

# 第一章 迎检准备方法

## 一、评审材料准备标准

PDCA 循环标准: P(Plan)计划---靠制度和文件表现, D(Do)实施---靠统计表现, C(Check)检验----考统计表现, A(Action)行动—靠统计、文件表现, 对总结检验结果进行处理, 对成功、可行一套经验进行推广, 对存在问题再次进行循环处理。

具体方法: 有一套指导文件、有具体实施步骤、有定时质量分析、有针对问题整改。

## 二、科室怎样准备迎检

- 1.科室规章制度: 依据医院层面规章制度制订本科室制度和科室特有规章制度
- 2.医务人员岗位职责。
- 3.12-每十二个月全部要有工作计划: 要和医院大项工作相吻合, 有哦“医、教、研”工作任务和目标、医疗质量改善方法实施等。
- 4.有诊疗项目表和业务范围文字材料。
- 5.本科室多种诊疗操作技术规范文件, 12---有修订。
- 6.有业务培训材料、签到表、参与人员、专题。
- 7.各类登记本、应急预案。
- 8.设备和耗材管理、使用、登记统计。
- 9.质量控制体系建立及活动统计。
- 10.病历: 包含为合理用药、合理用血、关键制度落实、手术、大手术或新开展技术病历、高危、重症手术病历等。

## 三、怎样应对检验

- 1.保持自信、镇静。友善态度, 请保持微笑。
- 2.只回复被问到问题, 并说你知道。不提供额外信息, 尤其当你不是 100%确定时。因为检验者会所以利用线索问询更多问题。
- 3.在回复问题前应谨慎思索, 如不清楚检验者提出问题可请检验者在讲解一遍。如不知道答案, 不要回复“不知道”, 应该说“我去查一下再回复您”。
- 4 必需时, 能够利用你笔记、文件夹、计算机文件、海报、医院网站等方法来帮忙回复问题, 无须记忆全部东西, 但必需正确地说出相关资料查阅位置和方法。

- 5.回复问题时能够参考政策；尽可能举出制度或步骤以支持你答案。
- 6.在回复检验者问题时，避免使用含糊之词，要有自信，且回复“这是我们遵守标准”。
- 7.在评审教授面前不要表示和同事答案不统一，或强调你个人不一样意见或作业方法。
- 8.要有正面态度：即认为评审教授是来帮我们改善，要将她们意见或提议用在改善上。
- 9.科主任在非必需时不可抢先回复问题，应引导职员向正确方向回复问题，这么有机会使职员正确回复，检验者想看到是职员怎样，制度有没有层层落实。

#### 四、怎样应对评审教授文件审查

- 1.不要和检验组发生争吵，不要打断检验组说话，要在听取意见后向其说明我院是完全按摄影关条例实施，只是结合了本科室工作实际，并提供证据。
- 2.科室内备查资料要放在统一位置，摆放有序，查阅方便。
- 3、科室要指定若干人员熟练掌握备查文件夹中内容，方便检验组同时检验若干文件。
- 4.检验时要快速、正确地向检验人员提供相关文件，并通知文件资料解释人到场。
- 5.在文件审查时会有很多申辩机会，当检验人员迷惑问询你时，此时回复方法很关键，回到要慎重，要给其它人留有足够时间和空间补充说明。当检验者有不一样意见时，要虚心请教，并当面将其意思统计在笔记本上，同时表示谢意。

#### 五、迎检准备中对全院职员要求

- 1.切记我院本身提出各项要求、标准、措施。
- 2.切记本人岗位职责。
- 3.切记本人岗位相关制度。
- 4.熟知本岗位质量标准和改善措施。
- 5.知晓等级医院检验本岗位关键内容和要求。
- 6.参与值班者（含医院总值班）做好应急考评和处理问题能力考评准备。
7. 仪表端正、服装整齐、挂牌规范、文明用语、按时上班。
- 8.做好应急传呼，电话考评，手术和模拟案例检验准备。
- 9 正确掌握应急预案。
- 10.切记关键制度。
- 11.正确掌握洗手法。

12.熟练掌握徒手心肺复苏。

## 第二章 医院相关常识回复

### 一、我院发展简历。

峨眉山市妇幼保健院成立于1952年，是一所公益性全民全部制机关。是国家卫生部、联合国儿童基金会、世界卫生组织1995年9月确定峨眉山市首家“爱婴医院”。1998年经过国家一级甲等妇幼保健院评审。升为全国“三网”监测点。整体搬迁至峨眉山市名山路东段146号。我院是乐山市城镇居民医疗保险定点机构。

