

科室医疗质量安全管理小组工作记录本

医疗质量与安全管理

科室:

XXX 年 XX 月

医疗质量与安全管理工作记录填写要求

1、科室主任就是本科室质量与安全第一责任人，全面负责本科室质量与安全管理工作。

2、科室成立以科主任为组长的质量与安全管理工作小组，具体组织、完成科室质量与安全管理工作各项活动。

3、根据医院下达的质量控制指标，制订科室每年度质量及安全管理工作计划，明确每月医疗质量控制重点内容，并认真组织实施。

4、对科室质量与安全管理工作至少每月自查一次，并做好记录；对发现的问题与不足进行原因分析、制订整改计划并限期整改。

5、记录并分析职能部门监管、反馈结果，提出整改措施并执行。

6、每月底对科室质量控制情况进行全面小结，重点分析当月质量控制主要内容，对整改措施进行效果评价，科主任审阅后签字保存。

7、每半年对本科室医疗质量控制情况进行认真总结，分析质量控制指标变化趋势，体现持续改进过程。

目录

第一部分:科室质量与安全管理工作组织

第二部分:科室质量与安全管理工作制度

第三部分:科室质量与安全管理工作小组工作计划

第四部分:科室质量与安全管理工作每月总结

新泰市人民医院 医院质量与安全管理



科室质量与安全管理小组

医疗质量与安全管理小组

一、成员组成

组长:

副组长:

成员:

二、职责

- 1.全面负责本科室的医疗质量与医疗安全管理 ,做到医疗质量与医疗安全的持续改进。
- 2、 依法执业,严格遵守国家卫生相关法律法规、卫生行政部门的各项规章制度与医院规章制度。制定与完善本科室的医疗质量与安全管理措施。
- 3、 负责健全本科室的质量管理组织,确认本科室各个单项质量管理小组的组成、 职责及工作计划制定等。
- 4、 负责本科室全体医护人员、 在读研究生、 进修人员、 实习见习人员的培训考核工作。
- 5、 负责组织对本科室医疗质量进行自查,针对发现问题采取相应整改措施并详细记录。
- 6、 负责对职能科室督查中发现问题的分析讨论、 整改落实,并按要求上报整改措施及效果。
- 7、 负责本科室医师的考核。 建立科室技术管理档案与个人技术管理档案,根据相关要求严格管理本科室的技术项目。

- 8、负责制定本科的诊疗常规与操作规范等技术规范性文件。
- 9、负责本科室的人员安全、财务管理、消防安全管理与仪器设备管理。严格控制医疗成本,提倡节约、杜绝浪费。
- 10、负责本科室的新技术、新项目管理。
- 11、负责本科室医疗不良事件的上报工作,对发生医疗纠纷、医疗事故积极处理,使危害降到最低程度,并积极配合调查,做好善后工作。及时总结工作中的经验教训,不断提高医疗质量与医疗安全。
- 12、负责制定本科发展规划,年度质量管理计划并组织实施。

三、工作制度

- 1、在医院医疗质量与安全领导小组的领导下开展工作。
- 2、科主任就是科室医疗质量与安全的第一责任人,负责医疗质量与安全管理工作,落实“医疗质量与安全管理”内容要求,建立科室质量管理小组与单项质量管理小组。
- 3、质量与安全小组年初制定本科室本年度质量管理计划,定期(每月一次)进行质量检查,对检查中的问题及时分析汇总、整改落实。各个单项质量管理小组也要积极开展工作,工作有记录,使小组负责管理的本科室工作质量不断提高。
- 4、制定全员培训计划,做到知识不断更新,各项培训有完整的记录(有计划、有培训方式,有培训课件,有考核记录)。
- 5、积极引进新技术、新业务,为每一项新项目建立技术档案,包括:可

行性报告、项目参与人员档案、管理制度与质量保障措施、风险评估及应急预案、医学伦理委员会审核意见、医院审核意见等。新项目立项后,每季度向医务科汇报开展情况,每年写出新技术、新项目汇总报告。

6、建立医师资质管理及评价制度及组织,按照评价方法及程序对医师的资质与能力进行评价。对新聘任高一级专业技术职务的人员要及时进行技术能力的新评价,一般人员每两年进行一次评价。

