

临床科室安全管理制度

- 1、 严格执行查对制度，提高医务人员对患者身份识别的准确性。
 - ①医师开医嘱、处方或进行治疗时，认真查对病人姓名、性别、床号、住院号；
 - ②护士执行医嘱时，严格执行“三查七对”制度。给药前，注意询问有无过敏史；使用毒麻药、限制药时要经过反复核对；
 - ③静脉给药是注意有无变质，瓶口有无松动，裂缝；给多种药物时，要注意配伍禁忌。
 - ④实施任何诊疗活动前，实施者亲自与患者（或家属）沟通，作为最后确认手段。
- 2、提高用药安全
 - ①所有处方在或用药医嘱执行时严格核对，且有签字证明，开具和执行注射剂的医嘱（处方）药注意配伍禁忌；
 - ②临床药师为医护人员、华中提高合理用药方法及不良反应的咨询服务。，合理使用抗菌药物，
- 3、严格执行在特殊情况下医务人员之间的有效沟通程序，做到正确执行医嘱。
 - ①在通常诊疗活动中医务人员之间有效沟通，做到正确执行医嘱，不使用口头医嘱或电话通知的医嘱。
 - ②在对危重症患者紧急抢救的情况下，对医生下达的口头临时医嘱，护士应向医生重述，在执行时实施双重检查。

③在接到口头或电话通知的患者“危急值”或其它重要的检验结果时，必须完整规范记录检验结果和报告者的姓名、电话，进行复述确认无误后方可提供给医师使用。

4、严格执行手术安全核查制度、手术风险评估制度，防止手术患者、手术部位及术式发生错误。

5、贯彻落实医护人员手卫生管理制度和实施规范，操作过程严格遵循无菌操作规范，确保临床操作的安全性。医疗废弃物处理严格执行医疗废物处理规定。

6、认真有效实施跌倒防范制度和措施。对体检、手术后和接受各种检查和治疗患者，特别是儿童、老年、孕妇、行动不便和残疾患者，用语言提醒、搀扶、请人帮助或警示标示等办法防止患者跌倒事件的发生。

7、建立压疮风险评估制度防范与减少患者压疮发生。

8、严格执行医疗安全（不良）事件报告制度。

病房小药柜管理制度

1. 病房小药柜所有药品，只能供应住院病员按医嘱使用，其他人员不得私自取用。

2. 病房小药柜，应指定专人管理，负责领药和保管工作。

3. 定期清点、检查药品，防止积压、变质，如发现有沉淀变色、过期、标签模糊等药品时，停止使用并报药剂科处理。

4. 毒、麻、限剧药品，应设专用抽屉存放，严格加锁。并按需要

保持一定基数，动用后，由医师开专用处方，向药房领回。每日交接班时，必须交点清楚。

5. 药剂科对病房小药柜，要定期检查核对药品种类、数量是否相符，有无过期变质现象，毒、麻、限剧药品管理是否符合规定。

放射科安全管理工作制度

1、科室负责人定期检查落实安全措施。做好放射防护相关的工作；定期组织放射工作人员学习放射事件应急知识；使工作人员在安全的环境和条件下完成日常工作，发生放射事件组织应急救援，并向相关部门汇报。

2、机房设路位路合理，应考虑到周围环境的安全。要有足够的面积和高度，周围墙壁、门窗均应达到防护标准。对外门窗应安装铁栅栏门。

3、配备受检防护用品，如腰系防护巾，防护三角等以及监测设备、报警仪器。

4、放射科候诊处应达到防护要求。患者一般不得在机房候诊。

5、在摄片时，必须要有封顶的防护铅垒，不宜用铅屏风代替。

6、医护人员接触 X 线时，必须戴铅眼镜、铅手套、铅帽及铅围裙等防护用品。女性放射工作人员在妊娠的最初 4 个月，应避免直接接触放射线工作。

7、在放射诊疗设备室门上应挂符合规范要求的当心电离辐射警示标志和张贴有关警示标语。妊娠妇女有禁止检查的醒目标示。

8、设备定期进行稳定性检测，定期清洁，保养和检修并做好记录。每年进行一次状态检测。放射设备工作时应检查是否正常，开机时应关闭门窗。

9、定期对放射诊疗工作场所和防护设施进行放射防护监测，保证辐射水平符合规定和标准。

10、尽量减少受检者的 X 线照射，避免重复检查。对非受检部位应加强防护。儿童、孕妇及妇女月经期间尤应重视，必须接受检查时，应尽量减少下腹部接受不必要的照射剂量。除危重患者外，检查室内应减少陪人或尽量缩短陪伴时间，家属陪同病人进入射线室时应穿带防护用品。

