

卫生部医政司关于征求《全国医院 工作制度与人员岗位职责（第二稿）》 意见的通知

卫医疗便函〔2008〕150号

各省、自治区、直辖市卫生厅局医政处，新疆生产建设兵团
卫生局医政处：

为适应我国医疗事业发展的需要，进一步规范全国医院管理和运行秩序，我司委托中国医院协会组织专家对《医院工作制度》（1982年4月7日卫生部发布）、《医院工作人员职责》（1982年4月7日卫生部发布）和《医院工作制度的补充规定（试行）》（1992年3月7日卫生部发布）进行修订，形成了《全国医院工作制度与人员岗位职责（征求意见稿）》，并于2008年2月19日下发全国征求意见。根据各地反馈的意见和建议，修改并形成了《全国医院工作制度与人员岗位职责（第二稿）》。现再次征求你们意见，请认真组织研究，并将修改意见于2008年8月29日前反馈至中国医院协会评价评估部。请从中国医院协会网站 www.cha.org.cn 下载电子版。

医政司联系人：医疗质量评价管理处 陈虎、焦雅辉
电 话：010-68792731。

中国医院协会联系人：中国医院协会评价评估部 王吉

善、张振伟、张仿玥

电 话：010-84279266-8613、8612

传 真：010-84271474

电子邮件：chapg2008@163.com

地 址：北京朝阳区和平街和平西苑 20 号楼 A 座 101
室

邮 编：100013。

二〇〇八年八月七日

卫生部医政司
委托项目

全国医院工作制度 与人员岗位职责

(第二征求意见稿)

中国医院协会 评价与评估部
二〇〇八年七月

目 录

行政管理—30 项

- 一、医院领导干部深入科室制度（82-1）
- 二、会议制度（82-2）
- 三、请示报告制度（82-3）
- 四、院总值班制度（82-4）
- 五、卫生工作制度（82-5）
- 六、病历管理制度（82-6）
- 七、医疗统计制度（82-7）
- 八、医学图书管理制度（82-8）
- 九、进修工作制度（82-9）
- 十、入、出院工作制度（82-12）
- 十一、住院处工作制度（82-13）
- 十二、探视、陪伴制度（82-14）
- 十三、挂号工作制度（82-19）
- 十四、医院职工培训制度（92-6）
- 十五、社会监督制度（92-2）
- 十六、医德教育和医德考核制度（92-3）
- 十七、逐级技术指导制度（92-5）
- 十八、档案管理制度（新增）
- 十九、信息部门管理制度（新增）
- 二十、医院应急管理制度/预案（新增）
- 二十一、卫生技术人力资源管理制度（新增）
- 二十二、医院各种标示管理制度（新增）
- 二十三、消防与安全管理制度（新增）
- 二十四、投诉处理管理制度（新增）
- 二十五、医院信息公示制度（新增）
- 二十六、员工意外伤害（含感染、化学、放射等）管理制度（新增）
- 二十七、医院依法维护病人权利的制度（新增）
- 二十八、患者知情同意告知制度（新增）
- 二十九、医师外出会诊管理制度（新增）
- 三十、医院院务公开制度（新增）

行政管理方面制度—30 项

第二次修改 2008.7.30

一、医院领导干部深入科室制度（82-1）

1. 经常深入科室调查研究

- 1.1 医院领导干部要经常深入所分管的科室，调查研究，直接掌握情况，抓好典型，协助总结推广先进经验。
- 1.2 深入科室，围绕患者安全，重点抓医疗、护理、教学、科研、后勤保证以及服务质量、病人生活等工作。征求科室及各类人员对医院管理工作（包括医院长远规划和近期目标）的意见和建议，表扬好人好事，改进工作。
- 1.3 院领导要参加部分业务实践，如查房、重大手术、疑难病例的会诊、危重病人的抢救及其他有关业务活动等。

2 医院领导行政查房

- 2.1 医院领导至少每月主持一次行政查房，各相关职能科室负责人参加，深入到一线科室，重点检查医疗、护理、科技、教学、后勤保障及科室管理等方面的工作情况，听取病员和临床科室职工的意见和要求，发现问题及时解决。
- 2.2 行政查房前，相关职能科室要到基层了解情况，听取意见反映，作好准备。每次查房要确定主题，围绕主题展开。
- 2.3 行政查房所涉及的内容，需要形成书面简报，相关科室必须限期给予答复和反馈，并在下一次查房时作汇报。

3 领导班子集体专题研究医疗质量与安全管理工作

- 3.1 医院领导班子集体至少每季度一次，讨论在保持医院的质量方针和质量目标、质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件。
- 3.2 紧密围绕医疗质量与安全管理的重点与目标，对存在的不良事件与缺陷，要从管理的体系、运行机制与制度程序中提出有针对性的整改意见，形成良好的医院安全文化氛围。
- 3.3 每年至少召开一次有医院领导班子集体参加的“医疗质量与安全管理”全院专题工作会议，以及不同层次多种形式的工作会议。

（注：制度标题后括号内的前二位表示原制度 82/92 版本，后者为原序号）

二、会议制度（82-2）

1. 院务会：由院长主持，全体院级领导、机关各科负责人和有关人员参加。每二周一次，传达上级指示，研究和安排工作。
2. 院周会：由正、副院长主持，科主任（负责人）、护士长及各科负责人参加。每二周一次，传达上级指示，小结上周工作，布置本周工作。
3. 科主任会：由正、副院长主持，科（室）主任或负责人参加，汇报研究及交流医疗、管理、科研、教学等工作情况。
4. 科周会：由科室正、副主任主持，病房、门诊负责医师等和护士长参加。每周一次，传达上级指示，研究和安排本周工作。
5. 科务会：由科室正、副主任主持，全科人员参加。每月一次，检查各项制度和工作人员职责的执行情况，总结和布置工作。

6. 护士长例会：由护理部正、副主任或正、副总护士长主持，各科室、病区护士长参加。每二周一次，总结上周护理工作，布置本周护理工作。
7. 门诊例会：由医务科或门诊部正、副主任主持，所有在门诊工作的各科负责人参加，每月一次，研究解决医疗质量、工作人员的服务态度、急诊抢救、病人就诊以及门、急诊管理等有关问题，协调各科工作。
8. 晨会：由病房负责医师或护士长主持，全病房人员参加。每晨上班十五分钟内召开，进行交接班，听取值班人员汇报，解决医疗、护理以及管理工作中存在的主要问题，布置当日工作。
9. 住院患者座谈会：由病房护士长或指定专人召开，患者代表参加。院每季一次，科室一般每月一次，听取并征求住院病员及家属的意见，相互沟通，增进了解和信任，改进工作。
10. 医、护、技联席会议：由业务院长主持，相关职能管理与医疗、护理、医技科（室）主任或负责人参加，汇报对诊疗服务流程中存在的缺陷，提出整改与协调的意见与措施

三、请示报告制度（82-3）

凡有下列情况，必须及时向院领导或有关部门请示报告：

1. 严重工伤、重大交通事故、大批中毒、甲类传染病及必须动员全院力量抢救的病员时；
2. 凡有重大手术、重要脏器切除、截肢、首次开展的新手术、新疗法、新技术和自制药品首次临床应用时；
3. 紧急手术而病员的单位领导和家属不在时；
4. 发生医疗事故或严重差错，损坏或丢失贵重器材和贵重药品，发现成批药品变质时；
5. 收治涉及法律和政治问题以及有自杀迹象的病员时；
6. 购买贵重医疗器械及重大经济开支报批时；
7. 增补、修改医院规章制度、技术操作常规时；
8. 工作人员因公出差、院外会诊、参加会诊、接受院外任务时；
9. 参加院外进修学习，接受来院进修人员等。
10. 国内、外学者来院访问、交流、开展临床诊疗活动。

四、院总值班制度（82-4）

1. 院总值班由院级领导、职能部门和有关人员参加，负责处理非办公时间的医务、行政和临时事宜，及时传达、处理上级指示和紧急通知，签收重要文件，承接未办事项。负责检查夜间各岗位工作人员的工作情况。
2. 三级医院及二级甲等医院根据医疗（救治危重病人）工作量需要，可在夜间及节假日增设医疗总值班，由医疗管理职能部门及临床、医技科室负责人员参加。
3. 总值班应掌握全院重患情况，对病危患者，要到床前了解病情及治疗监护情况，协调处理有关会诊抢救问题，掌握外转病人的情况，了解转诊原因，根据规定做出决定，做好记录，交班时报医疗管理部门和业务副院长。
4. 医院要确定总值班人员的职责与权限，做好值班记录，认真交接班，不得擅自离开岗位。

五、卫生工作制度（82-5）

1. 把爱国卫生运动列入医院工作的议事日程。成立爱国卫生运动委员会或小组，每年至少开会四次。
2. 为服务人群提供卫生与健康宣传教育服务，提高卫生与健康意识，增进服务人群的身体健康素质
3. 要认真搞好室内、环境和个人卫生，切实贯彻饮食卫生“五、四”制，认真执行隔离消毒制度，搞好污水、污物、垃圾处理，防止污染和交叉感染。
4. 坚持突击与经常相结合，建立每日清扫和每周大清扫的卫生制度，节假日大搞突击卫生运动。
5. 认真抓好卫生检查、竞赛、评比，定期公布检查结果。
6. 有计划地植草、种树，美化环境。
7. 认真做好环境保护工作，按国家规定，对“三废”（废水、废气、废渣）进行无害化处理。

六、病历管理制度（82-6）

1. 医院应加强病历管理，严格遵循《医疗机构管理条例》和《医疗事故处理条例》《医疗机构病历管理规定》等法规，保证病历资料客观、真实、完整，严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。
2. 医院必须设置专门部门或者配备专（兼）职人员，负责全院病案（门诊、急诊、住院）的收集、整理和保管工作。至少要为医疗与工伤保险、急诊留观与住院患者建立病历及保存病案。有条件的医院应为所有患者建立与保存病历。
3. 对病历应有适宜的编号系统，病历编号是患者在本医院就诊病历档案唯一及永久性的编号。
4. 医院要求医师按照《病历书写基本规范（试行）》的规定书写病历，并加强病历的内涵质量管理，重点是住院病历的环节质量监控，为提高医疗质量与病人安全管理持续改进提供支持。
5. 病员出院（死亡）时，由医师按规定的格式填写首页后，由病案管理人员在出院（死亡）后 24 至 72 小时内回收病历，并注意检查首页各栏及病历的完整性，不得对回收的病历进行任何形式修改，同时要做好疾病与手术名称的分类录入，依序整理装订病历，并按号排列后上架存档。
6. 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该患者的病历，借阅病案要办理借阅手续，按期归还，应妥善借用病历保管和爱护，不得涂改、转借、拆散和丢失。除公、检、法、医保、卫生行政单位外，其它院外单位一般不予外借，持介绍信，经医疗管理部门核准，可以摘录病史，
7. 有病历的安全管理制度、设施与具体措施能到位，病历封存，或提供病历复印服务应符合《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》、《医疗机构病历管理规定》等法规的规定。
8. 本院医师经医疗管理部门批准后，方可借阅死亡及有医疗争议等特定范围内的病历，但不得借阅本人亲属及与本人存在利益关系的患者病历。
9. 住院病历原则上应永久保存，门诊病历至少保存 15 年，住院病历至少保存 30 年，涉及患者个人隐私的内容应按照《统计法》予以保密。
10. 二级甲等及以上医院专门从事住院病历管理的人员与医院病床位比不得少于 1: 50；专门从事门诊病历管理的人员与医院日均门诊量的比不得少于 1: 300。

七、医疗统计制度（82-7）

1. 医院必须建立和健全登记、统计制度。
2. 各种医疗登记, 要填写完整、准确, 字迹清楚, 并妥善保管。
 - 2.1 临床各科要填写好病案首页、出院卡片、出入院登记, 并按时填报病员流动日报。
 - 2.2 门诊各科应填写好病员流动情况和门诊登记。
 - 2.3 医技科室应做好各项工作的数量和质量登记。
3. 医疗质量统计, 至少应包括出入院数、治愈率、病死率、床位使用率、床位周转次数、平均住院天数、病员疾病分类、初诊与最后诊断符合率、临床与病理诊断符合率、手术前后诊断符合率、无菌手术化脓感染率、手术并发症, 以及医技科室工作数量、质量等。
4. 医院应根据统计指标, 定期分析医疗效率和医疗质量, 从中总结经验, 发现问题, 改进工作。
5. 统计员要督促检查各科室医疗统计工作, 按期完成各项统计报表, 经领导审阅后, 上报卫生行政部门。
6. 医院应逐步做到通过医院信息 HS 系统进行统计工作。

八、医学图书管理制度 (82-8)

1. 图书室开放时间, 除每日办公时间外, 根据读者的需要适当开放。
2. 凡院内职工、进修、实习人员借书, 必须遵守图书室一切规定, 持借书证办理借阅手续。离院时, 必须办理好还书手续。
3. 每次借书不得超过规定借阅的数量和时间。规定在图书室内阅览的图书、报刊或是其它资料, 不得拿出室外。
4. 必须妥善保管图书, 不得在书刊上批画、撕剪、涂写, 不得损坏或丢失, 否则应按规定赔偿。
5. 做好医护人员的信息需求调查, 结合医院重点学科建设, 定期采购文献, 建立适合医院读者需求的文献保障体系。
6. 图书馆工作人员应对收集的文献进行登记、整理、分类、编目、典藏, 建立文献目录索引, 方便读者供阅。
7. 图书室必须保持清洁、安静和应有的照度 (不得低于 50 勒克司)。图书阅览室的布局应方便读者阅览书刊和管理。
8. 密切配合医疗、预防、教学、科研等各项任务, 主动提供有关文献资料, 定期介绍新书刊内容。
9. 三级医院和有条件的医院应逐步实现图书馆自动化管理, 建立中外文文献数据库, 逐步为员工提供文献检索、电子书刊、网络及外院资料查阅、打印复印等服务。

九、进修工作制度 (82-9)

1. 进修工作由各级卫生行政部门根据有关规定要求及医院实际能力统一计划安排。
2. 医院要有专人负责进修工作, 认真执行进修工作的有关规定, 严格掌握进修人员条件。各科要选派有经验的医务人员指导进修。带教者应根据进修人员具体情况拟定计划, 定期检查, 努力完成。
3. 进修人员要遵守医院各项规章制度, 不得自行调换进修科目, 不得中途退学, 不得随意延长学习时间。进修期间不安排探亲假。

4. 医疗、护理科目进修人员应是经选送医院注册的执业医师（助理医师）与注册护师。进修人员的普通处方权，由指导医师提出科主任同意，报请医疗管理部门批准授权，进修结束自动终止。
5. 进修人员须在上级医师（护师）指导下执业，不得独立值班执业，不得独立出具诊断证明及诊断报告。
6. 进修人员书写的各类医疗、护理记录文件，需经指导医师（护师）签名确认。
7. 医疗、护理管理部门领导要经常了解进修人员思想情况，关心他们的学习和生活，定期召开座谈会，征求意见，改进工作。
8. 进修人员在医疗工作中有特殊贡献者应给予表扬。医疗作风恶劣或犯有严重错误者，由医院提出意见后，连同材料和本人一起送回单位处理。
9. 进修期满，应做好考核和书面鉴定，办妥离院手续。

十、入、出院工作制度（82-12）

1. 医院有各种各类疾病有收入住院治疗的标准、制度或程序。由本院具备执业医师资格的医师通过病情诊断来决定住院。
2. 医师在实践中还要依据医院现有医疗资源（人力、技术、设备等）能够承受的程度来决定，是否可收入住院，还是应及时转往上级医院诊疗。
3. 每一个病人从门诊、急诊收入院时均有完整的记录，应都包含有明确的住院日、入院时的病人身体状态，精神状况的评价，向病人进行说明，取得理解与同意。
4. 医院有急危重症及预约手术的患者优先收住的具体规定及办法，各病区可保持1—2张急诊床位。
5. 对于需收住重症监护病房等特殊治疗的，应明确地向患者及其家属告知收住的理由、预期效果及费用，取得理解与同意，患者运送途中要保障其安全。
6. 危重症患者转院前应明确地向患者及其家属告知转院的理由、可能的后果、途中可能的意外，取得理解与同意，有转院记录，并与上级医院取得联系，必要时可派医务人员护送。
7. 患者出院应由本科的主治医师或上级医师查房决定，并提前一天通知住院处办理出院手续。病房护理人员应依结帐单发给出院证、出院小结等文件，并清点收回病员住院期间所用医院的物品。
8. 医师、护士有责任根据病情为出院病人给予必要的服药指导、营养指导、康复训练指导、生活或工作中的注意事项等信息服务。
9. 每一位出院病人都有出院小结的副本，主要内容有入院时情况、诊断名称、治疗方法、效果、出院带药、出院的注意事项以及康复指导等。
10. 逐步做到由负责治疗病人的医师或上级医师进行首次出院随访，通过病历记录向社区医疗服务机构介绍诊疗情况，以保持服务连贯性。
11. 病情不宜出院而病员或家属要求自动出院者，医师应加以劝阻，充分说明可能造成的不良后果，如说服无效者应报请科主任批准，则由病员或其家属在病历中签署相关知情文件后办理出院手续，方可离院。经主治医师通知出院而不出院者，通知所在单位或有关部门接回或送回。

十一、住院处工作制度（82-13）

1. 出入院病员统一由住院处办理手续。根据病情，合理收住病员。病房无空床不得预办住院手续。

2. 病员凭医师开具之住院证、门急诊病历、公费医疗证、医疗保险证到住院处办理手续，自费者按规定预交住院费，住院处再通知病区。危重病员可先住院后补办手续。
3. 病员住院应登记其联系人的姓名、住址、电话号码、身份证号等病历首页栏目，进行必要的卫生处理。传染病员住院必须严格进行卫生处理。医务人员要主动、热情地接待住院病员，介绍住院规则及病房有关制度。
4. 住院处应每日与病区联系，了解病床使用及周转情况。
5. 对一时不能入院的病员要耐心解释，请其等床住院。
6. 病员办理出院手续，一般于出院前一日由病区将住院医嘱全部送至住院处进行核算，开具结帐单及明细清单。病员或家属来住院处结清后，将结帐单交其拿回病区办理出院手续。
7. 公示住院收费标准，并应采用多种形式主动征求出院病人对医院服务的意见及改进建议。

十二、探视、陪伴制度（82-14）

1. 探视病员要按规定时间，每次探视要领取探视证（牌），每次两人。学龄前儿童不得带入病房。传染病员一般不得探视和陪伴。
2. 探视危重病员，可持病危通知单，随时给予探视。
3. 陪伴需严格控制，确需要陪伴者由医师决定，值班护士发给陪伴证。陪伴停止，将证收回。
4. 探视和陪伴人员必须遵守院规，听从医务人员的指导，不得擅自翻阅病历和其他医疗记录，不得私自将病员带出院外，不要谈论有碍病员健康和治疗的 事宜，不要吃病员的食品和使用病员的用具，不在病员床上睡觉。要保持病房整洁安静，不准吸烟。要爱护公物，节约水电。
5. 凡探视、陪伴人员损坏、丢失医院物品，应负责赔偿。

十三、挂号工作制度（82-19）

1. 门诊患者，应先挂号后诊病（危重抢救例外），对出诊的科室的各级医师有公示栏。
2. 挂号室分科挂号，开诊前半小时即应挂号。
3. 挂号室工作人员要态度和蔼，初诊病历要填齐首页上端各栏，包括姓名、性别、年龄、职业、籍贯、住址、就诊日期，由医院建档的应复写入档或将信息输入挂号卡。复诊病员凭挂号证/卡，找出病历，分别送至就诊科室。
4. 复诊病员遗失挂号证/卡者，应为其查阅记录，找到门诊号码，抽出病案，送至就诊科室。
5. 同时就诊两个科室的病员，重新挂号，会诊例外。
6. 挂号诊病当日一次有效，继续就诊应重新挂号。
7. 初诊、复诊病历，均应直接送至就诊科室，不能由病员携带。
8. 下班前取回当日就诊病历，依次整理上架归档，自行保管者将门诊病历交至患者本人。
9. 按病案号及时将各种检验报告贴到病历页上。
10. 挂号收入的现金要依照医院的财务管理制度存入银行，做到帐目清楚、结算及时。

十四、医院职工培训制度（92-4）

（一） 岗前教育制度（92-4）

1. 医院要对每年新分配到岗的职工实行上岗前教育。岗前集中培训的时间不得少于一周。
2. 上岗前职业教育主要内容：法规与理念教育；医疗卫生事业的方针政策教育；医学伦理与职业道德教育；医院工作制度、操作常规、医疗安全管理措施及各类人员岗位职责；医学文件（病历）书写的基本规范与质量标准；心肺复苏的基本技能；当地医疗卫生工作概况及所在医院情况；现代医院管理和发展的，以及消防安全知识与技能培训等有关内容。
3. 岗前教育要经院方考核合格者方可上岗。
4. 其他新上岗的职工，要依照本制度进行自学和考核。
5. 岗前教育集中培训应与试用期教育结合起来。新上岗的医务人员在试用期内，除进行专业技术培训外，仍须坚持岗位教育培训，并在试用期结束前作出评价。

（二） 在职职工规范化培训制度

1. 根据国家继续医学教育的有关规定，医院必须实行在职职工终身教育，抓紧抓好人才培训工作，从难从严要求，进行正规训练。
2. 医院对在职职工继续教育工作，应设专人管理，在主管院长领导下，负责计划、组织和考核，建立技术档案。
3. 医院和科室应制订出在职职工继续教育规范化培训计划，以及保证计划完成的具体措施。
4. 对所有职工的培训，都要强调强化从基本理论、基本知识和基本技能入手，可采用通过岗位实践、脱产进修、建立导师制等多种途径，不断提高和深化专业理论、实践能力以及外语水平。
5. 医院定期检查培训计划执行情况，至少一年一次。对培训人才成绩突出的单位，应予以奖励。

十五、社会监督制度（92-2）

- 1、医院内要设立社会监督电话和意见箱，有专人负责管理。
- 2、建立医院领导与所在地区联系制度，听取和了解所在地区群众的反映与意见。
- 3、不定期向病人发放“征求意见卡”，进行满意度调查。
- 4、聘请社会义务监督员，定期召开有关人员座谈会，征求意见。

十六、医德教育和医德考核制度（92-3）

1. 医院须把医德教育和医德医风建设作为目标管理的重要内容。
2. 医院须认真贯彻执行卫生部颁发的《医务人员医德规范及实施办法》。
3. 医院要根据医德规范，结合实际情况，建立医德考核与评价制度，制定具体的、切实可行的医德考核标准及办法，建立医务人员医德档案。
4. 医德考核以自我评价与社会评价、科室考核与上级考核、定期考核与随时考核相结合的办法进行。
5. 医务人员的医德考核结果，要作为聘任、任职、提薪、晋升以及评优的重要条件之一。
6. 医德考核成绩优秀者，应给予表彰和奖励；对医德考核成绩差者应进行批评教育；对于严重违反医德规范，触犯行政规章及法律者，应给予相应的处罚。

十七、逐级技术指导制度（92-5）

1. 城市医院支援农村、支援城市基层，互相协作，逐级指导，是医院的责任与义务，必须做到经常化、制度化。
2. 医院支援农村、城市基层卫生事业的工作要按照卫生行政部门统一规划，采取划区包干，分工负责，定点挂钩，对口支援等方法进行。
3. 根据卫生行政部门要求，制订医院支援社区卫生服务的年度和中长期工作计划。承担社区卫生服务机构的业务指导、技术支持、人才培养等任务。
4. 支援与受援双方必须签订协议，在社区卫生服务机构的功能任务的框架内，定目标、定任务、定方式、定时间和评价标准，并认真贯彻执行。
5. 医院应根据受援医院的需求情况，选派有经验的医疗技术人员和医院管理人员参加支援工作，以保证质量。
6. 支援基层工作的医务人员要认真遵守本院与受援单位签订的协议或合同。医务人员支援基层的实绩要作为考核的内容之一。
7. 医务人员支援基层工作期间除由原单位照发工资、奖金及福利待遇不变外，受援医院可根据不同情况给予适当补贴和提供适当的生活、工作条件。
8. 新技术开发转让和技术指导要按《知识产权法》的有关法规执行。

十八、档案管理制度（新增）

1. 医院全部档案（病案除外）实行集中统一管理，各类档案按要求于相应期限内统一归档，任何科室或个人不得长期或私自保存应归档的文件资料保证档案的完整、准确、系统。
2. 二级甲等以上医院设立档案管理部门，其它医院应设专（兼）职人员管理，建立档案统计制度，对档案的收进、移出、保管、利用等情况进行统计，并按照规定向档案业务管理机关报送档案工作基本情况统计表。
3. 根据需要编制各种检索工具，并利用计算机进行检索，开展档案编研工作，积极开展档案利用工作，提高利用效果。
4. 保存的档案，主要供本单位和上级主管机关利用。建立、健全档案的借阅制度和档案室保密制度，档案立卷归档制度、档案鉴定制度、档案库房管理制度、专兼职档案员职责等各种制度。
5. 根据国家的有关规定，编制本单位或本专业系统的《档案材料保管期限表》，并报档案业务管理机关备案。
6. 医院档案库房应该坚固，并做到有防盗、防火、防虫、防鼠、防潮、防尘、防高温等设施。定期检查档案保管状况，对破损或变质的档案应及时修补、复制或作其它技术处理。
7. 档案保管不善，造成毁坏和丢失，要追究有关人员法律责任并予以处罚。
8. 档案保管人员必须严格执行《档案法》和《保密法》，在公共场所不得随意谈论档案中的有关秘密事项，档案保管人员调动工作时，应在离职前办好交接手续。

十九、信息部门管理制度

1. 信息部门（信息中心／信息管理中心／信息部／信息工程部）是受院长／副院长直接领导的、兼具管理职能的技术科室，其基本职能是负责医院信息化建设的规划、实施、运行、维护和管理。

2. 医院信息化建设的核心内容是医院信息系统建设。医院信息化建设应坚持以需求为导向、以应用促发展,注重经济效益、技术上适度超前的基本原则,遵循规划充分论证、分步实施、试点运行、阶段见效、持续发展的实施策略。
3. 医院可以根据工作的需要,对信息中心、医学工程处(设备科/器材科)、统计科、病案科、图书馆乃至通讯部门进行机构和功能的重组和归并。
4. 在医院信息系统的建设过程中,必须坚持以全院大局为优先考量,在院长/副院长的授权下完成信息资源的平衡调配,避免形成信息孤岛,并确保与信息系统相关任务及时、准确、完整的执行和完成。
5. 为保证医院信息化建设的顺畅进行,信息部门必须争取院方提供必要的支持条件。包括充足的专业技术人员配备;符合国家及行业相关标准的信息处理设备运行环境和办公空间;以及满足医院信息化发展需要的预算资金。
6. 信息部门有贯彻执行国家和卫生行政管理部门发布的有关信息化的法律、法规、标准、政策、条例、规程和办法的责任。
7. 参照国家和卫生行业的相关标准和规范,结合医院的实际情况,制定相应的管理制度和操作规程并贯彻执行。相关管理制度应包括但不限于:
 - 1) 信息安全与保密管理
 - 2) 信息共享管理
 - 3) 机房管理
 - 4) 网络管理
 - 5) 数据库管理
 - 6) 应用系统操作规程
 - 7) 信息标准化管理
 - 8) 用户管理
 - 9) 数据备份管理
 - 10) 应急事件处理预案
 - 11) 人员培训
1. 确立为医院医疗、教学、科研和管理服务的意识,参照信息技术治理的理念和方法,推动信息管理和服务的规范化。
2. 信息工程的立项、审批、实施、验收应按照相关规定履行招标、论证手续,并接受财务和审计部门的监督。
3. 加强以医学信息学为基础的专业学科建设,强化对信息中心工作人员的相关专业技术培训,提高其分析、解决、处理问题的水平和能力,以为临床和管理部门提供及时、优质的信息服务。

二十、医院应急管理制度(新增)

1. 为使在遭遇灾害与突发公共卫生事件危害时能够顺利渡过,医院要有医院紧急状态管理预案与实行的体制,同时在思想上要有充分的准备。
2. 制定突发事件(包括公共卫生事件、灾害事故等)应急管理预案文件,并定期组织演练。
3. 院长是实施“医院的灾害与突发公共卫生事件应急管理”是的责任者,院领导班子是组织决策层,中层干部是承担具体贯彻实施的职责,各级各类人员是执行者。

4. 建立紧急人员召集、物资器材调配的程序。
5. 设置休息日、夜间、节假日的应急对策体制。
6. 医院应有承担突发公共卫生事件和灾害事故的紧急医疗救援任务的应急管理体制,根据功能、任务、规模,设定贮备在区域性灾害与应急事件时的食物、医药品的品种与数量。
7. 对各种人员如住院病人、门诊病人、家属、本院员工以及其它来院人员等,突发紧急意外事件(主要是指心脏骤停、猝死、意外损伤)时,要有明确的应急预案与措施,要有明确的主持的职能部门。

二十一、卫生技术人力资源管理制度(新增)

- 1 医院聘用具备资质的卫生专业技术人员是保障医疗质量与病人安全的基本准则。
- 2 医院要有适合于本院的卫生专业技术人员的聘用制度、评价程序,具有活力的运行机制,使人力资源得到不断的更新,更要注重卫生技术人员实际为病人提供诊疗服务的工作能力。
- 3 医院有人力资源配置原则与工作岗位设置方案的文件,所配置的卫生技术人员全部符合《医师法》《护士条例》规定的要求。
 - 3.1 各科室人力资源配备合理并满足需要,各级各类卫生技术人员的梯队结构合理。
 - 3.2 各级各类卫生技术人员的配比应与医院功能任务相适应,与工作量相匹配。
 - 3.3 医师的梯队结构与实际技能符合三级查房的要求;护理人员的数量与梯队(含年龄和学历层次)结构合理,满足分级护理的质量保证需要。
 - 3.4 当床位使用率大于97%时应有人员的配比调整的机制与人员储备机制。
 - 3.5 主要临床、医技科室均配有的高级卫生技术人员,三级甲等医院配备本院注册的主任医师的科室 $\geq 90\%$ 。
- 4 建立实行全院岗位职务聘用的体制与程序,设置试用期,做到公开、公平、公正;对每一种职种岗位的职责、资质、实际能力有明确的要求。
- 5 在院执业的卫生技术人员全部具备相应岗位的任职资格和实际服务能力,并是按照法规要求具有执业资格和在本院注册的,并均是接受过不同等级的复苏技术培训的合格者。
- 6 建立卫生技术人员能力定期评价的机制,要对医师的资质(包括:技术能力、服务品质、职业道德)至少每三年重新审核评估一次,以确保他们具有能够在医院继续为患者服务的资质。
- 7 建立院、科二级人员紧急替代的制度与程序,以确保病人获得连贯诊疗,尤其对急诊、夜间与节假日。
- 8 有保护医务人员职业安全的规范与措施。

二十二、医院各种标示管理制度(新增)

1. 医院要设立醒目、明晰的诊疗区域指示标识和路标,并责成专人负责管理。
2. 所用标识,要规范统一,美观大方。通用标示应按国家惯例进行绘制,卫生系统通用标示按卫生部统一规定制作。
3. 医院内部标示设立部位,要根据医院环境,统一规划,不准随意乱设。
4. 所有标示的色彩、图形、比例、字体均应严格按医院提供版图制作,以示严

肃；字体应统一规范，不用繁体字。

5. 院内已经陈旧的标识，应及时修整更换，已经过时的标示应及时清除。
6. 所有标示的语言文字应符合国家语言文字规范的规定要求。
7. 工作人员佩戴胸牌，至少有姓名、职称、所在科室，进修、实习人员与本院工作人员应有区别。
8. 要关注与安全有关的防跌倒、防烫伤、消防通道等标示

二十三、消防与安全管理（新增）

1. 全面落实国家公安部关于《机关、团体、企业、事业单位消防安全管理规定》的要求。
2. 落实逐级安全责任制（院所、处科、班组）明确职责、有专人负责，落实责任，有不断完善和落实各类应急处置预案，提高技防、物防、人防的覆盖面，把刑事、治安、火情、安全事故控制在最低水平。
3. 医院要对医护人员经常进行安全保卫、消防安全的宣传教育，切实做好应急医疗救护工作，加强培训和演练。
4. 门卫、值班、巡查制度；值班、值勤人员忠于职守、坚守岗位、认真检查，熟悉处置应急处置组织程序和措施；值班日记、巡查记录。
5. 加强对重点要害部门的安全管理，严格执行各项管理制度，岗位责任制度、安全操作规程、交接班制度、来访登记制度、安全应急预案；财务、收费处等部门，贵重物品使用、保管、存储、运输；存放爆炸性、易燃性、放射性、毒害性、传染性、腐蚀性等危险物品和传染性菌种的部门应当作为重点部门管理。
6. 安装符合国家标准防入侵、电视监控、消防报警等安全技术防范设施，并能正常发挥作用。
7. 建筑结构符合公安部门有关防护要求，环境与清洁应符合规范要求，室内严禁存放易燃、易爆物品，严禁堆放杂物，禁止吸烟。
8. 逐级落实消防安全责任制和岗位消防安全责任制，制定消防安全制度和保障消防安全的操作规程，设置安全疏散出口，疏散通道畅通，配置消防设施、灭火器材、消防安全标志和应急灯；夜间防火巡查符合消防安全有关规定，每年进行一次消防安全培训与演练。

二十四、投诉处理管理制度（新增）

1. 医院设有专门部门（或专人）负责患者的投诉接待工作，有工作规范与记录文件；对投诉的问题应及时与相关科室部门通报，对重大事件投诉的信息迅速报告院领导。
2. 公布投诉电话、信箱，建立适宜的投诉处理的流程，
3. 通常一般问题应在投诉后二周内予以答复，若因问题复杂需增加时间进一步调查时，应事先向投诉者告知。
4. 对投诉问题的处理及整改意见，及时向科室反馈与落实的情况。
5. 医院应对投诉事件进行定期分析，要从医院管理的机制、制度、程序上提出整改措施，防止类似事件重复发生。
6. 建立完善医患沟通体制，增强医患交流，规范医患沟通内容、形式，交流用语通俗、易懂，增强沟通效果。

二十五、医院信息公示制度（新增）

1. 医院信息公示是医院的责任, 医院公示的信息做到真实、可靠, 严禁发布虚假信息。
2. 医院信息公示工作由院长办公室负责管理, 设置医院发言人, 定期或不定期发布医院重要信息。
3. 利用多种形式公示医疗服务相关信息, 如医疗服务项目、服务流程、医疗质量、医疗费用、服务绩效等。
4. 向社会公开收费项目和标准, 在显著位置通过多种方式, 如电子触摸屏、电子显示屏、公示栏、价目表等, 公示医疗服务价格、常用药品和主要医用耗材的价格。
5. 医疗服务与收费标准相关信息, 做到由专人负责和定期更新。

二十六、员工意外伤害(含感染、化学、放射等)管理制度(新增)

1. 医院应制定有防止与处理感染(包括化学、放射等)与职业损伤意外事件的管理文件, 提供员工以遵循。
2. 医院根据国家现行法律、法规(如: 安全生产、劳动保护等)的要求, 制定有对员工遭受感染(包括化学污染)与职业损伤后的处理程序与整改措施。
3. 应能如实地追踪员工遭受感染与职业损伤的原因, 制定有避免类似事件再发的措施。
4. 应有对员工进行遭受感染与职业损伤(含化学损伤等各类损伤)时紧急处理的基本知识与程序的教育和培训, 使其能知晓相关的基本知识与程序。

二十七、医院依法维护病人权利的制度(新增)

- 1、病人最基本的权利是获得适宜的医疗诊治
 - 1.1 享受平等医疗权, 凡病人不分性别、国籍、民族、信仰、社会地位和病情轻重, 都有权受到礼貌周到、耐心细致、合理连贯的诊治服务;
 - 1.2 享受安全有效的诊治, 凡病情需要, 有助于改善健康状况的诊断方法、治疗措施、护理条件, 都有权获得;
 - 1.3 有权要求清洁、安静的医疗环境, 并有权知道经管医生及护士的姓名;
 - 1.4 有权了解有关诊断、治疗、处置及病情预后等确切内容和结果, 并有权要求对此做出通俗易懂的解释。从医疗角度不宜相告的或当时尚未明确诊断的, 应向其家属解释。
 - 1.5 有权决定自己的手术及各种特殊诊治手段, 未经病人及家属的理解和同意, 除紧急生命抢救者外, 医务人员不得私自进行。
 - 1.6 有权了解各种诊治手段的有关情况, 如有何副作用, 对健康的影响, 可能发生的意外及合并症、预后等。
- 1、有拒绝治疗的权利
 - 2.1 病人在法律允许的范围内(精神病、传染病患者的某些情况属不允许范围)可拒绝治疗, 也有权拒绝某些实验性治疗。但医生应说明拒绝治疗的危害。
 - 2.2 在不违反法律规定的范围内, 有权自动出院, 但必须向医院和医生做出对其出院及后果不负任何责任的声明与签字。
- 2、有要求保密的权利
 - 3.1 病人在医疗过程中, 对由于医疗需要而提供的个人的各种秘密或隐私, 有要求保密的权利;
 - 3.2 病人有权对接受检查的环境要求具有合理的声音、形象方面的隐蔽性。由

- 异性医务人员进行某些部位的体检治疗时，有权要求第三者在场；
- 3.3 在进行涉及床边会诊、讨论时，可要求不让不涉及其医疗的人参加；有权要求其病案只能由直接涉及其治疗或监督病案质量的人阅读。
5. 病人在接受治疗的过程中，对施治科室或个人各个环节的工作有权做出客观、恰如其分的评价，无论由谁支付医疗费用，病人有权审查其支付的帐单，并有权要求解释各项支出的用途。
6. 病人在享有平等的医疗权，在病人的医疗权利受到侵犯时，病人有权直接提出疑问及提出批评，要求有关医疗单位或人员改正错误，求得医疗。
7. 医院要确定那些高危的、易出问题的或其它有创伤操作和治疗，对这些操作和治疗必须取得知情同意。医院要列出这些操作和治疗的目录，并教育员工确保取得知情同意的程序是一致的。
8. 医院为维护与尊重病人权益，制定服务规范文件与具体措施，对员工进行维护与尊重病人权益的教育与培训，措施具体，责任到人。

二十八、患者知情同意告知制度

1. 患者知情同意即是患者对病情、诊疗（手术）方案、风险益处、费用开支、临床试验等真实情况有了解与被告知的权利，患者在知情的情况下有选择、接受与拒绝的权利。
2. 履行患者知情同意可根据操作难易程度、可能发生并发症的风险与后果等情况，决定是口头告知或是同时履行书面同意手续。
3. 由患者本人或其监护人、委托代理人行使知情同意权，对不能完全具备自主行为能力的患者，应由符合相关法律规定的人代为行使知情同意权。
4. 医院需要列出对患者执行书面“知情同意”的目录，并对临床医师进行相关培训，由主管医师用以患者易懂的方式和语言充分告知患者，履行签字同意手续。
5. 对急诊、危重患者，需实施抢救性手术、有创诊疗、输血、血液制品、麻醉时，在患者无法履行知情同意手续又无法与家属联系或无法在短时间内到达，病情可能危及患者生命安全时，应紧急请示报告科主任、医务处，院总值班批准。
6. 临床医师在对病人初步诊断后要向病人进行告知疾病特点及检查、治疗方法、治疗的后果、可能出现的不良反应等，对于特殊检查、特殊治疗应在取得病人的理解同意后，方可实施。
7. 如果病人对检查、治疗有疑虑，拒绝接受医嘱或处理，主管医师应在病程录中作详细记录，向病人做出进一步的解释，病人仍拒绝接受处理等情况，也应在病程记录中说明，并向上级医师或科主任报告。
8. 如果病人执意不同意接受应该施行的检查或治疗，则不可实行，但应告知可能产生的后果，由病人或委托人在知情同意书上签字。
9. 手术、麻醉前必须签署手术、麻醉知情同意书。主管医师应告知病人拟施手术、麻醉的相关情况，由病人或家属签署同意手术、麻醉的意见。
10. 进行临床试验、药品试验、医疗器械试验、输血以及其他特殊检查或治疗前必须签署特殊检查、特殊治疗知情同意书。主管医师应向病人及家属告知特殊检查、特殊治疗的相关情况，由病人及家属签署同意检查、治疗的意见。
11. 施行器官移植手术必须遵循国家法律法规及卫生行政部门的规定执行。
12. 死亡病人进行尸体解剖病理检查前，必须有病人直系亲属的签字同意；国家

有法规规定需行尸检（如传染病）及因司法工作需要行尸检者除外。

二十九、医师外出会诊管理制度

- 1 医师外出会诊是指医师经医院批准，为其他医疗机构特定的患者开展执业范围内的诊疗活动。医师未经所在医疗机构批准，不得擅自外出会诊。
- 2 医务管理部门接到会诊邀请（用书面文件、或电话、或电子邮件等方式）后，在不影响本院（科）正常临床工作和医疗安全的前提下，应当及时安排医师外出会诊。会诊影响本院（科）正常临床工作，但存在特殊需要的情况下，应当经医院领导批准。有下列情形之一的，医院不得派出医师外出会诊：
 - 2.1 会诊邀请超出本院诊疗科目或者是不具备相应资质的；
 - 2.2 会诊邀请超出被邀请医师执业范围的；
 - 2.3 邀请医疗机构不具备相应医疗救治条件的；
 - 2.4 卫生行政部门规定的其他情形。
- 3 会诊医师应当详细了解患者的病情，亲自诊查患者，完成相应的会诊工作，并按照规定书写医疗文书。
- 4 医师在会诊过程中应当严格执行有关的卫生管理法律、法规、规章和诊疗规范、常规。
- 5 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。
- 6 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，应当建议将该患者转往其他具备收治条件的医疗机构诊治。
- 7 医师会诊结束后，应当在返回本单位 2 个工作日内将外出会诊的有关情况报告所在科室负责人和医务管理部门。
- 8 会诊费用应按照邀请医疗机构所在地的规定执行，差旅费按照实际发生额结算。不得重复收费，不得违反规定接受邀请医疗机构报酬，不得收受或者索要患者及其家属的钱物，不得牟取其他不正当利益。
- 9 建立医师外出会诊管理档案，并将医师外出会诊情况与其年度考核相结合。

三十、医院院务公开制度

1. 医院院务，除涉及国家秘密、公共安全，依法受到保护的商业秘密和个人隐私以外，原则上应予公开，并做到政策依据公开、程序规则公开、工作过程公开、实施结果公开。
2. 向社会公开医院资质信息、医疗服务价格和收费信息、医疗服务规定与流程、行业作风建设等情况，严禁发布虚假信息。
3. 建立医院发言人，设立领导接待日、院长信箱，并可根据公开事项的内涵不同可采用多种形式进行公开。
4. 向医院职工公开医院发展规划，年度工作计划与工作总结，完成年度计划情况、重大决策、重要干部任免、重大项目安排及大额度资金使用、医院运营管理情况、人事管理情况、领导班子建设和党风廉政建设等情况。
5. 每半年至少召开一次全体员工大会，充分发挥职工代表大会的作用，行使民主权利，积极参与院务公开。
6. 二级（县级）以上医院应设有“院务公开领导小组”及运行程序与体制，制

订的医院院务公开目录，至少应符合卫生行政部门基本要求。

目 录

医疗管理—35 项

- 一、急诊工作制度（82-15）
- 二、抢救室工作制度（82-16）
- 三、急诊观察室制度（82-17）
- 四、门诊工作制度（82-18）
- 五、处方制度（82-20）
- 六、病历书写制度（82-25）
- 七、查房制度（82-26）
- 八、医嘱制度（82-27）
- 九、医疗质量管理制度（92-1）
- 十、医院感染管理制度（92-4）
- 十一、查对制度（82-28）
- 十二、会诊制度（82-29）
- 十三、转院、转科制度（82-30）
- 十四、病例讨论制度（82-31）
- 十五、值班、交接班制度（82-32）
- 十六、手术室管理工作制度（82-40）
 - 附、围手术期管理（新增）
- 十七、麻醉科工作制度（82-41）
 - 附：麻醉恢复室管理（新增）
- 十八、重大医疗过失行为和医疗事故报告制度（82-55）
- 十九、医疗技术管理制度（新增）
- 二十、临床检验危急值报告制度（新增）
- 二十一、检验标本采集、运送制度（新增）
- 二十二、患者评估管理制度（新增）
- 二十三、手术（有创操作）分级管理制度（新增）
- 二十四、主治医师负责制度（试行）（新增）
- 二十五、危重病人进行高风险诊疗操作的资格许可授权制度（试行）
- 二十六、首诊负责制（新增）
- 二十七、约束具使用制度（新增）
- 二十八、急危重病人抢救及报告制度（重新整理）
- 二十九、血液净化室工作制度（新增）
- 三十、住院病历环节质量与时限基本要求（新增）
- 三十一、病房小药柜管理制度（82-35）
- 三十二、预防保健科工作制度（82-36）
- 三十三、中医科工作制度（82-37）
- 三十四、针灸室工作制度（82-51）
- 三十五、医学工程/医疗器械科（组）工作制度（82-43）

医疗管理—35（37）项

一、急诊工作制度（82-15）

1. 各级各类医疗机构中凡称“医院”者均应设置急诊科（室），实行 24 小时开放随时应诊，节假日照常接诊。根据医院的功能任务，设置相应内部工作部门，医院并能为急诊患者提供药房、检验、医学影像等及时连贯的服务。
2. 医院应由业务副院长负责与协调医院急诊工作，加强对急危重症患者的管理，提高急危重症患者抢救成功率。提高急诊科（室）能力，做到专业设置、人员配备合理，医务人员相对固定，值班医师胜任急诊抢救工作。
3. 急诊科（室）应配有经急诊专业培训的专职医师、护士，固定人员不少于 60%，各临床科室应选派有临床工作 3 年以上的医师参加急诊工作，轮换时间不少 6 个月。实习期医师与护士不得单独值急诊班。进修医师至少应经科主任批准方可参加值班。
4. 医疗、护理管理部门应加强急诊工作的监督管理，定期召开联席会议，开展协调工作。
5. 急诊科（室）-入院-手术“绿色通道”畅通，急诊会诊迅速到位。对急诊病员应以高度的责任心和同情心及时、严肃、敏捷地进行救治，严密观察病情变化，做好各项记录。疑难、危重病员应即请上级医师诊视或急会诊。
6. 对危重不宜搬动的病员，应在急诊室就地组织抢救，待病情稳定后再护送病房。对立即须行手术的病员应及时送手术室施行手术。急诊医师应向病房或手术医师直接交班。
7. 急诊室各类抢救药品及器材要准备完善，保证随时可用。由专人管理，放置固定位置，便于使用，经常检查，及时补充、更新、修理和消毒。
8. 急诊室工作人员必须坚守岗位，做好交接班，严格执行急诊各项规章制度和技术操作规程。要建立各种危重病员抢救技术操作程序和突发公共卫生事件应急预案。
9. 急诊室应设立留院观察病床，病员由急诊医师和护士负责诊治护理，认真写好病历，开好医嘱。密切观察病情变化，及时有效地采取诊治措施。留院观察时间一般不超过三天（72 小时）。
10. 对危重病人较多有条件的三级甲等医院可设置急诊科病房、急诊 ICU，但须由专职医师与护士负责诊治护理，规范管理。
11. 要建立突发公共卫生事件应急预案，遇重大抢救，需立即报请科主任和院领导亲临参加指挥。凡涉及法律、纠纷的患者和无名氏者，在积极救治的同时，及时向有关部门报告。
12. 急诊病人不受地域与医院等级的限制，对需要转院的急诊病人须事先与转去医院联系，取得同意后，方得转院。

二、抢救室工作制度（82-16）

1. 抢救室专为抢救病员设置，其他任何情况不得占用，设有危重症抢救流程图。

2. 一切抢救药品、物品、器械、敷料均须放在指定位置，并有明显标记，不准任意挪用或外借。
3. 药品、器械用后均需及时清理、消毒，消耗部分应及时补充，放回原处，以备再用。
4. 每班核对一次物品，班班交接，做到帐物相符。
5. 无菌物品须注明灭菌日期，超过一周时重新灭菌。
6. 每周须彻底清扫、消毒一次，室内禁止吸烟。
7. 抢救时抢救人员要按岗定位，遵照各种疾病的抢救常规程序，进行工作。
8. 每次病员抢救完毕后，主持者要及时做现场评论和初步总结。

三、急诊观察室制度（82-17）

1. 不符合住院条件，但根据病情尚须急诊观察的病员，可留观察室进行观察。
2. 各科急诊值班医师和护士，根据病情严密注意观察、治疗。凡收入观察室的病员，必须开好医嘱，按格式规定及时书写病历，随时记录病情及处理经过。
3. 急诊值班医师早晚各查房一次，重病随时。主治医师每日查房一次，及时修订诊疗计划，指出重点工作。
4. 急诊室值班护士，随时主动巡视病员，按时进行诊疗护理并及时记录、反映情况。
5. 值班医护人员对观察病员的临时变化，要随找随到床边看视，以免贻误病情。
6. 急诊值班医护人员对观察床病员，要按时详细认真地进行交接班工作，必要情况书面记录。

四、门诊工作制度（82-18）

1. 医院应有一名副院长分工负责领导门诊工作。各科主任、副主任应加强对本科门诊的业务技术领导。各科（特别是内、外、妇产、小儿等科）应确定一位主治医师或高年住院医师协助科主任领导本科的门诊工作。
2. 各科室参加门诊工作的医务人员，在医疗护理管理部门统一领导下进行工作。人员调换时，应与医疗护理管理部门共同商量，上岗前进行门诊病历书写规范的培训。
3. 门诊的医护人员应是具有一定临床经验的执业医师、注册护士担任，实行医师兼管门诊和病房的医院和科室，必须安排好人力，实习人员及未授权的进修人员应上级人员指导下工作，不得独立执业。
4. 对疑难重病员不能确诊，病员两次复诊仍不能确诊者，应及时请上级医师诊视。科主任、主任医师应定期出门诊，解决疑难病例。对某些慢性病员和专科病员，应根据医院具体情况设立专科门诊。
5. 对高烧病员、重病员、60岁以上老人及来自远地的病员，应优先安排门诊。
6. 对病员要进行认真检查，简明扼要准确地记载病历。主治医师应定期检查门诊医疗质量。
7. 门诊检验、放射等各种检查结果，必须做到准确及时。门诊手术应根据条件规定一定范围。医师要加强对换药室、治疗室的检查指导，必要时，

要亲自操作。

8. 门诊各科与住院处及病房应加强联系，以便根据病床使用及病员情况，有计划地收容病员住院治疗。
9. 加强检诊与分诊工作，严格执行消毒隔离制度，防止交叉感染。小儿科、内科应建立传染病诊室。做好疫情报告。
10. 门诊标示清晰明白，设有导诊服务工作人员，要做到关心体贴病员，态度和蔼，有礼貌，耐心地解答问题。尽量简化手续，有计划地安排病员就诊。
11. 门诊应经常保持清洁整齐，改善候诊环境，加强候诊教育，宣传卫生防病、计划生育和优生学知识，有饮水设施及服务项目收费标准公示栏
12. 门诊医师要采用保证疗效，经济适宜的诊疗方法，合理检查、合理用药，尽可能减轻病员的负担。
13. 对基层或外地转诊病人，认真诊治在转回基层或原地时要提出诊治意见。

五、处方制度（82-20）

1. 医院及医师、药师都应严格执行《处方管理办法》，促进合理用药，保障医疗安全。
2. 执业医师、助理医师处方权，可由各科主任提出，经医疗管理部门审核，院长批准，登记备案，并将本人之签字或印模留样于药剂科。
3. 药剂科不得擅自修改处方，如处方有错误应通知医师更改后配发。凡处方不合规定者药剂科有权拒绝调配。
4. 有关“麻醉药品和第一类精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品”处方及处方权，应当严格遵守有关法律、法规和规章的规定。
5. 医师应根据病情诊断开具处方，处方一般不得超过7日用量（《处方管理办法》第十九条），对于某些慢性病或特殊情况可酌情适当延长。处方当日有效，超过期限须经医师更改日期，重新签字方可调配。医师不得为本人及其家属开处方。
6. 处方内容
 - （1）前记：包括医疗机构名称、费别、患者姓名、性别、年龄、门诊或住院病历号，科别或病区和床位号、临床诊断、开具日期等。可添列特殊要求的项目。麻醉药品和第一类精神药品处方还应当包括患者身份证明编号，代办人姓名、身份证明编号。
 - （2）正文：以Rp或R（拉丁文Recipe“请取”的缩写）标示，分列药品名称、剂型、规格、数量、用法用量。
 - （3）后记：医师签名或者加盖专用签章，药品金额以及审核、调配，核对、发药药师签名或者加盖专用签章。
 - （4）急诊处方应在右上角加盖“急”字图印。
7. 处方一般用钢笔或兰色或兰黑炭素墨水笔书写，字迹要清楚，不得涂改。如有涂改医师必须在涂改处签字。一般用拉丁文或中文书写。急诊处方应在左上角盖“急”字图章。
8. 医师应当根据医疗、预防、保健需要，按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方。（《处方管理办法》第十四条。
9. 药品剂量与数量用阿拉伯数字书写。剂量应当使用法定剂量单位：重量

以克(g)、毫克(mg)、微克(μg)、纳克(ng)为单位;容量以升(L)、毫升(ml)为单位;国际单位(IU)、单位(U);中药饮片以克(g)为单位。片剂、丸剂、胶囊剂、颗粒剂分别以片、丸、粒、袋为单位;溶液剂以支、瓶为单位;软膏及乳膏剂以支、盒为单位;注射剂以支、瓶为单位,应当注明含量;中药饮片以剂为单位

10. 一般处方保存一年,毒、麻处方到期登记后由院长或副院长批准销毁。
11. 对违反规定,乱开处方,滥用药品的情况,药剂科有权拒绝调配,情节严重应报告院长、业务副院长或主管部门检查处理。
12. 药剂师(药剂士)对每一张处方均应审核,定期对处方进行用药分析,并将意见及时向全体医师通报;有责任向医师提供科学用药,合理用药的信息,并给予用药指导。
13. 本制度所指的处方含意,包括在门诊、急诊、住院的医师所开具的各类处方及下达医嘱中的药物治疗医嘱。

六、病历书写制度(82-25)

1. 医师应严格按照《病历书写基本规范(试行)》要求书写病历,应用钢笔书写,力求通顺、完整、简练、准确,字迹清楚、整洁,不得删改、倒填、剪贴。医师应签全名。
2. 病历一律用中文书写,无正式译名的病名,以及药名等可以例外。诊断、手术应按照疾病和手术分类名称填写。
3. 门诊病历书写的基本要求:
 - 3.1 要简明扼要。病员的姓名、性别、年龄、职业、籍贯、工作单位或住所由挂号室填写。主诉、现病史、既往史,各种阳性体征和必要的阴性体征,诊断或印象诊断及治疗、处理意见等均需记载于病历上,由医师书写签字。
 - 3.2 间隔时间过久或与前次不同病种的复诊病员。一般都应与初诊病员同样写上检查所见和诊断,并应写明“初诊”字样。
 - 3.3 每次诊察,均应填写日期,急诊病历应加填时间。
 - 3.4 请求他科会诊,应将请求会诊目的及本科初步意见在病历上填写清楚。
 - 3.5 被邀请的会诊医师应在请求会诊的病历上填写检查所见、诊断和处理意见并签字。
 - 3.6 门诊病员需要住院检查和治疗时,由医师签写住院证,并在病历上写明住院的原因和初步印象诊断。
 - 3.7 门诊医师对转诊病员应负责填写转诊病历摘要。
4. 住院病历书写的基本要求:
 - 4.1 住院医师要为新入院患者书写一份完整病历,内容包括姓名、性别、年龄、职业、籍贯、工作单位或住所、主诉、现病史、既往史、家族史、个人生活史、女病人月经史、生育史、体格检查、化验检查、特殊检查、小结、初步诊断、治疗处理意见……等,由经治医师书写签字。
 - 4.2 书写时力求详尽、整齐、准确,要求入院后24小时内完成,急诊应即刻检查填写。
 - 4.3 住院医师书写病历,主治医师应审查修正并签字。
 - 4.4 若病房设有实习医师,可由实习医师书写,由带教住院医师审查签字认可负责,并做必要的补充修改,住院医师则须书写首次病程记录。

- 4.5 再次入院者应写再次入院病历。
- 4.6 病员入院后，必须于 24 小时内进行拟诊分析，提出诊疗措施，并记于病程记录内。
- 4.7 病程记录（病程日志）包括病情变化、检查所见、鉴别诊断、上级医师对病情的分析及诊疗意见、治疗过程和效果。凡施行特殊处理时要记明施行方法和时间。病程记录要及时记载，一般应每天记录一次，重危病员和骤然恶化病员应随时记录。病程记录由经治医师负责记载，主治医师应有计划地进行检查，提出同意或修改意见并签字。
- 4.8 科内或全院性会诊及疑难病症的讨论，应做详细记录。请他科医师会诊由会诊医师填写记录并签字。
- 4.9 手术病员的术前准备、术前讨论、手术记录、麻醉记录、术后总结，均应详细地填入病程记录内或另附手术记录单。
- 4.10 凡移交病员均需由交班医师写出交班小结于病程记录内。阶段小结由经治医师负责填入病程记录内。
- 4.11 凡决定转诊、转科或转院的病员，经治医师必须书写较为详细的转诊、转科、或转院记录，主治医师审查签字。转院记录最后由科主任审查签字。
- 4.12 各种检查回报单应按顺序粘贴，各种病情介绍单或诊断证明书亦应附于病历上。
- 4.13 出院总结和死亡记录应在当日完成。出院总结内容包括病历摘要及各项检查要点、住院期间的病情转变及治疗过程、效果、出院时情况、出院后处理方针和随诊计划（有条件的医院应建立随诊制度）由经治医师书写，主治医师审查签字。
- 4.14 死亡记录除病历摘要、治疗经过外，应记载抢救措施、死亡时间、死亡原因由经治医师书写，主治医师审查签字。凡做病理解剖的病员应有详细的病理解剖记录及病理诊断。死亡病历讨论也应做详细记录。
5. 中医、中西医结合病历应包括中医、中西医结合诊断和治疗内容。

七、查房制度（82-26）

1. 科主任、主任医师或主治医师查房，应有住院医师、护士长和有关人员参加。科主任、主任医师查房每周 1—2 次，主治医师查房每日一次，查房一般在上午进行。住院医师对所管病员每日至少查房二次。
2. 对危重病员，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、科主任、主任医师检查病员。
3. 查房前医护人员要做好准备工作，如病历、X 光片，各项有关检查报告及所需用的检查器材等。查房时要自上而下逐级严格要求，认真负责。经治的住院医师要报告简要病历、当前病情并提出需要解决的问题。主任或主治医师可根据情况做必要的检查和病情分析，并做出肯定性的指示。
4. 护士长组织护理人员每月进行一次护理查房，主要检查护理质量，研究解决疑难问题，结合实践教学。
5. 查房的内容：
 - 5.1 科主任、主任医师查房，要解决疑难病例；审查对新入院、重危病员的诊断、治疗计划；决定重大手术及特殊检查治疗；抽查医嘱、病历、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。

- 5.2 主治医师查房，要求对所管病人分组进行系统查房。尤其对新入院、重危、诊断未明、治疗效果不好的病员进行重点检查与讨论；听取医师和护士的反映；倾听病员的陈述；检查病历并纠正其中错误的记录；了解病员病情变化并征求对饮食、生活的意见；检查医嘱执行情况治疗效果；决定出、转院问题。
- 5.3 住院医师查房，要求先重点巡视重危、疑难、待诊断、新入院、手术后的病员，同时巡视一般病员；检查化验报告单，分析检查结果，提出进一步检查或治疗意见；检查当天医嘱执行情况；给予必要的临时医嘱并开写次晨特殊检查的医嘱；检查病员饮食情况；主动征求病员对医疗、护理、生活等方面的意见。
6. 院领导以及机关各科负责人，应有计划有目的地定期参加各科的查房，检查了解对病员治疗情况和各方面存在的问题，及时研究解决，做好查房及改进反馈记录。

