



中國醫院協會
CHINESE HOSPITAL ASSOCIATION



中国患者安全协作网

(北京工作组)

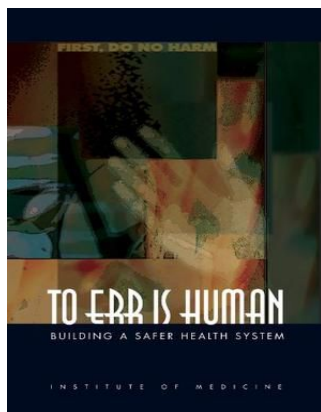
王 平

2015年8月20日.厦门



一、不良事件与医疗服务和医疗行为形影相随

90年代美国发生几起严重医疗事故和差错



2002年55届世界卫生大会通过18号决议

(呼吁WHO成员国关注患者安全问题)

2004年9月WHO在上海“首届患者安全联盟日”大会

二、项目背景

- ▶ 2005年“医院管理年”活动
- ▶ 2006年、2007年持续推进“管理年活动”
- ▶ 2007年CHAT 发布“患者安全目标”
- ▶ 2014年5月29日“香山会议”启动“中国患者安全教育与研究”
- ▶ 2014年9月24日“重庆会议”建立“中国患者安全协作网”
- ▶ 2014年11月15日北京组第一次会议

三、首都引领 蓬勃发展

► 2014年11月17日

中国患者安全协作网（北京工作组）第一会议召开



建立标识 明确主题

一.七家医院牵手共建协作

二.“安” & “交” 象形文字明确主题。



中国患者 安全协作网

北京工作组 2015年工作目标

一、在中国医院协会患者安全协作网统一领导下，本着全心全意为患者安全负责的精神，积极推进组内成员单位之间的患者安全工作，充分发挥工作协作网的协同效应，提升北京地区患者安全工作水平。

二、建立例会制度，每双数月第二周的周三下午为例会时间。地点由协作医院轮流提供。为确保会议到会率及会议质量，会议由组长主持，并执行签到制度。见表1。

三、会议纪要和相关资料，由会议地点提供医院负责整理，并在两周内提交组长单位。纪要和资料格式采用统一模板形式，便于统计和分析。

四、例会主要研讨本地区协作医院开展患者安全目标工作相关事宜。通过各成员单位患者安全警讯事件的分析，对解决方案达成共识，避免或减少患者安全事件的发生，进一步落实患者安全目标。

五、研讨内容及典型案例以期刊形式印制，供协作医院内部管理人员交流及医务人员培训做参考。

六、2015年共印制6期，每期150册（每家医院20册、医院协会10册）。

七、编撰患者安全案例手册（12个案例）。

八、编撰形成中国患者安全协作网北京组成员单位培训教材模板（7个案例），供成员单位在院内及相应培训医院使用。

九、完成6场次院内培训。

规范组织流程 建立制度章程



中国医院协会

中国患者安全教育与研究协作网（北京

CHINA PATIENT SAFETY EDUCATION AND RESEARCH COLLABORATIVE



中国医院协会

中国患者安全教育与研究协作网（北京组）

CHINA PATIENT SAFETY EDUCATION AND RESEARCH COLLABORATIVE

“中国患者安全教育与研究协作网（北京组）”会议纪

XXXX 年第 X 次（总第 X 次）

一、时 间：

二、地 点：

三、主持人：

四、记录人：

五、参加人员：

六、会议议题：

（一）

（二）

七、重点内容：

八、会议共识

“中国患者安全协作网（北京组）”会议签到表

XXXX 年第 X 次（总第 X 次）

会议地点：_____

会议日期：XXXX 年 XX 月 XX 日

1	姓名	单位	职务	电话	邮箱
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

设立专刊 广泛传播

一、内部刊物主要内容：

1.工作动态

2.会议共识

3.协作网内案例分享

4.教育与研究

5.国际警讯事件

 中国医院协会 CHINESE HOSPITAL ASSOCIATION 中国患者安全协作网 (北京组)	目录 CONTENTS 2014年12月/总第2期
组长：王 平 北京大学第一医院	医疗（不良）事件分级1
成员：郭 军 北京大学肿瘤医院	工作动态2
许 锋 北京医院	会议共识3
于晓初 中国医学科学院北京协和医院	警讯事件
王力红 首都医科大学宣武医院	（一）警讯事件（案例）
李志远 中国医学科学院阜外医院	药品不良事件4
童朝晖 首都医科大学附属北京朝阳医院	医务人员沟通事件8
秘书：袁建峰、张 渺、孙 璐、贾英雷、 邓 俊、邢 沫、王 丹、魏亮瑜、 孙鹏程、高媛媛、彭 华、吴英锋、 仇叶英、冀冰心、鲁 蓓、金 铭、 马 雪	平车损伤事件12
	血型检测错误事件16
	（二）教育与研究
	建立高效、全覆盖的心肺复苏救援体系19
	加强急救技能培训，保障患者就医安全20
	（三）国际警讯事件
	避免儿童用药错误23
	看起来或听起来相似的药物27
	防止电子病历中的复制粘贴错误30

