

## 抚顺市中心医院三甲复审工作计划

抚顺市中心医院三甲复审工作计划

抚顺市中心医院三甲复审工作计划

### 一、坚持医院公益性（60 分）

（一）医院设置、功能和任务符合区域卫生规划和医疗机构设置规划的定位和要求（10 分）

内容要求 1、医院的功能、任务和定位明确,规模适宜。（2 分）2、医院有承担服务区域内急危重症和疑难疾病诊疗的设施设备、技术梯队与处置能力,医学影像与介入诊疗部门可提供 24 小时急诊诊疗服务。（2 分）3、临床科室一、二级诊疗科目设置、人员梯队与诊疗技术能力符合省级卫生行政部门规定的三级标准；重点科室专业技术水平与质量处于本省前列。（3 分）4、医技科室服务能够满足临床科室需要,项目设置、人员梯队与技术能力达到省级卫生行政部门规定的三级标准；重点科室专业技术水平与质量处于全国或本省前列。（3 分）责任科迎检科室责室综合办公室经营管理部时间任人员医务部 （二）医院内部管理机制科学规范（10 分）内容要求 1、坚持医院公益性,把维护人民群众健康权益放在第一位。（1 分）2、按照规范开展住院医师规范化培训工作。（2 分）3、将推进规范诊疗、临床路径管理和单病种质量控制作为推动医疗质量持续改进的重点项目。责任科迎检科室责室综合办公室经营管理部时间任人员（2 分）4、提高工作绩效,优化医疗服务系统与流程,缩短平均住院日、缩短患者诊疗等候时间。（2 分）5、按照《国家基本药物临床应用指南》、《国家基本药物处方集》及医疗机构药品使用管理有关规定,规范医师处方行为,确保基本药物得到优先合理使用。（2 分）6、控制公立医院特需服务规模。（1 分）医务部责任科

迎检科室责任人员（三）承担公立医院与基层医疗机构对口协作等政府指令性任务（10分）内容要求 1、将对口支援基层医疗卫生机构工作纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，专人负责。（2分）2、承担政府分配的为社区、农村培养人才的指令性任务，制定相关的制度、培训方案，并有具体措施予以保障。（1分）3、根据《中华人民共和国传染病防治法》和《突发公共卫生事件应急条例》等相关法律法规承担传染病的发现、救治、报告、预防等任务。（1分）4、建立院前急救与院内急诊“绿色通道”有效衔接的工作流程。

（2分）5、开展健康教育、健康咨询等多种形式的公益性社会活动。（1分）6、在基本医疗保障制度框架内，医院应当建立与实施双向转诊制度及相关服务流程。（2分）7、根据《统计法》及卫生行政部门规定，完成医院基本运行状况、医疗技术、诊疗信息和临床用药监测信息等相关数据报送工作，数据真实可靠。

（1分）综合办公室经营管理部医务部

（四）应急管理（10分）内容要求责任科迎检科室责任人员时间 1、遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案。服从指挥，承担突发公共事件的紧急医疗救援任务和配合突发公共卫生事件防控工作。（2分）2、加强领导，成立医院应急工作领导小组，落实责任，建立并不断完善医院应急管理机制。

（2分）3、明确医院需要应对的主要突发事件策略，建立医院应急指挥系统，制定和完善各类应急预案，提高快速反应能力。（2分）4、开展应急培训和演练，提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。（2分）5、合理进行应急物资和设备的储备。（1分）6、建立医院应急管理的评估与持续改进机制。（1分）综合办公室经营管理部医务部

（五）临床医学教育（10 分）内容要求 1、教学师资、设备设施符合医学院校教育、毕业后教育和继续医学教育的要求。（2 分）2、承担本科及以上医学生的临床教学和实习任务。（2 分）3、承担住院医师规范化培训和县级医院骨干医师培训任务。（2 分）4、开展继续医学教育工作情况。（2 分）5、指导和培训下级医院卫生技术人员提高诊疗水平，推广适宜卫生技术。（2 分）责任科室  
综合办公室经营管理部医务部迎检科室责任人员时间

