

县人民医院

诊治质量治理和连续改进 记录表

科室： 放射科

年度： 2022 年

诊治质量连续改进记录表填写要求

- 1、科室成立以科主任为组长的诊治质量治理小组，并设有专职质控员。.
- 2、本诊治质量连续改进记录表由科主任负责，质控员负责填写。.
- 3、每年度科室要制订诊治质量连续改进打算及诊治质量掌握指标。.
- 4、科室依据医院的诊治质量掌握重点内容制订每月诊治质量掌握重点内容。
- 5、一般科室诊治质量连续改进记录表要求每月至少检查一次，并做好记录，依据存在问题制订整改措施，并对整改措施进行成效评价，由科主任批阅后签字负责。
- 6、每月底对科室质量掌握情形进行专心总结，填写每月诊治质量掌握总结，科主任签字后交医务科审查。
- 7、每年底对本年度科室诊治质量掌握情形进行总结。

科室诊治质量治理小组成员名单

科室质量治理小组职责：

- 1、科主任是科室诊治平安第一责任人。
- 2、质量治理小组由科主任、护士长和其他成员 3—5 人组成。
- 3、结合本专业特点及进展趋势，制定及修订本科室疾病诊疗常规、及药物使用标准并组织实施，责任落实到个人，和绩效工资挂钩。
- 4、定期组织各级人员学习诊治、护理常规，强化质量意识。
- 5、对科室质量和平安定期〔至少每月一次〕检查，并有活动记录，提出改进措施，将诊治质量和平安问题反响给相关职能部门。
- 6、制定本科室质量和平安治理工作制度和打算，准时记录质量治理和平安掌握工作。

	姓名	职称	职务

2022 年度科室质量掌握打算

一、内容

- 1、宣传教育，强化医务人员和病人的诊治质量和诊治平安意识。
- 2、放射技术临床应用治理、促进放射平安和治理。□

二、方法

- 1、每天早会由科主任强调放射质量和平安工作要求。明确个人放射平安教育培训活动的目的、意义和要求，增加紧迫感和责任感。
- 2、每季度组织一次放射质量和平安知识讲座。
- 3、放射平安小组定期召开组织会议□传达放射质量和诊治平安治理的信息，通报和讲评放射质量和诊治平安检查情形。
- 4、每位放射科人员要充分利用业余时间学习相关法律法规和规章制度，不断提高专业技术水平，确保放射质量和平安。

三、要求

- 1、从事放射影像工作的医技人员，肯定具备国家规定的资格条件，并经有环保总局组织实施专业及防护知识培训，考核合格，取得放射工作资格证书后，方可从事放射影像工作。
- 2、按时按打算参国家环保总局组织的“放射防护培训班”，强化理论学习，掌握根本的辐射平安防护知识和自救技能。
- 3、对新参加工作的医、护、技人员进行系统培训，使他们对设备的工作原理、结构、操作、防护有所了解掌握各种影像技术。
- 4、邀请省级以上环保部门专家举办辐射平安和防护知识及新技术讲座。
- 5、技术人员应自觉学习了解和掌握设备的一些常见故障现象，

并掌握其排解方法□以便在格外情形下能自行排解故障排解隐患。

6、新设备投入使用前应请设备厂商工程师对技术人员进行系统培训。
内容应包含设备结构、工作原理、操作技术、本卷须知、保养要求和故障表现及简洁故障的排解。

7、配合医院保卫部门做好防盗、防火和辐射平安治理的培训。

每月诊治质量掌握重点

- 一月份：放射科科务会制度落实
- 二月份：放射科交接班制度落实
- 三月份：放射科疑难病例阅片落实
- 四月份：放射科 X 线影片评片落实
- 五月份：放射科 X 线诊断汇报追踪落实（CT）
- 六月份：放射科每日朝会制度落实
- 七月份：放射科政治学习落实
- 八月份：放射科业务学习考核结果检查
- 九月份：X 线影片档案治理制度
- 十月份：放射科 X 线诊断汇报签阅制度
- 十一月份：放射科造影剂不良反响的汇报
- 十二月份：放射科突发急诊病例处理

