

核 心 制 度

目 录

1、首诊负责制度	1
2、三级查房制度	2
3、会诊制度	4
4、分级护理制度	6
5、值班和交接班制度	9
6、疑难病例讨论制度	11
7、急危重患者抢救制度	12
8、术前讨论制度	13
9、死亡病例讨论制度	15
10、查对制度	16
11、手术安全核查制度	22
12、手术分级管理制度	24
13、新技术和新项目准入制度	28
14、危急值报告制度	30
15、病历管理制度	32
16、抗菌药物分级管理制度	35
17、临床用血审核制度	39
18、信息安全管理制	41

首诊负责制度

一、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。

二、首诊医师接诊时必须详细询问病史,进行体格检查、必要的辅助检查,作出初步诊断与处理,并认真书写病历。对诊断明确的患者应积极治疗或提出处理意见;对患有复杂、疑难疾病、诊断尚未明确的患者应在对症治疗的同时,应及时请上级医师或相关科室医师会诊。

三、首诊医师接诊非本专业平诊患者时,需完善病历(在病历中注明会诊科室),并告知患者需就诊科室及流程。

四、如果患者罹患非本院诊疗科目范围内的疾病,虽无法提供诊治,但必须先评估,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;对急危重症需抢救的患者应当按照急危重患者抢救制度进行诊疗。

五、首诊医师接诊急、危重患者时,须先抢救,下发病重(危)通知书,同时请示上级医师,需多学科诊疗时,请相关科室急会诊,共同制定诊疗方案并实施,所有的有关科室须执行危重患者抢救制度,协同抢救,不得推诿,不得擅自离开。各科室分别进行相应的处理并及时作好医疗记录。

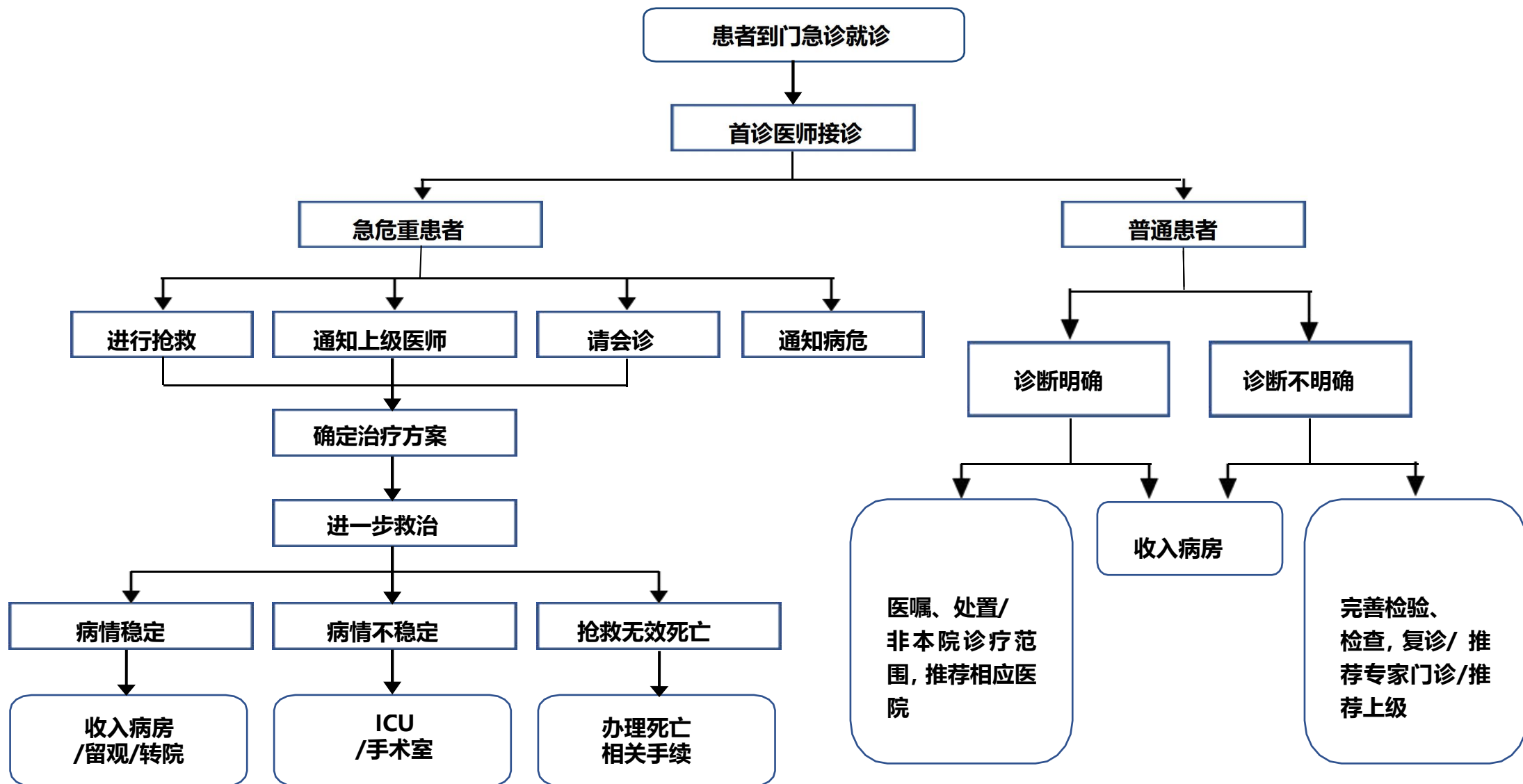
六、首诊医师接诊急、危、重患者时,急转专科或 ICU 进行救治,在完善检查、转运途中,首诊医师应陪同或安排医务人员陪同护送,并与科室医生做好交接手续。如受医院条件所限,需转院者,转院前,首诊医师需请示科主任后由科主任决定是否可以转院,并上报医务科,家属同意后由首诊医师或科室或医务科联系转诊医院,安排好转诊事宜方可转诊。

七、首诊医师因班次或其他原因不能完成患者诊疗行为时,需与接班医生做好交接,把患者的病情及需要注意的事项交代清楚,并做好病历、台账记录。

八、当收住院患者科室不明确时,首诊医师有权决定患者住院科室,任何科室(个人)不得以任何理由推诿或拒收病人。

九、凡在接诊、诊治、抢救患者或转院过程中未执行上述规定、推诿患者者,要追究所有相关医师和科室的责任。

首诊负责制流程图



三级查房制度

一、三级医师查房制度是指患者住院期间，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、医院实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。

三、科室三级医师为科主任或医院授权的三级医师及副主任医师以上职称医师，二级医师为主治医师及以上或医院授权的二级医师，其他的为一级医师。

四、一级医师工作日每天至少查房 2 次，非工作日每天至少查房 1 次，危重病人和新入院病人及手术病人重点查房并增加巡视次数，发现新的病情变化及时处理，对急危重患者，住院医师应随时观察病情变化并及时处理，必要时可请主治医师、副主任医师及以上的医师查看患者。密切观察病情变化诊疗计划下对症处理检查医嘱执行情况，分析检验、检查结果，加强与患者沟通，遇疑难请示上级医师做上级医师查房准备，书写上级医师查房记录。

五、二级医师每周查房不少于 3 次，应有住院医师、进修医师、实习医师、责任护士参加。对所管病人分组进行系统查房，尤其对新入院、急危重、诊断未明及治疗效果不佳的患者进行重点检查与讨论；听取住院医师和护士的意见；倾听患者的陈述；检查病历并纠正其中错误的记录；了解患者病情变化并征求对医疗、护理、饮食等的意见；检查医嘱执行情况及其治疗效果。决定患者出院、转院、会诊等。二级医师首次查房记录应当于患者入院 48 小时内完成。

六、三级医师每周查房不少于 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。解决疑难病例诊疗中的问题；审查对新入院、重危患者的诊断、治疗计划；决定重大手术及特殊检查治疗；抽查医嘱、病历、医疗护理质量；听取医师、护士对诊疗护理的意见；进行必要



的教学工作。新入院患者的首次查房应在其入院 72 小时内完成。

七、对于手术患者，术者必须亲自在术前和术后 24 小时内查房。

八、如科室三级医师因特殊原因不能执行三级查房职责时，科主任征得医务科同意后，可授权二级医师履行三级医师查房职责，并在医务科备案。

九、下级医师应执行上级医师指示，不得越级履职；上级医师应对其指令承担责任。

十、三级医师查房制度应该在患者诊治的各个环节、流程中得到体现，下级医师应该如实记录。

十一、查房过程或结果，原则上应当在当天的病历记录中有所体现，病情稳定时可以每 2~3 天合并记录一次，除了上级医师履行管理职责、审核病历中补录或修改的内容外，不允许倒记（先前的病程记录记录在后发生的病程记录之后）和随意补记（抢救记录除外），病情不稳定时应随时记录。医嘱作为病历的一部分也可以体现诊疗行为的可追溯性，但重要的医嘱（如抢救患者、主要诊疗措施、与诊疗规范不一致的医嘱）应当在病程记录中说明其合理性和必要性。

十二、准备与规范

（一）上级医师查房一般应有下级医师陪同，首次查房时，医师应当对患者做自我介绍，查房时，医师要仪容端正、衣着整齐，仅限于谈及医疗及与该患者疾病治疗相关的话题。

（二）查房前，住院医师应做好准备工作，如病历、X 线片、有关检查报告及所需的检查器材等；住院医师报告简要病史并提出需要解决的问题，上级医师应该作出肯定性的指示。

（三）查房时各级人员应规范站位：主查医师应位于患者右侧，经管医师位于患者左侧，配合主查医师查体，其他医师依次位于经管医师左侧，护理人员位于患者左侧床尾。

（四）查房时应做好保护性医疗措施及保护患者隐私，检查患者身体时应当适当遮挡，避免无关人员窥视，不可在公开场合谈论患者相关信息。

患者病情、治疗及预后等情况应与其本人或其法定代理人沟通，并予以说明，不得向其他无关人员泄露。

会诊制度

一、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。会诊制度是指规范会诊行为的制度。

二、会诊分为院内会诊和院外会诊。院内会诊分为门诊会诊、急诊会诊、病房会诊、手术会诊及全院会诊。院外会诊分为邀请外院专家会诊和外出会诊。

三、门诊会诊：门诊普通会诊由首诊医师提出申请，联系专科门诊医师，书写门诊病历后，患者持病历前往被邀请科室完成会诊。门诊急诊会诊由首诊医师采用电话通知会诊医师，亲自或安排医务人员陪同患者完成会诊。

四、病房会诊：普通会诊申请应由申请科室的住院医师提出，经主治医师及以上医师同意，并将会诊申请单打印后由科室安排人员及时送往会诊科室，受邀请科室收到会诊申请后安排相关人员完成会诊。

五、手术会诊：手术会诊是指在手术过程中需要请其他专业医师协助处理的会诊，由主刀医师提出，采用电话通知的方式申请，被邀人员应如因事不能到场应说明原因，并提出代替人。

六、全院会诊：对危、重症及疑难病例、特殊病例需全院多学科会诊的，由申请科室的科主任向医务科提出申请，医务科负责通知专家和主持讨论，会诊前，申请科室负责将病历摘要送达参加全院会诊的专家。

七、院外会诊：经院内会诊后确实无法解决的疑难、危重或特殊病例等需要请上级医院或专科医院会诊的病例可申请院外会诊；由经管医师认真填写《院外会诊邀请单》，患方签名，经科主任同意，医务科审批；如遇急会诊，申请科室可先与医务科电话联系，再补办会诊手续；医务科与拟邀请医院的医务部门电话联系，提请会诊的科室主任与会诊专家联系落实，或由会诊专家联系该院医务部门，由医务科配合办理相关手续。



八、应邀外出会诊：我院医务人员收到外出会诊、手术邀请后，邀请会诊医疗机构应出具会诊邀请函，外出会诊医务人员持会诊邀请函到医务科报备，经医务科同意后，根据我院的实际情况，在不影响正常业务工作和医疗安全的前提下，按照规定安排会诊人员。

九、会诊管理：

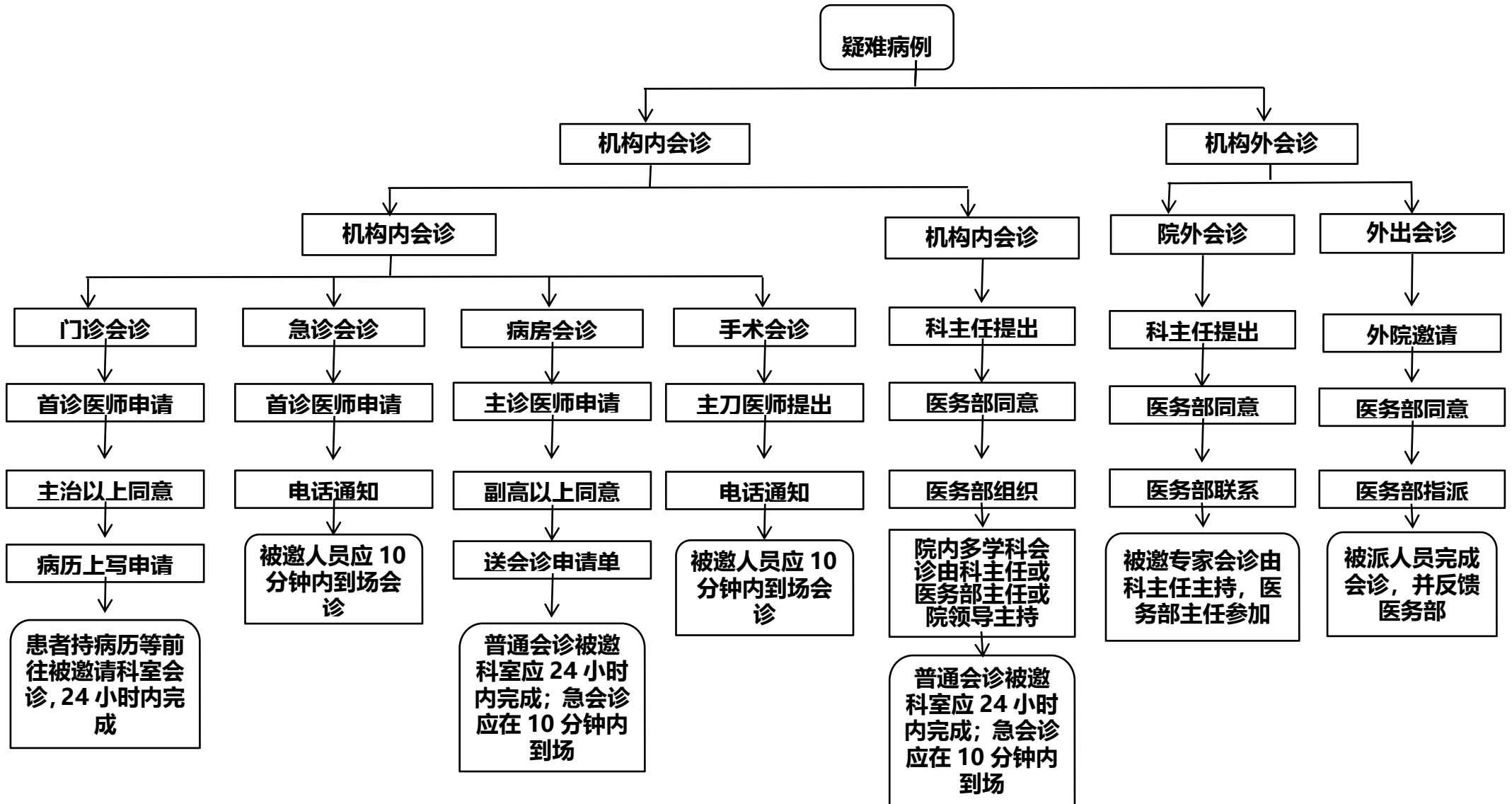
（一）各科室应合理安排会诊班，在规定的时间内完成会诊，院内急会诊应当在会诊申请发出后 10 分钟内到位，普通会诊应当在会诊发出后 24 小时内完成，原则上当天会诊班医师应在下班前完成会诊。对于发病多日，因需手术或出院等原因，而要求尽快会诊的，邀请科室应与受邀科室的会诊医师取得联系，说明实际情况，要求尽快会诊，不得滥用急会诊。