八、医嘱制度（82-27）

1. 下达与执行医嘱的人员，必须是本院具备注册执业医师与注册护士资格的人员，其它人员不得下达与执行医嘱。
2. 医嘱一般在上班后二小时内开出，要求层次分明，内容清楚。转抄和整理必须准确，不得涂改。如须更改或撤销时，应用红笔填“取消”字样并签名。临时医嘱应向护士交代清楚。医嘱要按时执行。开写、执行和取消医嘱必须签名并注明时间。
3. 医师写出医嘱后，要复查一遍。护士对可疑医嘱，必须查清后方可执行，必要时护士有权向上级医师及护士长报告。除抢救或手术中不得下达口头医嘱，下达口头医嘱，护士需复诵一遍，经医师查对药物后执行，医师要及时补记医嘱。每项医嘱一般只能包含一个内容。严禁不看病人就开医嘱的草率作风。
4. 护士每班要查对医嘱，夜班查对当日医嘱，每周由护士长组织总查对一次。转抄、整理医嘱后，需经另一人认真查对后，方可执行。
5. 手术后和分娩后要停止术前和产前医嘱，重开医嘱，并分别转抄于医嘱记录单和各项执行单上。
6. 凡需下一班执行的临时医嘱，要交代清楚，并在护士值班记录上注明。
7. 无医师医嘱时，护士一般不得给病员进行对症处理。但遇抢救危重病病人的紧急情况下，医师不在现场，护士可以针对病情临时给予必要处理，但应做好记录并及时向经治医师报告。
8. 通过医院 HIS 系统下达医嘱的医院，要有严格授权体制与具体执行时间记录。

九、医疗质量管理制度（92-1）

- 1、医疗质量是医院管理的核心内容和永恒的主题，医院必须把医疗质量放在首位，把质量管理是不断完善、持续改进的过程，要纳入医院的各项工作。
- 2、医院要建立健全医疗质量保证体系，即建立院、科二级质量管理组织，职责明确，配备专（兼）职人员，负责质量管理工作。
 - 2.1 医院设置的质量管理与改进组织（例如医疗质量管理委员会、病案

- 管理委员会、药事管理委员会、医院感染管理委员会、输血管理委员会)要与医院功能任务相适应,人员组成合理,职责与权限范围清晰,能定期召开工作会议,为医院质量管理提供决策依据。
- 2.2 院长作为医院医疗质量管理第一责任人,应认真履行质量管理与改进的领导与决策职能;其它医院领导干部应切实参与制定、监控质量管理与改进过程;
- 2.3 医疗、护理、医技职能部门行使指导、检查、考核、评价和监督职能。
- 2.4 临床、医技等科室部门主任全面负责本科室医疗质量管理工作。
- 2.5 各级责任人应明确自己的职权和岗位职责,并应具备相应的质量管理与分析技能。
- 3、院、科二级质量管理组织要根据上级有关要求和自身医疗工作的实际,建立切实可行的质量管理方案。
- 3.1 医疗质量管理与持续改进方案是全面、系统的书面计划,能够监督各部门,重点是医疗、护理、医技科室的日常质量管理与质量的危机管理,
- 3.2 质量管理方案的主要内容包括:建立质量管理目标、指标、计划、措施、效果评价及信息反馈等,加强医疗质量关键环节、重点部门和重要岗位的管理。
- 4、健全医院规章制度和人员岗位责任制度,严格落实医疗质量和医疗安全的核心制度:
- 4.1 核心制度包括首诊负责制度、三级医师查房制度、分级护理制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、术前讨论制度、死亡病例讨论制度、查对制度、病历书写基本规范与管理制度、交接班制度、技术准入制度等。
- 4.2 对病历质量管理要重点加强运行病历的实时监控与管理
- 5、加强全员质量和安全教育,牢固树立质量和安全意识,提高全员质量管理与改进的意识和参与能力,严格执行医疗技术操作规范和常规;医务人员“基础理论、基本知识、基本技能”必须人人达标。
- 6、质量管理工作应有文字记录,并由质量管理组织形成报告,定期、逐级上报。通过检查、分析、评价、反馈等措施,持续改进医疗质量,将质量与安全的评价结果纳入对医院、科室、员工的绩效评价评估。
- 7、建立与完善医疗质量管理实行责任追究的制度、形成医疗质量管可追溯与质量危机预警管理的运行机制。
- 8、加强基础质量、环节质量和终末质量管理,要用《诊疗常规》指导对患者诊疗工作,有条件的医院要逐步用《临床路径》规范对患者诊疗行为。
- 9、逐步建立不以处罚为目标的,是针对医院质量管理体系持续改进为对象的不良事件报告系统,能够把发现的缺陷,用于对医疗质量管理制度、运行机制与程序的改进工作。
- 10、建立与完善目前质量管理常用的结果性指标体系基础上,逐步形成结果性指标、结构性指标、过程性指标的监控与评价体系。

十、医院感染管理制度(92-6)

1. 医院要认真贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和

国传染病防治法实施细则》及《医院感染管理办法》的有关规定，医院感染管理是院长重要的职责，是医院质量与安全管理工作的重要组织部分，

2. 建立健全医院感染管理组织与部门，配备专（兼）职人员，并认真履行职责，建立与完善医院感染突发事件有应急管理程序与措施。
3. 医院要制定和实施医院感染管理与监控方案、对策、措施、效果评价和登记报告制度，确定临床预防和降低医院感染的重点管理项目，并作为医院质量管理的重要内容，定期或不定期进行核查。
4. 将对医务人员的消毒、隔离技术操作定期考核与医院感染管理指标的完成情况，纳入定期科室医疗质量管理与考核的范围，并定期向医务人员与管理部门通报。
5. 建立医院感染控制的在职教育制度，定期对医院职工进行预防医院感染的宣传与教育。
6. 医院须规范消毒、灭菌、隔离与医疗废物管理工作，严格执行无菌技术操作、消毒隔离工作制度，要加强感染性疾病科、口腔科、手术室、重症监护室、新生儿病房、产房、内窥镜室、血液透析室、导管室、临床检验部门和消毒供应室等重点部门的医院感染管理与监测工作。
7. 执行《抗菌药物临床应用指导原则》，提高抗菌药物临床合理应用水平。制定和完善医院抗菌药物临床应用实施细则，坚持抗菌药物分级使用。开展临床用药监控，实施抗菌药物用量动态监测及超常预警，对过度使用抗菌药物的行为及时予以干预。
8. 应当按照《医疗废物管理条例》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》的规定对医疗废物进行有效管理，并有医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故的应急方案。

十一、查对制度（82-28）

1. 临床科室

- 1.1 开医嘱、处方或进行治疗时，应查对病员姓名、性别、床号、住院号（门诊号）。
- 1.2 执行医嘱时要进行“三查七对”：摆药后查；服药、注射、处置前查；服药、注射处置后查。对床号、姓名和服用药的药名、剂量、浓度、时间、用法、有效期。
- 1.3 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。
- 1.4 给药前，注意询问有无过敏史；使用毒、麻、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。
- 1.5 输血前，需经两人查对，无误后，方可输入；输血时须注意观察，保证安全。

2. 手术室

- 2.1 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。
- 2.2 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经。同时要知道患者是否有已知的药物过敏。

2.3 手术切皮前,实行“暂定”,由手术者与麻醉师、护士再次核对姓名、诊断、手术部位、手术方式后方可开展手术。

2.4 凡进行体腔或深部组织手术,要在术前与缝合前清点所有敷料和器械数。

2.5 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

2.6 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。

3. 药房

3.1 配方时,查对处方的内容、药物剂量、配伍禁忌,医师签名是否正确。

3.2 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。

4. 血库

4.1 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。逐步推广使用条形码进行核对。

4.2 发血时,要与取血人共同查对科别、病房、床号、姓名、血型、交叉配合试验结果、血瓶号、采血日期、血液质量。

5. 检验科

5.1 采取标本时,查对科别、床号、姓名、检验目的。

5.2 收集标本时,查对科别、姓名、性别、联号、标本数量和质量。

5.3 检验时,查对试剂、项目,化验单与标本是否相符,以及标本的质量。

5.4 检验后,查对目的、结果。

5.5 发报告时,查对科别、病房。

6. 病理科

6.1 收集标本时,查对单位、姓名、性别、联号、标本、固定液。

6.2 制片时,查对编号、标本种类、切片数量和质量。

6.3 诊断时,查对编号、标本种类、临床诊断、病理诊断。

6.4 发报告时,查对单位。

7. 医学影像科

7.1 检查时,查对科别、病房、姓名、年龄、片号、部位、目的。

7.2 治疗时,查对科别、病房、姓名、部位、条件、时间、角度、剂量。

7.3 使用造影剂时应查对病人对造影剂过敏

7.4 发报告时,查对科别、病房。

8. 理疗科及针灸室

8.1 各种治疗时,查对科别、病房、姓名、部位、种类、剂量、时间、皮肤。

8.2 低频治疗时,并查对极性、电流量、次数。

8.3 高频治疗时,并检查体表、体内有无金属异常。

8.4 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。

9. 供应室

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

10. 特殊检查室（心电图、脑电图、超声波等）

- 10.1 检查时，查对科别、床号、姓名、性别、检查目的。
- 10.2 诊断时，查对姓名、编号、临床诊断、检查结果。
- 10.3 发报告时查对科别、病房。

11. 其他科室

应根据上述要求精神，制定本科室工作的查对制度。

十二、会诊制度（82-29）

1. 凡遇疑难病例，应及时申请会诊。
2. 科间会诊：由经治医师提出，上级医师同意，填写会诊单。应邀医师一般要在两天内完成，并写会诊记录。如需专科会诊的轻病员，可到专科检查。
3. 急诊会诊：被邀请的人员，必须随请随到。
4. 科内会诊：由经治医师或主治医师提出，科主任召集有关医务人员参加。
5. 院内会诊：由科主任提出，经医务科同意，并确定会诊时间，通知有关人员参加。一般由申请科主任主持，医务科要有人参加。
6. 院外会诊：本院一时不能诊治的疑难病例，由科主任提出，经医务科同意，并与有关单位联系，确定会诊时间。应邀医院应指派科主任或主治医师以上人员前往会诊。会诊由申请科主任主持。必要时，携带病历，陪同病员到院外会诊。也可将病历资料，寄发有关单位，进行书面会诊。
7. 科内、院内、院外的集体会诊：经治医师要详细介绍病史，做好会诊前的准备和会诊记录。会诊中，要详细检查，发扬技术民主，明确提出会诊意见。主持人要进行小结，认真组织实施。

十三、转院、转科制度（82-30）

1. 医院因限于技术和设备条件，对不能诊治的病员，由科内讨论或由科主任提出，经医疗管理部门、或主管业务副院长、或医院总值班批准，提前与转入医院联系，征得同意后方可转院。
2. 病员转院应向患者本人或家属充分告知，如估计途中可能加重病情或死亡者，应留院处置，待病情稳定或危险过后，再行转院。
3. 较重病人转院时应派医护人员护送。病员转院时，应将病历摘要随病员转去。病员在转入医院出院时，应写治疗小结，交病案室，退回转出医院。转入疗养院的病员只带病历摘要。
4. 病员转科须经转入科会诊同意。转科前，由经治医师开转科医嘱，并写好转科记录，通知住院处登记，按联系的时间转科。转出科需派人陪送到转入科，向值班人员交代有关情况。转入科写转入记录，并通知住院处和营养室。

十四、病例讨论制度（82-31）

1. 临床病例（临床病理）讨论

- 1.1 医院应选择适当的在院或已出院（或死亡）的病例举行定期或不定期的临床病例（临床病理）讨论会。
- 1.2 临床病例（临床病理）讨论会，可以一科举行，也可以几科联合举行。有条件的医院与病理科联合举行时，称“临床病理讨论会”。
- 1.3 每次医院临床病例（临床病理）讨论会时，必须事先做好准备，负责主治的科应将有关材料加以整理，尽可能作出书面摘要，事先发给参加讨论的人员，预作发言准备。
- 1.4 开会时由主治科的主任或主治医师主持，负责介绍及解答有关病情、诊断、治疗等方面的问题并提出分析意见（病历由住院医师报告）。会议结束时由主持人作总结。
- 1.5 临床病例（临床病理）讨论会应有记录，可以全部或摘要归入病历内。

2. 出院病例讨论

- 2.1 有条件的医院（二级甲等以上医院）应定期（每月1～2次）举行出院病例讨论会，作为出院病历归档的最后审查。
- 2.2 出院病例讨论会可以分科举行（由主任或主任（副主任）医师主持）或分病室（组）举行（由主任（副主任）医师或主治医师主持），经管的住院医师和实习医师参加。
- 2.3 出院病例讨论会应对该期间出院的病历依次进行审查。
 - a. 记录内容有无错误或遗漏。
 - b. 是否按规律顺序排列。
 - c. 确定出院诊断和治疗结果。
 - d. 是否存在问题，取得那些经验教训。

3. 疑难病例讨论会：

- 3.1 凡遇疑难病例，由科主任或主任（副主任）医师主持，有关人员参加，
- 3.2 认真进行讨论，尽早明确诊断，提出治疗方案。

4. 术前病例讨论会：

- 4.1 对重大、疑难及新开展的手术，必须进行术前讨论。
- 4.2 由科主任或主任（副主任）医师主持，手术医师、麻醉医师、护士长、护士及有关人员参加，必要时请医疗管理部门人员参加。
- 4.3 订出手术方案、术后观察事项、护理要求等。
- 4.4 讨论情况记入病历。一般手术，也要进行相应讨论。

5. 死亡病例讨论会：

- 5.1 凡死亡病例，一般应在患者死后一周内召开，特殊病例应及时讨论。尸检病例，待病理报告做出后一周进行。
- 5.2 由科主任主持，医护和有关人员参加，必要时请医疗管理部门人员参加。
- 5.3 讨论目的是分析死亡原因，吸取诊疗过程中的经验与教训，
- 5.4 要有完整的讨论记录，由科主任、上级医师签字确认后纳入病历。

十五、值班、交接班制度（82-32）

1. 医师值班与交接班：

- 1.1 各科在非办公时间及节假日，须设有值班医师，可根据科室的大小和床位的多少，单独或联合值班。
- 1.2 值班医师每日在下班前至科室，接受各级医师交办的医疗工作。交接班时，应巡视病室，了解危重病员情况，并做好床前交接。
- 1.3 各科室医师在下班前应将危重病员的病情和处理事项记入交班簿，并做好交班工作。值班医师对重危病员应作好病程记录和医疗措施记录，并扼要记入值班日志。
- 1.4 值班医师负责各项临时性医疗工作和病员临时情况的处理；对急诊入院病员及时检查填写病历，给予必要的医疗处置。
- 1.5 值班医师遇有疑难问题时，应请经治医师或上级医师处理。
- 1.6 值班医师夜间必须在值班室留宿，不得擅自离开。护理人员邀请时应立即前往视诊。如有事离开时，必须向值班护士说明去向。
- 1.7 值班医师一般不脱离日常工作，如因抢救病员未得休息时，应根据情况给予适当补休。
- 1.8 每日晨，值班医师将病员情况重点向主治医师或主任医师报告，并向经治医师交清危重病员情况及尚待处理的工作。

2. 护士值班与交接班：

- 2.1 病房护士实行三班轮流值班。值班人员应严格遵照医嘱和护士长安排，对病员进行护理工作。
- 2.2 交班前，护士长应检查医嘱执行情况和危重病员记录，重点巡视危重病员和新病员，并安排护理工作。
- 2.3 病房应建立日夜交班簿和医院用品损坏、遗失簿。交班人必须将病员总数、出入院、死亡、转科、手术和病危人数；新病员的诊断、病情、治疗、护理、主要医嘱和执行情况；送留各种检验标本数目；常用毒剧药品、急救药品和其他医疗器械与用品是否损坏或遗失等情况，记入交班簿，向接班人交待清楚后再下班。
- 2.4 晨间交接班时，由夜班护士重点报告危重病员和新病员病情诊断以及与护理有关的事项。
- 2.5 早晚交班时，日夜班护士应详细阅读交班簿，了解病员动态，然后由护士长或主管护士陪同日夜班重点巡视病员作床前交班。交班者应给下一班作好必需用品的准备，以减少接班人的忙乱。

3. 药房、检验、超声、医学影像等科室：

应根据情况设有值班人员，并努力完成在班时间内所有工作，保证临床医疗工作的顺利进行，并做好交接记录。

十六、 手术管理工作制度（82-40）

1. 手术室护士长是本科护理质量与安全管理第一责任者，由具备资质的注册护士承担患者的手术配合，对各级手术护士执业范围有明确的授权制度与再评价授权。
2. 工作人员管理：
 - 2.1 凡在手术室工作人员，必须严格遵守无菌原则，严格执行手术室各级各类人员职责、无菌操作、消毒常规、急救抢救制度、查对制度、防止交叉感染处理原则、特种感染处理原则、防止差错事故制度、安全制度、药品、物

品器械管理制度、值班制度等。

2.2 进手术室时必须穿戴手术室的拖鞋、隔离衣、一次性口罩、帽子。有皮肤感染灶或呼吸道感染者，不得进入手术室，特殊情况呼吸道感染者需戴双层口罩。手术室工作服不能在手术室以外的区域穿着。

2.3 进入手术室人员未取得院级管理部门的特许，任何个人、科室及媒体不得携带各种摄影器材进行手术拍照、录像。任何人员不能将移动通讯工具带入手术间内使用。

2.4 除参加手术的医护人员外，其他人员不得进入手术室。见习学生和参观者，需由老师带领或经医务处或护理部批准，并通知手术室护士长和有关科室的科主任。见习或参观者，须在指定的手术间内参观，并接受手术室工作人员的管理和指导，不得任意游走及进入其它的手术间。任何违规者，手术室负责人有权拒绝其进入手术室，并通知有关部门。

2.5 手术室在夜间及假日应设专人值班，以便随时进行各种紧急手术。

3. 环境管理：保持室内肃静和整洁，严禁吸烟和喧哗，值班人员须就餐应在指定地点。

4. 手术部位感染率管理：根据手术风险度（手术切口清洁程度、麻醉分级及手术持续时间）统计手术部位感染率。

附、围手术期管理制度（新增）

（一）术前管理：

1. 凡需手术治疗的病人，各级医生应严格手术适应症，及时完成手术前的各项准备和必需的检查。准备输血的病人必须检查血型及感染筛查（肝功、乙肝五项、HCV、H1V、梅毒抗体）。
2. 手术前质术者及麻醉医师必须亲自查看病人，向病人及家属或病人授权代理人履行告知义务，包括：病人病情、手术风险、麻醉风险、自付费项目等内容，征得其同意并由病人或病人授权代理人签字。如遇紧急手术或急救病人不能签字，病人家属或授权代理人又未在医院不能及时签字时，按《医疗机构管理条例》相关规定执行，报告上级主管部门，在病历详细记录。
3. 主管医师应做好术前小结记录。中等以上手术均需行术前讨论。重大手术、特殊病员手术及新开展的手术等术前讨论须由科主任主持讨论制订手术方案，讨论内容须写在术前讨论记录单上，并上报医务处备案。
4. 手术医师确定应按手术分级管理制度执行。重大手术及各类探查性质的手术须由有经验的副主任医师以上职称的医师或科主任担任术者，必要时须上报医务处备案。
5. 手术时间安排提前通知手术室，检查术前护理工作实施情况及特殊器械准备情况。所有医疗行为应在病历上有记录。如有不利于手术的疾患必须及时请相关科室会诊。
6. 手术前患者应固定好识别用的腕带，所标的信息准确无误；同时完成手术部位的标记。

（二）手术当日管理：

1. 医护人员要在接诊时及手术开始前要认真核对病人姓名、性别、病案号、床号、诊断、手术部位、手术房间等。病人进手术室前须摘除假牙，贵

重物品由家属保管。

2. 当日参加手术团队成员（手术医师、麻醉医师、台上与巡回护士、其它相关人员）应提前进入手术室，由手术者讲述重要步骤、可能的意外的对策、严格按照术前讨论制定的手术方案和手术安全核对的要求执行。
3. 手术过程中术者对病人负有完全责任，助手须按照术者要求协助手术。手术中发现疑难问题，必要时须请示上级医师。
4. 手术过程中麻醉医师应始终监护病人，不得擅自离岗。
5. 手术中如确需更改原订手术方案、术者或决定术前未确定的脏器切除，使用贵重耗材等情况时，要及时请示上级医师，必要时向医务处或主管院长报告；并须再次征得患者或家属同意并签字后实施。
6. 核查术中植入的假体材料、器材标示上的信息及效期，条形码应贴在麻醉记录单的背面。
7. 术中切除的病理标本须向患者或家属展示并在病案中记录。手术中切取的标本及时按要求处理，在标本容器上注明科别、姓名、住院号，由手术医师填写病理检查申请单。手术中需做冰冻切片时，切除的标本由手术室专人及时送病理科，专人取回病理报告。
8. 凡参加手术的工作人员，要严肃认真地执行各项医疗技术操作常规，注意执行保护性医疗制度，术中不谈论与手术无关的事情。术中实施自体血回输时，严格执行《临床输血技术规范》。

（三）术后管理：

1. 手术结束后，术者对病人术后需要特殊观察的项目及处置（各种引流管和填塞物的处理）要有明确的书面交待（手术记录或病程记录）。手术记录应在规定时限内及时、准确、真实、全面地完成。
2. 麻醉科医师要对实施麻醉的所有病人进行麻醉后评估，尤其对全麻术后病人，麻醉科医师应严格依照全麻病人恢复标准确定病人去向（术后恢复室或病房或外科监护室）。并对重点病人实行术后 24 小时随访且有记录。病人送至病房后，接送双方必须有书面交接，以病历中签字为准。
3. 凡实施中等以上手术或接受手术病情复杂的高危患者时，手术者应在病人术后 24 小时内查看病人。如有特殊情况必须做好书面交接工作。术后 3 天之内必须至少有 1 次查房记录。

（四）围手术期医嘱管理：

1. 手术前后医嘱必须由手术医师/或由术者授权委托的医师开具。
2. 对特殊治疗、抗菌药物和麻醉镇痛药品按国家有关规定执行。

十七、麻醉科工作制度（82-41）

1. 麻醉应由麻醉专业的执业医师担任，实施授权范围内的临床麻醉、疼痛治疗及心肺复苏。
2. 担任麻醉的医师在术前均应访视患者，对全身情况进行麻醉前评估（ASA 风险评估），确定麻醉方式，开好麻醉前医嘱；复杂特殊的患者应进行科内或多科参与的术前讨论，共同制订麻醉方案，对手术和麻醉中可能发生的困难和意外做出估计，便于做好麻醉前的准备工作；并在术前访视和讨论的基础上完成麻醉前小结。
3. 麻醉医师应按规范向患者及家属进行充分的告知与说明，签署麻醉知情同

意书，并认真检查麻醉药品、器械是否完备。

4. 麻醉医师按计划实施麻醉，严格执行技术操作常规和查对制度，在麻醉期间要坚守岗位，术中密切监测患者的病情变化，及时作出判断和处理，严格三级医师（或二线）负责制，遇有不能处理的困难情况应及时请示上级医师。术中认真填写麻醉记录
5. 实习、进修人员要在带教医师指导下工作，不得独立执业，。
6. 术毕待患者基本恢复后，护送患者回病房或麻醉恢复室，麻醉者要把麻醉记录单各项填写清楚。并向值班医师交待手术麻醉的经过及注意事项。术后应及时清理麻醉器械，妥善保管，定期检修，麻醉药品应及时补充。
7. 术后 72 小时内要随访患者，检查有无麻醉后并发症或后遗症，并作相应处理。
8. 急诊手术前的准备时间较短，但也应尽可能完善手术前的准备工作，术中、术后的管理同择期手术。
9. 麻醉工作质量及效率指标的统计分析制度。如麻醉工作量、麻醉效果评定，麻醉缺陷发生情况、麻醉死亡率及严重并发症发生率等，应有记录
10. 有突发紧急事件的应急预案，为随时参加抢救呼吸、心跳突然停止等危重病人的复苏，应从人员值班、操作技术、急救器械、通讯等方面做好准备。

附：麻醉恢复室管理制度（新增）。

1. 为确保麻醉恢复期病人的安全性，对麻醉工作量较大的医院及三级甲等医院根据情况设置麻醉恢复室。
2. 麻醉恢复室是临床麻醉工作的一部分，应由麻醉医师和麻醉护士进行管理。
3. 凡麻醉结束后尚未清醒，或虽已基本清醒但肌力恢复不满意的患者均应进入麻醉恢复室。
4. 待患者清醒，肌力及呼吸恢复的情况可参照 Steward 苏醒评分，必须达到 4 分才能离开麻醉恢复室。
5. 如遇到患者苏醒意外延长，或呼吸循环等功能不稳定者，应积极查找原因，及时处理，并考虑转 ICU，以免延误病情。
6. 患者收入或转出麻醉恢复室，均应由麻醉医师决定，麻醉专业护士协助麻醉医师负责病情监测与诊治。

十八、重大医疗过失行为和医疗事故报告制度（82-55）

1. 根据《医疗机构管理条例》和《医疗事故处理条例》为保证医疗安全，提高医疗服务质量。医疗管理部门应当按照卫生部《重大医疗过失行为和医疗事故报告系统》的要求，建立相应报告制度与运行机制。
2. 医院内部应建立与完善医疗不良事件和事故监测网络体系。重点是医疗及护理差错、输血反应及输血感染疾病、药物不良反应、医疗器械所致不良事件等项目的监测、报告、登记、处理制度。
3. 报告可根据事件的情况采用书面、电话、网络等多种形式报告。
4. 受理的领导或专业部门工作人员在收到需要批示的请示报告后，应在三日内做出明确的批复。紧急情况当即决定。
5. 任何人不得瞒报、漏报、谎报。医疗行政管理部门应做好督查、督办，确保报告程序畅通。

6. 对不负责任、不履行岗位职责、不按照有关规定报告者，视情节予以处理。
7. 医疗机构发生或发现重大医疗过失行为后，应于 12 小时内向所在地县级卫生行政部门报告。
8. 7 日内向所在地县级卫生行政部门作出书面报告：
 - (1) 医疗事故争议未经医疗事故技术鉴定，由双方当事人自行协商解决的；
 - (2) 医疗事故争议经医疗事故技术鉴定确定为医疗事故，双方当事人协商或卫生行政部门调解解决的；
 - (3) 医疗事故争议经人民法院调解或者判决解决的。

十九、医疗技术管理制度（新增）

1. 医院提供的医疗技术服务应与其功能、任务和业务能力相适应，应当是核准的执业诊疗科目内的成熟医疗技术，符合国家有关规定，并且具有相应的专业技术人员、支持系统，能确保技术应用的安全、有效。
2. 建立健全并认真贯彻落实医疗技术准入、应用、监督、评价工作制度，并建立完善医疗技术风险预警机制与医疗技术损害处置预案，并组织实施。
3. 开展新技术、新业务要与医院的等级、功能任务、核准的诊疗科目相适应，有严格审批程序，有相适应的专业技术能力、设备与设施，和确保病人安全的方案；当技术力量、设备和设施发生改变，可能会影响到医疗技术的安全和质量时，应当中止此项技术。按规定进行评估后，符合规定的，方可重新开展。
4. 对新开展的医疗技术的安全、质量、疗效、费用等情况进行全程追踪管理和评价，及时发现医疗技术风险，并采取应对措施，以避免医疗技术风险或将其降到最低限度，建立新开展的医疗技术档案，以备查。
5. 进行的医疗技术科学研究项目，必需符合伦理道德规范，按规定批准。在科研过程中，充分尊重患者的知情权和选择权，并注意保护患者安全，不得向患者收取相关费用。
6. 医院不得使用未经卫生行政部门批准或安全性和有效性未经临床证明的技术，对须经卫生行政部门特许批准范围的特殊医疗技术项目，必须遵循医学伦理与职业道德，严格遵守相关卫生管理法律、法规、规章、诊疗规范和常规，医院与医师应按照法规要求报批，未经批准的医院与医师严禁开展此类技术服务。
7. 新技术、新业务在临床正式应用后，医院应及时制定发布临床诊疗规范、操作常规及质量考评标准，并列入质量考核范围内。

二十、临床检验危急值报告制度（新增）

1. “危急值”是指当这种检验结果出现时，表明患者可能正处于有生命危险的边缘状态，临床医生需要及时得到检验信息，迅速给予患者有效的干预措施或治疗，就可难挽救患者生命，否则就有可能出现严重后果，失去最佳抢救机会。
2. 医院要建立危急试验项目表与制定危急界限值，并要对危急界限值项目表进行定期总结分析，修改，删除或增加某些试验，以适合于本院病人群体的需要，关注来自急诊室、重病监护室、手术室等危重病人集中科室的标本。

3. 建立起实验室人员处理、复核确认和报告危急值及了解临床对患者处理情况的程序,并在《检验危急值结果登记本》上详细记录(记录检验日期、患者姓名、病案号、科室床号、检验项目、检验结果、复查结果、临床联系人、联系电话、联系时间(min)、报告人、备注等项目),有关人员都应按此程序办理。
4. 临床医生接到危急界限值的电话报告后应及时识别,若与临床症状不符,要关注样本的留取存在缺陷?如有需要,即应重留取标本进行复查。
5. 在实验室操作手册中应包括危急界值试验的操作规程,并对所有和危急界值试验有关的工作人员,包括医护人员进行培训。
6. 医院医疗管理职能部门应该定期检查和总结“危急值报告”的工作,每年至少要有一次总结,重点是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”的持续改进的具体措施。
7. 临床检验的“危急值报告”作为医院管理评价的重要条件,积极创造条件,逐步建立检验医师制。

二十一、临床实验(检验、病理)标本采集、运送制度(新增)

1. 临床实验(检验、病理)部门应制定标本采集规范,包括对患者的准备要求、标本采集的方式与途径、标本处理、运送、保存环境等内容,要对相关医务人员进行教育与培训,使员工能知晓和遵循,避免由于标本采集环节因素而影响分析前的质量控制。
2. 采集到的标本应有唯一性的识别标志,对有条件的医院应推行条形码识别系统。
3. 标本应在规定的时限内及时送达检测,避免因暂存环境与时间的延缓,而影响标本检测结果的真实性,不得将明知是可能是“失真的”检验标本送检。
4. 建立标本验收、登记、处理的工作程序,对不符合标本采集规范的标本应及时通报送检医师或其它相关人员明确处理意见,不得上机检测,更不得将明知是“失真的”检验结果签发报送临床,危及救治质量与病人安全。
5. 为确保生物安全性与严防医院感染,应逐步采用真空管采血,盛放标本运送工具应加盖密闭,不得敞开运送,检查申请单不得与标本容器卷裹混放。
6. 具有高危传染性标本、传染病医院的标本以及急诊抢救病人的标本,在采集后应由专人用专门盛具及时送检。
7. 各类标本在采集、暂存与运送过程中发生标本洒漏、标本容器破损等紧急意外事件,有紧急处理的程序与措施。

二十二、患者评估管理制度(新增)

1. 通过对患者评估全面把握患者基本的现状和诊疗服务的需求,为制定适宜于患者的诊疗(手术)方案(计划)提供依据和支持。
2. 对患者进行评估工作是各临床科室医师、护师的职责,是重要的质量管理监控环节。
3. 执行患者评估工作的应是具备在本院注册的执业医师和注册护士,或是经医院授权的其它岗位卫生技术人员。
4. 患者评估的重点范围,但不限于:住院患者评估、手术前评估、麻醉评估、危重病人评估、住院患者再评估,包括手术后评估、出院前评估等

5. 病人评估资料是供临床科室直接负责患者诊疗、护理工作医师、护士适宜使用，为制定诊疗（手术）方案（计划）和会诊、讨论提供支持，注意患者隐私保护，病人评估记录文件进入住院病历。
6. 医院有患者评估操作规范与程序，包括有评估项目、评估人及资质、评估标准与内容、时限要求、记录文件格式等。
7. 患者评估是指通过询问病史、体格检查、临床实验室检查、医技部门辅助检查等途径，对患者的心理、生理、社会、经济状况、病情严重程度、全身状况支持能力等做出综合评估，用于指导对患者的诊疗活动。

二十三、手术（有创操作）分级管理制度（新增）

1. 省级卫生行政部门根据本辖区内卫生资源的情况，对各科手术按照其技术难度、风险程度等划分为三级、二级以及一级，三个档次与医院等级相对应，此等级分类与医师职称无关。
2. 分级管理范围应包括各类手术、麻醉、介入诊疗等有创操作项目。
3. 三级医院可以实施三级及以下等级手术；二级医院可以实施二级及以下等级手术，禁止实施三级手术；一级医院仅可实施一级手术，禁止实施二级及以上等级手术。
4. 医院实行手术分级管理范围应与其医院的等级、功能、任务，与匹配的技术能力相一致，具备卫生行政部门核准的相应的诊疗科目。
5. 医院应设立由院领导、医疗职能部门和专家组成医院手术管理组织。负责制定和定期更新本单位的手术权限目录，各级医师的授权、定期技能评价及资格变更，审定新技术的疗效、安全性、可行性等。
6. 医院应根据外科手术技术操作常规确定出手术级别，建立手术准入管理、执业医师手术授权管理及手术分类细则。并且对重大、疑难、毁容致残、特殊身份病人等特殊手术建立起相应审批和申报程序，各类探查性（如：腹部、腹部等）手术原则上应由副主任医师承担。
7. 各级医师的授权必须在遵循《中华人民共和国执业医师法》的前提下，根据医师的技术资质（医师、主治医师、副主任医师、主任医师）及其实际能力水平，确定该医师所能实施和承担的相应手术的范围与类别。至少每三年对医师进行一次技术能力再评价与再授权，再授权是依实际能力提升而变，不随职称晋升而变动。
8. 对外聘及脱离本专业临床工作 1 年以上的外科医师，应由医疗管理部门对其技术能力和资质进行再评价与再授权后，方可从事临床诊疗活动。
9. 对于开展如人体器官移植等类的重大/特殊手术（诊疗技术），必须获得省级卫生行政部门批准的资格后方可开展。
10. 严格执行中等以上手术必须进行术前讨论的管理措施，手术者及麻醉师须参加讨论。术前讨论应包括：诊断、手术适应症、手术方案及麻醉的选择、术中医疗风险以及手术后并发症的防范措施等内容。
11. 各级手术医师应尊重病人的知情权和选择权。由手术者（或第一助手）向病人（或委托授权人）及其家属就病人病情、手术方式、可能发生的并发症及可采取的措施等进行充分、明确的术前告之，并有签字认可。
12. 如果手术过程中手术方式因故需要变更时，需要向其亲属（或委托授权人）交待并获得签字同意后方可进行。对病人实施新开展的手术技术须征得病人（或委托授权人）及其家属同意。

13. 手术/或有创操作记录应由手术者（或第一助手）负责在术后 24 小时内完成书写，详细记述手术过程、术中病理大体所见、术中出血量、病理标本的采集与送检等情况，附有必要的图示说明，必要时可有影像记录；术后首次病程录应由手术者（或第一助手）负责在术后 8 小时内完成书写，除记述手术的重点内容外，还应记录对术后并发症预防、标本去向等项内容。

二十四、主诊医师负责制度（试行）

1. 必须在进一步认真落实科主任负责制，三级医师（主任医师、主治医师、住院医师）责任制和“病人选择医生”的指导意见的基础上进行；在保障医疗质量、合理检查、合理用药、合理治疗，控制医疗费用的不合理增长，搞好科研、教学和对年轻医师的培养的情况下，逐步试行主诊医师负责制，并总结经验不断完善这一制度。
2. 每一位住院患者的诊疗（手术）方案都要由注册的执业医师资格的人员（副主任医师-主治医师-住院医师）组成的医疗小组进行讨论确认。
3. 医疗小组由具备副主任医师职称人员负责，担任主诊医师，带领由若干名下级医师组成的医疗小组，对其所管理的病人负责，包括对病人的门诊、入院、检查、诊断、治疗、出院后复诊整个过程。
4. 主诊医师负责经管床位病历记录的完整性、可靠性、及时性，经常审住院病历的内涵质量，对各项重要记录的内容须签字认可。
5. 主诊医师应向病人或家属介绍诊疗（或手术）方案，病人病情变化时应随时介绍病情，下级医师应详细记录主诊医师的介绍内容以及病人或家属的意见。
6. 主诊医师必须亲自参加所管病人的病例讨论、院内外会诊以及各种重要治疗变更的知情同意谈话。
7. 建立主诊医师责任制评价指标，至少包括有医疗数量、效率指标、医疗质量（医疗文书质量、医疗缺陷、服务质量）、出院病人平均费用、药费比重等相关指标。主诊医师要用“诊疗常规”指导临床诊疗工作，用“临床路径”来规范医疗小组的医疗行为。

二十五、危重病人进行高风险诊疗操作的资格许可授权制度（试行）

1. 医师与护士为危重病人进行诊疗操作须承担极大的风险，为确保诊疗操作质量与病人安全，实行诊疗操作的资格许可授权制，减少诊疗操作的风险性。
2. 诊疗操作资格的许可授权范围，应当包括所有进行本诊疗操作（护理）的执业医师与注册护士。无操作权的个人，除非在有正当理由的紧急情况下，不得从事诊疗操作。
3. 医院对需要资格许可授权的诊治操作项目有明确的规定，应是那些操作危险性大、易于发生并发症的项目，每项具体诊治操作项目都有操作常规，制定考评标准，全院各临床科室均应遵照执行。
4. 由医疗、护理管理职能部门负责建立相应的资格许可授权程序与机制。
 - 4.1 由医疗、护理管理职能部门与专业人员组成考评组织。
 - 4.2 提供需要资格许可授权的诊治操作项目的操作常规与考评标准，并实施培训与教育。

- 4.3 应当结合操作者的理论水平和实际操作技能, 对其熟练掌握程度进行认定。
- 4.4 所有资格评价资料都应当是可信任的, 是书面的、详细的, 并能随时可查。
5. 诊疗操作的资格许可授权实行动态管理, 至少每二年复评一次, 当出现下列情况, 则应当取消或降低其进行操作的权力。
 - 5.1 达不到操作许可授权所必需资格认定的新标准者。
 - 5.2 对操作者的实际完成质量评价后, 经证明其操作并发症的发生率超过操作标准规定的范围者。
 - 5.3 在操作过程中明显或屡次违反操作规程。
6. 通常需由医师在危重病人诊疗活动中完成的, 具有高危险性、高难度操作项目如下, 但不限于:
 7. 重点项目: 经皮动脉置管术、各种途径的中央静脉置管术、肺动脉置管术、经静脉临时起搏器安置术、心律转复/除颤术、气管内插管术、胸腔闭式引流术、纤维支气管镜检查术、三腔管气囊填塞术、心包穿刺术、经皮气管切开置管术; 诊断性腹腔灌洗术。腹膜置管透析术。机械通气。持续动静脉血滤和透析、人工体外膜肺、人工心室辅助、主动脉内球囊反搏、人工肝与血浆置换等血液净化技术。
8. 可根据医院功能任务及自身技术状态设置许可授权项目, 可将本制度应用外科手术、介入诊疗等方面。

二十六、首诊负责制(新增)

1. 病人首先就诊的科室为首诊科室, 接诊医师为首诊医师, 须及时对病人进行必要的检查、作出初步诊断与处理, 并认真书写病历。
2. 诊断为非本科疾患, 需请其它科室会诊。若属危重抢救病人, 首诊医师必须及时抢救病人, 同时向上级医师汇报。坚决杜绝科室间、医师间推诿病人。
3. 被邀会诊的科室医师须按时会诊, 执行医院会诊制度。会诊意见必须向邀请科室医师书面交待。
4. 首诊医师请其它科室会诊必须先经本科上级医师查看病人并同意。被邀科室须有二线医师以上人员参加会诊。
5. 两个科室的医师会诊意见不一致时, 须分别请示本科上级医师, 直至本科主任。若双方仍不能达成一致意见, 由首诊医师负责处理并上报医疗管理部门或总值班协调解决, 不得推诿。
6. 复合伤或涉及多科室的危重病人抢救, 在未明确由哪一科室主管之前, 除首诊科室负责诊治外, 所有的有关科室须执行危重病人抢救制度, 协同抢救, 不得推诿, 不得擅自离去。各科室分别进行相应的处理并及时做病历记录。
7. 首诊医师对需要紧急抢救的病人, 须先抢救, 同时由病人陪同人员办理挂号和缴费等手续, 不得因强调挂号、缴费等手续延误抢救时机。
8. 首诊医师抢救急、危、重症病人, 在病人稳定之前不得转院, 因医院病床、设备和技术条件所限, 须由二线医师亲自察看病情, 决定是否可以转院, 对需要转院而病情允许转院的病人, 须由责任医师(必要时由医疗管理部门或总值班)先与接收医院联系, 对病情记录、途中注意事项、护送等均

须作好交代和妥善安排。

9. 首诊医师应对病人的去向或转归进行登记备查。
10. 凡在接诊、诊治、抢救病人或转院过程中未执行上述规定、推诿病人者，要追究首诊医师、当事人和科室的责任。

二十七、约束器具使用制度（新增）

1. 医院要尊重患者自主选择治疗的权利（精神病患者应除外）。
2. 对患者使用约束器具必须严格掌握指征，只有当患者的自主活动危及自身安全与诊疗操作安全时，或危及他人安全时，在帮助性措施无效的情况下，才能使用约束性措施。
3. 使用前应由医师/或护士对病情进行评估，取得患者或家属同意理解后，方可实施操作，注意保护患者的隐私，并做好记录。
4. 使用过程中要密切观察预防并发症及意外情况的发生，当使用约束器具指征消失后及其解除。

二十八、急危重病人抢救及报告制度（重新整理）

1. 凡疑难手术、新技术、特殊技术、重大疑难病例、重大合并症的抢救，包括急诊抢救手术、心血管急性合并症、急性呼吸衰竭、感染中毒休克、各种原因引起的心脏骤停、昏迷等抢救，特殊治疗，包括特殊化疗方案，尤其非常规、有创、特殊治疗及检查，各主管医师必须报告科主任，按医院规定的制度及时报告医疗管理部门和分管院领导。
2. 上述诊治活动需要外请专家协助时，经科主任同意后，上报医疗管理部门和分管院领导，并负责组织安排专家会诊讨论。
3. 对于抢救过程中需要人员或医疗资源调配，由科主任提出上报医疗管理部门或分管院领导协调抢救事宜，
4. 科室应指派专人向有关部门提供抢救情况汇报，书写抢救记录以备检查。凡是报医疗管理部门的治疗抢救意见及过程要实事求是，如实报告病例情况。
5. 上述所有医疗活动，必须严格按照医院有关医疗管理程序，逐级负责，责任到人，严格纪律，避免发生一些不必要的技术纠纷。
6. 如未履行医院有关规定，造成医疗纠纷、医疗事故者，将按照有关法律法规对当事人追究责任。

二十九、血液净化室工作制度（新增）

1. 血液净化技术是急性、慢性肾衰竭患者完全或部分恢复肾功能重要的替代治疗手段之一，属于救治重危病人的高危操作，应实施技术资格准入与授权制，参加与接受本辖区内的血液净化质量监控组织管理，参加透析登记工作。
2. 医院应设置有肾脏内科专业或学组，具备专科医师队伍，具有独立处理肾脏内科常见疾病的能力。同时应获得具备急慢性并发症处理及综合抢救能力科室的强力支持。
3. 透析室应具备透析区、水处理区、治疗室、候诊室等基本功能区域；应配置有符合规格的透析机、水处理装置及必须的抢救基本设备。
4. 必须建立并执行严格的消毒隔离、透析液及透析用水的质量检测、技术操

作规范、设备检查维修、一次性医用耗材的管理与登记等制度。

5. 血液透析室应至少每月进行透析液细菌培养、每 3 个月进行透析液内毒素检测、每年进行透析用水化学污染物检测，并在达标的前提下方可从事血液透析治疗。
6. 血液透析患者应实行实名制管理，建立完整的病历记录，应当向病人及家属讲明操作或治疗的目的、可能出现的并发症及其措施，并签署知情同意书。
7. 血液透析室由经专业培训合格的执业医师、注册护士和技师组成，实行主诊医师负责制（或由主治医师及以上医师），进行查房，监督及评估病人的透析质量。
8. 血液透析室由副高以上职称（含副高职）、有丰富透析专业知识和肾内科临床工作经验的医师担任负责人，负责安排医疗、教学和科研工作；组织业务学习、技术考核等及解决临床疑难问题。
9. 教育培训血液透析室全体员工，熟知与掌握常见突发不良事件的应急预案与处理流程，如：透析管路脱落破损、供水异常、透析设备故障、血液透析过程中误操作所致（出血、凝血、空气的混入）事件、透析器破膜、管路脱落、药物错误、异常脱水、医院感染、血管通路、内外科并发症、停水、停电、地震等。

三十、住院病历环节质量与时限基本要求（新增）

根据卫生部《病历书写基本规范（试行）》规定，基本要求是

1. 病案首页：准确地填写首页各个项目，对个人信息要核实、不能空项。
2. 入院记录：
 - 2.1 要求入院二十四小时内由住院医师完成入院记录，。
 - 2.2 一般项目填写齐全。
 - 2.3 主诉体现症状、部位、时间；能导出第一诊断。
 - 2.4 现病史必须与主诉相关、相符；能反映本次疾病起始、演变、诊疗过程；要求重点突出、层次分明、概念明确、运用术语准确，有鉴别诊断相关资料。
 - 2.5 既往史、个人史、月经生育史、家族史齐全。
 - 2.6 体格检查项目齐全；要求全面、系统地进行记录。
 - 2.7 有专科或重点检查：具有用于诊断、鉴别诊断的重点信息。
3. 病程记录：
 - 3.1 首次病程记录应当在患者入院八小时内完成，内容包括病例特点、初步诊断、诊断依据及鉴别诊断、初始诊疗计划四部分。
 - 3.2 日常病程记录要求：
 - 3.3 对病危患者每天至少记录一次病程记录。
 - 3.4 对病重患者至少二天记录一次病程记录。
 - 3.5 对病情稳定的患者，至少三天记录一次病程记录。
 - 3.6 病程记录内容要求要及时反映病情变化、分析判断、处理措施、效果观察。
 - 3.7 要记录更改重要医嘱的原因。
 - 3.8 辅助检查结果异常的处理措施。
 - 3.9 要记录诊治过程中需向患者及家属交待的病情及诊治情况及他们的意愿。

- 3.10 要有出院前一天病程记录,内容包括患者病情现状、出院标准是否达到、上级医师是否同意出院等意见。
- 3.11 会诊及病例讨论的内容记录应在当日完成
4. 上级医师首次查房记录: 主治医师应当于患者入院 48 小时内完成, 内容包括补充的病史和体征、诊断及依据、鉴别诊断分析、诊疗计划等。
5. 上级医师日常查房记录要求:
 - 5.1 病危患者每天、病重病人至少三天内、病情稳定病人五天内必须有上级医师查房记录。
 - 5.2 对诊断不清、治疗不顺利的疑难危重病人, 必须有科主任或副主任医师以上人员的查房记录。
6. 手术科室相关记录 (含介入诊疗)
 - 6.1 术前要有手术者、麻醉师查看病人的记录
 - 6.2 术前一天病程记录/术前小结
 - 6.3 中等以上的手术要有术前讨论, 应在手术医嘱下达之前完成
 - 6.4 手术记录应当由手术者书写, 特殊情况下由第一助手书写时, 应有手术者签名, 应于术后二十四小时内完成
 - 6.5 术后首次病程记录要及时完成;
 - 6.6 术后连续记录三天病程记录, 此三天内要有手术者或主治医师的查房记录。
7. 辅助检查:
 - 7.1 住院 48 小时以上要有血常规化验结果。
 - 7.2 输血前要求查乙肝五项、转氨酶、丙肝抗体、梅毒抗体、HIV。
 - 7.3 对辅助检查阳性与重要阴性结果, 应在收到报告后 48 小时有分析记录
 - 7.4 对属医院规定的检验“危急值报告”结果, 收到后有分析记录
8. 医嘱单的基本要求:
 - 8.1 字迹清晰、无错别字自造字, 不允许有任何涂改。
 - 8.2 打印病历不能有重复拷贝, 要符合有关规定。
 - 8.3 医嘱执行与停止均须有手签全名及时间, 要能辨认。
 - 8.4 医嘱内容应当准确、清楚, 每项医嘱应当只包含一个内容, 并注明下达时间, 应当具体到分钟。
9. 知情同意书:
 - 10.1 手术同意书应手术医嘱下达之日完成双方签署; 内容包括术前诊断、手术名称、术中或术后可能出现的并发症、手术风险、患者签名、医师签名等。
 - 10.2 特殊检查、特殊治疗同意书应医嘱下达之日完成双方签署; 内容包括特殊检查、特殊治疗项目名称、目的、可能出现的并发症及风险、患者签名、医师签名等。
10. 出院记录:
 - 10.1 内容包括: 主诉、入院情况、入院诊断、诊疗经过、出院情况、出院诊断、出院医嘱, 康复指导与出院随访复诊意见等的重点摘录。
 - 10.2 与交出院患者联/或进入门诊病历联内容一致。
 - 10.3 住院病历必须在患者出院 (或死亡) 后二十四小时内完成所有项目的填写, 包括患者主管医师 (主治医师) 对病案首页的签字。
11. 讨论记录
 - 11.1 疑难病例讨论会: 对诊断与治疗提出意见与建议。讨论记录应在讨论当

日完成，并经科主任、上级医师签字确认后纳入病历。

11.2 死亡病例讨论会：凡死亡病例，一般应在患者死后一周内召开，特殊病例应及时讨论。尸检病例，待病理报告做出后一周进行，要有完整的讨论记录，有死亡原因分析，并经科主任、上级医师签字确认后纳入病历。

12. 住院病历的其它记录应在规定的时间内完

12.1 住院医师变更交接，应在交班前由交班医师完成交班记录，接班记录应由接班医师于接班后二十四小时内完成；

12.2 转科记录由转出科室医师在患者转出科室前书写完成，转入记录由转入科医师于患者转入后二十四小时内完成；

12.3 抢救记录应在抢救结束后六小时内完成；

12.4 患者入院不足二十四小时出院的，应于患者出院后二十四小时内完成入院记录；

12.5 患者入院不足二十四小时死亡的，应于患者死亡后二十四小时内完成死亡记录。

三十一、病房小药柜管理制度（82-35）

1. 病房小药柜所有药品，只能供应住院患者按医嘱使用，其他人员不得私自取用。
2. 病房小药柜，应指定专人管理，负责领药和保管工作。
3. 定期清点、检查药品，防止积压、变质，如发现有沉淀变色、过期、标签模糊等药品时，停止使用并报药剂科处理。
4. 毒、麻、限剧药品，应设专用抽屉存放，严格加锁，并按需要保持一定基数，动用后，由医师开专用处方，向药房领回。每日交接班时，必须交点清楚。
5. 药剂科对病房小药柜，要定期检查核对药品种类、数量是否相符，有无过期变质现象，毒、麻、限剧药品管理是否符合规定。

三十二、预防保健科工作制度（82-36）

1. 协助有关部门建立健全支持社区服务机构与基层医院网，培训基层卫生技术人员。
2. 积极开展、督促、检查、指导本院和辖区的爱国卫生运动，经常宣传卫生知识，健全清洁卫生制度，做好除害灭病工作。
3. 指导担任本院和地段的多发病、传染病的预防工作。做好传染病报告、统计，家庭病床及访视工作。
4. 指导并担任本院和辖区的妇幼保健工作，做好计划生育宣传，技术指导和妇女病，儿童病的普查普治工作。
5. 负责本院职工的体检、保健工作。本院职工的诊治、病休、住院、会诊和转院等，由预防保健科医师根据病情和有关规定处理。夜间、假日急诊，由有关科医师处理，但所开诊断证明不得超过三天。
6. 建立并管理好职工病案。
7. 保健医师由主治医师或高年资住院医师担任，定期轮换。

三十三、中医科工作制度（82-37）

1. 各医院都要设立中医门诊，有条件的医院开设中医病房或中西医结合病房，加强中医科室的建设，继承、发掘、整理、提高祖国医药学遗产。
2. 医院中医科的病房，由中医负责管理。中医科病员的入院、出院、饮食、护理均由中医决定，诊断、治疗以中医方法为主，必要时可辅以西医疗疗。
3. 中医可按病员病情签署诊断、病假、死亡等有关医疗证明书。根据理、法、方、药的原则，按照“中医或中西医结合病历（包括门诊病历）基本规划”要求认真及时书写病历。病历记载要完整、准确、整洁，要签全名。
4. 对于年老经验丰富的中医，应配备水平较高的青壮年中医或西学中医医师，作为助手，继承并整理其学术经验。积极开展中医的科研工作。
5. 有条件的医院可承担中医和西医学习中医的教学工作，认真带好进修、实习人员，定期开展中医学术活动。
6. 积极采集民间土、单、验方，进行整理、筛选、验证，对确有疗效的要推广应用。
7. 有条件的中医科要开展针灸、推拿、正骨等疗法。

三十四、针灸室工作制度（82-51）

1. 严格无菌操作，严密消毒，使用一次性针，防止交叉感染。
2. 凡留针治疗者，术者不得离开岗位，注意观察病员变化。取针时注意防止漏针、断针。
3. 采取措施，预防晕针、滞针和断针，如有发生，迅速处理。
4. 使用电针时，应首先检查机器是否完好，输出是否正常，并根据病情，选用适当强度。治疗完毕后将开关关闭，输出扭至零位。
5. 经常检查针具是否完好，如有不锐利及弯曲时应及时修理、更换。
6. 针灸要严格遵守操作规程，注意解剖部位，防止发生意外。

三十五、医学工程/医疗器械科（组）工作制度（82-43）

1. 医学工程/医疗器械部（科、组）是在院长领导下工作，既具有很强的专业技术性，又有执行相关法规和设备器械管理的职能性。
2. 必须严格执行《中华人民共和国计量法》、《医疗器械监督管理条例》及《医疗卫生机构仪器设备管理办法》等相关的法律法规。
3. 凡属医疗、教学、科研所需的设备器械和医用耗材，均由医学工程部（科、组）统一负责计划、购置、供应、管理、维修、计量、安全质量监测和评估、处置等技术保障工作。
4. 应根据相关的规范要求制订出科学的、完善的、可行的工作制度、操作规程和岗位责任制，并认真落实和执行。
5. 结合本院的功能、任务和本部门的实际情况，制定出切合实际的部门发展规划和年度工作计划，并予以实施。
6. 必须牢固树立以病人为中心，为临床服务的理念，开展临床使用人员培训和应用质量保证工作，确保在用设备安全有效，保障临床工作的正常运行，抢救用设备完好率达 $\geq 90\%$ 。
7. 加强本专业的学科建设，组织本部门的各级医学工程管理与技术人员参加各类在职培训，学习和掌握专业技术知识与技能，提高全体人员的技术和

服务水平。

- 8、三级以上医疗机构和有条件的二级医疗机构的医学工程部门应逐步建立临床工程师制度，开展医工结合的科研教学工作，参与和支持临床适宜技术的选择和临床效果评估。

目 录

护理-35（79）项

- 一. 护理部工作制度（82-33）
- 二. 病房管理制度（82-24）
 1. 病房工作人员守则
 2. 患者入院须知
 3. 病房管理要求
- 四. 早会制度（新增）
 - 附. 病房早交班时间要求
- 五. 交接班制度（新增）
 - 附：排班原则及要求
- 六. 夜班督导工作制度（新增）
- 七. 执行医嘱制度（新增）
- 八. 分级护理制度（新增）
 1. 特级护理
 2. 一级护理
 3. 二级护理
 4. 三级护理
 - 附：死亡病员料理事项
- 九. 护理会诊（新增）
- 十. 病房药品管理制度（82-35）
- 十一. 病房消毒隔离制度（82-34）
- 十二. 皮肤压力伤登记报告制度（新增）
- 十三. 导管滑脱登记报告制度（中心静脉插管、气管插管等）（新增）
- 十四. 病房安全制度（新增）
- 十五. 患者膳食管理制度（新增）
- 十六. 健康教育制度（新增）（新增）
- 十七. 探视、陪伴管理制度（82-14）
- 十八. 注射室工作制度（82-21）
- 十九. 治疗室工作制度（82-22）
- 二十. 换药室工作制度（82-23）
- 二十一. 患者入院、出院工作制度（新增）
- 二十二. 物资、器材管理制度（新增）
- 二十三. 病人外出检查制度（新增）
- 二十四. 护理查房制度（新增）
- 二十五. 护理查对制度（新增）
- 二十六. 护理人员技能定期评估制度（新增）
- 二十七. 护理新技术准入制度（新增）
- 二十八. 护理制度、操作常规变更批准制度（新增）
- 二十九. 护理人员继续教育制度（新增）
- 三十. 护理应急管理预案（新增）
 - （一）患者紧急状态时的护理应急程序（新增）

1. 患者突然发生病情变化时的应急程序
 2. 患者突然发生猝死时的应急程序
 3. 患者有自杀倾向时的应急程序
 4. 患者自杀后的应急程序
 5. 患者坠床/摔倒时的应急程序
 6. 患者外出（或不归）时的应急程序
 7. 患者发生输血反应时的应急程序
 8. 患者发生输液反应时的应急程序
 9. 患者发生静脉空气栓塞时的应急程序
 10. 输液过程中出现肺水肿时的应急程序
 11. 患者发生化疗药外渗时的应急程序
 12. 患者发生误吸时的应急程序
 13. 患者发生躁动时的应急程序
 14. 患者发生精神症状时的应急程序
 15. 住院患者发生消化道大出血时的应急程序
 16. 病房发现传染病患者时的应急程序
 17. 病房发现确诊或疑似 SARS 患者时的应急程序
- (二) 意外事故紧急状态时的护理应急程序（新增）

1. 停水和突然停水的应急程序
2. 泛水的应急程序
3. 停电和突然停电的应急程序
4. 失窃的应急程序
5. 遭遇暴徒的应急程序
6. 火灾的应急程序
7. 地震的应急程序
8. 化学药剂泄漏的应急程序
9. 有毒气体泄漏的应急程序

- 三十一. 护理差错、事故登记报告制度（新增）
- 三十二. 病房医嘱计算机录入管理制度（新增）
- 三十三. 护理文书书写基本规范与质量监管制度（新增）
- 三十四. 特殊科室管理制度（新增）
1. 手术室护理管理制度
 2. 供应室护理管理制度（82-54）
 3. 血液净化科（室）护理管理制度
 4. 急诊科护理管理制度
 5. 分娩室护理管理制度（82-38）
 6. 新生儿室/母婴同室护理管理制度（82-39）
 7. 病区监护室护理管理制度
 8. 介入（导管）室护理管理制度
- 三十五. 手部卫生规范与质量监管制度（新增）

护理管理工作制度—35（79）项

一．护理部工作制度

1. 护理部有健全的领导体制，实行三级管理，对科护士长、护士长进行垂直领导，或实行总护士长与护士长二级管理体制。
2. 护理部负责全院护理人员的聘任、调配、奖惩等有关事宜。
3. 护理部定期讨论在贯彻医院护理的质量方针和落实质量目标、质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件。
4. 护理部有年计划、季度计划、周工作重点，并认真组织落实，年终有总结。
5. 建立健全各项护理管理制度、疾病护理常规及各级护理人员岗位责任制度。
6. 健全科护士长、护士长的考核标准，护理部每月汇总科护士长、护士长月报表，发现问题及时解决。
7. 全面实施以病人为中心的护理服务。
8. 护理质量控制工作：
 - 7.1 由主管临床的护理部副主任负责。年有工作计划，月有检查重点，有记录，并有改进措施及奖惩制度。
 - 7.2 护理部深入科室查房，协助临床一线解决实际问题。
 - 7.3 每季度进行住院患者、出院患者、门诊患者满意度调查。
 - 7.4 坚持夜班督导查岗制，不定期检查，每周抽查不少于二次，并有记录。
 - 7.5 建立护理不良事件报告体系，以促进护理质量、安全管理体系的持续改进。
9. 组织定期不定期开展多种形式的护理质量管理活动，将护理质量控制的信息传达到科室、传递至各级各类护士。
10. 组织定期不定期召开相关工作会议，如护理部例会、夜班督导交班会、护士长例会、全院护士大会等。
11. 教学工作：
 - 9.1 有各类人员（护生、进修生、在职护士等）的教学计划，有考核，有总结；各病房设临床教学老师。
 - 9.2 组织全院业务学习、护理查房与会诊、护士技能培训、新护士岗前培训等活动
12. 定期对护理人员岗位技术能力评价工作

二．病房管理制度

1. 病房由护士长负责管理。
2. 保持病房整洁、舒适、安全，避免噪音，工作人员做到走路轻、关门轻、说话轻、操作轻。
3. 统一病房陈设，室内物品和床位要摆放整齐，固定位置，精密贵重仪器有使用要求并专人保管，不得随意变动。
4. 定期对患者进行健康教育。定期召开患者座谈会，征求意见，改进病房工作。
5. 保持病房清洁整齐，布局有序，注意通风。
6. 医务人员必须按要求着装，佩戴有姓名胸牌上岗。

7. 患者必须穿医院患者服装, 携带必要生活用品。
8. 护士长全面负责保管病房财产、设备, 并分别指派专人管理, 建立帐目, 定期清点, 如有遗失及时查明原因, 按规定处理。

