

赣州市妇幼保健院文件

赣市妇幼字〔2019〕10号

关于印发《赣州市妇幼保健院〈医疗质量安全核心制度〉（2019年版）》的通知

各科室：

为加强医院管理，增强医务人员的责任意识、质量意识及安全意识，规范医疗行为，保障医疗质量，根据《医疗质量管理办法》以及《关于印发医疗质量安全核心制度要点的通知》（国卫医发〔2018〕8号）的规定和要求，结合医院实际，对我院医疗质量安全核心制度修订，现将修订后的《医疗质量安全核心制度》印发给你们，请各科室于2月28日前组织学习，并认真贯彻执行，医务科、护理部等相关职能部门负责监督检查。

附件：《医疗质量安全核心制度》（2019年版）



2019年1月30日

医疗质量安全核心制度（2019年版）

第一项 首诊负责制

目的：规范门诊、急诊、病房医疗安全管理，使就诊者得到有效的就医指导和诊治。

首诊负责制是指患者的首位接诊医师（首诊医师）在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前，负责该患者全程诊疗管理的制度。首诊医师不得以任何理由拒绝诊治就诊者。

一、门、急诊科医师

1.凡来本院就诊的患者，首诊的科室和医师对病人的检查、诊断、治疗与抢救均负有责任，做到“谁首诊，谁负责”。

2.首诊医师必须详细询问病史，予以体格检查，作必要的辅助检查和处理，认真进行门诊病历记录。经检查后，如认为属本科疾病，首诊医师应负责病人处理。对诊断已明确的患者应积极治疗或收住院治疗。

3.如患者病情复杂，诊断处理有困难时，首诊医师应及时请上级医师会诊。

4.对于普通患者，首诊医师若经检诊后不属本科疾病，在病历中简要记录、提出初步诊断，向患者做好解释，并指引其至相应专业就诊，或向上级医生汇报，以决定是否转相应专业就诊；患者所患疾病具有多科情况或病情较为复杂需要多科会诊时，首诊医师要对患者进行必要的检查，提出初步诊断、处理意见，做好病历记录，建议就诊者转相关科室诊治，或者向上级医生汇报，以决定是否请相关科室会诊。禁止首诊医师不经检诊擅自将病人推诿到他科，否则，造成的医疗事故或纠纷，由首诊医师承担全部责任。

5.对于危、重症就诊者，首诊医师应尽快了解病情。作出初步诊断，如患者所患疾病不属于专业范畴，亦应立即组织抢救，同时通知相关科室前来协助诊治，待病情稳定后再收入病房。

6.首诊医师对需要紧急抢救的病人，须先抢救，同时由病人家属办理挂号和交费等手续，不得因强调挂号、交费等手续延误抢救时机；危重症患者如需检查、住院或转院者，首诊医师应陪同或安排

医务人员陪同护送；如非本院诊疗科目范围内的疾病或因医院条件所限需转院者，应告知患者或其法定代理人，并建议患者前往相应的医疗机构就诊，首诊医师应与所转医院联系安排后再予转院。

7.首诊医师在处理患者，特别是急危重患者时，有组织相关人员会诊、决定患者收住科室等医疗行为的决定权，任何科室、任何个人不得以任何理由推诿或拒绝。

8.遇重大灾难事件或涉及法律纠纷的患者，首诊医师在积极抢救的同时，应立即报告科主任和医务科。

9.首诊医师应该做好相应的医疗记录，保障医疗行为可追溯。

二、病房医师

1.对于新入院患者，医师应在2小时之内进行诊治并及时书写病历；急、危、重就诊者，应立即接诊，并报告上级医师。

2.住院患者病情出现变化或检查结果出现异常急需处理的情况时，由首先发现或接触患者的医师进行处理并及时报告经管医师或上级医师。任何情况下均要做好危重患者的交接班记录工作（包括有关病程记录、交接班等）。

三、其他科室

药剂、影像、检验、输血等相关科室应积极配合，凡在病房和门诊申请检查单上注明有“急”或“抢救”标志的，应及时准确处理，不得影响抢救工作。

第二项 三级查房制度

目的：规范医师查房工作，明确各级医师的查房时间、查房职责。

定义：是指患者住院期间，由不同级别的医师以查房的形式实施患者评估、制定与调整诊疗方案、观察诊疗效果等医疗活动的制度。

三级医疗查房亦泛指经治医师、上级医师、主任医师三个层次的查房。经治医师包括住院医师和主治医师，在没有住院医师和主治医师的情况下也包括副主任医师和主任医师。上级医师包括主治医师、副主任医师和主任医师。无上级医师层次、经治医师是住院

医师或主治医师时，主任医师必须分别按上级医师职责和本级医师职责查房。经治医师是副主任医师或主任医师时，主任医师只按本级职责查房。

遵循下级医师服从上级医师，所有医师服从科主任的工作原则。

一、查房内容

（一）了解住院患者主诉、现病史、既往史、体格检查及必要的辅助检查结果；

（二）了解住院患者的症状、体征变化，以及住院患者的心理动态、社会、家庭和生活情况；

（三）全面分析病情，做好诊断及鉴别诊断，提高诊断符合率；

（四）制订治疗计划和方案，提高治愈率；

（五）检查院内感染和传染病发生情况，防止院内感染的扩散；

（六）上级医师查房要点：主治医师以上医师查房应根据不同住院者的病情进行重点分析，不可仅以一句“同意目前诊断”词语代替查房意见。上级医师查房应体现教学意识，副主任医师以上医师查房应有体现当前国内外最新医疗动态的新进展。

二、查房规范和程序

（一）规范查房人员行为：查房人员必须注重维护个人形象，着装整洁，仪表庄重；各科室必须根据本科专业特点，统一装备查房器械，如听诊器（必备）、叩诊锤、眼底镜、额镜、手电筒等，统一佩戴方式；查房时，上级医师站在病床右侧，经治医师携病历站在科主任后面，其他医师按职务、职称、资历顺序排列站在病床左侧，进出病房时，各级人员必须按序进出；查房时必须环境安静，查房人员态度严肃认真，思想集中，不得交头接耳、打闹嬉戏或随意进出，不得靠坐病员床铺，不得接电话、会客，不得处理与查房无关的事务。

（二）查房前准备：查房前，经治医师应认真准备好病历、医疗影像、各辅助检查报告及查房用具等；

（三）查房中要求：查房时，由经治医师汇报情况，主治医师分析病例，提出诊断治疗意见，上级医生根据情况做必要的检查、分析、指示；经治医生必须携带所管住院患者的病历，以利上级医

生了解病情，检查病历质量；下级医师必须服从上级医生领导，认真回答上级医生的提问，要求下级医师做床头笔记；在不违反保护性医疗制度原则下，实行互动式教育，要对下级医师进行考查性提问；查房时尊重住院患者隐私权及知情同意权，注意保护性医疗制度；对病员要热情亲切，态度和蔼，耐心听取住院者的主诉和意见，避免有碍患者的语言和举动；诊查患者时应严谨详细，操作轻巧；医疗查房一般在床旁，若分析讨论影响住院患者时可在病室外进行。

三、各级医师查房要点、职责

（一）住院医师：（1）接收新入院者后，应在 2 小时内完成检诊并给予治疗，6 小时内报告主治医师或上级医师，8 小时内完成首次病程记录，24 小时内完成入院记录；（2）每日上午 11 点钟前对所管住院者进行 1 次查房，下午对重症、新入院者进行 1 次重点查房；（3）查房时应重点了解住院者住院期间病情变化，各项检查结果，分析检查结果，治疗效果，提出进一步检查或治疗意见，并要关心和了解住院者的思想、生活及要求；（4）根据病情随时巡视重症、危重症住院者、新入院者、当日手术者，及时观察病情变化，报告上级医师，并作好病情记录，对上级医师的指示要认真执行，有疑难问题及病情突变随时向上级医师报告；（5）督促各项治疗措施的落实以及检查结果的收集；（6）作好上级医师查房前准备，如病历资料收集、分析整理等，以便上级医师查阅；（7）上级医师查房记录要在 24 小时内完成，记录上级医师对病史的补充、体查的新发现或纠正的体征，对病情的分析、诊断和处理意见等。

（二）主治医师：（1）对新住院患者一般在 24 小时内完成检诊，不得超过 48 小时（包括节假日），提出诊断和治疗意见；（2）对所管住院患者每日查房 1 次，对危重、抢救住院患者、特殊住院患者如诊断不清和治疗效果不佳者要重点查，并向上级医生提出疑难问题；（3）做好下级医生的带教工作，加强下级医生基本功训练，纠正下级医生在查房中的缺陷和不足，并教以正确的操作规范；（4）查房记录每周两次，由住院医师记录，对下级医生书写的病历、病情记录，要对实质性内容认真审阅修改并签名确认；（5）作好上级医生查房前准备，提出要解决的问题，并做好上级医生指示的督促

落实工作；（6）查房发现院内感染和传染病发生情况，要及时报告，防止在院内感染的扩散。

（三）正（副）主任医师：（1）正（副）主任医师查房主要是解决下级医师不能解决的疑难、危重、抢救住院者的诊治问题，并能体现当前国内外最新医疗动态的进展；（2）对新住院者一般在 72 小时内完成检诊（包括节假日）。每周查房 1-2 次，管病房的副主任医师（病区负责人）每周要全面巡视所有住院患者 2 次，发现问题随时处理；（3）对下级医师书写的查房记录要认真审阅修改并签名确认；（4）查诊断的正确性，抓鉴别诊断，提高诊断符合率；（5）查治疗、用药、检查的合理性（尤其是抗菌药物的合理使用），检查医嘱的执行情况；（6）查院内感染和传染病发生情况，防止院内感染的扩散；（8）查病历书写质量，对病历、医嘱、病程记录中的问题给予纠正和指导；（9）查医疗安全和护理措施是否落实；（10）查房后进行讨论，有意识的进行带教，多提问题，培养下级医师的临床思维和处理复杂问题的能力，向下级医师介绍相关专业的新进展。

四、对各类住院患者查房要求

（一）一般住院患者查房：住院患者入院 2 小时内，由经治医师接诊，经治医师不在位或非正班时间，由值班医生接诊；上级医师 24 小时内（节假日原则上 48 小时内）首次查房；住院期间，三级医师中经治医师工作日每天至少查房 2 次，非工作日每天至少查房 1 次，中间级别的医师每周至少查房 3 次，最高级别的医师每周至少查房 2 次；如出现临时病情变化、检查结果明显异常或治疗措施需调整更改时，正班时间由经治医师或上级医师处置，经治医师或上级医师不在位或非正班时间，由值班医生或指定人员处置，并记录。

（二）急危重住院者查房：住院患者入院，正班时经治医师和上级医师应立即接诊，经治医师和上级医师不在位或非正班时间，由值班医生立即接诊，并酌情逐级报告。对危重者住院期间，经治医师和上级医师应依病情变化随时查房。经治医师应随时观察病情变化，包括生命体征的变化，出现异常情况应及时处理，特殊情况必要时请上级医师指导处理，上级医师应依病情查房，需抢救、病

情变化或加重的立即查房；经处理后，病情稳定的可酌情择时查房，原则上不超过 12 小时。

（三）疑难住院患者查房：患者入院后，3 天内诊断不明或治疗效果欠佳，上级医师应组织科内会诊；7 天内诊断不明或治疗效果欠佳，上级医师应安排科间会诊；10 天内诊断不明或非肿瘤和慢性晚期疾病导致的治疗效果欠佳，应组织全院会诊。

