

团 体 标 准

T/CHAS 10-2-4—2019

中国医院质量安全管理

第 2-4 部分：患者服务 急诊服务

Quality and safety management of Chinese hospital

Part 2-4: Patient service—Emergency service

2019 - 05 - 31 发布

2019 - 10 - 01 实施

中国医院协会 发布

目 次

前言.....	III
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 关键要素.....	2
5 要素规范.....	2
5.1 接诊处置.....	2
5.1.1 院前急救与院内交接.....	2
5.1.2 急诊预检分诊.....	3
5.1.3 急救绿色通道.....	3
5.1.4 急诊诊疗.....	3
5.1.5 急诊会诊.....	4
5.1.6 急诊手术（包括介入治疗）.....	4
5.1.7 医技保障.....	5
5.2 患者转归.....	5
5.2.1 急诊住院.....	5
5.2.2 急诊留观.....	5
5.2.3 急诊转院.....	5
5.2.4 离院.....	6
5.2.5 死亡.....	6
附录 A（规范性附录）急诊“三区四级”标准.....	7
附录 B（资料性附录）急诊预检分诊分级标准.....	8
参考文献.....	9

前 言

《中国医院质量安全管理》分为以下部分：

- 第 1 部分：总则
- 第 2 部分：患者服务
- 第 3 部分：医疗保障
- 第 4 部分：医疗管理

《中国医院质量安全管理 第 2 部分：患者服务》包括以下部分：

- 第 2-1 部分：患者服务 患者安全目标
- 第 2-2 部分：患者服务 院前急救
- 第 2-3 部分：患者服务 急救绿色通道
- 第 2-4 部分：患者服务 急诊服务
- 第 2-5 部分：患者服务 预约服务
- 第 2-6 部分：患者服务 门诊服务
- 第 2-7 部分：患者服务 门诊处方
- 第 2-8 部分：患者服务 住院服务
- 第 2-9 部分：患者服务 手术服务
- 第 2-10 部分：患者服务 镇痛、麻醉服务
- 第 2-11 部分：患者服务 重症监护
- 第 2-12 部分：患者服务 临床用药
- 第 2-13 部分：患者服务 临床用血
- 第 2-14 部分：患者服务 临床检验
- 第 2-15 部分：患者服务 临床病理
- 第 2-16 部分：患者服务 医学影像
- 第 2-17 部分：患者服务 放射治疗
- 第 2-18 部分：患者服务 介入治疗
- 第 2-19 部分：患者服务 内镜治疗
- 第 2-20 部分：患者服务 血液净化
- 第 2-21 部分：患者服务 器官移植
- 第 2-22 部分：患者服务 疼痛治疗
- 第 2-23 部分：患者服务 高压氧治疗
- 第 2-24 部分：患者服务 住院患者静脉血栓栓塞症（VTE）防治
- 第 2-25 部分：患者服务 日间手术
- 第 2-26 部分：患者服务 多学科联合诊疗
- 第 2-27 部分：患者服务 中医诊疗
- 第 2-28 部分：患者服务 康复治疗
- 第 2-29 部分：患者服务 临床营养
- 第 2-30 部分：患者服务 健康体检
- 第 2-31 部分：患者服务 孕产妇保健
- 第 2-32 部分：患者服务 儿童保健
- 第 2-33 部分：患者服务 随访服务

T/CHAS 10-2-4—2019

本标准是第 2-4 部分。

本标准按照 GB/T 1.1-2009 给出的规则起草。

本标准由中国医院协会提出并归口。

本标准主要起草单位：浙江大学附属第二医院，中国医学科学院北京协和医院，解放军总医院，天津医科大学总医院。

本标准主要起草人：张茂, 朱华栋, 朱海燕, 柴艳芬, 张斌。



中国医院质量安全管理 第 2-4 部分：患者服务 急诊服务

1 范围

本标准规范了院前急救与院内急诊交接、急诊预检分诊、诊治、辅助检查、会诊、手术和患者分流（住院，留观，离院）等业务活动。

本标准适用于独立设置急诊科的各级各类医疗机构的急诊服务管理。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

WS/T 390-2012 医院急诊科规范化流程

WS/T 621-2018 院前急救机构与医院急诊科患者病情交接单

急诊科建设与管理指南. 卫医政发〔2009〕50号

医疗机构传染病预检分诊管理办法（中华人民共和国卫生部令第41号）

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

3.1

急诊预检分诊 emergency triage

指根据统一的标准对急诊患者进行快速评估，根据其急危重程度进行优先顺序的分级与分流。

3.2

急诊预检分诊分级标准 emergency triage standard

是一种以患者病情危重程度而制定的等级标准，也是辅助预检人员进行分诊的工具。分级级别的确定是依据客观指标，联合人工评级指标共同确定疾病的急危重程度，每个级别均设定相应的预警标识和响应时限。

