

# 第三部分 现场检查

## 第一章 医院功能与任务

### 一、依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划

第一章	一、	1.1 依据医院的功能任务，确定医院的发展目标和中长期发展规划
第一章	一、（一）	1.1.1 医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。 <b>【概述】</b> 医院的功能是指医院所具有的对社会提供特定价值的的能力，包括但不限于医疗、教学、科研和预防保健。医院的任务是用这些能力完成政府、社会需要的或指定的事项、工作。医院应当根据本区域的卫生发展规划，理清医院的功能和任务。 <b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看。
1.1.1.1 医院的功能与任务，符合本区域卫生发展规划。	1.1.1.1.1	有明确的功能和任务，且符合区域卫生发展规划。
	1.1.1.1.2	发展规划和管理目标能体现医院宗旨与愿景。按国务院办公厅《关于推动公立医院高质量发展的意见》推动医院高质量发展，更好满足人民日益增长的医疗卫生服务需求。
	1.1.1.1.3	应用多种途径向全体员工、患者及社会宣传医院的宗旨、愿景、目标和功能任务。
	1.1.1.1.4	员工知晓医院的宗旨、愿景、目标和功能任务。
第一章	一、（二）	1.1.2 制定医院中长期规划与年度计划，医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。 <b>【概述】</b> 医院应当立足于医院的功能和任务，建立和完善医院的愿景和发展目标，制定医院中长期规划，并细化分解到年度计划；医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。 <b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看。
1.1.2.1 制定医院中长期规划与年度计划，医院规模和发展	1.1.2.1.1	制定中长期规划（内容包括：目标、实施方法、实施步骤、工作分工、相关预算以及年度安排等）及年度计划，医院规模和发展目标与医院的功能任务一致。综合医院新建、改建和扩建

目标与医院的功能任务一致。		工程项目按《综合医院建设标准》（建标 110-2021）执行，其他医院类工程项目可参照执行。
	1.1.2.1.2	中长期规划及年度计划征求职工意见，经过集体讨论，由各部门参与共同制定。
	1.1.2.1.3	中长期规划及年度计划经过职工代表大会或院长办公会讨论通过。
	1.1.2.1.4	根据医院计划制定各部门、科室的年度计划。
	1.1.2.1.5	医院主管部门对医院中长期规划及年度计划执行情况进行定期检查、分析、总结，并提出改进措施。
	1.1.2.1.6	中长期规划得到落实。
第一章	一、（三）	<p>1.1.3 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。</p> <p><b>【概述】</b> 提供急危重症和疑难疾病诊疗是三级医院的基本功能任务。医院应当针对本区域内常见的急危重症和疑难疾病来配置设施设备、技术梯队，并通过持续学习和继续教育等方式，提升员工服务能力。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、现场检查。</p>
1.1.3.1 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。	1.1.3.1.1	具备本区域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。
	1.1.3.1.2	学科设置满足区域内急危重症和疑难疾病诊疗的需求。
	1.1.3.1.3	提供 24 小时急危重症诊疗服务。
	1.1.3.1.4	医院主管部门对急危重症和疑难疾病诊疗服务定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	1.1.3.1.5	对急危重症和疑难疾病诊治服务能力不断提升。

## 二、坚持医院的公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务

第一章	二、	1.2 坚持医院的公益性，把社会效益放在首位，履行相应的社会责任和义务。
第一章	二、（四）	<p>1.2.4 坚持医院的公益性，履行相应的社会责任和义务。</p> <p><b>【概述】</b> 医院的公益性包括但不限于保障广大人民群众的健康需要，为人民群众提供公平可及、优质高效的医疗卫生服务，以保障人民群众的健康需要和增强社会效益。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>

1.2.4.1 坚持公立医院公益性,把社会效益放在首位,履行相应的社会责任和义务。	1.2.4.1.1	坚持医院的公益性,把社会效益放在首位,并在章程中体现。
	1.2.4.1.2	以患者为中心,有保障基本医疗服务的相关制度与规范,有优化质量、改进服务、降低成本、控制费用的措施,并执行。住院和门诊患者平均医疗费用年均增幅低于本区域 GDP 年均增幅。
	1.2.4.1.3	保障各类参加基本医疗保障人员的权益,公开医疗价格收费标准和基本医疗保障支付项目,强化参保患者知情同意。
	1.2.4.1.4	完成法定和政府指定的公共卫生服务、突发事件紧急医疗救援、援外、国防卫生动员、支农、支边和支援社区等社会公益性任务。
	1.2.4.1.5	开展多种形式的健康教育。
	1.2.4.1.6	开展公益慈善和社工、志愿者服务,建设老年友善医院。
第一章	二、(五)	<p>1.2.5 根据《中华人民共和国传染病防治法》《中华人民共和国食品安全法》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、食源性疾病的发现、救治、报告、预防等任务。定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病预防知识和技能培训与处置演练。</p> <p><b>【概述】</b> 传染病、食源性疾病的防治是医院的法定责任,也体现了医院的社会责任,医院应当建立全流程的传染病、食源性疾病的防治体系,并对医务人员开展相关的知识和技能培训,定期开展演练和检查,确保员工掌握、落实。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
1.2.5.1 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,建立健全传染病、食源性疾病预防组织架构图,承担传染病、食源性疾病的发现、救治、报告、预防等任务。(另见 3.10 公共卫生职能建设管理)	1.2.5.1.1	有传染病及食源性疾病预防组织架构,成立工作领导小组、重点传染病及食源性疾病预防和突发公共卫生事件救治专家组。有专门部门负责传染病及食源性疾病预防管理工作。制定传染病、食源性疾病预防、救治、报告、预防等制度、流程和规范。
	1.2.5.1.2	有传染病预检、分诊制度,对传染病患者、疑似传染病患者引导至相对隔离的分诊点进行初诊,门诊、住院诊疗信息登记完整。
	1.2.5.1.3	按照传染病防治有关规定及时报告疫情,有指定人员负责传染病疫情监控、报告以及传染病预防工作。无传染病漏报。
	1.2.5.1.4	对发现的法定传染病患者、病原携带者、疑似患者的密切接触者采取必要的治疗和隔离。
	1.2.5.1.5	对本单位内被传染病病原体污染的场所、物品实施消毒和无害化处置。

	1.2.5.1.6	按照食品安全风险监测计划和监测方案要求，开展食源性疾病预防监测工作。承担实验室检测任务的，按规范开展食源性疾病预防病原学检验。
	1.2.5.1.7	发现接收的患者属于食源性疾病预防患者或者疑似患者的，及时报告，并协助疾控机构开展流行病学调查。
	1.2.5.1.8	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
1.2.5.2 定期对全体医务人员进行传染病、食源性疾病预防知识和技能培训与处置演练。（另见3.10 公共卫生职能建设管理）	1.2.5.2.1	有传染病、食源性疾病预防知识和技能培训计划，并定期组织相关培训。
	1.2.5.2.2	医务人员知晓传染病、食源性疾病预防相关知识，并能遵循。
	1.2.5.2.3	根据传染病及食源性疾病预防疫情，适时开展传染病及食源性疾病预防处置演练。
第一章	二、（六）	1.2.6 按照《国家基本药物临床应用指南》和《国家处方集》及医疗机构药品使用管理有关规定，规范医师处方行为，优先合理使用基本药物。 <b>【概述】</b> 各类医疗机构应当按照国家及省级相关规定将基本药物作为首选药物并达到一定使用比例，加强合理用药管理，确保规范使用基本药物。 <b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、数据核查、病历检查、病案检查。
1.2.6.1 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，优先合理使用基本药物。	1.2.6.1.1	有贯彻落实《国家基本药物临床应用指南》和《国家基本药物处方集》、优先使用国家基本药物的相关规定及措施。
	1.2.6.1.2	《国家基本药物目录》中的品种优先纳入“药品处方集”和“基本用药供应目录”，有相应的采购及使用量。
	1.2.6.1.3	有措施促进医师优先合理使用基本药物，规范处方行为。
	1.2.6.1.4	医院门诊处方对基本药物进行清晰标识，通过医生告知等多种方式向患者推荐使用基本药物。
	1.2.6.1.5	医院主管部门、药学部门定期对使用国家基本药物情况有检查、分析、反馈，并落实整改。
	1.2.6.1.6	全院基本药物品种及使用金额比例符合国家及省级卫生健康行政部门的规定。

### 三、促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务

第一章	三、	1.3 促进医疗资源下沉，完成政府指令性任务
第一章	三、（七）	<p>1.3.7 加强医联体建设，实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程，提升医联体内基层医疗机构服务能力，促进优质医疗资源扩容和下沉。</p> <p><b>【概述】</b> 建设和发展医联体，实行分级诊疗制度，是深化医疗医保医药联动改革、合理配置资源，使基层群众享受优质便利医疗服务，促进基本医疗卫生服务均等化的重要举措，医疗机构应当建立双向转诊机制，同时鼓励和落实医疗技术力量下沉基层，提升基层医疗机构服务能力。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
1.3.7.1 实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度与相关服务流程。	1.3.7.1.1	实行分级诊疗，建立与实施双向转诊制度与服务流程，并落实。
	1.3.7.1.2	有与基层机构双向转诊协议，并执行。
	1.3.7.1.3	建立基层医疗机构双向转诊信息平台，规范开展与基层医疗机构双向转诊工作，资料完整。
	1.3.7.1.4	医院主管部门对分级诊疗及双向转诊的管理定期检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
1.3.7.2 将城市医联体、县域医共体建设纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，提升基层医疗服务能力。	1.3.7.2.1	将城市医联体、县域医共体建设纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，根据基层医疗机构的实际情况，双方制定具体的技术指导、人才培养及管理帮扶目标和实施方案，签订协议书，并执行。
	1.3.7.2.2	将基层医疗机构对下沉人员的考核结果纳入绩效考核与医师定期考核，并与晋升、聘任、任用、评优等挂钩。
	1.3.7.2.3	医院主管部门对计划、方案和协议的落实情况定期检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
第一章	三、（八）	<p>1.3.8 将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作、慢性病管理纳入院长目标责任制与医院年度工作计划，有实施方案，由专人负责。</p> <p><b>【概述】</b> 对口支援工作是医院公益性的体现，医院应当将其纳入院长目标责任制和医院年度工作计划，显著提升受援医院对常见病、多发病、部分危急重症的诊疗能力。社区卫生服务是城市卫生工作的重要组成部分，是实现人人享有初级卫生保健目标的基础环节。</p> <p><b>【评审方法】</b></p>

		文件查阅、记录查看、员工访谈。
1.3.8.1 将对口支援下级医院(以下简称受援医院)及社区卫生服务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,有专人负责。	1.3.8.1.1	将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作纳入院长目标责任制管理,根据受援医院的实际情况,双方制定具体的技术指导、人才培养及管理帮扶目标和实施方案,签订协议书,并实现对口支援责任目标。
	1.3.8.1.2	将对口支援下级医院和支援社区卫生服务工作纳入医院年度工作计划,制定实施方案并执行。
	1.3.8.1.3	对口帮扶要明确帮扶职责、目标、任务、工作岗位、建立考核机制。将受援医院考核结果纳入绩效考核与医师定期考核,并与晋升、聘任、任用、评优等挂钩。
	1.3.8.1.4	医院主管部门定期检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
1.3.8.2 将社区慢性病管理纳入医院目标管理及年度工作计划。	1.3.8.2.1	将慢性病管理工作纳入院长目标责任制和医院年度工作计划,制定慢性病宣传及管理的具体实施方案并执行。
	1.3.8.2.2	对病情稳定的慢性病患者有下转基层的工作机制,为基层医疗卫生机构上转病人预留一定比例专家号、住院床位。
	1.3.8.2.3	有专门部门和人员负责慢性病管理工作。
	1.3.8.2.4	医院主管部门定期检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
第一章	三、(九)	<p>1.3.9 承担援疆援藏、健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务,制订相关的制度、方案,并有具体措施予以保障。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>援疆援藏、健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员等政府指令性任务是体现医院公益性的途径和要求,医院应制定相关的制度、方案,并有具体措施予以保障。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>
1.3.9.1 承担援疆援藏、健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员的指令性任务,制订相关的制度、培训方案,并有具体措施予以保障。	1.3.9.1.1	对政府指令的援疆援藏、健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员的任务,有相关制度和具体措施予以保障。
	1.3.9.1.2	根据政府指令要求制定援疆援藏、健康扶贫、为下级医院培养卫生技术人员的实施计划和方案,并组织实施。有完整的实施资料,如学员名单、授课课件、学时、考核和评价等。

#### 四、承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治

第一章	四、	1.4 承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治
第一章	四、（十）	<p>1.4.10 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，按照“平战结合、防治结合”的要求加强建设，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治工作。</p> <p><b>【概述】</b> 突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治是医院必须具备的能力和职责，医院应当根据各级政府的应急预案制定本院的突发公共卫生事件和重大事故灾害应对方案，积极参与政府相关指令性工作，对救治救援不得推诿。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
1.4.10.1 遵守国家法律、法规，严格执行各级政府制定的应急预案，承担突发公共卫生事件和重大事故灾害的紧急医疗救援与紧急救治。	1.4.10.1.1	医院有主管部门负责应急管理工作；执行各级政府制定的应急预案；根据医院年度脆弱性分析结果及排序，制定院内各类应急预案；有应对突发公共卫生事件与重大事故灾害的紧急医疗救援与救治响应机制和启动流程；紧急救援、救治重症患者物资储备合理、完备、可用。
	1.4.10.1.2	配备高水平重大事件救治专业技术队伍，承担区域内和政府指令性突发公共卫生事件、重大事故灾害和重大疫情的救治和紧急救援任务，绿色通道保持畅通。
	1.4.10.1.3	发热门诊、感染病房设置达到国家标准；按国家“平战结合、防治结合”要求，有根据疫情、特殊事件或政府指令随时转换床位性质的应急预案和启动流程，指定收治特殊疾病的医院还需具有战时状态下达到有关防护要求的“可转换病区”。
	1.4.10.1.4	对各级别应急预案、突发公共卫生事件、重大事故灾害和重大疫情的紧急医疗救援救治流程有持续强化培训与演练，保证管理及对口专业队伍知晓并落实。
	1.4.10.1.5	科室对重大事故灾害的紧急医疗救援救治，有系统总结分析和内部评价，对存在问题有改进措施并得到落实。
	1.4.10.1.6	医院主管部门定期组织突发公共卫生事件、重大事故灾害和重大疫情的紧急医疗救援救治培训与演练。对培训和演练有检查与监管与反馈。
	1.4.10.1.7	有数据或案例显示紧急救援救治专业水平不断提升，并形成新制度、规范、流程、举措。
	1.4.10.1.8	有航空救援能力，医院配备停机坪，有航空医学救援队伍，并有航空医学救援流程培训记录，相关队伍及人员知晓。

## 第二章 临床服务质量与安全管理

### 一、医疗质量管理体系和工作机制

第二章	一、	2.1 医疗质量管理体系和工作机制
第二章	一、（十一）	<p>2.1.11 有医疗质量管理体系，落实医疗质量管理主体责任，实行医疗质量管理院、科两级责任制。</p> <p><b>【概述】</b> 根据《医疗质量管理办法》建设覆盖全院、全程和全员的医疗质量管理体系，包括组织架构、制度规范、部门分工、运行机制等。各部门根据职责分工制定工作计划并落实，定期开展检查（督查）、数据采集与分析反馈，通过风险管理和绩效奖惩等措施推动医疗质量持续改进，并明确医疗质量管理的院级、科级责任范畴。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
2.1.11.1 有医疗质量管理体系，院长是医院医疗质量与安全第一责任人。	2.1.11.1.1	院长是医院医疗质量与安全管理第一责任人，负责制定医院质量方针与目标，策划医院质量管理，确保医疗质量与安全管理体系所需资源的获得，指挥与协调质量管理活动，定期专题研究医疗质量和医疗安全工作。
	2.1.11.1.2	医院质量与安全管理组织机构健全、人员构成合理、职责明确，主要包括医院质量与安全管理委员会、各质量相关委员会（医疗质量与安全管理委员会、伦理委员会、药事管理与药物治疗学委员会、医院感染管理委员会、病案管理委员会、输血管理委员会、护理质量与安全管理委员会等）、质量管理部门、职能部门、科室质量与安全管理小组等。医院质量与安全管理组织架构及职能分工体现决策、控制与执行三个层次，职责落实到位。
	2.1.11.1.3	医院质量与安全管理委员会及各质量相关委员会能在质量与安全管理中发挥决策作用。
	2.1.11.1.4	各质量相关委员会每年不少于两次专题研究质量与安全工作，有分析总结和改进措施，并有记录。
	2.1.11.1.5	依据医院规模，设置独立的质量与安全管理部门，配置充足人力，对全院质量与安全管理工作履行审核、评价、监督职能。
2.1.11.2 医院各职能部门履行策划、指	2.1.11.2.1	根据医院质量方针与目标，制定并实施相应的质量与安全管理工作计划与管理方案。

导、检查、监督、考核、评价和控制职能。	2.1.11.2.2	各职能部门履行指导、检查、监督、考核、评价和控制管理职能，并有履行职责的工作记录。
	2.1.11.2.3	各职能部门能运用管理工具统计分析质量与安全指标、风险数据、重大质量缺陷等资料，对质量与安全工作实施监控，定期总结、分析、反馈，持续改进。并有记录。
2.1.11.3 科室负责人是科室的医疗质量与安全管理第一责任人。	2.1.11.3.1	科室负责人是科室的医疗质量与安全管理第一责任人，负责科室质量与安全管理小组工作。
	2.1.11.3.2	制定科室质量与安全工作计划，召开管理小组会议，研究解决本科室存在的质量与安全管理问题，并有记录。
	2.1.11.3.3	组织管理小组对科室质量与安全进行定期检查、能运用质量管理方法与工具对科室存在的问题和相关管理指标进行分析，对存在的问题有改进措施与落实执行。
	2.1.11.3.4	持续改进有成效，对质量与安全工作计划、问题改进落实到位。
2.1.11.4 医院有医疗质量管理和持续改进方案。	2.1.11.4.1	有医疗质量管理方案，包括医疗质量管理目标、医疗质量指标、考核项目、考核标准、考核办法以及医疗质量管理制度。
	2.1.11.4.2	有院科两级医疗质量管理与监督工作流程。
	2.1.11.4.3	科室对质量指标考核项目有自查，对存在问题有分析和改进措施，并有记录。
	2.1.11.4.4	医院主管部门对考核存在的问题有检查、分析、反馈，指导改进。
	2.1.11.4.5	持续改进有成效，医疗质量实现目标管理。
2.1.11.5 医院有医疗质量关键环节重点部门管理制度与措施。	2.1.11.5.1	有医疗质量关键环节（如危急重患者管理、围手术期管理、输血与药物管理、有创诊疗操作等）管理制度与措施。
	2.1.11.5.2	有重点部门（急诊科、手术室、血液透析室、内窥镜室、导管室、重症监护室、产房、新生儿病房、消毒供应中心等）的管理制度与措施。
	2.1.11.5.3	相关人员知晓本岗位相关质量管理制度及措施，并落实。
	2.1.11.5.4	科室有自查，对存在问题有分析和改进措施，并有记录。
	2.1.11.5.5	医院主管部门对各项管理制度与措施的落实情况定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	2.1.11.5.6	持续改进有成效，重点部门、关键环节医疗质量不断提高。
第二章	一、（十二）	2.1.12 设立医疗质量与安全管理委员会，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。医疗质量与安全管理委员会负责承接、配合各级质量与安全管理组织开展工作，并发挥统筹协调作用。 <b>【概述】</b>

		<p>医疗质量管理委员会是本机构医疗质量管理工作的负责组织，其人员组成、职责应符合《医疗质量管理办法》要求，并组织开展本机构质控工作，工作内容有记录且可追溯。同时，医疗质量管理委员会负责承接、配合各级质控组织开展工作，并发挥统筹协调作用。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
2.1.12.1 设立医疗质量与安全管理委员会,人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。医疗质量与安全管理委员会负责承接、配合各级质量与安全管理组织开展工作,并发挥统筹协调作用。	2.1.12.1.1	设立医疗质量与安全管理委员会。医疗质量与安全管理委员会主任由院长担任，委员由医疗管理、质量管理、护理、医院感染管理、医学工程、信息、后勤等相关职能部门负责人以及相关临床、药学、医技等科室负责人组成，指定或者成立专门部门具体负责日常管理工作。
	2.1.12.1.2	医疗质量与安全管理委员会承接、配合各级质量与安全管理组织开展工作，并发挥统筹协调作用。
	2.1.12.1.3	制订本机构医疗质量与安全持续改进计划、实施方案并组织实施。
	2.1.12.1.4	按照国家医疗质量管理的有关要求，制订本机构医疗质量管理制度并组织实施。
	2.1.12.1.5	制订本机构临床新技术引进和医疗技术临床应用管理相关工作制度并组织实施。（另见 2.3.49.1.3）
	2.1.12.1.6	建立本机构医务人员医疗质量管理相关法律、法规、规章制度、技术规范的培训制度，制订培训计划并监督实施。
	2.1.12.1.7	组织开展本机构医疗质量监测、预警、分析、考核、评估以及反馈工作，定期发布本机构质量管理信息。
	2.1.12.1.8	落实卫生健康行政主管部门规定的其他内容。
第二章	一、（十三）	<p>2.1.13 各业务科室成立本科室质量与安全管理小组，人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。</p> <p><b>【概述】</b> 科室医疗质量管理小组是业务科室自我管理的重要体现形式，科室应当明确科室层面自我管理的意义，鼓励员工层面的自我管理。科室医疗质量管理小组职责应当包括《医疗质量管理办法》所规定的全部内容，提倡自我检查和自我改进。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
2.1.13.1 各业务科室成立本科室质量与安全管理小组，	2.1.13.1.1	各业务科室成立本科室质量与安全管理小组，组长由科室主要负责人担任，指定专人负责日常具体工作。
	2.1.13.1.2	制订本科室医疗质量持续改进计划和具体落实措施，并组织实

人员组成和职责符合《医疗质量管理办法》要求。		施。
	2.1.13.1.3	制订本科室质量与安全管理制度并落实。
	2.1.13.1.4	对本科室医务人员进行医疗质量管理相关法律、法规、规章制度、技术规范、标准、诊疗常规及指南的培训和宣传教育。
	2.1.13.1.5	贯彻执行质量管理相关的法律、法规、规章、规范性文件。
	2.1.13.1.6	定期召开管理小组会议，研究解决本科室存在的质量与安全管理问题。
	2.1.13.1.7	按照有关要求报送本科室医疗质量管理相关信息和传达医院医疗质量管理相关信息。
	2.1.13.1.8	对科室质量与安全进行定期检查，对本科室质量与安全指标进行收集，能运用质量管理方法与工具对科室存在的问题和相关管理指标进行分析，对存在的问题有改进措施与落实执行。
第二章	一、（十四）	<p>2.1.14 建立健全质量管理培训考核制度，充分发挥专业人员在质量管理中的作用。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>医疗质量管理具有专业和管理双重属性，其中专业人员是医疗质量管理工作的主体。因此从事医疗质量管理工作需要接受专门的管理技能培训，包括管理学知识培训、管理工具应用培训，数据管理和必要的统计分析培训等。医院应当建立相关培训考核制度，通过进修、专班培训和在工作中自学、上级带教等措施提升专业人员质量管理能力，充分发挥专业人员在医疗质量管理中的作用。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
2.1.14.1 建立健全质量管理培训考核制度，充分发挥专业人员在质量管理中的作用。	2.1.14.1.1	建立质量管理（医院领导、职能部门管理人员、科室质量管理小组人员）培训和考核制度，根据年度质量与安全管理目标，制定教育培训、考核计划，并落实，有相关培训记录。
	2.1.14.1.2	质量管理接受专门的管理技能培训，包括管理学知识培训、管理工具应用培训，数据管理和必要的统计分析培训等，掌握一种及以上管理常用技术工具，能将管理工具运用于日常质量管理活动。
	2.1.14.1.3	有相关制度措施调动专业人员参与质量管理的积极性，充分发挥专业人员在医疗质量管理中的作用。
	2.1.14.1.4	医院主管部门对落实情况进行追踪与评价，医院、科室管理工作有持续改进。
第二章	一、（十五）	2.1.15 遵循临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。

		<p><b>【概述】</b></p> <p>遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作是保障医疗质量安全的基础。医疗机构应当监督、指导员工在诊疗工作中依照相关规范开展医疗服务；在机构层面遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展培训和督查工作，并指导临床科室开展自查。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>
2.1.15.1 遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作。	2.1.15.1.1	有各专业临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业标准和临床路径等文本。
	2.1.15.1.2	开展临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业标准和临床路径的培训，相关人员掌握和遵循指南、规范、行业标准、临床路径。
	2.1.15.1.3	科室对临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业标准和临床路径的执行有管理，并对存在的问题有整改。
	2.1.15.1.4	医院主管部门对执行情况定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	2.1.15.1.5	根据医学发展和本院实际，对各专业临床诊疗指南、医疗技术操作规范、行业标准和临床路径文本及时进行更新和完善，不断持续改进。
第二章	一、（十六）	<p>2.1.16 开展诊疗活动应当遵循患者知情同意原则，履行告知义务，尊重患者的自主选择权和隐私权，尊重民族习惯和宗教信仰，并对患者的隐私保密。完善保护患者隐私的设施和管理措施。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>为保障患者生命权、健康权、选择权、知情权、隐私权等权利，医院和医务人员开展医疗服务应当履行告知义务，按照相关规定取得患者或/和家属同意认可，手术、特殊检查、特殊治疗还应当获得患者或/和家属明确同意的资料（包括但不限于书面同意、录音录像和律师公证等）。告知是让患者或/和家属理解医疗服务的局限性，了解各种诊疗方式的成本、获益和风险，方便患方自主选择。同时，保护患者隐私应当成为医院员工在各种医疗活动中必须遵守的共性要求。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈、病历检查、病案检查。</p>

2.1.16.1 患方（患者或其近亲属、授权委托人）对病情、诊断、医疗措施和医疗风险等具有知情选择的权利。医院有相关制度保证医务人员履行告知义务。	2.1.16.1.1	有保障患者合法权益的相关制度并落实。
	2.1.16.1.2	对患方病情、诊断、医疗措施、医疗风险和替代医疗方案进行告知。
	2.1.16.1.3	患方对医务人员的告知情况能理解并在病历中体现。
2.1.16.2 向患方说明病情、治疗方案、特殊治疗及处置,并获得其同意,说明的内容应有记录。	2.1.16.2.1	对医务人员有知情同意和告知技能的培训。
	2.1.16.2.2	医务人员能根据医患沟通的制度、流程,在实施手术、麻醉、高危诊疗操作、特殊检查、特殊治疗（如化疗、放疗）、使用血液制品、贵重药品、耗材前,用通俗易懂的方式和语言与患方进行沟通,并履行书面同意手续。
	2.1.16.2.3	对于语言、文化、宗教等有差异的患者,有专门人员或请专门人员进行协助。
2.1.16.3 保护患者的隐私权,尊重民族习惯和宗教信仰。	2.1.16.3.1	有保护患者隐私权的相关制度和具体措施。
	2.1.16.3.2	有尊重民族习惯和宗教信仰的相关制度和具体措施。
	2.1.16.3.3	医务人员熟悉相关制度,了解不同民族、种族、国籍以及不同宗教患者的不同习惯。
	2.1.16.3.4	医务人员自觉保护患者隐私,除法律规定外未经本人同意不得向他人泄露患者情况。
2.1.16.4 有保护患者隐私的设施和管理措施。	2.1.16.4.1	有私密性的诊疗环境。
	2.1.16.4.2	在患者进行暴露躯体检查、操作时,提供保护隐私的措施。
	2.1.16.4.3	多人病室中各病床之间有间隔设施。
	2.1.16.4.4	有私密性的医患沟通及知情告知场所。
第二章	一、（十七）	<p>2.1.17 建立医院全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。</p> <p><b>【概述】</b> 医疗质量管理与控制涉及医院全院、临床诊疗服务全过程,医院应当将所有人员、设施设备、环境纳入医疗质量管理与控制的范围,并制订相关制度。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
2.1.17.1 建立医院全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医	2.1.17.1.1	建立医院全员参与、覆盖临床诊疗服务全过程的医疗质量管理与控制工作制度。
	2.1.17.1.2	有医疗质量管理与控制工作制度培训。

疗质量管理与控制工作制度。	2.1.17.1.3	相关人员知晓本岗位相关质量管理制度及措施，并落实。
	2.1.17.1.4	科室对制度执行与落实情况有自查与整改。
	2.1.17.1.5	医院主管部门对制度执行与落实情况定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
第二章	一、（十八）	<p>2.1.18 熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价，完善本院医疗质量管理相关指标体系，掌握本院医疗质量基础数据。</p> <p><b>【概述】</b> 运用管理工具是提升医疗质量管理工作效率和效率的有效方法。质控指标是开展医疗质量管理工作的基础性工具，医疗机构应当建立适合本机构实际情况的指标体系，明确相关指标定义和数据采集、汇总、分析、反馈和应用方式，质量管理部门应当掌握本机构医疗质量基础数据。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>
2.1.18.1 熟练运用医疗质量管理工具开展医疗质量管理与自我评价。	2.1.18.1.1	定期组织各级管理人员参加管理知识及相关技能的培训。
	2.1.18.1.2	管理人员均接受管理相关培训，培训时数每人每年≥12个学时。
	2.1.18.1.3	管理人员能运用质量管理改进的方法及质量管理常用技术工具分析、评估、解决管理问题。
2.1.18.2 完善本院质量与安全管理相关指标体系,包括但不限于国家发布的医疗质量控制指标和“国家医疗质量安全改进目标”相关指标,掌握本院质量与安全基础数据。	2.1.18.2.1	完善本院质量与安全相关指标体系，但不限于国家发布的医疗质量控制指标和“国家医疗质量安全改进目标”相关指标，掌握本院质量与安全基础数据。
	2.1.18.2.2	有明确的部门或人员负责质量与安全指标数据收集，根据医院工作需要定期报告。
	2.1.18.2.3	相关人员应掌握其岗位职责范围内的医疗质量基础数据。
	2.1.18.2.4	相关部门能够使用适当的方法和管理工具对质量与安全指标进行检查、分析、反馈。
	2.1.18.2.5	有指定的部门集中管理质量与安全基础数据，为整个医院的监测活动提供协调和整合，并促进综合的解决方案和改进。
第二章	一、（十九）	<p>2.1.19 加强临床专科服务能力建设，重视专科协同和中西医共同发展，制订专科建设发展规划并组织实施，推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。</p> <p><b>【概述】</b> 临床专科服务能力是医疗质量的核心，随着人口老龄化、疾病谱的改变，“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式成为系统性解决患者疾病，提高诊疗效果的有效途径。因此，医疗机构应当持续加强临床专科服务能力建设，促进各临床专</p>

		<p>科协同发展，积极开展多学科诊疗活动，以提升复杂、疑难疾病的诊疗能力和诊疗效果。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。</p>
2.1.19.1 加强临床专科服务能力建设,重视专科协同和中西医共同发展,制订专科建设发展规划并组织实施,推行“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式。	2.1.19.1.1	加强临床专科服务能力建设,重视专科协同和中西医共同发展。制订切合学科发展趋势、满足社会需求和符合医院实际情况的专科建设发展规划,并组织实施。
	2.1.19.1.2	有学科带头人选拔与激励机制,重点专科的学科带头人具备举办国家级或本省、本地区继续教育项目的能力(近三年案例)。
	2.1.19.1.3	有人才培养计划和人才梯队,人才梯队合理。
	2.1.19.1.4	有临床重点专科培育与支持措施,包括经费投入等。
	2.1.19.1.5	组织实施临床专科建设发展规划,国家级临床重点专科或省(市)级临床重点专科≥3个。
	2.1.19.1.6	重点专科的学科带头人为省级专业学术组织的主要成员(常委以上)。
	2.1.19.1.7	建立相关制度与流程支持“以患者为中心、以疾病为链条”的多学科诊疗模式,诊疗范围明确,各科职责清楚。
	2.1.19.1.8	有保障多学科综合门诊出诊医师数量和质量的措施。
	2.1.19.1.9	有多学科诊疗成效分析评价,持续改进多学科诊疗质量。
第二章	一、(二十)	<p>2.1.20 加强单病种质量管理与控制工作,建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系,促进医疗质量精细化管理。</p> <p><b>【概述】</b> 单病种质量管理是国际上通用的医疗质量管理方式,通过收集、分析病种诊疗全过程的核心信息,进行纵向和横向比较,有助于规范医务人员的行为,提高医疗质量同质化程度。医疗机构应当根据国家层面的单病种管理指标信息,建立本院的单病种质量管理指标,促进医疗质量的精细化管理。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病案检查。</p>
2.1.20.1 加强单病种质量管理与控制工作,建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系,促进医疗质量精细化管理	2.1.20.1.1	将单病种质量管理与控制工作纳入医院医疗质量管理工作体系。结合本院实际情况制定单病种管理要求和措施。单病种管理达到卫生健康行政主管部门要求。
	2.1.20.1.2	建立本院单病种管理的指标和质量参考标准体系,并开展应用。
	2.1.20.1.3	按照相关要求,及时、全面、准确上报国家单病种质量管理与控制平台数据。

理。	2.1.20.1.4	科室对单病种管理中存在的问题有整改。
	2.1.20.1.5	医院主管部门有监管，每季度对监测指标进行汇总、分析、反馈，并持续改进。
第二章	一、(二十一)	<p>2.1.21 制订满意度监测指标并不断完善，定期开展患者和员工满意度监测，改善患者就医体验和员工执业感受。</p> <p><b>【概述】</b> 满意度管理是医院提升社会效益，改进工作的途径之一。医院定期开展患者和员工满意度监测，可以发现医院实际情况与患者和员工的期望之间存在的差距，有助于医院针对性的实施改进。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、患者访谈。</p>
2.1.21.1 按照患者的服务流程,社会对其要求满足程度的感受,设计与确定医院社会满意度测评指标体系,实施社会评价活动。	2.1.21.1.1	建立社会满意度测评指标体系并开展社会评价活动，确保社会评价结果的客观公正。
	2.1.21.1.2	有定期收集院内、外对医院服务意见和建议的相关制度与流程，且有多种渠道。
	2.1.21.1.3	医院主管部门对所收集的意见、建议和社会评价活动结果及时分析、反馈、沟通、协商，有持续改进措施并落实，患者就医体验有提升。
2.1.21.2 重视员工满意度监测,建立多维度、全方位员工满意度测评指标体系,实施员工评价活动。	2.1.21.2.1	从执业环境、值班条件、薪酬福利、职业前景等方面建立多维度、全方位满意度测评指标体系并开展评价活动，确保评价结果的客观公正。
	2.1.21.2.2	有定期收集员工意见和建议的相关制度与流程，且有多种渠道。
	2.1.21.2.3	医院主管部门对所收集的意见、建议和评价活动结果及时分析、反馈、沟通、协商，有持续改进措施并落实，员工执业感受有提升。
第二章	一、(二十二)	<p>2.1.22 建立本院各科室医疗质量内部现场检查和公示制度。</p> <p><b>【概述】</b> 内部现场检查是医疗机构开展医疗质量自我管理的重要手段，公开质量信息是督促员工自我改进的重要方法，两者结合使用有助于调动相关科室和人员实现自我改进的积极性。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>
2.1.22.1 建立本院各科室医疗质量内部现场检查和公示制度。	2.1.22.1.1	建立本院各科室医疗质量内部现场检查制度，有明确医疗质量内部现场检查的规范与要求。
	2.1.22.1.2	有明确的医疗质量管理部门负责组织院内现场检查工作并有记录。

	2.1.22.1.3	科室定期开展医疗质量内部自查工作，定期将自查结果在科内进行点评与反馈。
	2.1.22.1.4	有医疗质量公示制度，有明确的医疗质量公示内容与范围。
	2.1.22.1.5	员工知晓医院公示的途径、主要内容与结果。
	2.1.22.1.6	科室能够利用公示结果及时在科内开展质量改进。
	2.1.22.1.7	医院主管部门能够利用公示结果对全院各科室开展质量分析、评价与考核。
第二章	一、(二十三)	<p>2.1.23 强化基于电子病历的医院信息平台建设，满足医疗质量管理与控制工作需要。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>医疗质量管理相关数据信息是开展医疗质量管理与控制工作的基础，随着医疗质量管理工作科学化、精细化程度的提高，传统的数据采集方法已经不能满足当前三级医院医疗质量管理工作的需要。利用信息化手段快速准确的获取相关数据是适应现代医院管理要求的必要条件。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查。</p>
2.1.23.1 强化基于电子病历的医院信息平台建设,满足医疗质量管理与控制工作需要。	2.1.23.1.1	基于电子病历的医院信息平台建设符合《全国医院信息化建设标准与规范》的要求，功能具备《医院信息平台应用功能指引》的要求，技术符合《医院信息化建设应用技术指引（2017 版）》的要求。
	2.1.23.1.2	有临床信息系统（CIS），建立基于电子病历（EMR）的医院信息平台。
	2.1.23.1.3	医院信息平台能够提供医疗质量管理与控制工作所需的数据信息，数据符合《全国医院数据上报管理方案》《全国医院上报数据统计分析指标集》要求。
	2.1.23.1.4	平台主要包括医嘱处理系统、患者床边系统、医生工作站系统、实验室系统、药物咨询等系统。
	2.1.23.1.5	电子病历系统应符合卫生部《病历书写基本规范》与《电子病历基本规范》要求。
	2.1.23.1.6	规范临床文档内容表达，支持临床文档架构（CDA）。
	2.1.23.1.7	电子病历系统具备病案质量控制功能，能满足医院病案基本信息的采集，医疗质量指标数据的统计与分析。
	2.1.23.1.8	信息系统符合《基于电子病历的医院信息平台建设技术解决方案》有关要求，符合国家医疗管理相关管理规范和技术规范。

第二章	一、(二十四)	<p>2.1.24 对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估,对医疗质量信息数据开展内部验证并及时分析和反馈,对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预,对存在的问题及时采取有效干预措施,评估干预效果,促进医疗质量持续改进。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>医疗质量管理是一个连续的、持续改进的过程,需要定期进行评估,以便明确当前工作情况,及时调整下一步工作方向和重点,对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预,对存在的问题及时采取有效干预措施。对医疗质量信息数据开展内部验证,是保障质量信息数据真实、可信、有效、可用的重要方法,是为医院决策层提供科学支持的基础。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>
2.1.24.1 对医疗质量管理要求执行情况进行定期评估,对医疗质量信息数据开展内部验证并及时分析和反馈,对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预,对存在的问题及时采取有效干预措施,评估干预效果,促进医疗质量持续改进。	2.1.24.1.1	制定医疗质量管理要求执行情况评价制度,进行定期评估。
	2.1.24.1.2	建立数据内部验证制度,使用专为数据验证而确定的循证方法,对医疗质量信息数据开展内部验证,确保所公布的质量和信数据有效。
	2.1.24.1.3	由具备适当经验、知识和技能的人员系统地汇总和分析医院的数据,把数据转变为有用的信息,以确定改进机会,并把分析结果报告给负责采取行动的人员。
	2.1.24.1.4	适当情况下,应在数据分析过程中使用统计工具和技术。
	2.1.24.1.5	数据分析应支持内部各时期的比较,包括与类似医疗机构的数据库的比较,与最佳实践的比较,以及与客观的科学专业来源的比较。
	2.1.24.1.6	对医疗质量问题和医疗安全风险进行预警和干预,对存在的问题及时采取有效干预措施,评估干预效果,促进医疗质量持续改进。
	2.1.24.1.7	有专职部门管理监测指标的选择、收集、验证、分析、应用,并为整个医院的监测活动提供协调和整合。

## 二、医疗质量安全核心制度

第二章	二、	2.2 医疗质量安全核心制度
第二章	二、(二十五)	<p>2.2.25 医院应当落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求,制定发布本院医疗质量安全核心制度,并组织全员培训。</p> <p><b>【概述】</b></p>

		<p>《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》（以下简称《要点》）是医院开展医疗质量管理的主要依据。医院应当根据《要点》和本机构实际制定、完善本机构核心制度和相关配套制度，细化工作流程，加强对医务人员的培训、教育和考核，使核心制度真正融入诊疗活动和全院工作流程中。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
2.2.25.1 落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度，组织全员培训，并落实到位。	2.2.25.1.1	落实《医疗质量管理办法》《医疗质量安全核心制度要点》要求，制定发布本院医疗质量安全核心制度，并及时更新。
	2.2.25.1.2	有医疗质量安全核心制度的全员培训。有针对新员工的专项培训，确保新员工尽快知晓其职责范围相关的医疗质量安全核心制度。
	2.2.25.1.3	医务人员知晓和执行本岗位相关制度。
	2.2.25.1.4	科室对制度落实有自查，对存在问题有改进。
	2.2.25.1.5	医院主管部门对制度落实情况定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	2.2.25.1.6	持续改进有成效，对核心制度要求内容落实到位。
第二章	二、（二十六）	<p>2.2.26 建立首诊负责制度。明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，保障患者诊疗服务连续性和医疗行为可追溯。</p> <p><b>【概述】</b> 首诊负责制是指患者的首位接诊医师（首诊医师）在一次就诊过程结束前或由其他医师接诊前全面负责该患者诊疗的制度。为强化医疗质量和安全，在患者就诊时，医院应当明确患者所有诊疗过程的负责人，落实到个人，并延伸到科室。体现为明确、连续的全流程诊疗管理，医院内所有医疗行为都应当有相应的记录和明确的责任人以便追溯。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.2.26.1 建立首诊负责制度。明确在诊疗过程不同阶段的责任主体，保障患者诊疗服务连续性和医疗行为可追溯。	2.2.26.1.1	建立首诊负责制度，符合《医疗质量安全核心制度要点》要求。
	2.2.26.1.2	明确患者在诊疗过程中不同阶段的责任主体，确保患者的所有诊疗过程都有人负责。各项诊疗过程、项目有转接机制，保障患者诊疗过程中诊疗服务的连续性。
	2.2.26.1.3	非本医疗机构诊疗科目范围内疾病，应告知患者或其法定代理人，并建议患者前往相应医疗机构就诊。
	2.2.26.1.4	落实首诊负责制，急危重症患者实行“先抢救、后付费”。
	2.2.26.1.5	首诊医师应当作好医疗记录，保障医疗行为可追溯。

第二章	二、(二十七)	<p>2.2.27 建立三级查房制度。实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度，严格明确查房周期。明确各级医师的医疗决策和实施权限。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>三级查房制度是指医院实施科主任领导下的三个不同级别的医师开展查房的制度。科主任可以根据科室/病区床位、工作量、医师的专业资质和能力等要素组建若干个医疗团队（或称主诊医师制、医疗组长制、主任医师制等），指定医疗团队的负责人（含主诊医师、医疗组长和带组的主任医师等），中间级别和最低级别的医师可参照职称、个人技术能力等因素选拔和认定，报医疗管理部门审核和相关委员会批准并定期调整。医疗机构应当按照《要点》要求明确各级医师的查房周期、医疗决策和实施权限。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈、病历检查、病案检查。</p>
2.2.27.1 建立三级查房制度。实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度，严格明确查房周期。明确各级医师的医疗决策和实施权限。	2.2.27.1.1	实行科主任领导下的三个不同级别的医师查房制度。三个不同级别的医师可以包括但不限于主任医师或副主任医师-主治医师-住院医师。
	2.2.27.1.2	遵循下级医师服从上级医师，所有医师服从科主任的工作原则。
	2.2.27.1.3	明确各级医师的医疗决策和实施权限，有员工相关权限的授权目录，有落实、有定期调整。
	2.2.27.1.4	严格明确查房周期。工作日每天至少查房 2 次，非工作日每天至少查房 1 次，三级医师中最高级别的医师每周至少查房 2 次，中间级别的医师每周至少查房 3 次。术者必须亲自在术前和术后 24 小时内查房。
	2.2.27.1.5	明确医师查房行为规范，尊重患者、注意仪表、保护隐私、加强沟通、规范流程。
	2.2.27.1.6	开展护理、药师查房的可参照上述规定执行。
第二章	二、(二十八)	<p>2.2.28 建立会诊制度。明确各类会诊的具体流程和时间要求，统一会诊单格式及填写规范。会诊请求人员应当陪同完成会诊，并按规定进行记录。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>会诊是指出于诊疗需要，由本科室以外或本机构以外的医务人员协助提出诊疗意见或提供诊疗服务的活动。为保障会诊意见和会诊服务得到充分理解，会诊请求人员应当陪同完成会诊。当患者罹患疾病超出了本科室诊疗范围和处置能力，且经评估</p>

		<p>可能随时危及生命，需要院内其他科室医师立刻协助诊疗、参与抢救，此种情形可以发出急会诊申请，并要求受邀科室 10 分钟内到位。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.2.28.1 建立会诊制度。明确各类会诊的具体流程和时间要求,统一会诊单格式及填写规范。会诊请求人员应当陪同完成会诊,并按规定进行记录。	2.2.28.1.1	建立会诊制度。
	2.2.28.1.2	按会诊范围，会诊分为医院内会诊和医院外会诊。医院内多学科会诊由医疗管理部门组织。
	2.2.28.1.3	按病情紧急程度，会诊分为急会诊和普通会诊。医院内急会诊应当在会诊请求发出后 10 分钟内到位，普通会诊应当在会诊发出后 24 小时内完成。
	2.2.28.1.4	统一会诊单格式及填写规范，明确各类会诊的具体流程。
	2.2.28.1.5	会诊请求人员陪同完成会诊。会诊情况在会诊单中记录，会诊意见的处置情况在病程中记录，有定期的自查与督查。
	2.2.28.1.6	前往或邀请医院外会诊，严格遵照国家有关规定执行。
	2.2.28.1.7	落实多学科会诊，为患者制定最佳的诊疗方案，持续改进医疗质量。
第二章	二、(二十九)	<p><b>2.2.29 建立分级护理制度。</b>按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级别护理的内容。合理动态调整护理级别，护理级别应当明确标识。</p> <p><b>【概述】</b> 分级护理制度是指医护人员根据患者的病情和自理能力对患者进行分级别护理的制度。目的是保障患者得到适宜照护。医院应当按照分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，规范各级别护理的工作内容。合理动态调整护理级别，并明确标识。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查。</p>
2.2.29.1 建立分级护理制度。按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准,规范各级别护理的内容。合理动态调整护理级别,护理级别应当明确标识。	2.2.29.1.1	按照国家分级护理管理相关指导原则和护理服务工作标准，制定医院分级护理制度，有针对各级别护理的工作规范。
	2.2.29.1.2	原则上，护理级别分为特级护理、一级护理、二级护理、三级护理 4 个级别。
	2.2.29.1.3	医护人员应当根据患者病情和（或）自理能力变化的情况，合理动态调整患者护理级别。
	2.2.29.1.4	患者护理级别应当实时在病历、患者一览表及床头卡有明确统一标识。

第二章	二、(三十)	<p>2.2.30 建立值班与交接班制度。有全院性医疗值班体系，明确值班岗位职责、人员资质和人数并保证常态运行。实行医院总值班制度，总值班人员需接受培训并考核合格。医院及科室值班表应当全院公开，值班表应当涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。值班人员资质和值班记录应当符合规定。非本机构执业医师不得单独值班。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>值班与交接班是为了保障医院医疗活动的连续性，明确值班岗位职责、值班人员资质，并根据职责内容、工作强度和需要安排人员，常态运行，值班活动有记录可追溯。医院总值班人员应当经过培训并考核合格以满足总值班岗位要求。值班岗位和值班时间应统一院内公开，便于查阅。非本机构执业医师不得单独值班。值班期间所有的诊疗活动必须及时记入病历。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.2.30.1 建立值班与交接班制度,建立全院性医疗值班体系,保障患者诊疗过程连续性。	2.2.30.1.1	建立值班与交接班制度。建立全院性医疗值班体系，包括临床、医技、护理部门以及提供诊疗支持的后勤部门，明确值班岗位职责并纳入职责汇编，员工知晓。
	2.2.30.1.2	实行医院总值班制度，有条件的医院可以在医院总值班外，单独设置医疗总值班和护理总值班。总值班人员接受相应的培训并经考核合格。
	2.2.30.1.3	值班人数满足岗位职责需要，并保证常态运行。医院及科室值班表应当定期提前全院公开，值班表涵盖与患者诊疗相关的所有岗位和时间。
	2.2.30.1.4	当值医务人员中必须有本机构执业的医务人员，非本机构执业医师不得单独值班。
	2.2.30.1.5	当值人员不得擅自离岗，休息时在指定的地点休息。各级值班人员确保通讯畅通。
	2.2.30.1.6	值班人员资质和值班记录符合规定。
	2.2.30.1.7	值班期间所有的诊疗活动及时记入病历，有定期的自查与督查。
第二章	二、(三十一)	<p>2.2.31 交接班内容应当专册记录，并由交班人员和接班人员共同签字确认。四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>值班与交接班记录本是科室必备记录本之一，需要交班的内容</p>

		应当规范记录,当日四级手术和急危重患者必须增加床旁交班,并在值班记录上注明。 <b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。
2.2.31.1 交接班内容应当专册记录,并由交班人员和接班人员共同签字确认。四级手术患者手术当日和急危重患者执行床旁交班。	2.2.31.1.1	交接班内容应当专册记录(记录可信息化),并由交班人员和接班人员共同签字确认。
	2.2.31.1.2	四级手术患者手术当日和急危重患者必须床旁交班,并在交接班记录中予以体现。
第二章	二、(三十二)	2.2.32 建立疑难病例讨论制度。医院和科室应当确定疑难病例的范围,明确参与讨论人员范围、组成和流程要求。讨论内容专册记录,讨论结论记入病历。 <b>【概述】</b> 疑难病例讨论是提高疑难病例诊疗效果,保障医疗质量安全的重要途径。明确本医院和本科室疑难病例的范围是规范疑难病例管理的第一步,为保障疑难病例讨论质量和效果,医院应当明确参与讨论人员范围、组成和流程要求,讨论内容专册记录,讨论结论记入病历。 <b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。
2.2.32.1 建立疑难病例讨论制度。医院和科室应当确定疑难病例的范围,明确参与讨论人员范围、组成和流程要求。讨论内容专册记录,讨论结论记入病历。	2.2.32.1.1	建立疑难病例讨论制度。医院和科室应当确定疑难病例的范围,包括但不限于出现以下情形的患者:没有明确诊断或诊疗方案难以确定、疾病在应有明确疗效的周期内未能达到预期疗效、非计划再次住院和非计划再次手术、出现可能危及生命或造成器官功能严重损害的并发症等。
	2.2.32.1.2	明确参与疑难病例讨论的人员范围、组成和流程要求。疑难病例均由科室或医疗管理部门组织开展讨论。讨论原则上应当由科主任主持,全科人员参加。必要时邀请相关科室人员或机构外人员参加。参加疑难病例讨论成员中应当至少有2人具有主治医师及以上专业技术职务任职资格。
	2.2.32.1.3	统一疑难病例讨论记录的格式和模板。讨论内容应专册记录,主持人需审核并签字。讨论的结论应当记入病历,定期自查与督查。
第二章	二、(三十三)	2.2.33 建立急危重患者抢救制度。医院和科室应当确定急危重

		<p>患者的范围，医院建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>急危重患者是医疗活动中应当重点关注的人群，应当优先救治以争取最佳诊疗效果。为充分利用有限的资源，医院和科室应当明确急危重患者的范围，建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。为保障医疗行为可追溯，抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>
2.2.33.1 建立急危重患者抢救制度。医院和科室应当确定急危重患者的范围，医院建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制。抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历。	2.2.33.1.1	建立急危重患者抢救制度。医院和科室应当确定急危重患者的范围，包括但不限于出现以下情形的患者：病情危重，不立即处置可能存在危及生命或出现重要脏器功能严重损害；生命体征不稳定并有恶化倾向等。
	2.2.33.1.2	建立抢救资源配置机制。抢救资源包括但不限于抢救人员、抢救药品、抢救设备和病区抢救区域、抢救床位。
	2.2.33.1.3	建立抢救资源紧急调配机制。紧急调配机制包括人员调配、抢救用药保障、医疗设备紧急调配、应急床位统一调配和多科室紧急抢救协作机制。
	2.2.33.1.4	医院建立急危重患者相关绿色通道，明确进入绿色通道情形及绿色通道的运行机制。
	2.2.33.1.5	为非本机构诊疗范围内的急危重患者的转诊提供必要的帮助。
	2.2.33.1.6	临床科室急危重患者的抢救，由现场级别和年资最高的医师主持。紧急情况下医务人员参与或主持急危重患者的抢救，不受其执业范围限制。
	2.2.33.1.7	抢救完成后 6 小时内应当将抢救记录记入病历，记录时间应具体到分钟，主持抢救的人员应当审核并签字，有定期自查与督查。
第二章	二、(三十四)	<p>2.2.34 建立术前讨论制度。医院应当明确不同术前讨论形式的参加人员范围和流程。科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论记入病历。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>术前讨论是防范手术风险的重要关口，所有手术必须完成术前讨论。根据手术难度、风险采取适宜形式的术前讨论是保障术前讨论效果、提高术前讨论效率的重要途径。科室应当明确本</p>

		<p>科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论记入病历。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。</p>
2.2.34.1 建立术前讨论制度。医院应当明确不同术前讨论形式的参加人员范围和流程。科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。术前讨论的结论记入病历。	2.2.34.1.1	建立术前讨论制度。以降低手术风险、保障手术安全为目的。在患者手术实施前，医师对拟实施手术的手术指征、手术方式、预期效果、手术风险和处置预案等进行讨论。
	2.2.34.1.2	除以紧急抢救生命为目的的急诊手术外，所有住院患者手术必须实施术前讨论，术者必须参加。
	2.2.34.1.3	明确不同术前讨论形式的参加人员范围，包括手术组讨论、医师团队讨论、病区内讨论和全科讨论。临床科室应当明确本科室开展的各级手术术前讨论的范围并经医疗管理部门审定。
	2.2.34.1.4	全科讨论应当由科主任或其授权的副主任主持，必要时邀请医疗管理部门和相关科室参加。患者手术涉及多学科或存在可能影响手术的合并症的，邀请相关科室参与讨论，或事先完成相关学科的会诊。
	2.2.34.1.5	明确术前讨论的流程，术前讨论完成后，方可开具手术医嘱，签署手术知情同意书。
	2.2.34.1.6	术前讨论的结论记入病历，有定期自查与督查。
第二章	二、三十五	<p>2.2.35 建立死亡病例讨论制度。医院应当监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录应当符合规定。</p> <p><b>【概述】</b> 死亡是发生在患者身上的最差诊疗结果，医院应当高度重视，采取措施减少或延迟其发生。医院应当建立全面的死亡病例管理机制，监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，规范开展死亡讨论以提出改进措施。为保障讨论效果，医院应当对死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录作出明确规定。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、病历检查、病案检查。</p>
2.2.35.1 建立死亡病例讨论制度。医院应当监测全院死亡病例并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。死亡病例讨论	2.2.35.1.1	建立死亡病例讨论制度。全面梳理诊疗过程、总结和积累诊疗经验、不断提升诊疗服务水平，对医院内死亡病例的死亡原因、死亡诊断、诊疗过程等进行讨论。
	2.2.35.1.2	死亡讨论在全科范围内完成，由科主任主持死亡讨论。
	2.2.35.1.3	死亡讨论在患者死亡一周内完成，尸检病例在尸检报告出具后 1 周内必须再次讨论。死亡病例讨论结果记入病历，讨论内容专

范围、参加人员、时限和记录应当符合规定。		册记录。
	2.2.35.1.4	死亡病例讨论范围、参加人员、时限和记录符合规定。
	2.2.35.1.5	监测全院死亡病例发生情况并及时进行汇总分析，提出持续改进意见。
第二章	二、(三十六)	<p><b>2.2.36 建立查对制度。</b>医院查对制度应当涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等方面。医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>查对能够有效减少医疗差错，是保障患者安全的重要措施。包括保障行为措施与预期作用对象一致，保障行为过程与预期行为过程一致，保障药品、设备设施等客观事物的实际情况与相关规定和标准一致等。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
2.2.36.1 建立查对制度。医院查对制度应当涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等方面。医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。	2.2.36.1.1	建立查对制度，涵盖患者身份识别、临床诊疗行为、设备设施运行和医疗环境安全等相关方面。
	2.2.36.1.2	建立患者身份识别制度。每项医疗行为都查对患者身份。患者的身份查对不少于两种独立的核对方式，严禁将床号作为身份查对的标识。为无名患者进行诊疗活动时，须双人核对。用电子设备辨别患者身份时，仍需口语化查对。
	2.2.36.1.3	医疗器械、设施、药品、标本等查对要求按照国家有关规定和标准执行。
2.2.36.2 对就诊患者身份施行唯一标识（医保卡编号、身份证号码、病案号等）管理。	2.2.36.2.1	对门诊就诊和住院患者的身份标识有制度规定，且在全院范围内统一实施。
	2.2.36.2.2	对就诊患者住院病历施行唯一标识管理，如使用医保卡编号或身份证号码或病案号等。
	2.2.36.2.3	重点部门（急诊、新生儿室、ICU、产房、手术室）使用“腕带”条码等技术识别患者（儿）身份。
2.2.36.3 在诊疗活动中，严格执行“查对制度”，至少同时使用姓名、病案号等两项核对患者身份，确保对正确的患者实	2.2.36.3.1	有标本采集、给药、输血或血制品、发放特殊饮食及诊疗活动时患者身份确认的制度、方法和核对程序。核对时应让患者或其近亲属陈述患者姓名。
	2.2.36.3.2	至少同时使用两种患者身份识别方式，如姓名、出生年月、病案号。不得采用条码扫描等信息识别技术作为唯一识别方法。
	2.2.36.3.3	相关人员熟悉上述制度和流程并执行。

施正确的操作。		
2.2.36.4 完善关键流程（急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿室之间流程）的患者识别措施，健全转科交接登记制度。	2.2.36.4.1	患者转科交接时执行身份识别制度和流程，尤其急诊、病房、手术室、ICU、产房、新生儿室之间的转接。
	2.2.36.4.2	对需转科交接的产妇、新生儿、儿童、无名氏，手术、重症监护、急诊、意识不清、语言交流障碍及（或）镇静期间的患者的身份识别和交接流程有明确的制度规定。
	2.2.36.4.3	科室有转科交接记录或登记。
2.2.36.5 使用“腕带”作为识别患者身份的标示。	2.2.36.5.1	住院患者、急诊留观、急诊抢救室患者均使用“腕带”，对传染病隔离、药物过敏等特殊患者有标识（腕带与床头卡），且有明确制度规定。
第二章	二、（三十七）	<p>2.2.37 建立手术安全核查制度。建立手术安全核查制度和标准化流程，将产房分娩核查纳入核查内容。手术安全核查过程和内容由国家有关规定执行，手术安全核查表纳入病历。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>手术是有创医疗行为，必须严格管理以尽量减少给患者带来的创伤。手术安全核查和标准化手术流程是保障手术得以正确实施、防止额外医疗损害的基本方法。此外，分娩涉及孕妇和新生儿双方安全，应当予以更高关注。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>
2.2.37.1 建立手术部位识别标识制度与工作流程。	2.2.37.1.1	有手术部位识别标识相关制度与流程，并执行。
	2.2.37.1.2	涉及双侧、多重结构（手指、脚趾、病灶部位）、多平面部位（脊柱）的手术时，对手术侧或部位有规范统一的标识。
	2.2.37.1.3	对标示方法、标记颜色、标记实施者及患者参与，有统一明确的规定，并执行。
	2.2.37.1.4	患者送达术前准备室或手术室前，已完成手术部位标识。
2.2.37.2 建立手术安全核查的管理制度与流程。	2.2.37.2.1	建立手术安全核查制度和标准化流程，将产房分娩核查纳入核查内容，并执行。
	2.2.37.2.2	手术安全核查过程和内容由国家有关规定执行，手术医师、麻醉师、巡回护士按流程在麻醉实施前、手术开始前、患者离开手术室前实行“手术安全核查”。
	2.2.37.2.3	手术安全核查表填写完整，纳入病历。
第二章	二、（三十八）	<p>2.2.38 建立手术分级管理制度。建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。建立手术分级授权管理机制和手术医师技术档案。医院应当对手术医师能力进行定期评估，根据评估结</p>

