

医院病人身份识别制度和程序

1. 严格执行查对制度，准确识别患者身份。护士在进行标本采集、给药、输血(或血制品)及其它护理操作等活动时，应至少同时使用两种患者身份识别方式，如：姓名、年龄、出生年月、性别、床号等。禁止仅以房间或床号作为识别的唯一依据。

2. 对能有效沟通的患者，实行双向核对法即要求患者或近亲属陈述患者姓名，确认无误后方可执行。

3. 对无法有效沟通的患者，如手术(或干细胞采集术、深静脉置管术、血浆置换、单采术、血细胞分离术)患者、抢救、昏迷、神志不清、无自主潜力的重症患者，务必使用腕带。在各诊疗操作前除了核对床头卡、医嘱执行单以外，务必核对腕带，以识别患者身份。

4. 填入腕带的识别信息务必经两名医务人员核对后方可使用，若损坏需更新时，需要经两人重新核对。腕带填写的信息字迹清晰规范，准确无误。项目包括：科室、床号、姓名、性别、年龄、住院号等信息。“腕带”原则上佩戴病人左手，佩戴时，垫1~2指按紧搭扣，松紧适宜，防止扭曲、勒伤。观察佩戴部位皮肤无擦伤，血运良好。护士长对患者腕带使用状况进行监督和检查。

5. 在实施任何有创诊疗活动前，实施者应亲自与患者(或家属)沟通，作为最后确定的手段，以确保对正确的患者实施正确的操作。

6. 需进行手术(或干细胞采集术、深静脉置管术、血浆置换、单采术、血细

胞分离术)的患者，护士应严格执行患者身份识别的流程，对患者姓名、年龄、科室、住院号等信息进行确认。手术室与科室交接中重点环节进行准确的有效核对，做好交接登记。

7. 患者转科交接时，至少同时使用两种患者身份识别方式，做好转科交接登记。

患者身份识别制度(二)

门诊患者身份识别制度

一、在门诊实施任何诊疗活动前，实施者应亲自与患者(或家属)沟通，作为最后确认的手段，以确保对正确的患者实施正确的操作。

二、严格执行查对制度，准确识别患者身份。在进行各项诊疗、护理活动中，至少同时使用姓名、性别、年龄三种方法确认患者身份。

三、各诊区挂号、分诊护士，挂号时认真核对患者“健康行”就诊卡及病历封面上的基本信息:姓名、性别、年龄、职业、地址、药物过敏史及联系电话，了解患者基本病情并正确分诊，帮忙患者选取医师，准确为患者刷卡挂号，避免因分诊错误导致换号、退号。

四、给患者建卡时核对身份证或病历封面上的基本信息:姓名、性别、年龄、职业、地址、药物过敏史及联系电话，正确输入患者信息。

五、对预约患者认真核登记表中患者姓名、性别、年龄及手机号码、就诊卡

及病历封面上的基本信息:姓名、性别、年龄、职业、地址、药物过敏史及联系电话。医师为患者诊治前核对就诊卡及门诊病历患者基本信息，准确识别患者身份。

六、对昏迷、意识不清、语言交流障碍、无自主潜力、新生儿、____岁以下患儿及无痛检查、手术等患者，务必使用腕带作为识别身份并表示和查对的有效手段。在各种诊疗、护理操作前要认真核对腕带上的各项信息，准确识别患者身份。

七、腕带填写的信息字迹清晰规范，准确无误，务必经两名医务人员核对后方可使用，若损坏需更新时，需要经两人重新核对。

八、患者使用腕带舒适，松紧度适宜，皮肤完整无破损。

患者身份识别制度(三)

病人在院期间应被正确识别身份，包括门、急诊病人和住院病人。

1、住院病人均应佩戴腕带作为身份识别标识。

2、腕带佩戴规范

目的:(1)病人流动过程中能被正确识别(如加床、转床、手术、外出检查等);(2)有过敏史者有醒目标记，随时提醒，方便核对;(3)意识模糊或不清者能被正确识别;(4)确保母婴的唯一性，防止相互混淆;(5)医生查房时准确快速地确认病人、读取病人信息。

①手术病人(包括微创手术)、危重病人以及过敏性体质病人务必佩戴腕带，作为病人识别标志。

②腕带填入的识别信息务必经两人核对后方可使用。若有损坏，及时更新，同样需要经两人核对。

③按操作规范给病人佩戴腕带，垫 1-2 指按紧搭扣，松紧适宜，防止扭曲、勒伤。病人出院时去除腕带(在医院死亡病人需经家属确认尸体后才去除)