工作动态

2014年11月15日（星期日）下午1:30，“中国患者安全协作网”北京组，在中国医院协会二层大会议室，召开了第一次会议（中国患者安全协作网北京组工作启动会）。中国医院协会及北京片区7家医疗单位的23人参加了会议。会议由北京片区组长、北京大学第一医院王平院长助理长主持。中国医院协会教育培训部姚洪主任出席会议并讲话，他充分肯定了北京“患者安全协作网”工作组能率先开展工作，对全国的患者安全教育推广具有引领作用，并希望在患者安全教育培训上，积极探讨、不断推进，作出有特色的、适合国情的培训教材，更好的服务广大医护人员。袁建峰、郑一梅、穆莉（北京大学第一医院）、邢沫、王丹（北京大学肿瘤医院）、魏亮瑜（北京医院）、金铭（首都医科大学附属北京朝阳医院）、吴英峰（首都医科大学宣武医院）、孙学勤（中国医学科学院北京协和医院）、鲁蓓（中国医学科学院阜外心血管医院）等参加了会议。

会议主要议题有1、通报协作网医院开展患者安全目标相关工作；2、交流协作网医院对不良事件管理经验；3、案例分享；4、研讨并制定2015年北京地区患者安全协作网项目工作计划、工作目标等。

为保证协作网工作顺利开展，与会代表就2015年工作目标、工作计划、例会制度达成了共识。确定每双数月第二周的周三下午13:30召开例会，例会由7家医院轮流提供场地，并负责会议纪要整理等后续工作。各协作网医院必须派人参会并提供案例分享。

医疗安全（不良）事件报告范围
凡在医院内发生的或在院外转运病人
时发生的不良事件均属于主动报告的范围。





1. 规范统一患者安全协作网（北京组），专业词汇名称及用法，统一会议纪要、教学 PPT、音视频等相关版式。

2. 每次例会由组内医院做医院发生的医疗安全（不良）回顾。

3. 积极推荐“在手术室标本送检流程中，规范的器械医师与巡回核对问答方式。在手术结束后，由术者在核查单上对病理标本信息进行核对并签字确认。有条件的医疗机构，应利用信息化手段（患者腕带条码扫描），做到用最有效、直接的方式，把信息传递给接收者，避免信息传递出现错误。

4. 提示组内医院关注医技科室患者身份识别制度和流程的落实，关注技师群体患者安全目标培训。

5. 中国患者安全协作网（北京组）会议计划安排。

领导支持



姚红 主任

地点：北京大学肿瘤医院

2014年12月10日

李颖

地点：朝阳医院

2015年4月8日



北京大学第一医院
1915-2015

同心同力 共建协作



中国医院协会
中国患者安全协作网（北京组）
PATIENT SAFETY COLLABORATIVE OF CHINA (BEIJING)



中国医院协会

领导寄语



北京大学第一医院是我国创办最早的国立医院，我院始终坚持以患者为中心，秉承“厚德尚道”的文化，追求医疗卫生行业的“水准原点”，将医疗质量和医疗安全作为医疗服务的核心主题。逐步建立和完善覆盖全院的质量、安全管理体系，并以每月“医疗安全不良事件管理工作例会”为平台，定期对“不良事件”进行总结和分析，在日常工作中，让我们的医务人员掌握分析复杂安全问题的系统性方法，树立患者安全的管理理念，形成医院患者安全文化。

作为中国患者安全协作网北京工作组组长单位，我们也忠心地希望能够借助这个平台，与各协作单位一起为中国患者安全事业的发展做出贡献。

北京大学第一医院

潘义生

2014年12月

主组织（WHO）在全球倡导会于2014年5月起开展“建立‘中国患者安全协作网’，工作的核心。作为协作网的工作。此次在中国医院协会员单位将医疗安全（不良），在国内尚属首创之举。我京地区乃至国内的患者安全量的持续改进，为指导医务的贡献。

北京大学肿瘤医院

李如厚

2014年12月

领导寄语



（北京组）
CHINA (BEIJING)

