ICS 11.020
CCS C 05

团　　体　　标　　准

T/CADERM XXXX—2026

卓越心衰中心建设与评估规范

Specification for Construction and Evaluation of Heart Failure Center of Excellence

2026－XX－XX 发布　　2026－XX－XX 实施

中国医学救援协会　　发 布

目　　次

前　　言 I
引　　言 II
1　范围 1
2　规范性引用文件 1
3　术语和定义 1
4　总则 2
5　基本条件与资质 2
5.1　组织架构 2
5.2　专科救治条件 3
5.3　数据管理 4
6　心衰危重症救治规范与流程 4
6.1　区域协同快速救治流程及规范 4
6.2　心衰危重症救治规范 5
6.3　培训教育 5
7　持续改进 6
7.1　质量改进计划和要求 6
7.2　持续改进效果评价 6
7.3　区域辐射 7
附　录　A （规范性）卓越心衰中心管理系统上传材料清单汇总表 8
附　录　B （规范性）卓越心衰中心质控指标参考表 10
参　考　文　献 11

前　言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由中国医学救援协会心血管急救分会提出，中国医学救援协会标准化工作委员会归口。

本文件为首次发布。

本文件起草单位：苏州工业园区东方华夏心血管健康研究院、新疆医科大学第一附属医院、西安交通大学医学院第一附属医院、中国科学技术大学附属第一医院（安徽省立医院）、复旦大学附属中山医院、中山大学附属第一医院、河北医科大学第二医院、复旦大学附属中山医院、福建省立医院、北京大学第一医院、上海仁济医院、上海交通大学医学院附属瑞金医院、郑州大学附属郑州中心医院、四川省人民医院、广东省人民医院、南昌大学第二附属医院、哈尔滨医科大学附属第一医院、南京医科大学第一附属医院、宁波市医疗中心李惠利医院、华中科技大学同济医学院附属协和医院、福建省立医院、中山大学附属第一医院、天津医科大学第二医院、大连医科大学附属第一医院、重庆医科大学附属第一医院、浙江医学院附属浙江医院、武汉亚心总医院、中国医科大学附属盛京医院、北京医院、陆军军医大学第二附属医院（新桥医院）、浙江大学医学院附属第二医院、南京医科大学第一附属医院、北京医院、联勤保障部队第九二〇医院、山西医科大学第二医院、贵州省人民医院、华中科技大学同济医学院附属协和医院、山东省立医院、山东省济宁医学院附属医院、四川大学华西医院、哈尔滨医科大学附属第二医院、中南大学湘雅三医院、内蒙古自治区人民医院、复旦大学附属中山医院等。

本文件主要起草人：艾力曼·马合木提、白玲、陈康玉、崔晓通、董吁钢、方唯一、傅向华、葛均波、郭延松、霍勇、姜萌、金玮、井海云、孔洪、黎励文、李萍、李为民、李新立、廉姜芳、廖玉华、林开阳、刘晨、刘彤、刘莹、罗素新、毛威、苏晞、孙志军、王华、王江、项美香、徐东杰、杨杰孚、杨丽霞、杨志明、俞杉、袁璟、苑海涛、张金国、张庆、张瑶、张志辉、赵兴胜、周京敏等。

引　言

心力衰竭（心衰）是各种心脏疾病的严重表现或晚期阶段，其发病率呈不断增高趋势，死亡率和再住院率居高不下，尤其对于急重症及晚期心衰患者，救治难度大、预后差。随着我国人口老龄化进程加快，心衰的疾病负担日益沉重，成为重大公共卫生问题。

我国心衰中心建设经过多年发展，已初步形成覆盖全国的心衰规范化诊治网络。但在急重症及晚期心衰救治方面，仍存在区域间救治能力不均衡、高级别生命支持技术应用不足、终末期心衰患者评估与转诊路径不畅等问题。为进一步提高我国心衰危重症患者的救治水平，规范卓越心衰中心的建设与管理，推动区域协同救治体系发展，在《心衰中心(标准版)建设与评估标准》团体标准基础上，组织制定本文件。

本标准旨在通过多学科协作、区域协同和持续质量改进，实现以指南为导向的心衰评估和管理，降低心衰再住院率及死亡率。本标准由三个要素组成，分别为：基本条件与资质、心衰危重症救治规范与流程、持续改进。