④执行各项治疗、护理操作时均需核对腕带。

附:国际病人安全目标管理规程

(一) 目的

保证医院相关运作流程和政策贴合国际病安全目标的要求,透过有效的监控措施,保证在实际工作中能够得到执行,以确保病人安全,减少意外事件的发生。

(二) 标准

1、正确识别病人:要使用至少两套病人识别码

(1)当给病人用药、输血或输血制品、抽血标本或采集其他临床检验标本、给病人进行其他任何治疗或操作时,至少要有两套病人识别码。

(2)住院病人使用住院号(性别或年龄)和病人姓名作为病人的识别码,在病人入院时记录在腕带上;急诊抢救室的病人使用病人的姓名(对于身份不明的昏迷病人,由接诊的医护人员临时命名)和门诊号作为病人的标识码,在病人进行

抢救室时记录在手腕带上;门诊病人使用病人姓名、就诊卡号作为病人的识别码,出生日期、住址、电话号码能够作为病人识别的补充信息,当使用识别码有困难时可选取这些补充信息,询问病人后再与这些信息进行核对。患者身份识别制度。在核对病人的识别码时,询问病人“请问你叫什么名字?”让病人回答,然后将病人的回答与手中信息进行核对。

(3)放射科、检验科等辅助科室允许使用流水号或住院号、姓名等其他贴合要求的号码作为病人标本的识别码,但科内务必统一,并在科室管理规程中书面写明政策。

(4)在病人的血袋、药袋和标本的标签上要写明(或打印出)进行病人的识别码,以便与病人进行核对

(5)在给病人治疗、用药、输液、输血、抽血或留取其他标本时要对病人的识别码进行核对。

(6)病人的床号和房间号不能作为病人的识别码使用。

2、有效改善相互沟通

(1)在工作只能需执行口头医嘱或电话医嘱、接到各类的紧急口头报告时,务必有一个口头确认过程,护士或接听报告的人首先要把别人告诉你的信息写下来,要有书面记录,然后大声复述一遍口头医嘱的全部资料、各类检查紧急的口头报告资料,对方确认无误。

(2)医院允许在病人抢救、中深度镇静治疗、手术时使用口头医嘱。在紧急

状况下，在医师不能立即到达又需要立即处理时能够使用电话医嘱，其他状况不准口头医嘱或电话医嘱。原则上尽量减少使用电话医嘱，患者出现病情变化，下级医生请示上级医生后，上级医生在电话中下达的医嘱要由值班医生或管床医生下达书面医嘱后护士才能执行，而且要在病程记录中记录相关资料。

(3) 口头或电话医嘱下达后，护士即要立即书面记录(可记录在口头医嘱单或其他记录纸上)，并根据书面记录资料大声复述给下达医嘱的医生后，听到复述医嘱后，医生要明确示意，经确认无误后护士执行。在个性紧急且人手紧张的状况下，护士记录口头医嘱会影响到病人抢救时，可先按要求在保证正确用药的前提下执行口头医嘱，事后立即补记医嘱资料。口头或电话医嘱要在病人抢救完成后六小时内电脑系统内补录，并打印签字。手术病人的口头医嘱单要求下达医嘱的医生和执行护士签字确认，并存入病历中保存。

(4) 所有急诊检验结果、危及到病人安全的异常检查、检验结果(简称危急值)需要及时通知临床医护人员。检验科和其他辅助检查科室要建立检查危急值报告标准，标准中要包括检验、检查危急值得项目名称、临界值、报告流程和报告负责人。并以书面的形式确认，同时要对全科人员、新入职员工进行培训。检验危急值得报告能够透过 lis 系统自动控制，并提醒检验师。所有急诊检查项目的结果和/危急值结果的书面报告要在审核后立即发送，并电话通知临床科室，以便医师及时得到相关报告。

(5) 临床科室工作人员，包括医师和护士在接听到急诊检查结果、危急值结果报告后，要有书面记录，并将记录的资料大声复述一遍给报告人听，要得到对方的确认。记录的资料包括病人姓名、住院号、检查项目名称、检查结果、接听

电话时间、报告给主管医生或值班医生的时间等。各科要有记录本登记，以便职能部门检查。

(6) 主管医生或值班医生接到检查项目高危报告后，要及时对病人进行评估和处理，必要时向上级医生或科主任请示报告，并在病程记录中记载。

(7) 在急诊病人入院前与接收科室进行电话沟通时，需将收治病人的姓名、性别、年龄、初步诊断、生命体征、基本病情、病人可能需要的特殊医疗设备(氧气、心电监护、呼吸机能)以及病区问的其他相关信息等告知病区，病区接电话人员要有书面记录并大声复述给打电话的人员，要得到对方的确认，同时医护应相互告知。其他状况下进行的电话沟通要按<医疗工作电话沟通记录管理规程>进行记录。