附 1: 病房工作人员守则

1. 主动向新入院的患者介绍医院的有关制度和病房环境, 进行入院评估, 了解患者的要求, 使他们尽快适应环境, 接受治疗。
2. 工作认真负责, 语言文明, 态度诚恳, 避免恶性刺激。对个别患者提出的不合理要求应耐心劝解, 既要体贴关怀又要掌握原则。
3. 注意保护性医疗制度, 有关病情恶化、预后不良等情况, 由负责医师或上级医师向患者进行解释。
4. 尊重患者, 注意保护患者隐私。
5. 在检查、治疗和处理中要严格遵守操作规程, 耐心细致解释, 选用合适的器械, 不增加患者痛苦。进行有关检查和治疗时, 如灌肠、导尿等, 应用屏风遮挡患者或到处置室进行。
6. 条件允许时, 对危重和痛苦呻吟的患者应分别安置。患者死亡和病情恶化时应保持镇静, 尽力避免影响其他患者。
7. 对手术患者, 术前应做好解释安慰工作, 以消除患者的恐惧和顾虑; 术后要告诉患者转归情况, 使其安心休养。
8. 保持病房安静整洁。合理安排工作时间、避免噪杂。6Am 前、9Pm 后(夏季时间 10Pm 后)及午睡时间, 尤其应保持病房安静, 不得大声喧哗。在不影响医疗效果的情况下, 有些处置可待患者醒后施行。
9. 保持病房空气流通、清洁卫生。生活垃圾、医用垃圾分类放置、及时处理。
10. 重视患者的心理护理, 对其治疗、生活、饮食、护理等各方面的问題, 应尽可能设法解决, 并定时向患者征求意见, 改进工作。

附 2: 患者入院须知

尊敬的患者及家属:

欢迎您来本院检查治疗, 为了保证您在住院期间得到精心、妥善的治疗护理, 增进医患双方理解, 配合遵守医院各项规章制度, 确保医疗安全, 在您入院之际向您做一简要介绍, 并请您协助作好以下各项:

1. 请按病房规定时间作息, 室内请勿吸烟。听收音和录放机等请用耳机。不得使用外接电源和电器。
2. 住院患者饮食, 由医师依病情决定, 不能擅自更改。院外送进的食品, 须经医生同意方可食用。
3. 住院期间不能自行邀请院外医师诊治或自行用药。原则上不外购药品, 如确需外购, 需事先与主管医师协商, 并经管理职能部门批准。
4. 患者和家属不得向医院职工馈赠钱物。
5. 住院患者未经许可不应进入诊疗场所、不得自行翻阅病案及其他医疗资料。
6. 办理住院手续后, 服从病房床位安排, 患者不得擅自离院或外宿。擅自外出者, 按自动出院处理, 确有必要原因必须离院者, 需签署离院知情承诺书, 由此而产生的一切不良后果, 责任自负。

7. 住院患者可携带少量必需的生活卫生用品，其他物品不得带入病房，严禁带入重要文件、危险品等。钱财等贵重物品自行妥善保管。
 8. 请按医院规定时间和要求探视。是否陪伴须经主管医师、护士长根据病情决定，陪伴者需开“陪伴证”，持证出入医院。
 9. 爱护公共财物。勿将病房用物移出病房或供他人使用，损坏公物按价赔偿。不得在病区内使用酒精炉、电饭煲、电炉、电热杯、充电器等，严禁向楼下倒水、扔污物、烟头，如因此发生火险，将追究法律责任。
 10. 住院期间如因治疗、手术用血，需提前按规定办理用血审批手续。
 11. 医院欢迎提供改进工作的意见。患者如有不遵守院规或违规者，医院要给予劝阻、教育，必要时通知工作单位或请有关部门处理。
- 以上各项，患者及家属已阅知，并愿执行。

患者本人签字：

家属代表签字：

200 年 月 日

(此线下由工作人员填写)

患者姓名：

拟住病房：

附三：病房管理要求

1. 病房保持空气新鲜，安静整洁，有消防疏散图及标示。
2. 病室内床单位无杂乱物品，无悬挂衣物；桌面、窗帘保持清洁、无破损、无污迹；床号、门号按规定位置粘贴。
3. 仪器存放整齐、清洁、有专人保管，设有使用说明、使用及维修记录本，定期检查保持完好。
4. 各室内家具摆放整齐、固定、整洁无灰尘。
5. 各种护理盘位置固定，盘内有用物名称卡片，并有专人管理。
6. 护士站台面、水池及周围环境干净、整齐，无食物及私人用品。
7. 各抽屉、柜内物品按要求放置，干净、整齐。
8. 配膳室水池中不要随意堆放饭盒、碗筷。
9. 病房走廊清洁，无多余物品。
10. 禁止随便粘贴宣传画、广告画、告示、通知及便条等。
11. 紧急通道及公共阳台不堆放杂物，保证通道畅通。
12. 护士休息室整洁美观，床褥叠放整齐，个人用物放在柜内。
13. 垃圾筒及时清理，无溢出。

四．早会制度

早会是科室、病区在每日清晨上班开始时间进行的会议。开好早会，对维持正常的运行秩序、保证良好的医疗工作质量和环节质量有特殊重要的意义。

1. 早会由科主任或病区组长（护士长）主持，凡科室成员或在病区上班者均应准时到会，不迟到，不缺席，仪表整洁。
2. 每日早会由夜班护士交待前一日病室内患者情况，并重点交待夜间危重

患者情况。

3. 主管医生重点介绍新患者及危重患者的情况以及诊疗注意事项。
4. 护士长布置当日护理及其它工作重点，定期总结工作。
5. 传达各项会议主要内容。
6. 早会时间应于 15 至 30 分钟内结束，小讲课日时间可适当延长，但不应影响正常护理工作。

附：病房早交班时间要求

1. 早交班中时间分配：总体以不超过 30 分钟为宜，对病情交班 15 分钟左右、传达会议及小讲课 15 分钟左右。
2. 早交班要求：早交班应保证质量，简明扼要，不拖拉，在不影响患者治疗护理的前提下进行。
 - 2.1 夜班护士交班前 15 分钟再次进入病房，了解重危患者病情，然后在交班时重点掌握重危患者病情的最新变化。
 - 2.2 按规定时间准时开始交接班，无会议传达或小讲课时，交班时间原则上不超过 20 分钟；有会议传达或小讲课时，不得超过 30 分钟。
 - 2.3 交班内容：夜班护士在交班前应准备充分，交待病情重点突出、准确清楚，并正确运用医学术语，体现患者的动态变化。
 - 2.4 护士长不定期就交班内容进行提问。

五. 交接班制度

1. 值班人员必须坚守岗位，履行职责，保证各项治疗、护理工作准确及时地进行。
2. 每班必须按时交接班，接班者提前 5-10 分钟到病房，阅读病室报告、护理记录、交班记录本。在接班者未到岗与交接清楚之前，交班者不得离开岗位。
3. 值班者必须在交班前完成本班的各项工作，写好病室报告及各项护理记录，处理好用过的物品。遇到特殊情况应详细交待，与接班者共同做好交接班工作方可离去。白班应为夜班做好物品准备，如抢救药品及抢救用物、呼吸机、麻醉机、氧气、吸引器、注射器、消毒敷料、常备器械、被服等，以便于夜班工作。
4. 交班中发现患者病情、治疗及护理器械物品等不符时，应立即查问。接班时间发现问题，应由交班者负责，接班后出现的问题由接班者负责。
5. 交班内容及要求：
 - 5.1 交清住院患者总数，出入院、转科（院）、手术（分娩）、病危、病重、死亡人数，以及新入院、手术前、手术当日、分娩、危重、抢救、特殊检查、留送各种标本完成情况等，患者的诊断、病情、治疗、护理、写出书面病室护理交班报告。
 - 5.2 床头交班查看危重、抢救、昏迷、大手术、瘫痪患者的病情，如：生命体征、输液、皮肤、各种引流管、特殊治疗情况及各专科护理执行情况。
 - 5.3 交、接班者共同巡视、检查病房清洁、整齐、安静、安全的情况。
 - 5.4 接班者应清点毒麻药、急救药品和其他医疗器械，若数量不符应及时与交班者核对。

附：排班原则及要求

1. 满足患者需要，均衡各班工作量，配备不同数量的护士。
2. 保证护理质量，适当搭配不同层次护理人员，最大限度发挥不同年资、不同职称护理人员的作用。
3. 公平的原则，保证护理人员休息，在不影响工作的前提下，尽量满足护理人员的学习时间及特殊需要。
4. 节约人力，排班具有弹性，紧急情况时适当调整。

六．夜班督导工作制度（新增）

1. 了解夜班护士的工作情况，重点是否能按规定巡视病房、对危重患者的观察、病情变化的了解及准确记录出入量、护理记录等情况。
2. 负责检查夜班护士在患者熄灯前的准备工作情况。包括患者在夜间所需用品是否准备齐全，并放置在合适的位置；年老体弱患者的安全措施是否得当等。
3. 收取、阅读及检查护士的病室报告书写情况，尤其对抢救患者的记录是否完整、准确。
4. 检查护士是否有违纪情况，包括仪容仪表、文明礼貌、劳动纪律等方面。
5. 检查病室是否整洁、安静。
6. 每日夜班统计数字包括：患者总数、出入院、危重、特级护理、手术、陪伴人数等。
7. 夜班督导把以上检查情况记录在夜班工作本上，第二日早向护理部及科护士长交班。
8. 对于床位较多及三级医院，应由护理部领导及科护士长承担夜班督导工作。

七．执行医嘱制度

1. 医嘱书写要求：

- 1.1 必须写明下达医嘱的时间、患者姓名和床号。
- 1.2 顺序：a. 专科护理常规及分级护理；b. 重点护理(如病危、病重、绝对卧床、特殊体位等)；c. 特别记录(如记出入量、定时测血压等)；d. 饮食；e. 治疗医嘱(根据用药种类、时间长短、用药方法等略加归纳，先后排列，以便于执行和打印)；f. 检查、化验等。
- 1.3 停止医嘱应先写“停”，其后写明所停医嘱的内容。

2. 整理医嘱：

长期医嘱应及时由医师下达“重整”医嘱，主班护师负责核对，在长期医嘱单的最后一条长期医嘱下用红铅笔划一横线，然后将未停的医嘱按时间顺序依次排列。

3. 执行医嘱：

- 3.1 值班护士必须认真阅读医嘱内容，并确认患者姓名、床号、药名、剂量、次数、用法和时间再执行。
- 3.2 执行医嘱时必须按查对要求认真核对，长期医嘱执行后在医嘱执行单上立即打蓝“√”并签字，临时医嘱执行后在医嘱单上立即签全名并注明实际执行时间。

3.3 处理后的医嘱由护士确认,打印于医嘱单、医嘱执行单上,然后在医嘱本上打蓝“√”。

3.4 需要时(P. R. N)医嘱按长期医嘱处理,每执行一次在医嘱单上按临时医嘱记录一次。

4. 要求:

4.1 常规医嘱一般在上午 10Am 前开出,要求层次分明,内容清楚。

4.2 医护人员对患者的一切处置必须开写医嘱,不得口头吩咐(对患者紧急抢救时可先处理,后补开医嘱)。

4.3 开写医嘱应字迹清楚、整洁,意义明确、完整,不得随意涂改,不用的医嘱用红笔写明“取消(DC)”字样以示停用,开写、执行和“取消”医嘱一律注明时间和签全名。

4.4 书写检查、治疗、饮食、护理常规等医嘱一律用中文,通用药名、用法用中文也可以用外文缩写。

4.5 患者进行手术或转科时,术前医嘱或原科医嘱一律停止,在医嘱单上以红铅笔划一横线,以示截止,重新开写术后医嘱和转科后医嘱。

4.6 医生开写特殊医嘱后,应向值班护士口头交待清楚。

4.7 护士执行医嘱时须经第二人认真核对。每班核对医嘱,并签名。每周全面核对医嘱一次。

八. 分级护理制度

1. 新患者入院每天测体温、脉搏、呼吸三次连续三天;体温在 37.5℃ 以上及危重病员每隔四小时测一次。一般病员每天早晨及下午测体温、脉搏、呼吸各一次,每天问大小便一次。新入院病员测血压及体重一次(七岁以下小儿酌情免测血压)。其他按常规和医嘱执行。

2. 医师根据病情下达护理分级医嘱后,作出分级护理的标记。

(1) 特级护理

1.1 病情依据:

- 病情危重,随时需要进行抢救的患者。
- 各种复杂或新开展的大手术后的患者。
- 严重外伤和大面积烧伤的患者。
- 某些严重的内科疾患及精神障碍者。
- 入住各类 ICU(重症监护病房)的患者

1.2 护理要求:

- 除患者突然发生病情变化外,必须进入抢救室或监护室,根据医嘱由监护护士或特护人员专人护理。
- 严密观察病情变化,随时测量体温、脉搏、呼吸、血压,保持呼吸道及各种管道的通畅,准确记录 24 小时出入量。
- 制定护理计划或护理重点,有完整的特护记录,详细记录患者的病情变化。
- 重症患者的生活护理均由护理人员完成。
- 备齐急救药品和器材,用物定期更换和消毒,严格执行无菌操作规程。
- 观察患者情绪上的变化,做好心理护理。
- 由监护护士或特护人员专人护理。

（2）一级护理

2.1 病情依据:

- a. 重症患者、各种大手术后尚需严格卧床休息以及生活不能自理患者。
- b. 生活一部分可以自理，但病情随时可能发生变化的患者。

2.2 护理要求:

- a. 随时观察病情变化，根据病情，定期测量体温、脉搏、呼吸、血压。
- b. 加强基础护理，专科护理，防止发生并发症。
- c. 定时巡视病房，随时做好各种应急准备。
- d. 观察用药后反应及效果，做好各项护理记录。
- e. 观察患者情绪上的变化，做好心理护理。
- f. 每三十分钟巡视一次

（3）二级护理

3.1 病情依据:

- a. 急性症状消失，病情趋于稳定，仍需卧床休息的患者；
- b. 慢性病限制活动或生活大部分可以自理的患者。

3.2 护理要求:

- a. 定时巡视患者，掌握患者的病情变化，按常规给患者测量体温、脉搏、呼吸、血压；
- b. 协助、督促、指导患者进行生活护理。
- c. 按要求做好一般护理记录单的书写。
- d. 每一至两小时巡视一次。

（4）三级护理

4.1 病情依据: 生活完全可以自理的、病情较轻或恢复期的患者。

4.2 护理要求:

- a. 按常规为患者测体温、脉搏、呼吸、血压；
- b. 定期巡视患者，掌握患者的治疗效果及精神状态；
- c. 进行健康教育及康复指导。

3. 根据病情变化及评估的结果，应及时变更护理等级。

附：死亡病员料理事项

1. 经医师检查证实死亡的病员方可进行尸体料理，护士对其家属应予以心理的安慰。
2. 医师填写死亡通知单，即送住院处，由住院处通知死者家属或单位。
3. 需有两人在场检查死者有无遗物，如钱、票证、衣物等各种物品，交给死者家属或单位。如家属和单位不在，应交由护士长保存。
4. 当班护士要用棉花塞好死者之口、鼻、耳、肛门、阴道等。如有伤口或排泄物，应擦洗干净包好，使两眼闭合。穿好衣服，用大单包裹，系上死亡卡片，通知太平间接尸体。
5. 整理病室，拆走床单、被褥等物，通风换气，床铺、床头柜按常规消毒处理。如系传染病员，即按传染病消毒制度处理。
6. 整理病案，完成护理记录。

九. 护理会诊制度（新增）

1. 对于本专科不能解决的护理问题，需其他科或多科进行护理会诊的患者，请先向护理部提出会诊申请。
2. 填写护理会诊记录单，注明患者一般资料，请求护理会诊的理由等。护理会诊单按照要求填好后，经护士长签字，打电话通知护理部。
3. 护理部负责会诊的组织协调工作。即：确定会诊时间、通知申请科室并负责组织有关护理人员进行护理会诊。
4. 会诊地点常规设在申请科室。
5. 护理会诊的意见由会诊人员写在护理会诊单上。
6. 参加护理会诊的人员由专科护士或由护士长选派的主管护师职称以上人员负责。
7. 所填护理会诊单由护理部留档。

十. 病房药品管理制度

1. 病房内所有基数药品，只能供应住院患者按医嘱使用，其它人员不得私自取用。
2. 病房内基数药品，应指定专人管理，负责领药、退药和保管工作。
3. 每日清点并记录，检查药品，防止积压、变质，如发现有沉淀、变色、过期、标签模糊时，立即停止使用并报药房处理。
4. 中心药房对病房内存放的药品要定期检查，并核对药品种类、数量是否相符，有无过期变质现象。
5. 抢救药品必须放置在抢救车内，定量、定位放置，有定位图示，标签清楚，每日检查，保证随时急用。
6. 特殊及贵重药品应注明床号、姓名，单独存放并加锁。
7. 需要冷藏的药品（如：冰干血浆、白蛋白、胰岛素等）要放在冰箱内，以免影响药效。
8. 患者专用的药物，停药后及时退药。
9. 病房毒麻药管理要求：
 - 9.1 病房毒麻药品只能供应住院患者按医嘱使用，其他人员不得私自取用、借用。
 - 9.2 设专柜存放，专人管理，严格加锁，并按需保持一定基数，每班交接班时，必须交接点清，双方用正楷签全名。
 - 9.3 医生开医嘱及专用处方（淡红处方）后，方可给该患者使用，使用后保留空安瓿。
 - 9.4 建立毒麻药使用登记本，注明患者姓名、床号、使用药名、剂量、使用日期、时间，护士正楷签名。
 - 9.5 如遇必要时医嘱且当患者需要使用时，仍需有医生所开的医嘱、专用处方，并保留空安瓿。
10. 高危药品的存放有规范，在病区不得混合存放高浓度电解质制剂（包括氯化钾、磷化钾及超过 0.9% 的氯化钠等）、肌肉松弛剂与细胞毒化等高危药品，必须单独存放，有醒目的标志，并有使用剂量的限制。
11. 对夜间、节假日的临时紧急用药能及时从药剂部门获得

十一. 病房消毒隔离制度

1. 医务人员在做无菌操作时, 必须严格执行无菌操作规程。洗手, 戴好帽子、口罩。换药车或输液车上的无菌器械、罐、槽、盘等, 使用后应及时盖严, 定时更换和灭菌, 并注明灭菌日期和开启日期及时间。
2. 治疗室每日定时通风换气, 用消毒液擦地, 每周大扫除一次, 无菌物品抽样做细菌培养, 每月一次, 并有报告, 结果存档。治疗室用的擦布及墩布等应有标记且专物专用。
3. 病室各房间应每日定时通风两次, 每日晨间护理时用湿布套扫床, 一床一套; 每日擦小桌, 一桌一布, 均浸泡消毒后清洗晾干。
4. 每周至少更换被服一次, 并根据情况随时更换。
5. 患者用过的口服药杯应浸泡于含氯制剂溶液中, 消毒液每日更换一次。
6. 注射器使用后将针头弃于锐器收集盒中, 注射器放入黄色垃圾袋中, 各种器械浸泡在消毒溶液中。
7. 餐具每餐后必须执行一洗, 二涮, 三冲, 四消毒, 五保洁的工作程序。隔离的患者必须使用一次性餐具。
8. 便盆每周用含氯制剂(有效氯含量 1000mg/L)溶液浸泡消毒, 隔离患者使用专用便器。
9. 治疗室、产房、手术室、换药室要定期进行空气消毒, 并做空气培养。
10. 体温表一人一支, 每次使用后浸泡于 70%酒精(或含氯消毒剂)溶液中,, 每日更换消毒液一次, 每周清洗消毒一次, 由专人负责。
11. 门诊采取血标本, 实行一人、一针、一巾、一止血带, 使用过的棉棍、棉球要集中放入医用垃圾袋中, 以免污染环境。
12. 婴儿使用的餐具如小杯、小匙等, 需经高压蒸汽灭菌后备用。
13. 床单元隔离:
 - 13.1 隔离患者有条件时住单间, 病室内或病室门口要备隔离衣, 悬挂方法正确。
 - 13.2 清洁区挂避污纸, 以便随时使用。
 - 13.4 隔离单位门外应设泡手盆, 内盛含氯消毒剂(有效氯含量 250mg/L 健之素)溶液。
 - 13.5 患者专用体温表、药杯、便器, 应用一次性注射器、输液器、餐具, 使用后回收集中处理。
 - 13.6 隔离患者用过的医疗器械应用含溴或含氯消毒剂(有效氯含量 2000mg/L)浸泡消毒, 血压表、听诊器等用消毒液擦拭, 血压计袖带若被血液、体液污染应在清洁的基础上使用含有效溴或有效氯的消毒剂浸泡 30 分钟后清洗干净, 晾干备用。
 - 13.7 保持室内良好的新鲜空气流通, 必要时在有条件的病室可保持负压状态。
 - 13.8 脏被服放入有隔离标志的黄色袋中, 送洗衣房单独消毒后再洗涤。
14. 凡患者有气性坏疽, 绿脓杆菌等特殊感染伤口, 应严格隔离。所用的器械、被服均要进行消毒处理, 所用敷料放入专用塑料袋烧毁。
15. 口腔科护理中要求一律使用一次性漱口杯, 口腔科牙钻针单支包装后必须经过高压灭菌方可使用, 做到一人一钻针。
16. 对呼吸机螺旋管、呼吸气囊、气管套管、氧气用的湿化瓶、牙垫、舌钳、开口器等使用后应严格消毒灭菌, 所有接触过口腔的用具, 必须用乙肝有效的消毒方法处理。

17. 各种内镜使用后必须认真分类清洗, 彻底消毒, 对乙肝患者应固定内窥镜, 用后进行严格消毒。
18. 诊疗、换药、注射、处置工作前后, 认真洗手, 必要时用消毒液泡手。
19. 转科、出院、死亡患者单位要进行终末消毒。
20. 医疗垃圾与生活垃圾分类放置, 并有标志, 生活垃圾放入黑色袋中, 医疗垃圾放入黄色袋中, 做到每日清, 医疗垃圾应及时送到医院暂存地。

十二. 皮肤压力伤登记报告制度 (新增)

1. 发现皮肤压力伤, 无论是院内还是院外带来的, 均要及时上报登记。
2. 24 小时内通知护理部, 由质控员到科室核查。
3. 填写皮肤压伤观察表。
 - 3.1 在“压伤来源”一栏中, 科外发生的要填清科室, 院外发生要注明。
 - 3.2 在“转归”栏中, 要填写出院、转科或死亡, 如果转科要填写科名; 在“预后栏”中, 要填写清楚皮肤状况。
 - 3.3 根据皮肤压伤危险性评分表及分期, 按要求填写。
4. 积极采取措施密切观察皮肤变化, 并及时准确记录。
5. 当患者转科时, 请将观察表或记录交由所转科室继续填写。
6. 当患者出院或死亡后, 将此表及时交回护理部。
7. 如隐瞒不报, 一经发现与科室月质控成绩挂钩。
8. 对可能发生皮肤压力伤的高危患者实行评估, 并给予预防措施。

十三. 导管滑脱登记报告制度 (中心静脉插管、气管插管等) (新增)

1. 医务人员应本着预防为主的原则, 认真评估患者是否存在管路滑脱危险因素。
2. 如存在上述危险因素, 要及时制定防范计划与措施, 并做好交接班。
3. 对患者及家属及时进行宣教, 使其充分了解预防管路滑脱的重要意义。
4. 加强巡视, 随时了解患者情况并记好护理记录, 对存在管路滑脱危险因素的患者, 根据情况安排家属陪伴。
5. 护士要熟练掌握导管脱落的紧急处理预案, 当发生患者管路滑脱时, 要本着患者安全第一的原则, 迅速采取补救措施, 避免或减轻对患者身体健康的损害或将损害降至最低。
6. 当事人要立即向护士长汇报, 并将发生经过、患者状况及后果及时报护理部; 按规定填写患者管路登记表, 24-48 小时内报护理部。
7. 护士长要组织科室工作人员认真讨论, 提高认识, 不断改进工作。
8. 发生管路滑脱的单位或个人, 有意隐瞒不报, 一经发现将严肃处理。
9. 护理部定期组织有关人员进行分析, 制定防范措施, 不断完善护理管理制度。

十四. 病房安全制度

1. 物品固定放置, 便于清点, 保证患者行动安全。
2. 病房内禁止吸烟与饮酒, 禁止使用电炉、酒精灯及点燃明火, 以防失火。
3. 加强对陪住和探视人员的管理。
4. 贵重物品不要放在病房内。
5. 病房晚九点应及时清理病房内探视人员离开病区, 并督促病人休息。

6. 加强巡视，如发现可疑分子，及时通知保卫处。
7. 空病房要及时上锁。
8. 按要求畅通防火通道，不堆、堵杂物。
9. 消防设施完好、齐全，上无杂物。

十五. 患者膳食管理制度

1. 患者的膳食种类由医生根据病情决定。医生开写或更改膳食医嘱后，护士应及时通知营养部和配膳员，并填好饮食牌。
2. 开饭前停止一般治疗，协助卧床患者解除生理需要并洗手，安排卧位，备好床上饭桌，并保持室内清洁、整齐，冬季应提前半小时开窗通风，保证病室空气清新，以增进患者食欲。
3. 开饭时工作人员应洗手、戴口罩，保持衣帽整洁，携带配餐记录，并严格执行饮食查对制度。
4. 注意食品保温，及时准确地将饭菜送到患者床旁，保证患者吃到热饭菜。
5. 要求患者订营养配餐，如因特殊情况患者家属送饭时，须经护士检查同意后方可食用。
6. 观察患者进食情况，必要时协助患者进食，注意饮食习惯。对食欲不佳的患者适当鼓励进食，必要时增加进食次数，以补充营养。
7. 每餐核对避免差错，特别对食用治疗膳食的患者，要讲清目的，取得患者合作。
8. 患者食具要每餐消毒，传染病患者须使用一次性餐具。
9. 经常征求患者意见，及时向营养部门反馈。

十六. 健康教育制度

健康教育是一项科普工作。通过健康教育，使广大群众增加卫生知识，有利于防病和治病。各病房、科室及门诊定期以各种形式向患者及家属进行卫生宣教，并使之形成制度，认真落实，健康教育的方法有以下几种：

1. 对住院患者重点是，但不限于：
 - 1.1 入院须知宣教
 - 1.2 传授相关疾病知识
 - 1.3 手术前及手术后护理知识
 - 1.4 出院时康复知识
2. 对门诊患者重点是，但不限于：
 - 2.1 门诊诊疗环境
 - 2.2 传授相关疾病知识
 - 2.3 合理用药知识
3. 个别指导：内容包括一般卫生知识如个人卫生、公共卫生、饮食卫生、常见病、多发病、季节性传染病的防治知识，及简单的急救知识、妇幼卫生、婴儿保健、计划生育等。可在入院介绍和护理患者时，结合病情、家庭情况和生活条件作具体针对性指导。
4. 集体讲解：门诊利用患者候诊时间，病房则按工作情况与患者作息制度选定时间进行集体讲解，还可结合示范，配合幻灯、模型等，以加深印象。
5. 文字宣传：利用宣传栏编写短文、专科性宣传图示或诗词等，标题要醒

- 目，内容要通俗，要体现大多数病人的保健需求。
6. 卫生展览：如图片或实物展览，内容应定期更换。
 7. 卫生影视：利用门诊候诊及住院患者活动时间、出院后的宣教会进行宣教。

十七. 探视、陪伴管理制度

1. 为促进患者早日康复，使医疗护理工作有秩序的进行，要尽可能减少陪伴。
2. 陪伴适用原则：
 - 2.1 各种疾病导致多脏器损害，病情严重，且不在专科监护室监护者。
 - 2.2 病情有可能突然发生严重并发症者。
 - 2.3 疾病诊断不清或病情反复、发展等情况而致生活不能自理者。
 - 2.4 各种原因造成的精神异常、意识障碍者。
 - 2.5 各种介入治疗、手术后者。
 - 2.6 语言沟通障碍、失明及失聪者。
 - 2.7 有自杀倾向者。
 - 2.8 年龄过大（超过75岁以上），年龄过小（10岁以下）者。
 - 2.9 医师认为诊疗需要陪伴的其它患者
3. 凡患者病情需陪伴者，需经主管医生及护士长同意，发给陪伴证（盖章有效），方可陪伴。病情稳定后，停止陪伴同时收回陪伴证，并随需要增发或收回。
4. 陪伴者须遵守下列规定：
 - 4.1 与医护人员密切配合，在医护人员指导下照顾患者。
 - 4.2 自觉遵守医院各项规章制度，不随地吐痰，不在院内吸烟，不串病房，不在病房里洗澡、洗头、洗衣服和蒸煮自带的食物，不得自带行军床、躺椅等。不吃患者饮食，保持病房的安静和清洁卫生。
 - 4.3 节约水电，爱护国家财产，损坏公物须照价赔偿。
 - 4.4 陪伴只限一人，设定换班时间，出入院出示“陪伴证”，携带物品出院需经病房值班护士开具证明。
 - 4.5 有事离开患者，必须通知医护人员。
 - 4.6 不得私自将患者带离至院外。
5. 陪伴人员如违犯院规或影响医院治安，经说服教育无效者，可停止其陪伴，并与有关部门联系处理。

十八. 注射室工作制度

1. 凡各种注射应按处方和医嘱执行，对易致过敏的药物，必须按药品说明书规定做好注射前的药物过敏试验。
2. 严格执行查对制度，对待患者热情、体贴。
3. 密切观察注射后的情况，若发生注射反应或意外，应及时进行处置，并通知医生。
4. 严格执行无菌操作规程，操作时应戴口罩、帽子。器械要定期消毒和更换。保证消毒液的有效浓度。注射时，使用一次性注射器。
5. 备齐抢救药品及器械，放于固定位置，定期检查，及时补充更换。
6. 每天要做好室内清洁卫生和消毒，定期采样培养。

7. 严格执行隔离消毒制度，防止交叉感染。

十九. 治疗室工作制度

1. 保持室内清洁，每完成一项工作，即要随时清理，每天消毒两次。每周彻底扫除一次。除工作人员外，其他人员不许在室内逗留。
2. 器械物品放在固定位置，及时请领，上报损耗，严格交接手续。
3. 各种内、外用药品分类放置，标签明显，字迹清楚。
4. 毒、麻、限剧及贵重药应加锁保管，严格交接班。
5. 高浓度电解质液、氯化钾、肌松剂等高危性药物单独存放，超正常剂量使用有严格的流程规范管理。
6. 严格执行无菌技术操作，进入治疗室必须穿工作服、戴工作帽及口罩。
7. 干缸无菌持物钳，每4小时更换。
8. 已用过的一次性注射器、输液器等，放入黄色医疗废物专用包装袋内，按感染性废物处理，不得返回治疗室。
9. 无菌物品应注明灭菌日期、须在有效期内使用。
10. 定期进行空气和无菌物品采样培养，每日使用紫外线消毒，并有登记签名。
11. 打开后的无菌液体，需继续使用者，需注明打开日前与时分，仅限于当班时间内使用（有效期不超过8小时）。

二十. 换药室工作制度

1. 严格执行无菌操作原则，非换药人员不得入内。
2. 除固定敷料外(绷带等)，一切换药物品均需保持无菌，并注明灭菌有效日期，无菌溶液(生理盐水、呋喃西林等)定期检查，无过期物品。
3. 换药时，先处理清洁伤口，后处理感染伤口。
4. 特殊感染用物不得在换药室处理。
5. 污敷料放入黄色医疗废物专用包装袋内，按感染性废物处理。
6. 换药室每日紫外线照射消毒二次，记录消毒时间及签名，每周彻底扫除一次。
7. 换药时，根据伤口情况，换药物品依先后秩序一次备齐，保持台面整洁。
8. 做到操作轻柔，程序规程，处置准确，包扎符合要求。

二十一. 患者入院、出院工作制度

1. 入院：

- 1.1 在患者入院之前准备好床单位。
- 1.2 热情接待患者并向其介绍自己和其他医务人员及同病室的病友。
- 1.3 陪同患者至指定的床位并确保其舒适。
- 1.4 解释并告之住院规则/须知及病房有关制度（病室环境、住院安全、作息时间、膳食制度等）。
- 1.5 完成护理评估。
- 1.6 根据患者的需要制订护理计划。

2. 出院：

- 2.1 接到患者出院医嘱后，核对所有录入医嘱记帐明细无误后，通知住院处结帐。

- 2.2 患者出院前，由责任护士及主管医师将出院小结交予患者，并认真向患者及其亲属告知出院后注意事项。包括：目前的病情；药物的剂量、作用、副作用；饮食；活动；复诊时间；预约等。
- 2.3 准确告知患者和家属办理出院手续的方法。
- 2.4 主动征求对医疗、护理等各方面的意见及建议。
- 2.5 清点患者单位公用物品：包括被服类，家具等。
- 2.6 收到患者出院证明条后，方可允许患者离院；嘱患者带齐个人用物，将患者送出病房。
- 2.7 出院后，床单位进行终末消毒，更换床上用品。

3. 转院转科：

- 3.1 接到患者转院、转科医嘱后，及时与相关单位沟通。
- 3.2 患者转院转科前，由责任护士及主管医师向患者或亲属告知相关注意事项，如目前的病情，途中可能遇到情况等。
- 3.3 转科时病历应随同转科交接；转院时应将医师的病历摘要及其它必要资料备妥随同转院，保障医疗信息资料连续性。
- 3.6 转院、转科途中可能遇到情况的处理有预案和具体准备措施。
- 3.7 转科时填写好交接清单，交接时经现场核对后签字确认。

二十二. 物资、器材管理制度

1. 各科室对设备、家具、器材、被服须建立帐目，并定期清点，防止霉烂、遗失、差错。要求帐物相符，保证物资安全。
2. 财务收入与支出要详细登记并有两人签字。
3. 设专人负责物资、被服请领、保管及报废工作。
4. 定期做好请领申请，交给物资科；请领物品时，需精打细算，做到物尽其用。除抢救及急需物品外，原则上每个科室每月只准领取一次。
5. 各科室领取正常消耗性器材、物品时应有本科室负责人签字才可请领。如听诊器、血压表等需要报废时，还应有修理部门的技术鉴定、签字，证明不能修理时才能以旧换新。
6. 科室建立维修登记本，以利仪器设备保管使用。
7. 各种物资、被服的报废，需经行政处审核后，方可办理报废手续。
8. 任何人不得将医院的任何物资私自带出院外。

二十三. 病人外出检查制度（新增）

1. 遵照医嘱确认患者的身份，核对拟施项目的准备事宜完成情况，对重症患者要请主管医师实行可行评估后，方可离开病区外出检查。
2. 送病人外出检查时，耐心向病人讲解相关检查注意事项。
3. 对待病人及其家属，特别是动作缓慢及年老体弱的病人，要礼貌、热情，有爱心。
4. 准确、及时地将病人护送到检查科室，检查完毕后及时将病人送回病房。
5. 运送病人过程中，应随时观察病人的反应，保证病人检查途中的安全。
6. 送病人检查途中，负责保管好病历等文件资料，不能擅自将病历交给病人或其家属，确保病历等文件资料的保密性。
7. 离院外出检查应遵循医院相关制度。

二十四. 护理查房制度（新增）

护理查房是护士学习知识，提高业务水平的重要途径。应在报告病例的基础上，针对病人和病例的特点，进行有针对性、有目的的分析与讨论，使参与者在业务上有所收获。

1. 查房目的：

- 1.1 更新业务知识：学习医学知识；学习护理专业的概念、理论；学习医护领域的新技术、新技能、经验等。
- 1.2 能找出护理上的难题，交流经验、教训，护理工作中的新知识、新方法。

2. 查房要求

- 2.1 护理查房要有组织、有计划、有重点、有专业性，通过护理查房对病人提出护理问题、制定护理措施并针对问题及措施进行讨论，以提高护理质量。
- 2.2 护理查房要围绕新技术、新业务的开展，注重经验教训的总结，突出与护理密切相关的问题。通过护理查房能够促进临床护理技能及护理理论水平的提高，同时能够解决临床实际的护理问题。
- 2.3 护理查房可采用多种形式，如个案护理、危重疑难病例的护理总结。
- 2.4 病房每月进行护理查房一次，科室每季度护理大查房一次，护理部每季度参加一次科室大查房。
- 2.5 查房前要进行充分的准备并提前通知参加人员护理查房的内容。
- 2.6 护理查房主持人要选择有临床经验，具有一定的专业理论水平的护师或主管护师。护士长及病房教学老师对整个查房过程要给与质量监控，对查房中出现的问题能及时予以纠正。

3. 查房程序

- 3.1 护理查房前由护士长/或教学老师及查房主持人选择适宜的病例。
- 3.2 根据病例学习、总结相关的知识，选择护理人员查阅有关资料，进行准备报告。
- 3.3 提前通知参加人员护理查房内容，将有关资料发给参加者。
- 3.4 护理查房开始由主持人先介绍查房内容，后依次为病例介绍、讲解相关疾病的治疗、护理要点、此病例的护理措施及措施依据、讨论，最后由护士长或教学老师进行总结性发言。在整个查房过程中，主持人应为参加者提供参与的机会及时间，使讨论积极热烈。查房后列出重点学习内容，以备考核。

二十五. 护理查对制度（新增）

1. 医嘱查对制度

- 1.1 处理长期医嘱或临时医嘱时要记录处理时间，执行者签全名，若有疑问必须问清后方可执行。各班医嘱均由当班护士两名进行查对。
- 1.2 主管护士和夜班护士对当日医嘱要进行查对，每周定期大核对一次，并根据需要进行重整。整理医嘱后需经另一人查对，方可执行。
- 1.3 抢救患者时，下达口头医嘱后执行者须复诵一遍，由二人核对后方可执行，并暂保留用过的空安瓿。抢救结束后及时补全医嘱，执行者签全名，执行时间为抢救当时时间
- 1.4 护士长每周总查对医嘱一次。

2. 服药、注射、输液查对制度

2.1 服药、注射、输液前必须严格进行三查七对。

2.1.1 三查：操作前查、操作中查、操作后查。

2.1.2 七对：对床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间用法和有效期。

2.2 清点药品时和使用药品前要检查药品外观、标签、有效期和批号，如不符合要求不得使用。

2.3 静脉给药要注意有无变质、瓶口松动、裂缝。同时使用多种药物时，要注意配伍禁忌。

2.4 摆药后必须经第二人核对方可执行。

2.5 对易致过敏的药，给药前需询问患者有无过敏史；使用毒、麻、限剧药时，要经过反复核对，用后保留安瓿。

2.6 发药或注射时，如患者提出疑问，应及时查清，无误并向患者解释后方可执行，必要时与医生联系。

2.7 观察用药后反应，对因各种原因患者未能及时用药者应及时报告医生，根据医嘱做好处理，并在护理记录中有记载。

3. 输血查对制度

3.1 根据医嘱，输血及血液制品的申请单，需经二人核对患者姓名、病案号、血型（含 Rh 因子）、肝功，并与患者核实后方可抽血配型。

3.2 查采血日期、血液有无凝血块或溶血，并查血袋有无破裂。

3.3 查输血单与血袋标签上供血者的姓名、血型（含 Rh 因子）及血量是否相符，交叉配血报告有无凝集。

3.4 输血前需两人核对患者床号、姓名、住院号及血型（含 Rh 因子），无误后方可输入。

3.5 输血完毕应保留血袋 24 小时，以备必要时送检。

3.5 输血单应该保留在病历中。

4. 手术患者查对制度

4.1 术前准备及接患者时，应查对患者床号、姓名、性别、诊断、手术名称及手术部位（左、右）。

4.2 查手术名称、配血报告、术前用药、药物过敏试验结果等。

4.3 查对无菌包内灭菌指示剂以及手术器械是否齐全。

4.4 凡体腔或深部组织手术，要在缝合前核对纱垫、纱布、缝针、器械的数目是否与术前相符。

4.5 手术取下的标本，应由洗手护士与手术者核对后，再填写病理检验单送检。

4.6 当家属面取下假牙和贵重物品（戒指、项链、耳环等），并交由家属保管。

5. 建立使用‘腕带’作为识别标示制度

5.1 对无法有效沟通的患者应使用“腕带”作为患者的识别标志，例如昏迷、神志不清、无自主能力的患者，至少应在重症监护病房、手术室、急诊抢救室、新生儿等科室中得到实施。

5.2 “腕带”填入的识别信息必需经二人核对后方可使用，若损坏需更新时同样需要经二人核对。

6. 查对要求

在抽血、给药或输血时，应至少要求同时使用二种查对的方法（不包括仅以房号、房号作为查对的依据），并要求患者自行说出本人姓名，经核对

无误后方可执行。

7. 与患者沟通

在实施任何介入或其它有创高危诊疗活动前，操作者都要用主动与病人沟通的方式，作为最后查对确认的手段，以确保正确的病人、实施正确的操作。

8. 完善关键流程查对措施，

即在各关键的流程中，均有改善病人查对准确性的具体措施、交接程序与记录文件。

二十六. 护理人员技能定期评估制度（新增）

为全面提升护理队伍专业水平及综合能力，护理部要有计划、定期地对护理人员进行意识、能力、技能和经验的培训及评估，确保护士能随着医学的发展，不断更新知识、提高技能，更好的胜任护理工作，确保每一位护理人员均具有必备的相关护理技能，确保护理服务技能的一致性及连贯性。

1. 护理部依据护理专业发展的需求及护理人员继续教育的需要，结合护理队伍的具体情况，制定护士培训计划及分层次、分阶段组织实施，并定期进行培训有效性评价。
2. 培训及评估内容包括：专业理论和技能、质量意识、医院规章制度、国家和行业法律法规、特殊岗位技能的培训及新技术、新业务的培训、应急措施等。
3. 培训及评估方法：
 - 3.1 护理部年度有计划地组织全院护理查房，通过护理病例讨论及护理计划的制定、实施，提高护理人员的综合护理水平。
 - 3.2 每月组织全院护士理论讲座，普及基础理论及推广新知识，每季度进行护理人员理论考试。
 - 3.3 护理人员均应接受不同等级复苏技术的培训，经考核合格认定其能掌握正确的复苏技术后方可上岗为病人提供护理技术服务。对从事麻醉、急诊、ICU 等专业的护理人员应具备较高水平的复苏技术与支持技术。。
4. 各科根据专科特点制定专科培训计划，并组织专科理论、技能的培训；通过考核对培训效果进行评估。
5. 各专科定期组织护师、护士轮转，拓宽护士专科技能的学习和掌握，并进行出科考核。
6. 新护士参加护理部、各科组织的理论及技能的培训及考核。
7. 护理管理部门要为每一位护士建立个人技术考评档案，并存有个人的资质文件，包括护理注册证书或执业证明、技术准入、上岗许可等文件（或复印件），有关教育、培训和工作经历的资料等，技术评估的结果要用于岗位任职资格。

二十七. 护理新技术准入制度（新增）

1. 在医院医疗技术管理制度的框架内建立护理新技术、新业务准入管理体制和申报、准入流程，严格遵守相关卫生管理法律、法规、规章、诊疗规范和常规，未经批准的不得开展。
2. 开展护理新技术、新业务应是结合临床诊疗和护理管理工作的实际需要，与医院功能、任务和业务能力相适应，应当是在核准的执业诊疗科目内。

3. 开展近期在国内外医学领域具有发展趋势的新项目,在院内尚未开展过的项目和未使用的临床护理新手段被认定为新技术、新业务。
4. 护理新技术、新业务经审批后必须按计划实施,应包含确保病人安全的内容。凡增加或撤销项目必须经护理部同意并报主管院领导批准后方可进行,。
5. 临床应用时要严格遵守病人知情同意原则并有记录。
6. 护理部应定期对护理新项目进行检查、考核与评价,在正式被批准临床应用后,护理部应及时制定操作规范及考核标准并列入质量考核范围内

二十八. 护理制度、操作常规变更批准制度（新增）

随着医学与护理学的不断发展,医疗技术的不断更新,护理人员水平逐步提高,护理管理制度、护理操作常规需要不断修改完善,以加强护理管理,适应护理工作的需要,现就护理制度、操作常规变更作如下规定。

1. 护理制度、操作常规变更立足于确保病人生命安全,实事求是,提高工作效率和工作质量。
2. 护理制度、操作常规变更由护理质量管理委员会负责。如有变更需求,科室向该委员会提出申请,待委员会批准后,再做出变更。
3. 变更程序:
 - 3.1 对现有护理制度、操作常规的自我完善和补充。
 - 3.2 对新出现的工作,需要制定新的护理制度或操作常规。
 - 3.3 将修改的或新制定的护理制度、操作常规提交护理质量管理委员会讨论,提出意见或建议,进一步完善。
 - 3.4 护理制度、操作常规变更后或新制定的,应设置 3-6 月试行期,经过可行性再评价后方可正式列入实施。
 - 3.5 护理制度、操作常规变更与新定后,文件上均标有本制度执行起止时间及批准人。
4. 变更后的护理制度、操作常规及时通知全院护士,认真组织培训与学习并贯彻执行。
5. 重大护理制度、操作常规变更要与医疗管理职能部门做好协调,保持医疗护理一致性,并向全院通报。

二十九. 护理人员继续教育制度（新增）

- 1、护理部负责医院各层次护士继续教育培训的组织管理工作。
- 2、落实医院护理专业继续教育规划及方针政策。
- 3、制定本院各层次护士继续教育培训计划实施细则
- 4、组织申报区级、市级及国家级护士继续教育项目
- 5、对科室的护士教学管理小组工作进行指导监督,保证培训计划的落实。
- 6、按计划每年向科室提供各种学习信息,做好学分登记、审核工作。
- 7、定期召开继续教育小组会,通报信息,讨论工作。
- 8、向上级领导汇报护士继续教育工作的信息,确保护士继续教育工作的质量。

三十. 护理应急管理预案（新增）

（一）患者紧急状态时的护理应急程序

1. 患者突然发生病情变化时的应急程序

- 1.1 应立即通知值班医生。
- 1.2 立即准备好抢救物品及药品。
- 1.3 积极配合医生进行抢救。
- 1.4 必要时通知患者家属，如医护抢救工作紧张可通知院总值班，由院总值班负责通知患者家属。
- 1.5 某些重大抢救或重要人物抢救，应按规定及时通知医务处或院总值班。

2. 患者突然发生猝死时的应急程序

- 2.1 发现后立即抢救，同时通知值班医生、院总值班，必要时通知上级领导。
- 2.2 通知家属，抢救紧张可通知院总值班，由院总值班通知家属。
- 2.3 向院总值班或医务处汇报抢救情况及抢救结果。
- 2.4 如患者抢救无效死亡，应等家属到院后，再通知太平间将尸体接走。
- 2.5 做好病情记录及抢救记录。
- 2.6 在抢救过程中，要注意对同室患者进行保护。

3. 患者有自杀倾向时的应急程序

- 3.1 发现患者有自杀念头时，应立即向上级领导汇报。
- 3.2 通知主管医生。
- 3.3 做好必要的防范措施。包括没收锐利的物品，锁好门窗，防止意外。
- 3.4 通知患者家属，要求 24 小时陪护，家属如需要离开患者时应通知在班的医护人员。
- 3.5 详细交接班，同时多关心患者，准确把握患者的心理状态，给予心理疏导。

4. 患者自杀后的应急程序

- 4.1 发现患者自杀，应立即通知医生，携带必要的抢救物品及药品与医生一同奔赴现场。
- 4.2 判断患者是否有抢救的可能，如有可能应立即开始抢救工作。
- 4.3 抢救无效，保护现场（病房内及病房外现场）
- 4.4 立即通知医务处及院总值班，服从领导安排处理。
- 4.5 协助主管医生通知家属。
- 4.6 配合相关领导及有关部门的调查工作
- 4.7 做好各种记录
- 4.8 保证病室常规工作的进行，以及其他患者的治疗工作。

5. 患者坠床/摔倒时的应急程序

- 5.1 患者不慎坠床/摔倒，立即奔赴现场同时马上通知医生。
- 5.2 初步判断患者的情况，如测量血压、判断患者意识、查看有无外伤等。
- 5.3 医生到场后，协助医生进行检查，为医生提供信息，遵医嘱进行正确处理。
- 5.4 病情允许时将患者移至抢救室或患者床上。
- 5.5 遵医嘱开始必要的检查及治疗。
- 5.6 必要时应向上级领导汇报（夜间通知院总值班）。
- 5.7 协助医生通知患者家属。
- 5.8 认真记录患者坠床/摔倒的经过及抢救过程。

6. 患者外出（或不归）时的应急程序

- 6.1 发现患者擅自外出应立即通知病室主管医生及病房护士长。
- 6.2 通知医务处和护理部，夜间通知院总值班及护理部值班。
- 6.3 查找患者联系电话，或通知住院处协助查找家属联系电话。
- 6.4 尽可能查找患者去向，必要时通知保卫处协助寻找患者。
- 6.5 患者返回后立即通知院总值班，由主管医生及护士长按医院有关规定进行处理。
- 6.6 若确属外出不归，需二人共同清理患者用物，贵重物品、钱款应登记并上交领导妥善保管。
- 6.7 认真记录患者外出过程。

7. 患者发生输血反应时的应急程序

- 7.1 患者发生输血反应时，应立即停止输血换输生理盐水。
- 7.2 报告医生及病房护士长，并保留未输完的血袋，以备检验。
- 7.3 对病情紧急的患者及时备妥抢救药品及物品，应配合医生进行紧急救治，遵医嘱给药。
- 7.4 应密切观察患者病情变化并做好记录，安慰患者，减少患者的焦虑。
- 7.5 按要求填写输血反应报告卡，上报输血科。
- 7.6 怀疑溶血等严重反应时，将保留血袋及抽取患者血样一起送输血科。

8. 患者发生输液反应时的应急程序

- 8.1 患者发生输液反应时，应立即撤除所输液体，重新更换液体和输液器。
- 8.2 同时报告医生并遵医嘱给药。
- 8.3 情况严重者应就地抢救，必要时进行心肺复苏。
- 8.4 做好护理记录，记录患者的生命体征、一般情况和抢救过程。
- 8.5 发生输液反应应及时报告相关部门。
- 8.6 保留输液器和药液分别送消毒供应中心和药剂科，同时取相同批号的液体、输液器和注射器分别送检。

9. 患者发生静脉空气栓塞时的应急程序

- 9.1 发现输液器内出现气体或患者出现空气栓塞症状时，立即阻拦空气输入体内，更换输液器或排空输液器内残余空气。
- 9.2 通知主管医生及病房护士长。
- 9.3 将患者置左侧卧位和头低脚高位。
- 9.4 密切观察患者病情变化，遵医嘱给予氧气吸入及药物治疗。
- 9.5 病情危重时，配合医生积极抢救。
- 9.6 认真记录病情变化及抢救经过。

10. 输液过程中出现肺水肿时的应急程序

- 10.1 发现患者出现肺水肿症状时，立即停止输液或将输液速度降至最低。
- 10.2 及时与医生联系进行紧急处理。
- 10.3 将患者安置为端坐位，双下肢下垂，以减少回心血量，减轻心脏负担。
- 10.4 高流量给氧，减少肺泡内毛细血管渗出，同时湿化瓶内加入 20% ~ 30% 的酒精，改善肺部气体交换，或遵医嘱使用无创呼吸机辅助呼吸。
- 10.5 遵医嘱给予镇静、利尿、扩血管和强心药物。
- 10.6 必要时进行四肢轮流结扎，每隔 5 ~ 10 分钟轮流放松一侧肢体止血带，

可有效地减少回心血量。

10.7 认真记录患者抢救过程。

10.8 患者病情平稳后，加强巡视，重点交接班。

11. 患者发生化疗药外渗时的应急程序

11.1 立即停止化疗药液的注入。

11.2 发生化疗药物外渗后要及时通知主管医生及病房护士长。

11.3 用 0.4%普鲁卡因（2%普鲁卡因 1ml+生理盐水 4 ml 配制）局部封闭，既可以稀释外漏的药液和阻止药液的扩散，又可以起到止疼的作用。封闭液的量可根据需要配制。

11.4 外渗 24 小时内可用冰袋局部冷敷，冷敷期间应加强观察，防止冻伤。冷敷可使血管收缩、减少药液向周围组织扩散。

11.5 避免患处局部受压，外涂喜疗妥，外渗局部肿胀严重的可用 50%硫酸镁湿敷并与喜疗妥交替使用。

12. 患者发生误吸时的应急程序

12.1 当发现患者发生误吸时，病情允许时立即使患者采取俯卧位，头低脚高位，叩拍背部，尽可能使吸入物排出，并同时通知医生。

12.2 及时清理口腔内痰液、呕吐物等。

12.3 监测生命体征和血氧饱和度，如出现严重紫绀、意识障碍及呼吸频度、深度异常，在采用简易呼吸器维持呼吸的同时，急请麻醉科插管吸引或气管镜吸引。

12.4 做好记录，必要时遵医嘱开放静脉通路，备好抢救仪器和物品。

12.5 通知家属，向家属交代病情

13. 患者发生躁动时的应急程序

13.1 当发现患者突然发生躁动，立即说服并制动约束患者，防止发生意外，并同时通知医生。

13.2 监测生命体征，遵医嘱给予镇静药物，约束制动。

13.3 遵医嘱开放静脉通路，备好抢救仪器和物品。

13.4 通知家属，向家属交代病情。

13.5 遵照医嘱使用制动约束器具，并注意观察防止并发症，待病情好转及时中止使用制动约束器具。

13.6 做好护理记录。

14. 患者发生精神症状时的应急程序

14.1 立即通知医生及病房护士长，夜间通知院总值班或护理部值班人员。

14.2 同时采取安全保护措施，以免患者自伤或伤及他人。

14.3 协助医生通知患者家属。

14.4 要求 24 小时家属陪护。

14.5 如果患者出现过激行为时，应立即通知保卫处或相关部门，协助处理，并考虑对患者采取躯体束缚，以防发生意外。

14.6 协助医生请专科会诊。

16.7 遵医嘱给予药物治疗。

16.8 遵医嘱实施约束与行动限制，严密观察，防止意外损伤。

15. 住院患者发生消化道大出血时的应急程序

- 15.1 发生大出血时,患者绝对卧床休息,头部稍高并偏向一侧,防止呕出的血液吸入呼吸道。
- 15.2 立即通知医生,准备好抢救车、负压吸引器、三腔两囊管等抢救设备,积极配合抢救。
- 15.3 迅速建立有效的静脉通路,遵医嘱实施输血输液及应用各种止血治疗。
- 15.4 及时清除血迹、污物。必要时用负压吸引器清除呼吸道内分泌物。
- 15.5 给予吸氧。
- 15.6 作好心理护理,关心安慰患者。
- 15.7 严密监测患者的心率、血压、呼吸和神志变化,必要时进行心电监护。
- 15.8 准确记录出入量,观察呕吐物和粪便的性质及量,判断患者的出血量防止发生并发症。
- 15.9 熟练掌握三腔二囊管的操作和插管前后的观察护理。
- 15.10 遵医嘱进行冰盐水洗胃:生理盐水维持 4-8℃,一次灌注 250ml,然后抽出,反复多次,直至抽出液体清澈为止。
- 15.11 采用冰盐水洗胃仍出血不止者,可胃内灌注去甲肾上腺素,即冰盐水 100 ml 加去甲肾上腺素 8mg,30 分钟后抽出,每小时一次,可根据出血程度的改善,逐渐减少频次。
- 15.12 认真做好护理记录,加强巡视和交接班。

16. 病房发现传染病患者时的应急程序

- 16.1 发现甲类或乙类传染病患者,在第一时间通知上级领导及有关部门(医务处、护理部、院感染办公室等)。
- 16.2 根据传染源的性质,立即采取相应的隔离措施。
- 16.3 保护同病室的患者。
- 16.4 患者应用的物品按消毒隔离要求处理。
- 16.5 患者出院、转出后,应严格按传染源性质进行终末消毒处理。

17. 病房发现确诊或疑似 SARS 患者时的应急程序

- 17.1 病房一旦发现疑似或确诊 SARS 患者,立即启动应急预案。
- 17.2 立即报告医务处及护理部并在医务处的统一协调下开展一切工作。
- 17.3 在 SARS 领导小组的领导下,进行患者救治、消毒隔离、防护等工作。
- 17.4 密切观察患者病情的变化,严格监控医务人员的防护情况,及时向医院领导、有关科室及部门通报疫情。
- 17.5 备好足够的防护与消毒用品,确保医务人员的安全。
- 17.6 患者转出后,病房应严格按有关规定进行终末消毒处理。

(二) 意外事故紧急状态时的护理应急程序

1. 停水和突然停水的应急程序

- 1.1 接到停水通知后,做好停水准备包括:
 - 1.1.1 告诉患者停水时间。
 - 1.1.2 给患者备好使用水和饮用水。
 - 1.1.3 病房热水炉烧好热水备用,同时尽可能多备使用水。
- 1.2 突然停水时,白天与维修部门联系,夜间与院总值班联系,汇报停水情况,查询原因,及时维修。
- 1.3 加强巡视患,随时解决患者饮水及用水需求。

2. 泛水的应急程序

- 2.1 立即寻找泛水的原因，如能自行解决应立即解决。
- 2.2 如不能自行解决，立即找维修部门，夜间可通知院总值班协助找维修部门值班人员。
- 2.3 协助维修人员的工作，白天可通知病室清洁人员及时清扫泛水；夜间要主动将污水清理。
- 2.4 告诫患者，切不可涉足泛水区或潮湿处，防止跌倒，保证患者安全。

3. 停电和突然停电的应急程序

- 3.1 通知停电后，立即做好停电准备，备好应急灯、手电等，如有抢救患者使用电动力机器时，需找替代的方法。
- 3.2 突然停电后，立即寻找抢救患者机器运转的动力方法，维持抢救工作，并开启应急灯照明等。
- 3.3 使用呼吸机的患者，应在呼吸机旁备有简易呼吸器及应急电源，以备突然停电；如发生突然停电时，立即将呼吸机脱开，使用简易呼吸器维持呼吸。
- 3.4 通过电话与电工组联系，查询停电的原因。
- 3.5 加强巡视病房，安抚患者，同时注意防火、防盗。

4. 失窃的应急程序

- 4.1 发现失窃，保护现场。
- 4.2 电话通知保卫处来现场处理，夜间通知院总值班。
- 4.3 协助保卫人员进行调查工作。
- 4.4 维持病室秩序，保证患者医疗护理安全。

5. 遭遇暴徒的应急程序

- 5.1 遇到暴徒时，护理人员应保持头脑冷静，正确分析和处理发生的各种情况。
- 5.2 设法报告保卫处，夜间通知院总值班，或寻求在场其他人员的帮助。
- 5.3 安抚患者及家属，减少在场人员的焦虑、恐惧情绪，尽力保证患者的生命安全及国家财产。
- 5.4 暴徒逃走后，注意其走向，为保卫人员提供线索。
- 5.5 主动协助保卫人员的调查工作。
- 5.6 尽快恢复病室的正常医疗护理工作，保证患者的医疗安全。

6. 火灾的应急程序

- 6.1 发现火情后立即呼叫周围人员分别组织灭火，同时报告保卫处及上级领导，夜间电话通知院总值班或院内消防中心。
- 6.2 根据火势，应用现有的灭火器材和组织人员积极扑救。
- 6.3 发现火情无法扑救，马上打“119”报警，并告知准确方位。
- 6.4 关好邻近房间的门窗，以减慢火势扩散速度。
- 6.5 将患者撤离疏散到安全地带，稳定患者情绪，保证患者生命安全，撤离时用湿毛巾、湿口罩或湿纱布罩住口鼻，以防窒息。。
- 6.6 尽可能切断电源、撤出易燃易爆物品并抢救贵重仪器设备及重要科技资料。
- 6.7 组织患者撤离时，不要乘坐电梯，可走安全通道。叮嘱患者用湿毛巾捂

住口鼻，尽可能以最低的姿势或匍匐快速前进。

7. 地震的应急程序

- 7.1 地震来临，听从上级领导部门的统一指挥协调，值班人员应冷静面对，关闭电源、水源、气源、热源，尽力保障人员的生命及国家财产安全。
- 7.2 发生强烈地震时，需将患者撤离病房，疏散至广场空地或院内紧急避难场所。撤离过程中，护理人员要注意维护秩序，安慰患者，减少患者的恐惧。
- 7.3 情况紧急不能撤离时，叮嘱在场人员及患者寻找有支撑的地方蹲下或坐下，保护头颈、眼睛、捂住口鼻。
- 7.4 维持秩序，防止混乱发生。
- 7.5 注意防止有人趁火打劫。

8. 化学药剂泄漏的应急程序

- 8.1 当有不明液体喷溅到患者衣物，马上将接触的衣物脱下，放在消毒液中清洗消毒。
- 8.2 溅到皮肤上时，在第一时间用大量流动水冲洗，也可用棉花或吸水布吸干皮肤上药液，千万不要擦拭，然后用清水冲洗。
- 8.3 通知医生并协助明确液体的性质，遵医嘱进行解毒处理。
- 8.4 及时向上级汇报，协助了解事情经过，制定相应措施，总结经验防止类似事件发生。