网”的首批成员单位，能在北京地
件管理的案例、收获患者安全文化
教育与研究工作藏尽绵薄之力，是
责任，是阜外医院的一份荣幸！相
续提高医疗质量，保障患者安全。

中国医学科学院阜外医院

徐志凯

2014年12月

领导寄语



示之一，是精细化医疗管
的患者安全活动正在蓬勃
作网”北京区工作组的工
目标”为主线，积极推动
挥表率作用！

首都医科大学宣武医院

王彤

2014年12月

领导寄语



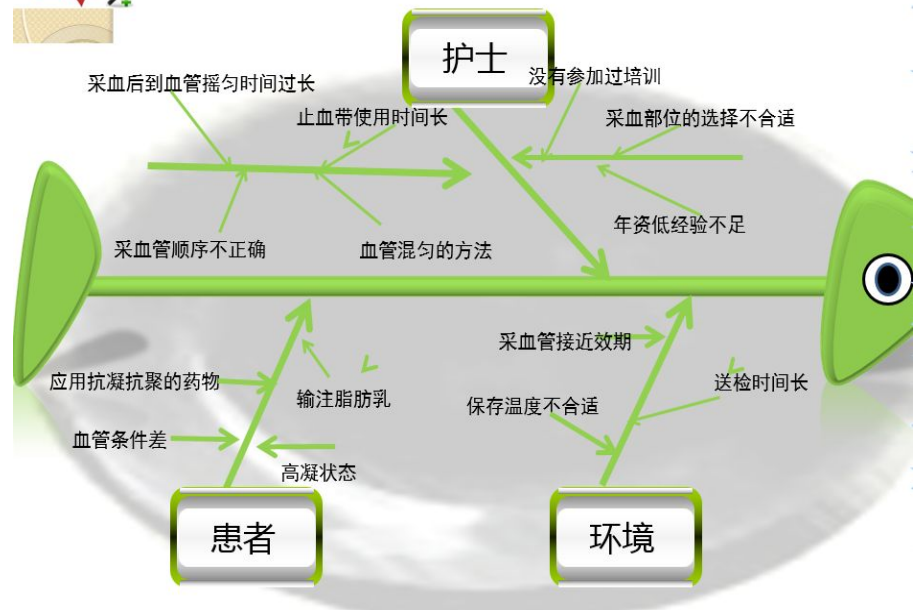
案例交流 改进流程 保证安全



正确分析：管理工具使用



解析

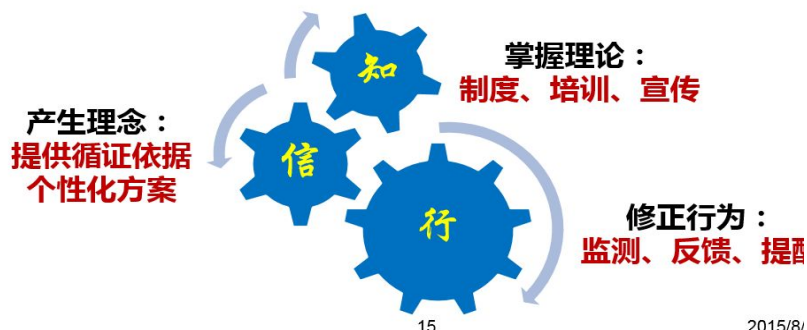


整改对策

程序：PDCA循环

形式：综合干预

思路：针对“知、信、行”



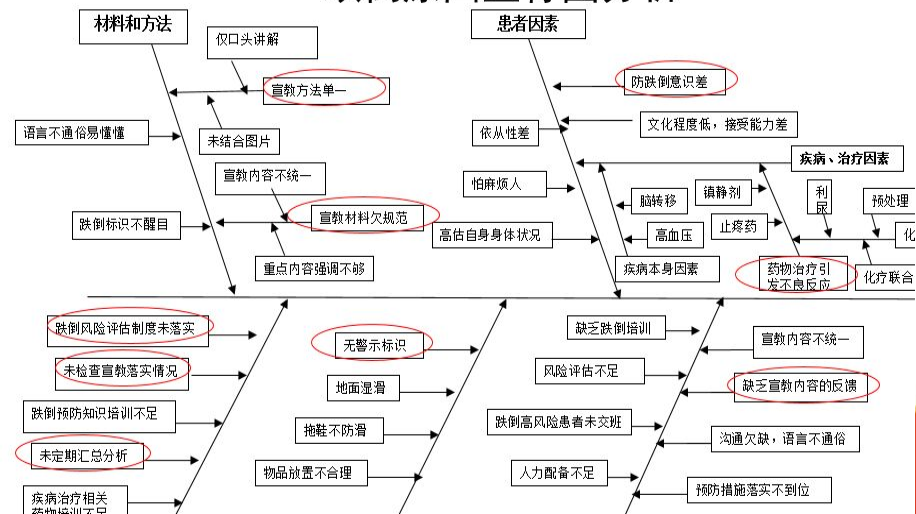
15

2015/8/

北京大学第一医院
PEKING UNIVERSITY FIRST HOSPITAL

选择：根本原因分析法 (Root Cause Analysis)

