**宜宾市第二人民医院十八个核心制度**

一、**首诊负责制度**：

1.第一次接诊的医师或科室为首诊医师和首诊科室，首诊医师对患者的检查、诊断、治疗、抢救、转院和转科等工作负责。  
 2.首诊医师必须详细询问病史，进行体格检查、必要的辅助检查和处理，并认真记录病历。对诊断明确的患者应积极治疗或提出处理意见；对诊断尚未明确的患者应在对症治疗的同时，应及时请上级医师或有关科室医师会诊。  
 3.首诊医师下班前，应将患者移交接班医师，把患者的病情及需注意的事项交待清楚，并认真做好交接班记录。  
 4.对急、危、重患者，首诊医师应采取积极措施负责实施抢救。如为非所属专业疾病或多科疾病，应报告科主任及医院主管部门及时组织会诊。危重症患者如需检查、住院或转院者，首诊医师应陪同或安排医务人员陪同护送；如接诊条件所限，需转院者，首诊医师应与所转医院联系安排后再予转院。

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

二、**三级查房制度**：

1.我院建立三级医师治疗体系：实行主任医师、科主任或副主任医师、主治医师和住院医师三级医师查房制度。   
  2.主任医师、科主任或副主任医师或主治医师查房应有住院医师和相关人员参加。主任医师、科主任或副主任医师查房每周2次，主治医师查房每日1次。住院医师对所管患者实行24小时负责制实行早晚查房。   
  3.对急危重患者住院医师应随时观察病情变化并及时处理必要时可请主治医师、主任医师、科主任或副主任医师临时检查患者。   
  4.对新入院患者：住院医师应在入院8小时内查看患者。主治医师应在48小时内查看患者并提出处理意见、主任医师、科主任或副主任医师应在72小时内查看患者并对患者的诊断、治疗、处理提出指导意见。   
  5.查房前要做好充分的准备工作。如病历、X光片、各项有关检查报告及所需要的检查器材等。

6.节假日有危急重症病人时必须有科主任或副主任医师查房。

三、**会诊制度：**

医疗会诊包括：急诊会诊、科内会诊、科间会诊、全院会诊等。  
 1.急诊会诊凡病情危急需会诊者，申请科室医师填写会诊单并注明“急”字注明时间具体到分秒并电话通知拟请科室，被邀请科室医师在接到会诊通知后应在15分钟内到位。会诊医师在签署会诊意见时应注明时间具体到分钟。  
 2.科内会诊原则上应每周举行一次全科人员参加。主要对本科的疑难病例、危重病例、手术病例、出现严重并发症病例或具有科研教学价值的病例等进行全科会诊。会诊由科主任负责组织和召集，会诊时由主管医师报告病历、诊治情况以及要求会诊的目的同时准确完整地做好会诊记录。通过广泛讨论明确诊断治疗意见提高科室人员的业务水平。  
 3.科间会诊患者病情超出本科专业范围需要其他专科协助诊疗者需行科间会诊。科间会诊由主管医师提出填写会诊单写明会诊要求和目的科主任批准后送交被邀请科室。应邀科室应在24小时内派主治医师以上人员进行会诊。会诊时主管医师应在场陪同介绍病情听取会诊意见，会诊后要填写会诊记录。  
 4.全院会诊病情疑难复杂且需要多科共同协作者、突发公共卫生事件、重大医疗纠纷或某些特殊患者等应进行全院会诊。全院会诊由科室主任提出报医务科同意或由医务科指定并决定会诊日期。会  
诊科室应提前将会诊病例的病情摘要、会诊目的和拟邀请人员报医务  
科由其通知有关科室人员参加。会诊时由医务科或申请会诊科室主  
任主持召开必要时请业务副院长参加,业务院长或医务部部长作总  
结归纳应力求统一明确诊治意见。