3.3

医嘱离院 discharge following medical advice

指患者结束本次急诊诊疗后，达到离院标准，遵循医嘱要求出院。

3.4

非医嘱离院 discharge against medical advice

指患者未完成本次急诊诊疗，没有遵循医嘱要求继续诊治而自动离院。如：患者的病情需要进一步检查、治疗、留院观察或者住院，但患者出于个人原因而离院，此种出院并非根据患者病情而决定。

4 关键要素

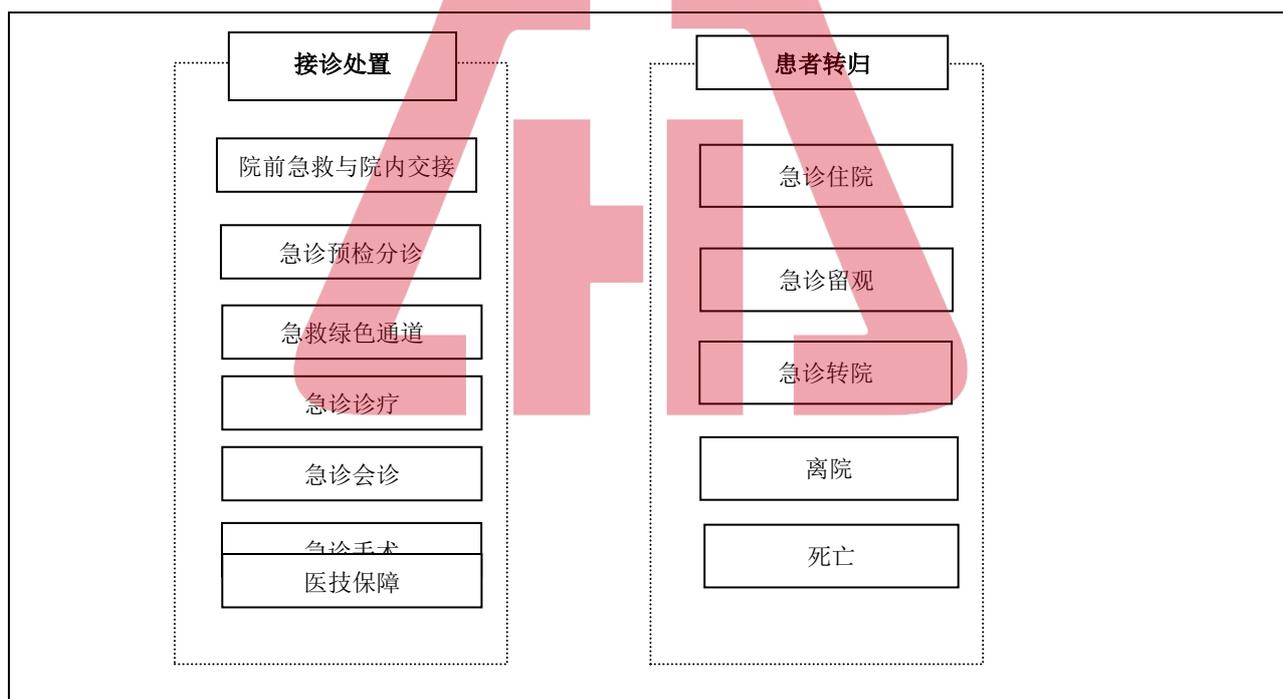


图1. 急诊服务的关键要素结构图

5 要素规范

5.1 接诊处置

5.1.1 院前急救与院内交接

5.1.1.1 宜有急诊信息网络支持系统，实现院前急救与院内急诊有效的信息对接。对需要紧急抢救的危重患者，院前急救人员应提前与医院急诊科取得联系，在患者到达急诊室之前医院急诊科保证抢救团队、仪器设备、物品和药品准备妥当。

5.1.1.2 将患者送达医院后，院前急救人员应与急诊医护人员进行规范的病情交接，并按标准（WS/T 621-2018）要求填写交接记录单，一式两份双方留存。对于患者到达之前已经完成规范的电话或电子信息交接者，可以简化当面交接，但应有规范的交接记录单。

5.1.2 急诊预检分诊

5.1.2.1 预检分诊应由接受过培训、考核合格的护士开展，遵循预检分诊标准，见资料性附录。根据优先级在规定时间内完成预检分诊，预检的信息应有记录和可溯源，宜采用电子化的预检分诊系统。

