

十八项核心制度

1. 首诊负责制度
2. 三级医师查房制度
3. 疑难病例讨论制度
4. 会诊制度
5. 急危重患者抢救制度
6. 手术分级管理制度
7. 术前讨论制度
8. 查对制度
9. 死亡病例讨论制度
10. 值班和交班制度
11. 分级护理制度
12. 临床“危急值”报告制度
13. 手术安全核查制度
14. 病历管理制度
15. 新技术和新项目准入制度
16. 抗菌药物分级管理制度
17. 临床用血审核制度
18. 信息安全管理

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：首诊负责制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-01		批准人：马可忠	

首诊负责制度

一、首诊医师和首诊科室的界定：

1.患者完成医院门急诊挂号并到达科室后，首位接诊医师为首诊医师，首先接诊的科室为首诊科室。

2.急危重症需抢救的患者的首位接诊医师为首诊医师，不受其是否挂号、挂号与医师、科室或专科不符的限制。

二、初诊接诊：

1.首诊医师对所接诊的患者实行首诊负责制，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。首诊医院和科室的首诊责任参照医师首诊责任执行。一律不得拒绝接诊或拒绝收治。

2.对急诊患者，首诊医师在接诊 5 分钟内开始诊疗。

3.复合伤或涉及多科室的急危重患者抢救，在未明确由哪一个科室主管之前，除首诊科室主持诊治抢救外，所有的有关科室须执行急危重症患者抢救制度，不得推诿，不得擅自离开。

4.患者转科后或需要进行检查的接诊医师履行首诊医师职责。首诊科室的首诊医师对所接诊患者，特别是对急危重症患者的急救、检查、诊断、治疗、入院、会诊、转科和转院等工作负责，直至顺利交接至下一环节。

三、初始评估：

首诊医师对所接诊的患者需要进行病情评估，通过问诊、查体、必要理化检查及参阅病史资料等对所接诊的患者作出病情评估，并及时完成门（急）诊病历。作好相关的医疗记录，保障医疗行为的可追溯。

四、门诊患者：

1.凡属本科室疾病范畴门诊患者，要按照诊疗规范诊治，符合入院条件收住院治疗。

2.凡非本科室疾病范畴患者，首诊医师应向患者做必要说明，需要换号的，导诊护士指引或陪同家属办理相关手续。

3.对诊断尚未明确的患者，应及时请上级医师会诊或提交门诊办组织门诊多学科联合会诊，首诊医师负责会诊意见汇总、处理会诊意见。

4.对超出本院诊疗科目范围内的疾病，虽无法提供诊治，但必须先评估患者病情状况，判断其是否存在急危重症情况。如果患者病情平稳，应给患者提供适当的就医建议，履行告知义务，并书

写转诊医疗记录；对急危重症需抢救的患者，应当按照急危重症患者抢救制度进行诊疗。

五、急诊患者：

1.对急诊就诊患者进行初始病情评估，判断属一般患者或急危重患者。对一般患者，工作时间分诊到相关专业科室门诊就诊，非门诊工作时间由急诊医师负责诊疗。

2.急危重患者，首诊医师应及时采取措施负责诊治，必要时，及时报告上级医师或科主任进行处理。

3.有生命危险的急危重患者，首诊医师要及时开启急诊绿色通道进行抢救。

4.非本专业疾病或患多学科疾病的急危重患者，首诊医师要及时报告上级医师，并根据情况及时请有关科室进行会诊并记录，必要时应报告科主任和医务处（非工作时间汇报至医疗总值班）。

5.经会诊仍不能确诊的病例，在未收治到其他科室之前，仍由首诊医生负责诊疗，并上报医务处（非工作时间汇报至医疗总值班）。

6.经会诊确定为非本专业疾病范畴的急危重患者，首诊医师应及时完成病情相关病历记录，并由本人或指派专人护送患者到转诊科室，与接诊科室医师进行床旁交接。接诊医师继续履行首诊医师负责制。

7.急诊留观患者，首诊医师下班前应与接班医师共同检诊患者，做好床旁交接班。

8.需要住院的急危重患者，首诊医师应负责与相关科室联系，并由本人或指派专人护送患者到病房并做好交接记录。

9.病情危重患者，首诊医师应采取紧急处置措施，同时要履行知情同意告知手续。对拒不配合诊疗的患者及其家属，应充分告知其可能出现的不良后果，做好记录并请患方签字确认。

10.非本院《医疗机构许可证》诊疗科目范围内的疾病，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，急、危、重症患者按照转院制度执行。同时患有法定传染病的急危重患者，按照传染病诊治相关规定执行。

六、组织落实监督考核：

1.医院组织开展首诊负责相关制度和 workflows 的培训考核，要求各临床、医技科室医务人员对《首诊负责制度》全员知晓。

2.医务科、护理部定期对《首诊负责制度》的执行情况进行督查，发现问题及时通报和处理，达到持续改进。

3.将《首诊负责制度》的执行情况纳入医院质量考核体系，凡不认真执行制度造成医疗差错、事故、医疗纠纷或医院经济损失，由当事人承担责任。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：三级医师查房制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-02		批准人：马可忠	

三级医师查房制度

为了确保患者得到连贯性医疗服务，不断提高医疗质量，提高各级医师的医疗水平，培养良好的医疗行为和医疗习惯，特制定三级医师查房制度。

一、三级医师构成：

1. 三级医师由主任医师（或副主任医师）、主治医师和住院医师，三个不同级别的医师组成，对住院患者按照三级医师查房要求进行查房，遵循下级医师服从上级医师，所有医师服从科主任、主任医师（或副主任医师）的工作原则。

2. 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，实行科主任、主任医师（或副主任医师）负责的三个不同级别的医师进行查房的三级医师负责制度。

二、三级医师职责：

（一）高级医师（主任医师或副主任医师）：

1. 指导、检查下级医师工作。
2. 重点解决特殊、疑难、重大抢救患者的诊断、治疗、抢救及会诊工作。
3. 其他应由高级医师确定的诊疗事项。

（二）中级医师（主治医师）：

1. 指导、检查下级医师工作。
2. 负责患者的日常诊疗和急危重患者的抢救。
3. 参与特殊、疑难、重大抢救患者的诊断、治疗、抢救及会诊工作。
4. 参加上级医师查房。
5. 其他应由主治医师确定的诊疗事项。

（三）初级医师（住院医师）：

1. 承担对住院患者的基础医疗工作，对经管患者全面负责。
2. 按照规定及时采集病史，书写病历记录等医疗文书。
3. 参加上级医师查房。
4. 负责完成各级医师的查房记录。
5. 负责落实上级医师诊疗意见。
6. 住院医师每次查房后应及时详细将查房情况、患者的生命体征和主要阳性体征及其病情变化，以及有鉴别意义的阴性体征和分析及下一步处理意见，记录上级医师查房记录，上级医师及时检查

并签字。

三、查房频次及时限

3.1 主任、副主任医师查房

每周至少 2 次，应有主治医师、住院医师、进修医师、实习医师、护士长和有关人员参加。住院期间，对一般病情的新入院患者的首次查房应在其入院 48 小时内完成。对危重患者，副主任医师以上人员应即时查房，并有查房记录。

3.2 主治医师查房

对一般病情患者的查房每周至少 3 次，应有本病房总住院医师、住院医师或进修医师、实习医师、责任护士参加，住院医师负责记录和落实诊疗计划。对危重患者应随时查房。

3.3 住院医师查房

对所管的患者，工作日每日至少查房 2 次，非工作日每日至少查房 1 次。对于危重患者、新入院患者及手术患者重点查房并增加巡视次数，发现病情变化及时处理。

四、查房内容：

（一）高级医师（主任医师或副主任医师）：

4.1.1 应及时解决疑难病例的诊断和治疗，并能体现出当前国内外最新医疗水平的进展。

4.1.2 审查新入院、疑难或危重患者的诊断、治疗计划。审查重大手术的手术条件、特殊检查及术前准备情况。

4.1.3 进行必要的教学工作，包括对各级医师的指导，重点帮助主治医师解决在诊疗工作中未能解决的问题。

4.1.4 抽查医嘱执行情况与病历书写质量。

4.1.5 听取医师医疗工作及管理方面的意见，提出解决问题的办法或建议。

（二）中级医师（主治医师）：

4.2.1 对主管的患者进行系统查房，确定诊断及治疗方案、手术方式、检查措施，了解病情变化及疗效判定。

4.2.2 对危重患者应随时进行巡视检查和重点查房，如有总住院医师、住院医师邀请应随喊随到，提出有效和切实可行的处理措施，必要时进行晚查房。

4.2.3 对新入院患者必须进行新患者讨论，对诊断不明或治疗效果不好的病例，进行重点检查与讨论，查明原因。

4.2.4 疑难危急病例或特殊病例，应及时向科主任汇报并安排上级医师查房。

4.2.5 对常见病、多发病和其他典型病例进行每周一次的教学查房，结合实际，系统讲解，不断提高下级医师的业务水平。

4.2.6 检查病历、各项医疗记录、诊疗进度、医嘱执行情况、治疗效果等发现问题，纠正错误。

4.2.7 检查总住院医师、住院医师、进修医师医嘱，避免和杜绝医疗差错事故的发生，签发会诊单、特殊检查申请单、特殊药品处方，检查病历首页并签字。

4.2.8 处理患者的出院、转科、转院等问题。

4.2.9 注意倾听医护人员和患者对医疗、护理、生活饮食、医院管理等各方面的意见，协助护士长搞好病房管理。

（三）初级医师（住院医师）：

4.3.1 要求重点巡视危重、疑难、新入院、诊断不清及术后患者，同时有计划地巡视一般患者。

4.3.2 审查各种检查报告单，分析检查结果，提出进一步检查和治疗的意见。检查医嘱执行情况，修改医嘱及开特殊检查医嘱。听取患者对治疗和生活方面的意见并提出建议。

4.3.3 向实习医师讲授诊断要点、体检方法、治疗原则、手术步骤、疗效判定及医疗操作要点，分析检查结果的临床意义。负责修改实习医师书写的病历，帮助实习医师做好新入院患者的体格检查及病历书写工作。

4.3.4 做好上级医师查房的各项准备工作，介绍病情或报告病例。住院医师要详细记录上级医师的诊疗意见，认真执行上级医师的指示，并及时向上级医师报告，负责书写病历相关内容，要求对危重患者随时检查并记录。

五、其他注意事项：

1. 查房准备：初级医师应做好病历、影像学资料、化验检查报告、所需检查器材等准备工作，特殊情况及时请示上级医师。

2. 站位规定：高级医师站立于患者右侧，中级医师站立于高级医师右侧，初级医师站立于患者左侧，与高级医师相对；护理人员站立于床尾，其余相关人员站于周围。

3. 查房程序：初级医师报告病历摘要、目前病情、检查化验结果、诊疗情况及需要解决的问题，中级医师补充病情、诊疗情况说明，高级医师确定诊疗方案。

4. 感控要求：查房前后应严格执行《手卫生规范》。

5. 医师查房应尊重患者、注意仪表整洁、保护患者隐私、加强与患者沟通，按照查房要求、流程进行规范查房。查房时要自上而下逐级严格要求，严谨的态度，认真负责。

6. 手术患者须由主刀者在术前和术后 24 小时内亲自进行查房。

六、三级查房制度落实督查：

1. 组织开展三级查房相关制度和 workflows 的培训，相关科室医务人员对《三级查房制度》全员知晓。

2. 医务科、质控科、护理部、药事管理委员会定期对《三级查房制度》执行情况进行考核，检查医务人员的知晓、执行情况，做到持续改进。将《三级查房制度》的考核情况纳入医院质量考核体系。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：疑难病例讨论制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-03		批准人：马可忠	

疑难病例讨论制度

一、疑难病例范围：参与讨论的疑难病例从以下几种情况中进行选择，原则上每个病区每月至少两例疑难病例讨论。

1. 入院 72 小时（3 天内）不能确诊或诊疗方案难以确定的病例。
2. 疾病在应有明确疗效周期内未能达到预期疗效。
3. 非计划再次住院和非计划再次手术的患者。
4. 出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症、院内感染等。
5. 病区内经积极抢救仍未脱离危险的患者。
6. 病情复杂或不稳定或疗效极差，涉及多个学科的疑难杂症。
7. 病情危重需要多科协作抢救的患者。
8. 涉及重大疑难手术或需再次手术治疗的患者。
9. 罕见病例。
10. 住院期间有医疗纠纷争议倾向等需要讨论的病例。
11. 本科室其他需要讨论的病例。

二、参加人员：

1. 讨论须由科主任或副主任主持，病例相关医疗组全体成员必须参加，病历中应详细记录。讨论前经治医师应准备好相关材料，必要时检索文献。

2. 必要时，邀请相关科室的医务人员参加；特殊情况下，医务科参加讨论。

3. 原则上参加疑难病例讨论人员中，应当至少有三名主治医师及以上专业技术职务任职资格。

4. 解决疑难病例所需要的诊疗能力或医疗设备条件，超出本科室或本院的诊疗范围或能力范围，应邀请相关科室或医院外人员参加疑难病例讨论。

三、讨论程序：

1. 经治医师负责收集病历资料，并通知参加病例讨论人员。

2. 疑难病例讨论原则上由科主任主持，科主任不在院期间由其指定科室负责人主持讨论；患者病情复杂、症状体征超出本科常见症状体征范围，需要多学科共同参与的，或有院外人员参加的，应由医务科人员主持。

3. 由经管医师汇报病史。

4. 依次由参加病例讨论的实习规培医师、住院医师、主治医师、副主任医师、主任医师及护理、

药学、医技等相关人员发言，对疾病诊治提出自己的观点，明确目前诊疗方面存在的困难和问题。

5. 由主持人进行汇总分析，确定诊疗计划。

6. 对科内讨论不能明确诊治方案的患者，应报告医务处，组织全院相关科室联合会诊，或请院外专家会诊。相关讨论过程和结论应记入病例。

四、记录内容：

1. 患者基本信息、科别、床号、住院号、入院时间、入院诊断等相关信息。

2. 病例讨论时间、地点、主持人、参加人（其他科室人员应注明学科、职称）、病历摘要、各级人员发言要点、讨论结论（主要指后续诊疗方案）、记录人等。

3. 上述内容记录于《疑难病例讨论记录本》。

4. 讨论形成一致性的结论，记入病历病程记录中。

5. 参加讨论人员签名，主持人审核并签字。

五、制度落实执行监督检查：

1. 制定、完善医院《疑难病例讨论制度》、配套制度及工作流程，组织开展疑难病例讨论相关制度和 workflows 的培训，要求各临床、医技科室医务人员对《疑难病例讨论制度》全员知晓，并落实执行。

2. 对诊断或治疗中存在疑难问题的病例应进行讨论，尽早明确诊断，完善诊疗方案，制定最佳治疗方案，提高诊断率、治愈率和抢救成功率，并通过疑难病例讨论培养各级医师不断提高诊疗水平。

3. 医务科、护理部定期对《疑难病例讨论制度》进行考核，检查医务人员的知晓、执行情况，并将《疑难病例讨论制度》的相关内容纳入医院质量考核体系，有持续改进的相应措施，达到持续改进。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：会诊制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-04		批准人：马可忠	

会诊制度

凡遇疑难危重病例、涉及多学科的跨科疾病在诊断、抢救、治疗过程中，或开展高新技术、高难度手术过程中，入院 3 天不能确诊的及其他特殊情况等需要他科医师或上级医师指导或协助时，应及时申请会诊。应邀参加会诊的医师应本着对患者负责的严肃态度全力配合，积极提供有助于诊断和救治的意见和建议，在会诊记录单上应有详细记录。具体规定及要求如下：

1. 申请会诊的科室应严格掌握会诊指征，申请科室应在会诊医师到达前做好充分准备（如病历，病情简介、各种检查、化验报告单，X 光片，CT 片，MRI 片等以及会诊中可能需要的特殊器械如骨穿包、气管切开包、胸腔闭式引流瓶等），科室或个人不得以任何理由或借口拒绝按正常途径邀请的各种会诊要求。

2. 会诊医师应由主任医师、副主任医师、主治医师或具有独立工作能力的高年资医师（如总住院医师）担任，日常科间会诊、急会诊由具有会诊资质的总住院医师完成。进修、轮转、实习医师及其他不具有资质的医师不得独自承担会诊任务。会诊医师如遇自己无法解决的疑难问题，应主动请本科室上级医师协同处理，确保诊疗质量。应邀科室尽量做到职称职位同级对等邀请并陪同的原则。

3. 会诊种类与程序

3.1 院内普通会诊

3.1.1 科内会诊：入院 3 天不能确诊或疑难危重患者，由该治疗组上级（主治或以上）医师提出，主任组织科室有关医务人员进行科内讨论。

3.1.2 科间会诊：患者病情超出本科室专业范围，需要其他专科协助诊疗者，应申请科间会诊。经管住院医师填写会诊申请单，提出会诊要求和目的，经本科室主治或主治以上医师审批同意后，通知应邀科室。一般会诊应邀科室会诊医师必须在 24 小时内前往会诊，申请科室应对等接待会诊医师，以便共同讨论。会诊医师应将会诊意见记录在会诊申请单上。

3.1.3 全院大会诊：科内会诊及科间会诊不能解决问题时，主治医师应及时向主任请示病例讨论或院内大会诊。决定进行院内大会诊时，主治医师应提前半个工作日通过 OA 工作流-医务处-医务处多学科联合会诊申请单提交全院大会诊申请，经医务处审批同意，确定参加人员和时间，通知相关科室人员参加。全院大会诊一般由申请科室主任或副主任主持，医务处列席参加。申请会诊科室准备好书面患者病情介绍、资料，发给每位会诊的医师，以提高会诊效率。

3.1.4 门诊疑难病例会诊：凡在我院门诊连续诊治 2 次以上，病因不明、疗效不佳或诊治涉及多个专科（3 个以上），外院转诊等疑难病例，接诊医师引导患者到门诊部提交多学科联合会诊申请，

并在门诊病历上写明本科情况和处理意见，提出邀请会诊的科室。由门诊部通知医务处召集相关专家，在门诊部办公室进行会诊，由申请会诊医师书写会诊意见（详见多学科联合门诊管理制度）。

3.2 院内急会诊

3.2.1 急诊科间会诊：在治疗或抢救急、危、重症患者时，遇必须立即经会诊解决的紧急、疑难问题等情况时申请。受邀科室会诊医师应在接到通知后 10 分钟内到达会诊现场，不得拖延。如会诊医师遇到无法处理或因抢救、手术等无法及时到达时，应及时报告本科室上级医师或二线班医师参加会诊。

3.2.2 急诊全院大会诊：遇病情突变、手术中突发紧急情况、危重患者抢救、成批伤病员、特殊或重大灾害事故及突发公共卫生事件等情况，需多科室急会诊共同诊治时可申请。由申请科室负责人（或主任、副主任医师）以电话形式报告医务处或医疗总值班（非上班时间），必要时向分管副院长报告。由医务处或医疗总值班通知相关科室。会诊医师接到通知后应迅速前往会诊。

3.3 院外会诊

任何医师未经医务处批准，不得擅自外出会诊、手术；不得以任何理由私自邀请院外专家来院会诊、手术。

3.3.1 请院外会诊：经院内会诊后确实无法解决的疑难、危重或特殊病例及必须院外专家会诊的病例可申请外院会诊。需向患者及家属说明会诊的目的、费用，征得其同意并签字（在病程记录中注明）。经管医师通过 OA workflow-医务处-外院医师会诊邀请函提交申请，经科主任签字后交医务处审核批准。由申请科室联系有关单位，商定会诊专家和时间。如遇急会诊，申请科室可先与医务处电话联系，事后再补办会诊手续。

会诊时相关科主任或教授需陪同外院专家，医务处酌情派人参加或主持。任何人不得私自请外院专家来院会诊、手术。

3.3.2 外出会诊：外院邀请我院医师会诊时，必须由邀请医院医务部门与我院医务处联系，经医务处领导审批同意后，安排副主任或以上职称医师前往，或进行书面会诊、远程会诊。任何人不得私自外出会诊（私自外出者，发生的医疗纠纷或交通事故等其它意外情况，由外出应诊医师本人承担全部责任）。

3.5 远程会诊

若因医疗诊断治疗所需，或患者及家属有远程会诊需求，可由管床医师与医务处联系申请远程会诊，在我院有合作协议的机构或医院完成远程会诊服务。具体详见制度汇编中《远程医疗会诊管理制度》。

4. 会诊时限

普通科间会诊一般应在 24 小时内完成；急会诊要求会诊医师接到通知后 10 分钟内赶到会诊现场；医务处组织的全院大会诊或多科室会诊以医务处安排时间为准。

5. 会诊记录书写规定

5.1 会诊申请单

完善《襄阳市中心医院医务处多学科联合会诊申请单》中患者姓名、科室、床号、住院号、病历资料、会诊目的、是否组织科内讨论、拟参与会诊科室、申请医师和申请时间等内容。提交申请

后经科主任和医务处审批完成 OA 审批流程。

5.2 会诊意见记录

5.2.1 科间会诊由会诊医师负责书写；全院大会诊由参加会诊医师分别阐述会诊意见，经管医师按照病历书写的要求及时书写《多学科联合诊疗记录》，完善签字后提交主持人审核签字。

5.2.2 会诊意见记录应包含会诊医师所在的医疗机构名称(外院)和科别、会诊医师级别、会诊时间、会诊意见及会诊医师签字。

5.2.3 会诊医师不能决定的问题应请示本科室上级医师或带回科室讨论。

6. 会诊制度培训及督查

1. 组织开展会诊相关制度和 workflows 的培训。相关科室医务人员对《会诊制度》全员知晓。

2. 医务处、病案统计科会定期对《会诊制度》进行考核，检查医务人员的知晓、执行情况，达到持续改进。将《会诊制度》的纳入医院质量考核体系。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：急危重患者抢救制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-05		批准人：马可忠	

急危重患者抢救制度

一、急危重患者：

1. 患者急性起病，诊断未明，根据其症状的诊疗流程，必须立即处置，否则可能导致重要脏器功能损害或危及生命。

2. 患者急性起病，诊断明确，根据诊疗规范，必须立即处置，否则可能延误最佳治疗时机或危及生命，如有明确治疗时间窗的疾病。

3. 患者生命体征不稳定并有恶化倾向。

4. 出现检验或检查结果危急值，必须紧急处置的患者。

5. 患者出现其他预计可能出现严重后果，必须紧急处置的病情。

二、抢救资源：

1. 抢救人员：

(1) 所有医务人员须具有接受抢救技能的培训，掌握急危重患者抢救的基本理论、基础知识和基本抢救操作技能（包括但不限于心肺复苏等），具备独立抢救能力。

(2) 急诊等专科抢救人员，需要掌握包括心包穿刺术、气道开放技术、动/静脉穿刺置管术、心电复律、呼吸机使用等抢救技能，建立医院抢救小组，紧急状态时能立即到位、开展抢救。

2. 抢救药品：根据医院常见急危重疾病的抢救流程和常见急危重疾病抢救时需要在极短时间内应用的药物进行配备，可以包括但不限于心肺复苏药物、呼吸兴奋药、血管活性药、利尿及脱水药、抗心律失常药、镇静药、止血药、平喘药等。

3. 抢救设备：根据医院常见危急重症疾病抢救时需要配备的设备进行配置，包括但不限于吸氧设备、简易呼吸器、除颤设备、心电图机、心电监护仪、负压吸引设备、心肺支持设备、洗胃机、便携式超声仪和快速床旁检验设备等。

4. 临床科室设置抢救室和抢救床位。

5. 抢救设备放置于固定的、便捷可及的位置，定期维护和巡查，始终保持待用状态；各科室医务人员知晓抢救设备位置、使用方法，知晓抢救设备缺乏或故障时替代设备的调配流程。

