

# 江苏省医疗十八项核心制度

# 目录

一、 首诊负责制 .....	1
二、 三级医师查房制度 .....	1
三、 分级护理制度 .....	3
四、 疑难病例讨论制度 .....	6
五、 死亡病例讨论制度 .....	7
六、 危重病人抢救制度 .....	7
七、 术前病例讨论制度 .....	9
八、 手术医师资格分级授权管理制度（试行） .....	9
九、 会诊制度 .....	13
十、 查对制度 .....	15
十一、 病历管理制度 .....	18
十二、 医师值班交接班制度 .....	20
十三、 临床用血管理制度（试行） .....	21
十四、 手术安全核查制度 .....	27
十五、 新技术新项目准入制度 .....	29
十六、 危急值报告制度 .....	30
十七、 抗菌药物分级管理制度 .....	34
十八、 信息安全管理制度的 .....	36

## 一、首诊负责制

1、门、急诊实行首诊负责制度。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。

2、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。

3、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。

4、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科或总值班室，并向病人讲清转院原因，注意途中安全。

5、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。

## 二、三级医师查房制度

1、医院建有三级医师治疗体系，实行主任医师（或副主任医师）、主治医师和住院医师三级医师查房制度。

2、主任医师（副主任医师）或主治医师查房，应有住院医师和  
相关人员参加。

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）上级医师首次查房应于患者入院 48 小时完成，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，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，向上级医师报告；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。

(5) 中医科进行三级查房时，查房内容应体现中医辨证论治思想。

### 三、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。分级护理分为四个级别：特级护理、一级护理、二级护理和三级护理。分别设有统一的标记，在“病员一览表”和床头牌表示：特级、一级护理为红色，二级护理为绿色，三级护理可不设标识。

#### 1、特级护理

##### 【分级标准】

- (1) 病情危重，随时可能发生病情变化需要进行抢救的患者；
- (2) 重症监护患者；
- (3) 各种复杂或者大手术后的患者；
- (4) 严重创伤或大面积烧伤的患者；
- (5) 使用呼吸机辅助呼吸，并需要严密监护病情的患者；

(6) 实施连续性肾脏替代治疗 (CRRT), 并需要严密监护生命体征的患者;

(7) 其他有生命危险, 需要严密监护生命体征的患者。

### 【护理标准】

(1) 严密观察患者病情变化, 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: 整理床单元、更衣; 面部清洁和头发护理; 口腔护理; 防压疮护理; 进行气道护理、管路护理; 实施安全措施等;

(5) 保持患者的舒适和功能体位: 协助患者翻身及有效咳嗽、床上移动、做好压疮预防及护理等;

(6) 提供护理相关的健康指导;

(7) 实施床旁交接班。

## 2、一级护理

### 【分级标准】

(1) 病情趋向稳定的重症患者;

(2) 手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者;

(3) 生活完全不能自理且病情不稳定的患者;

(4) 生活部分自理, 病情随时可能发生变化的患者。

### 【护理标准】

(1) 一级护理病危、病重患者每 30 分钟巡视, 其余患者每小时

巡视，观察患者病情变化；

(2) 根据患者病情，测量生命体征；根据医嘱，记录 24 小时出入量；

(3) 根据医嘱，正确实施治疗、给药措施；

(4) 根据患者病情，评估患者生活自理能力，正确实施基础护理和专科护理：如：整理床单元、更衣；面部清洁和梳头、洗头；口腔清洁；皮肤清洁（擦澡等）；床上使用便器；协助患者进食/水、服药；翻身及叩背；功能锻炼；给予鼻饲；吸痰；气道护理、管理护理；实施安全措施等；

(5) 提供护理相关的健康指导；

(6) 实施床旁交接班。

### 3、二级护理

#### 【分级标准】

(1) 病情稳定，仍需卧床的患者；

(2) 生活部分自理的患者。

#### 【护理标准】

(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，评估患者的生活自理能力，协助患者实施正确护理和安全措施：整理床单元、更衣；面部清洁和梳头、洗头；口腔清洁；皮肤清洁（擦澡）；床上使用便器；协助患者进食/水、服

药；翻身及叩背；功能锻炼；给予鼻饲；会阴护理；管路护理；实施安全护理措施等；

(5) 提供护理相关的健康指导；

(6) 实施床旁交接班。

#### 4、三级护理

##### 【分级标准】

(1) 生活完全自理且病情稳定的患者；

(2) 生活完全自理，处于康复期的患者。

##### 【护理标准】

(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，整理床单位，做好患者安全管理；

(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) 实施床旁交接班。

### 四、疑难病例讨论制度

凡遇入院1周内诊断不明确、治疗效果不确切的病例均应组织会诊讨论。

1、疑难病例讨论由主治医师（或以上人员）提出，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，科内有关医护人员参加；