扩展阅读：中心医院三甲复审职工手册

中心医院三甲复审应知应会手册

抚顺市中心医院

等级评审办公室

20xx 年 12 月

目录一、卫生部医德规范二、卫生部“八不准”三、辽宁省卫生厅“十不准”  
四、医务人员行为规范五、医务人员语言规范  
六、核心制度  
七、医疗机构病历管理规定八、医院感染管理办法九、无菌技术操作原则十、  
传染病防治法十一、医务人员手卫生规范十二、医疗废物管理办法十三、合理使用  
抗菌素十四、处方管理办法  
十五、医疗事故分级标准（试行）十六、《侵权责任法》之医疗损害责任十七、  
中华人民共和国执业医师法  
十八、患者合法权益十九、《患者安全目标》知识问答二十、临床输血管理制度  
二十一、签订知情同意书范围二十二、三级综合医院评价指标参考值

## 二十三、其他应该掌握的内容

### 一、卫生部医德规范

医德，即医务人员的职业道德，是医务人员应具备的思想品质，是医务人员与病人、社会以及医务人员关系的总和。医德规范是指导医务人员进行医疗活动的思想和行为的准则。

医德规范如下：

（一）救死扶伤，实行社会主义的人道主义。时刻为病人着想，千方百计为病人解除病痛。

（二）尊重病人的人格与权利，对待病人，不分民族、性别、职业、地位、财产状况，都应一视同仁。

（三）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。

（四）廉洁奉公。自觉遵守纪律，不以医谋私。

（五）为病人保守医密，实行保护性医疗，不泄露病人隐私与秘密。（六）互学互尊，团结协作。正确处理同行同事间的关系。

（七）严谨求实，奋发进取，钻研医术，精益求精。不断更新知识，提高技术水平。

### 二、卫生部“八不准”

（一）医疗机构和科室不准实行药品、仪器检查、化验检查及其他医学检查等开单提成办法；

（二）医疗机构的一切财务收支应由财务部门统一管理，内部科室取消与医务人员收入分配直接挂钩的经济承包办法，不准设立小金库；

（三）医务人员在医疗服务活动中不准接受患者及其亲友的“红包”、物品和宴请；

（四）医务人员不准接受医疗器械、药品、试剂等生产、销售企业和人员以各种名义、形式给予的回扣、提成和其他不正当利益；

（五）医务人员不准通过介绍病人到其他单位检查、治疗或购买药品、医疗器械等收取回扣或提成；

（六）医疗机构和医务人员不准在国家规定的收费项目和标准之外，自立、分解项目收费和提高标准加收费用；

（七）医疗机构不准违反国家有关药品集中招标采购政策规定，对中标药品必须按合同采购、合理使用；

（八）医疗机构不准使用假劣药品，或生产、销售、使用无生产批准文号的自制药品与制剂。

### 三、辽宁省卫生厅“十不准”

（一）严禁收受回扣

（二）严禁索要、收受“红包”（三）严禁私自外出会诊

（四）严禁出具虚假医学证明文件

（五）严禁非医学需要鉴定胎儿性别和选择性别终止妊娠（六）严禁开单提成

（七）严禁公立医疗机构对外租赁承包（八）严禁聘用非卫生技术人员行医（九）严禁发布虚假医疗广告

（十）严禁使用未经批准、不合格的医疗器材设备或假劣药品

### 四、我院医务人员行为规范

（一）救死扶伤、敬业爱岗，弘扬白求恩精神，坚持全心全意为病人服务的宗旨。

(二)遵守市民文明公约，树立高尚的职业道德，团结协作，廉洁行医，自觉抵制不正之风的侵蚀。

(三)严格执行各项规章制度和服务规范，工作认真负责。落实首诊负责制。

(四)自尊自爱，仪表端庄，举止文明，礼貌待人。佩戴胸牌上岗。(五)服务热情、周到，态度和蔼、亲切、主动为病人排忧解难，方便病人就诊。

(六)保持整洁、安静的工作环境，严禁在公共吸烟。

## 五、我院医务人员语言规范

为进一步提升医疗服务质量，维护医务人员的良好形象，特制定此规范。一、对待患者

1、言语要关切、耐心、细致，要说关心的话、劝导的话、严谨的话，不说嫌弃话、刺激话、无原则的话；

2、对待吵闹者，言语要冷静、耐心、和蔼，要说讲理的话、疏导的话，不说威风话、激动话；

3、尊重患者隐私权，不在言谈中泄露患者的隐私。