6. 抢救药品种类和数量能满足医院常见的急危重症患者抢救需要；各科室医务人员知晓抢救用药使用流程、补药流程和应急预案。

三、抢救资源调配：

1. 医院建立抢救资源相关配置制度，保证抢救人员、药品、设备等按科室医疗区域需要进行合理配置。

2. 当相关的抢救人员、药品、设备等抢救资源不能满足本科室区域临时抢救所需时，医院有相关紧急调配制度，保证人员、药品、设备等抢救资源能够迅速调用，形成固定的紧急调配流程，并定期进行演练。

3. 紧急调配机制包括但不限于以下几项：

（1）有人员紧急调配的制度、规定和执行方案，定期演练，可建立医院应抢救小组，小组成员均有相应资质、抢救技能；

（2）有抢救用药保障制度；有应急床位统一调配机制；

（3）有医疗设备紧急调配制度，并定期演练；

（4）有多科室紧急抢救协作制度，急救服务体系中相关部门（包括急诊科、各临床及医技科室、药房、挂号收费等）责任明确。

四、急危重患者抢救绿色通道：

1. 绿色通道是指医院为急危重症患者提供的快捷高效的服务系统。

2. 绿色通道救治患者的理念：以患者为中心，对急、危重症患者按照“优先处置转运”及“先及时救治，后补交费用”的原则救治，确保急诊救治及时有效。

3. 医院有各部门间的协作机制，职责任务明确，参与救治人员符合资质。

4. 进入绿色通道的患者或机制包括但不限于以下内容：

（1）绿色通道患者：可疑传染病患者、重点病种患者（包括但不限于，严重创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭等）的紧急救治和转诊；

（2）流程绿色通道：如院前、分诊、就诊、会诊、手术、药物治疗、输血治疗、检验、影像学检查、收治入院、转运等环节优先处理的机制，突发应急事件处理流程；

（3）财务绿色通道，先抢救后付费制度；

（4）绿色通道标识。

五、转诊服务：

1. 转运前，应完成患者评估，履行告知义务，根据评估结果决定转运方式。转运途中配备可及的生命支持设备，医院间的转运由“120”救护车来完成。

2. 转送患者要有完善的病情与资料交接，保障患者得到连贯抢救。

3. 有与相关合作医院建立转接服务的机制。

六、抢救原则：

1. 在抢救急危重患者时，必须规范执行抢救流程和预案。

2. 抢救工作要及时、有效、准确、无误。

3. 急危重患者抢救必须及时通知科主任、医务科或者总值班。

七、组织分工：

1. 急危重患者抢救原则上由科主任主持。科主任不在场时，由现场专业技术职务最高的医师主持抢救工作，但必须及时通知科主任。

2. 特殊患者或需多学科协同抢救的，应及时邀请相关科室参加抢救，必要时报告医务处、护理部或分管院长。

3. 根据会诊意见，由可能威胁到患者生命最主要的疾病所属专业科室接收患者，并负责组织抢救，如落实救治科室存在争议，应立即通知医务处或医疗总值班协调确认。

4. 需跨科抢救的急重危患者，由患者所在科室科主任或现场专业技术职务最高医师主持抢救工作，特殊情况可邀请医务处或医疗总值班参与协调。

5. 抢救工作期间，药房、检验、放射或其他特检科室，应满足临床抢救工作需要，不得以任何借口加以拒绝或推迟，物资设备、后勤保障科室应保证水、电、气等供应。

八、医嘱、抢救记录：

1. 医嘱：

(1) 一般情况下，医师不得下口头医嘱，如因情况紧急需下达口头医嘱，护理人员执行时应复诵一遍，并与医师核对药品后执行，防止发生差错事故。

(2) 抢救结束后 6 小时内医师据实补记医嘱。

2. 抢救记录：

(1) 抢救患者时原则上应边抢救边记录。

(2) 因抢救急危患者，未能及时记录，应在抢救结束 6 小时内据实补记，加以注明。

(3) 抢救记录内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名、职称等，要做到及时记录。

(4) 抢救记录要完整、准确、无误、及时，时间精确到分钟。

(5) 抢救患者时，经治医师应及时向患者家属或授权委托人进行充分沟通告知患者病情及预后，履行知情告知手续，必要时下达病危通知书，患者家属或授权委托人需要签署意见并签名。病危通知书一式两份，分别交患方、病历存档。

九、抢救结束后其他事项：

1. 所有使用后的药品安瓿，需经二人核对后方可弃去。

2. 抢救结束后，要及时清理、核查、消毒、补充各种抢救器材及药品，并物归原处，完善记录。做到药品、物品、器械完好率 100%，以备再用。房间进行终末消毒。

十、制度落实执行监督检查：

1. 制定、完善医院《急危重患者抢救制度》、配套制度及工作流程，组织开展急危重患者抢救相关制度和 workflows 的培训，要求各临床、医技科室及药剂科、设备科医务人员对《急危重患者抢救制度》全员知晓，并落实执行。

2. 医务人员对急危重患者不得以任何借口推迟抢救，必须全力以赴，分秒必争，做到严肃、认真、细致、准确，各种记录及时全面。涉及到法律纠纷的，要报告有关部门。

3. 参加急危重患者抢救的医护人员必须明确分工，各司其职，无条件服从主持抢救人员的医嘱，但对抢救患者有益的建议，可提请主持抢救人员认定后用于抢救患者，不得以口头医嘱形式直接执行。

4. 参加抢救工作的护理人员应在护士长领导下，执行主持抢救人员的医嘱，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。

5. 严格执行交接班制度和查对制度，日夜应有专人负责，对病情抢救经过及各种用药要详细交

待。

6. 医务处、护理部、药学部、设备科等部门定期对《急危重患者抢救制度》进行考核，检查医务人员的知晓、执行情况，将《急危重患者抢救制度》的相关内容纳入医院质量考核体系，有持续改进的相应措施，达到持续改进。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：3
		生效日期：2023 年 2 月 15 日	
主 题：手术分级管理制度		编制人：曹波	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-06		批准人：马可忠	

手术分级管理制度

为加强我院手术分级管理，提高手术质量，保障医疗安全，根据国家卫生健康委办公厅《关于印发医疗机构手术分级管理的通知》（国卫办医政发〔2022〕18号），结合我院实际，制定襄阳市中心医院手术分级管理制度。

1. 组织管理

医院手术分级管理实行院、科两级负责制。院长是医院手术分级管理的第一责任人；手术相关临床科室主要负责人是本科室手术分级管理的第一责任人。医院技术临床应用管理委员会负责手术分级管理，具体工作由医务处负责。

2. 手术分级管理

2.1 根据手术风险程度、难易程度、资源消耗程度或伦理风险不同，手术分为四级：

一级手术是指风险较低、过程简单、技术难度低的手术；

二级手术是指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术；

三级手术是指风险较高、过程较复杂、难度较大、资源消耗较多的手术；

四级手术是指风险高、过程复杂、难度大、资源消耗多或涉及重大伦理风险的手术。

2.2 医院根据手术级别、专业特点、术者专业技术岗位和手术技术临床应用能力及培训情况综合评估后，授予手术医师相应的手术权限，实行手术分级授权动态调整制度，三、四级手术应当逐项授予术者手术权限，手术授权原则上不得与术者职称、职务挂钩。医务处定期对本院开展的手术效果和手术并发症等情况进行评估，动态调整手术分级管理目录。

2.3 所有符合条件、未完成初次申请授权的手术医师应在 OA 工作流医务处下方权限审批中填写《襄阳市中心医院手术医师资质授权申请表（初次申请）》进行手术授权审批；对于已完成初次申请授权的医师，经科室质量与安全管理小组综合评估后，将医师授权信息情况统一填写在《襄阳市中心医院手术医师授权信息表》，将此表上传 OA 工作流《襄阳市中心医院手术医师定期能力评价与再授权审批表》附件，提交至医务处及医院医疗技术临床应用管理委员会签署审批，审批通过后由信息中心进行权限维护。

2.4. 开展的省级以上限制类医疗技术中涉及手术的项目，应当按照四级手术进行管理。

2.5. 手术按照已确定的手术人员分工进行，不得越级手术。手术中根据病情需要扩大手术范围，或改变预定术式，需请示上级医师，按照医师分级手术范围规定进行手术。施行越级手术时，需经

科主任批准并必须有上级医师在场指导。除正在进行的手术需请示上级医师指导情况之外，上级医师不得未经给患者查房或会诊、未参加术前讨论，而直接参加手术。

3. 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以及不同情况、不同类别手术的审批权限。

3.1 常规手术

3.1.1 四级手术：科主任审批，由高年资副主任医师以上医师签发手术通知单。

3.1.2 三级手术：科主任审批，由副主任医师以上医师签发手术通知单。

3.1.3 二级手术：科主任审批，高年资主治医师以上人员签发手术通知单。

3.1.4 一级手术：主管的主治医师以上医师审批，并可签发手术通知单。

3.2 高度风险手术

高度风险手术是指存在高度风险的任何级别(一级、二级、三级、四级)的手术和介入、麻醉。包含：70岁以上高龄患者的手术，重大手术(四级手术、显微手术，新开展手术、科研手术等，详见附表重大手术目录。)、特种手术(毁容或致残手术和器官摘除手术)，已经或预期可能引起医患或司法纠纷的、在本院发生的因手术后并发症需再次手术的情况以及我院开展的第二类医疗技术和第三类医疗技术等项目。

高度风险手术须经科内讨论，科主任签字同意后报医务处，由医务处审批或提交主管副院长审批，新开展手术、科研手术还需履行其它审批手续。获准后，手术科室科主任或高年资副主任以上医师负责签发手术通知单。

3.3 紧急手术

紧急手术原则上应由具备实施该项手术资格的医师主持手术，在紧急抢救生命的情况下，如需施行的手术超出自己的手术权限，而上级医师暂时不能到场主持手术期间，手术医师应立即口头请示。任何级别的值班医师在不违背上级医师口头指示的前提下，有权、也必须按具体情况主持其认为合理的抢救手术，不得延误抢救时机。

3.4 其他特殊手术

3.4.1 被手术者系执外国或港、澳、台护照的人员；

3.4.2 被手术者系特殊保荐对象、著名专家学者、知名人士及各党派负责人；

3.4.3 已经或预期可能引致医患或司法纠纷的；

3.4.4 在本院发生的因手术后并发症需再次手术的；

3.4.5 外院医师会诊主持的手术；

3.4.6 其它未考虑到的情况。

上述特殊手术或手术的特殊情况按高度风险手术管理和审批，上述1、2种情况还要上报襄阳市卫健委（或其他相关部门）。

4. 行政管理

4.5.1 各科室和各级医师必须严格执行本制度。

4.5.2 在急诊手术、探查性手术或非预期的中转手术中，如必须施行超手术权限的手术时，在不影响患者安全的前提下，应请示上级医师，如有必要应报科主任及医务处，术毕一周内补办相关

手续。

4.5.3 对违反本规范超权限手术的责任人，一经查实，将追究责任人的责任；对由此而造成医疗事故的，依法追究相应的责任。

明确各级医师手术权限，是规范医疗行为，保障医疗安全，维护患者权益的有力措施，各临床科室及各级医师必须严格遵照执行。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：术前讨论制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-07		批准人：马可忠	

术前讨论制度

一、术前讨论病例范围：

除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外，所有需实施手术的病例均需进行术前讨论。

二、术前讨论范围：

（一）住院手术：

1. 术前讨论模式：手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论、全科讨论、多学科联合讨论。
2. 临床科室根据本科室开展的手术项目及级别确定本科室术前讨论范围。
3. 临床科室根据手术分级目录、科室人员（医疗团队）配置、技术水平、既往手术效果等情况，确定各类各级手术术前讨论的模式，科主任审批后实施。
4. 新开展手术、高龄患者手术、高风险手术、肢残手术、非计划二次手术、可能存在或已存在医患争议或纠纷的手术、患者伴有重要脏器功能衰竭的手术，应当纳入全科讨论范围。

（二）日间手术：

1. 因日间手术患者即住院患者，应按照住院手术患者规定进行术前讨论。
2. 根据病情按照手术组讨论或医师团队讨论等形式进行。

（三）门诊手术：

1. 由参加门诊手术的医师及相关人员在术前共同讨论。
2. 在门诊病历记录讨论记录，包括但不限于适应症、禁忌症、手术方式、麻醉方式、注意事项等内容。

三、术前讨论原则：

1. 手术医师必须参加术前讨论。
2. 全科讨论由科主任或其授权的最高级别医师主持，全科医护人员参加。
3. 患者手术涉及多学科或可能发生手术合并症的，邀请相关科室和医务科人员参加，或事先完成相关科室的会诊。
4. 疑难、高危、致残、特殊手术及新技术和新项目手术、外请专家开展手术均须报医务科批准，由医务科主持术前讨论，邀请相关科室人员参加。

四、术前讨论的记录形式和内容：

- 4.1 患者病情较重、手术难度较大（三、四级手术）、《重大手术报告审批制度》中规定的重大手术、科室认为需重点讨论的其他手术，填写术前讨论记录。

4.2 患者病情较轻、手术难度较小（一、二级手术）、科室认为手术风险较小，已列入常规进行的手术，填写术前小结。

4.3 术前讨论的内容包括但不限于以下几项：

4.3.1. 患者术前病情

4.3.2. 临床诊断和诊断依据；

4.3.3. 手术指征与禁忌症、拟行术式及替代治疗方案；

4.3.4. 手术风险评估；

4.3.5. 术中、术后注意事项，可能出现的风险及应对措施；

4.3.6. 术中可能出现的手术方式、手术范围、麻醉方式改变；

4.3.7. 术前准备情况；

4.3.8. 是否需要分次完成手术；

4.3.9. 围手术期护理具体要求；

4.3.10. 麻醉方式与麻醉风险等。

五、术前讨论注意事项：

1. 术前讨论前经治医生应准备必要、充足的资料，包括化验、造影、CT 等，有重点地介绍病情，并提出自己或专业小组的诊断及治疗方案，必要时检索有关资料。

2. 各级医师按职称由低到高顺序充分发言，提出自己的意见和见解。主持人最后总结，完善制定出治疗手术方案、术中、术后观察事项、护理要求、确定手术人员及时间。

3. 术前讨论的结论需记录在病历记录中，讨论主持人审阅签字。各级医师必须遵守落实术前病例讨论制定的诊疗手术方案，不得擅自更改。

4. 确定进行术前谈话者应有术者参加，医师应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告诉患者，及时解答患者的咨询，避免对患者产生不利的后果。

5. 术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。

6. 术中因需要改变手术方式或扩大手术范围或改变麻醉方式时，应进行现场讨论，必要时请示科主任，并与患者家属进行充分沟通，履行知情同意告知手续后方可进行。

六、术前讨论制度执行督查：

1. 医院组织开展术前讨论相关制度和 workflows 的培训。临床科室医务人员对《术前讨论制度》全员知晓。

2. 医务科、质控科定期对《术前讨论制度》进行考核，检查医务人员的知晓、执行情况，达到持续改进。将《术前讨论制度》执行情况纳入医院质量考核体系。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：查对制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-08		批准人：马可忠	

查对制度

一、医嘱查对：

1. 开具医嘱时，应查对患者姓名、性别、住院号等。
2. 应班班查对医嘱。夜班查对当日医嘱；总查对由护士长组织，每周 1 次。其内容包括医嘱单、执行卡、各种标识（饮食、护理级别、过敏、隔离等）。
3. 查对、处理医嘱者，须签全名。
4. 对转抄医嘱须由另外一人核对。转抄医嘱者与查对者均须签名。
5. 抢救患者时，医师下达口头医嘱，执行者须完整复述一遍，经医师复核无误后，方可执行。抢救完毕，医师应在 6 小时内补开医嘱并签名。
6. 查对时有疑问的医嘱，必须与医师核对无误后，方可执行和转抄。

二、服药、注射、输液、处置查对：

1. 必须严格执行“三查八对”。
 - （1）三查：摆药后查；服药、注射、处置前查；注射、处置后查。
 - （2）八对：对住院号/门诊号、姓名、药名、剂量、浓度、时间、用法、有效期。
2. 至少同时使用两种患者身份信息（如身份证号、姓名、住院号、出生年月等）确认患者身份，禁止将房间号或床号作为识别依据。
3. 对意识不清、语言交流障碍等无法陈述姓名的患者，由陪同人员陈述患者身份信息，并及时佩戴腕带。对无法陈述姓名且无人陪伴的患者，可临时采取其他方式标记其身份（如无名氏+性别+来院时间等），并佩戴腕带，由双人查对确认。
4. 清点药品和使用药品前要检查药品质量，水剂、片剂注意有无变质，安瓿、注射液瓶有无裂痕；密封铝盖有无松动；输液袋有无漏水；药液有无浑浊和絮状物；有效期和批号有无超期。如不符合要求或标签不清者，不得使用。
5. 摆药后必须经第二人核对无误后，方可执行。
6. 易致过敏药物，给药前应询问有无过敏史。使用特殊管理药品及高警示药品时，应严格执行相关文件规定，经过双人核对，特殊时间段，本岗位仅有一人时，采用单人两次复核查对和两次签字。用后保留空瓶及时交回药房。给多种药物时，要注意有无配伍禁忌。
7. 发药、注射时，患者如提出疑问，应及时检查，核对无误后方可执行。
8. 输液瓶加药后要在标签上注明药名、剂量，并留下空瓶，经另一人核对并在药袋或药瓶上签名后方可使用。

三、输血查对：

1. 交叉配血查对：

(1) 认真核对交叉配血单，患者血型化验单上的出生年月、姓名、性别、住院号。

(2) 抽血时要有 2 名护士（只有 1 名护士值班时，由值班医师协助），1 人抽血，1 人核对，核对无误后方可执行。

(3) 抽血（交叉）前须在盛装血标本的试管上粘贴写有科室、住院号、患者姓名等的条形码，条形码字迹必须清晰无误。

(4) 抽血时对化验单与患者身份有疑问时，应与经治医师重新核对，确认无误后，方可执行；如发现错误，应重新填写化验单和条形码，切勿在错误化验单和错误条形码上直接修改。

(5) 血液标本按要求抽足血量，不得从正在补液肢体的静脉中抽取。

(6) 血型鉴定和交叉配血试验，2 人工作时要“双查双签”，1 人工作时要重做 1 次。使用条形码进行核对。

2. 取血查对：

(1) 输血科应对血袋包装核查：血站名称及其许可证号；献血者姓名（或条形码）、血型；血液品种；采血日期及时期；有效期及时间；血袋编号（或条形码）；储存条件。

(2) 取血者应与发血者共同查对：患者姓名、性别、住院号、编号、输血数量、血型等是否与交叉配血报告单相符；血液效期及外观。

(3) 血袋须放入专用容器内取回。

(4) 血液自血库取出后勿振荡、加温，勿放入冰箱速冻，并在自取出后半小时内开始输注，2 小时内输完。

3. 输血过程查对：

(1) 输血前查对。须由 2 名医护人员核对，确保医嘱单、输血记录单、血型单、血袋标签上的信息完全一致；严格执行“三查八对”：三查，即查血液有效期、血液质量、输血装置是否完好。八对，即对出生年月、姓名、住院号、血袋号、血剂量、血液种类、血型及交叉配血结果的各项内容；让患方陈述患者姓名及血型，确认无误；核对交叉配血报告单：患者出生年月、姓名、住院号、血型、血量；供血者的姓名、编号、血型；供血者与患者的交叉相容试验结果；血袋上标签的姓名、编号、血型与交叉配血报告单上是否相符；检查血袋上的采血日期、有效期，血液有无外渗，血液外观质量，确认未过期、无溶血、无凝血、无变质后方可使用；所用的输血器及针头是否在有效期内。

(2) 输血时查对。须由 2 名医护人员携带病历及交叉配血单到患者床旁核对床号、腕带，询问患者姓名、血型；查对按输血规范使用生理盐水冲洗输血器。

(3) 输血后查对。医嘱；患者出生年月、姓名、血型、配血报告单；血袋标签的血型、编号、供血者姓名、采血日期；确认无误后于输血记录单上签名。

(4) 查对血袋条形码是否粘贴于交叉配血报告单，入病历保存。

(5) 查血袋是否冷藏保存 24 小时。

四、营养膳食查对：

1. 每日查对医嘱后，以饮食护理单为依据，核对患者床前饮食标志，查对饮食种类。
2. 发放饮食前，应准确核对患者身份，查对饮食单与饮食种类是否相符。
3. 开餐前在患者床头查对饮食种类与患者的医嘱及病情是否相符。
4. 查对禁食患者的饮食单及床尾禁食标识，并告知患方禁食的原因和时限。
5. 对限制饮食的患者，医护人员需查验外来食物。

五、无菌物品查对：

1. 消毒供应中心。
 - (1) 收回器械及待消包时，应查对名称、数量、质量完好程度及清洁处理情况；
 - (2) 对一次性使用无菌物品，应查对每批检验报告单，并进行抽样检查；
 - (3) 查对消毒液的有效浓度及配制浓度、浸泡消毒时间、酶洗前残余消毒液是否冲洗干净；
 - (4) 包装准备器械、敷料包时，要查对名称、数量、质量、湿度及清洁度；
 - (5) 进行器械、敷料灭菌前，应查对器械敷料包装规格是否符合要求，装放方法是否正确；灭菌器各种仪表、程序控制是否符合标准要求；
 - (6) 器械、敷料消毒灭菌完毕，查验化学指示卡是否达标，包外标签内容是否齐全完整、有无湿包，置入器械是否每次灭菌时进行生物学监测，并分类放置；
 - (7) 发放各类无菌用品时，查对名称、数量、消毒日期、包装完好性；
 - (8) 发放一次性无菌物品的记录应具有可追溯性。记录内容包括物品出库日期、名称、规格、数量、生产厂家、生产批号、灭菌日期、失效日期等。
2. 使用科室。
 - (1) 指定专人负责无菌物品的领取、保管；
 - (2) 定期清点，分类保管，及时检查；
 - (3) 产品外包装严密、清洁、干燥，无菌物品无潮湿、霉变、过期；
 - (4) 使用灭菌物品和一次性无菌物品前，应检查包装和容器是否严密、干燥、清洁，检查灭菌日期、有效期、灭菌效果指示标识；
 - (5) 对过期、不洁、潮湿、包装破损及未达灭菌效果等物品，一律禁止使用；
 - (6) 已开启的灭菌物品，使用时核查开启时间、物品质量及包装是否严密、有无污染。

六、检验标本查对：

1. 采集标本时，查对患者科别、住院号（门诊号）、姓名、检验目的。
2. 各种血标本注入容器前，须再次查对标签上的各项内容。
3. 收集标本时，查对患者科别、姓名、性别、联号、标本数量和质量。
4. 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. 检验后，查对项目、结果。
6. 发报告时，查对科别、床号、姓名。

七、病理查对：

1. 接收检查申请单时要核查申请单填写是否齐全，临床诊断及检查目的是否清楚。
2. 标本接收和取材时要核对申请单号码与标本号码是否一致、标本号码与病理编码是否唯一。

3. 取材后医师与技术人员交接时核对数量，出片时要核对切片数量及号码是否正确。

4. 切片观察和出具报告时要核对患者姓名、病区、病床号、住院号、送检材料和部位是否与申请单一致。

5. 外借病理切片时要再次核对患者姓名，病历号和病理诊断是否正确。还片时要核对会诊意见是否与原诊断一致并做好记录。

八、医学影像查对：

1. 检查时，查对患者科别、病房、姓名、年龄、住院号（门诊号）、片号、部位、目的等。

2. 治疗时，查对患者科别、病房、姓名、部位、条件、时间、角度、剂量。

3. 使用造影剂时应查对患者造影剂过敏试验结果。

4. 发报告时，核对科别、病房、姓名、部位。

九、药剂调配查对：

1. 调剂处方或医嘱时，药剂人员应逐项检查处方前记、正文和后记书写是否清晰、完整。

2. 严格落实“四查十对”，查处方或医嘱，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。

3. 对处方或医嘱所列药品不得擅自更改或者代用。

4. 对有配伍禁忌、用药错误或者超剂量的处方，应当拒绝调配，及时告知医师；必要时，经医师更正或者重新签字，方可调配。

5. 药师在完成处方调剂后，应当在处方上签名或者加盖专用签章。

6. 药师须对处方或医嘱用药适宜性进行审核。

（1）规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；处方用药与临床诊断的相符性；剂量、用法；选用剂型与给药途径；重复给药；药物相互作用和配伍禁忌；其他不适宜用药。