（二）院内会诊会诊医师必须到现场亲自诊查患者，不得以电话形式进行会诊。若遇有紧急抢救，会诊医师无法在 10 分钟内到达现场时，可以在电话中先进行病情交流，再赶到现场会诊。申请眼科、耳鼻喉科、口腔科等需借助专科设备检查进行会诊时，与患者沟通后到相应科室完成。

（三）会诊申请科室各级医师应严格掌握各类会诊的指征，并完成必要的检验、检查，普通会诊申请前应由主治及以上技术职称的医师或科室二级及以上的医师审核同意，普通会诊受邀医师应由具有主治医师职称的医师或医务科授权的医师担任，急会诊的申请医师和受邀医师不受资质限制，但应及时向上级医生汇报会诊情况，会诊医师应该认真书写会诊意见，意见应该具有科学性、可执行性，避免套话。

（四）邀请院外专家会诊和（或）外出会诊应符合医院的相关规定，科室、个人违反规定，擅自邀请院外专家会诊或外出会诊或者在会诊中违反相关法律、法规、规章或者诊疗指南、技术规范，由医务科记入医师考核档案，情节严重的依法严肃处理，由此造成的医疗纠纷或医疗事故由科室、个人负责。

会诊制度流程图



病历管理制度

病历管理制度是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。

第一章 运行管理

第一条 病历书写要认真执行《医疗机构病历书写规范》的要求，应当客观、真实、准确、及时、完整、规范。

第二条 患者住院病历应由所在病区负责集中、统一保管。

第三条 病区应当在收到住院患者的化验单(检验报告)、医学影像检查资料等检查结果后 24 小时内打印并归入或者录入住院病历。

第四条 因医疗活动需将病历带离病区时，应当由病区指定专门人员负责携带和保管病历；手术室、介入室，手术或检查结束应由工作人员带回病区；病人转科时，病历不得交病人或家属转送；病人转院时，病历不得借出，患者可按规定复印病历。

第五条 严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁病历资料；除涉及医疗活动医务人员及医疗护理管理人员外，其它人员不得擅自查阅病历。

第六条 医护人员打印病历时，常规应满页打印，认真冠签名；需患者及家属签字确认的现病史及既往史，应医患双方当面确认后签字。使用完病历应放入病历车。

第七条 如遇病历被盗、被抢，医护人员应及时报警(110)，请保卫科调阅监控录像，固定证据。

第二章 归档管理

第八条 患者出院时，医师应在患者出院后 48 小时内完善并归档病历，归档病历由病案管理科统一保存、管理。

第九条 病案首页填写管理 严格按照《住院病案首页数据填写质量规范》



的要求，及时、准确录入患者基本信息、住院过程信息和诊疗信息等内容，确保病案首页信息规范、真实、客观、完整。

按照《CN-DRGs 分组方案》、《国标临床版 2.0 版疾病诊断编码》和《国标临床版手术 3.0 版操作编码》，切实提高病案首页质量。

第十条 病历出科前，科室质控人员要逐项核查，发现问题应及时请管床医师完善病历。

第十一条 病历归档后原则上不允许修改。

第三章 病历封存与启封管理

第十二条 依法需要封存病历时，根据《医疗纠纷预防和处理条例》的要求，应当在本院工作人员与患者或患者代理人在场的情况下，共同对病历进行确认，签封病历复制件。

第十三条 封存的病历资料可以是原件，也可以是复制件，由医务科负责封存病历的保管。

第十四条 封存后病历的原件可以继续记录和使用。病历尚未完成时，需要封存病历，可以对已完成病历先行封存，当医师按照规定完成病历后，再对新完成部分进行封存。如因抢救来不及完成病历的，应在封存的档案袋封面上注明暂未封存的病历，并在 6 小时内补记相关抢救记录。

第十五条 开启封存病历应当在签封双方在场的情况下实施，若病历资料封存后医疗纠纷已经解决，或者患者在病历资料封存满 3 年未再提出解决医疗纠纷要求的，医院可以自行启封。

第四章 借阅管理

第十六条 除涉及对患者实施医疗活动的医务人员及医疗服务质量监控人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅患者的病历。

第十七条 本院医务人员因医疗、教学、科研需要参阅病案时，应由管床医师提出申请科主任签名，经医务科批准后，方可借阅。病历原件原则上一律不得外借，在病案阅览室借阅，并保证不泄漏患者隐私，必须借出时，应填写借阅申请单，并在规定时间内归还（一般情况下三日内归还，因医疗纠纷或晋升职称等原因外借病案，借阅时间为三十日）。

第十八条 不得任意涂改、毁损、抽页、添页。否则，由此造成“病历的真实性”被怀疑、举证不能的后果，由借阅者承担一切法律责任。

第十九条 本院人员因工作调离、外出进修、出差时，应将借阅的病历及时归还。

第五章 复印管理

第二十条 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，因办理案件、依法实施专业技术鉴定、医疗保险审核或仲裁、商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，经办人员提供以下证明材料后，病案管理科可以根据需要提供患者部分或全部病历：

(一)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。

(二)经办人本人有效身份证明

(三)经办人本人有效工作证明(需与该行政机关、司法机关、保险或者负责医疗事故技术鉴定部门一致)。

保险机构因商业保险审核等需要，提出审核、查阅或者复制病历资料要求的，还应当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；患者死亡的，应当提供保险合同复印件、死亡患者法定继承人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。

第二十一条 患者在住院期间，原则上不为其提供病历复印，但可以提供病情说明。需复印时，应于出院结帐后，到病案管理科办理复印。

第二十二条 如有以下情况，可由患者直系亲属、法定代理人或委托代理人办理复印病历事宜：

(一)患者死亡

(二)患者无民事行为能力。

(三)患者书面委托。

第二十三条 根据《医疗机构病历管理规定（2013年版）》第十



九条、2018年《医疗纠纷预防和处理条例》第十六条规定，医疗机构可以为申请人复制门(急)诊病历和住院病历中的体温单、医嘱单、住院志(入院记录)、手术同意书、麻醉同意书、麻醉记录、手术记录、病重(病危)患者护理记录、出院记录、输血治疗知情同意书、特殊检查(特殊治疗)同意书、病理报告、检验报告等辅助检查报告单、医学影像检查资料以及国务院卫生主管部门规定的其他属于病历的全部资料。

第二十四条 患者委托代理人申请复印病历应：

(一)提交复印病历申请书，并注明需复印的内容。

(二)提供本人或(和)委托代理人身份证原件、出院结帐单，并提供身份证复印件存档。

(三)病案管理科核实相关信息后办理复印手续。

(四)患者本人应在病案管理科相关登记本上签名存档。

(五)按照规定病历复印需收取一定的工本费用。

第二十五条 不能提供与病历记录中姓名等项目相符的身份证件时，无权复印病历。

第六章 保存时限

第二十六条 医院不负责保管患者的门(急)诊病历，住院病历保存时间自患者最后一次住院出院之日起不少于 30 年。

病历书写与管理制度的流程图



值班和交接班制度

值班和交接班制度是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、临床科室医师值班和交接班

（一）值班

各临床科室须设有值班医师，分为一线值班、二线值班、三线值班。

1、一线值班医师为取得医师资格的本机构执业及在本院取得处方权的医师，值班期间必须在值班室留宿。

2、二线值班医师由主治医师或以上职称医师担任。

3、三线医师由副高职以上医师或科主任担任。

4、值班医师职责

（1）查房，需要重点关注新病人、危重病人或病情发生变化的病人。

（2）患者的病情变化时，进行必要的处置。

（3）参加或组织抢救。

（4）会诊，参见会诊制度。

（二）交接班

一线值班医师应提前到科室，接受交班医师交办的医疗工作。交接班时，应巡视病房，四级手术患者手术当日和急危重及需要特别观察的患者，应做到床旁交接班。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。

（三）一线值班医师负责各项临时性医疗工作，对急诊入院患者及时接诊，按时书写病历，并给予必要的医疗处置。住院志由经治医师书写，经治医师休假时，应由代替其管理患者的医师书写。

（四）值班医师及时了解患者病情变化，如有病情变化，应及时前往诊查，并作相应的处理。如因特殊情况需要离开病区时，必须向值班护士说明去向。



(五) 每日晨会，值班医师应汇报值班期间患者的病情变化、处置及其他情况。

(六) 管床轮换时，应在病程记录中书写交班记录和接班记录。交接班记录内容包括入院日期、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、向接班医师交待的注意事项或接班后医师制定的诊疗计划、医师签名等。(七) 各级值班医师应将电话联系方式留存在医师办公室或护士站并保持通讯畅通。

二、药房、检验、影像、超声等医技及平台科室，应根据情况设值班人员，并完成值班时间内所有工作，保证临床医疗工作的顺利进行。

三、护理交接班

交接班应准时，在接班者未到之前，交班者不得离开岗位。交接班应采用晨会交接班，口头、床边交接班及书面交班等方法。

(一) 晨会交班制度

1、交班时间约 15-20 分钟。

2、夜班护士报告病房 24 小时动态，重点为新入院、危重、手术和特殊情况病人的床号、姓名、诊断、病情变化、治疗、护理和特殊检查要点等。要求简明扼要，重点突出，用普通话背诵交班。

3、护士长简单小结前一天的工作情况，布置当天工作。

4、护士长了解当班护士情绪状态，便于工作安排。

(二) 口头、床边交接班制度

1、各班均须进行床边交接班，重点是新入院、危重抢救、手术前后、特殊检查及治疗的病人。

2、交接班时，认真查看病人，做到病情、治疗、护理“三清”，如：病人用药情况，外出病人去向，病人皮肤有否破损、压疮，病人的输液、各种引流管是否通畅，穿刺局部有无外渗，病室是否清洁、整齐等。

3、交接班时发现问题由交班者负责，并采取相应措施，做好记录；接班后如因交接不清发生问题由接班者负责。



（三）书面交班制度

1、值班护士认真书写《护士交班本》及护理记录，要求内容简明扼要，重点突出，运用医学术语。

2、进修护士或实习护生书写《护士交班本》及护理记录，由带教护士或护士长认真修改并冠签。

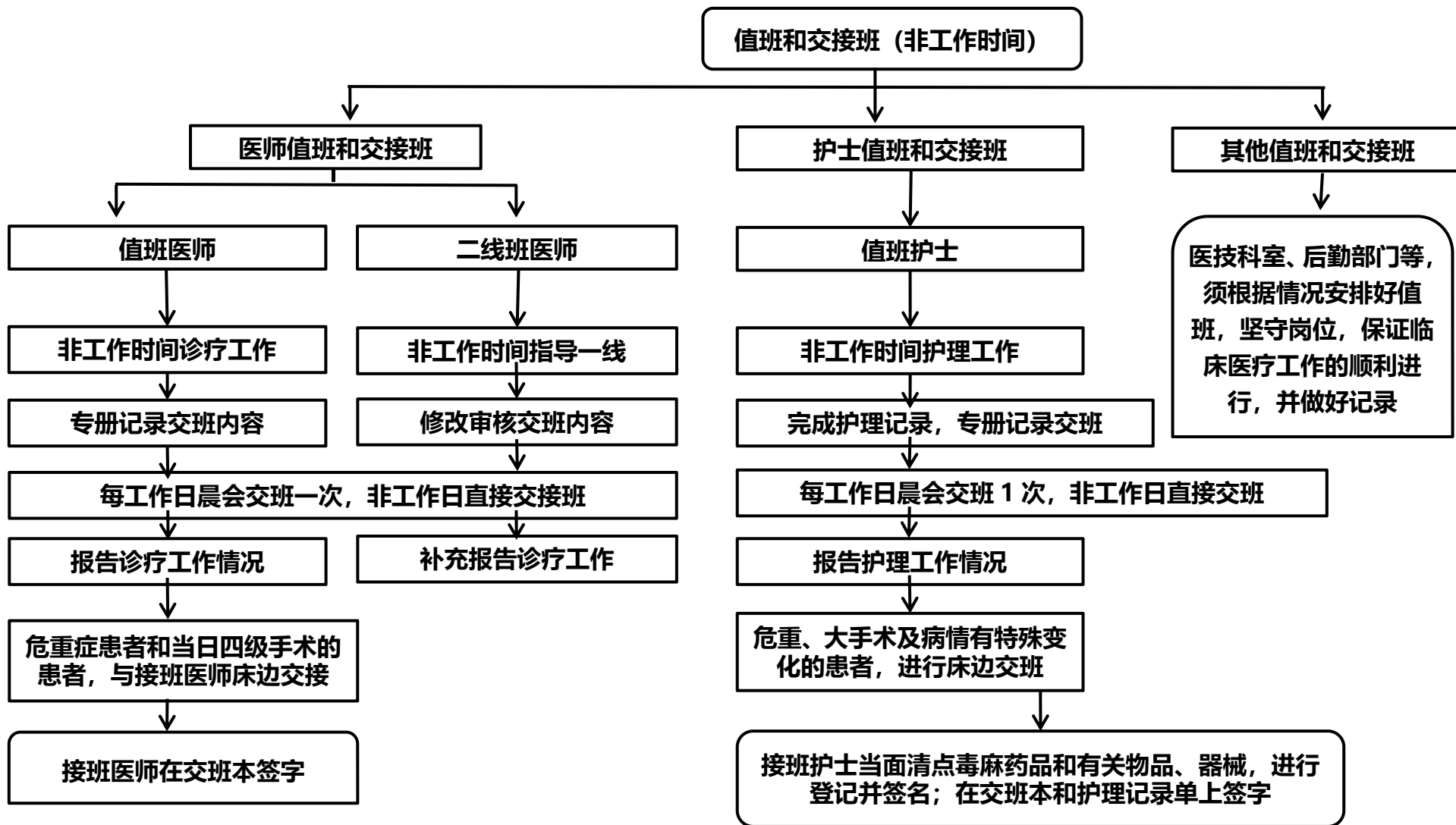
（四）病房物品、器材、药品、被服交接班制度

1、建立定期清点、登记制度，记录时间、班次、数量及清点人。

2、备用药品实行定量存放，凭医嘱补充，及时清理，防止过期及变质药品。急救药品按规范要求交接，用后随时补充。麻醉、特殊精神类药品实行专人专柜专锁管理严格交接班登记。

病房物品、器材、被服应定人负责管理，如有外借、丢失、损坏等情况应做好记录，并及时向护士长反映。

值班和交接班制度流程图



疑难病例讨论制度

一、疑难病例讨论制度是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、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其他需要讨论的病例。

三、疑难病例科内讨论由经治医师提出，由科主任或指定负责人（向医务科备案）主持，参加疑难病例讨论成员中应当至少 2 人具有主治医师及以上专业技术职务。组织讨论前，经治医师应事先做好准备，将有关材料整理完善，写出病历摘要，并报告病情。