卓越心衰中心建设与评估规范

1 范围

本文件规定了卓越心衰中心建设的基本条件与资质、心衰危重症救治规范与流程、持续改进等要求。

本文件适用于已通过标准版心衰中心建设及验收的医疗机构开展卓越心衰中心的建设、评估与验收工作。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；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。

GB/T 1.1—2020 标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则

《中国心衰中心验收标准（第二版）》

《中国心力衰竭诊断和治疗指南》

《心力衰竭器械治疗及机械循环辅助专家共识》

《心脏移植技术管理规范》

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

卓越心衰中心 Heart Failure Center of Excellence

在标准版心衰中心建设基础上，针对急重症及晚期心衰患者的救治，承担本院心衰危重症患者救治的同时能够带动区域心衰危重症救治能力提升的医疗机构。

3.2

心力衰竭 heart failure

各种心脏结构和/或功能异常导致心室收缩和/或舒张功能障碍，引起的一组复杂临床综合征，主要表现为呼吸困难、乏力（活动耐量受限）和液体潴留（肺淤血和外周水肿）。

3.3

急重症心力衰竭 critical heart failure

以急性失代偿或血流动力学不稳定为特征的心力衰竭，包括但不限于心源性休克、急性肺水肿、严重低灌注、需要静脉血管活性药物或机械循环支持的心力衰竭。

3.4

晚期心力衰竭 advanced heart failure

在指南指导的规范化药物治疗基础上，仍存在进行性或持续性心功能恶化，表现为严重症状（如NYHA IIIb~IV级）、反复住院、难以耐受指南推荐药物、依赖静脉正性肌力药物或机械循环支持的心力衰竭阶段。

3.5

机械循环支持 mechanical circulatory support (MCS)

通过机械装置部分或全部替代心脏泵血功能，维持机体循环稳定的治疗措施，包括主动脉内球囊反搏（IABP）、体外膜肺氧合（ECMO）、Impella、心室辅助装置（VAD）等。

3.6

心室辅助装置 ventricular assist device (VAD)

用于辅助或替代心室泵血功能的植入式机械装置，可作为终末期心力衰竭患者心脏移植前的过渡治疗（BTT）、终点治疗（DT）或心肌恢复的桥梁治疗（BTR）。

3.7

心源性休克 cardiogenic shock

由于心脏泵血功能衰竭导致组织灌注不足的临床综合征，表现为持续性低血压、组织低灌注及终末器官功能障碍。

3.8

区域协同救治 regional collaborative treatment

在一定区域内，各级医疗机构通过分工协作、信息共享、双向转诊等方式，共同为心衰患者提供连续、高效医疗服务的模式。

4 总则

4.1 卓越心衰中心建设应以患者为中心，以质量为核心，遵循科学、规范、高效的原则。

4.2 卓越心衰中心应在标准版心衰中心基础上，重点提升急重症及晚期心衰救治能力，发挥区域辐射带动作用。

4.3 卓越心衰中心应建立多学科协作机制，整合医疗资源，优化救治流程，缩短救治时间，实现以指南为导向的心衰评估和管理。

4.4 卓越心衰中心应建立持续质量改进机制，以降低心衰患者再住院率及死亡率为目标，不断提升救治水平和服务质量。

5 基本条件与资质

卓越心衰中心建设完成后，申请专家评估之前应满足本章规定的全部条件。

5.1 组织机构

卓越心衰中心是在标准版心衰中心建设的基础上，针对急重症及晚期心衰患者的救治，承担本院心衰危重症患者救治的同时能够带动区域心衰危重症救治能力提升,涉及本院各临床科室、院前急救体系、基层心衰中心或网络医院等相互协作，需要成立专门的组织机构进行协调和管理，并有配套的管理制度保障持续运行。

5.1.1 卓越心衰中心管理委员会

申请建设及验收评估的医院应成立卓越心衰中心管理委员会,明确分工与职责,具体细则内容如下：

a) 医院应发布正式文件，成立卓越心衰中心管理委员会并明确委员会组成人员及其分工和职责，原则上由医院院长或分管医疗的副院长担任主任委员，心内科和心外科学科带头人担任执行主任，委员会成员应包括进展期及危重症心衰诊疗专家组（心内科、心脏移植/LVAD、心脏重症、急诊、影像、心理、药剂师、康复师、营养师等）及秘书；