### 二、我院床位及人员情况。

编制床位80张，实际开放41张。现有职员89余人。

### 三、医院文化。

办院方针：“以保健为中心，以保健生殖健康为目标，实施保健和临床相结合，面向群体、面向基层和预防为主”方针。

服务宗旨：以病人为中心，以质量是关键。全心全意为广大妇女儿童服务。

关键价值：以妇幼保健需求为导向，以病人满意为标准，以集体荣辱为己任，以全员进步为共识。

发展目标：提供整齐、舒适、安全医疗环境。使病人满意，社会满意、政府满意、职员满意。

### 四、医院总值班电话是多少？

医院总值班电话为：

### 五、“三重一大”是指什么？

三重：重大决议事项、关键干部任免、重大项目安排。

一大：大额资金使用。

### 六、院务公开关键形式有哪些？

答：1、医院会议（职代会、干部会）

2、院务公开栏张贴

3、简报、文件形式下发

- 4、医院网站
- 5、电子屏显示
- 6、短信及其它形式

## 七、你工作职责里是否有医德医风方面要求？科室师傅开展过医德医风方面教育？

答：有相关要求，科室和支部全部开展过医德医风方面教育，医院每个月进行医德医风查房。

## 八、卫生部“八不准”。

1、医疗机构和科室不准实施药品、仪器检验、化验检验及其它医学检验等开单分成措施；

2、医疗机构一切财务收支应由财务部门统一管理，内部科室取消和医务人员收入分配直接挂钩经济承包措施，不准设置小金库；

3、医务人员在医疗服务活动中不准接收患者及其亲友“红包”、物品和宴请；

4、医务人员不准接收医疗器械、药品、试剂等生产、销售企业或人员以多种名义、形式给回扣、分成和其它不正当利益；

5、医务人员不准经过介绍病人到其它单位检验、诊疗或购置药品、医疗器械等收取回扣或分成；

6、医疗机构和医务人员不准在国家要求收费项目和标准之外，自立、分解项目收费或提升标准加收费用； 7、医疗机构不准违反国家相关药品集中采购政策要求，对中标药品必需按协议采购，合理使用；

8、医疗机构不准使用假劣药品，或生产、销售、使用无生产同意文号自制药品和制剂。

## 九、医疗卫生行风建设“就不准”

1、不准将医疗卫生人员个人收入和药品和医学检验收入挂钩；

2、不准开单分成，严禁医疗卫生机构在药品处方、医学检验等医疗服务中实施开单分成做法，严禁医疗卫生人员经过介绍患者到其它单位检验、诊疗或购置医药产品等收取分成；

3、不准违规收费；

4、不准违规接收社会捐赠资助；

- 5、不准参与推销活动和违规公布医疗广告；
- 6、不准为商业目标统方，严禁医疗卫生人员利用任何路径和方法为商业目标统计医师个人及临床科室相关药品、医用耗材用量信息，或为医药营销人员统计提供便利；
- 7、不准违规私自采购使用医药产品；
- 8、不准收受回扣；
- 9、不准收受患者“红包”。

## 十、四川省卫生厅“五不准”。

- 1、医务工作人不准索要或收取病人及家眷“红包”。
- 2、不准接收多种名义给回扣。
- 3、不准开单分成，推销药品、医疗用具。
- 4、不准推诿病人，无故拒绝诊治。
- 5、不准对法定传染病疫情等突发公共卫生事件隐瞒、缓报、谎报。

## 十一、医务人员医德规范包含哪些？

- 1) 救死扶伤，实施社会主义人道主义。时刻为病人着想，千方百计为病人解除病痛；
- 2) 尊重病人人格和权利，对待病人，不分民族、性别、职业、地位、财产情况，全部应一视同仁；
- 3) 文明礼貌服务。举止端庄，语言文明，态度和蔼，同情、关心和体贴病人；
- 4) 廉洁奉公。自觉遵纪守法，不以医谋私；
- 5) 为病人保守医密，实施保护性医疗，不泄露病人隐私和秘密；
- 6) 互学互尊，团结协作。正确处理同行同事间关系；
- 7) 严谨求实，奋发进取，钻研医术，精益求精。不停更新知识，提升技术水平。

## 第三章 消防保卫相关常识问答

### 一、灭火器使用方法：

答：首先拔掉保险销，对准火焰根部，压下把手，左右摆动。灭火应在上风向，距离火焰2米处。

## 二、你是否知道你工作区域有哪些消防器材及其位置和使用方法。

答：每位职员必需清楚知道自己工作区域灭火器、消防栓、手动报警按钮、安全出口位置及其使用方法。手动报警按钮使用方法：用拇指压破或用硬物击碎手动报警按钮上玻璃片即可报警。