9. 有毒气体泄漏的应急程序

- 9.1 发现有有毒气体泄漏后，立即用湿毛巾捂住口鼻，并通知上级领导及有关部门，协助组织疏散在场人员。
- 9.2 立即开窗通风，应用病室内所有通风设备，加强换气。
- 9.3 如毒气源在病室内或附近，设法关闭毒气阀门，叮嘱在场人员远离毒气源。
- 9.4 及时通知医生，积极救治出现中毒症状的患者，采取有效治疗及护理措施
- 9.5 维护病室秩序，保证患者医疗安全，安抚患者及家属。

三十一. 护理差错、事故登记报告制度（新增）

1. 各科室建立差错、事故登记本。
2. 发生差错、事故后，要积极采取补救措施，以减少或消除由于差错、事故造成的不良后果。
3. 当事人按规定时间向护士长、科护士长及护理部上报发生差错、事故的经过、原因、后果，并登记。
4. 发生严重差错或事故的各种有关记录、检验报告及造成事故的药品、器械等均应妥善保管，不得擅自涂改、销毁，以备鉴定。
5. 差错、事故发生后，按其性质与情节，分别组织本病室、本科护理人员进行讨论，以提高认识，吸取教训，改进工作，并确定事故性质，提出处理意见。
6. 发生差错、事故的单位或个人，如不按规定报告，有意隐瞒，事后经领导或他人发现，须按情节轻重给予处理。
7. 护理部应定期组织有关人员分析差错、事故发生的原因，并提出防范措施

施。

8. 为了实现最大限度地收集、分析、交流、共享安全信息，需要建立“安全文化”的新理念，创造条件逐步建立不以惩罚为手段的护理“不良事件”自愿报告机制，促进管理系统的持续改进。
9. 对属于“重大医疗过失行为和医疗事故报告”规范内的事件应按医院规定及时报告。

三十二. 病房医嘱计算机录入管理制度（新增）

由于各医院的计算机管理应用软件系统存在着较大差距，内涵也不同，病房医嘱计算机录入管理制度应结合医院实际情况，但应保障医嘱执行系统准确、可靠、实时，要确保各项医疗护理活动的安全性。

1. 系统支持：

- 1.1 信息中心负责医嘱系统的全面技术支持。
- 1.2 要补充新的医嘱、给药频率、给药方式、成组医嘱时，可向医嘱系统管理员提出申请，临床操作人员无权补充及变更。

2. 用户管理：

- 2.1 医嘱处理系统是医院信息系统的一个子系统，用于处理医嘱。
- 2.2 操作人员经过培训方可上机操作，有自己的用户名和密码，不得提供他人使用。
- 2.3 对医嘱系统的使用范围，有严格的授权限定，

3. 医嘱处理

- 3.1 录入医嘱要准确、完整，必须经第二人核对、确认后方可执行，确保医嘱录入时间是自动生成，不得人工填写。
- 3.2 撤销医嘱慎重，要有相应的规范与程序，撤销权限通常为护士长，或护士长授权委托的护士，其它人员无权修改与变更医嘱。
- 3.3 停止长期医嘱（除由计算机自动停止的医嘱——排斥型医嘱外）必须

既在机上操作，又在医嘱单上标明日期，两项手续缺一不可。

3.4 领药/退药

- a. 凡病房用于抢救患者的临时医嘱，护士不得以任何理由延误其执行。用计算机处理领药来不及，可先与药房联系借取，24小时内要将遗漏医嘱输入计算机。借取办法遵照医院及药房规定。
- b. 主班护士每日下班前要核查有无退药，当天退药当天完成。
- c. 患者转科之前要完成领药和退药，不能将已领药品带入新科室。
- d. 毒麻药医生开专用处方后，将专用处方与毒麻药单一同交药房领药。
- e. 贵重药按照医院规定的程序审批后，药房确认发药。
- f. 出院后仍需带输液药物者，按临时领药处理。

4. 患者信息处理与查询：

- a. 及时处理患者动态数据：核对患者病历号与姓名的一致性，患者床位的调整和转科处理，对出院患者，见出院医嘱后应及时为患者办理出院，让出床位。当日出院患者必须当日完成出院处理。
- b. 医嘱处理系统的查询功能仅供本科医护人员查看患者基本信息、医疗信息和费用信息等。

5. 各医院的医嘱处理系统均符合卫生部《医院信息系统基本标准》的规定要

求，应有医嘱系统的操作手册及信息安全管理的制度。

三十三. 护理文书书写基本规范与质量监管制度（新增）

1. 护理文件书写应当客观、真实、准确、及时、完整。
2. 护理文件书写应当使用蓝黑墨水或碳素墨水，一页中应使用同一种颜色笔书写。
3. 护理文件书写应当文字工整，字迹清晰，表述准确，语句通顺，标点正确。
4. 实习、进修与未取得执业许可证的护士书写的护理文件，应当经过本科室的护士审阅、修改并签名准认。
5. 修改：原则上不能修改。若书写过程中出现错字时，请使用本色笔，错字处画双横线，字改在侧面，签全名。
6. 护士长经常检查护理人员护理文件书写质量，及时纠正书写中存在的问题。
7. 护理部定期对护士进行护理文件书写及法律要求的培训，并定期对运行中的护理文件进行检查，保证护理文件书写规范、完整。

附：体温单：

1. 楣栏应使用同色蓝黑墨水或碳素墨水书写。
2. 42℃~40℃之间写患者转归（入院、出院、转出、手术等）时请用红签字笔书写。
3. 绘制体温、脉搏曲线使用红、蓝色墨水笔。
4. 呼吸以下（含呼吸）应根据医嘱和护理常规，全部使用红签字笔填写。
5. 血压、体重、身高应在楣栏中注明单位，标注方法：将单位写在两字右侧。如：血压 mmHg，体重 kg，身高 cm。
6. 请假前后体温不相连。

附：医嘱单：

1. 长期医嘱单和临时医嘱单应保持楣栏及项目填写齐全，有执行时间及执行护士签名，尤其是临时医嘱应有实际执行时间。
2. 各医嘱执行单执行后打勾签字后，应按医院规定保存。
3. 护士使用计算机录入医嘱时，应准确及时录入下达医嘱的医师姓名。

附：护理记录：

1. 危重患者护理记录：
 - 1.1 记录对象：病危、特级护理及部分病重患者。
 - 1.2 记录频次：记录患者 24 小时的病情变化，记录时间应具体到分钟。原则上应根据病情变化随时记录。
 - 1.3 日间、夜间均应书写记录，每天一份。
 - 1.4 签名：正楷书写，签全名。且一个时间段对应一个签名，不能打点。
 - 1.5 每日应有日间小结和 24 小时总结。
 - 1.6 有记出入量医嘱的应将计算后的出入量写在相应栏目内。
2. 一般患者护理记录：
 - 2.1 记录对象：无危重患者护理记录的其它患者。记录频次：原则上应根据病情变化随时记录。

附：危重症护理记录单：

1. 日夜间记录用蓝黑、碳黑墨水书写，夜班用蓝笔划线。
2. 详细准确记录生命体征、精神、饮食、睡眠、皮肤、有无褥疮、以及各种引流管是否通畅、病情变化。
3. 详细记录出入量：每餐食物记在入量的项目栏内，食物含水量和每次饮水量应及时准确记录实用量。
4. 输液及输血：准确记录实量，肌肉注射量不必记录。
5. 出量：包括尿量、呕吐量、大便、胃肠减压、抽出液体、各种引流液、除记量外还需观察其颜色、性质、记录于病情栏内。
6. 病情栏内应随时记录病情变化，以及治疗、护理后的反应。
7. 白班护士下班前将白天出入量用蓝黑、碳黑墨水总结；夜班护士下班前将 24 小时出入量用红笔总结，并记录在体温单上。
8. 每项已执行的临时医嘱应有实际执行（即患者获得服务）时间。

附：病室交班报告书写要求：**1、楣栏填写：**

楣栏填写清楚，详细填写病室名称，日期（年、月、日），总数、入院、转入、出院、转出、手术、生产、病重、病危、死亡等人数。

2、病室交班报告书写顺序及写法：

- 2.1 出院、转出患者的姓名、床号、诊断及出院或转出的时间。
- 2.2 死亡患者的姓名、床号、诊断及呼吸心跳停止时间。
- 2.3 出院、转出及死亡书写只占一行表格，如内容在日间病情栏内容容纳不下，可直接延续书写到夜间病情栏内。
- 2.4 空一行，新入院、转入患者姓名、床号，患者性别、年龄、入院原因（诊断）及时间。
- 2.5 空一行，当日手术患者姓名、床号，麻醉方式、手术名称。
- 2.6 空一行，明日手术患者姓名、床号，麻醉方式、手术名称。
- 2.7 空一行，病危或病重患者姓名、床号、诊断，病重注明“重”；病危注明“危”。
- 2.8 病危患者均需要书写。

3、危重患者主要书写内容：

- 3.1 书写患者的体温、脉搏、呼吸及血压，并注明时间（日间 2pm、夜间 6AM）。
- 3.2 患者意识、生命体征、体位、皮肤完整性、患者特殊主诉，异常检验、治疗及给药、护理措施、伤口情况、引流情况、睡眠、病情变化等。

4、病室报告书写注意点：

- 4.1 报告应按照书写顺序及要求书写。
- 4.2 报告内容要前后衔接，如白班交班时渗血较多，夜间应注明是否终止或仍渗血，是新鲜还是陈旧性血液等。
- 4.3 当内容需转第二页时，楣栏处应填写病室名称，日期（年、月、日）及页数，其他项目不必再填写；患者病情如在第一页未写完，第二页只写患者姓名及床号。
- 4.4 患者行特殊辅助检查如钡餐、胃肠道造影等，只写在交班本中，不用写在病室报告中。

- 4.5 日间交班报告由主管（或主班）护士填写，晚间由后夜班护士填写，签全名。
- 4.6 书写危重患者报告内容时，第一行前面空两格。
- 4.7 报告中注意措词恰当，无错别字，使用医学术语。报告不允许涂改或伪造，字迹清晰、整洁。

附：医嘱本使用要求：（未开通病房工作站的医院）

1. 医嘱本楣栏填写齐全，字迹清楚，日间医嘱“日”字用蓝笔，“夜”字用红笔。
2. 医嘱不得涂改，如有错误，只能用红笔“作废/DC”，同时有医生签名。
3. 医嘱本不得有缺页、丢失，保持医嘱本的完整。保存期二年。
4. 开医嘱时间要与实际时间相符，护士有责任监督并提醒医生。
5. 护士执行临时医嘱，时间不得超过15分钟。
6. 核对原则：每日核对一次当日长期医嘱并签名。每周大核对医嘱一次。必要时重整医嘱。
7. 核对内容包括：
 - 7.1 医嘱录入后，确认人应持医嘱本与电脑核对是否正确（包括患者姓名、药名、剂量、给药方式、执行频率、执行时间、费用标志等）。
 - 7.2 每日医嘱由连班和前夜护士核对，确认医嘱录入、打印是否正确（包括患者姓名、药名、剂量、给药方式、执行频率、执行时间、执行情况等）。
 - 7.3 已停医嘱在病历上是否转抄。
 - 7.4 核对医嘱时应连同临时医嘱一起核对。

三十四. 特殊科室管理制度（新增）

（一）手术室护理管理制度

1. 查对制度

1.1 患者查对确认制度与流程

依据手术通知单和病人病历查对：病人姓名、性别、年龄、病案号、诊断、手术名称、手术部位、化验单、药物、医学影像资料等。

接患者之前：手术室护士与病房护士查对；还必须与清醒的患者交谈查对进行“病人姓名、性别、年龄、手术名称、手术部位”确认。

接入手术室后：夜班护士查对

进入手术间之前：巡回护士与夜班护士共同查对；

进入手术间之后：麻醉医生查对；

麻醉之前：手术医生与麻醉师还必须共同与清醒的患者交谈查对进行“病人姓名、性别、年龄、手术名称、手术部位”再次的确认。

昏迷及神志不清病人：应通过“腕带”及与陪伴亲属进行查对。

手术者切皮前：由手术室巡回护士，提请手术者实行手术“暂停”程序，经由手术者与参与手术的其他/她工作人员进行“病人姓名、性别、年龄、手术名称、手术部位”最后的核对确认之后，方可切皮手术。

1.2 手术物品查对制度与流程

- 1.2.1 清点内容：手术中无菌台上的所有物品。清点时机：手术开始前、关闭体腔前、体腔完全关闭后、皮肤完全缝合后。

清点责任人：洗手护士、巡回护士、主刀医生。

- 1.2.2 清点时，两名护士对台上每一件物品应唱点两遍，准确记录，特别注意特殊器械上的螺丝钉，确保物品的完整性。
- 1.2.3 手术物品未准确清点记录之前，手术医生不得开始手术。
- 1.2.4 关闭体腔前，手术医生应先取出体腔内的所有物品，再行清点。
- 1.2.5 向深部填入物品时，主刀医生应及时告知助手及洗手护士，提醒记忆，防止遗留。
- 1.2.6 严禁将与手术相关的任何物品随意拿离、拿入手术间。
- 1.2.7 进入体腔内的纱布类物品，必须有显影标记，一律不得剪开使用，引流管等物品剪下的残端不得留在台上，应立即弃去。
- 1.2.8 手术过程中增减的物品应及时清点并记录，手术台上失落的物品，应及时放于固定位置，以便清点。
- 1.2.9 有显影标记的纱布不得覆盖伤口。

2. 消毒隔离制度

- 2.1 手术室工作人员必须严格遵守无菌操作原则，保持室内肃静和整洁。
- 2.2 手术室应严格划分洁净区、清洁区和污染区。入口处的消毒脚垫应每日更换。拖鞋与私人鞋、外出鞋应分别存放。
- 2.3 进入手术室必须更换手术室用拖鞋、衣、裤、帽。贴身内衣不可外露。外出必须更换外出衣和外出用鞋。
- 2.4 手术室工作人员患上呼吸道感染者，面部、颈部、手部有感染者及患皮肤病者一律不准进入手术间。
- 2.5 感染手术应在感染手术间内进行，术后及时进行清洁消毒。遇有特殊菌种如：破伤风、气性坏疽、绿脓杆菌等感染手术时，应尽量缩小污染范围，术后进行严格消毒处理。
- 2.6 严格控制参观人数，参观人员不可任意进入其它手术间和无菌储物间。进手术室见习、参观，必须经科主任、护士长同意，三人以上需报请医务处批准。
- 2.7 一切清洁工作均应湿式打扫。各手术间物体表面及地面每晨用消毒液擦拭。每台术后手术间清扫、消毒液拖地。每周手术间彻底清扫消毒一次，每月做细菌培养一次（包括空气、物体表面和灭菌后的物品）。洁净手术间按要求规定更换过滤网装置。
- 2.8 高压灭菌器每月做一次细菌培养，每日第一锅做 BD 试验，符合要求后方可进行全日消毒工作，并做记录。
- 2.9 所有高压灭菌物品均用 3M 指示胶带固定封口，灭菌后指示条变为黑色，表示该物品已经灭菌。每个包内应放化学指示卡，该卡经灭菌后均变为黑色，证明该包已经灭菌，方可使用。

环氧乙烷、低温等离子灭菌的器具，应使用专用灭菌包装，灭菌后指示条变为黄色，125 卡灭菌后变为绿色，低温等离子灭菌指示卡变为黄色，证明该包已经灭菌，方可使用。

- 2.10 手术室所有灭菌物品必须每日检查一次，按日期先后排序依次使用。灭菌敷料包有效期受包装材料、封口的严密性、灭菌条件、储存环境等诸多因素影响：
 - 2.10.1 棉布包装材料和开启式容器：温度 25℃ 以下、相对湿度为 40-60% 时，有效期为七天；

- 2.10.2 其它材料，如一次性无纺布、一次性纸塑包装材料：证实该包装材料能阻挡微生物渗入，有效期可相应延长，至半年或以上。

（二）供应室护理管理制度

1. 工作制度

- 1.1 工作人员按要求着装上岗，衣帽整齐，出入工作间要换鞋入室。
- 1.2 工作人员必须遵守各项规章制度和各种技术操作规程。
- 1.3 严格划分污染区、清洁区、无菌区，采用由“污”到“净”的流水作业方式布局，做到工作区与生活区分开，污染物品与清洁物品分开，初洗与精洗分开，未灭菌物品与灭菌物品分开，清洁区与污染区采取单线行走，不可逆行。
- 1.4 回收物品与发放物品应分车、分人进行，凡有浓血的器械物品须由科室洗涤清洁后交换。凡传染患者用过的物品必须经高效消毒剂消毒后再与供应室交换。
- 1.5 每日更换消毒液，并对消毒液浓度进行检测。
- 1.6 严格执行工作人员手的消毒。
- 1.7 每月对空气、无菌物品、消毒液、台面及工作人员的手进行细菌培养，结果存档。
- 1.8 对一次性输液器、注射器、针头进行定期抽样热原检测。检测结果存档，符合监测标准后方可投入临床使用。
- 1.9 每日认真清点急救物品和检查基数物品储备量，做到供应及时。
- 1.10 定期检查各种仪器设备，确保使用安全。
- 1.11 按时做到下收下送，服务主动热情，深入临床第一线征求意见，不断改进工作。

2. 消毒隔离制度

- 2.1 严格划分污染区、清洁区、无菌区，采用由“污”到“净”的流水作业方式布局，清洁区与污染区采取单线行走，不可逆行。应做到工作区与生活区分开，污染物品与清洁物品分开，初洗与精洗分开，未灭菌物品与已灭菌物品分开。
- 2.2 工作人员上岗时要求着装整齐，戴好帽子，不能佩戴戒指和耳环等饰物，不能留长指甲和涂指甲油。出入各工作区时必须洗手换鞋方可进入。
- 2.3 供应室内清洁区的台面和地面每日清洁擦拭，污染区的台面和地面每日清洁消毒。各工作区的墩布应注明区域标记，分开使用。
- 2.4 回收污染物品与发放无菌物品应分车、分人进行。下送完毕后，回收污物车送处理间用消毒液擦拭，再用高压水冲洗干净后备用。
- 2.5 凡有脓血的器械物品须由科室清洗后方可与供应室交换。
- 2.6 凡传染病人用过的物品必须先经高效消毒剂消毒后，方可与供应室进行交换。
- 2.7 消毒液需每日更换，现用现配，并对消毒剂浓度进行检测。所消毒的物品必须完全浸泡在消毒液中。
- 2.8 对高压灭菌器进行效果监测，每日晨起第一锅做 B-D 试验；每锅次进行监测并存档；每个灭菌包应采用化学指示卡、化学指示胶带进行灭菌效果监测；每月用生物指示剂“嗜热脂肪杆菌芽孢”监测灭菌器效果，结果存档。
- 2.9 严格执行无菌物品发放制度，认真检查无菌包的质量及名称、灭菌日期、

灭菌标记及工号。发放中如有散包、湿包、落地包均不得发出，须重新进行灭菌。

- 2.10 严格遵守无菌物品有效期：所有灭菌物品必须每日检查一次，按日期先后排序依次使用。灭菌敷料包有效期受包装材料、封口的严密性、灭菌条件、储存环境等诸多因素影响。

棉布包装材料和开启式容器：温度 25℃ 以下、相对湿度为 40-60% 时，有效期为七天；其它材料，如一次性无纺布、一次性纸塑包装材料：证实该包装材料能阻挡微生物渗入，有效期可相应延长，至半年或以上。

- 2.11 每月对空气、无菌物品、一次性无菌物品、消毒液、台面及工作人员的手进行细菌培养，结果存档。
- 2.12 工作人员必须掌握正确地“手卫生”制度与操作流程。包括：进入工作区之前和离开工作区之后，必须洗手；接触清洁物品和无菌物品之前，接触污染物品之后，必须洗手；离开供应室污染区时，进入清洁区、无菌区之前必须洗手；戴手套之前、脱手套之后必须洗手；进行物品下收下送前后均要洗手；进行各种包装操作前后均要洗手；如工作时被污染或疑似污染时，随时洗手。

（三）. 血液透析室护理管理制度

1. 工作制度

- 1.1 在科主任领导下，由护士长负责管理，主治医师和技师给予必要的协助。

严格执行各项规章制度和操作常规。

- 1.2 血液透析室工作人员必须具有高度责任心，坚守工作岗位，严禁擅离职守，做到对患者服务热心、观察病情细心、处理问题耐心。
- 1.3 进入中心须穿工作服、戴工作帽、换工作鞋；操作时戴口罩。
- 1.4 注意观察患者透析时状况，及时处理问题。
- 1.5 保持透析室清洁、整齐、舒适、安静。
- 1.6 定期进行透析用水、置换液、透析液的监测。
- 1.7 治疗室、水处理室每月做空气细菌培养一次。
- 1.8 备齐急救仪器设备和用物，专人负责每日清点，填充。
- 1.9 原则上一律谢绝探视、陪伴，家属请在门外等候，未经允许不得进入，以免增加感染机会。如需要进入时，需穿隔离衣，换拖鞋。
- 1.10 工作期间，严禁在血透中心治疗区用餐、会客、谈笑，不得看书报、杂志。

2. 消毒隔离制度

- 2.1 血液透析室工作人员必须严格遵守无菌操作原则。
- 2.2 任何人进入透析间应更衣、换鞋。
- 2.3 严格划分清洁区、污染区。
- 2.4 各项操作必须严格执行规章制度和操作常规。
- 2.5 设立乙肝、丙肝病毒阳性患者专用透析区、透析机。
- 2.6 血液透析治疗室每日早、中、晚（每班患者透析前后）开窗对流通风 30 分钟，每日下班后紫外线照射消毒 1 小时。
- 2.7 血液透析治疗室一切清洁工作均应湿式打扫，地面及物体表面每日擦

拭 2 次。

2.8 血液透析治疗室、水处理室每月做空气细菌培养一次。

2.9 每个月进行反渗水与透析液污染菌量的测定，每月对入、出透析器的透析液进行监测。

2.10 工作人员定期进行乙肝、丙肝病毒标记物检查。

（四）. 急诊科/室护理管理制度

1. 工作制度

1.1 工作人员必须遵守各项规章制度，用首都医务人员行为规范要求自己。

1.2 对患者具有高度的责任心，严格执行三查七对制度，严格无菌操作，掌握配伍禁忌，根据医嘱合理用药。工作中做到迅速、准确，既要减少患者等候时间，又要防止差错发生。

1.3 急诊护士应熟练掌握各种抢救技术及各项基础护理操作技能，随时做好抢救患者的准备工作。

1.4 不迟到早退，准时交接班，坚守岗位。

1.5 仪表端庄，着装整齐，对工作认真负责，态度和蔼可亲。

1.6 能够运用整体护理的观点为患者提供高质量的服务；牢记急诊科的宗旨：高速度，高效率，高度责任感，一切为患者。

2. 急诊分诊工作制度

2.1 热情接待患者，根据患者主诉辅以必要检查（体温、脉搏、呼吸、血压），需要时协助医生给患者开化验单、做心电图，并进行分科，安排就诊。

2.2 呼叫各科医生，对 5 分钟内不到岗或不回电话者要做记录。

2.3 遇突发事件，患者集中到达时，除通知当班医生外，应及时报告医务处。遇烈性传染病，在通知医务处的同时，通知区防疫站。

2.4 对需送抢救室的患者，电话通知抢救室，必要时护送患者。

2.5 配合各科医生工作，维护就诊秩序，保证诊室设备良好，补充各诊室物品。

3. 抢救室工作制度

3.1 抢救室专为抢救患者设置，其他任何情况不得占用。

3.2 一切抢救药品、物品、器械、敷料等均须放指定位置，并有明显标记，不得随意挪用或外借。

3.3 每日检查核对抢救药物、器材、一次性物品，班班交接，做到数目相符、性能完好。

3.4 抢救室护士必须坚守岗位，不得擅离职守。

3.5 无菌物品须注明灭菌日期，不得有过期物品。

3.6 抢救室使用后要及时整理、清洁、消毒，每周彻底清扫一次。

3.7 抢救时抢救人员要按岗定位，按照各种疾病的抢救常规进行工作。

3.8 抢救护士应熟练掌握各种抢救仪器的使用及各种抢救技术，积极主动配合抢救，做好护理记录，同时做好基础护理。

3.9 抢救用过的各种物品、仪器设备等要及时清理、消毒，以备再用。药品用后及时补充齐全。

3.10 对抢救记录要在规定的时间内,详细、准确、及时记录。

(五) 分娩室护理管理制度

1. 工作制度

- 1.1 工作人员进产房前应更换手术衣裤、拖鞋、带好口罩、帽子,非本室工作人员禁止入内。
- 1.2 产妇进入产房后应有专人陪伴,给予心理支持及指导,以防发生意外。
- 1.3 产妇在产程进展中,如有异常情况应及时报告上级医师,并积极配合医师做好抢救工作。
- 1.4 工作人员态度要严肃认真,对产妇应体贴、关怀,不能任意谈笑,注意保护性医疗制度。
- 1.5 严格执行各项规章制度,做好消毒隔离,严格执行无菌技术操作。
- 1.6 产房每日要全面清洁、消毒。保持室内空气新鲜,温度 24~26℃,湿度 50~60%。
- 1.7 凡无菌物品应有消毒日期及有效期,各类物品要定物、定位、定量放置,由专人负责,随时整理、消毒及补充。
- 1.8 每日检查抢救物品、药品,保证功能完好。
- 1.9 产房内一切物品不能随意带出,借物应严格遵守借物手续。
- 1.10 产后半小时内应进行新生儿早吸吮早接触。
- 1.11 接产后由接生人员及时、准确填写各项记录。
- 1.12 产后观察 2 小时,若无异常护送母婴返休养室(母婴同室)。

2. 消毒隔离制度

- 2.1 进入产房的工作人员应更衣,穿拖鞋,戴帽子、口罩。非产房工作人员严禁入内。
- 2.2 保持产房清洁、规范。产床、家具、台面等每日用含氯消毒液(有效氯含量 500mg/L)擦拭,产房每日通风 3 次。每次分娩后,产床、器械等要及时清洁、浸泡、消毒、灭菌;用后的垃圾分类放置;墙面,地面每 2 周用消毒液刷洗一次。
- 2.3 无菌物品消毒期限,每年 10 月 1 日-4 月 30 日为两周,5 月 1 日-9 月 30 日为一周。产房器械,产包等物品一用一灭菌,严格执行无菌操作规程。
- 2.4 产包开启 ≥ 2 小时如仍未生产,应从新更换并再次消毒外阴。
- 2.5 干缸无菌持物钳每 4 小时更换消毒一次。
- 2.6 开启的无菌物品每 24 小时更换消毒。铺好的无菌盘每 4 小时更换消毒,并注明开启时间。
- 2.7 每月做空气培养及无菌物品抽样细菌培养,有异常及时处理。
- 2.8 遇有急诊产妇(未知生化结果的),分娩后器械、被服等单独消毒处理;肝炎等传染病的产妇,应在隔离产房分娩。

(六) 新生儿室/母婴同室护理管理制度

1. 工作制度

- 1.1 布局合理,病室规范。每日通风 2-4 次,室温 22-24℃,湿度 50-60%,保持病室空气新鲜无异味、无污染源,每日紫外线消毒一次。

- 1.2 对母婴实施整体护理,认真填写护理记录单,每班床头交接班。
- 1.3 新生儿入室后给予早吸吮及母婴皮肤接触 30 分钟
- 1.4 根据婴儿情况随时更换尿布,注意观察婴儿全身皮肤及脐带情况,产妇给予晨晚间护理。
- 1.5 婴儿每日洗澡一次,常规消毒脐带及清洁眼部,婴儿包被、衣服每日更换。
- 1.6 婴儿餐具一用一消毒。
- 1.7 卡介苗、乙肝疫苗接种应专人负责,并做好登记。母婴同室护士负责处理婴儿医嘱。
- 1.8 每日做好乳房护理,指导产妇挤奶,负责奶库的管理。
- 1.9 母婴同室护士负责接待新入院、手术、分娩的产妇并执行医嘱。

(七) 病区监护室护理管理制度

1. 工作制度

- 1.1 病区监护室在本科主任领导下,由护士长负责管理,主治医师给予必要的协助。
- 1.2 保持监护室整洁、舒适、安全、安静,避免噪音,不得在病房内大声喧哗。
- 1.3 保持监护室环境清洁卫生,注意通风,每天通风 3 次:夜班晨、上午、下午各一次。
- 1.4 医务人员着装整洁、严肃,不得在病房内打手机,不得在监护室内吃东西。
- 1.5 患者住院期间必须穿病号服,除必需生活用品外,不得存放过多物品。
- 1.6 病房床位和物品摆放规范,所有与医疗、护理有关的仪器和物品,如监护急救仪器、急救物品、药品及一次性用物等应放置在固定位置,使用后应物归原处,不得随意乱放。
- 1.7 急救仪器设备和用物应常备不懈,并指定专人负责每日清点、检查、填充,做到有备无患。
- 1.8 报警信号就是呼救,医护人员听到报警必须立即检查,迅速采取措施,消除报警信号。
- 1.9 医护人员每日查房两次。
- 1.10 护士的工作站是在患者床旁,除工作需要需暂时离开患者外,护士不允许离开患者。
- 1.11 值班医生 24 小时不允许离开病房。
- 1.12 做各种操作前后要注意洗手,患者使用的仪器及物品要专人专用。
- 1.13 遇有严重感染、传染、免疫功能低下等患者应与其他患者隔离,有条件应安置在单间隔离病房,专人护理。
- 1.14 护士交接班必须在患者床旁,接班护士确定无问题后,交班护士方可离开病房。
- 1.15 与医疗护理无关人员限制出入,监护室外公示家属探视制度。
- 1.16 全科医护人员均有方便快捷的通讯联系方式以应付紧急情况,任何时候都要以监护室的工作为先。
- 1.17 对床位较多及住院患者流量较大的病区,可设副护士长(或护理组长)负责监护室的日常运行,监护室护士应相对固定。

2. 抢救制度

- 2.1 紧急抢救时，二线医生必须立即到监护室组织抢救。参加抢救人员必须全力以赴，明确分工，紧密配合，听从指挥，坚守岗位，严格执行各项规章制度。医生未到以前，护士不能离开患者，应根据患者病情及时给予相应的处理，如吸氧、吸痰、测量生命体征、建立静脉通路、麻醉机辅助通气、胸外心脏按压等并详细记录。
- 2.2 严密观察病情，记录要详细，用药处置要准确、迅速。执行抢救口头医嘱时，护士在用药前应口头重复医嘱，医生确认，第二人核对无误后执行，并将空安瓿保留，抢救工作结束时二人核对后方可弃之。
- 2.3 对危急患者应就地抢救，待病情稳定后方可移动。
- 2.4 严格执行交接班制度和核对制度，对病情变化、抢救经过、各种用药等要详细交班。
- 2.5 及时与患者家属或单位联系，及时通报病情变化。
- 2.6 抢救完毕后，除做好抢救记录外，还需做好抢救小结，以便总结经验，改进工作。

3. 消毒隔离制度

- 3.1 工作人员进入监护室按规定着装。
- 3.2 清洁及污染工作区域划分明确。
- 3.3 医务人员无菌操作时，必须严格执行无菌操作规程。
- 3.4 接触病人或操作前后都要洗手。
- 3.5 接触病人污染物或疑似污染时应戴手套操作，操作后立即摘除手套，严禁戴手套接触非污染区域和用品。
- 3.6 监护室保持环境整洁、地面清洁，有定期的消毒措施，病室环境应保持通风状态。遇有特殊污染及时消毒，房间在封闭状态下可应用气溶胶喷雾剂进行空气消毒；或用过氧乙酸稀释成 0.5%-1.0%水溶液， $1\text{g}/\text{m}^3$ 熏蒸 2 小时。
- 3.7 每天用消毒液擦地。各室墩布分开，有标记。
- 3.8 治疗室每月进行空气培养 1 次，报告存档。
- 3.9 每日清洁床单位，换下的脏被服不随地乱丢，严禁在病室内清点被服。
- 3.10 每日擦床旁桌，一桌一布，用后消毒液浸泡，清洗晾干。
- 3.11 无菌物品定期更换和消毒，每月抽样作细菌培养 1 次，并有报告存档。
- 3.12 合理使用冰箱，物品放置有序，有定期清洁制度，无私人物品。
- 3.13 专人专用物品包括下列各项：引流管、引流瓶、吸痰用物、呼吸机管道、麻醉机螺旋管、吸氧管、雾化吸入螺旋管、面罩、血压袖带、体温计、尿桶、量尿杯、暖壶、牙垫、止血带、餐具。
- 3.14 医用垃圾与生活垃圾必须应用不同颜色的垃圾袋严格分开。
- 3.15 呼吸机管道每 48 小时更换 1 次，消毒处理后备用。
- 3.16 氧气湿化瓶和呼吸机湿化器内的蒸馏水每日更换 1 次。
- 3.17 吸氧装置、病人床头盘、雾化装置、麻醉机螺旋管每周更换消毒，体温计每周消毒一次，并有记录。
- 3.18 尿桶、量尿杯、吸引器瓶每周更换消毒。
- 3.19 在病人转出、死亡后对病人单位进行终末消毒，用消毒剂（有效氯含量 $500\text{mg}/\text{L}$ ）擦拭，长期住院病人每日擦拭 1 次病床。

- 3.20 定期或遵医嘱留取病人血、痰等培养，针对不同的细菌培养做出相应的隔离措施。
- 3.21 传染病病人消毒隔离应做到：
 - 1) 穿隔离衣进入病室，一次一件或在病室门口正确悬挂。
 - 2) 戴双层橡胶手套。
 - 3) 正规操作，尤其抽血、静脉输液等有创操作。
 - 4) 单位隔离，一切物品要放在病人室内处理：分泌物、排泄物用消毒剂溶液混合搅拌，浸泡 20 分钟后倒入处置室的池内；针头、输液管路、敷料分别放入屋内双层医用垃圾容器内，进行焚烧处理，并注明“隔离”；被服、隔离衣放在黄色塑料袋内，双层结扎，注明“隔离”及数量。

（八）介入（导管）室护理管理制度

1. 工作制度

- 1.1 导管室工作由科主任领导和全面负责，护士长协助进行日常管理。
- 1.2 进入导管室必须穿工作服、更换拖鞋或使用鞋套，戴工作帽及口罩。
- 1.3 明确职责，严格执行各项规章制度和操作常规。
- 1.4 严格无菌技术操作，严格执行消毒隔离制度，严格执行查对制度，依据预约通知单和病人病历查对，给药前严格执行三查七对制度。
- 1.5 检查治疗进行中应严密观察病情，发现问题及时处理。
- 1.6 备齐抢救物品及药品，专人负责，每日清点。
- 1.7 严格执行医院制订的一次性医疗物品使用的规定，贵重物品、毒麻药品建立登记本，专人负责，每日清点，一次性耗材账目清楚，使用后要毁形处理。
- 1.8 保持导管室内整洁、安静，工作期间不许大声说笑。
- 1.9 注意 X 线防护，各类造影机器运转期间，室内工作人员应着铅衣。

2. 消毒隔离制度

- 2.1 凡进入导管室人员必须穿工作服、更换拖鞋或使用鞋套、戴工作帽及口罩。未经允许，谢绝参观。室内禁止吸烟及大声喧哗。
- 2.2 导管室每天进行地面、手术床、墙壁及机器擦拭清洁二次，室内保持空气流通，保持一定的温度和湿度。每个工作日都要进行空气消毒，每周大扫除一次。
- 2.3 无菌物品和未消毒物品应分别放在固定位置，不能混放。已消毒物品按要求标明失效期。
- 2.4 每日检查无菌物品有效期并更换无菌持物钳罐，每周一、周四更换消毒液。手术器械进行分类、浸泡、清洗、干燥处理，按要求选择合适的消毒剂浸泡，分类消毒或灭菌。乙型肝炎表面抗原阳性的患者用后器械单独浸泡。
- 2.5 凡规定一次性使用的物品不可回收再用，应放入黄色医疗废物专用包装袋内，按医疗废物处理。
- 2.6 导管室每月做细菌培养一次（包括空气、物体表面、灭菌后的物品）做好记录。

三十五. 手部卫生规范与质量监管制度

在医院感染传播途径中，医务人员的手是造成医院内感染的重要原因。规范洗手及手消毒方法，加强手部卫生的监管力度，是控制医院感染的一项重要措施，也是对病人和医务人员双向保护的有效手段。

1. 洗手的指征

- 1.1 进入或离开病房前必须洗手。
- 1.2 在病房中由污染区进入清洁区之前。
- 1.3 处理清洁或无菌物品前。
- 1.4 无菌技术操作前后。
- 1.5 手上有污染物或与微生物污染的物品或体液接触后。
- 1.6 接触病人伤口前后。
- 1.7 手与任何病人接触（诊察、护理病人之间）前后
- 1.8 在同一病人身上，从污染部位操作转为清洁部位操作之间。
- 1.9 戴手套之前，脱手套之后。
- 1.10 戴脱口罩前后、穿脱隔离衣前后。
- 1.11 使用厕所前后。

2. 手消毒指征

- 2.1 为患者实施侵入性操作之前。
- 2.2 诊察、护理、治疗免疫性功能低下的病人之前。
- 2.3 接触每一例传染病人和多重耐药株定植或感染者之后。
- 2.4 接触感染伤口和血液、体液之后。
- 2.5 接触致病微生物所污染的物品之后。
- 2.6 双手需保持较长时间的抗菌活性，如需戴手套时。
- 2.7 接触每一例传染性病人后应进行手消毒；微生物检疫人员接触污物前应戴一次性手套或乳胶手套，脱手套后应进行手消毒。

3. 手部卫生的监督管理

- 3.1 严格按照洗手指征的要求进行规范洗手和手消毒。
- 3.2 使用正确的洗手（六步洗手法）和手消毒方法，并保证足够的洗手时间。
- 3.3 确保消毒剂的有效使用浓度。
- 3.4 定期进行手的细菌学检测。
- 3.5 定期与不定期监控各护理单元护理人员手卫生的依从性，对存在的问题提出改进意见。

目 录

医院感染管理制度（92-6）-10 项（+5）

- 一、医院感染管理制度
- 二、医院感染监测管理制度
- 三、医院感染的消毒隔离制度
- 四、消毒药械管理制度
- 五、一次性使用无菌医疗用品管理制度
- 六、医疗废物管理制度
- 七、医院感染的分级防护管理制度
- 八、预防重点部位医院感染的制度
 1. 呼吸机相关性肺炎
 2. 血管内导管所致血行感染
 3. 留置导尿管所致尿路感染
 4. 手术部位感染
 5. 血液净化（透析）相关感染
- 九、医院感染管理委员会的职责
- 十、医院感染管理部门、分管部门及医院感染管理专（兼）职人员主要职责

医院感染管理制度（92-6）-10 项（+5）

一、医院感染管理制度

1. 医院要认真贯彻执行《中华人民共和国传染病防治法》、《中华人民共和国传染病防治法实施细则》及《医院感染管理办法》的有关规定，医院感染管理是院长重要的职责，是医院质量与安全管理工作的重要组织部分；
2. 定期讨论在贯彻医院（医院感染部分）的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件。
3. 住院床位总数在 100 张以上的医院应当设立医院感染管理委员会和独立的医院感染管理部门。住院床位总数在 100 张以下的医院应当指定分管医院感染管理工作的部门。其他医疗机构应当有医院感染管理专（兼）职人员，建立与完善医院感染突发事件应急管理程序与措施。
4. 医院要制定和实施医院感染管理与监控方案、对策、措施、效果评价和登记报告制度，确定临床预防和降低医院感染的重点管理项目，并作为医院质量管理的重要内容，定期或不定期进行核查。
5. 将对医务人员的消毒、隔离技术操作定期考核与医院感染管理指标的完成情况，纳入定期科室医疗质量管理与考核的范围，并定期向医务人员与管理部门通报。
6. 建立医院感染控制的在职教育制度，定期对医院职工进行预防医院感染的宣传与教育。
7. 医院须规范消毒、灭菌、隔离与医疗废物管理工作，严格执行无菌技术操作、消毒隔离工作制度，要加强感染性疾病科、口腔科、手术室、重症监护室、新生儿病房、产房、内窥镜室、血液透析室、导管室、临床检验部门和消毒供应室等重点部门的医院感染管理与监测工作。
8. 执行《抗菌药物临床应用指导原则》，提高抗菌药物临床合理应用水平。制定和完善医院抗菌药物临床应用实施细则，坚持抗菌药物分级使用。开展临床用药监控，实施抗菌药物用量动态监测及超常预警，对过度使用抗菌药物的行为及时予以干预。
9. 应当按照《医疗废物管理条例》《医疗卫生机构医疗废物管理办法》的规定对医疗废物进行有效管理，并有医疗废物流失、泄漏、扩散和意外事故的应急方案。

二、医院感染监测管理制度

1. 医院感染管理办公室必须对病人开展医院感染监测，以掌握本院医院感染发病率、多发部位、多发科室、高危因素、病原体特点及耐药性等，为医院感染控制提供科学依据。
2. 医院感染管理办公室应采取前瞻性监测方法进行全面综合性监测。每月对监测资料进行汇总、分析，每季度向院长、医院感染管理委员会书面汇报和反馈。
3. 每年对监测资料进行评估，开展医院感染的漏报调查，调查样本量应不少于每年监测人数的 10%，漏报率低于 20%。
4. 对医院感染病原体分布及其抗感染药物的敏感性进行监测。
5. 有条件的医院可开展目标性监测。监测目标应根据本院的特点、医院感染

- 的重点和难点决定。
6. 对重点部位医院感染（呼吸机相关性肺炎、留置导尿管所致尿路感染、血管内导管所致血行感染、手术部位感染）制定监控指标。
 7. 消毒灭菌效果的监测
医院必须对消毒、灭菌效果定期进行监测。灭菌效果合格率必须达到 100%，不合格物品不得进入临床使用部门。监测方法执行《医院消毒技术规范》。
进入人体无菌组织、器官或接触破损皮肤、黏膜的医疗用品和接触皮肤、黏膜的医疗用品，应符合《医院消毒卫生标准》
 8. 血液透析室：必须每月对入、出透析器的透析液进行监测。当疑有透析液污染或严重感染病例时，应增加采样点，如原水口、软化水出口、反渗水出口、透析液配液口等，并及时进行监测。当检查结果超过规定标准值时，须再复查。
 9. 环境卫生学的监测
环境卫生学监测：包括对空气、物体表面和医护人员手的监测。手术室、重症监护病房、产房、母婴室、新生儿病房、骨髓移植病房、血液病房、血液透析室、供应室无菌区、治疗室、换药室等重点部门进行环境卫生学监测。当有医院感染流行，怀疑与医院环境卫生学因素有关时，应及时进行监测。监测方法按国家规定，卫生标准符合国家规定。

三、医院感染的消毒隔离制度

1. 医务人员必须遵守消毒灭菌原则，进入人体组织或无菌器官的医疗用品必须灭菌；接触皮肤黏膜的器具和用品必须消毒。用过的医疗器材和物品，应先去污染，彻底清洗干净，再消毒或灭菌；其中感染症患者用过的医疗器材和物品，应先消毒，彻底清洗干净，再消毒或灭菌。所有医疗器械在检修前应先经消毒或灭菌处理。
2. 根据物品的性能选用物理或化学方法进行消毒灭菌。耐热、耐湿物品灭菌首选物理灭菌法；手术器械及物品、各种穿刺针、注射器等首选压力蒸气灭菌；油、粉、膏等首选干热灭菌。不耐热物品如各种导管、精密仪器、人工移植物等可选用化学灭菌法，如环氧乙烷灭菌等，内窥镜可选用环氧乙烷灭菌或 2% 戊二醛浸泡灭菌。消毒首选物理方法，不能用物理方法消毒的方可选化学方法。
3. 化学灭菌或消毒，可根据不同情况分别选择灭菌、高效、中效、低效消毒剂。使用化学消毒剂必须了解消毒剂的性能、作用、使用方法、影响灭菌或消毒效果的因素等，配制时注意有效浓度，并按要求进行监测。更换灭菌剂时，必须对用于浸泡灭菌物品的容器进行灭菌处理。
4. 病人使用的吸氧装置、雾化吸入器、氧气湿化瓶、呼吸机面罩、管路和婴儿温箱等要一人一用一消毒，用毕终末消毒并干燥保存于消毒物品柜内。湿化瓶应为灭菌水，每日更换或消毒。呼吸机的螺纹管、湿化器、接头、活瓣通气筏等可拆卸部分应定期更换消毒。
5. 手部皮肤的清洁和消毒执行卫生部《消毒技术规范》（2002 年版）。
6. 地面的清洁与消毒：地面应湿式清扫，保持清洁；当有血迹、粪便、体液

等污染时，应即时以含氯消毒剂消毒，消毒剂浓度按要求配制。拖洗工具应有不同使用区域的标识，使用后应先消毒、洗净、再晾干。

7. 医院应在实施标准预防的基础上，根据不同情况，对感染病人采取相应隔离措施。

四、消毒药械管理制度

1. 医院感染管理委员会负责全院使用的消毒、灭菌药械的监督管理。
2. 医院感染管理科（办公室）按照国家有关规定，对拟购入的消毒、灭菌药械的资质进行审核，并具体负责医院消毒、灭菌药械的购入、存储和使用进行监督、检查和指导。
3. 医院感染管理科负责对消毒、灭菌药械使用效果进行抽查，对存在的问题及时汇报医院感染管理委员会并提出改进措施。
4. 采购部门应根据临床需要和医院感染管理委员会的对审核意见进行采购，按国家规定查验所需证件，监督进货质量。
5. 医院必须建立消毒、灭菌药械的采购和出入库登记制度并由专人负责。
6. 医院自配消毒药时，应建立消毒剂使用登记册，登记配制浓度、配制日期、有效日期、操作人姓名等内容，并严格按照无菌技术操作程序和所需浓度配制。
7. 医院使用消毒器械时也应建立使用登记册，登记消毒对象、消毒时间、操作者和定期消毒效果的监测结果以备查验。
8. 使用部门应严格按照消毒、灭菌药械的使用范围、方法、注意事项；掌握消毒、灭菌药械的使用浓度、配制方法、消毒对象、更换时间、影响因素等，发现问题及时报告医院感染管理科。
9. 禁止医院使用过期、淘汰、无合格证明的消毒、灭菌药械。

五、一次性使用无菌医疗用品管理制度

1. 医院所用一次性使用无菌医疗用品必须统一采购，临床科室不得自行购入和试用。一次性使用无菌医疗用品只能一次性使用。
2. 医院感染管理办公室认真履行对一次性使用无菌医疗用品的采购管理、临床应用和回收处理的监督检查职责。
3. 医院采购的一次性无菌医疗用品的三证复印件应在医院感染管理办公室备案，即《医疗器械生产许可证》、《医疗器械产品注册证》《医疗器械经营许可证》，建立一次性使用无菌医疗用品的采购登记制度。
4. 在采购一次性使用无菌医疗用品时，必须进行验收，除订货合同、发货地点及货款汇寄帐号应与生产企业和经营企业相一致，查验每箱（包）产品的检验合格证，内外包装应完好无损，包装标识应符合国家标准，进口产品应有中文标识。
5. 医院设置一次性使用无菌医疗用品库房，建立出入库登记制度，按失效期

的先后存放于阴凉干燥、通风良好的物架上，禁止与其它物品混放，不得将标识不清、包装破损、失效、霉变的产品发放到临床使用。

6. 临床使用一次性无菌医疗用品前应认真检查，若发现包装标识不符合标准，包装有破损、过效期和产品有无不洁等不得使用；若使用中发生热原反应、感染或其它异常情况时，应立即停止使用，并按规定详细记录现场情况，必须及时留取样本送检，均应及时报告医院感染管理办公室。
7. 医院发现不合格产品或质量可疑产品时，应立即停止使用，并及时报告药品监督管理部门，不得自行作退、换货处理。
8. 一次性使用无菌医疗用品使用后，按国务院《医疗废物管理条例》规定处置。
9. 对骨科内固定器材、心脏起搏器、血管内导管、支架等植入性或介入性的医疗器械，必须建立详细的使用记录。记录必要的产品跟踪信息，使产品具有可追溯性。器材条形码应贴在病历上。

六、医疗废物管理制度

1. 医院应当按照《医疗废物管理条例》和《医疗卫生机构医疗废物管理办法》的规定对医疗废物进行严格的管理，未经消毒或无害化处理，不得排放、清淘或作农肥。
2. 医院必须设置污水、污泥处理装置，并有专人负责。
3. 污水处理人员必须经过岗前培训，正确掌握有关卫生知识及设备操作技术。
4. 处理后的污水、污泥应符合国家《医院污水排放标准》，并定期检测。
5. 化学毒性废物的管理遵照《危险化学品安全管理条例》执行。放射性废物的管理遵照《放射性同位素与射线装置放射防护条例》执行。

七、医院感染的分级防护管理制度

1. 根据卫生部《医院感染管理规范》及《消毒技术规范》制定以下内容：
 - 1.1 工作人员上岗着装符合要求（工作帽、白衣，必要时戴口罩、手套、隔离裤、隔离鞋、防护镜、防护面罩）。
 - 1.2 工作人员的发生医院感染事件以及锐器伤、化学烧伤及时报告医院感染管理办公室应立即报告医院感染管理办公室。
 - 1.3 在进行消毒工作时工作人员应采取自我防护措施，防止因消毒操作不当可能造成的人身伤害。
2. 各类人员均应严格执行医院感染管理制度，做好个人防护和公共环境的保护，完成操作或离开工作区域时应及时摘手套，严禁工作人员穿工作服进入食堂、宿舍和医院外环境。
3. 医院感染实行分级防护的原则

3.1 基本防护

适用对象：在医院传染病区、发热门(急)诊以外的从事诊疗工作的医护人员

防护配备：白大衣、工作裤、内层圆领工作服、工作鞋、戴工作帽和医用口罩。

防护要求：按照标准预防的原则。

3.2 加强防护

防护对象：进行接触血液、体液、排泄物、分泌物等可视污染物的操作时的医、护、技人员；进入传染病区的医护技工作人员；传染病流行期间的发热门诊、SARS病房的工作人员(医、护、技、工、勤)；转运疑似SARS和临床诊断SARS病人的医务人员如司机。

着装要求：在基本防护的基础上根据诊疗危险程度，使用以下防护用品。隔离衣(进入传染病区时)、防护镜(进入传染病区时，进行可能被体液喷溅操作时)、外科口罩(进入传染病区时)、手套(医技人员皮肤破损或接触体液、血液可能污染时)、面罩(有可能被体液、血液分泌物喷溅时)、鞋套(进入传染病房或病区)。

3.3 严密防护

防护对象：进行有创操作如给呼吸道传染病病人进行气管插管、切开吸痰时。

防护要求：在加强防护的基础上，可使用面罩。

八、预防重点部位医院感染的制度

1. 呼吸机相关性肺炎

1.1 严格执行人工机械通气的适应症，只有在必须时才能使用，早用早脱机，尽量采用无创通气的措施。

1.2 有人工机械通气操作指南、护理规范及相关感染的控制方法，并对相关人员进行培训与授权，使其能够熟知和严格遵循。

1.3 对建立人工气道患者，有严格的无菌操作规程。

1.4 重复使用的呼吸回路管道、雾化器，达到灭菌或高水平消毒要求，每周更换1~2次，回路管道如有明显分泌物污染则及时更换。

1.5 联接呼吸机的管道上的冷凝水应及时引流、倾去，并有制度保证。

1.6 定期进作重点部位病原学检查，在符合“呼吸机相关性肺炎”诊断标准时，应在4小时内获得抗菌药治疗，72小时无效重复病原学检查。

1.7 有完整的操作与观察处置记录。

1.8 有呼吸机相关性肺炎(发病率、病原菌及其耐药性)的监测、分析与反馈。

2. 血管内导管所致血行感染

2.1 严格执行留置血管内导管的适应症，只有在必须时才能使用，并尽早拔除。

2.2 有留置血管内导管(尤其是中心静脉导管和周围动脉导管)的操作指南、护理规范及相关感染的控制方法，并对相关人员进行培训与

授权，使其能够熟知和严格遵循。

2.3 应用半透明的半浸透性的聚亚安酯敷料，覆盖纱布或覆膜变湿、弄脏时，能及时更换。

2.4 三通锁闭保持清洁，发现污垢或残留血迹时，能及时更换。

2.5 定期进作重点部位病原学检查，在符合“血管内导管所致血行感染”诊断标准时，应在4小时内获得抗菌药治疗，72小时无效重复病原学检查。

2.6 有完整的操作与观察处置记录。

2.7 有导管相关血流感染（发病率、病原菌及其耐药性）的监测、分析与反馈。

3. 留置导尿管所致尿路感染

3.1 严格执行留置导尿管的适应症，只有在必须时才能使用，并尽早拔除。

3.2 有留置导尿管的操作常规、护理规范及相关感染的控制方法，并对相关人员进行培训，使其能够熟知和严格遵循。

3.3 插管时应注意无菌操作，动作轻柔，避免损伤，正确固定导尿管，并采用连续密闭的尿液引流系统。

3.4 导尿管与集尿袋的接口不要輕易脫開。应保持尿流不受阻断的引流。

3.5 不使用抗菌药物作连续膀胱冲洗预防感染。集尿袋低于膀胱水平，不接触地面。

3.6 保持会阴部清洁干燥，尤其是尿道口。

3.7 定期进作重点部位病原学检查，采集尿标本作培养时，应在导尿管远端接口处用无菌空针抽取尿液，在符合“留置导尿管所致尿路感染”诊断标准时，应及时获得治疗，72小时无效重复病原学检查。

3.8 有完整的操作、观察与处置记录。

3.9 有留置导尿管所致尿路感染（发病率、病原菌及其耐药性）的监测、分析与反馈。

4. 手术部位感染

4.1 择期手术病人，术前住院日应少于3天，I切口手术前有感染症状的应暂缓手术。

4.2 如无指征，应术前洗澡，并使用抗菌皂。

4.3 避免不必要的术前备皮。或在手术当天或手术室内备皮。备皮采用不损伤皮肤的脱毛方法。

4.4 严格按照《抗菌药物临床应用指导原则》中有关围手术期预防性抗菌药物的使用规范要求使用抗菌药。

4.5 有手术切口护理和引流的操作规程，并严格实施；换药应严格无菌操作技术。

4.6 按照手术风险程度（NNIS）分级登记手术术后感染，有手术部位感染（发病率、病原菌及其耐药性）的监测、分析与反馈。

5. 血液净化（透析）相关感染

5.1 严格执行血液净化（透析）的适应症，只有在必须时才能使用。

5.2 有血液净化（透析）的操作指南、护理规范及相关感染的控制方法，并对相关人员进行培训与授权，使其能够熟知和严格遵循。

5.3 血液透析机与水处理设备应符合国家产品质量规定的要求。

5.4 严格按照血液透析器及管路产品说明使用，对可重复使用的产品，有严格的操作与检测规范，定期进行病原学检查，有完整的监测记录

5.5 有完整的血液净化所致的相关感染应急管理预案与处理程序。

5.6 透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。

5.7 有血液净化（透析）所致相关感染（发病率、病原菌及其耐药性）的监测、分析与反馈。

九、医院感染管理委员会的职责

1. 认真贯彻医院感染管理方面的法律法规及技术规范、标准，制定本医院预防和控制医院感染的规章制度、医院感染诊断标准并监督实施；
2. 根据预防医院感染和卫生学要求，对本医院的建筑设计、重点科室建设的基本标准、基本设施和工作流程进行审查并提出意见；
3. 研究并确定本医院的医院感染管理工作计划，并对计划的实施进行考核和评价；
4. 研究并确定本医院的医院感染重点部门、重点环节、重点流程、重点部位、危险因素以及采取的干预措施，明确各有关部门、人员在预防和控制医院感染工作中的责任；
5. 研究并制定本医院发生医院感染暴发及出现不明原因传染性疾病或者特殊病原体感染病例等事件时的控制预案；
6. 建立会议制度，定期研究、协调和解决有关医院感染管理方面的问题；
7. 根据本医院病原体特点和耐药现状，配合药事管理委员会提出合理使用抗菌药物的指导意见；
8. 其他有关医院感染管理的重要事宜。

十、医院感染管理部门、分管部门及医院感染管理专（兼）职人员主要职责

1. 定期讨论在贯彻医院（医院感染部分）的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件。
2. 对有关预防和控制医院感染管理规章制度的落实情况进行检查和指导；
3. 对医院感染及其相关危险因素进行监测、分析和反馈，针对问题提出控制措施并指导实施；

4. 对医院感染发生状况进行调查、统计分析，并向医院感染管理委员会或者医疗机构负责人报告；
5. 对医院的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术、医疗废物管理等工作提供指导；
6. 对传染病的医院感染控制工作提供指导；
7. 对医务人员有关预防医院感染的职业卫生安全防护工作提供指导；
8. 对医院感染暴发事件进行报告和调查分析，提出控制措施并协调、组织有关部门进行处理；
9. 对医务人员进行预防和控制医院感染的培训工作；
10. 参与抗菌药物临床应用的管理工作；
11. 对消毒药械和一次性使用医疗器械、器具的相关证明进行审核；
11. 组织开展医院感染预防与控制方面的科研工作；
12. 完成医院感染管理委员会或者医疗机构负责人交办的其他工作。

目 录

药剂部门工作制度--15

- 一、 医疗机构药事管理委员会工作制度（新增）
- 二、 临床用药管理制度
- 三、 药剂科工作制度
- 四、 调剂室工作制度
- 五、 制剂室工作制度
- 六、 静脉用药调配中心（室）工作制度
- 七、 临床药师工作制度
- 八、 药房值班工作制度
- 九、 药库工作制度
- 十、 药品采购工作制度
- 十一、 药品验收和保管制度
- 十二、 药品质量监控制度
- 十三、 住院病人自备药品制度
- 十四、 麻醉药品、一类精神药品管理制度
- 十五、 第二类精神药品管理规定

药剂部门岗位职责—10（+5）

- 一、 药剂科主任职责
- 二、 副主任职责
- 三、 各室、组负责人职责：
- 四、 主任（中、西）药师职责
- 五、 副主任（中、西）药师职责
- 六、 主管（中、西）药师职责
- 七、 药剂师（中药师）职责
- 八、 药剂士（中药药剂士）职责
- 九、 临床药师职责：（新增）
- 十、 岗位职责
 1. 调剂岗位责任
 2. 制剂岗位责任
 3. 药品采购岗位责任（新增）
 4. 药品验收保管岗位责任（新增）
 5. 药学信息咨询服务岗位责任（新增）

药学工作制度--13

一、 医疗机构药事管理委员会工作制度（新增）

1. 二级以上的医院应成立药事管理委员会，其他医疗机构（诊所、中医诊所、民族医诊所、卫生所、医务室、卫生保健所、卫生站除外）可成立药事管理组。药事管理委员会（组）监督、指导本机构科学管理药品和合理用药。
2. 三级医院药事管理委员会委员由具有高级技术职务任职资格的药学、临床医学、医院感染管理和医疗行政管理等方面的专家组成。二级医院的药事管理委员会，可以根据情况由具有中级以上技术职务任职资格的上述人员组成。其他医疗机构的药事管理组，可以根据情况由具有初级以上技术职务任职资格的上述人员组成。
3. 医疗机构药事管理委员会（组）应建立健全相应的工作制度。
4. 药事管理委员会（组）由5~7人组成。其中设主任委员1名，副主任委员1名。机构主管负责人任主任委员，药学部门负责人任副主任委员。药事管理委员会（组）的日常工作由药学部门负责。
5. 药事管理委员会（组）的职责是：
 - （1）认真贯彻执行《药品管理法》，按照《药品管理法》等有关法律、法规制定本机构有关药事管理工作的规章制度；
 - （2）确定本机构用药目录和处方手册；
 - （3）审核本机构拟购入药品或配制新制剂及新药上市后临床观察的申请；
 - （4）制定本机构新药引进规则，建立新药引进评审专家库，随机抽取组成评委，负责对新药引进的评审工作；
 - （5）定期分析本机构药物使用情况，组织评价本机构所用药物的临床疗效与安全性，提出淘汰药品品种意见；
 - （6）组织检查毒、麻、精神及放射性等药品的使用和管理情况，发现问题及时纠正；
 - （7）组织药学教育、培训和监督、指导本机构临床各科室合理用药。

二、 临床用药管理制度

1. 临床用药是使用药物进行预防、诊断和治疗疾病的医疗过程，临床用药管理的终结目的是合理用药。临床医师、药师、护师等专业技术人员应当遵循安全、有效、经济的原则，加强协作，知识互补，共同为病人用药的安全性负责。
2. 医院根据国家规定的“基本药品目录”、“国家基本医疗保险药品目录”制定医院“处方集”和“医院药品供应目录”。药学部门在“医院药品供应目录”内组织有效的供应。
3. 医院制定有相关的处方权限制的规定
 - （1）抗菌药物处方权限
 - （2）麻醉药处方权限
 - （3）“医院药品供应目录”外药品处方权限和审批办法
4. 使用自费药品或乙类药品，以及扩展用药须经患者或家属签字同意。在临

