

目 录

一、首诊负责制	2.....
二、三级查房制度.....	3.....
三、会诊制度.....	4.....
四、护理分级制度.....	6.....
五、值班和交接班制度.....	8.....
六、疑难病例讨论制度.....	9.....
七、危重患者抢救制度.....	10.....
八、术前讨论制度.....	11.....
九、死亡病例讨论制度.....	12.....
十、查对制度	13.....
十一、手术安全核查制度	14.....
十二、手术分级管理制度	15.....
十三、新技术和新项目准入制度.....	18.....
十四、危急值报告制度.....	19.....
十五、病历管理制度	23.....
十六、抗菌药物分级管理制度	25.....
十七、临床用血审核制度	27.....
十八、信息安全管理制度的	30.....

一、首诊负责制

一、首诊负责是指第一位接诊医师（首诊医师）对所接诊病人，特别是对急、危重病人的检查、诊断、治疗、转科和转院等工作负责到底。

二、首诊医师除按要求进行病史、体格检查、辅助检查的详细记录外，对诊断已明确的病人应积极治疗或收住院治疗；对诊断尚未明确的病人应边对症治疗，边及时请上级医师会诊或邀请有关科室医师会诊，诊断明确后即转有关科室治疗。

三、诊断明确需住院治疗的急、危、重病人，必须及时收入院，如因本院条件所限，确需转院者，按转院制度执行。

四、如遇危重病人需抢救时，首诊医师首先抢救并及时通知上级医师、科主任（急诊科主任）主持抢救工作，不得以任何理由拖延和拒绝抢救。同时上报医务科或总值班。

五、对已接诊的病人，需要会诊及转诊的，首诊医师应写好病历、检查后再转到有关科室会诊及治疗。急诊病人特别是危重病人首诊医生应亲自或指定护士全程护送并做好交接手续。

六、医务科对全院首诊负责制度实施情况实行全程监控，发现问题及时通报和处理。

七、急诊病人就诊，首诊医师应当做好病历记录，完善有关检查并给予积极处理，若确属他科情况及时请相关科室会诊，直到会诊科室签署接受意见后方可转科（或住院）。

八、凡不认真执行本制度而造成医疗差错、医疗纠纷或医疗事故，按照《宁陕县医院医疗纠纷、医疗事故责任追究办法》或相关规定处理。

二、三级查房制度

一、科主任、主任（副主任）医师查房制度。

每周查房1~2次，应有主治医师、住院医师、护士长和有关人员参加。解决疑难病例、审查新入院及危重病人的诊疗计划，决定重大手术及特殊检查、新的治疗方法及参加全科会诊。抽查医嘱、病历及护理质量，发现缺陷，改正错误，指导实践，不断提高医疗水平。利用典型、特殊病例进行教学查房，以提高教学水平。听取医师、护士对医疗、护理工作及管理方面的意见，提出解决问题的办法或建议，以提高管理水平。

二、主治医师查房制度

每日查房一次，应有本病房住院医师、责任护士及有关人员参加。节假日必须有主治医师参与查房。对所主管病人分组进行系统查房，确定诊断、治疗方案以及手术方式和进一步检查措施，了解病情变化并进行疗效评定。对危重病人应随时进行巡视检查和重点查房，如住院医师邀请应随喊随到，提出有效和切实可行的处理措施，必要时进行晚查房。对新入院病人必须进行新病人讨论，对诊断不明或治疗效果不好的病例，进行重点检查与讨论，查明原因。疑难危急病例或特殊病例，应及时向科主任汇报并安排查房。系统检查病历和各项医疗记录，详细了解诊疗进度和医嘱执行情况，严密观察治疗效果等，及时发现问题和处理问题。检查住院医师医嘱，避免和杜绝医疗差错事故的发生，签发会诊单、手术通知单、特殊检查申请单、输血申请单、特殊药品处方，检查病历首页并签字。决定病人的出院、转科、转院等问题。注意倾听医护人员和病人对医疗、护理、生活饮食以及医院管理等各方面的意见，协助护士长搞好病房管理。

