

医院医疗质量安全管理措施

第一篇：医院医疗质量安全管理措施

医院医疗质量安全管理措施

为不断深化“以病人为中心，以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动，加强医院的医疗质量建设，加强医患沟通，防范医疗差错、事故，避免医患纠纷，不断提高医疗质量，保障医疗安全，特制定我院医院医疗质量安全管理措施。

一、加强学习，提高认识，认真履行职责，提高质量意识。

全院医务人员要加强学习，深刻领会《医疗事故处理条例》精神，熟悉与医疗行业有关的法律、法规，增强法律意识、安全意识和自我保护意识。自觉认真履行岗位职责，要经常性地地进行质量管理教育，提高全员质量管理意识，牢固树立“质量第一”的观点。

二、强化风险管理，提高风险意识，做到警钟长鸣。

要逐步强化科室的风险管理，成立医疗护理质量风险基金。通过风险管理，强化医务人员的医疗安全意识，有效调动医护人员的积极性和责任心，促进科室采取有效措施加强管理，防范和处理医疗纠纷、差错及事故。要经常组织典型案例进行讨论，做到警钟长鸣，在保障病人安全的同时加强自我保护。

三、完善院、科两级医疗质量体系建设，发挥两级体系的监督作用。

完善医疗、护理质量管理委员会，科室质量管理小组两级体系的建设，加强对医疗、护理、药事、输血、院感的质控工作。定期组织检查，及时将检查情况反馈，同时检查结果与岗位工资、奖金发放挂钩，持续改进医疗质量。充分发挥院、科两级质量体系的监督作用，及时发现问题，提出整改措施，保障安全措施与医院发展相适应和配套。两级组织要定期召开医疗质量管理会议，将安全生产纳入会议主要议程。

四、坚持以病人为中心，认真落实执行各项医疗规章制度。

临床工作要坚持以病人为中心，做到对精神病人骂不还口，打不

还手，为病人提供温馨、细致、耐心的服务。同时要认真落实执行各项医疗核心制度，如：首诊、首问医生负责制、三级查房制度、疑难病例讨论制度、会诊制度、危重患者抢救制度、死亡病例讨论制度、病案书写基本规范与管理制度、技术准入制度、查对制度、分级护理制度、医嘱制度、交接班制度、医患沟通制度等，通过落实制度，始终把医疗质量、医疗安全放在医院管理的核心。

五、加强“三基三严”训练，不断提高医护技术质量。

加强医务人员的业务训练，重点是“三基三严”训练，即基本知识、基本理论、基本技能；严肃的态度、严格的要求、严密的方法；加强临床能力的培训，不断提高医护技术质量。

六、落实病情告知和医患沟通，减小医患纠纷。

精神病人大部分缺乏自知力，医院与病人是委托治疗关系，应尽可能地将病人的病情、治疗方案、需作的特殊检查、治疗（如 24 小时动态脑电图、MECT 治疗等）、治疗费用、治疗风险及其他应告知内容告知监护人，加强沟通，以减小医患纠纷。

七、加强病房巡视，防范未然。

精神病人在病态支配下大多缺乏主观主诉，难以沟通和表达实际、真切的感受，往往要靠医务人员细心观察、耐心发现其病情变化。特别是病人的“三防”行为更具有隐蔽性和主观故意，通过加强病房巡视，注意病人服药情况，加强病人外送检查、外出活动等环节的监控，防范于未然，将医疗安全隐患消除在萌芽状态。

八、重视医疗文件的内在质量。

医疗文件是医护人员临床思维的凭证是诊疗过程中的原始记录，有很强的书证作用；在医疗纠纷中，是进行技术鉴定、司法鉴定、判明是非、分清责任的依据。同时医学模式的改变，对医疗文件的书写内容提出了新的要求，加强医疗文书的内在质量管理，避免医疗纠纷的发生。

