

（一）安全管理制度

1、从思想上重视医疗安全管理，抓住重要环节，对不安全原因采用有效对策，防备不安全事件发生。

2、医疗安全是医疗质量标志之一，也是医院管理中一项十分重要的环节，因此规定全科工作人员必须做到：

(1) 不停提高医务人员素质，从医德修养和业务能力两方面抓起，狠抓医务人员的基本功训练，有组织有计划地对医务人员进行基本功培训、考核、提高。

(2) 不停提高医务人员的思想政治素质，加强职业道德教育，不停改善服务态度，时刻把病人的安危放在心上；牢固树立“安全是灵魂，质量是生命”的观念。

(3) 严格规定并执行各级医疗技术人员的职责和技术操作规范。

(4) 加强医院卫生学管理，建立健全各项规章制度。

3、要定期对工作人员进行法制观念的教育，医院制定的多种医疗规章制度、操作常规要严格贯彻执行。防止违反制度或操作规程而发生差错事故。

4、制定本科医疗安全教育和医疗安全制度。积极采用有效防备措施，认真作好记录。

5、定期检查医疗安全防备措施，好的表扬，差的批评，并限期改善。

（二）教学管理制度

1. 主任要亲自抓教学工作，负责审阅带教计划，并监督其执行；参与临床教学工作，及时处理教学中存在的问题，定期检查、总结、上报。
2. 根据各院校实习大纲规定，结合科室实际确定带教计划，并负责按带教资格的有关规定安排实习学生，给学生简介科室工作制度和教学工作制度，平时结合临床实际给学生以指导并抽查其实习状况，碰到实习中重大问题，及时与医教科联络研究处理；全面关怀学生的思想、学习、生活，负责召集科内有关人员，认真为实习生作出负责任的实习评语。
3. 正、副主任医师负责指导并担任实习教学及进修人员培训工作。
4. 主治医师担任临床教学，指导实习进修医生工作。在所属住院医师无带教资格时，全面负责本组的带教工作。
5. 护士长负责简介病区管理有关规章制度，负责学生的基础护理知识讲解和有关护理技术操作指导。

6. 有带教资格的住院医师或门诊医师指导实习医生进行医疗工作，带领实习医生查房；负责修改和补充实习医生书写的病历、病程记录及多种检查申请单并签名，对不符合规定的病历，规定实习医生重写；指导实习医生做有关诊断技术操作；重视发挥实习医生独立思考问题的能力，锻炼其工作能力，定期征求实习生对带教的意见，并向上级反应。

（三）病房管理制度

1. 病房由护士长负责管理，主治或高年住院医师积极协助。
2. 定期向病员宣传讲解卫生知识，根据状况可选出病员小组长，协助做好病员思想、生活管理等工作。
3. 保持病房整洁、舒适、肃静、安全，防止噪音，做到走路轻、关门轻、操作轻、说话轻。
4. 统一病房陈设，室内物品和床位要摆放整洁，固定位置，未经护士长同意，不得任意搬动。
5. 保持病房清洁卫生，注意通风，每日至少打扫两次，每周大打扫一次。
6. 医务人员必须穿戴工作服帽，着装整洁，必要时戴口罩。病房内不准吸烟。
7. 病员被服、用品按基数配给病员管理，出院时清点收回。