三、住院医师查房制度

住院医师对所管的病人每日至少查房两次，一般要求上午上班后、下午下班前各查房一次，危重病人和新入院病人及手术病人重点查房并增加巡视次数，发现病情变化及时处理。对危急、疑难的新入院病例和特殊病例及时向上级医师汇报。及时修改实习医师书写的病历和各种医疗记录，审查和签发实习医师处方和化验检查单，及时落实会诊意见并分析各项检查结果的临床意义。向实习医师讲授诊断要点、查体方法、治疗原则、手术步骤、疗效判定及医疗操作要点。检查当日医嘱执行情况、病人饮食及生活情况，并主动征求病人对医疗、护理和管理方面的意见。做好上级医师查房的各项准备工作，介绍病情或报告病例。

三、会诊制度

凡疑难病例，均应及时申请相关科室会诊。申请会诊医师应做好必要的准备，如化验、X光片等相关资料，填好会诊申请单。

（一）、科内会诊

对本科内较疑难或对科研、教学有意义的病例，由主管医师提出，副主任医师或科主任召集本科有关医务人员参加，进行会诊讨论，进一步明确诊断和统一诊疗意见。会诊时，由主管医师报告病历并分析诊疗情况，同时准确、完整地做好会诊记录。

（二）、科间会诊

门诊会诊：根据病情，若需要他科会诊或转专科门诊者，须经本科门诊值班医师审签，由病人持诊疗卡片和门诊病历，直接前往被邀科室会诊。会诊医师应将会诊意见详细记录在诊疗卡或门诊病历上，并同时签署全名；属本科疾病由会诊医师处理，不属本科诊疗范围的病人应转科被邀请科室或再请其他有关科室会诊。

病房会诊：院内科间会诊申请必须经本科主治医师以上医师审批同意。会诊医师要求住院医师以上职称医师担任，会诊医师接到会诊通知单后应签收并注明时间，并于48小时内前往会诊。如有困难不能解决，应请本科上级医师协同处理。申请会诊科室必须提供简要病史、体格检查、必要的辅助检查结果以及初步诊断和会诊目的及要求，并将上述情况认真填写在会诊单上，并由主治医师签字，送往会诊科室。被邀请科室会诊医师会诊时，会诊病人的主管经治医师应全程陪同进行，以便随时介绍病情，听取会诊意见，共同研究治疗方案，同时表示对会诊医师的尊重。会诊医师应以对病人完全负责的精神和实事求是的科学态度认真会诊，并将检查结果、诊断及处理意见详细记录于病历会诊单上。如遇疑难问题或病情复杂时，应立即请上级医师协助会诊，尽快作出诊疗方案并提出具体意见。对待病人不得敷衍了事，更不允许推诿扯皮、延误治疗。

急诊会诊：急诊科值班医师对于本科难以处理、急需其他科室协助诊治的急、危、重症病人，由经治医师提出紧急会诊申请，并在申请单上注明“急”字，或者直接电话通知和邀请。会诊医师必须10分

钟内到达申请科室进行会诊。若会诊医师处理困难应及时通知本科上级医师，并在 10 分钟内到达申请科室进行会诊。会诊时，申请医师必须全程陪同，配合会诊及抢救工作。

（三）院内大会诊：疑难病例需多个科室会诊时，由科主任提出，经医务科同意，邀请有关医师参加。一般应提前 1~2 天将病情摘要、会诊目的及邀请会诊人员报医务科。医务科确定会诊时间，并通知有关科室及人员。会诊由申请科室的科主任主持，医务科参加，必要时主管医疗的医疗副院长参加，由主管医师报告病历，并作详细会诊记录，认真执行会诊确定的诊疗方案。