1. **分级护理制度**

1.特级护理

具备以下情况之一的患者，可以确定为特级护理

①病情危重，随时可能发生病情变化需要进行抢救的患者；

②重症监护患者；

③各种复杂或者大手术后的患者；

④严重创伤或大面积烧伤的患者；

⑤使用呼吸机辅助呼吸，并需要严密监护病情的患者；

⑥实施连续性肾脏替代治疗

⑦其他有生命危险，需要严密监护生命体征的患者。

2.一级护理

具备以下情况之一的患者，可以确定为一级护理

①病情趋向稳定的重症患者；

②手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；

③生活完全不能自理且病情不稳定的患者；

④生活部分自理，病情随时可能发生变化的患者。

3.二级护理

具备以下情况之一的患者，可以确定为二级护理

①病情稳定，仍需卧床的患者；

②生活部分自理的患者。

4.三级护理

具备以下情况之一的患者，可以确定为三级护理

①生活完全自理且病情稳定的患者；

②生活完全自理且处于康复期的患者。

五、**值班和交接班制度：**

1.各科室、急诊科观察室、急诊科留观病房均实行早班机体交接

班每晨由主治医师或总住院医师或护士长召集全病室医护人员开晨会由夜班护士和值班医师报告晚夜班情况报告病房工作重点和注意事项。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.病区值班需有一、二线和三线值班人员。一线值班人员为取得医师资格的住院医师二线值班人员为主治医师或科主任或副主任医师三线值班人员为主任医师或科主任或副主任医师。  
  3.病区均实行24小时值班制 。值班医师应按时接班制听取交班师关于值班情况的介绍接受交班医师交办的医疗工作。  
  4.对于急、危、重病患者必须做好床前交接班。值班医师应将急、危、重患者的病情和所有应处理事项向接班医师交待清楚双方进行责任交接班签字并注明日期和时间。

 5.值班医师负责病区各项临时性医疗工作和患者临时情况的处理并作好急、危、重患者病情观察及医疗措施的记录。一线值班人员在诊疗活动中遇到困难或疑问时应及时请示二线值班医师二线值班医师应及时指导处理。二线班医师不能解决的困难应请三线班医师指导处理。遇有需经主管医师协同处理的特殊问题时主管医师必须积极配合。遇有需要行政领导解决的问题时应及时报告医院总值班或医政务科。  
  6.一、二线值班医师夜间必须在值班室留宿不得擅自离开工作岗位遇到需要处理的情况时应立即前往诊治。

  7.值班医师不能“一岗双责”如即值班又坐门诊、做手术等急诊手术除外但在病区有急诊处理事项应由备班进行及时处理。   
  8.每日晨会值班医师应将重点患者情况向病区医护人员报告并向主管医师告知危重患者情况及尚待处理的问题。  
 9.医护应有书面交班本详细记录危、重、新及手术前后病人情况和注意事项。护士交接班本上还应详细记载病人流动情况。   
 10.护士交班时应共同巡视病人进行床头交接。同时按规定项目及数字交清剧毒、麻醉药品、医疗器械及病人特殊检查、收集标本等。   
 11.白班护士交班前应准备充足抢救物品及敷料、器械、被服等。

六、**疑难病例讨论制度**

1. 病例讨论的时间：各临床科室和专业每周用固定时间进行病例讨论。在病情需要时，应及时进行讨论。

2. 病例讨论的人员：科室主任、护士长、全体医师、责任护士及其它相关专业人员。不能与会人员需经科室主任批准。

3. 病例讨论的范围：诊断不明、治疗困难、疗效不佳或经会诊未能明确诊断和治疗方案的病例；有学术价值、罕见的病例；特殊人群病例等。

4. 病例讨论的内容：病例讨论的内容应涉及疾病的病因学、病理学、流行病学、发病机理、临床表现、实验检查、诊断和鉴别诊断、预后等临床问题和医学前沿问题。

5. 病例讨论的程序：需要讨论的病例由经治医师准备临床资料，并提前一天报科室主任；讨论会由科室主任（或副主任医师及以上）主持；经治医师报告病历资料；全体与会医护人员依次发言；讨论会主持人总结并明确诊疗措施。病例讨论意见及结论记录于病历，并作好《疑难病例讨论记录本》的相关记录。

七、**危重病人抢救制度**

1、抢救工作必须有周密、健全的组织分工。危重患者的抢救工作，一般由科主任、主任（副主任）医师负责组织并主持抢救工作。科主任或主任（副主任）医师不在时，由职称最高的医师主持抢救工作，但必须及时通知科主任或主任（副主任）医师或本科值班人员。特殊病人或需多科协同抢救的病人应及时报请相关科室、医务部、护理部和业务副院长。

2、抢救器材及药品要力求齐全完备，定人保管，定位放置，定量储存，用后随时补充。值班人员必须熟练掌握各种器械、仪器性能及使用方法，做到常备不懈。抢救室物品一般不外借，以保证应急使用。

3、参加抢救的人员，必须坚守岗位，听从指挥，明确分工，紧密合作，各司其职，无条件服从主持抢救工作者的医嘱。对危重病人不得以任何借口推迟抢救。要严密观察病情变化、详细做好抢救记录，并注明抢救时间，对病情复杂、疑难病例应立即请上级医师协助诊治。

4、参加抢救工作的护理人员应在护士长领导下，执行主持抢救工作者的医嘱，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。医师未到前，护理人员应根据病情按疾病抢救程序及时给予必要的抢救措施，并及时向医师提供诊断依据。执行口头医嘱时应复诵一遍，并与医师核对药品后执行，防止发生差错事故。