b) 应任命卓越心衰中心执行主任（总监）1名，负责心衰危重症多学科救治团队的管理与协调。

5.1.2 心衰多学科救治团队

为保障本院或院前接诊的心衰危重症患者得到及时有效的诊疗，卓越心衰中心应组建以下核心救治团队，明确各团队负责人及成员，明确分工与职责，并制定响应机制和值班制度，确保全天候应急响应：

a) 心衰亚专科诊疗团队；

b) 肾脏替代治疗团队；

c) 呼吸辅助治疗团队；

d) 心血管介入团队（CRT/ICD/PCI）；

e) 机械循环辅助（MCS）团队（含ECMO、IABP、Impella、VAD技术组，团队核心成员应包括心内科、心脏重症、心外科）；

f) 心脏移植团队。

5.1.3 持续运行及管理制度

为保证心衰危重症患者常态化救治流程顺畅，卓越心衰中心应建立涵盖人员管理、应急响应、培训体系、质量控制及奖惩机制的规范化管理制度，以确保中心的常态化与规范化运作。

5.1.4 区域协同及区域辐射工作机制

卓越心衰中心应承担本地区心衰相关急危重症的救治任务，主动与区域内不具备心衰危重症救治能力的医院建立合作关系并签订转诊协议，建立区域心衰急重症转诊“绿色通道”，并承担对区域内基层医院的培训和提升任务。

5.2 专科救治条件

卓越心衰中心是心衰中心建设的卓越版本，不仅需要救治区域内常规心衰患者，最主要的任务是承担区域内急重症及晚期心衰患者的救治，通过对医疗资源的整合建立起区域协同的心衰危重症救治体系，提高区域内危重症患者的整体救治水平。卓越心衰中心应具备心衰相关的危重症疾病救治能力。

5.2.1 标准版心衰中心验收

已通过标准版心衰中心验收且心衰中心建设水平处于地区领先，在验收有效期内，各项趋势指标符合标准要求。

5.2.2 心脏重症监护室（CCU）

心脏重症监护室硬件设施具体要求如下：

a）设置独立的心脏重症监护室（CCU），符合心脏重症学科设置要求（非ICU床位），床位规模能够满足本地区心脏危重症患者救治的需要，床位不少于10张；

b）配备有创血流动力学监测系统及中央监护工作站，支持24小时数据回顾，具备自动报警等功能；

c）配备或可调用的有创及无创呼吸机总数不低于5台；

d）配备床旁超声诊断设备及床旁血液净化设备不少于2套（可为院内共享资源，但应有明确机制确保心衰患者可24小时随时调用）。

5.2.3 机械循环支持条件

机械循环支持对心衰危重症患者的救治发挥关键作用，卓越心衰中心应具备全天候提供循环支持的能力，对本院或院前的心源性休克、急性心力衰竭等心脏泵功能衰竭患者最大限度缩短启动循环支持的时间，循环支持设备和人员能够满足本地区急危重症患者救治的需要，具体要求如下：

a）配备ECMO设备不少于2台、IABP不少于3台（可为院内共享资源，但应有明确机制确保心衰患者可24小时随时调用）；

b）具备VAD围术期评估与管理能力，重点在术前评估、术后康复及长期随访管理；

c）具备全天候循环支持能力（IABP、ECMO、VAD等），可通过院内多学科协作实现，并制定循环支持方案、响应机制；

d）具备心衰超滤治疗条件（心衰超滤治疗设备）和肾脏替代治疗条件（肾脏替代治疗设备），近1年完成心衰患者超滤/肾脏替代治疗不少于20例（可为院内共享资源，但应有明确机制确保心衰患者可24小时随时调用）。

5.2.4 心脏器械植入及心脏移植能力

申请卓越心衰中心验收应具备以下心脏器械植入及心脏移植能力：

a）近1年完成CRT/ICD植入不少于30例；

b）近1年完成VA-ECMO支持不少于10例；

c）累计完成心脏移植不少于5例或VAD植入不少于10例（满足其中一项即可）。

5.2.5 心衰危重症患者转运救护车

申请卓越心衰中心验收，心衰危重症患者转运救护车应具备以下条件：

a）救护车常备心电图机、监护仪、除颤器、气管插管、呼吸机等设备及急救药物，且车上人员具备使用上述设备的能力；

b）具备携带循环支持设备及熟练使用设备的人员的条件，并制定心衰危重症患者转运流程及响应机制。

5.3 数据管理

按照心衰中心数据管理制度要求，心衰危重症患者救治的各项关键时间节点、诊疗活动、临床转归等应记录完整，原始病历记录中应体现相应时间节点，并保存留档。

5.3.1 数据填报要求

启用心衰中心数据平台，在心衰中心验收云平台填报数据，需提供至少6个月的连续填报数据以便验收时评估运行质量。

5.3.2 自建临床数据库

应自建卓越心衰管理临床数据库，涵盖病史、影像、MDT讨论记录、手术评估记录、随访事件等，数据库应能体现对危重症心衰患者的评估、决策过程，心脏移植评估例数不少于35例、VAD评估例数不少于40例。