8. 护士长全面负责保管病房财产、设备，并分别指派专人管理，建立帐目，定期清点。如有遗失，及时查明原因，按规定处理。管理人员调动时，要办好交接手续。

9. 定期召开病人座谈会，征求意见，改善病房工作。

10. 病房内不得接待非住院病人，不会客。医师查房时不接私人，病人不得离开病房。

附 1：病房工作人员守则

1. 对新入院的病员简介医院的制度和状况，理解病人思想和规定，鼓励病员树立战胜疾病的信心。

2. 对病员的态度要亲切和蔼，语言要温和，防止恶性刺激。对个别病员提出的不合理规定，应耐心劝解，既要体贴关怀又要掌握治疗原则。

3. 有关病情恶化，预后不良等状况，不要告诉病员，必要时由负责医师或上级医师进行解释。

4. 不要对病员谈论其他医院治疗和工作中的缺陷或错误，以免导致不良影响。

5. 在检查、治疗和处理中要耐心细致，选用合适的器械，不增长病员痛苦。进行有关检查和治疗时，如换药、洗胃、灌肠、导尿等，应用屏风挡遮或到治疗室处理。

6. 有条件的医院对危重和痛苦呻吟的病员应分别安顿。病员死亡和病情恶化时应保持镇静，竭力防止影响其他病员。

7. 对手术的病员，术前应做好解释安慰工作，以消除病员的惊恐和顾虑；术后要告诉病员良好的转归状况，使其安心休养。

8. 合理安排工作时间，防止紊乱嘈杂，上午6时前，晚上9时后及午睡时间，尤应保持病房安静。在不影响医疗效果的状况下，有些处置可待病员醒后施行。

9. 保持病房空气流通，大、小便器随时洗刷。痰盂、废料桶和垃圾要及时处理。厕所随时洗扫，保持清洁卫生。

10. 按照病员患病的轻、重类型，分别规定生活制度，建立动静相结合的、有规律的休养生活。合理地组织病员参与文娱活动。

11. 重视病员的思想工作，对其治疗、生活、饮食、护理等各方面的问题，应尽量设法处理。

附 2：住院规则

1. 住院病员应遵守住院规则，听从医护人员的指导，与医护人员亲密合作，服从治疗和护理，安心休养。

2. 住院病员应遵守病房作息时间，常常保持病室内外环境整洁与安静，不随地吐痰，不在室内吸烟和喧哗。

3. 住院病员的饮食须遵照医师的决定，不能随便更改；院外送进的食物，需经医师或护士同意后方可食用。

4. 住院病员不得自行邀请院外医师诊治，不得规定不必要的治疗或指名要药；也不得随意到院外购药服用。

5. 住院病员未经许可不得进入诊断场所；不得翻阅病案及其他有关医疗记录。

6. 住院病员不得随意外出或在院外住宿，如有特殊状况经医师同意后，方可离开。

7. 住院病员应爱惜公共财物，如有损坏按价赔偿。儿科病员损坏物品可以酌情处理。

8. 住院病员可以携带必需之生活用品，其他物品不得带入。珍贵财物自行保管，严防遗失。

9. 为了防止交叉感染病员不得乱串病房或自行调换床位，非探视时间不许会客。

10. 住院病员可随时对医院工作提供意见，协助医院改善工作。

11. 病员如有不遵守院规或违反纪律者，院方应予以劝阻教育，必要时应告知原工作单位或请有关部门处理。

（四）工作制度

1、认真执行医护人员岗位职责制和《医务人员医德规范及实行措施》，健全科内医德医风的约束机制。

2、对危重病员做到随到随诊，不推诿病人。对新入院病员，根据各自管理范围及病情及时诊治，不得随意迟延，并按规定书写病历和多种记录。

3、值班医师应坚守工作岗位，做好交接班，每日早晚各查房一次；主治医师每日查房一次，住院医师上、下午各查房一次，危重病员应随时查房，发现问题及时处理。

4、严格执行各项规章制度和技术操作规程。

- (1) 严格掌握手术指征，认真执行术前准备，术后护理。
 - (2) 严格执行手术前讨论与小结和审批制度。根据手术的难易，决定不一样职称的医师负责手术操作。
 - (3) 树立无菌操作观念，严格无菌技术操作，防止院内感染。
 - (4) 严格执行输血程序以及输液、用药的各项规定，严防输错血、用错药。
- 5、加强理论学习，开展基本操作技术的训练，不停提高理论水平。
- 6、加强医疗安全教育，严防差错事故的发生。
- 7、认真搞好帮带工作，不停提高年轻医生的技术水平。做好进修、实习生的带教工作。

(五) 危急值制度及应对流程

(一) 危急值制度：

一、危急值的定义：“危急值”

一般指某种检查、检查成果出现时，表明患者也许已处在危险边缘。此时，假如临床医师能及时得到检查信息，迅速予以有效的干预措施或治疗，也许挽救患者生命；否则就有也许出现严重后果，危及患者安全甚至生命，这种有也许危及患者安全或生命的检查成果数值称为“危急值”。

二、本科室仅医务人员能接有关“危急值”汇报的，并按规定复述一遍成果后，认真记录汇报时间、检查成果、汇报者。

三、医师接获“危急值”汇报后，应根据该患者的病情，结合“危急值”的汇报成果，对该患者的病情做深入理解，对“危急值”汇报进行分析和评估。对深入的急救的治疗措施（如用药、手术、会诊、转诊或转院等）做出决定；并在病程记录中详细记录汇报成果、分析、处理状况，处理时间（记录届时与分）；若为住院医师有向上级医师汇报的内容、上级医师查房状况。