（四）围手术期查房：择期手术术者必须在手术前 24 小时内亲自查房，急诊手术术者手术前必须查看病人；查房内容包括：询问病人目前情况、查体、查看检查结果，完善必要检查，制定术前准备方案，向家属履行告知义务等，查房内容书写在病程记录中。

术后术者查房：在手术后应严密观察病情，术者必须亲自在术后 24 小时内查房。术者或第一助手在术后及时完成第一次术后病程记录，术者在 24 小时内完成手术记录，危重病人应立即完成术后第一次病程记录和手术记录。

特殊情况下由第一助手完成，术者应过目并签字。术后三天应有连续的查房记录（有术者或上级医师查房记录），观察病情变化，预防并发症发生，一旦发生并发症做到早发现、早处理。

（五）更换经治医师查房：更换经治医师时，交接班医师应同时查房交接班，并告知住院患者。

（六）转出前、转入后查房：住院者转科前经治医师和上级医师必须查房，转入后按新入院者要求查房。

（七）出院前查房：住院者出院前，经治医师和上级医师必须查房，明确住院者是否可以出院及出院随访注意事项。

五、护理或药师查房的可参照上述规定执行

六、三级医师查房书写格式规范

（一）下级医师书写上级医师查房记录时，必须将上级医师查房者的职称写清楚。

（二）科室分有诊疗小组，每个小组有住院医师、主治医师及高级医师的情况下，各级医师履行本级职责书写。如：入院录、首次病程记录----住院医师书写，48 小时记录----上级医师查房记录（如：***主治医师查房记录），72 小时----副主任医师或主任医师查

房记录，(如: ***副主任医师查房记录或***主任医师查房记录。

(三)科室高级职称医师行使主治查房职责时楣栏不用注明“***副主任医师代主治医师查房”，具体规范见下列说明。

(四)其他特殊情况 72 小时记录规范

1.科主任副高以上职称，科室无**住院医师**一级，**主治医师作为住院经管医师时**，入院录、首次病程记录、48 小时记录由经管医师书写。48 小时记录书写不需要注明“***主治医师查房”楣栏标题。72 小时内由副主任医师或主任医师查房记录一次(楣栏应书写:***副主任或主任医师查房记录)。如果副主任(主任)医师在 48 小时已经查房并记录了的情况下，72 小时可不用书写副主任(主任)医师查房记录，由经管医师自己书写病程。

2.科主任副高以上职称，科室无**主治医师**职称一级，**经管医师为住院医师时**：入院录、首次病程记录由经管医师本人书写，48 小时由副主任医师或主任医师或科主任履行上级查房职责并记录(楣栏直接注明“***副主任或主任医师查房记录”，不用写“***副主任或主任医师代主治医师查房记录”。)72 小时由科主任履行副主任或主任查房职责并书写查房记录，楣栏注明“***副主任或主任医师主任查房记录”。

3.科室副主任职称医师作住院经管医师时：入院录、首次病程记录、48 小时查房记录由经管医师本人书写，(不用书写上级医师查房记录的楣栏，书写后签本人名字)，72 小时必须由科室主任查房。(楣栏注明“***副主任或主任医师科主任查房记录”。)

4.科室无高级职称，科室主任职称为主治医师，**经管医师为住院医师时**：入院录、首次病程记录由经管医师本人书写，48 小时查房由主治医师查房并记录(楣栏注明:***主治医师查房记录)，72 小时由科主任查房并记录(楣栏注明“***主治医师科主任查房记录”)。

5.科室无高级职称，科室主任职称为主治医师，**经管医师为主治医师时**：入院录、首次病程记录、48 小时查房记录由经管医师本人书写(48 小时查房记录楣栏不用写)，72 小时由科主任查房记录并记录(楣栏注明“***主治医师科主任查房记录”)。

(五) 每周的主治医师及副主任/主任医师查房记录

1. 经管医师为主治医师职称,科主任为副高或主治医师职称的情况下,每周 2 次的主治查房记录认可本人的记录,可以不用书写楣栏。每周必须有一次科主任查房记录,楣栏书写“***主治医师科主任查房记录或***副主任(主任)医师查房记录”。

2. 科室无主治医师,经管医师为住院医师职称,科主任为副高或主治医师职称的情况下,每周 2 次的主治查房记录由科主任查房代替,科主任除代替主治医师查房一次外,还必须履行本身的查房职责一次。楣栏书写“***主治医师科主任查房记录或***副主任(主任)医师查房记录”。

第三项 会诊制度

目的:规范医疗活动中的会诊管理,明确会诊程序和任务,提高会诊质量。

定义:是指出于诊疗需要,由本科室以外或本机构以外的医务人员协助提出诊疗意见或提供诊疗服务的活动。规范会诊行为的制度称为会诊制度。

一、院内会诊制度

(一) 会诊范围

1. 凡遇疑难病例,诊治困难者;
2. 本科首诊他科病人或待查病人确诊为他科疾病者;
3. 本科病人合并他科疾病需协助诊治者;
4. 急、危、重病人需他科协助诊治者;
5. 重大手术前因病情复杂,涉及专科知识,需要提供咨询或协助;
6. 医疗纠纷需要分析判断。

(二) 会诊人员要求

1. 急会诊可由值班医生承担;
2. 普通会诊由主治医师以上职称医师承担;
3. 上述会诊医师若不能处理会诊问题时,应及时请自己的上级医师到现场指导会诊;
4. 遇疑难病例、特殊病例、危重疑难病例等,院内或科内诊治困

难者，需其他相关科室协助诊治、抢救，由医务科组织组织院内多学科大会诊，一般要求专科主任或点名相关人员参加。

（三）会诊时限

1.院内急会诊可直接电话通知，后补开会诊申请单，接到急会诊通知后应于10分钟内到位；

2.普通会诊应在收到会诊单后24小时内完成；

3.遇疑难病例、特殊病例、危重疑难病例等，应按接到会诊通知的时间提前到达，了解病人情况，按时参加大会诊。

（四）会诊程序

1.科内会诊（科内病例讨论）。由经管医生向主任提出，科主任召集本科有关医务人员参加讨论，经管医生负责记录病例讨论意见，并将综合性意见记录入病历。

2.科间会诊。由经管医生提出，经上级医师同意，书写会诊申请单，送至被邀请的科室。会诊医师到达申请会诊科室后，会诊申请医师或经管医生或值班医师必须陪同完成会诊。

3.院内多学科会诊（全院扩大会诊）。疑难重症病例或病情复杂涉及多个学科的病人，经科内会诊或科间会诊诊治依然有困难，可申请院内多学科会诊。由科主任提出并填写《院内多学科综合诊疗会诊申请表》，提前24小时报医务科同意后，确定会诊时间后及时通知有关人员参加，必要时分管院长参加，特殊情况下可请病人家属旁听。会诊由邀请会诊科室主任或治疗组主任主持，指定专人记录；重大会诊（涉及重大医疗纠纷）可由医务科主持。

（五）会诊医疗文书书写

1.请会诊科室必须认真填写会诊申请单，尤其需注明会诊解决问题及所需专业。

2.会诊医师必须根据会诊情况认真书写会诊记录。

3.经管医生必须及时将会诊意见的处置情况记录在病程中。

4.科内会诊及院内多学科会诊由经管医生或科内指定人员记录疑难病例讨论记录。

（六）会诊人员安排及工作要求：

1.各临床科室应结合自身特点制订切实可行的会诊模式，落实相

关会诊人员及联系方式，每月各科室在编排值班人员时，需在排班表中注明本科会诊人员的安排，以保证会诊及时、有效；

2.邀请科室可依会诊要求，自行提出邀请会诊的医生，并可直接联系其本人前往会诊；

3.为确保周末及节假日会诊工作的顺利进行，各科室在周末及节假日必须安排人员负责接收会诊单，通知会诊医师，严禁周末及节假日拒收会诊单；

4.申请会诊的科室应严格掌握会诊指征，认真填写会诊单申请单。申请医师应在会诊医师到达前做好充分准备（如病历，各种检查、化验报告单，X光片，CT片，MRI片等）。申请会诊单必须有本科上级医师或科主任签名。各会诊医师在会诊过程中若发现会诊目的不明确、随意请会诊的现象，事后可用书面形式报医务科；被邀会诊人员到位后，申请会诊科室需有值班或负责医师在场；

5.凡会诊中涉及患者转科问题，会诊科室必须优先安排床位接收转科病人。

二、邀请外院会诊

本院不能诊治疑难病例或病情复杂、危重，或家属要求，可提出请外院会诊。经治医师填写《院外专家会诊申请单》（附件2），需向患者及家属说明会诊目的、费用，征得其同意并签字后，提出被邀请医院、医师、会诊时间、地点，报医务科；医务科审核后与有关单位联系，并做好登记。会诊由申请科室主任主持，特殊情况由申请科室主治医师接待。院外扩大会诊由科主任主持，指定专人记录，必要时可请院领导或医务科人员参加。

三、医师外出会诊

（一）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。医师未经医院批准，不得擅自外出会诊。

（二）外出会诊的医师一般要求由副主任医师以上职称人员参加；如有特殊情况，也可以由主治医师参加。

（三）接到会诊邀请（书面、电话或电子邮件）后，医务科应当详细了解会诊内容，及时与相关科室的科主任联系，科主任在不

影响本科室正常业务工作和医疗安全的前提下，及时安排所指定或具有相应诊疗资质的医师外出会诊。

（四）有下列情形之一的，各科室不得派医师外出会诊：

- 1.会诊邀请超出医院诊疗科目或者不具备相应资质的；
- 2.会诊邀请超出被邀请医师执业范围的；
- 3.申请会诊医院的技术力量、设备、设施不能为会诊提供必要的医疗安全保障的；
- 4.卫生行政部门规定的其他情形。

（五）我院若不能派出会诊医师时，应当及时告知邀请医疗机构。

（六）医师接受会诊任务后，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。

（七）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，如是会诊手术，要遵守手术准入原则，根据会诊医院技术和设备条件，开展相应手术，当地医院不具备相应条件，应接回医院手术。如遇紧急情况无法转院，为了抢救病人的生命，可就地开展一些必要的手术。医师在外出会诊过程中发生的医疗事故争议，由邀请医疗机构按照规定进行处理。必要时，我院协助处理。

（八）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和我院医务科，并终止会诊。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。

（九）医师会诊结束后，应当在返回 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科。

（十）会诊费用应按照邀请医疗机构所在地的规定执行，不得牟取其他不正当利益。

（十一）医务科具体对医师外出会诊进行管理，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。

（十二）对于医生擅自外出会诊者的处罚如下：

- 1.其擅自外出期间所发生的医疗行为医院不负任何责任;
- 2.其违反《医师外出会诊管理暂行规定》的行为将记入医师个人档案并在院内进行通报;
- 3.其违反《执业医师法》有关规定的,按照《执业医师法》第三十七条处理;
- 4.在会诊中存在其他违纪、违规行为者,医院相关部门将依法给予行政或纪律处分。

第四项 分级护理制度

定义:指医护人员根据住院患者病情和(或)自理能力对患者进行分级别护理的制度。分为四个级别:特级护理、一级护理、二级护理和三级护理。

护理人员应根据患者病情和自理能力变化动态调整护理级别。并且应当在显著位置标识护理级别

一、特级护理

1.符合以下情况之一,可以确定为特级护理:

- (1)维持生命,实施抢救性治疗的重症监护患者;
- (2)病情危重,随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者;
- (3)各种复杂或大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者。

2.护理要求

- (1)严密观察患者病情变化,监测生命体征;
- (2)根据医嘱,正确实施治疗、给药措施;
- (3)根据医嘱,准确测量出入量;
- (4)根据患者病情,正确实施基础护理和专科护理,如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等,实施安全措施;
- (5)保持患者的舒适和功能体位;
- (6)实施床旁交接班。

二、一级护理

1.符合以下情况之一,可以确定为一级护理:

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

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

2.护理要求

- (1) 每小时巡视患者，观察患者病情变化;
- (2) 根据患者病情，测量生命体征;
- (3) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施;
- (4) 根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施;
- (5) 提供护理相关的健康指导。

三、二级护理

1.符合以下情况之一，可以确定为二级护理:

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

2.护理要求

- (1) 每 2 小时巡视患者，观察患者病情变化;
- (2) 根据患者病情，测量生命体征;
- (3) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施;
- (4) 根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施;
- (5) 提供护理相关的健康指导。

四、三级护理

1.病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无需依赖的患者，可确定为三级护理。

2.护理要求

- (1) 每 3 小时巡视患者，观察患者病情变化;
- (2) 根据患者病情，测量生命体征;
- (3) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施;
- (4) 提供护理相关的健康指导。

五、自理能力分级

1.分级依据: 采用 Barthel 指数评定量表(表 1)对日常生活活动进

行评定，根据 Barthel 指数的总分，确定自理能力等级。

表 1 Barthel 指数评定量表

序号	项目	完全独立	需部分帮助	需极大帮助	完全依赖
1	进食	10	5	0	—
2	洗澡	5	0	—	—
3	修饰	5	0	—	—
4	穿衣	10	5	0	—
5	控制大便	10	5	0	—
6	控制小便	10	5	0	—
7	如厕	10	5	0	—
8	床椅转移	15	10	5	0
9	平地行走	15	10	5	0
10	上下楼梯	10	5	0	—
Barthel 指数总分： 分					
注：根据患者实际情况，在每个项目对应的得分上划“√”					

2.分级 对进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大小便、如厕、床椅转移、平地行走、上下楼梯 10 个项目进行评定，将各项得分相加即为总分。

3.根据总分，将自理能力分为重度依赖、中度依赖、轻度依赖和无需依赖四个等级(见表 2)

表 2 自理能力分级

自理能力等级	等级划分标准	需要照护程度
重度依赖	总分 ≤ 40 分	全部需要他人照护
中度依赖	总分 41 ~ 60 分	大部分需他人照护
轻度依赖	总分 61 ~ 99 分	少部分需他人照护
无需依赖	总分 100 分	无需他人照护

4. 临床护士应根据患者的护理分级和医师制订的诊疗计划，为患者提供护理服务。

5. 应根据患者护理分级安排具备相应能力的护士。

第五项 值班及交接班制度

定义：指医疗机构及其医务人员通过值班和交接班机制保障患者诊疗过程连续性的制度。医生值班分为一线、二线和三线值班。

一、医院总值班

根据医院总值班管理规定执行

二、医师值班管理

（一）值班医生资质

1. 一线：由取得执业资格的住院医师及以上职称的医师，或具有独立工作能力，并授权的有资格的进修医生担任。

2. 二线：由取得医师资格的主治医师及以上职称的医师担任。

3. 三线：由取得医师资格的副主任医师及以上职称的医师担任。

二、值班医生纪律

1. 按照各科室规定值班，各级值班人员应当确保通讯畅通。

2. 各级医生必须坚守岗位：一线值班医生不得擅离岗位；二线值班医生在院区内待命，接到通知后 10 分钟内到位；一线、二线值班医生夜间在指定值班室休息，不得在值班期间进行娱乐活动；三线值班医生须保持通讯通畅，接到请求电话后立即前往。

三、值班医生职责

1. 一线值班医生职责：负责科室各项临时性的医疗工作；继续完成白天未完成的诊疗工作；遇有就诊者入院或其他住院就诊者病情变化，值班护士呼叫时应立即前出处置；值班时接收的新就诊者，要写好首次病程记录及进行必要的检查和处理；对急危重就诊者，要及时进行医疗处理并详细记录于病历中；遇有疑难、危重症情况发生需抢救时，应立即请示二线值班医生，做出必要的抢救准备，并详细记录；值班时间内至少巡查病房 3 次（接班时、晚上熄灯前、晨起床后），对危重就诊者应随时巡视，并处理好相关医疗工作；值班医师须严格执行交接班制度、危重病员床头交班，特殊情况个别交班，要求做到交的清，接的明白，医师交班必须按要求详细、认真填写交班记录，接班医生需认真填写接班的处理；值班人员要做好病区管理工作，遇有重大问题、疑难问题或自行无法解决或不知如何解决的问题，应该及时逐级请示报告，并遵上级指示做相关处理，同时做好相关记录。

2.二线值班医生职责：在非正常上班时间内负责指导对本科室危重症就诊者的抢救治疗等处理；承担院区内会诊职责；如遇不能解决的专科问题，应及时请示三线值班医生；遇特殊情况，如重大抢救、突发意外、大批外伤、中毒等，应立即向行政总值班、医务科汇报，由医院统一指挥处理；协助处理就诊者投诉及医疗纠纷。

3.三线值班医生职责：负责院区内、外专科会诊；处理疑难危重问题。

4.值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。

四、医生交接班制度

1.按时交接班：值班医生必须与接班医师当面交班后才能离开岗位，若接班医师未按时接班，交班医生应主动与其联系并上报科主任或相关职能部门，在接班医生未到位时不得自行离开岗位。

2.交接班内容：交接班的内容应尽量详尽，以保证对患者诊疗服务的序贯性，其内容至少必须包括：患者的健康状况、患者已接受的治疗小结、患者对治疗的反应。

3.值班医生交班前，写好交班记录，重点交班包括：新收入/转入患者、当日术后患者、危重患者、重点观察的病情、检查情况及处理情况和新入院就诊者情况记录于“交接班登记本”上并签名。接班人员接班后要作好接交班记录，做好就诊者的处理、检查结果的查找与处理名，并签确认。

4.交班时，要将危重就诊者、重点观察的就诊者及等待处理的工作向接班人员交清，患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。

5.值班医生于次日早晨交班会上，做口头重点交班，并做好交接班记录。

6.出现经管医生因故暂时离开医院、经管医生工作调离、患者病情需要等情况，需更换经管医生时，须做好医生与医生间，医生与患者间的交班工作。

第六项 疑难病例讨论制度

目的：实行医疗行为规范化管理，确保医疗工作正常进行，提高医疗质量、医疗技术水平。

定义：指为尽早明确诊断或完善诊疗方案，对诊断或治疗存在疑难问题的病例进行讨论的制度。

疑难病例包括但不限于出现以下情形的患者：门诊患者就诊 3 次未确定诊断者、住院患者入院 7 日未确定诊断者诊疗方案、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。

二、相关要求与时限

参加疑难病例讨论成员中应当至少有 2 人具有主治及以上专业技术职务任职资格；疑难病例分紧急情况与非紧急情况，对紧急的疑难重症病例讨论，规定半个工作日内或即刻组织讨论，非紧急的，在 48 小时内组织讨论。

三、工作程序

1.科室进行讨论，由科室主任或副主任主持，全科人员参加，病理、检验、影像等功能检查结果存在严重异常、高度怀疑等情况时，相应医技部门科主任或副高职称以上人员参加，必要时医务科人员参加。讨论前经管医师应准备好相关材料，讨论时，经管医师汇报病史，介绍病情和诊疗经过；主治医师应补充汇报病史，分析病情，提出讨论目的及观点；主任医师、副主任医师结合诊疗规范、国内外资料分析制定诊治措施。会议结束时由主持人做总结。

2.对科内讨论不能明确诊治方案的患者，应组织全院或相关科室联合多学科会诊，或请院外专家会诊。

3.院级疑难病例讨论由各科室的主任向医务科提出申请，将有关材料加以整理，做出书面摘要，提交医务科，由医务科根据具体情况组织相关科室人员参加病历讨论，必要时请分管领导参加。

4.讨论记录包括：内容、地点、参加人员、主持人、是否存在问题、诊断和治疗方案、今后应当做哪些工作、哪些经验教训、其他注意事项等，讨论由经治医师记录整理，经上级医师审查后，分别记入病程记录和疑难危重病例讨论记录本，主持者在记录中需签名认可。

第七项 急危重病人抢救制度

定义：指为控制病情、挽救生命，对急危重患者进行抢救并对抢救流程进行规范的制度。

急危重患者包括但不限于出现以下情形的患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。

一、危重病病人的抢救工作，一般由科主任或主任（副主任）医师负责组织并主持抢救工作。科主任或主任（副主任）医师不在时，由职称最高的医师主持抢救工作，但必须及时通知科主任或主任（副主任）医师，特殊病人或需多学科协同抢救的病人，应及时报告医务科、护理部和分管院长，以便组织有关科室共同进行抢救工作。

二、对危重病人严格执行首诊负责制，不得以任何借口推迟抢救，必须全力以赴，分秒必争，各种记录及时全面，对有他科病情由主诊科负责邀请有关科室参加抢救。

三、参加危重病人抢救的医护人员必须明确分工，紧密合作，各司其职，坚守岗位，要无条件服从主持抢救人员的指挥及医嘱。但对抢救病人有益的建议，可提请主持抢救人员认定后用于抢救病人，不得以口头医嘱形式直接执行。

四、参加抢救工作的护理人员应在护士长领导下，执行主持抢救医师的医嘱，并严密观察病情变化，随时将医嘱执行情况和病情变化报告主持抢救者；执行口头医嘱时应复诵一遍，并与医师核对药品后执行，防止发生差错事故。

五、严格执行交接班制度和查对制度，各班应有专人负责，对病情抢救经过及各种用药要详细交班，所用药品的空安瓿经二人核对方可离去，各种抢救药品，器械用后应及时清理，消毒，补充，物归原处，以备再用。

六、需多学科协作抢救的危重病人，原则上由医务科或分管院长组织抢救工作，并指定主持抢救人员。参加多学科抢救病人的各科医师应运用本科专业特长，团结协作致力于病人的抢救工作。

七、病危、病重病人要填写病危通知单，一式两份，一份放入病历中，一份交病人家属。要及时、认真向病人家属讲明病情及预

后，填写病情告知书，以期取得家属的配合。

八、因纠纷、殴斗、交通或生产事故、自杀、他杀等原因致伤的病员及形迹可疑的伤病员，除应积极进行抢救工作外，同时执行特殊情况报告制度，在正常工作日应向医务科和保卫科汇报，非工作日向医院总值班汇报，必要时报告公安部门。

九、在抢救过程中要作到边抢救边记录，记录时间应具体到分钟。未能及时记录的，有关医务人员应当在抢救结束后 6 小时内据实补记，并加以说明，主持抢救的人员应当审核并签字。