床诊疗中，医生要制定合理用药方案，超出药品使用说明范围用药，必须在病历中做出分析记录。

- 5、医院制定有处方权确认的程序与规定。医院药房设有处方权签字留样，药学人员须在核对方签字后方可发药。
- 6、医院制定有药物治疗医嘱书写规范与查对制度。医师、护士、药师应知晓这些规范与管理流程，并能得到切实地执行。
- 7、为确保需要时得到急诊用药，加强病区药品的管理，医院应制定病区急救、备用基数药品管理制度，药剂科与护理部负责监管。
 - (1) 各病区急救、备用基数药品的种类和数量，由医疗、护理、药学相关人员根据临床需要协商确定。
 - (2) 各病区常备药品表经病区护士长签字确认后，送药剂科备案。
 - (3) 病区药品管理人员应定期（每月）查看病区所备有效期药品，在有效期3个月前返病区药房调换新批号。
 - (4) 药剂科应有临床科室在夜间、节假日应急药品供应的途径。
- 8、药品不良反应监测报告制度
 - (1) 护士、医生或临床药师等一旦发现可疑的药物不良反应，应立即报告病人的主管医生，并通告医务处及药剂科。
 - (2) 药剂科在收到 ADR 报告表或报告电话后，药师应即时（至少报告的当日）前往调查，要与临床医师沟通，降低病人用药风险，分析因果，填写“药物不良反应报告表”，并按规定程序上报。
 - (3) 在病历上记录发生的不良药物反应及采取的措施。
 - (4) 临床医师与药师及时跟踪/随访所报告的不良反应，记录不良反应的治疗及预后情况。评价所报药品不良反应或药物相互作用，如有重要发现及时通知医务处（科）。
 - (5) 医务处及药剂科有责任将本院发生药品不良反应及时通报临床医师，采取有效措施，预防同类事件在本院重复发生，保障患者用药安全。
- 9、用药错误监测报告制度

医院建立一套程序来确定和报告用药错误。该程序包括定义、用标准格式进行登记、报告和分析。目的是通过了解院内外发生的用药错误类型来预防用药错误，改进用药环节和培训员工用于预防此类错误。重要的是要从制度上、管理上查找原因，在于总结经验、吸取教训。

改进工作着眼于要对员工进行有计划的教育培训，药师、医师、护师都要参与培训。
- 10、建立药品召回制度。

药品召回是指当发生、发现或高度怀疑药品质量与药事工作质量的问题、事件可能影响病人安全与诊疗质量时，按照既定的原则、程序和方法，收回药品。召回的药品由药库专人妥善保管，不得再流入药房。
- 11、实施用药动态分析制度。

药剂科按照规定，每月定期向医院药事委员会提交医院药品消耗及用药结构情况，从数量和金额两方面进行统计分析，及时发现及报告药品使用中的异常流向，以供院领导决策。
- 12、严格监督考核。把合理用药与药事服务作为考核医师与药师的重要标准。

三、 药剂科工作制度

1. 药剂科是在院长直接领导下工作，既具有很强的专业技术性，又有执行药政法规和药品管理的职能性。
2. 必须严格执行《中华人民共和国药品管理法》、《医疗机构药事管理暂行规定》及《处方管理办法》等相关的法律法规。
3. 具体负责药品采购、保管、分发、调剂、制剂、质量监测，以及临床用药管理和药学服务等有关药事管理工作。
4. 应根据相关的规范要求制订出科学的、完善的、可行的工作制度、操作规程和岗位责任制，并认真落实和执行。
5. 应经常以各种不同的形式组织本部门的各级各类药学技术人员，学习和掌握专业技术知识与技能，提高全体人员的技术和服务水平。
6. 结合本院的功能、任务和本部门的实际情况，制定出切合实际的部门发展规划和服务工作计划，并予以实施。
7. 必须牢固树立以病人为中心，面向临床的服务意识。积极倡导和鼓励药师参与临床药物治疗工作，开展临床药学服务。
8. 建立临床药师制度，三级以上医疗机构的药学部门，应建立专科或全科临床药师制度；有条件的二级医疗机构的药学部门，可开展专科的临床药师工作。

四、 调剂室工作制度

1. 从事调剂工作的必须是药学专业技术人员，收方后应对处方内容、病员姓名、年龄、药品名称、剂量、剂型、服用方法、禁忌等，详加审查后方能调配。
2. 配方时有关处方事项，应遵照“处方制度”的规定执行。
3. 遇有药品用量用法不妥或有禁忌处方等错误时，由配方人员与医师联系更正后再行调配。
4. 配方时应细心谨慎，遵守调配技术常规和药剂科所规定的操作规程，称量准确，不得估计取药，调配西药方剂时禁止用手直接接触药物。
5. 散剂及胶囊剂的重量差异限度及检查方法按照有关规定办理，认真做好效期药品的管理，严禁过期失效药品的发出。
6. 含有“麻醉”、“精神”、“医疗用毒性”药及麻醉药的处方调配按“麻醉、精神、医疗用毒性药管理制度”及国家有关管理麻醉药品的规定办理。
7. 配方时必须使用符合药用规格的原料及辅料，遇有发生变质现象或标签模糊的药品，需询问清楚或鉴定合格后方可调配。
8. 中药方剂需先煎、后下、冲服等特殊煎法的药物，必须单包注明；对需临时炮炙的中药材，应切实按照医疗要求进行加工，以保证中药汤剂的质量。
9. 处方调配应经严格核对后方可发出，调剂室有二人以上工作时，处方配好应经另一人核对，或由发药人核对，对剂型、色、嗅味等进行检查，在可能情况下，做快速分析。处方调配人及核对检查人，均须在处方上共同签字。
10. 药品包装要标示清晰、结实、清洁、美观。发出的方剂，应将服用方法详细写在瓶签或药袋上。凡乳剂、混悬剂及产生沉淀的液体方剂，必须注明“服前摇匀”。外用药应注明“用前摇匀”及“不可内服”等字样。
11. 发药时必须向患者或临床医护人员，讲清药品的服用剂量、方法和注意

事项，在门诊有药师提供临床药学服务。

12. 急诊处方必须随到随配，急诊工作量较大有条件的医院应设置急诊药房，其余按先后次序配发。
13. 做好处方分类统计登记工作，各类处方应分别存放，定期上报统一销毁
14. 认真做好药学服务工作，及时与临床科室及医护人员沟通，通报药品供应情况和介绍新药。
15. 调剂台、储药器具等设备设施等应保持清洁完好，并按固定地点放置。用具使用后立即洗刷干净，放回原处。
16. 其他人员非公不得进入调剂室。不得进行与调剂工作无关的活动。

五、制剂室工作制度

1. 制剂的制备应严格按照《中华人民共和国药品管理法》和《医疗机构制剂配置质量管理规范》的要求，进行配制操作和管理。
2. 负责配制工作的药学专业技术人员必须具有专科以上专业学历，并获得相应专业技术资格的人员；其他参加制剂辅助工作的人员应在上岗前经过严格的岗前培训，经考核合格的。
3. 本着自用的原则，根据临床需要，准确及时地配制和供应各种皮试液、眼用制剂、内服制剂和外用制剂等。普通制剂须用符合药典标准的纯化水配制，灭菌制剂应用新鲜的注射用水配制。
4. 认真执行各项规章制度，严格按照操作规程配制制剂，及时填写操作记录；所有制剂必须批批检验，均应有批号，以保证制剂质量。每批制剂均应按投料和产出的物料平衡进行检查，如有显著差异，须查明原因，确实无质量问题，可按正常程序处理。不同制剂（规格）的配制操作不得同时在同一配制间进行，确实无法避免时必须在不同的操作台配制，并有相应的防污染和防混淆措施。
5. 经常与各临床科室及其它有关科室联系，积极配合临床医疗。
6. 遵守劳动纪律和岗位责任制，不得擅离岗位，不得在岗位上做与工作无关的事。
7. 进入控制区和操作间时，必须更换工作衣帽，进入洁净操作间时，必须更换专用配制衣帽和工作鞋，戴口罩和消毒手套。
8. 保持工作室内的卫生清洁整齐，上班时必须衣帽整齐，离岗时做到物归原处，桌面、周围环境整洁，水、电、气、门窗关严。
9. 制剂出库前应认真核对制剂的品名、规格、数量及检验报告单，严禁将不合格制剂出库，保证病人用药安全。
10. 制剂所用原料和辅料必须是药用或是注射用，以确保制剂的质量。
11. 制剂用原料、辅料、包装材料、标签及成品的应分类分库（柜）专人保管，建立相应的账册（卡），做到及时登账，账物相符。每月清点一次，并做好记录。
12. 每批原辅料、包装材料都应有生产企业的检验合格报告，并应妥善保管。
13. 定期对工作室及环境进行卫生清整，按规定定期消毒，消毒剂应定期更换。对机器设备进行保养、维修。
14. 对参加制剂工作的所有人员，定期进行身体检查，建立人员健康档案，并统一保管。
15. 制剂科（室）必须设立制剂质量管理小组，负责制剂配制全过程的质量

监督，以及重大制剂技术和质量问题的解决。

六、 静脉用药调配中心（室）工作制度

1. 静脉用药调配中心（室）是进行静脉用药集中调配的场所，负责承担本医疗机构内部分或全部住院、门急诊患者静脉用药的调配工作。
2. 凡在本室工作的人员，必须具有高度的责任心和对工作一丝不苟的态度；必须严格遵守《中华人民共和国药品管理法》、《处方管理办法》等相关规定。
3. 参加调配工作的技术人员，必须具有药学专业大专以上学历，或护理专业大专以上学历，并获得相应的专业技术资格。
4. 负责审核医嘱处方的药学人员，应具有药学专业本科以上学历和中级以上专业技术职务，有较扎实的药学基础知识和技能，并有一定的临床理论知识，能够看懂临床医嘱。
5. 静脉用药调配中心（室）应由药品保管、审方、摆药、调配、核对和发送等岗位组成，每个岗位操作者必须严格按各岗位职责和操作规程进行操作。
6. 参加静脉用药调配中心（室）工作的人员必须定期进行体检，建立个人健康档案。凡患有传染性疾病、皮肤病或可能有传染性的人员均不得参与此项工作。
7. 应保持整个工作区域，尤其是洁净控制区、操作间的卫生整洁，不得在工作间内做任何与工作无关的事情，不得将与工作无关的物品带入工作间内。
8. 进入工作区时，必须更换工作衣帽，进入洁净操作间时，必须更换操作间专用衣帽和工作鞋，戴口罩和消毒手套。
9. 必须严格按照医师医嘱准确、及时地调配药品；药师有权拒绝调配任何口头医嘱。
10. 必须严格执行各项操作规程和岗位责任制，保证药品调配质量。
11. 必须建立完善的药品交接检查核对和登记制度，并切实落实，保证患者用药安全，避免差错事故。
12. 应注意提高所有参与人员的工作水平，加强其理论和基本技能的培训。

七、 临床药师工作制度

1. 临床药师应由具有临床药学硕士学位，或临床药学学士学位并有三年以上实际工作经历，或药学专业本科毕业，并具有中级以上专业技术职务的药学技术人员担任。
2. 临床药师应以服务病人为中心，遵循药物临床应用指导原则、临床治疗指南和循证医学原则，积极参与临床合理用药工作。
3. 临床药师应参与临床药物治疗方案设计、实施与监测，重视临床用药的理论总结和用药实践经验的累积。
4. 定期（每周至少三次）参加临床查房、会诊和病例讨论，参与危重患者的救治和药物治疗方案的拟定与实施，对药物治疗提出建议。
5. 深入临床了解药物应用情况，进行治疗药物监测，设计个体化给药方案；负责收集、整理和核实 ADR 报告并及时上报。
6. 指导临床医护人员合理使用药品、管理好药品；为临床提供最新实用

的药品信息和药物咨询服务，宣传合理用药知识。

7. 协助临床医师做好新药上市后临床观察，收集、整理、分析、反馈药物安全信息；
8. 结合临床用药，开展药物评价和药物利用研究。
9. 临床药师必须坚持面向临床，为患者和临床服务的宗旨，虚心向临床学习，经常与临床医护人员沟通和交流，使其真正成为医疗团队的一员。
10. 注意了解和收集国内外药学和临床用药最新发展动态，加强药学和临床医学的理论学习，不断总结工作经验，提高自身业务水平。
11. 定期向药学部门领导汇报参与临床用药和临床药品使用管理情况；向药学部门的药学技术人员通报临床用药情况和趋势，以便于相关科（室）掌握临床用药动态，保证临床安全合理的药品供应。
12. 临床药师下临床的各项工作，都应有详实的工作记录和相关的工作报告，并分类建档保管。

八、 药房值班工作制度

1. 药剂科应根据实际工作情况及临床医疗工作的需要和要求，设置相应的值班。
2. 参加各类值班的人员必须是具有药学专业技术资格的药学技术人员，并在药品调剂岗位工作至少半年以上，经考核能够独立承担值班工作。
3. 值班人员应严格遵守各项法律法规和规章制度，对工作认真负责，急患者之所急，保证患者的用药安全。
4. 应建立值班日志和交接班记录。值班员应将值班情况详实地记录在案，遇有重大事件应及时上报，并做好详实记录。交接班时应将值班情况，出现的问题和需要注意的事项，认真详细地交接清楚并有记录，交接双方应签字。
5. 应保持值班室内，干净整洁，工作区与休息区应分隔开。严禁非值班人员进入值班室。
6. 值班人员在值班期间，严禁做与值班无关的事情，不得聊天，吃食物（就餐除外）、玩游戏等。
7. 值班人员都不得擅自离职守。在未经准许情况下，不得随意请其他人员替班，尤其严禁非药学技术人员替班或值班。
8. 调剂处方时，应认真核对处方各项内容和药品名称、规格、剂量，确认无误后方可发药。发现处方有误时，应及时与处方医师联系，修改处方，不得擅自更改处方内容。
9. 发药时应向患者或取药者详细说明药品使用方法和注意事项。

九、 药库工作制度

1. 医疗机构药库是药品供应的中心，主要负责药品的采购、保管和供应；和化学试剂、消毒用品的采购、供应工作。
2. 在药品（库）工作的人员，必须严格遵守有关的法律法规和各项规章制度，严禁收受药品回扣或其它变相回扣。
3. 根据相关规定和要求，依据库存和临床用药情况，制定药品采购计划，经科主任审批后，向规定的药品经营企业采购药品。

4. 特殊药品（包括：麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品等）的采购应严格按照有关规定，凭专用印鉴卡（证）和申购单，到指定的经营单位采购。
5. 特殊药品的保管、使用应严格按照相关规定认真执行。在药品保管上实行“五专”即：专人、专柜（库）、专账、专册、专用处方。
6. 应经常保持药品库内，干净整洁，定期通风，做到“五防”即：防潮、防虫、防火、防盗、防霉变；常温库、低温库、冷藏库每日记录温度、湿度，发现异常及时处理。。
7. 药品应分类码放，垛位与地面的距离应不小于 10 厘米；与墙壁的距离应不小于 10 厘米，并有明确的标识。
8. 药品入库时，应严格按照有关规定认真进行验收核对。检查包装是否完整；有无药品批准文号、生产批号及有效期；有无生产合格证和产品（批）质量检验报告。产品批质量检验报告应统一、分类保管，以备查。严禁不合格药品、假药劣药进入内。
9. 药品库房应建立完整的药品明细账目（包括：手工账目和计算机账目），并做到账账相符，账物相符。应定期盘点库存，并将盘库情况和结果详细记录。
10. 管账与管物、采购与库房保管等工作应该分别由专人担任。
11. 各种账册、入出库单据、领药单据等应分类妥善保管，保留三年以备查，超过保存期的账册、单据，经报主管院长同意后，统一销毁并应有记录。
12. 药品库应严格禁止非库房工作人员入内；严禁在库房内吸烟；严禁在库房做与工作无关的事。
13. 应单独设置化学危险品库房，用于存放化学试剂、易燃易爆品和医疗用消毒剂。库房内外应配备齐全的消防灭火和防爆器材，应有良好的通风设施。
14. 药品库房应划有专门的药品待检区 and 不合格品区，分别存放质量可疑药品和不合格待退药品。

十、 药品采购工作制度

1. 根据相关的法律法规的规定，医疗机构中使用的药品、医疗用消毒剂和所用的试剂应由药剂科负责统一计划、采购和供应，其它科室不得擅自购销药品等。
2. 药剂科应指定专人负责采购工作，其他人员未经允许一律不得购药。采购人员任职依据规定要求应定期轮换，原则上任期为 2 年，最多不应超过 3 年。
3. 药品采购计划及品种，应依据国家、地方和本院的《基本用药品种目录》、《基本医疗保险用药目录》和处方集目录并结合临床需要制定。
4. 采购人员要严格自律，严禁以任何形式索取、收受各种形式的回扣，所收各种礼品等应及时登记上缴，不得私自留用。
5. 药品采购必须从有资质的正规的药品经营企业购入，应将有关业务关系的经营企业和业务人员的资质（如：企业三证等）备案，并应相对固定。
6. 凡临床需要使用《基本用药品种目录》、《基本医疗保险用药目录》和

处方集目录外的药品或新药时，必须由临床科室提出书面申请，经医疗机构药事管理委员会审批后方可采购，采购员不得自行决定。

7. 特殊药品的采购必须严格按照相关法规和规定执行。
8. 临床特需或急救的一次性购入药品，应由临床医师申请填写特需申请表（格式由各医疗机构自拟），经科主任签字，药剂科主任同意，医务处批准，必要时经主管院长批准；由采购员按照申请表中的申请量购买，如是短效期的，或购入量较多时，应酌情分批次购入，避免因患者病情变化，改变用药时所造成的积压和浪费。

十一、药品验收和保管制度

1. 药品入库时，药库保管员应对照药品采购计划、进货单和有效凭证，认真核对货品包装上的药品名称、规格、数量、生产厂家、生产批号、有效期、供货企业；内外包装有无破损、外观有无异常；有无产品合格证、产品批检验报告。所有项目符合要求，方能放行入库。
2. 验收合格后，应及时将进货单据等，整理签字，交账目管理员登记入账，打印出药品“入库凭证”。保管员将“入库凭证”和随货的“产品合格证”、“产品检验报告”一起归档保存以备查。
3. 药品入库后，应及时归类入位。药品摆放时应将药品标签或标有药品名称的一面朝外。
4. 药库保管员应经常检查药品质量情况和药品效期，调整近效期药品，遵循近期药品先出原则。
5. 应定期盘点库存，核对药品账目，发现问题应及时报告，查出原因。

十二、药品质量监控制度

1. 药剂科应根据有关的法律法规制定出切实可行的药品质量监控管理制度和措施，并认真落实。
2. 药剂科应设置药品制剂检验室，负责日常药品及制剂的质量检测工作。
3. 应定期抽验购入药品的质量。检查药品库和各调剂科（室）药品质量管理情况，有无过期、变质药品和制剂，并做好检查记录。
4. 定期对临床科室的备用基数药品、急救药品的保管和质量情况进行检查，发现质量问题应及时与有关科室沟通，并做好相关登记和记录。
5. 对医疗机构自制制剂和委托加工制剂应进行批批检验，并有检验过程记录和检验结果报告。对不合格品或制剂的处理和采取的改进措施等，应有详细的登记和记录，并妥善保管以备查。
6. 药剂科或药学部应定期进行药品质量监控分析讨论，对期间发生的药品或制剂质量问题，及重大质量技术问题进行讨论，提出改进意见和措施，做好落实，并有详实的记录。

十三、住院病人自备药品制度

1. 原则上不使用住院病人使用自备药品，仅在医院无备药可供，病情确需的情况下，经科主任同意、医务处批准的某些个别特殊情况下，方可按照医嘱使用。
 - 1.1 病情急需，医院内无备药可供，应由药学部门积极组织供药：
 - 1.2 病情急需，医院内无备药可供，病人又有自备合格的药品。

- 2、如该药符合使用指征，应由病人履行“住院病人使用自备药品责任书”，尤其是药物的不良反应，并在医嘱上注明“自备药”。
- 3、若需由病房护士保管的“自备药”，则应在责任书中记录清楚“自备药”的规格、剂量、剂型、数量、效期等。
- 4、药物配制和使用前，由护士按常规要求进行查对及配伍禁忌
- 5、不得保管与使用药品标志不清晰的药物。
- 6、医院任何员工都不得给病人使用无医嘱的任何药物。

十四、麻醉药品、一类精神药品管理制度

根据国务院《麻醉药品和精神药品管理条例》、卫生部《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》，建立由分管院领导负责，医、药、护和保卫等部门参加的麻醉、精神药品管理小组，结合医院实际情况制定麻醉药品、第一类精神药品制度规定和人员职责；定期组织专项检查，保证药品安全及合理用药。

1. “印鉴卡”的管理

药学部应指派专人依据“印鉴卡”的申办规定，负责向区卫生局申办、换发“印鉴卡”，申报用药计划及变更手续。按期报送药品购用情况统计报表。批准核发的“印鉴卡”由专人保管，除购买药品之用外，不得带出麻醉药品、一类精神药品库。

2. 专用保险柜和基数卡的管理

药库贮存麻醉药品、一类精神药品必须使用专用保险柜，专人负责。药库与各调剂部门，各调剂部门与临床用药科室实行基数管理，基数卡注明所用药品名称、规格、数量，由双方麻醉药品管理人员及负责人签字，人员变更时，须办理变更手续。

3. 药品采购与验收

药库特殊药品管理人员根据药品用量和库存情况提出购药计划，药品采购员应向指定的药品经营单位采购药品。药品到达后，由采购员和库管员共同检查验收药品至最小包装，并核验购药票据凭证无误后，办理入库手续。

麻醉药品、一类精神药品验收合格后，由药库特殊药品管理人员及时入库实物，每次购药后及出库时药库特殊药品管理人员须检查印鉴卡、购货发票、入库单、帐卡、药品、处方、领药单等均无误后方可进行其它工作。

4. 药品的储存和保管

麻醉药品、一类精神药品全部贮存于专用库内，库房钥匙由指定人员保管。贮药保险柜双锁双人负责，除库管人员和调剂部门专门领药人员外，任何人不得进入库内。

5. 麻醉药品、一类精神药品专用保险柜钥匙备案管理

存放麻醉药品、一类精神药品的保险柜实行双锁双人负责制，历任管理人员情况须在药学部备案。

6. 药品的领发

各调剂部门指定专人凭处方、领药本领取麻醉药品、一类精神药品，数量不得超过“基数卡”限定的数量。发药人和领药人需认真核对发药名称、数量、产

品批号、有效期后签字领药手续。领药人员必须亲自运送药品至领药部门并将药品存入专用保险柜、完成入帐等相关手续，中途不得停留或办理其他事宜。

7. 调剂部门的药品使用管理

调剂部门应指定符合资质的药学专业技术人员管理麻醉药品、一类精神药品，做到“日清日结”，药品调剂应指定发药窗口，调配人员应严格按照麻醉药品、精神药品处方管理规定审核、发药。调剂部门贮存的麻醉药品、一类精神药品必须有严格的安全防范措施。每天下班（或交班）前，管理人员应核对药品和相关记录。

8. 临床科室的药品管理

临床科室需要留存麻醉药品、一类精神药品时，应与调剂部门建立基数卡，由双方麻醉药品管理人员、负责人审核签字，临床需求变化时应及时变更基数卡。

9. 管帐人员交接

麻醉药品、一类精神药品管理人员调整时须在监督人员在场情况下进行交接清点并记录，交接完成后报存药剂科。

10. 药品过期、损坏申报

麻醉药品、一类精神药品管理人员应定期检查药品有效期和质量情况，保证质量合格。过期药品须单独存放并有明显标识；药品验收时发现缺少、破损的药品当时解决；发现质量问题按照药品质量处理程序处理。

11. 药品销毁管理

破损和过期的麻醉药品、一类精神药品，统计汇总后报经药学部主任审批后报区卫生局批准，并进行监督销毁、记录。

12. 药品丢失、被盗案件报告

药品使用中一旦发现骗取、冒领者，或发生药品丢失、被盗、被抢案件，立即报告药学部主任和医院保卫处，并向区卫生局、公安局、药监局报告。

13. 值班巡查

节假日值班人员应对麻醉药品、一类精神药品存储设施进行巡查，以保证药品储存、保管处于安全状态。

十五、第二类精神药品管理规定

根据国务院发布的《麻醉药品和精神药品管理条例》、卫生部发布的《麻醉药品、精神药品处方管理规定》，为加强第二类精神药品的安全管理，保障药物的合理应用，防止发生流弊现象，按照法规的有关要求，结合医院药品管理的实际情况，制定相关管理规定。

1. 定点采购。采购第二类精神药品，应从药品监督管理部门批准的具有第二类精神药品经营资质企业购买。
2. 双人验收。根据临床用药需求制定采购计划，购入药品双人验收，查验购药凭证，清点药品数量，检查药品质量，详细记录相关信息。
3. 专柜加锁储存。储存药品必须有安全防范措施，严防药品丢失。
4. 专用帐目管理。出账入账要有购（领）药或处方使用凭据，做到购（领）入、发出、结存数量平衡。调剂部门使用药品要做到“日清日结”。

5. 遵循专用处方和用量要求。处方至少保存 2 年。
6. 定期检查药品质量。对过期、损坏的药品要及时申请销毁，保证在用药品的账物相符和药品质量完好。
7. 认真审核处方，促进合理用药。严格按照规定的药品适应症、用法、用量使用药品，作好用药指导，对于单张处方超过用药天数的特殊情况，必须由处方医师注明诊断并双签字后，方可调配。对于用药不合理的处方应拒绝调配。要防止重复取药，避免套购药品的现象发生。
8. 对过期、损坏的药品要登记造册，向卫生行政部门申报销毁。

9. 药学人员岗位职责—10（+5）项

一、药剂科主任职责：

- 1、在院长领导下，负责领导、管理药剂科的工作；科主任是本科药学服务质量与安全管理与持续改进第一责任人，应对院长负责；负责制定药学部门的工作计划，并组织实施和督促检查。
- 2、制定药品经费预算和采购计划，报上级主管审核。审批后负责组织落实。
- 3、依据国家、地方的相关法律法规，结合本部门的实际情况，组织制定药学部门的各类工作制度、技术操作规程和岗位责任制。并组织实施及监督检查。
- 4、组织和指导药学部门所属各部门的工作，经常检查和督促各部门执行法律法规和工作情况，解决工作中出现的问题和重大技术问题。
- 5、定期组织相关人员督促和检查特殊药品、贵重药品及重点效期药品的使用管理情况，并做好记录。
- 6、在院长/分管院长领导下，积极组织建立临床药师制，并组织、指导和协调临床药师的工作。
- 7、经常深入临床，参加危重和特殊病人的查房和病历讨论，参与临床用药的讨论，指导临床合理用药。
- 8、组织领导全科人员进行业务学习、技术业务考核和开展科研工作；抓好人才培养和药师毕业后的继续教育。
- 9、协助医疗机构负责人做好医院药事管理委员会的日常工作。
- 10、负责对药学部门全体人员的考核、奖惩、调动和职务晋升等工作；检查监督本部门的经济管理工作和药品价格执行情况。

二、副主任职责：

- 1、在药剂科主任的领导下，积极协助主任做好部门的各项工作和任务。
- 2、其他各项参照主任职责执行。

三、各室、组负责人职责：

- 1、在药剂科主任的领导下，负责本室、组的工作。
- 2、依据规定和要求，结合本室、组的任务，制定相关的工作计划，并组织实施和检查。
- 3、督促检查本室、组的人员认真执行各项规章制度及岗位责任制情况；安排人员工作岗位并处理本室、组内重要问题。
- 4、了解和掌握本室、组内药品供应、摆发、保管和质量等情况，及时地制定出药品采购供应计划；经常深入临床，与医护人员沟通药品应用情况，保证临床安全合理用药。
- 5、监督检查本室、组内特殊药品和贵重药品的管理；督促检查上报各类统计报表、账目等。
- 6、负责本室、组内的工作错误和差错的记录和处理。对重大事故应负责及时向部门领导汇报。
- 7、负责组织本室、组人员的业务学习和岗位练兵工作。考核及检查劳动纪律情况。

- 8、具体组织安排和带教实习生和进修生。

四、主任（中、西）药师职责

- 1、在科主任的领导下，负责指导本部门各项业务技术工作和制定各项技术操作规程
- 2、指导和参与复杂的调剂、制剂和药品质量控制方面的技术工作。
- 3、指导和参与科研工作，组织解决技术上的重大疑难问题和相关实验。并负责审核相关的技术实验报告。
- 4、参与建立临床药师制，积极参与药师下临床，参加临床查房、病历讨论和用药讨论，做好临床合理用药的工作。
- 5、负责收集整理国内外药学情报资料 and 了解掌握药学发展动态；承担业务教学工作，指导进修生、实习生的学习。
- 6、负责指导和检查下级药师的工作；

五、副主任（中、西）药师职责

参照主任药师职责执行

六、主管（中、西）药师职责

- 1、在药剂科主任和主任/副主任药师的领导和指导下进行各项工作。
- 2、负责指导本部门的下级技术人员，并参与药品调剂、制剂、中药材的加工炮制等工作。
- 3、负责药品及制剂的质量检验、鉴定等工作，保证药品（材）和制剂的质量符合规定要求。
- 4、检查和参与特殊药品、贵重药品及其它药品、制剂的使用、管理工作，发现问题及时处理并向主任或上级药师汇报。
- 5、积极参加科研工作。负责收集整理药物不良反应报告，积极深入临床科室，了解用药情况，介绍新药；
- 6、参加临床的查房、病历讨论，参与临床合理用工作。参加用药咨询服务工作。
- 7、担任业务教学和进修生、实习生的带教等工作，组织下级技术人员的业务学习和考核。

七、药剂师（中药师）职责

- 1、在药剂科主任和上级药师的领导和指导下进行各项工作。
- 2、参加药品调剂、制剂、药品质量检验及药品采购供应等工作。认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故的发生。
- 3、以病人为中心，面向临床，积极与临床医护人员沟通，了解用药情况，配合临床医疗，保障药品供应。
- 4、积极参加科研工作。收集药物不良反应报告；参加用药咨询工作。
- 5、负责本部门各种仪器设备的使用保养工作。
- 6、担任进修生、实习生的带教工作；组织指导药剂士和其他人员的技术业务学习和工作。

八、药剂士（中药药剂士）职责

- 1、在药剂科主任和上级药师的领导和指导下进行各项工作。
- 2、按照分工，负责药品的采购、保管、请领、摆发、统计、管理账目和处方调配，以及制剂配制、质量检测等具体工作。
- 3、认真执行各项规章制度和技术操作规程，严防差错事故的发生。
- 4、负责检查、校正和保养各类仪器设备。
- 5、在上级药师的指导下，深入临床，了解用药情况，介绍新药；征求临床意见，改进制剂剂型等。
- 6、指导辅助人员的工作和学习。

九、临床药师职责：（新增）

1. 在药剂科领导下，以病人为中心，遵循药物临床应用指导原则、临床治疗指南和循证医学原则，积极参与临床合理用药工作。
2. 定期参加临床查房、会诊和病历讨论，参与临床药物治疗方案的拟定与实施，对药物治疗提出建议。
3. 深入临床了解药物应用情况，进行治疗药物监测，设计个体化给药方案；重视临床用药的理论总结和用药实践经验的累积。
4. 认真做好药品不良反应监测工作和血药浓度监测（TDX）工作，并有详细的工作记录和报告。
5. 为医生、护士和患者及其提供药物咨询服务，和正确给药、用药知识。当前重点要为临床做好抗菌药物、抗肿瘤药物、肠外营养药物等的合理用药服务工作。
6. 及时有效地收集和评估临床医生、护士和患者对药学服务的效率、质量评价、意见的反馈，并组织持续改进。

十、岗位职责

1. 调剂岗位职责

- （1）主要负责各药房的处方调配和病房医嘱用药的摆发工作；
- （2）必须严格遵守各项规章制度和操作规程，做到“四查十对”；
- （3）调配处方时，应认真核对处方内容，尤其是药品名称、规格和剂量。
- （4）对错误的和不规范的处方，应拒绝调配。应及时与处方医生联系，说明错误原因，进行更改，处方医师应在更改处签名。
- （5）药品发出前应经过二人核对检查调配品种、数量、药品标示、包装质量等，调配人与核对人均须在处方上签名后方可发药。
- （6）调配人员发药时应主动向病人或其家属交待药品用法及注意事项。

2. 制剂岗位职责

- （1）主要负责院内临床和门急诊治疗所需的各种制剂配制工作；
- （2）必须严格遵守各项规章制度和操作规程；
- （3）配制前，应认真阅读了解所配制剂的处方组成、配制方法和操作规程，掌握其中的注意事项，认真填写配制单和投料单。准确计算投料量。
- （4）配制时，应认真核对原辅料名称和规格，按配制量准确称量。
- （5）配制过程应经过二人核对，包括原辅料名称和称量量等，并在配制单的相应项下签名。

(6) 配制好的制剂中间品, 必须进行质量检测, 合格后方可进行分装入库。

3. 药品采购岗位职责 (新增)

(1) 在药剂科主任的领导下, 负责药品和医疗用消毒药品和化学试剂的采购工作。

(2) 应自觉遵守相关的法律法规和财务管理制度, 廉洁自律, 严禁收受药品回扣, 收到的礼品应及时上缴。

(3) 加强资金的合理流动, 计划采购, 不准采购“三无”药品; 必须从正规主渠道购进药品。

(4) 建立短缺药品登记簿, 积极组织对抢救急需药品的采购供应, 以保证急救抢救治疗的需要。

(5) 应及时与药库保管员和各调剂室的负责人沟通, 了解掌握药品供应、药品质量和供应质量等情况。

4. 药品验收保管岗位职责 (新增)

(1) 在药剂科主任的领导下, 负责各级药品库药品的保管供应工作。

(2) 严格遵守各项法律法规和操作规程, 不断提高专业技术和管理水平。

(2) 对药品实行按药品性质、剂型分类管理, 定位存放保管; 特别是加强对特殊药品的管理。保持库房内通风干燥, 防止药品变质失效。

(3) 根据药品库存和使用情况, 制定药品采购计划。

(4) 建立药品分类明细账, 定期对库存药品盘点, 并做详细登记。(5) 对入库药品应认真验收登记, 填写药品验收及入库单。对不符合要求的药品应拒绝入库。发现差错及时查对。建立有效期药品登记簿。药品出库单, 药品缺货登记本。

(6) 危险药品应入危险品库, 不得与其它药品同库存, 危险品库应配备灭火器等消防器材。

(7) 保持库内干净整洁, 不得在库房内做与保管工作无关的事情, 不得将非库房人员带入药库。

5. 药学信息咨询服务岗位职责 (新增)

(1) 应该认真负责, 掌握国内外药学发展的动向, 负责药学情报资料的收集、分类整理工作。

(2) 及时收集药品说明书、新药介绍等相关药品信息资料, 并分类保存。

(3) 负责及时收集临床药物用药情况, 收集整理药物不良反应报告。

(4) 收订和保管药学及相关专业的报刊、杂志、会议论文和图书文献等资料。登记建档。

(5) 承担临床用药咨询服务, 并做好登记记录。

(6) 积极主动向药学部门和临床提供药品用相关资料信息, 为科研、教学和治疗用药等提供优质的服务。

目 录

医技科室工作制度—11 项

- 一、检验科工作制度
- 二、输血科/血库工作制度
- 三、中心实验室管理制度
- 四、病理科工作制度（82-52）
- 五、临床检验危急值报告制度（新增）
- 六、临床实验（检验、病理）标本采集、储存、运送制度（新增）
- 七、医学影像科（室）工作制度（82-46）
- 八、放射治疗科（室）工作制度（82-47）
- 八、核医学科工作制度（82-48）
- 九、特殊检查室工作制度（82-49）
- 十、理疗科工作制度（82-50）
- 十一、针灸室工作制度（82-51）

医技科室人员岗位职责—16 项

- 一、检验科主任
- 二、主任（副主任）检验师
- 三、主管检验师
- 四、检验师：
- 五、检验士：
- 六、检验员：
- 七、临床检验医师：
- 八、检验科质量主管：
- 九、检验科技术主管：
- 十、病理科科主任：
- 十一、病理科主任（副主任）医师：
- 十二、病理科主管医师：
- 十三、病理科住院医师：
- 十四、病理科细胞学医师：
- 十五、病理科主管技师：
- 十六、病理科技师：

医技科室工作制度

一、检验科工作制度

- 1、在主管院长领导下，实行科主任负责制，健全科室管理制度，科主任是临床检验服务质量与安全的第一责任者。承担医院临床诊疗的常规检验项目。
- 2、贯彻落实《医疗机构临床实验室管理办法》、《病原微生物实验室生物安全管理条例》等相关法律、法规和规章、规范。制定相应的工作制度与规程，由具有相应专业技术职称的人员进行临床检验工作。有计划对在职人员进行技能培训及考核。
- 3、定期讨论在贯彻医院（检验方面）的质量方针和落实质量目标、质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件。
- 4、承担并完成医院交给的有关医疗、教学、科研等各项任务。
- 5、检验申请单（含电子申请单）由医师逐项清楚填写，急诊检验应有特殊标志，检验申请单必须有申请医生签名或唯一标识。
- 6、接收标本时，检验科工作人员应检查申请单填写、采集的标本是否合格，如不符合要求可拒收。不能立即检验的标本，要妥善处理及保管。
- 7、建立标本采集、运送、签收、核查、保存制度和 workflows。严格检验报告授权制度和审签、发放制度（检验报告双签，急诊报告除外。电子签名有效），建立检验“危急值”处理程序，保障医疗安全。检验科应明确出报告时间并在规定时间内发出报告。
- 8、登记或核对患者的基本信息，审核检验结果，填写检验登记和检验报告单，签名后发出检验报告。检验结果有疑问时，应重复检验，并与临床科室联系。对于超过临床限定范围的生命指标（危急值）的结果，应及时报告临床医护人员。
- 9、使用的仪器、试剂和耗材符合国家规定；定期对可能影响检验结果的分析仪器及相关设备和项目进行校准；
- 10、建立并完善实验室质量保证体系，开展室内质量控制，参加室间质量评价活动。
- 11、配合临床医疗工作，开展新的检验项目和技术革新。
- 12、应制定检验后标本保留时间和条件，并按规定执行。废弃物处理应按国家有关规定执行。
- 13、加强实验室安全管理和防护，包括生物安全及化学危险品、防火等安全防护工作，完善安全管理规章制度并组织落实。
- 14、应征求临床科室对检验服务的意见及建议，尽可能满足临床诊疗活动需要，采用多种形式为临床科室提供临床检验信息服务。

二、输血科/血库工作制度

- 1、在医院临床输血管理委员会的领导下，实行科主任负责制，健全科室管理制度，加强对输血科工作人员依法管理血液的宣传，科主任是医院输血管理的第一责任者。

- 2、贯彻落实《中华人民共和国献血法》、《临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》、《病原微生物实验室生物安全管理条例》等相关法律、法规和规章、规范，制定相应的工作管理制度与标准操作规程（技术、设备），由具有相应专业技术职称的人员进行临床输血工作。有计划对在职人员进行技能培训及考核。
- 3、定期讨论在贯彻医院（输血方面）的质量方针和落实质量目标、质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件。
- 4、在医院“临床输血管理委员会”的领导下加强对临床用血的监督管理。加强对医院临床用血科室医师依法用血的宣传，明确血液是有限的宝贵资源，要树立科学、合理、安全的输血理念，强化临床医生全面血液保护的意识，严格掌握临床输血指征，实施全面血液保护措施，积极开展自体输血工作，保证科学合理用血。
- 5、承担并完成医院交给的有关医疗、教学、科研等各项任务。
- 6、加强对输血申请管理。明确输血申请医师资格，规定申请医师履行输血告知义务，要求规范签署《输血治疗知情同意书》；明确术前备血、急诊输血、特殊血型输血、血体输血及单采治疗申请的临床管理程序，保障临床血液供应和治疗。
- 7、建立配血标本采集、运送、签收、核查、保存制度和 workflow，确保输血安全。
- 8、血液入库、核对、贮存。血液制品入库前要按照《临床输血技术规范》规定内容认真核对验收；要做好血液出入库、核对、领发的登记，有关资料需保存十年（电子资料要有安全备份）；血液贮存按不同血型将不同血液成分分别贮存于血库专用冰箱或保存箱内，并有明显的标识。贮存设备温度要进行安全监测。
- 9、建立并完善输血相容性检测实验室管理。包括：
 - （1）使用的仪器、试剂和耗材符合国家规定；定期对可能影响检验结果的仪器及相关设备进行校准；
 - （2）建立并完善输血相容性检测实验室质量保证体系，开展室内质量控制，参加室间质量评价活动。
 - （3）受血者配血试验的血标本必须是输血前 3 天之内的。
 - （4）输血科要逐项核对输血申请单、受血者和供血者标本，复查受血者和供血者 ABO 血型（正、反定型），并常规检查患者 Rh（D）血型，正确无误时可进行交叉配血。
 - （5）交叉配血前输血科或血库对备血标本可进行抗体筛检试验，如受血者、供血者标本抗体筛检试验均为阴性，可采用快速交叉配血试验方法进行交叉配血。如未进行抗体筛检试验检测，交叉配血均应使用能检出不完全抗体的配血方法进行交叉配血。输血科或血库应根据临床治疗情况选择适宜的输血相容性检测方法，保证临床治疗和抢救需要。
 - （6）完善输血相容性检测实验室相关记录的管理。

- 10、建立血液发文的放的工作流程，确保血液发放安全无误。
- 11、建立临床输血的管理流程，包括输血器具要求、输血前核对、输血观察、输血注意事项、输血不良反应监测及处理、输血不良反应报告、输血记录单保存等相关内容。
- 12、建立特殊用血管理办法，包括稀有血型、疑难配血者的特殊用血的知情同意、配合性输血的原则、输血后效果评估等相关内容。
- 13、配合临床开展输血相关治疗工作，如单采治疗等。
- 14、大力开展自体输血技术，包括预贮式自体输血、急性等（高）容稀释式自体输血和术中血液回收式自体输血技术。

三、中心实验室管理制度

- 1、在主管院长领导下，实行实验室主任负责制，健全科室管理制度，主要职责是承担全院临床科研、研究生（即为非收费）实验项目，不承担临床诊疗的常规（即为收费）检验项目。
- 2、中心实验室大型仪器设备（人民币 10 万元以上）实行专人管理制度，建立仪器档案。仪器负责人负责仪器的日常使用、保养、维修和仪器有关的实验技术的指导。
- 3、大型仪器设备的资料由中心实验室统一归档保存。使用此类资料实行借阅制度。未经实验室主任批准，此类资料不准复印，不准借出实验室。
- 4、仪器负责人负责指导使用者使用仪器设备，原则上由本室工作人员操作。使用者独立使用仪器必须经过技术培训和考核，并持有实验室负责人签发的上岗证。
- 5、大型仪器设备必须建立作业指导书和保养制度，并有使用登记簿。仪器负责人定期向主任报告仪器使用和运转情况。
- 6、仪器设备出现故障时，仪器负责人应立即向技师长、实验室主任报告，并负责与院医学工程部和厂家（公司）联系修理事宜。对于严重故障，仪器负责人必须向实验室主任呈递书面报告，说明造成故障的原因和责任者，存入仪器设备档案。
- 7、仪器负责人根据医院各级课题负责人填写的“使用中心实验室仪器设备申请书”中的实验内容和要求，指导科研人员使用有关的仪器设备。
- 8、工作人员具体负责本室的安全，包括仪器设备、水电、煤气及危毒试剂的管理。
- 9、中心实验室可为本院承担的各级科研课题提供大型仪器设备和实验技术服务。在满足本院科研工作需要的基础上，可向院外科研课题开放。
- 10、使用中心实验室实行课题管理制度。由课题第一负责人填写“使用中心实验室申请书”，经主管部门批准后，列入中心实验室的工作计划。
- 11、使用中心实验室实行预约制度。使用者根据科研课题编号按规定提前填写“使用中心实验室仪器设备预约单”，并按预定的日期和时间使用仪器。使用者取消预约实验须提前 24 小时通知有关人员。
- 12、中心实验室根据仪器设备的性能规定由中心实验室技术人员操作仪器或在技术人员指导下使用仪器，并认真填写使用记录。违反操作规程和使用制度导致的仪器损坏，应追究当事人责任，并予以经济处罚。
- 13、使用中心实验室仪器设备的科研人员必须严格遵守有关规章制度，爱护

仪器设备和实验场地设备,保持清洁卫生,服从实验室工作人员的安排。

四、病理科工作制度(82-52)

1. 定期讨论在贯彻医院(病理方面)的质量方针和落实质量目标、质量指标过程中存在的问题,提出改进意见与措施,并有反馈记录文件。
2. 活体组织标本应按要求及时用固定液固定,并注明科别和患者姓名,填好申请单中的要求项目后,一起及时送到病理科。
3. 送检脏器和较大的标本,不要切开和翻转,对较小病灶加以标记。做术中冷冻切片时,一般应在前一日与病理科联系。
4. 需检查肿瘤细胞的分泌物、穿刺标本必须新鲜,取材后立即送交病理科。盛检标本的用具必须干净,不得开运送,应放置于密闭器具中,以防污染误诊。
5. 活检病理标本一般保存一个月,尸检大体标本保存三年。组织切片及蜡块原则上与患者的病历同期保存和借用。有科研或教学价值的标本应分类存档,长期保存。
6. 诊断报告应由病理医师以在规定的时限内书面形式出具,并均应留副页存档。活检诊断报告一般于三日内发出,细胞学诊断一日内发出报告,术中冷冻切片诊断在20—40分钟内发报告。需做特殊检查、会诊等的病例可适当延长发报告时间。
7. 院外持病理切片会诊者,应办理会诊手续,做出诊断后发正式会诊报告以示负责。
8. 院内医师仅可借阅与负责治疗患者的切片,并需办理登记手续,院外借切片需凭医疗单位证明,需经本院医疗管理部门备案。蜡块原则上不外借,特殊情况者需经本院医疗管理部门批准。
9. 病理医师应与临床医师密切保持联系,有条件(三级医院)的病理科应与临床科室联合,定期与不定期组织临床病例(病理)讨论会,以提高诊疗质量。
10. 对临床需要而又未开设的病理服务项目,应与上级医院或具备项目资质的医院建立院际委托实验室,拓宽服务面。
11. 尸检按《解剖尸体规则》等有关规定执行。

五、临床检验危急值报告制度(新增)

1. “危急值”是指当这种检验结果出现时,表明患者可能正处于有生命危险的边缘状态,临床医生需要及时得到检验信息,迅速给予患者有效的干预措施或治疗,就可挽救患者生命,否则就有可能出现严重后果,失去最佳抢救机会。
2. 医院要建立危急检验项目表与制定危急界限值,并要对危急界限值项目表进行定期总结分析,修改,删除或增加某些试验,以适合于本院患者群体的需要,关注来自急诊室、重病监护室、手术室等危重病人集中科室的标本。
3. 建立实验室人员处理、复核、确认和报告危急值程序,并在《检验危急值结果登记本》上详细记录(记录检验日期、患者姓名、病案号、科室床号、检验项目、检验结果、复查结果(必要时)、临床联系人、联系电话、联系时间(min)、报告人、备注等项目)。

- 4、医院医疗管理职能部门应该定期检查和总结“危急值报告”的工作，每年至少要有一次总结，重点是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”的持续改进的具体措施。
- 5、临床检验的“危急值报告”作为医院管理评价的重要条件，积极创造条件，逐步建立检验医师制。

六、临床实验（检验、病理）标本采集、储存、运送制度（新增）

- 1、根据临床实验（检验、病理）部门制定的标本采集规范（包括对患者的准备要求、标本采集的方式与途径、标本处理、运送、保存条件等内容），要对相关员工进行教育与培训，使其能知晓和遵循，避免由于标本采集与运送等分析前因素而影响检测质量。
- 2、标本采集前做好事前向病人告知，正确识别病人无误，按照正确的标本采集途经、规范的操作方法、采集合格的标本。
- 3、采集到的标本应有唯一性的识别标志，有条件的医院应推行条形码识别系统。
- 4、标本应在规定的时限内及时送达检测，避免因采集不当、暂存环境与时间的延缓等因素，而影响标本检测结果的真实性。
- 5、临床实验（检验、病理）室应建立标本验收、登记、处理的工作程序，对不符合标本采集规范的标本应及时通报送检医师或其它相关人员明确处理意见，不得上机检测，更不得将明知是“失真的”检验结果签发报送临床，危及救治质量与病人安全。
- 6、为确保生物安全性与严防医院感染，使用合格的标本运送箱，加盖封闭放置标本及运送，符合生物安全性要求。应根据不同的检查项目将标本分开放置于标本箱内，避免混淆，血、尿标本分开放置盛放标本工具应加盖密闭，检查申请单不得与标本容器卷裹混放。
- 7、具有高危传染性的标本、传染病医院的标本以及急诊抢救病人的标本，在采集后应由专人用专门盛具及时送检。
- 8、标本运送人员在拿取标本时必须佩带防护手套，接触标本后，按要求彻底清洗双手，防止污染。
- 9、各类标本在采集、暂存与运送过程中发生标本洒漏、标本容器破损等紧急意外事件时，有紧急处理的程序与措施，相关人员均应知晓。

七、医学影像科（室）工作制度（82-46）

- 1、定期讨论在贯彻医院（医学影像方面）的质量方针和落实质量目标、质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件。
- 2、各项X线、CT、MRI检查，凭临床医师详细填写申请单进行检查。急诊病人随到随检即时报告。各种特殊造影检查，应事先预约。
- 3、工作人员要严格执行患者识别规范、查对程序和技术操作常规，并要了解病情。
- 4、建立与完善医学影像操作常规与图像质量控制标准，重要摄片，由医师和技术员共同确定投照部位及技术。特检摄片和重要摄片，待观察湿片合格后方嘱病人离开。建立病人确认程序，确保检查正确无误，保障病人安全。
- 5、重危或做特殊造影的病人，必要时应由医师携带急救药品陪同检查，对不宜搬动的病人应到床旁检查，要确认病人造影剂过敏史。

- 6、按规定的时限，由执业医师按规范书写诊断报告，X线诊断要密切结合临床。进修或实习医师应在上级医师指导下工作，不得独立执业。
- 7、X线是医院工作的原始记录，对医疗、教学、科研都有重要作用。全部X线照片都应由放射科登记、归档、统一保管。借阅照片要填写借片单，并有经治医师签名负责。院外借片，除经医务科批准外，应有一定手续，以保证归还。
- 8、每天由上级医师主持的集体读片制，确保诊断质量，经常研究诊断和投照技术，解决疑难问题，不断提高工作质量。
- 9、严格遵守操作规程，切实做好操作人员及患者的放射防护工作，保护患者的隐私。工作人员要定期进行健康检查，并要妥善安排休假。
- 10、注意用电安全，严防差错事故。X线机应指定专人保养，定期进行检修。

八、放射治疗科（室）工作制度（82-47）

- 1、定期讨论在贯彻医院（放射治疗方面）的质量方针和落实质量目标、质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件
- 2、凡需放射治疗的病员，由医师填写治疗申请单，携带病历及临床各种检查资料（如X光片等），经放射治疗医师诊查，书写放射治疗病历，制定放射治疗计划，精确定位和填写放射治疗处方后，即可进行放射治疗。
- 3、治疗室的工作人员要严格执行患者识别规范、查对程序和技术操作常规，并要了解病情，介绍放射注意事项，观察疗效和放射反应。
- 4、治疗中要经常检查病员，掌握病情发展变化，并积极采取综合治疗措施，科主任、主任医师和主治医师要定期检查，会诊疑难病例，不断提高医疗质量。
- 5、治疗结束后，要及时作好总结，并告知病员注意事项。治疗病历要妥善长期保管。
- 6、放射治疗后的病员，每半年要随诊或随访一次，以了解病情，巩固疗效。
- 7、对放射治疗设备要进行清洁、保养和定期检修。
- 8、严格执行《放射防护规定》，做好防护保健工作。

八、核医学科工作制度（82-48）

- 1、定期讨论在贯彻医院（核医学方面）的质量方针和落实质量目标、质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件
- 2、凡需放射性同位素检查、治疗的病员，由临床科医师填写申请单，严格掌握适应症和禁忌症，详细介绍病情，办理预约手续。做好登记、建卡工作，统一保管资料，定期追踪观察。
- 3、同位素仪器的使用、药品的分装、投药，均应严格执行操作规程，防止扩大污染和差错事故。
- 4、病员使用同位素前，应有严格患者识别规范，要核对品种、剂量、用法，准确无误后在实验室内使用。对应用不同同位素的病员，应分开病室。
- 5、经常对机器进行清洁、保养，每月进行一次检修。
- 6、严格执行放射性同位素制剂的有关管理规定。放射性同位素应有专人保管。建立并执行来药登记、核实制度，存放于专用储藏室内。设立专用登记本，定期清点，严格交接手续，如有疑问，应马上报告科主任和院领导

进行清查。

- 7、同位素科必须有急救药品、设备。医师要掌握抢救技能。
- 8、对防护用具、放射性废物及被污染的一切物品，必须按有关规定进行妥善管理和处置，并有应急处理的预案。
- 9、每天由上级医师主持的集体读片制，确保诊断质量，经常研究诊断技术，解决疑难问题，不断提高工作质量。
- 10、按规定的时限，由执业医师按规范书写诊断报告，核医学诊断要密切结合临床。进修或实习医师应在上级医师指导下工作，不得独立执业。
- 11、按《放射防护规定》做好防护和保健工作。

九、特殊检查室工作制度（82-49）

- 1、定期讨论在贯彻医院（特殊检查方面）的质量方针和落实质量目标、质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件
- 2、特殊检查包括心电图、基础代谢、超声波、脑电图、脑血流图、肌电图、超声心动图、内窥镜、肺功能检查等。
- 3、需作检查的病员，由临床医师填写申请单，必要时经上级医师同意，检诊医师在检查前应详细阅读申请单，了解病员是否按要求做好准备。危重病员检查时应有医护人员护送或到床边检查。需预约时间的检查应详细交待注意事项。发现有患传染病患者，应排于最后检查，检查完毕严密消毒仪器和用具。
- 4、工作人员要严格执行患者识别规范、查对程序和技术操作常规，并要了解病情，
- 5、及时准确报告检查结果，遇疑难问题应与临床医师联系，共同研究解决。
- 6、严格遵守操作规程，认真执行医疗器械管理制度，注意安全，定期保养、维修，并对机器进行检测。
- 7、各种检查记录应保管好，建立档案，经过批准和登记手续后才能借出。
- 8、按规定的时限，由执业医师按规范书写检查报告，要密切结合临床。进修或实习医师应在上级医师指导下工作，不得独立执业。
- 9、内窥镜及附设器材要经严格的分类清洗、消毒后方可用于患者
- 10、建立检查项目质量控制制度、程序与评价体系，有条件的科（室）每天由上级医师主持的集体读图制，确保诊断质量，经常研究诊断技术，解决疑难问题，不断提高工作质量。

十、理疗科工作制度（82-50）

- 1、定期讨论在贯彻医院（理疗方面）的质量方针和落实质量目标、质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件
- 2、凡需理疗者，由医师填写治疗申请单，经理疗科医师检诊后，确定治疗种类与疗程。
- 3、严格执行查对制度和技术操作规程。治疗前交待注意事项；治疗中细心观察，发现异常及时处理；治疗后认真记录。
- 4、理疗工作人员应经常深入病房，了解病情，观察疗效，介绍理疗方法，更好地发挥物理治疗作用。对不能搬动的住院病员，可到床边会诊及治疗。
- 5、疗程结束后，应及时作出小结，存入病历供临床科参考。需继续治疗时，应与理疗科研究确定。因故中断理疗，要及时通知理疗科。

- 6、进行高频治疗时，应除去病员身上一切金属物，注意地面与病员的隔离。病员和操作者在进行治疗时，切勿与砖墙、水管或潮湿的地板接触。高频之所有机器应避免与地面接触。超高频率治疗器材，电疗前，必须检查导线接触是否完善，板极有无裂纹、破损，否则不能使用。大型超短波禁用单极法。下班时，所有理疗器械一律切断电源。治疗中病员不得触摸机器。
- 7、爱护理疗仪器，使用前检查，使用后擦拭，定期检查维修。要避免震动损坏。理疗机器每次治疗后应有数分钟的休息。
- 8、体疗病员，由体疗医师及技术人员根据病情决定体疗种类。并对病员介绍治疗作用及注意事项。

十一、针灸室工作制度（82-51）

1. 严格无菌操作，针具必须严密消毒，防止交叉感染。
2. 凡留针治疗者，术者不得离开岗位，注意观察病员变化。取针时注意防止漏针、断针。
3. 采取措施，预防晕针、滞针和断针，如有发生，迅速处理。
4. 使用电针时，应首先检查机器是否完好，输出是否正常，并根据病情，选用适当强度。治疗完毕后将开关关闭，输出扭至零位。
5. 经常检查针具是否完好，如有不锐利及弯曲时应及时修理、更换。
6. 针灸要严格遵守操作规程，注意解剖部位，防止发生意外。

医技科室人员岗位职责—16 项

一、检验科主任

1. 科主任是科主任负责制的行为人(责任者),是本科质量与安全管理与持续改进第一责任人,应对院长负责对院长负责。在院长领导下,负责并完成本科的临床检验、教学、科研、继续医学教育及行政管理工作。
2. 制定本科工作计划及发展规划,并组织实施,按期总结汇报,使达到医院的目标和标准。
3. 按医院要求,参加或组织院内外各类突发事件的应急救治工作,并接受临时指令性任务。
4. 在工作中贯彻以患者为中心的服务思想,负责本科人员的医德、医风教育和国家发布的有关民法、刑法及医疗卫生管理法律、行政法规教育。
5. 贯彻执行医院的各项规章制度必要时,可组织制定具有本科特点、符合本学科发展规律的规章制度。
6. 抓好科室质量管理工作,按照实验室标准化操作规程,不定期检查科内人员的工作质量,努力开展各项实验室质量控制工作。
7. 制定不同层次人员的再教育计划。领导本科人员的业务训练和技术考核,提出调动、任免、晋升、奖惩意见。
8. 组织本科人员学习、运用国内外先进经验、应用新技术,开展科学研究。积极督促本科人员申报各级各类基金课题,并协调医疗工作与科研人员之间的关系。
9. 确定本科人员的轮岗和值班。
10. 管理并合理使用医院指定部门保管和使用的各种设备和器械,避免造成不应发生的损失。
11. 检查安全措施,严防差错事故。
12. 与临床科室联系,征求意见,改进工作。
13. 科副主任协助主任工作。在科主任长期外出时,经院长或主管副院长同意,负责科室全面工作。

应具备的条件和任职资格:

(一) 工作资历:

具有正高专业技术职称,从事临床实验室工作满 3 年。

具有副高技术职称,从事临床实验室工作满 6 年。

具有中级专业技术职称,从事临床实验室工作满 10 年。

(二) 工作能力:

熟悉临床实验室的常规检验及管理工作,有较强的组织与管理能力。

二、主任(副主任)检验师

1. 在科主任领导下,指导本科的检验、教学、科研工作,并负责实验室人员的医德医风及医疗安全。
2. 参加部分检验工作,协助科主任检查、提高科内的检验质量及检验技术水平,重点解决检验技术上的复杂疑难问题。
3. 负责本科科研项目立项、论证、组织实施并总结汇报;指导下级人员的科研工作,参加部分试验工作;发表相关论文及申报成果。

4. 随时掌握国内外本专业的最新进展、新技术，指导下级工作人员改进检验技术。
5. 有计划地对青年检验人员开展“三基”、“三严”训练，配合科主任培养提高下级工作人员的工作能力，建立合理的人才梯队；提高科室的学术地位及本行业中的影响力。
6. 指导并督促下级工作人员，严格执行各项规章制度和技术操作规范。
7. 配合科主任完善科室行政管理，负责编写科室各岗位的标准化操作文件，逐步达到“标准化实验室管理”水平。
8. 完成科主任交办的其它工作。
9. 副主任检验师协助主任检验师负责相应工作。

应具备的条件和任职资格：

（一）工作资历：

1. 副主任检验师：担任主管检验师期间，平均每年参加临床检验工作不少于40周，任主管检验师满5年。
2. 主任检验师：担任本专业副主任检验师期间，平均每年参加临床检验工作不少于35周；任副主任检验师满5年。

（二）工作能力：

副主任检验师：

1. 能为临床在某一检验学科方面提供咨询服务，特别在试验选择、结果解释上提出指导性意见，为临床合理解释试验结果，提供正确的信息，积极参与有关疾病的诊断、疗效观察、预防。
2. 熟练准确地解决本专业中的一些疑难问题，如变异菌种鉴定、血液骨髓细胞及寄生虫的识别、各种重要试剂质量鉴定及临床应用性评估；能及时发现并纠正检验误差；能进行室内、室间质量控制的分析总结等；具有一定的组织管理能力。
3. 根据专业熟练掌握下列专科技术：如血液及骨髓的检查技术、临床免疫学检查技术、分子生物学检查技术等。参加部分技术要求较高的检验工作，无责任事故。