7. 发药查对。药名、规格、剂量、用法与处方内容是否相符；标签（药袋）与处方内容是否相符；药品有无变质，是否超过效期；患者姓名、年龄，交代用法及注意事项。

十、理疗针灸查对（康复医学科及中医科）：

1. 各种治疗时，查对患者科别、病房、姓名、住院号（门诊号）、部位、种类、剂量、时间、皮肤。

2. 低频治疗时，查对极性、电流量、次数。

3. 高频治疗时，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。

十一、特殊检查（心电图、脑电图、超声波等）查对：

1. 检查时，查对患者科别、床号、姓名、性别、检查目的。

2. 诊断时，查对患者姓名、编号、临床诊断、检查结果。

3. 发报告时，查对送达科室。

十二、其他工作查对：

患者入出院、转院、转科、麻醉、抢救、介入、血液透析、自备药品使用及制剂、静脉用药配

制、麻醉精神药品管理中的查对工作。

十三、制度落实执行监督检查

1. 制定、完善《查对制度》、配套制度及工作流程。组织开展查对相关制度和 workflows 的培训，要求各临床、医技科室、药事等相关医务人员对《查对制度》全员知晓并落实执行。

2. 严格执行查对制度，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、药品等必须进行复核查对，提高对患者身份识别的准确性，确保所执行的诊疗活动过程准确无误，保障每一位患者的安全。

2. 查对包括患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等相关方面。医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。

3. 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。

4. 无论直接或间接用于患者的各种治疗、检查物品及其生活用品，（如药物、敷料、器械、压缩气体及治疗、急救和监护设备等），必须具备品名正规，标记清楚，有国家正式批准文号、出厂标记、日期、保存期限，物品外观表现符合安全要求。

5. 按规定对用于患者的各种治疗、检查物品及其生活用品进行查对。凡字迹不清楚、不全面、标记不明确以及有疑问的医疗用品、物品，应禁止使用。在使用过程中患者如有不适等反应，必须立即停用，再次进行查对工作，包括应用的一切物品，直至找出原因。所用物品不得丢弃，应按要求妥善保管备查。

6. 医务处、护理部、药学等相关部门定期对《查对制度》进行考核，检查医务人员的知晓、执行情况，将《查对制度》的相关内容纳入质量考核体系，有持续改进的相应措施，达到持续改进。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：死亡病例讨论制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-010		批准人：马可忠	

死亡病例讨论制度

一、医院内所有的死亡患者都需要进行讨论。

二、死亡患者病例讨论时限：

1. 死亡病例讨论原则上应当在患者死亡 1 周内完成。
2. 尸检病例在尸检报告出具后 1 周内必须再次进行讨论。
3. 特殊及意外死亡、有医疗纠纷病例，都要及时单独讨论（24 小时内完成）。

三、死亡病例讨论参加人员：

1. 死亡病例讨论应在全科范围内进行，由科主任主持。
2. 必要时邀请医务处和相关科室参加。

四、讨论程序：

1. 死亡病例讨论由科主任或科主任指定的科室副主任主持，必要时由医务处负责人主持。
- 2 讨论前主管医师必须完成病历及死亡抢救记录；
- 3 讨论时主管医师汇报病情摘要、治疗经过和可能的死亡原因；上级医师和参加抢救的其他医师予以补充；最后主持人汇总各级医师意见，作出结论；
- 4 参加讨论人员应本着科学严谨的态度，对诊疗意见、死亡原因，抢救措施进行详尽分析；
- 5 讨论内容应包括：死亡原因；诊断是否正确；治疗护理是否恰当及时；从中汲取哪些经验教训；今后的努力方向。

五、死亡病例讨论记录内容：

1. 患者姓名、性别、年龄、科别、床号、住院号、入院时间、入院诊断、死亡时间、死亡诊断等相关信息。
2. 病例讨论时间、地点，主持人，参加者及专业技术职务，病历摘要，各级人员发言，总结意见，记录者等。
3. 上述内容记录于《死亡病例讨论记录》，主持人审核并签字；形成一致性结论摘要记入病历中。
4. 参加讨论人员签名，主持人审核并签字。

六、制度落实执行监督检查：

1. 制定、完善医院《死亡病例讨论制度》、配套制度及工作流程。组织开展死亡病例讨论相关制度和 workflows 的培训，要求各临床科室、医技科室等医务人员对《死亡病例讨论制度》全员知晓并落实执行。

2. 通过死亡病例讨论分析死亡原因，全面梳理诊疗过程，审查诊断是否正确，治疗护理过程是否及时适当、存在哪些有待改进的问题与不足，以便总结和积累诊疗经验，不断提升诊疗服务水平，提高治疗抢救成功率，降低临床死亡率。

3. 死亡病例讨论主要讨论的内容包括：诊断是否正确、有无延误诊断或漏诊；处理是否适当和及时；死亡原因和性质；应吸取的经验和改进措施等。

4. 医务处、护理部定期对《死亡病例讨论制度》进行考核，检查医务人员的知晓、执行情况，纳入质量考核体系，有持续改进的相应措施，达到持续改进。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：医生值班与交接班制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-011		批准人：马可忠	

医生值班与交接班制度

一、建立全院性医疗值班体系：

医院临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤服务保障部门，根据需要建立本部门的值班及交接班制度，明确值班人员岗位职责，医务人员通过值班和交接班制度以保障患者诊疗过程的连续性，保障医院诊疗活动正常运行。

二、建立总值班制度：

医院建立实施总值班制度（详见制度汇编—《医疗总值班管理制度》），负责非工作时间内的重大抢救、应急事务的组织协调工作，并设有医疗总值班和行政总值班，实行总值班查房制度。参加总值班人员需接受相应的培训并经考核合格后方可上岗，参加总值班人员按照总值班制度执行。

三、明确各值班岗位职责：

医院及科室应当明确各值班岗位职责、值班人员资质和人数。值班表应当在全院公开并明确值班时段，包括与患者诊疗相关的所有岗位的排班，各临床、医技科室的医师、护士、技师的值班表及行政、医疗、护理总值班和提供诊疗支持的后勤部门的值班表。

四、值班制度细则：

1. 各科室、部门负责人分别负责本部门排班，并审核签字。医师门诊排班报门诊部，节假日排班表报医务处。医师出门诊时间、安排择期手术当日不得值班。

2. 各临床科室设一、二线值班人员。值班的医务人员必须为具有执业资格并在本院执业注册的医务人员，非本院执业注册的医务人员不得单独值班。值班人员值班期间必须坚守岗位，休息时应当在医院指定的值班室休息。值班人员如需急会诊或参与急诊手术，应根据本科室值班制度，确定应有同资质医师接替值班并在岗，告知当班护士。

3. 一线值班由执业医师担任；二线值班医师由高年资主治医师、副主任医师或主任医师担任。

4. 值班护士由护士及以上专业技术职务人员担任，护理值班按护理部相关规定进行。

5. 全院各临床、医技科室（临床药学、放射、超声、临床检验及输血科等）均实行 24 小时值班制，确保各科均能为患者提供 24 小时连贯不间断的医疗服务。后勤保障部门也应 24 小时值班，可以随时提供临床所需医疗设备和后勤保障支持。

6. 医护人员排班确定后原则上不得调换，如遇特殊情况，需提前请科主任或护士长批准。

7. 医技科室及提供诊疗支持的后勤服务保障部门须按照排班坚守岗位，不得擅自离岗，为患者及临床科室提供服务。

五、交接班制度细则：

1. 各病室、急诊留观室、急诊病房均实行早班集体交接班。每晨召开病室医护人员晨会，由值

班医师、夜班护士分别报告夜班情况，护士长报告病房工作重点、护理要点和注意事项，值班医师报告危、重、新及手术前后患者情况和注意事项。交接班时必须衣帽整齐、注意力集中，交接班人在未完成交班前，不得离开病房。

2. 医师交接班

(1) 值班医师须在接班时准时到达科室，接受各级医师交办的医疗工作。交接班时，应巡视病房，了解病房患者情况，特别注意检查危重患者和术后患者（尤其是三四级手术患者手术当日和急危重患者必须进行床旁交班）。

(2) 遇有危重患者，主管医师须在下班前将危重患者的病情及处理事项记入交班本，床旁交班后由值班医师签字交接；与之对应，值班医师须与下一班值班医师或危重患者的主管医师进行交班时，亦须将危重患者的病情及处理事项记入交班本，床前交班后，由后者签字交接。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。

3. 护士交接班

护士交接班制度按照护理部值班和交接班制度相关要求执行。

4. 医技交接班：医技科室值班医师（技师）应做好本专业所负责之各项检查、检验工作（如X光、CT、MRI、各种血液检查等），并做好检验仪器、设备、试剂及标本等交接记录，以保证配合临床诊疗抢救需要。

六、医疗值班人员岗位职责：

（一）一线值班医师岗位职责：

1. 在二线医师的指导和带领下，按规定完成具体的值班工作和上级医师交代的诊疗工作，并做好记录；按规定书写值班记录；及时应答值班护士呼叫。

2. 负责完成非工作时间内新入院患者的接诊及一般处置，并书写首次病程记录；完成值班期间院内急诊抢救、手术并及时完成各种病历记录；

3. 一线医师值班期间须与值班护士巡查病房所有患者，处置患者病情有困难时，应及时请示二线或三线医师；

（二）二线值班医师岗位职责：

1. 具体指导一线值班医师开展诊疗工作；带领一线医师巡视本科室急危重患者；掌握本科室急危重患者的病情变化，并及时采取相应诊疗措施，必要时向三线医师请示；

2. 完成值班期间院内急诊抢救、手术及院内会诊工作；替补因工作需求离开病区的一线值班医师；审核一线医师书写的值班记录。

（三）三线值班医师岗位职责：

掌握医院急危重患者的病情变化，指导一、二线医师做好院内急诊抢救、手术、会诊等工作；现场指导疑难危重患者的诊疗工作，必要时报告主管院长及相关部门协助处理；

七、落实执行，监督检查：

1. 制定和完善医院《值班和交接班制度》配套制度及工作流程。组织开展值班和交接班相关制度和 workflows 的培训考核，要求相关科室医务人员对《值班和交接班制度》及配套制度、工作流程全员知晓。

2. 医务处、护理部、院办、人事科定期对《值班和交接班制度》及配套制度、工作流程执行情况进行检查考核，发现问题及时改进，将制度及流程执行情况纳入医院质量考核体系，达到持续改进。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：分级护理制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-012		批准人：马可忠	

分级护理制度

1. 定义： 患者在住院期间，医护人员根据患者病情和(或)自理能力进行评定而确定的护理级别。由医生以医嘱的形式下达护理级别，分为特级护理、一级护理、二级护理和三级护理四个级别。

2. 目的： 临床护士应根据患者护理级别和医师制订的诊疗计划，为患者提供护理服务。

3. 适用范围： 全院住院患者。

4. 分级方法

4.1 患者入院后应根据患者病情严重程度确定病情等级。

4.2 根据患者 Barthel 指数总分，确定自理能力的等级(表 1)。

4.3 依据病情等级和(或)自理能力等级，确定患者护理分级。

4.4 临床医护人员应根据患者的病情和自理能力的变化动态调整患者护理分级。

5. 分级依据

5.1 符合以下情况之一，可确定为特级护理：

5.1.1 维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者；

5.1.2 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；

5.1.3 各种复杂或大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者。 5.2 符合以下情况之一，可确定为一级护理：

5.2.1 病情趋向稳定的重症患者；

5.2.2 病情不稳定或随时可能发生变化的患者；

5.2.3 手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；

5.2.4 自理能力重度依赖的患者。

5.3 符合以下情况之一，可确定为二级护理：

5.3.1 病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖的患者；

5.3.2 病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者；

5.3.3 病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

5.4 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。

6. 自理能力分级依据

采用 Barthel 指数评定量表(表 2)对日常生活活动进行评定，根据 Barthel 指数总分，确定自理能力等级。

对进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、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。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(表 1)。

表1 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

表2 Barthel指数评定量表 (BI)

序号	项 目	完全独立	需部分帮助	需极大帮助	完全依赖帮助
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	

7. 分级护理要求

7.1 基本要求：

7.1.1 密切观察患者的生命体征和病情变化；

7.1.2 正确实施治疗、给药及护理措施，并观察、了解患者的反应；

7.1.3 根据患者病情和生活自理能力提供照顾和帮助；

7.1.4 提供护理相关的健康指导；

7.1.5 护士在工作中应当关心和爱护患者，发现患者病情变化，应及时与医师沟通；

7.1.6 护理级别应实时在病历、患者一览表及床头卡应有明确标识，并用颜色区分：特级护理和一级护理用红色，二级护理用黄色，三级护理用蓝色标识。

7.2 特级护理

7.2.1 严格观察患者病情变化，监测生命体征，发现病情变化及时报告医生并积极协助处理；

7.2.2 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

7.2.3 根据医嘱，准确测量出入量；

7.2.4 根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，例如口腔护理、压力性损伤护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；

7.2.5 保持患者的舒适和功能体位；

7.2.6 实施床边交接班。

7.3 一级护理

7.3.1 每小时巡视患者，观察患者病情变化；

7.3.2 根据患者病情，测量生命体征；

7.3.3 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

7.3.4 根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，例如口腔护理、压力性损伤护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；

7.3.5 提供护理相关的健康指导。

7.4 二级护理

7.4.1 每2小时巡视患者，观察患者病情变化；

7.4.2 根据患者病情，测量生命体征；

7.4.3 根据医嘱，正确执行治疗、给药措施；

7.4.4 根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施；

7.4.5 提供护理相关的健康指导。

7.5.1 每3小时巡视患者，观察患者病情变化；

7.5.2 根据患者病情，测量生命体征；

7.5.3 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

7.5.4 提供护理相关的健康指导。

附 Barthel 指数评定量表解读

1. 进食用合适的餐具将食物由容器送到口中，包括用筷子(勺子或叉子)取食物、对碗(碟)的把持、咀嚼、吞咽等过程。

10分：可独立进食(在合理的时间内独立进食准备好的食物)。

5分：需部分帮助(前述某个步骤需要一定帮助)。

0分：需极大帮助或完全依赖他人，或留置胃管。

2. 洗澡

5分：准备好洗澡水后，可自己独立完成洗澡过程。 0分：在洗澡过程中需他人帮助。

3. 修饰 包括洗脸、刷牙、梳头、刮脸等。

5分：可自己独立完成。

0分：需他人帮助。

4. 穿衣包括穿(脱)衣服、系扣子、拉拉链、穿(脱)鞋袜、系鞋带等。

10分：可独立完成。

5分：需部分帮助(能自己穿或脱，但需他人帮助整理衣物、系扣子、拉拉链、系鞋带等)。

0分：需极大帮助或完全依赖他人。

5. 控制大便

10分：可控制大便。

5 分：偶尔失控，或需要他人提示。

0 分：完全失控。

6. 控制小便

10 分：可控制小便。

5 分：偶尔失控，或需要他人提示。

0 分：完全失控，或留置导尿管。

7. 如厕包括去厕所、解开衣裤、擦净、整理衣裤、冲水等过程。

10 分：可独立完成。

5 分：需部分帮助(需他人搀扶、需他人帮忙冲水或整理衣裤等)。

0 分：需极大帮助或完全依赖他人。

8. 床椅转移

15 分：可独立完成。

10 分：需部分帮助(少量帮助，需 1 人搀扶或言语指导；或使用拐杖、助行器等辅助用具)。

5 分：需极大帮助(需 2 人帮助，患者能坐)。

0 分：完全依赖他人(患者不能坐)

9. 平地行走

15 分：可独立在平地上行走 45 米(可在病房周围活动，不包括走远路)。

10 分：需部分帮助(需 1 人帮助搀扶或言语指导；或使用拐杖、助行器等辅助用具)。

5 分：需极大帮助(较大程度上依赖他人)。

0 分：完全依赖他人(患者不能动)。

10. 上下楼梯

10 分：可独立上下楼梯。

5 分：需部分帮助(需扶楼梯、他人搀扶，或使用拐杖等)。

0 分：需极大帮助或完全依赖他人。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：临床“危急值”报告制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-014		批准人：马可忠	

临床“危急值”报告制度

一、设置危急值科室范围：

1. 医院内能够出具检查、检验报告的科室，应当根据其出具的检查、检验结果是否可能存在危及患者生命的状态，梳理可能存在的危急值，制定危急值目录，包括但不限于：检验科、放射科、超声科、电生理科等从事各种检查、检验的医技科室，以及开展床边检验项目的临床科室。

2. 危急值报告涵盖住院、门（急）诊患者及健康体检人群等。

3. 临床科室及相关医技检查科室，应建立《危急值报告登记本》。

二、制定危急值项目阈值：

1. 各医技科室应根据诊疗规范指南标准，结合医院收治患者的病情特点，制定符合实际需要的危急值项目和阈值。根据临床需要和实际工作需要，定期更新和完善危急值项目及阈值。

2. 由科室申请，医务科组织专家审核确定危急值项目目录，并在全院范围内公布。

3. 各临床、医技科室在实际诊疗工作，如发现所拟定“危急值”项目及“危急值”范围需要更改或增减，请及时与医务处联系，以便逐步规范“危急值”报告范围。

4. 医技科室应定期与临床科室医师进行讨论和完善危急值报告项目和范围，每年至少 1 次对危急值报告制度落实的有效性进行评估。

三、医技科室报告流程：

（一）医技科室工作人员发现危急值的管理流程包括但不限于以下环节：

1. 核实。按照本科室部门操作规范、流程及相关质量控制标准，对检查、检验的各个环节进行核查。如无异常，通知临床科室。

2. 通知。

（1）检查、检验者将核实后的危急值以通过电话立即通知临床科室，并同时通过医院信息系统在医师或护士工作站界面进行提醒告知。电话通知时要求接听人复述结果，以免发生差错。接听电话的值班人员立即通知到具体的管床医师或值班医师。

（2）对于门急诊患者及健康体检人群的危急值报告，将危急值信息及时通知到经治医师和患方。无法联系到患方时，应及时向门诊部主任、急诊科主任护士长报告并向医务处报备，相关人员应积极联系患方，做好记录。

（3）若通过电话向临床科室报告危急值，电话 5 分钟内无人接听和应答，应迅速向医务处（夜间或节假日为医院总值班/医疗总值班）报告。

3.记录。

(1) 检查、检验者通知临床科室后, 报告人应将危急值登记记录: 患者姓名、科室、住院号(或门诊号)、收样时间、检查结果、检验结果、报告人姓名、报告时间、接收报告科室、接收人姓名、接听报告时间(精确到分钟)等信息记录在《《危急值报告登记本》上。

(2) 危急值报告遵循首查负责制: 即谁通知、报告, 谁记录。

4.外送的检验标本或检查项目存在危急值的, 医院应在合作协议上明确危急值项目及阈值通知方式、责任部门和人员, 及时通知送检科室部门, 报告流程与院内危急值报告流程一致, 确保医师能够及时得到患者的危急值信息。

5.危急值报告登记记录至少保存两年。

四、临床科室处理流程:

(一) 临床科室在接到危急值报告后, 处理流程包括但不限于以下几项:

1.核实信息。临床科室接听人核实危急值报告结果, 核对患者基本信息, 予以确认。

2.记录信息。

(1) 接听人及时将危急值患者的姓名、住院号(或门诊号)、危急值项目及结果、接听人及时时间(至分钟)等信息记录在《危急值报告登记本》上。

(2) 危急值报告遵循首接负责制: 即谁接收、谁记录。

3.报告医师。接听人核对后, 应立即报告病房值班医师或经治医师。

4.处理患者。

(1) 接报医师应立即诊察患者, 遵循急危重患者抢救流程, 迅速采取相应的临床措施, 报告上级医师或科主任, 及时书写病程记录, 密切观察病情变化, 做好交接班。

(2) 对于经治医师或值班医师诊察评估患者后不需立即处置的危急值, 应在当日记录该信息, 允许当日多个未处置的危急值信息合并记录。

(3) 若单项危急值与输入的某种药物有直接关系, 该药物目前仍在输注中, 允许护士立即停止输注该药物。

5.再次复查。患者处理后应根据病情需要复查危急值; 若是临床科室发现危急值与患者病情不相符时, 接报医师应与医技科室检查、检验报告人共同查找原因, 必要时可以重新进行检查、检验。

6.处理完毕后, 经治医生或值班医生需在 6 小时内在病程记录中记录接获的“危急值”报告结果和所采取的相关诊疗措施及对治疗效果的评价。实现与报告流程无缝衔接且可追溯。

7.危急值接获登记记录至少保存两年。

五、特殊项目:

1.部分疾病患者耐受程度高于其他患者, 某项检查、检验结果达到设定危急值时, 并不需要紧急处理, 对此类患者可以制定与疾病相关的危急值。

2.对于个别特殊患者, 对某些检查、检验项目耐受程度较高, 经科室讨论后认定无需反复报告该危急值, 应及时与相关医技科室沟通, 减少不必要的报告次数。

六、危急值报告制度执行情况督查:

1.临床、医技科室要认真组织医务人员培训“危急值报告制度”, 掌握“危急值”报告项目及“危

急值”范围和报告流程。各科室要有专人负责本科室“危急值报告制度”落实情况的督察，确保制度落实到位。

2. “危急值报告制度”的落实执行情况，将纳入科室医疗质量考核内容。质控科、医务科、护理部等职能部门将对各临床科室、医技科室“危急值报告制度”的执行情况，特别是对急诊科、手术室等危重病人集中的科室进行监督检查。对违反上述制度的科室和医护人员将按严重违反医疗操作的有关规定处理。

襄阳市中心医院临床常用危急值项目一览表（2023年）				
类型	项目	低值	高值	备注
检验类	WBC	$<0.8 \times 10^9/L$	$>28.0 \times 10^9/L$	血液内科
			$>50.0 \times 10^9/L$	
	中性粒细胞	$<0.5 \times 10^9/L$	/	儿科
		$<0.2 \times 10^9/L$		
	Hb	$<60 \text{ g/L}$		
	PH	<7.20	>7.55	
	PCO2	$<25\text{mmHg}$	$>60 \text{ mmHg}$	除呼吸科、重症医学科
	PO2	$<50 \text{ mmHg}$		
	K	$<2.8 \text{ mmol/L}$	$>6.2 \text{ mmol/L}$	
	Na	$<120 \text{ mmol/L}$	$>160 \text{ mmol/L}$	
	GLU	$<2.8 \text{ mmol/L}$ （除儿科）	$>24.8 \text{ mmol/L}$	
	Ca	$<1.50 \text{ mmol/L}$	$>3.50 \text{ mmol/L}$	
	Mg	$<0.4 \text{ mmol/L}$	$>3.0 \text{ mmol/L}$	
	BUN		$>40.0 \text{ mmol/L}$	
	Cr		$>450 \text{ } \mu\text{mol/L}$	除中心ICU
			$>650 \text{ } \mu\text{mol/L}$	泌尿外科
			$>1500 \text{ } \mu\text{mol/L}$	肾病内科
	总胆红素		$>256 \text{ } \mu\text{mol/L}$	新生儿科
	血氨		$>200 \text{ } \mu\text{mol/L}$	
	胆碱酯酶	$<1200\text{U/L}$		
	超敏肌钙蛋白I		$>10000\text{pg/ml}$	
	肌酸激酶（CK）		$>3000\text{IU/L}$	除心内科、重症医学科
			$>8000\text{IU/L}$	限心内科、重症医学科
	PLT（血小板）	$<20 \times 10^9/L$		
	INR		>4.0	
	APTT		$>80\text{秒}$	硅土法
	Fib	$<1.0 \text{ g/L}$		
	Rh血型	阴性		
	降钙素原（PCT）		$>100\text{ng/ml}$	
细菌培养	脑脊液镜检细菌		阳性	
	血培养		阳性	
	脑脊液培养		阳性	
	墨汁染色		阳性	
	多重耐药		阳性	
	分离出O157:H7（肠出血性大肠埃希菌）		阳性	