5.1.2.2 医疗机构应有针对群体伤等突发公共卫生事件的应急预案，定期演练并有记录。

5.1.2.3 按照《医疗机构传染病预检分诊管理办法》及时识别传染性、可疑传染病的患者，相应的患者转入定点医院、发热或肠道门诊就诊。

5.1.2.4 对于非急诊服务范围的患者（如传染病、精神疾病等），如患者病情危重应立即进行初步抢救，同时汇报医院行政部门协调，联系相应的专家会诊或者安排转院；非危重患者，应告知患者采取合适的方式到相应的医院就诊。发热患者、肠道门诊患者要与普通急诊患者分区就诊，按照当地卫生行政部门和医院的具体规定执行。

5.1.2.5 老年、孕妇、儿童、残疾人、受虐待、精神疾病患者等特殊人群应给予适当的关注，为其提供方便。

5.1.3 急救绿色通道

参见T/CHAS 10-2-3—2018急救绿色通道。

5.1.4 急诊诊疗

5.1.4.1 实行急诊首诊负责制。独立处理急诊患者的医师应该在医疗机构注册的执业医师，并已经完成住院医师规范化培训，能够熟练、正确使用各种抢救设备，掌握各种抢救技能。医学生、接受规范化培训的住院医师应在有资质的上级医师指导下参与急诊诊疗活动。

5.1.4.2 急诊首诊医师应在规定的响应时间内完成患者的评估与处理。急诊护理人员密切观察患者病情变化，及时调整患者的分级并启动相应的处理流程。

5.1.4.3 1级为濒危患者，应即刻进行抢救；2级急重患者，应在10 min内予以救治；3级急症患者，宜在30min内进行处理。

5.1.4.4 医院应有机制保证及时发现接近处置时限的急诊患者，以及在候诊过程中发生病情变化的患者，并尽快给予恰当的医疗处置。

5.1.4.5 对于病情危重、存在死亡风险的急诊患者，急诊医师应及时告知家属，按规定下达病危通知。

5.1.4.6 急诊医疗服务全过程应客观、完整地记录，能够反映整个诊疗活动，记录时间点明确，精确到分钟，抢救记录应在抢救工作结束后6小时内完成。宜采用电子病历系统，急诊病历记录的保存应遵循医疗机构所在区域卫生行政部门要求。

5.1.4.7 身份不能确认(无法获得姓名)的急诊患者，医院应该建立相关制度，在诊疗过程中进行身份识别，给予相应的医疗救治。

5.1.5 急诊会诊

5.1.5.1 对于涉及多个专科的疑难、复杂、危重、诊断不明确或需要专科进行诊治的患者，急诊首诊医师应及时请有资质的专科医师会诊，或者上报医院行政部门组织多学科联合诊疗。受邀急会诊的医师应在10min内到达现场，完成会诊并记录会诊意见，由急诊首诊医师负责落实。

5.1.5.2 急诊患者需要院外的急诊会诊时，应提前告知患者或授权的家属，履行知情同意手续，由医院行政部门协调联系与落实。

5.1.5.3 当急诊患者更换责任医师时，应按照医疗机构的制度做好患者的交接工作。

5.1.6 急诊手术（包括介入治疗）

5.1.6.1 执行急诊手术管理的相关制度，保证符合急诊手术指征的患者能够及时接受手术治疗。如果医院无法开展相应的急诊手术，应及时告知患者或授权的家属，采取转院或邀请外院专家来院手术等补救措施。

5.1.6.2 医院应建立急诊室紧急床旁手术的预案，对濒危而不能移动的患者实施紧急救治，明确手术与麻醉人员、手术设备、手术器械与材料的调配流程，定期演练并有记录。

5.1.7 医技保障

医技科室包括检验、放射、超声、心电图、输血科等，应执行急诊患者优先服务的制度，有条件的医疗机构可设立急诊检查、检验的专用区域，建立和落实危急值管理制度。

5.2 患者转归

5.2.1 急诊住院

5.2.1.1 对于符合住院指征的急诊患者，应优先安排收住相应的专科病区或急诊病区，或者由医院床位管理部门安排到相近或相邻的专科病区收治。对于符合 ICU 收治指征的危重患者，应尽早收住相应的 ICU 病房。

5.2.1.2 专科病区暂时无空床收治急诊患者时，应在抢救室、留观区或急诊病区进行专科处理，或者考虑安排转院治疗。急诊抢救室、留观区的停留时间不宜超过 72h。

5.2.1.3 急诊患者收住院时，急诊医护人员应与相应病区的医护人员按规范履行交接手续，包括急诊诊疗全过程的医疗记录等，保证医疗服务信息的连续性。危重患者应由医护人员陪同转送，转运过程备齐抢救物品。