四、疑难病例讨论前相关准备工作包括但不限于以下几个方面：完善患者现阶段的影像学、检验学各项检查，以及与疾病相关的其他各项检查，完成阶段性病情总结，病情总结对病例需要讨论的疑难内容应重点提出，并且明确病例讨论需要解决的问题，确保疑难病例讨论的目的和预期效果。

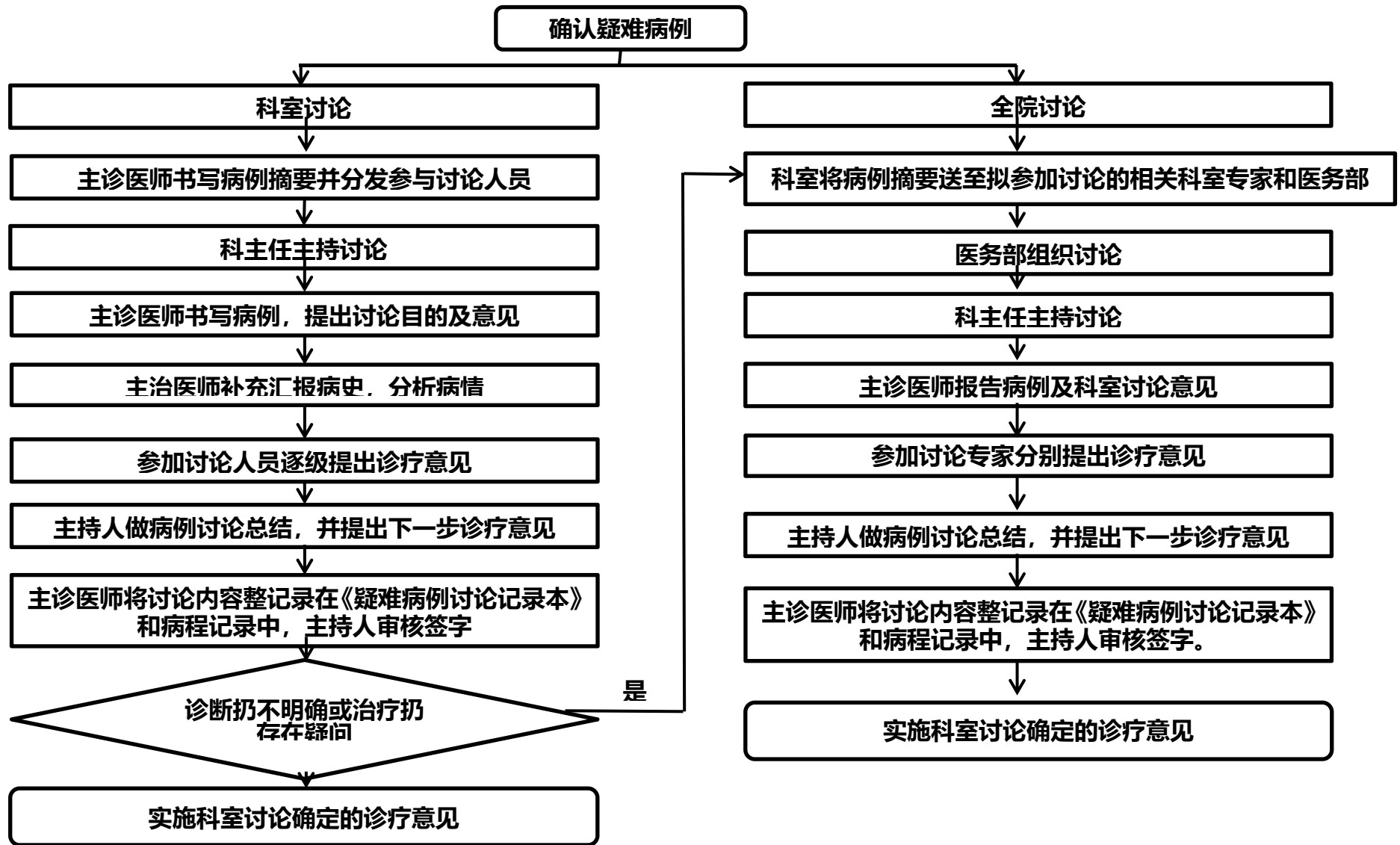
五、讨论时，经治医师负责报告病例、提出讨论目的及意见；上级医师补充汇报病史、分析病情；参加讨论人员逐级提出诊疗意见；主持人做病例讨论总结，并根据讨论情况提出下一步诊疗方案。

六、疑难病例讨论内容应由经治医师负责记录，记录内容应包括但不限于患者姓名、性别、年龄、住院号、讨论日期、讨论地点、主持人及参加人员的姓名及专业技术职务、病情摘要及讨论目的、讨论意见及主持人小结意见等，记录完毕后记录人和主持人需签字确认。经治医师应将讨论内容整理后分别记录在《疑难病例讨论记录本》和病程记录中，主持人审核签字。

七、如科室讨论后诊断仍不明确或治疗仍存在疑问，需将患者病情报告医务科，由医务科根据具体情况组织全院进行讨论。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和医务科，医务科负责

通知并组织讨论。必要时可邀请机构外人员参加，患者经治医师或本科科主任负责汇报病例。

疑难病例讨论制度流程图



急危重患者抢救制度

一、急危重患者抢救制度是指为控制病情、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、急危重症患者的范围包括但不限于以下情形：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；原有慢性器官功能障碍短期内迅速加重；不明原因意识障碍或血流动力学不稳定；提示重要脏器功能障碍的危急值回报等。

三、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。

四、对急危重患者严格执行首诊负责制度，不得以任何借口推迟抢救，各种记录及时全面。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。抢救过程中有多个科室参与会诊时，由主持抢救的医师负责组织和协调各科室会诊意见，必要时医务科或分管院长参与协调组织，并形成最终的处置意见。

五、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，执行口头医嘱时应复颂一遍，并与医师核对药品后执行，防止发生差错事故。

六、抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历，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。抢救记录应由主持抢救的人员审核并签字。由多个科室合作共同完成抢救过程的，应由参与会诊医师同时完成会诊单记录或抢救记录并签字。

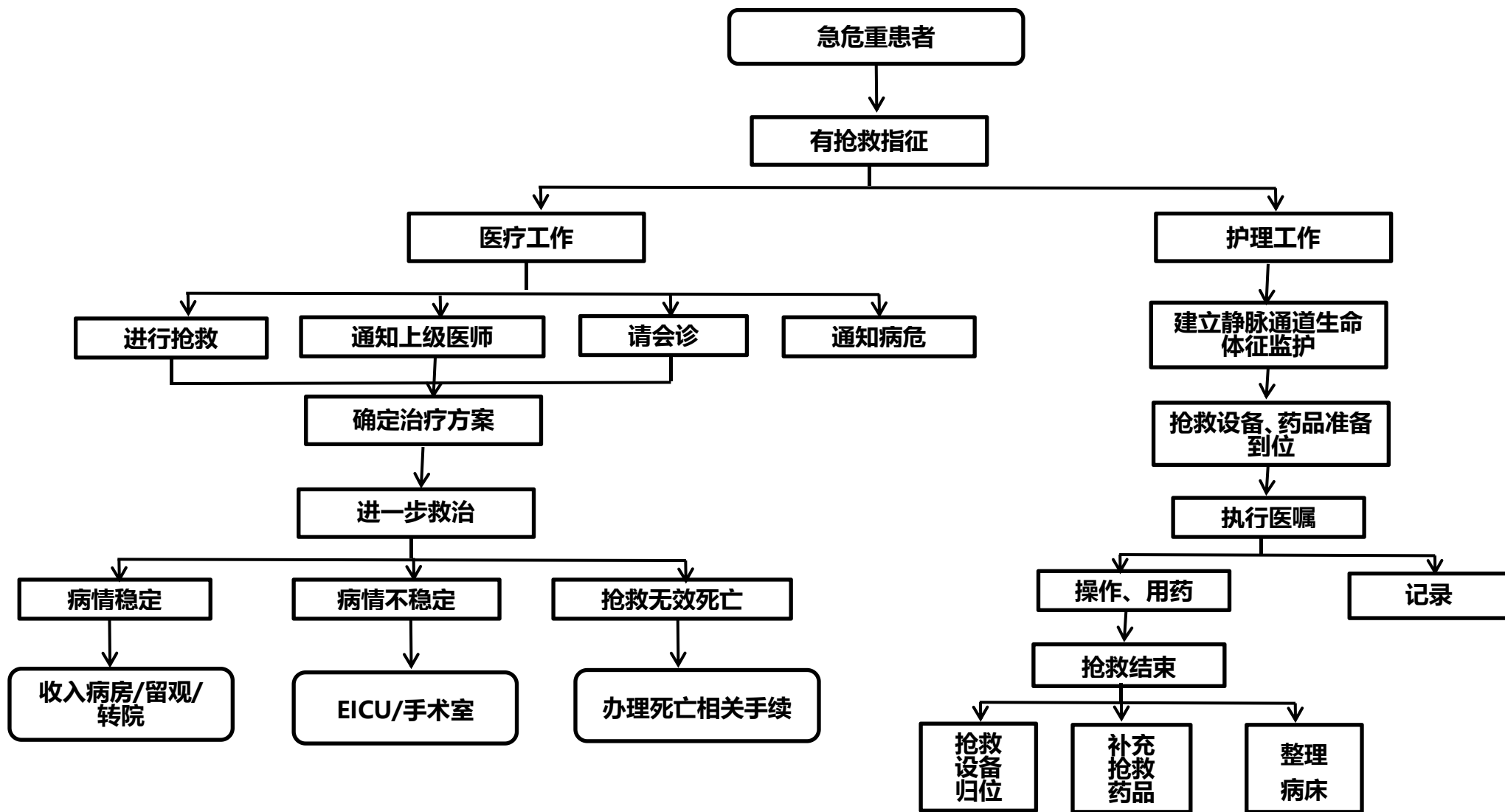
七、严格执行交接班制度和查对制度，详细交接病情、抢救经过、用药等。各种抢救物品、设备用后应及时清理、消毒、补充、物归原处，以备再用。

八、危重病患者的病程记录至少每天一次，病情发生变化时及时记录。

下达病危通知书时，需及时、正式、反复向病人家属讲明病情及预后，并征求家属意见是否需请上级医院教授会诊及是否转上级医院治疗，谈话内容在病程中要有记录，并由家属签署知情同意书，充分尊重其知情权、选择权，做到有效沟通并取得配合。病危通知单，一式三份，一份存入病历，一份交病人家属，一份交医务科备案。

九、因纠纷、殴斗、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受伤患者，除应积极进行抢救工作外，同时应向当日总值班、医务科、保卫科汇报，必要时报告公安部门。

急危重患者抢救制度流程图



术前讨论制度

一、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、术前讨论术者必须参加，包括科内术前讨论和院内术前讨论。

三、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（三、四级手术必须进行术前讨论并记录，难度相对较低的一、二级手术可书写术前小结，已有术前讨论，不必再写术前小结；因急诊未能进行术前讨论的可在急诊手术万成后及时在病程记录中补记术前、术中的抢救情况，在记录时间后，注明是“急诊手术抢救记录”）。

四、科内术前讨论是由主管医师提出，由科主任或其授权的副主任主持，必要时邀请医务科和相关科室参加。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。邀请外院专家作为术者的，术前讨论中应有外院专家发言记录。

五、院内术前讨论是指需2个以上学科共同参与完成手术治疗的病例，医务科派人参加，由科主任召集相关学科副主任医师及以上职称人员进行术前会诊，确定手术方案。

六、各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，上交医务科审定，并根据本科室手术分级目录、科室人员配置、技术水平、既往手术效果等情况，确定各种住院患者手术前的术前讨论参加人员的范围，并交医务科审批后实施。新开展手术、高龄患者手术、高风险手术、毁损性手术、非计划二次手术、可能存在或已存在医患争议或纠纷的手术、患者伴有重要脏器功能衰竭的手术，必须纳入全科讨论范围，必要时邀请医务科参与讨论。

七、术前讨论内容包括术前准备情况、手术指征、有无禁忌症、手术方式、手术的替代方案、可能出现的意外及防范措施。术前准备情况应包

括术前诊断或鉴别诊断所需进行的各项检查，手术方案选择所需进行的检查，手术前及输血前检查。还包括针对手术前影响患者手术安全的相关疾病进行的治疗或监测的情况等。对拒绝术前检查者，应讨论进行该检查是否影响手术的实施如系影响手术的检验与检查，医可拒绝实施该项手术。

八、术前讨论记录要求注明参加讨论者的姓名、专业技术职务、讨论日期，并书写主持人小结的意见，主持者签名。

九、手术者必须根据术前讨论制定的手术方案实施手中不得随意更改手术方式。因病情需要，术中需调整手术方案，手术者必须向科主任或科主任指定的负责医生汇报并征得同意，同时与患者或患者代理人重新进行知情谈话患者或患者代理人在手术知情同意书上签名同意后，方可继续手术

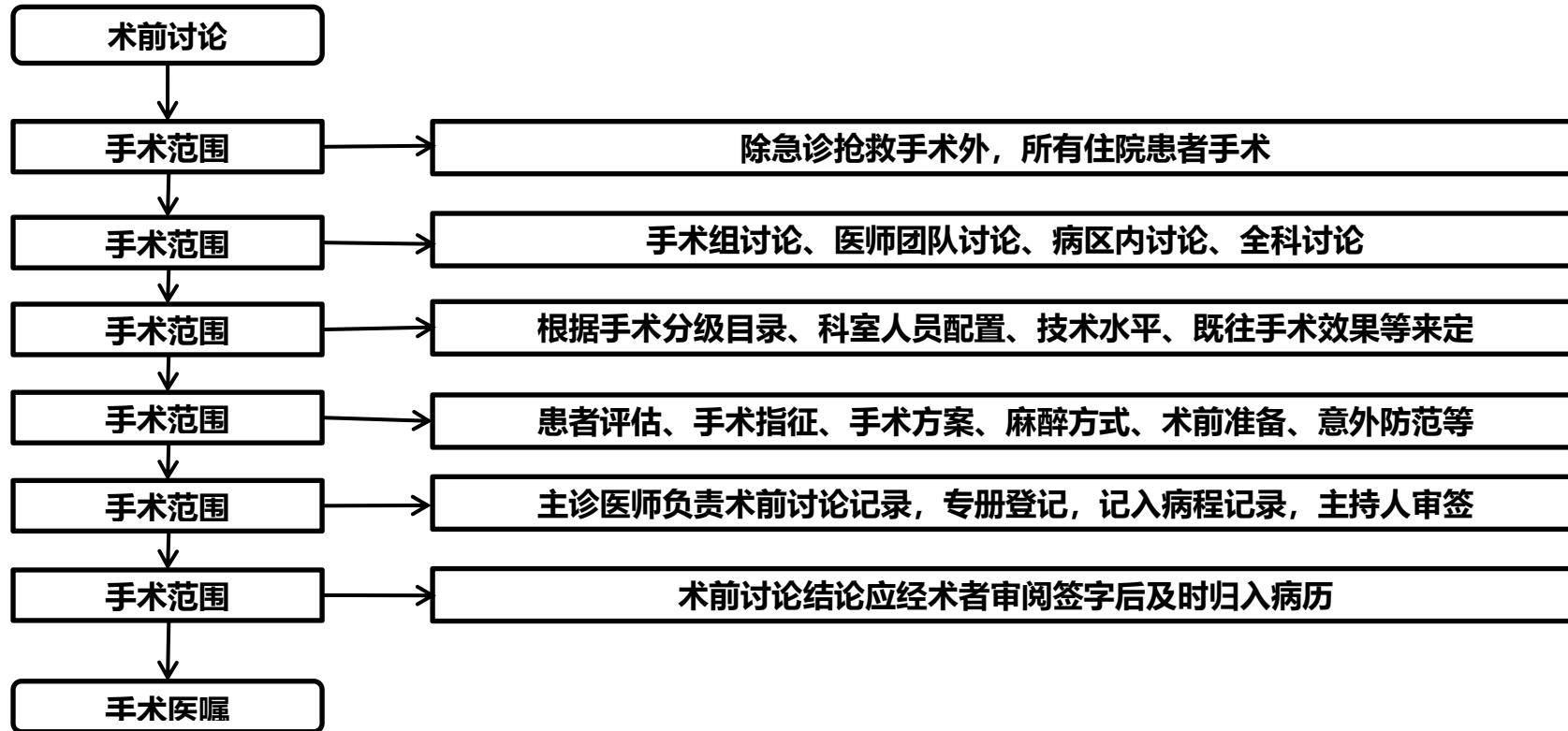
十、术中发现涉及其它专业的疾病时，必须邀请相关专业的副主任医师以上职称的医师或科主任指定的负责医生进入手术间进行讨论，重新进行知情谈话并取得书面同意后，由相关专业医师实施手术。