## 三、医院消防中心、公安消防队报警电话分别是什么？

答：医院消防保安中心报警电话 ，公安消防外线 119。

## 四、消防知识“三懂”、“四会”是什么？

答：“三懂”：知道本部门火灾危险性；知道预防火灾方法；知道自查整改火灾隐患。“四会”：会报警；会使用灭火器材；会组织人员疏散；会扑救初起火灾。

## 五、当发生火灾时是否能够乘搭电梯进行疏散？

答：不能。

## 六、医院发生火灾应急程序是什么？

答：救援、报警、限制、灭火。

## 七、医院时候能够吸烟?医院开展过禁烟宣传没有？

答：开展过，我们医院是无烟医院，人人全部是禁烟劝导员。对医院病人全部要进行宣传。

## 八、医院多长时间进行一次消防演练？

答：医院要求每十二个月进行数次消防演练，保障大部分职员每十二个月参与一次消防演练。

## 九、是否知道火警疏散图位置及怎样使用？

答：医院在每层楼张贴有消防疏散图，当发生火灾等紧急情况需要疏散逃生时，房间里人员可依据消防疏散图标示知道自己所在位置、离自己最近逃生出口和其它逃生出口方向，便于安全逃生。

## 十、你有没有参与过消防知识培训和考评？

答：有参与。十二个月一次（讲明参与次数和时间）。

## 十一、科室是怎样做好火灾预防工作？当你发觉你工作区域有火灾隐患时，你怎样处理？

答：组织学习掌握消防安全知识和多种灭火器材使用方法，并熟悉本区域灭火器材分布情况，维护消防通道通畅及灭火器材完好，对有消防通道阻塞、灭火器被移位、有违章作业等违规情况要即时现场处理或汇报保卫部处理。做好用火用电及危险易燃易爆物品安全管理。对关键防火部位防火情况进行常常性巡查，发觉消防隐患立即处理。

## 十二、当发生枪击、挟持人质、凶杀等暴力事件时，职员是否知道怎样行动？

答：当发生这类事件时，立即通知医院消防保安中心（5525384）及医院总值班室，同时拨打 110 向公安机关报警，若有些人员受伤要根据医院常规检验诊疗，并通知家眷，必需时要立即请心理科会诊，并统计在病历中。

## 十三、当发觉有偷窃、财产破坏、丢失物品托事件时，发觉人员应怎样做？

答：发觉人员应首先拨打 5525384 向医院消防保安中心报警，同时注意保护现场并向保卫科、科室主任汇报。

## 第四章 医务相关常识问答

一、临床科室主任需推行哪些职责？（详见峨眉市妇幼保健院制度职责汇编）

二、主任（副主任）医师需推行哪些职责？（详见峨眉山市妇幼保健院制度职责汇编）

三、主治医师岗位职责有哪些？（详见峨眉山市妇幼保健院制度职责汇编）

四、其它医务人员岗位职责是什么？（详见峨眉山市妇幼保健院制度职责汇编）

五、峨眉山妇幼保健院医疗质量考评指标有哪些？

答：关键包含医疗数量、质量、效率四部份。数量指标包含：门急诊量、住院收容量、出院人数、住院手术量。质量指标包含：治愈好转率、抢救成功率、整年死亡率、手术死亡率、危重死亡率。效率指标包含：平均住院费、平均住院药费、药占比、手术平均住院费。

## 六、医院是否给科室下达经济指标？

答：医院从未向科室下达经济收入指标。

## 七、什么是医疗风险？

答：医疗风险指卫生技术人员在从事医疗活动过程中存在对患方或医方造成伤害危险原因。对患方是指存在于整个医疗服务过程中，可能会造成损害或伤残事件不确定性，和可能发生一切不安全事情。对医院是指在医疗服务过程中发生医疗失误或过失造成不安全事件风险。

## 八、什么是医疗事故？

答：医疗事故是指医疗机构及其医务人员在医疗活动中，违反医疗卫生管理法律、行政法规、部门规章和诊疗护理规范、常规，过失造成患者人身损害事故。

## 九、医疗事故怎样分级？

答：医疗事故分为四级，具体以下：

一级医疗事故：造成患者死亡、重度残疾；

二级医疗事故：造成患者中度残疾、器官组织损伤造成严重功效障碍；

三级医疗事故：造成患者轻度残疾、器官组织损伤造成通常功效障碍；

四级医疗事故：造成患者显著人身损害其它后果。

## 十、医患双方对患者死因有异议，应在死亡多长时间内尸检？

答：48 小时，如含有尸体冻存条件，能够延长至 7 日，但必需经死者近亲属同意并签字。

## 十一、未经注册执业医师是否能够执业？

答：未经注册取得医疗机构《医师执业证书》者，不得在该单位从事医疗、预防、保健活动。

## 十二、医院关键医疗制度有哪些？

答：1、首诊负责制度 2、三级医师查房制度 3、疑难病例讨论制度 4、会诊制度 5、危重患者抢救制度 6、手术分级制度 7、术前讨论制度 8、死亡病例讨论制度 9、[分级护理制度](#) 10、查对制度 11、病历书写基础规范和管理制度 12、交接班制度 13、临床用血审核制度

