

医疗质量与安全管理核心制度

- (1) 首诊负责制度
- (2) 三级医师查房制度
- (3) 疑难病例讨论制度
- (4) 会诊制度
- (5) 危重患者抢救制度
- (6) 手术分级管理制度
- (7) 术前讨论制度
- (8) 死亡病例讨论制度
- (9) 分级护理制度
- (10) 查对制度
- (11) 病历书写基本规范与管理制度
- (12) 交接班制度
- (13) 医疗技术准入制度
- (14) 临床用血审核制度
- (15) 手术安全核查制度
- (16) 危急值报告制度
- (17) 抗菌药物分级管理制度
- (18) 信息安全管理

首诊负责制度

1、指患者的首位接诊医师（首诊医师）在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前，负责该患者全程诊疗管理的制度。科室的首诊责任参照医师首诊责任执行。

2、门、急诊、病房实行首诊负责制度。病人在医院门、急诊挂号（不管是否接受过预检分诊台分诊），到达目的科室后或选择医生后，首诊医师都应该热情接诊，按规范书写门、急诊病历，进行诊疗工作。

3、首诊医师在接诊后发现病人所述病症与本科无关或需他科会诊，应在门诊病历上书写初步诊断后请有关科室会诊，并向病人讲明原因，指导就医路线。如遇重症病人或行动不便的病人可请会诊医师到诊室或床边进行会诊，需要多科会诊的可送急诊科观察室，由急诊科负责组织会诊。被邀请会诊人员应随请随到，通力合作，进行诊疗。

4、首诊医师认为病人病情危重需转科治疗时，应负责联系有关科室，转科前应进行必要的处置，对转科及转送到医技科室检查途中可能发生危险的病人，呼请轮椅或推车护送，并派医护人员护送，以防发生意外，并向接收科室交代有关事宜。

5、首诊医师认为病人病情需转外院诊治，原则上要先请本科主任或二值班会诊后再作决定。对于危重症病人转院要报医务处或总值班，并向病人讲清转院原因，注意途中安全。

6、临床医师在接诊需会诊、转科、转院病人后，如果不书写首诊病历或让病人退号，都视作推诿病人、按违反规定处理。发生不良后果的按规定予以行政、经济处罚，情况严重的将追究法律责任。

三级医师查房制度

1、医院建有三级医师治疗体系，实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。三个不同级别的医师可以包括但不限于主任医师或副主任医师、主治医师和住院医师。

2、主任医师（副主任医师）或主治医师查房，应有住院医师和有关人员参加。参加查房人员应严肃认真，查房期间不接手机，不得处理与医疗无关的事务。与病人沟通的同时要注意保护性医疗制度，不得随意泄露医疗专业上的争议及不利于病人的信息，避免影响病人情绪，妨碍治疗工作

3、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。查房时，住院医师要报告病历摘要、目前病情、检查化验结果及提出需要解决的问题。上级医师可根据情况做必要的检查，提出诊治意见，并做出明确的指示。

4、查房时限及内容：

（1）主任（副主任）医师查房：病危病人 24 小时内有高级职称人员查看，急、危抢救病例随到随看，其他病人每周 1~2 次；主治医师首次查房记录应在患者入院 48 小时内完成，手术病人，术者必须于术前一天和术后三天内查看病人；日常查房要求：病危患者每天查、病重患者至少三天内、病情稳定病人 5 天内必须有上级医师查房。对诊断不清、治疗不顺利、疑难危重病人，必须有副主任医师以上医师查看病人。

（2）科主任和主任（副主任）医师查房要解决疑难病例、审查对新入院、重危病人的诊断和治疗计划；决定重大手术及特殊检查治疗；检查医疗质量与安全和各种制度执行情况；决定患者出院、转院等。

（3）主治医师查房每日一次；每周查房时间固定，查房应在上午进行；对本组重危疑难病人、新入院病人、诊断未明、治疗效果不好的病人重点检查，决定治疗方案及出院问题，在查房中要注意检查住院医师、进修医师及实习医师的工作和病历书写质量，并修改病历。