放射科一般诊治质量治理和连续改进记录

检查日期		检查人员	
主要检查内容	放射科科务会制度落实		

诊治质量 存在问题	1、由于工作繁忙，科务会召开不及时。 2、科务会召开时间不确定，人员不齐全，缺少相应商量及决议记录。
预期目标	完善科务会制度，形成有效、机制的科务会治理。
改进措施	1、为传达医院有关决议，解决科内存在某些问题，如年度方案，人员轮换，违章处理等，必须建立科务会制度，共同商量科内有关问题，促进科内工作开展。 2、科务会由科主任主持，技师及其它有关人员参加，遇到特别事件，科主任可邀请其它有关人员临时参加，并作好记录。 3、科务会一般一月一次，特殊情况可临时召开。 4、科务会应贯彻民主集中制原则，一旦形成决议，必须按决议执行。 5、科务会在商量涉及全院某些方面问题时，必须上报医院院长或有关部门同意后方可执行。
图像质量 改进措施	标准临床科医师普放申请单填写，增加 X 线投照 X 度：①按“根本要求”填写并加填原 X 线号码；②扼要填写主要病症、病史（包含医治及手术史）、体征、相关检查结果及初步诊断；③申请检查部位、方法和目的；④需用碘剂的检查，需注明碘过敏试验结果。
备注：	医务处来我科检查各医学影像装备运转、维修情况。
质控员签字	
科主任签字	

放射科一般诊治质量治理和连续改进记录

检查日期		检查人员	
主要检查内容	放射科交接班制度落实		
诊治质量 存在问题	1、个别人员没有等到接班人员接班，一到时间就“下班”，出现漏岗现象。 2、局部夜班汇报存在漏写、漏报现象。		
预期目标	落实交接班制度，不漏岗、不漏汇报。		

改进措施	1、各检查室人员下班前应量完本钱室工作，未完成的工作，需与接班人员交班后下班。2、门诊医师中班负责透视，到写片室接班，并负责完成留下的诊断及中午急诊工作，协助完成中午理片，晚6时与接夜班医师交班后下班。3、门诊技术员中班负责门诊各机房、暗房及登记室接班，负责完成各室留下的工作及中午急诊登记、拍片、洗片工作，完成理片工作，下班前应与夜班技术员交班。4、CT 中班医师和技术员，下班前应完成当班工作，遗留问题到门诊交班。5、门诊夜班医师与中班医师接班后完成当晚急诊，协助技术员理片及登记当天过失废片和交班日志。6、门诊技术员夜班与中班技术员接班后，应完成遗留工作及夜班急诊，统计当天工作量、过失及废片，整理好交班日志，晚9—10时必须到科内查房一次，并记录查房情况。7、夜班过程中，医技明确分工，紧密协作，共同完成任务，接班前或交班不清楚，中班负责坚守岗位或处理遗留问题再下班。8、值班人员需坚守岗位，兼管平安保卫，特别问题随时请示科主任处理。
图像质量改进措施	标准临床医师 CT 申请单填写、增加 CT 检查操作 X 度：①按“根本要求”填写，包含 CT 号；②扼要填写主要病症、病史（包含医治及手术史）、体征、术后复查病人注明手术后时间、相关的 X 线、超声、化验检查等检查结果及初步诊断意见，需增强者应作碘过敏试验并注明碘过敏试验结果；③申请检查部位、方法和目的。
备注	医务处来我科检查各医学影像装备运转、维修情况。
质控员签字	
科主任签字	

放射科一般诊治质量治理和连续改进记录

检查日期		检查人员	
主要检查内容	放射科疑难病例阅片落实		
诊治质量 存在问题	个别医技人员参加疑难病例分析读片会，不积极，尤其是在专题涉及介入、放疗的读片分析时，认为不涉及本专业，不上心，没有意识到放射医学影像各个方面都是触类旁通的。		
预期目标	疑难病例分析读片是由主任组织、资深医师参加了解的难得的学习时机，期望各个医师珍惜这些难得的学习时机，学为己用。		

