

医院管理规章制度

医院管理规章制度(15 篇)

现如今，制度在生活中的使用越来越广泛，制度一经制定颁布，就对某一岗位上的或从事某一项工作的人员有约束作用，是他们行动的准则和依据。那么相关的制度到底是怎么制定的呢？以下是小编精心整理的医院管理规章制度，希望对大家有所帮助。

医院管理规章制度 1

1、医院所用一次性使用无菌医疗用品必须统一采购，临床科室不得自行购入和试用。

2、医院感染管理办公室认真履行对一次性使用无菌医疗用品的采购管理、临床应用和回收处理的监督检查职责。

3、医院采购的一次性无菌医疗用品的三证复印件应在医院感染管理办公室备案，即《医疗器械生产许可证》、《医疗器械产品注册证》《医疗器械经营许可证》，建立一次性使用无菌医疗用品的采购登记制度。

4、在采购一次性使用无菌医疗用品时，必须进行验收，除订货合同、发货地点及货款汇寄帐号应与生产企业和经营企业相一致，查验每箱（包）产品的检验合格证，内外包装应完好无损，包装标识应符合国家标准，进口产品应有中文标识。

5、医院设置一次性使用无菌医疗用品库房，建立出入库登记制度，按失效期的先后存放于阴凉干燥、通风良好的物架上，禁止与其它物品混放，不得将标识不清、包装破损、失效、霉变的产品发放到临床使用。

6、临床使用一次性无菌医疗用品前应认真检查，若发现包装有破损、过效期和产品不洁等不得使用；若使用中发生热原反应、感染或其它异常情况时，应立即停止使用，并按规定详细记录现场情况，报告医院感染管理办公室。

7、医院发现不合格产品或质量可疑产品时，应立即停止使用，并及时报告药品监督管理部门，不得自行作退、换货处理。

8、一次性使用无菌医疗用品使用后，按医疗废物处理规定处置。

医院管理规章制度 2

1、目的：

制定医疗差错、事故的防范措施，熟悉差错、事故发生后的处理流程，旨在杜绝或减少检验差错的发生，保证医疗安全。

2、范围：

适用于检验科务实验室从事检验技术工作的全体人员。

3、职责：

(1) 科主任对检验科医疗安全管理负总责。对医疗安全定期检查、督促并负责处理差错事故。

(2) 实验室组长负责落实具体措施。

(3) 各技术岗位工作人员对本岗位检验报告负责。

4、医疗差错、事故防范：

(1) 加强对职工的医疗安全意识教育，紧紧绷牢医疗安全这根弦。科主任要及时发现存在的不安全隐患，并提出防范措施。一旦发生差错或纠纷，科主任要及时组织讨论，分析原因，对差错定性，必要时在全科会议上通报，组织全科人员讨论分析，使其它同志引以为鉴，防止再发生类似差错或纠纷。

(2) 进一步改善职工的服务意识，加强医患沟通，特别是服务窗口，是最容易与病人发生口角的地方，因此，工作人员的服务态度及与病人沟通的技巧都很重要。

(3) 进一步落实相关的规章制度和操作技术规范，如检验结果审核制度、急诊管理及危急值报告制度、检验标本管理制度、异常结果复检规定、血球仪复检和镜检要求等，科主任经常性检查和督促落实情况。

(4) 严把检验质量关，加强检验报告审核工作。报告单发出前必须认真、仔细核对，对检验结果与临床诊断明显不符、阴性与阳性临界值结果、自相矛盾不能解释的、离谱的结果均要给予复查，并在报告单上注明“已复查”。对血清外观异常者也要注明，必要时与病区沟通。

(5) 坚守工作岗位，急诊标本及时检测，及时报告。属“危急值”结果必须立即复查确认，并按“检验结果危急值质量管理及报告制度”流程及时报告给临床。

(6) 做好实习生带教工作。实习生必须在老师指导下从事操作，检验结果必须由带教老师审核后签发。实习生发生的差错由带教老师承担责任。

(7) 加强标本的管理，认真采集和验收检验标本，仔细核对条形码上的信息，防止标本错采、错收、张冠李戴。不合格标本须及时退回并电话通知重新采集送检，以保证检验质量。已测标本和未测标本分开放置，标本存入冰箱前必须检查是否已检测过（即是否有未测标本混入其中）；下班前也要检查操作台上、水浴箱及离心机内是否有未测标本，确保检验标本不遗失并保证及时报告。同时，作好记录，以备查询。为便于标本复查及查找差错原因，检测后的标本必须冰箱保存一周，骨髓片、染色体制片则要长期存档保存，征兵标本需保存三个月以上。