11、严格查对制度，认真核对申请单，防止差错事故的发生。

12、认真做好 X 线防护，严格遵守操作规程。工作人员要定期进行健康检查。个人计量仪定期进行检查，建立个人剂量档案。

13、注意用电安全，防止超负荷用电；放射治疗设备应专人管理，

14、放射诊疗工作人员严格执行操作规范，制定应急预案，防止放射事件的发生、扩大和蔓延。同时严格执行《放射防护规定》，做好防护保健工作。

手术室工作制度

1. 凡在手术室工作人员，必须严格遵守无菌原则。保持室内肃静和整洁。进手术室时必须穿戴手术室的鞋、帽、隔离衣及口罩。

2. 进手术室见习、参观，二人以内的需经科室负责人和手术室护士长同意；三人以上的需报医务科经业务副院长批准。参观或见习手术者，应接受院方医护人员的指导，不得任意游走及出入。

3. 手术室的药品、器材、敷料，均应有专人负责保管，放在固定位路。各项急症手术的全套器材、电气和蒸气设备应经常检查，以保证手术正常进行。手术室器械一般不得外借，如外借时，须经手术室护士长同意。麻醉药与剧毒药应有明显标志，加锁保管，根据医嘱并经过仔细查对方可使用。

4. 无菌手术与有菌手术应分室进行，如无条件时，先做无菌手术，后作有菌手术。手术前后手术室护士应详细清点手术器械、敷料等之数目，并应及时收拾干净被血液污染的器械和敷料。

5. 手术室在夜间及假日应设专人值班，以便随时进行各种紧急手术。

6. 手术室对施行手术的病员应作详细登记，按月统计上报。协同有关科室研究感染原因，及时纠正。

7. 手术室应每周彻底清扫消毒一次，每月作细菌培养一次（包括空气、洗过的手、消毒后的物品）。

8. 负责保存和送检手术采集的标本。

9. 手术通知单须于术前一日交手术室以便准备，急症手术通知须主治医师或值班医师签字。

10. 接手术病人时，要带病历并核对病人姓名、年龄、床位、手术名称和部位，防止差错。病人要穿医院衣服进入手术室。

附：施行手术的几项规则

1. 凡需施行手术的病员，术前要完成必要的检查，尽可能明确诊断，并做出术前小结。

2. 凡较大手术或复杂手术，均需进行术前讨论，进一步明确诊断、手术适应症、手术方法、步骤、麻醉及术中、术后发生的问题及对策，确定术者和助手。

3. 一般手术如阑尾摘除术、疝修补、简单的乳房切除、神经压榨、急性脓胸、膀胱结石摘除、尿道扩张、鞘膜积液、一般四肢手术（不包括截肢）、刮宫术、一般体表肿瘤摘除、内窥镜检查、穿刺、石膏固定等由主治医师或科主任批准；由有一定经验的医师（士）担任手术者（实习医师担任手术者必须在主治医师或高年住院医师带领和指导下进行）。

4. 重大手术的讨论由科主任、主任医师或主治医师主持，如内脏手术、食道手术、甲状腺、血管瘤、内耳、各种复杂的矫形术及移植术、脊髓神经手术和手术后可能导致病员残废者，应经科主任或院长、业务副院长批准，由主治医师或主任医师担任术者或负责指导手术。

5. 凡危险性较大手术、新开展的手术、诊断未确定的探查手术，或病情危重又必须手术时，除术前仔细讨论外应由有经验的主治医师或主任医师担任术者，同时应报院长、业务副院长批准，必要时报请上级批准。

