

## 首诊医师负责制度

一、凡门诊、急诊病人必须实行首诊负责制，决不允许“生、冷、硬、顶、推”的现象发生。

二、首诊接诊病人的医师即首诊医师。

三、首诊医师应详细问诊并做好必要检查，按规定完成病历书写，积极予以治疗或抢救。

四、若非本科病员，首诊医师应负责请有关科室会诊。

五、边缘或跨科疾病，应由首诊医师和会诊医师共同判断协商，决定收治问题。如一时无法判定而又病情危重者，应由首诊医师或急诊科主任根据最危及病人生命的病情，指定收住科室，该科室不得推诿。

## 六、急诊范围

凡病人由于疾病发作，突然外伤受害或异物侵入体内，身体处于危险状态或非常痛苦的状态时，医院均须进行急诊救治。其就诊范围：

- 1、急性外伤、脑外伤、骨折、脱臼、撕裂伤、烧伤、蛇咬伤等；
- 2、突然发生的急性腹痛；
- 3、突然高热（38.5℃以上）；
- 4、突然咯血、吐血、有内出血征象、流产、小儿腹泻、严重脱水、休克等；
- 5、有抽风症状或昏迷不醒者；

- 6、耳道、鼻道、咽部、眼内、气管及食管中有异物者；
- 7、眼睛急性疼痛、红肿或急性视力障碍者；
- 8、颜面青紫、呼吸困难者；
- 9、中毒、吸毒、缢颈、自缢、淹溺、触电者；
- 10、发病突然、症状剧烈、发病后迅速恶化者；
- 11、烈性传染病可疑者；
- 12、急性过敏性疾病；
- 13、其他经医师认为合乎急诊抢救条件者。

上列规定，不可机械执行以至耽误病人诊治，如情况模糊难定，应由首诊医师根据病人全面情况斟酌决定。

#### 七、急诊抢救病人范围

- 1、心脏、呼吸骤停、心电图仍有室性纤颤者；
- 2、呼吸已停止仍有心跳或心跳已停仍有呼吸者；
- 3、电击伤、溺水、呼吸心跳已停，但由现场到达急诊科未超过 1 小时者；
- 4、各种原因引起的休克，血压低于 90MMG 以下者；
- 5、脑血管意外合并脑疝者；

- 6、服毒或急性中毒者；
- 7、持续性癫痫者；
- 8、外伤性出血危及生命者；
- 9、小儿高烧、抽搐、惊厥者；
- 10、危及生命的其他伤病者。

#### 八、急诊抢救脱险标准

凡属“急诊抢救病人范围”的门诊挂号病人，采取抢救措施后，危及病人的生命体征缓解或消失，离院或送住院无生命危险时，即可脱险。

#### 三级医师查房制度

一、医院实行三级医师，即科主任或主任医师、副主任医师、主治医师、住院医师三级医师查房制。

二、科主任负责全科的医疗、教学、科研等工作。每周必须查房 1—2 次，以解决本科疑难和重症病人的诊断、治疗问题。对于病危病人应每日至少查房 1—2 次，对新入院病人必须在 48 小时内查房，做出诊断及治疗意见。

三、主治医师在科主任的领导下，协助科主任做好本科的医疗、教学、科研工作，领导治疗组完成医疗任务。每日查房 1—2 次，及时查看新入院及危重病人，决定本组病人的治疗方案，手术实施。对于新入院病人，必须在 48 小时内查房做出诊断及治疗方案。

四、住院医师接受主治医师的领导，对所管的病人每天至少查房 2—3 次。及时查看新入院及危重病人，做好病程记录，对于新入院病人，必须在 24 小时内完成住院病历和 8 小时内完成首次病程记录及各项检查，做出初步诊断和诊疗计划，并及时向主治医师汇报。