（四）外院来院会诊：本院不能解决的疑难病例，可邀请外院专家来院会诊。由科主任提出申请，由主管医师填写书面申请，包括简要病史、体格检查、必要的辅助检查结果以及初步诊断和会诊目的及要求等情况，科主任签字送医务科，经医务科同意后报主管医疗的副院长批准。经医务科与有关医院联系，确定会诊时间，并负责安排接待事宜。会诊由科主任、医务科主任或医疗副院长主持。主管医师报告病情并作详细会诊记录。

（五）院外外出会诊：外院不能解决的疑难病例，可邀请我院专家前去会诊。由当地医院提出申请，经医务科同意，主管院长审签方可会诊。未经医院同意私自外出会诊者责任自负。

（六）远程会诊：须由科主任提出申请，医务科同意，医务科、信息科与有关医院取得联系，确定会诊时间，申请科室做好会诊前准备，准时参加会诊并做好会诊记录。远程会诊可采取电话会诊或远程视频方式。

四、护理分级制度

一、护理分级是指患者在住院期间，医护人员根据患者病情和(或)生活自理能力进行评定而确定的护理级别，共分为四个级别：特级护理、一级护理、二级护理和三级护理。临床护士应实施与病情相适应的护理服务，保障患者安全，提高护理质量。

二、特级护理及一、二、三级护理应分别设有相应标识。(特、一级护理为红色，二级护理为绿色，三级护理未设标识)。

三、临床护士应根据患者的护理分级和医生制订的诊疗计划，为患者提供护理服务。

四、各级护理服务内容参见卫生部 2010 年颁发的《住院患者基础护理服务项目(试行)》执行。

(一)特级护理

1. 分级依据：符合以下情况之一，可确定为特级护理。

- (1)维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者。
- (2)病情危重，随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者。
- (3)各种复杂或大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者。

2. 护理要求：

- (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，如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等，实施安全措施。
- (5)保持患者的舒适和功能体位。
- (6)实施床旁交接班。

(二)一级护理

1. 分级依据：符合以下情况之一，可确定为一级护理。

- (1)病情趋向稳定的重症患者。
- (2)病情不稳定或随时可能发生变化的患者。
- (3)手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者。
- (4)自理能力重度依赖的患者。

2. 护理要求:

(1)每 1 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, 正确实施基础护理和专科护理, 如口腔护理、压疮护理、气道护理及管路护理等, 实施安全措施。

(5)提供护理相关的健康指导。

(三)二级护理

1. 分级依据: 符合以下情况之一, 可确定为二级护理。

(1)病情趋于稳定或未明确诊断前, 仍需观察, 且自理能力轻度依赖的患者。

(2)病情稳定, 仍需卧床, 且自理能力轻度依赖的患者。

(3)病情稳定或处于康复期, 且自理能力中度依赖的患者。

2. 护理要求:

(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, 正确实施护理措施和安全措施。

(5)提供护理相关的健康指导。

(四)三级护理

1. 分级依据:

病情稳定或处于康复期, 且自理能力轻度依赖或无需依赖的患者, 可确定为三级护理。

2. 护理要求:

(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。

(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。

五、值班和交接班制度

一、各病区、急诊科观察室、急诊科留观病房均实行早班集体交接班，每晨由值班医师或护士长召集全病室医护人员开晨会，由夜班护士报告晚夜班情况，医师或护士长报告病房工作重点和注意事项，经管医生提出新病人及重点病人之诊疗、手术及护理要点。交接班时必须衣帽整齐、注意力集中，交班人未完成交班不得离开病区。

二、各科病区医师在下班前应将危、急、重病人病情和处理事项记入交班本，并做好口头交班工作。值班医师对危重病人应作好病程记录和医疗措施记录，并扼要记入交接班记录本。

三、交班具体要求

护士应有书面交班本，详细记录急、危、重、新及手术前后病人情况和注意事项。护士交班本上还应详细记载病人流动情况。交班前应全部完成本班工作，并尽可能为下班做好准备，如因特殊情况未能完成，须说明原因，交接班后继续完成。护士交班时应共同巡视病人，进行床头交班。同时按规定项目及数字交清剧毒、麻醉药品、医疗器械及病人特殊检查、标本等。医师交班时，应写好必要的记录，危重病人应在床头交接班。交接班时要求认真、仔细，交接班后发生的问题，由接班者负全责。白班护士交班前应准备充足抢救物品及敷料、器械、被服等。夜班护士交接班时应同值班医师共同查房，做好危重病人床头交接。其它医、护、技部门的交接班按各部门制度细则执行。