心电功能类	动态心电图	(1) 持续性室性心动过速、尖端扭转型室性心动过速、多形性室性心动过速
		(2) 心室扑动、心室颤动
		(3) 阵发性室上性心动过速、心房颤动或心房扑动：心室率>200bpm
		(4) 一过性ST段改变：ST呈弓背向上抬高，或水平、下斜型下移≥0.20mV或者在原有ST 段下移的基础上加重≥0.20mV，持续1min 以上
		(5) 心房颤动时R-R间期≥5.0 s，或者≥3.0s的长RR间期伴黑矇和（或）晕厥等不适症状；窦性心律时R-R间期≥3.0 s
	动态血压	收缩压≥ 200mmHg 和（或）舒张压≥ 130mmHg
	运动负荷试验	(1) ST段抬高或显著压低 ≥ 0.30mV
		(2) 运动诱发的各类严重心律失常，如室上性心动过速、室性心动过速、快心室率心房扑动或颤动、二度或二度以上的窦房阻滞及房室阻滞、完全性左束支阻滞及窦性心动过缓
		(3) 血压异常增高且不缓解：有明确慢性高血压病史者≥250/150mmHg，无明确病史，年龄<50岁者≥200/100mmHg；年龄>50岁者≥230/130mmHg
		(4) 运动中或运动后出现以下症状或体征者：晕厥、发绀等
放射影像类	中枢神经系统	(1) 严重的颅内血肿、挫裂伤、蛛网膜下腔出血的急性期
		(2) 硬膜下/外血肿急性期
		(3) 脑疝（中线结构移位>1.0cm）、急性脑积水、弥漫性脑肿胀
		(4) 颅脑 CT 或MR扫描诊断为颅内急性大面积脑梗死（范围达到一个脑叶范围或以上）
		(5) 脑干急性期梗塞
		(6) 脑出血或脑梗塞复查 CT或MR时，出血或梗塞程度加重，与近期片对比超过15%以上
		(7) 头颈部CTA 显示颈总动脉、椎动脉、基底动脉、大脑前中后主干或起始部动脉等血管闭塞
		(8) 颅内不明原因积气
	颌面部、五官	(1) 眼眶内异物
		(2) 眼眶内容物破裂
		(3) 视神经管骨折、颅底骨折
	脊柱、脊髓疾病	(1) X 线检查诊断为脊柱骨折且长轴成角畸形；CT 检查椎体爆裂性骨折
		(2) MR检查诊断为急性脊髓损伤或脊髓周围组织压迫
	呼吸系统	(1) 气管、支气管异物
		(2) 肺压缩 70%以上的液、气胸
		(3) 肺栓塞
		(4) 心源性肺水肿
		(5) 外伤性膈疝
	循环系统	(1) 大量心包积液（血），心包填塞、纵隔摆动
		(2) 急性主动脉夹层
		(3) 动脉瘤
		(4) CTA发现冠状动脉闭塞。
	消化系统	(1) 食道异物
		(2) 消化道穿孔
		(3) 急性肠梗阻
		(4) 肠套叠
		(5) 门静脉积气
		(6) 急性出血坏死性胰腺炎
		(7) 肝脾胰肾等腹腔脏器出血
		(8) 肠系膜上动脉栓塞
病理类		(1) 冰冻快检时恶性肿瘤出现切缘阳性
		(2) 常规切片诊断与冰冻切片诊断不一致
		(3) 内镜活检标本，见有浆膜外组织，提示活检取材导致的消化道穿孔
		(4) 骨髓涂片血小板计数<20×10 ⁹ /L
超声类	床旁心脏超声	(1) 大量心包积液，合并心包填塞的患者
	床旁腹部超声	(2) 胸部外伤或其他原因怀疑心脏破裂的患者
		(3) 急性肺栓塞急需评价右心功能的患者
		(1) 外伤致腹腔内出血怀疑腹部脏器破裂的患者
		(2) 妇科怀疑宫外孕破裂出血、卵巢蒂扭转、黄体破裂的患者
		(3) 怀疑疤痕子宫破裂的患者
		(4) 孕期急性阴道大出血的患者
		(5) 产后或清宫术后大出血的患者
		(6) 各科手术后怀疑腹腔内出血的患者
	血管超声	急性下肢血管栓塞
	小器官超声	疑似睾丸扭转、睾丸外伤的患者——原则上因床边机器血流显示效果差，睾丸超声急查建议至住院部彩超或就近台式机检查

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：手术安全核查制度	编制人：刘东操	审核人：潘睿	
文件编号：YWC-ZD-016	批准人：马可忠		

手术安全核查制度

一、手术安全核查参加人员：

实施手术安全核查须由具备执业资质的手术医师、麻醉医师、手术护士三方参加。

三、核查内容及流程：

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。

1. 麻醉实施前：由麻醉医师按《手术安全核查表》中内容依次提问患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意、手术部位、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备情况、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、感染性疾病筛查情况、术前备血等内容、假体、体内植入物准备情况、影像学检查资料等内容。手术医师逐一回答，同时手术护士对照病历逐项核对并回答。

2. 手术开始前：由手术医师主持、三方共同核对患者身份、手术部位，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：由巡回护士主持，三方共同核对实际手术名称、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、患者去向等内容。

4. 三方核对者确认后签字，核查时间由手术室护士填写，并将手术安全核查表的入病历。不得提前填写《手术安全核查表》。

5. 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。

三、手术安全核查注意事项：

1. 手术安全核对必须按照规定步骤进行，核对无误后方可进行下一步操作。

2. 确保手术前预防性抗生素规范地使用，在术前，由病房医师下达医嘱，在手术室，麻醉医师负责下达医嘱，手术室护士负责核对实施。

3. 临床科室、麻醉科与手术室负责人是本科手术安全核查第一责任人。

4. 《手术安全核查表》的保管：将住院患者的《手术安全核查表》归入病历，非住院患者《手术安全核查表》由手术室负责保存三年。

四、制度落实执行监督检查：

1. 制定、完善医院《手术安全核查制度》、配套制度及工作流程。组织开展手术安全核查相关制度和 workflows 的培训，各手术科室、手术麻醉科医务人员对《手术安全核查制度》全员知晓并落实执行。

2. 医务处、护理部等部门定期对《手术安全核查制度》进行考核，检查医务人员的知晓、执行情况，发现问题及时反馈，落实整改措施，追踪评估整改效果，将《手术安全核查制度》的相关内容纳入医院质量考核体系，达到持续改进。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：病历管理制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-017		批准人：马可忠	

病历管理制度

1. 各科室要根据《医疗机构管理条例》、《医疗机构病历管理规定》等法律法规的要求，及时、准确、规范、完整地书写和保管好相关病历资料，任何人不得私自伪造、涂改、盗取病历资料。

2. 门诊病历管理要求：患者在门诊诊疗过程中，接诊医师应及时、准确、规范、完整地书写和完成门诊病历，相关检查检验报告单要粘贴在门诊病历上，处置意见应书写详尽。患者离院时，门诊病历交患者自己携带，并嘱患者要妥善保管，复诊时带来。门诊登记本最后一栏要注明“病历自带”四字。患者如需要收住院治疗，接诊医师应规范填写住院证，内容要详尽完整，门诊病历由患者交住院科室暂时保存使用，出院时门诊病历由患者带走。

3. 住院病历管理要求：

患者在住院治疗过程中，住院医师应及时、准确、规范、完整地书写、完成和保管好住院病历资料。患者入院时，工作人员应向患者索取门诊病历，放入住院病历资料中备用，相关检查检验报告单要及时粘贴在住院病历附页上。患者出院时，门诊病历交还患者带走。

患者住院治疗期间，住院病历由所在病区负责集中、统一保管，科室工作人员应妥善保管好现住院病历，防止病历资料被他人篡改、损毁或丢失。

4. 出院病历管理要求：

患者出院后，住院科室应尽快书写、审评、签字完成，并于 3 天内送病案室。病案室接收科室病历资料时必须逐份认真审查，按份登记并签字。病案室接收科室病历资料后应及时整理装订，按号排序，上架归档。

5. 病历使用管理要求：

5.1 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未经授权不得擅自查阅患者的病历资料。因科研、教学需要查阅病历的，需经病历管理人员审查同意后方可查阅，阅后应当立即归还，同时病历管理人员应做好病历使用登记。

5.2 现住院病历或尚未送病案室的已完成或未入档住院病历未经批准，任何人不得私自带离病区或复印。

5.3 病案室应当受理下列人员和机构复印病历资料的申请：

5.3.1 患者本人或其代理人；

5.3.2 死亡患者法定继承人或其代理人；

5.3.3 公安机关、检察院、法院及授权保险机构。

5.4 病案室负责受理复印入档病历资料的申请。受理申请时，应当要求申请人按照下列要求提

供有关证明材料：

5.5 申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明；

5.6 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；

5.7 申请人为死亡患者法定继承人法定继承人的，应当提供患者死亡证明及其法定继承人的有效身份证明、死亡患者与法定继承人关系法定继承人的法定证明材料；

5.8 申请人为死亡患者法定继承人法定继承人代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人及其代理人的有效身份证明，死亡患者与其法定继承人关系的法定证明材料，申请人与死亡患者法定继承人代理关系的法定证明材料；

5.9 申请人为保险机构的，应当提供保险合同复印件，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，死亡患者法定继承人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。

5.10 公安、司法机关因办理案件，需要查阅、复印病历资料的，需在公安、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，有效工作证明，经医务处批准后办理。

5.11 病历资料复印费用收取工本费，由复印申请人承担。

5.12 病历资料复印时必须由病案室工作人员亲自操作，不能带离病案室，复印时病历资料不能拆开装订线、保持病历资料的完整性。复印病历后，经办人核对无误，加盖病案室公章（每页盖章）。

5.13 病历档案的保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 30 年。

	襄阳市中心医院 药学部	版本：2.0	修订次数：1
		生效日期： 2022 年 12 月 1 日	
主题：抗菌药物分级管理制度		编制人：丁楠楠	审核人：章激
文件编号：YXB-ZD-020		批准人：刘渊泉	第 4 页共 4 页

抗菌药物分级管理制度

1. 总则

1.1 根据《药品管理法》、《药品管理法实施条例》、《基本医疗保险药品目录》、《抗菌药物临床应用管理办法（2012 年）》（卫生部令第 84 号）、《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》（国卫办医发[2015] 42 号）、《抗菌药物临床应用指导原则（2015 年版）》（简称《指导原则》，下同）、《关于持续做好抗菌药物临床应用管理工作的通知》（国卫办医发〔2019〕12 号）、《湖北省医疗机构分级管理目录（2021 年版）》等相关法律法规和管理办法，经医院药事管理及药物治疗学委员会组织专家论证，对我院抗菌药物的抗菌谱、临床疗效、细菌耐药性、不良反应以及本地经济状况、药品价格等因素进行综合分析，将抗菌药物分为非限制使用、限制使用与特殊使用三类进行分级管理，制定本制度。

2. 分级原则

2.1 非限制使用：经临床长期应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。

2.2 限制使用：与非限制使用抗菌药物相比较，这类药物在疗效、安全性、对细菌耐药性影响、药品价格等某方面存在局限性，不宜作为非限制使用药物。

2.3 特殊使用：不良反应明显，不宜随意使用或临床需要倍加保护以免细菌过快产生耐药而导致严重后果的抗菌药物；新上市的抗菌药物；其疗效或安全性任何一方面的临床资料尚较少，或并不优于现用药物者；药品价格昂贵。

3. 分级管理

3.1 “限制使用”的抗菌药物，须由主治医师以上专业技术职务任职资格的医师开具处方（医嘱）。

3.2 “特殊使用”的抗菌药物，须由科主任审批并经抗感染专家组成员会诊同意后，由具有高级专业技术职称的医师开具处方（医嘱）。

3.3 紧急情况下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，并做好相关病历记录。

3.4 有下列情况之一可考虑越级应用特殊使用级抗菌药物：①感染病情严重者；②免疫功能低下

患者发生感染时；③已有证据表明病原菌只对特殊使用级抗菌药物敏感的感染。使用时间限定在 24 小时之内，其后需要补办审办手续并由具有处方权限的医师完善处方手续。

4. 临床用药选择原则

4.1 临床选用抗菌药物应遵循《指导原则》，根据感染部位、严重程度、致病菌种类以及细菌耐药情况、患者病理生理特点、药品价格等因素加以综合分析考虑，参照《指导原则》中“各类细菌

性感染的治疗原则及病原治疗”的有关要求合理选择。

4.2 一般对轻度与局部感染患者应首先选用非限制使用抗菌药物进行治疗。

4.3 严重感染、免疫功能低下者合并感染或病原菌只对限制使用抗菌药物敏感时，可选用限制使用抗菌药物治疗；特殊使用抗菌药物的选用应从严控制。

4.4 住院患者进行抗感染治疗前，必须先留取相应样本送病原学检测，同时进行经验性抗感染治疗，待明确病原菌结果后，进行目标性抗感染治疗。

5. 管理与督查

5.1 药事管理及药物治疗学委员会定期开展合理用药培训与教育，督导本院抗菌药物合理使用工作，定期对各科室抗菌药物使用情况进行监督检查。

4.2 药事管理及药物治疗学委员会定期召开会议，组织修订新增加抗菌药物品种。

4.3 抗菌药物合理使用指标纳入医疗质量检查内容和科室综合目标管理考核体系。

4.4 加强合理用药管理，杜绝不适当的经济激励。任何科室不准以任何形式将开出的药品处方与个人或科室经济利益挂钩。

4.5 药学部严把合理用药关，不合理处方拒绝调配并反馈给临床医师修改，且进行登记。

襄阳市中心医院抗菌药物分级管理目录（2021 年版）

品种数	类 别	通用名	品规数	剂 型	规 格	使用级别
1	青霉素类	阿莫西林	1	胶囊	0.25g	非限制
2	青霉素类	阿莫西林/克拉维酸 钾	1	片剂	0.375g	非限制
			1	干混悬剂	0.3125	非限制
			2	注射剂	0.6g; 1.2g	非限制
3	青霉素类	哌拉西林/他唑巴坦	2	注射剂	1.125g; 2.25g	限 制
4	头孢菌素类	头孢拉定	1	胶囊	0.25g	非限制
5	头孢菌素类	头孢硫脒	1	注射剂	0.5g	限 制
6	头孢菌素类	头孢唑林	1	注射剂	0.5g	非限制
7	头孢菌素类	头孢丙烯	1	片剂	0.25g	限 制
			1	干混悬剂	0.25g	限 制
8	头孢菌素类	头孢呋辛	1	片剂	0.25g	非限制
			2	注射剂	0.75g; 1.5g	非限制
9	头孢菌素类	头孢替安	1	注射剂	1g	限 制
10	头孢菌素类	头孢泊肟	1	干混悬剂	0.1g	限 制
11	头孢菌素类	头孢地尼	1	胶囊	0.1g	限 制
12	头孢菌素类	头孢曲松	2	注射剂	1g	非限制
13	头孢菌素类	头孢唑肟	2	注射剂	0.5g; 1g	限 制
14	头孢菌素类	头孢他啶	1	注射剂	1g	限 制
15	头孢菌素类	头孢吡肟	1	注射剂	1g	特殊使用
16	头孢菌素类	拉氧头孢	2	注射剂	0.5g; 1g	限 制
17	头孢菌素类	头孢哌酮/舒巴坦	2	注射剂	1.5g	限 制
18	其它 β -内 酰胺类	氨曲南	1	注射剂	1g	特殊使用
19	头霉素类	头孢美唑	1	注射剂	1g	限 制
20	头霉素类	头孢西丁	1	注射剂	0.5g	限 制
21	碳青霉烯类	美罗培南	2	注射剂	0.5g	特殊使用
22	碳青霉烯类	亚胺培南/西司他汀	1	注射剂	1g	特殊使用
23	氨基糖苷类	阿米卡星	1	注射剂	0.2g	非限制
24	氨基糖苷类	庆大霉素	1	注射剂	8 万 iu	非限制
25	四环素类	米诺环素	1	胶囊	0.1g	非限制
26	四环素类	多西环素	1	片剂	0.1g	限 制
27	四环素类	替加环素	2	注射剂	50mg	特殊使用

28	大环内酯类	阿奇霉素	1	片剂	0.25g	非限制
			1	干混悬剂	0.1g	非限制
			2	注射剂	0.5g	限制
29	大环内酯类	克拉霉素	1	片剂	0.25g	非限制
			1	缓释片	0.5g	非限制
31	糖肽类	替考拉宁	1	注射剂	0.2g	特殊使用
32	糖肽类	去甲万古霉素	1	注射剂	0.4g	特殊使用
33	糖肽类	万古霉素	1	注射剂	0.5g	特殊使用
34	林可胺类	克林霉素	1	注射剂	0.6g	非限制
35	氟喹诺酮类	莫西沙星	1	片剂	0.4g	限制
			2	注射剂	0.4g	限制
36	氟喹诺酮类	左氧氟沙星	1	片剂	0.5g	非限制
			1	注射剂	0.3g;0.5g	非限制
37	硝基咪唑类	奥硝唑	1	胶囊	0.25g	非限制
			1	注射剂	0.25g	非限制
38	硝基咪唑类	甲硝唑	1	注射剂	0.5g	非限制
39	其他类	夫西地酸	1	注射剂	0.125g	特殊使用
40	噁唑烷酮类	利奈唑胺	1	片剂	0.6g	特殊使用
			1	注射剂	0.6g	特殊使用
41	抗真菌药	伏立康唑	2	片剂	50mg; 200mg	限制
			1	注射剂	0.1g	特殊使用
42	抗真菌药	氟康唑	1	片剂	50mg	非限制
			2	注射剂	0.2g	限制
43	抗真菌药	伊曲康唑	1	胶囊	0.1g	非限制
44	抗真菌药	制霉菌素	1	片剂	50 万 iu	非限制
45	抗真菌药	两性霉素 B	1	注射剂	5mg	特殊使用
46	抗真菌药	卡泊芬净	2	注射剂	50mg	特殊使用
不计入品种数的抗菌药物	青霉素类	青霉素	1	注射剂	160 万 IU	非限制
不计入品种数的抗菌药物	青霉素类	苄星青霉素	1	注射剂	120 万 IU	非限制

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：临床用血审核制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-018		批准人：马可忠	

临床用血审核制度

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，需要全程记录，保障信息可追溯，健全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。为保证医疗临床用血需要和安全，保障用血者身体健康，科学、规范、合理用血，根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》制定本制度。

1. 医务人员应当认真执行临床输血技术规范，严格掌握临床输血适应证，根据患者病情和实验室检测指标，对输血指征进行综合评估，制订输血治疗方案。正确应用成熟的临床输血技术和血液保护技术，包括输全血、成分输血和自体输血等。

2. 决定输血治疗前，临床医师应向患者或其家属说明输同种异体血的不良反应、经血传播疾病的可能性和输血方式的选择，征得患者或家属的同意，并在《输血治疗同意书》上签字（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，经医务处负责人或主管副院长批准后，可以立即实施输血治疗）。此外，患者输血前需完善如下检验：ABO 和 RH（D）血型、HGB、HCT、PLT、ALT、HbsAg、Anti-HCV、Anti-HIV1/2、梅毒。再次入院输血必须重新做上述检查，检测结果填入《输血治疗同意书》、《临床输血申请单》。

3. 输血申请由经治医师通过 HIS 系统认真填写《临床输血申请单》，包括患者姓名、性别、年龄、科别、床号及血型等各项内容，尤其要写清申请用血的理由、申请用血品种、血量及输血史等内容，由主治以上职称医师核准签字后连同受血者血样于预定输血日期前送交输血科备血。输血科对临床医师提交的输血申请表进行审核，确认申请的血液成份是否适合病情需要，血液剂量是否得当，并考虑患者的经济状况，如不符合要求或不恰当，输血科应向临床医师提出修改，并登记备案。

4. 除急救用血外，应按照用量不同对临床用血进行审核，《临床输血审批单》必须由输血科留存备案。

4.1 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。

4.2 同一患者一天申请备血量在 800～1600 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，经上级医师审核，科室主任核准签发后，方可备血。

4.3 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，并与输血科沟通后，报医务科批准，方可备血，并填写《大量用血审批表》，走 OA workflow 履行报批手续，急诊用血后两天内应补办手续。临床输血管理委员会

指定输血科根据贮血量归口管理大量用血审批。

5. 血小板、洗涤红细胞、RH 阴性血等特殊血液制品严格执行“专血专人专用”原则，未及时取消预约造成血液报废，由当事人填写《血液制品损耗记录单》交医务部和财务科按有关规定处理。

6. 医护人员到输血科取血时，取血者与发血者必须共同核对患者姓名、性别、病案号、门急诊/病室、床号、血型、血液有效期、配血试验结果及血袋外观等，准确无误后，双方签字。血液一经发出，应尽快输用，不得自行贮血，若无法确保血液安全并提供相关证据的，不得退回输血科。

7. 输血时，由 2 名医护人员带病历共同到患者床旁核对患者姓名、性别、年龄、病案号或门急诊号、床号、血型等，确认与《交叉配血报告单》相符，再次核对血液信息后，用符合标准的输血器进行输血。严格遵守输血原则，严密观察病情变化。

8. 输血完毕后，医护人员将输血记录单(交叉配血报告单)贴在病历中，并将血袋及时返还输血科。对有输血反应的应及时病历记录并填写输血不良反应回报单，输血科每月统计上报医务处。

9. 加强输血质量监测、考核和信息反馈。临床科室与输血科必须积极配合，作好从输血申请到完成输血全过程及控制输血反应和输血感染各个环节的质量监测和信息反馈。医务处根据质量记录进行考核。

10. 临床用血科室应对符合条件的病例积极开展自体输血技术、围手术期血液保护等输血技术，提高合理用血水平。医务人员掌握血液保护相关技术并能积极开展工作，积极动员符合条件的患者接受自体输血技术，提高输血治疗效果和安全性。

十八项核心制度

19. 首诊负责制度 1
20. 三级医师查房制度 2
21. 疑难病例讨论制度 4
22. 会诊制度 5
23. 急危重患者抢救制度 8
24. 手术分级管理制度 9
25. 术前讨论制度 12
26. 查对制度 13
27. 死亡病例讨论制度 15
28. 值班和交班制度 16
29. 分级护理制度 18
30. 临床“危急值”报告制度 23
31. 手术安全核查制度 27
32. 病历管理制度 29
33. 新技术和新项目准入制度
34. 抗菌药物分级管理制度
35. 临床用血审核制度
36. 信息安全管理

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：首诊负责制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-01		批准人：马可忠	

首诊负责制度

一、首诊医师和首诊科室的界定：

1.患者完成医院门急诊挂号并到达科室后，首位接诊医师为首诊医师，首先接诊的科室为首诊科室。

2.急危重症需抢救的患者的首位接诊医师为首诊医师，不受其是否挂号、挂号与医师、科室或专科不符的限制。

二、初诊接诊：

1.首诊医师对所接诊的患者实行首诊负责制，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。首诊医院和科室的首诊责任参照医师首诊责任执行。一律不得拒绝接诊或拒绝收治。

2.对急诊患者，首诊医师在接诊 5 分钟内开始诊疗。

3.复合伤或涉及多科室的急危重患者抢救，在未明确由哪一个科室主管之前，除首诊科室主持诊治抢救外，所有的有关科室须执行急危重症患者抢救制度，不得推诿，不得擅自离开。

4.患者转科后或需要进行检查的接诊医师履行首诊医师职责。首诊科室的首诊医师对所接诊患者，特别是对急危重症患者的急救、检查、诊断、治疗、入院、会诊、转科和转院等工作负责，直至顺利交接至下一环节。

三、初始评估：

首诊医师对所接诊的患者需要进行病情评估，通过问诊、查体、必要理化检查及参阅病史资料等对所接诊的患者作出病情评估，并及时完成门（急）诊病历。作好相关的医疗记录，保障医疗行为的可追溯。