5.2.2 急诊留观

5.2.2.1 符合下列情况之一的非危重急诊患者，可收住急诊留观区观察：

- a) 诊断还未明确，需要留院进一步检查和观察；
- b) 病情有可能在短期内发展变化；
- c) 需要收住院而等待床位，且病情不宜离院。

5.2.2.2 急诊留观区应按照规定配置合适的医护人员和急救设备、设施，定期评估患者病情，责任医师至少每天评估一次，及时发现病情变化，采取相应的诊疗措施并记录。

5.2.3 急诊转院

患者因病情诊治需要或者自身要求转至其他医疗机构时，主管医师应充分评估病情、转运风险、转运工具、目的医院等，并与患者或授权的家属签署知情同意书。转出的医疗机构应向患者提供书面

的转院记录，内容包括：离院诊断、病情变化与诊治经过、重要检查检验结果、治疗和用药情况、转院途中的注意事项、后续关注的问题等，医务人员协助做好转院工作。

5.2.4 离院

5.2.4.1 医嘱离院 对于已经完成急诊诊疗、诊断与治疗方案明确、病情稳定的患者，可以离院。急诊医师应向患者充分告知，并在病历上详细记录，内容包括：目前诊断、用药计划、病情观察要点、随诊计划，以及紧急情况下的随诊方案。

5.2.4.2 非医嘱离院 对于不符合离院条件但患者本人或授权家属要求离院者，主管医师应该客观、充分地将病情、诊疗建议告知，并在病历中明确记录，由患者或授权的家属签字后办理离院手续。对于法律法规明确规定不允许、或者明显违反诊疗常规和伦理的非医嘱离院，医护人员应及时向医院行政部门汇报，采取相应的措施。对于不符合离院条件而已经擅自离院者，医务人员应主动联系患者和家属，充分告知病情、诊疗计划和离院风险，同时报医院行政部门并在病历中记录。

5.2.5 死亡

5.2.5.1 对于抢救无效而死亡的患者，应及时告知家属，按照护理常规做好遗体处理，尽快移送至太平间。医护人员做好抢救和死亡记录，规范开具死亡证明。

5.2.5.2 对于怀疑非正常死亡、存在法律风险的患者，应及时报告医院保卫科联系当地公安部门处置。

附录 A
(规范性附录)
急诊“三区四级”标准

A.1 总则

根据患者病情危重程度及需要急诊资源，将急诊医学科从功能结构上分为“三区”，将患者分为“四级”，简称“三区四级”分类，本标准引自WS/T 390-2012。

A.2 急诊患者分级

根据病人病情评估结果进行分级，共分为四级：

级别	病情严重程度
1级	A 濒危患者
2级	B 危重患者
3级	C 急症患者
4级	D 非急症患者

A.3 急诊分区收治

从空间布局上将急诊诊治区域分为三大区域：红区、黄区和绿区。

红区：抢救监护区，适用于1级和2级患者处置，快速评估和初始化稳定。

黄区：密切观察诊疗区，适用于3级患者，原则上按照时间顺序处置患者，当出现病情变化或分诊护士认为有必要时可考虑提前应诊，病情恶化的患者应被立即送入红区。

绿区，即4级患者诊疗区。

附录 B

(资料性附录)