九、正确对待家属同意治疗意见的签字。

《住院知情同意书》的签订实际上是双向性的，一方面是使患者理解临床医学的风险，另一方面医生要针对这些风险，做好充分的防

范措施和一旦发生意外的应急补救措施。家属签订同意书是理解可能发生的危险，但决不是容忍医护人员因失误所发生的意外，医护人员必须保持头脑清醒，正确对待家属对治疗操作同意的签字，在治疗中要精益求精，尽可能避免发生意外。临床医生在选择治疗方式、方法、药物、护理措施的同时，要对家属讲清利弊，充分征求意见，尊重患者或家属对治疗方法的选择权。

十、加强职能部门深入临床一线的检查、协调和督导作用。

医院职能部门要经常深入病房检查规章制度落实情况，了解科室运作中存在的问题和安全隐患，现场协调解决；医护办要掌握各临床科室诊疗活动开展情况，及时发现和化解医疗纠纷的苗头和隐患，要改变过去单纯的宣传、教育、检查和发生医疗纠纷后再做回顾性调查、总结经验教训的被动管理办法，而是采取亲临一线，及时发现问题，立即处理，把医疗、护理中的不安全因素及时消灭在萌芽状态的主动管理办法。

十一、严格科室技术准入，加强医疗质量考核。

医护办要加强对临床科室开展的新技术、新项目进行严格的可行性研究、审核及风险评估，严把医疗技术准入关。同时，要加强对各临床科室进行每月或季度的质量考核，发现事故苗头及时进行堵截，以确保患者在医院能得到安全有效的医疗服务。

第二篇：三级医院医疗质量安全管理与

三级医院医疗质量安全管理与 持续改进临床资料准备

第一章：应急；第二章：继教、科研、新项目、投述；第六章：医德医风、依法执业；加上第三章所有内容融入第四章，临床科室共 14 个文件盒。

文件盒 1-7 相同，8-14 是病例质量内容，故功能辅助科室 8-14 可根据第四章专科特色的内容补充条款，资料盒可增可减；但新生儿、感染、ICU、中医、康复应在 14 个盒基础上按条款增加专科特色的资料盒；放射、药事、病案、院感科 1-6 相同，以后按条款增减；检验、病理、麻醉、急诊、内镜、输血、血透 1-7 相同，以后按条款增减。

条款有相同，归在 1-7 中。

一、文件资料

1.各种院部文件分类管理 2.有传达学习记录本

二、核心制度、法律法规

1.院内规章制度成册、相关法律法规

2.核心制度（18 项，人手一册：核心制度：首诊、查对、交接班、病历管理、三级查房、菌药物、输血、疑难危重、抢救、危急值、会诊、死亡、新技术、信息安全、手术分级、术前讨论、手术安全核查、分级护理）3.科室相关的规章制度、岗位职责等

4.医疗安全、防范医疗风险等院内培训记录、课件、签到表 5.科室核心制度、法律法规学习记录本

三、诊疗指南、技术规范

1.科室相关疾病最新指南、技术规范成册。

2.参加院内三基理论培训考试、病案书写培训记录、岗前培训的支撑材料 3.业务学习记录本、签到记录、课件、图片

4.临床技能考核成绩表（心肺复苏、插管穿刺等考核照片、成绩、试卷等）

四、突发公共卫生事件管理

1.应急预案 2.各种演练、消防安全及培训记录

五、科室管理

1.医院医疗管理架构图、床位数；科室床位数

2.科室医护人员名单、科室质控小组人员名单及相应职责；人员资质复印件及人员结构 3.科主任每年的详细工作计划、培训计划、发展规划等。4.科主任工作记录、会议记录等，传达记录 5.继教：院内、外出学习培训材料或证书等 6.科室简介、宣传栏、图片等 7.交接班记录本、排班本

