

目的一、制定重大医疗过错行为、医疗事故防范预案和解决程序，及时报告、分析、解决重大医疗过错行为和医疗事故

考核评价项目	主 要 内 容		a	b	c	d	NA
1. 遵循卫生部法规规定，建立本院有重大医疗过错行为和医疗事故报告制度，依照法规规定及时报告	(1) 有重大医疗过错行为和医疗事故报告制度。（有制度文献、有培训记录、有实行办法、实行至少已经三年）						
	(2) 有卫生部规定“重大医疗过错行为和医疗事故报告”计算机网络报告系统（医院安装计算机网络报告系统至少运营已经三年）						
	(3) 医疗机构发生或发现重大医疗过错行为和医疗事故后能及时报告（可从书面文献与计算机网络中证明）	a. 查阅 1 月至 12 月发生事件数，与财务帐上赔付记录件数相一致					
		b. 能于 12 小时内向所在地县级卫生行政部门报告					
		c. 7 日内向所在地县级卫生行政部门作出书面报告					
2. 遵循卫生部法规规定，建立本院重大医疗过错行为、医疗事故防范预案和解决程序	(1) 医院职能部门可以熟知与掌握“重大医疗过错行为、医疗事故防范预案和解决程序”	a. 有制度文献、有督查记录、实行至少三年					
		b. 随机抽查医疗、护理、医技科室、管理部门主任各 2 名，理解知晓限度					
	(2) 对全体员工进行“重大医疗过错行为、医疗事故防范预案和解决程序”培训与教诲，提高知晓度	a. 有培训记录					
		b. 随机抽查医疗、护理、医技人员各 5 名，理解知晓限度					
	(3) 医院能及时通报“重大医疗过错行为、医疗事故”调查与解决信息	a. 医院有及时通报机制，有通报记录					
		b. 抽查医疗、护理、医技科室主任各 2 名，理解知晓限度					
	(4) 医院领导从管理体系、制度、规章、程序上提出改进意见与详细办法（查阅范畴 1 月至 12 月发生事件，院办公会记录中有提出改进意见）★						

3. 近三年中已结案重大医疗过错行为和医疗事故	提供1月至12月发生重大医疗过错行为和医疗事故简况一览表（时间、科别、患者性别年龄、事件名称、重要因素、认定性质、所致后果、当时人职别、工作年限、管理上重要改进办法），在此不作评价成果认定，例数多少不直接影响整体评价成果，重在评价持续改进办法到位限度	
评价中对达到“a”阐明：		记录者签名：
评价中对达到“d”阐明：		记录者签名：
评价中对达到“NA”阐明：		记录者签名：

评价成果认定阐明：在相应框内打钩“√”即可。（以各表评价成果认定办法相似）

1. 评价中对达到“a”表达：完全符合规定，执行力 $\geq 90\%$ ，有持续改进详细办法，为少数项目评价成果，要阐明理由
2. 评价中对达到“b”阐明：大某些符合规定，执行力 $\geq 80\%$ ，为多数项目评价成果
3. 评价中对达到“c”表达：符合规定，执行力 $\geq 70\%$ ，为多数项目评价成果
4. 评价中对达到“d”表达：基本符合规定，执行力 $\geq 60\%$ ，为少数项目评价成果，要阐明理由，限期改进
5. 评价中对达到“NA”表达：未执行、或基本不符合规定， $< 60\%$ ，为少数项目评价成果，要阐明理由，限期改进

目的二、严格执行核对制度，提高医务人员对患者身份辨认精确性

考核评价项目	主 要 内 容	a	b	c	d	NA
1. 健全与完善各科室（部门）患者身份辨认制度和程序（按照 1982 年医院工作制度第 28 项“对制度核对制度”中内容为准，分科检查与核算执行力）	（1）由多部门共同协作制定精确确认病人身份制度和程序。（有文献出示，是多部门共同协作制定，规定明确，做到同一种项目同一规定原则）					
	（2）制度和程序规定使用两种确认病人身份办法，不准使用病人房间号、床号或特定区域代码。（所有医疗、护理、医技人员都应知晓，理解其执行到位限度，与否已经纳入工作流程之中）					
2. 实行者应亲自与患者（或家属）沟通（重点是执行力）	（1）医院有实行者应亲自与患者（或家属）沟通制度与流程，有培训与教诲，有关医护人员均知晓					
	（2）做到在实行任何介入或有创诊断活动前，实行者应亲自与患者（或家属）沟通，作为最后确认手段，以保证对对的患者实行对的操作（随机抽查手术与介入各五位在院患者，其与否知晓病历中记录施术者与其面对面进行过沟通，懂得有关内容）					
3. 完善核心流程患者辨认办法（重点是执行力）	（1）急诊与病房、与手术室、与 ICU 之间流程中有辨认患者身份详细办法、交接程序与记录					
	（2）手术（麻醉）与病房、与 ICU 之间流程中有辨认患者身份详细办法、交接程序与记录					
	（3）产房与病房之间流程中有辨认患者身份详细办法、交接程序与记录					
4. 建立使用“腕带”作为辨认标示制度，作为操作前、用药前、输血前等诊断活动时辨识病人一种有效手段（对重点人群执行力）	（1）ICU（至少是无自主能力者）					
	（2）CCU（至少是无自主能力者）					
	（3）RICU（至少是无自主能力者）					
	（4）SICU（至少是无自主能力者）					
	（5）手术室（全麻）					
	（6）急诊急救室（昏迷）					
	（7）新生儿科/室					
5. 职能部门贯彻督导职能，有记录	（1）医务处					