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，所用药品的空安瓿经二人核对方可弃去。各种抢救物品、器械用后应及时清理、消毒、补充、物归原处，以备再用。房间进行终末消毒。

6、需多科联合抢救的特殊重危病人，原则上由医务部或业务副院长领导抢救工作，并指定主持抢救工作者。

7、安排有权威的专门人员及时向病员家属或单位进行沟通，讲明病情及预后，以期取得家属或单位的配合。

8、抢救工作期间，药房、检验、放射或其他辅助科室，应满足临床抢救工作的需要，不得以任何借口加以拒绝或推迟，总务后勤科室应保证水、电、气等供应。

9、各科每日须留有1—2张床位，以备急、重病病人入院治疗、抢救时使用。

10、“病危”“病重”医嘱的下达应及时准确。抢救结束后，根椐患者病情和参加抢救的人员、科室，经治医师应在临时医嘱中写明抢救级别，并及时完善抢救医嘱。按照《病历书写基本规范》要求和内容，抢救结束后在病历中即时书写抢救记录。

八、**术前讨论制度**

1、术前讨论的手术范围：合并有它科严重疾病的手术；疑难、危重病人的手术；涉及法律纠纷的手术；对疾病治疗效果不佳的手术；器官摘除或肢体致残手术;特殊人群的手术（高干、外宾、犯人、可能有纠纷的手术；三、四级手术；非计划再次手术；新开展手术等

2、术前讨论应于术前1天进行，由科主任或副主任医师以上专业技术职称资格医师主持,对以上需术前讨论的手术范围， 拟实施手术方式和术中可能出现的问题及应对措施所作的讨论。讨论内容包括：患者术前病情评估的重点范围、手术风险评估、术前准备、临床诊断、拟施行手术方式、麻醉方式、手术风险与利弊、明确是否需要分次完成手术、手术适应症、术中术后并发症、意外以及防范处理预案。术前讨论意见及结论应按照《病历书写基本规范》要求，由主管医生及时记入术前讨论病历中；必要时记录在《术前讨论记录本》上，各讨论医师签名。

3、术前讨论范围：根据手术分级和患者病情，确定参加讨论人员及内容，术前讨论又分为医疗组组内讨论，科内讨论，院内讨论范围。

3.1组内讨论：包括一、二级手术风险较小的手术，由医疗组长主持讨论。

3.2科内讨诊：包括三、四级手术及风险较大的手术，由科主任（或高级职称医师）主持讨论。

3.3院内讨论：涉及多学科、多专业的病例，由医疗组长申请，科主任同意后，上报医务部，由医务部组织讨论。

4、术前讨论时,主管医师应准备好必要的检查资料，包括化验、造影、CT、MRI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。在上级医师主持下进行研究讨论。各级医师充分发言,针对性提出自己的意见和见解。主持人最后指导制定、完善治疗方案。首次讨论难以确定合适的治疗方案者应进行多次讨论，最后尽可能达到意见统一，并作出明确结论。

5、为了实施保护性医疗措施，术前谈话应由术者或经治医师将患者拟做手术等如实告诉具有完全民事行为能力的患者本人。将患者的病情、拟做手术、医疗措施、医疗风险等如实告知患者家属或代理人，及时解答患方的咨询，并由具有完全民事行为能力的患者及家属同签署相关的知情同意书。

6、各级医师必须遵守、落实讨论制定的诊疗方案。如术中须改变手术方式，摘除术前没告知患方的人体器官或发生特殊情况，必须先请示上级医师，并告知患者家属，授权委托人签字同意后方可进行。

九、**死亡病例讨论制度**

1. 对死亡病例必须进行全面讨论。讨论时间应在患者死亡后一周内召开。属于尸检的病例须在病理报告做出再次进行死亡病例讨论。

2. 死亡病例讨论由科主任或具有副主任医师及以上主持。讨论会要有完整记录，整理后参与者医师签字。不能以死亡小结代替死亡病例讨论记录。

3. 参加死亡病例讨论的人员：科室主任、护士长、全体医师、责任护士及参与诊疗的相关人员；不能与会人员需经科室主任批准。特殊及意外死亡病例，不论是否属于医疗事故，都要及时单独讨论（当日完成），医疗质量管理办公室派人参加，并报医院领导。

4. 死亡讨论会的内容：死亡讨论应从患者的诊断、治疗和护理着手，对涉及疾病的病因学、流行病学、病理学、发病机理、临床表现、实验检查、诊断、鉴别诊断、预后等临床问题及相关医学前沿问题进行认真讨论，吸取经验教训。