5.3.3 数据质量控制

配备数据管理员2名（具备医学专业背景，两人不得为同一人），实施数据三级审核制度，确保上报数据的完整率达到95%及以上。数据管理员应定期核查全院相关患者数据上报情况，落实数据质量控制管理。

5.3.4 信息化管理能力

卓越心衰中心应具备心衰中心数据信息化管理能力，建设智慧化心衰中心，具备自动对接全国数据库的功能。

6 心衰危重症救治规范与流程

卓越心衰中心建设目标是为了提高急重症及晚期心衰患者的救治质量，降低患者的再住院率及死亡率。因此，心衰危重症患者的快速识别、评估及高级别生命支持至关重要，应建立心衰中心区域协同救治体系下的危重症患者远程支持与快速转运流程，以便能够及时对危重症患者实施规范救治，降低患者死亡率和再住院率。

6.1 区域协同快速救治流程及规范

6.1.1 信息共享平台及快速响应机制

建立区域协同体系下的心衰危重症救治信息共享平台及快速响应机制：

a）建立本院心衰危重症救治信息共享平台及各团队一键启动电话，信息共享平台包括院内心衰危重症抢救的所有技术团队及管理团队，以便能及时共享与沟通危重症救治相关的信息，调动心血管急救的相关资源，明确需要相关技术团队支持的能够一键启动团队成员快速到达现场；

b）建立本院心衰危重症救治核心团队成员与网络医院之间的独立工作群，确保有转诊需要时能及时共享信息；

c）紧急循环支持团队确保能够全天候启动支持，明确紧急循环支持团队响应时间的目标值并根据实际运行情况实时调整。

6.1.2 区域转诊机制

建立区域转诊机制，具体要求如下：

a）与不少于6家心衰中心单位签订转诊协议，在心衰危重症救治信息共享平台实现远程会诊、影像传输及实时生命体征监测；

b）近1年接收基层医院会诊和转诊的急重症心衰患者不少于50例，建立区域心衰急重症转诊“绿色通道”；

c）心衰中心的一线医务人员应熟悉区域协同救治流程。

6.1.3 远程会诊体系

建立急重症心衰远程会诊体系，具体要求如下：

a）制定远程急重症心衰识别及快速鉴别诊断流程；

b）针对由基层医疗机构接诊的急性重症心力衰竭患者，通过区域远程平台实时传输心电图、BNP/NT-proBNP等关键数据，并由卓越心衰中心在查看资料后60分钟内完成远程会诊；

c）近1年为区域内基层医院提供卓越心衰远程会诊不少于20例，平均响应时间不超过60分钟。

6.2 心衰危重症救治规范

6.2.1 重症及晚期心衰救治规范与流程

针对NYHA IIIb~IV级（静息状态下症状明显）或LVEF≤20%且频繁住院的加重患者，制定阶梯式救治方案，具体要求如下：

a）制定加重心衰患者专属药物优化流程：优化改善预后的药物使用，包括ARNI/ACEI/ARB、β受体阻滞剂、MRA、SGLT2抑制剂、维立西呱等，达到目标剂量或最大耐受剂量；

b）制定终末期心衰患者定期评估流程：由卓越心衰中心牵头，每3~6个月对患者进行一次系统评估，包括症状、生活质量、营养状态、右心功能、肺动脉压力等，以判断心脏移植/VAD植入的最佳时机；

c）制定心脏移植/心室辅助装置植入评估流程；

d）制定卓越心衰中心随访流程：为每位新入或转诊患者建立心衰专属电子档案，进行风险分层并确定随访频率。

6.2.2 心源性休克救治规范与流程

制定心源性休克救治规范与流程，具体要求如下：

a）制定“诊断—评估—支持”三步流程：接诊后90分钟内完成多学科（心内科、心脏重症、心外科）会诊，并启动机械循环支持（IABP/ECMO）评估与准备；

b）建立心源性休克患者院内快速转运通道，从急诊到CCU时间不超过20分钟。

6.2.3 一线人员流程掌握

心衰中心的一线医务人员应熟悉上述救治流程，现场随机抽取2名一线医务人员进行流程掌握考核，回答准确率应达到100%。

6.3 培训教育

6.3.1 MDT 研讨会培训

定期组织全院范围的联合查房/病例讨论培训活动（至少每月1次），通过实施多学科协作培训项目及高级心力衰竭技术专项研修班等方式，确保培训体系辐射至本中心及区域协同网络医院，并涵盖急诊科、心脏重症监护室、心脏外科、移植科等相关科室临床医师。