十、抢救工作中，药房、检验、放射或其他辅助科室及后勤部门应满足临床抢救工作的需要，要给予充分的支持和保证，不得以任何借口拒绝或推迟。

第八项 术前讨论制度

定义：指以降低手术风险、保障手术安全为目的，在患者手术实施前，医师必须对拟实施手术的手术指征、手术方式、预期效果、手术风险和处置预案等进行讨论的制度。

一、根据《江西省医疗机构手术分级管理规范（试行）》，二级及以上手术除急诊手术外应有术前讨论。

二、二级手术可由具备三级医生的治疗组组织术前讨论，特殊情况应提交科室讨论。

三、大型较复杂疑难和新开展手术应由科主任或其授权的副主任以上医师主持，手术医师、麻醉医师、本科室医师、护士长、责任护士及有关人员参加，并根据病情邀请相关专家参加。需相关科室配合者，应提前 2-3 天邀请麻醉科及有关科室人员会诊，并做好充分的术前准备。可能涉及多学科的手术，应有相关科室（包括医技部门）参与，如术后可能生命体征不稳定，需要 ICU 支持的，请 ICU 参加。各级医师必须针对自己专业发言，提出自己的意见和见解，并进行充分的讨论，确定围手术期治疗方案。

三、术前讨论内容

（一）术前讨论时主管医师应详细介绍患者病情，并提供患者充足的病历资料，包括影像学、实验室检查等结果。

(二) 讨论时各级医师应充分发表意见，全面分析，作出明确结论，形成手术方案。

(三) 术前讨论必须对患者术中可能出现的困难及意外，做好充分讨论，并作出相应预案及防患措施（包括术后观察事项以及护理要求）。

(四) 术前讨论由专人记录，必须填写参加人员、讨论时间、发言详细内容、结论等，记录者须签名并经主刀医师或科主任签字确认，并记入病历。

(五) 术前讨论后由主管医师与主刀医师共同将讨论结果向患者或患者家属进行详细交待，充分沟通并签署知情同意书。

四、参加手术医师需参与术前讨论，如有特殊情况需更换主刀医师，应提前通知，并由科主任安排相应资质医师担任主刀医师。

五、术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。

第九项 死亡病例讨论制度

定义：指为全面梳理诊疗过程、总结和积累诊疗经验、不断提升诊疗服务水平，对医疗机构内死亡病例的死亡原因、死亡诊断、诊疗过程等进行讨论的制度。

一、病人死亡后，必须在死亡后一周内进行死亡病例讨论。尸检病例在尸检报告出具后 1 周内必须再次讨论。

二、涉及纠纷和刑事案件的死亡病例必需在 6 小时内完成死亡病例讨论。

三、死亡病例讨论必须由科主任或副主任医师以上职称的医师主持，参加死亡病例讨论的人员由科室负责人根据情况决定，必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。

四、死亡病例讨论程序：

1. 讨论前经治医师必须完成死亡记录。

2. 讨论时经治医师汇报病情摘要、治疗经过、死亡原因。

3. 讨论内容应包括：(1)诊断；(2)治疗；(3)死亡原因；(4)应吸取的经验教训。

五、死亡讨论记录:

1.各科建立专用死亡讨论记录本,在进行死亡病例讨论时,指定人员在死亡讨论记录本上按要求进行记录。

2.死亡讨论记录本应指定专人保管,未经分管院长或医务科同意,科室外任何人员不得查阅或摘录。

3.经治医师根据讨论发言内容进行综合整理,经科主任或主持人审阅签字后,记入病历上。

六、各科室应对全部死亡病例汇总分析,并提出持续改进意见。

第十项 查对制度

定义:指为防止医疗差错,保障医疗安全,医务人员对医疗行为和医疗器械、设施、药品等进行复核查对的制度。

每项医疗行为都必须查对患者身份。应当至少使用两种身份查对方式,严禁将床号作为身份查对的标识。为无名患者进行诊疗活动时,须双人核对。用电子设备辨别患者身份时,仍需口语化查对。

一、临床科室

1.开医嘱、处方或进行治疗时,应查对病人姓名、性别、床号、住院号(门诊号)。

2.执行医嘱时要进行“三查十对”: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、性别、年龄、药名、剂量、浓度、时间、用法、有效期。

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。

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。

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。

二、手术室

1.接病人时,要查对科别、床号、姓名、性别、诊断、拟施手术名称、术前用药。

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史。

3.手术切皮前，实施“暂停”，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。

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。

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。

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。

三、药剂科

1.查处方，对科别、姓名、年龄；

2.查药品，对药名、剂型、规格、数量；

3.查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；

4.查用药合理性，对临床诊断。

四、输血科

1.血型鉴定和交叉配血试验，两人工作时要“双查双签”，一人工作时操作完要核对一次。

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、血袋号、血型血量、血液成分、失效日期、采血日期、血液质量。

五、检验科

1.采取标本时，查对科别、床号、姓名、检验目的。

2.收集标本时，查对科别、姓名、性别、化验单与标本联号、标本数量和质量。

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。

4.检验后，查对目的、结果。

5.发报告时，查对科别、病房。

六、病理科

1.收集标本时，查对单位、姓名、性别、标本、固定液。

- 2.制片时，查对编号、标本种类、切片数量和质量。
- 3.诊断时，查对编号、标本种类、临床诊断、病理诊断。
- 4.发报告时，查对科别、病房。

七、放射科

- 1.检查时，查对科别、病房、姓名、年龄、片号、部位、目的。
- 2.治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、条件、时间、角度、剂量。
- 3.使用造影剂时应查对病人对造影剂过敏史。
- 4.发报告时，查对科别、病房。

八、理疗及针灸室

- 1.进行各种治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、种类、剂量、时间、皮肤。
- 2.低频治疗时，并查对极性、电流量、次数。
- 3.高频治疗时，并检查体表、体内有无金属异常。
- 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。

九、供应室

1.清洗前：应查对机械清洗消毒技术参数，每次清洗的物品与清洗程序应相符；分类时应查对器械名称、规格、数量及功能性状等，根据物品的清洁程度、污物种类、物品的材质选择洗涤方法和洗涤程序。

2.清洗时：观察各种清洗设备、制水机运行情况。

3.清洗后：查清洗质量、消毒过程质量、清洗消毒器打印记录。

4.包装时：查物品清洗质量、物品的功能、物品配套、物品包装材料、物品的名称、物品的规格、物品的数量、包外标识六项信息是否齐全。

5.医用热封机密封性能双人查对：每天开机时应采用封口测试纸对医用热封机进行测试，对其密封的技术参数（封口温度、封口压力、封口时间）和闭合完好性进行查对，确认密封合格后，方可进行密封包装。

6.灭菌前：查包的体积和重量、包装松紧度和完整性、包外标识

六项信息是否齐全、灭菌器的性能是否完好及BD实验是否合格、物品装载量、灭菌方法及灭菌程序的选择是否正确、参数是否准确。

7.灭菌时：查灭菌器运行情况，各仪表、程序控制是否符合标准要求。

8.灭菌后：查物理监测各参数是否合格、批量监测及每个灭菌包的包外指示胶带变色情况、有无湿包及包的完整性、植入物是否做生物监测。

9.无菌物品存放区：三查五对：放时查、存时查、发放查。一对科室，二对物品的品名，三对数量，四对包装完整性，五对包外标识（六项信息：物品名称、操作者、灭菌器编号、灭菌批次、灭菌日期、失效日期）。

10.发放：二查五对：领取无菌物品时查，在使用科室发放时再次查。五对：一对科室，二对物品的品名，三对数量，四对包装完整性，五对包外标识（六项信息：物品名称、操作者、灭菌器编号、灭菌批次、灭菌日期、失效日期）。

11.双人查对：包装时、灭菌后、发放时双人查对。

十、超声诊断科、功能科（心电图、脑电图等）

1.检查时，查对科别、床号、姓名、性别、检查目的。

2.诊断时，查对姓名、编号、临床诊断、检查结果。

3.发报告时查对科别、病房。

十一、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、所有涉及患者身份识别的查对，按照《患者身份识别制度和核对程序》的具体规定执行。

第十一项 手术安全核查制度

定义：是指由具有执业资质的手术医师、麻醉医师和手术室护士三方（以下简称三方），分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，共同对患者身份和手术部位等内容进行核查的工作，以保障患者安全的制度。

一、本制度适用于各级各类手术，其他有创操作可参照执行。

二、手术患者均应配戴标示有患者身份识别信息的标识以便核查。

三、手术安全核查由麻醉医师主持（门诊小手术不需要麻醉时，由手术医师主持），三方共同执行并逐项填写《手术安全核查表》。

四、实施手术安全核查的内容及流程。

1.麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。

2.手术开始前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标识，并确认风险预警等内容。手术物品准备情况的核查由手术室护士执行并向手术医师和麻醉医师报告。

3.患者离开手术室前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。

4.三方确认后分别在《手术安全核查表》上签名。

五、手术安全核查必须按照上述步骤依次进行，每一步核查无误后方可进行下一步操作，不得提前填写表格。

六、术中用药、输血的核查：由麻醉医师或手术医师根据情况需要下达医嘱并做好相应记录，由手术室护士与麻醉医师共同核查。

七、住院患者《手术安全核查表》应归入病历中保管，非住院患者《手术安全核查表》由手术科室负责保存一年。

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

九、医务科、护理部对手术安全核查制度实施情况的监督与管理，提出持续改进的措施并加以落实。

第十二项 手术分级管理制度

定义：指为保障患者安全，按照手术风险程度、复杂程度、难

易程度和资源消耗不同，对手术进行分级管理的制度。

一、手术分级

本制度所指手术主要包括各种开放性手术、腹腔镜手术、内镜手术及介入治疗等有创操作。依据手术技术难度、复杂性和风险程度，将手术分为四级。

（一）一级手术：风险较低、过程简单、技术难度低的手术。

（二）二级手术：有一定的风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术。

（三）三级手术：风险较高、过程较复杂、难度较大的手术。

（四）四级手术：风险高、过程复杂、难度大的手术。

择期手术患者，需要全身麻醉（含基础麻醉）或者需要输血时，其手术级别相应提升一级。

二、医师手术权限

根据医师取得的专业技术职务任职资格、受聘技术职务及从事相应技术岗位工作的年限等，在审核其专业能力后授予相应手术权限。

（一）住院医师

1.低年资住院医师：从事住院医师工作3年以内（含3年），或硕士生毕业取得执业医师资格，从事住院医师2年以内（含2年）者，可实施一级手术。

2.高年资住院医师：从事住院医师工作3年以上，或硕士生毕业取得执业医师资格，并从事住院医师2年以上者，在熟练掌握一级手术的基础上，可实施难度和风险较小的二级手术。

（二）主治医师

1.低年资主治医师：担任主治医师3年以内（含3年），或专业学位博士研究生毕业2年以内（含2年）者，可实施二级手术。

2.高年资主治医师：担任主治医师3年以上，或专业学位博士研究生毕业2年以上者，在熟练掌握二级手术的基础上，可实施难度和风险较小的三级手术。

（三）副主任医师

1.低年资副主任医师：担任副主任医师3年以内（含3年），可

实施三级手术。

2.高年资副主任医师：担任副主任医师3年以上者，在熟练掌握三级手术的基础上，可实施难度和风险较小的四级手术、新技术手术及科研项目手术。

（四）主任医师

受聘主任医师岗位工作者，可实施四级手术、新技术手术及经主管部门批准的高风险科研项目手术。

三、手术审批权限

手术审批权限是指对拟施行的不同级别手术的审批权限，是控制手术质量的关键环节之一。

（一）择期手术

二级及以上手术须经科主任或副主任医师及以上医师审批，一级手术须经科主任或主治医师及以上医师审批。

（二）急诊手术

原则上按择期手术的审批权限由各级值班医生审批。急诊手术应由具备实施手术的相应级别的医师实施手术。但若遇超范围急诊抢救手术的情况下，在上级医生暂时不能到场实施手术期间，任何级别的值班医生在不违背上级医生口头指示的前提下，必须按具体情况实施其认为合理的抢救手术，不得延误抢救时机。