		<p>果对手术权限进行动态调整。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>手术分级管理包括医院根据手术难度和风险进行对本院开展的所有手术的分级管理及根据医师技术能力对手术医师进行手术授权管理两个方面。医院对手术进行分级管理一方面保障高难度、高风险手术得到更多关注，尽量避免手术相关不良事件，一方面便于调动医师积极性，保障医师开展与其技术能力相适应的手术，合理调配医疗资源。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.2.38.1 建立手术分级管理制度。建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录。建立手术分级授权管理机制和手术医师技术档案。医院应当对手术医师能力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。	2.2.38.1.1	按照手术风险性和难易程度不同，手术分为四级。具体要求按照国家有关规定执行。
	2.2.38.1.2	建立手术分级管理工作制度和手术分级管理目录，手术分级管理目录及时更新。
	2.2.38.1.3	制定本机构手术医师资质与授权管理制度及规范文件，按照手术名称授权。手术分级授权管理制度必须落实到本机构每一位医师，确保每一位医师的实际能力与其手术资质与授权情况相一致。
	2.2.38.1.4	建立手术医师技术档案，包括但不限于：医师开展手术的年限、手术数量、手术效果、手术质量与安全指标完成情况，科室对手术医师年度考核结果等。
	2.2.38.1.5	对手术医师能力进行定期评估，根据评估结果对手术权限进行动态调整。
第二章	二、(三十九)	<p><b>2.2.39 建立新技术和新项目准入制度。</b> 建立本院医疗技术临床应用目录并定期更新。建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>新技术和新项目是指在本医疗机构范围内首次应用于临床的诊断和治疗技术，旨在促进医学发展、科学进步，但不可避免给患者带来安全风险。医疗技术临床应用目录是常规开展的医疗活动，目录外项目均应纳入新技术新项目的管理范围。所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>

2.2.39.1 建立新技术和新项目准入制度。建立本院医疗技术临床应用目录并定期更新。建立新技术和新项目审批流程，所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。	2.2.39.1.1	建立新技术和新项目准入制度。拟开展的新技术和新项目为安全、有效、经济、适宜、能够进行临床应用的技术和项目。
	2.2.39.1.2	建立本院医疗技术临床应用目录，涵盖所有常规开展的临床诊疗项目并定期更新。
	2.2.39.1.3	建立符合法律法规要求的新技术和新项目审批流程并落实。所有新技术和新项目必须通过本院医学伦理委员会和医疗技术临床应用管理委员会审核同意后开展临床应用。
第二章	二、（四十）	<p>2.2.40 明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围、论证可能存在的安全隐患或技术风险并制定相应预案。建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。</p> <p><b>【概述】</b> 新技术新项目属于创新、探索性的工作，减少不安全的风险在于限定具备相应能力的人员实施，最大限度发现安全隐患和技术风险，并制定相应的预案等。对新技术新项目开展全程追踪管理，质量控制和动态评估以明确新技术临床应用的质量安全情况，评估当前管理措施的有效性，及时对存在的问题进行改进。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.2.40.1 明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围、论证可能存在的安全隐患或技术风险并制定相应预案。建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估。	2.2.40.1.1	医院明确开展新技术和新项目临床应用的专业人员范围，所有新技术和新项目实施人均有授权。
	2.2.40.1.2	新技术和新项目临床应用前，要充分论证可能存在的安全隐患或技术风险，并制定相应预案。
	2.2.40.1.3	医院建立新技术和新项目临床应用动态评估制度，对新技术和新项目实施全程追踪管理、质量控制和动态评估，资料齐全。
	2.2.40.1.4	医院开展临床研究的新技术和新项目按照国家有关规定执行。

第二章	二、(四十一)	<p>2.2.41 建立危急值报告制度。制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。分别建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范，确保危急值信息传递各环节无缝对接和关键要素可追溯。临床危急值信息专册登记。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>危急值是提示患者处于生命危急状态的检验检查结果，医技部门应当以最快的速度通知临床和患者，以采取及时的措施抢救生命和避免造成不良后果。住院和门急诊均应当建立适合各自患者的危急值报告流程，并通畅落实。危急值信息应有专册登记并可追溯。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>
2.2.41.1 建立危急值报告制度。制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单并定期调整。分别建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范，确保危急值信息传递各环节无缝对接和关键要素可追溯。临床危急值信息专册登记。	2.2.41.1.1	制定可能危及患者生命的各项检查、检验结果危急值清单（含临床实验室、病理、医学影像部门、电生理检查与内窥镜、血药浓度监测等），并定期调整，向全院公布，临床科室可查阅。
	2.2.41.1.2	分别建立住院和门急诊患者危急值报告具体管理流程和记录规范，确保危急值信息准确，传递及时，信息传递各环节无缝对接且可追溯，每个环节必须详细记录处理情况及处理时间，时间应当精准到分钟。
	2.2.41.1.3	出现危急值时，出具检查、检验结果报告的部门相关人员按照危急值报告流程，及时向临床发出危急值信息。
	2.2.41.1.4	出具检查、检验结果报告的部门报出危急值前，应当双人核对并签字确认，夜间或紧急情况下可单人双次核对。对于需要立即重复检查、检验的项目，及时复检并核对。
	2.2.41.1.5	外送的检验标本或检查项目存在危急值项目的，医院和相关机构协商危急值的通知方式，并建立可追溯的危急值报告流程，确保临床科室或患方能够及时接收危急值。
	2.2.41.1.6	临床科室任何接收到危急值信息的人员准确记录、回读、确认患者信息、危急值内容和报告者的信息，并立即通知经治或值班医师，并做好记录。
	2.2.41.1.7	医师接获危急值报告后应及时处置并记录，时间应当精准到分钟。
	2.2.41.1.8	医院统一制定临床危急值信息登记专册和模板，确保危急值信息报告全流程的人员、时间、内容等关键要素可追溯。
第二章	二、(四十二)	2.2.42 建立病历管理制度。严格落实国家有关法律法规以及病历书写、分类编码、管理与应用相关规定，建立门急诊及住院

		<p>病历规范书写、管理和质量控制制度。医院应当保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>病历管理是患者诊疗信息的集中体现，“客观、真实、准确、及时、完整和规范”的要求应当贯彻整个病历书写过程。医院应当建立医务人员培训、运行病历实时监管、归档病历及时检查的闭环质量管理体系，保证病历内容记录与修改信息可追溯。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.2.42.1 按照法律、法规及相关规定制订病案管理制度，人员配备合理，设备设施符合要求。	2.2.42.1.1	设置病案管理部门，配备专(兼)职人员，负责病历和病案管理工作，人员配置满足工作需要。
	2.2.42.1.2	有病案管理相关工作制度与流程，工作人员岗位职责。
	2.2.42.1.3	有病案管理人员培训计划并落实。
2.2.42.2 按照《病历书写基本规范》，书写门诊、急诊、住院病历，病历书写符合规范。	2.2.42.2.1	严格落实国家有关法律法规以及病历书写、分类编码、管理与应用相关规定，建立门急诊及住院病历规范书写、管理和质量控制制度。
	2.2.42.2.2	对来院就诊患者（门诊、急诊、住院）建立基本信息，书写和建立相关病历（包括急诊留观患者的急诊留观病历）。
	2.2.42.2.3	住院患者有姓名索引系统，内容至少包括：病案号、姓名、性别、出生日期（或年龄）、有效身份证号。
	2.2.42.2.4	为同一患者病历建立唯一的标识号码，通过同一患者的病历编号可获得其所有以前的住院病历资料。
2.2.42.3 病历书写应当客观、真实、准确、及时、完整、规范，符合《病历书写基本规范》，确保病历质量。	2.2.42.3.1	病历书写作为医师岗前培训的主要内容之一，有记录。
	2.2.42.3.2	医务人员按病历书写基本规范要求书写病历，书写质量达到规范的基本要求。
	2.2.42.3.3	病历中各种手术与操作并发症、使用药物、器材所致不良反应、病程记录或检查化验报告所获得的诊断应规范地填写在病案首页中，无遗漏。
	2.2.42.3.4	病程记录应根据病情观察、查房情况并结合检查结果进行分析、判断，记录体现三级医师的诊断思路和处理方案。
	2.2.42.3.5	保障病历资料安全，病历内容记录与修改信息可追溯。
	2.2.42.3.6	有病历质量检查、评估与反馈机制，有病历质量控制指标。
	2.2.42.3.7	科室有定期自查、总结分析与整改。
	2.2.42.3.8	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并将监控结果纳入科室、医疗组、医师工作质量评价。

2.2.42.4 采用国际疾病分类 ICD-10 与手术操作 ICD-9-CM-3 临床版（1.1 版本），对出院病案进行分类编码。	2.2.42.4.1	对出院病案进行疾病分类编码，编码符合疾病分类 ICD-10 与手术操作分类 ICD-9-CM-3 国家临床版规定。
	2.2.42.4.2	疾病分类编码人员有资质与技能要求，编码人员均要接受编码培训并获得培训证书。
	2.2.42.4.3	有疾病分类与手术操作分类编码培训计划并落实。
2.2.42.5 按《医疗机构病历管理规定》保存病历资料，以保证病历及时归档，保障病历安全。	2.2.42.5.1	采用病案示踪系统等方式，控制每份病案的去向。
	2.2.42.5.2	有 3 年病案存放的发展空间或者采用电子形式保存，病案保存符合管理要求。
	2.2.42.5.3	病案查阅、借阅和归档期限有明确的规定，未归的病案有催还记录。
	2.2.42.5.4	患者出院后，住院病历 3 个工作日之内归档率≥90%。
2.2.42.6 建立出院病案信息的查询系统。	2.2.42.6.1	有出院病案信息的查询系统，病案首页全部资料信息全部录入，至少能为检查提供 2 年以上完整信息。
	2.2.42.6.2	病案首页内容填写完整、准确，符合相关规定与要求。
	2.2.42.6.3	根据病案首页内容的任意项目，单一条件查询住院患者的病案信息；两个或两个以上的项目，复合查询住院患者的病案信息。
2.2.42.7 执行借阅、复印或复制病案资料制度，防止丢失、损毁、篡改、非法借阅、使用和患者隐私的泄露。	2.2.42.7.1	有病案服务管理制度，有明确的服务规范与流程，病案服务限于相关医务人员及管理人员，患者及其授权委托人，公安机关，检察院、法院等有关司法机关，人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的部门。
	2.2.42.7.2	依照法律、法规和规章为患者及其授权委托人、司法机关和人力资源社会保障、保险以及负责医疗事故技术鉴定的人员提供病案服务，履行查阅、借阅、复制申请核查与病案信息核查程序。
	2.2.42.7.3	有回避与保护患者隐私的规范与措施。
	2.2.42.7.4	有完整的病案服务登记信息，包括：查阅、借阅人、借阅与归还时间、借阅目的以及复制的内容，保留相关借阅、复印或复制人的申请、身份证明、单位介绍信等资料。
2.2.42.8 加强安全管理，保护病历、病案和信息的安全措施到位。	2.2.42.8.1	有保护病历、病案和信息安全的相关制度和应急预案。
	2.2.42.8.2	病案库有防火、防盗、防尘、防湿、防蛀、防高温措施。
	2.2.42.8.3	配置相应的消防器材，消防安全符合规范。
	2.2.42.8.4	指定专人负责安全管理，工作人员知晓应急预案及处置流程。
第二章	二、（四十三）	2.2.43 实施电子病历的医院，应当建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。

		<p><b>【概述】</b></p> <p>电子病历是医院信息化的重要组成部分，利用电子病历信息开展各种医疗活动监管成为趋势，对电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等有全方位的管理和流程落实。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.2.43.1 实施电子病历的医院,应当建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。	2.2.43.1.1	实施电子病历的医院，建立电子病历的建立、记录、修改、使用、存储、传输、质控、安全等级保护等管理制度。加强电子病历规范管理，符合《电子病历应用管理规范》。
	2.2.43.1.2	建立符合规范的电子病历系统，具备病案质量控制功能，能满足医院病案基本信息的采集，医疗质量指标数据的统计与分析。
	2.2.43.1.3	电子病历个人信息有严格的安全管理制度，有保护措施，并执行。
第二章	二、(四十四)	<p><b>2.2.44 建立抗菌药物分级管理制度。</b>严格按照《抗菌药物临床应用管理办法》等有关规定，建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程，确定抗菌药物分级管理目录、医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，并定期调整。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>规范使用抗菌药物是医院管理的重点内容，也是国家高度重视和世界普遍关注的问题。医院应当按照国家有关规定建立抗菌药物的分级目录和抗菌药物使用全流程监管机制。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。</p>
2.2.44.1 依据《抗菌药物临床应用管理办法》《抗菌药物临床应用指导原则》等要求,建立抗菌药物临床合理应用的组织,制定章程和管理制度,明确职责。	2.2.44.1.1	药事管理组织设立抗菌药物管理工作组和临床应用管理专业技术团队，人员构成、职责任务、管理工作，符合《抗菌药物临床应用管理办法》相关要求，并负责临床科室技术指导、咨询和专业培训。建立感染性疾病多学科诊疗专业化技术团队。
	2.2.44.1.2	医务、药学等部门共同负责日常管理工作，并定期对医务人员进行抗菌药物合理应用相关知识培训、考核。
	2.2.44.1.3	建立本院抗菌药物遴选、采购、处方、调剂、临床应用和药物评价的管理制度和具体操作流程。
	2.2.44.1.4	依据抗菌药物管理相关的法律、法规及规章，制定本院抗菌药物管理制度、规范，并认真落实。参加全国、省或市抗菌药物临床应用监测网和细菌耐药监测网。
	2.2.44.1.5	按照抗菌药物分级管理原则，确定抗菌药物分级管理目录，根

		据抗菌药物的安全性、疗效、细菌耐药性和价格等因素，将抗菌药物分为三级：非限制使用级、限制使用级与特殊使用级。
	2.2.44.1.6	严格按照有关规定制定抗菌药物分级管理制度，有明确的医师抗菌药物处方权限和医师会诊权限，有医师权限目录，并定期调整。
	2.2.44.1.7	按年度与临床科室签订抗菌药物临床应用管理责任状，科学设定临床科室管理指标，实行责任制管理。
	2.2.44.1.8	临床科室对责任状、管理指标的执行情况定期自查、分析、整改。
	2.2.44.1.9	落实抗菌药物处方点评制度，改进抗菌药物使用。抗菌药物管理各项质控指标如抗菌药物使用率和使用强度等控制在合理范围内符合国家管理要求。
	2.2.44.1.10	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.2.44.2 结合本院实际情况制定抗菌药物临床应用和管理实施细则，对抗菌药物使用实施分级管理。	2.2.44.2.1	有本机构抗菌药物临床应用和管理实施细则。有明确的特殊使用级抗菌药物临床应用程序，对碳青霉烯类抗菌药物及替加环素实施专档管理，及时填报有关信息。
	2.2.44.2.2	利用信息化管理手段落实抗菌药物分级管理。
	2.2.44.2.3	有抗菌药物临床应用的管理、监测与评价制度与评价标准；有细菌耐药预警和通报机制，对监测结果有评价分析，对不合理使用抗菌药物有检查、干预和改进措施。
	2.2.44.2.4	有检验（微生物室）、医院感染管理、药学部门三方联合完成的细菌耐药情况分析对策报告（至少每半年一次）。
	2.2.44.2.5	相关部门对抗菌药物分级管理、使用管理指标及处方点评情况进行全程联合监管，对存在问题检查、分析反馈，并实施干预。
2.2.44.3 严格执行国家有关围手术期预防性应用抗菌药物管理的相关规定，落实各类手术（特别是 I 类清洁切口）预防性应用抗菌药物的有关规定。	2.2.44.3.1	制定和落实围手术期预防性应用抗菌药物管理制度，重点关注 I 类切口手术的预防用药。
	2.2.44.3.2	预防性使用抗菌药物的使用率、给药时机、品种选择、用药疗程、术中追加符合规定。
	2.2.44.3.3	临床科室对各类手术及围手术期抗菌药物临床应用情况有定期自查、总结分析、整改。
	2.2.44.3.4	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.2.44.4 加强抗菌药物购用管理。	2.2.44.4.1	制订本机构抗菌药物供应目录和“处方集”，并实施。医院抗菌药物供应目录品种、品规等符合国家对不同类别医院的要求，并向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门备案；

		凡采购目录发生变化时,需向发证的卫生健康行政部门备案。
	2.2.44.4.2	目录外抗菌药物临时采购符合规定。无外购抗菌药物的情况。
	2.2.44.4.3	药学部门对抗菌药物购用情况有定期自查、总结分析、整改。
	2.2.44.4.4	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
第二章	二、(四十五)	<p>2.2.45 建立临床用血审核制度。应当严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定,设立临床用血管理委员会或工作组,制定本院临床合理用血管理制度,完善管理机制和具体流程。保障急救用血治疗需要。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>输血是医疗活动中难以替代的治疗手段。限于血液资源的稀缺性和临床用血的安全性,医院应当按照国家有关规定完善本院临床用血机制,保障临床用血的安全、有效、及时性,并有规范的临床用血评价,持续改进临床用血效果。对急救用血医院应当极力保障。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、病历检查、病案检查。</p>
2.2.45.1 建立临床用血审核制度。应当严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定,设立临床用血管理委员会或工作组,制定本院临床合理用血管理制度,完善管理机制和具体流程。保障急救用血治疗需要。	2.2.45.1.1	严格落实国家关于医疗机构临床用血的有关规定,建立临床用血管理委员会或工作组,成员由医务部门、输血科、麻醉科、开展输血治疗的主要临床科室、护理部门、手术室等部门负责人组成,有职责、工作计划、工作记录。
	2.2.45.1.2	制定本机构血液预订、接收、入库、储存、出库、库存预警、临床合理用血等管理制度,完善临床用血申请、审核、监测、分析、评估、改进等管理制度、机制和具体流程。
	2.2.45.1.3	临床用血审核包括但不限于用血申请、输血治疗知情同意、适应证判断、配血、取血发血、临床输血、输血中观察和输血后管理等环节,并全程记录,保障信息可追溯,健全临床合理用血评估与结果应用制度、输血不良反应监测和处置流程。
	2.2.45.1.4	完善急救用血管理制度和流程,保障急救治疗需要。
第二章	二、(四十六)	<p>2.2.46 建立信息安全管理。明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人,依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和保障体系。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>随着信息技术的广泛应用,在为医疗和管理工作带来便利的同时,也带来了信息安全问题。保障信息安全既是医院的管理内容,又涉及患者权利、医疗活动便捷、质量控制和监管、员工行为的可追溯等方面。医院应当建立覆盖患者诊疗信息管理全</p>

		<p>流程的制度和技术保障体系。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
2.2.46.1 建立信息安全管理制度。明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人,依法依规建立覆盖患者诊疗信息管理全流程的制度和技术保障体系。	2.2.46.1.1	明确医院主要负责人是患者诊疗信息安全管理第一责任人。
	2.2.46.1.2	建立全面的信息安全管理制度,从组织结构、责任分工、安全管理范围、信息访问权限、应急处置方法等方面建立制度体系。
	2.2.46.1.3	建立完整的信息安全技术体系,从信息产生、传输、存储、交换、调阅等各个环节,对用户身份识别、用户鉴权、网络入侵监测等方面进行安全管理。
	2.2.46.1.4	建立应急响应机制,定期评估信息安全风险,定期开展信息安全应急演练。
	2.2.46.1.5	医院主管部门对信息管理制度落实和技术保障体系工作的有效性,定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
第二章	二、(四十七)	<p>2.2.47 确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。对员工使用患者诊疗信息实行授权管理,明晰权责,为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>患者诊疗信息管理涉及患者权利保护、诊疗服务的可靠落实,医院信息系统具备符合信息系统管理要求的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。员工获取患者诊疗信息应与其职责和实际工作相符,并被授权。员工知晓权利责任。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
2.2.47.1 确保实现本院患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。对员工使用患者诊疗信息实行授权管理,明晰权责,为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障。	2.2.47.1.1	建立患者诊疗信息安全风险评估和应急工作机制,制定应急预案,每年至少进行一次信息安全应急演练。
	2.2.47.1.2	确保实现本机构患者诊疗信息管理全流程的安全性、真实性、连续性、完整性、稳定性、时效性、溯源性。建立容灾备份系统、持续数据保护系统、日志审计系统(日志保存时间不少于180天)、数据加密机制等安全措施。
	2.2.47.1.3	建立患者诊疗信息保护制度,使用患者诊疗信息应当遵循合法、依规、正当、必要的原则,不得出售或擅自向他人或其他机构提供患者诊疗信息。
	2.2.47.1.4	对员工使用患者诊疗信息实行授权管理,明确员工的患者诊疗信息使用权限和相关责任。为员工使用患者诊疗信息提供便利和安全保障,因个人授权信息保管不当造成的不良后果由被授权人承担。

	2.2.47.1.5	不断提升患者诊疗信息安全防护水平，防止信息泄露、毁损、丢失。定期开展患者诊疗信息安全自查工作，建立患者诊疗信息系统安全事故责任管理、追溯机制。在发生或者可能发生患者诊疗信息泄露、毁损、丢失的情况时，应当立即采取补救措施，按照规定向有关部门报告。
	2.2.47.1.6	有安全监管记录，定期分析，及时处理安全预警，持续改进安全保障系统。

### 3、医疗技术临床应用管理

第二章	三、	2.3 医疗技术临床应用管理
第二章	三、（四十八）	<p><b>2.3.48 医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应。医疗技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。</b></p> <p><b>【概述】</b> 医疗技术能力是医疗机构提供安全、有效医疗服务的基础，包括但不限于医务人员的诊疗技术、设备设施、医疗环境等。医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应，以避免为患者带来额外的风险和医疗资源浪费。科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理是国家通用的医疗技术临床应用原则。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>
2.3.48.1 医院开展医疗技术服务应当与其技术能力相适应。	2.3.48.1.1	医疗技术服务项目符合医院执业许可证中诊疗科目范围要求，与机构技术能力相适应。包括但不限于对医务人员的技能要求，对相应的药品、设备设施功能要求，对开展该项医疗技术的环境要求。
	2.3.48.1.2	医疗技术服务项目符合《医疗技术临床应用管理办法》相关要求。
	2.3.48.1.3	有指定部门负责医疗技术项目管理工作，有统一的审批、管理制度及流程。
	2.3.48.1.4	医疗技术应用管理组织履行监管职责，落实医疗技术管理制度及流程。
	2.3.48.1.5	医疗技术管理持续改进，无安全性、有效性不确切的医疗技术在本医疗机构开展。
2.3.48.2 医疗技术临床应用应当遵循科	2.3.48.2.1	医疗技术管理部门，有医疗技术临床应用的审核程序。
	2.3.48.2.2	医学伦理管理委员会承担医疗技术伦理审核工作，遵循科学、

学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。		安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。重点是限制类医疗技术的审核。
	2.3.48.2.3	有医学伦理审核的回避程序。
	2.3.48.2.4	医疗技术的相关知情同意书需经伦理委员会审核后应用于病历中。
	2.3.48.2.5	医院主管部门和伦理委员会对医疗技术的实施履行全程监管，无违规擅自开展医疗技术案例。
第二章	三、（四十九）	<p>2.3.49 医院在医疗质量管理委员会下设立医疗技术临床应用管理专门组织。人员组成和功能任务符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>《医疗技术临床应用管理办法》规定二级以上医院应当在医疗质量管理委员会下设立医疗技术临床应用管理专门组织负责医院医疗技术临床应用的全面管理，并就人员组成提出了明确要求。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
2.3.49.1 医院在医疗质量管理委员会下设立医疗技术临床应用管理专门组织，人员组成和功能任务符合《医疗技术临床应用管理办法》要求。	2.3.49.1.1	在医疗质量管理委员会下常设医疗技术临床应用管理专门组织，由医务、质量管理、药学、护理、院感、设备等部门负责人和具有高级技术职务任职资格的临床、管理、伦理等相关专业组成。院长是本机构医疗技术临床应用管理的第一责任人。该专门组织的负责人由院长担任，由医务部门负责日常工作，并指定专(兼)职人员负责本院医疗技术临床应用管理工作。
	2.3.49.1.2	医疗技术临床应用管理专门组织履行如下主要职责：根据医疗技术临床应用管理相关的法律、法规、规章，制定本院医疗技术临床应用管理制度并组织实施；审定本院医疗技术临床应用管理目录和手术分级管理目录并及时调整；对首次应用于本院的医疗技术组织论证，对本院已经临床应用的医疗技术定期开展评估；对医疗技术的实施履行全程监管。定期检查本院医疗技术临床应用管理各项制度执行情况，并提出改进措施和要求。有工作计划、工作记录，可追溯。
	2.3.49.1.3	建立本院医疗技术临床应用管理制度，包括目录管理、手术分级、医师授权、质量控制、档案管理、动态评估等制度，保障医疗技术临床应用质量和安全。
第二章	三、（五十）	2.3.50 医院开展医疗技术临床应用应当具有符合要求的诊疗科目、人员、设备、设施和质量控制体系，并遵守相关技术临床应用管理规范。

		<p><b>【概述】</b></p> <p>医院应当依法依规开展医疗技术临床应用，配备合格有资质的人员、适宜的设备设施和环境要求，并有质量控制体系监测医疗技术临床应用的质量安全情况。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、数据核查。</p>
2.3.50.1 医院开展医疗技术临床应用应当具有符合要求的诊疗科目、人员、设备、设施和质量控制体系,并遵守相关技术临床应用管理规范。	2.3.50.1.1	开展医疗技术临床应用应当具有符合要求的诊疗科目，医疗技术临床应用与诊疗科目一致。
	2.3.50.1.2	开展相关医疗技术的人员具备相应资质、权限。
	2.3.50.1.3	开展相关医疗技术的设备、设施功能完好、符合要求。
	2.3.50.1.4	建立医疗技术临床应用质量控制体系，有医疗技术实施路径或操作规范，有医疗技术临床应用质量管理的指标，定期分析和反馈，持续改进。
	2.3.50.1.5	遵守相关技术临床应用管理规范。
	2.3.50.1.6	当可能影响到医疗质量和安全的条件（如技术力量、设备和设施）发生变异时，有中止实施诊疗技术的相关规定并实施。
第二章	三、（五十一）	<p>2.3.51 医院开展限制类医疗技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》履行自我评估和备案程序。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>国家对限制类技术实施备案管理，医院开展限制类技术应承担主体责任，按照《医疗技术临床应用管理办法》在开展限制类技术前进行自我评估，及时向卫生健康行政部门备案。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>
2.3.51.1 医院开展限制类医疗技术,按照《医疗技术临床应用管理办法》履行自我评估和备案程序。	2.3.51.1.1	有国家及地区卫生健康委制定发布或者委托专业组织制定发布的禁止类技术目录（负面清单）。
	2.3.51.1.2	建立符合医疗技术临床应用管理规范的自我评估制度。医院开展限制类技术，应当按照《医疗技术临床应用管理办法》进行自我评估，内容包括但不限于对医院、开展人员，技术管理、设备设施和环境等方面的基本要求。自我评估结果报医疗技术临床应用管理专门组织审核。
	2.3.51.1.3	有国家及地区限制类技术目录，对限制类技术实施备案管理制度。开展限制类医疗技术，按照《医疗技术临床应用管理办法》履行备案程序。开展首例临床应用后 15 个工作日内向卫生健康行政部门完成备案。
	2.3.51.1.4	医院主管部门对限制类技术进行动态管理、全程监管。医疗机构未开展禁止类医疗技术。

	2.3.51.1.5	开展临床应用的限制类技术名称和所具备的条件及有关评估材料完整。
第二章	三、(五十二)	2.3.52 未经伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类医疗技术和存在重大伦理风险的医疗技术，不得应用于临床。 <b>【概述】</b> 伦理审查是保护患者权利的必要手段，医院所有医疗技术均应当通过伦理审查。 <b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。
2.3.52.1 未经伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类医疗技术和存在重大伦理风险的医疗技术，不得应用于临床。	2.3.52.1.1	建立医疗技术的相关管理制度与审批程序。
	2.3.52.1.2	拟开展的医疗技术、特别是限制类医疗技术有伦理审查申请。
	2.3.52.1.3	伦理委员会履行职责，对医疗技术特别是限制类医疗技术和存在重大伦理风险进行伦理审查。
	2.3.52.1.4	医疗技术主管部门监管职责明确，履行监管职能。
	2.3.52.1.5	对开展的医疗技术临床应用实施严格管理。
	2.3.52.1.6	无未经本机构伦理委员会审查通过的医疗技术，特别是限制类医疗技术，不得应用于临床。
第二章	三、(五十三)	2.3.53 制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，对目录内的手术进行分级管理。 <b>【概述】</b> 建立医疗技术临床应用管理目录是医院开展医疗技术临床应用管理的基础。医院应当梳理本院正在开展的各项医疗技术，编制成医疗技术临床应用管理目录，并根据技术的复杂程度、风险性等对目录内的手术进行分级管理。 <b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。
2.3.53.1 制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，对目录内的手术进行分级管理。	2.3.53.1.1	制定本机构医疗技术临床应用管理目录并及时调整，目录应当包括本院开展临床应用的所有医疗技术。
	2.3.53.1.2	对医疗技术临床应用管理目录内的手术，按照国家关于手术分级管理的有关规定进行分级管理，有手术分级目录，并根据手术开展情况定期调整。
	2.3.53.1.3	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	2.3.53.1.4	医疗技术管理及手术分级管理执行良好，无越级手术或未经授权擅自开展手术的案例。
第二章	三、(五十四)	2.3.54 建立医师手术授权与动态管理制度，根据医师的专业能

		<p>力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>医师手术授权与动态管理制度是根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，结合手术难度、风险性等因素对所有医师进行个体化手术授权的制度，是医院精细化、科学化管理的体现。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.3.54.1 建立医师手术授权与动态管理制度,根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况,授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。	2.3.54.1.1	建立医师手术授权制度，根据医师的专业能力、临床实践、手术质量安全和培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术项目权限。
	2.3.54.1.2	建立动态管理制，明确取消和增加医师手术授权的情形，并有相应调整记录。
	2.3.54.1.3	建立医师手术质量监测机制，供定期调整授权时参考、决策。
	2.3.54.1.4	医院主管部门履行监管职责，根据监管情况，对授权情况实施动态管理，有授权管理的完整资料。
	2.3.54.1.5	医疗技术分级分类管理执行良好，无越级手术或未经授权擅自开展手术的案例。
第二章	三、(五十五)	<p>2.3.55 医院依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术，并为医务人员建立医疗技术临床应用管理档案，纳入个人专业技术档案管理。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>医院应当正确评估医务人员的专业能力，明确每一位医务人员的医疗技术实施范围，建立医务人员医疗技术临床应用管理档案，作为其专业技术档案的一部分。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>
2.3.55.1 医院依法准予医务人员实施与其专业能力相适应的医疗技术,并为医务人员建立医疗技术临床应用管理档案,纳入个人专业技术档案管理。	2.3.55.1.1	有医疗技术资格许可授权考评组织及考评标准。
	2.3.55.1.2	申请资格许可授权，应通过考评认定，根据分级管理原则，经过医院主管部门审核批准。
	2.3.55.1.3	医院管理部门对其专业能力适应性进行审核管理，有高风险技术操作的卫生技术人员实行授权的管理制度与审批程序。
	2.3.55.1.4	建立医务人员医疗技术临床应用管理档案，内容包括但不限于准予医务人员开展医疗技术目录、医疗质量情况、医疗技术差错事故、医疗技术培训考核情况等。医疗技术临床应用管理档

		案纳入个人专业技术档案管理。
	2.3.55.1.5	医院主管部门履行监管职责，根据监管情况，对授权情况实施动态管理，有授权或取消授权管理的完整资料。
	2.3.55.1.6	有医疗技术项目操作人员的技能能力、资质数据库，及时更新。
第二章	三、(五十六)	<p>2.3.56 建立医疗技术临床应用论证制度。对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展技术能力和安全保障能力论证并进行伦理审查。</p> <p><b>【概述】</b> 医疗技术的实施需要相应的技术能力和安全保障能力，医院应当建立医疗技术临床应用论证制度。首次在本院实施的医疗技术应当通过医疗技术临床应用论证。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.3.56.1 建立医疗技术临床应用论证制度。对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展技术能力和安全保障能力论证并进行伦理审查。	2.3.56.1.1	建立首次应用医疗技术论证制度，以及本院医疗技术应用授权与临床应用论证制度及工作流程。
	2.3.56.1.2	对已证明安全有效，但属本院首次应用的医疗技术，应当组织开展技术能力和安全保障能力论证。
	2.3.56.1.3	本院首次应用的医疗技术通过伦理审查。
	2.3.56.1.4	医院主管部门履行监管职责，根据监管情况，对医疗技术开展情况实施全程监管。
	2.3.56.1.5	医疗技术临床应用论证制度落实良好，无未经论证擅自开展医疗技术的案例。
第二章	三、(五十七)	<p>2.3.57 建立医疗技术临床应用评估制度，对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估，并根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限和有关管理要求。</p> <p><b>【概述】</b> 开展医疗技术临床应用评估，是保证医疗技术安全、有效、经济和符合伦理的重要手段，对限制类技术开展重点评估，评估内容包括但不限于实施该项医疗技术的医务人员能力评估、该项医疗技术的患者评估、环境评估、设备设施和辅助条件等评估。评估结果用于及时调整医疗技术临床应用管理目录、医师的相关权限等。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作、患者访谈、病历检查、病案检查。</p>

2.3.57.1 建立医疗技术临床应用评估制度,对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估,并根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限和有关管理要求。	2.3.57.1.1	建立医疗技术临床应用评估制度。
	2.3.57.1.2	对限制类技术的质量安全和技术保证能力进行重点评估,评估内容包括但不限于接受该项医疗技术的患者评估(适应证和禁忌证、临床应用效果和患者生存质量、不良反应、死亡、医疗事故)、环境评估和设备设施评估等。
	2.3.57.1.3	遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的评估原则,评估指标量化。
	2.3.57.1.4	根据评估结果及时调整本院医疗技术临床应用管理目录、医师相关技术临床应用权限、医疗技术临床应用管理要求。
	2.3.57.1.5	对存在严重质量问题或者不符合有关技术管理要求的,要立即停止该项技术的临床应用,并有记录。
第二章	三、(五十八)	<p>2.3.58 建立医疗技术临床应用质量控制制度,以限制类技术为重点,制定本院医疗技术质量控制指标,加强信息收集、分析与反馈,持续改进技术临床应用质量。</p> <p><b>【概述】</b> 医院应当建立医疗技术临床应用质量控制制度,以限制类技术为重点,制定医疗技术临床应用质量控制指标,有信息收集、分析和反馈持续改进的机制。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.3.58.1 建立医疗技术临床应用质量控制制度,以限制类技术为重点,制定本院医疗技术质量控制指标,加强信息收集、分析与反馈,持续改进技术临床应用质量。	2.3.58.1.1	建立医疗技术临床应用质量控制制度,覆盖医疗技术临床应用的全过程。
	2.3.58.1.2	以限制类技术为重点,制定本院医疗技术质量控制指标,需符合国家和省级管理要求。
	2.3.58.1.3	根据医院开展的医疗技术,制定科室医疗技术临床应用质控指标,关注本科室日常开展的医疗技术。
	2.3.58.1.4	加强信息收集、分析与反馈,持续改进医疗技术临床应用质量。
第二章	三、(五十九)	<p>2.3.59 建立医疗技术临床应用规范化培训制度。重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。</p> <p><b>【概述】</b> 医疗技术临床应用的规范化培训是保障医疗技术临床应用质量的重要措施。医院应当建立医疗技术临床应用规范化培训机制,重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。</p> <p><b>【评审方法】</b></p>

		文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。
2.3.59.1 建立医疗技术临床应用规范化培训制度。重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养。	2.3.59.1.1	按照国家及省级医疗技术临床应用规范化培训标准和考核要求，制定本院医疗技术临床应用规范化培训制度，有培训大纲、培训计划和考核标准，培训内容包括但不限于对法律法规、规章制度以及专项技术的学习。
	2.3.59.1.2	重视医疗技术临床应用管理人才队伍的建设和培养，进行管理学理论及方法的培训，强化自我管理意识，提高管理水平和技能。
	2.3.59.1.3	相关医务人员按照《医疗技术临床应用管理办法》要求接受培训与考核。
	2.3.59.1.4	规范化培训制度得以落实，有完整的培训和考核资料，医院主管部门对规范化培训工作进行监督管理。
第二章	三、（六十）	<p>2.3.60 医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况应当纳入医院院务公开范围，接受社会监督。</p> <p><b>【概述】</b> 限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围，接受社会监督。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、现场检查。</p>
2.3.60.1 医院开展的限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况纳入医院院务公开范围,接受社会监督。	2.3.60.1.1	将限制类技术目录、手术分级管理目录和限制类技术临床应用情况纳入院务公开范围，接受社会监督。
	2.3.60.1.2	医院主管部门对医疗技术临床应用院务公开工作实行监督管理。
第二章	三、（六十一）	<p>2.3.61 医院按照规定停止出现相关情形的医疗技术临床应用，并按规定履行报告程序。</p> <p><b>【概述】</b> 医疗技术临床应用项目的评估应根据国家和省级卫生健康行政部门规定落实，医院按照规定停止出现相关情形的医疗技术临床应用，并按规定履行报告程序。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.3.61.1 医院按照规	2.3.61.1.1	根据《医疗技术临床应用管理办法》，制定出现相关情形下停

定停止出现相关情形的医疗技术临床应用,并按规定履行报告程序。		止使用医疗技术临床应用的制度,并对全体医务人员培训。
	2.3.61.1.2	临床科室在医疗技术临床应用过程中出现不良事件应按规定程序报告,属于规定中需立即停止情形的,应立即停止该项医疗技术的临床应用,并向医院主管部门报告。
	2.3.61.1.3	医院主管部门发现本机构出现规定中需立即停止情形的,应立即要求临床科室停止该项医疗技术的临床应用,并立即向核发其《执业许可证》的卫生健康行政部门报告。
	2.3.61.1.4	按照规定,出现以下情形时应当立即停用:被国家卫生健康委列入为“禁止类技术”的医疗技术;从事该项医疗技术的主要专业技术人员或者关键设备设施及其他辅助条件发生变化,不能满足相关技术临床应用管理规范要求,或者影响临床应用效果的;该项医疗技术在本院应用过程中出现重大医疗质量、医疗安全或伦理问题,或者发生与技术相关的严重不良后果的;发现该项医疗技术临床应用效果不确切,或存在重大质量、安全、或伦理缺陷的。
	2.3.61.1.5	前款停用的医疗技术,属于限制类技术的,上报省级卫生健康行政部门,主动申请撤销备案,并向社会公示。
	2.3.61.1.6	医院主管部门对报告情况进行监督管理。
第二章	三、(六十二)	<p>2.3.62 医院按照要求,及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>限制类技术是国家医疗技术临床应用管理的重点内容,及时、准确、完整上报相关数据便于国家做好医疗技术临床应用评估,也作为医院规范开展相应工作的依据。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.3.62.1 医院按照要求,及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。	2.3.62.1.1	有上报机制,及时、准确、完整地向全国和省级医疗技术临床应用信息化管理平台逐例报送限制类技术开展情况数据信息。
	2.3.62.1.2	建立数据信息内部验证机制,确保数据真实,符合上报要求。
	2.3.62.1.3	对上报情况定期进行分析反馈,持续改进上报质量。
第二章	三、(六十三)	<p>2.3.63 医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的,应当达到国家和省级卫生健康行政部门规定的条件,制定培训方案并向社会公开,同时履行备案程序。</p>

		<p><b>【概述】</b></p> <p>限制类技术临床应用必须经过规范化培训，承担限制类技术临床应用规范化培训工作的医院应当符合国家和省级卫生健康行政部门规定的条件，有科学的培训方案，完成备案。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、现场检查。</p>
2.3.63.1 医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，达到国家和省级卫生健康行政部门规定的条件，制定培训方案并向社会公开，同时履行备案程序。	2.3.63.1.1	承担限制类技术临床应用规范化培训工作的医院，应当满足相应的技术临床应用管理规范规定的培训条件。
	2.3.63.1.2	及时履行备案程序，有限制类技术临床应用规范化培训基地实施备案管理资料。
	2.3.63.1.3	制定培训方案，培训内容包括但不限于相关技术的法律法规、规章制度、技术规范、操作技能、伦理道德教育、限制类技术质控指标、病历书写、患者随访等，并向社会公开。
	2.3.63.1.4	医疗技术临床应用规范化培训各项工作得以落实，医院主管部门履行监管职责。
第二章	三、（六十四）	<p><b>2.3.64 医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当建立培训规章制度及流程，明确岗位职责和管理要求，加强学员管理，建立学员培训档案，按照培训方案和计划开展培训工作，保障培训质量。</b></p> <p><b>【概述】</b></p> <p>医院建立限制类技术规范培训的机制，明确相关的职责制度并落实，学员管理到位，按照培训方案和计划开展培训，培训质量有监测、分析和持续改进，确保达到培训目标。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、现场检查、员工操作。</p>
2.3.64.1 医院承担限制类技术临床应用规范化培训工作的，应当建立培训规章制度及流程，明确岗位职责和管理要求，加强学员管理，建立学员培训档案，按照培训方案和计划开展培训工作，保障培训质量。	2.3.64.1.1	为限制类技术临床应用规范化培训工作制定规章制度及流程，明确相关职责和管理要求。
	2.3.64.1.2	按照培训方案和计划开展培训工作，按照国家或省级卫生健康行政部门统一的培训标准和要求，制定培训方案和计划，培训教材和大纲要满足培训要求，保障培训质量。
	2.3.64.1.3	考核包括过程考核和结业考核，过程考核包括但不限于医德医风、出勤、理论学习、日常临床实践、培训指标完成情况和参加业务学习情况等；结业考核包括理论考核和临床实践能力考核。
	2.3.64.1.4	加强学员管理，建立学员培训档案，档案内容可以包括医师基本信息、培训的起止时间、参加相关技术诊疗工作或手术培训的例数、参与技术应用的质量安全情况、参与相关技术全过程

		管理的患者例数、考核结果等。
	2.3.64.1.5	医院主管部门对规范化培训工作执行情况进行监督管理，规范化培训工作持续改进，确保培训质量和效果。

#### 四、医疗安全风险防范

第二章	四、	2.4 医疗安全风险防范
第二章	四、(六十五)	<p>2.4.65 以减少诊疗活动对患者的伤害为目标,建立医疗质量(安全)不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制。有对本院医疗质量(安全)不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享和持续改进机制。</p> <p><b>【概述】</b> 不良事件管理是医疗安全的核心内容,医院应当建立医疗质量(安全)不良事件管理制度,并通过医疗质量(安全)不良事件的分析,促进医疗质量提高。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>
2.4.65.1 以减少诊疗活动对患者的伤害为目标,建立医疗质量(安全)不良事件信息采集、记录和报告相关制度和激励机制。	2.4.65.1.1	建立医疗质量(安全)不良事件信息采集、记录和报告相关制度,明确相关部门职责。
	2.4.65.1.2	以减少诊疗活动对患者的伤害为目标,鼓励主动上报医疗质量(安全)不良事件,建立激励机制。
	2.4.65.1.3	有不良事件分类目录,有医院安全(不良)事件报告流程和办法的教育和培训,员工知晓。
	2.4.65.1.4	有便于相关人员报告医院安全(不良)事件的途径。
	2.4.65.1.5	有降低医院安全(不良)事件漏报、缓报的方法、分析和改进措施。
	2.4.65.1.6	有部门统一收集、核查医院安全(不良)事件,向相关机构上报。
	2.4.65.1.7	建立医院安全(不良)事件直报系统及数据库。
	2.4.65.1.8	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
2.4.65.2 有对本院医疗质量(安全)不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享和持续改进机制。	2.4.65.2.1	对本院医疗质量(安全)不良事件及管理缺陷进行统计分析、信息共享。
	2.4.65.2.2	对重大安全(不良)事件进行根本原因分析。
	2.4.65.2.3	建立持续改进医疗质量(安全)不良事件相关因素及管理缺陷的机制。利用信息资源加强管理,实施具体有效的改进措施,医院管理体系、运行机制与规章制度不断完善。

第二章	四、(六十六)	<p>2.4.66 落实《医疗纠纷预防和处理条例》，加强医疗风险管理，完善医疗风险的识别、评估和防控措施并定期检查落实情况，及时消除隐患。</p> <p><b>【概述】</b> 医疗风险管理是医疗质量管理不可或缺的部分，医疗机构应当及时消除影响患者安全、员工安全、医院运营和发展的隐患。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
2.4.66.1 落实《医疗纠纷预防和处理条例》，妥善处理医疗纠纷。	2.4.66.1.1	有医疗纠纷范围界定、处理制度与操作流程，并落实。
	2.4.66.1.2	有法律顾问、律师提供相关法律支持。
	2.4.66.1.3	相关人员熟悉流程并履行相应职责。
	2.4.66.1.4	医院主管部门定期检查、分析、反馈。
2.4.66.2 对员工进行纠纷防范及处理的专门培训。	2.4.66.2.1	对员工进行纠纷防范及处理的培训，有完整相关资料（每年至少一次）。
	2.4.66.2.2	开展多种形式典型案例教育。
	2.4.66.2.3	医院主管部门对培训效果有评价、分析、反馈。
2.4.66.3 加强医疗风险管理，建立医疗风险防范机制，医院针对医疗风险制定相应制度、流程与医疗风险管理方案。	2.4.66.3.1	针对医疗风险制定相应制度与流程，并落实。有医疗风险管理方案（包括医疗风险识别、评估、分析、处理和监控等内容），并定期修订。
	2.4.66.3.2	识别、评估医院内部存在的医疗风险点，根据负性事件发生的概率、严重性等指标对医疗风险进行分级。
	2.4.66.3.3	有针对性的风险防控措施，包括但不限于医疗风险的知识培训、预警、控制、避让和风险分担等措施。
	2.4.66.3.4	有信息化的医疗风险监控与预警系统，建立跨部门的协调机制。
	2.4.66.3.5	科室对医疗风险有自查，对存在问题有改进。
	2.4.66.3.6	医院主管部门对医疗风险的防范定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况，及时消除隐患。
2.4.66.4 开展防范医疗风险相关知识、技能的教育与培训。	2.4.66.4.1	有医疗风险防范培训的计划，并落实。
	2.4.66.4.2	定期进行防范医疗风险的相关教育与培训。
	2.4.66.4.3	有针对共性及各科室专业特点，制定相关教育与培训的课程内容。
	2.4.66.4.4	员工知晓本部门及本岗位医疗风险。
	2.4.66.4.5	医院主管部门对培训效果有评价、分析、反馈。
第二章	四、(六十七)	<p>2.4.67 建立健全医患沟通机制和投诉管理制度。实行“首诉负责制”。投诉相关信息用于医疗质量管理的持续改进。</p> <p><b>【概述】</b></p>

		<p>医患沟通是医疗服务的组成部分，医疗机构应当按照《医疗机构投诉管理办法》相关要求建立顺畅的沟通渠道，建立首诉负责制，避免强化患者负面感受，改进医疗服务质量。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。</p>
2.4.67.1 设立或指定专门部门统一接受、处理患者和员工投诉,及时处理并答复投诉人。	2.4.67.1.1	建立健全医患沟通机制和投诉管理制度，有投诉处置流程。
	2.4.67.1.2	有专门部门统一受理、有效处理投诉。投诉接待室配有录音录像设施。
	2.4.67.1.3	实行“首诉负责制”，科室、职能部门处置投诉的职责明确，有投诉协调处置机制。
	2.4.67.1.4	对投诉处置有明确时限规定，告知患者投诉处置结果。各种投诉及时有效处理，患方满意度不断提升。
2.4.67.2 建立患者投诉渠道,健全投诉档案,规范投诉处理程序,持续改进医疗服务。	2.4.67.2.1	公布投诉管理部门、地点、接待时间、联系方式及上级部门投诉电话。
	2.4.67.2.2	有投诉处理程序，有记录，体现投诉处理的全过程。
	2.4.67.2.3	建立健全投诉档案。
	2.4.67.2.4	将投诉与绩效考核相结合。
	2.4.67.2.5	定期分析相关投诉信息，以共性的投诉问题开展警示教育，持续改进医疗质量安全。
第二章	四、(六十八)	<p><b>2.4.68 建立药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告制度，定期评估相关事件并及时反馈临床，按照国家有关规定向相关部门报告。</b></p> <p><b>【概述】</b> 药品不良反应、药品损害事件和医疗器械不良事件监测报告是医疗质量管理的组成部分，定期分析评估相关事件有助于避免同类事件发生。医疗机构有义务按照国家有关规定及时上报相关信息，为政府部门及时调整管理政策提供依据。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>
2.4.68.1 建立药品不良反应、药品损害事件监测报告制度,定期评估相关事件并及时反馈临床,按照国家有关规定向相关部门报告。	2.4.68.1.1	建立药品不良反应、药品损害事件监测报告制度，有报告流程并落实。
	2.4.68.1.2	医师、药师、护士及其他医务人员相互配合对患者用药情况进行监测。重点监测非预期（新发现）的、严重的药物不良反应。有原始记录。
	2.4.68.1.3	发生严重药品不良反应或药品损害事件，积极进行临床救治，做好医疗记录，保存好相关药品、物品的留样，并对事件进行及时的调查、分析、反馈、整改，按规定上报卫生健康行政部

		门和药品监督管理部门。
	2.4.68.1.4	将患者发生的药品不良反应如实记入病历中。
	2.4.68.1.5	按照国家有关规定向相关部门报告,可追溯。
	2.4.68.1.6	有鼓励药品不良反应与药害事件报告的措施,并落实。
	2.4.68.1.7	建立药品不良事件报告信息平台,与医疗安全(不良)事件统一管理。
	2.4.68.1.8	定期评估相关事件并及时反馈临床。
2.4.68.2 建立医疗器械不良事件监测报告制度,定期评估相关事件并及时反馈临床,按照国家有关规定向相关部门报告。	2.4.68.2.1	建立医疗器械不良事件监测报告制度,有报告流程并落实。
	2.4.68.2.2	医师、护士、其他医务人员及医疗器械管理人员相互配合对器械不良事件进行监测。
	2.4.68.2.3	建立医疗器械临床使用安全监测和安全事件报告分析、评估、反馈机制,根据风险程度,发布风险预警,暂停或终止高风险器械的使用。
	2.4.68.2.4	按照国家有关规定向相关部门报告。
	2.4.68.2.5	有鼓励医疗器械不良事件报告的措施,并落实。
	2.4.68.2.6	建立医疗器械不良事件报告信息平台,与医疗安全(不良)事件统一管理。
	2.4.68.2.7	定期评估相关事件并及时反馈临床。
第二章	四、(六十九)	<p>2.4.69 有对深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处制的制度和流程并开展全员培训。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>深静脉血栓影响患者安全,是导致患者非预期死亡的重要原因,容易造成医患矛盾和纠纷。及时识别深静脉血栓高危患者并采取规范的预防措施是提升医疗质量、保障患者安全的重要措施。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>
2.4.69.1 有对深静脉血栓中高危患者评估、识别、预防、诊断和处制的制度和流程并开展全员培训。	2.4.69.1.1	建立医院深静脉血栓管理组织,制定深静脉血栓防治管理制度或防治管理手册。
	2.4.69.1.2	制定深静脉血栓评估、识别、预防、诊断和处制的制度和流程,纳入相关疾病诊疗规范并落实。
	2.4.69.1.3	医院内有 VTE 应急预案和处理流程,有深静脉血栓快速反应团队或专家会诊团队。
	2.4.69.1.4	开展全员相关培训,相关员工知晓。
	2.4.69.1.5	建立深静脉血栓防治考核激励机制,有符合单位实际的考核内容和标准,并有定期的考核内容、考核记录。有对住院患者 VTE

		评估、预防、诊疗质量开展的激励机制，有对住院患者 VTE 无评估、无预防、无诊疗科室等的处罚措施。
	2.4.69.1.6	科室有定期自查、总结分析与整改。
	2.4.69.1.7	医院主管部门有监管，每季度对 VTE 监测指标进行汇总、分析、反馈，并持续改进。
第二章	四、（七十）	<p>2.4.70 关注院内安全，有针对心脏骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制，保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。</p> <p><b>【概述】</b> 心脏骤停、昏迷和跌倒等高风险事件严重危及患者生命安全，医院应保障全院范围内紧急救治和生命支持服务。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
2.4.70.1 关注院内安全，有针对心脏骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制。	2.4.70.1.1	明确高风险患者和高风险服务，如紧急的患者，昏迷的患者，需要生命支持的患者，传染性疾病患者的医疗服务，免疫抑制患者的医疗服务，透析患者的医疗服务，约束患者的医疗服务，化疗患者的医疗服务，弱势群体的医疗服务（包括虚弱的老人、非独立的儿童、有被虐待或被忽视风险的患者），姑息性治疗患者的医疗服务等。制订和实施相应制度、程序和（或）医疗规范，管理高风险服务。
	2.4.70.1.2	有针对心脏骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件的应急措施和救护机制。
	2.4.70.1.3	确定心脏骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件，并采取措施以降低和（或）预防这些高风险意外事件。
	2.4.70.1.4	定期开展应对高风险意外事件的应急演练，确保员工掌握处置要求，对员工高风险意外事件的处置能力进行培训及考核。
	2.4.70.1.5	科室对高风险意外事件预防、应急、救治工作存在的问题有整改。
	2.4.70.1.6	医院主管部门有监管，每季度对心脏骤停、昏迷、跌倒等高风险意外事件进行监测、汇总、分析、反馈，并纳入医院的质量改进计划。
2.4.70.2 临床人员训练有素，能够识别和应对患者的病情变化，减低心脏骤停的发生和患者死亡率。	2.4.70.2.1	制定并实施系统化的流程（如 MEWS 早期预警评估系统），以帮助员工识别和应对病情正在恶化的患者。
	2.4.70.2.2	制定并执行书面的标准，该标准描述患者病情变化或恶化的早期警示体征，及寻求进一步帮助的时机。
	2.4.70.2.3	根据早期警示标准，员工在对患者病情有所担忧时寻求其他援助。

	2.4.70.2.4	告知患者和家属，当他们对病情有担忧时，要如何寻求帮助。
	2.4.70.2.5	医院主管部门对早期预警标准执行情况定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	2.4.70.2.6	持续减低心脏骤停的发生和患者死亡率。
2.4.70.3 保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务。全院范围内都能随时获得复苏服务。	2.4.70.3.1	保障全院任何区域内均能及时提供紧急救治和生命支持服务，即在全院范围内所有患者每天 24 小时都可随时获得复苏服务。
	2.4.70.3.2	根据医院服务的患者人群需要，用于复苏的医疗设备以及用于基本和高级生命支持的药物是标准化的。
	2.4.70.3.3	在医院内所有区域（包括任何提供治疗和服务的场所，包含医院内独立建筑物中的治疗或诊疗区），发现心脏骤停或呼吸停止后，立即提供基础生命支持，并在 5 分钟内提供高级生命支持。
	2.4.70.3.4	回顾内部既往的紧急医疗情况数据，并确定需要改进的方面。
2.4.70.4 对患者进行跌倒、坠床等风险评估，并采取措施防止意外事件的发生。	2.4.70.4.1	有防范患者跌倒、坠床的相关制度，体现多部门协作，并落实。
	2.4.70.4.2	对住院患者进行跌倒、坠床风险评估，根据病情、用药变化再评估，并在病历中记录。
	2.4.70.4.3	主动告知患者跌倒、坠床风险及防范措施，对特殊患者，如儿童、老年人、孕妇、行动不便和残疾等患者，采取适当措施防止跌倒、坠床等意外，如警示标识、语言提醒、搀扶或请人帮助、床挡等，有记录。
	2.4.70.4.4	科室对跌倒、坠床安全管理有自查、分析、整改。
	2.4.70.4.5	医院主管部门对跌倒、坠床安全管理定期检查、分析、反馈。
2.4.70.5 有患者跌倒坠床等意外事件报告制度、处置预案与工作流程。	2.4.70.5.1	有患者跌倒、坠床等意外事件报告相关制度、处置预案与流程，相关人员知晓并执行。
	2.4.70.5.2	科室对患者跌倒、坠床等报告制度与处置预案等的落实情况有自查。
	2.4.70.5.3	医院主管部门对跌倒、坠床等意外事件报告定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.4.70.6 有压疮风险评估与报告制度，有压疮诊疗及护理规范。	2.4.70.6.1	有压疮风险评估、报告制度与诊疗措施，并落实。
	2.4.70.6.2	有压疮诊断与压疮创面处理的诊疗及护理规范，并执行。
	2.4.70.6.3	主动告知患者压疮风险及防范措施。
	2.4.70.6.4	对患者进行压疮风险评估并能按风险程度及病情变化作出动态评估。
	2.4.70.6.5	医院主管部门对压疮风险管理有检查、分析、反馈。
2.4.70.7 落实预防压疮及创面处理的措	2.4.70.7.1	有预防压疮的设备材料，医护人员能够正确使用。
	2.4.70.7.2	医护人员根据压疮预防、创面处理规范，落实各项措施。