（4）住院医师每天至少查房两次（上午、下午各一次），重点巡视重危、疑难、待诊断、新入院、手术后的病人，同时巡视一般病人，查看化验报告单、分析检查结果，提出进一步检查或治疗意见，检查当天医嘱执行情况，给予必要的临时医嘱，并开次晨特殊检查的医嘱；通过查房全面了解病人情况，发现问题及时处理，做好记录，向上级医师汇报；对于新入院的一般病员须在 2 小时内查看病员；认真修改实习医师书写的病历，并签字以示负责。上级医师的查房记录必须由查房医师审阅并签名。

5、根据《江苏省病历书写规范》要求，三级医师查房要在病历中有客观反映及记录。

疑难病例讨论制度

1、指为尽早明确诊断或完善诊疗方案，对1 周内诊断困难或经常规治疗后疗效不显著甚至病情进展恶化的病例进行讨论的制度。

2、疑难病例讨论由主治医师（或以上人员）提出，由科主任或具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持，召集有关医务人员参加。必要时邀请相关科室人员或院外专家参加。

3、经治医师汇报病史，上级医师进行补充，应认真进行体格检查、分析、讨论，尽早明确疾病诊断，提出治疗方案。

4、记录内容包括讨论日期、主持人、参加人员姓名、专业技术职称，病情简介，诊治难点，与会者讨论要点（讨论目的）具体讨论意见及主持人总结意见。

5、记录者签名，主持人审阅并签名。

术前讨论制度

- 1、指以降低手术风险、保障手术安全为目的，在患者手术实施前，医师必须对拟实施手术的手术指征、手术方式、预期效果、手术风险和处置预案等进行讨论的制度。
- 2、病情较重或难度较大及新开展的手术，及凡属原江苏省卫生厅印发的《江苏省手术分级管理规范》范畴中的三、四级手术和特殊手术，必须进行术前病例讨论（以紧急抢救生命为目的的急诊手术除外）。
- 3、术前讨论的范围包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论。
- 4、全科讨论应当由科主任或其授权的具有副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持，召集有关医务人员参加。
- 5、患者手术涉及多学科或存在可能影响手术的合并症的，应当邀请相关科室参与讨论或事先完成相关学科的会诊，必要时邀请医务处参加。
- 6、记录内容包括：讨论日期，主持人及参加人员的姓名、职称、术前准备情况、手术指征、麻醉方式、手术（替代）方式、手术体位、入路切口、手术步骤、术中注意事项、围手术期护理、预后估计和术中及术后可能出现的意外及防范措施等具体讨论意见及主持人总结意见。
- 7、讨论内容由记录者签名，主持人审阅并签名。
- 8、术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。

死亡病例讨论制度

1、系指为全面梳理诊疗过程、总结和积累诊疗经验、不断提升诊疗服务水平，对医疗机构内死亡病例的死亡原因、死亡诊断、诊疗过程等进行讨论的制度。

2、凡死亡病例应在患者死亡后一周内进行死亡病例讨论；特殊病例（如有医患纠纷的）及时讨论；尸检病例应在尸检报告出具后一周内进行，原则上不迟于两周。

3、死亡病例讨论应当在全科范围内进行，由科主任主持并召集有关医务人员参加；必要时邀请医务处和相关科室人员参加。

4、讨论记录内容：

①讨论日期、主持人及参加人员姓名、技术职称、职务、患者姓名、性别、年龄、婚姻、出生地、职业、工作单位、住址、入院日期、死亡日期及时间、死亡原因、死亡诊断（包括尸检和病理诊断）。

注：死亡原因是指“直接导致死亡的一系列病态事件最早的那个疾病或损伤，或者造成致命损伤的那个事故或暴力的情况”，即直接导致死亡的疾病、损伤或并发症；而不是指患者临终前的状况，不可含糊填写“呼吸衰竭、循环衰竭、全身衰竭”等。

