

康复医学科医疗质量与管理制度电子版

- 一、首诊负责制度
- 二、病历管理制度
- 三、病例讨论制度
- 四、会诊制度
- 五、危急病患抢救制度
- 六、查对制度
- 七、技术准入制度
- 八、危重病患转诊制度

一、首诊负责制度

- 1.第一个接待病人的科室和医师称为首诊科室和首诊医师。
- 2.首诊医师发现涉及他科的或确系他科的病人时，应在询问病史、进行体检，写好病历，并进行必要的紧急处置后，才能请有关科室会诊或转科。
- 3.凡遇有多发伤或诊断未明的病人，首诊科室和首诊医师应承担主要诊治责任，并负责及时邀请有关科室会诊，在未明确收治科室时，首诊科室和首诊医师应负责到底。
- 4.如患者确需转科，且病情允许搬动时，由首诊科室和首诊医师负责联系安排。如需转院，且病情允许搬动时，由首诊医师向首诊科（室）的领导或医务部（外）汇报，并要落实好接收医院后方可转院。

二、病历管理制度

1.者病历由所在科室负责集中、统一保管，由病案室具体负责病历的归档、保存与管理。

2.严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。除涉及对患者实施医疗活动的医务人员和医疗质量监控人员外，其他任何机构和个人不得擅自查阅该患者的病历。因科研、教学需要查阅病历的，需经医务部同意，阅后应立即归还，且不得泄露患者隐私。

3.病历因医疗活动或复印、复制等需要带离科室时，应当由科室主任或护士长指定专人负责携带和保管。

4.医务部负责受理复印病历资料的申请。受理申请时，应当要求申请人提供有关证明材料。

5.发生医疗纠纷或事故时，由医务部指派专人在患者或者其代理人在场的情况下封存病历，封存的病历由医务部保管。

三、病例讨论制度

临床病例（临床病理）讨论

1.病例讨论会。凡遇疑难病例，由科主任或主治医师主持，有关人员参加，认真进行讨论，尽早明确诊断，提出治疗方案。

2.临床病例（临床病理）讨论会应有记录，可以全部或摘要归入病历内。

四、会诊制度

1.

疑难病例会诊。凡遇疑难病例，应及时申请会诊，并做好会诊前的准备。会诊时，经治医师要详细介绍病史，提出会诊要求，并做好会诊记录。会诊医师要对伤病员详细查体，结合有关检查资料，综合分析，明确提出会诊意见。主持人要进行小结。对会诊意见认真_____实施。

2.科间会诊。由经治医师提出，上级医师同意，填写会诊单。应邀医师一般要在两天内完成，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，必须随请随到。

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，经医务科同意，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，医务科要有人参加。

6.院外会诊。本院一时不能诊治的疑难病例，由科主任提出，经医务科同意，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_____会诊。经治医师要详细介绍病史，做好会诊前的准备和会诊记录。会诊中，要详细检查，发扬技术民主，明确提出会诊意见。主持人要进行小结，认真_____实施。

五、危急病患抢救制度

(一) 抢救危重病人应按照病情严重程度和复杂情况决定抢救_____工作：

- 1.一般抢救由有关科室急诊医师和当班护士负责。
- 2.危重病人抢救应由该科急诊主治医师和急诊护士长____抢救。
- 3.遇有大批病人、严重多发伤等情况时，应立即报告医务部（处），由院____专科医师共同抢救。