二、对待同志言语要热情、诚恳、谦虚、直爽，要说关心的话、商量的话，不说挖苦话、偏激话、低级话。

三、在医院交谈尽量请讲普通话，交谈中善于倾听，不随便打断他人谈话，不鲁莽提问，不问及他人隐私，不要言语纠缠不休或语带讽刺，更勿出言不逊，恶语伤人。

四、语言要文明、礼貌、准确，恰当运用五句十字，即“您好”“请”“谢谢”“对不起”“再见”。

五、与同行交谈，注意措辞分寸，谦虚谨慎，不卑不亢，维护医院形象，不互相倾轧，客观正派，不涉及同行机密。

## 六、核心制度

（一）医疗核心制度项目 1 制度首诊负责制评审标准基本要求首诊科室在接待危重、急诊病人时应根据病情进行病史询问和必要处置，病情需要时请相关科室会诊，根据会诊情况作进一步处置。2 三级医师查房制住院医师每天查房  $\geq 2$  次，主治医师每天 1 次，副高以上医师每周  $\geq 2$  次，科主任全面查房每周  $\geq 1$  次。3 会诊制度急会诊 10 分钟内到位，抢救病例电话随叫随到，普通会诊 24 小时内完成，注意会诊的必要性和会诊质量。请院外会诊办理正常手续，医师外出会诊严格执行卫生部《医师外出会诊暂行管理规定》。4 危重病人抢救制危重病人抢救要有主治医师以上人员参与，必要时度 5 应报告科主任，重大抢救应上报医院有关部门。值班与交接班制科主任和病区医生全面熟悉和掌握病区住院病人病情动态，一、二线班实行坐班制，三线班有切实联系到达方案，所有急危重病人、手术病人、新入院病人和病情发生变化的病人均应进行书面交班，值班医师将值班期内的情况记录在专用记录本及病程录上。6 手术分级管理制手术者符合分级管理管理要求，重大疑难、高危、度特殊、致残及新开展的由科室讨论后报医务处（科）审批。各专业手术分类见我院《医疗管理规范》 P377 疑难危重病例讨论入院 3 天未确诊治疗组讨论，1 周内未确诊全科讨论制度论，1 周以上未确诊应报医务科组织全院讨论。讨论结果应记录于病历和专用记录本上。8 死亡病例讨论制病例死亡后应于 1 周内组织讨论，进行尸检和有病理检查者可待结果报告后再讨论。讨论结果记录于病历中和专用记录本上。9 术前讨论制度二级以上手术均要有术前讨论，二、三级手术由治疗组讨论。病情较重或手术难度较大和四

级手术全科讨论并记录，记录符合《病历书写基本规范》要求。10 查对制度医师在书写医嘱和进行诊疗操作时应注意查对与复核，包括病人姓名、床号、性别、医嘱内容或所进行诊疗操作的程序、药品名称、医师签名等，建立腕带识别系统。手术安全核查是由具有执业资质的手术医师、麻醉医师和手术室护士三方，分别在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，同时对患者身份和手术部位等内容进行核查的工作 11 病历书写制度门诊病历书写符合“六有一签名”要求，文字书写认真，医嘱详细，通俗易懂，门诊病历合格率 $\geq 95\%$ ，医院检查门诊医疗质量每季度不少于一次，有记录、有反馈并与奖惩挂钩。其他病例书写按照卫生部《病历书写基本规范》执行。12 病历管理制度见我院《医疗管理规范》P48 和 P8513 新技术新项目准入见我院《医疗管理规范》P59 入制度 14 分级护理制度

分级护理是根据患者病情的轻重缓急，护理级别由医生以医嘱的形式下达。分为特别护理、一级护理、二级护理和三级护理。特别护理适用对象：病情危重，随时可能发生病情变化需要进行抢救的患者；重症监护患者；各种复杂或者大手术后的患者；严重创伤或大面积烧伤的患者；使用呼吸机辅助呼吸，并需要严密监护病情的患者；实施连续性肾脏替代治疗（CRRT），并需要严密监护生命体征的患者；其他有生命危险，需要严密监护生命体征的患者。一级护理适用对象：病情趋向稳定的重症患者；手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；生活完全不能自理且病情不稳定的患者；生活部分自理，病情随时可能发生变化的患者。二级护理适用对象：病情稳定，仍需卧床的患者；生活部分自理的患者。三级护理适用对象：生活完全自理且病情稳定的患者；生活完全自理且处于康复期的患者。