十一、术前讨论完成的时限：科内术前讨论至少应于患者手术前1天完成，具体讨论时间由科室自定；院内术前讨论一般应于术前2天进行。术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。

十二、住院患者的术前讨论包括日间住院手术、在医学影像下的介入诊疗、内镜下的手术等高危有创操作或手术。

十三、门诊手术的术前讨论形式、由参加门诊手术的医师及相关人员在术前共同讨论，原则上在门诊病历记录适应证、禁忌证、手术麻醉方式、注意事项等。

术前讨论制度流程图



死亡病例讨论制度

一、死亡病例讨论制度是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、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。

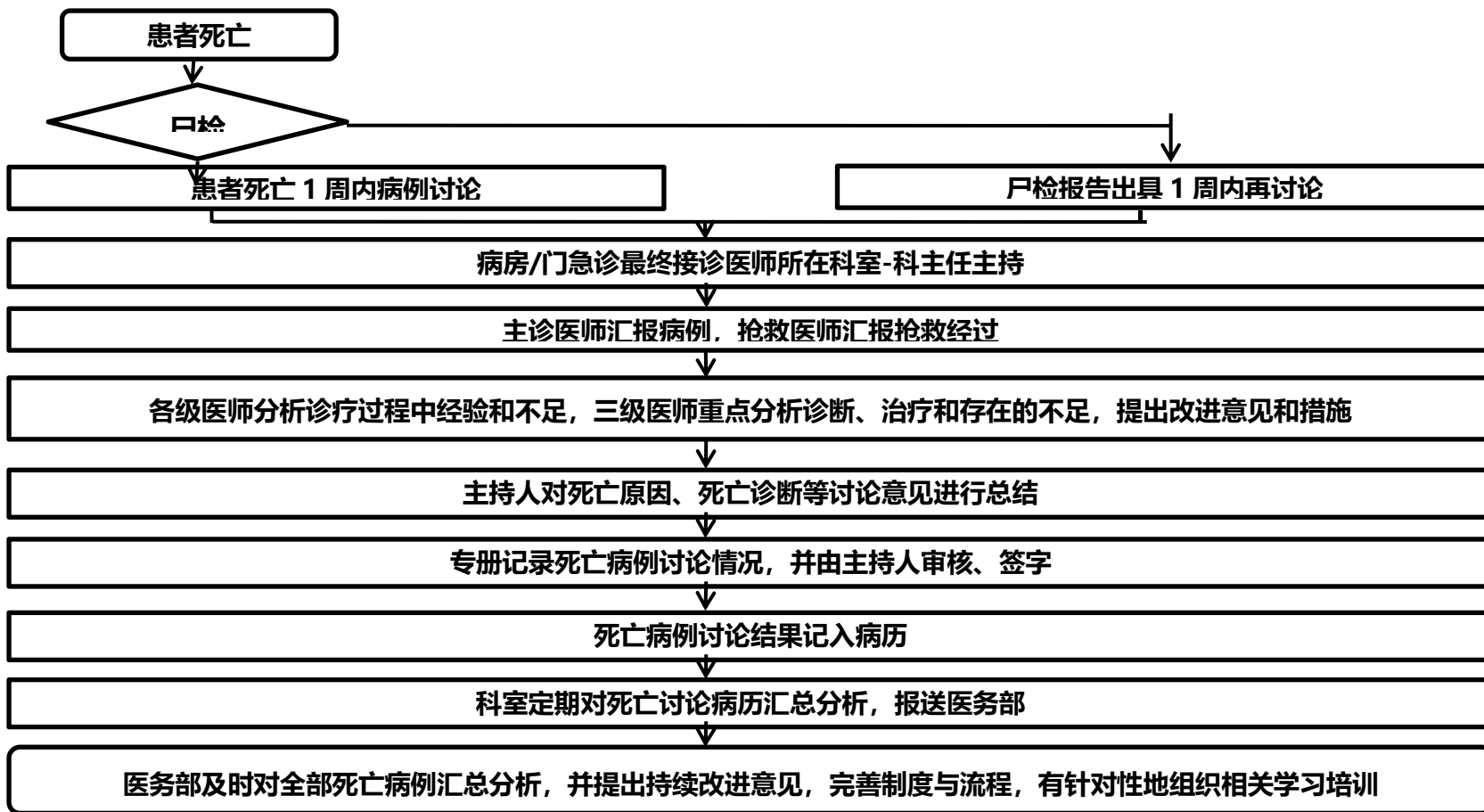
三、死亡病例讨论应当在全科范围内进行，由科主任主持，必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。

四、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。

五、死亡病例讨论记录须由讨论主持人审核并签字，记录内容应包括但不限于讨论时间、地点、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、具体讨论意见（死亡诊断、死亡原因等）、主持人总结意见、记录者的签名。死亡病例讨论结果应当记入病历。

六、科室定期对死亡讨论病历汇总分析报送医务科。医务科每季度进行一次全院性的死亡病例汇总分析，并提出改进意见及措施。

死亡病例讨论制度流程图



查对制度

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、标本等复核查对符合国家有关规定和标准，特制定本制度。

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。原则上住院患者使用“患者姓名+住院号”识别患者身份；身份不明的住院患者使用“无名氏+住院年月日+住院号”识别患者身份。用电子设备辨别患者身份时，仍需口语化查对。

第一条 临床科室

（一）收治病人时，查对住院证上的信息是否与患者信息一致。

（二）阅读 CR、DR、CT、MRI 片时，首先查对片上患者姓名、年龄、性别是否与患者一致。

（三）开具处方时，注意询问患者有无过敏史，且要查对药物之间有无配伍禁忌。

（四）手术相关的查对，参见《手术安全核查制度》。

（五）进行有创检查操作，查对患者身份信息及操作部位是否正确。

（六）查对检查、检验报告单患者信息是否与病历一致。

（七）进行引产术前要查对夫妻双方是否签字同意；14 周以上胎引产时，要查对有无卫生行政部门批准文件。

（八）定时检查科室呼吸机、除颤仪、吸引器、心电监护仪等抢救设备是否正常工作。

第二条 药房

（一）查处方，对科别，对姓名，对年龄；

（二）查药品，对药名，对剂型，对规格，对数量；

（三）查配伍禁忌，对药品性状，对用法用量；



(四)查用药合理性，对临床诊断。

第三条 输血科

(一)核对输血申请单、受血者血样、供血者血样、复查受血者、供血者ABO、Rh(D)血型、发血前核对、取血时与临床护士核对。

(二)查对取回血液或血液制品血型、条码编号、采血日期、血液质量。

(三)查对血液或血制品包装是否破损、污染，是否存在溶血。

第四条 检验科

(一)采集标本时，查对科别床号、姓名、性别、检验项目。

(二)收到标本时，查对科别床号、姓名、检验目的和收到标本时间。

(三)检验时，查对检验项目与使用试管类别是否匹配。

(四)出现危急结果时，应查对、复核，并按制度进行报告。

(五)查对抢救药品与器械准备情况。

第五条 病理科

(一)收集标本时，查对科别、姓名、性别、床号、标本组织来源、固定液。

(二)制片时，查对切片数量和质量。

(三)诊断时，查对编号、标本种类、临床诊断、病理诊断。

(四)发报告时，查对科室、姓名、检验目的。

第六条 医学影像(超声影像科、放射影像科)

(一)登记窗口接收各科诊疗申请时，要查对填写是否符合规范；查对姓名、性别、年龄、初步诊断、部位与检查目的是否相符；查对交费手续是否完备。

(二)技术人员检查和医师进行诊疗及签发报告各环节均需查对片号、姓名、性别、年龄、申请科别、住院号(门诊号)、检查部位和目的，防止差错。

(三)需使用对比剂的特殊检查及介入治疗，应查对造影剂及药物的名称、剂量、浓度、用法；查造影剂及药物有无变质，瓶口有无松动、裂

缝；查患者有无碘及其他过敏史；查使用药物有无配伍禁忌。使用大剂量造影剂或危重病例术前，应查安全急救措施是否完备，并注意术后反应。

（四）科内护理组需定期对全科所有急救药品，各种导管、导丝的有效期进行检查，对失效者应及时更新、补充。

（五）出现危急结果时，应查对、复核，并按制度进行报告。

（六）发报告时，查对科别、姓名、性别、部位。

第七条 心电图室

（一）检查时，查对科别、床号、姓名、性别、部位。

（二）诊断时，查对姓名、编号临床诊断、检查结果。

（三）出现危急结果时，应查对复核，并按制度进行报告。

（四）查对抢救药品与器械准备情况。

第八条 护理查对

（一）三查七对制度

1、护士执行医嘱时，必须严格执行三查七对制度。

2、三查：操作前、操作中、操作后查；七对：对住院号/就诊卡号姓名、药名、剂量、浓度、时间、方法。同时要注意患者用药后的反应。

3、执行各项治疗、护理、处置均应严格执行三查七对。

4、护士在执行注射剂医嘱或配置液体时，应根据配伍禁忌，认真核查，确保药物安全注射。

5、操作前发现医嘱错误或信息不符，应立即提请医生修改医嘱，核实所有信息，确保无误后方可执行。

6、操作中发现错误，应立即终止操作，立即向护士长、管床医生及科主任报告，采取相应的处理措施，尽可能减少对患者造成的伤害。

7、操作后发现错误，应立即向护士长、管床医生及科主任报告，遵医嘱及时采取相应的补救措施，尽量将对患者的伤害降到最低。

8、据实上报不良事件。

（二）医嘱查对制度



1、医生开出医嘱后，护士应及时、核对确认医嘱并打印执行单。

2、每天查对医嘱，由 1 人口诵医嘱内容，1-2 人核对各类治疗、护理卡，并记录。

3、执行医嘱应严格“三查七对”（操作前、操作中、操作后查；核对住院号、姓名、药名、剂量、浓度、方法、时间），查对无误，方可执行。发现问题及时补救并据实上报

4、下一班护士负责查对上一班新入院、转入、转床、术后患者医嘱的处理情况。

5、临时医嘱执行有效时间在 24 小时以内，护士应在短时间内执行。

6、因抢救急危患者医师下达口头医嘱时，需与医师口诵医嘱 1 次，并保留安瓿至抢救结束，做好记录。抢救工作结束 6 小时以内促医生据实补齐医嘱并签字。

（三）服药、注射、输液查对制度

1、严格执行“三查七对”。

2、严格执行操作规程。领取和使用药品前，仔细检查药品质量、标签名称、有效期及批号，有无变质及过期。

3、多种药液同时应用时，注意配伍禁忌。

4、易过敏的药物，用药前详细询问过敏史，按医嘱做药物过敏试验，并将结果录入电脑。

5、麻醉、放射、特殊精神类药品使用时，必须 2 人核对，用后将安瓿瓶回收到药房，以备查对，并做好记录。

6、口服药发放须 2 人核对无误后，方可发放。

7、严格按医嘱时间给药。

8、执行服药、注射、输液时，如有疑问应立即查询，核对无误方可执行，做好记录并签名。

（四）血标本采集查对制度

1、执行血标本采集医嘱时，多打印检验医嘱执行单，并将执行单标本标签与电子医嘱进行核对。



- 2、如采血医嘱有特殊要求，须在检验医嘱执行单上标注并做好交接班。
- 3、粘贴标本标签时，须核对检验医嘱执行单和标本标签，包括床号、姓名、住院号、标本名称、试管种类、试管数量及有效期，核对无误后，在检验医嘱执行单上签名，
- 4、采集血标本时，必须将检验医嘱执行单、采血试管及标签与患者进行核对，确认无误后方可采集。
- 5、采集血标本后，按要求进行标本采集确认，并在检验医嘱执行单上签名。
- 6、执行血标本采集过程中，如有疑问应立即查询，确认无误方可执行。
- 7、因特殊原因未能按时完成血标本采集时，当班护士必须与下一班做好交接。

(五) 输血查对制度

- 1、采集血交叉标本时必须化细查对医嘱、输血申请单、标本标
- 2、领血时，认真做好“三查对”：查血袋标签是否完整清晰、血袋有无破损渗漏、血液有无凝块等异常；核对患者床号、姓名、性别、住院号、血袋号、血型、交叉配血试验结果、血液种类、血量及有效期。
- 3、输血前，由两名医务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。
- 4、输注时，必须再次查对输血医嘱及执行单，由两名医护人员共同到患者床边核对患者姓名、性别、年龄，住院号、血型等，确认与配血报告相符，并核对血液后，用符合国家标准的一次性输血器进行输血。
- 5、输血过程中应经常巡视，患者出现输血反应时，及时通知医生并配合处理，应保留血袋余血及输血器备查。
- 6、输血完毕后，再次执行“十对”，并将配血报告单存入病历。
- 7、电话通知输血科回收空血袋。

(六) 手术患者查对制度

- 1、手术室与临床科室间交接患者时，双方确认手术前准备皆已完成。双方共同查对患者术前准备落实情况，包括：科别、住院号、床号、姓名、



手腕带、性别、年龄、诊断、手术名称及部位、手术部位标识、术前用药、输血前八项结果、药物过敏试验结果等与手术通知单是否相符，手术医嘱所带的药品、物品(如CT、X片)。

2、手术护士检查准备手术器械是否齐全，各种用品类别、规格、质量是否合乎要求。患者体位摆放是否正确，尽可能暴露术野并防止发生坠床和压疮。

3、手术前进行三方核查(手术医师、麻醉师和手术护士)，按照“手术安全核查单”再次核对科别、住院号、床号、姓名、手腕带、性别、年龄、诊断、手术部位、麻醉方式及用药、配血报告等。在麻醉、手术开始实施前时刻，实施“暂停”称序，由手术者、麻醉师、手术或巡回护士在执行最后程序后，方可开始实施麻醉、手术。

4、洗手护士打开无菌包时，查包内化学指示卡是否达标，凡体股或深部组织手术，手术前和术毕终合前洗手护士和巡回护士都必须格查对，共同唱对手术包内器械、纱布、缝针等数目，并由巡回护士即时在手术护理记录单记录并签名术前后包内器械及物品数目相符，核对无误后，方可通知手术医师关闭手术切口，严防将异物留于体腔内。