### 疑难病例讨论制度

一、入院 7 日内未明确诊断、疗效不确切或危重病人应进行病例讨论。

二、进行疑难病例讨论前，参加讨论的人员必须事先认真阅读病历和相关资料并对病人认真进行体格检查。

三、疑难病例讨论由科主任或主任医师（副主任医师）主持，讨论时首先由主管医师汇报病历，主治医师进行补充，然后进行讨论，最后由主持人进行总结。

四、讨论结束后主管医师应书写疑难病例讨论记录，记录内容包括讨论时间、主持人及参加人员姓名、技术职称、讨论意见。

五、主管医师按照讨论意见进行治疗和处理，要密切观察治疗和病情变化，发现问题及时向上级医师汇报，上级医师要加强检查和观察发现问题及时处理，必要时再次进行讨论。

六、疑难病例讨论可以在科内进行，也可在全院范围内进行。

### 会诊制度

1. 凡遇疑难病例,应及时申请会诊

2. 科间会诊 由经治医师提出,上级医师同意,填写会诊单.应邀医师一般要 1d 内完成,并写会诊记录.如需专科会诊的轻病员,可到专科检查.

3. 急诊会诊 被邀请的人员,必须在 20 分钟内到位.
4. 科内会诊 由经治医师或主治医师提出,科主任召集有关医务人员参加.
5. 院内会诊 由科主任提出,经医教科同意,并确定会诊时间,通知有关人员参加.一般由申请科主任主持,医教科要有人参加.
6. 院外会诊 本院一时不能会诊的疑难病例,由科主任提出,经医教科同意,并与有关单位联系,确定会诊时间.应邀医院应指派科主任或主治医师前往会诊.会诊由申请科主任主持,必要时,携带病历,陪同病员到院外会诊.也可将病历资料,寄发有关单位,进行书面会诊.
7. 科内,院内,院外的集体会诊 经治医师要详细介绍病史,做好会诊的准备和会诊记录.会诊中,要详细检查,明确提出会诊意见,主持人要进行小结,认真组织实施.

### 危重患者抢救制度

一、抢救工作应由科主任或副主任医师和护士长组织,重大抢救必须由科主任或院领导参加组织,所有参加抢救的人员要听从指挥,严肃认真、分工协作。

二、抢救工作中遇诊断、抢救措施、技术操作等方面的问题时,应及时请示,如遇意见不统一时,应服从技术职称最高者的意见。

三、一切抢救工作要及时做好记录,要求准确、清晰、完整,并准确记录执行时间,如当时不能记录,抢救结束后 6 小时内及时补记,并注明补记时间。

四、抢救记录应包含抢救经过,参加抢救的人员姓名、技术职称,采取的措施等。

五、医护要密切配合协作,口头医嘱护士必须复述一遍,无误后方可执行。

六、各种急救药物的安瓿、输液输血空瓶等要集中放在一起，以便查对。

七、抢救物品使用后要及时放回原处，清理补充，并保持整齐清洁。

八、新入院或突变的危重病人，应及时通知科主任、医务科或总值班，及时填写病危通知单交病人家属，并向病人家属如实告知病情。

## 手术分级及审批制度

为了确保手术安全和手术质量，预防医疗事故发生，加强医院和各级医师的手术管理，根据《医疗机构管理条例》、《中华人民共和国执业医师法》和《医疗事故处理条例》，结合医院分级管理和基本现代化医院的要求，参照有关资料，制定本制度。