②参加者发言记录，重点记录诊断意见、死亡原因分析、抢救措施意见、经验教训及本病国内外诊治进展等具体讨论意见及主持人总结意见。

③记录者签名，主持人审阅并签名。

会诊制度

1、会诊是指出于诊疗需要，由本科室、院内其他科室或医院以外的医务人员协助提出诊疗意见或提供诊疗服务的活动。而规范会诊行为的制度则称为会诊制度。

2、会诊的形式

(1) 科内会诊：本病区或本科内会诊，由住院医师提出，经主治医师或主任（副主任）医师同意，召集本病区或本科的医护人员参加（亦可结合疑难病例讨论会进行）。

(2) 科间会诊：住院病人会诊由住院医师提出，经主治医师或主任医师同意后填送会诊单，会诊单上应写明病情及会诊目的和要求，由主治医师签字后送应邀科室。应邀科室原则上应在 24 小时内完成会诊，申请会诊科室应有医师接待会诊医师，以便共同讨论。会诊医师应将会诊意见记录在会诊单上。

(3) 急会诊：住院病人需作急诊会诊者，经二值班医师或主治医师同意后，可直接用电话联系。应邀科室应由主治或以上医师（非正常工作时间二值班医师）负责会诊。申请科室填写会诊单，写明病情、会诊目的和要求，并在会诊单右上角写明“急会诊”字样。急诊科病人急会诊时，凡无单独急诊值班医师的科室，可用电话联系邀请病房值班医师。急会诊应邀医师应在 10 分钟内到达会诊地点，并在会诊结束后即刻完成会诊记录。

(4) 全院会诊：由科室主任提出和组织，同时要向医务处汇报。申请科室填写会诊单，写明病情、会诊目的和要求，并在会诊单右上角写明“全院会诊”字样，应邀科室应由高年资主治医师或以上人员参加，必要时可邀请分管院领导或医务处人员参加。会诊由申请科室科主任或主治医师主持，指定专人记录，会诊结束时主持人应进行总结。

(5) 院内多学科会诊：由经治医师填写《多学科综合诊疗会诊申请表》，科主任审核后上报医务处。医务处根据申请会诊的需求和患者病情通知参与多学科综合诊疗的会诊专家和具体会诊时间。应邀科室应由高年资副主任医师以上人员参加，会诊结束后，由申请会诊科室主持人书写《院内多学科综合诊疗会诊记录》，留医务处备案；由经治医师在住院患者病历中规范书写“多学科综合诊疗会诊记录”病程记录；由医务处负责填写《院内多学科诊疗会诊登记表》备案留存，特殊患者可及时申请并落实医患沟通办的医政谈话。

(6) 院间会诊：

① 院内暂时不能诊治的疑难危重病例或患者家属有要求邀请外院专家会诊的病例，经科内讨论（特殊病种除外，如精神疾病、传染性疾病），由经治医师填写会诊单，科主任签字同意后，至医务处登记盖章，必要时报分管院长批准，向被邀医院医务处发出会诊邀请函。

②邀请会诊前，经治医师应向病人或家属讲明会诊方式、人员，经治医师应避免直接经手患方的会诊费用。

③被邀医院会诊医师应在会诊单上书写会诊意见并签名；会诊后如需进行手术或特殊操作的，须组织科内讨论，填写《特殊手术审批单》，经科主任签署意见，报医务处审核、院领导审批后方可进行（可在手术记录中术者或 I 助位置注明受邀医师姓名）。

（7）外出会诊：各科室人员在完成好本职工作的前提下，可按照原卫生部《医师外出会诊管理暂行规定》外出会诊，接院外邀请（必须是正规医疗机构）后由医务处、总值班或科主任安排，如对方指定医师的可根据院内具体情况尽量安排，外出会诊医师应将受邀医院邀请函带回并及时上交医务处留存备案。

2、会诊注意事项

（1）掌握会诊的指征；

（2）按规定在医生工作站填写会诊申请单并提出申请；

（3）被邀会诊医师应由主治医师以上人员承担，会诊时要详细了解病情和检查病人；管床医师要陪同会诊，主动介绍病情和请教问题，说明要求会诊的目的和中心主题，双方进行讨论交流和沟通；