四、“危急值”成果见附表。

（二）、危急值汇报流程：

本科室对于危急值按如下流程操作：

1) 辅助检查科室发现危急值后， 告知本科室，护士接 后将病人
床号、姓名、检查结果、接 的时间、检查汇报人员姓名、 等记
录在危急值登记本上。本床科室需将接

人员的姓名告知辅助检查科室汇报人员。

2) 接 的护士作完记录后必须在半小时内告知到一名有关医生。工作时间依如下次序告知医生：病人的经治医生，病人的主治医生，当日值班医生，主治医生，科主任，医教科。

3) 被告知医生应当在登记本上确认签字。

4) 医生接到危急值汇报后及时采用对应诊治措施。

附表：危急值

项目	低限	高限	单位
血钙	1.75	3.5	mmol/L
血钾	2.8	6.0	mmol/L
血氯	80	120	mmol/L
血糖	2.8	30.0	mmol/L
总胆红素	不小于 510		umol/L
谷丙转氨酶 ALT	不小于 1000		U/L
谷草转氨酶 AST	不小于 1000		U/L
白蛋白 ALB	不不小于 25		g/L
尿素氮	不小于 28		mmol/L
血淀粉酶	不小于 1000		U/L
动脉血 Ph	7.25	7.55	mmHg
动脉血 PCO2	25	80	mmHg
动脉血 PO2	不不小于 65		mmHg
肌红蛋白	不小于 220		ug/L
PLT	50	600	109/L
WBC	2.5	30	109/L
HB	60	200	G/L
血钠	120	160	mmol/L

（六）医疗护理差错、事故防止制度

为了防止医疗护理差错事故，特作如下规定：

1、医师对新入院病人要认真、仔细、全面地检诊，及时、精确做出诊断，予以有效的治疗。对疑难、重危病人要实行三级检诊，防止误诊、漏诊或贻误治疗。

2、对急诊病人应以高度的责任心，及时、严厉、敏捷地进行救治，严密观测病情变化，做好各项记录。必要时立即请上级医师检诊或有关科室会诊。对重危和急症病人不受医疗划区的限制，都要积极救治，不得借故互相推诿，见危不救。

3、一切诊断、手术等操作应严格掌握适应证与禁忌症，有无药物过敏。认真执行查对制度。必要时进行操作前、术前讨论，制定治疗、手术方案，做好技术、物资和急救措施的充足准备。

4、手术、转科、出院、死亡等手续，应由接管医生一人负责处理，须做好查对。

5、处理医嘱做到：

(1) 一种班次内医嘱处理由一人负责究竟，另一名护士查对。

(2) 在执行医嘱时必须再次查对。

(3) 每日进行小查对，每周总查对医嘱一次。

6、给药应严格做到：

(1)注意药物有无变质，剂量、时间与否符合，可疑之处及时查清。

(2)查对药物及发药均由一人负责究竟。夜间药由夜班护士查对后发药。

(3)发药时应让患者及时服下，当时未服者，下班前应查对一遍。

7、各项注射应严格做到：

(1)肌注、输液、抽血应分别进行，防止错注射和漏注射及抽错血。

(2)注射盘内注射器应按床号次序由左向右排列。抽药后空安瓿应套于注射器上。

(3)患者有多种注射药物时，应派专人负责执行医嘱。

(4)需要做过敏试验的药物，须先由医师下达临时医嘱，由护士负责做过敏试验。过敏试验阴性者再告知医师开医嘱，并在注射单及医嘱本上用兰笔记（阴性）后方可执行。重整注射单时须转抄（阴性）。过敏试验阳性者，须在临时医嘱试敏药物名称后用红笔标注（阳性），并汇报医师及患者过敏药物的名称。

(5)进行治疗时，须认真做好床边查对，携带治疗本对照床头牌，问询病人姓名，切勿仅以呼唤病人姓名替代床边查对。

8、输液时应做到：

(1)液体瓶签上须写明床号、姓名以及加入的药名和剂量，执行后签订时间和护士姓名。

(2) 液体必须二人查对后方可给患者输入, 执行时带治疗本床边查对。
临时医嘱的液体, 若不能带临时医嘱时, 须由第二人查对并在瓶签签字后方可执行, 执行时对照瓶签床边查对。