### 一、手术分类

主要根据手术过程的复杂性和对手术技术的要求，把手术分为：

（一）甲类手术：手术过程复杂，手术技术难度大的各种手术。

（二）乙类手术：手术过程较复杂，手术技术有一定难度的各种重大手术。

（三）丙类手术：手术过程不复杂，手术技术难度不大的各种中等手术。

（四）丁类手术：手术过程简单，手术技术难度低的普通常见小手术。

注：微创（腔内）手术根据其技术的复杂性分别列入各分类手术中。

### 二、手术医师分级

根据其取得的卫生技术资格及其相应受聘职务，规定手术医师的分级。所有手术医师均应依法取得执业医师资格。

#### （一）住院医师

1、低年资住院医师：从事住院医师工作3年以内，或硕士生毕业，从事住院医师工作2年以内者。

2、高年资住院医师：从事住院医师工作3年以上，或硕士生毕业取得执业医师资格，并从事住院医师工作2年以上者。

#### （二）主治医师

1、低年资主治医师：担任主治医师工作3年以内，或临床博士生毕业2年以内者。

2、高年资主治医师：担任主治医师工作3年以上，或临床博士生毕业2年以上者。

#### （三）副主任医师

1、低年资副主任医师：担任副主任医师工作3年以内者。

2、高年资副主任医师：担任副主任医师工作3年以上者。

#### （四）主任医师

### 三、各级医师手术范围

（一）低年资住院医师：在上级医师指导下，逐步开展并熟练掌握丁类手术。

(二) 高年资住院医师：在熟练掌握丁类手术的基础上，在上级医师指导下逐步开展丙类手术。

(三) 低年资主治医师：熟练掌握丙类手术，并在上级医师指导下，逐步开展乙类手术。

(四) 高年资主治医师：掌握乙类手术，有条件者可在上级医师指导下，适当开展一些甲类手术。

(五) 低年资副主任医师：熟练掌握乙类手术，在上级医师指导下，逐步开展甲类手术。

(六) 高年资副主任医师：在主任医师指导下，开展甲类手术，亦可根据实际情况单独完成甲类手术、新开展的手术和科研项目手术。

(七) 主任医师：熟练完成甲类手术，特别是完成新开展的手术或引进的新手术，或重大探索性科研项目手术。

#### 四、手术审批权限

手术审批权限是指对各类手术的审批权限，是控制手术质量的关键。

##### (一) 正常手术

1、甲类手术：由科主任审批，高年资副主任医师以上人员签

发手术通知单，报医务科备案。特殊病例手术须填写《手术审批单》，科主任根据科内讨论情况，签署意见后报医务科，由业务副院长审批。

2、乙类手术：由科主任审批，副主任医师以上人员签发手术通知单。



- 3、丙类手术：由科主任审批，高年资主治医师以上人员签发手术通知单。
- 4、丁类手术由主治医师审批，并签发手术通知单。
- 5、开展重大的新手术以及探索性（科研性）手术项目，需提交专题报告至医院经专家委员会讨论后，由医院上报市卫生局经卫生厅指定的学术团体论证，并经医学伦理委员会评审后方能在医院实施。对重大涉及生命安全和环境的项目还需按规定上报国家有关部门批复。

## （二）特殊手术

凡属下列之一的可视为特殊手术：

- 1、被手术者系外宾、华侨、港、澳、台同胞的。
- 2、被手术者系特殊保健对象如高级干部、著名专家、学者、知名人士及民主党派负责人。
- 3、各种原因导致毁容或致残的。
- 4、可能引起司法纠纷的。
- 5、同一病人 24 小时内需再次手术的。
- 6、高风险手术。
- 7、应邀到外院会诊参加手术者或邀请外院医师来院参加手术者。异地行医必须按执业医师法有关规定执行。
- 8、器官切除及大器官移植。

师以上人员签发手术通知单。执业医师，异单位，异地行医手术，需按《执业医师法》及《医师外出会诊管理暂行规定》的要求办理相关审批手续。外籍医师的执业手续按国家有关规定审批。

此外，在急诊或紧急情况下，为抢救病员生命，经治医师应当机立断，争分夺秒积极抢救，并及时向上级医师和总值班汇报，不得延误抢救时机。

### 手术前讨论制度

一、凡须施行手术的病人，术前均要完成必要的检查，尽可能明确诊断(特殊情况例外)。

二、大、中型手术前须认真讨论，对于大手术、疑难及新开展的手术，术前需邀请麻醉科、手术室及有关科室、有关人员参加，共同研究，制订手术方案，以确保安全、顺利地进行手术。

三、讨论由科主任或副主任医师（主任医师）主持，住院医师报告病历，提出诊断与鉴别诊断、手术指征、术前准备工作等情况，主治医师可进行补充。

四、讨论中主刀医师提出手术方案，术中和术后可能出现的意外、并发症及相应的防范、处理措施，以及术后可能出现的意外、并发症及防范措施、处理要点。

五、大、中型手术须由科主任或副主任医师（主任医师）做出决定。

六、对于外宾、厅级以上干部需手术以及新开展的手术，必须报医务科、主管副院长审批。

### 死亡病例讨论制度

小时以上死亡的病例均应进行死亡病例讨论。

二、死亡病例讨论必须在病人死亡7天内进行，由科主任或主任医师（副主任医师）主持讨论。讨论前参加讨论的人员必须认真阅读病历等相关资料，作好讨论准备。

三、死亡病例讨论首先由主管医师汇报病历，参加抢救的医师汇报抢救经过，主治医师进行补充，然后围绕诊断、治疗、抢救经过、死亡原因及存在的不足进行讨论分析，最后由主持人进行总结。