3、消除手术错误

(1) 手术前暂停:为了避免手术病人、手术方案和手术部位的错误，在手术开始前停止术前所有操作及术前核对。

(2) 手术前核对

①为了避免手术病人和手术部位的错误，在手术室的手术和门、急诊小手术都要列出核对清单，手术开始前要停下其他所有工作认真核对清单中所要求的资料，一致确认手术病人、手术方案、手术部位和病人体位是正确的且在正确的手术室，手术需要的所有医疗文书齐全，医疗设备已准备好且功能正常。

②在手术室进行的手术、手术前核对要在麻醉诱导前进行，手术病人本人(清

醒可合作的病人)、手术医生、麻醉师、巡回护士一齐根据<手术护理记录>中“手术前核对清单”中的资料进行逐项核对，核对资料由巡回护士记录，并将参与核对人员名单记录。

③门、急诊的小手术应在手术前由病人本人(清醒可合作的病人)、手术医生、治疗护士一齐核对，核对资料由治疗护士记录在<门急诊、介入手术护理记录单>中，并将参与核对人员名单进行记录。

④当核对清单内的项目无法透过(填“否”)时，手术不得进行，如果在特殊状况下仍需手术时，要经过医务部或总值班同意。紧急抢救生命的手术以争取时间、抢救病人生命为主要职责，能够先抢救，后报告。

(3)术前手术标记:所有手术操作，包括在手术室内进行的手术、在门诊进行的手术、在急诊进行的小手术都要进行手术标记。标记要精确、清晰可见，可能状况下由病人讲出病变部位。

①住院病人由手术医生在病区进行手术标记，门、急诊手术的病人也应有手术医生在门急诊进行手术标记，除非是威胁到病人的生命安全的状况下能够在手术室手术前铺单前进行手术标记。手术标记需要病人或家属的参与，清醒病人进行确认时要触动病人的肢体方向确定左右，要得到病人的认同。昏迷的病人进行确认时要请病人家属参与，要得到病人家属的认同。

②手术切口、穿刺点和手术部位的标记都要准确、清晰，铺单后还能够看得清楚。手术标记要使用蓝色和紫色油性标记笔。

③手术标记笔应放在各病区的指定地点，每位医生都要明白具体地点，每位术科医生应随身携带标记笔，手术室应备消毒后的标记笔供使用。标记笔只能用来作手术标记，不准它用。

③其他操作或治疗如有左右区分，在操作或治疗时容易发生部位错误时也需标记，如局部热疗、胸穿、腰穿等状况。

4、减少病人跌倒风险

(1) 建立可靠和有效的评估工具来测定和确定病人跌倒的危险因素，对高危病人进行跌倒风险评估。

(2) 门、急诊病人对病人进行跌倒风险的评估和记录，如有跌倒风险要进行预防跌倒的健康教育，并采取相应的防范措施。

(3) 住院病人

①每位住院病人的初次护理评估中务必包括对病人跌倒的风险评估(新生儿除外)。跌倒风险评估资料包括病人的年龄、意识状况、走动潜力、自我照顾程度、跌倒病史、药物使用状况、环境设施状况等引起跌倒的风险因素，并对病人及家属进行预防跌倒宣教，且要有记录。

②所有跌倒高危病人均须进行动态评估，病人出现下列状况需随时评估:转入病人、病情变化(如手术后，意识、活动、自我照顾潜力等改变)、使用镇静/止痛/安眠/利尿/降血压/、调血糖等药物时、跌倒后、分值发生变化时、更换陪人或家属时;同时对病人家属进行预防跌倒教育，并有书面记录。

③对于跌倒风险的病人要在床头挂标识医院牌，并根据医院的相关指引制定切实的预防病人跌倒的计划，而且这些计划要得到执行。

④病人跌倒发生后护士要对病人是否受伤、受伤的程度进行评估，如有受伤立即通知主管医生或值班医生，对病人的伤情进行进一步评估，并进行相应处理。同时要对病人进行相关的健康教育和采取预防再次跌倒的计划，同时要按流程和要求报告。报告资料包括：跌倒发生的时间、地点、伤害程度、引起跌倒的危险因素、事件处理经过及具体推荐。

⑤总务、基建后勤要确定哪些环境因素和设备因素是引起病人跌倒的高危因素，定时巡查评估，同时要培训和教育医务人员，尤其是病区护士发现病人跌倒的高危环境和设备因素存在时，及时通知后勤进行处理。

⑥护理部、医务科每月对导致病人跌倒的因素进行分析，提出改善意见，并报院安全管理委员会批准后相关部门执行。

⑦科主任和护士长要对员工，包括新入职的员工进行预防跌倒的培训，医护人员对病人及家属进行预防跌倒的健康教育。

⑧护理部、医教科等职能部门联合制定预防病人跌倒的指引。

患者身份识别制度(四)