(二) 护理必备工作制度 1、各科室护理工作制度 2、护理会议制度 3、护理质量管理体系 4、分级护理管理制度 5、值班与交接班制度 6、查对制度 7、执行医嘱制度 8、护理查房制度

9、危重患者抢救及上报制度 10、护理安全管理制度 11、护理差错报告和管理制度 12、护理文书书写制度 13、健康教育制度 14、饮食管理制度 15、教育科研管理制度 16、护理人员分级培训制度 17、新护士岗前培训制度

18、药品、物品、器械管理制度等等 (三)其他核心制度

还有：输血管理制度、医嘱制度、病案质量管理体系、医疗安全管理制度、差错事故登记报告制度、重大医疗纠纷和医疗事故处理预案、传染病上报制度、医疗事故防范与处理预案、病人权益保护与知情同意制度、医疗质量管理体系与方案等见我院《医疗管理规范》有关章节

## 七、医疗机构病历管理规定（部分内容）

第三条医疗机构应当建立病历管理制度，设置专门部门或者配备专（兼）职人员，具体负责本机构病历和病案的保存与管理工作。第九条医疗机构应当将门（急）诊患者的化验单（检验报告）、医学影像检查资料等在检查结果出具后 24 小时内归入门（急）诊病历档案。第十条在患者住院期间，其住院病历由所在病区负责集中、统一保管。病区应当在收到住院患者的化验单（检验报告）、医学影像检查资料等检查结果后 24 小时内归入住院病历。住院病历在患者出院后由设置的专门部门或者专（兼）职人员负责集中、统一保存与管理。

第十一条住院病历因医疗活动或复印、复制等需要带离病区时，应当由病区指定专门人员负责携带和保管。

第十二条医疗机构应当受理下列人员和机构复印或者复制病历资料的申请：

一)患者本人或其代理人；(二)死亡患者近亲属或其代理人；(三)保险机构。

第十五条医疗机构可以为申请人复印或者复制的病历资料包括：门(急)诊病历和住院病历中的住院志(即入院记录)、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查(治疗)同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理报告、护理记录、出院记录。第十七条医疗机构受理复印或者复制病历资料申请后，由负责医疗服务质量监控的部门或者专(兼)职人员通知负责保管门(急)诊病历档案的部门(人员)或者病区，将需要复印或者复制的病历资料在规定时间内送至指定地点，并在申请人在场的情况下复印或者复制。

复印或者复制的病历资料经申请人核对无误后，医疗机构应当加盖证明印记。

第二十条门(急)诊病历档案的保存时间自患者最后一次就诊之日起不少于 15 年。

第二十三条本规定自 20xx 年 9 月 1 日起施行。

#### 八、医院感染管理办法（部分内容）

（一）医院感染：指住院病人在医院内获得的感染，包括在住院期间发生的感染和在医院内获得出院后发生的感染，但不包括入院前已开始或者入院时已处于潜伏期的感染。医院工作人员在医院内获得的感染也属医院感染。（二）医源性感染：指在医学服务中，因病原体传播引起的感染。（三）医院感染暴发：是指在医疗机构或其科室的患者中，短时间内发生 3 例以上同种同源感染病例的现象。