6.3.2 区域危重症识别与分级转诊培训

定期组织区域内心衰中心及基层心衰中心，开展心力衰竭危重症识别、手术指征把握与转诊流程的专项培训（至少每半年一次）。培训重点包括：

a）心衰危重症与进展期的精准识别与评估；

b）终末期心衰的评估与管理，包括药物治疗优化、非药物治疗选项介绍与时机判断；

c）标准化转诊流程与多中心协同管理机制；

d）稳定期心衰患者在基层的规范化管理；

e）与卓越心衰中心建立统一的诊疗判断标准。

通过培训，明确基层医疗机构在首诊、稳定期管理、紧急处置及向上转诊中的指征、时机与流程，构建高效顺畅的转诊通道，确保患者在最佳时机获得相应层级的诊疗服务。培训后应对基层医师进行考核，并统计考核合格率。

6.3.3 基层医院心衰诊疗能力培训

培训基层医院心衰诊疗能力，具体要求如下：

a）近1年接收区域内基层医院心血管专科进修人员不少于3名，进修时长不少于3个月；或面向区域内基层医院开展巡回授课等形式的培训活动，累计覆盖不少于10家基层医院，培训人数不少于80人次；

b）带教内容应包含心衰病因精准评估、终末期患者综合管理、机械循环辅助管理基础等。

6.3.4 大众培训

利用心衰中心体系开展心衰防治知识、健康生活方式、疾病自我管理等大众健康教育，每年至少利用世界心脏日、全国高血压日、心衰日等疾病日组织网络医院及其辖区内的医疗机构共同开展多种形式的大众培训教育活动。

7 持续改进

持续改进是卓越心衰中心验收的核心价值，要求心衰中心制订各类督促流程改进的措施和方法，并通过数据显示持续改进的效果。

7.1 质量改进计划和要求

7.1.1 持续改进计划

制定持续改进计划，根据当前实际情况确定本中心关键监控指标及质量改进计划，确定心衰危重症救治的关键质控指标的目标值和调整机制，以便根据实际运行情况及时调整与提升。原则上应每年修改一次目标值以体现持续改进工作的效果。

7.1.2 关键质控指标

应根据当前的实际情况确定本中心关键监控指标，至少包括以下内容：

a）符合用药指征的患者，ACEI/ARB/ARNI、β受体阻滞剂、MRA、SGLT2抑制剂、维立西呱出院使用率不低于90%；

b）出院后1周随访率不低于85%，3个月随访率不低于70%。

7.1.3 质量分析会制度

建立质量分析会制度，通过对心衰中心运行过程中的阶段性宏观数据进行系统分析，总结经验成效，识别存在问题，并制定针对性改进措施，以实现危重症心衰患者管理质量的持续提升。会议由卓越心衰中心执行主任或指定负责人主持，核心科室人员（如心内科、急诊科、重症医学科、护理部等）应参加。制度应明确规定会议主持与参与人员、召开频次（原则上不超过3个月一次）、会议时长及核心分析内容，确保分析会规范、定期开展并取得实效。

7.1.4 典型病例讨论会制度

建立典型病例讨论会制度，围绕危重症及复杂心衰患者的诊疗过程开展深入讨论，通过多学科协作分析典型病例，总结经验教训，优化个体化治疗方案，提升中心整体救治能力与临床决策水平。制度应明确规定病例讨论会的组织规则，包括：会议主持（建议由高年资心衰专家担任）、参与人员范围（涵盖心内科、心外科、重症医学科、影像科、药学等相关科室）、召开频次（原则上每2个月至少一次）、会议时长与具体流程（如病例汇报、多学科讨论、总结决议等环节），确保讨论规范、高效并形成可落实的诊疗共识。