(督导重点部门、重点人群执行力 到位限度)						
	(2) 护理部					
	(3) 门诊部					
	(4) 其他职能部门					
评价中对达到 “a” 阐明：		记录者签名：				
评价中对达到 “d” 阐明：		记录者签名：				
评价中对达到 “NA” 阐明：		记录者签名：				

目的三、提高用药安全

考核评价项目	主要内容		a	b	c	d	NA
1. 诊断区药柜内药物管理	(1) 药物存储、使用、限额、定期核查应有相应规范						
	(2) 存储毒、剧、麻醉药应符合法规规定，严格管理和登记						
	(3) 注射药、内服药与外用药应严格分开放置						
2. 有误用风险药物管理制度/规范（重点是执行力）	(1) 高浓度电解质制剂（涉及氯化钾、磷化钾及超过 0.9%氯化钠等）、肌肉松弛剂与细胞毒化等高危药物，必要单独存储，禁止与其他药物混合存储，且有醒目的志						
	(2) 临床医护人员对药名、剂型、外观等相似或相近药物具备辨认技能（抽出十种药物，现场辨认）						
	(3) 药学部门应定期提供辨认技能培训与警示信息，规范药物名称与缩写原则						
3. 所有处方或用药医嘱在转抄和执行时都应有严格核对程序，且有签字证明（重点是执行力）	(1) 有严格核对程序文献	a. 抽查内科十份病历					
		b. 抽查外科十份病历					
	(2) 医嘱单有签字、时间记录精确	a. 抽查内科十份病历					
		b. 抽查外科十份病历					
4. 在开据与执行注射剂医嘱（或处方）时要注意药物配伍禁忌（重点是执行力）	(1) 住院：有药物配伍禁忌查询路过（专门 HIS 系统中有药物配伍查询系统软件/表）						
	(2) 门诊药房有审方（专门查询软件/人工检查）						
	(3) 药学部门有缺陷登记						
	(4) 医务处有及时分析与反馈流程，有记录						
5. 输液操作规范与安全管理制度、有防止输液反映办法、医院能集中配制、或病区有配制专用设施）	(1) 内科病区 1						
	(2) 内科病区 2						
	(3) 外科病区 1						
	(4) 外科病区 2						
	(5) 门诊输液室						
	(6) 急诊科输液室						

6. 病区应建立药物使用后不良反映观测制度和程序，医师、护士知晓并能执行这些观测制度和程序，且有文字证明（重点是执行力）	(1) 医院有药物不良反映观测、报告制度和程序（见到文献）						
	(2) 药学部门有药物不良反映登记文本						
	(3) 药学部门有将药物不良反映信息能及时向医师、护士通报途径与记录（能用记录案例证明执行力）						
	(4) 医师知晓药物不良反映观测、报告制度和程序，并能及时获得通报信息（查问五名）						
	(5) 护士知晓药物不良反映观测、报告制度和程序，并能及时获得通报信息（查问五名）						
7. 药师应为医护人员、患者提供合理用药办法及用药不良反映征询服务指引	(1) 药师能为护士提供服务（查问五名）						
	(2) 药师能为医师提供服务（查问五名）						
	(3) 药师能为住院患者提供服务（查问五名）						
	(4) 药师能为门诊患者提供服务（查问五名）						
8. 合理使用抗菌药物（贯彻 48 号文）（重点是执行力）	(1) 抗菌药物分级管理	a. 医院有管理制度与流程					
		b. 科室有抗菌药物分级管理办法，分级责任到每一位医师					
		c. 职能部门有监管记录（.1-12）					
	(2) I 类切口手术防止性使用抗菌药物（首选一、二代头抗菌药物、术前 1 小时用药、24-72 小时停药）	a. 医院有管理制度与流程					
		b. 科室有管理办法，责任到每一位医师					
		c. 职能部门有监管病种（至少有五个）与记录（.1-12）					
评价中对达到“a”阐明：			记录者签名：				
评价中对达到“d”阐明：			记录者签名：				
评价中对达到“NA”阐明：			记录者签名：				