改进措施	1、每周由科主任组织，诊治质量治理小组成员主持，进行一次疑难病例、少见病例或典型病例集体读片商量。 2、疑难病例读片由接诊医师打算病例资料、介绍病情、检查经过；参加人员不分资历，各抒己见，主持人作总结分析，提出诊断意见。 3、疑难病例商量必要时应邀请临床放射科或其他医技放射科人员参加，广泛听取各种意见，相互参考，以求作出更 X 的诊断。 4、遇有紧急情况，随时组织读片商量，以缩短抢救医治时间。
图像质量改进措施	标准临床医师 CT 申请单填写、增加 MRI 操作 X 度：①一般资料：按“根本要求”填写并注明病人的体重、职业及原 MRI 号码，门诊患者应填写患者详细地址、邮政编码和联系 等；②MRI 禁忌症应填写清楚，主要包含：心脏内有无起搏器及身体内有无其他电磁装置；有无血管夹和金属内支架；有无大的金属假体，如内固定钢板等；③主要的临床病症和体征，应尽量详细填写；④术后复查的病人注明手术时间；⑤与此次 MRI 检查部位相关的其他影像学资料〔包含超声、CT、X 线、核医学等〕和化验结果，应简要填写；⑥写清楚临床初步诊断，以便 MRI 医生检查前心中有数，确定检查方法及扫描序列；⑦检查部位要清楚具体，如脊椎 MRI 检查，应标明以第几椎体为中心扫描。
备注：	医务处来我科检查各医学影像装备运转、维修情况。
质控员签字	
科主任签字	

放射科一般诊治质量治理和连续改进记录

检查日期		检查人员	
主要检查内容	放射科 X 线影片评片落实		
诊治质量存在问题	1、个别人员摄影技术不过关，在摄影人员相对缺少的情况下，存在无证上岗的情况。 2、由于患者人数增多，技师投照时一味求快，而不注重摄影质量，从而使甲片率明显下降。		
预期目标	照片质量：优良率≥95%、优级率≥55%、良级率≥40%、废片率≤2%		

改进措施	1、为了不断提高本科技术人员的摄片质量和责任感，保证 X 线的诊断 X 性和临床诊断可靠性，每天拍摄的照片采取民主评片制，以使本科技术人员在每日的实践中取长补短，以资到达共同提高。 2、优劣照片评比标准(1)甲类片：①位置摆直正确②无人为之异常阴影③比照度适当④黑化度中意理想⑤良好的清楚度⑥失真度在最小限度内，以上即为甲类片。(2)乙类片①位置正确②无人为之异常阴影③比照度，黑化度均不理想适当④失真度增大 (3)丙类片①位置偏斜②失真增大③比照度、黑化度、清楚度均不理想，细微组织结构模糊，自然光的曝面微小，但不影响诊断。 (4)废片①位置不正②失真度在最大范围内③自然光曝面大片影响诊断 3、过失及事故(1)左右位置颠放(2)片号摆错(3)要求的部位投掉或投错(4)自然光曝面引起不能诊断(5)照片经投照丧失和干烤中照片严峻粘连造成不能诊断。 4、每星期 1—6 上午 8—9 时为投照组集体评片时间，由技师长或组长主持评片。 5、跟班进修〔未单独〕实习人员在操作中，出现违反操作造成废片及过失事故，其责任由当天当班人员负责，并予记载，进修实习人员不追其责任。 6、每月底由技师长将评片按每人进行统计甲、乙、丙、废片结果，上报科主任备案。
图像质量改进措施	
备注：	医务处来我科检查各医学影像装备运转、维修情况。
质控员签字	
科主任签字	

放射科一般诊治质量治理和连续改进记录

检查日期		检查人员	
主要检查内容	放射科 X 线诊断汇报追踪落实 (CT)		
诊治质量存在问题	1、CT 的诊断汇报追踪记录不够详细、存在敷衍、不认真的情况，不能起到累积经验、学习资料之用。 2、介入、放疗的记录采纳打印的方法，记录比较 X，且专人负责，不失为一个详细的医学记录和借鉴方法。		
预期目标	将诊断汇报追踪记录当做一个学习、强化的过程，而不是敷衍了事。		