四、门诊患者：

1.凡属本科室疾病范畴门诊患者，要按照诊疗规范诊治，符合入院条件收住院治疗。

2.凡非本科室疾病范畴患者，首诊医师应向患者做必要说明，需要换号的，导诊护士指引或陪同家属办理相关手续。

3.对诊断尚未明确的患者，应及时请上级医师会诊或提交门诊办组织门诊多学科联合会诊，首诊医师负责会诊意见汇总、处理会诊意见。

4.对超出本院诊疗科目范围内的疾病，虽无法提供诊治，但必须先评估患者病情状况，判断其是否存在急危重症情况。如果患者病情平稳，应给患者提供适当的就医建议，履行告知义务，并书

写转诊医疗记录；对急危重症需抢救的患者，应当按照急危重症患者抢救制度进行诊疗。

五、急诊患者：

1.对急诊就诊患者进行初始病情评估，判断属一般患者或急危重患者。对一般患者，工作时间分诊到相关专业科室门诊就诊，非门诊工作时间由急诊医师负责诊疗。

2.急危重患者，首诊医师应及时采取措施负责诊治，必要时，及时报告上级医师或科主任进行处理。

3.有生命危险的急危重患者，首诊医师要及时开启急诊绿色通道进行抢救。

4.非本专业疾病或患多学科疾病的急危重患者，首诊医师要及时报告上级医师，并根据情况及时请有关科室进行会诊并记录，必要时应报告科主任和医务处（非工作时间汇报至医疗总值班）。

5.经会诊仍不能确诊的病例，在未收治到其他科室之前，仍由首诊医生负责诊疗，并上报医务处（非工作时间汇报至医疗总值班）。

6.经会诊确定为非本专业疾病范畴的急危重患者，首诊医师应及时完成病情相关病历记录，并由本人或指派专人护送患者到转诊科室，与接诊科室医师进行床旁交接。接诊医师继续履行首诊医师负责制。

7.急诊留观患者，首诊医师下班前应与接班医师共同检诊患者，做好床旁交接班。

8.需要住院的急危重患者，首诊医师应负责与相关科室联系，并由本人或指派专人护送患者到病房并做好交接记录。

9.病情危重患者，首诊医师应采取紧急处置措施，同时要履行知情同意告知手续。对拒不配合诊疗的患者及其家属，应充分告知其可能出现的不良后果，做好记录并请患方签字确认。

10.非本院《医疗机构许可证》诊疗科目范围内的疾病，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，急、危、重症患者按照转院制度执行。同时患有法定传染病的急危重患者，按照传染病诊治相关规定执行。

六、组织落实监督考核：

1.医院组织开展首诊负责相关制度和 workflows 的培训考核，要求各临床、医技科室医务人员对《首诊负责制度》全员知晓。

2.医务科、护理部定期对《首诊负责制度》的执行情况进行督查，发现问题及时通报和处理，达到持续改进。

3.将《首诊负责制度》的执行情况纳入医院质量考核体系，凡不认真执行制度造成医疗差错、事故、医疗纠纷或医院经济损失，由当事人承担责任。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：三级医师查房制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-02		批准人：马可忠	

三级医师查房制度

为了确保患者得到连贯性医疗服务，不断提高医疗质量，提高各级医师的医疗水平，培养良好的医疗行为和医疗习惯，特制定三级医师查房制度。

一、三级医师构成：

1. 三级医师由主任医师（或副主任医师）、主治医师和住院医师，三个不同级别的医师组成，对住院患者按照三级医师查房要求进行查房，遵循下级医师服从上级医师，所有医师服从科主任、主任医师（或副主任医师）的工作原则。

2. 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，实行科主任、主任医师（或副主任医师）负责的三个不同级别的医师进行查房的三级医师负责制度。

二、三级医师职责：

（一）高级医师（主任医师或副主任医师）：

1. 指导、检查下级医师工作。
2. 重点解决特殊、疑难、重大抢救患者的诊断、治疗、抢救及会诊工作。
3. 其他应由高级医师确定的诊疗事项。

（二）中级医师（主治医师）：

1. 指导、检查下级医师工作。
2. 负责患者的日常诊疗和急危重患者的抢救。
3. 参与特殊、疑难、重大抢救患者的诊断、治疗、抢救及会诊工作。
4. 参加上级医师查房。
5. 其他应由主治医师确定的诊疗事项。

（三）初级医师（住院医师）：

1. 承担对住院患者的基础医疗工作，对经管患者全面负责。
2. 按照规定及时采集病史，书写病历记录等医疗文书。
3. 参加上级医师查房。
4. 负责完成各级医师的查房记录。
5. 负责落实上级医师诊疗意见。
6. 住院医师每次查房后应及时详细将查房情况、患者的生命体征和主要阳性体征及其病情变化，以及有鉴别意义的阴性体征和分析及下一步处理意见，记录上级医师查房记录，上级医师及时检查

并签字。

三、查房频次及时限

3.1 主任、副主任医师查房

每周至少 2 次，应有主治医师、住院医师、进修医师、实习医师、护士长和有关人员参加。住院期间，对一般病情的新入院患者的首次查房应在其入院 48 小时内完成。对危重患者，副主任医师以上人员应即时查房，并有查房记录。

3.2 主治医师查房

对一般病情患者的查房每周至少 3 次，应有本病房总住院医师、住院医师或进修医师、实习医师、责任护士参加，住院医师负责记录和落实诊疗计划。对危重患者应随时查房。

3.3 住院医师查房

对所管的患者，工作日每日至少查房 2 次，非工作日每日至少查房 1 次。对于危重患者、新入院患者及手术患者重点查房并增加巡视次数，发现病情变化及时处理。

四、查房内容：

（一）高级医师（主任医师或副主任医师）：

4.1.1 应及时解决疑难病例的诊断和治疗，并能体现出当前国内外最新医疗水平的进展。

4.1.2 审查新入院、疑难或危重患者的诊断、治疗计划。审查重大手术的手术条件、特殊检查及术前准备情况。

4.1.3 进行必要的教学工作，包括对各级医师的指导，重点帮助主治医师解决在诊疗工作中未能解决的问题。

4.1.4 抽查医嘱执行情况与病历书写质量。

4.1.5 听取医师医疗工作及管理方面的意见，提出解决问题的办法或建议。

（二）中级医师（主治医师）：

4.2.1 对主管的患者进行系统查房，确定诊断及治疗方案、手术方式、检查措施，了解病情变化及疗效判定。

4.2.2 对危重患者应随时进行巡视检查和重点查房，如有总住院医师、住院医师邀请应随喊随到，提出有效和切实可行的处理措施，必要时进行晚查房。

4.2.3 对新入院患者必须进行新患者讨论，对诊断不明或治疗效果不好的病例，进行重点检查与讨论，查明原因。

4.2.4 疑难危急病例或特殊病例，应及时向科主任汇报并安排上级医师查房。

4.2.5 对常见病、多发病和其他典型病例进行每周一次的教学查房，结合实际，系统讲解，不断提高下级医师的业务水平。

4.2.6 检查病历、各项医疗记录、诊疗进度、医嘱执行情况、治疗效果等发现问题，纠正错误。

4.2.7 检查总住院医师、住院医师、进修医师医嘱，避免和杜绝医疗差错事故的发生，签发会诊单、特殊检查申请单、特殊药品处方，检查病历首页并签字。

4.2.8 处理患者的出院、转科、转院等问题。

4.2.9 注意倾听医护人员和患者对医疗、护理、生活饮食、医院管理等各方面的意见，协助护士长搞好病房管理。

（三）初级医师（住院医师）：

4.3.1 要求重点巡视危重、疑难、新入院、诊断不清及术后患者，同时有计划地巡视一般患者。

4.3.2 审查各种检查报告单，分析检查结果，提出进一步检查和治疗的意见。检查医嘱执行情况，修改医嘱及开特殊检查医嘱。听取患者对治疗和生活方面的意见并提出建议。

4.3.3 向实习医师讲授诊断要点、体检方法、治疗原则、手术步骤、疗效判定及医疗操作要点，分析检查结果的临床意义。负责修改实习医师书写的病历，帮助实习医师做好新入院患者的体格检查及病历书写工作。

4.3.4 做好上级医师查房的各项准备工作，介绍病情或报告病例。住院医师要详细记录上级医师的诊疗意见，认真执行上级医师的指示，并及时向上级医师报告，负责书写病历相关内容，要求对危重患者随时检查并记录。

五、其他注意事项：

1. 查房准备：初级医师应做好病历、影像学资料、化验检查报告、所需检查器材等准备工作，特殊情况及时请示上级医师。

2. 站位规定：高级医师站立于患者右侧，中级医师站立于高级医师右侧，初级医师站立于患者左侧，与高级医师相对；护理人员站立于床尾，其余相关人员站于周围。

3. 查房程序：初级医师报告病历摘要、目前病情、检查化验结果、诊疗情况及需要解决的问题，中级医师补充病情、诊疗情况说明，高级医师确定诊疗方案。

4. 感控要求：查房前后应严格执行《手卫生规范》。

5. 医师查房应尊重患者、注意仪表整洁、保护患者隐私、加强与患者沟通，按照查房要求、流程进行规范查房。查房时要自上而下逐级严格要求，严谨的态度，认真负责。

6. 手术患者须由主刀者在术前和术后 24 小时内亲自进行查房。

六、三级查房制度落实督查：

1. 组织开展三级查房相关制度和 workflows 的培训，相关科室医务人员对《三级查房制度》全员知晓。

2. 医务科、质控科、护理部、药事管理委员会定期对《三级查房制度》执行情况进行考核，检查医务人员的知晓、执行情况，做到持续改进。将《三级查房制度》的考核情况纳入医院质量考核体系。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：疑难病例讨论制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-03		批准人：马可忠	

疑难病例讨论制度

一、疑难病例范围：参与讨论的疑难病例从以下几种情况中进行选择，原则上每个病区每月至少两例疑难病例讨论。

1. 入院 72 小时（3 天内）不能确诊或诊疗方案难以确定的病例。
2. 疾病在应有明确疗效周期内未能达到预期疗效。
3. 非计划再次住院和非计划再次手术的患者。
4. 出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症、院内感染等。
5. 病区内经积极抢救仍未脱离危险的患者。
6. 病情复杂或不稳定或疗效极差，涉及多个学科的疑难杂症。
7. 病情危重需要多科协作抢救的患者。
8. 涉及重大疑难手术或需再次手术治疗的患者。
9. 罕见病例。
10. 住院期间有医疗纠纷争议倾向等需要讨论的病例。
11. 本科室其他需要讨论的病例。

二、参加人员：

1. 讨论须由科主任或副主任主持，病例相关医疗组全体成员必须参加，病历中应详细记录。讨论前经治医师应准备好相关材料，必要时检索文献。

2. 必要时，邀请相关科室的医务人员参加；特殊情况下，医务科参加讨论。

3. 原则上参加疑难病例讨论人员中，应当至少有三名主治医师及以上专业技术职务任职资格。

4. 解决疑难病例所需要的诊疗能力或医疗设备条件，超出本科室或本院的诊疗范围或能力范围，应邀请相关科室或医院外人员参加疑难病例讨论。

三、讨论程序：

1. 经治医师负责收集病历资料，并通知参加病例讨论人员。

2. 疑难病例讨论原则上由科主任主持，科主任不在院期间由其指定科室负责人主持讨论；患者病情复杂、症状体征超出本科常见症状体征范围，需要多学科共同参与的，或有院外人员参加的，应由医务科人员主持。

3. 由经管医师汇报病史。

4. 依次由参加病例讨论的实习规培医师、住院医师、主治医师、副主任医师、主任医师及护理、

药学、医技等相关人员发言，对疾病诊治提出自己的观点，明确目前诊疗方面存在的困难和问题。

5. 由主持人进行汇总分析，确定诊疗计划。

6. 对科内讨论不能明确诊治方案的患者，应报告医务处，组织全院相关科室联合会诊，或请院外专家会诊。相关讨论过程和结论应记入病例。

四、记录内容：

1. 患者基本信息、科别、床号、住院号、入院时间、入院诊断等相关信息。

2. 病例讨论时间、地点、主持人、参加人（其他科室人员应注明学科、职称）、病历摘要、各级人员发言要点、讨论结论（主要指后续诊疗方案）、记录人等。

3. 上述内容记录于《疑难病例讨论记录本》。

4. 讨论形成一致性的结论，记入病历病程记录中。

5. 参加讨论人员签名，主持人审核并签字。

五、制度落实执行监督检查：

1. 制定、完善医院《疑难病例讨论制度》、配套制度及工作流程，组织开展疑难病例讨论相关制度和 workflows 的培训，要求各临床、医技科室医务人员对《疑难病例讨论制度》全员知晓，并落实执行。

2. 对诊断或治疗中存在疑难问题的病例应进行讨论，尽早明确诊断，完善诊疗方案，制定最佳治疗方案，提高诊断率、治愈率和抢救成功率，并通过疑难病例讨论培养各级医师不断提高诊疗水平。

3. 医务科、护理部定期对《疑难病例讨论制度》进行考核，检查医务人员的知晓、执行情况，并将《疑难病例讨论制度》的相关内容纳入医院质量考核体系，有持续改进的相应措施，达到持续改进。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：会诊制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-04		批准人：马可忠	

会诊制度

凡遇疑难危重病例、涉及多学科的跨科疾病在诊断、抢救、治疗过程中，或开展高新技术、高难度手术过程中，入院 3 天不能确诊的及其他特殊情况等需要他科医师或上级医师指导或协助时，应及时申请会诊。应邀参加会诊的医师应本着对患者负责的严肃态度全力配合，积极提供有助于诊断和救治的意见和建议，在会诊记录单上应有详细记录。具体规定及要求如下：

1. 申请会诊的科室应严格掌握会诊指征，申请科室应在会诊医师到达前做好充分准备（如病历，病情简介、各种检查、化验报告单，X 光片，CT 片，MRI 片等以及会诊中可能需要的特殊器械如骨穿包、气管切开包、胸腔闭式引流瓶等），科室或个人不得以任何理由或借口拒绝按正常途径邀请的各种会诊要求。

2. 会诊医师应由主任医师、副主任医师、主治医师或具有独立工作能力的高年资医师（如总住院医师）担任，日常科间会诊、急会诊由具有会诊资质的总住院医师完成。进修、轮转、实习医师及其他不具有资质的医师不得独自承担会诊任务。会诊医师如遇自己无法解决的疑难问题，应主动请本科室上级医师协同处理，确保诊疗质量。应邀科室尽量做到职称职位同级对等邀请并陪同的原则。

3. 会诊种类与程序

3.1 院内普通会诊

3.1.1 科内会诊：入院 3 天不能确诊或疑难危重患者，由该治疗组上级（主治或以上）医师提出，主任组织科室有关医务人员进行科内讨论。

3.1.2 科间会诊：患者病情超出本科室专业范围，需要其他专科协助诊疗者，应申请科间会诊。经管住院医师填写会诊申请单，提出会诊要求和目的，经本科室主治或主治以上医师审批同意后，通知应邀科室。一般会诊应邀科室会诊医师必须在 24 小时内前往会诊，申请科室应对等接待会诊医师，以便共同讨论。会诊医师应将会诊意见记录在会诊申请单上。

3.1.3 全院大会诊：科内会诊及科间会诊不能解决问题时，主治医师应及时向主任请示病例讨论或院内大会诊。决定进行院内大会诊时，主治医师应提前半个工作日通过 OA 工作流-医务处-医务处多学科联合会诊申请单提交全院大会诊申请，经医务处审批同意，确定参加人员和时间，通知相关科室人员参加。全院大会诊一般由申请科室主任或副主任主持，医务处列席参加。申请会诊科室准备好书面患者病情介绍、资料，发给每位会诊的医师，以提高会诊效率。

3.1.4 门诊疑难病例会诊：凡在我院门诊连续诊治 2 次以上，病因不明、疗效不佳或诊治涉及多个专科（3 个以上），外院转诊等疑难病例，接诊医师引导患者到门诊部提交多学科联合会诊申请，

并在门诊病历上写明本科情况和处理意见，提出邀请会诊的科室。由门诊部通知医务处召集相关专家，在门诊部办公室进行会诊，由申请会诊医师书写会诊意见（详见多学科联合门诊管理制度）。

3.2 院内急会诊

3.2.1 急诊科间会诊：在治疗或抢救急、危、重症患者时，遇必须立即经会诊解决的紧急、疑难问题等情况时申请。受邀科室会诊医师应在接到通知后 10 分钟内到达会诊现场，不得拖延。如会诊医师遇到无法处理或因抢救、手术等无法及时到达时，应及时报告本科室上级医师或二线班医师参加会诊。

3.2.2 急诊全院大会诊：遇病情突变、手术中突发紧急情况、危重患者抢救、成批伤病员、特殊或重大灾害事故及突发公共卫生事件等情况，需多科室急会诊共同诊治时可申请。由申请科室负责人（或主任、副主任医师）以电话形式报告医务处或医疗总值班（非上班时间），必要时向分管副院长报告。由医务处或医疗总值班通知相关科室。会诊医师接到通知后应迅速前往会诊。

3.3 院外会诊

任何医师未经医务处批准，不得擅自外出会诊、手术；不得以任何理由私自邀请院外专家来院会诊、手术。

3.3.1 请院外会诊：经院内会诊后确实无法解决的疑难、危重或特殊病例及必须院外专家会诊的病例可申请外院会诊。需向患者及家属说明会诊的目的、费用，征得其同意并签字（在病程记录中注明）。经管医师通过 OA workflow-医务处-外院医师会诊邀请函提交申请，经科主任签字后交医务处审核批准。由申请科室联系有关单位，商定会诊专家和时间。如遇急会诊，申请科室可先与医务处电话联系，事后再补办会诊手续。

会诊时相关科主任或教授需陪同外院专家，医务处酌情派人参加或主持。任何人不得私自请外院专家来院会诊、手术。

3.3.2 外出会诊：外院邀请我院医师会诊时，必须由邀请医院医务部门与我院医务处联系，经医务处领导审批同意后，安排副主任或以上职称医师前往，或进行书面会诊、远程会诊。任何人不得私自外出会诊（私自外出者，发生的医疗纠纷或交通事故等其它意外情况，由外出应诊医师本人承担全部责任）。

3.5 远程会诊

若因医疗诊断治疗所需，或患者及家属有远程会诊需求，可由管床医师与医务处联系申请远程会诊，在我院有合作协议的机构或医院完成远程会诊服务。具体详见制度汇编中《远程医疗会诊管理制度》。

4. 会诊时限

普通科间会诊一般应在 24 小时内完成；急会诊要求会诊医师接到通知后 10 分钟内赶到会诊现场；医务处组织的全院大会诊或多科室会诊以医务处安排时间为准。

5. 会诊记录书写规定

5.1 会诊申请单

完善《襄阳市中心医院医务处多学科联合会诊申请单》中患者姓名、科室、床号、住院号、病历资料、会诊目的、是否组织科内讨论、拟参与会诊科室、申请医师和申请时间等内容。提交申请

后经科主任和医务处审批完成 OA 审批流程。

5.2 会诊意见记录

5.2.1 科间会诊由会诊医师负责书写；全院大会诊由参加会诊医师分别阐述会诊意见，经管医师按照病历书写的要求及时书写《多学科联合诊疗记录》，完善签字后提交主持人审核签字。

5.2.2 会诊意见记录应包含会诊医师所在的医疗机构名称(外院)和科别、会诊医师级别、会诊时间、会诊意见及会诊医师签字。

5.2.3 会诊医师不能决定的问题应请示本科室上级医师或带回科室讨论。

6. 会诊制度培训及督查

1. 组织开展会诊相关制度和 workflows 的培训。相关科室医务人员对《会诊制度》全员知晓。

2. 医务处、病案统计科会定期对《会诊制度》进行考核，检查医务人员的知晓、执行情况，达到持续改进。将《会诊制度》的纳入医院质量考核体系。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：急危重患者抢救制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-05		批准人：马可忠	

急危重患者抢救制度

一、急危重患者：

1. 患者急性起病，诊断未明，根据其症状的诊疗流程，必须立即处置，否则可能导致重要脏器功能损害或危及生命。

2. 患者急性起病，诊断明确，根据诊疗规范，必须立即处置，否则可能延误最佳治疗时机或危及生命，如有明确治疗时间窗的疾病。

3. 患者生命体征不稳定并有恶化倾向。

4. 出现检验或检查结果危急值，必须紧急处置的患者。

5. 患者出现其他预计可能出现严重后果，必须紧急处置的病情。

二、抢救资源：

1. 抢救人员：

(1) 所有医务人员须具有接受抢救技能的培训，掌握急危重患者抢救的基本理论、基础知识和基本抢救操作技能（包括但不限于心肺复苏等），具备独立抢救能力。

(2) 急诊等专科抢救人员，需要掌握包括心包穿刺术、气道开放技术、动/静脉穿刺置管术、心电复律、呼吸机使用等抢救技能，建立医院抢救小组，紧急状态时能立即到位、开展抢救。

2. 抢救药品：根据医院常见急危重疾病的抢救流程和常见急危重疾病抢救时需要在极短时间内应用的药物进行配备，可以包括但不限于心肺复苏药物、呼吸兴奋药、血管活性药、利尿及脱水药、抗心律失常药、镇静药、止血药、平喘药等。

3. 抢救设备：根据医院常见危急重症疾病抢救时需要配备的设备进行配置，包括但不限于吸氧设备、简易呼吸器、除颤设备、心电图机、心电监护仪、负压吸引设备、心肺支持设备、洗胃机、便携式超声仪和快速床旁检验设备等。

4. 临床科室设置抢救室和抢救床位。

5. 抢救设备放置于固定的、便捷可及的位置，定期维护和巡查，始终保持待用状态；各科室医务人员知晓抢救设备位置、使用方法，知晓抢救设备缺乏或故障时替代设备的调配流程。

6. 抢救药品种类和数量能满足医院常见的急危重症患者抢救需要；各科室医务人员知晓抢救用药使用流程、补药流程和应急预案。

三、抢救资源调配：

1. 医院建立抢救资源相关配置制度，保证抢救人员、药品、设备等按科室医疗区域需要进行合理配置。

2. 当相关的抢救人员、药品、设备等抢救资源不能满足本科室区域临时抢救所需时，医院有相关紧急调配制度，保证人员、药品、设备等抢救资源能够迅速调用，形成固定的紧急调配流程，并定期进行演练。

3. 紧急调配机制包括但不限于以下几项：

（1）有人员紧急调配的制度、规定和执行方案，定期演练，可建立医院应抢救小组，小组成员均有相应资质、抢救技能；

（2）有抢救用药保障制度；有应急床位统一调配机制；

（3）有医疗设备紧急调配制度，并定期演练；

（4）有多科室紧急抢救协作制度，急救服务体系中相关部门（包括急诊科、各临床及医技科室、药房、挂号收费等）责任明确。

四、急危重患者抢救绿色通道：

1. 绿色通道是指医院为急危重症患者提供的快捷高效的服务系统。

2. 绿色通道救治患者的理念：以患者为中心，对急、危重症患者按照“优先处置转运”及“先及时救治，后补交费用”的原则救治，确保急诊救治及时有效。

3. 医院有各部门间的协作机制，职责任务明确，参与救治人员符合资质。

4. 进入绿色通道的患者或机制包括但不限于以下内容：

（1）绿色通道患者：可疑传染病患者、重点病种患者（包括但不限于，严重创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭等）的紧急救治和转诊；