跌倒原因鱼骨图分析



第一阶段

- 要解决的问题
- 资料收集

第二阶段

- 寻找所有和事件可能的原因
- 1. 时间及流程的因素分析
- 2. 设备的因素分析
- 3. 人员的因素分析

问题（发生了什么）
原因（为什么发生）
措施（什么办法能够阻止问题再次发生）

第四阶段

- 落实执行

第三阶段

- 根本原因的确认
- 问：为什么/如何引起

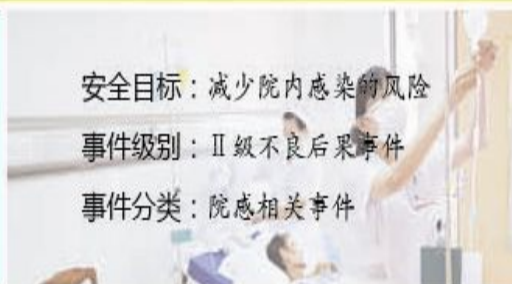
汇聚共识 建立行为安全文化

患者安全目标	第一次 期刊	第二次 期刊	第三次 期刊	第四次 期刊	第五次 期刊	总计
形成会议共识	0	4	10	10	7	27
给医务人员建议	2	19	12	7	7	40
给医院建议	2	6	7	6	8	21

患者安全目标	第一次例会	第二次例会	第三次例会	第四次例会	第五次例会	总计
目标一：严格执行查对制度，正确识别患者身份。	2					2
目标二：强化手术安全核查，防止手术患者、手术部位及术式错误。				1		1
目标三：加强医务人员有效沟通，完善医疗环节交接制度，正确及时传递关键信息。			1		1	2
目标四：减少医院感染的风险。			1			1
目标五：提高用药安全。		1	2	4	4	11
目标六：强化临床“危急值”报告制度。		1				1
目标七：防范与减少患者跌倒、坠床等意外伤害。		1	1	1		3
目标八：加强医院全员急救培训，保障安全救治。			1	2		3
目标九：鼓励主动报告医疗安全（不良）事件，构建患者安全文化。						
目标十：建立医务人员劳动强度评估制度，关注工作负荷对患者安全的影响。						
其他	1	5	2		3	11
总计	3	8	8	8	8	35

警讯事件 4:

院内感染 聚集案例



安全目标：减少院内感染的风险

事件级别：II 级不良后果事件

事件分类：院感相关事件

事件回顾

2013 年 3 月 1 日至 4 月 13 日，X 医院医院感染预防与控制管理系统监测报告，某肝胆外科病区共 10 例患者先后出现诊断“院内感染”病历。院感工作人员及时到

《 《 《

专家点评

本案例是一起医院感染聚集事件。通过认真调查分析、总结控制效果，对于医疗机构医院感染控制具有一定借鉴意义。

本案例发生在肝胆外科，在较短的时间内发生 10 例铜绿假单胞菌医院感染，根据药敏结果分析，4 例患者感染的为同一菌株。因没有标本来源及是否为合格标本的相关资料，也无分子生物学鉴定，根据《医院感染暴发报告及处置管理规范》，考虑可能为疑似医院感染暴发。

进一步调查

1、对本案需做进一步流行病调查，分析可能感染的原因或隐患包括标本来源及是否合格标本、核实医院感染诊断。分析医院感染率、医院感染部位、危险因素等，如果是手术部位感染，对感染手术类型、手术医生操作情况、患者围手术期情况进行详细调查。对同期住院但未感染患者也要进行调查，感染组与未感染组对比，分析可能感染的原因或隐患。必要时进行病原菌的同源性分析。

2、对该病区医院感染的防控情况进行调查：包括调查医务人员的卫生、隔离、环境的清洁与消毒、诊疗物品的专用等。

3、采取针对性防控措施

肝胆外科患者发生医院感染部位主要为：手术部位感染、呼吸道感染、

给医务人员建议

1、严格执行医院感染管理的各项规章制度包括无菌操作、手卫生、消毒、抗菌药物合理使用等制度；

2、根据医院的规定和患者的病情合理使用抗菌药物；

3、发现可疑感染病例，及时采样送病原学培养及药敏试验，积极查找感染源、感染途径，并及时报告医院感染部门。

4、铜绿假单胞菌为环境中常见的细菌，应加强环境的清洁与消毒，并保持环境的清洁与干燥。

给医院的建议

1、医院应将医院感染管理纳入全院的医疗质量管理体系，努力减少“医

警讯事件 2:

医技科室检查患者身份识别

事件回顾

患者李某，男，64岁，PSA升高、前列腺癌待查；
患者郭某，男，61岁，前列腺癌。

×月×日上午9:00AM，两位患者同时在核医学科候诊室等待行骨扫描检查，叫号系统通知患者李某到检查1室进行检查，紧接通知患者郭某到检查3室进行检查。三天后，检查报告单返回给临床医师，因检查报告结果与临床医师判断不符，经临床医师反复核对发现报告错误。

调查分析：

核医学科接待患者（核对患者身份、帮助摆体位等）的人员大多是技师。当天为两名患者实施检查的技师虽然核对了患者的临床诊断、检查部位，但均未执行患者身份的核对。

核医学科的发展，是从过去的一个检查室到两个检查室，在管理上未能及时建立患者身份识别的制度与流程。

传统的流程中，只核对患者的临床诊断、检查部位，当检查室扩到二个时，忽视了两名患者同时误入检查室的可能发生。

改进措施：

帮助核医学科建立患者身份识别的制度和流程；持续监督制度、流程执行情况并反馈给科室和个人。

给医生建议：

医技科室医务人员避免接诊患者身份错误，要主动按流程执行核对制度。对每位患者姓名和病历号要进行二次核对（开机前再次核对），确保患者身份和检查部位正确。

给医院建议：

中国医院协会发布的2014年-2015年患者安全目标中，明确指出“严格执行查对制度，正确识别患者身份”。强调“在诊疗活动中，严格执行患者身份“查对制度”，确保对正确的患者实施正确的操作”。

目前在医院内人员管理体系中，技师的管理大多依靠科室管理。随着医学科技的发展和应用，越来越多的技师参与到医疗工作中。要关注医技科室工作中的患者身份识别问题，加强技师队伍患者安全目标培训，建立确实可行的流程和制度并保证执行，是避免在医技科室发生患者身份错误的重要保障。



警讯事件 1:

医务人员沟通事件

事件回顾

患者×某，女，69岁，诊断：左卵巢囊肿，子宫肌瘤。5月×日入院后完善检查，5月×日行“腹腔镜下双附件切除术”。术中所见：左卵巢实性肿物，直径8cm，表面光滑，左侧输卵管和右附件外观未见异常。按常规将标本送至病理科。

病理科在接受标本核实时发现，病理申请单上标本位置填写为“右卵巢实性肿物”，与病历中记载有误，经过核实，发现手术室巡回护士在粘贴标本袋标识的过程中，误把“左侧卵巢”打成“右侧卵巢”，并粘贴在标本袋上。病理科及时更正信息，并上报了此次不良事件。

患者术后恢复良好，于5月×日痊愈出院。

调查分析：

手术切除的标本送病理检验，通常是手术室最普遍的也是经常发生的工作。然而，从手术台上到病理室，通常标本要经过5个环节的交接。手术医生-器械护士-巡回护士-配送人员-病理科。在这5个环节中，因巡回护士要完成与器械护士交接、打印标签、将标本装入标本袋、粘贴标签，所以巡回护士出现错误的几率非常大。

改进措施：

器械护士和巡回护士的标本交接，往往采取较随意的以巡回护士为主导的询问式核对。因多是在标本交接时，手术尚未结束，器械护士的注意力更关注手术台上的操作。

改进前：

经常是巡回护士指着标本问：是某某部位的吗？

器械护士答：是或嗯（因手术正在进行中，注意力更关注手术台上的操作）。

改进后：

巡回护士指着标本问：是哪一侧、哪个部位的？

器械护士答：是某一侧某个部位的

规范器械护士和巡回护士交接时的询问方式 固定器械护士与巡回护士标本接



患者安全是贯穿于我国《三级综合医院评审标准实施细则》的主线，保证患者医疗安全，也是医疗工作的重中之重。各医疗机构对医疗错误的管理也从“零丑播起来”、“问责”的模式转变为问责和开放的管理模式，并积极创建安全的医疗环境。

根据《中国用药错误专家共识》判断，本案例为C级用药错误，即患者已使用，但对患者未造成伤害。

介入术后发生在介入术后用药过敏的患者，给予激素是抗过敏治疗的关键，如果没有及时用药，很可能造成患者严重的后果。

建议：1. 病区基数药品减少相似的药品，避免安全不良事件的发生；2. 发挥临床药师的作用，对护士用药操作进行培训，尤其对新员工；3. 配药双核对应在配置前完成，注意核对空药瓶；4. 在护士例会分享，同时查找其他可能安全隐患的环节。

总之，医疗机构是一个纷繁复杂的体系，患者医疗安全是一个系统工程，需要医疗管理者、医生、护士、药师等等医疗团队密切配合，并且要有有效的防范技术和工具，才能减少不良事件的发生。创造免责、包容、分享的文化氛围，减轻医务人员的精神压力。在针对问题的分析中，首先考虑系统原因，并在系统中采取防范措施。建议各医疗机构建立独立的医疗安全部门，查找可疑安全问题，分析发生的问题原因，及时采取有效防范措施。