## 十三、病情不宜出院而患者或家眷要求出院，应怎样处理？

答：病情不宜出院而患者或家眷要求自动出院者，医师应加以劝阻，如说服无效者应经上级主管医师或科主任同意，由患者或其家眷在病程统计中签字立案。

## 十四、等级医院评审中病历基础标准包含哪些？

答：1) 入院统计要在患者入院二十四小时内完成；2) 首次病程统计在 8 小时内完成；3) 主治医师查房应在患者入院后 48 小时内完成；4) 出院统计或死亡统计应在出院或死亡二十四小时内完成；5) 每次统计全部有统计时间及含有执业医师资格医师署名；6) 技师统计多种检验、操作，包含其过程及结果；7) 手术统计在术后二十四小时内有手术者（特殊情况由第一助手）完成；8) 全部医疗操作全部有第一手术者署名；9) 立即填报多种传染病汇报及恶性肿瘤汇报；10) 对病危患者应该依据病情改变随时书写病程统计，天天最少 1 次，统计时间应该具体到分钟；11) 对病重患者，最少 2 天统计一次病程统计；12) 对病情稳定患者，最少 3 天统计一次病程统计；13) 无采取刮、粘、涂等方法掩盖或去查原来字迹行为；14) 病历修改在错字处画双线，并署名及注明修改日期；15) 病历统计不得缺项、漏项；16) 五拷贝病历现象。

## 十五、心肺复苏（CPR）要求次序是什么？

答：美国心脏学会（AHA）指南强调优异行胸外按压（C），在行保持气道通畅（A）和人工呼吸（B）操作，即 CPR 程序是由以往 A-B-C 更新为 C-A-B。但假如明确是因为窒息而造成心脏骤停，应进行传统 CPR 程序即为 A-B-C。因新生儿 SCA 原因几乎全部是窒息，仍为 A-B-C。

## 十六、科室主任应知晓本科室开展技术项目。

答：结合科室实际情况熟悉，备查。

## 十七、什么是临床路径？

答：临床路径(Clinical path way)是一组人共同针对某一个病诊疗、护理、康复、检测等所制订一个最合适，能够被大部分患者所接收照护计划。是既能降低单病种平均住院和医疗费用，又能达成预期诊疗效果诊疗标准。和传统管理模式相比，在提升医疗护理质量同时，号提升了团体协作，增加了患者本人参与，使医疗护理愈加合理化、人性化、是现在很多发达国家普遍使用医疗工具。

## 十八、医院开展临床路径病种有多个？

答：开展临床路径病种：

产科：1、计划性剖宫产 2、自然临产期阴道分娩 3、宫缩乏力造成产后出血 4、医疗性引产

妇科：1、输卵管妊娠 2、子宫平滑肌瘤 3、卵巢良性肿瘤

儿科：1、胃食管反流病 2、新生儿胎粪吸入综合征 3、热性惊厥 4、轮状病毒肠炎

## 十九、什么是单病种管理？

答：是以病种为管理单元，全过程质量管理，能够进行纵向（医院内部）横向（医院之间）比较，利用在诊疗、诊疗、转归方面含有共性和一些医疗质量指征含有统计学特征指标，用数据进行质量管理评价。

## 二十、出院指导应常规包含哪些？

答：包含出院后注意事项，用药、营养、康复训练指导等。

## 二十一、在紧急情况下，怎样实施口头医嘱？

答：1) 在紧急抢救情况和术中，护士才实施口头医嘱； 2) 在紧急情况下，医生可下达口头医嘱，护士实施前需复诵一遍，得到医生确定后方可实施； 3) 开立口头医嘱医生必需是患者管床医生或现场抢救职称最高、年资最长医生； 4) 在实施口头医嘱给药时，需请下达医嘱者再次查对药品名称， 剂量及给药路径，以确保用药安全； 5) 抢救结束应请医生应立即补记所下达口头医嘱； 6) 在接获电话医嘱或关键检验结果时，接听护士需对医嘱内容或检验结果进行复述，确定无误后方能统计和实施。

## 二十二、抢救病人应该几小时内据实补记？

答：因抢救危急患者，未能立即书写病历，相关医务人员应在抢救结束后 6 小时内据实补记，并加以注明。

## 二十二、什么是医疗安全（不良）事件？

答：是指在临床诊疗活动中和医院运行过程中，任何可能影响病人诊疗结果、增加病人痛苦和负担并可能引发医疗纠纷或医疗事故，和影响医疗工作正常运行和医务人员人身安全原因和事件。

## 二十三、医疗安全（不良）事件类别

依据医疗安全（不良）事件所属类别不一样，我院划分为 7 类：

- 1、病房诊治问题：包含错误诊疗、严重漏诊、错误诊疗、诊疗不立即、院内感染等。
- 2、不良诊疗：包含错用药、多用药、漏用药、药品不良反应、输液反应、输血反应等。
- 3、意外事件：包含跌倒、坠床、烫伤、自残、自杀、失踪、猝死等。
- 4、辅助诊查问题 包含汇报错误、标本丢失、标本错误、检验过程中出现严重并发症等。
- 5、手术相关问题：如手术患者、部位和术式选择错误、患者术中死亡、术中术后出现并发症、手术器械遗留在体内、住院期间同一手术再次手术、麻醉相关事件等。
- 6、医患沟通：包含医患沟通不良、医患语言冲突、医患行为冲突等。
- 7、其它非上列造成医疗不良后果事件。