（2）流程绿色通道：如院前、分诊、就诊、会诊、手术、药物治疗、输血治疗、检验、影像学检查、收治入院、转运等环节优先处理的机制，突发应急事件处理流程；

（3）财务绿色通道，先抢救后付费制度；

（4）绿色通道标识。

五、转诊服务：

1. 转运前，应完成患者评估，履行告知义务，根据评估结果决定转运方式。转运途中配备可及的生命支持设备，医院间的转运由“120”救护车来完成。

2. 转送患者要有完善的病情与资料交接，保障患者得到连贯抢救。

3. 有与相关合作医院建立转接服务的机制。

六、抢救原则：

1. 在抢救急危重患者时，必须规范执行抢救流程和预案。

2. 抢救工作要及时、有效、准确、无误。

3. 急危重患者抢救必须及时通知科主任、医务科或者总值班。

七、组织分工：

1. 急危重患者抢救原则上由科主任主持。科主任不在场时，由现场专业技术职务最高的医师主持抢救工作，但必须及时通知科主任。

2. 特殊患者或需多学科协同抢救的，应及时邀请相关科室参加抢救，必要时报告医务处、护理部或分管院长。

3. 根据会诊意见，由可能威胁到患者生命最主要的疾病所属专业科室接收患者，并负责组织抢救，如落实救治科室存在争议，应立即通知医务处或医疗总值班协调确认。

4. 需跨科抢救的急重危患者，由患者所在科室科主任或现场专业技术职务最高医师主持抢救工作，特殊情况可邀请医务处或医疗总值班参与协调。

5. 抢救工作期间，药房、检验、放射或其他特检科室，应满足临床抢救工作需要，不得以任何借口加以拒绝或推迟，物资设备、后勤保障科室应保证水、电、气等供应。

八、医嘱、抢救记录：

1. 医嘱：

(1) 一般情况下，医师不得下口头医嘱，如因情况紧急需下达口头医嘱，护理人员执行时应复诵一遍，并与医师核对药品后执行，防止发生差错事故。

(2) 抢救结束后 6 小时内医师据实补记医嘱。

2. 抢救记录：

(1) 抢救患者时原则上应边抢救边记录。

(2) 因抢救急危患者，未能及时记录，应在抢救结束 6 小时内据实补记，加以注明。

(3) 抢救记录内容包括病情变化情况、抢救时间及措施、参加抢救的医务人员姓名、职称等，要做到及时记录。

(4) 抢救记录要完整、准确、无误、及时，时间精确到分钟。

(5) 抢救患者时，经治医师应及时向患者家属或授权委托人进行充分沟通告知患者病情及预后，履行知情告知手续，必要时下达病危通知书，患者家属或授权委托人需要签署意见并签名。病危通知书一式两份，分别交患方、病历存档。

九、抢救结束后其他事项：

1. 所有使用后的药品安瓿，需经二人核对后方可弃去。

2. 抢救结束后，要及时清理、核查、消毒、补充各种抢救器材及药品，并物归原处，完善记录。做到药品、物品、器械完好率 100%，以备再用。房间进行终末消毒。

十、制度落实执行监督检查：

1. 制定、完善医院《急危重患者抢救制度》、配套制度及工作流程，组织开展急危重患者抢救相关制度和 workflows 的培训，要求各临床、医技科室及药剂科、设备科医务人员对《急危重患者抢救制度》全员知晓，并落实执行。

2. 医务人员对急危重患者不得以任何借口推迟抢救，必须全力以赴，分秒必争，做到严肃、认真、细致、准确，各种记录及时全面。涉及到法律纠纷的，要报告有关部门。

3. 参加急危重患者抢救的医护人员必须明确分工，各司其职，无条件服从主持抢救人员的医嘱，但对抢救患者有益的建议，可提请主持抢救人员认定后用于抢救患者，不得以口头医嘱形式直接执行。

4. 参加抢救工作的护理人员应在护士长领导下，执行主持抢救人员的医嘱，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。

5. 严格执行交接班制度和查对制度，日夜应有专人负责，对病情抢救经过及各种用药要详细交

待。

6. 医务处、护理部、药学部、设备科等部门定期对《急危重患者抢救制度》进行考核，检查医务人员的知晓、执行情况，将《急危重患者抢救制度》的相关内容纳入医院质量考核体系，有持续改进的相应措施，达到持续改进。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：3
		生效日期：2023 年 2 月 15 日	
主 题：手术分级管理制度		编制人：曹波	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-06		批准人：马可忠	

手术分级管理制度

为加强我院手术分级管理，提高手术质量，保障医疗安全，根据国家卫生健康委办公厅《关于印发医疗机构手术分级管理的通知》（国卫办医政发〔2022〕18号），结合我院实际，制定襄阳市中心医院手术分级管理制度。

1. 组织管理

医院手术分级管理实行院、科两级负责制。院长是医院手术分级管理的第一责任人；手术相关临床科室主要负责人是本科室手术分级管理的第一责任人。医院技术临床应用管理委员会负责手术分级管理，具体工作由医务处负责。

2. 手术分级管理

2.1 根据手术风险程度、难易程度、资源消耗程度或伦理风险不同，手术分为四级：

一级手术是指风险较低、过程简单、技术难度低的手术；

二级手术是指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术；

三级手术是指风险较高、过程较复杂、难度较大、资源消耗较多的手术；

四级手术是指风险高、过程复杂、难度大、资源消耗多或涉及重大伦理风险的手术。

2.2 医院根据手术级别、专业特点、术者专业技术岗位和手术技术临床应用能力及培训情况综合评估后，授予手术医师相应的手术权限，实行手术分级授权动态调整制度，三、四级手术应当逐项授予术者手术权限，手术授权原则上不得与术者职称、职务挂钩。医务处定期对本院开展的手术效果和手术并发症等情况进行评估，动态调整手术分级管理目录。

2.3 所有符合条件、未完成初次申请授权的手术医师应在 OA 工作流医务处下方权限审批中填写《襄阳市中心医院手术医师资质授权申请表（初次申请）》进行手术授权审批；对于已完成初次申请授权的医师，经科室质量与安全管理小组综合评估后，将医师授权信息情况统一填写在《襄阳市中心医院手术医师授权信息表》，将此表上传 OA 工作流《襄阳市中心医院手术医师定期能力评价与再授权审批表》附件，提交至医务处及医院医疗技术临床应用管理委员会签署审批，审批通过后由信息中心进行权限维护。

2.4. 开展的省级以上限制类医疗技术中涉及手术的项目，应当按照四级手术进行管理。

2.5. 手术按照已确定的手术人员分工进行，不得越级手术。手术中根据病情需要扩大手术范围，或改变预定术式，需请示上级医师，按照医师分级手术范围规定进行手术。施行越级手术时，需经

科主任批准并必须有上级医师在场指导。除正在进行的手术需请示上级医师指导情况之外，上级医师不得未经给患者查房或会诊、未参加术前讨论，而直接参加手术。

3. 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以及不同情况、不同类别手术的审批权限。

3.1 常规手术

3.1.1 四级手术：科主任审批，由高年资副主任医师以上医师签发手术通知单。

3.1.2 三级手术：科主任审批，由副主任医师以上医师签发手术通知单。

3.1.3 二级手术：科主任审批，高年资主治医师以上人员签发手术通知单。

3.1.4 一级手术：主管的主治医师以上医师审批，并可签发手术通知单。

3.2 高度风险手术

高度风险手术是指存在高度风险的任何级别(一级、二级、三级、四级)的手术和介入、麻醉。包含：70岁以上高龄患者的手术，重大手术(四级手术、显微手术，新开展手术、科研手术等，详见附表重大手术目录。)、特种手术(毁容或致残手术和器官摘除手术)，已经或预期可能引起医患或司法纠纷的、在本院发生的因手术后并发症需再次手术的情况以及我院开展的第二类医疗技术和第三类医疗技术等项目。

高度风险手术须经科内讨论，科主任签字同意后报医务处，由医务处审批或提交主管副院长审批，新开展手术、科研手术还需履行其它审批手续。获准后，手术科室科主任或高年资副主任以上医师负责签发手术通知单。

3.3 紧急手术

紧急手术原则上应由具备实施该项手术资格的医师主持手术，在紧急抢救生命的情况下，如需施行的手术超出自己的手术权限，而上级医师暂时不能到场主持手术期间，手术医师应立即口头请示。任何级别的值班医师在不违背上级医师口头指示的前提下，有权、也必须按具体情况主持其认为合理的抢救手术，不得延误抢救时机。

3.4 其他特殊手术

3.4.1 被手术者系执外国或港、澳、台护照的人员；

3.4.2 被手术者系特殊保荐对象、著名专家学者、知名人士及各党派负责人；

3.4.3 已经或预期可能引致医患或司法纠纷的；

3.4.4 在本院发生的因手术后并发症需再次手术的；

3.4.5 外院医师会诊主持的手术；

3.4.6 其它未考虑到的情况。

上述特殊手术或手术的特殊情况按高度风险手术管理和审批，上述1、2种情况还要上报襄阳市卫健委（或其他相关部门）。

4. 行政管理

4.5.1 各科室和各级医师必须严格执行本制度。

4.5.2 在急诊手术、探查性手术或非预期的中转手术中，如必须施行超手术权限的手术时，在不影响患者安全的前提下，应请示上级医师，如有必要应报科主任及医务处，术毕一周内补办相关

手续。

4.5.3 对违反本规范超权限手术的责任人，一经查实，将追究责任人的责任；对由此而造成医疗事故的，依法追究相应的责任。

明确各级医师手术权限，是规范医疗行为，保障医疗安全，维护患者权益的有力措施，各临床科室及各级医师必须严格遵照执行。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：术前讨论制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-07		批准人：马可忠	

术前讨论制度

一、术前讨论病例范围：

除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外，所有需实施手术的病例均需进行术前讨论。

二、术前讨论范围：

（一）住院手术：

1. 术前讨论模式：手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论、全科讨论、多学科联合讨论。
2. 临床科室根据本科室开展的手术项目及级别确定本科室术前讨论范围。
3. 临床科室根据手术分级目录、科室人员（医疗团队）配置、技术水平、既往手术效果等情况，确定各类各级手术术前讨论的模式，科主任审批后实施。
4. 新开展手术、高龄患者手术、高风险手术、肢残手术、非计划二次手术、可能存在或已存在医患争议或纠纷的手术、患者伴有重要脏器功能衰竭的手术，应当纳入全科讨论范围。

（二）日间手术：

1. 因日间手术患者即住院患者，应按照住院手术患者规定进行术前讨论。
2. 根据病情按照手术组讨论或医师团队讨论等形式进行。

（三）门诊手术：

1. 由参加门诊手术的医师及相关人员在术前共同讨论。
2. 在门诊病历记录讨论记录，包括但不限于适应症、禁忌症、手术方式、麻醉方式、注意事项等内容。

三、术前讨论原则：

1. 手术医师必须参加术前讨论。
2. 全科讨论由科主任或其授权的最高级别医师主持，全科医护人员参加。
3. 患者手术涉及多学科或可能发生手术合并症的，邀请相关科室和医务科人员参加，或事先完成相关科室的会诊。
4. 疑难、高危、致残、特殊手术及新技术和新项目手术、外请专家开展手术均须报医务科批准，由医务科主持术前讨论，邀请相关科室人员参加。

四、术前讨论的记录形式和内容：

- 4.1 患者病情较重、手术难度较大（三、四级手术）、《重大手术报告审批制度》中规定的重大手术、科室认为需重点讨论的其他手术，填写术前讨论记录。

4.2 患者病情较轻、手术难度较小（一、二级手术）、科室认为手术风险较小，已列入常规进行的手术，填写术前小结。

4.3 术前讨论的内容包括但不限于以下几项：

4.3.1. 患者术前病情

4.3.2. 临床诊断和诊断依据；

4.3.3. 手术指征与禁忌症、拟行术式及替代治疗方案；

4.3.4. 手术风险评估；

4.3.5. 术中、术后注意事项，可能出现的风险及应对措施；

4.3.6. 术中可能出现的手术方式、手术范围、麻醉方式改变；

4.3.7. 术前准备情况；

4.3.8. 是否需要分次完成手术；

4.3.9. 围手术期护理具体要求；

4.3.10. 麻醉方式与麻醉风险等。

五、术前讨论注意事项：

1. 术前讨论前经治医生应准备必要、充足的资料，包括化验、造影、CT 等，有重点地介绍病情，并提出自己或专业小组的诊断及治疗方案，必要时检索有关资料。

2. 各级医师按职称由低到高顺序充分发言，提出自己的意见和见解。主持人最后总结，完善制定出治疗手术方案、术中、术后观察事项、护理要求、确定手术人员及时间。

3. 术前讨论的结论需记录在病历记录中，讨论主持人审阅签字。各级医师必须遵守落实术前病例讨论制定的诊疗手术方案，不得擅自更改。

4. 确定进行术前谈话者应有术者参加，医师应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告诉患者，及时解答患者的咨询，避免对患者产生不利的后果。

5. 术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。

6. 术中因需要改变手术方式或扩大手术范围或改变麻醉方式时，应进行现场讨论，必要时请示科主任，并与患者家属进行充分沟通，履行知情同意告知手续后方可进行。

六、术前讨论制度执行督查：

1. 医院组织开展术前讨论相关制度和 workflows 的培训。临床科室医务人员对《术前讨论制度》全员知晓。

2. 医务科、质控科定期对《术前讨论制度》进行考核，检查医务人员的知晓、执行情况，达到持续改进。将《术前讨论制度》执行情况纳入医院质量考核体系。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：查对制度	编制人：刘东操	审核人：潘睿	
文件编号：YWC-ZD-08	批准人：马可忠		

查对制度

一、医嘱查对：

1. 开具医嘱时，应查对患者姓名、性别、住院号等。
2. 应班班查对医嘱。夜班查对当日医嘱；总查对由护士长组织，每周 1 次。其内容包括医嘱单、执行卡、各种标识（饮食、护理级别、过敏、隔离等）。
3. 查对、处理医嘱者，须签全名。
4. 对转抄医嘱须由另外一人核对。转抄医嘱者与查对者均须签名。
5. 抢救患者时，医师下达口头医嘱，执行者须完整复述一遍，经医师复核无误后，方可执行。抢救完毕，医师应在 6 小时内补开医嘱并签名。
6. 查对时有疑问的医嘱，必须与医师核对无误后，方可执行和转抄。

二、服药、注射、输液、处置查对：

1. 必须严格执行“三查八对”。
 - （1）三查：摆药后查；服药、注射、处置前查；注射、处置后查。
 - （2）八对：对住院号/门诊号、姓名、药名、剂量、浓度、时间、用法、有效期。
2. 至少同时使用两种患者身份信息（如身份证号、姓名、住院号、出生年月等）确认患者身份，禁止将房间号或床号作为识别依据。
3. 对意识不清、语言交流障碍等无法陈述姓名的患者，由陪同人员陈述患者身份信息，并及时佩戴腕带。对无法陈述姓名且无人陪伴的患者，可临时采取其他方式标记其身份（如无名氏+性别+来院时间等），并佩戴腕带，由双人查对确认。
4. 清点药品和使用药品前要检查药品质量，水剂、片剂注意有无变质，安瓿、注射液瓶有无裂痕；密封铝盖有无松动；输液袋有无漏水；药液有无浑浊和絮状物；有效期和批号有无超期。如不符合要求或标签不清者，不得使用。
5. 摆药后必须经第二人核对无误后，方可执行。
6. 易致过敏药物，给药前应询问有无过敏史。使用特殊管理药品及高警示药品时，应严格执行相关文件规定，经过双人核对，特殊时间段，本岗位仅有一人时，采用单人两次复核查对和两次签字。用后保留空瓶及时交回药房。给多种药物时，要注意有无配伍禁忌。
7. 发药、注射时，患者如提出疑问，应及时检查，核对无误后方可执行。
8. 输液瓶加药后要在标签上注明药名、剂量，并留下空瓶，经另一人核对并在药袋或药瓶上签名后方可使用。

三、输血查对：

1. 交叉配血查对：

(1) 认真核对交叉配血单，患者血型化验单上的出生年月、姓名、性别、住院号。

(2) 抽血时要有 2 名护士（只有 1 名护士值班时，由值班医师协助），1 人抽血，1 人核对，核对无误后方可执行。

(3) 抽血（交叉）前须在盛装血标本的试管上粘贴写有科室、住院号、患者姓名等的条形码，条形码字迹必须清晰无误。

(4) 抽血时对化验单与患者身份有疑问时，应与经治医师重新核对，确认无误后，方可执行；如发现错误，应重新填写化验单和条形码，切勿在错误化验单和错误条形码上直接修改。

(5) 血液标本按要求抽足血量，不得从正在补液肢体的静脉中抽取。

(6) 血型鉴定和交叉配血试验，2 人工作时要“双查双签”，1 人工作时要重做 1 次。使用条形码进行核对。

2. 取血查对：

(1) 输血科应对血袋包装核查：血站名称及其许可证号；献血者姓名（或条形码）、血型；血液品种；采血日期及时期；有效期及时间；血袋编号（或条形码）；储存条件。

(2) 取血者应与发血者共同查对：患者姓名、性别、住院号、编号、输血数量、血型等是否与交叉配血报告单相符；血液效期及外观。

(3) 血袋须放入专用容器内取回。

(4) 血液自血库取出后勿振荡、加温，勿放入冰箱速冻，并在自取出后半小时内开始输注，2 小时内输完。

3. 输血过程查对：

(1) 输血前查对。须由 2 名医护人员核对，确保医嘱单、输血记录单、血型单、血袋标签上的信息完全一致；严格执行“三查八对”：三查，即查血液有效期、血液质量、输血装置是否完好。八对，即对出生年月、姓名、住院号、血袋号、血剂量、血液种类、血型及交叉配血结果的各项内容；让患方陈述患者姓名及血型，确认无误；核对交叉配血报告单：患者出生年月、姓名、住院号、血型、血量；供血者的姓名、编号、血型；供血者与患者的交叉相容试验结果；血袋上标签的姓名、编号、血型与交叉配血报告单上是否相符；检查血袋上的采血日期、有效期，血液有无外渗，血液外观质量，确认未过期、无溶血、无凝血、无变质后方可使用；所用的输血器及针头是否在有效期内。

(2) 输血时查对。须由 2 名医护人员携带病历及交叉配血单到患者床旁核对床号、腕带，询问患者姓名、血型；查对按输血规范使用生理盐水冲洗输血器。

(3) 输血后查对。医嘱；患者出生年月、姓名、血型、配血报告单；血袋标签的血型、编号、供血者姓名、采血日期；确认无误后于输血记录单上签名。

(4) 查对血袋条形码是否粘贴于交叉配血报告单，入病历保存。

(5) 查血袋是否冷藏保存 24 小时。

四、营养膳食查对：

1. 每日查对医嘱后，以饮食护理单为依据，核对患者床前饮食标志，查对饮食种类。
2. 发放饮食前，应准确核对患者身份，查对饮食单与饮食种类是否相符。
3. 开餐前在患者床头查对饮食种类与患者的医嘱及病情是否相符。
4. 查对禁食患者的饮食单及床尾禁食标识，并告知患方禁食的原因和时限。
5. 对限制饮食的患者，医护人员需查验外来食物。

五、无菌物品查对：

1. 消毒供应中心。
 - (1) 收回器械及待消包时，应查对名称、数量、质量完好程度及清洁处理情况；
 - (2) 对一次性使用无菌物品，应查对每批检验报告单，并进行抽样检查；
 - (3) 查对消毒液的有效浓度及配制浓度、浸泡消毒时间、酶洗前残余消毒液是否冲洗干净；
 - (4) 包装准备器械、敷料包时，要查对名称、数量、质量、湿度及清洁度；
 - (5) 进行器械、敷料灭菌前，应查对器械敷料包装规格是否符合要求，装放方法是否正确；灭菌器各种仪表、程序控制是否符合标准要求；
 - (6) 器械、敷料消毒灭菌完毕，查验化学指示卡是否达标，包外标签内容是否齐全完整、有无湿包，置入器械是否每次灭菌时进行生物学监测，并分类放置；
 - (7) 发放各类无菌用品时，查对名称、数量、消毒日期、包装完好性；
 - (8) 发放一次性无菌物品的记录应具有可追溯性。记录内容包括物品出库日期、名称、规格、数量、生产厂家、生产批号、灭菌日期、失效日期等。
2. 使用科室。
 - (1) 指定专人负责无菌物品的领取、保管；
 - (2) 定期清点，分类保管，及时检查；
 - (3) 产品外包装严密、清洁、干燥，无菌物品无潮湿、霉变、过期；
 - (4) 使用灭菌物品和一次性无菌物品前，应检查包装和容器是否严密、干燥、清洁，检查灭菌日期、有效期、灭菌效果指示标识；
 - (5) 对过期、不洁、潮湿、包装破损及未达灭菌效果等物品，一律禁止使用；
 - (6) 已开启的灭菌物品，使用时核查开启时间、物品质量及包装是否严密、有无污染。

六、检验标本查对：

1. 采集标本时，查对患者科别、住院号（门诊号）、姓名、检验目的。
2. 各种血标本注入容器前，须再次查对标签上的各项内容。
3. 收集标本时，查对患者科别、姓名、性别、联号、标本数量和质量。
4. 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. 检验后，查对项目、结果。
6. 发报告时，查对科别、床号、姓名。

七、病理查对：

1. 接收检查申请单时要核查申请单填写是否齐全，临床诊断及检查目的是否清楚。
2. 标本接收和取材时要核对申请单号码与标本号码是否一致、标本号码与病理编码是否唯一。

3. 取材后医师与技术人员交接时核对数量，出片时要核对切片数量及号码是否正确。

4. 切片观察和出具报告时要核对患者姓名、病区、病床号、住院号、送检材料和部位是否与申请单一致。

5. 外借病理切片时要再次核对患者姓名，病历号和病理诊断是否正确。还片时要核对会诊意见是否与原诊断一致并做好记录。

八、医学影像查对：

1. 检查时，查对患者科别、病房、姓名、年龄、住院号（门诊号）、片号、部位、目的等。

2. 治疗时，查对患者科别、病房、姓名、部位、条件、时间、角度、剂量。

3. 使用造影剂时应查对患者造影剂过敏试验结果。

4. 发报告时，核对科别、病房、姓名、部位。

九、药剂调配查对：

1. 调剂处方或医嘱时，药剂人员应逐项检查处方前记、正文和后记书写是否清晰、完整。

2. 严格落实“四查十对”，查处方或医嘱，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。

3. 对处方或医嘱所列药品不得擅自更改或者代用。

4. 对有配伍禁忌、用药错误或者超剂量的处方，应当拒绝调配，及时告知医师；必要时，经医师更正或者重新签字，方可调配。

5. 药师在完成处方调剂后，应当在处方上签名或者加盖专用签章。

6. 药师须对处方或医嘱用药适宜性进行审核。

（1）规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；处方用药与临床诊断的相符性；剂量、用法；选用剂型与给药途径；重复给药；药物相互作用和配伍禁忌；其他不适宜用药。

7. 发药查对。药名、规格、剂量、用法与处方内容是否相符；标签（药袋）与处方内容是否相符；药品有无变质，是否超过效期；患者姓名、年龄，交代用法及注意事项。

十、理疗针灸查对（康复医学科及中医科）：

1. 各种治疗时，查对患者科别、病房、姓名、住院号（门诊号）、部位、种类、剂量、时间、皮肤。

2. 低频治疗时，查对极性、电流量、次数。

3. 高频治疗时，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，检查针数和有断针。

十一、特殊检查（心电图、脑电图、超声波等）查对：

1. 检查时，查对患者科别、床号、姓名、性别、检查目的。

2. 诊断时，查对患者姓名、编号、临床诊断、检查结果。

3. 发报告时，查对送达科室。

十二、其他工作查对：

患者入出院、转院、转科、麻醉、抢救、介入、血液透析、自备药品使用及制剂、静脉用药配

制、麻醉精神药品管理中的查对工作。

十三、制度落实执行监督检查

1. 制定、完善《查对制度》、配套制度及工作流程。组织开展查对相关制度和 workflows 的培训，要求各临床、医技科室、药事等相关医务人员对《查对制度》全员知晓并落实执行。

2. 严格执行查对制度，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、药品等必须进行复核查对，提高对患者身份识别的准确性，确保所执行的诊疗活动过程准确无误，保障每一位患者的安全。

2. 查对包括患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等相关方面。医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。