首都医科大学宣武医院 药剂科主任 闫素英

闫素英



药物使用错误是医疗机构中最常见的对患者健康造成伤害但又可避免的行为之一。三级综合医院评审标准实施细则(2011版)特别提出：对包装相似、听似、看似药品、或多剂型药品的存放有明晰的“警示标识”，做到全院统一，并且员工知晓管理要求，具备识别技能。

此案例中一品多规药品的标识是否醒目，标识黏贴位置是否一目了然；护理人员对病区内备用药品是否熟悉，包括是否清楚自己病房的一品多规药品，是否了解此药品含药物和专用溶媒；对给药目的是否清楚等都是管理者应该思考并举一反三做好改进的方向。

护士在临床合理用药过程中的每个环节起着举足轻重的作用，与病人药物治疗的安全和疗效密切相关。查对制度是保证病人安全，防止差错事故发生的一项重要措施，因此要求护理人员在工作中严谨、自律、思想集中，不能流于形式，要逐项落实，才能确保药物治疗安全。

北京医院 护理部副主任 王蕾

王蕾

非计划性拔管改善项目

安全目标: 防范与减少患者跌倒、坠床等意外伤害
事件级别: III级(未造成后果的事件)
事件分类: 管路事件

事件回顾

案例一: 2013年×月22日

患者,女,52岁,全脑血管造影术后收入神经外科ICU,术后第二日15:00放置PICC(施乐扣固定),21:00患者嗜睡,躁动明显,给与保护性约束但患者极力挣脱,次日晨4:15患者拔出PICC射管。日间再次行PICC射管穿刺术并给与镇静。

案例二: 2013年2月13日

患者,女,62岁,双下肢无力10天以脊髓炎收入院;患者神志清楚,双上肢肌力五级,双下肢肌力0级。入院ADL评分10分,因出现呼吸困难、口唇紫绀、血氧饱和度降至84%—86%,给予气管插管、留置胃管,保护性约束,因家属自行松解约束后离开,患者将气管插管和胃管拔出,及时发现再次行气管插管。



调查分析

开展根本原因分析,找出近端原因8项:固定方式单一、固定器具单一、对临床护士的培训不到位、医院缺

乏标准化作业流程、约束器具选择不当、科室医护配合不当、信息支撑不足、信息传递衰减。

改进措施

1. 设计新型约束器具并改良胃管、尿管、气管插管的固定方式,规范约束器具使用。
2. 制定管路护理流程、约束带使用规范和约束评估流程。
3. 开展意识状态、吞咽功能评估等基础评估、强调拔管指征的观察,利用信息技术建立风险预警监测系统,发布《护理不良事件警讯》。

给医务人员建议

1. 非计划性拔管再插管率反应拔管时机的判断和观察不到位,需医护配合视患者病情而定。
2. 对可实施镇静治疗的患者是否可给与镇静及镇静效果的评判有待医护人员进一步培训和研究

给医院的建议

1. 运用PDAC过程进行专项改善,减少不良事件的发生;
2. 医院应鼓励多部门联合、医护配合开展原因调查和改进措施的落实,确保事件发生后的改进有效。



非计划拔管一直是护理不良事件管理的重点工作，也是护理工作中令人困扰的问题。护士需对患者进行个体化的评估，发现脱管风险并采取积极的解决对策。患者和家属的认知和依从性是决定非计划拔管措施落实的基本条件，因此医护人员有必要对患者进行充分的告知，以保证有关措施得以配合落实。另外医生的关注和参与度在一定程度上也起着至关重要的作用，如拔管时机的选择、保证患者安全情况下镇静药物的合理使用、对患者进行管路留置重要性的教育、必要时采取切实有效的医疗手段进行管路固定等等，医生应加入到管路的管理当中来。只有医生、护士和患者三方合力，管路的使用安全才能得到有效保证。

北京大学肿瘤医院护理部 张红副主任



危重患者因其病情特点，会有较多的侵入性操作和导管放置，包括各种引流管、气管导管、PICC、中心静脉、动脉导管、胃管、尿管等，以利于病人病情监测和治疗。这些导管放置后的维护，直接关系到病人的临床医疗安全。

第一个病例为发生在ICU的意外拔管事件，属于I级不良事件，增加了患者之后重新放置PICC的有创操作风险和医疗费用。若患者的PICC为唯一静脉通路，意外拔管行重新穿刺静脉之前，病人没有静脉通路，如发生病情进展可能会有无法及时给药的情况，增加了潜在的医疗风险。因此ICU对于躁动病人，首先应寻求并尽可能解决躁动的原因；在此基础上采取目标镇静策略，医护之间应充分沟通；对于躁动病人，ICU应采取更确实有效的约束措施来避免意外拔管。