（三）门诊手术

门诊手术须经手术室负责医生或施术医生复诊同意后，方可实施。实施门诊手术须严格落实围手术期和院感各项管理制度，对手术过程要有扼要记录，并登记存档。

（四）外出会诊手术

本院医师受邀请到会诊医院指导手术，必须按《医师外出会诊管理暂行规定》办理相关审批手续。外出手术医生所主持的手术不得超出其按本制度规定的相应手术级别。

（五）特殊手术

凡属下列情况之一的可视为特殊手术，须经科室认真进行术前讨论，报医务科备案，必要时经院内会诊或报分管院长审批。高风险的新技术、新项目、科研手术必要时提交专业及医学伦理委员会

审议通过后实施。对重大的涉及生命安全、社会环境和社会伦理学等的手术项目还需按规定上报卫生行政主管部门。

1.被手术者系外宾、华侨、港、澳、台同胞的。

2.被手术者系特殊保健对象如高级干部、著名专家、学者、知名人士。

3.可能导致毁容、致残或生命危险的手术。

4.有可能发生重大医疗事故争议的。

5.同一病人 24 小时内需再次手术的。

6.新技术、新项目、科研手术。

四、手术范围

我院作为三级甲等妇女儿童专科医院，可完成妇产科和儿外科各级手术，但应侧重四、三级手术，应注意质量水平的提高，并重视围手术期的准备和处理。

五、管理要求

（一）根据我院实际工作能力和水平，制定本院手术分级目录，并严格执行手术分级管理，严禁超范围手术。若遇超范围急诊抢救手术，可越级开展手术，并做好以下工作：

1.维护患者的合法权益，履行知情同意的相关程序；

2.请上级医院进行急会诊；

3.手术结束后 24 小时内，向主管卫生行政部门备案。

每隔三年，我院手术分级目录可作适当调整。

（二）对连续两年发生两起以上（含两起）医疗事故的人员降一级执行，直至取消手术资格，并报主管卫生行政部门备案；重新恢复手术级别，须经医院和主管卫生行政部门考核后裁定。

（三）二级及二级以上手术必须有至少两名本院医师参加。一级手术应有术前小结，二级及以上手术还应有术前讨论，其中二级手术可由具备三级医生的治疗组组织术前讨论。

（四）各科室未按本制度执行的，一经查实，将追究科室负责人和当事人的责任，对由此而造成医疗事故的，依法追究相应的责任。

第十三项 新技术和新项目准入制度

一、定义：指为保障患者安全，对于本医疗机构首次开展临床应用的医疗技术或诊疗方法实施论证、审核、质控、评估全流程规范管理的制度。新技术、新项目包括：

- （一）使用新试剂的诊断项目；
- （二）使用二、三类医疗器械的诊断和治疗项目；
- （三）创伤性诊断和治疗项目；
- （四）生物基因诊断和治疗项目；
- （五）使用产生高能射线设备的诊断和治疗项目；
- （六）其它可能对人体健康产生重大影响的新技术、新项目。

二、目录管理

医疗技术实施分类管理，根据《医疗技术临床应用管理办法》，将医疗技术实行禁止类技术、限制类技术和其他医疗技术三类技术：

（一）禁止类技术：实行负面清单管理，医疗技术具有下列情形之一的，禁止应用于临床。

（1）临床应用安全性、有效性不确切。如脑下垂体酒精毁损术治疗顽固性疼痛。

（2）安全性存在重大伦理问题。如克隆治疗技术、代孕技术

（3）临床淘汰的医疗技术。如角膜放射状切开术

（4）未经临床研究论证的医疗新技术

（5）其他卫生主管部门规定。如卫生行政部门明令禁止临床应用的医疗技术（如除医疗目的以外的肢体延长术）；涉及使用药品、医疗器械或具有相似属性的相关产品、制剂等的医疗技术，在药品、医疗器械或具有相似属性的相关产品、制剂等未经食品药品监督管理部门批准上市前，不得开展临床应用。详见《国家卫生计生委关于取消第三类医疗技术临床应用准入审批有关工作的通知》（国卫医发〔2015〕71号）

（二）限制类技术：需要重点加强管理的医疗技术，实施备案管理。具体详见《江西省实行备案制管理医疗技术目录（2015版）》在列的医疗技术。

（1）技术难度大、风险高，对医疗机构的服务能力、人员水平

有较高专业要求，需要设置限定条件的；

(2) 需要消耗稀缺资源的；

(3) 涉及重大伦理风险的；

(4) 存在不合理临床应用，需要重点管理的。

3.其他医疗技术：医疗机构可以根据自身功能、任务、技术能力等自行决定开展临床应用，并应当对开展的医疗技术临床应用实施严格管理。详见《赣州市妇幼保健院医疗技术目录》。

三、准入管理制度

医务科在主管副院长的领导下，具体实施医疗新技术、新项目的立项准入审核、中期评估跟踪管理等工作。

(一) 申报流程

1.开展新技术、新项目的项目申请人搜集信息、查阅文献、广泛征求各方面意见后，确定拟开展的项目，填写《赣州市妇幼保健院医疗新技术、新项目准入申请表》，经科室论证、科主任签署意见，医院进行审核同意后方可准入并开展工作。

2.在《医疗新技术、新项目准入申请表》中应就以下内容进行详细的阐述：

(1) 新技术、新项目内容简介

(2) 本项目国内外、省内或各地区开展情况简介，关键问题及价值（包括该项技术应用时间、范围、经济性等）

(3) 新技术、新项目开展可行性论证报告

(4) 详细阐述可预见的风险性

(5) 新技术、新项目风险防范措施及应急预案

(6) 拟开展新技术、新项目的学科、人员及设备、设施条件

(7) 新技术、新项目开展的前期投入、开展后的社会效益和经济效益

3.拟开展的新技术、新项目所需的医疗仪器、药品等须提供《生产许可证》、《经营许可证》、《产品合格证》等各种相应的批准文件复印件。

4.申报的新技术、新项目需在我院执业机构许可证批准、登记的诊疗科目范围内。

（二）审批流程

1. 医务科对科室申报的新技术、新项目进行审查, 审查内容包括:
 - (1) 《赣州市妇幼保健院医疗新技术、新项目准入申报表》;
 - (2) 申报新技术、新项目是否符合国家相关法律法规和规章制度、诊疗操作常规;
 - (3) 申报的新技术、新项目是否具有科学性、先进性、安全性、可行性和效益性;
 - (4) 申报的新技术、新项目所使用的医疗仪器和药品资质证件是否齐全;
 - (5) 参加成员的科室、专业、职务、职称、相关研究业绩、分工及职责、是否能够满足开展需要;
 - (6) 其他应当提交的材料。
2. 医务科审核后符合条件的, 交医疗与保健质量管理委员会和医学伦理委员会进行论证、审批, 对于开展的除禁止类和限制类新技术、新项目, 经过医院审批同意后即可施行, 并将相应审批委员会意见记录在《赣州市妇幼保健院医疗新技术、新项目申请表》。
3. 对于各科室所提出的新技术、新项目准入申请, 无论批准与否, 医务科均予书面答复。
4. 对于医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围, 主动向社会公开, 接受社会监督。
5. 医务科按照要求及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。

第十四项 危急值报告制度

定义：指对提示患者处于生命危急状态的检查、检验结果建立复核、报告、记录等管理机制, 以保障患者安全的制度。

一、“危急值”的定义

“危急值”（Critical Values）是指能够提示患者生命处于危险/危急状态的检查数据/结果, 此时, 临床应立即采取紧急适宜的抢救措施。

二、危急值报告制度

1、危急值项目的选择及其报告限的确认：须经临床评定并认可，如医技与临床有异议且难达成共识时，应以临床意见为准。

2、危急值的确认：医技科室工作人员发现“危急值”情况时，该科室将危急值报出前，应当双人核对并签字确认，夜间或紧急情况下可单人双次核对。对于需要立即重复检查、检验的项目，应当及时复检并核对。一旦确定为“危急值”时，应在 5min 内将结果报告临床医护人员，并做好相关登记。

3、临床医生接到“危急值”的报告后应及时进行分析，若该结果与患者的临床病情不相符或标本的采集有问题时，应重新留取标本送检进行复查。医技科室经复查后如结果与上次一致或误差在许可范围内，应在报告单上注明“已复查”，医技科室应重新向临床科室报告“危急值”，临床科室再次接到报告后，应及时报告经管医生或值班医生。经管医生或值班医生接报告后，必要时立即报告上级医生或科主任，并结合临床情况采取相应措施。

4、临床医生在接到危急值报告后，及时查看结果，并在 30min 内进行临床干预，处理（病程）记录应独立记录，并在 6 小时内完成，按要求做好其他相关记录。

5、“危急值”报告与接收遵循“谁发现、谁报告，谁登记；谁接收，谁记录，谁转告谁跟踪落实”的原则。内容包括患者信息和危急值，要求报告接受人须向报告人“回读”患者及危急值信息，确保报告信息准确无误后进行记录。必要时将纸质报告送达临床科室。各临床科室、医技科室应分别建立“危急值”电子报告登记本（暂无法建立电子登记本的科室可采用纸质登记本）。

三、记录内容

日期、床号、姓名、性别、年龄、住院号、危急项目及数值、报告人、报告时间、接收人、接收时间、处理措施、备注。

四、危急值项目及危急值

根据临床需要，医务科定期会同各临床、医技科室确定检验科、放射科、病理科、超声科以及心电图室危急值项目及其危急值。

五、“危急值”报告程序

(1) 通过 His-Lis 系统“报警”模式报告，His-Lis 系统自动记录。

(2) His-Lis 系统出现故障的情况下，由医技人员通过电话通知临床医护人员，紧急情况下工作人员应直接将“危急值”报告单送达临床，并做好纸质记录。

第十五项 病历管理制度

定义：指为准确反映医疗活动全过程，实现医疗服务行为可追溯，维护医患双方合法权益，保障医疗质量和医疗安全，对医疗文书的书写、质控、保存、使用等环节进行管理的制度。

一、病历管理工作制度

(一) 病历是国家档案的主要组成部分。因此，医院必须高度重视贯彻执行卫生部《医疗机构病历管理规定》，严格按照国际疾病分类办法对全院住院病历进行编码并集中保存和管理（门诊病历由患者负责保管）。

(二) 患者住院期间病历由各临床科室负责保管，病历应保持整洁、排列有序、符合要求，科室应对住院病历严格管理，严防丢失、毁损，未经批准住院病历不允许查询、复印或复制。

(三) 病案室负责全院出院病历的收集、整理和保管工作。

(四) 各临床科室设立病历质量管理小组，由住院医师、主治医师、科主任组成。科室质控小组每月对科室的住院病历进行质控检查，并有检查结果记录。平时由各临床治疗小组主治医师重点把关，出院时治疗小组负责人（副主任以上医师）最后把关。患者出院时科室质控医师、质控护士应对病历质量进行评价，按照规定格式、次序、时间整理病案。