（4）会诊中发生明显分歧时，被邀会诊医师要主动邀请上级医师再次会诊；

（5）主治医师要根据会诊意见作为制定治疗方案的参考，并将会诊情况向病人通报说明；会诊意见的处置情况应当在病程中记录。

（6）会诊记录单要纳入病历保存。

危重病人抢救制度

- 1、系指为控制病情、挽救生命，对急危重患者进行抢救并对抢救流程进行规范的制度。
- 2、病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害、生命体征不稳定并有恶化倾向等危重病人抢救及重点病种的救治工作应由主治医师(或二值班)组织，重大抢救应由科主任组织，必要时由医务处协调、院领导参加，所有参加抢救人员无条件听从指挥，分工协作。
- 3、临床科室急危重患者的抢救，由现场级别和年资最高的医师主持。紧急情况下医务人员参与或主持急危重患者的抢救，不受其执业范围限制。
- 4、抢救工作中遇有诊断、治疗、技术操作等方面的困难时，应及时请示，迅速予以解决，一切抢救工作要做好记录，要求准确、清晰、扼要、完整，并准确记录执行时间。
- 5、因抢救危重患者需要，医师下达口头医嘱时，护士应当复诵一遍，确认无误后方可执行。
- 6、各种急救药物的安瓿、输血袋、输液空瓶等用完后要集中放在一起，以便核对。
- 7、管床（或值班）医师应及时进行医患沟通，详细介绍病情发展规律和趋势、已采取和即将采取的抢救措施、可能的转归等，以取得病人家属的理解，并做好记录，履行医患双方签字确认。
- 8、抢救结束后，医师应当即时据实补记医嘱；抢救物品使用后要及时归还原处，做好清理、补充，并保持整齐清洁。抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历，记录时间应具体到分钟，主持抢救的人员应当审核并签字。
- 9、病危病人每天应有主治医师及以上人员查房，科主任根据病情需要随时查房，及时组织科内或申请全院相关医师讨论会诊，制定恰当的诊治抢救方案；管床（或值班）医师按《病历书写规范》要求随时做好各种记录。
- 10、科室要做好对危重病人的登记工作，对本科室的危重病人要登记在《危重病人登记本》上，重点记录病人的姓名、年龄、性别、住院号、抢救日期、抢救方案及转归。
- 11、凡急需抢救或手术治疗的危重病人，其无家人或单位同事等人员在场时，应及时启动院内绿色通道机制，确保急危重患者优先救治后收费，同时向院内医疗总值班（南院 65151、北院 68120）、医务处（南院 3028、北院 8006）或分管院领导报告。特殊情况下留拍患者病情或伤情等客观资料保存，并可通过多渠道尽快通知患者家人或单位同事领导等；还应当为非本院诊疗范围内的急危重患者的转诊提供必要的帮助。

12、临床科室必须备有抢救车，所有抢救设备和器材应处于应急状态，所有抢救药品和器材有专人负责管理。

手术分级管理制度

为确保手术质量和患者安全，预防医疗差错，根据《医疗技术临床应用管理办法》、《医疗机构手术分级管理办法》等规定，按照手术风险程度、复杂程度、难易程度和资源消耗不同，结合我院实际，特制定该分级管理制度。

1、手术分级：根据风险性和难易程度不同，手术分为四级。

(1) 一级手术是指风险较低、过程简单、技术难度低的普通手术。

(2) 二级手术是指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术。

(3) 三级手术是指风险较高、过程较复杂、难度较大的手术。

(4) 四级手术是指风险高、过程复杂、难度大的重大手术。

2、手术医师分级

独立开展手术的医师应当为持有《医师资格证书》和《医师执业证书》的本院执业医师，经特别审批的除外。根据手术医师取得相应的卫生专业技术任职资格、受聘的专业技术职务、从事相关专业的年限，规定手术医师分级如下：