5. 死亡讨论会的程序：患者死亡后，经治医师应尽快完成相关病历资料提交上级医师和科主任；科主任主持死亡病例讨论；经治医师报告病历资料；全体与会医护人员发言；由科室主任总结诊断、治疗和护理等方面的经验和教训。集体性总结意见记录于病历资料上；全部讨论过程记录于《死亡病例讨论记录本》上。对涉及到严重医疗差错和可能造成医患纠纷者讨论记录，应事先通知医疗质量管理办公室和医疗安全管理办公室，以便派人参加讨论。讨论后科室应将相关资料整理交医疗质量（或安全）管理办公室备案。定期进行本科室原因总结。死亡病例讨论记录本由专人保管，未经院领导或医疗质量管理办公室同意，本科室以外人员不得查阅及摘录。

1. **查对制度**

1. 临床科室

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

（2）执行医嘱时要进行“三查七对”：摆药后查；服药、注射、处置前查；服药、注射处置后查。对床号、姓名、药名、剂量、时间、浓度、用法。

（3）清点药品时和使用药品前，要检查质量、标签、有效期和批号，如不符合要求，不得使用。

（4）给药前，注意询问有无过敏史；使用毒、麻、限剧药时要经过反复核对；静脉给药应注意有无变质，瓶口有无松动、裂缝；给多种药物时，要注意配伍禁忌。

（5）输血前，需经两人查对，无误后，方可输入；输血时须注意观察，保证安全。

2. 手术室

（1）接病员时，要查对科别、床号、姓名、性别、诊断、拟施手术名称、手术部位、所带的术中用药和病历资料、术前备皮等。

（2）实施麻醉前，麻醉师必须查对姓名、诊断、手术部位、麻醉方法及麻醉用药，在麻醉前要与病人主动交流作为最后核对途径。同时要知道患者是否有已知的药物过敏。

（3）手术切皮前，由手术者与麻醉师、护士再次核对姓名、诊断、手术部位、手术方式后方可开展手术。

（4）凡进行体腔或深部组织手术，要在术前与缝合前清点所有敷料和器械数。

（5）除急诊手术外，均应使用“腕带”作为核对患者信息依据。

（6）对使用各种手术体内植入物之前，应对其标示内容与有效期进行逐一核查。

3. 药房

（1）配方时，查对处方的内容、药物剂量、配伍禁忌，医师签名是否正确。

（2）发药时，查对药名、规格、剂量、用法与处方内容是否相符；查对标签（药袋）与处方内容是否相符；查对药品有无变质，是否超过有效期；查对姓名、年龄，并交代用法及注意事项。

4. 输血科

（1）血型鉴定和交叉配血试验，两人工作时要“双查双签”，一人工作时要重做一次。逐步推广使用条形码进行核对。

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

5. 检验科

（1）采取标本时，查对科别、床号、姓名、检验目的。

（2）收集标本时，查对科别、姓名、性别、联号、标本数量与质量。

（3）检验时，查对试剂、项目、化验单与标本是否相符，以及标本的质量。

（4）检验后，查对目的、结果。

（5）发报告时，查对科别、病房。

6. 病理科

（1）收集标本时，查对单位、姓名、性别、联号、标本、固定液。

（2）制片时，查对编号、标本种类、切片数量和质量。

（3）诊断时，查对编号、标本种类、临床诊断、病理诊断。

（4）发报告时，查对单位。

7. 医学影像科

（1）检查时，查对科别、病房、姓名、年龄、片号、部位、目的。

（2）治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、条件、时间、角度、剂量。

（3）使用造影剂时应查对病人对造影剂过敏。

（4）发报告时，查对科别、病房。

8. 康复科

（1）各种治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、种类、剂量、时间、皮肤。

（2）低频治疗时，并查对极性、电流量、次数。

（3）高频治疗时，并检查体表、体内有无金属异常。

（4）针刺治疗前，检查针的数量和质量，取针时，检查针数和有无断针。

9. 消毒供应中心

（1）准备器械包时，查对品名、数量、质量、清洁度。

（2）发器械包时，查对名称、消毒日期。

（3）收器械包时，查对数量、质量、清洁处理情况

（1）高压消毒灭菌后的物件要查验化学指示卡是否达标。

10. 特殊检查室（心电图、脑电图、超声波等）

（1）检查时，查对科别、床号、姓名、性别、检查目的。

（2）诊断时，查对姓名、编号、临床诊断、检查结果。

（3）发报告时查对科别、病房。

11. 其他科室

应根据上述要求精神，制定本科室工作的查对制度。

十一、**手术安全核查制度**

1、手术安全核查是由具有执业资质的手术医师、麻醉医师和手术室巡回护士三方（以下简称三方），分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，共同对患者身份、手术部位、手术方式、麻醉安全检查和知情同意等内容进行核查的工作。