6. 实行手术前必须由病员家属、或单位签字同意（体表手术可以不签字），紧急手术来不及征求家属或机关同意时，可由主治医师签字，经科主任或院长、业务副院长批准执行。

7. 手术前的各项准备工作，必须及时完成，如有脱水、休克、贫血等不利于手术的现象应先行治疗。同时做好病员的思想工作，减少或消除不必要的顾虑。

8. 手术医师或第一助手，应在术前一日开好医嘱，并检查手术前护理工作的实施情况，必要时协助手术室护士准备特殊器械。

9. 病员去手术室前应摘下假牙，贵重物品交护士长代管。手术室工作人员应热情接待病员，核对病员姓名、床号、诊断、手术部位、麻醉等，然后再施行手术。

10. 一般情况下术者在手术过程中，对病员负完全责任。助手应按照术者要求协助手术，发现不利于病人情况时，助手有责任提醒术者注意，但必须互相配合，紧密合作。如在手术当中发生疑难问题，可以互相商讨，必要时请示上级医师。当手术是在上级医师指导下，由低年医师或实习医师任术者时，仍由上级医师对病员负完全责任，术者必须服从指导。

手术室医院感染管理制度

1、入室人员的管理

(1) 凡进入手术室的工作人员必须更换衣、帽、裤、鞋，不准带私人用品进入工作区。

(2) 入室人员进入限制区必须戴圆顶帽、戴口罩。

(3) 工作人员应定期体检，按规定注射乙肝疫苗，患有传染病者不得入室工作。

(4) 手术病人入室前，必须更换清洁衣、裤、戴帽及穿脚套。

(5) 进入手术室的推车轮须经消毒后进入半限制区。

(6) 工作人员外出必须更换工作衣、帽、裤、鞋。

2、参观制度

(1) 非本室人员及非手术人员未经许可不得入内。

(2) 进修、实习人员必须遵照上述规定执行，须由带教老师带领，不得单独进入手术室。

(3) 参观人员须经医务科或护理部同意后，更换衣、帽、裤、鞋，戴口罩，并在指定区域活动，不得任意穿行。

手术室的消毒隔离制度

1、严格划分限制区（无菌区）、半限制区（清洁区）、非限制区（污染区），区间有明显标志，严格遵守三通道原则，手术间按无菌、非无菌、污染手术分室。

2、认真洗手，严格按照外科洗手的方法与步骤进行，每月对手术医生、护士手指培养一次，要有据可查。

3、浸泡液及酒精，每日测比重，每周更换容器及消毒液 1-2 次，要有记录。

4、手术医生和器械护士戴上无菌手套后应严格执行无菌操作规程。

5、巡回护士应做好充分准备，尽量减少外出和走动，手术间的门不要随便打开。

6、接台手术人员在两台手术之间要洗手、消毒手臂及更换无菌手术衣、手套。并用消毒液擦拭物体表面及地面。

7、做好各类物品的终末消毒。

8、手术间紫外线灯管要求：功率 $\geq 30 \text{ W/m}^3$ 灯距地面 $< 2.5\text{m}$ ，配有紫外线反光罩，辐射强度 $> 70 \text{ Mw/cm}^2$ 。

9、手术病人术前一律查肝功能、乙肝全套抗原抗体、丙肝抗体等，阳性者按传染病隔离技术要求对待。

10、除每日必须做好清洁卫生外，每周固定一日为卫生日，彻底清洁消毒手术室。

11、专用拖鞋每日用消毒液浸泡后，清洗晾干备用，鞋柜用消毒液擦拭，每日一次。

手术室控制感染的具体措施

1、空气消毒及监测 每日术后进行清洁卫生消毒。用含有效氯2000mg/L的洁士消毒液拖地，每日常规紫外线照射1次，每周用95%酒精纱布擦拭紫外线灯管，消毒并进行登记。根据登记时间提示进行灯管强度监测，每日常规紫外线循环风消毒2h，定期更换循环风内过滤网。每台手术后常规通风2h后用紫外线循环风消毒1h。每周末用乳酸铵每12m¹/100m³加等量水加热熏蒸一次。手术室内物品摆放整齐，减少人员流动，控制参观人数，大间不超过4人，小间不超过3人。采用湿式清扫。每月做空气培养1次，使菌落控制在<200cfu/m³以内。