（四）消毒：指用化学、物理、生物的方法杀灭或者消除环境中的病原微生物。

（五）灭菌：杀灭或者消除传播媒介上的一切微生物，包括致病微生物和非致病微生物，也包括细菌芽胞和真菌孢子。

#### （六）医院感染的诊断标准

1. 无明确潜伏期的感染，规定入院 48 小时后发生的感染为医院感染；有明确潜伏期的感染，自入院时起超过平均潜伏期后发生的感染为医院感染。

2. 本次感染直接与上次住院有关。

3. 在原有感染基础上出现其它部位新的感染（除外脓毒血症迁徙灶），或在原感染已知病原体基础上又分离出新的病原体（排除污染和原来的混合感染）的感染。

4. 新生儿在分娩过程中和产后获得的感染。

5. 由于诊疗措施激活的潜在性感染，如疱疹病毒、结核杆菌等的感染。6. 医务人员在医院工作期间获得的感染。（七）医务人员在医院感染管理中职责

1、严格执行消毒、灭菌、隔离、无菌操作（包括洗手）技术和规程等医院感染管理的各项规章制度。

2、掌握抗菌药物临床合理运用原则，做到合理、安全、经济使用。3、掌握医院感染诊断标准。4、发现医院感染病例，及时送病原学检查及药敏实验，查找感染源、感染途径，控制蔓延，积极治疗病人，并于 24 小时内填报医院感染病例登记表，送至医院感染管理办公室；发现有医院感染流行趋势时，及时报告医院感染管理办公室，并协助调查。发现法定传染病，按《中华人民共和国传染病防治法》的规定报告。

5、参加预防、控制医院感染知识的培训。

6、掌握自我防护知识，正确进行各项技术操作，预防锐器刺伤。7、宣传、教育、指导病人、探视者和其他工作人员运用预防感染传播的技术。

8、工作人员自身感染时应接受合适的治疗，采取有效控制措施，防止将自身感染传播给他人。

、医疗废物严格分类收集，减少污染及损伤。

## 九、无菌技术操作原则

1、环境要清洁。进行无菌技术操作前半小时，须停止清扫地面等工作，避免不必要的人群流动，防止尘埃飞扬。治疗室每日用紫外线照射消毒一次。

2、进行无菌操作时，衣帽穿戴要整洁。帽子要把全部头发遮盖，口罩须遮住口鼻，并修剪指甲，洗手。

3、无菌物品与非无菌物品应分别放置，无菌物品不可暴露在空气中，必须存放于无菌包或无菌容器内，无菌物品一经使用后，必须再经无菌处理后方可使用，从无菌容器中取出的物品，虽未使用，也不可放回无菌容器内。

4、无菌包应注明无菌名称，消毒灭菌日期，并按日期先后顺序排放，以便取用，放在固定的地方。无菌包在未被污染的情况下，可保存 7-14 天，过期应重新灭菌。

5、取无菌物品时，必须用无菌钳（镊）。未经消毒的物品不可触及无菌物或跨越无菌区。

6、进行无菌操作时如器械、用物疑有污染或已被污染，即不可使用，应更换或重新灭菌。

7、一套无菌物品，只能供一个病员使用，以免发生交叉感染。

## 十、传染病防治法（部分内容）

### （一）新修订的《传染病防治法》通过和实施时间？

1989 年 2 月 21 日第七届全国人民代表大会常务委员会第六次会议通过 20xx 年 8 月 28 日第十届全国人民代表大会常务委员会第十一次会议修订，自 20xx 年 12 月 1 日起施行。

## （二）法定传染病的分类

原定的法定传染病有 37 种，近年来增加 2 种。现共 39 种。1.20xx 年 5 月 2 日卫生部决定，将手足口病列入传染病防治法规定的丙类传染病进行管理。

2.20xx 年 4 月 30 日：卫生部将甲型 H1N1 流感（原称人感染猪流感）纳入《中华人民共和国传染病防治法》规定的乙类传染病，并采取甲类传染病的预防、控制措施。3. 根据其传播方式、速度及其对人类危害程度的不同，分为甲、乙、丙三类，实行分类管理。

（1）甲类传染病也称为强制管理传染病，2 种：鼠疫、霍乱。（2）乙类传染病也称为严格管理传染病，26 种：传染性非典型性肺炎、人感染高致病性禽流感、病毒性肝炎、细菌性和阿米巴痢疾、伤寒和副伤寒、艾滋病、淋病、梅毒、脊髓灰质炎、麻疹、百日咳、白喉、新生儿破伤风、流行性脑脊髓膜炎、猩红热、流行性出血热、狂犬病、钩端螺旋体病、布鲁菌病、炭疽、流行性乙型脑炎、肺结核、血吸虫病、疟疾、登革热、甲型 H1N1 流感。

（3）丙类传染病也称为监测管理传染病，11 种：流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、丝虫病、包虫病、麻风病、流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎，以及除霍乱、痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病、手足口病。