施。	2.4.70.7.3	科室对患者压疮风险评估、报告制度与诊疗措施等落实情况有自查。
	2.4.70.7.4	医院主管部门对预防压疮管理定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.4.70.8 医院有流程来识别有自杀和自伤风险的患者。	2.4.70.8.1	确定需要进行自杀和自伤筛查的患者群体，和（或）筛查标准，对患者进行自杀和自伤筛查。如，可选择对精神科、产后科室、急诊科、肿瘤科、神经内科、心身科所有的患者进行筛查。
	2.4.70.8.2	在使用筛查工具的基础上，医院使用循证工具，根据制订的标准评估患者的自杀倾向。根据制订的标准，筛查阳性的患者被确定为有自杀和（或）自伤“风险”。
	2.4.70.8.3	进行环境风险评估，识别可能用于自杀或自伤企图的物理环境特征，并采取必要的措施将风险降至最低。
	2.4.70.8.4	制订和实施规范和程序以降低患者自杀和（或）自伤风险。
	2.4.70.8.5	通过分析自伤、事故或死亡的数据，监测自伤和（或）自伤预防规范和程序的实施和效果。
	2.4.70.8.6	工作人员接受筛查标准、筛查工具以及自杀和自伤风险降低规范和程序方面的培训。
第二章	(七十一)	<p>2.4.71 关注分娩安全，有控制分娩疼痛和减少分娩损伤的制度、技术规范和流程。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>分娩安全是人民健康的重要组成部分，控制分娩疼痛和减少分娩损伤对增强人民群众获得感、安全感、幸福感具有重要意义，医院应当按照国家有关规定落实相关措施。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.4.71.1 有分娩镇痛措施。	2.4.71.1.1	有分娩镇痛（药物性分娩镇痛或非药物性分娩镇痛）的制度、技术规范和流程及产程影响的处理流程。
	2.4.71.1.2	有一套识别患者疼痛的流程。
	2.4.71.1.3	当疼痛是计划中的治疗、操作或检查的预期结果时，告知患者出现疼痛的可能性和可用于疼痛管理的选择。
	2.4.71.1.4	根据疼痛管理的指南和操作规程，以及疼痛管理的目标，为疼痛患者提供医疗服务。
	2.4.71.1.5	根据提供的服务形式（药物性或非药物性），医院有对患者及家属进行疼痛交流与教育的流程。
	2.4.71.1.6	根据提供的服务范围，医院有对医务人员进行疼痛管理相关教

		育的流程。
	2.4.71.1.7	科室有自查，有监测指标数据收集分析，对存在问题有改进措施。
	2.4.71.1.8	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.4.71.2 减少分娩损伤。	2.4.71.2.1	有减少分娩损伤的制度、技术规范和流程。
	2.4.71.2.2	熟练掌握产科基本操作技能、正常分娩的接产技术及产程管理技术。
	2.4.71.2.3	用产科诊疗规范、指南及临床路径规范诊疗工作，从临床诊疗流程与病历记录的诊疗方案或产程记录中证实执行力。
	2.4.71.2.4	分娩前由具有法定资质的医师和助产人员按照制度、程序进行分娩前风险评估/诊断，其结果应记录在病历上。
	2.4.71.2.5	有妊娠风险五色管理评估记录及宫颈评分记录。
	2.4.71.2.6	产房医护人员经培训考核合格，并有记录（包括新上岗人员培训和再培训）。每年有至少2次关于产科诊疗规范的再培训，并有书面记录。
	2.4.71.2.7	医务人员掌握各种难产诊疗技术。
	2.4.71.2.8	有各种孕产妇急危重症、高危妊娠和高危新生儿的诊疗规范，有急、危重症的抢救流程。
	2.4.71.2.9	科室有自查，有监测指标数据收集分析，对存在问题有改进措施。
	2.4.71.2.10	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。

## 五、诊疗质量保障与持续改进

第二章	五、	2.5 诊疗质量保障与持续改进
第二章	五、（七十二）	<p>2.5.72 门、急诊（含发热、肠道门诊，下同）布局符合相关规定，能满足临床管理工作。建立门、急诊管理制度和 workflow、突发应急事件处置预案并组织实施。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>门、急诊是医院第一道窗口，应当统筹规划，严格落实法定要求，体现“以患者为中心”的理念并满足临床管理需求。同时，建立全覆盖的门急诊管理制度和 workflow，针对门急诊容易出现的高风险意外事件，建立应急预案并落实。</p>

		<p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
2.5.72.1 门、急诊布局科学、合理,体现“以患者为中心”的理念,并符合相关规定,能满足临床管理工作。	2.5.72.1.1	门诊布局科学、合理,分区清楚,流程有序、连贯、便捷,符合患者就诊流程要求和医院感染管理需要。
	2.5.72.1.2	急诊科按照相关要求独立设置,其功能、布局、人员和设备配备及药品配置符合要求。
	2.5.72.1.3	急诊科的辅助检查、药房、收费等区域的距离利于急诊抢救,满足急诊服务需求。
	2.5.72.1.4	急诊科入口应当通畅,有醒目的路标和标识,并设有救护车通道和专用停靠处。
	2.5.72.1.5	成立院前急救科且有固定医护人员。
2.5.72.2 仪器设备及药品配置符合急诊科建设与管理的基本标准。急救设备处于应急备用状态,有应急调配机制。	2.5.72.2.1	仪器设备及药品配置符合急诊科建设与管理的基本标准。
	2.5.72.2.2	保障急救用的仪器设备及药品满足急救需要。
	2.5.72.2.3	各种抢救设备操作规程随设备存放,方便使用。
	2.5.72.2.4	急救设备有专人保养维护,急救药品有专人管理,急救设备处于应急备用状态,有应急调配制度。
	2.5.72.2.5	科室对应急设备状态有自查,问题及时整改。
	2.5.72.2.6	医院主管部门对急诊设备药品配置和维护情况定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
2.5.72.3 建立门、急诊管理制度和工作流程、突发应急事件处置预案并组织实施。	2.5.72.3.1	建立门、急诊管理制度和工作流程。有措施保障门诊重点区域和高峰时段诊疗秩序和连贯性,缩短患者等候时间;有便民措施。
	2.5.72.3.2	有门、急诊突发事件应急处置预案,包括:人员职责、处理程序、通讯方式、保障措施等。门、急诊医护人员熟悉相关处理程序,有演练。抢救设施设备、物(药)品处于备用状态。
	2.5.72.3.3	医院主管部门对门、急诊突发事件管理定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
第二章	五、(七十三)	<p>2.5.73 加强门、急诊专业人员和技术力量配备,根据门、急诊就诊患者流量和突发事件调配医疗资源,做好资源调配。对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训。</p> <p><b>【概述】</b> 足够的门、急诊专业人员是保证门、急诊医疗服务质量安全的基础,医院应统筹调配资源,在保障门、急诊服务质量的基础上,提高资源利用效率。同时加强人员培训,提高门、急诊人员诊疗能力,特别是应对突发紧急情况的能力。</p> <p><b>【评审方法】</b></p>

		文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。
2.5.73.1 加强门、急诊专业人员和专业技术人员力量配备。急诊科应当配备足够数量,受过专门训练,掌握急诊医学的基本理论、基础知识和基本操作技能,具备独立工作能力的医护人员。	2.5.73.1.1	根据门、急诊就诊患者流量配备适宜数量的门、急诊专业人员和技术力量,满足门、急诊患者医疗需求。
	2.5.73.1.2	急诊科主任由副主任医师及以上专业技术职务任职资格的医师担任;急诊科护士长由主管护师及以上任职资格和5年以上急危重症临床护理工作经验的护理人员担任。
	2.5.73.1.3	急诊病房、急诊监护室由专职医师与护理人员负责,单独排班、值班。
	2.5.73.1.4	急诊手术室由专职手术护理人员或由病房手术室统一管理。
	2.5.73.1.5	医院主管部门对急诊医护人员配置、任职资格、知识技能定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
2.5.73.2 根据门、急诊就诊患者流量和突发事件调配医疗资源。	2.5.73.2.1	有针对门、急诊就诊患者流量变化及突发事件调配人员、设备等医疗资源的机制及应急预案。
	2.5.73.2.2	门、急诊流量实时监测,并得到有效控制。
	2.5.73.2.3	定期分析门、急诊流量和突发事件情况,及时调整门、急诊医疗资源配备。
2.5.73.3 门、急诊医务人员经过专业培训,考核达到“急诊医师、护理人员技术和技能要求”。	2.5.73.3.1	对门、急诊医务人员开展技术和技能专业培训,有门、急诊医务人员技术和技能的年度培训计划,并组织落实。
	2.5.73.3.2	急诊医护人员全部经过急诊专业培训,考核达到“急诊医师、护理人员技术和技能要求”,有考核记录。
	2.5.73.3.3	急诊监护室固定医师与护理人员均经重症医学专业培训,技能考核合格。
2.5.73.4 急诊医护人员能够熟练、正确使用各种抢救设备,掌握各种抢救技能,包括高级心肺复苏技能。	2.5.73.4.1	急诊医护人员具备高级心肺复苏基础理论、基本知识和操作技能。
	2.5.73.4.2	急诊医师具备独立抢救常见急危重症患者的能力,熟练掌握高级心肺复苏、气管插管、深静脉穿刺、动脉穿刺、电复律、呼吸机使用、血液净化和创伤急救等技能。
	2.5.73.4.3	急诊护理人员除具备常用的护理技能外,还应具有配合医师完成上述操作的能力。
	2.5.73.4.4	医院主管部门对急诊医护人员抢救技能培训与考核定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
第二章	五、(七十四)	<p>2.5.74 实行预检分诊制度,门、急诊规范设置预检分诊场所,完善预检分诊流程。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>预检分诊是优化资源配置、提高门、急诊医疗服务效率的重要途径。</p>

		<p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。</p>
2.5.74.1 实行预检分诊制度, 门、急诊规范设置预检分诊场所, 完善预检分诊流程。	2.5.74.1.1	制定预检分诊制度, 完善预检分诊流程, 对急诊患者进行分级管理, 实施分类救治。急诊患者得到及时救治, 时间节点记录清晰, 有去向登记。非急危重症患者得到妥善处置, 有去向登记。
	2.5.74.1.2	通过预检, 有效分诊疑似传染病、发热等患者。
	2.5.74.1.3	规范设置预检分诊场所, 设立在门、急诊醒目位置, 通风良好, 相对独立, 流程合理, 标识导向醒目易懂。分诊台有消毒隔离条件和必要的防护用品, 工作人员采取必要的防护措施, 配置快速鉴别病情的相关医疗设施设备, 如备有发热患者用的口罩、体温表、手卫生设施、医疗废物桶、疑似患者基本情况登记表等。
	2.5.74.1.4	有专人负责 24 小时预检分诊。
	2.5.74.1.5	预检分诊人员接受岗前和在岗相关制度、流程的培训并考核, 考核合格方可上岗。
	2.5.74.1.6	急诊患者病历资料完整, 入院、转诊、转科有病情交接。
	2.5.74.1.7	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈, 并追踪检查整改落实情况。
第二章	五、(七十五)	<p>2.5.75 把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围, 作为考核科室和医务人员的重要内容。</p> <p><b>【概述】</b> 门、急诊工作的主体是临床各科室医务人员, 门、急诊服务是住院服务的开始和延伸, 把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围符合疾病诊疗规律和管理要求, 有助于提高门、急诊诊疗质量。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
2.5.75.1 把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围, 作为考核科室和医务人员的重要内容。	2.5.75.1.1	有建立门、急诊工作质量考核标准, 并在全院发布。
	2.5.75.1.2	把门、急诊工作质量纳入临床各科室质量管理范围, 作为考核科室和医务人员的重要内容。
	2.5.75.1.3	临床科室有门、急诊工作质量考核标准的培训, 相关人员知晓并落实。
	2.5.75.1.4	科室有定期自查、总结分析与整改。
	2.5.75.1.5	医院主管部门对临床各科室管理门、急诊工作质量定期督导检查、分析、反馈, 并追踪检查整改落实情况。
	2.5.75.1.6	有数据或案例体现改进效果。
第二章	五、(七十六)	2.5.76 有急危重症患者“绿色通道”。建立院前急救、院内急

		<p>诊与住院或转诊的连贯性医疗服务流程，并定期进行评价和持续改进。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>急危重症患者是医疗活动中应当重点关注的人群，应当优先救治以争取最佳诊疗效果。为充分利用有限的资源，医院和科室应当明确急危重症患者的范围，建立抢救资源配置与紧急调配机制和绿色通道机制，并定期对实施效果进行评价和持续改进。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>
2.5.76.1 有急危重症抢救患者优先住院的制度与措施,保证急诊处置后需住院治疗的患者能够及时收入相应的病房。	2.5.76.1.1	有急危重症抢救患者优先住院的制度，并落实。急危重症患者实行“先抢救、后付费”。
	2.5.76.1.2	建立针对急危重症患者的院内急诊、住院（含处置）和转诊的绿色通道机制，提供院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务，包括但不限于涉及病种、流程、财务和标识等内容。员工知晓绿色通道的实施范围及流程。
	2.5.76.1.3	有为急危重症患者住院备床、备手术室的机制，定期调整备床数量，满足急危重症患者住院及手术需求。
	2.5.76.1.4	有拟收住院科室无床位时的应急保障措施，滞留急诊观察比例下降。
	2.5.76.1.5	定期对“绿色通道”和医疗服务流程的连贯性、时效性进行汇总、分析，反馈并持续改进。
2.5.76.2 有急诊留观患者管理制度与流程,控制留观时间原则上不超过 72 小时。	2.5.76.2.1	有急诊留观患者的管理制度与流程，并落实。患者得到有效分流。
	2.5.76.2.2	对急诊留观时间超过 72 小时的患者有管理协调机制，及时妥善处置。
	2.5.76.2.3	医院主管部门对急诊留观患者管理定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.5.76.3 急诊服务及时、安全、便捷，提高急诊服务能力。	2.5.76.3.1	有统一规范的急诊（含抢救）服务流程。有各部门、各科室职责分工与服务时限要求。
	2.5.76.3.2	能提供“24 小时×7 天”连续不间断的急诊服务，包括：内科、外科专业科室（包括介入专业）；药学、医学影像（普通放射、CT、超声等）、临床检验、输血等部门；医疗器械部门及保障部门。
	2.5.76.3.3	妇产科、儿科、眼科、耳鼻喉科和口腔专业等医师承担本专业急诊工作。
	2.5.76.3.4	主管部门对急诊抢救工作定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	2.5.76.3.5	急诊抢救流程顺畅，诊疗服务满足急诊患者救治需求。

2.5.76.4 建立院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务工作流程。	2.5.76.4.1	有院前急救、院内急诊与住院或转诊的连贯性医疗服务工作流程，并执行。
	2.5.76.4.2	有急诊患者病情分级分区相关管理规定，并落实。按照患者病情实施分级、分区救治。
	2.5.76.4.3	有多部门、多科室的协调机制，保障多发伤、复合伤、疑难病例的抢救治疗。
	2.5.76.4.4	医院主管部门对急救实施情况有检查、分析、反馈。
2.5.76.5 落实首诊负责制，与120急救中心、挂钩合作的基层医疗机构建立急诊、急救转接服务制度。	2.5.76.5.1	有首诊负责制度，医务人员熟知并执行。
	2.5.76.5.2	急诊患者、留观患者、抢救患者有急诊病历，记录急诊救治的全过程。
	2.5.76.5.3	有急诊科与120急救中心、基层医疗机构急诊患者转接流程，保障患者得到连贯抢救治疗。
	2.5.76.5.4	转送急危重症患者均有病情资料交接。登记资料能够对患者的来源、去向以及急救全过程进行追溯。
	2.5.76.5.5	医院主管部门对首诊负责制执行情况、急诊病历书写等定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.5.76.6 针对重大突发事件应急医疗救援，制定大规模抢救工作流程，保证绿色通道畅通。	2.5.76.6.1	急诊科有根据重大突发事件应急医疗救援特点制定的大规模抢救工作流程。
	2.5.76.6.2	有重大突发事件应急医疗救援演练。
	2.5.76.6.3	相关部门组织实和协调应急医疗救援，有记录。
	2.5.76.6.4	科室对大规模抢救有总结分析，对存在问题有持续改进措施并落实。
	2.5.76.6.5	医院主管部门对应对重点突发急诊医疗救援工作有检查，对演练存在问题有分析，有改进建议。
第二章	五、(七十七)	<p>2.5.77 有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新生儿等急危重症病种和重点人群服务规范和流程。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇和新生儿等急危重症病种和重点人群是医疗服务的关注重点，医院应当建立服务规范和流程以保障相关急危重症病种和重点人群的救治效果。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.5.77.1 有创伤、脑卒中、急性心肌梗死、高危孕产妇及新	2.5.77.1.1	根据医院特点，建立急性创伤、急性心肌梗死、急性心力衰竭、急性脑卒中、急性颅脑损伤、急性呼吸衰竭、高危孕产妇（如妇产科出血、异位妊娠、卵巢囊肿蒂扭转、子宫破裂、前置胎

生儿等急危重症病种和重点人群服务规范和流程。		盘出血、产后出血)及新生儿等急危重症病种和重点人群目录,制定重点病种、重点人群服务规范和流程,并对服务时限有明文规定,且在技术、设施方面提供支持。专科医院根据专科特点制定相应急危重症的重点人群。
	2.5.77.1.2	与院前急救机构协同救治,建立院前院内无缝衔接流程,明确分工协作机制。
	2.5.77.1.3	有急诊服务体系中相关部门(包括急诊科、各专业科室、各医技检查科室、药剂科以及挂号与收费等)职责,尤其对复杂多病共患的患者诊治职责有明确要求。
	2.5.77.1.4	医院和相关科室有对规范和流程进行培训,保证相关人员知晓并落实执行。有针对重点病种和重点人群定期开展服务演练,发现存在问题并整改。
	2.5.77.1.5	科室质控小组有定期对执行情况自查,对存在问题及时分析整改。
	2.5.77.1.6	医院主管部门有定期督导检查,并召集相关科室共同讨论分析、反馈,并检查科室落实整改情况。
2.5.77.2 有保证相关人员及时参加急诊抢救和急会诊的相关制度。相关人员应当在规定时间内进行急诊会诊。	2.5.77.2.1	有急诊抢救和急会诊的相关制度,并落实到位。
	2.5.77.2.2	有明确的会诊时限规定。
	2.5.77.2.3	相关科室与人员均能知晓与执行。
	2.5.77.2.4	科室对存在的问题有分析和整改。
	2.5.77.2.5	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
第二章	五、(七十八)	<p>2.5.78 优化门、急诊服务,实施多种形式的预约诊疗服务,逐步提高患者预约就诊比例。及时公开出诊信息。开展多学科诊疗,方便患者就医。</p> <p><b>【概述】</b> 预约诊疗、公开出诊信息、开展多学科诊疗是提高门诊医疗服务效率和医疗质量的重要方式。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
2.5.78.1 优化门、急诊布局结构,落实便民措施,减少就医等待,改善患者就医体验。	2.5.78.1.1	门、急诊布局科学、合理。
	2.5.78.1.2	有门、急诊管理制度;有措施保障门、急诊重点区域和高峰时段诊疗的秩序和连贯性,缩短患者等候时间;有便民措施。
	2.5.78.1.3	有信息系统支持门、急诊分层挂号或科室、诊室直接挂号、缴费或自助挂号、缴费等服务。
	2.5.78.1.4	优化门、急诊服务,有明确的服务流程、质量指标,定期分析,

		持续改进。流程有序、连贯、便捷，患者对就医环境和就医过程满意度逐步提高。
2.5.78.2 有预约诊疗工作制度和规范,有可操作流程,逐步提高患者预约就诊比例。	2.5.78.2.1	有预约诊疗工作制度和流程,并有具体的管理措施。
	2.5.78.2.2	方便患者及时获取预约诊疗信息,对变动出诊时间提前公告。
	2.5.78.2.3	普通、专科和专家门诊号源网上开放比例达到80%以上。
	2.5.78.2.4	有专门部门和专职人员负责统一预约管理和协调工作。
	2.5.78.2.5	有信息化预约管理平台,实现预约号源统一管理与动态调配。
	2.5.78.2.6	医院主管部门对预约诊疗工作定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
	2.5.78.2.7	患者预约就诊比例逐步提高。
2.5.78.3 实施多种形式的预约诊疗与分时段服务,对门诊和出院复诊患者实行中长期预约。推行检查检验集中预约服务。	2.5.78.3.1	至少提供两种以上形式的预约诊疗服务,如电话、网络、现场、诊间预约等形式,各种挂号方式不得与以营利为目的的单位或个人合作,变相加价。
	2.5.78.3.2	门诊实行分时段预约,分时段预约比例不断提升。
	2.5.78.3.3	专家门诊、专科门诊、普通门诊均开展预约诊疗服务,出院复诊患者实行中长期预约。
	2.5.78.3.4	推行检查检验集中预约服务。
	2.5.78.3.5	医院主管部门对预约诊疗与分时段服务、检查检验集中预约服务定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
2.5.78.4 公开出诊信息,保障医务人员按时出诊。提供咨询服务,帮助患者有效就诊。	2.5.78.4.1	以多种方式向患者提供出诊信息,并及时更新。
	2.5.78.4.2	医务人员按时出诊,特殊情况无法出诊应有替代方案并及时告知患者。
	2.5.78.4.3	为患者提供咨询服务,帮助患者有效就诊。
	2.5.78.4.4	医院主管部门对出诊情况定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
2.5.78.5 开展多学科综合门诊,方便患者就医。	2.5.78.5.1	有开展多学科综合门诊的相关制度与规范流程,并落实,提高患者就医质量。
	2.5.78.5.2	医院主管部门对多学科综合门诊工作定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
第二章	五、(七十九)	<p><b>2.5.79 优化就诊环境。</b>就诊环境清洁、舒适、安全。为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>就诊环境是医疗服务的重要组成部分,医院就诊环境应“以患者为中心”,既能满足功能性需求,又能提升患者就医体验。</p> <p><b>【评审方法】</b></p>

		文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。
2.5.79.1 优化就诊环境,环境清洁、舒适、安全。	2.5.79.1.1	优化就诊环境,就诊环境清洁、舒适、安全,定期检查,及时维护。
	2.5.79.1.2	有就诊环境质量的量化标准,统一落实,提升环境舒适性。
	2.5.79.1.3	医院建筑布局符合患者就诊流程要求、符合医院安全规范要求和医院感染管理需要。
	2.5.79.1.4	门诊、病房满足患者就诊需要,有配备适宜座椅的等候休息区,有候诊排队提示系统。卫生间清洁、无味、防滑,包括专供残疾人使用的卫生设施。
	2.5.79.1.5	有各种便民措施与服务,如:有残疾人无障碍设施及辅助用轮椅、推车等设备;提供饮水、电话、健康教育宣传等服务或设施;有适宜的供患者停放车辆的区域。
	2.5.79.1.6	安全防护设施规范。有卫生洗浴设施,有防止跌倒的安全设施,如走廊扶手、卫生间及地面防滑,并配备应急呼叫及防滑扶手装置。有安全的病房床单元设施和适宜危重患者使用的可移动病床。
2.5.79.2 执行《无烟医疗机构标准(试行)》及《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》。	2.5.79.2.1	有执行《无烟医疗机构标准(试行)》及《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》的具体措施。
	2.5.79.2.2	组织实施禁止吸烟的宣传教育。
	2.5.79.2.3	有禁止吸烟的醒目标识。
	2.5.79.2.4	对有吸烟史的住院患者进行戒烟健康教育。
2.5.79.3 为患者提供就诊接待、引导、咨询服务。	2.5.79.3.1	有就诊指南、建筑平面图、患者权益说明、价格公示等。
	2.5.79.3.2	有专人为患者提供就诊接待、引导、咨询服务,佩戴标识规范,便于患者识别,相关人员熟知各项业务指引和服务流程。
	2.5.79.3.3	有为老年人、有困难的患者提供导医和帮助。
	2.5.79.3.4	实行“首问负责制”。
2.5.79.4 急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识。	2.5.79.4.1	急诊与门诊候诊区、医技部门等均有清晰、规范、醒目、易懂的标识,尤其与急救相关的科室与路径。
	2.5.79.4.2	根据服务区域功能或路径变化,及时变更标识,标识与服务区域功能或路径相符。
	2.5.79.4.3	有预防意外事件的警示标识与措施。
第二章	五、(八十)	2.5.80 完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准,为急诊患者入院制定合理、便捷的相关制度与流程。加强转科、转院患者的交接管理。 <b>【概述】</b>

		<p>患者在医院流动是为了更好地接受医疗服务，医院应当明确患者在院全环节医疗流程和规范，保障医疗服务和质量。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
2.5.80.1 完善患者入院、出院、转科、转院服务管理工作制度和标准,床位统筹管理,改进服务流程,方便患者。	2.5.80.1.1	有患者入院、出院、转科、转院管理制度与流程,并落实。提供24小时服务。
	2.5.80.1.2	能分时段或床边办理出(转)院。支持在人工柜台、病区护士站、病区自助机及移动结算车等不少于2种途径完成出院费用结算。在病区提供发票、住院清单、出入院小结等自助(或一站式)打印服务。
	2.5.80.1.3	能为患者入院、出院、转科、转院提供指导和各种便民措施。能为特殊患者(如新生儿、残疾患者、无近亲属陪护、行动不便患者等)提供多种服务及便民措施。
	2.5.80.1.4	成立入院准备中心,负责协调全院床位。统一办理入院所需的包括床位预约、入院缴费、入院前检查检验等各类事项。体现“以患者为中心”,增加入院患者管理的透明度。有科室没有空床或医疗设施有限时的处理制度与流程,并告知患者原因和处理方案。
	2.5.80.1.5	全院床位做到信息化统筹管理,优化服务流程,方便患者。
	2.5.80.1.6	医院主管部门对入院、出院、转科、转院工作定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
2.5.80.2 为急诊患者入院制定合理、便捷的相关制度与流程,为急危重症患者提供办理入、出院手续个性化服务和帮助。	2.5.80.2.1	为急诊患者入院制定合理、便捷的相关制度与流程,并执行。
	2.5.80.2.2	危重患者应先抢救并及时办理入院手续。
	2.5.80.2.3	为急危重症患者提供办理入、出院手续个性化服务和帮助。
	2.5.80.2.4	医院主管部门对急危重症患者入、出院工作有检查与监管,优化急危重症患者入、出院服务流程,方便患者。
2.5.80.3 加强转科、转院区、转院患者的交接,及时传递患者病历与相关信息,为患者提供连续医疗服务。	2.5.80.3.1	有转科、转院区、转院流程和交接清单,过程有记录,可追溯。
	2.5.80.3.2	实施患者评估,履行知情同意。患者转运前,有医护人员根据病情、转运时间、方式等因素,完成转运风险评估,对在转运中可能出现的风险进行防范;对生命体征不稳定或可能出现不稳定的患者,有医护人员陪同转运,有生命体征监护或维持的设备帮助患者转运。
	2.5.80.3.3	有病情和病历等资料交接。
	2.5.80.3.4	医务人员之间进行患者服务交接时,进行标准化的关键内容沟通。使用标准化的表格、工具或方法,使患者服务的交接保持一致性和完整性。

	2.5.80.3.5	有定期的流程检查评估，确保流程通畅和连贯，保障患者安全。追踪由交接沟通导致的不良事件数据，将其用于交接沟通方法的改进，并落实改进措施。
第二章	五、(八十一)	<p>2.5.81 加强出院患者健康教育，为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见，建立出院患者随访制度并组织实施。</p> <p><b>【概述】</b> 出院患者管理是医疗服务的延伸，对促进患者康复和预防疾病具有重要意义。医院应当通过加强健康教育、规范出院医嘱和康复指导、建立随访制度等措施落实、完善医疗服务体系。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.5.81.1 加强出院患者健康教育,为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见,建立出院患者随访制度并组织实施。	2.5.81.1.1	有出院患者健康教育相关制度，并落实。
	2.5.81.1.2	加强出院患者健康教育，普及相关健康知识，患者或近亲属能知晓出院后医疗、护理和康复措施。
	2.5.81.1.3	为出院患者提供规范的出院医嘱和康复指导意见（包括服药指导、营养指导、康复训练指导及出院注意事项等），在出院记录中体现。
	2.5.81.1.4	患者出院记录主要内容完整、规范，与住院病历记录内容一致，有经治医师签名，向患者告知出院记录中主要内容。
	2.5.81.1.5	建立出院患者随访制度并组织实施，利用电话、电子邮件、信函、互联网和必要的面谈等多种形式开展随访，出院患者随访率不断增加。有患者随访记录，便于医务人员医疗服务流程和医疗措施的持续改进。
第二章	五、(八十二)	<p>2.5.82 建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。对疑难危重患者、恶性肿瘤患者，实施必要的多学科评估和综合诊疗。</p> <p><b>【概述】</b> 诊疗规范和技术操作流程是保证医疗同质化的手段，医院应当建立各专科常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程，落实相关法律法规对诊疗人员的要求，同时，对特殊人群必要时实施多学科评估和综合诊疗，以保证特殊人员的医疗质量。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.5.82.1 建立各专科	2.5.82.1.1	根据法律法规和行业指南，建立临床各科室常见疾病的诊疗规

常见疾病的临床诊疗规范和技术操作流程,由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。对疑难危重患者、恶性肿瘤患者,实施必要的多学科评估和综合诊疗。		范和技术操作流程。
	2.5.82.1.2	诊疗规范和操作流程包含必要的患者评估内容。
	2.5.82.1.3	根据法律法规和行业指南的变化,及时更新各科室的诊疗规范和技术操作流程。
	2.5.82.1.4	由具有法定资质的医务人员按照制度、程序、规范和流程对患者进行疾病诊断、评估并制定诊疗计划。
	2.5.82.1.5	明确疑难危重患者范围,根据本院实际情况制定包括疑难危重患者、恶性肿瘤患者的多学科评估和综合诊疗制度与流程,并落实。
第二章	五、(八十三)	<p>2.5.83 对住院患者实施营养评估,为患者提供营养膳食指导,提供营养配餐和治疗饮食,满足患者治疗需要。对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊,按需提供营养支持方案,并记入病历。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>营养治疗是诊疗的重要组成部分,对提高诊疗效果、促进患者康复、保障患者安全具有重要作用。医院应当对住院患者实施营养评估,并提供适宜的营养治疗。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.5.83.1 设置营养科(室),并配备与其规模相适应的医、护、技营养专业人员,开展临床营养工作。	2.5.83.1.1	二级及以上医院应设置(临床)营养科,具有独立的工作场所和基本设施。
	2.5.83.1.2	营养科配置与医院规模相适应的医、护、技专业人员,医师和护士分别具有临床执业医师资格和执业护士资格、并经过临床营养专业教育;三级医院临床营养科负责人应具备卫生专业技术资格高级职称且从事临床营养工作两年以上;有各级各类人员岗位职责。
	2.5.83.1.3	营养门诊每周不少于5个单元,设有肠内营养配制室,肠内营养制剂的应用种类不少于10种。
2.5.83.2 有临床营养工作管理制度,并落实。定期评价营养诊疗质量与服务质量,促进持续改进。	2.5.83.2.1	临床营养科工作管理制度健全,有相关诊疗技术规范 and 操作规程,有对营养代谢病的患者通过营养检测和评价进行营养诊断和营养治疗的规范,相关人员掌握并执行。
	2.5.83.2.2	遵循住院患者各类膳食的适应证和膳食应用原则要求,有膳食医嘱执行路径;治疗膳食种类齐全,满足临床患者膳食治疗需要。
	2.5.83.2.3	有临床营养科诊疗质量与服务监管指标和要求,相关人员知晓

		并落实。
	2.5.83.2.4	科室对制度、规范执行情况有自查，对问题有分析及改进措施。
	2.5.83.2.5	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	2.5.83.2.6	有数据体现营养诊疗质量与服务质量指标符合要求。
2.5.83.3 对住院患者实施营养评估,为患者提供营养膳食指导,提供营养配餐和治疗饮食,满足患者治疗需要。对特殊、疑难、危重及大手术患者提供营养会诊,按需提供营养支持方案,并记入病历。	2.5.83.3.1	开展住院患者营养筛查、评价、诊断和治疗。逐步开展住院患者营养筛查工作,了解患者营养状况。建立以营养筛查—评价—诊断—治疗为基础的规范化临床营养治疗路径,依据营养阶梯治疗原则对营养不良的住院患者进行营养治疗,并定期对其效果开展评价。
	2.5.83.3.2	为患者提供营养膳食指导,提供营养配餐和治疗饮食,满足患者治疗需要。
	2.5.83.3.3	营养科积极参与多学科诊疗,组建营养支持团队;接受特殊、疑难、危重、大手术及多学科诊疗患者的营养会诊;按需提供营养支持方案,按规定记入病历。
第二章	五、(八十四)	<p>2.5.84 实施手术患者评估制度,合理制订诊疗和手术方案。建立重大手术报告审批制度,有急诊手术管理措施,保障急诊手术安全。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>手术是有创医疗行为,必须严格管理以尽量减少给患者带来的创伤。手术患者评估是保障手术得以安全实施、防止额外医疗损害的基本方法。医疗机构应当对风险高、难度大或涉及伦理风险等的重大手术实施报告审批管理,对无法按照常规手术管理的急诊手术建立单独管理措施,保障急诊手术得以及时、安全的实施。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.5.84.1 建立手术患者评估制度,在患者评估的基础上,完成手术患者的术前讨论,合理制定手术方案。	2.5.84.1.1	有手术患者评估制度,并落实。患者评估内容包括但不限于疾病、重要脏器功能(术前病史、体格检查、影像与实验室资料等)和患者心理、经济、社会因素等。
	2.5.84.1.2	择期手术患者在完成各项术前检查、病情和风险评估以及术前讨论后,方可开具手术医嘱,签署手术知情同意书。
2.5.84.2 根据临床诊断、病情评估的结果与术前讨论,制订手	2.5.84.2.1	根据临床诊断、病情评估的结果与术前讨论,制订手术治疗计划或方案。
	2.5.84.2.2	手术治疗计划记录于病历中,包括术前诊断、拟施行的手术名

术治疗计划或方案。		称、可能出现的问题与对策等。
	2.5.84.2.3	根据手术治疗计划或方案进行手术前的各项准备。
2.5.84.3 建立并严格落实重大手术报告审批制度和流程,明确重大手术的范围,员工知晓。	2.5.84.3.1	有重大手术(包括急诊情况下)报告审批管理的制度与流程。
	2.5.84.3.2	有重大手术的审批目录,重大手术审批资料完整规范。
	2.5.84.3.3	相关人员知晓上述制度与流程,并落实。
2.5.84.4 有急诊手术管理措施,落实急诊手术优先和手术资源应急保障机制,有量化的急诊手术质控指标,保障急诊手术及时与安全。	2.5.84.4.1	有急诊手术管理的相关制度与流程。
	2.5.84.4.2	有急诊手术优先和手术资源应急保障机制。
	2.5.84.4.3	相关人员知晓上述制度、流程措施、机制,并落实。
	2.5.84.4.4	有量化的急诊手术质控指标,保障急诊手术安全。
2.5.84.5 医院对手术科室有明确的质量与安全指标,医院与科室能定期评价,有能够显示持续改进效果的记录。	2.5.84.5.1	医院对手术科室有明确的质量与安全指标,建立手术质量管理的数据库,内容包括:住院重点手术总例数、死亡例数、术后非计划重返再次手术例数、手术后并发症例数、手术后感染例数、围术期预防性抗菌药的使用。
	2.5.84.5.2	科室定期分析本科室手术质量与安全指标的变化趋势,有自查、分析、整改。
	2.5.84.5.3	医院主管部门对手术质量与安全指标定期监测、分析与反馈,并持续改进。
第二章	五、(八十五)	<p>2.5.85 手术的全过程情况,术后注意事项,手术后治疗、观察与护理情况及时、准确地记入病历;手术的离体组织必须做病理学检查,明确术后诊断。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>术后管理对保障手术患者康复具有重要意义,关系手术是否成功,相关记录是医院开展手术质量管理的基础。病理学检查是明确诊断的关键依据,手术的离体组织必须做病理学检查。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.5.85.1 手术的全过程情况,术后注意事项,手术后治疗、观察与护理情况及时、准确地记入病历。	2.5.85.1.1	手术主刀医师在术后24小时内完成手术记录。手术的全过程情况准确地记入病历,手术记录由手术主刀医师完成。明确规定何种特殊情况下可由一助完成手术记录,由一助完成手术记录的,手术主刀医生有审核签名。
	2.5.85.1.2	参加手术医师在术后即时完成术后首次病程记录。术后首次病

		程记录中注明术后治疗计划、注意事项，并落实。
	2.5.85.1.3	术后及时、规范记录手术后治疗、观察病情变化、手术效果、护理过程等情况。
2.5.85.2 制订患者术后医疗、护理和其他服务计划。	2.5.85.2.1	有术后患者诊疗护理管理相关制度与流程。
	2.5.85.2.2	在术后适当时间，依照患者术后病情再评估结果，拟定术后康复、或再手术或放化疗等措施。
2.5.85.3 手术离体组织必须做病理学检查，明确术后诊断，并记录。	2.5.85.3.1	有手术后标本的病理学检查的规定与流程，并落实。
	2.5.85.3.2	手术室有具体措施保障规定与程序的执行。
	2.5.85.3.3	对病理报告与术中快速冰冻切片检查及术后诊断不一致时，有追踪与讨论的规定与程序，其结果有记录。
第二章	五、(八十六)	<p>2.5.86 完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录，明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>日间手术有助于提高医院运营效率、改善患者体验，但治疗的模式改变可能会给患者带来新的风险。医院应当加强日间手术管理，尽可能消除相关风险，保证手术质量与安全。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.5.86.1 完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制。制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录，明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。加强日间手术病历管理，重视日间手术患者宣教和随访。	2.5.86.1.1	完善日间手术质量安全管理制度和评估工作机制，指定部门负责日间手术管理。
	2.5.86.1.2	制定并向社会公开本院日间手术病种和技术目录。
	2.5.86.1.3	制定日间手术操作规范，明确手术适应证范围、麻醉方式、主要风险。
	2.5.86.1.4	加强日间手术病历管理，日间手术病历书写及管理符合《病历书写基本规范》及《医疗机构病历管理规定》的管理要求。
	2.5.86.1.5	重视日间手术患者宣教和随访，有随访记录，可追溯。
	2.5.86.1.6	制订相应的日间手术质控指标，定期评估日间手术病种和技术的风险。
第二章	五、(八十七)	<p>2.5.87 手术麻醉人员配置合理。实行患者麻醉前病情评估制度。有麻醉后复苏室，规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态，防范麻醉并发症的措施到位。制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。</p> <p><b>【概述】</b></p>

		<p>麻醉科是体现医疗机构综合能力的重要临床专科，医院应当按照相关文件要求合理配置人员。麻醉前评估和麻醉复苏管理是保障麻醉安全，降低麻醉相关不良事件发生率的有效措施。同时，制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行，改善手术患者感受。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查、人资档案检查。</p>
2.5.87.1 手术麻醉人员配置合理,符合相关规定。	2.5.87.1.1	麻醉科主任具有副高级及以上、护士长具有中级及以上专业技术职务任职资格。
	2.5.87.1.2	有明确的岗位职责，相关人员知晓本岗位的履职要求。
	2.5.87.1.3	实行主治医师负责制，每个麻醉单元必须全程有 1 名以上麻醉医师管理及每两个麻醉单元必须全程有 1 名麻醉护理人员参与。
	2.5.87.1.4	三级综合医院麻醉科医师和手术科室医师比例达到 1:3，二级及以下综合医院不低于 1:5。
2.5.87.2 麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训,完成继续教育。	2.5.87.2.1	有定期对麻醉医师进行专业理论和技能培训的制度。
	2.5.87.2.2	麻醉医师经过严格的专业理论和技能培训，考核合格。
	2.5.87.2.3	麻醉医师定期（至少每年）接受继续教育知识更新。
2.5.87.3 有患者麻醉前访视、评估和麻醉前讨论制度。	2.5.87.3.1	有患者麻醉前访视和评估制度，并落实。所有患者在麻醉前完成病情评估、脏器功能评估和其他必要的评估。
	2.5.87.3.2	有麻醉前讨论制度，对高风险择期手术、新开展手术等进行麻醉前讨论。
	2.5.87.3.3	预期术中（麻醉中）可能需要医患沟通，术前应当告知患方，明确术中的授权委托人。
2.5.87.4 有麻醉意外与并发症处理规范、预防措施,有麻醉效果评价。	2.5.87.4.1	有麻醉意外与并发症处理规范与流程、预防措施。
	2.5.87.4.2	有麻醉效果评价的规范与流程，并落实。
	2.5.87.4.3	麻醉医师知晓规范和流程，落实并记录各项处理措施。
	2.5.87.4.4	变更麻醉方法有明确的适应证，获得上级医师同意，家属知情，并记录。
	2.5.87.4.5	开展麻醉意外和并发症监测、分析与反馈，并持续改进。
2.5.87.5 麻醉的全过程在病历或麻醉单上得到充分体现。	2.5.87.5.1	按规定内容书写麻醉单，麻醉的全过程在病历/麻醉单上得到充分体现。
	2.5.87.5.2	麻醉单及相关记录真实、准确、完整，符合规范。
2.5.87.6 有麻醉后复苏室,人员、设备设	2.5.87.6.1	麻醉后复苏室床位与手术台比不低于 1 : 3。
	2.5.87.6.2	麻醉复苏室配备医护人员满足临床需要，至少有 1 位能独立实

施配置满足临床需求,规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态。		施麻醉的麻醉医师。
	2.5.87.6.3	对麻醉复苏室的医护人员进行定期培训。
	2.5.87.6.4	复苏室每床配备吸氧设备、无创血压和血氧饱和度等监护设备,配备呼吸机、抢救车等设备,定期维护设施设备,有维护记录。
	2.5.87.6.5	有麻醉复苏室管理制度和措施,并落实。
	2.5.87.6.6	规范全程监测并记录麻醉后患者恢复状态。
2.5.87.7 有麻醉复苏室患者转入、转出标准与流程。	2.5.87.7.1	有麻醉复苏室患者转入、转出标准与管理流程,并落实。
	2.5.87.7.2	转出的患者有评价标准(Aldrete评分),评价结果有记录。
	2.5.87.7.3	有患者进入、转出麻醉术后复苏室的记录。
2.5.87.8 制定术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。	2.5.87.8.1	有术后镇痛治疗管理规范 and 流程并严格执行。
	2.5.87.8.2	对相关人员进行定期培训。
	2.5.87.8.3	麻醉医师掌握术后镇痛治疗规范与流程,镇痛治疗效果有评价和记录。
2.5.87.9 定期分析麻醉管理评价指标,开展麻醉质量评价,确保患者麻醉安全。	2.5.87.9.1	有麻醉质量监测指标。
	2.5.87.9.2	科室定期开展麻醉质量评价,根据评价结果,进行分析、总结,针对存在的问题采取改进措施。
	2.5.87.9.3	医院主管部门对麻醉质量定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
	2.5.87.9.4	麻醉质量监测指标健全,数据资料收集规范、完整。
第二章	五、(增一)	<p>2.5.Z1 制定操作时镇静的制度和程序,规范操作时镇静服务。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>操作时镇静指“……使用镇静剂或解离剂(联合或联合镇痛药)来诱导意识状态改变,从而使患者在保持心肺功能的同时忍受疼痛或不愉快的操作。”无论药物、剂量或给药途径如何,当使用药物改变患者的意识状态来协助实施特定操作时,都被视为操作时镇静。在医院,操作时镇静常常在手术室之外的区域实施。由于操作时镇静和麻醉一样,会对患者造成很大的潜在风险,因此必须同质化管理实施全院的操作时镇静。在医院内的区域实施操作时镇静,参与人员的资质、医疗设备、用品和监测必须一致。因此,医院必须制定具体的制度和程序指导如何以及在何处实施操作时镇静。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查、人资档案检查。</p>
2.5.Z1.1 制定操作时镇静的制度和程序,	2.5.Z1.1.1	制定操作时镇静的制度和程序,并落实。制度和程序明确:医院内可实施操作时镇静的场所;操作时镇静参与员工的特定资

规范操作时镇静服务。		质或技能；儿童、成人和老年人之间的区别，或其他特殊考虑因素；根据患者的年龄和病史，能够立即提供和使用专业医疗设备；操作和镇静均要获得知情同意。
	2.5.Z1.1.2	实施操作时镇静时，能立即获得急救设备和用品，并适用于所实施的镇静类型及患者的年龄和医疗状况。
	2.5.Z1.1.3	实施操作时镇静时，有接受过适合患者年龄和病史的高级生命支持培训的人员在场。
	2.5.Z1.1.4	负责实施操作时镇静的专业人员和监测镇静患者的人员均要具备相应资质。
	2.5.Z1.1.5	执行并记录镇静前评估，以评价患者操作时镇静的风险和适宜性。
	2.5.Z1.1.6	有资质的人员在镇静期间监测患者，并记录监测结果。
	2.5.Z1.1.7	患者在操作时镇静恢复和转出过程中，使用既定标准并记录。
	2.5.Z1.1.8	对患者、家属和（或）其他决策者进行操作时镇静风险、益处和替代方案的宣教。
	2.5.Z1.1.9	向患者、家属和（或）其他决策者进行操作后镇静的教育。
第二章	五、（增二）	<p>2.5.Z2 开展疼痛诊疗服务。依据服务范围，建立疼痛评估、疗效评估与追踪随访等相关制度，规范开展诊疗活动。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>疼痛常常是患者体验的一部分，它可能与患者正在治疗的病情或疾病息息相关。疼痛也是某些治疗、操作或检查的一部分。作为医疗服务计划的一部分，当疼痛是治疗、操作或检查的预期效应时，应告知患者出现疼痛的可能性，以及哪些选择可用于疼痛管理。无论疼痛的起因是什么，未缓解疼痛会造成心理、生理的不良影响。因而，疼痛的患者有权得到恰当的疼痛评估和管理。根据服务范围，医院应有一套合适的疼痛评估和管理的流程。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查、人资档案检查。</p>
2.5.Z2.1 医院开展疼痛诊疗服务,并有相关管理制度及医师资质管理。	2.5.Z2.1.1	有疼痛管理相关制度，并落实。
	2.5.Z2.1.2	疼痛诊疗的有创操作实行资格授权管理。
	2.5.Z2.1.3	建立疼痛诊疗相关学科协调机制，开展疼痛规范治疗。
2.5.Z2.2 依据服务的范围，建立疼痛评估、疗效评估与追踪	2.5.Z2.2.1	建立疼痛的评估、再评估制度与流程，对疼痛进行量化评估，病历文书记录完整。
	2.5.Z2.2.2	有对疼痛疗效评估的规范与程序，对治疗效果进行追踪随访。

随访等相关制度,规范开展诊疗活动。	2.5.Z2.2.3	根据“三阶梯止痛原则”,制定适宜的个体化诊疗方案。
	2.5.Z2.2.4	对全院医务人员进行疼痛治疗规范的相关培训与指导。
2.5.Z2.3 依据服务的范围,为患者提供疼痛知识教育。	2.5.Z2.3.1	开展对急慢性疼痛、癌痛患者疼痛知识的宣教。
	2.5.Z2.3.2	有创镇痛诊疗操作应履行书面知情同意。知情同意资料完整。
	2.5.Z2.3.3	根据患者疼痛评估,提供可选择的个体化诊疗方案,并记录在病历中。
2.5.Z2.4 有疼痛治疗常见并发症的预防规范与风险防范程序,并有相关培训教育。	2.5.Z2.4.1	有疼痛治疗风险防范与处置预案。包括常见并发症的预防、药物不良反应的预防、高风险操作相关风险防范的处置预案。
	2.5.Z2.4.2	相关人员接受疼痛治疗的培训教育,熟悉各种并发症、风险防范的措施与处置流程。
第二章	五、(八十八)	<p>2.5.88 根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊,其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定。按计划对工作人员进行相关培训。</p> <p><b>【概述】</b> 医院承担应对传染病的社会责任,应根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求规范传染病相关管理。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
2.5.88.1 根据《传染病防治法》等相关法律、法规要求设置感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊,其建筑规范、医疗设备和设施、人员符合规定。	2.5.88.1.1	设置有感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊,其建筑规范,布局合理,分区清楚,设备设施符合相关规范,便于患者就诊,能满足避免患者间的交叉感染风险。发热门诊应当根据相关要求,在医院内相对独立的区域,与普通门(急)诊相对隔离,满足“三区两通道”设置。
	2.5.88.1.2	有感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊规章制度与流程、岗位职责,并执行。
	2.5.88.1.3	有感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊患者就诊流程规定并公示,实行闭环管理。
	2.5.88.1.4	人员配置应符合国家有关规定。
2.5.88.2 制定传染病防治相关培训和考核制度并落实,可追溯。	2.5.88.2.1	制定传染病防治相关培训和考核制度并落实,可追溯。
	2.5.88.2.2	对感染性疾病科、发热门诊、肠道门诊工作人员有专科岗前及在岗培训计划。落实培训计划,考核合格后方可上岗,对不合格人员实行离岗再培训。
	2.5.88.2.3	针对新颁布或修订的规章规范及新发传染病,能及时组织相关工作人员进行培训。
	2.5.88.2.4	工作人员严格按照传染病防治有关规定和诊疗规范接诊和治疗

		传染病患者。
2.5.88.3 向公众开展传染病预防知识的教育、咨询。	2.5.88.3.1	采用多种形式向公众开展传染病预防知识的教育和咨询服务,并有教育和咨询服务资料。
	2.5.88.3.2	针对艾滋病、肺结核等重大传染病开展预防教育和咨询服务。
	2.5.88.3.3	科室有完整的教育、咨询资料。
第二章	五、(八十九)	<p><b>2.5.89 实施精神类疾病治疗的医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质；医院明确精神类治疗服务范围并为患者提供适当的医疗保护措施，向患者的监护人或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。</b></p> <p><b>【概述】</b> 实施精神类疾病诊疗具有特殊性，医院应当按照国家相关要求进行，同时重点做好提供医疗保护措施的知情同意和教育。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.5.89.1 医院与医师需具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质。医院明确精神类治疗服务范围,根据法律法规和行业指南制定本院经治的精神类疾病诊疗规范。	2.5.89.1.1	医院与医师具备卫生健康行政部门规定的诊疗科目及医师资质。
	2.5.89.1.2	明确精神类治疗服务范围，根据法律法规和行业指南制定本院经治的精神类疾病诊疗规范。
	2.5.89.1.3	精神科卫生技术人员与实际开放床位之比应不低于 0.55:1,病房护士与实际开放床位之比应不低于 0.35:1。
	2.5.89.1.4	医师具备精神科执业资质，精神科护士、公共卫生医师、卫生管理专业人员相对固定。每临床科室至少具有高级职称精神科医师和护士各 1 名。
	2.5.89.1.5	有完善的规章制度、岗位职责、诊疗规范、操作常规并执行。
	2.5.89.1.6	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.5.89.2 建立患者入院评估、住院说明、诊疗规范、疗效评估以及病历书写等相关制度,用临床路径指导诊疗活动。	2.5.89.2.1	有精神病患者入院评估、住院说明、诊疗规范、疗效评估和病历书写等相关制度、工作规范和流程，并落实。
	2.5.89.2.2	精神医学行为能力评估、住院说明、疗效评估等均记录在病历中。
	2.5.89.2.3	向患者的监护人或授权委托人充分说明并履行书面知情同意手续。
	2.5.89.2.4	对员工进行相关培训，相关人员知晓制度与规范。
2.5.89.3 制定规范的患者安全保护措施	2.5.89.3.1	有患者住院医疗保护措施、使用物理约束及隔离的制度与流程。
	2.5.89.3.2	有非自愿住院患者医疗措施的适用条件与住院流程，有入院后

并落实。向监护人或授权委托人提供医疗保护措施的知情同意和教育。		诊断复核程序并遵照执行。
	2.5.89.3.3	有向患者的监护人或授权委托人就实施医疗保护措施可能发生的意外情况告知的相关管理规定，并履行书面知情同意签字，患者监护人身份应符合法律规范。
	2.5.89.3.4	向患者的监护人或授权委托人提供相关教育。
	2.5.89.3.5	有上述制度及流程的培训，相关人员知晓、落实，并在病历中完整记载。
2.5.89.4 执行精神疾病司法鉴定技术标准，实行质量控制、定期质量评价。	2.5.89.4.1	有开展司法精神医学鉴定的，需有国家认证的执业许可证书，并可从国家认可的合法渠道查询许可证书。
	2.5.89.4.2	按照中华医学会司法精神病鉴定学组和司法部司法鉴定管理局规定的有关技术标准和操作规范实施鉴定。
	2.5.89.4.3	鉴定人员资质符合国家相关法规，并定期参加相关法律法规和专业技能培训、考核，培训、考核记录完整。
	2.5.89.4.4	有符合法律规定的司法鉴定流程和质量安全标准，有统一规范的鉴定记录要求和各类档案格式，每一例鉴定记录完整、数据真实。
	2.5.89.4.5	科室对司法鉴定工作全流程开展情况有定期自查、总结分析与整改。
	2.5.89.4.6	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
第二章	五、（九十）	<p>2.5.90 实施精神类疾病治疗的医院为精神残障者的其他躯体疾患提供多学科联合诊疗服务，有常见并发症的预防规范与风险防范流程，有相关培训教育。为精神残障者提供出院康复指导与随访。</p> <p><b>【概述】</b> 精神残障患者治疗时间长、沟通交流能力较差，对躯体疾患的症状表述存在困难和偏差，需要多学科联合诊疗以准确识别病情，予以适宜治疗。实施精神类疾病治疗的医院应当加强精神残障者诊治的全环节管理，梳理精神残障者的常见并发症和医疗风险，制定规范的预防流程和防范措施，针对医务人员、患者家属或授权委托人开展相关培训教育，指导预防措施的落实，建立标准的出院康复指导与随访机制。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈、病历检查、病案检查。</p>
2.5.90.1 为精神残障者其他躯体疾患提	2.5.90.1.1	有会诊流程或多学科联合诊疗模式对精神残障者的其他躯体疾病开展诊疗服务，及时、规范和全面地开展精神残障者的躯体疾病的诊

供多学科联合诊疗服务。		疗。
	2.5.90.1.2	相关科室为多学科联合诊疗服务提供支持。
	2.5.90.1.3	相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	2.5.90.1.4	多学科联合诊疗服务实施情况在病历中记录。
2.5.90.2 有常见并发症的预防规范与风险防范流程,有相关培训教育,员工知晓。	2.5.90.2.1	有常见并发症的预防规范、风险防范预案与流程。
	2.5.90.2.2	对精神科员工进行相关培训教育。
	2.5.90.2.3	各项防范措施落实到位。
2.5.90.3 无抽搐电休克治疗科(室)布局、流程合理,分区明确,标识清晰。符合医院感染管理要求。工作人员配备合理,有各项规章制度、岗位职责及操作常规。	2.5.90.3.1	有无抽搐电休克治疗科(室)的,治疗室布局符合院感、消防等相关规范,各功能分区明确、标识清晰;有医师和护理人员资质要求,根据工作量及需要配备护理人员,医师与护士之比 $\geq 1:2$ ;护士经过专业技能培训考核合格后方可上岗。
	2.5.90.3.2	有无抽搐电休克治疗室各项制度、岗位职责和操作规范,有各类人员培训方案和计划,并在日常工作中按规范开展各项工作。
	2.5.90.3.3	对患者治疗前有评估,有知情告知并签署同意书,知情告知符合法律相关要求,同意书随病历归档。
	2.5.90.3.4	有治疗过程及治疗后病情观察与记录,病人返回病房与临床科室护士有病情交接及交接记录;定期征求临床科室意见,改进工作。
	2.5.90.3.5	有追踪病人治疗后效果评价并记录。
	2.5.90.3.6	有无抽搐电休克治疗科(室)突发事件应急预案,并定期演练。
2.5.90.4 为精神残障者提供出院康复指导与随访。	2.5.90.4.1	有为精神残障者提供出院康复指导的制度,并落实。
	2.5.90.4.2	在评估患者及家属认知能力的基础上,运用有效的沟通方式,使患者和家属掌握出院后康复治疗与护理事项。
	2.5.90.4.3	有精神残障者出院后随访制度,并落实。运用随访中患者及家属、授权委托人反馈的信息分析,采取有效措施不断提高服务质量。
第二章	五、(九十一)	<p>2.5.91 医院开展介入诊疗技术,专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。有介入诊疗器械登记制度,保证器械来源可追溯。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>介入诊疗技术属于有创技术,需要加强管理,为此国家制定了一系列制度规范,医院开展介入诊疗技术应按照相关要求进行。</p> <p><b>【评审方法】</b></p>

		文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。
2.5.91.1 医院开展介入诊疗技术,专业设置、人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。	2.5.91.1.1	介入诊疗技术与医院功能、任务相适应。根据临床需要,能提供24小时介入诊疗服务。
	2.5.91.1.2	人员配备及其设备、设施符合《放射诊疗管理规定》和相关介入诊疗技术管理规范要求。介入医师具备相应的资质和授权,并定期学习和培训。
	2.5.91.1.3	有与介入诊疗项目相关临床科室,能为介入诊疗的并发症与其他意外紧急情况处理提供技术支持。有介入诊疗科室与相关科室共同制定介入诊疗应急预案与工作流程。
	2.5.91.1.4	相关科室和人员知晓协作职能和工作流程。相关科室协作良好,共同保障患者的诊疗质量与安全。
	2.5.91.1.5	根据卫生健康行政部门制定的介入诊疗技术管理规范,制定实施细则与流程,并严格执行。
	2.5.91.1.6	在实施介入诊疗前,必须经2名以上具有介入诊疗资格的医师决定(其中至少1名为副主任医师),并有记录。
	2.5.91.1.7	有相关人员培训计划、培训方案,并有考核。相关人员熟练掌握本岗位技术操作规范。
	2.5.91.1.8	相关人员无违规操作事件发生。
	2.5.91.1.9	医院主管部门对开展项目及质量有监管,对存在问题与缺陷有总结,并有改进措施。
2.5.91.2 掌握介入诊疗技术的适应证和禁忌证,保障患者安全。	2.5.91.2.1	根据法律法规和行业指南制定介入诊疗操作规范并定期修订,按照技术适应证规范技术操作并开展质量控制。
	2.5.91.2.2	各级医师掌握介入诊疗技术的适应证与禁忌证,并严格执行。介入诊疗前,手术医师手术前进行术前评估与访视。
	2.5.91.2.3	介入诊疗方案确定与实施按照授权规定执行。
	2.5.91.2.4	科室定期对介入诊疗病例的适应证进行回顾与总结,保障介入诊疗质量。
2.5.91.3 有介入诊疗工作制度、技术操作常规,开展质量控制,定期质量评价,保障介入诊疗安全。	2.5.91.3.1	有介入诊疗工作制度、导管室管理制度、技术操作常规和各级各类介入诊疗人员岗位职责。
	2.5.91.3.2	有心、肺、脑抢救复苏设施和多功能监护系统及急救药品等保障措施。
	2.5.91.3.3	各级各类人员知晓相关制度和岗位职责,并遵循。
	2.5.91.3.4	对术后患者进行随访。
	2.5.91.3.5	科室对介入诊疗工作有自查,对存在问题有整改措施。
	2.5.91.3.6	建立质控指标管理介入诊疗操作流程,定期汇总质控结果,分