（二）急诊室护士应做好抢救准备工作。遇有危重病人应立即通知主班护士和值班

医师，并及时给予必要的处理，如吸氧、吸痰、测体温、血压、脉搏、呼吸等。

（三）参加抢救的医护人员要严肃认真、积极主动，听从指挥，既要明确分工，又要密切协作。

（四）抢救工作中遇有诊断、治疗、技术操作等方面的困难时，应及时请示上级医

师;上级医师要随叫随到，迅速参加抢救工作。

（五）一切抢救工作均要做好记录，要求及时、准确、清楚、扼要、完整，并要注明执行时间。

（六）口头医嘱要准确、清楚，尤其是药名、剂量、给药途径与时间等，护士要复述

一遍，避免有误，并及时记录于病历上，并补开医嘱和处方。

（七）各种急救药物的安瓶、输液空瓶、输血空袋等用完后应暂行保留，以便统计

与查对，避免医疗差错。

(八) 一切急救用品实行"四固定"制度 (定数量、定地点、定人管理、定期检查维

修)，各类仪器要保证性能良好。急诊室抢救物品一律不外借，用后归放原处，清理补充。

(九) 病人经抢救病情稳定或需转入病房或手术室治疗者，急诊科(室)应派人护送，

病情不允许搬动者，需专人看护或经常巡视，对已住院的急症病人应定期追踪随访，以利提高救治水平。

(十) 抢救工作结束，应认真检查总结。由急诊主治医师或护士长于抢救后总结：

①病员到院后处理是否及时。正确。

②_____是否得力。医护配合如何。

③抢救中有何经验教训。

六、查对制度

1.开医嘱、处方或进行治疗时，应查对病员姓名、性别、病历号(门诊号)。

2.各种治疗时，查对科别、病房、姓名、部位、种类、剂量、时间、皮肤。

3.低频治疗时，并查对极性、电流量、次数。

4.高频治疗时，并检查体表、体内有无金属异常。

5.针刺治疗前，检查针的数量和质量，取针时，检查针数和有无断针。

七、技术准入制度

1、新技术、新项目申报必须具备的条件：

(1) 主要针对目前国内外亟待解决的医学临床和疾病预防方面的问题以及具

有重要科学和应用前景的基础理论研究。

(2) 学术思想先进、新颖，立题依据充分，目标明确，结合医院发展的趋势，

具有一定的研究水平。

(3) 起点高，具有一定的研究工作能力，近期内可望取得成果。

(4) 课题设计合理，技术路线切实可行。

(5) 技术或项目的开展，具备人员、时间、设备等条件的保证。

(6) 已有明确结论的科研不再立项，防止低水平的重复。

2、开展新技术、新项目的科室到医务部领取《开展临床新技术、新项目》申报表一式三份，将该技术项目的原理、参考值、临床意义、适应症、禁忌症、注意事项、标本采集、送检地点等逐一填写清楚，上报医务部_____，并报请主管院长批准。

3、新技术、新项目确定后，由医务部_____召开专题报告会，由有关专家进行可行性论证，提出修改意见，进一步完善设计内容。

4、申报市（厅）级以上的新技术、新项目，经院领导审批后，由医务部_____专家论证，再报送上级有关部门审批。

5、申报时间：

(1) 国家攻关项目（五年计划重点项目）每五年一次，下半年进行。

(2) 国家自然科学基金资助项目，每年一次，1~___月间进行。

(3) ___部招标项目，每___年一次，2~___月间进行。

(4) ___部青年基金资助项目，每年一次，2~___月间进行。

(5) 院科研项目，每年受理一次，1~___月间进行。

八、危重病患转诊制度

(一) 医院因限于技术和设备条件，对不能诊治的危急病员，由科内讨论或由科

主任提出，经医务科报请院长或主管业务副院长批准，提前与转入医院联系，征得同意后方可转院。

(二) 各省、市、自治区级医院病员（包括门诊病员）需转外地医院治疗时，应由

所在医院科主任提出，经院长或业务副院长同意，报请省、市、自治区卫生厅批准办理手续。急性传染病、麻风病、精神病、截瘫病人，不得转外省市治疗。

(三) 危急病员转院，如估计途中可能加重病情或死亡者，应留院处置，待病情

稳定或危险过后，再行转院。危重病人转院时应派医护人员护送。病员

转院时，应将病历摘要随病员转去。病员在转入医院出院时，应写治疗小结，交病案室，退回转出医院。转入疗养院的病员只带病历摘要。

（四）病员转科须经转入科会诊同意。转科前，由经治医师开转科医嘱，并写好

转科记录，通知住院处登记，按联系的时间转科。

康复医学科医疗质量与管理制度电子版（二）

一、目的：

建立康复医学科医疗质量与安全管理体系，采用pdca循环原理，制定科室医疗质量与安全管理体系并组织实施，持续改进医疗质量和安全，保障患者得到优质、合理、高效的康复服务。

二、医疗质量与安全管理体系的设立及职责。设立医疗质量与安全管理体系组，科主任为组长，是康复医学科医疗质量与安全管理体系的决策人和领导人，决定科室医疗质量与安全管理体系的计划和实施方案，持续改进科室的医疗质量与安全。

医疗质量与安全管理体系组设以下管理小组：临床诊疗小组、医院感染管理小组、病案管理小组、合理用药小组、医疗安全不良事件管理小组、护理质量与安全管理体系组，科主任为第一责任人，各小组的设立及职责如下：

1.临床诊疗组（1）小组职责。

①完成本诊疗小组的医疗工作。认真负责地评估本组每一例病员的病情及疗效；查看各种辅助检查的结果并分析；查看诊断是否正确、治疗方案是否妥当。

②完成每日查房。

③完成急、危、重、疑难病例的抢救处理；诊疗组长亲自参加、指导高难度的诊疗技术操作。

④对本组疑难或危重病例、特殊病例及死亡病例及时报告科主任，提出会诊申请或组织科内讨论，安排人员做好记录。

⑤做好医患沟通，发现医疗缺陷、医疗不良事件及医疗纠纷立即报告科主任，并积极处理，避免事态扩大。

⑥完成病历的质量控制。按病历书写基本规范及时、准确地完成病历书写，及时审签，按时归档，确保甲级病历达____%，杜绝乙、丙级病历。认真学习处方管理办法及书写规范，确保处方合格率达____%。