8.科室制定的前 5 位住院病种及质量控制资料；科室制定的前 5 位住院病种的（医嘱出院或双向转诊率、平均住院日、诊断符合率、平均费用）完成情况。

9.新技术新项目准入管理；高风险技术操作人员的授权、审批、

定期评估和再授权管理，有项目目录、考评组织、实行分级管理。如有新技术，应有审批制度，要制定安全保障方案，院内要全程追踪管理及评价，并有伦理、知情同意。10. 医疗技术分级分类管理，有无二、三类技术？ 11. 科研、教学、对口支援；医德医风

六、不良事件登记

1. 不良事件应急预案、相关制度、处理流程 2. 不良事件登记本，处理情况，上报护理部

3. 药物、输血不良反应登记本、表格、病程记录、处理意见、分析报告、处理全过程资料 4. 投诉本：隐私保护、民俗、病情的投诉、纠纷 5. 特殊药物专柜管理，使用记录、管理程序资料

七、院内感染

1. 院感文件、院感事件报告制度、流程

2. 手卫生培训、图片、课件；院感培训资料、考核情况 3. 院感上报登记本 4. 院感质控材料 5. 整改、持续改进资料

八、病案质量管理与持续改进

1. 病案管理制度、相关文件、制度、流程、《病例书写本规范》 2. 支撑材料

① 培训记录及签到表、图片、课件

② 提供 1-2 份完整病例资料，内容如下：

入院、首次病程；主治、副高以上查房；出入院、病程中病情评估(告知)；出院(健康教育)、抢救记录；疑难危重、死亡讨论，死亡记录；转科记录阶段小结；知情同意(有创操作、特殊用药如激素、医保自费项目、手术、麻醉等)、医患沟通；外科术前讨论、手术记录、手术安全核查表、手术清点记录、麻醉记录、麻醉访视记录；

抢救记录：开始及结束时间、诊断、问题，抢救过程及处理，效果评价、参加人员及资质

疑难危重病例讨论：有讨论记录本；内容包括讨论时间、地点、住院号、参加人员及资质、诊断、讨论目的、发言、总结。

死亡病例讨论：死亡 1 周内讨论，有讨论记录本，内容包括：讨论时间、地点、住院号、参加人员及职称、科主任主持；管床医师汇

报病史（死亡诊断、诊治抢救经过）；医师发言；总结性意见（对死亡原因的认定、应吸取的经验教训）；记录人及主持人在死亡讨论上双签名。

③围手术期术前、术中、术后关键环节管理措施、提供 1 份围手术期患者病案支撑材料。（制定围手术期本专业常用手术目录；关键环节管理的术前讨论、术中查对、术后观察）④重大手术报告审批制度、流程、目录、相关培训记录、重大手术病案支撑材料、总结。⑤非计划再次手术制度、流程、培训记录、填表上报医务科、有分析整改措施、总结。质量安全指标：重点手术总例数、死亡、非计划再次手术例数、手术后并发症、感染例数；围手术期预防性使用抗菌药的例数统计；定期有相关数据分析的记录。3.医务科每月病案检查反馈表、整改情况 4.持续改进有成效（提升）

九、危急值 1.相关制度、文件、处理流程；医院危急值标准 2.科室有培训记录； 3.危急值登记本

4.病程记录中反应危急值结果、处理意见、处理后复查结果的典型病例。

十、输血

1.输血法、相关制度（如用血报批登记）、文件 2.院内、科室培训学习记录、签到、课件、图片

3.输血前血型、感染筛查；知情同意；输血申请单；交叉配血单、医嘱 4.病程中有输血指针、成分、血型、量的记录；

5.病程中有输血后复查及效果评价；不良反应记录单；发生输血不良反应按不良事件处理

十一、抗菌药物、激素使用管理 1.抗菌药物、激素管理相关文件

2.省、院内抗菌药物管理办法、分级管理制度、药物分级目录、使用权限;使用率、预防用药 率(I类切口预防用药<50% 时间不超过 24 小时)3.科室抗菌药物、激素培训记录、课件等 4.特殊级抗菌药需专家会诊，并有科室讨论