		析反馈,持续改进。医院主管部门对介入诊疗全程管理有检查、定期评价和分析,对存在问题有改进建议。
	2.5.91.3.7	有数据或案例体现改进成效。介入诊疗管理、术后随访和质量评价工作规范,诊疗能力和水平不断提升。
2.5.91.4 对介入诊疗器械实施全流程管理,有介入诊疗器械登记制度,一次性器械条码纳入病历,保证器械来源可追溯。	2.5.91.4.1	有介入诊疗器材购入、使用登记制度,保证器材来源可追溯,所有介入诊疗器材均有相关的合格证件。
	2.5.91.4.2	每例介入诊疗器材使用者的病历中均有器材使用的识别标志的记录,保证器械来源可追溯。
	2.5.91.4.3	对一次性介入诊疗器材使用流程有明确规定,所有一次性介入诊疗器材使用后按医疗废物管理。
	2.5.91.4.4	科室对介入诊疗器材管理和使用有自查,对存在的问题有改进措施。
	2.5.91.4.5	医院主管部门对介入诊疗器材管理制度落实情况定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
	2.5.91.4.6	有数据或案例体现改进成效。全院所有介入诊疗器材管理使用规范,其来源可追溯,无违规采购、使用案例。
第二章	五、(九十二)	<p>2.5.92 开展血液净化技术应当符合相关法律、法规及行业管理要求。有质量管理制度、安全保障措施和紧急处理预案。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>血液净化技术需要严格的管理和标准的规程以降低感染风险,医院开展血液净化技术应当按照国家相关要求要求进行。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。</p>
2.5.92.1 血液透析室分区布局、设施设备符合国家法律法规及行业规范的要求。	2.5.92.1.1	血液透析室根据医院感染控制要求,布局流程合理。
	2.5.92.1.2	血液透析床或椅间距应满足医疗救治及医源性感染控制的需要,不少于 1.0 米;水处理间的使用面积不低于水处理机占地面积的 1.5 倍。
	2.5.92.1.3	配备满足工作需要的血液透析机、水处理设备、供氧装置、负压吸引装置等基本设备;急救设备齐全;透析器不复用;有必要的职业防护物品。
	2.5.92.1.4	至少配备 1 台能够上网的电脑,确保信息上报。
2.5.92.2 医师、护士、技师岗位专业设置满足医院功能与任务要求。	2.5.92.2.1	血液透析室负责人应当由具备肾脏病学副高以上专业技术职务任职资格的执业医师担任。每个透析班次至少 2 名执业医师在岗,每位医师管理病情稳定的维持性血液透析患者每班次不超过 30 例。

	2.5.92.2.2	血液透析室护士长或护理组长应由具备一定透析护理工作经验的中级以上专业技术职务任职资格的注册护士担任。应根据血液透析机和患者数量以及透析室布局等，合理配备护士数量。每名护士每班次负责治疗和护理的患者应相对集中，数量不超过5名透析患者。采用集中供透析液全自动透析系统时，护士每班次管理的患者数量可适当增多，但不超过6~8人。
	2.5.92.2.3	至少有1名技师，该技师应当具备机械和电子学知识以及一定的医疗知识，熟悉血液透析机和水处理设备的性能结构、工作原理和维修技术。
	2.5.92.2.4	医师、护士和技师有明确的岗位职责，具有3个月以上三级医院血液透析工作经历或培训经历。
	2.5.92.2.5	有保障岗位配置和人员培训的管理措施。医师、护士、技师配备和履职能力能满足临床工作需求。
2.5.92.3 执行医院感染管理的相关制度与流程。	2.5.92.3.1	有针对血液透析管理的医院感染管理的相关制度，并落实。
	2.5.92.3.2	有传染病患者隔离制度与具体措施，并落实。
	2.5.92.3.3	有医院感染紧急情况的处理预案，并能定期演练。
	2.5.92.3.4	血液透析机和透析管路的消毒符合要求。
2.5.92.4 有血液透析患者登记及病历管理制度。	2.5.92.4.1	有血液透析患者接诊、登记的相关制度，实施患者实名制管理。
	2.5.92.4.2	有血透患者血传播传染病筛查和管理制度并实施。
	2.5.92.4.3	血液透析记录等医疗文书书写符合病历书写规范要求。
2.5.92.5 根据法律法规和行业指南，有血液净化操作流程并定期更新，建立全流程的血液净化质量管理与控制制度，并根据国家发布的相关医疗质量控制指标开展质控工作。	2.5.92.5.1	根据法律法规和行业指南，有血液净化操作流程并定期更新。
	2.5.92.5.2	建立全流程的血液净化质量管理与控制制度，并根据国家发布的相关医疗质量控制指标开展质控工作。
	2.5.92.5.3	信息系统实现对血液透析全程质量监测、追踪和分析相关数据。
	2.5.92.5.4	科室对相关制度、岗位职责、技术规范、操作规程的落实情况进行检查，并对存在的问题和缺陷有改进措施。
	2.5.92.5.5	医院主管部门对血液透析室管理制度落实情况定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	2.5.92.5.6	有数据或案例体现改进成效。
2.5.92.6 建立与完善运行中的数据库，做到实时记录，定期分析质量与安全指标，保障血液透析患者的安全。	2.5.92.6.1	血液透析室有运行数据收集的制度及流程。
	2.5.92.6.2	建立血液透析质量方面的基础数据库，内容涵盖血液透析的工作量。
	2.5.92.6.3	建立维持性血液透析患者质量监测指标体系，定期进行统计分析，并持续改进。
	2.5.92.6.4	医院主管部门对质量数据库建设及监测情况定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。

	2.5.92.6.5	持续改进有成效，质量与安全管理指标健全，数据库完整，血液透析患者安全性不断提高。
2.5.92.7 有保障患者和员工安全的措施和紧急情况处理预案，并定期演练。	2.5.92.7.1	有常见并发症的紧急处理流程和上报制度，并落实。
	2.5.92.7.2	对紧急意外情况处置有培训，相关人员均能熟练掌握。
	2.5.92.7.3	对应急预案与处理流程有演练（至少每年一次），有记录，并有讨论与评价。
	2.5.92.7.4	科室对意外情况处置流程落实及并发症登记有检查、分析，并对存在问题有改进措施。
	2.5.92.7.5	医院主管部门对意外情况的相关制度落实及培训效果有检查、问题分析及改进建议。
第二章	五、（九十三）	<p>2.5.93 血液透析机与水处理设备符合要求。透析液的配制符合要求，透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>为保障血液透析安全，应当按规定对血液透析机、水处理设备等进行质检，对透析液、透析用水进行相关检测，保障相关器械、药品符合国家规定。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>
2.5.93.1 血液透析机与水处理设备符合要求。有透析液和透析用水质量监测制度与执行的流程，有完整的水质量监测记录。	2.5.93.1.1	血液透析机与水处理设备符合要求。
	2.5.93.1.2	有透析液和透析用水质量监测制度与执行的流程。透析用水符合相关规范。
	2.5.93.1.3	透析用水定期进行残余氯、硬度检测及电导率监测（前处理系统）。
	2.5.93.1.4	透析用水化学污染物、透析液细菌及内毒素检测达标。
	2.5.93.1.5	相关人员熟知标准要求并在日常工作中落实。
	2.5.93.1.6	医院主管部门对透析液和透析用水质量有监管，并对存在的问题有改进措施。
2.5.93.2 透析液配制符合要求。	2.5.93.2.1	透析液和透析粉符合国家标准。
	2.5.93.2.2	透析液配制有规范的操作流程，并落实。
	2.5.93.2.3	相关人员熟知标准要求并在日常工作中落实。
	2.5.93.2.4	透析液配制质量达到相关要求，无透析液相关事故发生。
2.5.93.3 血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。医院对透析器复用	2.5.93.3.1	血液透析器复用执行《血液透析器复用操作规范》。对透析器复用有明确的管理制度和流程，并落实。复用流程设计合理，并定期对复用设备进行保养和维护。
	2.5.93.3.2	除依法批准的有明确标识的可重复使用的血液透析器外，不复

有管理制度和流程。 对从事血液透析器复用的人员资质有规定。		用其他透析器。
	2.5.93.3.3	艾滋病病毒检测阳性、乙型肝炎病毒标志物阳性患者及其他可能通过血液传播传染病的患者使用过的血液透析器不复用。
	2.5.93.3.4	对消毒剂过敏的患者使用过的血液透析器不能复用。
	2.5.93.3.5	复用透析器只能使用于同一个患者，标签必须能够清晰确认该透析患者的姓名、复用次数等相关信息，标签不应遮盖产品型号、批号及透析液流量等产品相关信息。
	2.5.93.3.6	可复用血液透析器复用次数符合规范要求。
	2.5.93.3.7	所有复用记录都应符合医疗文书记录的要求，需注明记录日期及时间并签名。
	2.5.93.3.8	复用登记记录完整，复用病例与透析器可追溯。
	2.5.93.3.9	废弃血液透析器有登记、有处理流程。
	2.5.93.3.10	从事血液透析器复用的人员必须经过专门培训，并符合复用技术资格要求。
	第二章	五、(九十四)
2.5.94.1 开展放射治疗技术应当依法取得《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》，布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。	2.5.94.1.1	具有卫生健康行政部门核准的“放射治疗”诊疗科目，相关执业文件核准与校验均在有效期内。放射治疗科目执业资质管理规范、文件资料完整。
	2.5.94.1.2	布局、设备设施符合《放射诊疗管理规定》和国家相关标准。机房建筑已取得国家认定的合格证书。具备开展放射治疗的基本设备（直线加速器或钴-60 治疗机 $\geq 1$ 台、后装治疗机 $\geq 1$ 台、模拟定位机 $\geq 1$ 台、三维计划治疗系统 $\geq 1$ 台、验证设备）。
	2.5.94.1.3	放射治疗设备有《放射诊疗许可证》与《大型医用设备配置许可证》。
	2.5.94.1.4	有基本设备清单，有完整的定期核准与校验的管理档案。
	2.5.94.1.5	医院主管部门对设备的核准与校验有检查与监管。
2.5.94.2 具备开展放	2.5.94.2.1	根据医院的实际情况开展相应的放射治疗基本技术，技术项目

射治疗的基本技术。		包括三维适形放射治疗或调强放射治疗（占总治疗患者例数的50%以上）、常见恶性肿瘤的根治性放射治疗、术前或术后放射治疗等。
	2.5.94.2.2	有放射治疗的基本技术管理制度，符合《医疗技术临床应用管理办法》要求，并落实。
	2.5.94.2.3	对相关技术人员进行相应的放射治疗的基本技术培训并考核，受训者掌握相应的放射治疗基本技术。
2.5.94.3 有放射治疗装置操作和维护维修制度与质量保证和检测制度。	2.5.94.3.1	有放射治疗装置操作和维护维修制度、质量保证和检测制度，有专人负责放射治疗装置的维护、维修与检测，放射装置操作和管理规范，有完整的使用、维护、检测、维修记录。
	2.5.94.3.2	放射部门在相关的放射场所设置明显的警示标识。
	2.5.94.3.3	放射治疗机器使用有操作指南、规范的程序及必要的联动设置。
	2.5.94.3.4	有上述制度、操作指南及规范程序的培训，相关人员知晓并落实。
	2.5.94.3.5	科室对放射装置管理和人员培训计划落实有自查，并对存在问题有整改。
	2.5.94.3.6	医院主管部门对科室放射装置管理和人员培训效果有监管，并对存在问题有整改意见。
2.5.94.4 放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所的辐射水平符合有关规定。	2.5.94.4.1	有对放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所的安全管理制度，并落实。
	2.5.94.4.2	定期对放射诊疗工作场所、放射性同位素储存场所的辐射水平进行检测。工作场所及辐射水平检测均符合有关规定或标准。
	2.5.94.4.3	放射治疗设备和场所设置醒目的警示标识。
	2.5.94.4.4	科室对工作场所及辐射水平检测有安全检查记录，并对存在的问题及时改进。
	2.5.94.4.5	医院主管部门对科室工作场所和辐射水平检测情况有检查与监管。
2.5.94.5 有患者与工作人员放射防护制度。	2.5.94.5.1	有患者与工作人员放射防护制度，并落实。
	2.5.94.5.2	工作人员佩戴个人放射剂量计。
	2.5.94.5.3	对相关工作人员放射防护有培训，并有培训证书。
2.5.94.6 有放射治疗质量管理体系和措施，保障质量和安全。	2.5.94.6.1	有放射治疗质量管理体系、放射治疗效果评价的规范与流程。
	2.5.94.6.2	有对放射治疗效果和毒副作用的评价。
	2.5.94.6.3	根据评价，有防范毒副作用、改善放射治疗效果的措施。
	2.5.94.6.4	定期开展疑难、危重症病例讨论。
	2.5.94.6.5	科室放射治疗质量有自查，并对存在问题有整改。

	2.5.94.6.6	医院主管部门对放射治疗质量管理工作情况定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	2.5.94.6.7	有数据或案例体现改进成效。
第二章	五（九十五）	<p><b>2.5.95 实施放射治疗应当有明确的规范与流程，有医学物理人员参与制订治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。有放射治疗意外应急预案及处置措施。</b></p> <p><b>【概述】</b> 放射治疗本身具有一定的风险性，医院应加强放射治疗管理，保证治疗质量和安全。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>
2.5.95.1 有明确的规范与流程,有医学物理人员参与制订治疗计划,保证放射治疗定位精确与计量准确。有放射治疗后患者随访。	2.5.95.1.1	根据法律法规和行业指南制定相关疾病的放射诊疗规范，定期修订规范，并落实。
	2.5.95.1.2	有放射治疗计划讨论制度，有根据患者放射治疗过程中情况及时调整放疗计划的相关流程，并落实。
	2.5.95.1.3	放射治疗前由主管医师、医学物理人员共同制定放射治疗计划，保证放射治疗定位精确与计量准确。
	2.5.95.1.4	有确保放射治疗定位精确与计量准确的相关程序。
	2.5.95.1.5	有上述制度、规范与流程的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
	2.5.95.1.6	有效果评价及放射治疗后的患者随访。
2.5.95.2 加强对放射治疗意外事件管理，有放射治疗意外应急预案及处置措施，定期演练，员工知晓。	2.5.95.2.1	有放射治疗意外应急预案、预防处置措施、规范与流程，并落实。
	2.5.95.2.2	有对相关人员进行预防放射治疗意外应急预案及处置措施的培训，相关人员知晓并掌握。
	2.5.95.2.3	有放射治疗意外应急演练。
	2.5.95.2.4	科室对培训效果及预案演练问题有自查，并对存在问题有整改措施。
	2.5.95.2.5	医院主管部门对放射治疗意外事件的处置情况有检查，并对存在问题有整改建议。
2.5.95.3 放射诊疗工作人员能掌握心肺复苏基本技能。	2.5.95.3.1	工作区域配置有可及的相关抢救药品、器材、氧气等，能满足救治需求。
	2.5.95.3.2	对放射诊疗人员有心肺复苏基本技能培训，所有员工均能掌握心肺复苏基本技能。
第二章	五（九十六）	<b>2.5.96 医院开展诊断核医学、脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，</b>

		应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。 【概述】 医院开展特殊诊疗技术，应符合国家相关要求。 【评审方法】 文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。
2.5.96.1 开展诊断核医学活动应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。	2.5.96.1.1	开展诊断核医学特殊诊疗技术，应与执业许可证诊疗科目一致。
	2.5.96.1.2	开展诊断核医学（包括脏器或组织影像学检查、脏器功能测定和体外微量物质分析等）项目经省级卫生健康行政部门核准。
	2.5.96.1.3	对工作场所的分级和分区、放射防护、放射性物质储存和操作、辐射监测及放射性废物处理符合《核医学放射防护要求》（GBZ120—2020）的要求。
	2.5.96.1.4	具有省级环境保护部门的环境保护检测与合格文件。
	2.5.96.1.5	所有诊疗活动均应符合医院感染管理的要求。
	2.5.96.1.6	对相关人员有培训与教育的记录。
2.5.96.2 放射性分析程序符合临床生物化学的质量控制规定及书面质量控制流程。	2.5.96.2.1	依照临床生物化学的质量控制相关规定，制定放射性分析管理制度及程序；有使用放射性同位素时保证患者和工作人员安全的措施。
	2.5.96.2.2	有书面质量控制流程，包括背景计数、仪器校准、污染排除的安全检测、处理放射性核素、处理放射活性的垃圾、放置放射活性的材料、监测放射区域等。
	2.5.96.2.3	相关人员知晓本部门、本岗位职责和履职要求。
	2.5.96.2.4	医院主管部门对放射分析程序及质量控制流程管理规定的落实情况有检查，并有问题分析、反馈和改进建议。
	2.5.96.2.5	放射性同位素相关管理制度有效落实，无患者和工作人员不安全事件。
2.5.96.3 体内检测的实验室须使用合适的质量控制方法，并检查设备性能。	2.5.96.3.1	实验室须保留放射性核素和放射性药物从进入实验室到投药和最后被销毁的全程记录；提供部门记录的文件，注明放射性核素的标识、收到日期、接收方法、活性、储存、制备、处理、容器的性质、投药日期、销毁的情况。
	2.5.96.3.2	根据厂家的规定制备放射性药物，给药之前核对放射性核素种类和剂量的验证结果。
	2.5.96.3.3	利用放射源标准化设备性能，使这些放射源与患者诊断中使用的放射性核素具有相同的能量。
	2.5.96.3.4	相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	2.5.96.3.5	医院主管部门对体内检查项目的放射性核素实施全程管理，对存在问题有检查和问题分析，并有改进建议。

	2.5.96.3.6	放射性核素和放射性药物全程管理工作规范，相关制度落实到位。
2.5.96.4 开展脑电图、肌电图等特殊诊疗技术应当符合国家法律、法规及卫生健康行政部门规章标准的要求。	2.5.96.4.1	开展脑电图、肌电图等特殊诊疗技术，应与执业许可证诊疗科目一致，有独立场所，场所环境防护等符合国家要求。
	2.5.96.4.2	根据法律、法规和行业指南，制定并定期修订本院特殊诊疗技术的诊疗方案及操作流程，建立质控标准，并有效落实。
	2.5.96.4.3	有明确诊疗技术报告时限，有与临床沟通的机制。
	2.5.96.4.4	所有人员均接受特殊检查专业技能培训，依法取得执业资格；出具“临床诊断报告”由经过授权、具备执业医师资质的人员签发；负责人由有经验的特殊检查专业或经过特殊检查技术培训的副主任医师及以上职称人员担任。
	2.5.96.4.5	有上述制度、规范的培训，相关人员知晓基本要求并落实。
第二章	五（九十七）	<p>2.5.97 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>依照国家相关法律法规，特殊检查室设计及空间区域划分应符合环境保护与人员防护规定，医院应当按照要求规范区域，制定突发意外事故管理规范与应急预案，以保障患者和医务人员安全。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
2.5.97.1 特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求。能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。	2.5.97.1.1	特殊检查室设计及空间区域划分应符合特殊检查需求，保证检查质量；并符合环境保护与人员防护规定，严格划分患者、检查人员、其他人员所在区域，能将有害光、射线、磁场限制在检查患者所需的范围，避免医务人员及其他人员接触有害物质。
	2.5.97.1.2	特殊检查所用设备、仪器、药品必须符合国家相关标准，并经验证合格后方能使用，以保证检查质量和患者安全。
	2.5.97.1.3	对特殊检查室工作人员有相关制度、规范（程）的培训与教育。
	2.5.97.1.4	“临床诊断报告”由经过授权、具备执业资质的人员签发。所有临床诊断报告签发人资质符合规定。
2.5.97.2 有突发意外事故管理规范与应急预案并严格执行。	2.5.97.2.1	放射性操作区应展示简明的应急救援流程，并指定该区域的防护负责人。
	2.5.97.2.2	有应急预案，责任分工明确，相关人员有培训，并有演练。
	2.5.97.2.3	工作区应备有急救药品和设备，能满足应急需要。

2.5.97.3 临床核医学诊断时的防护符合要求。	2.5.97.3.1	有相应的规章制度与流程，并落实。
	2.5.97.3.2	具有相应的防护设备，做好相关防护，所有防护符合要求。
	2.5.97.3.3	候诊室应靠近给药室和检查室，有专用厕所，不得与工作人员共用。
	2.5.97.3.4	相关人员对核医学工作防护知识有培训。
第二章	五（九十八）	<p><b>2.5.98 开展日间化疗服务应当明确规定日间化疗服务适用范围，集中配置化疗药物，有安全管理制度及质量保证措施。</b></p> <p><b>【概述】</b> 日间化疗服务是医院改善服务质量，提高医疗服务效率的新举措，医院应加强日间化疗管理，保证化疗质量与安全。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
2.5.98.1 开展日间化疗服务应当明确规定日间化疗服务适用范围，集中配置化疗药物，有安全管理制度及质量保证措施。	2.5.98.1.1	有适宜的空间、设施，集中输液区域配备抢救设备与急救药物。
	2.5.98.1.2	开展日间化疗服务应符合国家相关规定要求，有明确的日间化疗纳入标准和服务适用范围，医务人员知晓并落实。
	2.5.98.1.3	建立日间化疗工作制度与管理流程，严格按诊疗规范开展诊疗服务，有各类意外发生应急处置预案并定期开展演练。
	2.5.98.1.4	按病历书写规范做好各项诊疗记录，患方需签署知情同意书并随病历归档保存。
	2.5.98.1.5	有规范的化疗药物管理规定，建立日间化疗集中配置化疗药物安全管理制度并落实。
	2.5.98.1.6	有安全管理制度及质量保证措施，对日间化疗患者实施观察，并有记录。
	2.5.98.1.7	日间化疗病人纳入慢病管理、建立档案，有定期随访评价。
	2.5.98.1.8	建立日间化疗的操作流程及质量控制指标，定期监测、分析并反馈，持续改进。

## 六、护理质量保障与持续改进

第二章	六、	2.6 护理质量保障与持续改进
第二章	六、（九十九）	<p><b>2.6.99 建立扁平高效的护理管理体系，建立护理质量与安全委员会，依据法律法规、行业指南、标准，制定护理制度、常规和操作规程，实施护理质量管理工作。</b></p> <p><b>【概述】</b> 扁平化护理管理体系可有效提高管理效率。医院应当建立与医院规模、任务和组织目标相适应的护理管理体系，实行三级或</p>

		<p>者两级管理层级；通过护理质量与安全管理委员会，定期研究护理质量问题、推进护理质量改进；根据国家法律法规、行业标准、指南，制定护理制度、工作常规和操作规程，持续更新护理质量评价标准，对医院护理质量实行全程管控。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。</p>
2.6.99.1 建立简洁高效的护理管理体系。在本单位护理管理委员会的指导下,实行三级或二级管理	2.6.99.1.1	建立简洁高效的护理管理体系。在本单位护理管理委员会的指导下,实行三级(院-科-病区)或二级(院-病区)管理层级,明确各级护理管理岗位任职条件。
	2.6.99.1.2	有护理工作发展规划、年度计划,符合医院总体规划和护理学科发展方向,有措施保障,能有效执行。
	2.6.99.1.3	科室对护理工作年度计划和护理工作管理目标落实情况有自查。
	2.6.99.1.4	医院主管部门对护理工作中长期规划、护理工作管理目标和护理工作年度计划的落实情况有检查与监管。
2.6.99.2 建立护理质量与安全管理委员会。委员会成员应当包含与护理工作密切相关的部门,并制订委员会职责和工作制度,定期研究护理质量与安全问题,提出改进策略并落实。	2.6.99.2.1	建立护理质量与安全管理委员会,成员由人事、财务、医务、护理、医院感染管理、后勤、医学装备、信息等与护理工作密切相关的部门主要负责人组成,主任委员由医疗机构主要负责人或者分管护理工作负责人担任。
	2.6.99.2.2	护理质量与安全管理委员会定期研究护理质量与安全工作,制定护理质量与安全管理工作计划及护理质量监测指标。定期研究护理质量与安全问题,提出改进策略并落实。
	2.6.99.2.3	科室或病区有护理质量与安全管理小组,负责落实护理质量与安全管理工作。
	2.6.99.2.4	对护理质量做到基于数据的质量指标管理,并及时、准确上报监测护理质量指标并分析。
	2.6.99.2.5	应用信息化手段管理,保障护理质量数据完整、准确,并及时上报。
	2.6.99.2.6	科室或病区护理质量与安全管理小组每月对护理质量与安全管理有自查、分析、整改。
	2.6.99.2.7	医院主管部门对科室或病区护理质量与安全管理工作定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。

	2.6.99.2.8	有数据或 PDCA 案例显示护理质量改进有成效。
2.6.99.3 根据法律法规、行业标准、指南制定医院护理制度、护理常规和操作规程,定期修订。并根据科室执行落实情况,开展护理质量管理工作,有监测、分析、反馈,指导改进。	2.6.99.3.1	依据法律法规、行业标准、指南制定护理制度、护理常规和操作规程,并及时修订。
	2.6.99.3.2	对护理制度、护理常规、操作规程有培训和考核。
	2.6.99.3.3	落实护理制度、护理常规及操作规程。
	2.6.99.3.4	科室对护理制度、护理常规、操作规程的落实情况有自查、分析、整改。
	2.6.99.3.5	医院主管部门对护理制度落实情况定期督导检查、监测、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
	2.6.99.3.6	持续改进有成效,各项护理制度、护理常规、操作规程落实到位。
第二章	六、(一百)	<p>2.6.100 护理人力资源配备与医院功能和任务相适应,有护理单元护理人员的配置原则,以临床护理工作量为基础,根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。有紧急状态下调配护理人力资源的预案。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>合理的护士人力资源配置,是保障患者安全和质量的基础。医院应当按照国家相关规定,结合医院规模、功能和任务,合理配备护理人力,并结合收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况等制订护理单元人力配备原则及弹性调配方案。有人力资源调配的应急预案。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>
2.6.100.1 护理人力资源配备与医院功能和任务相适应,有护理单元护理人员的配置原则,以临床护理工作量为基础,根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于 95%。	2.6.100.1.1	按照医院的规模、功能、任务合理配置护理人员。护理人力资源配备达到国家相关规定。
	2.6.100.1.2	有护理单元护理人员的配置原则,合理配置护理人力资源。护理单元护理人员按收住患者特点、护理等级比例、床位使用情况配置,护理人员分管患者级别与护理人员能级一致。
	2.6.100.1.3	普通病房日间每位护士平均负责患者数 $\leq 8$ 人,根据床位数和工作量合理配置夜班护士人数。有护理人员资质准入及值班等相关制度并依法执行。
	2.6.100.1.4	有护理人力资源动态调配的方案和措施,以临床护理工作量为基础,根据收住患者特点、护理级别比例、床位使用情况对护理人力资源实行弹性调配。
	2.6.100.1.5	临床护理岗位护士数量占全院护士数量不低于 95%。
	2.6.100.1.6	医院主管部门对人力资源配置及动态调配工作有检查与监管。
2.6.100.2 有紧急护	2.6.100.2.1	有紧急护理人力资源储备、调配的方案,并执行。

理人力资源储备、调配的方案,并执行。	2.6.100.2.2	对护理储备人员有培训和考核,可供紧急状态或特殊情况下调配使用。
	2.6.100.2.3	相关护理管理人员知晓紧急护理人力资源调配规定的主要内容与流程。
	2.6.100.2.4	医院主管部门对紧急护理人力资源调配方案实施演练,有检查与监管。
第二章	六、(一百零一)	<p>2.6.101 护理人员依法执业,实行分层级管理,有护理人员管理规定、实行岗位管理制度,明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准。有护理人员在职继续医学教育计划,保障措施到位,并有实施记录。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>根据《护士条例》及《护士执业注册管理办法》等规定,对护士实行依法执业管理,保障患者安全和护士的合法权益。根据《国家卫生健康委办公厅关于加强医疗机构护理工作的通知》等要求,按照“按需设岗、以岗择人、按岗聘用、科学管理”的原则,实施护理岗位管理。建立以岗位需求为导向的护士培训机制,保障措施切实可行。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
2.6.101.1 根据《护士条例》及《护士执业注册管理办法》等相关法律法规和规定,制定护理人员资质管理制度和审核程序,落实依法执业。	2.6.101.1.1	有护理人员资质管理制度,明确执业资质、特殊护理岗位资质要求,有审核规定与程序,并执行。
	2.6.101.1.2	医院主管部门对护理人员注册、资质有审核、监督、检查,对存在的问题与缺陷有追踪和分析。
2.6.101.2 实行岗位管理制度,明确岗位设置、岗位职责、岗位技术能力和工作标准。制定护理人员管理规定,根据临床护理能力、专业技术水平、工作年限、职称和学历等实行分级管理,各层级护士职业晋升路径及标准清晰。	2.6.101.2.1	有护理岗位管理制度,明确医院护理岗位设置、岗位职责、岗位技术能力要求和工作标准,并执行。
	2.6.101.2.2	有护理人员管理规定,根据临床护理能力、专业技术水平、工作年限、职称和学历等实行分级管理,各层级护士职业晋升路径及标准清晰,有统一的护理人员分级管理档案。
	2.6.101.2.3	有各层级各类别护理人员岗位培训,护理人员落实相关岗位职责和工作要求。

2.6.101.3 根据医院业务发展、岗位需求和护士职业成长规律制定护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。	2.6.101.3.1	建立护士岗位培训制度，建立以岗位需求为导向、以岗位胜任力为核心的护士培训制度，包括护士规范化培训、核心能力培训、护士继续教育。
	2.6.101.3.2	参照《新入职护士培训大纲》开展新入职护士规范化培训，有护理人员在职继续教育计划，并落实。
	2.6.101.3.3	根据医院业务发展、岗位需求和护士职业成长规律制定护理人员在职继续医学教育计划，保障措施到位，并有实施记录。
	2.6.101.3.4	科室对相关内容落实有检查、分析及整改。
	2.6.101.3.5	医院主管部门对相关工作定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.6.101.4 落实《专科护理领域护士培训大纲》培训要求，培养专科护理人才。	2.6.101.4.1	根据功能定位和任务要求，结合医学技术发展及患者需求，加强专科护理能力建设。
	2.6.101.4.2	积极培养专科护理人才，注重临床护士在重症监护、急救护理、血液净化、传染病护理、肿瘤护理等专科护理能力的提升。
	2.6.101.4.3	有专科护理人才培养与管理制度，合理使用专科护理人才。
	2.6.101.4.4	有保障开展专科护理人员培训所需的师资、设备设施等资源，培训措施落实。
	2.6.101.4.5	科室对相关工作有检查、分析及整改。
	2.6.101.4.6	医院主管部门对专科护理人才培养和使用有监管，对问题有追踪分析及改进。
第二章	六、（一百零二）	<p>2.6.102 建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求等要素并以考核护理人员实际工作能力为核心的绩效考核制度，考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合，调动护理人员积极性。</p> <p><b>【概述】</b> 护理绩效考核是医院管理部门基于护理工作目标和绩效标准而采取的一种管理方式，建立符合医院护理工作目标，基于工作量、护理质量、患者满意度、护理难度、技术要求等为要素的绩效考核制度。并将考核结果与护理人员评优、晋升、薪酬分配相结合，促进工作改进，达到充分调动护理人员积极性的目的。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>
2.6.102.1 建立基于护理工作量、质量、患者满意度并结合护理难度、技术要求	2.6.102.1.1	建立和实施基于护理工作量、质量、患者满意度，结合护理难度、技术要求等要素并以考核护理人员实际工作能力为核心的绩效考核制度。绩效考核制度应当充分征求护理人员意见，提供多种途径方便查询，护理人员知晓。

等要素并以考核护理人员实际工作能力为核心的绩效考核制度,考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合,调动护理人员积极性。	2.6.102.1.2	有按照相关文件,护理绩效考核向高劳动强度、高风险、高技术含量倾斜。
	2.6.102.1.3	考核结果与护理人员的评优、晋升、薪酬分配相结合,体现同岗同酬、多劳多得、优绩优酬,调动护理人员积极性,并有绩效考核项目的更新。
	2.6.102.1.4	根据相关部门文件要求,落实护士待遇。
	2.6.102.1.5	医院主管部门对绩效考核方案落实情况有检查与监管,对问题有追踪分析。
第二章	六、(一百零三)	<p>2.6.103 依据《护士条例》等相关法律法规和规定,规范护理工作,落实优质护理服务。实施责任制整体护理,为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>以《护士条例》等相关法律法规、行业标准等为依据,结合医院实际,规范实施以患者为中心的护理,针对患者从入院、住院、出院等不同阶段的护理需求,提供涵盖生理、心理和社会等方面的专业化、人性化的责任制整体护理。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。</p>
2.6.103.1 依据《护士条例》等相关法律法规和规定,规范护理工作,落实优质护理服务。	2.6.103.1.1	有优质护理服务规划、目标、工作计划和实施方案,并落实。
	2.6.103.1.2	有推进开展优质护理服务的保障制度、措施及激励机制,并与多部门有联动机制。
	2.6.103.1.3	根据各专业特点,有细化、量化的优质护理服务目标和措施,并落实。
	2.6.103.1.4	后勤部门和辅助科室全面保障临床一线护理工作,实行物品收下送、药品单剂量摆放并下送等服务,医院信息系统能够为临床服务提供支持。
	2.6.103.1.5	为出院患者提供多形式的延续护理服务。
2.6.103.2 实施责任制整体护理,为患者提供全面、全程、专业、人性化的护理服务。	2.6.103.2.1	实施责任制整体护理工作模式。
	2.6.103.2.2	根据患者生理、心理、社会等特点,全面评估患者病情与需求,实施专业化、个性化、连续性的护理措施,为患者提供心理与健康指导服务和出院指导。
第二章	六、(一百零四)	<p>2.6.104 根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》(WS/T431-2013)的原则和要求,进行护理分级,并且按护理级别实施分级护理。有危重患者护理常规,护理措施落实到位。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>按照《综合医院分级护理指导原则》及《护理分级》</p>

		<p>(WS/T431-2013)要求,对患者进行分级护理。依据疾病护理常规和技术操作规范等,结合不同级别患者实际状况,实施分级护理。有医院危重患者护理常规及工作规范,并落实到位。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查。</p>
2.6.104.1 根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》(WS/T431-2013)的原则和要求,进行护理分级。按护理级别实施分级护理,护理措施符合患者实际需要并落实。	2.6.104.1.1	根据《综合医院分级护理指导原则》《护理分级》(WS/T431-2013)的原则和要求,制定符合医院与专科实际的护理分级制度。
	2.6.104.1.2	对护理分级相关制度有培训与考核,并落实。
	2.6.104.1.3	医生和护士根据患者病情严重程度和(或)自理能力等级确定患者护理分级,护理级别与患者实际情况相符,动态调整并有明确标识。护理措施符合患者实际需要并落实。
	2.6.104.1.4	根据患者护理分级安排具备相应能力的护士,根据患者的护理分级和主管医生制订的诊疗计划,为患者提供护理。
2.6.104.2 有危重患者护理常规、技术规范、风险评估、应急预案和安全防范措施,并落实。	2.6.104.2.1	有危重患者护理常规、技术规范、风险评估、应急预案和安全防范措施。
	2.6.104.2.2	护士知晓并落实上述内容。
2.6.104.3 护士具有危重患者护理的相关理论知识与操作技能。	2.6.104.3.1	护士具有危重患者护理的理论知识与操作技能,如:生命支持设备操作、患者病情评估与处理、紧急处置能力等。
	2.6.104.3.2	对护士进行危重患者护理理论知识和操作技能培训,并考核合格。
第二章	六、(一百零五)	<p>2.6.105 护理文书、护理查房、护理会诊和护理病例讨论制度参照《医疗质量安全核心制度要点》执行。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>护理文书是护士按照患者护理计划,在实施护理措施过程中形成的文字、符号、图表等资料,是护士观察病情、执行医嘱、实施护理措施的客观记录。医院应当对护理文书的书写、质控、保存、使用等环节进行管理。</p> <p>护理会诊是对本科室难以解决的护理问题,需要其他科室或医院的护士协助提出意见或提供护理的活动。对疑难病例或疑难护理问题可通过建立护理查房、护理会诊、护理病例讨论等方式解决。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、现场检查、病历检查、病案检查。</p>

2.6.105.1 根据《医疗质量安全核心制度要点》《病历书写基本规范》制定护理记录书写规范及书写质量考核标准,定期质量评价。	2.6.105.1.1	根据《医疗质量安全核心制度要点》《病历书写基本规范》制定护理文书书写规范及书写质量考核标准。
	2.6.105.1.2	护理人员按照规范完成日常护理文书记录。
	2.6.105.1.3	科室对护理文书有自查、总结分析,发现问题及时整改。
	2.6.105.1.4	医院主管部门对运行的护理文件书写质量定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
	2.6.105.1.5	应用现代化信息手段,简化、规范、及时完成护理文件书写、保存,有数据显示护理文书书写质量不断提高。
2.6.105.2 根据护理管理制度并参照《医疗质量安全核心制度要点》,建立三级护理查房制度,明确各科查房周期以及护理决策,有查房记录及效果可追溯。	2.6.105.2.1	根据护理管理制度并参照《医疗质量安全核心制度要点》,建立护理三级业务查房和三级教学查房制度,明确各科查房周期。
	2.6.105.2.2	护理部有明确的年度临床科室查房计划,有参与人员要求;科室护士长有应用护理程序对本科患者进行护理查房,查房中形成促进患者康复的护理决策,有查房记录及效果可追溯。
	2.6.105.2.3	有三级护理业务查房和教学查房标准,并全员培训,相关人员按要求落实。
2.6.105.3 根据《医疗质量安全核心制度要点》建立护理疑难病例讨论制度和会诊制度,通过开展护理会诊或MDT讨论解决护理问题、提高患者护理质量。	2.6.105.3.1	建立护理疑难病例讨论、会诊制度,有护理MDT团队协作机制和流程,有效解决本专科不能解决的护理问题。
	2.6.105.3.2	有明确的护理会诊申请流程及会诊人员资质要求,护理部组织、协调护理会诊工作。
	2.6.105.3.3	开展以护理为主导的MDT,为患者制定更科学的护理方案,解决疑难护理问题。
第二章	六、(一百零六)	<p>2.6.106 有临床护理技术操作常见并发症的预防与处理规范。有紧急意外情况的护理应急预案和处理流程,有培训与演练。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>规范临床护理技术操作,预防和处理并发症,是确保患者安全的基础。医院应当制定临床护理技术并发症预防规范。制定紧急意外情况下的护理应急处理流程,护士知晓本岗位相关的护理技术并发症和紧急意外情况的预防和处理流程。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
2.6.106.1 制定临床护理技术操作常见并发症的预防及处理规范。	2.6.106.1.1	有临床护理技术操作常见并发症预防与处理规范,并落实。
	2.6.106.1.2	有针对临床护理技术操作常见并发症预防及处理规范的培训计划,并落实。
	2.6.106.1.3	护理人员熟练掌握本专业常见技术操作,熟悉并发症预防措施

		及处理流程。
2.6.106.2 制定重点环节应急管理制度,制定紧急意外情况的护理应急预案和处理流程,定期实施相关培训与演练。	2.6.106.2.1	有重点环节应急管理制度,对患者用药、输血、治疗、标本采集、深静脉置管、围术期管理等重点环节有意外发生的应急预案和处理流程。
	2.6.106.2.2	有紧急意外情况如患者突发昏迷、心脏骤停、职业暴露等的护理应急预案和处理流程。
	2.6.106.2.3	定期实施相关培训与演练,相关岗位护理人员掌握紧急意外情况处置预案。
第二章	六、(一百零七)	<p>2.6.107 按照《医院手术部(室)管理规范(试行)》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南(试行)》和《医疗机构新生儿安全管理制度(试行)》,完善手术部(室)、消毒供应中心(室)和新生儿病室等护理质量管理与监测相关规定及措施,组织实施并持续改进。</p> <p><b>【概述】</b> 依据《医院手术部(室)管理规范(试行)》《医院消毒供应中心管理规范》《新生儿病室建设与管理指南(试行)》和《医院新生儿安全管理制度(试行)》等规定,结合专业特点,完善护理质量管理制度、指标监测及分析反馈等,持续改进。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作、病历检查。</p>
2.6.107.1 手术室建筑布局合理,分区明确,标识清楚,符合功能流程合理和洁污区域分开的基本原则。	2.6.107.1.1	手术室布局合理,分区明确,标识清楚,洁污区域分开。
	2.6.107.1.2	各工作区域功能与实际工作内容符合。
	2.6.107.1.3	护理人员知晓各工作区域功能及要求,并得到有效执行。
2.6.107.2 建立手术室各项规章制度、岗位职责及操作常规,有考核及记录,工作人员配备合理。	2.6.107.2.1	有手术室管理制度、工作制度、岗位职责和操作常规,并落实。
	2.6.107.2.2	有手术室各类应急预案,并定期演练。
	2.6.107.2.3	根据手术量及工作需要配备护理人员、辅助工作人员和设备技术人员,并有明确的资质及岗位技术要求。手术室护理人员与手术间之比不低于3:1;手术室护士长具备主管护师及以上专业技术职务任职资格和5年及以上手术室工作经验。
	2.6.107.2.4	有手术室各级各类人员的相关培训与考核。
2.6.107.3 有患者交接、安全核查、安全用药、手术物品清	2.6.107.3.1	有患者交接、安全核查、安全用药、体位安全、手术物品清点、标本管理等安全制度与流程,并得到严格执行。
	2.6.107.3.2	有手术患者标本规范保存、登记、送检等流程,并有实施记录。

点、标本管理等安全制度，并严格执行。	2.6.107.3.3	遵医嘱为手术患者正确实施术前与术中预防性抗菌药等用药和治疗服务，并记录。
2.6.107.4 建立手术室感染预防与控制管理制度及质量控制标准，并有培训、考核及监督。	2.6.107.4.1	有手术室感染预防与控制管理制度及质量控制标准和相关培训，并落实。
	2.6.107.4.2	定期对感染、空气质量、环境等进行监测，并有记录。
	2.6.107.4.3	有医疗设备、手术器械及物品的清洁、消毒、灭菌及存放规定。
	2.6.107.4.4	手术室自行消毒的手术器械及物品有标识及有效日期，使用者知其含义。
	2.6.107.4.5	手术室工作区域、连台手术之间按规范清洁、消毒。
	2.6.107.4.6	结合手术室专业特点，完善护理质量管理体系、指标监测及分析反馈等，持续改进。
2.6.107.5 消毒供应中心(室)建筑布局合理，设施、设备完善，符合相关规范要求。工作区域划分符合消毒隔离要求。	2.6.107.5.1	消毒供应中心(室)相对独立，周围环境清洁，无污染源；内部环境整洁，通风、采光良好，分区明确；整体布局合理，洁污区分清晰，不交叉，不逆流。
	2.6.107.5.2	工作人员知晓消毒供应中心(室)的分区与履职要求。
	2.6.107.5.3	根据医院消毒供应的规模、任务、工作量及工作岗位，合理配置清洗消毒设备及配套设施，并配备个人防护用品。
	2.6.107.5.4	相关部门保障物资、水电气供应，设备运行正常；相关设备出现故障时，能够及时处理。
2.6.107.6 实施集中管理，合理配备工作人员，符合《医院消毒供应中心管理规范》的要求。	2.6.107.6.1	采取集中管理的方式，所有需要消毒或灭菌后重复使用的诊疗器械、器具和物品由消毒供应中心(室)回收，集中清洗、消毒、灭菌和供应。
	2.6.107.6.2	根据医院规模、工作量及各岗位需求，合理配置具有执业资格的护士、消毒员和其他工作人员；配置有专科培训经历的专职护士长，护士长具备主管护师及以上专业技术职务任职资格。
2.6.107.7 建立消毒供应中心(室)工作人员的在职继续教育制度，根据专业进展开展培训，更新知识。	2.6.107.7.1	有消毒供应中心(室)工作人员岗位培训计划，体现消毒供应工作特点。
	2.6.107.7.2	对岗位培训有考核及效果评价。
2.6.107.8 消毒供应中心(室)规章制度、工作职责、工作流程健全，建立与相关科室的联系制度，根据需要及时改进工作。	2.6.107.8.1	消毒供应中心(室)有规章制度、工作职责、工作流程，符合规范要求，并落实。
	2.6.107.8.2	有消毒供应中心(室)各类应急预案，并定期演练。
	2.6.107.8.3	有消毒供应中心(室)与临床科室联系的相关制度，并落实。临床科室对消毒供应中心(室)工作满意度不断提升。

2.6.107.9 消毒供应中心(室)建立清洗、消毒、灭菌效果监测制度,加强质量管理。清洗、消毒、灭菌符合消毒供应中心行业标准要求,专人负责质量监测工作。	2.6.107.9.1	消毒供应中心(室)有清洗、消毒、灭菌效果监测制度,符合监测标准要求,并有监测记录,质量控制过程的记录符合追溯要求。
	2.6.107.9.2	专人负责质量监测工作。
	2.6.107.9.3	消毒供应中心(室)有日常和定期监测自查。
	2.6.107.9.4	医院主管部门对科室监测工作的落实情况定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
	2.6.107.9.5	清洗、消毒、灭菌符合行业标准要求,无灭菌失败事件发生。
	2.6.107.9.6	结合消毒供应中心(室)专业特点,完善护理质量管理体系、指标监测及分析反馈等,持续改进。
2.6.107.10 采用外院提供消毒灭菌服务的医院,布局、流程符合要求,制定相关的管理制度,并按《医疗消毒供应中心管理规范(试行)》实施全过程的监管。	2.6.107.10.1	有医院对外院提供消毒灭菌服务的管理制度,包括建立诊疗器械、器具和物品交接与质量检查、验收及追溯制度,并执行。应设专人负责。
	2.6.107.10.2	对提供服务的医院或消毒服务机构的资质(包括具有医疗机构执业许可证或工商营业执照,并符合环保等有关部门管理规定)进行审核。并有辖区卫生健康委组织的质量评价记录。
	2.6.107.10.3	对外院的CSSD分区、布局、设备设施、管理制度(含突发事件的应急预案)及诊疗器械回收、运输、清洗、消毒、灭菌操作流程等进行安全风险评估,签订协议,明确双方的职责。每次交接应有交接联单。
	2.6.107.10.4	医院设独立的污染器械收集暂存间,使用后器械及时进行预处理,并保湿密封保存。
	2.6.107.10.5	医院设独立的无菌物品发放间,温度低于24℃,湿度低于70%,物品存放应距地面20~25cm,距墙壁5~10cm,距天花板50cm。
	2.6.107.10.6	科室有定期自查,对存在问题有分析、整改,及时向服务机构反馈质量验收、评价及使用过程存在的问题,并要求落实改进措施。
	2.6.107.10.7	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
2.6.107.11 新生儿病室建筑布局合理,设施、设备完善,符合相关规范要求。	2.6.107.11.1	新生儿病室建筑布局符合医院感染防控要求,做到洁污区域分开,功能流程合理。
	2.6.107.11.2	床位数满足患儿医疗救治的需要,符合相关规范。
	2.6.107.11.3	设备、设施配备符合相关要求,定期检查保养,保持性能良好。
	2.6.107.11.4	相关人员知晓流程并能够正确操作。
2.6.107.12 新生儿病室护理人力资源合	2.6.107.12.1	新生儿病区护士人数与床位数之比不低于0.6:1,重症病区比例不低于1.8:1,1名护理人员负责≤6名普通患儿或≤3名重症患

理配备,实施责任制整体护理。		儿。由具备主管护师以上专业技术职务任职资格且有2年以上新生儿护理工作经验的护士担任护理负责人。
	2.6.107.12.2	护理人员按工作年限或职称分层培训,考核合格。
	2.6.107.12.3	新生儿病室实施责任制整体护理。
2.6.107.13 新生儿病室有护理管理制度、规范、岗位职责、工作流程、护理常规,有突发事件的应急预案或流程。	2.6.107.13.1	有新生儿病室工作制度、岗位职责、护理常规及专业技术规范,护理人员能落实。
	2.6.107.13.2	有突发事件的应急预案,突出专科性,并对应急预案有培训、演练。
	2.6.107.13.3	护理人员知晓上述相关要求。
2.6.107.14 加强新生儿病室消毒隔离管理,防范院内感染;新生儿暖箱、奶瓶奶嘴消毒规范;传染病患儿有隔离护理措施。	2.6.107.14.1	有新生儿室消毒隔离制度。并落实。
	2.6.107.14.2	有新生儿暖箱、奶瓶、奶嘴清洁消毒规范,并落实。
	2.6.107.14.3	有高危新生儿、疑似传染病、传染病患儿消毒隔离制度,并落实。
	2.6.107.14.4	高危新生儿和疑似传染病的新生儿采取隔离措施,并标识清晰。
2.6.107.15 有新生儿护理专项质量管理标准、安全管理制度并落实到位。	2.6.107.15.1	有新生儿护理质量专项质量管理标准、重症新生儿护理规范,并有培训和落实。
	2.6.107.15.2	有新生儿安全管理制度,并有培训和落实。
	2.6.107.15.3	结合新生儿专业特点,完善护理质量管理制度、指标监测及分析反馈等,持续改进。

## 七、药事管理与临床药学服务保障与持续改进

第二章	七、	2.7 药事管理与临床药学服务保障与持续改进
第二章	七、(一百零八)	<p>2.7.108 医院药事管理工作和药学部门设置以及人员配备符合国家相关法律、法规及规章制度的要求;建立与完善医院药事管理组织,完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>《医疗机构药事管理办法》对医院药事管理、药学部门设置与人员配备、药事管理组织有明确的规定;国家卫生健康委等6部门《关于加强医疗机构药事管理促进合理用药的意见》给出了加强医院药事管理,完善临床药学服务的主要任务,提出了合理用药的目标,医院应当按照法律法规的要求具体落实。</p> <p><b>【评审方法】</b></p>

		文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。
2.7.108.1 根据国家相关法律、法规及规章制度的要求,建立与完善医院药事管理与药物治疗学组织,有工作职责、制度和计划,并落实。	2.7.108.1.1	设立药事管理与药物治疗学组织,人员组成符合规定,职责明确,有相应的工作制度,每季度召开会议落实相关工作。
	2.7.108.1.2	药学部门负责药学专业技术服务与相关药事管理工作。
	2.7.108.1.3	药事管理工作有年度计划和总结。
	2.7.108.1.4	医务管理部门指定专人负责药物治疗相关的管理工作。医务管理部门与药学部门有协调机制。
	2.7.108.1.5	科室对药事管理制度、年度计划有自查,问题有分析和整改措施,并落实。
	2.7.108.1.6	质控或监察等部门对药事管理相关工作有定期督查、分析、整改。
	2.7.108.1.7	持续改进有成效,医院药事管理有数据及结果分析,整改建议得到有效落实。
2.7.108.2 根据国家相关法律、法规及规章制度的要求,及医院功能任务与规模,配备药学专业技术人员,岗位职责明确。	2.7.108.2.1	药学专业技术人员满足工作需要,并按有关规定取得相应药学专业技术职务任职资格。
	2.7.108.2.2	各级药学专业技术人员岗位职责明确,熟悉并履行本岗位职责。
	2.7.108.2.3	有药学专业技术人员培养、考核和管理相关规定,并有效执行。
	2.7.108.2.4	药学部门负责人应具有药学(临床药学)专业本科及以上学历、本专业高级技术职务任职资格。
	2.7.108.2.5	药学专业技术人员不少于医院卫生专业技术人员的8%。药学部门副高职称以上的药学专业技术职务任职资格人员人数应当不低于药学专业技术人员人数的13%(教学医院应当不低于15%)。
	2.7.108.2.6	医院主管部门对药学专业技术人员配备和任职情况有检查、监督、反馈。
2.7.108.3 完善药事管理与临床药学服务各项规章制度并组织实施。	2.7.108.3.1	有药事管理与临床药学服务相应的工作制度、岗位职责、操作规程及培训要求,并组织实施。
	2.7.108.3.2	开展药事管理法律、法规及相关制度的宣传、教育、培训工作,医务人员熟悉并执行。
	2.7.108.3.3	有临床用药具体评价方法,有改进措施和干预办法;医院每年用药金额排序前十位的药品与医院性质及承担的主要医疗任务相符合,并对变化有分析、评价与说明。
	2.7.108.3.4	药学部门对药事管理工作定期自查、总结分析、整改。
	2.7.108.3.5	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
第二章	七、(一百零	2.7.109 加强药品管理,规范药品遴选、采购、储存、调剂,建

	九)	立全流程监测系统,保障药品质量和供应。静脉药物调配中心和调配工作符合有关规定。 <b>【概述】</b> 对药品遴选和药品在医院内部的采购、储存、转运全过程进行管理,确保药品的质量与供应。对药品的调配过程进行管理,防止调配差错,保障患者用药安全。静脉药物调配中心工作符合有关规定。 <b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。
2.7.109.1 有药品遴选制度,制定本医院“药品处方集”和“基本用药供应目录”。	2.7.109.1.1	建立规范的药品遴选制度与程序,并严格执行。
	2.7.109.1.2	动态管理本机构“基本用药供应目录”,制定本机构“药品处方集”。
	2.7.109.1.3	“基本用药供应目录”品规数符合规定:500-800床的医院,西药品规数 $\leq 1000$ 个,中成药规数 $\leq 200$ 个;800床以上的医院,西药品规数 $\leq 1200$ 个,中成药规数 $\leq 300$ 个。单品种品规数符合《处方管理办法》相关规定。
	2.7.109.1.4	有优先使用国家集中采购中选药品的相关制度与措施。完成国家集中采购中选药品的指标任务。
	2.7.109.1.5	药学部门对药品遴选及目录管理工作有自查、总结分析、整改。
	2.7.109.1.6	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
2.7.109.2 建立严格的药品采购供应管理制度与流程,有适宜的药品储备。	2.7.109.2.1	有药品采购供应管理制度与流程,供药渠道合法。药学部门统一负责全院药品(临床试验和放射性药品除外)采购供应。核医学科可以购用、调剂本专业所需的放射性药品。
	2.7.109.2.2	药品采购(含临时采购)规范,按省市要求在交易平台上网上采购药品,采购数量及金额占比、回款天数符合有关要求。特殊情况(急抢救药品、短缺药品)线下采购经医院审批。无违规采购药品情况。
	2.7.109.2.3	医疗机构购进药品,必须建立并执行进货检查验收制度,并建有真实完整的药品购进记录,购进记录符合有关要求。
	2.7.109.2.4	药品储备量与功能、任务和服务量相适应;根据药品用量评估药品储备情况,库存药品月周转1次以上。
	2.7.109.2.5	药学部门对药品采购供应,特别是线下和临时采购有定期自查、总结分析、整改。
	2.7.109.2.6	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。

2.7.109.3 有药品储存制度,储存药品的场所、设施与设备符合有关规定。	2.7.109.3.1	有药品储存管理制度,定期对库存药品进行盘点、养护和质量检查,做到账物相符。
	2.7.109.3.2	药品储存设施与设备满足药品质量要求。
	2.7.109.3.3	设置冷藏库、阴凉库、常温库,化学药品、生物制品、中成药、中药饮片分库、分区、分类存放,按规定设置验收、退药、发药等功能区域。
	2.7.109.3.4	加强对冷藏药品的接受、贮存、保管、流转和使用的全流程管控,确保冷藏药品从进入医院到各科室、病区直至使用,温度始终控制在规定范围内。医院所有冷藏药品的冷藏设施(冷库、冰箱、冰柜等)应配备有温度自动监测、显示、记录、调控报警的监测系统。
	2.7.109.3.5	药库管理由药学专业人员负责,科室或病区备用药品指定专人管理。执行药品有效期管理相关制度与处理流程,并有控制措施和记录。
	2.7.109.3.6	药学部门对药品储存有定期自查、总结分析、整改。
	2.7.109.3.7	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
2.7.109.4 落实药品调剂制度,遵守药品调剂操作规程,保障药品调剂的准确性。	2.7.109.4.1	制定门诊、住院(含互联网医院)药品调剂制度和操作规程。开展收费前(或流转前)处方/医嘱审核、干预,记录完整。有药品调配差错报告制度,有登记、分析及整改,记录完整。
	2.7.109.4.2	发出的药品标示有用法、用量和特殊注意事项。发药时对患者进行用药交代和用药指导,必要时为患者提供书面、视频用药指导资料。人工调剂过程有第二人核对,使用智能化全自动设备发药应有一人核对。急诊药房一人单独值班时,值班人应加签即双签名、或调配处方药品时拍照事后核对、机器智能化核对等。
	2.7.109.4.3	对因病情变化、医嘱调整而产生的病房(区)退药进行有效管理。
	2.7.109.4.4	药品如需分装调剂,应有操作规程和记录,且分装间/室符合卫生要求。分包装上有药品名称、规格、剂量、批号、有效期、分装日期等信息。对病房(区)口服药品实行单剂量配发,注射剂按日剂量发药。
	2.7.109.4.5	药学部门对药品调剂质量管理有定期自查、总结分析、整改。
	2.7.109.4.6	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
2.7.109.5 制剂的配	2.7.109.5.1	医院配制制剂,应持有医院制剂许可证,取得制剂批准文号。

制与使用符合有关规定。	2.7.109.5.2	有保证制剂质量的设施、设备和管理制度，按规定配备药学专业技术人员。
	2.7.109.5.3	执行医疗机构制剂配制和使用规定。经省级药品监督管理部门批准后，制剂方可在医院之间调剂使用。
	2.7.109.5.4	已获得批准的“医院”类别医疗机构中药制剂，如不具备配制条件或配制能力不足，经省级药品监督管理部门批准，可委托本辖区内符合条件的医疗机构制剂室或药品生产企业配制。
	2.7.109.5.5	药学部门对制剂配制和使用管理有定期自查、总结分析、整改。
	2.7.109.5.6	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.7.109.6 有肠外营养液和危害药物等静脉用药的调配规定，并执行。	2.7.109.6.1	肠外营养液和静脉用危害药物由药学部门集中调配，调配条件符合当地卫生健康行政部门的准入要求。
	2.7.109.6.2	参照《静脉用药集中调配质量管理规范》和《静脉用药集中调配操作规程》制定病房（区）分散调配一般静脉用药的管理制度，并执行。
	2.7.109.6.3	有静脉用药调配人员岗位培训制度和培训计划，并有效执行。有主管药师及以上人员审核静脉用药处方，对不合理用药进行有效干预。
	2.7.109.6.4	有配制质量问题和严重不良反应报告相关规定，药学部门对临床出现的输液质量问题和患者应用输液后的严重不良反应有分析报告。
	2.7.109.6.5	药学部门对静脉用药集中调配的日常管理有定期自查、总结分析、整改。
	2.7.109.6.6	医院主管部门对肠外营养液和危害药物等静脉用药管理定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.7.109.7 有住院患者处方外配、自带药品管理规范及审核流程，保障临床用药安全。	2.7.109.7.1	明确住院患者原则上不得自行外购药品及使用自带药品，确因特殊情况需使用处方外配或自带药品的，应有全院统一的管理规定和审批流程，对手续不完备的处方外配药品、患者自带药品不得执行医嘱。
	2.7.109.7.2	住院患者确需使用处方外配药品或使用自带药品的，医院应有统一规范的知情同意书，患者或授权家属签署同意后方可执行，知情同意书随病历归档。
	2.7.109.7.3	凡住院患者使用处方外配药品或自带药品的，病历中需记录患者的特殊情况、具体使用药物、使用疗效及安全性等内容。
	2.7.109.7.4	医务人员知晓规范并按规定执行。

