

# 汉川市人民医院/武汉大学人民医院汉川医院

## 三级医院等级评审应知应会手册（通用版）

2016年8月版

### 第一章 医院评审基础知识

#### 一、医院评审的中心内容

围绕五个方面：质量、安全、服务、管理、绩效。

体现一个中心：“以病人为中心”。

#### 二、医院评审的周期

4年（本周期为2014年至2017年底）。

#### 三、医院评审自评周期

不少于6个月。

一个PDCA循环的改进成效的时间（A级条款达标）也是不少于6个月。

#### 四、医院需提交的评审申请材料

1、《湖北省医院评审申请书》；

2、湖北省医院评审自评报告；

3、评审周期内接受卫生计生部门及其他有关部门检查、指导结果及整改情况（主要是医疗、护理、院感方面，2014年度以来每年度的报告）；

4、评审周期内各年度出院患者病案首页信息及其他反映医疗质量安全、医院效率及诊疗水平等的信息（在HQMS平台填报，2014年度以来）；

5、省级卫生计生部门规定提交的其他相关材料。

#### 五、医院评审方式

包括周期性评审和不定期重点评价。

医院周期性评审（4个方面）：书面评价20分，医疗信息统计评价20分，现场评价（包括追踪法）40分，社会评价（第三方满意度测评）20分。

不定期重点评价（3个方面）：各级卫生计生部门开展的医疗质量督查专项活动，各省级质量控制中心日常质量检——行业不正之风检查。其检查结果纳入周期性评审书面评价部分。

#### 六、评审结果认定

医院评审采取百分制。其中，书面评价20分，医疗信息统计评价20分，现场评价40分，社会评价20分。

##### 【甲等标准】

医院评审结果同时满足下列条件，可评为甲等。

（1）总分不低于90分；

(2) 现场评价 40 分。

### 【乙等标准】

医院评审结果同时满足下列条件，可评为乙等。

- (1) 总分不低于 80 分；
- (2) 现场评价 40 分。

### 【不合格】

医院评审结果符合下列条件之一的，认定为不合格。

- (1) 总分低于 80 分；
- (2) 现场评价低于 40 分。

## 七、评审表达方式

评审采用 A、B、C、D、E 五档表述方式，A-优秀、B-良好、C-合格、D-不合格、E-不适用（指卫生行政部门根据医院功能任务未批准的项目，或同意不设置的项目）。

## 八、评审判断原则

逐级符合原则。

要达到“B-良好”档者，必须先符合“C-合格”档的要求，要到“A-优秀”，必须先符合“B-良好”档的要求。

## 九、标准条款的性质结果

遵循 P D C A 循环原理，P 即计划，D 即实施，C 即检查，A 即改进，通过质量管理计划的制订及组织实现的过程，实现医疗质量和安全的持续改进。

## 十、三级甲等综合医院与三级乙等综合医院必须满足的现场评审结果

项目类别	第一章至第六章基本标准			其中，49 项核心条款		
	C 级	B 级	A 级	C 级	B 级	A 级
甲等	≥90%	≥60%	≥20%	100%	≥70%	≥20%
乙等	≥80%	≥50%	≥10%	100%	≥60%	≥10%

## 十一、常用医疗质量管理工具

1、7 种常用工具：检查表法、分类法（分层法）、排列图法（柏拉图）、因果分析图法（鱼骨图）、直方图法、散点图（相关图）、控制图。其他工具有甘特图、流程图等。作用：查找主因，明晰流程，寻找对策，解决问题并实现持续改进。

2、PDCA 循环（戴明环）：P (Plan) 计划，确定方针和目标活动计划；D (Do) 实施，实地去做，实现计划内容；C (Check) 检查，总结执行结果，注意效果，找出问题；A (Action) 改进，对总结结果进行处理，制定新的管理目标或工作标准。未解决的问题进入下一个 PDCA 循环。

3、追踪方法学 (TM)：经由接受过专门培训的专家使用特殊的追查方式去检视和感受病人所接受过的医疗服务质量。评价专家沿着病人接受过的诊疗与服务的科室进行访查，同时从病人的角度实地了解服务流程和效果，以确定病人的安全、权利及隐私是否真正受到保障。

4、根本原因分析 (RCA)：一项结构化、系统化的问题处理法，用以逐步找出问题的根本原因并加以解决，而不是仅仅关注问题的表征，包括确定和分析问题原因，找出问题解决

办法，并制定问题预防措施。

5、全面质量管理（TQM）：指一个组织以质量为中心，目的在于通过顾客满意和本组织所有成员及社会受益而达到长期成功的管理途径。

6、品管圈（QCC）：由相同、相近或互补工作场所的人们组成数人一圈的小圈团体（又称 QC 小组，一般 6 人左右），然后全体合作，集思广益，按照一定活动程序、活用七大管理工具来解决工作现场、管理、文化等方面所发生的问题及课题。

## 第二章 医院评审检查方法

### 一、湖北省三级甲等医院评审时间

本周期时间：2014 年 10 月至 2017 年 12 月间，由省级医院评审专家工作组进行评审。

我院自查时间从 2016 年元月开始，到今年 8 月初基本结束。

我院规划于 2016 年 11 月份接受三级乙等医院评审。

### 二、检查方法

#### （一）书面评价

书面评价的内容和项目包括：

1、评审申请材料；

2、不定期重点评价结果及整改情况报告：周期内接受各专业省级质量控制中心日常质量检查情况，周期内各级卫生计生部门专项活动开展情况，包括医疗质量荆楚行活动、三好一满意活动、平安医院创建活动、优质护理服务创建、抗菌药物专项整治等，周期内其他有关部门开展的安全检查情况 2 分（如火灾隐患、特种设备安检、放射环境安全等）（以上各项由当地卫生计生部门负责审核医院提交的相关部门报告，并出具证明）；

3、完成分级诊疗和临床路径等医药卫生体制改革中公立医院改革各项任务的情况。

#### （二）医疗信息统计评价

近三年度出院患者病案首页信息数据上报质量，医院运行指标（平均住院日、住院患者手术率、药品收入占医疗收入的比例）、负性重返类指标（患者出院 2~31 天内再住院率）、负性事件（手术患者手术并发症发生率、择期手术患者肺部感染发生率、出院患者压疮发生率），重要病种、重要手术病种综合评分（例数、病死率、重返率、平均住院日、医疗费用）

#### （三）现场评价

医院基本标准符合情况，核心条款的符合情况，以访谈、现场查看、资料查阅方式三种形式综合评价。

#### （四）社会评价

包括委托第三方进行出院患者满意度调查和负面影响等。

## 第三章 等级医院评审迎检资料准备

“三乙”创建迎检工作的资料准备，应以卫生部《三级综合医院评审标准实施细则（2011

年版)》的要求准备相关资料。

资料准备按照分工要求完成,由责任部门牵头,协调相关部门、科室共同完成,涉及访谈及需开展培训的条款,由牵头部门开展相关培训。

1、资料应有目录和标签,目录内容以C档、B档、A档的次序逐项依次存放,使检查人员查看资料一目了然,非常清晰,统一医院各级、各类人员应知应会的内容。

2、医院迎评所有的资料均可为复印件,原件保留在所有部门或科室(除非有特殊要求),所涉及实地或标识标牌者可用照片(打印版)说明,无纸质资料所涉及条款可作简要文字说明。

3、科室资料创建,科室迎评资料的汇集,应制定目录,科室资料的目录主要为本科室提供一套操作性强、切实可行的收集资料指引。例如临床科室主要包括科室人员组成花名册、工作计划、工作总结、人才培养计划、各种制度、岗位职责、技术水平、实施情况、制度落实的记录、质量持续改进措施、科室有关的护理和院内感染等等。总之,科室目录要求尽量系统、完整,要求分类更细化,条目更清晰。而作为等级评审重要指标之一的评审材料,是科室各项工作是否符合标准要求的有力证明,也直接反应了科室的管理水平的高低。

4、由于等级医院评审对材料查阅有限,力求资料真实、准确地反映科室工作的全貌,要保证资料的规范化、标准化,严把资料质量关。如对科研成果、质量改进会记录等评审材料一律要求提供原件;所有文档(纸质和电子)的文件命名都必须是“条款名+条款关键词短语”;对所有纸质材料统一用A4纸,规格不同的要转换过成A4;提供复印件要求内容清楚、文字清晰,并标明原件出处;提供照片或电子版材料者,要求能清楚储存路径。

5、资料的整理必须按照《三级综合医院评审标准实施细则(2011年版)》要求分门别类,将汇集的资料按评审要求进行规范化、标准化的整理,才是评审时本科室能否顺利通过的关键所在。

6、院、科两级质量管理资料:应体现有操作规范和指南、按照规范和指南工作、有结果记录、有改进措施、有改进的效果评价;具体包括(1)质量改进计划,(2)质量改进会议纪要,(3)科室(或部门)质量改进自查结果,(4)质量监控指标一览表,(5)质量监控指标资料汇总,(6)单项质量监控指标资料分析或趋势图,(7)A级条款持续改进文本。

7、各科(包括部门)最好将科室创建资料全部整理成电子文档并在联络员电脑桌面上建“某科三乙创建资料”专用文件夹,按条款名建子文件夹存放相应电子资料,上述第1—6条中提到的资料目录、专门事项等另建子文件夹。这是查找、提供资料最简洁、最快速、最准确、最有条理的检索方式。

## 第四章 如何应对现场评价

### 一、现场评审期间的基本要求

1、评审日前一周,行政办、医疗、护理、院感、财务、设备、后保、基建、保卫、药剂等部门要对负责范围进行一次“拉网式检查”,关键环节查到、每个角落看到,排除隐患、

规范现场。医安办要对争议纠纷方的处理时间提前作好安排。人资科要会同医疗部、护理部对各科人员进行一致性核查，尤其注意下乡人员、欢乐街院区人员。各部门、各科室要全面整理内务，去除不相干物品（特别是非工作用品），摆正工作间内物件（如花卉、水杯、诊疗文本、清洗用品等），清洗门窗、桌台，整理资料盒内容并演示提供速度。

2、全员不休息（特殊要求回避的人员除外）。

3、全员通讯工具保持畅通。

4、专家进入科室时，全科人员都要起身迎接（正在诊疗病人的除外）、笑脸相迎；科主任要表达“欢迎专家指导”。

5、职能部门要清出桌椅、准备茶水接待专家，一般选择在创建资料电子文件夹的桌前。业务科室清出桌椅即可，不必刻意准备茶水。

6、接到参会通知的科主任等，要提前安排一位科室副主任作好紧急抢救的应对；要提前20分钟到场；手机一定要调到静音或振动，不要私语，始终保持会场安静；不要提前离会。

7、即使在午间、夜晚任何时间点，每个部门和科室人员都要做好准备，接到院内紧急传呼电，都要快速响应、快速到院；接到不明号码来电时，有可能是被专家、或满意度调查的第三方随机抽到，要接听并恰当回答。

8、每个工作位点都要有人值守，不能离岗。

9、行政总值班全天候安排中层干部值班，来电必接、事事必记。

10、满足、服从评审专家提出的任何工作需求，绝对避免提出异议、反复辩解、生硬顶撞、拖延不办等行为。

11、绝对避免与病人发生言语、肢体冲突，包括车辆停放、交通管制时。

12、做到8个“全”：所有病区解决加床问题；所有护士站、导医导诊台摆设物、提示牌全部统一、规范；所有消防通道全部打开；所有消防安全门、栓、卷帘及各科室每一个工作间，都要全部清检钥匙试开，能够保证在最短时间内到达、最快时间开启；所有休息区的长椅、移动标识、灭烟台、垃圾桶全部摆放正确、不影响通道；路面、房顶、草丛、所有暗角旮旯中的碎砖、碎石、烟蒂、管线等全部清扫、整理；保洁人员全部在岗，脚不停步，帚不离手，随见随扫，保持环境卫生；机动车、自行车无乱停乱放。

## **二、如何应对现场评审专家的文件审查**

1、评审期间，科室医疗、护理、院感专门资料柜不得上锁，除日常工作记录要放在相应工作台面、且全科人员可及的位置之外，资料盒清单所列的其他记录要全部归集到对应的盒中；往年的资料要标注相同的盒名统一收放在资料柜下方，方便向评审员提供。

2、除特殊情况外，评审期间全员在岗，并作好迎评事项的分工。

3、全科室人员均要掌握本岗位工作内容。

4、检查时要快速、准确地向检查人员提供相关资料，并以最快速度通知文件资料的解释人到场。

5、在接受专家访谈时有问必答，征询专家意见后可以补充回答，不抢答，不辩解。

## **三、迎检准备中对全院职工的要求**

1、牢记本人岗位职责。

- 2、全员牢记本人岗位相关制度，掌握相关核心制度。
- 3、掌握等级医院检查本岗位的主要内容和要求。
- 4、了解突发事件处置和应急预案的内容。参加值班者（含医院总值班）做好应急考核和处理问题能力考核的准备。
- 5、仪表端正、服装整齐、挂牌规范、文明用语、准时上班。
- 6、做好急会诊、应急传呼、电话考核和模拟案例检查的准备。
- 7、全员正确掌握灭火器的使用方法。
- 8、全员正确掌握心肺复苏技术。
- 9、提高手卫生的依从性与洗手的正确性，掌握洗手的五个时间点（两前三后），全员正确掌握七步洗手法。
- 10、熟悉“三乙评审”应知应会并记忆相关内容。

#### **四、如何应对现场评价专家的提问**

- 1、保持自信、镇静、友善的态度（请保持微笑）。
- 2、只回答被问到的问题，并说你知道的，避免回答“不知道”、“不清楚”、“这不该我做（管）”、“那是其他人做的”等。
- 3、在回答问题前应谨慎思考，如不清楚检查者提出的问题可请检查者再解释一遍。
- 4、回答问题时尽可能举出制度或流程以支持你的答案。
- 5、在回答检查者的问题时要有自信，避免使用含糊之词，如“应该”、“可能”、“大概”、“好像是”。
- 6、在评审专家面前不要去纠正或表达与正在回答问题的同事的答案不统一，或强调你个人的不同意见或作业方式。只有当问到自己时，可以去补充。
- 7、要有正面的态度：即认为评审专家是来帮助我们改进的，要将他们的意见或建议用在改进上，如“做得不好的，请您”绝对避免辩解、冲撞、使用生硬语言。
- 8、每次回答完提问后，一定要说一句“感谢专家的指导”，或“我们一定按您的指导意见去改进”。

#### **五、模拟案例现场追踪检查的应对**

- 1、要熟悉危重病人抢救程序及抢救人员的正确站位，特别要明确指挥者和记录者。
- 2、模拟案例考核是一种全新的考核方式，各相关部门必需进行多次相互配合的演练，让各个部门都知道有可能都要参与到案例考核中。案例模拟不是速度比赛，而是在规定的时间内进行规范化的诊疗和操作：流程如何写的，我就如何做。
- 3、被考者需要对被抽到的疾病进行诊断与鉴别诊断、并发症、治疗措施及相关的检测结果有全面的深入了解。
- 4、被考者对评审专家任何提示均要作出反应，例如：评审专家说“呼吸机故障”时，绝对不能答说“呼吸机正常”，而应该演示呼吸机故障时应采取的措施，又如检查出“患者血压异常”一定要有所反应，采取积极的措施。
- 5、时刻要注意病人的安全，要尊重病人的知情权，在做任何需要知情同意的地方均要签署知情同意书。
- 6、案例中还会涉及到与病人家属的纠纷，员工需要学会如何处理。

7、会诊医务人员到场，要大声说“我是××科会诊医生，我已到达”，并迅速与急诊科医师进行医疗抢救信息对接，投入抢救工作。

8、案例中涉及纠纷费用等可能还会牵涉到院总值班，相关人员也需要有所准备。

9、口头医嘱一定要复述，操作完成要报告“××医生（护士），××已完成”。

10、被考者在接触病人时，身份识别、三查七对、手术安全核查、洗手等从始至终的流程执行都不要出现漏环节、漏步骤的失误。

11、各保障部门包括设备、后勤、信息管理、病案管理等相关的部门都要在检查的当天做好准备，各值班人员的名单及通信方式均要在急诊科能及时找到，检查当天被抽到的人必须在规定的时间内（≤10分钟）到达现场。

## 第五章 医院文化与医院管理

### 一、医院概况

1、我院始建于1950年。先后被授予二级甲等医院、健康教育示范医院、爱婴医院、二级优秀医院。2011年6月由武汉大学人民医院正式托管。2013年元月核定为三级医院。2013年4月完成整体搬迁。现为武汉大学第一临床学院、湖北科技学院、湖北中医药大学、长江大学医学院、湖北职业技术学院的临床教学基地。

2、医院现有2个院区：人民大道院区、欢乐街院区。人民大道院区占地面积206亩，房屋面积11.2万平方米，其中业务用房面积9.12万平方米，设有全市“120”急救中心；欢乐街院区占地面积3.89万平方米。

3、全院现开放床位1100张，现有临床科室48个（其中住院科室30个，门急诊科室18个），医技科室11个。现有湖北省县级医院临床重点专科7个：普外科、呼吸内科、护理、肾病内科、妇科、临床检验科、放射影像科；孝感市级临床重点专科13个：普外科、呼吸内科、妇科、肾病内科、耳鼻咽喉头颈外科、急诊科、中医科、麻醉科、放射科、检验科、输血科、超声影像科、护理。

4、全院现有在职职工1552人，离退休人员242人，其中卫生专业技术人员1237人；在职职工中，高级职称235人，中级职称321人；本科生594人，硕士研究生36人，在职培养博士生4人，武汉大学人民医院在院教授1名。

5、全院现有万元以上仪器设备881台（件），设备总值1.85亿元，其中大型设备有：直线加速器、64排CT、1.5T核磁共振、数字胃肠机、DR、血管造影机、彩超、全自动生化分析仪、各类腔镜等30台套。

### 二、医院文化体系

#### 1、院徽



创意说明：外圆内是两家医院名称的中英文缩写，表现了“武汉大学人民医院”和“汉川市人民医院”的完美结合；中间是医院院标，采用汉川“汉”的拼音字母“H”、汉字“川”及医院标识“白十字”变化而成；紧密联系的红、白、绿“三撇”，展现医院“一切为病人，为

病人一切，为一切病人”的服务理念，从右到左三种颜色排列代表医务人员“用丹心妙手托起生命的绿洲”，中间“白十字”巧妙变化成展翅高飞的和平鸽，既寓意医院充满生机和活力，又代表和谐的医患关系，还体现医院要为患者送去健康、平安和幸福；院标下方的“1950”是医院建院时间。

2、战略发展目标（愿景）：培育核心竞争力 打造荆楚名院

3、核心价值观：科学 友善 良知

4、服务理念：一切为病人 为病人一切 为一切病人

5、医院精神：用心呵护生命 用新创造未来

6、院训：厚德 精术 团结 创新

### 三、医院 2016 年工作目标及中长期规划要点

#### （一）2016 年工作目标

全年实现门诊人次突破 85.4 万人次，同比增长 15%；出院人次达到 6.3 万人次，同比增长 15%；住院手术台次达到 1.86 万台次，同比增长 20%；业务收入达到 5.5 亿元，同比增长 12%；药占比低于 32%。患者满意度达 95%。

#### （二）中长期发展规划目标（“十三五”规划 2016—2020）

项 目	2016 年（预计）	2020 年	增长率%
实际开放床位（张）	1100	1500	36.4
门诊病人接诊量 （万人次）	85.4	125	46.37
出院病人（万人次）	6.3	9	42.8
重点专科（个）	孝感市级 13 省县级 7 省级 0	孝感市级 17 省县级 10 省级 2	
科研项目（项）	8	15	87.5
百万元以上设备（件）	30	50	66.7
基础建设	筹建人民大道院区科技楼，欢乐街院区门诊楼	完成人民大道院区科技楼和欢乐街院区门诊楼建设	
在职在岗人员	约 1550 人（含招聘人员）	1800 人（含招聘人员），其中硕士生 75 人以上，博士生 10 人以上	
固定资产总值（亿元，其中： 设备总值）	6.3（1.85）	10（3.2）	

#### 四、“三重一大”事项

1、含义：重大决策、重要人事任免、重要项目投资，大额资金使用。

2、第一责任人：医院院长为贯彻落实“三重一大”决策制度的主要负责人。

3、集体决策程序：部门调查论证→提交院长办公会讨论→信息公示→提交职代会审议通过→有关部门实施。

4、集体决策形式：院长办公会、院周会、职代会等。

#### 五、院务公开

1、院务公开领导小组办公室设在行政办。

2、院务公开的类别及内容：

（1）向社会公开：医院依法执业登记的主要事项，卫生技术人员依法执业注册的基本

情况，投诉信箱及投诉咨询电话。

(2) 向患者公开：医疗服务信息（重要医讯、专家基本情况、就诊流程、楼层索引）、医疗价格信息（诊疗服务价格、基本药品耗材价格）、其他服务信息。

(3) 向职工公开：“三重一大”信息、员工关注的其他事项。

3、院务公开的形式：医院网站、宣传栏、《川医简报》、微信公众号、电子显示屏、院周会、职代会。

## 六、医院质量与安全管理目标（院级目标，15个）

- 1、入出院诊断符合率 $\geq 95\%$ 。
- 2、手术前后诊断符合率 $\geq 90\%$ 。
- 3、甲级病历率（无丙级病历） $\geq 90\%$ 。
- 4、不合格处方 $\leq 1\%$ 。
- 5、合理用血率 100%。
- 6、急救物品完好率 100%。
- 7、院内感染发生率 $\leq 10\%$ 。
- 8、常规医疗器械消毒灭菌合格率 100%。
- 9、医务人员洗手正确率 $\geq 95\%$ 。
- 10、优质护理服务病房覆盖率 100%。
- 11、压疮发生率 $\leq 0.05\%$
- 12、跌倒坠床风险评估率 $\geq 90\%$ 。
- 13、服务窗口等候时间 $\leq 15$ 分钟。
- 14、继续教育培训率 100%。
- 15、患者满意度（第三方调查） $\geq 90\%$ 。