主任检验师：

1. 能为临床在实验诊断学方面提供咨询服务，特别在实验选择、结果解释上提出指导性意见，为临床合理解释试验结果提供正确的信息，积极参与有关疾病的诊断、疗效评估、预防等工作。
2. 在医学检验领域中有丰富的经验，熟练掌握本专业的技术要点，能解决复杂或重大的技术问题，能帮助临床医师掌握新的诊断方法，能结合患者病情及时向临床医师提供疑难、危重病例检查项目结果及分析判断的意见。对本专业的工作具有全面的领导、组织、管理能力。
3. 能解决本专业复杂疑难问题，并结合临床病情进行会诊，如查房及疑难病症解析等。

三、主管检验师

1. 在科主任领导和主任检验师的指导下，负责检验、科研、教学工作的落实及实施，指导下级人员工作，负责检验报告的质量。
2. 参加日常检验工作，负责检验结果的质量，保证结果的准确、及时；排除工作中的系统误差及偶然误差；解决日常工作中涉及到的试剂、仪器

等疑难技术问题。

3. 负责学生的临床实习工作；指导进修、实习人员的学习，培养提高下级工作人员的技术水平。负责对检验师的培训和考核。
4. 努力参加科研工作，协助科主任落实科研规划。
5. 了解国外本专业的新技术，对改进检验工作流程和技术手段提出建议。
6. 完成科主任交付的其它工作。
7. 在主任检验师外出时，经科主任同意后可行使主任检验师的工作职责。

应具备的条件和任职资格：

工作资历：

1. 任本专业检验师满 5 年。
2. 担任检验师期间，平均每年参加临床检验工作不少于 44 周。

工作能力：

1. 了解并掌握本专业各项实验的临床意义和应用价值，积极参与有关疾病的诊断工作，能为临床在合理选用检测项目和结果解释方面提出正确的建议和意见；能解决本专业中一些常见问题，如生化多项目综合判定、肝炎标志物结果分析、血液及骨髓细胞识别、各种标本中微生物鉴定、寄生虫的识别。
2. 能结合临床资料，准确分析常规实验结果的临床意义。以专业划分每年工作量不少于：临检 2000 件、生化 2000 件、微生物 400 件、免疫 1000 件、分子生物学检测 200 件。

四、检验师：

1. 在科主任领导和上级检验师指导下进行日常检验工作，并指导检验士和检验员进行工作。
2. 承担标本处理、登记、技术操作、核对检验结果等检验工作；特殊试剂的手工配制；仪器的日常维护保养及定期检查校准，严防各种差错事故的发生。
3. 承担菌种、毒株、剧毒药品、贵重器材的管理和检验材料的申领、报销等工作。
4. 积极参加继续医学教育，参与科学研究和技术革新项目，提高检验技术水平。
5. 承担指导学生检验实习工作。
6. 参加本专业各种质量控制工作。
7. 完成上级检验师交给的其它工作。

五、检验士：

1. 在科主任领导和上级技师的指导下进行日常检验工作。
2. 协助检验师工作，做好仪器设备的维护保养。
3. 协同检验师做好物品、药品、器材的请领和保管，以及各种登记、统计工作。
4. 学习专业技术，参与培养进修、学习人员工作。
5. 参加标本的采集、登记和常规检验工作。

六、检验员：

1. 洗刷检验器材, 做好消毒、灭菌工作, 清理废弃污染物; 打扫科室卫生。
2. 接收检验标本, 传送检验报告。
3. 根据科室需要, 安排非检验操作岗位的工作。

七、临床检验医师:

1. 根据临床信息, 对检验项目的选择、检验申请、患者准备、以及样品的采集、运送、保存、处理、检测和结果给予指导、培训、答疑和咨询;
2. 参与临床查房和疑难、危重病例的会诊, 对检验结果做出解释, 并依据实验室结果对临床诊断和治疗提出建议;
3. 负责签发具有诊断性的临床检验报告;
4. 掌握检验项目的临床意义及临床医师的需要和要求, 用循证医学的方法评价检验项目, 制订疾病诊断指标的合理组合, 规划和开展临床检验的新项目, 并推动其临床应用。
5. 高效率地收集和评估临床医护人员对检验工作的效率和质量的反馈意见, 组织持续改进。
6. 指导和培训临床医护人员和实验室技术人员, 提高教育质量, 推动教学改革。
7. 承担与实验室诊断相关的科研任务

八、检验科质量主管:

1. 质量主管实验室最高管理者任命、授权, 并对其进行年度考核。
2. 负责组织质量管理小组和质量控制工作。
3. 负责质量体系的建立与运行工作, 参加实验室管理层对质量方针和实验室资源的决策活动, 负责实验室质量管理和监督工作, 保证质量体系有效运行。
4. 负责计算机和自动化设备内的程序文件与数据修改的批准。
5. 负责对《质量手册》、《程序文件》、《规章制度》、《SOP 文件》和各种质量文件的编制、审核、发放, 以及换页更改的申请和换版更改的组织实施。
6. 负责安排和组织内部审核, 编制《年度内审计划》并报主任审批。负责审批《内审实施计划》和《内部质量审核报告》; 任命内审组长并规定其职责; 编制《全年质量体系运行报告》。
7. 负责对不符合项进行整改, 分析体系运行中潜在的不合格原因; 负责纠正、预防措施的实施、批准; 监督纠正、预防措施的落实。
8. 协助实验室主任做好管理评审前的组织工作和准备工作, 包括编制《管理评审计划》, 汇报前一阶段质量体系运行和检测和/或校准工作情况, 编写《管理评审报告》。
9. 负责有关质量问题的抱怨和投诉的处理。
10. 审核实验室发出的检测信息内容。
11. 质量主管及质量管理小组负责外部供应的评审。

九、检验科技术主管:

1. 技术主管由实验室最高管理者任命并授权。
2. 负责任命技术管理小组成员的, 组织技术管理小组的工作。

3. 负责组织投标书和合同的评审。
4. 负责批准恢复检验工作。
5. 负责对发生不符合项的责任组 and 责任人进行考核并提出处理意见。
6. 负责数据控制程序的实施, 负责计算机和自动化设备内的程序文件与数据修改的批准, 负责检验报告修改的批准。
7. 负责每年进行一次检验程序的评审工作, 组织编制《检验程序评审报告》, 负责评审报告实施情况的跟踪。
8. 负责每年进行一次各检测项目生物参考值范围的审核、评审工作。
9. 负责组织技术管理小组每年进行一次检验方法的评价、确认、评审和批准。
10. 负责组织技术管理小组编制《检验项目指南》, 供患者和临床医生取用。
11. 负责质控物更换和室内质控靶值修订的批准。
12. 负责仪器设备校准程序的审批。
13. 负责所有仪器设备的统一管理, 配合医院设备科对仪器进行验收及安装。

十、病理科科主任:

1. 科主任是科主任负责制的行为人(责任者), 是本科质量与安全管理与持续改进第一责任人, 应对院长负责。在院长领导下, 负责并完成本科的医疗、教学、科研、培训及行政管理工作。
2. 制定本科工作计划及发展规划, 组织实施, 按期总结汇报, 使之达到医院的目标和标准。
3. 在工作中贯彻以患者为中心的服务思想, 负责本科人员的医德、医风教育和国家发布的有关民法、刑法及医疗卫生管理法律、行政法规教育。
4. 保证医院的各项规章制度和技术操作常规在本科贯彻、执行, 经院长批准可制定具有本科特点、符合本学科发展规律的规章制度。严防并及时处理医疗差错事故。
5. 确定本科医、技人员的岗位轮换、值班、会诊、外出培训等事宜。制定实习和进修人员的带教计划。
6. 制定不同层次人员的培养计划, 领导本科人员的业务训练及技术考核, 提出调动、任免、晋升、奖惩的具体意见。
7. 按规定完成教学计划。管理进修生、研究生和实习生的日常工作, 协调各研究生导师的工作, 配合校、院完成高层次人员的培养工作。
8. 管理并合理使用医院指定本科保管使用的各种设备和器械, 避免造成不应发生的损失。督促有关人员做好病理资料的结果和保管工作。
9. 参加科内快速冷冻切片、科内外及院内外疑难病例的诊断和会诊工作; 决定是否需要院外会诊。
10. 审签病理尸检报告及医疗纠纷鉴定书。
11. 组织本科人员学习、运用国内外医学先进经验, 应用新技术开展科研工作。积极督促本科人员申报各级各类基金课题, 并协调医疗工作与科研人员间的关系。
12. 组织和参加本科室内外、大型病理和临床病理讨论会, 经常与临床各科取得联系, 征求意见、相互配合、改进工作。
13. 科副主任协助主任负责相应工作。在科主任外出时, 经院长或主管副院长同意, 科副主任可负责科室全面工作。

十一、病理科主任（副主任）医师：

1. 在科主任领导下，具体参加并协助科主任抓好科室的全面病理工作和教学、科研业务工作，并负责下级人员的医德医风及医疗安全。
2. 有计划地对下级医生开展“三基”、“三严”训练，指导下级医师的操作技能，避免医疗差错及事故。
3. 着重担任重要的病理检查，参加本科室快速冷冻切片及疑难少见病例的诊断及会诊工作。
4. 经科主任授权，主持或参加院内外疑难病例的会诊、审签病理尸检报告和医疗纠纷鉴定书。特殊疑难或复杂的病例交科主任或经科室讨论后做出诊断。
5. 掌握本科所有的常规业务工作，掌握病理特殊检查技术的应用及诊断意义，并能在日常工作中正确使用。
6. 带头执行并督促下级医师，严格执行各项规章制度和技术操作常规，保证检查结果合乎规范要求。
7. 协助科主任对下级医师、研究生及进修生进行业务培训和考核。
8. 参加继续教育，指导医、技师结合临床开展科研工作。积极申报并承担科研课题，吸收、应用国内外医学新技术，努力开发新项目，扩大和更新工作内容，并不定期开展学术交流。
9. 在科主任分配下，主持或参加主持大型病理和临床病理讨论会。
10. 协调本组和科内各组有院内各科室的工作联系。
副主任医师协助主任医师做好本组工作。

十二、病理科主管医师：

1. 在科主任领导和主任医师指导下进行工作，协助主任医师搞好病检、教学、科研工作及科室成员的医德、医风教育。
2. 主管本科室一定范围的病理诊断工作，包括病理尸检和治体组织检查工作。
3. 负责快速冷冻切片初诊；签发常规检报告，对疑难、少见病例提出初步诊断意见，并提请主任医师或科主任会诊。
4. 熟悉病理特殊技术的应用及诊断意义，并能做出相应特殊检查的决定。
5. 担任科主任或主任医师分配的教学和科研工作，指导研究生、进修医师的日常工作。
6. 负责科内医师、进修医师的考勤及日常和节假日排班工作。
7. 认真执行各项医疗规章制度和技术操作规程，经常检查相应职责内的病理检查质量，严防差错事故发生。
8. 参加病理及临床病理讨论会，并完成分配的相关工作。
9. 积极参加继续医学教育，掌握所必须的专科技术，学习和运用国内外先进病理科学技术；开展新技术，参与科研工作，做好资料积累和总结工作。
10. 确定自己的科研方向，并选出题目，申报各级各类课题。
11. 在本组主任医师外出时，经科主任同意后可行使主任医师的工作职责。

十三、病理科住院医师：

1. 在科主任领导和上级医师指导下进行学习和工作。
2. 在完成医院和科室规定的基本培训后，在上级医师指导下，参加尸体解剖、活检取材和常规病理切片的初检等工作。经过一段培养后，可适当签发较典型的常规病理诊断，无快速冷冻切片报告权。对较复杂、较疑难和少见病例，可提出初步诊断意见，交上级医师会诊。
3. 负责书写病理检查报告和诊断，参加计算机采图发报告。
4. 积极参加科内外病理和临床病理讨论会，结合实际学习有关专著和文献，提高业务水平。
5. 了解病理切片制作过程及病理常用特殊技术的应用及诊断意义。
6. 遵守各项规章制度和技术操作规程，保证相应职责内的检查结果合乎规范要求。

十四、病理科细胞学医师：

1. 在科主任领导和主任医师指导下进行工作。
2. 负责接收细胞学标本，并进行核对登记。
3. 负责细胞学涂片制作、染色、观察和诊断工作，并保证合乎规范要求。
4. 积极开展细针穿刺细胞学、液基细胞学诊断技术以及相关的研究工作。
5. 负责细胞学诊断的教学和培养青年医生及进修生工作。
6. 做好细胞学诊断阳性涂片及相关原始资料的归档和保存工作。
7. 遵守各项规章制度和技术操作规范。

十五、病理科主管技师：

1. 在科主任领导和上级技师的指导下进行工作。
2. 完成分配给的某一部分技术工作，如冷冻和石蜡制片、染色、特殊染色、免疫组化等技化，并保证合乎技术操作规范要求。
3. 参加蜡块、切片及其他原始病理资料的归档、保存和借还工作，做到及时、不乱、不缺。
4. 参加分配给的教学、科研及技术活动等配合准备工作和进修生的培养工作。
5. 积极参加新技术、新项目的学习和使用。
6. 遵守各项规章制度和技术操作规范。

十六、病理科技师：

1. 在科主任领导和技师长指导下进行工作。
2. 负责并参加门诊、病房或技术室的常规病理、快速冷冻、特殊染色及免疫组化等技术工作，并保证合乎技术操作规范。
3. 负责和参加收取送检材料、登记收费和管理病理报告取送工作。
4. 负责蜡块、切片、登记、病理报告等原始资料及时归档和借还等管理工作。
5. 负责科主任安排的教学、科研及学术活动等配合准备工作及进修生（包括技术员）的培养工作。
6. 密切关注技术新动向，积极开展新项目、新技术、满足医疗需求。
7. 负责与诊断系列各级医师的工作配合与协调，遵守各项规章制度和技术操作规范。

目 录

营养工作制度

- 一、营养科管理制度
- 二、营养厨房管理制度
- 三、临床营养工作制度
 - 1. 膳食管理制度
 - 2. 营养科/厨房值班制度
 - 3. 食品采购、保管、加工、供应和采样留检制度食品采购
 - 4. 食品库房
 - 5. 烹调加工
 - 6. 膳食供应
 - 7. 采样留检
 - 8. 备餐间
 - 9. 清洁消毒制度
 - 10. 卫生制度

人员岗位职责

- 一、营养科主任职责
- 二、营养师职责
- 三、营养士职责
- 四、营养厨房人员职责
 - 1. 管理员职责
 - 2. 库房保管员职责
 - 3. 采购员职责
 - 4. 配膳员职责
 - 5. 营养厨师职责

营养工作管理制度

一、营养科管理制度

1. 营养科是在院长领导下工作，临床营养是医疗工作的重要组成部分，医院营养科是行使对住院病人进行营养评价、营养治疗的部门，属于医技科室。
2. 二级甲等及以上医院应设营养科，从事临床营养工作的专职营养师与床位比不能少于 1: 200。100 张床位的医院至少有一名专职临床营养师。
3. 必须严格执行《食品卫生法》、《医疗机构管理条例》等相关法律法规
4. 营养科实行科主任负责制，定期讨论在贯彻医院（营养部分）的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件。
5. 负责制定“住院病人的各类膳食的适应症和膳食应用原则”，是医院现行的规章制度组成部分。
6. 营养科结合医院特点负责制订本医院住院病人膳食种类，并指导、监督营养厨房按照要求保质保量制作、分发治疗膳食，保障食品安全。
7. 营养科负责住院病人的营养评价，接受特殊、疑难、重危及大手术病人的营养会诊，提供各类营养不良/营养失衡病人的营养支持方案，按照《病历书写规范》的要求进行记录。
8. 必须牢固树立以病人为中心、为临床服务的理念，确保食品安全。要为糖尿病、高血压、高血脂、心脑血管疾病、特殊、疑难、重危及大手术患者等提供适合其病情治疗需要的膳食，并进行营养与健康宣传教育服务，在出院时提供膳食营养指导；为临床人员提供临床营养学信息。
9. 各类医院住院病人膳食应包括基本膳食（如普通膳食、半流质膳食、流食）；治疗膳食（如低盐膳食、低脂低胆固醇饮食膳食、高蛋白膳食、低蛋白膳食、高膳食纤维膳食、少渣（无渣）膳食、糖尿病膳食、配方膳食）。根据医院收治病种增添治疗膳食种类。有条件医院参与或承担肠内营养支持工作。
10. 由营养科主任负责召集，每月一次由临床营养专业人员和营养厨房的管理人员、厨师长的联席会议，汇报和评估临床营养工作有关各项工作制度执行、协调情况，并有会议记录。
11. 参加住院患者座谈会，听取并征求住院病员及家属意见；参加医、护、技联席会议，汇报对诊疗服务流程中存在的缺陷（问题），提出协调意见。
12. 人员资质：
 - a) 营养师持有卫生行政部门颁发的营养专业技术资格证书，
 - b) 三级甲等医院由具有副高职以上医学营养专业人员担任主任/负责人；
13. 有岗前培训和在职继续教育制度和计划
14. 三级甲等医院及有条件的医院，应开设营养咨询门诊和开展临床营养的科学研究工作。
15. 对营养厨房实行外包/或委托加工服务的医院，同样必须将以下制度及职责的要求列入外包/或委托加工合同，进行签约与监督管理。

二、营养厨房管理制度

1. 营养厨房应有专职营养师负责管理,并是按照临床营养治疗方案(处方),治疗膳食的要求正确制作、分发的执行工作室。
2. 保障食品安全,营养厨房的食品卫生、营养治疗膳食的制作和质量控制接受营养专业人员的指导、监督。
3. 营养厨房的营养厨工设置与床位比是 1: 25-30; 并与工作量与开设膳食种类相适宜
4. 营养厨房的建筑和布局按照食品卫生管理要求执行,治疗膳食和少数民族膳食要有专门操作间(或灶)和专职营养厨师。
5. 参加住院患者座谈会,听取并征求住院病员及家属意见,整改意见有书面资料。
6. 营养厨房工作人员均经医院内部的医学营养学、食品卫生、食品法规培训,考核合格。

三、临床营养工作制度

1 膳食管理制度

- 1.1 医院膳食是为住院病人设置的。其种类必须包括基本膳食、治疗膳食及必要的辅助诊断膳食。
- 1.2 住院病人采用的膳食种类由经治医生下达饮食医嘱,由值班护士准确、完整填写膳食通知单,交给本病区配餐员,在开饭前半小时送交营养科,当餐即执行饮食医嘱。
- 1.3 餐后新入院未进餐的病人,由值班护士通知营养科(厨房),值班营养厨师按照饮食医嘱的原则,暂提供普食或软食或半流或全流,并保证卫生、保温。下一餐执行饮食医嘱。
- 1.4 基本膳食食谱在营养师的主持下,由营养师、管理人员(或营养厨师)、采购员共同制定。
- 1.5 治疗膳食要有专门制作间(或灶)和专职营养厨师,要严格按照治疗饮食操作规范制作,经营养师检查合格后,由配餐员准确、及时发放。
- 1.6 各类病人膳食必须保证质量、卫生、温度和发放准确。
- 1.7 病房和营养科均建立住院病人膳食一览表牌,要及时更换更改膳食医嘱。
- 1.8 食谱制定要有季节性,要照顾特殊饮食习惯、民族风俗和宗教信仰。要照顾不同经济条件的需要。
- 1.9 开饭时间提前或后延不得超过半小时。
- 1.10 匀浆膳、配方膳按有关营养配方要求和配置方法严格执行,半流和全流加餐必须当餐做,当餐用。
- 1.11 做好成本核算

2 营养科/厨房值班制度

- 2.1 营养科/厨房执行值班制度,值班人员名单报医院相关部门。
- 2.2 值班人员包括营养厨师和病区配餐员。节假日营养师参加白天值班。
- 2.3 值班厨师负责新入院病人膳食、半流加餐、全流加餐的制作,病区配餐员负责发送。要保证质量、温度和发放准确。
- 2.4 值班人员负责营养厨房的防火、防盗等安全警戒,发现问题及时报告

和处理。要有值班记录，做好交接班。

2.5 对值班人员要有调休制度。

3 食品采购、保管、供应和采样留检制度食品采购

3.1 各类食品的供货单位，须持有有效的食品卫生许可证。

3.2 采购食品时，须向供货方索取该批食品的卫生检验合格证及发票。

3.3 采购食品时应应对食品进行感官检查及保质期。

3.4 按需、有计划地采购，以保证食品的新鲜和卫生质量，避免不必要的损失。

3.5 食品运输过程中，应防雨、防尘、防蝇、防晒。冷藏、冷冻食品要注意保温。

3.6 根据需要进行采样留检。

4 食品库房

4.1 由专人验收，确保食品质量。

4.2 入库食品须建登记卡（包括品名、供货单位、生产厂家、生产日期、保质期、进货日期等）。

4.3 食品应分类、分架、隔墙、离地，选择适当条件进行保管（常温、低温、保鲜、隔离等）。

4.4 常温库房要做到清洁、通风，并有防鼠、防蝇、防潮设施。冷库内要保持清洁，及时除霜，食品摆放分类，食品间留有一定空隙，保证冷藏效果。

4.5 从原料到成品，应做到生与熟、成品与半成品、食品与杂物、生活用品等隔离。

4.6 凭收货/领用单做帐。注意先进先出，尽量缩短贮存时间。腐败变质、超过保质期的食品应及时处理，不得使用。

4.7 食品库房内不得存放有毒有害物品和私人用品。

5 烹调加工

5.1 加工前，由专人验收原料，确保质量。冷冻食品要在室温下缓慢地彻底解冻，已解冻食品不得再冷冻。

5.2 各种食品原料加工前须洗净。蔬菜与肉类、水产品要分池清洗，避免交叉污染；禽蛋应冲洗外壳，必要时进行消毒处理。

5.3 生熟要分开。用于食品原料、半成品、成品加工的容器和用具（刀、砧、板、桶、盒、筐、抹布等）应标识明显，严防交叉使用，并定位存放，用后洗净，保持清洁。

5.4 食品加热要彻底，防止外熟内生。

5.5 应严格按照各类膳食常规及营养师的膳食配方进行加工烹调，不得随意更改。

5.6 尽量缩短加工至食用的间隔时间。热菜贮存尽量避免使用过大容器。若加工好的食物2小时内暂不食用，应在高于60℃或低于10℃的条件下存放。

5.7 加工好的熟食，一般应当日用完，做到尽量不剩或少剩。不再食用已烧熟的隔日蔬菜；剩余食物若要继续食用（蔬菜除外），须凉透后放

入熟食专用冰箱冷藏保存,不可暴露存放在室温下。再次食用前,须彻底加热,不可掺入新的熟食品中。

6 膳食供应

- 6.1 加工后的食品应妥善盛装在统一、清洁消毒的餐具内,采取一定的保温、保洁运输方式,保证患者吃到热菜热饭。

7 采样留检

- 7.1 按食品卫生法要求,菜肴烹调完毕后,凡批量供应的菜肴,须采留样品一份(不少于100克),置清洁用具内,放入冰箱,保留48小时,并作好留检的有关记录。

8 备餐间

- 8.1 应专用、封闭,并配有紫外线消毒灯和专用的冷藏设施、洗手设施、熟食加工专用工具等。室内应有降温措施,室温不高于25℃,工作人员进出须两次更衣。

9 清洁消毒制度

- 9.1 厨房、食品库房、配膳室等应设计合理,不得存放有毒有害物品,消除老鼠、苍蝇、蟑螂和其他有害昆虫,并配备有用具、容器、餐饮具和手的洗涤消毒设施,为保证洗涤消毒效果,供应流动水。
- 9.2 定期(1次/月)对熟菜间的空气、专用工具(刀、砧板、操作台、冰箱等)、已消毒的餐具和餐车、操作人员的清洁手采样测定致病菌、细菌菌落总数和大肠菌群,并有记录。
- 9.3 备菜间每次使用前应进行全面消毒,包括空气、刀、砧板、抹布、容器、手、操作台等,严防污染。室内(包括专用冰箱)不得存放未加工食品、半成品及其他物品。
- 9.4 餐具清洁消毒流程:回收餐具→刮去残物→清洗(洗涤剂、冷热水洗刷)→消毒→保洁备用。隔离患者(肝炎等传染性疾病)所用的餐具连同剩余食物应收入专用容器内先消毒后,再按前述步骤进行二次消毒。
- 9.5 常用消毒方法:
 - 9.5.1 煮沸消毒:适用于餐具和剩余食物,将餐具/食物放入锅内浸没,水沸后煮15~20分钟。
 - 9.5.2 蒸气消毒:适用于餐具、刀、砧板等,置于蒸气箱/蒸锅内蒸煮,100℃以上蒸15~20分钟。
 - 9.5.3 药物消毒:适用于水果、操作台、操作人员的手等,消毒剂的浓度及浸泡时间参照有关使用说明书。
 - 9.5.4 电热消毒:适用于餐具等,按设备说明书要求操作。
 - 9.5.5 紫外线辐射消毒:适用于空气、操作台等,无人工作时,用高压/低压汞灯发射的波长253.7nm的紫外光辐照,至少30分钟。
 - 9.5.6 容器、工具、餐具应首选热力消毒(煮、蒸),其次用其它消毒液浸泡消毒。熟菜切配刀、砧板等每天使用多次,每次使用前均应随时进行消毒。

- 9.5.7 洗涤、消毒后的餐具、刀、砧板等，须沥干或烘干，不可带有水湿。已消毒和未消毒的餐具等用具要分开放置，并有明显标识，避免交叉感染。

10 卫生制度

- 10.1 《食品卫生法》规定，凡患有痢疾、伤寒、病毒性肝炎等消化道传染性疾病（包括病原携带者），活动性肺结核，化脓性或渗出性皮肤病及其他有碍食品卫生的疾病时，不得参加接触直接入口食品的工作。上述疾病的疑似患者也应先调离接触直接入口食品的岗位。
- 10.2 凡有①腹泻；②手外伤、烫伤；③皮肤湿症、疥子；④咽喉疼痛；⑤耳、眼、鼻溢液；⑥发热；⑦呕吐症状的，应暂停接触直接入口食品的工作或采取特殊的保护措施，并及时治疗，排除有碍食品卫生的疾病后，方可恢复工作。
- 10.3 手卫生：按照使用正确的洗手（六步洗手法）和手消毒方法，并保证足够的洗手时间。
- 10.4 下列情况须洗手：①加工直接入口食品前；②加工时间过长时，中间应随时洗手；③处理食品原料后；④接触与食品加工无关的物品后；⑤如厕后。
- 10.5 厨师不得留长指甲，不得涂指甲油。加工食品时不得带戒指。
- 10.6 加工食品时不面对食品打喷嚏或咳嗽。
- 10.7 不在食品加工场所吸烟。
- 10.8 工作时穿戴洁净的工作服、帽，把头发全部置于帽内，以免头发和头皮屑混入食品中。
- 10.9 建立晨检制度，报告、登记上岗员工的健康状况。

营养科人员岗位职责

一、营养科主任职责

1. 在院长领导下，全面负责本科的业务与行政管理工作，是质量与安全管理的第一责任者；定期讨论在贯彻医院（营养部分）的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件
2. 负责制定各种规章制度，包括各类人员职责、营养工作制度、质量检查制度。
3. 督促落实财经管理制度、成本核算、物资保管、食品卫生安全等制度，
4. 指导、检查营养师的工作；
5. 组织和参加营养治疗工作和营养咨询，参与疑难病例的营养会诊，参加营养查房。
6. 要积极开展临床营养科学研究，带领全科学习和应用新知识、新技术，提高业务水平。
7. 教学医院要承担教学、指导实习和进修带教，组织在职人员业务培训与技术考核。
8. 在主任领导下，副主任协助主任工作。

二、营养师职责

1. 在科主任的领导下，在上级营养师的指导下，负责营养治疗工作；
2. 参加营养会诊与营养查房，对病人进行营养评价，拟定营养治疗计划，观察营养治疗效果，并有相关资料和记录；
3. 督促检查营养治疗膳食的执行情况；
4. 向患者进行营养教育，参加营养咨询门诊工作。
5. 在科主任领导下，参加部分教学及科研工作

三、营养士职责

在营养师指导下进行营养治疗工作。

四、营养厨房人员职责

1 管理员职责

- 1.1 在科主任领导下负责营养厨房的行政管理和营养科的安全工作。
- 1.2 监督检查各项规章制度的执行情况；

2 库房保管员职责

- 2.1 负责主、副食品、炊具的验收和保管工作；

3 采购员职责

- 3.1 负责主、副食品及炊具的采购供应工作；
- 3.2 严格执行财经制度；

4 营养厨师职责

- 4.1 负责制备各种膳食，保质保量，按时供应。努力学习营养知识及烹调技术和食品卫生制度，能根据食谱和治疗的需要制备各类治疗膳食。
- 4.2 严格遵守食品卫生制度，养成良好的卫生习惯。
- 4.3 严格遵守劳动纪律和操作常规；

5 配膳员职责

- 5.1 熟悉医院各类饮食的基本要求，按时、准确发给病人；
- 5.2 严格遵守食品卫生制度，养成良好的卫生习惯；
- 5.3 接受营养专业人员的检查和监督；

ICU（重症监护病房、加强医疗病房）

工作制度与岗位职责目录--31

- 一、 医院重症 ICU 质量与安全管理委员会
- 二、 ICU 病房医师与护士配备
- 三、 医院 ICU（重症病房、加强医疗）病房管理制度
- 四、 ICU 病人实施危重程度评分制度
- 五、 危重病人进行高风险诊疗操作的许可授权制度
- 六、 ICU 的收治范围
- 七、 为病人提供非医疗技术方面的服务制度
- 八、 ICU（重症病房、加强医疗病房）医疗工作制度
 - （一）病历书写制度
 - （二）ICU 会诊制度
 - （三）ICU 医师值班制度
 - （四）ICU 医嘱制度
 - （五）知情同意书制度
 - （六）手术病人转入 ICU 后的交接制度
 - （七）对进入 ICU 病人的初始评价制度
 - （八）ICU 患者转出制度
 - （九）ICU 患者检查和治疗转运制度
 - （十）ICU 患者入住接待流程
 - （十一）ICU 患者转出医师交接流程
- 九、 ICU（重症病房、加强医疗病房）护理工作制度
 - （一）ICU 护理质量与安全管理组织
 - （二）ICU 护士准入制度
 - （三）ICU 护理管理制度
 - （四）ICU 护理工作制度
- 十、 ICU 医院感染控制
 - （一）医院感染管理制度
 - （二）预防重点部位医院感染的制度
 1. 呼吸机相关性肺炎
 2. 血管内导管所致血行感染
 3. 留置导尿管所致尿路感染
 4. 血液净化（持续动静脉血滤和透析）相关感染
- 十一、 ICU 医师岗位职责
 - （一）ICU 科主任岗位职责
 - （二）ICU 病房主诊医师岗位责任制
 - （三）ICU 住院医师岗位责任制
- 十二、 十一、ICU 护理人员岗位职责
 - （一）ICU 护士长职责
 - （二）ICU 护士岗位职责

ICU 工作制度—27 项

[概述]

重症医学 (Critical Care Medicine, CCM) 是研究危及生命的疾病状态的发生、发展规律及其诊治方法的临床医学学科。ICU (Intensive Care Unit) / 重症监护病房/加强医疗病房是重症医学学科的临床基地, 它对因各种原因导致一个或多个器官与系统功能障碍危及生命或具有潜在高危因素的患者, 及时提供系统的、高质量的医学监护和救治技术, 是医院集中监护和救治重症患者的专业科室。ICU 应用先进的诊断、监护和治疗设备与技术, 对病情进行连续、动态的定性和定量观察, 并通过有效的干预措施, 为重症患者提供规范的、高质量的生命支持, 改善生存质量。重症患者的生命支持技术水平, 直接反映医院的综合救治能力, 体现医院整体医疗实力, 是现代化医院的重要标志。重症医学的学科建设和 ICU 的组织与管理, 应该符合国家有关标准, 应遵循全国医院工作制度与人员岗位职责。

综合性 ICU 是独立的临床科室, 是全院危重医学的临床基地。根据医院专科诊疗范围及收治危重患者的情况, 可设置为特定专科服务的专科 ICU (CCU、SICU 等) 病房

一、医院 ICU 质量与安全管理委员会 (试行)

集中救治危重病病人的 ICU 病房, 集中了医院先进监护设备和急救设施, 对提高危重病人抢救成功率, 降低死亡率发挥着重要作用。为进一步规范 ICU 病房诊疗行为, 提高医疗救治水平, 当医院设置二个 ICU 单元及二个以上时, 应设置医院 ICU 质量与安全管理委员会, 必需加强对各类 ICU 病房的管理。

1. 人员组成

1.1 主持: 主管业务院长

1.2 成员: 医务处、护理部、人力资源管理及财务部门、药剂科、医学影像科、临床检验科、医学工程科、医院感染科等部门主任; 各类 ICU 病房的主任; 相关临床科室主任。

2. 职能权限: 为院长决策提供支持、对工作情况提出协调与评价意见, 保障 ICU 工作临床正常运行。

2.1 ICU 的设置与变更、人力资源的配置、设施设备配置。

2.2 ICU 科主任、护士长、副主任医师及以上人员的评价与权限认定。

2.3 定期与不定期对 ICU 工作情况提出评价意见, 重点是医疗质量与安全的持续改进。

2.4 对 ICU 与院内各科室、以及各类 ICU 之间, 提出协调意见。

2.5 对 ICU 临床技术的准入与培训提出意见

2.6 完成院长交办的其它工作。

3. 工作要求:

3.1 由医务处、护理部主任负责日常工作, 至少每半年召开一次全体会议。

3.2 有会议记录、内容纪要。

3.3 对提出的意见, 相关科室有具体整改措施, 由医务处、护理部负责督导, 并在下次会议上有落实的结果反馈。

二、ICU 病房医师与护士配备：

2.1 医师配备：

- 2.1.1 根据工作量与工作性质而定，综合 ICU 床位与人员之比为 1: 0.8-1，固定的重症医学医师，不应低于 70%，确保能够实施三级医师查房与承担独立值班。
- 2.1.2 应由从事重症医学的主任或副主任医师负责领导，非固定医师可定期轮换，但轮换期不应少于 6 个月。
- 2.1.3 制定与实施岗前业务培训计划，经考核后方可上岗，进修与见习期人员不得单独执业。

2.2 护士配备：

- 2.2.1 根据工作量与工作性质、监护项目、监测项目、医疗技能的不同，合理确定病人与护士比例，综合 ICU 床位与人员之比为 1: 2.5-3，固定的重症医学护士，不应低于 80%，护师以上人员不低于 50%。
- 2.2.2 应由在 ICU 从事重症医学五年及以上资历的主管护师及其以上职称的人员领导护理工作，护师以下人员可定期轮换，但轮换期不应少于 12 个月。
- 2.2.3 制定与实施 ICU 护士岗前业务培训计划，经考核后方可上岗，进修与见习期人员不得单独执业。
- 2.2.4 对 ICU 在岗护理人员的继续教育与技能培训实行分级管理。

2.3 医院有重症医学医护人员应急调配的预案

- 2.3.1 医务处、护理部会同人力资源管理部门制定有“ICU 医护人员应急调配的预案”
- 2.3.2 医务处、护理部适度安排其它临床骨干医护人员（主治医师及护师）接受 ICU 培训/ ICU 临床轮转。

（注释：ICU 常因手术季节及突发公共卫生事件应急因素，员工妊娠、临产、生病等减员原因导致人员紧张，工作超负荷时间过长，护患矛盾、监护隐患、安全隐患凸显，致使医疗纠纷增加，护士流失增加，医院应随时调配人力资源，以确保每一位 ICU 患者的安全。）

三、医院 ICU 管理制度（试行）

1. 入住 ICU 病房的病人选择：

- 1.1 严格执行收治标准（见《ICU 的收治范围》）。
- 1.2 各类 ICU 病房可根据本科室实际情况，制定入住 ICU 病房具体病种选择标准，例如各种复杂大型手术后的危重患者；需行呼吸管理和（或）呼吸支持的患者；心功能不全或有严重心律失常患者；急性心肌梗死患者；各类休克患者；严重创伤患者；各种原因所致的急性肾小管坏死患者；器官移植患者；急性中毒患者；其他经短期强化治疗可望恢复的多系统、器官功能不全的患者等。
- 1.3 全麻术后麻醉作用尚未消失或生命体征尚未稳定，一般经短时间观察，病人苏醒或病情稳定后及时转到普通病房。
- 1.4 不适宜 ICU 病房收治的，如已认定脑死亡者、急性传染病、无急性症状的慢性患者；恶性肿瘤晚期、老龄自然死亡过程患者；治疗无望或因

某种原因放弃抢救者。

2. 建立健全规章制度并严格执行。

2.1 在已有院级规章制度的基础上，各 ICU 应进一步制定相应的制度及细则，不断改进及完善本科室的诊疗常规，所有的医务人员均应熟练掌握。

2.2 严格执行三级查房制度、病历书写制度、病历讨论制度、请示报告制度、危重病人抢救及会诊制度及消毒隔离等规章制度。

3. 质量目标与指标：

定期讨论在贯彻医院（ICU 部分）的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件。

4. 加强医疗质量关键环节的管理：

4.1 诊疗方案的讨论与制定

4.2 院内感染监控

4.3 抗菌药物及胃肠外营养的合理应用

4.4 患者（或家属）知情同意等。

5. 诊疗管理：

5.1 ICU 的患者由 ICU 医生负责管理，ICU 医生应该与原发疾病的专科医生保持密切联系与沟通。，

5.2 ICU 医师主要承担脏器功能监护和支持救治，患者原发疾病的相关专科情况，主要由原发疾病的相关专科医师负责及时诊疗。

5.3 对重点高危患者，建立实行 ICU 医师与负责原发疾病诊疗相关医师联合查房的机制。

6. 高风险操作实行许可授权制：

对危重病人进行高风险诊疗操作，实行许可授权制。

7. 优先原则

严格执行危重病人出、入 ICU 病房优先原则。

8. 入住与出 ICU 病房的病人需进行 APACHE II 评分，

医务处定期对各 ICU 病房及进行分析总结。

9. 建立 ICU 病房医疗质量月报制度：

各 ICU 病房按时上报《ICU 病房医疗质量月报表》。

10. ICU 病房医疗仪器、设备应保持性能状态良好：

保证及时有效的使用，消毒及维护有相应记录。

11. 各 ICU 病房之间应加强合作：

相互支持，特殊情况下可由医疗、护理管理职能部门统一调配医疗资源，最大限度发挥危重病人救治的能力。

12. 医院临床实验室可随时（24 小时×7 天）为所有的 ICU 提供服务：

若不能随时提供此种服务时，则须在 ICU 内或紧邻 ICU 处，设置一小型实验室，最低限度必须能做化学和血液学检查，包括动脉血气分析；

13. 医学影像与药学部门（24 小时×7 天）为所有的 ICU 提供服务：

随时（24 小时×7 天）为所有的 ICU 提供服务，要有可落实的具体保障措施。

四、ICU 病人实施危重程度评分制度（试行）

1. 对入住与出 ICU 病房的病人实施危重程度评分的目的是用于评价 ICU 治疗

效能、护理质量、预测死亡风险的状况，指导合理利用 ICU 资源。

2. 入住与出 ICU 病房的病人在接受监测和治疗前后最好进行危重程度评分。

3. 常用危重程度评分方法甚多，可根据各 ICU 自身的性质与功能选用适宜的评分方法

3.1 APACHE II 评分（急性生理和慢性健康评分 II）系统

3.2 或 MODS 多脏器功能障碍评分

3.3 或 MODS 多器官功能失常综合症评分

3.4 或 ISS-RTS-TRISS 创伤损伤严重性评分

3.5 或 TISS-28 治疗干预评分

3.6 或 Glasgow 昏迷评分（因中枢神经系统疾病而昏迷的病人）。

3.7 或根据自身 ICU 的性质与功能选用其它认为适宜的评分方法

4. 评分的途径可有“实时”评分及“回顾”评分，有条件的 ICU 可通过医院的“临床信息系统”实施“实时”动态的评分，无论采用何种评分系统都应严格遵循其规定的评分方法与程序，以确保科间、院际的评价信息比较可信度。

5. 评分工作在医务处领导下实施，综合 ICU 与专科 ICU 都应进行，定期将评分结果，报告院长和医院 ICU 质量与安全管理委员会，用于医院 ICU 资源利用状况及对危重症治疗质量的持续改进，并可作为外部（第三方）评价医院医疗服务质量与安全的重要指标。

五、危重病人进行高风险诊疗操作的许可授权制度

医师与护士为危重病人进行诊疗操作须承担极大的风险，为确保诊疗操作质量与病人安全，实行诊疗操作的资格许可授权制，减少诊疗操作的风险性。

1. 诊疗操作资格的许可授权范围，应当包括所有进行本诊疗操作的医疗与护理人员。无操作权的个人，除非在有正当理由的紧急情况下，不得从事诊疗操作。

2. 医院对操作危险性大、易于发生并发症的诊治操作项目应有明确的资格许可授权有规定，每项具体诊治操作项目都有操作常规，制定考评标准，全院各临床科室均应遵照执行。

3. 由医疗、护理管理职能部门负责建立相应的资格许可授权体系。

3.1 由医疗、护理管理职能部门与相关专业人员组成考评组织。

3.2 提供需要资格许可授权的诊治操作项目的操作常规与考评标准，并实施培训与教育。

3.3 应当结合操作者的理论水平和实际操作技能，对其熟练掌握程度进行认定。

3.4 所有资格评价资料都应当是可信任的，是书面的、详细的，并能随时可查。

4. 诊疗操作的资格许可授权实行动态管理，至少每二年复评一次，当出现下列情况，则应当取消或降低其进行操作的权力。

4.1 达不到操作许可授权所必需的资格认定新标准者。

4.2 经质量评价证明，其操作并发症的发生率超过操作标准规定的范围者。

4.3 在操作过程中明显或屡次违反操作规程者，并发症发生率增加者。

5. 通常需由医师在危重病人诊疗活动中完成的，具有高危险性、高难度操作项目如下，但不限于。例如：经皮动脉置管术、各种途径的中心静脉置

管术、肺动脉置管术、经静脉临时起搏器安置术、心律转复/除颤术、气管内插管术、纤维支气管镜检查术、三腔管气囊填塞术。经皮气管造口术/环甲软骨切开置管术（Seldinger 法）、诊断性腹腔灌洗术、腹膜置管透析术、机械通气、持续动静脉血滤和透析、人工体外膜肺、人工心室辅助、主动脉内球囊反搏、人工肝、血浆置换等、以及卫生行政部门和医院规定需要授权的其它项目等

六、ICU 的收治范围

1. 急性、可逆、已经危及生命的器官功能不全，经过 ICU 的严密监测和加强治疗短期内可能得到恢复的患者。
2. 存在各种高危因素，具有潜在生命危险，经过 ICU 严密的监测和适时有效治疗可能减少死亡风险的患者。
3. 在慢性器官功能不全的基础上，出现急性加重且危及生命，经过 ICU 的严密监测和治疗可能恢复到原来状态的患者。
4. 慢性消耗性疾病的终末状态、不可逆性疾病和不能从 ICU 的监测与治疗中获得益处的患者，通常不是 ICU 的收治范围。
5. 优先获得 ICU 诊疗，是当 ICU 的病床使用率较高、一时不能满足病人需要时，符合“1”的患者要比符合“2”、“3”的患者优先获得 ICU 诊疗。只要可能，就应当使用评价疾病严重程度和预后的客观指标，对收治的病人进行分类管理。
6. 各医院可根据上达要求，结合本院 ICU 资源情况制定具体实施细则。

七、为病人提供非医疗技术方面的服务制度

1. 收住 ICU 的患者符合入住 ICU 收住指征。
2. 病人的诊疗知情同意权得到保障。
3. 出 ICU 的病人能够优先得到连贯的医疗服务。
4. ICU 患者转科的过程中能够得到合格的医疗护理人员监护。
5. 病人的病历资料能随患者的转科而同时转移。
6. 为清醒的病人提供心理方面的护理服务。
7. 非清醒患者的隐私得到尊重。
8. 主动告知患者及其家属诊疗计划，实施高危操作应获得患者及其家属签字同意。
9. 告知患者及其家属拒绝复苏和放弃或停止维持生命治疗的权利和应承担的责任。
10. 及时向患者家属告知患者确切病情，并给予他们支持和安慰，适时提供接近患者的机会。

八、ICU（重症病房、加强医疗病房）医疗工作制度

（一）病历书写制度

病历是临床医生诊疗工作的记录和总结，可作为病人进一步诊治的参考，也是临床教学、医学科研的素材和法律工作的重要依据。同时现医疗质量和学术水平。

1. 新入院患者

1.1 ICU 病历书写制度原则上与普通病房一致, 并符合卫生部《病历书写基本要求》。

1.2 姓名、性别、年龄、职业、籍贯、工作单位或住址、主诉、现病史、既往史、家庭史、个人生活史、月经生育史、体格检查、化验检查、特殊检查、小结、初步诊断、治疗处理意见, 由书写医师签字。

1.3 客观如实反映病情。

1.4 病历内容要求完整, 重点突出, 次序分明, 条理清楚。

1.5 病历摘要据概括性和系统性, 能确切反映病情特点, 可作为初步诊断的依据。

1.6 入院 24 小时内完成入院病历书写。

1.7 格式与内容同普通入院病历及首次病程记录。

2. 转入 ICU 的记录要求

2.1 转入 ICU 不足 24 小时的患者仍需有的转科记录。

2.2 转入 ICU 首次病程记录应在入科 4 小时内完成。

2.3 记录内容与普通病房的转科记录基本一致, 应包括

2.3.1 因何种疾病(手术名称, 术中发生特殊情况)入科及入科方式。

2.3.2 转入时给予何种处理(或处理原则), 处理后的反应。

2.3.3 病人现实情况(生命体征等)。

2.3.4 需要继续观察的项目。

2.4 化验回报单应按时间顺序粘贴, 各种病情介绍单或诊断证明书亦应附于病历上。

2.5 病程记录

2.5.1 病程记录的书写每天至少 1-2 次, 病人病情遇有重大变化及短期调整治疗应及时记录。

2.5.2 记录内容包括: 病人病情变化, 检查结果、鉴别诊断、上级医师病情分析查房意见, 诊疗过程及治疗效果, 凡施行特殊处理时, 要记录处理及治疗后的效果, 要记明施行时间和方法, 对病情变化的简单分析, 需要值班医生关注的项目等。书写者应为主管医生或代管医生。如进修医生的记录应有主管医生或代管医生的签名认可。

3. 转科记录要求与医院统一要求相同。

4. 出院记录和死亡记录均按医院要求完成。

(二) ICU 会诊制度

1. 凡遇疑难病例, 或本专业范围以外的专科情况突出时, 应及时申请多学科会诊或转科。

2. 原发病诊疗科室负责诊疗的医师应保持日常查房, 不属会诊范围。

3. 科间会诊: 由经治医师提出, 上级医师同意填写会诊单。非急诊会诊, 会诊医师应在 24 小时内完成, 并写会诊记录。急诊会诊: 被邀请的人员, 应在 30 分钟内到位进行会诊, 并写会诊记录。

4. 院内多学科会诊: 由科主任提出, 商定会诊时间, 通知有关科室人员参加。会诊一般由 ICU 主治医师主持, 必要时科主任主持, 需要时应请医院相关职能科室参加会诊。

5. 院外会诊: 本院诊治有困难的疑难病例可由相关科室负责人提出, 经 ICU 科主任、医务处同意, 并与有关单位联系, 同时将病历摘要寄发有关单

位，确定会诊时间。

6. 远程医疗咨询会诊：一般由高年资的副高及以上医师参加，接到远程医疗咨询通知的医师，应事先熟悉病例资料，按时间准时参加。会诊结束后认真填写咨询会诊意见。
7. 科内、院内、院外的集体会诊：经治医师要做好会诊前的准备，并详细介绍病史，做好会诊记录。ICU 应综合会诊意见，负责治疗方案的制订和会诊意见的采纳实施。
8. ICU 应邀院内科间会诊应由具有 ICU 专业资格的主治医师以上人员进行会诊；应邀到外院会诊，应指派主任医师、副主任医师前往会诊。会诊医师是提供本专业知识和技能协助，会诊意见是否被采纳决定权在对方科室或单位。

（三）ICU 医师值班制度

- 1 ICU 病房应建立分级值班制度，明确各级医师职责，并确保贯彻执行。
 - 1.1 一线值班医师：必须具有执业医师资格。
 - 1.1.1 值班期间不允许擅自离开病房，负责病房内所有患者的常规医疗工作，完成医疗文书书写，正确贯彻执行上级医师的指导意见和建议和治疗方案。
 - 1.1.2 如患者病情出现特殊变化，值班医生给予及时抢救治疗，负责与患者家属沟通并立即向上级医师汇报病情。
 - 1.1.3 要求主管医师与值班医师之间的交接详细、完整，不遗漏患者病情变化，保证既定治疗策略的贯彻执行。
 - 1.2 二线值班医师：
 - 1.2.1 值班期间确保通讯畅通，要求随叫随到，如患者病情出现特殊变化，及时调整治疗策略，指导值班医师进行抢救治疗，必要时向上级医师及医院有关部门领导请示汇报。
 - 1.2.2 负责协调上、下级医师治疗意见，保证治疗方案执行的延续性。
 - 1.2.3 担任院内会诊工作，协助指导院内其它科室患者的抢救工作，负责 ICU 患者的收治。
 - 1.3 三线值班医师：
 - 1.3.1 值班期间要求保持联络，如遇紧急呼叫，不论是夜间或休息日，应赶到病房或立即与病房取得电话联系。
 - 1.3.2 研究解决疑难问题，负责指导特殊情况危重病人的收治、医疗、转科、转院和组织疑难病例讨论及死亡病例讨论，及时向医院总值班及有关部门领导请示汇报。
- 2 保证各级值班医师之间规范交接、沟通顺畅，确保患者既定治疗方案的贯彻执行，如遇紧急情况，能够及时正确应对。
- 3 科主任根据科室实际情况，制定及实施 ICU 值班医师资格许可与授权制度。
- 4 ICU 值班医师应与原发病科室值班医师保持联系沟通，应对原发病的病情变化及时做出评估与处理。

（四）ICU 医嘱制度

1. 具有执业资格的 ICU 医师具有下达医嘱的权限。

2. 准确录入或书写下达医嘱时间、病人姓名和床号。书写医嘱时字迹要清晰，签全名。意义要明确，不得随意涂改，修改医嘱要签名。
3. 医嘱内容要求使用中文通用名，无准确中文译名的药品，用公认英文代号。
4. 如开错或取消未执行的医嘱用红笔在此条医嘱中注明“DC”字样及本人签字。对护士已执行的医嘱，禁止使用“DC”，只能下达停止医嘱。
5. 医生在开完医嘱后需及时通知该病人的主管护士，以免遗漏、延误执行。
6. 医生不得下达口头医嘱（抢救时除外）。抢救时医生下达的口头医嘱护士必须复述确认无误后方可执行，抢救结束后半小时内完成口头医嘱的补记。
7. 电子录入医嘱系统应能有效识别录入者的身份和权限。
8. 必要时设置不同级别医师的医嘱权限；对明显错误或超出正常使用范围的医嘱，应有提示功能。

（五）知情同意书制度

- 1 在 ICU 临床诊治过程中，因患者病情危重、体质特殊、需行手术、特殊检查、特殊治疗、费用过大和试验性临床医疗等情况，医务人员应履行告知责任，详细填写知情同意书。
- 2 ICU 知情同意书的内容包括：有创操作、特殊检查、特殊治疗的项目、目的、风险性及可能并发症等，也应包括不执行此操作、特殊检查、特殊治疗所带来的后果。每一项的具体内容在一个科内应使用同一个格式及内容，同时应随着专业的发展而不断发展完善，及时修订。
知情系列医疗文书的签字应包括患者、家属及医师三方签字栏目。
 - 2.1 在法律上，患者是知情同意权的主体，但在我国临床实践上表现出特殊性，强调由病人家属或单位（涉及医疗经费的负担）签字，并注明与患者的关系。
 - 2.2 知情同意权的享有者包括患者本人和患者家属，或者是患者委托人，医疗机构和医师在履行告知义务时，可以根据具体情况选择告知对象。
 - 2.3 家属是指本人以外的家庭成员，应根据配偶、父母、成年子女、祖父母、外祖父母、成年的兄弟姐妹的排序决定近亲属行使知情同意权。
 - 2.4 委托代理人签字，应该有患者或近亲属书写的《授权委托书》。
- 3 紧急避险时，以维持病人生命安全为原则：
 - 3.1 危及病人生命的手术、操作，有时由于各种原因不能在签完字后才能进行，这时可通知家属，讲明情况后执行。
 - 3.2 若由于各种原因不能通知到家属及签字者，应征得上级医师及院领导同意后方可执行。
 - 3.3 为最大限度维护患者的生存权，对心肺复苏初期 A、B、C，包括电除颤等紧急避险时，在紧急无时间先征求家属意见时，可先救命后告知
- 4 知情同意书一旦签署，必须妥善保存，切勿丢失。

（六）手术病人转入 ICU 后的交接制度

ICU 医生、护士应与手术室人员（麻醉医生和外科医生）交接，全面了解病人的情况，包括：

1. **一般情况：**病人的姓名、年龄、及其它有关资料。
2. **麻醉前状态：**
 - 2.1 简单的现病史和主要的既往病史、过敏史。
 - 2.2 心脏功能检查异常情况、肺功能检查异常情况、药物治疗情况、实验室检查结果、及其它有关资料。
 - 2.3 病人对术前药反应及监护导管置入情况。
- 3 **麻醉情况：**
 - 3.1 麻醉方法、麻醉药物和药物剂量。
 - 3.2 麻醉中遇到的问题，如：困难插管、循环波动、心电图异常、血管活性药物使用、正性肌力药物使用、低体温等。
 - 3.3 麻醉期间液体平衡情况，包括晶体液输入量、胶体液输入量和胶体液种类、血液制品输入量和种类、围术期出血量、围术期尿量等。
 - 3.4 目前输注的药物和剂量、术中最后的实验室检查结果等。
 - 3.5 预测可能遇到的问题，如清醒和拔管延迟、再插管困难、清醒时血压波动。
4. **手术情况：**
 - 4.1 所施手术及术中遇到的问题。
 - 4.2 术后应特别注意观察的问题。
 - 4.3 预测可能遇到的问题，如：止血问题、血液制品补充等。

(七)对进入 ICU 病人的初始评估制度

应该对所有进入 ICU 病人的病情迅速进行系统准确的评价,据此制订诊治原则。

- 1 **一般观察：**
 - 1.1 根据心肺复苏 ABC 原则迅速确认气道通畅、判断通气和循环状态。
 - 1.2 确认所有的监测导联线、静脉管道、胸管、尿管通畅并正常工作。
 - 1.3 确认 ICU 所有的监护仪已校对并正确连接。
- 2 **呼吸系统：**
 - 2.1 确认呼吸机已连接和调整。
 - 2.2 检查气管插管的位置和气囊容量。
 - 2.3 接呼吸机前手控呼吸时听诊双肺呼吸音质量及气流分布。
 - 2.4 确认胸引管开放并引流。
 - 2.5 如在 ICU 开始机械通气，初始吸入氧浓度为 60-100%，以后根据动脉血气和胸片结果进行调整。
 - 2.6 如有呼气末二氧化碳监测，观察波形以确认气管插管的位置和无气道梗阻。
 - 2.7 经脉搏氧饱和度评价动脉血氧合情况。
- 3 **循环系统：**
 - 3.1 检查心率和心律：
ECG 监测有无心肌缺血和/或心律失常。
检查起搏器的功能。
 - 3.2 评价体循环：

比较动脉血压和袖带血压结果。

检查周围脉搏、皮肤颜色、体温和尿量。

测定中心静脉压、肺动脉压和肺动脉楔压（如有漂浮导管）。

热稀释法测定心输出量，计算心脏指数、体循环阻力和肺循环阻力（如有漂浮导管）。

- 4 **检查术后出血情况：**注意伤口有无渗血、引流管及胸管的引流量。
- 5 **中枢神经系统：**意识水平，应包括意识状态、瞳孔大小、对光反应及四肢活动变化。
- 6 **肾脏系统：**
 - 6.1 日尿量与单位时间尿量。
 - 6.2 注意尿的性质（尿浓缩、血红蛋白尿、或血尿）。
 - 6.3 必要时叩诊膀胱有无尿潴留并留置尿管。
- 7 **胃肠系统：**胃管的通畅和位置，胃管引流有无血性液体。
- 8 **皮肤：**受压部位有无皮肤损害。
- 9 **体温：**
 - 9.1 测定中心体温和外周体温。
 - 9.2 如直肠温度低于 35℃，用加热灯或复温毯复温。
 - 9.3 注意有无寒战并给予治疗。
- 10 **完成 APACHE II 评分和/或 Glasgow 昏迷评分**（因中枢神经系统疾病而昏迷的病人）。

（八）ICU 患者转出制度

1. 总则：患者的转出，遵循病情及双方科室共同协商决定，并有责任告知家属。
2. ICU 患者应经 ICU 上级医师查房和允许转出后，与接收科室负责医师共同商定后方可转出。
3. 患者转入 ICU 的原因基本去除，相应接收科室能继续完成治疗时，可考虑转出。
4. 对于患者及其家属要求或接收科室要求将患者转出时，如病情不允许，须详细告知病情及风险，其仍坚持的可考虑转出，应请患者或其家属在病历中签字确认。
5. 因基础疾病的不可逆或植物状态导致的不能撤机、或存在血管活性药依赖的患者，以及其它非医疗原因在 ICU 住院的患者，也应转出 ICU。

（九）ICU 患者检查和治疗转运制度

为保障转运途中及检查治疗过程中的安全，特制定如下转运制度：

转运原则：确认转运的必要性，转运前充分的评价，并做好必要的准备（人力、物力），确保患者安全。

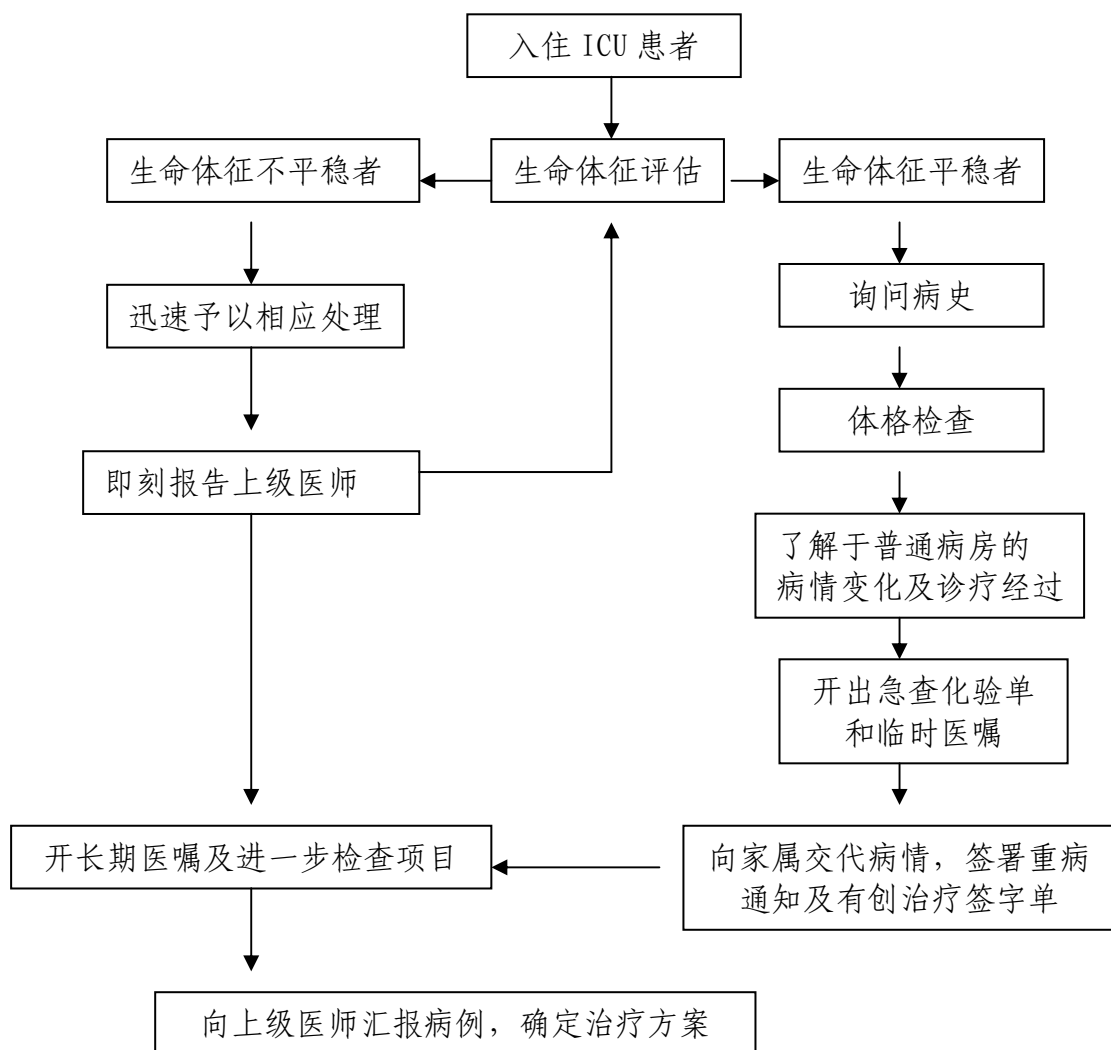
1 转运前评估及知情同意

- 1.1 危重病人转运必须确认是必须和必要的，并由上级医生对转运前病人的生命指征及转运的可行性作出评估和批准；
- 1.2 应该充分向病人或家属说明检查或治疗的必要性及转运风险，征得病人或家属的同意，使用正规的知情同意书，由病人或家属签字认可