2、无菌物品的控制和管理所有手术器械首选高压蒸汽灭菌，包内放132°指示卡，包外贴3m胶带并注明消毒日期及失效日期，如不符必须重新高压灭菌。

3、手术人员手的消毒控制洗手消毒是控制医院感染最重要的措施之一，外科洗手应使用正规有效的洗手液洗手、刷手，3min流动水冲净，无菌小毛巾擦干，然后穿无菌手术衣、戴无菌手套。

4、病人手术区皮肤的消毒入室检查备皮区质量，手术区域皮肤用4%的碘酒涂抹两遍后用75%的酒精脱碘，待干后常规铺单。会阴粘膜用碘伏消毒两遍。

5、严格管理一次性物品使用三证齐全、正规厂家的产品并定期做细菌培养及热源检测。用前检查生产批号、失效期，检查有无漏气、潮湿、字迹模糊不清过期者，一项不符一律不得使用。一次性物品使用后，一律浸泡在含有效氯2000mg/L的洁士消毒液中30min后，再统一送供应室回收进行无害化处理。

6、手术室污物处理吸引器每次用后浸泡、清洗后于引流瓶内放有效氯2000mg/L的洁士消毒液500ml。使用后的手术器械的处理程序为消毒、清洗、擦干、上油、灭菌。污物桶用含有效氯2000mg/L的洁士消毒液浸泡30min后倾倒，手术敷料送洗衣房处理。HBsAg阳性手术严格按照手术室达标标准及要求处理。

7、手术室护理人员管理建立护理缺陷管理监控本，制定考核细则，每月检查与抽查相结合，每月召开质量分析会，对发现的问题进行讨论，制定整改措施。护理部每季度进行一次护理质量检查，将医院感染作为检查的重点，严格按照等级医院手术室达标标准逐一进行检查，并将发现的问题及时反馈，并提出建议。

检验科安全管理制度

1、检验科安全管理目的是按照国家颁布的法令、法规，保障工作人员、病人和进入人员的安全，保证仪器设备、有毒和易燃、易爆试剂的安全使用，使工作人员在安全的环境和条件下完成日常工作。

3、普通化学试剂在检验科内有专人负责，并建立试剂使用登记制度。菌株、毒种、剧毒试剂、易燃、易爆、强酸及贵重仪器应指定专人特殊保管，定期检查。

4、工作人员须穿工作服，必要时穿隔离衣、胶鞋 戴口罩、手套。

5、严格执行无菌技术操作规程，静脉采血必须一人一针一管一带，微量采血应做到一人一针一管一片，对病人操作前洗手或进行手消毒。

6、检验人员结束操作后应及时洗手，必要时还需进行消毒。

7、专人保管剧毒药品，剧毒药品应有两人保管，存放于保险箱内，建立剧毒药品的使用登记制度。使用强酸、强碱、腐蚀、有害、易燃、易爆品时，应在适当的环境中正确操作，防止腐蚀、灼伤、中毒、水灾和爆炸等事件的发生。

8、对压力设备和贵重仪器责任到人。定期进行安全教育和安全督查。定期校对仪器的灵敏度，确保无误，方可使用。并定期抽查检验质量。

9、保证实验室电、水使用的安全，防止超负荷用电。下班前一定要检查水、电开关，关好门窗，注意防盗。值班人员要做好安全保卫工作。

10、对工作中可能发生的以外事故，如发生医疗暴露等事件，要严格按照医院制订的应急处理方法处理，不得延误。发现有不安全因素应及时报告，迅速处理。

药房安全管理制度

1、严格执行药品发放安全操作规程，收到处方后严格按照《处方管理办法》的要求对方内容，包括姓名、药品名称、剂量、剂型、服用方法等进行核对，如遇用法用量不妥等问题，及时与医生联系，做好更改，不得擅自更改医生的处方，杜绝差错事故的