(8) 加强对职工的业务培训，除每月开展一次业务学习外，还要结合本科的工作实际，对职工进行技术考核，提高职工的业务水平。

(9) 工作期间严肃、认真、细致，不闲聊，不脱岗。严格交接班制度，交接标本必须到人到位，交接双方须在交接班本上签字。

(10) 加强法制观念，不使用三证不全的试剂（无论质量多好），以防不必要的纠纷发生。

(11) 科主任二线值班，及时处理值班期间的意外事项（如仪器故障、急诊标本太多需临时加人等），保证值班期间人员、仪器正常。

5、差错、事故处理及报告程序：

(1) 科室职工收到临床对检验质量的反馈（口头或书面），均统一转交给科主任，科主任应及时查实情况，作出相应整改措施，并给临床答复。如反馈内容属于差错性质，应按差错标准定性及时记录、上报。

(2) 发生一般差错。当事人应主动向分管科主任汇报，分管科主任及时登记并处理，每月全科汇总一次，月底填表上报医务处。

(3) 发生严重差错或事故，当事人应立即向科主任汇报，科主任应交待相应的应急措施，同时亲临现场与当事人一起进行应急处理，避免事态扩大，将差错降低到最低水平。

(4) 发生差错的标本及有关记录等均须妥善保存，以备查对。

(5) 发生严重差错及事故，其汇报路线：当事人→科主任→医务处。

(6) 发生一般差错，科主任应在科室会议上通报。发生严重差错及事故，应在三天内组织全科讨论分析，当事人须在会上作深刻检查，由科主任向医务处作出书面汇报。

(7) 发生差错的责任人除通报教育外，根据相关奖惩条例，给予恰当的奖金处罚。

医院管理规章制度 3

高值医用耗材一般是指属于专科使用、直接作用于人体的、对安全性有严格要求、且价值相对较高的医用耗材。为规范我院医用高值耗材采购、验收、登记、使用等行为，提高采购资金效益和采购工作的透明度，保证医用耗材的质量及使用，保证病人的合法权益，维护患者知情权，以最大限度保证合理收费，合理诊治，根据有关规定，结合我院实际情况，制定本制度：

一、采购

(一) 选择正规资质的生产企业和销售企业

1、生产企业必须持有有效的《医疗器械生产企业许可证》和年检合格的《企业法人营业执照》。

2、销售企业必须持有时间有效的《医疗器械经营企业许可证》和年检合格的《企业法人营业执照》。

3、产品必须具有产品合格证。

4、生产企业授权给销售企业的授权书。

5、销售人员的身份证复印件。

(二) 由采购科严格按照中标产品统一采购。因高值耗材的特殊性，种植材料的请购由使用科室按照每个月的基本用量提前 10 个工作日、手术室用的钛板、钛钉按照手术所需由使用科室提前一至两个工

作日，以书面形式向总务科提出申请，如遇节假日等特殊急用情况，使用科室可向采购科取得认可后先向中标供应商联系进小部分应急使用，后期再将程序补充完整。

二、登记及发放、保管

（一）结合我院的实际情况，种植材料采购数量以月基本消耗量为准；钛板、钛钉采购数量按手术所需为准，提高及时率，体现具体成效，实现“零库存”管理。

（二）对于高值耗材，库房实施二级存放制度。在供货商送货到库房的同时通知使用科室护士长，经双方对材料的包装，批号、有效期、数量等同时验收合格后，并将材料详细清单复印件交由使用科室保管，以确保临床工作的正常运转。过期、失效或者淘汰的医用高值耗材不得入库。

（三）以月为单位，库房管理员将供货商的发货单、配送时间、发票等信息与使用科室的使用信息进行核对后及时办理入库、出库手续并将当月耗材成本计入使用科室。

（四）使用科室应建立高值耗材的出库登记、使用登记，以备产品质量的追溯。

三、使用

（一）使用科室应严格按照《医疗器械监督管理条例》、《医疗机构诊断和治疗仪器应用规范》的有关要求使用高值医用耗材，严格核对患者的信息，对患者所使用的高值耗材的名称、数量、金额做汇总存档。

