析、诊断以及需施行手术治疗指示的记录。

2、外科手术患者均由麻醉医师填写表格式麻醉记录。

3、在术后 8 小时内，手术医师必须完成手术记录，同时应有主刀医师的签名。

4、患者死亡后，由经治医师在 8 小时内，按统一格式填写死亡记录，并在 48 小时内完成死亡讨论和死亡讨论记录，有潜在医疗纠纷隐患的死亡患者，死亡讨论必须在抢救结束后 8 小时内召开。

5、患者出院后，经治医师应在 24 小时内完成书写出院记录并整理病历，及时归档。

6、病历首页应按《国家中管局中医（住院）病案首页数据填写质量规范（暂行）》的要求认真填写，首页填写的入院诊断以患者出院诊断为准。

7、病历首页疾病的治愈、好转判定标准，一律按照国家中管局《中医（住院）病案首页质量管理与质控指标》、《中医住院病案首页质控考核细则》填写。

（四）中医、中西医结合病历应包括中医、中西医结合诊断和理法方药等内容。

（五）医患合同书写要求：

1、特殊检查、特殊治疗、手术、实验性临床医疗等，应由患者本人及法定代理人签署同意书。

2、在签署各种医患合同时，经治医师应向患者、患者法定代理人或委托人告知该医患合同的目的、内容以及可能出现的风险，并就这些问题与患方进行沟通。

3、各种医患合同中，凡需患者填写的内容必须由患者签署；需其法定代理人或委托人填写的，则由其法定代理人或委托人签署。

4、具备完全民事行为能力的患者，因文化水平低不能完成签署者，可由他人代写，但患者必须用右手食指在其姓名处按红色印记。

5、不具备完全民事行为能力的患者，则由其法定代理人或近亲属签署有关医患合同。

6、患方拒绝签署医患合同时，医务人员应在当天病程记录中，如实记录拒签时间、合同名称及其理由。

7、各种医患合同中各项内容，必须填写完整、准确。

（六）检验和检查报告单书写要求：

1、各种检验和检查报告单的内容包括受检人的姓名、性别、年龄、病室、床号、住院号、检查项目名称、检验结果、报告日期以及报告单编号。

2、报告项目应与送检或申请检查项目一致。

3、检验报告单要填写具体的量化或定性数据或数值，同时应有正常范围参考值。

4、检验报告单除有报告人签名外，应有审核人签名或印章。

5、各种报告单字迹要清楚，字句通顺，书写无涂改。

6、影像学 and 病理学报告结果如证据不足，原则上不报告疾病诊断，但影像和组织细胞形态学具有特异性者除外。

7、所有检查资料和报告结果应有存档，并妥善保存。

8、进修医师、见习医师不能单独出报告，其签署报告结果必须有本院执业医师的复核签字。

9、凡计算机打印的各种报告单，必须有报告人亲笔签字。

## 十一、医师值班交接班制度

1、各科在非办公时间及节假日，必须设有值班医师，并制定有每日值班医师排班表、交接班记录本。

2、值班医师每日在下班前，应和科内各组医师交接科内的医疗工作，交接班后，应巡视病房，对危重病人应做好床旁交接，严禁电话交接班。

3、各科医师在下班前应将新入院患者情况、危重患者的病情及处理事项、手术患者情况及需要特殊观察的患者情况记入交班本，并做好口头交班工作。

4、值班医师负责各项临时性医疗工作和患者病情变化的临时处理及记录，对急诊入院的患者及时检查，书写病历，给予必要的医疗处理，值班二线、三线医师参加急诊手术，值班医师原则上不得离开病区。

5、值班医师遇有疑难问题时，应及时请示上级医师。

6、值班医师夜间必须在病区值班室留宿，不得擅自离开，护理人员邀请查看患者时，应立即前往巡视。如因公必须离开时，必须向值班护士说明去向及联系方式。

7、值班医师在每日病房交接班晨会上，应将患者情况重点向科室全体医务人员汇报，并向主管医师交清危重患者情况及尚待处理的医疗工作。

8、值班医师每日需要书写交接班记录，重点记录危重患者的病情和治疗措施，以及新入院患者情况、急诊入院患者检查及处理、手术患者情况、死亡患者抢救和交班医生交班的所有事项。