- 2、提高质量意识，准确掌握和熟悉各种药品的性能、用法、用量、临床用药及合理用药方面的知识，确保用药安全有效。
- 3、特殊管理药品，必须严格遵守有关法规、办法，依法管理和使用，尤其是毒、麻药品的管理。应做到专人负责、专柜双锁、专用帐册、专用处方、专册登记，并做好记录。
- 4、药房负责人定期检查药品质量，保持室内卫生清洁空气流通，发现问题及处理，防止出现药品过期，失效、霉变，过期和近效期药品及时向领导报告。
- 5、易燃、易爆药品贮存间应尽可能与一般房屋分离开，且应具备必要的消防、通风设施。腐蚀性药品和化学试剂应与普通药品分开。分隔存放，并设明显标志，不得混放。药房人员必须熟悉危险性药品的分类范围及其理化特性，领发危险性药品应严格遵守操作规程，严防发生事故。
- 5、正确掌握和熟悉各种设备仪器的原理、性能、操作程序和保养方法，不得违章操作和擅离职守。
- 6、药品进入药房后，药房人员应认真核对药品名称、规格、数量、生产厂家、生产批号、有效期；内外包装有无破损、外观有无异常；有无产品合格证、产品批检验报告。发药时向患者或取药者详细说明药品使用方法和注意事项。
- 7、保证用水、用电安全。消除一切安全隐患。
- 8、其他科室人员非公不得随便进入药房。

麻醉药品、一类精神药品管理制度

根据国务院《麻醉药品和精神药品管理条例》、卫生部《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》，建立由分管院领导负

结合医院实际情况制定麻醉药品、第一类精神药品制度规定和人员职责；定期组织专项检查，保证药品安全及合理用药。

1、“印鉴卡”的管理

药学部应指派专人依据“印鉴卡”的申办规定，负责向区卫生局申办、换发“印鉴卡”，申报用药计划及变更手续。按期报送药品购用情况统计报表。批准核发的“印鉴卡”由专人保管，除购买药品之用外，不得带出麻醉药品、一类精神药品库。

2、专用保险柜和基数卡的管理

药库及各调剂部门贮存麻醉药品、一类精神药品必须使用专用保险柜，专人负责。药库与各调剂部门，各调剂部门与临床用药科室实行基数管理，基数卡注明所用药品名称、规格、数量，由双方麻醉药品管理人员及负责人签字。人员变更时。须办理变更手续。

3、药品采购与验收

药库特殊药品管理人员根据药品用量和库存情况提出购药计划，药品采购员应向指定的药品经营单位采购药品。药品到达后，由采购员和库管员共同检查验收药品至最小包装、，并核验购药票据凭证无误后，办理入库手续。

麻醉药品、一类精神药品验收合格后，由药库特殊药品管理人员及时入库实物，每次购药后及出库后药库特殊药品管理人员须检查印鉴卡、购货发票、入库单、帐卡、药品、处方、领药单等均无误后方可进行其它工作。

4、药品的储存和保管

麻醉药品、一类精神药品全部贮存于专用库内，库房钥匙由指定人员保管。贮药保险柜双锁双人负责，除库管人员和调剂部门专门领药人员外，任何人不得进入库内。

存放麻醉药品、一类精神药品的保险柜实行双锁双人负责制，历任管理人员情况须在药学部备案。

6、药品的领发

各调剂部门指定专人凭处方、专册登记表、领药本领取麻醉药品、一类精神药品，数量不得超过“基数卡”限定的数量。发药人和领药人需认真核对发药名称、数量、产品批号、有效期后签字领药手续。领药人员必须亲自运送药品至领药部门并将药品存入专用保险柜、完成入帐等相关手续，中途不得停留或办理其他事宜。

7、调剂部门的药品使用管理

调剂部门应指定符合资质的药学专业技术人员管理麻醉药品、一类精神药品，做到“日清日结”，药品调剂应指定发药窗口，调配人员应严格按照麻醉药品、精神药品处方管理规定审核、发药。调剂部门贮存的麻醉药品、一类精神药品必须有严格的安全防范措施。每天下班（或交班）前，管理人员应核对药品和相关记录。

8、临床科室的药品管理

临床科室需要留存麻醉药品、一类精神药品时，应与调剂部门建立基数卡，由双方麻醉药品管理人员、负责人审核签字，临床需求变化时应及时变更基数卡。

9、管帐人员交接

麻醉药品、一类精神药品管理人员调整时须在组长监督下进行交接清点并记录，交接完成后报药学部备案。

10、药品过期、损坏申报

麻醉药品、一类精神药品管理人员应定期检查药品有效期和质量情况，保证质量合格。过期药品须单独存放并有明显标识；药品验收时发现缺少、破损的药品当时解决；发现质量问题按照药品质量处理程序处理。