## 二十四、医疗安全（不良）事件汇报、处理步骤。

- 1、当发生不良事件后，当事人填写书面《医疗（安全）不良事件汇报表》，统计事件发生具体时间、地点、过程、采取方法等内容，通常不良事件要求 24~48h 内汇报，重大事件、情况紧急者应在处理同时口头或电话上汇报职能科，由其它核实结果后再上报分管领导。
- 2、职能科室街道汇报后立即调查分析事件发生原因、影响原因及管理各个步骤，制度对策及整改方法，督促相关科室限期整改，立即消除不良事件造成影响，尽可能将医疗纠纷消亡在萌芽状态。
- 3、包含药品不良反应、院内感染、输血反应实施双重填报。

4、以上处理结果（《医疗（安全）不良事件汇总表》）最终统一报医务科立案。

## 二十五、医疗安全（不良）事件怎样分级？

答：医疗安全（不良）事件按事件严重程度分 4 个等级：

I 级事件（警告事件）：非预期死亡，或是非疾病自然进展过程中造成永久性功效丧失。

II 级事件（不良后果事件）：在疾病医疗过程中是因诊疗活动而非疾病本身造成病人机体和功效损害。 III 级事件（未造成后果事件）：即使发生了错误事实，但未给病人机体和功效造成任何损害，或有轻微后果而不需任何处理可完全康复。 IV 级事件（隐患事件）：因为立即发觉错误，但未形成事实。

## 二十六、什么是检验危急值？

答：“危急值”（Critical Values）是指当这种检验结果出现时，表明患者可能正处于生命危险边缘状态，临床医生需要立即得到检验信息，快速给患者有效干预方法或诊疗，就可能挽救患者生命，不然就可能出现严重后果，甚至危及生命失去最好抢救机会。

## 二十七、怎样正确处理检验危急值？

答：1）由检验人员第一时间以电话形式通知医师或临床医护人员，并填写《检验危急值处理记录表》，注明联络时间、联络人、被联络人、复查结果等条目；2）临床医护人员收到危急值汇报后，应统计并立即通知相关医护人员，采取必需处理方法。

## 二十八、危急值汇报步骤是什么？

答：检验科室发觉危急值→电话通知科室值班室人员→值班人员做好登记并通知主治医师→主治医师对病情进行处理。

# 第五章 手术管理基础知识问答

## 一、我院手术分类标准

根据我院开展具体手术类别，将手术分一、二、三级。要求相关科室各级人员掌握手术分类标准对照手术分类标准申报手术权限并操作，低一级手术种类完成 80%方可开展高一等级手术种类。

## 二、我院手术权限申报及审核程序

申请人完成要求手术例数后，科主任依据其实际操作能力等条件，决定是否上升助手等级。申请术者时要填写《手术权限申报表》，填写《手术权限申报表》后交科主任，科主任依据其实际操作能力等条件，同意后则签署意见上报医务科。医务科依据其职称、手术权限申报材料等申报条件给予审核，对符合要求者报技术管理委员会、医疗技术管理委员会（每三个月召开一次会议），依据手术权限审批条件，结合本人围手术期水平、手术操作能力等进行综合评定，并签署审批意见。

## 三、我院手术权限申报条件

各级医师手术权限

- (一) 低年资住院医师：在上级医师指导下，可主持一级手术。
- (二) 高年资住院医师：在熟练掌握一级手术基础上，在上级医师临场指导下可逐步开展二级手术。
- (三) 低年资主治医师：可主持二级手术，在上级医师临场指导下，逐步开展三级手术。
- (四) 高年资主治医师：可主持三级手术。
- (五) 低年资副主任医师：可主持三级手术，在上级医师临场指导下可逐步开展四级手术。
- (六) 高年资副主任医师：可主持四级手术，在上级医师临场指导下或依据实际情况可主持新技术、新项目手术及科研项目手术。
- (七) 主任医师：可主持四级手术和通常新技术、新项目手术并经主管部门同意高风险科研项目手术。
- (八) 对资格准入手术，除必需符合上述要求外，手术主持人还必需是已取得对应专题手术准入资格者。