2、经治医师汇报病史，上级医师进行补充，应认真进行讨论，

尽早明确疾病诊断，提出治疗方案；

3、讨论内容按有关要求由经治医师记录，主持人作总结并审核签名。内容包括讨论日期、主持人、参加人员姓名及专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见等。

## 五、死亡病例讨论制度

1、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进行，原则上不迟于两周；

2、死亡病例讨论由科主任或副主任医师以上专业技术任职资格的医师主持，科内及相关科室有关人员参加，必要时请医务科派人参加；

3、讨论内容包括诊断、死亡原因、抢救过程、经验教训及本病国内外诊治进展等；

4、讨论内容按有关要求由经治医师记录，主持人作总结并审核签名。内容包括讨论日期、主持人及参加人员姓名、专业技术职务、具体讨论意见及主持人小结意见、记录者的签名等。

## 六、危重病人抢救制度

1、危重病人抢救工作应由主治医师（或二值班）组织，重大抢救应由科主任组织，必要时医务科协调、院领导参加，所有参加抢救人员听从指挥，分工协作。

2、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

3、医、护要密切配合，口头医嘱护士复述一遍，确认无误后方可执行。

4、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，以便查对。

5、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。

6、对新入院或病情突变的危重病人应及时向主诊医师汇报，必要时向科主任及医务科报告，并填写《病危通知单》。

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，请病人家属签字确认。

8、患者病情危重时，医师开具《病危（重）通知单》。《病危（重）通知单》一式二份，医院、患方各执一份。医务科对特殊的病危病人要及时下病区了解情况，必要时组织会诊、抢救。

9、病危病人每天应有主治医师以上人员查房。主任根据需要随时查房，及时组织科内或全院相关医师进行病例讨论，确定恰当的诊治抢救方案。管床（或值班）医师按《病例书写基本规范》要求随时做好各种记录并标明抢救时间。

10、可是要做好对危重病病人的登记工作，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。

征得医务科、总值班或院领导同意后及时手术，并尽快通知家属或单位。

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

## 七、术前病例讨论制度

1、病情较重或难度较大及新开展的手术，及属《江苏省医院手术分级管理规范》中的三、四级手术和特殊手术，必须进行术前病例讨论；

2、术前讨论应由科主任或副主任医师以上人员主持。科室医师、麻醉医师、护士及有关人员参加；

3、讨论内容包括：患者术前病情评估；临床诊断；手术指征；手术风险评估；拟施行的手术方式、手术风险与利弊；术前准备情况；明确是否需要分次完成手术等术前准备；术中注意事项；预后估计；麻醉和术中及术后可能出现的意外及防范措施等。

4、讨论内容由经治医师记录，主持人总结并审核签名。

## 八、手术医师资格分级授权管理制度（试行）

为确保手术质量和手术安全，预防医疗事故发生，根据相关部门规定，结合我院实际，特制定该制度。

### （一）分级管理原则

1、根据科室各级人员技术状况，科学界定各级人员手术范围。

2、根据科内人员晋升及个人技术水平提高状况，相应调整其手

3、严格监督落实《各级医师手术范围》要求，任何科室和个人不得擅自开展超出相应范围的手术治疗活动。

4、若遇特殊情况（例如：急诊，病情紧急），医师可超范围开展与其职级不相称的手术，但应及时报请上级医师给予指导或协助诊治。

（二）手术分类：依据手术分级管理规范，将手术分为四类：

1、一级手术：风险较低，过程简单，技术难度低的普通手术。

2、二级手术：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：手术风险较高，过程较复杂，技术难度较大的手术。

4、四级手术：手术风险高，过程复杂，技术难度大的重大手术。

（三）各级医师手术范围：

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，

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成部分四级手术、新开展的手术和经省级以上卫生行政部门批准的重大临床试验、研究性手术。

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

#### （四）手术审批权限

##### 1、常规手术审批

（1）一级手术：由主治医师审批，并签发《手术通知单》。

（2）二级手术：由科主任审批，高年资主治医师以上人员签发《手术通知单》。

（3）三级手术：由科主任审批，副主任医师以上人员签发《手术通知单》，报医务管理部门备案。

（4）四级手术：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》，报医务管理部门备案。

##### 2、特殊手术审批

凡属下列情形之一的可视作特殊手术：

（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) 国家及省卫计委有关其他特殊技术准入要求的。

特殊手术须组织科内讨论，填写《手术审批申请表》，经科主任签署意见，报医务科审核、院领导审批后，由高年资副主任医师以上人员签发《手术通知单》。

3、在《医师执业证书》注册地点外开展手术的，需按《执业医师法》有关规定或《医师外出会诊管理暂行规定》的要求执行。外籍医师的职业手续按《外国医师来华短期行医暂行管理办法》有关规定执行。

4、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。

5、手术审批、通知等实施信息化管理的医疗机构，应采用电子签名；未实行电子签名的，应打印出纸质《手术审批申请单》、《手术通知单》，按照审批、通知程序规定履行相应的手写签名手续。