2、本制度适用于各级各类手术，其它有创操作可参照执行。

3、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。

4、手术安全核查由手术医师或麻醉医师主持，三方共同执行并逐项填写《手术安全核查表》。

5、实施手术安全核查的内容及流程。

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

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

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

（4）三方确认后分别在《手术安全核查表》上签名。

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

7、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。

8、三方共同确认有困难或存在分歧，应及时请示上级医师；对核查中发现的医疗安全隐患或损害后果应及时采取措施积极处置，尽可能减少其损害性并及时按规定上报。

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

10、手术科室、麻醉科与手术室的负责人是本科室实施手术安全核查制度的第一责任人，负责本科室手术安全核查制度的实施并定期考核评估。

11、医疗安全管理办公室将不定期对手术安全核查制度实施情况进行检查。

十二、**手术分级管理制度**：

1、手术分类根据国家新版教材，参照国际、国内专业会议建议，按照手术的难易程度、大小、是否已经开展情况将手术分为四类： （1）一类手术：简单小型手术； （2）二类手术：小型手术及简单中型手术； （3）三类手术：中型手术及一般大手术； （4）四类手术：疑难重症大手术及科研手术、新开展手术、多科联合手术。

2、各级人员参加手术范围，根据医生专业技术水平、从事专业工作时间与职责限定： （1） 住院医师可担当一类手术的术者，二、三类手术的助手；高年资住院医师可担当二类手术的术者。 （2） 主治医师可担当二类手术的术者，或在副主任医师的帮助下，担当三类手术的术者，四类手术的助手，高年资主治医师可担当三类手术的术者。 （3） 副主任医师可担当三类手术的术者，高年资副主任医师可担当四类手术的术者。 （4）主任医师可担当三、四类手术的术者。 （5）上级医师均有义务和权力指导下级医师进行手术，要求副主任医师和主任医师检查监督全科室手术情况，以确保手术质量和安全。 3、手术批准权限：包括决定手术时间、指征、术式、手术组成员的分工等。 （1） 一类手术由主治医师或高年资医师审批。 （2）二类手术由副主任医师或高年资主治医师审批。 （3）三类手术由副主任医师或科主任审批。 （4）四类手术中的疑难重症大手术、多科联合手术、科研手术、新开展手术由科主任报告医教科，由主管医疗副院长审批后进行。

十三、**新技术和新项目准入制度**：

新技术、新项目：在本院范围内首次应用于临床的诊断和治疗

技术。包括创新技术的临床应用；新诊疗技术、方法的引进；新仪器设备在临床的应用等。

主要包括：

（1）临床上新的诊疗技术方法或手段（包括新诊疗设备的临床应用，使用新试剂的诊断项目）；

（2）常规诊疗技术核心内容的改进和完善；

（3）常规诊疗技术的新应用；

（4）其他可能对人体健康产生影响的新的侵入性的诊断和治疗等。

注意：新技术、新项目的申报仅适用于已具备开展条件的第一类医疗新技术，第二、三类医疗新技术的管理继续执行卫计委的相关管理规定。

我院对新技术、新项目的临床应用实行三级分类管理。

新技术新项目属于创新性的工作，有一定的不可预知性，各专业在开展此项工作时，必须制定相应的预案和防范措施，认真尊重病人的知情同意权，对可能发生的并发症、副损伤有充分的思想准备，一旦发生积极妥善的处理。杜绝由于工作的失误、不到位、责任心不强所引发的医疗纠纷。减少技术因素引起的纠纷。各科室严禁未经审批自行开展新技术、新项目，否则，将视为违规操作，由此引起的医疗或医学伦理上的缺陷、纠纷、事故将由当事人及其科室负责人承担全部责任。

十四、**危急值报告制度**：

为加强对临床辅助检查“危急值”的管理，保证将“危急值”及时报告临床医师，以便临床医师采取及时、有效的治疗措施，确保医疗质量和安全，杜绝医疗隐患和纠纷的发生，特制定本制度。危急值是指辅助检查结果与正常预期偏离较大，当这种检查结果出现时，表明患者可能正处于生命危险的边缘状态，此时如果临床医生能及时得到检查结果信息，迅速给予患者有效的治疗，可能会挽救患者生命，否则就可能出现严重后果，甚至危及生命。临床科室接到危急值报告后，应立即采取相应措施，抢救病人生命，保障医疗安全。住院病人危急值报告程序：医技科室工作人员发现住院病人出现危急值情况时，应立即通知所在病区，病区接收人员做好登记并立即报告主管医师或值班医师。