改进措施	1、凡经 X 线诊断的住院病例，经手术或组织学检查证实者，均列为诊断追踪对象（门诊病例不包含在追踪之列）。 2、每月派专人追踪一次，时间定为每月上旬7—8号。 3、追踪内容按病例追踪登记簿逐项填写，特殊情况应在备注中说明，以备复核。 4、目的：首要作为累积经验，提高诊断水平，其次作为质量考核依据，供上级检查参考。 5、每季度末将病例集中，由诊断组共同分析，借以找出经验教训，提高诊断质量。 年终将追踪的病例汇总，由专人保管，作医学资料存档。
图像质量改进措施	普及投照时有效焦点大小的选择：小焦点一般适用于体薄和不易动的部位，如四肢、头部的局部片等；大焦点用于一些体厚和易活动的部位，如腹部、胸部、脊椎等；高 KV 摄影时也可用小焦点。在条件许可的情况下，尽量选用小焦点，以提高照片锐利度。
备注：	医务处来我科检查各医学影像装备运转、维修情况。
质控员签字	
科主任签字	

放射科一般诊治质量治理和连续改进记录

检查日期		检查人员	
主要检查内容	放射科每日朝会制度落实		
诊治质量存在问题	每日朝会制度是对前一天全科工作的总结和评价，包含注意一些相关问题和对某些医院内容的传达。但是一些同志对此不重视，经常接口早上有病人，无故不参加，对此提出批判。		
预期目标	每日朝会制度是对前一天全科工作的总结和评价，包含注意一些相关问题和对某些医院内容的传达，肯定要保证全科每个同志的参加。		

改进措施	1、每周1—5早晨8时30分为科内朝会时间。 2、全科工作人员，实习进修医师均按时参加科内朝会。 3、夜班值班医师、技师于前日晚作好交班打算工作（包含填写工作日志及值班情况）。 4、朝会时间全科人员应严肃认真参加，衣帽整洁，细心听取交班内容。 5、交班人员应向全科人员汇报前日工作统计，机器使用，科内平安，照片是否齐全以及其他有关事宜或注意情况。 6、朝会期间，科主任或其它医师、技师、登记员等均可在此时提出有关问题，以利科内工作正常进行。
图像质量 改进措施	改进关于焦片距和肢片距的选择：投照时病人应尽量使肢体贴近暗盒，并且与胶片平行。在肢体与胶片不能靠近时，应尽量增加焦片距，可同样收到放大率小、锐利度高的效果。不能平行时，应依据几何投影原理减少影像变形。
备注：	医务处来我科检查各医学影像装备运转、维修情况。
质控员签字	
科主任签字	

放射科一般诊治质量治理和连续改进记录

检查日期		检查人员	
主要检查内容	放射科政治学习落实		
诊治质量 存在问题	作为一个部队医院，政治学习是不可或缺的内容，是我军在政治上、思想上与党保持一致性的法宝和胜利保证。个别人员没有把政治学习的重要性提高到思想认知的高度，参加政治学习不及时，笔记录不完全。		
预期目标	把政治学习的重要性提高到思想认知的高度，及时参加科内组织的政治学习，并记录笔记。		
改进措施	1、科内每周政治学习不少于1小时，学习时作好记录（人员内容、商量情况）。 2、政治学习内容为：传达院周会内容，学习医院政治处安排学习文件及医德医风有关文章及报导等。 3、定期或不定期参加医院政治处的各种考试，将各种考试成绩在科内存档。 4、凡院有关政治学习的大会，每人必须按时参加，缺席者按缺勤处理。		

	5、政治学习记录作为科内每人年终考评或晋升的参考资料之一。
图像质量 改进措施	改善中心线与斜射线的利用：中心线垂直于被摄体和胶片为最好的投影方法。与胶片不平行而成角者中心线应与肢体与胶片夹角的分角面垂直，倾斜中心线与利用斜射线可得到相同效果。
备注：	医务处来我科检查各医学影像装备运转、维修情况。
质控员签字	
科主任签字	