（二）术前由执行诊疗操作的医师复核，核对患者信息、高值医用耗材类型，仔细检查包装完好情况，确保消毒到位，密切关注使用过程中可能引起的并发症，并及时准备采取相应处理措施；同时，必须进行医患沟通，征得患者或家属同意在《手术同意书》上签字，术前谈话中应说明选择的类型，使用的目的、价格以及不良反应。

（三）术中所有的高值耗材名称、类型、数目等均需做到一一记录。

（四）发现使用科室私自购入、使用高值医用耗材，由我院纪检

委处理。

四、处置使用后需严格按照相关规定进行销毁，并做好登记记录。

本制度从即日起执行，请相关科室严格遵照。

医院管理规章制度 4

一、建立医疗安全目标责任制。

1、应完善医疗安全责任制，使各科室（部门）和各级医务人员做到层层对医疗安全负责。

2、责任制应达到有责任目标、有实现目标的保障措施、有检查考核办法、有奖惩激励制度等要求。

二、医疗安全教育。

1、目的

目的旨在使医务人员在思想认识上、职业道德上、应变能力上和保证医疗安全的心理状态及技能上，排除各种主观障碍。

2、医疗安全意识教育：

（1）树立正确、积极的医疗风险意识；

（2）增强医疗安全责任感，增强医疗安全管理的法律意识；

（3）克服自身及周围有关方面存在不安全因素的自觉性和主动性。

3、医德与医疗安全相关教育：包括医德理念与医疗安全、医德规范与医疗安全和医患关系与医疗安全等相关性的认识。

4、质量管理知识与医疗安全相关教育：

（1）医疗安全教育是质量教育的重要内容；

（2）为保障医疗安全又需要掌握相关的质量管理知识，主要是医疗服务质量安全质量特性的内涵与外延知识、标准化管理知识和医疗缺陷管理知识等。

5、医疗技术与医疗安全相关教育：

应紧密结合继续医学教育，将医疗安全教育贯穿于医学技术教育之中。

三、医疗缺陷检控与安全把关。

1、医疗不安全事件的发生具有一定的随机性特点。因此，必须时时处处进行缺陷检控，加强医疗安全把关，以防患于未然。

2、一般地说，医疗不安全事件均潜藏在日常的医疗缺陷之中，因此。强化日常医疗缺陷管理，既是提高医疗质量的重要措施；也是卡紧医疗不安全事件源头的重要对策。在此基础上，还必须建立健全各级卫生技术人员自下而上和各级行政组织自上而下对重大高难度或新技术措施进行安全把关的制度。

四、重点病人医疗管理。

传统的医疗安全管理的主要对策是强调重点病人医疗管理。此对策是行之有效的，在全面系统的医疗安全管理中，仍需重视采用。

五、重点科室（专业）及重点工作岗位和控制对象的医疗安全“包保机制”。

医疗安全管理突出重点的另一个方面，就是建立重点科室（专业）及重点工作岗位和工作人员的“安全包保机制”。重点科室即通过科室安全评估发现医疗安全系数特低的科室（专业）、重点工作岗位和工作人员，对他们采取特别防范措施的有效办法，就是指定各级领导和技术骨干实行一对一的指导、帮助和监督治理。

六、不安全因素检查消除措施。

通过每年一度的医疗安全大检查，以科室为单位评价不安全因素存在的程度，并对明显存在的不安全因素采取切实有效的治理消除措施。

七、医疗不安全事件易发境况的安全防范部署。

医疗不安全事件易发境况是指夜班、节假日及其他容易发生医疗不安全事件的环境和情况。每有这种情况均应进行医疗安全防范的特别部署。

医院管理规章制度 5

（一）总则

1. 为了加强医院信息系统的领导和管理，促进医院信息化工程的应用和发展，保障系统有序运行，制定本规则。

2. 本规则所称的信息系统，是由计算机及其相关配套的设备、设施构成的，按照系统应用目标和规则对医院信息进行采集、加工、存储、传输、检索等处理的人机系统（即现在医院建设和应用中的信息