(1) 住院医师

① 低年资住院医师：担任住院医师3年以内。

② 高年资住院医师：担任住院医师3年以上。

(2) 主治医师

① 低年资主治医师：担任主治医师3年以内。

② 高年资主治医师：担任主治医师3年以上。

(3) 副主任医师

① 低年资副主任医师：担任副主任医师3年以内。

② 高年资副主任医师：担任副主任医师3年以上。

(4) 主任医师，受聘主任医师岗位者。

3、各级医师手术权限

(1) 低年资住院医师：在上级医师指导下，逐步开展并熟练掌握一级手术。

(2) 高年资住院医师：在熟练掌握一级手术的基础上，在上级医师指导下逐步开展二级手术。

(3) 低年资主治医师：熟练掌握二级手术，并在上级医师指导下，逐步开展三级手术。

(4) 高年资主治医师：掌握三级手术，有条件者可在上级医师指导下，适当开展一些四级手术。

(5) 低年资副主任医师：熟练掌握三级手术，在上级医师指导下，逐步开展四级手术。

(6) 高年资副主任医师：在主任医师指导下，开展四级手术，亦可根据实际情况单独完部分四级手术、新开展的手术和经省级以上卫生行政部门批准的临床试验、研究性手术。

(7) 主任医师：熟练完成四级手术，开展新的手术，或经卫生行政部门批准的重大临床试验、研究性手术。

(8) 对于卫生行政部门有特殊资格准入规定的手术，除符合上述规定外，手术医师还必须是已获得相应专项手术的准入资格者。任何级别手术医师的手术权限均不可超出医院的手术权限。

4、手术审批权限

手术审批权限是指对拟实行不同级别手术以及不同情况、不同类别手术的审批权限。

(1) 常规手术：

① 四级手术：由科主任审批，高年资副主任医师以上医师签发《手术通知单》，报医务处备案。

② 三级手术：由科主任审批，副主任医师及以上医师签发《手术通知单》。

③ 二级手术：由科主任审批，高年资主治医师及以上医师签发《手术通知单》。

④ 一级手术：由科主任审批，低年资主治医师及以上医师签发《手术通知单》。

各级医师在实施手术过程中遇到未预测的特殊情况，需实行的手术超出自己的手术权限时，应立即口头上报请示，由具备实施手术的相应级别的医师主持手术；紧急抢救生命的手术，按照急诊手术规定处理。术后 24 小时内完善相应的手术审批手续。

(2) 特殊手术：凡属下列情况之一的可视作特殊手术。特殊手术须组织科内讨论，填写《特殊手术审批单》，经科主任签署意见，报医务处审核、分管院领导审批后，由高年资副主任医师及以上医师签发《手术通知单》。

① 被手术者系外宾、华侨、港、澳、台同胞，特殊保健对象等。特殊保健对象包括高级干部、著名专家、学者、知名人士及民主党派负责人等；

② 各种原因导致毁容或致残的；

③ 涉及法律风险，可能引起司法纠纷的；

④ 非计划再次手术的；

⑤ 高风险手术；

-
- ⑥ 邀请外院医师参加手术者的；
 - ⑦ 人体器官移植手术；
 - ⑧ 虽已广泛用于临床，但在本院属首次开展的手术；
 - ⑨ 重大的新手术以及临床试验、研究性手术；
 - ⑩ 国家及省卫计委有其他特殊技术准入要求的。

(3) 急诊手术：

原则上应有具备实施手术的相应级别的医师主持手术，但在需紧急抢救生命的情况下，在上级医师暂时不能到场主持手术期间，任何级别的值班医生在不违背上级医师口头指示的前提下，有权、也必须按具体情况主持其认为合理的抢救手术，不得延误抢救时机，术后24小时内完善相应的手术审批手续。

(4) 外出会诊手术：

执业医师被邀请外出会诊手术，必须按照卫生部《医师外出会诊管理暂行规定》、《执业医师法》的规定执行，办理相关审批手续，在医务处备案，手术医师所主持的手术不得超出本规定相应手术级别，不得应邀主持不具备开展相应手术级别的医疗机构开展超范围的手术。

5、手术医师资格分级授权程序

(1) 手术医师符合独立承担手术的资格时，或手术医师根据前述有关条款需晋级承担上一级手术时，应当根据自己的资历、实际技术水平和操作能力等情况，填写《医师手术权限调整申请授权表》，交本科室主任。