5.每月抗菌药物使用率、送检率、DDD 值、1 类切口手术抗菌药使用率；并定期评价（三甲病原送检率：限制使用级 60% 、特殊使用

级 80% ，无病原结果应在使用抗生素 48-72 小时在病程记录中进行病情评估；使用、更换抗生素有指针及记录、停用也要有记录）

十二、会诊

1.院内、外出会诊管理制度、流程

2.科间会诊：有会诊记录、急会诊记录的资料

3.全院大会诊：提前 1 天填写申请表报医务科；科主任主持、医务科参加；明确诊治意见；总结意见附病例中；提供全院大会诊讨论意见病案复印件。4.外出会诊、院内大会诊登记

十三、临床路径 1.相关文件、规划制度、病种目录管理标准 2.临床路径学习、培训记录 3.提供病案支撑：知情同意书

4.定期对各种率、诊疗效果、30 天再住院及再手术率、并发症、平均住院日进行检查并总结。（每月入组率大于 50% 、完成率大于 70% 、变异率小于 15%）5. 整改、提升

十四、平均住院日、住院超过 30 天患者的管理 1.院内文件、规定、措施

2.住院超 30 天患者科室讨论，并有讨论记录本

3.提供 1 份住院超 30 天病例:病程中有主任查房记录，填表科室保存并上报医务科备案 4.每月平均住院日院内报表、整改

患者十大安全目标

一、确立查对制度，识别患者身份（1 查）

二、确立在特殊情况下医务人员之间有效沟通的程序、步骤（2 沟）

三、确立手术安全核查制度，防手术患者、部位及术式发生错误（3 手术）

四、执行手卫生规范，落实医院感染控制的基本要求（4 洗）

五、加强特殊药物的管理，提高用药安全（5 药）

六、临床“危急值”报告制度（6 危急）

七、防范与减少患者跌倒、坠床等意外事件发生（7 防）

八、防范与减少患者压疮发生（8 压）

九、妥善处理医疗安全（不良）事件（9 报告）

十、患者参与医疗安全（10 要患者共参与）；新增信息安全

第三篇：医院医疗质量与安全管理工作计划

2013 医疗质量与安全管理工作

方案

为落实医疗核心制度，确保提高我科医疗质量和安全、保证病历书写的内

涵质量及医疗指标的完成，拟定本医疗质量与安全工作计划：

一、强化思想认识，持续发展： 医院成立医疗质量和医疗安全管理小组。医院设立医疗质量和医疗安全管理小组医务科主任、质

控科主任、院感科主任、护理部、科科长主任、药学部主任、医技及各临床科室

科主任、护士长及科室质控员继

续抓好质量管理工作，落实各项规章制度。每季召开质量管理委员会会议、病历质控小组会议、院感小组会议，护理管理小组会议，医疗安全小组会议等，规范管理、规范医疗行为。使我科每个工作岗位都能努力工作，以提高医疗技术水平，促进科室持续发展。

二、明确科室医疗、主要工作指标，努力完成

- 1、病床使用率 $\geq 92\%$ ；
- 2、平均住院日 ≤ 14 天；
- 3、入院三日确诊率 $\geq 90\%$ ；
- 4、术前平均住院日 ≤ 4 天；
- 5、入出院诊断符合率 $\geq 90\%$
- 6、住院危重病人抢救成功率 $\geq 85\%$
- 7、手术前后诊断符合率 $\geq 90\%$
- 8、临床与病理诊断符合率 $\geq 90\%$
- 9、三基考核合格率 $\geq 85\%$ （80/100 分）
- 10、门诊病历书写合格率 $\geq 90\%$ （90/100 分分以上）
- 11、甲级病案率 $\geq 90\%$ ，无丙级病历
- 12、医疗设备，仪器完好率 $\geq 90\%$
- 13、急救仪器，药物完好率 $= 100\%$
- 14、抗菌素使用范围 $< 60\%$ ，ddd $< 40\%$ ，药敏 $> 80\%$ ，抗菌素限制