9、输血须做到:

(1) 抽血样时, 必须在床边两人查清再抽。一人上班时应做到每次抽一种病人的血样。

(2) 到血库取血时要逐项“三查”、“八对”, 学员、护理员及病人家属不能取血。

(3) 输血前在护士办公室两人共同查对, 抵达床边两人再次查对, 接上血后再查对一遍, 并观测反应, 及时处理。

(4) 取回血放置时间不得超过半小时。血中尽量不加其他药物, 必须时应缓慢加入, 同步摇匀。血液输入后, 应在三小时内输完, 注意防止污染。取回的血一经启封, 血库不再收回。

(5) 手术室输血时, 须与麻醉医师同步查对输血单、血袋及病历。

10、防止青、链霉素过敏差错:

(1) 青霉素、链霉素更换批号及停药超过 72 小时, 须重做过敏试验。

(2) 凡加有青霉素的液体瓶签上, 在床号、姓名后用红笔写上“青”字。

(3) 凡肌内注射青霉素、链霉素的安瓿或小瓶, 必须保留至注射

完毕，并观测到无反应时为止。

(4) 过敏试验阳性或有过敏史的病人，在其床头牌上以红色标识。
及时在临时医嘱单上用红笔记录“青霉素或链霉素过敏试验阳性”，
并在治疗室提醒板上记录。

(5) 在注射多种新型青霉素前，用该原液做皮试，浓度为 0.1 内含 50u。

11、防止烫伤：

(1) 灌热水袋前须用水温计测温，温度在 60℃-70℃之间。
(2) 老人、小儿、昏迷、水肿、全麻及感觉迟钝患者，给热水袋时不得直接接触患者肢体，水温不得超过 50℃。

(3) 热敷、蒸气吸入，不得由家属代做，操作过程中应常询问患者温度与否适合。

12、防止坠床：

(1) 昏迷、谵妄、惊厥、神志不清及有坠床原因患者须在床头挂提醒卡并加床栏，躁动病人必要时采用保护措施加以约束。

(2) 为防止意外，需要陪护时，陪护不能睡觉。

(3) 加强巡视，及时发现不良原因，必要时专人看守。

13、多种药液必须标识清晰，不得使用带有原装标签的瓶、盒改装其他药物，禁用输液瓶（袋）作它用。

14、随时注意理解、观测患者思想情绪，及时采取措施，防止意外事故发生。

15、特殊时间、特殊剂量的药物应在治疗室提醒板上记录并交班。

16、各班下班前检查一遍本班工作，防止遗忘治疗。

17、护工不能做治疗工作。特殊的护理，如口腔护理、女病人会阴冲洗、巡视重病人等不许交给护工单独进行。

18、转科时，接受科要当面检查皮肤，事后发现褥疮者由接受科室负责。

19、重病人须建立翻身、皮肤护理及观测的记录。

20、非静脉途径输注液体，如膀胱冲洗、肠内营养，应用红色笔书写标签，以示区别。

21、发生严重差错医疗事故后，应立即积极采用有效措施，千方百计进行救治，使损害降到最低程度，应立即向科主任、护士长汇报，并逐级上报，对重大事故，应做好善后工作。科主任、护士长应负责妥善保管好多种原始资料，严禁涂改病历，隐匿事实，销毁证据。

22、各科室均应建立差错事故登记制度，对所发生的差错事故应抓紧认真讨论，总结经验教训，并将诊断通过、讨论成果和初步处理意见报医务科或护理部。凡发生医疗差错事故的当事人员应立即如实写出书面检查待后处理。

23、对已发生的事故，应按国务院颁发的《医疗事故处理条例》严肃处理。

（七）重大医疗过错行为和医疗事故汇报制度

1、为防备重大医疗过错行为和医疗事故的发生，对的处理医疗事故，不停提高医疗服务质量，根据《医疗事故处理条例》和《医疗机构管理条例》制定本制度。

2、医院发生或发现重大医疗过错行为导致患者死亡、也许为二级以上医疗事故或导致 3 人以上人身损害后果的，应于 6 小时内向县卫生局汇报。汇报的内容包括：

（1）医疗机构名称。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。

如要下载或阅读全文，请访问：

<https://d.book118.com/026130102100010145>