9、输血科、药房、检验科、医学影像科、功能诊断科等科室，须根据情况安排好值班人员，坚守岗位，保证临床医疗工作的顺利进行，并做好记录。

## 十二、分级护理制度

住院患者由医师根据病情决定护理等级并下达医嘱，分为 I、II、III 级护理及特级护理四种。

### 一、特级护理

#### (一)病情依据：

- 1.病情危重、随时需要抢救和监护的患者。
- 2.病情复杂的大手术或新开展的大手术，如脏器移植等。
- 3.各种严重外伤、大面积烧伤。

#### (二)护理要求：

- 1.严密观察患者病情变化，监测生命体征。
- 2.根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。
- 3.根据医嘱，准确测量出入量。
- 4.根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施。
- 5.保持患者的舒适和功能体位。
- 6.实施床旁交接。

### 二、一级护理

#### (一)病情依据：

- 1.重病、病危、各种大手术后及需要严格卧床休息、生活不能自理者。
- 2.各种内出血或外伤、高烧、昏迷、肝肾功能衰竭、休克及极度衰弱者。
- 3.瘫痪、惊厥、子痫、早产婴、癌症治疗期。

#### (二)护理要求：

- 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。

### 三、二级护理

#### (一)病情依据：

1.病重期急性症状消失，特殊复杂手术及大手术后病情稳定及行骨牵引，卧石膏床仍需卧床休息，生活部分自理者。

- 2.年老体弱或慢性病不宜过多活动者。
- 3.一般手术后或轻型先兆子痫等。

#### (二)护理要求：

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

#### 四、三级护理

##### (一)病情依据：

- 1.轻症、一般慢性病、手术前检查准备阶段、正常孕妇等。
- 2.各种疾病术后恢复期或即将出院的患者。
- 3.可以下床活动，生活完全自理。

##### (二)护理要求：

- 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。

### 十三、新技术准入制度

一、新技术应按国家有关规定办理相关手续后方可实施。

二、实施者提出书面申请，填写《开展新业务、新技术申请表》，提供理论依据和具体实施细则、结果及风险预测及对策，科主任审阅并签字同意后报医务科。

三、医务科组织学术委员会专家进行论证，提出意见，报主管院长批准后方可开展实施。

四、新业务、新技术的实施须同患者签署相应协议书，并应履行相应告知义务。

五、新业务、新技术实施过程中由医务部负责组织专家进行阶段性监控，及时组织会诊和学术讨论，解决实施过程中发现的一些较大的技术问题。日常管理工作由相应质控医师和监测医师完成。

六、新业务、新技术完成一定例数后，科室负责及时总结，并向医务科提交总结报告，医务科召开学术委员会会议，讨论决定新业务、新技术是否在临床全面开展。

七、科主任应直接参与新业务、新技术的开展，并作好科室新业务、新技术开展的组织实施工作，密切关注新项目实施中可能出现的各种意外情况，积极妥善处理，做好记录。

### 十四、临床“危急值”报告制度

为加强对临床“危急值”的管理，确保将“危急值”及时报告临床医师，以便临床医师采取及时、有效的治疗措施，确保病人的医疗安全，杜绝病人意外发生，特制定本制度。

一、“危急值”是指检验、检查结果与正常预期偏离较大，当出现这种检验、检查结果时，表明患者可能正处于危险边缘，临床医生如不及时处理，有可能危及患者安全甚至生命，这种可能危及患者安全或生命的检查数值称为危急值，危急值也称为紧急值或警告值。

二、各医技科室（检验科、医学影像科、B超、心电图、内窥镜等）全体工作人员应熟练掌握各种危急值项目的“危急值”范围及其临床意义，检查出的结果为“危急值”，在确认仪器设备正常，经上级医师或科主任复核后，立即电话报告临床科室，不得瞒报、漏报或延迟报告，并在《危急值结果登记本》中详细做好相关记录。

三、临床科室接到“危急值”报告后，应立即采取相应措施，抢救患者生命，确保医疗安全。

#### 四、具体操作程序：

1、当检查结果出现“危急值”时，检查者首先要确认仪器、标本和检查过程是否正常，在确认仪器、标本及检查过程各环节无异常的情况下，立即复查，复查结果与第一次结果吻合无误后，检查者立即电话通知患者所在临床科室或门急诊值班医护人员，并在《危急值结果登记本》上详细记录，记录检查日期、患者姓名、性别、年龄、科别、住院号、检查项目、检查结果、复查结果、临床联系人、联系电话、联系时间、报告人、备注等项目，并将检查结果发出。检验科对原标本妥善处理并冷藏保存一天以上，以便复查。