3. 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。

4. 无论直接或间接用于患者的各种治疗、检查物品及其生活用品，（如药物、敷料、器械、压缩气体及治疗、急救和监护设备等），必须具备品名正规，标记清楚，有国家正式批准文号、出厂标记、日期、保存期限，物品外观表现符合安全要求。

5. 按规定对用于患者的各种治疗、检查物品及其生活用品进行查对。凡字迹不清楚、不全面、标记不明确以及有疑问的医疗用品、物品，应禁止使用。在使用过程中患者如有不适等反应，必须立即停用，再次进行查对工作，包括应用的一切物品，直至找出原因。所用物品不得丢弃，应按要求妥善保管备查。

6. 医务处、护理部、药学等相关部门定期对《查对制度》进行考核，检查医务人员的知晓、执行情况，将《查对制度》的相关内容纳入质量考核体系，有持续改进的相应措施，达到持续改进。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：死亡病例讨论制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-010		批准人：马可忠	

死亡病例讨论制度

一、医院内所有的死亡患者都需要进行讨论。

二、死亡患者病例讨论时限：

1. 死亡病例讨论原则上应当在患者死亡 1 周内完成。
2. 尸检病例在尸检报告出具后 1 周内必须再次进行讨论。
3. 特殊及意外死亡、有医疗纠纷病例，都要及时单独讨论（24 小时内完成）。

三、死亡病例讨论参加人员：

1. 死亡病例讨论应在全科范围内进行，由科主任主持。
2. 必要时邀请医务处和相关科室参加。

四、讨论程序：

1. 死亡病例讨论由科主任或科主任指定的科室副主任主持，必要时由医务处负责人主持。
- 2 讨论前主管医师必须完成病历及死亡抢救记录；
- 3 讨论时主管医师汇报病情摘要、治疗经过和可能的死亡原因；上级医师和参加抢救的其他医师予以补充；最后主持人汇总各级医师意见，作出结论；
- 4 参加讨论人员应本着科学严谨的态度，对诊疗意见、死亡原因，抢救措施进行详尽分析；
- 5 讨论内容应包括：死亡原因；诊断是否正确；治疗护理是否恰当及时；从中汲取哪些经验教训；今后的努力方向。

五、死亡病例讨论记录内容：

1. 患者姓名、性别、年龄、科别、床号、住院号、入院时间、入院诊断、死亡时间、死亡诊断等相关信息。
2. 病例讨论时间、地点，主持人，参加者及专业技术职务，病历摘要，各级人员发言，总结意见，记录者等。
3. 上述内容记录于《死亡病例讨论记录》，主持人审核并签字；形成一致性结论摘要记入病历中。
4. 参加讨论人员签名，主持人审核并签字。

六、制度落实执行监督检查：

1. 制定、完善医院《死亡病例讨论制度》、配套制度及工作流程。组织开展死亡病例讨论相关制度和 workflows 的培训，要求各临床科室、医技科室等医务人员对《死亡病例讨论制度》全员知晓并落实执行。

2. 通过死亡病例讨论分析死亡原因，全面梳理诊疗过程，审查诊断是否正确，治疗护理过程是否及时适当、存在哪些有待改进的问题与不足，以便总结和积累诊疗经验，不断提升诊疗服务水平，提高治疗抢救成功率，降低临床死亡率。

3. 死亡病例讨论主要讨论的内容包括：诊断是否正确、有无延误诊断或漏诊；处理是否适当和及时；死亡原因和性质；应吸取的经验和改进措施等。

4. 医务处、护理部定期对《死亡病例讨论制度》进行考核，检查医务人员的知晓、执行情况，纳入质量考核体系，有持续改进的相应措施，达到持续改进。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：医生值班与交接班制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-011		批准人：马可忠	

医生值班与交接班制度

一、建立全院性医疗值班体系：

医院临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤服务保障部门，根据需要建立本部门的值班及交接班制度，明确值班人员岗位职责，医务人员通过值班和交接班制度以保障患者诊疗过程的连续性，保障医院诊疗活动正常运行。

二、建立总值班制度：

医院建立实施总值班制度（详见制度汇编—《医疗总值班管理制度》），负责非工作时间内的重大抢救、应急事务的组织协调工作，并设有医疗总值班和行政总值班，实行总值班查房制度。参加总值班人员需接受相应的培训并经考核合格后方可上岗，参加总值班人员按照总值班制度执行。

三、明确各值班岗位职责：

医院及科室应当明确各值班岗位职责、值班人员资质和人数。值班表应当在全院公开并明确值班时段，包括与患者诊疗相关的所有岗位的排班，各临床、医技科室的医师、护士、技师的值班表及行政、医疗、护理总值班和提供诊疗支持的后勤部门的值班表。

四、值班制度细则：

1. 各科室、部门负责人分别负责本部门排班，并审核签字。医师门诊排班报门诊部，节假日排班表报医务处。医师出门诊时间、安排择期手术当日不得值班。

2. 各临床科室设一、二线值班人员。值班的医务人员必须为具有执业资格并在本院执业注册的医务人员，非本院执业注册的医务人员不得单独值班。值班人员值班期间必须坚守岗位，休息时应当在医院指定的值班室休息。值班人员如需急会诊或参与急诊手术，应根据本科室值班制度，确定应有同资质医师接替值班并在岗，告知当班护士。

3. 一线值班由执业医师担任；二线值班医师由高年资主治医师、副主任医师或主任医师担任。

4. 值班护士由护士及以上专业技术职务人员担任，护理值班按护理部相关规定进行。

5. 全院各临床、医技科室（临床药学、放射、超声、临床检验及输血科等）均实行 24 小时值班制，确保各科均能为患者提供 24 小时连贯不间断的医疗服务。后勤保障部门也应 24 小时值班，可以随时提供临床所需医疗设备和后勤保障支持。

6. 医护人员排班确定后原则上不得调换，如遇特殊情况，需提前请科主任或护士长批准。

7. 医技科室及提供诊疗支持的后勤服务保障部门须按照排班坚守岗位，不得擅自离岗，为患者及临床科室提供服务。

五、交接班制度细则：

1. 各病室、急诊留观室、急诊病房均实行早班集体交接班。每晨召开病室医护人员晨会，由值

班医师、夜班护士分别报告夜班情况，护士长报告病房工作重点、护理要点和注意事项，值班医师报告危、重、新及手术前后患者情况和注意事项。交接班时必须衣帽整齐、注意力集中，交接班人在未完成交班前，不得离开病房。

2. 医师交接班

(1) 值班医师须在接班时准时到达科室，接受各级医师交办的医疗工作。交接班时，应巡视病房，了解病房患者情况，特别注意检查危重患者和术后患者（尤其是三四级手术患者手术当日和急危重患者必须进行床旁交班）。

(2) 遇有危重患者，主管医师须在下班前将危重患者的病情及处理事项记入交班本，床旁交班后由值班医师签字交接；与之对应，值班医师须与下一班值班医师或危重患者的主管医师进行交班时，亦须将危重患者的病情及处理事项记入交班本，床前交班后，由后者签字交接。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。

3. 护士交接班

护士交接班制度按照护理部值班和交接班制度相关要求执行。

4. 医技交接班：医技科室值班医师（技师）应做好本专业所负责之各项检查、检验工作（如X光、CT、MRI、各种血液检查等），并做好检验仪器、设备、试剂及标本等交接记录，以保证配合临床诊疗抢救需要。

六、医疗值班人员岗位职责：

（一）一线值班医师岗位职责：

1. 在二线医师的指导和带领下，按规定完成具体的值班工作和上级医师交代的诊疗工作，并做好记录；按规定书写值班记录；及时应答值班护士呼叫。

2. 负责完成非工作时间内新入院患者的接诊及一般处置，并书写首次病程记录；完成值班期间院内急诊抢救、手术并及时完成各种病历记录；

3. 一线医师值班期间须与值班护士巡查病房所有患者，处置患者病情有困难时，应及时请示二线或三线医师；

（二）二线值班医师岗位职责：

1. 具体指导一线值班医师开展诊疗工作；带领一线医师巡视本科室急危重患者；掌握本科室急危重患者的病情变化，并及时采取相应诊疗措施，必要时向三线医师请示；

2. 完成值班期间院内急诊抢救、手术及院内会诊工作；替补因工作需求离开病区的一线值班医师；审核一线医师书写的值班记录。

（三）三线值班医师岗位职责：

掌握医院急危重患者的病情变化，指导一、二线医师做好院内急诊抢救、手术、会诊等工作；现场指导疑难危重患者的诊疗工作，必要时报告主管院长及相关部门协助处理；

七、落实执行，监督检查：

1. 制定和完善医院《值班和交接班制度》配套制度及工作流程。组织开展值班和交接班相关制度和 workflows 的培训考核，要求相关科室医务人员对《值班和交接班制度》及配套制度、工作流程全员知晓。

2. 医务处、护理部、院办、人事科定期对《值班和交接班制度》及配套制度、工作流程执行情况进行检查考核，发现问题及时改进，将制度及流程执行情况纳入医院质量考核体系，达到持续改进。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：分级护理制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-012		批准人：马可忠	

分级护理制度

1. 定义： 患者在住院期间，医护人员根据患者病情和(或)自理能力进行评定而确定的护理级别。由医生以医嘱的形式下达护理级别，分为特级护理、一级护理、二级护理和三级护理四个级别。

2. 目的： 临床护士应根据患者护理级别和医师制订的诊疗计划，为患者提供护理服务。

3. 适用范围： 全院住院患者。

4. 分级方法

4.1 患者入院后应根据患者病情严重程度确定病情等级。

4.2 根据患者 Barthel 指数总分，确定自理能力的等级(表 1)。

4.3 依据病情等级和(或)自理能力等级，确定患者护理分级。

4.4 临床医护人员应根据患者的病情和自理能力的变化动态调整患者护理分级。

5. 分级依据

5.1 符合以下情况之一，可确定为特级护理：

5.1.1 维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者；

5.1.2 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；

5.1.3 各种复杂或大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者。 5.2 符合以下情况之一，可确定为一级护理：

5.2.1 病情趋向稳定的重症患者；

5.2.2 病情不稳定或随时可能发生变化的患者；

5.2.3 手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；

5.2.4 自理能力重度依赖的患者。

5.3 符合以下情况之一，可确定为二级护理：

5.3.1 病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖的患者；

5.3.2 病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者；

5.3.3 病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

5.4 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。

6. 自理能力分级依据

采用 Barthel 指数评定量表(表 2)对日常生活活动进行评定，根据 Barthel 指数总分，确定自理能力等级。

对进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、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。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(表 1)。

表1 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

表2 Barthel指数评定量表 (BI)

序号	项 目	完全独立	需部分帮助	需极大帮助	完全依赖帮助
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	

7. 分级护理要求

7.1 基本要求：

7.1.1 密切观察患者的生命体征和病情变化；

7.1.2 正确实施治疗、给药及护理措施，并观察、了解患者的反应；

7.1.3 根据患者病情和生活自理能力提供照顾和帮助；

7.1.4 提供护理相关的健康指导；

7.1.5 护士在工作中应当关心和爱护患者，发现患者病情变化，应及时与医师沟通；

7.1.6 护理级别应实时在病历、患者一览表及床头卡应有明确标识，并用颜色区分：特级护理和一级护理用红色，二级护理用黄色，三级护理用蓝色标识。

7.2 特级护理

7.2.1 严格观察患者病情变化，监测生命体征，发现病情变化及时报告医生并积极协助处理；

7.2.2 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

7.2.3 根据医嘱，准确测量出入量；

7.2.4 根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，例如口腔护理、压力性损伤护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；

7.2.5 保持患者的舒适和功能体位；

7.2.6 实施床边交接班。

7.3 一级护理

7.3.1 每小时巡视患者，观察患者病情变化；

7.3.2 根据患者病情，测量生命体征；

7.3.3 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

7.3.4 根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，例如口腔护理、压力性损伤护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施；

7.3.5 提供护理相关的健康指导。

7.4 二级护理

7.4.1 每2小时巡视患者，观察患者病情变化；

7.4.2 根据患者病情，测量生命体征；

7.4.3 根据医嘱，正确执行治疗、给药措施；

7.4.4 根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施；

7.4.5 提供护理相关的健康指导。

7.5.1 每3小时巡视患者，观察患者病情变化；

7.5.2 根据患者病情，测量生命体征；

7.5.3 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

7.5.4 提供护理相关的健康指导。

附 Barthel 指数评定量表解读

1. 进食用合适的餐具将食物由容器送到口中，包括用筷子(勺子或叉子)取食物、对碗(碟)的把持、咀嚼、吞咽等过程。

10分：可独立进食(在合理的时间内独立进食准备好的食物)。

5分：需部分帮助(前述某个步骤需要一定帮助)。

0分：需极大帮助或完全依赖他人，或留置胃管。

2. 洗澡

5分：准备好洗澡水后，可自己独立完成洗澡过程。 0分：在洗澡过程中需他人帮助。

3. 修饰 包括洗脸、刷牙、梳头、刮脸等。

5分：可自己独立完成。

0分：需他人帮助。

4. 穿衣包括穿(脱)衣服、系扣子、拉拉链、穿(脱)鞋袜、系鞋带等。

10分：可独立完成。

5分：需部分帮助(能自己穿或脱，但需他人帮助整理衣物、系扣子、拉拉链、系鞋带等)。

0分：需极大帮助或完全依赖他人。

5. 控制大便

10分：可控制大便。

5 分：偶尔失控，或需要他人提示。

0 分：完全失控。

6. 控制小便

10 分：可控制小便。

5 分：偶尔失控，或需要他人提示。

0 分：完全失控，或留置导尿管。

7. 如厕包括去厕所、解开衣裤、擦净、整理衣裤、冲水等过程。

10 分：可独立完成。

5 分：需部分帮助(需他人搀扶、需他人帮忙冲水或整理衣裤等)。

0 分：需极大帮助或完全依赖他人。

8. 床椅转移

15 分：可独立完成。

10 分：需部分帮助(少量帮助，需 1 人搀扶或言语指导；或使用拐杖、助行器等辅助用具)。

5 分：需极大帮助(需 2 人帮助，患者能坐)。

0 分：完全依赖他人(患者不能坐)

9. 平地行走

15 分：可独立在平地上行走 45 米(可在病房周围活动，不包括走远路)。

10 分：需部分帮助(需 1 人帮助搀扶或言语指导；或使用拐杖、助行器等辅助用具)。

5 分：需极大帮助(较大程度上依赖他人)。

0 分：完全依赖他人(患者不能动)。

10. 上下楼梯

10 分：可独立上下楼梯。

5 分：需部分帮助(需扶楼梯、他人搀扶，或使用拐杖等)。

0 分：需极大帮助或完全依赖他人。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：临床“危急值”报告制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-014		批准人：马可忠	

临床“危急值”报告制度

一、设置危急值科室范围：

1. 医院内能够出具检查、检验报告的科室，应当根据其出具的检查、检验结果是否可能存在危及患者生命的状态，梳理可能存在的危急值，制定危急值目录，包括但不限于：检验科、放射科、超声科、电生理科等从事各种检查、检验的医技科室，以及开展床边检验项目的临床科室。

2. 危急值报告涵盖住院、门（急）诊患者及健康体检人群等。

3. 临床科室及相关医技检查科室，应建立《危急值报告登记本》。

二、制定危急值项目阈值：

1. 各医技科室应根据诊疗规范指南标准，结合医院收治患者的病情特点，制定符合实际需要的危急值项目和阈值。根据临床需要和实际工作需要，定期更新和完善危急值项目及阈值。

2. 由科室申请，医务科组织专家审核确定危急值项目目录，并在全院范围内公布。

3. 各临床、医技科室在实际诊疗工作，如发现所拟定“危急值”项目及“危急值”范围需要更改或增减，请及时与医务处联系，以便逐步规范“危急值”报告范围。

4. 医技科室应定期与临床科室医师进行讨论和完善危急值报告项目和范围，每年至少 1 次对危急值报告制度落实的有效性进行评估。

三、医技科室报告流程：

（一）医技科室工作人员发现危急值的管理流程包括但不限于以下环节：

1. 核实。按照本科室部门操作规范、流程及相关质量控制标准，对检查、检验的各个环节进行核查。如无异常，通知临床科室。

2. 通知。

（1）检查、检验者将核实后的危急值以通过电话立即通知临床科室，并同时通过医院信息系统在医师或护士工作站界面进行提醒告知。电话通知时要求接听人复述结果，以免发生差错。接听电话的值班人员立即通知到具体的管床医师或值班医师。

（2）对于门急诊患者及健康体检人群的危急值报告，将危急值信息及时通知到经治医师和患方。无法联系到患方时，应及时向门诊部主任、急诊科主任护士长报告并向医务处报备，相关人员应积极联系患方，做好记录。

（3）若通过电话向临床科室报告危急值，电话 5 分钟内无人接听和应答，应迅速向医务处（夜间或节假日为医院总值班/医疗总值班）报告。

3.记录。

(1) 检查、检验者通知临床科室后, 报告人应将危急值登记记录: 患者姓名、科室、住院号(或门诊号)、收样时间、检查结果、检验结果、报告人姓名、报告时间、接收报告科室、接收人姓名、接听报告时间(精确到分钟)等信息记录在《《危急值报告登记本》》上。

(2) 危急值报告遵循首查负责制: 即谁通知、报告, 谁记录。

4.外送的检验标本或检查项目存在危急值的, 医院应在合作协议上明确危急值项目及阈值通知方式、责任部门和人员, 及时通知送检科室部门, 报告流程与院内危急值报告流程一致, 确保医师能够及时得到患者的危急值信息。

5.危急值报告登记记录至少保存两年。

四、临床科室处理流程:

(一) 临床科室在接到危急值报告后, 处理流程包括但不限于以下几项:

1.核实信息。临床科室接听人核实危急值报告结果, 核对患者基本信息, 予以确认。

2.记录信息。

(1) 接听人及时将危急值患者的姓名、住院号(或门诊号)、危急值项目及结果、接听人及时时间(至分钟)等信息记录在《危急值报告登记本》上。

(2) 危急值报告遵循首接负责制: 即谁接收、谁记录。

3.报告医师。接听人核对后, 应立即报告病房值班医师或经治医师。

4.处理患者。

(1) 接报医师应立即诊察患者, 遵循急危重患者抢救流程, 迅速采取相应的临床措施, 报告上级医师或科主任, 及时书写病程记录, 密切观察病情变化, 做好交接班。

(2) 对于经治医师或值班医师诊察评估患者后不需立即处置的危急值, 应在当日记录该信息, 允许当日多个未处置的危急值信息合并记录。

(3) 若单项危急值与输入的某种药物有直接关系, 该药物目前仍在输注中, 允许护士立即停止输注该药物。

5.再次复查。患者处理后应根据病情需要复查危急值; 若是临床科室发现危急值与患者病情不相符时, 接报医师应与医技科室检查、检验报告人共同查找原因, 必要时可以重新进行检查、检验。

6.处理完毕后, 经治医生或值班医生需在 6 小时内在病程记录中记录接获的“危急值”报告结果和所采取的相关诊疗措施及对治疗效果的评价。实现与报告流程无缝衔接且可追溯。

7.危急值接获登记记录至少保存两年。

五、特殊项目:

1.部分疾病患者耐受程度高于其他患者, 某项检查、检验结果达到设定危急值时, 并不需要紧急处理, 对此类患者可以制定与疾病相关的危急值。

2.对于个别特殊患者, 对某些检查、检验项目耐受程度较高, 经科室讨论后认定无需反复报告该危急值, 应及时与相关医技科室沟通, 减少不必要的报告次数。

六、危急值报告制度执行情况督查:

1.临床、医技科室要认真组织医务人员培训“危急值报告制度”, 掌握“危急值”报告项目及“危

急值”范围和报告流程。各科室要有专人负责本科室“危急值报告制度”落实情况的督察，确保制度落实到位。

2. “危急值报告制度”的落实执行情况，将纳入科室医疗质量考核内容。质控科、医务科、护理部等职能部门将对各临床科室、医技科室“危急值报告制度”的执行情况，特别是对急诊科、手术室等危重病人集中的科室进行监督检查。对违反上述制度的科室和医护人员将按严重违反医疗操作的有关规定处理。

襄阳市中心医院临床常用危急值项目一览表（2023年）				
类型	项目	低值	高值	备注
检验类	WBC	$<0.8 \times 10^9/L$	$>28.0 \times 10^9/L$	血液内科
			$>50.0 \times 10^9/L$	
	中性粒细胞	$<0.5 \times 10^9/L$	/	儿科
		$<0.2 \times 10^9/L$		
	Hb	$<60 \text{ g/L}$		
	PH	<7.20	>7.55	
	PCO2	$<25\text{mmHg}$	$>60 \text{ mmHg}$	除呼吸科、重症医学科
	PO2	$<50 \text{ mmHg}$		
	K	$<2.8 \text{ mmol/L}$	$>6.2 \text{ mmol/L}$	
	Na	$<120 \text{ mmol/L}$	$>160 \text{ mmol/L}$	
	GLU	$<2.8 \text{ mmol/L}$ （除儿科）	$>24.8 \text{ mmol/L}$	
	Ca	$<1.50 \text{ mmol/L}$	$>3.50 \text{ mmol/L}$	
	Mg	$<0.4 \text{ mmol/L}$	$>3.0 \text{ mmol/L}$	
	BUN		$>40.0 \text{ mmol/L}$	
	Cr		$>450 \text{ } \mu\text{mol/L}$	除中心ICU
			$>650 \text{ } \mu\text{mol/L}$	泌尿外科
			$>1500 \text{ } \mu\text{mol/L}$	肾病内科
	总胆红素		$>256 \text{ } \mu\text{mol/L}$	新生儿科
	血氨		$>200 \text{ } \mu\text{mol/L}$	
	胆碱酯酶	$<1200\text{U/L}$		
	超敏肌钙蛋白I		$>10000\text{pg/ml}$	
	肌酸激酶（CK）		$>3000\text{IU/L}$	除心内科、重症医学科
			$>8000\text{IU/L}$	限心内科、重症医学科
	PLT（血小板）	$<20 \times 10^9/L$		
	INR		>4.0	
	APTT		$>80\text{秒}$	硅土法
	Fib	$<1.0 \text{ g/L}$		
	Rh血型	阴性		
	降钙素原（PCT）		$>100\text{ng/ml}$	
细菌培养	脑脊液镜检细菌		阳性	
	血培养		阳性	
	脑脊液培养		阳性	
	墨汁染色		阳性	
	多重耐药		阳性	
	分离出O157:H7（肠出血性大肠埃希菌）		阳性	