四、讨论结束后由主管医师书写死亡病例讨论记录，记录内容包括讨论时间、主持人及参加人的姓名、技术职称，讨论意见等。

五、对存在的不足，主持人要提出整改意见，以便于在以后的工作中加以改正。

## 分级护理制度

一、住院病人由医师根据病情决定护理等级并下达医嘱，分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ级护理及特级护理四种。护理人员要在病人床头牌内加放护理等级标记。

### 二、特级护理

#### 1、病情依据

- (1) 病情危重、随时需要抢救和监护的病人；
- (2) 病情复杂的大手术或新开展的大手术，如脏器移植等；
- (3) 各种严重外伤、大面积烧伤。

(1) 设专人护理，严密观察病情，备齐急救药品，器材，随时准备抢救。

(2) 制定护理计划，设特别护理记录单。根据病情随时严密观察病人的生命体征变化，并记录出入量。

(3) 认真、细致地做好各项基础护理，严防并发症，确保病人安全。

### 三、一级护理

#### 1、病情依据

(1) 重病、病危、各种大手术后及需要绝对卧床休息、生活不能自理者； (2) 各种内出血或外伤、高烧、昏迷、肝肾功能衰竭、休克及极度衰弱者；

(3) 瘫痪、惊厥、子痫、早产婴、癌症治疗期。

#### 2、护理要求

(1) 绝对卧床休息，解决生活的各种需要。

(2) 注意思想情绪上的变化，做好思想工作，给予周密细致的护理。

(3) 严密观察病情，每 15~30 分钟巡视一次，定时测量体温、脉搏、呼吸、血压，根据病情制定护理计划，观察用药后的反应及效果，做好各项护理记录。

(4) 加强基础护理，定时做好口腔、皮肤的护理，防止发生合并症。

) 加强营养, 鼓励病人进食, 保持室内清洁整齐、空气新鲜。防止交叉感染。

#### 四、二级护理

##### 1、病情依据

(1) 病重期急性症状消失, 特殊复杂手术及大手术后病情稳定及行骨牵引, 石膏固定仍需卧床休息, 生活不能自理者;

(2) 年老体弱或慢性病不宜过多活动者;

(3) 一般手术后或轻型先兆子痫等。

##### 2、护理要求

(1) 卧床休息, 根据病人情况, 可在床上做轻度活动。

(2) 注意观察病情变化, 进行特殊治疗和用药后的反应及效果, 每1~2小时巡视一次。

(3) 做好基础护理, 协助翻身, 加强口腔、皮肤护理, 防止发生合并症。

(4) 给予生活上必要的照顾。如洗脸、擦身、送饭、递送便器等。

#### 五、三级护理

##### 1、病情依据

(1) 轻症、一般慢性病、手术前检查准备阶段、正常孕妇等;

(2) 各种疾病术后恢复期或即将出院的病人;

) 可以下床活动，生活可以自理。

## 2、护理要求

(1) 可以下床活动，生活可以自理。

(2) 每日测量体温、脉搏、呼吸二次，掌握病人的生活，思想情况。

(3) 督促病人遵守院规，保证休息，注意饮食，每日巡视二次。

(4) 对产妇进行妇幼卫生保健咨询指导。

(5)、进行卫生科学普及宣教工作，提高病人自我保健水平。

## 查对制度

### 一、临床科室

1、开医嘱、处方或进行治疗时，应查对病员姓名、性别、床号、住院号。

2、执行医嘱时要进行“三查七对”：摆药后查，服药注射处置前查，服药、注射处置后查；对床号、姓名、服用药的药名、剂量、浓度、时间、用法。

3、清点药品和使用药品前，要检查质量、标签，失效期和批号，如不符合要求，不得使用。

4、给药前，注意询问有无过敏史，使用毒、麻、限剧药时要经过反复核对，静脉药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。

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/278133053046006052>