各个专门委员会、各个部门、各个科室都有自己的质量管理目标（即监测指标），相关委员会成员、部门人员、科室员工都要熟悉自己的目标。

## 七、院科两级质量管理组织及工作要求

(一) 院级：10个委员会：1大9专，括弧内为委员会所在办公室

1大：医院质量与安全管理委员会（三甲办）。

9专：医疗质量与安全管理委员会（医疗部）、医学伦理委员会（医安办）、药事管理与药物治疗学委员会（药剂科）、医院感染管理委员会（公卫科）、病案管理委员会（病案科）、临床路径管理委员会（医疗部）、输血管理委员会（输血科）、护理质量与安全管理委员会（护理部）、医学装备管理委员会（设备科）。

工作要求：

(1) 各质量与安全管理组织有明确的**组织结构及质量管理职责**。

(2) 根据医院总体目标，制定并实施**质量与安全管理工作目标、计划、考核方案**。

(3) 院领导、各部门、各科室负责人在质量与安全管理及持续改进措施执行过程中起到**领导作用**。

(4) 质量与安全管理组织定期检查与评估，有检查评价工作记录，有结果分析报告。

(5) 每年举行**全体委员会会议不少于2次**，专题研究质量与安全工作，有记录。

(6) 为医院制定近、远期发展战略提供政策依据。

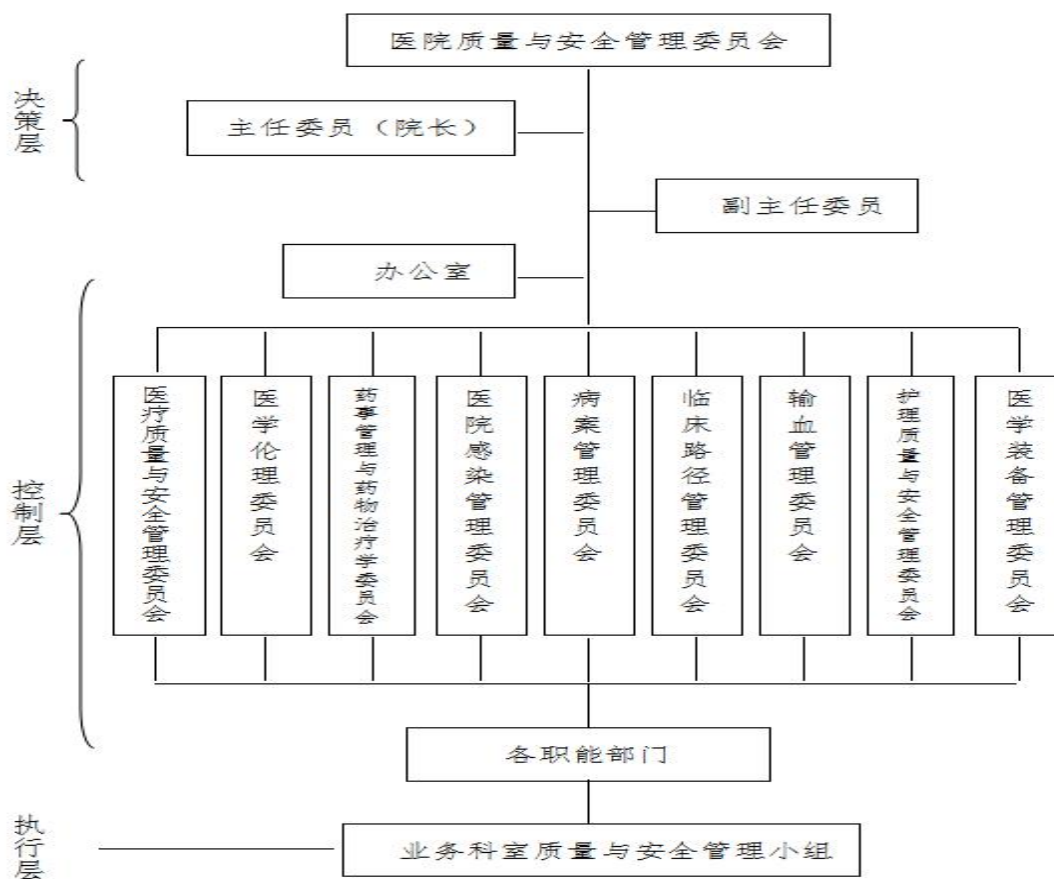
(二) 科级：业务科室质量与安全管理小组

科主任为第一责任人。

每一位员工了解本科室质量管理的相关内容，包括科室质量监控指标、质量管理小组成员及职责、质量管理与患者安全计划、质量标准与相关管理制度。

根据相关管理要求，科室还应设有专职或兼职的：护理质控小组、院感管理小组、病案质控小组、消防管理员、设备管理员，其他。

附：医院质量与安全管理组织结构图



## 八、患者十大安全目标

目标一：确立查对制度，识别患者身份

目标二：确立在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤

目标三：确立手术安全核查制度，防止手术患者、手术部位及术式发生错误

目标四：执行手卫生规范，落实医院感染控制的基本要求

目标五：加强特殊药物管理，提高用药安全

目标六：落实临床“危急值”报告制度

目标七：防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件发生

目标八：防范与减少患者压疮发生

目标九：妥善处理医疗安全（不良）事件

目标十：鼓励患者参与医疗安全

## 九、平安医院九点要求

- 1、切实加强医德医风建设；
- 2、强化医务人员的执业管理；
- 3、严格执行医疗安全规章制度；
- 4、增进医患沟通；
- 5、规范投诉管理；
- 6、做好预约诊疗服务；
- 7、建立医疗纠纷应急处理机制预案；
- 8、建立医疗安全责任追究制度；
- 9、做好宣传工作。

#### 十、评审细则要求开展的公共培训项目及对象

除此公共培训项目外，科室还应结合专科特点开展相关培训（如医德医风、专科诊疗指南规范、三基三严项目等）。

主办部门	条款名称	公共培训项目	培训对象
行政办	1.4.1.1 1.4.3.2 (★) 1.4.4.1 6.1.2.2 6.1.5.1 6.2.2.2 6.3.1.1	1、法律法规、各类应急预案及相关部门和岗位应急职责与应急流程培训 2、医院管理规章制度、工作流程、岗位职责和诊疗规范培训	各级各类人员
	1.4.2.1 (★) 1.4.3.1 (★)	灾害脆弱性分析、预案编写、相关预案应急组织机构及其职责培训	
	6.2.1.2	上级部门及本院制定的院务公开制度、实施办法等	
	6.2.4.1	法律法规、管理知识教育及技能培训	
	6.10.1.1	信息公开相关知识培训	
	1.4.1.1	医院突发事件总体应急预案及突发公共卫生事件应急预案	
	党委办	6.7.4.2	
纪检室	6.7.3.1.c	廉洁自律的工作规范和相关制度	
人资科	6.4.1.5	医院人员紧急替代程序与替代方案	
营养科	4.23.1.3	营养治疗在慢病治疗中的作用	
医疗部	4.3.1.1 4.3.3.1 4.3.5.1	医疗技术相关知识培训： 医疗技术临床应用管理办法 医疗技术准入管理制度 医疗技术临床应用患者安全保障措施和风险处置预案 医疗技术损害处理预案 高风险诊疗技术操作授权及审批管理制度	全院医务人员
医疗部	2.2.3.2	门诊突发事件预警机制和处理预案	门诊医师、护士、医技人员、技术人员、门诊管理人员、急诊科医护人员、急救中心所有人员
	4.8.2.2 4.8.3.3 4.8.4.2	医院突发事件医疗救援保障预案 急危重症优先处置制度 急诊优先诊疗住院规定 急诊绿色通道管理制度 急诊绿色通道流程 急性创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭等重点病种急诊服务流程	

<p>医疗部</p>	<p>药事管理</p> <p>3.5.1.1</p> <p>3.5.2.1</p> <p>4.5.2.3</p> <p>4.6.5.1</p> <p>4.15.5.1</p> <p>4.5.2.4</p> <p>4.15.1.2</p> <p>4.15.7.3</p> <p>4.20.6.3</p>	<p>1、特殊管理药品法律法规</p> <p>2、麻醉、精神药品、放射性药品、医疗用毒性药品及易剧毒化学品等特殊药品使用制度、存放区域、标识等相关规定</p> <p>3、高危药品管理制度</p> <p>4、易混淆药品管理制度</p> <p>5、处方或用药医嘱在转抄和执行时的核对程序</p> <p>6、抗菌药物法律法规</p> <p>7、抗菌药物管理制度</p> <p>8、分级管理制度</p> <p>9、抗菌药物处方权管理</p> <p>10、手术预防性抗菌药物临床应用管理制度</p> <p>11、抗菌药物分级管理制度</p> <p>12、抗菌药物品种遴选制度</p> <p>13、目录外抗菌药物临时采购工作制度</p> <p>14、特殊使用级别抗菌药物使用审批流程</p> <p>15、抗菌药物临床合理使用考核办法及各类统计方法</p> <p>16、抗菌药物临床应用指导原则</p> <p>17、肠道外营养疗法的规范或指南</p> <p>18、肠道外营养疗法使用分级管理规定</p> <p>19、围术期抗菌药物的预防性使用规定</p>	<p>全院医务人员</p>
<p>医疗部</p>	<p>4.5.7.3</p> <p>4.6.6.1</p> <p>4.27.4.1</p>	<p>病历书写基本规范</p>	<p>临床医护人员</p>
<p>医疗部</p>	<p>2.6.3.1</p> <p>4.6.3.1</p> <p>4.5.1.1</p> <p>4.6.2.1</p> <p>4.13.2.1</p> <p>4.13.4.1</p> <p>4.7.6.1</p>	<p>医患沟通制度</p> <p>知情同意谈话制度</p> <p>维护患者合法权益制度</p> <p>患者病情评估管理制度、操作规范与程序</p> <p>术前讨论制度</p> <p>疼痛评估和再评估制度、慢性疼痛的规范化治疗、癌症疼痛诊疗规范</p> <p>疼痛科治疗的并发症、疼痛科治疗风险规范、疼痛科医疗风险处置预案</p> <p>术后、慢性疼痛、癌痛患者的镇痛治疗规范</p>	<p>全院医务人员</p> <p>临床医护人员</p> <p>临床医护人员</p>
<p>医疗部</p>	<p>输血管理</p> <p>4.7.7.1</p> <p>4.19.1.1</p> <p>4.19.1.2</p> <p>4.19.3.1</p> <p>4.19.4.3</p> <p>4.19.5.3</p> <p>4.19.5.4</p> <p>4.19.6.3</p>	<p>手术中用血制度</p> <p>麻醉科与输血科沟通流程</p> <p>医疗机构临床用血管理办法</p> <p>临床输血技术规范</p> <p>自体输血指南</p> <p>自体输血管理制度及技术规范</p> <p>临床不合理用血责任追究制度</p> <p>临床用血申请分级管理制度</p> <p>临床科室和医师合理用血评价及公示制度</p> <p>输血标本采集要求及流程</p> <p>临床输血全过程质量管理体系</p> <p>紧急用血应急预案</p> <p>术中输血流程</p> <p>临床用血管理制度</p> <p>自体输血管理制度</p> <p>成分输血指南</p> <p>输血科关键设备应急预案</p> <p>控制输血严重危害（SHOT）的预案</p>	<p>临床医护人员</p> <p>输血科人员</p>

		输血不良反应的临床表现、种类及处理措施 紧急抢救配合性输血管理制度 紧急抢救非同型输注操作流程 紧急抢救非同型输注和配合性输注的管理制度	
医疗部	4.2.5.1 4.2.5.2 4.15.8.1 4.2.6.1	质量与安全教育	各级各类人员 (含院领导、职能部门管理人员、业务科室中层干部、各科质控小组成员)
	4.2.4.2	患者十大安全目标及相关制度 医疗风险防范的工作制度、流程、规范、预案	
	4.2.2.2 4.8.4.3	医疗质量管理核心制度	
医安办	2.7.4.1	医疗纠纷防范及处理	
	3.9.1.1	医疗安全(不良)事件的报告制度与流程	
护理部	5.4.3.1	护理不良事件警示教育(不良事件原因分析、讨论)。	全院护士
	3.9.1.1	医疗安全(不良)事件的报告制度与流程	
	5.4.2.1	护理安全(不良)事件报告制度及报告流程	
公卫科	3.4.2.1	手卫生规范 七步洗手方法	各级各类人员
公卫科	4.10.1.1	医院感染管理相关法律法规, 感染管理相关制度、规范	全院医护人员 (含医、技、药)
	4.10.5.1	传染病防治知识和技能、传染病处置规范与处置流程、职业暴露的预防和处理	
	4.10.3.1	职业暴露的应急处置流程、职业防护制度	
	6.4.5.1	职业安全防护措施、放射事故应急预案	
公卫科	4.10.3.2	医疗废物管理	全院医务人员+物业
	4.20.3.3	医院感染暴发报告流程与处置预案。	全院医务人员
	4.20.5.3	多重耐药菌预防与控制	临床科室/实验室
	4.20.7.1	消毒隔离知识培训/特殊区域管理	全院医务人员
	4.26.4.1	诊疗活动与器材消毒、灭菌规范、医疗废弃物处理规范、岗位职责	特检室医护技人员
后保科	1.4.4.2	医院停电应急预案	各级各类人员
	6.8.2.1	医院节能降耗、控制成本的计划、措施	
	6.8.3.3	突发食品安全事件应急预案	
保卫科	2.8.6.1	“平安医院”9点要求、具体措施	各级各类人员
	6.8.7.1	消防安全知识技能培训、灭火器材的使用及消防应急疏散程序	
	6.8.7.3	危险品安全事件处置预案及处置程序	保卫科, 检验科、药剂科、后保科、涉危管理的相关临床和职能科室人员
设备科	4.18.4.2	放射安全防护培训	放射工作人员 及放射管理人员
	4.21.5.1	放射防护培训	
	6.9.4.2	放射防护的要求及防护措施培训	
	4.18.4.3	放射安全事件应急演练	
	4.25.6.1	放射治疗意外应急演练	
设备科	6.9.1.1	医学装备三级管理制度培训	各科设备管理员
	6.9.4.1	医学装备临床使用安全控制与风险管理制度 医学装备临床使用安全检测与报告制度	

	6.9.8.1	医学装备质控培训	
	6.9.8.2	医学装备质量与安全指标培训	
设备科	6.9.6.2	急救类、生命支持类医学装备应急演练	全院医护人员

### 十一、评审细则要求开展的公共应急预案培训演练及参加对象

除此公共预案外，科室还应结合专科特点制定、培训、演练科室级预案。

条款编号	预案名称	主办部门	参加演练对象及人员
1.4.4.1B	重大突发事件应急预案 (如大型车祸、食物中毒等，必须是院内外联合演练)	行政办	各级各类人员
1.4.4.1B	突发公共卫生事件(如大规模传染病爆发)应急预案	公卫科	
4.8.2.2B	重大突发事件医疗抢救应急预案 (条款要求必须由院级领导主持)	医疗部	
4.10.3.1B	职业暴露应急预案	公卫科	急诊科
1.4.4.2C	停电总体应急预案	后保科	各科室，重点是手术室、ICU
4.10.5.1B	传染病处置预案	公卫科	感染性疾病科
4.16.2.5B	检验科职业暴露应急预案	公卫科	检验科
4.18.1.3B	医学影像检查科室紧急意外抢救预案	医疗部	CT/MRI、放射科、介入室、超声影像科
4.18.4.3B	放射安全事件应急预案	设备科	CT/MRI、放射科、介入室、放疗室
4.21.5.1C	放射诊疗安全防护预案	设备科	CT/MRI、放射科、介入室、放疗室
4.25.6.1	放射治疗意外应急预案	医疗部	放疗室
4.20.3.3B	医院感染暴发报告与处置预案	公卫科	各级各类人员
4.22.2.4C	血液透析室紧急意外情况处置预案(停电、停水)	后保科	血液透析室
4.22.2.4C	血液透析室紧急意外情况处置预案(火灾)	保卫科	
4.22.3.1C	血液透析室医院感染紧急情况处置预案	公卫科	
5.2.2.2A	紧急情况下的护理人力资源调配预案	护理部	护理人员
5.4.6.1B	重点环节紧急意外情况下(患者用药、输血、治疗、标本采集、围手术期管理、安全管理)的应急处置预案	护理部	护理人员
5.5.1.3.1B	手术室突发事件应急预案	护理部	手术室
5.5.3.1.1A	新生儿科突发事件应急预案	护理部	新生儿科
6.5.4.1B	信息安全应急预案	信息科	信息科
6.5.4.2B	信息系统运行事件(如系统瘫痪)应急预案	信息科	信息科
6.8.2.1★B	水、电、气后勤保障应急预案	后保科	各科室
6.8.3.3B	突发食品安全事件应急预案	后保科	职工食堂 病人食堂
6.8.5.2B	安全保卫应急预案	保卫科	保卫科
6.8.7.1★C	消防安全应急预案(消防基础知识与器材操作)	保卫科	各级各类人员
	消防安全应急预案 (人员疏散，必须选择在住院科室)		各级各类人员(消防预案中明确医生灭火、护士疏散病人)

6.8.7.1★ B	特殊部门消防安全事件处置预案 (应准确界定特殊部门有哪些)	保卫科	病案室、物资仓库、药品仓库、档案室财务部门等
6.9.6.3B	医学装备应急调配预案(优先保障急救类、生命支持类装备的紧急调配)	设备科	各科室

## 十二、行政后勤职能部门管理目标

### 行政办公室

- 1、根据医院各项决议，及时准确地进行文件的起草和下发，发文差错率≤5%。
- 2、接收上级文件及时登记、传阅、督办，收文差错率≤5%。
- 3、严格执行公章保管及使用规定，公章使用准确率≥100%。
- 4、医院文书档案归档及时，记录齐全，档案保管符合规定，不出现破损、残缺档案，档案管理准确率≥95%。
- 5、组织院长办公会、院周会等行政会议，组织会议差错率≤5%。

### 党委办公室

- 1、医院通过投诉管理，出院患者对医疗服务满意度≥90%。
- 2、医院对员工开展价值取向培训教育，员工知晓率达90%。
- 3、有效投诉处理及时反馈率达100%。

### 人力资源科

- 1、卫生技术人员与开放床位比≥1.15:1。
- 2、在岗护士占卫生技术人员总数比≥50%。
- 3、全院工程技术人员占全院技术人员总数比≥1%。
- 4、考勤登记管理差错频次0差错。

### 科教科

- 1、培训率：全院专业技术人员“三基三严”培训率100%。
- 2、科研成果：全院每年8项。
- 3、SCI论文发表量：全院每年50篇。

### 公卫科

- 1、传染病报告及时率100%。
- 2、医务人员洗手正确率≥90%。
- 3、消毒供应中心灭菌合格率100%。

### 财力资源科

- 1、门诊挂号、缴费等候时间≤10分钟。
- 2、收费无差错率100%。
- 3、资金安全率100%。
- 4、窗口病人满意度≥95%。
- 5、财政专项资金执行率100%。

### 审计科

- 1、审计资料完整性、归档率100%。
- 2、审计工作计划完成率95%。

### 招标办

- 1、招投标资料归档完成率 100%。
- 2、竣工决算审计资料归档完成率 100%。

#### **信息科**

- 1、在机房管理方面，做到机房月巡查率达 100%。
- 2、在终端维修方面，做到响应率、送修率达 100%，有相应维修记录，确保日常工作正常进行。
- 3、在统计数据上报方面，确保上报及时，数据准确率达 100%。

#### **工会办公室**

- 1、助产分娩手术，计划生育手术登记率 100%。
- 2、B 超孕情检查登记录入率 95%。
- 3、实名登记 24 小时录入率（及时率）95%

#### **对外联络部**

- 1、按双向转诊制度和流程开展工作，数据统计准确率达 100%。
- 2、完成政府、各级卫生行政部门指定的公益活动，完成率达 100%。
- 3、及时、真实发布医疗信息，符合流程率达 100%。

#### **设备科**

- 1、急救类、生命支持类设备完好率 100%。
- 2、植入性高值耗材具有可追溯性，达到 100%。
- 3、全院医学装备巡视每季一次。

#### **后勤保障科**

- 1、后勤保障布草类（包括洗涤、消毒、缝纫、修补等）的及时供应，做好为科室服务工作。确保下收、下送达各科室所需时间在 1 小时以内。
- 2、及时完成后勤物资采购、供应、保管及修旧利废和报废处理更新工作，确保物资下送达各科室 15 分钟以内。
- 3、后勤对科室的各种电气设施报修应及时维修，确保工作正常。急修不超过 10 分钟到场，小修不超过 2 小时处理到位。科室满意度到达 95%，以每次维修评议为准。
- 4、保障医院职工、病友食堂饮食供应，送餐达所需科室 30 分钟以内。做好“灭四害”工作，确保无饮食卫生安全不良事件的发生。
- 5、后勤对医院医疗废弃物分类处置合格率 100%。
- 6、医院后勤管理工作，重大伤亡事故和职业病发生率为 0。