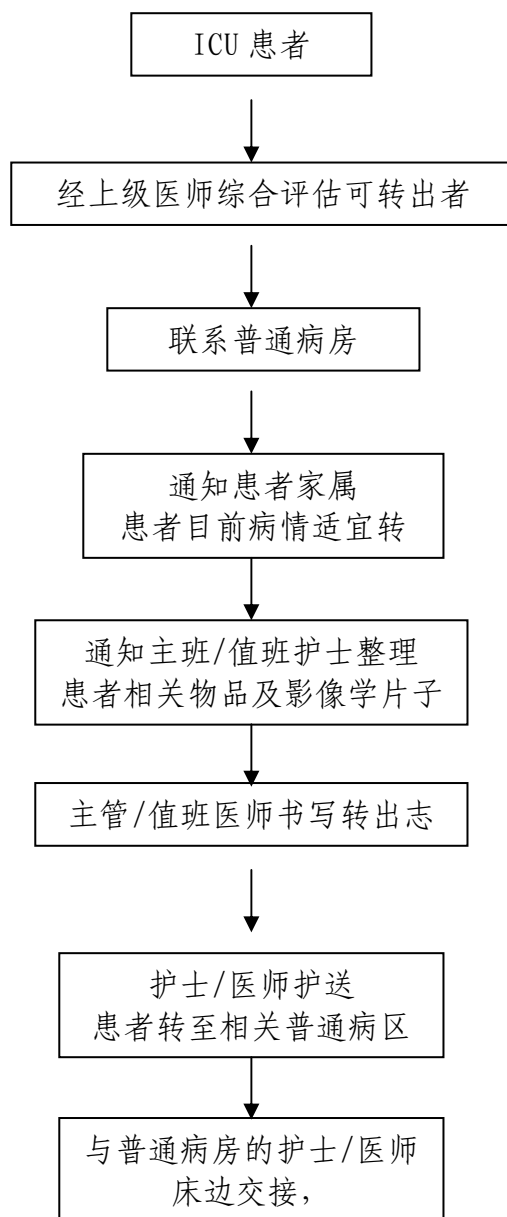
2 转运前协调与沟通

- 2.1 转运前必须协调好相关部门,包括目的地科室相应人员、途径各关口(电梯、门卫、急救车等)。
- 3 转运时人员要求
 - 3.1 根据病人的危重程度,协调组织必要的医护人员,但至少有两人以上,要求至少是熟练掌握 ICU 技能的医生、护士。
- 4 转运设备及药物准备
 - 4.1 设备需要:
 - 4.2 生命支持设备:简易呼吸器,必要时应用便携呼吸机,状况良好的氧气瓶,连接用管路;手动或脚动吸痰器
 - 4.3 便携式监测仪,至少具有 SPO_2 及心率监测功能。
 - 4.4 药物需要:
 - 4.4.1 常用复苏药物:如肾上腺素,阿托品等。
 - 4.4.2 常用镇痛及镇静药物:如吗啡,安定等。
- 5 临转运前再次评估病人及调整相应物品,防止窒息、缺氧、脱管等意外。
 - 5.1 评估是否需要人工气道,若已经存在,检查其固定是否可靠,并保证通畅。
 - 5.2 患者生命体征维持相对稳定。
 - 5.3 需保证有畅通的静脉通路(两条或两条以上)。
 - 5.4 患者身体其它管路及引流装置保证固定可靠,如:胃管,腹盆腔引流管等。
- 6 转运时注意事项
 - 6.1 密切监测 ICU 患者各项生命指征。
 - 6.2 保证生命支持设备工作稳定(患者生命征稳定)。
 - 6.3 保证各种附属管路固定可靠(以防脱落)。
 - 6.4 防止患者发生意外损伤。

(十) ICU 患者入住接待基本流程



(十一) ICU 患者转出医师交接流程



九、ICU（重症病房、加强医疗病房）护理工作制度—5项

（一）ICU 护理质量与安全管理组织

1. 护理部应加强对 ICU 护理质量的控制及管理，成立 ICU 护理质量管理组织。其组成由护理部和 ICU 护士长等组成，在护理主管院长（或医疗主管院长）和医院质量管理委员会领导下开展工作。
2. 主要职责与权限是：对 ICU 护理质量管理工作予以咨询及评议，对本院的 ICU 护理问题负责提出鉴定和处理意见。
 - 2.1 职责：
 - 2.1.1 研究全院 ICU 护理质量管理情况，审定 ICU 护理质量管理的规章制度。
 - 2.1.2 建立会议制度，定期研究、解决 ICU 护理质量方面的重大事项，遇有紧急问题随时召集会议。
 - 2.1.3 组织 ICU 护理的会诊及病例讨论
 - 2.1.4 ICU 护理问题鉴定：
 - a. 对本院 ICU 发生的护理问题进行鉴定，讨论分析问题性质，为医院做出处理决定提供依据。
 - b. 对于 ICU 发生重大问题与相关部门共同鉴定，并报医疗质量管理委员会。
 - 2.2 权限：
 - 2.2.1 实施 ICU 护理质量监控，对存在的问题提出意见及改进措施，以促进全院 ICU 护理水平的不断提高。
 - 2.2.2 对各 ICU 制订的护士培养计划进行审定，对其计划的落实情况进行考评。

（二）ICU 护士准入制度

1. ICU 护士准入条件（新上岗）
 - 1.1 具有护士执业资格
 - 1.2 两年以上的临床护理实践经验，熟练掌握专科疾病的护理常规。
 - 1.3 通过三个月以上的危重症护理在职培训
 - 1.4 经考核合格方可从事 ICU 临床护理。。
2. ICU 护士独立工作准入资格
 - 2.1 实行一对一带教，直至其能独立完成危重症病人的护理工作。
 - 2.2 带教期间在带教老师指导下进行各项护理操作。
 - 2.3 带教期间，每月由护士长和临床教师对其进行 ICU 临床技能考核。
 - 2.4 带教期结束后，能熟练掌握 ICU 各种规章制度、规程、岗位职责并通过严格的理论及技能考核，合格后方可独立工作。

（三）ICU 病房护理管理制度

1. ICU 护理人员在科主任领导下，由护士长负责管理，主管病房医师给与协助。
2. ICU 护理人员严格遵守各项规章制度及执行各项医疗护理操作常规。
3. ICU 护士对病人实行 24 小时连续动态监测并详细记录生命体征及病情变

化。急救护理措施准确及时。

4. 各种医疗护理文件书写规范，记录完整、整洁。
5. 危重症病人护理措施到位，杜绝差错隐患，确保病人安全。
6. 做好病房的消毒隔离及清洁卫生工作，防止院内交叉感染。
7. ICU 仪器、设备应指定专人负责管理、定期保养，使之处于完好备用状态。
8. ICU 物品定位、定量、定人保管，未经护士长允许不得外借或移出 ICU。
9. ICU 护理人员衣着统一规范，严格控制非本室人员的出入。
10. 及时向家属提供确切病情，并给予他们支持和安慰，创造条件鼓励他们亲近病人。

（四）ICU 护理工作制度

1. ICU 护理工作基本要求

- 1.1 严密观察病情变化，随时监测生命体征、保持呼吸道及各种管道的通畅，准确记录 24 小时出入量。
- 1.2 有完整的特护记录，详实记录患者的病情变化。
- 1.3 重症患者的生活护理均由护理人员完成。
- 1.4 随时做好各种应急准备工作。

2. ICU 护理交接班基本要求

- 2.1 每班必须按时交接班。在接班者未接清楚之前，交班者不得离开岗位。
- 2.2 严格床旁交接班。交班中发现疑问，应立即查证。
- 2.3 交班内容及要求：
 - 2.3.1 交班内容突出病人病情变化、诊疗护理措施执行情况、管路及皮肤状况等。
 - 2.3.2 特殊情况（如：仪器故障等）需当面交接清楚。
 - 2.3.3 晨会中护士长可安排讲评、提问及讲课，布置当日工作重点及应注意改进的问题，一般不超过 15 分钟。

3. ICU 护理查对制度

- 3.1 对无法有效沟通的病人应使用“腕带”作为患者的识别标志，“腕带”填入的识别信息必需经二人核对后方可使用，若损坏更新时同样需要经二人核对。
- 3.2 对用药严格执行三查七对制度。
- 3.3 给药时查对药品质量，注意配伍禁忌，询问患者有无过敏史。（如患者提出疑问应及时查清方可执行。）
- 3.4 医嘱需由二人核对后方可执行，记录执行时间并签名。（若有疑问必须问清后方可执行。）
- 3.5 认真查对医嘱，规范本科室医嘱查对时间及人员要求。
- 3.6 抢救患者时，下达口头医嘱后，执行者需复述一遍，由二人核对后方可执行，并暂保留用过的空安瓿，以便查对。

4. ICU 患者转科（院）制度

- 4.1 患者需要转回原临床专业科（院）继续治疗原发病时，由医生向家属交待

病人病情及途中风险,取得家属同意并签字后,方可进行转科(院)事宜。

4.2 根据转科医嘱,进行转移前患者评估及各项护理准备,并通知接收科室的主班护士

4.2.1 检查患者护理记录齐全,记录内容完整。

4.2.2 检查病人的个人卫生:转出时病人面部、手足、会阴、皮肤清洁,无褥疮。

4.2.3 检查各种管道应清洁通畅,固定合理、牢固,引流袋清洁。注明插管/换管日期、时间,伤口敷料保持干燥清洁。

4.2.4 检查静脉穿刺部位。保持静脉输液通畅,所用药物标示清楚。

4.2.5 备妥病历记录、各种检查胶片、有关药品和病人的物品准备移交。

4.2.6 向接收科室护士介绍病人的情况:姓名、诊断、主要治疗、皮肤及各种管道情况。

4.2 根据病人病情危重程度,安排医师护师陪同。

4.3 转科(院)途中备好必要的抢救药物及用物。认真观察病人病情变化,保证各种管路通畅。

4.4 到达新科室(院)后,认真与该科(院)的主管医生、护士进行床旁交接班,由交、接双方填写交接记录。

5. ICU 病人外出检查制度

5.1 根据下达医嘱,在检查前评估患者病情,并进行记录。

5.2 检查全程须有医护人员陪同。

5.3 根据检查项目要求,做好检查前各项准备工作(包括心理护理),必要时备好抢救药物及用物。

5.4 在离开 ICU 前认真核对工作,包括核对医嘱、病人识别标志、检查项目及部位无误,与清醒患者进行有效沟通,安抚患者的紧张情绪。

5.5 在检查过程中需认真观察患者病情变化、意识状态、生命体征等,注意保暖并保证各种管路通畅及仪器正常运行。

5.6 如有特殊病情变化,及时进行处置后再行检查,或根据病情停止检查。

5.7 检查完毕返回 ICU 后,护士妥善安置病人并做好详细记录。

6. 仪器设备管理制度

6.1 所有仪器应分类妥善放置,专人管理,正确使用。

6.2 保证各种仪器能正常使用,定期检查、清点、保养,发现问题及时修理。

6.3 保持各种仪器设备清洁,备用设备必须处于消毒后状态,有备用标识。

6.4 仪器设备原则上不得随意外借,遇有特殊情况由医疗行政部门协调调配。

6.5 科内应定期对员工进行仪器应用培训,包括消毒操作与流程、常见故障排除方法等,做到熟练掌握。

6.6 医院设备科对 ICU 抢救用主要仪器应及时维修、定期检测并有相关记录。

7. ICU 抢救物品管理制度

7.1 抢救物品有固定的存放地点,定期清点并登记。

7.2 抢救用品应保持随时即用状态，定期进行必要的维护检查并有记录。

7.3 抢救用品使用后应及时清洁、清点、补充、检测、消毒，处理完毕后放回固定存放处。

7.4 抢救用品出现问题及时送检维修，及时领取。

7.5 在进行维护检查时、检查后或消毒时有明显的标识。

7.6 严格规范管理毒、麻、剧药品，对高危药品应单独存放、标示明确，使用的剂量及途径有规范。

8. ICU 护理记录书写规范

8.1 护理记录描述要客观、真实、准确、完整、及时。

8.2 文字工整，字迹清晰，表述准确。书写过程中出现错字时，应当用双线划在错字上，并签全名。不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

8.3 楣栏项目填写完整不空项、清楚、无涂改。

8.4 护理记录单均用蓝黑签字笔书写。

8.5 记录内容：

8.5.1 患者的生命体征、主诉及与护理有关的阳性体征、医嘱落实情况、护理措施和效果。

8.5.2 手术患者要记录手术方式、麻醉方式和伤口敷料等情况。

8.5.3 详细记录各种管道名称、引流方式、引流物性质和量等情况。

8.6 生命体征至少每小时记录一次。重要治疗、护理记录时间应精确到分钟。

8.7 记录特殊检查、特殊治疗结果及患者的反应情况。

8.8 抢救后六小时内完成护理记录。

8.9 专科观察记录按科内统一规定记录。

9. 告知制度

9.1 主管医生及护士应将自己的姓名主动告知病人。

9.2 特殊诊断方法、治疗措施，均应告知病人及家属。未经病人及（或）家属的理解和同意，医务人员不得私自进行相关特殊诊治。

9.3 有关诊断、治疗措施可能出现的问题，如副作用，可能发生的意外、合并症及预后等应向病人及家属做出通俗易懂的解释。

9.4 从医疗角度不宜相告或当时尚未明确诊断的，应向其家属解释。

10. ICU 护士紧急替代制度

10.1 科内备好护理人员联络网，每名护士休息期间做好随时备班准备。

10.2 科内护理人员因疾病等原因须休假时，应提前与护士长联系，以便进行班次的调整。

10.3 如遇重大抢救，护理人员需求超出科内人员安排范围，应立即上报护理部并请求人员支援。

10.4 护理部及科内应有紧急人员替代预案。

11. 患者意外拔除气管插管应急预案

11.1 保持患者呼吸道通畅，给氧。

11.2 立即通知医生。

11.3 做好抢救准备。

11.4 密切观察病情变化，积极处置，遵照医嘱实施抢救，必要时重新气管插管。

11.5 做好护理记录。

11.6 填写意外拔管记录。

12. 呼吸机突然断电应急预案

12.1 迅速判断确认，立即断开呼吸机管路与患者气管插管的连接，并使用简易呼吸器对患者进行人工呼吸。

12.2 通知医生，护士与医师合作进行必要处置。

12.3 并观察患者病情变化。

12.4 重新检查呼吸机电源是否连接好，必要时通知相关科室维修。

12.5 重新启动或更换呼吸机。

12.6 做好护理记录。

十、ICU 医院感染控制

（一）医院感染管理制度

由于 ICU 病房病人来源广，病情重，是感染高发区，因而 ICU 病房的感染管理与控制程度是临床医疗质量的重要体现，也是直接关系到患者的安全。

1. 工作区域划分规范：

明确清洁区、半污染区及污染区。工作人员进入病房后按规定着装，离开病区时更换便装。

2. 人员要求：

ICU 医护人员具有较强的预防感染的理念，了解和掌握感染监测的各种知识和技能，并且能自觉执行各种消毒隔离制度。

2.1 医护人员进入监护病房时，应衣帽整洁。

2.2 在接触病人，各种技术操作前后，护理两个病人之间，处理大小便之后，进入或离开监护病房时，均应洗手，并严格消毒液泡手制度。

2.3 在保障有效治疗护理的前提下，尽可能的控制人员流动，减少多人参加的大查房活动。

3. 空气净化及环境消毒

3.1 ICU 监护病房符合洁净护理单元Ⅲ级标准。

3.2 喷雾或擦拭消毒：病房内物体表面应用 0.2%过氧乙酸或 0.05%的有效氯消毒液进行擦拭消毒，病床、床头柜、医疗设备与门窗表面每日擦拭 1 次，地面每日擦拭 4 次。

4. 设备用物消毒

4.1 感染病人使用的器具与非感染病人使用的器具分开处理。

4.2 呼吸机管路、吸氧面罩，用后毁形并按医用垃圾处理。

4.3 一次性医疗物品，如输液器、输血器、胃管、气管插管、弗雷氏尿管、套管针头、三通管、注射器等用后按医疗垃圾分类放入黄色垃圾袋中，由专人统一回收处理。

4.4 用过的治疗包、换药包及一切无菌治疗用品应及时送到供应室进行灭菌处理。

4.5 止血带、袖带、约束带应一人、一用、一消毒，先浸泡消毒清洗，后晾干备用。

4.6 体温表一人、一用后用流动水冲净，再浸泡于 75%酒精内，每日更换酒精一次，每周监测体温表一次。

5. 床上用品终末消毒

5.1 病人死亡、转科、出院后，床单位用消毒液擦拭，床上用品用紫外线照射消毒后送医院洗衣房清洗。

5.2 ICU 病房使用的清洁用具，如墩布、抹布等，每天使用前后应用 0.1%有效氯浸泡消毒，并按不同用途分开放置与使用，不得混用。

6. 微生物监测

6.1 空气微生物监测每月一次，使用空气培养皿进行监测。

6.2 ICU 病房由专人负责感染控制管理制度的监管。各项监测结果应认真记录、存档，以备日后对感染管理情况与监测结果进行分析、小结、总结，发现问题及时解决。

- 6.3 定期或遵医嘱留取病人血、痰等培养，针对不同的细菌培养结果，调整抗菌药物的使用和消毒隔离措施提供依据。
7. 对被发现有可疑“传染病”患者时，消毒隔离应做到：
 - 7.1 实行护理单元隔离，保持负压及良好的通气状态
 - 7.2 穿隔离衣进病室，一次一件或在病室门口正确悬挂。
 - 7.3 戴双层橡胶手套。
 - 7.4 正规操作，尤其抽血、静脉输液等有创操作。
 - 7.5 单位隔离，一切物品要放在病人室内处理：分泌物、排泄物用含氯消毒剂 1000mg/L 溶液混合搅拌，浸泡 20 分钟后倒入杂用室的池内；针头、输液管路、敷料分别放入屋内双层医用垃圾容器内，进行焚烧处理，并注明“隔离”；被服、隔离衣放在黄色塑料袋内，双层结扎，注明“隔离”及数量。
8. 医院感染监控有重点部位医院感染指标：
 - 8.1 呼吸机相关性肺炎。
 - 8.2 血管内导管所致血行感染。
 - 8.3 留置导尿管所致尿路感染。
 - 8.4 血液净化（持续动静脉血滤和透析）相关感染。

（二）预防重点部位医院感染的制度

1. 呼吸机相关性肺炎

- 1.1 严格执行人工机械通气的适应症，只有在必须时才能使用，早用早脱机，尽量采用无创通气的措施。
- 1.2 有人工机械通气操作指南、护理规范及相关感染的控制方法，并对相关人员进行培训与授权，使其能够熟知和严格遵循。
- 1.3 对建立人工气道患者，有严格的无菌操作规程。
- 1.4 重复使用的呼吸回路管道、雾化器，达到灭菌或高水平消毒要求，每周更换 1~2 次，回路管道如有明显分泌物污染则及时更换。
- 1.5 联接呼吸机的管道上的冷凝水应及时引流、倾去，并有制度保证。
- 1.6 定期进作重点部位病原学检查，在符合“呼吸机相关性肺炎”诊断标准时，应在 4 小时内获得抗菌药治疗，72 小时无效重复病原学检查。
- 1.7 有完整的操作与观察处置记录。
- 1.8 有呼吸机相关性肺炎（发病率、病原菌及其耐药性）的监测、分析与反馈。

2. 血管内导管所致血行感染

- 2.1 严格执行留置血管内导管的适应症，只有在必须时才能使用，并尽早拔除。
- 2.2 有留置血管内导管（尤其是中心静脉导管和周围动脉导管）的操作指南、护理规范及相关感染的控制方法，并对相关人员进行培训与授权，使其能够熟知和严格遵循。
- 2.3 应用半透明的半浸透性的聚亚安酯敷料，覆盖纱布或覆膜变湿、弄脏时，能及时更换。
- 2.4 三通锁闭保持清洁，发现污垢或残留血迹时，能及时更换。
- 2.5 定期进作重点部位病原学检查，在符合“血管内导管所致血行感染”诊断标准时，应在 4 小时内获得抗菌药治疗，72 小时无效重复病原学

检查。

2.6 有完整的操作与观察处置记录。

2.7 有导管相关血流感染（发病率、病原菌及其耐药性）的监测、分析与反馈。

3. 留置导尿管所致尿路感染

3.1 严格执行留置导尿管的适应症，只有在必须时才能使用，并尽早拔除。

3.2 有留置导尿管的操作常规、护理规范及相关感染的控制方法，并对相关人员进行培训，使其能够熟知和严格遵循。

3.3 插管时应注意无菌操作，动作轻柔，避免损伤，正确固定导尿管，并采用连续密闭的尿液引流系统。

3.4 导尿管与集尿袋的接口不要輕易脫開。應保持尿流不受阻斷的引流。

3.5 不使用抗菌藥物作連續膀胱沖洗預防感染。集尿袋低於膀胱水平，不接觸地面。

3.6 保持會陰部清潔乾燥，尤其是尿道口。

3.7 定期進作重點部位病原學檢查，採集尿標本作培養時，應在導尿管遠端接口處用無菌空針抽取尿液，在符合“留置導尿管所致尿路感染”診斷標準時，應及時獲得治療，72 小時無效重複病原學檢查。

3.8 有完整的操作、觀察與處置記錄。

3.9 有留置導尿管所致尿路感染（发病率、病原菌及其耐药性）的监测、分析与反馈。

4. 血液净化（持续动静脉血滤和透析）相关感染

4.1 严格执行血液净化的适应症，只有在必须时才能使用。

4.2 有血液净化的操作指南、护理规范及相关感染的控制方法，并对相关人员进行培训与授权，使其能够熟知和严格遵循。

4.3 血液透析机与水处理设备应符合国家产品质量规定的要求。

4.4 严格按照血液透析器及管路产品说明使用，对可重复使用的产品，有严格的操作与检测规范，定期进行病原学检查，有完整的监测记录

4.5 有完整的血液净化所致的相关感染应急管理预案与处理程序。

4.6 透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。

4.7 有血液净化所致相关感染（发病率、病原菌及其耐药性）的监测、分析与反馈。

ICU 人员岗位职责—5 项

十一、ICU 医师岗位职责

（一）ICU 科主任岗位职责

1. 在院长领导下承担临床科主任的全部职责，是 ICU 诊疗质量与安全管理和持续改进第一责任人，应对院长负责。确保 ICU 为病人提供优质、安全及合理的治疗。
2. ICU 科主任应是医院“医疗质量管理组织”的成员，参与医院医疗质量与病人安全管理工作。
3. 本岗位基本要求与能力
 - 3.1 是具有相应危重病医学执业资格的副主任医师及以上人员；
 - 3.2 在 ICU 病房工作至少五年以上，具有相应 ICU 训练水准、熟练的专业技术、丰富的临床经验，了解危重病医学的进展情况。
 - 3.3 在病房从事 ICU 临床及管理工作，或是授权一名具有同样资格的副主任医师从事上述工作。
 - 3.4 具有与各临床与医技科室间协调的能力，能参与检查、评价医院内合理利用 ICU 医疗资源的情况。

（二）ICU 病房主诊（管）医师岗位职责

1. 在科主任领导下，负责本科相应的医疗、教学、科研等工作，并协助主任做好行政管理工作。
2. 主管分管床位的一切医疗工作。安排每日工作（转入、转出等）。每日查房，随访转出病人，负责手术前、转科前病人的检查。检查每日医嘱及执行情况。做好家属的日常解说工作。
3. 具体负责教学和指导下级医生进行诊断、治疗、特殊技术操作（如：各种血管穿刺、插管术或心导管术）。检查、修改下级医生书写的病史、病程记录和医疗文件。复核绘制图表及监测数据。审签出院及转科病历。考核住院医生的日常工作能力和水平。
4. 及时掌握病人的病情变化，病人发生病危、死亡、医疗事故或其它重要问题时，应及时处理，并向科主任汇报。
5. 参加会诊、出诊，参加夜班和节假日值班工作。紧急呼叫，不论是夜间或休息日必须赶到病房或立即与病房取得联系。
6. 危重病人的转入或者病情发生突变时（如：心跳骤停等），负责现场指挥，组织并保证各项急救工作有条不紊的进行。
7. 主持临床病历讨论、死亡病历讨论及重要会诊。
8. 认真执行各项规章制度、操作常规，经常检查医疗、护理质量。
9. 检查重要仪器的保管、使用和维修等情况。检查进口物资储备及消耗情况，制定年度的仪器设备的订购计划。
10. 检查特种药品的保管、使用情况，制定年度的特种药品订购计划。
11. 积极钻研业务，并指导住院医生的文献阅读，努力进行科研工作，做好资料积累，汇总、整理并保存各种监测资料，填写登记卡片，及时总结经验。

12. 指导进修医师工作。

13. 本岗位基本要求与能力

13.1 是具有相应危重病医学执业资格的副主任医师（或至少直接从事 ICU 专业五年以上的高年主治医师）及以上人员；

13.2 在 ICU 病房工作至少五年以上，具有相应 ICU 训练水准、熟练的专业技术、丰富的临床经验，了解危重病医学的进展情况。

13.3 能够负责分管病人的医疗全过程，每天 24 小时、每周 7 天能够随时可在病房从事 ICU 临床及管理工作。

13.4 具有组织指导下级医师开展 ICU 病人诊疗活动的的能力、与各临床与医技科室间的协调能力和相应教学与科研能力。

（三）ICU 住院医师岗位职责

1. 在科主任及病房主诊（管）医师的领导下工作，参加日常、夜班和节假日值班。紧急呼叫，不论是夜间或休息日，必须赶到病房或立即与病房取得电话联系。培养吃苦耐劳、勤奋好学的作风和对病人生命安全高度负责的精神。
2. 新毕业住院医师应经过麻醉科、普通外科、心血管内科、呼吸内科、心电图、血液净化等有关科室轮转，能较全面系统的掌握危重病医学的基础及专业理论知识，并培养一定急救应变能力，为医治危重病人打好基础。
3. 病历书写（转科记录或住院记录）要求 24 小时内完成。要求条理清晰、重点突出、字迹清楚、语言通顺、完整准确。病程记录及时，准确反应病情变化，治疗效果及上级医师的查房意见，死亡、转科、病人会诊，交接班以及出院病人，都要有完整的病历手续。各项监测数据定期记录在规定表格上，字迹清楚，及时绘制各种图表。
4. 熟悉各项基本技术操作（如：急救复苏术、心导管术、动、静脉插管术等），熟悉各种重要仪器（呼吸机、除颤器、床边监测仪等）的使用操作常规。关心仪器的保管、爱护公物，损坏要赔偿。
5. 对所管病人应全面负责。随时了解观察病人病情变化，及时向主任、主诊（管）医师汇报，提出初步的诊治意见。第一年参加工作的住院医师必须实行 24 小时住院医师制。因随访、出诊或去图书馆等要向值班医生报告去向。下班前应向值班医生交好班，应床头交班，不交班不能离去。在主治医师指导下开医嘱，并每日检查医嘱执行情况。特种药品（白蛋白、脂肪乳等）须在主治医师指导下开出医嘱和处方。严防差错事故。主任、主治医师查房时汇报病人病情。他科会诊时应陪同诊视。
6. 在接到手术室、急诊室或其他科室通知后，应守候在病室内，做好接收病人的准备（如：安装并检查呼吸机及必要的急救器械）。在病人到达后，接收有关科室转来的全部病历资料。手术后病人的转入，必须了解手术情况，麻醉方式、术中出血量、尿量、输液成分、输液量，并标记各种引流管和记录引流量，做好交接班。重点患者转出后三到五天内进行随访，必要时向主治医师汇报病情。
7. 家属探视时要求主管病人的医师主动及时与家属沟通。
8. 自觉遵守医院各项工作制度，严格无菌操作，做好隔离消毒工作。
9. 不断学习国内外医学科学先进经验及进展，较好的掌握一门外语，阅读外文书籍。在主治医师指导下，每年完成一篇文献综述。参加病历资料整

理和分析，不断总结临床经验。

10. 本岗位由经过 ICU 专业培训，并经技能考核合格的执业医师担任。

十二、ICU 护理人员岗位职责

（一）ICU 护士长职责

1. 在护理部、科护士长的领导及科主任的指导下，是本科护理质量与安全管理和持续改进第一责任人，应对护理部、科主任负责。负责本病房的护理行政管理和业务工作。
2. 督促护理人员严格执行各项规章制度，检查各项护理措施的实施，严防差错事故。
3. 主持晨会交班及床头交接班，根据患者病情需要，合理调配护士工作。
4. 随同科主任、主治医师查房，参加科内会诊、疑难危重症及死亡病历讨论。
5. 组织并参与危重症患者的抢救。
6. 定期检查仪器、急救物品、贵重药品，保证仪器性能良好，药品齐全并记录。
7. 定期检查各项表格记录，保证其完整性与准确性。
8. 定期检查各种消毒与灭菌物品并记录。
9. 负责护士继续教育的管理，制定各级护理人员培训计划，负责组织护理查房、护理会诊。
10. 组织本科护理科研工作，积极参加学术交流。
11. 积极听取医师及患者的意见，不断改进病房管理工作。
12. 负责科室临床教学工作的管理和实施。
13. ICU 护士长资质基本要求与能力
 - 13.1 由主管护师及以上人员任护士长
 - 13.2 经过 ICU 专业培训，并在 ICU 临床工作五年以上，具有较丰富的 ICU 专业护理知识，有一定的管理和教学能力，并经过护士长岗位培训。
 - 13.3 每天 24 小时、每周 7 天能够随时可在病房从事 ICU 临床护理及管理工作，或是授权一名具有同样资格的主管护师承担上述工作
 - 13.4 具有与各临床与医技科室间协调的能力，能参与检查、评价 ICU 护理质量管理的情况。
 - 13.5 对设置床位较多工作量较大的 ICU 护理单元（如心脏大血管外科术后 ICU 等）可设科护士长进行管理，根据工作性质及数量分设日班与夜班护士长制，或是设副护士长，以确保医疗质量与病人安全。

（二）ICU 护士岗位职责

1. 在科主任、护士长的领导下进行护理工作。
2. 自觉遵守医院和科室的各项规章制度，严格执行各项护理制度和技术操作规程，准确及时地完成各项治疗、护理措施，严防护理差错和事故的发生。
3. 具备良好的职业道德和护士素质，贯彻“以病人为本”的服务理念，做好患者的基础护理和心理护理。
4. 护理工作中有预见性，积极采取各种措施，减少护理并发症的发生。
5. 参加主管患者的 ICU 医生查房，及时了解患者的治疗护理重点。
6. 掌握常规监测手段，熟练使用各种仪器设备，密切观察病情变化并及时通

- 知医生采取相应措施，护理记录详实、准确。
7. 抢救技术熟练，能够配合医生完成各项抢救。
 8. 严格执行消毒隔离制度，防控医院感染的发生及扩散。
 9. 做好病房仪器、设备、药品、医用材料的保管工作。
 10. 及时了解患者的需求，经常征求患者的意见，不断改进护理工作。
 11. 参与本科室护理教学和科研工作。
 12. ICU 护士资质基本要求与技能：
 - 12.1 符合 ICU 护士准入条件的注册护士。
 - 12.2 符合 ICU 护士技能条件的注册护士。

目 录

财务工作制度—17 项

- 一、财务部门工作制度（82-56）
- 二、经费审批及报销制度（新增）
- 三、医疗收费制度（82-57）
- 四、财产物资管理制度（82-58）
- 五、票据管理制度（新增）
- 六、固定资产管理制度（82-7）
- 七、门诊收费处工作制度（82-13）
- 八、住院处收费工作制度（82-14）
- 九、住院病人退费管理制度（新增）
- 十、财务会计档案管理制度（82-15）
- 十一、仪器设备、耗材采购制度（82-51）
- 十二、物价工作管理制度（新增）
- 十三、医疗服务价格公示制度（新增）
- 十四、医疗服务项目的病历记录和费用核查制度（新增）
- 十五、住院患者费用“每日清”制度（新增）
- 十六、奖金分配管理制度（新增）
- 十七、内部审计工作制度（新增）

人员岗位职责—7 项

- 一、财务部门负责人的职责（82-76）
- 二、财务部门会计的职责（82-77）
- 三、财务部门出纳职责（82-79）
- 四、财务部门成本及奖金核算岗位职责（新增）
- 五、住院处、门急诊收费处收费员的职责（原五）
- 六、住院、门急诊收费处审核人员的职责（新增）
- 七、物价人员的职责（新增）

财务工作制度—17 项

一、财务部门工作制度（82-56）

1. 按照《会计法》、《医院财务制度》和《医院会计制度》，全院财务实行统一管理，建立相应的财务管理制度、会计管理制度、物价管理制度以及完善财务部门相应的岗位责任制。
2. 正确贯彻执行各项财经政策，加强财务监督，严格财经纪律。财会人员要以身作则，奉公守法，对一切贪污盗窃、违法乱纪行为作斗争。
3. 合理组织收入，严格控制支出。凡是该收的要抓紧收回。对各项开支实行预算管理。对于临时必须的开支，应按规定的审批手续办理。
4. 根据事业计划，正确及时编制年度的财务预算，办理会计业务。按照规定的格式和期限，报送会计月报和年报（决算）。
5. 加强医院经济管理，定期进行经济活动分析，并会同有关部门做好成本核算的管理工作。
6. 凡本院对外采购开支等一切会计事项，均应取得合法的原始凭证（如发票、帐单、收据等）。原始凭证由经手人、验收人和主管负责人签字后，方能以据报销。一切空白纸条，不能作为正式凭据。出差或因公借支，须经主管部门领导批准，任务完成后及时办理结帐报销手续。
7. 会计人员要及时清理债权和债务，防止拖欠，减少呆帐。
8. 财务部门应与有关科配合，定期对房屋、设备、家具、药品、器械等国家资财进行经常的监督，及时清查库存，防止浪费和积压。
9. 每日收入的现金要当日送存银行，库存现金不得超过银行的规定限额。出纳和收费人员不得以长补短。如有差错，由经手人详细登记，每月集中讨论，找出原因后报领导指示处理。
10. 原始凭证、帐本、工资清册、财务决算等资料，以及会计人员交接，均按财政部门的规定办理。
11. 按照国家统一的招标投标目录进行采购，建立目录外的药品、耗材、设备、物资、劳务的采购管理制度。
12. 奖金分配的原则、标准、程序公开透明，体现按劳分配、效率优先、兼顾公平；坚持奖金分配不得与药品收入挂钩的原则。
13. 加强医疗机构经济活动内控制度建设，建立重大经济事项集体决策制度和责任追究制度，保证国有资产的安全与完整。

二、经费审批及报销制度（新增）

为规范会计行为，明确职责权限，适应医院预算管理和成本核算的需要，加强财务管理职能，使医院各项经费管理有章可循，特制定本规定。

1. 医院的一切财务收支活动必须严格遵守国家法律法规和财务规章制度。
2. 医院经费开支权限应体现统一管理、分级负责、集中控制的原则，执行“三重一大”的规定，坚持财务开支由授权审批、层层负责的原则。
3. 医院各项经费开支的审批有明确审批权限规范与程序，授权范围和内容应在授权书中明确，实行先下级，后上级逐级上报审批的制度。

4. 院长办公会集体讨论审批的事项：医院年度预算；预算内开支金额在限额以上的经费支出；追加和调整预算项目；对外投资、合作、捐赠、技术转让等事宜；其他重大经济事项。
5. 报销的原始单据必须真实、合法、有效，必须是由税务部门监制的正式发票或财政部门监制的、适用的正式收据；字迹清楚，数字准确，不得涂改、挖补；出票单位的公章；对不符合规范的原始单据不予报销。
6. 所有的借款必须在经济活动结束后 1 个月内报销，
7. 严格现金管理，大于现金支付额度的支出，应使用银行转账支票结算，如因特殊情况使用现金时，应由财务部门负责人审核签字。
8. 坚持权责对等原则，实行责任追究制度和重大经济事项实行领导负责制。
9. 如有滥用职权、玩忽职守给医院带来经济损失的，应由直接经办人和第一审批人承担主要责任，并依据国家相关规定给予经济处罚和行政处分。

三、医疗收费制度（82-57）

1. 收费员工作必须细心负责，态度要热情和蔼，准确掌握药价和各种医疗项目的收费标准，简化手续，减少排队。
2. 交付现金要唱收、唱付，当面点清，开出收据，留有存根复核和备查。对医疗保险、公费医疗、记帐合同，要严格执行国家的有关规定。
3. 病员出院，住院处根据病房的出院通知单结算、收费或记帐。
4. 病员住院期间，住院处应定期进行结算。自费者，要随时与家属联系清交，以免造成呆帐。对欠帐者，应抓紧催收。
5. 收费处要建立交接班制度。交班时现金必须当面点清，最后汇总，清点钱、帐相符合交会计、出纳处理。如有不符，需立即查找原因，及时解决。
6. 收费员收取的现金，每日下班前向财务部门完成缴结，不得超限存放备用金。

四、财产物资管理制度（82-58）

1. 凡医院所需的各种财产物资（除药品和图书外），均由物资部门统一负责采购、调入、供应、管理、维修。要尽可能修旧利废，做到物尽其用，节约使用。
2. 物资部门负责管理的财产、物资，应建立健全帐目，指定专人采购、领发、保管，加强管理，定期或不定期清点实物，核对帐目。要求帐物相符，保证物资安全，防止积压损坏、变质、被盗。有关人员要经常深入科室，了解需要，指导、协助有关人员管好、用好物资。
3. 各科室所需物资，按月、季、年编制计划送物资采购部门，经院领导审批后列入采购计划进行购买，按计划供应，由配送中心实行送货上门。属于交回物资要交旧领新。
4. 各种物品、被服的报废，要办理报废手续。物资部门对报废物资要妥善管理。医院的财产物资，任何人不得私自取回。重大财产物资的报损、报废，及财产物资变价、转让或无价调拨，须根据具体情况，经科室评议，由物资部门审核转院领导报主管部门批准处理，不得擅自处理。报损、报废复价残值应上缴医院财务部门
5. 各科室应指定专人负责物品请领、保管及注销工作。

五、票据管理制度（新增）

1. 医院使用各种票据，须由财务部门派专人向财政行政管理部门购买，财务部门根据业务需要，印制医院内部财务运行的各类表格，经院领导批准，方可印制。
2. 财务部门指定专人保管票据，出纳不得兼保管或核销票据。
3. 票据管理人员负责登记收费票据的购买、发放、核销的日期、名称、起止号码、规格及数量等。票据领取人应对相关内容确定后签字。
4. 各种票据只限于规定的业务范围中使用，不得超范围使用，不得向外单位转让、借用、代开，不得伪造票据。
5. 作废票据要求联式齐全，作废后应在票据上简单说明作废原因。
6. 票据的核销。各种收据应以结账单的收据区间号码、存根及日报表为依据进行审核后核销。票据遗失、短少应及时向财务部门报告登记备案，登报声明遗失票据的号码，并追求当事人的责任。

六、固定资产管理制度（82-7）

1. 凡产权属于本单位的一切建筑物及各种附属设施、各种医疗仪器和专业设备、办公与事务用的设备、家具、用具、交通工具等均属于固定资产的范围，均应按规定计价原则计价，列入固定资产范围管理。
2. 医院固定资产实行统一领导、分级核算的管理原则，单位设置固定资产管理部门，负责计划、采购、验收、编号、调配、维修、清查盘点、报废、明细账核算、资料档案管理以及办理调拨、变价、报损、报废等工作。
3. 购置大型设备要对设备的价格、性能、适用范围、预测的社会效益和经济效益等进行可行性论证。
4. 固定资产的报废、报损、出借、出租和调拨应有报告制度和审批手续。凡报损、报废的，单位应组织有关人员检查鉴定，按审批权限批准后方可销账，报废和转让的审批权限按国有资产管理有关规定办理。
5. 医院应定期或不定期地对固定资产进行清查盘点，由管理部门、使用科室、财务部门统一组织并实施。发现余缺应及时记录，查明原因，按规定程序办理报批手续。

七、门诊收费处工作制度（82-13）

1. 收款员必须 奉公守法，遵守财经纪律，不利用职权谋取私利，文明服务，礼貌待患，不和患者吵架。工作尽职尽责，熟练掌握各项检查、治疗的收费标准，准确划价，如发现少收、漏收按丢款处理。
2. 审核人员应加强对各种收据、收入日报等的审核，防止错收。
3. 退费手续要完备。退费患者必须持医院开的收据和交款单，并有医生在后面签字、盖章，经审核盖章后方可退费。对部分退费所剩金额，必须另行补开收据，并在原收据后面注明补开收据的号码。
4. 每天要对所收款项进行日清日结，除必要的备用金外所收现金必须当日存入银行。
5. 妥善保管好各种单据、现金和印章。
6. 必须有专人负责每天审核收费员的收费单据、收入日报表和患者退费

手续。

八、住院处收费工作制度（82-14）

1. 收费员必须按照规章制度对住院患者的费用进行核算和结算。在对住院患者费用进行记账、算账、报账。做到手续完备、内容真实、收费准确。
2. 为了加强住院收费管理工作，防止漏费、欠费、组织合理收入、提高经济效益，收费员每天将患者所发生的费用（药费、检查费等）记入患者账户，有漏费情况要及时查找原因，并和病房取得联系，堵塞漏洞。对长期住院病人应定期结账，费用大的患者要随时结账，并填发催费通知单，通知病房和家属催要欠费。
3. 对所管理的病房，住院处有权要求医师或护士对原始凭证的填制和所有医疗费用的书写要严肃认真、字迹清楚、价格合理，并标明项目，经办医师签字或盖章。
4. 退费手续要完备。退费患者必须持医院开的收据和交款单，并有医生在后面签字、盖章，经审核盖章后方可退费。对部分退费所剩金额，必须另行补开收据，并在原收据后面注明补开收据的号码。
5. 每天要对所收款项进行日清日结，除必要的备用金外所收现金必须当日存入银行。
6. 妥善保管好各种单据、现金和印章。
7. 必须有专人负责每天审核收费员的收费单据、收入日报表和患者退费手续。加强对收费系统安全性和稳定性的管理。

九、住院病人退费管理制度（新增）

住院病人办理出院结算手续后，需要退费，应按下列规定及程序办理：

1. 严格执行财务管理制度，票证齐全；
2. 严格执行多岗位权责制，不得一人独立负责全程退费工作；
3. 费用的减少，必须能在收费系统上操作后才能在收费窗口退费；
4. 根据所退费用类别的不同应履行相应的审批程序：
 - 4.1 涉及病房医嘱收费的退费，由主管病房的大夫和护士长（或主管护士）共同签署退费说明、退费项目及退费金额，千元以上退费需由科室负责人签字；
 - 4.2 涉及检查、化验的退费：原始记账凭据上应有科室负责人签署退费意见及签名；
 - 4.3 金额大于千元以上的退费，同时还需由住院处主任及财务管理部门负责人签字同意；
 - 4.4 由审核人员对退费单据、原始收据进行审核后，在收费系统上进行退费操作后，将原始收据及账袋转交到窗口出纳，由窗口出纳进行款项退出并出具新的收费凭证。
5. 未实行计算机收费系统的医院同样应按上述规定的程序运作。

十、财务会计档案管理制度（82-15）

1. 医院会计档案的管理应接受卫生主管部门的指导和检查。
2. 医院每月、每年形成的会计核算资料必须经过严格的审核、整理，按

程序编号订装成册、归档管理。

3. 各种财务会计档案保管期限届满需要销毁时, 应按国家规定执行。销毁时由本单位档案部门会同财务部门共同鉴定、编制造册, 并报请上级主管部门批准方可进行。
4. 财务人员调离和离职必须办理移交手续。
5. 借阅财务会计档案必须履行审批、登记、注销手续。
6. 对会计业务的重要核算资料要设专柜严密管理。其他会计档案管理事项按会计制度规定执行。

十一、仪器设备、耗材采购制度 (82-51)

1. 凡属医疗、教学、科研所需用的仪器、设备、卫生材料、劳保用品、办公用品等, 均由相关部门统一负责采购, 供应、调配和维修。采购工作应严格遵守相关法规, 依据招标后中标结果定点采购。招标范围以外的商品, 须经院领导批准通过政府采购后, 方可进行采购。
2. 根据院年度工作要点和规划, 编制采购预算。
3. 应成立专门的组织负责大型仪器设备的论证、报批、招标、商务洽谈等工作。
4. 一般医疗用低值易耗品、物资材料等, 根据院内工作需要和库存量制定月采购计划, 进行定点采购。
5. 所有采购商品, 必须符合国家颁布的质量标准和检测标准。采购人员要认真查验注册证、合格证、检验证等相关证明文件。
6. 采购员和保管员要严格遵守入、出库验收制度。每月汇同会计核对盘点一次。年底全面盘点一次, 制表上报。
7. 库房物品要按性质分类保管, 作到帐物相符, 帐帐相符。

十二、物价工作管理制度 (新增)

物价工作的重要内容是对医疗服务价格的管理, 它包括医疗服务价格的执行、管理和对新增医疗项目收费价格的申报。各医疗机构在执行医疗服务价格中, 必须严格执行政府定价, 各科室不得以任何理由巧立项目、擅自分解、增设收费项目和提高收费标准。

1. 医院各有关部门必须认真执行物价局、卫生局制定的有关物价政策、法规和物价标准; 必须严格执行政府定价, 做到合法收费。
2. 根据《中华人民共和国消费者权益保护法》的文件精神, 建立患者监督制度, 对医疗服务项目内容及价格做到明码标价, 公布监督投诉电话。
3. 加强各科的收费管理工作, 实行“三统一”、“两公开”、“一固定”。即统一计价, 统一收费, 统一使用合法的收费票据: 公开住院病人收费明细表, 公开手术室消耗物品及使用特殊器械收费明细表: 收费人员要相对固定。
4. 控制药品销售增长, 减轻群众负担。各科要采取切实措施, 杜绝开大处方和各种不合理用药, 坚决制止医生按处方提成药品销售收入的行为。逐步调整用药结构, 提高国产、有效、低价药品的消费比重, 以控制药品费用的过快上涨。
5. 加强大型医用设备的收费管理。各科室合作使用医用设备时, 要事先向医院财务/物价管理部门报送论证报告、合作协议和收费预测标准及进

货价格等资料, 未经预审的, 不予报批收费标准; 同时确认将要开展的医疗技术是否有医疗服务项目, 若为新项目, 科室应根据规定到相关部门申报新技术立项。

6. 财务/物价管理部门要建立和完善“各类一次性医用品和器材”购货和使用、收费的管理规范与程序, 凡非医院购进的医用品和器材, 临床上原则不得收费。
7. 财务/物价管理部门有权对各科医疗服务收费监督检查, 对擅自制定和提高医疗服务收费标准、分解服务的内容重复收费、降低服务质量变相涨价、巧立名目乱收费以及不按规定明码标价等行为要及时向院领导及相关职能部门报告, 并提出处理意见。
8. 对严格执行物价政策、服务质量好、一切收费都按规定表现好的部门和个人, 物价办公室有权向院领导提出建议给予表扬。

十三、医疗服务价格公示制度（新增）

1. 根据《中华人民共和国消费者权益保护法》的规定精神, 医院有义务向患者提供医疗服务项目内容及医疗服务价格的真实情况, 对医疗机构医疗服务价格及药品价格公示。
2. 非营利性医院必须按照价格部门批准的医疗服务价格标准, 在醒目位置公示。营利性医院按照医疗服务价格公示办法, 公示自主制定的各项医疗服务价格。
3. 可采取多种形式进行公示。设立公示栏、公示牌、价目表(册)或电子屏、电子触摸屏等。
4. 公示要以“竖得起、看得清、留得住”为原则, 做到项目齐全、内容真实合法、标示醒目、字迹清晰, 长期固定设置在收费场所或方便群众阅知又不易损坏的地方。
5. 公示内容不能随意删减, 实行动态管理, 对变更的价格及收费项目和标准, 各执行单位应根据上级文件精神及时变更。
6. 盈利性医疗机构除执行政府定价服务项目之外的自主定价项目, 应公示服务项目及收费标准, 不得采用比照、分解以及“打包”形式收费, 提供收费明细清单。

十四、医疗服务项目的病历记录和费用核查制度（新增）

1. 根据《中华人民共和国消费者权益保护法》的文件精神, 医院需要定期或不定期的检查病历记录及费用情况, 没有病历记录的、没有收费标准的医疗服务项目, 不得收取费用。
2. 患者出院时, 医院要对患者住院期间发生的每一笔费用进行复核。
3. 对病历检查过程发现的多收、少收及漏收现象, 及时采取有效措施进行解决。
4. 定期对各科室病历书写相关负责人进行物价管理的有关政策和最新出台的管理规定进行培训, 提高病历书写规范化、合理化、制度化水平。

十五、住院患者费用“每日清”制度（新增）

1. 根据《中华人民共和国消费者权益保护法》的文件精神, 为方便患者医药费用的了解和查询, 对住院患者费用实行每日清单制度, 或提供计算机网上实时查询。这有利于改善医患关系、增强患者诊疗信息透明化、提高病人对每日诊疗费用的可信度。
2. 医院应该向住院患者提供“每日费”服务, 或计算机网上查询, 包括每一笔医药费用收费名称、单价、数量、金额等。
3. 患者出院时, 住院费用核实无误后, 给患者办理费用结帐手续, 同时向患者提供总费用清单。

十六、奖金分配管理制度（新增）

1. 贯彻落实国家事业单位收入分配制度改革精神, 结合医院特点, 制定相应科学、合理的资金分配与管理制度, 不准科室承包、开单提成、医务人员奖金分配与所在科室收入直接挂钩。
2. 设立奖金管理组织负责全院奖金管理工作, 并有相关程序与制度。
3. 奖金分配原则。
 - (1) 坚持始终把社会效益放在首位的原则, 遵照卫生部关于“医疗机构不准再实行科室的收入和医生个人收入挂钩”的要求。
 - (2) 逐步健全和规范对医院的资金分配制度, 突出医疗质量、技术水平、医疗服务在医院的组织绩效考核中的权重。
 - (3) 坚持优质、高效、低成本的原则, 充分利用医疗资源, 降低成本, 为人民群众提供优质、高效、安全、便捷和经济的医疗服务。
 - (4) 坚持按岗定酬、按任务定酬、按业绩定酬的原则。
4. 医院奖金分配的主要依据
 - (1) 医院内部进行奖金分配时应按照岗位职责, 提出工作要求, 明确任务指标, 考核综合业绩。奖金应与综合考核指标挂钩, 不得单纯与业务收入挂钩。
 - (2) 医院内部的绩效考核应根据岗位所承担的责任不同、风险不同、技术不同, 并综合考虑工作质量、服务质量、工作数量、创新能力等因素, 在规范成本核算的基础上, 对于工作可以量化考核的部门以量化考核为主, 难以量化考核的部门主要以岗位职责为基础进行考核。
 - (3) 医院内部奖金主要体现工作人员的工作业绩和实际贡献。奖金的分配应当重实绩、重贡献, 向优秀人才和关键岗位倾斜。分配形式和办法可以由医院根据本单位的目标任务和工作特点, 根据考核结果自主确定。

十七、内部审计工作制度（新增）

1. 医疗机构应当建立健全内部审计制度, 完善内部监督制约机制, 规范收支管理, 促进卫生事业健康发展, 根据《中华人民共和国审计法》和《审计署关于内部审计工作的规定》, 卫生部长令 51 号《卫生系统内部审计工作规定》结合本院具体情况, 制定相关实施规定或细则。
2. 做好内部审计是院长的职责:
 - (1) 内部审计部门和审计人员, 在院长领导下, 依照国家法律、法规以及本院规定开展审计工作
 - (2) 对本单位及所属机构的财务收支、经济活动的真实、合法性进行独立监督审核的行为, 并对院长负责。

- (3) 院长在管理权限范围内, 授予内部审计机构必要的处理、处罚权
3. 组织机构与人员设置:
- (1) 年收入 3000 万元以上或拥有 300 张病床以上的医疗机构, 应当设置独立的内部审计部门, 配备专职审计人员
- (2) 可以根据需要, 设置独立的内部审计部门, 配备专职审计人员, 也可以授权本单位其他部门履行审计职责, 配备专职或者兼职审计人员
- (3) 内部审计部门负责人必须具备中级以上相关专业技术职称或 5 年以上的审计、会计工作经历;
- (4) 内部审计人员应当具有审计、会计、经济管理、工程技术等相关专业知识和业务能力。实行岗位资格准入和后续教育制度, 各单位应当予以支持和保障
4. 医疗机构内部审计部门履行下列职责:
- (1) 拟定内部审计规章制度;
- (2) 审计预算的执行和决算;
- (3) 审计财务收支及有关经济活动;
- (4) 按照干部管理权限开展有关领导人员的任期经济责任审计;
- (5) 审计基本建设投资、修缮工程项目;
- (6) 审计卫生、科研、教育和各类援助等专项经费的管理和使用;
- (7) 开展固定资产购置和使用、药品和医用耗材购销、医疗服务价格执行情况、对外投资、工资分配等专项审计调查工作;
- (8) 审计经济管理和效益情况;
- (9) 审计内部有关管理制度的落实;
- (10) 其他审计事项。
5. 医疗机构内部审计部门权限
- (1) 要求被审计单位按时报送财务预算、财务决算、会计报表及有关文件、资料;
- (2) 参加本单位基建、设备购置、财务、对外投资等相关会议, 主持召开与审计事项有关的会议;
- (3) 参与研究制定有关规章制度;
- (4) 审核会计凭证、账簿、报表, 现场勘察实物;
- (5) 检查计算机系统有关电子数据和资料;
- (6) 对与审计有关的问题向被审计单位和个人进行调查, 并取得证明材料;
- (7) 对严重违反财经法规、严重损失浪费的行为, 做出临时制止决定;
- (8) 经本部门、本单位主要负责人批准, 对可能转移、隐匿、篡改、毁弃会计凭证、会计账簿、会计报表以及与经济活动有关的资料, 予以暂时封存;
- (9) 根据审计结果, 提出纠正、处理违反财经法规行为、改进管理、提高效益的建议;
- (10) 对模范遵守财经法规的被审计单位和人员, 提出表彰建议; 对违法违规和造成损失浪费的被审计单位和人员, 提出通报批评或者追究责任的建议。
6. 工作报告:
- (1) 内部审计部门每年应当向院长提交工作报告, 工作计划与安排;

- (2) 对重大问题及警示信息做到及时报告, 并能落实院长的批示意见。
7. 委托审计根据审计业务的需要, 报经院长批准, 或是本院不具备开展内部审计工作条件的, 可委托具有相应资质的社会中介机构进行审计, 并检查监督审计业务质量。
8. 持续改进:
- (1) 院长及领导班子集体对内部审计部门或是委托审计单位在审计报告中提出的意见和建议能够召开专题会议认真审议, 每年至少一次, 有记录。
- (2) 能够从管理组织体系上、制度上、程序上提出整改措施。
- (3) 相关职能部门并认真组织落实、督导、反馈。
- (4) 并对整改结果要用数据效果予以评价, 提出再改进的意见, 达到持续改进。

人员岗位职责--7

一、财务部门负责人的职责（82-76）

1. 在院长领导下，负责本院的财务工作。领导财务人员认真履行职责，做好各项财务管理，为医疗第一线提供优质的服务，保证医疗任务的完成。
2. 贯彻国家财政财务相关法律法规制度，遵守国家财政纪律。按照《会计法》、《医院财务制度》和《医院会计制度》的要求，建立相应的部门管理制度以及岗位责任制。
3. 根据事业计划和按照规定的统一收费标准，合理的组织收入。根据医院特点、业务需要和节约原则，精打细算，节约各项开支，监督资金使用的合理性、合法性和效率效果性。
4. 根据医院收入增减因素和事业需要、业务活动需要和财力可能，正确、及时的编制年度和季度（或月份）的预算，定期对预算执行情况进行分析，并按照国家规定编制和上报预决算。
5. 按照医院财务管理需要和内部控制的要求合理设置财务人员工作岗位，按照医院会计制度组织财务人员进行会计核算，按照规定的格式和期限报送会计月报和年报。
6. 对医院的财务工作进行研究、布置、检查、总结，根据本单位的实际情况，制定各项内部会计控制制度和财务制度。督促财务人员严格遵守财经纪律和各项规章制度，保证本单位各项财务制度健全有效。
7. 保证房屋及建筑物、设备、家具、材料、现金等国家财产的安全，进行经常的监督和必要的检查并经常清查库存，克服浪费和物资积压，以防止不良现象的发生。
8. 按照按劳分配、效率优先、兼顾公平的原则，组织好单位的奖金分配工作。
9. 按照国家物价制度，做好本单位的物价管理工作。
10. 定期和不定期对单位财务状况进行分析，及时向医院管理层提供全面、真实、可靠的财务信息。对修建工程、大型设备购置、对外投资，从财务角度进行可行性分析和论证，为领导决策当好参谋。
11. 负责医院的经济管理及其他有关财务制度之掌握和财务管理工作。

二、财务部门会计的职责（82-77）

1. 在财务部门负责人的领导下，严格按照国家和医院的各项制度和经费开支标准对医院的各项开支进行核算，对各种原始凭证进行审核。
2. 编制记账凭证。根据审核无误的原始凭证等，按照医院会计制度规定的会计科目，编制记账凭证。要做到科目准确，数字真实，凭证完整，装订整齐，记载清晰，处理及时，账证、账实相符。
3. 登记账簿。按会计制度的要求设置并及时登记总分类账、明细分类账，及时进行检查，做到账证、账实相符。
4. 及时、正确地编制会计报表。每月根据总账和有关明细分类账的账户余额及其他有关资料，按国家统一的报表格式和要求编制会计报表，并对重大事项进行说明。

- 5、经常检查收支情况，分析费用升降原因，提出改进意见，及时向领导反映情况。
- 6、做好往来帐款的管理。对各往来款项，要严格审核其真实性，并按收付单位、个人设置明细账。严格执行结算纪律，及时清理债权债务。
- 7、管好会计档案。按《会计档案管理办法》做好会计资料的收集、整理、装订、保管和销毁等管理工作。
- 8、定期或不定期与资产管理部门核对各类资产。对各类资产的采购、出入库、领用、调拨、报废、盘亏或盘盈进行核算。
- 9、认真贯彻执行国务院颁发的“会计员职权条例”和有关规定。

三、财务部门出纳职责（82-79）

1. 在财务部门负责人的领导下，办理现金收付和银行结算业务。严格按照国家规定，根据会计人员编制、审核的收付款凭证办理银行存款及现金的收付业务，并随时记帐，每日终向会计提交银行存款及库存现金日报，做到日清月结。
2. 及时登记现金和银行日记账，编制出纳日报表。根据已办理完毕的凭证，按顺序逐笔登记现金和银行存款日记账。
3. 逐笔核对当日收付款项，随时核对库存现金和银行存款余额。
4. 4、. 做好各种有价证券及收据的保管、发放及收据存根的回收保管工作。
5. 每日将住院处、收款处收款入库，并当日存入银行。
6. 经常复核或定期抽查住院、门诊的收据存根。
7. 做好财务印章和空白支票的管理。保证库存现金不超过银行规定的库存限额。

四、财务部门成本及奖金核算岗位职责（82-4）

- 1、拟订成本支出管理办法。根据国家的有关规定，结合本单位的特点和需要拟订成本管理办法。
- 2、拟定成本核算程序。根据医院成本支出的特点和成本管理目标，确定各项成本归集方法、成本对象和成本中心、成本分摊的程序和方法。
- 3、加强成本管理的基础工作。会同有关部门建立标准成本、内部结算价格等制度，为正确计算医院成本提供可靠的依据。
- 4、按成本核算的内容、程序、方法，进行费用的归集、分配和考核。定期分析成本费用计划执行情况和成本升降原因，对照本单位历史资料和同行业的先进水平，提出降低成本费用的办法和加强管理的建议。
- 5、开展科室经济核算。根据本单位的实际情况，在成本核算的基础上，拟定科室经济核算的范围及方法，并将成本核算结果作为对科室进行考核、评价和奖惩的因素之一。

五、住院处、门急诊收费处收费员的职责（82-5）

- 1、收取患者的预交金、药费、治疗费等各项费用，办理各项退费。
- 2、为病人打印结算单、费用明细单等。
- 3、保管好备用金，不得挪用备用金。

- 4、每天作出收支日报表，每天下班前对现金、支票等进行清点并交银行出纳，做到账款相符，
- 5、收据领用要严格按照请领手续办理。个人领用收据后要妥善保管，不准丢失，不准借用或挪用他人收据，不准任意作废、涂改收据。
- 6、严格执行物价收费标准，划价要做到准确无误。
- 7、保管好金库钥匙，每天下班将现金、收据、印章等锁存金库；

六、住院、门急诊收费处审核人员的职责（新增）

1. 负责对收费医嘱的审核，防止多收、少收和漏收。
2. 负责对结算单据的审核，防止结算错误。
3. 负责对病人费用医保报销比例、自费比例等的审核；
4. 负责病人退费合理性的审核。
5. 根据日报表，对收费人员收取的现金数、支票等进行审核；
6. 对收费人员领取的预交金收据和各种报销单据进行审核。

七、物价人员职责（新增）

1. 负责对各类医疗服务项目收费标准的确认，严格执行政府定价。
2. 定期不定期对各科医疗服务收费进行监督检查，及时将结果向主管院领导报告，并提出整改意见及措施。
3. 负责医疗服务项目内容及医疗服务价格的公开，及时调正变动。
4. 负责接待与调查患者对医疗服务价格的投诉，及时协调与处理，并向相关科室通报，各项工作记录完整。
5. 不断提高自身临床医疗方面的素质，以适应医学发展的需要

目 录

人员岗位职责 1-37

人员岗位职责—39（40）

- 一、院长岗位职责（82-1）
- 二、办公室主任职责
- 三、医务科/处（或医疗管理职能部门）主任职责（82-7）
- 四、预防保健科科长职责（82-8）
- 五、图书管理员职责（82-9）
- 六、病案管理员职责（82-10）
- 七、医疗统计人员职责（82-11）
- 八、临床科主任职责（82-12）
- 九、临床主任医师职责（82-13）
- 十、临床主治医师职责（82-14）
- 十一、总住院医师职责（82-15）
- 十二、临床住院医师（士）职责（82-16）
- 十三、门诊部主任职责（82-17）
- 十四、麻醉科主任职责（82-36）
- 十五、麻醉科主任医师职责（82-37）
- 十六、麻醉科主治医师职责（82-38）
- 十七、麻醉科医师职责（82-39）
- 十八、医疗器械科科（组）长职责（82-47）
- 十九、放射科主任职责（82-55）
- 二十、放射科主任医师职责（新增）
- 二十一、放射科主治医师职责（82-56）
- 二十二、放射科医师职责（82-57）
- 二十三、放射科技师职责（82-58）
- 二十四、放射科技士、技术员职责（82-59）
- 二十五、核医学科主任职责（82-60）
- 二十六、核医学科主任医师职责（新增）
- 二十七、核医学科主治医师职责（82-61）
- 二十八、核医学科医师、医士职责（82-62）
- 二十九、核医学科技师职责（82-63）
- 三十、核医学科科技士、见习员职责（82-64）
- 三十一、理疗科主任职责（82-65）
- 三十二、理疗科主治医师职责（82-66）
- 三十三、理疗科医师职责（82-67）
- 三十四、理疗科医士职责（82-68）
- 三十五、理疗科技师、技士、见习员职责（82-69）
- 三十六、人事（或人力资源管理）科科长职责（82-74）
- 三十七、总务科科长职责（82-75）

卫生技术人员岗位职责—37

一、院长岗位职责（82-1）

- 1、院长是医院的法人，在现行法律法规的框架内，履行法人的职能，承担法人的责任，应具有相关管理知识与技能。
- 2、贯彻党的路线、方针政策、法规和上级指示，在上级卫生主管部门的指导下，全面领导医院的医疗、教学、科研、预防和行政管理等工作。按上级党委和主管部门的要求，准确、及时有效地完成各项任务，不断进行改革创新，使医院的各项工作高效有序地进行。
- 3、领导制定本院长发展规划和年度工作计划，按期布置、检查、总结，并向上级领导机关汇报。
- 4、负责制定并保持医院的质量方针和质量目标、指标，并有具体实施的措施
- 5、负责组织、检查医疗护理工作，定期深入门诊、病房及其它科室，并采取积极有效措施，保证不断提高医疗质量。
- 6、负责组织、检查临床教学、培养干部和业务技术学习。
- 7、负责领导、检查全院医学科学研究工作计划的拟订和贯彻执行情况，采取措施，促进研究工作的开展。不断地运用、开展和引进新技术，提高全院医疗、教学和科研水平。
- 8、负责组织、检查本院担负的分级分工医疗工作和社区医疗工作。
- 9、教育职工树立全心全意为人民服务的思想和良好的医德，改进医疗作风和工作作风，改善服务态度。督促检查以岗位责任制为中心的医院各项核心制度和技术操作规程的执行，严防差错事故的发生，。
- 10、根据国家人事制度改革的要求，不断深化改革，建立新的用人机制；组织领导医院工作人员的考核、考察、任免、奖惩、调动及晋升等工作。
- 11、加强对后勤工作的领导，审查基本建设、物资供应计划，检查督促财务收入开支，审查预决算，关心职工生活，逐步提高职工的物资文化生活水平和福利待遇。
- 12、组织落实社会监督制度，及时研究和妥善处理人民群众来信来访接待工作。
- 13、经常深入实际，开展调查研究，不断总结经验，抓好典型，以点带面，推动医院各项工作不断深入发展。
- 14、副院长协助院长负责相应的工作

二、办公室主任职责

1. 在院长、副院长领导下，负责全院的秘书、行政管理工作。
2. 安排各种行政会议，做好会议记录，负责综合医院的工作计划、总结及草拟有关文件，并负责督促其贯彻执行。
3. 负责领导行政文件的收发登记、转递传阅、立卷归档、保管、利用等工作。
4. 负责院务公开目录制定及信息发布工作。领导有关人员做好印鉴、打字、外勤、通讯联络、人民群众来访来信处理、参观及外宾的接待等工作。
5. 负责院长临时交办的其他工作。

6. 办公室副主任协助主任负责相应的工作。.