破损和过期的麻醉药品、一类精神药品，统计汇总后报经药学部主任审批后报区卫生局批准，并进行监督销毁、记录。

12、药品丢失、被盗案件报告

药品使用中一旦发现骗取、冒领者，或发生药品丢失、被盗、被抢案件，立即报告药学部主任和医院保卫处，并向区卫生局、公安局、药监局报告。

13、值班巡查

节假日值班人员应对麻醉药品、一类精神药品存储设施进行巡查，以保证药品储存、保管处于安全状态。

合理用药管理制度

为了加强我院药事管理工作，促进临床合理用药，保障临床用药的安全性、有效性、经济性，减少药物的不良反应及细菌耐药性的产生，全面提高医疗质量，根据《药品管理法》、《执业医师法》、《抗菌药物临床应用管理办法》、《处方管理办法》、《医疗机构药事管理规定》等相关法律、法规、规章和规范性文件的规定，特制定本制度。

一、院药事管理委员会负责全院合理用药监督管理工作。

二、各临床科室主任为本科室合理用药第一负责人，具体负责对本科合理用药、大处方进行督导管理，及时纠正本科室临床用药中存在的问题。

三、医师在临床诊疗过程中要按照药品说明书所列的适应症、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等制定合理用药方案，超出药品使用说明书范围使用药物，必须在病历上作出分析记录，执行用药方案时要密切观察疗效，注意不良反应，根

用药不得超出药品使用说明书规定的范围。

医师不得随意扩大药品说明书规定的适应症，因医疗创新确需扩展药品使用规定的，应报医院药事管理与药物治疗学委员会审批并签署患者知情同意书；使用中药（含中药饮片、中成药）时，要根据中医辨证施治的原则，注意配伍禁忌，合理选药。

四、医师在使用有严重不良反应的药品时应告知患者，并严格掌握适应症、剂量和疗程，避免滥用。使用肝、肾毒性药品前应先进进行肝、肾功能的检查，使用中应定时监测肝、肾功能的变化情况，并根据其变化情况及时调整用药。

使用贵重药品、自费药品和有严重不良反应的药品必须征得患者或家属的同意并签署知情同意书，因未取得患者同意引发用药纠纷的，其经济赔偿由责任医师承担。

五、临床医生必须掌握合理用药的基本原则

（一）确定诊断，明确用药目的

根据病人疾病的性质和病情严重的程度，确定当前用药所要解决的问题。

（二）制定适当的用药方案

根据要解决的问题，遵循经济、安全、有效的原则，严格按照药品说明书所列的适应症、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项选择有针对性的药物和合适的剂量，制定适当的用药方案，不得随意扩大药品说明书规定的适应症。

（三）及时完善用药方案

在执行已定用药方案的过程中，应随机观察必要的指标和实验数据，分析判定药物的疗效和不良反应，并及时修订和完善原定的用药方案。

（四）必须严格按照《处方管理办法》、《中药处方格式及书写

规范》等法律法规有关规定开具处方。

(五) 抗菌药物的使用必须严格遵循《抗菌药物临床应用管理办法》等有关抗菌药物管理规定。

六、临床医生和药师必须明确合理用药的具体要求

(一) 临床用药以《国家基本药物目录》、《江苏省医疗保险药品目录》为依据，《国家基本药物目录》为首选。

(二) 抗菌药物的使用必须严格遵循《抗菌药物临床应用管理办法》等有关抗菌药物管理规定。

1. 根据抗菌药物的特点、临床疗效、细菌耐药性、不良反应等因素进行综合分析，将抗菌药物分为“非限制使用级”、“限制使用级”和“特殊使用级”进行分级管理，原则上住院医师限于非限制使用级抗菌药物使用，主治医师限于限制使用级抗菌药物使用，特殊使用级抗菌药物须经具有高级专业技术任职资格的医师同意并签字方能使用。紧急情况下未经会诊同意或需越级使用的，处方量不得超过1日用量，并做好相关病历记录。