#### **基建科**

- 1、基建科项目验收合格率 100%。
- 2、切实抓好安全生产工作，责任事故的发生率为 0。

#### **保卫科**

- 1、全院消防设施、器材完好率达到 100%。
- 2、每年对全院干部职工组织开展一至二次消防安全知识培训、灭火、紧急疏散的演练工作。确保对全院干部职工消防安全知识培训覆盖率达到 100%。
- 3、医院无重、特大火灾事故发生，确保零事故发生。

### 十三、汉川市人民医院迎接医院等级医院评审的领导组织机构

1、三甲创建领导小组：院长任组长，总负责；其他班子成员任副组长，负责分管、分片的部门、科室创建；各职能部门主任为成员，具体负责责任条款落实。

2、领导小组办公室：三甲办，综合协调，指导，督促达标工作，兼任医院质量与安全管理委员会办公室职能。办公室电话：8377273（内线：7273）。

## 第六章 全院应急管理

### 一、应急管理

#### （一）应急管理方针与原则

方针：依法管理、预防为主、强化培训、适时演练、平战结合、常备不懈。

原则：统一领导、分级负责、及时应对、快速反应、措施果断、科学处置、协调合作。

#### （二）应急组织与职责

1、医院应急工作领导小组，即应急指挥部，院长、书记任组长（指挥长），其他班子成员为副组长（副指挥长）。下设办公室，即应急办，设在行政办。

2、应急办下设5个工作组：医疗救援组、应急联络组、后勤保障组、维修抢险组、安全保卫组，各组负责本组人员的紧急替代和调配。各组职责见总体应急预案的相应规定（各组成员都要应知应会）。

各科室负责人负责在应急事件发生后做好本科室的抢救准备，服从应急办的紧急调度安排。

#### （三）应急物资储备

三个方面：后勤保障科负责应急物资，设备科负责应急设备，药剂科负责应急药品。

#### （四）应急预案

三个层级：

1、总体应急预案：应急办（即行政办）制定。

2、专门应急预案：由相关部门或科室制定：

（1）医疗部负责制定和实施医疗类突发事件应急救治、诊疗过程中突发事件应急预案；

（2）医安办负责制定和实施医疗纠纷应急处置预案；

（3）公共卫生管理科负责制定和实施医院公共卫生类、医院感染类突发事件紧急处置预案；

（4）护理部负责制定和实施护理工作中突发事件的应急处置预案；

（5）信息科负责制定和实施信息系统突发故障应急预案；

（6）后勤保障科负责制定和实施水、电、气故障突发应急预案；

（7）设备科负责制定和实施医疗设备故障、调配应急预案；

（8）保卫科负责制定和实施消防、治安、危险品管理突发事件应急预案；

（9）药剂科负责制定和实施应急药品及特殊管理药品紧急调配应急预案；

3、科室应急预案

各科室根据专科管理特点和部门工作要求制定。

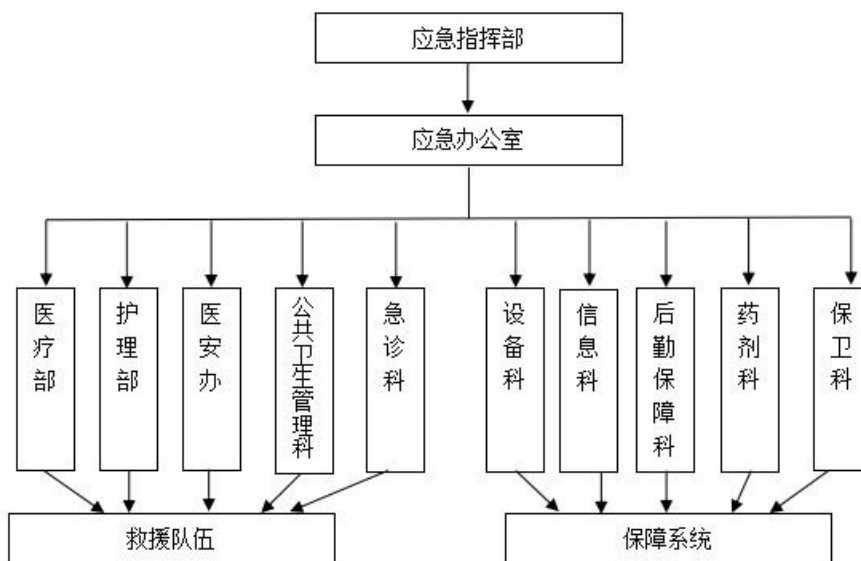
#### （五）医院 2016 年度灾害脆弱性分析结果排序

危机项目(事件)	风险等级(由高至低)	风险排名(由高至低)
医疗纠纷事件	2	1
医疗急救事件	2	2
职业暴露	2	3
信息系统故障	2	4
安全用药	2	5
供电故障	2	6
供气故障	2	7
供水故障	3	8
火灾	3	9
电梯故障	3	10
暴雨积水	3	11
危险化学品泄漏	4	12

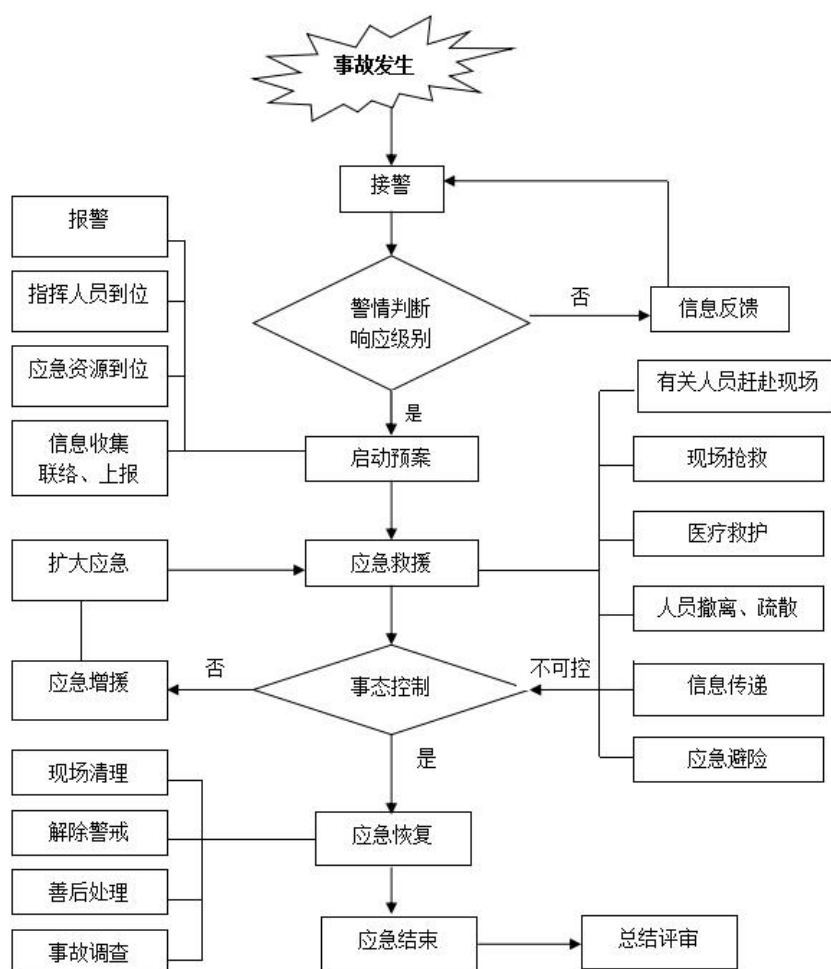
### (六) 全院重要应急电话

应急办(行政办): 8282259 8377114  
 总值班(非工作时间): 8282259 8377114  
 保卫科应急电话: 8377119 8377110  
 急救电话: 120 8377120  
 医疗部应急电话: 8377197 8377031  
 医安办应急电话: 8377023  
 公共卫生管理科应急电话: 8377032  
 护理部应急电话: 8377022  
 后勤保障科应急电话: 8377210  
 信息科应急电话: 8377027 8377188  
 设备科应急电话: 8377033  
 中心供氧故障应急电话: 8377206

### (七) 应急组织体系



## (八) 应急响应流程图



## 二、消防安全与火灾应急处理

### (一) 消防安全

- 1、医院是禁烟单位，院内严禁吸烟。
- 2、物品放置规范，严禁堵塞安全通道。
- 3、每一位员工必须掌握：所在工作区域内灭火器的位置及使用方法、报警铃位置、疏散路线及逃生出口位置。
- 4、每个科室都要有发生火灾时的明确分工并人人知晓，一般分工为，在场医生灭火，护士疏散病人。
- 5、每个新员工都要进行消防安全的岗前培训。

### (二) 消防原则

- 1、两重两早：重预防、早发现、早报警、早扑救。
- 2、及时疏散人员，保全生命，抢救财物。
- 3、各方合作，迅速扑灭火灾。

### (三) 现场人员应对火灾四步骤（RACE 国际通用的灭火程序）

- 1、救援（Rescue）：在确保自身安全的情况下，帮助受困人员脱离火灾现场。
- 2、报警（Alarm）：利用就近电话或自动报警按钮，迅速向医院消防控制室（内线（7119）

外线（8377119）报警；报警时讲清楼层/部门、起火部位、火势大小、燃烧物质和报警人姓名。

3、限制（Confine）：关上着火房间的门窗，关闭防火门，防止火势蔓延。

4、灭火或疏散（extinguish or evacuate）：

（1）火势不大，用灭火器灭火。

（2）火势过猛，尽快撤离。

（3）做好解释沟通，有序组织着火区域人员撤离。

（4）对于不能行走的患者，采用抬、背、抱等方式转移。

（5）疏散时用湿毛巾捂住口鼻，沿墙边按疏散指示标志方向逃生。

（6）严禁使用电梯。

### **三、后勤保障应急处理**

#### **（一）停电应急处理**

1、宣传告知。接到停电通知后，做好停电准备和宣传告知；发生突然停电时，通知后勤物业，24小时值班电话：8377186（内线：7186）。

2、应急照明。启动科室备用应急照明（应急灯、手电筒等）。（日常工作中各科室要注意保证应急灯、手电筒等处于备用状态，并置于随手可及处）

3、巡视解释。医务人员巡视患者情况，做好解释工作。通知患者及家属留在原位，防止混乱而导致其他突发事件的发生。

4、评估汇报。评估危重患者并提供应急措施，如使用呼吸机的改用便携式呼吸机或手工呼吸皮囊、监护仪改用充电监护仪、静脉维持用药的改用充电微泵等。做好相应记录，及时汇报主管领导或行政总值班。

5、设备正常。设备科指导医护人员在紧急情况下确保医疗器械的正常使用。

6、疏散病人。根据停电情况，必要时服从应急指挥有序转移或疏散病人。

7、暂停手术。当发生重大突发事件或遭受自然灾害导致全院范围停电时，医务人员应根据停电情况，必要时取消接台手术和择期手术，视病情有组织地疏导转院或离院，向患者及家属做好解释工作。

#### **（二）停水应急处理**

1、宣传告知。接到停水通知后，做好停水准备和宣传告知，节约用水。

2、通知物业。发生突然停水时，通知后勤物业，24小时值班电话8377186（内线：7186）。

3、优先医疗。优先保障医疗用水，停止锅炉、茶水炉供水。

4、查看病房。医务人员加强病情观察，做好危重患者病情记录，及时汇报主管领导或行政总值班。

5、暂停手术。当发生重大突发事件或遭受自然灾害导致全院范围停水时，医务人员应根据停水情况，必要时取消接台手术和择期手术，视病情有组织地疏导转院或离院，向患者及家属做好解释工作。

#### **（三）停气应急处理（天然气）**

1、天然气泄露的处理

发现燃气管道发生泄露，应立即通知后勤物业，24小时值班电话8377186（内线：7186）。

值班人员应立即切断楼外或室内供气阀门，防止事故扩大，并向应急领导小组汇报，及时通知燃气公司，电话 8274889。

及时打开门窗进行通风，加强通风换气。禁止开关电器设备，严禁吸烟与明火。

疏散无关人员，严禁无关人员进入。

待燃气公司人员到场后，协助查明原因，配合修复管网设施。

#### 2、天然气泄露着火的处理

首先找到火源，关闭上游阀门，使燃烧中止。

关阀断气灭火时，要不间断的冷却着火部位，灭火后防止因错关阀门导致意外事故发生。

在关阀门断气之后，仍需继续冷却一段时间防止复燃。

当火焰威胁到关阀门时或关掉阀门火焰未控制时，可利用站内干粉、二氧化碳灭火，火势仍没控制时及时报 119。

事故处理后，对故障部分进行修复。

### **（四）电梯应急处理**

1、拨打梯内电话。当电梯关人或发生紧急情况时，梯内人可通过梯内电话拨打后勤物业 24 小时值班电话 8377186（内线：7186），也可以通过梯内五方对讲告知保卫科监控室，在几号梯内。

2、工程紧急抢修。由后勤物业工程部运行当班人员立即施救，并向应急指挥小组汇报事故情况。同时向抢修救援组转达应急指挥小组命令。

### **四、中心供氧故障应急处理**

1、打开备用氧气袋与患者吸氧导管连接，持续供氧。

2、向患者或家属做好解释和安抚工作。

3、必要时将备用瓶氧装置给患者吸氧。

4、应用过程中观察患者缺氧症状有无改善及其他病情变化并做好记录。

5、通知设备科（电话 8377206，内线 7206）立即进行维修。

### **五、急救生命支持类医学装备故障应急处理**

1、报告。急救设备发生故障，操作人员报告科主任，并通知设备科（电话 8377206，内线 7206）。

2、关闭。关闭故障设备，与病人脱机，并采取替代措施。

3、处理。工程技术人员接到通知后十分钟内到达处理。

4、调配。设备科根据故障决定借调，紧急情况下临床科室根据急救设备路径图借调；使用完毕，做好清洁消毒，归还设备。

### **六、信息系统故障应急处理**

（一）立即致电信息科报修，电话 8377188（内线 7188）。

（二）信息科当班人员进行故障判断，并按故障不同等级进行处理。

1、故障在 10 分钟内可以排除的，由信息科负责协调相关部门共同处理。

2、故障在 10-30 分钟内不能排除的，由信息科启用信息系统安全（运行）应急预案。

（三）信息系统出现故障后启动应急预案

各相关部门应必备纸质处方、检验、检查申请单、领药单、医嘱单、中性笔等物品，以

保证信息系统应急预案启动时，能以手工模式确保业务工作正常运转。

信息系统应急预案启动后各部门、科室需采取的措施

### 1、门诊收费室

#### 【挂号】

填写一式三联的纸质挂号单（由财力资源科找物资供应处定做），收取相关挂号费。

#### 【收费】

根据划价单收取相应费用，并开具一式三联的手工发票。

### 2、门诊医生

医生首先让患者出示纸质挂号单的科室联，并收取存放，定期交给绩效办作为工作量的统计证明。如果患者没有科室联的挂号单时，可让其出示患者联进行审核看是否是复诊。进行看诊后，医生开具纸质治疗检查单或药品处方单，如果有本科室的治疗检查项目的，要直接划价，把价格写在治疗检查单上后，请患者去收费处缴费。

### 3、医技科室

#### 【门诊】

根据门诊医生开具的检查单进行划价后，再让患者去收费处缴费，收到收费发票后（科室联）再做相应的检查。

#### 【住院】

根据医生开具的检查单做相应的检查，开具纸质检查结果。等网络通畅后，进行终端确认，收取患者费用。

### 4、门/急诊药房

#### 【划价】

根据药品处方单，利用电脑上保存的划价表进行药品价格查找并划价。

#### 【发药】

根据收费发票（科室联）和药品处方单发药，并收存药品处方单和发票。

#### 【退药】

凭发票和药品实物到药房查找审核后退药，药房主任在发票上必须签字，并写明日期，患者持有签字的发票到财力资源科进行审核后退费。

### 5、住院收费室

#### 【办理入院】

临时编排一个顺序序列号分给患者做临时住院号，写在收住住院卡上。等网络连通后，在根据实际情况按顺序办理住院登记，并将住院号报相关科室。

#### 【预交款】

根据临时住院号，手工填写预交款收据（尽量让患者多交预交款）。等网络通畅后，根据实际住院号办理预交金补打业务，换回手工预交金收据。

#### 【办理出院】

对办理出院手续的病人要与病区取得联系，预留其电话号码，待系统恢复正常后，通知其前来办理出院手续。

### 6、住院医生

医生开具纸质医嘱，并开具双份检查单和药品处方单。一份留存一份由护士拿到药房借药或带领病人到医技科室做检查。等网络通畅后，在电脑中补齐留存单。电子病历不需要再书写，以纸质病历为准。新病人不再进入临床路径。

#### **7、住院护士站**

护士拿到药品处方单到药房借药或检查单带领病人到医技科室做检查。等网络通畅后，审核医生补开的医嘱。电子病历不需要再书写，以纸质病历为准。

#### **8、住院、静配等药房**

根据医生的纸质药品处方单发药，等网络通畅后在系统中确认医生补开后护士已经审核的医嘱。

#### **9、财力资源科**

做好对门诊退费患者的审核工作，并及时退费；门诊患者需要正式发票报销的，由财力资源科审核后，出具医院证明；把门诊的手工发票进行财务入帐处理，并进行绩效工作量分类。

其它部门：“信息系统应急预案”启动时，按原手工方式处理，待系统恢复运行后，补录相应数据。

#### **10、LIS 系统应急措施**

LIS 系统出现系统故障，HIS 系统能正常运行：在 HIS 上关闭与 LIS 的联接，HIS 系统运行不变，LIS 系统即检验科按原手工方式操作。病区因没有产生条形码，按手工方式贴标签附检验单送检；门诊的检验可根据收费处打印的项目处理，门诊报告单由检验科原取单窗口提供。LIS 系统恢复运行后，HIS 打开与 LIS 的联接，检验科要处理好之间的衔接，并保留所有手工凭证。系统恢复运行后，补输病人信息。

#### **11、PACS 系统应急措施**

PACS 系统出现系统故障，HIS 系统能正常运行：HIS 系统运行不变，PACS 系统相关检查科室按原手工方式操作，图像及报告存储在本地，保留各手工凭证。PACS 系统恢复正常运行后，上传存储在本地的数据，各影像科室要处理好之间的衔接。

### **七、医院应急体系建设**

1、应急工作体系：医院成立应急工作领导小组，院长是医院应急工作管理的第一责任人，行政办负责日常应急管理工作。节假日和夜间，应急管理工作由行政总值班承担，医院制定有医院突发事件总体应急预案。

2、灾害脆弱性分析：行政办牵头，各职能部门协同开展灾害脆弱性分析，明确医院需要应对主要突发事件及应对策略。

3、应急预案种类：根据灾害脆弱性分析制定应急预案。

4、应急预案手册：医院编制有职工应急预案手册，各部门、科室据此每年至少组织一次系统的防灾训练。

# 第七章 各部门重要管理事项

## 第一节 医疗质量与安全管理重要事项

### 一、医疗质量与安全管理目标（部门级）

#### （一）非手术科室系列

- 1、重大医疗过失行为和医疗事故报告率 100%。
- 2、无重大医疗事故。
- 3、急救设备（物品）完好率 100%。
- 4、医疗安全（不良）事件上报数 20 件/百张床位/年。
- 5、I、II 级医疗安全（不良）事件上报率 100%。
- 6、药物不良反应上报率 100%。
- 7、医疗器械（器材）不良事件上报率 100%。
- 8、院内急会诊到位时间≤10 分钟。
- 9、各类知情同意履行患者告知率 100%。
- 10、死亡病例上报率 100%。
- 11、住院患者抗菌药物使用率≤60%。（各科室指标另行下发）
- 12、抗菌药物临床使用强度≤40DDD<sub>s</sub>。（各科室指标另行下发）
- 13、医院药品收入占医疗总收入比例（药占比）≤30%。（各科室指标另行下发）
- 14、接受抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率不低于 30%。
- 15、接受限制级抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率不低于 50%。
- 16、接受特殊级抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率不低于 80%。
- 17、入出院诊断符合率≥95%。
- 18、临床主要诊断与病理诊断符合率≥60%。
- 19、治愈好转率≥90%。
- 20、急危重症抢救成功率≥80%。
- 21、平均住院日≤9 天，并逐年下降。（各科室指标另行下发）
- 22、病床周转次数≥17 次/年。
- 23、病床使用率 85—93%。
- 24、临床路径入径率≥50%，入组完成率≥70%
- 25、甲级病案率≥90%，无丙级病案。
- 26、开展成分输血比例≥85%。
- 27、全血或成份输血适应症合格率≥90%。
- 28、医嘱合格率≥95%。
- 29、住院病历在 3 各工作日之内回归病案科达≥90%。
- 30、重症医学科转入与转出患者与标准的符合率≥90%。。（重症医学科）