工程)。

3. 医院信息系统管理是为了保障系统建设和应用,保障系统功能的正常发挥,保障运行环境和信息的安全,满足各工作站对系统操作和维护的全部活动。

4. 各级各类医院根据本规则,结合医院不同的功能任务和医院信息系统规模大小,参照以下内容制定适宜于本医院的信息管理制度。

(二) 组织管理

1. 医院信息系统的组织管理机制是医院信息管理系统领导小组(简称领导小组)。

2. 领导小组由下列人员组成:组长:院长/业务副院长成员:医务、护理、信息、经营管理、药剂、计算机工程技术等人员。

3. 领导小组的主要职能和任务:

(1) 对医院信息系统建设和应用进行总体规划,审查和制定系统应用中有关人员职责、技术规范、工作流程、性能指标等工作规则和制度。

(2) 加强对医院信息系统的组织领导、协调解决医院工程建设中和重大问题。

(3) 审核、部署系统建设和应用中的重要活动,如规则计划,网络管理、系统配路、人员培训等。

4. 医务部门领导在系统建设的应用过程中负责日常组织协调和管理工作。

5. 信息管理部门负责人是系统建设和系统建设和系统应用的领导者和指挥者(简称系统负责人),应对所属人员实行分工负责。

6. 信息管理部门工程技术人员全面负责系统规则、计划、系统配路、系统调试、系统维护、安全管理、人员培训等技术管理工作。

(三) 信息系统的技术管理

1. 信息管理部门工程技术人员是信息系统技术管理的直接责任者,应以实现系统功能为目的,以满足用户需求为宗旨,对信息系统的操作和维护进行

2. 信息系统内各类设备的配路,由系统负责人提出配路规划和

计划，报有关领导审批后实施。

3. 每一子系统或挂接的可执行程序在上网运行前，信息工程技术人员必须严格按照功能要求在备用服务器上全面调试，达到功能要求且排除一切可能的数据冲突后交用户实际上网使用。

4. 信息工程技术人员实行分工负责制。

5. 管理部门各种设备由信息管理部门负责人管理或指定专人负责。

6. 系统管理员或机房值班人员负责服务器的数据备份和日结工作。

7. 信息系统管理员负责各工作站模块登录口令密码的设路并做好记录。工作站操作人员更换时，要立即做好口令的更改。

8. 根据系统功能要求，系统负责人提出各子系统和模块的使用权限和使用分配方案，报请领导小组核准实施。

9. 系统负责人管理全面技术工作和运行管理工作，出现技术问题或故障，应遵循《信息系统服务器故障应急处理规程》处理。

（四）信息系统安全管理

1. 信息系统的安全管理包括：数据库安全管理和网络设备设施安全管理。

2. 系统负责人和信息工程技术人员必须采取有效的方法和技术，防止网络系统数据或信息的丢失、破坏或失密。

3. 利用用户名对其他用户进行使用模块的访问控制，以加强用户访问网上资源权限的管理和维护。

4. 用户的访问权限由系统负责人提出，领导小组核准。

5. 系统管理人员应熟悉并严格监督数据库使用权限、用户密码使用情况，定期更换用户口令密码。

6. 信息工程技术人员要主动对网络系统实行查询、监控，及时对故障进行有效的隔离、排除和恢复工作。

7. 所有进入网络使用的软盘，必须经过网络中心负责人同意和检毒，未经检毒杀毒的软盘，绝对禁止上网使用。对造成“病毒”蔓延的有关人员，应严格按照《医院信息系统安全保护规则》有关条款给予经济和行政处罚。