2. 要按照《抗菌药物临床应用指导原则》中围手术期抗菌药物预防性应用的有关规定，加强围手术期抗菌药物预防性应用的有关规定，改变过度依赖抗菌药物预防手术感染的状况。对具有预防使用抗菌药物指征的，参照《常见手术预防用抗菌药物表》选用抗菌药物。重点加强 I 类切口手术预防使用抗菌药物的管理和控制，I 类切口手术一般不预防使用抗菌药物，确须使用时要严格落实“三定”制度（定时间、定药物、定执行人）。定时间：应在术前 0.5-2 小时内或麻醉开始时首次给药，手术时间超过 3 小时或失血量大于 1500ml，术中可给予第二剂，总预防用药时间不超过 24 小时，个别情况可延长至 48 小时；定药物：必须依据卫生部《常用手术预防用抗菌药物》要求确定使用相关药物；定执行人：必须采用正确的给药方法，明确给药实施人并准确记录。

3. 严格控制氟喹诺酮类药物临床应用，掌握临床应用指征，控制临床应用品种数量，严格控制氟喹诺药物作为外科围手术期预防用药。

（三）严格按照药品说明书进行使用，不得随意扩大药品说明书规定的适应症。凡不按药品使用说明书用药且无正当理由的，判定为不合理用药的。

（四）严格按照《处方管理办法》、《中药处方格式及书写规范》、《麻醉药品和精神药品管理条例》等法律法规有关规定开具处方。处方一般不得超过七日用药，急诊处方一般不得超过三日用药，对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但应当注明理由。开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等必须严格遵守有关法律、法规和规章的规定。

七、药剂科应根据临床用药需要对药品进行拆零调配，并加强管理，杜绝药品质量事故的发生。

药剂科必须按照《处方管理办法》的要求对方用药进行适宜性和合理性审核，发现不合理用药情况告知开具处方的医师，情况严重的应拒绝调配并向医院合理用药专家督导组报告。

药学专业技术人员应当对方用药进行适宜性审核。包括以下内容：

1. 对规定必须做皮试的药物，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；
2. 处方用药临床诊断的相符性；
3. 剂量、用法；
4. 剂型与给药途径；
5. 是否有重复给药现象；
6. 是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌；
7. 其他用药不适宜情况。

八、严格控制门诊大处方

门诊处方注射剂为 1 日用量，口服及外用制剂为 3~7 日用量；急诊处方一般不得超过一日用量；慢性病口服制剂处方用量可延长到 15~30 日用量，但医师应当注明理由。除抢救病人和抢救药品外，门诊处方每张处方金额不得超过规定金额；如超过必须经过科主任审批，并在病程记录中有使用目的的记录。违反上述规定的处方，药师应当告知处方医师，请其重新开具处方。如果医师拒绝重新开具处方，药师有权拒发，并向病人说明情况。

九、实行处方点评和病历点评制度

认真贯彻执行卫生部《抗菌药物临床应用管理办法》和《医疗机构合理用药指标》，每月由医院合理用药专家督导组抽查处方和病历，对不合格处方、不合格病历进行汇总分析，尤其对不合理用药进行每月点评和院内公示。

十、合理用药的管理与考核

（一）各科室负责人是合理用药和抗菌药物临床应用管理的科室第一责任人。

（二）合理检查结果纳入医疗质量考核内容，并与科主任考核挂钩。由科主任自行查处的不合理大处方，报合理用药管理委员会后只对处方医师单独进行相应的不合理用药处罚，不再纳入其它任何院部量化扣分或处罚。如果处方用药明显不合理，而科主任不把好关，简单地分析为“病情需要”，此类处方被合理用药点评小组点评为不合理处方时，除对处方医师进行相应的不合理用药处罚外，同时对科主任进行处罚。