四、值班医师应参与急会诊和危重病人抢救、突发公共卫生事件处理，但在病区有急诊处理事项时，应通知科室副班或上级医师参与处理。

五、值班医师负责病区各项临时性及急危重病病人的诊疗工作和普通患者临时情况的处理，并作好急、危、重患者病情观察及医疗措施的记录。一线值班人员在诊疗活动中遇到困难或疑问时应及时请示二线值班医师，二线值班医师应及时指导处理。遇有需经主管医师协同处理的特殊问题时，主管医师必须积极配合。遇有需要行政领导解决的问题时，应及时报告医院总值班或医务科。

六、值班医师夜间必须在值班室留宿，不得擅自离开工作岗位，遇到需要处理的情况时应立即前往诊治。如有急诊抢救、会诊等需要离开病区时，必须向值班护士说明去向及联系方式。值班上级医师须保持通讯畅通，接到请求电话时应立即前往。

六、疑难病例讨论制度

一、凡遇疑难病例、入院三天内未明确诊断、治疗效果不佳、病情严重等均应组织科内会诊讨论，一周内未明确诊断、治疗效果不佳、病情严重等均应组织全院会诊讨论。

二、会诊由科主任或主任医师（副主任医师）主持，召集有关人员参加，认真进行讨论，尽早明确诊断，提出治疗方案。对诊断有争议或治疗确有难度的病人可提交医务科组织会诊或全院病例讨论，以确定诊疗措施。

三、讨论前主管医师应做好充分准备，将有关病历资料整理完善，写出病历摘要，做好发言准备。

四、主管医师应作好书面记录，并将讨论发言和结果记录于疑难病例讨论记录本，科主任或主持人应签字。记录内容包括：讨论日期、主持人及参加人员的专业技术职务、病情报告及讨论目的、参加人员发言、讨论意见等，最后将确定性或结论性意见记录于病程记录中。

和抢救预案，每年进行定期培训考核制度。

二、对危重患者应积极进行救治，正常上班时间内由主管医生负责，非正常上班时间内或特殊情况（如主管医师手术、门诊值班或请假等）由值班医师负责。重大抢救应由科主任或医务科领导组织，所有参加抢救人员要听从指挥，严肃认真，分工协作。

三、危重患者要填写病危通知单一式两份，一份交病人家属，另外一份入病历。

四、突发公共卫生事件或重大抢救事件应及时通知科主任、医务科和院领导。科主任、医务科或院领导按照突发公共卫生事件应急预案和重大急救应急预案组织抢救。各急救小组成员要保证及时到位。

五、主管医师应根据患者病情适时与患者家属（或委托人）进行沟通，口头（抢救时）和书面告知病危并签字。如现场陪护人员应及时报告医务科或总值班。

六、在抢救危重患者时，必须严格执行抢救规范、抢救流程和抢救预案，确保抢救工作及时、快速、准确、无误。医护人员要密切配合，口头医嘱要求准确、清楚。护士在执行口头医嘱时必须复述一遍。在抢救过程中要做到边抢救边记录，记录时间应具体到分钟。未能及时记录的，有关医务人员应当在抢救结束后 6 小时内据实补记，并加以注明。