	2.7.109.7.5	临床科室对方外配药品和自带药品使用情况有定期自查、总结分析，对存在问题有整改。
	2.7.109.7.6	医院主管部门、药学部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.7.109.8 有超说明书用药管理规范及审核流程,保障患者用药安全。	2.7.109.8.1	有超说明书用药的管理规定与审批流程，明确临床用药原则上不得超药品说明书范围，确因病情需要超范围使用的，需按规定完成申请、审批手续，并对超说明书用药需要签署知情同意书的情形进行规定。
	2.7.109.8.2	超说明书用药需经医院药事管理与治疗学委员会审批，必要时需有伦理委员会审核意见，未经审核批准，临床不得超说明书用药，审批资料完整、可查询。
	2.7.109.8.3	需要签署知情同意书的超说明书用药，有统一规范的知情同意书，患者或授权家属签署同意后方可执行，知情同意书随病历归档。
	2.7.109.8.4	凡超说明书用药的，病历中需记录患者用药的详细情况及使用后反应，有不良反应的需及时按医疗规范处理并按相关规定上报不良事件。
	2.7.109.8.5	临床科室有定期自查、总结分析，对存在问题有整改。
	2.7.109.8.6	药学部门对超说明书用药有全程监管措施，定期总结、分析、反馈，并检查科室整改落实情况。
2.7.109.9 建立药品质量监控体系,有效控制药品质量。	2.7.109.9.1	有药品质量管理组织和药品质量管理相关制度，职责明确。
	2.7.109.9.2	有药品验收管理制度与程序，保证各环节符合质量要求。
	2.7.109.9.3	有药品质量监管信息平台，相关部门和人员可查询。
	2.7.109.9.4	有药品质量（外观质量、效期等）及科室备用药品管理制度，相关部门和人员有定期检查并有记录。
	2.7.109.9.5	对药品质量抽查结果及科室备用药品管理检查情况进行分析、总结，并落实整改措施。
	2.7.109.9.6	医院主管部门、药学部门对药品质量管理工作有检查与监管。
	2.7.109.9.7	持续改进有成效，药品质量相关制度落实到位，保障临床用药安全。
2.7.109.10 有药品召回管理制度。	2.7.109.10.1	制定和落实药品（含医院制剂）召回管理制度，并落实执行。对存在质量问题的药品，应按规定及时报告有关部门并召回，妥善保存，保留原始记录。对调剂错误的药品，应及时追回。
	2.7.109.10.2	针对患者用药召回的处置预案与流程。
	2.7.109.10.3	药学部门有定期自查、总结分析、整改。
	2.7.109.10.4	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实。

		实情况。
2.7.109.11 建立完善的药品管理信息系统,与医院整体信息系统联网运行。	2.7.109.11.1	药品管理信息系统与医院信息系统联网运行,对药品价格及其调整、医保属性等信息实现综合管理。
	2.7.109.11.2	有完善药品查询功能,医师、药师、护士工作站可查询。
	2.7.109.11.3	有药库和调剂室药品进、销、存、使用等的实时管理功能。
	2.7.109.11.4	有适宜的合理用药监控软件和处方审核系统,能为处方审核提供技术支持,并定期维护、升级、更新。
	2.7.109.11.5	有抗菌药物、麻醉药品、精神药品等处方权限与用药时限管理的监控功能。
	2.7.109.11.6	实现门诊“智慧药房”建设,处方系统与药房配药系统无缝对接,做到门诊取药“随到随取”。
	2.7.109.11.7	药品管理信息系统满足临床查询、监管和决策需求。
	2.7.109.11.8	医院主管部门、药学部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
第二章	七、(一百一十)	<p>2.7.110 实施临床药师制,积极参与临床药物治疗,促进合理用药,拓展药学服务范围。加强临床药师队伍建设和培训,提高临床药学服务能力和水平。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>临床药师是指具有系统的药学、药物治疗学以及相关医学专业知识与技能,了解疾病与药物治疗原则,与医疗团队成员合作,参与临床药物治疗工作,为患者提供药学专业技术服务的卫生技术人员。加强临床药师队伍建设,提高临床药学服务能力和水平,对促进临床合理用药,保障患者用药安全具有重要意义。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.7.110.1 建立临床药师制,按《医疗机构药事管理规定》,配备临床药师,完善配套体系。	2.7.110.1.1	建立临床药师制,临床药师配备数量符合国家相关规定,并全职专科从事临床药物治疗工作,至少在4类药物的临床应用中设有临床药师,其工作至少覆盖4个以上临床专业科室。
	2.7.110.1.2	有临床药师规章制度、岗位职责、工作规范和工作用表。
	2.7.110.1.3	在药学部门设置临床药学科(室),由副主任药师及以上人员负责。
	2.7.110.1.4	临床药师具备高等学校药学院系临床药学专业或药学专业全日制本科及以上学历,并经毕业后教育或在职岗位培训后,进入临床药师工作岗位。
	2.7.110.1.5	临床药师按有关规定参与临床药物治疗相关工作的时间 $\geq 85\%$ 。

	2.7.110.1.6	有临床药师与临床医师协作机制，提高合理用药水平。
2.7.110.2 临床药师按其职责、任务和有关规定,积极参与临床药物治疗、咨询和用药教育,促进合理用药。	2.7.110.2.1	定期为临床医师、护士提供合理用药培训和咨询服务。
	2.7.110.2.2	开展药学查房,对重点患者实施药学监护和建立药历,体现本人用药分析能力和对患者实施持续药学监护的过程,且工作记录完整。
	2.7.110.2.3	对患者进行用药教育,并有用药教育的记录。
	2.7.110.2.4	进行个体化给药方案的研究与监测,有计划、检查和总结,有临床药学工作记录和持续改进措施。
	2.7.110.2.5	临床药师参与临床路径和单病种质控工作。
	2.7.110.2.6	在医院实施多学科联合诊疗的制度与程序中,有体现临床药师的要求与措施。重点是“疑难、高危、肿瘤”患者。
	2.7.110.2.7	实施临床药师院内、院际会诊制度。
	2.7.110.2.8	药学部门对临床药师参与临床药物治疗工作有定期检查、总结分析、整改。
2.7.110.3 加强临床药师队伍建设和培训,完善临床药师绩效考核机制。提高临床药学服务能力和水平。	2.7.110.3.1	有临床药师培养计划,并纳入医院医疗技术人员培养计划。
	2.7.110.3.2	开展临床药学教学,有计划、检查和总结。
	2.7.110.3.3	结合临床开展科研工作。
	2.7.110.3.4	有完善的临床药师绩效考核和分配机制,并建立药师激励机制。
	2.7.110.3.5	建立完善以临床需求为导向的人才评聘机制。
2.7.110.4 转变药学服务模式,拓展药学服务范围,促进药学服务高质量发展,全面提高药学服务水平,逐步实现药学服务全覆盖。	2.7.110.4.1	开设药学门诊,为患者提供用药咨询和指导。
	2.7.110.4.2	积极开展用药咨询服务、药物治疗管理、重点人群用药监护、家庭药箱管理、合理用药科普等药学服务。
	2.7.110.4.3	为行动不便的老年人、孕产妇、儿童等重点人群开展上门的居家药学服务。
	2.7.110.4.4	开展全科医生、社区护士的合理用药知识培训,以进修学习、对口支援、远程教育等方式,帮助基层提高药学服务水平。
	2.7.110.4.5	积极提供在线药学咨询、指导患者合理用药、用药知识宣教等“互联网+药学服务”。
	2.7.110.4.6	规范电子处方在互联网流转过程中关键环节的管理。
	2.7.110.4.7	强化电子处方线上线下一体化监管,不断完善监管措施;探索建立区域药事管理或处方审核平台,提升处方调配事中事后监管水平。
第二章	七、(一百一十一)	2.7.111 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和标准,加强抗菌药物、麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物、重点监控药物、基本药物、中药注

		<p>射剂临床应用规范化管理。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>国家对抗菌药物、麻醉药品和精神药品、毒性药品、放射性药品、抗肿瘤药物、激素类药物及基本药物的管理均制定了相关管理制度，医院应当认真贯彻落实。重点监控药物、中药注射剂等药品不合理用药的情况，应当加强管理。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.7.111.1 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则,加强抗菌药物临床应用规范化管理。	2.7.111.1.1	按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强抗菌药物临床应用规范化管理。另见 2.2.44。
2.7.111.2 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理药品及药品类易制毒化学品临床应用规范化管理。	2.7.111.2.1	依法建立麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理药品及药品类易制毒化学品的使用管理制度，并落实。
	2.7.111.2.2	执行麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊管理药品及药品类易制毒化学品的存放区域、标识和储存方法的相关规定。
	2.7.111.2.3	医疗用毒性药品管理与使用遵循《医疗用毒性药品管理办法》国务院令(第 23 号)。
	2.7.111.2.4	药品类易制毒化学药品管理与使用遵循《易制毒化学品管理条例》国务院令(第 445 号)。
	2.7.111.2.5	放射性药品管理与使用遵循《放射性药品管理办法》国务院令(第 676 号)。
	2.7.111.2.6	定期对相关人员进行规范培训、考核，并遵循管理要求。
	2.7.111.2.7	临床科室对上述药品管理与使用有定期自查、总结分析、整改。
	2.7.111.2.8	医院主管部门、药学部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.7.111.3 按照《医疗机构麻醉药品、第一类精神药品管理规定》，对麻醉药品、第一类精神药品等特殊管理药品实施全程管理。保证临床	2.7.111.3.1	建立由分管负责人负责，医疗管理、药学、护理、保卫等部门参加的麻醉、精神药品管理机构，指定专职人员负责麻醉药品、第一类精神药品日常管理工作。
	2.7.111.3.2	建立麻醉药品、第一类精神药品的采购、验收、储存、保管、发放、调配、使用、报残损、销毁、丢失及被盗案件报告、值班巡查等制度并严格执行，制定各岗位人员职责。日常工作由药学部门承担。

合理需求,严防麻醉药品、第一类精神药品流入非法渠道。	2.7.111.3.3	药库设置有麻醉药品、第一类精神药品专用库(柜),并配有安全监控及自动报警设施。
	2.7.111.3.4	在门诊、急诊、住院等药房设置麻醉药品、第一类精神药品周转库(柜),库存不得超过本机构规定的数量。周转库(柜)应当每天结算。
	2.7.111.3.5	对麻醉药品、第一类精神药品等特殊药品实行“五专”管理、三级管理、全程批号管理,有基数每天清点结算制度。
	2.7.111.3.6	对麻醉药品、第一类精神药品处方统一编号,计数管理,建立处方保管、领取、使用、退回、销毁管理制度。
	2.7.111.3.7	医师按照麻醉药品和精神药品临床应用指导原则,遵照《处方管理办法》开具麻醉药品、第一类精神药品处方。
	2.7.111.3.8	开具的“麻醉药品、第一类精神药品”等特殊管理药品按批号可溯源到患者;按规范要求回收、销毁空安瓿,数量、批号记录准确、完整。
	2.7.111.3.9	对可造成社会危害的非管制类药品(如七氟烷、丙泊酚等)建立安全管理制度并落实。
	2.7.111.3.10	有特殊管理药品发生意外情况的应急处理预案及上报要求,相关人员知晓并执行。
	2.7.111.3.11	药学部门定期对特殊管理药品进行检查,至少每月1次。
	2.7.111.3.12	医院主管部门对各相关科室特殊管理药品的制度执行情况定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
2.7.111.4 按照《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则(2020年版)》《抗肿瘤药物临床应用管理办法(试行)》,加强抗肿瘤药物临床应用规范化管理。	2.7.111.4.1	在药事管理与药物治疗学委员会下设立抗肿瘤药物管理工作组,建立抗肿瘤药物临床应用管理专业技术团队,共同管理本机构的抗肿瘤药物临床应用。医务、药学等部门共同负责日常管理工作。
	2.7.111.4.2	建立抗肿瘤药物临床应用分级管理制度,按照“普通使用级”和“限制使用级”的分级原则制订抗肿瘤药物分级管理目录和处方集。明确可以开具限制使用级和普通使用级抗肿瘤药物处方医师的处方权限并执行。抗肿瘤药物处方应当由经过抗肿瘤药物临床应用知识培训并考核合格的药师审核和调配。
	2.7.111.4.3	有抗肿瘤药物的临床使用指南或规范。定期对本机构抗肿瘤药物相关的医师、药师、护士进行抗肿瘤药物临床应用知识培训并进行考核,相关人员知晓。
	2.7.111.4.4	按照指南和规范使用抗肿瘤药物,临床用药依据充分,品种选择、给药途径、给药剂量和用药疗程适宜,监测药物相关性不良反应。

	2.7.111.4.5	定期对抗肿瘤药物临床应用基本情况监测。院、科两级定期监测的项目包括：（1）住院患者抗肿瘤药物使用率和限制使用级抗肿瘤药物使用率；（2）抗肿瘤药物不良反应报告率；（3）抗肿瘤药品种、剂型、规格、使用量、使用金额，抗肿瘤药物占药品总费用的比例；（4）分级管理制度的执行情况；（5）临床医师抗肿瘤药物使用合理性评价并向全国抗肿瘤药物临床应用监测网上报。
	2.7.111.4.6	临床科室有定期自查、总结分析、整改。
	2.7.111.4.7	医院主管部门、药学部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.7.111.5 按照《糖皮质激素类药物临床应用指导原则》，加强糖皮质激素类药物临床应用规范化管理。	2.7.111.5.1	有糖皮质激素类药物的临床使用指南或规范；对临床相关人员进行药物使用相关知识和技能培训，相关人员知晓。
	2.7.111.5.2	建立糖皮质激素类药物治疗分级管理原则，落实各级医师应用糖皮质激素类药物的处方权限，并执行。
	2.7.111.5.3	按照指南和规范使用糖皮质激素类药物，临床用药依据充分，品种选择、给药剂量、用药疗程合理，监测不良反应。
	2.7.111.5.4	临床科室有定期自查、总结分析、整改。
	2.7.111.5.5	医院主管部门、药学部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.7.111.6 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强重点监控药物、中药注射剂临床应用规范化管理。	2.7.111.6.1	有重点监控药物、中药注射剂的管理制度，制定医院重点监控药品目录，并实行动态监管。
	2.7.111.6.2	重点监控药物、中药注射剂使用合理，临床应用与药品说明书、临床诊疗指南及临床路径等相符。
	2.7.111.6.3	定期对重点监控药物、中药注射剂的处方进行点评，实施临床使用监测与预警。
	2.7.111.6.4	临床科室对重点监控药物、中药注射剂的使用和管理有定期自查、总结分析、整改。
	2.7.111.6.5	医院主管部门、药学部门对重点监控药物、中药注射剂的使用和管理定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.7.111.7 按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强基本药物临床应用规范化管理。	2.7.111.7.1	按照有关法律法规、部门规章及临床用药指南和原则，加强基本药物临床应用规范化管理。另见 1.2.6。
2.7.111.8 按照有关	2.7.111.8.1	终止妊娠药品必须在取得《母婴保健技术服务许可证》或《计

法律法规、部门规章及临床用药指南和原则,加强终止妊娠药品、促排卵药品临床应用规范化管理。		划生育技术服务机构执业许可证》的医疗保健机构内,并在持有《母婴保健技术考核合格证书》的执业(助理)医师指导监护下使用。
	2.7.111.8.2	有终止妊娠药品、促排卵药品管理制度。
	2.7.111.8.3	药学部门与使用科室备用的终止妊娠药品、促排卵药品专区(或专柜)存放,有明晰的警示标识,且全院标识统一。
	2.7.111.8.4	药学部门对终止妊娠药品、促排卵药品处方进行专册登记,包括:发药日期、使用对象姓名和年龄、临床诊断、药品名称、规格、数量、处方医师等并可追溯。
	2.7.111.8.5	药学部门每月核对本科室终止妊娠药品、促排卵药品出、入库及使用数量,做到帐与购、销、存帐相符,帐物相符。
	2.7.111.8.6	各种记录和凭证保存至超过药品有效期,但不得少于3年。
	2.7.111.8.7	药学部门定期对全院(包括门诊和住院)使用“终止妊娠药品”、“促排卵药品”合理性进行点评(适应证、用法、用量、给药途径等),每季1次。
	2.7.111.8.8	医院主管部门、药学部门对使用科室备用的终止妊娠药品、促排卵药品定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
	2.7.111.8.9	全院终止妊娠药品、促排卵药品使用合理,无不适当用药。
2.7.111.9 对全院的急救等备用药品进行有效管理,确保质量与安全。	2.7.111.9.1	存放于急诊科、病房(区)急救室(车)、手术室及各诊疗科室的急救等备用药品有管理和使用制度。
	2.7.111.9.2	各相关科室有急救等备用药品目录及数量清单,实行基数管理,专人负责。备用药品使用后及时补充,发现近效期药品应及时更换。
	2.7.111.9.3	各科室备用急救等药品统一储存位置、统一规范管理、统一清单格式,不需要特定的人员或钥匙解锁急救药品车来获得急救药物,保障抢救时及时获取。
	2.7.111.9.4	医院主管部门、药学部门每月对各科室备用药品的管理与使用情况进行检查。
	2.7.111.9.5	采取措施,如区分成人和儿童药物、在新生儿医疗区域为新生儿配置专门指定的药箱、标准化管理整个医院的急救药品车和抽屉布局,提高紧急复苏期间的用药效率和准确性。
2.7.111.10 对高警示药品有严格的贮存要求,确保药品发放和使用安全。	2.7.111.10.1	有本机构高警示药品管理规定和目录并执行。
	2.7.111.10.2	对高警示药品、听似、看似药品、一品多规格或多剂型药品的存放,全院有统一的“警示标识”和管理规定,并执行。
	2.7.111.10.3	相关员工知晓警示标识含义和管理要求,能够识别和使用。

	2.7.111.10.4	医院主管部门、药学部门对高警示药品，听似、看似等易混淆药品定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.7.111.11 根据医院规模和临床需要,所设置的中药房与中药煎药室符合《医院中药房基本标准》《医疗机构中药煎药室管理规范》等要求。	2.7.111.11.1	根据医院规模和临床需要,设置规范的中药房与中药煎药室,允许医院不设立中药煎药室,实行中药饮片代煎服务。配备300种以上的中药饮片。
	2.7.111.11.2	有中药质量管理的相关制度,对采购、验收、贮存、调剂、煎煮等环节实行质量控制。
	2.7.111.11.3	煎药室的位置、环境、通风、消防、煎药设施设备、容器及环境维护等符合相关规定,有各项应急处置预案及预防措施,并开展定期演练。
	2.7.111.11.4	相关人员知晓本岗位的履职要求,并落实。
	2.7.111.11.5	可委托具有资质的机构进行中药饮片代煎服务,医院对开出的处方质量负责,并对代煎服务各个环节质量情况进行监督,有记录。
	2.7.111.11.6	医院主管部门督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
第二章	七、(一百一十二)	<p>2.7.112 依照《处方管理办法》等有关规定,规范开展处方审核和处方点评,并持续改进。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>处方审核是指药学专业技术人员运用专业知识与实践技能,根据相关法律法规、规章制度与技术规范等,对医师在诊疗活动中为患者开具的处方,进行合法性、规范性和适宜性审核,并作出是否同意调配发药决定的药学技术服务。处方点评是根据相关法规、技术规范,对处方书写的规范性及药物临床使用的适宜性(用药适应证、药物选择、给药途径、用法用量、药物相互作用、配伍禁忌等)进行评价,发现存在或潜在的问题,制定并实施干预和改进措施,促进临床药物合理应用的过程。医院应依照《医疗机构处方审核规范》、《医院处方点评管理规范(试行)》等有关规定,规范开展处方审核和处方点评,并持续改进,促进临床合理用药,保障患者用药安全。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>
2.7.112.1 医师开具处方应依照《处方管理办法》的要求执行。	2.7.112.1.1	制定和落实医院处方管理制度,对注册执业医师处方权、医师开具处方、药师调剂处方有明确规定。
	2.7.112.1.2	医师处方签名或签章式样分别在职能部门、药学部门留样备案,医师在处方和用药医嘱中的签字或签章与留样一致。

	2.7.112.1.3	规定完整的医嘱或处方要素，并执行。制订并实施相应的流程来管理不完整、难辨认或不清楚的药物医嘱，包括防止持续发生的措施。制订并实施相应的流程来管理特殊类型的医嘱，如紧急医嘱、长期医嘱或自动停止医嘱，以及这些药物医嘱所需的特殊要素。
	2.7.112.1.4	处方开具规范、完整，使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。开具静脉输液医嘱时注明输液速度。
	2.7.112.1.5	医院主管部门、药学部门定期对处方质量进行评价，评价结果作为考核依据。
2.7.112.2 药师应 按照《处方管理 办法》对处方进 行适宜性审核， 对临床不合理用 药进行有效干预。 医院有可行的监 督机制与措施。	2.7.112.2.1	依据《处方管理办法》和《医疗机构处方审核规范》的相关规定，药师及以上资质人员承担处方或医嘱的审核工作，对不规范处方、用药不适宜处方进行有效干预，并及时与医生沟通。
	2.7.112.2.2	门诊药房设有用药咨询窗口（台），有主管药师及以上专业技术人员提供合理用药咨询服务，有咨询记录；针对患者咨询的常见问题开展合理用药宣传工作。
	2.7.112.2.3	医院主管部门、药学部门对处方审核、不合理处方干预的管理情况定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	2.7.112.2.4	年度合理用药考核合格。
2.7.112.3 处方或 用药医嘱在转抄 （录）和执行时 有严格的核对程 序，并由转抄和 执行者签名确认。	2.7.112.3.1	有用药处方或用药医嘱管理的相关制度，内容涵盖特殊情况下患者自带药品的相关规定并执行。住院患者治疗确需使用自带药品应符合医院相关规定。
	2.7.112.3.2	开具与执行注射剂的处方或用药医嘱时应注意药物配伍禁忌，按药品说明书应用。
	2.7.112.3.3	口头医嘱仅限于难以或无法进行书面或电子医嘱的情况。完整的口头医嘱由接收者记录和回读，并由医嘱下达者确认。
	2.7.112.3.4	护士执行给药医嘱，执行核查制度，签字确认。
	2.7.112.3.5	护士按照给药时间分次为患者发放口服药，并说明用法。
	2.7.112.3.6	有药物过敏性休克及输液反应的应急预案和演练记录。
2.7.112.4 开展处 方点评，建立药 物使用评价体 系。	2.7.112.4.1	制定医院处方点评制度及实施细则，处方点评组织机构、职责、工作任务、实施等符合《医院处方点评管理规范(试行)》，责任明确。医疗管理部门和药学部门共同组织实施处方点评工作。
	2.7.112.4.2	每月定期对门、急诊处方和出院病历进行点评，并点评数量符合规定。
	2.7.112.4.3	有特定药物或特定疾病的药物使用情况专项点评，每年至少开展 2 项，每项评价不少于 4 次。

	2.7.112.4.4	根据处方点评结果,对本机构在药事管理、处方管理和临床用药方面存在的问题,进行汇总和综合分析评价,提出质量改进建议,并向医院药事管理与药物治疗学委员会(组)和医疗质量与安全管理委员会报告;发现可能造成患者损害的,应当及时采取措施,防止损害发生,并有相关记录或案例。
	2.7.112.4.5	医院主管部门、药学部门定期发布处方评价指标与评价结果,通报超常预警情况;点评结果纳入医院质量考核评价。
	2.7.112.4.6	运用信息化手段进行处方点评和数据分析。
第二章	七、(一百一十三)	<p>2.7.113 建立药物监测和警戒制度,观察用药过程,监测用药效果,按规定报告药物不良反应并反馈临床,不良反应情况应记入病历。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>医院应当开展药物监测和警戒工作,包括药品不良反应及其他有害反应的监测、用药错误监测。发生药品严重不良事件、用药错误后,应当积极救治患者,做好用药过程的观察与记录,并进行药品追溯和质量评估,查清原因,必要时暂停使用所涉药物,并按有关规定及时报告。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、病历检查、病案检查。</p>
2.7.113.1 建立药物监测和警戒制度,实现药品不良反应监测信息与国家药品监管数据共享平台的对接。观察用药过程,监测用药效果,按规定报告药物不良反应并反馈临床。	2.7.113.1.1	有药物监测和警戒制度,有明确的药物警戒范围和预警措施、发布流程,并利用药物监测信息改进用药流程。实现药品不良反应监测信息与国家药品监管数据共享平台的对接。
	2.7.113.1.2	医师、药师、护士及其他医务人员相互配合观察用药过程,监测用药效果,按规定报告药物不良反应,不良反应情况应记入病历(另见 2.4.68.1)。
	2.7.113.1.3	发现药品质量问题时,药学部门应当立即进行药品追溯和质量评估,查清原因,必要时可立即暂停使用相关药品。
	2.7.113.1.4	全院医务人员知晓相关制度并在日常工作中执行。
	2.7.113.1.5	医院主管部门、药学部门对药物监测和警戒制度的落实情况定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
2.7.113.2 参与临床药物治疗,进行个体化药物治疗方案的设计与实施,为患者精准、安全用药提供药学专业技术服务。	2.7.113.2.1	针对医院治疗指数小、个体用药差异大及基因靶向等药物开展治疗药物浓度监测或基因检测工作,指导临床用药。
	2.7.113.2.2	有相应的实验室、设备和人员开展治疗药物监测工作。
	2.7.113.2.3	实验室的设施、设备、试剂、制度、操作规范、人员资质、质量控制等符合相关法规要求。
	2.7.113.2.4	检测项目定期参加实验室质评并合格。

	2.7.113.2.5	根据检测结果，建立患者用药档案，随访和指导。
	2.7.113.2.6	对开展的检测项目结果、方法等进行汇总分析，持续改进提高。
2.7.113.3 建立安全用药监测体系,减少用药错误。	2.7.113.3.1	建立全院用药错误监控、预防、上报管理制度，管理部门明确，并对相关人员进行培训。
	2.7.113.3.2	有用药错误应急管理预案，积极进行临床救治，做好医疗记录，保存好相关药品、物品的留样。
	2.7.113.3.3	有用药错误上报平台，发生用药错误按规定上报，记录完整。
	2.7.113.3.4	药学部门定期对用药监测结果进行总结分析，对存在问题进行反馈和报告。
	2.7.113.3.5	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.7.113.4 有完善的突发事件药事管理应急预案,药学人员可熟练执行。	2.7.113.4.1	有药物严重不良反应应急预案及医疗救治药品目录。组织结构和人员职责具体明确，对突发事件善后工作及应急能力有明确规定。
	2.7.113.4.2	应急药品储备数量和质量能够满足救治需求。有针对重大突发事件，大规模调集应急药品的保障方案。
	2.7.113.4.3	有严重药物不良反应应急预案培训及演练，相关人员熟练掌握。

## 八、检查检验质量保障与持续改进

第二章	八、	2.8 检查检验质量保障与持续改进（检验、病理、影像）
第二章	八、（一百一十四）	<p>2.8.114 临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置、布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要。临床检验和医学影像提供 24 小时急诊诊断服务。</p> <p><b>【概述】</b> 根据医院发展规划和临床需求建设临床检验、病理和医学影像部门，其空间布局、服务流程、人员配置、设备设施、诊疗项目分别符合国家和行业规范标准，并根据临床需求持续完善。临床检验和医学影像应当提供 24 小时急诊诊断服务。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
2.8.114.1 临床检验部门、病理部门、医学影像部门设置布局、设备设施分别符合相应规范标准，服务满足临床需要。	2.8.114.1.1	全院临床检验部门、病理部门、医学影像（普通放射、CT、MRI、超声、核素成像等）部门集中设置，统一管理，资源共享，布局、设备设施分别符合相应规范标准。
	2.8.114.1.2	医学影像服务通过医疗机构执业诊疗科目许可登记，符合《放射诊疗管理规定》，取得《放射诊疗许可证》、《大型医用设备配置许可证》，执业文件齐全并在有效期内。
	2.8.114.1.3	开展检验、检查项目符合准入范围，满足临床基本需要。根据

		临床各学科诊治病种需求，及时增加新项目。新开展项目审批流程规范、资料完整；有新项目实施后的跟踪，听取临床对新项目设置合理性的意见，改进项目管理。
	2.8.114.1.4	有明确的服务项目、报告时限规定，公示并能遵循执行。
	2.8.114.1.5	检验部门能为医院感染控制及合理用药提供微生物检验项目支持，每半年向临床科室通报细菌耐药情况。加入地区或国家细菌耐药监测网，并有评估和措施。检验部门能独立开展质谱、基因技术检测病原体，支撑高致病性细菌、真菌、病毒感染的病原诊断。
	2.8.114.1.6	病理项目至少开展石蜡切片、特殊染色、免疫组织化学染色、术中快速冰冻切片、细胞学诊断。能开展数字远程病理诊断和会诊,或具备数字切片扫描能力并通过互联网上联上级医院病理科或外包服务医疗机构。
	2.8.114.1.7	建立实验室信息管理系统，与医院信息系统联网。实验室信息管理系统贯穿于检验全程管理和服务。提供自助取化验报告单系统。实验室数据至少保留 2 年以上，能在线查询资料。
	2.8.114.1.8	有完善的 PACS 系统，运行良好，图像清晰，方便医生工作站调阅，至少具备 3 年在线查询，3 年以上离线存储功能。各类影像检查统一编码，实现患者一人一个唯一编码管理。
	2.8.114.1.9	对委托其他有资质的机构所开展的检查、检验项目，应签署委托服务协议，并有质量保证条款。
	2.8.114.1.10	接受其他医疗机构的标本检测，有完整相关协议并得到医院相关部门批准。职能部门对服务项目和外包服务有监管。
	2.8.114.1.11	医院主管部门对检验、检查服务项目执业资质、服务内容和报告时限定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.8.114.2 开展分子诊断检测，满足临床诊疗需求。	2.8.114.2.1	临床检验部门或病理科应建立 P2 或 P2+基因扩增实验室,能开展常规及高致病性传染病等临床分子诊断项目。
	2.8.114.2.2	实验室必须通过江西省医疗质量控制和技术推广中心颁发的临床基因扩增检验实验室技术验收。
	2.8.114.2.3	实验室操作人员必须具备基因扩增实验操作上岗证等资质。
	2.8.114.2.4	实验室具有针对 SARS 病毒、新冠病毒等突发高致病性传染病公共卫生事件的应急检测能力（仪器、场地）和技术储备（人员）。
	2.8.114.2.5	实验室所开展的项目应建立室内质量控制，参加国家室间质量评价活动，对于失控的项目有纠偏记录。实验室有定期开展质量自查的记录及持续改进措施。
2.8.114.3 有尸体剖验的配套场所和	2.8.114.3.1	独立开展或有委托机构开展尸体剖验的项目符合规范要求，并有配套场所和设施设备。

设施设备,有制度保证尸体剖验病理诊断的规范、准确。	2.8.114.3.2	有参加尸体剖验的病理医师和技术人员经过专门培训与考核授权的规定与程序。
	2.8.114.3.3	有严格的尸体剖验管理制度、操作规定与程序文件,并严格执行。包括:(1)有临床医师签署的尸体剖验申请书。(2)有尸体剖验前相关方签署的尸体解剖知情同意书。(3)尸体剖验需要将死者的脏器全部或部分取出,且不能还纳的,必须向死者近亲属和(或)单位负责人说明,并在尸体剖验同意书中予以确认。(4)涉及医疗纠纷或刑事案件的尸体解剖,应当由属地司法部门按规定授权,在医院或在法医部门指定的地点进行。
	2.8.114.3.4	有完整的尸体剖验档案。
	2.8.114.3.5	尸体剖验报告在50个工作日内发出。
	2.8.114.3.6	尸检标本至少保存至尸检报告发出后1年,涉及纠纷和刑事案件者除外。
	2.8.114.3.7	尸检报告需由三级医师签字后发出。
	2.8.114.3.8	通过疑难病例尸体解剖,运用病理资料,开展临床病理讨论,提高诊疗水平。
	2.8.114.3.9	科室对尸体剖验病理诊断有自查,问题及时改进,质量不断提升。
	2.8.114.4 设备管理符合现行法律法规及卫生健康行政部门标准的要求。	2.8.114.4.1
2.8.114.4.2		设备管理符合现行法律、法规及卫生健康行政部门标准的要求,并有培训。
2.8.114.4.3		制定设备管理制度,遵照实施并记录。该制度规定设备的选择和获取。
2.8.114.4.4		书面编制所有设备目录清单。有设备的运行、维修档案。
2.8.114.4.5		对新的设备进行检查和测试,此后根据设备的使用年限、使用情况和厂家建议进行检查和测试,并记录检查结果。
2.8.114.4.6		根据厂家建议进行设备的校正和维护,并记录。
2.8.114.4.7		对设备危害警示、召回和不良事件、问题、故障进行监控和采取措施。
2.8.114.5 有管理试剂与校准品制度,保证检验结果准确合法。	2.8.114.5.1	有试剂与校准品管理的相关制度,并落实。
	2.8.114.5.2	试剂与校准品符合国家标准,并有批准文号。
	2.8.114.5.3	规定基本的试剂和物品。基本试剂和物品能随时可得,当试剂不能获得时,有处理流程。
	2.8.114.5.4	根据厂家指导说明书或包装说明,储存和发放所有的试剂。有冰箱运行温度记录。
	2.8.114.5.5	制订评价所有试剂的书面指南并遵照执行,以确保检查结果的准确性和精确性。

	2.8.114.5.6	进行恰当的方法学验证以保证仪器和试剂的准确度、精密度、灵敏度、线性范围、干扰及参考范围设定等各项技术参数均能符合临床使用需求。
	2.8.114.5.7	所有试剂和溶液都有完整和准确的标签。
	2.8.114.5.8	试剂与校准品有专人管理，有岗位职责及使用登记。
	2.8.114.5.9	统一采购，途径合法。
2.8.114.6 提供 24 小时急诊诊断服务。	2.8.114.6.1	能提供 24 小时急诊检查、检验服务。有明确的检查检验报告时间规定，并监测出具急诊检查检验报告的及时性。
	2.8.114.6.2	急诊临检项目报告时间≤30 分钟、急诊生化和免疫项目报告时间≤2 小时。
	2.8.114.6.3	能提供急诊心肌损伤标志物、凝血功能、D-二聚体和 C 反应蛋白等指标的测定。24 小时接受微生物标本，及时接种培养。
	2.8.114.6.4	单件标本的冰冻切片制片应在 15 分钟内完成，病理诊断报告在 30 分钟内完成。
	2.8.114.6.5	X 线摄影、超声检查、CT、MRI 提供 24 小时×7 天的急诊（包括床边急诊）检查服务。
第二章	八、（一百一十五）	<p>2.8.115 从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员资质应该按照有关规定取得相应专业技术职务任职资格。</p> <p><b>【概述】</b> 建立临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的岗位职责，所涉及岗位人员应该具备必要的专业知识，技术人员应具有相应的执业证书，取得任职资格，工作有授权，定期接受培训。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
2.8.115.1 人员配备和岗位设置应满足工作需要，岗位职责明确。	2.8.115.1.1	医师、技术人员和护士配置符合相关规范，满足工作需要，符合学科发展和临床服务需求。
	2.8.115.1.2	根据医院功能任务与科室工作情况设若干专业组，各专业组齐全、设置合理，人员梯队结构合理。
	2.8.115.1.3	病理部门人员配备每百张病床 1~2 名病理科医师，配备至少有 5 名以上出具报告的病理科医师，技术(辅助)人员与医师比例 1:1~2。
	2.8.115.1.4	有各级各类人员岗位职责，并履行。
2.8.115.2 从事临床检验、病理和医学影像诊断工作和技术工作的人员	2.8.115.2.1	专业技术人员应当具有相应的专业学历，并取得相应专业技术职务任职资格。
	2.8.115.2.2	分子生物学、特殊岗位(HIV 初筛实验、产前筛查及诊断、新生儿疾病筛查等)检验人员等国家有特殊规定的，应当具备符合国

资质符合相应专业技术职务任职资格。		家规定的资质方可独立工作。
	2.8.115.2.3	出具病理诊断报告的医师具有临床执业医师资格，并具备初级以上病理学专业技术职务任职资格，经过病理诊断专业知识培训或专科进修学习 1~3 年。快速病理诊断医师应当具有中级以上病理学专业技术任职资格，并有 5 年以上病理阅片诊断经历。由具备病理专业资质的技术人员制作各种病理切片和各种分子检测，有质量要求与完成时限。
	2.8.115.2.4	操作大型影像设备人员应具备大型仪器上岗证。
	2.8.115.2.5	科室负责人具备本专业副高及以上专业技术职称。
2.8.115.3. 有针对性的上岗、轮岗、定期培训及考核，对通过考核的人员予以适当授权。	2.8.115.3.1	有相应人员管理制度及人员管理档案，包括:上岗、轮岗、培训、考核、分级授权，并落实。
	2.8.115.3.2	依据资质、经验、技能确定检查、检验质量控制及结果解释的负责人员。
	2.8.115.3.3	科室对人员资质和权限实施动态管理。
	2.8.115.3.4	医院主管部门对人员资质和权限有检查与监管。
2.8.115.4 有人才培养计划，以及技术人员继续教育与技能培训。	2.8.115.4.1	有人才培养计划，并落实。
	2.8.115.4.2	专业技术人员具有相应的专业学历，并接受继续教育与技能培训。对技能培训考核不合格人员有再培训。
	2.8.115.4.3	有专业技术人员专业水平定期考核制度，并落实。
第二章	八、(一百一十六)	<p>2.8.116 有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>医疗机构应当建立临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，重点关注生物安全、放射防护。相关制度定期修订，建立培训机制，有可追溯的工作记录。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
2.8.116.1 有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，遵照实施并准确记录。	2.8.116.1.1	有临床检验、病理实验室和医学影像诊疗场所管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范，培训各岗位人员，使其知晓、遵照实施，并准确记录。
	2.8.116.1.2	科室对管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范有自查，对存在的问题有分析和改进措施。
	2.8.116.1.3	医院主管部门对管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范的落实情况定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	2.8.116.1.4	根据国家相关要求和工作需要，及时对各项管理制度、安全程

		序、标准操作流程和技术操作规范进行完善和修订。
	2.8.116.1.5	持续改进有成效，管理制度、安全程序、标准操作流程和技术操作规范落实到位。
2.8.116.2 实验室进行生物安全分区并合理安排工作流程，以避免交叉污染。	2.8.116.2.1	实验室生物安全分区合理，符合生物安全的要求，标识明确。污染区、半污染区和清洁区划分明确，有严格的消毒及核查制度，并落地。
	2.8.116.2.2	工作流程应避免交叉污染。
	2.8.116.2.3	P2 实验室需安装相关门禁识别装置，须有警示标识。
	2.8.116.2.4	结核检测实验室应至少达到 P2 实验室标准。
	2.8.116.2.5	医院主管部门对实验室生物安全管理工作有检查与监管。
2.8.116.3 实验室制定相应的制度、程序，减少暴露于传染性疾病及生物有害物质和废弃物的风险。	2.8.116.3.1	实验室有确定的减少感染风险的程序。根据制度规定，并按照法律法规，报告实验室获得性感染。
	2.8.116.3.2	实验室应遵守生物安全规则，规则要求如下：（1）对悬浮微粒和飞沫暴露的控制（例如，在混合、超声波降解、离心分离和燃烧接种环时）。（2）穿上实验用外套、长袍或制服以保护日常衣物、防止污染。（3）必要时使用生物安全柜。（4）有如何处理对致病源、意外割伤、针刺伤、意外摄入和潜在感染源接触黏膜的实验室暴露的处置规则。这些规则包括去污染程序、需要紧急治疗时的联系人和安全设备的位置及使用方法。（5）有相应书面程序规定所有标本的安全采集、运输和处置。程序应包括禁止任何人在实验室技术区域进行进食、饮水、抽烟、化妆、摆弄隐形眼镜及使用口腔吸管。（6）当与其工作相关时，相关人员必须接受关于血源性病原体的预防措施、传播方法和防治的培训。（7）实验室也应有相应程序管理和降低暴露于传染性疾病的风险，如埃博拉、中东呼吸综合征、结核、寨卡和其他未知的潜在传染性病原体。
	2.8.116.3.3	与操作相关的问题确定后或事故发生后，应采取纠正措施并进行记录和回顾。
2.8.116.4 实验室应建立微生物菌种、毒株的管理规定，并安排专人进行监督。	2.8.116.4.1	有微生物菌种、毒株的管理规定与流程，并落实。
	2.8.116.4.2	微生物实验室有专人负责菌（毒）种管理。
	2.8.116.4.3	有样品收集、取用的过程记录。
	2.8.116.4.4	有相应的应急预案，并培训、演练。
	2.8.116.4.5	科室对微生物菌种、毒株管理有自查。
	2.8.116.4.6	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.8.116.5 有必要的紧急意外抢救用的药品器材，相关	2.8.116.5.1	有紧急意外抢救预案。配备有急救药品器材，具有可及性和质量保证。
	2.8.116.5.2	相关人员经过急救培训，熟悉紧急意外抢救预案，具备紧急处

人员具备紧急抢救能力。		理的能力。患者发生紧急意外事件时能够迅速开展紧急抢救，并对抢救过程有记录和讨论。
	2.8.116.5.3	有专人负责应急管理，自查急救药品器材，并有记录。
	2.8.116.5.4	医院主管部门对科室应急管理定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
第二章	八、(一百一十七)	<p>2.8.117 临床检验、病理和医学影像报告及时、准确、规范，并严格执行审核制度。建立临床沟通机制，提供便捷、及时的检查检验信息服务。</p> <p><b>【概述】</b> 临床检验、病理和医学影像报告质量是医疗质量的重要组成部分，相关科室应当建立质控制度确保报告质量及时、准确和规范。建立和临床的沟通机制，解决临床服务需求和临床诊疗困难，根据临床需求开展相应服务，提供便捷、及时的报告信息检索查询服务。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、患者访谈、病历检查、病案检查。</p>
2.8.117.1 保证每一项检验结果的准确性。	2.8.117.1.1	有采用量值溯源，校准验证，能力验证或室间质量评价，实验室间的比对等方式，保证每一项检验结果的准确性。
	2.8.117.1.2	开展室内质量控制与室间质量评价，评价结果达到质量控制目标，保障检验质量。
2.8.117.2 严格执行检验报告双签字制度。	2.8.117.2.1	有检验报告双签字管理制度和复检程序，并严格执行。
	2.8.117.2.2	有检验报告的审核者资质、技术水平和业务能力标准，并严格执行。
	2.8.117.2.3	在审核时，重点识别标本分析前阶段由于标本不规范所带来的结果错误。
	2.8.117.2.4	识别并保留分析前不合格标本和复检标本的相关记录。
2.8.117.3 检验结果的报告时间能够满足临床诊疗的需求。	2.8.117.3.1	有检验报告出具的管理制度和检验报告时限(TAT)要求，包括常规检测项目和特殊检查项目。
	2.8.117.3.2	临检常规项目≤30分钟出报告(复检样本除外)，生化、免疫常规项目≤1个工作日出报告。微生物常规项目≤4个工作日。
	2.8.117.3.3	“特殊检验项目”清单内的项目检验报告时限原则上不超过7个工作日，并提供预约检测。
	2.8.117.3.4	对检验结果的报告时间有监测。
2.8.117.4 检验报告格式规范、统一。	2.8.117.4.1	有医院检验报告书写管理制度，格式规范、统一。
	2.8.117.4.2	报告单提供中文或中英文对照的检测项目名称，并符合相关规定。
	2.8.117.4.3	检验报告采用国际单位或权威学术机构推荐单位，并提供参考范围。
	2.8.117.4.4	检验报告单包含充分的患者信息、标本类型、样本采集时间、

		结果报告时间。
2.8.117.5 病理检查申请单必须完整填写患者相关的资料，字迹清晰、内容完整。	2.8.117.5.1	有病理申请书书写的相关规定要求，并落实。包括：（1）患者姓名、性别、年龄、住院号、送检科室和日期。（2）患者临床病史和其他（检验、影像）检查结果、手术所见及临床诊断。（3）取材部位、标本件数。（4）既往曾做过病理检查者，需注明病理号和病理诊断结果。（5）结核、肝炎、HIV 等传染性标本，需注明。
	2.8.117.5.2	相关人员知晓并正规填写病理检查申请单。
	2.8.117.5.3	信息系统支持病理科医师方便调取申请病理检查患者的相关病历资料。
	2.8.117.5.4	病理科对病理检查申请单书写质量进行监督，将存在的问题上报主管部门。
	2.8.117.5.5	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.8.117.6 病理诊断应按照相应的规范，有复查制度、科内会诊制度。	2.8.117.6.1	有病理诊断规范管理相关制度和诊断报告审核流程，并落实。病理医师进行诊断前，核对申请单和切片核查是否相符。阅读申请单上所有填写的内容，对申请单疑问或书写不清楚内容有及时联系送检医师的规定，并有记录。阅片时必须全面，不要遗漏病变。
	2.8.117.6.2	有上级医师会诊制度，科内疑难病例讨论有 2 名以上高级专业技术职务人员参与，并有相应记录和签字。
	2.8.117.6.3	上级医师对疑难病例报告进行复核，并签署全名。
	2.8.117.6.4	病理医师负责对出具的病理诊断报告解释说明。
2.8.117.7 病理诊断报告书应准时、规范、文字准确，字迹清楚。	2.8.117.7.1	对病理诊断报告内容与格式有明确规定，并执行。包括：（1）病理号、送检标本的科室、患者姓名、性别、年龄、标本取材部位、门诊号和（或）住院号。（2）标本的大体描述、镜下描述和病理诊断。（3）其他需要报告或建议的内容。（4）报告医师签名（盖章），报告时间。（5）病理诊断报告内容的表述和书写应准确和完整，用中文或者国际通用的规范术语。
	2.8.117.7.2	病理诊断报告书一般项目填写完整，内容的表述和书写准确和完整。
	2.8.117.7.3	按照审核流程对病理诊断报告进行审核签发。有病理诊断与临床诊断不符合时，涉及病变部位或病变性质，需重新审查。
	2.8.117.7.4	病理诊断报告应在 5 个工作日内发出，疑难病例和特殊标本除外。
	2.8.117.7.5	严禁伪造病理诊断报告，不得向临床医师和患方提供有病理医师签名的空白病理学报告书。
	2.8.117.7.6	原始样品过小或在采集过程中挤压严重，或取材代表性不够（如肾脏穿刺未见足够数目的肾小球，肝脏穿刺标本无足够数

		目的汇管区等），影响正确的诊断，均需在报告中说明。
2.8.117.8 有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度与程序。	2.8.117.8.1	有病理诊断报告补充或更改或迟发的管理制度和处理程序，并执行。包括：（1）病理报告发出后，如发现非原则性的问题，可以补充报告的形式进行修改。（2）病理报告发出后，如发现原则性的问题则需做出更改并立即通知临床医生。（3）每一份补充或更改的病理报告均遵循了病理报告补充或更改的制度与审核批准流程，并需在病理档案中有完整记录。（4）对各种原因（延迟取材、制片或是进行其他相关技术检测等）不能如期签发病理学诊断报告书时，以口头或书面告知有关临床医师或患方的规定，并说明迟发病理学诊断报告书的原因。
	2.8.117.8.2	发出补充、更改或迟发病理诊断报告的医师经过授权，落实到人。
2.8.117.9 有保证细胞学诊断规范、准确的相关制度。	2.8.117.9.1	有细胞学标本采集的相关规范。穿刺细胞学标本的采集，由具备操作资质的病理学医师或临床医师执行，并严格执行无菌操作。
	2.8.117.9.2	对细胞学筛查与细胞学诊断有相关的制度与流程，并执行。包括：（1）核对申请单与涂片是否相符。（2）细胞病理诊断报告在2个工作日内发出，疑难病例和特殊病例除外。（3）细胞学筛查工作由具有资质的筛查人员进行，由病理医师复审签字发出。（4）细胞病理学诊断报告的签发必须由具有资质的病理医师完成。
	2.8.117.9.3	对细胞病理学诊断报告的签发有授权，落实到人。
2.8.117.10 建立规范的院际病理切片会诊制度。	2.8.117.10.1	有院际病理切片会诊的相关制度与流程，并执行。（1）具有高级职称的病理医师方能接受院际的病理学会诊。（2）对诊断时间较长的病例，应考虑到当时对疾病的认知程度、当时的技术条件和诊断标准，对疾病进行一定的解释。（3）诊断意见必须有会诊病理医师的签字。（4）需要补做免疫组化、特殊染色及分子病理检查才能明确诊断时，应当向患方说明收费标准、检查需要的时间，并征得患方的同意。（5）电话咨询中只负责告知会诊报告是否已经签出，不得透露报告的内容，以保护患者的隐私。对接受院际病理切片会诊的病理医师有明确的授权，落实到人。（6）会诊收费必须严格执行物价规定。
	2.8.117.10.2	院际会诊需有相关部门批准，院际会诊资料保留完整。
2.8.117.11 有完善的病理资料保存制度。	2.8.117.11.1	有完善的病理资料保存制度，包括登记制度、借片和归档制度等，其中病理组织切片、阳性细胞学切片、蜡块和送检单保存15年以上。
2.8.117.12 医学影像诊断报告及时、	2.8.117.12.1	科室有医学影像诊断报告书写规范，有审核制度与流程，并执行。

规范,有审核制度与流程。	2.8.117.12.2	医学影像诊断报告由具备资质的医学影像诊断专业医师审核签名。
	2.8.117.12.3	有医学影像诊断报告时限要求,每份报告时间精确到分钟。
	2.8.117.12.4	对出具医学影像诊断报告的及时性进行监测、分析,并持续改进。
2.8.117.13 有影像疑难病例随访与反馈制度,有疑难病例分析与读片会。	2.8.117.13.1	有影像疑难病例随访与反馈制度,并落实。
	2.8.117.13.2	定期召开疑难病例分析与读片会。疑难病例分析与读片会由科主任或副主任医师以上人员主持。
	2.8.117.13.3	通过重点病例随访分析评价、疑难病例分析与读片会,改进诊断工作,提高诊断质量。
2.8.117.14 建立临床沟通机制,根据临床需求开展相应服务,由执业医师提供检验结果及诊断报告的解释和咨询服务。提供便捷、及时的检查检验信息服务。	2.8.117.14.1	建立临床沟通机制,临床检验部门、病理部门、医学影像部门与临床科室有多种形式和途径的沟通,满足临床科室对检查、检验项目的咨询。
	2.8.117.14.2	对新开展检查、检验项目有宣传途径,解答临床对结果的疑问。
	2.8.117.14.3	有临床回访制度及误诊分析制度,并落实。
	2.8.117.14.4	每季度至少召开1次临床病理联合病例讨论会。
第二章	八、(一百一十八)	<p><b>2.8.118 落实全面质量管理与改进制度,开展室内质量控制和室间质量评价。相关检查检验设备(含床旁检查检验设备)按照要求定期检测。</b></p> <p><b>【概述】</b></p> <p>临床检验、病理和医学影像部门建立全面质量管理和持续改进机制,开展室内质量控制和室间质量评价,记录可追溯,非临床检验部门人员开展室内质控,应当得到培训和授权,确保质控到位。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
2.8.118.1 落实全面质量管理与改进制度。	2.8.118.1.1	有各项规章制度、技术规范、诊断规范、操作常规及各级各类人员岗位职责,有员工培训教育,员工知晓并落实。
	2.8.118.1.2	有科室医疗质量与安全控制指标。
	2.8.118.1.3	科室有自查,对存在的问题有分析和改进措施。
	2.8.118.1.4	医院主管部门对科室制度建设和落实情况定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
	2.8.118.1.5	持续改进有成效,各项制度和岗位职责落实到位,质量控制工作有效开展。
2.8.118.2 有完整的检验、病理标本采	2.8.118.2.1	检验科、病理科、护理部和医院感染控制部门共同制订标本采集运输指南,临床相关工作人员可以方便获取。

集运输指南、交接规范，结果回报时间控制等相关制度。	2.8.118.2.2	有标本交接登记资料，记录完整。
	2.8.118.2.3	有标本接收、拒收标准与流程，保留标本接收和拒收的记录。
	2.8.118.2.4	有病理标本采集、送达、固定时间记录（时间精确到分钟）及标本交接的相关规定与程序，并执行。包括：（1）有标本和申请单登记、签字和交接等相关制度，标本和申请单的核对人、标本的标记、标本传送人和病理科标本接收人应有登记和相关人员的签字。（2）标本使用 10%中性甲醛缓冲液固定，固定液的量不少于组织体积的 3~5 倍（要确保标本全置于固定液之中），特殊要求除外。（3）标本从离体到固定的时间不宜超过半小时。（4）空腔标本和大的实质性脏器标本必须及时切开，固定过夜，第二天取材。（5）原则上不接收口头申请的标本，特殊情况下，可先按流程接收和处理标本，需在限定的时间内（如 24 小时）补充书面病理申请单，否则不应出具书面病理报告。
	2.8.118.2.5	有不合格病理标本处理的制度与程序，并执行。包括：（1）不合格标本包括，申请单与相关标本未同时送达病理实验室；申请单中填写的内容与送检标本不符合；标本上无有关患者姓名、科室等标志；申请单内填写的字迹潦草，不清；申请单中漏填重要项目；标本严重自溶、腐败、干涸等；标本过小，不能或难以制作切片；其他可能影响病理检查可行性和诊断准确性的情况。（2）不能接收的申请单和标本需当即退回申请医师，不予存放，并记录。（3）曾被拒收的标本再次送检合格，需在申请单上标注。
	2.8.118.2.6	对标本进行全程跟踪，结果回报时间明确可查。
	2.8.118.2.7	标本处理和保存专人负责，标本废弃有记录，储存标本冰箱有温度 24 小时监控。
	2.8.118.2.8	对标本运输过程的相关人员进行规范培训。
	2.8.118.2.9	检验科、病理科对标本进行检查，将存在的问题上报主管部门。
	2.8.118.2.10	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	2.8.118.3 常规开展实验室室内质量控制。	2.8.118.3.1
2.8.118.3.2		每检测批次至少保证有 1 次室内质量控制结果，并有负责人签字。
2.8.118.3.3		建立室内质量控制程序，定性、定量项目室内质量控制，血涂片评价和分类计数的质量控制流程，细菌、分枝杆菌和真菌检测质量控制流程，尿液分析和显微镜检查的质量控制流程。
2.8.118.3.4		病毒鉴定开展室内质控，病毒鉴定的实验室须保留相关记录。

	2.8.118.3.5	对于需要报告滴度的血清学检测，须同时进行已知滴度的血清阳性质量控制和阴性质量控制。
	2.8.118.3.6	监测室内质量控制完成率。
2.8.118.4 参加检验实验室室间质量评价或能力验证计划。	2.8.118.4.1	有参加实验室室间质评或比对的管理制度，参加省级或省级以上室间质量评价计划或能力验证计划。
	2.8.118.4.2	室间质量评价或能力验证应覆盖实验室内检测项目及不同标本类型。
	2.8.118.4.3	有无法参加评价计划项目的目录或清单，并有替代评估方案。
2.8.118.5 保证实验室检测系统的完整性和有效性。	2.8.118.5.1	制定并严格执行临床检验项目标准操作规程和检验仪器的标准操作与维护规程。
	2.8.118.5.2	对需要校准的检验仪器、检验项目和对临床检验结果有影响的辅助设备定期进行校准。
	2.8.118.5.3	有专人负责仪器设备保养、维护与管理。
	2.8.118.5.4	医院主管部门有定期校准、维修维护记录。
2.8.118.6 所有现场快速检测（POCT）项目均应开展室内质控，并参加室内质量评价。	2.8.118.6.1	医院制定有 POCT 项目统一管理制度，并落实。该制度包括 POCT 种类的选择、明确规定执行 POCT 的员工、报告异常检验结果的操作规程和报告危急值的流程、质量控制、文档记录和评估等。
	2.8.118.6.2	由具有必要的资质、受过培训的有技能的员工执行 POCT。
	2.8.118.6.3	检验科、医院主管部门定期对 POCT 项目进行质量控制管理。
	2.8.118.6.4	POCT 项目进行室内质量控制及室间质量评价，对室内质量控制或比对结果有工作记录。定期对 POCT 结果进行比对，并包括大型仪器检测结果与各 POCT 点之间的比对，并明确比对的允许偏倚。对超出允许范围的应及时进行校准和纠正，有工作记录。
	2.8.118.6.5	对 POCT 项目进行监测和评估，并将其纳入质量改进活动。
2.8.118.7 病理标本检查和取材规范、有质量控制措施和记录。	2.8.118.7.1	有病理医师承担标本的检查和取材的相关制度与流程，并执行。包括：（1）取材前阅读申请单中的内容，初步判断病变的性质。（2）核对申请单的编号与标本的编号、标本的份数是否相符，申请单与标本应有双标志和双核对。（3）标本检查和取材应按照有关的操作规范进行。（4）有标本观察的文字记录。（5）有取材工作记录单，取材结束后必须核对组织块。（6）组织块的编号应该每块分别编号，一一对应。（7）取材后剩余的标本在标本柜中妥善保存至病理报告发出后的 2 周。
	2.8.118.7.2	剩余的病理标本按“医疗废物”的规定处理，不可随意丢弃。
	2.8.118.7.3	科室定期对取材质量有自查与改进等记录。
	2.8.118.7.4	医院主管部门对标本全程管理定期督导检查、分析、反馈，并

		追踪检查整改落实情况。
2.8.118.8 常规病理制片应按照相应的规范、有质量控制措施和记录。	2.8.118.8.1	有对蜡块、切片、取材工作记录单三相核对的规定与程序，并执行。包括：（1）针对不同组织（如小活检、骨组织、淋巴结等），优化制片、染色流程，保证切片质量。（2）制片过程中如出现异常，应立即与有关的病理医师联系，并报告科主任，查清事实，采取相应的补救措施。常规制片应在取材后 1~2 个工作日内完成。
	2.8.118.8.2	内镜小的活检、穿刺等需连续切片不少于 6 片。
	2.8.118.8.3	科室对制片过程有自查，问题有分析和改进措施，常规切片质量均达到优良级。
2.8.118.9 有制度保证术中快速病理（含快速石蜡）诊断的规范、准确。	2.8.118.9.1	有保证术中快速病理诊断合理使用指征的规定与程序。
	2.8.118.9.2	有单件标本的冰冻切片制片应在 15 分钟内完成的规定与程序。
	2.8.118.9.3	有病理诊断报告在 30 分钟内完成的规定与程序。
	2.8.118.9.4	有术中快速病理诊断的操作规定与程序，并执行。包括：（1）在术前向患者或近亲属告知术中快速病理诊断的局限性，签署术中快速病理诊断知情同意书。（2）对于难以明确诊断、交界性病变、送检组织不适宜等状况，病理医师可以不作出明确诊断，等待石蜡切片报告。（3）术中快速病理诊断报告必须采用书面形式（可传真或网络传输），为防止误听和误传，严禁采用口头或电话报告的方式。（4）从标本接收到发出报告的时间，应在病理申请单上注明。术中快速病理诊断报告书应由病理医师签署全名。
	2.8.118.9.5	有临床科室和病理科的沟通协调机制，保证冰冻切片诊断的及时性和准确性。
	2.8.118.9.6	对术中快速病理（含快速石蜡）诊断有自查，对诊断不准确病例有分析资料，术中快速病理诊断准确率不断提高。
2.8.118.10 有制度保证特殊染色操作规范。	2.8.118.10.1	有特殊染色技术员经过专门培训与授权的规定与程序，并执行。包括：（1）每一批次的特殊染色必须设阳性对照，可利用组织中的内对照。（2）每种特殊染色，必须有本实验室的操作规范和技术规程。（3）更换新的染色试剂后，必须使用染色阳性和阴性组织进行验证，并有相应的文字记录和染色切片档案，相关档案保留 2 年。（4）特殊染色时所产生的有毒的污染性液体应专门回收，严禁随处倾倒。（5）特殊染色结果不能作为最终诊断，必须由病理医师结合形态学综合判断。（6）特殊染色质量达到室间质评的合格标准，有相关操作规定与流程。
	2.8.118.10.2	通过实验室室内质控与室间质控，提高特殊染色的质量。
	2.8.118.10.3	根据医学新进展，及时改进特殊染色技术，提高特殊染色质量。