## （三）传染病信息报告管理规范 1. 责任报告单位及报告人

各级各类医疗机构、疾病预防控制机构、采供血机构均为责任报告单位；其执行职务的人员和乡村医生、个体开业医生均为责任疫情报告人。

### 2. 报告程序与方式

传染病报告实行属地化管理。传染病报告卡由首诊医生或其他执行职务的人员负责填写。

## 报告时限

(1) 责任报告单位和责任疫情报告人发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感病人或疑似病人时，或发现其他传染病和不明原因疾病暴发时，应于 2 小时内将传染病报告卡通过网络报告；未实行网络直报的责任报告单位应于 2 小时内以最快的通讯方式（电话、传真）向当地县级疾病预防控制机构报告，并于 2 小时内寄送出传染病报告卡。

(2) 对其他乙、丙类传染病病人、疑似病人和规定报告的传染病病原携带者在诊断后，实行网络直报的责任报告单位应于 24 小时内进行网络报告；未实行网络直报的责任报告单位应于 24 小时内寄送出传染病报告卡。

(3) 县级疾病预防控制机构收到无网络直报条件责任报告单位报送的传染病报告卡后，应于 2 小时内通过网络进行直报。

(4) 其他符合突发公共卫生事件报告标准的传染病暴发疫情，按《突发公共卫生事件信息报告管理规范》要求报告。

(五) 医疗机构发现甲类传染病时，应当及时采取下列措施：（一）对病人、病原携带者，予以隔离治疗，隔离期限根据医学检查结果确定；

（二）对疑似病人，确诊前在指定场所单独隔离治疗；

（三）对医疗机构内的病人、病原携带者、疑似病人的密切接触者，在指定场所进行医学观察和采取其他必要的预防措施。

拒绝隔离治疗或者隔离期未满擅自脱离隔离治疗的，可以由公安机关协助医疗机构采取强制隔离治疗措施。

医疗机构发现乙类或者丙类传染病病人，应当根据病情采取必要的治疗和控制传播措施。

医疗机构对本单位内被传染病病原体污染的场所、物品以及医疗废物，必须依照法律、法规的规定实施消毒和无害化处置。

## 十一、医务人员手卫生规范

### （一）手卫生的管理与基本要求

1 医疗机构应制定并落实手卫生管理制度，配备有效、便捷的手卫生设施。2 医疗机构应定期开展手卫生的全员培训，医务人员应掌握手卫生知识和正确的手卫生方法，保障洗手与手消毒的效果。

3 医疗机构应加强对医务人员手卫生工作的指导与监督，提高医务人员手卫生的依从性。

4 手消毒效果应达到如下相应要求：

（1）卫生手消毒，监测的细菌菌落总数应 $\leq 10\text{cfu/cm}$ 。（2）外科手消毒，监测的细菌菌落总数应 $\leq 5\text{cfu/cm}$ 。（二）六步洗手法

## 22 十二、医疗废物管理办法（部分内容）

第四条医疗卫生机构应当建立、健全医疗废物管理责任制，其法定代表人或者主要负责人为第一责任人，切实履行职责，确保医疗废物的安全管理。

第十一条医疗卫生机构应当按照以下要求，及时分类收集医疗废物：（一）根据医疗废物的类别，将医疗废物分置于符合《医疗废物专用包装物、容器的标准和警示标识的规定》的包装物或者容器内；（二）在盛装医疗废物前，应当对医疗废物包装物或者容器进行认真检查，确保无破损、渗漏和其它缺陷；

（三）感染性废物、病理性废物、损伤性废物、药物性废物及化学性废物不能混合收集。少量的药物性废物可以混入感染性废物，但应当在标签上注明；

（五）化学性废物中批量的废化学试剂、废消毒剂应当交由专门机构处置；

（六）批量的含有汞的体温计、血压计等医疗器具报废时，应当交由专门机构处置；

（七）医疗废物中病原体的培养基、标本和菌种、毒种保存液等高危险废物，应当首先在产生地点进行压力蒸汽灭菌或者化学消毒处理，然后按感染性废物收集处理；

（八）隔离的传染病病人或者疑似传染病病人产生的具有传染性的排泄物，应当按照国家规定严格消毒，达到国家规定的排放标准后方可排入污水处理系统；

（九）隔离的传染病病人或者疑似传染病病人产生的医疗废物应当使用双层包装物，并及时密封；

（十）放入包装物或者容器内的感染性废物、病理性废物、损伤性废物不得取出。

### 十三、合理使用抗菌素

（一）抗生素分级管理制度 1. 第一级非限制使用：经临床长期应用证明安全、有效，对细菌耐药性影响较小，价格相对较低的抗菌药物。一般对轻度与局部感染患者应首先选用非限制使用抗菌药物进行治疗。临床医师有处方权。如青霉素、氨苄西林、第一代头孢类药物等；