5、手术切除的活检组织标本，由洗手护士与手术者核对，建立标本登记制度，专人负责病理标本的送检。

(七)灭菌物品查对制度

1、消毒供应中心发放无菌物品时，应严格查对无菌物品名称、灭菌日期、失效日期、包装完整性、有无潮湿、包外化学指示物变色情况等，确认无误方可发放至临床科室，并做好交接。

2、临床护理人员在打开无菌物品包装前，应严格检查无菌物品名称、灭菌日期、失效日期、包装完整性、有无潮湿、包外化学指示物变色情况等。

3、临床护理人员在打开无菌物品包装后，应查对包内物品及器械名称、数量、质量、清洁度、化学指示物变色情况等，确认无误后方可使用。

(八)住院患者饮食查对制度



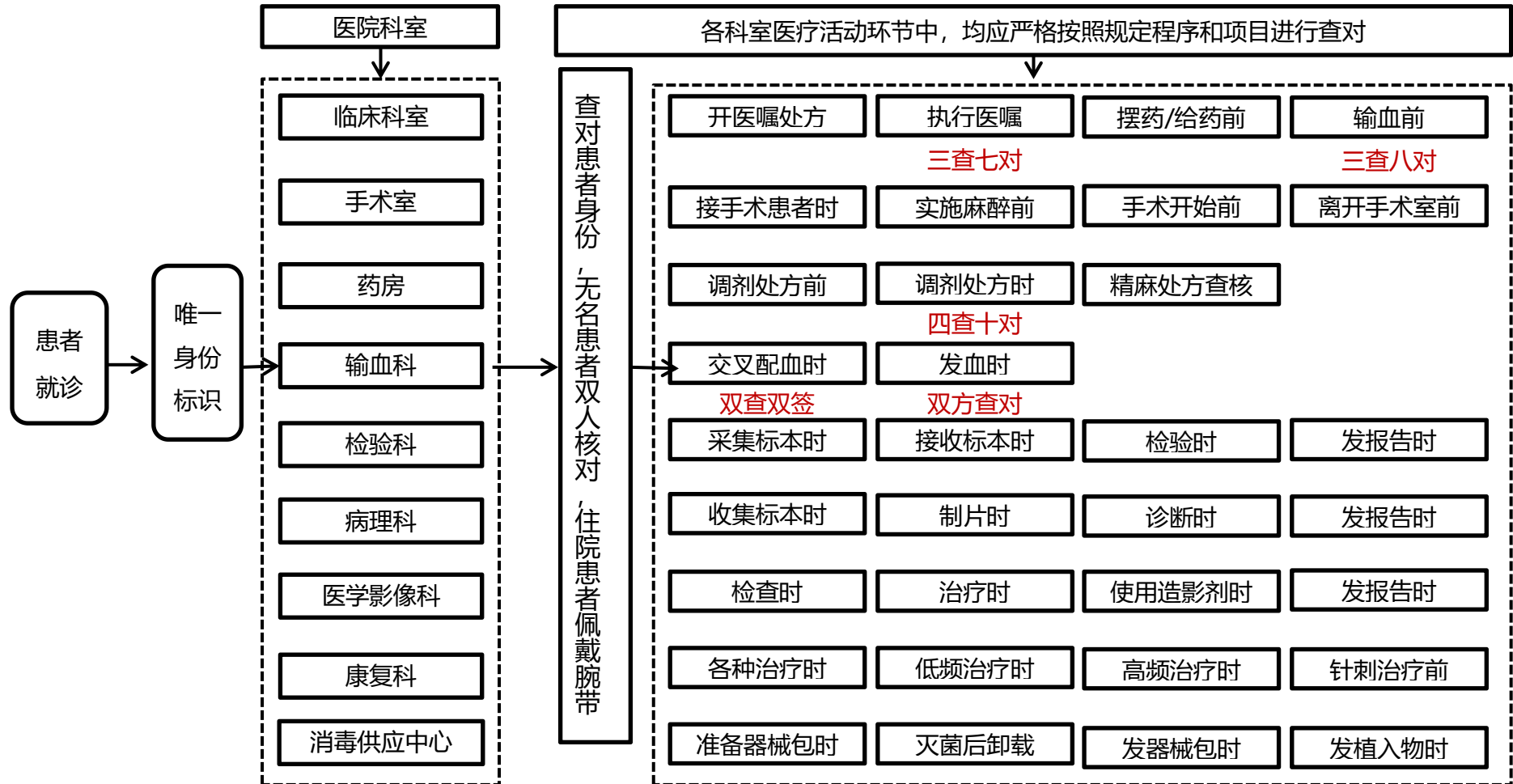
1、护士遵照患者饮食医嘱做好患者及家属的健康宣教及指导，饮食医嘱如有变更应及时告知患者或家属，并同时变更床头卡饮食种类信息。

2、送餐员为治疗饮食、肠内营养等特殊患者送餐时，护士应查对饮食种类、剂量及方法等是否与医嘱相符，并与送餐员核对患者床号、姓名、年龄、住院号、床头饮食卡种类等，确认无误，方可给患者食用。

3、执行禁食医嘱时，护士应告知患者及家属禁食的目的、时限及注意事项等，确保患者及家属准确理解禁食意义；床边悬挂禁食标识并做好交接班。

第九条 输血全流程查对参照《临床用血审核制度》中所列内容执行。

查对制度流程图



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、手术部位手术方式等内容进行多方参与的核查，以保障患者安全的制度。

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、手术安全核查由麻醉医师、手术医师、手术室护士分别主持，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（麻醉医师主持）：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）、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、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，由核查三方共同核查确认并签字。

（二）手术开始前（手术医师主持）：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。手术室护士确认打勾，三方签字。

（三）患者离开手术室前（手术室护士主持）：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。手术室护士确认打勾，三方签字。

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。

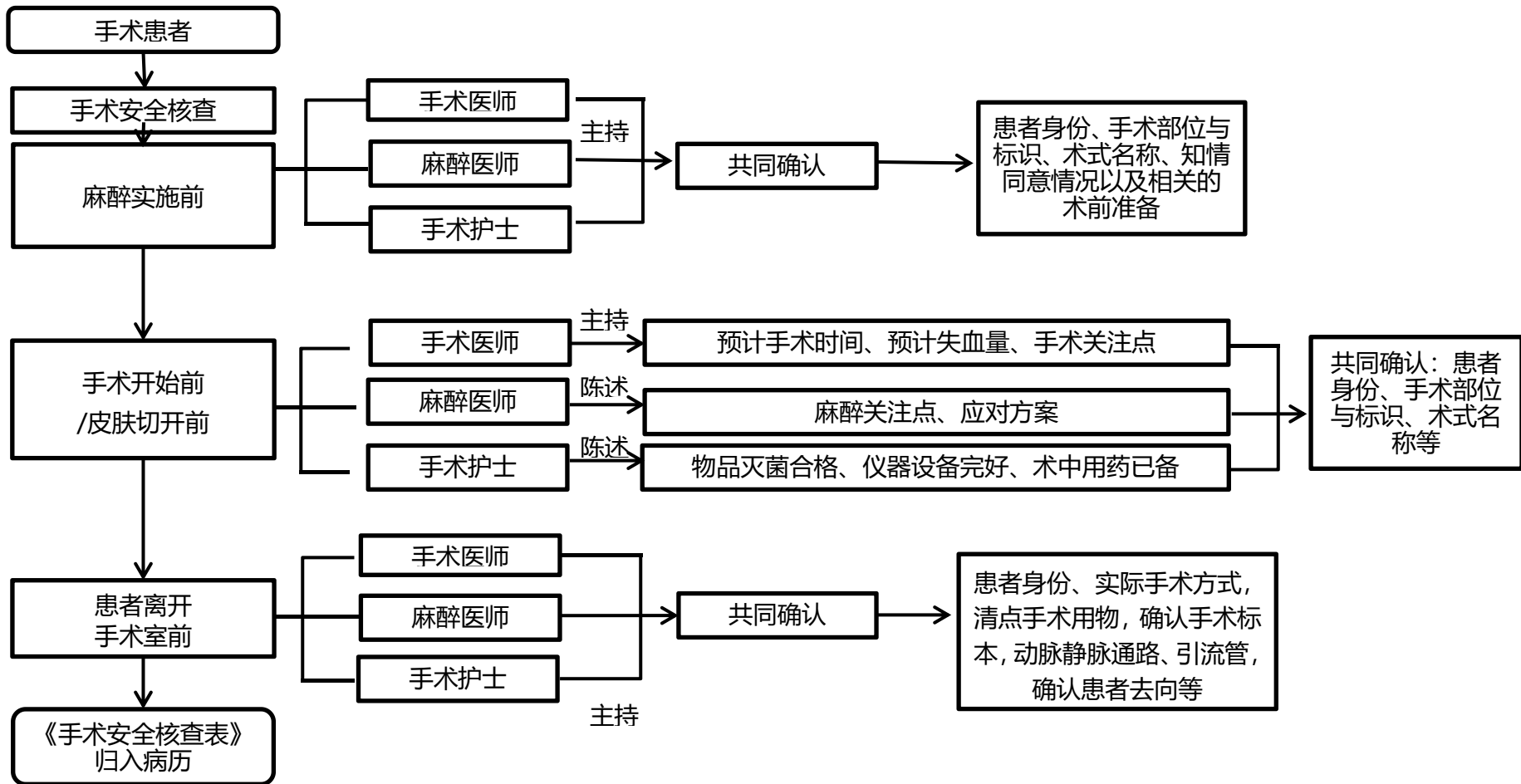
八、手术科室、手术麻醉科的负责人是本科室实施手术安全核查制度的第一责任人。

九、手术安全核查，由手术医师、麻醉医师和手术室护士三方相互督促，对未按照上述规定实施手术安全核查的，将纳入绩效考核，并予以院内通报。

十、《手术安全核查表》应归入病案中保管，手术病历无手术安全核查表视为不合格病历(单项否决)，将对主管医师按不合格病历的相关规定进行处理。

十一、医务科、护理部应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。

手术安全核查制度流程图



手术分级管理制度

手术分级管理制度是指为保障患者安全，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。

第一条 手术分级

手术包括各类开放性手术、内窥镜手术、介入诊疗(心、脑血管介入诊疗;周围血管介入诊疗;肿瘤介入治疗)及内窥镜下治疗术(以下统称手术)，依据其手术风险程度复杂程度、难易程度和资源消耗不同，分为四级。

(一) 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) 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) 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) 四级手术：技术难度大、手术过程复杂、风险度大的各种手术。

第二条 手术医师分级

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，规定手术医师的分级。所有手术医师均应依法取得执业医师资格。

(一) 住院医师

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

(二) 主治医师

1、低年资主治医师：从事主治医师岗位工作3年以内，或获得临床博士学位、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。

(三) 副主任医师:

1、低年资副主任医师: 从事副主任医师岗位工作3年以内, 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。

(四) 主任医师: 受聘主任医师岗位工作者。

第三条 各级医师手术权限

(一) 低年资住院医师: 在上级医师指导下, 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: 主持四级手术, 主要开展新技术、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。

第四条 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, 并填写《手术通知单》。

(一) 常规手术

1、一级手术: 主治医师以上医师及由科主任或科主任授权的科副主任审批, 手术通知单报科主任签字。

2、二级手术: 科主任审批, 急诊二级手术的审批由二线医师负审批时,



主治医师、二线班医师应认真检查病人，审核诊断是否明确，术前相关准备是否完成，并对手术方式、麻醉方式、手术人员及分工安排作出决定。

3、三级手术：由科主任审批，科主任应会同主任医师(副主任医师)或主治医师对病情进行核查，组织术前讨论，决定手术方案等项，必要时报医务科。

4、四级手术、危险性大手术、诊断未确定且病情危重又必须行探查手术时，科主任应书面报告医务科批准。医院以前从未开展的手术，要报经医务科审核批准，必要时报分管的副院长审批。

5、手术通知单和麻醉科审核：凡进入手术室的择期手术及正常上班期间的急诊手术需由科主任在手术通知单上签字，以便统一安排，非正常上班期间急诊手术由有权限的二线医师负责安排，特殊情况应向科主任报告。择期手术应在手术前一天上午11时前将由科主任签字的手术通知单送到麻醉科，麻醉科执行术前麻醉访视并做好病历记录。

6、手术室应对手术决定者权限及参加人员资格进行监管，不符合规定者有权不安排手术，并向医务科报告。对麻醉方式经检查病人后如有不同意见，应与手术医师协商讨论或提出暂缓手术意见，以确保手术质量与安全。

(二) 高度风险手术

高度风险手术是指手术科室质控小组、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，由医务科科长审批或提交业务副院长或必要时报院长审批，获准后，手术科室科主任负责签发手术通知单。

(三) 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超出自己手术权限级别时，应紧急报责任规定的上级医师审批，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，在上级医生暂时不能到场主持手术期间，任何级别的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。急诊手术中如发现需施行的手术超出自己的手术权限时，应立即口头上报请示。

（四）新技术、新项目、科研手术

1、一般新技术、新项目手术及重大手术、致残手术须经科内讨论，经治医生填写相应的审批表，在科主任签署同意意见后报医务科，由医务科审批。在科主任填写《手术审批单》，签署同意意见后报医务科，由医务科备案并提交业务副院长或院长审批。

2、高风险的新技术、新项目、科研手术应提交医院医疗技术临床应用管理委员会审议通过后实施。对重大的涉及生命安全和环境的手术项目还需按规定上报卫生行政主管部门。

第五条 手术权限动态调整

（一）医院对手术医师的手术级别两年进行一次能力评价，并动态管理。能力评价以个人资历、实际技术水平和能力、“非计划再次手术”指标、有无医疗差错事故等方面为考评指标。填写《石首市人民医院医师手术资格申请表》或《石首市人民医院医师手术资格再授权申请表》，医务科备案。

（二）如医师具备的实际能力超过技术等级，确因工作需要申请越级手术资质的，应在完成5例更高级别手术第一助手后，如实填写《石首市人民医院医师越级手术资格审批表》，报医疗技术管理委员会审批，医务科备案。

（三）如果医师同一类手术一年内发生2次或2次以上技术能力原因造成的医疗风险和缺陷，医疗质量管理小组组织全科就其手术资质进行讨论，讨论结果须降一级手术权限或暂停其某一类手术资质，填写《石首市人民医院医师降级手术资格审批表》并将结果报医疗技术管理委员会审批，医务科备案。

（四）对两年内连续发生两起及以上医疗事故的人员降一级手术权限，直至取消手术资格，并填写《石首市人民医院医师降级手术资格审批表》



报医疗技术管理委员会审批，医务科备案。重新恢复(3-6月)手术资格时需要填写《石首市人民医院手术医师资格申请表》，并由医疗质量管理小组讨论同意后报医疗技术管理委员会审批，医务科备案。