## 四、因紧急抢救生命或实施任务需要，超出手术医师手术项目权限，但却需立即手术，手术医生应该怎样汇报？

答：手术医师应该立即汇报，并在不违反上级医师指导前提下主持抢救手术，不得延误抢救

时机。

**五、术前讨论制度关键内容是什么？**

答：包含：1) 对重大、疑难、致残、关键器官摘除及新开展手术，2 级以上手术必需开展手术术前讨论；2) 术前讨论会由科室副主任医师以上主持；科内全部医师参与，手术医师、护士长和责任护士必需参与；3) 讨论内容包含：诊疗及其依据、手术适应症、手术方法、关键点及注意事项，手术可能发生危险、意外、并发症及其预防方法，是否推行了手术同意书签字手续（需本院主管医师负责谈话签字），麻醉方法选择，手术室配合要求，术后注意事项，患者思想情况和要求等，检验术前各项准备工作完成情况。讨论情况计入病历；4) 对于疑难、复杂、重大手术，病情复杂需要相关科室配合者，应提前 2-3 天邀请麻醉科及相关科室人员会诊，并做好充足术前准备。

## 六、术前知情同意书通常包含哪些内容？

答：包含：术前诊疗、手术名称、术中或术后可能出现并发症、手术风险、替换医疗方案、经治医师和手术医师署名等。

## 七、手术知情同意制度有哪些具体要求？

答：（一）因为手术操作过程较为复杂，有可能发生严重并发症和诊疗后果难以正确判定，故必需推行书面通知程序——手术同意书。

（二）手术知情同意制度包含两方面内容：

1、知情：患者对病情、手术方案、手术适应证、手术并发症，备用手术方案、费用开支等真实情况了解。同时也应了解不做手术所负担风险。

2、同意：患者在知情情况下有选择接收或拒绝权利。

（三）医务人员须以简明易懂方法和语言通知患者，在书面文件基础上综合利用口头解释、图表和照片等方法，通常应通知患者以下信息：

1、手术目标、方法、成功率、预期效果、术中可能出现问题、潜在危险、直接实施该手术人员等。

2、术后康复过程中可能发生问题。

3、估计需要支付费用

（四）对患方推行知情同意人员要求：

1、由患者本人或监护人、委托代理人行使患者知情同意权。

2、患者含有完全民事行为能力，在不违反保护性医疗制度前提下，应将通知内容直接告诉其本人，必需推行书面签字手续由其本人签字。

3、对于不能完全行使民事行为能力昏迷、痴呆、未成年人、残疾人等患者，由符合相关法律要求委托代理人代为行使知情同意权。

4、在下列情况下，可由患者委托代理人代为行使知情同意权：

(1) 患者虽含有完全民事行为能力，但如实通知病情、手术方案、手术风险后可能造成患者不安，进而影响医务人员开展诊疗工作，由委托人代为行使知情同意；

(2) 患者虽含有完全民事行为能力，但不能了解或不愿了解手术方法，由委托代理人代为行使知情同意权；

(3) 委托代理人由患者在法律法规所要求代理人中选择，根据患者配偶、父母、成年儿女、其它近亲属前后次序依次担任；

(4) 患者以授权方法指定委托代理人，并由双方（患者和委托代理人）按医院要求在授权书上署名。该委托代理人代表患者行使其在医院诊疗期间知情同意权，签署各项医疗活动同意书。

(五) 推行手术知情同意要求：在手术前，由术者或关键助手和患者及其家眷具体交代病情、手术目标、方法、成功率、预期效果、术中可能出现的问题、潜在危险等情况，经本人或其家眷知情同意，医患双方签署同意书后，方可实施手术。

## 八、术中需要调整手术方法，是否需要重新推知情同意手续？

答：是。

## 九、感染手术管理制度相关内容有哪些？

答：1) 感染手术，医生填写手术通知单时应注明隔离种类和感染诊疗；2) 安排在隔离手术间；3) 手术间门口挂“隔离手术”牌，拒绝参观；4) 特殊感染手术，凡参与手术人员应着隔离衣、裤、穿高靴，戴橡皮手套，戴防护眼镜，进入手术间后不得随意出入；5) 特殊感染手术巡回护士应设两名，分手术间内、外供给物品。手术间内护士手术不得有伤口；

6) 特殊感染手术，手术间用具尽可能准备齐全，手术中

手术中所需物品由手术间外递入，做到物品只入不出；7) 特殊感染手术尽可能使用一次性用具；8) 术后按感染手术要求处理器械、敷料等，手术间全部固定物品用消毒液擦拭；9) 切除组织等放塑料袋内送医疗垃圾站，无害化处理；10) 手术人员出手术间时，将手术衣、裤等脱在手术间，用消毒液洗手后方可离去；11) 通常感染手术术后，手术间空气紫外线照射 30-60 分钟。洁净手术间自净 30-60 分钟；特殊感染手术术后空气熏蒸消毒，密闭。