十五、**病历管理制度**：

病历书写规定：

（1）病历书写应按照《病历书写基本规范》书写或录入。

（2）病历记录应力求通顺、完整、简练、准确、字迹清楚、整洁，不得删改、复制粘贴。各种记录均应注明年月日，记录人应签全名。

（3）新入院病员的入院记录，由经治医师认真的书写。

（4）要求入院记录必须在24小时内完成。

（5）实习医师书写或录入的病历，由经治医师检查后，书写病历修改或签名。

病房病历管理规定：

（1） 患者的住院病历应由所在病区负责集中统一保管。

（2）住院病历应医疗活动带回病区时，应当由病区指定专门人员负责携带和保管；病人转科时，病历不得交病人和家属转送；病人出院时，病历不得带出。

（3）病区医务人员应当严格病历管理，严禁任何人涂改、伪造、销毁、抢夺。

（4）严禁医务人员违反规章制度帮助患者复印和复制患者的有关资料，一经发现将严格处理。

十六、**抗菌药物分级管理制度：**

一、分级原则   
 （1）“非限制使用”药物（即首选药物、一线用药）：疗效好，副作用小，价格低廉的抗菌药物，临床各级医师可根据需要选用。   
 （2）“限制使用”药物（即次选药物、二线用药）：疗效好但价格昂贵或毒副作用大的药物，使用需说明理由，并经主治及以上医师同意并签字方可使用。   
 （3）“特殊使用药物”（即三线用药）：疗效好，价格昂贵，针对特殊耐药菌或新上市抗菌药其疗效或安全性等临床资料尚少，或临床需要倍加保护以免细菌过快产生耐药性的药物，使用应有严格的指征或确凿依据，需经有关专家会诊或本科主任同意，其处方须由副主任、主任医师签名方可使用。   
 （4）本院“抗菌药物分级管理目录”（见附件）由医院药事管理委员会根据指导原则和卫办医发〔2009〕38号）的规定制定，该目录涵盖全部抗菌药物，新药引进时应同时明确其分级管理级别。   
 药事管理委员会要有计划地对同类或同代抗菌药物轮流使用，具体由药剂科组织实施。   
二、使用原则与方法   
 （1）总体原则：严格使用指针、坚持合理用药、分级使用、严禁滥用。   
 （2）具体使用方法   
 1、一线抗菌药物所有医师均可以根据病情需要选用。   
 2、二线抗菌药物应根据病情需要，由主治及以上医师签名方可使用。   
 3、三线药物使用必须严格掌握指针，需经过相关专家讨论，由副主任、主任医师签名方可使用。紧急情况下未经会诊同意或需越级使用的，处方量不得超过1日用量，并做好相关病历记录。   
 4、下列情况可直接使用二级及以上药物。   
 （1）重症感染患者：包括重症细菌感染，对一线药物过敏或耐药者，脏器穿孔患者。   
 （2）[免疫功能低下](http://www.baike.com/sowiki/%E5%85%8D%E7%96%AB%E5%8A%9F%E8%83%BD%E4%BD%8E%E4%B8%8B?prd=content_doc_search)患者伴发感染。   
三、督导、考核办法   
 （1）药事管理委员会、药剂科及医务科定期开展合理用药培训与教育，督导本院[临床合理用药](http://www.baike.com/sowiki/%E4%B8%B4%E5%BA%8A%E5%90%88%E7%90%86%E7%94%A8%E8%8D%AF?prd=content_doc_search)工作；依据《指导原则》和《实施细则》，定期与不定期对各科室应用抗菌药物进行监督检查，对不合理用药情况提出纠正与改进意见。   
 （2）将抗菌药物合理使用纳入医疗质量检查内容和科室综合目标管理考核体系。   
 （3）检查、考核办法：定期对门、急诊处方、住院病历包括外科手术患者预防性使用抗菌药物情况进行随机抽查。

 1、[门诊](http://www.baike.com/sowiki/%E9%97%A8%E8%AF%8A?prd=content_doc_search)、急诊抗菌药物检查考核要点:患者基本情况书写，包括年龄、性别、诊断；抗菌药物使用情况，包括名称、规格、用法、用量、给药途径、是否按抗菌药物分级管理规定用药等。   
　2、住院病人抗菌药物检查考核要点：   
 （1）抗菌药物开始使用、停止使用、更换品种和超越说明书范围使用时是否分析说明理由，并在病程记录上有所记录；   
 （2）抗菌药物使用必须符合抗菌药物分级管理规定，当越级使用时，是否按照规定时间使用或履行相应的手续，并在病程记录上有所反映；   
 （3）抗菌药物联用或局部应用是否有指征，是否有分析，并在病程记录上有所记录；   
 （4）使用或更改抗菌药物前是否做病原学检测及药敏试验，并在病程记录上有所反映；对于无法送检的病例，是否已在病程记录上说明理由。   
四、对违规滥用抗菌药物的科室及个人，医院将进行通报批评，情节严重者，将降低抗菌药物使用权限，直至停止处方权。