(五) 出院病历在办理出院结算手续后 7 日内归回病案室，病案室回收病历时对病历内容进行核对，发现填写不全者不予归档；病案室与科室移交病历时要签字，以便明确责任。

(六) 病案室要认真做好病历质量的初查工作，重点把格式、项目、文字“三关”；积极配合病案质量管理委员会做好病历质量的全面检查工作，发现有缺陷病历及时反馈临床科室，临床科室必须

在质控人员通知 3 日内将病历根据规范修改并评价等级，及时送交病案室，杜绝有严重缺陷的病历归档，确保“甲级病案率”在 90% 以上。病案室按月统计病历审核及返修情况报质控科兑现奖惩。质控科应不定期检查住院病历及出院病历书写质量并按有关规定进行奖惩。

（七）病案管理人员要严格履行病案室工作制度，做到病历不丢失、不涂改、不损坏、不泄露，特别是确认有纠纷或差错事故的“特殊病历”严格执行“特殊病历”登记制度。

1.特殊病历是指因公伤、车祸、打架斗殴、医患纠纷等引发当事人与第二人或单位形成了经济责任关系需要封存或复印的病历。

2.凡是特殊病历，在病人出院病历归档前，主管医师必须在其病历袋封面的右上角注明“特殊”字样，并由科主任及医务科负责人签字后交病案室签收。

3.住院医师在收治怀疑有纠纷的患者时，应及时汇报科主任，科主任一同进行病情检查，有科主任查房记录。住院治疗期间必须全面而详实地书写病历。患者出院时，住院医师需填写与住院病历诊疗情况相一致的门诊病历交付患者，以便复诊时查阅。

（八）病历实行个人唯一编码制，每个住院患者每次住院使用同一编码。病案室按照国际疾病分类与手术操作分类对每份病历疾病诊断/手术操作名称及时进行编码录入电脑，并将病历装订成册后集中保管。

（九）出院病历原则上永久保存，至少不低于 30 年。

（十）病历属于医药卫生科技档案。需借阅、复印病案者严格按照《病历借阅制度》和《病历复印管理制度》执行。

二、病历借阅管理制度

（一）因科研教学、晋升确需借调病历时，必须由质控科审批意见，但跨科或专业查阅者，首先要征得所属科室主任的同意，并经质控科批准，阅后即时归档。

（二）病历资料只限相关科室临床医技人员查询、借阅，其他人员须经质控科科长审批方可借阅。实习、进修医师借阅病历时须经带教老师、科室主任批准同意后，经病案室核准后，方可借阅。

（三）为了保证病案的有序供应，大批量或多部门集中借阅需事先预约，病案室按优先原则、时间顺序、日阅读量等，合理分批提供所需病案。

（四）本院正式医务人员一次借阅不得超过 100 份；进修生经科主任同意后，报请质控科批准，方可借阅，一次不得超过 2 份。借阅病历应尽快归还，借阅最长时限不得超过 20 天，限期不还，催收无效者，按丢失病历论处。

（五）公、检、法、司等法律工作者查阅、复印病历资料时须单位介绍信或有效证件，填写申请单，经病案室审批，方可查阅病案资料，复印国务院卫生行政部门规定可以复印的病历资料。

（六）患者及家属不得借用病案，如需要可按相关规定办理复印手续。

（七）借调病历必须履行登记手续，要求逐份填写患者姓名、病历号、签字并注明借调时间和借阅目的。借阅病历过程中，借管双方都应在提交与归还过程中核对病历号与数量是否相符，并签字。

（八）借阅者应妥善保管和爱护病历，任何人不得在原始病历资料上涂改、标注、污损、撕毁或遗失。不得私自复印、不得超越借阅的目的、不得进行与医疗无关的商业行为。

（九）病案室应做好病历借阅、登记、催交工作，借阅后的病历归还时由病案人员审核后放在指定位置，由病案管理人员归档上架。

（十）所借阅或查阅的病历应保存整洁完好。借阅的病历如有缺页、污损或涂改等，视其程度给予 10-100 元的处罚。造成病历丢失者，每份罚责任人 500 元，特殊病历丢失者，每份罚责任人 1000 元。由此引发的纠纷造成医院经济损失者，按医疗事故处理办法执行。

三、病历复印管理制度

（一）根据《医疗事故处理条例》、《医疗纠纷预防和处理条例》、《医疗机构病历管理规定》、《病历书写规范》、《病案科（室）建设管理规范》的要求，结合本院实际制定本制度。

（二）下列人员和机构如需要可以申请复印或者复制《医疗事

故处理条例》规定的病历资料：（一）患者本人或者代理人；（二）死亡患者近亲属或者代理人；（三）保险机构；（四）公、检、法、司等司法机关。

（三）受理申请时，申请人应当按照下列要求提供有关证明材料：

1、患者本人的，应当提供其有效身份证明；

2、申请人为患者代理人的，应当提供患者及其代理人的有效身份证明、申请人与患者代理关系的法定证明材料；

3、申请人为死亡患者近亲属的，应当提供患者死亡证明及其近亲属的有效身份证明、申请人是死亡患者近亲属的法定证明材料；

4、申请人为死亡患者近亲属代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者近亲属及其代理人的有效身份证明、死亡患者与其近亲属关系的法定证明材料、申请人与死亡患者近亲属代理关系的法定证明材料；

5、申请人为保险机构的，应当提供保险合同复印件或保险理赔申请书复印件、承办人员的有效身份证明，患者本人或者其代理人同意的法定证明材料；患者死亡的，应当提供保险合同复印件、承办人员的有效身份证明、死亡患者近亲属或者其代理人同意的法定证明材料，合同或者法律另有规定的除外；

6、公安、司法机关因办理案件，需要查阅、复印或复制病历资料的，医疗机构应当在公安、司法机关出具采集证据的法定证明及执行公务人员的有效身份证明后予以协助。

（四）患方申请复印或者复制病历资料应填写《病历复印申请表》，由病案室统一审批，由病案室人员在申请人在场的情况下复印或者复制，经核对无误后，加盖病历复印专用章。

（五）医院受理复印的病历资料申请后，应当在医务人员按规定时限完成病历后予以提供。未经病案室批准，病历原件不得拿出医院，住院病历因医疗活动或复印、复制等需要带离病区时，应当由病区指定专门人员负责携带和保管。

（六）复印内容

门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单（检验报告）、医

学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录、病理资料、护理记录、医疗费用以及国务院卫生主管部门规定的其他属于病历的全部资料。

（七）复印收费

复印收费标准按人民政府价格主管部门会同同级卫生行政部门规定。复印收费内可包括复印纸张、病案调用、拆装费用，复印机及人工成本等构成。

（八）病案室所有的复印机必须由专管人员负责管理并操作，严禁其他人员擅自动用复印机。非因公操作及使用不当造成设备、材料损失的，由责任人按损失程度予以经济赔偿并追究其责任。

（九）复印专管人员必须认真负责，保质保量，热情服务。详细登记复印用纸的规格、数量、类别、用途等，以便科室统一管理与结算。

（十）复印专管人员要注意对机器进行日常保养，保持机器及其所在房间的清洁，保障复印机正常运行；对机器在使用过程中出现的问题、故障要有详细记录，并尽快上报给主管领导以便及时处理、解决。

（十一）复印专管人员必须严格遵守保密制度，严禁泄漏任何复印患者内容，违者将严肃处理。

（十二）提倡节约，反对浪费。复印专管人员应动脑筋想办法，千方百计以最小的消耗获得最大的效益，为医院节约开支。

（十三）注意用电安全，经常检查，复印机不工作时应处于休眠或关机状态，复印室内无人时应关掉复印机并切断电源。

四、病案归档制度

（一）出院病人的电子病历和纸质病历必须在病人出院后 7 天内提交。

（二）纸质病历经由质控医生和质控护士审核无误后由病案室派专人回收。

（三）实行《病历签收单》制度，病案室与各科室接收病历时，均要逐份病案系统登记核对签收。

（四）病案室必须在病案回收后第二天整理录入归档完毕。

(五) 病案室认真检查病历的完整性及首页填写情况，并妥善保管。

(六) 病案室定期清查未归档病历，打印并下发各科室未归档者名单，每周 1 次，并及时催回病历。

(七) 要求病历 7 日归档率达到 100%，对未及时归档的科室及个人按医院相关规定处理。

(八) 任何科室和个人不得截留私藏病历。

五、病案安全防护制度

(一) 防火：病案室不准用明火、吸烟，及时切断电源，配备消防器材，灭火器。

(二) 防水、防潮：病案装箱保存上密集架或开放架放置保管。病案室密集架不直接落地，以防病案跟地面直接接触。

(三) 防尘：定时进行卫生打扫，擦拭密集架等。

(四) 防虫：定期用杀虫剂进行杀虫处理。

(五) 防光：配备遮阳设施。

(六) 防有害气体：病案室每天进行空气流动，无异味，保持空气清新。

(七) 防不适宜的温、湿度：病案室配备专业的除湿器和温度计，保持室内干燥，特别是在梅雨季节。

(八) 防盗窃、防止丢失：做好防盗门窗等防盗设施，锁好门窗。收取或归还病历做好登记工作，借阅病历办理相关手续。

(九) 防止伪造、篡改或者销毁病历资料，保护病案信息的安全性。不得随意谈论或非法借阅、使用病历资料，防止患者隐私的泄漏。

六、电子病历应用管理规范（试行）

第一章 总 则

第一条 为规范医疗机构电子病历（含中医电子病历，下同）应用管理，满足临床工作需要，保障医疗质量和医疗安全，保证医患双方合法权益，根据《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国电子签名法》、《医疗机构管理条例》等法律法规，制定本规范。

第二条 实施电子病历的医疗机构，其电子病历的建立、记录、

修改、使用、保存和管理等适用本规范。

第三条 电子病历是指医务人员在医疗活动过程中,使用信息系统生成的文字、符号、图表、图形、数字、影像等数字化信息,并能实现存储、管理、传输和重现的医疗记录,是病历的一种记录形式,包括门(急)诊病历和住院病历。

第四条 电子病历系统是指医疗机构内部支持电子病历信息的采集、存储、访问和在线帮助,并围绕提高医疗质量、保障医疗安全、提高医疗效率而提供信息处理和智能化服务功能的计算机信息系统。

第五条 国家卫生计生委和国家中医药管理局负责指导全国电子病历应用管理工作。地方各级卫生计生行政部门(含中医药管理部门)负责本行政区域内的电子病历应用监督管理工作。

第二章 电子病历的基本要求

第六条 医疗机构应用电子病历应当具备以下条件:

(一)具有专门的技术支持部门和人员,负责电子病历相关信息系统建设、运行和维护等工作;具有专门的管理部门和人员,负责电子病历的业务监管等工作;

(二)建立、健全电子病历使用的相关制度和规程;

(三)具备电子病历的安全管理体系和安全保障机制;

(四)具备对电子病历创建、修改、归档等操作的追溯能力;