第六条 管理要求

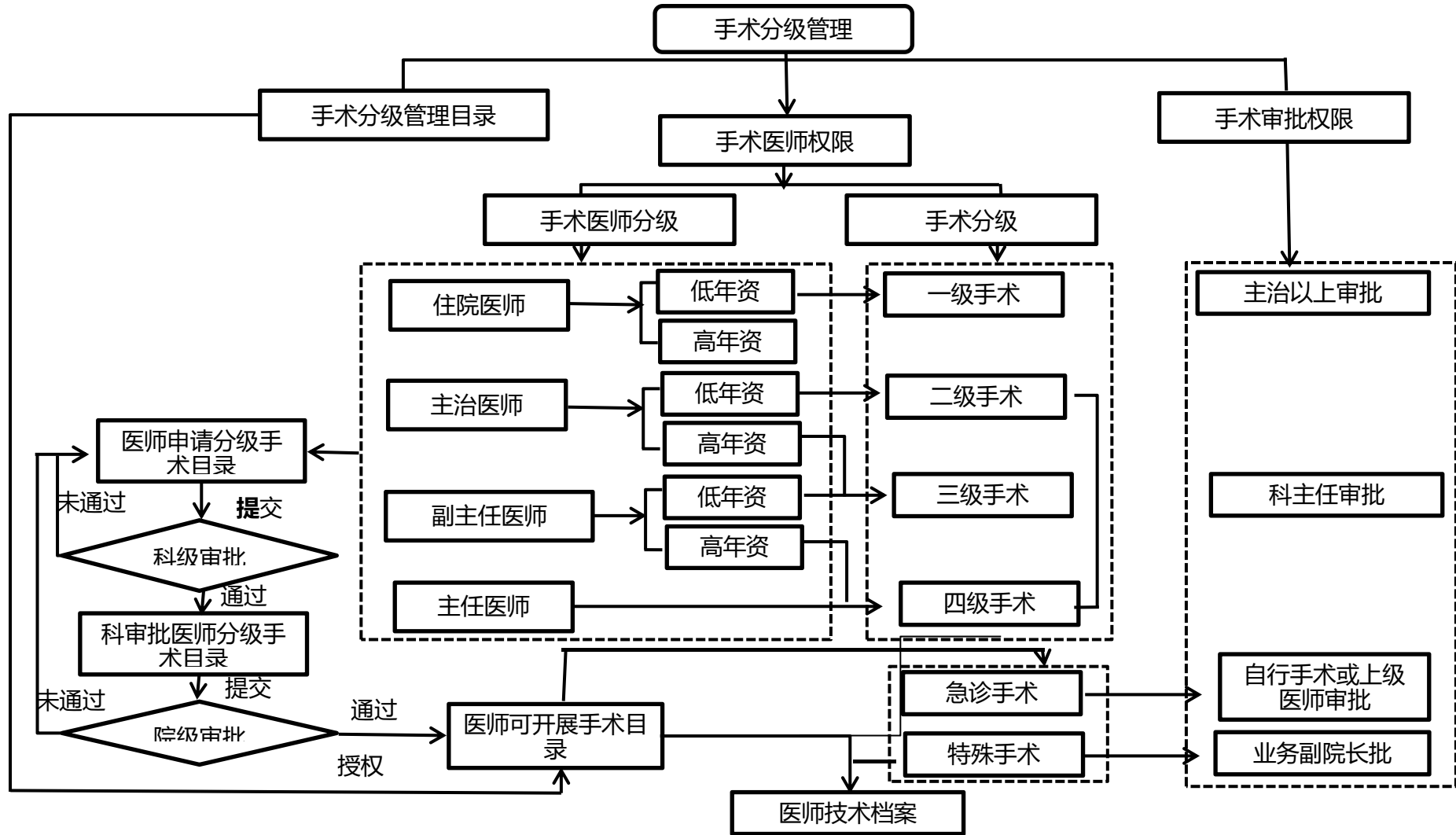
(一) 手术科室和各级医师要严格按照手术权限开展手术，开展规定范围外手术由科室根据其实际工作能力的水平初定后，按照我院《新技术、新业务准入管理制度》的要求报医务科审核。

(二) 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国家卫健委《医师外出会诊暂行规定》执行。

(三) 医务科负责督查，发现违反以上规定者，有权停止手术并按有关规定处理。

(四) 手术科室未按本规范执行的，一经查实，将追究科室负责人和相关责任人的责任，并纳入手术医师技术档案管理，对因此造成医疗差错或医疗纠纷的，科室负责人和当事人承担相应的责任。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，手术科室，各级医师必须严格遵照执行。

手术分级管理制度流程



危急值报告制度

一、危急值报告制度是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、“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有生命危险的边缘状态。此时，如果临床医生能及时得到有关信息，迅速采取有效的干预措施，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验、检查结果数值称为“危急值”。

三、各医技科室（检验科、医学影像科、超声科、病理科、心电图室等）应制定可能危及患者生命的危急值报告项目及范围，并定期调整。确定危急值报告项目和范围时，应考虑不同专业科室对相关急危重症抢救的需求，须经临床评定认可，并在全院范围内公开。

四、“危急值”的处理流程

（一）医技科室复核发送：

1、检验科出现危急值，经确认无误后立即通过医院 LIS 系统以弹框报警方式通知患者所在病区主班护士（值班护士），由当班护士确认报警弹框，通知值班医师处理危急值，并完善危急值登记、处理记录。如危急值超过 5min 未被临床确认处理，检验医师需立即电话通知患者所在科室的值班护士，并做好危急值处置记录。心电图、超声影像科、放射影像科、病理科、消化内镜中心出现危急值立即电话通知病区主班护士（值班护士），并完善危急值登记、处理记录，记录内容应包括患者姓名、科别、日期、危急项目及数值、是否通知临床科室、值班者签名等。

2、医技科室对检查出的“危急值”，应及时复核一次，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，方可将正式报告送到临床科室。

（二）门诊部确认接收



门诊检查/检验危急值，电话通知开单医生。开单医生接获 危急值后即登记和处置，如果接获危急信息时，患者已转入病区，开单医生应立即通知对应收住科室，收住科室按要求登记并处置。

（三）住院部确认接收

1、住院部临床科室及急诊科由主班护士（值班护士）接收 LIS 系统推送的“危急值”报警信息或电话通知，认真记录报告时间、检查结果、报告者等信息，并在 LIS 系统确认报警电子弹框。

2、护士在接收“危急值”的信息时，除按要求记录外，还应立即将检验/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。

3、主管医师（或当班医师）接获“危急值”的信息后，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。如判断无需及时处理，应在“危急报告记录”中注明理由。

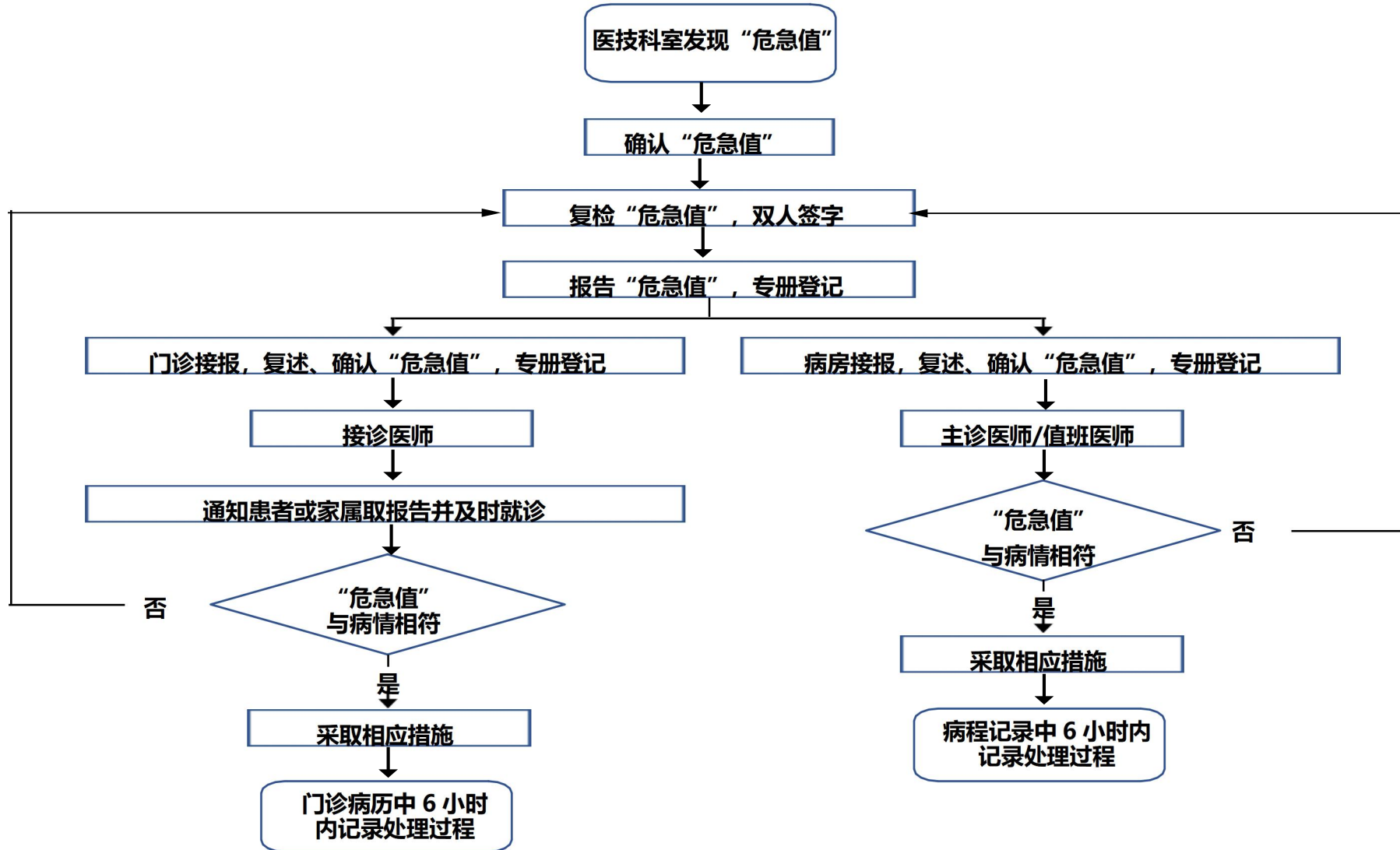
4、若“危急值”报告结果与临床相符，应结合临床情况即刻采取相应处理措施，必要时立即报告上级医师或科主任。

5、主管医师（或当班医师）需 6 小时内病程中记录接收到的“危急值”检验报告结果和诊治措施。接收人负责跟踪落实并做好相应记录。

6、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，可重新留取标本送检进行复查。医技科室必须在收样后 30 分钟内重新向临床报告“危急值”。

五、各科室指定专人负责科内危急值登记监管工作，并定期分析执行情况；医务科、质控办、护理部及门诊部等部门应定期追踪危急值全程管理工作，了解危重患者救治中与危急值关联的改善情况，提出危急值报告持续改进的具体措施。

危急值报告处理流程图



新技术、新项目准入制度

一、新技术、新项目准入制度指为保障患者安全，对于本院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、我院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，主要指在我院尚未开展的、具有临床应用前景的、可在我院开展的实用型技术和方法。不包括《医疗技术临床应用管理办法》中禁止类技术。

三、申报 项目负责人填写“新技术/新项目申报表”、伦理审查申请表，一式两份，科室讨论并由科主任签名后将申报表原件及电子档交医务科。医务科每年组织一次集中申报，一般截止1月底。

四、审批 医务科对各学科申报的新技术和新项目进行初步审核，上报医院医疗技术临床应用管理委员会和医学伦理委员会充分论证可能存在的安全隐患或技术风险。表决通过后立项，下发立项文件及新技术、新项目目录，对新技术、新项目实施人进行授权并下发授权文件。

五、临床应用 新技术临床应用前，每例需上报医务科审批。科室按诊疗规范临床应用新技术和新项目，填写登记表，完成效果评价及出院随访。

六、追踪评价 医务科负责全院新技术和新项目临床应用日常工作。科室至少每半年评估，完成“新技术/新项目跟踪管理报告表”上交医务科，为确保医疗新技术顺利开展，应对新技术实施过程中的安全、质量、疗效、费用等情况进行全程追踪管理和评价，并及时记录，及时发现开展过程的安全隐患或技术风险，并督促及时采取相应控制措施，将医疗技术风险降到最低程度。

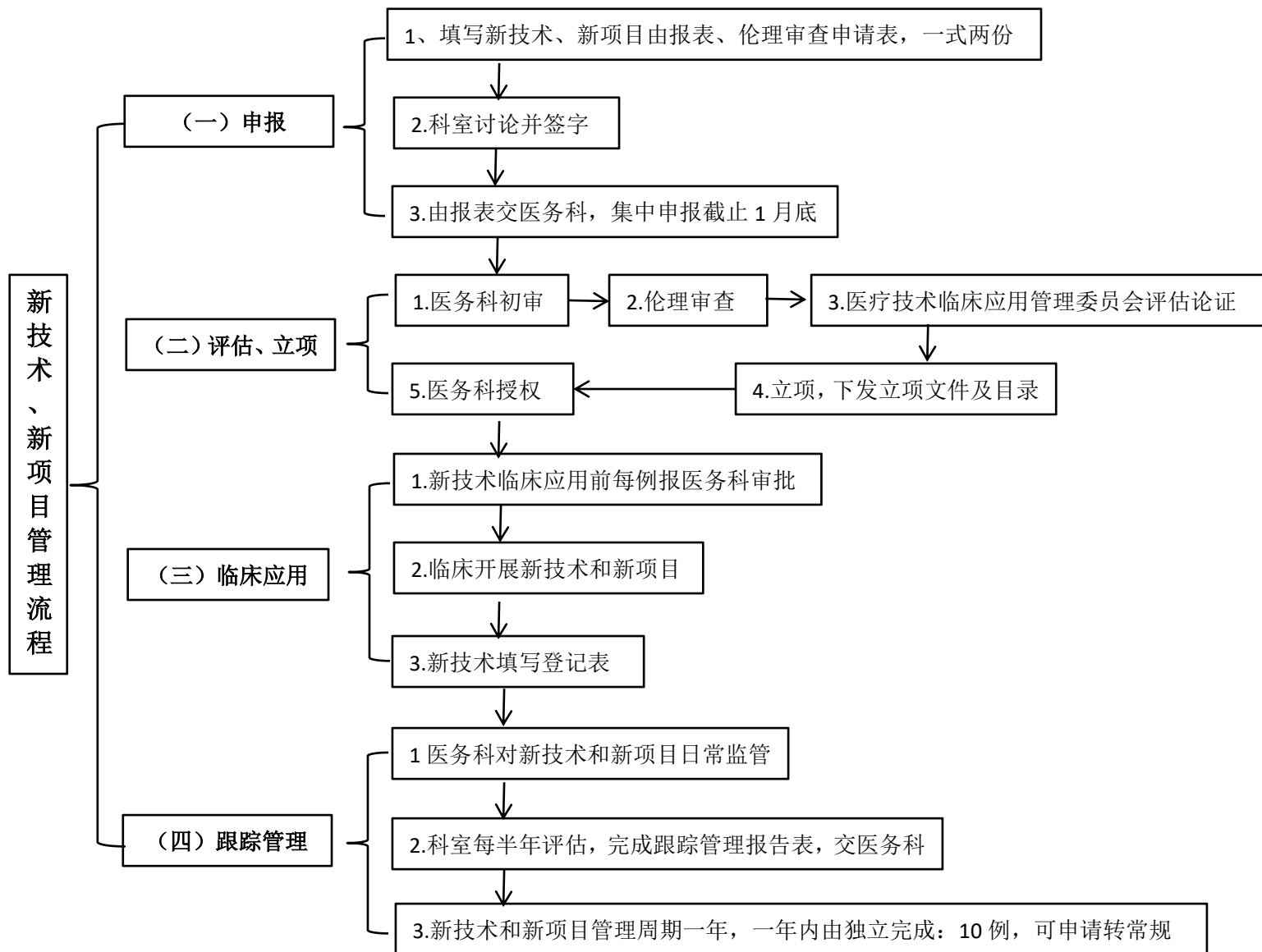
七、评估 首次评估应在新技术和新项目开始使用3个月内进行。之后评估间隔时间应跟据新技术和新项目的特点和开展例数等，一般每3