#### （二）手术科室系列

- 1、重大医疗过失行为和医疗事故报告率 100%。

- 2、无重大医疗事故。
- 3、急救设备（物品）完好率 100%。
- 4、医疗安全（不良）事件上报数 20 件/百张床位/年。
- 5、I、II 级医疗安全（不良）事件上报率 100%。
- 6、药物不良反应上报率 100%。
- 7、医疗器械（器材）不良事件上报率 100%。
- 8、院内急会诊到位时间≤10 分钟。
- 9、各类知情同意履行患者告知率 100%。
- 10、死亡病例上报率 100%。
- 11、住院患者抗菌药物使用率≤60%。（各科室指标另行下发）
- 12、I 类切口（手术时间≤2 小时）手术预防性使用抗菌药物比例≤30%。
- 13、I 类切口手术患者预防使用抗菌药物时间≤24 小时。
- 14、手术预防性使用抗菌药物时间控制在术前 30 分钟至 2 小时。
- 15、抗菌药物临床使用强度≤40DDDs。（各科室指标另行下发）
- 16、医院药品收入占医疗总收入比例（药占比）≤30%。（各科室指标另行下发）
- 17、接受抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率不低于 30%。
- 18、接受限制级抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率不低于 50%。
- 19、接受特殊级抗菌药物治疗住院患者微生物检验样本送检率不低于 80%。
- 20、入出院诊断符合率≥95%。
- 21、手术前后诊断符合率≥95%。
- 22、临床主要诊断与病理诊断符合率≥60%。
- 23、治愈好转率≥90%。
- 24、急危重症抢救成功率≥80%。
- 25、无菌手术切口甲级愈合率≥97%。
- 26、无菌手术切口感染率≤0.5%。
- 27、择期手术患者术前平均住院日≤3 天。
- 28、平均住院日≤9 天，并逐年下降。（各科室指标另行下发）
- 29、病床周转次数≥17 次/年。
- 30、病床使用率 85—93%。
- 31、临床路径入径率≥50%，入组完成率≥70%。
- 32、甲级病案率≥90%，无丙级病案。
- 33、开展成分输血比例≥85%。
- 34、全血或成份输血适应症合格率≥90%。
- 35、自体输血率≥35%。
- 36、医嘱合格率≥95%。
- 37、住院病历在 3 各工作日之内回归病案科达≥90%。
- 38、剖宫产率≤50%。（产科）
- 39、新生儿重度窒息发生率≤1%。（产科）

### **(三) 门诊科室系列**

- 1、重大医疗过失行为和医疗事故报告率 100%。
- 2、无重大医疗事故。
- 3、急救设备（物品）完好率 100%。
- 4、医疗安全（不良）事件上报数 20 件/百张床位/年。
- 5、I、II 级医疗安全（不良）事件上报率 100%。
- 6、药物不良反应上报率 100%。
- 7、医疗器械（器材）不良事件上报率 100%。
- 8、院内急会诊到位时间≤10 分钟。
- 9、各类知情同意履行患者告知率 100%。
- 10、死亡病例上报率 100%。
- 11、门诊患者抗菌药物处方比例≤20%。
- 12、普通门诊（含专家门诊）处方合格率≥95%。

### **(四) 医技科室系列**

- 1、重大医疗过失行为和医疗事故报告率 100%。
- 2、无重大医疗事故。
- 3、急救设备（物品）完好率 100%。
- 4、医疗安全（不良）事件上报数 20 件/百张床位/年。
- 5、I、II 级医疗安全（不良）事件上报率 100%。
- 6、药物不良反应上报率 100%。
- 7、医疗器械（器材）不良事件上报率 100%。
- 8、院内急会诊到位时间≤10 分钟。
- 9、各类知情同意履行患者告知率 100%。
- 10、死亡病例上报率 100%。
- 11、急诊检查：随到随检，及时发报告
- 12、血管造影严重并发症≤0.5%。（介入室）
- 13、介入诊疗技术相关死亡率≤0.5%。（介入室）
- 14、介入诊疗术后患者诊疗效果随访率 100%。（介入室）
- 15、CT 检查阳性率≥60%。（CT 室）
- 16、MRI 阳性率≥60%。（CT 室）
- 17、大型 X 线设备检查阳性率≥50%。（放射科）
- 18、大型设备检查项目自开具检查报告申请单到出具检查结果时间≤48 小时。（CT 室）
- 19、术中快速病理诊断准确率≥95%。（病理室）
- 20、术中冰冻病理自送检到出具结果时间≤30 分钟。（病理室）
- 21、病理诊断报告在 5 个工作日内（接收标本开始）发出≥95%。（病理室）
- 22、细胞病理诊断报告（疑难病例和特殊病例除外）在 2 个工作日内（自接收标本开始）发出。（病理室）
- 23、病理常规切片优良率≥98%。（病理室）

- 24、临床化学室间质评全年平均及格（VIS≤120）。（检验科）
- 25、血液学室间质评全年平均及格（改良偏离指数DI≤2）。（检验科）
- 26、免疫室间质评全年平均成绩在全国平均水平以上。（检验科）
- 27、细菌室间质评全年鉴定正确率≥80%。（检验科）
- 28、血、尿、便常规检验项目自检查开始到出具结果时间≤30分钟。（检验科）
- 29、常规生化、凝血、免疫检验项目自检查开始到出具结果时间≤6小时。（检验科）
- 30、细菌学检验项目自检查开始到出具结果时间≤4天。（检验科）
- 31、心电图常规检查项目自检查开始到出具结果时间≤30分钟。（心电图室）
- 32、超声常规检查项目自检查开始到出具结果时间≤30分钟。（超声科）
- 33、影像常规检查项目自检查开始到出具结果时间≤30分钟。（放射科）

#### **（五）专列科室系列**

##### **麻醉科**

- 1、重大医疗过失行为和医疗事故报告率 100%。
- 2、无重大医疗事故。
- 3、急救设备（物品）完好率 100%。
- 4、医疗安全（不良）事件上报数 20 件/百张床位/年。
- 5、I、II级医疗安全（不良）事件上报率 100%。
- 6、药物不良反应上报率 100%。
- 7、医疗器械（器材）不良事件上报率 100%。
- 8、院内急会诊到位时间≤10分钟。
- 9、各类知情同意履行患者告知率 100%。
- 10、死亡病例上报率 100%。
- 11、麻醉死亡率≤0.02%。

##### **急诊科**

- 1、重大医疗过失行为和医疗事故报告率 100%。
- 2、无重大医疗事故。
- 3、急救设备（物品）完好率 100%。
- 4、医疗安全（不良）事件上报数 20 件/百张床位/年。
- 5、I、II级医疗安全（不良）事件上报率 100%。
- 6、药物不良反应上报率 100%。
- 7、医疗器械（器材）不良事件上报率 100%。
- 8、院内急会诊到位时间≤10分钟。
- 9、各类知情同意履行患者告知率 100%。
- 10、死亡病例上报率 100%。
- 11、急诊患者抗菌药物处方比例≤40%。
- 12、急诊诊断正确率≥90%。
- 13、急诊科危重病人抢救成功率≥85%。
- 14、急诊留观时间≤48小时。

15、急诊预检分诊正确率 $\geq 95\%$ 。

16、急诊病历合格率 100%。

17、急诊处方合格率 100%。

### **药剂科**

1、重大医疗过失行为和医疗事故报告率 100%。

2、库存、发出药品质量合格率 100%。

3、发药审核核发率 100%。

4、特殊管理药品：处方合格率；处方登记率；账物符合率 100%。

5、静脉用药集中调配摆药准确率 100%。

6、静脉用药集中调配成品复核率 100%。

7、静脉用药集中调配成品出门合格率 100%。

8、发药出门差错率 $\leq 1/10000$ 。

9、门诊处方合格率 $\geq 95\%$ 。

10、取药排队等候时间 $\leq 10$ 分钟。

11、药品网上采购率 $\geq 90\%$ 。

12、药价符合政策率 100%。

13、库存药品总金额 $\leq 1.5$ 月。

14、药品供应满足率 $\geq 95\%$ 。

15、药品年报损率  $\leq 0.25\%$ 。

16、静脉用药集中调配成品第一批次出门时间 $\leq$ 上午上班时间 30 分钟。

17、药品不良反应报告率 100%。

18、药品入库验收率 100%。

19、药品按要求储存符合率  $\geq 95\%$ 。

20、药品按养护制度养护率 $\geq 95\%$ 。

21、药品储存温湿度记录率 $\geq 95\%$ 。

23、设备维护，保持完好，故障率月 $\leq 1$ 天。

24、各种记录完整率 $\geq 95\%$ /种。

### **营养科**

1、治疗膳食中毒率为 0。

2、营养门诊每周不少于 3 个单元。

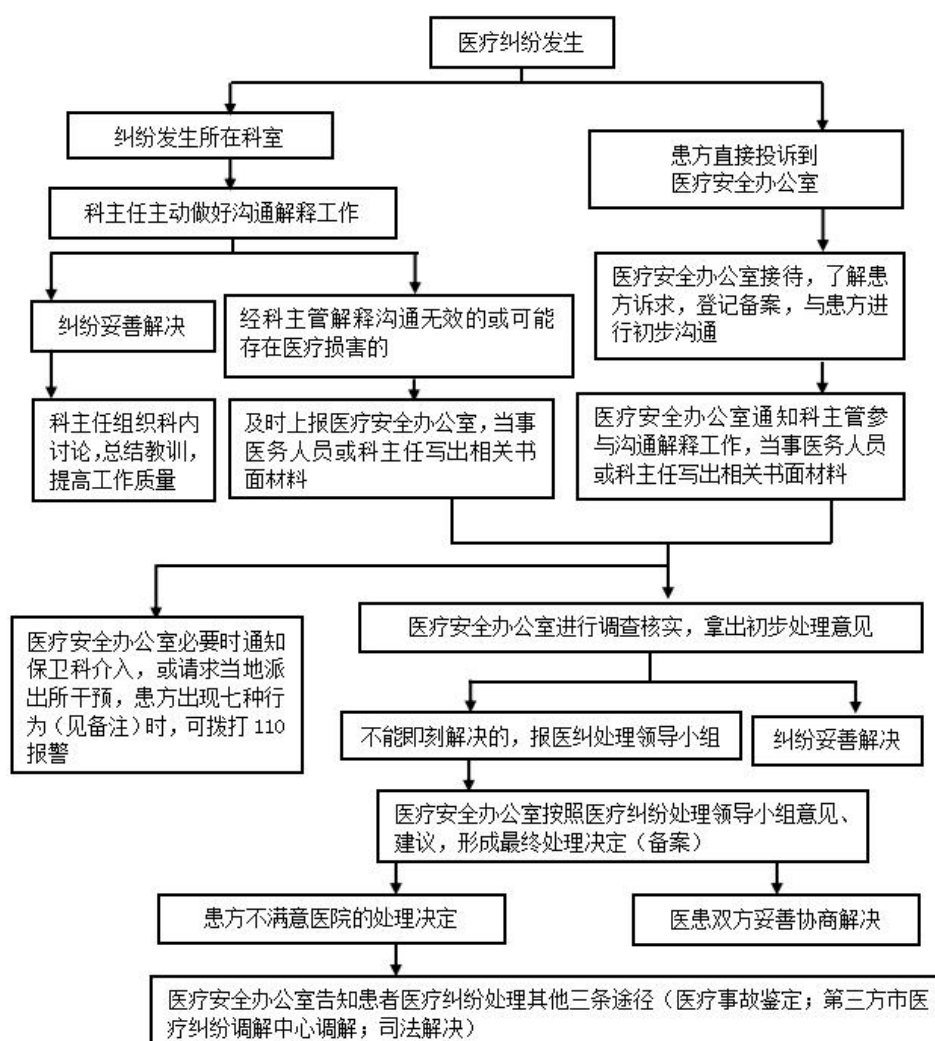
3、住院患者治疗膳食就餐率 $\geq 40\%$ 。

### **二、科室质量与安全管理目标（科级）**

根据部门级管理目标，结合科室专业特点制定。全科目标不应只有医疗类，还应包括护理、院感及其他类别的重要控制指标。

### **三、医疗纠纷处理流程**

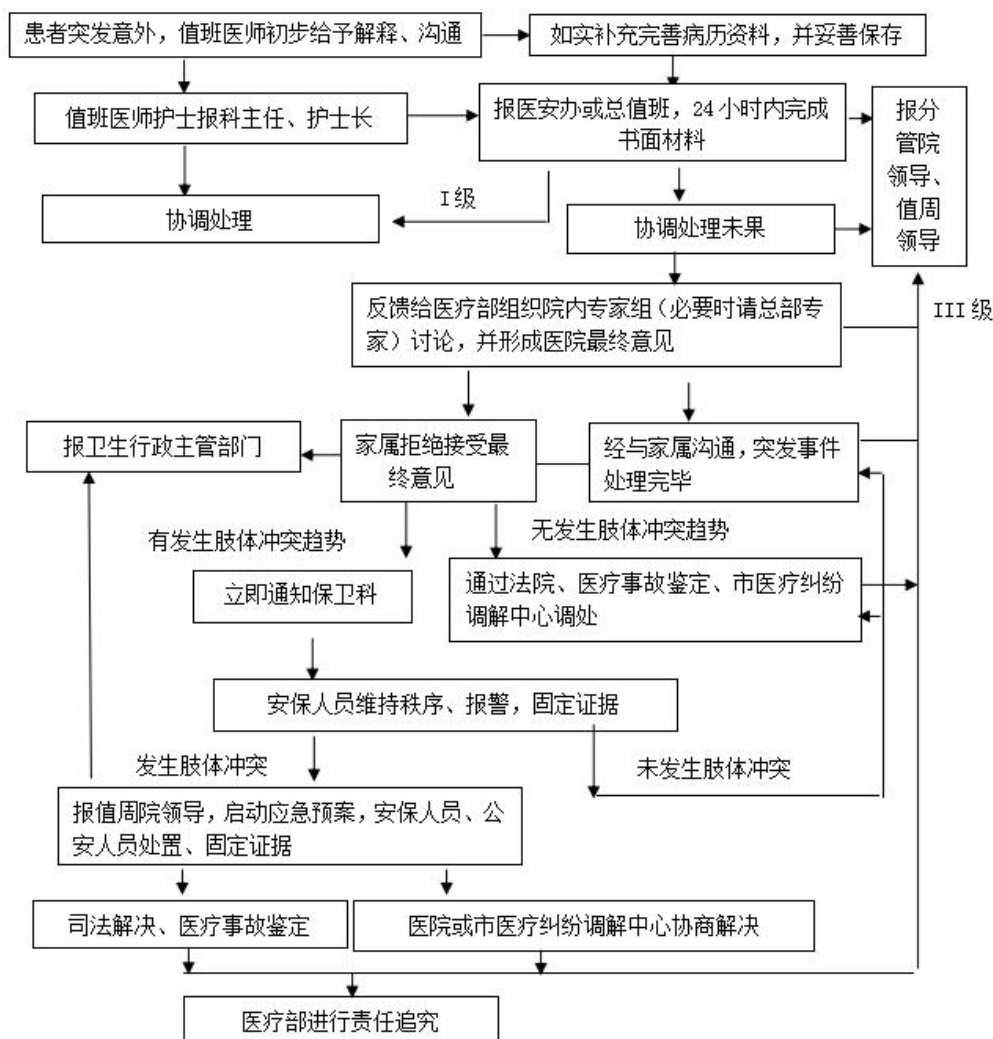
(一) 医疗纠纷处理流程图



备注：1、医疗纠纷处理四条途径：医患双方协商；医疗事故鉴定；第三方市医疗纠纷调解中心调解；司法解决。对患方索赔一万元以上的医疗纠纷，公立医疗机构不得自行与患方协商解决。

2、患方出现以下7种行为时，可拨打110报警：在医疗机构焚烧纸钱、摆设灵堂、摆放花圈、私拉横幅、违规停尸、聚众滋事、围堵大门或重要入口影响人员正常进出的；在医疗机构内寻衅滋事的；非法携带易燃、易爆危险物品和管制器具进入医疗机构的；侮辱、威胁、恐吓、殴打、故意伤害医务人员或者非法限制医务人员人身自由的；在医疗机构内故意毁损或者盗窃、抢夺公私财物的；倒卖医疗机构挂号凭证的；其他扰乱医疗机构正常秩序的行为。

## （二）重大医疗纠纷处置流程图



## 四、医疗安全（不良）事件报告及奖励制度

### 【医疗安全（不良）事件的定义及范围】

指临床诊疗活动中以及医院运行过程中,任何可能影响病人的诊疗结果、增加病人的痛苦或负担并可能引发医疗纠纷或医疗事故,以及影响医疗工作的正常运行和医务人员人身安全的因素和事件。具体分为下述八大事件:

（一）医疗事件：主要是指医疗诊断或治疗失误导致患者出现严重并发症、非正常死亡、严重功能障碍、住院时间延长或住院费用增加等事件，包括：误诊误治、麻醉、手术、导管/介入意外、其他。

（二）药品事件：主要是指在管理及调剂药品时出现的不良事件及严重药物不良反应等事件，药品不良事件包括药品管理应用、药品调剂分发、药品不良反应/事件、药品标准缺陷、药品质量问题、药品不良反应、用药失误以及药品滥用。

（三）护理事件：主要是指病人在住院期间发生的与病人安全相关的护理意外事件，包括跌倒/坠床、烧烫伤、压疮、误吸、误咽、导管意外、约束意外、转运意外、输液不良反应、其他。

（四）医学技术检查事件：主要是指在辅助检查过程当中因操作失误或仪器故障等发生的事件，包括：标本采集、功能检查、医学影像、放射安全、其他。

（五）输血事件：主要是指由于人为的因素（例如抽错血、配错血、发错血、输错血、

输血环节缺漏等)引起相关输血反应的输血事件。

(六) 医院感染事件: 主要是指在院内发生的严重感染等事件。

(七) 医疗器械事件: 主要是指因医疗器械或医疗设备的原因给患者或医务人员带来的损害等事件。

(八) 综合事件: 主要是指在临床诊疗活动中以及医院运行过程中发生的其他不良事件, 包括: 查对/识别、信息传递、知情同意、诊疗记录、饮食与营养事件、物品运送、安全管理及意外伤害事件、其他。

#### **【医疗安全(不良)事件分级】**

(一) 警告事件(I级): 非预期的死亡, 或是非疾病自然进展过程中造成永久性功能丧失。

(二) 不良事件(II级): 在疾病医疗过程中是因诊疗活动而非疾病本身造成的患者机体与功能损害。

(三) 未造成后果事件(III级): 虽然发生的错误事实, 但未给患者与功能造成任何损害, 或有轻微后果而不需任何处理可完全康复。

(四) 隐患事件(IV级): 由于及时发现安全隐患, 未形成事实。

#### **【上报方式及时限】**

(一) 书面报告: 警告事件(I级)、不良事件(II级)发生后立即报告相关职能部门, 且24小时内完成分析报告表交相关的职能部门; 未造成后果事件(III级)、隐患事件(IV级)发生后立即报告科室负责人, 并在48小时内完成分析报告表交相关的职能部门。

(二) 网络直报: 各科室利用我院医疗安全(不良)事件上报系统进行网络直报。

(三) 紧急电话报告: 在医疗安全(不良)事件可能迅速引发严重后果的紧急情况时使用, 并随后履行书面补报。工作日期间统一上报给职能部门处理, 夜间及节假日应统一上报医院总值班人员。

#### **【医疗安全(不良)事件报告及处理程序】**

医疗相关不良事件、医学技术检查不良事件上报医疗部;

药品相关不良事件上报药剂科;

护理相关不良事件上报护理部;

感染相关安全不良事件上报公卫科;

设备相关不良事件上报设备科;

血液相关不良事件上报输血科;