7.2 持续改进效果评价

7.2.1 改进计划实施与指标改进趋势

心衰中心在提交验收前应进行自我评估，制订促进流程改进和质量改进的计划并付诸实施，总结指标改进趋势。数据趋势应显示以下指标的改进或达标：

a）指南推荐药物（ACEI/ARB/ARNI、β受体阻滞剂、SGLT2抑制剂、维立西呱等）出院使用达标率呈现增加趋势；

b）随访率（1周、1月、3月、1年）有提高趋势；

c）心脏移植/VAD植入评估例数有提高趋势；

d) 再入院率（30天、1年）有下降趋势；
e) 死亡率（院内、30天、1年）有下降趋势；
f) 区域协同转诊效率提升，转运时间缩短；
g) 患者生活质量评分、营养状态等次要终点指标改善。

7.2.2 效果评价方式

持续改进效果评价基于云平台数据库中该中心上报的数据，通过质量分析会和典型病例讨论会跟踪关键质控指标的达标与改进情况，评价指标详见附录B。

7.3 区域辐射

7.3.1 学术经验分享

近1年在国家级/省级心血管学术会议中，以第一讲者身份做危重症心衰患者管理相关专题报告不少于2次；或作为大会主席/论坛主持人不少于1次。

7.3.2 基层新技术推广

近1年面向区域内基层医院组织开展危重症心衰患者管理专项技术培训班不少于3场，覆盖不少于10家基层医院，培训人数不少于50人。培训应包含急重症心衰识别、终末期心衰综合评估与管理、机械循环辅助基础管理规范等内容。

附 录 A
（规范性）
卓越心衰中心管理系统上传材料清单汇总表

表A.1 卓越心衰中心管理系统上传材料清单汇总表

序号及章节名称	分序号及名称	需上传材料内容
5.1 组织架构	5.1.1 卓越心衰中心管理委员会	医院正式文件扫描件，文件中应载明卓越心衰中心管理委员会组成人员、执行主任（总监），及相应人员的具体分工与职责
5.1 组织架构	5.1.2 心衰多学科救治团队	各救治团队（心衰亚专科、肾脏替代、呼吸辅助、心血管介入、MCS、心脏移植）人员分工与响应机制扫描件
5.1 组织架构	5.1.3 持续运行及管理制度	卓越心衰中心各项管理制度扫描件（人员管理、应急响应、培训、质量控制、奖惩等）
5.1 组织架构	5.1.4 区域协同及区域辐射工作机制	1. 与转诊网络医院签订的转诊合作协议扫描件 2. 区域心衰急重症转诊绿色通道方案
5.2 专科救治条件	5.2.1 标准版心衰中心验收	标准版心衰中心验收证明及本院心衰中心处于地区领先水平的说明材料
5.2 专科救治条件	5.2.2 心脏重症监护室（CCU）	独立心脏重症监护室说明文件（含床位数、相应的设备照片）
5.2 专科救治条件	5.2.3 机械循环支持条件	1. 设备共享调用文件（呼吸机、ECMO、IABP、血液净化等） 2. 全天候循环支持方案（应包含团队、设备配置、响应机制及时间要求） 3. 近 1 年心衰患者超滤/肾脏替代治疗不少于 20 例的病例统计截图证明
5.2 专科救治条件	5.2.4 心脏器械植入及心脏移植能力	1. 近 1 年 CRT/ICD 植入不少于 30 例、VA-ECMO 支持不少于 10 例的手术例数证明 2. 累计心脏移植不少于 5 例或 VAD 植入不少于 10 例的病历统计及随访程控记录
5.2 专科救治条件	5.2.5 心衰危重症患者转运救护车	具有心衰危重症患者转运条件的救护车说明材料（含设备清单）
5.3 数据管理	5.3.1 数据填报要求	（无需上传材料，数据库在线查看）近 6 个月连续填报数据
5.3 数据管理	5.3.2 自建临床数据库	自建卓越心衰管理临床数据库说明及运行截图（含心脏移植评估≥35 例、VAD 评估≥40 例）
5.3 数据管理	5.3.3 数据质量控制	1. 数据管理员相关资料（教育背景、培训证书等，两人不得为同一人） 2. 数据三级审核制度及质量控制管理制度
5.3 数据管理	5.3.4 信息化管理能力	本院心衰中心信息化系统截图及自动对接全国数据库证明