	2.8.118.10.4	科室对特殊染色有自查，问题及时改进，质量不断提升。
2.8.118.11 有制度保证免疫组织化学染色操作的规范和准确。	2.8.118.11.1	有免疫组化染色技术员经过专门培训与考核授权的相关规定与程序，并执行。
	2.8.118.11.2	有相关操作规定与程序文件，并执行。（1）每一批次的免疫组化染色必须设阳性对照，可利用组织中的内对照。（2）必须建立本实验室每种免疫组化染色的操作规程，并及时更新。（3）更换抗体后，需要有用阳性和阴性组织进行有效性验证，并有相应的文字记录和染色切片档案，相关档案保留2年。（4）免疫组化染色过程中产生的有毒液体（如DAB）应专门回收，严禁随处倾倒。（5）病理医师必须熟悉各种抗体染色结果，阳性信号表达部位、其诊断应用范围，以期做到正确的结果判读。（6）单纯的免疫组化染色结果不能作为最终诊断，必须由病理医师结合形态学综合判断。
	2.8.118.11.3	免疫组化染色的质量要达到室间质评的合格标准。
	2.8.118.11.4	通过实验室室内质控与室间质控，提高免疫组化染色的质量。
	2.8.118.11.5	根据医学新进展，及时改进特殊染色技术，提高免疫组化染色质量。
	2.8.118.11.6	科室对免疫组织化学染色有自查，问题及时改进，质量不断提升。
	2.8.118.12 参加病理行业内组织的各种实验室质量控制活动。	2.8.118.12.1
2.8.118.12.2		有质量控制活动项目的目录或清单。
2.8.118.13 采用多种形式，开展图像质量评价活动。	2.8.118.13.1	采取多种形式，开展图像质量评价活动。
	2.8.118.13.2	有图像质量评价小组，定期对图像质量进行评价。
	2.8.118.13.3	将图像质量评价的结果纳入对部门服务质量与相关人员技术能力评价的内容。
	2.8.118.13.4	有评价结果分析与持续改进措施，提高影像图像质量。
第二章	八、（一百一十九）	<p>2.8.119 按照有关规定建立临床检验、病理和医学影像环境保护及人员职业安全防护制度，遵照实施并准确记录。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>按照国家法律法规和行业规范，建立临床检验、病理和医学影像部门相关制度、流程，保障环境安全、生物安全和消防安全。按照国家法律法规和行业规范建立员工的职业安全保障制度，做好员工的职业安全和患者安全。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
2.8.119.1 病原微生物	2.8.119.1.1	病原微生物实验室应当符合生物安全国家标准和要求。从事病

物实验室应当符合生物安全国家标准和要求。从事病原微生物实验活动，应当严格遵守有关国家标准和实验室技术规范、操作规程，采取安全防范措施。		原微生物实验活动，应当严格遵守有关国家标准和实验室技术规范、操作规程，采取安全防范措施。
2.8.119.2 从事病原微生物实验活动应当在相应等级的实验室进行。按照生物安全备案等级设置生物安全分区，有警示标识。	2.8.119.2.1	从事病原微生物实验活动应当在相应等级的实验室进行。按照生物安全备案等级设置生物安全分区，有警示标识。
2.8.119.3 实验室配置充足的安全防护设施。	2.8.119.3.1	针对不同工作性质，按照行业规范制定个人防护管理制度，并落实。
	2.8.119.3.2	配备洗眼器、冲淋装置及其他急救设施，并处于正常工作状态。
	2.8.119.3.3	对生物安全、易燃易爆危险化学品等有警示标识。
	2.8.119.3.4	有相关防护设施使用及安全防护培训。
	2.8.119.3.5	实验室出口处设有手部消毒设施。
	2.8.119.3.6	科室对相关安全设施有自查。
	2.8.119.3.7	医院主管部门对实验室配置的安全防护设施定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.8.119.4 实验室应建立有害气体、有害液体、危险化学品的管理规定，并安排专人进行监督。	2.8.119.4.1	有定期对病理取材室、切片室等进行甲醛、二甲苯浓度的检测报告，保证有害气体浓度在规定许可的范围，每年至少有 1 次院外年度检测报告。
	2.8.119.4.2	有对废弃有害液体统一回收的制度与程序，确保用专用容器回收，或由具有资质的机构回收处理，严禁随意倾倒入下水道。
	2.8.119.4.3	有完善的危险化学品（易燃品和剧毒化学品等）的登记和管理规范。
	2.8.119.4.4	接触有害品的工作人员定期体检。
	2.8.119.4.5	病理取材室、冰冻切片室符合“P2”级实验室要求。
	2.8.119.4.6	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.8.119.5 有医学影	2.8.119.5.1	有放射安全管理相关制度，并落实。

像设备定期检测、放射安全管理等相关制度，放射诊疗场所通过环境评估。	2.8.119.5.2	有医学影像设备、场所定期检测制度和定期放射设备、场所检测报告。
	2.8.119.5.3	有放射性废物处理的相关规定，放射性废物处理有登记和记录。
	2.8.119.5.4	在影像检查室门口设置电离辐射警告标志。
	2.8.119.5.5	放射诊疗场所通过环境评估。
	2.8.119.5.6	科室至少每季度有 1 次常规安全检查,对存在的问题进行整改。
	2.8.119.5.7	医院主管部门对放射安全管理制度落实情况定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.8.119.6 有受检者和工作人员放射防护措施。	2.8.119.6.1	有完整的放射防护器材与个人防护用品，保障医患防护需要，并建立清单，定期检测。
	2.8.119.6.2	医务人员在影像检查前告知患者辐射对健康的影响，对受检者敏感器官和组织进行屏蔽防护。
	2.8.119.6.3	对员工有放射安全防护培训，对新员工进行放射防护器材及个人防护用品使用方法培训。
	2.8.119.6.4	相关人员按照规定佩戴个人放射剂量计。
	2.8.119.6.5	相关人员按照规定每年进行健康检查，有完整的放射人员放射防护档案与健康档案。
	2.8.119.6.6	有专人负责放射剂量计进行收集、发放和监测结果反馈、登记工作。有员工放射剂量监测数据分析和针对超标原因的改进措施。
	2.8.119.6.7	医院主管部门对相关培训效果和放射防护制度落实有检查与监管。
2.8.119.7 依据行业标准和循证指南（例如，确定安全区域、访问限制、标识牌、无磁性设备等）来处理磁共振成像（MRI）的危害。	2.8.119.7.1	有防止 MRI 强磁场危害的措施，包括限制人员进入磁场区，如只有经授权的员工，以及患者在经授权员工的陪同下可以进入；在确定的危险区域贴上标识；并确保只有特殊的无磁性的设备进入核磁共振环境。
	2.8.119.7.2	有解决低温环境有关危害的措施，进行适当的通风和操作人员培训。
	2.8.119.7.3	采取措施，确保在 MRI 检查噪声环境中，患者和员工的舒适和安全。
2.8.119.8 制定安全事件应急预案并组织演练。	2.8.119.8.1	有安全事件应急预案、处置流程和规范。
	2.8.119.8.2	各相关科室和人员掌握应急预案、具体处置流程及本部门、本科室和本人职责。
	2.8.119.8.3	按照安全事件应急预案，每年进行一次综合演练，对演练存在问题及时整改。

## 九、输血管理与持续改进

第二章	九、	2.9 输血管理与持续改进
第二章	九、（一百二十）	<p>2.9.120 落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定，医院应当具备为临床提供 24 小时输血服务的能力，满足临床工作需要。</p> <p><b>【概述】</b> 医疗机构按照相关法律法规和规范建设输血科或血库，人员配置、布局 and 设施设备应当达到相关标准，建立相关制度和规范，建立储血供血机制，提供 24 小时输血服务。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
2.9.120.1 按照法律法规和规范要求，设置输血科或血库。输血科或血库设置与医院功能和临床科室诊疗需求相适应，人员结构、房屋设施和仪器设备均符合规定要求，职责明确并执行到位。	2.9.120.1.1	输血科或血库设置与医院功能和临床科室诊疗需求相适应，有条件者开展输血治疗或输血门诊。不具备条件设置输血科或血库的医疗机构，应当安排专（兼）职人员负责临床用血工作。
	2.9.120.1.2	输血科或血库负责人具有输血技术工作 5 年以上，并接受输血相关理论和实践技能的培训和考核；输血科或血库工作人员无影响履行输血专业职责的疾病。
	2.9.120.1.3	输血科或血库位置远离污染源，靠近手术室和病区，布局应符合卫生学要求，污染区与非污染区分开，至少应设置血液入库前的血液处置室、血液标本处理室、储血室、发血室、输血相容性检测实验室、值班室和资料保存室。
	2.9.120.1.4	输血科或血库实验室建筑与设施符合实验室生物安全通用要求，业务区域与生活区域分开，业务用房面积达到相关要求。
	2.9.120.1.5	根据不同的血液成分储存温度要求，配备 2~6℃及-18℃专用储血冰箱、溶浆仪、血小板震荡仪、2~8℃试剂冰箱等必备的基本设备。
	2.9.120.1.6	明确输血科各岗位职责，员工履职能力符合要求。有输血科或血库工作制度、相关技术规范与操作规程，并对相关人员进行培训。
	2.9.120.1.7	参与疑难输血病例的诊断、会诊与治疗，指导临床合理用血，配合临床用血事件及输血不良反应的调查。
	2.9.120.1.8	输血科或血库主动征求临床科室对输血管理工作的意见和建议，对问题有自查。
	2.9.120.1.9	医院主管部门对输血科或血库管理定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。

2.9.120.2 具有为临床提供 24 小时供血服务的能力,满足临床需要。	2.9.120.2.1	制订临床用血储备计划,与指定供血单位签订供血协议。无非法定渠道用血、自采和自供血液的行为。
	2.9.120.2.2	有血液库存量的管理要求,能 24 小时为临床提供供血服务。有特殊用血(如稀有血型)应急协调机制,确保急诊抢救用血。
	2.9.120.2.3	有应急用血的后勤(通信、人员、交通)保障能力。
	2.9.120.2.4	输血科或血库与血站建立血液库存预警机制,及时掌握预警信息,协调临床用血,供血满足临床需要。
2.9.120.3 落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定、法律和规范,成立临床用血管理委员会,制定本院临床用血管理制度,并落实。	2.9.120.3.1	落实《中华人民共和国献血法》《医疗机构临床用血管理办法》和《临床输血技术规范》等有关规定、法律和规范,成立临床用血管理委员会,制定并实施临床输血管理相关制度和实施细则(内容覆盖本机构临床输血管理的全过程)、临床用血管理制度(内容包括用血申请分级管理、临床科室和医师临床用血评价及公示等)与医院临床用血计划等。
	2.9.120.3.2	每年至少一次对全院医务人员进行临床输血相关法律、法规、规章制度、输血知识等培训,并有考核;用血科室有针对本专业特点进行相关输血知识培训。
	2.9.120.3.3	在院内开展临床用血评价及公示,有临床医师合理用血评价结果用于个人业绩考核与用血权限认定的管理规定。
第二章	九、(一百二十一)	<p>2.9.121 加强临床用血过程管理,严格掌握输血适应证和输血技术操作规范,促进临床安全、有效、科学用血。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>根据法律法规和行业规范制定临床用血质量管理标准,强化人员培训,加强过程管理,严格按照输血适应证开展临床用血,根据行业规范制定符合本院实际的输血技术操作规范并落实,建立合理用血指标体系,规范输血前后评估记录和不良反应报告,促进临床安全、有效、科学用血。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>
2.9.121.1 执行输血前相关检测规定,输血前向患者及其近亲属告知输血的目的和风险,并签署输血治疗知情同意书。	2.9.121.1.1	具备为准备输血的患者进行血型及肝功能、感染筛查(乙肝五项、HCV、HIV、T 细胞亚群检测、梅毒抗体)的相关检测能力,并开展相关检测。
	2.9.121.1.2	有医患双方在输血前共同签署的输血治疗知情同意书,同意书保存在病历中。
	2.9.121.1.3	对抢救生命垂危的患者等特殊情况下的紧急输血有相关规定与批准流程,并执行。
2.9.121.2 有临床用	2.9.121.2.1	有临床用血前评估和用血后效果评价管理制度(内容应包括根

血前评估和用血后效果评价制度,严格掌握输血适应证和输血技术操作规范,做到安全、有效、科学用血。		据患者病情和实验室检测结果进行输血指征综合评估的指标),严格掌握输血适应证和输血技术操作规范,并落实。
	2.9.121.2.2	科室对临床用血执行情况(输血适应证、输血前评估指征、检测指标、输血后效果评价等记录)有自查。
	2.9.121.2.3	输血科或血库、医院主管部门对安全、有效、科学用血定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
2.9.121.3 落实临床用血申请、申请审核制度,履行用血报批手续。	2.9.121.3.1	有临床用血申请和申请审核制度,包括申请备血量和医师权限、审核程序及紧急用血报批手续等,并严格执行。
	2.9.121.3.2	用血的申请单格式规范,书写符合要求,信息记录完整。
	2.9.121.3.3	24小时使用全血或红细胞超过1600ml的临床单例患者由主管部门审核并批准。
2.9.121.4 医院应建立自身输血、围手术期血液保护等输血技术管理制度。	2.9.121.4.1	对开展自身输血、围手术期血液保护等输血技术有管理规定,并执行。
	2.9.121.4.2	有支持开展血液保护相关技术的设备条件,如:血液成分分离机、血栓弹力图仪等设备。
	2.9.121.4.3	有开展血液保护相关技术的人员并能开展工作。
	2.9.121.4.4	监测自体输血和异体输血量、自体输血率。
2.9.121.5 输血治疗病程记录完整详细。	2.9.121.5.1	按照《临床用血管理办法》和《病历书写规范》制定临床用血医学文书管理制度,并执行。
	2.9.121.5.2	输血治疗病程记录至少包括输血原因、不同输血方式的选择、输注成分、血型和数量、输注起止时间、输血过程观察情况、有无输血不良反应等内容,记录完整、规范。
	2.9.121.5.3	输血治疗后病程记录有输注效果评价的描述。
	2.9.121.5.4	手术输血患者的手术记录、麻醉记录、护理记录和术后记录中输血量与发血量要一致。
2.9.121.6 建立输血管理信息系统,做好血液入库、贮存和发放管理。	2.9.121.6.1	有输血管理信息系统,实现与血站信息的互联互通,血液收发及输血全流程实行电子化管理。
	2.9.121.6.2	有制度对血液预订、接收、入库、储存、出库及库存预警等进行管理,并落实。
	2.9.121.6.3	血液储存、运送符合国家有关标准和要求。全血、红细胞的储藏温度应当控制在2~6℃,血小板的储藏温度应当控制在20~24℃。有血液储藏温度的24小时监测记录。
	2.9.121.6.4	用血的发血单与输血记录单格式和书写规范、信息记录完整。
	2.9.121.6.5	血液的出入库和有效期内使用情况有完整记录,并有出入库记录完整率和血液有效期内使用率等统计数据。
第二章	九、(一百二	2.9.122 建立与麻醉科和手术科室有效沟通,积极开展自体输

	十二)	<p>血, 严格掌握术中输血适应证, 合理、安全输血。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>加强手术用血管理, 积极开展并推广自体输血, 建立自体输血标准和规范, 开展自体输血质量控制。严格掌握术中输血适应证, 合理安全用血。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>
2.9.122.1 建立麻醉科与手术科室和输血科的有效沟通, 制定自体输血的流程与规范, 积极开展自体输血。严格掌握术中输血适应证, 合理、安全输血。	2.9.122.1.1	有手术中用血的相关制度与流程, 手术用血有严格的指征, 并执行。
	2.9.122.1.2	有麻醉科与输血科沟通的流程, 并落实, 保障术中输血及时、合理、安全。
	2.9.122.1.3	有术前用血评估和用血疗效评价制度, 并落实。
	2.9.122.1.4	相关人员知晓术中用血的制度与流程, 并严格执行。
	2.9.122.1.5	制定自体输血管理制度、自体输血流程与规范, 具备开展血液保护相关技术的人员和设备条件, 积极开展自体输血工作。
第二章	九、(一百二十三)	<p>2.9.123 开展血液质量管理监控, 制订、实施控制输血严重危害(输血传染疾病、严重不良反应)的方案。落实输血相容性检测管理制度和实验质量管理要求, 确保输血安全。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>根据行业规范要求制定血液质量管理全流程监控机制并落实, 对输血不良反应进行监测、统计和分析, 制定防范输血严重危害的预案。制定和落实输血相容性检测制度流程, 能有效开展血型评判方式, 确保输血安全。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作、病历检查、病案检查。</p>
2.9.123.1 有血液贮存质量监测与信息反馈的制度。	2.9.123.1.1	有血液贮存质量监测与信息反馈的管理制度, 并严格执行。
	2.9.123.1.2	血液储存符合国家要求, 输血科或血库有专人对血液贮存(存放方式、冰箱温度、标识、消毒、细菌监测等)有定期监测记录。
	2.9.123.1.3	一次性输血耗材进行无害化处理, 并有记录。
2.9.123.2 有临床输血过程的质量管理监控及效果评价的制度与流程。	2.9.123.2.1	根据相关法律法规和临床输血技术规范制定输血全过程质量管理监控的管理制度、评价指标和管理流程, 并落实。
	2.9.123.2.2	有输血科或血库对临床科室全过程管理的监控指标(包括储血、发血、输血中、输血后、输血室内质量控制和室内质量评价等)和监测评价结果。

	2.9.123.2.3	血液发出后, 受血者和供血者标本于 2~6℃保存至少 7 天。
	2.9.123.2.4	从发血到输血各个交接环节要有记录, 时间应精确到分钟。
	2.9.123.2.5	所使用的输血器和辅助设备符合国家标准、操作规范与流程。
	2.9.123.2.6	输血中实施全程监护, 有输血反应处理预案报告与流程, 输血不良反应发现和处理时间应精确到分钟, 并记录在病历中。
2.9.123.3 医院有输血相关应急预案, 并能得到落实。	2.9.123.3.1	有输血相关应急预案, 内容包括紧急用血的应对, 控制输血严重危害 (SHOT)、超常规用量、关键设备故障等。
	2.9.123.3.2	有关键设备故障的应急措施, 包括电话、负责人及替代方式。
	2.9.123.3.3	相关人员知晓应急预案处置流程, 并能执行。
	2.9.123.3.4	医院主管部门对紧急用血的执行情况 (重点夜间、节假日) 和输血严重危害事件发生进行抽查或演练。
2.9.123.4 落实输血相容性检测管理制度。	2.9.123.4.1	有输血相容性检测实验室的管理制度, 并落实。能提供输血前检验项目, 包括血型 ABO 正反定型、Rh 血型、交叉配血、输血感染性疾病免疫标志物及不规则抗体等。
	2.9.123.4.2	需要输血的患者、手术患者、待产孕妇和有创诊疗操作患者应进行输血相容性检测检查。
	2.9.123.4.3	交叉配血必须采用能检查不完全抗体的实验方法。
	2.9.123.4.4	用于输血相容性检测的试剂应符合相应标准。
2.9.123.5 做好相容性检测质量管理, 开展室内质量控制, 参加输血相容性检测室间质量评价。	2.9.123.5.1	有室内质量控制的管理规定, 包括质量控制品的技术规则定义、质量控制品常规使用前的确认、实施质量控制的频次, 质量控制品检测数据分析方法, 质量控制规则的选定等。
	2.9.123.5.2	有试验有效性判断和失控的判定标准。
	2.9.123.5.3	对失控的结果有调查分析、处理, 并记录。
	2.9.123.5.4	参加省级或国家级室间质评时, 应按常规检测方法与常规检测标本同时进行, 不得另选检测系统, 且成绩合格。
	2.9.123.5.5	输血科对室内失控项目和室间质评不合格项目有自查。

## 十、医院感染管理与持续改进

第二章	十、	2.10 医院感染管理与持续改进
第二章	十、(一百二十四)	<p>2.10.124 按照《医院感染管理办法》, 建立医院感染管理组织, 建立院感多部门协调机制。完善医院感染管理与控制制度, 有医院感染事件应急预案并组织实施, 开展医院感染预防控制知识与技能的全员培训和教育。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>医院感染预防与控制是医院在依法开展诊疗执业活动, 提供医</p>

		<p>疗服务中必须开展的工作，是医院的基本职责。医院做好医院感染预防与控制工作，必须建立体系完整、功能完善、职责明确、运转高效的医院感控组织体系、运行操作规范以及感染相关突发事件应急预案等制度。同时，为使整个体系运行顺畅，能够发挥应有的作用，需要对医院全员进行相关内容的培训和教育。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
2.10.124.1 依据《医院感染管理办法》建立医院感染管理组织,负责医院感染管理工作。	2.10.124.1.1	依据《医院感染管理办法》建立“医院感染管理委员会-医院感染管理部门-临床与医技科室”三级医院感染监控体系,有制度及职责,并落实。医院感染管理委员会由医院感染管理部门、医务部门、护理部门、临床科室、消毒供应室、手术室、临床检验部门、药事管理部门、设备管理部门、后勤管理部门及其他有关部门的主要负责人组成,主任委员由医院院长或者主管医疗工作的副院长担任。
	2.10.124.1.2	医院感染管理部门配备专(兼)职人员,负责人为从事医院感染管理工作5年以上的专业技术人员;临床科室有兼职的医院感染管理质量控制人员。有相关人员岗位职责,并履行。
	2.10.124.1.3	医院感染管理纳入医院总体工作规划和质量与安全管理目标,并依据上级部门与医院感染管理的有关要求,制定工作实施计划并落实。
	2.10.124.1.4	建立医院感染管理部门、临床科室、微生物实验室或检验部门、药学、护理等多部门协调机制,有具体落实方案并执行,及时解决机构感染防控工作中的实际问题。
	2.10.124.1.5	有对院科两级医院感染管理组织工作及制度落实情况的监督检查,定期召开专题会议,对感染管理现状进行分析,并对存在问题有反馈及改进措施。
	2.10.124.1.6	对卫生健康行政主管部门检查中发现的问题,及时整改,并调整、完善工作计划和内容。
	2.10.124.2 根据国家法律法规、标准要求以及《医疗机构感染预防与控制基本制度》,制定并及时完善医院感染管理和控制制度并落实,将医院感染的预防与	2.10.124.2.1
	2.10.124.2.2	有针对医院所有医疗活动和工作流程而制定的具体措施,并落实。
	2.10.124.2.3	医院感染管理相关人员熟知相关制度、工作流程及所管辖部门医院感染特点。
	2.10.124.2.4	全体员工熟知本部门、本岗位有关医院感染管理相关制度及要求,并严格执行。

控制贯彻于所有医疗服务中。	2.10.124.2.5	科室对医院感染管理工作的落实情况有自查，对存在问题有分析、整改。
	2.10.124.2.6	医院主管部门对医院感染管理工作定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.10.124.3 医院结合本地区就诊人群特点和本院条件制定医院感染事件防控应急预案并组织实施。	2.10.124.3.1	医院结合本地区就诊人群特点和本院条件制定医院感染事件防控应急预案并组织实施。
	2.10.124.3.2	建立医院感染暴发报告责任制，医院法定代表人或主要负责人为第一责任人。有医院感染暴发报告流程与处置预案。
	2.10.124.3.3	医务人员和医院感染的相关管理人员能及时从多种形式与渠道获得医院感染的信息。
	2.10.124.3.4	有医院感染暴发的报告和处置预案控制的有效措施，并按要求上报。
	2.10.124.3.5	相关人员知晓医院感染暴发报告流程和处置预案。
	2.10.124.3.6	根据医院感染可能发生的暴发情况制定各类演练方案，每年至少组织 1 次演练，并有演练记录。
	2.10.124.3.7	有医院感染暴发处置演练效果评价报告，对存在问题有改进措施，相关资料可查询。演练中问题得到整改，医院感染暴发事件上报流程及处置预案能及时得到更新和修订。
	2.10.124.3.8	有医院感染暴发报告的信息核查机制，有报告责任主体履职情况的监督问责。
2.10.124.4 医院制定全员医院感染防控知识与技能培训计划并落实。	2.10.124.4.1	有针对各级各类人员制定医院感染防控知识与技能培训计划、培训大纲和培训教材，培训内容包括但不限于手卫生、标准预防、应急方案教育等。
	2.10.124.4.2	按计划开展相关培训并考核。
	2.10.124.4.3	相关人员（含外聘人员）掌握相关知识与技能，达到岗位要求，且在工作中正确运用。
	2.10.124.4.4	向陪护、探视等人员提供感控相关基础知识宣教服务。
第二章	十、（一百二十五）	<p>2.10.125 按照《医院感染监测规范》，加强重点部门、重点环节、重点人群与高危因素监测，控制并降低医院感染风险。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>开展医院感染监测工作是做好感控管理科学化、精准化的基础与前提。医院应当采取全院综合性监测和目标性监测，长期、系统、连续地收集、分析医院感染的发生、分布及其影响因素等相关数据，建立有效的医院感染监测与通报制度，及时将监测结果反馈科室和报送有关部门，为医院感染的预防和控制提供科学依据。</p>

		<p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。</p>
2.10.125.1 实施重点部门、重点环节、重点人群与高危因素的监测。对下呼吸道、手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流等主要部位感染有具体预防控制措施并实施。	2.10.125.1.1	对重点部门、重点环节、重点人群有明确的监测范围、监测方法、监测内容和监测质量控制要求。对监测结果进行分析，提出本院的医院感染高危因素，制定针对性措施，控制并降低医院感染风险。
	2.10.125.1.2	有对感染较高风险的科室与感染控制情况进行风险评估，并制定和落实针对性的控制措施。感染较高风险的科室包括重症医学科、器官移植病房、骨髓移植病房、血液透析室、新生儿病房及重症新生儿监护病房、感染性疾病科、手术室、产房、母婴同室、急诊科及其病房、口腔科门诊、介入手术室、临床检验科（实验室，含输血科）、内镜室、消毒供应中心等。
	2.10.125.1.3	重症医学科等重点科室开展导管相关性血流感染（CRBSI）、呼吸机相关肺炎（VAP）、导尿管相关尿路感染（CAUTI）的监测与防控。
	2.10.125.1.4	有对下呼吸道、手术部位、导尿管相关尿路、血管导管相关血流等主要部位感染的预防控制相关制度与措施，并落实。
	2.10.125.1.5	科室有自查，对存在的问题有总结、分析、报告机制，并有改进措施。
	2.10.125.1.6	医院主管部门对科室监测情况进行定期核查指导，对存在的问题及时反馈，并提出整改建议。
	2.10.125.1.7	医院信息系统能够对重点环节、重点人群与高危因素监测及分析，医院感染得到有效控制。
2.10.125.2 产房诊疗工作符合医院感染管理相关法律法规要求。	2.10.125.2.1	产房根据《医院感染管理办法》等法律法规要求制订医院感染管理制度及流程，并执行。
	2.10.125.2.2	产房周围环境必须清洁、无污染源，应相对独立，应与母婴室和新生儿室相邻近。
	2.10.125.2.3	产房布局合理，分区明确，设有隔离待产室和隔离分娩室，用后的产房、产床应清洁消毒。
2.10.125.3 口腔诊疗工作符合医院感染管理相关法律、法规和《口腔诊疗器械消毒技术规范》的要求。	2.10.125.3.1	根据《医院感染管理办法》《口腔诊疗器械消毒技术规范》等规章要求制订相关制度、流程，并执行。
	2.10.125.3.2	消毒隔离工作符合规范要求；医务人员能够获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品。
	2.10.125.3.3	医疗器械的清洁灭菌符合国家规范，能够提供安全的诊疗操作。
	2.10.125.3.4	布局流程合理，符合规范。

2.10.125.4 内镜诊疗工作符合医院感染管理相关法律法规和《内镜清洗消毒技术操作规范》的要求。	2.10.125.4.1	根据《医院感染管理办法》《内镜清洗消毒技术操作规范》等规章要求制订相关制度、流程，并执行。
	2.10.125.4.2	消毒隔离工作符合规范要求；医务人员能够获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品。
	2.10.125.4.3	内镜的清洁、消毒及灭菌符合要求，能够提供安全的诊疗操作。
第二章	十、（一百二十六）	<p>2.10.126 医院感染管理组织要监测医院感染危险因素、医院感染率及其变化趋势，定期开展风险评估并持续改进诊疗流程；定期通报医院感染监测结果并加强横向比较。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>医院有责任和义务承担本机构医院感染监测和报告的职责。医院要明确各级医院感染防控组织职责分工，设计科学规范的监测方案，分析监测结果，并对监测和报告制度的执行情况进行定期监督、检查，针对检查中发现的问题，提出整改措施并督促临床科室整改到位。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查。</p>
2.10.126.1 医院感染专职人员和监测设施配备符合要求，有医院感染监测指标体系，按照《医院感染监测规范》开展监测工作，并加强横向比较、定期开展风险评估、持续改进诊疗流程。	2.10.126.1.1	医院感染管理专职人员和监测设施配备符合要求。
	2.10.126.1.2	按照相关规范要求建立医院感染监测制度、指标体系和流程，制定医院监测计划，组织开展目标性监测、全院综合性监测等监测工作，并定期通报医院感染监测结果。监控应覆盖高风险科室和环节，监测的目录、清单范围符合要求。
	2.10.126.1.3	科室能按照制度和流程要求，监测《医院感染监测规范》要求的全部项目，并有记录。
	2.10.126.1.4	有本院监测信息收集与反馈渠道，保证信息质量，保存原始记录文件。
	2.10.126.1.5	有医院感染监测记录与分析报告，并了解本地区其他同类医院感染监测信息，进行横向比较分析，提出改进建议。
	2.10.126.1.6	定期开展感控风险评估并反馈，对医院感染风险、医院感染率及变化趋势提出预警和改进诊疗流程等建议，并检查科室整改落实情况。
	2.10.126.1.7	医院感染监测指标体系和医院信息系统能够满足目标性监测和全院综合性监测等管理需求。
2.10.126.2 按照卫生健康行政部门的要求上报医院感染监测信息。	2.10.126.2.1	按照卫生健康行政主管部门的要求上报医院感染监测信息。
	2.10.126.2.2	有指定人员负责上报医院感染监测信息，医院感染监测信息经过审核，能保障其真实、准确。
	2.10.126.2.3	医院主管部门对省、市医院感染质量控制中心发布的本地区医

		院感染监测信息有分析、比较，并提出改进建议。
第二章	十、（一百二十七）	<p>2.10.127 消毒、灭菌和隔离工作符合相关标准和规范要求，工作人员能获得并正确使用符合国家标准的消毒与防护用品；重点部门、重点部位的管理符合要求。</p> <p><b>【概述】</b> 消毒、灭菌和隔离工作是医院感染预防与控制的重要措施。消毒与防护用品是医务人员职业安全的重要保障，工作人员应当能正确使用符合国家标准的消毒与防护用品。重点部门、重点部位的管理符合要求。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、员工操作。</p>
2.10.127.1 根据国家相关法律法规,结合医院实际情况,制定全院和各部门的消毒、灭菌工作制度及标准规范。	2.10.127.1.1	消毒工作符合《医院消毒技术规范》《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌技术操作规范》《医院消毒供应中心清洗消毒及灭菌效果监测标准》的要求。
	2.10.127.1.2	有对医务人员进行相关知识、消毒技术的教育与培训，并有培训与考核记录。
	2.10.127.1.3	有满足消毒要求的消毒设备、设施与消毒剂，符合国家标准并在有效期内，质量和来源可追溯。
	2.10.127.1.4	能根据医疗物品危险性选择正确的消毒、灭菌方法，确保消毒、灭菌效果。
	2.10.127.1.5	定期针对消毒开展常规监测，包括消毒液的浓度监测、紫外线灯的强度监测以及必要的消毒后生物监测等，并有记录。
	2.10.127.1.6	相关人员知晓上述内容，消毒工作落实到位，无因消毒不合格导致的感染事件发生。
	2.10.127.1.7	有多部门与科室协作管理机制，对消毒工作存在问题与缺陷分析、总结，并提出改进措施。
	2.10.127.1.8	科室对消毒工作的落实情况有自查，对存在问题有分析、整改。
	2.10.127.1.9	医院主管部门对全院消毒工作定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.10.127.2 制定符合要求的隔离管理制度,有不同传播途径疾病的隔离与防控措施;工作人员能获得并正确使用符合国	2.10.127.2.1	隔离工作符合《医院隔离技术规范》的要求。有针对免疫低下、感染性疾病等患者的隔离制度及操作流程，并落实。
	2.10.127.2.2	针对诊疗过程中出现或者可能出现的感染传播风险，采取有效屏障和隔离措施，为隔离患者和相关医务人员提供符合国家标准并在有效期内的个人防护用品。隔离设施及物品配备能满足临床需要。

家标准的消毒与防护用品。	2.10.127.2.3	医务人员掌握隔离的原则、标准、技术，并能正确使用防护用品。
2.10.127.3 重点部门、重点部位的医院感染管理应符合相关标准和规范要求。	2.10.127.3.1	重点部门、重点部位的医院感染管理应符合相关标准和规范要求。有全院和重点部门及重点部位的消毒工作制度，并严格执行。重点部门包括重症医学科、器官移植病房、骨髓移植病房、血液透析室、新生儿病房及重症新生儿监护病房、感染性疾病科、手术室、产房、母婴同室、急诊科及其病房、口腔科门诊、介入手术室、临床检验科（实验室，含输血科）、内镜室、消毒供应中心等。
第二章	十、（一百二十八）	<p>2.10.128 按照《医务人员手卫生规范》，建立医院手卫生管理制度。正确、充分配置有效、便捷、适宜的手卫生设备和设施，加强手卫生落实情况监管。</p> <p><b>【概述】</b> 手卫生是预防与控制医院感染，保障患者和医务人员安全最重要、最简单、最有效和最经济的措施。配备便捷的手卫生设施，为执行手卫生制度提供必要条件，加强手卫生效果监测，提高工作人员手卫生的依从性。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、数据核查、现场检查、员工操作。</p>
2.10.128.1 根据《医务人员手卫生规范》要求，建立并落实手卫生管理制度。	2.10.128.1.1	根据手卫生规范要求制定手卫生管理相关制度，并落实。
	2.10.128.1.2	各相关部门为医务人员提供手卫生培训。
	2.10.128.1.3	按照医院规定的周期进行手卫生依从性的监测与反馈。医务人员能落实手卫生规范，手卫生依从性、正确性不断提高。
2.10.128.2 按照《医务人员手卫生规范》正确、充分配置有效、便捷、适宜的手卫生设备和设施，为执行手卫生提供必需的保障与有效的监管措施。	2.10.128.2.1	充分配置与诊疗工作相匹配的，有效、便捷、适宜的手卫生设备和设施，手卫生的设备和设施包括但不限于流动水洗手设施、卫生手消毒设施等。
	2.10.128.2.2	全院医疗区域遵循相关标准要求，配置非手触式水龙头及相关手卫生设施。
	2.10.128.2.3	有手卫生相关要求（洗手方法、外科手消毒方法等）的宣教图示。
	2.10.128.2.4	科室对手卫生设施设备配置及手卫生规范执行情况有自查，对存在问题有分析、整改。
	2.10.128.2.5	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
第二章	十、（一百二十九）	2.10.129 有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制。应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导临床合理使用抗菌药物。

		<p><b>【概述】</b></p> <p>多重耐药菌是引起医院感染的重要病原体，建立多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序是预防和控制多重耐药菌引发的感染及其传播的重要措施。多重耐药菌感染管理涉及医院感染防控、抗菌药物应用与管理、微生物检测、感染诊疗及护理等多个专业，应建立多部门共同协调管理制度。通过应用微生物室检测和医院感染管理数据信息指导，促进临床合理使用抗菌药物。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.10.129.1 有多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序,有多部门共同参与的多重耐药菌管理合作机制,对多重耐药菌医院感染实施监管与改进。	2.10.129.1.1	根据本机构多重耐药菌流行趋势和特点，针对多重耐药菌医院感染的诊断、监测、预防和控制等各个环节，结合实际工作，制定多重耐药菌医院感染控制管理规范与程序，并落实。
	2.10.129.1.2	有多重耐药菌医院感染控制的有效措施，包括手卫生、接触隔离、环境清洁消毒、可复用器械与物品的清洁消毒灭菌、抗菌药物合理使用、无菌技术操作、标准预防、减少侵入性操作，以及必要的针对环境和患者的主动监测和干预等，并落实。
	2.10.129.1.3	医院临床微生物实验室能开展临床对多重耐药菌检测及抗菌药物敏感性分析。
	2.10.129.1.4	有临床科室、微生物实验室或检验部门、医院感染管理部门等在多重耐药菌管理方面的协作机制，有具体落实方案，并执行。
	2.10.129.1.5	各部门信息通报渠道畅通，对存在问题有定期分析、反馈及改进措施。
	2.10.129.1.6	定期统计分析本院微生物室检测和医院感染管理数据信息，并将相关信息向临床推送，指导临床合理使用抗菌药物。
	2.10.129.1.7	医院主管部门对多重耐药菌医院感染情况定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.10.129.2 有细菌耐药监测及预警机制，各重点部门应了解其前 5 位的医院感染病原微生物名称及耐药率。	2.10.129.2.1	有细菌耐药监测及预警机制，有细菌耐药监测变化趋势图，并每半年进行反馈。
	2.10.129.2.2	各重点部门了解其前 5 位的医院感染病原微生物名称及耐药率。
	2.10.129.2.3	有临床治疗性使用抗菌药物的微生物送检率年度统计分析。
	2.10.129.2.4	有临床治疗性使用抗菌药物种类与微生物检测种类年度统计分析。
	2.10.129.2.5	医院主管部门、药事管理组织及相关科室联合对细菌耐药监测和预警，有干预措施，并落实。
第二章	十、（一百三	2.10.130 建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。有医院侵入

	十)	<p>性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，制订相关防控措施并实施数据监测。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>侵入性器械/操作相关感染防控制度指诊疗活动中与使用侵入性诊疗器械相关的感染预防与控制活动的规范性要求。医院通过建立侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录，便于快速找到对应解决的防范措施。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、员工操作。</p>
2.10.130.1 建立侵入性器械/操作相关感染防控制度。有医院侵入性器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作名录,制订相关防控措施并实施数据监测。	2.10.130.1.1	有侵入性诊疗器械/手术及其他侵入性诊疗操作（包括介入诊疗操作、内镜诊疗操作、CT、超声等引导下穿刺诊疗等）相关感染防控制度，并制订相关防控措施以及防控措施执行依从性监测的规则和流程，相关人员知晓并实施。侵入性器械/操作相关感染防控主要包括但不限于血管导管相关血流感染、导尿管相关尿路感染、呼吸机相关肺炎和透析相关感染的预防与控制。
	2.10.130.1.2	建立本机构诊疗活动中使用的侵入性诊疗器械、所开展手术及其他侵入性诊疗操作的名录。
	2.10.130.1.3	实施临床使用侵入性诊疗器械相关感染病例、手术及其他侵入性诊疗操作相关感染病例的目标性监测，并开展相关感染防控措施执行依从性监测。
	2.10.130.1.4	根据患者病情和拟施行手术及其他侵入性诊疗操作的种类进行感染风险评估，并依据评估结果采取针对性的感染防控措施。
	2.10.130.1.5	手术及其他侵入性诊疗操作使用抗菌药物预防符合规范要求。
	2.10.130.1.6	科室有自查，对存在问题有分析、整改。
	2.10.130.1.7	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
第二章	十、（一百三十一）	<p>2.10.131 按照有关法律法规，建立医院医疗废物、废液管理责任制，健全组织架构、管理制度和工作机制，落实岗位职责。医疗废物的分类、收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。加强相关人员培训。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>实现医疗废物无害化、减量化、资源化是医疗废物管理的目标。医院应当建立医疗废物管理责任制、健全组织架构、完善制度流程，规范管理医疗废物的分类收集、运送和暂存，落实职业防护，保障安全。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>

2.10.131.1 按照有关法律法规,建立医院 医疗废物、废液管理 责任制,健全组织架 构、管理制度和工作 机制,落实岗位职 责。医疗废物的分 类、收集、运送、暂 存、转移、登记造册 和操作人员职业防 护等符合规范。加强 相关人员培训。(另 见 3.6.168.1)	2.10.131.1.1	按照有关法律法规,建立医院医疗废物、废液管理责任制,健全组织架构、管理制度和工作机制,落实岗位职责。
	2.10.131.1.2	医疗废物的分类、收集、运送、暂存、转移、登记造册、交接管理规范,工作人员职业防护符合要求。
	2.10.131.1.3	加强相关人员培训。对从事分类收集、运送、暂存等工作人员及管理人员,根据岗位需要进行有关法律、法规、规章、规范性文件以及各种制度、工作流程、要求和意外事故的应急处理等方面的培训,并考核。
	2.10.131.1.4	医院各科室按要求进行医疗废物、废液处置并有记录。
	2.10.131.1.5	医院确定目标,实施改进措施,并监控数据,以确保降低或消除与医疗废物、废液有关的风险。
第二章	十、(增一)	<p>2. 10. Z1 降低与膳食服务操作相关的感染风险。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>食物的存放和准备不当可能会引发疾病,例如食物中毒或食物感染。由食物所引发的疾病可能会非常危险,对因疾病或受伤已经缺乏抵抗力的住院患者,甚至会造成生命威胁。医院必须确保在可预防细菌滋生的温度下储放、准备和运送食物,从而提供安全、准确的食物和营养品。</p> <p>交叉污染,特别是从生食到熟食的交叉污染,是食源性疾病的另一个来源。交叉污染还可能来源于被污染的手、台面、砧板或用于擦拭工作台面或餐具的抹布。此外,准备食物的台面,用于准备食物的餐具、器具、电器用具、锅碗瓢盆;以及用于盛放食物的盘子、碟子、器皿,如果不进行适当的清洗和消毒也有感染的风险。医院对食物准备区采取并实施厨房卫生措施和指南,以预防交叉污染和感染的风险。当中央厨房区域(包括患者冰箱)之外储存或准备食物时,医院应进行风险评估,并实施规程来降低相关风险。</p> <p>一些营养品,如母乳、婴儿配方奶粉和其他肠内营养产品,有特殊的储存和制备要求。员工参考专业指南来确定这些产品的安全处理标准,包括储存温度、储存时间、制备技术、正确标识和管理指南。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
2.10.Z1.1 降低与膳 食服务操作相关的 感染风险。	2.10.Z1.1.1	医院以降低医院感染风险的方式储存食物和营养品,包括那些储存在厨房和食物准备区以外的食物和营养品。
	2.10.Z1.1.2	医院对食物准备区采取并实施厨房卫生措施和操作指南,以预

		防交叉污染和感染的风险。
	2.10.Z1.1.3	医院在适当的环境卫生和温度下准备食品和营养品。
	2.10.Z1.1.4	医院采用合适的流程，确保食物在准备、运输和分发过程中保持适当的温度。
	2.10.Z1.1.5	对有特殊储存和准备要求的营养品，如母乳、婴儿配方奶粉和其他肠内营养品，采用专业的指南。

## 十一、中医诊疗质量保障与持续改进

第二章	十一、	2.11 中医诊疗质量保障与持续改进
第二章	十一、（一百三十二）	<p>2.11.132 中医诊疗科室设置应当符合《综合医院中医临床科室基本标准》等文件的要求，所设置的中药房与中药煎药室应当符合相关法律法规的要求。</p> <p><b>【概述】</b> 医疗机构应当按照《综合医院中医临床科室基本标准》等文件要求规范中医科室设置，配置合格的人员，满足临床需求，规范建设中药房与中药煎药室，建立中药管理制度，确保药品安全。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
2.11.132.1 中医科设置符合《综合医院中医临床科室基本标准》等行业主管部门法规基本要求。	2.11.132.1.1	中医科为医院的一级临床科室、设立中医门诊。
	2.11.132.1.2	科主任具有中医类别副主任医师任职资格，中医师具备中医类别任职资格。
	2.11.132.1.3	护士接受过中医药知识、技能岗位培训。三级医院护士长具有主管护师及以上任职资格，能够指导护理人员开展辨证施护和运用中医护理技术。
	2.11.132.1.4	三级综合医院门诊开设中医专业≥3个，二级综合医院门诊开设中医专业≥2个。
	2.11.132.1.5	中医科设置独立病区。
	2.11.132.1.6	所设置的中药房与中药煎药室应当符合相关法律法规的要求。（另见 2.7.111.9）
第二章	十一、（一百三十三）	<p>2.11.133 建立中医诊疗规范，开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。</p> <p><b>【概述】</b> 根据国家法律法规和行业规范要求，制定中医诊疗规范并实施质量控制，因地制宜，开展中医特色护理，提供具有中医特色</p>

		的康复和健康指导等服务。 <b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。
2.11.133.1 有中医科的工作制度、岗位职责及体现中医特色的诊疗规范。	2.11.133.1.1	有中医科的工作制度、岗位职责及体现中医特色的诊疗规范，并落实。
	2.11.133.1.2	医院主管部门根据中医特色，开展培训与教育活动。
	2.11.133.1.3	相关人员知晓上述制度、本岗位职责及诊疗规范。
2.11.133.2 充分发挥中医特色，建立并完善中医与西医临床科室的协作机制，为患者提供适宜的诊疗服务。	2.11.133.2.1	有中医与西医临床科室的会诊、转诊制度，并落实。
	2.11.133.2.2	通过科间会诊，开展疑难危急重症的病情评估，制定适宜的诊疗方案。
	2.11.133.2.3	对中西医开展联合诊治工作定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	2.11.133.2.4	中医特色诊疗在多学科综合诊疗工作中发挥作用。
2.11.133.3 开展中医特色护理，提供具有中医特色的康复和健康指导等服务。	2.11.133.3.1	有中医护理常规操作规程，体现辨证施护和中医特色。
	2.11.133.3.2	为患者提供具有中医特色的康复和健康指导、具有中医特色的优质护理等服务。
	2.11.133.3.3	中医特色诊疗服务在护理、健康教育和康复等医疗服务中得到充分体现。

## 十二、康复治疗管理与持续改进

第二章	十二、	2.12 康复治疗管理与持续改进
第二章	十二、(增一)	2.12.Z1 进行康复治疗必要性的评估，并给予规范指导。 <b>【概述】</b> 根据国家法律法规和行业规范要求，制定康复诊疗指南或康复诊疗规范，开展临床早期康复介入服务，康复医师对每位康复患者有明确诊断与功能评估，制订康复治疗计划。 <b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。
2.12.Z1.1 有康复诊疗指南或康复诊疗规范，开展了临床早期康复介入服务，康复医师对每位康复	2.12.Z1.1.1	有康复医学科建设与管理制度和技術规范，并得到执行。
	2.12.Z1.1.2	对每个康复患者有明确诊断与功能评估并制订康复治疗计划。需要康复治疗的住院患者由康复医师会诊，与主管医生共同确定康复治疗计划或方案，并按按时完成。
	2.12.Z1.1.3	开展临床早期康复介入服务，选派康复医师和治疗师深入临床

患者有明确诊断与功能评估,制订康复治疗计划。		科室,与临床科室建立协作的工作模式,为需康复治疗的患者提供早期、专业的康复医疗服务。
	2.12.Z1.1.4	康复治疗计划由康复医师、治疗师、护士、患者及家属共同落实。
第二章	十二、(增二)	<p>2.12.Z2 功能康复的过程与训练的效果有记录,康复治疗训练的人员具备相应的资质。</p> <p><b>【概述】</b> 按照《综合医院康复医学科建设与管理指南》《综合医院康复医学科基本标准(试行)》等文件要求规范,配置合格的人员,满足临床需求。制定康复治疗诊疗标准、流程、规范及紧急处置预案。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、人资档案检查、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>
2.12.Z2.1 由具备相应资质的康复治疗训练人员实施康复治疗与训练。	2.12.Z2.1.1	有康复医学专业人员和康复医疗专业设备,并由康复医学科统一管理。
	2.12.Z2.1.2	开展康复治疗训练人员掌握康复治疗训练相关的理论与技能,资质符合要求。
	2.12.Z2.1.3	由具备资质的康复治疗师负责实施康复治疗 and 训练。
	2.12.Z2.1.4	对转入专业康复机构、社区及家庭的患者提供转诊后康复训练指导方案,保障康复训练的连续性。
2.12.Z2.2 康复治疗训练过程有规范、有记录。	2.12.Z2.2.1	有康复治疗诊疗标准、训练流程与记录规范。
	2.12.Z2.2.2	有综合应用作业疗法、物理疗法、语言治疗法等规范。
	2.12.Z2.2.3	康复治疗情况在病历中有记录。
	2.12.Z2.2.4	有康复患者及家属满意度评价的制度与流程,并组织实施。
2.12.Z2.3 制定康复意外紧急处置预案。	2.12.Z2.3.1	有康复意外紧急处置预案与流程。
	2.12.Z2.3.2	对相关人员进行紧急处置预案培训与考核。
	2.12.Z2.3.3	相关人员均熟知预案处置内容,并有效落实。
第二章	十二、(增三)	<p>2.12.Z3 评估康复治疗的效果。</p> <p><b>【概述】</b> 根据国家法律法规和行业规范要求,制定康复治疗与训练效果评定标准与程序、诊疗活动评价指标,评价和预防并发症、二次残疾。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>

2.12.Z3.1 有定期的康复治疗与训练效果评定标准与程序。	2.12.Z3.1.1	有定期康复治疗与训练效果评定及无效中止康复训练的标准与程序。
	2.12.Z3.1.2	有康复医学科诊疗活动评价指标，定期对每位患者进行效果评定。
	2.12.Z3.1.3	其他科住院患者应由康复医师与临床医师共同进行康复训练与治疗效果评价，并有记录。
	2.12.Z3.1.4	相关人员知晓效果评定的标准与程序，并落实，康复治疗与训练效果不断提升。
2.12.Z3.2 对并发症、预防二次残疾等有评价。	2.12.Z3.2.1	对并发症、预防二次残疾等有评价。
	2.12.Z3.2.2	有落实预防并发症、预防二次残疾的具体措施，无二次致残情况发生。

### 十三、医用氧舱管理与持续改进

第二章	十三、	2.13 医用氧舱管理与持续改进
第二章	十三、（增一）	<p>2.13.Z1 依法获得医用氧舱使用证及医用氧舱备案表。执行《医用氧舱安全管理规定》《医用氧气加压舱》《医用空气加压氧舱》《高压氧临床应用技术规范》《氧舱安全技术监察规程》等国家颁布的有关规定、规范、技术标准。</p> <p><b>【概述】</b> 医用氧舱的准入、设置、布局及执业符合相关规定、规范、技术标准要求。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、人资档案检查、现场检查、员工访谈、记录查看、病历检查、病案检查。</p>
2.13.Z1.1 依法获得医用氧舱使用证及医用氧舱备案表。执行《医用氧舱安全管理规定》《医用氧气加压舱》《医用空气加压氧舱》《高压氧临床应用技术规范》《氧舱安全技术监察规程》等国家颁布的有关规定、规范、技术标准。	2.13.Z1.1.1	医用氧舱的准入、设置、布局及执业符合相关规定、规范、技术标准要求，相关执业文件在有效期内。
	2.13.Z1.1.2	有医用氧舱使用的制度，流程符合相关规定和技术要求，并得到执行。
	2.13.Z1.1.3	人员配置、岗位职责及培训按规定执行，上岗人员（医师、操作人员、维护人员）应取得相应资格证书。
	2.13.Z1.1.4	医务人员掌握高压氧治疗的适应证、禁忌证，执行医嘱，并有完整的工作流程及记录。
	2.13.Z1.1.5	对进舱人员实行安全宣传教育，并有记录。

第二章	十三、(增二)	<p>2.13.Z2 有医用氧舱安全管理制度、安全操作规程、医疗护理常规。</p> <p><b>【概述】</b> 根据国家法律法规和行业规范,配置合格的人员,满足临床需求。制定医用氧舱安全管理制度、安全操作规程、医疗护理常规、岗位职责。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、员工操作、现场检查。</p>
2.13.Z2.1 有医用氧舱安全管理制度、安全操作规程、医疗护理常规。	2.13.Z2.1.1	有医用氧舱安全管理制度、安全操作规程、医疗护理常规,并组织培训,相关人员熟知并严格执行。
	2.13.Z2.1.2	有控制氧浓度的制度与流程,并落实。空气加压舱内氧浓度必须控制在 25%以下;超过时必须进行置换,置换 3 分钟后如达不到要求,应立即停止使用,并采取相应处理措施。
2.13.Z2.2 对进舱人员进行安全教育。	2.13.Z2.2.1	在患者入舱时,按照规范要求,认真做好心理护理工作,指导患者如何配合治疗。
	2.13.Z2.2.2	有预防各种气源伤人的措施及应急预案。
	2.13.Z2.2.3	患者安全管理规范,相关制度落实到位。
第二章	十三、(增三)	<p>2.13.Z3 按规定定期检验医用氧舱,制定紧急情况时的处理措施和方案,并定期演练。</p> <p><b>【概述】</b> 根据国家法律法规和行业规范,定期进行医用氧舱检验,制定紧急情况时的处理措施和方案,并定期演练。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、员工操作、现场检查。</p>
2.13.Z3.1 按照规定定期检验医用氧舱。	2.13.Z3.1.1	按照规定安排医用氧舱定期检验,资料完整,并符合要求。
	2.13.Z3.1.2	有质量技术监督机构定期进行检验的记录。
2.13.Z3.2 制定紧急情况时的处理措施和方案,并定期演练。	2.13.Z3.2.1	制定紧急情况时的处理措施和方案,明确各相关人员工作职责,并有协调机制。
	2.13.Z3.2.2	定期组织应急预案培训与演练。
	2.13.Z3.2.3	紧急情况处理规范,相关人员熟练掌握流程要求。
第二章	十三、(增四)	<p>2.13.Z4 加强高压氧治疗诊疗服务的全程监控管理,定期评价质量,促进持续改进。</p> <p><b>【概述】</b> 根据国家法律法规和行业规范,实施高压氧治疗诊疗服务的全程监控管理,定期开展高压氧治疗质量评价。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>

2.13.Z4.1 有质量安全指标,定期开展高压氧治疗质量评价。	2.13.Z4.1.1	有质量安全指标。
	2.13.Z4.1.2	有适宜的评价方式与质量管理工具,定期开展高压氧治疗质量评价。
	2.13.Z4.1.3	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
	2.13.Z4.1.4	持续改进有成效,质量安全指标评价规范,评价结果能够应用于改进临床工作。

#### 十四、人类辅助生殖技术与精子库质量管理与持续改进

第二章	十四、	2.14 人类辅助生殖技术与精子库质量管理与持续改进
第二章	十四、(增一)	<p>2.14.Z1 从事人类辅助生殖技术与人类精子库的机构,其专业设置、布局、设备设施及人员配备合理,需符合现行国家和省卫生健康行政部门人类辅助生殖技术管理的相关规定和规范,并满足临床诊疗需求。</p> <p><b>【概述】</b> 根据国家法律法规和行业规范,从事人类辅助生殖技术与人类精子库的机构,其专业设置、布局、设备设施及人员配备合理,需符合现行国家和省卫生健康行政部门人类辅助生殖技术管理的相关规定和规范,并满足临床诊疗需求。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、现场检查、人资档案检查、记录查看、员工访谈。</p>
2.14.Z1.1 从事人类辅助生殖技术与精子库专业的机构及工作人员需遵守国家和省卫生健康行政部门人类辅助生殖技术管理的相关规定和规范,遵守体外助孕技术伦理行为准则,保障助孕技术的规范实施。	2.14.Z1.1.1	人类辅助生殖技术与精子库及其衍生技术的管理及设置需符合现行国家和省卫生健康行政部门人类辅助生殖技术管理规范和相关规定。
	2.14.Z1.1.2	专业技术人员对体外助孕技术伦理行为准则知晓并落实。
	2.14.Z1.1.3	医疗机构体外助孕技术水平达到一定的质量标准,包括机构每年进行的新鲜取卵周期 $\geq 1000$ 个,IVF受精率 $\geq 65\%$ ,体外受精-胚胎移植年临床妊娠率 $\geq 45\%$ ,人工授精年临床妊娠率 $\geq 15\%$ 。
	2.14.Z1.1.4	精子库技术水平达到质量标准,包括冷冻精液支数 $\geq 6000$ 支,冷冻复苏率 $\geq 60\%$ ,冷冻复温后前向精子运动总数 $\geq 12 \times 10^6$ ,冷冻复温后精子活力 $\geq 40\%$ ,外供精液 AID 单周期妊娠率 $\geq 20\%$ ,外供精液使用信息反馈及时准确,随访率 100%。
	2.14.Z1.1.5	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
2.14.Z1.2 设备、仪	2.14.Z1.2.1	辅助生殖技术的相关场所符合卫生健康行政部门现行的《人类

器及场所设置符合人类辅助生殖技术相关技术规范和基本标准,布局合理,满足诊疗需要。		辅助生殖技术规范》的相应要求。
	2.14.Z1.2.2	用于生殖医学医疗活动的总使用面积不小于 1500 平方米,与可完成的(年)助孕周期数相匹配。
	2.14.Z1.2.3	人类精子库总使用面积不小于 300 平方米。
	2.14.Z1.2.4	场所布局合理,符合洁净要求,建筑和装修材料要求无毒,应避开对工作产生不良影响的化学源和放射源。
	2.14.Z1.2.5	工作场所须符合医院建筑安全要求和消防要求,保障水电供应。有紧急情况下的应急措施,保障各种设备的正常运转及工作的顺利进行。
	2.14.Z1.2.6	落实信息安全管理,具有应对突发信息安全事件措施及能力。
	2.14.Z1.2.7	医院主管部门可对场所及设备做及时有效调整,满足临床工作量的弹性需要。
2.14.Z1.3 工作人员需具备专业技术知识与工作能力,按照诊疗规范进行诊疗及操作。	2.14.Z1.3.1	工作人员的专业设置及职称要求符合现行国家和省卫生健康行政部门人类辅助生殖技术管理的相关规定和规范。
	2.14.Z1.3.2	从事生殖专业的医师及技术人员需经过生殖专业的相关培训。
	2.14.Z1.3.3	工作人员需经过人类精子库的技术培训。
	2.14.Z1.3.4	工作人员具有保密意识且签有保密协议。
	2.14.Z1.3.5	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
	2.14.Z1.3.6	工作人员按照诊疗规范进行诊疗及操作。
2.14.Z1.4 严格对各项辅助生殖技术进行管理。禁止无医学指征、滥用体外助孕技术。	2.14.Z1.4.1	实施体外受精与胚胎移植及其衍生技术的机构,必须遵守国家人口和计划生育法规和条例的规定,并同不孕不育夫妇签署相关技术的《知情同意书》和《多胎妊娠减胎术同意书》。
	2.14.Z1.4.2	机构定期对工作情况进行自查,按要求向上级卫生健康行政主管部门提供必需的各种资料及年度报告。
	2.14.Z1.4.3	机构的辅助生殖病历及其相关记录,予以严格管理。
	2.14.Z1.4.4	机构实施供精体外受精与胚胎移植及其衍生技术,必须向供精的人类精子库医院主管部门及时准确地反馈受者的妊娠和子代等相关信息。
	2.14.Z1.4.5	实施体外助孕技术的机构及工作人员不得:买卖配子、合子、胚胎;实施代孕技术;使用不具有经卫生健康行政主管部门批准设置运行的人类精子库提供的精子;无医学指征的进行性别选择。相关工作人员知晓和遵守本规定,无违反医学指征的体外助孕技术应用。
	2.14.Z1.4.6	定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
2.14.Z1.5 严格对精液冷冻质量及反馈	2.14.Z1.5.1	人类精子库需与捐精者签订《捐精知情同意书》并严格为捐精者保密。