个月至半年进行一次评估。转为常规技术前的评估，原则上要有两次以上评估。每次评估，由项目负责人填写《石首市人民医院新技术、新项目追踪管理与总结报告表》并报医务科。反馈内容应包括：已开展的例数、适应症和禁忌症掌握情况、不良反应、并发症和存在问题等。管理周期内开展 10 例及以上、开展时间达到管理要求的新技术和新项目，项目负责人可以向医疗技术临床应用管理委员会提出转为常规技术的申请。

八、推广 转为常规技术后，应有新技术和新项目推广的培训，确保所有应用该新技术和新项目的人员具备同样的实施能力，至少有一个不少于一个上述管理期限的重点观察过程，并进行专项监督管理，以避免推广过程中出现可避免的负性事件。

九、项目管理周期 医院根据新技术和新项目难易程度、成熟度、效果观察周期等确定管理期限。一般情况下，安全性、有效性肯定的成熟技术，如已获国家批准的检查、检验类项目，管理周期一般为半年到一年；安全性、有效性需要进一步观察的技术，如手术类技术，应考虑手术效果的观察周期，管理周期一般为 1~2 年或更长。具体时间和例数可由申请科室提出，医疗技术临床应用管理委员会审核后确定。

新技术、新项目准入制度流程图



临床用血审核制度

一、为了临床用血的科学性、安全性、有效性，强化节约血液资源，加强临床用血全过程的审核和评估，根据《医疗机构临床用血管理办法》《临床输血技术规范》，制定本制度。

二、设立临床用血管理委员会，由输血科具体制定血液预订、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。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。

三、临床医师根据患者病情及实验室检测结果等，严格遵照《临床输血指南》，认真评估输血指征，做到科学合理用血。

四、输血前，临床医师应当取得患者或监护人（或被授权人）的知情同意，并参照《临床输血知情同意制度》签署《输血治疗知情同意书》。无家属签字、无自主意识患者的紧急输血患者，正常工作期间，上报医务科备案。夜间和节假日，上报行政总值班，事后补签。

五、严格落实《临床用血申请（分级）管理制度》，按照用量不同分为三个层级对临床用血医嘱进行审核。

（一）同一患者一天申请备血量少于 800ml 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，上级医师核签后，方可备血。

（二）同一患者一天申请备血量在 800ml—1600ml 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，上级医师审核，科主任核签后，方可备血。

（三）同一患者一天申请备血量达到或超过 1600ml 的或红细胞 10U 以上，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，科主任核签后，并与输血科沟通，报医务科批准，方可备血。

（四）急诊急救输血，临床医师在输血单上注明“急诊”或“抢救”，并先口头向上级医生汇报申请，上级医师同意后进行急诊输血，抢救结束

后 24 小时内根据实际用血量填报《临床用血申请单》。

六、交叉配血、取血发血、输血、输血中观察、输血后管理等环节医疗、护理、输血科应全程审核并记录，保障信息可追溯。

（一） 护理部分遵循《护理查对制度》、《临床用血核对管理制度》中“输血查对”。

（二）《临床输血申请单》与血标本送交输血科时，输血科审核患者近期血常规、凝血功能等实验室检测结果等对临床用血指征与适应证的合理性。

1. 不符合审核标准的输血，输血科及时与申请医师联系共同商议确认；
2. 符合审核标准的，输血科与送交人共同核对申请单各项信息正确，血标本符合检测要求，方可签名完成交接手续。接收时间应精确到分钟。

（三）交叉配血前输血科应双人复核、复查《临床输血申请单》、受血者与供血者的 ABO、Rh（D）血型，核对申请血液成分、剂量与待配血液成分、剂量，如一人值班，一人审核两次。

（四）配血合格后，输血科通知临床用血科室取血。交接时间应精确到分钟。

1. 取发血双方必须共同核对《临床输血申请单》、《发血单（交叉配血报告单）》的患者姓名、性别、年龄、病案号、科别、病区、床号、血型、血液成分等信息。

2. 目测拟发血液质量、效期等，准确无误后双方签名签时间。

（五）血液成分送达临床用血科室。

1. 送血者和接血者共同核对确认《发血单（交叉配血报告单）》、血液成分、病历医嘱、效期、外观质量合格后，双方签名签时间。

2. 确认已签署《输血治疗知情同意书》及输血前传染性标志物检测。

3. 输血前两人床旁逆向核对后，使用 PDA 查对患者信息及二维码，血型、血液成分、剂量、效期、外观质量合格后，方可开始输注

（六）持续监测并记录输血过程中的生命体征。途中异常立即减慢或



停止输血，按《控制输血严重危害（SHOT）应急预案》立即处理，并记录急性输血不良反应的症状和体征。输血结束后重点关注 24h 内迟发反应。

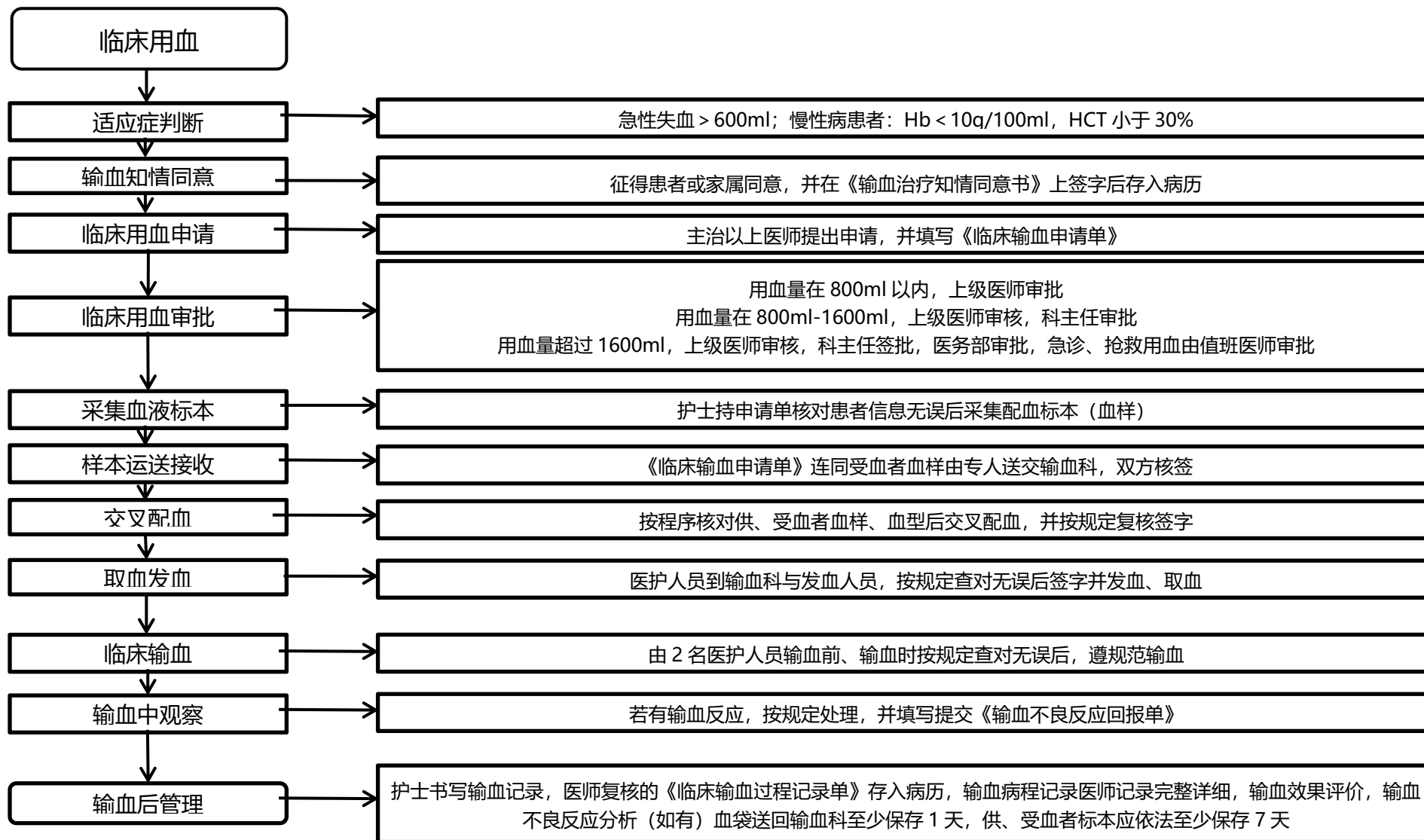
（七）用血科室在规定时间内对患者输血后的治疗效果进行再评估。回顾审核临床用血过程的每一环节，以及时发现有无不良事件发生、处理与上报。

（八）针对紧急输血申请（有疑问的常规输血申请亦可），在输血结束后 12 至 24h 内，输血科应通过比对患者输血前后的实验室检测指标变化等对输血申请的合理性进行再次审核，对不符合审核标准的输血申请可及时与输血申请医师共同回顾讨论，提高临床用血合理性。

七、临床用血管理委员会应组织医务科、输血科等部门定期对临床各专业的临床用血情况的统计结果进行审核分析，以进一步了解不同专业之间输血实践存在差异的原因。并将审核分析结果反馈给临床，提出改进建议，持续改进临床用血科学性。

八、完善急救用血管理制度和流程，保障急救治疗需要。

临床用血审核制度流程图



抗菌药物分级管理制度

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

一、抗菌药物概念

本制度所称抗菌药物是指对细菌具有抑制或杀灭作用的药物。主要用于细菌、真菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体及部分原虫等病原微生物所致的感染性疾病的药物。

二、抗菌药物分级原则

根据安全性、疗效、细菌耐药性、价格等因素，将我院使用的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。

（一）非限制使用级：经临床长期应用证明安全、有效，对病原菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。

（二）限制使用级：经临床长期应用证明安全、有效，与非限制使用抗菌药物相比较，对病原菌耐药性影响较大，或者价格相对较高的抗菌药物。

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

三、组织管理

（一）医院院长是抗菌药物临床应用管理的第一责任人。

（二）医院药事管理与药物治疗学委员会下设立抗菌药物管理小组，小组由医院院长、临床分管院长、医务、药学、感染性疾病、临床微生物、护理、医院感染管理等专业人员组成。医务、药学共同负责日常管理工作。

（三）医院配备抗菌药物等相关专业的临床药师。

四、处方权限管理

医院每年对医师和药师进行抗菌药物临床应用知识和规范化管理的培

训，经考核合格后，按专业技术职称等标准授予医师相应处方权和药师抗菌药物处方调剂资格。

具有初级专业技术职称的医师，授予非限制使用级抗菌药物处方权；具有中级及以上专业技术职称的医师，授予限制使用级抗菌药物处方权；具有高级专业技术职称的医师，授予特殊使用级抗菌药物处方权。各级医生应严格在授权范围内使用抗菌药物。

五、临床应用管理

（一）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、药物价格等因素综合考虑，参照“各类细菌性感染的经验性抗菌治疗原则”。

1、预防感染、治疗轻度与局部感染患者应首先选用非限制使用级抗菌药物；严重感染、免疫功能低下者合并感染或病原菌只对限制使用级或特殊使用级抗菌药物敏感时，可选用限制使用级或特殊使用级抗菌药物治疗。

2、选用抗菌药物应根据适应症优先使用国家基本药物目录内品种。

3、门急诊患者抗菌药物使用，应以口服或肌肉注射为主。门急诊医师应严格控制门诊患者静脉输注类抗菌药物使用。特殊使用级抗菌药物不得在门诊使用。

（二）特殊使用级抗菌药物的临床应用管理

1、临床应用特殊使用级抗菌药物应严格执行会诊程序。

（1）医院设特殊使用级抗菌药物会诊专家库，成员由临床分管院长、医务科、感染科主任、呼吸与危重症科主任、ICU主任、检验科微生物室负责人、药剂科临床药师等组成。

（2）会诊由管床医师提出申请，填写“特殊使用级抗菌药物会诊单”，由科主任审批，经2名专家库成员（1名医师和1名临床药师）会诊同意后，由具有相应处方权医师开具处方。患者病程中要有会诊记录。

（3）因抢救生命垂危的患者等紧急情况医师可越级使用特殊使用级抗菌药物1天并详细记录用药指征，次日提出补充申请，并根据专家会诊意



见及时调整抗菌药物，并做好相关病历记录。

2、对碳青霉烯类抗菌药物及替加环素等特殊使用级抗菌药物实施专档管理。药剂科指定专人每月收集、汇总本院碳青霉烯类抗菌药物及替加环素使用情况信息表，并存档备查，专档资料至少保存2年以上。

六、目录管理

(一) 医院每年对抗菌药物分级管理目录进行更新调整并备案。

1、严格控制抗菌药物供应目录的品种数量，原则上抗菌药物使用通用名数量不超过50种。同一通用名称抗菌药物品种，注射剂型和口服剂型各不得超过2种，其中碳青霉烯类抗菌药物注射剂严格控制在3个品规内。具有相似或者相同药理学特征的抗菌药物不得重复列入供应目录。

2、因特殊治疗需要，需使用抗菌药物供应目录以外抗菌药物的，可以启动临时采购程序。严格控制临时采购抗菌药物品种和数量，如果超过5例次应当讨论是否列入本院抗菌药物供应目录。

3、确因临床工作需要抗菌药物品种和品规数量超过规定的，需向市卫健委详细说明理由。

(二) 备案目录同时应按要求定期提供抗菌药物临时采购情况、非限制使用级抗菌药物临床应用情况、限制使用级抗菌药物临床应用情况、特殊使用级抗菌药物临床应用情况、碳青霉烯和替加环素专档管理情况。

七、加强病原微生物检测工作及细菌耐药预警

(一) 应加强各级抗菌药物使用前微生物送检：接受特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者使用前微生物送检率不低于80%，接受限制使用级抗菌药物住院患者使用前微生物送检率不低于50%，接受非限制使用级抗菌药物住院患者使用前微生物送检率不低于30%。

(二) 建立细菌耐药预警机制，并采取下列相应措施：主要目标细菌耐药率超过30%的抗菌药物，应当及时将预警信息通报本院医务人员；主要目标细菌耐药率超过40%的抗菌药物，应当慎重经验用药；主要目标细菌耐药率超过50%的抗菌药物，应当参照药敏试验结果选用；主要目标细菌耐药率超过75%的抗菌药物，应当暂停针对此目标细菌的临床应用，根据追踪细



菌耐药监测结果，再决定是否恢复临床应用。

八、监督管理

(一) 医院加入抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网，对抗菌药物临床应用和细菌耐药进行监测，各责任部门应按规定上报监测数据。开展抗菌药物临床应用质量监测，管理和控制工作。

(二) 建立抗菌药物分级管理的技术支撑体系。

1、临床药师参与抗菌药物临床应用工作，对抗菌药物临床应用提供技术支持，指导临床合理使用抗菌药物。

2、建立涵盖感染性疾病诊疗、疑难疾病会诊、医院感染控制、抗菌药物应用管理等相关内容的诊疗体系。

3、为一线医师提供抗菌药物临床应用相关专业知识培训，并将抗菌药物临床应用管理和临床路径管理工作进行有效结合。

4、发挥信息技术对抗菌药物临床应用管理的技术支撑作用，实现抗菌药物分级管理监测的科学化、信息化。

(三) 建立抗菌药物临床应用情况排名、内部公示和报告制度。对临床科室和医务人员抗菌药物使用量、使用率和使用强度情况进行排名并予以内部公示；对排名后位或者发现严重问题的医师进行批评教育，情节严重的予以通报。