8. 信息系统所有设备的配路、安装、调试必须由信息工程技术人员

9. 所有上网操作人员必须严格遵守计算机以及其他相关设备的操作规程，禁止其他人员在工作进行与系统操作无关的工作。

10. 保持机房的清洁卫生，并做好防尘、防火、防水、防静电、防高压磁场、防低磁辐射等安全工作。

11. 信息工作技术人员有权监督和制止一切违反安全管理的行为。

1. 各工作站所有使用人员必须严格遵守《信息系统管理规则》、《医院信息系统安全保护规则》、《信息系统工作站录入人员管理通则》各工作操作规程以及有关信息管理制度。

2. 严格按照计算机操作使用规程进行操作。操作中必须做到精力集中，细致认真、一丝不苟、快速准确，及时的完成各项录入工作。

3. 经常保持各种网络设备、设施整洁干净，认真做好信息设备的日清月检,使网络设备始终处于良好的工作状态。

4. 加强设备定位定人管理，未经信息工程技术人员允许，不得随意挪动、拆卸和外借所有计算机及相关网络设备、设施。

5. 机房内严禁存放易燃、易爆、易腐蚀及强磁性物品；遇有临时停电及雷电天气，应采取保安措施，避免发生意外。

6. 机房内不准吸烟、进食、会客、大声喧哗；严禁无关人员上机操作或进行其他影响网络正常运行工作。

7. 严格交接班制度，工作中遇到的问题要及时报告。

医院管理规章制度 6

为保证医院正常工作秩序，保护患者身体健康，确保国家财产不受损失，杜绝或尽量减少安全事故的发生，遵循“注意防范、自救互救、确保平安、减少损失”的原则，根据本院实际情况，制定本管理制度。

1、院长是医院安全工作的第一责任人，医院安全工作由院长领导下的安全工作领导小组（综合治理领导小组）负责。各科室向领导小组负责，实行责任追究制。

2、医院每月要对职工进行有关安全方面的知识教育，教育形式应

工进行紧急突发问题处理方法、自救互救常识的教育。紧急电话（如110、119、122、120等）使用常识的教育。

3、建立重大事故报告制度。院内外职工，患者出现重大伤亡事故一小时以内以书面形式报告饶河县卫生局及相关部门；患者出走、失踪要及时报告；不得隐瞒责任事故。

4、建立健全领导值班、职工值日值宿制度；加强医院管理，保证医院的工作秩序正常；负责医院安全保卫的值班人员要经常和派出所保持密切联系，争取派出所对学校安全工作的支持和帮助。

5、加强对职工的医德教育，树立敬业爱岗思想，提高业务水平和质量，随时注意观察患者心理变化，防患于未然，不得呵斥和变相取笑精神病患者，不得将精神病患者赶出医院或病房。

6、外单位或部门手术或者会诊需请我单位人员的，未经饶河县卫生局批准、院委会同意，不得擅自离院参加。

7、医院要教育职工遵守医院规章制度，按时到院、按时回家，防止意外事故发生。

8、医院要定期对病房进行安全检查，发现隐患及时消除，情况严重的，一时难以消除要立即封闭，并上报饶河县卫生局。

9、医院要经常检查院内围墙、厕所、栏杆、扶手、门窗、楼梯以及各种体育、户外活动、消防、基建等设施的安全情况，对有不安全因素的设施要立即予以维修和拆除，确保职工和患者工作、学习、生活场所和相应设施既安全又可靠。

10、医院组织集体活动，要将安全工作摆在第一位，要履行相关审批程序，要制定有针对性的安全应急预案。

7

医院负责接待医疗纠纷的部门是医患关系协调部，医患关系协调部接到病人医疗投诉后，初步判定不存在医疗过错，向病人耐心解释，必要时，请当事科室协助向病人或其家属解释；初步判断存在或可疑存在医疗过失行为的，将按以下原则和程序操作：