## 十、手术前讨论统计要求是什么？

答：手术前讨论是确保医疗质量、预防差错关键方法之一，必需认真实施。术前讨论应在术前准备完成后进行。

- 1、通常中小型手术可由诊疗小组医师讨论。对大型手术、较复杂手术、新开展手术或致残手术应由科主任主持全科讨论，必需时请相关领导参与（医务科科长或业务院长），将讨论内容记述于病程统计中，并填写好“特殊手术申报单”，交医务科审批。急诊抢救时，可先口头汇报，抢救结束后再补全手续。
- 2、每一手术病例（紧急抢救除外）必需有完整“术前小结”（专用单），由经治医师书写，上级医师审签。术前小结内容包含：
  - （1） 术前诊疗及诊疗依据（关键病史、检验）
  - （2） 手术适应症（指征）
  - （3） 术前准备情况（病人准备、手术组医师和特殊器械准备）
  - （4） 拟施手术方案及具体手术方法，病人对手术耐受能力估量。
  - （5） 麻醉选择。
  - （6） 对术中、术后可能出现问题估量，和预防这些问题方法。家眷或单位代表对手术诊疗意见和要求，填入“手术同意书”。

## 十一、手术统计要求是什么？

答：手术统计由手术医师或第一助手书写于“手术统计单”主刀医师审签。在手术后二十四小时内完成（危重病人立即完成）。其内容包含：

- （1） 手术日期立即间。
- （2） 手术前诊疗。

- (3) 手术名称。
- (4) 手术后诊疗。
- (5) 参与手术医务人员。
- (6) 麻醉方法和麻醉人员。
- (7) 麻醉前用药及术中用药。
- (8) 手术过程。如病人体位、皮肤消毒及铺巾方法，手术切口、显露方法，探查过程和发觉，决定继续手术依据，手术关键步骤，所用缝线种类和号数，缝合方法，引流材料及其放置位置和数目，吸出物或取出物名称、性质和数量，曾送何种标本检验、培养或病理检验，术中及手术结束时病人情况和麻醉效果，出血量及输血量，输液内容及数量等
- (9) 术中如遇意外，应具体统计其抢救方法及过程。

## 十二、手术后统计要求是什么？

答：(1) 手术结束应立即写术后医嘱。(2) 手术者或助手应在手术结束，送病人回病房后，在病程统计中写好术后统计方案方能离开病区。扼要统计术中关键发觉及处理情况，术后患者全身和局部情况，应用何种引流，引流管理处理注意点，术中输血、输液及用药情况，术后麻醉注意事项、体位、血压、脉搏、呼吸测量方法立即间，术后继续输血、输液、用药名称及剂量，术后可能出现并发症及防治方法等。

## 十三、术后首次病程统计由谁统计？几小时内完成？

答：手术医生或第一助手，8小时。

## 十四、手术统计由谁统计？应在多少小时内完成？

答：手术医生或第一助手，二十四小时内完成并署名。

## 十五、何为手术安全核查制度实施者？何时实施？

手术安全核查是由含有执业资质手术医师、麻醉医师和手术室巡回护士三方，分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，共同对患者身份和手术部位等内容进行核查工作。

## 十六、手术安全核查内容及步骤有哪些？

答：1) 麻醉实施前：手术医师、麻醉医师和手术室巡回护士

按《手术安全核查表》依次查对患者身份（姓名、性别、年纪、病案号）、手术方法、知情同意情况、手术部位和标识、麻醉安全检验、皮肤是否完整、术野皮肤准备、静脉通道建立情况、患者过敏史、抗菌药品皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容；2）手术开始前：三方共同核查相关信息，待确定后再行手术；3）患者离开手术室前：三方共同核查患者信息、实际手术方法，术中用药、输血核查，清点手术用物，确定手术标本，检验皮肤完整性、动静脉通路、引流管等内容；四）三方确定后分别在《手术安全核查表》上署名。

## 十七、麻醉术前访视包含哪些内容？

答：包含三部分内容：1）了解病情：仔细全方面阅读病例，对病情、诊疗、手术方案和麻醉风险有一个总体评定；2）医患交流：了解患者病情和既往史，关键对于麻醉相关部位进行体检，消除患者担心情绪，通知患者和（或）家属麻醉方案及可能并发症，说明术后不一样镇痛方法优缺点，签署《麻醉知情同意书》；3）术前准备：在访视患者当日制订麻醉计划，并向上级医师汇报。如对手术方案或其它外科相关问题有疑问时，应立即和外科医生和上级医师沟通。

## 十八、麻醉统计相关要求有哪些？

答：1、凡施行麻醉必需填写麻醉统计单。

2、填写统计单须由麻醉者于麻醉前开始按要求逐条填写，方便查对患者和掌握手术麻醉全过程病情改变。

3、填写麻醉统计单要求（应用麻醉信息管理系统可参考此要求内容实施）

（1）麻醉前应统计 ①体格检验、检验结果及多种特殊检验中所见关键情况，术前特殊诊疗及其结果。②麻醉前用药药名、剂量、使用方法及疗程。③患者抵达手术室时血压、脉搏及呼吸，必需时包含体温、心电图等。