患者身份识别制度

1. 严格执行查对制度，准确识别患者身份。护士在标本采集，给药或输血

等各类诊疗活动前，务必严格执行查对制度，应至少同时使用___种患者身份识别方法。

2. 能有效沟通的患者，实行双向核对法，既除核对床头卡以外还要求患者自行说出本人姓名，确认无误后方可执行。

3. 对无法有效沟通的患者，如手术、昏迷、神志不清、无自主潜力的重症患者、新生儿及不一样语种或语言交流障碍、无名、儿童、镇静期间的患者务必按规定使用“腕带”标识作为患者身份识别标识;在进行各项诊疗操作前除了核对床头卡以外，务必核对腕带，识别患者的身份。

4. 在实施任何介入或有创诊疗活动前，实施者应亲自与患者(或家属、沟通，作为最后确定的手段，以确保对正确的患者实施正确的操作。

5. 对新生儿、意识不清、语言沟通障碍等原因无法向医务人员陈述自我姓名的患者，由患者陪同人员陈述患者姓名。

6. 在重症监护病房、手术室、急诊抢救室、新生儿科使用“腕带”作为患者身份识别标识。

7. 填入腕带的识别信息务必经两名医务人员核对后方可使用，若损坏需更新时，需要经两人重新核对。

8. 腕带填写的信息字迹清晰规范，准确无误。项目包括：病区、床号、姓名、性别、年龄、住院号等信息

9。“腕带”原则上佩带在病人“左手”。患者使用腕带松紧适度，皮肤完整无破损

10、完善并落实护理各关键流程(急诊、病房、手术室、产房、新生儿、的患者识别措施，交接程序与登记制度。

10、在检验、放射、CT、超声、放射治疗、等直接与患者当面接触的科室都应进行识别患者

11、定期检查腕带使用状况，护理质量控制小组每月督导并有记录。

患者身份识别制度(五)

患者身份识别制度

为了科学准确识别患者信息，杜绝安全隐患的发生，对住院患者实行双重身份识别，即实行腕带标识和床头牌识别管理。具体如下：

1、医务人员在各种诊疗操作时，务必严格执行三查七对制度，至少同时使用两种患者身份识别的方法，如：姓名、性别、住院号等，不得单独使用患者床位号或病房号核对患者。

2、实施有创(包括介入)诊疗活动前，实施者要亲自告知病人或家属，严格执行查对制度，以确保对正确的病人实施正确的操作。

3、ICU、新生儿科/室、手术病人、意识不清、无自主潜力的患者、不一样语种语言交流障碍的病人入院即使用“腕带”，作为实施抢救、输血、输液等各

项诊疗、护理活动时辨识病人的有效手段。腕带资料包括病人科别、床号、姓名、性别、年龄、住院号、血型。新生儿腕带资料包括床号、母亲姓名、新生儿性别等。腕带由病房护士双人填写并亲视病人佩戴。

4、手术前一天，各病区分管护士根据医嘱查对手术患者床号、姓名、性别、年龄、住院号、血型、手术名称、手术部位无误后，进行术前准备。手术当天，手术室工作人员在病房接病人时核对病历及腕带的资料，并与患者或家属核对，无误后方能接走。进入手术室与巡回护士再次核对，无误后方能进入手术间。手术开始前，由麻醉师、手术医师、巡回护士再次核对，术后手术室仍应持手术病人接送卡及病历与病区做好病情、药品及物品的交接，无误后填写手术患者交接记录本离开。

5、急诊科、ICU、手术室、产房等与病区交接时，由医务人员携带病历及“患者转出交接记录本”护送病人至转入科室。两科室医护人员交接病历，同时在床边交接病人的病情及护理状况，交接完毕，双方分别在“患者转出交接记录本”及“患者转入交接记录本”签字后方可离开。

6、职能部门(医教科、护理部、门诊部)履行督导职能，并有记录。

医院的分级护理制度

分级护理制度

一、特级护理(专护)

1、指定护理计划并严格按照计划执行，严格观察病人的生命体征和变化，

做好重症记录，准确记录出入量。

2、应安置在抢救室或监护病房，设专人__小时护理，准备好抢救药品和器械，随时准备抢救。

3、认真细致做好基础护理，严防各种并发症。

二、一级护理

1、持续室内清洁，整洁，空气新鲜，加强基础护理，预防并发症。

2、严格观察病情，每一分钟巡视一次，定时测量生命体征并观察用药后的反应。

3、制订护理计划，做好护理记录。

4、病人严格卧床休息。

三、二级护理

1、按各科疾病护理常规，保证病人卧床休息，根据病情做适当的床上或室内活动。

2、做好病人的病情观察和基础护理，预防并发症，每__小时巡视病房一次。

3、按医嘱协助病人离床活动，生活上给予必要的照顾。

四、三级护理

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/055014141231011101>