七、抢救室应制度完善，设备齐全，性能良好。急救用品必须实行“五定”即定数量、定地点、定人员管理、定期消毒灭菌、定期检查维修。

岁以上，二级以上、疑难、复杂、重大手术，或病情复杂、致残、器官摘除及新开展的手术，必须进行正规术前讨论。

二、术前讨论会由科主任主持，科内所有医师参加，手术医师、护士长和责任护士必须参加。

三、讨论内容包括：诊断及其依据；手术适应证；手术方式、要点及注意事项；手术可能发生的危险、意外、并发症及其预防措施；是否履行了术前告知和手术同意书签字手续；麻醉方式的选择，手术室的配合和要求；术后注意事项，患者思想情况与要求等；检查术前各项准备工作的完成情况。讨论情况记入病历。

四、对于疑难、复杂、重大手术，或病情复杂，需相关科室配合者，应提前2~3天邀请麻醉科及有关科室人员会诊，并做好充分的术前准备，必要时上报医疗风险评估委员会审定后手术。

例应及时组织讨论。已进行尸检病人的病例讨论，待尸检病理报告后进行，但一般不超过二周。死亡病例讨论由科主任主持，医护和有关人员参加，必要时，医务科派人参加。死亡病例讨论必须设专门记录本记录，并摘要记入病历。

死亡病例讨论必须明确以下问题：

- (1) 死亡原因。
- (2) 诊断是否正确。
- (3) 治疗护理是否恰当及时。
- (4) 从中汲取哪些经验教训。
- (5) 今后的努力方向。

院号（门诊号）。执行医嘱时要进行“三查八对”操作前查、操作中查、操作后查。对床号、姓名、药名、剂量、浓度、时间、用法、有效期。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。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。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。

术室护士三方（以下简称三方），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的工作。

二、本制度适用于各级各类手术，其他有创操作可参照执行。

三、手术患者均应配戴腕带以便核查。

四、手术安全核查由手术医师或麻醉医师主持，手术医师、麻醉医师、手术室护士三方共同执行并逐项填写《手术安全核查表》。

五、实施手术安全核查的内容及流程。

（一）麻醉实施前：三方按《手术安全核查表》依次核对患者身份（姓名、性别、年龄、病案号）、手术方式、知情同意情况、手术部位与标识、麻醉安全检查、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、抗菌药物皮试结果、术前备血情况、假体、体内植入物、影像学资料等内容。

（二）手术开始前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、手术方式、手术部位与标识，并确认风险预警等内容。手术物品准备情况的核查由手术室护士执行并向手术医师和麻醉医师报告。

（三）患者离开手术室前：三方共同核查患者身份（姓名、性别、年龄）、实际手术方式，术中用药、输血的核查，清点手术用物，确认手术标本，检查皮肤完整性、动静脉通路、引流管，确认患者去向等内容。

（四）三方确认后分别在《手术安全核查表》上签名。

六、手术安全核查必须按照上述步骤依次进行，每一步核查无误后方可进行下一步操作，不得提前填写表格。

七、术中用药、输血的核查：由麻醉医师或手术医师根据情况需要下达医嘱并做好相应记录，由手术室护士与麻醉医师共同核查。

八、住院患者《手术安全核查表》应归入病历中保管，门诊患者《手术安全核查表》由门诊手术室负责保存三年。

九、手术科室、麻醉科与手术室的负责人是本科室实施手术安全核查制度的第一责任人。

十、医院医务科、质控办和护理部应加强对手术安全核查制度实施情况的监督与管理，定期或不定期进行抽查和考核，提出持续改进的措施并加以落实。

根据手术过程的复杂性和手术技术的要求，把手术分为四级

一级手术是指风险较低、过程简单、技术难度低的手术；

二级手术是指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术；

三级手术是指风险较高、过程较复杂、难度较大的手术；

四级手术是指风险高、过程复杂、难度大的手术。

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，或临床硕士生毕业取得执业医师资格，从事住院医师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，或临床硕士生毕业取得执业医师资格，并从事住院医师2年以上者。

(二)主治医师

1. 低年资主治医师：担任主治医师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3年以内，或博士后从事临床工作2年以上者。

2. 高年资副主任医师：担任副主任医师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一级手术。

(二)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

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/638101052021006132>