信息进行管理，控制同一名捐精者多处捐精，严格控制5例妇女受孕。	2.14.Z1.5.2	人类精子库须每月自查，按要求向上级卫生健康行政主管部门提供必需的各种资料及年度报告。
	2.14.Z1.5.3	人类精子库捐精档案及反馈信息，须按《人类精子库基本标准和技术规范》要求，严格管理。
	2.14.Z1.5.4	外供精液使用信息，人类精子库需按照协议规定，要求使用冷冻精液的生殖中心及时准确反馈。
	2.14.Z1.5.5	捐精者的初次筛查必须按规定到国家信息库查重。
	2.14.Z1.5.6	人类精子库必须按递减方式进行精液外供，确保不超5例妇女受孕。
	2.14.Z1.5.7	相关工作人员对上述规定知晓，不得违规执行。
	2.14.Z1.5.8	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	2.14.Z1.5.9	无违反医学指征的体外助孕技术应用。
2.14.Z1.6 有全面的体外助孕质控制度，定期检查。	2.14.Z1.6.1	有完善的体外助孕质量控制制度并落实，保障体外助孕技术实施的规范性及安全性。
	2.14.Z1.6.2	有质量控制人员与质量控制小组。
	2.14.Z1.6.3	有明确的质量监测指标，包括临床妊娠率、并发症发生率等。
	2.14.Z1.6.4	医院主管部门对发现的问题与缺陷有分析，及时反馈。
	2.14.Z1.6.5	持续改进有成效，体外助孕质量控制管理水平有提高。
2.14.Z1.7 重视重点环节的质量控制，有多部门沟通及协调机制，保障体外助孕技术的安全实施，预防及减少并发症的发生。	2.14.Z1.7.1	有体外助孕技术中的重点环节的质量控制措施。
	2.14.Z1.7.2	对体外助孕技术的实施指征有定期检查，保证助孕技术实施合规。
	2.14.Z1.7.3	有多部门沟通及协调机制，优化体外助孕流程，提高工作效率和工作质量。
	2.14.Z1.7.4	医院主管部门对质量控制记录定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	2.14.Z1.7.5	并发症发生率控制在较低水平。
第二章	十四（增二）	<p>2.14.Z2 依照诊疗规范、操作规范进行各项诊疗及操作，患者对实施的助孕技术有充分知情同意，并有相应的措施保障。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>根据行业标准制定科室诊疗规范和操作常规，依照诊疗规范、操作规范进行各项诊疗及操作，患者对实施的助孕技术和方案有充分知情同意和选择权，签署知情同意书，并有相应的措施保障。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
2.14.Z2.1 依照诊疗规范进行诊疗，有	2.14.Z2.1.1	医院有明确诊疗规范和技术操作常规。
	2.14.Z2.1.2	医师需向患者明确讲明实施助孕技术的必要性及有无其他可

措施保障患者对实施的技术和方案有充分知情同意及选择权。		替代治疗方案，保证患者充分知情同意。
	2.14.Z2.1.3	对上述规范及操作技术有培训，相关人员知晓并执行。
	2.14.Z2.1.4	医院主管部门对问题与缺陷改进的效果有评价、有记录。
第二章	十四、（增三）	<p>2.14.Z3 为不孕不育患者提供助孕相关知识的宣教。</p> <p><b>【概述】</b> 开展多种形式的健康教育，为不孕不育患者提供助孕相关知识的宣教。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、现场检查、记录查看、员工访谈。</p>
2.14.Z3.1 医院为不孕不育患者提供助孕相关知识的教育与培训。	2.14.Z3.1.1	医院有相关的宣教教材及师资。
	2.14.Z3.1.2	为本院就诊的不孕症患者提供多种形式的不孕不育相关知识宣教。
	2.14.Z3.1.3	医院有宣教课堂，配备有专用宣教设备。
	2.14.Z3.1.4	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
第二章	十四、（增四）	<p>2.14.Z4 制定取卵、胚胎移植室工作制度、操作常规和岗位职责，工作人员配备合理，有培训考核。</p> <p><b>【概述】</b> 制定取卵、胚胎移植室工作制度、操作常规和岗位职责，并执行。根据手术量及工作需要，合理配备工作人员，明确岗位职责，有培训考核。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、现场检查、记录查看、员工访谈、人资档案检查。</p>
2.14.Z4.1 有取卵、胚胎移植室工作制度和岗位职责，工作人员配备合理，有培训考核。	2.14.Z4.1.1	有取卵、胚胎移植室工作制度、操作常规和岗位职责，相关人员知晓并执行。
	2.14.Z4.1.2	根据手术量及工作需要，配备操作医师、护理人员及辅助工作人员。
	2.14.Z4.1.3	明确各级人员的资质及岗位技术能力要求，有培训、考核。
第二章	十四、（增五）	<p>2.14.Z5 实行取卵、胚胎移植操作的医师资格准入制度和操作分级授权管理制度，有定期医师资格和能力评价与再授权的机制。</p> <p><b>【概述】</b> 医疗机构应明确各级医师手术权限，加强手术管理，降低手术风险，保证手术质量与安全，制定医师资格准入制度和操作分级授权管理制度，实行取卵、胚胎移植操作的医师资格准入制度和操作分级授权管理制度，有定期医师资格和能力评价与再授权的机制。</p>

		<p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、现场检查、记录查看、员工访谈、人资档案检查。</p>
2.14.Z5.1 有取卵、胚胎移植医师资格分级授权、管理制度与规范性文件。	2.14.Z5.1.1	医院有取卵、胚胎移植医师资格分级授权管理制度与程序，相关人员知晓并执行，取卵、胚胎移植医师的操作权限与其资格、能力相符。
	2.14.Z5.1.2	有取卵、胚胎移植医师每二年一次业务能力评价与再授权的档案资料。
	2.14.Z5.1.3	医院主管部门履行监管职责，对授权情况实施动态管理，医师资格分级授权管理执行良好，无未经授权擅自开展或越级操作的案例。
2.14.Z5.2 有取卵、胚胎移植操作流程规范及质量监测指标，评价、改进手术操作质量。	2.14.Z5.2.1	有取卵、胚胎移植操作的流程及质量监测指标。
	2.14.Z5.2.2	每月对操作医师进行质量监测指标评价。
	2.14.Z5.2.3	科室对操作医师质量监测指标统计结果有记录、分析、反馈及改进。
	2.14.Z5.2.4	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	2.14.Z5.2.5	根据评价结果，取卵胚胎移植操作质量管理持续改进有成效。
第二章	十四、（增六）	<p>2.14.Z6 辅助生殖助孕过程的特殊情况及时、准确地记录在病历中；告知病人注意事项，对并发症的风险评估和预防措施到位。</p> <p><b>【概述】</b> 辅助生殖助孕过程中出现的特殊情况如卵泡发育不良，取卵后出现出血，感染，卵巢过度刺激综合征的发生等，必需及时、准确地记录在病历中；在辅助生殖助孕的整个过程中，要经常与患者沟通，告知病人一些注意事项如取卵后或移植后的需要注意的相关事项，对于助孕过程中可能出现的并发症要进行风险评估并做好预防措施。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、现场检查、记录查看、病历检查、病案检查、员工访谈。</p>
2.14.Z6.1 按照《病历书写基本规范》及《人类辅助生殖管理办法》的规定，及时、规范完成操作记录。	2.14.Z6.1.1	操作医师在取卵、胚胎移植操作后 24 小时内完成相应记录，对操作中出现的特殊情况应有记录，相关人员知晓并规范执行。
	2.14.Z6.1.2	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
2.14.Z6.2 取卵、胚胎移植后并发症的	2.14.Z6.2.1	医务人员熟悉取卵、胚胎移植后常见并发症及处理措施。
	2.14.Z6.2.2	取卵、胚胎移植后并发症的风险评估和预防措施落实到位。

风险评估和预防措施到位。	2.14.Z6.2.3	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
第二章	十四、（增七）	<p>2.14.Z7 严格对供精使用的管理，供精的来源必须有正规渠道，去向有详实的记录。妊娠结局及时反馈，医务人员的操作符合规范。</p> <p><b>【概述】</b> 根据国家法律法规和国家卫生健康委员会的行业规范，要求严格对供精的使用进行管理，供精的精子来源必须有正规渠道，去向有详实的记录。妊娠结局及时反馈，医务人员的操作符合规范。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、现场检查、记录查看、员工访谈、员工操作、病历检查、病案检查。</p>
2.14.Z7.1 精液的来源、去向均有正规渠道及记录，妊娠结局反馈及时。	2.14.Z7.1.1	精液需来源于持有经卫生健康行政主管部门批准设置运行的人类精子库，且记录完整。
	2.14.Z7.1.2	有完善的供精人工精液流程管理、接收、保管、使用、核对、反馈相关制度或流程，并严格执行，保障供精人工授精精液使用和随访的规范性和安全性。
	2.14.Z7.1.3	精液的选取及登记记录完整、清晰，精液去向记录清晰、完整、可追溯，精液去向反馈信息及时、准确，妊娠结局及时反馈。
2.14.Z7.2 严格规范人工授精的操作流程及核对制度。	2.14.Z7.2.1	有人工授精操作流程及核对制度。
	2.14.Z7.2.2	医务人员知晓和执行相关流程及制度，操作/手术记录完整。
	2.14.Z7.2.3	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
第二章	十四、（增八）	<p>2.14.Z8 按照相关规定和规范严格执行随访管理，对实施辅助生殖技术的患者进行随访，填写随访记录，要求记录及时、规范，信息真实、可靠。辅助生殖技术随访率<math>\geq 95\%</math>，供精辅助生殖技术随访率 100%。</p> <p><b>【概述】</b> 根据《人类辅助生殖技术管理办法》等文件要求，坚持有利于后代的原则，生殖中心的随访工作必须制度化，相关医务人员要严格按照相关规定和规范执行随访管理，对实施辅助生殖技术的每一位患者均要进行随访，及时、规范填写随访记录，要确保随访信息真实、可靠。同时确保辅助生殖技术随访率<math>\geq 95\%</math>，供精辅助生殖技术随访率 100%。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、现场检查、记录查看、员工访谈。</p>
2.14.Z8.1 设置随访	2.14.Z8.1.1	配置随访人员满足工作需求。

人员, 由医学、护理相关人员负责随访, 按规定对辅助生殖技术的患者进行随访, 并有相应的随访记录。保证辅助生殖技术随访率 $\geq 95\%$ , 供精辅助生殖技术随访率100%。	2.14.Z8.1.2	对实施辅助生殖技术的患者随访, 并按要求填写随访记录。
	2.14.Z8.1.3	有完整、规范的随访记录, 信息真实、可靠。
	2.14.Z8.1.4	科室定期自查, 对存在的问题有分析和改进措施。
	2.14.Z8.1.5	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈, 并追踪检查整改落实情况。
	2.14.Z8.1.6	辅助生殖技术随访率 $\geq 95\%$ , 供精辅助生殖技术随访率100%。
第二章	十四、(增九)	<p>2.14.Z9 依据人类精子库操作标准及技术规范进行操作, 有全面的精液质量控制制度, 有多部门沟通及协调机制, 捐精者对捐精流程有充分知情同意并有相应措施保障。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>根据人类精子库工作要求, 建立全面的精液质量控制制度, 确保捐精者对捐精流程及冷冻精液使用知情同意, 严格按人类精子库操作标准及技术规范进行操作。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、员工操作。</p>
2.14.Z9.1 有全面的精液质量控制制度, 重视重点环节的质控, 保障外供精液安全, 预防并减少新生儿缺陷。	2.14.Z9.1.1	有明确的质量控制指标。
	2.14.Z9.1.2	有精液冷冻重点环节的质量控制措施。
	2.14.Z9.1.3	结合本地实际, 对本地高发性遗传性疾病进行有效筛查。
	2.14.Z9.1.4	精子库各部门沟通及协调, 优化捐精流程, 提高工作效率和工作质量。
	2.14.Z9.1.5	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈, 并追踪检查整改落实情况。
2.14.Z9.2 依照精子库操作标准及技术规范进行操作, 有措施保障捐精者对捐精过程及精液使用有充分知情同意。	2.14.Z9.2.1	有精子库操作规范及操作常规。
	2.14.Z9.2.2	工作人员需向捐精者详细讲明捐精流程及精液使用规定, 捐精者的权利和义务, 保障知情同意。
	2.14.Z9.2.3	工作人员需向有心理障碍的捐精者提供心理疏导。
	2.14.Z9.2.4	对上述规范及操作技术有培训, 相关人员知晓并执行, 无违反人类精子库操作标准及技术规范的行为发生。
	2.14.Z9.2.5	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈, 并追踪检查整改落实情况。
第二章	十四、(增十)	<p>2.14.Z10 辅助生殖实验室工作人员严格遵守辅助生殖技术伦理原则, 加强与相关部门的沟通协调, 秉承患者利益最大化原则。</p> <p><b>【概述】</b></p>

		<p>为安全、有效、合理地实施人类辅助生殖技术，保障患者利益最大化，辅助生殖实验室工作人员需严格遵守辅助生殖技术伦理原则，努力加强与相关部门的沟通协调。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、现场检查、记录查看、员工访谈。</p>
2.14.Z10.1 辅助生殖实验室工作人员严格遵守辅助生殖技术伦理原则，加强与相关部门的沟通协调。	2.14.Z10.1.1	工作人员严格遵守辅助生殖技术伦理原则。
	2.14.Z10.1.2	有与相关部门沟通协调的流程或制度。
	2.14.Z10.1.3	相关人员知晓并落实。
	2.14.Z10.1.4	科室定期自查伦理原则执行及落实情况。
	2.14.Z10.1.5	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
第二章	十四、(增十一)	<p>2.14.Z11 实验室严格执行查对制度，对患者配子胚胎的实验室处理记录应及时准确，保存完好。</p> <p><b>【概述】</b> 在整个辅助生殖助孕过程中，实验室要严格执行双人核对核查制度，对患者配子胚胎的实验室处理记录应及时准确，保存完好，以保证胚胎实验室配子/胚胎操作的安全性。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、现场检查、记录查看、员工访谈、员工操作。</p>
2.14.Z11.1 严格执行核对制度，对患者涉及配子胚胎转移的操作过程应严格执行查对制度。	2.14.Z11.1.1	有实验室操作查对制度，全员知晓并严格执行。
	2.14.Z11.1.2	对患者配子胚胎的实验室处理记录应及时准确，保存完好，可追溯。
	2.14.Z11.1.3	科室定期自查，对存在的问题有分析和改进措施。
	2.14.Z11.1.4	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
第二章	十四、(增十二)	<p>2.14.Z12 实验室不断提升技术水平，开展微量/单精子冷冻复苏技术，最大程度满足患者需求。</p> <p><b>【概述】</b> 根据医院发展规划和临床需求不断提升实验室微量/单精子冷冻及复苏技术水平，其人员配置、设备设施及场地、诊疗项目分别符合国家和行业规范标准，建立全面质量管理及持续改进机制，确保高水平的微量/单精子冷冻的复苏率和回收率。</p> <p><b>【评审方法】</b> 病历检查、记录查看、员工访谈、员工操作。</p>
2.14.Z12.1 实验室具备微量/单精子冷冻复苏技术，具有严格质量控制指	2.14.Z12.1.1	实验室至少具有二名以上人员能开展微量/单精子冷冻技术工作人员，接受专业培训考核合格。
	2.14.Z12.1.2	有开展上述技术的设备及场地。
	2.14.Z12.1.3	科室定期自查，对存在的问题有分析和改进措施。

标开展质量管理。	2.14.Z12.1.4	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
----------	--------------	---------------------------------

## 第三章 医院管理

### 一、管理职责与决策执行机制

第三章	一、	3.1 管理职责与决策执行机制
第三章	一、（一百三十四）	<p>3.1.134 制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。加强和改进医院领导人员管理。</p> <p><b>【概述】</b> 章程是医院依法自主办院、实施管理、履行公益性的基本纲领和行为准则。医院应当以章程为依据，制定内部管理制度及规范性文件、提供医疗卫生服务、建立管理机制，不断满足人民群众的健康需求，增强人民群众看病就医的获得感和医务人员职业荣誉感。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>
3.1.134.1 制定医院章程,建立医院内部决策执行机制。	3.1.134.1.1	制定医院章程，建立医院内部决策执行机制。在决策程序上，公立医院改革发展、财务预决算、“三重一大”、内部组织机构设置等重大事项，以及涉及医务人员权益保障的重要问题，要经医院党组织会议研究讨论同意，保证党组织意图在决策中得到充分体现。有重大决策、重要干部任免、重大项目投资、大额资金使用等事项（三重一大）决策的制度，并实施管理问责制。
	3.1.134.1.2	实施前按制度提交职代会审议通过，并在决议中有记载。
	3.1.134.1.3	相关重大事项事前有论证，按管理权限和规定报批，依医院院务公开的要求予以公示，员工知晓医院“三重一大”事项。
3.1.134.2 加强和改进公立医院领导人员管理。院级领导应把主要精力用于医院管理工作。	3.1.134.2.1	医院贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》，加强和改进公立医院领导人员管理。领导班子成员按照干部管理权限和政治强、促改革、懂业务、善管理、敢担当、作风正的标准选配强，二级以上的公立医院、市属以上的公立医院、设党委的公立医院党委书记和院长分设，设立党委的医院同步设立纪委，配备专职纪委书记。
	3.1.134.2.2	院领导应把主要精力用于医院管理工作。

	3.1.134.2.3	院领导深入科室，开展行政查房。
	3.1.134.2.4	院领导定期向职代会或员工报告或述职，接受员工评议。
	3.1.134.2.5	鼓励全体员工参与医院管理，提出建议和意见。
第三章	一、（一百三十五）	<p>3.1.135 公立医院加强党的建设，明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用，实施党委领导下的院长负责制，健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>切实加强党对公立医院的领导，是健全现代医院管理制度，推动实施健康中国战略的举措。公立医院应当在章程中明确党委职责，凡属重大问题都要按照集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定的原则，由党委集体讨论，作出决定，并按照分工抓好组织实施，支持院长依法依规独立负责地行使职权。院长在医院党委领导下，全面负责医院医疗、教学、科研、行政管理工作。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>
3.1.135.1 公立医院加强党的建设，明确党委职责，充分发挥医院党委的领导作用，实施党委领导下的院长负责制，健全医院党委与行政领导班子议事决策制度。	3.1.135.1.1	医院把加强党的建设列入医院章程。
	3.1.135.1.2	院级党组织发挥把方向、管大局、作决策、促改革、保落实的领导作用，党委职责明确。主要职责在医院章程中表述清晰。
	3.1.135.1.3	实施党委领导下的院长负责制，院长在医院党委领导下，全面负责医疗、教学、科研、行政管理工作。
	3.1.135.1.4	医院实行集体领导和个人分工负责相结合的制度，凡属重大问题都要按照集体领导、民主集中、个别酝酿、会议决定原则，由党委集体讨论，作出决定，并按照分工抓好组织实施，支持院长依法依规独立负责地行使职权。
	3.1.135.1.5	医院章程明确党组织的设置形式、地位作用、职责权限和党务工作机构、经费保障等内容要求，明确党委研究讨论医院重大问题的机制，把党的领导融入医院治理各个环节，使党建工作要求得到充分体现。
	3.1.135.1.6	党委与行政领导班子议事决策制度健全，建立健全党委会议、院长办公会议决策制度，明确各自议事项和范围。
第三章	一、（一百三十六）	<p>3.1.136 医院管理组织机构设置合理，根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通与协调机制。各部门和科室命名规范。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>医院应当根据其功能、任务，设置合理的管理机构，满足管理</p>

		工作需要，部门职能、职责划分明确，根据法律法规、规章规范以及相关标准，结合本院实际，制定并动态完善各项规章制度，理清员工在落实制度时的职责。各级管理人员按分工履职，部门、科室之间有连贯的、畅通的沟通和协调机制。各部门和科室命名符合相关要求。 <b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。
3.1.136.1 根据其功能、任务，设置合理的管理机构，部门职能、职责划分明确。	3.1.136.1.1	医院应当根据其功能、任务，设置合理的管理机构，部门职能、职责划分明确。有组织架构图，医院运行状况与组织架构相符。
	3.1.136.1.2	主管领导对所管部门的执行情况有检查与监管。
	3.1.136.1.3	根据管理需要，及时调整组织架构和部门职能。
3.1.136.2 各级管理人员按分工履行职责，建立部门、科室间沟通协调机制，履行协调职能，提高工作效率。	3.1.136.2.1	各级管理人员按分工履行职责。
	3.1.136.2.2	建立部门、科室间沟通协调机制，召开多部门工作会（如职能部门、临床、护理、医技、后勤等），并有会议记录。
	3.1.136.2.3	每次会议有明确议题和牵头部门，相关工作有落实。
	3.1.136.2.4	牵头部门对相关工作任务的执行情况有追踪、评价和反馈。
	3.1.136.2.5	科室（部门）对相关工作任务落实到位。
3.1.136.3 加强全院各科室（部门）效能建设，实行目标管理责任制。	3.1.136.3.1	有目标管理责任制的实施方案，并落实。
	3.1.136.3.2	有指定部门负责效能建设和实施。
	3.1.136.3.3	相关人员知晓本科室（部门）管理责任目标，并落实。
	3.1.136.3.4	医院主管部门对目标管理责任制落实情况有检查与监管。
3.1.136.4 根据法律、法规、规范以及相关标准，结合本院实际，制定各项规章制度和岗位职责，并及时修订完善。	3.1.136.4.1	各项规章制度的制定、审核、批准、发布、修订、作废等有统一的管理规定和管理程序。
	3.1.136.4.2	医院制度符合法律法规、规章规范及相关标准，且符合本院实际情况。其中，各级各类员工的岗位职责中，有医德医风的要求。
	3.1.136.4.3	定期对员工进行培训与教育，提高员工认真履行本岗位职责及执行相关规章制度的自觉性。
	3.1.136.4.4	各部门员工知晓相关的规章制度、岗位职责和履职要求。
	3.1.136.4.5	医院主管部门对制度建设有自查和分析，及时修订和更新制度。
3.1.136.5 医院各部门和科室命名规范，与医院文件一致，提供的诊疗项目与执业许可证上核准的诊疗科目全部相符。	3.1.136.5.1	依法登记取得《医疗机构执业许可证》并定期校验。医院改变名称、场所、法人、诊疗科目、床位，能及时完成变更登记。
	3.1.136.5.2	实际提供服务的诊疗项目与《医疗机构执业许可证》核准的诊疗项目相符。
	3.1.136.5.3	医院各部门和科室命名规范，与医院文件一致，与《医疗机构执业许可证》登记的内容一致。

	3.1.136.5.4	诊疗科目、诊疗时间和收费标准悬挂门急诊部明显处所，接受社会与公众监督检查。
	3.1.136.5.5	医院内命名为“中心”或“研究所”等机构均有卫生健康行政部门审批文件。
	3.1.136.5.6	无对外出租、承包科室及“院中院”。
第三章	一、（一百三十七）	<p>3.1.137 医院建立全员学习机制，强化学习文化。定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>树立全员学习、终身学习理念，鼓励员工通过多种形式和渠道参与终身学习，积极推动学习型医院建设，将终身学习作为医院文化建设的重要组成部分。健全医院培训制度，定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
3.1.137.1 医院建立全员学习机制,强化学习文化.定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育。	3.1.137.1.1	建立全员学习机制，开展全员培训教育，强化学习文化。
	3.1.137.1.2	定期对员工进行政策法规、管理能力、专业技能和质量安全培训与教育，有考核机制，员工知晓。
	3.1.137.1.3	管理人员均接受管理相关培训，培训时数每人每年 $\geq 12$ 个学时。
	3.1.137.1.4	相关管理人员能运用质量管理改进的方法及质量管理常用技术工具分析、解决管理问题，提出改进建议。
第三章	一、（一百三十八）	<p>3.1.138 加强院务公开管理。按照国家有关规定向社会及员工公开信息。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>院务公开是构建和谐医患关系、促进医院科学管理和解决群众就医热点难点问题的一项重要措施。医院应当按照国家有关规定加强院务公开管理，落实职工群众知情权、参与权、表达权、监督权。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.1.138.1 加强院务公开管理.按照国家有关规定向社会及员工公开信息。	3.1.138.1.1	有院务公开领导小组和指定部门负责院务公开工作，并有明确的工作职责。
	3.1.138.1.2	有院务公开工作制度与流程，并有公开内容、形式、程序和时限。
	3.1.138.1.3	按照国家有关规定向社会及员工公开信息。院务公开形式多样，方便社会与员工获取相关信息。
	3.1.138.1.4	有多种途径征求和收集职工对公开信息具体内容的意见与建

		议，体现尊重员工知情权，保障员工民主权利。
	3.1.138.1.5	医院主管部门对公开的信息进行监管，及时更新有关信息。
	3.1.138.1.6	社会和员工对公开方式与公开内容满意。
第三章	一、（一百三十九）	<p>3.1.139 对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。</p> <p><b>【概述】</b>          对外委托服务是医院根据自身条件和发展方向，将有限的资源关注于医院重点发展方向，对一些非医疗专业性的工作实施外包，从而节约相关资源的服务。医院应当对外包服务商的能力，服务质量有全面的评估，同时对与本院医疗服务有连续性关联的委托项目有着严格的质量监控措施。</p> <p><b>【评审方法】</b>          文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.1.139.1 对对外委托服务项目质量与安全实施监督管理。	3.1.139.1.1	医院有主管部门与专人负责对外委托服务项目管理，制订项目的遴选、管理等相关制度和办法，有项目评估和监督考核机制，并落实。
	3.1.139.1.2	所有项目有合同规定双方的权利和义务，以及服务的内容和标准。
	3.1.139.1.3	服务项目的采购符合规范。
	3.1.139.1.4	有年度对外委托服务项目管理的质量安全与服务评估、考核制度与程序。
	3.1.139.1.5	医院主管部门对服务项目定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	3.1.139.1.6	所有对外委托服务项目管理符合要求。

## 二、人力资源管理

第三章	二、	3.2 人力资源管理
第三章	二、（一百四十）	<p>3.2.140 建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度。医院人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。</p> <p><b>【概述】</b>          人力资源管理是医院管理的重要内容。管好人才，在于定岗科学，职责明确，充分发挥人的主观能动性，让员工能够在医院发展的同时，感受到个人的能力成长，同时医院的人力资源配备应当满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。</p> <p><b>【评审方法】</b></p>

		文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。
3.2.140.1 设置人力资源管理部门,建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度。	3.2.140.1.1	设置专职人力资源管理部门, 职责明确。
	3.2.140.1.2	建立健全以聘用制度和岗位管理制度为主要内容的人力资源管理制度, 能够根据有关部门要求及时更新, 并落实。
	3.2.140.1.3	人力资源管理制度及规定, 有多种渠道公布, 方便职工查询。
	3.2.140.1.4	全员聘用制度和岗位管理制度与医院发展需求同步实施。
	3.2.140.1.5	人力资源管理部门有定期检查与监管。
	3.2.140.1.6	有人力资源聘任和管理规范, 并执行。
3.2.140.2 医院有人力资源发展规划、人才梯队建设计划和人力资源配置方案, 各类人员配置及其结构满足医院功能任务和质量安全管理工作需要。	3.2.140.2.1	有人力资源发展规划、人才梯队建设计划和人力资源配置方案, 并符合医院功能任务、整体发展规划和质量安全管理工作需要。
	3.2.140.2.2	各类卫生技术人员配置符合国家有关规定, 并满足临床医疗工作需求。
	3.2.140.2.3	有人力资源配置调整方案与调整程序并落实。
	3.2.140.2.4	有落实人力资源发展规划的具体措施并落实。
3.2.140.3 专业技术人员具备相应岗位的任职资格。	3.2.140.3.1	在院执业的卫生技术人员具备相应岗位的任职资格, 医师如实行多点执业, 需符合政府主管部门有关规定。
	3.2.140.3.2	专业技术人员按照卫生健康行政部门的执业规定实施资格准入管理。
	3.2.140.3.3	有专业技术人员任职资格审核程序及档案资料(经过审核认证的复印件)。
3.2.140.4 有人员紧急替代机制, 以保证诊疗活动的连贯性。	3.2.140.4.1	有院、科两级人员紧急替代制度、程序和方案。
	3.2.140.4.2	有紧急替代人员的有效联络方式。
	3.2.140.4.3	相关人员知晓相应的紧急替代程序。
	3.2.140.4.4	医院主管部门对替代人员情况有检查与监管。
	3.2.140.4.5	紧急情况替代人员及时到位, 保障医疗工作的正常运行。
第三章	二、(一百四十一)	<p>3.2.141 有公平透明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系, 建立专业技术人员档案。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系应当以公开透明为基本原则。医院采用科学的评估机制, 为专业技术人员建立档案。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.2.141.1 有公平透	3.2.141.1.1	有卫生专业技术人员资质认定、聘用、考核、评价管理的相关

明的卫生专业技术人员资质的认定、聘用、考核、评价管理体系,建立专业技术人员档案。		制度和流程,并落实。
	3.2.141.1.2	建立专业技术人员档案,包括但不限于经审核的执业注册证、文凭、学位、教育和培训等资料复印件。
	3.2.141.1.3	根据岗位职责、技术能力等定期实施聘用、授权和再授权管理,尤其对高风险、特殊岗位实施人员授权和再授权管理。
	3.2.141.1.4	相关人员知晓上述规范和流程,并落实。
	3.2.141.1.5	主管部门对人员管理和资质认定有检查与监管。
3.2.141.2 外来(国内外、境内外等)工作人员的技术资质管理。	3.2.141.2.1	按照国家法律、法规和卫生健康行政部门现行规定,有对外来技术人员资质管理的规定、规范与程序,并执行。
	3.2.141.2.2	外来技术人员在本院实施的诊疗活动有记录并可追溯。
	3.2.141.2.3	外来技术人员直接从事临床各种有创诊疗时,事先取得患者书面知情同意。
	3.2.141.2.4	医院主管部门对管辖范围内的外来技术人员的资质有检查与监管。
第三章	二、(一百四十二)	<p>3.2.142 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》,加强公立医院行政领导人员职业化培训。</p> <p><b>【概述】</b> 公立医院应加强行政领导人员的职业化培训,建设一支高素质领导人员队伍。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>
3.2.142.1 贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》,加强公立医院行政领导人员职业化培训。	3.2.142.1.1	贯彻落实《公立医院领导人员管理暂行办法》,按照《公立医院行政领导人员职业化培训工作实施方案》,完善公立医院领导人员培养教育制度,充分利用党校、行政学院、干部学院等机构,采取任职培训、岗位培训、专题培训等方式实施职业化培训,采取内部轮岗、挂职锻炼、对口支援或者援外等方式加强实践锻炼,着力提高政治素质、管理能力和专业水平,推进领导人员职业化建设。
	3.2.142.1.2	完善领导人员交流制度,畅通交流渠道,积极推进不同类别、不同等级医院之间交流,共享优秀人才资源。
	3.2.142.1.3	领导人员应当确保主要精力和时间用于医院管理工作,鼓励支持其专职从事医院管理。
第三章	二、(一百四十三)	<p>3.2.143 有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。</p> <p><b>【概述】</b></p>

		<p>教育培训是建设一支素质能力优良的人才队伍，营造良好的人才发展环境，保障医院高质量发展的重要措施。医院应当加强岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育等教育培训工作，完成政府指令性培训任务，把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>
3.2.143.1 建立卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度、方案、机制。	3.2.143.1.1	有卫生专业技术人员岗前培训、住院医师规范化培训、继续医学教育、梯队建设和政府指令性培训任务相关管理制度并组织实施。
	3.2.143.1.2	有年度实施方案，提供培训条件及专项经费支持，有完善的管理档案。
	3.2.143.1.3	把卫生专业技术人员培训质量与数量作为师资绩效考核、职称晋升、评优评先的重要内容。
	3.2.143.1.4	把员工能力建设作为人力资源管理的重要组成部分。落实“两个同等对待”要求，对经住院医师规范化培训合格的本科学历临床医师，在人员招聘、职称晋升、岗位聘用、薪酬待遇等方面，与临床医学、口腔医学、中医专业学位硕士研究生同等对待。
3.2.143.2 有卫生专业技术人员岗前培训。	3.2.143.2.1	对新的临床和非临床员工都要进行岗前培训，介绍医院、被任用的部门或病房的情况以及他们的岗位职责与任何具体的工作分配。
	3.2.143.2.2	对合同工进行岗前培训，介绍医院、被任用的部门或病房的情况以及他们的岗位职责与任何具体的工作分配。
	3.2.143.2.3	对志愿者进行岗前培训，介绍医院的情况和被分配的职责。
	3.2.143.2.4	对学生和实习医师进行岗前培训，介绍医院的情况和被分配的职责。
	3.2.143.2.5	岗前培训内容包括患者安全、感染预防和控制、职业安全防护、消防安全知识技能、心肺复苏技术及岗位相关紧急意外事件的应急预案等，满足员工岗位职责需求。
3.2.143.3 按照规范开展住院医师规范化培训，并完成政府指令性培训任务。	3.2.143.3.1	有住院医师规范化培训基地资质，并有专职人员负责培训工作。
	3.2.143.3.2	有住院医师规范化培训和政府指令性培训相关管理制度、措施、培训方案、课程设计、培训内容、考核等符合相关要求。
	3.2.143.3.3	对住院医师规范化培训和政府指令性培训等项目提供所需的经费、师资、设备设施等资源保障。
	3.2.143.3.4	有承担住院医师规范化培训和政府指令性培训档案等相关资料。

	3.2.143.3.5	师资培训合格率达到相关规定要求，全科师资比例符合带教要求。
	3.2.143.3.6	注重培训质量，主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	3.2.143.3.7	住院医师规范化培训和政府指令性培训结业考核率达到相关规定要求。
3.2.143.4 开展卫生专业技术人员继续医学教育工作。	3.2.143.4.1	有继续医学教育管理组织，有管理制度和继续医学教育规划及年度实施方案，提供培训条件及专项经费支持。员工继续医学教育工作得到落实。
	3.2.143.4.2	有完善的继续医学教育学分管理档案。
	3.2.143.4.3	将继续医学教育与卫生技术人员聘任、晋升挂钩。
	3.2.143.4.4	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
3.2.143.5 加强学科建设和人才培养,有学科带头人选拔与激励机制。	3.2.143.5.1	有重点学科（或专科）建设发展规划，有学科带头人选拔与激励机制，并得到有效落实。
	3.2.143.5.2	有人才培养计划，有重点学科（或专科）培育与支持措施，包括经费投入等，人才梯队合理。人才培养工作纳入院长年度和任期目标责任考核的重要目标。
	3.2.143.5.3	相关部门对学科建设和人才培养落实专项管理。
	3.2.143.5.4	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
第三章	二、（一百四十四）	<p>3.2.144 贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关措施、应急预案、处理与改进的制度，上岗前有职业安全防护教育。</p> <p><b>【概述】</b> 员工安全是医院发展的基础，保障员工安全是医院的基本义务。医院应当梳理可能发生职业危险的场所、过程，通过员工培训，配置相应的设备设施防范职业工作对员工的伤害，制定相应的应急预案。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
3.2.144.1 贯彻与执行《中华人民共和国劳动法》等国家法律法规的要求,建立与完善职业安全防护	3.2.144.1.1	医院设置或指定职业卫生管理机构或组织，配备专职或兼职人员，负责本单位的职业病防治工作。
	3.2.144.1.2	按照《中华人民共和国劳动法》《中华人民共和国职业病防治法》等国家法律、法规的要求，建立与完善职业安全防护相关制度与措施、职业暴露处理应急预案等。

与伤害的措施、应急预案、处理与改进的制度,上岗前有职业安全防护教育。	3.2.144.1.3	按照国家的法律法规和相关标准对危险性程度制定分级防护的规定,配备防护设施、设备和用品。
	3.2.144.1.4	有职业安全防护的培训和考核制度,上岗前有职业安全防护教育,并建立员工的个人健康档案。
	3.2.144.1.5	相关人员知晓职业暴露的应急预案、处置流程,并落实。
	3.2.144.1.6	职业暴露处理规范,职业防护管理到位。
第三章	二、(一百四十五)	<p>3.2.145 关注员工身体和心理健康,保障员工合法健康权益。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>医院应当积极关心员工的身体和心理健康状态,及时开展对员工身体和心理健康的评估,落实保障员工健康权益的措施。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.2.145.1 关注员工身体和心理健康。	3.2.145.1.1	有保障员工健康和安全生产制度,并落实。通过直接治疗和转诊,对紧急和非紧急的员工需求做出响应。
	3.2.145.1.2	员工健康和安全生产制度包括初次聘用健康筛查;控制有害职业暴露的措施,如暴露于毒性药物、有害的噪声水平;关于安全搬运患者的教育、培训和干预措施;管理工作场所暴力的教育、培训和干预措施;对可能成为不良事件或警讯事件中第二受害者的员工的教育、培训和干预措施;与常见职业相关情况的治疗,如腰背损伤或更紧急的伤害。
	3.2.145.1.3	确定有可能发生工作场所暴力的区域,采取措施降低这种风险。对因工作场所暴力受伤的员工进行评估、咨询和随访治疗。
	3.2.145.1.4	对因不良事件或警讯事件成为第二受害者的员工进行教育、评估、咨询和随访治疗。
	3.2.145.1.5	通过创造健康文化来促进员工的身心健康。
	3.2.145.1.6	通过感染预防和控制制度指导员工暴露于传染病的评估、咨询和随访。
	3.2.145.1.7	确定在传染病学上有重大意义的传染病以及容易暴露于和传播传染病的员工,实施员工免疫接种和免疫计划。评估员工未接种疫苗的相关风险,制定减少患者暴露于未接种疫苗员工带来传染病风险的策略。
	3.2.145.1.8	建立和完善职工健康状况数据库,为不同健康状况职工提供个性化饮食和运动指导;提供心理健康咨询服务;落实公休假制度。
	3.2.145.1.9	配备相应舒缓员工压力的设施设备及场所。
3.2.145.2 保障员工	3.2.145.2.1	建立保护关心爱护医务人员长效机制。

合法健康权益,关心关爱医务人员。	3.2.145.2.2	改善医务人员工作环境和条件,减轻工作负荷,落实学习、工作、休息和带薪休假制度,维护医务人员合法权益。
	3.2.145.2.3	鼓励公立医院通过设立青年学习基金等多种方式,关心年轻医务人员成长。
	3.2.145.2.4	健全职工关爱帮扶机制,切实解决医务人员实际困难。
	3.2.145.2.5	建立医务人员职业荣誉制度。
	3.2.145.2.6	加强医院安全防范,强化安保队伍建设,完善必要安检设施。
第三章	二、(一百四十六)	<p>3.2.146 医院应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标,将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。</p> <p><b>【概述】</b> 落实院科两级管理,制定科室目标责任状,根据医院、科室发展要求和科室现状,对科室医疗质量管理提出量化的具体要求,并作为科室主任聘任、晋升、评先评优的重要指标,同时作为医师定期考核晋升的重要依据。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.2.146.1 医院应当将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标,将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。	3.2.146.1.1	使用一个持续的标准化流程来评价科室和医务人员医疗质量管理情况。
	3.2.146.1.2	将科室医疗质量管理情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标。将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。
	3.2.146.1.3	所有医务人员都按照医院制度的要求接受持续的职业实践监测和评价,并在科室/服务部门层面实现标准化。
	3.2.146.1.4	监测和评价流程包括医务人员的行为、专业成长和临床结果相关的成就和潜在改进方面(与其他科室或服务部门医疗人员相比)。
	3.2.146.1.5	使用客观的、循证的信息(如果可用)对关于医务人员临床结果的数据和信息进行审查,用于外部基准比较。
	3.2.146.1.6	通过监测获得的数据和信息至少每12个月由医务人员所在部门或服务的负责人、资深医疗管理者或医疗人员审查机构审查。审查结果、结论和采取的任何行动应记录在医务人员的资质证明档案和其他相关档案中。
	3.2.146.1.7	当调查结果影响医务人员的聘任或专业权限时,应按照相应的流程对调查结果采取行动,这些“有据”行动应记录在执业医师的档案中,并在临床专业权限列表中体现。应向执业医师提供服务的场所发送通知。

### 三、财务和价格管理

第三章	三、	3.3 财务和价格管理
第三章	三、（一百四十七）	<p>3.3.147 执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全，人员配置合理，岗位职责明确，会计核算规范，三级公立医院实行总会计师制度。</p> <p><b>【概述】</b> 医院财务管理是医院业务管理的重要组成部分，涉及到医院的各个业务环节，加强医院财务管理对促进医院健康发展具有重要作用。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
3.3.147.1 执行《中华人民共和国会计法》《政府会计制度》《医院财务制度》等相关法律法规，财务机构设置合理、财务管理制度健全。	3.3.147.1.1	根据相关法律、法规制订医院财务管理制度，并根据政策法规变动情况及时更新。
	3.3.147.1.2	设立专门财务管理部门，实行“统一领导，集中管理”的财务管理体系，财务活动均由医院财务部门集中管理，无违法违规案件，无“小金库”。
	3.3.147.1.3	有月度、季度、年度财务分析报告，满足决策需求。
	3.3.147.1.4	年度财务报告按规定经过注册会计师审计。
	3.3.147.1.5	定期开展财务管理制度的培训与教育，对更新后财务管理制度有培训的记录。
	3.3.147.1.6	财务监督实行事前、事中、事后监督相结合，日常监督与专项检查相结合，并接受上级有关部门监督。
3.3.147.2 财务管理 人员配置合理，岗位职责明确，会计核算规范。	3.3.147.2.1	财务人员配置合理，会计人员应当具备从事会计工作所需要的专业能力。会计核算规范。
	3.3.147.2.2	各级各类人员有明确的岗位职责。
	3.3.147.2.3	财务部门负责人有会计师以上专业技术职务资格或至少从事会计工作5年以上经历。
	3.3.147.2.4	重要岗位有轮转机制，转岗前进行新岗位上岗培训。
	3.3.147.2.5	医院主管部门对相关岗位配置和轮岗情况有检查与监管。
3.3.147.3 三级医院 实行总会计师（财务总监）制。	3.3.147.3.1	按照《关于加快推进三级公立医院建立总会计师制度的意见》（国卫财务发〔2017〕31号）设置总会计师。
	3.3.147.3.2	有总会计师制度及岗位资质要求，明确岗位职责和权限。
	3.3.147.3.3	总会计师知晓相关要求并严格履职。

	3.3.147.3.4	对总会计师履职有保障机制与评估。
	3.3.147.3.5	总会计师对医院财务管理与监督,在医院重要经济事项分析决策中发挥专业优势,并形成新的优化流程和新的制度。
3.3.147.4 建立与完善医院内部控制,实施内部和外部审计制度,有工作制度与计划,对医院经济运行进行定期评价与监控,审计结果对院长负责。	3.3.147.4.1	有内部审计制度和岗位职责,其中年收入3000万元以上或床位300张以上医院配置内部审计部门及专职审计人员。
	3.3.147.4.2	有年度审计计划,对医院有关部门和项目进行内部审计;对政府采购项目全过程、重大经济事项进行专项审计与监督。
	3.3.147.4.3	医院主管部门落实审计报告相关意见和建议,有整改和成效追踪。
	3.3.147.4.4	财务管理规范,审计中各类问题得到落实。
第三章	三、(一百四十八)	<p>3.3.148 按照《中华人民共和国预算法》和相关预算管理规定编制和执行预算,加强预算管理、监督和绩效考评。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>建立健全全面预算管理是现代医院管理制度的重要组成部分,预算管理有助于规范公立医院经济运行,提高资金使用和资源利用效率,医院应当规范编制预算,落实预算相关工作,加强预算管理、监督和绩效考评。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.3.148.1 建立健全预算组织体系和管理制度,按照预算管理制度,编制医院年度预算。	3.3.148.1.1	健全预算组织体系,有预算管理委员会、预算管理办公室、预算归口管理部门和预算科室组成的全面预算管理组织,医院所有部门和科室均纳入预算管理体系,预算责任落实到位。
	3.3.148.1.2	建立健全预算管理制度,包括预算编制、审批、执行、监控、调整、决算、分析、考核等规定,并执行。
	3.3.148.1.3	实行全面预算管理,包括财务预算、业务预算和专门决策预算;所有经济活动全部纳入预算管理。
	3.3.148.1.4	按规范程序进行预算编制、审批和调整。
	3.3.148.1.5	医院主管部门对预算制度执行情况定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
3.3.148.2 严格执行预算,加强预算管理、监督和绩效考评。	3.3.148.2.1	执行批复的预算,无预算不支出;预算落实到责任科室和责任人。
	3.3.148.2.2	定期进行预算执行结果的分析和考核,将预算考核结果、成本控制目标纳入内部业务综合考核的依据之一。
	3.3.148.2.3	向职工代表大会报告财务预决算情况。
	3.3.148.2.4	按照规定及时编制年度预算,并报财政部门审核。
	3.3.148.2.5	根据财政部门对预算批复意见,及时调整有关数据。

	3.3.148.2.6	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	3.3.148.2.7	持续改进有成效，预算执行结果良好。
第三章	三、（一百四十九）	<p>3.3.149 实行全成本核算管理，控制运行成本和医院债务规模，降低财务风险，优化投入产出比，提高医疗资源利用效率。</p> <p><b>【概述】</b> 全成本核算管理通过细分的项目来分析收支，不仅能够帮助单个医院找到成本控制点、优化资源配置，也有助于分析亏损原因，为财政补偿提供依据，降低财务风险，提高医疗资源利用效率。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.3.149.1 实行全成本核算管理,控制运行成本,优化投入产出比,提高医疗资源利用效率。	3.3.149.1.1	建立成本核算管理体系和健全成本定额管理、费用审核等管理制度，成立成本核算工作领导小组和成本核算部门，工作职责明确。采取有效措施，控制成本费用支出。
	3.3.149.1.2	有专职成本核算人员负责成本核算工作，并有岗位职责。
	3.3.149.1.3	按时完成成本核算月报表，有季度、半年和年度成本分析报告。
	3.3.149.1.4	建立科学精细的成本核算，开展科室成本核算、诊次成本核算、床日成本核算、医疗服务项目成本核算、按病种分值付费(DIP)或按疾病诊断相关分组（DRG）成本核算。
	3.3.149.1.5	主管部门根据成本分析报告，定期检查、分析、反馈。
	3.3.149.1.6	成本费用得到控制，成本效益不断提升。
3.3.149.2 控制医院债务规模,降低财务风险。	3.3.149.2.1	有对外投资的管理制度和流程，对外投资经过充分论证并获同级财政部门批准。
	3.3.149.2.2	有流动资产、固定资产和无形资产管理及负债管理等相关制度，非流动负债按规定审批。
	3.3.149.2.3	资产处置、投资收回按规定程序办理。
	3.3.149.2.4	医院主管部门定期进行专项监督管理，分析评价。
	3.3.149.2.5	资产负债率、流动比率、速动比率等指标控制在合理范围内，国有资产安全完整、有效利用，经营性资产保值增值。
第三章	三、（一百五十）	<p>3.3.150 落实《医疗机构内部价格行为管理规定》，全面落实医疗服务价格公示制度，提高收费透明度；完善医药收费复核制度；确保医药价格管理系统信息准确；规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。</p> <p><b>【概述】</b> 加强医疗机构内部价格行为管理，有助于促进卫生健康事业改</p>

		<p>革和发展, 维护患者与医疗机构的合法权益, 医院的医疗服务价格遵循相关规定并向社会公开, 确保价格信息准确, 新增医疗服务价格项目有规范的管理流程。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
3.3.150.1 落实《医疗机构内部价格行为管理规定》, 全面落实医疗服务价格公示制度, 提高收费透明度; 完善医药收费复核制度; 确保医药价格管理系统信息准确; 规范新增医疗服务价格项目内部审核流程和申报程序。	3.3.150.1.1	设置价格管理部门, 成立医疗服务价格管理委员会。确保医疗机构内部价格管理部门建设和人员配备达到管理规定要求。专职物价员及兼职物价员对国家物价政策及实施细则知晓度高, 有培训。
	3.3.150.1.2	全面落实医疗服务价格公示制度, 提高收费透明度。
	3.3.150.1.3	健全完善医院医药收费及收费复核等管理制度, 收费员和财会人员熟悉并严格执行。
	3.3.150.1.4	有医药价格信息管理系统并按国家有关规定调整价格, 保障价格信息真实、准确。
	3.3.150.1.5	有新增医疗服务价格项目管理制度, 有内部申请、审核、复核、申报流程, 程序规范, 相关人员知晓并落实。
	3.3.150.1.6	完善医疗服务价格自查制度, 做好自查抽检记录, 及时纠正不规范收费行为。科室有定期自查、总结分析, 对存在问题有整改。医院价格管理主管部门对医疗服务价格公示、收费透明度、收费复核等定期督导检查、分析、反馈, 并追踪检查整改落实情况。
第三章	三、(一百五十一)	<p>3.3.151 执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定, 建立药品、耗材、设备、基建、货物、服务等采购制度和流程, 加强集中采购管理。</p> <p><b>【概述】</b> 医院的货物、服务和工程等采购行为, 应当遵守相关法律、规定, 集中采购有规范的流程。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.3.151.1 执行《中华人民共和国政府采购法》《中华人民共和国招标投标法》及政府采购相关规定, 建立药品、耗材、设备、基建、货物、工程、服务等采购制度	3.3.151.1.1	建立药品、耗材、设备、基建、货物、工程、服务等采购制度和流程, 并落实。
	3.3.151.1.2	有采购管理部门和监督部门, 实行采购的决策、实施和监督相分离, 加强集中采购管理。
	3.3.151.1.3	医院主管部门和监管部门对上述工作的执行情况有检查、分析、反馈。

和流程,加强集中采购管理。		
第三章	三、(一百五十二)	<p>3.3.152 医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据,突出服务质量、数量,逐步扩大分配,提高员工待遇。个人分配不得与业务收入直接挂钩。</p> <p><b>【概述】</b> 建立公益性为导向的绩效分配制度,坚持同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配原则,有步骤合理提高员工待遇。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.3.152.1 医院实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据,突出服务质量、数量,逐步扩大分配,提高员工待遇。个人分配不得与业务收入直接挂钩。	3.3.152.1.1	有实行同工同酬、多劳多得、优绩优酬的分配制度。以综合绩效考核为依据,突出服务质量、数量,逐步扩大分配,提高员工待遇。医务人员薪酬不得与药品、卫生材料、检查、化验等业务收入挂钩。
	3.3.152.1.2	综合绩效考核体现医德医风、技术能力、服务质量和数量等。
	3.3.152.1.3	绩效考核与分配方案报职工代表大会并经党委会讨论通过。按规定向全院公开。
	3.3.152.1.4	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。

#### 四、信息管理

第三章	四、	信息管理
第三章	四、(一百五十三)	<p>3.4.153 建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组,有负责信息管理的专职机构,建立各部门间的组织协调机制,制订信息化发展规划,有与信息化建设配套的相关管理制度。</p> <p><b>【概述】</b> 信息化建设是现代医院管理不可或缺的部分。医院应当不断提升信息化建设水平,完善信息化建设管理组织架构,根据信息化建设标准与相关规定,制定与医院发展相适应的信息化发展规划,加强各部门间的信息化协同联动。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.4.153.1 建立医院信息化建设领导小组和专职信息管理机构,建立各部门间	3.4.153.1.1	建立以院长为核心的医院信息化建设领导小组,每年至少召开多部门的信息化建设专题会议2次,有相关记录,并对会议内容有落实有追踪、反馈。有负责信息管理的专职机构,承担信息化建设规划和管理的行政管理职能。

组织协调机制,制定信息化发展规划,有信息化建设相关管理制度。	3.4.153.1.2	制定信息化建设配套的相关管理制度,并落实。
	3.4.153.1.3	制订信息化发展总体规划,强化顶层设计,将信息化建设发展纳入医院中长期发展规划和年度工作计划。
	3.4.153.1.4	根据智慧医院分级评估标准体系,制订医院信息化建设总体规划(中长期规划)和年度工作计划,内容包括实施方法、实施步骤、信息化建设及运行维护的年度预算等,并落实。针对年度计划执行情况,有追踪、评价和改进措施,推进智慧医院建设。年度计划落实和调整符合中长期规划目标。
	3.4.153.1.5	建立信息使用与信息管理部门沟通协调机制,并执行。
	3.4.153.1.6	建立信息管理专职部门与各职能部门及临床医技科室参与信息化建设的协同机制。各职能部门及临床医技科室参与互联网与智慧医疗应用,有对网络运行情况、引入新技术产品、提高临床管理、服务效率,患者体验、就诊满意度等方面定期自查、分析、整改。
	3.4.153.2 信息系统专业技术人员配置合理,并有专业培训。	3.4.153.2.1
3.4.153.2.2		制定信息系统专业技术人员教育培训、授权审批、岗位交接等考核制度,并组织或参与相应培训。
第三章	四、(一百五十四)	<p>3.4.154 医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关的信息,为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类的信息技术支撑,并根据国家相关规定,实现信息互联互通、交互共享。</p> <p><b>【概述】</b> 随着信息技术的发展及医院运行机制的转变,医院信息系统已成为现代化医院必不可少的重要基础设施与支撑环境。医院应当依托信息平台,加强信息系统标准化、规范化建设,强化数据的协同共享,实现临床与管理系统的互联互通。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.4.154.1 医院信息系统能够系统、连续、准确地采集、存储、传输、处理相关信息,为医院管理、临床医疗和服务提供包括决策支持类	3.4.154.1.1	有医院管理信息系统(HIS)和医院资源管理信息系统(HRP)以及相关子系统(如办公信息管理、患者咨询服务、自助服务等),既为患者提供便捷结算服务,又为医院管理提供信息技术支撑。
	3.4.154.1.2	有电子病历信息系统(或基于电子病历的医院信息集成平台),可以实现病人就医流程、结果(包括用药、检查、检验、护理、治疗、手术等)信息全院内安全共享。

的信息技术支撑。	3.4.154.1.3	有全院统一的集成信息和知识库（如临床诊疗规范、合理用药、临床路径、单病种管理等），为部门提供集成展示、决策支持的功能。
3.4.154.2 根据国家相关规定,实现信息互联互通、交互共享。	3.4.154.2.1	按国家相关规定,有实现信息互联互通、交互共享的设备、技术力量和实施方案并贯彻执行。达到国家医院信息互联互通标准化成熟度测评四乙等级及以上水平。
	3.4.154.2.2	强化公共卫生责任,围绕新发传染病预防控制、突发公共卫生事件应急处置等内容,按要求向属地卫生健康行政部门报告情况,与公共卫生专业机构共享相关数据。在医院开发或升级信息系统过程中,提供共享对接公共卫生相关信息的功能接口。
	3.4.154.2.3	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
3.4.154.3 围绕患者就医体验,积极创建智慧医院,为患者提供全程化(诊前、诊中、诊后)智慧医疗服务。	3.4.154.3.1	推进电子病历、智慧服务、智慧管理“三位一体”的智慧医院建设和医院信息标准化建设。
	3.4.154.3.2	按照《医院智慧服务分级评估标准体系(试行)》要求,有创建智慧医院的实施内容、阶段目标。
	3.4.154.3.3	应用信息化手段为门诊、急诊、住院患者提供预约诊疗、智慧结算等服务。
	3.4.154.3.4	在非核心医疗服务中应用信息为患者提供便利保障服务,如轮椅租赁、手机充电、订餐、中药代煎等。
3.4.154.4 建立医疗质量与安全管理信息相关的数据库,为质量与安全管理决策和持续改进提供依据。	3.4.154.4.1	建立全院级数据中心,能够采集医疗质量与安全的相关数据,建立数据管理及使用制度,能够为提升医疗质量与安全管理提供数据和统计分析结果,为质量与安全管理决策和持续改进提供依据。
	3.4.154.4.2	建立支持医院管理和运行的数据库,其内容包括:(1)医院基本监测(资源配置、人力资源、科研成果、患者诊治费等);(2)基本运行指标监测(工作负荷、工作效率、资产运营等);(3)药品和耗材管理(抗菌药物、其他药品和耗材使用情况等);(4)血液和血制品管理(血液和血制品使用等);(5)质量管理(手术分级、病历质量、围手术期、各类手术、麻醉与介入操作、血液透析、各类并发症、医院感染、代表性疾病、代表性手术、临床路径、单或特定病种等管理);(6)医技科室(检验质量、医学影像质量、病理质量等);(7)医疗安全管理(医疗纠纷与事故管理、投诉管理、医疗安全不良事件管理等)。
	3.4.154.4.3	医院主管部门与科室能够运用数据库开展质量与安全管理活动。

	3.4.154.4.4	能够根据质量与安全管理相关需求自动生成统计结果，为质量与安全管理决策提供支持。
第三章	四、（一百五十五）	<p>3.4.155 落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。</p> <p><b>【概述】</b> 信息安全是医院管理和医疗质量管理的核心内容。医院应当根据相关法律法规，制定本院信息管理制度，建立和完善突发事件处置相应机制，保护患者隐私，规范信息系统运行。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.4.155.1 落实《中华人民共和国网络安全法》，实施国家信息安全等级保护制度，实行信息系统按等级保护分级管理，保障网络信息安全，保护患者隐私。	3.4.155.1.1	按照国家信息安全等级保护规定和《网络安全等级保护标准 2.0》要求，建立信息安全保护制度并覆盖全院信息系统，核心业务系统(如 HIS、PACS、LIS、电子病历等)应达到等级保护三级标准及以上要求。
	3.4.155.1.2	医院信息系统运行稳定、安全，具有防灾备份系统，实行网络运行监控，制定监测预警和信息通报工作的相关制度文件，依托技术手段开展日常监测预警工作，有防病毒与防入侵措施、应急处理预案。
	3.4.155.1.3	实行信息系统操作权限分级管理，采用身份认证、权限控制（包括数据库和运用系统）、患者数据使用控制，保障网络信息安全和保护患者隐私。
	3.4.155.1.4	临床和医技科室对执行信息安全和健康医疗数据保密规定，严格管理患者信息、诊疗数据、保护患者隐私、保障信息安全有定期自查、总结分析、整改。
	3.4.155.1.5	医院信息化建设领导小组定期督导检查、分析、反馈。及时处理安全预警，医院信息系统安全保护等级完全符合相关要求。
3.4.155.2 推动系统运行维护的规范化管理，落实突发事件响应机制，保证业务的连续性。	3.4.155.2.1	有信息网络运行、设备管理和维护、技术文档管理记录。
	3.4.155.2.2	有信息系统变更、发布、配置管理制度及相关记录。
	3.4.155.2.3	有信息值班、交接班制度，有完整的日常运维记录和值班记录，并及时处置安全隐患。
	3.4.155.2.4	有信息系统运行事件（如系统瘫痪）应急预案并组织演练，保障运行。
	3.4.155.2.5	医院信息化建设领导小组定期督导检查、分析、反馈。
	3.4.155.2.6	医院信息系统保证全院工作运行，并有效应对突发事件。
第三章	四、（一百五	3.4.156 根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规