目的四、建立和完善在特殊状况下医务人员之间有效沟通，做到对的执行医嘱

考核评价项目	主 要 内 容	a	b	c	d	NA
1. 在普通诊断活动中医务人员之间有效沟通，做到对的执行医嘱，不使用口头或电话告知医嘱	(1) 有医嘱制度与执行流程（见到文献）					
	(2) 护士知晓制度和程序（查问五名）					
	(3) 医师知晓制度和程序（查问五名）					
	(4) 执行后时间记录精确，与实际相一致					
	(5) 处方、医嘱、病历书写中使用各种缩写，做到全院统一					
2. 只有在对危重症患者紧急急救急特殊状况下，对医师下达口头暂时医嘱，护士应向医生重述，在执行时实行双重检查（特别是在超常规用药状况下），事后应精确记录	(1) 医院有紧急状况下方可使用口头医嘱制度与执行流程（见到文献）					
	(2) 护士知晓制度和程序（查问五名）					
	(3) 医师知晓制度和程序（查问五名）					
3. 接获口头或电话告知患者“危急值”或其他重要检查（涉及医技科室其他检查）成果时，接获者必要规范、完整记录检查成果和报告者姓名与电话，进行复述确认后方可提供医师使用	(1) 医院有对口头或电话告知患者“危急值”或其他重要检查（涉及医技科室其他检查）成果制度和程序（见到文献）					
	(2) 护士知晓制度和程序（查问五名）					
	(3) 医师知晓制度和程序（查问五名）					
评价中对达到“a”阐明：		记录者签名：				
评价中对达到“d”阐明：		记录者签名：				
评价中对达到“NA”阐明：		记录者签名：				

目的五、严格防止手术患者、手术部位及术式发生错误

考核评价项目	主 要 内 容	a	b	c	d	NA
1. 择期手术在手术医嘱下达之时，表白该手术前各项准备工作已经所有完毕	(1) 有围手术期管理规范/制度文献					
	(2) 查阅骨科病历二份，理解与否贯彻					
	(3) 查阅普外科病历二份，理解与否贯彻					
	(4) 查阅泌尿外科病历二份，理解与否贯彻					
	(5) 查阅神经外科病历二份，理解与否贯彻					
2. 建立与实行手术前确认制度与“三步”程序—详见附件。	(1) 医院有手术确认制度与工作流程，对其规定有关医护人员均知晓					
3. 实行手术安全核查与手术风险评估（向当天手术医师、麻醉、护士、病人理解）	(1) 第一步： 在入室后、麻醉诱导之前					
	(2) 第二步：皮肤切开之前（暂停）					
	(3) 第三步：患者出手术室之前（结束）					
评价中对达到“a”阐明：		记录者签名：				
评价中对达到“d”阐明：		记录者签名：				
评价中对达到“NA”阐明：		记录者签名：				

目的六、严格执行手卫生，贯彻医院感染控制基本规定

考核评价项目	主 要 内 容	a	b	c	d	NA
1. 手部卫生：贯彻并贯彻医护人员手部卫生管理制度和手部卫生实行规范，配备有效、便捷手卫生设备和设施，为执行手部卫生提供必须保障与有效监管办法（重点：手卫生依从性）	(1) ICU					
	(2) CCU					
	(3) RICU					
	(4) SICU					
	(5) 急诊科					
	(6) 眼科					
	(7) 口腔科					
	(8) 内镜					
	(9) 妇产科					
	(10) 门诊处置室					
	(11) 门诊注射室					
	(12) 新生儿科/室					
	(13) 感染管理部门与护理部、医务处有督查记录文献（.1-.12）					
2. 操作：医护人员在任何临床操作过程中都应严格遵循无菌操作规范，保证临床操作安全性（重点：无菌操作依从性）	(1) ICU					
	(2) CCU					
	(3) RICU					
	(4) SICU					
	(5) 急诊科					
	(6) 眼科					
	(7) 口腔科					
	(8) 内镜					
	(9) 妇产科					
	(10) 门诊处置室					
	(11) 门诊注射室					

	(12) 新生儿科/室					
	(13) 感染管理部门与护理部、医务处有督查记录文献 (.1-.12)					
3. 器材：使用合格无菌医疗器械（器具、耗材）	(1) 导管室：无菌医疗器械（器具、耗材）存储、灭菌有效期					
	(2) 手术室：无菌医疗器械（器具、耗材）存储、灭菌有效期					
	(3) 供应室：无菌医疗器械（器具、耗材）存储、灭菌有效期					
	(4) 新生儿科/室：无菌医疗器械（器具、耗材）存储、灭菌有效期					
	(5) 感染管理部门与护理部、医务处有督查记录文献 (.1-.12)					
4. 环境：有创操作环境消毒，应当遵循医院感染控制基本规定	(1) 导管室：符合医院感染控制基本规定，有环境消毒记录					
	(2) 手术室：符合医院感染控制基本规定，有环境消毒记录					
	(3) 供应室：符合医院感染控制基本规定，有环境消毒记录					
	(4) 新生儿科/室：符合医院感染控制基本规定，有环境消毒记录					
	(5) 感染管理部门与护理部、医务处有督查记录文献 (.1-.12)					
5. 手术后废弃物：应当遵循医院感染控制基本规定	(1) 手术后废弃物解决符合医院感染控制规范					
	(2) 医院感染管理部门督查记录文献 (.1-.12)					
评价中对达到“a”阐明：		记录者签名：				
评价中对达到“d”阐明：		记录者签名：				
评价中对达到“NA”阐明：		记录者签名：				

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/168037037064006060>