三、医务科/处（或医疗管理职能部门）主任职责（82-7）

1. 在院长领导下，具体组织实施全院的医疗、教学、科研、预防工作。负责医院“医疗质量管理方案”具体实施与反馈工作。
 2. 负责实施医院的质量方针和质量目标、指标，制定医疗部分的具体落实措施，履行监控职能。
 3. 拟订医疗质量管理方案与患者安全目标等有关业务计划，经院长、副院长批准后，组织实施。经常督促检查，按时总结汇报。
 4. 深入各科室，了解和掌握情况。组织重大抢救和院外会诊。督促各种制度和常规的执行，定期检查，采取措施，提高医疗质量，严防差错事故。
 5. 对医疗事故进行调查，组织讨论，及时向院长、副院长提出处理意见。
 6. 负责实施、检查全院医务技术人员的业务训练和技术考核。不断提高业务技术水平。协助人事科做好卫生技术人员的晋升、奖惩、调配工作。
 7. 负责组织实施临时性院外医疗任务和对基层的技术指导工作。
 8. 检查督促各科进修和教学科研计划的贯彻执行。组织科室之间的协作，改进门诊、急诊工作。
 9. 督促检查药品、医疗器械的供应和管理工作。
 10. 抓好病案质量控制及统计、图书资料管理工作。
- 医务科副科长协助科长负责相应的工作。

四、预防保健科科长职责（82-8）

1. 在院长领导下，负责全院和院外地段的预防保健和计划生育工作。
 2. 定期讨论本科在贯彻医院（预防保健方面）的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件
 3. 拟定预防保健和计划生育工作计划，经院长批准后组织实施，并经常督促检查，按时总结汇报。
 4. 领导本科人员完成本院职工的医疗保健工作，组织定期体检，掌握健康状况，提出保护职工身体健康的防护和保健措施。
 5. 组织好本院职工和院外地段的预防保健工作。搞好传染病管理和疫情报告及各项卫生防疫工作。
 6. 督促本科人员认真执行各项规章制度和操作常规，防止差错事故的发生。
 7. 组织本科人员的业务学习和技术考核，并对本科人员的晋升、奖惩提出具体意见。
 8. 负责检查督促全院职工严格执行公费医疗制度。
- 副科长协助科长负责相应的工作。

五、图书管理员职责（82-9）

1. 在医务科长/处长领导下进行工作。
2. 负责订购和收集医学及其它相关学科的图书、刊物和资料。
3. 负责图书资料的登记、分类和编目工作。
4. 负责书库的管理，保持书库和图书清洁、整齐、通风、干燥。防止图书

霉烂、虫蛀和火灾。

5. 严格执行图书管理制度, 坚守岗位, 按时开馆, 认真办理书刊借阅手续。
6. 经常介绍新书内容, 为医疗、教学、科研、预防等工作主动提供参考资料。
7. 负责制订本院图书室的管理细则, 经科长、副科长批准后执行。

六、病案管理员职责 (82-10)

1. 在医务科长/处长领导下进行工作。负责编报上级规定的报表和提供本院领导及医疗、教学、科研需要的统计资料, 所需资料准确、完整, 按期上报。
2. 经常检查各科病历书写情况, 提出改进意见, 提高病历书写质量。
3. 负责病案的回收、整理、装订、归档、检查和保管工作。
4. 负责病案资料的索引、登记、编目工作。
5. 查找再次入院和复诊病员的病案号, 保证病案的供应, 办理借阅病案的手续。
6. 提供教学、科研、临床经验总结等使用的病案。
7. 做好病案室的管理工作, 保持清洁、整齐、通风、干燥, 防止病案霉烂, 虫蛀和火灾。

七、医疗统计人员职责 (82-11)

1. 在医务科长领导下, 负责编报上级规定的报表和提供本院领导及医疗、教学、科研需要的统计资料。统计资料缮写完毕后必须核对准确、完整, 并加以必要的说明, 按期上报。
2. 每天深入门诊、病房及有关各科室收集工作日志, 分别整理、核对, 进行登记。
3. 每月将门诊、病房及各医技科室登记好的原始资料, 分别进行统计, 按月、季、半年、年度等分别对比分析, 并做好疾病分类统计工作。
4. 每月终负责向医技科室催送月报表, 分别进行登记。
5. 督促各科室做好医疗登记、统计工作, 给予必要的帮助。
6. 努力钻研业务, 不断提高统计水平, 保管好各种医疗统计资料。

八、临床科主任职责 (82-12)

1. 在院长领导下, 负责本科的医疗、教学、科研、预防及行政管理工作。科主任是本科诊疗质量与病人安全管理和持续改进第一责任人, 应对院长负责。
2. 定期讨论本科在贯彻医院 (医疗方面) 的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题, 提出改进意见与措施, 并有反馈记录文件。
3. 根据医院的功能任务, 制定本科工作计划, 组织实施, 经常督促检查, 按期总结汇报。
4. 领导本科人员, 完成门诊、急诊、住院患者的诊治工作和院内外会诊工作。应用“临床诊疗规范 (常规)”指导诊疗活动, 有条件的可用“临床路径”来规范诊疗行为。
5. 定时查房, 共同研究解决重危疑难病例诊断治疗上的问题。参加门诊、

- 会诊、出诊，决定科内病员的转科转院和组织临床病例讨论。
6. 组织全科人员学习、运用国内外医学先进经验，开展新技术、新疗法，进行科研工作，及时总结经验。
 7. 保证医院的各项规章制度和技术操作常规在本科贯彻、执行。可制定具有本科特点、符合本学科发展规律的规章制度，经院长批准后执行。严防并及时处理医疗差错
 8. 按手术（有创操作）分级管理原则，决定各级医师手术权限，并督促实施。
 9. 确定医师轮换、值班、会诊、出诊。组织领导有关本科对挂钩医疗机构的技术指导工作、帮助基层医务人员提高医疗技术水平。
 10. 领导组织本科人员的“三基训练”和定期开展人员技术能力评价，提出升、调、奖、惩意见。妥善安排进修、实习人员的培训工作。组织并担任临床教学。
 11. 参加或组织院内外各类突发事件的应急救治工作，并接受和完成院长指令性任务。
 12. 应具备的基本条件和任职资格：
 - 12.1. 工作资历：必须是本专业的主任（副主任）医师（二级甲等及以上医院），具有自己的专业研究方向和技术专长。
 - 12.2. 工作能力：对本专业临床及行政管理工作，具有全面的组织管理能力。
 13. 副主任协助主任负责相应的工作。

九、临床主任医师职责（82-13）

1. 在科主任领导下，指导全科医疗、教学、科研、技术培养与理论提高工作。
2. 定期查房并亲自参加指导急、重、疑、难病例的抢救处理与特殊疑难和死亡病例的讨论会诊，参加院外会诊和病例讨论会。
3. 指导本科主治医师和住院医师做好各项医疗工作，有计划地开展基本功训练。
4. 担任教学和进修、实习人员的培训工作。
5. 定期参加门诊工作。
6. 运用国内、外先进经验指导临床实践，不断开展新技术，提高医疗质量。
7. 督促下级医师认真贯彻执行各项规章制度和医疗操作规程。
8. 指导全科结合临床开展科学研究工作。
9. 副主任医师参照主任医师职责执行。

十、临床主治医师职责（82-14）

1. 在科主任领导和主任医师指导下，负责本科一定范围的医疗、教学、科研、预防工作。
2. 按时查房，具体参加和指导住院医师进行诊断、治疗及特殊诊疗操作。
3. 掌握病员的病情变化，病员发生病危、死亡、医疗事故或其他重要问题时，应及时处理，并向科主任汇报。
4. 参加值班、门诊、会诊、出诊工作。
5. 主持病房的临床病例讨论及会诊，检查、修改下级医师书写的医疗文件，

决定病员出院，审签出（转）院病历。

6. 认真执行各项规章制度和技术操作常规，经常检查本病房的医疗护理质量，严防差错事故。协助护士长搞好病房管理。
7. 组织本组医师学习与运用国内外先进医学科学技术，开展新技术、新疗法，进行科研工作，做好资料积累，及时总结经验。
8. 担任临床教学，指导进修、实习医师工作。

十一、总住院医师职责（82-15）

1. 在科主任领导和主治医师领导下，协助科主任做好科内各项业务和日常医疗行政管理工作。
2. 带头执行并检查督促各项医疗规章制度和技术操作规程的贯彻执行，严防差错事故发生。
3. 负责组织和参加科内疑难危重病人的会诊、抢救和治疗工作。带领下级医师做好下午、晚间查房和巡视工作。主治医师不在时代理主治医师工作。
4. 协助科主任和主治医师加强对住院、进修、实习医师的培训和日常管理工作。
5. 组织病房出院及死亡病例总结讨论，做好病死率、治愈率、化脓率、病床周转率、病床利用率及医疗事故、差错登记、统计、报告工作。
6. 负责节日假日排班及书写各种手术通知单。

十二、临床住院医师（士）职责（82-16）

1. 在科主任领导和主治医师指导下，根据工作能力、年限，负责一定数量病员的医疗工作。新毕业的医师实行三年二十四小时住院医师负责制。担任住院、门诊、急诊的值班工作。
2. 对病员进行检查、诊断、治疗，开写医嘱并检查其执行情况，同时还要做一些必要的检验和放射线检查工作。
3. 书写病历。新入院病员的病历，一般应病员入院后 24 小时内完成。检查和改正实习医师的病历记录。并负责病员住院期间的病程记录，及时完成出院病员病案小结。
4. 向主治医师及时报告诊断、治疗上的困难以及病员病情的变化，提出需要转科或出院的意见。
5. 住院医师对所管病员应全面负责，在下班以前，作好交班工作。对需要特殊观察的重症病员，用口头方式向值班医师交班。
6. 参加科内查房。对所管病员每天至少上、下午各巡诊一次。科主任，主治医师查房（巡诊）时，应详细汇报病员的病情和诊疗意见。请他科会诊时，应陪同诊视。
7. 认真执行各项规章制度和技术操作常规，亲自操作或指导护士进行各种重
8. 要的检查和治疗，严防差错事故。
9. 认真学习、运用国内外的先进医学科学技术，积极开展新技术、新疗法，参加科研工作，及时总结经验。
10. 随时了解病员的思想、生活情况，征求病员对医疗护理工作的意见，做好病员的思想工作。

11. 在门诊或急诊室工作时, 应按门诊、急诊室工作制度进行工作。
12. 按照卫生部住院医师规范化培训的要求, 完成到相关临床及医技科室轮转工作

十三、门诊部主任职责 (82-17)

1. 在院长领导下, 负责门诊部的医疗、护理、预防、教学、科学研究和行政管理工作。
2. 定期讨论门诊系统在贯彻医院(门诊方面)的质量方针和落实质量目标、质量指标过程中存在的问题, 提出改进意见与措施, 并有反馈记录文件。
3. 组织制订门诊部的工作计划。经院长、分管副院长批准后组织实施, 经常督促检查, 按期总结汇报。
4. 负责领导、组织、检查门诊病员的诊治和急诊、危重、疑难病员的会诊和抢救工作。接收大批外伤、中毒、传染病员时, 要及时上报, 并采取相应措施。
5. 定期召开门诊系统会议, 协调各科关系, 督促检查医务人员贯彻各项规章制度, 医护常规技术操作规程。整顿门诊秩序, 改进医疗作风, 改善服务态度, 简化各种手续, 方便病员就诊, 不断提高医疗护理质量, 严防差错事故。
6. 负责组织门诊工作人员做好卫生宣教、清洁卫生、消毒隔离、疫情报告等工作。
7. 组织门诊医务人员, 到所属地段、工厂、机关、学校建立家庭病床, 搞好预防保健和爱国卫生运动。
8. 领导所属人员的业务训练, 妥善安排进修、实习人员的工作。
9. 领导接待和处理门诊方面的群众来访、来信工作。
10. 门诊部副主任协助主任负责相应的工作。

十四、麻醉科主任职责 (82-36)

1. 在院长领导下, 负责全科的医疗、教学、科研、行政管理等工作; 科主任是本科诊疗质量与病人安全管理和持续改进第一责任人, 应对院长负责。
2. 定期讨论本科在贯彻医院(医疗方面)的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题, 提出改进意见与措施, 并有反馈记录文件。
3. 制订本科工作计划, 组织实施, 经常督促检查, 按期总结汇报。
4. 根据本科任务和人员情况进行科学分工, 密切配合手术和对危重病员进行抢救工作。
5. 领导麻醉师(士)做好麻醉工作, 参加疑难病例术前讨论, 对手术准备和麻醉选择提出意见, 必要时亲自参加操作。
6. 组织本科人员的业务训练和技术考核。对本科人员晋升、奖惩提出具体意见。
7. 领导本科人员认真执行各项规章制度和技术操作规程, 严防差错事故。
8. 组织并担任教学, 安排进修、实习人员的培训。开展麻醉的研究工作。搞好资料积累, 完成科研任务。
9. 确定本科人员轮换、值班、会诊、出诊等事宜。与手术室密切配合, 共

同搞好科室工作。

10. 审签本科药品、耗材的请领和报销, 检查使用与保管情况。

11. 副主任协助主任负责相应的工作。

十五、麻醉科主任医师职责(82-37)

1. 在科主任领导下, 指导麻醉科医疗、教学、科研、技术培养、理论提高工作。
2. 参加和指导急、危、重、疑难病例抢救处理工作。担负特殊病例和疑难病例的会诊工作。
3. 指导本科主治医师、医师和麻醉士做好麻醉工作。组织疑难病例术前讨论, 对手术准备和麻醉选择提出意见, 必要时亲自参加麻醉操作。
4. 指导本科人员的业务学习和基本功的训练。学习运用国内外医学先进经验, 吸取最新科研成就, 根据本科情况应用于临床。
5. 担任教学、进修、实习人员的培训工作。
6. 副主任医师职责可参照主任医师职责执行。

十六、麻醉科主治医师职责(82-38)

1. 在科主任领导和主任医师指导下, 负责指导本科医师(士)、进修、实习人员施行麻醉工作。
2. 着重担任疑难病员的麻醉和教学、科研工作。
3. 承担 RR、ATCU、疼痛门诊的相关工作, 其他职责与麻醉科医师同。

十七、麻醉科医师职责(82-39)

1. 在科主任领导和主治医师指导下, 负责本科的日常麻醉教学、科研的具体工作。
2. 麻醉前, 检查手术病员, 必要时参加术前讨论, 与手术医师共同研究确定麻醉方法和麻醉前用药, 做好麻醉前的药品器材准备。
3. 麻醉中, 经常检查输血、输液及用药情况, 密切观察病情, 认真填写麻醉记录单。如出现异常变化, 及时与术者联系, 共同研究, 妥善处理并报告上级医师。
4. 手术后, 对危重和全麻病员亲自护送, 并向病房护士交代病情及术后注意事项。
5. 手术后进行随访, 将有关情况记入麻醉记录单, 并做出麻醉小结。
6. 遇疑难病例不能单独处理时, 应及时报告上级医师。
7. 严格执行各项规章制度和技术操作规程, 严防差错事故。
8. 积极开展麻醉的研究, 参加科研及教学, 做好进修、实习人员的培训。
9. 协助各科抢救危重病员。

十八、医学工程/医疗器械科科(组)长职责(82-47)

1. 在院长领导下, 负责领导本科各项工作; 科主任是本科服务质量与安全管理和持续改进第一责任人, 应对院长负责。
2. 定期讨论本科在贯彻医院(医学工程方面)的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题, 提出改进意见与措施, 并有反馈记录文件

3. 负责组织全院医疗仪器设备、器械、卫生材料的采购、供应、管理、维修工作, 保证医疗、教学、科研、预防工作的顺利进行。
4. 审查各科室提出的医疗仪器、器械的请购计划, 组织有关人员汇编、制定采购计划, 报请院长审批后实施。
5. 了解、检查各科室对医疗器械的需要和使用、管理情况, 做好合理供应和调配, 发现问题, 及时处理。
6. 组织有关人员对购入、调入的国内、外贵重仪器设备进行验收、鉴定工作, 组织建立贵重仪器管理和使用制度, 督促使用人员严格执行操作规程, 发挥仪器的应有效能。
7. 负责本科业务训练, 掌握本科人员的工作、思想情况, 做好思想工作, 并向院长提出晋升、奖惩意见。
8. 副科(组)长协助科长负责相应的工作。

十九、医学影像/放射科主任职责(82-55)

1. 在院长领导下, 负责本科的医疗、教学、科研、预防、行政管理工作; 科主任是本科诊疗质量与病人安全管理和持续改进第一责任人, 应对院长负责。
2. 定期讨论本科在贯彻医院(医学影像方面)的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题, 提出改进意见与措施, 并有反馈记录文件。
3. 制订本科工作计划, 组织实施, 经常督促检查, 持续改进服务品质, 按期总结汇报。
4. 根据本科任务和人员情况进行科学分工和管理, 保证对病员进行及时的诊断和治疗。
5. 定期主持集体阅片, 审签重要的诊断报告单, 亲自参加临床会诊和对疑难病例的诊断治疗, 经常检查放射诊断、治疗和投照质量。
6. 参加医院工作会议, 主持科务会, 经常与临床科室取得联系, 征求意见, 改进工作。
7. 组织本科人员的业务训练和技术考核, 提出升、调、奖、惩的意见。学习、使用国内外的先进医学技术, 开展科学研究。督促科内人员做好资料积累与登记、统计工作。
8. 担任教学, 搞好进修、实习人员的培训。
9. 组织领导本科人员, 认真执行各项规章制度和技术操作规程, 检查工作人员防护情况, 严防差错事故的发生。
10. 确定本科人员轮换、值班和休假。
11. 审签本科药品器材的请领与报销, 经常检查机器的使用与保管情况。
12. 副主任协助主任负责相应的工作。

二十、放射科主任医师职责(新增)

1. 在科主任领导下, 指导全科医疗、教学、科研、技术培养与理论提高工作。
2. 主持急、重、疑、难病例的读片会和放射病例的讨论会诊, 参加院外会诊和病理讨论会。
3. 指导本科主治医师和住院医师做好各项医疗工作, 有计划地开展基本功

训练。

4. 担任教学和进修、实习人员的培训工作。
5. 深入临床科室，参加临床急、重、疑、难病例的讨论会诊。
6. 运用国内、外先进经验指导临床实践，不断开展新技术，提高医疗质量。
7. 督促下级医师认真贯彻执行各项规章制度和医疗操作规程。
8. 指导全科结合临床开展科学研究工作。
9. 副主任医师参照主任医师职责执行。

二十一、放射科主治医师职责（82-56）

1. 在科主任领导下及主任、副主任医师的指导下进行工作。
2. 着重担负疑难病例的诊断、治疗，参加会诊和教学科研工作。
3. 主持每天的集体阅片，审签诊断报告单。
4. 其他职责与放射科医师同。

二十二、放射科医师职责（82-57）

1. 在科主任领导和主治医师指导下进行工作。
2. 负责X线诊断和放射线治疗工作，按时完成诊断报告，遇有疑难问题，及时请示上级医师。
3. 随同上级医师参加会诊和临床病历讨论会。
4. 担负一定的科学研究和教学任务，做好进修、实习人员的培训。
5. 掌握X线机的一般原理、性能、使用及投照技术，遵守操作规程，做好防护工作，严防差错事故。
6. 加强与临床科室密切联系，不断提高诊断符合率。

二十三、放射科技师职责（82-58）

1. 在科主任领导和主治医师指导下进行工作。
2. 负责投照工作，参加较复杂的技术操作，并帮助和指导技士、技术员工作。
3. 负责本科机器的安装、修配、检查、保养和管理，督促本科人员遵守技术操作规程和安全规则。
4. 开展技术革新和科学研究。指导进修、实习人员的技术操作，并担任一定的教学工作。
5. 参加集体阅片和讲评投照质量。

二十四、放射科技士、技术员职责（82-59）

1. 在技师、医师指导下，担负所分配的各项技术工作。
2. 按照医师的要求，负责进行X线之投照、洗片、治疗工作。
3. 配合技师进行本科机器的安装、检修、保养、整理和清拭工作。
4. 负责机器附件、药品、胶片等物品的请领、保管及登记统计工作。
5. 积极参加技术革新和科研工作。
6. 技术员的职责主要是协助放射科技士进行以上工作。

二十五、核医学科主任职责（82-60）

1. 在院长领导下，负责领导本科的医疗、科研、教学、行政管理工作；科主任是本科诊疗质量与病人安全管理和持续改进第一责任人，应对院长负责。
2. 定期讨论本科在贯彻医院（核医学方面）的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件。
3. 制订本科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。
4. 领导和组织科内医务人员进行诊断、治疗工作，研究分析疑难病例，抢救危重病员，提高医疗质量。
5. 组织全科人员开展同位素新技术、新项目 and 科学研究，及时总结经验。
6. 负责组织领导本科医务人员的业务学习和技术考核。提出升、调、奖、惩的意见，培养提高本科人员的技术水平。
7. 组织领导本科有关人员进行仪器设备的安装、检修及保养工作，审签请购、报销。
8. 审定放射性同位素的订货计划，督促检查同位素的贮存安全工作，组织本科医务人员轮流作好同位素的开瓶、分装、送服、注射等工作。
9. 经常督促检查全体人员执行放射性同位素操作规程，做好防护，严防差错事故。
10. 组织并担任临床教学，安排进修、实习人员的培训。
11. 确定本科人员轮换、值班和休假。
12. 副主任协助主任负责相应的工作。

二十六、核医学科主任医师职责（新增）

1. 在科主任领导下，指导全科医疗、教学、科研、技术培养与理论提高工作。
2. 主持急、重、疑、难病例的读片会和核医学病例的讨论会诊，参加院外会诊和核医学讨论会。
3. 指导本科主治医师和住院医师做好各项医疗工作，有计划地开展基本功训练。
4. 担任教学和进修、实习人员的培训工作。
5. 深入临床科室，参加临床急、重、疑、难病例的讨论会诊。
6. 运用国内、外先进经验指导临床实践，不断开展新技术，提高医疗质量。
7. 督促下级医师认真贯彻执行各项规章制度和医疗操作规程。
8. 指导全科结合临床开展科学研究工作。
9. 副主任医师参照主任医师职责执行。

二十七、核医学科主治医师职责（82-61）

1. 在科主任领导下进行工作。
2. 指导本科医师和技术人员进行诊断、治疗和各种技术操作，必要时亲自参加，提出诊断和治疗意见。
3. 负责抢救本科危重病员，参加门诊、会诊和出诊。
4. 检查并带头执行规章制度和技术操作规程，做好防护，严防差错事故。
5. 担任教学，并搞好进修和实习人员的培训。

6. 开展新技术和科学研究。

二十八、核医学科医师、医士职责（82-62）

1. 在科主任领导和主治医师指导下进行工作。
2. 对病员进行仔细检查、诊治、开医嘱、书写病历及经常了解病员的思想、生活情况，做好思想工作。
3. 参加门诊，担任或指导见习员进行技术操作，及时准确发出同位素检查报告单。
4. 遵守各项规章制度和同位素操作规程，作好防护工作，严防差错事故。
5. 参加技术革新和科学研究工作。
6. 参加教学和进修人员的培训工作。

二十九、核医学科技师职责（82-63）

1. 在科主任领导和主治医师指导下，负责同位素技术工作。
2. 负责仪器的安装、使用、检查、保养和维修工作。
3. 负责同位素实验室的管理，督促检查各级人员遵守操作规程。
4. 建立机器使用档案，随时记录发生的故障及修理经过。
5. 负责同位素的贮存、保管和放射线的监护工作，搞好安全防护。
6. 指导技士、见习员、进修人员的技术操作，解决技术上的疑难问题，必要时亲自参加。
7. 开展技术革新和科学研究，不断提高技术水平。

三十、核医学科技士、见习员职责（82-64）

1. 在技师、医师指导下，担负所分配的各项诊疗技术操作。
2. 担负各种同位素技术操作，遵守操作规程，做好防护工作，并负责注射器
3. 、玻璃器皿的清洁与消毒工作。
4. 负责作好同位素使用登记和安全保卫工作。
5. 负责退寄同位素铅罐及指导卫生员清除同位素废物、污物等。
6. 负责药剂、器材的请领与保管，床单、枕套、毛巾的更换。
7. 在技师的指导下，参加仪器设备的安装和检修工作。
8. 做好机器的保护、整理、清拭工作，机器发生故障或遇特殊情况及时报告技师。
9. 见习员的职责主要是协助技士工作。

三十一、物理治疗科主任职责（82-65）

1. 在院长领导下，负责领导本科的医疗、教学、科研、行政管理工作；科主任是本科诊疗质量与病人安全管理和持续改进第一责任人，应对院长负责。
2. 定期讨论本科在贯彻医院（物理治疗方面）的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中存在的问题，提出改进意见与措施，并有反馈记录文件
3. 制订本科工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。

4. 根据本科任务和人员情况进行科学分工, 保证对病员进行及时检诊和治疗。
5. 领导本科人员认真执行各项规章制度和技术操作规程, 严防差错事故。
6. 参加诊疗工作, 解决诊疗上的疑难问题。
7. 深入临床科室, 观察理疗效果, 与临床科交流治疗经验。
8. 组织本科人员的业务训练和技术考核, 提出升、调、奖、惩的意见。学习、运用国内外先进经验, 开展新技术、新疗法, 制订科研规划, 做好资料积累与登记、统计工作, 完成科研任务。
9. 担任教学, 搞好进修、实习人员的培训。
10. 确定本科人员的轮换、值班、出诊、会诊。
11. 审签本科器材的请领和报销, 并检查使用与保管情况。
12. 副主任协助主任负责相应的工作。

三十二、理疗科主治医师职责 (82-66)

1. 在科主任领导下, 负责帮助和指导医师的工作。
2. 着重担任会诊、教学和科研工作。
3. 其他职责与理疗科医师同。

三十三、理疗科医师职责 (82-67)

1. 在科主任领导和主治医师指导下, 负责具体诊疗工作。
2. 负责病员的检诊, 确定理疗种类、剂量、疗程, 疗程结束后做出小结, 并与临床科室保持联系。
3. 积极钻研业务, 学习、运用国内外先进经验, 开展新技术和新疗法。
4. 参加会诊、临床病例讨论, 担任一定的科研与教学, 做好进修、实习人员的培训。

三十四、理疗科医士职责 (82-68)

1. 在医师指导下, 负责完成理疗、体疗等技术操作。
2. 注意观察病情及治疗反应, 如有反应及时处理, 并与有关医师联系。
3. 负责对病员进行理疗常识的宣传工作, 介绍理疗注意事项。
4. 切实遵守理疗工作中的安全规则和操作规程
5. 注意各种治疗量, 保证治疗效果, 严防差错事故。
6. 负责理疗登记、统计工作。
7. 负责药剂、器材的请领与保管, 床单、枕套、毛巾的更换。

三十五、理疗科技师、技士、见习员职责 (82-69)

1. 在科主任领导和主治医师指导下进行工作。
 2. 负责本科理疗仪器的安装、保养和管理, 并定期进行仪器的检修和鉴定。
 3. 负责检查电源、线路, 保证治疗与操作安全。
 4. 积极开展技术革新, 不断改进技术操作。
 5. 根据需要, 担任部分技术操作, 参加进修、实习人员的培训。
- 见习员的职责主要是协助技士工作。

三十六、人事 (或人力资源管理) 科科长职责 (82-74)

1. 在院长领导下, 根据国家人事工作政策、卫生行政部门规范、制度和有关规定, 承担医院人力资源的管理工作, 重点对象是直接影响到医院医疗质量与患者安全的卫生技术人员。
2. 定期讨论本科在为医院贯彻的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中提供人力资源支持工作中存在的问题, 提出改进意见与措施, 并有反馈记录文件。
3. 根据医院功能任务与床位设置, 与相关职能部门与诊疗科室负责人, 按照国家规范, 编制医院卫生技术人员配置计划, 报经院长批准执后执行。
4. 掌握熟悉国家规范, 制定卫生技术人员配置技能要求, 任用、或聘用合法的技术骨干、使其技术人员梯队适应医院功能任务的需要。
5. 与相关职能部门与诊疗科室负责人联合组织对卫生技术人员的定期技术评价, 决定其是否能适宜本岗位继续任职为患者有质量保障、安全的服务。
6. 主动和有关科室研究, 提出全院工作人员的考核、晋升、奖惩和调整工资的意见。
7. 担任人员调出、调入工作, 按照国家规定, 做好工作人员的退职退休、离职休养工作。
8. 负责管理工作人员档案和收集、整理档案材料及全院的人事统计、人员鉴定工作。
9. 收集、整理卫生技术人员的技术档案, 建立健全技术档案制度。
10. 副科长协助科长负责相应的工作。

三十七、总务科科长职责 (82-75)

1. 在院长领导下, 负责全院的后勤工作; 科主任是本科服务质量与病人安全管理和持续改进第一责任人, 应对院长负责。
2. 定期讨论本科在为医院贯彻的质量方针和落实质量目标、执行质量指标过程中提供后勤系统支持工作中存在的问题, 提出改进意见与措施, 并有反馈记录文件。
3. 有责任教育职工树立后勤工作为医疗第一线服务的思想, 坚持下送、下收、下修, 不断改善服务态度, 提高服务质量。
4. 负责组织领导财务管理、物资供应、设备维修、病员膳食、职工食堂、房
5. 屋修建、院容整顿、交通、电话和生活等工作, 保证医疗、教学、科研、预防工作的顺利进行。
6. 经常深入科室了解医疗及有关部门的需要, 根据人力、物力和财力的可能制定工作计划, 检查督促执行情况, 研究工作中存在的问题, 改进工作, 总结经验。
7. 组织后勤人员学习后勤业务, 提高业务水平。
8. 组织本科人员做好进修、实习、参观人员的生活接待。督促检查本科人员
9. 督促、检查太平间员工做好太平间的管理工作。
10. 副科长协助科长负责相应的工作。

护理人员岗位职责—24 项

一、护理部主任职责

1. 在院长的领导下，负责领导全院的护理工作，组织制定全院各科室护理人员配置方案，批准后组织实施与协调，适时调整；是医院护理质量与安全管理与持续改进第一责任人，应对院长负责。
2. 负责实施医院的质量方针和落实质量目标、实施质量指标，制定护理部分的具体落实措施，履行监控职能。
3. 根据医院的计划负责拟订全院的护理工作计划及目标，批准后组织实施。定期考核，按期总结汇报。
4. 深入科室了解掌握护理人员的思想工作情况，教育护理人员改进工作作风，加强医德医风建设，改善服务态度。督促检查护理制度、常规的执行和完成护理任务的情况，检查护理质量，严防差错事故的发生。
5. 组织护理人员三基三严培训、学习业务技术，定期进行技术考核，开展护理科研工作和技术革新，不断提高护理技术水平。
6. 指导各科护士长搞好病房和门诊的科学管理、消毒隔离和物资保管工作。
7. 组织检查护生、进修生的实习工作，指导各级护理人员严格要求学生，做好传、帮、带。
8. 确定全院护理人员的工作时间和分配原则，根据具体情况对全院护士做院内或临时调配。
9. 审查各科室提出的有关护理用具使用情况的意见，并与有关部门联系协同解决问题。
10. 主持和召开全院护士长会议，分析全院护理工作情况，并定期组织全院护士长到科室交叉检查，互相学习，不断提高护理质量。
11. 提出对护理人员的奖惩、晋升、晋级、任免以及调动的意见。
12. 教育全院各级护理人员热爱护理专业，培养良好的作风，关心他们的思想、工作、学习和生活，充分调动护理人员的积极性。
13. 作为医院质量管理组织主要成员，承担相关工作。
14. 护理部副主任协助主任负责相应的工作，主任外出期间代理主任主持日常护理工作。

二、主任(副主任)护师职责

1. 在护理部主任及科护士长领导下，负责指导本科护理技术、科研和教学工作。
2. 检查指导本科急、危重、疑难病人护理计划的实施，护理会诊及危重病病人的抢救工作。
3. 了解国内外护理发展动态，根据医院具体条件努力引进先进技术，提高护理质量，发展护理学科。
4. 主持全院或本科护理大查房，指导下级护理人员的查房，不断提高护理业务水平。
5. 对院内护理差错、事故提出技术鉴定意见。
6. 组织主管护师、护师及进修护士的业务学习和护士规范化培训，拟定教学计划和内容，编写教材并负责讲课。

7. 带教护理系和护理专科学学生的临床实习，担任部分课程的讲授并指导主管护师完成此项工作。
8. 负责组织全院或本科护理学术讲座和护理病案讨论。
9. 制定本科护理科研计划，并组织实施，通过临床实践写出有较高水平的科研论文，不断总结护理工作经验。
10. 参与审定、评价护理论文和科研成果以及新业务、新技术成果。
11. 协助护理部做好主管护师、护师的晋升、考核及评审工作，承担对下级护理人员的培养工作。
12. 参与全院业务技术管理和组织管理工作，经常提出建设性意见，协助护理部主任加强对全院护理工作的业务指导。
13. 参与全院护理质量督察工作，指导护理质量控制工作。

三. 主管护师职责

1. 在科护士长、护士长领导下及本科主任护师指导下进行工作。
2. 对病房护理工作质量负有责任，发现问题，及时解决，把好护理质量关。
3. 解决本科护理业务上的疑难问题，指导危重、疑难病人护理计划的制定及实施。
4. 负责指导本科各病房的护理查房和护理会诊，对护理业务给予具体指导。
5. 对本科各病房发生的护理差错、事故进行分析鉴定，并提出防范措施。
6. 组织本科护师、护士进行业务培训，拟定培训计划，编写教材，负责讲课。
7. 组织护理进修生和护生的临床实习，负责讲课考核和评定成绩。
8. 制定本科护理科研和技术革新计划，并组织实施。指导全科护师、护士开展护理科研工作，写出具有一定水平的护理论文及科研文章。
9. 协助本科护士长做好行政管理和队伍建设工作。

四. 护师职责

1. 在病房护士长领导下和本科主管护师指导下进行工作。
2. 参加病房的护理临床实践，指导护士正确执行医嘱及各项护理技术操作规程，发现问题，及时解决。
3. 参与病房危重、疑难病人的护理工作，承担难度较大的护理技术操作，带领护士完成新业务、新技术的临床实践。
4. 协助护士长拟定病房护理工作计划，参与病房管理工作。
5. 参加本科主任护师、主管护师组织的护理查房、会诊和病例讨论。主持本病房的护理查房。
6. 协助护士长负责本病房护士和进修护士业务培训，制定学习计划，并担任讲课。对护士进行技术考核。
7. 参加护校部分临床教学，带教护生临床学习。
8. 协助护士长制定本病房的科研、技术革新计划，积极参与科研活动。
9. 对病房出现护理差错、事故进行分析，提出防范措施。

五. 门诊护士长职责

1. 在护理部、门诊部、科护士长领导下，负责本科室护理业务及行政管理工作；是本部门护理质量与安全管理和持续改进第一责任人，应对护理

部、门诊部、科护士长负责。

2. 制定门诊工作计划，明确护理人员的分工，经常进行督促检查，不断提高护理质量，改善服务态度，与门诊医师组长取得密切联系。
3. 认真执行岗位责任制、各项规章制度和技术操作规程。严防差错事故，认真执行登记及上报制度，及时总结经验与教训。
4. 负责组织护士做好协诊工作和实施等待服务。
5. 负责组织专科业务和新技术的学习，不断提高门诊护理人员的业务水平。
6. 负责对新调进的医生、护士和实习生、进修人员，介绍门诊工作情况及各项规章制度，负责实习、进修护士的教学工作。
7. 负责计划组织候诊教育和健康教育工作。
8. 负责督促检查抢救用物、毒麻药品和仪器管理工作。
9. 认真执行疫情报告、消毒隔离制度，预防交叉感染，保证门诊清洁及工作有序。
10. 督促检查诊疗登记和治疗统计工作。
11. 负责家俱被服保管，物品请领、验收维修工作。
12. 负责考勤、考核，奖优罚劣，促进门诊文明建设。

六. 门诊护士工作职责

1. 在门诊护士长或护士组长领导下进行工作。
2. 负责器械的消毒和开诊前的准备工作。
3. 协助医生完成有关工作，按医嘱给患者进行处置。
4. 经常观察候诊患者的病情变化，对较重的患者应提前诊治或送急诊室处置。
5. 负责诊疗室的整洁、安静、维持就诊秩序，做好等待服务。
6. 实施候诊教育和健康教育工作
7. 做好消毒隔离工作，防止交叉感染。
8. 认真执行各项规章制度和技术操作规程，严格查对制度，防止差错事故的发生，做好交接班工作。
9. 按照分工，负责领取、保管药品、器材和其它物品。
10. 认真学习业务，提高理论水平，向患者做耐心、科学的解释工作，提高服务质量。

七. 急诊科护士长职责

1. 在急诊科主任和护理部领导下，负责领导急诊室和观察室的护理工作；是本部门护理质量与安全管理与持续改进第一责任人，应对科主任、护理部负责。
2. 组织安排急诊抢救工作，督促检查护理人员配合医生诊治情况。经常了解留观危重患者的病情，指导护士严格按医嘱进行治疗护理。做好各种记录和交接班的工作。
3. 督促护理人员认真执行各种规章制度和技术操作规程，严防差错事故发生。
4. 制定工作计划，检查各项护理工作执行情况，保证护理质量，负责护理人员的排班工作。

5. 负责检查各种抢救药品、器材、被服及室内所需物品的使用、保管情况，做到计划请领，及时维修和报损。
6. 加强对护理人员的业务技术训练，不断提高业务水平。
7. 负责组织护理科研和技术革新工作。
8. 督促护士、护理员、清洁员经常保持室内外清洁、整齐、安静，做好消毒隔离，预防交叉感染。
9. 做好计划和总结工作，按要求定期上报各种统计表。
10. 制定和实施应急预案，做好突发事件管理

八. 急诊室护士工作职责

1. 在护士长领导下进行工作。
2. 做好急诊患者的检诊工作，根据患者情况决定优先就诊，必要时请示医生决定。
3. 急诊患者来就诊，应立即通知值班医生，在医生未到之前，遇到特殊危急病人，可行必要的急救处理。
4. 在急救过程中，备好各种抢救物品、药品，迅速、准确地执行医嘱，协助医生进行抢救。
5. 负责危重患者的巡视、观察，及时完成治疗与护理工作，严密观察并记录患者的病情变化。
6. 认真执行各种规章制度和技术操作常规，做好查对和交接班工作，严防差错事故。
7. 严格执行各项无菌操作规程，做好消毒隔离工作，防止院内交叉感染。
8. 负责准备各种急救所需药品、敷料、仪器等，并使之处于完好状态。

九. 科护士长职责

1. 在护理部、科主任领导下全面负责所属科室的临床护理、教学、科研及在职教育的管理工作；是本部门护理质量与安全管理和持续改进第一责任人，应对护理部、科主任负责。
2. 根据护理部、科工作计划制定本科室的护理工作计划，按期督促检查、组织实施并总结。
3. 负责督促本科各病室认真执行各项规章制度、护理技术操作规程。
4. 负责督促检查本科各病室护理工作质量，发现问题及时解决，把好质量关，并有记录。
5. 解决本科护理业务上的疑难问题，指导危重、疑难患者护理计划的制定及实施。
6. 有计划地组织科内护理查房，及时总结本室护理工作中的经验和教训。
7. 有计划地组织安排全科业务学习。负责全科护士的三基三严培训和在职教育工作。
8. 负责组织本科护理科研、护理革新计划的制定和实施，指导本科护士及时总结护理经验及撰写护理文章。
9. 对科内发生的护理问题和差错，应及时了解原因，总结经验教训，采取防范措施，并及时上报护理部。
10. 科学管理病房，做好文字记录及教学各项统计工作，每月总结、分析提出整改意见。

11. 每月听取进修护士意见, 检查护生教学计划的实施情况。

十. 病区/病房护士长职责

1. 在科护士长和科主任的领导下, 负责本病室行政管理和护理工作; 是本部门护理质量与安全管理与持续改进第一责任人, 应对科护士长、科主任负责。
2. 根据护理部及科内工作计划, 制定病房护理工作计划, 并组织实施。认真做好护理质量检查, 记录和统计工作, 并定期总结。
3. 负责本病房护理人员的素质培养工作, 教育护理人员加强责任心, 改善服务态度, 遵守劳动纪律, 密切医护配合。
4. 合理安排和检查本病房的护理工作, 落实质量控制方案, 参加并指导危重、大手术患者的护理及抢救工作。
5. 督促护理人员严格执行各项规章制度和操作规程, 严防差错事故的发生。对本病区发生的护理差错、事故, 及时查明原因报告护理部, 并组织整改。
6. 定期参加科主任和主治医师查房, 参加科内会诊及大手术或新手术前、疑难病例、死亡病例的讨论。
7. 组织护理查房, 护理会诊, 积极开展护理科研工作和护理经验总结。
8. 组织领导护理人员的业务学习及技术训练, 实施三基三严培训工作。
9. 定期督促检查表格用品、护理用具、仪器设备、被服、药品的请领及保管。
10. 负责护生、进修护士的实习安排及检查护士的带教工作。
11. 督促检查护理员、配膳员、卫生员的工作质量, 搞好病房的清洁卫生、消毒隔离工作。
12. 定期召开工休人员座谈会, 组织安排健康教育宣传工作, 听取病人对医疗、护理及饮食等方面意见, 不断改进病室管理工作。

十一. 病房护士职责

1. 在护士长领导及护师指导下进行工作。
2. 认真执行各项规章制度, 岗位职责和护理技术操作规程, 正确执行医嘱, 准确及时地完成各项护理工作, 严格执行查对及交接班制度、消毒隔离制度, 防止差错事故的发生。
3. 做好基础护理和患者的心理护理工作。
4. 认真做好危重患者的抢救工作及各种抢救物品、药品的准备、保管工作。
5. 协助医师进行各种治疗工作, 负责采集各种检验标本。
6. 经常巡视病人, 密切观察记录危重患者的病情变化, 如发现异常情况及时处理并报告。
7. 参加护理教学和科研工作, 工作中应不断总结经验, 写出论文, 以提高护理水平。
8. 指导护生、护理员、配膳员、卫生员工作。
9. 负责做好患者的入院介绍、在院健康教育、出院指导。经常征求患者意见, 做好说服解释工作并采取改进措施。定期组织患者学习、宣传卫生知识和住院规则, 经常征求患者意见, 做好说服解释工作并采取改进措施, 在出院前做好卫生宣教工作。

10. 办理入院、出院、转科、转院手续，做好有关文件的登记工作。
11. 认真做好病室物资、器材的使用及保管工作，并注意坚持勤俭节约的原则。

十二. 手术室护士长职责

1. 在护理部及科主任领导下，负责本室的行政管理和护理业务工作；是本部门护理质量与安全管理和持续改进第一责任人，应对护理部、科主任负责。
2. 根据手术室工作任务和护理人员情况，制定工作计划，组织实施并定期总结。
3. 严格要求各级人员遵守无菌操作规程，认真执行各项规章制度和技术操作规程，定期抽查各类人员的工作质量。
4. 负责组织护理人员的业务学习，三基三严培训，开展新技术、新业务及护理科研工作。督促检查教学计划的实施，指导进修、实习护士工作。
5. 检查核对各交接班程序，严防差错事故的发生。
6. 督促检查有关人员做好消毒工作，定期进行室内空气及工作人员手的细菌培养，以鉴定消毒效果。
7. 随时检查毒、麻、限剧药物及贵重仪器设备管理情况及急诊手术用品的准备情况，发现问题及时处理，破损仪器送检维修。
8. 负责手术室药品、器材、敷料、卫生设备等物品的保管、请领、报损工作。
9. 定期征求各科室对手术室工作的意见和建议，总结和改进工作
10. 负责指导和检查手术器械的清洁、消毒及保养等工作。

十三. 手术室护士职责

1. 在护士长领导下担任洗手、供应、巡回护士等工作，负责手术前准备、手术中配合和手术后整理工作。
2. 严格执行无菌操作及其它技术操作规程，严防差错事故发生。
3. 负责手术后病人的包扎、保暖、护送及手术标本的保管、送检工作。
4. 负责器械、敷料的打包消毒及药品、仪器设备的保管工作。
5. 指导进修、实习护士的工作。
6. 负责分管手术患者的术前访视和术后随访。
7. 做好手术期间患者的心理护理。
8. 严格执行对患者的识别制度，做到正确的患者、正确的部位与体位、施行正确的术中配合、正确核对手术器材敷料、正确交接手术患者。

十四. 供应室护士长职责

1. 在护理部、科护士长领导下，根据全院工作计划制定本室工作计划并组织实施，定期总结。负责组织医疗器材、敷料的制备、消毒灭菌、储存、供应和行政管理工作；是本科护理质量与安全管理和持续改进第一责任人，应对护理部、科护士长负责。
2. 负责本科室护理人员的素质培养，树立为临床一线服务的观念。
3. 负责本室各岗位值班人员的工作安排，保证每日工作任务的完成和工作质量。

4. 督促检查无菌物品的灭菌及物品供应情况。
5. 严格监测高压蒸汽灭菌器的灭菌效果。
6. 领导本室工作人员共同遵守医院内各项规章制度和技术操作规程。
7. 负责抽查供应室各种物品及使用单位的物品保管情况。
8. 负责请领、报损本室器材、被服及其它物品。
9. 负责本室工作人员的继续教育及技能训练, 不断提高其工作水平。
10. 征求临床科室意见和建议, 加强沟通和协调, 以改进物资供应工作。

十五. 供应室护士职责

1. 在护士长领导下进行工作。遵守院内、室内各项规章制度及技术操作规程。
2. 负责各种医疗器械的清洁、包装及各种敷料的裁剪、制备工作。
3. 负责院内一切无菌医疗器械、敷料、溶液及有传染性被服用品的高压消毒工作, 保证消毒物品的绝对无菌及安全使用。
4. 负责与病房及有关单位的无菌物品交换工作, 坚持下收下送, 做到态度和蔼、坚持原则。
5. 做好院内临时任务或急救工作的物品消毒及供应工作。
6. 指导消毒员进行医疗器材、敷料的制备、消毒工作。
7. 组织、领导院内临时任务及急救工作所需物品的供应。
8. 组织本室工作人员做好下收下送工作, 深入临床第一线征求意见, 改进工作。

十六. 重症监护室(科) 护士长工作职责

1. 在护理部、科主任领导下, 负责本病室行政管理和护理工作; 是本部门护理质量与安全管理及持续改进第一责任人, 应对护理部、科主任负责。
2. 根据患者病情及护士工作能力, 妥善安排患者的责任护士。
3. 每日主持晨会交班及床头交接班, 组织并参与危重患者的抢救工作。
4. 督促检查各项护理工作, 及时帮助解决疑难问题。
5. 定期检查仪器、急救物品及药品的使用及保管情况, 保证抢救药品、仪器性能完好, 及时登记使用情况。
6. 定期检查各项护理表格的记录情况, 保证其完整性与准确性。
7. 定期检查各种消毒物品尤其介入性物品的消毒情况。
8. 有计划组织护士业务学习, 强化三基三严培训, 负责新入室护士的培训带教工作, 使护士掌握新技术、新仪器的操作使用、安装、消毒处理, 不断提高护理质量。
9. 其它同病房护士长工作。

十七. 重症监护室(科) 护士职责

1. 在护士长、科主任领导下进行护理工作。
2. 交接班前要认真阅读病室报告本、医嘱本、治疗本, 详细了解科室内病人诊断、治疗和病情。认真做好护理记录(如: 病情、用药、24 小时出入量、手术情况、治疗方案等), 并按要求进行护理。
3. 认真进行床头交接班(检查皮肤、卧位、了解各种管道用途, 检查是否通畅, 明确输液的用药、剂量、浓度、速度等)。

4. 全面掌握患者的 T、P、R、BP、PR、RR、EKG、CVP、血液动力学监测、呼吸监测等情况，检查各种仪器(呼吸机、心输出量仪、输液泵等)的运转情况。
5. 每日消毒更换创伤部位敷料(如：气管切开、静脉插管等)。
6. 其它与病房护士职责相同。

十八. 血液净化室（科）护士长职责

1. 在护理部、科主任的领导下，负责本科室行政管理和护理工作；是本部门护理质量与安全管理与持续改进第一责任人，应对护理部、科主任负责。
2. 根据病房的情况和护士的能力及要求，合理安排班次。
3. 实施全面质量控制，保证各项规章制度的落实。
4. 督促检查各项护理工作，及时帮助解决护理工作中的问题。发现问题及时处理，防止差错事故的发生。
5. 负责监督所属人员做好本科室内感染控制，按规定做好相应检测（空气、透析液、反渗水）。
6. 经常检查各仪器的使用情况，有问题及时告知技师。
7. 经常检查护理表格的纪录情况，保证其完整性与准确性。
8. 定时听取医生及技术员对护理工作的建议，促进医、护、技的合作。
9. 定期了解患者及家属的意见，及时改进工作。
10. 有计划组织护士业务学习、三基三严，技术培训，及时掌握新仪器、新技术的操作，并定期组织考核。
11. 做好本科室各类物品的管理。包括各类物品的请领、保管、检查和维修。
12. 定期总结工作，并及时向领导汇报，共同研究讨论工作中存在的问题，有针对性地做好下一步的工作。

十九. 血液净化室（科）护士职责

1. 血液净化室护士应在专科医师指导及护士长领导下工作，负责血液净化室患者日常透析期间的护理及患者的管理。
2. 认真遵守医院各种规章制度、各项护理工作制度和操作规程，准确及时地完成各项护理工作及技术操作。
3. 正确执行医嘱，遵循医师的诊治计划并制定相应的护理计划，协助医生作好各种诊疗工作。
4. 透析过程中，经常巡视患者，密切观察患者病情，应及时记录，有问题及时处理。
5. 了解患者病情、饮食、生活等情况，为患者进行相关指导，积极开展各种形式的健康教育，作好患者的饮食管理和生活指导。
6. 保持血液净化室秩序，为患者创造清洁、舒适、整齐、安静的治疗环境。
7. 做好血液净化室的消毒隔离工作，严格遵守国家透析器材的有关使用管理规定。
8. 积极参加业务学习，强化三基三严培训，认真学习新技术，不断丰富血液净化方面的理论及实践知识，为患者接受高品质的透析创造良好条件。

二十. 介入导管室（科）护士长职责

1. 在护理部及科主任、科护士长的领导下，负责介入导管室（科）日常行政管理和护理业务工作；是本部门护理质量与安全管理与持续改进第一责任人，应对护理部、科护士长负责。
2. 有计划地安排工作。根据手术和护理人员情况，进行科学分工，必要时进行具体指导或亲自参加手术。
3. 督促护理人员严格执行各项规章制度和技术操作规程。负责本科室护理人员的素质培养工作，教育护理人员加强责任心，改善服务态度，遵守劳动纪律，密切医护配合。
4. 督促检查各级护理人员及卫生员的工作，并予以指导，发现问题及时处理，防止差错事故发生。
5. 定期检查急救物品备用情况、毒麻药品及贵重器械仪器使用与管理情况。
6. 负责监督护士做好院内感染监测，做好导管室无菌技术监测（空气 无菌物品 手等）及护士对一次性医疗用品按照规定进行毁型处理。
7. 负责指导各类物资的管理，包括各种介入耗材、器械、药品、敷料、被服、表格等领取保管工作，出入账目要清楚。
8. 定期召开全科护理会，定期总结工作，并向有关领导汇报，共同研究讨论工作中存在的问题，有针对性地做好下一步工作计划，并寻求上级支持和帮助。
9. 督促护士做好自身防护工作，解决或反映其在工作、学习和生活中遇到的困难，发挥积极性，调动主观能动性，注意人力资源开发利用管理。

二十一、介入导管室（科）护士工作职责

1. 在护理部、科主任及护士长的直接领导下，配合手术医师，负责介入治疗术前的准备、介入术中的配合和介入治疗后的导管室整理工作。
2. 认真执行各项规章制度和无菌技术操作常规，并监督上台医师的无菌操作。负责导管室的保洁、消毒及感染监控工作，防止感染和交叉感染。
3. 负责各种介入耗材及有关器械、药品、敷料的清领、保管、保养工作，放置应定点定位有序，出入帐目要清楚。
4. 认真核对患者姓名、病案号、诊断、手术名称，并做好患者心理护理；返回病房时按照规定的程序严格逐项交接，并做好交接记录及签字确认。
5. 协助医师掌握手术适应症，术前建立静脉通道、协助医师对患者进行导尿、备皮和消毒铺巾等，术中配合，用药前要严格三查七对，密切观察病情变化，并及时报告医师。
6. 负责供氧、吸引器及心电监护仪、除颤器等应急设备的日常保养维护，并熟悉使用方法，正确使用。同时负责急救药品的清点，随时做好急救准备。
7. 术后负责对一次性医疗用品按照规定进行销毁处理。

二十二、护理员职责

1. 在护士长领导下和护士指导下进行工作。
2. 担任病人生活护理和部分简单的基础护理工作，不得从事临床护理技术操作。
3. 随时巡视病房，应接病人呼唤，协助生活不能自理的病人进食、起床活动及递送便器等。

4. 做好病人入院前的准备工作和出院后床单、铺位的整理以及终末消毒工作。协助护士搞好被服、家具的管理。
5. 及时收集送出临时化验标本和其它外送病人工作。

二十三、病房卫生员职责

1. 在总务科领导和护士长的业务指导下，担任病房的清洁卫生工作。
2. 担任病房的门、窗、地面、床头桌椅及厕所、浴室的清洁工作，并保持经常整洁。
3. 负责清洁和消毒病人的脸盆、茶具、痰盂、便器等用具。
4. 及时做好病房和病员的饮用水供应，协助配餐员做好配膳工作。
5. 根据需要协助护送病人，领送物品，送病理、检验标本及其它外勤工作。

二十四、助产士职责

1. 在护士长的领导和医师的指导下进行工作。
2. 负责正常产妇接产工作，协助医师进行难产的接产工作，做好接产准备，注意产程进展和变化，遇产妇发生并发症或婴儿窒息时，应立即采取紧急措施，并报告医师。
3. 经常了解分娩前后的情况，严格执行技术操作常规，注意保护会阴及妇婴安全，严防差错事故。
4. 经常保持产房的整洁，定期进行消毒。
5. 为产妇做好计划生育围产期保健和妇婴卫生的宣传教育工作，并进行技术指导。
6. 负责管理产房和婴儿室的药品器材。
7. 可根据需要，负责孕期检查外出接产和产后随访工作。
8. 指导进修、实习人员的接产工作。