	十六)	定,完成医院基本运行状况、医疗质量安全、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,确保数据真实可靠、可追溯。 <b>【概述】</b> 医院应按照有关行政部门要求,及时、准确上报相关数据,并确保数据真实可靠,上报工作有记录可追溯。 <b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查、病历检查、病案检查。
3.4.156.1 根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定,完成医院基本运行状况、医疗质量安全、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,确保数据真实可靠、可追溯。	3.4.156.1.1	有向卫生健康行政主管部门报送的数据与其他信息的制度与流程。根据《中华人民共和国统计法》与卫生健康行政部门规定,完成医院基本运行状况、医疗质量安全、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。
	3.4.156.1.2	有内部数据核查制度,有保证信息真实、可靠、完整的具体核查措施,实行信息报告问责制,确保数据真实可靠,可追溯。
	3.4.156.1.3	医院主管部门在信息报送前有审核,并对信息报告有监管。
	3.4.156.1.4	所报送信息真实、可靠、完整,上报信息无统计数据错误。

## 五、医学装备管理

第三章	五、	3.5 医学装备管理
第三章	五、(一百五十七)	3.5.157 根据国家法律法规及相关规定,建立和完善医学装备管理组织架构,人员配置合理,制定常规与大型医学装备配置方案。 <b>【概述】</b> 规范和加强医疗卫生机构医学装备管理,有助于促进医学装备合理配置、安全与有效利用,充分发挥使用效益,保障医疗卫生事业健康发展。 <b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。
3.5.157.1 根据国家法律法规及相关规定,建立和完善医学装备管理组织架构,	3.5.157.1.1	建立医学装备三级管理体系,成立院级领导、医学装备管理部门、相关部门人员和专家组成的医学装备委员会,负责对医院医学装备发展规划、年度医学装备保障计划、采购活动等重大事项进行评估、论证和咨询,并有记录。

人员配置合理,制定医院医学装备管理制度、工作流程和岗位职责。	3.5.157.1.2	医学装备管理部门根据医院功能和任务需求,配备专人管理和专业技术人员。医学装备使用部门设专职或兼职管理人员。医学装备使用人员有培训和考核,考核合格后方可上岗操作。
	3.5.157.1.3	遵循“统一领导、归口管理、分级负责、责权一致”原则,制定医院医学装备管理制度、工作流程和岗位职责,并执行。
	3.5.157.1.4	医院主管部门对医学装备委员会工作计划进展和人员管理定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
	3.5.157.1.5	医学装备发展规划落实到位。
3.5.157.2 根据国家法律、法规及卫生健康行政部门规章、管理办法、标准要求,制定常规与大型医学装备配置方案。	3.5.157.2.1	根据国家法律、法规及卫生健康行政部门规章、管理办法、标准要求,制定常规与大型医学装备配置方案,并执行。
	3.5.157.2.2	有医学装备论证、决策、购置、验收、使用、保养、维修、应用分析和更新、处置等相关制度与工作流程,并执行。
	3.5.157.2.3	购置甲、乙类大型医疗设备持有配置许可证。
第三章	五、(一百五十八)	<p>3.5.158 根据医院功能定位和发展规划,有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>大型医用设备配置需符合区域卫生规划原则,充分兼顾技术的先进性、适宜性和可及性,实现区域卫生资源共享,不断提高设备使用率。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>
3.5.158.1 根据医院功能定位和发展规划,有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。	3.5.158.1.1	有医学装备购置论证相关制度与决策程序,单价在50万元及以上的医学装备有可行性论证。纳入国家管理目录的设备需持有配置许可证。配置大型医用设备应当符合国务院卫生健康主管部门制定的大型医用设备配置规划,与功能定位、临床服务需求相适应,具有相应的技术条件、配套设施和具备相应资质、能力的专业技术人员,并经省级以上卫生健康主管部门批准,取得大型医用设备配置许可证。
	3.5.158.1.2	有根据国务院食品药品监督管理部门制定的医疗器械仪器设备分类与代码,建立医学装备分类、分户电子账目,实行信息化管理。
	3.5.158.1.3	医学装备档案管理有制度与档案资料,落实档案、账目明晰、账物相符等管理规定。单价在5万元及以上的医学装备按照集中统一管理的原则。
	3.5.158.1.4	有医学装备使用评价相关制度;有大型医用设备使用、功能开发、社会效益、成本效益等分析评价。根据医院功能定位和发

		展规划,鼓励与规范大型医用设备使用、功能开发。
	3.5.158.1.5	医学装备管理部门对制度建设、档案资料、账目、设备管理和使用情况等有自查。
	3.5.158.1.6	医院主管部门对医学装备配置、审计结果、分析报告有监管,提出改进建议,及时报送医学装备委员会。
第三章	五、(一百五十九)	<p>3.5.159 加强医学装备安全管理,有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>医院应当建立医疗器械临床使用风险管理制度,实行使用安全监测与报告制度,对大型医疗器械以及植入和介入类医疗器械开展临床使用评价,对存在安全隐患的医疗器械立即停止使用,直至隐患消除。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
3.5.159.1 加强医学装备安全管理,有明确的医疗器械临床使用安全控制与风险管理工作制度与流程。建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制。	3.5.159.1.1	设立医疗器械临床使用管理委员会;由负责医疗管理、质量控制、医院感染管理、医学工程、信息等工作的相关职能部门负责人以及相关临床、医技等科室负责人组成,负责指导和监督本机构医疗器械临床使用行为。
	3.5.159.1.2	有医疗器械临床使用技术评估与论证制度、进货查验记录制度、医疗器械验收验证制度、医疗器械临床使用风险管理制度、医疗器械临床使用安全监测和安全事件报告相关制度与流程,并落实。
	3.5.159.1.3	有医学装备质量保障要求,如操作者自我检查,医学装备计(剂)量准确,安全防护、性能指标符合要求,对暂停或终止使用的高风险器械有记录。
	3.5.159.1.4	有生命支持类、急救类、植入类、辐射类、灭菌类和大型医用设备等医学装备临床使用安全监测与报告制度。
	3.5.159.1.5	建立医疗器械临床使用安全事件监测与报告机制(另见2.4.68.2)。
	3.5.159.1.6	临床及医技科室使用部门与医学装备管理部门人员知晓上述要求。
	3.5.159.1.7	使用部门和医学装备管理部门对医学装备、医疗器械安全管理有自查,并有风险程度分析和使用情况的分析,有记录,有整改。医学装备安全管理措施到位,保障临床工作安全使用。
3.5.159.2 加强特种设备和特殊医学装	3.5.159.2.1	有各类特殊设备管理制度,高压容器等特种设备和放射装置等特殊医学装备具有生产、安装合格证明以及根据规定必备的许

备安全管理。		可证明。
	3.5.159.2.2	特种设备和特殊医学装备操作人员经过培训，具有上岗资格。
	3.5.159.2.3	医学装备管理部门对特殊装备定期检查、维护、校准和监测，有记录，并有分析、反馈、改进，安全管理措施得到有效落实。
	3.5.159.2.4	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	3.5.159.2.5	持续改进有成效，特种设备和特殊医学装备安全措施得到有效落实。
3.5.159.3 放射与放射治疗等医学装备相关机房环境安全符合要求。	3.5.159.3.1	放射与放射治疗等医学装备的机房设计、建设、防护装修和设施符合安全、环保等有关要求。
	3.5.159.3.2	机房显著位置有规范的警示标识。
	3.5.159.3.3	医学装备管理部门与机房的工作人员知晓防护有关要求和措施。
	3.5.159.3.4	医学装备管理部门对机房环境有自查和监测，并有记录；根据监测情况改进机房安全，机房安全管理措施落实到位。
3.5.159.4 定期校正放射诊疗设备及其相关设备，技术指标、安全和防护性能符合有关标准与要求。	3.5.159.4.1	有放射和诊断影像设备的管理制度，并落实。
	3.5.159.4.2	定期检查、维护、校准和监测，并有记录。
	3.5.159.4.3	技术指标、安全和防护性能符合有关标准与要求，有行政监管部门检测报告。
	3.5.159.4.4	使用科室对放射诊疗设备使用情况有自查。
	3.5.159.4.5	医院主管部门对放射和诊断性影像等设备定期检查、维护和校准有监管。
	3.5.159.4.6	有根据自查、监管情况进行改进，所有放射诊疗设备监测均符合要求。
3.5.159.5 加强计量设备监测管理。	3.5.159.5.1	有计量设备监测管理的相关制度，并落实。
	3.5.159.5.2	有计量设备清单、定期检测记录和维修记录等相关资料。
	3.5.159.5.3	经检测的计量器具有计量检测合格标志，标志显示检测时间与登记记录一致。
	3.5.159.5.4	相关人员知晓上述内容。
	3.5.159.5.5	使用科室对计量设备的使用情况有自查，并有记录。
	3.5.159.5.6	医学装备管理部门对计量设备定期检查和监测，并有记录。
3.5.159.6 医院制订并实施安全使用激光和其他用于操作和治疗的光辐射仪	3.5.159.6.1	根据行业标准、专业指南，制订激光和光辐射仪器安全使用管理制度，且符合相关法律法规要求。
	3.5.159.6.2	通过管理及工程技术管控措施，以促进安全使用，保护患者和员工免受伤害。如设置员工权限、张贴警示标识、配备适当通

器的制度。		风系统、使用非反射仪器、使用铺巾或其他屏障保护等。
	3.5.159.6.3	由经过相关培训且具有资质和有经验的人员监管激光和光辐射安全管理。
	3.5.159.6.4	所有参与激光和光辐射仪器使用的员工都接受安全培训以及继续教育，并有相应记录。
	3.5.159.6.5	根据激光和光辐射仪器的类型和所开展的操作类型，为员工和患者配备合适的个人防护设备；员工正确使用个人防护设备，确保在操作过程中患者得到相应保护。
	3.5.159.6.6	制订激光和光辐射仪器检查、测试和维护流程，包括激光校准、校对，这些工作由经过培训且具有相应资质的人员进行。
3.5.159.7 报告激光和光辐射仪器导致的不良事件,实施和监测改进措施以防止再次发生。	3.5.159.7.1	将激光和光辐射安全管理纳入医院的医学装备安全管理体系，并至少每年一次向医学装备管理委员会报告；发生任何安全事件时，随时上报。
	3.5.159.7.2	将激光和光辐射安全管理纳入医院的感染预防和控制，并至少每年一次向感染管理委员会报告；发生任何感染控制事件时，随时上报。
	3.5.159.7.3	当激光和（或）光辐射仪器的使用导致了不良事件时，应报告不良事件，并制订和落实改进措施，防止再次发生。
第三章	五、（一百六十）	<p>3.5.160 加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训，为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>医院应当组织开展医疗器械管理法律、法规、规章和合理使用相关制度、规范的业务知识培训，宣传医疗器械临床使用安全知识，指导临床合理使用，并提供咨询与指导。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
3.5.160.1 加强医疗仪器设备管理和使用人员的培训,为医疗器械临床合理使用提供技术支持与咨询服务。	3.5.160.1.1	有保障医疗仪器设备管理和使用人员培训的制度、培训计划及具体课程安排，培训内容涵盖使用中可能出现的意外情况处理预案及措施。对设备管理和使用人员的培训情况有考核，并有记录。
	3.5.160.1.2	医疗装备部门为临床使用的医疗器械提供技术支持、业务指导、安全保障与咨询服务。
	3.5.160.1.3	有医疗设备操作手册并随设备存放，供方便查阅。
	3.5.160.1.4	医疗仪器设备管理和使用人员能按照说明书的要求对设备进行操作、维护保养等。
第三章	五、（一百六十一）	3.5.161 建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范,对用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态,建立全

		院应急调配机制。 <b>【概述】</b> 医院应当制订与其规模、功能相匹配的生命支持医疗器械和相关重要医疗器械核查制度，保障医学装备处于完好状态，并对急救的医疗器械建立全院应急调配机制，保证临床急救工作正常开展。 <b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。
3.5.161.1 建立保障医学装备处于完好状态的制度与规范。	3.5.161.1.1	有保障医学装备处于完好状态的制度和规范，有全院装备配置和使用情况清单。
	3.5.161.1.2	医学装备管理部门对医学装备保养、维修、校验等实施统一管理，并指导操作人员履行日常保养和维护。
	3.5.161.1.3	有使用部门和医学装备管理部门对医学装备保障情况的登记资料。
	3.5.161.1.4	医学装备部门对医学装备故障维修情况有分析报告。根据医学装备使用监管分析结果提出整改措施。
3.5.161.2 用于急救、生命支持系统仪器装备要始终保持在待用状态。	3.5.161.2.1	有急救类、生命支持类医学装备应急预案，保障紧急救援工作需要。
	3.5.161.2.2	各科室急救类、生命支持类装备时刻保持待用状态。
	3.5.161.2.3	医院主管部门对急救类、生命支持类装备完好情况和使用情况进行实时监管。
	3.5.161.2.4	急救类、生命支持类装备完好率 100%。
3.5.161.3 建立全院应急调配机制。	3.5.161.3.1	建立应急管理程序，装备故障时有紧急替代流程。
	3.5.161.3.2	优先保障急救类、生命支持类装备的应急调配。
	3.5.161.3.3	医务人员知晓医疗装备应急管理与替代程序。
	3.5.161.3.4	医院主管部门对医学装备应急调配有演练和监管，提出整改措施，并落实。
第三章	五、（一百六十二）	3.5.162 依据国家相关规定，加强对医用耗材的溯源、不良事件监测与报告的管理。 <b>【概述】</b> 医疗机构应当按照有关法律法规、规范、标准要求，使用经批准的药品、医疗器械、耗材开展诊疗活动，并建立不良事件监测报告制度，按照国家有关规定，及时向相关部门报告。 <b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。
3.5.162.1 依据国家	3.5.162.1.1	医院设立有医用耗材管理委员会，依据国家相关规定，制定高值医

相关规定,加强对医用耗材的溯源、不良事件监测与报告的管理。		用耗材、一次性使用的无菌器械及其他医用耗材的管理制度及实施细则。
	3.5.162.1.2	依据国家相关规定,加强对医用耗材的溯源管理。对高值医用耗材、一次性使用的无菌器械和其他医用耗材的采购记录有管理,可追溯到每批产品的进货来源。
	3.5.162.1.3	有高值医用耗材使用程序与记录。
	3.5.162.1.4	医用耗材不良事件监测与报告工作机制健全,流程规范,报告质量和数量符合相关规定。
	3.5.162.1.5	使用科室对高值医用耗材的使用情况有自查、分析、整改。
	3.5.162.1.6	医院医用耗材管理部门和监管部门对高值医用耗材管理的全过程有检查、评估、分析、反馈。
第三章	五、(一百六十三)	<p>3.5.163 医学装备部门与使用部门共同管理医学装备,医学装备部门建立质量安全小组,使用部门将医学装备纳入科室管理。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>医学装备管理实行机构领导、医学装备管理部门和使用部门三级管理制度,成立医学装备管理委员会。医学装备使用部门设专职或兼职管理人员,在医学装备管理部门的指导下,具体负责本部门的医学装备日常管理工作。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.5.163.1 建立医学装备部门与使用部门共同管理医学装备的机制。	3.5.163.1.1	建立医学装备部门与使用部门共同管理医学装备的机制。
3.5.163.2 医学装备部门建立质量安全小组。	3.5.163.2.1	医学装备部门建立由部门负责人和相关设备技术人员共同组成的质量安全小组,负责管理全院医疗设备使用和安全管理。
	3.5.163.2.2	医学装备部门管理人员接受医学装备管理基本技能和质量管理基本知识培训和考核,并有培训档案。
	3.5.163.2.3	定期分析全院医学装备发展规划、采购计划的完成、管理和使用情况;分析医学装备维修和报废等管理过程中存在问题,并有记录或总结报告。
	3.5.163.2.4	医学装备部门定期到科室巡视检查医学装备,并有分析、评估和反馈记录。
	3.5.163.2.5	医院确定目标,实施改进措施,并监控数据,以确保降低或消除安全风险。持续改进有成效,医学装备管理规范、使用科室满意度不断提高。
3.5.163.3 医学装备	3.5.163.3.1	医学装备使用科室(或部门)执行安装、验收、使用、存放、

使用科室（或部门）将医疗仪器设备管理和使用纳入科室管理。		维修、保养、报废等相关管理制度，并设专职或兼职人员管理科室医学装备。
	3.5.163.3.2	有医学装备日常管理工作和意外应急管理等相关制度，并严格执行。
	3.5.163.3.3	医学装备相关使用人员接受基本技能培训，合格后方可上岗。
	3.5.163.3.4	科室对维护保养和管理情况有自查、有记录。
	3.5.163.3.5	医院主管部门对质量与安全管理工作定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。

## 六、后勤保障管理

第三章	六、	3.6 后勤保障管理
第三章	六、（一百六十四）	<p>3.6.164 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要，注重员工合理需求。</p> <p><b>【概述】</b> 后勤保障管理组织应当全面、系统、连续对后勤各项工作开展管理和监督落实，从满足医疗服务流程需要来设计、规划、实施和评价后勤保障工作，重视员工合理需求。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.6.164.1 有后勤保障管理组织、规章制度与人员岗位职责。后勤保障服务能够坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要，注重员工合理需求。	3.6.164.1.1	后勤保障管理组织机构健全，规章制度完善，岗位职责明确。
	3.6.164.1.2	后勤人员知晓岗位职责和相关制度，有定期教育培训活动。
	3.6.164.1.3	后勤保障能够坚持“以患者为中心”，满足医疗服务流程需要。对员工的合理需求，应当尽力予以满足。后勤保障部门有为患者、员工服务的具体措施，并落实到位。
	3.6.164.1.4	医院主管部门有检查、评估、监测、分析、反馈、报告及改进。患者和员工对后勤服务的满意度不断提高。
第三章	六、（一百六十五）	<p>3.6.165 后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗，按技术操作规程工作。</p> <p><b>【概述】</b> 根据法律法规要求，对后勤专业人员开展必要安全教育和技能培训。特种设备操作人员必须持证上岗，严格遵照技术规范开展工作。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>

3.6.165.1 遵守国家法律、法规要求,后勤专业人员及特种设备操作人员持证上岗,按技术操作规程工作。	3.6.165.1.1	有后勤相关人员持证上岗管理制度和岗位人员分布目录并公示。
	3.6.165.1.2	根据法律法规要求,对后勤专业人员开展必要安全教育和技能培训。后勤专业人员及特种设备操作人员持有效上岗证、操作证,按技术规范工作。非专业特殊工种,经相关级别的培训合格。
	3.6.165.1.3	后勤岗位人员的管理要求落实到位。
	3.6.165.1.4	医院主管部门定期检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
第三章	六、(一百六十六)	<p>3.6.166 控制与降低能源消耗,水、电、气、物资供应等后勤保障满足医院运行需要。</p> <p><b>【概述】</b> 加强水、电、气、热、物资供应等后勤管理,优化服务流程,规范管理机制,强化能耗管控,满足医院运行需要。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>
3.6.166.1 水、电、气、电梯等后勤保障满足医院运行需要。控制与降低能源消耗。	3.6.166.1.1	有后勤保障工作人员岗位配置、岗位职责和操作规范。水、电、气、电梯等后勤保障满足医院运行需要。
	3.6.166.1.2	机房有醒目标识,有24小时应急机制。
	3.6.166.1.3	机房有日常运行检查、定期维护保养记录;特种设备按规定定期检测,并按相关要求张贴检测标签。
	3.6.166.1.4	有明确的故障报修、处理流程和夜间与节假日出现故障时的联系维修方式,并得到有效处理。
	3.6.166.1.5	有水、电、气、电梯等后勤保障应急预案,并组织演练。
	3.6.166.1.6	有控制与降低能源消耗的改造计划或方案,并有具体可行的措施与控制指标。
	3.6.166.1.7	医院主管部门有特种设备清单和档案资料。
	3.6.166.1.8	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
	3.6.166.1.9	确定目标,实施改进措施,并监控数据,以确保降低或消除水、电、气、电梯等的风险。
3.6.166.2 有完善的物流供应系统,物资供应满足医院需要。	3.6.166.2.1	物流供应系统建设满足医院需求,并有专职部门负责。
	3.6.166.2.2	有物资申购、采购、验收、入库、保管、出库、供应、使用等相关制度与流程,并执行。
	3.6.166.2.3	实行采购业务的决策、实施、监督相分离,有记录,并利用相关数据评估和改善所购物资的质量。

	3.6.166.2.4	依据使用部门业务需求和意见，制定物资采购计划，配送到所需科室（部门）。
	3.6.166.2.5	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	3.6.166.2.6	临床科室和部门对物资供应满意度不断提高。
第三章	六、（一百六十七）	<p>3.6.167 为员工提供膳食服务，保障饮食卫生安全。</p> <p><b>【概述】</b> 食品安全是医院后勤管理的重点，保障患者和员工身体健康，是维护医院运行的关键前提。后勤管理部门应当按照国家食品卫生要求，切实履行相应职责。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.6.167.1 有专职部门或专人负责医院膳食服务，并建立健全各项食品卫生安全管理责任和岗位职责。	3.6.167.1.1	根据医院规模，有专职部门和人员负责医院膳食服务，有工作人员管理制度、岗位责任、职业道德、行为规范与相关考核；相关人员应定期培训与知晓食品安全相关法律、法规和食品卫生知识，并符合食品安全上岗健康要求。
	3.6.167.1.2	有食品安全与卫生管理制度和膳食经营管理制度，并落实，无食品安全事件发生。
	3.6.167.1.3	确认供应商生产、运输及院内分送场所的设施与卫生条件符合国家食品卫生法规要求。有餐饮设备日常运行检查、定期维修保养制度与流程。
	3.6.167.1.4	有配送餐饮服务的措施，并落实。
	3.6.167.1.5	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
3.6.167.2 能为员工提供良好膳食服务，特别是满足夜班或拖班员工的膳食需求。	3.6.167.2.1	能为员工提供良好的膳食服务，员工对膳食服务满意度不断提高。
	3.6.167.2.2	能为夜班或拖班员工提供配送餐饮服务。
	3.6.167.2.3	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
3.6.167.3 保障饮食卫生安全。	3.6.167.3.1	有食品原料采购、仓储、加工的卫生管理相关制度和规范，并符合卫生管理要求。
	3.6.167.3.2	有食品留样相关制度，并落实。
	3.6.167.3.3	相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求。
	3.6.167.3.4	有措施保障食品卫生管理相关制度和规范的落实。
	3.6.167.3.5	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。

3.6.167.4 有突发食品安全事件应急预案。	3.6.167.4.1	有食品安全事件应急预案，定期组织培训，相关人员知晓，并组织演练。
	3.6.167.4.2	医院主管部门对应急演练有检查与监管。
第三章	六、（一百六十八）	<p>3.6.168 医疗废物、废液、医用织物管理符合医院感染管理要求。污水管理和处置符合规定。</p> <p><b>【概述】</b> 有健全的医疗废物、废液管理制度及应急预案。医疗废物的收集、运送、暂存、转移、登记造册和操作人员职业防护等符合规范。污水管理和处置符合规定。使用后未被污染的一次性塑料（玻璃）输液瓶（袋）的回收与处置符合要求。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>
3.6.168.1 建立健全医疗废物、废液、医用织物处理管理制度和相关人员岗位职责。医疗废物、废液、医用织物管理符合医院感染管理要求。	3.6.168.1.1	有医疗废物、废液、医用织物处理管理制度和相关人员岗位职责，并落实。
	3.6.168.1.2	医疗废物、废液、医用织物处理流程符合相关法律、法规的要求。
	3.6.168.1.3	有专人负责医疗废物、废液、医用织物处理工作，上岗前通过相关知识培训并考核。
	3.6.168.1.4	各科室按要求进行医疗废物、废液、医用织物处置，并有记录。
	3.6.168.1.5	医院主管部门对医疗废物、废液、医用织物处置定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	3.6.168.1.6	确定目标，实施改进措施，并监控数据，以确保降低或消除与医疗废物、废液、医用织物有关的风险。
3.6.168.2 医疗废物处置、污水管理和处理符合规定。	3.6.168.2.1	医疗废物处置暂存点设施、设备运转正常，有运行日志，交接记录完整。
	3.6.168.2.2	污水处理系统设施、设备运转正常，并有运行日志与监测的原始记录。
	3.6.168.2.3	医疗废物处理符合要求，污水处理系统通过环保部门评价。
	3.6.168.2.4	有医疗废物和污水处理相关应急预案，无环保安全事故。
	3.6.168.2.5	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
第三章	六、（一百六十九）	<p>3.6.169 安全保卫组织健全，制度完善。安全保卫设施设备完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施，监控室符合相关标准。</p> <p><b>【概述】</b> 医院安全防范系统建设，旨在预防和减少发生在医院内部的伤害性事件，及时消除医院安全隐患，有效维护正常诊疗秩序，</p>

		创造良好的诊疗环境，促进卫生事业健康持续发展。 【评审方法】 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。
3.6.169.1 安全保卫组织健全，制度完善。保卫科人员配备结构合理，岗位职责明确，落实创建“平安医院”。	3.6.169.1.1	有安全保卫管理部门，人员配备结构合理，岗位职责明确。
	3.6.169.1.2	医院配备安保人员数量应当遵循“就高不就低”原则，按照不低于在岗医务人员总数的3%，或20张病床1名保安，或日均门诊量的3‰的标准配备。
	3.6.169.1.3	有全院安全保卫部署方案和管理制度，有医务人员工作场所暴力防范相关制度和保障措施，并落实。
	3.6.169.1.4	相关人员知晓岗位职责和相关制度，并严格执行。
	3.6.169.1.5	有措施并落实创建“平安医院”要求。
	3.6.169.1.6	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	3.6.169.1.7	确定目标，实施改进措施，并监控数据，以确保降低或消除安全安保风险。
3.6.169.2 安全保卫设备设施完好，重点环境、重点部位安装视频监控设施。监控室符合相关标准。	3.6.169.2.1	有全院安全设备设施清单，安全保卫设备设施配置合理、功能正常，能满足要求。
	3.6.169.2.2	有视频监控系统应用解决方案，在重点环境、重点部位（如财务、仓库、厨房、医疗废物和废液处置暂存点、档案室、计算机中心、新生儿室、麻醉药品库房、重要设备等）安装视频监控设施，有完善的防盗监控系统。
	3.6.169.2.3	视频监控系统应符合公安部《视频安防监控系统技术要求》。
	3.6.169.2.4	监控系统出现故障时，维护能在1小时内现场响应。
	3.6.169.2.5	视频监控室符合相关标准，有管理制度，有完整的监管记录和维护记录。
	3.6.169.2.6	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
3.6.169.3 合理使用视频监控资源。	3.6.169.3.1	有视频监控资源和使用制度与程序，并执行。
	3.6.169.3.2	有视频监控资源使用审批和使用记录。
	3.6.169.3.3	进行24小时图像记录，保存时间≥30天。监控系统出现故障时，维护能在1小时内现场响应，2小时内维修完成。
	3.6.169.3.4	系统应具有时间与日期的显示、记录和调整功能，时间误差≤30秒。
	3.6.169.3.5	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	3.6.169.3.6	视频监控信息符合国家相关要求。

第三章	六、（一百七十）	<p>3.6.170 医院消防系统、特种设备、危险品管理符合国家相关法律法规和标准。</p> <p><b>【概述】</b> 医院应当根据相关法律法规，加强安全防范系统建设，提高安全防范能力，配置必要防护装备，健全制度，严格管理。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.6.170.1 医院消防系统管理符合国家相关法律法规和标准。	3.6.170.1.1	有消防安全管理部门，建立消防设施设备管理档案，有消防安全管理措施和管理人员岗位职责，科室消防安全职责管理落实到人，院、科两级签署消防安全责任书，每班人员有火灾时的应急分工和明确职责。
	3.6.170.1.2	有消防安全管理制度、培训制度和应急预案；开展年度、季节性、专项检查等，每年至少进行一次消防安全重点部门的消防演练，每月至少组织一次消防安全检查，并有记录。
	3.6.170.1.3	所有建筑符合消防安全要求并获得当地消防验收许可证；按照国家标准设置火灾探测报警系统及灭火系统，实现早期火灾探测和初期火灾扑救，定期检查、测试和维护消防系统；消防通道通畅，疏散标识和防火器材（灭火器、消防栓等）完好；重点部门、重要部位防范有监管，并有记录。
	3.6.170.1.4	新员工培训考核有消防安全教育内容，至少每年一次进行全院职工的消防安全教育，包括报警、初起火灾处理程序和方法，灭火器材使用，自救、互救和逃生，按照预案疏散患者等相关知识。
	3.6.170.1.5	全体职工以及在医院内工作和学习的工人、保安、学生等其他人员熟悉消防安全常识，掌握基本消防安全技能；演练有总结。
	3.6.170.1.6	对院内基建维修等施工项目进行消防安全监管。
	3.6.170.1.7	科室、部门对消防通道、疏散标识、员工消防知识和技能、防火器材等有自查，且责任到人。
	3.6.170.1.8	医院主管部门对全院消防安全管理定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	3.6.170.1.9	对于上级主管部门的检查、监督有记录，并有措施和反馈。
	3.6.170.1.10	确定目标，实施改进措施，并监控数据，以确保降低或消除消防安全风险。
3.6.170.2 医院特种设备管理符合国家相关法律法规和标准。	3.6.170.2.1	指定特种设备管理部门，制定并落实特种设备管理的相关制度、操作规范和岗位职责。
	3.6.170.2.2	有专人负责，相关人员持证上岗，有相关操作记录，有培训及“三级安全教育卡”。

	3.6.170.2.3	建立特种设备管理档案，制订全院特种设备清单，明确特种设备种类、数量和位置，有定期检查、维护、保养、维修、验收记录。
	3.6.170.2.4	年检合格，并公示年检标签。
	3.6.170.2.5	有相关特种设备故障应急预案，定期组织培训，相关人员知晓，并组织演练。
	3.6.170.2.6	使用科室对特种设备制度落实、维护情况有自查。
	3.6.170.2.7	医院主管部门对特种设备清单、使用科室自查和档案资料等管理定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
3.6.170.3 医院危险品管理符合国家相关法律法规和标准。	3.6.170.3.1	有危险品安全管理部门、制度和岗位职责，并落实，尤其对易燃、易爆、有毒有害物品和放射源等危险品和危险设施实施重点管理。
	3.6.170.3.2	有完整的危险品采购、储存、使用、消耗、处置等登记资料，账物相符。
	3.6.170.3.3	有全院的危险品的类型、数量和位置，并具有完整的清单，至少每年更新一次。
	3.6.170.3.4	有危险品安全技术说明书（SDS），并随手可及。
	3.6.170.3.5	有正确且清晰的危险品标签，该标签与安全技术说明书（SDS）中的信息一致。
	3.6.170.3.6	有危险品库或专用储存柜、危险品防护物品。
	3.6.170.3.7	作业人员熟悉岗位职责和管理要求，有培训，有资质。
	3.6.170.3.8	有相应的危险品安全事件处置预案，相关人员熟悉预案及处置程序。
	3.6.170.3.9	科室、部门对危险品的管理有自查。
	3.6.170.3.10	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	3.6.170.3.11	确定目标，实施改进措施，并监控数据，以确保降低或消除与危险品有关的风险。
第三章	六、（一百七十一）	<p>3.6.171 为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境，符合爱国卫生运动相关要求，美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>良好的医院环境不但能够保障医疗秩序，促进患者康复，而且能够更好地体现“以人为本”医院文化。医院应当为患者提供清洁、温馨、舒适的就医环境，符合爱国卫生运动等相关要求。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、患者访谈。</p>

3.6.171.1 为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境,符合爱国卫生运动相关要求,美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。	3.6.171.1.1	成立医院爱国卫生运动委员会,指定的部门和人员负责医院环境卫生工作,制订环境卫生工作计划并组织实施。深入开展爱国卫生运动,落实好医院病媒生物防治、健康宣传、厕所环境整洁、无烟医院建设等各项重点任务,为患者提供清洁、温馨、舒适的医院环境。
	3.6.171.1.2	美化、硬化、绿化达到医院环境标准要求。
	3.6.171.1.3	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。

## 七、应急管理

第三章	七、	3.7 应急管理
第三章	七、(一百七十二)	<p>3.7.172 成立医院应急工作领导小组,建立医院应急指挥系统,落实责任,建立并不断完善医院应急管理的机制。</p> <p><b>【概述】</b> 应急管理是医院应对可能出现危险灾害的专项工作,包括突发应急事件的事前预防、事发应对、事中处置和善后恢复过程。应急工作充分的准备、快捷的反应、专业的水平和妥善的处置直接关系到人民的生命健康,医院应当建立必要的应对机制,采取一系列必要措施,应用科学、技术、规划与管理等手段,提高医院应急能力,保障公众生命、健康和财产安全。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.7.172.1 成立医院应急工作领导小组,建立医院应急指挥系统。落实责任,建立并不断完善医院应急管理的机制。	3.7.172.1.1	成立医院应急工作领导小组,建立医院应急指挥系统,院长是医院应急管理的第一责任人。
	3.7.172.1.2	有各部门、各科室负责人在应急工作中的具体职责与任务,并落实到位。
	3.7.172.1.3	医院总值班有明确的应急管理职责和流程,并执行。
	3.7.172.1.4	有院内、外和院内各部门、各科室间的协调机制,有明确的协调部门和协调人。
	3.7.172.1.5	相关人员知晓本部门、本岗位的履职要求,并落实。
	3.7.172.1.6	有信息报告和信息发布的相关制度,并落实。
	3.7.172.1.7	医院主管部门对应急管理有检查与监管。
第三章	七、(一百七十三)	<p>3.7.173 明确医院需要应对的主要突发事件策略,制定和完善各类应急预案,提高快速反应能力。</p> <p><b>【概述】</b></p>

		<p>医院根据可能出现的突发事件和既往发生的事件,制定完善各类应急预案,并将突发事件预防纳入日常工作管理中。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
3.7.173.1 开展灾害脆弱性分析,明确医院需要应对的主要突发事件及应对策略,制定和完善各类应急预案,提高快速反应能力。	3.7.173.1.1	有灾害脆弱性分析报告,明确医院需要应对的主要突发事件及应对策略。制定医院应对各类突发事件的总体预案和部门预案,明确各个部门及相关人员职责以及应急反应行动的程序。有应急预案手册,方便员工随时查阅。
	3.7.173.1.2	建立健全本单位突发公共卫生事件报告和风险管理机制,做好传染病和突发公共卫生事件的发现、登记、报告。
	3.7.173.1.3	医院主管部门定期进行灾害脆弱性分析、评估,并有监管。
	3.7.173.1.4	及时完善应急预案和调整应对策略。
第三章	七、(一百七十四)	<p>3.7.174 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。</p> <p><b>【概述】</b> 医院应当通过定期培训和演练,提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。同时,演练也有助于考察预案的连续性、落地性,帮助医院持续改进预案内容。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查、员工操作。</p>
3.7.174.1 开展全员应急培训和演练,提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。	3.7.174.1.1	有对各级、各类人员进行应急培训和演练计划并落实。有考核,员工知晓,提高各级、各类人员的应急素质和医院的整体应急能力。
	3.7.174.1.2	定期对各级、各类人员进行应急相关法律、法规、预案及应急知识与技能的培训,并组织考核。培训考核的内容涵盖了本地区、本院需要应对的主要公共突发事件。
	3.7.174.1.3	各科室(部门)每年至少组织一次系统的应急演练。定期开展各类突发事件的总体预案和专项预案应急演练。应急预案演练后进行总结、汇报,制定并落实改进措施。
	3.7.174.1.4	相关人员掌握主要应急技能和防灾技能。
	3.7.174.1.5	医院主管部门对应急培训和演练中存在的问题有检查与监管。
3.7.174.2 医院有停电事件的应急对策。	3.7.174.2.1	有停电的总体对策,主管部门及重点科室有应急预案。
	3.7.174.2.2	明确应急供电的范围,实施应急供电的演练,确保手术室、ICU等主要场所应急用电。
	3.7.174.2.3	员工知晓停电时的对策程序。
	3.7.174.2.4	供电部门实行24小时值班制,有完整的交接班记录。有停电及应急处理的完整记录,记录时间精确到分,并有处理人员的签名。

	3.7.174.2.5	对本院备置的应急发电装置与线路要定期进行检查维护和带负荷试验，并有记录。
	3.7.174.2.6	定期检查接地系统，对手术室、ICU、医技科室等重要部门的接地有常规维护记录。
	3.7.174.2.7	医院主管部门定期检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
第三章	七、（一百七十五）	<p>3.7.175 合理进行应急物资和设备的储备。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>医院应当制订应急物资和设备储备计划，有适量应急物资储备，有对应应急物资设备短缺的紧急供应渠道。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.7.175.1 合理进行应急物资和设备的储备。	3.7.175.1.1	有应急物资和设备的储备计划与紧急供应保障措施，有对应应急物资设备短缺的紧急供应渠道。
	3.7.175.1.2	有应急物资和设备的管理制度、审批程序。
	3.7.175.1.3	有必备物资储备目录，并有应急物资和设备的使用登记。
	3.7.175.1.4	应急物资和设备有定期维护，确保有效期，并自查记录。
	3.7.175.1.5	医院主管部门定期对应急物资和设备储备有检查与监管。
	3.7.175.1.6	合理进行应急物资和设备的储备（另见 3.10.Z4），应急物资和设备储备管理能够满足医院应急需求。

## 八、科研教学与图书管理

第三章	八、	3.8 科研教学与图书管理
第三章	八、（一百七十六）	<p>3.8.176 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，促进科研成果向临床应用转化，并提供适当的经费、条件、设施和人员支持。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>科研水平是衡量医院核心竞争力和未来发展能力的重要参考指标，在医院发展过程中起着举足轻重的重要作用。医院应当建立鼓励全员参与科研工作的制度和办法，并在资源投入上予以实际支持。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈、数据核查、现场检查。</p>
3.8.176.1 有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，促进科研成果向临床应用	3.8.176.1.1	有鼓励全员参与科研工作的制度和办法，有促进科研成果转化的制度和激励措施，并落实。
	3.8.176.1.2	有科研经费支持及相应的科研条件与设施，有设立科研支持基金和鼓励性科研的经费相关资料（包括科研项目、重点学科、

转化,并提供适当的经费、条件、设施和人员支持。		高层次人才、成果转化等方面)。
	3.8.176.1.3	有专门部门和人员对医务人员参与科研工作进行管理。
	3.8.176.1.4	建立科研诚信、伦理、实验室等管理制度,成立有关组织,有效开展工作,不发生重大事件。
	3.8.176.1.5	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
	3.8.176.1.6	科研项目、学科、人才和基地的数量、科研支持经费与医院发展同步增加。
第三章	八、(一百七十七)	<p><b>3.8.177 开展药物、医疗器械临床试验以及研究者发起的临床研究应当符合《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》等相关规定。</b></p> <p><b>【概述】</b> 开展药物、医疗器械临床试验以及研究者发起的临床研究,应当充分考虑受试者权益保护,加强对相关试验产品以及干预手段的管理,保证研究方案科学、符合伦理,研究过程规范,结果真实、科学和可追溯。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。</p>
3.8.177.1 开展药物、医疗器械临床试验以及研究者发起的临床研究应当符合《药物临床试验质量管理规范》《医疗器械临床试验质量管理规范》等相关规定。	3.8.177.1.1	开展药物临床试验应当符合《药物临床试验质量管理规范》的相关规定。开展医疗器械临床试验应当符合《医疗器械临床试验质量管理规范》的相关规定。开展研究者发起的临床研究应符合《医疗卫生机构开展临床研究项目管理办法》的相关规定。开展的临床试验及临床研究应按要求在国家医学研究登记备案信息系统及时进行备案。
	3.8.177.1.2	有药物、医疗器械临床试验的管理制度与流程,并严格执行。
	3.8.177.1.3	对研究者、受试者相关制度执行有监督和保障措施,并有可查询的安全记录;保证受试者在试验期间出现不良事件时得到适当的治疗并及时上报严重不良事件。
	3.8.177.1.4	临床试验药品、器械管理规范。试验用药品、器械的供给、使用、储藏及剩余药物、器械的处理过程有记录。
	3.8.177.1.5	研究者将数据真实、准确、完整、及时、合法地载入病历和病例报告表。
	3.8.177.1.6	对相关单位与部门稽查和视察所发现的问题有改进,并有记录。
	3.8.177.1.7	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
	3.8.177.1.8	临床药物、医疗器械试验管理规范,资料完整。

第三章	八、（一百七十八）	<p>3.8.178 开展涉及人的生物医学研究应经伦理委员会审查。伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>医院应当设立伦理委员会，并采取有效措施保障伦理委员会独立开展伦理审查工作，所有涉及人的生物医学研究必须通过伦理委员会审查。伦理委员会应当建立伦理审查工作制度或者操作规程，人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定，保证伦理审查过程独立、客观、公正。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>
3.8.178.1 开展涉及人的生物医学研究应当经伦理委员会审查。伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。	3.8.178.1.1	开展涉及人的生物医学研究应当经伦理委员会审查。医疗机构应设有完善的伦理审查工作制度或操作规程，并执行。
	3.8.178.1.2	伦理委员会的人员组成、日常管理和审查工作应当符合《涉及人的生物医学研究伦理审查办法》规定。
	3.8.178.1.3	无违规擅自开展涉及人的生物医学研究案例。
	3.8.178.1.4	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	3.8.178.1.5	伦理委员会日常管理和审查工作规范、档案资料完整。
3.8.178.2 有临床科研项目中使用医疗技术的管理制度与审批程序，充分尊重患者的知情权和选择权。	3.8.178.2.1	有临床科研项目中使用医疗技术的相关管理制度与审批程序。
	3.8.178.2.2	临床科研项目中使用医疗技术应有充分的可行性与安全性论证；有保障患者安全的措施和风险处置预案。
	3.8.178.2.3	临床科研项目中使用医疗技术应有医学伦理审批。
	3.8.178.2.4	尊重患者选择权，签署知情同意书。
	3.8.178.2.5	相关人员知晓开展临床科研项目的管理制度与审批程序。
	3.8.178.2.6	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈，并追踪检查整改落实情况。
	3.8.178.2.7	临床科研项目全程管理规范、档案资料完整。
第三章	八、（一百七十九）	<p>3.8.179 承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求，并取得相应资质认可。</p> <p><b>【概述】</b></p> <p>医学教育是卫生健康事业发展的重要基石。承担临床医学教育任务的医院应重视教学师资的培训，形成专门的管理体系，投入适宜的设备、设施资源，符合教育教学标准要求，并取得相</p>

		应资质认可。 <b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。
3.8.179.1 承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部、设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求,并取得相应资质认可。	3.8.179.1.1	承担临床医学教育任务的医院师资、教学管理干部取得相应资质认可并符合有关教育教学标准要求。设备、设施等资源配置符合有关教育教学标准要求。
	3.8.179.1.2	有主管院领导,专门部门和专职人员、专业教研组、专(兼)职教师负责教学管理工作;有教学规划、资金投入和保障制度,并落实。
	3.8.179.1.3	完成本科临床教学与实习任务,开展继续医学教育工作,制订师资激励机制并予以落实,有完整的教学资料,教学管理规范。
	3.8.179.1.4	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
第三章	八、(一百八十)	3.8.180 根据临床、教学、科研和管理的需要,有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献,开展多层次多种方式的读者服务工作,提高信息资源的利用率。 <b>【概述】</b> 医学及相关学科的图书和文献是临床、教学、科研和管理的重要参考资料,医院图书馆应当有计划、有重点地收集、存贮、加工、传递医学文献信息,承担医学信息的支持、保障和引导功能,通过对临床医学知识信息资源进行加工、整理,开展多层次多种方式的读者服务工作,提高信息资源的利用率。 <b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈、现场检查。
3.8.180.1 根据临床、教学、科研和管理的需要,有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献,开展多层次多种方式的读者服务工作,提高信息资源的利用率。	3.8.180.1.1	有医学图书馆工作制度和信息服务制度,能提供文献查询服务。可使用高校图书馆资源的高校附属医院,无需设置独立图书馆。
	3.8.180.1.2	图书馆由专人管理,基本设置和藏书数量能满足临床科研教学需求。
	3.8.180.1.3	根据临床、教学、科研和管理的需要,有计划、有重点地收集国内外各种医学及相关学科的图书和文献。
	3.8.180.1.4	有网上图书预约、催还、续借和馆际互借。可提供网络版医学文献数据库(中文、外文期刊库等)全文文献检索服务。
	3.8.180.1.5	可自行或依托图书馆开展定题检索、课题查新、信息编译和分析研究以及最新文献报道等信息服务工作,满足临床、教学、科研、管理和员工的文献信息需求。

## 九、行风与文化建设管理

第三章	九、	3.9 行风与文化建设管理
第三章	九、（一百八十一）	<p><b>3.9.181</b> 医院应当加强医务人员职业道德教育,弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神,坚持“以患者为中心”,尊重患者权利,履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。</p> <p><b>【概述】</b>            医务人员的职业道德,是医务人员应当具备的职业品质和行为规范。医院应当深入开展医务人员职业道德、法制纪律教育,切实提高医务人员医德医风水平,弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神,坚持“以患者为中心”,尊重患者权利,履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。</p> <p><b>【评审方法】</b>            文件查阅、记录查看、员工访谈、患者访谈。</p>
3.9.181.1 医院应当加强医务人员职业道德教育,弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神,坚持“以患者为中心”,尊重患者权利,履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。	3.9.181.1.1	指定职能部门负责医院行风文化建设工作,开展医院行风文化调研活动,制定并落实医务人员职业道德建设和教育制度。
	3.9.181.1.2	制定并落实医院开展弘扬社会主义核心价值观和新时代医疗卫生职业精神的实施方案。
	3.9.181.1.3	员工对职业道德规范要求、社会主义核心价值观及新时代医疗卫生职业精神内涵等知晓率达到 90%及以上。
	3.9.181.1.4	负责医院行风文化建设的职能部门对行风文化建设工作有检查、分析、反馈、整改。
	3.9.181.1.5	行风文化建设工作有年终或阶段性总结,表彰先进,宣传典型。
第三章	九、（一百八十二）	<p><b>3.9.182</b> 重视医院文化建设,建立医院文化建设制度,把医院文化培育成核心竞争力,逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。</p> <p><b>【概述】</b>            医院文化是医院生存和发展的内在推动力,是提高医院核心竞争力的动力源泉。优秀的医院文化能够凝聚人心、促进创新,提高医院的服务质量和效率,推动医院可持续发展,从而提升医院员工和人民群众的获得感。医院应当将医院文化建设上升为医院的发展战略和长远目标,贯穿于医疗服务、队伍建设、学科建设、制度建设、学术研究、党建群团工作、安全生产、品牌形象、健康宣教等方面。</p>

		<p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>
3.9.182.1 重视医院文化建设,建立医院文化建设制度,把医院文化培育成核心竞争力,逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。	3.9.182.1.1	重视医院文化建设,建立医院文化建设制度,把医院文化培育成核心竞争力,逐步建立以患者为中心、注重医疗质量安全根植于医院服务理念的特色价值取向和行为标准。
	3.9.182.1.2	有明确的愿景、使命、核心价值观。
	3.9.182.1.3	有对员工医院价值取向的培训和教育,员工知晓率达到 90%。
	3.9.182.1.4	各部门、科室有开展多种形式的医院文化建设活动。
	3.9.182.1.5	有指定部门负责,开展医院文化调研活动。
	3.9.182.1.6	医院主管部门定期督导检查、分析、反馈,并追踪检查整改落实情况。
第三章	九、(一百八十三)	<p><b>3.9.183 执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见(试行)》,建立行风建设与管理的组织和制度体系,完善工作机制。</b></p> <p><b>【概述】</b> 行风建设关系到医疗行业面貌,关系到医疗服务水平和服务质量,同时也关系到广大人民群众基本健康权益。医院应当建立并完善行风建设与管理的制度体系和工作机制,加强医德医风建设,提高医务人员职业道德素质和医疗服务水平,建立对医务人员规范有效的激励和约束机制。</p> <p><b>【评审方法】</b> 文件查阅、记录查看、员工访谈。</p>
3.9.183.1 执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见(试行)》,建立行风建设与管理的组织和制度体系,完善工作机制。	3.9.183.1.1	执行《关于建立医务人员医德考评制度的指导意见(试行)》,建立行风建设与管理的组织和制度体系,完善工作机制,指定职能部门负责行风监管与考核。
	3.9.183.1.2	制定并落实行风建设、考评、奖惩和公示等制度,有行风考评方案和量化标准。
	3.9.183.1.3	有多部门共同参与的行风考评及结果共享机制。对全院医务人员定期进行医德及行风考核,建立完整规范的考核档案。
	3.9.183.1.4	医德考评结果与医务人员的晋职晋级、岗位聘用、评先评优、绩效工资、定期考核等直接挂钩。
	3.9.183.1.5	负责行风监管与考核的职能部门有检查、分析、反馈、整改措施和年终或阶段性总结。
3.9.183.2 文明行医,严禁推诿、拒诊患	3.9.183.2.1	制定并落实医务人员文明行医管理制度和规范要求,明确各职能部门管理职责,改善群众就医体验。

者。	3.9.183.2.2	医务人员严格落实首诊负责制等相关管理制度和行为规范要求。
	3.9.183.2.3	医院主管部门对相关制度落实有监督、检查、分析、整改措施和年终或阶段性总结。
3.9.183.3 有制度与相关措施监管和约束医院员工通过职务便利谋取不正当利益,落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》。	3.9.183.3.1	制定相关制度与措施,落实《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》,建立廉洁自律自查和督查机制。
	3.9.183.3.2	定期开展全员尤其是重点部门、重点岗位、重点人员的廉洁自律及警示教育,医务人员对《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》内容的知晓率达100%。
	3.9.183.3.3	制定并落实重点部门、重点岗位人员的定期轮岗制度,并落实。
	3.9.183.3.4	负责行风监管和纪检监察部门有检查、分析、反馈、整改措施和年终或阶段性总结。
	3.9.183.3.5	对违反《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》的行为,有完整的事件调查、处理记录档案。

## 十、公共卫生职能建设管理（增加章节）

第三章	十、	3.10 公共卫生职能建设管理
		<p><b>【概述】</b></p> <p>执行江西省人民政府办公厅《关于加强公立医院公共卫生职能建设的实施意见》,加强公立医院公共卫生职能建设。</p> <p>坚持公益属性。坚持基本医疗卫生服务公益性,不断完善制度、拓展服务、提高质量,让广大人民群众享有公平可及、系统连续的预防、治疗、康复、健康促进等健康服务。</p> <p>坚持改革创新。完善公立医院公共卫生管理体制、运行机制、保障制度和协作模式,建立相应的督促、激励、约束机制,提高突发公共卫生事件控制和应急处置能力。</p> <p>坚持医防融合。建立公立医院公共卫生职责清单,健全对公立医院落实公共卫生服务、疾病预防、公共卫生监测等职责的考核评价机制和绩效奖励制度,推动医防深度融合。</p> <p>坚持平战结合。加强物资、技术、场所的建设和储备,既满足“战时”快速反应、集中救治,又充分考虑“平时”职责任务和运行成本,确保关键时刻发挥关键作用。</p> <p><b>【评审方法】</b></p> <p>文件查阅、记录查看、人资档案检查、员工访谈、现场检查、病历检查、病案检查。</p>

第三章	十、（增一）	3.10.Z1 完善机构设置。
3.10.Z1.1 完善机构设置。	3.10.Z1.1.1	二级及以上公立医院要建立健全公共卫生工作机制，成立由医院主要负责同志任主任，公共卫生、医务、院感、呼吸、重症、中医、心理卫生、影像等相关科室为成员的公共卫生工作管理委员会，明确相关内设科室为管理委员会办公室，具体承担医院公共卫生工作的综合管理、组织协调、技术指导和绩效考核等工作。
	3.10.Z1.1.2	临床业务科室要配备专职或兼职公共卫生管理员，负责科室公共卫生工作日常管理。
第三章	十、（增二）	3.10.Z2 建立公共卫生职责清单制度。
3.10.Z2.1 建立公共卫生职责清单制度。	3.10.Z2.1.1	依法履行传染病、慢性非传染病、食源性疾病、职业病、精神疾病、地方病等防治职责。
	3.10.Z2.1.2	负责传染病疫情报告、本单位的传染病预防、控制以及责任区域内的传染病预防工作；承担医疗活动中与医疗机构感染有关的危险因素监测、安全防护、消毒、隔离和医疗废物处置工作。
	3.10.Z2.1.3	建立健全传染病诊断、登记、报告、培训、质量管理和自查等制度，有效开展传染病信息报告的日常管理、审核检查、网络报告和质量控制，定期对本院报告的传染病情况及报告质量进行分析汇总和通报。
	3.10.Z2.1.4	发现传染病疫情或者突发原因不明的传染病时，应当遵循疫情报告属地管理原则，按照国务院或者国务院卫生健康行政主管部门规定的内容、程序进行报告，根据有关规定采取必要的治疗和预防控制措施。
	3.10.Z2.1.5	负责做好传染病预检分诊工作。全省二级及以上综合医院设立感染性疾病科，具体负责本院传染病的分诊工作，对传染病预检、分诊工作进行组织管理；其他未设立感染性疾病科的公立医院应当设立传染病预检分诊点，明确相关科室进行组织管理。
	3.10.Z2.1.6	负责预防接种管理。开展预防接种异常反应的监测和处置、疫苗针对传染病的监测。设置产科的医疗机构要设立规范的新生儿预防接种室。
	3.10.Z2.1.7	负责慢性病防治管理。建立 35 岁以上病人首诊测血压制度。落实人口出生和死因监测，承担慢性病病例登记报告、危重急症病人诊疗工作并为基层医疗卫生机构提供技术支持。
	3.10.Z2.1.8	负责严重精神障碍患者发现报告等精神卫生管理工作。二级及以上综合医院设立精神（心理）门诊或精神（心理）科。
	3.10.Z2.1.9	负责放射防护管理。制定并督促相关科室落实放射防护管理规章制度和放射防护责任制，配合开展医用辐射防护监测工作。

	3.10.Z2.1.10	负责食源性疾病的信息报告管理。（另见 1.2.5.2）
	3.10.Z2.1.11	负责妇幼保健服务工作管理。
	3.10.Z2.1.12	负责并强化医院内感染控制、病原微生物检测和生物安全防护能力建设，开展医院内环境卫生整治工作。
	3.10.Z2.1.13	协助疾病预防控制机构开展传染病、地方病等疾病预防、监测工作。
	3.10.Z2.1.14	开展健康教育与健康促进活动，普及卫生防病知识，提供健康指导服务；开展公共卫生工作相关知识、技能的培训，所有医护人员均能掌握必需的传染病发现、报告、监测、救治和个人防护的知识及技能。
	3.10.Z2.1.15	落实疾病预防控制机构、精神疾病专业防治机构等公共卫生专业机构对本单位公共卫生管理工作的指导与考核。
	3.10.Z2.1.16	完成卫生健康行政主管部门交付的其他公共卫生工作任务。
第三章	十、（增三）	3.10.Z3 创新人事管理。
3.10.Z3.1 创新人事管理。	3.10.Z3.1.1	完善公共卫生医师聘用制度和岗位管理制度，全面推行公开招聘和竞聘上岗。
	3.10.Z3.1.2	加大对公共卫生医师和发热门诊、肠道门诊、呼吸、感染等临床医师的职称评聘倾斜力度，适当增加高级岗位比例，合理调整初、中、高级岗位配置比例。
	3.10.Z3.1.3	三级公立医院全面实行公共卫生首席专家制度，由具备公共卫生专业背景的高级职称专家担任，协助做好全院公共卫生工作，并享受医院领导班子副职待遇，工资福利纳入所在医院预算管理，充分发挥突发公共卫生事件中专家的专业支撑和决策参考作用。
第三章	十、（增四）	3.10.Z4 完善配套设施。
3.10.Z4.1 完善配套设施。	3.10.Z4.1.1	加强公立医院传染病检测能力建设，满足新冠肺炎病毒核酸检测需求，三级综合医院和传染病专科医院必须具备新冠肺炎病毒核酸检测能力。二级及以上综合医院和传染病专科医院发热门诊建设达标，并满足“三区两通道”设置要求。
	3.10.Z4.1.2	足额配备用于医院感染防控、标本采集、病原检测等消杀用品、医用口罩、防护服、实验试剂等防疫物资，实行物资设备动态储备，确保全院储备不少于 30 日用量。
第三章	十、（增五）	3.10.Z5 规范完善管理决策机制。
3.10.Z5.1 规范完善管理决策机制。	3.10.Z5.1.1	全面落实院级党组织领导下的院长负责制，充分发挥专家作用，在公共卫生管理工作委员会框架下设立专家咨询小组，对专业性、技术性强的决策事项提供技术咨询和可行性论证，并充分

		听取临床一线医务人员意见建议，逐步推动医院领导班子成员增强公共卫生知识素养，实现科学决策、民主决策。
第三章	十、（增六）	3.10.Z6 完善绩效激励约束机制。
3.10.Z6.1 完善绩效激励约束机制。	3.10.Z6.1.1	充分考虑公立医院公共卫生科、感染科、发热门诊、肠道门诊等科室特点，设置公共卫生岗位奖励基金，确保科室人员收入不低于本单位同年资医务人员收入平均水平。
	3.10.Z6.1.2	进一步发挥绩效考核导向作用，将各相关科室公共卫生职责落实情况纳入全院科室绩效考核指标体系，与科室绩效工资挂钩，体现公立医院公共卫生事业公益性。
	3.10.Z6.1.3	建立健全重大传染性疾病预防制度，对举报人的个人信息和人身安全提供必要保护。
第三章	十、（增七）	3.10.Z7 强化公立医院内部管理。
3.10.Z7.1 强化公立医院内部管理。	3.10.Z7.1.1	严格医疗质量安全管理，落实首诊负责制、三级查房、抗菌药物分级管理、临床用血安全等医疗质量安全核心制度。
	3.10.Z7.1.2	严格执行医院感染管理制度，加强医疗机构废弃物管理，逐步建立健全省、市两级质量控制组织体系，开展病种质控及培训，尽最大可能将院内感染发生风险降到最低。
	3.10.Z7.1.3	规范疫情常态化防控下医疗机构诊疗流程，完善预约诊疗，落实门急诊预检分诊、发热门诊管理等制度，加强患者入院和陪护探视管理、医务人员个人防护等防控措施。
第三章	十、（增八）	3.10.Z8 加强公共卫生人才培养使用。
3.10.Z8.1 加强公共卫生人才培养使用。	3.10.Z8.1.1	加强人才培训工作，选送临床、疾控、管理等卫生技术人员深造进修。
	3.10.Z8.1.2	实施公共卫生继续教育制度，每年安排一定学时的公共卫生继续教育课程，纳入医务人员年度考核指标，将公共卫生实训课程纳入住院医师规范化培训要求。
	3.10.Z8.1.3	探索建立公立医院和疾控机构“人员双聘、双流动”机制，充实专业技术能力。
	3.10.Z8.1.4	实施公立医院和公共卫生机构交叉培训计划，临床医师在晋升副高级职称前，须完成不少于2周的专业公共卫生理论和实践能力训练，公共卫生医师在晋升副高级职称前，须完成不少于2周的医疗知识理论和实践能力训练。