

职责制度及办公室职责

主任：****

副主任：*****

委员：

委员会办公室设在质量管理科，**兼任办公室主任，**兼任秘书，负责日常工作。

（二）工作职责

1、医院质量与安全委员会是医院质量管理体系的决策层，负责医院质量与安全管理工作，领导和协调各质量相关委员会工作，审核各委员会人员调整、新委员会的设立，督导各委员会工作开展。

2、负责制定医院质量与安全规划规划和医疗质量持续改进实施方案。

3、负责审定医院质量与安全监控指标体系、质量目标，逐步完善医院质量与安全指标体系。

4、负责制定质量与安全管理制度和考核办法，组织实施质量与安全定期考核，纳入绩效考核体系。

5、对存在的质量与安全问题进行汇总、分析、反馈，并提出整改方案，负责督导整改方案的落实。

1、实行主任负责制，副主任协助主任开展工作。

2、每半年召开 1 次委员会会议，必要时根据实际情况召开临时工作会议。

3、工作会议与委员会会议由主任主持，主任不在时，可委托副主任代行主任职权，会议有 2/3 及以上成员参加方可召开。

4、医院质量与安全委员会设立医疗质量与安全委员会、输血管理委员会、病案管理委员会、护理质量与安全委员会、医院感染管理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医用耗材管理委员会和医学装备管理委员会八大质量相关委员会，分别负责相关事务。

5、协调各质量相关委员会开展工作，各相关委员会每年向医院质量和安全管理委员会作 1 次工作汇报，为医院制定年度质量与安全管理目标及计划提供决策依据。

6、建立健全医院质量与安全管理的规章制度，明确各级各类人员职责，并督促落实。

7、组织医院质量与安全管理培训，不断提高各成员的管理素质与能力。

8、每年年终召开总结会议，总结当年工作，制定次年工作计划。

（四）办公室职责

1、负责委员会日常管理工作。

、负责委员会会议日程安排及会议记录；通知参会人员，并在会议前将各项议题提交各成员预审。

3、及时理清医院质量管理组织架构，并报委员会审定。

4、组织质量管理方案的实施，对发现的质量与安全问题及时汇总、分析、提出改进措施，并督促整改措施的落实。及时收集质量与安全指标与数据，为医院质量与安全方案的制定提供决策依据。