(2) 科主任组织科室考评小组对其技术能力进行讨论评估后，提交医务处。

(3) 医务处组织专家考评小组对其进行综合考核评估，考核合格者，提交医院医疗技术应用管理委员会讨论通过。

(4) 医疗技术应用管理委员会主任签批。

(5) 手术医师资格分级授权结果院内公示。

(6) 医务处备案，履行管理、监督、检查职责。

6、建立手术分级管理目录和手术医师技术档案，对手术医师资格分级授权进行准入和动态管理。每两年集中授权1次，对手术医师能力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。

(1) 不定期检查执行情况，其检查结果纳入医疗质量考核项目中。

(2) 对违反本规范超权限手术的科室和责任人一经查实，将追究科室负责人的责任，由此引发的医疗纠纷，违规人员个人承担相应的法律和经济赔偿责任。

(3) 当出现下列情况之一者，取消或降低手术操作权限：

① 达不到操作许可必须条件的；

② 对手术医生实际完成的手术质量评估后，经证明其操作并发症的发生率超过操作标准规定的范围者；

③ 连续两年发生两起以上（或一年内发生两起以上）医源性非计划再次手术或经医学会鉴定为二级以上医疗事故、三级以上医疗事故主要责任、医疗损害鉴定为六级伤残以上主要责任的（未经医学会鉴定的以我院医疗质量与安全管理委员会讨论结果为准）；

④ 离职者、退休未被返聘人员予取消手术权限。

(4) 予暂停或降低手术权限处理的，半年以后经医院医疗技术应用管理委员会重新考核认定合格的，再予授权其相应资质。

分级护理制度

分级护理是指患者在住院期间，医护人员根据患者病情和生活自理能力，确定并实施不同级别的护理，以保证护理质量，保障患者安全；也使护理人员明确工作重点，合理安排人力，保证护理工作顺利进行。

一、护理级别

依据患者病情和自理能力分为特级护理、一级护理、二级护理和三级护理四个级别。

二、分级方法

- （一）患者入院后应根据患者病情严重程度确定病情等级。
- （二）根据患者自理能力评分，确定自理能力等级。
- （三）依据病情等级和（或）自理能力等级，确定患者护理分级。
- （四）临床医护人员应根据患者的病情和自理能力的变化动态调整患者护理分级。

三、分级依据

（一）符合以下情况之一，可确定为特级护理：

- 1、维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者。
- 2、病情危重，随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者。
- 3、各种复杂或大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者

（二）符合以下情况之一，可确定为一级护理：

- 1、病情趋向稳定的重症患者。
- 2、病情不稳定或随时可能发生变化的患者。
- 3、手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者。
- 4、自理能力重度依赖的患者。

（三）符合以下情况之一，可确定为二级护理：

- 1、病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖的患者。
- 2、病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者。
- 3、病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

（四）病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无需依赖的患者，可确定为三级护理。

四、分级护理要点

护士应当遵守临床护理技术规范和疾病护理常规，并根据患者的护理级别和医师制定的

诊疗计划，按照护理程序开展护理工作。

（一）护士实施的护理工作包括：

- 1、密切观察患者的生命体征和病情变化。
- 2、正确实施治疗，给药及护理措施，并观察、了解患者的反应。
- 3、根据患者病情和生活自理能力提供照顾和帮助。
- 4、提供护理相关的健康指导。

（二）对特级护理患者的护理包括以下要点：

- 1、严密观察患者病情变化，随时监测生命体征。
- 2、根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。
- 3、根据医嘱，准确测量出入量。
- 4、根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如：口腔护理、压力性损伤护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施。
- 5、保持患者的舒适和功能体位。
- 6、实施床旁交接班。

（三）对一级护理患者的护理包括以下要点：

- 1、每小时巡视患者，观察患者病情变化。
- 2、根据患者病情，测量生命体征。
- 3、根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。
- 4、根据患者病情，正确实施基础护理和专科护理，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施。
- 5、提供护理相关的健康指导。

（四）对二级护理患者的护理包括以下要点：

- 1、每 2 小时巡视患者，观察患者病情变化。
- 2、根据患者病情，测量生命体征。
- 3、根据医嘱，正确实施治疗，给药措施。
- 4、根据患者病情，正确实施护理措施和安全措施。
- 5、提供护理相关的健康指导。