⑦积极参加院内组织的各种业务学习，按时参加“三基”及实践技能考核，确保合格率达____%以上；诊疗组内的上级医师做好对下级医师的“帮、带、教”工作，不断提高本诊疗小组的医疗技术水平；制定本小组的业务学习计划、科研工作，承担相应的专题讲座。

(2) 小组人员设立及职责：

①组长：组长为科主任，负责主持相关工作。

②小组成员：康复医师，负责完成相关工作。

2.医院感染管理组

(1) 小组职责。负责开展科室的医院感染管理工作，根据实际情况制定科室医院感染的预防与控制措施，培训、考核本科各类工作人员的医院感染相关知识和技能，针对科室自查及医院主管部门反馈的数据资料进行分析、总结、提出整改措施，持续改进科室医院感染管理工作。

(2) 小组人员设立及职责：

①组长。组长为科主任，负责主持召开科室医院感染管理活动，组织落实科室的医院感染管理工作及相关任务。

②副组长。选取一名医生担任副组长，在科主任指导下，组织小组成员共同制定科室医院感染的预防与控制措施，负责培训、考核全科各类工作人员的医院感染相关知识和技能，记录相关资料。

③小组成员。选取医师组、护理组部分人员作为小组成员，与组长、副组长共同制定科室医院感染的预防与控制措施；协助副组长培训、考核全科各类工作人员的医院感染相关知识和技能；参与科室质量与安全管理活动。小组成员中还包括院感监控医生和院感监控护士，负责履行主管部门对其制定的职责。

3.病案质量管理组

(1) 小组职责：负责开展科室的病案质量管理工作，负责制定科室病案质量监控管理流程和方案，并严格按照流程进行病历检查，针对从科室自查及医院主管部门反馈数据资料进行分析、总结、提出整改措施，持续改进科室的病案质量。

(2) 小组人员设立及职责：

①组长。组长为科主任，负责每月主持召开科室病案质量管理活动，组织落实科室病案质量管理及相关任务。

②副组长。选取一名高年资医生、护士长担任副组长，高年资医生负责科室医生书写的电子病历、纸质病历的病案质量管理，护士长负责护理病案质量的管理。

③小组成员。设立医生组其他人员和一名护理组高年资人员作为小组成员，参与病案质量管理活动。各医疗组上级医生负责检查、修改下级医生病历，对本组出院病历进行质控。在医生组中再选取一名医生担任科室病历质控员，负责自查科室所有环节病历、终末病历，针对自查存在的问题及医院主管部门反馈的问题通知责任医生及时整改，记录相关资料，每月对病案质量存在的问题进行总结、分析，为小组的病案质量管理活动提供依据。

4.抗菌药物临床应用管理组

(1) 小组职责：负责开展科室的抗菌药物合理应用管理工作，负责制定科室抗菌药物合理应用管理制度，并严格按照制度执行，针对科室自查及医院主管部门反馈的数据资料进行分析、总结、提出整改措施，持续改进科室抗菌药物的合理应用。

(2) 小组人员设立及职责：

①组长。组长为科主任，负责每月主持召开科室抗菌药物临床应用管理活动，组织落实科室抗菌药物临床应用管理工作及相关任务。

②副组长。选取一名医生担任副组长，负责培训、考核科室医生抗菌药物应用相关知识，自查科室抗菌药物使用情况，记录相关资料，针对科室自查及医院主管部门反馈的数据资料进行分析、总结，为科室抗菌药物临床应用管理活动提供依据。

③小组成员。设立医生组其他人员作为小组成员，参与抗菌药物合理应用管理活动；各医疗组上级医生负责检查本组抗菌药物合理使用情况。

5.医疗安全（不良）事件管理组

(1) 小组职责：负责监督、自查科室医疗安全（不良）事件的上报，并对科室发生的医疗安全（不良）事件进行及时总结、分析，提出科室质量与安全的改进措施，促进科室医疗质量与安全得到持续改进。

(2) 小组人员设立及职责：

①组长。组长为科主任，负责主持召开科室医疗安全（不良）事件管理活动，组织落实医疗安全（不良）事件管理工作及相关任务。

②副组长。选取医师组、治疗师组、护理组各一名人员担任副组长。担任副组长的医师组人员负责监督医师组医疗安全（不良）事件的上报和登记；担任副组长的治疗师组人员负责治疗师组医疗安全（不良）事件的上报和登记；担任副组长的护理组人员负责护理组医疗安全（不良）事件的上报和登记；