放射科一般诊治质量治理和连续改进记录

检查日期		检查人员	
主要检查内容	放射科业务学习考核结果检查		
诊治质量 存在问题	个别同志在业务学习后的考核结果中成绩仅为合格，凸显了其对于放射科的根本知识掌握不牢固，不重视。		
预期目标	强化全科同志的根本理论，根本知识，根本操作学习。		
改进措施	1、为培养人才，提高业务素养，科内必须建立业务学习及考核制度。 2、业务学习以根本理论，根本知识，根本操作为主，其它举办专题讲座，以助知识更新。 3、为强化科内新业务的开展，依据科内设备添置及新工程开展，特邀院外教授，专家来科讲学，指导实际操作，但必须书写申请汇报上报院医务处，获准后方可进行。 4、科内进行定期或不定期专业专题讲课，建立业务学习记录。 5、为促进人才竞争，科内将依据新入科人员、住院医师、技士、技师、主治医师及主管技师等不同类别人员进行不同业务内容考核，并建立考核档案，以助晋升参考。		
图像质量 改进措施	改进滤线设备的应用：一般在摄影千伏超过 70KV 以上均需使用滤过板，滤去软射线。体厚超过 15cm或 60KV 以上管电压时需用滤线栅，应注意滤线设备的选择和使用。		

备注：	医务处来我科检查各医学影像装备运转、维修情况。
质控员签字	
科主任签字	

放射科一般诊治质量治理和连续改进记录

检查日期		检查人员	
主要检查内容	X 线影片档案治理制度		
诊治质量存在问题	局部值班人员在借阅 X 线片时，存在借阅手续不全的情况。		
预期目标	严格落实各种 X 线片的借阅制度，完成各种片子的借阅依据记录能追踪落实到人。		
改进措施	1、X 线片和录盘系医学资料之一，必须妥善保管，为强化档案治理工作，特别制定本条例。 2、凡来科检查者的 X 线片，必须于次日上午交档案室内归档，归卡。 3、当时检查的 X 线片未经评片或 / 和未写汇报的影片均不办理借片手续。假设遇有急诊者，由急诊值班医师来科阅片。 4、院内各临床科医师对所主管病人的 X 线片假设要阅片，必须到档案室办理借阅手续，非本院医生不办借阅 X 线片，假设系进修医师，必须由本院医生签字后方可办理借阅手续，借期为二周。 5、凡住院病人的 X 线片，病人家属及其它人员不得办理借阅手续。 6、非住院病人借阅 X 线片，需交押金办理借片手续，借期二周，假设损坏者，必须按价赔偿（或扣押金）。 7、科内血管造影片和录盘由档案室专人保管，其录盘必须编号，有序排放，且不办院外借阅手续。 8、院内各临床放射科，假设借片过多、长久（超过两周）未还，或将 X 线片损害、丧失，本科将此种情况上报医教处，停止借片或赔偿 X 线片费。 9、非档案工作人员不得入档案室内，更不能抽调 X 线片档案或 / 和办借片手续。		
图像质量改进措施	标准 X 线摄影时 X 线管、肢体、胶片的固定：肢体安置不仅要使患者舒适，便于配合，更重要的是要符合摄影要求。片盒一般为平放或垂直放置摄影架上。中心线、被摄部位和胶片对准后，将 X 线管固定。		
备注：	医务处来我科检查各医学影像装备运转、维修情况。		
质控员签字			
科主任签字			