（五）对三级护理患者的护理包括以下要点：

- 1、每 3 小时巡视患者，观察患者病情变化。
- 2、根据患者病情，测量生命体征。

-
- 3、根据医嘱，正确实施治疗、给药措施。
 - 4、提供护理相关的健康指导。
 - 5、护士在工作中应当关心和爱护患者，发现患者病情变化，应当及时与医师沟通。

查对制度

为防止医疗差错，保障医疗安全，医务人员对医疗行为和医疗器械、设施、药品等进行复核、查对的制度。

一、临床科室

（一）开医嘱、处方或进行治疗时，应查对患者姓名、性别、年龄、床号、住院号（就诊卡号）。

（二）执行医嘱及各项处置时要做到“三查、八对”：

三查：操作前、操作中、操作后查对。

八对：对患者床号、姓名和药物的名称、剂量、时间、用法、浓度、有效期。

（三）一般情况下不执行口头医嘱。抢救时医师可下达口头医嘱，护士执行时必须复诵一遍，确定无误后执行，并暂保留用过的空安瓿，抢救结束后 6 小时内据实补记。

（四）使用药品前要检查药品标签上的药名、批号、有效期和药品质量、剂量。不符合要求者不得使用，并报告护士长和药学部，追溯问题药品的来源。

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

（六）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。

二、手术室

（一）执行医嘱及各项处置时要做到“三查、八对”，防止医疗不良事件发生。

（二）对手术患者严格执行“六查、十二对”：

六查：到病房接患者时查、入手术室时查、麻醉前查、安置体位前查、手术开始前查、离开手术室前查。

十二对：查对科别、床号、患者姓名、性别、年龄、住院号、手术间号、手术名称、手术部位、所带物品药品、药物过敏史及有无特殊感染、手术器械敷料齐全并灭菌合格。

（三）严格落实手术安全核查制度，由手术医师、麻醉医师、手术室护士三方共同完成，分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，对患者身份、诊断、麻醉方法、手术方式和手术部位等内容进行核查工作，确保手术患者、手术部位、手术方式正确。

（四）严格落实手术物品清点制度，巡回护士与器械护士在手术开始前、关闭体腔前后、缝合皮肤后与手术医师共同查对所有器械、敷料及缝针等，数目准确无误并签字。

（五）由手术医师、麻醉医师和巡回护士确认手术方式、手术部位后安置合适的手术体

位。

（六）术中用药、输血应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。

（七）规范手术标本的保存、登记、送检等流程，双方严格交接核对并签字，严防标本差错。

三、药房

四查十对：（一）查处方：对科别、姓名、年龄；（二）查药品：对药名、规格、剂量、数量；（三）查配伍禁忌：对药品性状与有效期、用法用量；（四）查用药合理性：对临床诊断。

四、输血科

（一）接受配血标本时，要双方逐项核对受血者血样与输血申请单。

（二）血型鉴定和交叉配血试验，两人工作时要“双查双签”，一人工作时要自己重新复核。

（三）发血时，要与取血人共同核对科别、病房、床号、姓名、血型、血袋号、交叉配合试验结果、采血日期、血液质量。准确无误后双方共同签字。

五、检验科

（一）采取标本时，核对科别、床号、姓名、检验目的。

（二）收集标本时，核对科别、姓名、性别、联号、标本数量和质量。

（三）检验时，核对试剂、项目、化验单与标本是否相符。

（四）检验后，核对目的、结果。

（五）发报告时，核对姓名、科别、病房。

六、医学影像科

（一）检查时，核对科别、病区、姓名、年龄、片号、部位、目的。

（二）治疗时，核对科别、病区、姓名、部位、条件、时间、角度、剂量。

（三）使用造影剂时应核对病人对造影剂是否过敏。

（四）发报告时，核对科别、病区、姓名。

七、病理科

（一）收集标本时，核对姓名、性别、科别、联号、标本、固定液。

（二）制片时，核对编号、标本种类、切片数量和质量。

（三）诊断时，核对编号、标本种类、临床诊断、病理诊断。

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/258121046072006107>