7、定期编辑更新本科室诊疗常规与操作规范,能熟练运用诊疗常规与操作规范指导临床工作。

8、有设备操作规程,员工能熟练操作设备,有使用、养护、维修记录。

9、根据《医疗事故处理条例》、《医疗风险防范与处理预案》,制定落实科室防范医疗纠纷及事故发生的措施,及时登记、分析科室发生的医疗不良事件、医疗纠纷与医疗差错事故,并按规定报告相关职能科室。

10、对医疗活动中发生的异常医疗信息要及时请示报告,增加工作的危机感与机敏性。

11、做好科室危重患者管理,及时会诊、讨论并按要求上报。

12、做好医患沟通工作,履行各项告知程序,充分尊重患者权益。

13、制定科室应急预案,定期对预案内容进行模拟训练,做到熟练掌握、反应迅速。有科室人员紧急替代方案,并保证联系通讯工具畅通。以便出现各种突发事件时相关人员能确保按时到位。

四、质量与安全管理小组工作计划

1、 每月进行一次病案质量自查。

2、 每半年对科室不良事件的上报统计分析一次,对重大医疗

纠纷、医疗事故及时分析报告并整改落实。

- 3、 每月对科室抗生素应用管理情况进行自查,每季度对相关数据进行分析与统计。
- 4、 定期进行核心医疗制度执行情况专项检查。
- 5、 每月进行科室工作各项运行数据统计、分析。
- 6、 三级医师授权执行情况的调查与分析。
- 7、 患者十大安全目标的检查情况。
- 8、 院内感染相关指标的监测与分析。
- 9、 职能部门或上级卫生行政部门质量检查反馈的问题分析及整改落实情况。

临床路径管理小组

一、组成:

组长:

副组长:

档案管理员(联络员):

成员:

二、职责

- 1、 负责临床路径管理相关资料的收集、记录与整理。
- 2、 负责提出科室临床路径病种选择建议,会同药学、临床检验、影像及财务等部门制订临床路径执行文件。
- 3、 负责对本科室患者临床路径管理的实施。
- 4、 结合临床路径实施情况,修订临床路径执行文件。

5、负责对科室临床路径管理、单病种管理的培训考核。

6、参与临床路径的实施过程与效果评价与分析,并根据临床路径实施的实际情况对科室临床路径管理工作做持续改进。

◆临床路径管理小组负责人职责:

1、负责提出科室临床路径病种选择建议,会同药学、检验、影像及财务等部门制订临床路径文本;

2、结合临床路径实施情况,提出临床路径文本的修订建议;

3、参与临床路径的实施过程与效果评价与分析,并根据临床路径实施的实际情况对科室医疗资源进行合理调整。

4、负责制定临床路径的培训、考核计划

5、组织科内讨论,找出变异的原因,提出处理意见;也可以通过讨论、查阅相关文献资料探索解决或修正变异的方法 ;对于复杂而特殊的变异,组织相关的专家进行重点讨论。

◆临床路径工作联络员职责:

1、负责实施小组与管理委员会、指导评价小组的日常联络;

2、牵头临床路径文本、单病种质量管理文本的起草工作;

3、监督每日临床路径诊疗项目的具体实施 :下达医嘱、知情同意、满意度调查、数据记录等 ,指导经治医师、责任护士分析、处理患者变异,加强与患者的沟通;

4、负责对相关数据定期汇总、分析,并及时将本科室的实施情况向管理小组与医务科汇报。

三、工作制度:

- 1、及时收集临床路径的相关文件、制度,并向全科人员通报。
- 2、患者入院后及时进行评估,如果患者适合临床路径管理,与患者沟通取得同意后,即在长期医嘱上下达“临床路径管理”医嘱,并与病人签署知情同意书。
- 3、按临床路径的执行文件对病人进行治疗、护理。
- 4、病人如出现特殊情况需退出路径时,在长期医嘱中停止临床路径管理,在病程中要有记录分析。
- 5、病人治疗结束,出院时进行满意度调查。
- 6、每年至少组织一次培训、考核,所有医护人员都要参加,新入科的人员要及时培训(可单独培训),做好培训考核记录。
- 7、每月 26 日-30 日进行临床路径开展情况数据汇总。填写临床路径信息台账汇总数据,实施小组负责人签字后由联络员报医务科。
- 8、每季度进行一次分析汇总,写出分析报告。
- 9、根据本院实际与实施情况、对临床路径中不适宜的部分及时修改,做到持续改进。

病案质量管理小组

一、组成

组长:

组员:

二、职责

- 1、全面负责科室病案质量管理工作。
- 2、强化医务人员病案质量意识,教育员工严格按照病历书写规范书写病历。
- 3、负责出院病历质量审核并定期对科内运行病历进行质量自查,及时反馈发现问题,通知责任医生按要求整改。
- 4、利用出院病案,总结典型病例、对差错事故进行质量分析、评价。

三、工作制度:

- 1、科主任就是科室病案质量管理的第一责任人。
- 2、病历书写的现行标准为《山东省病历书写规范(2010版)》,应严格按照要求书写病历。
- 3、及时完成出院病历,由质控大夫、质控护士及科主任对病历进行逐级审核并签字,于两个工作日内送病案管理科。
- 4、对病案管理科检查提出的问题及时处理。
- 5、每月进行一次病历质量自查,并结合职能部门检查情况,对存在的问题及时通知每位医生,并立即整改。

药品(抗菌药物)使用管理小组

一、组成

组长:

组员:

二、职责与工作制度

1、 严格根据病情需求选择药物,做到药物合理应用。医疗人员严格执行处方制度、医嘱制度,护理人员严格执行查对制度,保证药物安全、有效。

2、 做好科室常用药物的管理、保管工作,防止差错事故的发生。

3、 经常检查急救药品,做到药物充足、排放有序、效期药品先进先出,过期失效药品及时处理。

4、 做好毒、麻、精药品的管理工作。麻醉药品做到双人双锁、专人管理、专柜加锁、专用账册。按规定销毁剩余药品、过期药品,按规定回收空安瓿。

5、 抗菌药物临床应用严格按有关规定执行。

6、 认真贯彻执行《抗菌药物临床应用指导原则》等有关抗菌药物合理使用的法律、法规;

7、 研究制定订科室抗菌药物使用管理细则;

8、 定期组织(每月一次)对住院病历抗菌药物的使用进行检查分析,减少抗菌药物的不合理应用;

9、 督促临床加强病原学检查,根据病原菌变异、耐药情况,进行抗菌药物应用品种干预;

10、定期组织(每年至少一次)全科医务人员进行有关抗菌药物的知识培训,提高医务人员抗菌药物合理应用水平。

业务学习与培训考核管理小组

一、组成

组长:

组员:

职责及工作制度:

- 1.全面负责本科室人员的业务学习与考核工作。
- 2、制定与完善本科室的业务学习与考核计划。
- 3、负责本科室“三基三严”培训与考核工作。
- 4、负责本科室在读研究生、进修人员、实习见习人员的培训考核工作。
- 5、负责对本科室人员工作制度及法律法规培训与考核。

二、工作制度

- 1、在医院医疗质量与安全管理领导小组的领导下开展工作。
- 2、科主任就是科室业务学习与考核的第一责任人。
- 3、制定全员培训计划,做到知识不断更新,各项培训有完整的记录(有计划、有培训方式,有培训课件,有考核记录)。定期(每月至少 2 次)进行培训考核,对培训中的问题及时分析汇总、整改落实。工作有记录,使小组负责管理的本科室工作质量不断提高。

临床输血管理小组

一、组成

组长:科主任

组员:(成员不少于 3 人,科主任为小组组长,护士长必须在输血管理小组名单内)

二、职责

1、负责本科室合理用血日常管理工作。

2、监测、分析与评估临床用血情况,开展临床用血质量评价工作,提高临床合理用血水平;指导并推动开展自体输血等血液保护及输血新技。

3 监督、检查临床医生负责开具输血前的各项检查;制订输血治疗方案。

4 监督、检查临床医生严格执行用血分级管理制度与大量用血审核报批。

5 监督、检查临床医生负责向患者及家属告知输血的风险与利弊、并签署《输血治疗同意书》。

6 监督、检查临床医生负责开具输血申请单。

7 监督、检查输血病历,临床医护严密监测患者输血过程,能够识别输血不良反应并做相应处理。

8 监督、检查临床医生输血后用血过程的记录及输血的疗效做出评价。

三、临床输血管理小组检查本科室输血工作程序

1 临床输血申请单要求填写完整规范,要求符合审批制度。

2 输血治疗知情同意书要求填写完整。

3 输血医嘱与输注血液时间要求相符。

4 检查输血病程记录(要求):输血治疗前经治医师应向患者或其家属说明输同种异体血的不良反应与经血传播疾病

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/995111101002012044>