急诊预检分诊分级标准

级别	患者特征	级别描述	指标维度		响应程序	标识颜色
			客观评估指标	人工评定指标		
I级	急危	正在或即将发生 的生命威胁或病 情恶化,需要立 即进行积极干预	心率 >180 次/min 或 <40 次/min 收缩压 <70 mmHg/急 性血压降低,较平素 血压低 30~60 mmHg SpO ₂ <80% 且呼吸急 促(经吸氧不能改善, 既往无 COPD 病史) 腋温 >41℃ POCT 指标 血糖 <3.33 mmol/L 血钾 >7.0 mmol/L	心搏/呼吸停止或节律不稳定 气道不能维持 休克 明确心肌梗死 急性意识障碍/无反应或仅有疼痛刺激反应(GCS<9) 癫痫持续状态 复合伤(需要快速团队应对) 急性药物过量 严重的精神行为异常,正在进行的自伤或其他伤行为,需立即药物控制者 严重休克的儿童/婴儿 小儿惊厥等	立即进行评估 和救治, 安排患者进 入复苏区	红色
II级	急重	病情危重或迅速 恶化,如短时间 内不能进行治疗 则危及生命或造 成严重的器官功 能衰竭; 或者短时间内进 行治疗可对预后 产生重大影响, 比如溶栓、解毒 等	心率:150~180 次/min 或 40~50 次/min 收缩压: >200 mmHg 或 70~80 mmHg SpO ₂ : 80%~90% 且 呼吸急促(经吸氧不 能改善) 发热伴白细胞减少 POCT 指标 ECG 提示急性心肌梗 死	气道风险:严重呼吸困难/气道不能保护 循环障碍,皮肤湿冷花斑,灌注差/怀疑脓毒症 昏迷(强烈刺激下有防御反应) 急性脑卒中 类似心脏因素的胸痛 不明原因的严重疼痛伴大汗(脐以上) 胸痛疼痛,已有证据表明或高度怀疑以下疾病:急性心梗、急性肺栓塞、主 动脉夹层、主动脉瘤、急性心膜炎/心包炎、心包积液、异位妊娠、消化道穿孔、 睾丸扭转 所有原因所致严重疼痛(7~10分) 活动性或严重失血 严重的局部创伤-大的骨折、截肢 过量接触或摄入药物、毒物、化学物质、放射物质等 严重的精神行为异常(暴力或攻击),直接威胁自身或他人,需要被约束	立即监护生 命体征,10 min 内得到 救治,安排 患者进入抢 救区	橙色
III级	急症	存在潜在的生命 威胁,如短时间 内不进行干预, 病情可进展至威 胁生命或产生十 分不利的结局	心率: 100~150 次/ min 或 50~55 次/min 收缩压 180~200 mmHg 或 80~90 mmHg SpO ₂ : 90%~94% 且 呼吸急促(经吸氧不 能改善)	急性哮喘,但血压、脉搏稳定 嗜睡(可唤醒,无刺激情况下转入睡眠) 间断癫痫发作 中等程度的非心源性胸痛 中等程度或年龄 >65 岁无高危因素的腹痛 任何原因出现的中重度疼痛,需要止疼(4~6分) 任何原因导致的中度失血 头外伤 中等程度外伤,肢体感觉运动异常 持续呕吐/脱水 精神行为异常:有自残风险/急性精神错乱或思维混乱/焦虑/抑郁/潜在的 攻击性 稳定的新生儿	优先诊治, 安排患者在 优先诊疗 区候诊,30 min 内接诊; 若候诊时间 大于 30 min, 需再次评估	黄色
IV级	亚急症	存在潜在的严重 性,如患者一定 时间内没有给予 治疗,患者情况 可能会恶化或出 现不利的结局; 以及症状将会加 重或持续时间延 长	生命体征平稳	吸入异物,无呼吸困难 吞咽困难,无呼吸困难 呕吐或腹泻,无脱水 中等程度疼痛,有一些危险特征 无肋骨疼痛或呼吸困难的胸部损伤 非特异性轻度腹痛 轻微出血 轻微头部损伤,无意识丧失 小的肢体创伤,生命体征正常,轻中度疼痛 关节热胀、轻度肿痛 精神行为异常,但对自身或他人无直接威胁	顺序就诊, 60 min 内 得到接诊; 若候诊时间 大于 60 min, 需再次评估	绿色
	非急症	慢性或非常轻微 的症状,即便等 待一段时间再进 行治疗也不会对 结局产生大的影 响	生命体征平稳	病情稳定,症状轻微 低危病史且目前无症状或症状轻微 无危险特征的微疼痛 微小伤口-不需要缝合的小的擦伤、裂伤 熟悉的有慢性症状患者 轻微的精神行为异常 稳定恢复期或无症状患者复诊/仅开药 仅开具医疗证明	顺序就诊, 除非病情变 化,否则候 诊时间较长 (2~4 h);若 候诊时间大 于 4 h,可再 次评估	

注:患者级别以其中任一最高级别指标确定;1mmHg=0.133kPa

注:摘录于急诊预检分诊专家共识,中华急诊医学杂志 2018 年 6 月第 27 卷第 6 期。

参 考 文 献

- [1] 美国医疗机构评审国际联合委员编著. 美国医疗机构评审国际联合委员会医院评审标准（第6版）. 中国协和医科大学出版社，2017年3月第1版.
- [2] 急诊预检分诊专家共识. 中华急诊医学杂志, 2018. 27(6):599-604.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 急诊科建设与管理指南（试行）. 卫医政发〔2009〕50号
- [4] 中华人民共和国卫生部. 三级综合医院评审标准（2011年版）. 卫办医管发〔2011〕33号
- [5] 中华人民共和国卫生部. 三级综合医院评审标准实施细则（2011年版）. 卫办医管发〔2011〕148号