（2）麻醉过程中应统计 ①麻醉诱导是否平稳，不平稳时须统计其原因。②按要求统计血压、脉搏及呼吸。③麻醉及手术起止时间，麻醉方法和麻醉药用量。④椎管内阻滞时穿刺部位和麻醉范围。⑤患者体位和术中改变体位情况。⑥麻醉过程中关键诊疗，包含输液、输血及多种药品等，正确统计用量立即间，药品统计全名或经公认简名。⑦手术关键操作步骤，如开胸、开腹，其它特殊事项，和术中意外事件，如大量失血、呼吸

骤停、发绀、呕吐等。

(3) 手术完成时统计 ①手术名称和术后诊疗、手术、麻醉和护士组人员姓名。②

输液、输血、麻醉药总用量，术终时患者意识、反射、血压、脉搏及呼吸情况。；

#### 4、麻醉统计单填写质量标准

(1)立即 麻醉术前小结要按时完成统计；麻醉中管理在麻醉中完成；麻醉小结应在麻醉结束二十四小时内完成；麻醉后应随访 72 小时，每次随访须立即统计。

(2)正确 按调查结果，正确无误，实事求是统计原始数据和过程，统计“符号”必需按麻醉统计单左侧样板，切勿自设“符号”。

(3)清楚 字体正楷，字迹清楚，字大小不应超出格子。

(4)完整 每一项目必需有内容或“/”、“未查”，不能有空格，

(5)一致 正副页统计必需一致。

## 第六章 门急诊科相关知识

### 一、首诊负责制度内容是什么？

答：1、首诊科室是指患者来院就诊第一科室，该诊室当班接诊医师即为首诊医师。首诊负责制是指首诊医师不得以任何理由拒诊病人，而应热情接待，具体检验，认真书写病历，并提出诊疗和处理意见，对病人进行施救。

2.首诊医师诊察病人后，认为确系她科疾病，仍应按第一条要求进行必需紧急处理后，方可提请相关科室会诊或提出转科申请，不得私自更改分诊科别。若病情复杂、包含多个疾病，须汇报上级医师或科室责任人帮助处理或组织会诊。

3.凡碰到多发性外伤或诊疗不明病人，首诊科室和首诊医师应先负担诊治责任，立即邀请相关科室会诊，在未确定接收科室之前，首诊科室和首诊医师要对病人全方面负责。 4.经会诊确定为她科病人后，首诊科室医师应立即完成所在科室病情统计和交接注意事项统计，向接收科室医师于床旁交接病人。

5.病人如确需住院，须待病情稳定、许可转送时，在上级医师指导下、由首诊医师负责安排并和相关科室联络，落实好接收病室。

6.若病人因特殊情况需转外院诊疗，首诊医师需先取得上级医师或/和本科室负责医师同意，同时汇报医务科和医院行政值班室。

### 二、分诊制度内容是什么？

答：1、

分诊应由有经验护士主持，通常急症要分轻、重、缓、急依次就诊，对危重病人要立即通知医生和护士长等，快速组织抢救。

- 2、对患有或疑患传染病人，均应到隔离室就诊，以预防交叉感染和传染病扩散。
- 3、必需时，挂号、交款、取药等均可由医护人员或陪同者代办。
- 4、扼要了解需要，关键观察体征，并进行必需体格检验。
- 5、依据病情需要，填写血、尿、粪等检验申请单，并统计在病历上。
- 6、急、危、重病人应先行抢救，以后补办手续。采取首诊负责制，各相关科室接到分诊护士通知后要主动配合，不得以任何借口推诿病人。
- 7、碰到大批伤病人或突发性灾难时，应立即汇报科主任、医务科或总值班等协同抢救，碰到包含法律等问题应向公安部门汇报。
- 8、在分诊中碰到困难时，应由护士长组织护士共同会诊处理，以提升分诊质量，分诊符合率应在 90% 以上。
- 9、遇传染病病例转到传染病医院，疑似传染病病例，应该将病人分诊至第一诊室就诊，GPT 正常到第二诊室，GPT 升高转到传染病医院，并按传染病汇报制度立即汇报，不能遗漏；遇为  $T \geq 38^{\circ}\text{C}$ 、伴有呼吸道症状病例，应该将病人分诊至发烧急诊就诊，同时对预检处采取必需消毒方法。
- 10、遇包含刑事、民事纠纷伤员按院规上报行政总值班及 110。
- 11、遇急、危、重病人立即进入急诊绿色通道。
- 12、遇外宾、港澳台同胞就诊，按上级相关要求做好预检接诊工作。

## 第七章 合理用药基础知识

### 一、处方管理措施其内容有哪些？

答：（1）.处方点评形式：定时对书写规范和处方用药合理性进行点评和检验，并统计在专用表格，定时通报。

（2）.处方用药合理性评价依据：多种文件资料及药品说明书，如碰到文件资料和药品说明书不符，以药品说明书为准。

（3）.合格处方评价标准：《处方管理措施》。

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/638064021123006100>