心电功能类	动态心电图	(1) 持续性室性心动过速、尖端扭转型室性心动过速、多形性室性心动过速
		(2) 心室扑动、心室颤动
		(3) 阵发性室上性心动过速、心房颤动或心房扑动：心室率>200bpm
		(4) 一过性ST段改变：ST呈弓背向上抬高，或水平、下斜型下移≥0.20mV或者在原有ST 段下移的基础上加重≥0.20mV，持续1min 以上
		(5) 心房颤动时R-R间期≥5.0 s，或者≥3.0s的长RR间期伴黑矇和（或）晕厥等不适症状；窦性心律时R-R间期≥3.0 s
	动态血压	收缩压≥ 200mmHg 和（或）舒张压≥ 130mmHg
	运动负荷试验	(1) ST段抬高或显著压低 ≥ 0.30mV
		(2) 运动诱发的各类严重心律失常，如室上性心动过速、室性心动过速、快心室率心房扑动或颤动、二度或二度以上的窦房阻滞及房室阻滞、完全性左束支阻滞及窦性心动过缓
		(3) 血压异常增高且不缓解：有明确慢性高血压病史者≥250/150mmHg，无明确病史，年龄<50岁者≥200/100mmHg；年龄>50岁者≥230/130mmHg
		(4) 运动中或运动后出现以下症状或体征者：晕厥、发绀等
放射影像类	中枢神经系统	(1) 严重的颅内血肿、挫裂伤、蛛网膜下腔出血的急性期
		(2) 硬膜下/外血肿急性期
		(3) 脑疝（中线结构移位>1.0cm）、急性脑积水、弥漫性脑肿胀
		(4) 颅脑 CT 或MR扫描诊断为颅内急性大面积脑梗死（范围达到一个脑叶范围或以上）
		(5) 脑干急性期梗塞
		(6) 脑出血或脑梗塞复查 CT或MR时，出血或梗塞程度加重，与近期片对比超过15%以上
		(7) 头颈部CTA 显示颈总动脉、椎动脉、基底动脉、大脑前中后主干或起始部动脉等血管闭塞
		(8) 颅内不明原因积气
	颌面部、五官	(1) 眼眶内异物
		(2) 眼眶内容物破裂
		(3) 视神经管骨折、颅底骨折
	脊柱、脊髓疾病	(1) X 线检查诊断为脊柱骨折且长轴成角畸形；CT 检查椎体爆裂性骨折
		(2) MR检查诊断为急性脊髓损伤或脊髓周围组织压迫
	呼吸系统	(1) 气管、支气管异物
		(2) 肺压缩 70%以上的液、气胸
		(3) 肺栓塞
		(4) 心源性肺水肿
		(5) 外伤性膈疝
	循环系统	(1) 大量心包积液（血），心包填塞、纵隔摆动
		(2) 急性主动脉夹层
		(3) 动脉瘤
		(4) CTA发现冠状动脉闭塞。
	消化系统	(1) 食道异物
		(2) 消化道穿孔
		(3) 急性肠梗阻
		(4) 肠套叠
		(5) 门静脉积气
		(6) 急性出血坏死性胰腺炎
		(7) 肝脾胰肾等腹腔脏器出血
		(8) 肠系膜上动脉栓塞
病理类		(1) 冰冻快检时恶性肿瘤出现切缘阳性
		(2) 常规切片诊断与冰冻切片诊断不一致
		(3) 内镜活检标本，见有浆膜外组织，提示活检取材导致的消化道穿孔
		(4) 骨髓涂片血小板计数<20×10 ⁹ /L
超声类	床旁心脏超声	(1) 大量心包积液，合并心包填塞的患者
	床旁腹部超声	(2) 胸部外伤或其他原因怀疑心脏破裂的患者
		(3) 急性肺栓塞急需评价右心功能的患者
		(1) 外伤致腹腔内出血怀疑腹部脏器破裂的患者
		(2) 妇科怀疑宫外孕破裂出血、卵巢蒂扭转、黄体破裂的患者
		(3) 怀疑疤痕子宫破裂的患者
		(4) 孕期急性阴道大出血的患者
		(5) 产后或清宫术后大出血的患者
		(6) 各科手术后怀疑腹腔内出血的患者
	血管超声	急性下肢血管栓塞
	小器官超声	疑似睾丸扭转、睾丸外伤的患者——原则上因床边机器血流显示效果差，睾丸超声急查建议至住院部彩超或就近台式机检查

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：手术安全核查制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-016		批准人：马可忠	

手术安全核查制度

一、手术安全核查参加人员：

实施手术安全核查须由具备执业资质的手术医师、麻醉医师、手术护士三方参加。

三、核查内容及流程：

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。

1. 麻醉实施前：由麻醉医师按《手术安全核查表》中内容依次提问患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意、手术部位、麻醉安全检查、皮肤是否完整、术野皮肤准备情况、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药物皮试结果、感染性疾病筛查情况、术前备血等内容、假体、体内植入物准备情况、影像学检查资料等内容。手术医师逐一回答，同时手术护士对照病历逐项核对并回答。

2. 手术开始前：由手术医师主持、三方共同核对患者身份、手术部位，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：由巡回护士主持，三方共同核对实际手术名称、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、患者去向等内容。

4. 三方核对者确认后签字，核查时间由手术室护士填写，并将手术安全核查表的入病历。不得提前填写《手术安全核查表》。

5. 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。

三、手术安全核查注意事项：

1. 手术安全核对必须按照规定步骤进行，核对无误后方可进行下一步操作。

2. 确保手术前预防性抗生素规范地使用，在术前，由病房医师下达医嘱，在手术室，麻醉医师负责下达医嘱，手术室护士负责核对实施。

3. 临床科室、麻醉科与手术室负责人是本科手术安全核查第一责任人。

4. 《手术安全核查表》的保管：将住院患者的《手术安全核查表》归入病历，非住院患者《手术安全核查表》由手术室负责保存三年。

四、制度落实执行监督检查：

1. 制定、完善医院《手术安全核查制度》、配套制度及工作流程。组织开展手术安全核查相关制度和 workflows 的培训，各手术科室、手术麻醉科医务人员对《手术安全核查制度》全员知晓并落实执行。

2. 医务处、护理部等部门定期对《手术安全核查制度》进行考核，检查医务人员的知晓、执行情况，发现问题及时反馈，落实整改措施，追踪评估整改效果，将《手术安全核查制度》的相关内容纳入医院质量考核体系，达到持续改进。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：病历管理制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-017		批准人：马可忠	

病历管理制度

1. 各科室要根据《医疗机构管理条例》、《医疗机构病历管理规定》等法律法规的要求，及时、准确、规范、完整地书写和保管好相关病历资料，任何人不得私自伪造、涂改、盗取病历资料。

2. 门诊病历管理要求：患者在门诊诊疗过程中，接诊医师应及时、准确、规范、完整地书写和完成门诊病历，相关检查检验报告单要粘贴在门诊病历上，处置意见应书写详尽。患者离院时，门诊病历交患者自己携带，并嘱患者要妥善保管，复诊时带来。门诊登记本最后一栏要注明“病历自带”四字。患者如需要收住院治疗，接诊医师应规范填写住院证，内容要详尽完整，门诊病历由患者交住院科室暂时保存使用，出院时门诊病历由患者带走。

3. 住院病历管理要求：

患者在住院治疗过程中，住院医师应及时、准确、规范、完整地书写、完成和保管好住院病历资料。患者入院时，工作人员应向患者索取门诊病历，放入住院病历资料中备用，相关检查检验报告单要及时粘贴在住院病历附页上。患者出院时，门诊病历交还患者带走。

患者住院治疗期间，住院病历由所在病区负责集中、统一保管，科室工作人员应妥善保管好现住院病历，防止病历资料被他人篡改、损毁或丢失。

4. 出院病历管理要求：

患者出院后，住院科室应尽快书写、审评、签字完成，并于 3 天内送病案室。病案室接收科室病历资料时必须逐份认真审查，按份登记并签字。病案室接收科室病历资料后应及时整理装订，按号排序，上架归档。

5. 病历使用管理要求：

5.1 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未经授权不得擅自查阅患者的病历资料。因科研、教学需要查阅病历的，需经病历管理人员审查同意后方可查阅，阅后应当立即归还，同时病历管理人员应做好病历使用登记。

5.2 现住院病历或尚未送病案室的已完成或未入档住院病历未经批准，任何人不得私自带离病区或复印。

5.3 病案室应当受理下列人员和机构复印病历资料的申请：

5.3.1 患者本人或其代理人；

5.3.2 死亡患者法定继承人或其代理人；

5.3.3 公安机关、检察院、法院及授权保险机构。

5.4 病案室负责受理复印入档病历资料的申请。受理申请时，应当要求申请人按照下列要求提

供有关证明材料：

5.5 申请人为患者本人的，应当提供其有效身份证明；

5.6 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；

5.7 申请人为死亡患者法定继承人法定继承人的，应当提供患者死亡证明及其法定继承人的有效身份证明、死亡患者与法定继承人关系法定继承人的法定证明材料；

5.8 申请人为死亡患者法定继承人法定继承人代理人的，应当提供患者死亡证明、死亡患者法定继承人及其代理人的有效身份证明，死亡患者与其法定继承人关系的法定证明材料，申请人与死亡患者法定继承人代理关系的法定证明材料；

5.9 申请人为保险机构的，应当提供保险合同复印件，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，死亡患者法定继承人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。

5.10 公安、司法机关因办理案件，需要查阅、复印病历资料的，需在公安、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，有效工作证明，经医务处批准后办理。

5.11 病历资料复印费用收取工本费，由复印申请人承担。

5.12 病历资料复印时必须由病案室工作人员亲自操作，不能带离病案室，复印时病历资料不能拆开装订线、保持病历资料的完整性。复印病历后，经办人核对无误，加盖病案室公章（每页盖章）。

5.13 病历档案的保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 30 年。

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：新技术和新项目准入制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-018		批准人：马可忠	

新技术和新项目准入制度

1. 为加强医疗技术管理，促进卫生科技进步，提高医疗服务质量，保障人民身体健康，根据《医疗机构管理条例》等国家有关法律法规，结合我院实际情况，制定本制度。

2. 凡引进本院尚未开展的新技术、新项目，均应严格遵守本准入制度。

3. 新医疗技术分为以下三类：

3.1 探索使用技术，指医疗机构引进或自主开发的在国内尚未使用的新技术。

3.2 限制度使用技术（高难、高新技术），指需要在限定范围和具备一定条件方可使用的技术难度大、技术要求高的医疗技术。

3.3 一般诊疗技术，指除国家或省卫生行政部门规定限制度使用外的常用诊疗项目，具体是指在国内已开展且基本成熟或完全成熟的医疗技术。

4. 医院鼓励研究、开发和应用新的医疗技术，鼓励引进国内外先进医疗技术；禁止使用已明显落后或不再适用、需要淘汰或技术性、安全性、有效性、经济性和社会伦理及法律等方面与保障公民健康不相适应的技术。

5. 医院由学术委员会全面负责新技术项目的理论和技术论证，并提供权威性的评价。包括：提出医疗技术准入政策建议；提出限制度使用技术项目的建议及相关的技术规范和准入标准；负责探索和限制度使用技术项目技术评估，并出具评估报告；对重大技术准入项目实施效果和社会影响评估，以及其他与技术准入有关的咨询工作。

6. 严格规范医疗新技术的临床准入制度，凡引进本院尚未开展的新技术、新项目，首先须由所在科室进行可行性研究，在确认其安全性、有效性及包括伦理、道德方面评定的基础上，本着实事求是的科学态度指导临床实践，同时要具备相应的技术条件、人员和设施，经科室集中讨论和科主任同意后，填写“新技术、新项目申请表”交医务处审核和集体评估。

6.1 科室新开展一般诊疗技术项目只需填写“申请表”向医务处申请，在本院《医疗机构执业许可证》范围内的，由医务处组织审核和集体评估；新项目为本院《医疗机构执业许可证》范围外的，由医务处、院办向省卫建委申报，由省卫建委组织审核，院办负责联络和催促执业登记。

6.2 申请开展探索使用、限制使用技术必须提交以下有关材料：

6.2.1 医疗机构基本情况（包括床位数、科室设置、技术人员、设备和技术条件等）以及医疗机构合法性证明材料复印件；

6.2.2 拟开展新技术项目相关的技术条件、设备条件、项目负责医师资质证明以及技术人员情况；

- 6.2.3 拟开展新技术项目相关规章制度、技术规范 and 操作规程；
- 6.2.4 拟开展探索使用技术项目的可行性报告；
- 6.2.5 卫生行政部门或省医学会规定提交的其他材料。
- 6.3 探索使用技术、限制使用技术项目评估和申报：
 - 6.3.1 受理申报后由医务处进行形式审查；
 - 6.3.2 首先由医务处依托科室医疗新技术管理小组依据相关技术规范和准入标准进行初步技术评估；
 - 6.3.3 各科室申报材料完善后 15 个工作日内组织医院学术委员会专家评审，并出具技术评估报告；
 - 6.3.4 由院办向省卫建委申报，由省卫建委和省医学会组织审核，院办负责联络和催促执业登记。

	襄阳市中心医院 药学部	版本：2.0	修订次数：1
		生效日期： 2022 年 12 月 1 日	
主题：抗菌药物分级管理制度		编制人：丁楠楠	审核人：章激
文件编号：YXB-ZD-020		批准人：刘渊泉	第 4 页共 4 页

抗菌药物分级管理制度

1. 总则

1.1 根据《药品管理法》、《药品管理法实施条例》、《基本医疗保险药品目录》、《抗菌药物临床应用管理办法（2012 年）》（卫生部令第 84 号）、《关于进一步加强抗菌药物临床应用管理工作的通知》（国卫办医发[2015] 42 号）、《抗菌药物临床应用指导原则（2015 年版）》（简称《指导原则》，下同）、《关于持续做好抗菌药物临床应用管理工作的通知》（国卫办医发（2019）12 号）、《湖北省医疗机构分级管理目录（2021 年版）》等相关法律法规和管理办法，经医院药事管理及药物治疗学委员会组织专家论证，对我院抗菌药物的抗菌谱、临床疗效、细菌耐药性、不良反应以及本地经济状况、药品价格等因素进行综合分析，将抗菌药物分为非限制使用、限制使用与特殊使用三类进行分级管理，制定本制度。

2. 分级原则

2.1 非限制使用：经临床长期应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。

2.2 限制使用：与非限制使用抗菌药物相比较，这类药物在疗效、安全性、对细菌耐药性影响、药品价格等某方面存在局限性，不宜作为非限制使用药物。

2.3 特殊使用：不良反应明显，不宜随意使用或临床需要倍加保护以免细菌过快产生耐药而导致严重后果的抗菌药物；新上市的抗菌药物；其疗效或安全性任何一方面的临床资料尚较少，或并不优于现用药物者；药品价格昂贵。

3. 分级管理

3.1 “限制使用”的抗菌药物，须由主治医师以上专业技术职务任职资格的医师开具处方（医嘱）。

3.2 “特殊使用”的抗菌药物，须由科主任审批并经抗感染专家组成员会诊同意后，由具有高级专业技术职称的医师开具处方（医嘱）。

3.3 紧急情况下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，并做好相关病历记录。

3.4 有下列情况之一可考虑越级应用特殊使用级抗菌药物：①感染病情严重者；②免疫功能低下

患者发生感染时；③已有证据表明病原菌只对特殊使用级抗菌药物敏感。使用时间限定在 24 小时之内，其后需要补办审办手续并由具有处方权限的医师完善处方手续。

4. 临床用药选择原则

4.1 临床选用抗菌药物应遵循《指导原则》，根据感染部位、严重程度、致病菌种类以及细菌耐药情况、患者病理生理特点、药品价格等因素加以综合分析考虑，参照《指导原则》中“各类细菌

性感染的治疗原则及病原治疗”的有关要求合理选择。

4.2 一般对轻度与局部感染患者应首先选用非限制使用抗菌药物进行治疗。

4.3 严重感染、免疫功能低下者合并感染或病原菌只对限制使用抗菌药物敏感时，可选用限制使用抗菌药物治疗；特殊使用抗菌药物的选用应从严控制。

4.4 住院患者进行抗感染治疗前，必须先留取相应样本送病原学检测，同时进行经验性抗感染治疗，待明确病原菌结果后，进行目标性抗感染治疗。

5. 管理与督查

5.1 药事管理及药物治疗学委员会定期开展合理用药培训与教育，督导本院抗菌药物合理使用工作，定期对各科室抗菌药物使用情况进行监督检查。

4.2 药事管理及药物治疗学委员会定期召开会议，组织修订新增加抗菌药物品种。

4.3 抗菌药物合理使用指标纳入医疗质量检查内容和科室综合目标管理考核体系。

4.4 加强合理用药管理，杜绝不适当的经济激励。任何科室不准以任何形式将开出的药品处方与个人或科室经济利益挂钩。

4.5 药学部严把合理用药关，不合理处方拒绝调配并反馈给临床医师修改，且进行登记。

襄阳市中心医院抗菌药物分级管理目录（2021 年版）

品种数	类 别	通用名	品规数	剂 型	规 格	使用级别
1	青霉素类	阿莫西林	1	胶囊	0.25g	非限制
2	青霉素类	阿莫西林/克拉维酸 钾	1	片剂	0.375g	非限制
			1	干混悬剂	0.3125	非限制
			2	注射剂	0.6g; 1.2g	非限制
3	青霉素类	哌拉西林/他唑巴坦	2	注射剂	1.125g; 2.25g	限 制
4	头孢菌素类	头孢拉定	1	胶囊	0.25g	非限制
5	头孢菌素类	头孢硫脒	1	注射剂	0.5g	限 制
6	头孢菌素类	头孢唑林	1	注射剂	0.5g	非限制
7	头孢菌素类	头孢丙烯	1	片剂	0.25g	限 制
			1	干混悬剂	0.25g	限 制
8	头孢菌素类	头孢呋辛	1	片剂	0.25g	非限制
			2	注射剂	0.75g; 1.5g	非限制
9	头孢菌素类	头孢替安	1	注射剂	1g	限 制
10	头孢菌素类	头孢泊肟	1	干混悬剂	0.1g	限 制
11	头孢菌素类	头孢地尼	1	胶囊	0.1g	限 制
12	头孢菌素类	头孢曲松	2	注射剂	1g	非限制
13	头孢菌素类	头孢唑肟	2	注射剂	0.5g; 1g	限 制
14	头孢菌素类	头孢他啶	1	注射剂	1g	限 制
15	头孢菌素类	头孢吡肟	1	注射剂	1g	特殊使用
16	头孢菌素类	拉氧头孢	2	注射剂	0.5g; 1g	限 制
17	头孢菌素类	头孢哌酮/舒巴坦	2	注射剂	1.5g	限 制
18	其它 β -内 酰胺类	氨曲南	1	注射剂	1g	特殊使用
19	头霉素类	头孢美唑	1	注射剂	1g	限 制
20	头霉素类	头孢西丁	1	注射剂	0.5g	限 制
21	碳青霉烯类	美罗培南	2	注射剂	0.5g	特殊使用
22	碳青霉烯类	亚胺培南/西司他汀	1	注射剂	1g	特殊使用
23	氨基糖苷类	阿米卡星	1	注射剂	0.2g	非限制
24	氨基糖苷类	庆大霉素	1	注射剂	8 万 iu	非限制
25	四环素类	米诺环素	1	胶囊	0.1g	非限制
26	四环素类	多西环素	1	片剂	0.1g	限 制
27	四环素类	替加环素	2	注射剂	50mg	特殊使用

28	大环内酯类	阿奇霉素	1	片剂	0.25g	非限制
			1	干混悬剂	0.1g	非限制
			2	注射剂	0.5g	限制
29	大环内酯类	克拉霉素	1	片剂	0.25g	非限制
			1	缓释片	0.5g	非限制
31	糖肽类	替考拉宁	1	注射剂	0.2g	特殊使用
32	糖肽类	去甲万古霉素	1	注射剂	0.4g	特殊使用
33	糖肽类	万古霉素	1	注射剂	0.5g	特殊使用
34	林可胺类	克林霉素	1	注射剂	0.6g	非限制
35	氟喹诺酮类	莫西沙星	1	片剂	0.4g	限制
			2	注射剂	0.4g	限制
36	氟喹诺酮类	左氧氟沙星	1	片剂	0.5g	非限制
			1	注射剂	0.3g;0.5g	非限制
37	硝基咪唑类	奥硝唑	1	胶囊	0.25g	非限制
			1	注射剂	0.25g	非限制
38	硝基咪唑类	甲硝唑	1	注射剂	0.5g	非限制
39	其他类	夫西地酸	1	注射剂	0.125g	特殊使用
40	噁唑烷酮类	利奈唑胺	1	片剂	0.6g	特殊使用
			1	注射剂	0.6g	特殊使用
41	抗真菌药	伏立康唑	2	片剂	50mg; 200mg	限制
			1	注射剂	0.1g	特殊使用
42	抗真菌药	氟康唑	1	片剂	50mg	非限制
			2	注射剂	0.2g	限制
43	抗真菌药	伊曲康唑	1	胶囊	0.1g	非限制
44	抗真菌药	制霉菌素	1	片剂	50 万 iu	非限制
45	抗真菌药	两性霉素 B	1	注射剂	5mg	特殊使用
46	抗真菌药	卡泊芬净	2	注射剂	50mg	特殊使用
不计入品种数的抗菌药物	青霉素类	青霉素	1	注射剂	160 万 IU	非限制
不计入品种数的抗菌药物	青霉素类	苄星青霉素	1	注射剂	120 万 IU	非限制

	襄阳市中心医院医务处	版本：3.0	修订次数：2
		生效日期：2022 年 12 月 19 日	
主 题：临床用血审核制度		编制人：刘东操	审核人：潘睿
文件编号：YWC-ZD-018		批准人：马可忠	

临床用血审核制度

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，需要全程记录，保障信息可追溯，健全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。为保证医疗临床用血需要和安全，保障用血者身体健康，科学、规范、合理用血，根据《中华人民共和国献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》制定本制度。

1. 医务人员应当认真执行临床输血技术规范，严格掌握临床输血适应证，根据患者病情和实验室检测指标，对输血指征进行综合评估，制订输血治疗方案。正确应用成熟的临床输血技术和血液保护技术，包括输全血、成分输血和自体输血等。

2. 决定输血治疗前，临床医师应向患者或其家属说明输同种异体血的不良反应、经血传播疾病的可能性和输血方式的选择，征得患者或家属的同意，并在《输血治疗同意书》上签字（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，经医务处负责人或主管副院长批准后，可以立即实施输血治疗）。此外，患者输血前需完善如下检验：ABO 和 RH（D）血型、HGB、HCT、PLT、ALT、HbsAg、Anti-HCV、Anti-HIV1/2、梅毒。再次入院输血必须重新做上述检查，检测结果填入《输血治疗同意书》、《临床输血申请单》。

3. 输血申请由经治医师通过 HIS 系统认真填写《临床输血申请单》，包括患者姓名、性别、年龄、科别、床号及血型等各项内容，尤其要写清申请用血的理由、申请用血品种、血量及输血史等内容，由主治以上职称医师核准签字后连同受血者血样于预定输血日期前送交输血科备血。输血科对临床医师提交的输血申请表进行审核，确认申请的血液成份是否适合病情需要，血液剂量是否得当，并考虑患者的经济状况，如不符合要求或不恰当，输血科应向临床医师提出修改，并登记备案。

4. 除急救用血外，应按照用量不同对临床用血进行审核，《临床输血审批单》必须由输血科留存备案。

4.1 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。

4.2 同一患者一天申请备血量在 800～1600 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，经上级医师审核，科室主任核准签发后，方可备血。

4.3 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，并与输血科沟通后，报医务科批准，方可备血，并填写《大量用血审批表》，走 OA workflow 履行报批手续，急诊用血后两天内应补办手续。临床输血管理委员会

指定输血科根据贮血量归口管理大量用血审批。

5. 血小板、洗涤红细胞、RH 阴性血等特殊血液制品严格执行“专血专人专用”原则，未及时取消预约造成血液报废，由当事人填写《血液制品损耗记录单》交医务部和财务科按有关规定处理。

6. 医护人员到输血科取血时，取血者与发血者必须共同核对患者姓名、性别、病案号、门急诊/病室、床号、血型、血液有效期、配血试验结果及血袋外观等，准确无误后，双方签字。血液一经发出，应尽快输用，不得自行贮血，若无法确保血液安全并提供相关证据的，不得退回输血科。

7. 输血时，由 2 名医护人员带病历共同到患者床旁核对患者姓名、性别、年龄、病案号或门急诊号、床号、血型等，确认与《交叉配血报告单》相符，再次核对血液信息后，用符合标准的输血器进行输血。严格遵守输血原则，严密观察病情变化。

8. 输血完毕后，医护人员将输血记录单(交叉配血报告单)贴在病历中，并将血袋及时返还输血科。对有输血反应的应及时病历记录并填写输血不良反应回报单，输血科每月统计上报医务处。

9. 加强输血质量监测、考核和信息反馈。临床科室与输血科必须积极配合，作好从输血申请到完成输血全过程及控制输血反应和输血感染各个环节的质量监测和信息反馈。医务处根据质量记录进行考核。

10. 临床用血科室应对符合条件的病例积极开展自体输血技术、围手术期血液保护等输血技术，提高合理用血水平。医务人员掌握血液保护相关技术并能积极开展工作，积极动员符合条件的患者接受自体输血技术，提高输血治疗效果和安全性。