(五)其他有关法律、法规、规范性文件及省级卫生计生行政部门规定的条件。

第七条 《医疗机构病历管理规定(2013年版)》、《病历书写基本规范》、《中医病历书写基本规范》适用于电子病历管理。

第八条 电子病历使用的术语、编码、模板和数据应符合相关行业标准和规范的要求,在保障信息安全的前提下,促进电子病历信息有效共享。

第九条 电子病历系统应当为操作人员提供专有的身份标识和识别手段,并设置相应权限。操作人员对本人身份标识的使用负责。

第十条 有条件的医疗机构电子病历系统可以使用电子签名进行身份认证,可靠的电子签名与手写签名或盖章具有同等的法律效

力。

第十一条 电子病历系统应当采用权威可靠时间源。

第三章 电子病历的书写与存储

第十二条 医疗机构使用电子病历系统进行病历书写，应当遵循客观、真实、准确、及时、完整、规范的原则。

门（急）诊病历书写内容包括门（急）诊病历首页、病历记录、化验报告、医学影像检查资料等。

住院病历书写内容包括住院病案首页、入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查（特殊治疗）同意书、病危（重）通知单、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查报告、病理报告单等。

第十三条 医疗机构应当为患者电子病历赋予唯一患者身份标识，以确保患者基本信息及其医疗记录的真实性、一致性、连续性、完整性。

第十四条 电子病历系统应当对操作人员进行身份识别，并保存历次操作印痕，标记操作时间和操作人员信息，并保证历次操作印痕、标记操作时间和操作人员信息可查询、可追溯。

第十五条 医务人员采用身份标识登录电子病历系统完成书写、审阅、修改等操作并予以确认后，系统应当显示医务人员姓名及完成时间。

第十六条 电子病历系统应当设置医务人员书写、审阅、修改的权限和时限。实习医务人员、试用期医务人员记录的病历，应当由具有本医疗机构执业资格的上级医务人员审阅、修改并予确认。上级医务人员审阅、修改、确认电子病历内容时，电子病历系统应当进行身份识别、保存历次操作痕迹、标记准确的操作时间和操作人信息。

第十七条 电子病历应当设置归档状态，医疗机构应当按照病历管理相关规定，在患者门（急）诊就诊结束或出院后，适时将电子病历转为归档状态。电子病历归档后原则上不得修改，特殊情况下确需修改的，经医疗机构医务部门批准后进行修改并保留修改痕迹。

第十八条 医疗机构因存档等需要可以将电子病历打印后与非

电子化的资料合并形成病案保存。具备条件的医疗机构可以对知情同意书、植入材料条形码等非电子化的资料进行数字化采集后纳入电子病历系统管理，原件另行妥善保存。

第十九条 门（急）诊电子病历由医疗机构保管的，保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 15 年；住院电子病历保存时间自患者最后一次出院之日起不少于 30 年。

第四章 电子病历的使用

第二十条 电子病历系统应当设置病历查阅权限，并保证医务人员查阅病历的需要，能够及时提供并完整呈现该患者的电子病历资料。呈现的电子病历应当显示患者个人信息、诊疗记录、记录时间及记录人员、上级审核人员的姓名等。

第二十一条 医疗机构应当为申请人提供电子病历的复制服务。医疗机构可以提供电子版或打印版病历。复制的电子病历文档应当可供独立读取，打印的电子病历纸质版应当加盖医疗机构病历管理专用章。

第二十二条 有条件的医疗机构可以为患者提供医学影像检查图像、手术录像、介入操作录像等电子资料复制服务。

第五章 电子病历的封存

第二十三条 依法需要封存电子病历时，应当在医疗机构或者其委托代理人、患者或者其代理人双方共同在场的情况下，对电子病历共同进行确认，并进行复制后封存。封存的电子病历复制件可以是电子版；也可以对打印的纸质版进行复印，并加盖病案管理章后进行封存。

第二十四条 封存的电子病历复制件应当满足以下技术条件及要求：

（一）储存于独立可靠的存储介质，并由医患双方或双方代理人共同签封；

（二）可在原系统内读取，但不可修改；

（三）操作痕迹、操作时间、操作人员信息可查询、可追溯；

（四）其他有关法律、法规、规范性文件和省级卫生计生行政部门规定的条件及要求。

第二十五条 封存后电子病历的原件可以继续使用。电子病历尚未完成，需要封存时，可以对已完成的电子病历先行封存，当医务人员按照规定完成后，再对新完成部分进行封存。

第六章 附则

第二十六条 本规范所称的电子签名，是指《电子签名法》第二条规定的数据电文中以电子形式所含、所附用于识别签名人身份并表明签名人认可其中内容的数据。“可靠的电子签名”是指符合《电子签名法》第十三条有关条件的电子签名。

第二十七条 本规范所称电子病历操作人员包括使用电子病历系统的医务人员，维护、管理电子病历信息系统的技术人员和实施电子病历质量监管的行政管理人员。

第二十八条 本规范所称电子病历书写是指医务人员使用电子病历系统，对通过问诊、查体、辅助检查、诊断、治疗、护理等医疗活动获得的有关资料进行归纳、分析、整理形成医疗活动记录的行为。

第二十九条 省级卫生计生行政部门可根据本规范制定实施细则。

第三十条 《电子病历基本规范（试行）》（卫医政发〔2010〕24号）、《中医电子病历基本规范（试行）》（国中医药发〔2010〕18号）同时废止。

第三十一条 本规范自2017年4月1日起施行。

七、住院病案首页数据填写质量规范（2017暂行）

第一章 基本要求

第一条 为提高住院病案首页数据质量，促进精细化、信息化管理，为医院、专科评价和付费方式改革提供客观、准确、高质量数据，提高医疗质量，保障医疗安全，依据《中华人民共和国统计法》、《病历书写基本规范》等相关法律法规，制定本规范。

第二条 住院病案首页是医务人员使用文字、符号、代码、数字等方式，将患者住院期间相关信息精炼汇总在特定的表格中，形成的病例数据摘要。住院病案首页包括患者基本信息、住院过程信息、诊疗信息、费用信息。

第三条 住院病案首页填写应当客观、真实、及时、规范，项目填写完整，准确反映住院期间诊疗信息。

第四条 住院病案首页中常用的标量、称量应当使用国家计量标准和卫生行业通用标准。

第五条 住院病案首页应当使用规范的疾病诊断和手术操作名称。诊断依据应在病历中可追溯。

第六条 疾病诊断编码应当统一使用 ICD-10,手术和操作编码应当统一使用 ICD-9-CM-3。使用疾病诊断相关分组（DRGs）开展医院绩效评价的地区，应当使用临床版 ICD-10 和临床版 ICD-9-CM-3。

第七条 医疗机构应当建立病案质量管理与控制工作制度，确保住院病案首页数据质量。

第二章 填写规范

第八条 入院时间是指患者实际入病房的接诊时间；出院时间是指患者治疗结束或终止治疗离开病房的时间，其中死亡患者是指其死亡时间；记录时间应当精确到分钟。

第九条 诊断名称一般由病因、部位、临床表现、病理诊断等要素构成.出院诊断包括主要诊断和其他诊断（并发症和合并症）。

第十条 主要诊断一般是患者住院的理由，原则上应选择本次住院对患者健康危害最大、消耗医疗资源最多、住院时间最长的疾病诊断。

第十一条 主要诊断选择的一般原则

（一）病因诊断能包括疾病的临床表现，则选择病因诊断作为主要诊断。

（二）以手术治疗为住院目的的，则选择与手术治疗相一致的疾病作为主要诊断。

（三）以疑似诊断入院，出院时仍未确诊，则选择临床高度怀疑、倾向性最大的疾病诊断作为主要诊断。

（四）因某种症状、体征或检查结果异常入院，出院时诊断仍不明确，则以该症状、体征或异常的检查结果作为主要诊断。

（五）疾病在发生发展过程中出现不同危害程度的临床表现，且本次住院以某种临床表现为诊治目的，则选择该临床表现作为主

要诊断。疾病的临终状态原则上不能作为主要诊断。

(六) 本次住院仅针对某种疾病的并发症进行治疗时，则该并发症作为主要诊断。

第十二条 住院过程中出现比入院诊断更为严重的并发症或疾病时，按以下原则选择主要诊断：

(一) 手术导致的并发症，选择原发病作为主要诊断。

(二) 非手术治疗或出现与手术无直接相关性的疾病，按第十条选择主要诊断。

第十三条 肿瘤类疾病按以下原则选择主要诊断：

(一) 本次住院针对肿瘤进行手术治疗或进行确诊的，选择肿瘤为主要诊断。

(二) 本次住院针对继发肿瘤进行手术治疗或进行确诊的，即使原发肿瘤依然存在，选择继发肿瘤为主要诊断。

(三) 本次住院仅对恶性肿瘤进行放疗或化疗时，选择恶性肿瘤放疗或化疗为主要诊断。

(四) 本次住院针对肿瘤并发症或肿瘤以外的疾病进行治疗的，选择并发症或该疾病为主要诊断。

第十四条 产科的主要诊断应当选择产科的主要并发症或合并症。没有并发症或合并症的，主要诊断应当由妊娠、分娩情况构成，包括宫内妊娠周数、胎数(G)、产次(P)、胎方位、胎儿和分娩情况等。

第十五条 多部位损伤，以对健康危害最大的损伤或主要治疗的损伤作为主要诊断。

第十六条 多部位灼伤，以灼伤程度最严重部位的诊断为主要诊断。在同等程度灼伤时，以面积最大部位的诊断为主要诊断。

第十七条 以治疗中毒为主要目的的，选择中毒为主要诊断，临床表现为其他诊断。

第十八条 其他诊断是指除主要诊断以外的疾病、症状、体征、病史及其他特殊情况，包括并发症和合并症。

并发症是指一种疾病在发展过程中引起的另一种疾病，后者即为前者的并发症。

合并症是指一种疾病在发展过程中出现的另外一种或几种疾病，后发生的疾病不是前一种疾病引起的。合并症可以是入院时已存在，也可以是入院后新发生或新发现的。

第十九条 填写其他诊断时，先填写主要疾病并发症，后填写合并症；先填写病情较重的疾病，后填写病情较轻的疾病；先填写已治疗的疾病，后填写未治疗的疾病。

第二十条 下列情况应当写入其他诊断：入院前及住院期间与主要疾病相关的并发症；现病史中涉及的疾病和临床表现；住院期间新发生或新发现的疾病和异常所见；对本次住院诊治及预后有影响的既往疾病。

第二十一条 由于各种原因导致原诊疗计划未执行、且无其他治疗出院的，原则上选择拟诊疗的疾病为主要诊断，并将影响原诊疗计划执行的原因（疾病或其他情况等）写入其他诊断。

第二十二条 手术及操作名称一般由部位、术式、入路、疾病性质等要素构成。多个术式时，主要手术首先选择与主要诊断相对应的手术。一般是技术难度最大、过程最复杂、风险最高的手术，应当填写在首页手术操作名称栏中第一行。既有手术又有操作时，按手术优先原则，依手术、操作时间顺序逐行填写。仅有操作时，首先填写与主要诊断相对应的、主要的治疗性操作（特别是有创的治疗性操作），后依时间顺序逐行填写其他操作。