5、负责医院质量与安全教育培训计划的制定，并督促落实。

6、负责委员会文件档案的归档和管理。

7、向委员会主任报告工作，履行委员会授予的其他职权。

工作职责制度及办公室职责

（一）人员组成

主任：**

副主任：****

委员：

委员会办公室设在医务部，**兼任办公室主任，负责日常工作。

（二）工作职责

1、在医院质量与安全委员会领导下，负责医院医疗质量与安全管理工作。

、依据国家法律法规，制定和完善本院医疗质量与安全管理的制度、标准和规范，制定手术管理制度，提高手术质量，保障手术安全。

3、制订医院医疗质量与安全规划、计划和持续改进方案。

4、定期组织对临床、医技科室的医疗质量与安全工作监督检查、汇总分析、反馈，提出整改方案，并负责督导整改方案的落实。

5、负责医疗核心制度的制定和知情同意书等医疗文书的审核，研究讨论医疗安全管理措施，并督导实施。

6、负责组织医疗差错、医疗纠纷的病案分析、讨论、鉴定工作。讨论、决定医疗差错、过失和事故等事件的院内处理意见。

7、负责全院医务人员的医疗质量与安全教育工作。

（三）工作制度

1、实行主任负责制，副主任协助主任开展工作。

2、每半年召开 1 次委员会会议，必要时根据实际情况召开临时工作会议。

3、工作会议与委员会会议由主任主持，主任不在时，可委托副主任代行主任职权，会议有 2/3 及以上成员参加方可召开。

4、每年度向医院质量和安全管理委员会作 1 次工作汇报，为医院制定年度质量与安全管理目标及计划提供决策依据。

5、组织医疗质量与安全管理委员会各成员的培训，不断提高各成员的管理素质与能力。

、每年年终召开总结会议，总结当年工作，制定次年工作计划。

（四）办公室职责

1、负责委员会的日常管理工作。

2、负责委员会会议日程安排及会议记录；通知参会人员，并在会议前将各项议题提交各成员预审。

3、对医疗质量运行过程进行监督、测量和分析，及时收集医疗质量与安全管理的各项数据，为医疗质量与安全管理方案的制定提供决策依据。

4、组织对委员会批准方案、文件、管理措施的具体实施，对发现的医疗质量与安全问题及时汇总、分析、提出改进措施，并督促整改措施的落实。

5、负责委员会文件档案的管理和归档。

6、负责对本部门工作人员服务意识的教育。

、负责医疗质量与安全教育培训计划的制定，并督促落实。

8、负责审核新技术（新项目）的准入和开展。

9、向委员会主任报告工作，履行委员会授予的其他职权。

作职责制度及办公室职责

（一）人员组成

主任：**

副主任：****

成员：**

委员会下设办公室，设在医务部，**兼任办公室主任，**兼任秘书，负责日常工作。

（二）委员会职责

1、根据医疗技术临床应用管理相关的法律法规、规章，制定我院医疗技术临床应用管理制度并组织实施。

2、审定我院医疗技术临床应用管理目录和手术分级管理目录并及时调整。

3、负责手术分级管理，全院医师手术、介入、麻醉与有创操作资格等的考评与授权。

4、负责审核各类新技术、新项目审议、评定、准入及推荐上报，开展评价。

、上级卫生行政部门规定的其他职责。

（三）工作制度

- 1、实行主任负责制，副主任及办公室主任协助主任开展工作。
- 2、每半年召开一次会议，必要时根据实际情况召开临时工作会议。
- 3、委员会会议由主任主持，主任不在时，可委托副主任代行职权，会议有 2/3 及以上成员参加方可开会。
- 4、每年度向医院质量和安全管理委员会作 1 次工作汇报，为医院制定医疗技术管理及改进措施提供决策依据。
- 5、组织医疗技术临床应用管理委员会各成员的培训，不断提高各成员的管理素质与能力。

（四）办公室职责

- 1、负责委员会的日常管理工作。
- 2、负责委员会会议日程安排及会议记录；通知参会人员，并在会议前将各项议题提交各成员预审。
- 3、组织全院医师手术、介入、麻醉与有创操作资格等的考评与授权。
- 4、对首次应用于我院的医疗技术组织论证，对我院已经临床应用的医疗技术定期开展评估、审核。
- 5、定期检查我院医疗技术临床应用管理各项制度执行情况，并督导临床医疗技术的规范实施，对发现的质量与安全问题及时汇总、分析、提出改进措施，并督促整改措施的落实。

- 、负责委员会文件档案的管理和归档。
- 7、负责对本部门工作人员医疗技术的培训教育。
- 8、向委员会主任报告工作，履行委员会授予的其他职权。

度及办公室职责

（一）人员组成

主任： **

副主任： ****

成员： **

委员会办公室设在医务部，负责日常工作， **兼任办公室主任，陈吉伟兼任秘书。

（二）工作职责

- 1、审定本医疗机构开展临床路径管理的实施方案。
- 2、审定本医疗机构临床路径管理中长期规划、年度计划和总结。
- 3、审定本医疗机构开展临床路径管理的各项相关制度。
- 4、审议指导评价小组提交的有关意见建议。
- 5、协调解决临床路径管理过程中遇到的问题。
- 6、审定本医疗机构中临床路径管理所需的关键数据、监测指标、考核指标。

、其他需要管理委员会承担的职责。

（三）工作制度

- 1、实行主任负责制，副主任协助主任开展工作。
- 2、每半年召开一次会议，必要时根据实际情况召开临时工作会议。
- 3、委员会会议由主任主持，主任不在时，可委托副主任代行职权，会议有 2/3 及以上成员参加方可开会。
- 4、每年度向医疗质量和安全管理委员会作 1 次工作汇报，为医院制定年度医疗质量与安全管理目标及计划提供决策依据。
- 5、组织临床路径（单病种）管理委员会各成员的培训，不断提高各成员的管理素质与能力。

（四）办公室职责

- 1、制定医院临床路径管理工作实施方案。
- 2、制定临床路径管理工作的评价指标和评价程序。
- 3、组织对临床路径管理的实施效果进行评价和分析。
- 4、定期总结临床路径管理工作并提出改进措施。
- 5、审查临床科室提交的临床路径文本、表单、医嘱模板。
- 6、完成每月督查职责，每季度提交临床路径管理的阶段总结报告。