综合不良事件上报医安办。

#### **【医疗安全(不良)事件报告的自愿性、保密性、非惩罚性】**

(一) 自愿性: 医院各科室、部门和个人有自愿参与(或退出)的权利, 提供信息报告是报告人(部门)的自愿行为。

(二) 保密性: 报告人可通过各种形式具名或匿名报告, 相关职能部门将严格保密。

(三) 非惩罚性: 报告内容不作为报告人或他人违章处罚的依据, 也不作为对所涉及人员和部门处罚的依据。

#### **【上报原则】**

(一) 逢疑必报: 只要医务人员不能排除事件的发生和医疗行为无关时, 就必须上报。

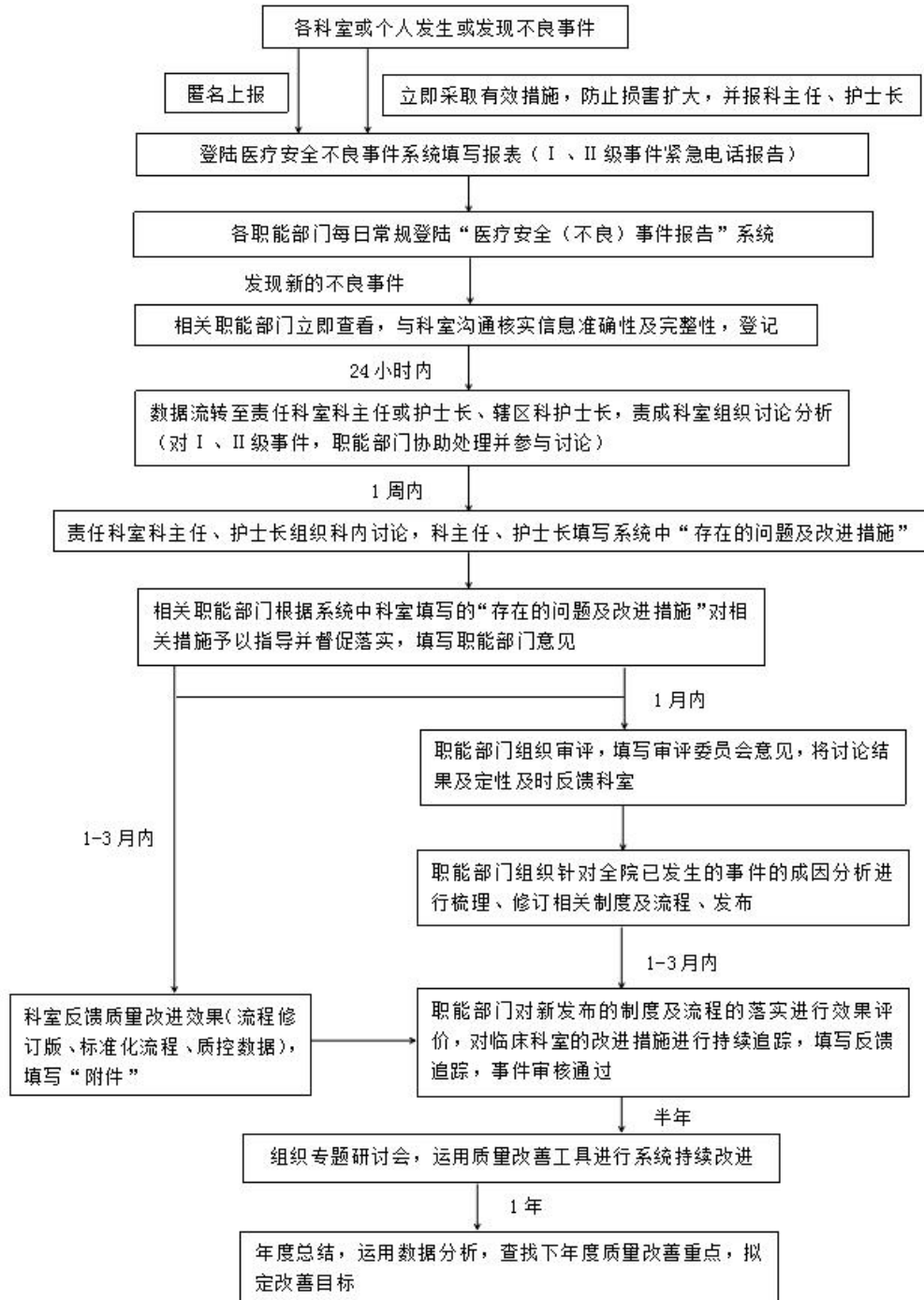
(二) 濒临事件上报: 有些事件虽然当时并未造成伤害, 但根据医务人员的经验, 认为再次发生同类事件的时候, 可能会造成患者伤害, 也需要上报。

#### **【主动报告医疗安全(不良)事件的奖励】**

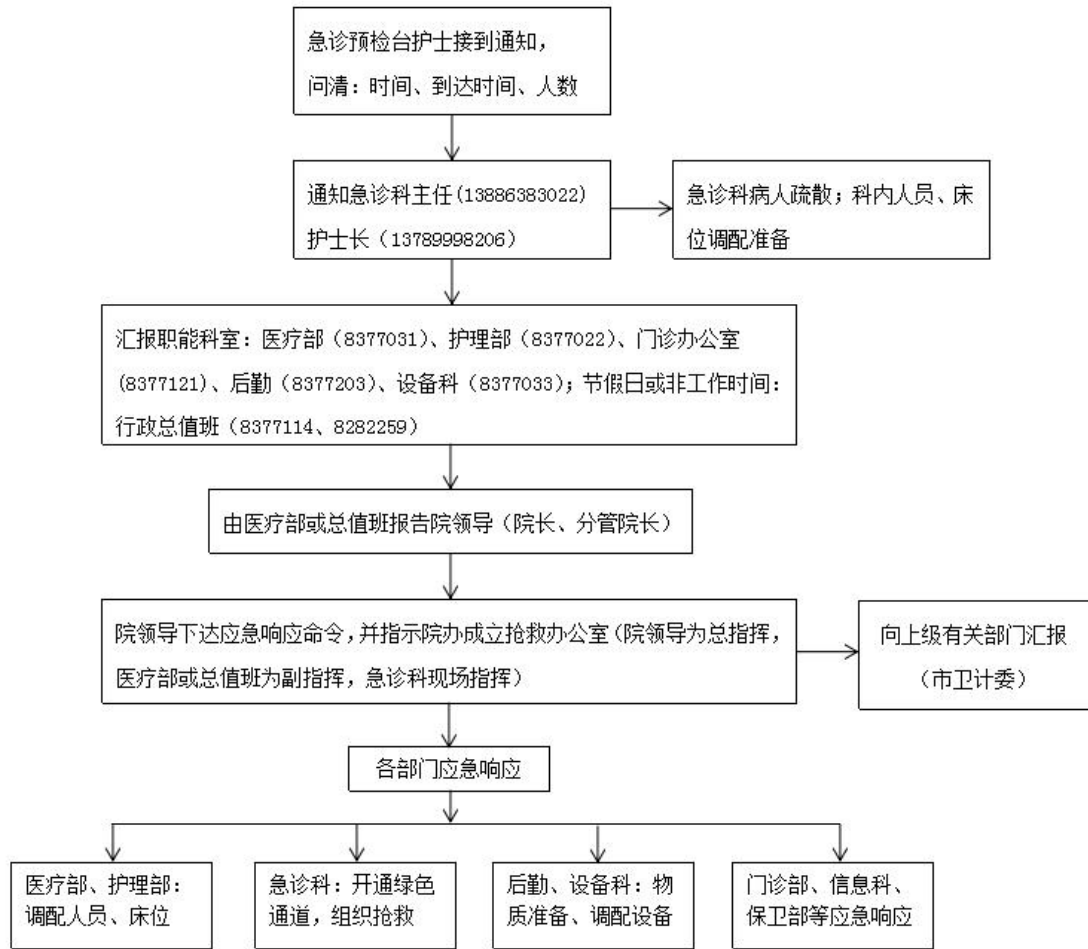
医院鼓励职工主动上报医疗安全(不良)事件, 鼓励自愿报告, 对主动报告且积极整改者, 视情节轻重可减轻或免于处罚; 对具有突出贡献者, 视对医院贡献程度予以奖励。

奖励评选标准：主动报告医疗安全(不良)事件且上报的医疗安全(不良)事件信息完整、与事实相符、对医院相关流程改善有显著帮助、对杜绝同类事件发生具有贡献意义、减轻事件的危害程度使 I、II 级事件最终降级的，经主管部门核验实情并鉴定研讨，予以相应的绩效分数奖励并公开表扬。

**【医疗安全（不良）事件处理流程图】**



## 五、大规模伤员应急处理流程图



## 六、双人与单人徒手心肺复苏

### (一) 双人徒手心肺复苏流程图

操作流程	操作内容
操作准备	医护准备：着装整洁规范，仪表端庄大方。
↓	操作用物：抢救车（治疗盘放置：纱布、简易呼吸器、手电筒、弯盘）、除颤仪。
评估环境	(1) 评估现场抢救环境的安全性（护士）
↓	(2) 判断患者意识：呼叫患者、轻拍患者肩部，确认患者意识丧失。记时间。
判断神志、脉搏，呼救	(3) 寻求他人帮助，请值班医生备除颤仪和抢救车（护士）
↓	(4) 松被，快速判断是否有呼吸和颈动脉搏动，判断时间为 5-10 秒。（护士）
安置体位	(5) 推用物至病床另一侧（医生）
↓	(6) 去枕，使患者仰卧、身体无扭曲，解开紧身衣扣、松裤带（护士）
胸外心脏按压	(7) 实施胸外按压：（护士）
↓	1、按压部位胸骨体中下 1/3 交界处（剑突上两横指）。（护士）
↓	2、按压手法：一手掌根部放于按压部位，另一手平行重叠于此手背上，十指交扣离开胸壁，只以掌根部接触按压处；双臂位于患者胸骨正上方，双肘关节伸直，使肩、肘、腕在一条直线上，并与患者身体垂直，利用上身重量垂直下压；手掌根不离开患者胸壁。（护士）
↓	3、尽可能不中断胸外按压。
↓	4、按压时间：放松时间=1:1。
↓	5、按压频率：至少 100-120 次/分，按压深度 5-6cm。
↓	6、每次按压应让胸廓充分回弹，以保证心脏得到充分的血液回流。
↓	7、胸外按压：人工呼吸=30:2
↓	(8) 开放气道：如有明确的呼吸道分泌物，清理呼吸道。如有活动义齿，则取下。
开放气道	(9) 应用简易呼吸气囊，实施人工呼吸：将呼吸器连接氧气，氧流量 8-10L/min。一手以‘EC’法固定面罩，另一手挤压呼吸器。每次送气 400-600ml，频率 10-12/min。（医生）
↓	(10) 心肺复苏五个循环后判断呼吸、颈动脉，如已恢复，进行进一步生命支持；如未恢复，继续上述操作，直至有条件进行高级生命支持。判断有效指征：呼吸恢复；能触摸大动脉搏动；瞳孔由大变小，光反射存在，有眼球活动或睫毛反射；面色、口唇由紫绀转为红润。（护士）
↓	(11) 复苏有效，操作完成后将患者头偏向一侧，记录时间，进入下一步生命支持（护士），整理床单位，做好相关记录。
↓	
记录整理	

(二) 单人徒手心肺复苏流程图

操作流程	操作内容
操作准备	护士准备：着装整洁规范，仪表端庄大方
↓	操作用物：抢救车（治疗盘放置：纱布、简易呼吸器、手电筒、弯盘）
评估环境	(1) 评估现场抢救环境的安全性
↓	(2) 判断患者意识：呼叫患者、轻拍患者肩部，确认患者意识丧失。记时间。
判断神志、脉搏，呼救	(3) 寻求他人帮助，请值班医生备除颤仪和抢救车
↓	(4) 松被，快速判断是否有呼吸和颈动脉搏动，判断时间为 5-10 秒
↓	(5) 推用物至病床另一侧
安置体位	(6) 去枕，使患者仰卧、身体无扭曲，解开紧身衣扣、松裤带
↓	(7) 实施胸外按压：（护士）
胸外心脏按压	1、按压部位胸骨体中下 1/3 交界处（剑突上两横指）
↓	2、按压手法：一手掌根部放于按压部位，另一手平行重叠于此手背上，十指交扣离开胸壁，只以掌根部接触按压处；双臂位于患者胸骨正上方，双肘关节伸直，使肩、肘、腕在一条直线上，并与患者身体垂直，利用上身重量垂直下压；手掌根不离开患者胸壁
↓	3、尽可能不中断胸外按压
↓	4、按压时间：放松时间=1:1
↓	5、按压频率：至少 100-120 次/分，按压深度 5-6cm
↓	6、每次按压应让胸廓充分回弹，以保证心脏得到充分的血液回流
↓	7、胸外按压：人工呼吸=30:2
开放气道	(8) 开放气道:如有明确的呼吸道分泌物，清理呼吸道。如有活动义齿，则取下
↓	(9) 应用简易呼吸气囊，实施人工呼吸：将呼吸器连接氧气，氧流量 8-10L/min. 一手以 ‘EC’ 法固定面罩，另一手挤压呼吸器。每次送气 400-600ml, 频率 10-12/min
简易呼吸	
↓	(10) 心肺复苏五个循环后判断呼吸、颈动脉，如已恢复，进行进一步生命支持；如未恢复，继续上述操作，直至有条件进行高级生命支持。判断有效指征：呼吸恢复；能触摸大动脉搏动；瞳孔由大变小，光反射存在，有眼球活动或睫毛反射；面色、口唇由紫绀转为红润
复苏评价	
↓	(11) 复苏有效，操作完成后将患者头偏向一侧，记录时间，进入下一步生命支持，整理床单位，做好相关记录。
记录整理	

## **七、维护患者合法权益制度（要点）**

### **（一）患者的权利**

8个合法权益：人格尊重权、诊疗服务知情权、选择权、隐私权、安全权、获得权、投诉权、参与权。

1、享有人格尊重权，不因国籍，性别，年龄，经济条件或社会地位而受到歧视。

2、享有知情权，有权了解病情、病因、诊断、治疗计划和预后情形；有权知晓手术原因、手术成功率、可能发生的并发症及手术风险、替代治疗方案；有权知晓药物的疗效、副作用和使用方法。

3、享有选择权，有权参与医疗照护过程，并且决定接受或拒绝诊疗或手术。

4、享有安全权，有权在安全的医疗环境下接受诊疗照护。

5、享有隐私权，未经同意，医务人员不得无故泄露病情资料，也不应和无关人员讨论，病人的病情资料与记录均由医院妥善保管并保密。

6、享有获得权，有权获得正确的医疗资讯，包括病情、诊断、治疗计划、用药、饮食和护理指导咨询。有权申请自己的病历复印件、诊断证明与医疗费用明细表。

7、享有投诉权，如果对本院的医疗服务有任何意见或不满意，请拨打投诉专线。

8、享有参与权参与医疗安全活动的权利。

### **（二）患者的义务**

1、主动、正确告知医护人员自身情况、过去病史、药物过敏史、旅游史、目前是否患传染病等信息。

2、确认主管医生和其他医护人员确实回答您的问题，对您的健康问题及治疗方法已充分提供需要的咨询。

3、在给药和进行给药之前，确定医生或护士已确认过您的身份，确定您的药物名称、数量与药袋上所标示的无误，您已了解正确的用药方式。

4、在签署任何文件之前，仔细阅读所有内容，并确定已安全了解。若有不了解的地方，可以请医生或护士说明。

5、遵守医院规定，配合诊断和治疗，不能自行停药；不能服用非本院药物，如必须服用非本院提供的药物，请告知您的主管医生；对于您未愈而要求出院时，您或您的家属有义务因患者自动出院签字。

6、在病房内不要大声喧哗，以免影响其他病人信息。

7、本院全面禁烟，禁止携带危险物品或违禁品，勿携带宠物进入医院，在医疗器械使用区域内禁用手机。

8、爱护医疗资料，妥善使用医院设施。

9、按着国家收费标准，支付医疗费用。

10、尊重医务人员。

### **（三）知情同意和患者参与选择内容**

1、必须履行书面手续的项目，详见《医院知情告知制度》。

2、一般口头征求意见的内容，详见《医院医患沟通制度》。

### **（四）保护患者隐私内容和方法**

- 1、确认患者在护理和治疗时对隐私的期望和要求。
- 2、在所有的临床问诊、检查、操作（治疗）、转运时，患者表达对隐私需求受到尊重。

#### **（五）患者权利和义务告知与明示**

- 1、对于门诊患者，采用公告公示的方法。
- 2、对于住院患者以书面文件形式，将《患者入院须知》发至每一位患者。
- 3、对于特殊检查和治疗的患者，由责任医生以患者及家属明白的方式和语言提供诊疗信息，履行书面文件签署并存档。

## **第二节 突发公卫事件与医院感染管理重要事项**

### **第一部分 医院感染管理**

#### **一、医院感染的定义**

医院感染是指住院病人在医院内获得的感染。包括在住院期间发生的感染和在医院内获得出院后发生的感染；但不包括入院前已开始或入院时已存在的感染；医院工作人员在医院内获得的感染也属医院感染。

#### **二、医院感染管理质量目标**

- 1、传染病报告及时率 100%。
- 2、医务人员洗手正确率 $\geq 90\%$ 。
- 3、消毒供应中心灭菌合格率 100%。
- 4、院内感染发生率 $\leq 10\%$ 。

#### **三、医院感染管理重要法规**

- 1、《医院感染管理办法》（2006年6月颁布，2006年9月1日施行）
- 2、《六个行业标准》
- 3、《医院感染诊断标准》
- 4、《医务人员手卫生规范》
- 5、《医院隔离技术规范》
- 6、《医疗机构消毒技术规范》（新版，2012年4月颁布，2012年8月施行）
- 7、《多重耐药菌医院感染预防和控制技术指南》
- 8、《导管相关血流感染预防与控制技术指南》
- 9、《导尿管相关尿路感染预防与控制技术指南》
- 10、《外科手术部位感染预防与控制技术指南》
- 11、《中华人民共和国职业病防治法》
- 12、《医疗废物管理条例》
- 13、《医疗卫生机构医疗废物管理办法》
- 14、《中华人民共和国放射性污染防治法》
- 15、《中华人民共和国传染病防治法》

#### **四、管理组织职责（节选）**

### **（一）医院感染管理委员会职责**

1、依据有关政策、法规，制定全院控制医院感染规划、管理制度，并组织实施。

2、对医院新建、改建、扩建应按照国家《综合医院建筑设计规范》规定，重视医院内感染的预防、控制问题，医院感染管理委员会应从预防医院感染观点出发，审定所建部门和临床科室，尤其是重点科室与部门的建设是否符合卫生学标准，提出审定意见。

3、研究并确定医院感染管理工作计划，并对计划的实施进行考核和评价。

4、研究并确定本院医院感染重点部门、重点环节、重点流程、危险因素以及采取的干预措施。明确各个部门、人员在预防与控制医院感染中的责任，协调全院各部门、各科室医院感染管理工作，做到相互支持、互相协调。

5、研究并制定本院医院感染暴发及出现不明原因传染性疾病，或者特殊病原菌感染病例等事件的控制预案，及时改进工作流程和进行效果评价。

6、根据本院病原菌的流行特点和耐药现状，配合药事管理委员会提出合理使用抗菌药物的指导意见。

7、定期召开医院感染管理委员会会议，研究、协调和解决有关医院感染管理方面的重大事项；遇有紧急问题随时召开，并做好详细记录，对必须整改落实的重大事项，由医院感染管理委员会主任直接提交医院领导集体研究决定。

### **（二）医院感染管理科职责**

1、根据国家、全省和本地区卫生行政部门有关医院感染的法规、标准，拟订全院医院感染管理质量控制和持续改进方案、工作计划，组织制定全院及各科室医院感染管理规章制度，并具体组织实施、监督和效果评价。

2、负责全院各级各类人员预防、控制医院感染知识与技能的培训、考核。

3、负责进行医院感染发病情况的监测，定期对医院环境卫生学、消毒、灭菌效果进行监督、监测，及时汇总、分析监测结果，发现问题，制定控制措施并监督实施。

4、对医院发生的感染流行、暴发进行调查分析，针对感染源、传播途径和易感人群制定控制措施并监督措施的落实。

5、参与药事管理委员会关于抗菌药物应用的管理，协助拟定合理用药的规章制度，参与监督实施。

6、对购入消毒药械、一次性使用医疗、卫生用品进行审核，对其储存、使用及用后处理进行监督。

7、对医院的清洁、消毒灭菌与隔离、无菌操作技术及医疗废物管理等工作提供指导。

8、对医务人员有关预防医院感染的职业卫生安全防护工作提供指导。

9、结合医院感染管理工作的实际情况，开展医院感染预防与控制方面的科研工作，引进感染控制先进理念，推广科学的感染控制方法与技术。

10、及时向主管领导和医院感染管理委员会上报医院感染控制的动态，并向全院通报。

### **（三）科室医院感染管理小组职责**

1、执行医院感染管理委员会通过的决策，支持、配合医院感染办的工作。

2、负责本科室医院感染管理的各项工作，根据医院感染管理的规章制度，结合本科室医院感染特点，制定相关的制度及措施，并组织实施。

- 3、督促科室人员严格落实隔离、防护、消毒措施和执行无菌技术操作规程。
- 4、对医院感染病例及感染环节进行监测，采取有效措施，降低本科室医院感染发病率；督促本科室医师填写医院感染病例报告卡。
- 5、发现医院感染流行、暴发趋势时应立即向医院感染控制办公室报告，并积极协助调查。
- 6、监督检查本科室抗菌药物使用状况。
- 7、组织本科室预防与控制医院感染知识的培训。
- 8、对卫生员、保洁员、配餐员、患者、陪护和探视者进行预防医院感染的健康教育。

#### **（四）医疗部职责**

- 1、协助组织医务人员预防与控制医院感染知识的教育培训。
- 2、监督、指导医师和医技人员严格执行无菌技术操作规程、抗菌药物合理应用等有关医院感染管理的制度。
- 3、发生医院感染流行或暴发趋势时，统筹协调医院感染办组织相关科室、部门开展感染调查与控制工作；根据需要进行医师人力调配；组织对患者的治疗和善后处理。
- 4、定期检查医院感染控制现状和干预措施的有效性。
- 5、检查、实施、执行医院感染管理委员会通过的决策。
- 6、每季度组织检查临床科室合理使用抗生素情况，并纳入医院医疗质量检查项目之中。

#### **（五）护理部职责**

- 1、配合协助医院感染办的工作，严格执行医院感染管理技术规范。
- 2、协助医院感染办组织全院护理人员进行预防与控制医院感染知识的培训。
- 3、监督、指导护理人员严格执行无菌技术操作规程，加强清洗、消毒、灭菌、隔离与一次性使用医疗用品的管理。
- 4、发生医院感染流行或暴发趋势时，根据需要进行护士相关知识培训及人力调配。

#### **（六）科教科职责**

协助组织全院工作人员、进修、实习生预防与控制医院感染知识的培训。

#### **（七）门诊办公室职责**

- 1、负责门诊各科室医院感染管理的各项工作，根据门诊的特点，制定管理制度，并组织实施。
- 2、监督、指导门诊医师、护士、医技人员严格执行无菌技术操作规程及消毒隔离制度。
- 3、发生医院感染流行或暴发趋势时，根据需要进行人力调配。
- 4、协助组织门诊医务人员预防与控制医院感染知识的培训。