#### (五) 管理要求

1

定范围外手术由科室根据其实际工作能力的水平初定后，按照《新技术新业务准入管理制度》的要求报医院科学技术委员会审核。

2、手术医师不得超越权限实施手术，否则给予通报批评或降级、暂停手术权限3个月至1年等处罚。各手术科室未按本制度执行的，一经查实，将追究科室负责人的责任，对由此而造成医疗事故的，依法追究相应的责任。

## 九、会诊制度

### 1、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小时内派医师前往会诊，申请会诊科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

室病人急会诊时，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。

(4) 全院会诊：由科室主任提出和组织，同时要向医务科汇报。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以上人员参加，必要时可请院领导或医务科派人参加。会诊由申请科科长或主治医师主持，医务科参加的由医务科人员主持，指定专人记录，会诊结束时主持人应进行总结。

## 2、会诊注意事项

(1) 掌握会诊的指征；

(2) 会诊都要按规定填写会诊申请单；

(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；

(6) 会诊记录要纳入病历保存。

## 十、查对制度

### 1、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、年龄、床号、住院号（就诊卡号）。

(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、姓名和服用药的药名、剂量、浓度、时间、用法。

(3) 清点药品时和使用药品前，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、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。

(5) 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。

### 2、手术室

(1) 接病员时，要查对科别、床号、姓名、性别、年龄、诊断、手术名称、术前用药。

(2) 手术前，必须查对姓名、诊断、手术部位、麻醉方法及麻醉用药。

(3) 凡进行体腔或深部组织手术，要在术前与缝合前清点所有敷料和器械数。

### 3、药房

(1) 配方时，查对方内容、药物剂量、配伍禁忌。

(2) 发药时，查对药名、规格、剂量、用法与处方内容是否相符；查对标签（药袋）与处方内容是否相符；查对药品有无变质；是否超过有效期；查对姓名、年龄，并交代用法及注意事项等。

#### 4、血库

(1) 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。

(2) 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。

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

#### 5、检验科

(1) 采取标本时，查对科别、床号、姓名、检验目的。

(2) 收集标本时，查对科别、姓名、性别、联号、标本数量和质量。

(3) 检验时，查对试剂、项目、化验单与标本是否相符。

(4) 检验后，查对目的、结果。

(5) 发报告时，查对姓名、科别、病房。

#### 6、医学影像科

(1) 检查时，查对科别、病区、姓名、年龄、片号、部位、目的。

(2) 治疗时，查对科别、病区、姓名、部位、条件、时间、角度、剂量。

(3) 使用造影剂时应查对病人对造影剂是否过敏。

(4) 发报告时，查对科别、病区、姓名。

## 7、病理科

(1) 收集标本时，查对姓名、性别、科别、联号、标本、固定液。

(2) 制片时，查对编号、标本种类、切片数量和质量。

(3) 诊断时，查对编号、标本种类、临床诊断、病理诊断。

(4) 发报告时，查对姓名、性别、科别。

## 8、理疗科及针灸科

(1) 各种治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、种类、剂量、时间、皮肤。

(2) 低频治疗时，查对极性、电流量、次数。

(3) 高频治疗时，检查体表、体内有无金属异物。

(4) 针刺治疗前，检查针的数量、质量，取针时，检查针数和有无断针。

## 9、供应室

(1) 准备器械包时，查对物品名、数量、质量、清洁度。

(2) 发器械包时，查对名称、消毒日期。

(3) 收器械包时，查对数量、质量、清洁处理情况。

## 10、特殊检查室（心电图、脑电图、内镜、ECT、PET/CT等）

- (1) 检查时，查对科别、床号、姓名、性别、检查目的。
- (2) 诊断时，查对姓名、编号、临床诊断、检查结果。
- (3) 发报告时查对姓名、科别、病房。

11、营养科发放特殊治疗饮食时，应查对：

- (1) 患者科别、床号、姓名及饮食种类。
- (2) 发饮食前查对医嘱单与饮食种类是否相符。

其他科室亦应根据上述要求，制定本科室工作的查对制度。

## 十一、病历管理制度

1、建立健全医院病历质量管理组织，完善医院“三级”病历质量控制体系并定期开展工作。三级病历质量监控体系：

(1) 一级质控小组由科主任、科质控员（院部确认）、科护士长组成。负责本科室或本病区病历质量检查。

(2) 二级质控部门为医务科，负责对门诊病历、运行病历、存档病案每月进行抽查评定，并把病历书写质量纳入医务人员综合目标考评内容，进行量化管理。

(3) 三级质控组织由病案质量管理委员会，每月进行一次全院各科室病历质量的评价，特别是重视对病历内涵质量的审查。

2、贯彻执行卫生部《病历书写基本规范（试行）》、《医疗机构病历管理规定》及江苏省《病例书写规范》的各项要求，注重对新分配、新调入医师及进修医师的有关病历书写规范及技能的培训。

3、加强对运行病历和归档病案的管理及质量监控。

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/438051007122006036>