(四) 对以下抗菌药物临床应用异常情况开展调查，并根据不同情况作出处理：

- 1、使用量异常增长的抗菌药物。
- 2、每季度内使用量或使用金额始终居于前列的抗菌药物
- 3、经常超适应证、超剂量使用的抗菌药物。
- 4、企业违规销售的抗菌药物。
- 5、频繁发生严重不良事件的抗菌药物。

(五) 抗菌药物管理小组定期组织相关专业技术人员对抗菌药物处方、医嘱实施点评，并将点评结果作为医师定期考核、临床科室和医务人员绩效考核依据。



（六）对出现抗菌药物超常处方 3 次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其特殊使用级和限制使用级抗菌药物处方权。

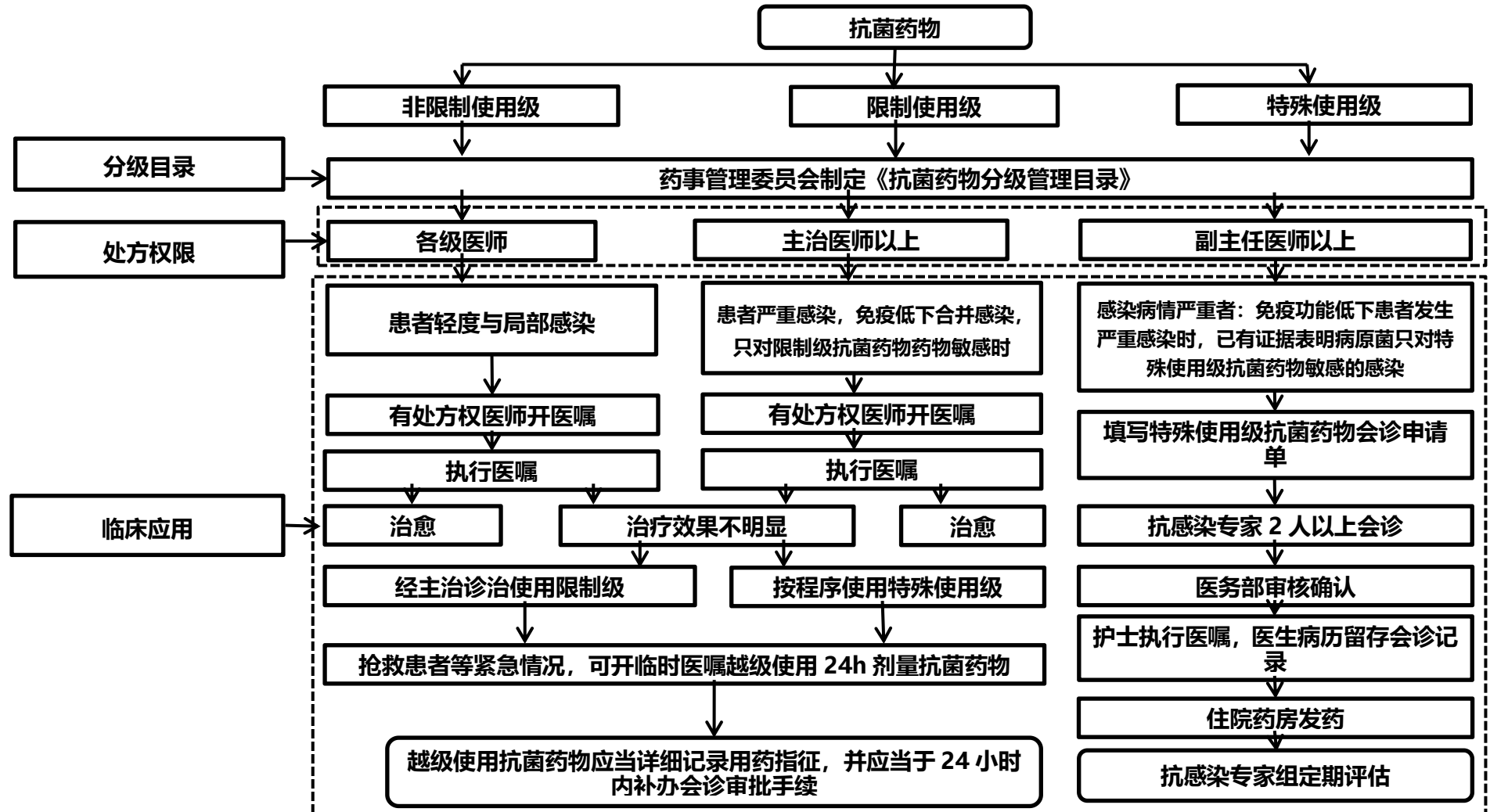
（七）医师出现下列情形之一的，取消其抗菌药物处方权：

- 1、抗菌药物考核不合格的。
- 2、限制抗菌药物处方权后，仍出现超常抗菌药物处方且无正当理由的。
- 3、未按照规定开具抗菌药物处方，造成严重后果的。
- 4、未按照规定使用抗菌药物造成严重后果的。
- 5、开具抗菌药物处方牟取不正当利益的。

（八）药师未按照规定审核抗菌药物处方与用药医嘱，造成严重后果的，或者发现处方不适宜、超常处方等情况未进行干预且无正当理由的，取消其药品调剂资格。

（九）医师抗菌药物处方权和药师药品调剂资格取消后在 6 个月内不得恢复其处方权和药品调剂资格。

抗菌药物分级管理制度流程图



分级护理制度

一、为指导医务人员正确确定患者的护理级别，依据不同的护理级别和护理要点落实护理措施，确保患者安全，根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》（WS/T 431-2023）《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度》制定本制度。

二、医务人员根据患者病情和(或)生活自理能力，由当班护士与医生共同制定护理级别。住院患者的病情由医生评定，患者生活自理能力由护士根据 Barthel 指数评定量表进行评定。

三、护理分级分为特级护理、一级护理、二级护理和三级护理。医务人员应根据患者病情和自理能力的变化动态调整患者护理分级。

四、患者入院或转入、出院、病情发生变化、手术当天、术后第一天，护士需及时评定患者自理能力；自理能力等级为重度依赖时，每周评定一次；轻度依赖和无需依赖时，每两周评定一次；病情变化随时评定。

五、护士根据护理级别医嘱，在患者病历、一览表及床头卡做好标识，落实不同级别和不同专科的护理。

六、在病区醒目处，公示分级护理服务内容及规范。

七、临床科室和主管部门对护理分级制度落实情况定期督查，对存在的问题进行分析、持续改进。

八、分级护理依据

（一）符合以下情况之一，可确定为特级护理：

- 1、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；
- 2、维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者；
- 3、各种复杂或大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者。

（二）符合以下情况之一，可确定为一级护理：

- 1、病情趋向稳定的重症患者；
- 2、病情不稳定或随时可能发生变化的患者；



- 3、手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；
- 4、自理能力重度依赖的患者。

（三）符合以下情况之一，可确定为二级护理：

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

（四）病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无依赖的患者，可确定为三级护理：

九、分级护理要点

护士应当遵守临床护理技术规范和疾病护理常规，并根据患者的护理级别和医师制订的诊疗计划，按照护理程序开展护理工作。护士实施的护理工作包括：

- （一）密切观察患者的生命体征和病情变化；
- （二）正确实施治疗、给药及护理措施，并观察、了解患者的反应；
- （三）根据患者病情和生活自理能力提供照顾和帮助；
- （四）提供护理相关的健康指导。

特级护理

- （一）严密观察患者病情变化，进行各项评估，随时监测生命体征；
- （二）根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；
- （三）根据医嘱，准确测量出入量；
- （四）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；
- （五）做好晨、晚间护理、排泄、卧位护理，保持患者的清洁、舒适和功能体位；
- （六）严格实施床旁交接班；
- （七）工作中关心和爱护患者；

一级护理



- (一) 每小时巡视患者，观察患者病情变化。
- (二) 根据患者病情，测量生命体征。
- (三) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。
- (四) 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)。
- (五) 提供护理相关的健康指导。
- (六) 工作中关心和爱护患者。

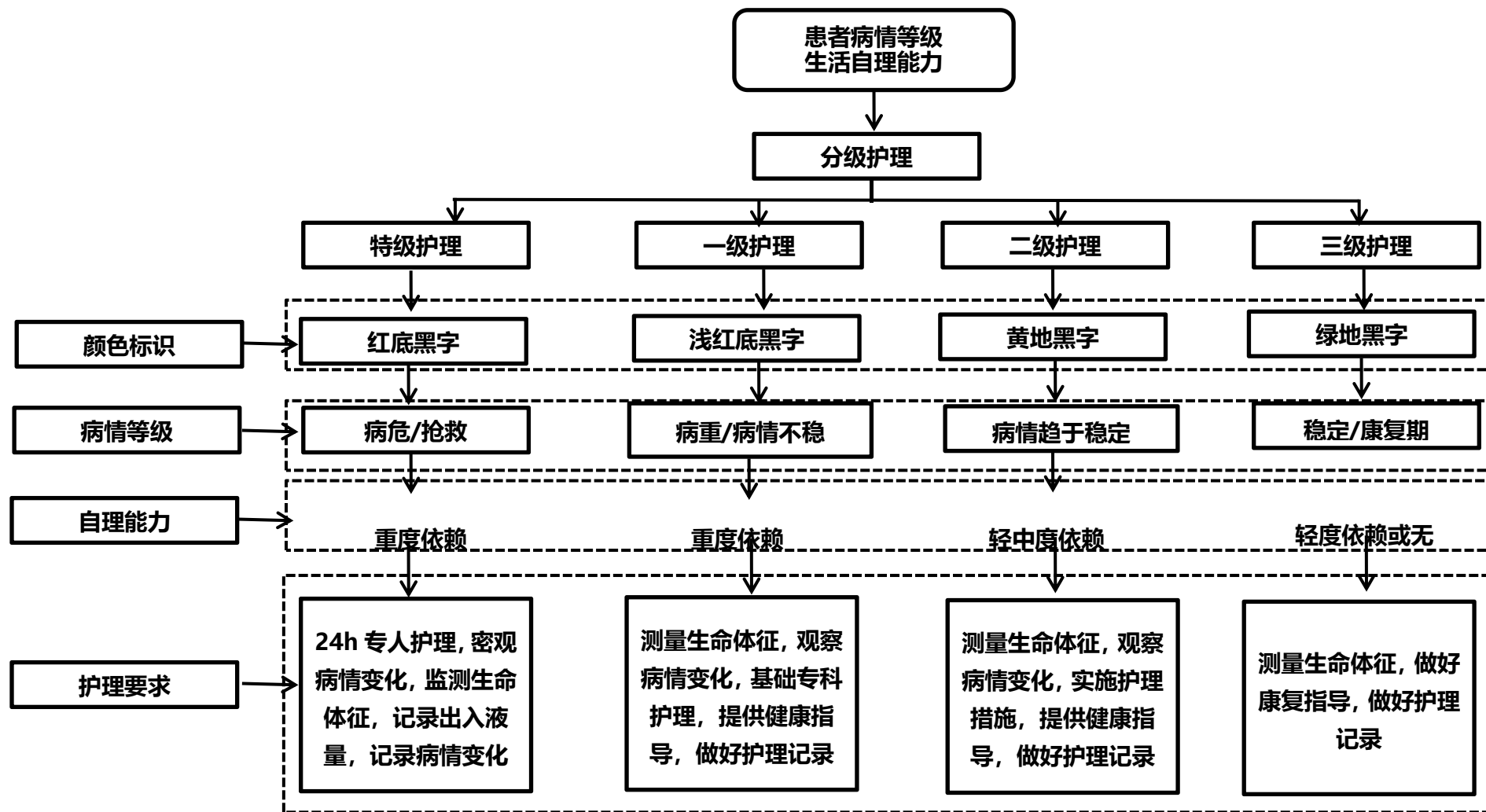
二级护理

- (一) 每 2 小时巡视患者，观察患者病情变化。
- (二) 根据患者病情，测量生命体征。
- (三) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。
- (四) 根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施。
- (五) 提供护理相关的健康指导。
- (六) 工作中关心和爱护患者。

三级护理

- (一) 每 3 小时巡视患者，观察患者病情变化。
- (二) 根据患者病情，测量生命体征。
- (三) 根据医嘱、正确实施治疗、给药措施。
- (四) 提供护理相关的健康指导。
- (五) 工作中关心和爱护患者。

分级护理制度流程图



信息安全管理制度

信息安全管理制度是指按照信息安全管理相关法律法规和技术标准要求，对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。

第一条 电子病历系统的安全

(一) 规范计算机的操作

严格遵守计算机设备使用、开机、关机等安全操作规程和正确的使用方法，不得带电插拔计算机外部设备接口。

(二) 不得使用移动硬盘

移动媒介不得接入医师工作站，软件不得不经检测在内网计算机上使用，防止计算机病毒入侵。

(三) 严格电子病历的销毁时限管理

住院病历的保存时间 30 年，门诊病历的保存时间 15 年，门诊患者医学影像信息保存时间 15 年，住院患者医学影像信息保存时间 30 年。

(四) 做好服务器的异地备份工作

建立异常情况下的数据恢复工作机制。

(五) 做好密码的管理

密码包括用户密码和提交密码，用户密码是登陆系统时所设的密码，提交密码是提交医嘱时所用密码。

- 1、密码应定期修改，如发现或怀疑密码遗忘或泄漏应立即修改。
- 2、有密码授权的工作人员调离岗位，应进行用户注销。
- 3、用户密码与提交密码不得相同。



4、不得将提交密码告诉他人。

5、没有处方权人员仅能使用当班带教老师的用户密码,完成病历的书写,医嘱的开具;带教老师审阅后,方可使用提交密码提交。不可将提交密码告诉未取得执业医师资格的医师。

6、本院医师不得使用其他医师用户名登陆完成相关的医疗工作,否则给予相应的处罚。

7、医师离开办公地点,应退出信息系统,如因自己未退出电子病历系统,导致病历资料被篡改,患者隐私被泄露,应承担相应的法律责任。

8、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。

(六)对于目前未采用磁盘阵列保存数据的设备,工作人员也应该采用光盘等媒介备份患者的影像资料。

(七)除医务科、护理部、院感办外,不允许无关人员调阅他科病历。

第二条 医院的机密信息保护

(一)存贮临床试验、临床科研医疗纠纷等的涉密计算机,严禁直接或间接连接国际互联网和其他公共信息网络,必须实行物理隔离。

(二)在医疗实践中产生的发明、专利等信息应得到有效的保护,知情者不得向外泄漏。

(三)不得利用 EMR 系统统计医师药品与耗材使用信息。

第三条 患者信息的安全

(一)不得泄露患者的隐私,包括患者的住院、病情等信息。

(二)不得查阅与自己工作无关的患者病历等信息。

(三)医生无权成批地检索病人信息,如因教学、科研确有需要需经医

务科批准。

(四)不得向第三方提供拍照电脑屏幕机会，防止患者隐私外泄。

(五)不得向商业机构透漏新生儿家长信息、死亡患者家属信息。

第四条 严格对外公开发布信息的管理

(一)医院发布医疗信息，按要求办理相关手续，由宣传部归口针对新闻媒体、由医务科归口上报各级卫生行政管理部门。

(二)不得私自发布传染病疫情。

(三)不得私自发布公共卫生事件信息。

(四)不得公开发布含未经处理可以轻易辨认患者图像、影像信息。

(五)不得用自媒体发布有违医护人员职业操守、有碍公允良序观点与信息。

信息安全管理流程图