序号及章节名称	分序号及名称	需上传材料内容
6.1 区域协同快速救治流程及规范	6.1.1 信息共享平台及快速响应机制	在信息共享平台至少 5 例沟通协调实例证明
6.1 区域协同快速救治流程及规范	6.1.2 区域转诊机制	1. 与不少于 6 家心衰中心单位签订的转诊协议扫描件 2. 近 1 年接收会诊和转诊急重症心衰患者不少于 50 例的统计证明
6.1 区域协同快速救治流程及规范	6.1.3 远程会诊体系	近 1 年远程会诊不少于 20 例的实例证明及平均响应时间统计
6.2 心衰危重症救治规范	6.2.1 重症及晚期心衰救治规范与流程	重症、晚期心衰救治规范与流程图（阶梯式方案、药物优化流程、终末期评估流程、移植/VAD 评估流程、随访流程）
6.2 心衰危重症救治规范	6.2.2 心源性休克救治规范与流程	心源性休克“诊断—评估—支持”三步流程图及院内快速转运通道方案
6.2 心衰危重症救治规范	6.2.3 一线人员流程掌握	（现场核查，无需上传材料）
6.3 培训教育	6.3.1 MDT 研讨会培训	培训计划、讲稿、记录、签到表、照片
6.3 培训教育	6.3.2 区域危重症识别与分级转诊培训	培训课件、照片、签到表及基层医师考核合格率统计
6.3 培训教育	6.3.3 基层医院心衰诊疗能力培训	1. 进修协议、结业证书、带教计划及进修人员考核记录 2. 或巡回授课的日程、课件、签到表、覆盖医院名单（≥10 家、≥80 人次）
6.3 培训教育	6.3.4 大众培训	各疾病日开展大众教育的培训证明材料（培训课件、照片、签到表）
7.1 质量改进计划和要求	7.1.1 持续改进计划	关键质控指标目标值、持续改进计划及目标调整机制
7.1 质量改进计划和要求	7.1.3 质量分析会制度	1. 质量分析会制度原件扫描件 2. 至少 2 次质量分析会会议记录、签到表、现场照片
7.1 质量改进计划和要求	7.1.4 典型病例讨论会制度	1. 典型病例讨论会制度原件扫描件 2. 至少 3 次典型病例讨论会会议记录、签到表、现场照片
7.2 持续改进效果评价	7.2.1~7.2.2 效果评价	（纳入质量分析会跟踪，基于云平台数据库核查，无需单独上传）相关质控指标达标数据
7.3 区域辐射	7.3.1 学术经验分享	会议邀请函、讲者证明、专题报告 PPT 扫描件
7.3 区域辐射	7.3.2 基层新技术推广	培训课件、签到表、覆盖医院名单及培训现场照片

附 录 B
（规范性）
卓越心衰中心质控指标参考表

表A.1 卓越心衰中心质控指标参考表

考核指标	对象	卓越心衰中心目标	改进趋势
卓越心衰中心诊治例数	心衰患者	35	增加
诊断使用超声心动图	心衰患者	95%	升高
诊断使用 BNP 或 NT-proBNP	心衰患者	95%	升高
出院前 HFrEF 患者使用 GDMT	HFrEF 患者	90%	升高
符合用药指征患者使用维立西呱	心衰患者	50%	升高
心脏移植/VAD 植入评估比例	心衰患者	—	升高
机械循环辅助使用率	心衰患者	—	升高
心脏移植植入率	心衰患者	—	升高
VAD 植入率	心衰患者	—	升高
1 周随访率	心衰患者	85%	升高
1 月随访率	心衰患者	80%	升高
3 月随访率	心衰患者	70%	升高
1 年随访率	心衰患者	60%	升高
30 天再入院率	心衰患者	—	下降
1 年再入院率	心衰患者	—	下降
院内死亡率	心衰患者	—	下降
30 天死亡率	心衰患者	—	下降
1 年死亡率	心衰患者	—	下降

参 考 文 献

[1] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组.中国心力衰竭诊断和治疗指南[J].中华心血管病杂志.
[2] 中国心衰中心工作委员会.中国心衰中心验收标准（第二版）[S].
[3] 中华医学会器官移植学分会.中国心脏移植技术管理规范[S].
[4] 国家心血管病中心.心室辅助装置植入技术管理规范[S].
[5] GB/T 1.1—2020 标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则[S].
[6] T/CADERM 2024-2025 卓越胸痛中心建设与评估规范[S].
[7] 国家卫生健康委员会.心衰中心建设与管理相关文件[Z].