使用率<50%

15、手术>250 台。

三、完善科室医疗质量考评工作，实施规范化的质量管理，制定考评标准，每月由质控员进行检查，做好总结反馈工作。

1、参照二级医院评审标准及三好一满意的评审标准，对科室的每月工作情况，认真评分，结果与奖金挂钩。

2、健全、落实各种医疗制度，要求各种制度执行记录规范，项目齐全。医疗组严格执行三级查房制度，入院 48 小时内主治医师查房，一周内主任查房，术前，术后上级医师查房，重病人随时请上级医师查房，病重自动出院请上级查房，重病人值班医师查房后作好病程记录。加强知情谈话制度管理，非手术病人入院内 72 小时谈话，手术前、中、后谈话，植入谈话，危重时随时谈，特殊诊疗操作、治疗、用药谈话，输血同意谈话，麻醉前同意谈话；严格执行病例讨论制度、会诊制度、手术审批及手术权限制度、交接班制度等。各科每月召开会议，对存在问题分析，整改，持续改进。

四、认真做好医疗文书书写管理工作

（一）强化病历书写者自我检查、科室病历质量小组（相关质控人员）监控。科室病历质控员每月对病区进行环节及终末病历质量检查，培养每个质控员的病历质量意识，加深检查者的感性认知，将检查结果及时传达到自己科内，避免同样错误发生，使被检查者引起重视，在第一时间得到反馈意见，实时改时，起到良性循环作用。

（二）抓好病历质量的评价、实施奖惩结合制度 科室病历质控员每月对病区进行终末病历质量检查，检查存在问题及乙级、丙级病历上报质控办。相关科室的质控人员需及时上报检查结果，如连续不上报的则扣科室当月一定的考核总分，与科室奖金挂钩。促使大家重视并互相督促，避免和减少病历缺陷发生率，达到提高病历质量的目的。

（三）落实病历检查制度，突出重点 每周安排一次一个科室的业务查房，各职能科室相应检查重点： 医务科：

1、手术安全核查制度，麻醉实施前，手术开始前，离开手术室前核查，准备切开皮肤前的核查，规范书写手术安全核查书。

、“危急值”报告登记，护理人员及时报告医师，医师及时处理并记录。

3、知情同意制度方面谈话：手术病人术前、术中、术后的谈话制度，植入病例的谈话，非手术病人 72 小时谈话，患方签字的及时性、特殊检查、特殊治疗前的谈话；病情危重告知；被授权于病案签名的一致。

4、手术分级动态管理、考核、授权等

5、每季医疗不良事件的分析。质控科：

1、对住院>30 天的患者，做大查房重点，核查有无评价记录。对缩短平均住院日的各瓶颈环节等候时间的措施进行逐一核查，落实各项措施。

2、抽查危重病人的上级查房记录，值班医师查房记录，病危通知书，抢救记录等。

3、落实术前病情评估制度与术前讨论制度 ①在术前完成病史、体格检查、影像与实验室资料等的评估。② 患者术前病情的评估的重点范围 ③手术风险评估 ④术前准备 ⑤ 临床诊断、实施手术方式⑥ 明确是否需要分次完成手术等。⑦ 检查病历记录情况⑧ 对相关岗位人员进行培训及培训记录。

4、病例讨论（疑难、死亡、术前、出院病例讨论记录）。

5、病程记录方面。包括三级查房制度、病程记录记载要求对检查、化验的分析并合理用药、处置等。加强首次病程录的内涵。重点检查鉴别诊断诊疗计划的内容。疑难病历、死亡病历讨论书写的检查。会诊及转诊记录及时性、完整性。

6、病历质量管理：①归档病历的评分；②讨论病历的书写。

输血科：输血管理制度，包括输血前申请、备血情况、化验项目、申请单书写全面；输血前签署患方输血同意书；合理用血，输血前后的病程分析记录。药学部：合理用药，包括抗生素专项治理和用药的情况分析及病情处置等。科教科：科室的业务学习及三基三严考核管理及科室的教学管理。