2、临床科室接到“危急值”报告后，须紧急通知主管医师、值班医师或科主任，临床医师需立即对患者采取相应诊治措施，并于 6 小时内病程记录中记录接收到的“危急值”检查报告结果和采取的诊治措施。

3、临床医师和护士在接到“危急值”报告后，如果认为该结果与患者的临床病情不相符或标本的采集有问题，应重新留取标本送检进行复查。如复查结果与上次一致或误差在许可范围内，检查科室应重新向临床科室报告“危急值”，并在报告单上注明“已复查”。报告与接收均遵循“谁报告（接收），谁记录”的原则。

五、“危急值”报告涉及所有门、急诊及病区病人，重点对象是急诊科、手术室、各类重症监护病房等部门的急危重症患者。

六、“危急值”报告科室包括：检验科、放射科、CT室、超声科、心电图室等医技科室。

七、为了确保该制度能够得到严格执行，相关职能部门定期对所有与危急值报告有关的科室工作人员，包括临床医护人员进行培训，内容包括危急值数值及报告、处理流程。

八、“危急值”报告作为科室管理评价的一项重要考核内容。医务科对科室的危急值报告工作定期检查并总结。重点追踪了解患者病情的变化，或是否由于有了危急值的报告而有所改善，提出“危急值”报告的持续改进措施。

临沧市中医医院检验项目危急值标准

试验名称	项目	危急值
全血细胞分析	白细胞计数	$< 2.0 \times 10^9/L$ ; $> 40 \times 10^9/L$
	血红蛋白含量	$< 50g/L$ ; $> 200g/L$
	血小板计数	新生儿： $< 95g/L$ ; $> 223g/L$ $< 30 \times 10^9/L$ ; $> 1000 \times 10^9/L$
凝血试验	凝血酶原时间	$> 35$ 秒 抗凝治疗者：INR $> 4.0$
	激活部分凝血活酶时间	$> 100$ 秒
	纤维蛋白原定量	$< 1g/L$
	钾	$< 2.5$ mmol/L; $> 6.5$ mmol/L
	钠	$< 120$ mmol/L; $> 160$ mmol/L
生化检验	氯	$< 80$ mmol/L; $> 115$ mmol/L
	钙	$< 1.5$ mmol/L; $> 3.5$ mmol/L
	磷	$< 0.3$ mmol/L; $> 2.5$ mmol/L
	镁	$< 0.5$ mmol/L; $> 3.0$ mmol/L
	葡萄糖	女性及婴儿： $< 2.2$ mmol/L; $> 22.2$ mmol/L 男性： $< 2.7$ mmol/L; $> 22.2$ mmol/L 新生儿： $< 1.6$ mmol/L; $> 16.6$ mmol/L
	尿素	$> 36.0$ mmol/L
	肌酐	$> 665$ umol/L
	肌酐（肾病科患者）	$> 884$ umol/L
	肌酐（血液净化科透析患者）	$> 1000$ umol/L
	尿酸	$> 800$ umol/L
	白蛋白	$< 20$ g/L
	血淀粉酶	$> 1000$ U/L
MB	总胆红素	成人： $> 171$ umol/L；新生儿： $> 340$ umol/L
	肌钙蛋白 I	$> 260.00$ ng/ml
	肌酸激酶同工酶 CK-MB	$> 7.60$ ng/ml
免疫检验	人类免疫缺陷病毒抗体	阳性
	降钙素原	$> 10$ ng/ml
微生物检查	无菌部位标本革兰氏染色	发现细菌
	无菌部位标本细菌培养	细菌生长

脑脊液细菌涂片	发现细菌、真菌及原虫
分离鉴定出多重耐药菌	耐甲氧西林金黄色葡萄球菌、产超广谱-内酰胺酶的细菌、耐碳青霉烯类鲍曼不动杆菌、多重耐药/泛耐药铜绿假单胞菌、耐万古霉素肠球菌