第二个病例的意外拔管也属于I级不良事件，患者因急性呼吸衰竭行紧急气管插管，同时留置胃管，在未符合拔管指征的情况下患者自行拔管，大大增加了再次气管插管的风险，同时因再次留置胃管，也可能对患者带来痛苦和创伤。医院应有相应的规定，以明确机械通气的病人何种情况下应转科至ICU，由ICU专科医师和护士来管理此类危重病人。如果病人在普通病房上呼吸机机械通气治疗，应规定相应的护理流程，并与家属充分沟通注意事项，尤其是约束问题，避免类似事件的发生。

意外拔管率是反应ICU医疗和护理工作质量的一个重要指标，应制定相应的管路护理流程、尤其约束带使用规范和约束评估流程，危重病人镇静流程和规范等，并定期进行培训和监督，以保证医护能够执行确实有效的改进措施以减少其发生，保证病人的医疗安全。

北京大学第一医院 重症医学科副主任 李双玲

“教育与研究”园地

教育与研究

教育与研究

建立高效、全覆盖的 心肺复苏救援体系

在最新版发布的心肺复苏指南中，着重强调须尽快识别心脏骤停（SCA），以最快速度启动心肺复苏术（CPR）并开始胸外按压。同时，对于胸外按压频率、深度都做了相应的修改。在中国医院协会发布的 2014-2015 年患者安全目标中，也首次将“加强医院全员急救培训”作为十项安全目标之一，这也凸显了行业领导者对于医院处理此类突发事件的关注程度。

北京大学第一医院根据自身特点，建立并完善急救体系建设。强化全员培训，规范启动急救流程，提高急救水平。

1、建立全覆盖的院内紧急救助体系

医院制订“应急预案”手册，规范启动流程。院区内的急救工作实行属地责任制。当目击者在发现有患者或家属晕厥时，保卫处、医务处和门诊部协同配合，区域内主管部门须在第一时间开始展开急救。如有需要心内科、麻醉科协同处理。

2、提高全员心肺复苏技能

全员掌握 SCA 的识别和 CPR 操作，除医务人员外，着重加强对于配送、保洁和辅助部门等人员的培训。全院有 30 位培训员，均经急诊科培训并考核合格，作为院级师资返回科/处室后完成科室人员 CPR 培训，培训资料报医务处备案。医务处对各科室的执行情况进行抽查，保证培训质量。