五、定期召开质管小组会议，及时反馈，总结。每次检查后及时

及时反馈书写医师，每季检查的存在问题以季度书面总结报院长，并在每季召开质量管理委员会会议反馈，在会上要求各位把科室存在问题提出大家讨论，提出整改方案，以持续改进。

xx 医院

医疗质量与安全管理的考核标准及考核办法

为落实医疗核心制度，确保提高我科医疗质量和安全、保证病历书写的内涵质

量及医疗指标的完成，拟定本医疗质量与安全工作计划：

一、强化思想认识，持续发展： 医院成立医疗质量和医疗安全管理小组。

医院设立医疗质量和医疗安全管理小组

控科主任、院感科主任、护理部、科教科主任、药学部主任、公卫科主任、医技技、药剂质

科主任、护士长及科室质控员继续抓好质量管理工作，落实各项规章制度。每季召开质量管理委员会会议、病历质控小组会议、院感小组会议，护理管理小组会议，医疗安全小组会议等，规范管理、规范医疗行为。使我科每个工作岗位都能努力工作，以提高医疗技术水平，促进科室持续发展。

二、科室的医疗质量与安全管理与纯净奖金挂钩，全院的各科室的纯奖金总分为 100 分，各科室的医疗质量与安全管理的分数见附表一：

三、按照 2013 医疗质量与安全管理工作方案将医疗质量与安全管理分别由医务科、质控科、护理部、药学部、公卫科、科教科、输血科跟据各科室的医疗质量管理工作的情况进行考核，各职能科室的考核分值如下见附表二。

四、各职能科根据各自的要求制订考核的标准。

南海区第四人民医院

附表一： 篇二：2014 年医疗质量与安全管理工作委员会工作计划
2014 年医疗质量与安全管理工作委员会

2014 年是医院迎接等级医院复审的关键一年，医疗质量管理委员会的总体和重点工作依然是对医疗质量的管理和持续改进。进一步加强制度建设，对我院医疗质量进行科学化、规范化、制度化

管理。

1、进一步推行全面质量管理，建立任务明确职责权限相互制约、协调与促进的质量保证体系，加强全体医务人员对医疗服务质量的责任心，严格执行法律、法规、部门规章制度以及诊疗规范、操作规程、常规。

(1) 督促科室严格执行医疗卫生管理法律、法规和规章。医务人员严格遵守医疗卫生管理法律、法规、规章、诊疗护理规范和操作常规。

(2) 狠抓医疗质量管理制度的落实，特别是三级医师查房制度、疑难病例讨论制度、死亡病例讨论制度、术前讨论制度等医疗核心制度的执行，科室质量管理小组必须定期对科内医疗质量进行总结评价，医疗质量监控人员认真履行职责，发现问题及时制止，提出改进措施。

(3) 加强重点环节、重点部门的管理，对医疗缺陷易发人员、环节做好重点防范工作。(4) 加强运行病历质量监控。医疗文书书写及时、准确、完整、规范，疾病诊断分类和手术分类符合规定要求。认真执行病历书写惩罚

办法。

(5) 严格“三基”、“三严”考核和考试，激发医务人员学习理论知识、努力钻研业务技术的积极性，把“三严”作风贯彻到各项医疗业务活动中，不断提高整体业务素质。每季度科室进行一次“三基”理论考试，合格率达 100%。每年开展好继续医学教育，坚持自学与科室集中定期学习相结合（每周不少于 1 小时集中学习）。

2、加强环节质量管理，杜绝重大医疗事故发生和减少一般医疗纠纷投诉，使医疗质量管理按照 pdca 环在不断持续改进中提升，促进医疗安全。

(1) 加强门、急诊质量管理和持续改进，强化门急诊工作人员的技术培训和院前急救，不断改进门、急诊诊疗流程，使其趋于合理化；

绿色通道”，急救设备整齐、完整，急诊服务及时、安全、便捷、有效。

（2）住院。住院患者诊断明确，有适宜的诊疗计划，治疗安全、及时、有效、经济。手术科室实行手术分级管理制度、重大手术报告审批制度、大中型手术术前讨论制度，加强围手术期管理。采取有效措施缩短患者平均住院日。为出院病人提供较详细的出院医嘱和康复指导。