**十七、临床用血申请及审批制度**

1. 临床医生要逐项填写好输血申请单、连同病人全血标本，至少提前1天送输血科作血型鉴定及交叉配血等试验（急诊例外）。

2. 特殊用血申请 临床科室如需要使用输血科常规不储存的特殊成份血，应提前与输血科预约，先记好所需品种的血费，随同病人合血标本送输血科备用；由输血科工作人员及时与血站联系。血液送到后立即通知临床输用；若有变故，但已不能取消预约的，应向临床主管医生说明情况，由临床负责解决此袋血。

3. 临床一次用血、备血量超过2000毫升时要履行报批手续，需经科室主任签名后报医务处批准（急诊用血事后补齐相关手续）。临床用血申请单由经治医师填写、主治医师或科室主任核准签字。

4. 输血科应严格审查输血申请单，并根据患者和库存情况调配供血。

**十八、信息安全管理制度：**

一、信息系统安全包括：软件安全和硬件网络安全两部分。  
二、网络信息办公室人员必须采取有效的方法和技术，防止信息系统数据的丢失、破坏和失密；硬件破坏及失效等灾难性故障。  
三、对系统用户的访问模块、访问权限由使用单位负责人提出，交信息化领导小组核准后，由网络信息办公室人员给予配置并存档，以后变更必须报批后才能更改，网络信息办公室做好变更日志存档。  
四、系统管理人员应熟悉并严格监督数据库使用权限、用户密码使用情况，定期更换用户口令或密码。网络管理员、系统管理员、操作员调离岗位后一小时内由网络信息办公室负责人监督检查更换新的密码；厂方调试人员调试维护完成后一小时内，由系统管理员关闭或修改其所用帐号和密码。  
五、网络信息办公室人员要主动对网络系统实行监控、查询，及时对故障进行有效隔离、排除和恢复工作，以防灾难性网络风暴发生。  
六、网络系统所有设备的配置、安装、调试必须由网络信息办公室人负责，其他人员不得随意拆卸和移动。  
七、上网操作人员必须严格遵守计算机及其他相关设备的操作规程，禁止其他人员进行与系统操作无关的工作。  
八、严禁自行安装软件，特别是游戏软件，禁止在工作用电脑上打游戏。  
九、所有进入网络的软盘、光盘、Ｕ 盘等其他存贮介质，必须经过网络信息办公室负责人同意并查毒，未经查毒的存贮介质绝对禁止上网使用，对造成“病毒”蔓延的有关人员，将对照《计算机信息系统处罚条例》进行相应的经济和行政处罚。  
十、在医院还没有有效解决网络安全（未安装防火墙、高端杀毒软件、入侵检测系统和堡垒主机）的情况下，内外网独立运行，所有终端内外网不能混接，严禁外网用户通过Ｕ 盘等存贮介质拷贝文件到内网终端。  
十一、内网用户所有文件传递，不得利用软盘、光盘和Ｕ 盘等存贮介质进行拷贝。  
十二、保持计算机硬件网络设备清洁卫生，做好防尘、防水、防静电、防磁、防辐射、防鼠等安全工作。  
十三、网络信息办公室人员有权监督和制止一切违反安全管理的行为。信息系统故障应急预案  
一、对网络故障的判断