#### **（八）后勤保障科职责**

- 1、负责组织医院废物的收集、运送及无害化处理工作，符合《医疗废物管理条例》。
- 2、负责组织污水的处理、排放工作，符合国家“污水排放标准”要求。
- 3、监督医院食堂的卫生管理工作，符合《中华人民共和国食品卫生法》要求。
- 4、对洗衣房的消毒清洗工作进行监督管理，符合《医院感染管理规范》要求。
- 5、检查、监督保洁公司的日常工作，符合医院感染管理要求。

#### **（九）药剂科职责**

- 1、负责本院抗菌药物的应用管理，定期总结、分析和通报应用情况。
- 2、及时为临床提供抗菌药物信息。
- 3、督促临床医师和有关人员，严格执行抗菌药物应用的管理制度和应用原则。

#### (十) 检验科职责

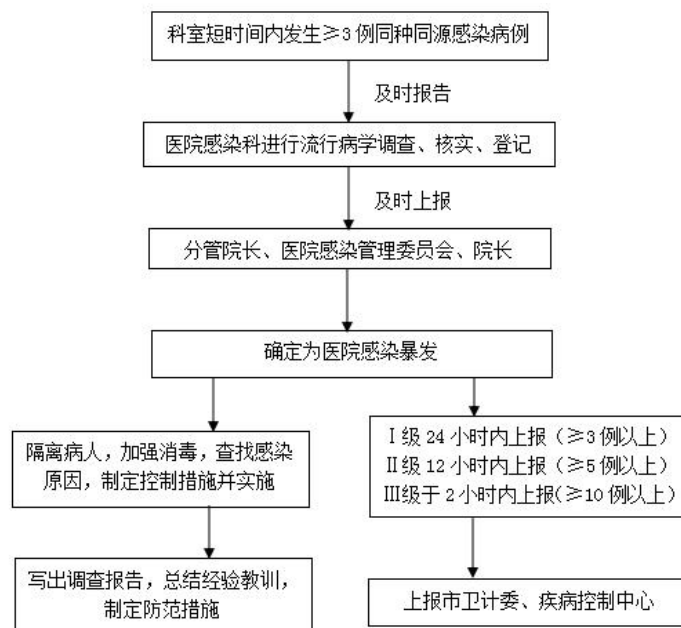
- 1、开展医院感染病原微生物的培养、分离鉴定，尽可能获得病原学诊断。
- 2、采用国际标准方法进行药敏试验及特殊病原体的耐药性监测，定期总结、分析，向有关部门反馈，并向全院公布。
- 3、制定标本采集、运送和处理指南。
- 4、实验室操作符合相应标准。
- 5、保证实验室安全，防止工作人员感染。
- 6、负责医院感染常规微生物学监测。
- 7、发生医院感染流行或暴发时，承担相关检测工作。
- 8、发现特殊病原菌感染，或同一医疗护理单元某种病原菌突然增多，应及时向医院感染控制办公室报告。

#### 五、医院感染病例上报规定

- 1、当出现医院感染散发病例时，于 24 小时内报告医院感染办。方法为在 his 系统登录，点击“医嘱工具栏”上的“医院感染上报”，完善内容“上报”。
- 2、科主任应在医院感染办的指导下，及时组织经治医师、护士查找感染原因，采取有效控制措施。
- 3、确诊为传染病的医院感染，按《传染病防治法》的有关规定报告和控制。

#### 六、医院感染暴发

- 1、定义：指医疗机构或科室患者中，短时间内发生三例以上同种同源病例感染的现象。
- 2、疑似医院感染暴发：指在医疗机构或其科室的患者中，短时间内出现 3 例以上临床症状候群相似、怀疑有共同感染源的感染病例；或者 3 例以上怀疑有共同感染源或感染途径的感染病例现象。
- 3、上报流程：医院感染暴发报告处置流程图



## 第二部分 手卫生

### 一、定义

1、手卫生：为医务人员洗手、卫生手消毒和外科手消毒的总称。

2、洗手：医务人员用肥皂（皂液）和流动水洗手，去除手部皮肤污垢、碎屑和部分致病菌的过程。

3、卫生手消毒：医务人员用速干手消毒剂揉搓双手，以减少手部暂居菌的过程。

4、外科手消毒 手术前医务人员用洗手液（皂液）和流动水洗手，再用手消毒剂消除或杀灭手部暂居菌和减少常居菌的过程。使用的手消毒剂具有持续抗菌活性。

### 二、原则

1、当接触患者血液、体液、分泌物后，或手部肉眼可见的污染时，应采用皂液和流动水洗手。

2、当手部无肉眼可见的污染时，宜使用速干型手消毒剂消毒双手。

### 三、手卫生的五个时刻：两前三后

两前：接触患者前 进行清洁或无菌操作前

三后：接触患者后 体液暴露后 接触患者周围物品后

四、卫生学洗手（七步洗手法）口诀：内、外、夹、弓、大、立、腕。揉搓时间不少于15秒。

武汉市人民医院  
武汉大学人民医院武汉医院

### 七步洗手法

**内** 掌心相对揉搓

**外** 手指交叉，掌心对手背揉搓

**夹** 手指交叉，掌心相对揉搓

**弓** 弯曲手指关节在掌心揉搓

**大** 拇指在掌中揉搓

**立** 指尖在掌心中揉搓

**腕** 螺旋式揉洗手腕，交替进行。

### 手卫生五个时刻

在下列情况下，应用洗手液+流动水洗手  
或者使用速干手消毒剂擦手

1 接触患者之前

2 进行无菌操作之前

3 接触患者体液之后

4 接触患者之后

5 接触患者周围物品之后

**注意：**

- 1) 医护人员不得留长指甲，不应佩戴戒指、手镯、手表等附属物(裸手)。
- 2) 认真揉搓双手至少15秒钟，流动水洗净。
- 3) 洗手时应稍加用力。
- 4) 使用纸巾干手并关水龙头。

## 第三部分 隔离管理

### 一、定义

指采用各种方法、技术，防止病原体从患者及携带者传播给他人的措施。

### 二、隔离种类

#### 1、接触传播（蓝色隔离标识）

适用于预防通过直接或间接接触患者或患者医疗环境而传播的感染源。

#### 2、飞沫隔离（粉色隔离标识）

适用于预防通过飞沫传播（带有病原微生物的飞沫核 $>5\mu\text{m}$ ）。

#### 3、空气隔离（黄色隔离标识）

适用于预防通过空气传播（空气中带有病原微生物的微粒子（ $\leq 5\mu\text{m}$ ））。

### 三、进、出隔离病房时的防护要求

1、个人防护用品应置放于医护人员通过的缓冲间（通道口）。

2、医务人员应按隔离级别要求选择相应的防护用品。

3、医务人员严格按顺序穿、脱相应的防护用品。

## 第四部分 消毒灭菌常用技术规范

### 一、定义

1、消毒：清除或杀灭传播媒介上病原微生物，使其达到无害化的处理。

2、灭菌：杀灭或清除医疗器械、器具和物品上一切微生物的处理。

3、高度危险性物品：进入人体无菌组织、器官、脉管系统，或有无菌体液从中流过的物品或接触破损皮肤、破损黏膜的物品，一旦被微生物污染，具有极高感染风险，如手术器械、穿刺针、腹腔镜、活检钳、心脏导管、植入物等。

4、中度危险性物品：与完整黏膜相接触，而不进入人体无菌组织、器官和血流，也不接触破损皮肤、黏膜的物品，如胃肠道内镜、气管镜、喉镜、肛表、口表、呼吸机管道、麻醉机管道、压舌板、肛门直肠压力测量导管等。

5、低度危险性物品：与完整皮肤接触而不与黏膜接触的器材，如听诊器、血压计袖带等；病床围栏、床面以及床头柜、被褥；墙面、地面；痰盂（杯）和便器等。

### 二、常用消毒与灭菌方法

1、我院使用的灭菌方法有：脉动真空灭菌、干热灭菌、过氧化氢低温等离子灭菌。

2、我院使用的消毒方法有：

（1）空气消毒。

（2）浸泡消毒：（腔镜类）邻苯戊二醛、戊二醛。

（3）擦拭消毒：84 消毒剂、健之素、漂白粉、次氯酸钠等。

（4）皮肤消毒：酒精、碘伏、碘酊等。

## 第五部分 “三管” 管理

“三管”是指：呼吸机导管、中心静脉置管（导管）、留置导尿管。

## 第六部分 医疗废物管理

### 一、医疗废物的定义

医疗卫生机构在医疗、预防、保健以及其他相关活动中产生的具有直接或者间接传染性、毒性以及其他危害性的废物。

### 二、医疗废物分类收集制度（要点）

- 1、同种处置方法的废物放入同一种包装容器内，尤其是一次性包装容器的使用。
- 2、应有医疗废物警示标识，每个包装容器均就有中文标签，说明该医疗废物的产生地、种类、产生时间等信息。
- 3、医疗废物使用黄色垃圾袋，生活垃圾使用黑色垃圾袋。
- 4、盛装医疗废物达到包装物或容器的 3/4 时，必须进行紧实严密的封口。放入后不得取出，并密闭运送。
- 5、尽量减少一次性塑料包装物的使用，采用可重复使用的或非塑料的一次性包装容器。
- 6、病原体培养基、标本和菌种、毒种保存液等高危险废物，必须首先在微生物实验室进行压力蒸汽灭菌或化学消毒处理，然后按感染性废物收集处理。
- 7、隔离的传染病人或疑似传染病人产生的医疗废物必须使用双层包装物，并及时封闭。
- 8、确保医疗废物包装物或者容器无破损、渗漏和其他缺陷。

### 三、医疗废物分类（五类）

五类：感染性、损伤性、药物性、病理性、化学性废物。

## 第七部分 传染病管理

### 一、报告范围

《传染病防治法》第三条规定的三类：甲类、乙类和丙类。

**甲类**（2 种）是指：鼠疫、霍乱。

**乙类**（26 种）：传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、人感染 H7N9 禽流感（2013 年）（2009 年新增的甲型 H1N1 流感于 2013 年合并至流行性感冒）、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁氏菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾。

**丙类**（11 种）：流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、包虫病、丝虫病，除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病、手足口病（2008 年）。

**监测**（13 种）：水痘、尖锐湿疣、生殖器疱疹、生殖道沙眼衣原体感染、恙虫病、森林脑膜炎、肝吸虫病、人感染猪链球菌病、不明原因肺炎、发热伴血小板减少综合征、AFP、结核性胸膜炎、和埃博拉出血热。

### 二、报告责任人

医务人员均为责任疫情报告人。

### 三、报告时限

责任报告单位和责任疫情报告人发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎、禽流感的病人或疑似病人时，或发现其他不明原因疾病暴发时，应于 2 小时内进行网络报告。

对其他乙、丙类传染病病人、疑似病人和规定报告的传染病病原携带者在诊断后，应于 24 小时内进行网络报告。

### 四、报告流程和方式

传染病报告实行属地化管理，首诊负责制。

#### 流程

- 1、病例发现（首诊医生在诊疗过程中发现传染病病人、疑似病人）；
- 2、登记（规范填写门诊日志、入/出院登记）；
- 3、填报。（按照要求填报《中华人民共和国传染病报告卡》）

#### 方式

1、发现甲类传染病和按甲类管理的乙类传染病（肺炭疽、非典、脊髓灰质炎、禽流感）的病人或疑似病人时或发现其他传染病和不明原因疾病暴发时，应立即电话报告、并在 2 小时内报送传染病报告卡。

2、对其他乙类丙类、监测传染病（疑似）病人，在诊断后应于 24 小时内报送传染病报告卡。

### 五、我院 2015 年疫情信息情况统计：

我院 2015 年全年共网报传染病 1313 例，排名前五位的法定传染病分别是手足口病、乙肝、肺结核、水痘、尖锐湿疣。

### 六、按甲类传染病管理的乙类传染病

乙类传染病中的传染性非典型肺炎、炭疽中的肺炭疽和人感染高致病性禽流感、甲型 H1N1 流感、埃博拉、出血热，执行甲类传染病管理要求。

各科室一经发现应立即转至感染性疾病科，进行单间隔离；并由经治医生立即报告网络直报室及公卫科。

## 第八部分 突发公共卫生事件管理

### 一、定义

突发公共卫生事件，是指突然发生，造成或者可能造成社会公众健康严重损害的重大传染病疫情、群体性不明原因疾病、重大食物和职业中毒以及其他严重影响公众健康的事件。

### 二、分级

根据事件性质、危害程度、涉及范围分为三级：

一般突发事件：在局部发生，尚未引起大范围扩散或传播。

重大突发事件：在圈套范围内发生，出现疫情扩散。

特大突发事件：影响大，波及范围广，涉及人数多，出现大量病人或多例死亡，危害严重。

### 三、责任报告

首诊医生负责制。我院为突发事件责任报告单位，执行职务的医务人员为突发事件责任报告人。责任报告人发现突发事件后应以最快的方式报告医疗部。公共卫生科在 2 小时内向县级卫生行政部门或疾病预防控制机构报告。

### 四、预防与应急

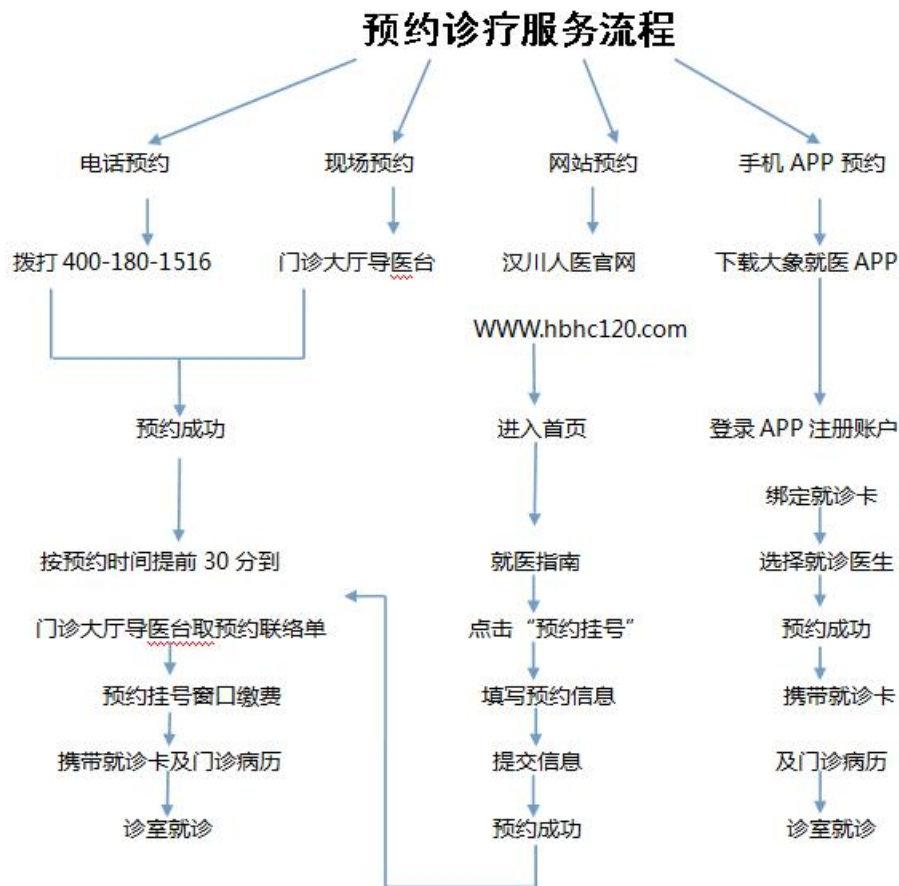
- 1、医务人员都要参加公卫突发事件应急处理相关知识、技能的培训演练。
- 2、相关部门定期查看预防突发事件救治药品、医疗器械及其他物资储备。

### 五、我院在突发公共卫生事件中应负的责任

- 1、服从对医疗卫生资源的调配、使用，参与医疗救治和紧急救援。
- 2、收治传染病病人、疑似传染病病人。
- 3、防止院内交叉感染和污染。
- 4、重大中毒事件，现场救援、病人转运、后续治疗相结合。
- 5、医疗文书详细规范。对需要转送的病人，将病人及其病历记录的复印转送到接诊的医疗机构。

## 第三节 门诊管理重要事项

### 一、预约诊疗服务流程



## 二、 预约诊疗服务特殊情况下应急处理预案

按照医院工作制度要求，专家出诊时间一经确定在一周内原则上不得无故变动，但因本院医、教、研等工作的特殊性，出诊医生可能会出现临时变更，为保证预约诊疗服务的有序进行，如遇医生临时停诊、替诊等特殊情况，按以下流程予相应处理：

医生及时通知预约诊疗服务人员，服务人员应及时通知已预约成功的患者，或安排同以专业同级职称的专家替诊并予以说明，取得患者理解。

## 三、便民措施

- 1、医院提供 365 天无假日门诊，双休、节假日正常上班；
- 2、免费提供热水、一次性水杯；
- 3、失物招领；
- 4、免费出借轮椅、平车；
- 5、免费提供雨伞服务；
- 6、保护患者隐私，门诊设哺乳间；
- 7、免费查询、打印检查报告；
- 8、导医为有需要的患者提供陪同检查、办理入院手续，护送入院；
- 9、提供预约挂号服务：电话预约（400-180-1516）、现场预约（门诊大厅导医台）、网站预约（汉川人医官网）、手机 APP 预约（大象就医 APP）。

## 第四节 消防管理重要事项

### 一、如何正确报告火警？

报警时要保持沉着冷静，报警电话（医院消防控制室：内线 7119、外线 8377119）；讲清楚起火部位、详细地址、燃烧物质、火势情况，有无人员被困；并将报警人姓名、电话号码告诉医院消防控制室以便联系。

### 二、火灾发生时应急、疏散方法有哪些？

若发现火势过大，应迅速组织疏散逃生（注意立即关闭着火房间的门窗，防止风助火势及蔓延）。具体疏散方法：组织医护人员及其他健全人，分组分病房（区）或扶、或背、或抬，帮助患者快速逃生。距着火点近的人员先疏散，远的后疏散，用湿毛巾捂住口鼻，低姿沿墙边按疏散指示标志方向逃生，严禁使用电梯（易发生断电）。

### 三、科室、病区防火检查和隐患整改内容

- 1、违章使用、存放易燃易爆物品的；
- 2、违章使用具有火灾危害性的电热器具、高热灯具等具有火灾危害性的用电器具；
- 3、违反规定吸烟、乱扔烟头、火柴的；
- 4、违章动用明火、进行电（气）焊的；
- 5、安全出口、疏散通道上锁、遮挡、占用的，垃圾桶、病床、废弃物等其它杂物堆放在疏散通道及电梯口的；
- 6、消火栓、灭火器材被遮挡或挪作他用的；
- 7、常闭式防火门关闭不严的；

- 8、违章关闭消防设施、切断消防电源的；
- 9、其它可以立即改正的行为。

#### 四、消防安全“四个能力”是指什么？

- 1、检查消除火灾隐患能力；
- 2、组织扑救初起火灾能力；
- 3、组织人员疏散逃生能力；
- 4、消防宣传教育培训能力。

#### 五、“四懂四会”指的是什么？

**四懂：**懂本岗位的火灾危害性（医院建筑密集、人员流动量大，用电设备多，易燃易爆物品多，一旦发生火灾，极易造成人员伤亡和重大财产损失）。懂预防火灾的措施（1、严禁吸烟；2、人员离开时断电，熄灭明火；3、教育小孩不要玩火；4、发现易燃易爆气体（氧气）泄露，应立即打开门窗通风，不要在此时开关电器或使用明火，请专业人员来处理；5、安全通道不得堵塞，安全出口不得上锁；6、不要在有火种的地方使用易燃溶剂；7、点蚊香时不要靠近床沿、窗帘等易燃物品；8、不要大量储存易燃易爆的汽油、酒精等危险物品；9、不要违规使用大功率电器设备；10、不要私接乱搭电线；11、严禁病人及家属在医疗区做饭；12、不得明火作业，做好安全防范措施；13、发现异常及时向保卫科报告）。懂扑救初期火灾的方法（冷却法、隔离法、窒息法、抑制法）。懂火场逃生方法（1、逃生时动作要迅速，不要为穿衣和寻找贵重物品而延误时间；2、逃生时注意随手关闭通道上的门窗，以阻止或延缓烟雾向逃离的通道流窜；3、通过浓烟区时尽量以低姿沿墙边按疏散指示标志方向逃生，并用湿毛巾捂住口鼻。不要向狭窄的角落退避；4、如果身上衣服着火，应迅速脱下，就地翻滚，将火扑灭；5、火场上不要乘坐电梯；）。

**四会：**会报警、会疏散、会使用消防器材、会扑救初起火灾。

#### 六、什么是第一灭火力量？什么是第二灭火力量？

**第一灭火力量：**指失火现场附近职工在1分钟内组成灭火力量扑救初起火灾；

**第二灭火力量：**指火灾确认后，按照预案组织医院义务消防队员3分钟内形成灭火力量灭火。

#### 七、消防岗位职责是什么？班前班后做什么？

结合各自岗位实际情况回答

- 1、上班之前做好安全交接班工作。下班前检查有无遗留火种，是否切断电器电源。
- 2、平时要增强消防意识，牢记安全出口、疏散通道、消防设备等灭火、避难设施是否正常运作情况，检查自己区域的用火用电等火灾隐患。
- 3、发生火灾时采取报警、扑救措施，积极疏散转移病人和危险品、重要物资等。
- 4、临近部位发生火灾时要及时予以协助。