（3）加强和完善重症监护病房的管理，坚持危重病人床头和书面交接班制度，坚守岗位，严密观察病情变化；严格执行患者入、出重症

监护病房标准；重症监护病房工作人员的技术水平、人员、设备、设施应能满足救治工作的需要。

（4）麻醉工作程序规范，mect 术前麻醉准备充分，麻醉意外处理及时、正确，麻醉复苏实施全程观察等。

3、加强传染病和突发公共卫生事件管理。

严格执行《传染病防治法》、《突发公共卫生事件应急条例》及相关法律法规，开展全员培训，今年组织两次突发性公共卫生应急演练，坚持传染病报告制度化、规范化。

4、加强医技科室质量管理。

（1）临床检验。执行《医疗机构临床实验室管理办法》等有关规定，完善质量管理体系，开展室内质控、参加室间质评。统一标准，统一质控，保证质量。临床检验项目满足临床需要，检验报告及时、准确、规范，出具报告必须审核。

（2）医学影像。执行《放射诊疗管理规定》等有关规定，实行技术操作规范和科学的质量控制标准，能提供 24 小时急诊检查服务。开展临床随访，定期进行质量评价。医学影像资料质量符合临床工作要求，报告及时、准确、规范，出具报告必须审核。环境保护与个人防护符合要求。

（4）临床药事。执行《药品管理法》、《麻醉药品和精神药品管理

条例》、《处方管理办法》等有关规定。药学部门要建立“以病

工作。制定、落实药事质量管理规范和考核办法。加强对特殊管理药品的管理，包括毒性药品、麻醉药品、精神药品、放射药品购置、使用与安全保管，开展处方点评，落实抗菌素药物分级管理。继续开展药品不良反应监测和报告工作。

（5）临床用血。执行《献血法》、《医疗机构临床用血管理办法》、《临床输血技术规范》等有关规定，完善血液管理制度，做到管理到位，记录齐全，按规定做完输血前各项检查，坚决避免和杜绝了经输血传染的疾病，输血前检查完成率 100%，达到全血和成分输血适应症合格率 $\geq 90\%$ ，杜绝了非法采血用血。

（6）医院感染。执行《病原微生物实验室生物安全管理条例》等有关规定。推进医院感染管理规章制度的落实，开展医院感染全员教育与培训，执行无菌操作、消毒隔离技术、标准预防、手卫生规范、落实医院感染的监测、诊断和报告。手术室和中心供应室的管理符合要求。医院感染指标符合规定要求。

5、加强人才培养，根据医疗技术管理相关规定积极开展新技术、新项目。

（1）举办医院医生培训班，每月举办院内公共学术讲座 1 次，提高全院医务人员专业技术知识，业务技术水平。

（2）严格执行医师考核制度。

（3）完善业务发展激励机制，大力鼓励支持依法开展新技术、新项目，持续提升技术水平。

7、做好带教工作，通过科室会诊，临床大查房、病案讨论，学术讲座等多种形式，丰富实习生、进修生的临床医学知识，同时认真完成好基层医生的培训任务和对口支援工作。医疗质量与安全管理委员会

2014 年 01 月 20 日篇三：医疗质量与安全管理工作计划 **医院
医疗质量与安全管理工作计划

为提高医疗质量，保证医疗安全，加强医务人员职业素质，规范医疗行为，医疗质量与安全管理委员会将认真贯彻落实科学发展观，

特色鲜明、专长突出、综合全面”的医院建设思路，继续加强医院医疗质量管理委员会、医务部和科室医疗质量控制小组组成的三级质量控制网络体系之间的协作分工，狠抓规章制度落实，建立健全任务明确、职责与权限相互制约、协调、促进的质量保证体系，使医院的医疗质量管理工作规范化进行，通过质量管理的持续改进，提高医院的医疗质量及工作效率。