放射科一般诊治质量治理和连续改进记录

检查日期		检查人员	
主要检查内容	放射科 X 线诊断汇报签阅制度		
诊治质量 存在问题	1、X 线诊断汇报存在描写与诊断不符合的情况。 2、高年资医师修改汇报后，低年资的医师肯定要再检查一边这个过程是改正的过程也是学习的过程，很多医师都忽略了。		
预期目标	汇报诊断与临床诊断符合率 $\geq 90\%$ 。		
改进措施	1、X 线诊断汇报必须逐项填写，字迹清楚，用词恰当，语句通顺，标点符号正确，描写合理，诊断意见确切，板面整洁，签名正确无误。 2、凡在科内的住院医师，实习医师，进修医师等书写之诊断汇报均经本科高年或总住院医师或 / 和主治医师签名后发出。 3、凡新来科的住院医师除急诊值班时的急诊报揭发出外，其余的书写汇报均须由上级医师签名。 4、每日的诊断汇报均由主治医师主持签发，凡疑难病例诊断汇报，由值班医师书写后由科主任或 / 和上级医师签发。 5、科主任或 / 和上级医师在签写下级医师的汇报时，必须认真修改，签名恭正。		
图像质量 改进措施	标准 X 线摄影时照耀量的选择：要依据摄影部位、体厚和机器性能，选择适宜的管电压、管电流和照耀时间，对不能合作者尽量用高 KV，高 mA，短 S。		
备注：	医务处来我科检查各医学影像装备运转、维修情况。		
质控员签字			
科主任签字			

放射科一般诊治质量和连续改进记录

检查日期	2022、11、15	检查人员	
主要检查内容	科室造影剂不良反响汇报		

诊治质量存在 问题（包含 患者姓名、 住院号、存 在问题、相 关责任人等）	1、汇报的意识不强。 2、汇报程序不熟悉。 3、汇报表填写不完整。 责任人：
改进措施	1、强化相关制度的学习，提高认识。 2、强化工作责任心。 3、强化相关知识的培训。
效果评价	有所改进
质控员签字	
科主任签字	

放射科一般诊治质量治理和连续改进记录

检查日期		检查人员	
主要检查内容	放射科突发急诊病例处理		
诊治质量 存在问题	1、放射科作为辅诊放射科遇到急诊情况处置流程不清，什么病人属于急诊情况应该抢救也不清楚。		
预期目标	制定相应的应急方案及流程搞好紧急情况演练。		

改进措施	为保证临床各放射科的需要，提高诊治质量，搞好优质效劳，减少诊治过失，特制定以下急诊条例： 1、急性脑外伤，四肢外伤及复合外伤者； 2、急性脑血管病，各种不明原因昏迷患者； 3、脑内压增高，疑颅内占位性病变，有生命危险者； 4、急症小儿肠套叠，肠梗阻，肠穿孔等急腹症； 5、各种失血患者和严峻过敏性休克； 6、危重病人和抢救病人床边拍片； 7、对以上急症病人，如在本放射科检查时出现病情变化，必须就地对症处理抢救，并迅速与临床放射科医生联系。 8、本放射科应备有氧气瓶，氧气枕，吸引器和各种急救药品器械，并由护理员负责随时清理补充，以利应急。 9、本科急救药品一律不得外借。
图像质量改进措施	明确摄片时如何测量体厚：首先要目测体厚测量尺的横杆与游标杆是否平行，使两杆平行才能测得正确的数字，然后选择适当的测量点，如胸片取第六胸椎处，并应按曝光时状态测量。
备注：	医务处来我科检查各医学影像装备运转、维修情况。
质控员签字	
科主任签字	

二. 医务科、质控科诊治质量检查反响

一、科务会召开不准时，时间不确定，缺少相应协商记录。

二、个别人员没有等到接班人员接班，显现漏岗现象。

三、个别医技人员参加疑难病例分析读片会，不积极

四、X 线诊断汇报存在描写和诊断不符合的情形

科室依据医院诊治质量检查情形制订整改措施

一、科主任主持，一月一次

二、强化业务培训，提高业务能力

三、强化监督检查，准时觉察问题，准时处理

四、明确责任，强化责任追究。

科主任签字：

2022 年 12 月 29 日

县人民医院 诊治质量治理和连续改进 记录表

科室： 放射科

年度： 2022 年

诊治质量连续改进记录表填写要求

- 1、科室成立以科主任为组长的诊治质量治理小组，并设有专职质控员。
- 2、本诊治质量连续改进记录表由科主任负责，质控员负责填写。
- 3、每年度科室要制订诊治质量连续改进打算及诊治质量掌握指标。
- 4、科室依据医院的诊治质量掌握重点内容制订每月诊治质量掌握重点内容。
- 5、一般科室诊治质量连续改进记录表要求每月至少检查一次，并做好记录，依据存在问题制订整改措施，并对整改措施进行成效评价，由科主任批阅后签字负责。
- 6、每月底对科室质量掌握情形进行专心总结，填写每月