#### 八、扑救火灾的一般原则

- 1、报警早、损失少
- 2、边报警，边扑救
- 3、先控制，后灭火
- 4、先救人，后救物
- 5、防中毒，防窒息
- 6、听指挥，莫惊慌

## 九、火灾扑救疏散方法

准确判断火灾情况是否可控

**（一）初起火灾（可控）：**起火于初期阶段，明确火灾部位，火情尚未蔓延。

- 1、现场查看，去现场过程中及时通知其他工作人员做好报警和扑救准备。
- 2、查明火情立即报警，建议使用消防设施手动报警按钮，可同时拨打医院保卫科（医院消防控制室）电话 8377119，说明部位、火情，并报告科室主任、副主任和护士长。
- 3、使用衣物拍打，就近取水和手提灭火器迅速灭火。
- 4、组织工作人员做好疏散准备。
- 5、距起火点近的职工负责用灭火器进行灭火。距安全通道或安全出口近的职工立即准备组织患者疏散。

**（二）火灾无法控制（不可控）：**立即报警，由现场人员组织疏散，稳定患者情绪，不要慌乱，有序撤离。

优先组织疏散病人、坚持救人为第一原则。

**疏散方向：**靠近安全出口的职工负责组织引导人员疏散，病区各处尽量有人引导方向。疏散引导人员通过喊话、广播等方式，站在出口处，大声呼唤逃生人员向出口处，向楼上、楼下疏散。

**疏散原则：**尽快离开火险建筑，往楼下安全地带疏散。

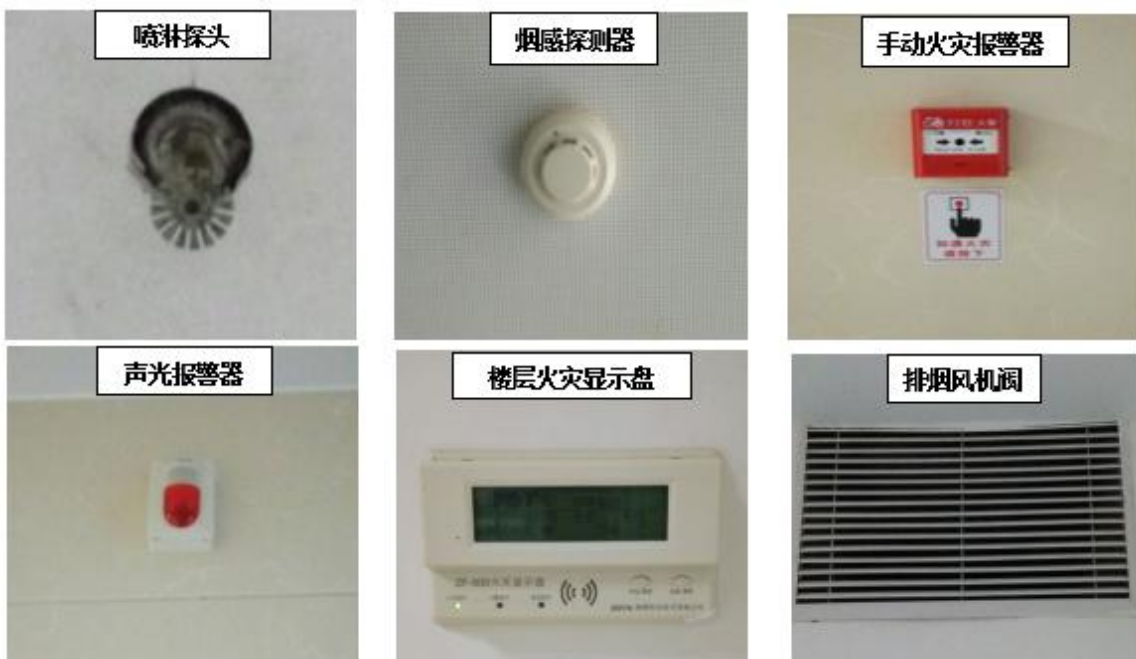
火情发生时，按照安全出口指示方向进行疏散，不可蜂拥而出或留恋财物。请勿乘坐电梯。

**病人疏散方式：**能行走的，引导出火险区。不能行走的，可以背、抬或推床撤离。

必须穿过火区时，应尽量用浸湿的衣物披裹身体，捂住口鼻。逃生时要注意随手关闭通道上的门窗，以阻止和延缓烟雾向逃离的通道流窜。通过浓烟区时要尽可能以最低的姿势或匍匐姿势快速前进，并用湿毛巾捂住口鼻。人员疏散后关闭防火分区隔离门。

实在无法离开火场的，实施闭门防火，用湿棉被、毛巾挡门，堵住门缝，并不断浇水等待救援，切勿盲目跳楼。

## 十、医院现有消防设施



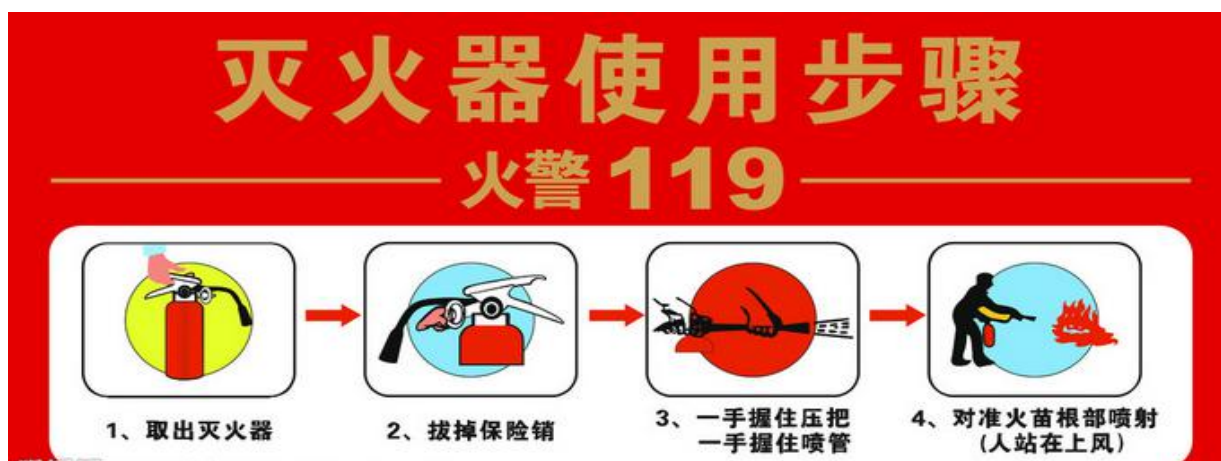


### 十一、如何使用灭火器？

拔下保险销；用力压下手柄；对准火源根部扫射；（一拔、二压、三喷），室外使用站在上风处，离火源 3-5 米，对准火源根部呈扇形左右扫射，我院常用的是手提式干粉灭火器。

### 十二、灭火器的使用方法及注意事项有哪些？

（一）当发现火情时，不要惊慌，应迅速将灭火器的保险销拔出，紧握灭火器提把，站在上风方向，喷嘴对准火焰根部，用力压下手把（见灭火器标签图示），灭火剂量水平方向喷出即可灭火，灭火时可提起灭火器，根据火情前后左右移动。



（二）注意事项：1、灭火器不能倒置或横置使用。2、灭油类物资火焰时，切勿将灭火剂直喷油面。3、灭火器一经开启，无论灭火剂喷出多少，都必须再充装。4、灭火器的存放环境温度应在-20℃至+55℃范围内；严禁用灭火器进行戏闹、玩耍；严禁非专业人员（包括儿童）随意开启、拆卸。

### 十三、如何使用消火栓？



1、打开消火栓箱门；2、取出消防水带、水枪；3、水带一头与消火栓接口连接，另一头接上水枪；4、按下箱内消火栓启泵按钮；5、按逆时针方向转动消火栓水阀开关；6、手提水枪头及水带对准火源根部进行灭火。

## 第五节 医学装备管理

### 一、急救生命支持类医学装备故障应急处理

- 1、急救设备发生故障，操作人员报告科主任，并通知设备科（7206）。
- 2、关闭故障设备，与病人脱机，并采取替代措施。
- 3、工程技术人员接到通知后十分钟内到达处理。
- 4、设备科根据故障决定借调，紧急情况下临床科室根据急救设备路径图借调。
- 5、使用完毕，做好清洁消毒，归还设备。

### 二、中心供氧故障应急处理

- 1、打开备用氧气袋与患者吸氧导管连接，持续供氧。
- 2、向其家属做好解释和安慰工作。
- 3、必要时将备用瓶氧装置给患者吸氧。
- 4、应用过程中观察患者缺氧症状有无改善及其他病情变化。
- 5、通知设备科（7206）立即进行维修。

### 三、辐射防护与安全管理

- 1、放射工作人员须持有《放射工作人员证》和《辐射安全与防护培训合格证》方能从事放射工作。
- 2、放射工作人员每两隔一年进行一次人员健康体检。
- 3、放射工作人员操作放射设备时必须佩带个人剂量计、佩带部位一般为左胸前，介入工作人员必须佩带在铅衣内（严禁戴在围脖上）；剂量计至少 90 天更换一次。
- 4、新职工入职须通过体检和培训，取得《放射工作人员证》和《辐射安全与防护培训合格证》后方可从事放射相关工作。
- 5、接触放射线工作时，放射性工作人员须着铅衣、戴铅帽，铅眼镜，铅围脖。

6、给病人拍片时，针对受检患者射野外的关键器官，如眼睛、甲状腺、性腺等需使用铅衣、铅帽、铅围裙和铅围脖加以防护。

7、对确需陪检人员，须提供铅衣、铅帽、铅围裙和铅围脖给予个人防护。

8、一旦出现辐射事故，应立即通知同一场地的人员离开现场，并同时报告科室负责人和医院总值班室；立即启动相应的应急预案；并将损伤人员进行分类，根据分类进行医学救治或医学观察。

9、每年由有资质的部门对射线装置进行强检，强检记录存档。

10、每年由有资质的部门对辐射工作场所进行监测，记录存档。

#### **四、医学装备三级保养**

（一）一级保养：使用人员负责（日常保养）。

1、每天开机检查，做好设备自检校正。

2、开机如有异常情况，应关机查明原因保修设备科，故障排除后使用。

3、温湿度有要求的设备记录其温度、湿度变化。

4、关机后做好清扫工作，并将机房内附属物品摆放整齐。

5、做好交接班工作，将当天医学装备运转情况详细记录。

（二）二级保养：设备科负责（季度巡回）。

1、对设备检查、清洁，疏通气路和水路，调整设备，紧固设备。

2、检查医学装备传动系统，检查互锁、保险装置，运行声音正常。

3、检查医学装备绝缘、接地是否良好。

4、完成后应详细做好保养记录。

（三）三级保养：设备科工程师负责，操作人员协助（预防维修）。

1、建立设备的检修计划，对设备进行检查和修理，更换或修复磨损部件。

2、清洗、检查修理水路，气路等部件，使设备性能达标。

3、做好设备质量控制，仪器校正工作，完成后做好应详细记录。

### **第六节 后勤管理重要事项**

#### **一、应急电话**

全院各科室若发生停水、停电、停气（天然气）及电梯故障事件时，第一时间请与后勤物业联系（24小时值班电话 8377186（内线：7186））。

#### **二、节能降耗**

##### **（一）有节能降耗目标**

##### **（二）节水降耗措施**

1、水龙头、水管、便池等用水设施如有漏水现象，一旦发现立即向院物业（内线：7186）维修部门及时报告，争取在最短时间内修复。后勤物业公司每天对全院水电气（天然气）设施进行一次巡查，发现问题及时处理。

2、为节约水资源调低卫生间水箱水位，减少不必要的水资源流失。在关键部位张贴节约用水标准（识），坚决杜绝跑冒滴漏，严禁长流水。

3、对住院病人及患者家属进行节约用水知识的宣传教育，力争病患者的支持和理解，使节约水资源变成大家的自觉行为。

### **（三）节电降耗措施**

1、空调开启时关闭门窗，温度设置夏季控制在 24-27℃、冬季控制在 16-18℃。

2、杜绝长明灯，光线较好的区域关闭照明。

3、合理开启和使用计算机、打印机、电视机等用电设备，少待机消耗，杜绝长时间待机现象，下班时关闭电源。

4、办公室或会议室无人时应关闭灯源、空调或音响设备。

5、病房内杜绝使用大功率电器如电饭锅、电烤炉等。

### **（四）天然气降耗措施**

1、关闭备用和不常使用的阀门。

2、定时巡检管道接口。

3、交替分时段使用锅炉。

4、密切控制水位和水温。

5、严禁无负荷燃烧燃气。

## **三、爱护医院环境，建设无烟医院**

1、爱护医院环境，建设无烟医院，吸烟者只能在设有吸烟标志的固定场所（吸烟区）吸烟。

2、全院职工应大力宣传吸烟有害健康的知识，并负有劝阻吸烟的责任和义务，发现吸烟行为时，应及时、礼貌的进行劝阻。

## **第七节 危险品管理**

### **一、危险品管理主体与职责分工**

主体管理部门：保卫科

#### **（一）危化品管理主要类别和重点范围**

医院危化品管理的主要类别包括危险化学品、危险化学试剂、高危使用的药品等，以国家规定的标准化管理要求为准。

医院危化品管理的重点范围指危化品使用量相对较大或集中贮存的部门和科室，主要包括后勤保障科危险品库房、药剂科、检验科、病理科。

#### **（二）危化品管理领导小组与办公室**

危化品管理领导小组组成人员名单：

组 长：何 涛

副组长：严军平

成 员：胡军武 余 超 何明桥 文德华 潘国洪

刘纯珊 王心海 张 路

负责全院危化品管理的体系文件建立和完善、监管、分析、整改与综合协调。

领导小组下设办公室：

办公地点设在保卫科，胡军武兼任办公室主任，主要负责组织相关部门建立健全管理体系、开展危化品管理培训、日常监管、汇总分析、督查整改等工作。

### （三）职责分工

1、保卫科。监管全院危化品管理，包括：具体组织相关部门建立健全体系文件并开展培训（包括记录格式的规范和统一），每周一次安全巡逻，每月一次监管检查和分析（含整改事项落实情况督查），每季一次汇总分析小结，每半年一次汇总分析总结，主持接受院内外的专项检查及整改要求落实。

2、医疗部。加强相关业务科室指导，配合保卫科做好危化品管理。

3、公共卫生管理科（医院感染管理科）。落实保卫科监管、整改要求，开展化学性、药物性等医疗危废处理的相应监管活动。

4、后勤保障科。落实保卫科监管、整改要求，做好危化品库房暂存、使用和全院危化污水、污泥终末处理工作，为其他科室配置符合要求的贮存设施，监管危废品协议回收方的回收过程。

5、药剂科、检验科、病理科。落实保卫科及其他相关职能部门的监管、整改要求，做好本科室危化品管理工作。

6、其他部门和科室。知晓全院危化品管理的相关制度、职责、流程、预案等。

## 二、管理原则

1、对本院内（病理科主要是二甲苯、甲醛、无水酒精、95%酒精、75%酒精、正丁醇、盐酸、冰醋酸、硝酸、OT试剂；检验科主要是75%酒精、无水乙醇、过氧化氢、冰乙酸、二甲苯、甲醇、甲苯；药剂科主要是酒精，双氧水、后保科主要是盐酸、设备科主要是液态氧）涉及的易燃、易爆、有毒化学品、压缩气体等（不包括毒麻精放）均应熟练识别并有醒目的规范标识。相关科室根据实际情况制作详细的清单，包括危化品名称、用途、理化性质、危险特性、责任人等，并报送医院保卫科。

2、药剂科建有单独阴凉库，可按相关规定存放酒精、双氧水，按不超过一个月的需求量储存。设备科液氧存放在单独区域除氧罐内。病理科、检验科月耗量非常小的品种均以不超过1瓶采购存放，其余品种按不超过一个月的需求量采购存放在科室，残余品存放在医院危化库，并做好详细登记，完善交接手续，危化库要明确责任人，制定岗位职责、工作规范，做好相关记录等。

3、各科室危化品储存区应符合有关安全、防火规定，并根据危化品的种类、性质设置相应的通风、防爆、防火、灭火、防晒、消除静电、防盗等安全设施，要确保消防设施完好，保管员要熟练掌握消防器材的使用方法，防止火灾事故的发生。根据实际需要规定危险化学品的存放时间、地点和最高允许存放量。

4、医院专用仓库应安装防暴照明灯、防火、灭火、防盗、防雷、监控等安防设施（环境温度要求在30℃以下，相对湿度不超过80%）。

5、各储存区的危险品按性质、目录分类存放（性质相抵触的要实行隔离存放），摆放整齐，取用方便。标识、品名标签、领取等真实、准确、及时、完好，登记账册。

6、科室申购、领用实行严格审批，严禁大剂量存放，使用多少购买多少，减少库存。

7、使用科室若不能一次使用完毕时，应购买危险化学品专用储存柜，实行二级库管理，

分类存放，双人管理，帐物相符。

8、废弃或过期的危险化学品（包括甲醛、有毒试剂）应有密闭保障容器，交保卫科联系专业处理公司处理，并有相关移交记录。

### **三、日常管理**

1、危险品分类准确，目录齐全（含：名称、规格、型号、剂量、存放位置、责任人）。

2、危险品采购（领用）实行专人管理，使用消耗登记台账必须登记详实，数量准确，帐物相符。

3、各类消防设施齐全：灭火器（干粉、二氧化碳、泡沫）、砂土、惰性吸附材料等设施必须保证完好齐备。

4、进入危险化学品仓库的人员必须配备防护用品（防护服、口罩、手套、帽子，必要时戴防护眼镜），遵守操作规程。

5、任何接触危险化学品的工作人员必须严格遵守相关操作流程，严防事故发生。

6、各储存区要制定泄露或发生意外时的应急预案，并配备相应的处置设施如稀释、中和废弃危险品收容容器。

7、严禁将任何危险化学品（包括废弃包装、过期产品等）借用、卖给私人或其他单位。

### **四、危险品泄露、丢失、意外沾染应急处置**

#### **（一）危险品泄露处理办法**

##### **1、基本原则**

（1）疏散和隔离：疏散无关人员，隔离泄漏污染区域。上报相关领导，请求援助。

（2）切断火源：立刻消除泄漏污染区内的各种火源。

（3）加强个人防护：呼吸系统防护，根据不同的场合选择不同的防护器具；眼睛防护，眼睛防护罩；身体防护，穿防护衣，避免皮肤受到损伤；手防护，戴防护手套。

（4）控制泄漏物和防止扩散。

2、小量泄露：液体泄漏用惰性吸附材料吸收，如沙土、活性炭，待彻底吸附完毕后，置于废弃专用收集容器内，做好泄漏区域消毒和清洁工作。固体泄漏用铲子收集于干燥、洁净有盖的容器内，避免扬尘，作废弃处理，并在泄漏地方作好消毒和清洁工作。

3、大量泄漏：隔离污染区域，设置警示标志，切断火源、电源，带好防毒面具，穿防毒服，防止震动、撞击、摩擦，避免扬尘，使用无火花工具转移到安全场所。

#### **（二）丢失处置办法**

1、保护好现场，禁止人员出入，立即向保卫科报告。

2、对照台账，清点丢失物品剂量、数量等情况，判断风险。

3、报告公卫科，做好防投毒应急急救准备。

#### **（三）肢体沾染后常用处置办法**

1、吸入蒸气：立即至空气清新处，保持呼吸通畅，呼吸困难时给予输氧。

2、皮肤接触：用大量清水清洗 15 分钟，或用肥皂水、生理盐水进行清理。

3、眼睛溅入：提起眼睑，用大量清水清洗冲洗或用洗眼设备进行冲洗。

4、误食：服用温水，立即就医。

## 第八节 医保管理重要事项

一、根据各地医保农合协议要求，对各类医保患者医生应根据病情优先使用基本医疗保障服务范围内的项目。

二、保障各类参保患者的知情同意权，使用基本医疗保障服务范围外的项目应事先征得患者同意，并签署“基本医疗保障服务范围外诊疗项目知情同意告知书”。

三、农合患者报销起付线为 800 元，报销比例 80%；职工医疗三级医院第一次住院起付线为 500 元，第二次住院及以上起付线为 400 元，报销比例为 88%；居民医疗三级医院起付线为 500 元，报销比例为 65%。

四、基本医疗保险政策咨询电话：0712-8377058。

## 第九节 双向转诊与对口支援

### 一、对口支援各职能部门的主要职责

1、行政办公室：统筹规划部署对口支援工作。

2、医疗部：负责对口支援人员的选派及年度考核工作。

3、护理部：协助医疗部对医务人员的选派工作。

4、人力资源科：负责对拟晋升高级职称的医务人员到基层锻炼情况的审核工作，负责派驻人员的工作待遇的拟定，及年度评优评先推荐工作。

5、科教科：负责受援医院进修人员的接收管理工作。

6、设备科：负责组织对受援医院的实物捐赠工作。

7、财力资源科：负责对捐赠物资、资金核算以及财经管理工作。

8、对外联络部：负责与受援单位会商衔接、对口支援协议的签订，负责组织专家开展不定期的巡回指导工作。对下派医务人员的日常监管、信息报送以及其他日常工作。

### 二、双向转诊制度

1、从基层医院上转的住院患者，管床医生应在病历首页“入院途径”栏中，选填第 3 项“从其它医疗机构转入”。

2、在转诊患者住院病历首程记录中体现基层诊疗信息。

3、上转来院的患者数量统一由对外联络部每月分科统计。

4、对符合下转条件的患者，管床医生应在“离院方式”栏中，选填第 3 项“医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院”。