## 十五、抗菌药物分级管理制度

根据抗菌药物特点、临床疗效、细菌耐药、安全性、当地经济状况、药品价格等因素，将抗菌药物分为非限制使用、限制使用与特殊使用三类进行分级管理。

### （一）分级原则

1. 非限制使用：经临床长期应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。
2. 限制使用：与非限制使用抗菌药物相比较，这类药物在疗效、安全性、对细菌耐药性影响、药品价格等某方面存在局限性，不宜作为非限制药物使用。经长期临床应用证明安全、有效，对病原菌耐药性影响较大，或者价格相对较高的抗菌药物。《抗菌药物临床应用指导原则》（2015版）。
3. 特殊使用：不良反应明显，不宜随意使用或临床需要倍加保护以免细菌过快产生耐药而导致严重后果的抗菌药物；新上市的抗菌药物；其疗效或安全性任何一方面的临床资料尚较少，或并不优于现用药物者；药品价格昂贵。

### （二）分级管理

1. “限制使用”的抗菌药物，须由主治医师以上专业技术职务任职资格的医师开具处方（医嘱）。
2. “特殊使用”的抗菌药物，须经抗感染或医院药事管理委员会认定的专家会诊同意后，由具有高级专业技术职称的医师开具处方（医嘱）。
3. 临床选用抗菌药物应遵循《抗菌药物临床应用指导原则》，根据感染部位、严重程度、致病菌种类以及细菌耐药情况、患者病理生理特点、药物价格等因素加以综合分析考虑，参照“各类细菌性感染的治疗原则”，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；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；特殊使用抗菌药物的选用应从严格控制。
4. 紧急情况下临床医师可以越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限于1天用量，并做好相关病历记录。

## 十六、手术安全核查制度

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

二、本制度适用于各级各类手术，其他有创操作可参照执行。

三、手术患者均应配戴标示有患者身份识别信息的标识以便核查。

四、手术安全核查由手术医师或麻醉医师主持，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。

（一）麻醉实施前：由主刀医师主持，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、术前置血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。

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

（三）患者离开手术室前：由巡回护士主持，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。

（四）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、医务科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。

## 十七、临床输血安全管理审批制度

一、临床用血应严格执行《医疗机构用血管理办法》和《临床输血技术规范》有关规定，提倡科学合理用血，杜绝浪费、滥用血液，确保临床用血的质量和安。

二、医院输血科在输血管理委员会的领导下，负责临床用血的规范管理和技术指导，临床用血的计划申报，储存血液，对本单位临床用血制度执行情况进行检查，并参与临床有关疾病的诊断、治疗与科研。

三、临床用血前，应当向患者及其家属告知输血目的，可能发生的输血反应和经血液途径感染疾病的可能，根据输血技术规范进行相关项目的检验，由医患双方共同签署输血治疗同意书并存入病历。

四、无家属签字的无自主意识患者的紧急输血，报医务部同意、备案，并记入病历。

五、临床用血适应症根据《输血技术规范》执行，临床用血指征：血红蛋白在 70~100g/L 之间，根据患者的贫血程度，心肺代偿功能，有无代谢率增高以及年龄因素决定。外科 Hb<70g/L 或 HCT<22%；内科 Hb<60g/L 或 HCT<20%。

六、平诊临床输血一次用血、备血量超过 1600 毫升时要履行报批手续，由科主任签名后报医务部。

急诊、抢救用血经主管医师以上同意后可随时申请，但事后应当按照以上要求补办手续。

七、临床用血严格执行查对制度，输血时发生不良反应，立即根据输血技术规范进行处理并填写《输血不良反应报告单》

八、临床输血完毕后，应将输血记录单（交叉配血报告单）贴在病历中，并将血袋 24 小时保存，并做好输血记录及输血评估。

九、成分输血具有疗效好、副作用小、节约血液资源以及便于保存和运输等优点，应积极推广，成分输血率应高于 99%。

十、结合我院实际，临床输注全血时应先由医务科审批后，再由主管副院长签字，方可实施。

## 十八、信息安全管理制度

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，则通知网络中心技术人员进行。

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，经签字批准后交网络信息中心负责接入。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，同时通知网络信息中心技术人员负责处理。网络信息中心应采取措施清除，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。

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。

## 二、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、不得破坏或私自调整网络设备、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、修改电子病历，入院诊断等相关信息，先经医务科审批，后由网络信息中心根据审批文件进行修改。
- 2、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。
- 3、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。
- 4、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。
- 5、网络使用人员应妥善保管各自的密码，不得将密码交与他人使用。
- 6、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。