③小组成员。选取医师组、治疗师组、护理组部分人员作为小组成员，协助副组长监督各组医疗安全（不良）事件的上报和登记并参与科室医疗安全（不良）事件管理活动。

6.护理质量与安全管理组

(1) 小组职责：负责科室各项护理工作质量的检查、分析、评价、反馈，持续改进护理质量与安全。

(2) 小组人员设立和职责：

①组长。组长为护士长，在护理部及科主任领导下，负责组织落实科室护理质量与安全管理工作及相关任务。

②成员。选取护理组部分人员担任成员。负责协助组长进行护理质量与安全的管理，记录相关资料。

三、医疗质量与安全管理的的方法遵循pdca循环原理，p即计划（plan），d即实施（do），c即检查（check），a即改进（action）。p-计划：在医院领导下，制定科室医疗质量与安全管理工作计划，确定科室医疗质量与安全管理工作指标及目标。

d-实施。医疗质量与安全管理工作组各小组根据自己的职责和任务，按计划要求在工作中认真执行，并落实到具体的人员。

c-检查。根据计划对监测项目进行数据收集、处理分析、发现缺陷、提出改进措施、重新设计流程，纳入新的内容，并试执行。

a-改进。根据检查结果，将成功的经验加以肯定，形成“标准”；对缺陷程度采取措施进行改进，并对遗留的问题转下一循环解决。

四、科室医疗质量与安全管理的监测项目

平均住院日、平均病床周转次数、病案质量、抗菌药物合理应用、医院感染管理、医疗安全（不良）事件、住院超过____天患者管理、传染病报告、输血管理、康复治疗有效率、住院患者康复功能评定率、技术差错率、住院患者跌倒/坠床发生率及伤害严重程度、住院患者压疮发生率及伤害严重程度。

五、康复医学科保障医疗安全十大原则

1.严格掌握入院指征不属于康复医学科诊治对象门诊患者，特别是恶病质患者不能收入住院，应介绍到相关科室。诊断依据不足者，不能草率诊断，应待入院后经进一步检查再下诊断。

2.签署知情同意书入院时护士应向患方讲解住院须知，主管医师让患方签署康复治疗知情同意书。

3.医患沟通患者入院后，医患之间应保持良好的沟通，主管医师应耐心给患方讲解治疗或检查的意义和必要性，如患方仍然拒绝医师建议的治疗或检查，主管医师应在病历上记录并要求患方签字。

4.保护患者隐私医师、治疗师、护士、进修生、实习生、研究生、住院医师、护工在检查、治疗、护理患者时应严密保护患者隐私，不得泄露患者病情和隐私。

5.先评定后治疗医师、治疗师和护士共同确立患者的主要功能障碍、康复治疗目标和治疗方案，先进行评定再确定具体治疗方法，治疗师对主治患者实施初（入院）、中（住院时间大于____周）、末（出院）____次定期评定并由主管医师在病历中记录评定结果。

6.疑难病例讨论对疑难病、诊断不清和疗效差的患者，各治疗组医师必须和相关治疗师一起，在组内、科内讨论，必要时请相关科室会诊。

7.安全第一治疗师、护士、医师必须强化安全意识，对瘫痪、骨折、儿童、骨质疏松、老年等感觉运动障碍患者到治疗室必须要求患方专人接送，以防跌倒、骨折、再卒中等意外发生，患方陪护不在时，必须由治疗师亲自接送。

8.岗前培训对新进员工、研究生、进修生、实习生和住院医师，各组组长应先进行病历书写、康复治疗技术规范操作等与本组工作相关的部门规范培训，经培训合格后方能上岗。

9.医疗文书质控医师、治疗师、护士必须及时、准确记录各类医疗文书，各组组长负责质控，科室病历质控员负责审核全科病历并通知责任医师整改。

10.医疗应急成立科室医疗应急小组。职责：处理科室发生的医疗纠纷、差错、事故、急重症抢救和各种医疗应急；原则：风险共担、集思广益、沉着冷静、团结协作、及时正确应急。

六、康复医师医疗与质量安全管理规定

1.接诊制度门诊医师负责接待门诊患者、确定治疗方案、开处方和治疗单，介绍患者到相关治疗室治疗。住院部医师负责接待住院患者，与患者主管治疗师及主管护士确定患者康复方案，开医嘱，送交治疗单和安排患者到相关治疗室治疗并请治疗师在治疗单上签字，协调患者每日治疗时间，并告之注意事项；主管医师因上课、门诊和休假不在病房时由住院总医师或值班医师负责。

2.

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/615001330342011311>