1、人员组成

组长： **

副组长： **

成员：

2、临床路径指导评价小组职责

- (1) 落实管理委员会的各项决议。
- (2) 向管理委员会提交临床路径管理有关意见、建议，制度草案，规划、计划草案，评价结果或报告。
- (3) 对各实施小组的临床路径管理工作进行技术指导。
- (4) 审定各实施小组上报的开展临床路径管理的病种及文本，涉及伦理学问题的，按相关文件规定执行。
- (5) 组织开展临床路径相关培训工作。
- (6) 组织开展临床路径管理评价工作，并负责评价结果运用。
- (7) 临床路径管理过程中关键数据统计与汇总等数据和档案管理。
- (8) 其他需要指导评价小组承担的职责。

办公室职责

(一) 人员组成

**

副主任： **

委员：

委员会办公室设在医务部， **兼任办公室主任，兼任办公室秘书，负责日常工作。

（二）工作职责

1、在医院质量与安全委员会的领导下，负责医院临床合理用血相关工作。

2、遵照国家法律法规，负责组织制定医院输血管理方面的规章制度和技术规程。审议医院输血工作计划和年度用血计划，审查临床用血计划并监督实施。

3、负责临床用血的规范化管理和技术指导，开展临床用血质量评价，提高临床合理用血水平。进行医院临床抢救患者的大剂量输血指导与协调。

4、分析临床用血不良事件，提出处理和改进措施。

5、宣传《献血法》，普及献血科学知识，开展预防和控制经血液传播相关疾病的教育。

6、负责对全员进行输血知识及相关法律法规的培训、考核。增强质量安全意识，合理用血，保证医疗安全，严防差错事故发生。

7、负责指导并推动自体输血等血液保护及输血新技术、新项目及新设备的引进、开展，提高临床科室自体输血率。

8、承担医院交办的有关临床用血的其他任务。

1、实行主任负责制，副主任协助主任开展工作。

2、每半年召开 1 次委员会会议，必要时根据实际情况召开临时工作会议。

3、工作会议与委员会会议由主任主持，主任不在时，可委托副主任代行主任职权，会议有 2/3 及以上成员参加方可召开。

4、每半年向医院质量和安全管理委员会作 1 次工作汇报，为医院制定年度质量与安全管理目标及计划提供决策依据。

5、加强对医院输血相关工作人员规章制度、临床输血质量与安全及法律知识的培训，强化其临床输血安全与管理意识，保证临床用血安全。

6、每年年终召开总结会议，总结当年工作，制定次年工作计划。

（四）办公室职责

1、负责委员会的日常管理工作。

2、负责委员会会议日程安排及会议记录；通知参会人员，并在会议前将各项议题提交各成员预审。

3、负责临床输血质量控制数据指标制定、落实，解决临床输血出现的相关问题。起草医院输血工作计划和年度用血计划。

4、组织对临床科室、医师用血合理性、输血质量目标、规章制度的落实情况等进行考核，及时反馈考核结果。

5、负责委员会文件档案的管理和归档。

6、负责输血知识及相关法规教育培训计划的制定，并督促落实。

、组织对委员会批准方案、文件、管理措施的具体实施,对发现的临床输血质量与安全问题及时汇总、分析、提出改进措施,并督促整改措施的落实。

8、向委员会主任报告工作,履行委员会授予的其他职权。

办公室职责

(一) 人员组成

主任: **

副主任: **

委员: **)