2014 年 10 月，培训覆盖了全部各科/处室，全院共 2245 名职工参加培训，这种由培养的“种子选手”带动各部门共同学习的方法收到了良好的效果。

全院共培训临床科室、职能处室 和医技辅助科室累计 2245 人



眼科



设备处

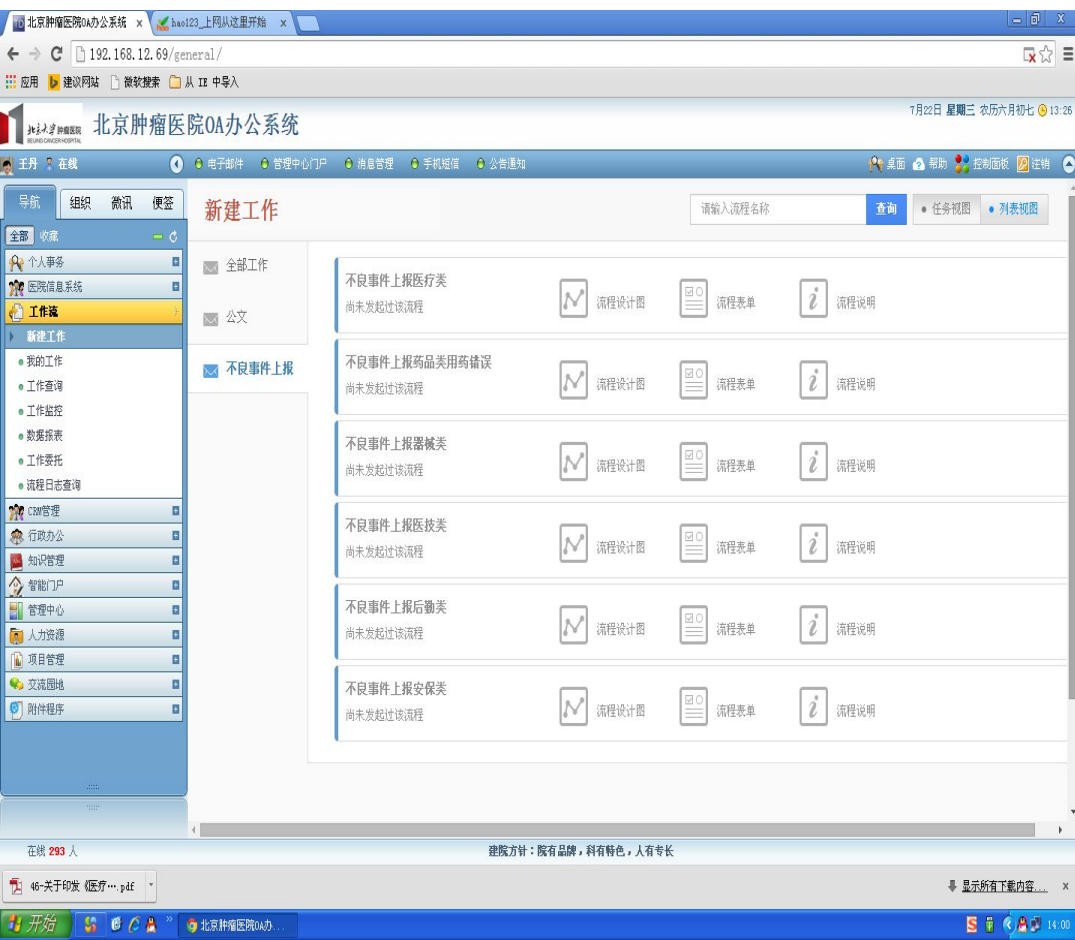


病案统计编目室

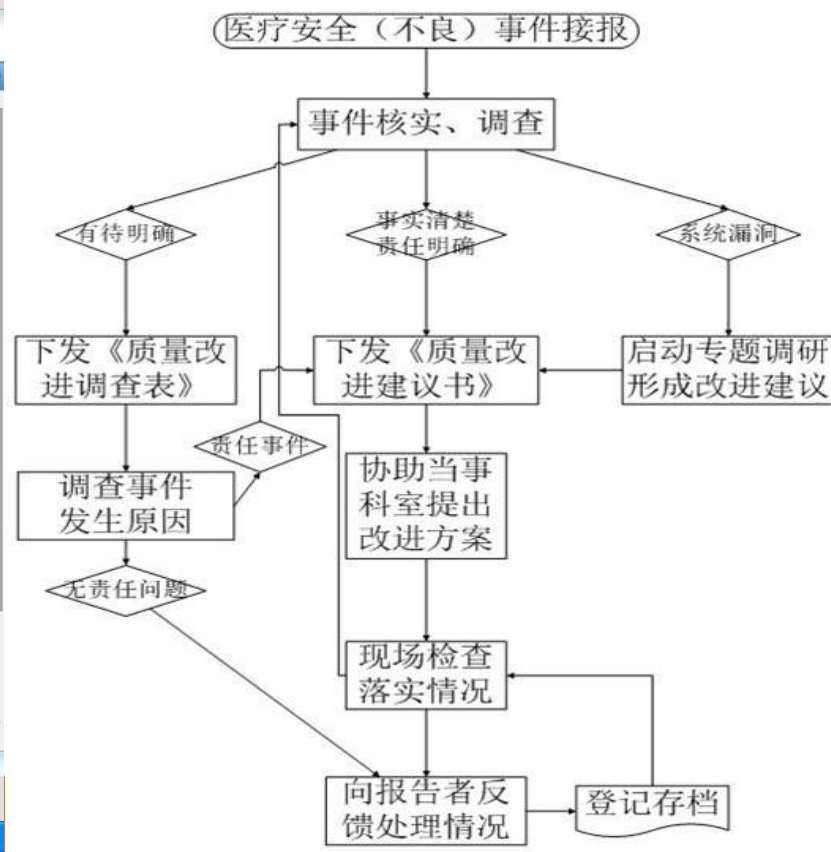
推进安全文化 转变管理理念

一、不良事件上报系统的建立

二、建立免责文化，鼓励上报



医疗安全（不良）事件处理流程



四、立足当下 展望未来

- ▶ 团队作战：跨部门合作
- ▶ 协同作战：营造安全氛围、环境
- ▶ 引以为戒：向错误学习；它山之石可以攻玉
- ▶ 系统改进：作对容易做错难
- ▶ 相互促进：共同提高管理水平
- ▶ 杜绝隐患：系统不断完善
- ▶ 梯队建设：形成工作组
- ▶ 科学管理：文化传播、工具使用、数据分析、开展研究.....

An aerial photograph of a wide, sandy beach. A series of footprints are visible, leading from the foreground towards the ocean on the left. The sand is a warm, golden-brown color. The ocean waves are visible on the left side of the frame.

我们：

永远在路上.....

永远不孤单.....

希望：

有更耀眼的阳光

有你和他相伴行

感谢重庆医科大学附属第一医院
肖明朝院长带领的团队！
感谢各位领导、专家对北京工作
组的关心与支持！