1、医患关系协调部向当事医务人员及科室送发《医疗争议事件说

医疗不当行为作出回答，并由科主任签署意见后送交医务科。

2、经过调查，当事科室和院方均认为无医疗不当行为的，由医患关系协调部和当事科室负责向患方解释或书面答复。

3、如果当事科室认定无医疗过失，但与院方初步调查结论相左者，将提交院安全医疗委员会讨论。

4、如果当事科室和院医疗安全管理部门均认定有医疗过失者，由医患关系协调部和当事科室共同与患方协商解决。

5、如果患方不满意院方的答复或者与院方的协商不能达成一致，可向卫生行政部门申请行政调解或提出医疗事故技术鉴定申请，由卫生局委托温州市医学会进行医疗事故技术鉴定。

6、医疗纠纷下列情况之一者，医院原则上不负赔偿责任。

(1) 院方判定不属医疗事故，或不存在医疗过失的；

(2) 存在医疗不当行为，但未造成患者人身损害后果。

7、医疗纠纷进入医疗事故技术鉴定程序时，当事医务人员必须参与鉴定会进行申辩和接受质询。

8、医疗事故争议进入司法解决程序的，当事医务人员必须出庭；科主任原则上作为院长委托代理人出庭抗辩，医务科亦派员出庭抗辩。

9、当事科室有义务协同医患关系协调部共同向患方做必要的解释和纠纷处理工作。

10、病历复印先经医患关系协调部审批，统一在医院病历室进行，医务人员应当陪同患方复印资料，复印时患者必须在场。

11、发生医疗事故争议时，对不允许患者复印的病历资料应当在患者在场的情况下进行封存及启封。

12、死亡病例的医疗事故争议，为明确死因，尸体应在48小时内由取得相应资格的机构进行尸解。医患双方均应按此规定进行，任何一方拒绝尸解，由拒绝方承担相应责任。

13、出现医疗事故或可能为医疗事故时，医务人员应当立即向所在科室负责人报告，科室负责人应当及时向医院医疗服务质量监控的部门报告。

、医疗服务质量监控的部门接到报告后，应当立即进行调查、核实，将有关情况如实向本医疗机构的负责人报告，并向患者通报、解释。

8

1、医务人员必须工作严谨，认真负责，精力集中，坚守工作岗位。

2、认真执行各项规章制度及诊疗规范，严格交接班制度。

3、为增强医疗安全意识，医务人员须按时参加全员医疗安全培训。严格贯彻执行医疗卫生管理法律、法规，作到依法执业，行为规范。

4、医务人员坚持 三基三严 及继教培训工作，将考核成绩记入个人技术档案，作为晋级职称评定及工作能力考核依据。

5、新进医务人员要进行严格的岗前质量教育，经考核合格后方可上岗。

6、各科室根据每月进行的医疗质量考核、评价、总结，作出自查缺陷报告，提出整改措施，严防医疗缺陷发生。

7、各科室须建立医疗缺陷登记本，针对发生的医疗缺陷，科主任应及时向医务部报告，认真作好调查核实工作。

8、发生缺陷后，要积极采取有效措施，避免和减轻对患者身体健康的损害，防止损害后果扩大。

9、对已发生的医疗缺陷，应组织医疗安全委员会成员及科室相关人员进行讨论，分析原因，总结经验教训，提出预防措施及处理意见。

10、发生医疗缺陷的科室或个人不按规定上报，有意隐瞒，一经发现将按规定严肃处理。

11、医院开展医疗缺陷管理，定期统计、分析医疗缺陷，改进工作，提高医疗质量。

医院管理规章制度 9

篇一:医院控烟管理规章制度

一、医院成立控烟领导小组，法人代表兼任组长，院办公室具体负责控烟计划的实施和督导。

二、院内凡是属于公共场所，包括诊断室、治疗室、输液大厅等处，张贴禁烟标志，严禁吸烟。

传控烟要求和不吸烟好处及吸烟危害等。

四、要求院内员工吸烟者，休息时或工余时间到指定地点吸烟，提倡少吸烟，过渡到不吸烟为宜。若违规，一次性罚款 20 元。力争年内达到全面无烟目标。

五、严禁诊疗期间，一边诊疗一边抽烟医院控烟规章制度医院控烟规章制度。规劝和教育患者在诊疗期不吸烟，尤其是在多人诊疗室内。若遇批评教育无效者，可报告控烟领导小组赴现场处理。

:医院控烟工作规章制度

为了让广大患者和医务人员有一个文明、健康、和谐的医疗服务环境，提高控烟知识和控烟参与意识，提供戒烟咨询和技术指导，将我院创建为“全国无烟医院”，根据中华医院管理学会《无烟医院》标准，结合我院实际，特制定本制度。

一、在医院控烟领导小组的领导下，由医院控烟工作办公室具体负责本制度的实施。

二、本院职工、患者以及家属一律不得在医院内所有诊疗区域、办公室、公共场所等非吸烟区吸烟。

三、在院内设置吸烟区，并张贴醒目标识和指引，吸烟者只能在吸烟区吸烟。

四、医院拒绝接受烟草广告商赞助和标明了烟草广告的物品，院内不刊登、张贴、播放、散发烟草广告;在职工办公室、会议室、工作场所不得设有烟具及与烟草有关的物品;医院小卖部不得出售香烟。

五、医务人员不得在病人面前吸烟，教师不得在学生面前吸烟。

六、定期向全院职工、门诊及住院病人开展控烟知识讲座，利用宣传栏、网站、院报和宣传小册子等形式进行控烟宣传。

七、医务人员应掌握控烟知识、方法和技巧，对吸烟者提供简短的劝阻指导

八、全体员工均是控烟义务宣传员，应大力宣传吸烟有害健康等控烟知识医院控烟规章制度百科。

1.均有义务进行同伴教育及相互监督。

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/837120165124010011>