第三章 填报人员要求

第二十三条 临床医师、编码员及各类信息采集录入人员，在填写病案首页时应当按照规定的格式和内容及时、完整和准确填报。

第二十四条 临床医师应当按照本规范要求填写诊断及手术操作等诊疗信息，并对填写内容负责。

第二十五条 编码员应当按照本规范要求准确编写疾病分类与手术操作代码。临床医师已作出明确诊断，但书写格式不符合疾病分类规则的，编码员可按分类规则实施编码。

第二十六条 医疗机构应当做好住院病案首页费用归类，确保每笔费用类别清晰、准确。

第二十七条 信息管理人员应当按照数据传输接口标准及时上

传数据，确保住院病案首页数据完整、准确。

第十六项 抗菌药物分级管理制度

定义：指根据抗菌药物的安全性、疗效、细菌耐药性和价格等因素，对抗菌药物临床应用进行分级管理的制度。

依据我院抗菌药物特点、临床疗效、安全性、细菌耐药、不良反应及药品价格等因素，将抗菌药物分为非限制使用、限制使用与特殊使用三级进行分级管理。

一、抗菌药物分级原则

（一）非限制使用级抗菌药物：经长期临床应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。

（二）限制使用级抗菌药物：与非限制使用级抗菌药物相比较，在疗效、安全性、对细菌耐药性影响、药品价格等某方面存在局限性，不宜作为非限制级药物使用。

（三）特殊使用级抗菌药物：具有明显或严重不良反应，不宜随意使用的抗菌药物；需要严格控制使用以避免细菌过快产生耐药的抗菌药物，包括某些用以治疗高度耐药菌感染的药物；新上市不足五年的抗菌药物，疗效或安全性方面的临床资料较少，并不优于现用药物的抗菌药物；价格昂贵的抗菌药物。

（四）本院“抗菌药物分级管理目录”由医院药事管理与药物治疗学委员会根据《抗菌药物指导原则》、《卫生部办公厅关于抗菌药物临床应用管理有关问题的通知》（卫办医政发[2009]38号）及《江西省抗菌药物临床应用分级管理目录（试行）》（赣卫医政字[2012]129号）规定制定，该目录涵盖全部抗菌药物，新药引进时应同时明确其分级管理级别。

二、分级管理办法

（一）明确各级医师使用抗菌药物的权限，医师和药师经规范化培训并考核合格后，授予相应级别的抗菌药物处方权或调剂资格；明确我院抗菌药物分级目录，对不同管理级别的抗菌药物使用权进行严格限定。

（二）临床选用抗菌药物应遵循《抗菌药物临床使用指导原则》。

预防感染、治疗轻度或者局部感染应当首选非限制使用级抗菌药物；严重感染、免疫功能低下合并感染或者病原菌只对限制使用级抗菌药物敏感时，可以选用限制使用级抗菌药物。

（三）患者需要使用限制级抗菌药物治疗时，应经具有中级职称医师以上专业技术职务任职资格的医师同意并签名。

（四）严格控制特殊使用级抗菌药物的使用。特殊使用级抗菌药物不得在门诊使用。住院患者病情需要使用特殊使用级抗菌药物时，应具有严格临床用药指征，由全院特殊使用级抗菌药物会诊专家库的专家进行会诊，会诊同意后由具有特殊级抗菌药物使用权限的医师开具处方。

（五）紧急情况下根据药物适应证或适应人群，临床医师可以越级使用高于权限的抗菌药物，但仅限于1天用量，并应当于24小时内补办越级使用抗菌药物的必要手续。

三、使用原则与方法

（一）总体原则：严格掌握使用指针、坚持合理用药、分级使用、严禁滥用。

（二）具体使用方法

1.非限制使用级抗菌药物所有具有抗菌药物处方权的医师均可以根据病情需要选用。

2.限制使用级抗菌药物应根据病情需要，由中级职称以上医师签名方可使用。

3.特殊使用级抗菌药物使用必须严格掌握指针，按医院《特殊使用级抗菌药物临床应用管理规定和流程》执行。

4.下列情况可直接使用限制级抗菌药物。

（1）重症感染患者：包括重症细菌感染，对非限制使用级抗菌药物过敏或耐药者，脏器穿孔患者。

（2）免疫功能低下患者伴发感染。

四、督导、考核办法

（一）药事管理与药物治疗学委员会定期开展合理用药培训与教育，督导本院临床合理用药工作；定期与不定期对各科室应用抗菌药物进行监督检查，对不合理用药情况提出纠正与改进意见。

(二) 将抗菌药物合理使用纳入医疗质量检查内容和科室综合目标管理考核体系。

(三) 检查、考核办法：定期对门、急诊处方、住院病历包括外科手术患者围手术期预防性使用抗菌药物情况进行随机抽查。

1. 门诊、急诊抗菌药物检查考核要点：

患者基本情况书写，包括年龄、性别、诊断；抗菌药物使用情况，包括名称、规格、用法、用量、给药途径、是否按抗菌药物分级管理规定用药等。

2. 住院病人抗菌药物检查考核要点：

(1) 抗菌药物开始使用、停止使用、更换品种和超越说明书范围使用时是否分析说明理由，并在病程记录上有所记录；

(2) 抗菌药物使用必须符合抗菌药物分级管理规定，当越级使用时，是否按照规定时间使用或履行相应的手续，并在病程记录上有所反映；

(3) 抗菌药物联用或局部应用是否有指征，是否有分析，并在病程记录上有所记录；

(4) 使用或更改抗菌药物前是否做病原学检测及药敏试验，并在病程记录上有所反映；对于无法送检的病例，是否已在病程记录上说明理由；

(5) 围手术期预防性使用抗菌药物的品种选择、使用时机、使用疗程等情况是否合理。

(四) 对违规滥用抗菌药物的科室及个人，医院将进行通报批评，并依据《赣州市妇幼保健院抗菌药物临床应用管理细则》进行处罚。

第十七项 临床用血审核制度

(一) 定义

指在临床用血全过程中，对与临床用血相关的各项程序和环节进行审核和评估，以保障患者临床用血安全的制度。

(二) 基本要求

1. 医务人员应当严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规

定，在临床用血管理委员会的指导下，严格执行我院血液预订、接收、入库、储存、出库、库存预警、临床合理用血等管理制度；遵循临床用血申请、审核、监测、分析、评估、改进等管理制度、机制和具体流程；遵守临床合理用血评估与结果应用制度、输血不良反应监测和处置流程，掌握急救用血管理制度和流程，保障急救治疗需要。临床用血审核包括但不限于用血申请、输血治疗知情同意、适应证判断、配血、取血发血、临床输血、输血中观察和输血后管理等环节，并全程记录，保障信息可追溯。

2. 经治医师应严格掌握输血原则和输血适应证。做到安全用血、科学用血、合理用血、节约用血。符合输血适应症的患者需要输血治疗的，应由主管医生向患者（或家属/监护人）说明输血治疗的目的、方式和风险，在征得患者（或家属/监护人）同意后，填写《输血治疗同意书》，由双方签字认可。因抢救生命垂危的患者需要紧急输血，且不能取得患者或者其近亲属意见的，须报临床科室主任、医务科、分管院长批准并在《输血治疗同意书》上注明并签字同意（不在现场可事后补签），可以立即实施输血治疗。

3. 根据我院临床输血管理工作要求，各临床科应及时、足量向输血科报出输血计划，以便输血科提前向血站报出计划。

4. 交叉配血血样必须在输血前连同《临床输血申请单》一并由医护人员或专门人员及时送达输血科备血。输血前检查单和血样须一同送检。拒检的要在《输血治疗同意书》上注明并由患者（或家属/监护人）签字确认。配血标本采集后 3 天内有效。二次以上单输血浆或血小板可不采血样。

输血申请单填写要求字迹工整、清晰，不得涂改，如有涂改需签全名确认；内容完整、详实，不得空项。

5. 医务科负责临床科室用血医师申请权限的认定和考核：临床医师被授予中级以上专业技术职务任职资格同时获得用血权限，经输血管理委员会检查发现 3 次以上不合理用血者需重新培训考核合格，方可获得用血权限。

6. 全血由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，科室主任核准签发后，报医务科批准，分管院长签字审批同意后，方

可备血。

7. 同一患者一天申请备血量少于 800 毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请、上级医师核准签发后，方可备血。

8. 同一患者一天申请备血量在 800 毫升至 1600 毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请、上级医师审核，科室主任核准签发后方可备血。

9. 同一患者一天申请备血量达到或超过 1600 毫升的，由具有中级以上专业技术职务任职资格的医师提出申请，科室主任核准签发后，报医务科批准，方可备血。

10. 以上 7、8、9 款规定，急救用血除外，但须用血后 3 天内补办手续。

11. 对 Rh(D) 阴性或其他稀有血型成分血、小量用血者(≤100ml)、机采血小板、新鲜血浆、冷沉淀、全血等，应提前 3 天预约。输血科接到输血申请单及血样复核血型无误后应尽快与血站联系，沟通结果随时通知临床科室，申请医师应告知患者或家属。

12. 大量输血前必须执行输血申请及输血会诊制度。临床输血一次用血、备血超过 2000 毫升或需输注全血或疑难输血，经治医师必须认真填写输血会诊单，需输血科医师会诊同意，由临床科主任签名，报医务科批准（急诊用血除外）。输血会诊内容应包括是否具有输血适应症，明确输血成份、用量及输血时间和输血注意事项等。

13. 输血一般采取同型输注，特殊情况可采取配合性输注。

备注：1u 红细胞=200ml，血浆按相应 ml 数计。

第十八项 信息安全管理制

定义：指按照信息安全管理相关法律法规和技术标准要求，对患者诊疗信息的收集、存储、使用、传输、处理、发布等进行全流程系统性保障的制度。

一、全院工作人应爱护计算机和网络设备，遵守计算机操作规程，严禁未经培训者和无关人员上机操作。

二、各科室负责人为第一责任人，对计算机网络安全及信息安

全负全部责任。未经医院同意，任何人不得随意安装，挪动、拆卸和外借网络设备。

三、医院 HIS 系统用户权限由医院行政职能部门根据有关规定审批，由信息科统一管理、设置。各个子系统用户权限由相应主管部门管理、设置，信息科负责技术支持工作。

四、系统操作人员妥善保管个人的工号登录密码，严禁任何人将工号登录密码泄漏给他人。医院认定工号为本人操作，造成任何不良后果，由工号所有人负全责。

五、系统管理员登陆数据库系统，必须通过网络密码校验和数据库密码双重校验，才能进入医院信息系统数据库进行数据访问。并严格执行《电子数据安全规范》的相关规定。

六、信息系统操作人员应当保守系统信息不外泄，不得非法占有、使用用户的信息资源。

七、向外部机构提供数据或者信息，需遵守医院的相关规定与国家法律法规。与其他机构共享信息资源时，需签署保密协议，确保数据不被泄露。

八、信息科对所有系统数据进行实时及定时备份。

九、严格遵守《医院中心机房管理制度》，非计算机中心工作人员禁止入内。

十、各科室内网计算机禁止私自连接国际互联网，禁止擅自安装和装卸任何软件，禁止更改计算机配置，不得利用医院范围内的网络从事危害国家安全、社会秩序、公共利益以及公民、法人、和其他组织的合法权益的活动。在工作期间，禁止做任何与业务无关的操作。

十一、医院内网计算机禁止擅自使用 U 盘、移动硬盘等外接设备，确因工作需要必须使用时，由各科负责人书面同意后，交信息科统一上机。

十二、对计算机操作过程中发生问题，应立即停止操作并保持现场，及时通知信息科计算机管理人员，由计算机管理人员予以确认解决。

(此页无正文)