（三）每个月对检查结果进行讨论、分析、确认、责任医生申诉、再分析、再确认。对存在的问题，最后结果以文件形式进行通报公示。

（四）对确认存在不合理用药的个人按以下规定处理：

1. 对被卫生局查出的不合理用药全部金额由不合理用药个人全部承担。
2. 院部对每一次不合理用药的医务人员除给予经济处罚，年度考核为不合格，并不得评优、评先进。同时对不合理用药的医务人员和所属科主任给予诫勉谈话。
3. 对县卫生局查出一年内两次不合理用药的医务人员，年度医务人员医德考评确定为较差等级，扣所属科室科主任（包括副主任或负责人）年度考评得分
4. 如被县卫生局查出一年内三次或三次以上不合理用药的医务人员，给予职称高职低聘一年处理，年度考核确定为不合格，性质严重的依据《执业医师法》的有关规定给予相应的处理，扣所属科主任年度考评得分。
5. 对出现不合理用药的超常处方 3 次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其开具此类药的处方权；限制处方权后，仍连续出现 2 次以上超常处方且无正当理由的，取消其处方权。
6. 对明显不合理用药且连续三个月用量排名前三名的药品，无论是抗生素品种还是非抗生素品种，应暂停使用该药物品种 3~6 个月，而改用其它中标厂家或规格药品品种。
7. 凡不因病施治，属不合理用药，从而导致医疗费用中药品费用超标的，由责任医生承担超出部分。
8. 因不合理用药而导致的医疗纠纷及事故的，按相关规定处。

十一、严格控制药品收入占业务总收入的比例

医院每年根据药品和诊疗价格的调整情况确定各临床科室药品与诊疗收入的比例。逐年降低药品收入比例，从而确保抗菌药物等药品使用趋于合理。

继续执行《关于控制药品占医疗业务收入比例的暂行规定》，各科室要把药品收入占业务收入的比例（简称药占比，下同）控制

在规定的范围。全院控制药占比低于 42%。

各科室药占比由财务科统计。药占比超额部分按金额的 20%从处方医生的效益工资中扣除。

十二、实行药品超常预警与动态监测制度

每月对医院使用量排名前 10 位的抗菌药物品种，住院患者抗菌药物使用率、使用强度、I 类切口手术抗菌药物预防使用率，门诊抗菌药物处方比例进行公示，对监测到的不合理用药积极进行干预。每月对药品使用量前 50 名的医生中药占比超标的前 10 位医生在院内公示。对第二次进入前 10 位的医生进行诫勉谈话，三次进入前 10 位的医生暂停处方权一月。

十三、加强药物不良反应监控工作

临床用药中一旦出现明显的不良反应必须报告药剂科临床药学室并按规定填写“药物不良反应监测表”，发现漏报或隐瞒不报者，扣当事医生一次 50 元。

特殊药品管理制度

1、特殊管理药品是指麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和放射性药品。依照《药品管理法》及相应管理办法，对这些药品实行特殊管理。

2、购用麻醉药品、精神药品、放射性药品必须经卫生行政部门批准。除放射性药品可由核医学科按有关规定进行采购管理外，其它特殊管理药品的管理由药剂科负责。特殊药品的采购和保管应由专人负责。麻醉药品和一类精神药品应做到专人负责、专柜加锁、专用帐册、专用处方、专册登记，并做好记录。

3、特殊药品的采购应做好年度计划，按规定逐级申报，经

卫生局批准后，到指定医药公司采购。入库应按最小单位包装逐支逐瓶验收，并做好验收记录

4、麻醉药品和一类精神药品应存放在安装有防盗门窗的专门仓库的保险柜内，严防丢失。药房和临床科室急救备用的少量基数药品，应存放在加锁或加密的铁柜内，并指派专人保管。医疗用毒性药品要划定仓库或仓位，专柜加锁并专人保管，严禁与其他药品混杂。

5、特殊药品仅限本院医疗和科研使用，不得转让、借出或移作它用。严格按照规定控制使用范围和用量。对不合理处方，药剂科有权拒绝调配。医生不得为自己开处方使用特殊管理药品。

6、麻醉药品应使用专用处方，处方保存三年备查；精神药品和医疗用毒性药品处方保存两年备查，并做好逐日消耗记录和旧空安瓿等容器回收记录。

7、确因病情需要连续使用麻醉药品的危重病人，可凭区（县）以上医疗单位疾病证明、户口本和身份证到市卫生局办理《麻醉药品专用卡》，到指定医疗单位按规定开方配药。

8、未经卫生行政部门批准，不得擅自配制和使用含麻醉药品、一类精神药品和放射性药品的制剂。建立完善的特殊药品报废销毁制度。原则上失效、过期、破损的特殊药品每年报废一次，由药剂科统计，医院领导批准，报市卫生局监督销毁。旧安瓿等容器要定期处理，至少两人参加，并详细记录处理过程，现场人员签字。放射性药品使用后的废物，按国家有关规定妥善处理。

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/278016051017006042>