一、加强医疗质量管理，保证和提高医疗服务质量。医疗质量管理是医院管理的核心，提高医疗质量是管理医院根本目的。在加强医疗质量内涵建设的基础上，把减少医疗质量缺陷，及时排查、消除医疗安全隐患，减少医疗事故争议，杜绝医疗事故当作重中之重的工作。严把医疗质量关，各科室严格执行各项规章制度，规范诊疗行为，坚持首诊负责制、三级查房制、疑难病人会诊、重危病人及术前术后讨论制度。增强责任意识，注重医疗活动中的动态分析，做好各种防范措施，防患于未然。针对当前患者对医疗知情权要求的提高，完善各项告知制度。加强质控管理，住院病历书写按《病历书写规范》和评分标准执行，处方书写按《处方管理办法》和处方评价执行。

二、优化医疗服务流程，方便患者就医

进一步提高医疗服务质量，保障医疗安全。认真落实患者十项安全目标。科室服务标识规范、清楚、醒目、易懂。坚持以病人为中心，优化医疗流程，方便患者就医。增强服务意识，优化就医环境，努力为患者提供温馨便捷、优质的医疗服务。

三、实施医疗质量、医疗安全教育

加强全院医务人员的素质教育使医院全体职工具有正确的人生观、价值观、职业道德观；需要强烈的责任感、事业心、同情心；树立牢固的医疗质量、医疗安全意识；在院内全面开展优质服务和医疗安全工作，激发职工比学习、讲奉献的敬业精神，形成比、学、赶、超的良好氛围。

四、建立完善的质量安全管理体系，规范医疗行为

建立符合医院实际的质量管理体系，医院院长为第一责任人、副

院长、医务部和各临床科室为成员的质量安全管理，质量安全控制考核领导小组，负责全院质量安全管理工作。使医院形成主要领导亲自抓，分管领导具体抓，职能科室天天抓，临床科室时时抓的医疗质量、医疗安全管理的格局。加强医疗质量管理坚持平时检查与月、季、年质控相结合，严把环节质量关，确保终末质量关。“抓三基”、“促三严”、落实“三级医师”查房制度。组织院内职工学习卫生法律、法规、制度、操作规程及操作常规，并记入个人业务档案。

通过开展以上医疗业务管理，努力提高医疗质量，确保医疗安全为目标的全方位质量管理工作，使医院的各项工作达到综合目标责任制预期目标，医疗质量逐步提高，安全隐患逐渐减少，进一步减少医疗事故，医疗纠纷的发生。最终达到提高医疗质量，确保医疗安全的总体目标。2012 年 10 月 5 日篇四：医疗质量与安全管理小组工作计划

儿科医疗质量与安全管理小组工作计划

为落实医疗核心制度，确保提高我科医疗质量和安全、保证病历书写的内涵质量及医疗指标的完成，拟定本医疗质量与安全工作计划：

一、强化思想认识，持续发展：

科主任、护士长继续抓好质量管理，落实各项规章制度。每月召开质量管理委员会会议、病历质控小组会议、院感小组会议，护理管理小组会议，医疗安全小组会议等，规范管理、规范医疗行为。使我科每个工作岗位都能努力工作，以提高医疗技术水平，促进科室持续发展。

二、明确科室医疗、主要工作指标，努力完成

- 1、病床使用率 $\geq 92\%$
- 2、平均住院日 ≤ 14 天
- 3、入院三日确诊率 $\geq 90\%$
- 4、入出院诊断符合率 $\geq 90\%$
- 5、住院危重病人抢救成功率 $\geq 85\%$
- 6、三基考核合格率=100%（80/100 分）
- 7、门诊病历书写合格率 $\geq 90\%$ （90/100 分分以上）

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/556151242142010232>