诊治质量掌握总结，科主任签字后交医务科审查。

7、每年底对本年度科室诊治质量掌握情形进行总结。

科室诊治质量治理小组成员名单

科室质量治理小组职责：

- 1、科主任是科室诊治平安第一责任人。
- 2、质量治理小组由科主任、护士长和其他成员 3—5 人组成。
- 3、结合本专业特点及进展趋势，制定及修订本科室疾病诊疗常规、及药物使用标准并组织实施，责任落实到个人，和绩效工资挂钩。
- 4、定期组织各级人员学习诊治、护理常规，强化质量意识。
- 5、对科室质量和平安定期〔至少每月一次〕检查，并有活动记录，提出改进措施，将诊治质量和平安问题反响给相关职能部门。
- 6、制定本科室质量和平安治理工作制度和打算，准时记录质量治理和平安掌握工作。

	姓名	职称	职务

--	--	--	--

2022 年度科室质量掌握打算

2022 年度，将安排 2 人进修放射诊断及放射技术。

- 1、陆续放射诊断进修，提高诊断水平，下半年将外派进修介入，为介入开展做好打算，上下半年各进修技术 1 人，提高影像技术及图像质量，扫描时机等技术水平。
- 2、通过影像技术进修返回及科室内带动，以及院内培训，设备保养、维护等多种方法，确保影像图像。严格遵守技术操作流程及标准，减少过失及纠纷现象。同时注意保护患者隐私及辐射平安。
- 3、登记特检上，不断完善系统，登记信息完善，严格按照无菌操作技术标准及流程，减少特检危险。
- 4、建立和完善设备使用和治理制度，定期进修检查和维护，保证设备正常运转及图像质量要求。
- 5、建立健全医、技术人员培训打算和考核制度、标准。
- 6、定期检查催促打算的执行情形，准时整改。
- 7、做好文明窗口示范作用。
- 8、准时解决病人投诉、意见反响。

每月诊治质量掌握重点

一月份：放射科无菌技术操作制度落实

二月份：放射科会诊制度落实

三月份：放射科仪器保养

- 四月份：数字胃肠室治理
- 五月份：放射科防护
- 六月份：患者检查防护
- 七月份：放射科综合读片
- 八月份：放射科技术读片、评片
- 九月份：疑难病例集体读片、协商
- 十月份：放射科工作制度落实
- 十一月份：影像诊断随访
- 十二月份：放射科辐射防护

放射科一般诊治质量治理和连续改进记录

检查日期	2022. 1. 9	检查人员	
主要检查内容	放射科无菌技术操作制度落实		
诊治质量 存在问题	放疗室、普放室对于无菌技术操作落实不严密，紫外线消毒制度没有充分完成，有的没有按周进行紫外线消毒，有的消毒没有进行记录。		
预期目标	针对无菌技术掌握不严格的情况，开展无菌技术操作方面的培训。		
改进措施	1、进行无菌技术操作前，操作者必须戴帽子、口罩、洗净并擦干双手，同时注意空气与环境清洁。 2、取用无菌物品时，必须用无菌钳，凡未经消毒的手或物品，不可触及或超越无菌区，保持约20cm 距离，无菌物品取出后，不能再放回原处。 3、无菌物品与非无菌物品必须分别放置。无菌物应放在清洁枯燥的固定地方，并定期检查无菌期，一般为一至二周，霉雨季节不超过一周。 4、一切无菌物品不能在空气中暴露过久，疑有污染时，即不可使用，须重新无菌处理。 5、一份无菌物品，只能提供一个病人使用，以免发生交叉感染。 6、各室物品要专人保管，定期清洁及时补充，严格执行交接班制度。		

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/858124037037006130>