2. 第二级限制使用：与非限制使用抗菌药物相比较，这类药物在疗效、安全性、对细菌耐药性影响、药品价格等某方面存在局限性，不宜作为非限制药物使用。严重感染、免疫功能低下者合并感染或病原菌只对限制使用抗菌药物敏感时，可选用限制使用抗菌药物治疗。需主治医师以上专业技术职务任职资格的医师同意，并签名。如：第二、三代头孢菌素的口服或注射剂等；

3. 第三级特殊使用：不良反应明显，不宜随意使用或临床需要倍加保护以免细菌过快产生耐药而导致严重后果的抗菌药物；新上市的抗菌药物；其疗效或安全性任何一方面的临床资料尚较少，或并不优于现用药物者；药品价格昂贵。特殊使用抗菌药物的选用应从严控制。处方需经科主任签名。

将常用抗感染药物划分成一、二、三线，住院医师处方权限为一线药物，主治医师处方权限为一、二线药物，副主任医师及主任医师处方权限为一、二、三线药物，住院医师、主治医生在值班或急诊时遇到严重感染的情况，可用二、三线抗生素，但需报医务处(科)备案。

## （二）合理使用抗菌素原则

抗菌药物临床应用是否正确、合理，基于以下两方面：（1）有无指征应用抗菌药物；（2）选用的品种及给药方案是否正确、合理。

合理使用抗菌药物的原则通常为：应有效地控制感染，争取最佳疗效；预防和减少抗菌药物的不良反应；注意合适的剂量和疗程，避免产生耐药菌株；密切注意药物对人体内正常菌群的影响；根据微生物的药敏试验，调整经验用药，选择有针对性的药物，确定给药途径，防止浪费。

（三）抗菌药物治疗性应用的基本原则 1、诊断为细菌性感染者，方有指征应用抗菌药物；

2、尽早查明感染病原，根据病原种类及细菌药物敏感试验结果选用抗菌药物；

3、按照药物的抗菌作用特点及其体内过程特点选择用药；

4、抗菌药物治疗方案应综合患者病情、病原菌种类及抗菌药物特点制订。在制订治疗方案时应遵循下列原则。

(1) 品种选择：根据病原菌种类及药敏结果选用抗菌药物。(2) 给药剂量：按各种抗菌药物的治疗剂量范围给药。

(3) 给药途径：轻症感染可接受口服给药者，应选用口服吸收完全的抗菌药物，不必采用静脉或肌肉注射给药。重症感染、全身性感染患者初始治疗应予静脉给药，以确保药效；病情好转能口服时应及早转为口服给药。抗菌药物的局部应用宜尽量避免。

(4) 给药次数：为保证药物在体内能最大地发挥药效，杀灭感染灶病原菌，应根据药代动力学和药效学相结合的原则给药。

(5) 疗程：抗菌药物疗程因感染不同而异，一般宜用至体温正常、症状消退后 72~96 小时，特殊情况，妥善处理。

(6) 联合应用要有明确指征：单一药物可有效治疗的感染，不需联合用药，仅在下列情况时有指征联合用药。

①原菌尚未查明的严重感染，包括免疫缺陷者的严重感染。②单一抗菌药物不能控制的需氧菌及厌氧菌混合感染，2 种或 2 种以上病原菌感染。

③单一抗菌药物不能有效控制的感染性心内膜炎或败血症等重症感染。④需长程治疗，但病原菌易对某些抗菌药物产生耐药性的感染，如结核病、深部真菌病。

⑤由于药物协同抗菌作用，联合用药时应将毒性大的抗菌药物剂量减少。

#### (四) 抗菌药物预防性应用的基本原则 1、内科及儿科预防用药

(1) 用于预防一种或两种特定病原菌入侵体内引起的感染，可能有效；如目的在于防止任何细菌入侵，则往往无效。

(2) 预防在一段时间内发生的感染可能有效；长期预防用药，常不能达到目的。

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/875130201330011304>