委员会办公室设在质管科, **兼任办公室主任, **兼任秘书, 负责日常工作。

(二) 工作职责

1、在医院质量与安全委员会领导下, 负责医院医学伦理相关工作。

2、医学伦理委员会以维护人的健康利益、促进医学科学进步、增强以病人为中心的服务意识为工作目标, 兼顾医患双方的利益, 积极促进医院生命伦理学的实施与发展。

3、负责审核涉及人体的药品临床试验、医疗新技术、新仪器设备、器官移植、医疗辅助生育、安乐死、克隆技术与基因工程以及

4、负责审核临床科研、教学、医疗或其成果的医学伦理道德问题，贯彻知情同意原则，审查知情同意文件，对研究课题提出伦理决策的指导性建议。

5、通知项目执行者没有预见到的安全问题，并监督缺陷的整改。

6、负责全院医务人员有关医德国际原则、政策法规、道德规范的咨询，组织专题培训班或研讨会。

（三）工作制度

1、实行主任负责制，副主任协助主任开展工作。

2、每年召开 1 次委员会会议，必要时根据实际情况召开临时工作会议。

3、工作会议与委员会会议由主任主持，主任不在时，可委托副主任代行主任职权，会议有 2/3 及以上成员参加方可召开。

4、每年度向医院质量和安全管理委员会作 1 次工作汇报，为医院制定年度质量与安全管理目标及计划提供决策依据。

5、材料提交后，委员会办公室进行初审，并确定评审委员名单，所评审的项目与委员具有利益关联的，相关委员应回避。

6、对申报方案的审查意见在讨论后以投票方式作出决定。必要时，可邀请非委员会成员专家列席会议，但非委员会成员专家不参加投票。

7、对申报方案审议后由委员会主任签发书面意见，并附出席会议人员名单、从事专业情况及签名。医学伦理委员会的审查结

1, 同意, II. 作必要修改后同意, III 不同意,
IV. 终止或暂停先前批准的试验。

8、医学伦理委员会的组织和工作独立进行, 不受任何参与试验的申办者、研究者的影响。

9、医学伦理委员会成员和管理人员应对会议评议、申请内容、研究参与者的信息及相关事宜均应负有保密责任。

10、医学伦理委员会所有会议及其决议均应书面记录。申报审核资料及记录应保存到试验结束后5年。

11、每年年终召开总结会议, 对相关问题进行总结和分析, 制定次年工作计划。

(四) 办公室职责

1、负责委员会的日常管理工作。

2、负责安排委员会会议日程并通知委员会成员参加会议, 在会议前将审查材料提交委员会成员预审。

3、根据审查结果拟定评审意见, 提交委员会主任审核签发, 及时将审查决定传达给申请人。

4、对所有批准的研究项目组织跟踪审查, 包括修正方案审查, 不良事件报告审查等。

5、加强医患沟通, 对病人及家属提出的有关医学伦理问题提供咨询和建议。

6、负责委员会教育培训计划的制定, 并督促落实。

- 、负责委员会经费管理、文件档案管理。
- 8、向委员会主任报告工作，履行委员会授予的其他职权。

办公室职责

（一）人员组成

主任：**

副主任：****

委员：

委员会办公室设在病案室，**兼任办公室主任，负责日常工作。

（二）工作职责

- 1、在医院质量与安全委员会领导下，全面负责医院病案质量的管理工作。
- 2、负责制定医院病案质量与管理规划、计划和持续改进方案，制定和完善病案质量与管理制度。
- 3、制定病案书写标准和规范，根据有关材料讨论和确定疾病诊断和手术名称的统一命名，促进本院疾病诊断和手术名称书写的规范化、标准化。
- 4、定期组织对病案的基础质量、环节质量和终末质量监督、检查、考评、反馈，提出整改方案，并负责督导整改方案的落实。
- 5、及时收集病案质量与管理的各项数据，并汇总分析，为医院

6、负责讨论、决定严重违反病案相关法律法规和规章制度事件的院内处理意见。

7、负责全院医务人员的病案质量与管理教育培训工作。

8、负责审定全院病案相关医用表格的印制并监督实施。

（三）工作制度

1、实行主任负责制，副主任协助主任开展工作。

2、每半年召开 1 次委员会会议，必要时根据实际情况召开临时工作会议。

3、工作会议与委员会会议由主任主持，主任不在时，可委托副主任代行主任职权，会议有 2/3 及以上成员参加方可召开。

4、每年度向医院质量和安全管理委员会作 1 次工作汇报，为医院制定年度质量与安全管理目标及计划提供决策依据。

5、组织病案管理委员会各成员的培训，不断提高各成员的管理素质与能力。

6、每年年终召开总结会议，总结当年工作，制定次年工作计划。

（四）办公室职责

1、负责委员会的日常管理工作。

2、负责委员会会议日程安排及会议记录；通知参会人员，并在会议前将各项议题提交各成员预审。

3、对病案书写与管理过程进行监督、测量和分析，按时上传病案首页信息。及时收集病案质控与管理的各项数据，为病案管理委

4、组织对委员会批准方案、文件、管理措施的具体实施,对发现的病案质量与管理问题及时汇总、分析、提出改进措施,并督促整改措施的落实。

5、负责委员会文件档案的管理和归档。

6、负责加强对本部门工作人员服务意识的提高。

7、审核全院病案相关医用表格的印制并监督实施。

8、向委员会主任报告工作,履行委员会授予的其他职权。

职责制度及办公室职责

(一) 人员组成

主任: **

副主任:

委员

委员会办公室设在护理部, **兼任办公室主任, **兼任办公室秘书, 负责日常工作。

(二) 工作职责

1、在医院质量与安全委员会领导下, 负责医院护理质量与安全工作。

2、负责制定医院护理质量与安全管理计划、目标和措施, 制定和完善护理规章制度、质量检查标准。

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/23511332001011201>