    当网络系统终端发现计算机访问数据库速度迟缓、不能进入相应程序、不能保存数据、不能访问网络、应用程序非连续性工作时，要立即向网络信息办公室汇报，网络信息办公室工作人员对科室提出的上述问题必须重视，经核实后给予科室反馈信息。网络信息办公室负责人应召集有关人员及时进行讨论，如果故障原因明确，可以立刻恢复工作的，应立即恢复工作；如故障原因不明确、情况严重不能在短期内排除的，应立即报告医务部和院领导，在网络不能运转的情况下由机关协调全院工作以保障医疗工作的正常运转。网络故障分为三类：  
一类故障：服务器不能工作；光纤损坏；主服务器数据丢失；备份盘损坏；服务器工作不稳定；局部网络不通；数据被人删改；重点终端故障；规律性的整体、局部软、硬件故障。  
二类故障：单一终端软、硬件故障；单一患者信息丢失；偶然性的数据处理错误；某些科室违反工作流程要求。  
三类故障：各终端由于不熟练或使用不当造成的错误。针对上述故障分类等级，处理方案如下：  
一类故障———由网络信息办公室主任上报医务部和院领导，由医务部组织协调恢复工作。  
二类故障———由技术工程师上报网络信息办公室主任，由网络信息办公室集中解决。  
三类故障———由技术工程师单独解决，并详细登记情况。  
二、网络整体故障的首要工作  
（一）当网络信息办公室一旦确定为网络整体故障，首先是立刻报告医务部。医务部应立即按上报程序向院领导汇报。网络信息办公室需马上组织恢复工作，并充分考虑到特殊情况如节假日、病员量大、人员外出及医院的重大活动对故障恢复带来的时间影响。  
（二）当发现网络整体故障时，根据故障恢复时间的程度将转入手工工作的时限明确如下：  
１、１０分钟内不能恢复———门诊挂号、住院登记、药房转入手工操作；门诊收费、住院核算、西药房工作转入老系统操作。  
２、６小时内不能恢复———原则上将医师工作站、护士工作站、药房、急诊检查、入院、手术室、医技检查转入手工操作（具体实行时间及步骤由医务部、护理部通知）。  
３、２４小时以上不能恢复———将出院核算转入手工。  
三、具体协调工作  
（一）所有手工工作的统一时间须由医务部或网络信息办公室通知，相关单位严格按照通知时间协调工作，在未接到新的指示前不准私自操作计算机。  
（二）门诊挂号工作协调  
１、门诊挂号协调工作由门诊部护士长负责协调请示，如手工挂号的转入、转出时间等；  
２、当网络系统中断时，改为手工挂号；  
３、网络恢复后，及时将中断期间的患者信息输入到计算机；  
４、在以后的工作中如发现某位患者的信息系统内没有记载，应详细询问患者以前是否是在网络故障时就诊过。  
（三）门诊收费系统工作协调  
１、由收款处科主任负责总体协调，并与网络信息办公室保持联系，及时反馈沟通最新消息；  
２、当网络系统运行中断超过１０分钟时，应通知收款处转入手工收款工作；  
３、门诊收款负责同志应建立手工发票使用登记本，对发票使用情况做详细登记；  
４、当系统恢复正常时，由收款处负责同志负责对网络运行稳定性进行监测，如不稳定，及时向网络信息办公室反映情况。  
５、在接到使用计算机的指令并重新启动运行后，门诊收款负责人应组织收款员逐步转入到机器操作。  
（四）住院费用核算系统工作协调  
１、由住院处科主任总体负责协调工作；  
２、当系统停止运行超过２天时，对普通出院患者，推迟出院结算时间；对急出院的患者应根据病历和临床科室护士工作站记录，进行手工核算出院。

３、在网络停止运行期间，出院患者急需结算时，应由该科护士工作站追查是否还有正在进行的检查，向结算室提供详细费用情况后，方可送交核算。  
（五）临床工作系统协调  
１、临床科工作由医务部、护理部共同协调；  
２、网络故障期间临床科室详细记录患者的所有费用执行情况；  
３、科室详细填写每个患者的药品请领单（包括姓名、ＩＤ 号、费别、药品名称及用量），一式两份，一份用于科室补录医嘱，另一份送西药房；  
４、出院带药由经管医师负责掌握经费情况，如出现费用超支情况由该医师负责；  
５、根据医务部通知恢复运行时间，按要求补录医嘱。  
６、如患者急需出院，应向核算室提供详细费用情况，对正在进行的检查应予以说明。  
（六）医技检查工作协调  
１、在网络停运期间应详细留取、整理检查申请单底联；  
２、网络恢复后根据检查单底联登记，通过手工记价补录患者费用；  
３、对出院快或有出院倾向的患者各科在申请单上注明，检查科室应及时通知科室或出院处沟通费用情况。  
（七）药房工作协调  
１、中心摆药应严格按照网络信息办公室规定的时间及要求进行计算机操作；  
２、网络故障时，根据临床科提供的药品请领单发药；  
３、网络恢复时对临床科室补录的摆药医嘱进行发药补充确认，同时与发药时药品请领单内容详细核对，如发现内容不符，必须详细追查；  
４、网络恢复后对出院带药处方及时进行录入；  
５、数据补录工作结束后应查看系统内库存与实际库存相符情况。  
    各信息点接到重新运行通知时，需重新启动计算机，整体网络故障的工程恢复工作，由网络信息办公室严格按照服务器数据管理要求进行恢复工作。  
四、网络修复后的数据处理  
（一）由各科组织核校患者费用情况；  
（二）药房校查库存；  
（三）临床科室补录患者医嘱。  
各科室要严格各项操作并及时反馈执行中的有关情况。