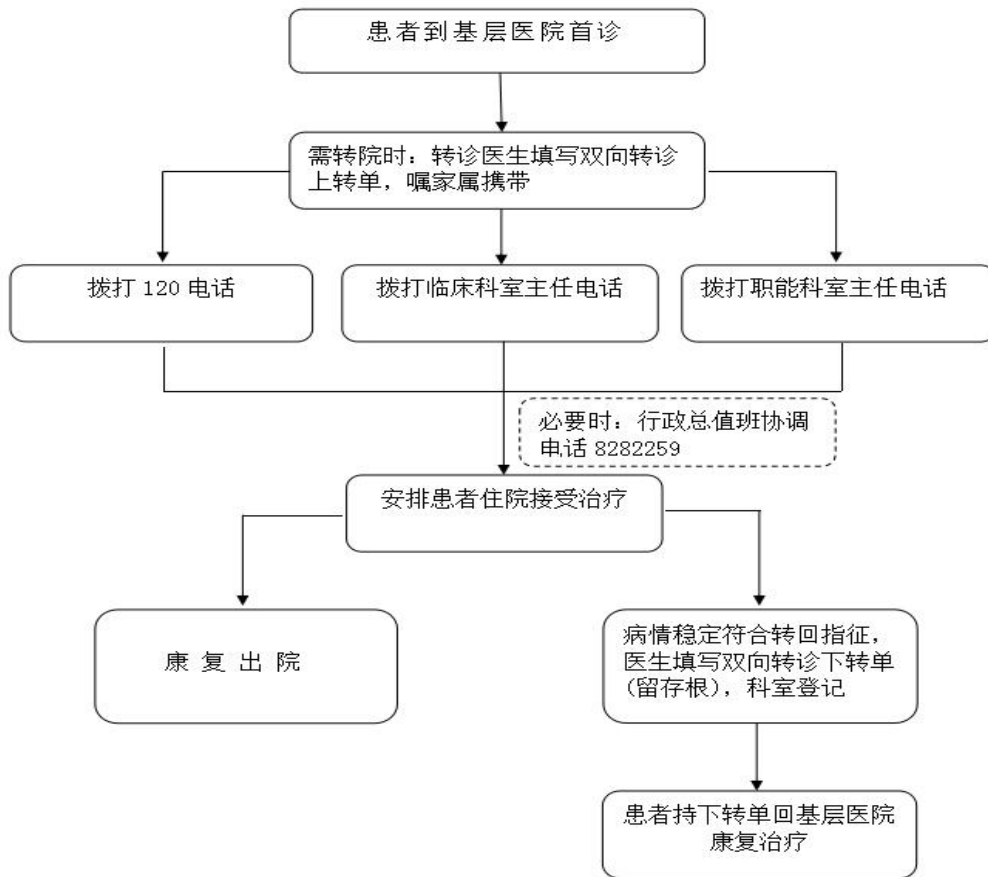
5、在出院患者记录中写明“征得患者同意，转当地医院继续康复治疗”。

6、准确填写科室双向转诊登记表（下转）。

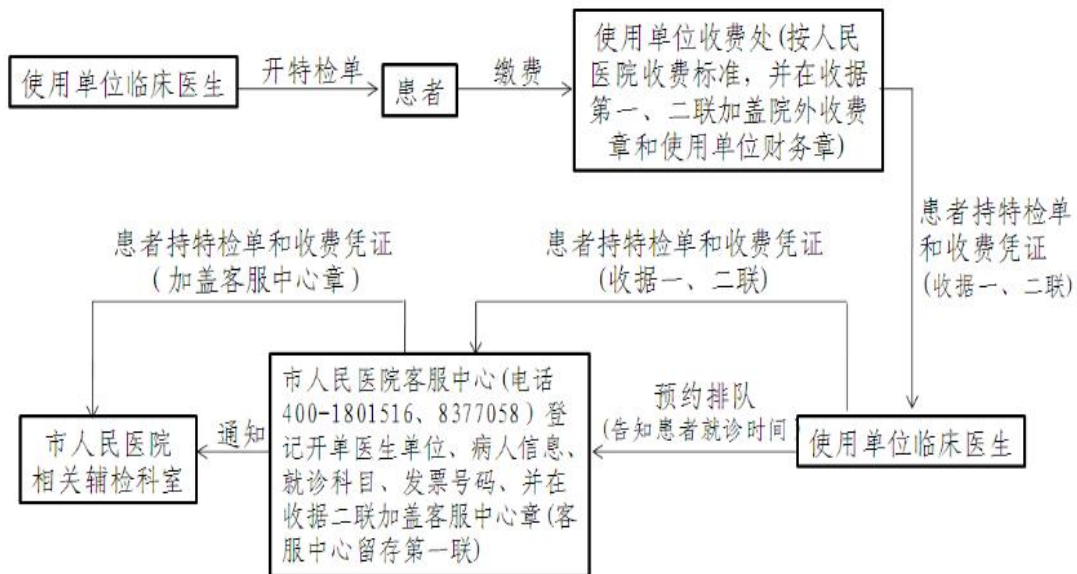
7、规范填写双向转诊下转单，交予患者带回当地医院继续康复治疗。

（口诀：上（3）下（3）填表单 基层信息记首程）

### 三、双向转诊流程



#### 四、特检预收费就诊流程



#### 五、医院对口支援对象与内容（2016年）

##### （一）支援对象

第三人民医院、汉川市精神病医院、仙女山社区卫生服务中心、城隍镇卫生院、马鞍乡

卫生院、南河乡卫生院。

## **（二）支援内容**

- 1、医疗服务
- 2、卫生管理
- 3、培训人员
- 4、业务指导
- 5、双向转诊
- 6、重点扶持

# **第八章 医德医风与投诉管理**

## **医疗卫生行风建设“九不准”**

为进一步加强医疗卫生行风建设，严肃行业纪律，促进依法执业，廉洁行医，针对医疗卫生方面群众反映强烈的突出问题，制定以下“九不准”。

### **1、不准将医疗卫生人员个人收入与药品和医学检查收入挂钩**

医疗卫生机构应当结合深化医改建立科学的医疗绩效评价机制和内部分配激励机制。严禁向科室或个人下达创收指标，严禁将医疗卫生人员奖金、工资等收入与药品、医学检查等业务收入挂钩。

### **2、不准开单提成**

医疗卫生机构应当通过综合目标考核，提高医疗服务质量和效率。严禁医疗卫生机构在药品处方、医学检查等医疗服务中实行开单提成的做法，严禁医疗卫生人员通过介绍患者到其他单位检查、治疗或购买医药产品等收取提成。

### **3、不准违规收费**

医疗卫生机构应当严格执行国家药品价格政策和医疗服务项目价格，公开医疗服务收费标准和常用药品价格。严禁在国家规定的收费项目和标准之外自立项目、分解项目收费或擅自提高标准加收费用，严禁重复收费。

### **4、不准违规接受社会捐赠资助**

医疗卫生机构及行业协会、学会等社会组织应当严格遵守国家关于接受社会捐赠资助管理有关规定，接受社会捐赠资助必须以法人名义进行，捐赠资助财物必须由单位财务部门统一管理，严格按照捐赠协议约定开展公益非营利性业务活动。严禁医疗卫生机构内设部门和个人直接接受捐赠资助，严禁接受附有影响公平竞争条件的捐赠资助，严禁将接受捐赠资助与采购商品（服务）挂钩，严禁将捐赠资助资金用于发放职工福利，严禁接受企业捐赠资助出国（境）旅游或者变相旅游。

### **5、不准参与推销活动和违规发布医疗广告**

医疗卫生机构和医疗卫生人员应当注意维护行业形象。严禁违反规定发布医疗广告，严禁参与医药产品、食品、保健品等商品推销活动，严禁违反规定泄露患者等服务对象的个人

资料和医学信息。

#### **6、不准为商业目的统方**

医疗卫生机构应当加强本单位信息系统中药品、医用耗材用量统计功能的管理，严格处方统计权限和审批程序。严禁医疗卫生人员利用任何途径和方式为商业目的统计医师个人及临床科室有关药品、医用耗材的用量信息，或为医药营销人员统计提供便利。

#### **7、不准违规私自采购使用医药产品**

医疗卫生机构应当严格遵守药品采购、验收、保管、供应等各项制度。严禁医疗卫生人员违反规定私自采购、销售、使用药品、医疗器械、医用卫生材料等医药产品。

#### **8、不准收受回扣**

医疗卫生人员应当遵纪守法、廉洁从业。严禁利用执业之便谋取不正当利益，严禁接受药品、医疗器械、医用卫生材料等医药产品生产、经营企业或经销人员以各种名义、形式给予的回扣，严禁参加其安排、组织或支付费用的营业性娱乐场所的娱乐活动。

#### **9、不准收受患者“红包”**

医疗卫生人员应当恪守医德、严格自律。严禁索取或收受患者及其亲友的现金、有价证券、支付凭证和贵重礼品。

各级卫生计生行政部门和医疗卫生机构应当切实加强对上述规定执行情况的监督检查，严肃查处违规行为。对违反规定的，根据国家法律法规和党纪政纪规定，视情节轻重、造成的影响与后果，由所在单位或有关卫生计生行政部门给予相应的组织处理、党纪政纪处分或行政处罚；涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。对工作严重不负责任或失职渎职的，严肃追究领导责任。

### **汉川市人民医院投诉管理办法（要点）**

#### **一、总则**

1、投诉定义：主要指患者及家属和本院工作人员（以下统称投诉人）对医院提供的医疗质量、护理服务、环境设施及相关科室办事效率等不满意，以来信、来电、来访等方式向医院反映问题，提出要求和意见的行为。

2、处理原则：以病人为中心，合法、公正、及时、便民，“首诉负责制”，“谁主管，谁负责”与疏导教育相结合。

3、投诉渠道：投诉举报电话，门诊大厅导医台投诉举报接待点，各护士站投诉举报信箱（意见箱）、各部门办公室，医院网站，曝光台，信访。

4、责任主体：各部门、各科室负责人为投诉管理工作的第一责任人。

#### **二、受理投诉条件**

1、投诉者必须是到我院治疗或工作过程中，因自己的合法权益直接受到侵害的患者或合法代理人。

2、投诉者应提供文字材料或本人口诉，要有明确的投诉对象及事实依据。

3、电话方式投诉的，投诉人应提供真实姓名，联系地址，通讯方式，接待科室应做好记录。

4、投诉的匿名信件或电话，按国务院《信访工作条例》等有关文件精神办理。

### 三、不受理投诉的范围

属于以下情形之一的投诉，不在受理范围之内，投诉管理部门应向投诉人说明情况，告知相关处理规定。

- 1、投诉人已就投诉事项向人民法院起诉的；
- 2、投诉人已就投诉事项向信访部门反映并作出处理的；
- 3、没有明确的投诉对象和具体事实的；
- 4、已经依法立案侦查的治安案件、刑事案件；
- 5、其他不属于投诉管理部门职权范围的投诉。

### 四、投诉的途径与渠道

1、医院 24 小时投诉电话：15334091120

遇双休日、节假日或夜间请拨打（总值班室）：8282259

2、投诉接待地点：

（1）投诉接待处

地址：门诊大厅导医台 电话：8377059

（2）客服部（投诉接待处）办公室

地址：门诊三楼(东) 电话：8377030

接待时间：（夏）上午 7:30—12:00 下午 14: 30—17:30

（冬）上午 8:00—11:30 下午 14: 00—17:00

（3）门诊办公室

地址：门诊二楼(西) 电话：8377121

接待时间：（夏）上午 7:30—12:00 下午 14: 30—17:30

（冬）上午 8:00—11:30 下午 14: 00—17:00

（4）医安办（医疗质量、医疗纠纷方面的投诉）

地址：行政一楼 电话：8377023

接待时间：（夏）上午 7:30—12:00 下午 14: 30—17:30

（冬）上午 8:00—11:30 下午 14: 00—17:00

（5）纪检监察室（医德医风、违纪违规及其他部门转办信访函的投诉）

地址：行政六楼 电话：8377021

接待时间：（夏）上午 7:30—12:00 下午 14: 30—17:30

（冬）上午 8:00—11:30 下午 14: 00—17:00

3、院内公共场所投诉意见箱：纪检监察室负责定期收集并处理。

4、信箱地址：汉川市人民大道特 1 号，汉川市人民医院纪检监察室。

### 五、投诉协调管理机构及职责

（一）管理机构与主管部门

医院成立投诉管理领导小组：院长、党委书记任领导小组组长，其他班子成员任副组长，各职能科室的主要负责人为成员。

主管部门：纪检监察室

## （二）工作机制

纪检监察室统一监管，各职能部门、各科室落实“首诉负责制”，重大、特殊、无法协调的投诉提交领导小组讨论解决。

## （三）工作职责

纪检监察室：对口受理信访投诉，承办上级行政部门转办交办的信访投诉事项；督促职能科室(部门)对投诉限期调查、办理和反馈；组织、协调全院的信访投诉处理工作；定期汇总、分析和通报信访投诉信息，提出加强与改进工作的意见或建议。

行政办：负责重大信访投诉事件的组织协调工作。

医安办：负责医疗纠纷调处工作，做好医疗纠纷责任追究及整改工作。

护理部：负责护理信访投诉和纠纷的调查、解释和处理等工作。

客服部：负责处理日常投诉的调查处理工作。

门诊办：负责门诊信访投诉的调查处理工作。

财务科：负责财务系统相关投诉调查处理工作和医疗事故(争议)赔付和理赔核算工作。

后勤保障科：负责后勤服务方面投诉的调查处理工作。

保卫科：负责本部门各方面投诉的调查处理工作及重大信访投诉事件处置工作中安全保卫工作。

其他部门：其他应受理投诉问题由相应的职能部门受理

各科室：接待直接来本科室诊疗服务提起投诉的投诉人，不能处理的陪同投诉人到相应职能部门交接。

## 六、医院内部投诉管理制度

实行“首诉负责制”。第一责任人热情接待，做好处理记录，将投诉及处理情况报告投诉管理部门。对于无法当场协调处理的，接待部门（或科室）做好登记后陪同投诉人到相关责任部门办理投诉事宜。

## 七、投诉的接待处理与协调机制

1、投诉接待人员要认真听取投诉人意见，核实相关信息，并如实填写《投诉登记表》，记录投诉人反映的情况，并经投诉人签字（或盖章）确认。

2、投诉接待人员要耐心细致地做好解释工作，稳定投诉人情绪，避免矛盾激化。

3、相关责任部门接到投诉后，应按照医院规定的投诉处理程序，及时将投诉问题承办，必要时向分管副院长或院长汇报。

4、各职能科室（或当事科室）接到医院传递的投诉事项后，要及时向当事科室（或当事人员）了解、核实情况，并将其调查情况如实填写在《投诉登记表》内，当事科室或相关人员要积极配合投诉事项的调查、核实和处理工作，客观、真实地反映情况，不得隐瞒和歪曲事实。

5、对投诉人的信息和材料予以保密，未经投诉人同意，不得将投诉人的信息和有关情况外泄，或透露给被投诉的人员或部门。

6、对匿名投诉要进行登记并认真核查，发现问题要及时督促相关部门进行整改，以提高医疗服务质量，确保医疗安全。

7、医院各部门、各科室要积极相互配合投诉事项的调查、核实、处理工作，不得推诿、

敷衍、拖延，力争使医院的投诉工作做到事事有着落，件件有回音。

8、办理投诉的工作人员与投诉事项或被投诉人有直接利害关系的，应当回避。

9、投诉内容涉及多个职能部门的，由所在的职能部门牵头，其它部门必须无条件配合处理，不得相互推诿，影响投诉的办理，涉及医疗事故争议的，应当告知投诉人按照《医疗事故处理条例》等法规，通过医疗事故技术鉴定、调解、诉讼等途径解决，并做好解释疏导工作。

10、对上级部门和领导批示需要调查的重要投诉信访件，要及时组织、

协调有关部门认真调查核实，按要求时限办结，并将调查核实结果和处理意见上报。不能按期办结的，应当说明情况。

## **八、投诉处理的时效**

1、对于涉及医疗质量安全、可能危及患者健康的投诉：立即采取积极措施，预防和减少患者损害的发生。

2、对于涉及收费、价格等能够当场核查处理的：及时查明情况并立即纠正。

3、对于情况较复杂的，要调查、核实的投诉事项：一般于5个工作日内向有关部门或投诉人反馈相关处理情况或意见。

4、对于涉及多个科室，要组织、协调相关部门共同研究的投诉事项：10个工作日内向有关部门或投诉人反馈处理情况或处理意见。

5、对于部分医疗纠纷等短期内难以处理的：根据实际情况而定。

6、反馈可以通过电话、信件或走访等形式完成。

## **九、投诉档案管理**

1、投诉人基本信息。

2、投诉事项及相关证明材料。

3、调查、处理及反馈情况。

4、其他与投诉事项有关材料。

## **十、投诉管理的持续改进**

纪检监察室应定期对投诉情况进行统计、分析，提出改进意见或建议并督促落实。

## **十一、投诉处罚措施**

1、打击报复投诉人，构成犯罪的，报相关部门依法追究责任。

2、接到重大信访投诉事件报告后，未及时组织调查导致重大群体性事件的，按医院有关规定给予处理。

3、对有效信访投诉(科室或工作人员有过失和差错的并造成后果的)，实行责任追究和经济处罚，并与医德医风档案管理挂钩。

4、进行院内通报批评

## **十二、投诉奖励措施**

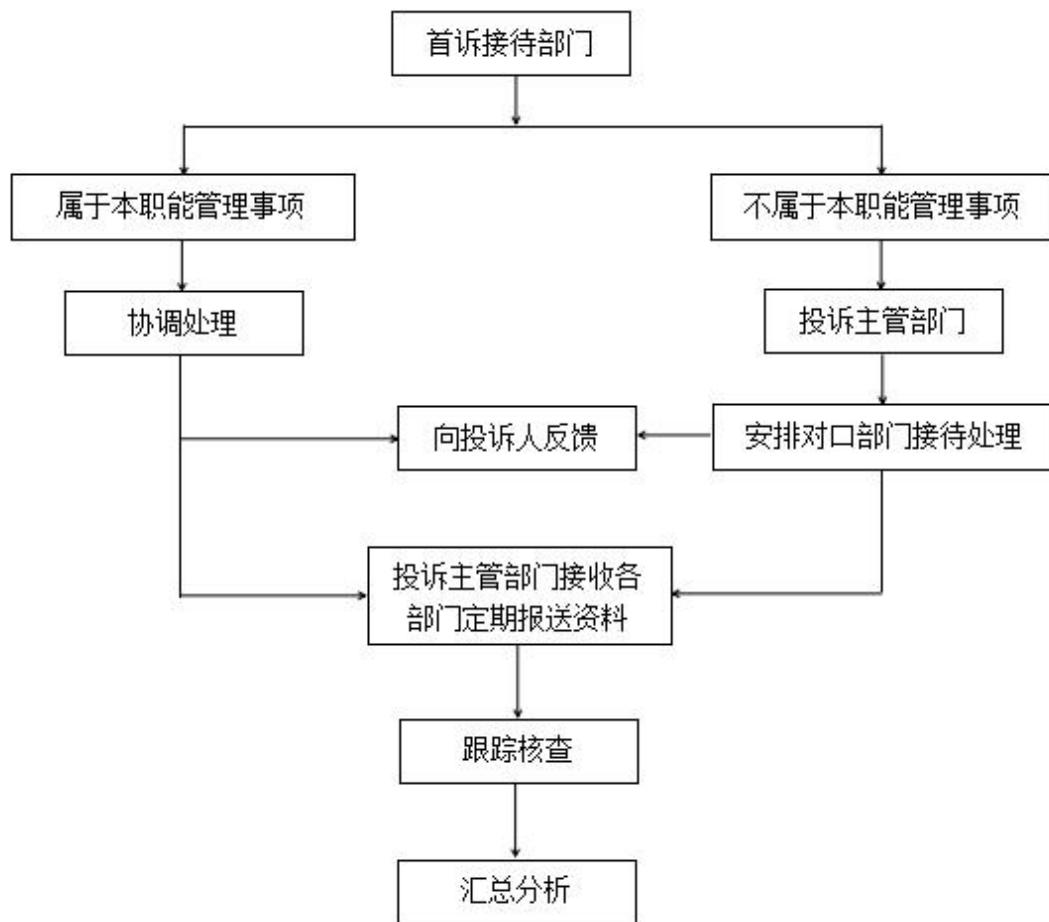
1、医院将信访投诉管理工作与科室年终考核、医师定期考核、医德考评、评优评先相挂钩。

2、对在信访投诉管理工作中表现突出，成绩显著的科室和个人给予表彰和奖励。

3、在医院投诉管理工作中有效预防重大群体事件发生的科室及个人，医院将予以表彰

和奖励。

### 十三、投诉受理流程如下



### 医德医风考评档案与考评分级

医德医风考评结果每月进行一次各科检查，每年底进行综合评定，综合评定结果分为四个等次：优秀、良好、一般、较差。综合评价得分 90 分以上为“优秀”，80 分-89 分为“良好”，70 分-79 分为“一般”，69 分以下为“较差”。